

保存的腎臓療法の情報提供に関わる透析 professional のあり方

岡田 一 義
川島病院

キーワード：保存的腎臓療法，透析 professional，アドバンス・ケア・プランニング，共同意思決定，腎代替療法（要旨）

透析 professional は，アドバンス・ケア・プランニング（advance care planning: ACP）と共同意思決定（shared decision making: SDM）を理解し，わが国の法律や社会状況を熟慮して作成した「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」に準拠して，保存的腎臓療法（conservative kidney management: CKM）の情報を適切な時期に提供することが求められている。医療チームは，透析の開始が必要になった時点で患者が腎代替療法（renal replacement therapy: RRT）を選択しない場合に CKM の情報を提供するが，6 か月以内に透析の開始が必要になると予測した患者が RRT を選択しない場合には，RRT の開始に伴う不安や精神的・社会的問題を抱えている時には，これらを解決するための介入を検討する。透析 professional は，コミュニケーションスキルを駆使し，患者の真意を見抜いて対応することが重要である。尿毒症症状の出現により透析を受け入れると判断した患者に対しては，行動変容を促すために患者の気持ちを考えながら関わり，物語りを自己修正するように支援する。一方，透析を受け入れないと判断した患者に対しては，家族らと医療チームとの ACP を促すとともに，患者・家族らとの話し合いを通じて，患者の利益に資する方策を模索する。繰り返しの話し合いにより，患者が事前指示書を提出したり，患者・家族らが透析の見合わせを申し出た時には，医療チームは CKM の情報提供を検討する。透析 professional は，より良質な医療とケアを提供するために，ACP の実施体制を整備するとともに，SDM を実施する際には関係者全員の合意形成を目指し，尊厳生の立場で患者が人生を全うできるように支援する。

はじめに

厚生労働省がよりよい終末期医療を実現して最善の医療とケアを作り上げるために，医師の十分な説明を基盤として，医療従事者による適切な情報の提供と説明，医療従事者と患者との話し合い，患者本人による決定，医療チームによる医療行為の開始・不開始・変更・中止の判断および緩和ケアの提供を重要な原則とし，共同意思決定（shared decision making: SDM）の概念を盛り込んだ「終末期医療の決定プロセスに関するガイドライン」¹⁾を 2007 年に公表した。

わが国には，延命治療を見合わせた医師を免責する法律は規定されておらず，日本透析医学会は，医療現場の状況から透析の見合わせに関する意思決定プロセスを示さなければならない時期に来ていると判断し，厚生労働省のガイドラインに準拠して，終末期患者に限定し，認知症自体を対象外とした「維持血液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」を 2014 年に公表した²⁾。2016 年に実施した全国規模実態調査で，見合わせた患者の約 90%が高齢者，約 50%が認知症であった。また，医療チームは，終末期ではない高齢者らからの透析見合わせの申し出により，難しい判断を迫られ，苦悩していることも判明した³⁾。厚生労働省は，最期まで尊厳を尊重した人の生き方に着目した医療を目指すために，2015 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」⁴⁾に名称を変更し，2018 年には，高齢多死社会の進行に伴う在宅や施設における療養や看取りの需要の増大なども背景に，アドバンス・ケア・プランニング（advance care planning: ACP）の概念を盛り込んだ「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」⁵⁾に改訂した。また，認知症の人や意思決定が困難な人が自らの意思に基づいた日常生活や社会生活を送れるように，2018 年に「認知症の人の日常生活・社会生活における意思決定支援ガイドライン」⁶⁾，2019 年に「身寄りがいない人の入院及び医療に係る意思決定が困難な人への支援に関するガ

イドライン⁷⁾も公表した。

2020年、日本透析医学会は、ACPとSDMを重要視し、すべての末期腎不全(end-stage kidney disease: ESKD)患者を対象とした「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」に改訂した⁸⁾。

本提言では、conservative kidney management (CKM)を保存的腎臓療法と和訳し、ESKDの透析によらない治療とケア、ESKDを慢性腎臓病(chronic kidney disease: CKD)ステージ5ではなく腎臓の代償機構が破綻して尿毒症症状が出現した状態と定義した。

