

抄録集

日本ACP研究会 第11回年次大会

実践・研究・多職種がつながるACPの未来を共に考える1日

2040年の未来から考える 日本のACP ～ACPと切っても切れないお金の話～



超高齢社会がさらに進む2040年。
医療・介護・福祉・法律・地域の力を結集し、
「その人らしい生き方」と「安心して暮らせる社会」を
実現するために、今、私たちにできることを考えます。

日時

2026年9月5日 土

会場

QUESTION (京都信用金庫)

〒604-8006

京都市中京区河原町通御池下 下丸屋町390-2

大会長

福村 雄一

(司法書士)

多様な視点からACPを考える大会を目指します。

大会長

西川 満則

(老健医師)

皆様と共に、実践と研究を未来へつなぎます。

場所	7F Creative Commons 1、 Creative Commons 2	4F Community Steps	4 F Seminar Room (Room1 + Room2)
定員	100名	50名	30名
9:30	開場	開場	開場
9:50	開会式		
10:00	シンポジウム①2040年の日本の地域づくりと A C P		演題発表 (第1部) 10:10～12：00
10:30	演者 阿部 智介、平山 司樹、鈴木 孝英	シンポジウム②A C P 普及のためのソーシャルワーカ	
11:00	座長 福村 雄一	演者 岡江 晃児、新里 幸恵、茶屋元 崇行	
11:30		座長 岡江 晃児	
12:00			
12:30			
13:00	シンポジウム③急性期の現場でACPをどのようにつな げられるか～かかりつけ病院内科医、急性期専門医、 弁護士が語るTime Limited Trialの可能性と限界～	「京都発・地域共生ライブセッション」京都の町で、 あなたらしく生き暮らすことを支える～京都 ACP 研究 会 12 年の軌跡から紐解く、「送りたい未来」を共に 創る多職種・当事者ダイアログ～	演題発表 (第2部) 13：00～14：30
13:30	演者 澤田 格、福田 直之、菅野 康夫	宇都宮 宏子	
14:00	座長 岡村 紀宏		
14:30			
15:00	シンポジウム④政策の視点から見るACPと地域づくり	演題発表 (第3部) 15：00～16：50	ワークショップ 「自分史AIとマインドフルネス がひらくACPの可能性」 (事前申し込み制)
15:30	演者 植野 剛、稲岡 万貴子、横江 由理子 他		
16:00	座長 福村 雄一		
16:30			
17:00	閉会式		
＜オンデマンド講演＞会田 薫子 「2040年の日本の社会構造から考えるACP」			

7F イベントスペース セミナールーム



- Creative Commons 1・2
定員30～100名

4F イベントスペース



- Community Steps
定員50名

4F セミナールーム



- ROOM 1～3
定員6～30名

- 当日受付は行いません。各会場入口でネームホルダーにご持参されたネームプレートを入れてご参加ください。
- 昼食の販売等を行いません。クローク・会場誘導等も行いません。ごみは各自お持ち帰りください。
- 会場では書籍販売を行っています。
- 開会式から参加される皆様へのお願い
各自で会場へ移動し、ご着席のうえ、開会までお待ちください。少人数の運営スタッフが限られた時間の中で開会準備を行いますので、開会式前の運営スタッフへの個別のご質問・お問い合わせは、できるだけお控えください。円滑な年次大会の運営に、ご理解とご協力のほどお願い申し上げます。
- 会場内に案内看板・張り紙は設置いたしません。抄録集に記載された階数・会場名をご確認のうえ、各自で会場へ移動してください。
- 今回は小規模な大会本部のため、専任の救護班・救護室は設置していません。体調を崩された方や緊急の対応を必要とする方がおられた場合には、その場に居合わせた参加者の皆様にも、可能な範囲で声かけや救急要請などにご協力いただき、参加者全体で助け合って対応する形としたいと思います。緊急を要する場合は119番通報

をお願いします。

●今回は限られた人数での運営となりますので、シンプルな運営とし、参加者の皆様にも事前に当日の運用をご理解いただいたうえで、ご協力いただきながら大会を進めたいと思います。よろしくお願いいたします。

●閉会后、速やかな退館にご協力ください。

●本年次大会後の懇親会は予定しておりません。

●自然災害時の対応につきましては、参加者の皆様へ個別にメールでご案内しておりますので、そちらをご確認ください。

※助成 公益社団法人 在宅医療助成 勇美記念財団

一般社団法人日本アドバンス・ケア・プランニング研究会 年次大会一覧

第1回	開催日	2016（平成28）年6月11日	大会長	三浦 久幸
	開催地	愛知県名古屋市	テーマ	設立シンポジウム
第2回	開催日	2017（平成29）年9月2日	大会長	五十嵐 知文
	開催地	愛知県名古屋市	テーマ	日本の医療における ACP のアプローチ
第3回	開催日	2018（平成30）年9月1日	大会長	高橋 浩
	開催地	岩手県盛岡市	テーマ	地域で育てる ACP
第4回	開催日	2019（令和元）年9月15日	大会長	會津 恵司
	開催地	愛知県春日井市	テーマ	きく しる つなげる・いう しる とどける
第5回	開催日	2020（令和2）年9月20日	大会長	紅谷 浩之
	開催地	福井県福井市	テーマ	あなたらしさ わたしらしさ
第6回	開催日	2021（令和3）年9月26日	大会長	三浦 久幸
	開催地	オンライン	テーマ	With コロナ時代の ACP
第7回	開催日	2022（令和4）年9月10日	大会長	大友 宣
	開催地	オンライン	テーマ	人生会議解体新書
第8回	開催日	2023（令和5）年9月2日	大会長	三浦 靖彦
	開催地	オンライン	テーマ	よりよく生きるための ACP
第9回	開催日	2024（令和6）年9月21日	大会長	福田 直之、澤田 格
	開催地	北海道札幌市	テーマ	ACP サイクルでつなぐ人生会議 ～話す、残す、伝える、見直す～
第10回	開催日	2025（令和7）年9月6日	大会長	桜井 隆、白山 宏人
	開催地	大阪府大阪市	テーマ	「ACP ってなんやねん？」 ～だれのためなん、なんのためなん？～
第11回	開催日	2026（令和8）年9月5日	大会長	福村 雄一、西川 満則
	開催地	京都府京都市	テーマ	2040 年問題を見据えて、 2040 年の未来から考える ACP
第12回	開催日	2027（令和9）年9月18日	大会長	菅野 康夫、日下部 明彦
	開催地	神奈川県横浜市	テーマ	いつでもだれでも人生会議 ～皆と未来を語り合う対話のカタチ～

【座長】 福村 雄一（司法書士 福村事務所／本学大会 大会長）

【演題】 2040年の日本の地域づくりとACP—『いきかたノート®』のある暮らしから考える—

【演者】 阿部 智介（七山診療所 代表 医師）

＜略歴＞1980年生まれ。佐賀県唐津市七山（旧七山村）で医師として老若男女問わず全ての患者を受け入れ、地域のために日夜働く父の背中を見て育ち医師の概念が形成される。地元高校から北九州予備校小倉駅校に進み人生経験を積んでから東京医科大学に進学。卒後、佐賀大学医学部附属病院総合診療部に入局。卒後5年目の30歳の時に父の体調が崩れ始め実家に戻る。32歳の時に父が急逝し診療所を引き継ぐ。人口約1,600人の山間過疎地という厳しい環境の中、地域住民が安心して暮らせる環境をつくるために文字通り山々を駆け回っている。

一般社団法人唐津東松浦医師会地域包括ケアシステム・在宅医療担当理事

公益財団法人日本尊厳死協会九州支部・さが理事

社会福祉法人唐津福祉会評議員

佐賀県ACP推進連携会議委員及びWG委員

相撲参段

2040年、日本では高齢化や人口減少がさらに進み、独居や身寄りのない方も増えていきます。そのような社会で、「ACP（アドバンス・ケア・プランニング）は、誰と、どこで、いつ行うのか」という問いは、これまで以上に重要になります。

佐賀県唐津市・玄海町では、在宅医療・介護連携推進事業を始めるにあたり、まず2070年までの人口推計データを共有し、現在の地域の姿から、その先にある未来を考えることから始めました。

そこで最重要課題の一つに据えたのが、「意思決定支援」です。

意思決定支援への取り組みを始めて間もなく、「ACP」という言葉が国の施策の中でも重視されるようになりました。私たちが考えてきた意思決定支援のあり方と大きく異なるものではなく、その後も事業の中心にACPを据えて取り組んできました。

私たちが考えるACPは、人生の最終段階における医療の選択だけを話し合うものではありません。

「これまで、どのように生きてきたのか」「今、何を大切に暮らしているのか」「これから、どのように生きていきたいのか」

そのようなことを、本人や家族、支援者、そして地域の人々が語り合える文化を育てていくものだと考えています。その取り組みの一つが、『いきかたノート®』です。

本シンポジウムでは、過疎地域だからこそ見えてきた課題と、唐津市・玄海町で続けてきた実践を通して、医療・介護だけでなく、行政や地域住民も含めた「地域づくりとしてのACP」についてお話しします。

2040年は、遠い未来の話ではありません。たった14年先の話です。

しかも、全国がこれから直面する社会は、地方ではすでに始まっています。

人口減少と少子高齢化が進む社会では、誰かが何とかしてくれるのを待つだけでは、これまでと同じ暮らしを維持することは難しくなります。一人ひとりが、自分の暮らしや地域の未来について考え、できることから行動していくことが求められます。

それが、過疎地域に生きる一人の人間として、私が日々感じていることです。

大切な人や家族を思うときに生まれる「愛」と同じように、故郷や地域、そこに暮らす人々を思う気持ちも、未来を動かす大切な原動力になります。

「そこに愛はあるのか？」皆さまとともに、これからの地域と ACP のあり方を考える機会になれば幸いです。

【演題】2040 年の日本の地域づくりと ACP

【演者】平山 司樹（医療法人葛西医院 訪問看護ステーションかつさい 看護師）

ACP を支えるのは

医療だけではありません

2040 年に必要なのは、

ACP ができる

『地域』そのものではないでしょうか。

孤独・孤立予防の実践を通して、

「誰と、どこで ACP を行うのか」という 2040 年の課題について、

皆さまと一緒に

考えられることを楽しみにしています。

【演題】2040 年、人はどんなまちで命を全うしたいのか

【演者】鈴木 孝英（合同会社ながら 代表者）

「2040 年、人はどんなまちで命を全うしたいのか」——第 11 回 日本 ACP 研究会年次大会・シンポジウム登壇にあたって

2026 年 9 月 5 日（土）、京都の「QUESTION（京都信用金庫）」にて開催される第 11 回 日本アドバンス・ケア・プランニング（ACP）研究会 年次大会のシンポジウム①に、登壇者（シンポジスト）として参加させていただくことになりました。

テーマは、「2040 年の日本の地域づくりについて」。

超高齢社会が極まる 2040 年を見据え、14 年後の未来から逆算して、今私たちが果たすべき地域づくりの役割と ACP（人生会議）の可能性を語り合う貴重な機会です。

かつて新聞記者として現場を歩み、現在は京都でインフォーマルケアやシニア支援の泥臭い現場に立つ一人として、この登壇に向けた意気込みを綴りたいと思います。

「医療の選択」を超えて、人生の物語を紡ぐ

「アドバンス・ケア・プランニング（ACP）」と聞くと、多くの人は「万が一のときに、どんな医療やケアを受けたいか」という事前指示書のようなものをイメージされるかもしれません。

しかし、私が日々ご一緒しているシニアやご家族の現場で問われているのは、そうした選択の「手前」にある「自分はどうかありたいのか（Being）」という命の響きそのものです。

先日も、70 代後半の女性に初めてのお給料を手渡し機会がありました。病気で前職を離れ「世の中の役に立ちたいのに、働く場所がない」と諦めていた彼女が、週 1 回の個人宅の清掃という「役割」を得て、汗を拭いながら「暑くて大変よ」とプロの表情で笑った瞬間。

あるいは、老人ホームの見学の廊下で、昔のご近所さんと奇跡的に再会し、一瞬で瞳を輝かせたお顔。

医療や介護の枠組みだけでは掬い上げられない、暮らしの安心（ALP）、関係性の繋がり（ARP）、そして人生の意味（AVP）。それらすべてが重なり合って初めて人は

「自分の人生の主人公として生ききる」ことができると思います。

シンポジウムでお伝えしたいこと

大会長の福村雄一先生（司法書士）、座長・シンポジストの皆様と共に登壇するこのセッションで、私は現場の実践者として、以下の「問い」と「実践の解」を差し出したいと考えています。

制度の壁を越えるインフォーマルケアと「社会的処方」のリアル

「8つの資本」から捉え直す、生活と関係性を包括した広いACP

世代を超えて受け継がれる「縦軸と横軸」の地域共生コミュニティ

当日は会場となる QUESTION に集う皆様、そして画面越しの皆様と、単なる議論にとどまらない「希望の未来」を共創できることを楽しみにしています。

シンポジウム②「ソーシャルワーカーが考える ACP と地域づくり」 10:30~12:00 4階 Community Steps

【演者】岡江 晃児（株式会社 NTT データ ライフデザイン ソーシャルワーカー）

【演題】ソーシャルワーカーが考える ACP

＜略歴＞

平成 17 年 4 月 国立病院機構大分医療センター

平成 30 年 4 月 杵築市役所医療介護連携課

令和 4 年 10 月 公益財団法人がん研究会有明病院

令和 6 年 10 月 最首総合事務所グループ一般社団法人愛の会

令和 7 年 11 月 株式会社 NTT データ ライフデザイン 事業開発本部

現在に至る

- ・大分大学大学院福祉社会科学研究科修士課程修了（福祉社会科学）
- ・日本文理大学非常勤講師
- ・著書『8000 人を支援したソーシャルワーカーが教える 入院・転院・退院の困りごと完全解決！』（Gakken/メディカル・ケア・サービス（2026/02/26））
- ・『月刊ケアマネジャー』『おかえモンと学ぶ！身寄りのない人への支援』（中央法規出版）

連載執筆中

- ・PIVOT 公式チャンネル「【最強企業タッグ】経済損失 9.2 兆円の衝撃 ワーキングケアラーの課題に NTT データ×東京海上日動が挑む／企業と個人を一体型で支援するサービス「ケアラケア」／「いつも」を支えるために」出演

皆様、こんにちは。ソーシャルワーカー岡江晃児です。

この度、日本 ACP 研究会 第 11 回年次大会におきまして、特別企画「ソーシャルワーカーが考える ACP と生活セッション」に座長・登壇させていただくこととなりました。

今、医療・介護の現場において、専門職がいかにして一人ひとりの「生活」に寄り添った ACP を届けられるかが問われています。本セッションは、それぞれの専門領域でソーシャルワークの可能性を模索し、枠を広げながら挑戦を続けている 3 名の登壇者から、地域というフィールドで ACP をどのように実装し、根付かせていくのか、そのリアルな実践を深め、分かち合う場となります。

「ACP とは何か」という根源的な問いを軸に、現場の切実な葛藤や、机上の理論だけでは見えてこない生の可能性を、参加者の皆様と一緒に深めていきたいと考えています。

「ソーシャルワーカーが考える ACP」だからこそ導き出せる、暮らしの支援の新しい地平を、ぜひ会場で共有させてください。医療・介護の枠を超え、地域づくりに関心をお持ちのすべての方にとって、明日からの実践を支える大きなヒントになれば嬉しいです。

当日、皆様と共に深い対話ができることを心より楽しみにしております。ご参加を心よりお待ちしております。

【演者】茶屋元 崇行（株式会社ファイン 統括部長 ソーシャルワーカー）

【演題】ソーシャルワーカーが考える ACP と生活

大分県の株式会社ファイン

茶屋元崇行です。

「ソーシャルワーカーが考える ACP と生活セッション」にて、岡江晃児さん、新里幸恵さんとともに登壇させていただきます。

本セッションでは「ACP を地域に届けるためのソーシャルワークとは？」をテーマに、「クリエイティブ×エンディング×ベーカリー」というそれぞれの実践を切り口に深掘りします。

