
米国で
重い病気になること
終末期を迎えるということ
Becoming Seriously Ill or Facing
End-of-Life Care in US
一緒に話し合いませんか
シリーズ１概要

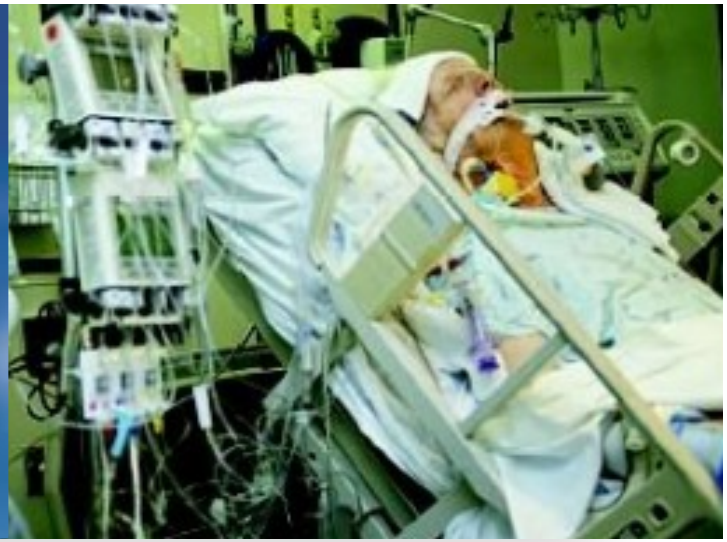
私が皆さんとお話しをしたい訳

Why I would like to talk with all of you

終末期の米国での現状
Facts about End-of Life Care in US

- 私たちの多くは終末期医療への準備ができていません。
  Most of us are **unprepared** for our End-of-Life care
- 医療制度は非常に**分断化**している。
  The US health care system is **fragmented**
- 終末期医療をめぐる医療従事者の**心の傷と苦**
  Many moral injuries and distress among health care professionals concern End-of-Life care
- **死は、**遺族にとって**終わりではありません。**
  Death is not the end for surviving loved ones

倫理的な葛藤



ある患者さんの娘さんが、曰く…

「父はどうして欲しいだろう、こんな機械に繋がれたままで生きていたくないとは思うけど。私がここにいることもわかってくれない。でも父はいつも頑張り屋だから…」

*「もうこれ以上苦し魔内で欲しい、**でも私が治療を止めることをお願いしたら、私が父を殺したことになるみたいで**。本当に辛いです。父の声さえ聞ければ…」*

"I don't know what my dad wants … he would not want to be kept alive just hooked up to machines and tubes, not even knowing that I am here … But he is a fighter."

*"I don't want him to suffer any more … But I feel **<u>like I am letting him die if I ask to 'stop'</u> the machine … This is too hard …** I wish I knew what he would have wanted."*

今日の内容

1. 重い病気の定義
2. 米国の医療システムについて
3. 重い病気に備えること
4. 人生会議・アドバンスケアープラニング（ACP)とは、その定義、効果について。
5. 意志決定代理人の選び方について。
6. Advance Directive (事前指定示書)とPOLSTについての違い。
7. 終末期とは
8. 緩和医療、ホスピスについて

あなたが今日の話し合いで知りたいことは？

AIに聞いてみましょう！Let's ask Chat GPT or Google!
"重い病気にどのように備えればいいの？
How Should I Prepare For Serious Illness?"

1. Educate Yourself
Learn about the illness, its symptoms, and treatment options. Understand the prognosis and what to expect at different stages.

2. Financial Planning
Review insurance coverage and understand what is included. Create a budget for potential medical expenses and other related costs.

3. Advance Directives
Prepare legal documents such as a living will and durable power of attorney for healthcare. Discuss your wishes regarding medical treatment with loved ones.

4. Support System
Build a network of support, including family, friends, and support groups. Consider talking to a therapist or counselor for emotional support.

5. Self-Care
Focus on maintaining physical and mental well-being through proper nutrition, exercise, and stress management techniques. Consider relaxation methods such as meditation or yoga.

6. Organize Medical Information
Keep a record of your medical history, medications, and allergies. Have a list of healthcare providers and emergency contacts readily available.

7. Discuss Treatment Options
Have open conversations with your healthcare team about treatment plans and options. Inquire about palliative care to manage symptoms and improve quality of life.

8. Prepare for Daily Life Changes
Consider modifications at home for comfort and accessibility. Plan for assistance with daily activities if needed.

9. Communication
Talk openly with loved ones about your feelings and wishes. Encourage family discussions to ensure everyone is on the same page.

10. Stay Informed
Keep up with new research or treatments related to the illness. Attend support groups or workshops for additional insights.

Google

定義
Definition
“Serious Illness”
重い病気

死亡率が高く、日常生活機能や生活の質に悪影響を及ぼす、介護者に過度の負担をかける健康状態。

A health condition carrying a high risk of mortality AND which either negatively impacts one’s daily function or quality of life OR excessively strains their caregivers.

Kelley AS et al, 2017

- ✓ **終末期とは限りません**
  Not Necessarily Terminal
- ✓ **医療制度を巡る長い旅の始まりかもしれません。**
  May be the beginning of a long journey through the Healthcare System


アメリカの
医療システム

アメリカの医療システム
US Health System

高い Expensive
分業 Division of labor
医療保険会社が*非常に力*を持っている
Health Insurance Companies **Run** the System.
医療はあくまでもビジネス!?
Medicine is Business!?

医療自体はエビデンスに基づいて行れている?!
Evidence-based Medicine?!

アメリカの医療について

外来診療

- それぞれの医師（専門医、プライマリ・ケア医）が働くクリニックを中心に診療が行われる。
- 基本的には予約制。
- プライマリ・ケアのクリニックでは一人の患者に対する診療時間は平均15～20分間隔で予約制。
- 専門医の受診の多くはプライマリ・ケア医からの紹介が必要。
- 標榜科の規制！

アメリカの医療について

緊急時

- 自分のプライマリ・ケア医に連絡を取りその指示に従うこともできる。
- 時間外でも必ず待機当直の看護師、医師と連絡がとれるようになっている。
- 時間外で診療が必要な場合は以下を利用：
  - 救急室：Emergency Room（ER）
  - Urgent Care Clinic/Immediate Care Clinic：
    - 一般的には予約は必要なし
    - ERと一般のクリニックの中間的存在
    - 風邪症状や軽い怪我などの診療が可能
    - 深刻な緊急状態の場合はERに行くことが勧められる。

アメリカの医療について

救急医療

- 全ての病院には救急室: Emergency Room (ER)があり、常時救急専門医がいる。
- 病院の大きさにより、一次～三次医療が行われる。
- 個人のプライマリ・ケア医が所属している病院のERに行くことで医療の継続に繋がる可能性がある。

アメリカの医療について

病院・入院診療

- 病院はあくまでも入院（緊急な処置・治療のため）、手術、検査などを行うところ。
- 入院期間は日本と比較して非常に短い。
- 病院長は医者ではない。（ビジネスマン）
- 医師やNurse Practitioner /Physician Associate (Providers)は入院特権を保持しないと病院で診療はできない。（3年ごとに更新）
- ほぼ全ての入院患者の病院診療はHospitalist（病院診療専門医師）によって行われる。（病院のプライマリーケア医）
- 病院診療専門医師は必要に応じて専門医にコンサルトする。

アメリカの医療について

退院後のケアー

- 自宅
- 自宅＋ホームヘルス(Home Health)（PT運動療法士・OT作業療法士・ST言語聴覚士・RN看護師など)の訪問

- **プライマリ･ケア医と退院後のフォーローアップを一週間以内に勧められている。**
- ナーシングホーム (Skilled Nursing Home)でのリハビリ(数週間) →自宅＋/–ホームヘルス
- さらに介護の必要な場合は
  - Assisted Living Facility, Adult Foster Care, Long Term Care, Memory Careへの入所が必要な場合もある。（自費かMedicaid）
- 終末医療でホスピスを利用する場合、ホスピスのサービスはほぼ患者の住居で行われる。

重い病気への備え

Preparing for Serious Illness

重い病気や終末期へ備えるための４条項
Four Provisions to Prepare for Serious Illness and End of Life

1. 常に家族や友人を思いやり、大事にすること。
   Always be kind to and show love to your family and friends.
2. 信頼できる主治医を確立し、その関係を保つ。
   Establish and cultivate a primary care provider that you can trust.
3. 信頼できる医療チームを確立し、その関係を保つ。
   Establish and cultivate a medical team that you can trust.
4. 優先事項について、自分を支え力になってくれる人たちと共有する。
   Prepare for your priorities and share them with those who will advocate for you.

