

令和 6 年 6 月 23 日現在

機関番号：21601

研究種目：基盤研究(C)（一般）

研究期間：2018～2023

課題番号：18K07418

研究課題名（和文）日本の高齢者の「人生の最終段階を見据えた話し合い」促進プログラム開発と検証

研究課題名（英文）Culturally Adapted Consensus Definition and Action Guideline: Japan's Advance Care Planning

研究代表者

宮下 淳（Miyashita, Jun）

福島県立医科大学・医学部・教授

研究者番号：90762120

交付決定額（研究期間全体）：（直接経費） 3,100,000円

研究成果の概要（和文）：日本の文化や風習に適したアドバンス・ケア・プランニングの定義と行動指針に関する修正デルファイ法を用いたコンセンサス研究を行った。日本において、アドバンス・ケア・プランニングに関する研究や臨床実践において第一線で活躍する56名の専門家（医師、看護師、ケアマネージャー、社会福祉士、臨床心理士、ヘルスケアリサーチ研究者、法律専門家、宗教家）を招集し、二回の無記名適切性調査を含む7ラウンドを行い、定義と行動指針を策定し日本語及び英語版を作成した。研究論文としてJournal of Pain and Management Symptomに受理された。さらに研究実績を公開するためのホームページを作成した。

研究成果の学術的意義や社会的意義

専門家の多くが、家族中心主義的な日本の社会で本人の意思が尊重される工夫を取り入れた定義及び行動指針に賛同した。家族の意思によって本人の意思がないがしろにされないように、本人の価値観が最大限尊重される定義が策定された。自分の意見を表出しながら高齢者や認知機能の低下で意思決定能力が低下しつつある患者であってもできる限り本人の意思を尊重した意思決定が行えるように、家族や医療ケア提供者が自律的な意思決定を励まし支援する仕組みを取り入れた。日本だけでなく、家族中心主義的な文化のある社会においてアドバンス・ケア・プランニングが浸透していくきっかけになると考えられ、学術的社会的な意義があると考えられる。

研究成果の概要（英文）：We conducted a consensus study using a modified Delphi method on definitions and action guidelines for advance care planning adapted to Japanese culture and customs. We convened 56 ACP experts (physicians, nurses, care managers, social workers, clinical psychologists, health care researchers, legal experts, and religious leaders) in Japan, and conducted seven rounds, including two anonymous appropriateness surveys. The definition and action guidelines were developed and published in Japanese and English. The research paper was accepted for publication in the Journal of Pain and Management Symptom. In addition, a website was created to publicize research results.

研究分野：アドバンス・ケア・プランニング、高齢者医療における意思決定支援

キーワード：アドバンス・ケア・プランニング

科研費による研究は、研究者の自覚と責任において実施するものです。そのため、研究の実施や研究成果の公表等については、国の要請等に基づくものではなく、その研究成果に関する見解や責任は、研究者個人に帰属します。

1. 研究開始当初の背景

「人生の最終段階における治療方針に関する話し合い (Advance Care Planning, ACP)」は、患者が将来重篤な疾病や外傷により意思決定能力が低下した場合に備えて、自身の将来の診療方針についてあらかじめ家族やかかりつけ医と話し合うプロセスである。ACP 実践によって人生の最終段階にある患者や家族のストレス軽減と満足度向上及び医療費の削減が報告された。高齢化社会が急速に進行する日本でも ACP の重要性は高まっており、2014 年の調査で 69% の一般国民が ACP 実践に賛成しているが、実際の ACP 実践に関して口頭での実践は 42%、文書での実践は 3% 前後にとどまっていると報告されており、人生の最終段階における医療の質向上のためには、日本の ACP 実践割合をさらに増加させる必要がある。

