

進行癌を合併した透析患者の終末期医療を考える

西 忠博

博樹会 西クリニック

要 旨

2000年1年間にわが国で1,382人の透析患者が癌で亡くなった¹⁾。癌の治療は年々進歩し、多様化しているが、なかには、根治不能の癌を抱えながら、最期を迎える透析患者も多い。当院で、最期まで看取った10人の担癌透析患者の経験によると、①癌診断後の平均生存期間は2.5年(1.2~3.3年)、そのうち入院期間は平均4.7ヵ月で、患者は年余にわたって在宅で生活でき、②適切な苦痛の緩和や家族、医療者の支援により、生活の質はかなり維持され、全員ほぼ最期まで透析は受容された。

当院に通院する70人の外来透析患者に対して実施したアンケート調査によると、①43%がインフォームド・コンセント(IC)を知っていると答えたが、患者の自己決定権を含めて理解していたのは27%のみであり、②64%が、終末期に延命治療を望まないと答えたが、そのうち40%のみ、家族に口頭で伝えていて、事前の指示を文書で用意している人は1人のみ、③延命を望まない人でも、そのうち38%の人は透析を最期までやって欲しいという回答があった。これは患者にとって透析とは、自らの生きてゆく根源的な力の象徴であることを思わせた。このことが、根治不能の癌を抱えていても、彼らが最期まで透析を希望する理由ではないかと考えられる。

透析中止については、①透析実施が医学的に困難、②不可逆的な一定レベル以上の意識障害、その他には誰

もが納得する基準を決めることは難しい。われわれの経験からは、「末期癌」で本人や家族の希望で透析中止を考慮するというのは意識障害の合併以外では、実際にはあまり無い状況であった。インフォームド・コンセントがわが国では主に医師の説明責任とのみ理解されていることや、患者の事前の指示がきわめて少ないことといった現在の状況のなかで、患者の「自己決定」を尊重するためには、透析医療を通じて長い間に築かれてきた患者と医療者の信頼-絆に基づくほかに無いと考える。

はじめに

悪性腫瘍(以下、癌)は慢性透析患者の死因の第4位を占め、2000年1年には1,382人(8.3%)が癌で亡くなった¹⁾。1983年以後導入患者全体でも7.4%と、この10数年来この数値はあまり変わりが無い。このことは、癌が一般人口の死因の約30%とトップを占めることと比較すると、透析患者が心血管系をはじめ、より多くのリスクに曝されていることを示している。癌患者全体の5年生存率は約50%といわれているが、これは、65-75歳の透析患者のそれとほぼ同じである¹⁾。一方、以前より、透析患者の癌の発生率が一般人に比べ高いという多くの報告があり、Isekiらは死亡診断書に基づく統計疫学的研究より、透析患者の癌死のリスクを男性で一般人の3.21倍、女性で4.69倍と報告している²⁾。Maisonneuveらは、米、欧、豪の80万人超の患者の解析より、癌の発生

表 1 当院で最期まで看取った担癌透析患者

番号	年齢	性	原疾患	HD 期間 (年)	癌診断後の 生存期間 (年)	入院期間 (年)	癌の部位
1.	68	男	CGN	3.7	1.8	0.6	胃癌, 肺転移
2.	86	男	HT/NS	2.9	2.0	0.3	肺癌, 肝転移
3.	74	女	II型DM	12	3.3	0.9	舌癌, 頸部転移
4.	69	女	CGN	4.8	3.3	3.3	乳癌, 舌癌
5.	88	男	CGN	0.3	3.1	0.3	肝癌
6.	74	男	II型DM	3.6	3.1	0.6	直腸癌, 肝転移
7.	78	男	II型DM	7.8	1.2	0.2	肺癌
8.	76	男	HT/NS	8.3	2.2	0.1	腎癌
9.	62	男	II型DM	7.4	3.0	0.2	肝癌, 骨転移
10.	78	男	CGN	13	1.8	0.3	肝癌, 骨転移

リスクが透析患者で全般に高く、特に35歳未満の若年層で3.68倍のリスク増加と報告している³⁾。また、癌の部位では、腎臓(3.6倍)、甲状腺などの内分泌腺(2.28倍)に好発が認められた³⁾。腎癌については、Ishikawaが全国的な調査に基づいて、長期透析患者の後天性腎のう胞から発生する腎臓癌のリスク(約10倍)を報告している⁴⁾。このほか、統計としてはまだ表に出てこないが、HCV感染に由来する肝臓癌のリスクの増加も今後予想される。

