

2004 00248 A

厚生労働科学研究費補助金

長寿科学総合研究事業

高齢者の終末期ケアの医療と福祉の分担と連携に関する研究

平成16年度 総括・分担研究報告書

主任研究者 勝又 義直（名古屋大学大学院医学系研究科）

平成17（2005）年3月

目 次

I. 総括研究報告

高齢者の終末期ケアと医療と福祉の分担と連携に関する研究

勝又 義直 ----- 1

II. 分担研究報告

1. 高齢者の終末期ケアの倫理と尊厳に関する研究

勝又 義直

(参考資料) Questions and Answers Regarding Minnesota Law on Advance Directions

----- 4

2. 病状別決断分岐図を用いた高齢者の標準終末期ケアの確立に関する研究

三浦 久幸 ----- 30

3. 高齢者の感染症の終末期ケアに関する研究

中島 一光 ----- 33

4. 痴呆症、神経内科疾患患者の終末期ケアに関する研究

武田 章敬 ----- 35

5. 在宅終末期ケアにおけるホームドクターの役割に関する研究

山本 楯 ----- 38

6. 高齢者の終末期ケア 看護・介護と家族支援に関する研究

南 美知子 ----- 40

7. グループホームでの高齢者終末期に関する研究

井上 豊子 ----- 42

8. 高齢者がん患者のターミナルケアにおける問題点

丸口 ミサエ ----- 44

I. 総括研究報告

厚生労働科学研究費補助金（長寿科学総合研究事業）

（総括） 研究報告書

高齢者の終末期ケアの医療と福祉の分担に関する研究

主任研究者 勝又 義直 名古屋大学大学院医学系研究科 教授

研究要旨＝本研究では、まず高齢者の終末期ケアを地域基幹病院にて分析したところ、終末期宣言書などの「事前指示」がある例はまれであり、あっても救急来院では救急処置が行われていた。また、「事前指示」はあいまいな内容になりやすく、患者、家族、医療者の良好なコミュニケーションの下での十分な話し合い等によって、「事前指示」をより強固なものにしていく方策が必要と考えられた。

主任研究者

勝又義直 名古屋大学大学院
医学系研究科 教授

分担研究者

三浦久幸 国立長寿医療センター
外来総合診療科

中島一光 国立長寿医療センター
呼吸器科

武田章敬 国立長寿医療センター
アルツハイマー型痴呆科 医長

山本 楯 山本医院

南美知子 国立長寿医療センター
看護部長

井上豊子 介護老人保健施設びわ湖大府
看護・介護科

丸口ミサエ 国立看護大学校 教授

行うかどうかの判断に迷う例が多い。また、終末期においては、人工呼吸器による呼吸管理に限らず、栄養補給や水分補給、あるいは抗生物質の投与などの生命維持を中止しないしレベルダウンすることの是非や、苦痛を取り除くための強力な薬剤の持続的投与の是非など医療現場の苦悩は深い。一方、日本における終末期は、介護保険制度の導入によって介護の比重が高まっている。しかしながら、在宅や介護施設で死を迎える場合には、本来必要な医療をしなかったのではないかとの不安や非難がありうる。結局は病院へ搬送され病院で死を迎える例が少なくないのが実情である。本研究では、このような日本における終末期の実態を調査し、それを踏まえて、適切な終末期医療のあり方と、医療と福祉の連携を図っていく方策を検討することを目的としている。

A. 研究目的

高齢者の終末期ケアは高齢者医療で極めて重要であるが、高齢者が自らどのような死を望むかの、いわゆる尊厳死宣言書を用意している例は乏しい。したがって、終末期と思われる例でも容態が急変した場合などで人工呼吸器を装着するなどの救命処置を

B. 研究方法

本研究では、まず日本における高齢者の終末期の実態を、個々の医療記録を調査することとした。具体的には、地域の基幹病院である国立長寿医療センター病院における入院患者と救急外来患者での死亡例について

