

# 公立福生病院における腎代替療法選択の実際と透析非選択患者の経験

中林 巖 植木博子 濱耕一郎

公立福生病院腎臓病総合医療センター

key words : 高齢社会, 腎代替療法選択, 保存的腎臓療法 (CKM), 共同意思決定 (SDM), チーム医療

## 要 旨

維持透析患者の高齢化が進み、透析開始後の患者の生活の質 (QOL) の低下や家族の疲弊などが問題となっている。また、腎以外の臓器合併症を持つ患者の増加などから、透析医療の分野では広範囲にわたる疾患管理も必要となった。腎代替療法選択の分野においても、後悔の少ない納得いく選択ができるよう、医療者と患者が共同して意思決定を行っていく共同意思決定の手法が重要視され、実施されつつある。それらを受けて、当院腎センターでも紆余曲折を経て現在では慢性腎臓病 (CKD) のステージにより、3期の療法選択外来を設けている。eGFR<30で行われる前期療法選択外来では、主に腹膜透析 (PD) と移植について、eGFR<20の後期療法選択外来では、血液透析 (HD) について (時にPDも) 説明し患者、家族と共に考え、決定を支援している。最終療法選択外来で、患者の意思決定を行い、血液透析選択患者にはHDを開始する。透析医療を選択されなかった患者は、保存的腎臓療法を継続し、溢水の予防と貧血治療に重点をおく外来診療を実施している。2018~2020年の間にCKMから尿毒症で死亡した13例について終末期の状況を検討したところ、半数以上の患者が酸素や鎮静薬の投与が不要であった。CKM患者の管理についてはまだまだ改善を尽くす余地があるものの、通説のイメージとは異なる終末像の可能性があった。早期から複数回療法選択に着手することにより、PDや移植の選択率が上がり、考える時間を家族とも共有でき、繰り返し意思を

確認することで、自己意思の決定が可能であった。

## はじめに

我が国は現在、史上未曾有の高齢社会に突入している。65歳以上の人口比率は2021年に29.1%となり、世界一となった。近々に30%を超えると予想され、それは国民の1/3が高齢者ということになり、社会構造に大きな歪みを伴うことが予想されている<sup>1)</sup>。この高齢化の波は腎不全医療においても急速に広がりつつある。老老介護や独居人口の増加など社会構造の変化と併せて、慢性腎不全における原疾患の変化なども加わり、腎不全医療に従事する我々が対応する状況は、現在大きく変わりつつある。腎不全医療、特に腎代替療法選択の分野において、既存のプロセスのままで良いのだろうか? といった疑問を感じている医療者は多いと思う。世界中でも同様な問題が生じている中、「共同意思決定 (Shared Decision Making; SDM)」といった考えや手法が導入され<sup>1)</sup>、それが解決の一助となる可能性が指摘されている。公立福生病院腎臓病総合医療センター (以下、当院腎センター) においてもこの数年、上記のような患者環境の変化から療法選択に対する様々な改良工夫を行ってきた。

本稿では、当院腎センターの外来における腎代替療法選択の現時点での試みについて述べ、当院でも昨今増加しつつある透析非選択 (非導入) 患者に対する保存的腎臓療法 (Conservative Kidney Management; CKM) の経験とそれに対する検討を加え、併せて文献的考察を述べる。

## 1 腎不全患者の急速な高齢化とその問題点

1990年時点では透析導入患者の実に半数以上が60歳未満の中若年層であったが、約30年後の2019年には逆に半数以上が65歳以上の高齢者に替わった。特に女性では新規透析導入の最多年齢層が75~80歳となり<sup>2)</sup>、今後もこの高齢化の波は続くと思われる。透析導入期に腎疾患以外に複数の合併症を有する患者も多く、また生理機能や認知機能の低下、老年期うつなどの精神的な問題を同時に抱えている症例も多い。世界的にも先進国を中心に孤独や老老介護などの社会的孤立が近年問題化しており、それらが大きく健康を害する要因とする考えもある<sup>3)</sup>。

