

# 日本老年医学会 「ACP推進 に関する提言」

2019-2020年

## 事例集（解説）

一般社団法人 日本老年医学会  
倫理委員会「エンドオブライフに関する小委員会」



### 【事例 3】

透析療法を拒否する末期腎不全患者に対して透析療法を見合わせ  
保存的腎臓療法と緩和ケアによって支援しつつ看取った事例

ACP ファシリテーター：看護師

#### 〈本人プロフィール〉

A 氏。84 歳男性。県庁勤務の公務員として勤め上げ、定年退職後は地域の福祉に貢献してきた。地域ではよく知られた人物。子どもの独立後は長年、妻と 2 人暮らしであったが、妻はパーキンソン病になり 4 年前に施設に入所。A 氏はその後、独居。80 歳を機に運転免許証を返納したため、4 年前からタクシーを利用して診療所通院や日用品の買い物をしている。長女は結婚後、車で 1 時間程の県内に居住。長男は結婚後、新幹線で 1 時間の都市に居住。それぞれの孫達も就職し、独立している。

#### 〈疾患・障がいとその経過〉

##### 1) 診断名と本人の状態

既往歴：

若い頃から健康で入院歴はなかった。50 歳代から高血圧の診断を受け、近隣の B 診療所を定期的に受診し内服治療を継続していた。

現病歴：

20XX 年 2 月 C 病院で前立腺がんの手術を受けた。それ以後、定期的に泌尿器科を受診中。手術の際に腎機能低下（血清クレアチニン 3.21mg/dL, 血清カリウム値 6.2mEq/L）を指摘された。

20XX 年 5 月 C 病院の腎臓内科へ紹介。画像検査により腎硬化症からくる腎機能低下と診断され、腎不全保存期の内服治療が開始された。この頃は杖を使用して歩行が可能だったが、

次第に難易度の高い手段的日常生活動作（IADL）に支援を要するようになってきた。

20XX年8月 処方された薬を服薬しないことが多くなった。手足に力が入らなくなり、近所の人から救急車を呼び、救急受診。原因は高カリウム血症と判明。治療のためC病院に緊急入院となった。その後は、長女夫婦が時々本人宅を訪問し、本人も服薬の大切さを理解し、以前よりは内服するようになり、残薬が減っていった。

20XX+2年4月 本人が、C病院腎臓内科受診のためのタクシー料金（往復1万円/月）が高額だとして近隣のB診療所での治療を希望し、検査データも安定していたため、B診療所へ紹介となった。

20XX+2年10月 さらに腎機能低下を認めため、B診療所のかかりつけ医から薬剤調整目的にてC病院腎臓内科へ紹介となり、1回/月定期受診し薬剤調整を開始した。

## 2) ACP 導入のプロセス

C病院腎臓内科受診の際には、長女夫婦が付き添う時と、長男の妻が付き添う時があった。医師が病状説明を行うときは、看護師も同席を心がけた。

20XX+2年12月

〈C病院診察室にて〉

腎臓内科受診時、医師より「腎臓の機能が低下したら透析療法という治療があります。もちろん、透析療法をしないで大往生する方も大勢いらっしゃいます。Aさんの場合、腎臓の機能は弱ってきていますが、杖をついてではあるけど歩けているし、食欲もあるし、内臓はお元気だから、透析をするとまだまだ長生きできそうですよ（笑顔）。今すぐではないのですが、将来的に透析をすることを考えていきましょうか」と説明があった。

A氏は「・・・透析だけは、・・・勘弁してください・・・」、とか細い声で一言話した。

意思決定支援の基本は、まず、本人の状態に関して医学的に適切に理解することなので、医師からの説明について、本人と家族が適切に理解できるように支援している。同時に、看護師も本人の意思決定を支援する際に必要な医学的情報を得ている。

医師が本人と家族に対し、現状について説明しつつ、将来的に透析療法を要する状態になる可能性があることを伝え、今後、一緒に考えていきたいと思いますと声をかけている。提言の「ケア・プランニングとACP」と「継続的な対話が意味すること」を参照。

長女夫婦は、「透析が必要になるのはいつぐらいになりそうですか？」と医師に質問した。

医師は、「検査結果次第なので、まだ何とも言えません。ご高齢の方の場合、食事療法と薬物療法で何年も保存期、つまり、腎不全だけれども透析をする1歩手前の状態を維持できる方もいらっしゃいます。逆に、脱水や、肺炎のような感染症や、解熱剤や痛み止めの薬が引き金になって急激に腎機能が低下することもあります」と説明した。

