

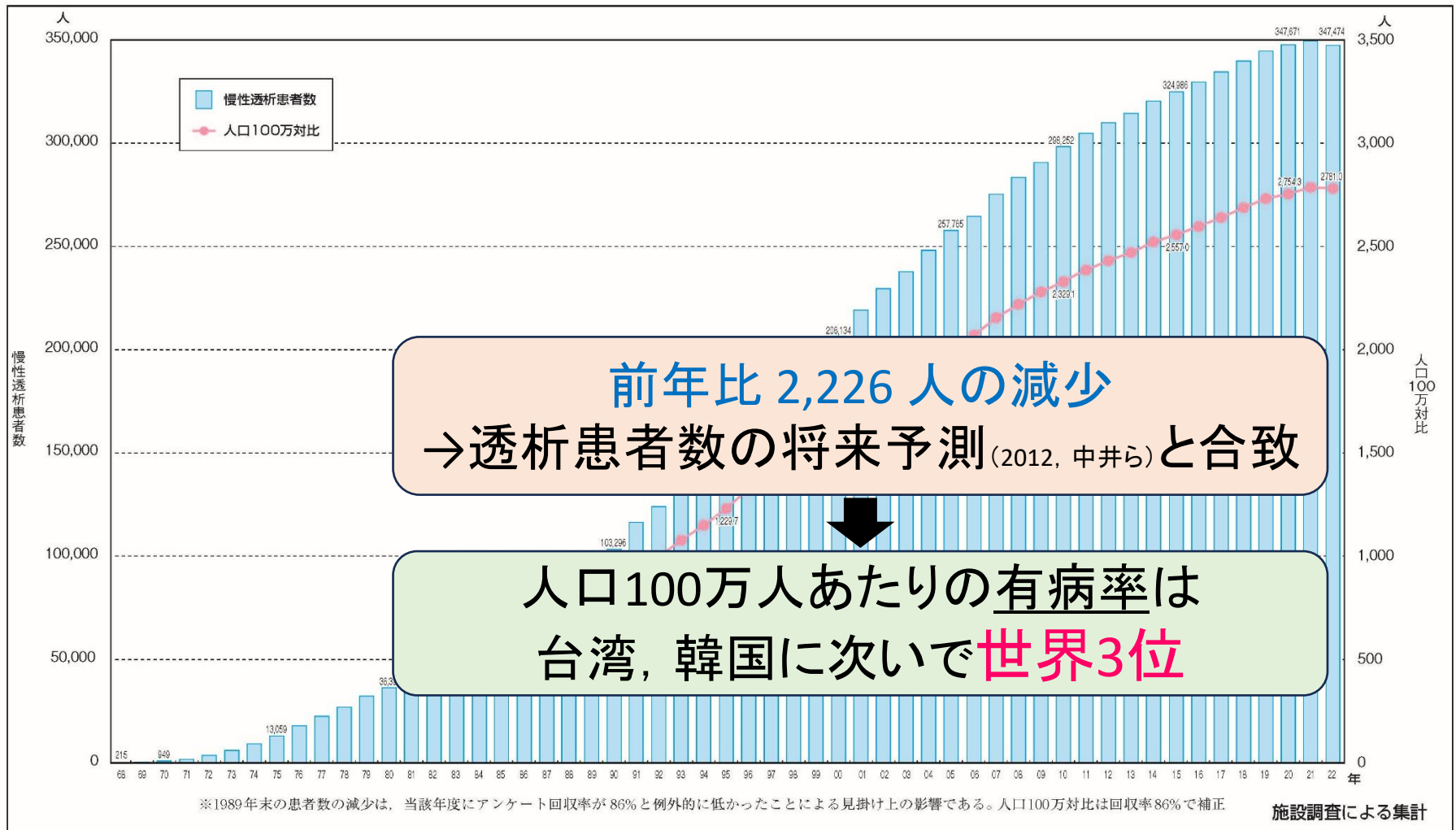
# 腎代替療法の維持期にある慢性腎臓病患者の 意思決定支援の実際



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

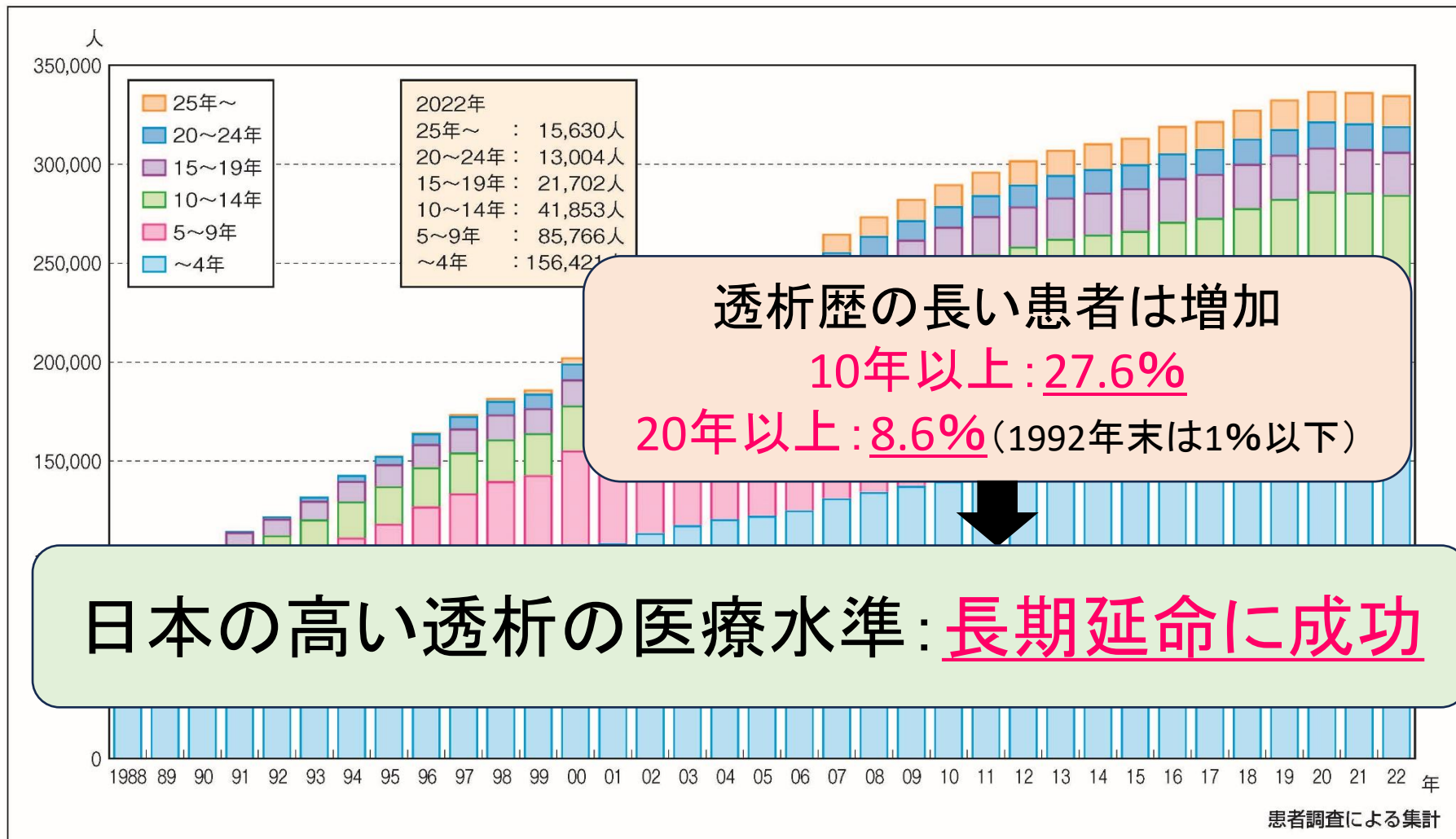
# 透析療法の維持期にあるCKD患者

(1) 慢性透析患者数（1968-2022年）と有病率（人口100万対比，1983-2022年）の推移（図1）



# 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, 1988-2022年 (図8)



長い療養生活において  
持続的に様々な場面で求められる意思決定

## 腎代替療法

- 複数の治療法を経験する患者

## 薬物療法や食事管理の方法

- ライフスタイルに合わせた選択

## 療養環境の変更

- 加齢やADLの変化, 介護者の生活も影響

# 本日のお話



1. 腎代替療法選択後の維持期にある慢性腎臓病患者の特徴と課題
2. 維持期にある慢性腎臓病患者への意思決定支援のあるべき姿とは