米国の介護施設入所中の約3,700人の透析患者に実施したコホート研究で、透析導入前後で日常生活動作(Activities of Daily Living; ADL)は有意に低下し、導入後1年間の死亡率が58%であったとする衝撃的な結果が報告された<sup>2)</sup>。また、オランダからのコホート研究でも、80歳以上の高齢者では何らかの腎代替療法を選択した患者が、保存的加療を選択した患者と比較して、統計的有意差をもって生存の利点を認めなかったという報告もなされた<sup>3)</sup>。つまり高齢者にとって透析医療などの腎代替療法はADLを低下させるだけでなく、生命予後にとっても大きな改善は得られない可能性があるとする報告が複数なされるようになり、末期腎不全になればほぼ自動的に透析を導入していた旧来からの方法ではうまく立ちいかなくなる可能性が指摘されてきている。諸外国からの報告が、我が国にもすべて適応できるかどうか疑問もあるが、少なくとも世界一の高齢社会に突入した我が国がここに目を背けていくことはできないと考える。

## 2 今までの療法選択、これからの療法選択

20年以上前の腎不全医療の現場では、腎代替療法に関して、選択困難な事例に直面することは少なかった。『わが国の慢性透析療法の現況』によれば<sup>2)</sup>、全透析患者における夜間血液透析患者比率は1991年では20%以上であったが、2019年では9.3%と激減していることから、仕事帰りに血液透析(hemodialysis; HD)を受ける患者がここ30年の間に激減していることがわかる。これはHD患者のADLが低下していることと関連しており、少なくとも我々が診療して

いるHD患者層は以前と全く異なるものになったということである。原疾患は糸球体腎炎が多かったため、腎以外の合併症を持つ患者は少なかった。以前に行われていた腎代替療法選択といえば、主に医療者の考えや能力によるところが大きく、あくまでも医療者が主で患者側は単純にそれに従うという構図ができあがっていたように思う。

前述の通り、原疾患の主流は生活習慣病に移ったことから、他の臓器に合併症を抱えている患者が増加し、透析患者の生存率も頭打ちとなった。ここ数年ではその糖尿病性腎症による末期腎不全の増加もピークをむかえ、代わって腎硬化症や不明例の増加が顕著となった。糸球体などの毛細血管レベルから細動脈以上の動脈レベルに病変の首座が移り、それは糸球体への血流低下という共通の病態に裏打ちされた加齢性変化を原因とする疾患が増加しているためであると考えられている。そのため透析を開始した時点ですでに進行した血管病変を併存している症例が多くなった。よって従来の療法選択を経由して、透析生活を開始したとしても、合併症の悪化やそれに伴う入院や生活制限による生活の質(Quality of Life; QOL)の低下などにより、透析を選択したことに後悔の念を抱く例もあり、諸外国からその点に関していくつか報告がなされ問題提起されている。つまり、医師や家族に勧められた選択を行い、本当の自分の意思と異なり透析を開始した患者は、自分自身で決定した患者より有意に後悔する人が多かったということが複数の論文で示されているのである<sup>4,5)</sup>。透析開始時に医師と予後について話し合い、リビング・ウィルの記載をした患者で後悔が少なかったとする報告もある<sup>5)</sup>。

よって20~30年前のようなパターンリズムの療法選択ではなく、医療者側から一方的に情報を提供し同意を得るインフォームドコンセントでもない、全く新しい手法が望まれている。そのため2000年前後から欧米においてSDMの考えが提唱され<sup>1)</sup>現在にいたっているが、その大きな理由は腎不全疾患における根治療法が未だないことに基因しており、根治療法がない以上どの療法を選択しても、それは代替療法の域を出ず、100%満足できる結果に至ることは少ないことによるのである。よってあくまでもその選択は患者の価値観で本人が決定するしかなく、我々医療者はそのプロセスや意思決定について最大限尊重すべきである

と思う。しかし、腎不全患者や家族にとって、どのような意思決定支援が効果的で実現可能なものであるかは明らかになっておらず、現在の腎不全医療現場において問題提起され始めたばかりである。

### 3 当院の療法選択の試み

これまで広く使用されてきた用語は違和感がぬぐえず、当院腎センター内では次のように変更し使用している。「透析導入」と「非導入」という言葉については、「導き入れる」「導き入れざる」という意味になり、以前のパターンリズムを想起させる。これはSDMの理念からは程遠い用語であると考え、我々は「透析導入」を「透析選択」または「透析開始」とし、「非導入」については「透析非選択」と表現し使用している。