ACP 実践はもともと患者の自律性尊重の理念に基づいた健康行動として米国で発展した。一方で日本を含めた東アジア文化圏の社会においては家族中心の意思決定が行われることが多い⁶が、そのような文化の中での ACP 実践に、家族や社会的ネットワークがどのように関わっているかに関する分析はほとんど行われていなかった。私たちは 2015 年度より日本の高齢者による ACP 実践の促進・阻害要因に関する量的研究や、日本の高齢者が ACP 実践に至るプロセスを解明する質的研究を行った。さらに現在、ACP 実践を開始する最適な時期に関する国際共同研究を行っており、日本の非終末期高齢者が ACP 実践を行うプロセスを家族関係や社会的ネットワークの観点から明らかにしつつあった。

2. 研究の目的

そのような背景の中で、「非終末期高齢者における ACP 実践は、来るべき人生の最終段階への準備というだけにとどまらず、人生の最終段階を考えることによって現在の生活の質をも向上させ、精神的に豊かな生活を送るうえで重要な役割を果たすのではないか」という問いを本研究の核心をなす学術的な問いとして、非終末期高齢者に対する ACP 実践の有用性を裏付けるための研究をすすめてきた。日本の文化や社会的側面を考慮に入れた日本版アドバンス・ケア・プランニングの定義と行動指針を策定し、それをもとに ACP 実践を行うことで、参加者及びその家族の精神的健康が向上することを検証することを研究の目的とした。

3. 研究の方法

「日本の非終末期高齢者に対する ACP 実践促進プログラム開発」として、非終末期高齢者を中心に、日本の文化や風習に適したアドバンス・ケア・プランニングの定義と行動指針に関する修正デルファイ法を用いたコンセンサス研究を行った。日本において、アドバンス・ケア・プランニングに関する研究や臨床実践において第一線で活躍する 56 名の専門家 (医師、看護師、ケアマネージャー、社会福祉士、臨床心理士、ヘルスケアリサーチ研究者、法律専門家、宗教家) を招集し、二回の無記名適切性調査を含む 7 ラウンドを行い、日本版アドバンス・ケア・プランニングの定義と行動指針を策定した。第一ラウンドでは、先行研究のレビューと 13 名のコアメンバーに対するインタビュー調査を行い、原案を作成した。第二ラウンドは 56 名の専門家によるウェブ上での無記名適切性調査を行った。第 3 ラウンドでは、第二ラウンドの結果をコアメンバーでディスカッションするテレビカンファレンスを行った。第 4 ラウンドでは二度目の無記名適切性調査を行った。第 5 ラウンドでは、第 4 ラウンドの結果をコアメンバーでテレビカンファレンスを用いてディスカッションした。第 6 ラウンドには、患者及び患者家族に第 1 ~ 第 5 ラウンドで作成した結果を提示し、患者及び患者家族の視点でディスカッションを行った。第 7 ラウンドでは、最終のメールによるコアメンバーディスカッションを行った。

4. 研究成果

最終的にコンセンサスが得られたのは、定義、内容、対象者そして行動指針に関する 11 項目であった。

(1) 日本版アドバンス・ケア・プランニングの定義

1. 日本版アドバンス・ケア・プランニングの定義

アドバンス・ケア・プランニングとは、必要に応じて信頼関係のある医療・ケアチーム等¹の支援を受けながら、本人が現在の健康状態や今後の生き方、さらには今後受けたい医療・ケアについて考え (将来の心づもりをして)、家族等²と話し合うことです。

特に将来の心づもりについて言葉にすることが困難になりつつある人、言葉にすることを躊躇する人、話し合う家族等がない人に対して、医療・ケアチーム等はその人に適した支援を行い、本人の価値観を最大限くみ取るための対話を重ねていく必要があります。

本人が自分で意思決定することが困難になったときに、将来の心づもりについてこれまで本人が表明してきた内容にもとづいて、家族等と医療・ケアチーム等とが話し合いを行い、本人の価値観を尊重し、本人の意思を反映させた医療・ケアを実現することを目的とします。

