

透析患者の終末期ケア

— 現状と将来への課題 —

大平整爾

札幌北クリニック

key words : 終末期ケア, 生命の質, 自己決定, 代理判断, 法的保護

要 旨

医療の介入によって得られる「生命の質」が、患者自身によってのみではなく医療者および一般社会からも問い直されている。これは、延命至上主義に対する反省である。透析療法に導入されたきわめて多くの患者がその人なりに社会復帰を果たしており、本療法は決して終末期医療そのものではない。しかし、当然ながら透析患者も万人同様に命の終焉を迎えるのであり、透析患者自身の終末期に対する関心も近年大きくなってきている。透析患者の終末期に纏わる幾つかの特異性を勘案すると、これに対して透析スタッフはその理念と実践の技を身に付けなければならない。①透析患者終末期の捉え方、②患者の自覚、③医療者から患者・家族への伝達（死を共に語り合えるか）、④終末期医療・ケアを患者の意向を汲みながら具体的にどのように実践するか、⑤看取りの場を何処にするのか、主たる医療者、介護者をどのように配するのか、⑥安寧な命の終焉に対して医療者は何ができるのか、⑦患者死後の家族と関連スタッフへの grief care を誰がどのように行うのか等々が、医学・倫理・社会経済・司法の観点から論じられなければならない。

はじめに

終末期医療に関する関心は、国民的に大きく広がってきている。厚生労働省による 2004 年のアンケート調査によれば、一般国民・医師・看護師・看護職員・

介護施設職員のおよそ 80% に及ぶ人々が終末期医療に対して、「非常に関心がある」「まあ関心がある」と回答している¹⁾。2006 年に全国腎臓病協議会を中心に、透析患者の終末期医療についての意識調査が行われたが、無作為に抽出された 2,495 名中 1,891 名が回答している。回答率は 76% という高率に及び、こうした微妙な問題に対しても往時とは異なって患者自身が積極的に考え答える傾向を強く感じた。「死」をテーマとして患者と共に問答することが、次第にタブーではなくなってきた。

1 患者の自立と自己決定権

— 法的な容認 —

アメリカで持続的植物状態にある患者の延命措置中止の是非を巡って、1975 年「カレン・アン・クインラン事件」、1983 年「ナンシー・クルーザン事件」などが裁判で争われた²⁾。

同国ではすでに 1973 年に病院協会が「患者の権利章典」を、1976 年にはカリフォルニア州が「自然死法」(Natural Death Act) を制定していたが、これらの裁判例を契機にアメリカ連邦政府は「自己決定権法」(Self-determination Act) を立法化している。「生命倫理」(bioethics) という言葉と概念はわが国へ 1980 年代中期に移入されて、患者の権利の一環として自己決定(権)が、旧来の医師による父権主義的な医療と拮抗しながら次第にその勢力を増大してきたのだった。しかし、患者の自己決定尊重はあくまでも

表 1 訴訟に至った最近の主な終末期医療問題

発生時期	医療機関	医師の行為	処分など
1991年4月	東海大病院 (神奈川県)	末期癌患者にKCL iv 死亡	殺人罪有罪判決 執行猶予
1995年2月	関西電力病院 (大阪市)	同上	殺人容疑書類送検 嫌疑不十分で不起訴
1996年4月	京北病院 (京都府)	癌患者に筋弛緩薬 投与で死亡	殺人容疑で書類送検 嫌疑不十分で不起訴
1998年11月	川崎共同病院 (川崎市)	筋弛緩薬投与 患者死亡	高裁(07.02.28):殺人罪* 懲役1.5年,執行猶予3年
2004年2月	道立羽幌病院 (北海道)	人工呼吸器取り外 し,死亡	殺人罪で書類送検 嫌疑不十分不起訴
2006年3月	射水市民病院 (富山県)	外科部長が患者7 名の人工呼吸器取 り外し・全員死亡	富山県警が捜査中

* 判決文「……, その決断を事後的に非難するのは酷な面もある。」

道義的倫理的な見地から捉えられてきた。「エホバの証人輸血事件」において最高裁判所は2002年2月に「自己決定権を法的に容認し,これを個人が有する憲法上の固有の権利」とする判決を下した。つまり,治療の拒否権を含めて医療側が納得しえない決定を患者が行ったとしても,患者の自己決定権を愚行権として医師の治療権・治療義務の上に位置せしめたといえる。

以降,患者の自己決定権は,一応の法的な容認を得て一層強固に社会一般に認知された概念となって定着するに至る。透析医療もまた,その方針の決定に患者自身の意向を尊重しなければならない立場に置かれている。しかし,非治療や治療中止に対する法的な見解は未だ必ずしも一定しておらず,臨床の現場には混乱と困惑が残っている。

共同通信社が全国公立病院で調査した結果によれば,94施設の85%が「延命医療に指針,法的整備が必要」と回答している(北海道新聞2006年4月13日朝刊)。表1は訴訟に至った最近の主な終末期に関連した医療問題であるが,ここではいずれも医療の中止や患者生命の終焉のあり方が,法的に妥当か否かが問われている。

富山県の射水市民病院での呼吸器取り外し事件に関しては,これを詳細に分析した中島みち氏の著作³⁾に当たると,担当医の呼吸器取り外しに対する考え方・基準・手続きにぶれや齟齬があったものと感じられる。本件を契機に2007年4月に厚生労働省は,「終末期医療に関するガイドライン(指針)」を発表した(表2)。この指針骨子はいずれも妥当でもっともだと理解でき

表 2 厚生労働省:終末期医療に関するガイドライン(指針)

指針骨子

- 患者本人の決定を基本として,終末期医療を進めることが最も重要な原則
- 医療の開始,不開始,変更,中止などは,医療・ケアチームが慎重に判断する
- 診療方針の決定に際し,患者と医療従事者の合意内容を文章化する
- 患者の意思を推定できない場合には家族と話し合い,患者にとって最善の治療方針をとる

