

県立延岡病院
Advanced Care Planning (ACP)
運用マニュアル

ガイドライン作成の経緯と目的

命の危険が迫った状態となった方の約 70%は自身が受ける医療やケアを自分で決めたり、望みを人に伝えたりすることができなくなる^{1, 2)}。この事実は命の危険が迫った患者は自身の病態や予後等を知る十分な機会を得ること無く、自身の治療方針を自分以外が決定する場面が実臨床で多く存在する事を意味する。

県立延岡病院の理念は「**患者さん本位の良質で安全な医療の提供**」である。そして病院患者憲章において、病気、検査、治療、**予後等**について納得できるまで十分な説明をうけたうえで（知る権利）、その医療を受けるかどうかを**自分で決定し**（自己決定権）、**どのような時でも**人格を尊重され、尊厳をもって医療を受ける権利（尊厳性への権利）を保障している。

県立延岡病院緩和ケア診療検討会は、命の危険が迫った患者の実臨床で、しばしば経験する患者不在の治療方針決定の場面は、当院の理念および患者憲章いずれにも反すると考えた。

本マニュアルの目的は、厚生労働省が示す「人生の最終段階における意思決定プロセスのガイドライン」³⁾の考え方を踏襲した当院の実状に則したマニュアルを作成し、県立延岡病院としての人生の最終段階における意思決定の方針を院内外に示し、患者、患者家族等、および当院医療スタッフにとって医学的社会的倫理的に最良な医療に資することである。

ACP 作成委員会

2024 年度 県立延岡病院 緩和ケア委員会

委員長	山下 康洋	泌尿器科	副院長（業務）兼主任部長
副委員長	大塚 晃生	産婦人科	副院長（業務）兼主任部長
	湊 美栄子	看護部	看護師長
委員	外山 孝典	内科・化学療法科	部長兼主任部長
	黒木 一公	循環器内科	部長
	石躍 裕之	外科	部長
	能勢 直弘	呼吸器外科	主任部長
	山内 綾	産婦人科	部長
	山本 哲彰	歯科口腔外科	部長
	山内 弘一郎	麻酔科・救命救急科	部長兼医長
	隈江 節子	看護部	副看護部長
	吉田 希美	看護部	主査（がん看護専門看護師）
	山田 美恵	5 東病棟	副看護師長
	佐藤 アヤ	6 東病棟	看護師長
	黒木 ゆかり	7 東病棟	副看護師長
	鈴木 紀子	外来	看護師長
	日高 亜紀	患者支援センター	看護師長
	神園 奈津子	薬剤部	主任技師
	有馬 彩水	リハビリテーション科	主任技師
	西 悠太	リハビリテーション科	主任技師
	迫分 彩	栄養管理科	主任技師
	一政 勝教	医事・経営企画課	医事・経営企画課長
	有村 淳	医事・経営企画課	医事担当リーダー
	中井 佳枝	医事・経営企画課	医事担当
緩和ケアリソースナース			
	高橋 志保	7 東病棟	看護師
	内野 優美子	7 東病棟	看護師
	馬原 杏奈	7 東病棟	看護師
医療安全管理科			
	安田 満美子	医療安全管理科	看護師長
救急救命科	金丸 勝弘	救急救命科	主任部長
総合診療科	松田 俊太郎	総合診療科	主任部長

本運用マニュアルにおける言葉の定義

○Advance care planning : ACP

将来の変化に備え、将来の医療・ケアについて、患者を主体に、その家族等及び医療・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⁴⁾

○人生会議 :

ACPと同義

○担当医 :

当該患者の診療を主に担当する医師。主治の医師。

○医療スタッフ :

当該患者にかかわる当院の職員全て。

○キーパーソン :

家族等(法的な意味での親族だけでなく、患者の意思を推定し代弁する者としてあらかじめ患者によって定められた人や患者の親しい友人等、患者が信頼を寄せている人を含む。⁴⁾)のうち、下記(1)~(3)の最先順位者。ただし、キーパーソンとなることの承諾が得られなかった者、連絡がつかない者及び理解力や責任能力が無いと担当医が判断した者を除く。

(1)患者が指名した者

(2)カルテプロフィールにキーパーソンとして記録されている最先順位者

(3) (2)で示した者が指名した者

○AND(Allow Natural Death) :

「自然な形で最期を迎えたい」「自然な死を許容する」の意味

○CPR (Cardiopulmonary Resuscitation) :

心肺蘇生処置

○DNAR (Do Not Attempt Resuscitation) :

患者本人または患者の利益に関わる代理者の意思決定をうけて心肺蘇生を行わないこと。

ただし、患者ないし代理者への informed consent と社会的な患者の医療拒否権の保障が前提となる。⁵⁾

第1章 ACPの対象患者、実践、啓発教育

1. ACP対象患者

当分の間、ACP対象患者は下記(1)~(3)の全てを満たす患者とする。

- (1) 完治の可能性が無い進行性の病態*
- (2) 20歳以上、または20歳以上で上記(1)疾患の小児を監護する者**
- (3) ACPに関する理解および意思決定が可能と担当医が判断する者***またはACPに関する理解および意思決定が不可能な状況にあるが、社会通念に照らしてACP決定が臨床
上必要と担当医が判断する者

