

高知県訪問看護連絡協議会

訪問看護における

ACP（Advance Care Planning）支援指針

版：v1.0

作成日：3 月 10 日

1. 目的

本指針は、在宅療養者が自分らしく暮らし続けるために、訪問看護師が中心となって ACP（Advance Care Planning）を継続的に支援し、多職種間で共有・更新し、急変時も含めて本人の意思が尊重される体制を整えることを目的とする。

2. 適用

本指針は、高知県内の訪問看護ステーションにおける ACP 支援の標準的な考え方・手順・記録の要点を示す。

対 象 者：訪問看護師（管理者・スタッフ）を中心に、ACP 支援に関わる職員（リハ職・事務職等）も本指針を参照する。

対象利用者：原則として訪問看護利用者全員（状態や希望に応じて段階的に実施）。

使用する様式：様式 A・B・C

共 有 先：主治医・ケアマネジャー・薬剤師・MSW・介護サービス事業者等（本人同意の範囲内）

3. 用語の定義

- ACP（Advance Care Planning）：本人が大切にしていること、望む医療・ケアについて、家族等および医療・ケアチームと繰り返し話し合い共有するプロセス（愛称：人生会議）。
- DNAR：心肺停止時に心肺蘇生を試みない意思（DNAR はケアの中止を意味しない）。
- 代理意思決定者：本人が意思表示困難となった場合に、本人の価値観を踏まえて意思を推定し、支援チームと対話できる家族等信頼できる者。

4. 基本的な運用方法

- 1）本人の価値観と意思を尊重し、意思は変化する前提で支援する。
- 2）医療者の説明と情報提供を踏まえ、本人と医療・ケアチームで合意形成を行う。
- 3）話し合いは一度で完結させず、繰り返し行う。
- 4）多職種で共有し、緊急時に参照できる形（更新日付き）で整備する。
- 5）個人情報本人または代理意思決定者の同意に基づき、共有先・共有範囲を明確にする。

5. ACP の開始と見直しのタイミング

ACP は訪問開始時～終了時まで利用者の状態などに応じて段階的に実施する。

参考 「訪問看護で支える ACP のすすめ方」東久留米白十字訪問看護ステーション所長 中島朋子
<https://www.zenhokan.or.jp/wp-content/uploads/susumekata-acp-1.pdf>

全国訪問看護事業協会 HP <https://www.zenhokan.or.jp/acp/>

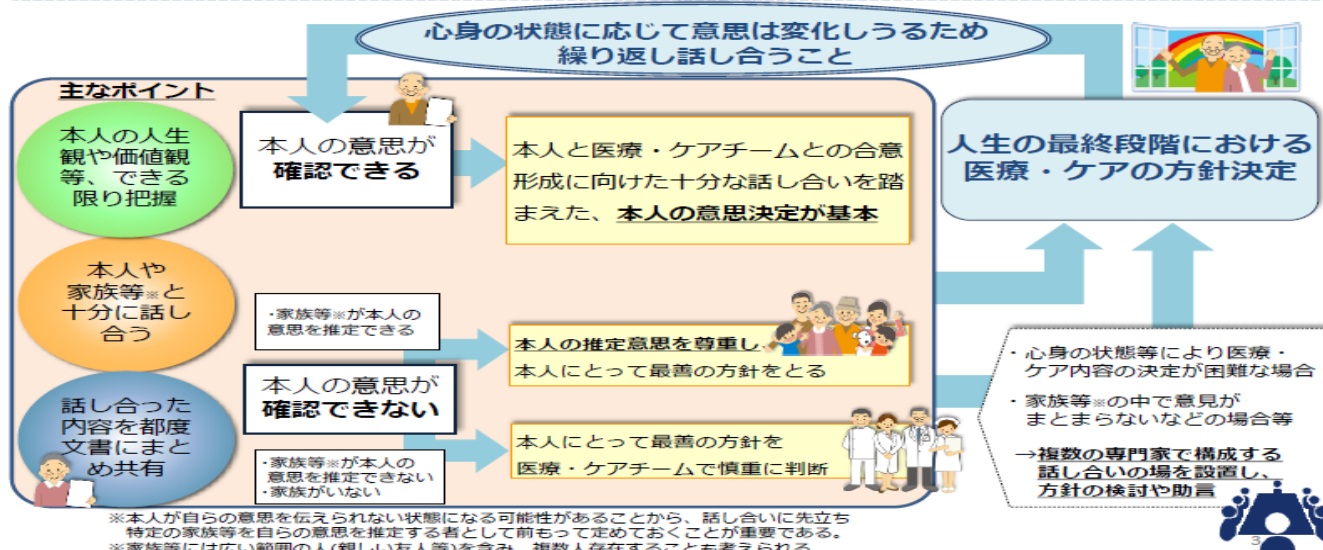
時期	想定されるタイミング
開始期 (在宅療養準備～移行)	・ 退院前カンファレンス ・ 初回のサービス担当者会 ・ 初回訪問 ・ 退院直後
安定期	・ 定期的な看護計画見直し ・ サービス担当者会 ・ 療養場所の変更 ・ 介護者の変更
不安定期 (急性増悪)	・ 疾患の進行（がん、心不全、COPD、腎不全、神経難病、認知症等） ・ 急変時（救急搬送など） ・ 介護力低下（独居、老々介護、キーパーソン不在、家族疲弊など） ・ 医療的ケアの開始（HOT、麻薬、PCA、胃瘻、気管切開など） ・ 入退院の反復 ・ 治療の切替（積極治療から緩和ケア等） ・ 療養方針の変更（療養場所や介護状況の変化など） ・ 状態変化時（食思不振、嚥下悪化、転倒増加、ADL 低下など）
終末期	・ 療養場所の検討（確認） ・ 療養方針の検討（確認）