3. 維持期にある慢性腎臓病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. 腎代替療法選択後の維持期にある慢性腎臓病患者の特徴と課題
2. 維持期にある慢性腎臓病患者への意思決定支援のあるべき姿とは
3. 維持期にある慢性腎臓病患者が抱える問題に医療者はどう対処すべきか

# 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。

# 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

# 腎代替療法を**選択**するということ

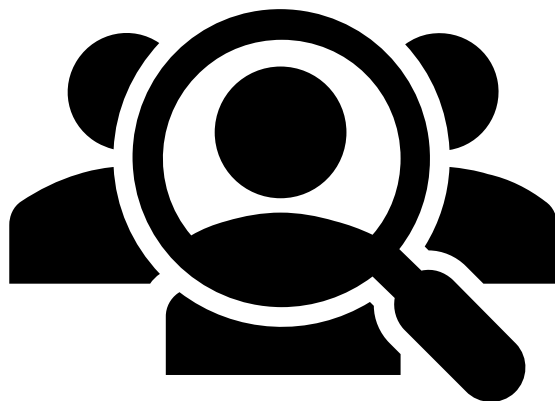
- 生命維持療法として透析療法を選択しさえすれば死を免れることができるが、治療選択によって生きることには不可欠な治療が一生継続される**衝撃**（岡山ら, 2020）
- 自己管理の**困難感**や治療への**否定的感情**が生じなにより**死への恐怖感**が付きまとう（田上ら, 2011）
- 透析に伴う時間的拘束や社会的役割変化による**経済的不安**（江川ら, 2009）

