

# 患者目線で考える 透析の始め方・終わり方



坂井正弘（東京ベイ・浦安市川医療センター腎臓・内分泌・糖尿病内科医長）

本コンテンツはハイブリッド版です。PDF だけでなくスマホ等でも読みやすい HTML 版も併せてご利用いただけます。

▶HTML 版のご利用に当たっては、PDF データダウンロード後に弊社よりメールにてお知らせするシリアルナンバーが必要です。

▶シリアルナンバー付きのメールはご購入から 3 営業日以内にお送り致します。

▶弊社サイトでの無料会員登録後、シリアルナンバーを入力することで HTML 版をご利用いただけます。登録手続きの詳細は <https://www.jmedj.co.jp/page/resistration01/> をご参照ください。

▶登録手続

<b>Introduction</b> —————	p2	<b>9</b> 合意形成が難しい場合、Jonsen の 4 分 割表を用いて問題を分類・可視化 ————	p30
透析を取り巻く現状 —————	p4	<b>2. 透析の終わり方</b> —————	p32
<b>1. 透析の始め方</b> —————	p6	<b>1</b> 透析の中止を検討する状況とは？ ————	p32
<b>1</b> 透析導入を検討すべき状態とは？ ————	p6	<b>2</b> 維持透析患者の透析中止の問題点 ————	p34
<b>2</b> 各 CKD stage における望ましい 介入法とは？ —————	p9	<b>3</b> どのように透析中止のプロセスを進めて いくか？ —————	p38
<b>3</b> 筆者が考える、透析の開始を検討する際 の医師の基本姿勢 —————	p10	<b>4</b> 患者目線で考える、腹膜透析 (PD) ラストという選択肢 —————	p40
<b>4</b> 時に抱く、透析を始める際の ジレンマ —————	p13	<b>5</b> 透析見合わせの意思決定を進める上で 困難を感じたとき —————	p42
<b>5</b> どのように倫理的ジレンマにアプローチ するか？ —————	p16		
<b>6</b> 患者の意思決定能力は保たれているか？ —————	p19		
<b>7</b> procedure oriented から goal oriented な SDM へ —————	p22		
<b>8</b> 患者目線で考える、理想の治療・ケアの ゴールを実現するための腎代替療法選択 の重要性 —————	p24		

▶HTML 版を読む

日本医事新報社では、Web オリジナルコンテンツ  
を制作・販売しています。

▶Webコンテンツ一覧

# Introduction

## 1 透析導入を検討すべき状態とは？

慢性腎臓病 (CKD) G4 (eGFR 15~29mL/分/1.73m<sup>2</sup>) に至った時点で、末期腎不全治療について詳細な説明と腎代替療法に関する情報を提供する。CKD G5 (eGFR < 15mL/分/1.73m<sup>2</sup>) に入った段階で、腎代替療法の開始を判断する。

実際には、eGFRの数値だけで透析導入の是非を判断するわけではない。

## 2 各CKD stageにおける望ましい介入法とは？

「この患者に透析を本当に導入すべきか」の判断に迷う症例は現場で増えており、CKD G4に入った段階で先々腎代替療法を導入するか否かについて、

- ・患者や家族と話し合いを開始する。
- ・各ステップで行うべき介入法を理解する。
- ・目の前の患者が、どのステップにいるかを把握する。

## 3 筆者が考える、透析の開始や継続を検討する際の医師の基本姿勢

患者に透析施行の必要性が出現した場合、透析に関わる医療者として施行を勧めるスタンスが基本ではあるが、患者の意向に十分配慮するとともに、実際に施行する際のリスク (認知症の問題など) や予後等についても吟味する。透析によって得られるメリットは当然のことながら、拘束時間、合併症、医療経済的な問題も十分に考慮する必要がある。

## 4 透析を始める・終わるにあたってのジレンマ

わが国では新規透析導入患者の高齢化が顕著である。

高齢であればあるほど、心機能などの予備能において透析導入時の個人差が大きい。認知症やフレイルの問題など、施行リスクも考慮する必要がある。あくまでケースバイケースで患者背景を考慮しながら導入を検討する

必要がある。

具体的には、①透析に関する十分な情報提供を受けた上で患者や代諾者たる家族等から透析見合わせの強い希望があるケース、②認知症の影響で透析施行時に穿刺針を抜いてしまう、血圧が維持できないなど、透析を安全に施行できないケース、などでは倫理的ジレンマが生じやすい。

「倫理的ジレンマが生じやすい患者＝透析の開始を見合わせる患者」ではない。ジレンマを認知し、患者や代諾者との共同意思決定（SDM）プロセスを通じて、可能な限りその解消に努めることが重要である。

## 5 透析を始める・終わるにあたってのジレンマにどうアプローチする？

詳細は本文に記載するが、原則として日本透析医学会やRenal Physicians Association (RPA) が公表している意思決定プロセスに沿ったアプローチを行う。

まずは患者の意思決定能力を確認し、保たれていないのであれば、代諾者は誰か、を確認する。procedure oriented (患者の治療・ケアの目標とは関係なく、ある手技・治療をするか、しないかについて一律に決めていく手法)ではなく、goal oriented (患者の治療・ケアの目標を達成するために必要なことと、不必要なことを決めていく手法)な意思決定を行う。

**重要** 患者の治療・ケアのゴール (患者が治療・ケアを受けることで達成・実現したいと考えている個人的な目標) を実現しうる腎代替療法の各選択肢について十分に検討・説明し、場合によっては、time-limited (期限を定めて実際にやってみて、それによる効能や負担を確かめ、状況によっては透析中止も検討する方法) に透析を実施することを検討する。透析の見合わせに関する意思決定を進める上で、積極的に倫理委員会を活用する。