長女夫婦は難しい表情のままで「そうですか・・・」と言葉を詰まらせ、それ以上の質問はしなかった。

医師は、すぐには言葉にできない長女夫婦の意向を聞く必要があると判断し、「もし、この後お時間が許すようでしたら、看護師がお話をお聞きして、ご質問にお答えすることもできますし、管理栄養士から食事療法の説明もできます」と、長女夫婦に看護師を紹介した。また、A氏とご家族のお気持ちや状況を聞くように看護師に指示した。

医師は本人と家族が思いを言語化しにくい状況にあることを察し、看護相談の機会を提供している。提言の「本人の意思をよりよく尊重するために」を参照。

〈C 病院看護相談室にて〉

医師の診察後、看護師はA氏と長女夫婦を看護相談室に案内し、自己紹介後に、A氏の気持ちと長女夫婦の気持ちを聞いた。

看護師：「今日、透析という言葉が医師から初めてありましたので、びっくりされたのではないかと思いますので、今のお気持ちをお聞かせくださいますか？」

A氏：「……………」

長女：「…、透析には、いい印象がないのです。親戚に透析をしていた人がいて…。その人はまだ若いので腎臓移植を受けて、今は元気に生活しているのですが…」

看護師：「そうでしたか」

A氏：「…透析だけは勘弁してください…」

看護師：「なぜですか？」

A氏：「……………」

看護師：「Aさんが『勘弁してください』とおっしゃるので、強してお気持ちなのだと思います。もう少し詳しく教えていただけますか？」

本人が、医療側が提案する治療法に対し拒否的な言動をみせたとき、それを即、本人の意思の尊重として決定事項とせず、ケア的な態度で「なぜか」と問うことは意思決定支援の基本であり、「なぜ」を形成した背景も含めて理解することは重要である。当該医療行為に関する誤解や理解不足、または、家庭の諸事情が拒否の原因となっている場合もあるからである。文末の【考察】を参照。

A氏：「……。」

長女：「多分長年、病気らしい病気をしたことがなくて……。ずっと健康できたものですから……。点滴も、2,3年前の前立腺がんの手術の時に初めてしたのですが、『いつまでするんだ?』、と何回も看護師さんに聞いていました。多分、針を刺すことも怖いのだと思います。本人は、怖くても、怖いなんて言う人ではないので……。」

看護師：「そうでしたか……。」

A氏：「……、病院に週に3回も通うなんて、できるわけがない……。」

看護師：「通院のご心配もありません。Aさんのお家はタクシーで30分程度ということでしたよね。病院に通うのも体力もいりますが、福祉タクシーを利用して通院していらっしゃる方もおられますから、医師にも相談しますが、申請すればご利用できると思います。費用については、医療ソーシャルワーカー（MSW）を通して概算をご説明することができますよ。もし、福祉タクシーのご利用もあまり望ましくない場合は、送迎サービスをしている透析クリニックに紹介することもできます。」

A氏：「……いや、タクシー代くらいは出せるんですが……。」

看護師：「透析にはいい印象がないということでしたが、腕に針を刺すことや、長時間の治療がいい印象がないということですか?」

A氏：「……（頷く）」

看護師：「針を刺す痛みは、手技の工夫で軽減できますよ。」

A氏：「……（無言で首をかしげつつ下を向く）」

看護師：「医師は、ご本人とご家族のご希望であれば、透析という治療を受けることもできますよ、とお話になられたままでして。透析をしましょう、と強く勧めているわけではないのです。いい印象がないということも、私から医師にお伝えしておきたいと思いますが、よろしいでしょうか。」

長女夫婦：「はい」（A氏：無言で頷く）

看護師：「はい。……他に、Aさんやご家族のご希望を、医師にお伝えしたいことはありますか?例えば、よくご高齢の方がおっしゃることは、弱った姿を見せたくないとか……、自然な形で過ごしたいとか、病気のことを考えたくないとか、心残りがないようにおいしい物を食べたいとか……。」

長女夫婦：「父は前立腺の手術の前までは病院のお世話になることなどがなかったものですから……。入院が嫌いなのです。病院には

看護師は、本人が挙げた透析療法を拒否する理由に対して、対応策になりえる情報を提供している。提言の「意思決定プロセスのあり方」を参照。

看護師は、本人が挙げた透析療法を拒否する理由に対して、対応策になりえる情報を提供している。提言の「意思決定プロセスのあり方」を参照。

看護師は、本人と家族に対し、透析療法の導入は決定事項ではなく、選択肢として提示されている段階であることを説明し、また、本人の今の気持ちを医師に伝達すると述べ、本人の意思を尊重する姿勢で対応している。提言の「意思決定プロセスのあり方」を参照。