身体的のみならず心理的社会的にも**危機的状态に陥るリスク**の中で

**生きていくための意思決定**をしなければならない

# 維持期の慢性腎臓病患者の特徴

- 危機的状态に陥るリスクを回避した人
- 生きていくための意思決定をした人



# 維持期の慢性腎臓病患者の特徴①

## 付きまとう不安

- 不安は、短期的には適応可能な場合もある
- 中等度もしくは高度なレベルで持続して経験すると、苦痛(または病的)になることがある。

- HD患者の45.7%が不安症の基準を満たした (Cukor,et al,2008)
- 透析患者の32.3%, 腎移植患者の20.3%に不安症状 (Brito,et al,2019)
- HD患者の不安とQOLの指標が逆相関する (Li,et al,2016)
- HD患者の24.1%にうつ病と不安が併存 (Semaan,et al,2018)
- 不安症状の増加は、入院リスクの増加, 入院期間の延長, 透析の中断, および死亡リスクの増加と相関

(Schouten,et al,2019; Kimmel,et al,2019)



特にHD治療を受けている患者における不安は一般的であり、  
死亡率とも関連していることが示唆されている

# 維持期の慢性腎臓病患者の特徴①

## 痛みと負担感

- 痛み: **健康関連の生活の質 (HRQOL)に重大な悪影響**

- 進行したCKDの症状の負担とHRQOLへの障害は、**末期悪性腫瘍と同等**である (Saini,et al,2006)
- 痛みは、**透析患者の訴える最も一般的な症状の一つ**で、**有病率は30～60%**と高い。この有病率は進行がん患者と同率 (Jhamb,et al,2019; Abdel-Kader,et al,2009; Davison,et al,2014)
- 慢性的な痛みは、**入院日数の増加、透析治療時間の短縮、死亡率と関連** ( Davison,et al,2014; Weisbord,et al,2014; Harris,et al,2012)



耐え難い様々な**痛みと負担感**を感じている患者を理解することが  
**痛み管理の第一歩**となる

# 維持期の慢性腎臓病患者の特徴①

## 睡眠障害

- 睡眠：身体的，認知的，精神的な健康を維持する
- 覚醒時に可逆的な変化を受けた中枢神経系のニューロンを回復させる＝脳の回復効果

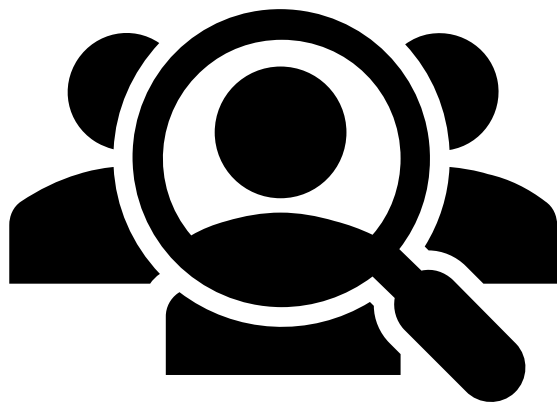
- HD患者の約60%が不眠症，約半数が入眠困難，1/4が睡眠維持困難 (Noda, et al, 2006)
- 透析 (HD・PD) 患者のむずむず脚症候群 (RLS) は29% . 活動性の低い透析患者はさらに発症リスクが高い (Anad D, et al, 2013)
- 周期的四肢運動 (PLM) は，ESKD患者の50～70%に生じている可能性があり，QOLの低下と相関している (Rijisman RM, et al, 2004)
- 透析患者は，メラトニンの生成と分泌が悪影響を受け，日中の眠気や夜間不眠をひきおこす (Koch BC, et al, 2010)



透析患者は，年齢問わず，様々な睡眠障害を有している  
これらの障害は，患者のQOL，健康状態，生存そのものに悪影響を及ぼす

# 維持期の慢性腎臓病患者の特徴

様々な症状に悩みながら  
療養生活を送る人





# その中で求められる意思決定

## 腎代替療法

- 複数の治療法を経験する患者

## 薬物療法や食事管理の方法

- ライフスタイルに合わせた選択

## 療養環境の変更

- 加齢やADLの変化, 介護者の生活も影響

# 腎代替療法選択に関する意思決定

- 複雑であり, 簡単ではない
- 一つの治療方法を選択したら終わりではない



- 長い罹患歴の中で, 多くの患者が, 複数の治療法を経験する.
- 維持透析・移植患者は, 治療選択後も他治療の情報提供を求める  
(近藤ら, 2018)



