

令和7年西部地域在宅医療推進研修会の結果について

令和7年12月19日（金）に開催しました「西部地域在宅医療推進研修会」の結果について御報告いたします。

※集合（会場：狭山市中央公民館3階 第1ホール）開催。

株式会社 Style 代表取締役、緩和ケア特定認定看護師の長谷川 記三子先生をお招きし、研修会を開催しました。

※研修会への出席者については、別添「参加者一覧」のとおりとなります。

研修会は19時に開会。辻村 狭山保健所長のあいさつの後、長谷川先生から御講演（講演内グループワーク含む。）いただきました。



狭山保健所長によるあいさつ

1. 講演「やるなら今だ！ACP～あなたの心を聴かせてください～」

株式会社 Style 代表取締役 長谷川 記三子 先生

※資料は別添「研修会資料」を御参照ください。





令和7年度
西部地域在宅医療推進研修会

やるなら今だ！ACP
～あなたの心を聴かせてください～

自分らしく あなたらしく 生きる



2025年12月19日（金）
19：00～20：30
訪問看護ステーションStyle
緩和ケア特定認定看護師
所長 長谷川 記三子

長谷川先生による講演

講演では、長谷川先生の自己紹介及び代表取締役を務められる株式会社 Style の事業について紹介の後、緩和ケア・A C T (Advance Care planning) の基本から、現場で日々直面する場面や実体験を踏まえた課題と実践についてのお話、事例をグループ話し合うグループワークが行われた。

(1) 株式会社 Style での事業について

2019年の立上げ以来、訪問看護ステーションや各種介護事業所、ハピタルハウス^{*1}、グリーフ café^{*2}等の取り組みを実施してきた。

本年度は「患者さんの希望の場所に、希望する時に連れていくことができた。」との思いから介護タクシー事業を開始した。

^{*1}ハピタルハウス

医療依存度の高い方でも自立・自律性を支援して生活ができるよう24時間看護・介護職員等を配置。医療・看護・介護・本人・家族との連携を密にし、安心して過ごせる生活を支援することを目的として2021年に開設された住宅型有料老人ホーム。

参照「ハピタルハウス Style 施設紹介」<https://hapital-sayama.com>

^{*2}グリーフ・カフェ

大切な人・ペットなどの喪失体験から引き起こされる悲嘆感情によって不調をきたしてしまった心身をケアするため、ただ安心して思いを語ることのできる場所、聴いてくれる人のいる場所、自分にとって意味のある物語を語り、編み出していく場所のこと。

参照「グリーフ・カフェとは」<https://www.grief-cafe.com>

(2) 緩和ケア・A C P の振り返りについて

2025年日本の人口構成(予測)では、今後、現在の50～54歳を頂点とした次の波がやって来る。その時に、現在の地域体制でどこまでやれるのか不安がある。

① 緩和ケア

緩和ケアは「生命を脅かす疾患による問題に直面している患者とその家族に対して問題を早期に発見し、的確にアセスメント・対処することで苦しみを予防し、やわらげ、QOLを改善すること」であるが、過去定義された「治療が有効でなくなった患者に対するケア」とのマイナスイメージが今もなお根強く残っている。

緩和ケアには患者本人やその家族の身体的・社会的・心理的・精神的ケアはもちろん、その時期や場所、A C P といった側面も含まれており、

それがQOLの改善につながっている。

② ACP (Advance Care Planning)

あらかじめ医療・看護・介護に関する計画を立てること。高齢化社会の進行とともに終末期の在り方が問われている。現場において「どこまで治療をつづけるのか。」の悩みは尽きない。

ACPは、本人が答えを決められるうちに決めておく＝事前指示の上に成り立つ。そのためには、将来の治療やケアについて本人の意向を、本人を中心に家族や医療介護スタッフが繰り返し話し合うことが大切。

(3) 現場で観るACPについて

現場では「救命処置＝命の危機を乗り越えるサポート」と「延命処置＝命の終わりを緩やかに支えるケア」が、医療介護スタッフ側も本人家族側も区別できていないと感じる。

現場で患者家族と出会う時は、疾患の悪性過程にある時や予後1年程度が予測される時がほとんど。その中で「医療的な希望はどこまでか」、「大切なこと、優先事項（人生観・価値観）」、「療養場所の希望」を状況によって変化する希望も含めて確認していくことが求められている。

(4) グループワーク①

アイスブレイクとして各グループの自己紹介を行った。

- ・年齢（年代）
- ・職務内容
- ・今一番頑張っていること、はまっていること、推し など

グループ	内容（一部抜粋）
A	・緩和ケアやケアマネ、訪問看護（終末期、小児科、精神など多様）、管理者やクリニックの事務長など 犬のトイレ訓練、AIトレーナー、娘さんの受験支援 など
B	・管理栄養士 術後の栄養管理、大学院受験準備中 ・看護師 訪問診療同行や事務、孫と遊ぶのが楽しい ・訪問診療事務 社会福祉士の資格取得目指しレポート頑張っている ・歯科衛生士 在宅歯科紹介、施設や個人宅に訪問歯科、ヒゲダンの押し活中
C	・薬剤師、看護師、作業療法士、ケアマネ
D	・行政、相談業務、看護管理、コーディネーター、薬局
E	・ 今をしっかりと生きる！、ダイエット頑張る！
F	・病院、訪問看護、CL、ケアマネ、薬剤師

