

令和7年度 第4回介護・看護合同学習会

がん患者のアドバンス・ケア・ プランニングについて

桐生厚生総合病院

地域医療連携室

がん看護専門看護師

荒川 浩



もしものときのために

- 誰でも、いつでも、命に関わる大きな病気やけがをする可能性がある
- 命の危険が迫った状態になると約4分の3の人が、これからの治療やケアなどについて自分で決めたり、人に伝えたりすることができなくなる

東北大学病院緩和ケアセンター監修、アドバンス・ケア・プランニング（人生会議）の基礎知識DVD、会津製作所参照

アドバンス・ケア・プランニング

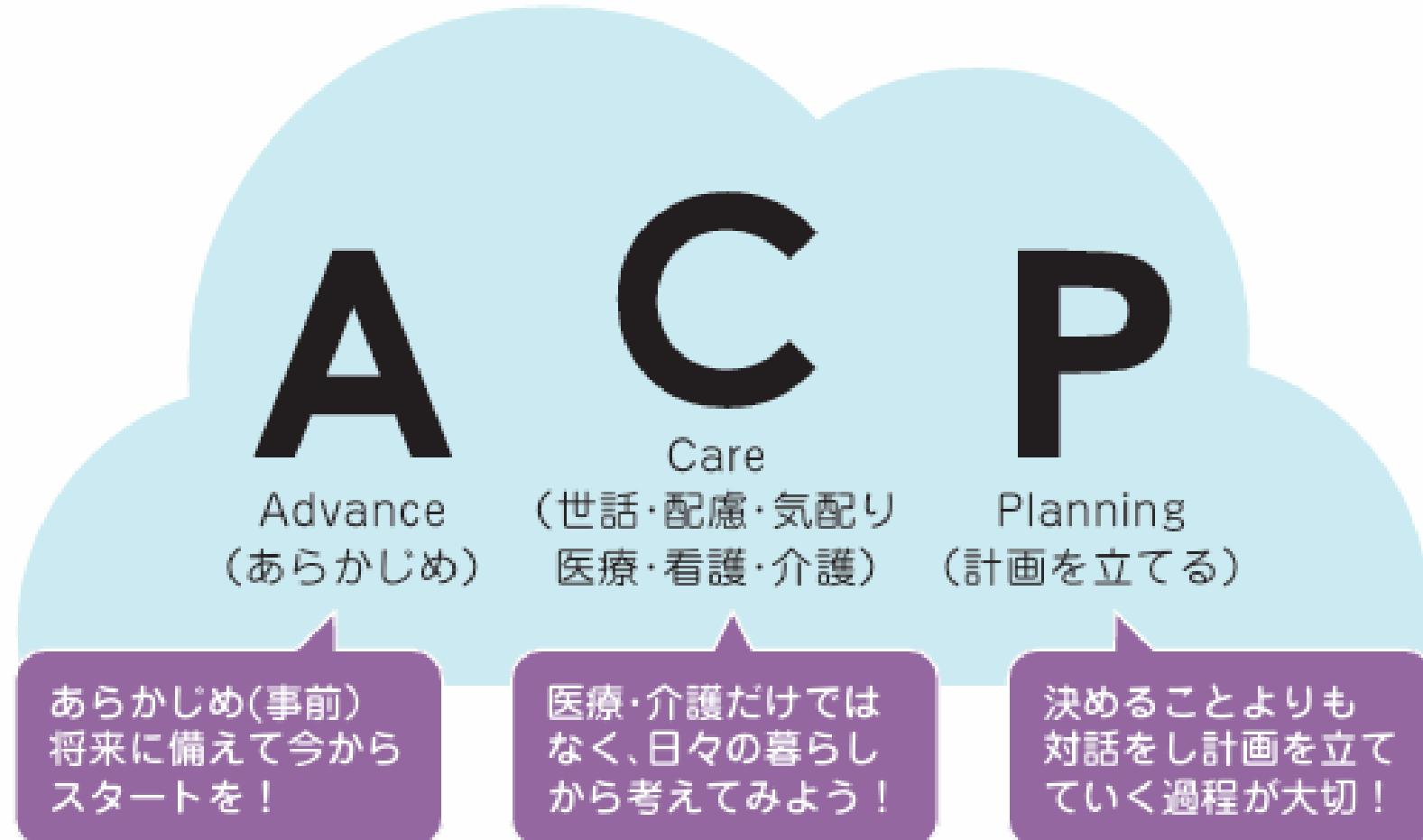


- 将来に備えて、今後の治療・療養について、**あらかじめ話し合うプロセス**
- QOL（生活の質）とあわせて、QOD（死を迎える過程の質）を話し合う
- 話し合いすることによって、もしもの時に望んだ治療、ケアを受けられる可能性が高くなる
- 書き残すだけではなく、本人と家族、親しい友人と詳しく**話し合う**ことが重要

東北大学病院緩和ケアセンター監修、アドバンス・ケア・プランニング（人生会議）の基礎知識DVD、会津製作所参照



アドバンス・ケア・プランニング



東京都保健医療局HPACP普及啓発リーフレット
https://www.hokeniryo.metro.tokyo.lg.jp/iryo/iryo_hoken/zaitakuryouyou/acp_leaflet