- 腎代替療法選択における「医療従事者に関連する要因」として, 看護師は,
  - 「患者の疾患に関する関心を高める」
  - 「看護ケアに満足し生活改善の課題を見出す」
  - 「患者が治療選択するために重要な役割を果たす」 (Shi, Y, et al, 2022)

# 維持期の透析患者のレディネスは...

身体的のみならず心理的社会的にも **危機的状态に陥るリスクの中で**

生きていくための意思決定をした患者

Pt: 話を聞ける状態ではない



Pt: 受け入れられない

**レディネス**が整っているとは限らない

医療者: まずはこのことを理解する



そのうえで

- **ナラティブ**に耳を傾け、**患者の思いに寄り添う**
- **患者の置かれている状況を見極め、**  
**必要な情報を適切な時期に提供する**

# 本日のお話



1. 腎代替療法選択後の維持期にある慢性腎臓病患者の特徴と課題
2. 維持期にある慢性腎臓病患者への意思決定支援のあるべき姿とは
3. 維持期にある慢性腎臓病患者が抱える問題に医療者はどう対処すべきか

# 療養生活の支援で重要となる考え方

## コンプライアンス (compliance)

- 医療者が推奨する療養法について, 患者がどの程度守っているか
- 医療者側からとらえた患者の療養法

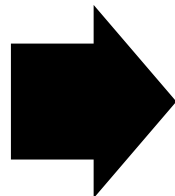
## アドヒアランス (adherence)

- 医療者が推奨する療養法について, 患者が責任をもって取り組んでいるか
- 患者を主体にした療養法のありよう

どちらも療養法を遂行することが基にある表裏一体の概念であるが  
アドヒアランスのほうが主体性を持つ分, 威圧的でない

# 患者が主体的に療養することの重要性

コンプライアンス



アドヒアランス

- 患者：療養法の遂行を自己決定し、責任と主体性を持つこと  
= 患者の 自律的な動機づけ ↑, 自己効力感 ↑, 自己管理行動に変化をもたらす  
(Deci,1999)(Williams,1998) (山本ら, 2009)
- 2001年：WHO(世界保健機構)  
「コンプライアンスではなくアドヒアランスという考え方を推進する」

## 医療者の役割

病いを持ちながら生きる人を 理解し, 一方的な指導者でなく,  
生活者として, 対象者とパートナーシップを築くこと  
セルフマネジメントを支援するコーチになること

# 透析患者にアドヒアランスが求められる理由

1. 透析のある療養生活の管理は**複雑**で、

**厳しい自己管理行動が必要**



- 患者にとって**ストレス**や**困難**を生じやすい状況
- 最善の医療を提供するだけでは不十分...

**=患者の協力が不可欠**

2. アドヒアランスが悪いと**臨床アウトカムが悪化**



- 短期的な健康アウトカム (**高血圧**や**体液過多**など)

**長期的なアウトカム** (**左室肥大**, **心不全**, **心血管疾患死亡率の増加**など) **関連**

(Saran E, et al, 2003; Denhaerynck K, et al, 2007; Davenport A, et al, 2006)

- **入院回数**や**死亡率の上昇**

(Leggat Jr JE, et al, 1998; Saran E, et al, 2003)

# 患者関連要因とアドヒアランスの関連

- **病気**を認識すること・・・以下と関連

CKDにおける病気の進行および生活の質 (Meuleman Y et al, 2017; 2015)

透析患者におけるうつ病 (Chilcot J et al, 2013)

死亡率 (Parfeni M et al, 2013; Chilcot J et al, 2011)

- **服薬治療**の必要性を認識すること・・・以下と関連

リン吸着薬に関するアドヒアランス (Wileman V et al, 2011)

血清リン値 (Wileman V et al; 2015)



病気や治療に対する認識は修正可能な要因

患者が**自分事**として**病気や治療と向き合う**支援が重要



# アドヒアランスを促進する包括的アプローチ

## 自己制御のコモンセンスモデル (Common sense model; COM)

- 喫煙や肥満などの健康行動を理解するために開発された
- 現在は治療アドヒアランスに適用

Michie, S., Van Stralen, M. M., & West, R. (2011)

### 能力 (capability)

- 自分の治療を理解し記憶する能力
- 薬を管理する身体的な能力

### 機会 (opportunity)

- ヘルスケア・コミュニケーションの質
- 治療の物理的特性 (レジメンの複雑さ)
- 投薬のサポート (家族や友人)