* 例として、進行・再発癌に対して化学療法を受ける患者、末期心不全等。悪性疾患でも根治手術を受ける患者は除かれる。根治手術後再発に対して全身化学療法を行う場合は全身化学療法を開始する時点から含まれる。

** 小児癌患児の保護者など

***患者が小児の場合はその保護者が(3)要件に当てはまる者

2. ACPの実践

重い病気を持つ患者のケアプログラム 日本語版⁶⁾を基本としてACPを行う。ACPを誰が、いつ、どのタイミングで行うか(具体的運用)は、当分の間、後に示す第2章、第3章の流れで行う。

3. ACPに関する患者への啓発、教育

以下の方法で患者にACPの啓発を行う。

- (1) 初診時、ACP啓発に関するパンフレットを問診票と共に配布する。
- (2) ACPに関するデジタルサイネージを作成し、院内で表示する。
- (3) 院内にACPを促すポスターを掲示する。
- (4) 病院広報誌『若鮎便り』にACPに関する記事を掲載する。
- (5) 市民講座を行う。

4. ACPに関する医療スタッフへの啓発、教育

- (1) ACPを行う可能性がある医療スタッフ(緩和ケア委員、がん診療医、緩和ケアリソースナーズ)を対象にACP講座を行う。
- (2) 院長は、ACP講座を受けた医療スタッフを登録し、認定書を発行する。

第2章 比較的落ち着いている状況の患者における ACP の進め方

1. ACP を行うタイミング

治療期間を通して、随時、繰り返し行う。具体的には下記タイミングで行う。

- (1) 完治の可能性がない進行性疾患と診断されたとき
- (2) 治療方針が変更されたとき
- (3) 患者および家族が希望するとき

2. ACP を必要とする患者スクリーニングと ACP の進め方（添付1）

(1) 初診時 (2) 初回治療開始時 (3) 治療変更時 (4) 患者が希望する場合に、ACP のスクリーニングを行う。

(1) 初診時：

各科初診時、外来担当看護師が、患者に受診時間診票（添付2）にて ACP のスクリーニングを行う。「**5. 命に関わる病気であった場合、国が勧めている人生会議＊を希望しますか？**」において「希望する」に○が付いた患者には、以下の手順で ACP を進める。

① 治療方針の入力と報告：

外来担当看護師が「はい」と答えた患者カルテの治療方針に「ACP 希望あり」と入力し、がん看護専門看護師に報告する。

② 患者の登録：

外来看護師は ACP 台帳に患者名を登録する。

③ 病名告知時の説明支援：

がん看護専門看護師や心不全等、非がん患者へ対応する看護師は、病名の告知を行う際に担当医に ACP の説明を促し、必要に応じて同席し、サポートする。

④ 治療目標の説明：

担当医は診断結果を患者に伝える際、治療目標が「根治」ではないことを説明し、ACP に関する会話開始の機会を提供する。

例) 肺がんステージ IV の患者の場合、根治手術は適応外であることや治療の目的が、「がんと共存しながらできるだけ元気に生活すること」とであると説明する。その上で抗がん剤治療がいつか中止になる可能性があることを伝え、その後どのような医療やケアを希望するかを家族等も含めて話し合う機会を設ける。

⑤ カルテの確認と促進：

外来もしくは受け持ち看護師は、ACP の実施がカルテに適切に記載されているか確認し、記載がない場合は担当医に ACP に関する記載を行うよう促す。

⑥ チームでの協力依頼：

ACP は担当医が中心となって行うが、必要に応じてがん看護専門看護師および緩和ケアリソースナース又は医師が指定する者に協力を依頼し、業務の一部を委嘱することが可能である。一方、がん看護専門看護師および緩和ケアリソースナースその他医師が指定する者が必要と判断した場合、ACP を行う事を担当医に提案することも可能である。

(2) 初回治療開始時（初回抗がん剤治療開始時の入院など）

(1) 初診時に ACP を希望しなかった患者にも、以下の手順にて ACP を再度促す。

① 「病状理解に関する問診票」の配布と回答確認によるスクリーニング：

各病棟の緩和ケアリソースナースや心不全等、非がん患者へ対応する看護師（以下緩和ケアリソースナース等）は、該当患者が初回治療のため入院した際に「病状理解に関する問診票」（添付 3）を配布し、患者に回答してもらう。配布した緩和ケアリソースナース等は、回答に不備がないことを確認する。

② カルテへの取り込みと報告：

記入済みの「病状理解に関する問診票」をカルテに取り込み、その概要を担当医およびがん看護専門看護師に報告する。「問 3. 国が推奨する人生会議を繰り返し行う事を希望しますか。」に、「はい」と答えていた患者に関しては③以下に進む。

③ 進捗状況の管理：

病棟看護師または医師が指名する者は、ACP 台帳に結果を入力し、進捗状況を管理する。進捗に問題がある場合、担当医または緩和ケアリソースナース等に ACP を積極的に行うよう促す。

