別添１

厚生労働行政推進調査事業費補助金

厚生労働科学特別研究事業

医療機関、在宅医療支援機関における ACP 実施の実態と課題把握のための研究（25CA2027）

令和７年度　総括研究報告書

研究代表者　三浦　久幸

令和８年５月

別添２　　目　　次

I. 総括研究報告
医療機関、在宅医療支援機関における ACP 実施の実態と課題把握のための研究 ---------- 1
三浦久幸

II. 分担研究報告
1. 医療機関、在宅医療支援機関における ACP 実施の実態と課題把握のための研究（質的調査）- 6
平川仁尚

2. 医療機関、在宅医療支援機関における ACP 実施の実態と課題把握のための研究（量的調査）- 8
服部ゆかり・稲葉一人・石山麗子・飯田美沙・水上喜美子・青木頼子

3. 「患者の難しい意思決定を支える多職種グループによる共有意思決定改善のための評価指標」(Group's SDM)を用いた多職種グループディスカッションにおける患者中心性改善のための
アクションリサーチ
－アドバンス・ケア・プランニング実践病院における参加型質改善の試み－ ---------- 10
後藤友子

III. 研究成果の刊行に関する一覧表 ---------- 15

Ⅳ. 倫理審査状況及び利益相反等の管理について ---------- 17

【巻末】
医療機関、在宅医療支援機関におけるACP実施の実態と課題把握のための研究　報告書

別添３

厚生労働行政推進調査事業費補助金（厚生労働科学特別研究事業）
統括　研究報告書

医療機関、在宅医療支援機関における ACP 実施の実態と課題把握のための研究

研究代表者　三浦 久幸　国立長寿医療研究センター
在宅医療・地域医療連携推進部　客員研究員

研究要旨
本研究は、医療機関および在宅医療支援機関におけるACP実施の実態と課題を把握することを目的に、量的調査（質問紙調査）と質的調査（インタビュー調査・アクションリサーチ）を組み合わせて実施した。量的調査では、施設責任者およびスタッフを対象とした横断調査によりACPの認知度・実践率は高い一方、実施は急変時に偏り、時間的制約・知識不足・体制整備の不十分さが課題として挙げられ、地域における情報共有も不十分であることが分かった。また、ロジスティック回帰分析では制度・体制要因と実践成果との有意な関連は認められず、ACPの質が制度や体制の有無ではなく、臨床現場での運用や多職種間の関係性等、実践の質に依存することが示唆された。
質的調査では、緩和ケア経験のある医師・看護師への半構造化インタビューから、意思決定が家族力学に規定されること、キーパーソンが結果的に形成されること、ACP記録が急変時に十分参照されないこと、患者像や意思が状況依存的に変容すること、ACPが両義的機能を持つことが示された。また、Group’s SDM評価指標を用いたアクションリサーチは、研究協力施設の確保ができず実施には至らなかったが、その過程から同意取得や院内手続き等の実施上の障壁が示唆された。
以上より、ACPは書面による意思の固定ではなく対話的実践であり、定着には制度・教育・運用のプロセス志向への転換が必要であることが示唆された。

研究分担者
稲葉 一人　中京大学　特任研究員
平川 仁尚　あいち健康の森健康科学総合センター　健康開発部長
服部 ゆかり　国立長寿医療研究センター　外来研究員
石山 麗子　国際医療福祉大学　教授
後藤 友子　国立長寿医療研究センター　研究生
飯田 美沙　名古屋市立大学　講師
水上 喜美子　金沢大学附属病院　特任助教
青木 頼子　公立小松大学　准教授

Ａ．研究目的

超高齢化社会の我が国において、人生の最終段階にある高齢者を最期まで支える方策は重要な課題である。本人の意思を尊重した意思決定支援の観点から、アドバンス・ケア・プランニング（ACP）が注目されているが、令和4年度に厚生労働省にて実施された「人生の最終段階における医療・ケアに関する意識調査」（以下、「意識調査」とする。）では、ACPについて「聞いたことはあるがよく知らない」あるいは「知らない」と回答した医師・看護師がいずれも半数を超えているものの、定着には依然として課題がある。また、医療現場におけるACPの実践状況、多施設・多職種間での共有の実態、実践上の障壁等は十分に明らかになっていない。さらに、患者の権利擁護意識の高まりや患者中心のケアへの要請を背景に、患者の価値観や意向を踏まえた医療・ケアを実現する上で、多職種が協働して話し合いを重ねるプロセスの重要性も高まっている。そこで本研究では、医療現場におけるACPの定着に向けた課題を明らかにし、対応策を検討することを目的として、量的調査（質問紙調査）および質的調査（インタビュー調査・アクションリサーチ）を組み合わせ、ACP実践の実態、改善に向けた課題構造、ならびに多職種グループによる話し合いの実態の把握を試みた。

Ｂ．研究方法

本研究は、量的調査（質問紙調査）と質的調査（インタビュー調査・アクションリサーチ）を組み合わせて実施した。量的調査は2025年12月から2026年1月に、質的調査は2026年1月から3月に各研究分担者が担当して実施した。量的調査では、医療機関および在宅医療支援機関に勤務する医療従事者（医師、看護師、医療ソーシャルワーカー等）および施設責任者を対象とし、スタッフ票・施設票の2部構成によるウェブアンケートおよび質問紙を併用した横断研究を実施した。ACPの認知度、実践状況、実施頻度・時期、記録体制、教育体制、地域連携、実践上の課題等を把握し、「ACPが患者の望む最期の実現を支えたと感じるか」を従属変数、倫理コンサルテーションチームの有無、ACPの記録体制、ACP教育の有無、ICTを用いた情報共有体制の有無等を独立変数として二項ロジスティック回帰分析を行った。質的調査では、緩和ケア経験が豊富な医師11名・看護師10名（15病院・1診療所）を対象に、人生の最終段階における意思決定支援の悩ましい事例をAI支援で構成し、オンライン半構造化インタビュー（各約60分）を実施して質的内容分析によりコード化・分類しテーマを生成した。アクションリサーチでは、質問紙調査で「ACPを知っている」かつ「ACPを実践している」と回答し、研究協力に同意した者を候補とし、200床以上の急性期病院等を組み入れ基準として、Group’s SDM評価指標を用いた多職種グループディスカッションの観察・評価を計画した。

（倫理面への配慮）

質問紙調査は国立長寿医療研究センター倫理・利益相反審査の承認（№1985）、アクションリサーチは同審査の承認（№1995）を得て実施した。匿名化されたデータを用い、個人が特定されないよう十分配慮した。質的調査では、説明・同意のもと匿名化およびデータ管理の徹底を行った。

Ｃ．研究結果

量的調査では、施設責任者票の回収数は149件（回収率5.0%）、スタッフ票は医師119件（4.0%）、看護師または医療ソーシャルワーカー等165件（5.5%）であった。施設責任者の回答ではACPの認知度は94.0%、実践率は76.4%であり、実践しない理由としては「時間的余裕がない」「記録媒体やルールが整備されていない」「知識不足」が挙げられた。ACPの実施頻度は急変時に偏り、記録機能は62.6%の施設で整備されていたが、ICTを用いた地域での情報共有体制を有する施設は14.0%にとどまった。スタッフ回答ではACP認知度は95.5%、実践率75.8%であり、扱う内容は療養方針、代理決定者、人生観、DNAR等が多かった。実践上の課題としては「本人の意思が不明確」「家族との意見不一致」「支援体制の不十分さ」が上位に挙げられた。ロジスティック回帰分析では、倫理コンサルテーションチームの有無やACPの記録体制は有意な関連を示さず、ICTを用いた情報共有体制およびACP教育は正の関連を示す傾向が認められたものの統計学的有意差は認められなかった。質的調査では、①意思決定は本人中心というより家族内の力関係に規定され「本人の意思」もその調整結果として形成されていたこと、②キーパーソンは事前に選定されるのではなく異議が出ない人物として結果的に形成されていたこと、③ACPの記録や合意が急変時に十分に参照されていないこと、④患者像や意思は状況により変化し固定的ではないこと、⑤医療従事者の関与は意思決定に影響し、ACPは安心の形成に寄与する一方で、関係者間の価値観の相違や意思決定上の葛藤を明らかにすること、の5テーマが抽出された。アクションリサーチでは、研究協力意向を示した11名のうち組み入れ基準に適合しない6名を除外し、研究分担者からの紹介1名を加えた6名を調整対象としたが、全員から辞退の回答があり実施には至らなかった。辞退理由としては「理由なし」が最も多く、次いで多職種および患者・家族からの同意取得の難しさ、組織内手続きに伴う時間的・事務的負担、日程調整の困難さが挙げられた。

Ｄ．考察

量的調査では、施設責任者およびスタッフのいずれにおいてもACPの認知度・実践率は高かったが、その実施は急変時におけるものであるなど、イベントに依存すると回答した傾向が強く、定期的・継続的に実施されている施設は限定的であった。本来ACPは早期から継続的に行うプロセスであることを踏まえると、現場における実践は必ずしも理想的な形と一致していない可能性が示唆された。「時間的余裕がない」「知識不足」「記録体制やマニュアルの未整備」が共通して挙げられたことから、人的資源および組織体制の双方に課題があると考えられる。また、ICTを用いた地域における情報共有体制が14.0%にとどまる現状は、ACPの記録の共有が医療機関内で完結し、在宅医療や他施設への移行時に十分活用されていない可能性を示した。ロジスティック回帰分析で制度・体制要因が有意な関連を示さなかったことは、ACPの質が制度や体制の有無ではなく、臨床現場での運用や多職種間の関係性、意思決定支援の過程によって影響を受けることを示唆した。質的調査からは、ACPが書面を作成して意思を固定する手続きではなく、臨床倫理の現場で生じる意思の揺らぎと責任の所在を継続的に扱う対話的実践であることが浮かび上がった。したがって教育は記録作成ではなく、ジレンマを事例として言語化し共有する力の涵養に重点を置く必要があり、制度面ではACPを一度の書面作成ではなく生活の価値観を更新し続けるプロセスとして、診療過程への組み込みと多職種の解釈差を前提とした設計が求められる。アクションリサーチが研究協力施設を確保

できず実施に至らなかったこと自体、ACPの話し合いプロセスを第三者が客観的に評価する研究には、同意取得の難しさ、院内手続きの負担、日程調整の困難さといった大きな障壁が存在することを示している。今後は、第三者評価の必要性を維持しつつ、現場負担を軽減した研究デザイン、同意取得手順の簡素化、対象施設との事前調整方法の工夫が必要である。以上より、本研究はACPの普及において「実施の有無」ではなく「実践の質」に着目する必要性を示した。
これらの結果を受け、以下の提言を作成した。

【提言】
1 行政に向けて

（1） ACPを「生活意思の継続的記録」として定着させる
現場ではACPがいわゆる人生の最終段階における治療選択として理解されていることが多く、「まだ早い」「今は必要ない」と捉えられやすい状況がある。しかし本来、ACPは生活の延長線上にある意思を扱うものであり、その実施は特定の時期に限定されるものではない。この点を踏まえ、ACPを「生活意思の継続的な記録と対話のプロセス」として定着させることが必要である。

（2） ACPを診療プロセスに組み込む制度設計
アンケートで多くみられた「時間がない」という課題は、個々の医療従事者の努力の問題ではなく、業務の構造に起因するものである。
現状のように任意で行われる形では、ACPはどうしても後回しにされやすい。そのため、外来・入院・在宅といった診療の流れの中にACPを自然に組み込む仕組みが求められる。

（3） ACPを多視点統合のプロセスとする
医師や看護師、医療ソーシャルワーカーの間でACPの捉え方が異なることは、本研究からも明らかとなった。
これらの違いは解消すべき問題ではなく、むしろACPの質を高める資源である。単一の合意を目指すのではなく、複数の視点を持ったまま意思決定を支える枠組みへと転換する必要がある。

2 医療・介護・福祉の現場に向けて

（1） ACPは「ズレを見える化する場」である
現場の意思決定では、意見の一致よりも、認識のズレが大きな影響を与えている。
ACPをそれぞれの職種の視点から、患者の意思決定に当たって表示する思いをどのように捉えているのかという違いを明らかにし、共有することが重要である。

（2） キーパーソンは固定された存在ではない
実際の臨床では、家族関係やその場にいる人、連絡の取りやすさなどによって意思決定に関わる人は変化する。
キーパーソンをあらかじめ固定された存在として扱うのではなく、状況の中で役割が変わりうるものとして柔軟に捉える必要がある。

（3） ACPは単なる「記録」ではなく「解釈の履歴」である
ACPで残される記録は、その時点での考えや解釈を示したものであり、将来にわたって固定された意思そのものではない。
そのため、一つの記録を絶対的なものとして扱うのではなく、時間とともに更新されていく「解釈の積み重ね」として扱う視点が重要である。

3 本人・家族への説明と共有に向けて

（1） ACPは一度決めるものではなく、考えを共有すること
ACPは「何かを決めなければならない」と誤解されやすいが、本来は将来も含めた自らの意思についての考えを共有するためのものである。
決定を求めるのではなく、「どう考えているか」を話すこと自体に意味がある。

（2） 家族の中の意見の違いは自然なものである
家族の中で意見が一致しないことは特別なことではなく、多くの場面で見られる。
その違いを問題として捉えるのではなく、それぞれの考えを理解するための出発点として扱うことが重要である。

（3） ACPは「正解を当てる作業」ではない
本人の意思は単一の言葉で表せるものではなく、これまでの生活や価値観の積み重ねから成り立っている。
そのため、「正しい答え」を探すのではなく、その人らしさを少しずつ理解していく姿勢が求められる。

Ｅ．結論
ACPは一定程度認知されているものの、急変時に行うものと捉えられる傾向があり、継続的実践には課題が残る。体制整備や地域における情報共有の枠組みも未だ不十分であり、臨床現場での運用や多職種連携といった実践の質に依存する。ACPは書面で意思を固定する手続きではなく、揺れ続ける意思と関係性を扱う対話的実践であり、その定着には制度・教育・運用のプロセス志向への転換が必要である。今後は、現場負担を軽減した研究デザインの工

夫や調整手順の整備を進めた上で、多職種グループによるACPの話し合いプロセスを客観的に可視化する研究が求められる。

Ｆ．研究発表

１．論文発表

- Hirakawa Y, Aita K, Saito T, Ishiyama R, Takanashi S, Shimada C, Miura H. Factors in Patient-Clinician Interactions That Influence the Decision-Making Process of Older Patients with Dementia. JMA Journal DOI: 10.31662/jmaj.2024-0260
- Hirakawa Y, Ayane Komatsu A, Saito T, Yamanaka T, Okochi J, Kuzuya M, Miura H. Provision of palliative care for patients with advanced dementia across various long-term care settings in Japan: a facility-based survey. J Rural Med. 2026 Jan; 21(1): 58–66. Jan https://doi.org/10.2185/jrm.2025-022
- Miura H, Goto Y. Shared Decision Making and Advance Care Planning in the Context of Promoting Home Medical Care in Japan: A Narrative Review Geriatr Gerontol Int 2026; 26:e70423 DOI: https://doi.org/10.1111/ggi.70423 Feb
- Komatsu A, Saito T, Hirakawa Y, Takanashi S, Ishiyama R, Aita K, and Miura H. Decision-Making Support for People Living with Dementia: A Nationwide Cross-Sectional Study in Diverse Long-Term Care Settings in Japan. Psychogeriatrics. 2025; 25:e70059. DOI: 10.1111/psyg.70059
- Hirakawa Y, Yamanaka T, Hirahara S, Okochi J, Kuzuya M, Miura H. Tips for multidisciplinary pain management in advanced dementia based on expert opinions. J Rural Med. 2025 Jul 1;20(3):207–215.
- Aita K, Nishikawa M, Hattori Y, Hirahara S, Hirakawa Y, Katayama Y, Katsuya T, Yanagawa M, Harada K, Koba S, Aida N, Komiya H, Shimizu T, Nakano H, Hasegawa H, Miura H, Momose Y, Tsuji T. Kozaki K. The Japan Geriatrics Society 2025 Position Statement on End-of-Life Care for Older Adults: English Translation of the Japanese Article. Geriatr Gerontol Int. 2025; 25(12):1681-1692. https://doi.org/10.1111/ggi.70228
- 三浦久幸、熊谷祐紀；各論　『在宅医療との連携によるCKMの展開』　特集　CKMを考える　腎と透析 100(2): 202-206.
- 三浦久幸;『退院支援から在宅へ　～ACP支援ガイドと教育プログラムの継続的展開～』リレー連載　新たな展開を迎えた在宅の方向性　病院経営羅針盤 第17巻　第295号 p35-41.
- 三浦久幸、後藤友子；Ⅲ．高齢患者へのアプローチ　高齢者の意思決定支援と緩和ケア『アドバンス・ケア・プランニング』　日本臨床増刊号　老年医学（第2版）上　pp322-326, 日本臨床社. 東京
- 平川仁尚・吉武姿子（2025）．「おだやかモデル」の開発とアドバンス・ケア・プランニングへの応用可能性－親しみやすい語感をきっかけにした、現場実践からの枠組みづくり．ホスピスケアと在宅ケア, 33(2), 190-192.

2.　学会発表

- 三浦久幸；日本ACP研究会　理事長講演『ACPのこれまでのエビデンスとこれから』日本ACP研究会　第10回年次大会　2025年9月6日　大阪
- 三浦久幸；日本介護支援専門員協会東海ブロック研修会2026「適切なケアマネジメント手法が目指すもの ～質の向上への実践的アプローチ～」　2026年2月11日　名古屋
- 三浦久幸；日本地域包括ケア学会スピンオフ企画「適切なケアマネジメント手法のこれからについて」2026年2月15日　Web開催
- 三浦久幸；「認知症を有する人のための医療・ケアに関して」　シンポジウム22　本学会「立場表明」の改定について考える－最善のエンドオブイライフ・ケアのために」　2025.6.29 第67回日本老年医学会学術集会　千葉
- 三浦久幸；「透析をめぐる意思決定支援」　シンポジウム5　2026.3.22 日本臨床倫理学会第13回年次大会　東京
- 後藤友子、三浦久幸；日本語版SDM-Q-9／SDM-Q-Docの活用状況と透析分野での示唆．第31回日本腹膜透析医学会学術集会・総会, 2025年11月22、23日 東京都. 〔口演発表〕
- 後藤友子、三浦久幸；がん看護領域におけるシェアド・デシジョン・メイキング(SDM)評価の研究動向－文献レビューからの考察．第40回日本がん看護学会学術集会, 2026年2月21、22日, 大阪府. 〔口演発表〕
- 後藤友子、三浦久幸；がん患者と“どのように決めるか”を支える－看護に活かすシェアド・デシジョン・メイキング(SDM)スキルの基本, 第40回日本がん看護学会学術集会, 2026年2月21、22日, 大阪府. 〔交流集会〕
- 後藤友子、三浦久幸；命の岐路に寄り添う集中治療－SDMが拓く対話と選択のかたち．第53回日本集中治療医学会学術集会, 2026年3月5-7日, 神奈川県. 〔ポスター発表〕

Ｇ．知的財産権の出願・登録状況

1.　特許取得

無し

2. 実用新案登録

無し

3. その他

無し

引用文献：

1) Sudore, R. L., Lum, H. D., You, J. J., Hanson, L. C., Meier, D. E., Pantilat, S. Z., Matlock, D. D., Rietjens, J. A. C., Korfage, I. J., Ritchie, C. S., Kutner, J. S., Teno, J. M., Thomas, J., McMahan, R. D., & Heyland, D. K. (2017). Defining advance care planning for adults: A consensus definition from a multidisciplinary Delphi panel. Journal of Pain and Symptom Management, 53(5), 821–832. https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2016.12.331

2) Hickman, S. E., Lum, H. D., Walling, A. M., Savoy, A., & Sudore, R. L. (2023). The care planning umbrella: The evolution of advance care planning. *Journal of the American Geriatrics Society*, *71*(7), 2350–2356. https://doi.org/10.1111/jgs.18287

3) Goto, Y., & Miura, H. (2022). Validation of the novel interprofessional shared decision-making questionnaire to facilitate multidisciplinary team building in patient-centered care. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *19*(22), 15349. https://doi.org/10.3390/ijerph192215349

別添４

厚生労働行政推進調査事業費補助金（厚生労働科学特別研究事業）
分担　研究報告書

医療機関、在宅医療支援機関における ACP 実施の実態と課題把握のための研究

研究分担者　平川 仁尚　あいち健康の森健康科学総合センター　健康開発部長

研究要旨
本研究の質的調査フェーズでは、ACP実践の改善課題の構造を明らかにし、その定着・普及に資する方策を検討した。緩和ケア経験のある医師11名・看護師10名を対象に、意思決定支援の悩ましい事例を用いた半構造化インタビューを実施し、質的内容分析を行った。
結果、意思決定は家族力学に規定され、キーパーソンは結果的に形成され、ACP記録は急変時に十分参照されず、患者像や意思は状況依存的に変容し、ACPは両義的機能を持つことが示された。これらより、ACPは書面による固定ではなく対話的実践であり、制度・教育・運用のプロセス志向への転換が必要と示唆された。

A．研究目的

本研究の質的調査フェーズでは、ACP実践の質的・量的両側面における改善に向けた課題構造を明らかにし、定着・普及に資する方策を提示することを目的とする。

B．研究方法

緩和ケアの経験が豊富な医師11名・看護師10名を対象に、15病院・1診療所に所属する協力者へオンライン半構造化インタビュー（各約60分）を実施した。人生の最終段階における意思決定支援に関する悩ましい事例をAI支援で構成し、それを基に背景要因や対応、がん・非がん差を検討した。逐語録を質的内容分析によりコード化・分類し、テーマを生成した。倫理的配慮として、説明・同意のもと匿名化およびデータ管理の徹底を行った。

C．研究結果

次の5テーマが抽出された。
①家族力学と意思決定：意思決定は本人中心というより家族内の力関係に規定され、「本人の意思」もその調整結果として形成されていた。
②キーパーソンの生成：キーパーソンは事前に選定されるのではなく、異議が出ない人物として結果的に形成されていた。
③ACPの記録と現場判断の乖離：ACPの記録や合意は急変時に十分参照されていないことがあった。
④患者像と意思の変容：患者像や意思は状況により変化し、「本人の意思」は固定的ではなかった。
⑤医療従事者の影響とACPの両義性：医療従事者の関与は意思決定に影響を及ぼしており、ACPは安心の形成に寄与する一方で、関係者間の価値観の相違や意思決定上の葛藤を明らかにする側面も有していた。

また、ACPにおける不確実性は、がんと非がんでその「質」が異なる。がんでは診断、再発、治療中止などの転機を契機に意思決定が大きく変化する一方、非がんでは長期にわたる機能低下と予後の不透明さの中で、意思決定が継続的かつ反復的に変化していた。

D．考察

ACPは書面を作成して意思を固定する手続きではなく、臨床倫理の現場で生じる意思の揺らぎと責任の所在を継続的に扱う対話的実践である。したがって教育は記録作成ではなく、ジレンマを事例として言語化し共有する力の涵養に重点を置く必要がある。ACPは一度の書面作成ではなく、生活の価値観を更新し続けるプロセスであり、診療過程への組み込みと多職種の解釈差を前提とした実践手法の設計が求められる。現場では、ACPを書面の有無ではなく認識のズレを可視化する仕組みとして位置づけ、記録を固定的意思ではなくその時点の解釈として運用する必要がある。

E．結論

本研究は、ACPが書面で意思を固定する手続きではなく、臨床現場で揺れ続ける意思と関係性を扱う対話的実践であることを示し、その定着には制度・教育・運用のプロセス志向への転換が必要であることを明らかにした。

F．研究発表

1.　論文発表

平川仁尚・吉武姿子（2025）.「おだやかモデル」の開発とアドバンス・ケア・プランニングへの応用可能性－親しみやすい語感をきっかけにした、現場実践からの枠組みづくり. ホスピスケアと在

宅ケア，33(2)，190-192.
2.　学会発表　なし

G．知的財産権の出願・登録状況
1. 特許取得　なし
2. 実用新案登録　なし
3.その他　なし

厚生労働行政推進調査事業費補助金（厚生労働科学特別研究事業）
分担　研究報告書

医療機関、在宅医療支援機関における ACP 実施の実態と課題把握のための研究

研究分担者　服部 ゆかり　国立長寿医療研究センター　外来研究員
東京大学医学部附属病院　助教
稲葉 一人　中京大学　特任研究員
石山 麗子　国際医療福祉大学　教授
飯田 美沙　名古屋市立大学　講師
水上 喜美子　金沢大学附属病院　特任助教
青木 頼子　公立小松大学　准教授

研究要旨
本研究は、医療機関および在宅医療支援機関におけるACPの実施状況と課題を明らかにすることを目的に、医療従事者および施設責任者を対象とした横断調査を実施した。施設責任者票および医療従事者票の回収率は低かった。結果として、ACPの認知度および実践率は高かったが、実施は急変時に偏る傾向があり、継続的実践は限定的であった。また、時間的制約や知識不足、体制整備の不十分さが課題として挙げられ、特に地域における情報共有は不十分であった。ロジスティック回帰分析では、ACPが患者の望む最期の実現を支えたと感じることに関連する要因について検討したが、有意な関連は認められなかった。以上より、ACPの質の向上において、実際の臨床現場での運用や多職種間の関係性等、実践の質の向上が重要であることが示唆された。

A．研究目的

超高齢化社会の我が国において、「人生の最終段階」の時期にいる高齢者を「どう最期まで支えていくか」は重要な課題の一つである。人生の最終段階における医療・ケアにおいては、本人の意思を尊重した意思決定支援の重要性が高まっており、アドバンス・ケア・プランニング（ACP）が注目されている。一方で、令和4年度の「人生の最終段階における医療・ケアに関する意識調査」の結果では、ACPについて「聞いたことはあるがよく知らない」あるいは「知らない」と回答した医師および看護師がいずれも半数を超えているものの、ACPの定着には依然として課題があることが報告されている。また、医療現場において、ACPがどのように実践されているのか、多施設・多職種間でどのように共有されているのか等の実態は十分に明らかになっていない。そのため、医療現場におけるACP実践の具体的な障壁においても十分に解明されていないのが現状である。
そこで本研究では、医療現場におけるACPの定着に向けて、現状の課題を明らかにするとともに、今後の対策に関する示唆を得ることを目的とした。