我々は週1回（木曜日午前中）、腎代替療法選択だけの外来を実施しており、1患者に対して1~2時間かけて行っている。そこで実施している外来での要点を示す。

- (1) 療法選択の最終決定者は患者本人である。どの療法にもみられる長所と短所について十分説明する。本人より家族の意向を重視したり、我々医療者が本人を説得して療法選択をさせたりするようなことは行わないよう留意し、自己決定が後の自分自身にとって、極力後悔が少ない選択ができる支援を心がけている。
- (2) どの療法を選択しても、患者のみならず家族に与える影響は大きい。よって通常外来はもとより、療法選択外来では家族の付き添いを必須としている。
- (3) 根治に近い移植医療と残腎機能が保持できる腹膜透析は、他の療法に比べてQOLに与える負の要素が少ないと思われる。よって移植と腹膜透析はCKDステージG3bで療法選択外来を実施し、ステージG4で行う血液透析の説明時期と差異を作ることで、患者の理解が進むようにした。これらをもとに実施している療法選択の内容を示す

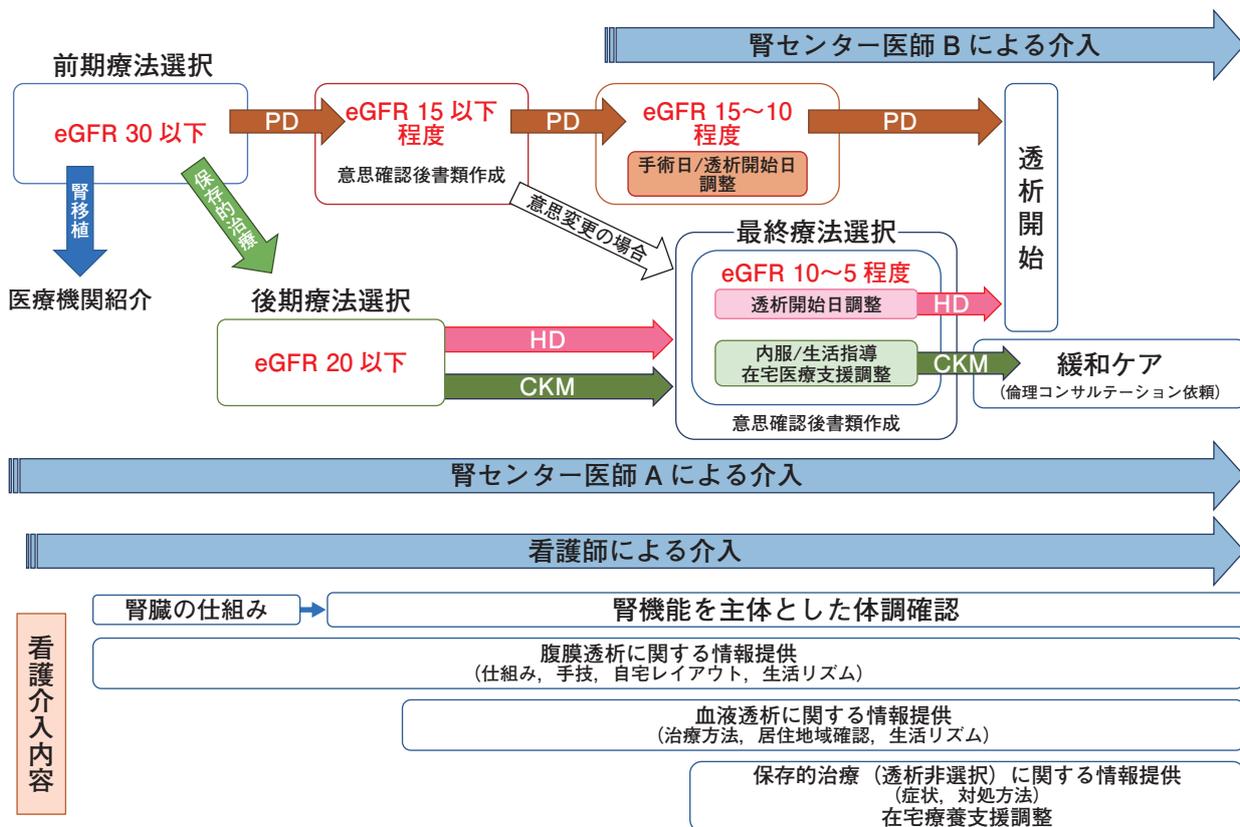


図1 当センターでの療法選択外来の概要

- ① 前期療法選択：eGFR<30以下で主にPDと移植について説明。
- ② 後期療法選択：eGFR<20以下で主にHDについて説明。
- ③ 後期療法選択外来で決定したことについて再確認するため「最終療法選択外来」を実施。医師Aは外来主治医であり、外来主治医ではない医師Bが最終療法選択外来で意思確認を行う。  
(PD：腹膜透析 Tx：腎移植 eGFRの単位は mL/min/1.73m<sup>2</sup>)

(図 1).

