

令和8年度

平野区介護保険事業者 学術研究学会

抄録



平野区介護保険  
事業者連絡会

# 平野区在宅医療・介護連携相談支援室の実践報告

平野区在宅医療・介護連携相談支援室

土川 真央

キーワード：平野区在宅医療・介護連携相談支援室、集計、分析

## I. はじめに

在宅医療・介護連携推進事業<sup>1)</sup>は、介護保険法における地域支援事業に位置付けられ、平成27年4月より市町村が主体となり実施される事業である(表1)。大阪市では、地域の医療・介護関係者からの高齢者等に係る在宅医療・介護の連携に関する相談等を支援するため、市内24区において「在宅医療・介護連携相談支援室」を設置、在宅医療・介護連携支援コーディネーター(以下、医介コーディネーターという)が配置された。

平野区在宅医療・介護連携相談室は、区民に対し支援を行う医療・介護関係者を支援対象者とし、表2の役割を果たすべく事業が展開されてきた。

経緯としては、平成29年平野区医師会が大阪市より事業委託を受け、令和2年に医療法人寺西報恩会が引き継いだ。令和5年からは平野区医師会と医療法人寺西報恩会の共同委託となっている。令和7年度より医介コーディネーター交代となり、活動を継続している。本事業を当区で、円滑かつ効果的に進めるためにも、実践の振り返りは重要であると考えられた。

表1 在宅医療・介護連携推進事業

- ア) 地域の医療・介護の資源の把握
- イ) 在宅医療・介護連携の課題抽出と対応策検討
- ウ) 切れ目のない在宅医療と介護の提供体制の構築推進
- エ) 医療・介護関係者の情報共有の支援
- オ) 在宅医療・介護連携に関する相談支援
- カ) 医療・介護関係者への研修
- キ) 地域住民への普及啓発
- ク) 在宅医療・介護連携に関する関係市町村の連携

※このうちのウ) エ) オ) を相談支援事業として地区師会等に委託した。

表2 在宅医療・介護連携相談室の役割

- 1) 医療と介護の「橋渡し役」
- 2) 医療・介護関係者や関係機関との「顔の見える関係」の構築
- 3) 切れ目のない医療・介護の提供体制構築のための「医療・介護分野における課題抽出と解決に向けた取組み支援」
- 4) 医療・介護関係者のスムーズな「情報共有」の支援
- 5) 在宅医療連携拠点コーディネーターとの連携
- 6) 区役所の在宅医療・介護連携推進事業担当職員との連携

## II. 目的

平野区在宅医療・介護連携相談支援室での実践を振り返り、現状を把握、課題を抽出し対策に向けての検討を行う。

## III 倫理的配慮

取り扱うデータは、「在宅医療・介護連携支援コーディネーター手引き書」に基づき、個人情報に留意して集計・分析を行った。なお、発表内容については、発表者の責において検討の上作成し、所属の許可を得た。

## IV 実績

### 1. 集計結果(令和7年4月～9月まで)

- 1) 相談実績数：60件
- 2) 相談元：地域包括支援センター・ブランチ、介護支援専門員、住民、区内の病院、区外病院の順であった。病院からの相談が1/4を占めていた。また区外からの相談も17%あった。
- 3) 相談内容：医療に関する相談が最も多く、訪問診療できる医療機関に関する事、病院(入院・転院先等)に関する事が多く、次いで

表3 相談事例

	相談者	相談内容	対応
事例1	精神科病院の相談員からの相談	他市精神科病院に入院、精神状態は安定、今後は家人の住む当区に戻り療養したい。希望は療養型病院	→区内複数の病院を紹介、調整を相互に行ってもらった。
事例2	区の「つながる体制支援員」とCWからの相談	身体・精神ともにサポートが必要なケース。まずは、内科の紹介をしてもらえないか	→ご本人の居住地から近い居宅介護支援事業所が併設するクリニックに依頼した。
事例3	介護支援専門員からの相談	言語聴覚士の在籍している訪問看護ステーションを探している。	→言語聴覚士の在籍する訪問看護ステーションに連絡、非常勤で枠が埋まっていたが、つながりのある事業所を教えてください紹介した。
事例4	超急性期病院の相談員からの相談	女性看護師とトラブルを繰り返す患者、在宅療養にあたり男性看護師が多く在籍する訪看を探している。	→男性看護師が多く在籍する訪問看護ステーションを伝えた。

