

透析中止のガイドライン

—不可避だが苦渋のジレンマ—

大平整爾

1 はじめに

本邦における慢性透析療法の最近の特徴は、①全国的な普及、②導入患者の高齢化、③長期透析患者の増加、④基礎疾患としての糖尿病腎不全例の増加、などと要約できる。末期慢性腎不全患者が、何時でも何処でも透析療法を受けうるという好ましい状況にある。しかしその反面、高齢で重大な既存合併症を有する患者について透析導入の可否や透析継続の可否などが患者側・医療側双方に大きな問題を投げかけてきている。慢性透析の中止は腎移植が行われない限り「死に至る」選択であり、きわめて重大な意思決定と言わざるをえない。本論では「透析中止」を一考し、諸兄の参考に供したい所存である。

2 本問題との個人的な関わり

今忠正博士が開設した岩見沢市立総合病院の透析センターに私が参画したのは1962年のことで、本邦の透析医療はいわばその黎明期にあったと想起できる。

高度に腎機能を喪失した患者が延命できる現場に立ち会って大きな医療の進歩に感銘を受ける一方、透析療法に種々の限界を深く感じる時代でもあった。その後、この領域の進歩・発展は目覚ましいものがあり、それを一つ一つ実感しつつそれ以降の40年弱を過ごしてきたのであった(表1)¹⁾。しかし、「透析」が生体腎の巧妙な全機能を完全に代行することは不可能であり、かつ、これに併存病態に対する治療上の困難性や受療者・社会の要求水準の高まりなどが加味されて、本療法には依然として不完全性が払拭できずにいる。

しかも、延命という錦の御旗のもとに適応が漸次拡

大されてきたこともあって、高齢者・既存の重篤な病変を有する者・種々の合併症を有する長期透析者などでは、「透析療法」が受療者の期待するまでにQOLを向上しえない状況も発生してきた。こうした状況下に、改めて透析継続の可否が論議されることになったと言えよう。

1986年、NeuとKjellstrandの論文²⁾「Stopping long-term dialysis: An empirical study of with-

表1 慢性透析療法の進歩¹⁾
～1970年から本療法に関わった一透析医の視点から～
(大平整爾: 99/3/4)

1) Blood access	① 外シャントから内シャントへの転換 ② 人工血管の登場 ③ 血管内留置カテーテルの進歩 ④ 合併症時修復術の進歩 (Interventional Radiology)
2) 患者監視装置	コンピューター化(利便性と安全性)
3) 水処理/透析液	① 原水処理の意義確立と質的向上 ② 液組成の再検討 ③ 作製の安定化
4) 腎性貧血	rHuEPOの登場⇒劇的な改善効果
5) 抗凝固剤	低分子ヘパリン・FOY・Futhanの登場
6) Ca/P代謝異常	① 活性型VDの登場 ② 副甲状腺機能の解明
7) 血液浄化膜	高性能/高生体適合性膜の開発
8) 透析アミロイド症	① β_2 -MGの病因論的意義 ② 治療法・予防法の模索と発展
9) 血液浄化の方法論	各種変法の工夫 HF, HDF (P/P, on-line), DHP, PEなど
10) CAPDの登場	在宅医療の推進
11) 血液浄化療法に対する社会的理解と認知、患者の社会復帰	
12) 外科的治療法の適応拡大	
13) 専門スタッフの育成(D, N, Tなど)	

drawal of life-supporting treatment」は、私にとってきわめて衝撃的な内容に満ちていた。Neuらはミネソタ州の慢性透析1,766例（1966—1984年）の死亡705例を分析し、透析中止による死亡は155例で、中止率約9%（155/1,766）、全死亡の実に約22%（155/705）に相当したと報告していたのである。彼等はその論文の結語に次のように述べている。

治療の中止は慢性透析を受ける患者、殊に高齢で変性疾患を合併する患者における一般的な死の形式であると私共は結論する。透析療法下にある患者の高齢化の故に、治療（透析）の撤退（中止）は将来において今より一層一般化するであろう。

今から13年前のことであった。すでに同種の問題に関心を持っていた私が、「慢性透析の中止～透析人口高齢化に伴う一考察」と題して自験例をまとめ発表したのは、1993年の透析医学会においてであった。