¹本人の医療やケアを担当している医療、介護、福祉関係者

²家族や家族に相当する近い人

定義の一段落目は、日本版アドバンス・ケア・プランニングの基本的骨格を示した本人と家族との話し合いに、医療・ケアチームが積極的に関わり話し合いをサポートすることを重視し、本

人が、将来の心づもり（現在の健康状態や今後の生き方や今後受たい医療やケアについて考えたこと）を家族等（家族や家族に相当する近い人）との間で話し合うことが ACP プロセスの中心となり、その話し合いに医療・ケアチーム等（本人の医療やケアを担当している医療、介護、福祉関係者）が積極的に参加し支援を行うという形を基本の骨格とした（図 3）。

定義の二段落目は、自分の意見を表出することに躊躇する高齢者や、認知症で意思決定が困難になりつつある人、また社会的に孤立していて ACP を行うことが困難な人といった ACP のプロセスから除かれてしまう可能性のある人々も ACP が行えるような仕組みを提示した。根幹には、Relational Autonomy の考え方がある。Relational Autonomy は未だ多義的な概念ではあるが、社会的な関係性の中で周囲の励ましや支援によって自律的な意思決定が成されるという概念を用いて、家族等や医療・ケアチーム等が本人の自律的な意思決定に対する励ましや支援を積極的に行うべきであるという内容を明記した。

定義の第三段落では、本人が意思決定ができなくなったときに、本人の価値観を尊重し、本人の意思を反映させた医療・ケアを実現することが ACP の目的である事を明確化した。

（2）日本版アドバンス・ケア・プランニングの具体的な内容

2. 日本版アドバンス・ケア・プランニングの具体的な内容（将来の心づもり）

将来の心づもりをするとは、以下のことを考えることです。

- これまでの人生を振り返りながら、今後どのような自分でありたいか、どのような生活をしていきたいかを思い描く。そのために、気がかりや心配事は何か、また自分が大切にしていきたいことや支えになるものは何かを考える。
- 現在の健康状態、これから予想される健康状態（病気やけがとそれらに伴う障害）とその見通しについて理解する。
- 人生の最終段階をどこで、誰と、どのように過ごしたいかを思い描く。人生の最期の瞬間まで自分自身の望む生き方を可能な限り実現するために、して欲しい医療やケア、して欲しくない医療やケアについて（どのような条件でその医療やケアを望むのかあるいは望まないのかも含めて）考える。
- 本人が自分で意思決定することが困難になったときに、本人の意思を反映させた医療・ケアの実現のために医療・ケアチーム等と話をしてくれる支援者（または支援者たち）³を選ぶことを考慮する。選ばれた支援者は本人の意思を代弁することを心がけ、本人の意思が不明な場合に限り、本人の価値観をくみ取って意思を推測しながら医療・ケアチーム等と話し合い医療・ケアの選択を行う。

³通常、家族等から選ばれることが多い。ここでは支援者という用語を使用しますが、専門家や団体によって代弁者や代理意思決定者などさまざまな用語が使用されています。

4 つの項目を明記することでコンセンサスが得られた。専門家間でおこなったディスカッションの焦点は、価値観や今後の人生の過ごし方を ACP の内容に含めるかどうか、さらには現在の医療・ケア意思決定を ACP の内容に含めるかどうかという 2 点であった。

人生の価値観や今後の人生の過ごし方に関しては、ACP に含めるべきであり、人生の価値観を土台に人生の最終段階における医療・ケアの選択を考えるべきだという意見が大多数であった。また、現在の医療・ケアの意思決定に関しては、第 2 ラウンドで、現在の医療・ケアの意思決定まで ACP に含める事が適切かどうかの質問を行ったところ、含めた方がよいと回答した専門家は 65% であった。人生の最終段階における医療・ケアの意思決定は、現在の医療・ケアの意思決定と連続体でつながったものであり、現在の医療・ケアの意思決定も ACP に含めるべきだという意見が多くみられた。日本版アドバンス・ケア・プランニングの内容として、まず、今後の人生をどう生きたいか、何を大切に生きたいかについて考え、さらに現在の自身の健康状態と今後の見通しについてしっかり理解した上で、現在から人生の最終段階に至るまでのして欲しい医療・ケア、して欲しくない医療・ケアについて考えることが具体的な内容として明記された。