て調査した。これらにつき、具体的には、個々の診療録からレトロスペクティブに、事前指示の確認、治療の継続、IVHの継続、苦痛の緩和、さらに医療を継続した場合での蘇生の有無等につき、症例ごとに対応を記録し、匿名化した上で整理した。同様の手法を用いて緩和ケア病棟、在宅などにおけるレトロスペクティブな解析を行うこととしている。さらに、この課題における倫理面、法的、社会的問題(ELSI)について日本におけるこれまでの動きを整理するとともに、この課題について長寿医療振興財団から援助をいただいた国際共同研究の一環として、介護の先進国であるドイツと安楽死の法制化が行われているオランダでの現地調査を行った。

C. 結果と考察

地域基幹病院である国立長寿医療センター病院における症例の調査では、ある程度の症例の分析が進んでいる。この中間段階で浮かび上がってきた実態は①終末期前に事前指示の確認がなされていた例はまれであること、②終末期では自己決定能力がない症例が多く、治療方針の決定にあたって家族に頼らざるを得ないこと、③予後の判定が比較的明確で、症状の悪化が緩やかに進むことが多い悪性腫瘍例のほか、急激に悪化して突如終末期となるような予後の判定が困難な例が多いこと、④心肺停止による救急受診後に死亡した例では、事前にCPR不要と診療録に記載があった例が2例あったものの、いずれも救急隊によって病院搬送時にすでにCPRが行われていたことなどである。これらの結果から、まずは予後の判定が比較的明確で緩やかに終末期を迎える場合と、急激に終末期を迎える病態を分けて検討する必要があると考えられた。また、まれながらあらかじめ人工呼吸器装着

などの救急処置はしないとの「事前指示」が得られていた症例が、いずれも救急搬送時点では、そのことを知らない救急隊員や当直医師によって救急処置がなされていたことから、急激に終末期を迎える例でも事前指示が明確になるような工夫が必要であることが認識された。この点については、事前指示の作成過程を検討し、容態が急変した場合でも症例周辺の家族や医療スタッフができるだけ事前指示に沿った対応が出来るよう、事前指示についての話し合いを十分に行うなどの工夫が必要と考えられた。

一方、ホスピスや特別養護老人ホームなどの施設や在宅での終末期についての検討は現段階ではまだあまり進んでいないが、施設や在宅で介護を受けていた症例が、終末期に地域基幹病院である国立長寿医療センター病院に搬送されてくる例が多いことから、とりわけ容態が急変する時点での対応が問題となってくると考えられる。今後、実際の症例の検討に基づいて検討していくが、「事前指示」をより強固にしていくような方策が取られる必要があり、検討を進めていきたい。

ELSIについての検討では、患者の「事前指示」のあり方が検討された。患者の事前指示内容は、日本尊厳死協会の尊厳死宣言書に見られるように、“一切の延命処置をお断りします”といったようなあいまいな内容になることが多い。事前にどのような終末期を迎えるかが明確になっていない段階で作成されるものであり、医学の専門家でない人が作成するのでやむをえないが、このことは、「事前指示」を書くだけでは問題の解決にならないことを示している。

「事前指示」は、問題解決の重要なステップであるが、折に触れて家族、医療スタッ

フなどと話し合い、事前指示の内容について十分に話し合い、強固にしていく必要があるように思われる。そして、緩やかに終末期を迎える状況だけでなく、容態が急変したときにも「事前指示」にできるだけ沿った対応が取れるようにしておく必要がある。医療側の対応としては、「事前指示」形成や確認についてのサポート体制を工夫することのほか、圧倒的に多い「事前指示」のない例についての対応を考えておく必要がある。米国等におけるいわゆる自然死法のような、「事前指示」を尊重することが法的に明確にされていない日本の状況では、たとえば「事前指示」に従ったとして安易に人工呼吸器を止めれば殺人とみなされる危険がないわけではなく、まして「事前指示」がない状況での医療継続の中止は注意を要する。この点は海外調査にてドイツもフランスも同様な状況であった。今後、海外の状況も勘案しつつ、検討を進めていきたい。

