

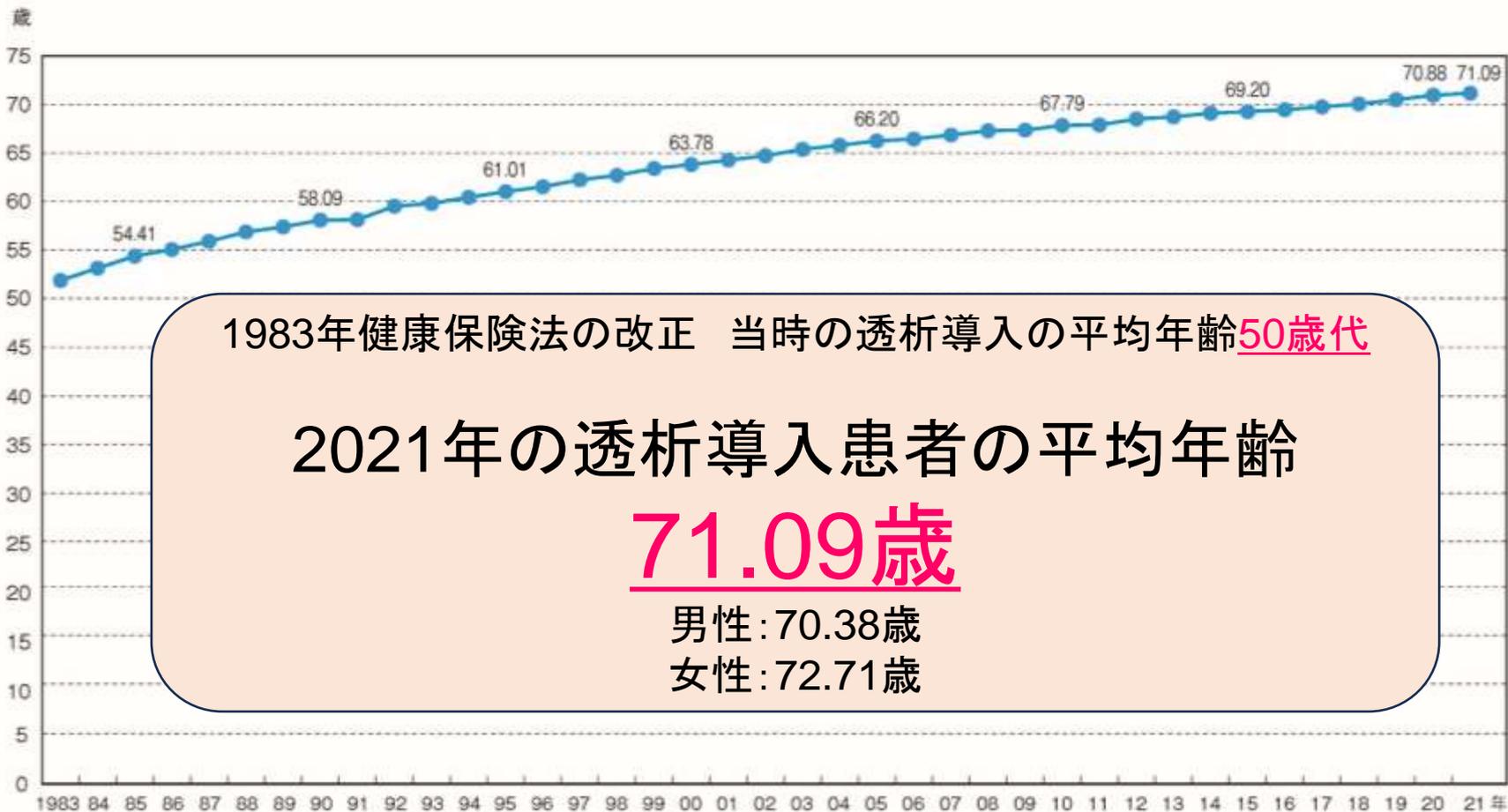
# 高齢末期腎不全患者の 腎代替療法選択における意思決定支援の実際



地方独立行政法人 長野市民病院  
名古屋市立大学 慢性看護学 研究員  
透析看護認定看護師 腎臓病療養指導士 腎代替療法専門指導士  
飯田 美沙

# 透析導入患者の平均年齢

(17) 導入患者 平均年齢の推移, 1983-2021年 (図17)