（3）日本版アドバンス・ケア・プランニングの対象者

3. 日本版アドバンス・ケア・プランニングの対象者

アドバンス・ケア・プランニングを行う心の準備が整っている成人なら誰でも、アドバンス・ケア・プランニングの対象者となります。

特に身体的・精神的な変化、また生活環境の変化が起こる可能性がある人、つまり

- 高齢になり、以前よりも老いを感じるようになった（例：体重が減ったり、疲れやすくなったり、力が弱くなったり、歩くスピードが遅くなったり、生活動作が鈍くなったりしたと感じる）人
- 高齢になり、医療機関に通院、もしくは入院して病気やけがの治療を受けている人
- 病気やけがにより身体障がい・知的障がい・精神障がいを持している人で、その障がいの悪化により身体機能や意思決定能力が低下する可能性がある人
- 介護施設などに入所する人、在宅医療・介護を開始する人、もしくはこれらのサービスをすでに受けている人

には、アドバンス・ケア・プランニングを始めることを推奨します。

アドバンス・ケア・プランニングを行うことに消極的な人には、医療・ケアチーム等は信頼関係を構築したうえで、その理由を探索し、その人に合った適切な開始時期や話し合いの内容を考えることが必要です。

心の準備ができている成人はすべて ACP の対象者である事に関しては高いコンセンサスが得られた。日本の医療・ケア提供者は ACP に関わる事に対して消極的であるため、医療・ケアチームがとまどいなく積極的に ACP に関わることを可能にするために、支援すべき対象者を具体的に

に明示された。虚弱になりつつある高齢者、疾患を有する高齢者、慢性的に健康問題を抱える成人、施設や在宅でのケアを受けている成人を ACP の支援を開始すべき対象者として明示した。一方で、心の準備ができていない成人に対して ACP の話し合いを無理に押しつけることがないように、そのような成人に対する配慮に関する項目も付け加えた。

(4) 日本版アドバンス・ケア・プランニングの行動指針

4. (一般の人) 将来の心づもりをする

将来の心づもり(自分の健康状態を理解し、今後どのように過ごしていきたいかなど、人生の最終段階に至るまでの過ごし方や希望する医療・ケアについて考えること)をしてみましょう。親しい人の介護や看取りの経験がある人は、その状況を思い返して自分が同じ立場になった場合について考えることで、自分の将来の心づもりの手がかりになることがあります。

5. (一般の人) 将来の心づもりを話し合う

家族等と将来の心づもりを話し合ってみましょう。親しい人の介護や看取りの経験があれば、その経験をもとにお互いの将来の心づもりを語り合って共有してみましょう。一方で、将来の心づもりを周囲に伝える必要を感じながらも、話し合う相手が見つからない場合、かかりつけの医療機関や介護・福祉事業所などで、誰とどのように将来の心づもりを話し合うのがよいかについて相談してみましょう。

6. (一般の人) 将来の心づもりを託す人を選ぶ

将来、自分で意思決定することが困難になったときに備えて、話し合いを行った家族等の中から、本人に代わって医療・ケアチーム等と話をしてくれる支援者(または支援者たち)を選んでおきましょう。その支援者に意思決定を任せたいと思う場合は、任せたい旨を伝えて頼んでおきましょう。

将来の心づもりとして決めたことの実現が困難な場合もあります。たとえば、自宅で過ごし続けたいという思いを実現させることができない場合などです。その場合でも、医療・ケアチーム等と支援者は話し合っ、て、本人の意思が最も尊重される次善の医療・ケアを実現するように努力します。このような場合があることを本人と支援者との間であらかじめ話し合っておきましょう。

