



高齢腎不全患者に対応する  
医療・ケア従事者のための  
意思決定支援ツール

AMED 長寿科学研究開発事業  
研究開発課題名

「高齢腎不全患者に対する腎代替療法の開始 / 見合わせの意思決定プロセスと最適な緩和医療・ケアの構築」

## 多職種連携による 共同意思決定 (SDM) のあり方 — 維持血液透析の見合わせ・ 看取りの症例を題材に

患者さんが透析療法の終了を強く望むとき、本人の意向を尊重した共同意思決定のプロセスはどのようなものになるのでしょうか。また、多職種はどのように連携すれば、緩和ケアを適切に提供しつつ、本人らしい人生の集大成を支援することができるのでしょうか。



### 患者さんは 83 歳の堺一郎さん。

50 歳代で心筋梗塞、60 歳代で脳梗塞を発症しました。原因は不明ですが、心筋梗塞後から腎機能が低下したため近医に通院していました。

80 歳の頃に一層の腎機能低下が認められ CKD4 期となったため、総合病院の腎不全外来に紹介されました。そして外来に半年間通院しましたが、状態が安定していたため、近医に逆紹介となりました。この頃は、堺さんは透析非導入を希望していました。

その 1 年半後、全身倦怠感と食欲不振などの症状が出現すると、堺さんは医師の勧めに沿って透析療法を受けてみようと思直しました。そして、総合病院へ通院し、血液透析を受け始めました。

しかし、血液透析を数回受けても期待したような症状の改善は認められなかったため、堺さんは「もう透析は絶対受けない。しんどい」と発言しました。一方、長女は父親にもっと長生きしてほしいと願い、「透析療法を継続すべき」と主張しています。

ある日病院の廊下にて



むしろ気分が  
優れないらしく  
『あの治療はもう受けたくない』  
と話してるみたいなんだ

患者: 堺 一郎

透析をすると  
楽になると聞いて  
始めたらしいんだけど  
全然良くなりなくてね



そうなんだよ

えっ  
堺さん  
『もう透析はしない』って  
仰っているんですか？

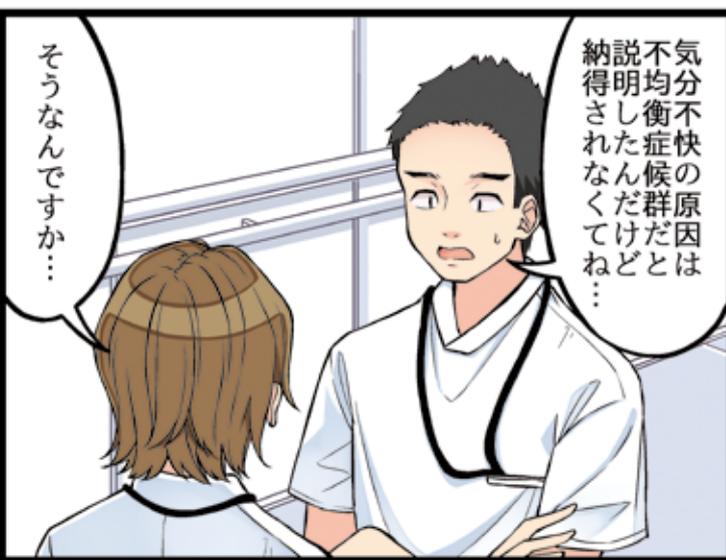
先輩看護師: 野田

看護師: 猫田



ああ  
南師長の声掛けで  
近々カンファレンスが  
開かれるそうだよ

それなら一度  
関係者で集まって  
方針を話し合った方が  
良いですね

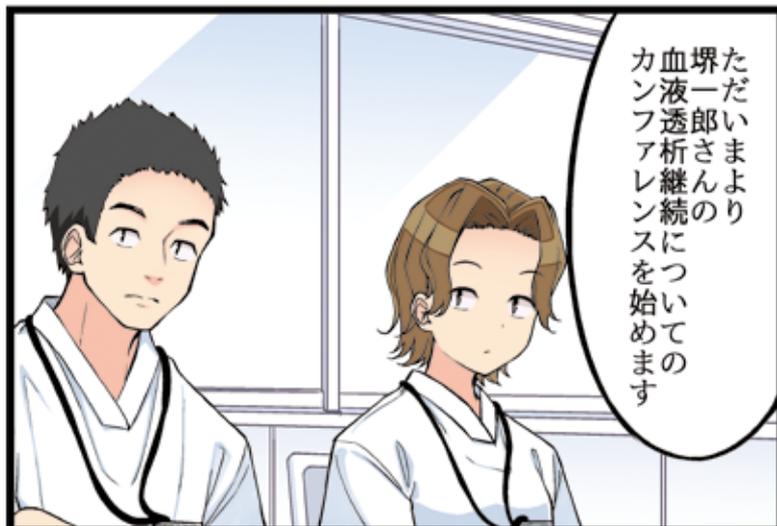


そうなんですか…

気分不快の原因は  
不均衡症候群だと  
説明したんだけど  
納得されなくてね…



カンファレンス  
当日



ただいまより  
堺一郎さんの  
血液透析継続についての  
カンファレンスを始めます



皆さん  
本日はお集まりいただき  
ありがとうございます

看護師長: 南

第1回目の多職種カンファレンスは、堺さんの発言と経過に関して医療・ケアチームが情報共有し、今後の治療・ケアのあるべき方向を検討するために開催された。これは堺さんが維持

血液透析を「やめたい」と希望してから3日目。まず、主治医の向井医師がこれまでの経緯を説明した。



●向井医師：「堺さんは、以前は『透析は受けない』って言っていましたが、その後、自分の意思で血液透析を受け始め、今回も自分から透析見合わせを申し出ています。看護師さんやご家族からも堺さんの思いを確認してもらっていますが、透析療法をやめるという意味は固いようです」