1983年健康保険法の改正 当時の透析導入の平均年齢50歳代

2021年の透析導入患者の平均年齢

71.09歳

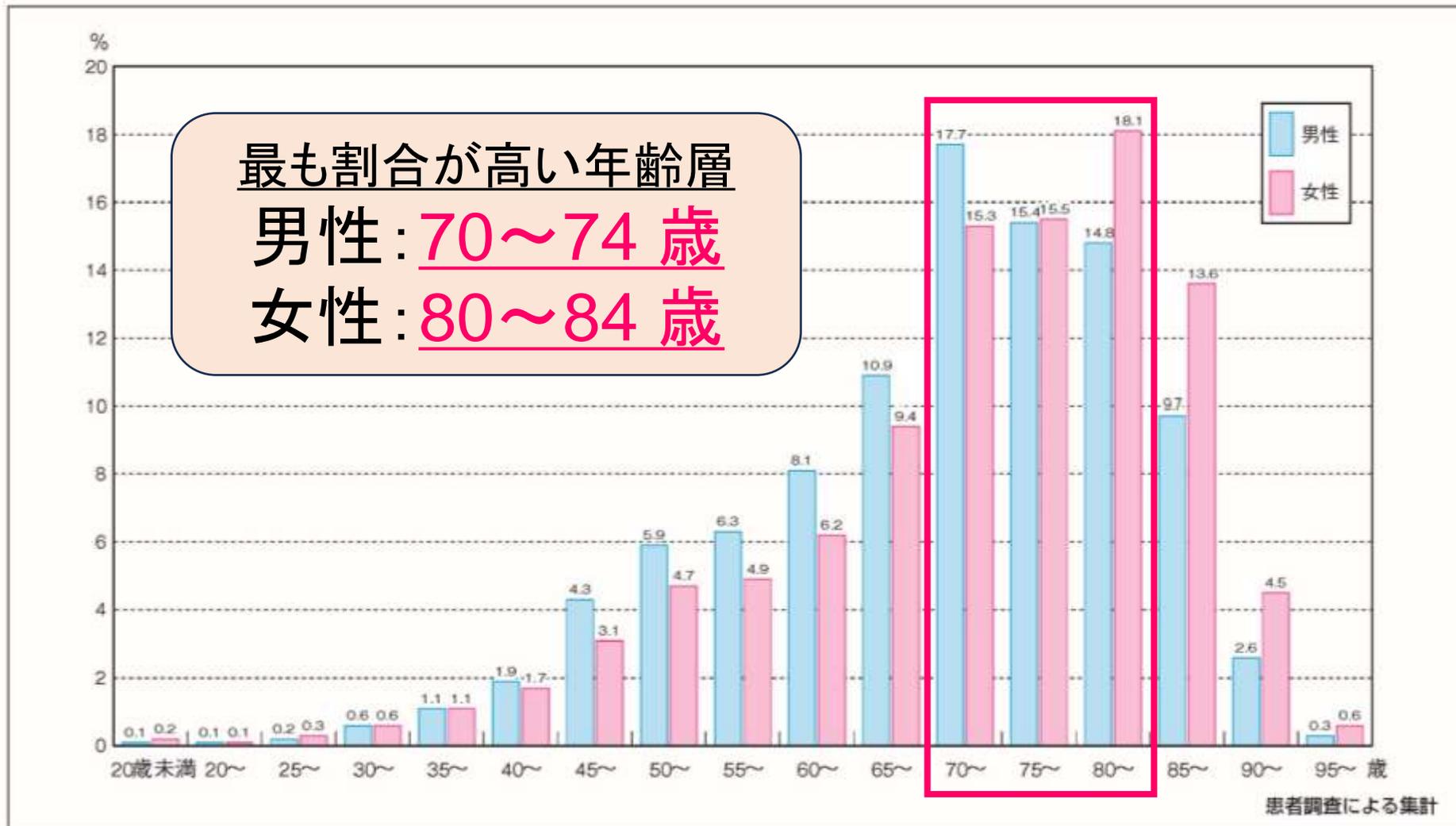
男性: 70.38歳

女性: 72.71歳

患者調査による集計

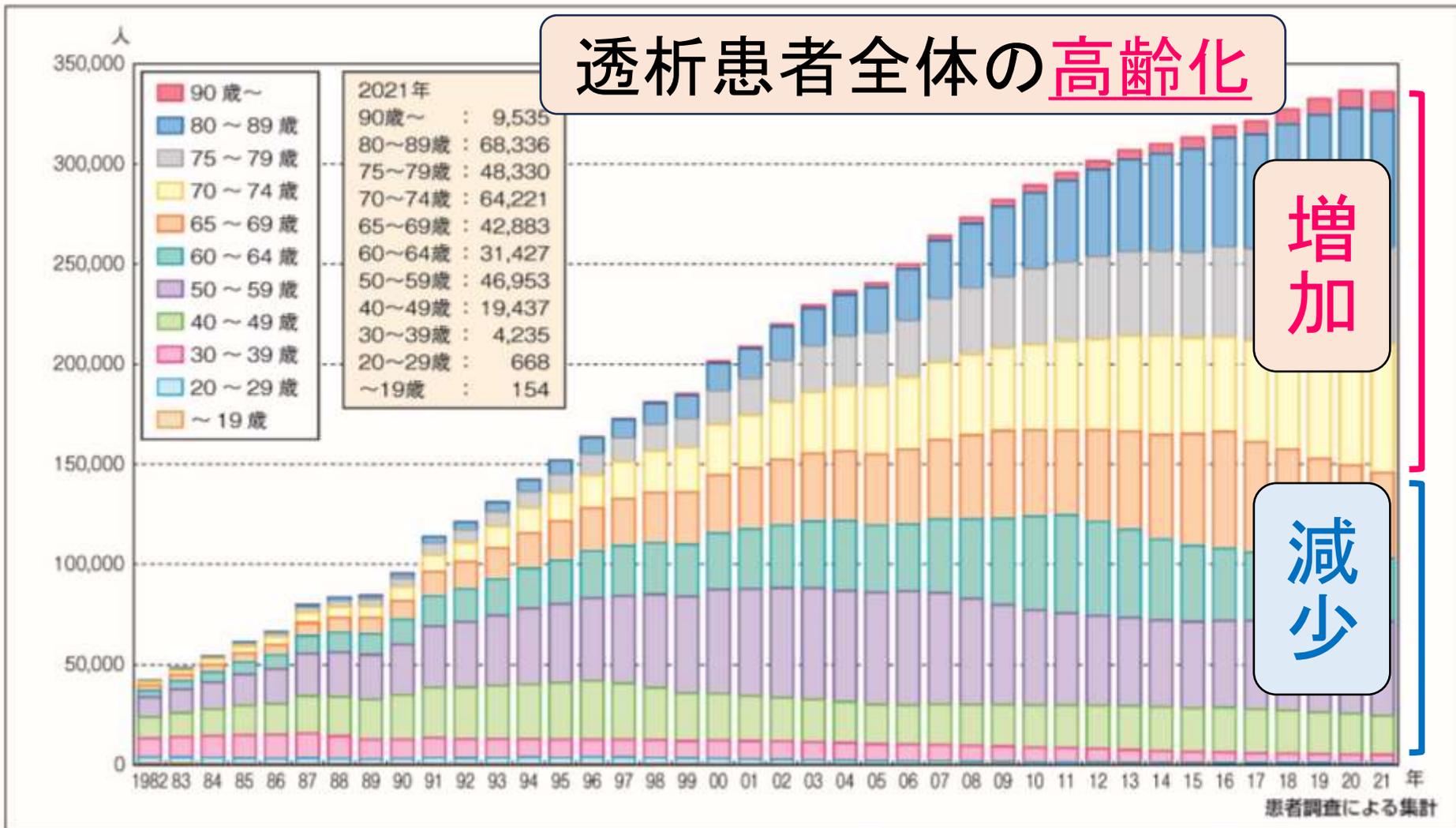
# 透析導入患者の年齢層

(16) 導入患者 年齢と性別, 2021年 (図16)



