

高齢者の腎代替療法選択 ～連携プレーで取り組むべき課題～

公立学校共済組合九州中央病院腎臓内科 満生浩司

I. はじめに

米国ハーバード大の外科医でかつ作家であるアトウル・ガワンデは、その著作『死すべき定め』のプロローグの中で「人類史上、人はもっとも長く、よく生きるようになっている。しかし、科学の進歩は老化と死のプロセスを医学的経験に変え、医療の専門家によって管理されることがらにってしまった。そして、医療者はこのことがらを扱う準備を驚くほどまったくしていない。」と警鐘を鳴らしている¹⁾。黎明期には高齢者は適応とはならなかった透析療法であるが、その導入時年齢はまもなく72歳を超えようとしている²⁾。つまり腎代替療法選択は対象患者の5割～6割において、男性72.7歳、女性75.4歳という健康寿命を過ぎた状況で行う必要がある。これは大変重大な責務である。こういった患者を目の前にして単純に生命維持のためという説明だけで済ませず何を意識して臨むべきか考えてみたい。

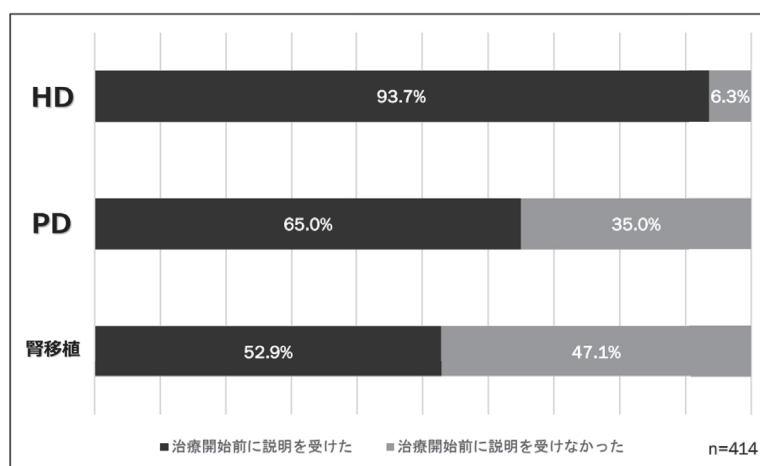
II. 腎代替療法選択における公平性と適性の問題

臨床で用いられる3つの代表的意思決定モデルを表1に示す³⁾。この3つはよく時代の趨勢とともに変化したモデルと誤解されがちだがそうではない。現在で

も対象となる疾患や治療によってはパターンリズムモデルや情報選択モデルも十分に用いられる。例えば肺炎に対する抗菌薬投与や外傷の際の縫合術などは有効性が明らかでかつ治療リスクも低いため、他の選択の余地はほとんどなくパターンリズムが使用される。また腹部大動脈瘤破裂時の外科的手術に関しては治療有効性は明確ではあるがその治療リスクは高く、患者意思による治療選択に基づく情報選択モデルが採用される。一方がん治療などは外科的切除、化学療法、放射線療法など治療の有効性の優劣が不明確でかつ複数の選択肢がある場合の意思決定が問題となる。腎代替療法も似た性質をもち、いずれの選択肢が個々の患者にとって最善の決定となるのが重要である。患者や家族への医学情報提供を前提に、患者の生活や価値観などを十分に考慮しながら医療者も協働して最終的な意思決定を行うプロセスを共同意思決定(Shared Decision Making: SDM)と呼ぶ⁴⁾。SDMの必要性が高まっている社会的背景としては、医療の発達とともに治療選択肢が増加していること、また患者中心志向が強まっていることなどが挙げられる⁵⁾。しかし腎代替療法選択において、この患者中心志向やSDMの考え方が十分浸透しているかについては未だ疑問がある。まず腎代替療法選択において血液透析、腹膜透析、腎移植という3つの治療選択肢は、本来同等かつ公平に説明されるべきものである。腎代替療法開始後に行わ

