

発行日：

透析等の腎代替療法の見合わせについての説明書

患者番号：	患者氏名：	様
生年月日：	年 月 日	性別：

1. 現病状とその原因	2. 治療・検査法とその採択理由	3. 治療・検査行為の内容と危険性
4. 改善の見込み	5. 手術しない場合の予後	6. 代替手段
7. 何もしない場合の予後	8. 第2の意見について	

病名：慢性腎不全（末期腎不全）

現在、ご自身の腎臓の機能は低下しており、健常な場合の10%未満しか働いていません。腎機能が低下すると、以下の症状が出現します。

- ・尿毒症物質（老廃物）の蓄積：
食思不振、嘔気・嘔吐、下痢、頭重感、倦怠感、皮膚のかゆみ、しびれ、知覚障害、けいれん、意識障害などの症状が出現します。
- ・水分の貯留：
血圧上昇や浮腫のほか、胸腹水の貯留や肺水腫により呼吸困難感などの症状を生じます。
- ・電解質異常・アシドーシス：
低ナトリウム血症、高カリウム血症、低カルシウム血症、高リン血症のほか、体液が酸性に傾くアシドーシスを生じます。特に、高カリウム血症については不整脈から突然死が生じる危険性があります。
- ・貧血：
腎臓はエリスロポエチンという造血ホルモンを産生しているため、腎機能が低下するとエリスロポエチンが少なくなり、貧血が進行します。また、出血しやすくなることがあります。

<治療の選択肢>

これまで食事療法や薬剤の内服・注射などの保存的治療を行ってきましたが、腎機能が健常な場合の10%以下になると保存的治療のみでは不十分となり上記の症状を自覚するようになります。腎機能の低下がさらに進行し、自分の腎臓で十分に老廃物や水分を排泄できなくなった場合、生命を維持して日常生活を健やかに過ごすためには、透析などの腎代替療法が必要になります。

腎代替療法として①血液透析、②腹膜透析、③腎移植の3種類があります。いずれを選択するにしても医療費の助成などの補助を国から受けることができます。

① 血液透析：

血液を体外に取り出して、透析器・透析液を用いて血液中の老廃物や余剰な水分を取り除いたのちに、再び体内に循環させる治療法です。週3回、1回あたり4～5時間の治療を、近隣の維持透析施設に通院して行うことになります。血液透析を行うためには大量の血液を取り出す必要があります。そのため、腕の動脈と静脈をつなぎ合わせて「シャント」を作成することで静脈に大量の血液が流れるようにし、静脈を太くする必要があります。どうしてもシャントの作成が困難な場合は、血管内にカテーテルを留置することもあります。いずれの手術も局所麻酔で行われ、約1～2時間程度で終了します。血液透析ではシャント血管または留置カテーテルに回路を接続し、その内部を血液が循環するため、ベッドから離れることはできません。また、回路が外れると失血により生命に危険が生じますので、透析中に安静が守れない方や回路の認識ができない方には行うことが困難です。

② 腹膜透析：

腹腔内に埋め込んだカテーテルを用いて透析液を腹腔内に貯留し、腹膜を介して血中の尿毒症物質や余剰な水分を透析液に移行させる治療法で、自宅や職場でも行うことができる在宅医療の一つです。ご自身やご家族で透析液の交換（注液・排液）を1日3～4回行っていただく方法や、夜間にサイクラー（自動腹膜灌流装置）を使用して頻回に透析液の交換を行う方法があります。また、透析液の交換は練習すればご家族にさせていただくことも可能です。腹部から腹腔内にカテーテルが埋め込まれているため、常にカテーテル挿入部は清潔に保つ必要があります。また、体重や血圧、透析液の排液量などを毎日記録して自己管理していただきます。

まずは血液透析または腹膜透析を開始してみて、透析の見合わせについて継続して話し合うことも可能です。透析を開始してみたところ、透析の継続を希望する方もいらっしゃいます。

③ 腎移植:

他人から腎臓の提供を受け、移植する治療法です。親族や姻族から2つの腎臓のうち、1つの提供を受ける「生体腎移植」と、脳死や心臓死になられた方から腎臓の提供を受ける「献腎移植」の2種類があります。移植後は拒絶反応を防ぐために免疫抑制薬を毎日服用していた必要がありますが、多くの場合は健常者とほとんど変わらない生活を送ることができるようになります。ただし、免疫抑制薬を服用していると感染症にかかりやすく、一度感染症にかかるとう重症化しやすいため、予防の励行が重要です。また糖尿病や高血圧などの生活習慣病は、これまでと変わらず治療を継続する必要があります。

<透析等見合わせ時に出現する症状と治療法>

透析等を見合わせた場合、前頁で述べた諸症状がさらに悪化していきます。その場合は以下を含む対症療法を行って症状を緩和いたします。なお、透析等を見合わせた場合、以下を含む対症療法を行ったとしても、一概には言えませんが数日から数週間で亡くなる可能性がきわめて高いです。