私は葬祭業に従事しながら、社会福祉士、社会福祉ファンドレイザー、浄土真宗本願寺派僧侶、宅地建物取引士として、人生後半のトータルサポートに向き合っています。

日々現場で痛感しているのは、「エンディングの領域から逆算していく」ことの大切さです。医療や介護の事前選択にとどまらず、生活支援や身元保証、死後事務といった「人生の最終章」を見据えるからこそ、その人が今どう生きたいかという ACP の本質が見えてくると考えます。

これまで先駆的に取り組まれてきた日本 ACP 研究会様の場で、既存のソーシャルワークの枠をどう広げ、地域に届けていくか。

実践とリアルな知見を共有させていただきます。

当日、京都の会場や配信でお会いできるのを楽しみにしております！

【演者】新里 幸恵（パン工房カザン・ヴォ）

【演題】ソーシャルワーカーが考える ACP

兵庫県川西市で「パン工房カザン・ヴォ」という小さなパン屋を営みながら、社会福祉士として地域の人とのつながりを大切にしています。

ベーカリーで地域の方々と日々接する中で、「その人がその人らしく暮らし続けること」について、改めて考えるようになりました。

ベーカリーには、地域で暮らすさまざまな人が訪れます。何気ない会話や日々の買い物の中にも、その人の暮らしや大切にしていること、その人らしさが見えてくることがあります。

その人を知りたいという気持ちで関わり、その人の物語を知っていくと大切にしている想いに触れることがあります。

そこが日々の暮らしの中でその人と長く関わることができるベーカリー×ソーシャルワーカーの魅力のひとつです。

ACP は、もしもの時の医療やケアについて考えることだけではなく、「私はこれからどんなふうに生きていきたいのか」を、日々の暮らしの中で一緒に考えていくことなのではないかと思っています。

では、地域の中にあるその人の物語を、支援につなげるためには、どんな関係づくりが必要なのでしょう。

今回の大会では、ベーカリーという地域の小さな接点で出会った方との関わりを通して、地域で暮らす人の「大切にしたいこと」「その人の暮らしの豊かさ」に目を向けること、そして、それを支援にどうつないでいけばいいのか、私自身の実践を通して、みなさんと共に考えることができたらと思っています。

シンポジウム③「急性期の現場で ACP をどのようにつなげられるか～かかりつけ病院内科医、急性期専門医、
弁護士が語る Time Limited Trial の可能性と限界～」 13:00～14:50 7 階 Creative Commons

【座長】岡村 紀宏（社会医療法人恵和会 西岡病院 事務長・医療ソーシャルワーカー）

【演題】地域で紡いだ ACP を、いかにして急変時の医療に繋げられるか

【演者】澤田 格（社会医療法人恵和会西岡病院 内科部長）

<略歴>

2001 年 3 月 札幌医科大学医学部卒業

2002 年～2006 年

札幌厚生病院呼吸器科、市立釧路総合病院呼吸器科、函館五稜郭病院呼吸器内科、市立室蘭総合病院呼吸器科

2006 年 4 月 札幌医科大学大学院医学研究科

2009 年 3 月 札幌医科大学大学院医学研究科修了

2009 年 4 月 市立室蘭総合病院呼吸器内科科長

2012 年 10 月 社会医療法人恵和会西岡病院内科医長

2022 年 7 月 同科長

2023 年 4 月より現職

<所属学会・団体>

医学博士、日本内科学会 認定内科医、日本呼吸器学会 呼吸器専門医、日本アレルギー学会 アレルギー専門医、日本プライマリ・ケア連合学会 プライマリ・ケア認定医・指導医、日本呼吸器内視鏡学会 気管支鏡専門医、日本アドバンス・ケア・プランニング研究会 社員(第9回年次大会大会長)、インフェクションコントロールドクター、日本医師会 医療安全推進者、産業医、北海道医師会勤務医部会委員、札幌市勤務医協議会幹事、札幌市在宅医療協議会、札幌市産業医協議会、札幌市医師会医療 DX ワーキングチーム、とよひら・りんく会長、臨床研修指導医、看護師特定行為研修指導者、看護師特定行為研修指導者講習会実施者（タスクフォース）養成研修会修了、緩和ケア研修会修了、緩和ケア指導者研修会修了

地域のかかりつけ医、かかりつけ病院内科医が、患者や家族と対話を重ね、平時から ACP（アドバンス・ケア・プランニング）を実践することは、地域医療において極めて重要な役割であると考えています。

しかし急変や急性増悪を起こし、時間的猶予のない急性期病院へ搬送された際、患者本人や家族が、これまで地域で丁寧に紡いできた ACP を、急性期医療の現場で働く医師や看護師に、確実に伝えることができるのでしょうか。

本シンポジウムにおいて、私は患者を急性期病院へ「送る側」の立場として、地域で形成した ACP をどのようにして急性期の医師へバトンタッチできるのか、私たちの工夫についてお話しします。一つの解は、「ACP サイクル（私と福田直之弁護士と作成した造語）」を何回か回しておくことだと思っています。何回か ACP を見直しておくことで、「Time Limited Trial（TLT：期限付きでの特定の治療の試行）」などの新しい概念にも対応できる、重厚な ACP をかたち作っていきけるのではないかと考えています。

急性期の現場で ACP を途切れさせることなく、いかにして繋げていけるか、立場の違うシンポジストの皆様、ご参加いただいた皆様と議論を交わしながら、明日からの臨床現場で生かすことができる知見を共有できれば幸いです。

【演題】急性期現場における ACP のリアルと限界 ～時間的猶予なき病態での意思決定の実態～

【演者】菅野 康夫（一般財団法人神奈川県警友会けいゆう病院循環器内科）

<略歴>

平成 9 年 3 月 慶應義塾大学医学部卒業

平成 9 年 4 月 慶應義塾大学医学部内科学教室研修医

平成 11 年 5 月 慶應義塾大学医学部内科学循環器内科専修医

平成 16 年 5 月 慶應義塾大学医学部内科学循環器内科助手

平成 17 年 10 月 栃木県済生会宇都宮病院循環器内科スタッフ

平成 19 年 12 月 米国カリフォルニア大学サンディエゴ校循環器科 Research Fellow

平成 22 年 9 月 国際医療福祉大学三田病院心臓病センター講師

平成 24 年 9 月 国立循環器病研究センター心臓血管内科医師

平成 26 年 3 月 国立循環器病研究センター心臓血管内科医長

平成 30 年 4 月 神奈川県警友会けいゆう病院循環器内科部長

平成 31 年 4 月 神奈川県警友会けいゆう病院循環器内科部長兼集中治療センター部長 現在に至る

<所属学会>

日本循環器学会、日本心臓病学会、日本心不全学会、日本心血管インターベンション治療学会、日本内科学会、日本心臓リハビリテーション学会、日本緩和医療学会

<資格>

日本循環器学会認定循環器専門医

日本内科学会認定総合内科専門医

日本心血管インターベンション治療学会認定医

日本心臓リハビリテーション学会認定心臓リハビリテーション指導士

日本緩和医療学会緩和ケアの基本教育に関する指導者

<専門分野>

循環器内科、特に心不全、心筋症、虚血性心疾患

循環器疾患をはじめとする急性期病態では、分・時間単位での治療介入決定が求められ、丁寧な ACP の事前確認や合意形成を行う時間的猶予が皆無であることも少なくない。「引き受ける側」である急性期病院の現場では、事前指示が曖昧なまま人工呼吸器装着や血液浄化療法などの侵襲的治療を開始せざるを得ないジレンマに直面する。近年 TLT（Time-Limited Trials；期間限定の治療）を概念としたアプローチが注目されており、欧米の集中治療界限では臨床現場で浸透しつつある。日本国内でもガイドラインでの位置づけがまさに進められている段階にあるが、日本固有の問題も存在し、実臨床への実装・定着には大きなハードルがある。本シンポジウムでは、ガイドラインの文脈だけに落とし込めない現場の実状として、機械的・身体的限界を実質的なゴールとせざるを得なかった症例を提示し、急性期における意思決定と ACP 接続の限界や TLT が抱える課題について議論する。

【演題】 ACP のバトンリレーと倫理的課題 ～ 本人中心の ACP サイクルの重要性を語る

【演者】 福田 直之（札幌総合法律事務所 パートナー弁護士／（社）ひとのわ代表理事）

<経歴>

2001 年 3 月 北海道大学法学部卒業

2001 年 4 月～2002 年 3 月 株式会社北海道銀行 勤務

2005 年 11 月 司法試験 合格

2006 年 4 月 最高裁判所 第 60 期 司法修習生 任用

2007 年 9 月 弁護士登録 札幌総合法律事務所 入所

2010 年 10 月～ 同事務所 パートナー就任

その他役職

北海道社会福祉協議会 理事（2011 年 3 月～）

一般社団法人ひとのわ（札幌） 代表理事

医療福祉法人、社会福祉法人等、医療、福祉、介護関連の法人の法律顧問、理事、監事、評議員等に多数就任しているほか、損害保険会社の介護関連の事故案件を数多く対応している。

介護事故、医療事故、クレーム対応等の事案、権利擁護事業などを得意とするほか、意思決定支援、アドバンス・ケア・プランニング（ACP）に関する活動も医療者、福祉従事者等と連携して推進し、「さっぽろひとのわ」の代表として「ひとが安心して最後まで生きることができる地域の実現」に向け日々取り組んでいる。

その他、各種団体等からの依頼で講演会、勉強会の講師なども数多くてがけている。

地域で丁寧に行った ACP が急性期につながるのか、情報量や時間的な限界がある救命救急の場面などにおいては、判断が難しい場面も多いかと思えます。

その中には、本人の推定的意思が確認できない場合、本人の推定的意思と家族の意思が混同していると思われる場合など様々あり、ときには、本人、家族等との合意形成に医師によるパターナリスティックな判断が強く影響する場合があるなど、倫理的な課題、ときには、自己決定権の侵害の可能性なども含めた法的な課題に直面することもあります。

平素から、「誰のための ACP」かを改めて考え、本人中心となる ACP サイクルをまわすことの繰り返し、見直し、このプロセスが倫理的な課題等をクリアすることに有用であり、TLT などの概念への対応においても重要かと思えます。

地域の医師の視点、急性期の医師の視点に、法律家の視点を加えることにより、本人中心の ACP の原点回帰をすることとともに、誰にとっても安心な ACP の取り組みができる一助になればと考えております。

「京都発・地域共生ライブセッション」京都の町で、あなたらしく生ききることを支える
～京都 ACP 研究会 12 年の軌跡から紐解く、「送りたい未来」を共に創る多職種・当事者ダイアログ～

13:00～14:50 4階 Community Steps

【演者】宇都宮 宏子（宇都宮宏子オフィス代表 看護師）

わたしは、1980 年に看護師になりました。1991 年から訪問看護、介護保険制度が始まって 2 年目 2002 年、出身校である大学病院に戻って「おうちへ帰ろう」を合言葉に、ケア移行、退院支援に取りくんできました。2012 年独立、東京都という大都会から、北海道の町の在宅医療介護連携事業へのサポート等、地元の方とワイワイ夢を語り合い、様々な形で活動させて頂いています。

看護師としての実践、そしてがん患者の家族という体験が今の活動の軸にあります。

病院から、暮らしの場への移行期支援、退院支援や、外来通院期から、在宅医療という方法を活用しながら、本人が、病や加齢に伴う暮らしづらさがあっても、「ここにいたい」と思える場所で暮らし、最期まで、尊厳を保ちながら、人生の幕引きを迎えることの出来る風景を目指して活動しています。

日本のあちこちで活動していますが、私にとっての「ここにいたい場所」は京都のこの町です。

そんな京都で、「京都 ACP 研究会」、2014 年から、病院、訪問看護や施設で働くナースたちを中心に、「お一人の支援過程を時間軸で振り返る事例検討」を繰り返しています。

そして、人生の大切な分岐点で、本人に問いかけながら、これまでを聞き、そして今の状態を、ナースの視点で、わかりやすく伝えながら、本人が送りたい未来を共に再構築していく、意思決定支援や、ACP 支援のあり方を、皆で学び続けて来ました。

本セッションでは、京都 ACP 研究会の 12 年の歩みをもとに、病院看護師、訪問看護師、在宅医、ケアマネジャー、そして認知症当事者・家族を支えるコーディネーターが登壇。それぞれの現場から見えるリアルな景色を投げかけ合います。

専門家にとっての「支援の到達点」とはどこなのか？ そして、行政、金融、地域づくりに関わる人々が、この循環をどう支えていけるのか？

コーディネーターがフロアの声をも鮮やかに紐解きながら、これからの地域共生社会における「意思決定支援」の本質に迫ります。熱量あるライブ・ダイアログをぜひ体感してください。

【座長】 福村 雄一（司法書士 福村事務所／本年次大会 大会長）

【演題】 政策の視点から見る ACP と地域づくり～地域と制度でどう支えるか～

【演者】 植野 剛（京都大学 大学院 医学研究科 社会健康医学系専攻 社会疫学分野在籍

Policy makers lab (PML) Managing partner / 医療・ヘルスケア領域ワーキンググループ 代表)

<略歴>

心臓血管外科医師。

京都大学 大学院 医学研究科 社会健康医学系専攻 社会疫学分野在籍。

Policy makers lab (PML) Managing partner / 医療・ヘルスケア領域ワーキンググループ 代表。

心臓血管外科・急性期医療の現場で、それまで元気に日常・社会生活を送っていた方が突然重篤な疾患を発症し、本人の意思を確認できないまま、家族や医療者が限られた時間の中で重大な治療選択を迫られる場面を数多く経験したことから、Advance Care Planning (ACP) に関心を持つ。

現在は社会疫学の立場から、ACP を人生の最終段階だけの課題ではなく、健康な時から本人の価値観や希望を周囲と共有していくプロセスとして捉え、社会的なつながりやコミュニケーションと ACP との関連について研究している。併せて、こうした臨床・研究上の問題意識を政策・社会実装につなげるべく、Policy makers lab にて、平時からの ACP を支える制度・政策・情報基盤のあり方について政策提言・検討を進めている。また、医療・ケアにとどまらず人生や暮らし全体を考える。

「シン・人生会議」／Advance Life Planning (ALP) の構想にも取り組んでいる。

NPO 法人 CALS Japan 理事長。HealthTech 企業にて Medical Affairs にも従事。

心臓血管外科医として働く中で、

何度も心に残ってきた場面があります。

それまで元気に日常生活や社会生活を送っていた方が、

予兆もなく突然、命にかかわる病気を発症する。

意識を失い、ご本人とはもう話すことができない。

今すぐ身体への負担も大きい緊急手術をしなければ救命できない。

一方で、手術によって命を救えたとしても、

意識が戻るのか、元の生活に戻れるのかは分からない。

「この方は、本当にこの手術を望んでいるのだろうか」

「もし今、ご本人と話すことができたなら、何と仰るのだろうか」

しかし、その時にはもう、ご本人に尋ねることはできません。

ご家族も医療者も、

ご本人がこれまで何を大切に生きてきたのかを手掛かりに、

限られた時間の中で重大な判断を迫られます。

こうした場面を数多く経験したことが、

私が ACP について考え始めた原点です。

そしてこれは、高齢の方や、

すでに病気を抱えている方だけの問題ではありません。

突然発症する重篤な病気、交通事故、自然災害などによって、

自分の意思を伝えられない状況は、
年齢や今の健康状態にかかわらず、誰にでも突如として訪れ得ます。
だからこそ私は、ACP は病気になってから、
あるいは人生の最終段階になってからだけ考えるものではなく、
もっと平時から、自分が何を大切にしているのか、
これからどのように生きていきたいのかを、
誰かと語り、共有していくものでもよいのではないかと考えています。
ACP を「終末期」「死」「病気」「高齢」と強く結び付ければ結び付けるほど、
元気な時には「まだ自分には関係ない」「縁起でもない」と感じ、
かえって考えたり語ったりすることを難しくしてしまう
——そんな逆説的な障壁もあるように感じています。
それならば、必ずしも「どんな最期を迎えたいか」から始めなくてもよい。
「これから、どんな人生を送りたいか」
「何を大切に生きていきたいか」
「誰と、どこで、どのように暮らしていきたいか」
そんな、これからの人生についての前向きな対話から始めてもよいのではないのでしょうか。
私は、その延長線上に、医療やケアにとどまらず人生や暮らし全体を考える
「シン・人生会議」／Advance Life Planning (ALP) という考え方を置いています。
そしてもう一つ、大切にしていることがあります。
こうした対話を、本人や家族、あるいは熱心な医療・介護職だけの努力に委ねないことです。
「話し合っておいてください」から、「話し合える地域・社会をつくる」へ。
本人が自然に自分の人生について考え、誰かと語り、その想いを共有し、
必要な時に支援へとつながられるようにするために、
地域、制度、政策、情報基盤はどうあるべきなのか。
今回の日本 ACP 研究会では、2040 年の社会を見据えながら、
様々な立場・現場で活動されている皆様と、
この問いを一緒に考えられることを楽しみにしています。