B．研究方法

本研究は病院および診療所から無作為抽出した施設を対象とした横断研究である。各施設の施設責任者1名、医師1名、および看護師または医療ソーシャルワーカー等1名に回答を依頼した。対象者数は、施設責任者2,999名、医療従事者5,998名であった。調査は、施設責任者票およびスタッフ票（医療従事者）の2部構成とし、ウェブアンケートおよび質問紙を用いて実施した。
調査設計は文献検討および専門家の知見に基づいて行い、ACPの認知度、実践状況、実施頻度、実施時期、記録体制、教育体制、地域連携、実践上の課題等について把握した。質問紙調査およびインタビュー調査の結果については、研究班内で複数回の検討を行い、結果の解釈および妥当性について合意形成を図った。統計解析では、「ACPが患者の望む最期の実現を支えたと感じるか」を従属変数とし、倫理コンサルテーションチームの有無、ACPの記録体制、ACPに関する教育の有無、ICTを用いた情報共有体制の有無等を独立変数として設定した。これらの変数は、先行研究および調査結果を踏まえ、研究班内で複数回の検討を行い、臨床的意義および実践的妥当性に基づいて選定した。
統計解析にはSPSS version 26.0(IBM Corp., Armonk, NY, USA) を用いて二項ロジスティック回帰分析を用い、オッズ比および95%信頼区間を算出した。
（倫理面への配慮）
本研究は匿名化されたデータを用いて実施し、個人が特定されないよう十分に配慮した。

C．研究結果

施設責任者票の回収数は149件（回収率5.0%）、スタッフ票は医師119件（4.0%）、看護師または医療ソーシャルワーカー等165件（5.5%）であった。

施設別にみると、いずれの職種においても診療所の回収率は病院と比較して低い傾向が認められた。

施設責任者の回答では、対象施設は高度急性期・急性期・回復期・ミックス型が中心であり、ACPの認知度は94.0％と高かった。また、ACPを「実践している」と回答した施設は76.4％であったが、「実践していない」施設も一定数認められた。ACPを実践しない理由としては、「時間的余裕がない」「記録媒体やルールが整備されていない」「知識不足」が主に挙げられた。ACPの実施頻度はばらつきがあり、イベント時（急変時）に実施すると回答した割合が高く、定期的に実施されている施設は限定的であった。また、ACPの記録機能については62.6％の施設で何らかの形で整備されていたが、ICTを用いた地域での情報共有体制を有する施設は14.0％にとどまり、地域連携の仕組みは十分とはいえない状況であった。

一方、スタッフの回答では、ACPの認知度は95.5％とさらに高く、実践していると回答した割合も75.8％であった。ACPで扱う内容としては、療養方針、代理決定者、人生観、DNARなどが多く挙げられた。ACPを実践しない理由としては、「時間的余裕がない」「知識不足」「マニュアル未整備」が主であり、施設責任者と共通する課題が認められた。

ACPの実践上の課題としては、「本人の意思が不明確」「家族との意見不一致」「支援体制の不十分さ」が上位に挙げられた。また、ACPの取組の推進においては「職場での教育」および「マニュアル整備」が重要と認識されていた。

ロジスティック回帰分析の結果、倫理コンサルテーションチームの有無やACPの記録体制は有意な関連を示さなかった。一方で、ICTを用いた情報共有体制およびACPに関する教育は正の関連を示す傾向が認められたが、統計学的有意差は認められなかった。

D．考察

本研究では、医療機関および在宅医療支援機関におけるACPの実施状況と課題について検討した。施設責任者票およびスタッフ票の回収率が低く、ACPに関心の高い層に偏っている可能性があり、結果の一般化には慎重な解釈が必要である。結果では、ACPの認知度および実践率はいずれも高い水準にある一方で、実践のあり方や体制整備には複数の課題が存在することが明らかとなった。

施設責任者およびスタッフのいずれにおいても、ACPの認知度および実践率は高かったが、その実施は急変時におけるものであるなど、イベントに依存すると回答した傾向が強く、定期的・継続的に実施されている施設は限定的であった。本来、ACPは早期から継続的に行うプロセスであることを踏まえると、現場における実践は必ずしも理想的な形とは一致していない可能性が示唆された。また、ACPを実施しない理由として、「時間的余裕がない」「知識不足」「記録体制やマニュアルの未整備」が共通して挙げられたことから、人的資源および組織体制の双方に課題があることが示唆された。さらに、ACP実践上の課題として、「本人の意思が不明確」「家族との意見不一致」「支援体制の不十分さ」が上位に挙げられており、意思決定支援の困難さや倫理的課題が日常的に存在していることが示された。

ACPの記録体制については一定程度整備されている一方で、ICTを用いた地域における情報共有体制は14.0％にとどまっており、院内での記録と地域連携との間での情報共有が課題であることが明らかとなった。このことは、ACPの記録の共有が医療機関内で完結してしまい、在宅医療や他施設への移行時に十分に活用されていない可能性が考えられた。

本研究におけるロジスティック回帰分析の独立変数は、記述統計結果および研究班内での解釈ミーティングを踏まえて選定した。調査結果からは、ACPの実施が急変時などのイベントに依存しているとの回答が多いこと、記録体制は整備されている一方で地域における情報共有が不十分であること、教育や啓発活動が発展途上であることが明らかとなった。これらの知見を踏まえ、倫理コンサルテーションチームの有無、ACP記録体制、教育体制、ICTを用いた情報共有体制等を独立変数としてモデルを構築した。

しかしながら、これらの要因はいずれも統計学的に有意な関連を認めず、ACPの質の向上において、実際の臨床現場における運用や多職種間の関係性、意思決定支援の過程によって影響を受けていることが示唆された。

以上のことから、本研究は、ACPの普及において「実施の有無」だけではなく「実践の質」に着目する必要性を示した。これらの点については、量的調査のみでは十分に把握できない側面も含まれることから、質的調査の結果と統合的に検討することで、ACP実践の具体的な促進要因および阻害要因を明らかにする必要がある。

E．結論

ACPは一定程度実施されているものの、急変時に実施すると回答される傾向があり、本来の意味との乖離がみられ、継続的実践には課題があった。体制整備や情報共有の不十分さも認められ、ACPの質は、臨床現場での運用や多職種連携といった実践の質に依存することが示唆された。

F．研究発表

該当なし

G．知的財産権の出願・登録状況

該当なし

厚生労働行政推進調査事業費補助金（厚生労働科学特別研究事業）
分担　研究報告書

「患者の難しい意思決定を支える多職種グループによる共有意思決定改善のための評価指標」(Group's SDM)を用いた多職種グループディスカッションにおける患者中心性改善のためのアクションリサーチ
－アドバンス・ケア・プランニング実践病院における参加型質改善の試み－

研究分担者　後藤友子　国立長寿医療研究センター　在宅医療・地域医療連携推進部　研究生/情報と選択と決定の研究所　所長

研究要旨
本研究は、臨床実践者および施設管理者の視点から、アドバンス・ケア・プランニング(ACP)の実践状況と課題を把握し、ACP実践の普及・定着を阻害する要因を明らかにすることを目的とした。
ACP実践には、組織内外の多職種が関与する意思決定支援が不可欠である。そこで本研究では、量的調査(質問紙調査)によりACPの認知および実践状況を把握した上で、ACPを知っており、かつACPを実践していると回答した者を対象に、Group's SDM評価指標を用いたアクションリサーチへの協力者を募集した。
その結果、研究協力の意向を示した者は11名であった。このうち組み入れ基準に適合しない6者を除外し、さらに研究分担者から紹介のあった1名を追加した結果、調整対象者は6名となった。各候補者に研究協力調整を依頼したが、6名全員から辞退の回答があり、アクションリサーチの実施には至らなかった。
辞退理由としては「理由なし」が最も多く、次いで、多職種および患者・家族から研究協力同意を得ることの難しさ、組織内手続きに伴う時間的・事務的負担、日程調整の困難さが挙げられた。
ACPにおける多職種グループの話し合いプロセスを第三者が客観的に可視化する研究は、研究協力施設の確保や同意取得手続きの面で大きな実施上の障壁を有することが示唆された。

A．研究目的
アドバンス・ケア・プランニング(ACP)は、患者の権利擁護意識の高まりや患者中心のケアへの要請を背景として、臨床現場において重要性が高まっている。とくに、患者の価値観や意向を踏まえた医療・ケアの提供を実現するためには、多職種が協働して話し合いを重ねるプロセスが重要である。
本研究では、医療現場におけるACPの定着に向けた課題を明らかにし、対応策を検討することを目的として、量的調査(質問紙調査)および質的調査(インタビュー調査／アクションリサーチ)を計画した。特に、臨床現場における多職種グループによる話し合いの実態に着目し、患者中心の視点からその質を評価することを目指した。

本研究におけるアクションリサーチの目的は、以下の3点である。
1) Group's SDM評価指標(図1)を用いて、ACP実践病院における多職種グループディスカッションを患者中心の視点から評価し、その実態を明らかにすること。
2) 組織的な多職種によるACP実践の促進要因および阻害要因を明らかにすること。
3) ACP実践者の視点から、多職種によるACP実践を改善するための具体的方策を明らかにすること。

B．研究方法
1. 研究デザイン
本研究は、量的調査(質問紙調査)と質的調査(インタビュー調査/アクションリサーチ)を組み合わせて、医療現場におけるACP実践の実態と課題を把握する研究として計画した。
量的調査は2025年12月から2026年1月に実施し、質的調査は2026年1月から3月に、各研究分担者が担当して実施する計画とした。

2. 質問紙調査
量的調査では、施設管理者および臨床実践者を対象に、ACPの認知、実践状況等を把握するための質問紙調査を実施した。
また、質問紙調査票には、アクションリサーチへの研究協力意向を確認する項目を設けた。
アクションリサーチの候補者は、質問紙調査において「ACPを知っている」かつ「ACPを実践している」と回答した者のうち、研究協力に同意した者とした。

3. アクションリサーチ
アクションリサーチでは、ACP実践病院における多職種グループディスカッションを対象として、Group’s SDM評価指標を用いた観察・評価を行うことを計画した。
組み入れ基準は、200床以上の急性期病院など、対象病院種別に該当し、かつ新たな知見の提供が期待できる組織とした。
質問紙調査で協力意向を示した候補者に対し、個別に研究説明および協力調整を行った。

（倫理面への配慮）
質問紙調査は、国立長寿医療研究センター倫理・利益相反審査に承認を得て実施した。(№1985)
アクションリサーチは、国立長寿医療研究センター倫理・利益相反審査に承認を得て実施した。(№1995)

C．研究結果
1.量的調査の結果
量的調査では、施設責任者票の回収数は149件（回収率7.5%）、スタッフ票は医師119件（4.0%）、看護師または医療ソーシャルワーカー等165件（5.5%）であった。
施設管理者では、「ACPを知っている」と回答した者が90%を超え、「ACPを実践している」と回答した者は約75%であった。
臨床実践者では、「ACPを知っている」と回答した者が約95%であり、「ACPを実践している」と回答した者も約75%であった。

2.アクションリサーチ候補者の回答結果(図2)
量的調査の回答者のうち、アクションリサーチへの研究協力意向を示した者は11名であった。
このうち、組み入れ基準に適合しない6名を除外した。さらに、研究分担者から紹介のあった1名を追加し、最終的に6名を研究協力調整の対象とした。
各候補者に対して個別に協力依頼および調整を行ったが、6名全員から研究協力辞退の回答があり、アクションリサーチの実施には至らなかった。

3.辞退理由
辞退理由として最も多かったのは「理由なし」(理由不明)であった。
次いで、多職種や患者・家族から研究協力同意を得ることの難しさ、組織内における研究実施手続きの負担、日程調整の困難さが挙げられた。

D．考察
1. 調査結果からの示唆
量的調査結果から、ACPの目的を「患者・家族が人生の最終段階の医療・ケアについて話し合うこと」と理解している医療従事者は半数を超えており、ACPの国際定義[1)2)]に照らすと十分ではない理解をしている回答者が多数確認された。「ACPとは、専門職と患者・家族＋αが話し合い、理解を共有し、認識を補完するプロセスである」と理解している者は約25%にとどまっていた。
様々なACP研究の蓄積により、現在ACPは継続的な「話し合いのプロセス」(過程)が強調されている。今回の調査結果からは「話し合いのプロセス」(どのように話し合ったのか)ではなく、「話し合うこと」(行動)として理解されていることが示唆され、医療従事者によるACPの正確な理解に基づく実践が、必ずしも十分に行われていない可能性が示唆された。
ACPが「人生の最終段階の医療・ケアに関する話し合い」あるいは「患者・家族が行うもの」と限定的に理解されている場合、病状が進行する前の段階から日常診療やケアの関わりの中で継続的に対話を重ねるという実践にはつながりにくい。
したがって、臨床実践者の認識そのものが、ACP実践の阻害要因の一つである可能性がある。
また、本研究では、患者中心の視点から多職種グループによる話し合いの実態を直接把握することを目指してアクションリサーチを計画したが、研究協力施設を確保できず、実施には至らなかった。しかし、この結果自体が、ACPの話し合いプロセスを第三者が客観的に評価するには大きな障壁が存在することを示している。
具体的には、多職種や患者・家族からの同意取得の難しさ、院内手続きの負担、日程調整の困難さが、実施上の主要な障壁として考えられた。
日本におけるACPに関する研究は、実践者自身による報告や教育的介入の報告が中心であり、利害関係のない第三者が客観的な指標を用いて、リアルタイムに話し合いの質を評価した研究は限られている。
今後、患者中心のACPの実態を可視化するためには、第三者評価の必要性を維持しつつも、現場の負担を軽減できる研究デザイン、同意取得手順の簡素化、対象施設との事前調整方法の工夫が必要である。

2.研究の限界
アクションリサーチが実施できなかったため、多職種グループによるACPの話し合いプロセスを直接観察・評価することはできなかった。
そして、辞退理由の詳細について十分に聴取できておらず、実施困難要因を網羅的に把握できたとは言えない。
さらに、量的調査結果は自己申告による回答であり、実際のACP実践の質を直接反映しているわけではない。

E．結論
本研究では、量的調査に回答した施設管理者および臨床実践者の多くがACPを認知し、一定割合がACPを

実践していると認識していることが示された。一方で、ACPの概念理解にはばらつきがあり、正確な理解に基づく実践が十分でない可能性が示唆された。また、Group’s SDM評価指標を用いたアクションリサーチは、研究協力施設の確保ができず実施には至らなかった。しかしその過程を通じて、多職種および患者・家族からの同意取得の難しさ、院内手続きの負担、日程調整の困難さなど、第三者による客観的評価研究を進める上での実施上の障壁が示唆された。
今後は、現場負担を軽減した研究デザインの工夫や、実施可能性を高めるための調整手順の整備を進めた上で、多職種グループによるACPの話し合いプロセスを客観的に可視化する研究が求められる。

Ｆ．研究発表

1.　論文発表

Hisayuki Miura, Yuko Goto. Shared decision making and advance care planning in the context of promoting home medical care in Japan: A narrative review. *Geriatrics & Gerontology International*, 2026 Feb 25;26(3):e70423.DOI: 10.1111/ggi.70423

2.　学会発表

無し

Ｇ．知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得

無し

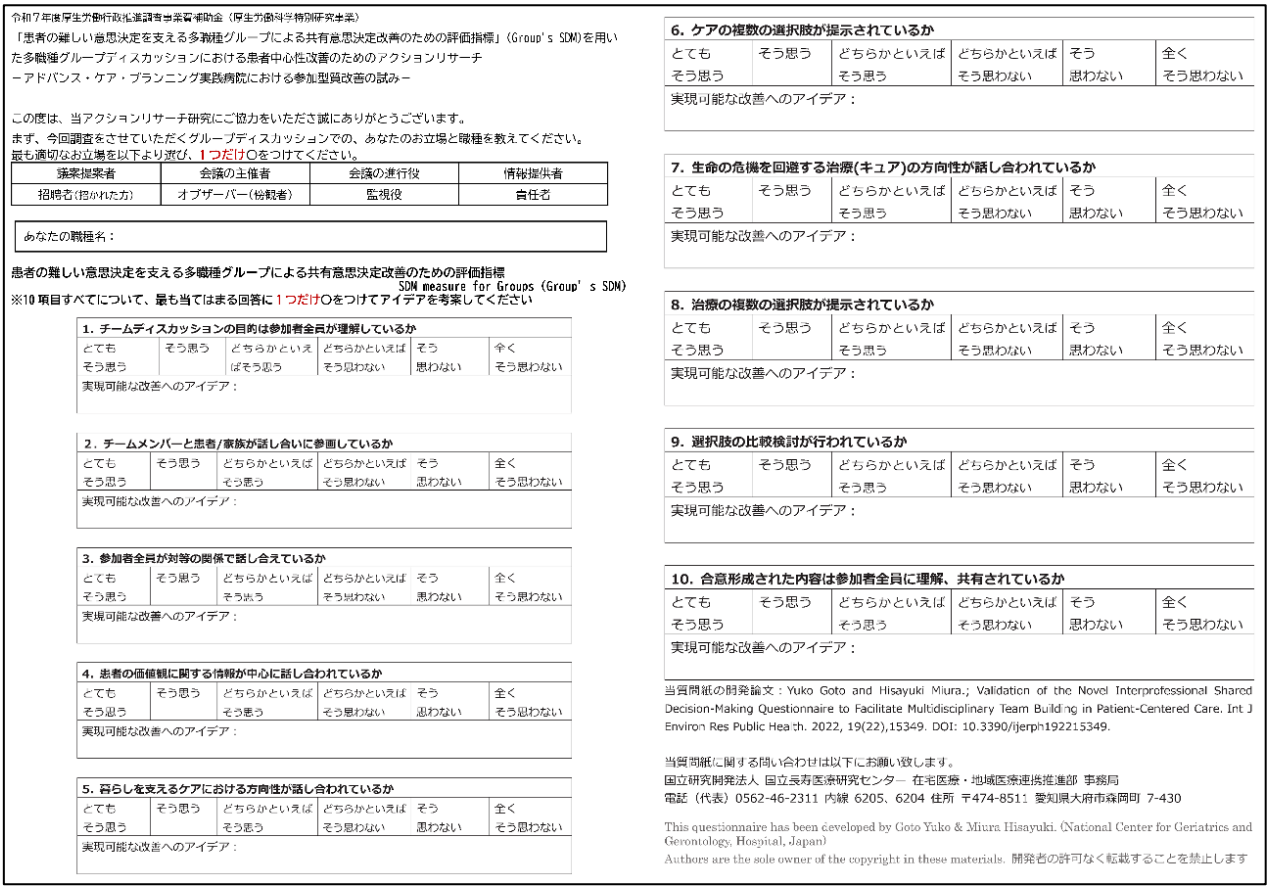
2. 実用新案登録

無し

3.その他

無し

図1. Group's SDM評価指標
日本で開発された、多機関や多部門に所属する多職種によるグループディスカッションにおいて、患者中心の視点で治療や療養の方向性の話し合いが行われている程度を測定する評価指標[3)]



令和7年度厚生労働行政推進調査事業費補助金（厚生労働科学特別研究事業）
「患者の難しい意思決定を支える多職種グループによる共有意思決定改善のための評価指標」（Group's SDM）を用いた多職種グループディスカッションにおける患者中心性改善のためのアクションリサーチ
－アドバンス・ケア・プランニング実践病院における参加型質改善の試み－

この度は、当アクションリサーチ研究にご協力をいただき誠にありがとうございます。
まず、今回調査をさせていただくグループディスカッションでの、あなたのお立場と職種を教えてください。
最も適切なお立場を以下より選び、1つだけ○をつけてください。

議案提案者	会議の主催者	会議の進行役	情報提供者
招聘者（招かれた方）	オブザーバー（傍観者）	監視役	責任者

あなたの職種名：

患者の難しい意思決定を支える多職種グループによる共有意思決定改善のための評価指標
SDM measure for Groups（Group's SDM）
※10項目すべてについて、最も当てはまる回答に1つだけ○をつけてアイデアを考案してください

1. チームディスカッションの目的は参加者全員が理解しているか
2. チームメンバーと患者/家族が話し合いに参画しているか
3. 参加者全員が対等の関係で話し合えているか
4. 患者の価値観に関する情報が中心に話し合われているか
5. 暮らしを支えるケアにおける方向性が話し合われているか
6. ケアの複数の選択肢が提示されているか
7. 生命の危機を回避する治療(キュア)の方向性が話し合われているか
8. 治療の複数の選択肢が提示されているか
9. 選択肢の比較検討が行われているか
10. 合意形成された内容は参加者全員に理解、共有されているか

とても そう思う	そう思う	どちらかといえば そう思う	どちらかといえば そう思わない	そう 思わない	全く そう思わない

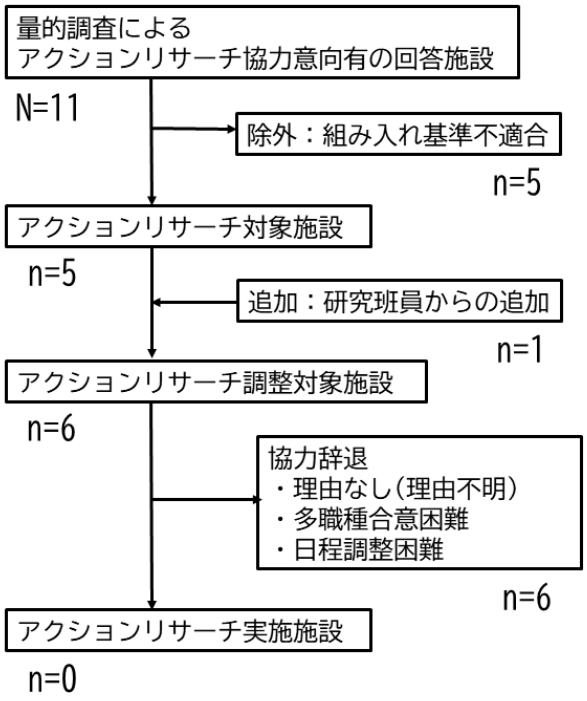
実現可能な改善へのアイデア：

当質問紙の開発論文：Yuko Goto and Hisayuki Miura.; Validation of the Novel Interprofessional Shared Decision-Making Questionnaire to Facilitate Multidisciplinary Team Building in Patient-Centered Care. Int J Environ Res Public Health. 2022, 19(22),15349. DOI: 10.3390/ijerph192215349.

当質問紙に関する問い合わせは以下にお願い致します。
国立研究開発法人 国立長寿医療研究センター 在宅医療・地域医療連携推進部 事務局
電話（代表）0562-46-2311 内線 6205、6204 住所 〒474-8511 愛知県大府市森岡町 7-430

This questionnaire has been developed by Goto Yuko & Miura Hisayuki. (National Center for Geriatrics and Gerontology, Hospital, Japan)
Authors are the sole owner of the copyright in these materials. 開発者の許可なく転載することを禁止します

図2. アクションリサーチ研究対象者の抽出および協力調整のフローチャート



引用文献：

1) Sudore, R. L., Lum, H. D., You, J. J., Hanson, L. C., Meier, D. E., Pantilat, S. Z., Matlock, D. D., Rietjens, J. A. C., Korfage, I. J., Ritchie, C. S., Kutner, J. S., Teno, J. M., Thomas, J., McMahan, R. D., & Heyland, D. K. (2017). Defining advance care planning for adults: A consensus definition from a multidisciplinary Delphi panel. Journal of Pain and Symptom Management, 53(5), 821–832. https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2016.12.331

2) Hickman, S. E., Lum, H. D., Walling, A. M., Savoy, A., & Sudore, R. L. (2023). The care planning umbrella: The evolution of advance care planning. *Journal of the American Geriatrics Society*, *71*(7), 2350–2356. https://doi.org/10.1111/jgs.18287

3) Goto, Y., & Miura, H. (2022). Validation of the novel interprofessional shared decision-making questionnaire to facilitate multidisciplinary team building in patient-centered care. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *19*(22), 15349. https://doi.org/10.3390/ijerph192215349

別添５

研究成果の刊行に関する一覧表

書籍

著者氏名	論文タイトル名	書籍全体の編集者名	書　籍　名	出版社名	出版地	出版年	ページ
	該当なし						

雑誌

発表者氏名	論文タイトル名	発表誌名	巻号	ページ	出版年
Hirakawa Y, Komatsu A, Saito T, Yamanaka T, Okochi J, Kuzuya M, Miura H.	Provision of palliative care for patients with advanced dementia across various long-term care settings in Japan: a facility-based survey.	J Rural Med	21(1)	58-66	2026
Miura H, Goto Y.	Shared Decision Making and Advance Care Planning in the Context of Promoting Home Medical Care in Japan: A Narrative Review.	Geriatrics & Gerontology International	Vol.26, No. 3	e70423	2026
Komatsu A, Saito T, Hirakawa Y, Takanashi S, Ishiyama R, Aita K, Miura H.	Decision-Making Support for People Living with Dementia: A Nationwide Cross-Sectional Study in Diverse Long-Term Care Settings in Japan.	Psychogeriatrics	25	e70059	2025
Hirakawa Y, Yamanaka T, Hirahara S, Okochi J, Kuzuya M, Miura H.	Tips for multidisciplinary pain management in advanced dementia based on expert opinions.	J Rural Med	20(3)	207-215	2025
Aita K, Nishikawa M, Hattori Y, Hirahara S, Hirakawa Y, Katayama Y, Katsuya T, Yanagawa M, Harada K, Koba S, Aida N, Komiya H, Shimizu T, Nakano H, Hasegawa H, Miura H, Momose Y, Tsuji T, Kozaki K.	The Japan Geriatrics Society 2025 Position Statement on End-of-Life Care for Older Adults: English Translation of the Japanese Article.	Geriatr Gerontol Int	25(12)	1681-1692	2025
Hirakawa Y, Aita K, Saito T, Ishiyama R, Takanashi S, Shimada C, Miura H.	Factors in Patient-Clinician Interactions That Influence the Decision-Making Process of Older Patients with Dementia.	JMA Journal			2025

三浦久幸、後藤友子	高齢者の意思決定支援と緩和ケア『アドバンス・ケア・プランニング』Ⅲ. 高齢患者へのアプローチ	日本臨床増刊号 老年医学（第2版）上		322-326	2026
三浦久幸、熊谷祐紀	在宅医療との連携によるCKMの展開（特集 CKMを考える）	腎と透析	100(2)	202-206	2026
三浦久幸	退院支援から在宅へ ～ＡＣＰ支援ガイドと教育プログラムの継続的展開～（新たな展開を迎えた在宅の方向性）	病院経営羅針盤	17巻295号	35-41	2026
三浦久幸	在宅医療のエビデンス（XI. 高齢者の在宅医療）	日本臨床 老年医学（第2版）下	83巻 増刊号10別冊		2026
平川仁尚・吉武姿子	「おだやかモデル」の開発とアドバンス・ケア・プランニングへの応用可能性－親しみやすい語感をきっかけにした、現場実践からの枠組みづくり	ホスピスケアと在宅ケア	33（2）	190-192	2025

