

高齢透析患者の人生に寄り添った 意思決定支援 ～人生会議を通して、望む最期を共有した関わり～

宇土中央クリニック 稲葉沙由里

I. はじめに

近年、透析領域において、共同意思決定（Shared Decision Making：SDM）は腎代替療法（Renal Replacement Therapy：RRT）の選択、透析見合わせ時、透析見合わせ後の人生の最終段階の医療やケアの選択において重要になりつつあり、それらを本人、家族、医療チームで話し合う人生会議（Advance Care Planning：ACP）が広く行われようとしている¹⁾。患者が高齢の場合のACPにおいて、人生の最終段階の医療やケアを検討する場合には、高齢者の心身に配慮した意思決定支援が求められる。医療技術の発展は高齢患者の救命・延命につながる一方で、認知症等の理由で患者等が意思を伝えられない事で生じる倫理的課題が増加している²⁾。高齢患者においては、患者の意思表示および決定ができるステージから繰り返し話し合いを行い、その意思を共有し、さらに尊重されるように支えていく事が重要とされる。

今回、将来の認知機能低下等で意思決定が困難になった場合、維持血液透析を中止したいと申し出た高齢患者に対し、家族と医療者を含め、繰り返し共同意思決定のための面談を行い、意思決定支援に関わった事例を経験したので報告する。

II. 事例紹介

【患者】T氏 80歳代 男性

【透析歴】1年

【原疾患】腎硬化症・片腎（左腎癌にて腎摘）

【合併症】間質性肺炎・大動脈弓部拡張

【家族背景】キーパーソンの妻と次男の三人暮らし・家族関係は良好。週末は家族旅行や観光。孫も長期休暇を利用し自宅に來訪している

【ADL】自立し独歩・自宅より外来透析通院

【介護認定】非該当（下肢筋力低下防止目的で医療保険にて訪問リハビリ介入中）。倫理的配慮に関しては個人情報特定されないようにすることで対象者に同意を得た。

III. 看護の実際

1. 患者からの相談

T氏より透析導入後1年が経過した頃、自力でトイレに行けない等ADLの低下や認知機能低下により意思決定が困難となった場合、透析を中止できるのか相談を受けた。また、T氏は透析導入前から延命行為及び人工透析を辞退する理由を記載したエンディングノートを患者自身が作成し、かかりつけ医院へ書面で提出する等、終活を積極的に考え実施していたことを

意思表示書

あなたの思いが途切れることなく、自分らしい生き方ができ、よりよい終末期を迎えられるよう。また、ご家族にとってもよい人生だったと考えてもらえるようサポートしていきたいと思っています。今後、気持ちが変わった場合には相談してください。何度でも変更が可能です。

～今の考えや希望を聞かせてください～

【ご自分が病気になる時のことをイメージしてください】

1. 病気になるって回復が見込めない時、最後にいきたいところはどこですか
()
2. 最後に会いたい人はいますか。それは誰ですか
()
3. 最後に食べたいもの（飲みたいもの）は何ですか
()
4. 最後にそばにいてほしい人がいますか。それは誰ですか
()
5. 今大切にしている事・場所はありますか
()
6. 病状が思わしくない時にどこで最期を迎えたいですか
□自宅 □病院 □その他 ()
7. 病状が悪くなった時に積極的な治療や延命処置を希望しますか
□希望する・□希望しない
8. 栄養状態が悪くなった時にどんな治療を望みますか
□そのままでも痛くないようにして欲しい
□点滴治療をして欲しい
□高カロリーの輸液をして欲しい
□鼻から管を挿入して栄養を入れて欲しい
□胃から管を挿入して栄養をいれて欲しい
9. 心臓が止まりそうな時にどんな治療を選びますか
□そのままでも痛くないようにして欲しい
□心臓マッサージをして欲しい
□除細動を行って欲しい
(機械で心臓に電気を送り、その電気で一時的に止まった心臓を動かす機械の事)
10. 呼吸状態が悪くなった時にどんな治療を望みますか
□そのままでも苦しくない用にしたい
□酸素を使用して欲しい
□気管の中に管を挿入して人工呼吸器を使用して欲しい
11. 体のだるさや痛みがある時に痛みを和らげる薬があります。その薬を使用すると呼吸が止まってしまう可能性があります。その場合でも痛み止めの薬を使用したいですか
□使用したい □使用したくない

