

配役名 Aさん 89歳 男性

戦争で亡くなった兄に変わり家継ぎとなり、生まれた家で農業の傍ら定年まで会社勤めをしていた。定年後も地域での役員などの活動をして、近所では頼りになる人として信頼されていた。一方、家では人の言うことを聞かない頑固者で亭主関白だった。難聴があり、病状説明の席でも殆ど聞こえていないが、先生や子どもたちが透析を勧めたら頑として拒否するつもりで席に座っている。今回の会議でも周囲は難聴を理由に本人抜きで話し合う予定をしていたが、自分から出席を申し出た。実際病状の説明は理解していないが、透析に対しての意向を確認された時は、「透析は家族も大変や。何もしないでこのままで死んでも良い。」とはっきり発言した。しかし、家では、妻に食事療法を頼めないと考えていて、退院できるか、息子や妻の意向を気にしている。



主治医 40歳代 男性 腎臓内科専門医。本日は、多忙で時間がないため出席できず、書面で病状説明

◇近医に通院治療をしていたが、慢性腎不全から高カリウム血症による下肢筋力低下。

四肢の浮腫や胸水も認め、水分制限などの目的で入院となった。

◇BUN：75～100 CRE：2.5～2.9 K：3.7～4.2

◇甲状腺機能低下と心不全もあり早晚、末期腎不全や尿毒症に移行し、透析導入の時期が差し迫っている。

◇水分や塩分制限・利尿剤（サムスカなど特殊な薬も使っている）等で経過をみていくが、自宅では食事療法などが大事。体重を目安にしていくので毎日体重を測定すること。

◇急に透析が必要になる事もあり今からシャントを作っておく事を勧める。

◇本人の希望であれば透析はしなくても良いが「延命治療を受ける。受けない。」を考える時期。

また透析をしないのであれば一旦退院していただくことになる」と説明。自宅看取りの方向も考えられる。

配役名 妻 83歳

高齢であるが認知症はない。円背気味で腰痛や膝の痛みがあり病院の面会にはシルバーカーを利用して来ている。他人に気を使いすぎ疲れる性格。夫と息子の3人暮らしで、誰に気を使うこともなく気楽に過ごしていた。ちょっと気になる事があると近所に住む姪を頼っていた。夫婦仲も良く、入院中も面会に来ては身の周りの世話をしながら終日夫の傍にすることが多い。今まで夫を支えて主婦と農業を手伝いながら3児を育ててきた。昨年長女を亡くしている。一見おとなしく夫の言いなりのようなようであるが、芯はしっかりしている。会議中は話の内容はよく分かっていないが始終笑顔を絶やさず聞いている。退院に関しては、娘や姪の意見も聞いてはいるが、夫の気持ちは分かっているので夫に従うつもりでいる。

一方、食事療法や介護に不安を感じ、次女の協力が少しでも得られないものかと思っている。



主治医 40歳代 男性 腎臓内科専門医。本日は、多忙で時間がないため出席できず、書面で病状説明

◇近医に通院治療をしていたが、慢性腎不全から高カリウム血症による下肢筋力低下。

四肢の浮腫や胸水も認め、水分制限などの目的で入院となった。

◇BUN：75~100 CRE：2.5~2.9 K：3.7~4.2

◇甲状腺機能低下と心不全もあり早晩、末期腎不全や尿毒症に移行し、透析導入の時期が差し迫っている。

◇水分や塩分制限・利尿剤（サムスカなど特殊な薬も使っている）等で経過をみていくが、自宅では食事療法などが大事。体重を目安にしていくので毎日体重を測定すること。

◇急に透析が必要になる事もあり今からシャントを作っておく事を勧める。

◇本人の希望であれば透析はしなくても良いが「延命治療を受ける。受けない。」を考える時期。

また透析をしないのであれば、一旦退院していただくことになる」と説明。自宅看取りの方向も考えられる

配役名 ケアマネジャー 50歳代 女性 基礎資格は看護師。

介護保険始まって以来の経験がある、18年目のケアマネジャー。今回は姪であるデイサービスの管理者に依頼され、Aさんのケアマネジャーを引き受けた。昨年死亡した長女のケアマネジャーも担当していたので家族からは信頼されている（と思っている）。Aさんが入院している病院併設の事業所に勤務しており、会議の参加者全員と顔見知り。医療面に関しては得意分野なので病状説明の席では家族の不明点の確認や、Aさんの気持ちも事前に聞いていたので、難聴のAさんの横に座って代弁者の役割も感じながら気合いを入れ会議に臨んでいる。

しかし、主治医に関しては、元々在宅への理解がないと感じていて苦手意識が高い。また、本人の意向を尊重し、自宅看取りも視野に入れてケアプランを調整しようと思っているが、家族介護力が乏しいため不安もある。