### 動機 (motivation)

- 現在の状態に対する患者の信念 (副作用の経験や予測, 病状の深刻さの認識)
- 服薬習慣や患者の気分

上記の構成要素のうち、1つだけ当てはまるとは限らない

目標とする行動に**影響を与える要因を特定し、**

アドヒアランスを向上させるためにどのような**行動変容の技術が適切か**示す

# 実際の意思決定支援

## 腎代替療法

- 複数の治療法を経験する患者

## 薬物療法や食事管理の方法

- ライフスタイルに合わせた選択

## 療養環境の変更

- 加齢やADLの変化, 介護者の生活も影響

# カンファレンスの場＝患者の行動を理解する



# 症例カンファレンスの実際

患者Aさんについて

☹️Ns1: 血清リン値が10を超えているのに、**リンの薬飲まない**っていうんです...

☹️Dr : 処方もさせてもらえないんだよ...

☹️Ns2: そういえば「僕はリンの薬は信じていないからね」って言ってました

☹️Dr : **薬の効果を実感できていない**のかな？

☹️Ns1: このままだと**将来血管病変を起こします**よね...

☹️Ns2: **予測される経過**を本人へ伝えてみる？

☹️Dr : **症状の深刻さを伝える**と**薬の必要性をわかってもらえる**かなあ

患者Aさんは医療従事者...だからこそスタッフは、Aさんの行動について理解できずにいた

カンファレンス:「**動機 (motivation)**」の

「現在の状態に対する患者の信念 (副作用の経験や予測, 病状の深刻さの認識)」  
にアプローチが必要と判断

# 実際のアプローチ

## 能力 (capability)

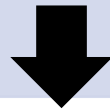
- 自分の治療を理解し記憶する能力
- 薬を管理する身体的な能力



問題なし

## 機会 (opportunity)

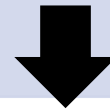
- ヘルスケア・コミュニケーションの質
- 治療の物理的特性 (レジメンの複雑さ)
- 投薬のサポート (家族や友人)



問題なし

## 動機 (motivation)

- 現在の状態に対する患者の信念 (副作用の経験や**予測**, **病状の深刻さの認識**)
- 服薬習慣や患者の気分

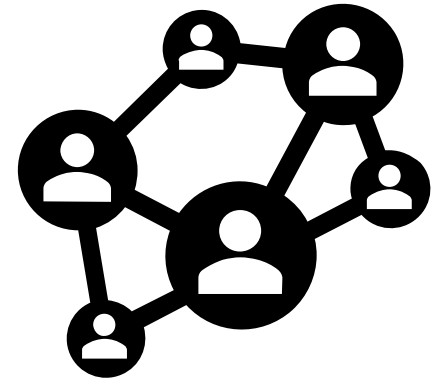


問題あり

患者の行動について問題定義をしたNs1は患者に対し  
血清リン値のコントロール不良について**どのようなリスクがあるか**  
看護師自身が経験した**症例**について**細やかに説明**しながら、  
「今後が**予測**できるように」「**症状の深刻さを認識**できるように」介入

# その後の患者

- リン吸着薬の内服を開始



「痛くもかゆくもないしね」

「自分で処方しても効果を実感できていなかった」

「看護師さんが一生懸命説明してくれた」

「自分のことでもないのにね」

- 患者のアドヒアランス向上のみならず、

患者と医療者の関係性も改善

# 患者が主体的に治療参加することの重要性

- 透析患者の療養生活の管理には  
主体的に治療参加を促す **アドヒアランスを高めること**  
アドヒアランスに影響している **関連要因から患者を捉えること**  
一方的な指導者でなく、対象者と **パートナーシップを築くこと**  
が重要
- カンファレンスの効果として  
医療者の **患者理解** に繋がり、 **アプローチのヒント** が得られる
- アドヒアランス向上のための支援は、  
患者と医療者の **関係性の改善** にも効果が期待できる



患者の主体的な治療参加により

患者は「**納得した意思決定を選択**」することができる

# 本日のお話



1. 腎代替療法選択後の維持期にある慢性腎臓病患者の特徴と課題
2. 維持期にある慢性腎臓病患者への意思決定支援のあるべき姿とは
3. 維持期にある慢性腎臓病患者が抱える問題に医療者はどう対処すべきか



# 透析患者の意思決定支援の実際

症例：再腎代替療法選択に困惑する患者  
の場合



# 再びの腎代替療法選択に困惑する患者 B氏 50歳代 女性



- 原疾患：多発性嚢胞腎
- 既往：パニック障害、閉所恐怖症
- 腹膜透析導入したが、体液管理不良から血液併用療法へ移行予定となる
- 頻回な電話相談や救急受診：「手術した腕がおかしいみたい」「胸が痛い」「おなかが痛い」など...  
相談内容は多岐にわたる