④ 追加説明や ACP の実施：

担当医は必要に応じ患者に対して追加説明や ACP を実施する。担当医は、緩和ケアリソースナース等やがん看護専門看護師に協力依頼し、業務の一部を委嘱することが可能である。

(3) 治療内容変更時（2nd line 導入入院、化学療法中止による緩和治療入院等）

治療内容変更時、(2) 初回治療開始時 の手順に準じた ACP 促進を繰り返す。

(4) 患者が ACP を希望する場合

患者が ACP に関する相談を希望し、担当医や病棟看護師に申し出た場合、申し出をうけた担当医や病棟看護師は、その旨をがん看護専門看護師や緩和ケアリソースナース等に報告する。その後、がん看護専門看護師、緩和ケアリソースナース等、医師が指定する者または担当医が ACP を実施する。ACP 実施の手順は (2) 初回治療開始時 の手順に準じて行う。

第3章 急変死亡する可能性がある患者における ACP の進め方

担当医は、第2章に示した比較的落ち着いた患者に対する ACP の実践と共に、患者の意思決定支援における ACP の重要性を認識し、延命措置の開始・差し控え・変更及び中止等に関する ACP を行う。入院中の死亡は医療安全にも直結する事項であるので、担当医は延命措置の開始・差し控え・変更及び中止等に関する決定を積極的に促し、その決定事項をカルテに記載する。

1. 対象患者

急変死亡する可能性がある患者とは、「現在の入院中、または外来フォロー近日中に心肺停止に至っても、担当医療スタッフが驚かない症例」とする。具体的には以下のような症例である。

- 緩和ケアのみを行っている末期癌症例
- 末期心不全
- 蘇生後脳症
- 看取りを目的とした入院の患者
- 高齢者の肺炎
- 老衰
- その他、急変リスクが高く、入院中または外来フォロー近日中の死亡可能性が一定以上と判断される患者

2. 延命措置の開始・差し控え・変更及び中止等に関する決定手順⁴⁾ (添付4A,B)

患者本人の意思確認ができる場合は、患者の意思に基づく医療の提供を原則とするが、患者本人の意思確認が不可能な場合は患者以外がその治療方針を決定する。

(1) 患者本人への意思確認ができる場合 (添付4A)

- 担当医等医療従事者による適切な情報提供と説明に基づく患者の意思を基本とし、それを尊重した上で医療・ケアチームによって決定する。
- 医師等は押し付けにならないよう配慮しながら患者および家族等と十分な話し合いを行う。
- 時間の経過、病状の変化、医学的評価の変更等に応じてその都度説明し、その意思を再確認する。
- 話し合いの内容をその都度文書等に記録し、患者の意思を患者および家族等、医療・ケアチームで共有する。

(2) 患者本人への意思確認が不可能な場合 (添付4B)

- ① 患者の意思が推定できる場合：
 - 患者の文書等 (口頭による本人の意思表示を担当医がカルテに記載した場合を含む) による事前の意思表示がある場合には、それが患者の意思表示としてなお有効であることを家族等に確認してから、それを基本として医療・ケアチームが判断する。
 - 本人の事前の意思表示はないが、本人の意思を確認できなくなるまでに家族等との話し合いが行われており、本人の意思を推定できる場合は、原則としてその推定意思を尊重した措置をとる。その場合にも家族等の承諾をあらためて得る。

○ 突然、意識不明の重篤な患者が運び込まれるような救急時においては、原則として救命措置を図るべきであるが、その後、例えば家族等の到着により病状の経過が明らかになって患者の意思も推定できるようであれば、患者の意思を基本とした医療に立ち返る。

② 患者本人の意思が不明で推定もできない場合：

○ 家族等と十分な話し合いを行い、患者にとって最善の措置を講ずる。

○ 家族等が存在しない場合、家族等と連絡が取れない場合、家族等が判断を示さない場合、もしくは家族等の中で意見がまとまらない場合等は、患者にとっての最善の利益を確保する観点から、**医療・ケアチームで判断する**。家族等がその場にいるときは、この判断に関して家族等に了承を得ることとする。

○ 上記のいずれの場合でも家族等による確認、承諾、了承は文書によることを基本とする（署名をもらうか、確認、承諾もしくは了承を得たことを担当医がカルテに記載する）。家族等への説明方法は対面、電話を問わない。

○ 医療・ケアチームの中で医療内容の決定が困難な場合、あるいは患者および家族等と医療・ケアチームとの話し合いの中で、妥当な医療内容についての合意が得られない場合等には、複数の専門家からなる委員会*1を可能な限り別途設置し、または第三者である専門家の助言を得て合意の形成を進めることとする。

*1 倫理コンサルテーションチーム、カンサーボード、倫理委員会等

3. DNAR (Do Not Attempt Resuscitation) 指示における注意事項

(1) DNAR の基本的な考え方

○ DNAR 指示は心停止時に心肺蘇生 (CPR: Cardiopulmonary Resuscitation) を行うか否かに関するものであり、通常の医療・看護・ケアに影響を与えない。従ってどのような処置や治療までを希望するかと DNAR 指示は個別に記載する。