ACPの目的

- 話し合いを通じて、本人が大切にしたいことや望む/望まない医療やケアを家族等が理解して、本人が自分で意思決定できなくなつたときに、本人の考えを代弁できるようになること
- 話し合いを通じて、本人が大切にしたいことを医療従事者や家族等が理解して、これからの中療やケアの内容に反映させること

ACPのイメージ

辛い治療は嫌。
できるだけ自宅で過ごしたい。



「もしもの時」に備え、
あらかじめ話し合う

家族・本人

希望や思いを整理・共有

- ・受けたい医療、受けたくない医療
- ・どこで、どうゆう生活がしたいか
- ・意思決定できなくなった時に希望を伝える「代理人」を誰にするか

共有

医療・ケアチーム

わかりやすく説明

- ・今後、予想される症状
- ・治療の種類と効果・デメリット
(心肺蘇生、人工呼吸、胃瘻による栄養補給…)

意思決定し、記録する(変化したら見直す)

もしものとき人それぞれ希望は様々

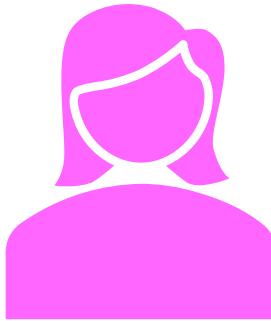
Aさんの希望

- ・「痛みがあるのは嫌だ」
苦痛がないこと
- ・「子ども扱いされたくない」
自尊心を保つこと
- ・「住み慣れた家で過ごしたい」
望んだ場所で過ごす事
- ・妻と一緒にいたい



Bさんの希望

- ・他者の負担にならないこと
- ・「妻・母として最期まで生きたい」
役割を果たせること
- ・「身の回りの整理をしておきたい」
残された時間を知り準備すること



終末期がん患者のQOL

(望ましい死のあり方)

対象：全国の2548人の一般市民および513人の緩和ケア病棟の遺族

日本人の多くが共通して 大切にしていること

- ・身体的・心理的な苦痛がない
- ・望んだ場所で過ごす
- ・希望や楽しみがある
- ・医師や看護師を信頼できる
- ・家族や他人の負担にならない
- ・家族や友人と良い関係でいる
- ・自立している
- ・落ち着いた環境で過ごす
- ・人として大切にされる
- ・人生を全うしたと感じる

人によって重要さは異なるが 大切にしていること

- ・できるだけの治療を受ける
- ・自然なかたちで過ごす
- ・伝えたいことを伝えておける
- ・先々のことを自分で決められる
- ・病気や死を意識しないで過ごす
- ・他人に弱った姿を見せない
- ・生きていることに価値を感じられる
- ・信仰に支えられている

繰り返し話し合う

- 人それぞれ、状況によって、価値観や目標は変化する
 - ・病状や体調の変化があった時
 - ・療養の場所を変更するとき
- 一度決めたことが全てではない
 - ・前に話し合って決めたことでも、繰り返し確認する

