

# 高齢腎不全患者のための保存的腎臓療法

## —SDM と ACP の役割

Conservative kidney management for older adults with renal failure: the roles of shared decision-making and advance care planning

会田 薫子

### 要約

長寿化に伴い医学的・倫理的に新たな課題が生じている。従来、末期腎不全患者には腎代替療法として血液透析を中心とする透析療法が行われてきた。しかし、高齢者のなかには体外循環に忍容性を持たない患者が少なくなく、血液透析によって益よりも害がもたらされる場合もあると報告されるようになってきた。老化が進行した高齢患者に対しては血液透析よりも対症療法と緩和ケアを軸とする保存的腎臓療法 (conservative kidney management : CKM) のほうが生命予後と機能予後および QOL に関して優位という報告もみられるようになってきた。こうした知見を背景に、西洋諸国では CKM へのアクセスが拡大している。日本でも『高齢腎不全患者のための保存的腎臓療法—CKM の考え方と実践』(2022) が刊行された。これは日本における最初の「CKM ガイド」である。暦年齢だけでなく高齢者総合機能評価等を踏まえた療法選択が望まれる。

療法選択に関する意思決定支援について、同「ガイド」は共同意思決定 (shared decision-making : SDM) を推奨している。SDM では医療・ケアチーム側からは医療・ケアの情報を患者・家族側に伝え、患者側は自らの生活と人生の物語りに関する情報を医療・ケアチーム側に伝える。双方はコミュニケーションをとりつつ、患者の価値観・人生観を反映した物語りの視点で最善の選択に至ることを目指す。SDM のプロセスをともにたどりつつ、将来、本人が人生の最終段階に至り意思決定能力が不十分となった場合に備え、本人の医療・ケアに関する意向を事前に把握するために双方で対話を繰り返しておく、それがアドバンス・ケア・プランニング (advance care planning : ACP) になる。ACP の適切な実施は最期まで本人らしく生きることを支援する。

**Key words** 高齢者, 慢性腎臓病, 保存的腎臓療法, 共同意思決定, アドバンス・ケア・プランニング

(日老医誌 2022 ; 59 : 446-455)

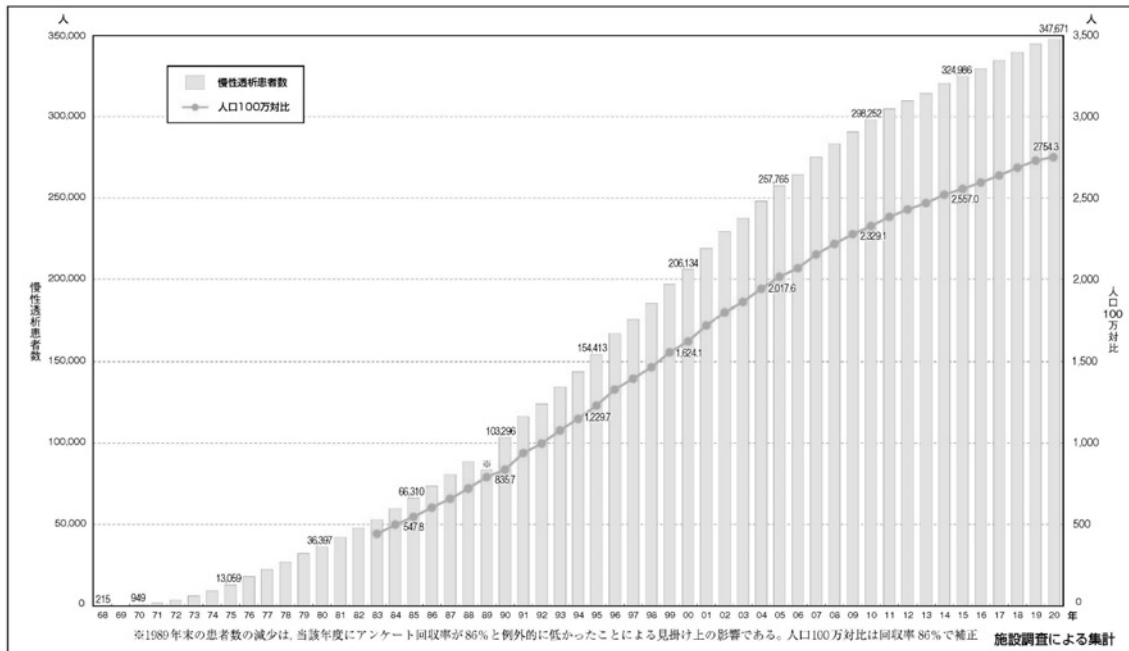
東京大学大学院人文社会系研究科死生学・応用倫理センター上廣講座

連絡責任者：会田薫子 東京大学大学院人文社会系研究科死生学・応用倫理センター上廣講座 [〒113-0033 東京都文京区本郷 7-3-1]

e-mail: aita@l.u-tokyo.ac.jp

doi: 10.3143/geriatrics.59.446

慢性透析患者数（1968-2020年）と有病率（人口100万対比、1983-2020年）の推移（図1）



一般社団法人日本透析医学会「わが国の慢性透析療法の現況（2020年12月31日現在）」

図1 慢性透析患者数と有病率の推移

## はじめに—新しい時代の老年医学と倫理をめぐる課題

長寿大国の日本では患者の年齢層も高くなり、それによって医学的・倫理的に新たな課題が生じ療法選択をめぐる諸問題が深刻さを増している。

末期腎不全患者に対する腎代替療法として最も一般的な血液透析（hemodialysis：HD）は、半世紀以上にわたり標準治療として行われてきた。しかし、HDは体外循環であり循環動態に繰り返し負荷をかけるため、老化が進み身体機能と生理的予備能が低下した高齢者においては、後述するように、生命予後と機能予後にかえて悪影響を及ぼす場合もあると報告されるようになってきた。

