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