D. 結論

地域の基幹病院における症例の分析が進んでいるが、中間段階では、「事前指示」がないまま終末期を迎える高齢者が圧倒的に多いことが示された。また、まれに救急処置をしない旨の「事前指示」が見られた例も救急時の対応では結局は救急処置がとられていた。今後、施設や在宅での高齢者の終末期の分析を進めるが、「事前指示」作成のサポートだけでなく、「事前指示」をより強固なものにしていく方策が必要と考えられた。また、医療側としては、圧倒的に多い「事前指示」のない例での対応を十分に考えておく必要があり、今後検討していきたい。

D. 健康危険情報

特記すべきことなし

E. 研究発表

特記すべきことなし

F. 知的財産権の出願・登録状況

なし

II. 分 担 研 究 報 告

厚生労働科学研究費補助金（長寿科学総合研究事業）

（主任） 研究報告書

高齢者の終末期ケアと倫理と尊厳に関する研究

主任研究者 勝又 義直 名古屋大学大学院医学系研究科 教授

研究要旨 本研究では、まず高齢者の終末期ケアについての問題点を現場に即して整理するとともに、日本における従来の検討結果を整理分析した。高齢者の終末期には本人の意思決定能力に問題がある例が多く、そのような例では治療方針の決定にあたって家族に頼らざるを得ない。しかしながら、生命維持を事実上取りやめるような重大な判断の場合は、何らかの形で第三者が加わることを検討するべきであると考えられる。

A. 研究目的

高齢者の終末期ケアにおいては、高齢者の尊厳を守り、倫理的な配慮がなされなければならない。基本となることは、高齢者本人の終末期ケアについての意思の尊重である。しかしながら、高齢者は身体能力が衰え、痴呆などで精神的な能力も衰えていることも少なくなく、高齢者の意思の確認が困難で、家族の意向に頼らざるを得ないことも少なくない。本研究では、そのような例を含めて高齢者の終末期ケアについての判断が倫理的に行われる方策について検討することを目的としている

B. 研究方法

本研究では、まず日本における高齢者の終末期ケアについての問題点を現場に即して整理することを試みた。高齢者の終末期は病院で迎えることが多いが、在宅や施設で医療や介護を受けていても容態が悪化すれば結局は病院に緊急入院することが少なくなく、それらの連携がどのようにおこなわれているかについての調査をしていく方法を検討した。さらに、高齢者の終末期ケアの意思確認における問題点についての日本での従来の検討結果をまとめ、さらに海外

に事例について介護の先進国であるドイツと世界で始めて安楽死を法制化したオランダを視察し、それぞれの国での終末期ケアにおける高齢者の意思確認の状況を調査した。また、ほとんど州で終末期ケアにおける本人の事前指示を尊重する旨のいわゆる“自然死法”が成立している米国での大学病院の事前指示についてのサポート体制や、医療における難しい判断についてサポートする病院内倫理委員会の仕組みについて検討した。

C. 結果と考察

地域基幹病院である国立長寿医療センター一病院における症例の調査で、高齢者の終末期ケアにおける意思確認の実態が示された。すなわち、終末期前に事前指示の確認がなされていた例はまれであること、終末期では自己決定能力がない症例が多く、治療方針の決定にあたって家族に頼らざるを得ないことなどが明らかになった。そして、在宅や施設で医療や介護を受けている場合で終末期には救命処置は受けないとの確認があっても、容態が急に悪化した際には病院に搬送され、救急処置を受けている例があるなど、必ずしも意思に沿った対応が