### 3-1 前期療法選択外来 (原則 eGFR30 mL/min/1.73m<sup>2</sup>)

未満で実施：以下、前期選択外来)

年齢、性別に関わらず、ここでは生体腎移植と腹膜透析 (Peritoneal Dialysis; PD) について説明を実施する。移植を選択した場合は移植可能施設へ紹介する。PD を選択した場合は、ステージ G5 初期で確実に PD が開始できる状態となるように逆算し、事前に準備を行う。どちらも選択しなかった場合は、そのまま保存的加療を継続し、腎機能保持に努める。

### 3-2 後期療法選択外来 (eGFR20 mL/min/1.73m<sup>2</sup> 未満)

で実施：以下、後期選択外来)

ここでは HD について説明し、先の HD を取り入れた人生と、取り入れない人生に関しての本人の意思確認を行う。患者の中には、透析とは一種の根治療法と考えがちで、期間限定で終了する医療ととらえるような誤解を生むことがある。またシャント穿刺痛や医療費などの単純な疑問や不安だけで、深く思慮することなく HD を忌避する例もある。よってこの外来ではまず、透析という代替療法を行わなければどのような自然経過の Trajectory (病の軌跡) をたどるかを説明するが、必然的に生命予後について言及せざるを得ない。HD に関する定型的な説明も行うが、非透析日の制限の話なども含めた生活全般に関する説明を行い、血液透析生活によって生じやすい QOL の低下なども余すことなく説明することを意識している。既存の合併症や今後生じうる透析関連合併症についても情報提供を行い、血液透析医療を取り入れた際の生活がどのようなようになるのか、これは HD を取り入れた生活に対しての認容度や価値観は個々の患者で全く異なるため、医療者と患者、家族とが共同で考え、患者や家族が具体的にイメージできるように解説を行っている。紹介患者の時期によっては、前期選択外来を経ない場合もある。また、医学的に PD ラストが最適と思える患者もあって、この後期選択外来においても PD を説明する場合もある。

特にこの後期選択外来では、多職種のスタッフ (医師、看護師、ソーシャルワーカー、栄養士) により、患者とその家族から、その思い、希望、不安など narrative な情報を傾聴し、医療者からの一方的な情報提

供にならないよう注意している。また後期選択外来後に、患者自身が悩みや迷いが増えることが多く、1 度の後期選択外来のみで意思決定がなされるケースは皆無である。そのため、引き続き一般外来での保存的加療は継続しつつ、毎回看護師が介入し、患者の思いを傾聴し、患者支援の態勢の構築や、新たに生じた様々な質問に答えるなどして対応している。この際、必要に応じて他職種による介入を依頼している。その中で本人の意思が固まっていき、最終療法選択外来に引き継がれる。

### 3-3 最終療法選択外来 (以下、最終選択外来)

1 人の医師のみの療法選択外来では、偏向が生じる可能性があるため、患者の意思が固まった後に、別の医師により、最終的な意思確認を行う外来を設けており、それを「最終選択外来」と称している。後期選択外来の後に HD を選択された患者と、血液透析非選択患者で CKM を希望された患者では以下のように対応する。

- (a) 血液透析選択患者：eGFR が 10 前後に達した時期に最終選択外来を行い、同時に HD を開始する時期を決定する。
- (b) 透析非選択患者：比較的すみやかに最終選択外来を行い、意思決定内容に変更がなければ緩和ケア中心の診療に焦点を移すことになる。

最終選択外来では closed question (回答を限定する質問) を避け、患者側が捉えている自身の病状について説明を促し、腎不全医療に対して十分理解した上での判断かどうか客観的に確認している。

HD のある人生を選んだ患者は、『末期腎不全療法選択同意書』を作成し記録として残している。透析非選択患者の場合はさらに『医療選択意思確認書』を記載するが、そこには単に透析を拒否する意向だけではなくその理由について自筆で書くことになっている。そして同一書面に家族の意見や考えなども可能な限り記載することにしていく。もちろん記載後の意思変更も可能であることを患者や家族に説明し、都度確認していくことは必要である。また、病院で記載することが困難な場合は、自宅で家族と共に話し合いの場を持ち、それぞれの思いを表現できるように時間の確保を促すこともある。