したがって、透析医療においても、癌の早期発見と適切な治療は患者のリスク管理の中でも重要であることはいままでもない。これは年余にわたって週に2-3回通院してくる透析患者では可能であり、癌の発生率が高いことには発見の機会が多いことが、ある程度関与している可能性がある。

当院において、開設15年間で癌の併発を診断した透析患者は43人であり、25人は根治的治療を受け、18人は根治不能であった。そのうち3人は現在通院中で、10人は最期まで当院で看取った(表1)。このうち2人の経過を報告する。また、当院に在籍する患者のうち70名に行ったインフォームド・コンセントと終末期における透析医療についてのアンケート調査の結果⁵⁾を述べる。これらに基づいて透析患者の終末期医療についての議論に参加したい。

1 根治不能の進行癌を合併した透析患者の経過例

1) 症例1

62歳、男性、原病 II型糖尿病、HD歴7年5ヵ月。

HD導入時よりC型慢性肝炎あり。導入4年目に

肝硬変と食道静脈瘤の合併が診断される。腰痛がきっかけで多発性の肝癌と骨盤内転移が発見される。専門医より余命3ヵ月とされ、家族にのみ告知。疼痛緩和にNSAID+少量の徐放モルヒネ剤(10mg/日)が有効で、家族の介護により、電動車イスを使い、自宅より透析に3年間通院できた。この間、3日を越える入院は無く、近所の散歩なども可能であった。エコー上で肝癌は徐々にサイズが増大し、AFP/PIVKaIIもきわめて高値が続いたが、転移の拡大は認められず穏やかな生活が可能であり、病気についての質問は無く、透析にはいつもと変わりなく最期まで通院。最期は自宅で食道静脈瘤の破裂大出血で急逝した。

2) 症例2

78歳、男性、原病 慢性糸球体腎炎、HD歴13年。定期の胸部X-Pで右肺門部に異常陰影発見、気管支鏡、生検で肺腺癌、縦隔リンパ節転移と診断。本人へ告知し治療方針を相談。自ら放射線治療を選択。1クール照射後、放射線肺臓炎を併発し、ステロイド投与で改善。本人の希望で代替え治療(健康食品)も許容。本人は治療への希望は持っていたが、スタッフとの会話のなかで、終末期には延命治療は望まないことを表明。透析には家人の車で通常どおり通院。頸椎転移が出現し、入院・照射は拒否し、徐放モルヒネ剤を投与し緩和効果がみられたが、HD中ショック・意識低下がみられ、HDを中断。主治医と家族で話し合い、本人の意思を尊重してHDを中止。6日後に家族の見守る中、高カリウム血症、心室細動で永眠。

表2 インフォームド・コンセントへの理解度

Q: あなたはインフォームド・コンセント (IC) という言葉を知っていますか?	
A: 知っている	43%
B: 聞いたことがある	10%
C: 知らない	47%
Q: A の人たちに IC をどのように理解しているかをたずねた。(複数回答)	
* 医師が病状, 検査, 治療について患者に説明すること	22
* 患者と医師の意思疎通	18
* 自分の病状について知る権利	14
* 患者と医師が治療法について話し合うこと	8
* 医師が病状を説明し, 患者が納得して治療法を選択すること	8 (人)
Q: 現在, 日常の診療のなかで IC は実施されていると思いますか?	
A: 十分—まあまあ説明されている	72%
B: 不十分である	17%
C: わからない, 興味ない	10%