発表は幕張メッセにおいての学会（第38回日本透析医学会学術集会：会長 太田和夫教授）のポスターセッションであり、それだけに一層聴衆の大きな関心事であることが肌で感じ取れた。その後、北海道の透析施設に協力を要請し「透析中止」の実態をアンケート調査した。この結果³⁾はすでに発表済みであるが、次項にその要約を掲げる。

3 北海道における透析中止例の分析³⁾

道内127施設に対してアンケートを行い、最終集計は1996年12月であり、75施設（回答率59%）から総計105例の透析中止例が報告された。

1996年12月31日現在、北海道の慢性透析患者は7,654人であったが、透析中止例がそれ程多数に存在するとは予想できず、調査期間を特に限定しなかった。

① 事前指示書（advance directives）

これを残していた患者は、僅かに2例（1.9%）に過ぎなかった。

② 男女比

105例中、男性は63名（60%）で、女性は42名（40%）であった。男女比に大差はないと考えられた。

③ 透析中止時の当該患者の意識状態

なし36例（34%）、あり69例（66%）。「意識あり」とされた症例は69例であった。「適正な判断力がある」と判定された症例は、19例で全体からみて18%（19/105）に止まった。

④ 透析中止の決定者

患者・家族並びに医療スタッフがこれに関与することになるが、あえて主導者を分類すると患者自身による中止の選択は28%であった。前項の19名に、事前に明確な意思表示を口頭で医療スタッフおよび家族に伝えていた10名を加えて29名（28%）となる。残る72%は、患者家族と医療側との双方によって代理判断がなされていた。代理判断において、家族または医療側のいずれが主体性をとったかは判定が難しいが、家族に主導権があったものと推測された。

⑤ 透析中止例の年齢

平均年齢は、男性で64.7±14.0歳（平均±SD：21—82歳）であり、女性では65.2±11.2歳（39—81歳）であった。

60歳以上の占める比率は男性で73%、女性で76%であり、透析中止例は高齢者に多いことがわかる。

⑥ 中止が検討された時点での透析困難性

透析の困難性は、主として非透析時および透析時における低血圧状態から判定したものである。

i) きわめて困難 39%

ii) 困難 28%

iii) やや困難 11%

iv) 通常に施行可能 22%

と報告された。通常に血液透析が施行可能例が22%に存在したが、いずれの症例も複数の苦痛で重篤な不治の合併症を伴っており、早晩、透析が困難になると推測される症例であった。

⑦ 中止を検討した時点での主な病態

105例の中止検討時の主な病態を表2に掲げた。実

表2 透析中止を検討した時点での主な病態³⁾

脳血管障害	脳出血	16例（15.2%）
	脳梗塞	11例（10.5%）
老人性痴呆		12例（11.4%）
悪液質、老衰		15例（14.3%）
心不全、低血圧		10例（9.5%）
重症感染症、敗血症、DIC		13例（12.4%）
悪性腫瘍末期（胃・肺・大腸・腎・乳腺）		16例（15.2%）
下肢の疼痛、感染、壊死、歩行困難		5例（4.8%）
その他		7例（6.7%）
合計		105例（100.0%）

際には、個々の症例が複数の病態を示すことが多かった。人工呼吸器が装着された患者が35%、自力の摂食が不能なためIVH下に管理されている患者が62%に達していた。

重症感染症としては、呼吸器系のものが77%と圧倒的に多数を占めた。

⑧ 中止を検討した時点での透析期間

1年未満31例(29.5%)、1-5年未満42例(40.0%)、5-10年未満20例(19.0%)、10年以上12例(11.4%)であった(図1)。透析期間の比較的短い5年未満例が約70%を占めていたが、透析導入時期にすでに相当以上に重症な合併症をもつての高齢導入に起因するものと推測される。

⑨ 透析中止後の臨床経過

中止決定後、死に至るまでの期間は 5.4 ± 3.3 日(平均 \pm SD)であり、1週間以内であった。

⑩ “Death as good or bad” (Cohen)⁴⁾の判定

これは、

- i) 透析中止決断後死に至るまでの期間について、[7日以下=5点、8-13日=4点、14-20日=3点、21-27日=2点、28日以上=1点]と定める。
- ii) 主観的な苦痛の存在を5点(なし)~1点(持続して軽減しない苦痛)と評価する。
- iii) 心理社会的領域における主観的評価を、[中止決断時の環境・意識レベル・意思の疎通性・死に臨んで一人きりか/家族・友人と共にいるか]などの観点から5~1点を判定する。