さらに高齢腎不全患者においては心不全、認知症、悪性腫瘍等が併存していることが少なくなく、療法選択が一層困難になっている<sup>1)</sup>。長寿化は従来の医学的判断の科学的適切性に疑問符を投げかけているのであ

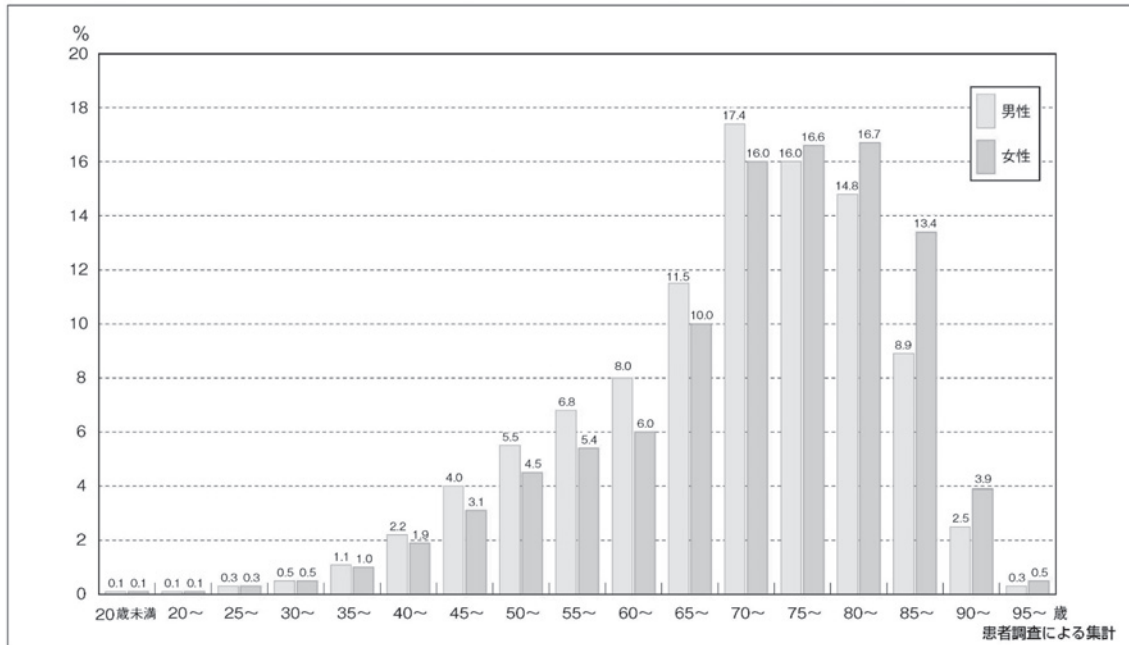
る。

また、多様性の尊重が謳われている現代、一人ひとりの価値観を反映した選択を尊重する動きが広がっている。こうした社会状況を背景に、人生の最終段階における医療とケア（end-of-life care：EOLケア）も含め適切な意思決定支援はどうあるべきか。一人ひとりの個性性を重んじる支援が重みを増す時代が到来している。

## 高齢者医療としての透析療法

米国でスクリブナー・シャントが本格的に導入された1960年代以降、様々な技術革新も背景として、HDは世界で多数の腎不全患者の生命と社会生活を支えてきた。日本では透析療法が更生医療の対象となった1972年<sup>2)</sup>以降、人口の高齢化と糖尿病患者数の増加に伴って透析患者数が急増し、全国の患者数は2020年末時点で約34.8万人となった<sup>3)</sup>（図1）。日本の維持透

導入患者 年齢と性別, 2020年 (図2)



一般社団法人日本透析医学会「わが国の慢性透析療法の現況 (2020年12月31日現在)」

図2 透析導入患者の年齢と性別, 2020年

析患者のうち90%以上においてHDが選択されている<sup>4)</sup>。

現代の日本では新規の透析導入年齢は70歳代が最多である。2020年には、80歳以上で導入した患者も女性で34.5%、男性で26.5%となり<sup>3)</sup>、高齢者医療としての特徴が顕著になってきた(図2)。

療法選択に関する意思決定支援の出発点として、まず医学的に適切な判断が必要となるが、高齢患者に関してはこの点で判断上の難問に直面することが少なくないとされている。老化の程度は一人ひとり異なり、老化が進行している高齢者においては、一般成人を対象として確立された標準治療が医学的に最適とはいえない場合がある<sup>5)</sup>。標準治療は老化が進行した患者に対しては過剰侵襲および過剰負担となり、益よりも害をもたらすことが多くなると報告されている<sup>6)</sup>。

