

---



---

 症 例 報 告
 

---



---

透析導入・非導入の判断において、  
 アドバンス・ケア・プランニングの実践として  
 Shared Decision Making の重要性が示唆された高齢腎不全の 1 例

島本 雅紀・梨本 友美・若松 拓也・中村 元・村上 修一・近藤 大介  
 新潟市民病院 腎臓・リウマチ科

**The Importance of Shared Decision Making in the Elderly Patient with Chronic Kidney Disease:  
 Implementation of Advance Care Planning**

**Masaki SHIMAMOTO, Yumi NASHIMOTO, Takuya WAKAMATSU, Gen NAKAMURA,  
 Suichi MURAKAMI and Daisuke KONDO**

*Department of Nephrology and Rheumatology, Niigata General Hospital*

### 要 旨

アドバンス・ケア・プランニング (advance care planning: ACP) は、「人生の最終段階の医療・ケアについて、本人が家族等や医療・ケアチームと事前に繰り返し話し合うプロセス」と定義され、透析ケア領域においては、特に透析療法の導入・非導入の観点が否応なく重要になる。ACP の実践において、協働意思決定 (Shared decision making: SDM) の概念が重要視されてきており、何を選択すれば最良の臨床的結果を期待できるか不確実な状況において、特に意義を持つとされている。今回、重度の大動脈弁狭窄症を併存疾患に持つ高齢末期腎不全患者が、当初は透析非導入の方針であったが、病状進行と繰り返す入院の中で SDM が進み、最終的に透析導入となった症例を経験した。高齢者、認知機能低下、重篤な合併症等を有する症例においては、透析導入・非導入に関して十分な SDM を実践できるよう、SDM 目的での入院や SDM 外来の設置等の環境整備が望まれる。

キーワード：透析導入・非導入, 人生の最終段階, アドバンス・ケア・プランニング (advance care planning : ACP) , shared decision making (SDM)

**Reprint requests to:** Masaki SHIMAMOTO  
 Department of Nephrology and Rheumatology,  
 Niigata General Hospital,  
 7-463 Shumoku, Chuo-ku,  
 Niigata 950-1197, Japan.

別刷請求先：〒950-1197 新潟市中央区鐘木 463-7  
 新潟市民病院 腎臓・リウマチ科

島本 雅紀

## はじめに

アドバンス・ケア・プランニング (advance care planning: ACP) は、「人生の最終段階の医療・ケアについて、本人が家族等や医療・ケアチームと事前に繰り返し話し合うプロセス」と定義されている<sup>1)</sup>。厚生労働省は、更なる普及啓発と認知度向上を図るため、平成30年にACPの愛称を「人生会議」に決定し、国の方針としてACPに基づく医療・ケアを推奨するようになっている。透析ケア領域においては、透析療法の導入・非導入の観点が否応なく重要になってくるが、透析関連の様々な合併症や水分・食事の制限、そして透析中止は死を意味する現実には患者・家族に重くのしかかり、必然的にACPは困難なものとなることが多い<sup>2)</sup>。ACPの実践において、協働意思決定 (shared decision making: SDM) の概念が重要視されてきており<sup>3)</sup>、「医療における意思決定の場面で、患者と医療者が利用可能な全ての治療の選択肢を見渡し、対話を通して最善の治療を決定するプロセス」とされる<sup>4)</sup>。SDMは、何を選択すれば最良の臨床的結果を期待できるか不確実な状況において、特に意義を持つとされており<sup>5)</sup>、それにより得られた見解は必ずしも医学的に最適な治療とは限らないが、患者の満足度向上に寄与する可能性がある<sup>12)</sup>。今回、私達が経験した症例は、日常的に遭遇しうる一般的な患者さんであったが、その経過において透析ケア領域におけるACPの実践という観点から非常に多くの示唆が得られたため、ここに報告する。

## 症例報告

症例は87歳、女性。高血圧、糖尿病があり近医内科にて加療され、また以前よりCre 1.3-1.8mg/dL前後の原疾患不明の慢性腎臓病があり経過観察されていた。2018年3月に左大腿骨転子部骨折を罹患し総合病院Aにて骨接合術を施行し、4月に前医リハビリテーション病院Bに転院となったが、5月に高血圧性心不全、及び急性腎障害を呈し当院に転院した。入院後、利尿薬投