【演者】 稲岡万紀子

一般社団法人ライフエンディング・ステージあさひ マネージャー

一般社団法人 全国高齢者等終身サポート事業者協会（全終協）事務局

大学卒業後、法律事務所で法務事務に携わり、成年後見制度に出会う。その後、司法書士事務所で法人後見の実務を重ね、その知見を活かして成年後見制度の事例を中心とした研修や介護とワークライフバランスを考えるセミナーの講師を担当。現在は一般社団法人ライフエンディング・ステージあさひで、頼れる身寄りがいない高齢者等への終身サポートに携わるとともに、神戸大学大学院で 後見制度の制度設計と運用課題を研究中。

終身サポート事業者の大切な役割のひとつは ACP で語られたご本人の想いを医療やケアの場だけにとどめず、法務および生活支援へつなぎ、日々の暮らしの中で実現していくこと。

本シンポジウムでは、身元保証、生活支援、緊急対応、死後事務までを担う終身サポート事業者の仕事の紹介と 2025 年 11 月に発足した 全国高齢者等終身サポート事業者協会（全終協）の事務局として、業界の健全化に向けた取り組みを報告し、頼れる身寄りの有無にかかわらず 本人の意思を地域で支える仕組みを考えたい。

【演者】 いきいき在宅クリニック 看護部長 横江 由理子

【演題】 穏やかな在宅看取りと死後対応 ～身寄りのない一人暮らしの高齢者の最期を支えるために～

＜略歴＞愛知県立総合看護専門学校卒業、1998 年に現国立長寿医療研究センターに就職。呼吸器内科病棟、在宅医療支援病棟などで看護を実践しながら、2007 年呼吸療法認定士を取得、更にアドボケイトナースを目指し 2011 年緩和ケア認定看護師となる。2011 年 End Of Life ケアチームを立ち上げそのチームリーダーとなり、癌患者のみならず、認知症や虚弱高齢者、慢性呼吸器疾患や心不全等の臓器障害、神経難病などの患者の緩和ケアに取り組んだ。2014 年に国立長寿医療研究センターを退職し、いきいき在宅クリニック看護部長として在宅での End Of Life ケアを実践している。

専門：緩和ケア、高齢者看護、呼吸器疾患看護

主要著書：

『ナーシング・トゥデイ vol.28No.3』（日本看護協会出版会）

『臨床雑誌 内科 12 vol.112No.6』（南江堂）

『看護実践に活かすエンドオブライフケア』（日本看護協会出版会）

『こんなときどうする？在宅看護Q & A』（メディカ出版）

『本人の意思を尊重する意思決定支援 事例で学ぶアドバンス・ケア・プランニング』（南山堂）

『生活の場で行うアドバンス・ケア・プランニング 介護現場の事例で学ぶ意思決定支援』（南山堂）

『看護学テキスト NiCE エンドオブライフケア その人にとっての最善をめざして』（南江堂）

主な学会発表：

2008 年、死の臨床研究会「自己決定」と「家族の思い」

～NIPPV の着脱を繰り返した事例を通して～、

2012 年、日本緩和医療学会 非がん患者の緩和ケア

～END OF LIFE CARE TEAM の活動から見えてくるもの～、

2012 年 3rd ACPEL conference 2012 in Chicago

Advance care planning needs, which is expected to end of life care teams in Japan.

2013 年 4th ACPEL conference 2013 in Melbourne

Advance care planning in Japanese, hospitals-Usefulness of end of life care teams.

我が国では超高齢社会を迎え、地域で暮らす「おひとり様」の高齢者が増えている。そんななか、高齢で身寄りがいない一人の末期がん患者が「住み慣れた自宅で最期を迎えたい」と望み、その願いを我々在宅医療チームで支えることができたが、一方で、医療だけでは解決できない「その後の現実」にも直面した。

「おひとり様」が自宅で最期を迎えるためには、生前の医療・介護支援のみならず、死亡診断後の手続きまで含めた包括的な支援体制が不可欠である。しかしながら、行政から勧められた民間の身元保証サービスに、不透明な契約内容があり、経済的負担も大きいことから、契約するには至らないまま最期を迎えた事例を経験した。

この事例においては、死後の事務を引き受ける人がいないため、「誰が死亡診断書の届出をするのか」「ご遺体の搬送や葬儀の手続きはどうするのか」「医療費や介護費の支払いはどこへ請求すればよいのか」等々、いろいろな問題が法制度の狭間に取り残された。最期が近づいたときに市役所に相談したものの、縦割り行政の問題に直面し、最終的には「亡くなる前に救急車を呼べばいい」という無責任な返答が返ってきた。医療的には自宅で穏やかな最期を迎えることはできたものの、行政の支援が十分に得られないまま、社会的に大きな壁が立ち上がった。

この経験から見えてきたのは、身寄りのない「おひとり様」の人生の最期を、まるごと包み込むことができる社会を構築する必要性である。医療者としては「最期の瞬間」までその人を支えることができるが、「その後の手続き」に踏み込むことはできない。したがって、誰もが安心して穏やかに人生を締めくくるためには、医療・介護に加えて、行政も ACP（アドバンス・ケア・プランニング）を共有し、協働することが求められるのではないだろうか。

【演者】京都市社会福祉協議会 京都市長寿すこやかセンター 担当者、京都市介護ケア推進課 担当者

【演題】政策の視点から見る ACP と地域づくり～地域と制度でどう支えるか～

京都市では、**身寄りのない低所得の単身高齢者**の方を対象に、**定期的な安否確認**するとともに、**利用者が亡くなられた後、お預かりした預託金での葬儀や納骨等を実施し、万一のときに備える「京都市単身高齢者万一あんしんサービス事業」**を行っています。

今回は、当該サービスの概要とこれまでの歩みをご紹介します。

具体的には、葬儀社、利用者及び京都市社会福祉協議会の三者で死後事務委任契約（死後に効力が発生する契約）を結び、**電話や訪問等により利用者の生活状況や健康状況の確認を行い、必要があれば、介護サービスや成年後見制度等の支援におつなぎするとともに、利用者が亡くなられた後、利用者からお預かりした預託金により、葬儀や納骨、家財等の処分を実施し、万一のときの備えを講ずることで、利用者の意思決定支援や地域住民の安心確保につなげています。**

対象者（令和7年度から資産要件を緩和）

この事業を利用するためには、以下の1から10の要件のすべてを満たす必要があります。

- 1 京都市内に住民票があり、居住している
- 2 65歳以上
- 3 ひとり暮らし
- 4 契約能力がある（日常生活自立支援事業や成年後見制度の利用者は対象外）

- 5 子や頼れる親族がいない
- 6 低所得者（市民税非課税・不動産非所有（現に居住している場合は除く）・預貯金 350 万円以下）
- 7 生活保護を受給していない
- 8 契約時、預託金を一括して預けることができる
- 9 契約後、京都市社会福祉協議会職員による安否確認（電話や訪問）に応じることができる
- 10 京都市社会福祉協議会が交付する利用者カードを活用することができる

※ これまで本事業の対象者は、**賃貸住宅入居者に限定**していましたが、**令和 7 年 4 月 1 日から、持ち家にお住まいの方も対象**とするとともに、**預貯金の上限額を 240 万円から 350 万円に引き上げます。**

預託金

契約の際、京都市社会福祉協議会に下表に掲げる預託金を一括してお預けいただきます。

内容	金額	備考
葬儀・納骨費用	25 万円 (税込)	1 利用者全員を対象とします。 2 葬儀社が管理するホールにご遺体を安置した後、京都市中央斎場で火葬し、 京都市深草墓園に納骨します（原則）。 3 通夜や告別式は行いません。
残置物処分費用	見積額による	1 利用者のうち、希望者のみを対象とします。 2 残された家財等は、葬儀社により処分します。 ※5 年を目途に預託額見直しを行います。

預託金

利用契約

提示する葬儀社リストから、利用者に 1 社選択していただきます。

葬儀社・利用者・京都市社会福祉協議会で契約（三者契約）を結びます。

成年後見制度の利用等により契約を解約する場合には、預託金は全額返還します。

安否確認

京都市社会福祉協議会の職員が、電話や訪問等により、定期的に利用者の生活状況や健康状態を確認します。

必要があれば、介護サービスや成年後見制度等の支援におつながします。

急変したとき

京都市社会福祉協議会（平日の日中）と契約した葬儀社（平日の日中以外、土日祝を含む）が緊急連絡を受け付けます。

利用者からリビングウィル等をお預かりしている場合には、医療機関等関係者に対して開示させていただきます。

亡くなったとき

契約に基づき、葬儀社が葬儀と納骨を行います。

残置物処分の契約を結んでいる場合には、葬儀社が家財等を処分します。

京都市社会福祉協議会は、契約内容の履行を確認した後、葬儀社に対して、利用者からお預かりしたお金（預託金）を支払います。

ワークショップ

「自分史 AI とマインドフルネスがひらく ACP の可能性」

15:00～16:30 4階 Seminar Room (Room1+Room2)

ACP は「もしものとき」に備えて本人の価値観や希望を共有する重要なプロセスですが、実際の現場では医療的な選択に焦点が当たりやすく、本人の人生観や大切にしてきた想いにまで十分に触れられていないのが現状です。

本ワークショップでは、自分史 AI とマインドフルネス* を組み合わせることで、ACP をより自然に、本人中心のかたちで実践する可能性を探ります。AI との対話を通して参加者自身が人生の物語を振り返ります。その体験をもとに、ペアワークで互いに語り、聴き合うプロセスを体験します。

この体験を通して、「ACP は医療的な意思決定から始めるものではなく、本人の価値観や人生の物語から始めることができる」という新たな視点を共有します。マインドフルネスによる気づきと自己理解、自分史 AI による人生の振り返りが、患者・家族・医療者の対話を深め、在宅医療や多職種連携の現場で活かせる実践的なアプローチを提案します。

AI やマインドフルネスの経験がなくてもご参加いただけます。ぜひ一緒に、新しい ACP の可能性を体験してみませんか。

*マインドフルネスとは、今この瞬間の自分の心や身体の状態に気づき、ありのままに受けとめる実践です。自身の価値観や大切な想いに気づききっかけとなり、より深い自己理解を促します。

開催概要

日時 2026 年 9 月 5 日 (土) 15:00～16:30 (90 分) / 受付 14:45～

定員 20 名 (事前予約制・先着順)

参加資格 第 11 回日本 ACP 研究会 年次大会の参加登録・参加費のお支払いを完了された方

進行 中場牧子 (ティーチャーズ株式会社) 千葉恵子 (亀田医療大学)

※2 名体制で進行と操作サポートを行います

*年次大会当日、通信障害等により会場の Wi-Fi 環境が利用できない場合のバックアップ演題

「地域でつむぐ ACP ～隠れた想いのかけら～」

介護相談所 和び咲び 大城京子

介護老人保健施設 相生 西川満則

一般演題 発表・質疑のご案内

一般演題は、限られた時間の中で多くの発表と交流の機会を確保するため、以下の方法で進行いたします。円滑な進行にご協力をお願いいたします。

1. 発表時間

1 演題は、発表・質疑に加え、登壇・降壇および演者交代に要する時間をすべて含めて最大 10 分です。

発表時間は 7 分以内、質疑は最大 1 問とします。

早く終了した場合は、予定時刻まで待たず、そのまま次の演題へ進みます。

会場にはベル・ランプ等による時間表示はありません。演者ご自身で発表時間の管理をお願いいたします。

座長も発表時間を計測します。

2. 発表スライドについて

主催者が準備する Windows PC のみを使用します。

発表スライドの画面比率は、16：9（ワイド画面）で作成してください。

一般演題の PowerPoint ファイルは、円滑な進行のため、セッションごとに 1 つの PowerPoint ファイル（統合 PPT）にまとめて上映します。

各演題の間には、次演題の演題番号・演題名・演者名を表示した「区切りスライド」を設けます。

発表・質疑終了後、演者は 1 回クリックして次演題の区切りスライドを表示してから降壇してください。

次の演者は、登壇後、区切りスライドから 1 回クリックし、ご自身のタイトルスライドが表示されてから発表を開始してください。

動画は使用できません。

3. 質疑について

発表が終了しましたら、質問のある方は、座長からの呼びかけを待たず、すぐに挙手してください。

最初に挙手された方にマイクをお持ちします。

質疑は最大 1 問です。

質問者がいない場合は、座長から短いコメントを述べ、次の演題へ進みます。

発表が 7 分を超えた場合は、円滑な進行のため質疑は行いません。座長から短いコメントを述べ、次の演題へ進みます。

4. 次の演者の方へ

次の演者は、前の演題の発表中から登壇場所の近くで待機してください。

前演者の質疑または座長コメント終了後、速やかに交代してください。

演題発表

【第1部】

「当事者・本人・家族から考える ACP」

— 心に静かな問いを残す —

ACP は、医療者から始まるものではなく、当事者・本人・家族の想いから始まります。当事者や遺族の体験から ACP の原点を考え、本人・家族の想いを支えるさまざまな実践、さらに医療・ケアに携わる人々の視点へと広がっていきます。後半では、一人の人間の中に相反する想いが同時に存在し、その間で心が揺れ動くことにも目を向けます。人の意思は、必ずしも一つに決められるものではありません。ACP とは、その揺らぎも含めて本人を理解しようとする営みではないか。答えを示して終わるのではなく、参加者一人ひとりの心に静かな問いを残すセッションです。

	【第1部】4階 Seminar Room (Room1+Room2) (10:10~12:00)
1	治療療養の意思決定支援～家族の立場から学んだこと①～本人の意思表示があっても繋がらない意思決定支援に必要な第三者の存在
2	治療療養の意思決定支援～家族の立場で学んだこと②～本人の最善と家族への配慮
3	治療療養の意思決定支援～家族の立場から学んだこと③～ 本人の最善を考えた家族と専門職種の価値観の違い 価値観のすり合わせをする第三者の存在
4	重症心身障害者の ACP—「本人の意思」とは何か、支援者の葛藤
5	重症心身障害領域から見える ACP の再定義 ～ALP としての ACP と意思決定支援の方法論の使い分け～
6	人生の最終段階における高齢者夫婦の意思決定支援 ～最期まで過ごす療養環境について「それぞれの想い・価値観」のずれ～
7	Google の AI モードで検索した民間身元保証サービス事業者のメリットデメリット～新たな連携先を知る～
8	親族間係争を抱える独居認知症高齢者への意思決定支援の1事例 ～「医療職・福祉職・弁護士」の多機関協働による ACP と法的支援～
9	サービス付き高齢者向け住宅「アンジェス」におけるアドバンス・ケア・プランニングの実践と課題 ～ 異なる意思決定プロセスをたどった3事例の検討～
10	矛盾する想いを同時に抱く人への関わりから ACP を考える
11	「家で過ごしたい」から「病院に行く」思いの変化によりそって～同居する若年家族介護者と終末期がん患者との関わり～

1. 治療療養の意思決定支援～家族の立場から学んだこと①～本人の意思表示があっても繋がらない意思決定支援に必要な第三者の存在

ふりがな	ひらの ともし
氏名	平野 知子
	当事者

【背景/目的】

祖父が病院へ向かう車の中で心肺停止となってしまった。両親を介護した経験から「人の世話になってまで生きているのは嫌だ」と話し、入院で痰吸引を経験してからは体調が悪くなると「心臓や息が止まったときは、そのまま逝かせてほしい」という話しをするようになった。本人から「もしもの時」に、どのような医療を受けたいかの想いはキャッチできていた。しかし、病院到着後に心肺蘇生術がおこなわれ、心臓マッサージを続けるか止めるか人工呼吸器をつけるかつかないで家族の気持ちにズレが生じてしまった。この経験から本人の意思をキャッチしていてもズレが生じた背景を明らかにしたい。

