

# 透析の見合わせ（非開始と継続中止）に対する一考察

—日本透析医学会による「提言」公示を受けて—

大平整爾

札幌北クリニック

key words : 透析の見合わせ（非開始，継続中止），命の捉え方，自己決定（権），自殺幫助，尊厳死

## 要 旨

透析を含めてあらゆる治療を受けるか否かは，一定の条件下で患者本人の意思（自己決定）に従うことが現代医療では要求されている。究極の自己決定は生命維持に直接つながる治療の非開始または継続中止，すなわち死の選択であるが，私ども医療者はこうした事態にどのように対処すべきなのであろうか。治療の見合わせ（非開始や継続中止）が容認される倫理的な要件はなんなのであろうか。本論はこの問題を論じ，この度公示された日本透析医学会の「提言」を概説するものである。

## はじめに

維持透析を受けている患者，ならびに新たに受けようとする患者の高齢化が著しい。2013年の新規透析導入患者で最も頻度が高い年齢層は男女ともに75～

80歳であった（表1）<sup>1)</sup>。透析への新規導入患者の高齢化は腎機能低下だけではなく，その他の臓器機能障害を種々の程度に合併していることが一般的である。したがって，当該患者を透析に導入するか否か，継続するか否かに関しては，高齢患者ではことに，慎重かつ厳密な患者・家族・医療者間での透析療法の得失についての協議が必要となる。透析療法はこれまで末期慢性腎不全患者にとって大きな福音であったが，患者背景の変貌を主因に「腎不全即透析」と短絡できない状況になったことを認識したい。

## 1 人の死

図1にその概要を示したが，現代人に厳密な意味での「自然死」はありえない。死線期に過剰な医療手段（胃瘻・人工呼吸器・透析・IVHなど）が回避された状況を，一般的に自然死と呼ぶようである。死にいくこと（dying）にはなんらかの苦痛・苦悩が伴うと想

表1 維持透析患者の高齢化

全透析患者の平均年齢	67歳（2013）	61歳（2000）	48歳（1983）
その年度の導入患者の平均年齢	69歳（2013）	64歳（2000）	52歳（1983）
最も割合の高い導入年齢層	男性：75～80歳（16%） 女性：75～80歳（17%）		
最高頻度の原疾患	糖尿病性腎不全（主要臓器血管に障害あり）		
認知症出現率（2009年末現在）	60～75歳（男6.5%，女7.7%），75～90歳（20.5%，28.1%）， 90歳以上（男38.4%，女47.8%） （加齢による明らかな増加）		
注記）合併症を有し，ADL & QOLの低い高齢者の透析導入が圧倒的に多い現状にある。 透析療法がこれら患者に有益性をもたらすか？			

日本透析医学会統計調査資料（2013年12月31日現在）より作成。

A personal consideration upon “Proposal for Shared Decision-Making Process regarding with initiation and continuation of maintenance hemodialysis” noticed by the Japanese Society of Dialysis Therapy

Sapporo Kita Clinic

Seiji Ohira

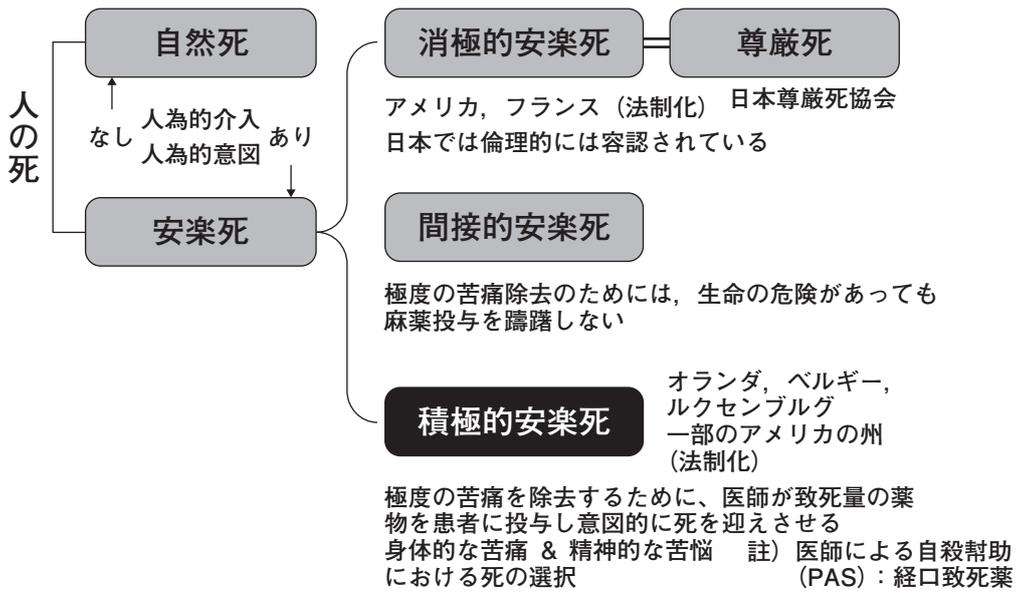


図1 人の死

像され、ひとは安楽な死を強く願う。消極的安楽死は、安楽死という文言を一般的に忌むこともあって、尊厳死とも呼ばれる。

日本の現状で問題視されているのはこの尊厳死であり、次のように定義できる。「一定の重篤な病態に陥った場合、患者の意向または代理人の判断で、以降の積極的延命措置を低減または中止する。」これにより、疾患に「自然経過」を辿らせる。間接的安楽死も積極的安楽死も共に尊厳を失わない死を願うという意味では、尊厳死だと言える。積極的安楽死を法的に容認する国は少数派であり、日本ではその論議に拒絶反応を

