

意思決定支援（ACP : Advance Care Planning）指針

1. ACP（Advance Care Planning）とは？

将来の変化に備え将来の医療及びケアについて、本人を主体にその家族や近い人、医療・ケアチームが繰り返し話し合いを行い、本人の意思決定を支援するプロセスのこと。本人の人生観や価値観、希望に沿った、将来の医療及びケアを具体化することを目標にしている。

2. ACP の留意点

- ・ ACP は、これからの生き方を前向きに考える仕組みであり、最後の時期の医療及びケアのあり方が含まれる。リビング・ウィル等の AD（Advance Directive；事前指示）の作成も入ることがある。
- ・ 主体は患者本人。
- ・ 本人、信頼できる人々（家族や友人等）、医療従事者とともに話し合いが行われることが望ましい。
- ・ 本人の健康状態や生活状況が変わるごと、また、本人の意思は変化する可能性があるため、繰り返し話し合うことが重要である。
- ・ 地域で支えるという視点から、かかりつけ医を中心に、看護師、ケアマネージャー等の介護職、ソーシャルワーカー等の多職種で、本人の意思に寄り添う事が理想である。
- ・ 本人の同意のもと、話し合いの結果が記述され、定期的に見直され、ケアに関わる人々の間で共有されることが望ましい。
- ・ 話し合いのきっかけをつくり、話し合いのプロセスの場を提供することが重要。

3. ACP での話し合う内容について

- ・ 本人の状況 ⇒ 家族構成・日常の様子・健康状態・介護保険サービスの利用等（在宅）
- ・ 本人の人生観や価値観・目標、気付きや意向など
- ・ 本人が大切にしたいことやこだわりなど
- ・ 今後過ごしたい場所
- ・ 病状や予後の理解
- ・ 医療及びケアについての希望

4. ACP の目標

重篤な疾患ならびに慢性疾患において患者の価値観や目標、意向を実際に受ける医療に反映させること

5. ACP の焦点

- ・ 本人が最も大切にしていることに基づいて意思決定ができるように、医学的ケアの全体としての目標が何かに焦点を当てる必要がある。
- ・ 本人の健康状態が変化するに従って、ACP は特定の治療やケアについてどうしていくかに焦点が移っていく。
- ・ 本人自ら意思決定ができなくなったときに備えて、本人に成り代わって意思決定を行う信用できる人（人々）を選定することにも焦点が当てられる。

6. ACP の時期と課題について

1) 健康成人に対する ACP

意向は曖昧、その度が変わり、遠い未来に対する仮の選択になってしまう不確実な判断、何をもちあわさずかかわっていない。どんな選択をしたか覚えていない、1~2 年経つと違う選択をする

2) 生命の危機に直面している患者への ACP

- ACP は行われない
- 患者は話し合うことを避ける救急や死の前日などに短時間で行われる、また、話し合いがされても、行われる医療行為をするかしないかに限られ、その背景にある価値観や目標が探索されない

7. 当院における ACP の具体的方法について

1) 対象者

- 外来通院患者や外来リハビリ通院患者
- 一般病床及び地域包括ケア病床に入院の患者
- 悪性腫瘍患者
- 予後が 1 年以内を予測できるような患者
- I.C で DNAR の確認をする患者

2) 開催時期

- 医師及び看護師や多職種を含める医療従事者が必要と認識した時
- 入院または転棟時の病状説明時
- カンファレンス・病状説明（病状変化時や退院前）・訪問診療開始時、本人・家族希望時など
- 在宅療養中の患者や家族からの希望時

3) 参加メンバー

主治医と本人を中心に看護師・ソーシャルワーカー・栄養士・薬剤師・ケアマネ・介護福祉士等、本人の家族や近い人など

4) 方法

- ①看護師が、本人・家族と主治医の日程調整を行い、関連職種に日時・開催場所を伝達する。
- ②対象者に対して、開催時期前に看護師より **ACP のパンフレット** を基に本人・家族に説明。
- ③意思表示のある場合や医療者から必要と思われる患者（本人・家族からの同意必要）には、「**私の心づもり**」や「**つぐみ**」を記入してもらう。
「私の心づもり」は、同席者それぞれのサインをして電子カルテの画像サマリに取り込みする。
- ④記入した内容を基に話し合う。
「**意思決定支援用紙**」の紙面を活用する場合は、記載後に画像サマリに取り込みする。テンプレートを活用する場合は、プロセスに残るため、付箋機能を使用し「黄色の付箋 全体」で登録する。
- ⑤治療行為に関する希望や意思表示は「**事前要望書**」に記載する。画像サマリに取り込みする。
- ⑥看取りに関しての意思表示は「**看取りの説明と同意書**」に記載する。画像サマリに取り込みする。
- ⑦電子カルテ内の記録用紙について

