

末期腎不全患者の人権尊重と療法選択

内田明子

聖隷横浜病院

key words : 末期腎不全, 看護, 療法選択, 意思決定支援, 人権尊重

要 旨

看護師が行う末期腎不全の治療選択支援について、エンド・オブ・ライフケア、看護師の倫理綱領、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、協働での意思決定プロセス (shared decision making; SDM) を基本概念とし、考察した。患者が十分治療法について理解し、患者の意思を尊重した、患者にとって最善の選択のための看護は、患者が自分らしく尊厳をもって、自分の生を全うするという人権を尊重し支えぬく看護である。

はじめに

透析看護師は、患者が食事療法や薬物療法を継続し、病状に合わせた日常生活の変更、通院の継続など様々で困難な課題に患者自身が向き合い、病気があっても健康的に安定した生活が営めるよう看護することによって、患者の治療・療養生活の継続や生命予後・QOLの向上に貢献している。そして透析看護の意義は、患者が最期まで尊厳をもって人生を全うすることを支えることにある。

このような看護師が行う末期腎不全の治療選択においては、エンド・オブ・ライフケアの概念、日本看護協会の示す看護師の倫理綱領、厚生労働省による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、患者・家族等と医療者によるSDMプロセスを基本概念と考え、治療選択における人権の尊重と看護師の役割について述べる。

1 エンド・オブ・ライフケア

エンド・オブ・ライフケアとは、長江¹⁾は「病や老いなどにより、人が人生を終える時期に必要とされるケアであり、人のライフ (生活や人生) に焦点を当てQOLを最期まで最大限に保ち、その人にとってのよい死を迎えられるようにすることを家族と共に目標とする。」²⁾「老いや病を抱えながら地域社会で生活し続ける人々の暮らし方、家族との関係性や生や死に関する価値観、社会規範や文化とも関連した人間としての生き方を問う、あり方の探求である。医療者にとっては生物学的な「命」を最優先してきた時代から、人間としての尊厳ある生き方としての「いのち」をも含めて考えることの重要性を示す用語でもある。その人にとっての最善とは何かという問い直しによる新たな医療提供の在り方の模索ともいえる。」³⁾としている。

人は生の究極の到達点である死ぬ日まで、自分に与えられた時間をどう生きるかは自分で決める権利があり、それを支えるかかわりと言える。つまりエンド・オブ・ライフケアの概念では「どのような死を選ぶか」というような、死に方の議論ではなく、誰もが迎える死の瞬間までどう生きるかという、生き方をテーマとした考え方である。さらに、その時の健康状態にかかわらず、エンド・オブ・ライフケアについて、誰もが自分の大切な人や医療・ケアの従事者と語り合い、どう生きるかを自分自身が決めるということを示している。

腎不全患者が、次の治療を選択するということは、

まさにこれからの生活や人生に焦点を当て、どのように生きていくのかを選択することになる。多くの腎不全患者は、長い療養生活を地域の中で家族など大切な人たちと継続してきている。看護師は、患者や家族等が、これまでの病いとの向き合い方や、日常生活、仕事などの歴史を振り返り、これからどう過ごしていくのかという未来に向かえるよう寄り添う。その人の暮らし・人生に関心を寄せ、治療法と暮らしとを結び付けるかかわりは、従来の疾病の治療や回復をめざす「医学モデル」ではなく、人の生活者としての側面への働きかけであり、まさに看護の本質であると考え。

2 看護師の倫理綱領

看護師の倫理綱領（日本看護協会）²⁾の前文（一部抜粋）では、「看護はあらゆる年代の個人、家族、集団、地域社会を対象とし、健康の保持増進、疾病の予防、健康の回復、苦痛の緩和を行い、生涯を通してその最期まで、その人らしく生を全うできるよう援助を行うことを目的としている。看護師は、看護職の免許によって看護を実践する権限を与えられた者であり、その社会的な責務を果たすため、看護の実践にあたっては、人々の生きる権利、尊厳を保つ権利、敬意のこもった看護を受ける権利、平等な看護を受ける権利など人権

