

たくさんの
ご質問を
ありがとう
ございます！



2025.1.26開催

『あなたのACPはなぜうまくいかないのか？』

刊行記念セミナー

プロフェッショナルは どう対話するのか？

スペシャル

Q & A



中川先生に
追加で
お答えいただき
ました！

MEDICAL VIEW

はじめに

終了後のアンケートで

「質問にはあまり答えずに『本を読んで下さい』
だけだった」という不満(?)がありました。

どの質問も非常に難しくて

(「意識がない患者の家族と話すときのコツは?」)、
一口で答えられるようなものではなかったせいです。

それこそ、それ一つで講演が一つできるような感じ。

なので、下手に適当に答えるよりも、

最も適切な答えはどうしても

「本を読んで下さい」になりました。

この本は分かり易さを極限まで追求して推敲を重ねた、
という自負もあります。

本の構成も超工夫してあります。

マジです。

この本の執筆以降、コミュニケーションに関して受ける
質問の9割以上は本に書いてあるな、と感じます。

我ながらいい仕事しました。

だから質問してくるな、

と言っているわけではありません。

ただ講義を聞いただけ、動画を見ただけでは、

どうしても知識やスキルは定着しません。

近道はないのです。

なので、騙されたと思ってでいいので、
まずは読んでみてほしいです。絶対に損はさせません。
それと、あまりに読みやすいので、
一回だけだと逆に頭に残らないかもしれません。
何回も実際の会話と行ったり来たり
繰り返して読むことで、血肉になっていくと思います。

何が言いたいかというと、
借りて読むのではだめで、買って下さい、
ということです。

もっともらしく聞こえる、長ったらしい宣伝でした。
この本のようにやってうまくいった
(やってもうまくいかない) というのを、教えて下さい。

中川俊一

コロンビア大学内科准教授

1997年北海道大学医学部卒業。耳鼻咽喉科，一般外科の研修を経て2005年に渡米。
その後，肝臓移植，一般内科，老年医学，緩和医療の研修を経て，
2013年よりコロンビア大学内科，2017年より成人緩和ケア入院部門ディレクター，
2021年より現職。

Q1

「寝たきりになりたくない」
「家族に迷惑をかけたくない」という考え方は、
誰にでも共通の思いだと思います。

ただ、今後の治療により回復の可能性が
ゼロではない方の場合であっても、

「寝たきりになりたくない」
「家族に迷惑をかけたくない」という

患者さんの思いを尊重して、
今後の治療をしないという選択をしてもよいのか
葛藤があります。

意識障害がある場合、
家族が患者さん自身がそう話していた、
ということをお聞きすることもあります、
治療の適応があるのに
患者さんの意思で治療をしない（止める）
という選択は倫理的にどうなのでしょう。

A1

これはよく誤解されていますが、

「寝たきりだったら死んだほうがまし」

というはっきりとした本人の意思があったとしても、
実際にその状況になったときに

「はい、あなたが言っていた通りの状態になりました。

残念ですが治療終了です。

withdrawします」

ということには当然ながらなりません。

そんな簡単な話ではないです。

本人が意思表示できるのであれば、

本人と話をしますが、そのときに

「術前は『寝たきりは嫌だ』と言ってましたけど、

今はどのように感じますか？」

といった感じで、

その情報を使いながら会話を続けていくことになります。

本人の気持ちが変わるかもしれない可能性も

当然あります。

もちろん本人が

「こんな状態は受け入れられない。

これ以上苦しみを引き延ばさないでくれ」

といったはっきりした意思を示せばそれを尊重しますが、

実際問題そういうケースは多くありません。



A1

つづき

それは本人の死への不安だったり、
まだもしかしたら良くなるかもしれない、
という希望だったり、
もう少し頑張っしてほしいと思う家族の気持ちに
なかなかもういいと言いつらい、という思いだったり、
色々な理由があります。