一方、高齢であっても老化が進行していない患者にとっては一般成人用の標準治療が適切な場合もあるため、高年齢を理由とした消極的な医療は年齢差別(age-

ism)の問題につながる恐れがある。

こうした過剰医療あるいは過少医療のリスクを回避しつつ適切に判断するため、高齢者総合機能評価を用いて身体的・精神的・社会的な機能を個別に評価することが重要とされている<sup>7)</sup>。

### 高齢腎不全患者に対する血液透析の意味

末期腎不全に対する標準的な選択肢は、関連する5学会の『腎代替療法選択ガイド2020』<sup>8)</sup>によると、①HD、②腹膜透析(peritoneal dialysis: PD)、③腎移植である。この3つの選択肢は腎代替療法(renal replacement therapy: RRT)と呼ばれている。高齢患者においては腎移植は適応外なので選択肢はHDとPDになる。

しかし、前述のように、HDは循環動態に継続的に負荷をかけ循環器合併症の原因ともなるため、老化が



図3 『高齢腎不全患者のための保守的腎臓療法—conservative kidney management (CKM) の考え方と実践』2022 (東京医学社)

進行した高齢者においては治療の負担が益を上回ることが少なくない<sup>9)10)</sup>。

日本の透析患者に関する日本透析医学会のデータを分析した研究<sup>11)</sup>は、「80歳以上で日常生活障害度が高度の場合、37%が透析導入後の3カ月以内に死亡している」と分析し、「日常生活障害度が透析療法導入後の超早期死亡を予測する独立した危険因子である」と報告している。老化が進行した高齢者ではHDが死因となりうることは、海外のシステムティックレビューも報告している(傍点筆者)<sup>12)</sup>。

### 保守的腎臓療法 (CKM) という選択肢

そこで新たな選択肢として、末期腎不全に至っても透析療法を導入しない保守的腎臓療法 (conservative kidney management: CKM) が、まず北米と欧州で注目されるようになった。CKMは「計画的、全人的で、CKDステージG5の患者に対する、患者中心のcareであり、腎臓病の進行を遅らせたり合併症を最小化したりする介入治療を含むが、特に症状の軽減と、心理的、社会的、文化的、精神的支援を重視し、透析

を含まないもの<sup>13)</sup>である。CKMガイドとしてはカナダと英国のものがよく知られている<sup>14)15)</sup>。

諸外国における近年の研究では、CKMでも年単位の生命予後が見込まれる場合が少なくないこと<sup>16)</sup>、80歳以上ではHD群とCKM群で生命予後に有意差がみられないこと<sup>17)</sup>、さらに80歳以上では生命予後に有意差がみられないだけでなく、治療の負荷がQOLに及ぼす影響の点でCKM群のほうが有意に優れていること<sup>18)</sup>、システムティックレビューでもRRT群よりもCKM群のほうがQOLが良好な傾向があると<sup>19)</sup>報告されている。

生存率はRRT群のほうがCKM群よりも有意に良好という報告<sup>20)</sup>もあるが、少なくともCKMは老化が進んだ高齢者にとっては透析療法に劣らない選択肢となることが示唆されているといえる。

CKMは国際的にはすでに広範囲で実施されている。国際腎臓学会による2018 Global Kidney Health Atlas surveyにもとづいたGlobal Kidney Health Atlasの報告<sup>21)</sup>によると、CKMに関して回答した154カ国中の124カ国(81%)ですでにCKMが施行されていた。CKMへのアクセスは北米および西ヨーロッパにおいて良好だったが、アジアでは概して不良であった。また、CKMへのアクセスは特に発展途上国で低かった。

### 『CKMガイド』の刊行

上述の知見等を踏まえ、AMED長寿科学研究開発事業の研究開発課題「高齢腎不全患者に対する腎代替療法の開始/見合わせの意思決定プロセスと最適な緩和医療・ケアの構築」研究班(研究開発代表者:川崎医科大学腎臓・高血圧内科学教授 柏原直樹氏)では、腎臓内科医と透析医らが中心となって日本における療法選択の改善を目指して研究を重ね、2022年6月に『高齢腎不全患者のための保守的腎臓療法—conservative kidney management (CKM) の考え方と実践』<sup>1)</sup>を刊行した(図3)。これは日本で最初のCKMガイドであり、従来、末期腎不全であれば透析療法が通常の選択肢であった日本において、大きな変革の扉を開くことが期待されている。

同ガイドでは、日本透析医学会「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」(2020)<sup>22)</sup>を踏まえ、透析導入の見合わせや維持透析の終了(註1)という意思決定がなされた際に、腎不全に伴う合併症への対応と、身体的、心理・精神的、社会的苦痛、スピリチュアル・ペインを緩和・除去する緩和ケアのアプローチを主軸としている。意思決定支援は共同意思決定(shared decision-making: SDM)モデルによることを推奨し、本人の意思を尊重し、QOLを重視し、一人ひとりの人生の物語り(註2)の視点で意思決定を支援する方法について具体的に提示している。

### 「高齢腎不全患者に対応する医療・ケア従事者のための意思決定支援ツール」

上記のAMED研究班で、筆者らの分担班は「高齢腎不全患者に対応する医療・ケア従事者のための意思決定支援ツール」<sup>23)</sup>を作成した。同ツールは全4章で構成されている。