は診療所・医師に関すること、訪問看護に関することであった。令和5、6年度と比較すると関係機関からの相談件数は増えている。

## 2. 相談事例

相談事例を表3に示す。相談は区内の医療資源や制度の狭間にある方の相談、双方の安全・安心への配慮のための支援など多岐にわたっていた。

## VI 考察

今回の相談状況の分析では、件数は前年度・前前年度を上回るが、他区と比較して多いとは言えない現状があった。相談元は地域包括支援センターや介護支援専門員が多いが、区外を含めた病院も1/4占めていた。相談内容も多岐にわたり、地域でしかわからない情報提供を希望するものも多かったためより詳細な医療資源の把握が不可欠であることがわかった。また、区外の病院からの相談が多い背景には、区外では医介コーディネーターの存在が認知されているためとも考えられた。区内での医介コーディネーターの認知度の向上が今後の重要課題である。

さらに、当区には高度急性期病院が存在せず、他の市区町村への依存が避けられない現状がある。そのため、治療後に住み慣れた地域へ戻れるよう、区外機関に対して平野区内の医療・介護資源を積極的に発信することも不可欠である。

地域活動を通じて培われる「顔の見える関係性」は、単なる情報収集の場を超え、信頼に基づく持続的な連携を可能にする重要な基盤である。こうした人的ネットワークは、制度の狭間にある課題をも柔軟に補完し、在宅医療・介護連携相談支援室を単なる相談窓口ではなく、地域包括ケアの実践的ハブとして機能させることができる。

そして、相談内容を体系的に分類・集計することは地域の医療・介護ニーズの傾向や変化を可視化し、今後の政策的な改善や資源配分へのフィードバックにつなげることができる。

## VII おわりに

令和7年12月に平野区医師会と平野区訪問看護ステーション部会の交流会を主催した。初めての試みであったが、アンケートでは開催について好意的な意見が多く寄せられ、継続開催を望む声が双方からあった。さらに新たな発案などもあり、地域連携の深化に向けた一歩となった。今後は、こうした交流の場を継続的に設けることで、医療・介護関係者間の信頼関係を強化し、地域包括ケアの実践的ハブとしての役割をより確かなものにしていきたい。

## 参考文献

- 1) 厚生労働省老健局老人保健課, 在宅医療・介

護連携推進事業の手引き Ver4.1 令和7年  
3月（最終確認日；令和7年12月5日）

- 2) 厚生労働省老健局老人保健課,在宅医療介護  
連携推進に関わるコーディネーターの活用ハ  
ンドブック, 令和7年3月（最終確認日：令  
和7年12月5日）

# 関係性の中で支えられた終末期支援の一事例

## ～話し合いにとどまらない ACP の実践～

ケアプランセンターこうのとり 落合誠一

*Key words* : ACP, 意思決定, 終末期ケア, QOL

終末期支援においてアドバンス・ケア・プランニング (ACP) は、将来の医療やケアについて本人の意思を共有する重要な取り組みとされている。しかし実践の場では、明確な話し合いや文書化だけが本人らしい最期につながるとは限らず、日常的な関わりや関係性の積み重ねが意思決定や生活の質に大きく影響する。本発表では、病状説明を望まなかった利用者の事例を通し、関係性の中で形成される ACP の意義について検討した。