を尊重することが求められている。」と、看護師は元々その人らしく生を全うするための援助を目的とし、人々の権利を尊重することが求められる、と示されている（図1）。

第4条は、「看護師は、人々の知る権利及び自己決定の権利を尊重し、その権利を擁護する。」とし、条文の解説では以下の役割が示されている。

- ① 患者の自己決定を支援するうえでの目標は、患者の判断や選択がその時その人にとって最善のものとなるよう支援する
- ② 患者の、知る権利、十分な情報を得た上で医療や看護を選択する権利、知らないでいるという選択や決定も尊重する
- ③ 看護師には、対象となる人々の知る権利及び自己決定する権利を擁護するために、十分な情報を得る機会や決定する機会を保証し、情報の内容を理解したり受け入れたりすることへの支援、対象の理解度や意向を確認し、わかりやすく説明する
- ④ 患者が意思表示しやすい場づくりや調整をし、他の保健医療福祉関係者へ働きかける
- ⑤ 代弁者や権利の擁護者としての行動、励ましや支え等

この看護師の倫理綱領において、患者の療法選択に

日本看護協会 看護師の倫理綱領 条文

1. 看護師は、人間の生命、人間としての尊厳及び権利を尊重する。
2. 看護師は、国籍、人種・民族、宗教、信条、年齢、性別及び性的指向、社会的地位、経済的状態、ライフスタイル、健康問題の性質にかかわらず、対象となる人々に平等に看護を提供する。
3. 看護師は、対象となる人々との間に信頼関係を築き、その信頼関係に基づいて看護を提供する。
4. 看護師は、人々の知る権利及び自己決定の権利を尊重し、その権利を擁護する。
5. 看護師は、守秘義務を遵守し、個人情報の保護に努めるとともに、これを他者と共有する場合は適切な判断のもとに行う。
6. 看護師は、対象となる人々への看護が阻害されているときや危険にさらされているときは、人々を保護し安全を確保する。
7. 看護師は、自己の責任と能力を的確に認識し、実施した看護について個人としての責任をもつ。
8. 看護師は、常に、個人の責任として継続学習による能力の維持・開発に努める。
9. 看護師は、他の看護師及び保健医療福祉関係者とともに協働して看護を提供する。
10. 看護師は、より質の高い看護を行うために、看護実践、看護管理、看護教育、看護研究の望ましい基準を設定し、実施する。
11. 看護師は、研究や実践を通して、専門的知識・技術の創造と開発に努め、看護学の発展に寄与する。
12. 看護師は、より質の高い看護を行うために、看護師自身の心身の健康の保持増進に努める。
13. 看護師は、社会の人々の信頼を得るように、個人としての品行を常に高く維持する。
14. 看護師は、人々がよりよい健康を獲得していくために、環境の問題について社会と責任を共有する。
15. 看護師は、専門職組織を通じて、看護の質を高めるための制度の確立に参画し、よりよい社会づくりに貢献する。

図1 看護師の倫理綱領

係るうえでの患者の権利、看護者の姿勢や具体的な役割がすでに示されていることがわかる。看護師にとって、腎不全患者への適切な治療選択の支援は、単なる治療法の説明ではなく、患者の権利や人権を尊重する看護実践と言える。

3 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

本ガイドライン^{※1)}は、2007年（平成19年）に厚生労働省によって「終末期医療の決定プロセスに関するガイドライン」として策定、その後2015年（平成27年）に「人生の最終段階における医療の決定プロセスに関するガイドライン」として改定され、さらに2018年（平成30年）「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」と改定された。