示す人が少なくない。しかし、賛否はともかく、論議自体はいずれわが国においても必要になると個人的には考える。

## 2 治療の開始

治療は、医療側から患者への適正な説明が行われ質疑応答の末、それによって患者が受ける恩恵が、与えられる苦痛や負担を凌駕していると患者本人が判断・決意した場合に初めて開始される。これが、今日、現代社会を律する「自己決定」の原理である。ただし、問題が重大化すればするほど人は己だけでは決断を下

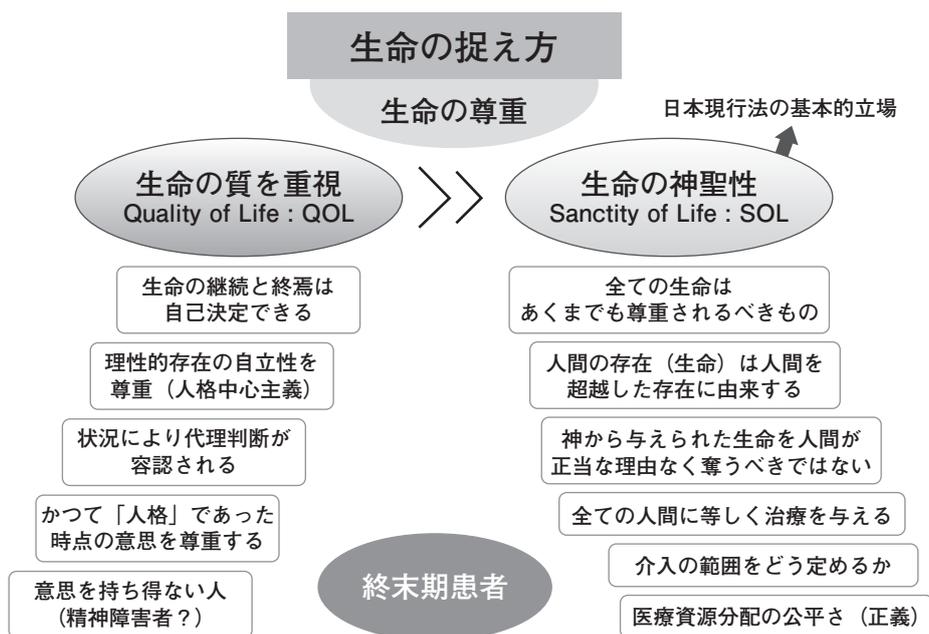


図2 生命の捉え方

せなくなる。そのため、患者・家族・医療スタッフなどで話し合う「共同の意思決定」というプロセスが必要となる。

自己単独であれ共同であれ、判断の基盤となるのが個々人の「命の捉え方」である。あらゆる状態の命を差別せず一律に尊重する「生命の神聖主義 (SOL)」に対して、命を尊重する点に相違はないが、その命を持つ生命体はその命の質を勘案して自分の行く末を決定するのが「生命の質重視主義 (QOL)」である (図2)。世界的な趨勢はQOLに重きを置くが、QOLとSOLの両者は時ならずせめぎ合っている。日本の現行法はSOLの立場をとっており、中庸な見解を取らなければならない医療者は、微妙な難しい立場に立たされている。法律家の中には医療者は患者・家族の価値観に干渉すべきではないと言い切る人もいるが、筆者は100% そうではありえないと感じている。むしろ、医療者である医師は、節度ある参考意見を患者や家族に述べることにしよう。

### 3 医療の有意性・無益な医療

医療は、病人人の広義の苦痛・苦悩を軽減することを目的とするのが通常である。しかし、患者にとって無益な医療行為が、医療者には治療限界が存在するのではあるまいかと考えるのである。治療の開始が、または、治療の継続がその患者の命を永らえはするが、その患者の命に意義を与えず唯に苦痛と苦悩とを付与しながら、人格的な生命ではなく、生物的な生命を継続するに過ぎない状況があることを長い臨床経験が示唆するのである。

「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」と私見を述べる法学者もいるが、日本の現行法は刑法199条(殺人罪)・202条(自殺関与・同意殺人罪)・218条(保護責任遺棄罪)を掲げており、治療の非開始や継続中止に関する可否判断に供する事項を明記した条文はない。医療や司法の関係者が、しかるべき法律のできるデータを集約し素地を作り上げることが肝要であろう。当然ながら前段で述べたごとく、あらゆる治療に関連する意思決定は原則的に患者自身によって行われなければならない。

### 4 治療の非開始と継続中止

この重要で微妙な主題は、現代医療が直面するやっかいだが不可避の分野である。わが国では日本老年医学会が2012年1月に「高齢者の終末期の医療とケアに関する立場表明2012」<sup>2)</sup>を公示したが、これには「何らかの治療が患者に尊厳を損なったり苦痛を増大させる可能性があるときには、治療の差し止めや治療の撤退も選択肢として考慮する必要がある」と述べられている。終末期における治療の開始や継続中止の見合わせを考慮する必要性を、学会として明示した点に大きな意義を感じる。多数の高名な法律家が老年医学会のこの見解に対して、個人的な立場から賛意を表明している。

### 5 意思決定を可能にする要素

これには既述のように下記の三つが考えられる。

#### ① 自己決定(権)

自己決定(権)を共同の意思決定というプロセスが支えている。

#### ② 事前指示(書)AD

まさかの事態を想定して作成する「事前指示(書)AD」がある。厚生労働省の調査によれば、終末期医療に意思表示することには70%の人が賛成しているが、実際に事前指示書を作成している人はこのうちの3.2%に止まったという(時事通信2013年6月27日配信)。このようにADの現時点での作成率は、この領域で先進的な活動をしている少数の医療機関(長崎の腎病院や千葉の社会保険病院など)を除けばきわめて低率で、患者の意向をこれに期待することは現段階ではできかねる。