【方法】

西川満則氏・大城京子氏の ACPiece 研修会「ACP のステップ（意思形成・意思表示・意思決定・意思実現）」と「目標に向けた大きな矢印（合意形成）」を使用して事例を振り返る。

【事例】

病院到着後に心肺蘇生術が開始された。心拍は再開されり止まったりを繰り返し意識や呼吸は戻ることはなかった。気管挿管をされ医療従事者が用手的人工換気で酸素を送り込んでいる状態であった。医師より「心臓マッサージを続けるか止めるか、人工呼吸をつけるかつかないかを家族で相談してほしい」といわれた場面。祖父は「心臓や息が止まったときには、そのまま逝かせてほしいといっていたので止めてほしい」という家族の価値観と「自分が決めたことで死んでしまうようなことはできない」という家族の価値観にズレが生じた場面。

【考察】

本人の推定意志はわかっている、家族だけでは命に関わる場面の医療判断の選択をすることは難しいことを経験できた。この経験から、本人が好むであろう治療の選択を実現するためには、キャッチした本人の想いの断片を集めて混ぜ合わせ、医療判断の選択を共に考える存在ほしかったと感じた。命に関わる選択はどの選択肢を選んでも、本人を大切に思う家族等にとって後悔が残ることも体験できた。その想いを最小限にするためには、医療行為をおこなうことで予想されるメリットやデメリットをもとに、本人の想いの断片を持ち寄りながら、治療をすることや差し控えることで本人がその場にたらどのような選択をするかを共に考え、家族が決めるという責任を課されるのではなく本人の最善を目標にしながら家族の想いにも配慮をおこない、人生の分岐点となる選択に折り合いをつけるためのファシリテーター的存在が必要であることがわかった。

2. 治療療養の意思決定支援～家族の立場で学んだこと②～本人の最善と家族への配慮

ふりがな 氏名	ひらの ともこ 平野 知子
	当事者

【背景/目的】

医療・ケアの意思決定においては本人の意思を尊重と言われるが、高齢者の医療・ケアの意思決定場面では家族へ説明や医療選択をおこない、家族等の意向が尊重され本人が置き去りとなる場面を目にすることが少なくない。祖母の病状説明や治療

選択の場面でも本人ではなく、家族の代表となった存在と医師が病気や治療の話合いをすすめて治療をすすめる予定であった。しかし、本人が示した強い病状説明の希望や代表者以外の家族から聴いた、本人の強い病状説明を望む背景や代表家族が希望しなかった背景を深掘りし、双方の想いに折り合いをつけ、本人が大切にすることができよう価値観を含めた提案を受けたことで、祖母がその後の医療・ケアを自ら選ぶことができた。この経験から本人の意向を繋ぐことができる ACP の取り組みに繋がった要因を振り返りたい。

【方法】

西川満則氏・大城京子氏の ACPiece 研修会「ACP のステップ（意思形成・意思表明・意思決定・意思実現）」と「目標に向けた大きな矢印（合意形成）」を使用して事例を振り返る。

【事例】

祖母の「病状説明と治療方針の決定場面」

祖父が亡くなったあとの相続や荷物整理を経験してから「自分の荷物は自分で整理したい」、祖父の両親が亡くなったあとの経験から「お金は喧嘩のもとになるから元気なうちに整理したい」と話すことがあった。体調を崩し入院した祖母の治療方針を最初に医師から説明をうけた家族の代表者は「本人への告知をしないでほしい」と希望したが、本人の病状説明をききたい強い希望や本人の語っていた過去の経験からの大切にしたい想いの断片が主治医に繋がり、医師からは家族代表者への配慮を受けながら本人への病状説明と治療選択に結びつき、自分の相続や荷物整理に繋がった。

【考察】

医師が本人や家族の価値観を知ると病状説明や治療方針の説明に「本人が大切にしたい価値観」を病状説明や治療選択に取り入れることができることを知った。「本人がどのように生きることが最善か」を軸に考えながら話し合いをすることで、家族が感情と本人の最善を切り離して考えることができることを経験した。本人へ正しい情報が伝えられることで「本人がこれからどのように生きていきたいか」を本人と家族やケアスタッフが話し合いやすいこともある。家族の立場になると専門職種であっても感情と最善に苛まれるため治療やケアには相談できる第三者の存在が大切になる。

3. 治療療養の意思決定支援～家族の立場から学んだこと③～本人の最善を考えた家族と専門職種の価値観の違い 価値観のすり合わせをする第三者の存在

ふりがな	ひらの ともし
氏名	平野 知子
	当事者

【背景/目的】

2019年より西川満則氏・大城京子氏の ACP 研修会（現：ACPice 研修会）に参加している。動機は祖父が希望しなかったであろう心肺蘇生をうけた経験や知人友人等の予期せぬ死、医療従事者として人生の最終段階に関わった経験から、余命宣告された祖母に「後悔なく生きてもらいたい」ことであった。しかし、家族が支援者の立場になると「理と情」に苛まれた経験、過ごす療養場所について価値観にズレが生まれてもファシリテートとする第三者の存在で折り合いがつく経験をした。この経験からファシリテートする第三者の資質と ACPice 研修会の関係性を考えたい。

【方法】

ACPice 研修会「ACP のステップ（意思形成・意思表示・意思決定・意思実現）」「目標に向けた大きな矢印（合意形成）」から事例を振り返る。

【事例】

祖母の「予後、日～週の療養環境選択の場面」

最期は自宅か病院か。病気の進行とともに、誰かのサポートを受けながら自宅で過ごしていた祖母が体調を崩して入院となった。治療が終わり療養場所を決めることとなり、「家族に迷惑をかけるので家にいることが辛い」「自由にならないのなら家に帰りたい」など、相手により言葉が変わり家族と専門職で意見にズレが生じた。

【考察】

家族等が支援者の役割を担おうとすると「理と情」に苛まれ支援にバイアスが生じるため、支援を担う第三者の役割は家族等ではない他者が必要であることを学んだ。また、第三者としてファシリテートをするには、本人や家族等や支援者からキャッチした本人の想いの断片を集め混ぜ合わせ、家族への配慮や関わる支援者の価値観に折り合いをつけながら本人の最善となる目標へ向けた大きな矢印を作る必要がある。そのためには、傾聴・対話・問い・深掘り・提案力・合意形成の資質が必要になり、ACPice 研修会には日常会話から想いの断片をキャッチするために必要な共感を示しながら傾聴する力、断片の背景を深掘りするために効果的な問いを立てる力などの対話力を育て、本人の大切にしたい想いを守る提案力、想いの断片を混ぜ合わせながら本人を中心に本人への配慮や自分自身と異なる価値観を示す関連職種らも否定せずに「それぞれのいいところ取り」をしながら話し合いに折り合いをつけ本人の最善に向かった合意形成を実践的に学ぶことができる場であることがわかった。

4. 重症心身障害者の ACP—「本人の意思」とは何か、支援者の葛藤

ふりがな 氏名	すぎた あさみ 杉田 麻美
所属・所属施設	堺市立重症心身障害者(児)支援センター ベルデさかい

【はじめに】

アドバンス・ケア・プランニング（ACP）は、本人・家族・支援者が繰り返し話し合い、本人の意思を中心に据えたケアを目指すプロセスである。重い知的障害と運動障害を併せ持つ重症心身障害児（者）（以下、重症児者）もその対象である。重症児者は、生涯にわたり言葉で意思を表出することが困難な場合が多い。2026 年 7 月改訂の意思決定支援ガイドラインでは、意思の特定や事前選択にとどまらず、関係性の中で本人の意思を汲み取り続けるプロセスや支援者の内省が強調された。一方、本人意思の推定が「例外ではなく常態」として困難な重症児者の現場では、ガイドラインを共有しながらも、本人にとって何が最善となるのか、その実践で葛藤とともに悩み続ける営みが長年引き継がれてきた。事例を通して考察する。

【事例】

40 代男性、進行性疾患の四肢麻痺、重篤疾患の肺転移。ADL 全介助で、表情や身体の動き、筋緊張がコミュニケーションの手がかりだが、表出のタイミングや前後関係が捉えにくく、意思の読み取りに迷いが生じやすい。家族・多職種・ACP チームでカンファレンスを行い、「痛みなく安楽に過ごす」ことを共有していた。しかし、同一の様子に対し「穏やか」と「調子が悪そう」で捉え方が割れる場面があった。さらにオピオイド鎮痛薬の使用に対応の差が生じた。これを契機に再度病棟職員の意見集約や多職種カンファレンスを重ね、サインの捉え方や方針共有を継続している。

【考察】

同一の表出でも観察者により解釈は異なり判断に差を生む。「本人にとっての最善」を目指した判断だが、支援者の価値観や家族への共感の影響は避けられず、実践が分かれる構造を浮き彫りにした。この解釈の違いは職員間だけでなく家族との間にも生じ、家族は選択によっては「わが子の可能性の否定」につながる葛藤も抱えている。このように関わる人の多様な解釈や価値観が重なりながら、本人の意思は関係性の中で形作られていく。だからこそ、その過程が支援者や家族の価値観に偏っていないかを問い続ける姿勢が求められる。本事例は、解釈の違いを排除するのではなく、多職種・家族が対話を重ね、悩み続けるプロセスそのものに意義があることを示した。「本人はどう思っているのか」という答えのない問いを手放さず、微細な表出を捉え続けることが重症児者 ACP のみならず支援の本質であり、この葛藤は意思表出が困難な人への ACP 全般にも通じる課題だと考える。

5.「重症心身障害領域から見える ACP の再定義 ～ALP としての ACP と意思決定支援の方法論の使い分け～」

ふりがな 氏名	おおつか ひさこ 大塚 寿子
所属・所属施設	社会福祉法人 三篠会 堺市立重症心身障害者（児）支援センター ベルデさかい

【目的】

重症心身障害領域では、言語的コミュニケーションが困難な方が多く、イエス・ノーの反応があっても、その背景にある価値観や願いを言葉だけで理解することは家族であっても容易ではない。本人の意思は日常生活の積み重ねの中で育まれ、家族の語りは揺れ続け、多職種の支援がその都度意味を変える。こうした語りの連続性は、従来の「終末期の意思決定支援」としての狭義の ACP では十分に扱いきれず、むしろ ALP (Advance Life Planning) としての広義の ACP の枠組みで理解することが適切である。本発表の目的は、重心領域の実践から得られた気づきをもとに、ACP を「人生全体の意思決定支援」として再定義し、万人に通用する ACP の未来像を提示することである。

【方法】

当センターでの実践を振り返り、家族の語り、本人の生活史、多職種の支援過程を整理した。厚生労働省が示す意思決定プロセスと、ACP を支える 4 つの方法論である PCC (Person-Centered Care)、SDM (Shared Decision Making)、ナラティブ・アプローチ (Narrative Approach)、多職種 SDM+倫理的意思決定 (Interdisciplinary SDM and Ethical Decision-Making) の対応関係に着目し、場面ごとの使い分けを検討した。

【結果】

情報提供の場面では PCC、本人と話し合える場面では SDM、推定意思の場面ではナラティブ、推定意思が難しい場面では多職種 SDM+倫理的意思決定が自然に選択されていた。これらは「方法論を選ぶ」というより、本人・家族・職員の語りの状況によって「方法論が選ばれていく」プロセスであった。

【考察】

重心領域の ACP は特殊な領域の実践ではなく、意思決定が揺れる人の典型例であり、ここで得られた知見は高齢者、障害者、慢性疾患、在宅医療など、万人に通用する ACP の基盤となり得る。ACP は「人生の語りの連続性」を支える文化であり、その文化を支える仕組みとして、医療・福祉・家族・地域の語りをつなぐ ACP 連携パス（仮称）の構想を提示する。最後に、厚生労働省が示す意思決定プロセスと方法論の対応関係を踏まえ、重心領域での ALP としての ACP の視点が、今後の ACP の発展に寄与する可能性について検討したい。

6. 人生の最終段階における高齢者夫婦の意思決定支援

～最期まで過ごす療養環境について「それぞれの思い・価値観」のずれ～

ふりがな	ひらの ともし
氏名	平野 知子
所属・所属施設	南那須地区広域行政事務組合立 那須南病院

【背景】2018年に厚生労働省が「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」を策定し、2024年度の診療報酬改正により「意思決定支援」が通則となったことで医療の現場でも意思決定支援やACPが注目されている。しかし、臨床の現場では取り組みの過程にジレンマを感じる場面も多い。そのため、事例を用いて背景を明らかにし今後の取り組みに役立てたい。

【目的】本人・家族・関連職種の価値観のすり合わせにジレンマを抱えた事例を振り返り、ジレンマの背景や今後の意思決定支援の取り組みに必要な要因を明らかにする。

【方法】西川満則氏・大城京子氏のACPiece研修会「ACPのステップ（意思形成・意思表示・意思決定・意思実現）」「目標に向けた大きな矢印（合意形成）」から事例を振り返り、この事例に至った背景や今後の取り組みに必要な要因を可視化する。

【事例】高齢男性。高齢の妻と2人暮らし。土間に台所がある築年数の経過したエアコンのない自宅へ真夏の退院調整依頼を受けた。本人は病院が嫌い。動けなくなったことを理由に外来受診をして入院となった。入院直後に手術を受けたが予後は週から月単位。「家に帰りたい」という本人の言葉と背景にある思いもキャッチしていたがカンファレンスに活かしきれず専門職の意見が対立した。結果、「自宅に帰る」の目標に向かい「自宅の環境を整えて妻のタイミングで退院する」という大きな矢印を作り準備をすすめることになった事例。本人の言葉から「家に帰るための準備」に専門職の意識が集中した結果、「少しでも元気なうちに家に帰りたい」専門職の思いと「連れて帰りたいが時期を待ってほしい」妻の思いにズレが生じていった。それぞれの思いに折り合いをつける過程で生じたジレンマを振り返る。

【考察】この事例では意思決定へ向けて本人の思いの断片と家族の思いの断片、関連職種の価値観を混ぜ合わせて選択肢を示す過程にファシリテートをする第三者の存在が不在であった。ACPの取り組みにはファシリテーターの存在が必要であり、培う資質として傾聴・深掘り・問いかけ・対話・合意形成(柔軟性と調整力)が必要である。自分に必要な資質として①人と異なる意見が言える資質②ファシリテーターを選ぶ、自ら手上げすることが苦にならない資質が必要である事が考えられた。

7. Google の AI モードで検索した民間身元保証サービス事業者のメリットデメリット～新たな連携先を知る～

ふりがな 氏名	ひらの ともこ 平野 知子
所属・所属施設	南那須地区広域行政事務組合立 那須南病院

【目的】

単身者世帯や高齢化世帯が多くなり、家族等や親類関係の関係性や価値観に変化を感じる場面が多くなった。後見人や入院を機に権利擁護センターとの連携も増え、民間身元保証サービス事業所を利用する患者を見かけるようになった。新たな連携先となった民間身元保証サービス事業所を利用するメリットデメリットが知りたい。

【方法】

Google の AI モード機能による検索。

キーワード：民間、身元保証サービス、メリット、デメリット、後見人との違い

【結果】

Google の AI モードで検索した結果、民間身元保証サービス（身元保証事業所）は、家族の代わりに入院や福祉施設への入所手続きや死後の事務手続きなどを引き受けることができるサービスであり、身元保証サービスの利用メリットは元気なうちから契約し家族の代わりとした利用が可能であり、家族の負担軽減、高齢者施設や病院に入りやすい、死後の手続き等まで任せられると答えた。しかし、デメリットと注意点として高額な費用、事業者の破綻リスク、対応範囲が会社により異なるためトラブルのリスクがあると答えた。また、民間サービスを選ぶ際は、行政書士や司法書士や弁護士などの専門家と連携しているかを必ず確認する必要してくださいと答えた。司法書士や弁護士と連携するのであれば、後見人（成年後見制度）の利用などでの代替え策が可能ではないかとさらに検索をすすめたが、決定的な違いは「法的権限」か「家族の代わりを務める」かにあり、後見人（成年後見制度）は原則として「身元保証人」や「連帯保証人」にはなれないが、民間身元保証サービス事情所は費用で家族がおこなうような実務を幅広くカバーできると Google の AI モードは答えた。