## 6 伝えたいこと

新規導入患者を含めて透析患者の高齢化が進んでおり、47.1%もの透析施

設で見合わせ（開始しない、もしくは再開の可能性を残しながら中止する）を経験している。また、人生の最終段階ではない患者に対し、患者や家族等の強い希望から見合わせを判断せざるをえない状況も出てきている。このような状況の中、患者目線のシステムティックな透析の開始・見合わせに関する基本的な考え方・アプローチ法を身に付けることは必須となる。予想される予後が芳しくないから透析を見合わせるという判断基準だけでは不十分であり、あくまで患者にとっての最良の治療・ケアのゴールを明確化し、その実現のための手段として透析を開始・継続するか、見合わせるかを吟味することが重要である。自験例を交えながら、実地での介入法についてわかりやすく紹介したい。

## 透析を取り巻く現状

---

毎年、日本透析医学会が公表している「わが国の慢性透析療法の現況」<sup>A)</sup>によれば、2018年の新規透析導入患者数は4万468人とされる。新規透析導入患者数は前年よりわずかに減少はしているものの、2018年末の時点で慢性透析療法を受けている患者総数は33万9841人と、前年比で5336人増加している。慢性透析患者の高齢化は進んでおり、最も割合が高い年齢層は男女ともに70～74歳であることが報告されている。新規透析導入患者も同様に年々高齢化しており、最も割合が高い年齢層は、男性が75～79歳で、女性は80～84歳とされる。

このような状況の中、目の前の患者に新規に透析導入をするかどうか、また、既に慢性透析療法を受けている患者の透析中止についてどのように考えればよいか、などの疑問を抱きながら日々の診療を行っている医師は筆者を含め少なくないことと思う。2014年に日本透析医学会は「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>B)</sup>を公表し、人生の最終段階にある患者における維持血液透析療法の開始と継続についての提言を行っている。当時の人生の最終段階にある患者の定義の中に、

維持透析を行うことで日常生活が可能な末期腎不全患者は含まれていないことに注意が必要である。その約2年後に日本透析医学会が施行した全国規模実態調査<sup>C)</sup>では、47.1%の透析施設で見合わせ(開始しない、もしくは再開の可能性を残しながら中止する)の経験があり、そのうち89.7%が高齢者であり、46.1%に認知症が合併していたとしている。前述の提言に準拠しない見合わせも23.4%でみられ、人生の最終段階ではない患者に対し、患者本人や家族等の強い希望により見合わせを判断せざるをえない状況も垣間見える。

2020年に日本透析医学会が、腹膜透析や急性腎障害による透析導入を対象に含めた「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>D)</sup>を公表した。ここでは人生の最終段階にある患者の定義の中に、医師が生命維持のために透析を永続的に必要とする末期腎不全であると判断する患者を条件付きで含めており、2014年の提言よりさらに踏み込んだ内容になっている。しかし、見合わせの根拠となりうる、わが国における自己決定権および事前指示書や延命治療の中止等に関する法整備は一進一退の状況である。前述した透析患者の高齢化を鑑みれば、目の前の患者への透析導入や中止に関する悩みは大きくなることこそあれど、雲散霧消することは当分の間ないのではないか。

この問題に対して明快な回答を授けてくれるような絶対的な指針はいまだなく、若輩者の筆者が筆を執るには荷が重すぎる内容ではあるのだが、タイトルにある「患者目線で考える」という文言から、総合診療医としてトレーニングを積み、その後専門領域へ進んだ筆者へ、プライマリ・ケアおよび腎臓・透析領域にわたる素朴かつ幅広い視点での執筆依頼を頂いたものと考え、現場で奮闘されている諸先輩方の胸を借りるつもりで筆を進めてみたい。なお、本稿の執筆にあたっては、当科部長の鈴木利彦医師に大変お世話になった。深甚なる謝意を述べたい。

# 1. 透析の始め方

## 1 透析導入を検討すべき状態とは？

Kidney Disease Outcomes Quality Initiative (KDOQI) は、慢性腎臓病 (Chronic Kidney Disease : CKD) G4 (eGFR < 30mL/分/1.73m<sup>2</sup>) に至った患者に対して、腎代替療法の選択を含む情報提供を行うことを推奨<sup>1)</sup>している。また、Kidney Disease : Improving Global Outcomes (KDIGO) は表1に示した症状のうち1つ以上を満たした場合に、透析療法の開始を検討することを推奨<sup>2)</sup>している。また、これらの状況はおおむねeGFR 5～10mL/分/1.73m<sup>2</sup>で出現するとした。

**表1** KDIGOが推奨する透析療法の開始を検討すべき状況

- ・腎不全症候
  - 漿膜炎
  - 酸塩基平衡または電解質異常
  - 掻痒感
- ・保存的治療でコントロール困難な体液過剰
- ・保存的治療でコントロール困難な高血圧
- ・食事療法で改善しない栄養障害
- ・(尿毒症による)認知機能低下

(文献2より作成)

急性腎障害から末期腎不全へ急速に至った症例には当てはまらないが、わが国では、CKD患者がeGFR 15～29mL/分/1.73m<sup>2</sup>に至った時点で、保存的治療を含めた末期腎不全治療について詳細な説明と腎代替療法に関する情報を提供することが推奨<sup>3)</sup>されている。これがいわゆる腎代替療法選択を含めた情報提供の時期である。一方、腎代替療法の開始、特に血液透析の導入については、図1に示すように一般にeGFR < 15mL/分/1.73m<sup>2</sup>になった時点で必要性が生じてくるとされる。ただ、eGFRの数値だけに頼るのではなく、実際には腎不全症候、日常生活の活動性、栄養状