

適切な透析の開始と中止におけるシェアード・ディシジョン・メイキング

(Renal Physicians Association, 2010)

成人編

(こひらメディカルクリニック 轡田啓子、東京慈恵会医科大学 総合診療部 三浦靖彦)

シェアード・ディシジョン・メイキングのための関係性を築く

Recommendation No.1

シェアード・ディシジョン・メイキングを行うために、医師・患者間の信頼関係を構築する

シェアード・ディシジョン・メイキングは、医療の現場での意思決定に好ましいモデルとして評価されている。

なぜなら、患者に治療による危険と利益を十分に伝えるという倫理的側面と、患者の価値観や嗜好が重んじられるよう保証するという側面にも対応できるからである。腎不全治療では、多岐におよび複雑な意思決定を問われるため、協働で意思を決定する関係性は、急性腎障害（AKI）患者、慢性腎臓病（CKD）4期および5期、あるいは透析を必要とする5期の末期腎不全（ESRD）患者にとって、とりわけ重要である。シェアード・ディシジョン・メイキングには最低限、患者と主治医が参加する必要がある。患者は、意思決定能力を失った時に代理で意思決定できる人を指名し、この話し合いに、含めるべきである。患者に、意思決定能力がなくなってしまった場合、その患者に代わり法的に医療における決定をしてくれる人を含めなくてはならない。この代理人は家族であることが多く（常にとは限らないが）、この節の後半で触れる「法的代理人」と呼ばれる。患者の同意があれば、家族、友人あるいは健康管理に携わるチームの一員も含めることもできる。

患者への情報提供

Recommendation No.2

AKI、CKD 4期および5期、ESRD 患者に対して、診断、予後、およびすべての治療選択肢についての十分な情報を提供する

重症な疾患の場合、多くのCKD患者は緊急透析を必要とし、大多数のAKI患者は腎不全以外に複数の医学的問題を抱えている。シェアード・ディシジョン・メイキングの概念は、腎臓専門医、集中治療医や適切な他のメンバーによる集学的なアプローチを必要とする。急性腎代替療法についての意思決定は他の生命維持治療との関連の中で行われるべきである。例えば、透析導入を見合わせたいとする患者が、他の複数の生命維持治療を受けることには同意した場合、治療方針の不一致を意味する。同様に、他の生命維持治療を拒否している患者に、透析を行うことも、不適切な例であろう。集中治療室で腎疾患患者のシェアード・ディシジョン・メイキングを行う場合には、集中治療医も加わる必要がある。

末期腎不全患者に対してのシェアード・ディシジョン・メイキングの選択肢には、以下が挙げられる。

- 1) 実施可能な透析療法や、適応がある場合には腎臓移植
- 2) 透析を開始せずに保存的治療を継続すること
- 3) 期間限定の透析を試みること
- 4) 透析を中止して、終末期としてのケアをうけること

この治療選択を行うのは患者本人であるべきだが、患者に意思決定能力がない場合は、患者の指定した法的代理人が行う。意思の決定は十分な情報提供のもと、自発的になされなくてはならない。腎臓病ケアチームはプライマリケア医と連携して、患者または法的代理人が、透析療法の利点と負担、透析を開始しないか、中止した場合の結果を理解していることを確認する必要がある。調査研究によって、CKD 患者のなかで特に予後が不良とされる集団が特定されている。この集団の特徴は、次に挙げる 2 つ以上の項目を有する。

- 1) 高齢者（研究では 75 歳以上の患者において特に予後が不良とされる）、
- 2) 併存疾患スコアが高いこと（例えば、修正チャールソン併存疾患指数スコアが 8 以上）、
- 3) 機能の著しい低下（例えば、カルノフスキー・パフォーマンス・ステータス・スケールスコア 40 未満）、
- 4) 重度の慢性栄養失調（例えばプロモクレゾールグリーン法による血清アルブミン値 2.5g/dl 未満）

このような患者集団に対しては、透析を行うことは、透析をせずに保存的管理を行うよりも、より長く生存する利益や機能面での改善が得られない可能性があること、また透析には大きな負担が伴い、生活の質を低下させる可能性があることを伝えるべきである。