【考察】

民間身元保証サービス事業所はサービス内容や料金設定に差が大きいですが、事業所を見極めれば家族的役割で本人の希望に柔軟な対応が可能である。公的制度は利用料金を抑えることはできるが地域によって支援内容に差があるため利用できない支援もある。身寄りのない患者層の支援をするためには医療福祉介護の専門職種だけでなく法律の知識や人的ネットワークも必要であり、法的根拠が存在しないにもかかわらず医療機関や施設で身元引受人や連帯保証人などを求めているため民間身元保証サービスの受容もあることがわかった。Google の AI モードによる情報を他の情報と照らし合わせたが情報は正確であった。Google の AI モードを用いることで迅速な情報整理ができた。

8. 親族間係争を抱える独居認知症高齢者への意思決定支援の1事例 ～「医療職・福祉職・弁護士」の多機関協働によるACPと法的支援～

ふりがな	よこた のりつね
氏名	横田 法律
所属・所属施設	社会医療法人恵和会 西岡病院 医療ソーシャルワーカー

【はじめに】 近年、意思決定能力が低下した高齢者をめぐる、親族間の利害対立や法的課題が障壁となり、ACPの相談自体や、適切な療養環境の選択が困難となる事例を散見する。本報告では、親族から居住（実家）の明け渡しを求められ、係争状態にあった独居認知症高齢者に対し、医療職・福祉職・弁護士の協働によって権利擁護と療養環境の確保と権利擁護を両立した事例を経験した。この事例を通し、多機関協働によるACPのあり方を考察する。

【事例概要】 70代男性、独居。中等度の認知症。セルフネグレクトによる重度の低栄養・脱水のため、地域包括支援センター経由で当院へ緊急入院となった。本人は親名義の家屋（戸建住宅）に居住していたが、遺産相続の遺言により実兄姉への相続が決定し、退去を巡って親族間で法的係争中であった。

【支援の経過】 入院直後に聴取した本人のACPは「あまり考えたことがない。流れに任せるだけ。」という表現であった。入院時から認知症に伴う行動心理症状（BPSD；暴言等）が悪化し、一般内科病院では対応できず、精神科転院が必要な状態となった。しかし医療保護入院に際して、精神保健福祉法の規定において、本人に対して訴訟を提起している実兄は「家族等」から除外されるため、医療保護入院の同意権者となり得ない「法律の壁」に直面した。MSWは、実兄の代理人弁護士との面談で、認知症により本人が意思表示できる状況にないこと、問題解決のためには双方が連携することの必要性を共有し、「親族間の感情的対立」と「本人の医療を受ける権利」を切り離すアプローチを実施。実兄には身上監護の観点から法定後見制度の申立てへの協力を依頼し、精神科転院の場面では市町村長同意による医療保護入院を実現した。

【考察】 本事例におけるACPは、単なる医療的希望の聴取にとどまらず、複雑に絡む「居住環境の喪失リスク」と「親族との利害対立」を法的に整理・保護するプロセスそのものであった。本人の尊厳を守るために「法的視点を持つ地域支援ネットワーク」を構築したい。たとえ係争中であっても相互理解を深める対話が必要であることを体感した。

【結語】 意思決定能力の低下した困難事例において、MSWをはじめとする支援者は、医療・介護・福祉の枠を超えて司法と連携し、ACPのアプローチから本人の権利擁護を基盤としたACPの環境形成を牽引する役割が求められる。

9. サービス付き高齢者向け住宅「アンジェス」におけるアドバンス・ケア・プランニングの実践と課題
～異なる意思決定プロセスをたどった3事例の検討～

ふりがな	これえだ さゆこ
氏名	是 枝 佐由子
所属・所属施設	アンジェス宇都宮御幸本町併設 訪問看護ステーションルーチェ宇都宮御幸本町

【背景・目的】 医療・介護連携のサービス付き高齢者住宅（以降サ高住）「アンジェス」では、終末期を含めた多様なニーズに対応している。本発表では、「アンジェス」でのアドバンス・ケア・プランニング（以降 ACP）実践について、異なる意思決定プロセスをたどった3事例を振り返り、尊厳ある選択を支える意思決定支援のあり方と課題を検討する。

【対象・方法】 当施設で意思決定支援を行った3事例を対象とし、そのプロセスと課題を後方視的に検討した。

- **事例1**：ALSを患う60代女性（家族状況の変化に伴い他県施設へ移籍）。
- **事例2**：クモ膜下出血術後の70代男性（急変時の方向性を協議）。
- **事例3**：老衰による食事量低下に対し、家族が積極的な点滴治療を希望した90代女性。

【結果】 事例1では当初は転居に否定的だった本人の意向に寄り添う対話を経て同意を得て、医師同行のもと新幹線で無事に移動した。事例2では肺炎と弁膜症悪化による生命の危機時、往診医を交えた話し合いで「施設でできる限りのケアを」という妻の意向を尊重し、人工呼吸器を装着して施設内看取りを行った。事例3では長男の希望を優先しCVポート造設や点滴での入院を繰り返したが、本人の意思確認はできず、ケアチームに違和感が残る介入となった。

【考察】 サ高住のACPでは往診医や多職種が本人・家族と対話を重ねる姿勢が重要である。事例1・2のように対話を継続することで、住み替えや施設内看取りという納得度の高い選択を支援できる。一方、事例3のように本人の意思表示が困難で家族の延命意向が優先される場合、過度な医療介入に繋がりがやすく、ケアチームに葛藤（違和感）を生む。意思表示が可能な早期段階からのACP導入や、家族に寄り添う意思決定支援が今後の課題である。

【結語】 サ高住での尊厳ある最期を支えるには、多職種と往診医の連携による継続的な対話が必要不可欠である。今後は家族の意向が先行する事例に対する支援プロセスの確立が求められる。

10. 矛盾する想いを同時に抱く人への関わりから ACP を考える

ふりがな 氏名	なかしま じゅんこ 中嶋 順子
所属・所属施設	医療法人秀麗会 やまお訪問看護ステーション

【目的】

「気持ちは変わることもある」と言われるように、ACP では繰り返し話し合うことが重要視されている。しかし実際には、人は変化するだけでなく、相反する感情を同時に抱きながら揺れ動く存在であり、その想いは関係性の中でさらに変化する。このような複雑な想いを抱える人の意思決定から意思実現に関わることについて、事例を通して検討する。

【代表症例】

①50 歳代男性。胃がん終末期。生きがいである仕事をする中で、オピオイド鎮痛剤による眠気や味覚異常を理由に内服を自己中断されていた。「矛盾するようだけど、苦しまずに眠るように逝きたい。それなら麻薬を使って寝ていた方がいいのだろうけど、仕事がしたい。どうせ生きているなら美味しいものが食べたい。抗いたい。」と気持ちをお伺いした。本人も自覚する矛盾する気持ちを前に、医療やケアを選択することの困難さを感じた症例である。

②80 歳代女性。肝臓がん終末期。食事摂取量低下や内服拒否があり、「もういつお迎えが来てもいい」と話される。長女が食事や内服をしっかりするように言われ、それに対して「うるさいのよね」と語られていた。長女との関係悪化が危惧され、距離を取ることを検討したが、「私はいつ死んでもいいって言ったの。そしたら娘が自分には身内がお母さんしかいないから、少しでも長く生きて欲しいって泣き出してね。父親が早くに亡くなっているから、まだ死ねないね。」と語られる。家族の歴史の中で、将来の医療やケアを選択する背景には様々な要因があり、現在進行形での関わりから変化することもあると感じた症例である。

【考察】

ACP は自分で自分のことが決められなくなった時に備えて、あらかじめ医療やケアの選択について話し合うプロセスである。しかし、人は未来ではなく現在においても矛盾するような想いを幾重にも抱えていることがある。また、関係性が影響を及ぼすこともある。ACP は意思決定支援の部分がクローズアップされやすい。意思決定支援で選択した内容が共有されることも増えてきた。ただ、その選択に至った背景にある複雑な想いを聴く中で、選択を確認しつなぐことが支援となり得るのか、ACP に関わる支援者としての在り方について改めて考えてい。

11. 「家で過ごしたい」から「病院に行く」思いの変化によりそして
～同居する若年家族介護者と終末期がん患者との関わり～

ふりがな	しむら まいこ
氏名	志村 麻衣子
所属・所属施設	いきいき在宅クリニック

1. はじめに

自宅で最期を迎えたいと希望する患者は少なくない。患者が安心して自宅で最期を迎えるためには、患者を看る同居家族に対するケアも重要となるが、今回、同居する若年家族介護者との関わりのなかで、患者の思いが変化した終末期がん患者の ACP（Advance Care Planning）について考察する。

2. 事例

A 氏は 70 歳代女性で乳がんの終末期である。「最期は家で過ごしたい」と希望して退院し、同居する 20 歳代の孫娘が主介護者となった。孫娘はシングルマザーであった自分の母親を助けるため、家事全般と兄弟たちの世話をしていたが、その生活から逃れたいと自宅を出て、祖母である A 氏と同居していた。

孫娘は成り行きから主介護者となったが、A 氏の病状進行に伴って、次第に自室にこもってしまったり、電話連絡を拒絶したり、訪問時に家の鍵を開けてもらえない等の問題が発生するようになった。他の親族に協力を求めても積極的な介入はなされず、難しい状態が続いた。A 氏は孫娘の様子を察して「残り少ない命の自分としてはこのまま自宅で過ごしたいけれど、孫娘が困らないようにしてあげないと」「病院に入院した方がいいのかも」と話すようになった。数日後、「もう限界かも」という孫娘の訴えに、A 氏は「病院に行く」ことを決めた。A 氏の苦渋の決断を尊重する形で緩和ケア病棟に入院し、1 週間後、孫娘に見守られて最期を迎えた。

3. 考察

A 氏の病状進行に伴い孫娘の生活は一変した。彼女にとってとても大切な存在であった A 氏を失う予期悲嘆を前にして、現実から逃避して自身の身を守ることに精一杯だったのかもしれない。孫娘の様子からその限界を感じ取った A 氏は「病院に行く」ことを決めたが、そこには、最期まで孫を支える存在としての役割を果たしたいという思いも感じられた。A 氏がこれまで支えてきた孫娘と良い関係を保ったまま最期を迎えたかったのではないだろうか。一方で我々としては、若年家族介護者への適切な関わりや支援ができていれば、最期を迎える形は変わったのではないかと考察する。

4. まとめ

患者の意思を尊重することは、患者と家族が納得した最期を迎えるうえで極めて重要であるが、家族関係や環境の変化によって患者の思いも変化する。その思いが変わった時、医療者にはその背景を丁寧にアセスメントし、患者の真の希望とは何なのか、その希望が尊重されているのかに思いを馳せながら関わり続けることが求められる。

演題発表

【第2部】

「ACP を地域へ広げる」

ー 多職種から次世代へ ー

第一部で「ACP は誰のためのものか」を考えた後、第二部では、その ACP を地域のどこで、誰と実践していくのかへと視点を広げます。訪問看護を中心とした多職種の関わりから始まり、在宅ソーシャルワーク、地域・施設での実践、病院、そして急性期医療へ。さまざまな場と職種を通して、ACP が地域の中でどのようにつながり、広がっていくのかを考えます。そして最後は、未来の医療・ケアを担う看護学生へ。在宅・施設・病院・急性期で積み重ねられてきた ACP を、次の世代へつないでいく。地域に広がる ACP の現在と未来を考えるセッションです。

	【第2部】4階 Seminar Room (Room1+Room2) (13:00~14:30)
1	「いい人に恵まれて、僕は幸せな方」という発言につながった10日間の関わり
2	外来がん通院患者の意思決定支援における当院での取り組み
3	「人生を聴く力」に資格は必要かー会社員が学び、聴き、つないだ人生会議ー
4	100年を生きた人が見つめる「いま」ー施設入居センテナリアンの語りから考えるACPー
5	「おひとりさま高齢者」の意思決定を誰が支えるか ー法的婚姻関係にないパートナーと多職種によるACPの一事例ー
6	ACPファシリテーターの視点がSTの食支援と意思決定支援にもたらした変化
7	急性期ACPー心臓血管外科の内側から-
8	急性期脳神経外科病棟における早期ACP支援の実際ー多職種カンファレンスと独自ツールによる『意思の実現』へのアプローチー
9	看護学生1年生における「金の糸すごろく」を併用したACP導入ワーク

1. 「いい人に恵まれて、僕は幸せな方」という発言につながった10日間の関わり

ふりがな 氏名	なかしま じゅんこ 中嶋 順子
所属・所属施設	医療法人秀麗会 やまお訪問看護ステーション

【目的】

身寄りがなく支援者への不信感がある利用者に対し、信頼関係構築と多職種連携により、意思実現支援を実践した。アドバンス・ケア・プランニング（ACP）の時間を十分に作ることはできなかったが、亡くなる前日「いい人に恵まれて、僕は幸せな方」という発言につながった10日間の関わりを振り返る。

【症例】

60歳代男性。胃がん術後再発、多発肝転移。20XX年Y月に胃がん告知を受けたが、通院自己中断。20XX年+2年Y+3月に上部消化管穿孔手術施行。閉塞性黄疸のため胆管ステント留置された。化学療法は希望されず、同年Y+7月に本人希望で入院され補液された。入院3日後に在宅看取りを希望され、同日急遽退院されたため介入開始となった。退院日当日に契約のため訪問した。訪問診療や訪問看護に対して説明は受けており、受け入れは良好と思われた。しかし、金銭の話になると急に表情が硬くなり、「全部持っていかれてしまう」と不信感をあらわにし、契約を躊躇された。訪問自体も最小限での訪問を希望された。医師やケアマネジャーの協力を得て、契約成立。介入時は本人の思いを傾聴する中で信頼関係の構築に努めた。関係を構築する中で、訪問回数増加の提案も受け入れていただけた。関係性が構築されると、話す内容が変化し、他の人には秘密にしたいという前置きのもと、「お金で苦しむ子供たちのために寄付をしたい。口座にお金が入っているので下ろしに行きたい。」という思いを聞き取った。通帳を開いて、「見てくれ」と繰り返し話されるようになった。寄付は現金で直接したいという思いを実現するため、多くの方に協力をいただき、寄付をする前日（亡くなる前日）に、「いい人に恵まれて、僕は幸せな方。少しでも見守ってくれる人がある。明日まで生きたい。やりたいことがある。」という語りを聴くことができた。

【考察】

ACPは将来に備えて、あらかじめ医療やケアの選択について話し合う。今回は話し合いの時間が十分に取るとは難しい中で、在宅療養開始となった。不信感を抱いた状態からの介入であったため、説明や説得を医師やケアマネジャーに担っていただいたことは、後の関係性構築において有効であった。また傾聴と提案ベースでの関わりにより、お金を取られると感じる存在から通帳を見せられる関係になれたことで、「いい人に恵まれて、僕は幸せな方。」という発言につながった。

2. 外来がん通院患者の意思決定支援における当院での取り組み

ふりがな	みやした あやか
氏名	宮下 綾加
所属・所属施設	社会医療法人財団 石心会 第二川崎幸クリニック

【目的】

当院では、医療ソーシャルワーカー(以下 MSW)による療養先検討の意思決定支援が定着しており、介入契機は主治医からの依頼が約半数を占める。次いで看護師からの相談、薬剤師と看護師、MSW 化学療法開始前事前面談(以下、事前面談)が続く。事前面談では、治療開始前の患者に対し心理社会的課題のスクリーニング機能を担っている。

これらの体制が、複雑な生活背景を持つ患者の意思決定支援に繋がると考え事例を報告する。

【方法】

対象は疾患背景を一定にするために MSW が意思決定支援に介入した大腸がん患者のうち 2024 年 1 月から 12 月までに逝去した 20 名から 2 例を無作為抽出。介入開始から逝去までの経過における MSW の介入内容とその影響について、事例検討を通じた考察を行った。