「**意思決定支援用紙**」 病院情報⇒院内マニュアル⇒意思決定支援関連
または、テンプレート⇒緩和ケア

「**私の心づもり**」 病院情報⇒院内マニュアル⇒意思決定支援関連 または、内科外来に常備
「**つぐみ**」 内科外来に常備

「**事前要望書**」「**看取りの説明と同意書**」 文書作成⇒同意書

5) ACP カンファレンス開催後は、医師は診療録、看護師は看護記録に記載し共有する。

記録方法は、「意思決定支援用紙」の形式にそって記入すると記述しやすい。

- 記録には、黄色の付箋（全体） 「ACP」で残す
- 必要時看護計画を立案する

6) 看護師は、ACP 開催の日付を看護プロフィールに残す。

- ・ 2 回目以降は、本人の健康状態や生活状況の変化時、また、本人の意思の変化時に行う。
- ・ 本人の意思が確認できず、家族がいない場合や家族が本人の意思を推定できない場合は、医療・ケアチームが本人にとって最善の治療方針を慎重に判断する。（家族がいる場合は十分に話し合う）
- ・ 病態等で医療内容の決定が困難な場合や家族の中の意見がまとまらないなどの場合に、必要に応じて外部の専門家（大学講師・弁護士等）で構成する委員会を設置し、治療方針の検討や助言を受ける。
- ・ 事前に外部専門家を選定して、承諾を得る。

それぞれの場面に応じた用紙を選択

ACP のパンフレットを基に本人・家族に説明し「私の心づもり」「つぐみ」を記入
「意思決定支援用紙」 or 「事前要望書」 or 「看取りの説明と同意書」の記入

8. ACP（アドバンス・ケア・プランニング）で大切にしたいこと

過去

事前意思表示

ライフレビューから推測

現在

今の気持ち

苦痛が緩和された時に確認

未来

本人にとっての最善の利益

延命した場合の生活は？

療養の場は？

家族の生活は？

過去と現在を知ったうえで、さりげなく雑談しながら未来のことを話す

家系図（子供は？）

家族の既往歴（がんで亡くなってないか）

患者の既往歴（過去の苦労歴は）

仕事歴（仕事への誇りは）

自らの考える性格

患者の困難時のコーピングスタイル（対処法）

健康観を探る（健康に関する希望・目標）

* 意思決定支援の中で大切にしたいこと

- ・ 患者・家族とのコミュニケーションに影響を及ぼす“医療者の価値観”を自覚しておく
- ・ 人それぞれに生きてきた歴史と物語が存在し患者の言動には、その人なりの意味がある
→その人の人生はその人しか生きることができない
- ・ 病の受け止めも対処の仕方もみな違う。その違いを受け止めるところから治療、ケアが始まる。
それはその人本来のありようを信頼し待つ姿勢に繋がる
患者の価値観、人生観、死生観、治療への期待、いのちに向き合う姿勢
予期せぬことが起こった際の対処方法、人的サポート、家族背景など
- ・ 忙しい毎日の中でも、意味ある時間・意図的な問いを心がける
- ・ 「自分で決めた」「自分達で決めた」「医療者と良く話し合っただけ決めた」という納得感が大事

<引用文献 参考文献>

人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン

厚生労働省 改訂 平成 30 年 3 月 <https://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/0000197665.html>

全日病の終末期医療に関するガイドライン

公益社団法人 全日本病院協会 平成 28 年 11 月 https://www.ajha.or.jp/voice/pdf/161122_1.pdf

緩和ケア委員会 2021 年 1 月 作成

2022 年 8 月 訂正

2024 年 2 月 6 日 訂正