#### ③ 代理判断

既述の厚生労働省調査では、「指定した代理人による代理判断を可とする」人は62.8%であった。しかし、厳密な意味で現行法は「医療における代理人や代理人判断」を容認しているとは言い難い。とはいえ、緊急事態を予想した場合、患者本人が代理人を指定しておく場合のほかに、それがなくて、近親者・友人・医療者・介護者がやむなく代行せざるをえない事態も生じており、社会的慣例としては是認されることが多い。

表2に提示したように、終末期の医療やケアで担当医が困惑する第一の事項は、担当する患者の意向が

表2 担当医が「透析患者の終末期医療・ケア」で苦慮する事項

回答医師=120名 (2009年道高齢者透析研究会アンケート調査)

法的取り扱いの不明瞭さ (医・患・家で一致しても)	18%	
医師の立場から「無益な医療」と言い出せない	10%	
代理判断の難しさ		
①患者の意向が不明	19%	} 67%
②家族が決断できない	16%	
③患者・家族間意見不一致	9%	
④医療側・患者, 家族間意見不一致	15%	
⑤医療者間意見不一致	8%	
倫理的問題の相談先がない	5%	

多くの問題は、当の患者の意向が明確であれば、軟着陸できる  
→ 事前指示書 (社会的な習慣化が望まれる)

日透医誌, 25: 47-55, 2010より.

**延命治療に対する医師の指示**

**POLST**

**A 心肺蘇生**  
を行うか否か

**B 治療の種類**

1) 苦痛除去のみ

2) 上記+抗生剤, 補液など

3) 総ての治療

**C 人工的栄養の**  
希望または拒否

**D 署名**  
医師,  
患者と代理人

**HIPAA PERMITS DISCLOSURE OF POLST TO OTHER HEALTH CARE PROVIDERS AS NECESSARY**

**Physician Orders for Life-Sustaining Treatment (POLST)**

First follow these orders, then contact physician. This is a Physician Order Sheet based on the person's current medical condition and wishes. Any section not completed implies full treatment for that section. A copy of the signed POLST form is legal and valid. POLST complements an Advance Directive and is not intended to replace that document. Everyone shall be treated with dignity and respect.

EMSA #111 B (Effective 4/1/2011)

Patient Last Name: \_\_\_\_\_ Date Form Prepared: \_\_\_\_\_  
Patient First Name: \_\_\_\_\_ Patient Date of Birth: \_\_\_\_\_  
Patient Middle Name: \_\_\_\_\_ Medical Record #: (optional) \_\_\_\_\_

**A CARDIOPULMONARY RESUSCITATION (CPR):** *If person has no pulse and is not breathing. When NOT in cardiopulmonary arrest, follow orders in Sections B and C.*

Check One  
 Attempt Resuscitation/CPR (Selecting CPR in Section A requires selecting Full Treatment in Section B)  
 Do Not Attempt Resuscitation/DNR (Allow Natural Death)

**B MEDICAL INTERVENTIONS:** *If person has pulse and/or is breathing.*

Check One  
 Comfort Measures Only Relieve pain and suffering through the use of medication by any route, positions, wound care and other measures. Use oxygen, suction and manual treatment of airway obstruction as needed for comfort. **Transfer to hospital only if comfort needs cannot be met in current location.**  
 Limited Additional Interventions In addition to care described in Comfort Measures Only, use medical treatment, antibiotics, and IV fluids as indicated. Do not intubate. May use non-invasive positive airway pressure. Generally avoid intensive care.  
 Full Treatment In addition to care described in Comfort Measures Only and Limited Additional Interventions, use intubation, advanced airway interventions, mechanical ventilation, and defibrillation/ cardioversion as indicated. **Transfer to hospital if indicated. Includes intensive care.**

Additional Orders: \_\_\_\_\_

**C ARTIFICIALLY ADMINISTERED NUTRITION:** *Offer food by mouth if feasible and desired.*

Check One  
 No artificial means of nutrition, including feeding tubes. Additional Orders: \_\_\_\_\_  
 That period of artificial nutrition, including feeding tubes.  
 Long-term artificial nutrition, including feeding tubes.

**D INFORMATION AND SIGNATURES:**

Discussed with:  Patient (Patient Has Capacity)  Legally Recognized Decisionmaker  
 Advance Directive dated \_\_\_\_\_ available and reviewed → Health Care Agent if named in Advance Directive: Name: \_\_\_\_\_  
 Advance Directive not available Phone: \_\_\_\_\_  
 No Advance Directive

**Signature of Physician**  
My signature below indicates to the best of my knowledge that these orders are consistent with the person's medical condition and preferences.

Physician Name: \_\_\_\_\_ Physician Phone Number: \_\_\_\_\_ Physician License Number: \_\_\_\_\_  
Physician Signature: (required) \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

**Signature of Patient or Legally Recognized Decisionmaker**  
By signing this form, the legally recognized decisionmaker acknowledges that the request regarding resuscitative measures is consistent with the known desires of, and with the best interest of, the individual who is the subject of the form.