その結果、治療が継続されることが多いです。

ただ、そういう場合でも

「寝たきりだったら死んだほうがまし」

という情報があれば、

「であれば、ここからさらに悪くなった場合は
挿管（CPR/透析など）は

やらないほうがいいと思いますが、いかがですか？」

という提案をしやすくなります。

これはあくまで提案ですから、

それすら受け入れられない、という患者、家族はいます。

それはそれでしょうがないです。それでも、

事前にACP（本人の意思に関する情報）があると、
ないのに比べて、

実際に悪くなったときの会話をすすめていく

ハードルが下がります。



A1

つづき

これは本人が意思表示できないときでも一緒です。

「寝たきりだったら死んだほうがまし」

と言っていた患者が重度の脳硬塞で

回復の見込みがない、という状況になったときに、

家族に対して「はい、もうおしまいです」とは、

やはりならないのです（当たり前ですけど）。

仮に事前指示書に

「そういう状況では延命治療はしてほしくない」

という書類があったとしても、

家族が納得しなければ

CMO、withdrawすることは現実にはできません

（なので、私は事前指示書はあまり意味がない

と思っています）。

結局のところは家族が納得しなければ

withholdやwithdrawはできません。

ただ、この場合も、

「寝たきりだったら死んだほうがまし」があれば

「術前に〇〇さんはこうやって言ってましたよね…。

なので、〇〇はしないほうが

いいんじゃないでしょうか？」

という提案がしやすくなります。



A1

つづき

その際に

「これはあなたがそういう決断をしているのではなくて、
本人が事前にそういう思いをあなた達のために
しておいてくれたんです」

ということが出来ます。

ただ、

「寝たきりだったら死んだほうがまし」
というはっきりとした意思を持っている人は、
家族もそれを受け入れやすい、
ということは日々の臨床で経験します。

何が言いたいかというと、
そういう難しい状況になったときには
繊細なコミュニケーションが
どうしても必要になるんです。

ACPはその一助になるに過ぎません。

もう一つ、

「治療の適応があるのに
患者さんの意思で治療をしない（止める）という選択」
という言い方に引っかかりました。



A1

つづき

なにかの治療を考えるときの「適応」というのは、

- ①「技術的にそれが可能かどうか」
- ②「それが医学的に効果があるかどうか」

で考えられることが多いと思いますが、
それより大切なのは

- ③「それが患者の役に立つかどうか」です。

①と②があるからと言って、

それをそもそも望んでいない患者に

治療を押し付けるのは、

そちらの方がよっぽど非倫理的だと思います。

もちろん状況により例外もありますが、

倫理的な原則は

①であろうが、②であろうが、

患者がそれを望まなければ

それをやるべきではありません。

Q2

元気な時からもしもの時について考えることは大切だとわかっています。

しかし、家族のことも自分自身のことも、

「もしも」を考えると怖くなったり、不安になってしまい、

結果的に考えたり話し合ったりできていません。

患者さんに対しては医療者として必要だからと冷静に考えられるのですが、

家族や自分自身のACPについては

どのような気持ちで向き合ったらよいのでしょうか。

A2

これは本にも書きましたが、私は

「人間は人生のどこかで必ず

死について苦しまなくてはならない運命にある」

と思っています。

確かに将来のもしものことを考えるのは
楽しいことではないし、怖くなることもあるでしょう。
なのでACPはある種の「苦しみ」です。

でもその「苦しみ」を早くに済ませておくと、
つまり十分に話し合って、

本人の「こうなったら生きている意味がない」
が共有できていると、

実際にそうなったときに色々と悩むという
「苦しみ」からは開放されます。

「父さんは〇〇とはっきりいっていた、

だからこれでいいんだ」

というのはものすごい大きな意味があります。

なので私はACPは

「本人が周囲に贈ることのできる最大のプレゼント」

だと思っています。



A2

つづき

もし質問者の方が自分の将来のことを不安に思うのであれば、

周りの家族を将来苦しませないために

そのことを話し合う、

と考えるといいのではないのでしょうか？

もし家族のACPであれば、

家族から大事なプレゼントをみすみすもらわないのはもったいないです。

ただ、以上のことを全て理解したうえで

それでもACPをしたくない

(将来のネガティブのことを考えたくない)