当院の外来透析患者 70 人にアンケート調査

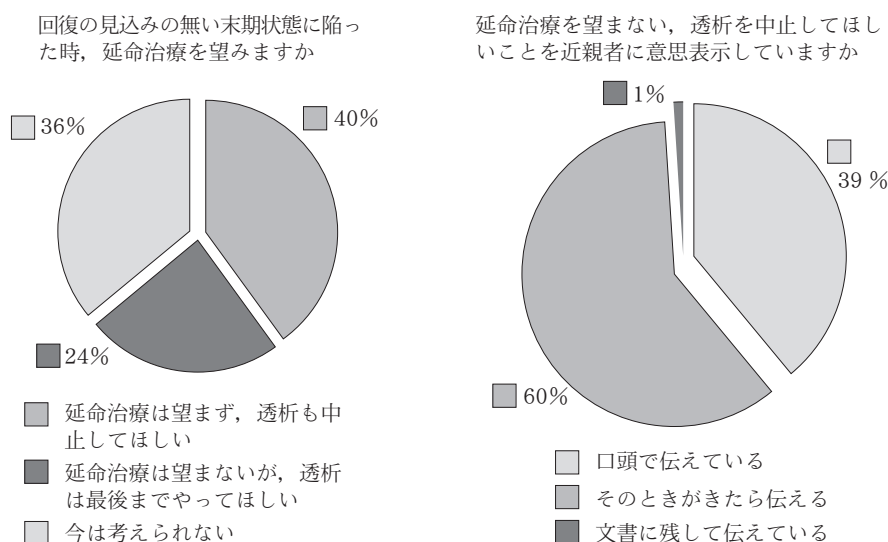


図1 患者の終末期に対する意思表示 (当院の外来透析患者 70 人にアンケート調査)

2 透析患者のインフォームド・コンセントおよび終末期における透析を含む延命治療に対する意識調査

インフォームド・コンセントおよび意識調査のため, 当院に在籍する 70 名の安定した外来透析患者 70 名 (男性 53 名, 女性 17 名 平均年齢 54 歳, 平均透析期間 8 年) に対し, 勤続年数 5 年以上の透析室看護婦が個別に対面インタビューを実施した (表 2, 図 1)⁵⁾.

1) 進行癌合併の透析患者への対応

原則は, ①苦痛の緩和を十分に, きめこまかく行う,

②特別扱いせず, ふつうに接する, の 2 つに尽きると思う. 透析患者の癌死のリスクが一般人より高いというデータ²⁾は, 彼らが抱える心血管系や感染症への抵抗力の低下などの様々な危険因子を考えると当然ともいえる. これらのリスクを総合的にとらえるなかで, 癌の治療方針を選択するべきである. この際, 大事なことは透析主治医と癌専門医の連携である. しばしば経験することは, ①後者が, 透析患者について経験不足の場合, 必要以上に消極的になったり, ②前者が術後管理なども含め, 後者にまかせきりになってしまう状況である. 特に, クリニックに外来通院している透析患者に癌が発見されて, ほかの総合病院へ治療のため紹介入院させた場合, クリニックの主治医と手術など

癌治療の担当医、および病院の透析担当医師の間での連携が重要であり、また、しばしば問題になるところである。クリニックの主治医は一片の紹介状で済まらず、自ら、病院におもむくことが望ましい。筆者も、心臓に合併症のある透析患者の消化器癌の手術が成功裡に終わった後の、術後管理、特に水電解質の失敗で苦い経験をしたことが何度かある。

さて、呈示したような根治不能の進行癌では、癌を抱えて、透析を受けながら生きてゆく人びとの傍らに立つ姿勢が基本となる。癌の治療の進歩はめざましく、また多様化している。しかし、当然、根治的治療を選択せず、保存的に、癌と共存してゆくほうが生活の質(QOL)を維持できる場合もある。この状況は、透析医療に携わるわれわれにはなじみやすいものではないだろうか？ すなわち、もともと様々なリスクを抱えている透析患者にもう1つのリスクが付加されたと捉え、先述した原則①、②にのっとり、ほかの患者と同じように接するということである。

2) 告知について

本人への告知は原則として、するべきである。当院で経験した43名の癌患者のうち、33名(77.2%)には本人への告知が行われている。しかし、表1に示した10人のなかでは5名にのみ、本人への告知が行われた。告知した5名(患者番号3, 4, 6, 8, 10)は発見時には他臓器への転移が明らかでなく、癌に対して手術(同3, 4, 6)、放射線治療(同3, 4, 10)が行われた人々である。これにたいして、告知しなかった5名(同1, 2, 5, 7, 9)は以下の理由から告知を控えた。①癌発見時にすでに肺、肝、骨などに転移が認められ、癌専門医に予命3ヵ月などときわめて予後の悪い診断が下されていた。したがって、癌の治療は始めから行われなかった。②超高齢の3名(86, 88, 78歳)では自分のおかれた状況の正確な認識が困難と推測された。③主治医と家族の話し合いのなかで、家族が本人への告知に反対であった。また、告知をした場合でも、あとで明らかになった転移やそれに基づく予後については正確には触れていない。実際、どのような患者が、どのような状態になったら、どのような告知をすべきかというのは、難しく、悩ましい問題である。

