

東大和病院 ACP ガイドライン (初版)

1. ガイドラインの目的

このガイドラインは、患者の価値観や治療希望を尊重し、適切な医療やケアを提供するために、ACP (Advance Care Planning: アドバンス・ケア・プランニング) を実施することを目的とする。ACP を通じて、患者およびその家族等が将来の治療やケアについて事前に理解し、話し合い、適切な選択ができるよう支援する。

尚、ACP のプロセスの一部として DNAR (心停止時に心肺蘇生を行わない) が選択されることはあるが、ACP と DNAR は同義ではない。DNAR 指示については、別途「心肺蘇生を実施しない (DNAR) 指示に関する基本方針」を参照すること。

2. 用語の定義

① ACP (アドバンス・ケア・プランニング)

患者の将来の医療やケアに関して、患者の人生観や価値観、希望に基づいて、患者本人を主体として、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、患者の意思決定を支援するプロセスのこと。これにより、関係者の間でタイムリーな情報共有が行われ、患者本人が意思決定能力を失った場合でも、事前に決めた治療方針に従った医療やケアが提供されることを目指すものである。

② キーパーソン (患者側責任者)

患者に代わって意思決定を行う権限を持つ家族や親しい人物のこと。ACP のプロセスにおいては、話し合いに参加し、患者の意思を反映した決定に関与する。

③ IC (インフォームド・コンセント)

患者及び患者家族 (または他のキーパーソン) (以降、「家族または他のキーパーソン」を「家族等」とする) に対して、治療内容やリスク、予後などを十分に説明し、理解を得た上で治療等に同意を得るプロセスのこと。

④ 東大和病院 ACP リーフレット

患者及び患者家族等に対して、ACP に関する啓発・教育を目的として作成される簡易な説明書。入院患者全員および外来の一部の患者に配布される。本文中では「ACP リーフレット」とする。

⑤ 東大和病院人生会議 ACP アンケート (文書管理:「14 説明書」の「ACP・DNAR」)

患者の価値観や希望、治療の選択肢に関する意向を確認するための質問票。ACP カンファレンスの前に実施され、意思決定のための重要な資料として使用される。患者が自身で回答できない場合、家族等が患者の代理として回答する。(ACP カンファレンスの度に毎回実施する必要は必ずしもないが、初回カンファレンス前には必ず実施する) 記載されたアンケート結果は「取り込みファイル」に保存する。本文中では「人生会議 ACP アンケート」とする。

- ⑥ **東大和病院人生会議 ACP パンフレット (文書管理:「14 説明書」の「ACP・DNAR」)**
患者または患者家族等が人生会議 ACP アンケートに回答するにあたって、回答の補助となるもの。人生会議 ACP アンケートを実施する前には、事前にこのパンフレットを読んでもらうか、あるいはパンフレットを使用して口頭の説明を受けてもらう必要がある。本文中では「人生会議 ACP パンフレット」とする。
- ⑦ **ACP カンファレンス**
患者、患者家族等、医療・ケアチームが参加し、病態や治療方針について話し合う会議。人生会議 ACP アンケートの結果に基づき、今後の治療やケアの方針を決定する。
- ⑧ **ACP カンファレンス記録用紙 (文書管理:「14 説明書」の「ACP・DNAR」)**
ACP カンファレンスでの話し合いや決定された医療やケアの方針を記録する文書。印刷された記録に主治医と患者 (または患者家族等)が署名し、元本は病院が保管する (患者または患者家族には紙コピーを渡す)。署名された記録用紙は「取り込みファイル」に保存する。
- ⑨ **コード確認書 (医療処置に関する事前指示書) (文書管理:「14 説明書」の「ACP・DNAR」)**
患者が重症化したり急変した場合にどのような治療を行うかについて、あらかじめ決めておく治療方針を文書化したもの。主治医と患者 (または患者家族等)が署名し、元本は病院が保管する (患者または患者家族には紙コピーを渡す)。署名された記録用紙は「取り込みファイル」に保存する。
- ⑩ **DNAR (Do Not Attempt Resuscitation) 指示**
心肺停止状態に陥った場合に心肺蘇生を試みないという指示。ACP カンファレンスで必要に応じて確認し、対応が決まれば、「コード確認書」を用いて記録を行う。
- ⑪ **東大和病院倫理委員会**
医療・臨床における倫理的な問題や、ACP に関連して判断が困難な事例に対して審議を行う病院内の委員会。必要に応じて第三者の専門家を招聘し、公正な審議を行う。
- ⑫ **東大和病院 ACP チーム**
ACP の実施と継続的な見直しを病院全体として円滑に進めるための中心的な役割を果たすチーム。詳細は後述。