看護師は、本人と家族に、本人の価値観・死生観や気付きや願いについて、具体例を挙げて尋ねている。これはACPのプロセスにおいて、医師と看護師を含め他の医療・ケア従事者も共有すべき事柄である。提言の「ACPのプロセスにおいて話し合う内容」を参照。

行きたくないと言うけれど、薬が要るので仕方なく来ている状態です」

A 氏：「・・・長生きをすると、皆に迷惑がかかる。もう充分生きた・・・」

長女夫婦：「この 5～6 年は、母親の病気が悪くなって、いろいろ介護をしてきて、私たちも疲れているのは確かです。今は、母親は施設に入っていて、父親だけになりましたが・・・。そうは言っても、父が苦しむのを見るのは辛いし、症状がでた時は少しでも苦痛なく過ごせるようにしてもらいたいです」

看護師：「入院が嫌いということと、長生きをすると皆さんに迷惑がかかると思っていること、そして、苦しくないように症状はできるだけ和らげたいと思っていることですね。A さんが、娘さんの負担をご心配されるお気持ちはよくわかります。

今は介護保険が利用できるようになっていて、A さんのように一人で生活をされる方の在宅サービスがいろいろ利用できますよ。例えば、残った薬を確認するのは薬剤師さん、食事の用意は介護ヘルパーさん、血圧測定や症状の相談は訪問看護師さん、もちろん医師の往診も受けられます。そのため、A さんのご希望があれば、生活しやすいように、介護保険の申請についても相談していくことができますよ。そうならば、ご家族の方のご負担も軽くなるでしょうから、ご心配も減るのではないのでしょうか。地域医療相談室に医療ソーシャルワーカーがおりますので、あとでご紹介させていただきますね。それから、症状を和らげてもらいたいということは、もちろんのことですから、医師にお伝えしておきますね。また、いつでも、ご希望のことがありましたら、遠慮なさらずお知らせくださいね。ご自宅での生活が安定されるように、今日は、要点だけお伝えしたいと思います。」

看護師は、相談の時間が長くなり A 氏が疲労しないように、今日の話の要点をメモ用紙に書き、『高齢者ケアと人工透析を考える - 本人・家族のための意思決定プロセスノート』<sup>2)</sup>を開いて、①現在の A 氏の腎臓の状態、②身体のために必要な薬、③自己管理の基本を手短かに説明した。また、『意思決定プロセスのまとめ（フローチャート）』<sup>2)</sup>（本「事例集」の巻末にフローチャートを収載した文献名を記載）を示して、治療法を選ぶ際には、今までの（人生の）生き方を振り返り、これからのことを考えることで方向

看護師は、本人と家族が言語化したことを反復し共感を表す援助的コミュニケーションを行っている。本人・家族と一緒に考える姿勢で対応している。提言の「意思決定プロセスのあり方」を参照。

看護師は、本人と家族に対し、利用可能な医療・介護サービスの選択肢を挙げ、また、サービス利用に詳しいMSWと相談の機会があることも伝えている。さらに、医師との情報共有についても言及している。提言の「意思決定プロセスのあり方」を参照。

看護師は、本人と家族に対し、今後も常に本人・家族の話を聞く用意があるので、意向を率直に表明するよう促している。提言の「継続的な対話が意味すること」と「本人の意思をよりよく尊重するために」を参照。

看護師は、本人と家族の理解を助けるために、その日の話し合いの要点を筆記して手渡した。また、本人・家族が本人の人生の視点から療法選択を検討することが大切であると説明し、意思決定支援ツールについても紹介している。提言の「生命と人生の考え方」と「意思決定プロセスのあり方」を参照。



性が見えてくること、そして「いつでも何度でも話し合うことができるので、ご本人が満足される方向で治療のことも考えていきましょう」と伝えた。長女夫婦より、この『意思決定プロセスノート』<sup>2)</sup>を読みたいとの希望があったため、貸し出し、この日の看護相談を終了した。また、介護保険の利用について、医療ソーシャルワーカーに相談するよう勧めた。

看護師は、本人と家族に対し、利用可能な介護サービスについて、サービス利用について詳しいMSWと相談するよう促している。提言の「意思決定プロセスのあり方」を参照。

看護師は、A氏と長女夫婦の発言や希望、看護相談の内容をカルテに記載し、診察終了後の医師に報告した。医師は、「透析にいい印象がないのだね。無理やり透析を勧める訳ではないけれど、透析をすると、まだ2～3年は寿命が延びそうだから、勿体ないね」と話し、次回受診時以降、必要に応じて看護相談を行うよう指示した。