事例は 80 歳代女性。独居生活中に末期肺癌と診断され、ホスピス施設に入居した。本人は冗談を好む明るい性格で、「人の役に立つこと」を生きがいとしていた。入居に際し家族は、精神的負担を考慮し詳細な病状説明を行わないことを選択した。医師の確認に対しても本人は「聞きたくない」と明言し、病状を知らない状態で過ごすことを希望した。本人の意思と、これまで通り笑顔で生活してほしいという家族の思いは一致しており、支援者はその選択を尊重した。

生活支援では、家族の頻回な訪問や写真による心理的支えの確保に加え、施設内での清掃や通所の再開など、役割の維持を図った。その結果、「人の役に立っ

ている」という実感が継続し、穏やかな生活が保たれている。

担当ケアマネジャーは、本人の「生きる支え」を強める視点から、家族訪問時に合わせた面談や人生の振り返りの対話、情報共有を継続的に行い、本人と家族双方の安心感の向上に努めた。

本事例から、第一に、病状説明を受けないという選択も本人中心の意思決定として尊重されうること、第二に、終末期においても重要なのは「より良い今後の生活」であり、役割や交流の継続がその人らしさの保持に寄与すること、第三に、ACP は話し合いの場に限定されるものではなく、本人・家族・支援者の関係性の中で形成される継続的プロセスとして捉える必要があることが示唆された。

終末期支援においては、個別性を重視し、関係性を基盤とした関わりを継続することが、その人らしい最期につながると考えられる。

# 『ACP を意識した対話文化の醸成』 ～コグニサイズを活用した取り組み～

デイサービスくらしさ平野  
山口 樹里 (生活相談員)

Keyword 「小集団」 「認知症予防」

## 【はじめに (目的)】

当デイサービス開設当時、認知症のご利用者様同士の会話が進まない中で、現在では、デイサービスくらしさ平野の特徴ともなった「コグニサイズ」をスタートさせた。

当デイサービスでの「コグニサイズ」開始のきっかけとなった A 氏を振り返り、その効果と今後のデイサービス機能訓練の在り方について考察したので報告する。

※コグニサイズとは、

英語のコグニション (Cognition: 認知) とエクササイズ (Exercise: 運動) を組み合わせた造語で、国立長寿医療研究センターが開発した認知症予防のための運動プログラムです。

主な特徴と目的

- ・二重課題 (デュアルタスク): 「計算」や「しりとり」などの頭を使う作業 (認知課題) と、足踏みや歩行などの「身体運動」を同時に行います。
- ・脳の活性化: 体を動かしながら同時に頭を使うことで、記憶を司る海馬の機能低下を防ぎ、認知機能の維持・向上が期待されています。
- ・MCI (軽度認知障害) への効果: 認知症の前段階である MCI の状態からでも、継続により認知機能の回復や進行抑制に効果があることが示唆されています。

## 【倫理的配慮】

今回の事例発表にあたり、個人を特定しうる情報は匿名化した。

利用者、家族に対し発表の目的および要旨を文章と口頭で説明し同意を得た。

## 【症例】

対象は A 氏 80 代女性、要介護 3、認知症高齢者の日常生活自立度Ⅲa。

性格は穏やかでいつも笑顔。職員の声掛けに相槌はうつが自ら会話は少ない。歌が好き。

当初、居宅で独居であったが 令和 X 年 8 月住宅型有料老人ホーム (系列) に入居。同時期にデイサービス利用開始となる。

A 氏への「コグニサイズ」の導入のきっかけは、通常多くのご利用者様は、午前中の入浴までの時間帯を、塗り絵や季節の壁画の制作などの活動を行うが、A 氏はこれらの活動が難しかった。

このため、A 氏のできる活動はないかと担当者と話し合い、事業所開設時に導入検討していた「コグニサイズ」に着目し、実施を開始することとした。

はじめに、座位での足踏み運動発声を組み合わせさせた「コグニサイズ」を週 2 回、1 回 10～15 分、4～5 名の小集団で実施した。実施期間は約 2 年 6 か月である。

