

緩和透析

——尿毒症患者の人生の最終段階における選択肢として——

甲田 豊

甲田内科クリニック

key words : 緩和透析, 終末期, 人生の最終段階, 保存的腎臓療法, ガイドライン

要 旨

超高齢化社会と疾患像の変貌により重症で回復の見込みのない患者が増えつつある。現在の透析治療は特別な腎臓病既往者を救命する以外に、ほぼ健康で過ごしてきた人の加齢による腎機能喪失を補填する高齢者医療にもなっている。透析の開始と継続をめぐるのは、複雑な倫理的状況に苦悩する事態は稀ではない。意思決定に関するガイドラインは様々な学術組織で示されるようになり、2020年4月には日本透析医学会(JSDT)から「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」(JSDT提言2020)が公開された¹⁾。これらは事前の医療・介護の計画(advance care planning; ACP)というプロセスの重要性に加え、緩和治療の整備充実が必要であることも指摘している。透析患者には、透析を続けていれば終末期ではないということ、また透析を不開始または中止(透析の見合わせ)したときに対応困難な肺水腫という強い苦痛をとまなうこと、など特有の問題がある。この苦痛を避けるために「緩和透析」という中間的な治療オプションは議論に値する。緩和透析は余命が限られる終末期の苦痛除去方法として透析医が透析技術を最後まで手放さない管理である。緩和透析は透析をする、しないの二者択一を迫らない。より広義には、標準的な透析治療に負担があり患者自身の人生において優先する価値と一致しない場合、生活の質を最適化し症状を最小限に抑えながら個人のニーズに調整するような患者立脚型透析の提供体制でもある。

はじめに

近年の透析導入患者は超高齢化し重篤な合併症をもっている人も多くなった。また、事前の医療・介護の計画(advance care planning; ACP)や腎不全の療法選択について話し合うなかで、個人の価値観や尊厳を重んじ固有の希望をかなえたいという意識の高い高齢患者を診療することも、そう稀ではなくなった。私たちはこれまで、尿毒症に対して透析療法の導入は必然の治療と考えてきたが、共同意思決定を行うなかで真摯な自己決定には患者中心の倫理的な対応も迫られる。

通常の治療として、透析導入後は適正透析あるいは至適透析を目指し、フレイル、栄養障害、腎性貧血、CKD-MBDなどの最適化に務める。患者の治癒を追求し、苦痛を軽減し、自立更生を図ることは医療者として当然の義務でもあるし喜びでもある。しかし、如何に透析療法が順調であっても、どう手を尽くしても、そう遠くない将来に誰もが必ず人生の最終段階となり「死」を迎える。保存的腎臓療法(conservative kidney management; CKM)の尿毒症期においては「引き算の治療」へという治療方針の転換相に必ず至る。「引き算」とは、がん緩和ケアにおける積極的薬物治療アプローチ「足し算」に対応して用いられる形容である。尿毒症症状の緩和は、水や電解質を入れ過ぎない、不要な薬物は中止し、必要な薬剤も代謝の遷延を考えて減量していくといった、差し控え(withdraw)が要諦である。つまり「引き算」による症状緩和アプローチである²⁾。このような経過は患者も医療従事者も気付

いてはいるが、これまで順調なときに微妙な問題に触れることは忌避されてきた。また、誰でもどのような病態であっても平穏な死に至るまでには、いくばくかの苦しみの劫火をくぐらねばならない³⁾。そしてそれは、緩和的治療を行うことで軽減可能なことは、終末期医療を行っている者には理解できる。非がんである腎不全という疾患の最終段階において行う緩和治療には尿毒症特有の問題がある。それに対応するには透析を「する」、「しない」の二者択一ではなく、また「差し控え」という不明瞭な提示でもなく、さらに一步進んで「緩和透析」という計画的概念を明確に体系化しておくことが不可欠と考える。今後、いわゆる ACP を押し進めたり、腎不全療法選択や保存的腎臓療法を提示するにあたって必要であろう。

1 意思決定プロセスに関する厚生労働省のガイドラインと日本透析医学会の提言

1-1 「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」(厚生労働省ガイドライン 2018)