医療機関、在宅医療支援機関における
ACP 実施の実態と課題把握のための研究

報告書

令和 8 年 5 月

令和 7 年度厚生労働行政推進調査事業費補助金　厚生労働科学特別研究事業
「医療機関、在宅医療支援機関における ACP 実施の実態と課題把握のための研究」研究班

目次

略語一覧 5
第１章　調査の概要 7
第２章　量的調査 9
１．調査の位置づけ 9
２．調査設計 9
３．調査内容 14
４．配布・回収結果 17
５．集計方法 17
６．集計に関する留意事項 17
７．結果 18
＜施設責任者票＞ 18
問 1）施設の規模 18
問 2）施設の機能 19
問 3）職員体制 19
問 4）ACP の認知度 20
問 5-1）ACP の実践状況① 20
問 5-2）ACP の実践状況② 21
問 6）ACP を実践しない理由 22
問 7）インタビュー調査協力の可否 23
問 8）アクションリサーチ協力の可否 23
問 9）ACP の実施割合 23
問 10）ACP に関与する職種 24
問 11）ACP の実施時期 25
問 12）ACP の実施頻度 26
問 13）ACP を記録する機能・仕組みの有無 27
問 14）ACP を記録する機能・仕組みの詳細 28
問 15）ACP で聴取する内容 29
問 16-1）外部提供書式の ACP 記載欄の有無 30
問 16-2）外部提供書式の ACP 記載専用欄の具体的な書式 31
問 17）他機関からの ACP 情報の入手状況 32
問 18）事前指示書・リビングウィルの書式の作成 33
問 19-1）ACP を地域で共有する仕組みの有無 34
問 19-2）ACP を地域で共有する具体的な仕組み 35
問 20）ACP に関する記録様式（書式）の提供可否 35
問 21-1）「人生の最終段階における医療・ケアの方針等の決定支援加算」の算定 36
問 21-2）ACP に関する指針 36

問 22-1）ACP に関する研修 37
問 22-2）ACP に関する教育・研修の対象職種 38
問 23-1）ACP 実践のための地域への啓発活動 39
問 23-2）ACP 実践のための地域への啓発活動の具体的な内容 40
問 24）ACP 実践に関するマニュアル作成 41
問 25）ACP 実践の推奨ツール 42
＜スタッフ票＞ 43
問 1）施設の規模 44
問 2）施設の機能 44
問 3）ACP の認知度 45
問 4-1）ACP の実践状況① 45
問 4-2）ACP の実践状況② 46
問 5）ACP で聴取する内容 47
問 6）ACP を実践しない理由 49
問 7）ACP を行う際の診療録または専用様式への記録 50
問 8）ACP に関する記録様式（書式）の提供可否 50
問 9）ACP を行う際の課題 51
問 10）ACP を推進する上で重要な点 54
問 11）ACP が患者の「望む最期」の支えになったと感じたこと 56
問 12）ACP を通じてケアのあり方を見つめ直したこと 56
問 13）ACP の最も基盤となる目的 57
問 14）意思決定能力の評価や判断が難しいと感じること 57
問 15）意思決定能力の評価や判断方法（自由記述） 58
問 16）倫理的ジレンマの経験 60
問 17）倫理的ジレンマへの対応（自由記述） 60
問 18-1）倫理コンサルテーションチームの有無 63
問 18-2）倫理コンサルテーションチームがない場合の対応 64
第 3 章　質的調査 66
1．研究の位置づけ 66
2．方法 66
2.1 研究デザイン 66
2.2 対象とリクルート 66
2.3 データ収集 68
2.4 分析 68
2.5 統合 69
3．結果 69
3.1 家族関係が意思決定を方向づける 69
3.2 キーパーソンは相互作用の中で生成される 69

3.3 患者像は文脈の中で構築される 70
3.4 文書化された意思は状況の中で上書きされる 70
3.5 医療者の関与が意思決定を再構成する 70
4．小括 71
5．考察 71
5.1 ACP は「意思を引き出す手続き」ではなく「関係の中で形成されるプロセス」である 71
5.2 意思決定の責任は相互作用の中で配分される 71
5.3 ACP 文書の限界と状況依存性 71
5.4 患者像と専門職の影響 72
6．結論 72
第 4 章　ACP 実践の構造と実装への示唆 74
1．本章の目的 74
2．ACP の理解の違いと実践への影響 74
3．多職種の関わりと意思決定 74
4．臨床現場の条件が意思決定に与える影響 75
5．ACP のとらえ直し 75
6．実践に向けたポイント 75
7．まとめ 75
8．全体まとめ：ACP の再定義と実践の方向性 76
9．提言 77
9.1 行政・制度設計に向けて 77
9.2 医療・介護・福祉の現場に向けて 77
9.3 本人・家族への説明と共有に向けて 78
10. 最終結論 78
資料 80
＜ケースシナリオ＞ 80
【事例 1】家族構造の揺らぎ × キーパーソンの不確定性 80
【事例 2】キーパーソン不在 × 本人の価値観（愚行権含む） 80
【事例 3】本人は治療継続希望 × 医療者は治療中止を検討 81
【事例 4】施設 × 看取り方針 × 職種間ギャップ × 経営事情 81
【事例 5】救急 × 急変 × “返す”シナリオ 81
質問票 83
＜施設責任者票＞ 83
＜スタッフ票＞ 92

略語一覧

ACP	Advance Care Planning　アドバンス・ケア・プランニング
DNAR	Do Not Attempt Resuscitation
KII	Key Informant Interview
MSW	Medical Social Worker　医療ソーシャルワーカー
POLST	Physician Orders for Life-Sustaining Treatment

第１章　調査の概要

第 1 章　調査の概要

我が国の少子高齢化は急速に進行しており、今後、2040 年に向けて医療・介護の複合ニーズを抱える 85 歳以上の人口は増大し、生産年齢人口が減少していくと予測されている。一方、多くの国民が自宅など住み慣れた環境で療養することを望んでいることが報告されている。

人生の最終段階における医療・ケアについては、医療従事者から適切な情報提供がなされた上で、本人・家族等と医療・ケアチームが十分な話し合いを行い、本人の意思決定を基本とした医療・ケアが行われることが重要である。約 5 年毎に実施している「人生の最終段階における医療・ケアに関する意識調査」（2022 年度）では、アドバンス・ケア・プランニング（ACP）に対して「聞いたことはあるがよく知らない」「知らない」と回答した医師、看護師がどちらも半数を超えており、ACP の普及および定着には依然として課題がある。一方で、医療機関等の現場においてどのように ACP が行われているのか、その実態は明らかになっておらず、医療現場における ACP の具体的な障壁についても十分に検討されていない。

そこで本研究では、医療現場における ACP を定着させるために、医療現場における現状の課題を導き出すとともに、今後の対策の示唆を得ることを目的とし、量的調査と質的調査を組み合わせて実施した。量的調査では、文献検討に基づく調査設計を行い、医師、看護師、医療ソーシャルワーカーおよび施設責任者を対象とするウェブアンケート・質問用紙を実施し、現状の課題の抽出と今後の対策の示唆を得た。続いて、研究班員および調査協力者の一部を交えた Key Informant Interview（KII）を行い、結果の解釈を通じて、ACP 実践における意思決定の構造に関する仮説的視点を検討した。質的調査では、量的調査に回答し、かつインタビュー参加に同意した 15 病院および在宅医療を行う 1 施設の医療従事者を対象とした。KII で導き出された仮説的視点を踏まえ、ケースシナリオを用いた半構造化個別インタビューを実施した。ACP 実践における意思決定がどのような相互作用のなかで形成されるのかを明らかにし、ACP は単なる意思の記録ではなく、臨床現場における対話的・関係的プロセスとして捉え、その構造を実証的に検討した。

第 2 章　量的調査

第 2 章　量的調査

１．　調査の位置づけ

本調査では、医療現場での ACP を定着させるために、医療現場における現状の課題を導き出すとともに、今後の対策の示唆を得ることを目的とした。具体的には、文献検討に基づく調査設計を行い、医師、看護師、医療ソーシャルワーカーおよび施設責任者を対象とするウェブアンケート・質問用紙を併用した調査を行った。

２．　調査設計

- 調査地域：全国
- 調査方法：郵送にて調査資料を配布し、ウェブアンケートまたは質問用紙により回答
- 調査時期：2025 年 12 月から 2026 年 3 月
- 調査対象：
  1）　施設責任者票：病院・診療所の施設の管理責任者（または ACP 実施状況を把握している責任者）1 名
  2）　スタッフ票：病院・診療所の医師 1 名、看護師または医療ソーシャルワーカー等 1 名

＜施設責任者＞

対象施設	病床機能	病床規模 c	在宅療養支援診療所	抽出方法	配布数	1 施設あたりの対象者数 g	対象者数
病院	急性期 a	小規模（-99 床）	-	無作為抽出 f	94	1	1,999
		中規模（100–299 床）	-		127	1	
		大規模（300 床以上）	-		391	1	
	急性期以外 b	小規模（-99 床）	-		528	1	
		中規模（100–299 床）	-		528	1	
		大規模（300 床以上）	-		331	1	
診療所	-	無床	届出あり d	無作為抽出 f	500	1	1,000
			届出なし e		500	1	

a. ＜令和 6 年度病床機能報告ー施設票＞ で総合入院体制加算または急性期充実体制加算の届出「有り」と報告されている施設
b. ＜令和 6 年度病床機能報告ー施設票＞ で総合入院体制加算および急性期充実体制加算の届出「無し」と報告されている施設
c. ＜令和 6 年度病床機能報告ー施設票＞ で施設全体の最大使用病床数
d. 地域医療情報システム（日本医師会）により以下を指定して検索：「無床診療所」かつ「在宅療養支援診療所 1：機能強化型（単独型） OR 在宅療養支援診療所 2：機能強化型（連携型） OR 在宅療養支援診療所 3：その他」
e. 地域医療情報システム（日本医師会）により以下を指定して検索：「無床診療所」かつ「在宅療養支援診療所 1：機能強化型（単独型） NOR 在宅療養支援診療所 2：機能強化型（連携型） NOR 在宅療養支援診療所 3：その他」

f. Microsoft Excel の RAND 関数を用いて乱数を付与し、乱数の昇順に並べ替えたうえで、各区分の構成比を考慮した配布数に達するまで事業所を抽出した
g. 施設の管理責任者（または ACP 実施状況を把握している責任者）1 名に回答いただくよう依頼した

＜スタッフ＞

職種	対象施設	病床機能	病床規模 c	在宅療養支援診療所	抽出方法	配布数	1 施設あたりの対象者数 g	対象者数
医師	病院	急性期 a	小規模（99 床以下）	-	無作為抽出 f	94	1	1,999
			中規模（100–299 床）	-		127	1	
			大規模（300 床以上）	-		391	1	
		急性期以外 b	小規模（99 床以下）	-		528	1	
			中規模（100–299 床）	-		528	1	
			大規模（300 床以上）	-		331	1	
	診療所	-	無床	届出あり d	無作為抽出 f	500	1	1,000
		-		届出なし e		500	1	
看護師または医療ソーシャルワーカー等	病院	急性期 a	小規模（99 床以下）	-	無作為抽出 f	94	1	1,999
			中規模（100–299	-		127	1	

			床）					
			大規模（300床以上）	-		391	1	
		急性期以外 b	小規模（99 床以下）	-		528	1	
			中規模（100–299 床）	-		528	1	
			大規模（300床以上）	-		331	1	
	診療所	-	無床	届出あり d	無作為抽出 f	500	1	1,000
		-		届出なし e		500	1	

a. ＜令和 6 年度病床機能報告ー施設票＞ で総合入院体制加算または急性期充実体制加算の届出「有り」と報告されている施設
b. ＜令和 6 年度病床機能報告ー施設票＞ で総合入院体制加算および急性期充実体制加算の届出「無し」と報告されている施設
c. ＜令和 6 年度病床機能報告ー施設票＞ で施設全体の最大使用病床数
d. 地域医療情報システム（日本医師会）により以下を指定して検索：「無床診療所」かつ「在宅療養支援診療所 1：機能強化型（単独型） OR 在宅療養支援診療所 2：機能強化型（連携型） OR 在宅療養支援診療所 3：その他」
e. 地域医療情報システム（日本医師会）により以下を指定して検索：「無床診療所」かつ「在宅療養支援診療所 1：機能強化型（単独型） NOR 在宅療養支援診療所 2：機能強化型（連携型） NOR 在宅療養支援診療所 3：その他」
f. Microsoft Excel の RAND 関数を用いて乱数を付与し、乱数の昇順に並べ替えたうえで、各区分の構成比を考慮した配布数に達するまで事業所を抽出した
g. 医師 1 名、看護師または医療ソーシャルワーカー等 1 名に回答いただくよう依頼した

3． 調査内容

＜施設責任者票＞

質問文
問 1）貴施設の規模についてあてはまるものをお選びください。
問 2）貴施設の機能についてあてはまるものをお選びください。
問 3）貴施設の職員体制についてご回答ください。（複数回答）
問 4）アドバンス・ケア・プランニング（ACP）を知っていますか？
問 5-1）貴施設ではアドバンス・ケア・プランニング（ACP）を実践していますか？
問 5-2）アドバンス・ケア・プランニング（ACP）とは、自らの病状が差し迫った状態の時に希望している医療やケアが受けられることを、患者さんと事前に話し合うプロセスのことを指します。日本においてもアドバンス・ケア・プランニングを普及させる動きが進んでいます。
問 6）アドバンス・ケア・プランニング（ACP）を実践しない理由について、貴施設の理由として最も近いものを 1 つ提示してください。
問 7）貴施設でのアドバンス・ケア・プランニング（ACP）の実践について、インタビュー調査にご協力を頂けますか？
問 8）貴施設での多職種グループによるアドバンス・ケア・プランニング（ACP）の実践について、アクションリサーチにご協力いただけますか？
問 9）貴施設では患者・家族との対話全体においてどの程度の割合でアドバンス・ケア・プランニング（ACP）を実施していますか？
問 10）貴施設においてアドバンス・ケア・プランニング（ACP）に関わる職種は誰ですか？（複数回答可）
問 11）今後の治療方針や終末期のケアについて、どの時期に話し合っていますか（どの時期にアドバンス・ケア・プランニング（ACP）を行っていますか）？（複数回答可）
問 12）アドバンス・ケア・プランニング（ACP）を行う場合、その患者さんとは何度か繰り返し話し合っていますか？ ACP 実践を繰り返す間隔を教えてください。
問 13）貴施設の電子カルテ等にアドバンス・ケア・プランニング（ACP）に関する情報を記録する機能や仕組み、枠はありますか？
問 14）貴施設の電子カルテ等にアドバンス・ケア・プランニング（ACP）情報を記録する機能や仕組みについて教えてください。（複数回答可）
問 15）アドバンス・ケア・プランニング（ACP）を行う際にどのようなことを聞いていますか？（複数回答可）
問 16-1）貴施設が所有する情報を外部機関へ提供する以下の書式等に、アドバンス・ケア・プランニング（ACP）情報を記載する専用欄はありますか？
問 16-2）それはどのようなものですか？（複数回答可）
問 17）入院時や入所時に、他院、介護施設、ケアマネジャー、訪問看護からアドバンス・ケア・プランニング（ACP）に関する情報を得ることはありますか？
問 18）貴施設ではアドバンス・ケア・プランニング（ACP）情報を記録する専用欄とは別に、事前指示書・リビングウィルの書式を作成していますか？
問 19-1）貴施設で実践したアドバンス・ケア・プランニング（ACP）に関する情報を ICT 等を用いて地域で共有する仕組みはありますか？
問 19-2）それはどのような仕組みですか？（複数回答可）
問 20）貴施設で使用されているアドバンス・ケア・プランニング（ACP）に関する記録様式（書式）がありましたら、ご提供いただけますでしょうか？
問 21-1）貴施設では「人生の最終段階における医療・ケアの方針等の決定支援加算」を算定していますか？
問 21-2）施設として正式に指針を作成していますか？
問 22-1）貴施設ではアドバンス・ケア・プランニング（ACP）に関する研修を行っていますか？
問 22-2）貴施設ではアドバンス・ケア・プランニング（ACP）に関する教育・研修は、どの職種を対象に行っていますか？（複数回答可）
問 23-1）貴施設では、地域の住民に向けて、地域全体でアドバンス・ケア・プランニング（ACP）実践のための啓発活動が行われていますか？
問 23-2）貴施設ではどのような啓発活動を行っていますか？（複数回答可）
問 24）貴施設でアドバンス・ケア・プランニング（ACP）実践に関するマニュアルを作成していますか？

問 25）貴施設において、アドバンス・ケア・プランニング（ACP）実践の際にどのようなツールを使うことを推奨していますか？（複数回答可）
※心肺蘇生の希望や胃ろうなど医療処置の希望を記載する内容のもの

＜スタッフ票＞

質問文
あなたの職種についてご回答ください。
問 1）貴施設の規模についてあてはまるものをお選びください。
問 2）貴施設の機能についてあてはまるものをお選びください。
問 3）アドバンス・ケア・プランニング（ACP）を知っていますか？
問 4-1）あなたはアドバンス・ケア・プランニング（ACP）を実践していますか？
問 4-2）アドバンス・ケア・プランニング（ACP）とは、自らの病状が差し迫った状態の時に希望している医療やケアが受けられることを、患者さんと事前に話し合うプロセスのことを指します。日本においてもアドバンス・ケア・プランニングを普及させる動きが進んでいます。
問 5）アドバンス・ケア・プランニング（ACP）を行う際にどのようなことを聞いていますか？（複数回答可）
問 6）アドバンス・ケア・プランニング（ACP）を実践しない理由について、あなたの考えに最も近いものを 1 つ提示してください。
問 7） アドバンス・ケア・プランニング（ACP）を行う際に、診療録または専用様式に記録していますか？
問 8）貴施設で使用されているアドバンス・ケア・プランニング（ACP）に関する記録様式（書式）がありましたら、ご提供いただけますでしょうか。
問 9） 臨床の現場でアドバンス・ケア・プランニング（ACP）を行う際に、課題と感じることは何ですか？上位 3 つを順位付けしてください。
問 10） アドバンス・ケア・プランニング（ACP）を推進する上で重要な点は何だと思いますか？上位 3 つを順位付けしてください。
問 11） アドバンス・ケア・プランニング（ACP）での話し合いが、患者さんの「望む最期」に沿うための支えになったと感じたことはありますか？
問 12） アドバンス・ケア・プランニング（ACP）の話し合いを通じて、自分のケアのあり方を見つめ直したことはありますか？
問 13） アドバンス・ケア・プランニング（ACP）の最も基盤となる目的について、あなたの考えに最も近いものを 1 つ提示してください。
問 14） 認知症やせん妄のある患者の意思決定能力の評価や判断が難しいと感じることはありますか？
問 15） 意思決定が難しいと思われる患者さんの場合、貴施設ではどのように意思決定能力の評価や判断をしていますか？（自由記述）
問 16） 倫理的ジレンマを抱えたことがありますか？（例：余命が短い重度認知症の患者に対し、治療による負担が大きいにもかかわらず、家族は「全ての治療を行ってほしい」と希望する場合等）
問 17） どのように対応していますか？（自由記述）
問 18-1） 貴施設に倫理コンサルテーションチームがありますか？
問 18-2）倫理コンサルテーションチームがない場合、倫理的な問題が生じた場合、どのように対応していますか？

4． 配布・回収結果

＜施設責任者票＞	対象者数	回収数	回収率
施設責任者	2,999	149	5.0%
病院 a	1,999	122	6.1%
診療所 b	1,000	27	2.7%
＜スタッフ票＞	対象者数	回収数	回収率
医師	2,999	119	4.0%
病院 a	1,999	93	4.7%
診療所 b	1,000	26	2.6%
看護師または医療ソーシャルワーカー等	2,999	165	5.5%
病院 a	1,999	152	7.6%
診療所 b	1,000	13	1.3%

a. 「小規模病院（20～99 床)」「中規模病院（100～299 床)」「大規模病院（300 床以上)」

b. 「在宅療養支援診療所」「在宅療養支援診療所以外の一般診療所」

5． 集計方法

施設責任者票は施設別（問 1)、スタッフ票は職種別（問 1）にクロス集計を行った。

6． 集計に関する留意事項

集計は、小数点第 2 位を四捨五入して算出した。したがって、数値の合計が 100%にならない場合がある。

回答の比率（%）は、その質問の回答者数を基数として算出した。したがって、複数回答の設問はすべての比率を合計すると 100%を超えることがある。

基数となるべき実数は、n（件数）として表示した。その比率は、n（件数）を 100%として算出している。

本文や図表中の選択肢表記は、語句を短縮・簡略化している場合がある。ただし、初出には、正式名を記載するようにしている。

自由記述は、地域が特定できる箇所を削除し、誤字や略語があれば、研究班で協議の上、解釈可能な表現に修正した。

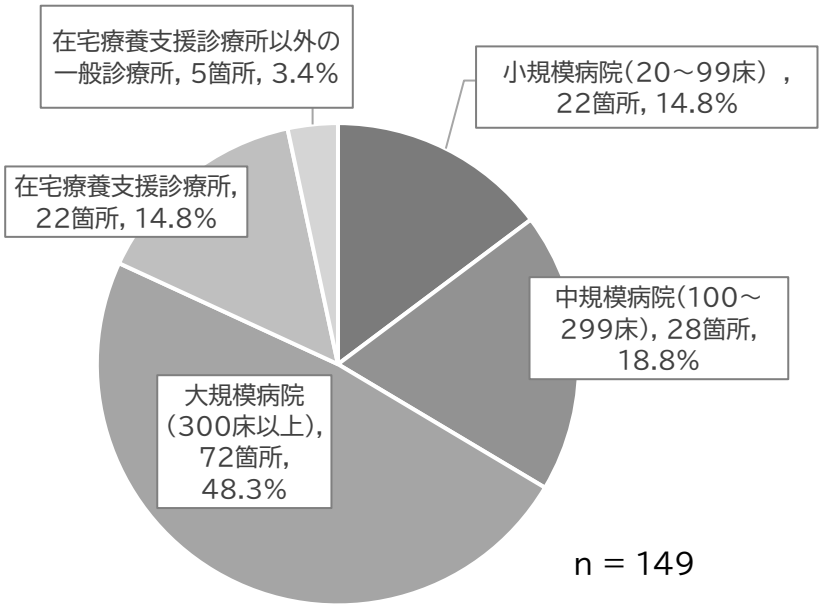
7． 結果

＜施設責任者票＞

問 1)施設の規模

施設の規模は、「小規模病院（20～99 床)」22 箇所（14.8%)、「中規模病院（100～299 床)」28 箇所（18.8%)、「大規模病院（300 床以上)」72 箇所（48.3%)、「在宅療養支援診療所」22 箇所（14.8%)、「在宅療養支援診療所以外の一般診療所」5 箇所（3.4%）であった。

図表 1 問 1)施設の規模



[問 1 で「小規模病院(20～99 床)」もしくは「中規模病院(100～299 床)」もしくは「大規模病院(300 床以上)」を選択した場合のみ回答]

問 2)施設の機能

施設の機能は、「急性期機能」が 30.3%と最も多く、次いで「高度急性期機能」26.2%、「ミックス型」16.4%、「慢性期機能」10.7%、「回復期機能」8.2%、「在宅療養支援機能」1.6%、「その他」3.3%であった。

図表 2 問 2)施設の機能

	全体	高度急性期機能	急性期機能	回復期機能	慢性期機能	ミックス型	在宅療養支援機能	その他	無回答
全体	(122)	32	37	10	13	20	2	4	4
		26.2	30.3	8.2	10.7	16.4	1.6	3.3	3.3
小規模病院(20～99床)	(22)	0	3	6	5	4	2	2	0
		0.0	13.6	27.3	22.7	18.2	9.1	9.1	0.0
中規模病院(100～299床)	(28)	0	6	4	6	10	0	1	1
		0.0	21.4	14.3	21.4	35.7	0.0	3.6	3.6
大規模病院(300床以上)	(72)	32	28	0	2	6	0	1	3
		44.4	38.9	0.0	2.8	8.3	0.0	1.4	4.2
在宅療養支援診療所	(0)	0	0	0	0	0	0	0	0
		0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
在宅療養支援診療所以外の一般診療所	(0)	0	0	0	0	0	0	0	0
		0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0

問 3)職員体制

職員体制は、「医師」が 93.3%と最も多く、次いで「看護職」81.9%、「事務職」79.2%、「薬剤師」63.1%、「(管理) 栄養士」62.4%、「リハビリ職員」61.7%、「支援相談員」55.7%、「介護職」37.6%、「心理士」34.9%、「介護支援専門員」24.8%、無回答 1.3%であった。

図表 3 問 3)職員体制

	全体	医師	看護職	介護職	支援相談員	介護支援専門員	リハビリ職員	(管理)栄養士	事務職	薬剤師	心理士	無回答
全体	(149)	139	122	56	83	37	92	93	118	94	52	2
		93.3	81.9	37.6	55.7	24.8	61.7	62.4	79.2	63.1	34.9	1.3
小規模病院(20～99床)	(22)	22	22	16	16	8	20	22	22	22	1	0
		100.0	100.0	72.7	72.7	36.4	90.9	100.0	100.0	100.0	4.5	0.0
中規模病院(100～299床)	(28)	25	20	13	19	9	19	19	20	19	6	0
		89.3	71.4	46.4	67.9	32.1	67.9	67.9	71.4	67.9	21.4	0.0
大規模病院(300床以上)	(72)	66	56	25	46	20	52	51	52	52	44	2
		91.7	77.8	34.7	63.9	27.8	72.2	70.8	72.2	72.2	61.1	2.8
在宅療養支援診療所	(22)	21	20	2	1	0	1	1	19	1	0	0
		95.5	90.9	9.1	4.5	0.0	4.5	4.5	86.4	4.5	0.0	0.0
在宅療養支援診療所以外の一般診療所	(5)	5	4	0	1	0	0	0	5	0	1	0
		100.0	80.0	0.0	20.0	0.0	0.0	0.0	100.0	0.0	20.0	0.0