当初、実施前から「帰りたい」と帰宅願望を示したり、ソワソワしたり、多方を見て動かす足が止まったりと集中力が続かない様子がみられた。

2 カ月後、担当スタッフより、いつも同じ席に座る方の 2～3 人 (顔見知り) の少人数で取り組む提案があり実施。

より密に、機能訓練指導員のサポート (フォロー) を受けながら少人数で実施。

徐々に、少しずつできる時間が増えてきた。

A 氏が後ろ向きな発言があっても 指導員は、前向きに声をかけて明るい雰囲気を出しながらアプローチを行った。

また、A 氏がコグニサイズに取り組みやすいよう、段ボールに枠を書き A 氏の足元に置き活用した A 氏が取り組めるようになってからは、リズムやステップを変えたり A 氏が楽しめるように、運動内容を変化させていった

併せて職員間で (口頭での) 情報共有を日々、密に行っていた

## 【結果】

結果として徐々に (少しずつ) 実施できる時間が増えてきた。

リズムのテンポやステップを変えたり工夫に、楽しんでいたり、声を出しながら、30～40 回のステップが可能になり飽きずに最後まで実施できるようになる

また、注意が削がれる事なく、15 分の活動を継続できるようになる

コミュニケーションにおいても、ご自身から発

語されることはほぼなくニコニコしている状態から、自ら「足が痛い」「しんどい」など訴えるように変化する。

また、時々ではあるが、「(デイから) 帰りたくない」と笑顔や冗談も交えながらご自身の意思・思いをスタッフに伝えるようになる

結果、表情穏やかに、わずかではあるが、他者と対話する場面も見えてきた。

### 【考察】

「コグニサイズ」の効果について、A氏は、約15分の皆と一緒に運動し、最後まで実施できるようになる。

そのことで、注意の持続性、安心感・満足感、身体機能の維持、自らの訴えの表出、自分の意思の伝達、他者との対話で変化があった

些細ではあるが、A氏にとっては大きな変化であり、職員にとっても手ごたえを感じることで、約2年半、大きな心身の悪化なく過ごせた。

今回の経験を機に今後のデイサービス機能訓練の在り方について、

①自ら楽しんで参加したいと思えるような機能訓練の考案

②機能訓練に参加していただき運動習慣を継続

③その方に応じた運動の量と質の検討(個別)

④集団の見直し

⑤ご利用者様の自信や達成感、満足感を感じていただけるような声掛けや工夫

⑥個別評価の項目選定、詳細な記録とスタッフ間の情報共有

等を取り組んでいくきっかけとなった。

### 【おわりに(結論)】

今回、活動に参加できないA氏との出会いがあり、「コグニサイズ」の導入及び継続ができた。

それは、すべての方に「楽しんでもらいたい」「さらに笑顔と意欲を引き出したい」というスタッフの強い思いからかもしれない。

今回、「コグニサイズ」を通したA氏へのアプローチを振り返り、多くの学びを得た。

デイサービスは、複数名の利用者が集合し、社会的交流・対話ができるという他サービスにはない強みをもつ。

しかし、認知症を持つ方にとっての対話は、関心や集中力の維持など高次の営みであり、より専門的な分析に基づく支援が必要となる。

デイサービスは、活動内容だけではなく「雰囲気」で評価されることが多いが、これは、デイサービスと利用者が一体となり長年をかけて創り出す文化であると考ええる。

私たちは、一人ひとりに寄り添い、利用者にと

もにデイサービスにおける対話文化を醸成し、ともに成長していきたい。

# 在宅療養における ACP 支援の課題と展望

## ～合意形成に至らなかった事例からの考察

KEYWORD : ACP, 合意形成の障壁, 家族支援

あったか訪問看護ステーション 新谷 美寿々

はじめに

ACP (アドバンス・ケア・プランニング 以下 ACP) とは将来の医療・ケアに関する本人の意思を尊重し、本人・家族・医療・ケアチームが繰り返し対話を重ねながら意思決定を支援するプロセスである。在宅療養においては、本人の希望を叶える重要な手段である一方、介護を担う家族の不安や負担感が意思決定に影響を及ぼすことがある。本症例では、在宅療養を強く希望する本人と、急変時対応に不安を抱える家族との間で合意形成に至らなかった症例を通して、ACP 支援の課題と今後の展望について考察する。