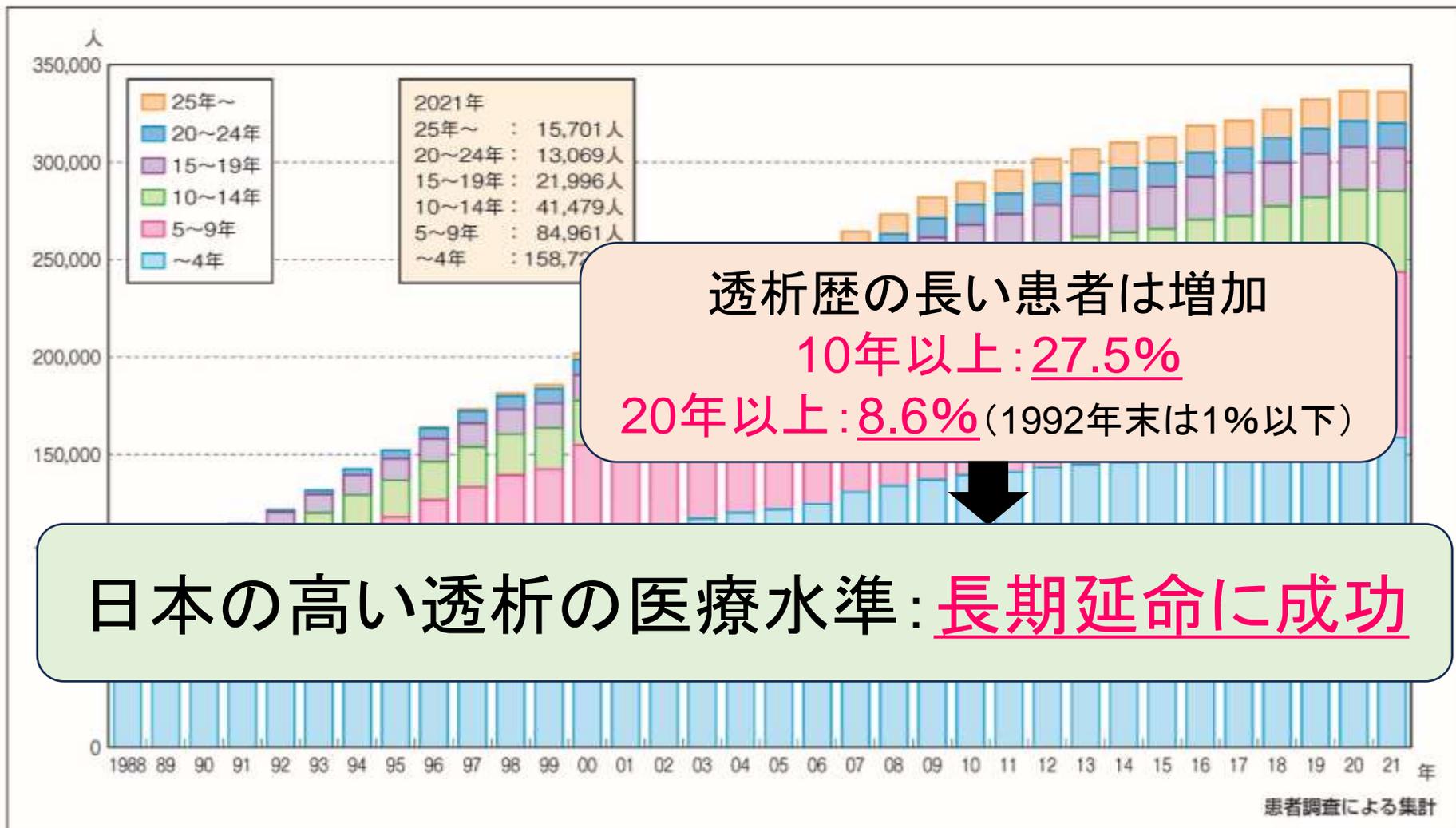
# 透析をしている患者の年代

(6) 慢性透析患者 年齢分布の推移, 1982-2021年 (図6)

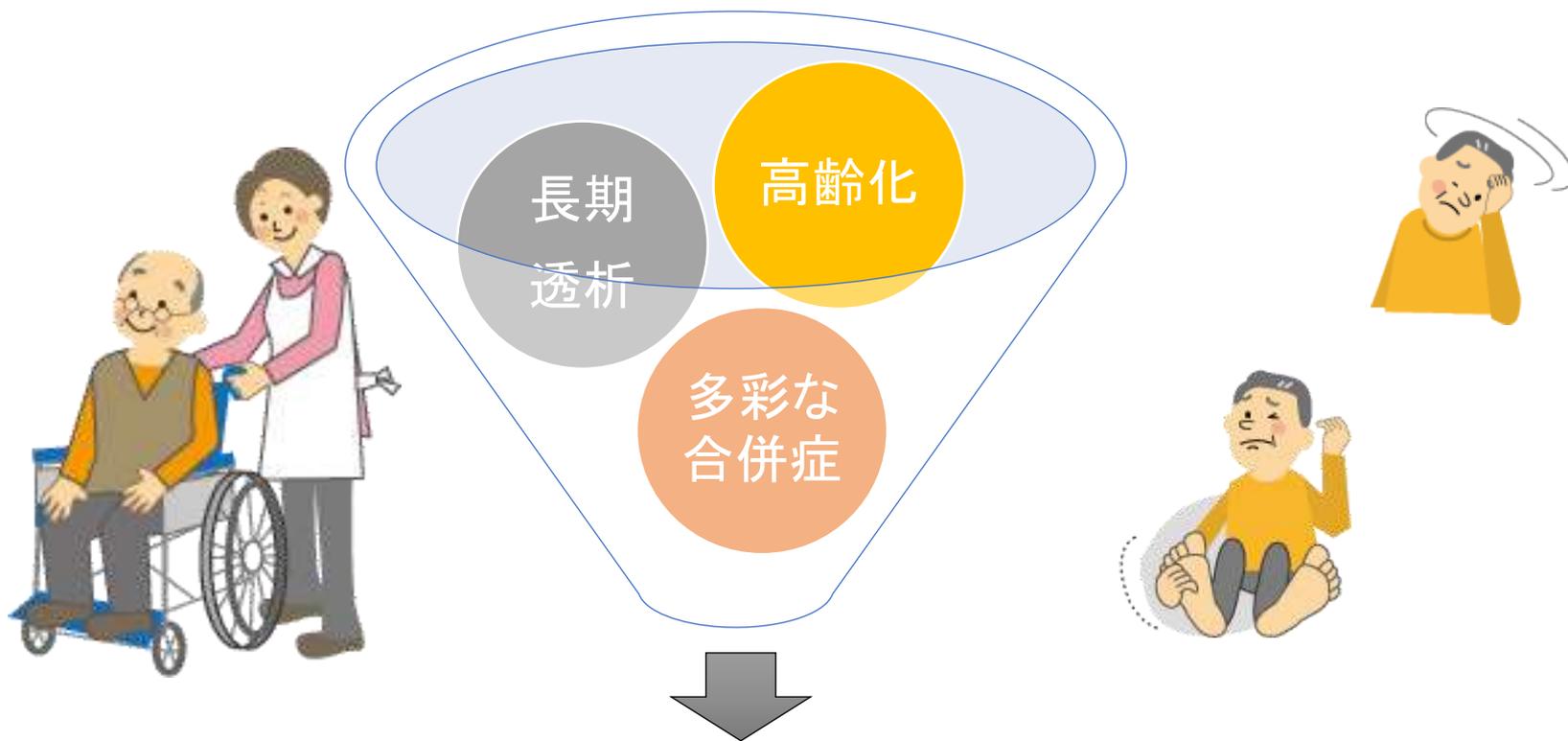


# 透析をしている患者の透析歴

(8) 慢性透析患者 透析歴分布の推移, 1988-2021年 (図8)



# これからの透析看護＝高齢者看護



末期腎不全となった高齢者：その後の生き方の選択を支援

腎代替療法選択における意思決定支援の看護師の役割



# 本日のお話

1. 末期腎不全となった高齢者の生き方の選択としての意思決定支援について
2. 腎代替療法選択における意思決定支援はどうあるべきか
3. 高齢末期腎不全患者が抱える問題に医療者はどう対処すべきか



# 本日のお話

1. 末期腎不全となった高齢者の生き方の選択としての意思決定支援について
2. 腎代替療法選択における意思決定支援はどうあるべきか
3. 高齢末期腎不全患者が抱える問題に医療者はどう対処すべきか