表1 臨床で用いられる3つの意思決定モデル（文献3より筆者作成）

①パターナリズムモデル
・ 情報提供：医学情報を医療者→患者
・ 治療決定：医療者
・ 対象疾患：治療の有効性明確で治療リスク低 例：肺炎の抗菌薬治療
②情報選択モデル
・ 情報提供：医学情報を医療者→患者
・ 治療決定：患者
・ 対象疾患：治療の有効性明確で治療リスク高 例：腹部大動脈瘤破裂の外科治療
③共同意思決定モデル
・ 情報提供：医学情報を医療者→患者 / 価値観や生活情報を患者→医療者
・ 治療決定：患者 / 医療者
・ 対象疾患：治療の有効性不明確で選択肢複数 例：生活習慣病治療、がん治療、腎代替療法



調査方法：インターネット調査 調査期間：2023年3月8日～4月3日
 実施団体：バクスター株式会社 調査委託：NPO法人腎臓サポート協会
 調査対象：現在透析療法を受けている男女414名（PD59名・HD338名・PD+HD17名）

図1 治療開始前に医師から説明を受けた治療法（文献6より引用一部改変）

れた患者アンケート調査の結果を図1に示す⁶⁾。治療開始前に各療法について説明を受けたかという質問に対し、血液透析については93.7%と大部分の患者に対し説明されていたのに比べ腹膜透析は65.0%、腎移植は52.9%にとどまっており、療法選択の段階ですでに医療者によるバイアスが大きくかかっている現実が明らかとなった。このことが原因か結果は別としてわが国の腎代替療法の約97%が施設血液透析と、極端に偏在した療法選択傾向が持続しているのは周知の通りである²⁾。米国とカナダのCKDG3-5の患者1,303名を

対象として医学的および社会心理学的に適格と思われる腎代替療法を評価したCRIOS研究では、血液透析が適性とされたのが95%、腹膜透析が78%、腎移植が53%であった（図2）⁷⁾。地域差人種差などはあるが、この結果をわが国に当てはめると療法選択説明時でも腹膜透析のアンメットニーズは20%ほどあり、実際の治療に関しては大幅に増大している。高齢化長寿化や地域差という背景もあり、さまざまなバイアスが加わることで療法選択率が持続的に低迷しているものと思われる。医療者の事情や都合が患者の治療実態を左

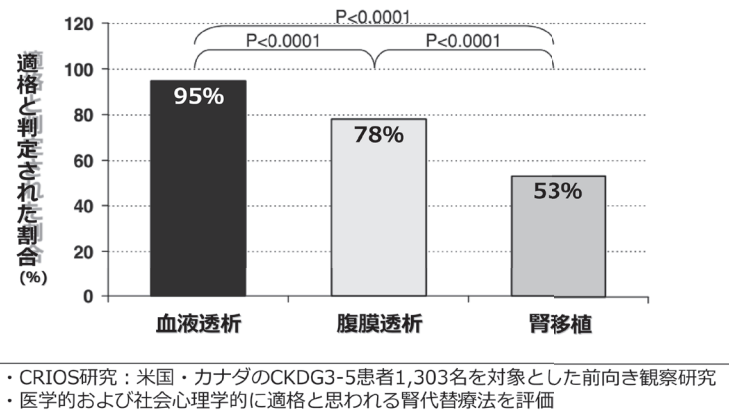


図2 各腎代替療法に対する適格性の割合：CRIOS 研究
 (文献7より引用一部改変)