推奨されない例) 「この患者さんは DNAR がとれているから呼吸状態悪化しても経過観察。」

推奨例) 「呼吸状態が悪化した際、酸素を増量し塩酸モルヒネを開始する。ただし挿管処置は行わない。心肺停止時には DNAR とする。」

○ 当該患者の急変時、死が不可避であり蘇生の努力が無益と考えられる状態で CPR の適応に確信が持てないと担当医が判断する場合、担当医は患者および家族等に心肺蘇生の適応が無いと考えられることを説明する。この説明において、急変時、CPR の希望を聞くのではなく、CPR の適応がないと考えられるので行わない事を勧め、DNAR の理解と合意を得る。

推奨されない例) 「入院中、急変する可能性があります。その場合 CPR を希望しますか？」

推奨例) 「入院中、急変する可能性があります。その場合、CPR を行っても回復の見込みがなく、身体への負担がかえって本人を苦しめることとなります。したがって、急変時には CPR を行わないことをお勧めします。ご理解をお願いします。」

- Allow Natural Death (AND)の概念に基づいて説明する。
例) 「病気が思いのほか速く悪化し、急変することがあります。そのような場合は無益で体を痛めつけるような蘇生処置は行わず、自然経過に任せましょう。」
- Partial CPR (挿管はするが、心臓マッサージは行わない等、CPR の一部のみを行う行為) は原則提案しない。
- DNAR 指示は心停止時に心肺蘇生をしない指示であり⁷⁾、通常の医療・看護・ケアに影響を与えないことを強調する。
- DNAR の方針が決まった後であっても、次項、(2) DNAR 指示の無効化 に示すような場合、現場の判断により CPR を行うことがあることを説明する。
- DNAR 指示は患者および家族等の意思で、いつでも撤回できることを説明する。

(2) DNAR 指示の無効化

DNAR の指示がでている患者においても、心肺停止時に下記の場合は、現場の判断により、CPR を迷わず行うことを原則とする。

- 原疾患以外による、予期しない突然の心停止 (例：食事による窒息等)
- 医療行為介入直後の心停止 (例：CV ルート挿入直後の心停止)
- 医療事故が関与した可能性のある心停止 (例：人工呼吸器が外れていた等)
- 患者および家族等から DNAR への同意の撤回があった場合
- その他現場の医療スタッフが CPR を行うことが妥当と判断した心停止

(3) DNAR 指示の医療者間での情報共有

当該入院中に死亡することが予想される症例患者が入院する場合、担当医はカルテ患者掲示板の患者治療方針に、「急変時 DNAR・担当医名・確認した者 (患者、家族名等) ・確認日」を記載する。

(4) 説明における配慮事項

- 可能性の強調：
当該入院中の急変死亡は、「あくまで可能性の話である」ことを強調して説明する。
- カルテ記載と情報共有：
説明を行った際には、担当医と同席した看護師がそれぞれ説明の内容、患者および家族等の反応をカルテに記載し、担当医療スタッフ間で情報を共有する。

○ スタッフ間の協力:

説明は担当医が行うが、担当医一人で説明することを避ける。やむを得ない場合を除いて看護師等他の医療スタッフと共に行う。

(5) 家族等の同席

患者に説明する際は、やむを得ない場合を除き、キーパーソンを必ず同席させる。説明の捉え方やニュアンスは個人や状況により異なり、後にトラブルになる事がある。キーパーソンの同席が得られない状況において、キーパーソン以外から病状説明を求められた場合は、「キーパーソン、または本人に説明済なのでキーパーソンまたは本人から聞いてください。院内規則でキーパーソンまたは本人意外にお話する事はできません。」と答えることを原則とする。

第4章 本マニュアルの発効と改変

1. 本マニュアルの発効には当院規定に基づく倫理審査委員会の承認を得なければならない。
2. 緩和ケア診療検討委員会は、本マニュアルの内容を定期的に検討し、本マニュアルが常に時代における社会通念、医学的倫理的変遷および院内実務に沿う内容としなければならない。
3. 本マニュアルの改変、改変内容の発効には、当院緩和ケア診療検討委員会または当院規定に基づく倫理審査委員会の承認を得なければならない。

第5章 倫理審査委員会の承認

本マニュアルに記載された内容及び県立延岡病院における ACP, DNAR に関する運用方法は、県立延岡病院倫理審査委員会（令和7年5月12日 延倫第20250512）において承認された。

第6章 クリニカルクエスト Q&A

Q1 ACPは誰が決めるのか、法的に決まっているのか？

A1 ACPにおける意思決定を誰がするかは法的には決まっています。本人の意思が最も尊重されるべきである事が各種ガイドラインに示されているのみです。患者の意思が推定できる場合や推定できない場合に誰がどのようにACPを決めるかは第2章を参照ください。

Q2 ACPを行うタイミングに“繰り返して行う”とあるが、初回問診で患者がACPを希望しなくても繰り返して行わないといけないのか？

A2 初回問診で患者がACPを希望されない場合がありますが、患者本人の意思は、状況の変化とともに気持ちも変化しうると考えます。そのため、繰り返しACPを行う事が重要です。