第1章「維持血液透析を『やめたい』と患者さんがいうとき」では、配偶者や友人に先立たれたり、ADLが低下したりして心身が弱くなった高齢患者がそのように発言したとき、医療・ケア従事者は患者とどのように対話し生きる希望を高めることが可能か、患者への寄り添い方について記述している。

第2章「カンファレンスの方法—CKMの選択を検討する事例を題材に」では、一人ひとりの患者にとって最善の選択を多職種で検討する臨床倫理の考え方と、検討を具体的に進めるためのカンファレンスの方法について記述している。

第3章「認知機能が低下した高齢患者のための意思決定支援」では、認知症を有することを理由として意思決定能力は不十分と判断するのは早計であり、少しでも本人の意向を把握するために症状緩和に努めたり環境調整したりすることの重要性とその工夫について記述している。

第4章「多職種連携によるSDMのあり方—維持血液透析の見合わせ・看取りの症例を題材に」では、医療・ケアチームが協働し高齢患者と家族の気持ちを理解しようと努め、意向の実現を目指す方法について記

述している。同「意思決定支援ツール」はウェブサイトで公開されている(<https://www.lu-tokyo.ac.jp/dls/cleth/tool.html>)。

### 共同意思決定(SDM)—医学的判断を踏まえ本人の人生の物語りを核として

上記の「CKMガイド」と「ツール」にて採用した意思決定支援の考え方について述べる。医療とケアの受け手である本人にとって最善の意思決定に至るよう支援するために、まず、医学的証拠(evidence)を踏まえることが大切である。しかし、evidenceはあくまで意思決定支援の基本情報であり、evidenceのみで決定するわけではない。医師の経験知や実践知も重要であり、evidenceが未確立の場合はそれらの重みが特に増す。

意思決定の判断の根拠としてHD、PD、CKMの医学的なメリットとデメリットを挙げ、次いで本人の生活と人生の物語り(narrative)のなかでそれらのメリットとデメリットの意味を患者・家族等と一緒に検討する。ポイントはよりよいコミュニケーションである。

人生の物語りには本人の価値観や人生観が反映されている。そのため、医学的に標準的なメリットとデメリットを各人の物語りのなかで見直すと、人によって意味が異なってくることがある。医療者からみると客観的にみえるevidence等の医学的な事実でも、人によってその意味づけが異なるからである。医療・ケア従事者は自らの価値観と認識を相対化し、一人ひとりの患者の話をよく聴き、各人がどのような意味づけをしているかを把握しようと努める必要がある。

そうして、あくまで本人の物語りの視点からみて総合的に最もメリットが大きい選択肢を選ぶことが重要である。そのために本人・家族等と医療・ケアチームは情報を共有し、SDMのプロセスをたどり一緒に考え合意形成に至ることが求められている。こうして合意に至った選択は、当該患者にとって個別化した最善の選択となる<sup>24)</sup>。

一人ひとりの患者の語りに耳を傾けることの重要性は1980年代後半から指摘されてきた。例えば、米国

の精神科医で医療人類学者のアーサー・クラインマン (Arthur Kleinman)<sup>25)</sup>は、「医師は疾患 (disease) を診る。患者は病い (illness) を経験する」と看破した。疾患は組織や臓器の構造や機能の変化であり、病いは患者が経験していることを意味する。クラインマンは、優れた医療を行うためには患者がどのような病いの経験をしているのかを知ることと、そのために患者の語りに耳を傾けることが重要であると指摘した。

こうした研究が英国において1990年代に narrative based medicine (NBM)、すなわち「物語りにもとづいた医療」に発展していく。トリシャ・グリーンハル (Trisha Greenhalgh) とブライアン・ハーウィッツ (Brian Hurwitz) らが1998年に刊行した『ナラティブ・ベイスト・メディスン—臨床における物語りと対話』<sup>26)</sup>は、患者の物語りを核にする医療の重要性を説いた。グリーンハルとハーウィッツは二人ともプライマリケア医である。

その後、米国ではリタ・シャロン (Rita Charon) が『ナラティブ・メディスン—物語能力が医療を変える』<sup>27)</sup>を刊行し、2000年代初頭からコロンビア大学で行っている医学教育プロジェクトである“Narrative Medicine Project (物語医療プロジェクト)”について紹介した。

内科医で倫理学者でもあるシャロンは、Narrative Medicine を“narrative competence” (物語能力) を通じて実践される医療と定義し、このプロジェクトの主眼は物語能力を育てることとしている。シャロンは物語能力について、「患者の病いの物語を認識し、読み取り、解釈し、それに心動かされて行動するために必要な能力」<sup>27)</sup>と説明している。シャロンは、医療・ケア従事者は患者をより深く理解しようとする姿勢をもち、患者の物語を認識できるように感受性を高めることが大切だとしている。