というのであれば、

それはそれで尊重されるべきだとも思います。

そういう場合は、

そういう状況になってから考えることになりますけど、

それはそれでしょうがない、と思います。

Q3

『「〇〇するくらいだったら死んだ方がマシ」
という人もいます。

そういう考えはありますか？』

と聞いてもストレートに答えが返ってこないことが多いです。良いことから聞くなど
順番は気をつけているつもりなのですが…

A3

「死んだほうがマシ」は、やはりどぎついで、
「こうなったら生きている意味がない」
の方がいいと思います。

それと、今日のセミナーでも見せましたが、
質問の意図が伝わらないことが多いので、
例を挙げるのがおすすめです。

それでも伝わらなければしょうがない、と思います。

Q4

現場にて緩和的鎮静の話の切り出し方が難しいという議論になります。

緩和的鎮静においても話し方は共通でしょうか。異なる点はありますでしょうか。

A4

3ステージでアプローチするのは同じです。

2ndステージ

「これ以上、ほんのちょっとも苦しみたくない」という訴えがあって、その上でその苦しみを「どうやっても緩和できない」のであれば、

3rdステージで

「眠らせる、という方法もあるんですけど…」と切り出すのかな、と思います。

ただ、この「どうやっても緩和できない」というのがネックになります。

医療者としてはあらゆる手段をトライし尽くしたいという思いがある一方、

それだけ苦しんでる患者からしたら

「もういいから早く」ということもあるでしょう。

そのバランスは常に慎重に考える必要があると思います。

Q5

何か質問攻めにしているような感じがしました。

もう少し一問一答にならないような工夫ってないでしょうか？

医師と患者という立場である以上難しいんですかね。

A5

楽しみなことは？と聞いたときに、相手が一人で勝手に話してくれるのであれば、tell me moreを使う必要はありません。でもそんなことはほとんどないです。なのであのようには尋ねざるを得ません。

質問攻めにしている、ということですが、友達でも恋人でも憧れの芸能人でもいいですが、その人のことをより知りたい、仲良くなりたいと思ったら好奇心からいろんなことを尋ねたくなって質問攻めにするのは普通のことだと思います。

我々はプロとしてそれを戦略的に行うべきである、というのが私の考えです。

Q6

市中病院で総合内科、家庭医として勤務しております。
どの患者さんにおいても
ACPを深めたいといつも思っていますが、
入院時対応では、タイムマネジメント的に
色々なプロセスを踏むことは難しい、
しかし一方で病棟からは急変時code(Full or DNAR)
を決めてほしいとなります。