重い病気になったり終末期際には…
When you are sick or dying…

…自分のことを支え、擁護、介護してくれる人が必要です。

…you need someone who will advocate and care for you.

私たちは生きてきたように
死んでいきます。
People die as they lived.

自分の主治医や医療チームと協力し合う方法
How Can You Best Work with Your Primary Care Provider?

- **主治医／医療チームにフォローしてもらいましょう！**
  Let your primary care provider/team follow you!
- あなたが抱えている身体的、精神的な症状やケア全般を含め、あらゆることについてあなたの懸念を話し合いましょう。チームで一緒に考えてもらいましょう！Discuss your concerns about **everything**, including any physical or mental symptoms you have and your care in general. Let your team brainstorm with you!
- 必要に応じて、診察時間を延長してもらいましょう。
  When needed, ask for extended visit time (e.g. 40 minutes vs usual 20 minutes)
- 常に再診・次回への計画を立てましょう。
  Always make follow up plans.

自分の主治医や医療チームと協力し合う方法
How Can You Best Work with Your Primary Care Provider?

- 診療時に家族や大切な人に同席してもらいましょう。
  Bring your family and other loved ones with you to the appointment.
- 人生会議/アドバンス・ケア・プランニングの過程を始める：将来の医療ケアについて、医療提供者や大切な家族と話し合いましょう。
  Initiate your Advance Care Planning: discuss future medical care with your provider and your loved ones

結局、重い病気、終末期を迎えるってどういうこと？

What does it *really* mean to have a serious illness or a terminal disease?

1. 思い通りにならないこと。
Lose most of my control.

2. 自分の優先順位を知っておっくこと。
Important to be clear about my top priority.

By Eriko Onishi

人生会議
アドバンス・ケア・プラニング
Advance Care Planning (ACP)

もし自分が大きな病気やケガをして意識がなっくなた時に
備えて自分が大事にしていることや望んでいること、
どこで、どのように医療・ケアを受けたいか自分自身で前もって考え、周囲の信頼する人たちと共有しておくこと。

Involves discussing and preparing for future decisions about your medical care, should you become very sick and unable to communicate your wishes.

https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_02783.html

ACPの効果・利点

- 患者の希望に沿った医療が施行され、個人の目的にあった医療が受けられる。
- 家族や医療者が事態における疑問が減少。
- 医療者における道徳的・倫理的な葛藤の減少。
- 終末期においての入院頻度・集中医療室(ICU)の使用度の減少。
- ホスピスサービスの利用度の増加。
- 患者さんが自分の希望する場所で死ぬ確率が高くなる。

- Individuals receive medical management that matches their identified goals.
- Uncertainty is reduced to family and providers.
- Reduced moral and ethical conflicts in health care providers.
- A reduction in hospitalization and the receipt of less intensive treatments at EOL.
- Increased utilization of hospice services
- Increased likelihood that a patient will die in their preferred place

UpToDate 2015. Advance Care planning and advance Directive, Respecting Choices ADVANCE CARE PLANNING

ACPの効果・利点

- ケアーの質に対して満足度が高くなる。
- 患者さんが死んでいく過程で、家族が心の準備をしやすくなる。
- 遺族のストレス、不安や、鬱になる確率の減少。
- 家族間での当惑、論争を避けることができる
- 死亡率を上げることなく終末期のコスト削減に繋がる。

- Higher satisfaction with the quality of care
- Better family preparation for what to expect during the dying process
- Decreased stress, anxiety, and depression for surviving relatives
- Helps in avoiding confusion and conflicts
- Reduced cost of EOL care, without increasing mortality

UpToDate 2015. Advance Care planning and advance Directive, Respecting Choices ADVANCE CARE PLANNING

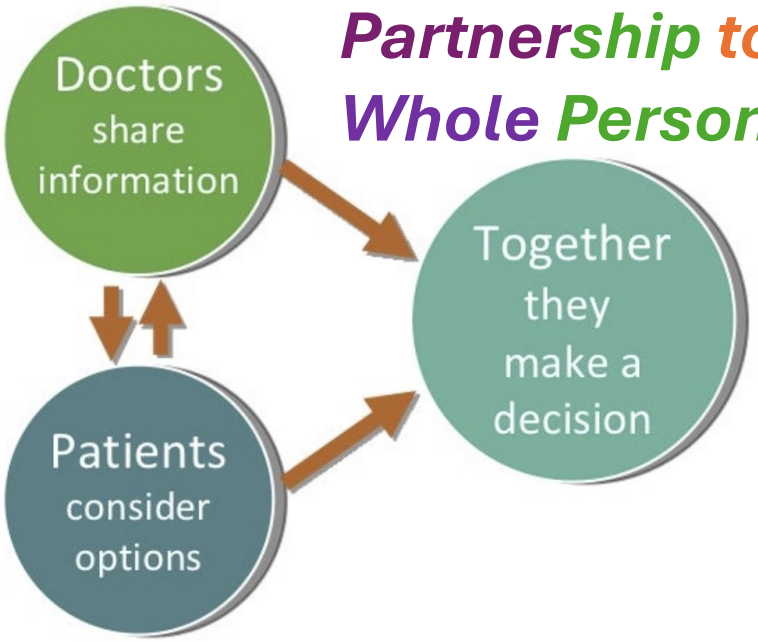
意思決定の共有
Shared-Decision-Making

- 患者は自分のことを一番よく知っている
  Patient is the *personal* expert
- 医療者は医学的知識の専門
  Medical Providers / Team are the *clinical* experts

標準のケアモデル
Standard of Care Model

全人ケアを目標にして協力する過程

Partnership toward Whole Person Care



人生の終わりまで、あなたは、どのように、過ごしたいですか ？

もしものときのために

「人生会議」

ACP 人生会議

～自らが望む、人生の最終段階の医療･ケアについて話し合ってみませんか～

11月30日（いい看取り・看取られ）は人生会議の日

誰でも、いつでも、命に関わる大きな病気や怪我をする可能性があります。

もしものことを考えることで自分が本当にどう生きたいのかがみえてきます。

命の危険が迫った状態になると、約70%の方が医療・ケアなどを自分で決めたり望みを伝えたりすることができなくなります。


私のアドバンス・ケア・プラニングの旅路
My Advance Care Planning Journey
Time to Get My Ducks in a Row!
Name Surrogate Decision Maker 意思決定代理人の指名
Complete Advance Directive 事前指示書の製作
Complete POLST
EOL Care Decisions
終末期医の決定
Healthy
Less Healthy
and/or Older
大事な人、医療者と
話し合いを繰り返してください。
Ongoing Conversations and Dialogues
with Your Loved Ones and Medical Team

Health Care Representative vs. Surrogate (Decision Maker)

その意味と日本語への訳仕方

Health Care Representative (HCR)

オレゴンの事前指示書で法律上承認された代理人。生命維持処置の中止を決定できる。

＝ここでは「**意思決定代理人**」と訳します。

Surrogate/Surrogate Decision Maker (SDM)

法律上は認められていない代理 人。生命維持処置の中止以外の決定はできる。

＝ここでは「**代理人**」と訳します。

意思決定代理人の選択 の方法
Choosing a Health Care Representative (HCR)

適切な意思決定代理人に必要な条件：

1. その役目を受け入れてくれる。
Someone you are comfortable talking with
2. 話しやすく、話を聞いてくれる人。
Someone who will honor your wishes and do as you ask
3. 自分の希望に沿って意思決定をしてくれる。
Someone who is trustworthy
4. 難しい状況の中でも意思決定ができる。
Someone who can handle others' conflicting opinions

意思決定代理人の選択 の方法
Choosing a Health Care Representative (HCR)

適切な意思決定代理人に必要な条件：

5. 必要な時に医療者とすぐに話ができる。
Someone who is willing and available to serve
6. 家族である必要はない。(ただし、その場合は事前指示書で認定することが必要)
Need not be a family member
7. 一般的には複数指名できる。
You can appoint multiple.

意思決定代理人がいないとどうなるの？
Who Makes these Decisions if you don't have a Health Care Representative?