【結果】

事例 A は 80 代男性。事前面談にて独居、理解力、家族のサポート力などの社会的課題を把握。一次治療時より緩和ケア病棟の登録を実施。また治療経過の中で在宅での医療機器管理の必要性も出現し訪問看護の導入を行い環境調整を実施した。医療者との接点を維持しつつ、本人の意向に基づき住み慣れた場所での療養を調整、自宅で逝去された。事例 B は 40 代男性。事前面談で患者の心理面の不安定さや家族の遠居、関係性が希薄であることを把握。心理的支援を通じて本人や家族と関係性を構築。病勢厳しい状況もあり一次治療時より緩和ケアについても主治医と相談。二次治療時に緩和ケア病棟の登録を実施した。治療中も主治医や看護師からの情報共有あり。その後急激な病態悪化あり本人の希望のタイミングで緩和ケア病棟の入院調整を実施した。状態変化の際も途切れることのない支援が実現した。

【考察】

がん終末期患者の意思決定支援において、当院の取り組みである事前面談は治療早期から生活背景を把握できる体制となっている。また当院の MSW の役割について多職種が認知していることで患者の意思決定支援が切れ目なく行えるようになっている。それらの体制を経て得た患者の状況を考慮し、多職種と適切なタイミングで協議、社会資源の提供をすることが意思決定支援の有効性を高めているのではないかと考える。一方で終末期のみの短期的な対応であると背景を考慮できず、本人の価値観を踏まえた意思決定がなされない可能性がある。だからこそ、適切な時期に介入できるような院内体制構築が必要である。

3. 「人生を聴く力」に資格は必要か― 会社員が学び、聴き、つないだ人生会議 ―

ふりがな	あらき しげる
氏名	荒木 茂
所属・所属施設	株式会社 flagMe

【目的】

ACP は、将来の医療・ケアについて本人の意思形成や意思決定を支える取り組みであり、医療・介護専門職が担うものと捉えられやすい。一方、その前提となる人生観や価値観、日々の暮らしへの思いを聴くことに、医療・介護の資格は必須なのだろうか。本報告では、医療・介護職ではない会社員が ACP ガイドランナー育成講座を受講し、高齢者との対話を実践した経験から、非専門職が「人生の聴き手」となる可能性と課題を検討する。

【方法】

発表者は、6 か月間の ACP ガイドランナー育成講座に参加した。講座は、ACP の基礎と自己理解を学ぶオンライン講義、傾聴技法や模擬面談を行う対面ロールプレイ、施設入居者等への ACP 面談実践の 3 段階で構成された。ロールプレイおよび実践後には、面談記録と自己振り返りを行い、心理職等から個別のフィードバックを受けた。受講前後の認識の変化と、実践を通して得られた気づきを振り返った。

【結果】

受講当初は、医療知識を持たないことへの不安や、人生の最終段階や死生観に関する話題に踏み込むことへのためらいがあった。しかし、学習と実践を重ねるなかで、聴き手の役割は医療的な結論や明確な選択を引き出すことではなく、本人の語りを急がず、その背景にある人生経験や大切にしていることを理解することだと捉えるようになった。専門職としての先入観を持たない立場が、生活者に近い視点で相手の人生に関心に向けることにつながる場面もあった。一方、安全で倫理的な対話には、体系的な教育、実践後の振り返り、専門家による継続的な伴走が必要であった。

【考察】

ACP に必要な「人生を聴く力」は、医療・介護資格の有無だけで決まるものではなく、適切な教育と実践を通して育成できる可能性がある。非専門職が医療的な説明や判断を担うことはできないが、本人の人生観や価値観、家族への思い、これからの暮らしへの願いを聴き、家族や支援者につなぐ役割は担いうる。一方、今回の対話で中心となったのは、具体的な治療選択よりも、本人が歩んできた人生や大切にしていることについての語りであった。会社員がその語りを聴き、将来の医療・ケアを考える手がかりとして残す営みを ACP と呼べるのか、本実践を通して会場とともに考えたい。

4. 100 年を生きた人が見つめる「いま」—施設入居センテナリアンの語りから考える ACP—

ふりがな 氏名	こが みか 古賀 美佳
所属・所属施設	株式会社 flagMe

【背景・目的】

ACP は、将来の医療・ケアに関する意思決定支援として語られることが多い。一方、本人の意思は、人生の歩み、日々の楽しみ、家族との関係、老いや死への向き合い方など、語りのなかに現れる「想いのかけら」から形づくられる。本報告では、100 歳以上の施設入居者との対話記録を通して、センテナリアンが見ている世界を描くとともに、人生を聴き、記録し、関係者と共有する営みを ACP と呼べるのか検討する。

【方法】

施設に入居する 100 歳以上の高齢者を対象に、flagMe による個別面談を実施した。これまでに 2 名の記録を作成しており、発表時まで計 5 名を予定している。面談では、人生の歩み、現在の楽しみや支え、気がかり、家族への思い、今後の暮らし、医療や最期に関する考えを聴取した。語りを本人の言葉を生かした記録にまとめ、本人の同意のもと家族や支援者と共有した。

【結果】

語られた内容は、将来の医療処置に関する明確な選択ではなかった。長い人生への意味づけ、身近な人への感謝や気がかり、日常の小さな楽しみ、現在の生活への思い、自然な最期への捉え方などが、断片的でありながら相互につながっていた。それらを記録することで、本人が今後も守ってほしい暮らし方や、医療・ケアを考える際の判断の手がかりが可視化された。

【考察】

本実践には、価値観の再認識（AVP）、関係性の整理（ARP）、これからの暮らし（ALP）が含まれ、それらが将来の医療・ケアの意思形成を支えていた。ACP とは、明確な治療選択を引き出すことだけではなく、本人の想いのかけらを聴き、つなぎ、共有可能な形にしていくプロセスでもあるのではないか。人生を聴くことは ACP といえるのか、本事例を通して会場とともに考えたい。

5. 「おひとりさま高齢者」の意思決定を誰が支えるか
—法的婚姻関係にないパートナーと多職種による ACP の一事例—

ふりがな	かわさき じゅんこ
氏名	川崎淳子
所属・所属施設	株式会社 flagMe

【目的】

家族による意思決定支援が期待しにくい高齢者では、本人が自ら意思を十分に表明できなくなった際、医療・ケア方針を「誰が」「何を根拠に」支えるかが課題となる。成年後見人や身元保証人等が存在しても、本人の価値観や人生観、療養・医療に関する意向が共有されていなければ、本人中心の意思決定支援には限界がある。本発表では、介護施設入居者へのアドバンス・ケア・プランニング（ACP）実践のうち、法的婚姻関係にない長年のパートナーを最も信頼する相手としていた一事例を通じ、本人の意思を複数の支援者で支える ACP の意義を検討する。

【方法】

身寄りがなく、または親族との関係が希薄で、実質的な意思決定支援者が不在もしくは不明確な介護施設入居者 33 名に、1 対 1 の対話による ACP を実施した。人生歴、価値観、現在大切にしていること、今後の暮らし、医療・ケアへの意向、意思を託したい相手等を聴取し、本人の同意を得た範囲で書面化し、施設職員、主治医、ケアマネジャー等と共有した。対象事例では状態変化後に再面談を行い、意向の継続・変化と支援への反映を記述的に整理した。

【結論】

33 名中 32 名（97.0%）が、今後の暮らしや医療・ケアに関する具体的な意向を表出した。対象事例では、本人は法的婚姻関係にない長年のパートナーを「自分を最も理解している人」と位置づけ、「一人で決めきれない時は施設スタッフ皆で決めてほしい」と語った。また、病状を自ら知りたい、延命治療は望まない、寝たきりは避けたい、最期まで施設で暮らしたいとの意向を示した。状態悪化後の再面談でも「ここで最後まで」との希望が確認され、パートナーと施設職員への感謝が語られた。これらを支援者間で共有したことで、状態変化時にも本人の価値観を参照しながら支援方針を確認でき、希望に沿った施設看取りにつながった。

【考察】

本事例から、家族による意思決定支援が期待しにくい高齢者への ACP では、特定の一人に判断と責任を集中させるのではなく、本人が意思表示できる段階から価値観と意向を記録し、本人が信頼する人と医療・介護職が共有することが重要と考えられた。ACP 記録は将来の医療行為を固定的に決定する「答え」ではなく、状態変化時に本人の価値観へ立ち返り、複数者で意思決定を支えるための共通基盤として機能し得る。

6. ACP ファシリテーターの視点が ST の食支援と意思決定支援にもたらした変化

ふりがな	ちば いくみ
氏名	千葉 郁未
所属・所属施設	札幌西門山病院・リハビリテーション部

【はじめに】

人生の最終段階にある要介護高齢者にとって、「食べられなくなること」は意思決定を迫られる重要な転換点である。ST は摂食嚥下・コミュニケーション支援を通して本人と関わるが、終末期においては機能評価にとどまらず、本人の価値観や家族の葛藤を踏まえた意思決定支援の統合が求められる。本報告では、ST が ACP ファシリテーターの視点をもつことで、食支援がどのように深まり、「生き方を支える意思決定支援」につながったのかを一症例を通して考察する。

【事例】

90 代男性・要介護 5・多発性脳梗塞・アルツハイマー型認知症。簡易な疎通は可能、生理的欲求や内的事象に関する言語表出は比較的保たれていた。食事は全粥・軟菜食を全介助で摂取し、妻の介助で好きな物を味わうことを日課にしていた。

介護医療院入所から 2 年経過し、徐々に摂食嚥下機能が低下し誤嚥性肺炎を反復して終末期へ移行した。表情や頷き等の非言語的表出が主な意思確認手段となったが、本人はリビングウィルにおいて「不必要な延命治療はしない」という意思を示していた。

【経過と実践】

入所後は ST として、経口からの栄養摂取を継続するための食支援を行った。ACP ファシリテーターの視点で本人・妻との対話を重ねる中で、「食すること」は栄養摂取の目的以上に、本人と妻が互いの存在を感じる大切な時間であるという思いを捉えることができた。

終末期が近づくと経口摂取が困難になり、ターミナルカンファレンスを開催。多職種のそれぞれの視点と本人と妻の思いを ACP ファシリテーターとして整理し、チームの支援目標を「安全に食すること」から、「夫婦が穏やかな時間を過ごすこと」へ再設定した。看取り期では、妻の気持ちの揺らぎに寄り添い、回想法を取り入れた夫婦の会話やタクティールケアを通じ、食事介助に代わる夫婦の時間と看取りを受け入れる気持ちの整理を支援した。

【考察】

本症例では、ST と ACP ファシリテーターの視点を統合することで、「食」の意味を摂食機能から本人と妻の思いへと広げて解釈し、その人らしい看取りケアの方針へ転換させることができた。

—どう食べてどう生きるか—ST ×ACP ファシリテーターとして、食とコミュニケーションの支援を通じて ACP の対話を促進し、その人らしい生き方を支える意思決定を支援できる可能性がある。

7. 急性期 ACP –心臓血管外科の内側から–

ふりがな	おおなか もとあき
氏名	大仲 玄明
所属・所属施設	一般財団法人 住友病院 集中治療部

外科治療のゴールは、その患者が術前と同じか、それ以上に良好な社会生活を送れるまでに回復することである。破裂を予防するための大動脈瘤手術は、術前は元気である。狭心症や心不全を来した患者は、痛みや呼吸苦から解放されることで術前より元気になる。また下肢切断を迫られた患者は、藁をもつかむ思いでバイパス手術に臨む。よりよいゴールを目指して、日々、手技の向上を目指し時間を惜しまず鍛錬してきた外科医がいる。

日本人にとって死を想起する事は縁起が悪く、敬遠されがちである。心臓血管外科においても、術後に起こりうる重篤な合併症については過度な不安を抱かせることに配慮して、実は十分に説明してこなかった。今日必要とされる ACP は将来の医療とケアについて“あらかじめ”よくよく話しあっておくことを意図している。それは、そもそも急性期病床や緊急に行うものではなく、患者本人、家族と医療者が時間をかけて互いの意見を出し合い、価値観や気持ちを共有しておくものである。しかし、現実には重症疾患で救急外来に搬送された時、最期をどう迎えたいかという明確な意思表示をしていないことがほとんどで、だからといって患者の価値観を確かめもせずに治療のゴールを医療者が決めてしまうのは患者中心の医療とは言えない※。救急外来や急性期病棟、ICU という患者が生命の危険と隣り合わせになるような場面であっても、全力で救命を試みる一方で、緊急で ACP を行い、できるだけ患者さんの価値観を踏まえたゴール設定をする必要がある。

今日、本邦でもすでに関東にある病院で開心術前の ACP が開始されていることを知り、当院でも心臓血管手術前に本人、家人への事前聞き取りを開始したが、幾多の課題に直面している。今回、事前に ACP を実施していればと痛感した 1 例を提示し、急性期における ACP のタイミングの在り方を検討したい。

安全性の向上もさることながら、大きな手術であるが故に、常に最善を期待して最悪にも備えておく必要がある。患者、家族との対話を通してゴール設定を明らかにし、患者、家族と信頼関係を構築し、意思決定支援を行うためにも ACP の導入、普及は喫緊の課題と考えている。

※ 緊急 ACP、伊藤香、大内啓、医学書院、2022

8. 急性期脳神経外科病棟における早期 ACP 支援の実際 —多職種カンファレンスと独自ツールによる『意思の実現』へのアプローチ—

ふりがな	ふだば ひろたか
氏名	札幌 博貴
所属・所属施設	大分大学医学部脳神経外科学講座

【背景】悪性脳腫瘍患者は、急速な病状進行や言語・認知機能障害により早期に意思決定能力を喪失する可能性が高い。“大分県において悪性脳腫瘍の手術ならびに導入化学放射線療法を行う当施設が、進行性に意思決定能力を失う脳腫瘍患者に対する ACP 支援を最も発病早期に行うことができる”と考え、積極的に ACP サポートに向けた取り組みを進めてきた(Palliat Care Res. 2024)。独自のツールの運用や多職種連携による活動を紹介し、意思の実現につながる体制づくりについて報告する。

【方法】2019 年に“脳腫瘍患者さんへの ACP サポートチーム”を組織し、毎週の ACP(支援多職種)カンファレンスを開始した。また、施設独自に「脳腫瘍特化型 ACP リーフレット」を作成し、2022 年 7 月より運用を開始した。リーフレットを対話の端緒として活用し、医療者が傾聴やアプローチを反復・継続して行った。また、今後のさらなる啓発および継続支援を見据え、ACP 支援アプリ「わたしの思いナビ™」を開発した。

【結果】当施設の初発悪性脳腫瘍患者はすべて、ACP のプロセスを開始しており、関わるスタッフには ACP を念頭にした意思決定支援の習慣が定着した。医療者からの積極的な支援により、大切にしたいことの表明や意思決定代理人の選定が明確となった。さらに、リーフレット導入後は ACP における話し合いや書き留めの達成率が有意に向上した。系統だった ACP 支援を踏まえ、多職種カンファレンスを重ねることにより、患者・家族・医療者の協働を経て、多くの症例で意思の実現に至った。なお、開発中のアプリは、将来的に思いを蓄積・共有する一助としての可能性が期待され、現在実用化に向けた検証を進めている。

【考察】急性期における ACP 支援は、ツールの導入にとどまらず、それらを活用した多職種の能動的介入があって初めて、患者の尊厳を守り「その人らしい生き方」を具現化する原動力となる。さらに多職種連携は、意思の実現に向けた重要な役割を担うと考えられた。

9. 看護学生1年生における「金の糸すごろく」を併用したACP導入ワーク

ふりがな 氏名	ふじとしひろ、こやまりさ 富士 敏宏、小山 梨沙
所属・所属施設	医療法人好寿会 美原看護専門学校、株式会社敏塾（富士）

【目的】

アドバンス・ケア・プランニング（ACP）は人生の最終段階の医療・ケアを話し合う重要な取り組みだが、入学間もない看護学生1年生がこれを扱うには配慮が必要である。そこで、本実践では、他者理解・自己理解を促すツール「金の糸すごろく」（日本キャリア開発協会）を組み合わせることで、心理的安全性を高め、自身の価値観を言語化するACP導入基礎ワークを試みた。その教育的意義と学びのプロセスを報告する。

