

最近の患者背景の変貌

井関邦敏

琉球大学医学部附属病院血液浄化療法部

key words : 高齢化, 合併症, 糖尿病, 高血圧, 生活習慣

要 旨

日本透析医学会の年度末調査をもとに、総透析患者数、透析施設数、年間導入数、導入原因、平均年齢（導入患者、年度末患者）の推移を俯瞰する。患者の高齢化に伴い夜間透析は減少し、腹膜透析は9,500人前後を推移し患者全体の3.1%にとどまっている。わが国では腎移植が少ないので、長期透析患者の割合が増加している。死因でみると心不全は横ばい傾向にあるが、感染症、悪性腫瘍の割合が増えている。脳血管障害、心筋梗塞による死亡の割合は減少しつつある。悪性腫瘍が死因の1位であり、心臓死、肺炎も増加している一般住民と異なる。日本透析医学会の統計調査はすでに30年におよぶ歴史があり、世界的にも貴重なデータベースである。今後、さらにデータ収集法を改善（倫理的に問題のない連結可能な匿名化）し、迅速な資料提供、種々の解析が進められることを期待したい。

はじめに

日本透析医学会の統計調査委員会は、年度末のアンケート調査結果を総会にあわせて速報『図説わが国の慢性透析療法の現況』を発刊している。1983年度よりデータを電子化し患者調査も実施されている。すでに30年におよぶ歴史があり、世界的にも貴重なデータベースである。調査に供された総患者数は70万人前後と推定される。IT技術の進歩に伴い、2000年度頃より患者調査項目が多岐にわたるようになっている。

1989年度のトラブルを除いて、施設調査においてはおおむね全数調査が実施されてきている。しかし、個人情報保護の観点より、最近では患者調査に非協力の施設が増加している。一方、質の高い解析結果のフィードバックに対する要望も強く、わが国の透析療法の実態を国際的にも発信する必要に迫られている。

1 総患者数

日本透析医学会（JSDT）の2013年度末調査によると、総透析患者数は31万人を超え、人口100万人対で約2,500人に達し、国民の400人に1人の割合となっている。透析施設数も4,200を超え、最大収容能力は42万人を超えていると考えられる。年間導入数を年間死亡数が上回れば総患者数は減少に転ずるが、2013年度の差は約7,300人である（2007年度は11,700人）。都道府県別にみると、すでに人口100万人対で3,000人を超えている地区もでている（[図1](#)）。75歳以上の男性では、人口100万人対で9,000人近く（約100人に1人）となっている。維持透析の中断、見合わせなど、患者・家族・医療関係者のチーム医療が必要となっている。透析患者は九州・沖縄・四国に多く、東北・山陰地区は少ない。導入率も地域差が大きく、人口構成、社会・経済的要因の相違も原因と考えられる。

末期腎不全の原因となる慢性腎臓病（CKD）は比較的新しい疾患概念であり、重症度は腎機能（GFR）と蛋白（アルブミン）尿で評価される。CKDはまだ

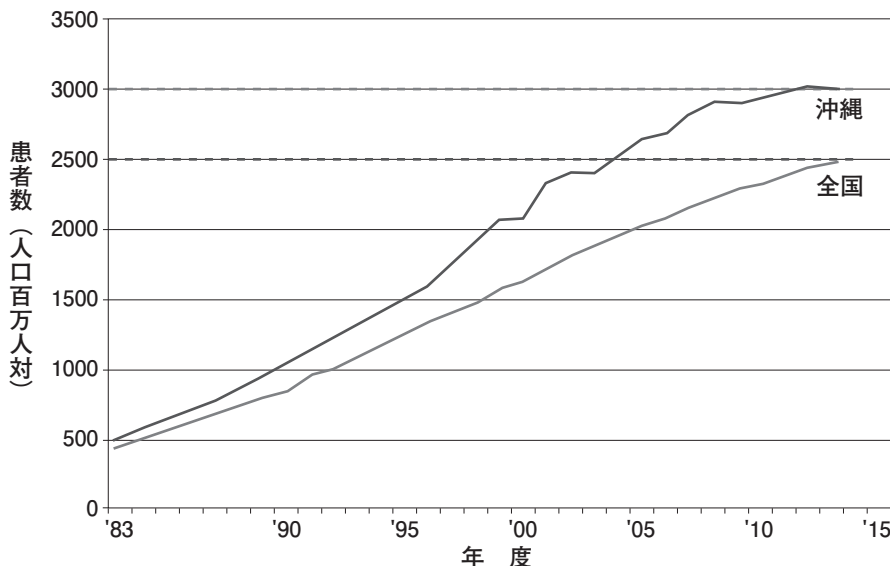


図1 年度末患者数の推移
(JSDTの資料を基に著者改変)