与により鬱血所見は速やかに解除されたが、心エコーでは重度の大動脈弁狭窄症を認め、また腎機能も入院当初よりは改善したもののCre 3.0mg/dL前後で推移し、この時点で慢性腎臓病の第5期 (eGFR < 15mL/min/1.73m<sup>2</sup>) まで進行した。大動脈弁狭窄症に関しては、全身麻酔による開胸手術のリスクを考慮し外科手術は希望されない旨を確認した。7月に自宅退院、当科外来でのフォローアップとなり、自宅では軽介助があれば自立した生活を営むことが可能であり、趣味の料理も続けられていた。一方、塩分過多の食生活を改善することは困難で食事療法全般を守ることができず、高度尿蛋白が持続し腎機能障害は徐々に進行した。2019年1月には下腿浮腫が一層増悪し利尿薬も増量され、腎機能はCre 4.5mg/dL, eGFR 8mL/min/1.73m<sup>2</sup>まで低下した。この時点で外来担当医から家族に対して腎代替療法の説明が行われ、「腎不全末期の状態になりつつあり、近い将来に透析療法を行わなければ生命維持は困難となる。しかし、腎不全だけでなく重度の大動脈弁狭窄症があり、そちらも予後に影響する可能性が高い。透析療法は合併症が多く、尿毒症を回避できても様々な問題が生じ、それに対して体力が続く限り対処していかねばならない。大動脈弁狭窄症に対して手術を希望されないのであれば、負担の多い透析も導入しないという選択肢もある。」という旨の説明が行われた。自宅にて家族が本人の意思を確認したところ「透析はしたくない。」との返事であったため、翌2月の外来時、家族から「本人は透析を希望していない。透析のために週3回の通院となれば、家にいられる時間は限られてしまう。透析をせざるべく家にいられる時間を増やしてあげたい。」との返答を得た。2019年5月に鬱血性心不全で再度入院となり、この入院中にも本人・家族から腎代替療法を希望されない意思を確認した。当院の「人生の最終段階における医療処置 (蘇生処置を含む) に関する確認書・同意書」を利用し、状態悪化時には非侵襲的医療処置のみ行うこと、人工透析を実施しないことが明記された。5月下旬に軽快退院したが、病状の進行と自宅での食事療法の不徹底の影響で容

易に心不全を発症し、ほぼ毎月のように入院加療を要するようになった。またこの時期から徐々に尿毒症症状も見られるようになっていた。11月にも同様に心不全で救急搬送され、この時にはすでにBUN 120.8mg/dL, Cre 6.67mg/dL, eGFR 5mL/min/1.73m<sup>2</sup>まで増悪していた。利尿薬点滴を施行しても鬱血を解除できず、また高BUN血症は更に増悪し尿毒症症状も顕著となっていた。科内のカンファレンスでは、透析非導入を前提として何か追加治療できないか議論されたが、有効な解決策は見つからず、ここで終末期の状況の中で患者はどう生きたいのか、透析の導入・非導入を含めてもう一度話し合ってみることが提案された。医療スタッフ、本人、家族の間で再度話し合いの場が持たれ、医療者側からは、「今まで透析を希望されない旨を伺っているが、病状が更に進行しいよいよ透析をしなければ救命できない状態となってきたので、今一度話し合いたい。透析を行うことで現在の尿毒症や心不全を改善し生命予後を延長できる可能性があり、それによって自宅で過ごす時間が増え、好きなことをやったり会いたい人に会ったりする時間を作れる可能性がある。一方で、透析関連の様々な合併症で入退院を繰り返し、苦痛を感じる時間が引き延ばされるような形になってしまう可能性や、心臓への負荷が増して更に重症の心不全を合併し生命予後自体も延長できない可能性もある。」という旨の説明が行われた。本人からは、「まず今の息苦しさを治してほしい。そして家に帰って生活したい。本当はしたくないけど、他に助かる術がないなら透析したい。」という発言があり、家族も「本人が望むならば、透析する方向で進めたい。」と透析導入に同意された。12月初旬に透析長期留置カテーテルを挿入し維持透析が導入され、週3回の透析にて鬱血、尿毒症症状の改善が見られた。透析療法による大きな合併症は見られず、12月中旬に軽快退院となった。その後2020年の正月に、飲食過多の影響で再度心不全を発症し2週間程度の入院を要し、更に2月には*Listeria monocytogenes*を起因菌とした敗血症のため再入院となり、心機能も更に低下し透析が困難になりつつある等、不安

定な病状が続いている。しかし、本人は「透析を始めてから体が軽くなり、歩けるようになってきて嬉しい。入院しても家に帰れるように頑張りたい。」と前向きな姿勢であり、家族も「入退院を繰り返しているが、本人が辛くなさそうなのが嬉しい。」と透析導入の判断を後悔していない様子であった。