CKMは、透析の恩恵を受ける可能性が低い患者および/または透析の見合わせを選択する患者の適切な治療選択肢として認識されている諸外国もあるが、その概念化および実施方法には依然として大きなばらつきがある⁹⁾。

本稿では、腎代替療法(renal replacement therapy: RRT)選択に関わる透析 professional によるCKMの情報提供について、私が考えるあり方を述べる。

I. ACP

人生の最終段階において残された貴重な時間に患者がやりたいことを引き出し、その人らしく最期の時を生きる尊厳生¹⁰⁾を実現するために、意思決定ができなくなる時に備え、患者を主体にその家族ら、医療チームが事前に医療とケアについて繰り返し話し合い、患者の意向を最大限に尊重し、価値観などに沿った医療とケアを具体化し、将来の意思決定を支援するプロセスである¹¹⁾。ACPの実施は、事前指示書の作成、代諾者の指定、あるいは特定の医療行為の開始や見合わせの決定につながり、ACPは患者の価値観、目標、選好に合致した医療とケアを目指すSDMのプロセスを促進するため、患者の自律と家族らの心の準備ができ、両者の満足感の向上につながる¹²⁾。

II. SDM

医療には不確実性があり、複数の選択肢がある場合に、患者と医療チームが協働して患者が最良の医療とケアの決定を下すために繰り返し話し合うプロセスである¹³⁾。すべての選択肢情報(メリット、デメリット)を提供された患者が希望する医療と、エビデンスに基づく最善の医療が異なることもあり、医療チームは患者の物語りを引き出して傾聴し、価値観、意向、希望、期待、懸念事項などを把握したうえで、患者目線で最善と思われる選択肢も提案する。最終的に患者が自分にとって最良の決定を下し、関係者全員(患者・家族

ら・医療チーム)がその意思決定過程を共有して合意することが重要である。また、医療チームは、介護従事者(介護福祉士、介護支援専門員ら)と目標を共有し、家族らと複数の職種による共同作業で、患者の自主性を高め、人生に希望や意義を見出し、精神的な平穏が得られるように支援する。

III. 米国におけるCKMの情報提供、共同意思決定および透析見合わせの現状

1991年、全州で終末期患者の意思を尊重した延命治療の見合わせに関する法律が規定された。透析の見合わせに関する診療ガイドラインが、2000年に「Clinical Practice Guideline Shared Decision-Making in the Appropriate Initiation of and Withdrawal from Dialysis」が公表され¹⁴⁾、2010年に改訂された¹⁵⁾。推算糸球体濾過量(estimated glomerular filtration rate: eGFR)が15 mL/min/1.73m²未満でRRTとCKMの情報を提供し、eGFR 11.7 mL/min/1.73m²と比較的早期にCKMを選択している現状がある¹⁶⁾。また、透析患者ではACPはあまり普及しておらず、透析の継続中止は、一般的には生存が著しく制限される急性疾患の状況において、代理人によって行われている¹⁷⁾。これらの影響により、透析の継続中止による死亡は23%(2015年)で、心血管病、感染症に次ぐ3番目に多い死因であった¹⁸⁾。

IV. わが国におけるCKMの情報提供、共同意思決定および透析見合わせの現状

前提言は、透析見合わせに関するSDMのプロセスを提示したが、CKMに関する情報提供プロセスには触れなかった。日本透析医学会ホームページWADDA systemによる統計調査データ解析により、透析の継続中止による死亡(治療拒否+治療見合わせによる集計)は2018年1.0%、2019年0.9%であり、米国と比較して著しく少なかった。

意思決定能力を有する患者には、人生の最終段階にあるかどうかにかかわらず、知る権利と説明を受けて自らの意思に基づき、医療を受ける権利と拒否する権利があり、医療チームは、すべての情報を提供しなければならないが、患者の病状や理解度を総合的に判断して、その時期、方法、程度、内容について適切に説明することも求められている。どのような状態が人生の最終段階かは透析関連合併症と他の疾病を含めた全身状態を踏まえて医師が適切かつ妥当に判断する。人