ものである。総計10点以上(最高点=15点)を“good death”とする。北海道集計105例中この判定に必要な資料が備わった症例は64例であったが、44例

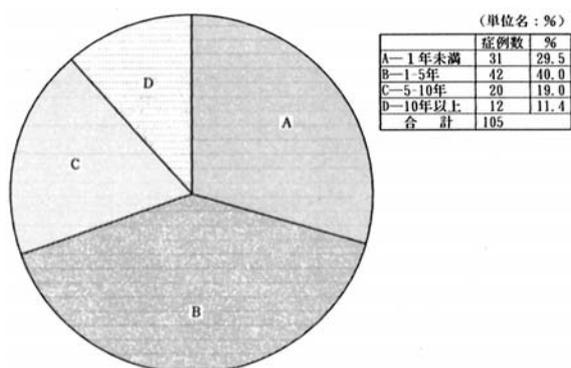


図1 中止検討時点での透析期間

(44/64=69%)がgood deathであった。残る20例は鎮痛剤等の使用に困難があり、苦痛の軽減が十分ではなかったと報告された症例である。

⑪ 遺族および透析スタッフに対する透析中止決断の影響

12症例(11%)の家族では中止の決断がその後一旦は揺らいだが、再度の話し合いで中止決断の意思が覆されることはなかった。担当医が死亡退院後、家族との接触において直接クレームや不満が表明されることはなかった。しかし、代理判断を行った家族のなかには、未だに決断の妥当性について逡巡し苦悩しているものが皆無ではなかった。また、透析中止に関わった看護婦、特に若い看護婦のなかには同様な心理的動揺を引きずるものが認められた。

⑫ 透析中止による死亡の比率

このアンケートの調査方式では、死亡患者総数中透析中止死亡例がどの程度の比率を占めるかを算定できなかった。

4 再度施行した北海道における透析非導入と透析中止例の分析

道内の透析施設約150の中から地域性を勘案し、さらにそれぞれの地域で中心的役割を果たしている20施設を選出した。これ等20施設に対して、透析の非導入と継続中止とをアンケートで調査した。

調査期間は1994~1998年の5年間であり、12施設(60%)から回答を得た。以下はその分析結果である。

1) 透析非導入例

12施設から22例が報告[複数回答]されたが、

- ① 悪性腫瘍末期14例(64%)
- ② 高度の痴呆15例(68%)
- ③ 心筋梗塞などによるきわめて劣悪な循環動態11例(50%)
- ④ DIC9例(41%)
- ⑤ 重度の心肺機能低下12例(55%)

などの症例であった。非導入決定は医療側と家族との間で話し合われ、問題は生じていない。

透析が治療の一手段として考慮された段階で非導入全例が著しく重篤な病態にあり、透析療法が病態の好転や患者のQOL向上に有効に働くとは考え難いと判

断されたものである。

2) 透析の中止

一旦透析が開始されその継続が中止された症例は、調査の5年間で8例であった(表3)。各調査年の死亡率は9~14%であり、透析の継続が中止されて死亡した比率は全死亡例の0.9~1.9%と算定された。

アメリカの報告^{2, 5, 6)}では中止死亡例数は全死亡例数の6~22%を占めており、これに比較すれば今回の北海道集計のそれは明らかに低率といえよう。報告された透析中止死亡例の概要は表4に掲げた。いずれの症例も何らかの複数の重度障害を有する患者であり、「判断力がある」と判定された症例は8例中1例に止まった。この症例は胃癌末期と診断されているが、常々患者が「耐えられない苦痛が生じたら透析を止めてほしい」と表明していたという。残る7例には透析中止を検討する時点で「判断力はない」状態であった。

表3 透析の継続中止による死亡例(回答施設数=12施設)