厚生労働省は、人生の最終段階の医療のあり方について有識者の議論を重ね、2018年に最新の意思決定プロセスガイドライン(厚生労働省ガイドライン 2018)を公開した⁴⁾。これは多くの同種ガイドライン・提言のなかでも国家機関の権威のもとで作成されたものであり、法律ではないもののほぼ同レベルのソフト・ロー的な大きな意味をもつ。

その要点は、適切な説明のもと患者本人による自己決定を最優先すること、医師の独断ではなく医療・ケアチームによって判断すること、医療・ケアの方針やどのような生き方を望むかを日頃から繰り返し話し合い、その内容をその都度文書にまとめ共有すること、などの重要性が述べられている。また意思を確認できないときや推定できないときは、家族等(親しい友人も含む代理人)と医療チームが十分に話し合い、患者にとって最善の方針をとることを基本としている。

1-2 「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」(JSDT 提言 2020)

JSDT 提言 2020 は、その前年に発生した透析中止の事案にも応ずる形でまとめられた。透析患者の意思決定に際して、医療チームが患者の意思を尊重し、患者に最善の医療とケアを提供することを指向して作成

されたといっよい²⁾。医療チームが日常臨床の場でしばしば遭遇し判断に困窮する事例の意思決定プロセスに関する、いわゆる「プロセスに対する提言」である。観察研究と現時点でのコンセンサスを参考とした提言であるため、法的な解釈に準拠しておらず法的免責を与えるものでないことが説明されているものの、この手続きを真摯に踏まえた丁寧な意思決定は、当然法的に問題となるわけがないことを前提としていると考えてよい。

新たに改訂された事項は、対象が前回提言(2014年)では終末期の維持血液透析に限定されていたが、JSDT 提言 2020 では、腹膜透析、透析未導入の末期腎臓病、急性腎障害、小児腎不全などにも拡張された。その他、

- ① 腎代替療法の選択および保存的腎臓療法 (CKM) の情報提供
- ② 透析見合わせの意思決定プロセス (開始, 継続見合わせ, 人生の最終段階でない場合も含む)
- ③ 理解力や認知機能が低下した患者への意思決定支援
- ④ 共同意思決定 (shared decision making; SDM) および ACP の十分な実施
- ⑤ 全国腎臓病協議会代表者の参加による患者意見の反映

などに言及し、全国の透析施設で参考にできる内容としている。

2 腎不全患者の緩和医療と緩和ケアの現状

前項のガイドラインを含めほとんどのガイドラインは緩和治療の重要性を訴えているが、その現状は厳しい。しかし、この指摘を受ける形で、AMED 長寿科学研究開発事業「高齢腎不全患者に対する腎代替療法の開始/見合わせの意志決定プロセスと最適な緩和医療・ケアの構築」(代表: 柏原直樹氏)が現在進行中である。

2021年3月14日に開かれたシンポジウム「人生の最終段階と透析療法—緩和ケアと ACP の役割—」(上廣死生学・応用倫理学講座, 会田薫子氏主催)において、柏原氏は特別発言でその中間結果の一部を紹介した。高齢腎不全患者における透析非導入・中断の実態、緩和医療の実態についてアンケートを施行した結果、過去2年間に451施設において非導入917例、透析中

断患者は492例存在した。認知機能不良群は2倍多く、80歳を超えると非導入が増加していた（中断例の2倍）。CKMを選択枝として説明した例は60%にとどまった。緩和病棟や在宅治療への移行も少かったというが、この結果を著者は不思議には思わない。これは尿毒症患者に透析なしで緩和治療を行うことの困難性を示すと思われるからである。

3 透析患者の人生の最終段階

「終末期」という表現は最近の厚生労働省の啓発文書では用いられなくなり、最期まで尊厳を尊重した人間の生き方に着目するとの考え方により「人生の最終段階」と表現されるようになった。一般に終末期・人生の最終段階とは、回復の見込みのない疾患のため死が避けられない末期の状態を指すが、その定義や受け止め方は多様である。急性、慢性の病態があるため時期・期間を決められるものではないし、個別性を無視した画一的な定義は本質的に不可能な領域である。回復見込みと苦痛・尊厳などを比較衡量して患者の意思や家族との話し合いの中で受容される状態であろう。