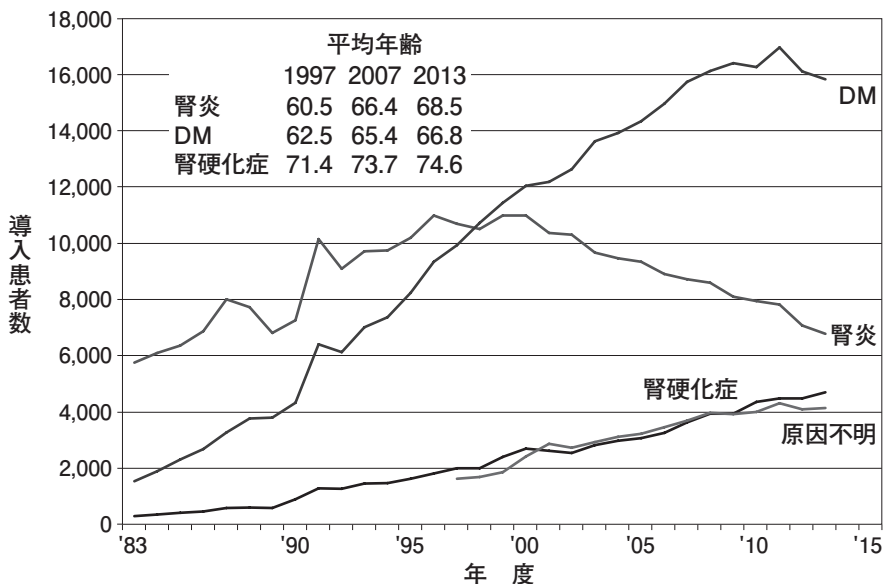


図2 原疾患別の導入数の推移
(JSDTの資料を基に著者改変)

メタボリック症候群に比し一般の認知度が低く、さらなる啓発活動が必要である。透析導入を遅らせ、合併症を予防する必要がある。しかしながら、透析導入の時期は腎機能のみでは決められない。透析患者の生命予後はCKDの重症度以外にも合併症、栄養状態、社会・経済的要因など多くの因子が関与している。また透析施設の状況や通院の利便性、患者・家族の理解、協力体制など社会的要因も大きい。

透析療法は一義的には腎機能代行療法（GFRの補完）であるが、現行の透析療法ではマイナス面も存在する。ブラッド・アクセス、体外循環など非生理的な

治療であることに加えて、栄養状態の改善が十分でないことが考えられる。腎再生医療技術が急速に進歩し、2050年頃には腎移植代替治療も夢ではないと予想されている。

2 原因疾患

導入原因は1998年度より糖尿病が首位となり、年間の導入数が16,000人台を維持している。慢性腎炎は年間最大1.1万人より減少傾向にあり6,000人台となり、代わって腎硬化症および原因不明例が増加しつつある(図2)。男女別に導入率をみると、男性は依

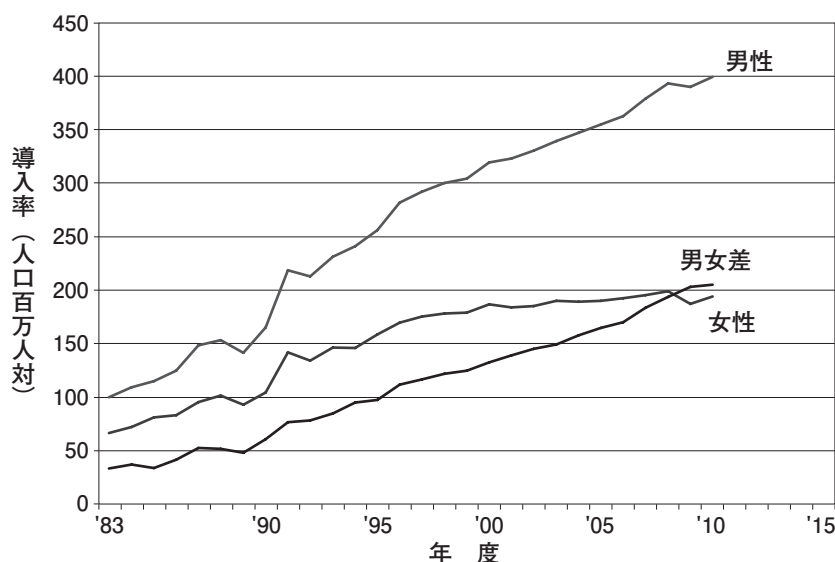


図3 男女別の透析導入率
(JSDTの資料を基に著者改変)

然として増加し人口100万人対で400人台となっているが、女性はここ数年200人前後で横ばいとなっている(図3)。

CKDは高血圧、糖尿病、高脂血症などを基礎疾患として発症することが多い。メタボリック症候群ではCKDの発症が多いことが示されている¹⁾。食の欧米化を中心としたライフスタイルの変化より、肥満、脂質異常症、耐糖能異常などの代謝性疾患が増加している。若杉等はライフスタイルとCKDの発症の関係について検討し、ライフスタイルの良い群では有意に蛋白尿の出現が少なく、基礎疾患(糖尿病・高血圧・脂質異常症)の有無とは独立した因子であることを報告している²⁾。五つの健康習慣(禁煙、体重管理、節酒、活発な身体活動、食事)は遵守する数が多いほどCVD、2型糖尿病、癌の発症が少なく、生命予後が良好なことが明らかとなっている。

日本腎臓学会は『エビデンスに基づくCKD診療ガイドライン2013』を刊行した。生活習慣の改善に関してのエビデンスはそれ程強くなく、推奨グレードをつけられないものが多い。生活習慣については多くが観察研究によるもので、エビデンス・レベルの高い介入研究(randomized controlled study; RCT)は少ない³⁻⁶⁾。RCTでは患者選択のバイアスが避けられず、コンプライアンスの問題や症例数が少ないなど実施困難な課題が多い。CKDが重症化するほど、アウトカムに関連する因子が増加し、単一の因子に対する介入(ESAによる貧血治療、スタチンによるLDL低下など)に