問 4)ACP の認知度

『ACP を知っていますか』という問いに対し、「はい」が 94.0%と最も多く、次いで「いいえ」4.7%、無回答 1.3%であった。

図表 4　問 4)ACP の認知度

	全体	はい	いいえ	無回答
全体	(149)	140 94.0	7 4.7	2 1.3
小規模病院(20～99床)	(22)	21 95.5	1 4.5	0 0.0
中規模病院(100～299床)	(28)	26 92.9	1 3.6	1 3.6
大規模病院(300床以上)	(72)	70 97.2	1 1.4	1 1.4
在宅療養支援診療所	(22)	21 95.5	1 4.5	0 0.0
在宅療養支援診療所以外の一般診療所	(5)	2 40.0	3 60.0	0 0.0

[問 4 で「はい」を選択した場合のみ回答]

問 5-1)ACP の実践状況①

ACP を知っている（問 4 で「はい」）と回答した施設のうち、『ACP を実践していますか』という問いに対し、「はい」が 76.4%と最も多く、次いで「いいえ」18.6%、「わからない」5.0%と回答した。

図表 5　問 5-1)ACP の実践状況①

	全体	はい	いいえ	わからない
全体	(140)	107 76.4	26 18.6	7 5.0
小規模病院(20～99床)	(21)	13 61.9	5 23.8	3 14.3
中規模病院(100～299床)	(26)	19 73.1	6 23.1	1 3.8
大規模病院(300床以上)	(70)	61 87.1	6 8.6	3 4.3
在宅療養支援診療所	(21)	14 66.7	7 33.3	0 0.0
在宅療養支援診療所以外の一般診療所	(2)	0 0.0	2 100.0	0 0.0

［問 4 で「いいえ」を選択した場合のみ回答］

問 5-2）ACP の実践状況②

ACP を知らない（問 4 で「いいえ」）と回答した施設のうち、全ての施設（100%）が『アドバンス・ケア・プランニング（ACP）とは、自らの病状が差し迫った状態の時に希望している医療やケアが受けられることを、患者さんと事前に話し合うプロセスのことを指します。日本においてもアドバンス・ケア・プランニングを普及させる動きが進んでいます。』について、「上記の取り組みを行っていない」と回答した。

図表 6　問 5-2）ACP の実践状況②

	全体	上記の取り組みを行っている	上記の取り組みを行っていない
全体	(7)	0 0.0	7 100.0
小規模病院（20～99床）	(1)	0 0.0	1 100.0
中規模病院（100～299床）	(1)	0 0.0	1 100.0
大規模病院（300床以上）	(1)	0 0.0	1 100.0
在宅療養支援診療所	(1)	0 0.0	1 100.0
在宅療養支援診療所以外の一般診療所	(3)	0 0.0	3 100.0

［問４で「いいえ」もしくは「わからない」もしくは「上記の取り組みを行っていない」を選択した場合のみ回答］

問 6）ACP を実践しない理由

ACP を実践していない（問 5 で「いいえ」もしくは「わからない」もしくは「上記取り組みを行っていない」）と回答した施設のうち、ACP を実践しない理由は、「時間的余裕がない」「ACP を行っても、本人が話した内容を残しておく媒体や、残しておくルールが整っていない」が 25.0%と最も多く、次いで「自分の知識不足」22.5%、「その他」15.0%、「職員が患者に話しをする際に尋ねることがまとめられていない」7.5%、「施設でスタッフの協力が得られない」2.5%であった。

図表 7　問 6）ACP を実践しない理由

	全体	時間的余裕がない	自分の知識不足	施設でスタッフの協力が得られない	職員が患者に話しをする際に尋ねることなどがまとめられていない	ACPを行っても、本人が話した内容を残しておく媒体や、残しておくルールが整っていない	その他（自由記述）	無回答
全体	(40)	10	9	1	3	10	6	1
		25.0	22.5	2.5	7.5	25.0	15.0	2.5
小規模病院（20～99床）	(9)	1	4	0	1	1	2	0
		11.1	44.4	0.0	11.1	11.1	22.2	0.0
中規模病院（100～299床）	(8)	2	0	0	1	4	0	1
		25.0	0.0	0.0	12.5	50.0	0.0	12.5
大規模病院（300床以上）	(10)	1	2	1	1	4	1	0
		10.0	20.0	10.0	10.0	40.0	10.0	0.0
在宅療養支援診療所	(8)	3	2	0	0	1	2	0
		37.5	25.0	0.0	0.0	12.5	25.0	0.0
在宅療養支援診療所以外の一般診療所	(5)	3	1	0	0	0	1	0
		60.0	20.0	0.0	0.0	0.0	20.0	0.0

図表 8　問 6）ACP を実践しない理由（その他）

【その他（自由記述）】

- 終末期医療についての限定的な ACP はあるが、元気な時から考えておくという ACP に取り組めていない。これから取り組もうと動き出しているところ。
- 精神科クリニックであり、ニーズがほぼないように思います。
- 医療と ACP は相容れない面があると思います。深く深く議論していただきたいと思います。
- 今のところ、具体的な対象者がいない
- 開設して 1 年目であり、マニュアルはあるが、積極的に実践してはいない。今後、必要になるとは考えている。

問 7)インタビュー調査協力の可否

※結果は省略

問 8)アクションリサーチ協力の可否

※結果は省略

[問 5 で「はい」もしくは「上記の取り組みを行っている」を選択した場合のみ回答]

問 9)ACP の実施割合

ACP を実践している（問 5 で「はい」もしくは「上記取り組みを行っている」）と回答した施設のうち、ACP の実施割合は、「半分未満」27.1%が最も多く、次いで「1 割程度」24.3%、「半分以上」18.7%、「大抵の患者」16.8%、「必ず実施」8.4%であった。

図表 9　問 9)ACP の実施割合

	全体	必ず実施している(10割)	大抵の患者(8割以上)に実施している	半分以上(5割以上)に実施している	半分未満に実施している(2～4割)	1割程度実施している	無回答
全体	(107)	9	18	20	29	26	5
		8.4	16.8	18.7	27.1	24.3	4.7
小規模病院(20～99床)	(13)	1	6	2	2	2	0
		7.7	46.2	15.4	15.4	15.4	0.0
中規模病院(100～299床)	(19)	1	3	4	5	5	1
		5.3	15.8	21.1	26.3	26.3	5.3
大規模病院(300床以上)	(61)	6	6	11	19	15	4
		9.8	9.8	18.0	31.1	24.6	6.6
在宅療養支援診療所	(14)	1	3	3	3	4	0
		7.1	21.4	21.4	21.4	28.6	0.0
在宅療養支援診療所以外の一般診療所	(0)	0	0	0	0	0	0
		0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0

［問 5 で「はい」もしくは「上記の取り組みを行っている」を選択した場合のみ回答］

問 10）ACP に関与する職種

ACP を実践している（問 5 で「はい」もしくは「上記取り組みを行っている」）と回答した施設のうち、ACP に関与する職種は、「看護師」が 94.4%と最も多く、次いで「医師」92.5%、「医療ソーシャルワーカー／社会福祉士」71.0%、「リハビリ職員」29.0%、「薬剤師」19.6%、「心理士」19.6%、「その他（チーム）」18.7%、「介護支援専門員」13.1%、「歯科医師」13.1%、「事務職」7.5%であった。

図表 10　問 10）ACP に関与する職種

	全体	医師	歯科医師	薬剤師	看護師	心理士	医療ソーシャルワーカー／社会福祉士	介護支援専門員（ケアマネジャー）	リハビリ職員（理学療法士／作業療法士／言語聴覚士）	事務職員（上記の資格を有していない）	その他（チーム）	無回答
全体	(107)	99	14	21	101	21	76	14	31	8	20	1
		92.5	13.1	19.6	94.4	19.6	71.0	13.1	29.0	7.5	18.7	0.9
小規模病院（20～99床）	(13)	12	0	1	13	0	12	3	3	0	0	0
		92.3	0.0	7.7	100.0	0.0	92.3	23.1	23.1	0.0	0.0	0.0
中規模病院（100～299床）	(19)	18	0	3	19	2	15	4	8	1	1	0
		94.7	0.0	15.8	100.0	10.5	78.9	21.1	42.1	5.3	5.3	0.0
大規模病院（300床以上）	(61)	55	14	17	59	19	49	5	18	7	18	1
		90.2	23.0	27.9	96.7	31.1	80.3	8.2	29.5	11.5	29.5	1.6
在宅療養支援診療所	(14)	14	0	0	10	0	0	2	2	0	1	0
		100.0	0.0	0.0	71.4	0.0	0.0	14.3	14.3	0.0	7.1	0.0
在宅療養支援診療所以外の一般診療所	(0)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
		0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0

[問 5 で「はい」もしくは「上記の取り組みを行っている」を選択した場合のみ回答]

問 11)ACP の実施時期

ACP を実践している（問 5 で「はい」もしくは「上記取り組みを行っている」）と回答した施設のうち、ACP の実施時期は、「本人・家族から要望があった際」が 66.4%と最も多く、次いで「入院中」56.1%、「急変時」54.2%、「入院時」48.6%、「通院時」41.1%、「退院前」36.4%、「初診時」19.6%、「その他」14.0%であった。

図表 11　問 11)ACP の実施時期

	全体	入院時（入所時）	入院中（入所中）	退院前	急変時	ご本人・ご家族から要望があった際	初診時	通院時	その他	無回答
全体	(107)	52	60	39	58	71	21	44	15	1
		48.6	56.1	36.4	54.2	66.4	19.6	41.1	14.0	0.9
小規模病院(20～99床)	(13)	9	10	4	5	5	2	5	2	0
		69.2	76.9	30.8	38.5	38.5	15.4	38.5	15.4	0.0
中規模病院(100～299床)	(19)	10	12	7	11	8	1	5	4	0
		52.6	63.2	36.8	57.9	42.1	5.3	26.3	21.1	0.0
大規模病院(300床以上)	(61)	32	38	26	32	45	11	28	6	1
		52.5	62.3	42.6	52.5	73.8	18.0	45.9	9.8	1.6
在宅療養支援診療所	(14)	1	0	2	10	13	7	6	3	0
		7.1	0.0	14.3	71.4	92.9	50.0	42.9	21.4	0.0
在宅療養支援診療所以外の一般診療所	(0)	0	0	0	0	0	0	0	0	0
		0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0

図表 12　問 11)ACP の実施時期(その他)

【その他(自由記述)】

① 平時・早期からの実施(予防的・継続的 ACP)

- 外来
- 平時から。往診時や外来受診時にパンフレットを渡して後日話し合い
- 患者さんのタイミングに応じて実施している

② 在宅医療導入・ケア移行時

- 在宅医療移行時（訪問導入面談）
- 訪問診療時

③ 病状変化・悪化時

- 病状変化や必要時
- 病態を把握し必要時
- 状態変化があったとき
- 状態悪化が予想される時
- 食事・水分が摂れなくなったとき

④ 入院時やエンドオブライフ時期

- 終末期の患者さんの入院時
- 入院決定時に ACP を行っている。問診時、入院中も継続して話し合い

⑤ 医療者主導の判断による実施

- 医療者が必要と考えたとき

- 担当者がタイミングと考えた時
- 患者・家族のニーズ・不安に応じた実施
- 利用者の終末期ケア以外の不安や困りごとも含めて実施

[問 5 で「はい」もしくは「上記の取り組みを行っている」を選択した場合のみ回答]

問 12)ACP の実施頻度

ACP を実践している（問 5 で「はい」もしくは「上記取り組みを行っている」）と回答した施設のうち、ACP の実施頻度は、「イベント時（急変時)」が 48.6%と最も多く、次いで「2～3 か月に 1 回」17.8%、「1 か月に 1 回」9.3%、「1 年に 1 回」6.5%、「半年に 1 回」5.6%、「数年に 1 回」5.6%であった。

図表 13 問 12)ACP の実施頻度

	全体	1か月に1回	2～3か月に1回	半年に1回	1年に1回	数年に1回	イベント時(急変時)	無回答
全体	(107)	10	19	6	7	6	52	7
		9.3	17.8	5.6	6.5	5.6	48.6	6.5
小規模病院(20～99床)	(13)	1	5	1	0	1	4	1
		7.7	38.5	7.7	0.0	7.7	30.8	7.7
中規模病院(100～299床)	(19)	2	2	1	2	2	9	1
		10.5	10.5	5.3	10.5	10.5	47.4	5.3
大規模病院(300床以上)	(61)	6	10	3	4	1	32	5
		9.8	16.4	4.9	6.6	1.6	52.5	8.2
在宅療養支援診療所	(14)	1	2	1	1	2	7	0
		7.1	14.3	7.1	7.1	14.3	50.0	0.0
在宅療養支援診療所以外の一般診療所	(0)	0	0	0	0	0	0	0
		0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0

［問 5 で「はい」もしくは「上記の取り組みを行っている」を選択した場合のみ回答］

問 13）ACP を記録する機能・仕組みの有無

ACP を実践している（問 5 で「はい」もしくは「上記取り組みを行っている」）と回答した施設のうち、ACP を記録する機能・仕組みは、「ある」62.6%、「なし」37.4%であった。

図表 14　問 13）ACP を記録する機能・仕組みの有無

	全体	ある	なし
全体	(107)	67 62.6	40 37.4
小規模病院（20～99床）	(13)	6 46.2	7 53.8
中規模病院（100～299床）	(19)	12 63.2	7 36.8
大規模病院（300床以上）	(61)	40 65.6	21 34.4
在宅療養支援診療所	(14)	9 64.3	5 35.7
在宅療養支援診療所以外の一般診療所	(0)	0 0.0	0 0.0

［問 13 で「ある」を選択した場合のみ回答］

問 14）ACP を記録する機能・仕組みの詳細

問 13 で ACP を記録する機能・仕組みについて「ある」と回答した施設のうち、ACP の記録方法は、「電子カルテに専用入力欄がある」が 43.3%と最も多く、次いで「入力場所を定めている」41.8%、「実践記録用紙をスキャン保存」34.3%、「その他」7.5%、「紙カルテ記載」3.0%、「院外との情報共有電子ツールを使用」0%であった。

図表 15　問 14）ACP を記録する機能・仕組みの詳細

	全体	電子カルテに専用入力欄がある	電子カルテに専用欄はないが入力場所を定めている	実践記録用紙をスキャン保存している	紙カルテに記載している	院外との情報共有電子ツールを使用している	その他（自由記述）
全体	(67)	29 43.3	28 41.8	23 34.3	2 3.0	0 0.0	5 7.5
小規模病院（20～99床）	(6)	3 50.0	1 16.7	1 16.7	1 16.7	0 0.0	2 33.3
中規模病院（100～299床）	(12)	2 16.7	8 66.7	4 33.3	0 0.0	0 0.0	1 8.3
大規模病院（300床以上）	(40)	21 52.5	13 32.5	14 35.0	0 0.0	0 0.0	2 5.0
在宅療養支援診療所	(9)	3 33.3	6 66.7	4 44.4	1 11.1	0 0.0	0 0.0
在宅療養支援診療所以外の一般診療所	(0)	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0

図表 16　問 14）ACP を記録する機能・仕組みの詳細（その他）

【その他（自由記述）】

- Word でテンプレート作成しており、必要時貼り付ける体制がある。
- カルテ記録の中に記入
- 説明書・意思確認書を作成している
- 電子カルテの SOAP 欄に ACP というタグを付けて検索できるようにしている
- 電子カルテ記載にしおりをつけて検索できるようにしている

［問 13 で「ある」を選択した場合のみ回答］

問 15）ACP で聴取する内容

問 13 で ACP を記録する機能・仕組みについて「ある」と回答した施設のうち、ACP で聴取する内容は、「心肺停止時の蘇生行為希望」が 88.1%と最も多く、次いで「今後の療養や生活に関する本人・家族の意向」88.1%、「人工栄養」76.1%、「代理意思決定者」71.6%、「人生で大事にしてきたもの」70.1%、「ライフレビュー」38.8%、「その他」6.0%であった。

図表 17　問 15）ACP で聴取する内容

	全体	心肺停止時の蘇生行為希望	人工栄養（胃ろう、中心静脈栄養）	人生で大事にしてきたもの	ライフレビュー	今後の療養や生活に関する本人･家族の意向	代理意思決定者	その他（自由記述）
全体	(67)	59	51	47	26	59	48	4
		88.1	76.1	70.1	38.8	88.1	71.6	6.0
小規模病院（20～99床）	(6)	6	6	3	2	6	4	0
		100.0	100.0	50.0	33.3	100.0	66.7	0.0
中規模病院（100～299床）	(12)	11	10	7	4	10	8	0
		91.7	83.3	58.3	33.3	83.3	66.7	0.0
大規模病院（300床以上）	(40)	34	28	32	19	35	29	4
		85.0	70.0	80.0	47.5	87.5	72.5	10.0
在宅療養支援診療所	(9)	8	7	5	1	8	7	0
		88.9	77.8	55.6	11.1	88.9	77.8	0.0
在宅療養支援診療所以外の一般診療所	(0)	0	0	0	0	0	0	0
		0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0

図表 18　問 15）ACP で聴取する内容（その他）

【その他（自由記述）】

- 苦痛のスクリーニングに ACP の項目「将来の変化に備え医療者との話し合いを希望しますか」を入れ、希望があった方に担当看護師が問診している。その方の希望に合わせ対応している。
- 今の治療や療養の方針について
- 病名・予後の告知の希望、治療するうえで優先したいこと、臓器提供の意思

[問 5 で「はい」もしくは「上記の取り組みを行っている」を選択した場合のみ回答]

問 16-1)外部提供書式の ACP 記載欄の有無

ACP を実践している（問 5 で「はい」もしくは「上記取り組みを行っている」）と回答した施設のうち、外部提供書式の ACP 記載専用欄は、「なし」が 85.0%「ある」13.1%、無回答 1.9%であった。

図表 19　問 16-1)外部提供書式の ACP 記載欄の有無

	全体	ある	なし	無回答
全体	(107)	14 13.1	91 85.0	2 1.9
小規模病院(20～99床)	(13)	5 38.5	7 53.8	1 7.7
中規模病院(100～299床)	(19)	1 5.3	18 94.7	0 0.0
大規模病院(300床以上)	(61)	6 9.8	54 88.5	1 1.6
在宅療養支援診療所	(14)	2 14.3	12 85.7	0 0.0
在宅療養支援診療所以外の一般診療所	(0)	0 0.0	0 0.0	0 0.0

［問 16-1 で「ある」を選択した場合のみ回答］

問 16-2)外部提供書式の ACP 記載専用欄の具体的な書式

外部提供書式の ACP 記載専用欄の具体的な書式としては、「看護サマリー」71.4%が最も多く、次いで「診療情報提供書」64.3%、「その他」28.6%であった。「リハビリサマリー」および「介護連携指導書」はいずれも 7.1%であった。

図表 20　問 16-2)外部提供書式の ACP 記載専用欄の具体的な書式

	全体	診療情報提供書	看護サマリー	リハビリサマリー	介護連携指導書	その他（自由記述）
全体	(14)	9 64.3	10 71.4	1 7.1	1 7.1	4 28.6
小規模病院（20～99床）	(5)	2 40.0	5 100.0	0 0.0	1 20.0	1 20.0
中規模病院（100～299床）	(1)	1 100.0	1 100.0	1 100.0	0 0.0	0 0.0
大規模病院（300床以上）	(6)	4 66.7	4 66.7	0 0.0	0 0.0	3 50.0
在宅療養支援診療所	(2)	2 100.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0
在宅療養支援診療所以外の一般診療所	(0)	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0

図表 21　問 16-2)外部提供書式の ACP 記載専用欄の具体的な書式（その他）

【その他（自由記述）】

- ○○圏域共通の ACP ノート
- ACP 相談ケアサマリー
- 新たな用紙を作成

[問 5 で「はい」もしくは「上記の取り組みを行っている」を選択した場合のみ回答]

問 17)他機関からの ACP 情報の入手状況

ACP を実践している（問 5 で「はい」もしくは「上記取り組みを行っている」）と回答した施設のうち、他機関からの ACP 情報の入手状況は、「ある」が 75.7%と最も多く、次いで「なし」20.6%、「その他」1.9%、無回答 1.9%であった。

図表 22　問 17)他機関からの ACP 情報の入手状況

	全体	ある	なし	その他（自由記載）	無回答
全体	(107)	81 75.7	22 20.6	2 1.9	2 1.9
小規模病院（20～99床）	(13)	10 76.9	3 23.1	0 0.0	0 0.0
中規模病院（100～299床）	(19)	12 63.2	6 31.6	1 5.3	0 0.0
大規模病院（300床以上）	(61)	47 77.0	11 18.0	1 1.6	2 3.3
在宅療養支援診療所	(14)	12 85.7	2 14.3	0 0.0	0 0.0
在宅療養支援診療所以外の一般診療所	(0)	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0

図表 23　問 17)他機関からの ACP 情報の入手状況（その他）

【その他（自由記述）】

- ACP の情報源は、当事者である本人や家族であるべきと考えています。
- 終末期の患者さんの転院の時

[問 5 で「はい」もしくは「上記の取り組みを行っている」を選択した場合のみ回答]

問 18）事前指示書・リビングウィルの書式の作成

ACP を実践している（問 5 で「はい」もしくは「上記取り組みを行っている」）と回答した施設のうち、事前指示書・リビングウィルの書式の作成は、「していない」が 74.8%と最も多く、次いで「している」23.4%、無回答 1.9%であった。

図表 24　問 18）事前指示書・リビングウィルの書式の作成

	全体	していない	している（具体的にご記載ください）	無回答
全体	(107)	80 74.8	25 23.4	2 1.9
小規模病院（20～99床）	(13)	11 84.6	2 15.4	0 0.0
中規模病院（100～299床）	(19)	14 73.7	5 26.3	0 0.0
大規模病院（300床以上）	(61)	44 72.1	15 24.6	2 3.3
在宅療養支援診療所	(14)	11 78.6	3 21.4	0 0.0
在宅療養支援診療所以外の一般診療所	(0)	0 0.0	0 0.0	0 0.0

図表 25　問 18）事前指示書・リビングウィルの書式の作成（その他）

【その他（自由記述）】

① 専用の事前指示書・リビングウィル等が整備されている

- 事前指示書あり
- アドバンス・ディレクティブの様式あり
- リビングウィル、POLST
- POLST に沿った文書を作成
- 自治体と共同で作成済み

② ACP と別フォーマットで運用している

- AD・DNAR 指示書と ACP は別フォーマット
- ACP 分割シート（過去・現在・未来）
- これからの人生や治療・療養についての質問用紙

③ 一部項目・簡易様式として対応（限定的書式）

- 急変時対応の書式のみ
- 入院申込書に記載欄あり（自由記載）
- テンプレートに含まれている

④ 既存ツール・地域資源の活用

- ○○圏域共通 ACP ノート
- 町の終活ノートを抜粋して使用

- 私のツイートノート

⑤ 実際には活用されていない／代替手段で記録

- 事前指示同意書はあるがほぼ未使用
- 電子カルテ掲示板に記載して運用

[問 5 で「はい」もしくは「上記の取り組みを行っている」を選択した場合のみ回答]

問 19-1)ACP を地域で共有する仕組みの有無

ACP を実践している（問 5 で「はい」もしくは「上記取り組みを行っている」）と回答した施設のうち、ACP を地域で共有する仕組みは、「なし」が 83.2%と最も多く、次いで「ある」14.0%、無回答 2.8%であった。

図表 26 問 19-1)ACP を地域で共有する仕組みの有無

	全体	ある	なし	無回答
全体	(107)	15 14.0	89 83.2	3 2.8
小規模病院（20～99床）	(13)	3 23.1	10 76.9	0 0.0
中規模病院（100～299床）	(19)	1 5.3	18 94.7	0 0.0
大規模病院（300床以上）	(61)	6 9.8	53 86.9	2 3.3
在宅療養支援診療所	(14)	5 35.7	8 57.1	1 7.1
在宅療養支援診療所以外の一般診療所	(0)	0 0.0	0 0.0	0 0.0

［問 19-1 で「ある」を選択した場合のみ回答］

問 19-2)ACP を地域で共有する具体的な仕組み

ACP を地域で共有する具体的な仕組みは、「民間 ICT ツール」が 40.0%と最も多く、次いで「地域医療情報ネットワーク」33.3%、「メール・FAX 等」20.0%、「自治体等が運営する地域ケア情報共有システム」13.3%、「その他」13.3%、「電子版アプリ」6.7%であった。

図表 27　問 19-2)ACP を地域で共有する具体的な仕組み

	全体	地域医療情報ネットワーク（病院・診療所・訪問看護、介護施設等が共通IDで患者の情報を共有）	民間ICTツール	電子版アプリ	自治体等が運営する地域ケア情報共有システム	メール、FAX等による情報共有	その他（自由記述）
全体	(15)	5 33.3	6 40.0	1 6.7	2 13.3	3 20.0	2 13.3
小規模病院（20～99床）	(3)	1 33.3	2 66.7	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0
中規模病院（100～299床）	(1)	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	1 100.0
大規模病院（300床以上）	(6)	4 66.7	0 0.0	0 0.0	1 16.7	2 33.3	1 16.7
在宅療養支援診療所	(5)	0 0.0	4 80.0	1 20.0	1 20.0	1 20.0	0 0.0
在宅療養支援診療所以外の一般診療所	(0)	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0

図表 28　問 19-2)ACP を地域で共有する具体的な仕組み（その他）

【その他（自由記述）】

- 同意を得られた患者の情報提供書に ACP について記載
- 電子カルテの親和性が低く最近はあまり活用されていない。

問 20)ACP に関する記録様式（書式）の提供可否

※結果は省略

[問 5 で「はい」もしくは「上記の取り組みを行っている」を選択した場合のみ回答]

問 21-1)「人生の最終段階における医療・ケアの方針等の決定支援加算」の算定

ACP を実践している（問 5 で「はい」もしくは「上記取り組みを行っている」）と回答した施設のうち、人生の最終段階における医療・ケアの方針等の決定支援加算の算定は、「いいえ」が 73.8%と最も多く、次いで「はい」17.8%、無回答 8.4%であった。

図表 29　問 21-1)「人生の最終段階における医療・ケアの方針等の決定支援加算」の算定

	全体	はい	いいえ	無回答
全体	(107)	19 17.8	79 73.8	9 8.4
小規模病院（20～99床）	(13)	3 23.1	10 76.9	0 0.0
中規模病院（100～299床）	(19)	2 10.5	17 89.5	0 0.0
大規模病院（300床以上）	(61)	14 23.0	40 65.6	7 11.5
在宅療養支援診療所	(14)	0 0.0	12 85.7	2 14.3
在宅療養支援診療所以外の一般診療所	(0)	0 0.0	0 0.0	0 0.0

[問 21-1 で「はい」を選択した場合のみ回答]