透析患者の場合、普通に維持透析を受けていれば人生の最終段階ではないことは明白である。しかし、透析が必要な医学的状態においては、透析は生命維持治療となっており、透析を見合わせれば人生の最終段階となることも事実である。また、重度の認知機能障害があっても、そのみでは人生の最終段階には該当しない¹⁾。

4 延命医療の不開始・中止に関するルールはどうあるべきか

透析は延命医療といわれることもあるが、50年以上も透析を続けながらも家庭を築き職業を持ち社会貢献している人たちが存在することを考えれば、必ずしも死の瞬間を遅らせるだけの延命医療に分類することは適当でない。そのため「延命医療の不開始、継続中止には法的免責がない」と警告されると、患者の自己決定を尊重することを躊躇し放棄する事例も未だに多いと思われる。

医療側からは、訴えられない保証や明確な法律・根拠がほしいという要請、患者側からは明確に立法化されれば、類似状況で次々と自己決定を強要されるような、弱者に厳しい「すべり坂現象」を危惧する声があ

がる。多様な人生と家族、そして多様な終末期に法律に基づいた硬直的で形式的な対応は本来の医療とは異なる。また、法的免責の要件として文書を求めても、取得の時期や、内容が明確で現実の状況に適合していたかは常に問題となる。そのような法的議論よりも、目前のようでない状況の患者に、丁寧なプロセスを経て最善の医療・ケアを行うことのほうがはるかに重要である。つまり立法よりもプロセスガイドラインが適切と考えられている。

厚生労働省のガイドライン以降、慎重なプロセスを経た延命治療の見合わせは、もはや法律問題とはされず刑事事件とはならないであろう、と法律・医療倫理の専門家は説いている²⁾。JSDT提言2020には要所において文書同意や共同意思決定の記録の勧めがある。紛争防止に重要なことはいうまでもないが、同時に、コミュニケーションが重要なものであって、形骸化した書類と化さないように注意したい。

5 保存的腎臓療法（CKM）の選択と尿毒症期の治療選択

JSDT提言2020では、透析をしないというCKMは、血液透析、腹膜透析、腎移植などと同列な治療法の選択枝としての提示は勧めていない¹⁾。腎代替療法が必要になった段階で、透析の見合わせを申し出たとき、事前指示書を提示したとき、または全身状態がきわめて悪く安全に透析ができないときに、CKMについて説明するとしている。CKMは多くの患者に、しかも積極的に勧める治療ではないと思うが、透析による生存上の利益が得られない重篤な病態の患者群もいることは確かである。366名を対象としたコホート研究では、80歳以上または重度の併存疾患がある患者は、CKMにおいてより低い治療負担と治療費でありながら、生存率も患者関連QOLも透析と同様であったとの報告もある⁴⁾。

また、現代の価値観は多様化し、治療の選択においては自律（自己決定）を要諦とし、自分に関する情報を知る権利がある³⁾。あらかじめ可能な限りの選択可能性を示さなければ、結果的に誘導したのと変わらない。つまり情報の提供制限は倫理的にはパターナリズムの危険性をもつことにも注意しておきたい。十分な情報提供と話し合いを経たうえで、余命をどの治療で過ごし、どのような人生を過ごすかは個人に属する

価値判断である。

CKMは無治療あるいは少ない治療とみなされる末期の緩和治療とは明確に区別されなければならない。CKMは患者中心の積極的医療管理であり、体系化された治療として説明することが重要である。つまりCKMの選択は特定の生活の質を重視した末期慢性腎不全管理オプションとなる。透析を開始する、しないの二者択一的選択を迫るものではなく、また「見合わせ（いつでも透析の開始または再開を再考するという含みをもつ）」という模糊とした考え方を説明するにとどまらず、緩和透析という計画的オプションも示す説明が必要になると思う。腎不全療法選択の時点で説明するとすれば、日本人固有のエビデンスを収集しCKMの予後予測ツールなどの開発も望まれる⁵⁾。