図1 意思表示書（一部）

知った。そこで、T氏が終活について真剣な思いであることを受け止め、面談を提案すると前向きな返答であったため、家族と医療者を含めた面談を設定した。

2. 情報収集

事前に、患者の価値観や意向、楽しみや生きがい、親族関係、経済面、ストレス要因、延命や透析について、熊本県透析療法指導看護師会作成の「わたしのものひとつのカルテ」³⁾を参考に意思表示書を独自に作成した(図1)。患者から、意思表示書があることで考えがまとめやすかったとの意見があった。また、それとは別に、患者自身の思いをまとめた記述メモを参考に情報収集した。内容の一部を紹介すると、「最期をどう死ぬかではなく、残された人生をどう生きるかという考え」や「家族との外出や友人と会う事が楽しみ」など肯定的な考えであった。透析の日は患者とのベッドサイドでのさりげない会話や、落ち着いた空間と時

事前指示書

【維持血液透析の見合わせに関する確認】

- 1 状態が思わしくなく、これ以上の治療が望めない場合その後の透析を継続したいですか。
□継続したい □継続したくない □分からない
- 2 現在の全身状態では血液透析の継続を必要とする状態である事の説明を受け、不明な点を質問し、理解しましたか。
□理解した □理解していない □分からない
- 3 透析を継続しないことにより透析治療に伴う苦痛や時間的拘束を避ける事はできるものの、近い将来以下の症状や病状が発症し、苦痛を和らげる処置が行われますが、死亡することによって

症状：全身のむくみ・重篤な呼吸困難・食欲不振・嘔気・嘔吐・下痢・貧血
出血・しびれ・知覚障害・全身倦怠感・皮膚の痒み・痙攣・意識障害

- 理解した □理解していない □分からない
- 4 この決定に関しては、いつでも撤回することが可能であることの説明および撤回時の状況によっては迅速・安全に透析を開始出来ない可能性があり、死亡する可能性がある説明も受け、不明な点を質問し、理解しましたか
□理解した □理解していない □分からない
- 5 上記の説明を受けすべてを理解した上で、透析を継続しない事を希望しますか。
□希望する □希望しない □分からない
- 6 最期を過ごしたい場所はどこですか
□自宅 □病院 □その他 ()
- 7 意思表示できなくなった時に、判断を委ねたい人は誰ですか。
(1) 氏名： _____ 関係 ()
(2) 氏名： _____ 関係 ()

【延命に関する確認】

- 1 心臓マッサージなどの心肺蘇生法 □希望する □希望しない
- 2 延命の為の人工呼吸器 □希望する □希望しない
- 3 胃ろうによる栄養補給 □希望する □希望しない
- 4 その他の希望 ()

図2 事前指示書

間的余裕を確保することも重要と考え、透析後送迎バスの待ち時間を利用し個室でじっくり話を聞いたりして、T氏の思いを把握した。また、これまで生きて来た時代背景や価値観にも配慮しながら信頼関係を築き、意思表示への支援を行った⁴⁾。

3. 人生会議（ACP）と共同意思決定（SDM）に基づく決定

面談は医療チームを構成する多職種に参加や本人の意思を推定しうる者となる家族の参加を基本とし、今回T氏・妻・訪問リハビリスタッフ・当院主治医・看護師・相談員にて行った。面談にあたり、事前にT氏より思いを記載してもらった意思表示書や、その他の患者自身の思いをまとめた自作の用紙の記述メモを確認しながらACPを実施した。当初、T氏は「家族に迷惑をかけてまで長生きはしたくない。」しかし、妻は「透析して長生きしてほしい、死ぬことについて

