

多職種による意思決定支援を行い透析非導入の選択を行った高齢末期腎不全症例

岡田 絵里[†]第73回国立病院総合医学会
(2019年11月9日 於 名古屋)

IRYO Vol. 75 No. 5 (396-399) 2021

要旨

本邦の慢性維持透析患者の平均年齢および導入患者の平均年齢は年々上昇傾向であり、複数の併存疾患により透析の導入・継続がハイリスクと予想される症例も少なくない。今回、複数の併存疾患を持つ高齢患者が透析開始の見合わせを希望され、意思決定支援を多職種で行った症例を経験したので報告する。患者は80代後半の独居男性。慢性腎不全で国立病院機構千葉東病院（当院）紹介となり外来加療中に心不全を発症し、他院へ入院となった。心不全の急性期加療後に当院へ転院となったが、その時点で末期腎不全であった。ご本人とご家族へ腎代替療法に関する情報提供を行ったが、ご本人は末期腎不全であることへの受容が不十分な段階であり、具体的な方針決定には至らず、まずは自宅療養環境を整え外来加療を継続した。その後、1年が経過した時点で腎代替療法に関して再度ご本人の意向を確認すると透析開始の見合わせ（非導入）を希望された。多職種カンファレンスを開催し、症例の加療経過を共有するとともに意思決定支援における問題点を検証した。その上でご本人・ご家族・ケアマネージャーを交えて再度カンファレンスを開き、情報提供を行うも、最終的には「残された時間を有意義に使いたい」とのご本人の意向に沿う形で、透析開始を見合わせ、現在は近医による訪問診療を継続している。

キーワード 透析非導入, 高齢患者, 併存疾患

はじめに

本邦の慢性維持透析患者の平均年齢は年々上昇傾向を示し、2018年度末の統計では68.8歳であった。また、新規導入患者の平均年齢も70.0歳へ上昇している¹⁾。透析導入前の保存期腎不全患者も高齢化が進み、複数の併存疾患により透析を行うことがハイリスクと予想される症例も少なくない。今回、複数の併存疾患を持つ高齢患者が透析開始の見合わせ（非導入）を希望され、意思決定支援を多職種で行っ

た症例を経験したので報告する。

症例の概要

【年齢・性別】80代後半, 男性 【臨床経過】X-2年8月に慢性腎臓病（CKD）で国立病院機構千葉東病院（当院）紹介。当院初診時、血清クレアチニン（Cr）2.5mg/dl（推定糸球体ろ過量（eGFR）20 ml/min/1.73m²）であった。CKDの原因は不明であり、CKDに関する精査、情報提供を提案するも、妻の介護で多忙であり希望されなかった。X-1年1

国立病院機構千葉東病院 腎臓内科 [†]医師

著者連絡先：岡田絵里 国立病院機構千葉東病院 腎臓内科 〒260-8712 千葉県千葉市中央区仁戸名町673

e-mail : okaeri519@gmail.com

(2020年3月23日受付, 2021年2月19日受理)

Multidisciplinary decision-making Support for Elderly Patients with end-stage Renal Failure who Chose Not to Undergo Dialysis

Eri Okada, NHO Chibahigashi National Hospital

(Received Mar. 23, 2020, Accepted Feb. 19, 2021)

Key Words : conservative care, elderly patient, comorbidities

月に妻が他界。同年2月に重度の左心機能不全（左室駆出率20%台）により他院へ緊急入院し、容態安定後に当院へ再び転院となった。ご本人とご家族へ腎代替療法に関する情報提供を行うも、末期腎不全であることのご本人の受容が不十分であり、腎代替療法の方針決定には至らず、自宅の療養環境を整えた上で退院となった。X年4月、退院後約1年が経過した時点で、血清Cr 3.5 mg/dl (eGFR 14 ml/min/1.73m²) と経時的なさらなる腎機能の低下を認めた。腎代替療法に関して再度ご本人の意向を確認すると、透析開始の見合わせを希望された。【社会歴】独居。要支援2、ヘルパー利用。長男、長女は遠方に住み、日常の支援は困難。【ADL】妻の介護もしていた経験もあり、身の回りのことは一通り可能であった。【併存症】末期腎不全、高度左心機能低下、肺気腫（在宅酸素使用なし）

意思決定支援の流れ

腎代替療法には大きく分けて腎移植および透析があるが、年齢や併存疾患、社会背景等から腎移植は困難であった。透析は血液透析（HD）と腹膜透析（PD）に大別され、その対比を表1に示す。本症例において、HDおよびPDいずれも相応のリスクはありと考えられた。一方で、認知機能や身体機能の低下は高度ではなく、透析導入による生命予後の改善を含むメリットもあることが医学的には予想されたため、透析開始の見合わせは妥当か、多職種による検討を行う方針となった。