## アドバンス・ケア・プランニング—EOL ケアの意味決定支援

SDM のプロセスをたどり、将来、本人がEOLに至り意思疎通困難となった場合に備え、本人の医療とケアに関する意向を事前に把握するために、本人・家

族等と医療・ケア従事者間で対話を繰り返しておく、それがアドバンス・ケア・プランニング (advance care planning : ACP) になる。なお、ACPは米国など英語圏で先行して実践され、発表されている論文も北米とオーストラリア発のものがほとんどであるが<sup>28)</sup>、英語圏と日本を含めた東アジアではEOLケアへの家族の関与のあり方など社会的文化的な特徴が異なり<sup>29)</sup>、関連する法制度も異なるので、日本においてACPを実践する際には英語圏の論文を翻訳して参考にするよりも、日本老年医学会「ACP推進に関する提言」<sup>30)</sup>を参照するほうが適切といえる。

慢性腎臓病 (chronic kidney disease : CKD) 患者のACPでは、RRTの選択に直面するよりも前の段階からACPを開始することが求められる。RRTの選択が目前に迫ってからでは各選択肢について落ち着いて考えることは困難になり、また、高齢患者の場合は次第に認知機能が低下する 경우가少なくなく、さらに尿毒症の進行が認知機能に影響を及ぼすこともあるため、できるだけ時間的な余裕をもってACPの対話を開始することが求められる。

高齢患者においては一人ひとりの老化の程度に合った治療法の選択が医学的に求められるため、対話のプロセスのなかで高齢者総合機能評価も行いつつ、RRTとともにCKMの医学的なメリットとデメリットについて本人・家族等と一緒に検討し、本人の生活と人生の物語りの視点からそれらのメリットとデメリットの意味を捉え直すことが大切である。

しかし、CKDにおいては患者が自覚症状を認めないまま病期が進行することが多く、自覚症状がない段階で療法選択に関する説明を受けても、本人はそれを自分のこととして認識し、各治療法のメリットとデメリットの検討を現実の課題として捉えることは困難と思われる場合もある。

そこで、近未来のことを事前に (advance) 考えて準備するために、現在必要な療養支援とともにACPの対話を開始することが望ましいといえる。まさに今の生活で必要とされている医療とケアについて考えること (current care planning) と、やがて必要となる医療とケアを生活に組み込むことについて考えること (ACP) を連続的に捉えることで、患者がACPを自

分にとって必要なこととして理解することが促進されると思われる<sup>30)</sup>。

例えば、CKD 第3期から生活指導として適切な運動や肥満の改善、禁煙、適切な睡眠、食事療法として減塩とバランスのよい食事、血圧管理および血糖管理や脂質管理の指導をしつつ、CKD が次第にどのように進行するかに関して、起こり得ることと治療とケアに関する情報の提供を開始し、本人の意向を聴くことが大切であろう<sup>1)</sup>。

定期的な血液検査のデータにもとづいた丁寧な対話と療養支援および薬物療法を行う医療の実践を通して、患者・家族等との信頼関係を築きつつ、やがて必要となる RRT あるいは CKM の選択についても情報提供を開始することが考えられる。これらすべてのステップが患者側と医療・ケアチーム側の対話の契機となって ACP の適切な実践につながる可能性がある。

その後も症状や ADL に変化が認められた場合や、生活上の変化（ライフ・イベント）がみられた際も ACP の対話を進める機会となる。ライフ・イベントには他の疾患の診断や本人および配偶者の入院や施設入所、配偶者や親しい友人の死などが含まれる。

また、ポリファーマシーの問題がある場合は、優先度の高い薬剤を選択するための説明と話し合いの場面や、内服薬から注射薬や貼付薬への切り替えについて相談する場面も ACP の対話の契機となる<sup>22)</sup>。

多くの CKD 患者の場合、年単位にわたる療養支援を通して機会を捉えてこうした対話を重ねることは可能であり重要である。継続的な対話は本人・家族等との信頼関係の構築につながり、信頼関係は意思決定支援の土台となる。

また、ACP の対話のプロセスをたどる際に可能な限り家族等の関与を得ることも重要である。これはやがて家族のグリーフ・ケアにつながる。グリーフ・ケアは予期悲嘆の時期を含めて看取り前から始めることが望ましい。

## SDM と ACP の対話の記録について

本人の価値観・人生観・死生観を反映した医療とケアに関する意向や、または非言語で医療・ケア従事者

がくみ取ったことは、医療・ケア従事者側がカルテや看護記録等に記載しておくことが重要である。本人の意思決定に関与する家族等が言語化したことと非言語情報も同様である。医療・ケア従事者にとって、これらを記録することは職務の一部である。各職種の記録を多職種カンファレンスやサービス担当者会議で共有すると、適切な意思決定支援につながる。

本人の意向についてはその変化を捉えることも重要であり、意向を記録しつつその変化を認識し多職種で共有することが求められる。特に ACP の要点は本人の意思のある時点という「点」ではなく「線」でフォローし、意向の変化を把握し、それを尊重した医療とケアを本人が意思疎通困難となった EOL においても実現することである。それが最期まで本人らしく生きることの支援につながる。

## 患者を人として尊重する意思決定支援—臨床倫理ガイドラインを活用

SDM も ACP も本人を人として尊重しつつ意思決定を支援することを要点としている。これは臨床倫理の中心的な課題である。そのため、意思決定支援に際しては臨床倫理のガイドラインに沿ってそのプロセスをたどることが重要である。