とられていないことも明かになってきた。今後、在宅や施設での調査を進めて全体的な流れを把握していきたい。

高齢者に限らず、日本では本人の事前指示がある例は少ない。日本尊厳死協会の会員は10万人を超えたとされ、協会の尊厳死宣言書を持つ人が増えてきてはいるが、実際の医療現場で提示される例はまれである。あらかじめ本人が元気なときに終末期ケアについての事前指示を作成していくことの普及が必要と考えられる。病院や在宅での診療時に、事前指示書を作っておくことの重要性を説明したり、作成のためのサポートをすることが考えられる。それについては、米国のメイヨークリニックを始めとする事前指示の説明や書式(1)が参考になる。ただ、事前指示書については、家族や医療者などの周囲の理解が重要であり、1度書いただけで終わりではなく、再確認や修正が何度も行われ、話し合われることが望ましい。それでも日本では本人の事前指示が急速に普及することは考えにくく、家族の意向に頼ることが当面は多いと思われる。家族の意思表示については、本人の意思表示に準ずる取り扱いが出来るとする考え(2-4)のほか、あくまで本人の意思推定のためのものであって本人の意思を代行するものではないとの考えがある(5)。とりわけ生命維持を事実上取りやめる判断を、介護負担等でさまざまな問題を抱える家族にのみ頼るだけでは問題がないわけではない。終末期ケアの判断については、米国で普及している病院内倫理委員会の仕組み(6)等、何らかの形で第三者の参加が加わることを検討すべきであると考えられる。

今回のドイツとオランダの調査で、高齢者の終末期ケアの考え方について多くの示唆が得られた。ドイツでは、高齢者の終末

期ケアについては、本人の意思に基づかないままに救命処置をしないことや、医療を打ち切ることには慎重であった。とりわけ積極的な安楽死は、第2次世界大戦における非人道的な人体実験の影響からか極めて慎重であった。介護保険でまかなわれる介護ホームでは70%が痴呆であり、本人意思の確認は出来ない例が多い。介護ホームでは医療が出来ないので容態が急変したらかなりの例が病院に運ばれ、救命処置がなされる。オランダでは、厳密な手続きで安楽死が行われているが、1995年に“自然死法”が施行されており、本人の自然に死にたいとの意思は法的に尊重される。安楽死は本人の意思が明確な場合のみであり、昏睡状態に陥れば苦痛は感じないと考えられるので権利がなくなるとされている。安楽死は死における医療の関与としては全死亡の2%以下と極めて特別な状態で、医療を行わないか中止するもの(17.5%)や、鎮痛薬や麻酔薬による緩和医療(17.5%)がはるかに多い。ただ、いずれの国でも、本人の事前指示がない場合は家族と話し合うが、その目的が本人の考え方を類推するためとしているのは共通している。

D. 結論

地域基幹病院である国立長寿医療センター病院における症例の調査で、高齢者の終末期前に事前指示の確認がなされていた例はまれであること、終末期では自己決定能力がない症例が多く、治療方針の決定にあたって家族に頼らざるを得ないことなどが明らかになった。そのため、あらかじめ本人が元気なときに終末期ケアについての事前指示を作成していくことの普及が必要と考えられた。それでも日本では本人の事前指示が急速に普及することは考えにくく、

家族の意向に頼ることが当面は多いと思われるが、生命維持を事実上取りやめるなどの重大な判断の場合は家族に頼るだけでなく、何らかの形で第三者の参加が加わることを検討すべきであると考えられる。