## 末期腎不全となった高齢者

# 加齢による腎臓の変化

- 腎臓の形態的变化: 30~40歳過ぎ

  - = 腎重量や腎皮質厚が10年ごとに10%減少

  - = 機能ネフロン数の減少

- 全身性系球体硬化の程度と年齢は有意に関連 (Rule AD, 2010)
- 血漿レニン活性と血清アルドステロン値から、加齢によりRA系の機能低下
  - = 高齢者のRA系阻害薬の降圧効果の減弱という現象に合致 (Anderson S, 1997)
- Na排泄能低下, Na排泄時間の延長による夜間尿の増加
- 心房性ナトリウム利尿ペプチドの血清濃度の上昇と腎の反応性の低下
  - = 塩分過剰による溢水をきたしやすい
- 尿の濃縮力や希釈力も低下 = 飲水量の変化によって血清Na濃度が容易に変動  
(Bolignano D, et al, 2014; Luft FC, et al, 1979)



高血圧や糖尿病を合併するとこれらの変化は加速する

# 末期腎不全となった高齢者

## 高齢者CKDの評価

- CKD診断基準:  $GFR < 60 \text{ml/分/1.73m}^2$  (Zhang QL, et al, 2008)

64歳以上の23.4~35.8% = ステージG3以上のCKD



- 腎血流量は10年ごとに約10%ずつ減少(腎組織の虚血が進行)するが、腎臓病を伴わない老化においては、**GFRは比較的安定**(Chou YH, et al, 2021; Hommos MS, et al, 2017)
- 日本の検診データ: 高齢者で $GFR 45 \text{ml/分/1.73m}^2$ を下回るまで**全死亡率に有意差はない**  
=  $GFR 45 \text{ml/分/1.73m}^2$ 以下の高齢者は、**腎機能廃絶までに寿命を全う**(Kon S, et al, 2018)
- 米国: 高齢CKD患者は、成人CKD患者に比較して、 $\Delta GFR > 3 \text{ml/分/m}^2/\text{年}$ で進行する例は有意に少ない(Ohara AM, et al, 2007)
- 欧州: 高齢CKDステージG3, G4患者⇒末期腎不全 < **他の疾患による死亡**のリスク↑  
(De Nicola L, et al, 2012)



高齢者の効果的なCKD対策のために、高齢者のGFR低下が

- ① **加齢**によるものか
- ② 合併する腎疾患により**加速された腎機能低下**なのか の鑑別が必要

# 慢性腎臓病 (chronic kidney disease) の軌跡

- ・長い年月における経過の中で,  
病みの軌跡を多様に変化する特性を持つ



## 慢性疾患の9つの局面

「前軌跡期」「軌跡発症期」「クライシス期」「急性期」  
「安定期」「不安定期」「立ち直り期」「下降期」「臨死期」

(Strauss, A.L., Corbin, J.F.1984)

病みの軌跡を理解すること＝患者の捉える病みの軌跡を知る

- ・慢性疾患を持つ患者の体験や心情を深く理解することに繋がる
- ・看護師が抱く先入観の払拭
- ・患者の全体像を正確に捉えることができる

患者と医療者が同じ目標をもって療養生活に取り組む

# 最大の病みの軌跡の局面



= 腎機能の荒廃「末期腎不全」

= 「人生の転機 (turning point)」

- ・「この年まで生きてきて、人生最大の危機だ」
- ・「どう生活を変えていけば、いいのか」 等々

患者が医療者に期待すること

「人生の危機」を好転させること

しかし、慢性疾患の病状が好転する変化は限りなく少ない...

医療者がすべきこと

- ・透析と共に生きていける自信を患者自身が持てるように
- ・そのためのアクションを患者自らとれるように

上記によって、事態は好転の軌跡をとる可能性が出てくる

患者の転機を支える支援 = 腎代替療法選択支援

# 腎代替療法選択支援

慢性腎臓病の進行：高度な腎機能低下

## 腎代替療法

血液透析

腹膜透析

腎移植

腎代替療法選択の意思決定は、患者と医療者の合意形成の手法として

**shared decision making: SDM**が注目されている

SDMとは

複数の選択肢があり、どれが患者にとって最善かが明確でない場合に、患者が十分に治療法について理解し、患者の価値観・意向を尊重した選択ができるようにするための取り組み。

# 意思決定モデルの推移



## 古典的パターナリズム

=本人の意思は問わずに

高齢者に多い傾向...?

「〇〇先生の勧める  
治療法が良いです」  
「自分では  
決められません...」

患者は医師に従うもの...  
との認識が根強いのかも



## 現代型IC

=患者自身が決める

コンプライアンス  
(他者との約束)の遵守

「あなたの責任で  
あなたが選んでください」



## SDM

=医療者と共同で決める

アドヒアランス(自らの約束)の  
構成

「ともに悩み考えて  
一緒に決めましょう」

SDMが特に意義を持つのは...

何をしたら最も良い臨床的結果を

期待できるが不明な状況

## 「臨床の不確実性」

他の選択肢に比べてよい結果が期待できることを示した臨床研究が乏しい

最善の治療法が確立しておらず、結果として治療の選択肢が複数存在

## 「価値観の多様性」

患者の現病歴や家族歴だけでなく患者の価値観や希望，社会的役割や背景を含む

生命予後の延長や高度な治療により治療の益と害の捉え方は様々  
リスクがあっても治療の可能性に賭けるのか，あるいは効果より副作用を気にするのか

それぞれの価値観と判断は多様化

SDMが特に意義を持つのは...

何をしたら最も良い臨床的結果を

期待できるが不明な状況

「臨床の不確実性」

「価値観の多様性」

他の選択肢に比べて  
結果が明瞭に  
示す

患者の現病歴や家族歴だけでなく  
希望、社会的役割や

高齢CKD患者にこそ  
SDMによる腎代替療法選択  
の意思決定支援を！

最善の治療法が唯一  
おらず、結果として  
治療の選択肢が複数存在

それぞれの価値観と判断  
は多様化

# もう一つの治療方法

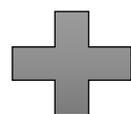
慢性腎臓病の進行: 高度な腎機能低下

## 腎代替療法

血液透析

腹膜透析

腎移植



保存的腎臓療法

保存的腎臓療法 (conservative kidney management: CKM)

重篤な合併症がある場合、腎代替療法を選択せず、症状緩和治療を優先

# 腎代替療法≠終末医療

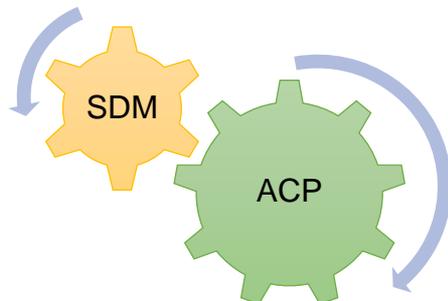
腎代替療法を選択しさえすれば、直近の死を免れる

末期腎不全患者の治療法の選択＝生き方の選択

生き方の選択ならば、ACP: 人生会議を検討

高齢CKD患者の腎代替療法選択

ACP「人生の最終段階をどう過ごしたいか」まで話し合う



「ACPは  
個人の価値観，目標，選好に合致した医療とケアを目指すSDMのプロセスを促進する」

Seymour J, Horne G. ACP facilitating a process of shared decision making. In. Thomas K, Lobo B, ed. Advance Care Planning in End of Life Care p.20. Oxford Univ Pr. 2011