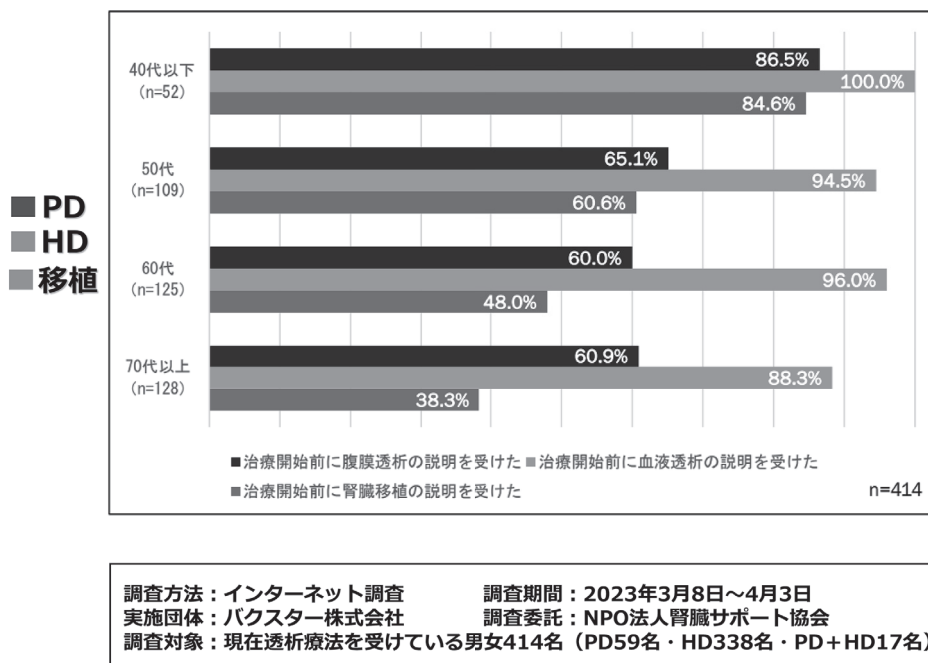


図3 治療開始前に医師から説明を受けた治療法：年代別 (文献6より引用一部改変)

右している事例の一つではないだろうか。

Ⅲ. 高齢者の腎代替療法選択

前述の患者アンケート調査の年代別解析によると、治療開始前に受けた説明率は若年では血液透析と腹膜透析、腎移植は比較的近似しているが、高齢になるにつれて乖離し、腹膜透析および腎移植の説明自体が行われていない傾向が認められた(図3)⁶⁾。この背景として、腎移植に関しては、特に生体腎移植が大部分であるわが国の現況⁸⁾では、ある程度の年齢制限という

条件が療法選択に影響することはやむを得ない。一方腹膜透析に関してはどうか。基本自己管理型の治療であり高齢者には向かない、より自由時間を要する社会生活を営む若年者に向いている治療法であるというイメージが依然として先行しているのではないだろうか。しかし前述のアンケート調査の年代別治療満足度の血液透析と腹膜透析の比較検討をみると、当然若年者では腹膜透析の満足度がより高いのだが、50歳代60歳代ではやや拮抗し、70歳以上の高齢者では再び腹膜透析の満足度が上回る結果であった(図4)⁶⁾。これはより在宅時間が確保され、より生活面で