6 維持透析の中止後の緩和治療

維持透析患者が人生の最終段階の状態にあって、透析治療自体が危険で不可能あるいは患者の意思（十分な情報を得たうえでの自己決定）が明示されているときに、維持透析の見合わせを検討する事態は発生する¹⁾。しかし、その自己決定権の行使が最も深刻となるのは、人生の最終段階でない患者の「透析中止」の申し出であろう。倫理4原則の自律尊重原則と善行原則の衝突である。倫理的にも法的にも治療に対する患者の同意は不可欠であり、インフォームドコンセント(IC)の原則からすれば同意のない治療は暴力とされる。患者の自己決定が、思想・信条・宗教などその人に属する核心的な価値観、深層の人格に基づく真摯な決定であり、十分な話し合い・共同意思決定を尽くした後の意思決定であれば延命治療としての透析見合わせは倫理的に選択できるし、提言・ガイドラインにもかなうものである。

透析不開始と維持透析中止は、いずれも不作為（透析中止は、再開しないという不作為）であり、道徳的には差異はないとする「倫理的等価説」が一般的である⁶⁾。このためJSDT提言2020でも同等に扱っている。しかし、透析中止の場合、余命は10日前後と予見でき、この心理的負荷は現実として患者・スタッフとも不開始の場合よりも大きい。また、医療・ケアの面からみれば、溢水による肺水腫は不開始より透析中止のときに生じやすく、これは薬物コントロールがほぼ不可能な苦痛であり備えが必要である。透析中止を選んでも

この劫火のような強い苦痛のために意思を翻し透析を再開する例は甚だ多い。

肺水腫への対応に瀉血も緊急手段として有効であるが治療としての抵抗感はある。つまり、透析専門医は最後まで苦痛除去目的の透析を放棄してはいけないのである。「緩和透析」という緩和医療の概念は、特定の溶質除去目標をもたず苦痛除去と患者の考えにもとづく生活の質を優先するものである。尿毒症患者の緩和治療は透析医の参画が必要である。

7 緩和透析という考え方

緩和透析は、CKMの尿毒症終末期における苦痛除去、あるいは維持透析患者でも透析が死を待つだけの終末期医療と化したときなどに、日常的な標準透析と不開始・中止の中間的な選択を提供することを目的とし、いわゆる「見合わせ」と表現されている方針をより計画的具体的に検討することである(表1)。透析をもってしかできない苦痛の除去を目的とすることもある。患者に透析をする、しないの二者択一を迫るものではない。患者は透析治療を受けても、生存期間を延ばし、特定の臨床転帰を達成するという従来の目標(たとえば、特定の透析量の達成または透析合併症の予防管理)は主要な考慮事項ではない。代わりに、緩和透析は、治療の患者にかかる負担を軽減しながら、生活の質を個人の選好に最適化し、腎不全症状を許容範囲に抑えることを、ICや共同意思決定に完全に基づき個々の患者のニーズに合わせて調整する透析である^{5,7,8)}。

非がんである尿毒症の緩和医療に対する研究と教育は我が国では十分とはいえず、透析患者における緩和医療は現在の患者中心ケアにおいて満たされていないニーズである。緩和ケアの概念からすれば、不完全治療である透析療法が生命維持治療である限り、腎不全と診断されたときから緩和治療は始まるともいえる。WHOによれば、「緩和ケアとは、生命を脅かす病に関連する問題に直面している患者とその家族のQOLを、痛みやその他の身体的・心理社会的・スピリチュアルな問題を早期に見出し的確に評価を行い対応することで、苦痛を予防し和らげることを通して向上させるアプローチである」とされる⁹⁾。JSDT提言2020でも腎不全病期にかかわらず緩和ケアの考え方は基本にすべきものとしている¹⁾。