中川先生がこのような状況に対応される場合は、
「未定」とされるか、
最低限のプロセスで暫定的にADだけ考えられるか、
どうされるでしょうか。

A6

これも本に書いてあります。

一気にやる必要はないし、

医師が一人でやる必要ありません。

チームとして取り組むべきです。

DNARにするかどうか、というのは

3ステージのアプローチが必要です。

入院時の対応でも可能なら

3ステージをやるべきでしょう。

でも入院時はまだ情報が少なく

1stステージがはっきりしないので、

フルコースになってしまうのは

ある程度仕方ないと思います。

1stステージの情報が入院時でもはっきりしている（

予後が悪いのがわかっている）のであれば、

3ステージのアプローチをすべきです。

本を読んでほしいです。

Q7

tell me moreの部分、とても勉強になりました。
患者さんとの距離を縮めることができる
と思った一方で、自分が患者さんだったら

「初対面の人にどうしてここまで答えなければ
いけないのだろう」と感じてしまいそうです。

中川先生が気を付けていることがあれば教えてください。

A7

そう思いますかね？

私の経験ではあまりそういう反応は来ません。

ポジティブなことを話している限りは。

「なんでそんな事が必要なんですか？」

と言われたら

「これってものすごく大切なことなんです」

と返しています。

ただネガティブなことを話すときには

気をつけています。

必要がなければ初対面ではあまりネガティブなことは
尋ねないようにしています。

必要があれば、今日のようなステップを
踏んだうえで、尋ねます。

Q8

ACPの後半は先生が話されている時間が少し長いように感じ、誘導されているように感じましたが、それがパターンリズムなのかどうなのか、現場で迷っているところです。

A8

おそらく「生きている意味がない」の質問のところを言っているのではないかと思います。

確かにあのくだりはどうしてもこちらの話す時間が長くなります。

それは例示しないと相手が

質問の意図を理解しないからです。

誘導ではないし、パターンリズムでもありません。

その辺のことは本に詳しく説明していますので、ぜひ読んでいただきたいです。

Q9

質問に対してではなく、
自分の話したいことを
切れ目なく話し続ける方への
対応はどうされていますか？

A9

講演でも話しましたが、これは難しいです。
そういうときは相手の話の途中でも、
息継ぎしたりするタイミングを見計らって、
こちらの質問をしたりします。

あるいは

「ちょっと今日は時間があと5分しかないので、

これをお聞きしたいのですが…」

とかいうのもいいかなと思います。

Q10

相手の生活を具体的に想像するために
患者側からしたら一見関係なさそうな質問をしていく
導入に関してです。

デモ動画では「いつもしている質問なのですが」
という導入でしたが、
なんでそんなこと聞くのだろうと
怪訝な様子になったりしないものでしょうか。
なかなか勇気が出ません…。

勇気が出ないのは、

先生自身が楽しいことを尋ねることの意味を
まだ十分に理解していないからだと思います。

こんなこと関係あるのか？

という思いがあるんだと思います。

でもそれは間違いです。

これは本当にめちゃくちゃ大切なことなんです。

騙されたと思って尋ねてみてください。

これは私が言っているだけではなくて、

NEJMにも同じようなエッセイが載っています。

<https://www.nejm.org/doi/abs/10.1056/NEJMp1806388>

研修医が医師初日に入院患者

(犬の散歩中に胸痛で入院)

のプレゼンをしたときに、

指導医に「犬の名前は尋ねたか？」聞かれて、

困惑したという話です。

著者はそんなこと関係あるのか？

とその時は思ったけど、実際その後ずっと、

そういう質問が一番役に立った、という話です。

Q11

人生の幅の下を決めたいという下心を隠しながら、
限られる面談時間への焦りも隠しつつ

余裕を持った態度で本題への遠回りをしながら
迫っていくというのはとても難しいと感じています。
先生はあらかじめ、どのくらいの時間までは
許容しようとして、面談に臨みますか？

私の経験ではあっという間に1時間を過ぎてしまい、
それでも足りないなということもあります。

(状況としてはicuなど重症の患者家族への説明で、
厳しい患者状態から具体的な治療プランまで
説明、決定する工程があるので
ここにもたくさん時間を要します)

A11

ICUでの面談はだいたい1時間が目安でしょう。
それでも足りないと思うのは、
おそらく1stステージの話が不必要に長くて
余計な議論をしすぎているんだと思います。
説明をシンプルにする、質問にシンプルに答える。
本に書いてあるので、読んでみてください。

Q12

私は現在小児病院のPICUフェローとして勤務している医師6年目の小児科医です。自分が今までいた環境では、今回のような話はもう相手がすでに余裕がなくなっているような時に話す機会が多いように感じています。

自分はまだ主だってACPをした経験はないのですが、例えば患者さんもしくは患児の親がそもそも最初から落ち込んでいたり苛立っているなどで落ち着いて話せそうな雰囲気ではないときに、どのような工夫をされていますか？

