



2023年11月9日放送

## 腎不全患者の緩和ケア ～意思決定と保存的腎臓療法を中心に～

浦安ツバメクリニック  
院長 坂井 正弘

末期腎不全へ進展しうる慢性腎臓病患者は、成人の8人に1人とされ、これは糖尿病患者数より多い数字です。末期腎不全へ進展した場合、腎移植や透析など何らかの腎代替療法を検討することとなりますが、本邦は血液透析の割合が顕著に高い特徴があります。2021年末の時点で慢性透析療法を受けている患者総数は349,700人と、緩徐に増加傾向です。

他方、透析患者の平均年齢は約70歳で、新規透析導入患者も年々高齢化しており、腎不全診療はかなりの部分が高齢者医療であることがわかります。

腎不全診療において高齢患者が多いことは、エンドオブライフにまつわる様々な問題が生じてくることを意味します。2つ以上の慢性疾患が1人の患者に並存している状態と定義されるマルチモビディティ、いわゆるマルモや、フレイル、そして、4つの側面を持つ全人的苦痛などが生じ得ます。加えて、腎不全診療には前述した腎代替療法があり、療法未導入では、導入の是非に関する意思決定が必要になります。また、すでに腎代替療法を行っている患者であれば、継続か、中止か、といった判断も時には要します。腎不全患者の緩和ケアを考える場合、こういったエンドオブライフとしての問題と、腎不全ならではの課題に、それぞれ対処する必要があります。

緩和ケアはしばしばエンドオブライフケアと混同されますが、WHOでは「生命を脅かす疾患による問題に直面している患者とその家族に対して、痛みやその他の身体的、心理的、社会的、スピリチュアルな問題を早期に発見し、的確な評価と処置を行うことによって、苦痛の予防と緩和を行うことで生活の質（QOL）を改善するアプローチ」と定義されています。臨床的には、症状のコントロール、医師-患者間のコミュニケーション、患者、家族への心理的サポートなどが行われます。こういった包括的なケアは医師だけで提供するのは不可能であり、看護師や薬剤師、ソーシャルワーカー、ケアマネージャー、理学療法士など

を含めた多職種チームで取り組む必要があります。

悪性疾患においては早期からの緩和ケアはガイドラインでも勧められるくらい常識的なことですが、腎不全診療においては緩和ケアの導入は非常に遅れています。これは腎不全診療に携わる医療者が緩和ケア、ならびに緩和ケア医・在宅医との連携に不慣れであることや、患者 1 人に多くの時間・労力を割くことの難しい透析室ならではの性質に起因しているかもしれません。

腎不全患者に対して、より早期に、適切な緩和ケアを提供するために、医療者としてどのような点に注意すべきか、ポイントを絞ってお話を進めていきます。

腎不全患者の緩和ケアを考えるにあたり、大切になってくるのが **Illness trajectory** です。**Illness trajectory** は、縦軸を身体機能、横軸を時間経過とし、各疾患で見られる典型的な経過を示した軌跡です。

心不全などの臓器不全では、増悪・寛解を繰り返し、徐々に機能が低下し、やがて死をむかえる軌跡がよく知られますが、これは透析患者にも当てはまるとされます。

目の前の患者が、**Illness trajectory** のどの地点にいるかを知ることがとても大切です。

症状に応じた緩和ケアの提供だけではなく、**illness trajectory** から予後や今後起こりうる苦痛をうらなうことで、先回りした環境調整や早期の緩和ケアを提供することができますし、腎代替療法継続の是非など重要な意思決定にとって非常に重要な情報となるためです。

他方、腎代替療法を行っていない保存期腎不全患者ではこういった軌跡とは異なることが知られています。最後の数週間に差し掛かるまでは機能は保たれ、その後様々な苦痛により、機能が急速に悪化し、死にいたるという軌跡を辿ることが知られています。この急速な悪化は多くの場合、腎代替療法を行うことで V 字の機能改善が見込むことができます。つまり、腎不全患者は腎代替療法によって生存期間の延長、症状緩和、**QOL** の改善などが期待できます。

しかし、高齢であったり、末期心不全や悪性腫瘍など、他の予後規定因子がある場合に、腎代替療法を導入しても、期待したほどの機能・予後改善が得られないことがあります。

目の前の患者に透析を導入した方が良いのだろうか、と、医療者にもジレンマが生じやすい状況といえます。

高齢の透析患者の予後は一般に不良とされます。そのため高齢患者では、透析を実施せずに、**QOL** と症状のコントロールに焦点を当てた、いわゆる保存的腎臓療法 (**CKM**) を行うことがあります。

**CKM** を選択した場合でも平均 1~2 年程度、場合によっては 3 年以上といった予後が見込まれることが報告されており、**QOL** の維持や頻回な入院の回避など **CKM** のメリットも報告されています。生存期間の延長や **QOL** の維持等に関して、重篤な併存症があったり、

