

# 透析の見合わせ

——「高齢腎不全患者のための保存的腎臓療法」について——

酒井 謙

東邦大学医学部腎臓学講座

key words：保存的腎臓療法，透析見合わせ，緩和ケア

## 要 旨

終末期における維持透析療法の非導入や中断に関しては、臨床現場でも難しい判断を迫られ苦悩している現状がある。こうした問題は、散発的に報告される症例に対して議論が交わされるのみで、明確な基準は存在しなかった。この命題に対して、2014年、2020年に日本透析医学会から「提言」が作成された。これを受け、2022年6月に上梓された『高齢腎不全患者のための保存的腎臓療法』<sup>1)</sup>は、保存的腎臓療法 (conservative kidney management; CKM) に踏み込んだ問題に焦点を当てたガイドである。発行までの経緯と保存的腎臓療法 (CKM) の実態について概説する。なお、CKMとは透析非導入/中断という選択において実施される包括的なケアを指す。

## はじめに

日本透析医学会は2014年に「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」<sup>2)</sup>を公表した。終末期の患者を対象に、透析の非導入および中断についての意思決定プロセスをはじめて示した。2018年には厚生労働省が「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>3)</sup>を公表した。ここで初めて、終末期の医療やケアについて、患者本人・家族や医療者らと残りの人生の生き方、考え方、医療への希望・期待などを話し合うこと (shared decision making; SDM) と、それによって到達できる人生会議 (Advance care planning;

ACP) の重要性が公的に強調された。

日本透析医学会は2020年に、「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」<sup>3)</sup>を改訂した。この改訂では、医療チームによる末期腎不全の治療選択における腎代替療法 (Renal Replacement Therapy; RRT) と保存的腎臓療法 (CKM) に関する情報提供プロセスと、患者や家族らがCKMを選択した場合の医療チームによる透析見合わせに関する意思決定プロセスが詳細に示されている。今回発行されたガイド『高齢腎不全患者のための保存的腎臓療法』<sup>1)</sup>は、上記の2020年改訂「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」に基づくもので、高齢腎不全患者のRRTが非導入/中断となった場合のCKMの在り方が示されている。このガイドは日本医療研究開発機構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 (柏原直樹班長) により編纂された。

## 1 本邦におけるこれまでの議論

2003年に岡田一義らは、透析医552人を対象として、悪性腫瘍終末期のHD患者のシナリオを提示して、HDを中断すべきか否かについての全国アンケートを行った<sup>4)</sup>。この時、透析非導入、中断の症例報告はすでに存在していたが、改めて事前指示書の必要性や尊厳のある生き方に関心が強いことが分かった。2010年に大平整爾らは、明確な基準が学会から報告されない状況下、透析見合わせの問題を公的に議論すべき<sup>5~7)</sup>

とした。このような機運から、日本透析医学会において、この喫緊の命題に対して、2014年の「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」<sup>2)</sup>が作成され、渡辺有三委員長の下、上述の岡田一義、大平整爾らが参加して、公表された。2016年には原田卓司らが、長崎県における透析患者の終末期医療の現状を報告した。58施設の回答を得たが、706人の死亡調査にて透析非導入による患者死亡は5.7%、透析中断による患者死亡は11.2%であった<sup>8)</sup>。2019年の岡田一義らの報告では、510施設回答にて41.7%の施設が透析見合わせを経験していた<sup>9)</sup>。

日本透析医学会の2020年の提言改定では、対象を腹膜透析患者や急性腎障害での維持血液透析導入期患者にも拡大し、SDM、ACP、CKMに対する患者意思決定のプロセスを明記した（岡田一義委員長）<sup>4)</sup>。今回発行されたガイド『高齢腎不全患者のための保存的腎臓療法』は、2020年改訂の「提言」に基づくもので、高齢腎不全患者のRRTが非導入/中断となった場合のCKMの在り方が示されている<sup>1)</sup>。

