

カンファレンスの方法

保存的腎臓療法の選択を検討する事例を題材に

一人ひとりの患者さんへの意思決定支援のあり方を多職種で検討します。患者さんの生活と人生のなかで、ご本人とご家族にとって最善の医療とケアを選択するために、臨床倫理検討シートを活用し、カンファレンスを行ってみましょう。



患者さんは 80 歳男性の鈴木さん

5 年前に前立腺がんの手術を受けました。それ以来、前立腺がんは寛解の状態です。

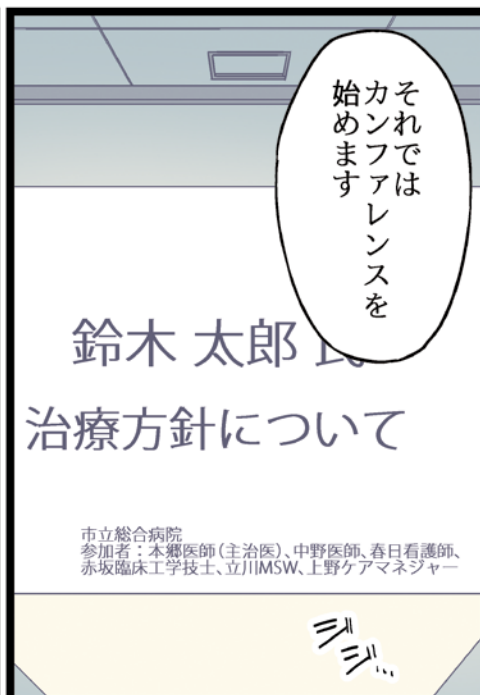
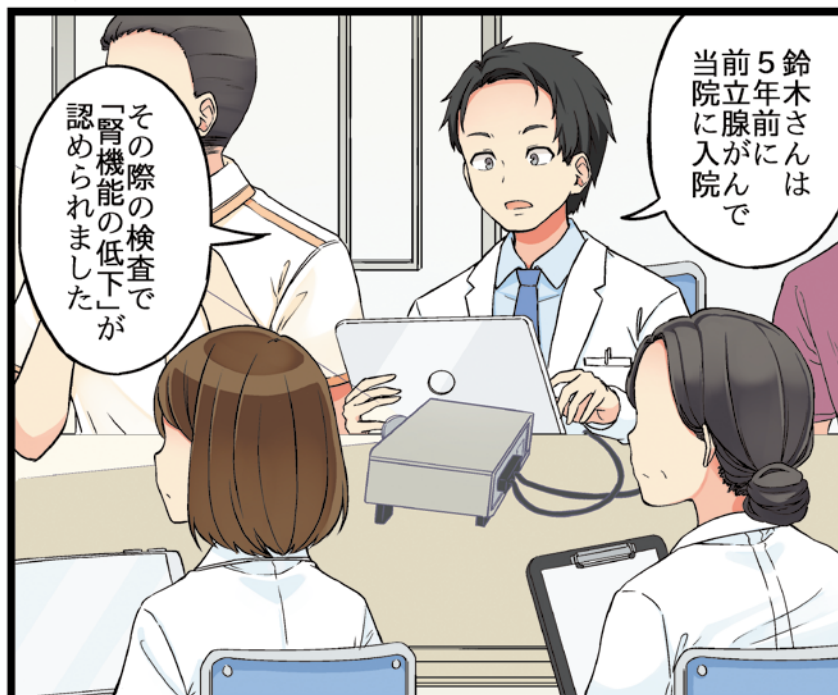
前立腺がんの診断時に腎機能低下も指摘され、腎臓内科へ紹介されました。診断は腎硬化症による腎機能低下でした。

鈴木さんは痛みに敏感な人で、前立腺がん術後に切開創の痛みと体動に伴う痛みを訴え続け、表面痛ではありましたが、リハビリに時間を要しました。

その後、バスからの降車時に転倒し左足首靱帯を損傷したことがきっかけとなり ADL が次第に低下し、車いすで移動するようになりました。

腎機能も徐々に低下し、現在、eGFR12mL/分/1.73m²です。ただ、腎不全の自覚的な症状の訴えはほとんどありません。

鈴木さんは「これまでで一番嫌な思い出は、前立腺がんの術後の痛み」と語り、「どうして治療ってのは痛いんだ？辛いのはもうたくさんだ」と繰り返し、血液透析も腹膜透析も拒否し続けています。



鈴木氏の病状経過

年月	腎臓関連症状及び主な対応	備考
-5年7月	診断：腎硬化症による腎機能低下 内服治療開始	当院で前立腺がん手術 (T2)
-4年1月	ADL自立まで回復	前立腺がん寛解
-3年8月	アドヒアランス不良のため救急搬送 診断：脱水による急性腎障害 高カリウム血症	妻：乳がん治療のため入院中
-3年8月	退院調整で施設を紹介→拒否 自宅退院	要介護度1 ヘルパー3回/週 ケアマネジャー：ACP開始
-3年11月		妻：退院 ヘルパー6回/週
-2年9月	eGFR 23 腎代替療法説明 自覚症状の訴え無し	本人：透析は受けないとの意向 医療・ケアチーム：ACP継続
-1年4月		バス降車時に転倒 左足首靭帯損傷によりADL低下 車いす使用開始
-1年5月	看護相談にてHD・PD説明	本人：透析は受けない意向を再確認 看護相談にてACP継続
今年12月	eGFR 12 依然として自覚症状の訴え無し	要介護度2、HDS-R:29 方針決定のため本カンファレンス開催