よるRCTでは治療効果が証明されないこととなる。

3 高齢化

透析患者は年々高齢化し、2013年度の調査では平均年齢が導入患者68.7歳、年度末患者67.2歳となっている(図4)。導入原因疾患別にみても慢性腎炎68.5歳、糖尿病66.8歳、腎硬化症74.6歳といずれも年々上昇している。これには高齢者人口の増加、保存期CKD対策および社会経済的要因が考えられる。

患者の高齢化に伴い夜間透析は減少し、2013年度末は13.2%となっている。また腹膜透析は9,300人前後を推移し患者全体の3%前後にとどまっている。わが国では腎移植が少ないので、長期透析患者の割合が増加している。患者全体の中央値は6~7年であるが、透析歴10年以上が全体の27.6%、20年以上が7.9%に達している。長期透析患者の病態は未知の領域であり、透析アミロイドーシス、CKD-MBD、低血圧、低栄養など患者のQOLを維持するうえでも解決すべき難問が多い。

透析患者の死因では心不全は横ばい傾向にあるが、感染症、悪性腫瘍の割合が増えている(図5)。一般住民では悪性腫瘍が死因の1位であり、心臓死、肺炎も増加している。脳血管障害、心筋梗塞による死亡の割合は減少しつつあるが、既往例は増加していると思われる。

わが国は今後さらなる高齢化社会を迎え、高齢者人口が急速に増加する。加齢に伴う腎機能低下の機序は

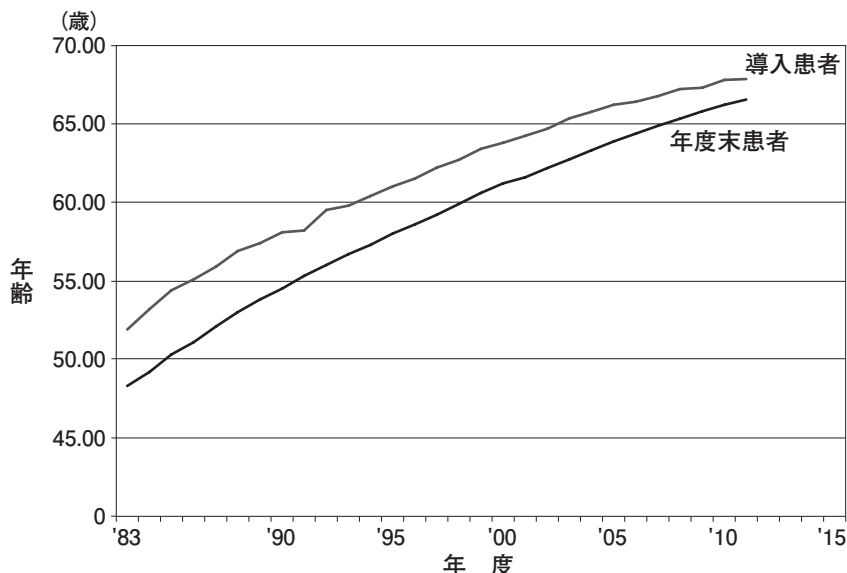


図4 透析患者の平均年齢の推移
(JSDTの資料を基に著者改変)

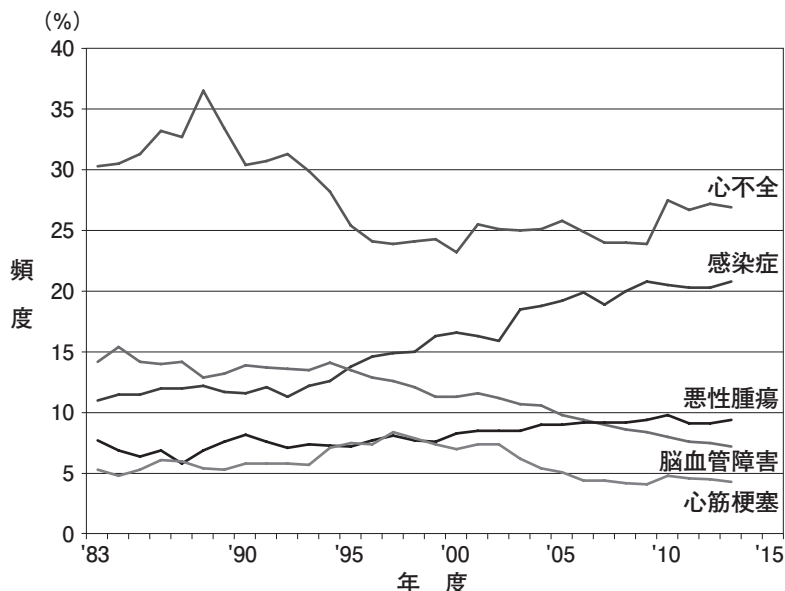


図5 維持透析患者の主要死因の推移
(JSDTの資料を基に著者改変)

不明であり個人差が大きい。しかし、CKD 患者（種々の合併症を有する）は増加し、より複雑な病態を呈することが予想される。したがって、腎臓専門医のみならず、内科系の専門医（循環器、呼吸器、代謝・内分泌など）、外科系（眼科、整形外科、脳外科、胸部外科など）の診療科、薬剤師、栄養士などとの連携が必要となる。

患者の予後を規定する因子として、蛋白・エネルギー不足（protein energy wasting; PEW）とCKDの関連が問題となっている⁷⁾。CKDの重症化につれてPEWが増加し、予後が不良となる。最近、CKDとPEW（サ

ルコペニア）の関連について大変興味ある研究が実施されており、成果が期待されている⁸⁾。約半年間、冬眠する熊はその間、排尿せず（GFRはほとんどゼロ）、筋肉の委縮も認められない。人間は3日間臥床ただけで筋肉が委縮し立てなくなるのと対照的である。冬眠する前に大量の皮下脂肪を蓄えておくことが前提である。