年 度	回答施設年 度末患者数	死亡患者数 (A)	死亡率	継続中止 死亡例(B)	B/A
1994年	901人	87人	9.7%	1人	1.2%
1995年	952	86	9.0	1	1.2
1996年	998	110	11.0	1	0.9
1997年	1045	104	10.0	2	1.9
1998年	1129	160	14.2	3	1.9

表4 透析中止による死亡例(北海道, 94~98年:12施設の集計)

症例	年齢	性	透析期間	主な病態	透析困難性	意識状態	中止の申し出者	中止後死亡までの日数
①	93歳	女	9年1ヵ月	低血圧, 痴呆 BA不調	きわめて困難	士, 判断力なし	患者 家族・医師	21日
②	87歳	男	1年8ヵ月	胃癌末期 持続的疼痛	困難	+	本人・家族	10日
③	71歳	男	3年	痴呆・嫉妬妄想	施行可能	+, 判断力なし	家族・医師	3日
④	74歳	女	11ヵ月	IVH, 呼吸管理 昏睡, 心機能低下	きわめて困難	-	医師	9日
⑤	58歳	女	4年	CVA, 高度痴呆 IVH, 経鼻酸素	困難	-	医師	8日
⑥	83歳	女	4年	高度痴呆, 自力摂食不能 循環動態不安定, BA不調	困難	+, 判断力なし	医師	14日
⑦	74歳	男	15年	ASO(高度下肢痛) 脳梗塞, 虚血性腸炎, 悪液質	やや困難	+, 判断力なし	家族	1日
⑧	85歳	男	3年1ヵ月	痴呆, BA不調	困難	+, 判断力なし	家族・医師	5日

[上記8例すべて血液透析]

またこれ等7例に明確な事前指示書は残されてはいない。表4の症例①は「透析を止めてほしい」という口頭の訴えが医師・家族になされているが、判断力があるとは考えられない。したがって、この7例では医師または家族が代理判断をなしたものである。7例中3例では、明らかに担当医が主導で「透析中止」が家族側に提案され、話し合いの末に決断がされている。既述のCohenらの“good death”の観点からは、全8例中7例がgood deathと判定された。1例は心理社会的評価のうえで、家族・友人のいない「寂しい死」であった。

症例④では中止は医師から提案されたが、患者の枕頭で家族や友人が聖書を読むなどし、時間をかけて患者との別れをしたとのことである。家族側の中止申し出の主な理由は、

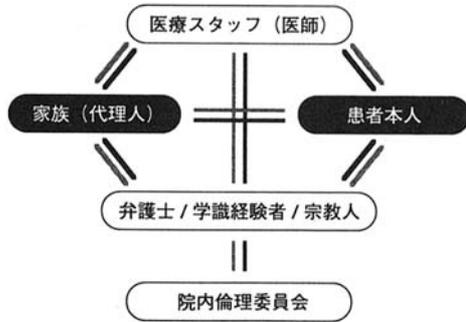
- ① 持続的な苦痛を早く終えてやりたい
- ② 患者のイメージが崩れることを恐れる尊厳死の求め

であった。中止の現場に立ち会った医師のコメントの中には、

- ① 中止後の経過観察を一人の医師で見守る心理的な重圧感
- ② 中止決断後、病状の僅かな好転に患者家族側が動揺することに対する対応の難しさ
- ③ 家族側全員の意見一致が得られる困難性
- ④ 中止決断後の具体的な処置・治療選択上の苦労

表7 透析の中止

- (A) 患者：意思表示あり
 ① 患者意思の尊重 ⇒ 同意
 ② 患者意思を尊重 ⇒ 異議 ⇒ 話し合い ⇒ 患者の翻意
 (B) 患者：意思表明力なし
 [B-1] 事前指示書あり (living will, advance directives)
 [B-2] 事前指示書なし ⇒ 家族 (代理人)



的にどのように選択し行うかに難しさが出てくる。三浦ら⁹⁾は大平私案に言及し、日常臨床的にみてその妥当性を認めつつ「適応において個々の症例を十分に吟味し、医療サイドと患者サイドの十分な話し合いのうえで患者にとって考える最善の策として適応されるべきである」と述べた。これは、正に著者の考えるところである。私案は大原則であり、これに施行細則が加えられるべきものであろうが、仮想される局面があまりに複雑多岐にわたり、今回も「施行細則」を規定することはできかねた。代理判断で医療側と家族側の意見の違いは、先回も今回も両者で乗り越えられたようである。アメリカのように患者・家族・医療側三者の意見が様々に異なる場合に、その判断を司法に委ねることは、わが国では馴染むものになっておらずしかも慣例ではない。