G	・薬剤師、訪問看護責任者（精神特化の看護）、コーディネーター、ケアマネ、訪問看護師、訪問看護管理者、行政職
---	---

グループワーク②

人生の最期に至る軌跡（機能と経過）は状況によって大きく異なる。また、ALP（Advance Life Planning）を含むACPの位置付けを意識しながら、本人や家族が示すピースを拾い集めていくことになる。

特別養護老人ホームの職員から伺った実際の事例をもとに、何を話すか、今後どのような活動が必要かをグループで話あった。

グループワーク③

訪問看護師から伺った実際の事例をもとに、各職種がどのような声かけや説明をするか、訪問診療前後にできることがないかをグループで話し合った。

グループワーク④

講師自身の身近にあった事例をもとに、講師がどのように考え対応したか紹介があった。

終末期患者の実際の事例をもとに、どう対応するか、どんな準備ができるかなどをグループで話し合った。

相手の考えを知り（相手を知り）心を聴く。繋がりをつくることのできた方との対話によって、自分自身の考えもまとまってくる。

ACPや意思決定支援は何かを決めることを目的とせず、本人がその時点でどのように考えているのかをお手伝いする意識。しかし、本人の希望が叶う現場ばかりではない。時には「妥協点」、「最大公約数」、「みんなが納得できる選択」を共有して分かち合い、記録する。どうバランスをとり、どう折り合いをつけるかが必要である。

終末期がん患者を支援することを考えた時、死の間際になってから考え出すことが多い。しかし、その前段階（元気な時から）を含めた時期をクローズアップして考えることが重要。定義はないが、終末期はおおよそ余命3～6か月。しかし、一般的に死の2週間前まで7割ほどは移動することが可能で、10日位前になると急速に障害され、直前に意識低下や寝たきりになる。

家族構成も大きく変わり、よくあるようなきれいな図を描くことが難しい時代になった。支援者は本人（や家族など）と一緒に考え、相互に質問し合って学び、話し合いを繰り返しながら理解を深め、その内容を皆に伝え、書き残す。何回も繰り返すプロセスが大切。

(5) まとめ

ACPをはじめるきっかけは様々。人生の最期は万が一ではなく誰にでも訪れる。ACPを進めていく上では、

- ① 本人の意思を理解しようとし、理解へ向かう
- ② 本人も家族も、お互いに気持ちに折り合いをつける方向に支援する
- ③ 対話を繰り返す中で、医療介護ケアとの信頼関係が容易になっていく
- ④ 結論に対して納得ができるようになる
- ⑤ 最期に向かって段階的な準備ができるようになる

各グループで出た意見等の発表

グループ	主な発表内容
A	・ 出前講座を実施。他に高校生向けの授業実施、高校生向けのアプリを活用している。家族で共有するなどきっかけづくりに。 ・ ACPの冊子を渡すタイミングは終末期になる。安定している時期から話ができると良い。 ・ ACPよりもDNARの話が多い。病院ではACPのタイミングが作りづらいため、在宅時から話をしていると良い。 ・ 医師によっては署名を拒否されることもある。
B	・ ACPの普及活動が中心で、具体的に作成まで話が進んでいない。 ・ 理想は早い段階からの関わり。もっと言えば、教育など学びとして取り入れ、当たり前のこととして認識してもらえるようにするのが良いのではないかな。 ・ 家族にも理解してもらうことで、本人へのサポートがしっかりできるようなのではないかな。 ・ 医師の署名をもらうことはハードルが高い。医師も署名が必要になることを知ってもらう必要がある。
C	・ 施設でACPの話を出したときに「知っているよ」というような反応が増えていると聞いた。市では県に先駆けて人材育成を行ってきた。また、意思表示ノートや生き方・暮らし方ノートを作成し、各方面へ配布してきた。その結果がでてきているのではないかな。

	・市民は「いざ死ぬ時、延命処置どうする？」では話を聞いてくれない。ALP「人生をこれからどう過ごしていくか？」から少しずつ優しく始めていくのが良いのではないか。
D	・ACPはネガティブなイメージが付きやすい。ALPで話し合えると良いのではないか。 ・実際に看取りになった際、準備していたACPがひっくり返ったという事例があった。慌てず、柔軟に対応できるように関係者側も訓練なりが必要ではないか。
E	・初回訪問時に、医師から「今後や最後について」話をしてもらうと、その後、本人や家族から訪問看護師やケアマネージャーに「教えてほしい」など相談される。そこから少しずつ、本人や家族へわかりやすく説明しているといった話があった。 ・MCSで随時更新される情報を共有し、チームで方針を確認しながら変化に柔軟に対応していくことが必要。

5. 講評

講師の長谷川先生から本日の研修会について講評をいただいた。

6. 閉会

予定どおり令和7年度西部地域在宅医療推進研修会を終了しました。