Q3 ACPは、どのようなタイミングで行えばいいのか？

A3 患者や家族等が希望するときの他、初診時、病状の進行や治療の変更時など、病状や治療が次の段階に進むタイミングで行います。

Q4 ACPでは、どのようなことを話せばいいのか？

A4 患者自身が病状を理解しているか、将来の医療、ケアをどのようにしてほしいか等を、背景にある患者の価値観を踏まえながら、患者および家族等と話します。

Q5 ACPを患者が希望しなかった時は、その後ACPは終了でいいのか？

A5 患者がACPを希望しなくても、状況の変化で気持ちに変化が生じます。そのため、状況の変化があるとき、例えば、治療が次の段階に進む場合など、繰り返し、患者にACPを希望するか確認することが重要です。

Q6 ACPの管理はどのようにするのか。

A6 担当医や担当医が指名する者、がん看護専門看護師、緩和ケアリソースナースが情報を共有し管理します。

Q7 本ACP運用マニュアル（以下、「本マニュアル」という）に従って行った処置によって法的責任を追及される事はないのか。

A7 本マニュアルは、第3者を含む当院倫理審査委員会で厳正に吟味されました。また厚生労働省の示す「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）を参考に作成された人生の最終段階における医療・ケアに関するガイドライン（公益社団法人日本医師会 生命倫理懇談会 令和2年5月）において、「患者が延命措置を望まない場合、または本人の意思が確認できない状況下でACP等のプロセスを通じて本人の意思を推定できる家族等がその意思を尊重して延命措置を望まない場合には、このガ

イドラインが示した手続きに則って延命措置を取りやめることができる。それについて、民事上及び刑事上の責任が問われるべきではない」と記載されています。本マニュアルは前 2 ガイドラインに示された内容を当院の実状に合う形に示したものです。さらに本マニュアルは、当院の ACP に関する考え方としてホームページ等で公表し、入院時説明において、その概要を示しております。つまり当院における ACP の考え方について了承の上、治療契約が成立していると考えられます。

患者が医師から医療水準にある適切な治療を受けることを期待する権利を期待権といいます。最高裁平成 23 年 2 月 25 日では「適切な医療行為を受ける期待権の侵害のみを理由とする不法行為責任を負うことがあるか否かは、当該医療行為が著しく不適切なものである事案について検討し得るにとどまるべきものである」とされました。この判例に基づくと、原疾患に対する治療が適切におこなわれていれば、本マニュアルに沿って行った延命治療の中止及び差し控えについて法的責任を問われる可能性は低いと考えられます。

参考として延命処置に関する下記裁判事例があります。

〈裁判事例〉

東京地方裁判所令和元年 8 月 22 日判決（医事法判例百選第 3 版、198 頁）
患者の心停止・呼吸停止が認められたが、診療記録上の医師からの指示により、心肺蘇生術を行わなかったことに対して、損害賠償請求訴訟が提起された。