●猫田看護師：「先生、堺さんは『透析中に気分が悪くなってしんどくなるから透析はしたくない』、と看護師にはおっしゃっていました。堺さんは、外来では透析についてどのように話されていたのですか？」

●向井医師：「外来では『透析をしてまで生きたいとは思わない』って言っていたなあ」

●野田看護師：「そうですね。約半年間、通院していたけど、透析をしたくない気持ちは一貫していたと思います。私も堺さんの意向を確認

しましたが、今まで大きな手術を受けてよく生かされてきたこと、ここまで生かされたので透析はしなくてもいいことも話していました。でも、自暴自棄とか諦めているっていう感じではなかったと思います。それに、自分の気持ちは家族も知っているとも話していました」

●猫田看護師：「そうなんですか。では、堺さんはどうして今回、お気持ちが変わったんでしょうか？ 体がしんどかったからですか？」

●向井医師：「確かに、倦怠感や食欲不振の症状が、堺さんのお気持ちを大きく変えたんだろうと思う。でも、今回の入院時に、腹膜透析も含め透析療法のメリット、デメリットを看護師さんと一緒に説明した時も、血液透析を週3回受けることや、副作用があることは理解できた上での決断だったと思うよ」

●野田看護師：「ただ、堺さんが思っていた以上に、透析がしんどかったのかもしれないですね。血圧も下がっていましたしね」

●今宮臨床工学技士：「初回透析時に、気分不快がみられました。ダイアライザーや抗凝固剤のアレルギーかもしれないと思ったのですが、症状が軽かったので、当てはまりませんでした。症状から、不均衡症候群の一種ではないかと考えました。そこで先生と相談して、血流量を下げたり、次の透析から膜面積の小さいものに変更したり工夫していました」

●鶴橋透析室看護師：「透析室でも、堺さんは血圧下がるのが怖いって話していたから、15分毎に血圧測定して、下がり過ぎないように注意していました」

●猫田看護師：「そうなんです、いろいろ工夫していたんですね。じゃあ、このあと堺さんの意向を尊重した関りとして、私たち看護師はどのような支援をしていけばいいのでしょうか？」

●野田看護師：「堺さんがしたくないって言うている場合は、なぜそう思うのかまず思いを語ってもらう必要がありますね。堺さんの意向をしっかり確認しながら、その意向に添う支援が尊重した関りに繋がると思います。でも、透析をこのまましないことで、さまざまな症状が出てくるから、その観察が必要です。症状が出てくれば、気持ちが変わる患者さんも多いから、症状や言動の変化の観察も重要です」

●向井医師：「そうですね。堺さんの治療に対する意向をみんなで確認し続けましょう。医師と看護師さんに話す内容が違う場合があるからね。それと、尿毒症症状が進んでくると、食事でも食べられなくなると思うなあ」

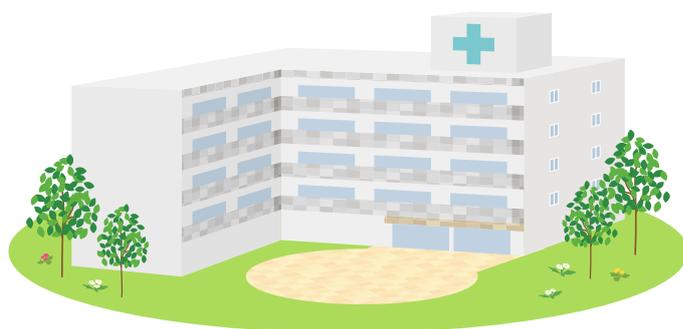
●桃谷管理栄養士：「向井先生と相談しながら、堺さんの食事摂取量は少ないですが、摂取エネルギー量に見合った食事を出そうと思います。あと、堺さん自身の好みとカリウム摂取量のバランスも確認しながら、食べることができそうなものを提供してみますね。透析療法が今後どうなるかわからないけど、体力や筋力が低下すれば、希望していることができなくなりますので」

●向井医師：「ありがとう、助かるよ」

●野田看護師：「あと、堺さんの娘さんのことですが、透析継続を希望されています。堺さんのご意向が異なるので、今後、堺さんの意思決定において対応が必要になります。ご家族の支援もしていきます」

●猫田看護師：「娘さんは確か、仕事が終わってから面会に来られるので、夜勤帯の看護師間でも共有してお話を伺っていきますね」

●南看護師長：「様々な計画が立ちましたね。堺さんのお気持ちを尊重した関わりをチームで協力して行っていきましょう」



一週間後  
夜勤中

…お父さん  
何で  
透析しないなんて  
言い出すのよ

お父さんが  
この方法には  
無いのよ

どんな治療だって  
辛いのばつてよ  
ねえお父さん！

堺 一郎の娘:陽子

そんなことを  
言つてもな…  
お前には  
あかしんどさは  
分からないよ

仕事が大変  
忙し  
ありがたい  
がな…

ほら  
千尋ちゃんも腹を  
空かしてるだろ  
早く帰って  
あげてくれ

…堺さん

お父さん…

透析を嫌がる  
患者さんの多くが  
自分のことで  
頭が一杯になったり  
自暴自棄になるのに

堺さんは  
どこか冷静なのよね

…堺さんって  
一体どんな人  
なんだろ

…あ  
そういえば

先日堺さんの  
ケアマネジャーさんが  
来院した時に色々  
話してくれたよな…

そうそう  
確か—



●**濱岡ケアマネジャー**：「私は堺さんが脳梗塞になってから担当させて頂いております。堺さんは、日頃、娘の陽子さんに代わって家事全般をしていました。娘さんとお孫さんのお弁当も作っていたようです。『千尋ちゃんが"おいしい"って言ってくれた』と、うれしそうに話していました」