これは、告知について、筆者が基本的に、原則主義

ではなく文脈主義、功利主義⁶⁾をとっていることを示している。その中で筆者がとっている立場は、どんな状況になっても患者が、なんらかの「希望」を持って、生きてゆくことが生活の質(QOL)の基本であり、その手助けをするのが自分の仕事であるということである。その意味では、筆者は、すべて100%告知すべきであるとの「原理主義」をとらない。表1にあげた、癌の告知を受けた5人を含む、10人の患者から、透析拒否の訴えは無く、全員、ほぼ最期まで透析をまっとうできたことは、彼らが癌の治癒以外に、なんらかの「希望」を持って生きてきたことを思わせる。患者の死後、半年後ぐらいに、当院の看護婦が患者宅におもむいて、遺族に行ったインタビュー⁷⁾のなかで、告知を受けた後も、患者は、透析に通って患者仲間やスタッフとおしゃべりをするのを楽しみにしていた、子供や孫の結婚式や入学式のお祝いに出席することを目標に節制していた、などの声がきかれた。

3) 担癌患者の苦痛緩和の方法

患者の苦痛緩和の方法を表3にまとめたが、癌だから特別なものがあるわけではない。いずれにしても、看護婦による、きめこまかいケアが力を発揮する場面である^{8,9)}。従来、時に見られたように、「末期癌」というレッテルをはって患者から遠ざかり、孤独に追いやめることは避けなければならない。根治不能の担癌透析患者の予後についての報告はないが、時間順に蓄積した表1の10例で癌診断後の生存期間が平均2.5年(1.2~3.3年)という数字は、癌専門医の予測を大きく超えた成績であり、なおかつ、入院期間は平均4.7ヵ月ということは、在宅期間は年余にわたり、患者とその家族にとって貴重な年月であったものと思われる。

表3 進行癌合併の透析患者への対応—苦痛の緩和

透析方法	回数、時間、除水条件、抗凝固剤などを症状により柔軟に設定して、無症状透析を目指す 透析中の体位の工夫、マットレスの使用、マッサージなどのケア
疼痛緩和	WHO方式癌疼痛緩和治療法(1986年)に準ずる 徐放モルヒネ剤(MSコンチン)の低用量(10~20mg/日)が有効。 呼吸抑制に注意して、酸素飽和度をモニター 不安の軽減:入院を必要最小限に、なるべく自宅から通院 傾聴、普通に接する。必要なら入眠剤、抗不安剤の投与

4) アンケートの結果について (表 2, 図 1)

近年、インフォームド・コンセント (IC) はわが国の医療界のみならず世間一般の「流行語」である。しかし、その理解される内容は人々の間でかなりの差異がある。IC は「説明と同意」と訳されるが、本質は後者、すなわち、患者の医療に対する自己決定権であり、これに説明原則が付加されたものである。しかし、わが国ではこの説明原則のみが強調されることが多く、医師-患者のコミュニケーションの問題に置き換えられることが多い。「知らしむべからず、よらしむべし」という長年のわが国の医療の実情を考えると、これは進歩であり、カルテ開示まで至る情報公開の流れに沿ったものといえるが、これだけでは IC とはいえない。今回のアンケート (表 2) でも、43% の人が IC を知っているとは回答したが、患者の自己決定権まで答えたのは、27% に過ぎなかった。また、IC の実施が不十分との答え (17%) は、説明の仕方に問題があるということで、説明原則だけでもその実行はなかなか難しいことを示している。このことは次の終末期に関する質問への答え (図 1) にも反映されていて、末期状態では延命治療を望まないと答えた人 44 名のうち、60% は現在特に意思表示はなく、39% は口頭で家族に「それとなく」伝えてあると回答している。僅か 1 名のみ、事前の指示 (advanced directive) を文書化して、当院に提出している。