Print Name: \_\_\_\_\_ Relationship: (write self if patient)  
Signature: (required) \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_  
Address: \_\_\_\_\_ Daytime Phone Number: \_\_\_\_\_ Evening Phone Number: \_\_\_\_\_

**SEND FORM WITH PERSON WHENEVER TRANSFERRED OR DISCHARGED**

図3-1 Physician Orders for Life Sustaining Treatment

私は、現在継続している維持血液透析が中止された場合に、どのような結果を招くかについて、担当医( ) 医師)ならびに医療チームから説明を受けて理解しました。その上で、私は以下のような状況に陥った場合には、維持血液透析を見合わせてくださること、透析療法を見合わせた場合のその他の治療の是非と内容に関しても、あわせて要望いたします。私の考えが変わった場合には、改めて担当医ならびに医療チームに相談します。

( ) 1. 永続的な昏睡状態

( ) 2. 重篤な脳機能障害

( ) 3. 余命いくばくもなく、苦痛の多い末期がんの状態

( ) 4. その他(具体的にお書きください)

なお、維持血液透析を中止した場合でも、以下の治療は希望します。

( ) 1. 水分の補給

( ) 2. 苦痛を和らげる処置

( ) 3. その他(具体的にお書き下さい)

また、以下の治療は受けません。

( ) 1. 人工呼吸器の装着

( ) 2. 心肺蘇生の処置

( ) 3. その他(具体的にお書き下さい)

なお、意を尽くせず不明瞭な部分については、**代理人** \_\_\_\_\_氏に委託いたします。  
代理人を承諾します  
(署名) \_\_\_\_\_ 印

**署名 :** \_\_\_\_\_ **印** \_\_\_\_\_  
**記載日 :** \_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_月 \_\_\_\_\_日  
**提出先 :** \_\_\_\_\_(病院・医院・クリニック) \_\_\_\_\_ **医師** \_\_\_\_\_

図3-2 維持血液透析の見合わせに関する事前指示書 (大平: 日透医誌, 23: 28-40, 2008より)

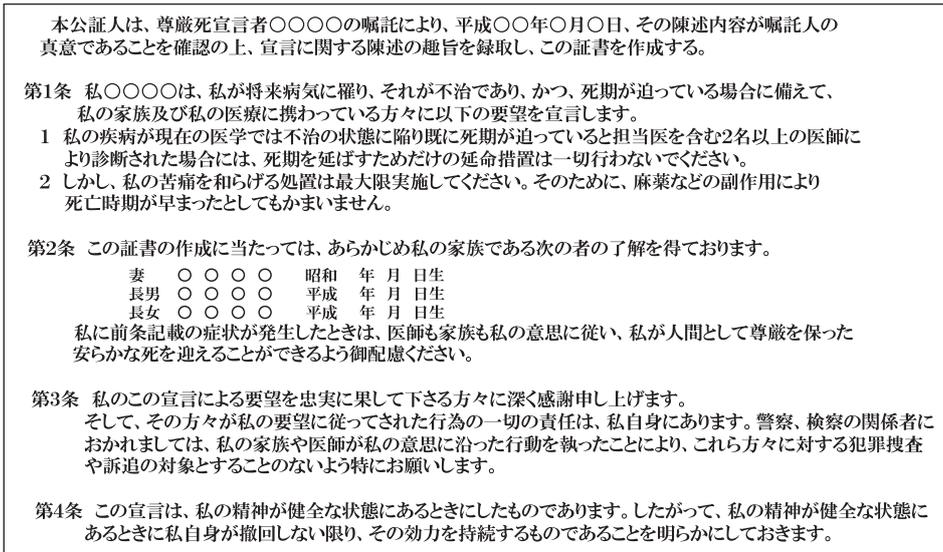


図3-3 尊厳死宣言公正証書（文例）  
 （日本公証人連合会 HP より）

不明なことであり、意思表示やAD作成の促進が今後大きな課題になると思われる。図3-1, 3-2, 3-3は事前指示書のひな形であり、日本でも色々な形式のものが使用され始めている。図3-3は自己の意思表示を確実にするために、公証人に保証を依頼する形式であり、法律的な意味で自己決定を確実に強く保証してくれる形式であろう。

6 治療の非開始・継続中止（見合わせ）に対する医療者の心掛け

死に瀕している患者に親しく接し、その苦痛・苦悩を最もよく知る立場にある私共医療者は、臨死期の患者における治療の見合わせ（尊厳死または消極的安楽死）を要するかもしれない事態に立ち向かった場合、一体どう対処すればいいのであろうか。

- ① 医療面で全力が尽くされてきていること
- ② 患者が終末期にあること
- ③ 行う医療行為に有意義性が失われてしまっていること
- ④ 患者や家族に十分な説明が行われ、彼等の明確な意向が適正かつ明白に確認されていること
- ⑤ 総合的に治療の見合わせが医学的に正当であり、しかも医療チームとして下される判断が当該患者の尊厳を尊重・保護するものであること

などを最低条件とすれば、臨床医の立場から「治療の見合わせ」の提案は倫理的に容認されると私考する。なお、非開始と継続中止では後者に心情的抵抗感や負

担感があると臨床家は感じているが、「倫理的には等価であり、両者に道徳的な重要な差異はない」とする倫理専門家が多いことを指摘しておきたい。

7 自殺幫助と治療の継続中止

自殺幫助を日本では刑法202条が禁じており、これを侵した者は6ヶ月以上7年未満の懲役または禁固刑と定められている。イギリスも同様であるが、YouGov社の調査をガーディアン紙が報じた結果（2013年4月30日）は意外であった（表3）。教義のうえから厳しく自殺を禁じているカソリックの教徒であっても、56%の過半数が自殺幫助を是認している。「個人に死を選ぶ権利がある」「長い苦しみに終止符を打つのが望ましい」などが、主な理由である。ここでの「自殺幫助」は「積極的安楽死」を意味するのであ