E. 健康危険情報

特記すべきことなし

F. 研究発表

特記すべきことなし

G. 知的財産権の出願・登録状況

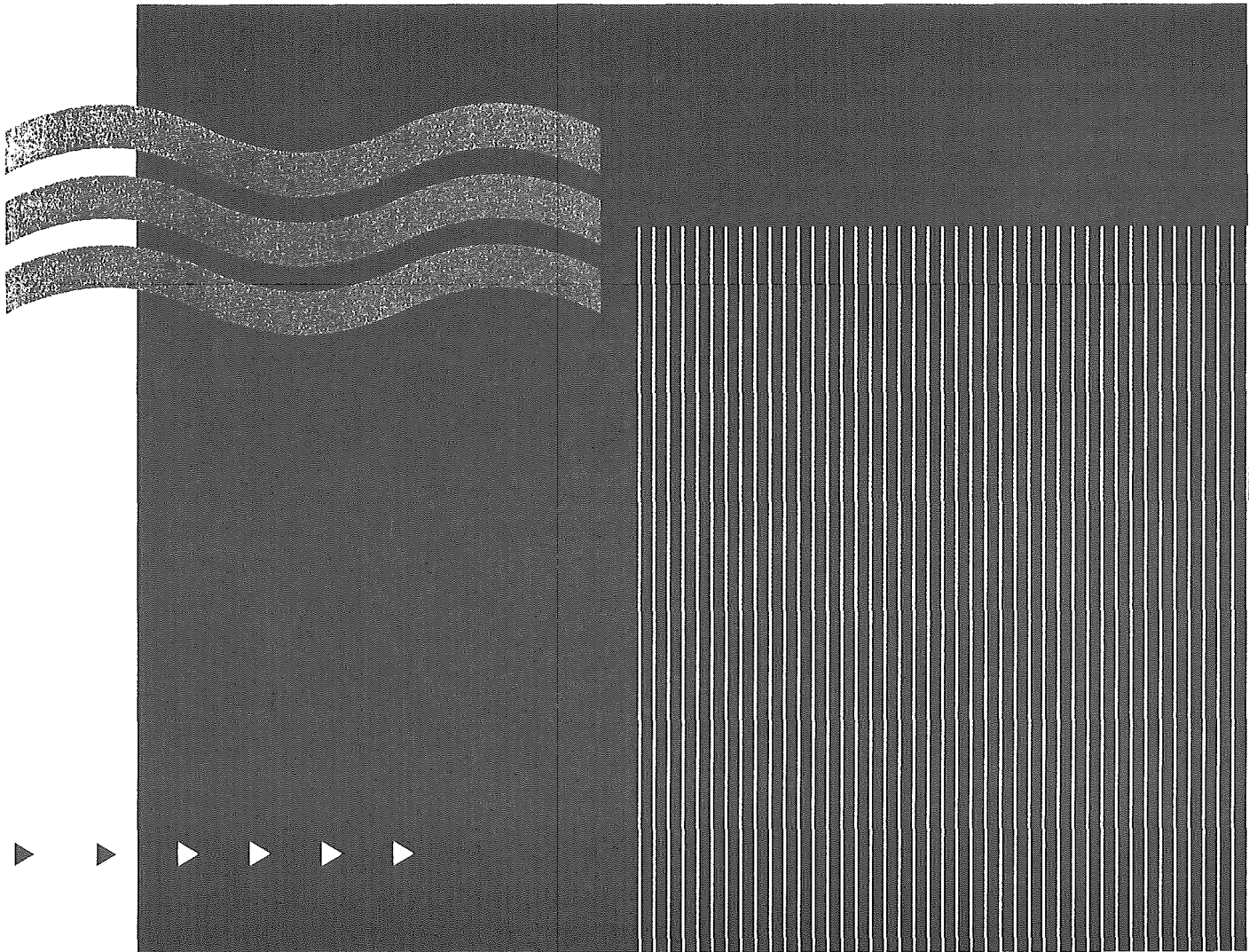
特記すべきことなし

参考文献＝

1. メイヨークリニックの資料を参考資料として添付する。
2. 日本医師会 第Ⅲ次生命倫理懇談会報告 平成4年3月9日
3. 横浜地裁判決 平成7年3月28日（判例時報1530号、28ページ）
4. 日本医師会 第Ⅷ次生命倫理懇談会報告 平成16年2月18日
5. 日本学術会議 死と医療特別委員会報告 平成6年5月26日
6. リサ・ベルキン著 宮田親平訳 「いつ死なせるか」 文藝春秋 1994年



Questions and Answers Regarding Minnesota Law on Advance Directives



Introduction

In recent years, society has become more aware of each person's right to refuse medical treatment for illness and injury. Often, the most important treatment decisions of all — those affecting life and death — are out of reach of the people affected because they are too ill to decide about their own care.

One solution to this problem is a formal written statement you make when you are of sound mind. You complete the statement before you become unable to give directions to a medical team. The statement lets you choose which medical treatments you would or would not want if you become ill. You may also name a person to carry out your wishes. This person is called a proxy or agent.

You may have heard these formal statements called names such as advance directive, health care directive, living will or durable power of attorney for health care. In Minnesota, each is called a health care directive. If you already have a document from your home state, you do not need to prepare another one specifically for Minnesota.

If you do not have a document, this booklet will give you information to help you prepare an advance directive. Most people want information about treatments they may choose, including risks and benefits of each. Beginning on page 11, this booklet defines life-saving treatments to help you choose which treatments you would prefer.