臨床所見とは一致しない**多彩な訴え**・・・  
**丁寧な介入が必要**

# きっかけは...シヤント手術

- 「これ大丈夫？怖い」

- 「こんなんじゃ何にもできない」

⇒ ボディイメージの変化

- 「次女がまだ高校生なのに...」

- 毎月一人暮らしの長女宅を訪問

⇒ 社会的役割の変化

- 「血液透析は、ずっと寝ていられるかわからないから不安」「拘束されると息が苦しくなる」

⇒ 状況への対処能力を過小評価する

看護問題：自尊感情状況的低下

関連因子・診断指標

# 目標の再構築を提案

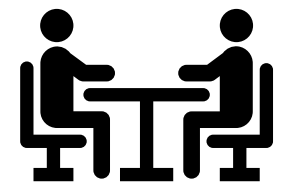
- 多彩な症状には早期に丁寧に対応
  - 「いつでも対応する」安心感を
- 血液導入時期
  - =患者のライフプランに合わせて決定
    - 次女の受験が終わってから
    - データ上ギリギリの判断、薬剤対応も駆使
- 柔軟な透析メニュー
  - 腹膜休息日を長女宅への訪問日にあてる
  - 併用となっても自由度を確保

## 新たな目標

二人の娘が社会的に自立するまで(=次女の大学卒業まで)  
血液腹膜併用療法を継続する

# その後のB氏

- 電話相談は必要時のみ
- 併用療法中に次女さんは就職
- 仕事:シャントの影響は少ない様子
- 血液透析への完全移行
  
- 娘たちは結婚し自立
- 夫をドナーに生体腎移植を検討している



# B氏に効果的であった点

- 患者の設定した目標を医療者と共有したこと
  - 意思決定がSDMであった

## SDMの必須4要素

1. 少なくとも医師・患者の2名が参加すること
2. 患者・医療者間が情報を共有すること
3. 両者の間で希望の治療について同意を形成する段階を踏むこと
4. 両者が実施する治療についての合意に達すること

Charles C, Gafni A, Whelan T.: Shared decision-making in the medical encounter: What does it mean? (or it takes at least two to tango).  
Social Science & Medicine 44 (5), Pages 681-692,1997

血液透析・腹膜透析, もしくは腎移植, 非導入など複数の選択肢  
= 最も良い臨床的結果を期待できるが不明な状況

SDM: 臨床の不確実性に加え, 患者の価値観の多様化から重要な概念

# B氏に効果的であった点

- 患者の設定した目標を医療者と共有したこと
  - 意思決定がSDMであった
- 目標達成のため医療サポートが行われたこと
  - 医療チームで柔軟な対策を講じた
- その目標が達成されたこと
  - 成功体験により自己効力感が高まった

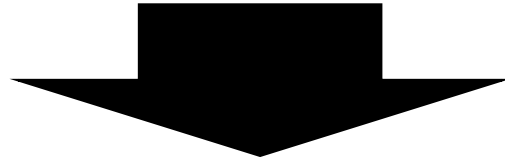


自ら納得して選び取った治療である時

その人らしく生きていけることに加え

その治療効果も最大限に発揮される

# 腎代替療法選択で大切なこと 患者が聞ける状態になること



## その為に何をすべきか

- 揺れ動く患者に寄り添う
  - 振り回されずに、でも時に同調しながら
  - 静かにその揺れがおさまるのをまつ
- ナラティブアプローチが効果的
  - 聴くことそのものがケアに
  - 患者のアイデンティティに敬意を払う



# ナラティブアプローチ



- ナラティブとは「物語」
- ナラティブアプローチ
  - 患者が語る物語を聞くことで、患者が抱える問題をあらゆる要素から把握して治療方法を考えること

これまでの生き方を知り

これからの生き方を見つける

# 自己尊重へのケア

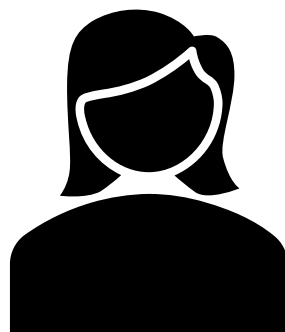
多重的に変化する課題を抱え、生きにくさを感じている患者に寄り添い、ありのままを認め、アイデンティティに敬意を払う

患者自身が生きていく方向を見つけていくことができたとき  
歯車が合致したように、患者の行動が変化していく

大切にされている感覚こそが患者の自己尊重を高め  
患者自身を大切にする行動の原動力になる

# 透析患者の意思決定支援の実際

症例：発達障害を持つ患者と  
代理意思決定を任された母親  
の場合



発達障害を持つ患者（代理意思決定を任された母親）

## C氏 20歳代 女性

- 未熟児として生まれ、幼少期に腎機能荒廃
- 腹膜透析を経て、両親から2度の生体腎移植を経験
- 10歳代で移植腎がその機能を失い、血液透析を導入
- 上肢の皮静脈は非常に細く、シャント作製には不向きであり、大腿部に人工血管を埋没させていた
- 透析毎の大腿部の穿刺に強い拒絶と恐怖を訴える
- 重度の感染症から再入院：母親はDNARを希望した