【方法】

対象は美原看護専門学校1年生約27名。論理学授業内において全5回（各180分中約40分）実施した。各回で「金の糸すごろく」を用いたワークの実施後、神戸市医師会「私が大切にしていること」（価値観シート）への記入と対話を行い、回を重ねてテーマを深化させた。

【結果・学生の感想】

「金の糸すごろく」を通じた相互理解により、初期の緊張や抵抗感が和らぎ、安心感のある対話の場が形成された。学生の感想は多様であった。「すごろくの効果で自分の好きや価値観に気づき、ACPの理解へとつながった」「パートナーや家族、将来の変化によって自分の価値観や望みが変わり得ることに気づいた」「今30才で独身なので、いまいち家族や自分の大切な人に結び付けて考えられなかった」「ACPでは悩んで考えることが多くて、今でもこんなに悩むのに、急に答えを出さなければいけない状況になったら、その回答に対して後悔してしまうこともあるだろうなと思った」「伝えたい相手が変わるとACPも変わってくるのではないか」「すごろくをやらずにACPをやっていたら、自分の中に固定概念があるから想像を働かせにくい」「ACPをするにあたって患者がどういう人で、どういう治療を望んでいるのかが大切であり、それを理解するのに金の糸すごろくは便利」といった声が寄せられた。しかし、「すごろくをしなくても結果は変わらない」との意見も一部にあり、ツールが持つ影響力や効果の捉え方には個人差がみられる。

【考察】

「金の糸すごろく」の活用は、心理的安全性を高めACPの導入に概ね有効であった。価値観の可変性や、将来直面する患者の意思決定の難しさを想像する素地が培われた。本実践は臨床的ACPそのものではないが、個人の価値観の言語化と他者との対話の端緒をひらく教育的実践として、ACPの根底を養う上で意味を持つと考えられる。

演題発表

【第3部】

「ACP 実践とエビデンスの循環」

— 実践がエビデンスを生み、エビデンスが次の実践を育てる —

ACP の実践と研究は、別々のものではありません。現場の実践から問いが生まれ、その問いを研究し、得られたエビデンスが再び実践へと還っていきます。前半では、ベテランから若手、そして再び経験豊かな実践者へと、老健を中心とした多様な ACP 実践をつなぎます。後半では、患者が ACP をどのように捉えているのか、医療者は ACP をどのように実践しているのかという視点から研究へ入り、さらに ACP の対象と開始時期の広がりを考えます。看取りから医療選択へ、医療選択から価値観や人生の目標へ、そして元気なころからの ACP へ。実践がエビデンスを生み、そのエビデンスが新しい実践を育てる。ACP をより早く、よりその人の人生に近いところへと広げていく「循環」を考えるセッションです。

	【第3部】4階 Community Steps (15:00~16:50)
1	ご本人の思いとご家族の思いをつなぐ過程と今後の課題
2	従兄が胆肝癌ステージ4の診断を受けてから ACP を通じて穏やかな終末期を迎えることができるまで
3	『私の人生』をつなぐ ACP
4	『その人らしさ』を支える ACP —「好き」「嫌い」に寄り添った看取りのケア—
5	死者への虐待か、愛情か — 夫婦の最期の別れから ACP を考える —
6	肺癌患者の ACP の認識に関するアンケート調査
7	看護師のアドバンス・ケア・プランニングに対する意識と実践状況
8	介護老人保健施設におけるアドバンス・ケア・プランニングと超強化型移行期ケアを統合したアプローチと施設看取り・施設ベッド利用との関連
9	介護老人保健施設における施設ケアマネジャー（相談員兼務）の家族参加型アドバンス・ケア・プランニングが入所者の ACP エンゲージメントに及ぼす影響：前後比較研究
10	介護老人保健施設における施設ケアマネジャー（相談員兼務）主導の多職種協働による家族参加型アドバンス・ケア・プランニングの実現可能性と入所者の目標達成への影響：前後比較研究
11	介護老人保健施設（通所リハ）における「人生100年これからゲーム」の ACP 自己効力感とレディネスに対する予備的研究

1. ご本人の思いとご家族の思いをつなぐ過程と今後の課題

ふりがな 氏名	たなか たかみ 田中 貴美
所属・所属施設	社会福祉法人 愛光園 介護老人保健施設 相生 (看護師)

【目的】

高齢者の終末期において、本人と家族の受診意向が一致しない場面は少なくない。特に意思決定能力が低下しつつある状況では、本人の意思尊重と家族の不安軽減をどのように両立するかが重要となる。本事例では、受診を望まない本人と受診を希望する家族の間に生じた気持ちのズレに対し、介護職・相談員・看護師がどのように気持ちのすり合わせを行い、最終的に看取りの方針を共有できたかを検討することを目的とした。

【方法】

農業を営んでいた高齢男性が、長期入所後に ADL 低下し生活拠点を施設へ移した経過を追い、食欲低下・臥床傾向・褥瘡形成など状態変化が進む中での本人・家族・職員の関わりを記録した。受診提案に対する本人の拒否と家族の希望の乖離に対し、相談員・看護師が面談を重ね、意思決定支援のプロセスを分析した。

【結果】

本人は「病院へは行かんでいい」と受診を拒否し続けたが、家族は状態悪化を受け受診を強く希望していた。家族の説得により一度は「検査だけなら」と受診を承諾したものの、外出で家族と過ごした後も食事・水分摂取は改善せず、苦痛表情も出現した。5月5日の面談では、相談員・看護師が本人の気持ちを丁寧に言語化し家族へ共有したことで、家族が本人の「病院へ行きたくない」という意思を受容し、施設での看取りを希望するに至った。受診はキャンセルされ、苦痛緩和の方針へ転換した。5月12日、トイレ介助後に車いす上で呼吸停止し、施設医により老衰と診断された。

【結論】

本人と家族の受診意向が異なる場合、職員が双方の気持ちを丁寧に確認し、本人の意思を家族へ適切に伝えることが意思決定支援において重要である。本事例では、家族が本人の価値観を理解し受け止めたことで、本人の望む最期を施設で迎えることができた。終末期の意思決定支援には、状態変化の共有だけでなく、本人の言葉にならない思いを代弁し、家族の不安に寄り添う多職種の関わりが不可欠である。

2. 従兄が胆肝癌ステージ4の診断を受けてからACPを通じて穏やかな終末期を迎えることができるまで

ふりがな 氏名	たなか たかみ 田中 貴美
所属・所属施設	当事者

【目的】

遠方に住む家族が、末期がん患者の在宅療養意思決定にどのように関与し、家族間の葛藤を調整しながら本人の望む最期を支えることができたかを明らかにする。

【方法】

胆肝癌ステージ4と診断された従兄の経過を、家族とのコミュニケーション、治療選択、在宅療養の導入過程、家族の心理的变化を中心に記述し、遠方家族の役割と意思決定支援のプロセスを質的に検討した。

【結果】

診断後、本人は「できるだけ生きる」ことを選択し治療に前向きとなったが、治療延期が続き余命1ヶ月と告げられた段階で療養型病床へ転院した。正月の自宅外泊で体調が改善し「自宅で過ごしたい」と希望が変化した一方、妻は在宅療養に強く否定的であった。本人からの依頼を受け、遠方家族が妻へ在宅サービス活用の可能性を説明したことで妻は受け入れに転じた。以後、本人は在宅での療養により生活の質が向上し、花見に行けるほど回復した。最終的に吐血・下血後の輸血を経て自宅へ戻り、家族に看取られながら穏やかに逝去した。葬儀後、妻は「家で最期を迎えさせることができてよかった」と語り、本人も「参ってやりたか」と在宅看取りを望んでいたことが家族から伝えられた。

【結論】

遠方家族であっても、本人の意思を尊重しつつ家族間の葛藤を調整し、在宅サービスの活用を提案することで、在宅療養の導入と望む最期の実現に寄与できることが示された。本事例は、家族・医療者・地域が連携することで、余命宣告後も生活の質を高め、本人の希望に沿った看取りが可能となることを示唆する。

3. 『私の人生』をつなぐ ACP

ふりがな 氏名	にしお なおこ 西尾 奈緒子
所属・所属施設	社会福祉法人 愛光園 介護老人保健施設 相生 （支援相談員）

【背景】

ACP（Advance Care Planning）は、人生の最終段階における医療・ケアの選択だけでなく、本人の価値観や人生観を理解し、その人らしい生活を支える継続的な対話のプロセスである。本事例では、日常の関わりを通して本人の思いを汲み取り、疎遠であった家族との関係性にも変化がみられた経過を報告する。

【事例】

Y氏は令和6年11月に当施設へ入所した。入所当初より娘との関係は悪く、面会は少なく、差し入れのみを事務所へ預けて帰られることもあった。令和6年12月、腎機能低下と心不全増悪により予後は週単位と説明され、本人・家族の希望により施設で看取りを行うこととなった。

職員は日々の関わりの中で、生活歴や家族との思い出、食べたいもの、見た夢など、何気ない対話を積み重ねた。その中で「家に飾ってある写真を持ってきてほしい」との希望が聞かれ、娘へ依頼した。娘は写真を丁寧にアルバムへ整理して持参され、本人は「娘がここまでしてくれるとは思わなかった。これは私の人生が詰まっている。一緒に棺に入れてほしい」と大変喜ばれていた。

令和7年7月、Y氏は施設で永眠された。最期は娘が付き添い、葬儀では本人の希望どおりアルバムと亡き夫の思い出のぬいぐるみが棺に納められた。後日、娘から「娘の私ができなかったことをしてくれてありがとう。母の隣にあなたがいてくれてよかった」と感謝の手紙をいただいた。

【考察】

本事例では、ACPを意識して関わったわけではない。しかし振り返ると、本人の価値観や人生の物語に耳を傾け、その思いを家族へつなぐ過程そのものがACPであったと考える。写真という「人生の象徴」を介して本人の思いが家族へ伝わり、疎遠であった親子がお互いの気持ちを再び結び直す機会となった。ACPは終末期の意思決定だけでなく、日常の対話を積み重ね、本人・家族・支援者がその人らしさを共有する営みである。本事例は、日常ケアの中にACPの本質が存在することを示唆する。

4. 『その人らしさ』を支える ACP ―「好き」「嫌い」に寄り添った看取りのケア―

ふりがな 氏名	かとう ももか 加藤 百々香
所属・所属施設	社会福祉法人 愛光園 介護老人保健施設 相生 (介護職)

【はじめに】

ACP では、終末期の医療選択だけでなく、その人らしい生活を支えるために、本人の価値観や大切にしていることを知り続けることが重要である。今回、認知症を有する利用者の終末期において、本人の「好き」や「嫌い」だという思いを尊重し、その人らしさを大切にしながらケアを行った事例を報告する。

【事例】

A 氏は認知症があり、帰宅願望や不穏がみられることがあった。一方で甘い物が大好きで、お菓子を勧めると「本当!？」と笑顔になり、食後も穏やかに過ごされることが多かった。また、職員の表情や声の調子にも敏感で、笑顔で接すると安心した表情を見せられた。認知症の進行により息子の顔が分からなくなることもあったが、普段から息子の名前を呼び気に掛ける様子がみられ、家族とのつながりは本人にとって大切なものであった。また、同室で食堂の席も隣だった利用者があり、お互い認知症のため会話は多くなかったものの、顔を見ると安心したような様子がみられた。そのご利用者が自宅に帰られ不在の際には帰宅願望が強くなり、不穏な様子がみられたことから、顔馴染みの存在が本人にとって安心につながっていたのではないかと考えられた。

終末期になると全身状態が徐々に低下し、「体が痛くて起きるのもしんどい」「お腹は空いているけど食べるのも疲れる」と話されるようになった。離床しての食事では強い拒否や険しい表情がみられたが、居室でベッドをギャッジアップして介助すると食べられることもあり、拒否の背景には体力の低下や身体的なつらさがあることに気づいた。そのため、その時々体調に合わせて場所や方法を工夫し、本人にとって一番楽に過ごせる方法を考えながら支援を行った。食事や口腔ケアを拒否されることもあったが、「嫌だ」という思いも本人の意思として尊重した。一方で、おはぎがあることを伝えると「食べたい」と話され、他の食事は難しくても、おはぎだけは口にされることがあった。本人の「好き」を大切にしながら、少しでも安心して穏やかに過ごせるよう支援を続けた。

【考察】

ACP は終末期の医療方針を決定するためだけのものではなく、本人の価値観や日々の小さな喜びを理解し、それを最期まで支え続ける実践でもある。本事例を通して、本人の「好き」や「嫌だ」という思いを尊重し続けることが、その人らしい最期につながることを介護職として実感した。

5. 死者への虐待か、愛情か — 夫婦の最期の別れから ACP を考える —

ふりがな 氏名	やまもと りえ 山本 梨恵
所属・所属施設	社会福祉法人 愛光園 介護老人保健施設 相生 （施設ケアマネジャー）

【はじめに】

ACP（Advance Care Planning）は、本人の意思決定を支援する継続的なコミュニケーションであるが、その実践は人生の最終段階だけでなく、残された家族への支援まで視野に入れることが重要である。本事例では、看取りの場面で一見すると虐待とも捉えられかねない家族の行動を経験し、その意味を本人・家族の人生や関係性から捉え直した経過を報告する。

【事例】

「昭二さん（仮名）」と「数子さん（仮名）」は長年夫婦で支え合いながら生活し、介護サービスの利用をほとんど希望せず、互いを支えとして暮らしてきた。体調悪化により二人そろって介護老人保健施設へ入所した。昭二さんが人生の最終段階となった際、通常は個室へ移動するが、最後まで夫婦で過ごせるよう数子さんと同室とした。

看取りの場面で和子さんは昭二さんの身体を叩き、布団をめくり、「この人は私にずっと意地悪してきたから、こういう時じゃないと仕返しできない」と話された。職員は介入すべきか葛藤したが、夫婦の関係性を踏まえ、数子さんらしい別れの時間を大切にしながら見守ることを選択した。翌朝、昭二さんは穏やかに永眠された。数子さんは「なんで私を置いていったの。一緒に行こうと約束したじゃない」「お父さん、ありがとね。天国までよそ見せずにまっすぐ行ってね」と語られ、その場にいた家族や職員の心を深く打った。

【考察】

当初、職員は家族の行動を危険行為として捉え介入を検討した。しかし、夫婦が長年築いてきた関係性や数子さんの言葉を通して、その行動は暴力ではなく、最期まで夫婦らしく触れ合い、夫への想いや感謝を伝える愛情表現として理解するに至った。私たちは、数子さんが最期まで数子さんらしく昭二さんと向き合えた時間は、長年築かれた夫婦らしい関係性を象徴する別れの時間であったと受け止めた。ACP は医療・ケアの意思決定支援にとどまらず、その人らしい最期を支え、さらに残された家族がその人らしく生きていけるよう寄り添い続ける実践であることを、本事例から学ばせていただいた。

6. 肺癌患者の ACP の認識に関するアンケート調査

ふりがな 氏名	なかの やすし 中野 泰
所属・所属施設	川崎市立井田病院

【背景】川崎市立井田病院呼吸器内科有志で肺癌患者を対象に ACP を行っているが、その方法は今後の方針を確認することよりも、価値観の共有に重きを置いている。

【目的】ACP を行った患者さんが、ACP についてどれほど理解・認識されているかを確認することを目的とした。

【方法】当科で ACP を行い、現在通院中の肺癌患者に対し、同意を頂いた方にあらためて ACP の理解に関するアンケートを行った。質問は①あなたは、人生会議（アドバンス・ケア・プランニング＜ACP＞）について、これまで知っていましたか？、②ACP とは、どのような取り組みだと理解していますか（複数回答可）？、③あなたが人生の最終段階で受けたいもしくは受けたくない医療・ケアについて、ご家族等や医療・介護従事者と詳しく話し合っていると思いますか？、④ご本人のこれまでの人生について、主治医と面談する機会が以前ありましたが、それが ACP のひとつであると認識していましたか？の 4 問とし、チェックボックス形式で記入することとした。