小児はハードルが高いです。
私自身は成人しかやっていないので、
小児患者と親と話したことがありません。

ただ、原則は同じだと思います。

感情的になっている相手には、
感情に共感するような言葉がけ、話し方、
質問にはシンプルに答える、
などのスキルが必要です。

全て本に書いてありますので、
読んでみてください。

Q13

救急外来で唐突に短い時間で
良くないでしょうか？

A13

救急は確かに時間がないので
ハードルは高いですね。

それでも3ステージのアプローチは
理解しておくほうがいいと思います。
その辺のことは本に書いてあります。

Q14

最初から家族を同席があったほうがいいのか、逆に家族がいると話せないこともあることを考えて個別に話したほうがいいのかのでしょうか。

A14

いい質問ですね。

本人にどう話すのがいいかを尋ねるのが一番いいと思います。

ただ、家族がいると話せない、としても最終的には家族に思いが伝わるのが理想です。最期には家族が判断する場面がくるので。

その辺のジレンマは本に書いてあります。読んでみてください。

Q15

今回の一連の流れは
だいたいどれくらいの時間を
目安にお話をされますでしょうか。
日常臨床で実践する際に
参考にさせていただきたいです。

A15

今日お見せした会話は15分です。
入院患者でやるときは
30分くらいかかることもあります。

話が長くてなかなか割り込めないときは
60分かかることもあります。

Q16

救急受診の場合、
本人が意思表示が難しい場合で
家族に話す場合の緊急のACPも
基本的な型は同じですか？
復習したいのですが
本日の資料配布はありますか？

A16

復習するのであれば、本を読んでください。
全て本に書いてあります。

今日お見せしたACPIは
3ステージの2ndステージです。

Q17

先日ACPの相談会を診療所にて行いました。
高齢男性の場合は普段の生活が日常的すぎて
「たのしみ」と認識していないことが
多いようでした。

具体的に言うと、食事をして、
農作業や野良仕事をして、
友人と話をし、お酒を飲んで、
といった生活そのものが楽しそうなのですが、
ご本人は当たり前のこととされていて、
尋ねても答えないことが多かったです。

その時はナッジのように、
「そのような生活が続くのが楽しいですか？」
と尋ねましたが、
先生ならどのように聞くでしょうか？

「そのような生活が続くのが楽しいですか？」

(それ自体の絶対値)よりは

「そういった生活の中で何が一番楽しみですか？」

(その中での比較)

の方がいいかな、とは思います。

ただ、そのように尋ねたとしても

「いや、特に」

といった感じの返しであれば、

それでしょうがないですね。

それでポジティブは切り上げて、

hope for the best, plan for the worstを使って、

ネガティブの方に行くのでいいと思います。

Q18

訪問診療のクリニックの
ソーシャルワーカーです。
医師が行うACPと他の医療職が行うACPで
やり方の違いはありますか？
また訪問診療では、がん末期で予後1ヶ月
という方も多いです。
その際のACPでの注意点はありますか？