昨今の世相の傾向からは自己の意思表示が漸次増えるものと推定される。かくすれば患者主導による「治療中止」が増加し、基本的な部分でこの問題が解決するものと考えられる。いずれにしても、頻度は少ないにせよ個々の透析中止事例を集積し詳細に解析していくことが肝要であろう (表7)。

6 透析中止に対する考察

1) アメリカ・カナダ

透析中止による患者死亡については、アメリカで6—22%^{2, 5, 6, 10, 11)}、カナダで14%¹²⁾と報告されている。

この数値は、報告者や報告年代により差異がある。Leggatら⁶⁾は1990—1995年のUSRDS (United

States Renal Data System)から死亡の総計116,829例を集計し分析している。

これによると1988—1990年は8.4%であり、心血管障害の37.1%および感染症の12.9%に次いで死亡原因の第3位であった。1990年に死亡原因分類法が変更になり、これまで“death by withdrawal from dialysis”とされていたが除外され、代わりに“withdrawal from dialysis before death”が登場している。これは「透析中止 (withdrawal: WD) を患者死亡の原因 (“cause” of death) とするのは妥当ではなく、透析は生命維持治療ではあるがその中止は単に基盤にある疾患に自然経過 (natural course) を採らしめることである¹³⁾」とする考えに基づく。したがって、透析非導入 (didn't start dialysis) を死亡原因とすることも妥当ではないことになる¹³⁾。この新分類によると、1991—1993年では“WD from dialysis before death”が17.6%であり、分類の変更が大きく作用していると推定される。

実質的な違いはないのであろうが、WDを死因とする場合に医師が持ちがちな罪悪感が、“before death”とすることで薄らぐのであろうか。いずれにせよ、Leggatらは“WD from dialysis before death”とされた症例の特徴を以下のように要約している。

- ① 透析開始後2年以内例
- ② 他の死因例に較べてより高齢
- ③ 糖尿病性腎不全例
- ④ 非腎由来の慢性疾患 (痴呆・悪液質・悪性腫瘍・低酸素性脳症など) を保有
- ⑤ 家庭透析者
- ⑥ 黒人・アジア人に較べて白人
- ⑦ 男性に較べて女性

Neff⁵⁾は

- ① 患者の家庭環境 (既婚か否か)
- ② 鬱的傾向の有無 (この場合、透析量が適正か否か)
- ③ 医師およびその他医療スタッフのWDに対する受け止め方
- ④ WDが回避できなかったか否か

なども同時に論じられるべきであるとしている。

膨大な統計資料からこれ等を検索することには多大な困難が伴うものであろうが、WDを論ずるうえで

非加えなければならない検討事項といえよう。Holley ら¹⁴⁾は N.Y 州から 245 人 (平均年齢: 57 歳 [20—89 歳]), West Virginia 州から 151 人 (62 歳 [24—87 歳]) の合計 396 人を無作為に抽出し、面接方式で事前指示 (AD) について調査分析している。これによると、全体の 51% が AD をすでに完成していると回答している (living will および代理人選定 = 29%, それ等いずれか = 22%)。しかし、その内容を分析すると表 8 のごとくであり、WD まで立ち入った内容のものは AD 保有者でも 31% を数えるにしか過ぎなかったという。透析スタッフは、患者が AD を考慮・作成する場合には透析の中止に関する説明を加える必要があると結論している。透析の中止という事態が考慮される場合に、患者自身の意思・意向が最優先であることは自明の理である。正にその時点で患者に判断力がない場合には、AD の存在は最終的な代理判断を行ううえで価値の高いものである。内容の不備な AD では、代理人が患者の意向を忖度することができかねる。しかし、AD は患者自身が自主的に作成するものであり、その過程での他人からの助言や指導には強制や圧力があってはならず、きわめて慎重な態度が必要とされるものと認識したい^{15, 16)}。ただ、経験豊かな透析スタッフなどからの適切な援助は患者が “informed choice” を行ううえで有益であろう。さて、Sehgal ら¹⁷⁾の報告によれば、AD 保有率はア