6. ACP 実施手順

「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」に沿って実施する

「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」における意思決定支援や方針決定の流れ（イメージ図）（平成30年版）

人生の最終段階における医療・ケアについては、医師等の医療従事者から本人・家族等へ適切な情報の提供と説明がなされた上で、介護従事者を含む多職種専門職からなる医療・ケアチームと十分な話し合いを行い、本人の意思決定を基本として進めること。



【出典】厚生労働省ホームページ

患者との話し合いの手引き	Serious Illness Conversation Guide
話し合いの流れ	患者に対する話し方の例
01 話し合いを始める - 目的を伝える - 将来の意思決定のための準備 - 許可を求める	「あなたが望む医療やケアを受けて、安心して過ごせるように、今後あなたのお身体の状態がどうなっていくかや、あなたにとってどんなことが重要かについて、一緒にお話していきたいと思うのですが、よろしいでしょうか？」
02 患者の理解と意向を確認する	「ご自分の病状についてどのように捉えておられていますか？」 「今後、病気がどうなっていくかについて、どの程度お知りになりたいですか？」
03 今後の見通しを共有する 「…だとよいのですが、…を心配しています」「…を願っていますが、…を心配しています」などの表現を使う - 間を置きながら話し、感情を探る	「あなたの病状について、私が理解している範囲でお伝えしたいと思います…」 不確実性:「あなたの病気が今後どのように進行するか予測する事は難しいと思います。できるだけ長く、病気が進行せずに元気で過ごしていただきたいと思います。同時に、病状が急に悪くなる可能性もあり、そのことを(とても)心配しています。そのもしもの時に備えておくことが大事だと思うのです。」 または、 時間的予後:「そうでないとい良いのですが、残された時間が、____(例:日単位～週単位、週単位～月単位、月単位～年単位の期間で示す)くらいになってきている可能性があることを心配しています。」 または、 機能的予後:「大変申し上げにくいのですが、あなたが感じているより病状は差し迫っているのではないかと思います。そして、今後、もう少し難しい状況になる可能性があることをとても心配しています。」
04 大切な事について聴く - 目標 - 恐れや不安 - 支えになるもの - 欠かせない能力 - 延命治療の範囲(トレード・オフ) - 家族	「万が一病状が更に進んだ場合のことを考えたいと思います。病状が進んだ場合、どんなことが一番大切ですか？」 「今後の病状に関して、一番不安に思っていることは何ですか？どんなことが心配ですか？」 「これから病状と付き合っていく上で、どのようなことがあなたの支えになると考えられますか？」 「あなたにとってとても大切で、これができなくなったら自分らしく生きていくと感じられない、と思うのはどんなことですか？」 (例:口から食べられること、身の周りのことが自分でできること、家族とコミュニケーションが取れること、など) 「病状が更に進んだ場合、余命を伸ばすためならどの程度の治療であれば、たとえつらくてもやっていきたいと思いませんか？」 「ご家族は、あなたのご希望や大切にしたいことについてどのくらいご存じですか？」
05 話し合いを締めくくる - 要約する - 推奨事項を説明する - 患者に確認する - 患者に協力することを伝える	「あなたにとって____がとても大切だとおっしゃいましたね。それを考慮に入ると、現在の病状では____をお勧めします。」 「こうすれば、あなたが大切にしたい事を今後の治療の方針に反映できると思います。」 「この方針をどう思われますか？」 「あなたの力になれるように、私も全力でお手伝いいたします。」
06 話し合いの内容を記録する	