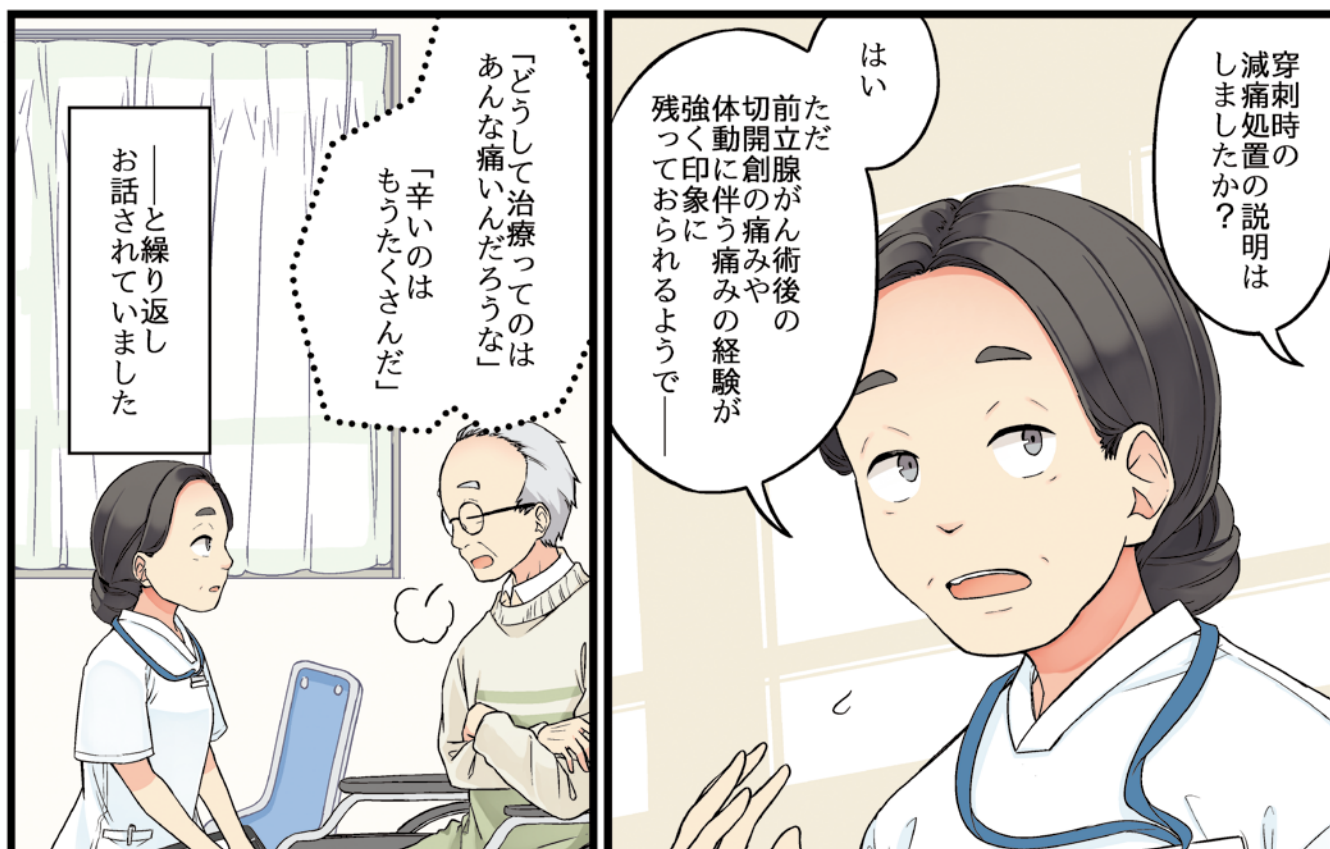
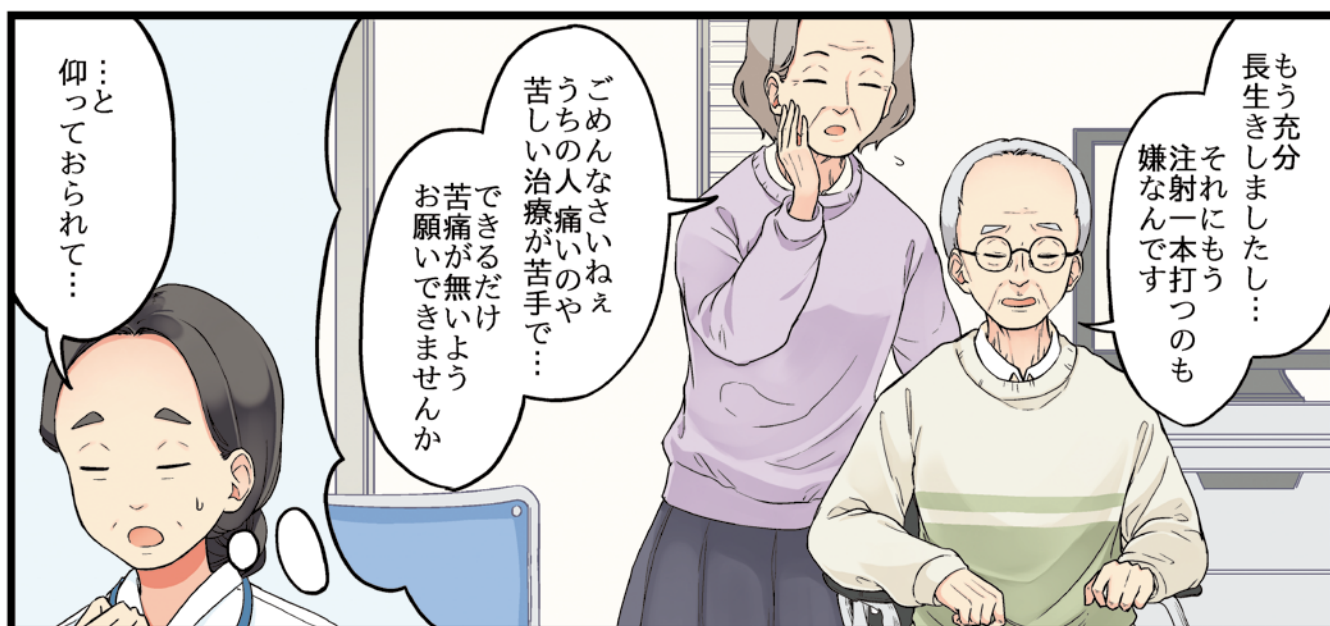
奥様が乳がん治療で入院中にアドヒアランスが不良になったとのことでした

