

末期腎不全の治療選択について考える

——緩和ケアと共同意思決定——

永山 淳

令和4年5月26日/福岡県「第69回福岡市透析集談会」

要 旨

緩和ケアは苦痛に焦点を当て、がんのみならず生命を脅かす疾患を抱えた患者のQOL向上を目指すアプローチである。末期腎不全も当然その対象疾患である。適切な緩和ケア提供のためにはコミュニケーションが重要な鍵になる。

末期腎不全の治療選択には腎代替療法の他に保存的腎臓療法があり、高齢者ではQOLの面で同等か、もしくはやや上回るとされている。患者の価値観を尊重し、症状緩和と全人的アプローチを主としており、緩和ケアとの親和性が高い。

末期腎不全における治療選択は、患者の生き方の選択でもある。治療の中止や不開始を含む選択肢の中から、患者にとっての最善が何かを判断することは難しい。患者の価値観を詳らかにして、医療者と患者が対話を重ねながら最善の選択を模索する共同意思決定のプロセスが、困難を和らげるかも知れない。

1 はじめに——緩和ケアとは何か

緩和ケアの源泉は中世ヨーロッパに遡る。病を得た巡礼者や傷ついた十字軍兵士らは、各地の教会に併設された看護施設で手厚くケアされ、多くがそこで看取られていたという。こうした施設はホスピス、そこで行われる手厚いケアはホスピスケアと呼ばれるようになった¹⁾。

近代には産業革命の進展の代償として貧富の差は拡大し、蔓延する伝染病、失政による飢饉が社会問題化した。ホスピスケアの対象は飢餓や伝染病で死に瀕した人たちであった。第二次世界大戦後には、抗生物質の発見などにより感染症が克服されるにつれて、対象はがんなどの不治の病へと置き換わっていった。

ホスピスの「救貧院」というニュアンスを嫌う北米フランス語圏で「緩和ケア」という言葉が生まれ、やがて国際的な認知を受けるようになった。わが国では1980年代に海外で緩和ケアを学んだ実践者によって種が蒔かれ、2007年のがん対策推進基本計画の重点課題として、がん治療における緩和ケアの充実が謳われたことが、普及の後押しになった。

歴史を振り返れば、緩和ケアは社会の変化に応じて、そのあり方を変えてきた。しかし、その時々生命を脅かされ、支援が行き届かない人々を対象とするという本質は、揺るがなかった。現代ではがん医療中心に発展し、終末期だけでなく、治療期からの関わりが患者のQOLを向上させ

ることが知られている²⁾。心不全、神経難病、認知症などの非がん領域でも、重要性が注目されており、末期腎不全（end-stage kidney disease; ESKD）においても同様に考えられている。しかし、わが国ではがん領域中心に診療報酬が体系づけられてきた経緯もあって、がん以外の領域での緩和ケアは先進各国に比べて遅れをとっている。

2 緩和ケアとコミュニケーション

緩和ケアの重要な柱は、苦痛症状の緩和、臨死期のケア、意思決定支援の三つにあると筆者は考えている。痛みや息苦しさ、倦怠感などの苦痛を和らげる。死が近づいた時期には人間性を担保しつつ心地よさの提供に務める。また死が避けられない状況下でのさまざまな医療選択を、患者本人の価値観を尊重しながら支えるのも緩和ケアの大切な機能だと思う。

医学の進歩とともに、医療者が患者へ伝えるべき医療情報は、膨大かつ複雑なものになっている。これらを漏らさず正確に伝えるとともに、聞き手の心理的苦痛を最小にするよう心を配ることは容易ではない。相手の価値観を引き出しつつ、納得のいく結論へと導くという意思決定支援のプロセスには、医療コミュニケーションの art が求められる。この難しさを克服するために、コミュニケーションスキルのプロトコルが数多く存在している。「SPIKES」もその一つである³⁾。