Recommendation No.3

全ての AKI、CKD5 期および ESRD 患者に、患者の全身状態を捉えた視点から予後の情報を伝える

急性腎障害、CKD5 期、ESRD の患者が、患者個々の生存の予測の限界はあるものの、十分な情報のもとに、透析の開始についての決定ができるよう、すべての患者の予後について評価し、話し合わなくてはならない。状況に応じて、患者の予後についての情報、それを伝える術に習熟したプライマリケア医、集中治療医、あるいは腎臓病専門医が話し合いの場を設けるべきである（Recommendation No.10 対話の技法を参照）。末期腎不全患者の予後不良を予測する際「サプライズ」クエスチョン、つまり「自分はこの患者が来年死亡したとしても驚かないか？」は、年齢や併存疾患、重度の栄養失調や機能の低さなど既知の危険因子とともに有効である。CKD5 期の透析導入前の患者には、予後の見通しについて患者、法定代理人、患者家族、そして医療チームのメンバーによる話し合いを行い、治療・ケアのゴール

について合意を得、それを最大限達成するために透析を行うのか、透析をしない積極的な保存管理のどちらが適しているのかを議論する。このような話し合いは腎疾患の診療過程のなるべく早期に切り出し、進行に伴い繰り返してゆくべきである。生存や生活の質を著しく脅かすような深刻な合併症を生じた透析継続中の患者に対しては、透析の中止も視野に入れ、治療のゴールについて評価しなおすことが望ましい。

アドバンス・ケア・プランニングを進めるために

Recommendation No.4

アドバンス・ケア・プランニング (ACP) を始める

ACP の目的は、患者が自分自身の状態を知り、ケアのゴールを見極め、症状が進展した際に決定すべきことに備えられるようにすることである。維持透析患者に対しては、専門領域を超えた腎臓病ケアチームが、患者と家族の間話し合いや、患者個々のケアの計画全体に対しての ACP の話し合いを推進する必要がある。腎臓病ケアチームは、ACP が確実に患者に提供されるよう、責任あるメンバーを指名しなくてはならない。意思決定能力のある患者には、対話ができるうちに法的代理人に自分の希望を伝え、その希望に沿った決定をする同意を得ておくことを強く促すべきである。

腎疾患ケアチームは、すべての透析患者から事前指示を書面で得られるよう努めるべきである。法的に許容されるなら医師による延命治療指示書 (POLST) や、同様の州独自の書式も ACP の一部として作成しておくべきである。最低限、各透析患者に対して、州独自の事前指示書に法的代理人を指定しておくよう依頼しなくてはならない。透析施設、腎臓専門医、他の腎臓関連の専門家たちは、指示された治療が標準的なケアと相反する可能性のある場合を除いては、その事前指示を尊重すべきである (Recommendation No.8 紛争解決の章を参照)。

透析の非導入や中止への決定

Recommendation No.5

AKI、CKD、ESRD の一部の場合に対し、明確に定義された条件を満たし、妥当とされる状況であれば、透析を見合わせる (非導入や中止)

このような状況には以下のような場合が含まれる。

- 意思決定能力のある患者が十分な情報を得たうえで、自分の意思で透析を拒否するか、透析の中止を申し出た場合。
- 意思決定能力を失った患者が、透析の拒否について口頭もしくは書面による事前指示をしていた場合。
- 意思決定能力を失った患者で、法的代理人または代諾者が、透析を拒否するか、透析の中止を求めている場合。

- 患者が、不可逆的かつ深刻な神経障害のため、思考、感覚、目的のあるしぐさや自己および周囲の認識ができない状態。

Recommendation No.6

極めて予後が不良か、または安全な透析を実施できない AKI,CKD,ESRD 患者に対して透析の見合わせを考慮する

このようなカテゴリーの患者には以下のような場合が含まれる

- 患者の医学的状況によって、協力が得られず透析が技術的に施行し得ない場合（例；透析の穿刺針を抜去してしまうような高度の認知症）や、患者の状況が著しく不安定な場合（例；深刻な低血圧）
- 腎臓以外に末期状態の疾患がある場合（ただし、このような状態にあっても透析により利益が得られるという理解のもと、透析を実施する場合もあるかもしれない）
- 75 歳以上の CKD5 期の患者のうち、統計学的に極めて予後不良となる基準（Recommendation No.2 及び 3 を参照）のうち 2 項目以上を満たす場合。すなわち、
 - 1) 主治医がサプライズクエスチョンで驚かない状況
 - 2) 併存疾患スコアが高い場合
 - 3) 機能状態が著しく障害されている場合（例；カルノフスキーパフォーマンス・ステータス・スコアが 40 未満）
 - 4) 重度の慢性低栄養状態（例；プロモクレゾールグリーン法による血清アルブミン値 2.5g/dl 未満）