メリカ 30%・ドイツ 1.6% で、日本で 0.07% であった (表 9)。アメリカでも半数には達しておらず、わが国では想像されるようにきわめて低率である。さて、Neu & Kjellstrand²⁾の 1986 年の報告によれば、中止の決断が 1970 年代では 66% が医師によるものであったが、1980 年代に入ってからのはこれが 30% に減じている。

つまり、患者本人か家族主導へ転換しているというのであるが、アメリカにおいても AD 保有率は先の Sehgal らの報告によれば高々 30% であり、患者の意向を汲み取る家族主導の透析中止が主体と予測される。アメリカでは明確な AD が書面で残されていないとしても、患者一家族間でこの種の問題が十分に話し合われることが多いのであろうか。しかし、患者の意向が明確に AD として残されていないために、アメリカにおいても医療側と家族側の意思決定に差異が出て問題となることは少なくないようである¹⁸⁾。また、AD が書面として完備していなくては、メリーランド州やニューヨーク州では WD は難しいという⁵⁾。

2) 日本

わが国における「透析の中止」に関する本格的な文献はきわめて乏しい現状であるが、この問題に対する透析スタッフの関心が近年次第に高まっているのは事実である。

日本透析医学会が毎年発刊する『わが国の慢性透析療法現況』はこの領域における多方面の事項を網羅しており、日常臨床に役立つ面が多い。死亡原因分類には「自殺/拒否」の項目があり、長く 1% 内外の比率を示してきている。この中に今回の主題となる「透析中止死亡例」が含まれている可能性がある。

微妙な側面を内蔵する問題だけに統計処理に馴染まないことが懸念され、日本透析医学会の透析調査項目にも本格的に取り上げられることがなかった。ごく限定された地域で少数例の分析ではあったが、北海道の資料では透析中止が全死亡例に占める比率は 0.9~1.9% であった (表 3)。これはアメリカ・カナダの諸統計にみられた比率に較べて明らかに低率である。この理由にはまず、日本における AD 保有率の低さがあり、このことは日本の社会一般が「自らの生命の終焉に対して明確な意思表明を行う習慣」に未だ欠けることに起因しているものと推測される。少なく

表 8 事前指示書に現れた内容¹⁴⁾

考慮事項	検討されている比率
人工呼吸器	69%
経管栄養	55%
心肺蘇生	43%
透析の中止	31%

表 9 各国における透析中止の経験

(Sehgal ら¹⁷⁾より引用)

分析項目	アメリカ	ドイツ	日本
透析医の数	65 人	85 人	62 人
総透析患者数*	5,335 人	6,294 人	2,859 人
透析中止総数 (* に対する比率)	274 人 (5.1%)	96 人 (1.6%)	20 人 (0.7%)
事前指示書を持つ 患者数	1,590 人 (30%)	22 人 (0.3%)	2 人 (0.07%)
事前指示書使用	172 人	7 人	1 人

* 調査期間: 1994 年 9 月~1995 年 6 月

とも AD を書面で完備している人はきわめて少ないであろう。個々の日本人透析医も当然この気運の中にいる。

先に引用した Sehgal ら¹⁷⁾は、仮想患者（70 歳・男子/重症アルツハイマー病/要全介護/血液透析操作に困難性はなく本人も嫌わない）に対する透析中止要請に対するアメリカ・ドイツ・日本の透析医の反応を幾つかの条件下に問い、**図 2**の結果であったとしている。患者に AD がなく家族の意向が明確でなく（**図 2**の (A)）ともアメリカ人医師が 81% という高率で透析中止を考えるのに対して、この条件下では日本人医師は僅かに 14% であった。患者に中止の AD があり家族に中止の意向があると（**図 2**の (B)），各国医師の中止決断率はきわめて高くなり、アメリカでは 100% である。患者に中止の AD があるが家族が継続を希望する条件下ではアメリカでもさすがに医師の中止率は 35% と低下し、日本人医師では 19% であった。