Oregon: ORS 127.635
Withdrawal of life-sustaining procedures
生命維持処置中止に関する州の法律

... if the principal **does not have an appointed health care representative or applicable valid advance directive,** the principal's health care representative shall be the first of the following, in the following order, who can be located with reasonable effort by the health care facility and who is willing to serve as the health care representative:

(a) A **guardian** of the principal who is authorized to make health care decisions, if any;
(b) The principal's **spouse**;
(c) An adult designated by the others listed in this subsection who can be so located, if no person listed in this subsection objects to the designation;
(d) A majority of the **adult children** of the principal who can be so located;
(e) Either **parent** of the principal;
(f) A majority of the **adult siblings** of the principal who can be located with reasonable effort; or
(g) Any adult relative or adult friend.

If none of these are available, *life-sustaining procedures may be withheld or withdrawn on the direction and* ***under the supervision of the attending physician or attending health care provider.***

a) 法律上定められた保護者
b) 配偶者
c) 大人の子供
d) 親
e) 大人の兄弟姉妹
f) 親戚・友人・知り合い
g) 医師

OFFICE OF THE DIRECTOR
Office of the State Public Health Director

Oregon Health Authority

Oregon Advance Directive for Health Care

This Advance Directive form allows you to:

- Share your values, beliefs, goals and wishes for health care if you are not able to express them yourself.
- Name a person to make your health care decisions if you could not make them for yourself. This person is called your health care representative and they must agree to act in this role.

Be sure to discuss your Advance Directive and your wishes with your health care representative. This will allow them to make decisions that reflect your wishes. It is recommended that you complete this entire form.

The Oregon Advance Directive for Health Care form and Your Guide to the Oregon Advance Directive are available on the Oregon Health Authority's website.

- In sections 1, 2, 5, 6 and 7 you appoint a health care representative.
- In sections 3 and 4 you provide instructions about your care.

The Advance Directive form allows you to express your preferences for health care. It is not the same as Portable Orders for Life Sustaining Treatment (POLST) as defined in ORS 127.663. You can find more information about the POLST in Your Guide to the Oregon Advance Directive.

This form may be used in Oregon to choose a person to make health care decisions for you if you become too sick to speak for yourself or are unable to make your own medical decisions. The person is called a health care representative. If you do not have an effective health care representative appointment and you become too sick to speak for yourself, a health care representative will be appointed for you in the order of priority set forth in ORS 127.635 (2) and this person can only decide to withhold or withdraw life sustaining treatments if you meet one of the conditions set forth in ORS 127.635 (1).

This form also allows you to express your values and beliefs with respect to health care decisions and your preferences for health care.

If you have completed an advance directive in the past, this new advance directive will replace any older directive.

Advance Directives (AD)事前指示書

- 米国医療機関・施設は、文書で患者が望む医療に関する基本方針と治療方法を確認し、継続的に支援することを法的に義務付けられている。（米国患者自己決定権法・1991年施行)
- ADは個人が意思決定能力を**失った時のみ**利用される。
- ADは個人によって意思決定能力があればいつでも口頭で解除できる。
- 通常の事前指示書は以下の両方が認められている:
  1. 治療・医療のケアに対する意思表示
  2. 意思決定代理人の指名:オレゴン州では3人まで指定できる

国立研究開発法人 国立長寿医療研究センター在宅連系医療部, Respecting Choices ADVANCE CARE PLANNING

事前指示書の三つの贈り物

The 3 Gifts of Your Advance Directive

1. To Yourself/自分自身へ:
   You **will live your life more FULLY,** because thinking and talking about the “What if’s” and ‘Dying’ forces you to think about what most matters *to* and *for* you in your life. And most likely, you will get the care that you prefer when you are very sick.
2. To Your Loved Ones/家族、大事に思う人達へ:
   You could **significantly reduce the burden** on your loved ones.
3. To Your Care Team　医療者へ:
   Your care team will be **less distressed** knowing your care preferences and wishes.

～あなたの権利であり家族への思いやり～

OFFICE OF THE DIRECTOR
Office of the State Public Health Director

Oregon Health Authority

Oregon Advance Directive for Health Care

This Advance Directive form allows you to:

- Share your values, beliefs, goals and wishes for health care if you are not able to express them yourself.
- . Name a person to make your health care decisions if you could not make them for yourself. This person is called your health care representative and they must agree to act in this role.

Be sure to discuss your Advance Directive and your wishes with your health care representative. This will allow them to make decisions that reflect your wishes. It is recommended that you complete this entire form.

The Oregon Advance Directive for Health Care form and Your Guide to the Oregon Advance Directive are available on the Oregon Health Authority's website.

- In sections 1, 2, 5, 6 and 7 you appoint a health care representative.
- In sections 3 and 4 you provide instructions about your care.

The Advance Directive form allows you to express your preferences for health care. It is not the same as Portable Orders for Life Sustaining Treatment (POLST) as defined in ORS 127.663. You can find more information about the POLST in Your Guide to the Oregon Advance Directive.

This form may be used in Oregon to choose a person to make health care decisions for you if you become too sick to speak for yourself or are unable to make your own medical decisions. The person is called a health care representative. If you do not have an effective health care representative appointment and you become too sick to speak for yourself, a health care representative will be appointed for you in the order of priority set forth in ORS 127.635 (2) and this person can only decide to withhold or withdraw life sustaining treatments if you meet one of the conditions set forth in ORS 127.635 (1).

This form also allows you to express your values and beliefs with respect to health care decisions and your preferences for health care.

If you have completed an advance directive in the past, this new advance directive will replace any older directive.

AD vs. POLST

HIPPA PERMITS DISCLOSURE TO HEALTH CARE PROFESSIONALS & ELECTRONIC REGISTRY AS NECESSARY FOR TREATMENT

Oregon POLST®

Portable Orders for Life-Sustaining Treatment*

Follow these medical orders until orders change. Any section not completed implies full treatment for that section.

Patient's Last Name:	Suffix:	Patient's First Name:	Patient's Middle Name:
Preferred Name:	Date of Birth: (mm/dd/yyyy) ___/___/___	Gender: ☐M ☐F ☐X	MRN (optional)
Address (street / city / state / zip):			

A *Check One*

CARDIOPULMONARY RESUSCITATION (CPR): ***Unresponsive, pulseless & not breathing.***

☐ **Attempt Resuscitation/CPR** — Must check Full Treatment in Section B.

☐ **Do Not Attempt Resuscitation/DNR** — If patient not in cariopulmonary arrest, follow orders in B.

B *Check One*

MEDICAL INTERVENTIONS: ***When patient has a pulse and is breathing.***

☐ **Comfort Measures Only.** Provide treatments to relieve pain and suffering through the use of any medication by any route, positioning, wound care and other measures. Use oxygen, suction and manual treatment of airway obstruction as needed for comfort. ***Patient prefers no transfer to hospital*** *for life-sustaining treatments. Transfer if comfort needs cannot be met in current location.*
Treatment Plan: Provide treatments for comfort through symptom management.

☐ **Selective Treatment.** In addition to care described in Comfort Measures Only, use medical treatment, antibiotics, IV fluids and cardiac monitor as indicated. No intubation, advance airway interventions or mechanical ventilation. May consider less invasive airway support (e.g. CPAP, BiPAP). ***Transfer to hospital if indicated.*** *Generally avoid the intensive care unit.*
Treatment Plan: Provide basic medical treatments.

☐ **Full Treatment.** In addition to care described in Comfort Measures Only and Selective Treatment, use intubation, advanced airway interventions and mechanical ventilation as indicated.
Transfer to hospital *and/or intensive care unit, if indicated.*
Treatment Plan: All treatments including breathing machine.

Additional Orders: _____

C *Check All That Apply*

DISCUSSED WITH: (REQUIRED)

☐ Patient ☐ Parent of minor ☐ Relative, friend or other support person (without written appointment) - See reverse side for additional requirements for completion in persons with intellectual or developmental disabilities.
☐ Person appointed on advance directive
☐ Court-appointed guardian

List all names and relationship: _____

D

PATIENT ACKNOWLEDGEMENT (RECOMMENDED BUT NOT REQUIRED)

Signature:	Name (print):	Relationship (write "self" if patient):

This form will be sent to the POLST Registry unless the patient wishes to opt out. To opt out, check here. ☐

E *Must Print Name, Sign & Date*

ATTESTATION OF MD / DO / NP / PA / ND (REQUIRED)

By signing below, I attest that these medical orders are, to the best of my knowledge, consistent with the patient's **current** medical condition and preferences.

