

# ACP の手引き

医療法人 慈生会  
前原病院  
院長 前原 敬悟

ACP=アドバンス・ケア・プランニングとは、Advance Care Planning の略語で(以下 ACP と表します) あなたが将来の意思決定能力低下に備えて、これから受ける医療やケアについて、あなたの考えをご家族や医療従事者に明らかにして、文書に残す手順のことです。



## ◎ACP はどんな利点があるの？

もしあなたが事故や病気などで自分の考えを伝えられなくなった場合に備えて、あなたに代わって意思を伝達してくれる人や医療従事者にあなたの医療やケアに対する希望や思いを伝える事が出来ます。

## ◎家族や医師は、あなたの医療やケアについての考えを知っていますか？

例：①突然の自動車事故で重傷を負い、意識不明で、心臓と肺は人工的な機械や救急装置によって動いていますが、医師は回復の見込みは少ないと思っています。

例：②認知症のために自分で意思を決定する能力が無くなっています。介護

施設で暮らしていますが、自分で食事を摂る状態ではなく、自分や家族の事も分からなくなっています。これから何が起こってもおかしくない状況です。

★例①②に対して、あなたの治療や今後の対応、これからの生活や受けるかもしれない治療について家族や医療従事者は、あなたの希望を知っていますか。

## ◎いつから始めるのが良いのですか？

突然の災害や重い病気にかかる前に、家族と ACP について話し合う事が重要です。これは医療における人生設計と捉えてもいいと思います。

## 豊かな人生と共に

もしもの時のために伝えておきたいこと  
ACP の 5 つのステップ

**Step①**「あなたの希望や思いについて考えましょう」

- ・生活の質の良し悪しや命に係わる病気になった時の延命治療についてあなたの希望や思いを考えてみます。それが、日頃の生活の中でのあなたの判断基準を示す事になり、将来周りの方々が、あなたの希望を推測する時に役立ちます。

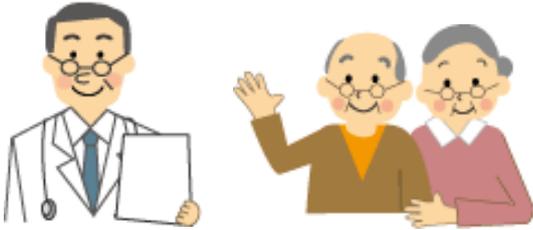
例えば……

- あなたの希望、思い、治療の目標は何でしょう。
- あなたにとって、何が大切か考えてみましょう。



■いろいろな治療の中で、して欲しい事、して欲しくない事がありますか？

■どこで治療やケアを受けたいですか？



**Step②**「あなたの健康について学びましょう」

- ・主治医・かかりつけ医や他の医療従事者にあなたの健康について相談する事も大切です。何らかの持病がある場合には、あなたがその病気で将来どうなるか、今後どういう治療でどういった効果が期待できるのか知る事が出来ます。

例えば……

■私の希望は、治療の結果、どのような状態で療養を続ける事になっても一日でも長く生きる事です。

■私の願いは、苦痛をとる事に焦点を当てた治療をしてもらう事です。苦痛がとれて自分の望む生活ができる(生活の質を保つ)事を目指した治療をしてもらいたいのです。

■私は、病気を治す治療は受け入れていますが、それによって良くならなかったり、生活の質が保たれなかったりする場合には、自然な死を迎える方法に切り替えたいと思います。

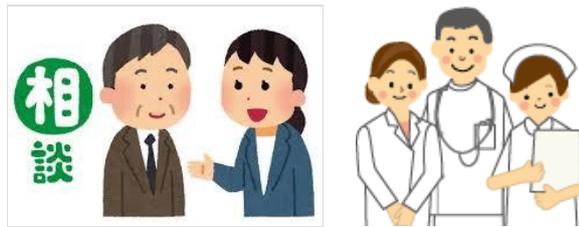
■どのような状況であっても、延命につながるだけの蘇生術や集中治療などの処置は避けたいと思っています。

**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」

- ・予期しないできごとや突然の病気で、あなたの希望を伝える事が出来なくなるかもしれません。あなたに代わって意思を伝えてくれる人を選んでおく事が必要です。

例えば……

■複雑な困難な状況でもよく考えて判断できる人をあなたが選びます。

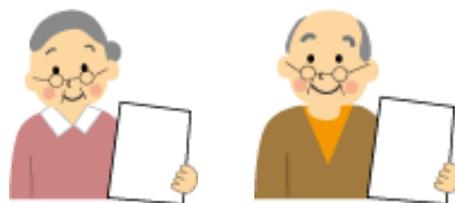


**Step④**「医療に関するあなたの希望や思いについて伝えましょう。」

- ・あなたの希望や思いを周りの方達に理解してもらうために最も重要な事は、あなたと家族及び代理人と医療従事者が、時間をかけて話し合う事です。それは、きっと将来役に立ちます。