Treatments may be divided into two types, life-saving and life-sustaining. A life-saving treatment is given for a limited time to help your body regain its normal function. A life-sustaining treatment provides a vital function that your body has lost and is not likely to recover. Stopping life-sustaining treatment usually results in death.

Consider these two points:

1. A treatment may begin as life-saving and, with long-term use, become life-sustaining.
2. Whether a certain treatment will be helpful may depend more on the situation in which it is used than on the treatment itself.

For example, mechanical ventilation (that is, breathing with the help of a machine) for a sudden serious lung injury can be life-saving and lead to full recovery. However, this treatment for a person with a chronic lung disease may become life-sustaining. A person with a chronic lung disease may not be able to live without the breathing machine.

A single treatment can have many effects. Avoid making general judgments about a specific treatment. For example, rather than refuse a treatment under all circumstances, some people ask that the treatment be limited to a certain number of days or weeks. Other people ask that any treatment be stopped as soon as the attending physicians believe the treatment is no longer helpful.

When you request or refuse treatment in an advance directive, you are giving advice rather than an order. However, an advance directive is advice on which physicians' orders for treatment are based. For example, the policy at Mayo Clinic requires the consent of a patient (or of an appropriate person making decisions for the patient) before a do-not-resuscitate order is carried out. That is, unless you or your agent advises otherwise, you will be resuscitated.

It is against the law to require anyone to write an advance directive in order to receive health care or health insurance. If you do not write an advance directive, and if you become incapable of making decisions about your medical care, your physician will consult with your family to make those decisions.

The following pages contain information about how Minnesota law applies to advance directives and common medical procedures available to save or sustain life. Definitions in the booklet may help you make informed decisions and help you decide which procedures to accept, reject or restrict during your medical care.

Questions and Answers Regarding Minnesota Law on Health Care Directives¹

Minnesota law allows you to inform others of your health care wishes. You have the right to state your wishes or appoint an agent in writing so that others will know what you want if you can't tell them because of illness or injury. The information that follows tells about health care directives and how to prepare them. It does not give every detail of the law.

Health care directives

Q. What is a health care directive?

A. A health care directive is a written document that informs others of your wishes about your health care. It allows you to name a person ("agent") to decide for you if you are unable to decide. It also allows you to name an agent if you want someone else to decide for you. You must be at least 18 years old to make a health care directive.

Q. Why have a health care directive?

A. A health care directive is important if your attending physician determines you can't communicate your health care choices (because of physical or mental incapacity). It is also important if you wish to have someone else make your health care decisions. In some circumstances, your directive may state that you want someone other than an attending physician to decide when you cannot make your own decisions.

Q. Must I have a health care directive? What happens if I don't have one?

A. You don't have to have a health care directive. But, writing one helps to make sure your wishes are followed.

You will still receive medical treatment if you don't have a written directive. Health care providers will listen to what people close to you say about your treatment preferences, but the best way to be sure your wishes are followed is to have a health care directive.

¹Text in this section was prepared by the Minnesota Department of Health.

Q. How do I make a health care directive?

A. There are forms for health care directives. You can get them from your health care provider², attorney or the Minnesota Board on Aging (1-800-882-6262 or 651-296-2770). You don't have to use a form, but your health care directive must meet the following requirements to be legal:

- be in writing and dated.
- state your name.
- be signed by you or someone you authorize to sign for you, when you can understand and communicate your health care wishes.
- have your signature verified by a notary public or two witnesses.
- include the appointment of an agent to make health care decisions for you and/or instructions about the health care choices you wish to make.

Before you prepare or revise your directive, you should discuss your health care wishes with your doctor or other health care provider.

Q. I prepared my directive in another state. Is it still good?

A. Health care directives prepared in other states are legal if they meet the requirements of the other state's laws or the Minnesota requirements. But requests for assisted suicide will not be followed.