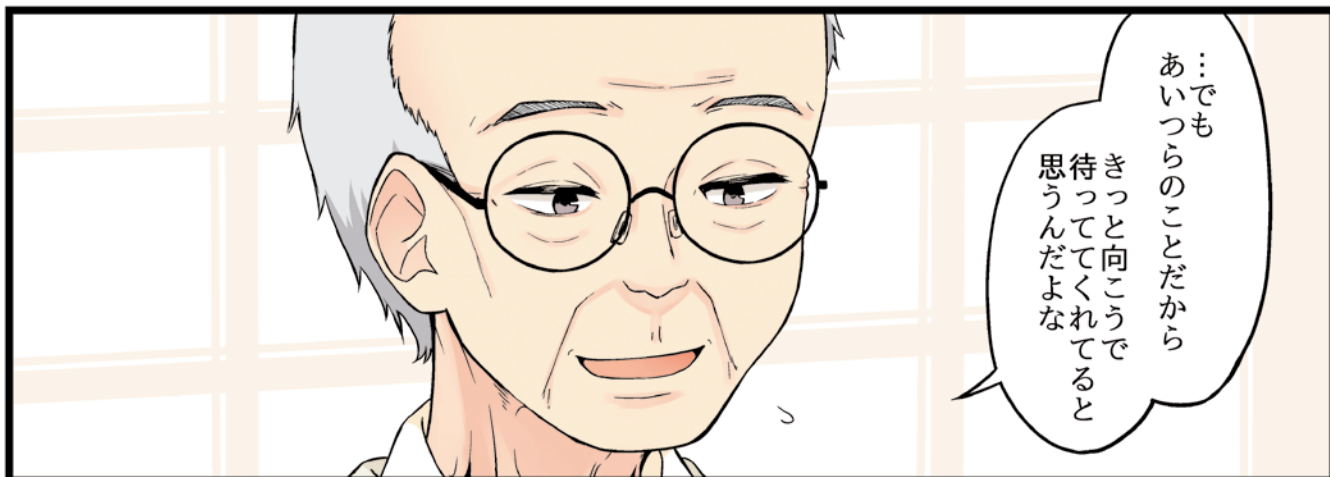
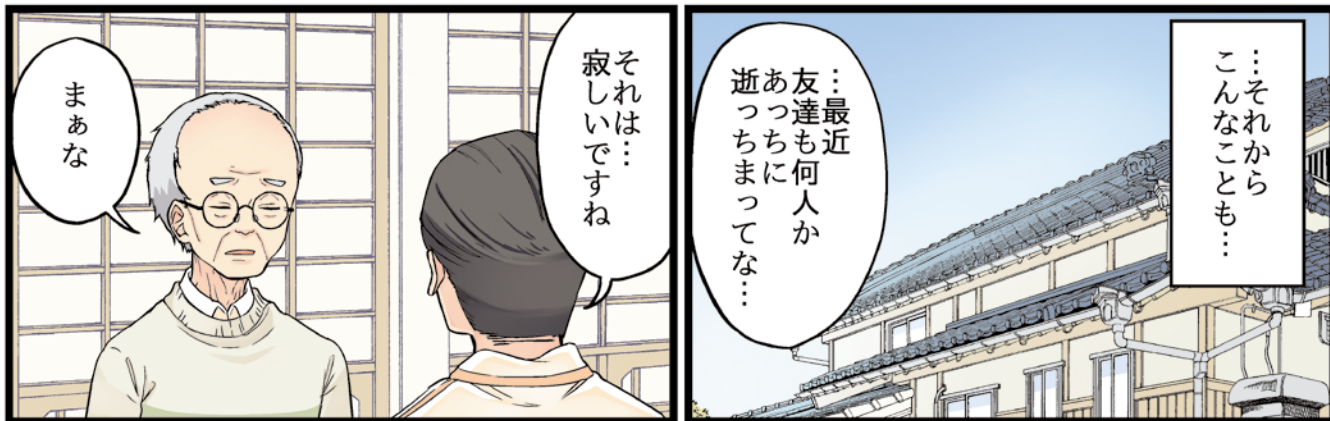
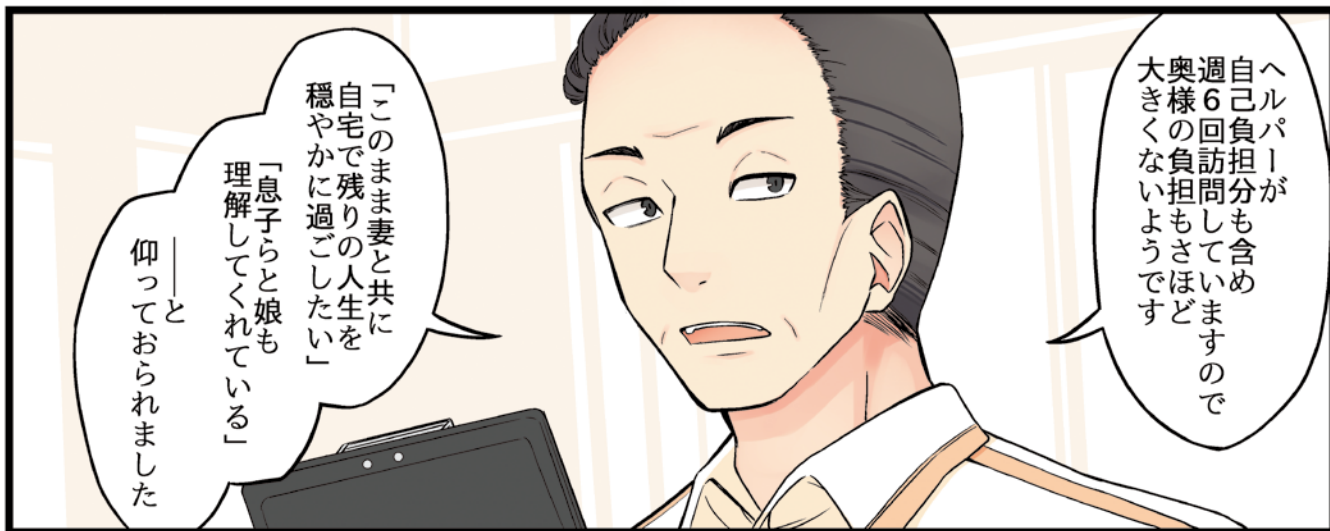
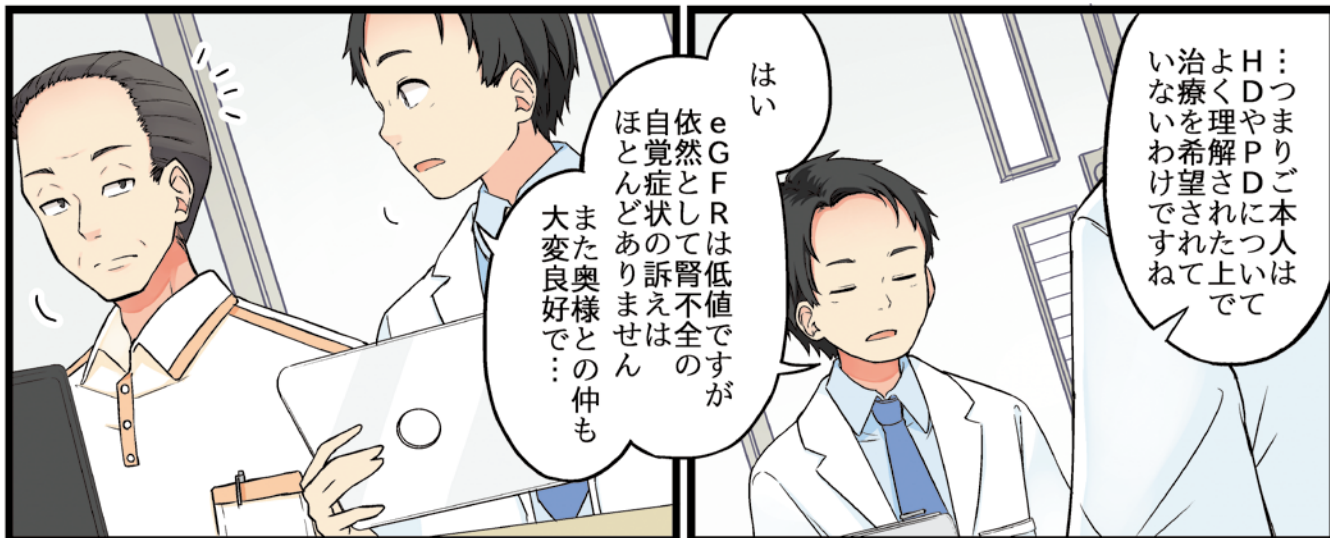
前立腺がんは寛解しましたがその後の自宅療養中の真夏日に急性腎障害で救急搬送されています

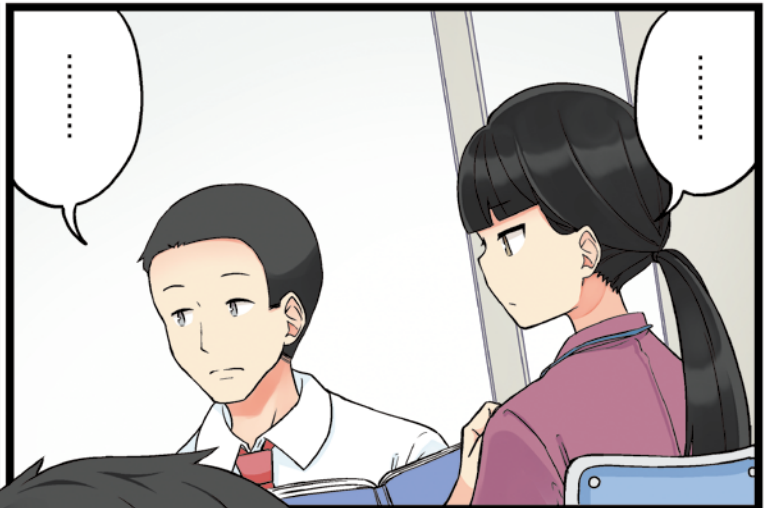
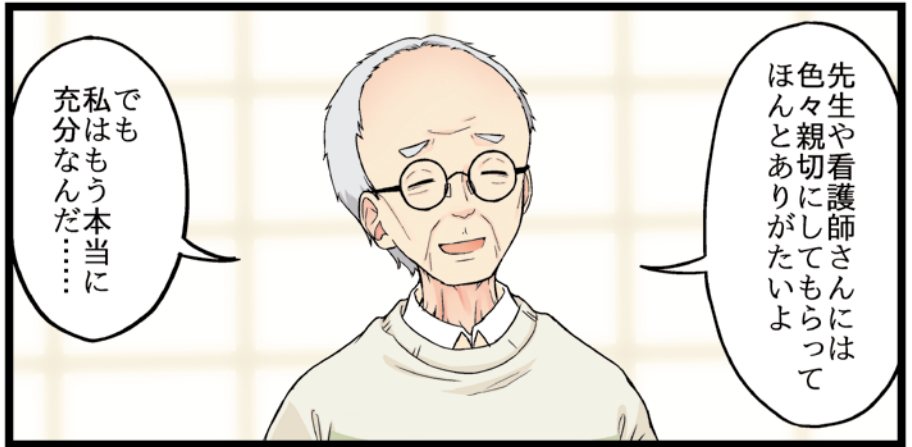
eGFRの推移