## 考 察

我が国では、平成19年に『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』が発表され、その後の平成30年版の改訂では、ACPの概念を盛り込み医療・介護の現場における普及を図ることを目的とした改訂がなされた<sup>1)6)</sup>。この中で、人生の最終段階における医療の在り方として、①医療従事者から適切な情報の提供と説明がなされ、医療チームと十分な話し合いを行い、本人による意思決定を基本として医療を進める、②本人の意思は変化しうるものであることを踏まえ、本人が自らの意思を伝えられるような支援を行った上で、本人との話し合いを繰り返し行う、③本人が自らの意思を伝えられない状態になる可能性があることから、家族等の信頼できる者を含めて、話し合いを繰り返し行う、と強調されている<sup>1)6)</sup>。本症例でも状態の変化があった際に何度か話し合いが行われたが、その度に透析非導入の意思が確認されていたため、話し合いを経る毎に透析非導入を規定路線として診療を進められていた。しかし、患者が「できるならば透析をせずに、自然な形で最期を過ごしたい。」と考えるのは自然な感情であり、一方で病状が進行し溢水、尿毒症を呈し「嫌な透析をしてでも今の苦痛から逃れたい。」と心変わりすることもまた、自然な感情の変化である。このように、病状の変化により患者の意思も変化することを前提として、繰り返し話し合いの場がもたれることが重要と考えられた。

日本透析学会からは、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』が発表され、その中で維持血液透析の

表1 「維持血液透析の見合わせ」について検討する状態

- 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 生命維持が極めて困難な循環・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) 患者の全身状態が極めて不良であり、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。

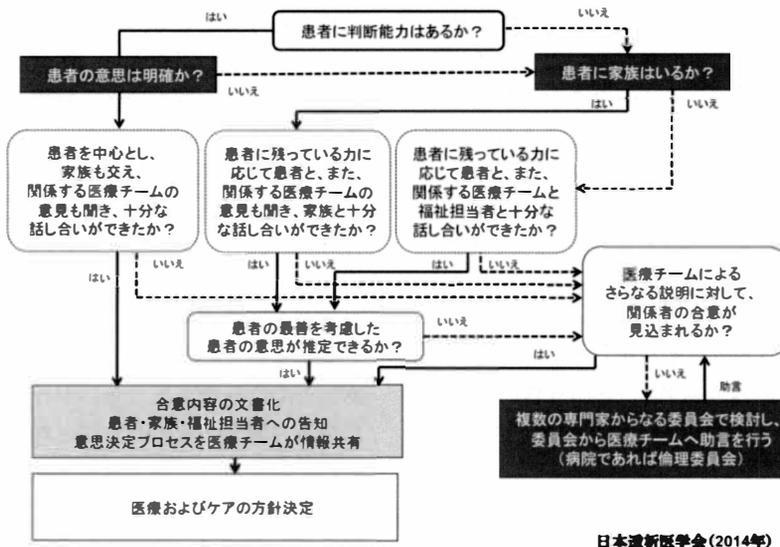


図1 維持血液透析見合わせ時の意思決定プロセス

見合わせを検討する状態として(表1)の状態が挙げられ、意思決定プロセスとして(図1)のアルゴリズムが提示されている<sup>7)</sup>。本症例では、重度の大動脈弁狭窄症があり心不全を繰り返している現状から、心不全の末期状態と捉え維持血液透析の導入を見合わせる選択肢も同時に提示したことは、医学的妥当性のある判断と考えられる。一方で、透析療法に馴染みがない、あるいは悲観的

な考えを持つ患者・家族にとっては、医療者の発するニュアンスのみでも大きな影響を受ける可能性があり、本来は導入・非導入のどちらにも偏らない情報提供を行うことが重要と考えられる。

透析領域におけるACPは、その重要性が叫ばれる一方で、まだ十分なエビデンスが蓄積されているとは言えない。Kirchhoffらは、ACPが行われた末期腎不全患者並びにその代理者は、対照群と

比較して提供される医療行為を十分理解した上で意思決定を行うことができ、また望んだ形の終末期ケアを受けることができたと報告している<sup>8)9)</sup>。更に、ACPが行われた群では医療者とのコミュニケーションの質が高く、ACPを受けることで不要な憂いや悪影響は見られなかったとしている<sup>8)9)</sup>。Perryらは、綿密なACPが行われた末期腎不全患者は、通常ケア群と比較して事前指示書や終末期の希望を表現する率が高く、また事前指示に関する議論に幸福感を感じる率が有意に高かったと報告している<sup>10)</sup>。一方、2016年のCochrane Reviewでは、上述の2編(患者337人、代理者134人)が含まれるも、エビデンスの質は最適以下、設定したoutcomeを含む研究もないとの評価で、systematic review, metanalysisが施行されなかった<sup>11)</sup>。透析領域におけるACPのエビデンスは不足しており、ACPの必要性や価値を正當に評価するためには、末期腎不全患者を含む大規模なランダム化比較試験が望まれる。

