

# 習志野第一病院

## アドバンス・ケア・プランニング（ACP）に関する院内指針

〔患者の意思決定支援および人生の最終段階における医療・ケアの方針決定のための基本指針〕

この指針は、患者本人の価値観、人生観及び希望を尊重し、将来の医療・ケアに関する意思決定を支援するため、当院におけるアドバンス・ケア・プランニング（以下「ACP」という。）の基本原則、実施手順、記録及び共有の方法その他必要な事項を定めるものである。

本指針は、厚生労働省「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」及び提示資料を参考に、当院の診療実態を踏まえて起案したものであり、今後の院内審議を経て適宜修正することを予定する。

### 第1条（目的）

本指針は、患者本人の尊厳を保持し、患者本人の意思を基本として、将来の医療及びケアについて、患者本人、家族等、信頼できる者並びに医療・ケアチームが継続的に話し合いを行い、適切な意思決定支援を実施することを目的とする。

### 第2条（定義）

- 1 ACP とは、患者本人が将来、意思を十分に表明できなくなる事態に備え、今後受ける医療及びケアについて、患者本人を主体として、家族等、信頼できる者及び医療・ケアチームと繰り返し話し合い、必要に応じて文書化し共有する一連の過程をいう。
- 2 「家族等」とは、親族に限らず、患者本人が信頼し、患者本人の意思を推定しうる者をいう。
- 3 「医療・ケアチーム」とは、主治医、担当看護師、薬剤師、リハビリテーション担当者、医療ソーシャルワーカー、管理栄養士、退院支援担当者、介護支援専門員その他患者の支援に関わる者をいう。
- 4 「臨床倫理支援」とは、患者本人の意思確認が困難な場合又は治療・ケアの方針について院内で判断が難しい場合に、関連職種によるカンファレンス又は委員会により検討し、方針決定を支援することをいう。

### 第3条（適用範囲）

本指針は、当院の外来、病棟、救急対応、退院支援及び地域連携の場面において、将来の医療・ケアの方針確認又は意思決定支援が必要な患者に適用する。

- 1 悪性疾患、慢性心不全、呼吸器疾患、腎不全、神経難病、認知症その他生命又は意思決定能力に影響を及ぼしうる疾患を有する患者
- 2 高齢、フレイル、反復する入退院、ADL 低下等により将来の療養場所又は治療方針の検討が必要な患者
- 3 本人又は家族等から ACP に関する相談又は支援の希望が表明された患者
- 4 主治医又は担当職員が ACP の実施が相当と判断した患者

## 第4条（基本原則）

- 1 患者本人の意思を最も尊重し、十分な情報提供と説明に基づく患者本人による意思決定を基本とする。
- 2 患者本人の意思は、病状、生活状況及び心身の状態の変化に応じて変わりうるものであることを前提とし、ACP は一回限りではなく、必要に応じて繰り返し実施する。
- 3 患者本人が希望する場合には、家族等又は信頼できる者の同席を得て話し合いを行う。
- 4 ACP の内容は、患者本人の同意のもと、診療及びケアに必要な範囲で文書化し、院内及び連携先で共有する。
- 5 医療及びケアの方針は、医師の単独判断ではなく、医療・ケアチームにより慎重に検討する。
- 6 ACP の実施に当たっては、患者本人に心理的負担を強いることのないよう十分に配慮し、患者本人が話し合いを希望しない場合にはその意向を尊重する。

## 第5条（ACP 開始の契機）

ACP は、次の各号のいずれかに該当する場合に開始又は再確認する。

- 1 入院時、転棟時、退院支援開始時、訪問診療導入時その他療養環境が変化するとき
- 2 病状の進行、再発、治療目標の変更、重要な侵襲的治療の検討又は中止・差し控えの検討が必要となったとき
- 3 救急搬送、急変、重症化その他将来の心肺蘇生、人工呼吸、ICU 相当治療等の希望を確認すべきとき
- 4 本人又は家族等が将来の療養場所、延命治療、苦痛緩和、代理意思決定者等について相談を希望したとき
- 5 主治医その他の担当職員が、ACP の実施が患者支援上有益と判断したとき