●**野田看護師**：「そうですね、料理がお得意なのですね。他の楽しみは？」

●**濱岡ケアマネジャー**：「野球と相撲がお好きだと思います。あと、お酒も」

●**野田看護師**：「脳梗塞で倒れたのに、お酒を飲んでいたのですか？」

●**濱岡ケアマネジャー**：「毎日ではないですよ。堺さんは脳梗塞で倒れてリハビリを頑張っていたんです。そして、リハビリ病院で知り合った友人たちと月1回外食して、その時に少しだけお酒を飲んでいたようでした。『それが楽しい』って話してました」

●**野田看護師**：「では、友人との食事が生きがいであったのでしょうか？」

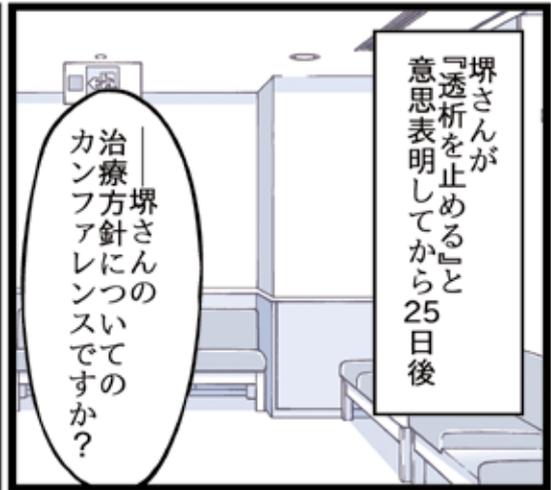
●**濱岡ケアマネジャー**：「生きがいかどうかはわかりませんが、その食事仲間の一人が3か月前に亡くなってから、堺さんに元気がなくなったように思います」



ケアマネ 濱岡さんの話から考えると、堺さんは長い闘病歴やリハビリ仲間を失くした喪失感から、ご自分の死期を見据えて透析はしないと決めていた。でも、体がとても辛くなり、透析を開始したんだろうな。だけど、期待通りに良くなるから、以前の”透析はしない”という気持ちに傾いて、今、気持ちが落ち着いているのかも。でも、堺さんの本当の気持ちはどうなのか？それに、ご家族もこのままでいいのかな？



ああ  
夜勤帯の看護師が彼に「透析療法についてももう一度詳しく話を聞きたい」と要望を受けてね  
できるだけ早く本人を交えてお話ししようと思う



堺さんが「透析を止める」と意思表示してから25日後

堺さんの治療方針についてのカンファレンスですか？



分かりましたでは関係者の予定をpushしておきますね

ああありがとうございます念のため堺さんの現状も皆に再共有してくるかな

はい！



そうでしたか…

：堺さん悩んでおられるのですね



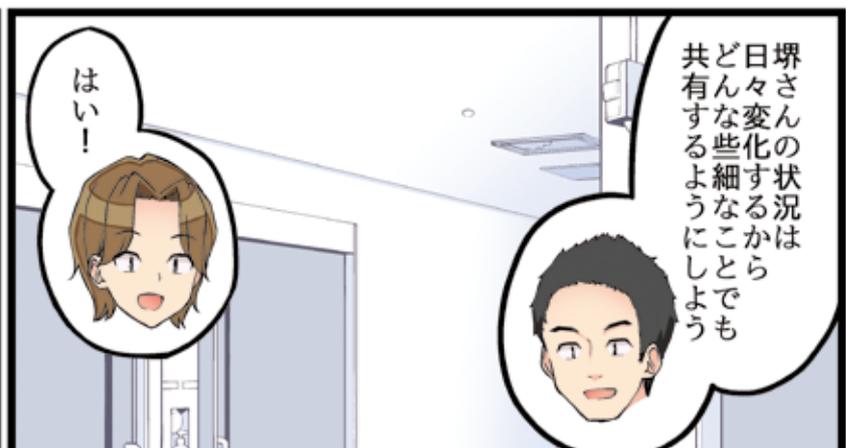
それでは  
・食事摂取量が少ない  
・尿量は300mL/日確保できている  
・輸液・カリウム管理が行われており  
・苦痛の症状は出ていない