3 透析を中止するとき

最後に透析中止について、透析中止に対する大平の私案¹⁰⁾を参考に、筆者の考えを述べたい。

①透析の実施がきわめて危険か、不可能であること、②致命的で回復不能かつ苦痛に満ちた合併症が一定期間以上継続していること、が挙げられている。①については重症の心不全やショック状態で、様々な工夫をしても、循環動態の面で透析ができないという医学的判断であり当然である。②については、癌末期、高度の痴呆などがあげられているが、これまで述べてきたように、年余にわたり根治不能の癌を抱えて、苦痛をコントロールしながら透析を続けてゆく患者をみると、透析中止があてはまる末期癌という状態はかなり限られたものと思う。一方、脳血管障害で、あるレベル以上の不可逆的な意識障害のある人は、①の条件も加わり、透析中止を考慮する。実際に、当院ではほ

とんどの透析中止例は脳出血やクモ膜下出血後の昏睡状態であった。痴呆については、その程度にもよるが、本人に病識なく、したがって苦痛が無い場合、その判断は難しい。したがって、筆者の考えでは、客観的な透析中止の基準は、不可逆的な意識障害以外は決めるのが困難である。

いずれにしても、透析中止は、大平が述べているように、原則的には、患者本人の自己決定に基づくべきであり¹⁰⁾、事前の指示が文書で明らかであることが望ましい。しかし、実際には、患者が意思表示できない状況で、主治医と家族の間話し合いで決まることが多い。インフォームド・コンセントの本質である自己決定権が人々の意識に根付いておらず、事前の指示文書なども例外的なわが国ではやむをえない現状である。大平の提案のように、少なくとも、透析中止の決定にいたる話し合いの過程には、第三者を入れ、記録に残すなど、情報公開に沿った工夫が必要である¹⁰⁾。また、わが国では、患者の事前の意思はあっても、それを文書に明確化する習慣はまだなじまないようである。透析医療において、長年築かれた患者と医療者の信頼と絆のなかで、個々の患者の終末期での希望を把握しておくことも 1 つの方法と思う。

おわりに

終末期についてのアンケート (図 1) にみられたように、回復の見込みのない終末期には、延命治療を望まないと答えた透析患者は 64% であるが、そのうち 38% は透析は最後までやって欲しい、と答えている。医学的には矛盾する答えであるが、患者は、透析を、長年生命を支えてきたライフラインであり、自らが生きてゆこうとする根源的な力、すなわち生命力の象徴ととらえているのではないかと思わせる。このことが、根治不能の癌を抱えた透析患者が最期まで透析を受容した理由であるとすれば、われわれはその患者の「自己決定」を尊重し、支援しなければならない。

文 献

- 1) 日本透析医学会統計調査委員会：わが国の慢性透析療法の現況 (2000 年 12 月 31 日現在)。日本透析医学会、2001。
- 2) Iseki K, Osawa A, Fukiyama K: Evidence for increased cancer deaths in chronic dialysis patients. Am J Kidney Dis, 22; 308, 1993.

- 3) Maisonneuve P, Agodoa L, Gellert R, et al: Cancer in patients on dialysis for end-stage renal disease: an international collaborative study. *Lancet*, 354; 93, 1999.
- 4) Ishikawa I: Renal cell carcinomas in patients on long-term hemodialysis. *Contrib Nephrol*, 128; 28, 1999.
- 5) 藤野登美枝, 佐藤智重子, 山川浩子, 他: 終末期での透析のあり方とインフォームド・コンセント (IC). *透析会誌*, 32 (Suppl); 878, 1999.
- 6) 宮地尚子: 告知をめぐる日米医師の倫理言語. *日本医事新報*, 3688; 31, 1994.
- 7) 瀬在丸せつ子, 岩切嘉代子, 山川浩子, 他: 長期間外来通院しえた担癌透析患者の看護. *透析会誌*, 33 (Suppl); 657, 2000.
- 8) 山川浩子: 根治不能の進行癌を合併した透析患者の看護. *臨床看護*, 26; 1748, 2000.
- 9) 山川浩子: がんをもつ透析患者へのケア. *透析ケア*, 7; 41, 2001.
- 10) 大平整爾: 透析医療各治療段階におけるインフォームド・コンセント. *透析会誌*, 30; 1347, 1997.