2007年に策定された旧ガイドラインでは、終末期医療およびケアの在り方として、「患者本人による決定を基本としたうえで、終末期医療を進めることが最も重要な原則である。」としながら、「終末期医療における医療行為の開始、不開始、医療内容の変更・医療行為の中止等は、多専門職の医療従事者から構成される医療・ケアチームによって、医学的妥当性と適切性を基に慎重に判断すべきである。」と、病院における延命治療への対応を想定し、決定プロセスを示している印象である。その後、近年の高齢多死社会の進展を背景に、人生の最終段階における医療に関する国民の意識にも変化が見られるとして、2015年「人生の最終段階における医療の決定プロセスに関するガイドライン」が人生の最終段階を迎えた患者および家族と医師をはじめとする医療従事者が、最善の医療とケアを作り上げるプロセスを示すガイドラインとして示された。そして、2018年さらに改定され、本ガイドラインが示された。今回の改定により、以下の点が示された。

- ① 医療・ケアチームに介護従事者が含まれることを明確化する
- ② 心身の状態の変化によって本人の意思は変化するので、繰り返し話し合うことが必要である
- ③ 自らの意思が伝えられない状態になる前に、本人の意思を推定する者（家族等）に、前もって定めておくことが重要である
- ④ 今後、単身者が増えることを踏まえ、信頼できる者の対象を家族から家族等（親しい友人等）に

拡大する

- ⑤ 話し合った内容をその都度文書にまとめる
- ⑥ 本人の意思が確認できる場合は、本人と医療・ケアチームとの合意形成を踏まえた本人による意思決定
- ⑦ 本人の意思が明確でない場合で、家族等が本人の意思を推定できる場合は推定意思（本人にとっての最善）を尊重、家族等が本人の意思を推定できない場合は、家族等と医療・ケアチームとの十分な話し合いによって、本人にとっての最善の方針を取ることを基本とする

以上のように、人生の最終段階における医療・ケアに携わる従事者が、人生の最終段階を迎える本人・家族等を支えるために活用するものという位置づけである。また、本ガイドラインには、もしもの時のために人生の最終段階における医療・ケアについて、前もって考え、繰り返し話し合い、共有する取り組みであるアドバンス・ケア・プランニング（Advance Care Planning; ACP）の概念も盛り込まれている。

本ガイドラインからは、腎不全期の治療選択支援においても、患者の病状や心身の状況によって本人の意思は変化することを前提に、信頼できる家族等と共に繰り返し話し合う場が必要であり、さらに、一度本人と合意した本人の意思も変化しうるものであるという柔軟な姿勢で支援を継続することが重要であることがわかる。また、患者にとって人生の大きな節目となる治療選択の時期を、ACPをスタートする機と捉え進めることも重要である。

4 協働での意思決定

患者の意思決定モデルは時代と共に変化してきた。まず、医療者、特に医師が治療の選択肢があっても提示せず、過去の経験などに基づいて医師が意思決定するとうい古典的パターンリズム（父権主義）があった。次に医師等が一方的に選択肢を提示し、インフォームド・コンセント（説明と同意）を行い、患者の自己責任で患者に意思決定を促す。そして、医療者は患者の意思決定に必要な情報を提供し、患者は自分の大切にしていることや希望、価値観や信条などを表出し、それを共有し共に悩み、患者のニーズに基づいた話し合いを重ねて協働で意思決定するSDMへと推移してきた。

患者・家族等と医療者との協働でのSDMとは、

- ① 医療者がエビデンスに基づいた医学情報と複数の選択肢を提供する
- ② 患者は積極的に自分の希望、生活背景や価値観など「どう生きたいか」をつたえる
- ③ 医療者が過去の経験からその患者に最も合うと思われる治療法を説明する
- ④ 医療者と患者が双方の情報を共有しながら協働して意思決定を進める