・尿毒症物質（老廃物）の蓄積:

尿毒症物質を吸着する薬剤はありますが、末期腎不全では効果が不十分となります。食思不振、嘔気・嘔吐、下痢に対しては制吐剤や止痢剤を用いて症状を緩和しつつ、場合によっては点滴や経鼻胃管などで栄養補給をすることがあります。尿毒症がさらに進行すると精神症状や意識障害が出現します。

・水分の貯留:

全身性の浮腫が生じるため、利尿薬を用いて水分を体外に排泄させる治療を行いますが、末期腎不全では効果が不十分となる可能性が高くなります。進行すると胸腹水の貯留や肺水腫が出現し、いわば水に溺れたような状態が続きます。苦痛の緩和には医療用の麻薬が効果を発揮しますが、蓄積によって呼吸抑制をきたし、死期が早まる可能性があります。使用する場合は、本人、ご家族と十分に相談した上で治療を行います。

・電解質異常・アシドーシス:

腎不全によりさまざまな電解質異常・アシドーシスが生じます。症状としてはアシドーシスで食欲低下、嘔気、嘔吐などが出現することがあります。しかし電解質異常の中でも高カリウム血症は不整脈から突然死にいたる危険性があるため、急激に起こった場合は緊急の対応を要します。ブドウ糖とインスリンを点滴する治療やK吸着剤の内服で血中のカリウムを低下させることができますが、一時的な効果しかなく、透析療法ほどの確実性はありません。

・貧血:

エリスロポエチン製剤の皮下注射を月に1~2回行い、ヘモグロビン濃度を一定に保ちます。しかし末期腎不全では効果が不十分となるため、適宜輸血を行うことがあります。

その他、出現する症状に対しては、できる限り治療を行います。

付記:

患者番号:

患者氏名:

様

発行日:

私たちは医療者として、生命の維持のために可能な限り透析等の腎代替療法を受けていただきたいと思います。しかしながら、あなたが透析等の腎代替療法の見合わせを希望していること、その理由について伺いました。そして、あなたやご家族、周囲の関係者の透析等の腎代替療法を見合わせたいという意思が確固たるものであることを確認いたしました。そのため、透析等の腎代替療法は見合わせますが、腎不全によって生じる苦痛の緩和に対しては最善を尽くします。

また透析等の腎代替療法の見合わせの意思は、定期的に確認させていただきます。今回の合意を後日撤回し、透析療法を開始することは可能ですので、遠慮無くお知らせください。ただし、血圧が著しく低いなどの医学的な理由により、透析が行えないことがあります。もし、あなたの判断能力が低下した際、透析を開始することに利益があると私たちが判断した場合に、代諾者と相談して透析を行うことがありますことをご承知おきください。なお、この文書は、あなたと私たち医療チームの合意内容を確認するものであり、他の医療機関に対する強制力などは一切ありません。

なお合意いただかなくても、患者さんの不利になることはなく、その他の治療は最善をつくします。また、合意を後日撤回することもできます。第三者の意見を伺いたい際には遠慮無くおっしゃっていただければ診療情報を準備します。

説明日:

診療科・説明医師: (自署)

同席者・説明支援者(職種:): (自署)

同席者・説明支援者(職種:): (自署)

同席者・説明支援者(職種:): (自署)

説明を受けた患者または代筆者署名

年 月 日 患者氏名 (代筆者)

(障害などで自署困難な場合は代筆可能とするが、代筆の理由を記載する)

代筆の理由:

患者指示による親族等もしくは本人が未成年の場合、意思決定が困難な場合

年 月 日 署名 (代理人等) (続柄)

年 月 日 署名 (代理人等) (続柄)

※カーボン紙使用の場合、カーボン印字書類にはサインまたは押印(拇印)が必要

※説明書は、カーボン紙使用の場合 原本は患者本人控、カーボン印字は病院控

発行日：

透析等の腎代替療法の見合わせについての合意書

患者番号：

患者氏名：

様

生年月日：

年

月

日

性別：

医療法人社団 三成会 新百合ヶ丘総合病院 院長殿

私は、現在の病状と腎代替療法の必要性と選択肢について、担当医および医療チームから説明を受けました。そして透析等の腎代替療法を開始しなかった場合にどのような結果を招くかについても説明を受け、質問する機会も得た上で、十分に理解しました。その上で、透析等の腎代替療法を見合わせることを希望いたします。

付記：

説明日：

診療科・説明医師：

(自署)

患者または代筆者署名

年

月

日

患者氏名

(代筆者

)

(障害などで自署困難な場合は代筆可能とするが、代筆の理由を記載する)

代筆の理由：

患者指示による親族等もしくは本人が未成年の場合、意思決定が困難な場合

年

月

日

署名 (代理人等)

(続柄

)

年

月

日

署名 (代理人等)

(続柄

)

※カーボン紙使用の場合、カーボン印字書類にはサインまたは押印（拇印）が必要
※同意書は、カーボン紙使用の場合 原本は病院控、カーボン印字は患者本人控