表 1 透析の見合わせについて検討する状態

1. 透析を安全に施行することが困難であり、患者の生命を著しく損なう危険性が高い場合
①生命維持が極めて困難な循環・呼吸状態などの多臓器不全や持続低血圧など、透析実施がかえって生命に危険な状態
②透析実施のたびに、器具による抑制および薬物による鎮静をしなければ、安全に透析を実施できない状態
2. 患者の全身状態が極めて不良であり、かつ透析の見合わせに関して患者自身の意思が明示されている場合、または、家族らが患者の意思を推定できる場合
①脳血管障害や頭部外傷の後遺症など、重篤な脳機能障害のために透析や療養生活に必要な理解が困難な状態
②悪性腫瘍などの完治不能な悪性疾患を合併しており、死が確実にせまっている状態
③経口摂取が不能で、人工的水分栄養補給によって生命を維持する状態を脱することが長期的に難しい状態

生の最終段階にはないが、透析を必要とする患者が透析を見合わせた場合には、数日から数週で死亡するため、医療チームは ESKD 患者から透析見合わせの申し出があった時には、医師が生命維持のために透析を永続的に必要とする ESKD と診断し、患者・家族らが理解し納得した時点から医学的な人生の最終段階が始まる。

医療チームが CKM の情報を患者に提供することにより、選択する患者数が増加することが危惧される。人生の最終段階にある患者の意思を尊重した延命治療の見合わせを規定した法律がないわが国でも、末期悪性腫瘍の場合には、治療をするよりもしないほうが、延命期間が長い可能性もあり、その選択肢の情報提供は早期ステージでも行われている。一方、ESKD では、透析を開始したほうが見合わせるよりもほとんどの患者で生存期間は長く、治療（透析）をしない選択肢の情報提供時期は、悪性腫瘍と CKD のステージでは異なると考える。RRT の情報を提供された人生の最終段階にはない eGFR 15 mL/min/1.73m² の患者が、医療チームの前では RRT 選択の意思を表示せず、家族らには透析を受けたくないが、症状が出れば受け入れると話をしていた場合、腎機能がさらに低下し医療チームから CKM の情報を提供されたことがきっかけで、その情報を知らなかった患者が透析の開始が必要ではない時期に CKM を選択し、透析の開始が必要な状態になっても意思を変更せず、SDM で家族らが合意せずに死亡した時、遺族から、医療チームによる CKM の情報提供がなければ人生を全うできたと訴訟される可能性は否定できない。ESKD の自然経過の情報提供と CKM の情報提供が意味する内容は異なり、わが国における CKM に関する司法判断はなく、情報提供の時期と伝え方によっては死を教唆したと判断される可能性もあり、慎重な対応が必要と考える。

新提言では、わが国の法律と社会状況を熟慮して、CKM の情報提供時期を示した。透析の開始が必要ではない時点において、患者自らが医療チームに事前指示書を提出した時、患者・家族らが透析の見合わせを

申し出た時、医療チームが透析の見合わせについて検討する状態（表 1）⁸⁾ と判断した時に CKM の情報提供を検討し、透析の開始が必要な時点において、患者が RRT を選択しない時および患者・家族らから透析見合わせの申し出があった時に医療チームから CKM の情報を提供する。CKM の情報を提供した後は、患者・家族らとともに SDM のプロセスに準じて対応する。患者が CKM を選択した時には、医療チームは、患者の価値観や意向などを理解し、患者が納得できる人生を送ることが望ましいことを十分話し合うことによって関係者全員の合意形成を目指し、患者が最終的に最良の選択を行えるように支援する。

V. わが国における CKM の情報提供に関わる透析 professional のあり方

医療法、医師・看護職・臨床工学技士の倫理綱領、医師の職業倫理指針から考える、透析 professional の CKM における基本的姿勢は、尊厳生¹⁰⁾ の立場で、患者の心身の状況を理解してその状況に応じた良質な医療とケアを提供し、患者が CKM を選択しても最期までその人らしく生を全うできるように支援することである。