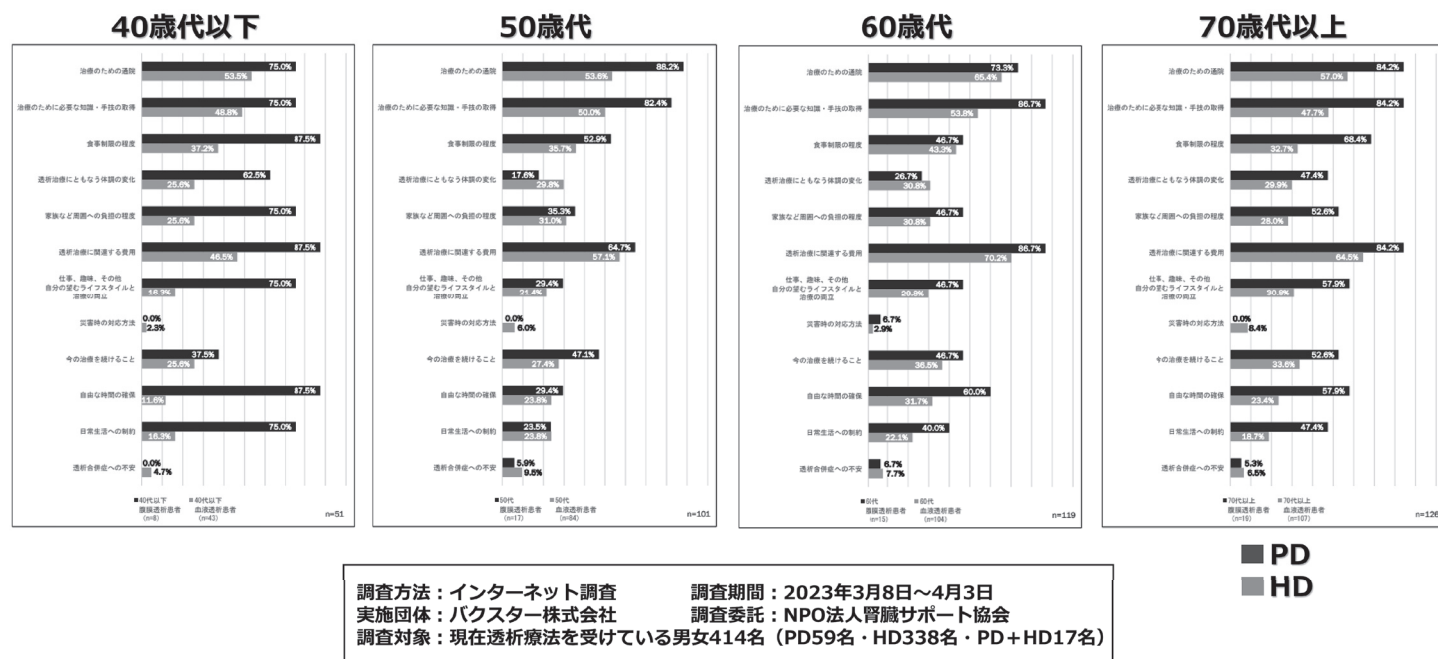


図4 治療の満足度：年代別（文献6より引用一部修正）

の満足感が得られるためかと推測される。あくまで私見であるが高齢者における腹膜透析の長所と短所を挙げた（表2）。自己管理や家族の負担、独居などが依然として問題となるが、最近では訪問看護などに代表されるさまざまな社会資源による支援が増加し、腹膜透析の弱点を補う方向で発展している。そして何よりの強みは「在宅医療」であり、自宅での生活や趣味的な活動の継続に大変有利な点である。腎代替療法選択において医学的見地からの判断は大前提であるが、同時に患者の生活面や価値観を重視した治療選択を行うことは、生涯にわたる慢性医療を提供する側として重要である。それは高齢者において特に留意すべきことであり、SDM というコミュニケーションスキルが十分に使用され、最善最適の治療選択に至ることが望まれる。2020年の国際腹膜透析学会の提言でも、治療効率を優先してQOLが落ちたり人生や生活の目標をあきらめることがないように治療とともに生活のケアも十分重視するよう表明している⁹⁾。

Ⅳ. 腎代替療法選択という移行期医療と生活目標

移行期医療は小児期から成人期に向けてスムーズに医療を移行させることを目指すものだが、腎代替療法導入期も似た性質をもっている。前述の国際腹膜透析

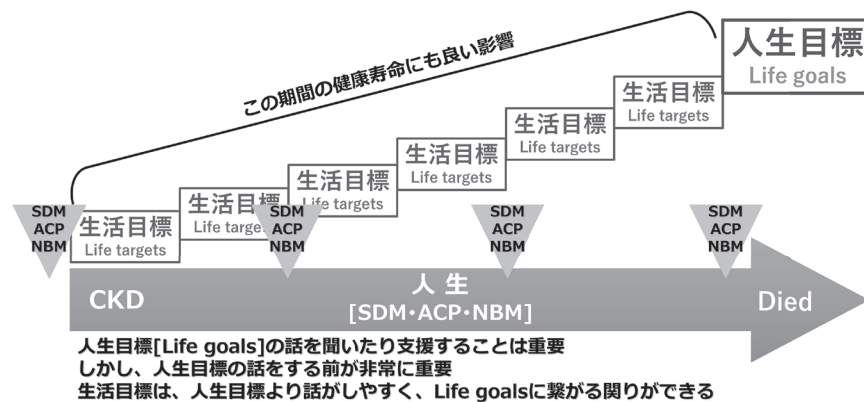
学会の提言でも、患者の生活の質を維持し、人生の目標を達成させることを謳っている⁹⁾。つまり保存期から透析期へ移行する過程において、出来る限り生活の質が低下しないように治療計画、ケアプランを実施するように強調している。では具体的にどう取り組むのが良いだろうか。SDMの実践法でもまず患者の価値観や嗜好を十分聴取して療法選択へ活かすようにとされている⁴⁾。確かに理屈の上では重要性は理解できるし、患者との世間話や家族、仕事の話などを通じて生活背景を感じとることは可能で、ずっと以前から医療者として日々実践してきたものである。しかし患者と仲良くなった医療者だけの個人的な理解や認識だけでなく、他の医療者とも簡潔にチームで情報共有できる可視化された手段が必要である。それを簡易的かつ実践的に手法化した方法が「生活目標（Life Targets）」である。これは日本臨床腎臓病看護研究会の徳田勝哉理事長を中心として提案されているもので「腎臓病治療・腎代替療法に関連しない、患者の日常生活での評価可能な生きがい・夢・行いたいことを言語化し、それを目標として設定したもので、患者・家族・医療者・介護者・地域などと共有した共通目標」と定義されている¹⁰⁾。例えば「この1年間で週1回釣りに行けるようになる」「将棋の月例会への参加を継続する」などといった、治療とは関係のない日常の習慣や目標を患者家族と医療者が共有し、そのために為すべきことを話し