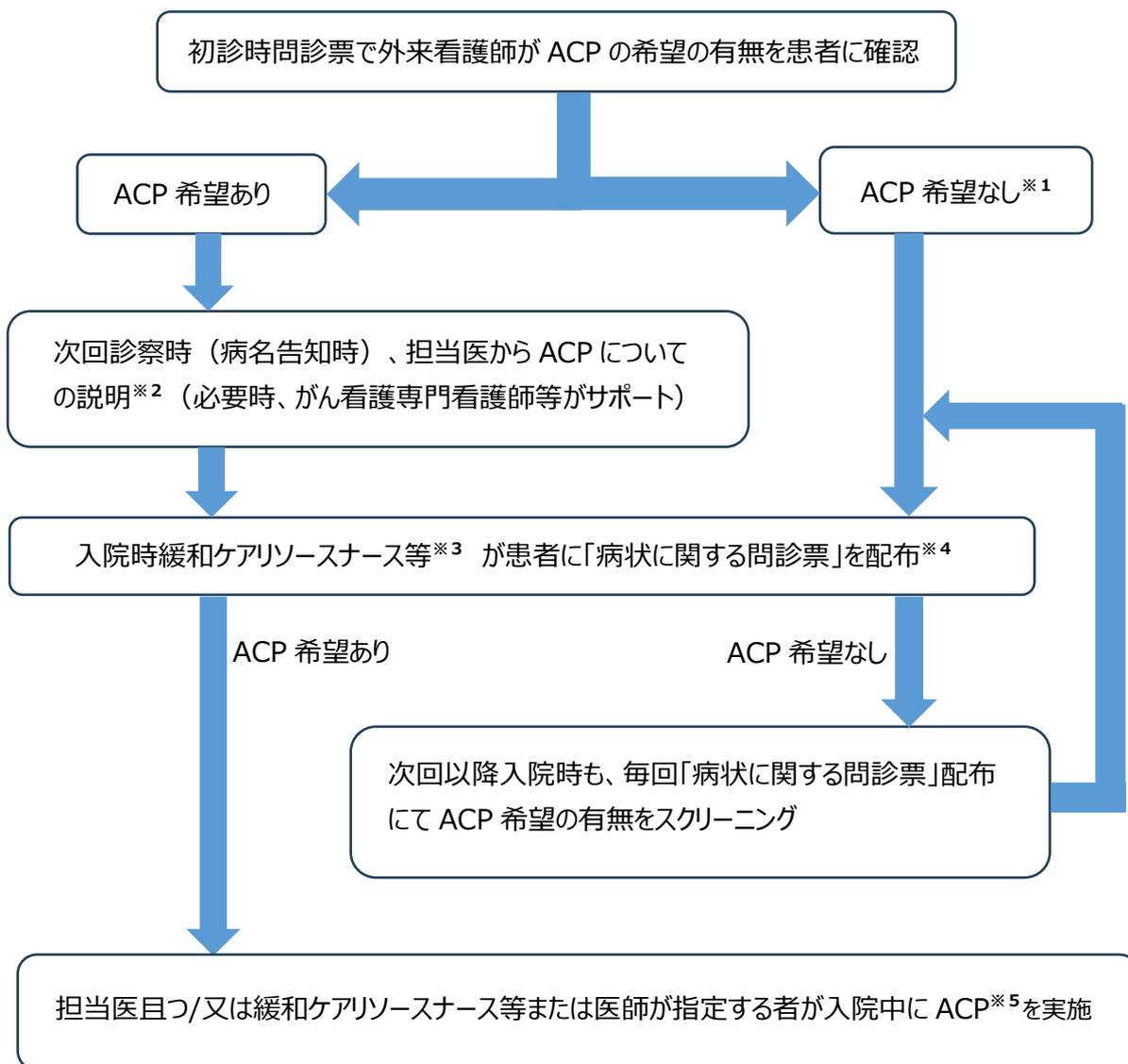
結論として、

- ①患者本人に意思確認することは困難
- ②キーパーソンに急変時の蘇生措置について確認
- ③キーパーソンが心臓マッサージ・気管内挿管などは行わないでもよいと回答

このような点を順に判断し、蘇生措置を行わないことについて同意があったと認められた。
よって、損害賠償請求は認められなかった。

ACP 運用の流れ

※この運用は、比較的病状が落ち着いている患者に実施する



※1 初診時患者が ACP を希望しない場合も初回入院時、次回入院時等、治療の変更や病状が次の段階に進んだ時、繰り返し ACP の希望の有無を確認する。希望した時点で ACP を実施する。

※2 この時点では外来で行える程度の話（ACP の概要や ACP を行う日時を決める程度）でもよい。

※3 緩和ケアリソースナースや心不全等、非がん患者へ対応する看護師

※4 緩和ケアリソースナース等は、「病状に関する問診票」をカルテに取り込み、その概要を担当医およびがん看護専門看護師へ報告する。

※5 がん看護専門看護師は、進捗状況を確認し、問題がある場合は担当医または緩和ケアリソースナース等に ACP を積極的に行うよう促す。

受診日 年 月 日 受診科 ID

受診時間診票

身長_____cm 体重 _____kg

氏名 年齢 歳 熱: °C 血圧: / SpO2

1. 患者様の情報を記入してください

- ①今日は、どなたと来られましたか？
- ②受診までの経過（どうい理由でこの病院を紹介されましたか？）
- ③現在の症状（主訴）

④今までにかかった病気、手術について記入してください

年齢	病名	入院/手術/通院	通院中/治癒	治療施設名

⑤県病院以外で薬をもらっていますか いいえ はい（施設名：_____）

2. 健康管理について

- ①職業（_____） 家族歴（_____） * 病気と関連があるため
- ②喫煙 なし、 あり、 過去に吸っていたがやめた（1か月以上経過）
喫煙本数_____本/日 喫煙歴_____年（ 歳～ 歳）
- ③飲酒 飲まない、 飲む_____回/週（日本酒、焼酎、ビール） 合計_____ml/日
- ④今までに食べ物や薬、その他でアレルギーがありますか
なしあり 薬剤名_____ 食品名_____ 金属アレルギー なし あり
緑内障 なし あり 男性の方 前立腺肥大 なし あり
アルコール消毒や飲酒で体が赤くなったり頭が痛くなることがありますか なし あり

3. 女性症状について

妊娠している 授乳中 妊娠していない わからない

4. 病気が悪いものであった場合に告知を希望しますか？ 希望する 希望しない**5. 命に関わる病気であった場合、国が勧めている人生会議*を希望しますか？** 希望する 希望しない

（* 人生会議：人生の最終段階にどんな治療を受けたいかを、家族や医療者とあらかじめ決めておくこと）

6. 診察日前に検査に来ていただくことができない理由がありますか。 いいえ はい（理由：_____）**7. 臓器提供意思表示について** 表示している、 していない**8. マイナンバーカード保険証による診療情報取得に同意しましたか** はい いいえ