主治医 40歳代 男性 腎臓内科専門医。本日は、多忙で時間がないため出席できず、書面で病状説明

◇近医に通院治療をしていたが、慢性腎不全から高カリウム血症による下肢筋力低下。

四肢の浮腫や胸水も認め、水分制限などの目的で入院となった。

◇BUN：75～100 CRE：2.5～2.9 K：3.7～4.2

◇甲状腺機能低下と心不全もあり早晚、末期腎不全や尿毒症に移行し、透析導入の時期が差し迫っている。

◇水分や塩分制限・利尿剤（サムスカなど特殊な薬も使っている）等で経過をみていくが、自宅では食事療法などが大事。体重を目安にしていくので毎日体重を測定すること。

◇急に透析が必要になる事もあり今からシャントを作っておく事を勧める。

◇本人の希望であれば透析はしなくても良いが「延命治療を受ける。受けない。」を考える時期。

また透析をしないのであれば、一旦退院していただくことになる」と説明。自宅看取りの方向も考えられる

配役名 息子 50歳代 独身 2交代勤務

次女と姪が中心となって今後の事を相談しているが、二人から「何を考えているのか、さっぱり分からない」と評価されている。2交代勤務の傍ら先祖からの田畑の仕事もこなす多忙。いつも穏やかな表情をしているが口数が少なく、あまり意思表示をしない。母・姉・姪など女性達が主導権をもっている様相の今回の問題に対して、最後の決定権を持っている。(担わされている)会議でも、姉や姪達が積極的に質問や意見交換をしても殆ど口を挟まず、黙って聞いている。Aさんが改めて、「透析はしない」と発言した後に、「本人のしたいようにさせてやる。また、悪くなったら入院させてもらいたいが、最後は家で看取ってやりたい。」と発言した。家事はしたことなく、介護力は乏しい。



主治医 40歳代 男性 腎臓内科専門医。本日は、多忙で時間がないため出席できず、書面で病状説明

◇近医に通院治療をしていたが、慢性腎不全から高カリウム血症による下肢筋力低下。

四肢の浮腫や胸水も認め、水分制限などの目的で入院となった。

◇BUN：75～100 CRE：2.5～2.9 K：3.7～4.2

◇甲状腺機能低下と心不全もあり早晩、末期腎不全や尿毒症に移行し、透析導入の時期が差し迫っている。

◇水分や塩分制限・利尿剤（サムスカなど特殊な薬も使っている）等で経過をみていくが、自宅では食事療法などが大事。体重を目安にしていくので毎日体重を測定すること。

◇急に透析が必要になる事もあり今からシャントを作っておく事を勧める。

◇本人の希望であれば透析はしなくても良いが「延命治療を受ける。受けない。」を考える時期。

また透析をしないのであれば、一旦退院していただくことになる」と説明。自宅看取りの方向も考えられる

配役名 姪 50歳代 介護福祉士 今回の退院調整のキーパーソン

デイサービスの管理者をしている。介護保険が始まった時はヘルパーをしていたが、その後、デイサービスに移り、志を持ってデイサービスの開設に関わり、そのまま管理者となった。地域の介護サービス事業所関係者からも一目おかれている存在。今回、自分で選んだケアマネジャーとは友達であり仕事仲間でもあり信頼関係が強い。貫禄があり見た目にも、存在感が大きい。昨年亡くなった従姉妹（Aさんの長女）の状態が悪い時も親族の中心となって退院を主導した。今回のAさんのことも、小さい時からお世話になっていて放っておけない思いを持っている。また家族からの信頼も厚く自分がAさんと家族の間に入って、話をまとめる役割があると自負しているが、最後に話を決めるのは、従兄弟である息子であると認識して、事前に従兄弟にその旨説明している。