Q. What can I put in a health care directive?

A. You have many choices of what to put in your health care directive. For example, you may include:

- the person you trust as your agent to make health care decisions for you. You can name alternate agents in case the first agent is unavailable, or joint agents.
- your goals, values and preferences about health care.
- the types of medical treatment you would want (or not want).
- how you want your agent or agents to decide.
- where you want to receive care.
- instructions about artificial nutrition and hydration.
- mental health treatments that use electroshock therapy or neuroleptic medications.
- instructions if you are pregnant.
- donation of organs, tissues and eyes.

²See the forms in the back pocket of this booklet called "An Advance Directive Form" (Mayo Clinic reference number MC2107-07) and "Minnesota Advance Psychiatric Directive Form" (MC2107-08).

- funeral arrangements.
- who you would like as your guardian or conservator if there is a court action.

You may be as specific or as general as you wish. You can choose which issues or treatments to deal with in your health care directive.

Q. Are there any limits to what I can put in my health care directive?

- A. There are some limits about what you can put in your health care directive. For instance:
- your agent must be at least 18 years of age.
 - your agent cannot be your health care provider, unless the health care provider is a family member or you give reasons for the naming of the agent in your directive.
 - you cannot request health care treatment that is outside of reasonable medical practice.
 - you cannot request assisted suicide.

Q. How long does a health care directive last? Can I change it?

- A. Your health care directive lasts until you change or cancel it. As long as the changes meet the health care directive requirements listed above, you may cancel your directive by any of the following:
- a written statement saying you want to cancel it.
 - destroying it.
 - telling at least two other people you want to cancel it.
 - writing a new health care directive.

Q. What if my health care provider refuses to follow my health care directive?

- A. Your health care provider must follow your health care directive, or any instructions from your agent, as long as the health care follows reasonable medical practice. But, you or your agent cannot request treatment that will not help you or which the provider cannot provide. If the provider cannot follow your agent's directions about life-sustaining treatment, the provider must inform the agent. The provider must also document the notice in your medical record. The provider must allow the agent to arrange to transfer you to another provider who will follow the agent's directions.

Q. What if I've already prepared a health care document? Is it still good?

- A. Before August 1, 1998, Minnesota law provided for several other types of directives, including living wills, durable health care powers of attorney and mental health declarations.

The law changed so people can use one form for all their health care instructions.

Forms created before August 1, 1998, are still legal if they followed the law in effect when written. They are also legal if they meet the requirements of the new law (described above). You may want to review any existing documents to make sure they say what you want and meet all requirements.

Q. What should I do with my health care directive after I have signed it?

- A. You should inform others of your health care directive and give people copies of it. You may wish to inform family members, your health care agent or agents, and your health care providers that you have a health care directive. You should give them a copy. It's a good idea to review and update your directive as your needs change. Keep it in a safe place where it is easily found.

If you want more information, contact your health care provider, your attorney, the Office of the Ombudsman for Older Minnesotans (1-800-657-3591 or 651-296-0382), or the University of Minnesota Extension Service (1-800-876-8636 or 612-624-4900; e-mail: order@dc.extension.umn.edu).

Facility and Provider Compliance Division
85 East Seventh Place, Suite 300
St. Paul, Minnesota 55101

Other Questions About Advance Directives

Nominating a guardian or conservator

Q. What are guardians and conservators?

A. A guardian is a person named by a court to decide for you when you cannot decide for yourself. A conservator is like a guardian but has more limited powers to make decisions. A court will name a guardian or conservator only if someone starts a court action to do so. Your family or others may start the court action so that your provider will know who can make the treatment decisions.

Q. Will my guardian or conservator be able to make health care decisions for me?

A. Yes. If your guardian or conservator is acting in your best interest, he or she can consent to health care or refuse consent to health care on your behalf.

Q. Can I name someone to be my guardian or conservator?

A. In Minnesota, the person you name as your agent is automatically nominated as your guardian. Make sure the person agrees to be named. If the court decides to appoint a guardian or conservator for you, the court will appoint the person you nominate, unless the court finds that your suggestion is not in your best interest at the time. If you do not nominate a person to be your guardian or conservator, the court will appoint someone for you.