～あなたの思いを伝える「事前指示書」とは～

- 1 事前指示書は意思表示が出来なくなった時に備えて、あなたの希望を記載しておくものです。自分の意思が表示できる間は使用されません。
- 2 あなたが判断出来なくなった場合は今後の治療についてあなたの代わりに判断してもらう方を記載しておくものです。
- 3 事前指示書に示されたあなたの意思を尊重し、ご家族と医療チームが相談を行い現時点で最善の治療を選択します。
- 4 あなたが緊急医療機関に運ばれた時、もしも意思表示が出来なかった場合は事前指示書によって、あなたの希望を医療チームに伝えることが出来ます。
- 5 今後気持ちの変化があった場合、何度でも変更が可能です。
- 6 事前指示書をかいたかどうかによって今後の透析治療には何らの影響もありません。
- 7 法的意味はもちません。



図3 事前指示書の説明文

事前指示書に関する同意書

事前指示書に同意します。

記載口： 年 月 日

患者本人氏名（自筆）： 印

生年月日： 年 月 日

住所：

代諾者（自筆）： 印（関係）

代諾者（自筆）： 印（関係）

医師名：

担当看護師：

図4 同意書

考えたくないから面談には参加したくない。」など T 氏と家族の思いに相違があった。そこで医師より透析中止や透析見合わせの、具体的な説明や状況に合わせた治療やケアの提案・方針を説明した。その後、それぞれの思いや考えを話し、T 氏は透析中止の可能性に関して不安があったが、透析の見合わせのガイドラインに基づき選択可能であることを理解し安心された。家族も様々話が聞けて良かったと感想を述べられた。このように医療者サイドと患者サイドの両方が納得した上で、SDM につなげた。面談中 T 氏、家族は真剣に話を聞いたり、時には笑いや笑顔も見られた。

複数ある選択肢の中で、患者と医療チームが協働で患者にとって最良の医療とケアの決定を下すに至るために繰り返し話し合うプロセスである：(1) エビデンスに基づく医療的情報、(2) 医療チームの提案、(3) 患者の価値観・意向・懸念事項等を患者・家族・医療チームが共有するといった展開でアプローチすることができた⁵⁾。

4. 事前指示書の提示

日本透析医学会雑誌に2020年掲載の「透析の開始と継続に関する意思決定プロセスについての提言」に述べられている「透析の見合わせに関する確認」⁶⁾を参

考に、当院独自の事前指示書を作成した。また、透析の見合わせに加え、延命に関する希望の項目も追加した(図2)。

事前指示書を提示する前に事前指示書とは何なのか、当院で作成した説明文(図3)を元に丁寧に分かりやすく説明を行い、理解した事を確認して事前指示書を提示、同時に同意書も渡した(図4)。その際、記載後に判断が変わってもいい事、いつでも相談し、何度でも変更可能であることを十分に伝えた。T 氏は自宅に持ち帰り記載したいと希望があり、後日事前指示書に記載し当院へ提出した。

内容は透析の見合わせに関しては、意思決定能力低下及び不可能となった際は透析継続を望まない。また、延命に関しては回復が見込めない場合、延命は望まないというものだった。その他、意思表示ができなくなった際の代諾者を記載してもらった。