主治医 40歳代 男性 腎臓内科専門医。本日は、多忙で時間がないため出席できず、書面で病状説明

◇近医に通院治療をしていたが、慢性腎不全から高カリウム血症による下肢筋力低下。

四肢の浮腫や胸水も認め、水分制限などの目的で入院となった。

◇BUN：75～100 CRE：2.5～2.9 K：3.7～4.2

◇甲状腺機能低下と心不全もあり早晚、末期腎不全や尿毒症に移行し、透析導入の時期が差し迫っている。

◇水分や塩分制限・利尿剤（サムスカなど特殊な薬も使っている）等で経過をみていくが、自宅では食事療法などが大事。体重を目安にしていくので毎日体重を測定すること。

◇急に透析が必要になる事もあり今からシャントを作っておく事を勧める。

◇本人の希望であれば透析はしなくても良いが「延命治療を受ける。受けない。」を考える時期。

また透析をしないのであれば、一旦退院していただくことになると説明。自宅看取りの方向も考えられる

配役名 次女 60歳

市外に嫁いでいる。夫はすでに亡くなり子供達も独立して独居。会議の開催した時期は夏休み時期であり、孫達の世話で忙しくしている。キーパーソンである従姉妹の姪に対しては、信頼していて何でも相談している。また、小さい時から近所に住み、姉妹のように育っているので仲も良い。父親に対しては尊敬していて大事に思っているが、年齢とともに頑固になり、何かしてあげたくても思うようにいかず日頃から対応に困っている部分も多い。退院に関しては、本人が退院したいと考えていることは十分に理解しているが、母親一人では介護ができないことも目に見えていて、当てにされていると感じている。孫の世話で多忙な時期であり退院となると困ると思っている。なんとか入院を継続して欲しいのが本音。



主治医 40歳代 男性 腎臓内科専門医。本日は、多忙で時間がないため出席できず、書面で病状説明

◇近医に通院治療をしていたが、慢性腎不全から高カリウム血症による下肢筋力低下。

四肢の浮腫や胸水も認め、水分制限などの目的で入院となった。

◇BUN：75～100 CRE：2.5～2.9 K：3.7～4.2

◇甲状腺機能低下と心不全もあり早晩、末期腎不全や尿毒症に移行し、透析導入の時期が差し迫っている。

◇水分や塩分制限・利尿剤（サムスカなど特殊な薬も使っている）等で経過をみていくが、自宅では食事療法などが大事。体重を目安にしていくので毎日体重を測定すること。

◇急に透析が必要になる事もあり今からシャントを作っておく事を勧める。

◇本人の希望であれば透析はしなくても良いが「延命治療を受ける。受けない。」を考える時期。

また透析をしないのであれば、一旦退院していただくことになる」と説明。自宅看取りの方向も考えられる

配役名 病棟看護師 20歳代 女性 卒業して3年目。

看護師の仕事が好きでまじめで頑張り屋。入院時からAさんの受け持ちをしている。退院前のカンファレンスに出席するのはまだ慣れておらず、やや緊張気味で出席している。会議では入院中のAさんの様子について以下のことをコメントしたいと考えている。

◇コンプライアンスが低く、指導しても気に入らない病院食は摂取せず、水分制限も守れない。排便コントロールも悪く下剤調整や摘便が必要である。

◇寒がり、真夏なのに冷房が辛く、常時毛布をかぶっていて入浴を嫌がり保清に苦労している事や同室者とは難聴もあってか交流はほぼない。

退院したいと言っているが、「退院後、治療食を作ってくれる人がいない」事がAさんの一番の心配事であると考えている。



主治医 40歳代 男性 腎臓内科専門医。本日は、多忙で時間がないため出席できず、書面で病状説明

◇近医に通院治療をしていたが、慢性腎不全から高カリウム血症による下肢筋力低下。

四肢の浮腫や胸水も認め、水分制限などの目的で入院となった。

◇BUN：75~100 CRE：2.5~2.9 K：3.7~4.2

◇甲状腺機能低下と心不全もあり早晚、末期腎不全や尿毒症に移行し、透析導入の時期が差し迫っている。

◇水分や塩分制限・利尿剤（サムスカなど特殊な薬も使っている）等で経過をみていくが、自宅では食事療法などが大事。体重を目安にしていくので毎日体重を測定すること。

◇急に透析が必要になる事もあり今からシャントを作っておく事を勧める。

◇本人の希望であれば透析はしなくても良いが「延命治療を受ける。受けない。」を考える時期。

また透析をしないのであれば、一旦退院していただくことになると説明。自宅看取りの方向も考えられる

配役名 訪問看護師 40歳代女性 訪問看護歴約10年のベテラン。

訪問看護に生きがいを感じ、保健センターを辞めて訪問看護師になった。いつも受け持ちの利用者に対する思い入れが強く、スタッフからも利用者からも信頼が厚いが一生懸命すぎるところもある。参加者全員が緊張気味の雰囲気の中で、余裕のある落ち着いた表情で着席し会議の雰囲気を和らげている。退院後の生活に関しての家族の心配事を確認して、病状変化時の対応や食事が心配と聞いているので、待機の看護師がいつでも訪問することが可能であることや、食事面の指導、助言、主治医との連携など不安が緩和できるよう訪問看護の役割を説明したいと考えている。