まず、厚生労働省「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」<sup>31)</sup>を参照する。厚労省は意思決定支援に関して、2015年に「終末期医療」に代わる用語として「人生の最終段階における医療」という用語を導入した。同省は、この用語は「最期まで尊厳を尊重した人間の生き方に着目した医療という意味である」<sup>32)</sup>と説明している（註3）。つまり、従来は医学的な判断によって提供されてきた EOL ケアについて、新たな時代においては医学的な情報を基礎にしつつ、一人ひとりの尊厳を尊重し、各人の「生き方」に照らして検討すべきというパラダイム・シフトが図られたといえる。

同ガイドラインに沿って意思決定プロセスを適切にたどれば、本人の尊厳を損なう医療行為の不開始（差し控え）および一旦開始した治療を終了することも選択肢となる。尊厳を損なう医療行為とは、その治療の

実施や継続によって本人が自尊感情や自己肯定感を損なう治療法といえる。

また、同ガイドラインは患者・家族側と医療・ケアチーム側が徹底した合意主義によって意思決定すること、および緩和ケアと ACP の実施を推奨している。

日本老年医学会は「高齢者ケアの意思決定プロセスに関するガイドライン」<sup>33)</sup>と「立場表明 2012」<sup>34)</sup>を公表している。これらはいずれも上記の厚労省ガイドラインと同様の趣旨でまとめられている。「立場表明 2012」は、高齢者の EOL ケアは「本人の満足をものさしに」すべきとしている。まさに、本人の尊厳を重視した表現といえるだろう。

こうして本人を人として尊重した意思決定支援は患者の権利擁護につながる。患者の権利については日本に法律やガイドラインはないが、世界標準の考え方として、日本医師会も加盟している世界医師会「患者の権利に関するリスボン宣言」<sup>35)</sup>が参考になる。それによると、治療法の選択に関して本人の意思が尊重される権利および緩和ケアを受ける権利、尊厳が維持され心地よい (comfortable) 最期のプロセス (dying process) を過ごす権利などが基本的な患者の権利として謳われている。

なお、2007 年に厚労省が EOL ケアの意思決定プロセスに関して最初のガイドラインを公表した後、日本老年医学会、日本救急医学会、日本集中治療医学会、日本循環器学会、日本透析医学会等が厚労省ガイドラインの趣旨に沿って EOL ケアの意思決定プロセス・ガイドラインあるいは提言を公表した。これらのガイドライン・提言に沿って意思決定を支援した結果として人工呼吸器や胃ろう栄養法を含む人工的水分・栄養補給法、透析療法などを終了して看取った事例について、警察・検察が介入したケースは 2022 年までの 15 年間でゼロである。厚労省と各医学会のガイドライン・提言の存在、およびそれらに沿った臨床実践が社会環境を変化させたといえる。

民事訴訟について心配する医療者もいるが、これらのガイドライン・提言に沿って本人・家族等と SDM のプロセスをたどるということは、本人・家族等の理解と納得を得つつ意思決定を支援するということであり、それは訴訟リスクの低減にもつながるといえる。

ここでも、上述のように、対話の記録が重要となる。

## おわりに一チーム医療の重要性

多忙な臨床現場において、医科学の知見を適宜更新し、適切に診断し治療法の選択肢と各選択肢のメリットとデメリットを挙げ、一人ひとりの患者を固有の人生を生きるひとりの人として尊重しつつ傾聴に努め、家族ケアも行いながら、患者の人生の物語りの視点から意思決定支援を行うことは、難易度の高い仕事である。達成するためには優れた医療・ケアチームが必要になる。

各専門職は相互に敬意を払いチームとして共通の目的に向かって協働し、当該患者にとって最善の選択は何か、患者・家族等とともに考えることが求められている。これは個別の患者の物語りに合った選択肢を工夫するために専門職チームが創造性を発揮する場面でもある。

こうした姿勢で対応すると、相互理解が深まり信頼関係が醸成される。信頼関係が厚くなればなるほど意思決定の難易度は下がる。患者の視点からよりよい意思決定が実現でき、最期まで本人らしく生きることを支援できたと実感できると、医療・ケアチームも仕事の充実感と達成感を得ることが期待できる。これはチーム力の強化にもつながる。このような日常臨床の好循環は現場に倫理的な組織文化を醸成すると考える。

## 【註】

### 1. 「透析の終了」

本稿では、適切な医学的判断を踏まえ、本人の意向を尊重し、厚生労働省や各医学会のガイドライン・提言に沿って適切に意思決定プロセスをたどり、家族等の了解も得たうえで、一旦開始した透析療法を終えることについて「透析の終了」という用語を使用する。英語圏では“withdrawal of dialysis”や“withdrawal from dialysis”が使われ、これについて日本では「透析の中止」と言われてきたが、「中止」は「途中でやめること、また、何らかの事情によって予定していたこ



とがらを取りやめること、本来行うべきであったことが行えなくなったこと」を意味している。つまり、適切な意思決定プロセスを経た判断によって透析療法をやめることは「中止」ではないので、「中止」ではなく「終了」という用語を使用している。これは下記の文献1「CKMの考え方と実践（ガイド）」で採用された用語法である。