## 2 諸外国での議論とわが国のCKM

英国におけるCKMであるが、Oxford Universityではすでに、CKMガイドラインが出版されている<sup>2)</sup>。Okamotoらは、英国71の腎臓内科診療科施設へのアンケートを行い、CKMの実践パターンを調査した。その結果、88%はCKMに関する教育システムが整っており、50%がCKMに対するスタッフトレーニングシステムをすでに擁していた<sup>10)</sup>。米国では2001年に初版され<sup>11)</sup>、その後2010年に改定された透析見合わせのためのSDMのマニュアルが米国腎臓病協会から出版されている<sup>12)</sup>。

台湾では、2000年にアジア圏で初めて法的に延命治療中止の免責が認められ、2011年には透析の非導入/中断に関する合意が得られると同時に、ACPが法制化されている。緩和ケアと在宅医療の推進が重視される台湾だが、①明らかに予後不良で生命の危機に瀕している場合や治療の安全性が担保できない場合でも、期間限定で試行的透析治療または緩和透析が認められている、②患者が血液透析治療を拒否したとしても、家族の希望がある限り透析を継続する——といった項目も含まれている。これは、透析を行わないことによる呼吸苦（肺水腫）の緩和に一時的透析の試行を認め、

患者家族～医療者の意見不一致の場合の方法論（透析継続）を示すものである。台湾ではすでに末期腎不全患者の緩和医療ガイドラインも作成されている<sup>13)</sup>。

2020年に改訂された「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」<sup>3)</sup>では、透析の開始が望まれる時点で患者がRRTを選択しない場合、医療チームは患者と家族との話し合いを繰り返し、透析を見合わせた際のメリットとデメリットを理解できるまで説明し、期間限定透析の開始についても情報を提供することになっている。日本においては、優れた透析医療成績を前にして、CKMの決定にはまだ慎重を期す必要があり、透析、移植と並列・同列にCKMを説明する段階ではない。一方「透析をしない場合の治療は？」との問いに対しては、CKMの説明を行うべきである。

## 3 CKM 全国調査

日本の透析非導入/中断と緩和医療の実態把握を目的に、4学会（日本腎臓学会、日本透析医学会、日本小児腎臓病学会、日本在宅医療連合学会）を対象に実施したアンケートの結果を紹介する。本アンケート結果は、『高齢腎不全患者のための保存的腎臓療法』に掲載されている<sup>1)</sup>。

調査期間は2018年1月～19年12月、アンケートの回答期間は2020年2月5日～3月15日だった。各施設1回答とし、451施設から回答が得られた。集計の結果、調査期間中の透析非導入患者は917例、透析中断患者は492例だった。60歳以上ではそれぞれ129例、162例と増加傾向、80歳以上ではそれぞれ642例、285例と透析非導入例の顕著な増加が示された。

透析非導入例における患者背景の内訳は、認知症が最も多く、腎硬化症、糖尿病性腎症、担がん、長期臥床、慢性心不全が続いた。一方、透析中断例における患者背景の内訳は、糖尿病性腎症、腎硬化症、認知症、担がん、慢性心不全の順だった。高齢腎不全患者における透析非導入や中断は、単に高齢・認知症という理由だけでなく、複合的に判断されている。

透析非導入例の予後は、7日以内の死亡が最も少なく、14日以内の死亡、1カ月以内の死亡、1カ月超での死亡の順に増加した（図1）。これとは逆に、透析中断例の予後は7日以内、14日以内の死亡が多かった。透析非導入または中断の患者がケアを受ける場所は、

