

スタートラインに立った保存的腎臓療法 (conservative kidney management; CKM)

(公社) 日本透析医会

常務理事 甲田 豊

「75歳以上の高齢者に死を選ぶのを認め支援する制度、通称プラン75が国会で可決されました」。「プラン75はお気持ちが変わられたらいつでも中止できます」の語りだして始まる映画「PLAN75」が、2022年6月に封切られた。架空か現実か、混乱するほどリアリティのある映像である。ほとんど同時期にAMED研究事業の成果であるところの『高齢腎不全患者のための保存的腎臓療法』が発売された。映画と学術書を並べる非をお許しいただきたいが、タイミングの奇遇に何かつかえるものを感じた。映画が扱うのはいわゆる積極的安楽死であり、現在の日本では認められてない。しかし、これを延命医療の中止に置き換えたなら急に現実性を帯びる。ただ誤解のないように言うと、CKMが扱うところの共同意志決定に基づき延命治療をしないことは、概念的には医師の治療意図が異なり消極的安楽死ではなく、苦痛を除くための治療行為である。

現在の日本では、延命医療の不開始・中止に関する問題は法制化でなく、ガイドラインとして対応している。これにより終末期の多様な事情や価値観に対応できる。法的諸問題を知ることはもちろん重要であるが、前述の本によるこの部分の解説はやや抑制的に感ずる。最上位に位置する厚生省のガイドライン（2007年、2018年）では、「医療ケアチームで判断する」「患者本人の意思を尊重する」「緩和ケアの充実が国の責務」の3原則が強調された。アドバンス・ケア・プランニングの実践や共同意思決定など丁寧なプロセスが行われた結果であれば、延命医療の不開始・中止は、もはや刑事事件とはならない、と座長であった樋口範雄氏は各所で説いている。2007年以降は実際そうになっているようだ。

そのようななかで提唱された高齢者のCKMであるが、その実践過程を突き詰めると難問は多数ありそうだ。各地で行われている糖尿病性腎症重症化予防事業では、冒頭まず、透析の年間医療費が500万円と紹介されるのが通例である。一般の人には超高額と受け取られ、透析治療に対する風当たりが誘導される。CKMが医療資源の節約のために選択されるのではないか、という懸念や誤解が巷間に生ずることは、まず絶対避けたい。

CKMを選択したらどのような経過が予測されるのかは、患者が最も知りたいところである。しかし、日本人のCKM選択後の生命予後に関する知見はほとんどない。現状では生命予後は臨床医の経験で語ることになるが、今後の研究に期待したい。また、患者の背景や選好を考え意志を形成するとはいっても、近年は患者一人ひとりが抱える家庭問題は複雑かつ多問題化し、関係者の力を借りても支援困難例となる現実がある。つまり患者の自律尊重とはいっても、自己決定は結果として構造の論理のなかで行われている。意志確認には丁寧な配慮が必要なところである。

さらに、CKMは単に透析をしないという選択で終わらない。病態や症状に対する治療、腎不全教育、そして患者や家族とは継続的に意志確認と議論を続けなければならない。意志撤回など緊急

事態に備える医療側にも負担がかかる。これらを行うにはおそらく特別外来や特別チームも必要であろう。そして尿毒症期に到る前の適切な時期に、生命予後を改善する治療は中止し、苦痛を取りQOLを高めるだけを目的とした終末期医療へ転換しなければならない。最も経験知の必要なところだ。尿毒症において最大で最頻の苦痛は、溺水による呼吸困難であるが、これを薬物療法で対処するのは極めて難しい。ここで二者択一を迫るのではなく、救命目的でない苦痛除去のためだけの限外濾過治療や計画的な漸減透析、すなわち緩和透析という考え方はあってもよいと思う。

混沌としていた状況が「保存的腎臓療法 (CKM)」という名を得てその存在が明確になれば、人々の見方も考え方も無意識に変わる。超高齢化社会の到来でCKMを必要とする人は間違いなく増加するだろう。CKMは患者との信頼関係がなければ成立しないし、前述のように膨大なエネルギーを要する介入である。かつて後期高齢者の患者と終末期の治療方針を話し合い、書面にまとめた場合に、診療報酬が支払われる制度が提案されたことがあった。CKMに対する同様な支援制度の配慮や緩和ケアの制度的充実などの課題は、日本透析医学会にも課せられている。