(北海道新聞 2007年4月10日)

るが,合法(法的保護)基準は示されておらず,臨床の現場での使用に躊躇せざるをえない。

2007年6月には,「尊厳死法制化を考える議員連盟(2005年6月発足)」が「延命治療中止に関する要綱案」を発表した(表3)。議員連盟案は既述の厚生労働省指針からさらに踏み込んで幾つかの条件下で,「医師による治療中止が民事・刑事上の違法性に抵触しない」ことを明記している。臨床医の1人として賛同する面が多いが,治療中止を決意する前に,手を尽くしたきめ細やかな終末期医療・ケアの充実を期することを前提としなければならないと考える。中島氏³⁾は「……十分に手を尽くした上での差し控えであれば,それは患者の命を全うさせたものであり,そもそも[延命措置中止]に含む必要はないとも考えられます」と述べており,私共医師に市井の人々が期待している点を明示している。

この領域における法制化には大いなる関心を持たざるをえないが,「法律」が医療における微妙な人情に

表3 延命治療中止に関する要綱案

「尊厳死法制化を考える議員連盟（会長：中山太郎議員）」2005年6月発足

1. 目的：患者の意思に基づく延命措置の中止等に関する手続き
2. 定義：
 - 「延命措置の中止等」＝臨死状態の患者に既に行われている延命措置を中止し、または開始しないこと
 - 「臨死状態」＝行い得るすべての適切な治療を行った場合でも、回復の可能性がなく、かつ死期が切迫していると判断された状態
3. 患者意思の尊重と医師の説明責任
4. 手続き：
 - ①患者の中止意思希望が書面で表示されている
 - ②家族の同意
 - ③「臨死状態」との判定＝担当医を除く2名の医師、判定書の作成
書面・記録の5年間保存：本人の意思表示に沿えば、民事・刑事上の違法性は阻却される
5. 生命保険：自殺者と見なさない
6. 罰則：50万円以下の罰金

2005年6月：「安楽死・尊厳死法制化を阻止する会」発足（原田正純代表）

（北海道新聞 2007年6月7日夕刊より）

絡む難問を一刀両断して解決してくれるとはとても思われぬ。それは自己決定権が確固として法制化しているアメリカにおいても、“Terri Schiavo”事件などが生じていることから予測できる。医師の臨床能力は無論のことであるが、倫理観や医療の内容などにバラツキがないように、終末期医療やケアに関連する倫理や法律を究めることが現代医療に関わる医師に求められていることを認識すべきである。

2 自己決定権の限界と問題点

「自分のことは自分で決めてよい」、「自分のことは自分で決めなさい」とは言っても、すべての人がすべての状況下で自己決定を行いうるわけではない。このため、医療者と患者・家族との「共同の意思決定」（shared decision making）が実務上容認されざるをえない。

しかし、ここで、医療者の助言が一定の範囲を越えて介入・干渉に化する危険を孕んでいることを銘記しなければならない。さらに、意思表示能力や判断能力を欠如する者に対しては、法的に正当な代理人が「代理判断」を行うことが法律上容認されているとはいえ、「自己決定権の理念は自立性のない者を保護できるのか」という疑問を謙虚に心に留めておかなければならない。当該患者の意向を予測するにせよ、通常死に至るすべての過程を仮想しての話し合いが家族間・仲間

内で行われることはごく稀であり、このため「何年も昔の何気ない会話の曖昧な記憶を当てにする」などの事態が生じがちであろう⁴⁾。

明解・単純な自己決定（権）が現代医療の基盤であることを認めたくて、ほかの重要な社会的原則や通念を排除しないような深い配慮も必要であると考えられる。

3 延命至上主義への反省と生命の質

医学・医療の急速な進歩・発展によって、延命がかなりの程度に可能になった。これは、年々日本人の平均寿命が延長してきている点から端的に窺うことができる。しかし、この医療の介入がもたらした延命が、「種々の生命状態」を出現させていることも事実である（図1）。

基本的に医療の方針決定で最重要視される自己決定権の故に、加療によって得られた「生命」の質が当の患者自身のみならず、家族・社会並びに医療者からも問い直される状況に立ち至っている。目の前の患者に対して可能な限りの加療を行うにせよ、ただ単に延命を期するという延命至上主義への反省である。個人が己の現在の生命状態を生きるに値すると判断すればその人には「生きる権利」が生ずる反面、生きるに値しないと感じ取れば「死する権利」や「死する義務」が表出してくる。生死の選択・制御を原則的に個人の意向に委ねるとするのが、現代社会が容認してきている