# ACP: 人生会議



人生の終わりまで、あなたは、どのように、過ごしたいですか？

もしものときのために  
ACP 人生会議 「人生会議」

～自らが望む、人生の最終段階の医療・ケアについて話し合ってみませんか？～  
11月30日（水）（祝日）は人生会議の日

話し合いの進めかた（例）

誰でも、いつでも、命に関わる大きな病気やケガをする可能性があります。

命の危険が迫った状態になると、**約70%の方が、医療やケアなどを自分で決めたり望みを人に伝えたりすることが、できなくなると言われています。**

自らが希望する医療やケアを受けるために大切にしていることや望んでいること、どこでどのような医療やケアを望むかを自分自身で前もって考え、周囲の信頼する人たちと話し合い、共有することが重要です。



もしものときのために、あなたが望む医療やケアについて、前もって考え、繰り返し話し合い、共有する取組を「人生会議（ACP：アドバンス・ケア・プランニング）」と呼びます。

あなたの心身の状態に応じて、かかりつけ医等からあなたや家族等へ適切な情報の提供と説明がなされることが重要です。

このような取組は、個人の主体的な行いによって考え、進めるものです。知りたくない、考えたくない方への十分な配慮が必要です。

話し合いの進めかた（例）

あなたが大切にしていることは何ですか？

あなたが信頼できる人は誰ですか？

信頼できる人や医療・ケアチームと話し合いましたか？

話し合いの結果を大切な人たちに伝えて共有しましたか？

心身の状態に応じて意思は変化することがあるため、何度でも繰り返し考え、話し合みましょう。

詳しくは、厚生労働省のホームページをご覧ください。  
[https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage\\_02783.html](https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_02783.html)



自らが望む、人生の最終段階の医療・ケアについて話し合うことの重要性



後悔しない生き方のために



腎代替療法選択の時に  
**ACP: 人生会議**

# 本日のお話



1. 末期腎不全となった高齢者の生き方の選択としての意思決定支援について
2. 腎代替療法選択における意思決定支援はどうあるべきか
3. 高齢末期腎不全患者が抱える問題に医療者はどう対処すべきか

# 腎代替療法選択の意思決定支援とその効果

## SDM: shared decision makingによる支援の**推奨**

- 米国:透析の開始・中断においてSDMによる診療ガイドラインが制定 (John H. GALLA, 2000)
- 「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」において  
基本的考え方:SDMプロセス (日本透析医学会, 2014)



## SDMの**効果**

- **患者満足度向上** [Robinski et al., 2016]
- 医療者と患者の**信頼関係の向上** [Hughes TM, 2018]
- 選んだ選択肢の満足と医療者との決定プロセスに満足であり、患者の満足感により**意思決定の質が向上** (辻, 2007; Glass, 2012; Robinski, 2016)
- 透析導入後の**自己管理行動が適切**となる (飯田ら, 2022)

SDMにより患者の満足感が高まり、  
主体的な治療参加から、より自律的な健康行動の獲得に寄与

療養生活の主役＝患者

# 高齢CKD患者の自律性を支援

- 患者の自律性を支援すると…

患者の自律的な動機づけを促進し、有能感(自己効力感)を生じさせ、自己管理行動に変化をもたらす (Deci,1999)(Williams,1998)

- 「自己決定理論ヘルスケアモデル」

自律性支援とは、「個人の価値観を尊重し、適切な情報提供をすることで、患者自身が健康行動に対する責任能力を持つよう励ます、協働的な関係性を重視した支援」(山本ら, 2009)



パターナリズムの傾向がある高齢者であるが…

**自律的な動機づけ**を有する患者

＝疾患自体に**コントロール感**を持つ

療養生活の主役が患者となり、**有意義**なものに！

# 腎代替療法選択支援の実際

症例：変化に難色を示す高齢CKD患者  
の場合



# 長期化した療養生活からの変化に難色を示す A氏 60歳代 男性



- 糖尿病歴20年
- 妻と子ども, 5人暮らし(義両親の介護で妻は別居中)
- 内分泌代謝外来通院中  
糖尿病透析予防外来8年通院(糖尿病療養指導看護師が担当)



- 腎機能低下するが, 内代医師からの腎内紹介を拒否
- 糖尿病透析予防を担当していた看護師から相談



すでにCKDG5...

ここまで頑張ってきたA氏

緊急導入だけは避けたい

転機 (turning point) ①

## 腎内受診を受け入れる

- 糖尿病透析予防外来の看護師の変更を(何とか)承諾
- 相談を受けた翌月に支援を開始
  - 「いやいや腎臓の先生って、透析なんか困っちゃう」
  - 「ずっとこのやり方でこれたのに」 ……拒否するA氏の理由: CKD進行を否認
  - 「妻は介護で忙しい」「負担をかけたくない」 ……家族に対する思い



- 長期療養生活を労い、誰にでもできることではないことを強調し(承認する), 家族への思いに理解を示す(突き放さない).
- 現在の腎機能を双方で評価し, 同一の理解となるように慎重に伝える(追い込まない)
- 反応を見ながら, 「これまでのA氏ならきっとこれからも乗り越えることができると, ○○看護師も○○先生も言っていましたよ. 私もそう思います」と認める(寄り添う)(断定しない)

転機 (turning point) ②

## AVF作成術を受ける

- 腎内受診を承諾
- 糖尿病透析予防外来だけでなく、受診には何回か同伴  
＝言葉の少ないA氏の思いを代弁して腎内医師に伝えるため
- 血液透析を選択するが、AVF作成に対し拒否  
「まだいいんじゃないか」「早すぎないか」・・・恐怖心が強い様子



- AVFを事前に作成する意図を、緊急導入のリスクも踏まえ、慎重に伝える(追い込まない)
- 緊急導入を回避することがA氏にはできると励ます(寄り添う)
- 反応を見ながら、術後の経過や作成後の状態がイメージできるよう詳細に伝える(知らないこと不安を払拭)

転機 (turning point) ③

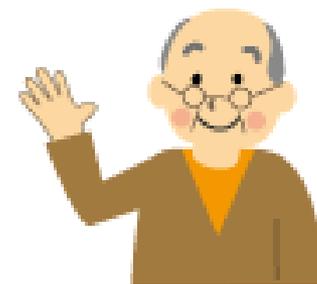
## 血液透析を導入する

- AVF作成から9ヶ月...血液透析導入にならない・・・？
- 腎内医師:「導入嫌がってるんだよ～」
- 久しぶりに外来に伺うと  
「辛くはなってきたんだけど」「まだ先延ばしにしたい」  
「始まったらやめることはできないんでしょ？」・・・誤った解釈



- 今の辛い症状から脱却するために、透析導入が必要であるとの認識に置き換えるように話をする(追い込まない・突き放さない)
- 導入時期を先延ばしにしたい理由を確認し、医師と共有する(断定しない)