（正確な情報を取得活用するため、マイナ保険証の利用にご協力をお願いします。）

病状理解に関する問診票

この質問票は入院患者様を対象に、患者さんが病状と治療内容を十分理解されて治療に望まれているかをうかがうものです。

問 1. 担当医に病状や治療についてもう一度聞いてみたいことがありますか。

1. ある
2. ない

(1. あるに○をつけた方は具体的にお書きください。)

問 2. 看護師他、医療スタッフに質問したいことがありますか。

1. ある
2. ない

(1. あるに○をつけた方は具体的にお書きください。)

問 3. 国が推奨する人生会議*を繰り返し行う事を希望しますか。

* 人生会議とは病気が進行して人生最後の段階となったときに、どんな医療を受けたいかを本人、家族、医療者で前もって話し合っておく会議です。

1. はい
2. いいえ

問 4. いままでに人生会議を行った事がありますか。

1. はい
2. いいえ

(はいと答えた方は現時点での人生会議の内容を教えてください。)

記載日： _____

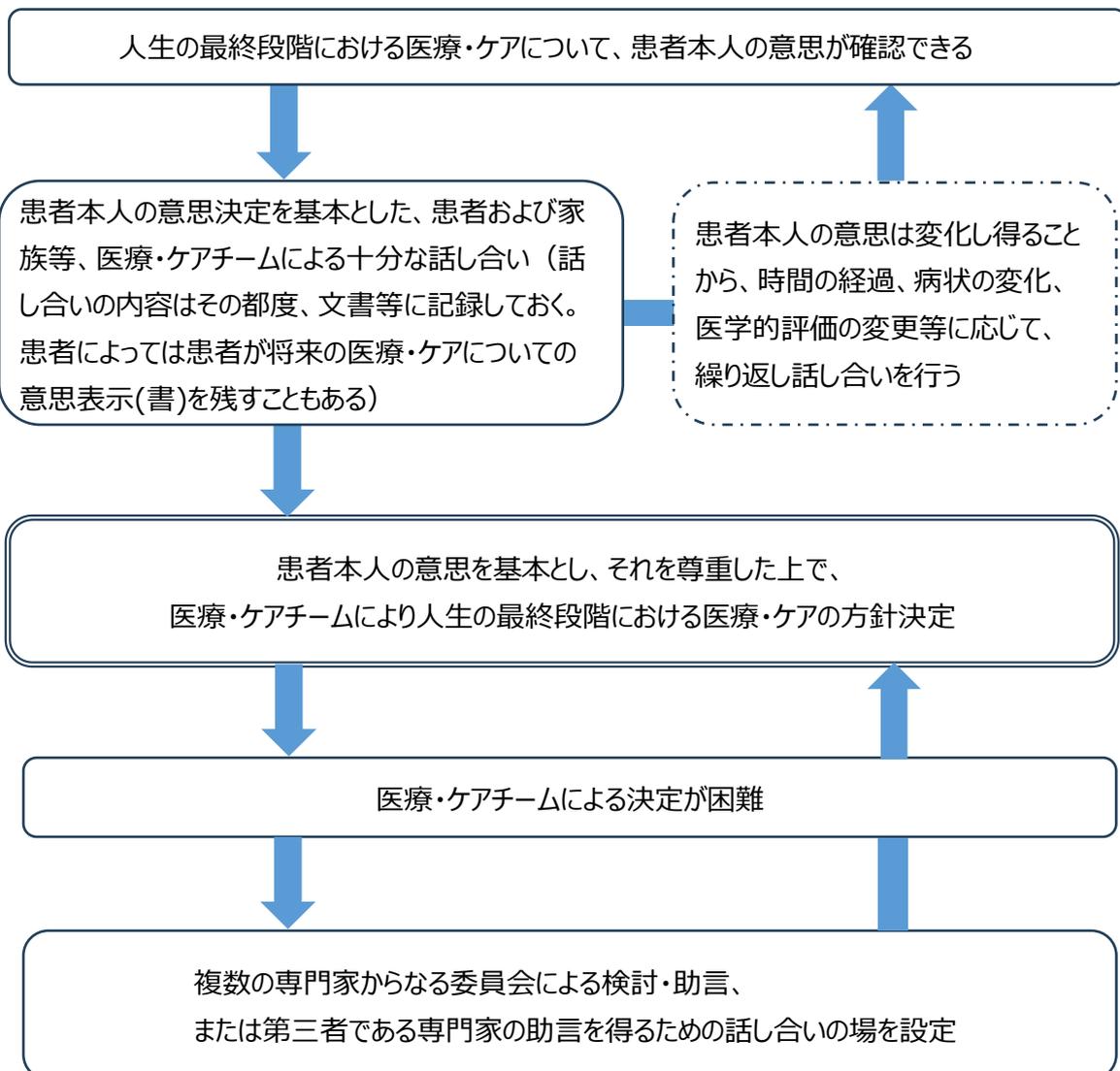
お名前： _____

人生の最終段階における医療・ケアの方針決定に至る手続き

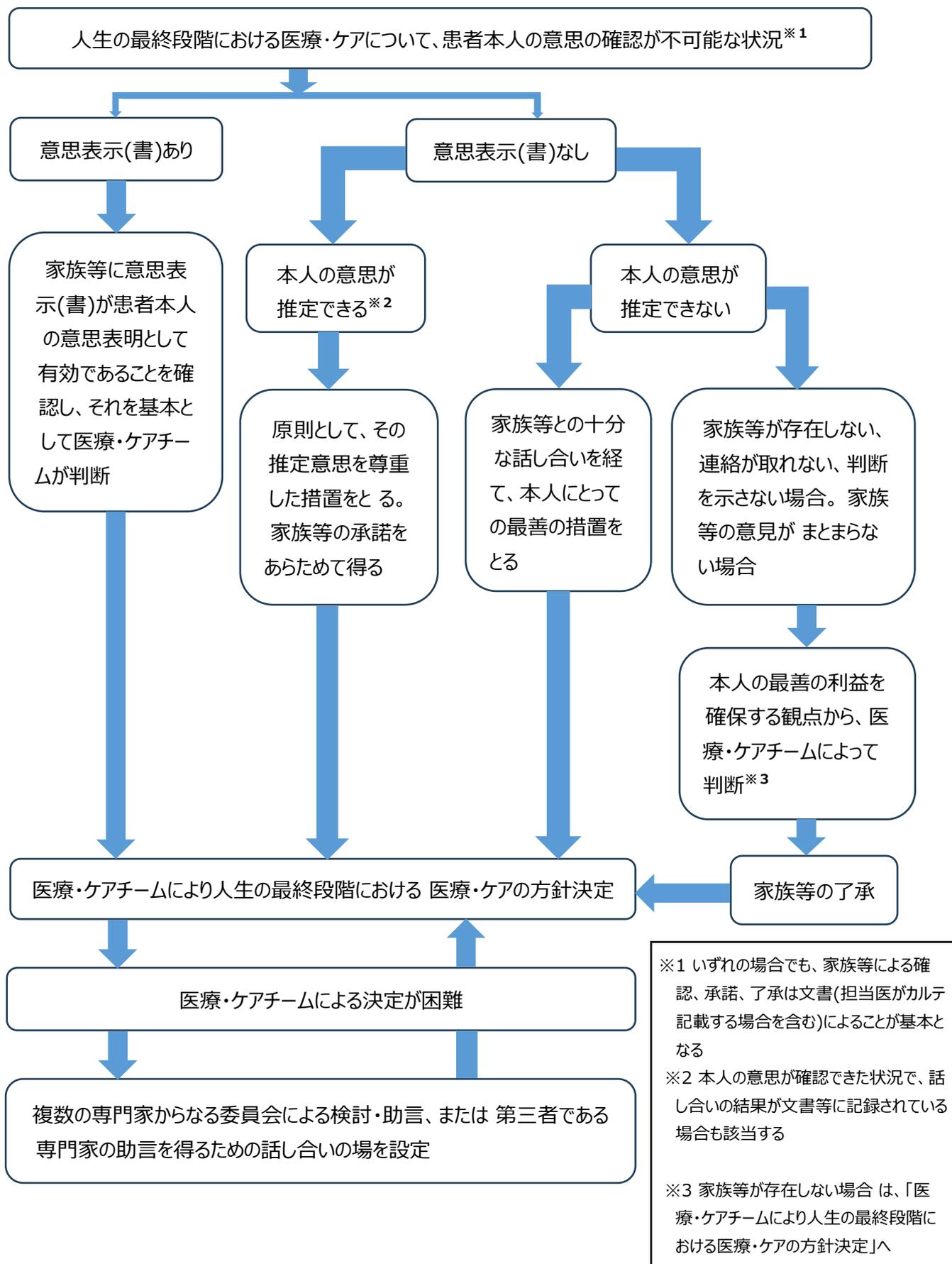
ACPを実践する上での大切なポイント

- 本人の人生観や価値観など出来る限り把握する
- 患者本人や家族等と十分に話し合う
- 話し合った内容を都度文書にまとめ共有する

1. 患者本人への意思確認ができる場合



2. 患者本人への意思確認が不可能な場合



文 献：

- 1) 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の 考え方と ACP の基礎知識について：
医療機関における ACP のための研修会：島根大学医学部 内科学講座 呼吸器・臨床腫瘍学 磯部 威
- 2) M.J Silveira S.Y.H.Kim and K.M.Langa, Advance Directives and Outcomes of Surrogate Decision Making before Death : NEJM 2010 vol.362 No.13
- 3) 「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
- 4) 公益社団法人日本医師会 生命倫理懇談会 令和 2 年 5 月 人生の最終段階における医療・ケアに関するガイドライン
- 5) 一般社団法人 日本救急医学会ホームページ 医学用語集
(<https://www.jaam.jp/dictionary/word/0308.html>) 2025 年 2 月 6 日閲覧
- 6) Serious illness Care Program (<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>)
2025 年 2 月 6 日閲覧
- 7) 日本集中治療医学会倫理委員会 日集中医誌 2017;24:210-5. DNAR (Do Not Attempt Resuscitation) の考え方