表1 緩和透析の考え方を明確化した比較表

	強化透析	標準的透析	緩和透析	CKMの終末期
全体的な考え	患者中心のQOL, 満足度, 合併症予防, 生存期間などの最大化が目標. 自立更生を支援する	同左	透析目的は終末期の苦痛除去, 本人の意思(自己決定)に沿うこと. CKMの終末期治療の一部となることも	患者中心のQOL維持が最大目標. 緩和目的の引き算の治療に転換する. 鎮静や緩和透析への移行も
血管アクセス	十分な血流をとれる良好なアクセスを維持(AVF, AVG). アクセスは患者の最大関心事である	同左	CVC. アクセストラブル時は強い負荷がかかる再建, 再挿入は行わないことも. 動脈や鼠径静脈穿刺でシングルニードルも	なし
溶質除去・適正透析	HDF, 頻回・長時間透析などで至適透析をめざす	小分子・中分子の適正透析の基準を満たす除去を確保する	完全な個別化処方. 治療自体による苦痛も軽減. 特定の溶質除去目標はない	なし
水分管理	透析間体重増加を少なくし, 高血圧や透析低血圧を避けて, 確実にDWをめざす. 残腎機能の保持努力も. 細胞外液量, 透析中の血液量変化(Δ BV)を最適化	同左	溢水症状の軽減に必要なだけの水分制限. 透析時間や除水量は負担とならないように. 特定のレベルをめざさない	利尿薬使用. 水分塩分・点滴制限で溢水防止. 肺水腫による呼吸困難・苦痛には瀉血も有効. 単発的な限外濾過も考慮
食事制限	蛋白質摂取, 制限は個人に合わせる. 緩めの制限も	ガイドラインに沿った適正な摂取	症状を緩和するためのみの制限. QOLの重視	患者中心QOLを重視する
CKD-MBD	リン吸着薬, 活性型ビタミンD, Ca受容体作動薬などで適正值に管理する	同左	適正目標値を達成しようとはしない限定的な治療	患者中心QOLが低下しない限定的処方
貧血	適正なHb, TSAT, フェリチンとなるように鉄剤, ESA, HIF-PH阻害薬を調整する	同左	QOLを落とさないための限定的処方	患者中心QOLが低下しない限定的処方

CKM (保存的腎臓療法), AVF (内シャント), AVG (人工血管シャント), CVC (留置型静脈カテーテル), HDF (血液透析濾過), DW (ドライウェイト), QOL (生活の質), ESA (赤血球造血刺激因子製剤), TSAT (トランスフェリン飽和度). CKMは患者中心にQOLの改善と延命を図る積極的治療である. しかし, CKMの終末期には, 緩和治療である「引き算の治療」に転換する時相がくる. どの時点かは個々の症例の病態と事前ケア計画(ACP)に基づくものであり一律とはなり得ない. CKMと緩和透析は, 説明と同意やACPなどのプロセスを経て, 患者の意思(自己決定)または推定意思に完全にに基づき, 意思撤回や尿毒症に対する苦痛緩和に周到に備えることが必要な治療である.

腎不全療法選択から始まり, 苦痛・不安の緩和, 日常生活を取り戻すこと, 社会的差別への対応, 透析と共生すること, などは緩和医療の側面でもある. しかし, 50年以上生存可能な透析治療のすべてを緩和医療と呼んでしまうのは誤解が生じかねない. 透析を見合わせたときの緩和医療は, その一部であるところのターミナルケアにあたる. 尿毒症の場合は, 水分補給やアシドーシス補正などの処置を控える「引き算の治療原則」がより重要となることは言うまでもない²⁾. これを怠ると現在はめったに遭遇しないすべての尿毒症症状が揃った悲惨な full-blown uremia を作り上げることになる.

JSDT 提言 2020 では, 「期間を限定した透析を行う」, 「段階的な透析時間と回数を減らすことも可能」などの選択肢も示されており, これは緩和透析を意識した

部分である. 緩和透析の目的を理解して行う透析は, 透析回数, 透析時間, 血液流量, 透析液流量, 透析液温度, 除水方法, 透析のタイミングなどの透析諸条件を調節し患者ニーズに応える具体的手段である^{7,8)}. これを, 漠とした経験に頼るものとせず, 透析患者の緩和的アプローチのなかに明確に位置づけることが必要である.