表3 イギリスにおける自殺幫助についての調査

イギリス YouGov 社の調査（The Guardian, 2013. 04. 30）  
 （日本では刑法202条：6ヶ月以上7年未満の懲役または禁固刑）

自殺幫助（関与）に対する賛否（法律は禁じている）		
宗教を信仰していない人	賛成	81%
宗教信者		
英国国教会		72%
ユダヤ教徒		69%
メソジスト教徒		62%
カソリック教徒		56%
賛成の理由		
個人に死に方を選ぶ権利がある。		82%
長い苦しみに終止符を打つのが望ましい。		76%

うが、一定以上の重篤な病態に陥った場合に、高度かつ積極的な延命措置を選ばないという「消極的安楽死」(いわゆる尊厳死)については、カソリック教が優勢な欧米社会でもこれを自殺とは見なさず、「疾患に自然経過を辿らせる」と理解して、倫理的にも法的にも「自然死」として扱われている。

### 8 積極的安楽死 (オランダの状況) と自己決定権

「自分の命は誰のものでもなく、自分のものである」という自己決定 (権) が、積極的安楽死を容認する根底にある考え方である。積極的安楽死が法的に認められている国は、現時点でオランダ・ベルギー・ルクセンブルグ・アメリカの一部の州に止まっている。

これは、一般的に安易な適応拡大を懸念するからであろう (いわゆる「滑り坂論議 (slippery slope argu-

ment)」。 「自己決定」を唯に錦の御旗にできかねるのは、「自己決定権という口当たりのよい考え方が、国家権力の意図を隠すために有効に機能している見逃せない事実」が存在するからである<sup>3)</sup>。つまり、命の質が個別に考慮されずに、生きるに値しない命が国家権力などで規定され、暗黙のうちに内発的な義務感を強要せしめる危惧を払拭できない。こうした自己決定 (権) の落とし穴に十分留意したい。

さて、オランダでは2002年に厳しい条件下でこれが容認されたが、長年根付いて患者と良好な意思疎通を持ち得る家庭医が広く普及していることが一因だとされている。表4に見るように、オランダの安楽死事例は経年的に漸増してきている。2012年の安楽死4,188例のうち80%は積極的安楽死 (lethal injection) であり、20%はPAS (physician assisted suicide, 医師による自殺幫助, 致死内服薬を処方して患者に持たせ、内服は患者自身の意思による) であったという。担当してきた家庭医が安楽死に反対した場合には、“mobile euthanasia units” (移動式の安楽死ユニット) が利用でき、それが安楽死増加の一因と論評されている。とはいえ、オランダにおける積極的安楽死例は、同国全死亡例の2.6%に止まっている。

表4 オランダにおける「安楽死」

背景: 2030年に65歳以上人口が25%と急増する。	
2002年	安楽死法の施行 (厳しい条件・家庭医の普及)
2003年	1,626件
2006年	1,923件
2009年	2,636件
2012年	4,188件 (80%は積極的安楽死, 残り=PAS)
	→ 全死亡の2.6% (ベルギーの2倍)
	78% (末期癌), 4% (心血管病), 1% (認知症)

急増の理由: 家庭医が拒否した場合、2011年から mobile euthanasia units が利用できるようになった。

The New Classic, 2013年10月19日より。

### 9 透析継続中止

— アメリカ, カナダと日本の近況比較

#### 9-1 アメリカ

アメリカの透析中止による死亡は、2000年以降、

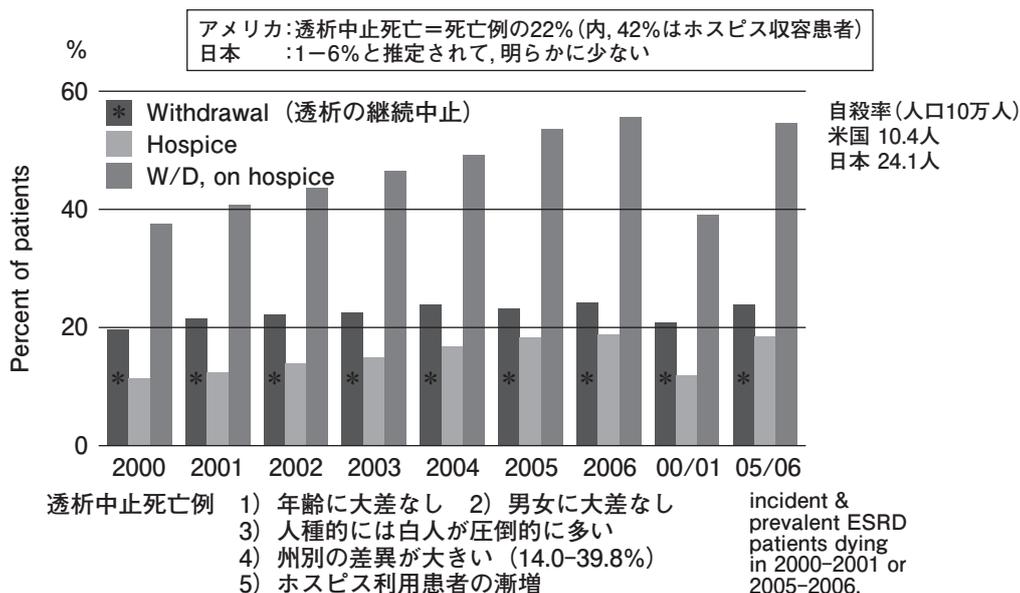


図4 アメリカにおける透析の中止による死亡 (USRDS 2008 ADR)