Print Signing MD / DO / NP / PA / ND Name: ***required***	Signer's Phone Number:	Signer's License Number: *(optional)*
MD / DO / NP / PA / ND Signature: ***required***	Date: ***required***	**"Signed" means** a physical signature, electronic signature or verbal order documented per standard medical practice. Refer to OAR 333-270-0030

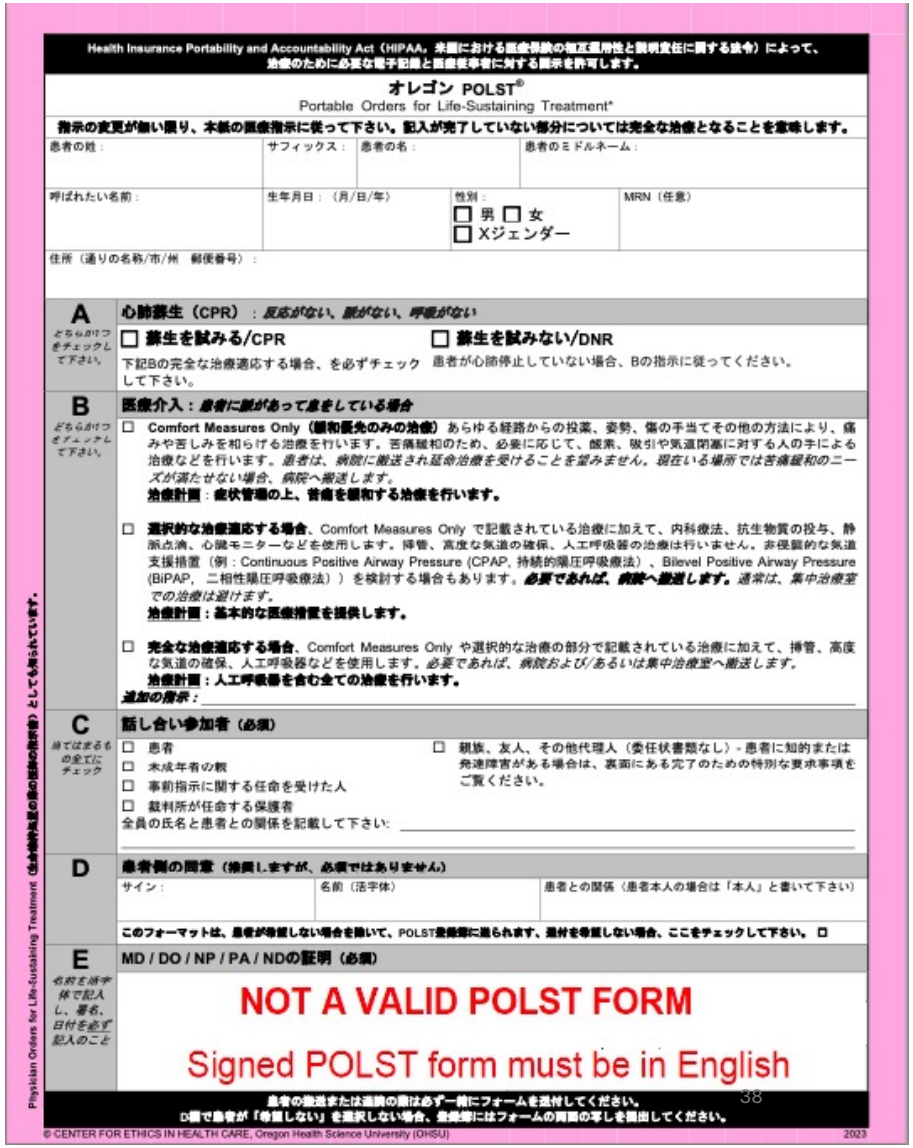
*Also known as Physician Orders for Life-Sustaining Treatment

SEND FORM WITH PATIENT WHENEVER TRANSFERRED OR DISCHARGED
SUBMIT COPY OF BOTH SIDES OF FORM TO REGISTRY IF PATIENT DID NOT OPT OUT IN SECTION D

Portable Orders for Life-Sustaining Treatment

- 治療方針のオーダー
- 命に関わる重い病気・進行性の病気を持っている人や老いて体が弱くなっている人、進行した痴呆のある人なのでかつ心肺蘇生などの治療を避けたい人にのみ必要。
- 病院以外で緊急時のオーダーとして使用される。

心肺蘇生を試みてほしい場合はPOLSTを作る必要はありません。



Health Insurance Portability and Accountability Act（HIPAA、米国における医療保険の相互運用性と説明責任に関する法令）によって、治療のために必要な電子記録と医療従事者に対する指示を許可します。

オレゴン POLST®
Portable Orders for Life-Sustaining Treatment*

指示の変更が無い限り、本紙の医療指示に従って下さい。記入が完了していない部分については完全な治療となることを意味します。

患者の姓：	サファックス：	患者の名：	患者のミドルネーム：
呼ばれたい名前：	生年月日：（月/日/年）	性別：☐男 ☐女 ☐Xジェンダー	MRN（任意）
住所（通りの名称/市/州　郵便番号）：			

A どちらかにつぎチェックして下さい。

心肺蘇生（CPR）：*反応がない、脈がない、呼吸がない*

☐ **蘇生を試みる/CPR**　☐ **蘇生を試みない/DNR**

下記Bの完全な治療適応する場合、を必ずチェックして下さい。　患者が心肺停止していない場合、Bの指示に従ってください。

B どちらかにつぎチェックして下さい。

医療介入：*患者に脈があって息をしている場合*

☐ **Comfort Measures Only（緩和優先のみの治療）**あらゆる経路からの投薬、姿勢、傷の手当てその他の方法により、痛みや苦しみを和らげる治療を行います。苦痛緩和のため、必要に応じて、酸素、吸引や気道閉塞に対する人の手による治療などを行います。*患者は、病院に搬送され延命治療を受けることを望みません。現在いる場所では苦痛緩和のニーズが満たせない場合、病院へ搬送します。*
治療計画：症状管理の上、苦痛を緩和する治療を行います。

☐ **選択的な治療適応する場合**、Comfort Measures Only で記載されている治療に加えて、内科療法、抗生物質の投与、静脈点滴、心臓モニターなどを使用します。挿管、高度な気道の確保、人工呼吸器の治療は行いません。非侵襲的な気道支援措置（例：Continuous Positive Airway Pressure (CPAP, 持続的陽圧呼吸療法）、Bilevel Positive Airway Pressure (BiPAP, 二相性陽圧呼吸療法））を検討する場合もあります。***必要であれば、病院へ搬送します。****通常は、集中治療室での治療は避けます。*
治療計画：基本的な医療措置を提供します。

☐ **完全な治療適応する場合**、Comfort Measures Only や選択的な治療の部分で記載されている治療に加えて、挿管、高度な気道の確保、人工呼吸器などを使用します。*必要であれば、病院および/あるいは集中治療室へ搬送します。*
治療計画：人工呼吸器を含む全ての治療を行います。

追加の指示：

C 当てはまるもの全てにチェック

話し合い参加者（必須）

☐ 患者
☐ 未成年者の親
☐ 事前指示に関する任命を受けた人
☐ 裁判所が任命する保護者
☐ 親族、友人、その他代理人（委任状書類なし）- 患者に知的または発達障害がある場合は、裏面にある完了のための特別な要求事項をご覧ください。