4 今後の対策

CKDは生活習慣病（糖尿病、高血圧、肥満、メタボリック症候群、痛風・高尿酸血症）を起因として発

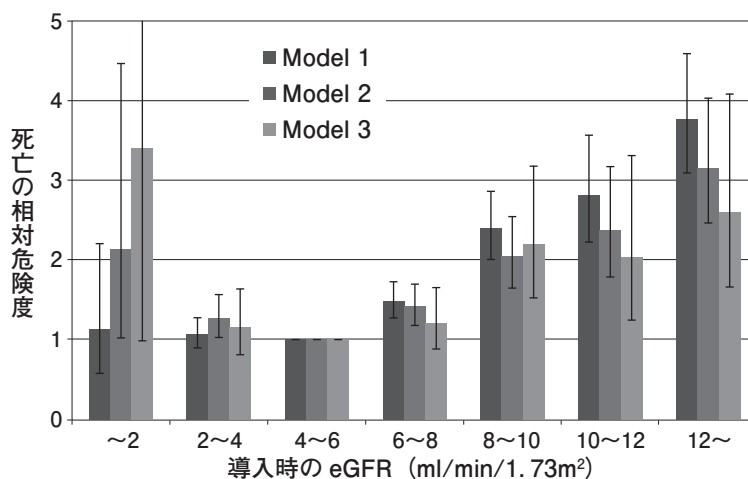


図6 導入時の eGFR 別, 死亡危険度
(文献9より)

DIALYSIS: 2012

A Crossroads

(Parker T, et al. CJASN 6:457, 2011)

■ 2012年まで

- ・ 早期導入
- ・ まず内シャント
- ・ Kt/V による透析量の評価
- ・ 週3回, 短時間
- ・ Kt/V 重視
- ・ 貧血, P04, PTH の積極的治療
- ・ 高い除水速度
- ・ 動脈硬化性心疾患
- ・ 食事制限

■ 2012年以降

- ・ 適切な時期に(晩期?) 導入
- ・ カテーテルは最後に
- ・ ECFV のコントロール(常に)
- ・ 長時間, 頻回透析(Ktを維持)
- ・ 貧血, PO4, PTH の注意深い治療
- ・ 除水速度の制限 (<10ml/kg/hr)
- ・ 左室肥大に注意
- ・ 良く食べる(食塩は制限)

Courtesy of Dr. Richard J. Glasscock, Presented at the 30th Anniversary Meeting, Okinawa March 10, 2012

図7 米国の治療指針の変化
(Dr. R Glasscock の講演資料より著者改変)

症, 進展することが明らかとなっている。保存期からの管理, 合併症の予防が, やむをえず末期腎不全, 透析療法に至ってからの生活の質, 予後に密接に関連している。患者の高齢化, 医療費の高騰より透析療法への社会・経済的圧力は今後も強くなる一方である。透析療法への導入, 継続中断・中止にあたっては医療者のチームによる説明が必要である。

透析導入にあたっては腎機能(eGFR)のみならず, 自覚症状の有無が重要であり, 適切な保存的治療(best conservative care)も治療選択の一つである。JSDTの調査でも eGFR 4~6 ml/min/1.73 m² で導入さ

れる患者の予後が最も良好である(図6)⁹⁾。それより良好な腎機能で導入される患者は種々の合併症, 栄養障害などを伴っており, 透析療法への導入が予後を悪化させている可能性も否定できない。また eGFR < 4 ml/min/1.73 m² で導入される患者は, 医療機関(透析可能な)への受診が遅れた患者(late referral)と考えられる。健診未受診者が多く, 種々医療情報(CKD啓発活動)が届いていない。今後の対策が課題である。

まとめ

透析医療の現場にいる医師は多忙であり, 日進月歩

の技術の進歩や情報の過多にさらされている。とくに診療体制、方針の異なる米国からの情報には批判的である必要がある。米国でも透析患者のケア方針が大きく変わりつつある (図7)。JSDTの現況報告およびJSDTのデータを基にした資料、論文は我が国の実情を反映し、今後の指針とすべき信頼できるものである。今後、さらにデータ収集法を改善 (倫理的に問題のない連結可能な匿名化) し、迅速な資料提供、種々の解析が進められることを期待したい。

文 献

- 1) Tozawa M, Iseki C, Tokashiki K, et al. : Metabolic syndrome and risk of developing chronic kidney disease in Japanese adults. *Hypertens Res*, 30; 937-943, 2007.
- 2) Wakasugi M, Kazama JJ, Yamamoto S, et al. : A combination of healthy lifestyle factors is associated with a decreased incidence of chronic kidney disease : a population-based cohort study. *Hypertens Res*, 36; 328-333, 2013.
- 3) Jun M, Jardine MJ, Gray N, et al. : Outcomes of extended-hours hemodialysis performed predominantly at home. *Am J Kidney Dis*, 61 (2); 247-253, 2013.
- 4) Chazot C, Ok E, Lacson E Jr, et al. : Thrice-weekly nocturnal hemodialysis : the overlooked alternative to improve patient outcomes. *Nephrol Dial Transplant*, 28 (10); 2447-2455, 2013.
- 5) Twardowski ZJ, Misra M, Singh AK : Con : Randomized controlled trials (RCT) have failed in the study of dialysis methods. *Nephrol Dial Transplant*, 28 (4); 826-832, 2013.
- 6) Iseki K : "Dialysis Worldwide" : Report from the 7th Congress of International Society for Hemodialysis. *Hemodialysis International* (20140715).
- 7) Ikizler TA, Cano NJ, Franch H, et al. : Prevention and treatment of protein energy wasting in chronic kidney disease patients : a consensus statement by the International Society of Renal Nutrition and Metabolism. *Kidney Int*, 84; 1096-1107, 2013.
- 8) Stenvinkel P, Jani AH, Johnson RJ : Hibernating bears (Ursidae) : metabolic magicians of definite interest for the nephrologist. *Kidney Int*, 83; 207-212, 2013.
- 9) Yamagata K, Nakai S, Masakane I, et al. : Ideal timing and predialysis nephrology care duration for dialysis initiation; from analysis of Japanese Dialysis initiation survey. *Ther Apheresis Dialysis*, 16; 54-62, 2012.