表 2 高齢者の腹膜透析の
長所と短所（私見）

長所
・循環動態への負担が少ない
・食事制限が少ない
・必要透析量が少ない
・在宅医療：通院は最低限
・趣味・生きがいの継続
短所
・自己管理：アドヒアランス
・家族や介助者の負担
・独居の場合：管理・支援

表 3 生活目標 Life Targets の実例
（徳田勝哉様ご提供資料より引用）

・将棋を再開することができる	70 歳代
・ガーデニングを再開できる	70 歳代
・当時、結婚式・新婚旅行ができなかったので妻と 2 人で旅行する	70 歳代
・友人と卓球クラブに定期的に参加する	60 歳代
・図書館・美術館巡りをする	80 歳代
・3 世代で年内に国内旅行に行ける	70 歳代
・自宅の階段がスムーズに登れる	60 歳代
・ゴルフのスコアが上がる	60 歳代
・バイクでツーリングに行くことができる	40 歳代
・考古学講座に休まず参加できる	60 歳代
・週に 1 回釣りに行ける	60 歳代
・今年中にアートフラワー作品を一品つくる	50 歳代
・半年以内に 10000 歩以上歩けるようになる	60 歳代
・6 カ月以内に妻に手料理を一品つくってあげる	70 歳代
・4 カ月後までに You Tube にハーモニカの動画を投稿する	70 歳代
・家族と共に温泉旅行に（家族湯）に行ける	80 歳代
・らっきょう漬と梅干作りに挑戦する	60 歳代
・仕事と畑仕事（趣味）を続けて、正月には杵と臼で餅をつき、家族に送る	70 歳代
・福岡に旅行に行ける	80 歳代

図 5 生活目標の積み重ねから人生目標へ
（徳田勝哉様ご提供資料より引用一部改変）

合い実践することである（表 3）。定期的に評価して更新を行いながら生活目標を少しずつ積み重ねていく。そうしている間に患者・医療者関係の段階は徐々に上がり、最終的には「どのような最期を迎えたいか」という「人生目標（Life Goals）」の話し合いへとつながっていく。つまり結果的には人生会議（Advance Care Planning：ACP）の実践にも至ることが可能である（図 5）。「透析になったら、趣味（釣りや将棋の大会）もできんようになるやろうなあ」と諦めることなく腎代替療法と日常生活を同時に継続してゆくこと、

すなわち治療効果だけでなく生活自体でもその質を維持させること、そのための治療選択、治療プランを考えること、これらがわれわれに課せられた重要な責務である。さらにこの生活目標は一施設のチーム内での共有にとどまらない。将来的に合併症で転院したり、ADL が低下して施設に入所したり、最終的に在宅になったりと変遷があるだろう。その都度治療担当者は変わるが、もしこの生活目標や人生目標という共通言語があれば、診療情報として本人とともに移行し、それぞれの現場で治療選択や治療計画、ケア目標に寄与