Q. When will a guardianship or conservatorship become effective and how long will it last?

A. A guardianship or conservatorship becomes effective when you become unable to decide for yourself and the court names a guardian or conservator. A guardianship or conservatorship may be temporary or long-term. It depends on how long you cannot make decisions for yourself. Once you can decide for yourself, you can ask the court to restore your rights and end the guardianship or conservatorship.

Mental health directive

Q. What is a mental health directive (also known as an advance psychiatric directive)?

A. A mental health directive is a paper signed by you and two witnesses explaining your wishes about "intrusive" mental health treatment. It applies only to electroshock therapy and neuroleptic medication. In a mental health directive you can write down the types of intrusive mental health treatments you want or do not want. A mental health directive is only effective when you cannot understand the treatment to be given or are not capable of giving your consent to that treatment.

Q. Can I name someone to make mental health treatment decisions for me?

A. Yes, you can name any competent person age 18 or older to decide about intrusive mental health treatment if you become unable to make decisions for yourself. This person is called an agent. Your agent is required by law to follow your wishes.

Q. What must I do to make a mental health directive?

A. To make your mental health directive effective you must do three things. First, you must sign it. Second, you must have two witnesses sign it. The witnesses must state that they believe you understand the nature and significance of your directive. Last, you must give your directive to your doctor or other mental health treatment provider. You may also appoint an agent to make decisions about intrusive mental health treatments by using the "Minnesota Advance Psychiatric Directive Form" (MC2107-08) in the back pocket of this booklet. You can appoint the same person to be your agent for intrusive mental health treatments as you do for general health care decisions, or you can decide to appoint two different people to make these different kinds of decisions.

Q. Do providers have to follow my directive?

A. Your provider has to follow your directive if it is consistent with reasonable medical practice and law and if treatments are available. If the provider is unwilling to follow the directive, he or she must promptly tell you and note in your medical record that he or she has told you. A provider cannot require you to make a directive as a condition of receiving services. If you are committed as mentally ill or mentally ill and dangerous, a provider cannot use intrusive treatment if your advance directive states you do not want it, unless a court orders the treatment. If you are not committed, a provider cannot use intrusive treatment against your wishes as stated in your directive unless you are committed and a court orders the treatment.

Q. Can I change my mind about my mental health directive?

A. You can cancel all or part of your directive at any time if you are competent to do so. You should tell your provider that you do not want any or a part of it to be followed. If you make changes, you should write another directive. You should also tell others who know about your directive that you have changed or cancelled it.

Additional questions

- Q. Will I still be treated if I do not make an advance directive?**
- A. Yes. Making an advance directive is your choice. A provider cannot discriminate against you based on whether or not you have an advance directive.
- Q. Who will make health care decisions for me if I do not have an advance directive?**
- A. If you do not have an advance directive and cannot make your own health care choices, your providers will probably talk to your family about what treatment is best for you. If there is disagreement, someone may seek appointment of a guardian or conservator. If this happens you have no control over who will be named, and you cannot be sure your wishes will be followed. An advance directive gives you the chance to let others know what treatment you want and who you want to choose for you.
- Q. How do I express my wish to donate my organs for transplantation?**
- A. To make sure that others know of your wishes, notify your family, your health care agent and your physician, and include specific instructions in your advance directive. (See pages 3 and 5 of "An Advance Directive Form," MC2107-07, in the back pocket of this booklet). If you do not specify your wishes in your advance directive, your family members may be asked to make a decision upon your death.
- Q. How do I express my wish to donate my body to science?**
- A. Notify your family, your health care agent, your physician and your funeral home director that you want to donate your body for medical education. Include specific instructions in your advance directive (see pages 3 and 5 of "An Advance Directive Form" in the back pocket of this booklet), and give copies of all written instructions and forms to those who will carry out your wishes at the time of your death. If you wish to donate your body for research about a specific disease, make arrangements with your primary care physician before death. Otherwise, contact the organization (such as a specific medical institution or school) where you want your body studied, and ask what procedures to follow. Ask for information about matters such as transportation expenses and funeral arrangements. In addition, make alternate plans because sometimes a body is not acceptable for medical education (for example, bodies are not acceptable if they have been autopsied).