退院後ACPを開始し自宅療養を続けてきましたが一貫して透析療法を拒否

今回eGFRが12まで落ち込み、末期腎不全(G5)と判断されたため今後の治療方針をよく話し合っ決定する必要があります









意思決定支援のあり方を多職種で検討する カンファレンスの方法

本章では、一人ひとりの患者さんの治療法とケアおよび療養場所などの選択について、患者さん本人の意思を尊重することを核として、ご家族の意向も理解しつつ、医療・ケア従事者がともに考え意思決定を支援する方法を学びます。

共同意思決定（SDM: shared decision-making）

現在、推奨されている意思決定のあり方は、患者さん側と医療・ケアチーム側の「共同意思決定」（SDM: shared decision-making）です。SDM は、歴史上、「医師の父権主義的（パターナリズム）決定」から「患者の自己決定」を経て発展してきました。

ここでは、日本で研究・開発された SDM のモデルである、＜情報共有 — 合意＞モデルについて説明します。

＜情報共有 — 合意＞モデルでは、医療・ケアチーム側からは医学的な evidence やその他の医療・ケアに関する情報を患者・家族側に提供し、患者さんは自らの価値観や医療・ケアに関する意向、日々の生活および人生において大切なことなどを医療・ケアチーム側に伝えます。

医療・ケアチーム側が提供する医学的（生物学的）な情報は基本情報として必須ですが、それのみでは意思決定はなされません。その基本情報を踏まえ、患者さん側から医療・ケアチーム側へ提供される患者さんの生活や人生の物語りとその物語りを形成している価値観・人生観・死生観についての情報、すなわち物語り的な（narrative）情報も双方が共有したうえで、一方が他方に同意するというより、双方の当事者の合意を目指します。

こうして対話のプロセスを繰り返すと、医学的に適切な範囲で、患者さん本人の視点から医療・ケアの目標を共同で設定し、意思決定プロセスも共同でたどりつつ合意を形成することが可能となり、それは患者さん本人にとっての個別化した最善の選択となります。

これは双方がより良くコミュニケーションを取り、相互理解を深めつつ合意を目指す方法であり、それによって、患者さんを中心とする医療が実現します。これは、ある医療行為についてそれを行うか否かを検討する場合に、その医療行為による直接的な医学的利益と不利益を検討するだけでなく、その医学的な利益と不利益が本人の生活と人生の中でどのような意味をもつのかを検討することといえます。

SDM のプロセスをたどる際には、医療・ケアチームは患者さんの語りに耳を傾けることが重要です。またご家族の語りにも耳を傾け、患者さんにとっての最善を実現するために、ご家族に対してどのような配慮が必要になるかについても検討します。

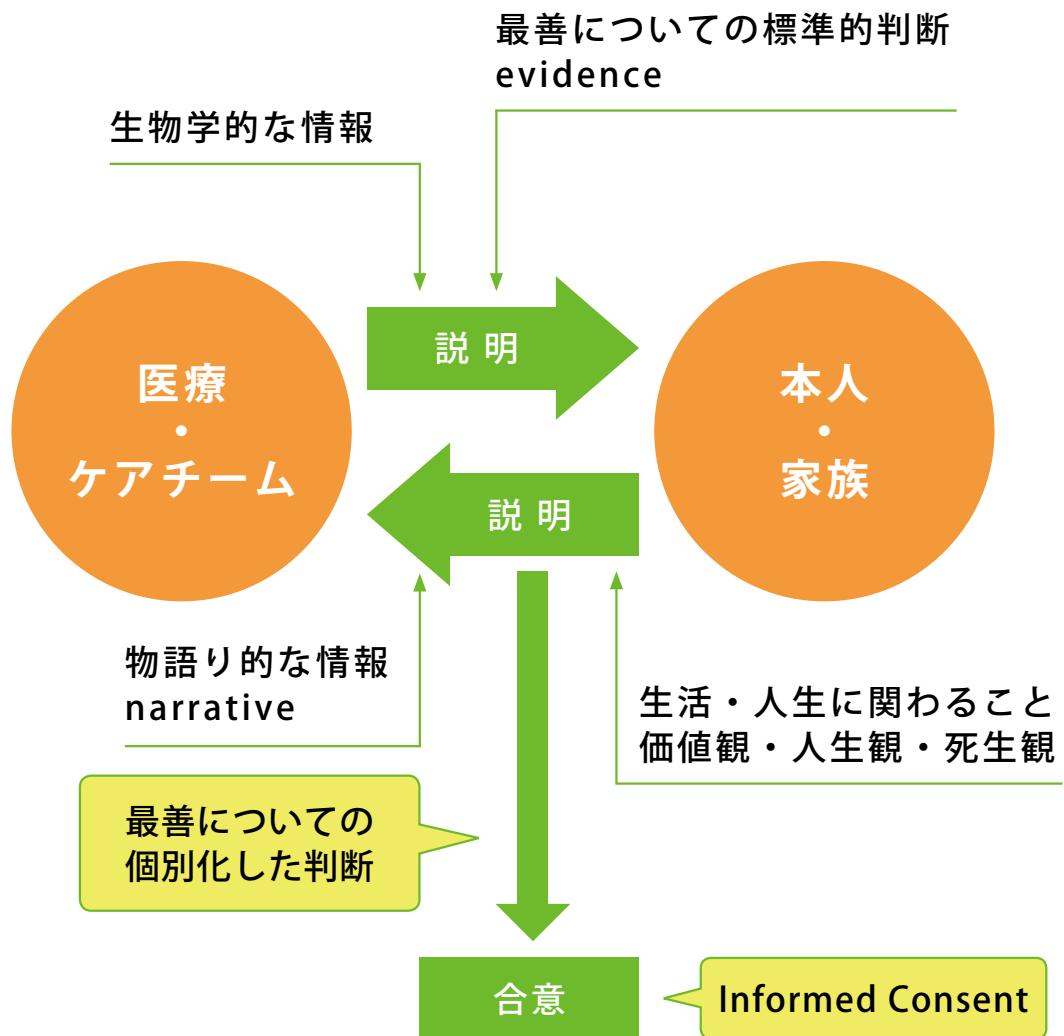
医療・ケアチームには専門職として創造性を発揮し、患者さんにとって最善の意思決定に到る道を患者・家族側とともにたどることが期待されています。

そうした姿勢をもってSDMのプロセスをたどると、患者さん本人の視点からよりよい意思決定が実現されるので、医療・ケアチームの仕事満足度も向上することが期待できます。このような好循環は現場に臨床倫理的な文化を醸成する土台ともなります。

こうして意思決定を支援することは、臨床倫理の中心的な課題といえます。



共同意思決定のプロセス



〈情報共有—合意モデル〉

(清水哲郎)