各国とも家族の意向を汲む姿勢が読み取れる。日米医師の倫理的態度を比較した宮地の論文¹⁹⁾によれば、両国の医師の倫理的・道徳的な態度には微妙な差異があることがうかがえる（**表 10**）。アメリカ人医師は道徳的主体者として原則主義を採り、その原則に従って自らの判断を示すことを躊躇しない傾向があるといえよう。私共日本人医師は確固たる原理・原則を基盤に持たずその場の状況により判断を下す傾向にあり、し

たがって家族の意向に引きずられがちとなる。アメリカ人医師はアメリカ社会の中に、日本人医師は日本人社会の中に存在しているわけであり、この違いは医師に限られた特性とは考えがたい。継続してきた透析を「誰が何時、決意するか」は、仮に医学的な見地から妥当性があるとされても、患者・家族・医師にとって苦渋の選択であり“traumatic²⁰⁾”な作業である。

今後、患者本人が最終的な意思を表明する事例が多くなることが予想される。その決意をなす基盤には、病状の説明・先の見通しなどを率直に医療側と患者側で話し合える日常的な「場」「雰囲気」の設定があるものと痛感する。いわゆるインフォームド・コンセントというプロセスを、誠意を持って実行していかなければならない。この場合、栗原正利氏²¹⁾がカルテ全面開示に関して述べた主張・解説は傾聴に値しよう。

開示されたカルテによって、がんの告知も含めて診療情報のすべてを知ることになる。患者にとって望ましくない情報も多い。その結果、医師が患者の代わりに葛藤していた問題を、今度は患者自身が引き受けることになる。自己決定には不安や葛藤がついてまわる。患者自身がそれを乗り越えなければならないのである。……患者自身の問題解決能力を信じて、すべてを明らかにすることだ。……

患者の意向	A D (透析中止)	B)			D)			
		米	独	日	米	独	日	
		100	86	88%	35	45	19%	
なし	A)	C)						
		米	独	日	米	独	日	
		81	23	14%	94	39	63%	
		なし			透析中止			透析継続
		家族の意向						

注) 米：アメリカ (n=72), 独：ドイツ (n=87), 日：日本 (n=72) [文献 17) を著者改定]

図 2 重症アルツハイマー病透析患者（仮想）に対する透析中止～アメリカ・ドイツ・日本透析医の態度～¹⁷⁾

表 10 日米医師の倫理的態度の比較

(宮地尚子¹⁹⁾より引用)

米 国	日 本
原則主義	文脈主義 ^{1*}
「道徳的主体者 ^{2*} 」	「Case by case を原則」
義務論 ^{3*}	功利主義 ^{4*}
「患者は権利を持つ」	「権利をうまく使えるか」
規則功利主義 ^{5*}	行為功利主義 ^{6*}
「真実は尊重」	「良い嘘もある」

注 1* 原則を立てずその時々固有の事情を重視して倫理的判断を下す (=状況倫理). 行為功利主義に通底する.

2* あくまでも自分の正しいと信じることを常になすべき. 原則から行為を導く合理性を重視する.

3* ある主張 (たとえば, 自己決定権) をそれ自体に倫理的な価値があるとして支持する.

4* それが望ましい帰結を生む (たとえば, 自己決定が一番本人の QOL を高める) から支持する帰結主義=功利主義.

5* 様々な事例に適用可能な一般的規則を設定する. 例: 「嘘をつかない」を規則化する

6* その場その場で最良の帰結を生むことを求める.

「自己決定医療」の推進には、私共医療側のみならず社会全般が個々の患者の大きな援助者たるべきことが強く望まれる。

須田昭夫氏²²⁾はアメリカにおける透析中止死亡の多さに触れて、

……ここ(中止の現場)ではどんな言葉が使われているのか、2000年中にぜひとも知りたいと思います。採算第一に透析を行ったあげくに、手のかかるようになった患者さんを言葉巧みに切り捨てているのでなければよいが、と願っております。……。

という懸念を表明している。

日本であれアメリカであれ透析中止を考えざるをえない局面で、医療側の都合などが優先されることはあってはならず、無いことを信じたい。

7 おわりに

透析の継続中止に関して自験例などを要約し、若干の文献的な考察を行った。私は中止を決断せざるをえない病態は残念ながら存在するものと考えますが、これは日常臨床においてごくごく例外的な事例でなければならぬ。

