

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

～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～

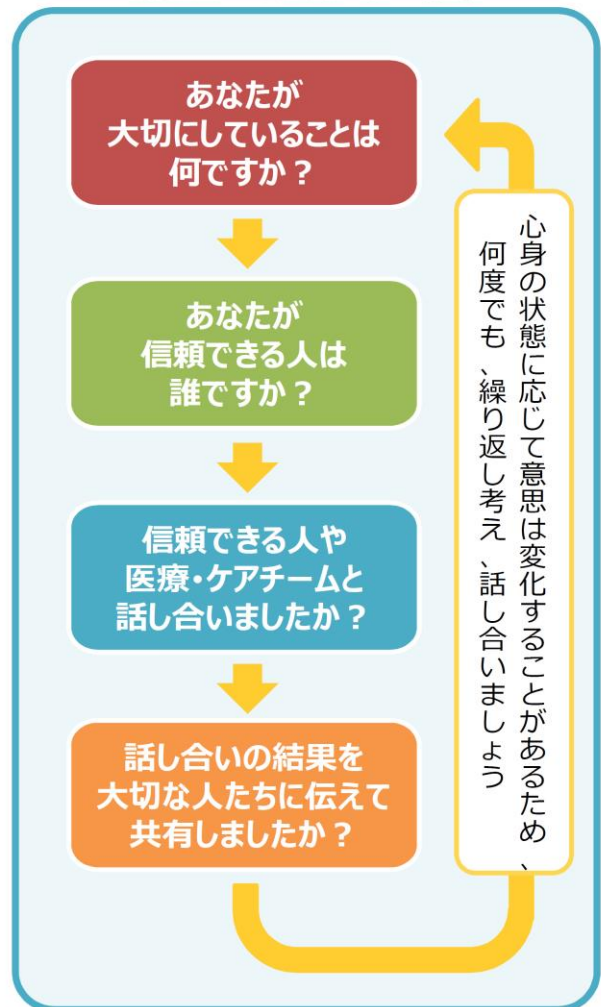
誰でも、いつでも、  
命に関わる大きな病気やケガをする  
可能性があります。

命の危険が迫った状態になると、  
**約70%の方が、**  
医療やケアなどを自分で決めたり  
望みを人に伝えたりすることが、  
できなくなると言われています。

自らが希望する医療やケアを受けるために  
大切にしていることや望んでいること、  
どこでどのような医療やケアを望むかを  
自分自身で前もって考え、  
周囲の信頼する人たちと話し合い、  
共有することが重要です。



## 話し合いの進めかた（例）



もしものときのために、あなたが望む医療やケアについて、  
前もって考え、繰り返し話し合い共有する取組を  
「アドバンス・ケア・プランニング（ACP）」と呼びます。  
あなたの心身の状態に応じて、かかりつけ医等からあなたや  
家族等へ適切な情報の提供と説明がなされることが重要です。

このような取組は、個人の主体的な  
行いによって考え、進めるものです。  
知りたくない、考えたくない方への  
十分な配慮が必要です。



詳しくは、厚生労働省のホームページをご覧ください。

[http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou\\_iryuu/iryuu/saisyu\\_iryuu/index.html](http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryuu/iryuu/saisyu_iryuu/index.html)



\*アドバンス・ケア・プランニング（ACP）についてのお問い合わせやご質問は、  
職員までお気軽にお声がけ下さい。

# 将来の医療及びケアについて ～これからの生き方を考えましょう～

## アドバンス・ケア・プランニング Advance Care Planning(ACP)

### ❖アドバンス・ケア・プランニングとは？

これから受ける医療やケアについて、あなたの希望や思いが反映されるように家族や医療者と話し合って文書に残すことをアドバンス・ケア・プランニングと言います。



- Step① あなたの希望や思いについて考えましょう
- Step② あなたの健康について学び、考えましょう
- Step③ あなたの代わりに意思決定をしてくれる人を選びましょう
- Step④ 医療に関するあなたの希望や思いについて伝えましょう
- Step⑤ あなたの考えを文書にしましょう

これからの豊かな人生を目指して考えてみませんか？

\*ACP（アドバンス・ケア・プランニング）については、パンフレットをご確認ください。  
また、ご不明な事がございましたら、お気軽に職員に声をおかけ下さい。

## ACP（アドバンス・ケア・プランニング）について

### 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、その家族や近しい人、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、気がかりや意向など
- ・ 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

### \* 早すぎても遅すぎても難しい

#### ・ 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、何をもちたらずかわかっていない。

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

#### ・ 生命の危機に直面している患者への ACP

ACP は行われぬ

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

地域包括ケア病床・介護医療院に入院の患者

### ② 開催時期

入院または転入時の病状説明やカンファレンス・リハビリ IC・サービス担当者会議  
(3 ヶ月毎)、訪問診療開始時、本人・家族希望時など

### 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・セラピスト・ケアマネ・介護福祉士等、本人の家族や近しい人

### ④ 方法

- ・ 入院または転入時に看護師より ACP のパンフレットを基に本人・家族に説明。
- ・ 意思表示のある場合や職員から必要と思われる患者（本人・家族からの同意必要）には、「私のこれからの生き方」を記入してもらう。
- ・ 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。
- ・ 記入した内容を基に話し合い、「将来の医療及びケアについて」用紙に記載して、主治医及び師長より確認印と本人または家族等に同意のサインをもらい、スキャナー取り込みする。

- 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。  
(必要時看護計画を立案する)
- ⑥ 「私のこれからの生き方」は電子カルテにスキャナー取り込みする。
- ⑦ 看護師は、ACP 開催の日付を付箋に残す。

※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。

●●●●法人 ●●病院

## 将来の医療及びケアについて

病棟:	氏名:	性別:	年齢:
開催日	年	月	日
カンファレンス出席者		場所	
1、病状・治療・ケアについて			
2、本人の希望や思い			
3、その他			
			記載者

●●●●法人 ●●病院

主治医氏名 \_\_\_\_\_ 印      本人氏名 \_\_\_\_\_

師長氏名 \_\_\_\_\_ 印      家族及び代理の方氏名 \_\_\_\_\_

# アドバンス・ケア・プランニング（ACP：人生会議） カンファレンスまでの流れ