3 ESKD における治療選択

わが国は世界に先んじて超高齢化社会に突入しており、ESKD の診療もそれと無関係ではいられない。慢性腎臓病患者数は 34 万人余（2019 年 12 月）に上り、透析患者は高齢化（平均年齢 69.09 歳）している⁴⁾。透析導入時の平均年齢も 70.42 歳と高い。当然、多疾患併存状態でフレイルな患者が多数を占め、腎代替療法（renal replacement therapy; RRT）のメリット・デメリットを慎重に検討する必要がある。状況によっては「透析の見合わせ（中止と差し控え）」を選択することもあろう。国内透析施設への質問紙調査では、半数近い施設で透析を見合わせた経験があり、その多くが高齢者であった。認知症合併例も多数に上っている⁵⁾。

厚生労働省は 2018 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」^{±1)}を改定しており、また認知症については、日本神経学会が 2017 年に「認知症疾患診療ガイドライン」^{±2)}を、厚労省が 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」^{±3)}をそれぞれ公表した。また 2018 年に血液透析中止にまつわる医療紛争が巷間で取り沙汰されたのは、まだ記憶に新しい⁶⁾。これらを受けて日本透析医学会では 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」⁷⁾を改訂している。同提言では、ESKD における治療選択として、RRT に加えて保存的腎臓療法（conservative kidney management; CKM）をあげている。

CKM は患者の価値観を反映したアドバンス・ケア・プランニングに則って提供される。積極的な症状管理を主とし、ESKD の進行を遅らせるための指導や介入を含んでいる。複数のコホート研究が、RRT と CKM の比較で QOL は同等もしくは CKM の方がよいことを示唆している^{8,9)}。CKM には高血圧、脂質異常、電解質異常などの CKD に伴う合併症への対処に加えて、そう痒感、悪心・嘔吐、レストレスレッグス症候群、慢性疼痛、呼吸困難やせん妄などの苦痛症状の緩和が含まれる。薬物療法だけでなく、身体的ケアや心理社会支援などの全人的なアプローチが用いられる¹⁰⁾。CKM に含まれるサービスは緩和ケアと親和性が高く、腎不全治療チームと緩和ケアチームのような緩和ケア専門職との連携が重要な鍵になるだろう。

また RRT を選択したとしても、合併症や治療関連副作用などから日常生活に支障をきたすことはしばしばあり、症状緩和を必要とする患者は少なくない。あるいは透析困難症や併存疾患のため

に透析見合わせに関わる治療選択を迫られるかも知れない。その際には意思決定支援のニーズが再び高まるだろう。

4 ESKDにおける共同意思決定

治療の不開始も含めた複数の治療選択肢があるとき、患者にとっての最善 (best interest) が何かを判断することは難しい。ESKDにおける治療選択はまさにそれである。患者にとってRRTを選択するか否かは、その後の生き方の選択にもつながっている。

医療者が十分な医療情報を提供し、患者は自らの価値観や選好を明らかにする中で、両者が対話しながら最善の選択を探る合意形成のプロセスを、共同意思決定 (shared decision making; SDM) という。SDMによって、患者の自己決定権を尊重することができ、患者満足度、QOL、治療成績が向上する。また医療者-患者間の信頼関係も強化される^{11), 4, 5)}。

ESKDにおけるSDMでは、医療者は現在の病状、RRTやCKMのメリット・デメリット、医学的な推奨について十分に説明し、選択にかけられる時間の猶予についても伝える。患者や家族らの説明に関する理解度を確認し、生活背景、気になり、信念や信条、宗教的背景、治療やケアの選好、誰が代理意思決定者となり得るかなどの情報を受け取る。ときにはライフレビューをすることもあろう。透析開始を迫られたとき、患者の多くは生活がどう変わってしまうのかについて不安を感じている⁶⁾。わたしたちはそれも念頭に置いて、対話を進めていくべきだろう。