# 現在のA氏



- 血液透析導入し，当院通院中
- 療養生活を上手にシフトさせ，**困難感の訴えはない**

「透析にはまだまだなれないけどね」

「あの時，**透析を始めないとギリギリだったと思う**」

「手の手術もしてたから，**首の管入れずに済んだし...**」

「なんだかんだと，**大変な時には，お世話になったね**」

「**透析やってよかった**と思っているよ，ありがとう」

# A氏にとって良かった点

- 高齢CKD患者の「人生の転機」  
医療者が求められているのは  
「人生の転機」を好転させること・・・かもしれない
- 具体的な支援方法  
相談内容を一方向で偏りをもってみない(断定しない)  
逃げ場を失わせるような対応は避ける(追い込まない・突き放さない)  
認める(承認する)  
その人を信じる(寄り添う) が重要である



# 本日のお話

1. 末期腎不全となった高齢者の生き方の選択としての意思決定支援について
2. 腎代替療法選択における意思決定支援はどうあるべきか
3. 高齢末期腎不全患者が抱える問題に医療者はどう対処すべきか

# 超高齢化社会と現役人口の減少

## 2025年

- 団塊の世代の全てが75歳以上になる



## 2040年

- 現役人口(20歳～64歳)が約1,000万人も減少

総務省:2020年国勢調査より



2040年の医療提供体制の展望

→ 医療の担い手不足

# 国の取り組み：地域包括ケアシステム

2025年

- ・ 団塊の世代の全てが75歳以上になる



2040年

- ・ 現役人口(20歳～64歳)が約1,000万人も減少

総務省：2020年国勢調査より

地域包括ケアシステム  
の構築

厚生労働省は、2025年を目途に、  
重度な要介護状態となっても、

住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最期まで続けられるよう  
住まい・医療・介護・予防・生活支援が一体的に提供される

# 国の取り組み：地域医療構想

## 2025年

- 団塊の世代の全てが75歳以上になる



## 2040年

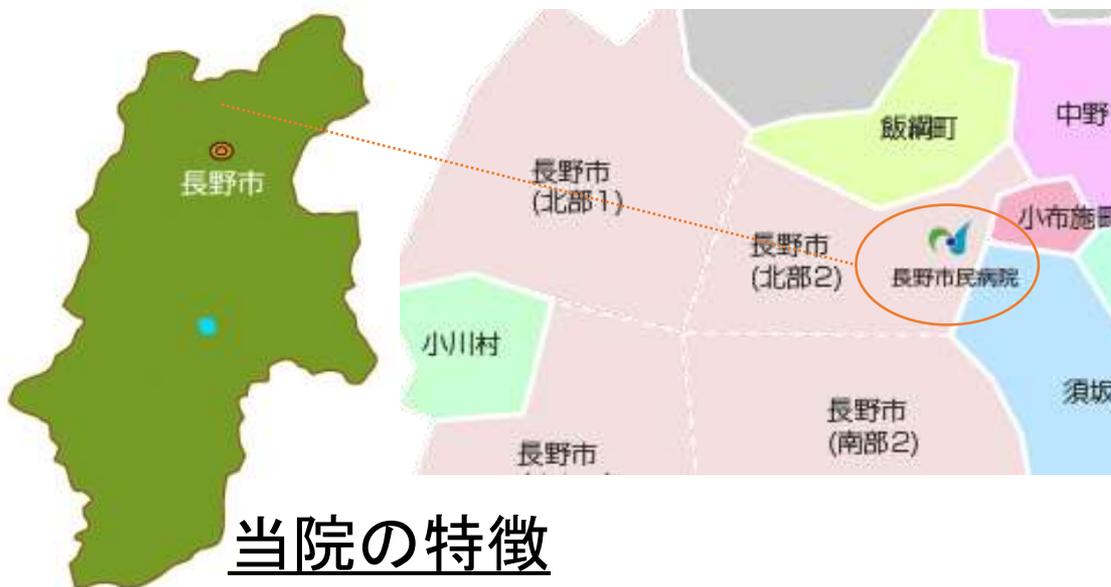
- 現役人口(20歳～64歳)が約1,000万人も減少

総務省：2020年国勢調査より

## 地域医療構想の実現

医療機能の見直しとして、公立・公的医療機関等は、地域の民間医療機関では担うことのできない医療機能に重点化する

# 地方独立行政法人 長野市民病院



全33の診療科  
一般病床400床  
1日平均患者数  
・入院約400名 外来約1000名

医師120名  
看護師535名  
コメディカルスタッフ308名  
Total: 963名 (2021. 4. 1現在)

## 当院の特徴

糖尿病・腎センターやフットケアセンターなど複数のセンター化事業を有し、地域がん診療連携拠点病院・がんゲノム医療連携病院としてがん専門医療の充実に注力している

- ・高度で専門的な「**がん診療**」
- ・断らない「**救急医療**」
- ・超高齢時代の「**脳・心臓・血管診療**」

の3領域を重点に医療提供

# 地方独立行政法人 長野市民病院

## 透析治療の実績

病床数 25床(うち個室 3室)      管理運営方法 月～土曜日の二部透析  
年間透析導入数 平均20名前後      維持透析 総施行回数(2022年度実績) 8372回/年  
持続的血液濾過透析(同)CHD・FCHF・ECUM 114回/年

## 透析治療に従事する職員

腎臓内科医師 3名  
専任看護師 8名中  
    透析看護認定看護師 1名  
    慢性腎臓病療養指導看護師 3名  
    腎臓病療養指導士 2名  
    腎代替療法専門指導士 1名  
臨床工学技士 7名  
事務職員 1名, 管理栄養士・MSW(兼務), 地域連携室職員(兼務)