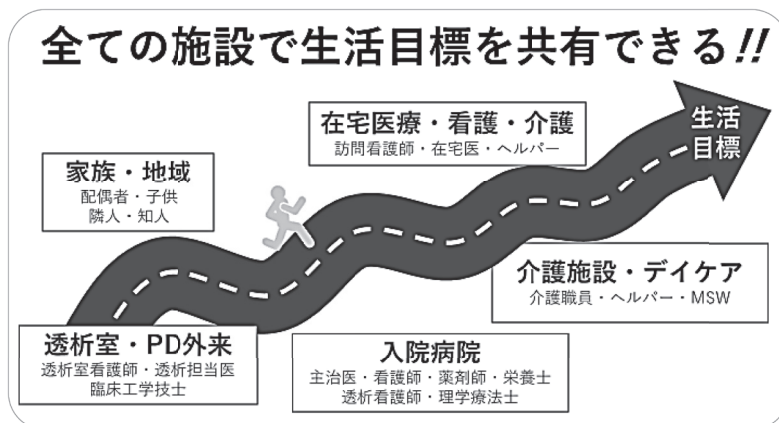


図6 地域で一貫した生活目標の有効性 (徳田勝哉様ご提供資料より引用一部改変)

することになる。これは地域規模の連携プレーと考えられる(図6)。より良い治療の実行は大前提ではあるが、そこに重きを置きすぎてこれまでの日常生活の継続や人生の大切なものを大きく損なうことは回避したい。ことさら高齢者の腎代替療法は生活への負担も大きく、治療選択の際とその後の実践において常に意識しておく必要があるだろう。

考えている。しかし、本当はもっと大きいことだ。人が幸福でいられるようにすることだ。そして、幸福ではあると人が生きたいと望む理由のことである。」患者たちが末期腎不全という過酷な状況の中で療法選択という苦行を乗り越えて日常を生きていくその理由とともに見出す、という重要ミッションをわれわれは負っていると考えたい。

V. おわりに

アトゥール・ガワンデは『死すべき定め』のエピローグの中でこうも言っている¹⁾。「自分たちの仕事は健康と寿命を増進することだと私たち(医療者)は

謝辞

本稿を終えるにあたり資料提供いただいたバクスター株式会社(現株式会社ヴァンティブ)、NPO法人腎臓サポート協会、日本臨床腎臓病看護研究会徳田勝哉理事長に深謝いたします。

【参考文献】

- 1) アトゥール・ガワンデ(著), 原井宏明(訳). 死すべき定め——死にゆく人に何ができるか. みすず書房, 東京, 2016
- 2) 日本透析医学会. わが国の慢性透析療法の現況(2022年12月31日現在). 透析会誌 56: 473-536, 2023
- 3) Charles C, Gafni A, Whelan T. Decision-making in the physician-patient encounter: revisiting the shared treatment decision-making model. Soc Sci Med 49: 651-661, 1999
- 4) Spatz ES, Krumholz HM, Moulton BW. The new era of informed consent: Getting to a reasonable-patient standard through shared decision making. JAMA 315: 2063-2064, 2016
- 5) Barry MJ, Edgman-Levitan S. Shared decision making-pinnacle of patient - centered care. N Engl J Med 366: 780-781, 2012
- 6) バクスター株式会社, NPO法人腎臓サポート協会——腎臓病なんでもサイト. 透析患者における, 治療法に関する意識調査. https://www.kidneydirections.ne.jp/wp-content/themes/kidney-web/pdf/report/report_dialysis_patient2023.pdf
- 7) Mendelssohn DC, Mujais SK, Soroka SD, et al. A prospective evaluation of renal replacement therapy modality eligibility. Nephrol Dial Transplant 24: 555-561, 2009
- 8) 石井大輔. IV. 腎移植. 日本移植学会広報委員会. 臓器移植ファクトブック 2021.pp.36-48, 2021
- 9) Brown EA, Blake PG, Boudville N, et al. International Society for Peritoneal Dialysis practice recommendations: Prescribing high-quality goal-directed peritoneal dialysis. Perit Dial Int 40: 244-253, 2020
- 10) 徳田勝哉. 認定看護師のキャリア形成と活躍——透析看護認定看護師の活動の現状と課題. 臨牀透析 38: 1401-1405, 2022