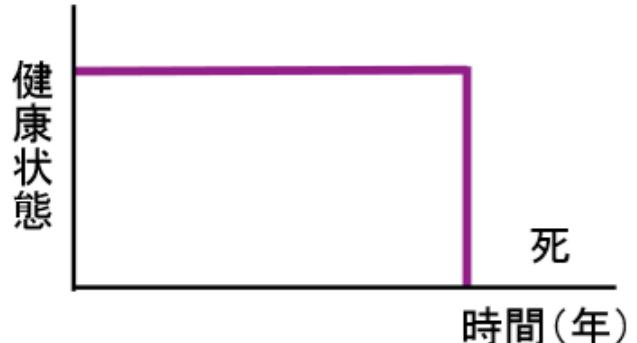


あくまで本人の**価値観**に従つて目標を決めることが大切

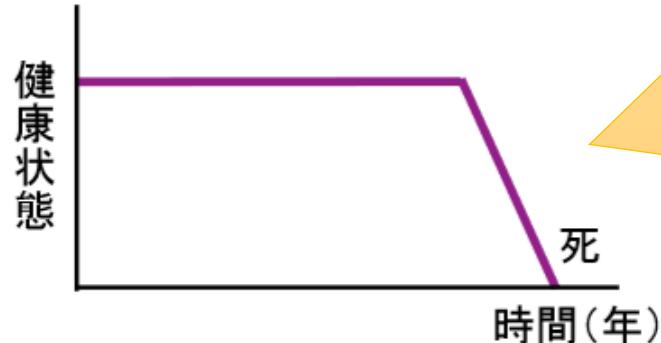
病気別の典型的な身体機能の変化

疾病と死への軌跡

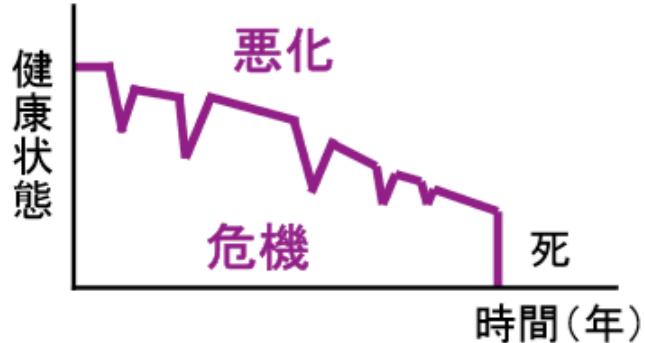
1 突然死、予期せぬ原因



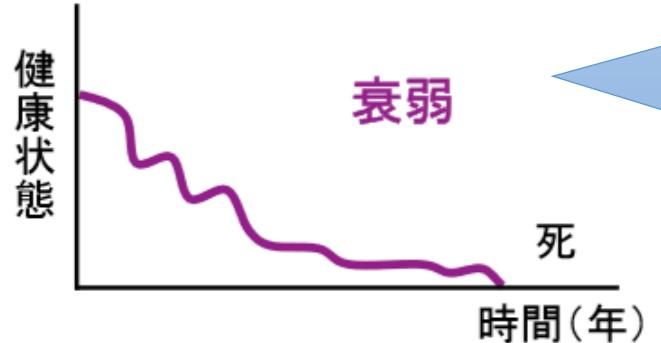
2 着実に向かう短いターミナル期



3 緩慢な悪化、危機の繰り返し



4 衰弱、予期した死



慢性疾患(心不全、腎不全、糖尿病など)