全員の氏名と患者との関係を記載して下さい：

D

患者側の同意（強要しますが、必須ではありません）

サイン：	名前（活字体）	患者との関係（患者本人の場合は「本人」と書いて下さい）

このフォーマットは、患者が希望しない場合を除いて、POLST登録簿に載られます。署名を希望しない場合、ここをチェックして下さい。 ☐

E 名前と活字体で記入し、署名、日付を必ず記入のこと

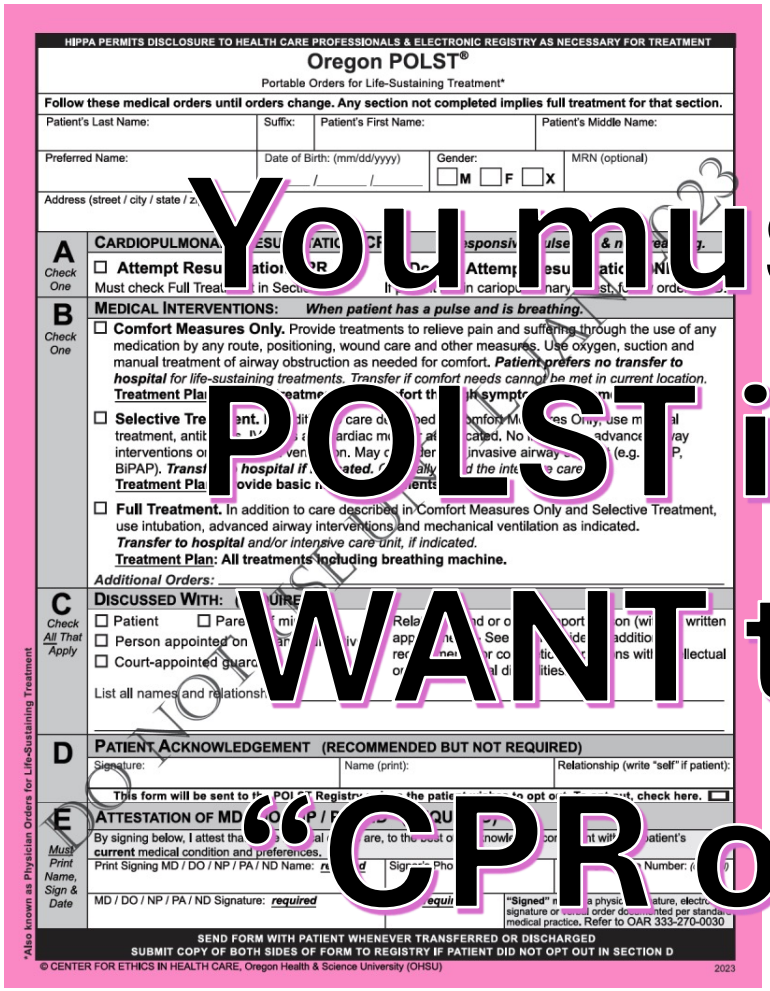
MD / DO / NP / PA / NDの証明（必須）

NOT A VALID POLST FORM

Signed POLST form must be in English

患者の搬送または退院の際はかならず一緒にフォームを送付してください。
D欄で患者が「希望しない」を選択しない場合、登録時にはフォームの両面の写しを提出してください。

Physician Orders for Life-Sustaining Treatment（患者の医師の指示書）としても知られています。


HIPPA PERMITS DISCLOSURE TO HEALTH CARE PROFESSIONALS & ELECTRONIC REGISTRY AS NECESSARY FOR TREATMENT

Oregon POLST®

Portable Orders for Life-Sustaining Treatment*

Follow these medical orders until orders change. Any section not completed implies full treatment for that section.

Patient's Last Name: | Suffix: | Patient's First Name: | Patient's Middle Name:

Preferred Name: | Date of Birth: (mm/dd/yyyy) | Gender: ☐M ☐F ☐X | MRN (optional)

Address (street / city / state / z

A Check One — CARDIOPULMONA… ESU… ATIO… CP… …esponsiv… …ulse… & n… …ea… g.

☐ Attempt Resu… …ation… …PR | Do… | Attemp… …esu… …atio… …N…

Must check Full Treat… in Sect… | If … in cariopu… …nary … …st, fu… orde…

B Check One — MEDICAL INTERVENTIONS: *When patient has a pulse and is breathing.*

☐ **Comfort Measures Only.** Provide treatments to relieve pain and suffering through the use of any medication by any route, positioning, wound care and other measures. Use oxygen, suction and manual treatment of airway obstruction as needed for comfort. ***Patient prefers no transfer to hospital*** *for life-sustaining treatments. Transfer if comfort needs cannot be met in current location.*
Treatment Pla… …reatme… …fort th… …t sympto… …m…

☐ **Selective Tre… …nt.** …dit… …care d… …ed … …omfort M… …es Only, use m… …al treatment, antit… …a… …ardiac m… …at… …cated, No … …advance… …ay interventions o… …ven… …n. May c… …der … …invasive airway … …(e.g. … …P, BiPAP). ***Transf… …hospital if … …ated.*** *…ally … …d the inte… …e care*
Treatment Pla… …ovide basic … …ent…

☐ **Full Treatment.** In addition to care described in Comfort Measures Only and Selective Treatment, use intubation, advanced airway interventions and mechanical ventilation as indicated.
Transfer to hospital *and/or intensive care unit, if indicated.*
Treatment Plan: All treatments including breathing machine.

Additional Orders:

C Check All That Apply — DISCUSSED WITH: …UIRE…

☐ Patient ☐ Pare… …mi… | Rela… …nd or o… …port … …on (wi… written

☐ Person appointed on … …lv… | app… …t… See … …ide… …additio…

☐ Court-appointed guard… | re… …ner … …r co… …tic… …ns with … …llectual or… …al di… …ilities

List all names and relationsh…

D PATIENT ACKNOWLEDGEMENT (RECOMMENDED BUT NOT REQUIRED)

Signature: | Name (print): | Relationship (write "self" if patient):

This form will be sent to th… POLST Registr… …the patie… …to opt o… …t, check here. ☐

E Must Print Name, Sign & Date — ATTESTATION OF MD … / … / … QU…

By signing below, I attest tha… …al … …are, to the best o… …nowle… …cor… …nt wit… …patient's current medical condition and preferences.

Print Signing MD / DO / NP / PA / ND Name: *r…* | …d | Signi… Pho… | … Number: (…

MD / DO / NP / PA / ND Signature: ***required*** | ***requi…***

"Signed" … a physic… …ature, electro… signature or … order do…ted per standa… medical practice. Refer to OAR 333-270-0030

SEND FORM WITH PATIENT WHENEVER TRANSFERRED OR DISCHARGED
SUBMIT COPY OF BOTH SIDES OF FORM TO REGISTRY IF PATIENT DID NOT OPT OUT IN SECTION D

*Also known as Physician Orders for Life-Sustaining Treatment

© CENTER FOR ETHICS IN HEALTH CARE, Oregon Health & Science University (OHSU) 2023

DO NOT DISTRIBUTE

具体的な選択肢を示す先制医療 オーダー

A Preemptive Medical Order Outlining Specific Choices

A. Cardiopulmonary Resuscitation (CPR)

❑Attempt Resuscitation/CPR → Do it

❑Do Not Attempt Resuscitation/DNR → Do not do it

B. Medical Interventions

❑Comfort Measures Only

Symptom management for comfort, usually not hospitalization

❑Selective Treatment

Basic medical treatments, including hospitalization

❑Full Treatment

All treatments available

You must complete a POLST if You DO NOT WANT to be tried on “CPR or Intubation”

ACP related Documents	Advance Directive	POLST
Who is it for? 誰のため	Anyone 18 years old and above, who has capacity　18歳以上で本人の意識が晴明	Patients who are old or frail or seriously ill 高齢か、衰弱しているか、大病があり、AND who may NOT want all possible treatments　治療を制限したい場合
What type of document? 書類の種類	Legal document　法的文章	Medical order　医療指示
Can I use it to appoint my surrogate? 意思決定代理人の認定	Yes　できる	No　できない
Who fills it out? 誰が記入するのか	Individual　個人	Health care provider (e.g., doctor) after discussion with patient or SDM**　医療者（医師など）と患者あるいは代理人
Who signs it? 誰が著名するのか	Individual, HCR*, and either 2 witnesses or a Notary Public 個人、意思決定代理人、二人の証人か公証人	Health care provider (with individual or SDM**'s input)　医療者（医師など）が患者か代理人の意見のもとで
Do I need a lawyer? 弁護士は必要か	No　いいえ	No　いいえ

*HCR: Health care representative　　**SDM: Surrogate decision maker

ACP related Documents	Advance Directive	POLST
Who keeps the form? 誰が書類の保存をするのか	Individual, HCR*, and health care provider　個人、意思決定代理人、医療者	Individual, health care provider, and in the electronic Oregon POLST registry　患者、医療者、POLST 登録施設
Can I change the form ? 書類の変更は可能か	Yes (as long as you have capacity) 可能（個人の意識が晴明な場合）	Yes 可能
What if there is a medical emergency and I cannot speak for myself? 緊急時、自分が意思表示できない場合	Your HCR* speaks for you and honors your wishes　意思決定代理人が個人の希望を代替する	Medical care team obtains the POLST and follows the instruction 医療者がPOLSTの指示に従う
Can Surrogates create/sign the form? 代理人は著名できるか	No　できない	Yes, with a health care provider 医療者とできる
Can emergency responders use it? 緊急時に救急隊員は使用可能か	No　できない	Yes　できる
Comments　注意事項 *HCR: Health care representative **SDM: Surrogate decision maker	Not always easy to find the document in different health care settings (Needs to provide copies for each HCP in different settings) 異なる医療施設ではADの確認は難しい。	Upon hospital admission CODE status will be discussed. 入院時に必ず心配蘇生の有無を確認される。 DNR on POLST is not automatic DNR in a hospital setting！　POLSTのオーダーがそのまま入院時に反映されるとは限らない。

終末期とは

What is End-of-Life Care?