## 2. 「物語り」と「物語」

医療とケアの分野においてこの2つの表現は同一の意味で使用されることが多い。いずれが選択されるかは研究者によるが、「物語り」を使用する研究者は「語る」という動詞に力点を置いている。

## 3. 「人生の最終段階における医療・ケア」, 「エンドオブライフ・ケア」, 「末期」

本稿では「終末期医療/終末期ケア」という用語を使用せず、意思決定支援に関しては、「人生の最終段階における医療」または「人生の最終段階における医療・ケア」という用語を使用している。また、「人生の最終段階における医療・ケア」は「エンドオブライフ・ケア (end-of-life care: EOLケア)」と同義として扱う。背景として、厚生労働省が意思決定支援に関しては、身体の状態について医学的に判断する「終末期」という用語に代えて、最期まで尊厳を尊重した人間の生き方に着目した医療・ケアという意味で「人生の最終段階における医療・ケア」という用語を使うようになったということがある。また、国際的にも“terminal care”から“end-of-life care”へと概念・用語が移り変わってきているということもある。なお、医学的な見地から「疾患の末期」を指す場合には、現在、「終末期」あるいは「末期」という用語が一般に使用されているが、紛らわしさを低減するために、本稿では「末期」を使用している。この用語法も註1と同様に下記の文献1「CKMの考え方と実践（ガイド）」で採用されている。

本稿はAMED研究開発課題「高齢腎不全患者に対する腎代替療法の開始/見合わせの意思決定プロセスと最適な緩和医療・ケアの構築」(研究開発代表者: 川崎医科大学腎臓・高血圧内科学教授 柏原直樹) の研

究成果である。

著者のCOI (Conflicts of Interest) 開示: 本論文発表内容に関連して特に申告なし

## 文献

- 1) 日本医療研究開発機構 (AMED) 長寿科学研究開発事業「高齢腎不全患者に対する腎代替療法の開始/見合わせの意思決定プロセスと最適な緩和医療・ケアの構築」研究班: 高齢腎不全患者のための保存的腎臓療法—conservative kidney management (CKM) の考え方と実践, 東京医学社, 2022.
- 2) 中元秀友, 秋野公造: やさしい腎代替療法, 西村書店, 2018.
- 3) 日本透析医学会: 2020年慢性透析療法の現況. わが国の慢性透析療法の現況. <https://docs.jsdt.or.jp/overview/index.html> (accessed 2022-8-10).
- 4) 新田孝作, 政金生人, 花房規男ほか: わが国の慢性透析療法の現状. 透析会誌 2020; 53: 579-632.
- 5) Morley JE, Vellas B, van Kan GA, Anker SD, Bauer JM, Bernabei R, et al.: Frailty consensus: A call to action. J Am Med Dir Assoc 2013; 14: 392-397.
- 6) Pal LM, Manning L: Palliative care for frail older people. Clin Med 2014; 14: 292-295.
- 7) 厚生労働科学研究費補助金 (長寿科学総合研究事業) 高齢者に対する適切な医療提供に関する研究 (H22-長寿-指定-009) 研究班, 日本老年医学会, 全国老人保健施設協会, 日本慢性期医療協会: 「高齢者に対する適切な医療提供の指針」, 2013. [https://www.jpn-geriat-soc.or.jp/proposal/pdf/geriatric\\_care\\_GL.pdf](https://www.jpn-geriat-soc.or.jp/proposal/pdf/geriatric_care_GL.pdf) (accessed 2022-8-16).
- 8) 日本腎臓学会, 日本透析医学会, 日本腹膜透析医学会, 日本臨床腎移植学会, 日本小児腎臓病学会編: 腎代替療法選択ガイド 2020, ライフサイエンス社, 2020.
- 9) Kurella Tamura M, Covinsky KE, Chertow GM, Yaffe K, Landefeld CS, McCulloch CE: Functional status of elderly adults before and after initiation of dialysis. N Engl J Med 2009; 361: 1539-1547.
- 10) Jassal SV, Chiu E, Hladunewich M: Loss of independence in patients starting dialysis at 80 years of age or older. N Engl J Med 2009; 361: 1612-1613.
- 11) 谷澤雅彦, 柴垣有吾: 日本人透析患者, 特に高齢者は導入後早期死亡が高く, 身体活動度と強く関連する一予後良好であるはずの日本人透析患者のジレンマ. 聖マリアンナ医科大学雑誌 2016; 44: 7-12.
- 12) Walker SR, Gill K, Macdonald K, Komenda P, Rigatto C, Sood MM, et al.: Association of frailty and physical function in patients with non-dialysis CKD: A systematic review. BMC Nephrology 2013; 14: 228.