- ・悪化と改善を繰り返しながら、徐々に機能低下
- ・最後は比較的急に低下

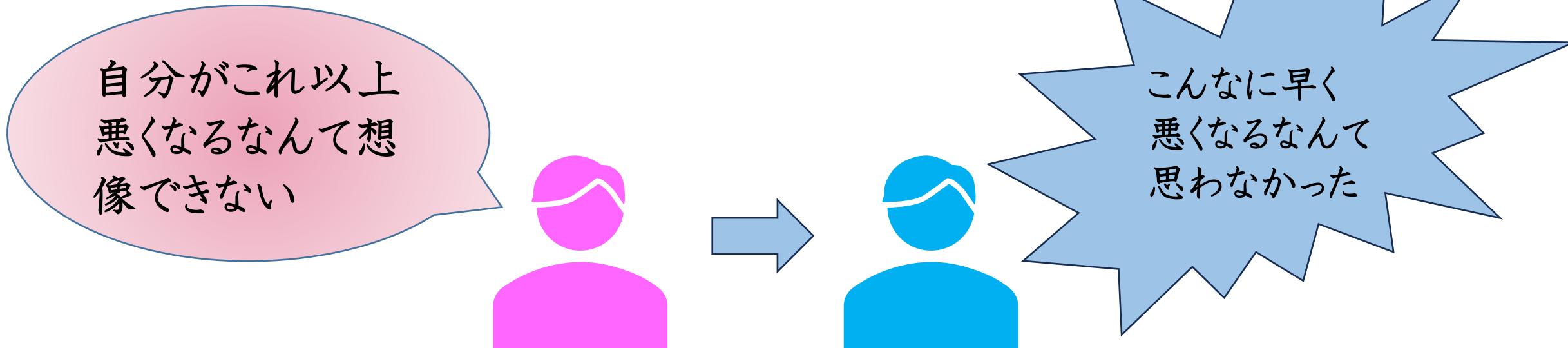
進行がん

- ・比較的長い間機能は保たれる
- ・最後の1~2か月くらいで急速に機能が低下する

認知症・老衰など

- ・ゆっくりと機能が低下する状態が長く続く

思うように動けなくなってからの 準備では、時間が足らない



体調または病状について主治医と確認し、ある程度早い時期から
「もしものとき」に備えて、アドバンス・ケア・プランニングを行う



2018年3月

「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」に改定



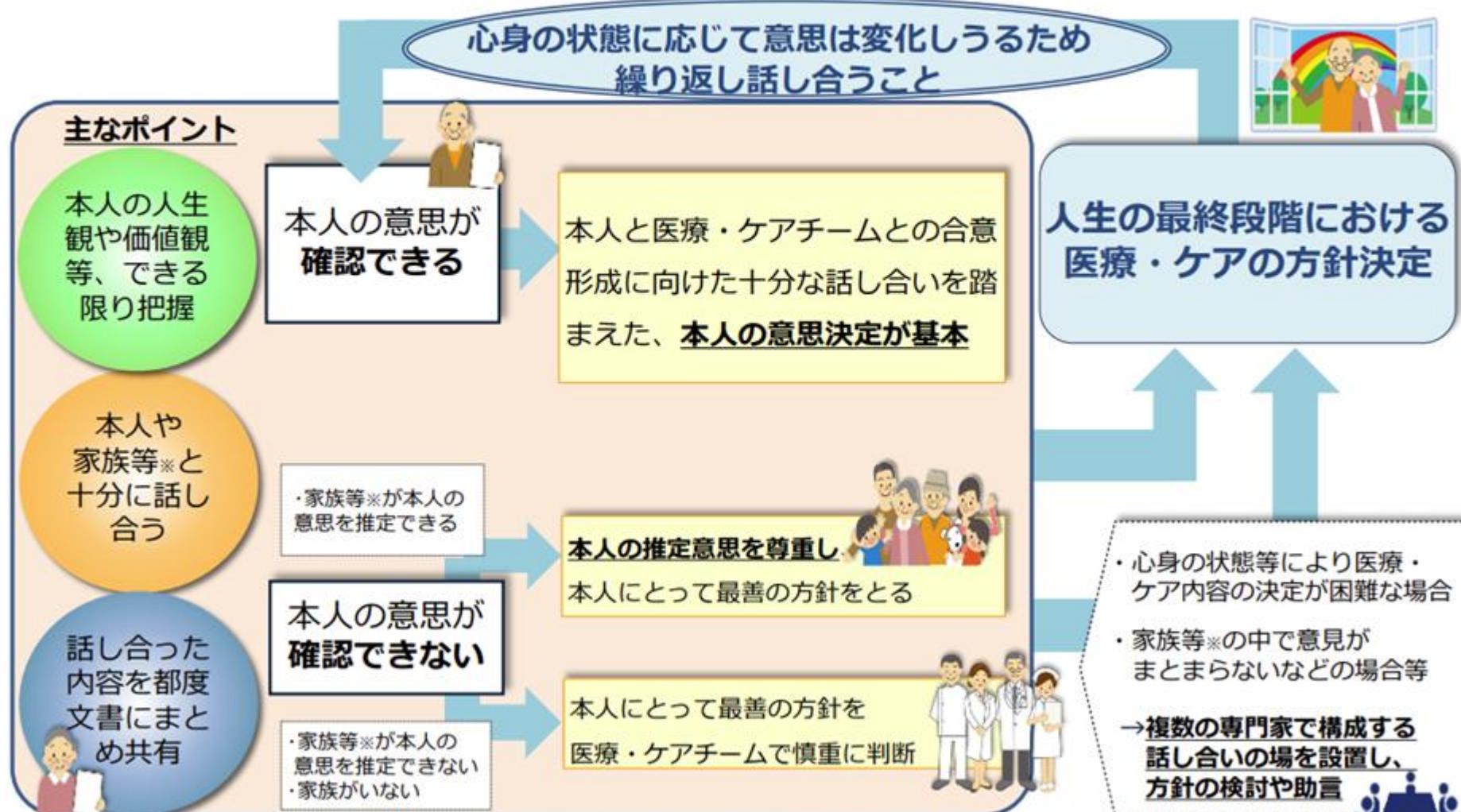
終末期医療の決定プロセスに関するガイドライン

「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」 における意思決定支援や方針決定の流れ(イメージ図)(平成30年版)

人生の最終段階における医療・ケアについては、医師等の医療従事者から本人・家族等へ適切な情報の提供と説明がなされた上で、介護従事者を含む多専門職種からなる医療・ケアチームと十分な話し合いを行い、本人の意思決定を基本として進めること。



厚生労働省 人生の最終段階における医療・介護参考資料
<https://www.mhlw.go.jp/content/12404000/001104699.pdf>



*本人が自らの意思を伝えられない状態になる可能性があることから、話し合いに先立ち特定の家族等を自らの意思を推定する者として前もって定めておくことが重要である。
※家族等には広い範囲の人(親しい友人等)を含み、複数人存在することも考えられる。





人生の最終段階における医療・ケアの 決定プロセスに関するガイドライン

人生の最終段階における医療・介護の現場の中で、ACPに基づく
医療・ケアを実施することが強く推奨された

- ガイドラインにACPが盛り込まれた理由
- ・超高齢多死社会を迎えるわが国で、本人が一度だけの人生の最後
をその人らしく迎えられるために、医療・介護に従事する人たち
はどのように支援していくべきか（喫緊の課題）

プロセスにおいて大切な事

- 苦痛の緩和が十分に行われた上で、最も重要な本人の意思を確認すること
 - ・ 本人のこれまでの人生観や価値観、どのような生き方を望むかを含めて、できる限り把握すること
 - ・ 意思を伝えられない状態になる可能性があることから、本人が信頼できる者を含めて、話し合いを繰り返し行うこと
 - ・ 話し合った内容は、その都度、文書にまとめておくこと



ADからACPへ

- AD（事前指示）：将来自らが判断能力を失った際、自分に行われる医療行為に対する意向を前もって意思表示するための文書
- 終末期に本人の意向が尊重できるように、アメリカでは事前指示書を作成することを法律で決めて実践したが、むしろ意向は尊重されず満足度は下がってしまった

JAMA.1995 Nov22-29;274(20):1591-8.