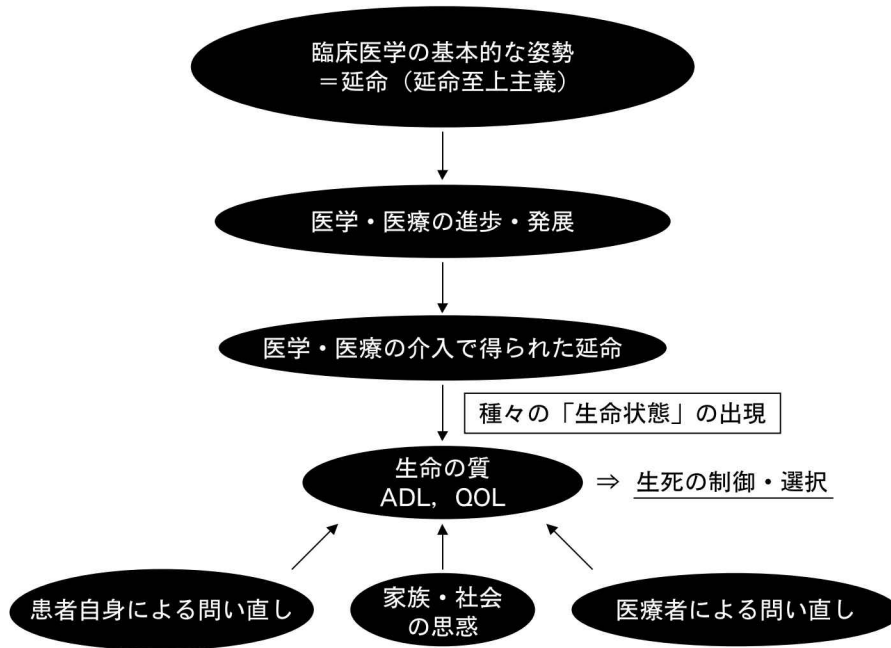


図1 問われる生命の質

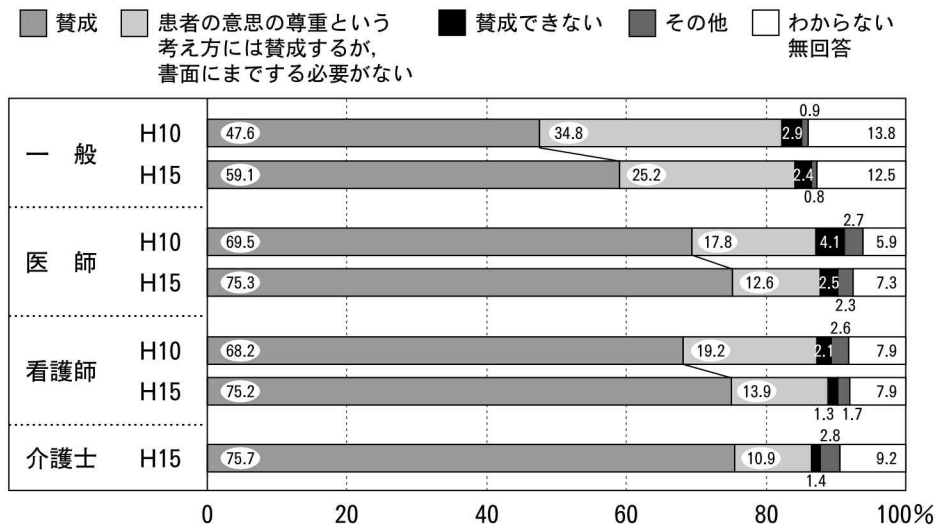


図2 「リビングウイル」に対する各層の受け止め方
LW という考え方は国民間で受容されてきている。
(厚生労働省：終末期医療検討会，2004年，による)

風潮である。こうした考え方は「生命を質によって序列化し、死への廃棄へと導く思想である」とする懸念もあることを銘記しておきたい。「患者に死を迎えさせる医師の義務」は従来表に出にくかった事象であったが、これが表舞台へ踊り出てきて医師を悩ませるのである。

4 終末期医療・ケアに対する国民的な関心の高まり

自分の死が間近になった場合にどのような医療とケアを望むかに関して、これまでは各人により密やかに漠然と考えられ囁かれてきたのであったが、最近の

種々のアンケートでは国民的な関心の高まりを感じさせる結果が出ている。例えば、厚生労働省の2004年のアンケートによれば、一般国民・医師・看護職員・介護職員の約80%に及ぶ人々が終末期医療とケアについて、「非常に関心がある」「まあ関心がある」と回答している⁵⁾。

終末期医療とケアに関する個々人の希望を予め表明しておくリビングウイルに対する各層の受け止め方の報告をみると(図2)、必要だとする頻度は経年的に高くなり、2005年では一般国民で60%弱、医療職で80%弱であった。終末期に直接立ち会う医療職で、

より高く必要性を感じていることがわかる。内容の論議で未だ具体性に欠ける傾向を否めないが、臨死に関して考え話し合うことが今までのように必ずしもタブー視されなくなったことを強く感じるのである。

さて、終末期の患者意向を話し合う時期については、2006年施行の国会アンケート調査では、①透析導入時(36%)、②導入3カ月後(24%)、③患者が話し掛けてきた時期(26%)、④その他の時期(14%)、と意見は分かれており⁵⁾、透析医の苦悩と迷いが感じ取れる。

5 終末期の捉え方¹⁾

生存期間の観点から「疾病・傷害により最低で2週間以内、長くて1カ月以内に死が訪れるのが必至の状態」(日医)とされ、これに加えて重症度の観点からは「実施可能な医療行為をもってしても治癒が不可能で、死を間近に控えた重篤な状態」と考えられる。さらに、生命の質の観点からは、「生命維持装置の適用に関わらず、合理的な医学的な判断の範囲内では死が必至の不治の状態、生命維持装置の適用は患者の死の時期を延長することだけに役立つ状態で生存している期間」(日医)と捉えられる。

維持透析患者終末期の具体的な病態としては、以下に記すようなものがある。

- ① 重篤な心機能障害(例えば心筋梗塞や高度の拡張型心筋障害)のために持続性の胸痛・胸苦・倦怠感などがあり、低血圧のため血液透析が著しく困難か不可能な状態
- ② 糖尿病性腎症や閉塞性動脈硬化症が基盤にあり、

下肢に壊疽・感染、さらに視力障害・敗血症・心肺機能低下・意識混濁が出現している状態

- ③ 大きな脳出血または脳梗塞により意識喪失した重篤な状態、またはこれによる持続的植物状態
- ④ 末期腎不全に癌末期(摂食不能、全身倦怠感、腹水貯留、持続性の強い制御困難な疼痛)を伴う状態
- ⑤ 経時的な栄養障害と気力低下を伴う進行性の悪化を示す全身状態

日常生活の基本的な動作(摂食・歩行・脱着衣・入浴・排泄行為・歯磨き洗面など)に障害が出現してくる時期を前終末期と捉え、余命予想には困難を伴うが、①前期(余命数カ月から6カ月)、②中期(余命数週間)、③後期(余命数日)と捉えるのも一法であり、それぞれの時期に相応しい医療とケアを実施することが必要である。