加えて、当院内の臨床倫理コンサルテーションチー

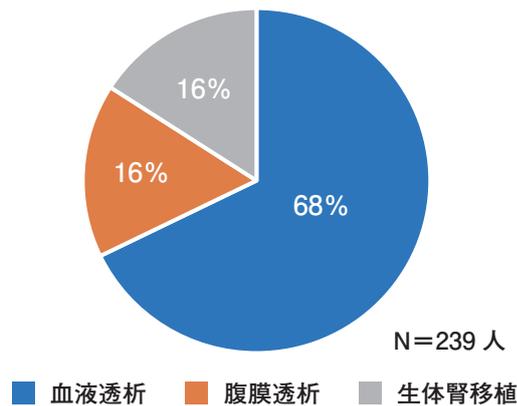


図2 当院腎センターでの療法選択の割合 (2013~2020年)

ム (腎センターチーム以外の医師, 看護師, ソーシャルワーカーなどで構成) に『医療選択意思確認書』を添えて提出し, 第三者的に意思決定プロセスにおける倫理的な問題の確認を行っている。

このような取り組みにおいて, 2013~2020年までの当院の各療法選択者の割合は, 全239人中HDが68%, PDが16%, 生体腎移植を実際に受けた方が16%であり, 我が国の平均的な割合と比較して腹膜透析と移植の比率が高かった (図2)。

#### 4 CKM患者の外来管理

CKM選択患者が高いQOLを保ちつつ快適に過ごすためには, 適切な外来管理が重要である。

すでにカナダからは細部にわたる recommendation<sup>6)</sup>が発行されているし, 同国のKidney Supportive Care Research Groupはウェブサイト<sup>7)</sup>において, 医療者や患者向けにCKM管理について情報提供を行っている。また, 我が国からもCKM管理に関するガイドラインが最近刊行された。詳細はそれらに譲るが, 当院腎センター外来においてCKM患者管理の重点項目は溢水予防, 貧血管理と考えている。溢水予防には塩分制限と水分制限が必須ではあるが, 過度の制限により患者のQOLを損ねては本末転倒である。ここは患者とよく話をして患者にとっての優先順位を決定していくことが望ましいと考える。後述する薬物療法では, 浮腫の程度によって多量のループ利尿薬を躊躇なく処方して対応している。

また貧血管理も最重要項目である。貧血になれば心拍数が増加し心負荷が増大する。また貧血によるQOLの低下のみならず, 脳, 心, 腎の虚血を招き, 合併症の増悪やさらなる腎機能の低下の原因になりえる。

我々は昨今, HIF-PH阻害剤も積極的に使用しているが, 訪問診療機関においても使用しやすくなっており, CKM患者にとって, 最適な貧血治療薬となる可能性があると考える。

#### 5 当院における透析非選択の死亡例 (13例)

透析非選択患者で尿毒症以外 (細菌性肺炎, 重症心不全, 敗血症, 間質性肺炎など) の原因で死亡した例を省いて, 2018~2020年の間でCKMを選択し最終的に死亡した13例を対象に解析検討した。

男女比は11:2で圧倒的に男性が多かった。糖尿病患者は7人 (53.8%)。死亡時年齢は71~86歳 (平均78.0±4.0歳) で, 最終eGFRは3.92±1.86 mL/min/1.73m<sup>2</sup>であった。外来で療法選択の説明を初めて受けてから死亡するまでの期間は平均12.6±7.0カ月であり, 24カ月を超えた症例も2人あった。最終的な意思確認からの生存期間は平均5.7±2.2カ月であった。84.6% (11人) に程度の差こそあれ認知機能低下がみられた。完全に意思疎通不能の患者は2人いたが, 最終的に家族がHDを選択しなかった。家族との意見が相違したケースは1例であった。家族は透析を強く希望したが, 本人が最後まで拒否したケースであり, 最終的には家族が本人の意思に同意した。このように患者と家族の意見が異なるケースはしばしば経験するが, そのような場合でも, 当院腎センターでは客観的な立場を重視し, あくまでも家族との話し合いの中で決定し, 本人意思を尊重した上での家族の総意として決定して欲しいことを伝えている。家族間に横たわる壁を越えて話し合われて決定された方向性は時間経過とともにさらにまとまっていく印象が強い。