【結果】対象者は 8 名であった。①の質問に対し、“全く聞いたことがない”の選択肢が 38%（3/8）を占めた。②の質問に対し、“自分の希望をあらかじめ家族や医療チームと繰り返し話し合い、共有しておくこと”を 75%（6/8）が選択していた。③の質問に対し、“ある・ある程度ある”の選択肢が 75%（6/8）を占めた。④の質問に対しては“認識していた・なんとなく認識していた”が 88%（7/8）を占めた。

【考察】ACP という言葉そのものの認知度は高くないが、ACP の内容そのものの理解は進んでいると考えられた。

7. 看護師のアドバンス・ケア・プランニングに対する意識と実践状況

ふりがな 氏名	ささき なおみ 佐々木 尚美
所属・所属施設	三戸国民健康保険 看護局

【背景】 当院の入院患者は認知症による意思決定能力の低下、独居、家族と疎遠状態であるなどの背景を持つ高齢者が多く ACP 本来の趣旨である「本人主体の意思決定」とのギャップが生じやすい状況がある。こうした現場の実状をふまえ、「本人主体の意思決定」を進めていくための体制づくりに向けた課題を見出すために、看護師が ACP に対しどのような意識をもって、どのように実践しているのかを明らかにした。

【目的】 看護師の ACP に対する意識、実践状況の調査から現状と課題を見出す。

【方法】 令和 7 年 7 月に急性期内科・整形外科病棟看護師に対し ACP の実践に関わる無記名自記式の選択式と自由記載の設問からなる質問紙を配布。単純集計とし、看護師の経験年数による比較を行った。

【結果】 24 名から回答を得た（回収率 100%）。

1. 終末期ケアや ACP に関する研修受講歴と理解度

受講歴あり 18 名（63%）、受講なし 5 名（38%）、ACP を知っている 24 名（100%）

2. ACP の実践経験

経験あり 15 名（62%）、経験なし 9 名（38%）

3. 日常業務の中での ACP に関連する行動

ACP の確認時期は、IC 時、入院中状態悪化時、入院時、通院中だった。理想と考える確認時期は、通院中、入院時、IC 時、入院中状態悪化時だった。

4. 認知症患者に対する ACP

難しさを感じる 22 名（92%）、感じない 2 名（8%）

【考察】 ACP の現状については、家族へ患者の希望確認が主に行われ、多くの看護師は本人の意思尊重ができていないと認識しており、脱却しなければならないと感じていた。ACP の理想の確認時期は通院中と考える看護師が多く、早い時期からの関りにより、繰り返しの援助ができる体制が必要と考える。また、認知症のある患者の ACP 支援が困難で、本人の意思が尊重されにくいと感じていた。認知症に対する知識向上、意思決定能力の判断、意思決定支援の知識が必要と考える。

ACP の実践経験の少ない看護師に対し、実践的な研修方法を検討する必要があると考える。病棟として実践可能な支援対策の導入を検討していきたい。

【結論】

1. 経験の浅い看護師は ACP 支援経験が少ない。

2. 認知症のある患者の ACP 支援が困難で、本人の意思決定が尊重されにくい現状があると感じている。

3. ACP 介入は看護師の理想と考える時期に行うことができていない。

4. 不安なく統一した援助を行うために ACP や認知症患者に対する援助について実践的な研修や支援ツール導入によるスキル向上を図ることが必要である。

8. 介護老人保健施設におけるアドバンス・ケア・プランニングと超強化型移行期ケアを統合したアプローチと施設看取り・施設ベッド利用との関連

ふりがな	たなか たかみ
氏名	田中 貴美
所属・所属施設	社会福祉法人 愛光園 介護老人保健施設 相生 （看護師）

【目的】 長期間ケアにおいてアドバンス・ケア・プランニング（ACP）の重要性は広く認識されているものの、その具体的な効果には未解明な点が多い。そこで本研究では、ACP と超強化型移行ケア（SET）を統合した新たなケアモデル「ACPSET」を導入し、①施設看取りの予測可能性向上、②施設リソースの効果的活用、③月間空床数の減少という仮説を検証した。ACP が施設看取りに与える影響、さらに ACPSET が施設ベッド利用状況に及ぼす効果を評価することを目的とした。

【方法】 倫理委員会承認（No.1889）のもと後ろ向きコホート研究を実施した。傾向スコアマッチング（PSM）により ACP 実施者（n=46）と非実施者（n=842）を各群 45 名でマッチングし、施設看取り率を比較した。次に SET 準備期間（2021/10/1～2023/3/31）と ACPSET 実施期間（2023/4/1～2024/9/30）の月間空床数の傾向を、Welch の t 検定および中断時系列分析（ITSA）で評価した。さらに回帰分析により空床数に影響する関連因子を検証した。

【結果】 PSM 後の比較では、ACP 群は非 ACP 群より施設看取り率が有意に高かった（ $p=0.011$ ）。ただし因果関係を直接示すものではない。空床数は ACPSET 期間中に有意に減少していた（ $p=0.026$ ）。一方 ITSA では、介入前からすでに減少傾向が存在し（ $p=0.020$ ）、ACPSET 開始直後の水準・傾向に有意な変化は認められなかった。回帰分析では、月間の病院入所数（ $p=0.0064$ ）および施設看取り数（ $p=0.0498$ ）が空床数増加の有意な予測因子であった。

【結論】 ACP は施設看取り数の増加と関連する可能性が示唆されたが、入所者の希望に沿った結果であるかは本研究では明確でない。一方 ACPSET は、既存の空床減少傾向を損なうことなく、施設ベッド利用の持続可能性を支える有効な統合ケアモデルとなり得ることが示された。

9. 介護老人保健施設における施設ケアマネジャー（相談員兼務）の家族参加型アドバンス・ケア・プランニングが入所者の ACP エンゲージメントに及ぼす影響：前後比較研究

ふりがな	やまもと りえ
氏名	山本 梨恵
所属・所属施設	社会福祉法人愛光園 介護老人保健施設相生

【背景】

介護老人保健施設では、利用者の価値観や希望を尊重した意思決定支援が重要である。しかし、施設ケアマネジャー（相談員兼務。以下、施設ケアマネ）が非医療職ファシリテーターとして実施する ACP コミュニケーションの有効性や、その実践が終末期の意思決定に与える影響についての報告は少ない。本研究では、施設ケアマネによる ACP コミュニケーションの実現可能性と、ACP エンゲージメント（ACP を進める自信や心の準備の程度）への効果を検証するとともに、その成果を示す一事例を報告する。

【方法】

本研究は、倫理委員会の承認（承認番号 1728）を得て 2024 年 1 月から 2025 年 11 月まで、当施設の施設ケアマネが長期入所利用者 22 名を対象に、家族を交えた ACP コミュニケーションを実施した。ACP エンゲージメント（15 項目）を介入前後で評価し、Clinical Frailty Scale（CFS：高齢者のフレイルの程度を 9 段階で評価する尺度）との関連を検討した。また、終末期まで継続して ACP コミュニケーションを実践した一事例について経過を振り返った。

【結果】

22 名全員が介入を完了し、ACP エンゲージメント総得点は 1.78 から 3.48 へ有意に改善した（ $p<0.001$ ）。特に Readiness（準備性：ACP について考え、話し合い、意思決定を進める準備の程度）の改善が大きく、一方で CFS7（重度フレイル）では改善幅が小さい傾向を認めた。

【結論】

施設ケアマネが中心となって実施する ACP コミュニケーションは、ACP エンゲージメントの向上に有効であり、非医療職ファシリテーターとしての施設ケアマネによる ACP 実践の可能性が示唆された。

【事例】

70 歳代男性。延命治療について入所前は「全部やる」と意思表示していたが、その内容や本人の理解、具体的な価値観は十分に共有されていなかった。入所後、日々の関わりや ACP コミュニケーションを重ねる中で、好きな食べ物や飲み物、家族への思い、人生観、医療への不安などを継続して聴き取り、多職種で共有した。病状の進行に伴い、本人は医療用麻薬への不安や終末期医療に対する考えを自らの言葉で語るようになり、本人・家族との対話を重ねた結果、苦痛緩和を目的とした医療用麻薬の導入や施設での療養継続など、本人の価値観に基づく意思決定につながった。また、終末期まで好きな飲食物を楽しめるよう支援を継続し、その人らしい生活を支えることができた。

10. 介護老人保健施設における施設ケアマネジャー（相談員兼務）主導の多職種協働による家族参加型アドバンス・ケア・プランニングの実現可能性と入所者の目標達成への影響：前後比較研究

ふりがな	やまもと りえ
氏名	山本 梨恵
所属・所属施設	社会福祉法人 愛光園 介護老人保健施設 相生 （施設ケアマネジャー）

【目的】

ACP は将来の医療・ケアの選択だけでなく、本人の価値観や願いを理解し、その実現を支援する継続的なコミュニケーションである。しかし、介護老人保健施設において、本人の願いを目標として共有し、その達成を評価する ACP 実践の報告は少ない。本研究は、本人の願いを施設全体で支える仕組みづくりを目指し、**施設ケアマネジャー（相談員兼務。以下、施設ケアマネ）**が、多職種と協働して目標達成スケール（Goal Attainment Scaling：GAS）を用いた家族参加型 ACP コミュニケーションを実施し、その実現可能性と本人の願いの目標達成への影響を検討した。

【方法】

倫理委員会の承認（承認番号 1747）を得て、2025 年 12 月から 2026 年 6 月まで前後比較研究を実施した。対象は老健入所者 24 名である。全職員が日々の関わりから得られた本人の「想いのかけら」を生活記録の ACP タグに記録し、その情報を基に、施設ケアマネ、看護師 5 名、医師 1 名からなるコアチームが、本人の願いを反映した個別目標を GAS で 5 項目以内に作成した。目標案は多職種で検討・修正し、家族の確認を経て完成させた。施設ケアマネがその目標を基に家族参加型 ACP コミュニケーションを実施した。5 項目の目標のうち少なくとも 1 項目は、将来の医療・ケアの選択に関する目標とした。本人の願いを反映した目標達成度（GAS の T スコア）を、介入前および介入後 6～12 週で評価した。

【結果】

24 例全例で個別 GAS を作成でき、19 例が 3 目標、5 例が 4 目標を設定した。24 例全例で本人の願いを施設全体で共有し、支援につなげる仕組みを運用できた。本人の願いを反映した目標達成度（GAS の T スコア）は 36.43 から 66.58 へ有意に改善した（ $p<0.001$ 、効果量=3.65）。

【考察】

施設ケアマネが中心となり多職種と協働することで、GAS を用いた家族参加型 ACP コミュニケーションを実践できる可能性が示された。また、本人の願いを目標として共有・評価するプロセスは、本人中心のケアを実践するための共通基盤となり、本人の願いを反映した目標達成度の向上につながる可能性が示唆された。

1 1. 介護老人保健施設（通所リハ）における「人生 100 年これからゲーム」の ACP 自己効力感とレディネスに対する予備的研究

ふりがな	ひだか ともひろ
氏名	日高 智啓
所属・所属施設	医療法人瑞心会 老人保健施設サンバーデン

【目的】 Go Wish Game は ACP 対話支援に有用だが、海外の選好項目を基盤とし、日本人の価値観と一致しない項目もある。我々は日本人 536 名の終末期選好を「医療」「生活とケア」「人間関係」「価値観」の 4 領域に整理した (H Iki, et al. 2024)。

この知見を基に作成した「人生 100 年これからゲーム」(以下、ゲーム) が、通所リハビリテーション (以下、通所リハ) 利用者の ACP に与える影響を縦断的に 3 か月後まで検討した。

【方法】 対象は通所リハ利用者 16 名 (86.6±6.9 歳、男性 2 名、女性 14 名) とした。経験 7 年以上の理学療法士がゲームと ACP 用語の説明を約 30 分実施した。ACP エンゲージメント尺度 15 項目版で自己効力感とレディネスを介入前、直後、3 か月後に評価した。Friedman 検定後、Wilcoxon 符号付順位検定を行い、Holm 法で補正した。心理的負担は IES-R25 点以上の該当状況を直後と 3 か月後で確認した。本研究は国立長寿医療研究センター倫理・利益相反委員会の承認を得た (No.1823)。

【結果】 3 か月後は 1 名が入院し、15 名を解析した。自己効力感は 21.0 [13.0–25.5] 点、22.5 [17.5–26.8] 点、27.0 [22.0–29.0] 点と推移し、有意差を認めた ($p=0.002$)。事後比較では介入前と 3 か月後、直後と 3 か月後で有意差を認めた。レディネスは 20.4 [15.3–26.8] 点、26.0 [20.0–28.5] 点、27.0 [26.0–34.0] 点と推移し、有意差を認め ($p<0.001$)、全時点間で有意差を認めた。両指標とも介入前から 3 か月後に 13 名 (86.7%) で増加した。IES-R25 点以上は同一の 1 名で、新規該当者はいなかった。

【考察】 日本人の選好に基づく選択肢が、価値観への気づきと言語化を促し、レディネスの早期向上につながった可能性がある。自己効力感の 3 か月後の向上には、介入後の思考や対話が影響した可能性がある。通所リハは生活・家族状況を把握し自立支援を行う場であり、ACP を生活や生き方を考える支援として取り入れる意義がある。

一方、介入時間の確保と、認知機能や心理状態、ACP への関心を踏まえた対象者選定が課題である。今後は対象数を増やして効果を検証し、対象者選定方法と運用体制の実用性を検討する必要がある。

日本アドバンス・ケア・プランニング研究会 第12回年次大会

in YOKOHAMA

いつでも誰でも人生会議
～皆と未来を語り合う対話のカタチ～

大会長

菅野 康夫 （一般財団法人神奈川県警友会 けいゆう病院）
日下部 明彦 （公立大学法人 横浜市立大学）

対話

多職種連携

人生会議

その人らしさ

本人の価値観

意志決定支援

地域共生



日程 2027年 9月 18日（土）

会場 横浜市開港記念会館

〒231-0005 横浜市中区本町1丁目6番地

アクセス

- ① JR京浜東北線・根岸線【関内駅】南口から徒歩10分（約700m）
- ② 市営地下鉄線【関内駅】1番出口から徒歩10分（約700m）
- ③ みなとみらい線【日本大通り駅】1番北口から徒歩1分（約50m）



主催 日本アドバンス・ケア・プランニング研究会

日本アドバンス・ケア・プランニング研究会 第 11 回年次大会事務局

住所：〒062-0034 北海道札幌市豊平区西岡 4 条 4 丁目 1-52 西岡病院内

TEL：011-853-8322（西岡病院）

E-mail：acp.study.group@gmail.com

担当：岡村 紀宏



社会福祉法人 愛光園

介護老人保健施設 相生 Aioi

「共に生きる」地域福祉 × ACP × リハビリテーション



「想いのかけら」を集め、
ご本人の願いをかなえる。
そんなリハビリを、一緒に。

理学療法士・作業療法士・言語聴覚士 募集

正職員を募集中！／見学・お問い合わせ歓迎♪

歩く。食べる。話す。家に帰る。家族と過ごす。
私たちが大切にしているのは、機能だけではなく、
その先にある「その人がどう生きたいか」です。

日々のケアの中で見つけた小さな「想いのかけら」を
多職種でつなぎ、ACP（アドバンス・ケア・プランニング）を通して、
ご本人の願いの実現を支えるリハビリテーションを
目指しています。

その人らしく生きるを、
リハビリテーションの力で。

ACPを実践

ACP推進委員会を中心に
「自分らしく生きる」を支援しています。



生活につながるリハ

超強化型老健として
在宅復帰と看取りを両立。
その人の暮らしに寄り添う
リハを大切にしています。



多職種で研究・発信

ACPの実践を研究につなげ、
学会発表にも取り組む施設。
一緒に学び、成長できます。



まずは
見学からでも
大歓迎です♪

「ここで働きたい!」と思える場所が、きっとあります。

あなたのやさしさと専門性を、
相生で活かしてみませんか？

法人情報はこちらから



お問い合せ先

介護老人保健施設 相生 (採用担当: 湯浅)

TEL 0562-84-3100

FAX 0562-84-3161

E-mail yuasa-s@aikouen.jp

〒470-2102 愛知県知多郡東浦町緒川東米田16番地

地域の中で、共に生きる。愛光園は、高齢者福祉と障がい者福祉を通じて、誰もが安心して暮らせる地域づくりを目指しています。