血液・腹膜透析患者

外来患者:約50名程度

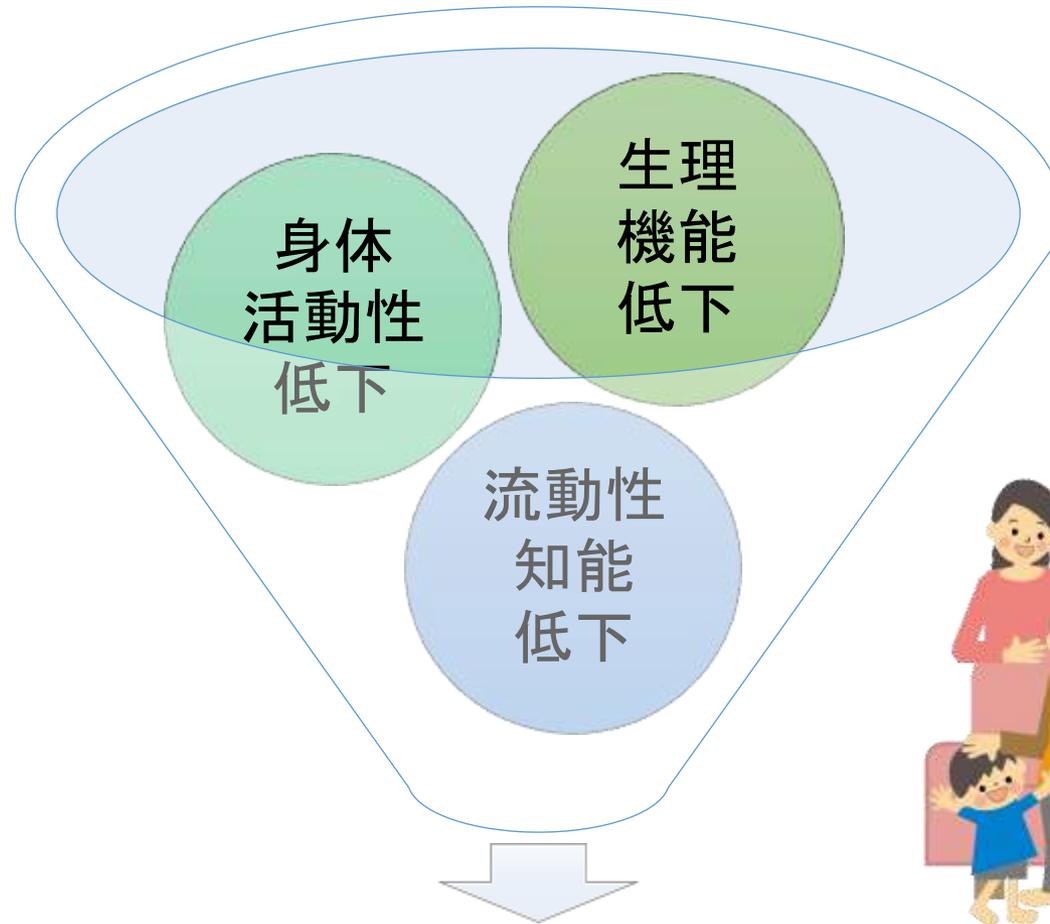
入院患者:約15名前後



他医療機関や介護施設との連携を図り、生活の場の調整や仲介を担っている

- かかりつけ医と共同した腎代替療法選択支援
- 高齢CKD患者の療養環境の調整支援
- 担がんCKD患者療養支援 等

# 高齢者の特徴



**結晶性知能**(コミュニケーションスキル等)は保たれる

=これまでの人生の経験に基づいた考えや行動を最大限活用できるよう支援

# ネックになるのが意思決定

「もう年だから、難しいことはできない」……諦め

「子供たちに迷惑を掛けたくない」……自律性

「先生の言う通りの治療にします」……従順さ

**結晶性知能**が高い人はなお

自分の気持ちを抑え込む傾向



国の指針

「住み慣れた地域で

自分らしい暮らしを人生の最期まで続けられる」

↑だれのための支援???

# 高齢者の意思決定支援

…つきまとう医療者の心配事

「高齢だし、自分でする治療は無理」……思い込み

「これからできなくなることが増えるのに」……諦め

「家族にだって負担になるでしょう」……おせっかい



医療者の豊富な経験による懸念や憶測

腎代替療法選択＝生き方を見つける作業  
主役である患者を中心に考える

# 高齢者へのケア



## ユマニチュード

- 「人間らしさを取り戻す」という意味をもつフランス語の造語
- ケアを受ける人とケアを行う人との間に自由・平等・友愛の精神が存在するのであれば、ケアを行なっている人が掲げる理念・哲学と、実際に行なっている行動は一致する
- 3つの目標

「心身の回復を目指す/機能維持/最期まで寄り添う」

フランスの体育学専門家イヴ・ジネスト、ロゼット・マレスコッティが開発したケアの技法

## パーソン・センタード・ケア

- 認知症をもつ人を一人の「人」として尊重し、その人の立場に立って考え、ケアを行おうとするケアの一つ

英国の臨床心理学者トムキットウッドが、1980年代末に提唱

# 腎代替療法選択支援の実際

症例：ADL制限のある高齢CKD患者  
の場合



ADL制限のある高齢CKD患者

# B氏 70歳代 男性



- 原疾患：慢性腎炎
- 既往歴：15歳骨髄炎，左股関節の屈曲不全が残存  
高度難聴
- 独居，キーパーソン：姉夫婦
- 就労：骨董品店経営
- 現病歴
  - ✓かかりつけ医にてCKD管理
  - ✓4年前より，当院フォロー開始（ダブル主治医制度）



独居であり，ADLに制限のある中での  
腎代替療法選択支援

# 医療者の心配事

- 男性の一人暮らし..., 腎臓病治療食の支度はできない？
- 今後、透析導入したのちに、現在のADLでは一人暮らしの継続は難しいか？
- 就労の継続は困難ではないか？  
ともすれば、生活は年金のみで賄えるのか？



医療者の思い込み...  
今後の人生の生き方を、**B氏とともに**  
見つける必要がある

# B氏の困りごとにより寄り添う



「足が悪いから爪が切れないんだよ」

- これまでかかりつけ医でフットケア
- CKD進行に伴い、当院の毎月フォローに切り替え
- ケア内容を継続して、当院のフットケア介入を開始

「食事はどんな工夫をすればいいのか教えて」

- 食事を含めたこれまでの療養環境を確認
- 外来栄養食事指導を紹介後、毎月の指導を希望
- 腎臓病宅配食、低たんぱくごはんの活用

「治療は、病院でやってもらうほうが良いな」

- 腎代替療法は血液透析を希望
- 今後の通院方法や社会資源の活用の提案、ケアマネの決定



かかりつけ医からの情報を得て、

B氏の望む支援を確認

# 現在のB氏



- 透析クリニックでの維持透析を継続  
AVGの評価にて当院定期フォロー  
時折VAIVTにて当院来院 「元気にしているよ～」
- 社会資源の活用  
透析クリニック送迎の利用  
導入後、ヘルパー介入「透析あるから買い出しの時間の節約」
- 就労の継続  
コロナ禍で、骨董品のインターネット販売が繁盛  
「今のほうが売れんだよ」「ぼちぼちだよ～」

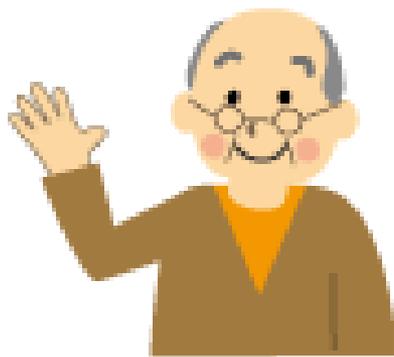
**パワフルな高齢者**への**過剰な支援は不要**（むしろ弊害にもなりえる）

## 地域包括ケアシステム

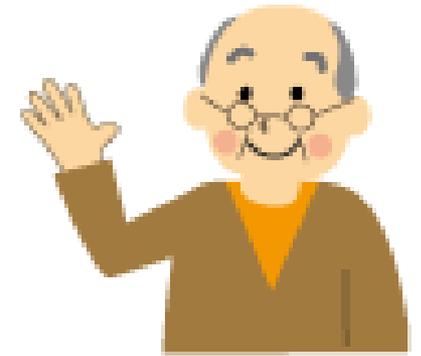
**住み慣れた地域**で**自分らしい暮らしを人生の最後まで**続けられるよう  
住まい・医療・介護・予防・生活支援が一体的に提供される