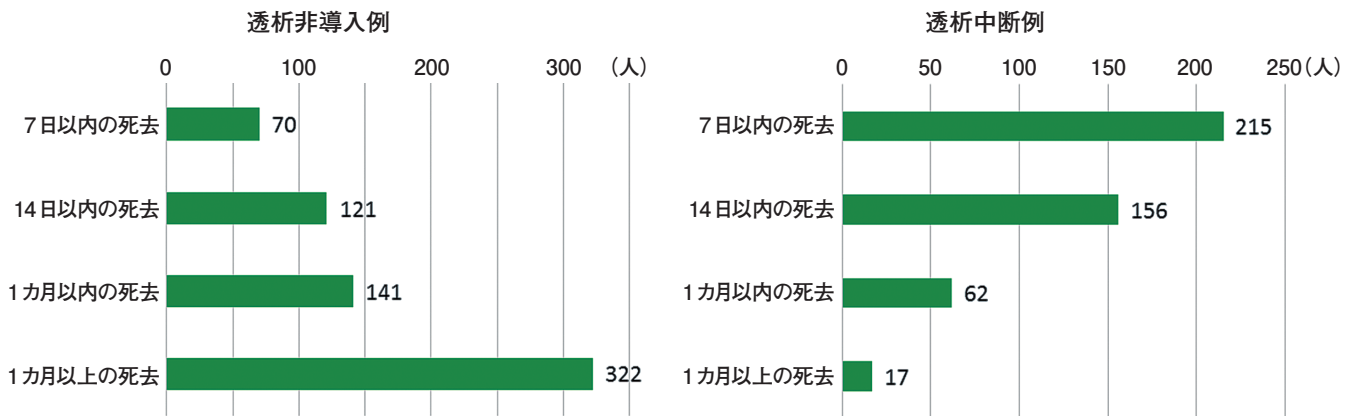


図1 AMED 研究 高齢者腎不全患者における腎代替療法の開始/見合わせの意思決定プロセスの構築から (柏原班研究) 一次次調査: 透析非導入 中断例の予後 (文献1より)

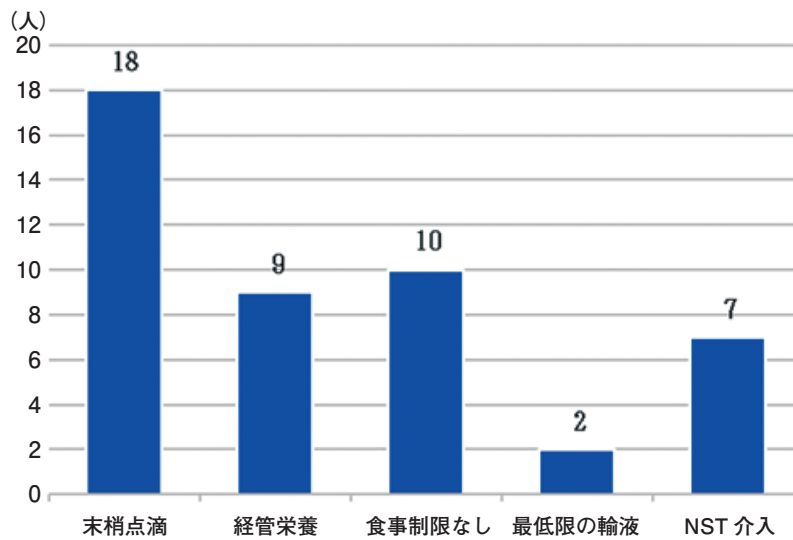


図2 AMED 研究 高齢者腎不全患者における腎代替療法の開始/見合わせの意思決定プロセスの構築から (柏原班研究) 二次調査: CKM における栄養管理について NST: Nutrition Support Team (文献1より)