超高齢である場合の透析導入のメリットが目減りすることも知られています。

ただ、注意したいのは、高齢者は透析を導入しない方が良いと言えるほどの確立したエビデンスはないことです。

高齢だから透析導入の話はしない、といったステレオタイプな視点ではなく、あくまで患者の価値観や病状・予後などによって、個別化した話し合いを進めることが肝要です。

透析導入による効能が不明確な場合は、患者や家族と協議しながら、1~2週間、**time-limited**に透析をするのも選択肢となります。

また透析患者においても、透析への拒否がある、悪性腫瘍や末期心不全を併発する、フレイル・認知機能低下が進行してきた、頻回な血圧低下など透析困難がある、などの場合に、透析で得られるメリットが目減りし、デメリットが顕在化してくるために、透析継続に関して、医療者にジレンマが生じてきます。

透析患者が透析を中止した場合の予後は平均 7 日程度と言われており、透析中止の判断は、未導入の場合より、より慎重を期する必要があります。

こういったジレンマを解決する糸口になるのが、ACPと **Shared Decision Making (SDM、共同意思決定)** プロセスです。詳細は、「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」が日本透析医学会より公表されており、そこで示されるプロセスに沿って意思決定を進めていきます。

ポイントは、あくまで **goal oriented** に考えることです。

従来、治療内容を考える場合において、**procedure oriented** に考えることが少なくありませんでした。**procedure oriented** とは、患者の治療・ケアのゴールとは関係なく、気管挿管をするかしないか、など手技・治療の是非に焦点を当てて議論することです。患者にとっての最良な治療・ケアのゴールから逸脱してしまうことも少なくありません。

一方、**goal oriented** とは、患者にとっての最良な治療・ケアのゴールを明確化・共有し、その達成のために必要なことと、不必要なことを逆算的に決めていく方法です。

患者は、どのような状態になっても 1 分 1 秒でも長く生きることを望んでいるでしょうか、それとも住み慣れた家で、家族やペットと最期を過ごすことを望んでいるでしょうか。

ジレンマが生じた状況では、**goal oriented** に考えることで、必要になってくる治療を絞り、決めていくことが可能となります。

注意点ですが、こういった状況では、病状に合った透析療法を提供できているか、や、患者への身体的負担の少ない腹膜透析への移行（いわゆるアシスト PD による PD ラスト）はどうかなどを、並行して検討する必要があります。また、透析を見合わせる場合には医学的な問題以外に、法的・倫理的問題にも目を向ける必要がありますが、今回は時間の都合上、割愛します。

最後に、腎不全患者における緩和ケアの方策について考えるために、CKM を取り上げたいと思います。

CKM は、腎臓病の医学的管理、症状緩和、ACP、エンドオブライフケアで構成されます。

腎臓病の医学的管理は、原疾患の進行を遅らせながら、血圧、貧血、高カリウム、MBD などの補正を可能な限り行うことを指します。必ずしもパラメーターの正常化が目的ではなく、不要な薬剤の減量・中止も検討します。

ここで症状緩和について注目しますが、末期腎不全では、尿毒症、加齢、併存疾患、使用している薬剤等により、さまざまな苦痛が生じることがわかっています。

頻度の高い苦痛として、倦怠感、痒み、痛み、呼吸困難があり、特徴的な苦痛としてむずむず脚などが挙げられます。

腎不全では多彩な症状を呈しますが、患者の多くは腎不全による症状だと認識せず、医療者に訴えないことも少なくありません。

そのため、3ヶ月ごとなど定期的に、IPOS-Renal や ESAS-r などのスケールを用いて評価することが肝要です。

苦痛を特定できたら、治療可能な原因の評価と対処、次に非薬物療法、最後に薬物療法というステップで介入を行います。

例えば、呼吸困難を例に挙げれば、治療可能な原因として肺水腫、不安、貧血などが考えられ、特定されれば特異的な介入を検討します。

次に非薬物療法としては、姿勢、環境整備、顔への送風などを検討します。

薬物療法としては、腎不全による蓄積の問題がありモルヒネは使用しづらく、適応の問題はありますが、ヒドロモルフォンやフェンタニルなどの使用を検討することになるでしょうか。

CKM について、「高齢腎不全患者のための保存的腎臓療法」というテキストや、保険適応の問題はありますが、カナダのアルバータ大学が公表するホームページがあり、症状ごとの対処法など具体的に記されているため参考になります。

昨今注目を集めている CKM ですが、腎不全における緩和ケアを考える場合、CKM と腎代替療法に分断して考えることは不合理とも言え、統合的なアプローチが大切です。Kidney Supportive Care (KSC) という、より広義の概念も提唱され始めました。今後は、腎臓内科医および透析医の基本的な症状緩和スキルの向上と、緩和ケア医や在宅医、そして多職種との共通理解の深化と連携の強化が大切ではないかと考えています。