＊ 患者さん本人とご家族らおよび医療・ケアチームの間で、まず医学的な情報を適切に踏まえ、ご本人の生活と人生の物語り (narrative) を核として、治療とケアの方針決定のために対話を進めましょう！

＊ 「物語り」は「物語」とも「ナラティブ (narrative)」ともいいます。送りがなの「り」をつける「物語り」は、語るという動詞に着目した用語です。

臨床倫理検討シートの活用

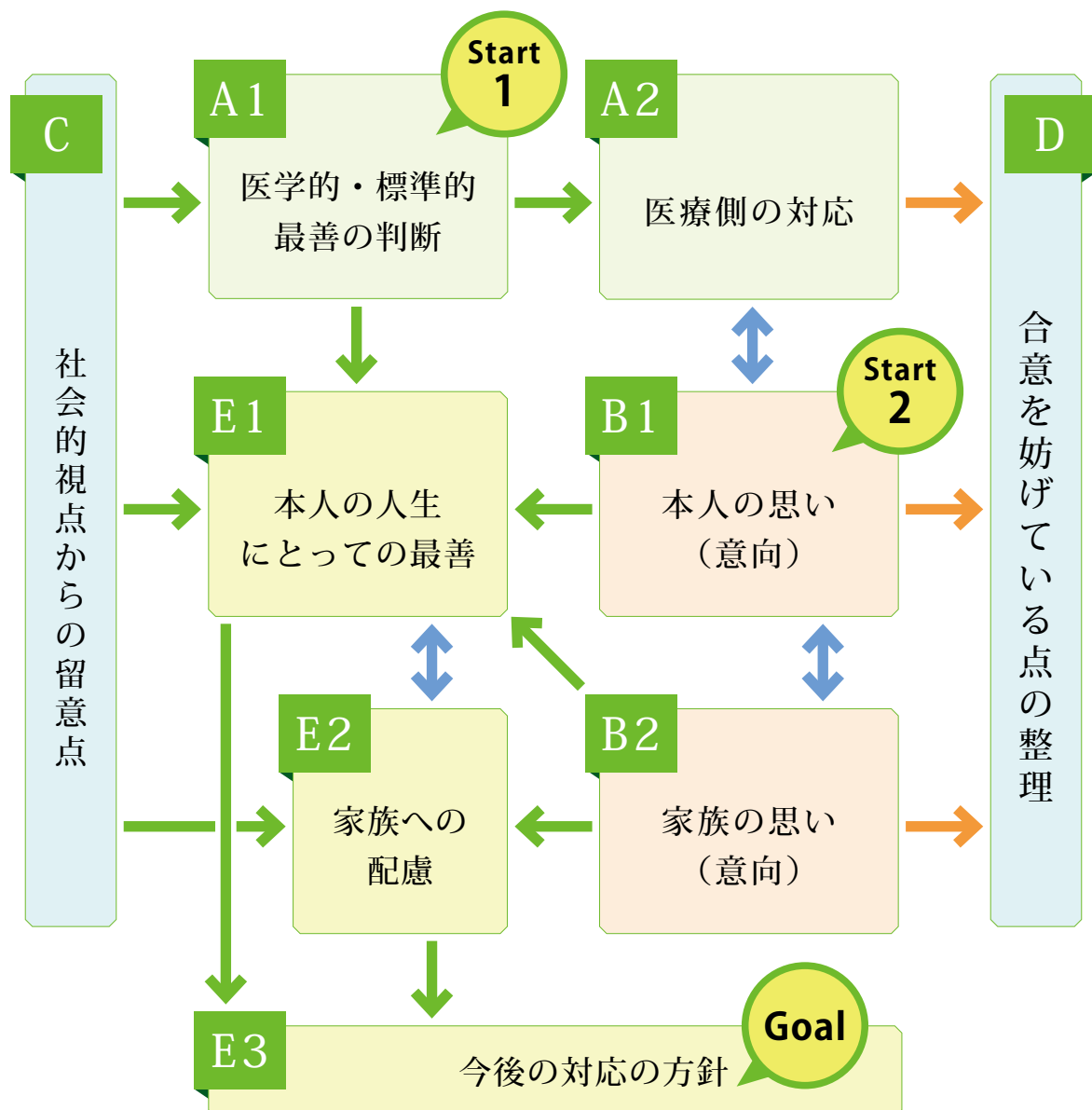
臨床倫理検討シートは、①「事例提示シート」、②「カンファレンス用ワークシート」、③「選択肢の益と害のアセスメント・シート」から成ります。「事例提示シート」は研修会などでお使いください。ここでは、日常のカンファレンスおよびサービス担当者会議等で②と③を使用する方法をご紹介します。

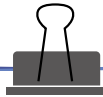
「カンファレンス用ワークシート」は次のような構成になっています。

1つ1つ、検討していきましょう。

カンファレンス用ワークシート

【分岐点・検討のポイント】





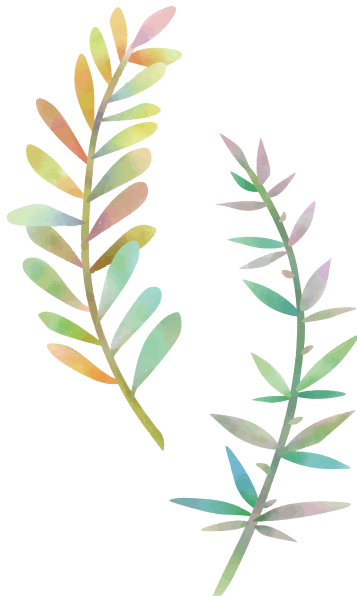
意思決定の分岐点

医療・ケアチーム側からみると、鈴木さんは、「腎代替療法（RRT: renal replacement therapy）の複数の選択肢からいずれを選択すべきか」という意思決定の分岐点に直面しています。選択肢として、医療・ケアチームは血液透析（HD）と腹膜透析（PD）を念頭に置いています。今後も透析療法を行わず、現状の治療を続け、さらに今後発生する症状に対して対症療法と緩和ケアを行う保存的腎臓療法（CKM: conservative kidney management）という選択肢については、まだ鈴木さんに話していません。保存的腎臓療法は適切な選択肢になるでしょうか？ 各選択肢の鈴木さんにとっての意味は？ 鈴木さんの生活と人生にとって最善の選択肢はどれでしょうか？多職種で多角的に検討を進めましょう。

「スタート」について

カンファレンス用ワークシートには "Start" が2か所についていますが、医療機関では A1 から開始してください。介護施設などケアが中心の場で A1 から開始しにくい場合は B1 から開始してみてください。

鈴木さんは医療の選択における意思決定に直面していますので A1 から検討をはじめ、順次、アルファベット順に進めてください。



A1 「医学的・標準的最善の判断」

本事例に関連した医学的情報を整理し、「標準的最善の判断」として、現在、医学側が本事例のような病状について一般的に最善としている選択肢を示してください。まず、evidence を踏まえた判断が重要であり、医師の経験知・実践知も大切です。evidence を踏まえて作成されている診療ガイドラインを参照するのは、まず、この場面です。ほかにも医学的な新知見があればそれを踏まえて判断します。