また訪問診療に移行した後の在宅での死亡は2例のみであった。通院困難例で訪問診療を依頼する例もあったが, 最終的には当院での入院を希望する患者が多かった。在宅診療を希望したにもかかわらず, 病院に搬送された例は皆無であった。

また, 療法選択未決定の期間に選択が揺らぐ症例は数人みられた。死亡例の中では, 複数回意思変更があった症例が3人いた。また当初は血液透析を希望していたが, 途中で非選択に変更した症例も3人あった。意思変更の理由は, 時間経過とともに本人の意欲や, 家族のサポート態勢が失われたこと, 合併症の増悪などが原因であった。

一般的には尿毒症に陥ると、うっ血肺となり耐え難い呼吸苦を生じるといわれている。そのため、本邦ではHDを選択しない例が少ない。これは、最終的にはHDを導入しようとする医療者側の意識の根底にこういった病態への恐怖があるのではないかと思われる。ただ実際我々が経験した透析非選択患者の腎不全死の症例で、そのような耐え難い呼吸性の苦痛を生じた例は皆無であった。鎮静剤の使用も少なく、その適応もかなり限定的であった。実際8例(61.5%)の患者は鎮静剤を使用する必要がなかった。レボメプロマジン(ヒルナミン<sup>®</sup>)やヒドロキシジン(アトラックスP<sup>®</sup>)などの比較的軽い抗精神病薬の使用は各々2例ずつであった。レボメプロマジンは制吐作用もあり海外でもCKM患者の嘔気に推奨されている薬剤でもある<sup>6)</sup>。

ベンゾジアゼピン系薬剤を使用したのは計3例であり、ミタゾラム(ドルミカム<sup>®</sup>)が1例、ニトラゼパムが2例であった。いずれも呼吸苦による使用ではなく、不眠やレストレスレッグの症状緩和のためであり少量の使用に留めた。

溢水回避のための尿量確保も重要な緩和ケアの一つである。溢水になると低酸素血症から呼吸苦を生じかねない。13例中5例(38.5%)の患者は入院中一切、利尿薬を使用せずに経過した。残りの患者の8例のうち5例の患者は最終入院時にフロセミドの大量持続静注(1日100~300mg)を必要とした。柴垣らが述べているように腎不全患者ではアルブミン値が低い上に効果発現の場であるネフロンが減少しており、利尿効果を発揮するには、より高用量のフロセミドが必要になるとされている<sup>5)</sup>。当院腎センターにおける透析非選択の末期腎不全患者への溢水治療においては、外来ではアゾセミドを60~120mg経口投与、入院では60~80mgワンショットから100~300mgの持続投与を行っていて、全症例で効果を認めている。

酸素投与については、半数以上の7例(53.8%)が死亡直前まで酸素投与なしで経過した。3L/分以下の投与は4例(30.8%)であり、6~8L/分という高濃度の酸素が必要だったのは2例のみであったが、1例は高位脳障害を合併していた患者であり、1例は救急搬送された時にすでに心肺停止状態であった症例である。透析非選択患者の多くは死亡直前まで酸素投与の必要を認めないかまたは少量の酸素のみで経過することが

可能であった。

## 6 全般的考察

当院腎センターの療法選択外来の特徴は前期と後期というようなCKDのステージにより情報提供内容の違いを作ったことがあげられる。真っ先に前期選択外来で移植とPDを説明する理由についてであるが、より根治療法に近い移植については生体ドナーの選定や検査が必要になるためであり、PDについては残腎機能保持の観点から治療的側面が強調できることが利点であるため、腎機能がより残存している時期に説明したいという考えからである。それにより当院腎センターでは移植とPDの選択比率が高い傾向にあったと考えられる。当院腎センターは、ある療法に特化した説明を行うことで、患者を特定の療法に誘導することを行っているわけではないが、移植やPDの選択比率が他施設と比べても極めて高いことは大変興味深い。