問 21-2)ACP に関する指針

人生の最終段階における医療・ケアの方針等の決定支援加算を算定している（問 21-1 で「はい」と回答した）施設のうち、ACP に関する指針は、「作成している」94.7%、「作成していない」5.3%であった。

図表 30　問 21-2)ACP に関する指針

	全体	作成している	作成していない	その他（自由記述）
全体	(19)	18 94.7	1 5.3	0 0.0
小規模病院（20～99床）	(3)	3 100.0	0 0.0	0 0.0
中規模病院（100～299床）	(2)	2 100.0	0 0.0	0 0.0
大規模病院（300床以上）	(14)	13 92.9	1 7.1	0 0.0
在宅療養支援診療所	(0)	0 0.0	0 0.0	0 0.0
在宅療養支援診療所以外の一般診療所	(0)	0 0.0	0 0.0	0 0.0

[問 5 で「はい」もしくは「上記の取り組みを行っている」を選択した場合のみ回答]

問 22-1)ACP に関する研修

ACP を実践している（問 5 で「はい」もしくは「上記取り組みを行っている」）と回答した施設のうち、ACP に関する研修は、「施設内で行っている」が 58.9%と最も多く、次いで「外部団体が主催する研修受講」26.2%、「その他」7.5%、「学会のワークショップに参加」2.8%、無回答 4.7%であった。

図表 31　問 22-1)ACP に関する研修

	全体	施設内で行っている	外部団体が主催する研修を受講している	学会のワークショップに参加している	その他（自由記述）	無回答
全体	(107)	63 58.9	28 26.2	3 2.8	8 7.5	5 4.7
小規模病院（20～99床）	(13)	6 46.2	4 30.8	0 0.0	2 15.4	1 7.7
中規模病院（100～299床）	(19)	11 57.9	5 26.3	1 5.3	2 10.5	0 0.0
大規模病院（300床以上）	(61)	43 70.5	11 18.0	2 3.3	3 4.9	2 3.3
在宅療養支援診療所	(14)	3 21.4	8 57.1	0 0.0	1 7.1	2 14.3
在宅療養支援診療所以外の一般診療所	(0)	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0

図表 32　問 22-1)ACP に関する研修（その他）

【その他（自由記述）】

- 行っていない
- 心不全の院内勉強会で取り扱った
- ない
- 院内及び外部団体主催
- 研修は行なってない
- e ラーニング
- 院内研修は行っていないが、各部署で勉強会は行っている。

［問 22-1 で「施設内で行っている」を選択した場合のみ回答］

問 22-2）ACP に関する教育・研修の対象職種

問 22-1 で ACP に関する教育・研修について「施設内で行っている」と回答した施設のうち、ACP に関する教育・研修の対象職種は、「看護師」が 95.2%と最も多く、次いで「医師」88.9%、「医療ソーシャルワーカー／社会福祉士」77.8%、「薬剤師」60.3%、「リハビリ職員」55.6%、「事務職員」49.2%、「心理士」44.4%、「歯科医師」34.9%、「介護支援専門員」30.2%、「その他」20.6%であった。

図表 33　問 22-2）ACP に関する教育・研修の対象職種

	全体	医師	歯科医師	薬剤師	看護師	心理士	医療ソーシャルワーカー／社会福祉士	介護支援専門員（ケアマネジャー）	リハビリ職員（理学療法士／作業療法士／言語聴覚士）	事務職員（上記の資格を有していない）	その他（チーム）
全体	(63)	56	22	38	60	28	49	19	35	31	13
		88.9	34.9	60.3	95.2	44.4	77.8	30.2	55.6	49.2	20.6
小規模病院（20～99床）	(6)	6	0	3	6	0	6	2	4	3	0
		100.0	0.0	50.0	100.0	0.0	100.0	33.3	66.7	50.0	0.0
中規模病院（100～299床）	(11)	10	1	7	11	4	10	2	7	6	1
		90.9	9.1	63.6	100.0	36.4	90.9	18.2	63.6	54.5	9.1
大規模病院（300床以上）	(43)	38	21	28	42	24	33	14	24	21	11
		88.4	48.8	65.1	97.7	55.8	76.7	32.6	55.8	48.8	25.6
在宅療養支援診療所	(3)	2	0	0	1	0	0	1	0	1	1
		66.7	0.0	0.0	33.3	0.0	0.0	33.3	0.0	33.3	33.3
在宅療養支援診療所以外の一般診療所	(0)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
		0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0

[問 5 で「はい」もしくは「上記の取り組みを行っている」を選択した場合のみ回答]

問 23-1)ACP 実践のための地域への啓発活動

ACP を実践している（問 5 で「はい」もしくは「上記取り組みを行っている」）と回答した施設のうち、ACP 実践のための地域への啓発活動は、「行っていない」が 52.3%と最も多く、次いで「行っている」40.2%、「わからない」6.5%、無回答 0.9%であった。

図表 34　問 23-1)ACP 実践のための地域への啓発活動

	全体	行っている	行っていない	分からない	無回答
全体	(107)	43 40.2	56 52.3	7 6.5	1 0.9
小規模病院(20～99床)	(13)	5 38.5	7 53.8	1 7.7	0 0.0
中規模病院(100～299床)	(19)	3 15.8	15 78.9	1 5.3	0 0.0
大規模病院(300床以上)	(61)	33 54.1	25 41.0	2 3.3	1 1.6
在宅療養支援診療所	(14)	2 14.3	9 64.3	3 21.4	0 0.0
在宅療養支援診療所以外の一般診療所	(0)	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0

[問 23-1 で「行っている」を選択した場合のみ回答]

問 23-2)ACP 実践のための地域への啓発活動の具体的な内容

ACP 実践のための地域への啓発活動の具体的な内容は、「市民向け講演会・ワークショップ」が 76.7%と最も多く、次いで「パンフレットやリーフレット等の配布」53.5%、「ホームページや広報誌」30.2%、「その他」11.6%、「メディア」9.3%であった。

図表 35 問 23-2)ACP 実践のための地域への啓発活動の具体的な内容

	全体	市民向けの講演会やワークショップを行っている	パンフレットやリーフレット等の配布	ホームページや広報誌での情報発信	メディア（新聞･ラジオ･SNSなど）での広報	その他（自由記述）
全体	(43)	33 76.7	23 53.5	13 30.2	4 9.3	5 11.6
小規模病院（20～99床）	(5)	4 80.0	2 40.0	2 40.0	0 0.0	1 20.0
中規模病院（100～299床）	(3)	1 33.3	2 66.7	0 0.0	0 0.0	0 0.0
大規模病院（300床以上）	(33)	26 78.8	18 54.5	11 33.3	4 12.1	4 12.1
在宅療養支援診療所	(2)	2 100.0	1 50.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0
在宅療養支援診療所以外の一般診療所	(0)	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0

図表 36 問 23-2)ACP 実践のための地域への啓発活動の具体的な内容（その他）

【その他（自由記述）】

- 県医師会ともに ACP サポーター養成研修、県民公開講座等を行っている
- 地区ごとに ACP 普及啓発講師制度があり、年に 2-3 回、地域住民の方に講演会を実施しています。
- 市民向けには年一回、講演会を外部団体として開催している。今年度から、自治体の補助事業として医療看護福祉従事者を対象とした ACP 実践研修会とお看取り研修会を開催している。
- 地域の医療従事者に向けて ACP 研究会を発足し、年 3 回教育講演や実践報告会をおこなっています。
- 地域の医療介護従事者と共同で行っている。

[問 5 で「はい」もしくは「上記の取り組みを行っている」を選択した場合のみ回答]

問 24)ACP 実践に関するマニュアル作成

ACP を実践している（問 5 で「はい」もしくは「上記取り組みを行っている」）と回答した施設のうち、ACP 実践に関するマニュアル作成は、「している」が 55.1%と最も多く、次いで「していない」39.3%、「その他」3.7%、無回答 1.9%であった。

図表 37　問 24)ACP 実践に関するマニュアル作成

	全体	している	していない	その他（具体的に記述して下さい）	無回答
全体	(107)	59 55.1	42 39.3	4 3.7	2 1.9
小規模病院(20～99床)	(13)	7 53.8	6 46.2	0 0.0	0 0.0
中規模病院(100～299床)	(19)	11 57.9	6 31.6	2 10.5	0 0.0
大規模病院(300床以上)	(61)	38 62.3	19 31.1	2 3.3	2 3.3
在宅療養支援診療所	(14)	3 21.4	11 78.6	0 0.0	0 0.0
在宅療養支援診療所以外の一般診療所	(0)	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0

図表 38　問 24)ACP 実践に関するマニュアル作成(その他)

【その他(自由記述)】

- ○○圏域共通 ACP ノートのマニュアル
- 意思決定の指針はあるが ACP マニュアルとうたったものはない
- 現在委員会を設定し作成中

[問 5 で「はい」もしくは「上記の取り組みを行っている」を選択した場合のみ回答]

問 25)ACP 実践の推奨ツール

ACP を実践している（問 5 で「はい」もしくは「上記取り組みを行っている」）と回答した施設のうち、ACP 実践の推奨ツールは、「病状説明用紙（署名欄あり）」が 51.4%と最も多く、次いで「治療同意書」32.7%、「自組織が作成した確認シート（署名欄あり）」25.2%、「DNAR（Do Not Attempt Resuscitation）の確認シート」22.4%、「病状説明用紙（署名欄なし）」21.5%、「自治体などが発行しているノート（署名欄あり）」16.8%、「自組織が作成した確認シート（署名なし）」15.9%、「事前指示書」8.4%、「特になし」7.5%、「自治体などが発行しているノート（署名欄なし）」6.5%、「その他」6.5%、「日本版 POLST（DNAR 指示を含む）日本臨床倫理学会発行」4.7%、無回答 1.9%であった。

図表 39 問 25)ACP 実践の推奨ツール

	全体	病状説明用紙（患者や立会人の署名欄あり）	病状説明用紙（患者や立会人の署名欄なし）	（何らかの）治療同意書	自治体などが発行している患者の医療希望を記載するノート（※）（患者の署名欄あり）	自治体などが発行している患者の医療希望を記載するノート（※）（患者の署名欄なし）	自組織が作成した、人生の最終段階の治療や処置希望の有無を確認するシート（患者の署名欄あり）	自組織が作成した、人生の最終段階の治療や処置希望の有無を確認するシート（患者の署名欄なし）	DNAR（Do Not Attempt Resuscitation）の確認シート	日本版POLST（DNAR指示を含む）日本臨床倫理学会発行	事前指示書	その他（自由記述）	特になし	無回答
全体	(107)	55	23	35	18	7	27	17	24	5	9	7	8	2
		51.4	21.5	32.7	16.8	6.5	25.2	15.9	22.4	4.7	8.4	6.5	7.5	1.9
小規模病院（20～99床）	(13)	6	1	1	1	0	3	2	3	1	1	1	2	1
		46.2	7.7	7.7	7.7	0.0	23.1	15.4	23.1	7.7	7.7	7.7	15.4	7.7
中規模病院（100～299床）	(19)	6	3	4	1	1	5	6	5	1	1	0	3	0
		31.6	15.8	21.1	5.3	5.3	26.3	31.6	26.3	5.3	5.3	0.0	15.8	0.0
大規模病院（300床以上）	(61)	37	13	25	10	5	15	8	13	3	6	6	2	1
		60.7	21.3	41.0	16.4	8.2	24.6	13.1	21.3	4.9	9.8	9.8	3.3	1.6
在宅療養支援診療所	(14)	6	6	5	6	1	4	1	3	0	1	0	1	0
		42.9	42.9	35.7	42.9	7.1	28.6	7.1	21.4	0.0	7.1	0.0	7.1	0.0
在宅療養支援診療所以外の一般診療所	(0)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
		0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0

図表 40 問 25)ACP 実践の推奨ツール（その他）

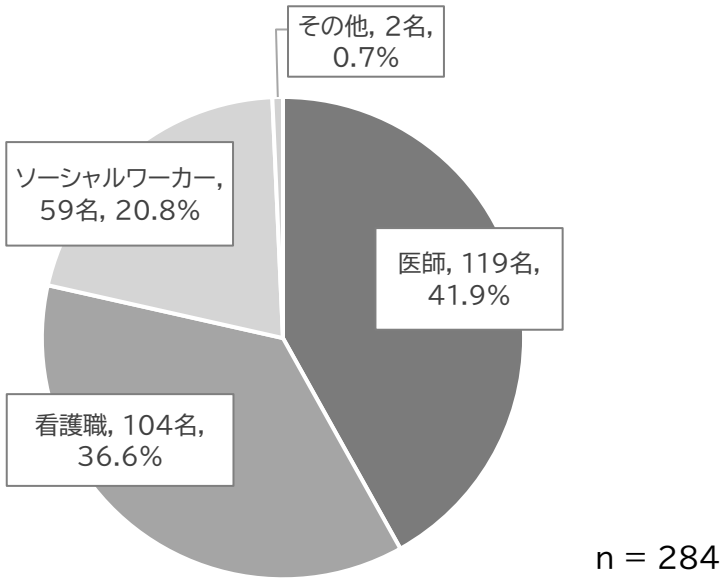
【その他（自由記述）】

- 市内の拠点病院を中心に作成した ACP の連携用紙を使用している
- 苦痛のスクリーニングに ACP の項目「将来の変化に備え医療者との話し合いを希望しますか」の項目を入れ、希望された方に対応している（ニーズに合わせて対応）
- 当院のテンプレート
- 診療録（カルテ）に記載する
- 自組織が作成したパンフレットを使用している

＜スタッフ票＞

スタッフ票は、医師 119 名（41.9%)、看護師 104 名（36.6%)、医療ソーシャルワーカー59 名（20.8%)、その他 2 名（0.7%）であった。

図表 41　スタッフ票の回答



問 1)施設の規模

施設の規模は、「大規模病院（300 床以上）」が 55.6%と最も多く、次いで「中規模病院（100～299 床）」19.9%、「小規模病院（20～99 床）」10.5%、「在宅療養支援診療所」9.8%、「在宅療養支援診療所以外の一般診療所」3.8%、無回答 0.3%であった。

図表 42　問 1)施設の規模

	全体	小規模病院(20～99床)	中規模病院(100～299床)	大規模病院(300床以上)	在宅療養支援診療所	在宅療養支援診療所以外の一般診療所	無回答
全体	(286)	30 10.5	57 19.9	159 55.6	28 9.8	11 3.8	1 0.3
医師	(119)	10 8.4	21 17.6	62 52.1	17 14.3	9 7.6	0 0.0
看護職	(104)	14 13.5	18 17.3	63 60.6	7 6.7	2 1.9	0 0.0
ソーシャルワーカー	(59)	6 10.2	18 30.5	33 55.9	2 3.4	0 0.0	0 0.0
その他	(2)	0 0.0	0 0.0	0 0.0	2 100.0	0 0.0	0 0.0

[問 1 で「小規模病院(20～99 床)」もしくは「中規模病院(100～299 床)」もしくは「大規模病院(300 床以上)」を選択した場合のみ回答]

問 2)施設の機能

施設の機能は、「急性期機能」が 41.1%と最も多く、次いで「高度急性期機能」26.0%、「ミックス型」17.5%、「慢性期機能」6.9%、「回復期機能」4.1%、「その他」2.8%、「在宅療養支援機能」1.2%、無回答 0.4%であった。

図表 43　問 2)施設の機能

	全体	高度急性期機能	急性期機能	回復期機能	慢性期機能	ミックス型	在宅療養支援機能	その他	無回答
全体	(246)	64 26.0	101 41.1	10 4.1	17 6.9	43 17.5	3 1.2	7 2.8	1 0.4
医師	(93)	24 25.8	43 46.2	3 3.2	4 4.3	15 16.1	0 0.0	4 4.3	0 0.0
看護職	(95)	28 29.5	35 36.8	2 2.1	10 10.5	14 14.7	2 2.1	3 3.2	1 1.1
ソーシャルワーカー	(57)	12 21.1	22 38.6	5 8.8	3 5.3	14 24.6	1 1.8	0 0.0	0 0.0
その他	(0)	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0

問 3)ACP の認知度

『ACP を知っていますか』という問いに対し、「はい」95.5%、「いいえ」4.5%であった。

図表 44　問 3)ACP の認知度

	全体	はい	いいえ
全体	(286)	273 95.5	13 4.5
医師	(119)	114 95.8	5 4.2
看護職	(104)	100 96.2	4 3.8
ソーシャルワーカー	(59)	55 93.2	4 6.8
その他	(2)	2 100.0	0 0.0

[問 3 で「はい」を選択した場合のみ回答]

問 4-1)ACP の実践状況①

ACP を知っている（問 3 で「はい」）と回答した者のうち、『ACP を実践していますか』という問いに対し、「はい」が 75.8%と最も多く、次いで「いいえ」13.6%、「わからない」9.5%、無回答 1.1%であった。

図表 45　問 4-1)ACP の実践状況①

	全体	はい	いいえ	わからない	無回答
全体	(273)	207 75.8	37 13.6	26 9.5	3 1.1
医師	(114)	85 74.6	18 15.8	10 8.8	1 0.9
看護職	(100)	78 78.0	13 13.0	9 9.0	0 0.0
ソーシャルワーカー	(55)	42 76.4	6 10.9	6 10.9	1 1.8
その他	(2)	1 50.0	0 0.0	1 50.0	0 0.0

［問３で「いいえ」を選択した場合のみ回答］

問 4-2）ACP の実践状況②

ACP を知らない（問３で「いいえ」）と回答した者のうち、『アドバンス・ケア・プランニング（ACP）とは、自らの病状が差し迫った状態の時に希望している医療やケアが受けられることを、患者さんと事前に話し合うプロセスのことを指します。日本においてもアドバンス・ケア・プランニングを普及させる動きが進んでいます。』について、「上記の取り組みを行っていない」53.8%、「上記の取り組みを行っている」46.2%と回答した。

図表 46　問 4-2）ACP の実践状況②

	全体	上記の取り組みを行っている	上記の取り組みを行っていない
全体	(13)	6 46.2	7 53.8
医師	(5)	2 40.0	3 60.0
看護職	(4)	1 25.0	3 75.0
ソーシャルワーカー	(4)	3 75.0	1 25.0
その他	(0)	0 0.0	0 0.0

［問 4 で「はい」もしくは「上記の取り組みを行っている」を選択した場合のみ回答］

問 5）ACP で聴取する内容

ACP を実践している（問 4 で「はい」もしくは「上記取り組みを行っている」）と回答した者のうち、ACP で話し合う内容は、「今後の療養や生活に関する本人・家族の意向」が 93.9%と最も多く、次いで「代理意思決定者」75.1%、「人生で大事にしてきたもの」73.7%、「心肺停止時の蘇生行為希望」62.9%、「人工栄養」58.7%、「ライフレビュー」55.9%、「その他」13.1%であった。

図表 47　問 5）ACP で聴取する内容

	全体	心肺停止時の蘇生行為希望	人工栄養（胃ろう、中心静脈栄養）	人生で大事にしてきたもの	ライフレビュー	今後の療養や生活に関する本人・家族の意向	代理意思決定者	その他（自由記述）
全体	(213)	134	125	157	119	200	160	28
		62.9	58.7	73.7	55.9	93.9	75.1	13.1
医師	(87)	71	62	57	43	78	67	8
		81.6	71.3	65.5	49.4	89.7	77.0	9.2
看護職	(79)	43	36	67	48	75	56	12
		54.4	45.6	84.8	60.8	94.9	70.9	15.2
ソーシャルワーカー	(45)	19	26	33	28	45	36	8
		42.2	57.8	73.3	62.2	100.0	80.0	17.8
その他	(1)	1	1	0	0	1	0	0
		100.0	100.0	0.0	0.0	100.0	0.0	0.0

図表 48　問 5）ACP で聴取する内容（その他）

【その他（自由記述）】

① ACP そのものに関する意思・関与の希望

- ご本人・代理意思決定者の ACP を行いたいかどうかの希望

② 人生観・価値観・生き方

- どう生きていきたいか、生活していきたいか等
- 人生史、生きがい
- 残された時間をどう過ごしたいか、希望や要望を確認し、一緒に考えることを大事にしています。
- 行きたい場所(海とか施設入所前に住んでいた家など)、会いたい人(孫) など
- 繰り返し ACP を実践する中で、目標や楽しみなど色々と尋ねます。

③ 医療・ケアに対する希望・選好

- ケアの選好など
- 病気や治療に対する認識、希望、要望
- 侵襲的治療・検査の希望。
- 維持透析の継続中止の希望、経管栄養、経口摂取、持続点滴の希望

④ 終末期・最期の過ごし方

- 見取りについての過ごし方
- 人生の最期をどのようにどこで過ごしたいか

⑤ 拒否・限界の明確化

- されたくないこと、しないと決めていること
- 死ぬことよりもつらいと思う状況は何か

⑥ 意思決定プロセス・理解の確認

- 意思決定した理由
- 病気の見通しをどのように捉えているか、今後疾患が増悪した際に治療や生活についてどのように考えているか、ケアへの希望等
- 病気に対する理解
- 治療説明に同席して欲しい人、気がかり、自分の病状をどこまで詳しく聞きたいか

⑦ 家族・代理意思決定・社会的関係

- ご家族など大切な人へのメッセージ、何かあった時に連絡してほしい人のリスト
- 身寄りのない人の意思決定支援

⑧ 生活目標・日常の継続

- 現在の生活を継続するための目標設定、限界設定

⑨ 死後に関する希望

- 死後委任事務など
- 死後の対応

［問 4 で「いいえ」もしくは「わからない」もしくは「上記の取り組みを行っていない」を選択した場合のみ回答］

問 6）ACP を実践しない理由

ACP を実践していない（問 4 で「いいえ」もしくは「わからない」もしくは「上記取り組みを行っていない」）と回答した者のうち、ACP を実践しない理由（最も近いもの）については、「時間的余裕がない」が 28.6%と最も多く、次いで「自分の知識不足」24.3%、「その他」20.0%、「職場の実施マニュアル未整備」18.6%、「施設でスタッフの協力が得られない」4.3%、「ACP を行っても、本人が望む医療やケアに反映されない」2.9%、無回答 1.4%であった。

図表 49　問 6）ACP を実践しない理由

	全体	時間的余裕がない	自分の知識不足	施設でスタッフの協力が得られない	職場の実施マニュアルが整備されていない	ACPを行っても、本人が望む医療やケアに反映されない	その他（自由記述）	無回答
全体	(70)	20	17	3	13	2	14	1
		28.6	24.3	4.3	18.6	2.9	20.0	1.4
医師	(31)	14	8	0	3	1	5	0
		45.2	25.8	0.0	9.7	3.2	16.1	0.0
看護職	(25)	2	6	1	7	1	8	0
		8.0	24.0	4.0	28.0	4.0	32.0	0.0
ソーシャルワーカー	(13)	4	2	2	3	0	1	1
		30.8	15.4	15.4	23.1	0.0	7.7	7.7
その他	(1)	0	1	0	0	0	0	0
		0.0	100.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0

図表 50　問 6）ACP を実践しない理由（その他）

【その他（自由記述）】

① 業務・役割上の制約

- 役割を求められていない。
- 仕事内容に含まれていない
- 地域連携の部署で直接，患者対応をしない立場のため
- 管理者で直接患者に関わる機会がほぼない
- 管理職のため、実際に ACP の場にいない。
- 臨床の現場にいないため

② 対象患者・診療特性による制約

- 当方は小児科のため該当者がいない
- 対象となる患者が今のところいない
- 看取りを行っていない
- 療養病棟であり、すでに意思疎通が出来ない状態であるから。また、ACP を継続療養している状態である。

③ 実践はしているが ACP として明確に位置づけていない

- ACP としては実践していませんが、必要に応じて御本人、家族および介護等の関係す

る人たちとそれぞれ話し合いをして最適な方針を決定するようにしています。

④ ACP に対する認識・価値観

- ACP と医療は相容れない面があると思います。事前意思確認書とっております。CV まで頑張るようにしています。高いレベルで深く深く議論を期待しております。

⑤ 実践体制・運用上の課題

- マニュアルはあっても、日頃から患者さん、ご家族の希望する目標と治療経過を擦り合わせて関われていない

[問 4 で「はい」もしくは「上記の取り組みを行っている」を選択した場合のみ回答]

問 7）ACP を行う際の診療録または専用様式への記録

『ACP を行う際に診療録または専用様式に記録していますか』という問いに対し、「はい」が 82.6%と最も多く、次いで「いいえ」16.4%、無回答 0.9%であった。

図表 51 問 7） ACP を行う際の診療録または専用様式への記録

	全体	はい	いいえ	無回答
全体	(213)	176	35	2
		82.6	16.4	0.9
医師	(87)	75	12	0
		86.2	13.8	0.0
看護職	(79)	62	15	2
		78.5	19.0	2.5
ソーシャルワーカー	(45)	37	8	0
		82.2	17.8	0.0
その他	(1)	1	0	0
		100.0	0.0	0.0

[問 7 で「はい」を選択した場合のみ回答]

問 8）ACP に関する記録様式（書式）の提供可否

※結果は省略

問 9)ACP を行う際の課題

ACP を行う際の課題［1 位］は、「本人の意思が不明確」が 40.9%と最も多く、次いで「時間的余裕がない」17.5%、「社会的認知の低さ」10.5%、「家族との意見不一致」10.1%、「支援体制不十分」9.1%などであった。

図表 52 問 9）ACP を行う際の課題[1 位]

	全体	本人の意思が不明確	家族との意見不一致	時間的余裕がない	自身の知識不足	社会的認知の低さ	支援体制が不十分	これまでに話し合っていた内容が把握できない	その他（自由記述）	無回答
全体	(286)	117	29	50	9	30	26	15	7	3
		40.9	10.1	17.5	3.1	10.5	9.1	5.2	2.4	1.0
医師	(119)	47	12	26	5	13	5	4	5	2
		39.5	10.1	21.8	4.2	10.9	4.2	3.4	4.2	1.7
看護職	(104)	44	10	14	3	11	13	7	2	0
		42.3	9.6	13.5	2.9	10.6	12.5	6.7	1.9	0.0
ソーシャルワーカー	(59)	25	7	9	1	6	7	4	0	0
		42.4	11.9	15.3	1.7	10.2	11.9	6.8	0.0	0.0
その他	(2)	1	0	0	0	0	1	0	0	0
		50.0	0.0	0.0	0.0	0.0	50.0	0.0	0.0	0.0

図表 53 問 9）ACP を行う際の課題[2 位]