透析医療をめぐる医療政策

山川智之

白鷺病院

key words : 医療費, 消費税, 在宅血液透析

要 旨

高齢化の進行に伴い悪化し続ける国家財政を背景に、近年、社会保障費削減の声は高まっており、今後、医療費削減政策が強化される可能性は高いが、特に透析医療については、1人当たりの医療費が多いことから、30年来常に医療費の削減対象とされてきた。但し透析医療の国民医療費に占める割合はこの30年間約4%で変わっていない。

平成26年4月に消費税が5%から8%になったが、消費税の医療機関負担分を初・再診料などの基本診療料を中心に補填する現在のやり方は、包括点数の大きい透析医療において負担の大きいものとなっており日本透析医会としてもこの点は強く訴えていく所存である。なお平成27年10月にはさらに10%に引き上げられる予定であったが、急遽1年6カ月の先送りとなった。

近年、サービス付き高齢者向け住宅などの高齢者住宅でHHDを施行する施設が現れた。この高齢者住宅等における通院困難患者のHHDという流れは、「在宅血液透析管理マニュアル」で定義された患者の自己管理を前提とした治療ではなく、フランスなどで普及しているリミテッドケア透析ともまったく異なる「非自己管理型在宅血液透析(HHD)」とでもいべきものであり、治療の質の担保という点で大きな問題がある。単に反対するだけではなく、透析医療における医師、他職種それぞれの役割をしっかりと論じたうえで、

我々のほうから、新しいHHDのあり方を行政に提案していく必要があると考える。

1 医療費削減政策の背景

1990年代初頭のバブル崩壊後、国家財政は急速に悪化し、その後も日本経済は低迷を続けたため国の債務は膨らみ続けている。政府債務残高は2013年末の時点で780兆円を超え、借入金等を含めたいわゆる国の借金は1,000兆円を超えた。GDP比で約200%となるこの国の債務は、まさに戦費調達のために大量に国債を発行した太平洋戦争末期に匹敵し、国際的にみても財政破綻したギリシャよりはるかに高く先進国最悪であり、さらに現在も国家財政は収入に対して支出が大きく超過しており、累積赤字国債は増え続けている。

日本の国債は国内消費がほとんどであり海外保有率はきわめて低いことから、国債の利回りは低水準で安定しているが、国の借金が国民の金融資産約1,600兆円に迫り増え続けている状況で楽観視はできない。近い将来、国内の金融資産で国債の消化が賄いきれずに海外資産に頼るようになれば国債の金利は上昇し、政府の債務負担はさらに増加し、インフレ傾向に傾く。ハイパーインフレが発生し円が暴落した場合、大量失業、生活必需品が入手困難になり、公定価格でありインフレに弱い公的医療保険制度は破綻するというのが最悪のシナリオだが、今の動向からすれば将来的にはありえない話ではない。

政府支出増大の最大の原因として、少子高齢化の進

展とそれに伴う社会保障費の増大があげられている。社会保障給付費の約 1/2 を占めるのは年金で医療は 3 割強であるが、いずれも高い伸び率を示している。このため、当時の厚生省保険局長がいわゆる「医療費亡国論」を唱えた 1980 年代前半頃から、医療費の伸びが経済成長率と大きく乖離しないようコントロールする医療費抑制政策がとられてきた。

この結果として日本の医療費は、世界の先頭を走る高齢化の進展にもかかわらず、先進諸国と比較して必ずしも対国民総生産比で見れば医療費が高いとは言えない。しかし、医療費が高いかどうかは最終的にはそれを負担する国民が判断するものである。医療費を財源としてみた時、大きく分けて消費税などの税金、保険料で賄われる公的医療保険、患者の自己負担の三つしかない。医療費を上げる場合、税金を上げて医療に回せるか、保険料を現状以上に上げることが許されるか、軽減されている高齢者の自己負担をアップ、あるいは公的医療保険のカバー範囲を限定することで患者の自己負担を増やすのか、これらは政治の問題であり、最終的には国民の判断にゆだねられる事柄である。

2 近年の医療費削減政策

2012 年末に成立した第 2 次安倍内閣は、少なくとも社会保障政策については新自由主義的政策をとった小泉内閣と似た方向性があると考えられるべきである。2001 年に成立した小泉内閣は、2004 年に発覚した日本歯科医師会関係者が中央社会保険医療協議会（中医協）委員に対して贈賄を行った汚職事件をきっかけに、中医協から診療報酬改定率の決定権を取り上げ内閣の決定事項とし、また 2002 年から 2006 年にかけての診療報酬改定において 3 回連続のマイナス改定とするなど厳しい医療削減政策がとられた。その後、2005 年頃より「医療崩壊」というキーワードで医療システムの綻びが社会問題として語られ、その大きな要因として医療費抑制政策があげられた影響もあり、その後の麻生政権、民主党政権では比較的医療費削減政策は緩和された。