また、療法選択外来を早期に実施するメリットは大きい。言うまでもなく腎臓病は末期のステージになるまで固有の症状が出現することは少ない。よって将来の自らの腎死や個体死について想像し、先々まで考えを巡らせることができる患者は極めて少ない。それゆえに早期から療法選択の外来において情報提供ができることは、患者にとって病態を把握し、将来の生き方を決定するための時間が得られるということであり、病と対峙する姿勢が伴ってくる患者も出てくる。透析選択者と非選択者合わせて99人の方々へのアンケート調査によるオランダの研究でも、多くの患者が決定により多くの時間が必要であり、より早期からの情報提供を強く希望していたとする結果が得られている<sup>7)</sup>。ステージG5の末期状態で初めて療法選択を迫られる状況では、やはり医療者側も焦りが出るし、患者や家族にとっても少ない時間の中で内容を理解し、療法を決定しないといけないため、最終的にはお任せの医療になり、医療者主導のパターナリズムに陥りやすくなると考えられる。

また通常の外来と異なる枠で実施することも、患者や家族に「今日の外来は何かいつもとは違うようだ」といった緊張感を与え、医療者側の説明を理解しようとする姿勢が生じてくる効果があるように思える。通常の外来と療法選択外来を明確に分けることで、医療者側も外来を効率的に行うことができる利点もあった。

表1 保存的腎臓療法 (CKM) を選択され尿毒症で死亡した患者の背景と諸所見  
(2018~2020年, N=13例)

男女比	11 : 2
糖尿病	7 (53.8%)
死亡時年齢	78.8 ± 4.1 歳 (71~86 歳)
死亡時の eGFR	3.92 ± 1.86 mL/min/1.73m <sup>2</sup> (1.9~9.6)
初めて療法選択説明を受けてからの生存期間	12.6 ± 7.0 月 (3~28 カ月)
最終療法選択からの生存期間	5.7 ± 2.2 月 (1~12 カ月)
eGFR10 以下になってからの生存期間	10.5 ± 4.1 月 (4~28 カ月)
eGFR15 以下になってからの生存期間	19.4 ± 8.3 月 (7~33 カ月)
認知症	11 (84.6%)
意思疎通不能	2 (15.4%)
在宅にて看取り	2 (15.4%)

家族同伴の効果も大きい。患者のみならず家族にも患者本人の病状把握が可能となり、その共通認識を得ることにより、家族がその後の患者の治療に積極的に関与するようになることもしばしば経験する。また昨今重要視されている人生会議 (Advance Care Planning; ACP) をして、患者の余生の送り方や終末期の対応に対しても家族内で考える時間を持つことができ、家族間で意見を交わす場の提供の契機となっていると感じられる。当院腎センターの療法選択の外来は、年間のべ約 100 回前後を数える。どの症例を取っても全く同じような患者や家族はいない。価値観や人生観、それぞれまで歩んできた人生すべてが異なっており、それぞれに異なる思いや医療への要望がある。我が国では透析患者の家族の負担やストレスに対する研究報告は未だ少ないが、諸外国では多くの研究報告があり、患者のみならず家族へのケアの必要性も問題とされている<sup>8)</sup>。腎代替療法選択の場で SDM を謳うのであれば、今後は我が国においても、家族に対する介入は極めて重要と考える。患者や家族の spiritual な思いや死生観などの考えにも通じる意思決定プロセスを共に歩むことが SDM の基本概念であり、当院腎センターで行われている療法選択外来の仕組みは適合していると思われる。

最終選択外来で、後期選択外来での意思を変更する例もある。透析のない人生を選んでいて患者が、透析のある人生に選び直すこともあるが、驚くことにその逆もまた同程度に見られるのである。そのため、療法選択の精度を上げていくために、時と場所や相手も変えながら、慎重に意思確認を行っている。

最終的に CKM を選択した患者の外来では、前述の通り、溢水と貧血に関する管理を重点的に介入し、少なくとも月に 1 回の外来通院を求めている。時に 1, 2

週ごとに 1 回受診する症例もあり、細やかな対応が必要なこともある。表 1 に記したように、我々の経験でも eGFR が 10 以下となっても平均 10 カ月、外来通院しながら生存できていた患者がいたことは大変意味があると思う。Engelbrecht らのメタ解析<sup>9)</sup>でも、透析非選択患者は確かに生命予後が透析選択者より短いものの、80 歳以上や合併症を有する患者においては、QOL や症状の負担、入院期間などに差がなかったことが明らかになっている。このような報告からも、これからは「何が何でも血液透析を導入する」という考えは成り立ちにくくなってきていると思う。Voorend らはシステマティックレビュー<sup>10)</sup>で、高齢者は透析選択者から非選択、CKM へ意思を変更するケースが多いと分析し、病態の変化にあいまって意思が変更しやすいため注意を傾けるべきであると述べている。このためには、チーム医療で取り組む意思決定支援が重要であり、その情報共有や地域連携なども視野に入れた実践が望ましいと思われる。