7. (医療・ケアチーム等) 将来の心づもりをサポートする

医療・ケアチーム等は、各自の専門性を活かし、互いに連携することで本人の価値観を多角的に捉えましょう。そのうえで、医療・ケアの情報を提供するとともに、将来の人生における希望を考えやすいように、また人生の最終段階をイメージしやすいように手助けして、将来の心づもりについて考える支援をしましょう。

8. (医療・ケアチーム等) 将来の心づもりの話し合いをサポートする

医療・ケアチーム等は、本人と信頼関係を築き、本人と家族等が将来の心づもりについて話し合うためのきっかけを作りましょう。本人の将来の心づもりについて家族等がよく理解できるように支援しましょう。

将来の心づもりについて話し合う家族等がいない人に対しては、本人が希望した場合、信頼関係のある医療・ケアチーム等が将来の心づもりについて話し合うための相手になることがあります。

将来の心づもりを言葉にすることを躊躇する人に対しては、家族等と医療・ケアチーム等は、本人と対話を重ねて躊躇する理由をくみ取り、本人の承諾のもと、本人が自分の気持ちや価値観を言葉にすることを支援します。

9. (一般の人・医療・ケアチーム等) 将来の心づもりを継続的に話し合う

話し合いで確認したことはその時点の本人の意思であり、変化しうるものです。折にふれてくり返し話し合い、気持ちや考えの変化にあわせてその内容を見直しましょう。

病状の変化に応じて、また人生の最期のときが近づくにつれて、今後必要となる医療・ケアの詳細について、本人の希望にあわせてより具体的に話し合しましょう。

病状が急に悪化したり、認知機能の低下が目立ってきたりした場合、それまでの話し合いの内容にもとづいて、医療・ケアチーム等と支援者は、その時点における本人の意思をくみ取ろうと努力することが必要です。

10. (一般の人・医療・ケアチーム等) 将来の心づもりを話し合うことなく病状が進行した時の対応

将来の心づもりの話し合いが過去に行われないうまま、病状が重篤になったり、認知機能の低下が顕著になったりした場合でも、医療・ケアチーム等は家族等とともに、また場合によっては生活を支援している近隣の人や自治体の担当者等とともに、それまでの本人の生き方や語った言葉などから本人の価値観を推定し、それを尊重した医療・ケアを実現する努力をしましょう。

※この項目の内容は日本版アドバンス・ケア・プランニングの定義には含まれませんが、医療・ケアの現場ではこのような意思決定支援の場面にしばしば直面するため、行動指針の一項目として取り上げました。

11. (一般の人・医療・ケアチーム等) 将来の心づもりに関する記録を作成する

必要に応じて将来の心づもりについて話し合った内容を記録しておきましょう。可能なら医療やケアの具体的な項目については特定の文書⁴⁾に記録しましょう。これらの文書の作成は強制されるものではありません。また、これらの文書は法的な拘束力を持たず、いつでも改訂できます。かかりつけの医療機関や地方自治体、リビング・ウィル等の活動を行う団体が作成したものをを使用することも一つの方法です。

話し合いをもとに作成した記録や文書は、本人が意思を伝えることが困難になったとき、医療・ケアチーム等と支援者とが協働して本人の意思を反映させた医療・ケアを実現するために、重要な拠り所となります。