## 第6条（ACP の実施手順）

- 1 主治医又は担当職員は、患者本人の理解力及び意思表示能力を確認したうえで、病状、予後、治療及びケアの選択肢、その利益及び不利益について、患者本人が理解できる方法で説明する。
- 2 担当看護師その他関係職種は、患者本人にとって大切なこと、生活上の目標、避けたい状態、受けたい又は受けたくない医療・ケア、望ましい療養場所等を確認する。
- 3 患者本人が希望し、又は将来の意思表示困難が予想される場合には、家族等又は信頼できる者を確認し、患者本人の意向を共有する。
- 4 必要に応じて、主治医、看護師、医療ソーシャルワーカーその他関係職種が参加する ACP カンファレンスを開催し、方針案を整理する。
- 5 話し合いの結果は、所定様式又は電子カルテの所定欄に記載し、患者本人及び家族等に説明のうえ共有する。
- 6 ACP の内容は、患者本人の意思又は病状等の変化があった場合、退院時、転院時、施設入所時、訪問診療開始時その他必要時に見直す。

## 第7条（患者本人の意思確認が困難な場合）

患者本人の意思確認が困難な場合は、次の各号に従い、患者本人にとって最善の医療及びケアの方針を慎重に判断する。

- 1 患者本人が従前に表明していた意思、ACP 記録、診療録、家族等から得られる情報等により、患者本人の意思及び価値観の推定に努める。
- 2 家族等又は信頼できる者がいる場合は、主治医を中心として医療・ケアチームとともに十分に話し合い、患者本人の推定意思を踏まえて方針を決定する。
- 3 家族等がない場合、又は家族等の意見からも患者本人の意思を十分に推定できない場合は、医療・ケアチームが患者本人にとっての最善の利益の観点から慎重に判断する。
- 4 病態、治療内容又は家族間の意見対立等により判断が困難な場合は、臨床倫理カンファレンス又は倫理委員会等に付議する。

## 第 8 条（急変時及び心肺停止時の対応）

急変時の治療方針確認は、可能な限り事前に行い、重症時の治療希望と心肺停止時の蘇生処置に関する希望とを区別して整理する。

- 1 重症時の治療方針として、人工呼吸、救命センター等への転送、集中治療相当の治療その他必要な治療の希望の有無を確認する。
- 2 心肺停止時の蘇生処置については、心臓マッサージ、人工呼吸、電氣的除細動、薬剤投与等の要否を確認する。
- 3 急変時に患者本人の意思確認が困難な場合であっても、既存の ACP 記録、重症時・急変時の治療方針確認書その他の記録を参照し、家族等と連絡を取りつつ、医療・ケアチームで判断する。
- 4 急変時対応に関する記録は、説明日、確認日、説明者、同席者及び見直し日を含めて記載し、変更可能であることを明示する。

## 第 9 条（記録及び情報共有）

- 1 ACP 面談又はカンファレンスを実施した場合、主治医は診療録に、看護師は看護記録に、その日時、参加者、説明内容、患者本人の意向、決定事項及び今後の課題を記載する。
- 2 ACP 様式、治療方針確認書その他関連文書は電子カルテに取り込み、院内で参照可能な状態とする。
- 3 退院、転院、施設入所又は在宅移行の際は、患者本人の同意のもと、必要な情報を紹介状、退院支援文書又は地域連携ツールに反映し、切れ目なく共有する。
- 4 ACP の記録原本の保管、写しの交付及び改訂履歴の管理は、院内で別に定める様式管理手順による。

## 第 10 条（臨床倫理支援）

次の各号のいずれかに該当する場合は、所属長又は主治医は速やかに臨床倫理カンファレンス又は倫理委員会等による支援を求めるものとする。

- 1 患者本人の推定意思と家族等の希望が大きく異なる場合
- 2 治療差し控え、中止又は侵襲的治療の是非について医療・ケアチーム内で判断が分かれる場合
- 3 家族間の意見がまとまらず、診療継続に支障がある場合
- 4 その他、院内での判断のみでは妥当性の確保が困難と考えられる場合

## 第 1 1 条（教育及び研修）

- 1 当院は、医師、看護師その他関係職種に対し、ACP の理念、説明方法、記録方法、急変時対応及び臨床倫理支援に関する研修を継続的に実施する。
- 2 新規採用者には、本指針及び関連様式の取扱いに関するオリエンテーションを行う。
- 3 研修内容には、ロールプレイ、事例検討及び記録監査の結果の共有を含めるものとする。

## 第 1 2 条（見直し）

本指針は、法令、国のガイドライン、診療報酬上の要件、院内運用状況その他必要に応じて見直すものとし、少なくとも年 1 回、関係部門において検討する。

## 附則

- 1 本指針は、令和 8 年 4 月 20 日から施行する。
- 2 本指針の施行に必要な様式、記録場所、運用細則その他必要事項は、別に定める。

## 〔参考資料〕

- 1 厚生労働省 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
- 2 厚生労働省 「人生会議」してみませんか（普及啓発資料）
- 3 全日本病院協会 ACP（Advance Care Planning）及び緊急時の事前指示書について