民主党政権下の 2012 年に、民自公の三党合意で成立した社会保障と税の一体改革法案は、社会保障財源の安定確保のために消費税の税率を上げ、制度の持続性の確保を目的として掲げている。その内容として、社会保障の給付の重点化、制度の運営の効率化、医療

保険の保険給付の対象となる療養の範囲の適正化等、医療費を削減するための施策があげられている。事実、第 2 次安倍内閣成立後初めてとなる 2014 年の診療報酬改定では、後述するように小泉内閣以来の事実上のマイナス改定となった。2014 年 6 月 24 日に閣議決定された「経済財政運営と改革の基本方針 2014」では、社会保障給付費について、いわゆる「自然増」も含め聖域なく見直し、徹底的に効率化・適正化していく必要がある、としている。このために、都道府県単位での医療提供体制の再編と医療費適正化について目標設定することを検討する、としている。

このような状況を考えれば、今後、より厳しい社会保障費抑制政策がとられる可能性が高いものと考えられるべきであろう。

3 透析医療費の今後の動向

30 年来の医療費削減政策の中で、特に透析医療は 1 人当たりの医療費が多いことから、常に医療費の削減対象とされてきた。1982 年末に 5 万人弱だった透析患者数は 2012 年末には約 31 万人と 6 倍以上となったが、透析医療の国民医療費に占める割合はこの 30 年間約 4% で変わっていない。すなわち、透析医療費は、透析患者の増加に合わせ国民医療費に占める割合にあわせた減額を行う事実上のキャップ制がこの 30 年間の方針であったと解釈でき、今後もこの方針は続いていくものと思われる。

このような状況であるため、透析の診療報酬改定については、他から財源を持ってくるようなことは原則的にありえない。唯一とっていい例外は 2012 年の PTA の診療報酬に関する増点で、これは外科系学会社会保険委員会連合が手術報酬の試算を出した結果として、手術に関する診療報酬の大幅増点を実現したさきに引き上げられたものである。このような例外的事例を除いて、透析の診療報酬改定は財政中立が維持されている。

典型的な例は、2008 年の透析技術料の時間区分復活である。2008 年以前は外来透析の技術料は透析時間にかかわらず 2,250 点であったが、この改定で 4 時間未満が 2,117 点、4 時間以上 5 時間未満が 2,267 点、5 時間以上が 2,397 点の 3 段階となった。この点数は、4 時間未満を 20%、4 時間以上 5 時間未満を 70%、5 時間以上を 10% と仮定した場合、平均の透析技術料

は2,250点で改定前と一致する。つまり、この時間区分復活の改定は、短時間透析の点数を削減してより長い透析時間の点数に振り分けたものということができる。2010年の改定時に新設された透析液水質確保加算も同様で、1日あたり10点の点数がついたが、一方で出来高の人工腎臓技術料は1,590点から1,580点と10点削減された。臨床工学技士が算定の条件になっており、チーム医療の観点からは意義はあると考えられるものの、この点数自体は技術料の点数が振替えられたものと考えられる。また前述の例ほどまでに明示されていないが、2012年の改定で新設されたオンラインHDFの点数も、通常のHDの点数を削って振り分けられているものと思われる。したがって、新たな点数の設定や加点の要望をする場合には、どこから財源をもってくるのかということに注視しなければ、点数はついたが思わぬ所が削られて全体としてバランスを欠く、というような事態もなりかねず、配慮が必要と言える。

また中井らによる2001年から2010年までの日本透析医学会統計調査による透析人口から算出した慢性維持透析人口の将来統計によれば、わが国の透析人口は2021年末に348,873人で最大となるとしている¹⁾。前述のように、これまでの透析医療費が国民医療費の約4%という事実上のキャップ制の方針が今後も続くのであれば、透析患者人口が増え続ける限り1人あたりの透析医療費の削減も、少なくとも2020年頃までは続いていくことになる。

4 消費税増税の透析医療に与える影響

平成26年の診療報酬改定は、消費税が5%から8%に引き上げられる平成26年4月と同時であったため、消費税増税に対する対応を含む形で行われた。

消費税は、消費一般に広く公平に課税される間接税であり、ほぼすべての国内における商品の販売、サービスの提供を課税対象としている。消費税は事業者負担を求めるものではなく、商品やサービスの最終的な消費者が負担するものとされているが、公的医療保険でカバーされる医療においては、消費税法上は非課税取引と位置づけられている。このため医療機関等が社会保険診療を提供するさいに、患者から消費税を受け取ることはない。一方で、医療機関等が医薬品や設備等を仕入れるさいには消費税を支払っているが、

この支払に含まれる消費税分については、患者に転嫁できないため医療機関等のコストになっている。このため、診療報酬や薬価等を設定するさいに、医療機関等が仕入れにさいして支払う消費税が医療機関等にとって実質的な負担となることがないように、点数を上乗せすることで対応をしてきている、という建前になっている。

しかしながら、平成9年に消費税が3%から5%に上げられたときに上乗せされた項目は36項目に過ぎず、その後の改定で包括化あるいは項目の廃止となっているなど、診療報酬における消費税分の補填については明確ではない。今回の8%への消費税引き上げのさいの対応についても様々な議論があったが、最終的には、今回は個別項目に上乗せすることは現実的に不可能であるとして、初・再診料を診療所と病院に同額上乗せし、余った財源を入院基本料に充てる、という方針が出され、その方針に沿った対応がなされた。