6 透析患者に「終末期患者」はどれほど存在しているか

図3は、2002年における65歳以上透析患者の身体活動状況を示すものである⁶⁾。終日就床の患者が8.7%と算定されており、この比率を2006年12月末の65歳以上患者数129,910名に乗ずると、11,302名となる。2007年6月に行った日本透析医会の「通院困難な透析患者への対応及び長期入院患者の実態調査」(担当:太田圭洋常任理事)⁷⁾の結果によると(図4)、ほぼ寝たきり患者数が1,518名(576施設)であった。全国の透析施設数は3,985と報告されているので、1,518に単純に3,985/576=6.92を乗ずると、寝たき

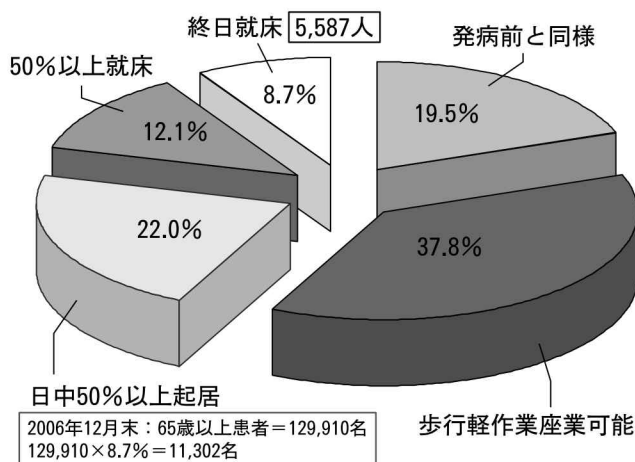


図3 65歳以上透析患者の身体活動状況
(JSDT, n=64,222 2002年)

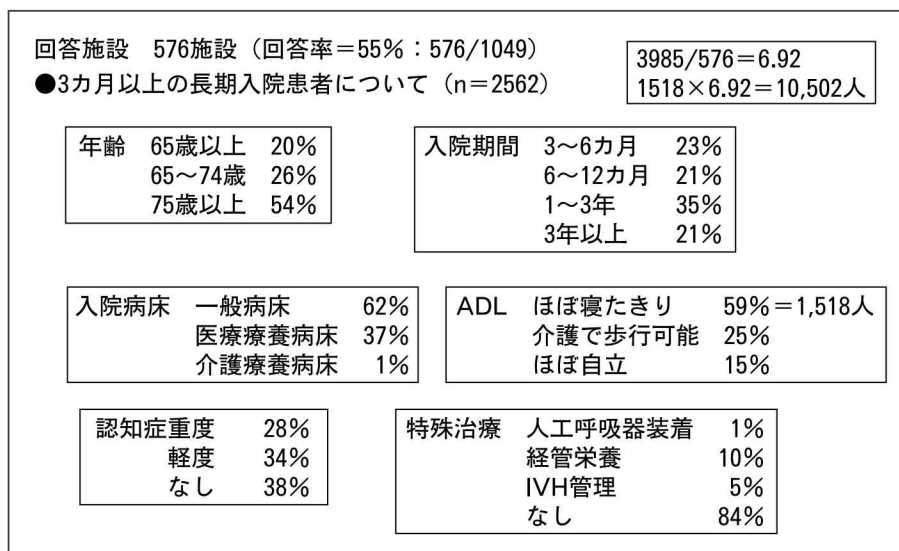


図4 日本透析医学会アンケート (2007年6月)
 ~通院困難な透析患者への対応及び長期入院透析患者の実態調査~

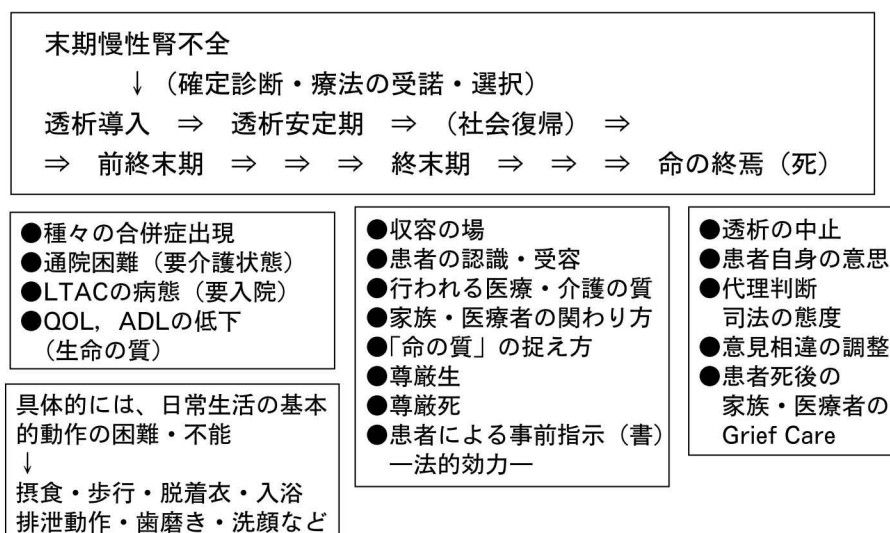


図5 透析導入から命終焉までの過程

り患者数は10,502名と概算される。

いずれの推定値にも厳しい正確性を期待できないが、これらの患者の多くが前終末期または終末期にある患者であるとは推測できるため、ごく大雑把に捉えて1万人内外に前終末期または終末期にある透析患者が存在しているであろう。改めて、終末期の医療・ケアが重大な課題となってきたことを認識するものである。