腎臓病患者を対象としたアンケートでは「透析または移植が必要となったときどのように決めたいか」との質問に対して、半数以上が「医療者と相談して一緒に決めたい」と回答している⁶⁾。ヒポクラテス以来の古典的なパターナリズムでも、意思決定を完全に患者に委ねるインフォームド・コンセントでもなく、医療者と患者が最善の選択を一緒に探るプロセス重視のアプローチが問題解決の鍵になるだろう。

おわりに

ESKDは死が避けられない病態で、患者はさまざまな困難を抱えており、緩和ケアの対象である。症状緩和や意思決定支援のニーズは高く、治療チームと緩和ケア専門家の協働が求められる。ESKDの患者はしばしば難しい医療選択を迫られるが、SDMがよいソリューションとなると考えられる。

文 献

- 1) 安達 勇：がん緩和医療学の歴史的背景と現状, *Skin Cancer (Japan)* 2006; 21: 252-260.
- 2) Temel TS, Greer JA, Muzikansky A, et al. : Early palliative care for patients with metastatic non-small-cell lung cancer. *N Engl J Med* 2010; 363: 733-742.
- 3) Buckman R: *How to Break Bad News: A Guide for Health Care Professionals*. University of Toronto Press, 1992. (ロバート・バックマン, 恒藤 暁 (監訳): 真実を伝える—コミュニケーション技術と精神的援助の指針. 診断と治療社, 2000).
- 4) 新田孝作, 政金生人, 花房規男, 他: わが国の慢性透析療法の現況. *透析会誌* 2020; 53: 579-632.
- 5) 岡田一義: 透析差し控え・中止 (2) 「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」—全国アンケート調査1) 結果を踏まえて. *臨床透析* 2018; 34: 1187-1191.
- 6) 竹下 啓, 三浦靖彦, 荻野美恵子, 他: 公立福生病院における人工透析の中止・不開始についてのパネルディスカッション報告. *臨床倫理* 2020; 8: 43-49.
- 7) 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.
- 8) Morton RL, Webster AC, McGeechan K, et al. : Conservative Management and End-of-Life Care in an Australian Cohort with ESRD. *Clin J Am Soc Nephrol* 2016; 11: 2195-2203.

- 9) Verberne WR, Geers AB, Jellema WT, et al. : Comparative Survival among Older Adults with Advanced Kidney Disease Managed Conservatively Versus with Dialysis. *Clin J Am Soc Nephrol* 2016; 11 : 633-640.
- 10) Davison SN, Tupala B, Wasyluk BA, et al. : Recommendations for the Care of Patients Receiving Conservative Kidney Management. *Clin J Am Soc Nephrol* 2019; 14 : 626-634.
- 11) Hughes TM, Merath K, Chen Q, et al. : Association of shared decision-making on patient-reported health outcomes and healthcare utilization. *Am J Surg* 2018; 216 : 7-12.

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/04-Houdouhappyou-10802000-Iseikyoku-Shidouka/0000197701.pdf> (2022/6/25)
- ‡ 2) 日本神経学会「認知症疾患診療ガイドライン 2017」https://www.neurology-jp.org/guidelinem/nintisyo_2017.html (2022/6/25)
- ‡ 3) 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> (2022/6/25)
- ‡ 4) Légaré F, Stacey D, Turcotte S, et al. 「Interventions for improving the adoption of shared decision making by health-care professionals. *Cochrane Database Syst Rev* 2014」<https://doi.org/10.1002/14651858.CD006732.pub3> (2022/6/25)
- ‡ 5) Stacey D, Légaré F, Lewis K, et al. 「Decision aids for people facing health treatment or screening decisions. *Cochrane Database Syst Rev* 2015」<https://doi.org/10.1002/14651858.CD001431.pub5> (2022/6/25)
- ‡ 6) NPO 法人腎臓サポート協会「2019 年会員アンケート結果報告」https://www.kidneydirections.ne.jp/wp-content/themes/kidney-web/pdf/report/report_result_2019.pdf (2022/6/25)