“理想の死”ってどういうこと？

- 痛み、症状がコントロールされている
- 死ぬ過程を延長させない
- 判断、決定のコミュニケーションが医師と患者／家族とはっきりされている
- 自分の意思がある程度貫通している
- スピリチュアルにも感情的にも達成感がる
- 事・財政が整頓されている
- 自宅で死ぬ
- 温かいケアの支援を受けている
- 愛する者との関係を強める
- 生きがいのある人生だったと思える

- Receiving adequate pain and symptom management
- Avoiding inappropriate prolongation of dying
- Communication of decisions is clear between doctors and patients/families
- Achieving a sense of control
- Making peace with their God
- Having finances in order
- Able to die at home
- Receiving warm care support
- Strengthening relationships with their loved ones

誰が終末期医療を開始するの？

Who Should Initiate Your End-of-Life Care?

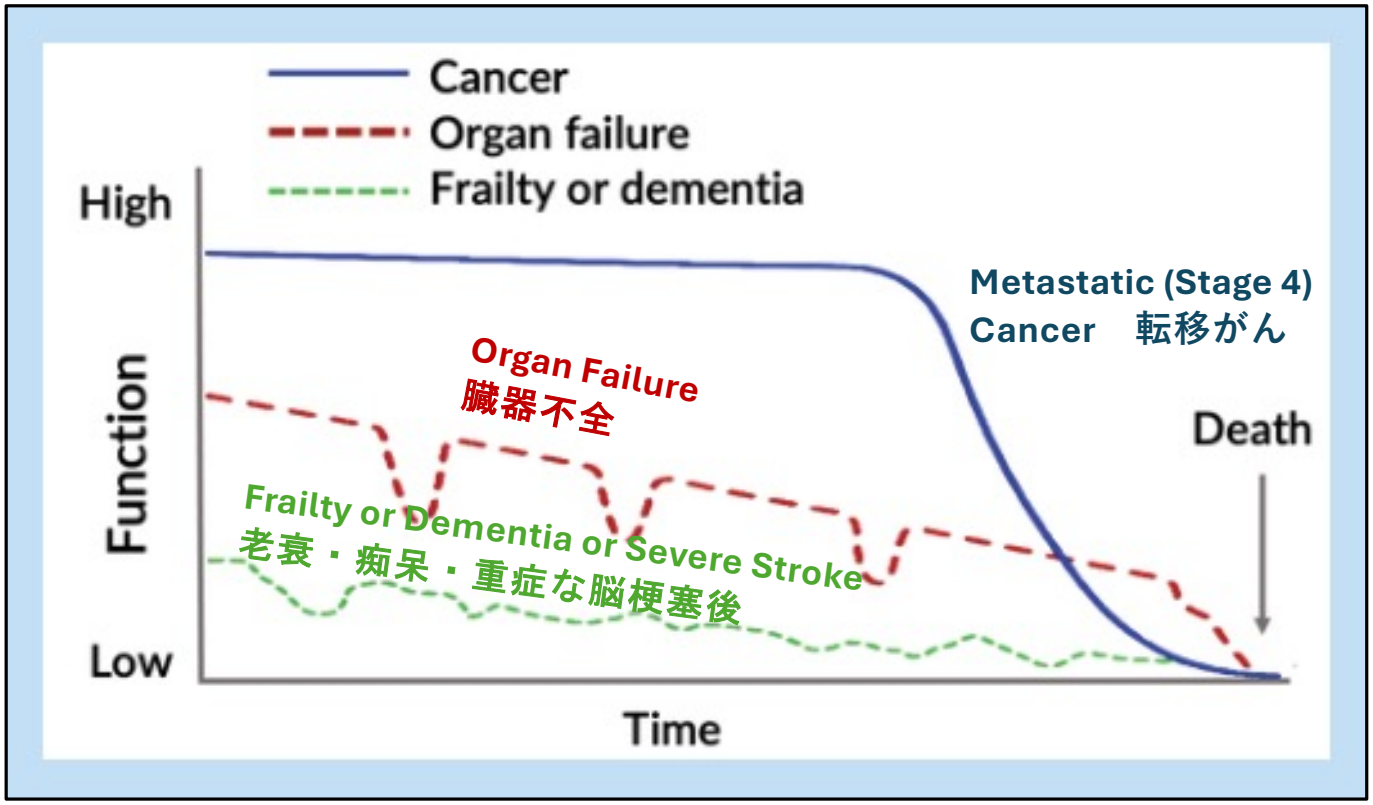
- 理想的には個人が自覚して決めること。　Ideally **YOU** and Your Family/Loved ones, accompanied by discussion with your medical team as you **approach end of life.**
- そのタイミングは？ What about the timing?

定義
Definitions

- **治療のさし控え Withholding treatment**: 生命維持ができる治療を始めない
  Choosing not to start a life-sustaining intervention.
- **治療の中止 Withdrawing treatment**: 治療の停止
  Stopping a treatment that is already in place.
- **治療の差し控えと中止は倫理的、法律的に同じ**
  Withholding and withdrawing treatments are ethically and legally identical.
- **生命を維持する治療 Life sustaining treatments:**
  Medical interventions used to extend a person's life when their body is unable to sustain essential functions on its own:
  例）呼吸器 Ventilators, 透析 Dialysis, 人工栄養や水分補給 Artificial Nutrition and Hydration

終末期に近づいているってどうして分かるの？
How do I know that I am approaching End of Life?

最も一般的な三つの病気の軌跡
Three Most Common Illness Trajectories

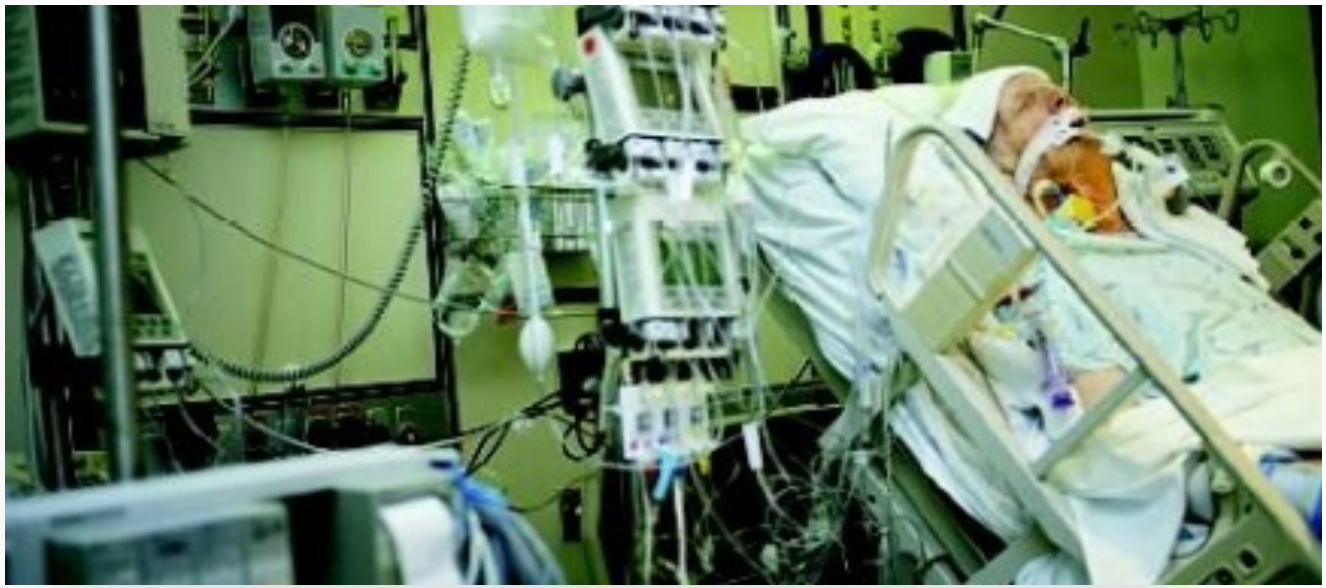


Organ Failure:
(Examples 例)

- Heart Failure
  心不全
- Severe Lung disease
  重症な肺の病気
- Kidney Failure
  腎不全
- Liver Failure
  肝不全

Living Well at the End of Life: Adapting Health Care to Serious Chronic Illness in Old Age, J. Lynn and D. Adamson

真実　THE TRUTH



治療の差し控えや中止は、最終的には全てのケアプランの一部となる。

Withholding or withdrawing treatment is eventually part of every Care Plan.