というものである。

このプロセスは、看護師にとっては目新しいものではなく、前述した看護師の倫理綱領で示されている「人々の知る権利及び自己決定の権利を尊重し、その権利を擁護する」項目に示された看護師の役割と共通点が多いと感じる。患者と医療者が協力して意思決定を進めるが、決定権を握るのは患者である。同様の治療法であっても、ある患者にとっては最善で利益の高い治療となるが、別の患者はそれを有害と捉え選択しない場合もあり、実に多様である。医療者の思う最善の治療法がその患者の最高の治療法として選択されるとは限らない。医療者が特定の選択肢を押しつけようとするとき、再びパターンリズムに陥る。看護師には、SDMのプロセスを患者と共に丁寧に繰り返しながら、患者本人の意思が表現された言葉や、本人の意思や気持ちの変化、本人の望んでいること、本人にとっての最善など大切な情報を記録し、医療チームでの共有を推進する役割もある。

5 聖隷横浜病院 CKD 看護外来の現状

当院では2018年6月より、CKD看護外来（以下「本外来」とする）を開設し、CKD患者への様々な療養指導に取り組んでいる。本外来の目標は、自覚症状の乏しいCKD患者の治療継続、腎機能障害の進展予防、透析導入回避・時期の延長、セルフケア能力の向上、療養生活支援、意思決定支援、腎代替治療選択支援と多岐にわたる。本外来の担当者は、腎臓病療養指導士の有資格者、または、慢性疾患看護経験5年以上の腎臓病看護経験者であり、かつコーチング講習とオレムのセルフケア看護論研修の修了者としている。対象とするのはCKDと診断された患者・家族である。

2018年6月から2019年3月までの本外来では、全介入者は122名で、平均年齢は69.8歳であった。介

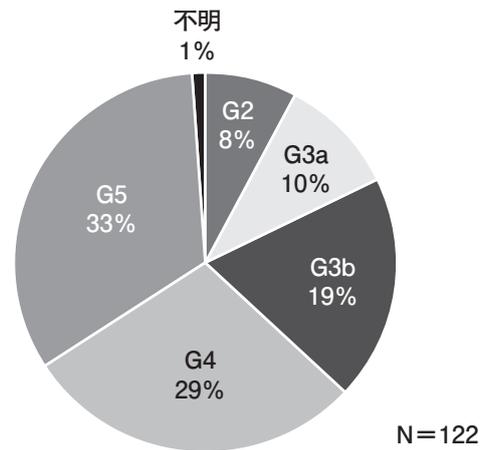


図2 CKD看護外来受診者の病期

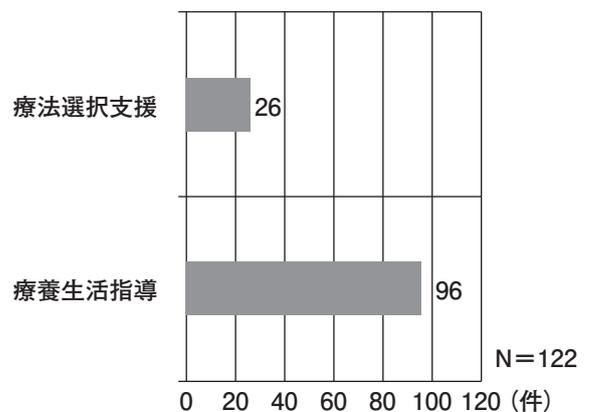


図3 介入区分

入者の病期はG3bが19%、G4が29%、G5が33%であった（図2）。原疾患は、腎硬化症と糖尿病性腎臓病で約半数を占めていた。介入回数は、患者1人に平均4.1回で、最少1回、最多14回と個人差がある。介入区分では、CKDに関する知識の提供や減塩、運動など日常生活全般にわたる療養生活支援が96件、腎代替療法選択支援に関する介入が26件で、うち17名に両方の介入があった（図3）。