主治医 40歳代 男性 腎臓内科専門医。本日は、多忙で時間がないため出席できず、書面で病状説明

◇近医に通院治療をしていたが、慢性腎不全から高カリウム血症による下肢筋力低下。

四肢の浮腫や胸水も認め、水分制限などの目的で入院となった。

◇BUN：75～100 CRE：2.5～2.9 K：3.7～4.2

◇甲状腺機能低下と心不全もあり早晩、末期腎不全や尿毒症に移行し、透析導入の時期が差し迫っている。

◇水分や塩分制限・利尿剤（サムスカなど特殊な薬も使っている）等で経過をみていくが、自宅では食事療法などが大事。体重を目安にしていくので毎日体重を測定すること。

◇急に透析が必要になる事もあり今からシャントを作っておく事を勧める。

◇本人の希望であれば透析はしなくても良いが「延命治療を受ける。受けない。」を考える時期。

また透析をしないのであれば、一旦退院していただくことになる」と説明。自宅看取りの方向も考えられる

配役名 ロールプレイの観察者

観察のポイント	評価
医療・ケア関係者は本人やご家族が病状について、どのように理解できているかを確認したか（誤解が生じていないか）	
積極的な治療、治療が何もないという両極端の理解になっていないか	
医療・ケア関係者は終末期であると決めつけていないか	
治療やケアに対する希望、今後どのような生活を送ることを本人や家族が期待しているかを確認できたか	
本人が持っている知識に新たな情報を加えることで誤解を正し、状況に適合できるようなケアを情報提供できたか	
疾患の話だけでなく、生活上の不安を確認し今後の生活がどのように変化し、どのような経過を辿るかを情報提供できたか	
医学的な妥当性を持って予測している悪い情報について率直に告げながらも、本人・家族の希望に沿って最も良い経過が継続できるように、ケアについて情報提供できたか	
本人が何処で最期の時間を過ごしたいと希望しているかを確認できたか	
代理意思決定者が確認できているか	
本人の価値観、望みを汲んだ具体的な話し合いができたか	

主治医 40歳代 男性 腎臓内科専門医。本日は、多忙で時間がないため出席できず、書面で病状説明

◇近医に通院治療をしていたが、慢性腎不全から高カリウム血症による下肢筋力低下。

四肢の浮腫や胸水も認め、水分制限などの目的で入院となった。

◇BUN：75～100 CRE：2.5～2.9 K：3.7～4.2

◇甲状腺機能低下と心不全もあり早晚、末期腎不全や尿毒症に移行し、透析導入の時期が差し迫っている。

◇水分や塩分制限・利尿剤（サムスカなど特殊な薬も使っている）等で経過をみていくが、自宅では食事療法などが大事。体重を目安にしていくので毎日体重を測定すること。

◇急に透析が必要になる事もあり今からシャントを作っておく事を勧める。

◇本人の希望であれば透析はしなくても良いが「延命治療を受ける。受けない。」を考える時期。

また透析をしないのであれば、一旦退院していただくことになる」と説明。自宅看取りの方向も考えられる

※ロールプレイを通して

意思決定支援の観察ポイント	評価
医療・ケア関係者は本人やご家族が病状について、どのように理解できているかを確認したか（誤解が生じていないか）	
積極的な治療、治療が何もないという両極端の理解になっていないか	
医療・ケア関係者は終末期であると決めつけていないか	
治療やケアに対する希望、今後どのような生活を送ることを本人や家族が期待しているかを確認できたか	
本人が持っている知識に新たな情報を加えることで誤解を正し、状況に適合できるようなケアを情報提供できたか	
疾患の話だけでなく、生活上の不安を確認し今後の生活がどのように変化し、どのような経過を辿るかを情報提供できたか	
医学的な妥当性を持って予測している悪い情報について率直に告げながらも、本人・家族の希望に沿って最も良い経過が継続できるように、ケアについて情報提供できたか	
本人が何処で最期の時間を過ごしたいと希望しているかを確認できたか	
代理意思決定者が確認できているか	
本人の価値観、望みを汲んだ具体的な話し合いができたか	

より良い終末期ケアを提供するには、できるだけ早い段階から積極的に本人の意思を確認することが大切です。定期的にあるいは状況の変化に伴い、話し合いを何度も繰り返すことによって患者と家族を深く理解することができ、患者や家族は心身の変化に対する誤解を解き、より正しい理解へ近づくことができます。また決定した結果より、その話し合いのプロセスこそが重要であり、状況に応じては、一度決めた決定が変化することもあります。わが国の文化的背景においては、患者と生活を共にし、絆で結ばれている家族を一つの単位として考える傾向があり、本人を中心とした集団の意思を尊重することも大事になります。終末期にある患者の7割は意思決定の時に、すでに意思決定能力が欠けているといわれ、その多くは代理意思決定となります。代理意思決定を行った3割以上の方が精神的に負の影響を受けており、肉親の命についての決定を迫られる家族支援も重要です。在宅療養の現場では、療養者さんが元気な内から終末期の医療やケアについて繰り返し意思決定支援を行う事が重要です。

参考文献 ACPと意思決定支援
(平原佐斗司)