	全体	本人の意思が不明確	家族との意見不一致	時間的余裕がない	自身の知識不足	社会的認知の低さ	支援体制が不十分	これまでに話し合っていた内容が把握できない	その他（自由記述）	無回答
全体	(286)	49	77	42	21	29	26	27	9	6
		17.1	26.9	14.7	7.3	10.1	9.1	9.4	3.1	2.1
医師	(119)	18	25	21	7	15	13	9	6	5
		15.1	21.0	17.6	5.9	12.6	10.9	7.6	5.0	4.2
看護職	(104)	19	32	12	10	9	9	11	2	0
		18.3	30.8	11.5	9.6	8.7	8.7	10.6	1.9	0.0
ソーシャルワーカー	(59)	10	19	9	4	5	4	7	1	0
		16.9	32.2	15.3	6.8	8.5	6.8	11.9	1.7	0.0
その他	(2)	1	1	0	0	0	0	0	0	0
		50.0	50.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0

図表 54 問 9）ACP を行う際の課題[3 位]

	全体	本人の意思が不明確	家族との意見不一致	時間的余裕がない	自身の知識不足	社会的認知の低さ	支援体制が不十分	これまでに話し合っていた内容が把握できない	その他（自由記述）	無回答
全体	(286)	33	34	34	21	43	60	38	12	11
		11.5	11.9	11.9	7.3	15.0	21.0	13.3	4.2	3.8
医師	(119)	15	14	14	10	18	21	15	4	8
		12.6	11.8	11.8	8.4	15.1	17.6	12.6	3.4	6.7
看護職	(104)	13	13	15	6	14	26	14	3	0
		12.5	12.5	14.4	5.8	13.5	25.0	13.5	2.9	0.0
ソーシャルワーカー	(59)	5	7	5	4	10	13	9	4	2
		8.5	11.9	8.5	6.8	16.9	22.0	15.3	6.8	3.4
その他	(2)	0	0	0	1	0	0	0	1	0
		0.0	0.0	0.0	50.0	0.0	0.0	0.0	50.0	0.0

図表 55 問 9）ACP を行う際の課題（その他）

【その他（自由記述）】

① 家族・関係者の参加・調整の困難

- 本人と話し合う機会はあっても、代理意思決定者が仕事をしている場合があり、”もしも”について話し合うため、病状説明のように仕事を休んでもらうなどして話し合う機会を作ってもらうのははばかられる
- 家族の在り方の多様化や家族関係の複雑さ
- 家族の理解不足
- 家族間の意見不一致

② 患者・家族の認識・心理的抵抗

- 本人や家族が人生の最期を考える必要性を感じていない
- 本人に考える準備ができていない
- 予測できない将来のことや、病状の悪化、終末期のことを考えることに患者、家族の抵抗感、拒否感情が強く話合いを始めることが難しい。
- クライエントの精神的負担への配慮
- 本人や家族に聞きにくい
- 本人が考える段階ではない　という認識にあり　話題を切り出しづらい

③ ACP の概念・理解の不明確さ

- 具体的に何をどう決めるか不明瞭　ツールがあると実施しやすいと思う
- 誰のための ACP なのか。医療者が半ば機械的に事務的に、DNAR の確認と療養場所の希望確認のためだけにしていないか？一度だけで終わっていないか？
- リビングウィルとの違いが整理されていない。
- 医療と ACP との境界の議論が不十分と思います。医療界内の議論も、世間一般の理解もこれからと存じます。
- ACP＝DNAR、ACP＝追加治療をしないという誤認
- ACP の捉え方が個人によって異なること。

④ 医療者側の体制・姿勢の課題

- 主治医が本人と話し合わずに家族のみと話し合うことがある
- 医師が ACP に対して消極的

⑤ 病状理解・説明に関する課題

- 病状についての説明および理解不足
- 急性期病院での本人家族に対する病状説明、ACP について治療中の段階から本人や家族が考えていけるような、環境づくりが必要。

⑥ 対象患者の特性による困難

- 身寄りのなく、認知症の方
- 重度知的障害でご本人は意思表出できず、長期入所のためご家族の関わりが薄くなっていることが多い。

⑦ タイミングの難しさ

- 聞き取るタイミングが難しい。

- タイミングをとらえづらい

⑧ 制度・報酬・資源の課題

- 自己負担額の低さ
- 保険点数がついていない
- 人員不足

⑨ ACP の目的・位置づけに関する疑問

- 施設の意向も踏まえて同じ目線でお話し、誰のための ACP なのかもどかしさを感じる

問 10)ACP を推進する上で重要な点

ACP を推進する上で重要な点［1 位］は、「職場の ACP 実践教育」が 34.3%と最も多く、次いで「患者からの ACP 実践希望」13.6%、「業務負担軽減対策」10.1%などであった。

図表 56 問 10）ACP を推進する上で重要な点[1 位]

	全体	業務負担軽減対策	同部署スタッフの協力	職場の実施マニュアルの整備	職場のACP実践教育	基礎教育課程でのACP実践教育	話し合い用の場所の確保	管理者の理解と推進姿勢	患者からACPの実践希望	経済的インセンティブ	その他(自由記述)	無回答
全体	(286)	29	21	17	98	14	11	19	39	19	13	6
		10.1	7.3	5.9	34.3	4.9	3.8	6.6	13.6	6.6	4.5	2.1
医師	(119)	17	13	5	23	7	5	6	17	14	7	5
		14.3	10.9	4.2	19.3	5.9	4.2	5.0	14.3	11.8	5.9	4.2
看護職	(104)	6	4	7	56	2	4	8	9	3	5	0
		5.8	3.8	6.7	53.8	1.9	3.8	7.7	8.7	2.9	4.8	0.0
ソーシャルワーカー	(59)	5	4	5	19	4	2	4	13	2	1	0
		8.5	6.8	8.5	32.2	6.8	3.4	6.8	22.0	3.4	1.7	0.0
その他	(2)	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0
		50.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	50.0	0.0	0.0	0.0	0.0

図表 57 問 10）ACP を推進する上で重要な点[2 位]

	全体	業務負担軽減対策	同部署スタッフの協力	職場の実施マニュアルの整備	職場のACP実践教育	基礎教育課程でのACP実践教育	話し合い用の場所の確保	管理者の理解と推進姿勢	患者からACPの実践希望	経済的インセンティブ	その他(自由記述)	無回答
全体	(286)	29	41	34	64	31	17	21	20	16	3	10
		10.1	14.3	11.9	22.4	10.8	5.9	7.3	7.0	5.6	1.0	3.5
医師	(119)	15	16	10	26	14	4	5	9	9	3	8
		12.6	13.4	8.4	21.8	11.8	3.4	4.2	7.6	7.6	2.5	6.7
看護職	(104)	10	20	12	19	13	8	9	9	4	0	0
		9.6	19.2	11.5	18.3	12.5	7.7	8.7	8.7	3.8	0.0	0.0
ソーシャルワーカー	(59)	4	5	11	18	4	5	7	2	3	0	0
		6.8	8.5	18.6	30.5	6.8	8.5	11.9	3.4	5.1	0.0	0.0
その他	(2)	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1
		0.0	0.0	50.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	50.0

図表 58 問 10）ACP を推進する上で重要な点[3 位]

	全体	業務負担軽減対策	同部署スタッフの協力	職場の実施マニュアルの整備	職場のACP実践教育	基礎教育課程でのACP実践教育	話し合い用の場所の確保	管理者の理解と推進姿勢	患者からACPの実践希望	経済的インセンティブ	その他(自由記述)	無回答
全体	(286)	40	35	47	37	29	13	25	28	11	7	14
		14.0	12.2	16.4	12.9	10.1	4.5	8.7	9.8	3.8	2.4	4.9
医師	(119)	14	17	18	14	11	3	5	16	8	3	10
		11.8	14.3	15.1	11.8	9.2	2.5	4.2	13.4	6.7	2.5	8.4
看護職	(104)	19	10	16	14	14	5	12	7	2	3	2
		18.3	9.6	15.4	13.5	13.5	4.8	11.5	6.7	1.9	2.9	1.9
ソーシャルワーカー	(59)	7	8	12	9	4	5	7	5	1	1	0
		11.9	13.6	20.3	15.3	6.8	8.5	11.9	8.5	1.7	1.7	0.0
その他	(2)	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1
		0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	50.0	0.0	0.0	0.0	50.0

図表 59 問 10）ACP を推進する上で重要な点(その他)

【その他(自由記述)】

① 地域連携・情報共有体制の構築

- 地域の多職種との情報共有システム構築。患者は地域で生活し、救急搬送されるのは自施設だけではないため。
- 地域としての情報共有

② 社会・国民への啓発・文化醸成

- 地域住民への啓発

- 病院に来る前の段階で十分話し合いの場大切。家族、地域での ACP の理解
- 早い年齢から患者さんに考えてもらう
- 国民全体の ACP を行う文化の醸成
- いつも自分がどのように生きていたいかを考え、家族や医療者と共有しておくのは当たり前のことであるという、社会風潮
- 市民への ACP 認知
- 社会的認知度の低さ
- 社会的な発信(若くて認知機能が低下する前から実践できる環境作り)
- 国による啓発活動

③ 医療者の意識・理解・関与

- 医療者との対話時間
- 必要な人に適切なタイミングで、ACP を実践するための、医療者（特に医師）の意識付け
- 医師の理解
- 医療者の重要性の認識と当事者意識

④ 実施体制・資源の確保

- 話し合いの時間の確保
- 看護師一人だけなので、大変関心はあるものの 現時点で業務量キャパオーバー

⑤ 制度・法的整備

- 制度的、法的な介入
- 法整備や医療現場以外での広報活動

⑥ 多職種連携・医療体制の課題

- 多職種理解、関係機関の急性期病院への依存がつよい

⑦ ACP の位置づけ・倫理的課題に関する認識

- ACＰが進みすぎると安楽死、自殺幇助などに繋がると感じています。医療と ACＰの境界の個別的詳細議論。
- ACP の推進には懐疑的です

問 11)ACP が患者の「望む最期」の支えになったと感じたこと

『ACP が患者の「望む最期」の支えになったと感じたことはありますか』という問いに対し、「やや思う」が 43.4%と最も多く、次いで「そう思う」38.8%、「よくわからない」8.0%、「あまりそう思わない」7.0%、「そう思わない」1.4%であった。

図表 60 問 11）ACP が、患者の「望む最期」の支えになったと感じたこと

	全体	そう思う	やや思う	あまりそう思わない	そう思わない	よくわからない	無回答
全体	(286)	111	124	20	4	23	4
		38.8	43.4	7.0	1.4	8.0	1.4
医師	(119)	47	50	10	1	10	1
		39.5	42.0	8.4	0.8	8.4	0.8
看護職	(104)	44	41	5	2	10	2
		42.3	39.4	4.8	1.9	9.6	1.9
ソーシャルワーカー	(59)	20	31	4	1	3	0
		33.9	52.5	6.8	1.7	5.1	0.0
その他	(2)	0	2	0	0	0	0
		0.0	100.0	0.0	0.0	0.0	0.0

問 12)ACP を通じてケアのあり方を見つめ直したこと

『ACP を通じてケアのあり方を見つめ直したことはありますか』という問いに対し、「ある」が 46.9%と最も多く、次いで「ややある」37.1%、「あまりない」7.7%、「よくわからない」4.9%、「ない」2.1%であった。

図表 61 問 12）ACP を通じてケアのあり方を見つめ直したこと

	全体	ある	ややある	あまりない	ない	よくわからない	無回答
全体	(286)	134	106	22	6	14	4
		46.9	37.1	7.7	2.1	4.9	1.4
医師	(119)	47	44	15	4	8	1
		39.5	37.0	12.6	3.4	6.7	0.8
看護職	(104)	57	34	5	1	5	2
		54.8	32.7	4.8	1.0	4.8	1.9
ソーシャルワーカー	(59)	29	26	2	1	1	0
		49.2	44.1	3.4	1.7	1.7	0.0
その他	(2)	1	1	0	0	0	0
		50.0	50.0	0.0	0.0	0.0	0.0

問 13)ACP の最も基盤となる目的

ACP の最も基盤となる目的（あなたの考えに最も近いもの）は、「ACP とは、患者がご自身の家族や近しい人たちと人生の最終段階の医療・ケアについて話し合うことである」が 57.0%と最も多く、次いで「ACP とは、専門職と患者+α が話し合い、理解を共有し認識を補完するプロセスである」25.2%、「ACP とは、リビングウィルを作成するプロセスである」8.7%であった。

図表 62 問 13）ACP の最も基盤となる目的

	全体	ACPとは、患者の心肺蘇生の希望を事前に確認するプロセスである。	ACPとは、患者や患者家族からの訴訟への備えとして行う事前の準備である。	ACPとは、リビングウィルを作成するプロセスである。	ACPとは、専門職と患者+αが話し合い、理解を共有し認識を補完するプロセスである。	ACPとは、患者や患者家族の延命治療についての希望を丁寧に確認するプロセスである。	ACPとは、患者がご自身の家族や近しい人たちと人生の最終段階の医療・ケアについて話し合うことである。	ACPとは、患者や患者の家族が、治療の希望を医療者側に伝えるプロセスである。	ACPとは、医療専門職が科学的根拠に基づく治療の説明を、わかりやすく指導する治療説明のプロセスである。	無回答
全体	(286)	2 0.7	1 0.3	25 8.7	72 25.2	8 2.8	163 57.0	9 3.1	1 0.3	5 1.7
医師	(119)	1 0.8	1 0.8	12 10.1	31 26.1	4 3.4	64 53.8	3 2.5	1 0.8	2 1.7
看護職	(104)	0 0.0	0 0.0	6 5.8	23 22.1	3 2.9	66 63.5	5 4.8	0 0.0	1 1.0
ソーシャルワーカー	(59)	1 1.7	0 0.0	7 11.9	17 28.8	0 0.0	32 54.2	1 1.7	0 0.0	1 1.7
その他	(2)	0 0.0	0 0.0	0 0.0	1 50.0	1 50.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0

問 14)意思決定能力の評価や判断が難しいと感じること

『認知症やせん妄のある患者の意思決定能力の評価や判断が難しいと感じることはありますか』という問いに対し、「そう思う」が 74.8%と最も多く、次いで「やや思う」21.3%、「あまりそう思わない」1.4%、「そう思わない」0.7%、「よくわからない」0.7%であった。

図表 63 問 14)意思決定能力の評価や判断が難しいと感じること

	全体	そう思う	やや思う	あまりそう思わない	そう思わない	よくわからない	無回答
全体	(286)	214 74.8	61 21.3	4 1.4	2 0.7	2 0.7	3 1.0
医師	(119)	91 76.5	21 17.6	3 2.5	1 0.8	1 0.8	2 1.7
看護職	(104)	78 75.0	24 23.1	0 0.0	1 1.0	1 1.0	0 0.0
ソーシャルワーカー	(59)	42 71.2	16 27.1	1 1.7	0 0.0	0 0.0	0 0.0
その他	(2)	2 100.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0

問 15)意思決定能力の評価や判断方法(自由記述)

意思決定能力の評価や判断方法について自由記述で尋ねた結果、「家族・代理意思決定者からの情報収集・判断」「本人の意思・過去の価値観の推定」「多職種による評価・カンファレンス」「認知機能・意思決定能力の評価」「本人への説明・コミュニケーション重視」「医療・介護関係者からの情報収集」「総合的・個別的判断」「困難・課題としての認識」が挙げられた。

図表 64 問 15)意思決定能力の評価や判断方法(自由記述)

① 家族・代理意思決定者からの情報収集・判断

- 家族からの聴き取り／家族に確認もしくは後見人に確認／家族に聞く／家族
- 家族の意見を参考にする／家族の希望をきく／家族の意向や以前の患者の意思・希望を確認する。／家族の意思、意向／家族のご意向／家族がいる場合は家族の意向を確認。
- 家族との話し合い／家族とも話し合う。／まずは家族とよく話し合うことから始めてます／家族と話し合い、患者と家族で方針を納得してもらうようにする
- 家族に充分説明して、家族の御了解で次の段階に進むと思います。／家族に説明して了解を得る。
- 家族に委ねるしかないのが現状／本人に決めてもらうことが出来ないため、キーパーソン含め御家族との相談で方針を決める
- 代理意思決定者に意思決定をゆだねる／代理意思決定者と相談しながら方針を決めていく
- キーパーソンや代理人を確認する／キーパーソンの意見を求める
- ご家族からの情報や想いを丁寧に聞き取り評価する
- ご家族から、患者がどのような考えを持っていたか伺う／過去の言動や生活歴から意思を推定する
- 本人の意思表示が困難な場合、ご家族に代弁していただく
- 家族がいない場合、医療者チームで判断

② 本人の意思・過去の価値観の推定

- これまでの診療時の会話や普段の生活状況から判断
- 本人や周囲の人から普段の生活や過去の思い出話などを傾聴する
- 今までどのように生きてきたか、考えてきたかを家族に聞く
- その方の人生観、価値観により近い合意形成を目指す
- 認知機能低下前の希望や価値観を確認する

③ 多職種による評価・カンファレンス

- 多職種で話し合う／多職種で検討する／多職種で相談のうえ判断
- 多職種カンファレンスを通して評価・判断
- 多職種での倫理カンファレンスを開催し多角的に検討
- 臨床倫理チームや倫理委員会で検討

- 多職種で情報共有しアセスメント

④ 認知機能・意思決定能力の評価

- 認知機能、意識レベルによる評価
- 理解・認識・論理的思考・意思表明などを評価
- 簡易認知機能検査や日常の様子でスクリーニング
- MMSE や長谷川式などの評価を用いる
- 専門医（神経内科・精神科）による評価
- 発達評価や心理評価を行う場合もある

⑤ 本人への説明・コミュニケーション重視

- 本人に説明し理解度や反応を確認
- 対話を通して病状理解や認識を確認
- 繰り返し時間をかけて評価する
- 場面や時間を変えて一貫性を確認する
- ラポール形成と対話の環境づくりを重視

⑥ 医療・介護関係者からの情報収集

- ケアマネや訪問看護師、在宅サービスから情報提供を受ける
- 民生委員や関係者から聞き取りを行う
- 現場スタッフの観察や意見を参考にする

⑦ 総合的・個別的判断

- 病状、認知機能、意思疎通可否などを総合的に評価
- 医学的判断と生活背景を踏まえて判断
- その時の状態に応じて評価
- 決まったやり方はなく主治医が判断

⑧ 困難・課題としての認識

- 判断基準が明確でない／施設としての基準がない
- 十分な評価や議論ができていない
- 推定意思の材料がない場合がある
- 家族間で意見が異なる場合がある

問 16)倫理的ジレンマの経験

『倫理的ジレンマを抱えたことがありますか』という問いに対し、「ある」が 89.5%と最も多く、次いで「なし」7.7%、「その他」1.4%、無回答 1.4%であった。

図表 65 問 16）倫理的ジレンマの経験

	全体	ある	なし	その他	無回答
全体	(286)	256 89.5	22 7.7	4 1.4	4 1.4
医師	(119)	101 84.9	15 12.6	1 0.8	2 1.7
看護職	(104)	101 97.1	1 1.0	1 1.0	1 1.0
ソーシャルワーカー	(59)	52 88.1	5 8.5	2 3.4	0 0.0
その他	(2)	2 100.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0

[問 16 で「ある」もしくは「その他」を選択した場合のみ回答]

問 17)倫理的ジレンマへの対応(自由記述)

倫理的ジレンマへの対応について自由記述で尋ねた結果、「家族への説明・対話の強化」「家族の思い・背景の傾聴と理解」「話し合いの継続と合意形成プロセス」「本人の意思・推定意思の尊重」「多職種連携・倫理カンファレンス」「家族の意向への対応・調整」「医療的妥当性・限界の提示」「対応の選択（現実的対応)」「倫理的枠組み・ガイドラインの活用」「関係構築・意思決定支援の環境づくり」「対応困難・未解決・構造的課題」が挙げられた。

図表 66 問 17)倫理的ジレンマへの対応(自由記述)

① 家族への説明・対話の強化

- 病状・予後・治療のメリット／デメリットを丁寧に繰り返し説明する
- わかりやすい言葉や具体例を用いて説明する
- 本人にとっての負担や苦痛も含めて説明する
- 医療の限界や回復見込みの低さを現実的に伝える
- エビデンスに基づきリスクとベネフィットを説明する
- 医師だけでなく看護師など多職種からも補足説明を行う
- 家族の理解度や認識を確認しながら説明する
- 病状説明の場を再設定し、繰り返しインフォームドコンセントを行う

② 家族の思い・背景の傾聴と理解

- 家族の感情や希望の背景（なぜ延命を望むか等）を傾聴する

- 家族の思いや価値観を丁寧に聞き取る
- 表面的な意向だけでなく真意を確認する
- 家族が患者の意思を代弁しているのかを見極める
- 家族の心理的負担や葛藤に配慮する

③ 話し合いの継続と合意形成プロセス

- 一度で決めず複数回の話し合いを行う
- 時間をかけて相互理解を深める
- 状況に応じて再説明・再検討を行う
- 患者・家族・医療者で話し合いの場を設定する
- 合意点（折衷案）を探る
- 意思決定まで継続的に対話を重ねる

④ 本人の意思・推定意思の尊重

- 本人の過去の言動や価値観から意思を推定する
- 「本人ならどう考えるか」を家族とともに検討する
- 可能な限り本人の意向確認を行う
- 患者中心の最善利益を考える
- 患者の人生観・価値観を共有する
- 認知機能低下前の意思を重視する

⑤ 多職種連携・倫理カンファレンス

- 多職種で話し合う／カンファレンスを実施する
- 倫理カンファレンスや倫理コンサルテーションを活用する
- 臨床倫理委員会やコンサルテーションチームに相談する
- 緩和ケアチーム・精神科など専門チームに相談する
- メディエーター（認定看護師等）を介入させる
- チームで情報共有し多角的に判断する

⑥ 家族の意向への対応・調整

- 基本的に家族の意向に沿う場合がある
- 最終的に代理意思決定者に委ねられることが多い
- 家族間の意見の違いを調整する
- 患者の不利益が大きい場合は再検討を促す
- 説得を試みても困難な場合は家族の希望を受け入れることもある

⑦ 医療的妥当性・限界の提示

- 回復見込みや治療の限界を明確に伝える
- 過剰医療にならないよう説明する
- 医学的に適応外・困難な場合は明確に伝える
- 治療による負担や侵襲の大きさを具体的に説明する
- できないことはできないと明確に伝える

⑧ 対応の選択（現実的対応）

- 希望に沿って可能な範囲で治療を実施する
- 一定期間の試行的治療（期間限定介入）を行う
- セカンドオピニオンや高次医療機関受診を提案する
- 対応困難な場合は転院・紹介を行う
- 施設や地域の医療資源の制約を踏まえて判断する

⑨ 倫理的枠組み・ガイドラインの活用

- 臨床倫理四分割法（Jonsen モデル）を用いる
- 倫理原則（自律・善行・無危害・正義）で整理する
- ガイドラインに基づいて検討する
- ケースごとに倫理的に構造化して考える

⑩ 関係構築・意思決定支援の環境づくり

- 日頃から患者・家族との信頼関係を構築する
- 意思決定しやすい環境を整える
- 家族が患者の状態を理解できる機会を作る（同席・面会など）
- 定期的に対話の機会を設ける

⑪ 対応困難・未解決・構造的課題

- 合意形成が困難で解決できない場合がある
- 医療制度や司法的リスクにより希望を断れない場合がある
- 医師主導で意思決定が進む場合がある
- 在宅医療資源不足など地域制約が影響する
- 本人意思の推定が困難なケースがある
- ACP が不十分で事前の話し合いが行われていない

問 18-1)倫理コンサルテーションチームの有無

『倫理コンサルテーションチームがありますか』という問いに対し、「ある」54.5%、「なし」35.7%、「その他」7.3%、無回答 2.4%であった。

図表 67　問 18-1)倫理コンサルテーションチームの有無

	全体	ある	なし	その他	無回答
全体	(286)	156	102	21	7
		54.5	35.7	7.3	2.4
医師	(119)	59	51	6	3
		49.6	42.9	5.0	2.5
看護職	(104)	62	30	11	1
		59.6	28.8	10.6	1.0
ソーシャルワーカー	(59)	34	18	4	3
		57.6	30.5	6.8	5.1
その他	(2)	0	2	0	0
		0.0	100.0	0.0	0.0

図表 68　問 18-1)倫理コンサルテーションチームの有無(その他)

【その他(自由記述)】

- わかりません
- あるとは思うがわからない
- 倫理委員会はある
- 倫理委員会はあり、病棟できまらない時などに介入
- チームはないが、委員会があるので必要時は相談できる。
- あるが効果的に機能しているとはいえない
- ACP 推進メンバーによるチームがあります。倫理の問題も話し合っています。
- 倫理委員会はあるがコンサルテーションはしていない。
- 臨床倫理委員会がコンサルテーション機能を持つ
- 看護部倫理委員会にジレンマ事例を挙げて、検討してもらうことができる
- 臨床倫理委員会はあるがチーム活動は行っていない。
- 知らない
- 院内横断的に活動している倫理コンサルテーションチームはないが、がん診療連携会議や緩和ケアチーム、リエゾンチームなど、各専門チームがそれぞれ対応している

［問 18-1 で「なし」を選択した場合のみ回答］

問 18-2)倫理コンサルテーションチームがない場合の対応

倫理コンサルテーションチームがない場合の対応は、「職場内で相談する」が 69.6%と最も多く、次いで「対応していない」10.8%、「その他」7.8%、「地域医療支援病院の倫理委員会に相談する」4.9%、「医師会の倫理委員会に相談する」3.9%、「施設と関係のある大学の倫理委員会に相談する」2.0%、無回答 1.0%であった。

図表 69　問 18-2)倫理コンサルテーションチームがない場合の対応

	全体	医師会の倫理委員会に相談する。	地域医療支援病院の倫理委員会に相談する	職場内で相談する	施設と関係のある大学の倫理委員会に相談する	その他（自由記述）	対応していない	無回答
全体	(102)	4 3.9	5 4.9	71 69.6	2 2.0	8 7.8	11 10.8	1 1.0
医師	(51)	3 5.9	3 5.9	33 64.7	1 2.0	3 5.9	7 13.7	1 2.0
看護職	(30)	1 3.3	2 6.7	20 66.7	1 3.3	3 10.0	3 10.0	0 0.0
ソーシャルワーカー	(18)	0 0.0	0 0.0	16 88.9	0 0.0	2 11.1	0 0.0	0 0.0
その他	(2)	0 0.0	0 0.0	1 50.0	0 0.0	0 0.0	1 50.0	0 0.0