以上3点を皆さんに情報共有しておきます

うん  
よろしく

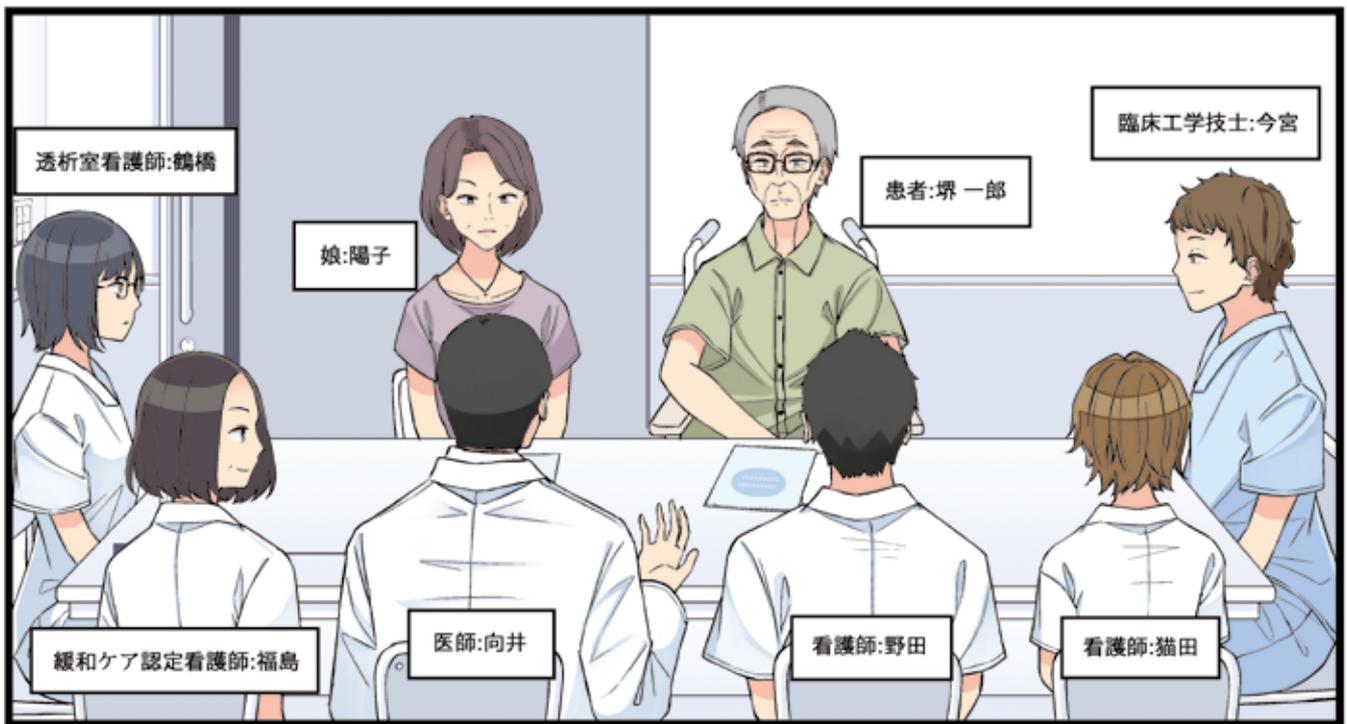


会議当日



堺さんの状況は日々変化するからどんな些細なことも共有するようにしよう

はい！



●向井医師：「堺さんが透析療法についてもう一度話を聞いてみたいとおっしゃったそうなので、今後のことを含めて一緒に考えたいと思い、本日集まっていただきました。まず、堺さん、透析療法についてもう一度説明させていただきますね」

向井医師は透析療法を継続することについて、メリット（益）、デメリット（害）を話し、透析療法を継続しない場合の治療についても説明。堺さんは医療者への質問を事前にメモしてカンファレンスに参加している。堺さんはそのメモを見ながらしっかりした口調で質問し、医療者の説明に対しても理解を示している。堺さんも陽子さんも向井医師の目を見ながら聞いている。向井医師は一応の話を終わると・・・

●向井医師：「じゃあ、堺さん、透析療法を再開するというのでいいでしょうか？」

●堺さん：「いやいや、そうじゃない。ただ、わたしは治療について質問があるだけだ。また透析を受けるとは一言も言っていません。質問の答えを聞いて、それから考えたいんです」

向井医師やカンファレンスに参加した医療・ケア従事者は、堺さんからの質問に丁寧に答えた。堺さんはしっかりと目を見ながら聞いていた。そしてすべての質問の回答を聞き終えてから、堺さんは腕組みをして目を閉じ、下を向いた。よく考えている様子であった。

5分後…

●向井医師：「堺さん、すぐに結論を出す必要はないですよ。明日また改めて一緒に考えましょうか」

●堺さん：「いやあ、結論はもう出たよ。話もよくわかった。やっぱり、透析はもうしない、腹をくくったから」

●陽子さん：「どうしてよ、みなさんここまで説明してくれたのに」

●堺さん：「話を聞いたけど、透析を受けて自分が元気になることがイメージできないんだ。今までのように家の用事をしたり、金魚に餌をあげたりしている姿が見えてこないんだ。千尋ちゃんや亡くなった母さんには悪いけど。これがわたしの生き方だ。悪いけど、陽子、もうあきらめてくれ」

陽子さんは、一度首を横に振ったが、そのあと医療者の方を見て、2回頷く。

●向井医師：「堺さん、よくわかりました。堺さんが透析を希望しないお気持ち、よく伝わりました。ただ、今後、お気持ちが変われば、どうぞいつでもおっしゃって下さい。その時に、治療をどうするか、またご一緒に考えましょう」

看護師野田は、カンファレンス後に、陽子さんと面談の時間を設けた。

●野田看護師：「大丈夫ですか？」

●陽子さん：「父があそこまで思っていることは、知りませんでした。父が透析はどうしても嫌だというのであれば、その通りして上げてください。でも、体がしんどいのは取ってあげてください」

●野田看護師：「わかりました。先生にもお伝えしておきます。ご家族として他に気になることや不安なことがあれば、いつでも病棟看護師におっしゃって下さいね」

## カンファレンスにおいて参照すべきガイドライン

堺さんのような患者さんの意思決定支援のために行われるカンファレンスでは、臨床倫理のガイドラインを参照します。日本における臨床倫理ガイドラインには、まず、厚生労働省「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」があります。

このガイドラインは冒頭で、「医師等の医療従事者から適切な情報の提供と説明がなされ、それに基づいて、医療・ケアを受ける本人が多職種医療・介護従事者から構成される医療・ケアチームと十分な話し合いを行い、本人による意思決定を基本としたうえで、人生の最終段階における医療・ケアを進めることが最も重要な原則である。また、本人の意思は変化しうるものであることを踏まえ、本人が自らの意思をその都度示し、伝えられるような支援が医療・ケアチームにより行われ、本人との話し合いが繰り返し行われることが重要」という、意思決定支援における基本的な考え方を示しています。

堺さんの事例ではこのガイドラインに沿った意思決定支援がなされています。また、堺さんは高齢者なので、日本老年医学会「高齢者ケアの意思決定プロセスに関するガイドライン」と「立場表明2012」、「ACP推進に関する提言」も参照可能です。