『腎代替療法選択ガイド 2020』によると、医学的なデータを踏まえれば、鈴木さんは腎代替療法の適応であり、血液透析あるいは腹膜透析を検討する必要があるといえます。しかし、鈴木さんは腎不全の自覚的な症状を訴えていませんし、同『ガイド 2020』は日本透析医学会「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」（2020）を引用し、「人生の最終段階に、腎代替療法を選択せず、保存的腎臓療法を選択する場合があります。この場合、患者さん本人だけでなく、家族や医療・ケアチームと一緒に、ACP（advance care planning）を考える必要があります。腎代替療法を導入しない場合も、ただ放置するのではなく、きちんとした保存的腎臓療法を継続する必要がある」としています。

保存的腎臓療法は日本透析医学会「提言」において、「慢性腎臓病（CKD: chronic kidney disease）のステージに合った生活指導、食事療法、運動療法、薬物療法であり、透析を見合わせた場合には、患者の意思を尊重した緩和ケアも含まれる」と説明されています。

近年、老化が進行した高齢者に対する腎代替療法の益のなさも相次いで報告されています。日本透析医学会のデータを分析した国内研究（谷澤・柴垣、2016）は、「80 歳以上で日常生活障害度が高度の場合、37% が透析導入後の 3 ヶ月以内に死亡している」と分析し、「日常生活障害度が透析療法導入後の超早期死亡を予測する独立した危険因子である」と報告しています。老化が進行した高齢者では透析療法が死因となりうることは、海外の研究でも報告されています（Walker, 2013）。

諸外国からは類似の研究報告が数多くなされており、例えば、老化が進行した高齢者では血液透析による生存期間の延長効果は非常に限定的であるだけでなく、血液透析により一層の ADL 低下をきたすこと（Tamura, et al. 2009, Jassal, et al. 2009）が報告されています。

一方、保存的腎臓療法によっても年単位の生命予後が見込まれる場合も少なくないこと（Morton, et al. 2016）や、80 歳以上では血液透析群と保存的腎臓療法群で生命予後に有意差がみられなかったこと（Verberne, et al. 2016）、さらに、80 歳以上では生命予後に有意差がみられないだけでなく、治療の負荷が QOL に及ぼす影響の点で保存的腎臓療法群が有意であること（Verberne, et al. 2018）、近年のシステマティックレビューでも腎代替療法群よりも保存的腎臓療法群のほうが QOL が良好な傾向があること（Tsai, et al. 2017, Ren et al. 2019）が報告されています。しかし、生存率は腎代替療法群が有意に良好という報告もあります（Wongrakpanich, et al. 2017）。

これらのことを総合的に考えると、老化が進行し ADL が低下している鈴木さんにとっては、保存的腎臓療法は生存期間の延長の点において腎代替療法に劣らない可能性があることが示唆されているといえ、QOL の点では保存的腎臓療法のほうが優位ともいえるのではないのでしょうか。

A2 「医療側の対応」

A1 に連動し、医療・ケアチームが本人・家族側にどのように働きかけているかを整理してください。

医療・ケアチームは、鈴木さんは血液透析あるいは腹膜透析の適応と判断し、それらのメリットとデメリットを繰り返し説明してきました。しかし、いずれの透析療法も追加せずに、現状の生活指導と食事療法および薬物療法による治療を続け、さらに症状が発現したら対症療法と緩和ケアによって対応する保存的腎臓療法という選択肢については、まだ説明していません。この選択肢について本人側に説明する必要があると思われます。

B1 「本人の意向」

これまでに患者さんが言語化したこと、および、非言語表現から医療・ケアチームが汲み取ったことを整理し、本人の気持ちへの理解を深め、真意を把握しようとしてみてください。

鈴木さんは、「透析は受けません、本当に要りません。もう十分長生きしました。あとは穏やかに暮らしたい。痛いのはイヤ。注射一本でもイヤ。どうして治療ってのは痛いんだ。もう辛いのはたくさんだ」と繰り返しておられます。穿刺への減痛処置に関する説明を受けても、意向は変化していません。

また、鈴木さんは、日本人の死生観としてよく知られている、この世の生の終わりは「死者の列に加わること」という考え方も語っています。

さて、本人が言語化したことを真意と理解しても大丈夫でしょうか？真意ではないと思わせる何かはあるでしょうか？治療に対する否定的な発言がみられる場合は、第1章「維持血液透析を患者さんが『やめたい』というとき」も参照し、本人の気持ちの理解に努めてみてください。



B2 「家族の意向」

患者さん本人について B1 で検討したことと同様のことをご家族についても検討します。もし、ご家族のなかに、医療・ケアチーム側からみて違和感を覚えるような言動をしている人がいる場合は、その思いについて理解を試みる姿勢をもって検討してください。

鈴木さんの妻は、鈴木さんが苦痛をととても嫌がると述べ、苦痛の回避を望んでいます。しかし、妻が腎代替療法の各選択肢の意味について理解しているかどうかは、まだわからないと思われます。

また、鈴木さんは「息子夫婦と娘は理解してくれている」と述べていますが、鈴木さんがどのように説明し、息子夫婦と娘さんがどのように応答したかは不明です。家族間でどのような話し合いが行われたのか、把握する必要があるでしょう。

C 「社会的視点からの留意点」

社会的公平・公正、社会資源の活用・配分、第三者の利害に関すること、および、法・ガイドライン・社会通念等に関することを検討します。特に、科学の進展によって更新される医学会のガイドラインと社会通念の間にはギャップが生じやすく、社会通念は市民の認識や情緒と関連しやすいので、そのギャップが合意形成を阻害することがあります。そうした場合は慎重に検討し、ギャップを埋める工夫を施す必要があります。

鈴木さんの場合は、医療・ケアチーム側の選択肢は『腎代替療法選択ガイド 2020』に示された血液透析と腹膜透析ですが、A1 でみたように、日本透析医学会「意思決定プロセスについての提言」(2020) は、腎代替療法を選択しない場合に保存的腎臓療法を選択可としています。関係者全員が保存的腎臓療法で合意した場合は、「提言」に沿って、透析見合わせに関する確認書を必要に応じて取得し、適切に緩和ケアも行うことが求められるでしょう。

意思決定支援のプロセスに関しては、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」が参照可能です。同ガイドラインに沿って意思決定プロセスを適切にたどれば、本人の尊厳を損なう医療行為の不開始（差し控え）も選択肢となります。また、同ガイドラインは、本人・家族側と医療・ケアチーム側が徹底した合意主義によって意思決定すること、および、緩和ケアと ACP の実施を推奨しています。

患者の権利については、日本に法律はありませんが、世界標準の考え方として世界医師会「患者の権利宣言」を参照することが可能です。それによると、治療法の選択に関して本人の意思が尊重される権利および緩和ケアを受ける権利、尊厳が維持され心地よい（comfortable）最期のプロセス（dying process）を過ごす権利などが基本的な患者の権利として謳われています。

また、「IC の法理」の観点から、意思決定能力を有する本人から IC を得ることができない医療行為を強要することはできないといえるでしょう。

D 「合意を目指す(合意を妨げている点の整理)」

医療・ケアチーム側と本人・家族および意思決定に参加するその他の関係者の間で、合意を目指す際に妨げになっている点があればそれを整理し、対応を検討し、合意形成を目指します。