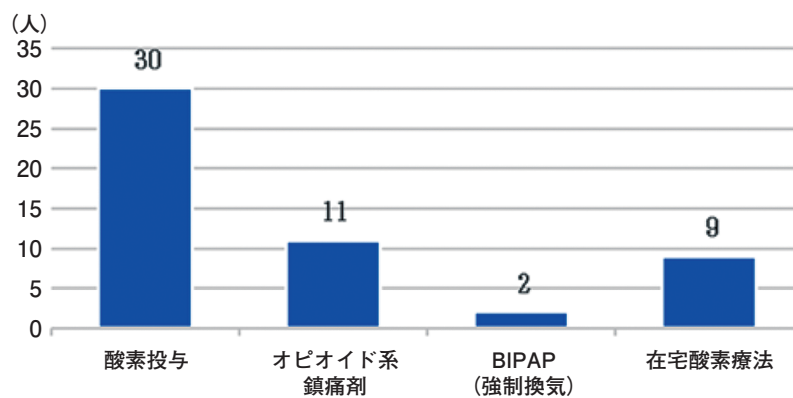


図3 AMED 研究 高齢者腎不全患者における腎代替療法の開始/見合わせの意思決定プロセスの構築から (柏原班研究) 二次調査: CKM における呼吸循環管理について BIPAP: Biphasec Positive Airway Pressure (文献1より)

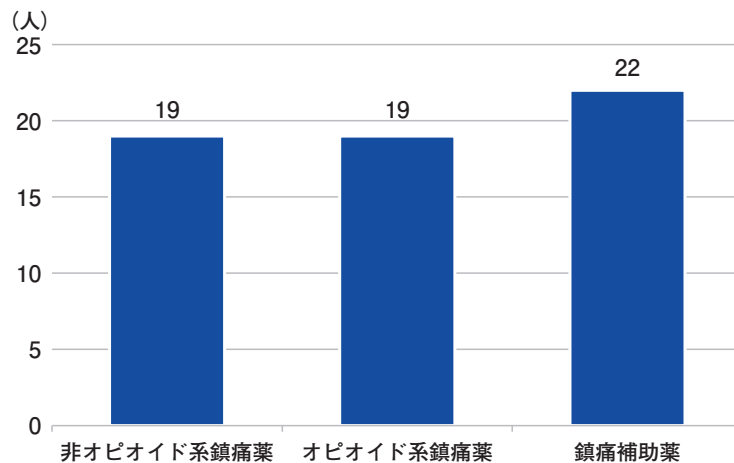


図4 AMED 研究 高齢者腎不全患者における腎代替療法の開始/見合わせの意思決定プロセスの構築から (柏原班研究) 二次調査: CKM における疼痛管理薬剤について (文献1より)

病院 (67.9%) が最多で, 在宅往診 (16.9%), 介護療養型医療施設 (5.6%) が続いた。治療法を選択する際, CKM についての説明を行っているのは 179 施設, 行っていないのは 272 施設だった。

CKM, 特に緩和医療の実態を調査したアンケートの2次調査では, 55 施設から回答が得られた。「高齢者への維持透析療法の実施」についての質問に対し, 「全例行う」と回答した施設はゼロだった。栄養管理は, 末梢点滴が最も多く, 食事制限なし, 経管栄養が続いた (図2)。呼吸循環管理では, 酸素投与が最も多かった (図3)。多職種サポートの依頼先は, 病院看護師が最多で, ソーシャルワーカー, 訪問看護師が続いた。加えて, 緩和ケアチーム, ケアマネージャー・介護士, 栄養士, 薬剤師など多職種があげられた。疼痛対策に関しては, オピオイド系, 非オピオイド系および鎮痛補助薬が多く用いられていた (図4)。

認知症患者への透析導入の実施について質問したところ, 「透析が安全に行えれば, 医療者として導入を行う」, 「基本的に家族の同意があれば導入を行う」, 「家族の協力 (見守りなど) を前提に導入をする」の順に回答が多かった。すなわち「認知症の有無単独で透析導入・非導入を決定することはない」と考えられた。

#### 4 全腎協調査

一般社団法人全国腎臓病協議会 (全腎協) が 2012 年に行った調査結果を示す<sup>14)</sup>。終末期における透析継続の意向を患者に聞いたところ, 70 歳以上では「透

析を続けたい」という希望が, 60 歳未満では「透析を中止したい」という希望が優勢だった。将来, 判断能力が失われた時のために ACP の実施を「考えたことがある」と回答したのは 46.5%, 「家族に相談したり伝えたりした」は 18.2%, 「書面で担当医や家族に渡した」はわずか 2.3% だった。また, ACP や事前指示書 (advance directive; AD) について透析医から「聞かれた」と回答したのは 3.7%, 「聞かれていない」が 89.4% に上った。