数日後  
病室

堺さん最近身体の痒みが強くなっているみたいですね  
軟膏を塗っておきましようか？

助かるよ

手と足は自分でできるから背中だけ頼めるかな

分かりました！

堺さんこの前透析はもうしないって仰っていましたが今はどうな気持ちですか？

透析か  
うーん……  
したくない気持ちは変わらないよ

そうですね  
……そのお気持ちになるもとの部分って複雑なご心境なんですよね……

複雑って言うか……

……まあ自然に任せるのがいいかなと思ってるね

自然……  
それが堺さんが大切にされていることなんです

……堺さんのお気持ちよく分かりました

……他に大切にされていることは何かありますか？

……金魚

金魚？

家でな金魚を飼ってるんだよ  
長い間飼ってるし見に行つてやりたけれどこの体じゃ無理かな……

……金魚を見るための外出なら短い時間ですから可能性はあるかもしれません  
先生に聞いてみますね！

……金魚

## 重大な倫理的問題がある場合のカンファレンスは、 どうすればよいでしょうか？

医療・ケアチームは患者さんにとって有効な治療を安全に行うことに注力しますが、治療の選択とその実施に伴って倫理的問題が発生することが少なくなく、そのなかには重大な問題もあります。

看護師は職務上、患者・家族の抱える倫理的問題を早期より把握する立場にあり、それゆえ多職種間で起こる価値の対立を経験することも多くなってきます。そこで、2003年に専門職の行動指針として発表された「看護職の倫理綱領」に沿って、倫理カンファレンスや事例検討会が行われるようになりました（勝山,他,2010）。この「倫理綱領」は2021年に改訂版が発表されています（日本看護協会,2021）。

この倫理カンファレンスを充実させるために、ファシリテーターと呼ばれる進行役を設けることも推奨されています。ファシリテーターの役割は、「事前の準備」、「当日の進行」、「環境づくりへの配慮」であると言われ、カンファレンスに大きな影響を与えるとされています（谷津,他,2008）。

今回、1回目のカンファレンスの前に、まず看護師だけのミニ・カンファレンスが開催されました。これは堺さんが透析療法を拒否した言葉を受けて、南師長が現状把握と情報共有、さらに看護師が抱えているかもしれないジレンマを吐露する機会をつくり、カンファレンスの事前準備を行っていたと考えられます。この事前の準備があったので、1回目のカンファレンスの目的が明確になり、目的に沿って参加者が決定され、充実した話し合いにつながったといえます。また、実際のカンファレンスの場面では、多職種がさまざまな意見を述べていましたが、どのような意見についても否定や批判をしないように、チームリーダーである先輩看護師が配慮して環境づくりをしていました。

このように、深刻な倫理的問題がある場合のカンファレンスでは、事前の準備としての情報収集と情報整理、問題点の明確化をまず行うことが重要です。さらに、実際のカンファレンスでは、開催の目的を明らかにした上で開始し、患者・家族も多職種も自分の意見を話すことが出来るような会の進行と、意見を自由に話すことが出来る環境づくりへの配慮が重要です。

## 患者さんが維持透析の継続見合わせを希望した場合、 どのように対応すればよいのでしょうか？

腎臓病の患者さんは末期腎不全に至ると腎代替療法 (RRT) の選択に直面します。患者さんの心理的プロセスは、精神的打撃、否認、取り引き、パニック、怒りなどを経て、あきらめや受容に至り、患者としての新しい役割の獲得に繋がっていくとされています (春木, 2010)。

そしてその心理的プロセスは直線的ではなく、行きつ戻りつしながら、気持ちや感情が何度も揺れ動いた末に RRT について決断することが多いとされています。つまり、維持透析を受けている患者さんの多くが、何度も悩んだ末に治療法の意味決定をしたという過去があるのです。その苦渋の決断で選択した治療を患者さんが「もうやめたい」と希望する場合、この言葉の背景には何か大きな理由が隠れていると考えられます。

そこで、維持透析を受けている患者さんがその治療を「やめる」と希望した場合、医療・ケア従事者は、まず思いを引き出し、語りを導こうと努めることが大切です。そして、患者さんのお気持ちを繰り返し聴きつつ、多職種チームでその意向の確認に努めます。維持透析を受けている患者さんにとって、透析を継続しないことは死を意味することであり、その決断は、「どのように人生を全うするのか」の選択に繋がると言えます。

日本透析医学会が 2014 年に公表した「維持血液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」(日本透析医学会, 2014) では、透析療法を継続しないことについて「見合わせる」という言葉が使用されています。これは、維持透析を中止・終了するというのではなく、透析を一時的に実施せずに経過を見るが、病状や患者さんの意向の変化によっては透析を再開するという意味を持ちます。

また同 2014 年度版では、治療選択は「自己決定」に重きが置かれていますが、日本透析医学会が 2014 年度版を改訂して 2020 年度に発表した「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」では、共同意思決定 (shared decision making ; SDM) が推奨されています (日本透析医学会, 2020)。

共同意思決定とは、医療者はエビデンスに基づく医学的情報を患者さんに提供し、患者さんは自分にとって大切なことや価値観や選好を医療・ケア従事者に伝え、患者さんと医療・ケアチームが話し合っ最善の選択を探ることであると言われています (Charles, et al., 1991, Whitney, et al., 2003)。つまり、患者さんと医療・ケアチーム間の対話を通じた合意形成のプロセスが重要となります。共同意思決定については、本「意思決定支援ツール」の第 2 章もご参照ください。さらに、2020 年度版「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」では、共同意思決定プロセスをたどった結果、透析見合わせで合意が形成された場合は、確認書に記載するように推奨されています。