【出典】中外製薬ホームページ

https://chugai-pharm.jp/content/dam/chugai/contents/bj/003/doc/bj003_psjh_j_01.pdf

「患者との話し合いの手引き」（※引用）に基づいた話し方の例と注意点
※家族にも同様に聞く

1) 話し合いを始める（不安を煽らない前置き）

例：「一般的な確認として、どなたにもお伺いしているのですが…」
「今はまだ問題がないと思うのですが、万が一の時に備えて…」
「できる限り〇〇さんの希望に沿った医療・ケアにしたいので…」

2) 利用者の理解と意向を確認する ※事前に情報があればこの場面で確認する

例：「ご自分の病状についてどのように捉えておられていますか？」
「今後、病気がどうなっていくかについて、どの程度お知りになりたいですか？」

3) 今後の見通しを共有する ※事前に情報があればこの場面で確認する

時間的予後、機能的予後の本人・家族などの捉えを確認する

例：「医師からどのような説明を受けていますか？」
「入院中にどのように話を聞いていますか？」

4) 大切なことについて聴く

例：「あなたの生活の中で大切にしたいことは何ですか？」
「これだけは続けたいと思うことは何ですか？」

5) 話し合いを締めくくる

例：「今日聞いたお話を医師やケアマネジャーなどと共有しておきますね。」
「今日聞いたお気持ちは変わってもいいので、またいつでもおっしゃってください。」

6) 話し合いの内容を記録する

様式 A・B 参照 できるだけ本人の言葉で残す

その他のコミュニケーションの具体例

* 悪化時の話題の出し方（表情・負担に配慮）

「もし判断が難しくなった時、どんなふうに過ごしたいですか？」

「その状態になった時、してほしいこと/してほしくないことはありますか？」

※表情・しぐさ・疲労の様子を見ながら、負担が強い時は切り上げる。

* 答えに窮した時の対応

「今はわからない」も大切な情報として記録し、後日改めて伺う。

「また思いついたら教えてください。今後の支援に活かしたいです」

* 代理意思決定者の確認

「あなたのことをよく知っていて、考えを大切にしてくれる人はどなたですか？」

「家族に限らず、価値観を理解して判断してくれる人を一緒に考えましょう」

7. 共有と個人情報

- 共有は本人同意を原則とし、同意が困難な場合は各事業所の規程と法令に従って判断する。
- 共有方法（紙/電子/口頭）と保管場所（カルテ、連携ツール等）を事業所内で統一する。

8. 心肺蘇生を望まない場合の考え方

『心肺蘇生を望まない傷病者への救急隊の対応に関するプロトコール』参照

人生の最終段階にある傷病者が心肺停止となり『心肺蘇生を望まない意思』がある場合でも、救急隊は原則として心肺蘇生を開始し、所定の要件（医師の指示書の提示、主治医等への連絡、家族等の同意等）を満たす場合に限り中止に移行する。救急隊が積極的に意思確認を行うことは想定されていないため、在宅側（訪看・主治医・家族等）は『提示できる形の書面』と『連絡体制』を事前に整える。