将来の心づもりについて話し合う家族等がいない人に対しては、本人の希望があれば医療・ケアチーム等が話し合いの相手となり、必要に応じてその内容を記録しましょう。

医療・ケアチーム等は将来の心づもりを診療記録に記載し、医療・ケアチーム内で共有し、担当者が変わる際に継承していくことを心がけましょう。

⁴⁾リビング・ウィル等の本人が記載する事前指示書や、主として生命を脅かす病をもつ患者の生命維持治療に関して医師等が記載する指示書

項目 4 から 11 では、一般の人と医療・ケアチームのそれぞれが、どのような行動をとればよいかを示した。項目 4、5、6 は一般の人が、どのように将来の心づもりを考え、どのように周囲にそれを伝え、さらに自分自身が意思表示できなくなったときに、代弁してもらいたい人（支援者）をどのように決めるかについて、コンセンサスが得られた。項目 7、8 は医療・ケアチームの関わり方について示した項目である。周囲のサポートによって、本人の自律的な意思決定が促されるという Relational Autonomy の概念のもと、医療・ケアチームの関わり方について具体的な状況ごとに小項目を設定して明記された。項目 9、10、11 は一般の人、医療・ケアチームに共通する行動指針である。項目 9 では、継続的に話し合いを行い、病状の変化にあわせてより詳細な内容まで話し合うことを明記した。また、意思決定が困難になりつつある状況でもその時点での本人の意思をくみとる努力を続けることが重要であることを示した。項目 10 は、特殊な項目である。これまで将来の心づもりについての話し合いが行われずに意思決定能力が失われてしまう状況で家族等と医療・ケアチームが意思決定について話し合いを行わなければならない場面での意思決定とその支援について記載された。このような意思決定とその支援は ACP のプロセスには含まれないものの、臨床現場でよく遭遇し、非常に重要かつ困難な意思決定支援である。そのため行動指針の一部として明記することで専門家のコンセンサスが得られた。項目 11 は、将来の心づもりの話し合いを記録することについての項目である。記録することとその意義、またどのような場面で特に記録が必要なのかについて明記された。

私たちは、日本版アドバンス・ケア・プランニングの定義と行動指針の策定を行った。日本の ACP に関わる専門家の多くが、家族中心主義的な風潮のある日本の社会で本人の意思が尊重される工夫を取り入れた定義及び行動指針に賛同した。「意思決定を託す人」や「話し合いの記録」に関しては専門家の意見が割れたが、家族の意思によって本人の意思がないがしろにされる可能性のある事柄に対して非常に敏感になっていることがうかがわれた。また、家族に迷惑をかけたくないなどの理由で自分の意見を出したがらない高齢者や認知機能の低下で意思決定能力が低下しつつある患者であってもできる限り本人の意思を尊重した意思決定が行えるように、家族や医療ケア提供者が自律的な意思決定を励まし支援する仕組みを取り入れ、コンセンサスが得られた。

日本エンドオブライフケア学会で研究結果を発表し、日本 EOL 学会雑誌に投稿した。また、緩和ケア領域のトップジャーナルである Journal of Pain and Management Symptom に英文論文が受理された。

この日本版アドバンス・ケア・プランニングの策定により、日本だけでなく、家族中心主義的な文化のある社会においてアドバンス・ケア・プランニングが浸透していくきっかけになる可能性があると考えられ、この研究は社会的に意義の大きい研究であると考えられる。

5. 主な発表論文等

〔雑誌論文〕 計4件（うち査読付論文 1件/うち国際共著 0件/うちオープンアクセス 0件）

1. 著者名 Miyashita Jun, Shimizu Sayaka, Shiraishi Ryuto, Mori Masanori, Okawa Kaoru, Aita Kaoruko, Mitsuoka Satoru, Nishikawa Mitsunori, Kizawa Yoshiyuki, Morita Tatsuya, Fukuhara Shunichi, Ishibashi Yoshitaka, Shimada Chiho, Norisue Yasuhiro, Ogino Mieko, Higuchi Norio, Yamagishi Akemi, Miura Yasuhiko, Yamamoto Yosuke	4. 巻 64
2. 論文標題 Culturally Adapted Consensus Definition and Action Guideline: Japan's Advance Care Planning	5. 発行年 2022年
3. 雑誌名 Journal of Pain and Symptom Management	6. 最初と最後の頁 602 ~ 613
掲載論文のDOI (デジタルオブジェクト識別子) 10.1016/j.jpainsymman.2022.09.005	査読の有無 有
オープンアクセス オープンアクセスではない、又はオープンアクセスが困難	国際共著 -