2021 年度調査<sup>3)</sup>でも, 60 歳以上で「透析を続けたい」希望は多く, この 10 年変化はない。一方, ACP に関しては, 「家族と相談」「書面で渡した」は, 2012 年に比して, 3% 増加していた。

#### まとめ

日本では, 心不全領域の緩和ケアに関しては, すでに多くの出版物やガイドラインが発行されている。高齢社会が進展する中, 腎不全領域における緩和ケアについても心不全同様, 整備していくべきだろう。今回発行された『高齢腎不全患者のための保存的腎臓療法』は, 透析のメリットが得られない, または望めない患者に提供できる最善のケアについてまとめた一冊となっている。その基礎となる日本透析医学会提言<sup>3)</sup>では, 自己決定権の尊重は, 何度も繰り返す医療者, 患者・家族との間の SDM によって成立し, その最終意見の ACP に対しては尊重せねばならないとしている。

## 利益相反自己申告：

役員，顧問等の報酬：ジェイエムエス  
講演料：協和キリン，鳥居薬品，アストラゼネカ  
奨学（奨励）寄附金：中外製薬，善仁会，鈴木内科  
クリニック，リコモス  
企業などが提供する寄附講座：旭化成ファーマ，ア  
ステラス製薬，中外製薬，ノバルティスファーマ

## 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」研究班編，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) 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；47：269-285.
- 3) 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.
- 4) 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；36：1315-1326.
- 5) 大平整爾，伊丹儀友，久木田和丘，他：末期腎不全患者の終末期を透析医はどう捉えているか—北海道のアンケート調査結果とその分析—，日透医誌 2010；25：47-55.
- 6) 大平整爾：『透析適応の再考：透析の非導入と中止を含めて』本シンポジウムの目指すところ，透析会誌 2010；43：153.
- 7) 大平整爾：透析の非導入・中止：国内外の現況と課題，透析会誌 2010；43：156-157.
- 8) 原田孝司，前田兼徳，宮崎正信，他：長崎県における維持

透析患者の終末期医療の実態—アンケート調査—，日透医誌 2016；31：104-108.

- 9) 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—，日透医誌 2019；34：110-116.
- 10) Okamoto I, Tonkin-Crine S, Bayner H, et al. : Conservative care for ESRD in the United Kingdom : a national survey. Clin J Am Soc Nephrol 2015; 10 : 120-126.
- 11) Moss AH : Shared decision-making in dialysis : The new RPA/ASN guideline on appropriate initiation and withdrawal of treatment. Am J Kidney Dis 2001; 37 : 1081-1091.
- 12) Moss AH : Revised dialysis clinical practice guideline promotes more informed decision-making. Clin J Am Soc Nephrol 2010; 5 : 2380-2383.
- 13) 黄政文，蔡宏斌編：生命末期腎臓病人安寧緩和医療評価指引，國立臺灣大學醫學院附設醫院，2016.
- 14) 東京腎臓病協議会：会員実態調査報告書：2012年5月調査，東京腎臓病協議会，2013.

## 参考 URL

- ‡1) 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/06-Seisakujouhou-10800000-Iseikyoku/0000197721.pdf> (2022/9/28)
- ‡2) Oxford Kidney Unit「A guide to conservative kidney management : information for Healthcare Professionals」<https://www.ouh.nhs.uk/patient-guide/leaflets/files/37843Pmanagement.pdf> (2022/9/28)
- ‡3) 公益社団法人日本透析医会 血液透析患者実態調査検討ワーキンググループ編「2021年度血液透析患者実態調査報告」[http://www.touseki-ikai.or.jp/html/05\\_publish/dld\\_index\\_public/no\\_37-2\\_sv.pdf](http://www.touseki-ikai.or.jp/html/05_publish/dld_index_public/no_37-2_sv.pdf) (2022/9/28)