多職種カンファレンス

参加職種は外来主治医、透析センター長、病棟副師長、透析センター副師長、臨床工学技士、ソーシャルワーカー、医療安全担当師長であった。検討に先立ち、症例に関して下記の内容を共有した。

1) 病状（前述）

2) 療法選択外来での様子

当院では、腎代替療法が必要な腎不全患者とご家族に対し、透析室看護師から腎代替療法に関する説明を行う『療法選択外来』を設けている。X-1年、心不全の急性期加療後に当院へ入院した際に、療法選択外来をご本人とご家族に受けていただいた。担当した看護師の記録の概要は下記のとおりであった。

「ご本人は『残りの人生をできるだけ自宅で有意義に過ごしたい』ということが一番を願っている。HDに関しては通院や心臓への負担を心配していた一方で、PDは自宅で行える点からご本人は前向きに考えていた印象がある。PDを選択した場合、手技操作には問題がなさそうであるが、正しく理解ができるまで時間を要する。ご家族は、本人の自己管理が可能と判断しPDを後押ししている印象がある」

3) 退院前カンファレンスでの情報

自宅退院の方針となり、退院前カンファレンスを開催した際、ケアマネジャーの情報では、ご本人が妻を介護していた時に『ひとりでも介護できる』と言ったものの実際は種々の支援が必要な状況であり、ご本人・ご家族の認識と、実際の本人の自己管理能力に乖離がある可能性が示唆されていた。

上記を踏まえた上での多職種カンファレンスでの検討内容として、下記の事項が挙げられた。①透析をしたくない、という思いを否定せず、尊重する ②各透析方法に関する理解度を改めて確認する（ご本人・ご家族ともに） ③関心のあったPDをより安全に、負担を減らせないか検討する（訪問看護による Assisted PDや透析バッグの交換回数を減らしたPDの提案） ④透析をしないという選択によりどのような経過を辿るか伝える ⑤透析をしないという希望は撤回が可能であることを伝える ⑥一方で、緊急透析導入はリスクが上がることを伝える。

合意形成に向けたご本人・ご家族との面談

多職種カンファレンスで検討した内容を踏まえ、合意形成に向けたご本人・ご家族との面談を行った。参加者はご本人、ご家族、ケアマネジャー、外来主治医、透析センター副師長、ソーシャルワーカーであった。多職種カンファレンスで論点となった事項について、とくに当初より『ご本人が自宅で有意義に過ごしたい』という希望が強かったため、PDは自宅で可能な腎代替療法であること、また訪問看護等を利用したAssisted PDについては時間をかけて説明を行った。しかし、ご本人としては「(終末期に関する)本をたくさん読み、ずっと考えてきた。自分なりの生活の仕方が上手に保たれれば、与えられた寿命と相談していけばいいのではないかと。自然に生きたい。やるべきことはやり尽くした。(透析をしないことで余命が)短くなっても納得した時間

表1 血液透析と腹膜透析の比較

	血液透析 (HD)	腹膜透析 (PD)
治療場所	透析医療機関	自宅や職場
治療する人	医療スタッフ	本人・家族
通院回数	週2-3回	月1-2回
治療時間	1回3-4時間	メニューによりさまざま (透析バッグの交換は1回30分程度)
手術	シャントなどの血管手術 (局所麻酔)	腹腔内カテーテル挿入 (当院は全身麻酔)
心臓への負担	大きい	小さい
治療可能期間	明確な期限なし	原則、5年程度で血液透析へ移行

表2 「維持血液透析の見合わせ」について検討する状態 (文献2より抜粋)

- 1) 維持血液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生命維持がきわめて困難な循環・呼吸状態などの多臓器不全や持続低血圧など、維持血液透析実施がかえって生命に危険な病態が存在。
 - ②維持血液透析実施のたびに、器具による抑制および薬物による鎮静をしなければ、バスキュラーアクセスと透析回路を維持して安全に体外循環を実施できない。
- 2) 患者の全身状態がきわめて不良であり、かつ「維持血液透析の見合わせ」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維持血液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

を過ごしたい」との希望であった。ご家族も「ずっと母の介護をしてきて、今は自分のために時間を使っている。自分らしく生きられる状態を可能な限り続けてほしい」とご本人の思いを受け止めていた。前述④-⑥の事項に関して書面を作成のうえ重ねて説明し、同意確認を行った。その後は当院への通院が困難との理由で、近医の訪問診療を受けている。近医紹介に際しては当院での合意形成に至るまでの一連の経過や、説明に用いた書類も添付し、情報共有を図った。