同「提言」は、意思決定能力を有する患者さんが維持透析の見合わせを申し出た場合の本人の意思の尊重について、以下のように記述しています。

「意思決定能力を有する患者には、人生の最終段階にあるかどうかにかかわらず、わかりやすい適切な説明を受け、自らの意思に基づき医療を受ける権利と拒否する権利がある。人生の最終段階ではない患者が透析の見合わせを申し出て、最終的に保存的腎臓療法 (CKM) を選択した場合、医師が生命維持のために透析を必要とする末期腎不全 (ESKD) と診断した時点から人生の最終段階となる。透析を見合わせなければ人生の最終段階にはならない患者の意思は、その時点での最終意思決定であり、尊重されなければならない。

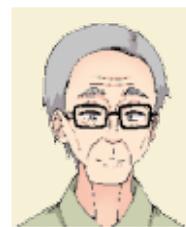
しかし、医療チームは、患者の意思は変わりうるものであることを常に認識し、透析を受け入れるための対応を続ける。

人の尊厳の中では自律、すなわち自分のことは自分で決めることが最も重要な要素であり、患者・家族等・医療チームの間で十分な情報共有のもと繰り返し話し合った CKM 選択の合意を尊重すべきである。透析の見合わせに関する確認書を患者・家族等（相続人を含む）から必要に応じて取得する。患者・家族等・医療チームの間で透析見合わせの合意が形成されない場合には繰り返し話し合い、合意形成に努める。」

日本透析医学会「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」(2020)



## 堺さんの場合



今回、堺さんが透析療法を継続したくないという意思を表明した際に、医療・ケア従事者はすぐに中止・終了と結論づけるのではなく、まず、堺さんの真意を確かめています。そして、堺さんの言動から、堺さん自身に意思決定能力が備わっているのかを判断しています。さらに、家族である陽子さんに堺さんの意向を代弁することで、堺さんの「透析をやめたい」という思いが家族に伝えられました。その結果、堺さんと陽子さんの間で治療継続への思いに相違があることが明らかになりました。

この意見の相違に対応するために、多職種で構成された医療・ケアチームは堺さんを中心に陽子さんも一緒に話し合う場として多職種カンファレンスを開きました。多職種も家族も各自の時間を調整することで、対話ができる環境が生まれました。この話し合いの中で、医師は改めて透析療法のメリットとデメリット、気分不快や倦怠感が改善しない理由を説明し、看護師や臨床工学技士は治療中の気分不快を少しでも改善させる方法について説明しました。

堺さんはその説明を受けて再度よく考えてから、改めて「もう透析療法を受けない」という意向を示しました。

このようにして、多職種カンファレンスでは、患者さんと家族の意向や思いを医療・ケア従事者間で共有することができました。その後、多職種で構成された医療・ケアチームは患者さん・家族双方の意向に変化がないか繰り返し確認するように努め、変化があったときは再度集まり、話し合う時間を持つようにしました。

## カンファレンスの際、堺さんは透析療法について4つの質問をしました

**質問①** 透析中にまたしんどくなるのか？

**質問②** 孫が成人するまで元気に生きることができるのか？

**質問③** 透析すれば体力が戻るのか？

**質問④** このまま透析を受けなければ体はどうなるのか？

**質問①に対して** 医師は、透析療法の再開後も治療中に気分不快や血圧低下、足がつったりなど体調が悪くなる可能性があることを説明しました。また、循環動態の変動が少ない腹膜透析についても再度説明しました。

透析室看護師は堺さんが辛くならないようなケアの方法を、臨床工学技士は気分不快や血圧低下を起こさないよう透析条件を見直すことが可能であることを説明しました。医師は、透析療法の再開後も治療中に血圧が低下したり、足がつったりなど体調が悪くなる可能性があることと、腹膜透析についても再度説明しました。

**質問②に対して** 医師は、このまま治療を受けないことに比べると、透析療法を受ける方が、孫が成人するまで数年間は元気でいられる可能性があることを説明しました。また、治療を受けない場合、気分不快の症状が強くなり、呼吸困難の症状も出現し、数日から数週間で絶命する可能性があることも説明しました。しかし、治療を受けたとしても、今後どれくらい生きることができるのかはわからないことも伝えました。

**質問③に対して** 医師は、倦怠感や食欲不振は透析療法で改善することもあるが、筋力低下は透析療法では改善しないこと、しかしリハビリテーションを継続することで筋力がある程度回復する可能性があることを説明しました。先輩看護師は、入院中、筋力低下を防止するためにリハビリテーションを頑張っている堺さんの姿を言葉にして娘さんと他のスタッフに伝えました。

**質問④に対して** 医師は、このまま透析療法を再開しない場合に出現する症状や今後たどるであろう経過を説明しました。緩和ケア認定看護師は、症状緩和についての方法を伝えました。また先輩看護師はできる限り堺さんが望むことを叶えられるように一緒に支援させて頂くことを伝えました。

最終的に、堺さんはよく考えたうえで、透析療法を終了することを希望し、陽子さんも堺さんの本音を知ったことで、その決断を支持することができました。つまり、医療・ケア従事者と患者・家族が繰り返し対話する機会を設けたことで、患者さんは本心を表明でき、家族からも患者の意向に関して賛同を得ることができ、合意形成に至ったといえます。

この合意形成プロセスがSDMであり、維持透析療法を受けている患者さんから透析療法の見合わせに関する希望が表明されたときに、両者がある程度納得できる結論を導くことができる方法であるといえます。

もし、心身の弱った患者さんが「透析をやめたい」と語った言葉が本心ではないと感じさせる何かがある場合には、医療・ケアチームは対話によって本人の真意の把握に努めたり、情緒的な支援を行ったりする必要があります。この点については、本「意思決定支援ツール」の第1章「維持血液透析を患者さんが『やめたい』というとき」も参照してください。