ACPの実践において、協働意思決定(shared decision making: SDM)の概念が重要視されてきている<sup>9)</sup>。SDMとは、「医療における意思決定の場面で、患者と医療者が利用可能な全ての治療の選択肢を見渡し、対話を通して最善の治療を決定するプロセス」とされる<sup>4)</sup>。SDMでは、患者と医療者の両方の参加が必要であり、医療者は患者に全ての治療の選択肢、医学的に望ましい選択肢の情報を提供し、患者は病気や治療が自分の人生にとってどのような体験か、どの選択肢がよりよいかを伝える。患者にとって最良の選択は医学的に最適な治療と異なる場合もあるが、患者と医療者は対話を通じてお互いの見解を理解し、最終的に患者にとっての最良の選択を行う。それがSDMのプロセスとされている<sup>5)</sup>。Robinskiらは、腎代替療法の選択においてSDMと患者の治療満足度に正の相関関係が見られたと報告しており<sup>12)</sup>、同様に末期腎不全患者においてもSDMが有用とする報告は見られる一方で、現時点までにランダム化比較試験は一つもなく、十分なエビデンスが蓄積されているとは言えない。SDMは、何を選択すれば最良の臨床的結果を期待できるか

不確実な状況において特に意義を持ち、謂わば「患者自身、医療者自身も、どうしたらよいか本当は分かっている時に、協力して解決策を探す」取り組みである<sup>5)</sup>。日常の外来診療の中で十分なSDMを実践するのは時間的制約から簡単ではないため、特に高齢者、認知機能低下、重篤な合併症等を有する症例の透析導入・非導入を検討するうえでは、SDM目的での入院やSDM外来設置など、十分な時間を確保し多職種の医療スタッフ、本人、家族が参加できる環境を整備することが望ましいと考えられた。

## 文 献

- 1) 人生の最終段階における医療の普及・啓発の在り方に関する検討会：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解説編。pp2-7, 2018.
- 2) 角田ますみ：患者・家族に寄り添うアドバンス・ケア・プランニング 医療・介護・福祉・地域みんなで支える意思決定のための実践ガイド。第1版、メヂカルフレンド社、東京、pp126-132, 2019.
- 3) Barry MJ and Levitan SE: Shared decision making-The pinnacle of patient-centered care. N Engl J Med. 366: 780-781, 2012.
- 4) Elwyn G, Laitner S, Walker E, Watson P and Thomson R: Implementing shared decision making in the NHS. BMJ. 341: c5146, 2010.
- 5) 中山健夫：これから始める！シェアード・ディシジョンメイキング 新しい医療のコミュニケーション。第1版、日本医事新報社、東京、pp1-12, 2017.
- 6) 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。pp1-2, 2018.
- 7) 日本透析医学会血液透析療法ガイドライン作成ワーキンググループ、透析非導入と継続中止を検討するサブグループ：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 47：pp269-285, 2014.
- 8) Kirchoff KT, Hammes BJ, Kehl KA, Briggs LA and Brown RL: Effect of a disease-specific

- advance care planning intervention on end-of-life care. *J Am Geriatr Soc* 60: 946-950, 2012.
- 9) Kirchoff KT, Hammes BJ, Kehl KA, Briggs LA and Brown RL: Effect of a disease-specific planning intervention on surrogate understanding of patient goals for future medical treatment. *J Am Geriatr Soc* 58: 1233-1240, 2010.
- 10) Perry E, Swartz J, Brown S, Smith D, Kelly G and Swartz R: Peer mentoring: a culturally sensitive approach to end-of-life planning for long-term dialysis patients. *Am J Kidney Dis*. 46: 111-119, 2005.
- 11) Lim CED, Ng RWC, Cheng NCL, Cigolini M, Kwok C and Brennan F: Advance care planning for haemodialysis patients(Review). *Cochrane Database Syst Rev*. 2016: CD010737, 2016.
- 12) Robinski M, Mau W, Wienke A and Girndt M: Shared decision-making in chronic kidney disease: A retrospection of recently initiated dialysis patients in Germany. *Patient Educ Couns*, 99: 562-570, 2015.
- (令和2年3月12日受付)
-