図表 70　問 18-2)倫理コンサルテーションチームがない場合の対応

【その他(自由記述)】

- 病状や治療方針を詳しく説明するように心がけているので、無理な要求などはなく治療方針を納得してもらえていると思います。
- ケアに関わっている訪問看護 ST などのスタッフと相談しながら対処している。
- 院長が対応する。
- 自院の倫理委員会に相談する
- 週に一回、在宅カンファレンスを医師とやっているので、そこで四分割で問題を振り分けながら検討している
- 職場内の倫理委員会に相談をする
- 申し出があれば､院内倫理委員会開催可能。また部署内で専門または認定看護師による相談､カンファレンスの実施。
- 当院の倫理委員会に相談する。

第 3 章　質的調査

第 3 章　質的調査

１．研究の位置づけ

本研究は、Advance Care Planning（ACP）の実践において、意思決定がどのような相互作用の中で形成されるのかを明らかにすることを目的とした。ACP を静的な意思の記録ではなく、臨床現場における対話的・関係的プロセスとして捉え、その構造を実証的に検討した。

２．方法

2.1 研究デザイン

本研究は、全国質問紙調査、Key Informant Interview（KII）、および半構造化個別インタビューを組み合わせた混合研究法を用いた。

まず、ACP の実施状況と課題を把握するために全国質問紙調査を実施した。その後、調査協力者の一部および研究チームを交えた KII（約 2 時間）を実施し、調査結果の解釈と論点の精緻化を行った。このプロセスにより、ACP 実践における意思決定の構造に関する仮説的視点を形成した。

これらの知見を踏まえ、ケースシナリオを用いた半構造化個別インタビューを実施し、臨床現場における意思決定の具体的プロセスを詳細に検討した。

2.2 対象とリクルート

対象は、質問紙調査に回答し、かつインタビューへの参加に同意した医療従事者とした。参加施設は 15 病院および在宅医療を行う 1 診療所であった。

対象者の職種、年齢、性別、臨床経験年数（がん・非がんを含む緩和ケア経験）、所属診療科、役割などの基本情報を収集した（図表 71）。

本研究では、ACP に一定の関心と実践経験を有する参加者を意図的に選定することで、意思決定の複雑性を豊かに語り得る情報豊富なデータの収集を目指した。

図表 71　対象医療従事者概要

ID	地域	施設区分	職種	年齢（歳）	性別	臨床経験（年）	緩和ケア経験（年）	専門領域	役職
P1	北海道・東北	慢性期病院	医師	60	男	35	0	内科	管理職
P2	北海道・東北	大学病院	医師	60	男	35	20	外科・緩和ケア	管理職
P3	北海道・東北	地域病院	看護師	55	女	30	20	緩和ケア	管理職
P4	北海道・東北	急性期大規模病院	医師	65	男	40	10	内科・緩和	管理職
P5	北海道・東北	急性期大規模病院	看護師	45	女	25	15	緩和ケア	リーダー
P6	北海道・東北	急性期大規模病院	看護師	60	女	30	10	緩和ケア	管理職
P7	北海道・東北	大学病院	医師	60	男	30	20	緩和ケア	管理職
P8	北海道・東北	在宅医療	医師	45	男	20	20	緩和ケア	管理職
P9	北海道・東北	在宅医療	看護師	35	女	15	5	訪問看護	管理職
P10	関東	大学病院	医師	60	男	40	40	外科	管理職
P11	関東	大学病院	医師	45	女	15	不明	内科	リーダー
P12	中部	急性期大規模病院	看護師	50	女	25	10	緩和ケア	管理職
P13	中部	急性期大規模病院	看護師	45	男	20	5	緩和ケア	管理職
P14	中部	地域病院	医師	40	男	15	不明	消化器・緩和	管理職
P15	近畿	地域病院	医師	70	男	45	15	緩和ケア	管理職
P16	近畿	急性期大規模病院	医師	55	男	30	15	産婦人科・緩和	管理職
P17	九州	急性期大規模病院	看護師	50	女	30	不明	緩和ケア	管理職
P18	九州	急性期大規模病院	看護師	40	女	30	不明	がん相談	リーダー

2.3 データ収集

個別インタビューはオンライン（Zoom）で実施し、1 回あたり約 60 分とした。すべてのインタビューは録音し、逐語録を作成した。

インタビューでは、以下の特徴を持つケースシナリオを用いた。（資料参照）
・家族間の意見不一致
・代理意思決定の困難
・患者の意思の不明確さ
・多職種間の認識差
・急変時の意思決定

各シナリオ提示後、以下の観点について質問を行った。
1）なぜこの状況が生じたと考えるか
2）どのように対応するか
3）がん・非がんで違いはあるか

さらに、参加者自身の実体験に基づく語りを促し、仮想的判断と実践的経験の双方を引き出した。

インタビューは著者の一人（老年医学および公衆衛生を専門とする医師）が担当し、自由な語りを促進しつつ、特定の方向への誘導を避けるよう配慮した。

2.4 分析

分析は質的内容分析を用いた。

逐語録の確認・修正を行った後、2 名の研究者が独立して初期コーディングを実施し、その後のディスカッションを通じてコードの統合および精緻化を行った。

コードはカテゴリーおよびサブカテゴリーへと階層化し、意思決定プロセスの構造として再編成した。分析過程はツリー構造として可視化し、反復的に見直した。

また、研究チーム内で定期的に検討会を行い、解釈の妥当性を検証した。さらに、研究者の背景が分析に与える影響についてもリフレクシブに検討した。

2.5 統合

質問紙調査、KII、個別インタビューの結果は、解釈段階で統合した。

各データ間の一致、補完、乖離を検討し、ACP 実践の多面的理解を試みた。特に、インタビューにより得られた具体的な語りを用いて、量的結果の背景にある実践構造を解釈した。

3．結果

3.1 家族関係が意思決定を方向づける

意思決定は「本人の意思」に基づくとされるが、実際には家族内の力関係に強く規定されていた。

特に、日常的にケアを担っている家族が議論を主導しやすく、その意向が意思決定に反映されやすかった。一方で、他の家族は異議を表明しにくく、結果として合意が早期に収束する傾向がみられた。

「結局、普段から面倒を見ている人がそのまま決めていく感じになります」
「違うと思っていても、あえて言わないまま進んでしまうことはあります」

このような構造のもとでは、「本人の意思」として提示される内容が、家族内の序列や役割分担を反映したものとして再構成されていた。

3.2 キーパーソンは相互作用の中で生成される

意思決定者は事前に明確に決められているわけではなく、話し合いの過程において暗黙的に形成されていた。

発言の多さや他者からの異議のなさが、その人物を実質的な意思決定者として位置づける要因となっていた。

「誰かが決めたわけではないけど、自然とその人が話すようになります」
「意見が出ない人ではなく、反対されない人が残る感じです」

このプロセスは、積極的な選出というよりも、「異議の不在」によって成立する特徴を有していた。

3.3 患者像は文脈の中で構築される

患者の意思は、単一で固定されたものとして存在するのではなく、語り手や状況によって異なる形で提示されていた。

家庭での姿と医療現場での姿が乖離することも多く、どの患者像が採用されるかによって意思決定の方向が変化していた。

「家では元気だったという話と、病院での様子は全然違います」
「誰が話すかによって、まるで別人のように聞こえることもあります」

このことは、「本人の意思」が発見されるものではなく、選択・調整されるものであることを示していた。

3.4 文書化された意思は状況の中で上書きされる

ACP で記録された内容や事前の合意は、急性期の場面では必ずしも参照されなかった。

時間的制約や心理的負荷が高い状況では、現場の判断が優先され、過去の意思は再解釈または無効化されることがあった。

「前に話していたことがあっても、その場では違う判断になります」
「書いてあっても、急変時には見ていないことが多いです」

ACP 文書は固定的な指針ではなく、状況に応じて意味が変化する資源として扱われていた。

3.5 医療者の関与が意思決定を再構成する

医療者の説明、とりわけ予後に関する発言は、家族の認識と意思決定を大きく変化させていた。

「医師が難しいと言った瞬間に、家族の考えが変わりました」

また、ACP は家族に安心感を与える一方で、解釈の違いを顕在化させる契機ともなっていた。

「書いてあったことで助かった部分もあるけど、逆に意見が割れたこともあります」

このように、ACP は単に意思を固定するものではなく、関係性の中で新たな意味を生み出す契機となっていた。

4．小括

以上の結果から、ACP における意思決定は、
・家族関係
・相互作用による役割形成
・文脈依存的な患者像
・状況に応じた再解釈
・医療者の影響

といった要素が重層的に絡み合う中で形成される、動的かつ関係的なプロセスであることが明らかとなった。

5．考察

5.1 ACP は「意思を引き出す手続き」ではなく「関係の中で形成されるプロセス」である

本研究の結果は、ACP が個人の内在的な意思を抽出する手続きというよりも、家族関係や状況的文脈の中で意思が構築されるプロセスであることを示している。意思は固定的なものではなく、相互作用の中で調整され続けるものである。

5.2 意思決定の責任は相互作用の中で配分される

キーパーソンの生成過程は、責任の明確化というよりも、葛藤回避と意思決定の成立を優先する調整過程として理解できる。すなわち、ACP の場は意思の確認だけでなく、「誰が決めるのか」を決める場としても機能している。

5.3 ACP 文書の限界と状況依存性

文書化された意思は、臨床現場において常に優先されるわけではなく、状況や感情、時間的制約の中で相対化される。これは、ACP を「固定的な指示」としてではなく、「参照可能だが拘束的ではない資源」として捉える必要性を示唆する。

5.4 患者像と専門職の影響

患者の意思は単一ではなく、複数の語りによって構築される。また、医療者の専門的判断は、その構築過程に強く関与し、意思決定の方向性を規定しうる。この点は、臨床における情報の非対称性と信頼関係の影響を反映している。

6．結論

本研究は、ACP が事前に意思を確定し記録するプロセスではなく、家族関係や臨床状況の中で意思が形成・更新され続ける対話的実践であることを示した。

意思は固定的に存在するものではなく、相互作用の中で構築されるものであり、ACP はその過程を可視化し支える枠組みとして機能している。したがって、ACP の実践においては、文書化そのものよりも、関係性と対話のプロセスに着目することが重要である。

第 4 章　ACP 実践の構造と実装への示唆

―量的・質的結果をあわせた理解―

第 4 章　ACP 実践の構造と実装への示唆

１．本章の目的

本章では、全国アンケート調査の結果とインタビュー調査の結果をあわせて、ACP が実際の医療現場でどのように行われているのかを整理する。
アンケート調査では、ACP に対する考え方や実施状況を広く把握し、インタビュー調査では、実際の意思決定がどのように進むのかを詳しく検討した。これらを組み合わせることで、ACP の実践をより現実に近い形で理解することを目指した。

２．ACP の理解の違いと実践への影響

アンケートの結果から、ACP という言葉や意味の理解にはばらつきがあることが分かった。特に、ACP を「終末期の治療を決めること」として捉えている回答が多くみられた。また、本来は日常的・継続的に行われるプロセスである ACP が、実際には「入院時」や「急変時」に実施されることが最も多いことも明らかとなった（施設責任者票 問 11)。これは、ACP が平時からの継続的な対話というよりも、医療上の意思決定が必要となった場面で行うものとして理解されている可能性を示している。
一方でインタビューでは、実際の現場では、事前に話し合っていた内容がそのまま使われるとは限らず、その場の状況や家族の意見によって判断が変わることが明らかになった。このことから、ACP が「前もって決めておくもの」としてだけ理解されていると、実際の場面ではうまく機能しない可能性があると考えられる。ACP は、一度決めて終わりではなく、その都度話し合いながら調整していくものとして捉える必要がある。

３．多職種の関わりと意思決定

アンケートでは、職種によって ACP の理解や実践内容に違いがみられた。医師は、延命治療や DNAR など医療的意思決定に関する確認を中心に行う傾向がある一方で、MSW や看護師は、本人の生活背景や価値観、人生観を含めて継続的に話し合うなど、ACP 本来のプロセスを重視している割合が高かった（スタッフ票 問 5)。このことから、医師が捉える ACP は、本人の価値観を継続的に共有する「ACP」というよりも、事前指示（Advance Directive）に近い形で理解されている可能性が示唆された。
インタビューでも、患者の「どのような人だったか」という理解は、誰が話すかによって変わることが示されていた。
これらを踏まえると、ACP は一つの視点だけで進めるものではなく、さまざまな専門職の見方を組み合わせていくことが重要であると考えられる。

４．臨床現場の条件が意思決定に与える影響

アンケートでは、ACP が進まない理由として、時間がないことや体制が整っていないこと、家族の意見がまとまらないことなどが挙げられた。（スタッフ票 問 9）
インタビューでは、実際に家族の中で自然と決定する人が決まっていくことや、急な変化の中でその場の判断が優先されることが語られていた。
特に、「時間がない」という問題は、ACP がエンドオブライフの場面で初めて行われるものとして考えられていることと関係している可能性がある。本来は早い段階から少しずつ話し合っていくものであるが、それが十分に行われていない現状が示された。

５．ACP のとらえ直し

これらの結果をまとめると、ACP は次のように考えることができる。
・あらかじめ意思を決めておくものではなく、話し合いの中で作られていくもの
・医師だけでなく、多くの職種が関わることで成り立つもの
・その場の状況や関係性によって変化するもの
つまり、ACP は「書類を作ること」ではなく、「対話の積み重ね」であるといえる。

６．実践に向けたポイント

本研究の結果から、ACP を進めるためにはいくつかの工夫が必要である。
まず、ACP をエンドオブライフ時期だけのものと考えず、早い段階から少しずつ話し合うことが大切である。
次に、医師だけでなく、看護師や医療ソーシャルワーカーなどが関わり、それぞれの視点を持ち寄ることが重要である。
さらに、医療者個人の努力だけに頼るのではなく、研修や倫理支援など、組織として支える仕組みを整える必要がある。

７．まとめ

本研究から、ACP は単に意思を確認するものではなく、関係の中で意思が形づくられていくプロセスであることが分かった。
そのため、ACP を広めるためには、知識を増やすだけでなく、実際に対話ができる環境や体制を整えることが重要である。

８．全体まとめ：ACP の再定義と実践の方向性

本研究の量的・質的結果を統合すると、ACP とは「正解を導くための手続き」ではなく、臨床の現場で生じる揺れ動く意思や、責任の所在の曖昧さを引き受けながら進められる実践であることが明らかとなった。

意思はあらかじめ固定されたものとして存在するのではなく、家族関係や医療者の関与、そして状況の変化の中で繰り返し形を変える。そのため ACP は、単に意思を確認・記録する行為ではなく、その揺れを言葉にし、関係者の間で共有し続ける対話のプロセスとして理解する必要がある。

したがって、ACP に関する教育も、手順や形式の習得にとどまるものでは不十分である。むしろ、葛藤や迷いを言語化し、それを他者とともに考え続ける力を育てることが重要となる。

9．提言

9.1 行政・制度設計に向けて

（1）ACP を「生活意思の継続的記録」として再定義する
現場では ACP が終末期の治療選択として理解されていることが多く、「まだ早い」「今は必要ない」と捉えられやすい状況がある。
しかし本来、ACP は生活の延長線上にある意思を扱うものであり、特定の時期に限定されるものではない。この点を踏まえ、ACP を「生活意思の継続的な記録と対話のプロセス」として再定義することが必要である。

（2）ACP を診療プロセスに組み込む制度設計
アンケートで多くみられた「時間がない」という課題は、個々の医療者の努力の問題ではなく、業務の構造に起因するものである。
現状のように任意で行われる形では、ACP はどうしても後回しにされやすい。そのため、外来・入院・在宅といった診療の流れの中に ACP を自然に組み込む仕組みが求められる。

（3）ACP を多視点統合のプロセスとして制度化する
医師、看護師、医療ソーシャルワーカーの間で ACP の捉え方が異なることは、本研究からも明らかであった。
これらの違いは解消すべき問題ではなく、むしろ ACP の質を高める資源である。制度としても、単一の合意を目指すのではなく、複数の視点を持ったまま意思決定を支える枠組みへと転換する必要がある。

9.2 医療・介護・福祉の現場に向けて

（1）ACP は「ズレを見える化する場」である
現場の意思決定では、意見の一致よりも、認識のズレが大きな影響を与えている。
ACP は合意形成の場としてだけでなく、それぞれがどのように考えているのかという違いを明らかにし、共有する場として捉えることが重要である。

（2）キーパーソンは固定された存在ではない
実際の臨床では、家族関係やその場にいる人、連絡の取りやすさなどによって意思決定に関わる人は変化する。
キーパーソンをあらかじめ固定された存在として扱うのではなく、状況の中で役割が変わりうるものとして柔軟に捉える必要がある。

（3）ACP は「記録」ではなく「解釈の履歴」である
ACP で残される記録は、その時点での考えや解釈を示したものであり、将来にわたって固定された意思そのものではない。
そのため、一つの記録を絶対的なものとして扱うのではなく、時間とともに更新されていく「解釈の積み重ね」として扱う視点が重要である。

9.3 本人・家族への説明と共有に向けて

（1）ACP は一度決めるものではなく、考えを共有すること
ACP は「何かを決めなければならない場」と誤解されやすいが、本来は将来についての考えを共有するためのものである。
決定を求めるのではなく、「どう考えているか」を話すこと自体に意味がある。

（2）家族の意見の違いは自然なものである
家族の中で意見が一致しないことは特別なことではなく、多くの場面で見られる。
その違いを問題として捉えるのではなく、それぞれの考えを理解するための出発点として扱うことが重要である。

（3）ACP は「正解を当てる作業」ではない
本人の意思は単一の言葉で表せるものではなく、これまでの生活や価値観の積み重ねから成り立っている。
そのため、「正しい答え」を探すのではなく、その人らしさを少しずつ理解していく姿勢が求められる。

10. 最終結論

本研究は、ACP が単なる事前指示の作成ではなく、関係性の中で意思が形づくられ続ける対話的実践であることを明らかにした。
その実践は、
・概念の理解のあり方
・多職種の関与
・臨床および組織環境
といった複数の要素が重なり合う中で成立している。
したがって、ACP の推進には、制度・教育・現場実践のすべてを含めた包括的な取り組みが必要であり、とりわけ「対話を続けること」そのものを支える仕組みの構築が重要である。

資料

資料

＜ケースシナリオ＞

【事例 1】家族構造の揺らぎ × キーパーソンの不確定性

80 代男性の進行がん。本人と妻は「在宅で穏やかに」という方針で一致し、在宅医とも共有されている。妻が日常的なケアを担っている。遠方に住む家族が突然帰省し、
・ICU での治療を求める
・在宅方針に疑問を呈する
など、家族間で意見が分かれ始めている。

■ インタビューガイド
① なぜこの状況が起きたと思いますか？
② どう対応するのがよいと思いますか？
③ このケースが「がん／非がん」で違いはあると思いますか？

【事例 2】キーパーソン不在 × 本人の価値観（愚行権含む）

70 代男性、COPD 末期。独居で家族とは疎遠。本人は「倒れても構わない」「迷惑をかけたくない」と語り、入院を望んでいない。近所の友人が相談相手ではあるが、正式なキーパーソンではない。在宅での生活を続けたい本人の希望と、医療者の安全面の懸念が一致していない。

■ インタビューガイド
① なぜこの状況が起きたと思いますか？
② どう対応するのがよいと思いますか？
③ このケースが「がん／非がん」で違いはあると思いますか？

【事例 3】本人は治療継続希望 × 医療者は治療中止を検討

がん末期の 70 代男性。本人は「苦しくても治療を続けたい」と話している。医療者は治療効果の限界を感じており、治療中止の選択肢を考えている。家族は本人の意思を尊重したいが、今後の見通しに不安を抱えている。

■ インタビューガイド
① なぜこの状況が起きたと思いますか？
② どう対応するのがよいと思いますか？
③ このケースが「がん／非がん」で違いはあると思いますか？

【事例 4】施設 × 看取り方針 × 職種間ギャップ × 経営事情

認知症末期の女性が、看取り方針で施設に入所している。急性期病棟出身の若手看護師は、バイタルの変化や表情の変化を気にかけ、医師へ頻繁に連絡している。施設長は「施設で看取る」という方針を持っている。家族は「病院に行かなくて大丈夫か」と心配している。

■ インタビューガイド
① なぜこの状況が起きたと思いますか？
② どう対応するのがよいと思いますか？
③ このケースが「がん／非がん」で違いはあると思いますか？

【事例 5】救急 × 急変 × “返す”シナリオ

90 代女性。誤嚥性肺炎を繰り返す寝たきりの在宅療養患者が深夜に発熱と呼吸苦で急変し、訪問看護師が慌てて当番医に連絡したためか主治医ではない在宅当番医の判断で救急搬送された。誤嚥性肺炎再発が疑われ入院治療が検討されているが、主治医と家族は可能であれば自宅で過ごすことを希望している。

■ インタビューガイド
① なぜこの状況が起きたと思いますか？
② どう対応するのがよいと思いますか？
③ このケースが「がん／非がん」で違いはあると思いますか？

質問票

質問票

＜施設責任者票＞

研究協力にご同意いただけますか？

□　はい

問 1）貴施設についてあてはまるものをお選びください。

1. 小規模病院（20～99 床）
2. 中規模病院（100～299 床）
3. 大規模病院（300 床以上）
4. 在宅療養支援診療所
5. 在宅療養支援診療所以外の一般診療所

この質問を表示する条件： 問 1 で「小規模病院（20～99 床）」もしくは「中規模病院（100～299 床）」もしくは「大規模病院（300 床以上）」を選択した

問 2）貴施設についてあてはまるものをお選びください。

1. 高度急性期機能
2. 急性期機能
3. 回復期機能
4. 慢性期機能
5. ミックス型
6. 在宅療養支援機能
7. その他

問 3）貴施設の職員体制についてご回答ください。（複数回答）

1. 医師
2. 看護職
3. 介護職
4. 支援相談員
5. 介護支援専門員
6. リハビリ職員
7. （管理）栄養士
8. 事務職
9. 薬剤師

10. 心理士

問 4）アドバンス・ケア・プランニング（ACP）を知っていますか？

1. はい
2. いいえ

この質問を表示する条件： 問 4 で「はい」を選択した

問 5）貴施設ではアドバンス・ケア・プランニング（ACP）を実践していますか？

1. はい
2. いいえ
3. わからない

この質問を表示する条件： 問 4 で「いいえ」を選択した

アドバンス・ケア・プランニング（ACP）とは、自らの病状が差し迫った状態の時に希望している医療やケアが受けられることを、患者さんと事前に話し合うプロセスのことを指します。日本においてもアドバンス・ケア・プランニングを普及させる動きが進んでいます。

1. 上記の取り組みを行っている
2. 上記の取り組みを行っていない

この質問を表示する条件： 問 5 で「いいえ」もしくは「わからない」を選択した もしくは 問 4 で「いいえ」を選択し、次の問で「上記の取り組みを行っていない」を選択した

問 6）アドバンス・ケア・プランニング（ACP）を実践しない理由について、貴施設の理由として最も近いものを 1 つ提示してください。

1. 時間的余裕がない
2. 自分の知識不足
3. 施設でスタッフの協力が得られない
4. 職員が患者に話しをする際に尋ねることがまとめられていない
5. ACP を行っても、本人が話した内容を残しておく媒体や、残しておくルールが整っていない
6. その他（自由記述）

問 7）貴施設でのアドバンス・ケア・プランニング（ACP）の実践について、インタビュー調査にご協力を頂けますか？

1. はい
2. いいえ

この質問を表示する条件： 問５で「はい」を選択した もしくは 問４で「いいえ」を選択し、次の問で「上記の取り組みを行っている」を選択した

問 8）貴施設での多職種グループによるアドバンス・ケア・プランニング（ACP）の実践について、アクションリサーチにご協力いただけますか？

1. はい
2. いいえ

この質問を表示する条件： 問７で「はい」を選択した もしくは 問８で「はい」を選択した

「はい」と回答いただいた施設のご連絡先と担当者名を以下に入力して下さい。
調査にご協力いただく場合、調査事務局より追ってご連絡をさせていただきます。

- 担当者名
- 施設名
- メールアドレス
- 電話番号

問９以降の質問を表示する条件： 問５で「はい」を選択した もしくは 問４で「いいえ」を選択し、次の問で「上記の取り組みを行っている」を選択した

問 9）貴施設では患者・家族との対話全体においてどの程度の割合でアドバンス・ケア・プランニング（ACP）を実施していますか？

1. 必ず実施している（10 割）
2. 大抵の患者（8 割以上）に実施している
3. 半分以上（5 割以上）に実施している
4. 半分未満に実施している（2～4 割）
5. 1 割程度実施している

問 10）貴施設においてアドバンス・ケア・プランニング（ACP）に関わる職種は誰ですか？（複数回答可）

1. 医師
2. 歯科医師
3. 薬剤師
4. 看護師
5. 心理士
6. 医療ソーシャルワーカー／社会福祉士
7. 介護支援専門員（ケアマネジャー）
8. リハビリ職員（理学療法士／作業療法士／言語聴覚士）
9. 事務職員（上記の資格を有していない）

10. その他（チーム）

問 11）今後の治療方針や終末期のケアについて、どの時期に話し合っていますか（どの時期にアドバンス・ケア・プランニング（ACP）を行っていますか）？（複数回答可）

1. 入院時（入所時）
2. 入院中（入所中）
3. 退院前
4. 急変時
5. ご本人・ご家族から要望があった際
6. 初診時
7. 通院時
8. その他（自由記述）

問 12）アドバンス・ケア・プランニング（ACP）を行う場合、その患者さんとは何度か繰り返し話し合っていますか？ACP 実践を繰り返す間隔を教えてください。

1. 1 か月に 1 回
2. 2〜3 か月に 1 回
3. 半年に 1 回
4. 1 年に 1 回
5. 数年に 1 回
6. イベント時（急変時）

問 13）貴施設の電子カルテ等にアドバンス・ケア・プランニング（ACP）に関する情報を記録する機能や仕組み、枠はありますか？

1. ある
2. なし

この質問を表示する条件： 問 13 で「ある」を選択した

問 14）貴施設の電子カルテ等にアドバンス・ケア・プランニング（ACP）情報を記録する機能や仕組みについて教えてください。（複数回答可）

1. 電子カルテに専用入力欄がある
2. 電子カルテに専用欄はないが入力場所を定めている
3. 実践記録用紙をスキャン保存している
4. 紙カルテに記載している
5. 院外との情報共有電子ツールを使用している
6. その他(自由記述)