# 腎代替療法選択支援の実際

症例：ACPを自己選択した高齢CKD患者  
の場合



# ACPを自己決定した高齢CKD患者 C氏 80歳代 男性



- 原疾患：糖尿病性腎症
  - 既往歴：脊椎管狭窄症
  - 妻と二人暮らし
  - 数年前に孫の面倒をみるために、娘宅側へ転居
  - 趣味：小学生の孫と畑仕事をする事
  - 現病歴
    - ✓「孫との時間を大切にしたい」
    - ✓RRTは腹膜透析を自ら選択
- 「家族には迷惑をかけないから、**腹膜透析が良い**」



高齢ではあるが、**理解力が良い**  
**できるだけ長く腹膜透析ができるように**  
療養生活を支えよう

# 創意工夫の腹膜透析ライフ

- 元々杖歩行＝ADLには制限があった
  - 室内バリアフリーへ
  - C氏を中心に腹膜透析部屋の管理
- 導入直後：日中フリーの夜間APD
  - 治療後のタンクを運ぶ可動式台の利用
- 5Lバックの管理が困難に・・・
  - 日中のCAPDへ（2Lバックに変更）
  - 排液チェックのマジックハンドの利用
  - 液を掛けた後に落差をつける棚の工夫

家族が直接的に腹膜透析に関与することはなかった

C氏が自らできるように間接的に支援

＝ユマニチュード「機能維持」

# 重度ASによる頻回な失神発作

- 在宅療養困難となり，手術目的に入院  
→ 大動脈弁置換術（AVR）



- 失神発作はなくなったが  
術後の回復には時間を要した・・・
- 自宅退院を目指し，懸命にリハビリに専念



一般病床へ！

本人：腹膜透析を**継続**して自宅退院  
家族：自宅に帰るなら腹膜透析はもう**無理**ではないか・・・  
療養環境をめぐり再度**腎代替療法選択支援**

# 腎代替療法選択支援

## C氏と家族の意思決定の相違

C氏

・ 腹膜継続・自宅退院

家族

・ 血液移行・自宅退院



「家族には迷惑をかけないから、**腹膜透析が良い**」って、**最初に約束したんだ**。妻には迷惑を掛けられない

**最期(のとき)まで、腹膜透析がやりたかった...**

複数回の話し合いの結果...

血液透析へ移行し自宅退院を目指すことに

→ **VA作製の予定が計画された**

# 血液透析導入前日に

## 脳梗塞・消化管穿孔を発症・・・

- ・重篤な敗血症と循環障害を合併
- ・腹膜透析中止
- ・VA作製中止



本人と家族へIC  
DNARの方針となった



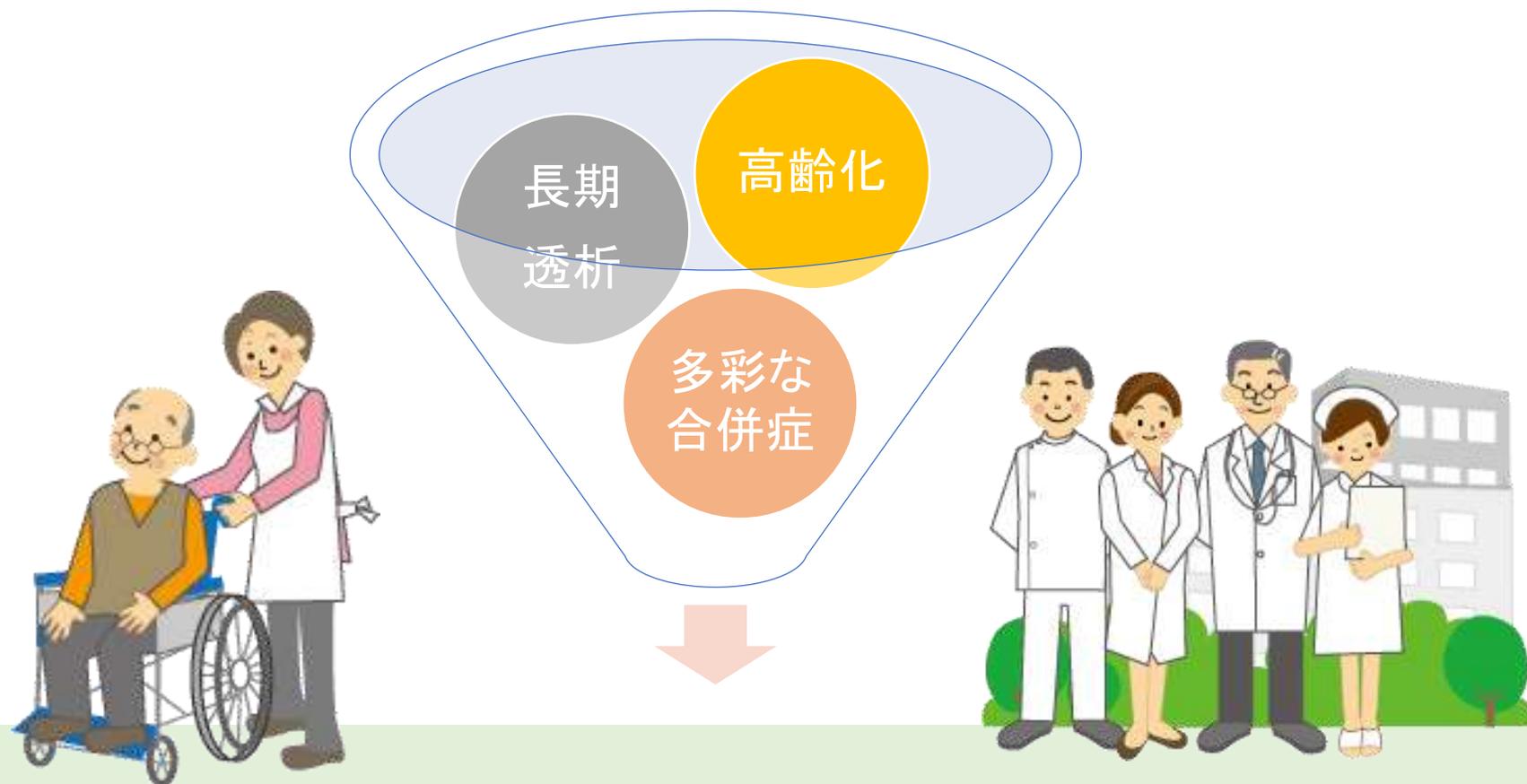
その2日後、家族に見守られ逝去



「**最期まで腹膜透析**」

C氏の目標通り・・・

# これからの 高齢末期腎不全患者の腎代替療法選択



高齢者とその家族，医療チームで  
SDMに基づく決定とACPの十分な実施

ありがとうございました