しかし、初・再診料の請求診療報酬に対する比率は病院と診療所で大きく異なるうえ、診療科によって消費税の負担額は大きく異なる。材料や薬剤などが出来高で請求できず包括化されているようなケースでは、包括点数に消費税の上乗せがなければ医療機関の負担が増えることになる。透析の技術料がまさにそのケースで、初・再診料に比し技術料等の請求金額が大きい。透析回路、生理食塩液、穿刺針、ESA製剤がすべて透析技術料に含まれる慢性維持透析においては、技術料に消費税増税分の上乗せがなければ、医療機関の負担となる。

日本透析医会では、平成26年度診療報酬改定の要望事項の一つとして、「包括人工腎臓点数に含まれている薬剤・診療材料の消費税増税分の適切な評価」をあげ、実際のコスト計算を元に人工腎臓点数19点アップを要望した。今回の消費税増税対応については、個別項目について、基本診療料との関係上、上乗せしなければ不合理になると思われる項目等に補完的に上乗せするという方針もあり、対応を期待したが、公式には要望は受け入れられなかった。唯一明確な消費税の補填である再診料の3点アップは、透析医療における消費税課税経費からすればきわめて小さいと言わざるをえない。現時点では平成27年10月に予定される10%への消費税増税においては、この問題はさらに深刻化するものと考えられるため、日本透析医会とし

でも強く訴えていく所存である。

5 非自己管理型在宅血液透析の諸問題

平成22年の診療報酬改定では、在宅血液透析(HHD)の診療報酬の大幅増点が実現した。このさいに「関係学会のガイドラインを参考に在宅血液透析に関する指導管理を行うこと」と指導管理料算定の条件として明記されたことから、日本透析医会が中心に、日本透析医学会、腎不全看護学会、臨床工学技士会、在宅透析研究会からなる委員で在宅血液透析管理マニュアル作成委員会を構成し、「在宅血液透析管理マニュアル」²⁾を平成22年2月に作成した。このマニュアルにおけるHHDの定義は「患者及び介助者が、医療施設において十分な教育訓練を受けた上で、医療施設の指示に従い、1人に対して1台患者居宅に設置された透析機器を用い、患者居宅で行う血液透析治療である」としている。すなわち患者の自己管理と治療における有責性を前提としたものである。

HHDの診療報酬引き上げ後、サービス付き高齢者向け住宅などの高齢者住宅でHHDを施行する施設が現れた。中には住宅の共用施設として透析室を設置し、透析機器を共有しながら、1人1台の透析機器であることが大前提である透析液供給装置加算を請求する施設もあった。このような施設は論外であるが、この高齢者住宅等における通院困難患者のHHDという流れは様々な問題を含有している。

高齢者住宅における医療自体は在宅医療の範疇であるが、「在宅血液透析管理マニュアル」で定義された患者の自己管理を前提とした治療ではない。また、フランスなどで普及している、患者が自己穿刺などを行うリミテッドケア透析ともまったく異なる性格の治療であり、「非自己管理型在宅血液透析」とでも言うべきものである。この非自己管理型在宅血液透析は、ルール上は、在宅血液透析と称しているが、診療報酬上参考にするべきとされた「在宅血液透析管理マニュアル」を無視した、本来のHHDとは似て非なる治療を行っている。

厚生労働省は在宅医療を推進しているが、その大きな目的は医療費削減であり、HHDの診療報酬上の評価もその文脈で考えなければならない。決して透析関係者が考えるような、頻回長時間透析も可能な質の高い透析であるという認識を、厚生労働省が持ってHHD

の診療報酬の増点をしたのではない。あくまでHHDは人件費などの固定費を要さない安価な透析医療という位置づけなのである。

平成20年12月26日付け保険局医療課長通知の中で、在宅血液透析を行っている患者の定義が、在宅血液透析指導管理料を算定している患者に加え、介護老人保健施設、特別養護老人ホームに入所中の透析患者を含めて定められた。HHDの自己管理ができる透析患者がいる可能性は低いこのような施設をHHDの対象とする、という通知には、我々が元来HHDの対象でないと考えてきた患者も、今後は安価な透析であるHHDでカバーしようという意図がある、とみるのが自然だろう。

さらに治療の責任の所在という観点で考えた時にこれは大きな問題を有している。なぜなら、患者に透析治療に関する自己管理能力がない、つまり治療に責任を負う能力がなくても、医師は患者の透析治療の現場にいないと認めることになるからである。透析の専門家である我々がそれを諾とする、というスタンスをとるならば、厚生労働省は喜んでそれを追認するだろう。そのほうが医療費は安くなるからである。そうなれば、診療報酬で既存の施設透析から、より安価な非自己管理型在宅血液透析への強力な誘導がなされる可能性は低くはない。最悪のシナリオは、この非自己管理型在宅血液透析への倫理観の低い営利企業の参入である。ただでさえ質よりアクセスで透析施設が選ばれがちな状況がある中で、透析に知識も関心もない名ばかりの管理医師が、名目上のHHDの主治医を務めるような施設が乱立するような事態になれば、透析医の存在意義さえ否定されることにもなりかねない。

この在宅血液透析を巡る一連の動きは、透析医療の質に医師がどのように寄与し、今後どのように関わらなければならないかを我々に突きつけている。一方で、透析医療は深刻な医師の人材難があり、今のシステムをそのままの形で維持することが難しくなっているのも事実である。それらも含めた種々の状況により、非自己管理型在宅血液透析が必要であると判断するのであれば、単に必要に迫られてなし崩しに対応するのではなく、透析医療における医師、他職種それぞれの役割をしっかりと論じたうえで、我々のほうから、新しいHHDのあり方を行政に提案するのでなければならない。具体

的には、透析専門医の関与の必須化、医師不在の施設における責任スタッフの資格認定、医療内容の情報公開などが考えられるだろう。

文 献

- 1) 中井 滋, 若井建志, 山縣邦弘, 他: わが国の慢性維持透析人口将来推計の試み. 透析会誌, 45: 599-613, 2012.