**Step⑤**「あなたの考えを文章にしましょう」

- ・医療やケアに関する希望や、あなたの思いに関するどんな情報でも結構ですから書いて下さい。あなたが医療やケアについて意思決定が出来なくなった時に役立ちます。もちろん内容は、いつでも見直しができますので、何らかの理由であなたの希望や思いが変わった場合には、自由に何度でも変更できます。



★高齢者がいらっしゃるご家庭では、ACPを知っているだけで、皆様方の人生が変わるといっても過言ではありません。

★「ACP」はどう書くの、書き方が分からない、何か記入例はないの」等の多くの御質問から、広島県保険対策協議会が「わたしの心づもり」を作成して、皆様方に提供しています。

## わたしの心づもり

○将来、自分自身で自分のことを決められなくなった時に備えて、今のあなたの希望や思いを整理してみましょう。あなた自身、またはご家族やあなたの代わりに意思決定を下さる方（代理人）と、以下の設問にお答えいただき、その後、かかりつけ医と話し合いを持ちましょう。

### Step1. あなたの希望や思いについて考えましょう。

- 1) あなたが大切にしたいことは何ですか？ (いくつ選んでも結構です)
- 楽しみや喜びにつながることもあること
  - 家族や友人と十分に時間を過ごせること
  - 落ち着いた環境で過ごせること
  - 身の回りのことが自分でできること
  - 人として大切にされること
  - 人生をまっとうしたと感ずること
  - 社会や家族で役割がはたせること
  - 痛みや苦しみが少なくなること
  - 人の迷惑にならないこと
  - 自然に近い形で過ごすこと
  - 望んだ場所で過ごせること
  - 医師を信頼できること
  - 納得いくまで十分な治療を受けること
  - 大切な人に伝えたいことを伝えること
  - 先々に起こることを詳しく知っておくこと
  - 病気や死を意識せずに過ごすこと
  - 大切な人に伝えたいことを伝えること
  - 他人に弱った姿を見せないこと
  - 生きていくことに価値を感じられること
  - 信仰に支えられること
  - その他 ( )
- 2) 将来、自分のことを決められないような病気になった場合や、その様な状態にまで病気が悪化した場合の治療の目標は以下のどこにおきたいとお考えですか？ (一つ選んで下さい。)
- なるべく迷惑をかけずに自宅で生活すること
  - 家族やヘルパーなどの手を借りながらも自宅で生活すること
  - 病院や施設でも良いので、食事やトイレなど最低限自分でできる生活が送れるようになること



- 病院や施設でも良いので、とにかく長生きすること
- その他 ( )

3) 将来、自分のことを決められないような病気になった場合、症状が悪化したりもしもの時が近くなった時には、どこで療養したいとお考えですか？  
(一つ選んで下さい。)

- 自宅
- 自宅以外 (  病院     介護施設     その他 ( ) )
- わからない

## Step2. あなたの健康を考えましょう。

1) 今、あなたは病気で治療中ですか？それはどのような病気ですか？  
( )

2) あなたの病気の治療について医師から説明を受けていますか？

- はい     いいえ    (どちらか選んで下さい)

3) あなたの病気がこれからどのような経過をたどるか、医師から十分な説明を受けていますか？

- はい     いいえ    (どちらか選んで下さい)

4) これからどのような経過をたどるか、もっと詳しい説明を受けたいですか？

- はい     いいえ    (どちらか選んで下さい)

5) 受ける治療に関して、希望がありますか？健康な方は「もし病気になったら」と仮定してお答え下さい。(いくつ選んでも結構です。)

- 一日でも長く生きられるような治療を受けたい
- どんな治療でもとにかく病気が治ることを目指した治療を受けたい
- 苦痛を和らげるための十分な処置や治療を受けたい
- 痛みや苦しみが無く、自分らしさを保つことに焦点を当てた治療を受けたい
- できるだけ自然な形で最期を迎えられるような必要最低限の治療を受けたい
- その他 ( )

6) あなたの病気が悪化して、もしもの時が近くなった場合に“延命治療”を希望しますか？(一つ選んで下さい。)

- はい     いいえ     わからない

※ “延命治療”とは、病気が治る見込みがないにもかかわらず、延命する(死の経過や苦痛を長引かせることもあります)ための医療処置を意味します。



**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。

1) あなたの代わりに意思決定をしてくれる方は、いますか？

はい       いいえ      (どちらか選んで下さい)

1) の質問で「はい」を選んだ方にお尋ねします

2) その方はあなたの希望や価値観に配慮して、意思決定をすることができますか？

はい       いいえ      (どちらか選んで下さい)

3) その方は、複雑で困難な状況でもよく考えて判断ができますか？

はい       いいえ      (どちらか選んで下さい)

自由記載欄 (その他、あなたの思いがあればお書き下さい。)

---

---

---

---

---

---

・ 記載年月日                      年                      月                      日

・ 本人氏名 \_\_\_\_\_

・ 代理人氏名 \_\_\_\_\_

・ 主治医と話しあった日                      年                      月                      日

「ACP」についてのお問い合わせや  
ご相談などは1階受付に、お申し付け  
下さい。 TEL(084)925-1086