RRT を選択しない意思決定をした患者のほとんどが辛苦に耐えがたい尿毒症症状を経験すると苦痛の緩和のために、意思を変更し、RRT を受け入れる現状がある。近い将来に RRT を開始すると思われる時点で、医療チームは RRT についての情報と ESKD の自然経過を説明し、患者がそれぞれの RRT の利益と不利益および RRT を行わないことの利益と不利益を理解できるまで話し合いを継続し、透析の開始が必要な時点で患者が RRT を選択しない場合に CKM の情報を提供すると新提言で示した。近い将来と透析の開始が必要な時点を明確に定義していないが、前者は 1 年以上 10 年未満を想定する。後者は、腎不全症候（症状、程度）および腎機能（eGFR、血清クレアチニン濃度）に

よる判断は医療従事者で一致するとは限らず、医療チームの話し合いにより患者毎にその時点かどうか判断する必要がある。6か月以内に透析の開始が必要になると予測した患者がRRTを選択しない場合には、医療チームは、患者の生活全体を把握し、RRTの開始に伴う不安や精神的・社会的問題を抱えている時には、これらを解決するための介入を検討する。透析 professional は、良質な医療とケアを提供するコミュニケーションスキルを駆使し¹⁹⁾、患者の真意を見抜き、尿毒症症状の出現により透析を受け入れると判断した患者に対しては、行動変容を促すために患者の気持ちを考えながら関わり、物語りを自己修正して、透析を受け入れるように支援する。腎機能の悪化により、4週に1回の受診を2週に1回として関わりの回数を増加することは有用であり、透析を受け入れる患者のほとんどは受診間隔を短くすることに同意する。一方、透析を受け入れないと判断した患者に対しては、家族らと医療チームとのACPを促すとともに、患者・家族らとの話し合いを通じて、患者の利益に資する方策を模索し、期間を限定した透析の情報も提供する。繰り返しの話し合いにより、患者が事前指示書を提出したり、患者・家族らが透析の見合わせを申し出た時には、医療チームはCKMの情報提供を検討する。維持透析患者へのCKM情報提供時期も同様であるが、腹膜透析患者に対しては、病状変化によりバッグ交換回数の減少が可能であれば、この情報を提供することが重要である。

透析を開始した高齢者のほうがCKMを継続した高齢者より生命予後は良好であったが、病院に行かない日は有意差がなかった報告²⁰⁾や重症な合併症がある高齢者では、透析開始とCKMを比較しても、生命予後は同様であった報告があるが²¹⁾、透析 professional は、理解不足、痛みを伴う治療への不安、家族らへの迷惑、経済的負担などにより、透析の開始を拒否しやすい高齢者に対しては、高齢者の意思を尊重しながら、不安に思っていることや楽しいことを傾聴し、家族らとともに不安を解消し、人生を全うできるように支援しなければならない。

透析 professional は、SDMを実施した際には関係者全員の合意形成を目指し、その内容を文書化して共有する。患者がCKMを最終的に選択した場合、医療チームは、緩和ケアについて、患者・家族らへ十分説明し、今後予測される症状に対して実施する医療とケアについて事前に決定しておき、身体的苦痛・精神的苦痛・社会的苦痛・霊的苦痛に耳を傾け、全人的に患者を支援する。わが国では、患者がCKMを選択して

透析を見合わせた後の緩和ケアは充実しておらず、その内容とその実施については、在宅医も含めてこれから作りあげ、CKMの検証を通じた知見を集積しなければならない。

最後に

透析 professional は、より良質な医療とケアを提供するために、自施設におけるACPの実施体制を整備し、患者の理解力や認知機能が低下し始めた頃までには、患者・家族らにACPを促し、事前指示書の作成などにつなげることが重要である。わが国では、CKMの情報を知らない患者への情報提供は新提言に準拠して慎重に判断しなければならない。詳細は新提言を熟読していただきたい。