### I. 目的

本人と家族の意向が乖離した状況において、支援者がどのように意思決定支援を行ったかを振り返ることで、在宅における ACP 実践の課題と支援のあり方を明らかにする。

### II. 倫理的配慮

対象者のご家族に研究の目的及び方法を説明し文章にて同意を得た。収集した情報は匿名で扱い研究目的以外には使用しないことを明記した。本研究は倫理審査委員会を設置していない組織で実施したため、研究者の責任において倫理的配慮を行った。

### III. 症例紹介

対象は 70 代男性 A 氏。食道咽頭癌術後に寝たきりとなり、呼吸器合併症による入退院を繰り返していた。HOT (在宅酸素療法) 導入後は訪問看護による呼吸管理・褥瘡処置・身体看護を受けながら在宅生活を継続していた。入退院を繰り返す

中で、本人は「急変時も入院せず自宅で過ごしたい」との希望を明確にするようになった。訪問看護師・ケアマネージャー・在宅主治医が連携し、本人・家族と ACP を実施。急変時対応を含めた人生の最終段階における医療について意思決定支援を行った。

ACP 支援のプロセスは以下の通りである

1. 訪問看護の中で本人の意思の傾聴と明確化
2. 家族の思いの傾聴と不安の整理
3. 医療者による病状説明と選択肢の提示
4. 意思決定支援と精神的負担の軽減

### IV. 経過 (介入内容と経過)

#### 1) 介入内容

ACP 支援は、本人の呼吸状態が安定している日に限定して対話を重ねた。急変時や延命可能な呼吸状態が悪化時の対応に関しても聞き取りも行った。また、家族にも個別に思いを確認し、看護師が本人へ代弁することで相互理解を図った。

#### 2) 結果

本人の希望は一貫して「自宅で最期を迎えたい」であり、急変時も入院を望まなかった。家族は介護疲労や急変時の対応への不安から、在宅療養の継続に葛藤を抱えていた。医師は「急変時には搬送すれば救命可能な状況である」と説明し、選択肢を共有したが、最終的な合意形成には至らなかった。ACP 支援の継続中に急変が生じ、結果的に救急搬送となった。

### V. 考察

本症例では、本人が「最期まで自宅で過ごしたい」と一貫して希望した一方で、家族は介護疲労

や急変時対応への不安から在宅療養の継続に強い葛藤を抱えていた。ACP の実践においては、本人の意思を尊重することが基本であるが、日常的にケアを担う家族の心理的・身体的負担を軽視することはできない。特に在宅療養では、家族の受容と協力が不可欠であり、本人と家族の意向のバランスをいかに調整するかが支援者に求められる重要な役割である。

また、医療者が病状や急変時の対応について丁寧に説明し、選択肢を提示しても、家族がそれを理解・受容するには時間がかかることがある。本症例では、ACP 支援のプロセスが継続中であつたにもかかわらず急変が発生し、結果的に本人の希望とは異なる形で救急搬送となった。このことは、ACP が「結論を得ること」ではなく、「対話を重ねるプロセスそのもの」に意義があることを改めて示している。

さらに、救命可能な急変に直面した際には、本人の意思、医療的判断、家族の受容の三者間で葛藤が生じやすく、支援者はその調整役としての力量が問われる。在宅医療における ACP 支援では、単に情報提供を行うだけでなく、本人・家族の感情や価値観に寄り添いながら、段階的かつ継続的に意思決定を支える姿勢が求められる。