## 「合意を目指す（合意を妨げている点の整理）」

SDMのプロセスにおいては、患者さんがどう生きたいのかを知ることが意思決定支援の鍵となります。そのためには、これまでの生活背景や習慣、大事にしてきたことや価値観等の情報を一つ一つ収集し、その情報を紡ぎ合わせ、目の前の患者さんが“どのような人物”なのかを知ろうとすることが重要です。

病院で勤務する医療者は、カルテから目の前の患者さんの疾患名や既往歴、服薬している薬剤の種類などを調べ、“どのような患者”なのかは把握することができます。

しかし、今までどのような生活や仕事をして、何を大切に生きてこられた、つまり“どのような人物”なのかは、分かりかねる部分が少なくありません。そこで、家族から情報を収集しようと思いますが、本人が家族に見せる姿が本人の全てとは限りません。

現在、超高齢社会において地域包括ケアが推進されている中で、患者さんを取り巻く環境が大きく変化し、患者さんを支えている人たちも多様化しています。

維持透析療法を受けている患者さんの平均年齢は69歳（日本透析医学会統計調査委員会,2020）で、介護保険によるサービス利用を申請しケアマネジャーが支援している場合が多く、ケアマネジャーから患者情報を得ることができる場合もあります。

今回も、入院後に濱岡ケアマネジャーが来院して、堺さんが家族のお弁当を作っていたこと、リハビリテーションを頑張り、そのリハビリ仲間との月1回の食事やささやかな飲酒を楽しみにしていたこと、数か月前に食事仲間の一人が亡くなり、堺さんが元気を失くしていたという、今回、維持透析の終了を希望した理由に繋がる可能性のある情報を得ることができました。この情報から、堺一郎さんという患者さんがこれまでどのような人物であったのか、堺さんの歩みの一端を知ることができたといえます。

また今回、透析療法の話再度聞きたいという堺さんの意向や、家で飼っている金魚のことが気になるという思いを聞いたのは、猫田看護師でした。つまり、過去の情報から人となりをも明らかにするべく努め、現在の思いや気がかりを引き出し、未来に臨む情報を紡ぎながら、今、堺さんは何を望んでいて、医療・ケア従事者はどのようにそれを支援できそうか、考えることができました。

そして、堺さんの思いを聞いた猫田看護師は、向井医師と先輩看護師、緩和ケア認定看護師に患者さんの思いを伝えました。また家族にも、患者さんの意向を伝えました。向井医師は外出許可を渋っていましたが、猫田看護師は先輩看護師と一緒に、濱岡ケアマネジャーにも連絡して、外出時の支援体制を調整しました。そして、向井医師に支援体制が整備できたことと、堺さんと家族も同じ希望であることを再度伝え、外出許可を得ることができました。その結果、週末2時間だけの外出が決定しました。

しかし、堺さんは外出予定の前日に発熱し、外出できなくなってしまいました。翌日、陽子さんが病室を訪問。スマートフォンで取った金魚の写真と、千尋さんが水槽の水を変えている動画を堺さんに見せ、二人で談笑しました。その様子を、猫田看護師は病室の外から微笑ましく見つめました。

このように堺さんと陽子さんが談笑する時間を実現できたのは、患者さんの過去、現在そして未来の情報を多職種で多角的に収集・共有し支援しようとしたことで初めて患者さんを人として知ることができたからだと思います。

さらに、堺さんが気にかけていた金魚について、陽子さんのスマートフォンの写真や動画を一緒に見ることができたことは、堺さんにとってはもちろん、陽子さんにとってもよい時間となり、陽子さんへのケア的な効果ももたらしたといえるでしょう。それは、堺さんの意向を尊重し透析療法の終了に理解を示した陽子さんの心理的な負担感の軽減にも繋がったと考えます。



## 患者の希望を叶えるための多職種連携

透析療法を継続しない場合、末期腎不全の尿毒症症状である悪心・嘔吐などの消化器症状や、溢水による全身浮腫の進行や肺水腫の出現、意識障害や認知症様症状の進行（渋谷・志賀，2017）が予測されます。また、これらの症状がサルコペニアやフレイルなどの状態を引き起こし、ADLの低下を招くこともあります。そのため内科的治療や緩和ケアの必要性が一層増します。

今回のケースでは、患者さんが維持血液透析の終了を希望した時点から、腎臓専門医は管理栄養士と連携しながら支援しました。腎臓専門医は食事摂取量と尿量、浮腫の有無と程度から体液バランスの調整を行うことで、溢水症状による呼吸困難を抑えることができました。

また管理栄養士の介入により、患者さんの摂食状態によって食事のエネルギー量を増減したり、家族がお見舞いとして持参した果物を食べたときは食事ではカリウムを控えめにして高カリウムによる倦怠感や不整脈を予防したりするなど、栄養摂取をコントロールすることができました。

そのため、堺さんの病状は急変することなく、自分の意向について家族や医療・ケア従事者と何度も話すことができる状態を数週間にわたって維持することができました。こうして、呼吸困難の状態を引き起こさずに経過したことは、家族に過度の心理的負担感を抱かせないことにも繋がったといえます。

また、緩和ケア認定看護師がカンファレンスに参加し、透析療法を継続しない場合の安楽なケアについて説明したことは、患者・家族の不安軽減と安心感に繋がりました。

このように、今回の症例では多職種連携で関わることができたことによって、患者さんの意向を尊重し、家族の納得も得つつ意思決定を支援することができたといえます。

しかし、ここで1つ注意すべきこともあります。多職種連携チームで医療を行うときに、「専門性志向」と「患者志向」との相克が生じ、チーム医療が困難になることもあると言われていきます（細田，2012）。つまり各職種の「専門性志向」が強すぎると、専門的な仕事だけをしたいという欲求が大きくなり、専門家としての態度が過度になる傾向があることが指摘されているのです。その結果、自分たちの行っている医療が本当に患者の利益になっているのかを吟味する視点が抜け落ち、患者が置き去りにされがちになることもあるといわれています。一方、「患者志向」が強すぎれば、専門性に基づく意見が軽視されがちになるとも言われています。