7 「終末期にあること」を何時、どのように伝えるのか

医療者が患者に伝える情報の多くは「悪い」ものであり、これらを当の患者に与える作業には困難が伴う。患者自身の生死に関わる情報を基にした話し合いは、

一層気が滅入り腰が引ける。透析導入期の患者指導には、①基礎疾患、②透析の必要性、③検査データの意味、④食事内容や日常生活の注意事項、⑤家庭や職場環境、⑥医療費、などが含まれて、患者は、程度は異にするにせよ、関心を示すものである。これらに加えて、「自分の命の行く末を自分で決める」という現代社会の基本理念を自然に気負いなく話し合っ、患者に道筋を示すことが今後一層必要となるであろう。

透析導入から命終焉までの過程を医療者と患者・家族とが共に相携えて話し合うことが、理想である (図5)。このためには、臨床心理学の教える LEARN 法 (Listen : よく聞く, Explain : 説明する, Acknowledge : 認め合う, Recommend : 提案する, Negotiate :

表4 Advance Care Planning (事前ケア計画)
～末期慢性腎不全の診断と共に始まる～

1. 透析患者の日常生活の快適化 (透析療法そのもの, 合併症対策, 人間関係, 環境, その他) ↓ 医療者と患者側: 信頼関係の構築
2. 患者自身の生死に対する希望 (患者・家族・医療者間の話し合い) この気運を作り出さなければならない ↓
3. リビングウィル, 事前指示 (書), 適正な代理人の設定など ↓ 書面指示書の保有率 約30% (米国)
4. 具体的な終末期医療の策定 (ホスピス・ホスピススタッフからの援助) ↓
「尊厳死」を模索しつつ, 安寧な自然死に至る

交渉する) に則って患者との意思疎通を図ることが必要となる。その前提に医療者が話し掛けられやすい雰囲気を作らず醸し出し、話せる切っ掛けを患者に準備し、患者に話させることがなければならない。

患者が終末期にあることを当の患者自身に告げるか否かには、①「告げる～積極的に、または、問われれば」か、②「告げない」の両極端があるが、①の態度をとることが原則的に求められていると認識したい。その時期は、勇気を要する困難な作業ではあるが、末期慢性腎不全の診断および透析導入から漸次開始し、かなり具体的に詰めるべき時期は、前述の体力・気力に余力のある前終末期に至った頃であろうと思量している (表4)。

8 具体的な終末期医療とケアの策定と課題

1) 医療・ケア・看取りの場の確保

本邦の維持透析患者の多くは私立の透析施設に通院しつつ、血液透析を受けている。患者の高齢化が顕著な現在、通院に介護が必要とする患者が増加しており、患者の送迎を実施している施設が50%内外に及ぶ⁷⁾。これらの患者が一層衰弱したり一定以上に重篤な合併症を併発すると入院加療が必要となるが、日本透析医会の調査では現に約40%の施設が「紹介先がなく苦慮している」と回答している⁸⁾。有床施設のひとつが、将来的にも外来通院できない患者を抱えている⁸⁾。

2006年の医療制度改革によれば、「介護療養病床の廃止」と「医療療養型病床の削減」が2011年までに実施されることに決定しており、受け入れ先探しは今後一層困難な状況に陥ることが懸念される。良質の終

末期医療・ケアを行う前に、患者の居場所を如何に確保するかという基本的な問題が立ちはだかっていることに愕然とするのである。この点の打破が緊急の課題である。

死亡する日本人の約80%が病院で死を迎えており、1960年約70%に及んでいた自宅死は経年的に激減し、近年では僅かに5%内外である (図6)。本音として自宅死を望む人が圧倒的に多いとのアンケート結果が厚生労働省終末期医療検討会などから出ているが、現実的には「家族による看護・介護への負担 (患者の家族への気遣い)」、「経済的負担」や「苦しむ時に適正な処置をしてもらえない (緊急時に困る)」などを理由に、病院死を望むか望まざるをえない人が多いのが現状であろう。厚生労働省は「住み慣れた家庭や地域で療養し身近な人に囲まれて最期を迎えたい」という希望をかなえるために、在宅終末期の診療報酬に高点数を付けている。これはこれで評価できるが、自宅での看取り・死亡が真実逝く人のためのものとするには、①人材の育成、②療養環境の整備、さらになによりも核家族化した現在、③家族にのみ任せないマンパワーの確保にこそあると考えられる。

維持透析患者が強く自宅での看取りを希望した場合には、自宅での血液透析継続は即座には決し難く、腹膜透析への移行が考慮されることになるが、家人と担当医療施設にそれなりの覚悟と力量が必要となる。すでに経験を積み重ねているホスピス・スタッフから、助言や助力が得られることが望ましい。転院などに絡んで医療の継続性の途切れや、これまで慣れ親しんできた透析スタッフとの決別を惜しみ不満を口にする患者・家族も実際に存在し、こうした点にも一工夫が求