維持透析の父と称される B. Scribner 先生は「将来血液透析はそれを開始する意思決定と治療を中止する時の問題が出てくるだろう」と考えておられたようである<sup>11)</sup>。まさにこれは現代のわれわれに突き付けた予言の宿題ではないかと思う。腎代替療法に関して、未だに正解は見いだせていない。しかし時代の変化を感じながら臨機応変に進化をさせていく必要を強く感じている。

利益相反自己申告：申告すべきものなし

## 文 献

- Galla JH : Clinical practice guideline on shared decision-

- making in the appropriate initiation of and withdrawal from dialysis. *J Am Soc Nephrol* 2000; 11 : 1340-1342.
- 2) Tamura MK, Covinsky KE, Chertow GM, et al. : Functional status of elderly adults before and after initiation of dialysis. *N Engl J Med* 2009; 361 : 1539-1547.
  - 3) Verberne WR, Geers ABMT, Jellema WT, et al. : Comparative survival among older adults with advanced kidney disease managed conservatively versus with dialysis. *CJASN* 2016; 11 : 633-640.
  - 4) Berkhout-Byrne N, Gaasbeek A, Mallat MJK, et al. : Regret about the decision to start dialysis : a cross-sectional Dutch national survey. *The Netherlands Journal of Medicine* 2017; 75 : 225-234.
  - 5) Saeed F, Susan A, Epstein LRM, et al. : Dialysis Regret. *CJASN* 2020; 15 : 957-963.
  - 6) Davison SN, Tupala B, Wasyluk BA, et al. : Recommendations for the care of patients receiving conservative kidney management. *CJASN* 2019; 14 : 626-634.
  - 7) Verberne WR, Konijn WS, Prantl K, et al. : Older patients' experiences with a shared decision-making process on choosing dialysis or conservative care for advanced chronic kidney diseases : a survey study. *BMC nephrology* 2019; 20 : 264.
  - 8) Gilbertson EL, Krishnasamy R, Foote C, et al. : Burden of care and quality of life among caregivers for adults receiving maintenance dialysis : A systemic review. *AJKD* 2019; 73 : 332-343.
  - 9) Engelbrecht BL, Kristian MJ, Inge e, et al. : Does conservative kidney management offer a quantity or quality of life benefit compared to dialysis? A systematic review. *BMC Nephrology* 2021; 22 : 307.
  - 10) Voorend CGN, Verberne WR, van Oevelen M, et al. : Changing the choice from dialysis to conservative care or vice versa in older patients with advanced chronic kidney disease. *Nephrol Dial Transplant* 2021; 36 : 1958-1961.
  - 11) Murphy E, Germain MJ, Murtagh F : Palliative Nephrology : Time for New Insights. *Am J Kidney Dis* 2017; 70 : 593-595.

#### 参考 URL

- ‡1) 内閣府 「選択する未来—人口推計から見えてくる未来像—第3章 人口・経済・地域社会をめぐる現状と課題」 [https://www5.cao.go.jp/keizai-shimon/kaigi/special/future/sentaku/s3\\_1\\_1.html](https://www5.cao.go.jp/keizai-shimon/kaigi/special/future/sentaku/s3_1_1.html) (2022/5/1)
- ‡2) 日本透析医学会 「わが国の慢性透析療法の現況」 <https://docs.jsdt.or.jp/overview/index.html> (2022/4/1)
- ‡3) Vivek Murthy 「Connecting at Work」 Harvard Business Review <https://hsc.unm.edu/school-of-medicine/education/assets/doc/wellness/murthy-loneliness.pdf> (2022/4/15)
- ‡4) Kidney Supportive Care Research Group, University of Alberta 「Conservative Kidney Management (CKM)」 <https://www.ckmcare.com/> (2022/5/1)
- ‡5) 第55回日本腎臓学会学術総会 「利尿薬を正しく使いこなそう 腎疾患における処方の基本」 <https://www.marianna-kidney.com/wp/wp-content/uploads/2019/06/2012603.pdf> (2022/4/1)