しかし、今回のケースの場合は、堺さんも陽子さんも、透析療法を継続しないと決定するに至ったプロセスの中で、お互いに納得した最期の時間を過ごすことができていたと推察されます。これは、今回の多職種連携チームが、「患者さんはどのような人物なのか」を一緒に明らかにしていこうと努めることで、お互いの専門職としての価値観を患者の人生の集大成支援のために活かすべく協働できたことが要因だと考えます。

このような多職種連携には、チームリーダーとともに、専門職の価値観と患者の意向をすり合わせるができるコーディネーターの存在が重要であり、堺さんのケースでは、先輩看護師や猫田看護師がその役割を果たしたといえます。

## 引用文献

- Charles, C., Ganfni, A. and Whelan, T. : Decision-making in the physician-patient encounter : revisiting the shared treatment decision making model. *Social Sci. & Med.* 49:651-661,1991.
- Whitney, S. N., McGuire, A. L. and Mc-Cullough, L. B. : A typology of shared decision making, informed consent, and simple consent. *Ann. Int. Med.* 140:54-59,2003.
- 落合滋之 監修, 渋谷祐子, 志賀淑之 編: 腎・泌尿器疾患ビジュアルブック第2版, 66, 学研メディカル秀潤社. 2017.
- 勝山貴美子, 勝原裕美子, 星和美他: 過去5年間の倫理に関する研究の特徴と今後の課題. *日本看護倫理学会誌.* 2(1):77-86,2010.
- 谷津裕子, 喜多里己, 平澤美恵子: 周産期看護の倫理的問題に関する事例検討会でのファシリテーターの体験. *日本赤十字看護大学紀要.* 22:61-70,2008.
- 日本看護協会: 「看護職の倫理綱領」2021.  
<https://www.nurse.or.jp/nursing/practice/rinri/rinri.html>
- 日本透析医学会: 維持血液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. *透析会誌.* 47:269-285,2014.
- 日本透析医学会: 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. *透析会誌.* 53:173-217,2020.
- 日本透析医学会統計調査委員会: わが国の慢性透析療法の現況 (2019年12月31日現在). 2020. <https://docs.jsdt.or.jp/overview/index.html>
- 春木繁一: サイコネフロロジーの臨床. 68-69, メディカ出版. 2010.
- 細田満和子: 「チーム医療」とは何か 医療とケアを生かす社会学からのアプローチ. P67-68, 日本看護協会出版会. 2012.

本章は田中順也（堺市立総合医療センター 慢性疾患看護専門看護師）が執筆し、会田薫子（東京大学）、大賀由花（山陽学園大学）、齋藤凡（東京大学医学部附属病院）との協議のうえ、守山敏樹（大阪大学）の助言を受け、原案として作成しました。

その後、AMED 柏原班の研究代表者および研究開発分担者（下記）が査読し、さらに外部査読を経て制作しました。

AMED「高齢腎不全患者に対する腎代替療法の開始 / 見合わせの意思決定プロセスと最適な緩和医療・ケアの構築」研究開発分担者

---

柏原 直樹	川崎医科大学 腎臓・高血圧内科学 教授
守山 敏樹	大阪大学 キャンパスライフ健康支援センター 教授
岡田 浩一	埼玉医科大学医学部 腎臓内科学 教授
神田英一郎	川崎医科大学 特任教授
中元 秀友	埼玉医科大学 医学部総合診療内科 教授
酒井 謙	東邦大学 医学部腎臓学講座 教授
丹波嘉一郎	自治医科大学医学部附属病院 緩和ケア部 教授
南学 正臣	東京大学医学部附属病院 腎臓・内分泌内科 教授
成田 一衛	新潟大学大学院医歯学総合研究科腎・膠原病内科学 教授
猪阪 善隆	大阪大学 大学院医学系研究科 腎臓内科学専攻 教授
深水 圭	久留米大学医学部内科学講座腎臓内科部門 主任教授
土谷 健	東京女子医科大学 血液浄化療法科 教授
新田 孝作	東京女子医科大学 腎臓内科学 教授
三浦 靖彦	東京慈恵会医科大学 総合診療部 教授
小松 康宏	群馬大学 医療の質・安全学講座 教授
会田 薫子	東京大学 大学院人文社会系研究科 特任教授

## 謝 辞

本章について、AMED 柏原班における内部査読後に、川崎医療福祉大学臨床工学科 小野淳一先生、日本看護キャリア開発センター 下山節子先生、東京女子医科大学臨床工学部 瀧澤亜由美先生、浅香山病院透析センター 中原宣子先生（五十音順）から貴重なご指導を賜りました。ここに深く感謝申し上げます。

高齢腎不全患者に対する腎代替療法の開始 / 見合わせの  
意思決定プロセスと最適な緩和医療・ケアの構築

研究開発代表者：柏原直樹（川崎医科大学 腎臓・高血圧内科学）

分担研究開発課題

高齢腎不全患者（人生の最終段階を含む）に対する共同意思決定による  
最適な腎代替療法選択、非導入の意思決定プロセスの構築

研究開発分担者：会田薫子（東京大学 死生学・応用倫理センター 上廣講座）

研究参加者：田中順也（堺市立総合医療センター）

大賀由花（山陽学園大学 看護学部）

斎藤 凡（東京大学医学部附属病院 看護部）

発行日：2022年1月8日

発行者：会田薫子

〒113-0033 東京都文京区本郷7-3-1

東京大学 大学院人文社会系研究科

死生学・応用倫理センター 上廣講座