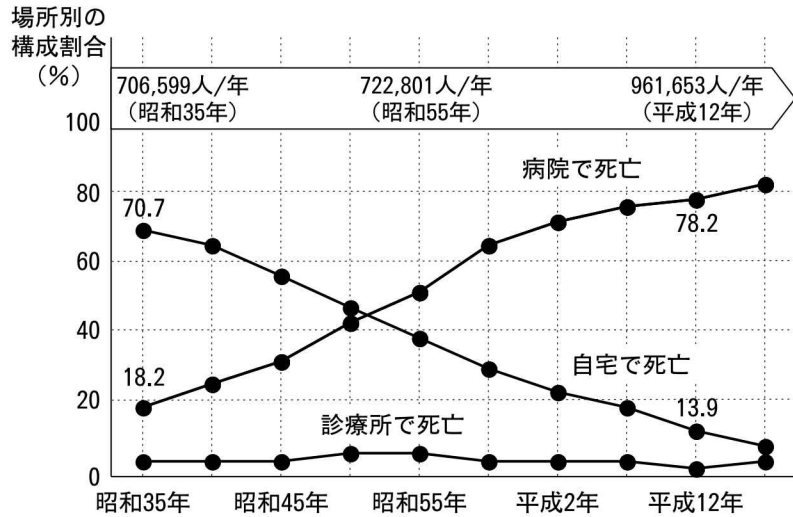
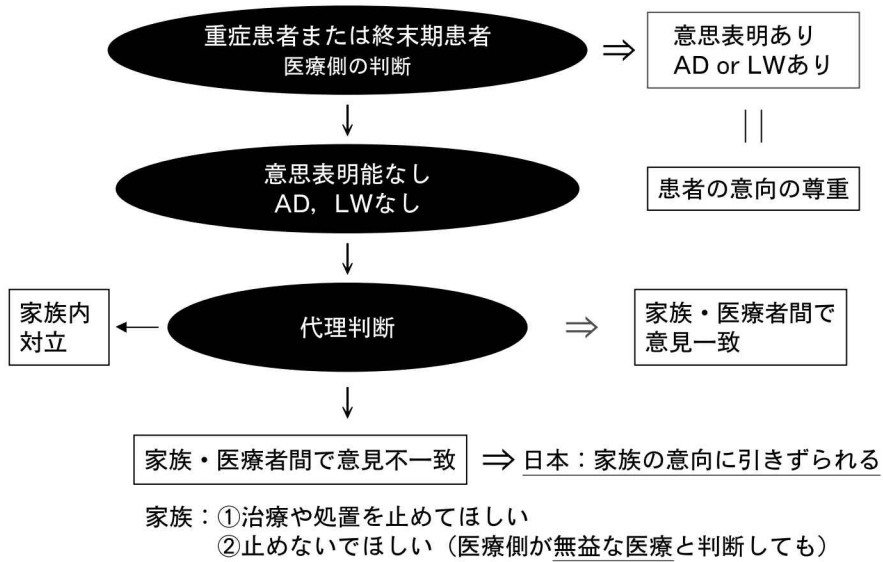


図6 本邦における過去50年の変化
 ~死亡の場所別にみた死亡数の構成割合~
 (総務省統計局「日本の長期統計系列」第24章 保健・医療, より改変)



注) AD 事前指示 (書) LW リビング・ウイル

図7 終末期医療・ケアの方針決定

められよう。

2) 患者希望の実現

これにはまず患者本人の希望 (意向) を捉えることが先決となるが、表5に掲げたように、患者と医師との意識には大きな隔たりがあるようである。前項で述べたように、患者との意思疎通に努めてこれを把握することが肝要となる。しかし、自らの命の行く末について確固たる意向を示しうる患者は必ずしも多くはなく、複数の医療者と家族とが合議せざるをえない局面は避けがたい (図7)。患者意思の正当な確認は、む

表5 全腎協・透析医会 2006年アンケート

将来、判断力を失うような状態になった場合について、透析担当医からあなたの希望を聞かれたことがありますか (終末期医療に関する担当医からの希望聴取の有無)

あった	50名	2.6%
なかった	1759名	93.0%
無回答	82名	4.3%

- 担当医の遠慮と当惑, 患者の不安と戸惑い
- 圧倒的多数の患者は, 担当医から終末期医療に関して希望を聞かれたことがないと回答した
- 2006年透析医会アンケートにおいて, 約3割の医師は「積極的に患者へ働きかけている」と回答

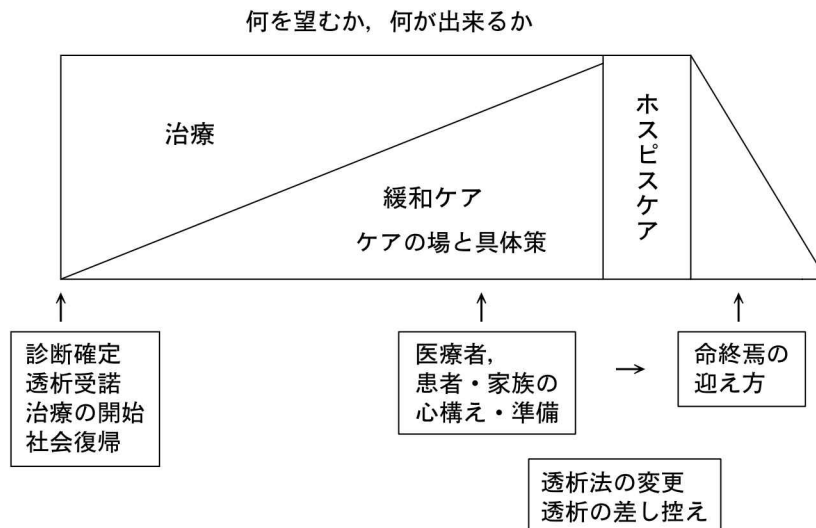


図8 透析医療と緩和医療（ケア）の比率の変化

ろんこれを欠かすことはできない。一方で代理判断が余儀なくされた場合には、異なるまたは対立する意見の調整に難渋する場合も生ずるため、より一層慎重な取り組みが求められる^{9, 10}。当然ながら、代理人の正当な法的な資格を問わなければならない。

3) 具体的な施策

終末期に至った透析患者と目されても第5項で記述したように、その病態は多岐に渉る。意識がないか意思表示または意思決定能をすでに欠如した患者にあっては、既述のように医療者と代理人との間で話し合いが持たれることになる（図7）。意思表示能を有する患者並びに代理人との間で確認すべき事項は、以下である¹¹。

- ① 苦痛・不穏・興奮などの可及的な軽減とその危険度
- ② 透析の継続、tapering または中止
- ③ 栄養・水分の経管または経静脈的な補給
- ④ 人工呼吸器装着
- ⑤ 心肺蘇生
- ⑥ 輸血
- ⑦ 特殊な検査（CT、MRI など）の施行
- ⑧ 看取りの場（医療施設か自宅か）
- ⑨ 意識のある患者では代理人の選定
- ⑩ その他