表5 透析の継続中止率と患者の経済状態

Outcome	Quintile of End-of-Life Expenditure Index <sup>†1</sup>					P Value for Trend
	First (Lowest) (n=3040) <sup>†2</sup>	Second (n=3801) <sup>†2</sup>	Third (n=4208) <sup>†2</sup>	Fourth (n=4726) <sup>†2</sup>	Fifth (Highest) (n=5415) <sup>†2</sup>	
Dialysis discontinued prior to death <sup>†3</sup>	44.3 (42.5-46.1)	35.3 (33.7-36.9)	34.6 (33.2-36.1)	32.1 (30.7-33.4)	22.2 (21.1-23.4)	<.001
Hospice care prior to death	33.5 (31.7-35.4)	29.0 (27.4-30.6)	27.4 (25.9-28.9)	29.4 (27.9-30.8)	20.7 (19.5-21.9)	<.001
Death in the hospital	50.3 (48.5-52.1)	57.3 (55.7-58.9)	59.3 (57.8-60.8)	59.7 (58.3-61.2)	67.8 (66.5-69.1)	<.001
Adjusted odds ratio <sup>†4</sup>						
Dialysis discontinued prior to death <sup>c</sup>	1 [Reference]	0.75 (0.67-0.83)	0.75 (0.67-0.82)	0.65 (0.59-0.72)	0.39 (0.35-0.43)	<.001
Hospice care prior to death	1 [Reference]	0.88 (0.78-0.99)	0.83 (0.74-0.93)	0.91 (0.81-1.02)	0.57 (0.51-0.64)	<.001
Death in the hospital	1 [Reference]	1.26 (1.14-1.40)	1.35 (1.22-1.49)	1.38 (1.25-1.52)	1.97 (1.79-2.17)	<.001

†1 End-of-life expenditure index indicates regional intensity of care during the last 6 months of life.<sup>1</sup> Values are expressed as percentages unless otherwise indicated. Values in parentheses are 95% confidence intervals.

†2 Indicated the number of decedents within 2 years of onset of end-stage renal disease.

†3 Patients who received a kidney transplant were not included.

†4 Adjusted for age, race, sex, dual coverage with Medicare and Medicaid, comorbidities (diabetes, coronary artery disease, peripheral arterial disease, stroke, chronic obstructive pulmonary disease, cancer, congestive heart failure), body mass index (calculated as weight in kilograms divided by height in meters squared), estimated glomerular filtration rate, independence in activities of daily living, whether living in a nursing home, ability to ambulate, ability to transfer, receipt of nephrology care before end-stage renal disease, and modality (peritoneal vs hemodialysis vs preemptive kidney transplant).

O'Hare AM, et al. : JAMA, 304 (2); 180-186, 2010 より.

全死亡の約20%を占めてきている(図4)。「透析継続見合わせによる死亡(death by withdrawal from dialysis)」という死因分類は、1990年以降「死亡前透析の見合わせ(withdrawal from dialysis before death)」と改められている。キリスト教徒の多いアメリカでは、教義のうえから「透析の中止(見合わせ)による死亡」が「自殺」と見なされることを忌み嫌い、透析の中止による死亡は疾患に自然経過を取らせるのだというメッセージだと感じる<sup>4)</sup>。

アメリカにおける透析中止死亡例を、①年齢に大差なし、②男女に大差なし、③人種的には白人が圧倒的に多い、④州別(地域)の差異が大きい(14.0~39.8%)、⑤ホスピス利用患者が漸増している、と要約できる。アメリカは日本のように皆保険ではなく医療費の負担が大きく、この経済的な要素が継続の見合わせに関係しているか否かは大きな関心と呼ぶところである。O'Hareらの報告<sup>5)</sup>によれば、終末期の出費額の大きいグループ(つまりは富裕層)ほど、“dialysis discontinued before death”(透析継続の見合わせ)の比率が低いという。経済的な負担も、見合わせを選択せざるをえない一因なのであろう(表5)。

9-2 カナダ

カナダの透析中止死亡を表6に提示したが<sup>6)</sup>、経年的に漸増している傾向を読み取れる。アメリカ同様に、地域差が大きく(カナダ全体を1.00とすると、0.41から1.67に分布している)、また、人種差も認められ

表6 透析中止による死亡(カナダ)

年	全中止例	中止率 <sup>†</sup>	死亡に占める割合(%)
2001	233例	1.5	7.9
2002	303	1.8	9.9
2003	376	2.2	11.8
2004	441	2.4	13.8
2005	543	2.8	16.1
2006	538	2.7	15.4
2007	657	3.2	18.4
2008	660	3.1	18.3
2009	667	3.0	19.5

† withdrawal rate per 100 Patient-Years of Dialysis (%)  
文献6より。

ている。透析の継続中止による死亡が2009年で透析患者全死亡数の19.5%を占めており、この数字はアメリカのそれと大差がない。

9-3 日本

日本透析医学会の死因分類には「透析中止(継続見合わせ)による死亡」という項目はなく、代わりに「自殺・拒否」がある。この十数年間、これに該当する事例は全死亡の1%内外と報告されている。北海道における統計からは、透析中止死亡例は北海道における全死亡例の約6%と概算された<sup>7)</sup>。透析中止事例の様々な側面からの詳細な統計は日本ではいまだとられておらず、後述のように、これに関する提言が日本透析医学会から公示されたことに鑑み、統計の蓄積が望まれる。

## 10 日本透析医学会の提言

—「維持血液透析の開始と継続に関する意思決定のプロセスについての提言」

この提言案<sup>8-10)</sup>は、2010年以來、実行委員会（渡邊有三委員長）における12回の討論の末に、2014年1月26日の公聴会に付された。討議の結果で若干の修正がなされ、最終案が同学会理事会に提出され、2014年3月28日の理事会で正式に承認された。詳細は透析会誌<sup>11)</sup>をご高覧願いたい、ここではその概要を提示したい。

### 10-1 提言の骨子

[提言 1]

患者への情報提供と自己決定の援助（患者に十分な情報を提供する、患者から十分な情報を収集する、患者が意思決定した過程を理解する）

[提言 2]