3. ACP で話し合う内容

ACP では以下の内容を含めて患者を主体として話し合う。

- 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)
- 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. 患者・家族へのサポート

- **情報提供**：患者や家族に対して、治療の選択肢や予後に関する詳細な情報を、わかりやすい言葉で説明する。
- **心理的サポート**：ACP の話し合いが感情的に負担となる可能性があるため、必要に応じて心理的サポートを提供する。
- **コミュニケーション支援**：患者や家族が治療やケアに関する意思を表明しやすい環境を整え、医療スタッフが適切にサポートする。

5. ACP において留意すべきこと

- ACP は一般的には前向きな生き方を考える仕組みであり、当院で実施する重篤な疾患や終末期の医療及びケアにおける ACP はその一部となるものである。また、DNAR 指示などを含む「コード確認書」の作成が含まれることもあるが、ACP と DNAR は同義でないことに留意する。(コード確認書は必要があれば作成する)
- DNAR 指示などを含む「コード確認書」を作成する際には、当院の「DNAR 等の指示に関する基本方針」に従って作成すること。
- 主体は患者本人である。
- 患者本人、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、関係者の間でタイムリーに情報が共有さ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に繰り返し行われることが望ましい。
- 患者が最も大切にしていることに基づいて、医療およびケアの方針に関する意思決定ができるように、サポートする。
- 患者及び家族等の考えは状況によって変化するものである。一度 ACP カンファレンスで決まったことでも、患者や家族等の考えの変化に傾聴・対応し、柔軟に対応する。
- 患者自らが意思決定できなくなった時に備えて、患者に代わって意思決定を行う人を選定することにも焦点を置く。

6. 対象患者

ACP は、以下の基準に該当する、または基準を満たす可能性がある患者を対象とする：

- **生命を脅かす重篤な疾患がある、または生命を脅かす状態に陥る可能性がある**と判断される患者。
- **がんや慢性疾患による終末期**と判断された患者。
- その他、医療スタッフが ACP の実施を必要と判断した場合。

7. 当院における ACP の実施プロセス

① ACP に関する啓発

- 患者及び患者家族の ACP に関しての理解が深まるよう、入院患者全員及び外来患者の一部に「ACP リーフレット」を配布する。外来の患者選定については現場のスタッフで判断する。

② ACP の開始：

- ACP のプロセスは、1)主治医が ACP 対象患者と決定した場合、2)患者の医療・ケアに携わる医療スタッフが「患者が ACP の基準を満たす可能性がある」と判断した場合に開始される。2)の場合には、最初にまず、該当する医療スタッフは患者を担当する看護チームに必ず連絡する（コミュニケーションの混乱を避けるため）。その後、担当看護師が主治医に確認する。主治医が基準に合致すると確認した場合、ACP を開始する。開始基準について現場での意見が一致しないなど問題が発生した際には、ACP チームに相談することができる。
- ICU 及び HCU への入室が必要な状態の患者にも、チームで意思決定に必要な情報提供を行い支援することで、患者は望む治療を選択しその人らしく生きることができる。しかし、急性期に ACP を行うことは、患者にとってストレスは大きく、冷静な判断を行うことができないこともあるため、一般病棟に戻った時など比較的安定した状態の時に ACP を行うことが重要である。ACP の開始タイミングは個々の患者の病態及び状況に合わせて適宜調整する。
- ACP が開始されたら、まずは患者に、患者が意思決定することが困難な場合には患者家族（いなければその他のキーパーソン）に「人生会議 ACP アンケート」に回答してもらおう。アンケートに回答してもらうにあたり、事前に「人生会議 ACP パンフレット」を読んでもらう、あるいはこれを用いて説明する。これにより、患者等の価値観や希望をカンファレンスの前に把握する。回答してもらったアンケートは取り込みファイルに保存する。

③ ACP カンファレンスの開催と記録：

- ACP カンファレンスを開催し、患者、患者家族（またはキーパーソン）、医療・ケアチームが参加する。
- カンファレンスでは、主治医より病態に関する説明（インフォームド・コンセント：IC）を行い、その後、人生会議 ACP アンケートの結果に基づき、医療とケアの方針を話し合う。この際、DNAR など医療処置に関する事前指示書（コード確認書）を作成する場合には文書管理の「コード確認書」を用いる。「コード確認書」は必ず医師が記載する。
- 主治医はどのような病態・病状説明（IC）を行ったのか、ACP カンファレンス後速やかにカルテに記載する。記載内容は一部「ACP カンファレンス記録用紙」に転記され、患者及び患者家族等に配布されるため、その旨留意すること。