5. 1年後の意思確認と共通認識

初回面談・事前指示書による意思決定をしてから1年経過した頃、寛解していた間質性肺炎が再燃し、

呼吸状態悪化に伴い身体機能の低下がみられた。すぐに治療を行い症状は軽快したが T 氏は身体機能が低下した事を自覚し少し落ち込んだ様子だった。患者

総 説

が意思決定した後も、定期的に意思の変化を確認する事が重要と言われていることから、1年前の意思決定の内容に対して患者の意思に変化はないか確認するタイミングであると考えた。そこで、T氏の精神的落ち込みにも配慮し、傾聴の姿勢・思いを受け止めながら面談を勧めた。T氏は今は面談をする程ではないと面談は希望されず、今回はT氏とプライマリーナースで振り返りを実施することを希望された。患者が話しやすいと思う環境を作るため、個室で事前指示書と意思表明書をもとに、気持ちの変化・その他追加希望はないかなどの確認をした。特に気持ちの変化はなく追加希望もなかった。話し合いの内容を文書にまとめ、家族に内容の確認・同意のサインを依頼した。その際、家族からも気持ちの変化や希望等ないか伺ったが特になく、同意のサインをいただいた。これらすべての内容は医療チームでも情報共有し患者や家族の思いを念頭におきながら現在の透析治療の関りに繋げている。

IV. 考察

今回、当院独自作成の意思表明書に患者が記入し思いを表出したことは、医療者と患者が共有する情報収集ツールとして効果的であったと考えられる。

また、日々のさりげない会話の中から思いを把握することが重要と考えた。さらに、患者の価値観や時代背景に配慮した関わりを持つことが、患者と医療者の信頼関係の構築に重要であり高齢患者の意思表出につながると考えられた。

面談では、ACPに消極的だった家族が面談をして安心され、面談は効果的だったと考える。また、現在の医療現場においては急激に容態の変化が起こった場合、約70%の患者が今後の医療やケアなどについて自分で決めたり、人に伝えることができなくなると言われ

ている。そのため、家族は精神的落ち込みの中、次々と意思決定を迫られる。そこで早い段階から患者本人の思いを共有し理解することで、家族は患者本人の意思をくみ取り本人の思いに沿って決断できる可能性があると考ええる。

事前指示書による書面上の確認で、透析の見合わせを選択した後も、気持ちの揺れはあるため、定期的に事前指示書の振り返りや、更新等書面上で確認する必要がある、話し合いの都度記録に残し、その内容を文章でまとめて、医療者・患者・家族で共有することが重要と考える⁷⁾。

その後の意思確認と共有認識については、気持ちは変化するものであり、様々な場面や段階においてACPの実施や、意思の変化はないか確認するタイミングを意識することが必要と考えた。今後本人が自らの意思を伝えられない状態になる可能性も考えられるため、残された家族が患者の意思をくみ取った判断ができるよう、家族を含めて事前に繰り返し話し合いをし、患者の意思を再確認しておくことは重要と考える。

V. 結語

透析導入時に保存的腎臓療法(Conservative Kidney Management; CKM)を選択するケースや透析導入後に透析見合わせの希望があった場合、医療者は理由をしっかりと傾聴し、患者が抱えている悩みを理解する事が大切である。

今回のACPを通して今後も継続的に思いの変化に寄り添い、繰り返し面談を重ね、患者が最良の選択ができるよう支援していきたい。また、患者が自分らしい日常生活を送り、患者の最期を尊厳あるものに導くと共に家族も良い最期だったと思えることを目指したい。

【参考文献】

- 1) 日本透析医学会雑誌 53 巻 4 号 2020 透析の開始と継続に関する意思決定プロセスについての提言 p181
- 2) 日本看護協会 意思決定支援と倫理 (1) 代理意思決定の支援
- 3) 熊本県透析療法指導看護師会作成「わたしのもうひとつのカルテ」
- 4) 日本看護協会 意思決定支援と倫理 (2) 高齢者の意思決定支援
- 5) 日本透析医学会雑誌 53 巻 4 号 2020 透析の開始と継続に関する意思決定プロセスについての提言 p185
- 6) 日本透析医学会雑誌 53 巻 4 号 2020 透析の開始と継続に関する意思決定プロセスについての提言「透析の見合わせに関する確認」 p216
- 7) 日本透析医学会雑誌 53 巻 4 号 2020 透析の開始と継続に関する意思決定プロセスについての提言 p189