ADからACPへ

●AD（事前指示）が有効でなかった理由として推定されるもの

- 患者の要因

- 将来の状況を予想すること自体が困難

- その他の要因

- 代理決定者がADの作成に関与していない

- (本人がなぜその選択をしたか、その理由や背景、価値がわから
ない)

- 医療従事者や家族が考える本人にとっての最善と本人の意向が
一致しない

- 実際の状況が複雑なために、ADの内容を医療・ケアの選択に
活かせない

ADだけでは終末期の意思決定はうまくいかない



ADからACPへ

- 患者ー代理決定者ー医療・ケアチーム等が、本人の意向や大切なことをあらかじめ話し合うプロセスが重要
- プロセスを共有することで、本人がどう考えているかについて深く理解することができる
→複雑な状況に対応可能になる
- 価値観を理解し共有できる



ACPのメリットとデメリット

- 本人の自己コントロール感が高まる

Morrison、J AM Geriatr Soc.2005

- 代理意思決定者と医師のコミュニケーションが改善される

Teno J.JAGS 2007

- 紙に書くことから、**話し合い**に介入を変えていくと、より本人の意向が尊重されたケアが実践され、本人と家族の満足度が向上し、遺族の不安や抑うつが減少する

Detering K,BMJ 2010

- 本人と家族にとっても、つらい体験になる可能性がある

- 時間と人員と労力がかかる

Jones L, Palliat Support Care2011

患者のなかにはACPのような話し合いを避けたい方もいるので、無理にすすめないこと。ACPはすべての患者に適応は難しい。

適切なACPのタイミング

- ・状態が落ち着いているとき
- ・状態の悪化/変化があるとき
- ・治療（レジメン）変更時
- ・一度ですべてしようとしてない
 - ・時には段階的に
 - ・何回か途中で話題に出しながら



そろそろ片づけを
はじめようと思う



最善を尽くしたいと思って
いますが、もしも治療が
上手いかなかったときの
ことを考えてみませんか。

看護師が話題にすることで、意識付けになる

ACPを実施する対象

サプライズクエスチョン

「この患者が1年以内に亡くなるとしたら驚きますか？」
という質問に医療者が自身に問う手法



驚かない。1年以内に亡くなると思う

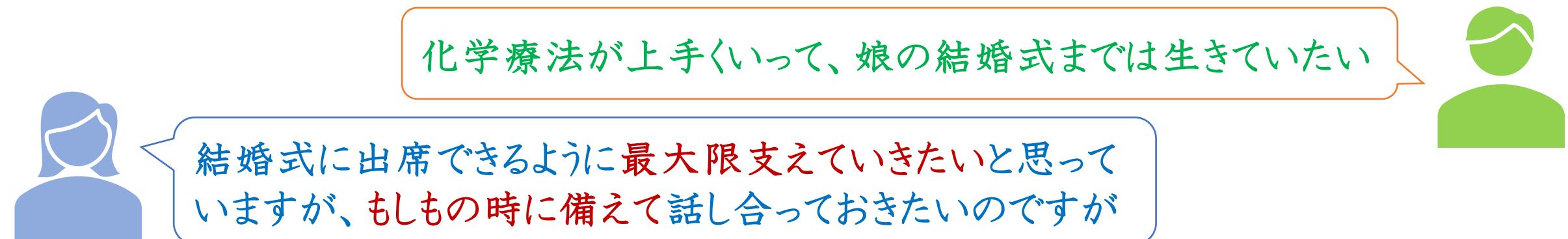


ACPを始める
(緩和ケアの準備を始める)



ACPは誰がするのか

- ・本人のことを最もよく知っている医師が話し合いを始めることが望ましい⇒病状や今後の経過の話が必須で、それがよいきっかけとなる
- ・その後の詳細な話し合いは職種を選ばない
※注意すること：我々のコミュニケーションが本人の希望を失わせてしまうことがある



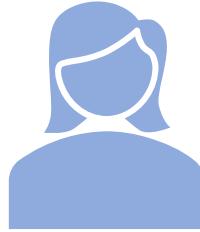
- ・本人の希望を叶えつつ（最善を支えつつ）最悪に備える



医療の場における具体的な ACPの進め方

- 礼儀正しく、丁寧に
 - 侵襲的でないコミュニケーションを心がける（希望を奪わない）
 - もしも・・・万が一・・・という前置きで始める
 - 表情、動作に留意し空気を読む
 - つらそうな反応や言動があったらそこで止める
 - 相手の感情に留意する（表情、視線、しぐさ）
 - 感情に気づいたら、感情への対応を優先する
 - 最善を期待し、最悪に備える
- ①まず本人・家族の希望や大切にしていることを尋ね、探索し、
共感し、理解する
- ②そのうえで、今後の病状の変化に備えて、もしもの時についての話 を切り出す

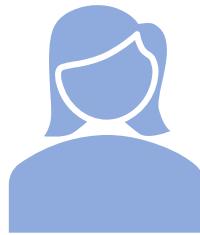
病識を確認する



病状についてどの様に説明を受けていらっしゃいますか？

- ・本人がどう理解しているか確認する
(知らない、間違えて理解していることが多い)
- ・「何かほかに疑問に思うことはありますか？」
場合によっては医師に説明してもらう