この質問を表示する条件： 問 13 で「ある」を選択した

問 15）アドバンス・ケア・プランニング（ACP）を行う際にどのようなことを聞いていますか？（複数回答可）

1. 心肺停止時の蘇生行為希望
2. 人工栄養（胃ろう、中心静脈栄養）
3. 人生で大事にしてきたもの
4. ライフレビュー
5. 今後の療養や生活に関する本人・家族の意向
6. 代理意思決定者
7. その他（自由記述）

問 16）貴施設が所有する情報を外部機関へ提供する以下の書式等に、アドバンス・ケア・プランニング（ACP）情報を記載する専用欄はありますか？

1. ある
2. なし

この質問を表示する条件： 問 16 で「ある」を選択した

それはどのようなものですか？（複数回答可）

1. 診療情報提供書
2. 看護サマリー
3. リハビリサマリー
4. 介護連携指導書
5. その他（自由記述）

問 17）入院時や入所時に、他院、介護施設、ケアマネジャー、訪問看護からアドバンス・ケア・プランニング（ACP）に関する情報を得ることはありますか？

1. ある
2. なし
3. その他（自由記述）

問 18）貴施設ではアドバンス・ケア・プランニング（ACP）情報を記録する専用欄とは別に、事前指示書・リビングウィルの書式を作成していますか？

1. していない
2. している（具体的にご記載ください）

問 19）貴施設で実践したアドバンス・ケア・プランニング（ACP）に関する情報を ICT 等を用いて地域で共有する仕組みはありますか？

1. ある
2. なし

この質問を表示する条件： 問 19 で「ある」を選択した

それはどのような仕組みですか？（複数回答可）

1. 地域医療情報ネットワーク（病院・診療所・訪問看護、介護施設等が共通 ID で患者の情報を共有）
2. 民間 ICT ツール
3. 電子版アプリ
4. 自治体等が運営する地域ケア情報共有システム
5. メール、FAX 等による情報共有
6. その他（自由記述）

問 20）貴施設で使用されているアドバンス・ケア・プランニング（ACP）に関する記録様式（書式）がありましたら、ご提供いただけますでしょうか？

1. はい
2. いいえ

この質問を表示する条件： 問 20 で「はい」を選択した

「はい」と回答いただいた施設のご連絡先と担当者名を以下に入力して下さい。
調査にご協力いただく場合、調査事務局より追ってご連絡をさせていただきます。

- 担当者名
- 施設名
- メールアドレス
- 電話番号

問 21）貴施設では「人生の最終段階における医療・ケアの方針等の決定支援加算」を算定していますか？

1. はい
2. いいえ

この質問を表示する条件： 問 21 で「はい」を選択した

施設として正式に指針を作成していますか？

1. 作成している
2. 作成していない
3. その他（自由記述）

問 22）貴施設ではアドバンス・ケア・プランニング（ACP）に関する研修を行っていますか？

1. 施設内で行っている
2. 外部団体が主催する研修を受講している
3. 学会のワークショップに参加している
4. その他（自由記述）

この質問を表示する条件： 問 22 で「施設内で行っている」を選択した

貴施設ではアドバンス・ケア・プランニング（ACP）に関する教育・研修は、どの職種を対象に行っていますか？（複数回答可）

1. 医師
2. 歯科医師
3. 薬剤師
4. 看護師
5. 心理士
6. 医療ソーシャルワーカー／社会福祉士
7. 介護支援専門員（ケアマネジャー）
8. リハビリ職員（理学療法士／作業療法士／言語聴覚士）
9. 事務職員（上記の資格を有していない）
10. その他（チーム）

問 23）貴施設では、地域の住民に向けて、地域全体でアドバンス・ケア・プランニング（ACP）実践のための啓発活動が行われていますか？

1. 行っている
2. 行っていない
3. 分からない

この質問を表示する条件： 問 23 で「行っている」を選択した

貴施設ではどのような啓発活動を行っていますか？（複数回答可）

1. 市民向けの講演会やワークショップを行っている
2. パンフレットやリーフレット等の配布
3. ホームページや広報誌での情報発信
4. メディア（新聞・ラジオ・SNS など）での広報
5. その他（自由記述）

問 24）貴施設でアドバンス・ケア・プランニング（ACP）実践に関するマニュアルを作成していますか？

1. している
2. していない
3. その他（具体的に記述して下さい）

問 25）貴施設において、アドバンス・ケア・プランニング（ACP）実践の際にどのようなツールを使うことを推奨していますか？（複数回答可）

※心肺蘇生の希望や胃ろうなど医療処置の希望を記載する内容のもの

1. 病状説明用紙　（患者や立会人の署名欄あり）
2. 病状説明用紙　（患者や立会人の署名欄なし）
3. （何らかの）治療同意書
4. 自治体などが発行している患者の医療希望を記載するノート（※）　（患者の署名欄あり）
5. 自治体などが発行している患者の医療希望を記載するノート（※）　（患者の署名欄なし）
6. 自組織が作成した、人生の最終段階の治療や処置希望の有無を確認するシート　（患者の署名欄あり）
7. 自組織が作成した、人生の最終段階の治療や処置希望の有無を確認するシート　（患者の署名欄なし）
8. DNAR（Do Not Attempt Resuscitation）の確認シート
9. 日本版 POLST（DNAR 指示を含む）日本臨床倫理学会発行
10. 事前指示書
11. その他（自由記述）
12. 特になし

＜スタッフ票＞

研究協力にご同意いただけますか？

□　はい

あなたの職種についてご回答ください。

1. 医師
2. 看護職
3. 医療ソーシャルワーカー
4. その他

問 1）貴施設についてあてはまるものをお選びください。

1. 小規模病院（20～99 床）
2. 中規模病院（100～299 床）
3. 大規模病院（300 床以上）
4. 在宅療養支援診療所
5. 在宅療養支援診療所以外の一般診療所

この質問を表示する条件： 問 1 で「小規模病院（20～99 床）」もしくは「中規模病院（100～299 床）」もしくは「大規模病院（300 床以上）」を選択した

問 2）貴施設についてあてはまるものをお選びください。

1. 高度急性期機能
2. 急性期機能
3. 回復期機能
4. 慢性期機能
5. ミックス型
6. 在宅療養支援機能
7. その他

問 3）アドバンス・ケア・プランニング（ACP）を知っていますか？

1. はい
2. いいえ

この質問を表示する条件： 問 3 で「はい」を選択した

問 4）あなたはアドバンス・ケア・プランニング（ACP）を実践していますか？

1. はい
2. いいえ
3. わからない

この質問を表示する条件： 問 3 で「いいえ」を選択した

アドバンス・ケア・プランニング（ACP）とは、自らの病状が差し迫った状態の時に希望している医療やケアが受けられることを、患者さんと事前に話し合うプロセスのことを指します。日本においてもアドバンス・ケア・プランニングを普及させる動きが進んでいます。

1. 上記の取り組みを行っている
2. 上記の取り組みを行っていない

この質問を表示する条件： 問 4 で「はい」を選択した もしくは 問 3 で「いいえ」を選択し、次の問で「上記の取り組みを行っている」を選択した

問 5）アドバンス・ケア・プランニング（ACP）を行う際にどのようなことを聞いていますか？（複数回答可）

1. 心肺停止時の蘇生行為希望
2. 人工栄養（胃ろう、中心静脈栄養）
3. 人生で大事にしてきたもの
4. ライフレビュー
5. 今後の療養や生活に関する本人・家族の意向
6. 代理意思決定者
7. その他（自由記述）

この質問を表示する条件： 問 4 で「いいえ」もしくは「わからない」を選択した もしくは 問 3 で「いいえ」を選択し、次の問で「上記の取り組みを行っていない」を選択した

問 6）アドバンス・ケア・プランニング（ACP）を実践しない理由について、あなたの考えに最も近いものを 1 つ提示してください。

1. 時間的余裕がない
2. 自分の知識不足
3. 施設でスタッフの協力が得られない
4. 職場の実施マニュアルが整備されていない
5. ACP を行っても、本人が望む医療やケアに反映されない
6. その他（自由記述）

この質問を表示する条件： 問 4 で「はい」を選択した もしくは 問 3 で「いいえ」を選択し、次の問で「上記の取り組みを行っている」を選択した

問 7）アドバンス・ケア・プランニング（ACP）を行う際に、診療録または専用様式に記録していますか？

1. はい
2. いいえ

この質問を表示する条件： 問 7 で「はい」を選択した

問 8）貴施設で使用されているアドバンス・ケア・プランニング（ACP）に関する記録様式（書式）がありましたら、ご提供いただけますでしょうか。

1. はい
2. いいえ

この質問を表示する条件： 問 8 で「はい」を選択した

「はい」と回答いただいた施設のご連絡先と担当者名を以下に入力して下さい。
調査にご協力いただく場合、調査事務局より追ってご連絡をさせていただきます。

- 担当者名
- 施設名
- メールアドレス
- 電話番号

問 9 以降を表示する条件： 全員

問 9） 臨床の現場で ACP を行う際に、課題と感じることは何ですか？上位 3 つを順位付けしてください。

☐ 本人の意思が不明確
☐ 家族との意見不一致
☐ 時間的余裕がない
☐ 自身の知識不足
☐ 社会的認知の低さ
☐ 支援体制が不十分
☐ これまでに話し合っていた内容が把握できない
☐ その他（自由記述）

問 10）アドバンス・ケア・プランニング（ACP）を推進する上で重要な点は何だと思いますか？上位 3 つを順位付けしてください。

☐ 業務負担軽減対策
☐ 同部署スタッフの協力
☐ 職場の実施マニュアルの整備
☐ 職場の ACP 実践教育
☐ 基礎教育課程での ACP 実践教育
☐ 話し合い用の場所の確保
☐ 管理者の理解と推進姿勢
☐ 患者からの ACP 実践希望
☐ 経済的インセンティブ
☐ その他（自由記述）

以下の設問について、あなたの考えに最も近いものを 1 つ提示してください。

問 11）アドバンス・ケア・プランニング（ACP）での話し合いが、患者さんの「望む最期」に沿うための支えになったと感じたことはありますか？

1. そう思う
2. やや思う
3. あまりそう思わない
4. そう思わない
5. よくわからない

問 12）アドバンス・ケア・プランニング（ACP）の話し合いを通じて、自分のケアのあり方を見つめ直したことはありますか？

1. ある
2. ややある
3. あまりない
4. ない
5. よくわからない

問 13）アドバンス・ケア・プランニング（ACP）の最も基盤となる目的について、あなたの考えに最も近いものを 1 つ提示してください。

1. ACP とは、患者の心肺蘇生の希望を事前に確認するプロセスである。
2. ACP とは、患者や患者家族からの訴訟への備えとして行う事前の準備である。
3. ACP とは、リビングウィルを作成するプロセスである。
4. ACP とは、専門職と患者+α が話し合い、理解を共有し認識を補完するプロセスである。
5. ACP とは、患者や患者家族の延命治療についての希望を丁寧に確認するプロセスである。
6. ACP とは、患者がご自身の家族や近しい人たちと人生の最終段階の医療・ケアについて話し合うことである。
7. ACP とは、患者や患者の家族が、治療の希望を医療者側に伝えるプロセスである。
8. ACP とは、医療専門職が科学的根拠に基づく治療の説明を、わかりやすく指導する治療説明のプロセスである。

問 14）認知症やせん妄のある患者の意思決定能力の評価や判断が難しいと感じることはありますか？

1. そう思う
2. やや思う
3. あまりそう思わない
4. そう思わない
5. よくわからない

問 15）意思決定が難しいと思われる患者さんの場合、貴施設ではどのように意思決定能力の評価や判断をしていますか？（自由記述）

問 16）倫理的ジレンマを抱えたことがありますか？（例：余命が短い重度認知症の患者に対し、治療による負担が大きいにもかかわらず、家族は「全ての治療を行ってほしい」と希望する場合等）

1. ある
2. なし
3. その他

この質問を表示する条件： 問 16 で「ある」もしくは「その他」を選択した

問 17）どのように対応していますか？（自由記述）

問 18）貴施設に倫理コンサルテーションチームがありますか？

1. ある
2. なし
3. その他

この質問を表示する条件： 問 18 で「なし」を選択した

倫理コンサルテーションチームがない場合、倫理的な問題が生じた場合、どのように対応していますか？

1. 医師会の倫理委員会に相談する
2. 地域医療支援病院の倫理委員会に相談する
3. 職場内で相談する
4. 施設と関係のある大学の倫理委員会に相談する
5. その他（自由記述）
6. 対応していない

令和８年５月

医療機関、在宅医療支援機関における ACP 実施の実態と課題把握のための研究

研究代表者：国立長寿医療研究センター　三浦久幸

添付

令和８年４月１日

厚生労働大臣　殿

国立研究開発法人
機関名　国立長寿医療研究センター

所属研究機関長　職　名　理事長

氏　名　荒井　秀典

次の職員の令和７年度厚生労働行政推進調査事業費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

１．研究事業名　厚生労働科学特別研究事業

２．研究課題名　医療機関、在宅医療支援機関における ACP 実施の実態と課題把握のための研究

３．研究者名　（所属部署・職名）　在宅医療・地域医療連携推進部　・　客員研究員

（氏名・フリガナ）　三浦　久幸　・　ミウラ　ヒサユキ

４．倫理審査の状況

	該当性の有無		左記で該当がある場合のみ記入（※1）		
	有	無	審査済み	審査した機関	未審査（※2）
人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針（※3）	■	□	■	国立長寿医療研究センター	□
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	□	■	□		□
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	□	■	□		□
その他、該当する倫理指針があれば記入すること（指針の名称：　　）	□	■	□		□

（※1）当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他（特記事項）

（※2）未審査に場合は、その理由を記載すること。
（※3）廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

５．厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 ■　未受講 □

６．利益相反の管理

当研究機関におけるＣＯＩの管理に関する規定の策定	有 ■　無 □（無の場合はその理由：　　）
当研究機関におけるＣＯＩ委員会設置の有無	有 ■　無 □（無の場合は委託先機関：　　）
当研究に係るＣＯＩについての報告・審査の有無	有 ■　無 □（無の場合はその理由：　　）
当研究に係るＣＯＩについての指導・管理の有無	有 □　無 ■（有の場合はその内容：　　）

（留意事項）　・該当する□にチェックを入れること。
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

２０２６年５月９日

厚生労働大臣　殿

機関名　中京大学

所属研究機関長　職　名　　学長

氏　名　梅村　清英

次の職員の令和７年度厚生労働行政推進調査事業費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

１．研究事業名　厚生労働科学特別研究事業

２．研究課題名　医療機関、在宅医療支援機関における ACP 実施の実態と課題把握のための研究

３．研究者名　（所属部署・職名）　法務研究所　特任研究員

（氏名・フリガナ）　　稲葉一人（イナバカズト）

４．倫理審査の状況

	該当性の有無	左記で該当がある場合のみ記入（※1）		
	有　無	審査済み	審査した機関	未審査（※2）
人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針（※3）	■　□	■	中京大学	□
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	□　■	□		□
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	□　■	□		□
その他、該当する倫理指針があれば記入すること（指針の名称：　　）	□　■	□		□

（※1）当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他（特記事項）

（※2）未審査に場合は、その理由を記載すること。
（※3）廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

５．厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 ■　未受講 □

６．利益相反の管理

当研究機関におけるＣＯＩの管理に関する規定の策定	有 ■　無 □（無の場合はその理由：　　）
当研究機関におけるＣＯＩ委員会設置の有無	有 ■　無 □（無の場合は委託先機関：　　）
当研究に係るＣＯＩについての報告・審査の有無	有 ■　無 □（無の場合はその理由：　　）
当研究に係るＣＯＩについての指導・管理の有無	有 □　無 ■（有の場合はその内容：　　）

（留意事項）　・該当する□にチェックを入れること。
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

令和　8年　　4月　16日

厚生労働大臣　殿

機関名　あいち健康の森健康科学総合センター

所属研究機関長　職　名　理事長

氏　名　吉田　宏

次の職員の令和７年度厚生労働行政推進調査事業費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

１．研究事業名　厚生労働科学特別研究事業

２．研究課題名　医療機関、在宅医療支援機関における ACP 実施の実態と課題把握のための研究

３．研究者名　（所属部署・職名）　あいち健康の森健康科学総合センター・健康開発部長

（氏名・フリガナ）　平川　仁尚

４．倫理審査の状況

	該当性の有無	左記で該当がある場合のみ記入（※1）		
	有　無	審査済み	審査した機関	未審査（※2）
人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針（※3）	■　□	■	あいち健康の森健康科学総合センター	□
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	□　■	□		□
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	□　■	□		□
その他、該当する倫理指針があれば記入すること（指針の名称：　　）	□　■	□		□

（※1）当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他（特記事項）

（※2）未審査に場合は、その理由を記載すること。
（※3）廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

５．厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 ■　未受講 □

６．利益相反の管理

当研究機関におけるＣＯＩの管理に関する規定の策定	有 ■　無 □（無の場合はその理由：　　）
当研究機関におけるＣＯＩ委員会設置の有無	有 ■　無 □（無の場合は委託先機関：　　）
当研究に係るＣＯＩについての報告・審査の有無	有 ■　無 □（無の場合はその理由：　　）
当研究に係るＣＯＩについての指導・管理の有無	有 □　無 ■（有の場合はその内容：　　）

（留意事項）　・該当する□にチェックを入れること。
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

令和８年４月１日

厚生労働大臣　殿

国立研究開発法人
機関名　国立長寿医療研究センター

所属研究機関長　職　名　理事長

氏　名　荒井　秀典

次の職員の令和７年度厚生労働行政推進調査事業費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

１．研究事業名　厚生労働科学特別研究事業

２．研究課題名　医療機関、在宅医療支援機関における ACP 実施の実態と課題把握のための研究

３．研究者名　（所属部署・職名）　在宅医療・地域医療連携推進部　・　外来研究員

（氏名・フリガナ）　服部　ゆかり　・　ハットリ　ユカリ

４．倫理審査の状況

	該当性の有無		左記で該当がある場合のみ記入（※1）		
	有	無	審査済み	審査した機関	未審査（※2）
人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針（※3）	■	□	■	国立長寿医療研究センター	□
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	□	■	□		□
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	□	■	□		□
その他、該当する倫理指針があれば記入すること（指針の名称：　　）	□	■	□		□

（※1）当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他（特記事項）

（※2）未審査に場合は、その理由を記載すること。
（※3）廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

５．厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 ■　未受講 □

６．利益相反の管理

当研究機関におけるＣＯＩの管理に関する規定の策定	有 ■　無 □（無の場合はその理由：　　）
当研究機関におけるＣＯＩ委員会設置の有無	有 ■　無 □（無の場合は委託先機関：　　）
当研究に係るＣＯＩについての報告・審査の有無	有 ■　無 □（無の場合はその理由：　　）
当研究に係るＣＯＩについての指導・管理の有無	有 □　無 ■（有の場合はその内容：　　）

（留意事項）　・該当する□にチェックを入れること。
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

2026年 4月　 13日

厚生労働大臣　殿

機関名 国際医療福祉大学

所属研究機関長　職　名　学長

氏　名　鈴木 康裕

次の職員の令和７年度厚生労働行政推進調査事業費補助金の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

１．研究事業名　厚生労働科学特別研究事業

２．研究課題名　医療機関、在宅医療支援機関における ACP 実施の実態と課題把握のための研究

３．研究者名　（所属部署・職名）大学院・医療福祉経営専攻先進的ケアネットワーク開発研究分野・教授

（氏名・フリガナ）石山　麗子　　・　　イシヤマ　レイコ

４．倫理審査の状況

	該当性の有無	左記で該当がある場合のみ記入（※1）		
	有　無	審査済み	審査した機関	未審査（※2）
人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針（※3）	□　■	□		□
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	□　■	□		□
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	□　■	□		□
その他、該当する倫理指針があれば記入すること（指針の名称：　　）	□　■	□		□

（※1）当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他（特記事項）

（※2）未審査に場合は、その理由を記載すること。

（※3）廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

５．厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 ■　　未受講 □

６．利益相反の管理

当研究機関におけるＣＯＩの管理に関する規定の策定	有 ■　無 □（無の場合はその理由：　　）
当研究機関におけるＣＯＩ委員会設置の有無	有 ■　無 □（無の場合は委託先機関：　　）
当研究に係るＣＯＩについての報告・審査の有無	有 ■　無 □（無の場合はその理由：　　）
当研究に係るＣＯＩについての指導・管理の有無	有 □　無 ■（有の場合はその内容：　　）

（留意事項）　・該当する□にチェックを入れること。
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

令和８年４月１日

厚生労働大臣　殿

国立研究開発法人
機関名　国立長寿医療研究センター

所属研究機関長　職　名　理事長

氏　名　荒井　秀典

次の職員の令和７年度厚生労働行政推進調査事業費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

１．研究事業名　厚生労働科学特別研究事業

２．研究課題名　医療機関、在宅医療支援機関における ACP 実施の実態と課題把握のための研究

３．研究者名　（所属部署・職名）　在宅医療・地域医療連携推進部　・　研究生

（氏名・フリガナ）　後藤　友子　・　ゴトウ　ユウコ

４．倫理審査の状況

	該当性の有無		左記で該当がある場合のみ記入（※1）		
	有	無	審査済み	審査した機関	未審査（※2）
人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針（※3）	■	□	■	国立長寿医療研究センター	□
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	□	■	□		□
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	□	■	□		□
その他、該当する倫理指針があれば記入すること（指針の名称：　　）	□	■	□		□

（※1）当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他（特記事項）

（※2）未審査に場合は、その理由を記載すること。
（※3）廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

５．厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 ■　未受講 □

６．利益相反の管理

当研究機関におけるＣＯＩの管理に関する規定の策定	有 ■　無 □（無の場合はその理由：　　）
当研究機関におけるＣＯＩ委員会設置の有無	有 ■　無 □（無の場合は委託先機関：　　）
当研究に係るＣＯＩについての報告・審査の有無	有 ■　無 □（無の場合はその理由：　　）
当研究に係るＣＯＩについての指導・管理の有無	有 □　無 ■（有の場合はその内容：　　）

（留意事項）　・該当する□にチェックを入れること。
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

令和８年３月３１日

厚生労働大臣　殿

機関名　公立大学法人名古屋市立大学

所属研究機関長　職　名　理事長

氏　名　郡　健二郎

次の職員の令和７年度厚生労働行政推進調査事業費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

１．研究事業名　厚生労働科学特別研究事業

２．研究課題名　医療機関、在宅医療支援機関における ACP 実施の実態と課題把握のための研究

３．研究者名　（所属部署・職名）　看護学研究科・講師

（氏名・フリガナ）　飯田　美沙・イイダ　ミサ

４．倫理審査の状況

	該当性の有無	左記で該当がある場合のみ記入（※1）		
	有　無	審査済み	審査した機関	未審査（※2）
人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針（※3）	□　■	□		□
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	□　■	□		□
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	□　■	□		□
その他、該当する倫理指針があれば記入すること（指針の名称：　　）	□　■	□		□

（※1）当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他（特記事項）

（※2）未審査に場合は、その理由を記載すること。

（※3）廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

５．厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講■　未受講 □

６．利益相反の管理

当研究機関におけるＣＯＩの管理に関する規定の策定	有 ■　無 □（無の場合はその理由：　　）
当研究機関におけるＣＯＩ委員会設置の有無	有 ■　無 □（無の場合は委託先機関：　　）
当研究に係るＣＯＩについての報告・審査の有無	有 ■　無 □（無の場合はその理由：　　）
当研究に係るＣＯＩについての指導・管理の有無	有 □　無 ■（有の場合はその内容：　　）

（留意事項）　・該当する□にチェックを入れること。
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

令和 8 年 4 月 1 日

厚生労働大臣　殿

機関名　国立大学法人金沢大学

所属研究機関長　職　名　学長

氏　名　和田　隆志

次の職員の令和 7 年度厚生労働行政推進調査事業費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

1．研究事業名　厚生労働科学特別研究事業

2．研究課題名　医療機関、在宅医療支援機関における ACP 実施の実態と課題把握のための研究

3．研究者名　（所属部署・職名）　附属病院集中治療部　・　特任助教

（氏名・フリガナ）　水上　喜美子　・　ミズカミ　キミコ

4．倫理審査の状況

	該当性の有無 有　無	左記で該当がある場合のみ記入（※1）		
		審査済み	審査した機関	未審査（※2）
人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針（※3）	□　■	□		□
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	□　■	□		□
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	□　■	□		□
その他、該当する倫理指針があれば記入すること（指針の名称：　　）	□　■	□		□

（※1）当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他（特記事項）

（※2）未審査に場合は、その理由を記載すること。

（※3）廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5．厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 ■　未受講 □

6．利益相反の管理

当研究機関におけるＣＯＩの管理に関する規定の策定	有 ■　無 □（無の場合はその理由：　　）
当研究機関におけるＣＯＩ委員会設置の有無	有 ■　無 □（無の場合は委託先機関：　　）
当研究に係るＣＯＩについての報告・審査の有無	有 ■　無 □（無の場合はその理由：　　）
当研究に係るＣＯＩについての指導・管理の有無	有 □　無■　（有の場合はその内容：　　）

（留意事項）　・該当する□にチェックを入れること。
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

2026 年　3 月　25 日

厚生労働大臣　殿

機関名　公立小松大学

所属研究機関長　職　名　学長

氏　名　山本　博

次の職員の令和７年度厚生労働行政推進調査事業費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

１．研究事業名　厚生労働科学特別研究事業

２．研究課題名　医療機関、在宅医療支援機関における ACP 実施の実態と課題把握のための研究

３．研究者名　（所属部署・職名）　公立小松大学　保健医療学部　看護学科　・　准教授

（氏名・フリガナ）　青木　頼子　・　アオキ　ヨリコ

４．倫理審査の状況

	該当性の有無	左記で該当がある場合のみ記入（※1）		
	有　無	審査済み	審査した機関	未審査（※2）
人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針（※3）	□　■	□		□
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	□　■	□		□
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	□　■	□		□
その他、該当する倫理指針があれば記入すること（指針の名称：　）	□　■	□		□

（※1）当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他（特記事項）

（※2）未審査に場合は、その理由を記載すること。

（※3）廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

５．厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 ■　未受講 □

６．利益相反の管理

当研究機関におけるＣＯＩの管理に関する規定の策定	有 ■　無 □（無の場合はその理由：　）
当研究機関におけるＣＯＩ委員会設置の有無	有 ■　無 □（無の場合は委託先機関：　）
当研究に係るＣＯＩについての報告・審査の有無	有 ■　無 □（無の場合はその理由：　）
当研究に係るＣＯＩについての指導・管理の有無	有 □　無 ■（有の場合はその内容：　）

（留意事項）　・該当する□にチェックを入れること。
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。