なぜなら死は避けられないから。

Because Death is Inevitable.

死期が迫っているにもかかわらず、
もし治療の差し控えや中止を行わなかった場合...

If a patient doesn't Withdraw or Withhold before imminent death, they may choose ...

CPR

Cardiopulmonary Resuscitation

ECMO

Extracorporeal Membrane Oxygenation

Intubation

A "breathing machine"

Dialysis

Surgery

Medications

… 果てしなく続くベルトコンベアーの「箱」であることに気づき、時には「針刺し」のように感じかもしれません。

… find themselves a ‘box’ on an endless conveyor-belt, sometimes feeling like a ‘pin cushion’ …

そしてやがて、医療チームは進軍する軍隊のように駆けつけ、
人命救助に全力を尽くすのです。

... and eventually, the medical team will rush in like a marching army, intent on saving a life ...

そして心肺蘇生を始めます。

... and they will initiate CPR.

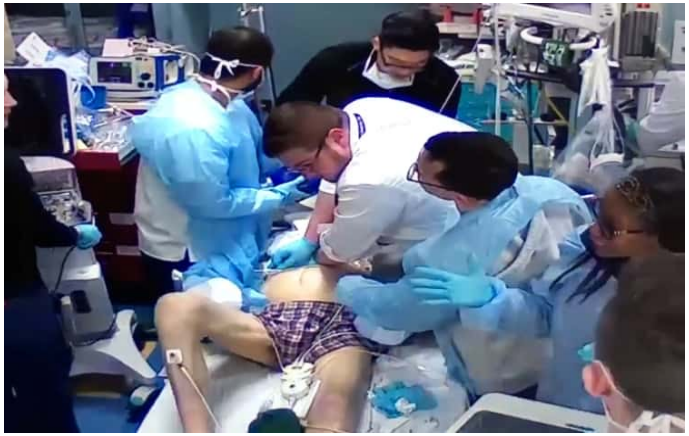
Cardiopulmonary Resuscitation

心臓が停止し、呼吸がない場合に行われる緊急処置（＝死）

An emergency procedure performed when the heart has stopped beating and there is no breathing (DEATH)

患者がさんが死んでいく時
At the Time of Patient Death

With CPR:
医療チームに囲まれている
Surrounded by a Medical Team



Without CPR:
家族に囲まれている
Surrounded by Loved Ones

安らかな死とは？
What is Peaceful Death?

From the recent news:

Former US President Jimmy Carter passed away this afternoon ... 元大統領のジミーカーター氏
He died peacefully, surrounded by his family.
家族に囲まれて安らかに看取られました。

究極の選択

あなたはどちらが大切ですか？

Quality vs. Quantity

質　それとも　量

優先事項
Priorities

Where is my line in the sand?

1. 身体機能・精神的機能で妥協できるもの、できないもの、そして短期間なら耐えられるけれど長期的に妥協できないものは？
   Which functional and mental compromises are acceptable to me, which could I live with long-term, and which are completely unacceptable to me?
2. 自分の人生の質を取り戻すためにどれくらい頑張れるだろうか？
   What trade-offs am I willing to make, and for how long, in order to have my desired Quality of Life?


Palliative Care vs. Hospice Care

緩和医療 - Palliative Care

- 患者・家族中心のケア
- 苦痛を予防・治療することによって生活の質を最適化する。
- 身体的、知的、感情的、社会的、スピリチュアルなニーズに、疾病の全過程を通じて対応する。
- 患者の自律性、情報へのアクセス、選択の促進

- Patient- and family-centered care
- Optimizes quality of life by anticipating, preventing, and treating suffering
- Involves addressing physical, intellectual, emotional, social, and spiritual needs, throughout the continuum of illness
- Facilitates patient autonomy, access to information, and choice

Definitions from the Clinical Practice Guidelines for Quality Palliative Care, Developed as part of the National Consensus Project


緩和医療 Palliative Care
...チーム医療により特別なサポートを提供する。
...a team to provide an extra laver of support.
...何歳でもどんな重い病気のどの過程であれ適切 ...完治を目指す医療と共に提供される。
...appropriate at any age and at any stage in a serious illness ... provided together with curative treatment.
By the Center to Advance Palliative Care

緩和医療とホスピスの関係
Palliative Care and Hospice Care

Clinical Practice Guidelines for Quality Palliative Care

ホスピスは緩和医療の一部

Hospice is part of Palliative Care

ホスピスHospice

ホスピス医療のシステムは日本と米国で違いが多くあります

- 生命に関わる病気・大怪我に直面した人々に対する、質の高い温かいケアモデル。
- 専門的な医療、症状管理、精神的・スピリチュアルな支えに対する他職種指向のアプローチで、本人のニーズと希望に明確に対応する。
- 患者にとって大事な人々にも支援が提供される。

- The model for quality compassionate care for people facing **a life-limiting illness or injury.**
- A team-oriented approach to expert medical care, symptom management, and emotional and spiritual support - expressly tailored to the person's needs and wishes.
- Support is provided to the person's loved ones as well.

ホスピスHospice

- 治療ではなく介護に重点を置く
- ほとんどの場合、ケアは患者の「**住居**」（AFC、ALF、ICF、RCF）で提供される。
- 医学的適応があれば、独立型のホスピスセンターや病院でも提供可能。
- あらゆる終末期疾患および年齢の患者が対象。
- ホスピススタッフが年中無休でオンコール対応。
- 医療的適応がある限り、**無制限に提供される。**
- メディケア、メディケイド、多くの民間保険でプランの対象となる。

- Focuses on caring, NOT curing
- In most cases, provided in the person's "home" residence (AFC, ALF, ICF, RCF).
- Can be provided in a free-standing hospice center or hospital, if medically indicated
- For patients of **any terminal illness** and **age**
- Hospice staff is on-call 24/7
- Benefits are provided for an **unlimited period of time, as long as they are appropriate**
- Covered by Medicare, Medicaid, and most private insurance plans.

Hospice is NOT...

... a caregiving service.

介護サービスではありません。

... paying for room and board at a facility setting.
施設の費用は自費です。

メディケアパートAの給付
Medicare Part A Benefits

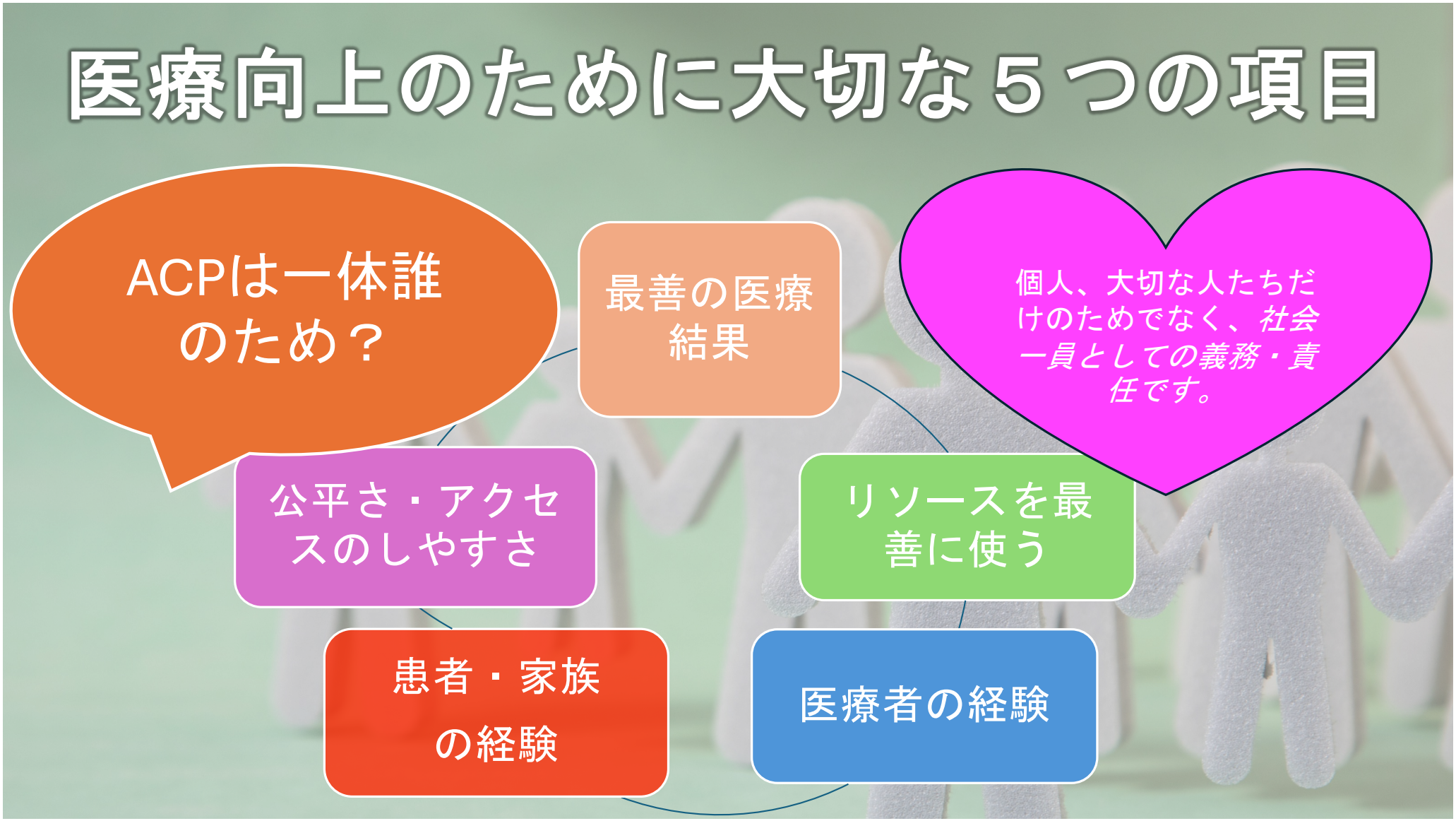
- **入院Inpatient hospital care**
- **リハビリのためのナーシンホーム**
  Skilled nursing facility care
- **ホスピス　Hospice care**
- **訪問看護　Some home health care**
- **医療器具　Medical equipment** Covers 20% of the Medicare-approved amount for certain medical equipment, such as wheelchairs and walkers