話し合いをはじめる

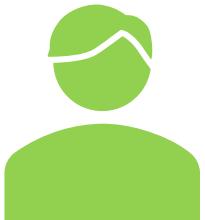


今の治療が効いて、病気が少しでも良くなればいいと思っていて、**最善を尽くしたい**と思っています。
でも必ずしも、そううまくいかないこともあるので、**もし悪くなった場合はどうしよう**と思って、とても**心配**に思っています。

ともに希望を持ち、ともに**心配**する

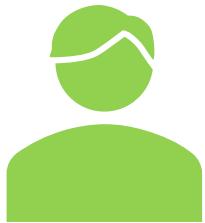
本人の反応を見て、次の話を切り出していく

この化学療法が効いて子どもや孫たちと一緒に少しでも長く家で過ごしていきたい





そうなれば本当にいいですね。そうなるようにできる限り支えていきたいと思います。
その一方で治療が効かなくなったりしたときにどうしようと、とても心配になっているんです。



うん、俺も心配なんだよ

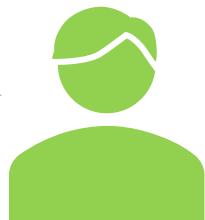
本人の準備状態を確認 → 準備状態ができていたら



もしこの治療が効かなくなったらどうしようと考えたことがありますか？

もしもの時のこと訪ねて表情が硬くなったらその話はやめる準備状態ができていないと考えて話題を変える

俺もそのことを考えると夜も眠れなくなるんだよ



もしそうなったら現実の対処の方法を考えていきませんか



ACPがスムーズになる

信頼できる人（代理決定者）を選ぶ

- 代理決定者とともに今後の治療・ケアについて話し合い、その過程を共有すると**本人にとって大切なこと、価値観、希望を共有することができる**
- 本人に代理決定者を話し合いに連れてきてもらう
 - × 代理決定者に伝えておいてください
(患者は負担になると思い話さない)



病状によっては、病気の治療やケアについて、ご自身で決めることが難しくなることがあります。そのような場合に、Aさんが大切にしていることがよくわかっていて、Aさんに代わって、治療などの判断ができる方はどなたになりますか？

信頼できる人（代理決定者）とともに 話し合う

もしよろしければ、次回までにAさんが代理決定者になってほしいと思っていることを伝えて、外来と一緒にいらしていただけませんか？



(代理決定者が一緒に来てくれたら…) Aさんはこのようなお気持ちでいらっしゃいますが、今後もし意思決定が難しくなったとき、Aさんの代わりに医学的な決定をすることはできますか？



信頼できる人（代理決定者）と 意思決定を共有する

- 外来などで医療者を含めた話し合いを実施

↓

家庭などに戻って本人と代理決定者は、インフォーマルに語り始め、お互いに理解を深めていく

- 複数の代理決定者がいるとき（もしくは想定されるとき）
同席してもらう機会を作る
話し合いの内容は記録を残し共有



不安や疑問を尋ね主治医との 仲介役になる

今後の病気や治療のことわからぬことや不安なことはありますか？よろしければそのことについて詳しく教えて下さい



そのことについて、先生に相談したことはありますか？
もしよろしければ、私から先生にそのことを話してもらえるように
お願いしましょうか？

→患者が家族や医療者に話せていないことはないか確認しておく

希望・大切にしていること、 して欲しくないことを尋ねる

生活や療養の上で一番大切にしていることはどんなことですか？
今後どのような治療を受けていきたいか具体的な希望はありますか？
逆に今後これだけはしてほしくないということがありますか？



それはどうしてですか？具体的に教えてください

(例) 絶対病院に入院したくない
→なぜそう思うのかを含めて、して欲しいこと、
して欲しくないことを確認しておく

命に対する考え方を探る

自分の考えを伝えることができないくらい病状が悪化し、改善の見込みがない場合、どのような治療やケアを望みますか？



それはどうしてですか？（聞いておくことが大切）

「人工呼吸器はつけたくない、胃瘻は作いたくない、透析はしたくない、…」 ⇒ 一步踏み込む。

どうして…だろうという、その先にある、本人の人生の物語を聞く。



まとめ

- ・本人の意向を尊重した質の高いケアを実践するために、ACPは重要な手段である
- ・ACPの実践にあたっては、プロセスを重視すること。話し合いの結果は文書にして残すことが望ましいが、文書化しなくてはならないものではない
- ・すべての人に実施しようと思わないこと
- ・代理決定者とともにを行うこと



地域がん診療連携拠点病院

- 群馬大学医学部附属病院（群馬県がん診療連携拠点病院）
- 前橋赤十字病院
- 高崎医療センター
- 国立病院機構渋川医療センター
- 公立藤岡総合病院
- 公立富岡総合病院
- 伊勢崎市民病院
- **桐生厚生総合病院**
- 群馬県立がんセンター

がん医療の均てん化



令和4年8月1日 がん診療連携拠点病院等の整備について

II 地域がん診療連携拠点病院の指定要件について 2診療体制

- (1) 診療機能
- ③ 緩和ケアの提供体制
 - キ 患者や家族に対し、必要に応じて、アドバンス・ケア・プランニングを含めた意思決定支援を提供できる体制を整備していること。