看護師は、本人と家族とのやりとり、および、透析療法についての本人と家族の理解度を確認した上で、意向を記録した。ACPのプロセスにおいて、医療・ケア従事者がこうして記録することは重要である。提言の「記録の重要性」を参照。

#### 20XX+3年2月 C病院腎臓内科受診時

この頃のA氏は歩行に時間を要するようになったことから病院内では車椅子を使用していた。階段の昇降も困難になってきていた。

定期受診時に看護相談を行った。長女夫婦は、「お正月に食欲が低下して、入院を考えましたが、本人が受診を嫌がりました。点滴とか針を刺すことが、やはり嫌いなのです。次第に食べることができるようになってホッとしました。父方の祖父は40代で亡くなっているの、父は、自分としては相当長生きをしてきて、『もう充分生きて』と思っているようです。透析をしたくないという本人の気持ちを尊重したいです」と話した。

再び看護相談にて本人と家族の意向を聴いている。提言の「継続的な対話が意味すること」を参照。

確認すると、お正月に遠方に住む長男夫婦も帰省し、家族で今後の療養生活について、話し合ったとのことであった。その結果、①家族（長男夫婦、長女夫婦）が介護する時間を増やしたことで最近は少し前の認知機能が保たれていること、②有料老人ホームへの入居を申し込んでいること、③自然な形で死を看取りたいことを聞いた。

A氏からも「妻の近くにはいたいが、入院までして長生きはせんでもええ」という話があった。

看護師は、透析見合わせという意思決定後も、最善の状況を目指して何度でも話し合いができることを説明し、苦痛緩和のための症状管理については医師に相談できること、希望であれば訪問看護等の支援体制を整えることで、在宅での看取りも可能であることを再度伝えた。

その後、医療・ケアチーム（医師・看護師・管理栄養士・MSW・事務）は話し合いをもった。医師から、最新の海外の研究で80歳以上の患者に対する透析療法のメリットは有意ではないと報告<sup>3)</sup>されたという情報提供がなされた。医師はその他の最近の研究知見<sup>4)</sup>も参照し、身体的な老化が進んだA氏には透析療法は適応とはいえない可能性が高いと判断されると述べた。こうした医学的情報を踏まえ、医療・ケアチームは、何よりも本人が拒否している透析療法を行うことはできないこと、本人・家族の希望はエンドオブライフにおける症状緩和であることから、非がんの緩和ケアとして対応することが第一選択になりえると話し合った。これらをカルテに記載し、B診療所のかかりつけ医に情報提供した。

20XX+3年3月 C病院腎臓内科受診時

定期受診時に、A氏と長女、医療・ケアチーム（医師・看護師・管理栄養士・MSW）にて相談。医療・ケアチームはチーム内での先月の相談内容である「透析療法非導入、緩和ケア」という選択肢が第一選択になりうるということをA氏と長女に伝えた。A氏はホッとした様子で笑顔を浮かべ、何度も頷いた。長女は「それをお願いします。ありがとうございます」と述べた。

### 3) ACP 最終段階の支援

20XX+4年6月 C病院腎臓内科受診時

A氏は施設入所によって栄養状態が改善し足の腫れも多少軽減した。施設職員との会話に冗談をいう機会も増えて活気が戻りつつあった。また、服薬の支援により高カリウム血症になることもなく安定していた。また、腎不全の数値である血清クレアチニン値は、7.0mg/dL程度であり、生命維持に必要な腎機能はかろうじて保たれていた。遠方から帰省した長男の妻が受診に付き添うように

看護師は、本人が意向を表明したあとも、本人にとっての最善の実現のために話し合いを継続することができることや、可能な限り本人が希望する支援体制を整え、在宅看取りも可能と伝えている。提言の「継続的な対話が意味すること」と「意思決定プロセスのあり方」および「本人の意思をよりよく尊重するために」を参照。

提言の「多職種協働の重要性」を参照。

医師は、最新の医学的知見を参照し、医療・ケアチーム内で共有し、多職種で熟慮することによって、本人にとって最善の療法選択を支援しようと努めている。

提言の「記録の重要性」を参照。



なり、外出時には好きなラーメンを食べ、平穏な生活を送っていると聞いた。

医師は、A 氏の受診時に治療や生活の希望を尋ねることがあったが、A 氏と家族の希望は、以前と変わることがなく「今の状況を続けられるだけ続けたい。今が一番良いのかもしれない」と語った。施設入所をきっかけとして、施設の嘱託医とも連携を取り、看取りの方針や症状緩和についても相談を行った。また、万が一の緊急入院に備えて、腎臓内科医師は、A 氏の電子カルテに「本人・家族共に透析療法を見合わせ、緩和ケアを希望する意向」と記載し、地域医療連携室・救急外来・外来師長・内科病棟に情報提供を行った。