- 看護師は電子カルテ内の「ACP・DNAR」内のテンプレート「ACP カンファレンス」を用いて、ACP カンファレンスが行われたことを記録する。カンファレンスで議論された内容については、電子カルテの文書管理の「ACP カンファレンス記録用紙」を用いて、記録する（記録された内容は最終的に主治医が内容を確認すること）。「ACP カンファレンス記録用紙」「コード確認書（作成した場合のみ）」とともに、主治医及び患者（または患者家族等）が署名する。署名された書類の紙コピーを患者または家族等に渡す。元本はどちらの書類ともに病院側で保管し、取り込みファイルにもスキャンして保存する。（注：「コード確認書」は患者の状態などを考慮し、状況や必要に応じて作成する。コード確認書の有無については確実に「ACP カンファレンス記録用紙」に記載すること）。
- テンプレート「ACP カンファレンス」に記載することは以下の通りである；
 1. カンファレンスの実施日時
 2. ACP カンファレンスを実施し、ACP カンファレンス記録用紙に詳細を記載したこと
 3. コード確認書の有無
 4. 患者・患者家族などに紙コピーを手渡したこと

8. 定期的な見直し：

- 患者の病態や社会的状況が変化した場合、または最近の ACP カンファレンスから一定年数以上経過した場合には、医療・ケア方針の計画（過去の「ACP カンファレンス記録用紙」）の見直しを行う。その他、必要に応じて見直しを行う。
- 見直しに際しては、再度 ACP カンファレンスを開催し、新たな決定事項を文書に反映させる。

9. 認知症や意思決定能力が低下した患者に対する ACP の適用：

- 患者の価値観と過去の意思表示の確認：認知症など、患者本人が自らの意思を表明することが難しい場合でも、過去に ACP が実施されている場合や、患者の価値観が明確である場合には、それらを尊重する。患者が意思決定能力を持っていた時に表明した治療方針や希望が記録されている場合、それを基に ACP を進める。
- キーパーソンによる意思決定：意思決定が困難な、あるいは意思の確認が困難な患者の場合、家族や他のキーパーソンが代理意思決定者として意思決定を行う。ACP カンファレンスにおいて、患者の価値観や希望をキーパーソンと話し合い、今後の医療・ケアに関する方針を決定する。

- インフォームド・コンセントの取得：ACP のプロセスにおいて、家族等に対して、患者の病状や治療選択肢に関する十分な説明を行い、理解を得た上で同意を取得する。説明は簡潔かつ理解しやすい形で行い、家族が患者の代わりに決定を行う際にも、患者の過去の意思を尊重するよう配慮する。
- 家族等がない場合及び家族等が判断を医療・ケアチームに委ねる場合には、本人にとっての最善の方針をとることを基本とする。

10. ACP チームへの相談・倫理委員会への申請：

- ACP に関連して判断が難しい、あるいは決定が困難な事例は、まずは ACP チームへ相談する。ACP チームは必要に応じて対応する。
- ACP チームにおける検討にて解決困難と判断される場合には、病院の倫理委員会に申請し、審議を行う。（倫理委員会に第三者の専門家を招聘するかどうかは、必要に応じて判断される。）倫理委員会への申請者は、原則として患者の主治医とし、ACP チームは申請のサポートを行う。

11. 医療スタッフの役割

- **医師**：ACP の重要性を患者や家族に説明し、治療の選択肢について情報を提供する。ACP の話し合いをリードし、記録文書の最終責任を持つ。
- **看護師**：患者のケアを通じて、ACP の話し合いを支援する。また、患者が基準を満たす可能性があるかと判断した場合には、主治医に報告する。
- **医療ソーシャルワーカー**：必要に応じて社会的支援を行い、ACP の話し合いが円滑に進むようサポートを行う。

12. ACP チームの役割

ACP チームは、ACP の実施と継続的な見直しを病院全体として円滑に進めるための中心的な役割を果たす。チームは以下の要件に基づき構成され、各メンバーが協力して患者の意思決定を支援する。

- **構成**：ACP チームには、各最低 1 名の医師と看護師を含む多職種のメンバーで構成される。医師・看護師の他、医療ソーシャルワーカー、リハビリスタッフなど、必要に応じた専門職が加わる。
- **役割**：
 1. **ACP プロセスのリード**：ACP の実施が病院全体として適切に行われるよう、全体のプロセスをリードする。
 2. **専門的な支援**：各メンバーの専門知識を活かし、院内での ACP プロセスで問題や課題が発生した際に相談に応じ、解決するようサポートを行う。
 3. **職員の教育訓練**：現場のスタッフが ACP の実施に取り組めるよう、教育・訓練を行う。本ガイドラインの周知徹底などもこれに含まれる。
 4. **定期的な見直しと改善**：ガイドライン全体の定期的な見直しやプロセスの改善提案を行う。

【改訂履歴】

版数	発行日
第 1 版	2025 年 2 月 1 日