ACPは病院だけでは完結しない ⇒地域とのつながいが大切

ここまでACPについて述べてきましたが、
もしあなたが一年以内に亡くなるとしたら？？
もしもの時について考えてみませんか……

人生の最期にどう在りたいか。

「桐生市医師会在宅医療介護連携センター
きりゅう」様から毎年お借りしています



だれもが大切なことだとわかっています。でも、なんとなく「縁起でもないから」という理由で、避けてはいられないでしょうか。

このカードを使えば、そんな難しい話題を考えたり話し合うことができます。

また、ゲームを通して、友人や家族にあなたの願いを伝え、理解してもらうきっかけ作りにもなります。周りの人々とゲームをしておくだけで、いざというときの判断がしやすくなるのです。

iACP | もしバナゲーム
<https://www.i-acp.org/game.html>

わたしのきぼう みなさまへのお願い

「わたしのきぼう」を手にとってくださいありがとうございます。

もしもの時にあなたやあなたの家族が困ることが少なくなるように記録しておくためのノート(エンディングノート)です。

このノートは書くことを最終目的としているわけではなく、書くために

自分の人生について考えたり、家族や友人などと話し合うことが最大の目的です。

自分の最期のことなど考えたくないと思う人は無理に書かなくてもかまいません。

ただ、自分が意思表明できなくなったときなどに、これをしてほしい、あるいはこれはしてほしくないなどの希望があれば是非残しておいてください。

記入するときは、できれば、自分が判断できなくなったときに

自分の代わりに判断してくれる人(家族や友人など)と一緒に記入してください。

そのような家族のいない人でも、医療や介護に関わる人と一緒に記入することをお勧めします。

記入しにくい項目や考えることもしたくない項目(死に関係する項目)もあるかもしれません。

この場合書ける項目だけでも記入してください。

また記入し終ったノートは、いざというときにわかりやすい場所に保管しておいてください。

できれば保険証やお薬手帳などと一緒に保管しておいてください。

桐生市医師会 高橋副会長からのメッセージも合わせてご覧ください。
<https://www.youtube.com/watch?v=8aV--vsybQ>



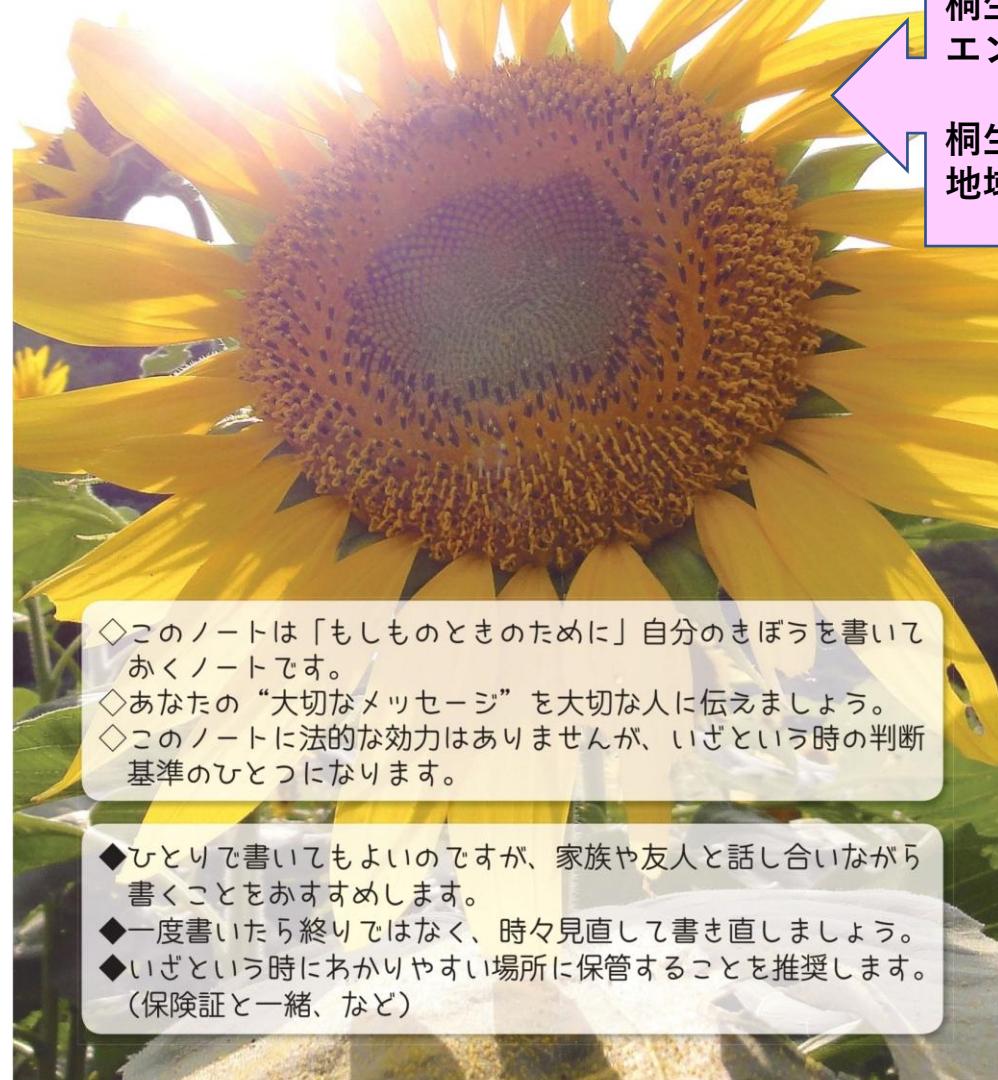
桐生・みどり地区版エンディングノート

わたしのきぼう

～もしものときのために～

桐生・みどり地区版
エンディングノート

桐生厚生総合病院1階
地域医療連携室にあります



◆このノートは「もしものときのために」自分のきぼうを書いておくノートです。

◆あなたの“大切なメッセージ”を大切な人に伝えましょう。

◆このノートに法的な効力はありませんが、いざという時の判断基準のひとつになります。

◆ひとりで書いてもいいですが、家族や友人と話し合いながら書くことをおすすめします。