こんなに頑張ってきたCさん・・・  
お母さんも納得して出した答えのはず

# C氏の透析中の様子

- 穿刺の同意が得られず、泣きじゃくるC氏を押さえつけながら穿刺したことは、一度や二度ではない
- 当時総合病院のICU内の透析を担当していた私は、知識も経験も未熟で「透析をしないと死んじゃうんだから」との使命感から、C氏に恐怖心を与えていたと思う
- 時には、鎮静剤を使用し、時には、言葉巧みにだますようにして透析のベッドに誘導した
- 医療倫理の4原則「善行」として、鈴木さんに不可欠な透析を受けてもらうことに一生懸命だった

# C氏のDNARと透析の見合わせを受けて

- 再入院の情報を得た私達ICUスタッフは、C氏にどのようにして透析をするか相談をしたことを記憶している
- しかし、鈴木さんの状態は重篤で、入院中に透析を行うことはかなわなかった
  
- 私は、正直ほっとした気持ちでした
- もう悲鳴のような泣き声を聞きながら針を刺すことも、暴れる鈴木さんを力の限り押さえつけることもしなくていいからである

# その後

- 後日、C氏の母親から病院のスタッフ宛にお手紙を頂いた
- 内容は、病院スタッフへのお礼や感謝が書かれたものではなかった
- 手紙には、C氏に対する母親の思いが綴られていた
- 母親として、  
未熟児として生んでしまったことの謝罪、  
度重なる手術を受けさせたことの後悔、  
生きていること自体が苦行だったのではないかという懺悔  
の思いが綴られ、  
最後に「それでも生きていて欲しかった」と書かれていた

# 医療者である私の後悔

- 私は看護師として、C氏の看護を、**すべき医療行為と認識**するようにしていた
- そうしなければ**辛くなる**からである
- 鈴木さんの意思決定の代弁者を担ってきた母親は、その**都度の決定に対し、「これで良かったのか」という疑問を持ち続けていたのかもしれない**
- その意思決定に対して、医療者である私のように「**すべき医療行為だったとの認識**」など持てなかったかもしれない
- 私は、**意思決定後の揺らぐ気持ちに寄りそうことが十分でなかった**ことを痛烈に反省した
- 「それでも生きていて欲しかった」と病院スタッフに娘への思いを吐露した母親を思うと、胸が締め付けられる思いであった



# 意思決定支援

## 意思決定支援の基本原則(厚生労働省2021)

- ① 本人への支援は、**自己決定の尊重**に基づき行うこと
- ② 職員等の価値観においては不合理と思われる決定でも、他者への権利を侵害しないのであれば、その選択を尊重するように努める姿勢が求められる
- ③ 本人の自己決定や意思確認がどうしても困難な場合は、**本人をよく知る関係者が集まって、様々な情報を把握し、根拠を明確にしなが**ら意思及び選好を推定する

私たち医療者が知りえたC氏の情報も共有すべき  
母親含む家族と一緒に意思決定をすすめる必要があった

## 日本小児看護学会：子どものエンドオブライフケア指針2019

子どもの家族は、子どもの**病気や状態に困惑し、自責の念、精神的な苦痛を感じていたり、予期悲嘆を抱えている場合が多く、ケアの対象**となる

# 維持期にある透析患者の意思決定支援

- 維持期にある患者の特徴を理解し、レディネスを見極めた介入をすること
- 主体的な治療参加を促すよう、アドヒアランスを高める関わりが重要となる
- SDM支援を意識することに加え、意思決定支援の基本原則を踏まえ、患者・家族ケアを推し進める



ありがとうございました



では...

みなさんからいただいた質問をもとに  
今日の学びを深めて行きましょう



維持期で安定している患者さんは緊急時はかかりつけのセンター病院に搬送希望されますが、延命をどこまでするかについては、寝たきりにはなりたくない(家族には迷惑をかけたくない)助かる見込みがある時だけ心臓マッサージや人工呼吸器を希望と言われる方が多く、判断に迷います。また延命は希望しないが緊急時は〇〇病院に搬送してと言われることもあります。どのように受け取っていったらいいのかアドバイスいただきたいです。

緊急時ってどんなときをさしていると思いますか

脳出血 心筋梗塞 肺炎???