透析の決定における対立を解決する

Recommendation No.7

透析が必要な状態であるが、予後が不明、または、透析を行うことについて合意が得られていない患者に、期間限定の透析治療を考慮する

期間限定の透析療法を試行する場合、腎臓病専門医、患者、法的代理人、患者家族（意思決定に参加することについて患者の許諾を得て）は、透析療法が患者にとって利益をもたらし、続けるべきなのかを判定するため、試行の期間と、期間中および終了時に評価すべきパラメーターについて、予め合意しておかなくてはならない。

Recommendation No.8

透析に関連した決定に関する不一致がある場合、不一致を解決するために、組織的なプロセスを構築する

透析が患者の利益になるかどうかについて、患者/法的代理人と腎臓病ケアチームとの間で対立が生じうる。また腎臓病ケアチーム内において、あるいは腎臓病ケアチームと他のヘルスケア提供者との間で衝突が生じることもある。

患者と法的代理人との対話の場において、腎臓病専門医は、彼らの視点を理解し、提案の根拠となるデータを提示し、誤解を解くように努めなくてはならない。シェアード・ディシジョン・メイキングを行う過程では、以下のような潜在的な対立の原因が挙げられる。

- 1) 予後に関する誤った伝達や誤解
- 2) 個人内、あるいは対人間の問題
- 3) 特定の価値観

透析が緊急に必要とされる状態では、患者や法的代理人の求めに応じ、対立の解決を追求しつつも、透析を行うべきである。

効果的な緩和医療を提供する

Recommendation No.9

患者中心の結果（アウトカム）を改善するために、AKI、CKD、ESRD による負担に苦しむすべての患者に緩和ケアと緩和的介入を提供する

緩和ケアは、透析を開始または継続している患者、透析の非開始か非継続を決定した患者に対し、提供されるべきである。患者の同意のもと、腎臓病専門医、家庭医及び地域のかかりつけ医、ホスピス・緩和ケア提供者などを含む、腎疾患緩和ケアに特化された多職種チームが、身体的、心理的、社会的、スピリチュアルな側面から終末期にいたるまでのケアに携わるべきである。身体的、心理的側面の症状については日常的に定期的に評価し、積極的に管理されなければならない。治療にあたる専門家としては、症状の評価と管理の仕方や、卓越したコミュニケーション技術を身に着けるよう修練が必要である。患者には、十分なサポートを前提とした在宅でのホスピスケアを含めて、終末期をどこで迎えたいかの選択肢も提供されるべきである。また、適切な場合には、患者の家族に対して、死別に対するケアが提供されるべきである。安楽であることをケアの目標としている透析患者に対しては、活動力を最大限に得るための積極的治療を目標とした患者とは異なり、質を評価基準にする必要がある。

Recommendation No.10

診断、予後、治療の選択肢、ケアの目標について体系的アプローチを用いて伝達する

優れたコミュニケーションは、患者の病気への適応力や、治療へのアドヒアランスを高

め、その結果患者と家族の治療への満足度も向上する。予後についての情報と、希望を持ちながら現実とうまく折り合いをつけられることを、共感をもって伝えられれば、患者は快く受け入れるであろう。患者とのコミュニケーションにおいて臨床医の重要な責務は、複雑な生物医学的な事実と状態を、医学的言語では十分に表現しえない複雑な感情的、社会的、スピリチュアルな現実とを統合することにある。この情報は、患者、法的代理人、家族が十分に理解したうえで、透析や移植についての選択ができるように、伝えられなくてはならない。患者の意思決定は、自身の状態と治療の利点、欠点について正確に理解した上でなされるべきである。効果的なコミュニケーションを促進するために、腎臓病専門医、集中治療医、さらに適切な第三者を含めた集学的アプローチによって、信頼を得ることが保証される。AKIにおける急性腎代替療法の決定は、他の生命維持治療との関連においてなされるべきである。集中治療医は、疾患と損傷の大局的な予後についての話し合いを促進するために、ICUにおける腎疾患患者のシェアード・ディシジョン・メイキングに参加するべきである。フェローシッププログラムには、腎臓専門医がこのような患者集団のケアに欠かすことのできない、効果的、共感的なコミュニケーションスキルを身に付けられるようなトレーニングを組み込むべきである。