透析医のひとりごと

「透析医としてのこだわりと共同意思決定」

伊達敏行

透析療法に関わって45年余りになりますが，私には一貫して透析医としてこだわっていることがあります．それは体液管理の問題です．なぜこだわるかというと，基本的に透析患者さんはほぼ無尿ですので，排尿により体液バランスを保つことができません．従ってその代替をするのが透析療法の重要な役目ということになります．

この時体液管理の重要な鍵を握るのが，いわゆるドライウェイト（DW）の決定ということになりますが，このDW管理がなんとも曖昧で，施設や担当医によって相当に緩かったり厳しかったりと，大きく異なっていることに度々驚かされます．ちなみに，当院に転院してきた患者さんの大半はDWを下げることになり，時には短期間で数キログラム以上という場合もありますので，当院のDW管理は相当に厳しい方だろうと私自身思っています．

もちろん透析導入初期のDW管理はあまり厳し過ぎると残腎機能（残存尿量の保持）が早期に失われてしまいますので注意が必要ですが，一方，残存尿量の保持にこだわりすぎると溢水や高血圧を見逃したり，降圧薬を多めに使い過ぎたりすることになりかねませんので，こちらも要注意かと思われます．

しかし，維持期のほぼ無尿と思われる患者さんに対して，余りにも緩めにDWを管理することにはどうしても賛同できません．なぜなら透析終了時に例え適正なDWで終了したとしても，基本的に無尿であれば，その後の次回透析日に向かって溢水状況としては通常徐々に増悪することになるからです．もしDWが適正DWよりも緩めであれば，本来なら溢水が完全に消失するはずの透析終了時でも，溢水のないいわゆる適正DWには一瞬たりとも達しないために，常時溢水状態が継続されてしまうことになるのです．

すなわち，特に体重増加の多い患者さんにとっては，透析終了時を含めて休みなく心循環系に対する過剰な負荷が続くことになり，高血圧や動脈硬化さらには心不全のリスクが高くなるのは必定と思われます．

また，緩めのDWは貧血に関しても少なからず悪影響を与えると考えられます．通常我が国の場合には定期採血が週初めの透析開始時ですので，緩めのDWであれば採血時の血液は溢水により希釈度がより大きくなり，Hbの数値は見かけ上低目に出てしまいます．特に同じ患者さんでも採血時の体重増加が極端に多い時と少ない時では，たとえDWが厳しく管理されていたとしてもHbの値は大きく異なってきます．すなわち，DWや採血時の体重増加量を考慮に入れずに，Hbの数値のみから貧血の状態を判断し，造血剤の投与量を調整したりするのは適切でないということになります．

血圧管理にしても貧血管理にしても，基本はDW管理が正しく行われて初めて正当な評価が行われると

いうことを，常に意識した上で投薬調整をすべきであろうと思います．

言い換えますと，血圧が高くなってきたからといって直ぐに降圧薬を始めたり増量したりする．また貧血が強くなってきたからと言って直ぐに造血剤を始めたり増量したりする．このようなことは，対症療法的に短期的な効果は見られるかもしれませんが，根本的な体液管理不良という状況は放置されてしまう危険性があるため，長期的な視点から見ると好ましいことではないと考えます．

当然 DW 変更の際は，浮腫の有無を含む身体所見や血圧，心胸比，インボディなどを中心に，Hb，Alb，HANP といった血液データなども参考に，患者さん自身からも食べ具合や運動量などから太っている要素があるのか，痩せている要素があるのか聞き取り調査を行い検討します．その上で患者さんには DW 変更の必要性を十分説明し，納得を得てから実施しようとするのですが，この時に度々浮上するのが共同意思決定（shared decision making; SDM）の問題ということになります．すなわち，SDM の過程で十分な納得が得られたと確信したにも関わらず，肝心の患者さんの最終意思決定が必ずしも医療者サイドの思いには合致しないということが起きるのです．患者さんの言い分としては，「説明には納得できるけれど実行は勘弁して下さい」というケースが多く，その都度ジレンマに悩まされるのですが，こだわりを捨てきれない当方としては結局あの手この手を繰り出すことになります．

それは，どちらかというと DW を下げる時に往々にして見られることが多いのですが，色々なデータを示し繰り返し説明を行うことで，患者さん自身に「痩せ」は認めていただけるのですが，実際に体重を下げるとなると「嫌です」「拒否します」と難色を示すのです．

その理由の中には，元来痩せ気味の患者さんで特に女性の場合に多いのですが，DW を下げることにより「シワが目立つ」とか「肌つやが悪くなる」といった外見的な風貌の変化を嫌うというものがあります．

このような場合には確かに同意・納得できる一面もあるため，さすがに私自身の「こだわり」は一時的に少し抑えざるを得なくなります．結局折衷案として一時的に少量の降圧薬を処方し，栄養補助食品の摂取を薦めたり透析中の栄養補給を行なったりして，少しふっくらとしてきた頃合いを見計らって「これならもう目立たないので少し DW を落として，降圧薬を止めてみませんか？」と優しく相談してみます．この作戦の成功率はどれだけ患者さんの内なる心に耳を傾け，どれだけ自分自身のこだわりを抑え込めるかにかかっているように感じています．