療法選択支援に関する介入の結果は、血液透析（HD）選択が12名、腹膜透析（PD）選択が3名、腎臓移植選択はなし、透析治療導入を選択しなかった事例が2件、一度開始した血液透析を見合わせた事例が1件、まだ治療選択中である未決定が8件であった（図4）。療法選択支援介入回数は平均5回で、最少1回、最多11回であった。腹膜透析を選択した3名の介入回数は、6回、7回、14回と、患者や家族の気持ちに寄り添う丁寧に繰り返しの介入には、多くの時間が必要であった。

前述の看護師の倫理綱領4条やSDMのプロセスを

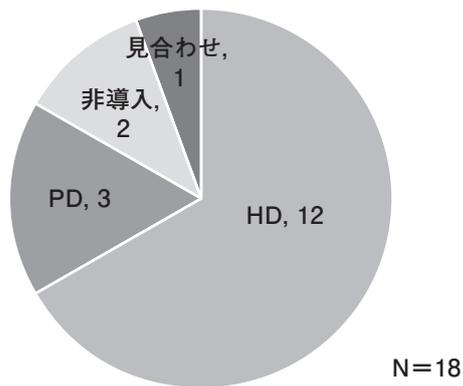


図4 治療選択の結果 (人数)

踏まえ、腎不全患者へ治療選択を実践するさいのチェックポイントを示す。

- ① 患者が暮らし・生き方への影響を想定できるような各治療法の説明・情報提供だったか？
- ② 家族等は同席していたか？
- ③ 患者・家族等の理解力、認知力は？
- ④ 誘導や強要はなかったか？
- ⑤ 患者の真意（なぜそう考えたか、人生観、価値観）を確認（傾聴）したか？
- ⑥ 苦痛のない状況で冷静な意思決定か？
- ⑦ 意向の変化を考慮し、繰り返し話し合ったか？
- ⑧ 意思決定のプロセス（SDM）が適切に記録されたか？
- ⑨ 多職種の治療ケアチームで共有したか？
- ⑩ 透析治療を見合わせた場合の撤回の保証はしたか？
- ⑪ 穏やかな最終段階の実現のための緩和ケアの準備はできたか？

おわりに

腎不全患者にとって治療選択は、今後の患者の人生や暮らしを左右する大きな選択である。透析看護師は、透析患者が長期にわたる治療・療養生活の継続に患者

自身が向き合い、より健康的に暮らせるよう支援してきている。看護師は、患者の食事や飲水、内服状況、運動量、就業の状況、家族との関係性など様々な暮らしの要素が、透析治療に大きく影響していることを知っている。そのため、時に他職種から世間話と揶揄されながらも、治療中の時間を使って患者個々の暮らしの状況や変化を話題とし、治療に影響する重要な情報として収集し、またその時々患者の感情を傾聴しながら、患者の信条や価値観に触れ信頼関係を築いてきた。患者と医療者が十分話し合い、患者が十分治療法について理解し、患者の意思が尊重され、患者にとって最善の選択ができるようにするための取り組みであるSDMのプロセスは、得意な領域と言ってよい。

看護は、人間が人としての尊厳を維持し健康で幸福でありたいという普遍的なニーズに応え、人々の健康な生活の実現に貢献することを使命としている²⁾。また、看護師は人々の知る権利および自己決定の権利を尊重し擁護する²⁾重要な役割を担っている。この看護師の使命と目的をベースに展開される、看護師による末期腎不全患者への治療選択のための支援は、単なる意思決定プロセスを進める支援ではなく、患者が自分らしく尊厳をもって、自分の生を全うするという権利を尊重し、それを支えぬ看護である。

申告すべきCOIはありません。

文 献

- 1) 長江弘子編：看護実践にいかすエンド・オブ・ライフケア 第2版。東京：日本看護協会出版会，2018；4-5。
- 2) 日本看護協会編：看護に生かす基準・指針・ガイドライン集 2018。東京：日本看護協会出版会，2018；72-78。

参考 URL

- ‡1) 厚生労働省 <https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-10800000-Iseikyoku/0000197721.pdf>