1. 著者名 宮下 淳	4. 巻 39
2. 論文標題 特集 透析患者の希望(ホープ)を照らす 3.各論:ACP とSDM の重要性(2)Advance care planning という希望	5. 発行年 2023年
3. 雑誌名 臨床透析	6. 最初と最後の頁 1183 ~ 1187
掲載論文のDOI (デジタルオブジェクト識別子) 10.19020/CD.0000002708	査読の有無 無
オープンアクセス オープンアクセスではない、又はオープンアクセスが困難	国際共著 -

1. 著者名 宮下 淳	4. 巻 7
2. 論文標題 日本版アドバンス・ケア・プランニングの定義及び行動指針	5. 発行年 2023年
3. 雑誌名 日本エンドオブライフケア学会誌	6. 最初と最後の頁 2 ~ 7
掲載論文のDOI (デジタルオブジェクト識別子) 10.57506/jseolc.070104	査読の有無 無
オープンアクセス オープンアクセスではない、又はオープンアクセスが困難	国際共著 -

1. 著者名 Miyashita Jun, Kishino Megumi	4. 巻 180
2. 論文標題 Real-world experience implementing Advance Care Planning in the Asia-Pacific: ACP in Japan	5. 発行年 2023年
3. 雑誌名 Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen	6. 最初と最後の頁 78 ~ 84
掲載論文のDOI (デジタルオブジェクト識別子) 10.1016/j.zefq.2023.05.009	査読の有無 無
オープンアクセス オープンアクセスではない、又はオープンアクセスが困難	国際共著 -

〔学会発表〕 計4件（うち招待講演 3件 / うち国際学会 0件）

1. 発表者名 宮下淳
2. 発表標題 日本版アドバンス・ケア・プランニングの定義と行動指針
3. 学会等名 日本エンドオブライフケア学会第五回学術集会（招待講演）
4. 発表年 2022年

1. 発表者名 宮下淳
2. 発表標題 日本版アドバンス・ケア・プランニング：修正デルファイ法を用いたコンセンサスに基づく定義及び行動指針
3. 学会等名 日本臨床疫学会第五回年次学術集会
4. 発表年 2022年

1. 発表者名 宮下淳
2. 発表標題 シンポジウム2「Advance Care Planning（ACP）の来し方行く末」日本版ACPの定義と行動指針
3. 学会等名 日本臨床倫理学会第11回年次大会（招待講演）
4. 発表年 2024年

1. 発表者名 宮下淳
2. 発表標題 基調講演「日本版アドバンス・ケア・プランニングの定義と行動基準」
3. 学会等名 日本アドバンス・ケア・プランニング研究会第8回年次大会（招待講演）
4. 発表年 2023年

〔図書〕 計0件

〔産業財産権〕

〔その他〕

日本版アドバンス・ケア・プランニング
<https://acp-japan.org/>

6. 研究組織

	氏名 (ローマ字氏名) (研究者番号)	所属研究機関・部局・職 (機関番号)	備考
研究分担者	福原 俊一 (Fukuhara Shunichi) (30238505)	京都大学・医学研究科・研究員 (14301)	
研究分担者	山本 洋介 (Yamamoto Yosuke) (30583190)	京都大学・医学研究科・教授 (14301)	
研究分担者	清水 さやか (Shimizu Sayaka) (70761576)	京都大学・医学研究科・特定助教 (14301)	

7. 科研費を使用して開催した国際研究集会

〔国際研究集会〕 計1件

国際研究集会 Joint Research Meeting regarding Advance Care Planning Taiwan and Japan	開催年 2018年～2018年
---	--------------------

8. 本研究に関連して実施した国際共同研究の実施状況

共同研究相手国	相手方研究機関
---------	---------