これらは実施しながら修正することにはなるが、いずれの諸項目に関しても合意事項を書面で残すことを原則としたい。透析医療と緩和医療（ケア）の占める

比率については、病態の悪化と共に後者が次第に大きくなっていくことを常とするが（図8）、これが決して手抜きではないことを十二分に理解してもらうことが後々の争いを防ぐ。

透析の中止に関してはわが国に公的な指針が未だ存在しないが、透析医による二つの私案を参考までに表6-1, 6-2, 6-3, 表7に掲示する^{11, 12}。双方の私案が仮に司法の場に出た場合に是とされるか否かは、予断を許さない。医師は己の行う医療行為の有意義性または無意義性を考慮する一方で、治療義務の限界（刑法は、どこまで医師の治療を義務付けうるか）⁹に苦悩するものである。

治療の見送りや差し控えに関しては、社会通念や法的環境が漸次に整いつつある。或る法学者は「医師がどこかで積極的治療から撤退することにより患者に自然な死を迎えさせることは、違法ではありえない」と述べているが¹³、終末期医療の生死に関わる細部に至るまでの法的な整備は未だ完璧ではないことを認識しておきたい。

4) 死亡患者の分析

分析を多職種間で多角的に行い、将来のよりよい終末期医療・ケアに備えることが重要である。Cohenらの提唱する“good death or bad death”のスコアー化は、こうした作業上きわめて参考になる¹⁴。quality of dying を真摯に検証して反省する姿勢が、終末期医療・ケアに従事する医師に求められることを深く心に留め置きたい。

表7 「透析中止」のガイドライン (岡田私案)¹²⁾

1-6 のすべてを満たすことが条件

1. 患者による「透析中止」の意思表示：事前指示書，家族への口頭意思表示，医師への口頭意思表示の診療録記載など
2. 複数の医師による複数回確認：①～④のいずれか
 - ①ブラッドアクセスまたはペリトネアルアクセス使用不可
 - ②全身状態悪化（血圧低下など）による透析継続不可
 - ③治療不可能な病気に冒され，回復の見込みもなく死が1週間前後と予測される末期状態
 - ④脳死状態
3. 医療チーム（主治医の所属部門責任者を含む）による「透析中止」の判断
4. 家族全員による「透析中止」の承諾
5. 倫理委員会による「透析中止」の承諾
6. 施設長による「透析中止」の承諾

注) 家族がいない場合は，代理人可

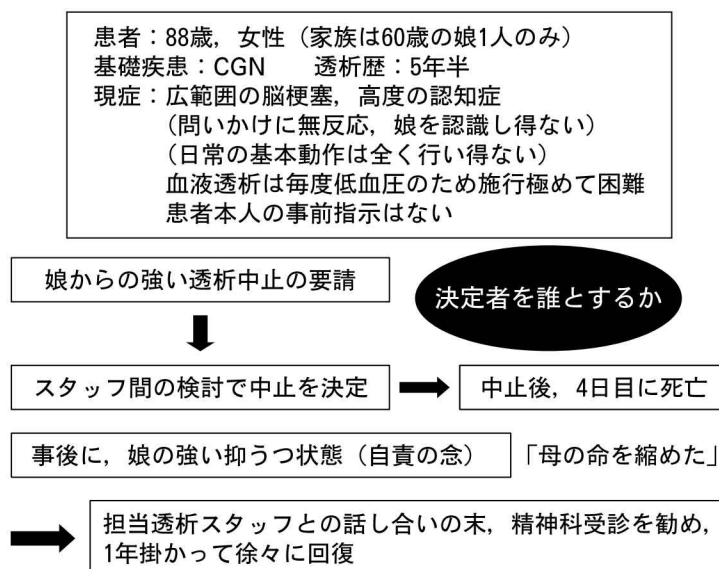


図9 終末期患者の一事例

5) 悲嘆の癒し (grief care)

終末期医療・ケアは患者の意向をできる限り汲み取りながら親身になって行うことが肝心となるが，心を込めるほどに遺された家族や看護に当たったスタッフに対して患者の死が大きな影響を及ぼす。したがって，「悲嘆の癒し」がなければ終末期医療・ケアは完結しない¹⁵⁾。

患者の死後に家族が抱く感情は様々であり，喪失感（寂しさ）・患者が苦しんだこと・生活様式の変化・収入減による生活難などがあげられる¹⁶⁾。「看病疲れからの解放」や「精神的疲れ・悩みからの解放」を遺族は高率に感じるものであるが，これらに罪悪感を感じて悩み，抑うつ状態に陥る家族もいる（図9）。「身内

や親戚が助けになった」とする家族が多いが¹⁶⁾，透析チームは，心理療法士や精神科医などからも助力を得てこうした家族への労りを具体的に行いたいものである。このような配慮は，燃え尽き症候群に陥る危険性を孕む看取りに関わったスタッフにも及ぶべきである。

おわりに

ひとは社会的な死，生活上の死を経て究極的に生物学的な死に至る。死に至る過程はきわめて多種多様であり（図10）¹⁷⁾，それぞれの経過に適した医療とケアとが必要となる。死に瀕した患者の死を「二人称の死」と捉えるのか「三人称の死」と捉えるのか，相対する医師は死の人称による差異（柳田邦男）に思いを馳せ