自己決定の尊重（患者に事前指示書を作成する権利があることを説明する、患者が意思決定した治療とケアの方針を尊重する、事前指示書があれば尊重する）

[提言 3]

同意書の取得（維持血液透析の導入前に透析療法の理解・納得のうえで同意を患者側から取得する）

[提言 4]

維持血液透析療法（HD）の見合わせを検討する状況（表7に具体的病態を例示）

- ① 患者の尊厳を考慮した時、HDの見合わせも最善の治療を提供するという選択肢の一つになりうる。
- ② HDの見合わせを検討する場合、患者ならびに

家族の意思決定プロセスが適切に実施されていることが必要である。

- ③ 見合わせたHDは、状況に応じて開始または再開される。

[提言 5]

維持血液透析見合わせ後のケア計画については、医療チームはHDを見合わせた患者の意思を尊重したケア計画を策定し、提供する。

### 10-2 提言骨子の概説

提言の1~3はいずれも、現代医療における基本的な事項である。当たり前の事項であるが、本提言の表題が「……意思決定のプロセス」と銘打ってあるために明記した。ただ、既述のように事前指示（書）については総論としての認識や賛成はあるが、いまだに日本では習慣化されてはならず、患者・家族・社会への啓発が強く望まれる。一方で、①文章化のひな形、②臨床現場での意義・有用性の周知徹底、③事前指示（書）に従うことで法的庇護が得られるか、などを明確化する努力が必要となる。

提言4が本提言の最重要な箇所であり、その具体的な病態像は表7に示した。表7:1)の①と②は血液透析の施行に困難と危険が伴う病態であり、いわば、「血液透析施行の困難・危険例」であり、当該患者の利益と保護のために血液透析を見合わせることは妥当なことになる。「見合わせる」という表現は、病態が改善すれば再開の可能性があるということの意味する。表7:2)の①・②・③は、全身状態が不良で意思疎通が難しい状態にあるが（したがって、血液透析の実施は困難な状況にあると推測される）、患者本人の見

表7 「維持血液透析の見合わせ」について検討する状態（提言4の付表）

- 1) 維持血液透析を安全に施行することが困難であり、患者の生命を著しく損なう危険性が高い場合。
  - ①生命維持が極めて困難な循環・呼吸状態などの多臓器不全や持続低血圧など、維持血液透析実施がかえって生命に危険な病態が存在。
  - ②維持血液透析実施のたびに、器具による抑制および薬物による鎮静をしなければ、バスキュラーアクセスと透析回路を維持して安全に体外循環を実施できない。
- 2) 患者の全身状態が極めて不良であり、かつ「維持血液透析の見合わせ」に関して患者自身の意思が明示されている場合、または、家族が患者の意思を推定できる場合。
  - ①脳血管障害や頭部外傷の後遺症など、重篤な脳機能障害のために維持血液透析や療養生活に必要な理解が困難な状態。
  - ②悪性腫瘍などの完治不能な悪性疾患を合併しており、死が確実にせまっている状態。
  - ③経口摂取が不能で、人工的水分栄養補給によって生命を維持する状態を脱することが長期的に難しい状態。

合わせたい意思が明示的に確認できるか、家族が患者の意向を推測できる場合を指している。表1に示したように、最近、透析患者の認知症が大きな課題となっている。見合わせを検討する状態に「認知症」が明記されなかったのは、認知症を伴う透析患者の様々な実態が十分にいまだ把握されていない現状から、認知症に特化した条項を将来の宿題として残したきらいがある。ただし、表7:2)の①の記述「脳血管障害や頭部外傷の後遺症など、重篤な脳機能障害のために維持血液透析や療養生活に必要な理解が困難な状態」を慎重に应用解釈すれば「重篤な認知症で摂食障害・栄養不良などを随伴する透析患者」にどのように対応するかは必ずと一定の見解が生まれるものであろう。当然ながら、患者本人の事前指示があればそれを尊重する。しからざれば、家族の意向を尊重して協議することになる<sup>12,13)</sup>。

10-3 自己決定の尊重

さて、提言2では「自己決定の尊重」が謳われており、その項目の付加説明文には以下のような記載がある。

「維持血液透析開始または継続によって生命が維持できると推定される患者が自らの強い意思で維持血液透析を拒否する場合には、医療チームは家族とともに対応し、治療の有益性と危険性を理解できるように説明し、治療の必要性について納得してもらうように努力する。これらの努力を行っても患者の意思決定が変わらなければ、患者の意思決定過程を理解し、その意思を尊重する。」

ここでは一般常識に則って自己決定を当然ながら尊重する姿勢を示しているが、患者の自己決定を尊びながらも患者の言いなりになるのではなく、医療人として節度ある説明を患者に行う必要性を強調しておきたい。血液透析がまだまだ行いうる患者が「止めたい」と申し出てきた事例を、筆者は個人的にも相当数経験している。過度の介入はなかったと想起しているが、透析スタッフとともに誠意ある説明を与えることで患者の大半は中止を翻意している。表7に提示した病態は、「医療チームが維持血液透析の見合わせを検討する状況」とされている。いずれも終末期か前終末期を迎えている患者であるが、命の継続か終焉かの判断は基本的に人それぞれであることを医療人として理解しておきたい。

10-4 今後に向けて

今回公示された「提言」が、今後、臨床の現場でどのように活用されていくかが問われる<sup>14)</sup>。この度の提言は透析患者と相対する透析スタッフへの指針を参考として示したものであるが、見合わせの最終決定に関与した者が、過度の精神的な負担を感じないような倫理的な根拠ないしは基盤を指し示したのもでもある。本提言を、マスコミ各社はおおむね好意的な視線で報道してくれた。提言作成に関しては全腎協の役員からもご意見をいただいたが、患者側への説明と理解を得るよう努め、さらにより提言にすることが望まれよう。なお、末期腎不全ながらもなんらかの理由で透析が見合わせせられた症例のその後の臨床経過を仔細に観察・分析していく体制作りが喫緊の課題となろう。