※救急時の運用・様式は改正される可能性があるため、必ず『リンク集』から最新版（県公式）を確認する。

9. 改訂

本指針は、国のガイドライン改訂や県内救急プロトコールの改正、運用状況を踏まえ、年1回を目安に見直す。

別紙（様式集）

以下の様式は、利用できるように作成したテンプレートです。

必要に応じて事業所の書式・連携ツールに合わせて調整してください。

様式 A：あなたの思いを叶えるための確認書（準備段階で使用する）

1. あなたが大事にしていること（したいこと、楽しみにしていることなど）は何ですか？

2. どのような医療・ケアを受けたいのか教えてください。

☐ 一日でも長く生きられるような医療・ケア

☐ 痛みや苦しみを取り除くことを優先とした医療・ケア

☐ 回復の見込みがなければ延命治療は受けず自然に過ごしたい

☐ その他（ ）

☐ わからない

3. 避けたい医療・ケアは何ですか？

4. 人生の最期の時期をどこで過ごしたいですか？

☐ 自宅 ☐ 医療機関 ☐ 施設

☐ その他（ ）

☐ わからない

5. あなたの代わりに判断できる方は誰ですか？

☐ 配偶者 ☐ 子ども（ ） ☐ 親（ ）

☐ 親戚（ ） ☐ きょうだい（ ）

☐ 代理人（ ） ☐ 友人など

☐ わからない

確認日 令和 年 月 日

利用者氏名： _____ 署名代行者氏名： _____

訪問看護ステーション〇〇 管理者氏名

様式 B : ACP に関する記録 （話し合いの場面で使用する）

【利用者氏名： 】

話し合い日時、記載者	年 月 日 : ~ : 記載者 ()
話し合いの目的	☐ 初回 ☐ 退院前 CF の共有 ☐ 担当での共有 ☐ 状態変化後の見直し ☐ その他 ()
話し合いのタイミング	
実施場所/方法 (自宅・オンライン等)	
参加者 (本人/家族等/職種)	
望む医療・ケア/ 避けたい医療・ケア	
悪化時の希望 (在宅継続/入院/救急要請の 考えなど)	
話し合いの結果や方針	
課題・継続事項	
次回見直し予定/更新日	

様式C：ターミナルケア算定チェック表

ターミナルケア加算の算定要件

【利用者氏名：】

✓	算 定 要 件
	24 時間連絡できる体制を確保し、必要に応じて訪問できる体制を整備していること
	体制の届出を行っていること（介護保険）
	主治医との連携の下に、ターミナルケアに係る計画、支援体制について利用者とその家族に説明し、同意を得てターミナルケアを行っていること
	死亡日、死亡日前 14 日以内に 2 日（末期の悪性腫瘍等の特定の利用者については 1 日）以上ターミナルケアを行っていること
	ターミナルケアの実施にあたっては、他の医療関係者や介護関係者と十分な連携を図るよう努めること
	ターミナルケアの提供について必要な事項（以下の事項）が適切に訪問看護記録書に記録されていること ◦終末期の身体症状の変化、それに対する看護に関する記録 ◦療養や死別に関する利用者とその家族の精神的な状態の変化、それに対するケアの経過についての記録 ◦看取りを含めたターミナルケアの各プロセスにおいて利用者とその家族の意向を把握し、それに基づくアセスメントと対応の経過の記録

最新版リンク集（確認日：2026年01月23日）

※リンク先は改正・差替えの可能性があります。運用時は必ず県公式ページの更新日をご確認ください。

資料名	更新/施行等	URL	2次元コード
高知県： 救急救命処置実施基準（ページ）	公開日 2025-05-21 / 更新日 2025-05-26	https://www.pref.kochi.lg.jp/doc/kyuukyuuiryoukyougikai/	
高知県： 心肺蘇生を望まない傷病者への救急隊の対応に関するプロトコル及び様式 （令和7年3月27日改正）[PDF]	施行 2025-03-27 （PDF 内附則）	https://www.pref.kochi.lg.jp/doc/kyuukyuuiryoukyougikai/file_contents/file_2025515413455_1.pdf	
高知県： 心肺蘇生を望まない傷病者への救急隊の対応に関するプロトコル新旧対照表[PDF]	県ページ掲載	https://www.pref.kochi.lg.jp/doc/kyuukyuuiryoukyougikai/file_contents/file_2025521310417_1.pdf	
高知県： 心肺蘇生を望まない傷病者への救急隊の対応に関するプロトコルの運用についてのお願い[PDF]	県ページ掲載	https://www.pref.kochi.lg.jp/doc/kyuukyuuiryoukyougikai/file_contents/file_202541631787_1.pdf	
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（2018）[PDF]	公表 2018-03-14	https://www.mhlw.go.jp/file/04-Houdouhappyou-10802000-Iseikyoku-Shidouka/0000197701.pdf	
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 解説編（2018）[PDF]	公表 2018-03-14	https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-10800000-Iseikyoku/0000197722.pdf	

参考（本文の根拠）

本書は、上記リンク先（国ガイドラインおよび県の救急プロトコール）に基づき、訪問看護の運用として整理した。