ま と め

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」を公表している²⁾。同提言では、医療チームが「維

持血液透析の見合わせ」について検討すべき状態として表2のように記載されている。今回当院で経験した患者は、80代後半と高齢であり、種々の併存症はあるものの、表2に示されるような状態には該当しなかった。一方で、透析の見合わせに対するご本人・ご家族の明確な意思表示があったため、提言に示されている意思決定プロセス(図)を遵守し、多職種での検証を行ったうえで、合意形成に至っている。

高齢末期腎不全患者において、腎代替療法に関する方針決定を行うにあたり、「自分の生命予後はどのくらいか」という質問を受けることが少なくない。高齢末期腎不全患者における透析導入後の予後予測ツールは米国、カナダ、台湾、欧州などから報告があるが、多くが他のコホートでvalidationされていないのが現状である³⁾。英国の70歳以上の末期腎不

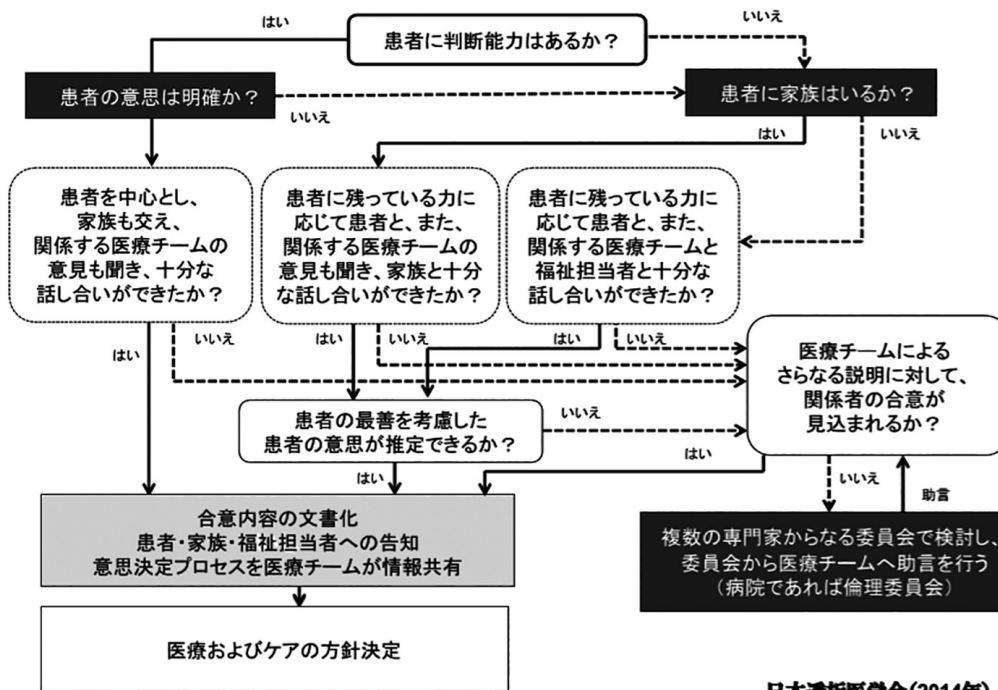


図 維持血液透析見合わせ時の意思決定プロセス (文献2より引用、一部改変)

全患者における透析導入例と非導入例の予後と比較した報告では、導入群 (年齢中央値76.0歳) は非導入群 (年齢中央値83.0歳) より生存期間が約2年延長したが、hospital-free survival には差がなく、自由に過ごせる時間は必ずしも延長しないことが示されている⁴⁾。このような知見から、正確な予後予測というよりは、透析によって得られるメリットとデメリットを各症例で全身状態や併存疾患、社会的状況、そして本人の人生観等を勘案しながら総合的に検討していくのが望ましいと思われる。

本症例は当初、末期腎不全であることの受容ができていなかったが、医療者側からの情報提供を受けたうえでご本人が自ら人生を振り返り、思索することで、より大局的な視点で腎代替療法に関する選択を行うことができた。それは人生観や死生観に近いものであったように筆者は感じている。高齢末期腎不全患者において腎代替療法に関する意思決定支援を行うということは、すなわち、アドバンス・ケア・プランニングの実践であるということを体感した症例であった。

〈本論文は2019年第73回国立病院総合医学会シンポジウム「腎疾患のエンドオブライフケア」において「多職種による意思決定支援を行い透析非導入の選択を行った高齢末期腎不全症例」として発表した内容に加筆し

たものである。〉

著者の利益相反：本論文発表内容に関連して申告なし。

【文献】

- 1) わが国の慢性透析療法の現況 (2018年12月31日現在). 透析会誌 2019 ; 52 : 679-754.
- 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) Brian F, Lee E, Helen HC et al. External validation and clinical utility of a prediction model for 6-month mortality in patients undergoing hemodialysis for endstage kidney disease. Palliat Med 2018 ; 32 : 395-403.
- 4) Carson RC, Juszczak M, Davenport A et al. 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.