提言の「継続的な対話が意味すること」を参照。

提言の「地域包括ケアにおける ACP」を参照。

提言の「多職種協働の重要性」を参照。

#### 4) 施設での看取りとその後

20XX+4 年 12 月

施設から C 病院地域医療連携室へ、A 氏が眠るように安らかに亡くなったという連絡が入った。後日、嘱託医から C 病院腎臓内科医に情報提供書が送られてきた。

20XX+5 年 1 月

長女が C 病院腎臓内科医に挨拶に訪れた。長女は「長い間お世話になりました。父は昼食を食べて、デイルームでしばらく居た後に『部屋に戻る』と言って、部屋で横になっている内に息が細くなっていったと聞きました。最期は楽だったと思います。父は難しい人でしたし、薬も忘れがちで、認知機能が低下してからは介護も大変でした。施設に入ってから私たちも少し楽になりました。病院が嫌いな人でしたけど、透析をしなくていいと分かってからは、本人も気分が楽になったようで、受診の帰りにラーメンを食べる事を楽しみに、病院に行くことも嫌がらなくなりました。先生にも看護師さんにも事務の方にまで優しい言葉をかけていただいて、本人も嬉しかったのだと思います。結局、透析の話が出始めてから 2 年以上、本人の希望に沿って透析を受けずに 90 歳近くまで生きることができました。本当にありがとうございました」と話した。

医師は、「お亡くなりになられてお寂しいですね。施設に入られてから、栄養状態が改善したことが A さんの身体には良かったようで

すね。腎臓の状態からみると、お身体を大切にしながら、大往生をされたということでしょうね」と言葉をかけ、看護師は、「最期は苦しまれることがなくて、それだけでも救われますね。長年の介護、本当にお疲れ様でした。」と言葉をかけた。

長女は少し涙を流した。しかし、悲しみの中にも、父親の希望を尊重して最期の時を支えたという肯定的な感情が表情に表れているように見受けられた。

### 【考察】

この事例では、本人は「透析だけは勘弁して」と発言し、透析療法を拒否する意思を表明した。こうした場面はしばしばみられるが、医療・ケア従事者はこの発言のみをもって「透析療法を行わない」ことを即決するのは早計であろう。対象となる医療行為に対する十分な知識が無い場合や、勘違いをしている場合もあり、まずは医療・ケア従事者がその医療行為（本ケースでは透析療法）に対する説明を十分行う必要がある。

さらに、本人の意思をよりよく尊重するには、拒否的な発言の意味を理解することが求められる。そのために、本人や家族とコミュニケーションを重ねることが大切である。その際、医療・ケア従事者は、ある一定の治療法への誘導や説得にならないような言動をとることに努め、このコミュニケーションが本人にとってストレスとならないように、ケア的な姿勢で臨むことが求められる。

同時に、本人が挙げた拒否の理由について、その理由がどのように形成されたかという背景や経緯も含めて理解し、対応策を検討しそれを提示することも大切である。そのようなコミュニケーションを経ると、本人の不安が払しょくされ、他者への配慮のために医療行為を遠慮してしまうという事態を防ぐことができる。本人が本心から治療を拒否している場合も、こうしたコミュニケーションを経ることによって、家族や医療・ケア従事者は共感をもって本人の意思を尊重し、その意思を共有し、本人らしい最期を実現すべく協働することができるようになると思う。

一般社団法人 日本老年医学会「ACP 推進に関する提言 事例集（解説）」

---

2020 年 8 月 24 日 発行

編集 一般社団法人 日本老年医学会

倫理委員会「エンドオブライフに関する小委員会」

発行 一般社団法人 日本老年医学会

〒113-0034 東京都文京区湯島 4-2-1 杏林ビル 702

電話 (03)3814-8104 FAX (03)3814-8604

---

●「ACP 推進に関する提言 事例集」の複写・複製・転載・翻訳・データベースへの取り込み、および送信（送信可能化権を含む）・上映・譲渡に関する許諾権は一般社団法人日本老年医学会が保有しています。

---

© 2020 一般社団法人日本老年医学会

© 2020 一般社団法人日本老年医学会