何か病気を発症したときに何もしないということではないはず。

まずはできる範囲の治療をするでしょう。

治療をしたけれども、回復が臨めない状態に陥ったときに、施す医療が

延命治療ではないでしょうか・・・



助かる見込みがあるときは、

助かる見込みがあるときは治療をするはず。。

助かる見込みがないと判断するときに医師は、

これ以上の治療は難しいと思います

治療をして助かったとしても、意識は戻らないとおもわれます

延命を望まれて人工呼吸器を付けても数日しか持たないかもしれません

これまでのように過ごせない、寝たきりとなると思われま

ここからの治療は  
延命治療と考えます  
延命治療を希望されますか



延命治療とは、衰弱や病気などで生命の維持が難しい方に対して、回復ではなく「延命」を目的に治療することです。呼吸のサポートをしたり、栄養や薬などを投与したりすることで生存時間を延ばします。

延命治療とは？意味や治療内容、終末期における選択について - LIFULL 介護(ライフフル介護)  
([homes.co.jp](https://homes.co.jp)) 2024年2月28日閲覧



公益社団法人日本医師会 生命倫理懇談会 令和2年5月  
人生の最終段階における医療・ケアに関するガイドライン

一部抜粋

2. 人生の最終段階における医療・ケアのあり方

(1) 本人が自らの意思を明らかにできるときから、家族等及び医療・ケアチームと繰り返し話し合いを行い、その意思を共有する中で、本人の意思を尊重した医療・ケアを提供することが基本的な考え方である。

(4) 延命措置の開始・差し控え・変更及び中止等は、医学的な妥当性を基にしつつも、本人の意思を基本として行う。それは、ACP など、本人の意思決定の支援を経て、医療・ケアチームによって慎重に判断する。

(5) 可能な限り疼痛やその他の不快な症状を緩和し、本人・家族等への精神的・社会的な援助も含めた総合的な医療・ケアを行う。

(6) 家族等に対するグリーフ・ケアに配慮する。

(7) 積極的安楽死や自殺幫助等の行為は行わない。

まずは・・・

## 医師と延命治療についての説明をどのような言葉を用いて行うか十分に話し合う

患者さんが意味することが分からないときは患者さんの意向が分かるように時間をかけて具体的に聞くこと

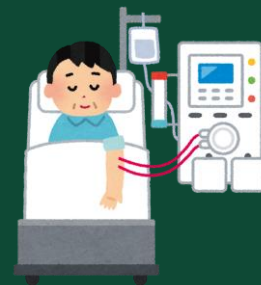
患者さんがはっきりしないときは、理解が不十分なのか この件について考えられないのか  
ここでの発言からもう少しお話をきくことが必要でしょうか・・・



血液透析をすると意思決定された方が入院してこられます。  
初回の透析時に透析に対して受容されている方、認知機能が低下しよく理解  
されていない方、医者に言われて来たなど様々なご意見があります。それら  
の方に同じ対応ではいけないと思うのですが、気を付けるポイントや受容過程  
などについて教えてください。

いろいろな理解の人がいますよね

導入までの関わり(RRT面談)がどのようにされたのかここまでの過程を知ること  
治療が始まって今どのように感じているのか  
絶望している人 体調が悪くてそれどころではない人 もいるでしょう



治療選択の説明をしています。

しかしながら、「透析治療を選択しない。」という選択肢がある事についてはお話ししていません。先生方は、どのようなお考えをお持ちで、実際にはどのように説明やその後経過など体験談があれば聞かせて欲しいです。

透析を始める時は丁寧に説明するのに、終わりを迎える時は自分で決めるにも勇気がいるし、家族も決断できない場面に出会う事があります。始まりと終わりの説明にギャップを感じます。その辺りも含めて考えると、治療の説明って奥が深いなあ。と思っています。いかがでしょうか？

維持透析患者の保存的治療を臨んだ場合の対応として、書類上の手続きや医師の記録、看護師の介入など具体的な事があれば教えてください。

透析治療を受けていた患者さんが透析治療を辞めたいと申し出て透析治療を見合わせをしているときということでしょうか

私は以前クリニックで働いていました。その際は、認知症が進んできても透析だけは行かなきゃいけないと思うのか曜日は間違えたりするものの来院する患者ばかりでした。今は病院の透析室です。こちらでは、拒否する方が多く見られます。ただよく分からなくて拒否してるのではなく、「つらい」、「もう十分生きた」、「医療費は若い人に使えばいい」などごもっともな意見を言う方も少なくありません。が、家族はお願いしますスタンスの場合どのような関わりがよいのでしょうか。認知症がある中で家族と本人の意志が違くと現場としては困惑します。

本人の意向と共に家族の意向も確認して、すりあわせると言うことが必要でしょうか

認知症の影響がどのくらいあるのか 辛いな何をさすのか・・・  
認知症があっても透析を辞める理由にはなりません  
しかし、この台詞を言われたら私も悩みます・・



年齢を重ね認知症も進み通院が難しくなる過程の中で終着点はどこになるのか。