透析中止という最終決断に至る前に、これを回避すべくあらゆる手段を講じなければならぬ。

アンケート調査にご協力をいただいた以下の各施設に深謝致します。

日鋼記念病院(伊丹儀友)、市立稚内病院(井内裕満)、幌南病院(山田俊二)、仁楡会病院(前野七門)、うのクリニック(宇野弘昌)、札幌社会保険総合病院(安田卓二)、市立三笠総合病院(澤岡憲一)、町立厚岸病院(森 幸三)、旭川赤十字病院(山地 泉)、渡辺内科泌尿器科(渡辺 順)、札幌北楡病院(久木田和丘)、溪和会江別病院(南田 猛)[敬称略]

文 献

- 1) 大平整爾：ひとの命～透析医療を見据えて―第44回日本透析医学会開会式講演より―。透析会誌, 32; 1371, 1999.
- 2) Neu S, Kjellstrand CM: Stopping long-term dialysis; An empirical study of withdrawal of life-supporting treatment. N Engl J Med, 314; 14, 1986.
- 3) 大平整爾：日本における透析中止の現況とあり方。臨床透析, 14; 1341, 1998.

- 4) Cohen LM, McCue JD, Germain M, et al: Dialysis discontinuation, A "good" death. Arch Intern Med, 155; 42, 1995.
- 5) Neff MS: Journal Club. To be or not to be: The decision to withdraw or be withdrawn from dialysis. Am J Kidney Dis, 33; 601, 1999.
- 6) Leggat JE Jr., Bloembergen WE, Levine G et al: An analysis of risk factors for withdrawal from dialysis before death. J Am Soc Nephrol, 8; 1755, 1997.
- 7) 大平整爾：透析の拒否・継続・中止。高齢者の透析, 前田貞亮・大平整爾・三木隆己 編著; p 212, 日本メディカルセンター, 東京, 1995.
- 8) 大平整爾：維持透析を止めるとき―医学的・社会的・倫理的理由, 血液浄化におけるコントロール, 阿岸鉄三編著; p 195, 金原出版, 東京, 1995.
- 9) 三浦靖彦, 川口良人, 細谷龍男: 事前指示書/透析の中止―日米独の比較。臨床透析, 14; 1333, 1998.
- 10) Agadoya LY, Eggers PW: Renal replacement therapy in the United States: data from the United States Renal Data. Am J Kidney Dis, 25; 33, 1995.
- 11) Bethesda MD: USRDS 1995 Annual Data Support. USRDS, 1995.
- 12) Canadian Organ Replacement Register Report (ed. by Mills D): The Kidney Foundation of Canada. Ontario, 1993.
- 13) Leggat JE Jr, Port FK: Journal Club. Authors' Reply. Am J Kidney Dis, 33; 603, 1999.
- 14) Holley JL, Hines SC, Glover JJ, et al: Failure of advance care planning to elicit patients' preference for withdrawal from dialysis. Am J Kidney Dis, 33; 688, 1999.
- 15) 大平整爾：慢性腎不全患者の透析を止めるとき―誰がいつ、決意するか―。クリニカル・エンジニアリング, 7; 401, 1996.
- 16) Perry E, Buck C, Newsome J, et al: Dialysis staff influence patients in formulating their advance directives. Am J Kidney Dis, 25; 262, 1995.
- 17) Sehgal AR, Weisheit C, Miura Y, et al: Advance Directives and withdrawal of dialysis in the United States, Germany, and Japan. JAMA, 276; 1652, 1996.
- 18) Keating RF, Moss AH, Sorkin MI, et al: Stopping dialysis of an incompetent patient over the family's objection: Is it ever ethical and legal? J Am Soc Nephrol, 4; 1879, 1994.
- 19) 宮地尚子：告知をめぐる日米医師の倫理言説, 日本医事新報, 3688; 31, 1994.
- 20) Tobe SW, Senn JS: Foregoing renal dialysis; A case study and review of ethical issues. Am J Kidney Dis, 28; 147, 1996.
- 21) 栗原正利：医療の質向上にカルテ全面開示を。朝日新聞(論壇), 1999年4月16日(12版, p 6).
- 22) 須田昭夫：年頭所感。透析ケア, 6; 5, 2000.