介護のための施設費用は支給されません
Medicare DOES NOT Cover Long-term care

介護の場所と介護度
Place of Care and Level of Care

施設比較
Care Facility Comparison

Facility Type	Level of Care	Services Provided	Typical Residents	Cost	Duration	Regulation
Skilled Nursing Facility	High	24/7 nursing care, rehabilitation, medical supervision	Individuals with serious health issues or recovery needs	High (often covered by insurance)	Short-term to long-term	State and federal regulations, often Medicare certified
Long Term Care Facility	Moderate to High	Personal care, daily living assistance, medical support	Seniors with chronic illnesses or disabilities	Moderate to high	Long-term	State regulations, licensing varies by state
Assisted Living Facility	Moderate	Personal care, medication management, social activities	Seniors who need assistance but are relatively independent	Moderate	Long-term	State licensing and regulations vary; may be less stringent than nursing homes
Adult Foster Care Facility	Moderate	Personal care, meals, companionship in a home-like setting	Seniors or individuals with disabilities needing supervision	Variable (often lower than larger facilities)	Long-term	Varies by state; often requires licensing and regular inspections
Memory Care Facility	High	Specialized care for dementia and Alzheimer's, safety features	Individuals with memory-related issues	High	Long-term	Strict regulations due to specialized care requirements, state licensed


医療向上のために大切な５つの項目
ACPは一体誰のため？
最善の医療結果
個人、大切な人たちだけのためでなく、社会一員としての義務・責任です。
公平さ・アクセスのしやすさ
リソースを最善に使う
患者・家族の経験
医療者の経験

おどる阿呆に
みる阿呆
おなじ阿呆なら
おどらにゃソンソン

阿波踊り

先取り医療計画

（ＡＣＰ）

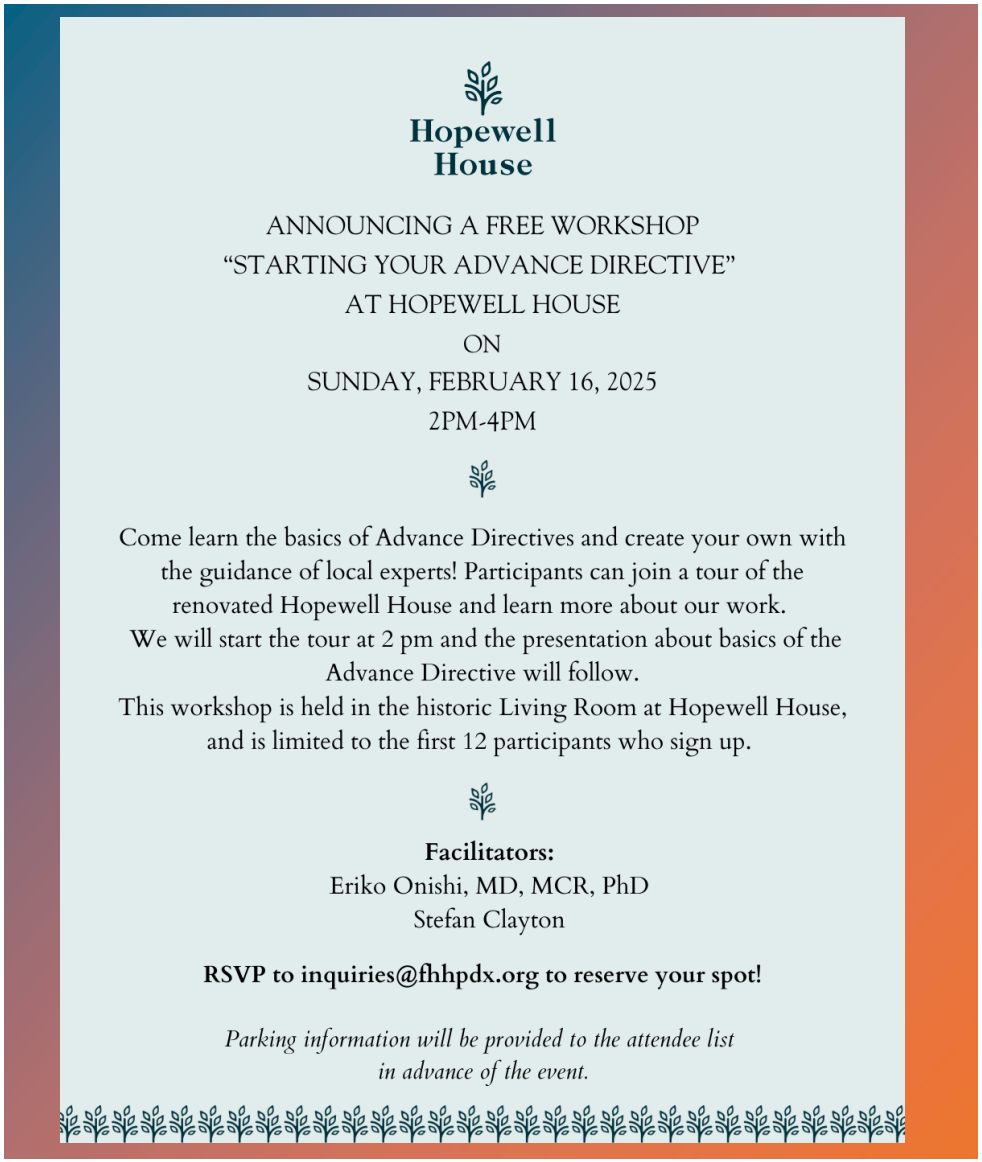
同じ死ぬなら

早よせにゃ

ソンソン

- 私たちは生きてきたように死んでいく…**良い人生＝良い死、今を大切に！**
- ある時点で、私たちの多くは終末期医療に向けて、ある程度のことを思い通りにできる機会はある。
- 終末期、自分を擁護し、支えてくれる人がいる方がいいことに越したことはない。
- 家族や友人を大事にし、お互いに親切にし合いましょう。

- We die as we lived … Good life=Good death, so Live your life well … NOW!
- At some point, most of us are lucky to have some control over our End-of-life Care.
- It is better to have someone to advocate for and support you through End-of-Life.
- Love your family and friends and be kind to each other.



お知らせ

Recurrent

Free Workshop @ HopeWell House

6171 Southwest Capitol Highway
Portland, OR 97239

Phone: (503) 894-7560

"Starting Your Advance Directive"

Sunday, February 16, 2025 @ 2pm

In English

質疑応答

www.erikoonishi.com

アンケートへの参加をお願いします。
アンケートは匿名です。