鈴木さんの場合は、医療・ケアチーム側は血液透析または腹膜透析の適応と判断していますが、本人はそれらを拒否しています。

本人の意思を尊重し、医学的に適切な判断を踏まえ、臨床倫理的にも適切に意思決定支援する必要があります。そのために必要なことは何かを検討することが大切です。

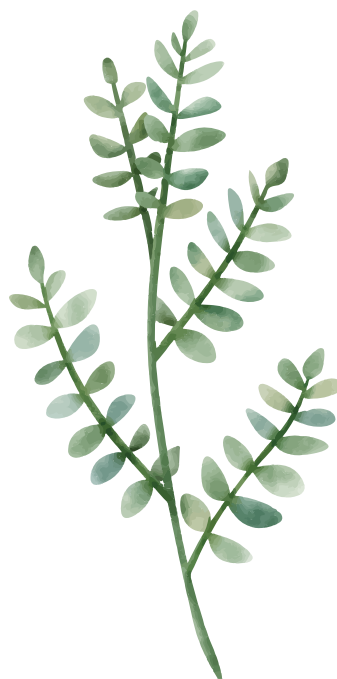
E1 「本人の人生にとっての最善」を検討する

A1 と B1、必要に応じて B2 もあわせ、総合的に検討します。〔生命についての医学的判断を踏まえた、人生にとっての最善についての判断〕、つまり、共同意思決定モデルである〈情報共有－合意モデル〉に則った検討をします。

鈴木さんの場合、医学的に最善の判断を踏まえ、本人の意思を尊重すると、いずれの選択肢が最適といえるのかを検討します。本人の余生の望ましい生き方を実現する選択肢とは？

できるだけ苦痛が少なく、家族も穏やかな気持ちで過ごすことが実現できるのはどの選択肢でしょうか？

そこで、「選択肢の益と害のアセスメント・シート」に情報を整理し、本人にとって最も望ましい選択肢を総合的に判断します。



「選択肢の益と害のアセスメント・シート」

各選択肢について、医学的なこと、本人の意向、家族の意向、その他の情報から、「見込まれる益」と「益のなさ、害・リスク」を整理します。

	選 択 肢	この選択肢を選ぶ理由 見込まれる益 (メリット)	この選択肢を避ける理由 益のなさ・害・リスク (デメリット)
1	血 液 透 析	・ 生存期間の延長効果 (しかし、老化が進んでいる場合は?) ・ 穿刺には減痛処置が可能	・ 循環動態への負担大 ・ 通院回数・透析時間、 要付き添い? ・ 太り針を2本刺す、 穿刺の痛み ・ 老化が進行していると、 血液透析が死因になりうる という研究報告が国内外に有り ・ 本人が強く拒否
2	腹 膜 透 析	・ 生存期間の延長効果 ・ 循環動態への負担は 血液透析より少ない ・ 通院回数少ない	・ 家族や介護者の手助けが必要 ・ アドヒアランスの 問題が生じる恐れ ・ 本人が強く拒否
3	保 存 的 腎 臓 療 法	・ 海外データは、老化が 進行している場合は、 生存期間は血液透析に 劣らないと示唆 ・ 国内データも上記と同様 ・ 本人の意向に沿う ・ QOL の点で優位 ・ 家族も了解? (要確認)	・ 生存期間が腎代替療法 (血液透析、腹膜透析) の 場合よりも短い?

鈴木さんの場合、上記の検討から、保存的腎臓療法という選択肢の方が本人の余生にとってメリットが大きく、デメリットが小さいという可能性が示唆されました。しかし、医療・ケアチーム側が保存的腎臓療法という選択肢について本人にまだ説明していないので、本人はそれが意味することについて知らない可能性があります。保存的腎臓療法という選択肢の予想される経過と転帰を説明し、意向を聴くことが必要と思われます。

E2 「家族への配慮」

E1 と B2 から、本人にとっての最善を実現するために必要な家族への配慮について検討します。

鈴木さんのケースでは、妻は鈴木さんの苦痛の回避を望んでいますので、保存的腎臓療法はよい選択肢と思われますが、これを選択した場合の今後の展開について、妻が理解しているとは思えません。

また、鈴木さんは「息子夫婦と娘は理解してくれている」と述べていますが、鈴木さんがどのように説明し、息子夫婦と娘さんがどのように応答したかは不明です。家族間でどのような話し合いが行われたのか、把握する必要があるでしょう。

そのうえで、妻と息子夫婦と娘さんにも保存的腎臓療法という選択肢の予想される経過と転帰を説明し、意向を確認することが必要と思われます。

さらに、ご家族が穏やかな気持ちで本人の人生の最終段階に寄り添うことを実現するためにできることは何かあるのでしょうか？



E3 「今後の対応の方針」(Goal)

E1 と E2 をよく検討をしたうえで、これからどのように本人・ご家族等へ対応していくかを枚挙し、配慮すべき点があればそれらもあわせて整理し枚挙します。

鈴木さんの場合は、カンファレンスで検討した結果、以下のような方針となりました。

1) これまでの ACP の対話のプロセスで本人が継続的に示してきた意向を尊重し、血液透析と腹膜透析という選択肢に加え、いずれの透析療法も行わない保存的腎臓療法も選択肢として検討する方向で情報提供し、意思決定支援します。この場合の保存的腎臓療法は、透析療法を選択しない場合の消極的な選択肢ではなく、本人の余生をより豊かなものにするための積極的な選択肢となる可能性もあることも伝達します。

- ・ ①血液透析，②腹膜透析，③保存的腎臓療法の実際とメリットとデメリット、予想される経過と転帰について、本人と妻、息子夫婦によく説明し、意向を確認します。
- ・ 可能なら娘さんにも同様に説明し意向を確認します。海外在住なので連絡困難な場合は、妻および息子夫婦に連絡を依頼します。
- ・ 血液透析あるいは腹膜透析が選択されたら、それを実施します。腹膜透析の場合は家族の介護負担軽減のため、介護サービスのさらなる活用を検討します。MSW およびケアマネジャーとよく相談します。
- ・ 保存的腎臓療法で合意が形成されたら、「透析見合わせの確認書」を作成します。同時に、血液透析または腹膜透析への移行は随時可能であることを本人・ご家族側に伝達します。

2) 今後の ACP のあり方を検討します。

- ・ 本人の心身の苦痛を可能な限り低減するための方法を、医療・ケアチームが具体的に検討します。特にスピリチュアル・ケアのあり方は要検討です（第 1 章参照）。
- ・ 必要に応じて緩和ケアの専門家へのコンサルテーションも検討します。
- ・ よりよい人生の最終段階の実現のために、本人の人生の物語りの集大成支援を目指します。息子夫婦と娘、孫も含めたご家族の関わりのあり方を検討します。
- ・ MSW およびケアマネジャーと連携し、本人の在宅生活を支えるために必要な社会資源を検討します。ご家族の介護負担感を低減しつつ本人を支援します。

いかがでしょうか？

このように、患者さん本人の生活と人生のなかでよりよい医療とケアの選択を行うためのカンファレンスは、医療・ケアチーム側の見方ではなくご本人の見方でものをみようとするによって実現します。

患者さんご家族にとっての最善の意思決定のために、ともに考え、悩ましい場面も共有すると、患者さん・ご家族側との信頼関係が一層厚く構築されます。信頼関係が厚ければ厚いほど、倫理的に適切な着地点を見出しやすくなります。

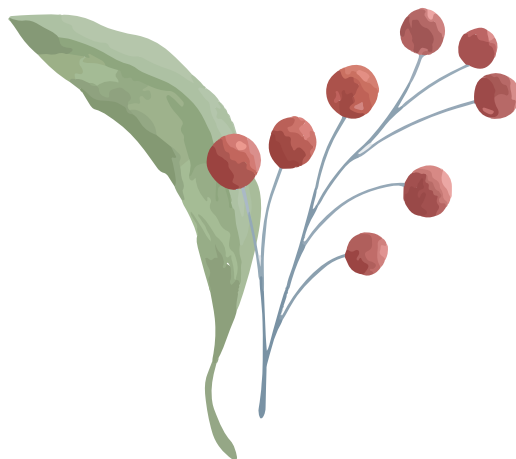
そして、このような姿勢でカンファレンスを繰り返すと、医療・ケアチーム側で倫理的な組織文化が次第に醸成され、よりよい意思決定支援が一層可能となり、患者さんご家族のために一層貢献できるとともに、医療・ケアチーム側にとっても仕事の充実感につながります。