A18

医師とそれ以外が行うACPIに
違いがある必要はないと思います。
予後が一ヶ月であれば
3ステージのアプローチをしたほうがいいです。

今日お見せしたのは
その一部（2ndステージ）だけです。
本を読んでいただきたいと思います。

Q19

ご講演ありがとうございます。
飯塚さんとの会話は台本はあったのですか？

A19

ありません。
事情があって一回やり直しましたので、
全く素の会話ではないです。

ただ、できるだけ素の会話がいいだろう
と思ったので台本無して、
限りなく素に近い会話になっていると思います。

Q20

3rdステージまで進むには
1時間以上かかると思いますが、
先生は一気に3rdステージまで
されるのでしょうか？

A20

私は急性期病院で状態がかなり悪い、
という状況でコンサルトされることが多いです。
なので一気に3rdステージまで
話すことが多いです。

準備にある程度時間をかけはしますが、
面談自体は1時間を超えないようにしています。
それ以上は堂々めぐりで集中力が続きません。

それと、
面談で3rdステージまで話をしたとしても、
それで相手が決断をその場で下す、
ということは非常に稀です。

Q21

中川先生はご家族とACPをしてみてくださいと仰っていましたが、

置かれている状況によって変わっていくことがACPの特徴かと思います。

全く医学的な危機を感じていない状況の最低ラインといざ切迫した状況での最低ラインは変わるものだと思います。

それでも今からACPをしていくべきとお考えですか？それともこれは生きている意味がないというラインはあまり変わりませんか？

A21

気持ちは変わるとは思いますし、変わっていいと思います。

ACPはイベントではなくて、プロセスです。

早くから始めて、折に触れて繰り返す、というのが大切です。

本に詳しく書いてありますので、読んでみてください。

Q22

とても時間が限られているときのお話のしかたで、コツはありますか？

たとえば、癌の治療は終了して経過観察中、いわゆるDNARの意思は確認できていないとき、外来の10分15分で話さないといけないときは、ゆっくりとお話できず、ネガティブな話で終わってしまうことがあり、傷つけるだけで終わってしまっているように感じます。

A22

ほんの少しでもポジティブなことを話すだけで、随分違うと思います。

Q23

患者さん、患者さん家族がよりよく過ごせることを目標にしてACPするよう心掛けています。ただ、病棟スタッフには必要とされないこともあり、「まだDNAR聞けてないんですか?!」と言われ、そのギャップに疲れるときがあります。それでもスタッフ間で軋轢をうむのも良くないので、時間外に面談でお話することが多いです。「まだDNAR決まってないんですか」とスタッフに聞かれたら、先生はなんと返しますか？

A23

病棟スタッフになんとか私の本を読ませることはできませんかね？
あるいは先生が勉強会をすとか。
このコミュニケーションは先生だけが理解しているだけではだめで、**病棟チームとして共通理解があることが重要です。**
ただ、病棟スタッフが「まだDNAR決まってないんですか？」
といってくる、というのはおそらくCPRや集中治療が無益で苦しみを引き延ばすだけだろう、
という状況なのだと思います。
そういう場合は3ステージの話し合いをできるだけ早くするべきだとは思いますが。

Q24

最後に「嫌な気持ちになりましたか？」
と質問して「はい」と言われてしまった場合、
「いきなりこのような話をして
申し訳ありませんでした。」
と謝るので良いのでしょうか？

A24

「嫌な気持ちになりましたか？」というのは
いい尋ね方ではなかったかもしれません。

「こういう話をするのは辛かったですか？」

の方が良かったですね。

「辛かった」と言われた場合、
その様に謝るのでもいいですが、

「そうですか、

でもこれってすごく大事なお話なんです。

特に〇〇さんのご家族にとって

大事なことです」

ということを強調するのは重要だと思います。



あと、辛い、というのと
考えたくもない（話したくもない）
というのは違うと思います。

私の経験では考えたくもない、考えられない、
という人は2-3割です。
7-8割は（辛くても）考えて、
答えることができます。

そして

「大事なことから尋ねてくれて良かった。

ありがとう」と言われることが多いです。

そういう患者は実は結構います。

こちらが日和ってしまったせいで、

せっかくある患者の思いを周りが知らない、

というのは一番あってはならないことだと思います。

書籍紹介

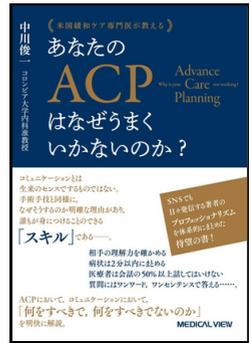
米国緩和ケア専門医が教える あなたのACPはなぜ うまくいかないのか？

著者 中川俊一

定価 2,970円（本体2,700円＋税）

A5判 24ページ

2024年9月2日刊行



刊行たちまち重版，ロングセラー！

日本での外科研修を経て渡米し、
紆余曲折を経て
米国日本人緩和ケア医となった著者だからこそできる、
コミュニケーションを極限まで分解し、
一言一句までこだわりぬいて考えられた
唯一無二の決定版です。

コミュニケーションとは
誰もが身につけることのできる
「スキル」である——。

この考えに基づき、誰もが・すぐに・正しく
ACPを実践することができるように、
会話を3つのステージに分けて詳解しています。
これまでの書籍とは一線を画す
超実践的かつロジカルな解説が特徴です。