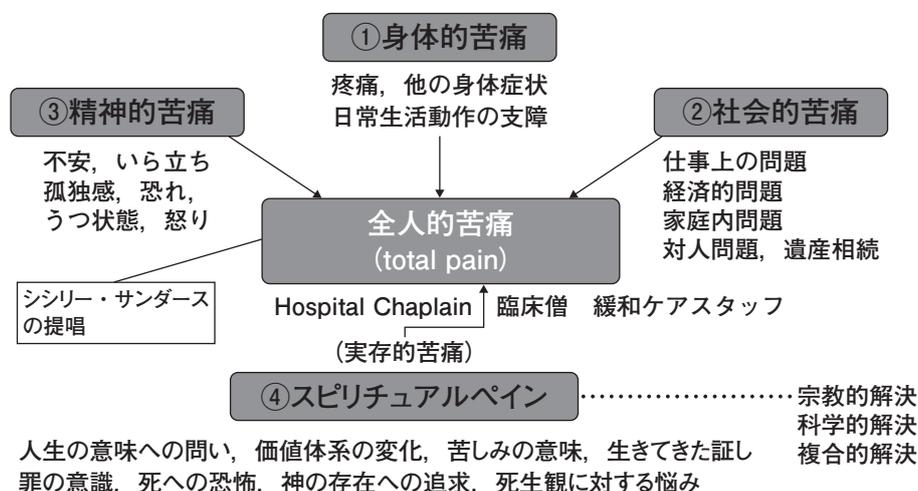


図5 全人的苦痛の理解とその解消・軽減 (終末期医療・ケアの抱える問題)

## 11 終末期の医療とケア

提言5は維持血液透析を見合わせた後に、患者の意思を尊重したケアを策定することを謳っている。容易なことではないが、その達成を鋭意目指さなければならない。このことは、当然ながら、透析を継続して命の終焉を迎える患者にも同様に言えることである。

詳細に論ずるスペースを持たないため、図5に概要を示す<sup>15)</sup>。医療の目的は四つの全人的苦痛の軽減・解消にある。透析スタッフはまず身体的苦痛の軽減解消に取り組むのであるが、精神科医、MSW、臨床心理士、緩和ケアスタッフ、宗教家、家族や知人などとの協働によりその他の苦痛に対処しなければならない<sup>16)</sup>。

### おわりに

透析の見合わせ（非導入および継続中止）に関する提言が日本透析医学会から公示されたことに鑑み、この提言を可能にする倫理的な基礎を論じ、提言の骨子を説明した。本提言が真摯に読まれて、ベッドサイドで適正に活用されることを期待したい。本提言の作成に対して会員以外の方々からもきわめて有益なご指摘を頂戴した。この場を借りて、深謝したい。

### 文 献

- 1) 日本透析医学会統計調査委員会：図説わが国の慢性透析療法の現況—2013年12月31日現在。日本透析医学会，2014。
- 2) 日本老年医学会（編）：高齢者ケアの意思決定プロセスに関するガイドライン（2012年版）；医学と看護社，千葉，2012。
- 3) 小松美彦：自己決定権は幻想である；洋泉社，東京，2007。
- 4) 大平整爾：透析患者のターミナルケア～生と死のはざまに

- ある医療と看護～；メデイカ出版，大阪，pp.168-179，2011。
- 5) O'Hare AM, Rodriques RA, Hailpern SM, et al. : Regional variation in health care intensity and treatment practices for end-stage renal disease in older adults. JAMA, 304; 180-186, 2010.
  - 6) Ellwood AD, Jassal V, Suri RS, et al. : Early dialysis initiation and rates and timing of withdrawal from dialysis in Canada. Clin J Am Soc Nephrol, 8; 265-270, 2013.
  - 7) 4) と同書, pp.170-171.
  - 8) 渡邊有三, 平方秀樹：慢性血液透析療法の非導入/継続中止（見合わせ）に関する血液透析療法ガイドラインワーキンググループからの提言（案）2012を策定することに至った経緯について。透析会誌，45；1085-1089，2012。
  - 9) 岡田一義, 大平整爾, 伊丹儀友, 他：慢性血液透析療法の導入と終末期患者に対する見合わせに関する提言（案）。透析会誌，45；1090-1095，2012。
  - 10) 大平整爾：維持透析の見合わせ：個人的回顧とオーバービュー。透析会誌，45；1099-1103，2012。
  - 11) 日本透析医学会・学術委員会：維持血液透析の開始と継続に関する意思決定プロセスについての提言。透析会誌，47；1107-1155，2014。
  - 12) 大平整爾：認知症患者への透析療法。日透医誌，25；183-191，2010。
  - 13) 大平整爾：維持透析患者の「認知症」に対する透析スタッフの備え。日透医誌，26；249-258，2011。
  - 14) 渡邊有三：透析療法の開始と継続に関する意思決定プロセス：提言後の課題。日透医誌，29；220-225，2014。
  - 15) 淀川キリスト教病院ホスピス（編）：緩和ケアマニュアル；最新医学社，東京，2007。
  - 16) 大平整爾：透析の保留・中止とスピリチュアルケア。維持透析患者の補完代替医ガイド（阿岸鉄三編著）；医歯薬出版，東京，pp.63-73，2010。

### 参考文献

- 大平整爾：いかによく生きるか～命の選択～；医学と看護社，千葉，2013。