本症例から得られた課題と示唆

- (1) ACP 支援の早期介入の重要性：急変に備え、病状が安定している段階から ACP を開始し、十分な時間をかけて対話を重ねる。
- (2) 家族支援の強化：家族の不安や負担感に対する心理的支援やレスパイトケアの導入など、家族の安心感を高める支援体制の整備が不可欠である。
- (3) 多職種連携の深化：医師・看護師・ケアマネージャーなどが情報を共有し、共通の目標に基づいて支援を行うことで、本人・家族の信頼を得やすくなる。
- (4) 意思の再確認と柔軟な対応：本人の意思は時間とともに変化する可能性があるため、定期的

な再確認と、状況に応じた柔軟な対応が求められる。

これらを踏まえると、ACP は単なる「終末期の準備」ではなく、本人と家族がともに納得しながら生き方を模索するプロセスであり、支援者はその対話の「場」を丁寧に築いていく必要がある。

## VI. 結語

ACP の実践においては、合意形成の有無だけで評価するのではなく、本人・家族・支援者がそれぞれの思いを共有し、相互理解を深めていく過程が重要である。看護職は、本人と家族の双方に寄り添いながら、継続的な対話を支える姿勢が求められる。

## VII. おわりに

今後、少子高齢化や老老介護の進行により、同意形成に至らないケースが増加する可能性がある。ACP は本人だけでなく、介護者の生活にも深く関わるものであり、無理のない範囲で双方が納得できる支援体制の整備が必要である。多職種連携による継続的な意思決定支援の仕組みづくりが、今後の在宅医療における重要な課題である。

# 「希望」と「判断」の狭間で

## ～癌末期患者における ACP の実践と葛藤～

訪問看護ステーションかつさい ひらの  
西岡 崇徳（看護師）

KEYWORD: 葛藤、多職種連携、ACP の実践

### はじめに

本事例は、患者の意思を尊重し続ける中で、入院のタイミングが遅れたことへの葛藤を抱いた事例である。在宅療養を望む患者の意向を最大限に尊重し、支援を継続していたが、病状悪化に伴い結果的に「望まない入院」となった。「結局入院するのであれば、もっと早くに入院すべきだったのではないか」「入院しないという選択を最後まで支えるべきだったのではないか」その狭間で、患者の希望と医療者としての判断の間に揺れ動き続けた。

本事例は、ACP の実践過程における“意思の尊重”と“支援の限界”について、看護職としてどのように向き合うかを考える契機となったものである。

### I. 目的

患者の意思を尊重しながらも、適切な医療的判断と支援の在り方を模索した ACP 実践の経過を振り返り、「本人の希望を支えること」と「医療者としての判断の責任」との両立のあり方を検討する。

### II. 倫理的配慮

事例発表にあたり、利用者に対し発表の目的および要旨を文書と口頭で説明し、同意を得た。また、発表内容については当社倫理委員会にて検討し了承を得た。個人情報には匿名化し、特定されないよう十分配慮した。

### III. 実践内容

A 氏（80 歳代・男性）は胆管癌末期。胆管炎の再燃により、かかりつけの総合病院で入退院を繰り返していた。配偶者は施設入所中で、長男・長女は遠方在住。支援体制は訪問看護のみで、介護保険申請中。

訪問看護介入後まもなくして胆管炎により緊急入院となった。その入院中に訪問診療を調整し、退院後の 1 週間以内に開始する予定であった。

退院後に癌の進行による最期を尋ねた際には、「（最期は）家でいい」という思いを聴取していた。

退院数日後に再度発熱し、その時点で訪問診療開始 4 日前であった。

胆管炎再燃の可能性が高く、再入院が適応と考えられたが、本人は「もう入院はしたくない」と明確に意思を示した。

発熱を繰り返していたことで、自覚症状が乏しくなっていること、休日であったことから診察には救急外来受診が必要な状況であり、そのまま入院になる可能性があるため、受診を希望しなかった。遠方からかけつけた長女は「本人は頑なですけど心配です。」と家族にとっては不安があった。