患者さんご家族の人生の物語りにとっての益を目指し、多職種で多角的に検討してください。

「カンファレンス用ワークシート」と「選択肢の益と害のアセスメント・シート」は以下の「臨床倫理ネットワーク日本」からご自由にダウンロードしてお使いください。



<http://clinicaethics.ne.jp/cleth-prj/worksheet/>



- Alberta Health Services, Conservative Kidney Management: CKM Booklet. 2016.
<https://www.ckmcare.com/>
- Oxford University Hospitals NHS Foundation Trust Oxford Kidney Unit: A Guide to Conservative Kidney Management – Information for Healthcare Professionals.2021.
<https://www.ouh.nhs.uk/patient-guide/leaflets/files/37843Pmanagement.pdf>
- Tamura MK, Covinsky KE, Chertow GM, et al.: Functional status of elderly adults before and after initiation of dialysis. *N Engl J Med*. 2009; 361:1539-1547.
- Jassal SV, Chiu E., Hladunewich M.: Loss of independence in patients starting dialysis at 80 years of age or older. *N Engl J Med*. 2009; 361:1612-1613.
- Walker SR, Gill K, Macdonald K, et al.: Association of frailty and physical function in patients with non-dialysis CKD: A systematic review. *BMC Nephrology*, 2013;14:228.
<https://bmcnephrol.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2369-14-228>
- Morton RL, Webster AC, McGeechan K, et al.: Conservative management and end-of-life care in an Australian cohort with ESRD. *Clin J Am Soc Nephrol* 2016; 11: 2195-203.
- Verberne WR, Geers T, Jellema WT, Vincent HH, van Delden JJM, Bos WJW : Comparative survival among older adults with advanced kidney disease managed conservatively versus with dialysis. *Clin J Am Soc Nephrol* 2016; 11: 633-40.
- Verberne WR, Dijkers J, Kelder JC, et al. Value-based evaluation of dialysis versus conservative care in older patients with advanced chronic kidney disease: a cohort study. *BMC Nephrology*,2018;19:205.
<https://bmcnephrol.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12882-018-1004-4>
- Wongrakpanich S, Susantitaphong P, Isaranuwachai S, Chenbhanich J, Eiam-Ong S, Jaber BL. : Dialysis Therapy and Conservative Management of Advanced Chronic Kidney Disease in the Elderly: A Systematic Review. *Nephron* 2017; 137: 178-89.
- Tsai HB, Chao CT, Chang RE, Hung KY, COGENT Study Group: Conservative management and health-related quality of life in end-stage renal disease: a systematic review. *Clin Invest Med* 2017; 40: E127-34.
- Ren Q, Shi Q, Ma T, et al.: Quality of life, symptoms, and sleep quality of elderly with end-stage renal disease receiving conservative management: a systematic review. *Health Qual Life Outcomes* 17, 78 (2019) doi:10.1186/s12955-019-1146-5.

■ 臨床倫理ネットワーク日本：「臨床倫理検討シート」2020.

<http://clinicaethics.ne.jp/cleth-prj/worksheet/>

■ 日本腎臓学会・日本透析医学会・日本腹膜透析医学会・日本臨床腎移植学会・日本小児腎臓病学会編：『腎代替療法選択ガイド 2020』、ライフサイエンス社、2020.

■ 日本透析医学会：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 .2020;53(4):173-217.

■ 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 . 2018.
<https://www.mhlw.go.jp/file/04-Houdouhappyou-10802000-Iseikyoku-Shidouka/0000197701.pdf>

■ 谷澤雅彦、柴垣有吾：日本人透析患者、特に高齢者は導入後早期死亡が高く、身体活動度と強く関連する — 予後良好であるはずの日本人透析患者のジレンマ．聖マリアンナ医科大学雑誌 .2016;44:7-12.

■ 橋爪大三郎：『死の講義』、ダイヤモンド社、2020.

■ 会田薫子：『長寿時代の医療・ケア — エンドオブライフの論理と倫理』、筑摩書房、2019.

■ 会田薫子：臨床倫理の基礎、『臨床倫理の考え方と実践 — 医療・ケアチームのための事例検討法』（清水哲郎・会田薫子・田代志門共編）、東京大学出版会、2021,in press.

■ 清水哲郎：臨床倫理事例検討の進め方、『臨床倫理の考え方と実践 — 医療・ケアチームのための事例検討法』（清水哲郎・会田薫子・田代志門共編）、東京大学出版会、2021,in press.

* 本章は会田薫子（東京大学）が第23回日本腎不全看護学会学術集会（2020年度）での特別講演をもとに執筆し、守山敏樹（大阪大学）の助言を受け、大賀由花（山陽学園大学）、齋藤凡（東京大学医学部附属病院）との協議のうえ、原案を作成しました。

AMED「高齢腎不全患者に対する腎代替療法の開始 / 見合わせの意思決定プロセスと最適な緩和医療・ケアの構築」研究班

- ◎ 柏原 直樹 川崎医科大学 腎臓・高血圧内科学 教授
守山 敏樹 大阪大学 キャンパスライフ健康支援センター 教授
岡田 浩一 埼玉医科大学医学部 腎臓内科学 教授
神田 英一郎 川崎医科大学 特任教授
中元 秀友 埼玉医科大学 医学部総合診療内科 教授
酒井 謙 東邦大学 医学部腎臓学講座 教授
丹波 嘉一郎 自治医科大学医学部附属病院 緩和ケア部 教授
南学 正臣 東京大学医学部附属病院 腎臓・内分泌内科 教授
成田 一衛 新潟大学大学院医歯学総合研究科腎・膠原病内科学 教授
猪阪 善隆 大阪大学 大学院医学系研究科 腎臓内科学専攻 教授
深水 圭 久留米大学医学部内科学講座腎臓内科部門 主任教授
土谷 健 東京女子医科大学 血液浄化療法科 教授
新田 孝作 東京女子医科大学 腎臓内科学 教授
会田 薫子 東京大学 大学院人文社会系研究科 特任教授

謝 辞

本章について下記の先生方から貴重なご指導を賜りました。
ここに深く感謝申し上げます。(五十音順、敬称略)

- 清水 哲郎 岩手保健医療大学 学長
田代 志門 東北大学 大学院文学研究科 社会学研究室 准教授

AMED 長寿科学研究開発事業

研究開発課題名「高齢腎不全患者に対する腎代替療法の開始 / 見合わせの意思決定プロセスと最適な緩和医療・ケアの構築」

研究開発代表者：柏原 直樹（川崎医科大学 腎臓・高血圧内科学）

分担研究開発課題名

「高齢腎不全患者(人生の最終段階を含む)に対する共同意思決定による最適な腎代替療法選択、非導入の意思決定プロセスの構築」

研究開発分担者：会田 薫子（東京大学 死生学・応用倫理センター 上廣講座）

研究参加者：大賀 由花（山陽学園大学 看護学部） 斎藤 凡（東京大学医学部附属病院 看護部）

発行日：2021 年 3 月 31 日

発行者：会田 薫子

〒113-0033 東京都文京区本郷 7-3-1

東京大学 大学院人文社会系研究科 死生学・応用倫理センター 上廣講座