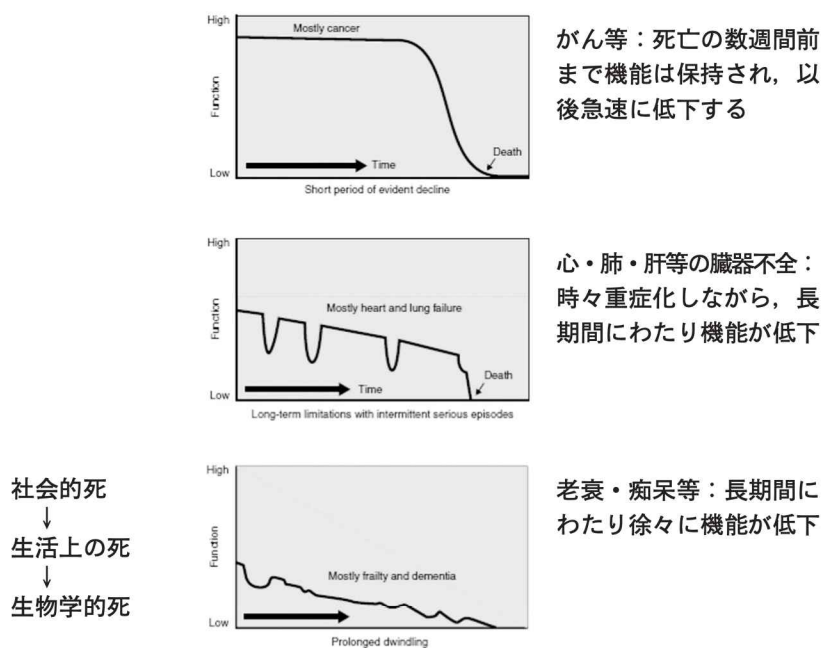


図 10 死に至る過程の模式化

(Lynn J, Adamson DM: Living well at the end of life, 2003, より)

表 8 終末期透析医療に関わる諸事項

<ol style="list-style-type: none"> 1. 「透析患者の終末期」の捉え方：苦痛度，生命予後，代替法の有無 2. 患者・家族・医療職の間で「死」を話し合えるか 3. 透析導入前，前終末期，終末期の治療・ケアに対する患者の希望～どの時期にどのように捉えるか，どう実施するか～ 4. 透析非導入，透析継続中止：患者の希望か代理人判断か～医師としてどのように対処すべきか～ 5. 上記の判断・決定の正当性を医学的・倫理的・社会的・法的にどのように担保するか 6. 看取りの実際（ケアの内容）をどう定め誰が主体的に実施するのか 7. 看取りの場が確保できるか，医療の継続性を確保できるか 8. 患者死後の遺族および関わったスタッフへの悲嘆の癒し

て患者との心理的な距離の取り方にも苦悩するものであろう。

治療の中止といっても例えば抗がん薬の投与とは異なり，透析ではその中止は1週間内外で死をもたらすという特異性^{18, 19)}を持つものであるために，中止の決定そのものに慎重さを要求されるほかに，その後のケアに深慮がなければならない。既述のように，透析患者にあっては，終末期医療とケアとを前終末期から開始すべきとする所以である。終末期ケアは当該患者の「生の意味付け」と「死の意味付け」にまで思いを及ぼせるべきことであり，したがってその根底には確固たる死生観を患者・家族と医療者が持ち合わせなければならない。その故に命終焉の最後の数日から数時間だけに関わるのみではなく，より長い期間に涉っての考察が求められよう。

終末期透析医療に関わり私共透析医が常々考慮すべき事項は，きわめて多岐に渉る。困難を伴うであろうが，表 8 に掲げた諸事項を考慮しつつ一つ一つ着実に解決していきたいものである。

文 献

- 1) 大平整爾：透析患者のターミナルケア。透析者のくらしと医療；杉澤秀博，西 三郎，山崎親雄編著，日本評論社，東京，pp.148-174，2005。
- 2) 立山龍彦：自己決定権と死ぬ権利；東海大学出版社，東京，1998。
- 3) 中島みち：「尊厳死」に尊厳はあるか～ある呼吸器外し事件から；岩波書店，東京，2007。
- 4) 樋口範雄，土居裕子編：生命倫理と法；弘文社，東京，2006。
- 5) 大平整爾：維持透析患者における終末期医療の現況と課題。臨牀透析，23；1335-1342，2007。

- 6) 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（2002年12月31日現在），日本透析医学会，2003.
- 7) 太田圭洋：通院困難な透析患者への対応，及び長期入院透析患者の実態調査．日透医誌，22(3)；342-357，2007.
- 8) 中澤 了，笠井健司，鈴木正司，他：透析患者の高齢化に伴う収容施設の相互連携に関するアンケート．日透医誌，21；161-169，2006.
- 9) 大平整爾：Medical futility の捉え方と対処法．ICU とCCU，30(別冊)；s 39-s 40，2006.
- 10) Lazzarini Z, Arons S, Wisniewski A：Legal and policy lessons from the Schiavo case; Is our right to choose the medical care we want seriously at risk? Palliat Support Care, 4; 145-153, 2006.
- 11) 大平整爾：透析に導入しないという選択と透析を中断するという選択．臨牀透析，20；795-800，2004.
- 12) 岡田一義：「透析中止」に関わる諸問題．臨牀透析，23；1325-1334，2007
- 13) 井田 良：終末期ケアの法的ルール．病院，65；110-114，2006.
- 14) Cohen LM, Germain MJ, Poppel DM, et al.：Dying well after discontinuing the life-support treatment of dialysis. Arch Intern Med, 160; 2513-2518, 2000.
- 15) アルフォンス・デーケ：生と死とユーモア．医の原点 2 生と死；加我君孝，高本眞一編，金原出版社，東京，pp. 9-31，2002.
- 16) 柏木哲夫：死にゆく人々へのケア；医学書院，東京，1979.
- 17) Lynn J, Adamson DM：Living well at the end of life; Health care to serious chronic illness in old age. <http://www.medicaring.org/educate/download/wp137.pdf>
- 18) 大平整爾：日本における透析中止の現況とあり方．臨牀透析，14；1341-1347，1998.
- 19) Birmele B, Francois M, Pengloan J, et al.：Death after withdrawal from dialysis: the most common cause of death in a French dialysis population. Nephrol Dial Transplant, 19; 686-691, 2004.