本人の希望を尊重し、未契約の訪問診療医へ緊急相談。手持ちの抗菌薬と解熱剤で経過観察を行う方針となった。しかし翌日も発熱が持続し、血圧も低下傾向となり、敗血症が疑われる状態に陥った。

最終的に訪問診療開始前日にシバリングが出現したことで、本人も受診の提案に応じ、救急搬送となり入院に至った。本人の初期希望とは異なる

結果であったが、医療的緊急性からやむを得ない判断であった。

#### IV. 結果

入院後、集中治療を受けたが全身状態は改善せず、1か月後には著明なADL低下を認めた。本人は「もう自宅には戻れない」と語り、療養型病院への転院が決定した。

結果的に、本人が望んでいた「自宅での生活」は叶わず、長期入院という形で最期の療養を迎えることとなった。

#### V. 考察

本事例では、「本人の意思を尊重すること」と「医療的安全を守ること」の間に深い葛藤があった。

医療倫理の4原則<sup>1)</sup>である「自立尊重」「無危害」「善行」「公正」のうち、特に「自立尊重」と「無危害」が対立した典型的事例であった。

本人の自己決定を尊重すれば、救急受診を避けることが可能であったが、感染症の進行リスクを考慮すると、早期受診が望ましい状況であった。

また、胆管炎自体は可逆性であるが、全身状態から考えるとそのまま病院で最期を迎える可能性もあるため、訪問診療の開始を待ち、自宅で治療できるか訪問医の判断を委ねる選択肢も頭にあった。

どちらを選択しても完全な正解は存在せず、ACP実践における現場の難しさを痛感した。

その後、事業所内で臨床倫理4分割法<sup>2)</sup>を用いたカンファレンスを実施し、「医学的適応」「患者の意思」「QOL」「周囲の状況」の観点から整理を行うことで、多面的に状況を振り返る機会となった。

本事例の振り返りで浮かび上がった課題は以下の通りである。

##### 1. 医療情報の共有・説明の質

本人の希望に影響を与える「病態の理解」が十分であったか

##### 2. 多職種の不在

看護師だけでACPを担ったことによる視野の偏り

##### 3. 訪問診療導入前の空白期間

訪問診療開始までの数日間、支援の空白が生じたことが判断をより困難にした。

ACPは、「望む結果」を導くための手段ではなく、その人がどう生きたいか、どう最期まで過ごしたいかを共に考え続ける“対話の積み重ね”である。その過程では、本人の迷いや葛藤、医療者の不安やためらいも交錯する。たとえ結果が当初の希望と異なったとしても、その時々のおもいや状況を丁寧にしり合わせ、共に最善を模索した過程こそがACPの本質である。

本事例を通して、看護師として「正解を出すこと」よりも、「揺れの中で共に考え続けること」こそが誠実な支援であると再認識した。

#### VI. 今後の課題

本事例から以下の課題が明らかとなった。

1. 訪問診療導入までの空白期間における医療的意思決定支援体制の整備
2. 看護師単独ではなく多職種による早期介入と意思決定共有の仕組みづくり
3. 「揺れ続ける意思」を前提とした継続的意思決定支援モデルの構築

今後はチームで倫理的に支え合う体制を構築し、在宅終末期における意思決定支援の質向上を目指す。

ACP実践においては、迷いや不安を一人で抱えず、チームとして支援の方向性を共有し、

「その人らしい選択」を支え続ける看護を実践していきたい。

#### 引用文献

- 立木教夫 他、監訳 2009 『生命医学倫理第5版』  
麗澤大学出版会  
赤林朗 他、監訳 2006 『臨床倫理学第5版』  
新興医学出版社