- 13) Davison SN, Levin A, Moss AH, Jha V, Brown EA, Brennan F, et al: Executive summary of the KDIGO Controversies Conference on Supportive Care in CKD: developing a roadmap to Improving quality care. *Kidney Int* 2015; 88: 447-459.
- 14) Alberta Health Services, Conservative Kidney Management: CKM Booklet. 2016. <https://www.ckmcare.com/>
- 15) Oxford University Hospitals NHS Foundation Trust Oxford Kidney Unit: A Guide to Conservative Kidney Management - Information for Healthcare Professionals. 2021. <https://www.ouh.nhs.uk/patient-guide/leaflets/files/37843Pmanagement.pdf>
- 16) Morton RL, Webster AC, McGeechan K, Howard K, Murtagh FE, Gray NA, et al: Conservative management and end-of-life care in an Australian cohort with ESRD. *Clin J Am Soc Nephrol* 2016; 11: 2195-2203.
- 17) Verberne WR, Geers AB, Jellema WT, Vincent HH, van Delden JJ, Bos WJ: Comparative survival among older adults with advanced kidney disease managed conservatively versus with dialysis. *Clin J Am Soc Nephrol* 2016; 11: 633-640.
- 18) Verberne WR, Dijkers J, Kelder JC, Geers ABM, Jellema WT, Vincent HH, et al: Value-based evaluation of dialysis versus conservative care in older patients with advanced chronic kidney disease: a cohort study. *BMC Nephrology* 2018; 19: 205.
- 19) Ren Q, Shi Q, Ma T, Wang J, Li Q, Li X: Quality of life, symptoms, and sleep quality of elderly with end-stage renal disease receiving conservative management: a systematic review. *Health Qual Life Outcomes* 2019; 17: 78 (doi: 10.1186/s12955-019-1146-5).
- 20) Wongrakpanich S, Susantitaphong P, Isaranuwachai S, Chenbhanich J, Eiam-Ong S, Jaber BL: Dialysis Therapy and Conservative Management of Advanced Chronic Kidney Disease in the Elderly: A Systematic Review. *Nephron* 2017; 137: 178-189.
- 21) Lunney M, Bello AK, Levin A, Tam-Tham H, Thomas C, Osman MA, et al: Availability, Accessibility, and Quality of Conservative Kidney Management Worldwide. *Clin J Am Soc Nephrol* 2020; 16: 79-87.
- 22) 日本透析医学会：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. *透析会誌* 2020; 53(4): 173-217.
- 23) 会田薫子, 大賀由花, 齋藤 凡, 田中順也：「高齢腎不全患者に対応する医療・ケア従事者のための意思決定支援ツール」, AMED「高齢腎不全患者に対する腎代替療法の開始/見合わせの意思決定プロセスと最適な緩和医療・ケアの構築」研究班 (研究代表者：柏原直樹). <https://www.l.u-tokyo.ac.jp/dls/cleth/tool.html> (accessed 2022-8-10).
- 24) 会田薫子：臨床倫理の基礎. 臨床倫理の考え方と実践—医療・ケアチームのための事例検討法, (清水哲郎, 会田薫子, 田代志門編), 東京大学出版会, 2022.
- 25) Kleinman A: *The Illness Narratives—Suffering, Healing and the Human Condition*, Basic Books, New York, 1988. (『病いの語り—慢性の病いをめぐる臨床人類学』, 江口重幸・五木田紳・上野豪志訳, 誠信書房, 1996).
- 26) Greenhalgh T, Hurwitz B: *Narrative Based Medicine—Dialogue and Discourse in Clinical Practice*, BMJ Books, London, 1998. (『ナラティブ・ベイスト・メディスン—臨床における物語りと対話』, 斎藤清二・山本和利・岸本寛史訳, 金剛出版, 2001).
- 27) Charon R: *Narrative Medicine—Honoring the Stories of Illness*, Oxford University Press, New York, 2006. (『ナラティブ・メディスン—物語能力が医療を変える』, 斎藤清二・岸本寛史・宮田靖志・山本和利, 医学書院, 2011).
- 28) Liu CJ, Yeh TC, Hsieh MH, Woung LC, Huang SJ, Chen MC, et al: A Worldwide Bibliometric Analysis of Publications on Advance Care Planning in the Past 3 Decades. *American Journal of Hospice and Palliative Medicine* 2020; 37 (6): 474-480 (doi: 10.1177/1049909119886305).
- 29) Chen SY, Lin CP, Chan HY, Martina D, Mori M, Kim SH, et al: Advance care planning in Asian culture. *Jpn J Clin Oncol* 2020; 50 (9): 976-989.
- 30) 日本老年医学会：「ACP 推進に関する提言」. 2019. <https://www.jpn-geriat-soc.or.jp/proposal/acp.html> (accessed 2022-8-12).
- 31) 厚生労働省：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. 2018. <https://www.mhlw.go.jp/file/04-Houdouhappyou-10802000-Iseikyoku-Shidouka/0000197701.pdf> (accessed 2022-8-16).
- 32) 厚生労働省：「“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」をご存知ですか?, 2015年3月. <https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-10800000-Iseikyoku/0000078983.pdf> (accessed 2022-8-16).
- 33) 日本老年医学会：高齢者ケアの意思決定プロセスに関するガイドライン. 2012. <https://www.jpn-geriat-soc.or.jp/proposal/guideline.html> (accessed 2022-8-16).
- 34) 日本老年医学会：「高齢者の終末期の医療およびケア」に関する日本老年医学会の「立場表明」2012. <https://www.jpn-geriat-soc.or.jp/proposal/pdf/jgs-tachiba2012.pdf> (accessed 2022-8-16).
- 35) World Medical Association: WMA Declaration of Lisbon on the Rights of the Patient. <https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-lisbon-on-the-rights-of-the-patient/> (accessed 2022-8-16).