◆一度書いたら終りではなく、時々見直して書き直しましょう。

◆いざという時にあかりやすい場所に保管することを推奨します。
(保険証と一緒に、など)

サロン あおぞら

参加無料
申込不要

【がん患者サロンとは】

がん患者さんやご家族集まり、交流する場です。病気になると、「自分だけが悩んでいるのかな」「他の人はどうしているのかな」と考えことがあります。気兼ねなく自分の話をしたり、他の人の話を聞いたりすることで、少しでも気持ちが軽くなればよいなと思います。がん種は問いませんので、お気軽にのぞいてみてください。

<2025年度 開催スケジュール>

5/9金 7/11金 9/12金
11/21金 1/9金 3/13金

各回14:00~1時間程度 時間途中の入退室OK

場所

桐生厚生総合病院 2階小会議室(13:50開場)

対象

がん患者さんや家族、がん経験者
他院に通院されている方、ご家族のみの参加もOKです

- 会場内ではマスクの着用をお願いしています
- 飲み物の持ち込みが可能です
- がん経験者である群馬県認定がんピアソーターも参加しています
- 感染症の流行等で中止となる場合は、病院ホームページ上でお知らせします



ホームページは
こちらから!

[お問い合わせ先]

桐生厚生総合病院 地域医療連携室 相談支援センター(1階・救急外来近く)
0277-44-7165(直通) / sodan001@kiryuhp.jp

サロンあおぞらー参加にあたってのルールー

*自分のことを、自分の言葉で話します
ここにいる人のことしか話題にしません。

*プライバシーは守ります
サロンで見聞きしたことは、外部でむやみに話さないようにしましょう。録音・録画・SNSへの投稿は禁止です。

*特定の治療・薬・食品・宗教などを推奨も否定もしません
サロンは「良い」「悪い」を判断する場ではありません。

*お互いの気持ちに配慮します
相手の意見や立場を尊重した発言を心がけましょう。話したくない時は無理に話さなくとも大丈夫です。

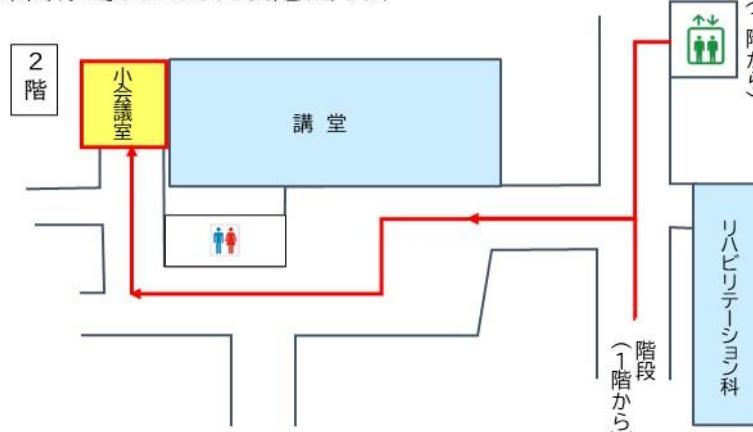
*治療方針は主治医と相談、自分で決定
治療内容についての個別な相談や助言はできません。治療方針は、主治医と相談して自己決定していきましょう。セカンドオピニオンやがん相談支援センターも利用できます。

*特定の活動への勧誘や販売はしません
政治活動、宗教活動などへの勧誘、営業活動や物品販売は禁止です。サロンの目的に沿った活動を心がけましょう。

*体調を優先します
当日の体調に留意し、無理な参加は控えましょう。開催時間内の出入りは自由です。退出の際は、ひと声かけましょう。

参加者みなさんが心地よい場となりますように、ご協力をよろしくおねがいします

正面入口入って右手階段か会計機奥のエレベーターで2階へ上がって、外向方向に進んでいただくとお部屋があります



信頼され、心が通う地域医療