利益相反 (COI)：開示すべきものなし。

文献

- 1) 厚生労働省. 終末期医療の決定プロセスに関するガイドライン.
<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2007/05/dl/s0521-11a.pdf>
- 2) 日本透析医学会. 維持血液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 2014; 47: 269-85.
- 3) 岡田一義. 日本透析医学会「維持血液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」—その後の実態調査—. 透析会誌 2019; 34: 110-6.
- 4) 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.
<http://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-10800000-Iseikyoku/0000078981.pdf>
- 5) 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.
<https://www.mhlw.go.jp/file/04-Houdouhappyou-10802000-Iseikyoku-Shidouka/0000197701.pdf>
- 6) 厚生労働省. 認知症の人の日常生活・社会生活における意思決定支援ガイドライン.
<https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12300000-Roukenkyoku/0000212396.pdf>
- 7) 厚生労働省. 身寄りがない人の入院及び医療に係る意思決定が困難な人への支援に関するガイドライン.
<https://www.mhlw.go.jp/content/000516181.pdf>
- 8) 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: 173-217.
- 9) Davison SN, Tupala B, Wasylynyk BA, Siu V, Sinanajah A, Triscott J. Recommendations for the care of patients receiving conservative kidney manage-

- ment: Focus on management of CKD and symptoms. *Clin J Am Soc Nephrol* 2019; 14: 626-34.
- 10) 岡田一義, 今田聰雄, 海津嘉蔵, 他. 透析医への意識調査: 維持血液透析患者の悪性腫瘍終末期における透析中止について. *透析会誌* 2003; 36: 1315-26.
 - 11) Sudore RL, Lum HD, You JJ, et al. Defining Advance Care Planning for Adults: A Consensus Definition From a Multidisciplinary Delphi Panel. *J Pain Symptom Manage* 2017; 53: 821-32.
 - 12) 岡田一義. 透析患者の終末期ケア. *日医雑誌* 2019; 148: 469-73.
 - 13) Agency for Healthcare Research and Quality. SHARE Approach Workshop Curriculum. <https://www.ahrq.gov/health-literacy/professional-training/shared-decision/workshop/intro.html>
 - 14) Renal Physicians Association and American Society of Nephrology. Shared Decision-Making in the Appropriate Initiation of and Withdrawal from Dialysis. Clinical Practice Guideline Number 2, RPA, Rockville, MD 2000.
 - 15) Renal Physicians Association. Shared Decision-Making in the Appropriate Initiation of and Withdrawal from Dialysis. Clinical Practice Guideline. Second edition. Rockville, Maryland 2010.
 - 16) Wong SPY, McFarland LV, Liu CF, et al. Care practices for patients with advanced kidney disease Who forgo maintenance dialysis. *JAMA Intern Med* 2019; 179: 305-13.
 - 17) Berman N, Varma E. Palliative and end-of-life care in patients with ESRD. *Psychosocial Aspects of Chronic Kidney Disease. Exploring the Impact of CKD, Dialysis, and Transplantation on Patients* (Edited by Cukor D, Cohen SD, Kimmel PL). Academic Press, London, 2021: 335-53.
 - 18) Saran R, Robinson B, Abbott KC, et al. US Renal Data System 2018 Annual Data Report. *Am J Kidney Dis* 2019; 73: S1-772.
 - 19) 岡田一義. 良質な医療とケアを提供するコミュニケーション Bible. 東京: 東京医学社, 2021.
 - 20) Carson RC, Juszczak M, Davenport A, Burns A. Is maximum conservative management an equivalent treatment option to dialysis for elderly patients with significant comorbid disease? *Clin J Am Soc Nephrol* 2009; 4: 1611-9.
 - 21) Chandna SM, Silva-Gane MD, Marshall C, Warwicker P, Greenwood RN, Farrington K. Survival of elderly patients with stage 5 CKD: comparison of conservative management and renal replacement therapy. *Nephrol Dial Transplant* 2011; 26: 1608-14.