一方，元来肥満気味の患者さんで何度も DW を上げ続けてきているにも関わらず，さらに DW を上げなければならない状況になった時，「もう着るものがなくなるので嫌だ」という患者さんが見受けられることもあります．このような場合には普通カロリー制限や運動を勧めるのが筋ですが，元来それが苦手な患者さんであるが故に太ってくるのですから，そう簡単に行かないことは容易に理解できます．結局は安価で伸び縮みのしやすいスポーツウエアを購入するようお願いし，例え期待は薄くてもカロリー制限と運動量を増や

すという，口約束だけは交わしてDWを上げさせてもらいます．

このように，日常臨床の中で度々行うDW変更ですらSDMの際に苦労することが多いのですから，透析時間延長に関するSDMに際しては，医療者と患者さんの間に理屈では超えられない思いの違いが現れるため一層難しいことになります．

医療者として透析患者さんの基本的な病態を考えると，透析回数は頻回で透析時間は長い方が望ましいと思われます．実際に在宅透析での頻回透析や1回6時間以上の長時間透析を行なっている患者さんのQOLや生命予後が良いことは，多くの学会報告や文献からも明らかです．しかし，いくら長時間透析が体に良いとしても，拘束を伴う長時間の透析を実施するとなると話は違ってきます．患者さん自身の考え方や生活，時には価値観や人生観をも巻き込んだ判断になるため，「患者さんと医療者双方が納得し満足できる合意」という理想のSDMを得る作業は極めて困難なものになります．

当院でも，遅ればせながら2年半程前より積極的に長時間透析を導入し，昨年末には全患者さんの半数を超える77名が長時間透析を継続するに至りました．しかし，昨年末よりコロナ感染症対策として院内における食事提供の中止を余儀なくされた結果，半年を過ぎた現在では長時間透析継続者が3分の1以下まで激減してしまいました．さらに一時的に長時間透析を中止した残り3分の2の患者さんの中でも，その半数以上は今後食事が再開されたとしても長時間透析には戻らないとの意思を表明しています．

当初，ほんの2,3人から始まった長時間透析患者数が，極めて短期間で急激に増加した理由は幾つか考えられます．最大の要因は2週間のお試し期間を経験した数人の患者さん達が見る見る元気になり，その実体験を周りの患者さんに自ら語ることで，次から次とお試し長時間透析に挑戦する患者さんが増えて行ったことだと思います．また，その姿に勇気付けられたスタッフ達が，長時間透析の良さを目の当たりにし，確信を持って他の患者さんに対しても，より積極的に勧めて行ったことも要因として考えられます．さらに，長時間透析患者さんには送迎や穿刺の待ち時間を極力少なくするなど，なし得る範囲内で可能な限り便宜を図るという当院の基本方針を，全患者さんに伝え了解を得たことも追い風になったかもしれません．そして，挫折しそうな患者さんに対しては多くのスタッフで励ましあい，希望すれば月に2回までを限度として標準透析時間を設けるなど，様々なバックアップ体制の強化に努めたことも少なからず支えになったと思われます．

その結果，当時は日ごと明るく元気になる多くの患者さんに支えられて，先に述べたSDMに潜む困難さはほとんど問題になりませんでした．

ところが，数年経過したところで奇しくもコロナ禍という思いもよらぬ試練が降りかかった途端，当初周りの空気に押されるかのように長時間透析を選択した患者さん達が，一時的にでも標準透析に戻って冷静に考えた結果，改めて長い治療時間の辛さと忍耐の大きさに気付き判断を見直したのかもしれません．そう思

うと，自ら最終判断を下した患者さんが自らの過去の判断に縛られたり，後押しする医療者に気兼ねしたりすることなく，偽らざる現在の本心を表明できたことは双方にとって良かったと考えています．

これこそがSDMの望ましい在り方であり，私たち医療者は患者さんの最終意思決定が揺れていないか常々注意をしてきたつもりでいましたが，まだまだ個々に応じてよりきめ細かな観察を行い，患者さんの偽らざる声を聞き出し，その都度丁寧に対応していかなければならないと再認識することができました．

最近では降圧薬や造血剤あるいはMBD関連薬剤などにしても，様々な付加価値をも兼ね備えた優れた薬剤が多数登場し，血圧や貧血あるいはMBD管理などに関しては，私が透析医療に関わり始めた40年以上前に比べて隔世の感があります．

しかし，良い薬を容易に利用できる時代になったとしても，透析患者さんの基本的な病態は変わらず，むしろ高齢化や合併症の複雑化などにより使用薬剤は増え多岐に渡っています．

このような時だからこそ，安易に薬剤に頼る前に根本的な病態を熟考し，最も基本となる透析療法そのものは勿論のこと，体液管理を中心とした様々な維持管理の仕方を見直したり工夫したりする努力を惜しんではならないと思います．

そして根拠に基づいた自分なりのこだわりを持ちつつも，患者さんにとって重要な意味を持つSDMに関しては，可能な限り患者さんと医療者双方が納得し，満足できる合意を目指して丁寧に対応していきたいと考えています．

腎愛会だてクリニック（北海道）