近年は患者の経験と患者中心ケアの重要性を強調する原則が著しくなり, 透析コミュニティにとって注目すべき焦点となっている¹⁰⁾. 重度の合併症を有する高齢者は予後と生活の質を考慮して, 患者の考えに立脚した緩和透析が最善の選択枝となることもありうる. いずれにしても, 現状では日本人におけるこの領域のエビデンスが少なく, 腎不全の緩和医療が体系化されていないことは, CKMの選択や透析中止の選択の隘

路となっていることは否めず、今後急ぐべき大きな課題と考える。

おわりに

透析療法は高齢者医療の象徴である。その現場では、透析の見合わせという状況に遭遇することが今後急激に多くなることは想像に難くない。また、治療を患者中心に個人のニーズに合わせて調整するような患者立脚型ケアや透析の提供体制は重要性を増してくるであろう。そこで「見合わせ」という考えから一歩進んで「緩和透析」という中間的で計画的な具体的概念をより明確にしたいと思う。限られたなかでも QOL を最大化し、死までの苦痛を最小限にする治療を続けることは医の原点である。特に透析を見合わせた時の緩和的アプローチに、透析治療を完全に外すことは苦痛除去の点からは賢明な選択ではない。今後は腎臓病患者や政策担当者にも研究の設計に加わってもらいオープンに議論することを提案したい。

註：文中、「不開始」と「非導入」という二つの表現が同義で使われているが、出典を尊重した。「非導入」ということばに医療者側の意図が入るという指摘があるため、本稿では「不開始」の使用を基本とした。

利益相反自己申告：申告すべきものなし

文 献

- 1) 日本透析医学会. 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作成委員会：意思決定プロセスについての提言. 透析会誌 2020; 53 : 173-217.
- 2) 有賀悦子：非がん疾患の緩和ケア—腎不全. 日医雑誌

2017; 146 : 957-960.

- 3) ヌーランド SB : 人間らしい死に方. 鈴木主関 (訳). 東京 : 河出書房新社, 1995.
- 4) Verberne WR, Dijkers J, Kelder JC, et al. : Value-based evaluation of dialysis versus conservative care in older patients with advanced chronic kidney disease : a cohort study. BMC Nephrol 2018; 19 : 205. DOI:10.1186/s12882-018-1004-4
- 5) Williams ME : Tough Choices : Dialysis, Palliative Care, or a Third Option for Elderly ESRD. Seminars in Dialysis 2012; 25 (6) : 633-639. DOI: 10.1111/sdi.12018
- 6) 水野俊誠, 他 : 日本における生命維持治療の中止と差控え. 生命倫理 2006; 16(1) : 84-90.
- 7) Tentori F, Hunt A, Nissenson AR : Palliative dialysis : Addressing the need for alternative dialysis delivery modes. Seminars in Dialysis 2019; 32(8) : 391-395. DOI:10.1111/sdi.12820
- 8) 甲田 豊 : 高齢者の意思決定プロセスと緩和透析. Clinical Engineering 2021; 32(3) : 190-196.
- 9) 大坂 巖, 渡邊清高, 志真泰夫, 他 : わが国における WHO 緩和ケア定義の定訳—デルファイ法を用いた緩和ケア関連 18 団体による共同作成—. Palliat Care Res 2019; 14 (2) : 61-66.
- 10) Tong A, et al. : Standardised outcomes in nephrology -Haemodialysis (SONG-HD) : study protocol for establishing a core outcome set in haemodialysis. Trials 2015; 16 : 364. DOI: 10.1186/s13063-015-0895-7

参考 URL

- ‡1) 厚生労働省「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」<https://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/0000197665.html> (2021/5/12)
- ‡2) 日本医師会「医の倫理の基礎知識 (2018 年版), 樋口範雄 : 生命維持治療の差し控え, 中止」https://www.med.or.jp/doctor/rinri/i_rinri/c02.html (2021/5/15)
- ‡3) 日本医師会「患者の権利に関する WMA リスボン宣言 (日本医師会 訳)」<https://www.med.or.jp/doctor/international/wma/lisbon.html> (2021/5/12)