高齢および要介護透析患者の療養の実態と問題点

太田圭洋

社会医療法人名古屋記念財団

key words : 要介護透析患者, 特定除外制度, 通院困難, 入院, 介護保険施設

要 旨

透析患者の高齢化の進行を背景に、ADLが低下し通院困難となる透析患者が増加している。通院困難となった透析患者を、今まで我が国では医療機関への長期入院という形で支えてきたが、現在の入院医療機関の機能分化を進める政策のもと、長期入院を許容することが困難となりつつある。

国は地域包括ケア体制を構築することで、高齢化が進行する我が国の医療・介護を支える方針だが、週3回の通院が不可欠な透析は、在宅におけるかかりつけ医の往診を基本とした医療提供体制では治療が成立しないため、通院困難な透析患者への対応方針は依然示されておらず、さまざまな模索が続いている。

はじめに

透析患者の高齢化の進行に伴い、ADLが低下し通院困難となる透析患者が増加している。そのような状況の中で、国は医療提供体制の改革の一環として、2014年改定において、すべての一般病床における特定除外制度の廃止を決定した。特定除外制度とは、通常の入院の場合、一般病棟に90日を超えて入院すると、ペナルティーとして特定入院料という低額の包括点数にならざるをえないところ、厚生労働大臣が別に定めた状態の患者は、病棟の平均在院日数の計算から外されるとともに、出来高請求を継続できるという特例で、従来、透析患者は特定除外項目の⑩として、特

定入院料の除外として取り扱われてきた。これにより、多くの医療機関は通院困難となった透析患者を入院させ対応してきたが、2012年改定および今回の2014年改定において、この特例がすべて廃止されることとなった。

国は地域包括ケア体制を構築することで、高齢化が進行する我が国の医療・介護を支える方針だが、週3回の通院が不可欠な透析は、在宅におけるかかりつけ医の往診を基本とした医療提供体制では治療が成立しない。また、介護系施設への入所も透析患者はさまざまな要因により困難な状況となっており、その中で行われた今回の改革により、通院困難透析難民の発生を危惧する声が上がっている。

本稿では、現在の通院困難となった透析患者の状況と、各種受け皿の状況、特定除外制度廃止による影響等につき概説する。

1 透析患者の高齢化の進行と要介護透析患者の増加

透析患者の高齢化が進んでいる。2013年末の日本透析医学会統計調査によると、透析患者の平均年齢は67.2歳、平均導入年齢は68.7歳と高齢化が一段と進んでいることが示された。平均導入年齢は68.7歳ではあるが、そのピークは男性では70歳から80歳、女性では75歳から85歳となっており、導入後、維持透析施設に紹介されてくる患者層は導入平均年齢以上に高齢である。その結果、2013年末の段階で65歳以上の患者割合は61.8%、75歳以上の後期高齢者患者割

合は30.3%となっている。

日本透析医学会の予測¹⁾によると、今後も透析患者全体に占める75歳以上の割合は増加していくとされており、それによりADLの低下した患者数も着実に増加していくことが予想されている。

統計調査の2010年度末データでは、患者のADLに関して調査されており、「終日就床」は透析患者全体の5.6%、「50%以上就床」は7.1%となっている。「終日就床」は、ほぼ通院透析が困難で入院や施設入所が必要なADL、「50%以上就床」を通院に送迎含め介助が必要なADLと考え、2010年時点で、約1.6万人が入院や入所が必要、約2.1万人が通院に送迎含め介助が必要ということとなる。これについてはその年の調査では、入院が8.2%、入所が2.0%となっており、ほぼその推定が正しいことを裏付けるデータとなっている。

今後、要介護透析患者がどれくらい増加するかに関しては、増加することは予測されるものの、どれくらい増加するかについての予測は出されていない。ただ、同年の調査では、年齢階層ごとの認知症の割合や、年齢層ごとの「認知症ある・なし」別のADL比率が示されている。この数字と今後の日本全体の透析患者の年齢分布予測、および透析患者数予測から試算したところ、2010年時点で「入院・入所が必要なADL」の患者が約1.6万人だったものが、2025年には約2.6万人へと約1万人増加、「通院に介助が必要なADL」の患者が約2.1万人だったものが約3.3万人と約1.2万人増加することとなる。

今後、高齢者人口がピークを迎える2025年までには、われわれは透析患者の高齢化に伴い、これらの患者への対応が求められていくこととなる。

2 通院困難となった透析患者の受入れ先

以前から、患者の高齢化が進行する中、通院困難となった透析患者への対応に関しては、多くの透析医療施設が対応に苦慮してきた。2005年に日本透析医会が行った調査²⁾では、紹介先がなく苦慮しているとの施設は37%であった。しかし、その後も状況は悪化し、2012年に日本透析医会が実施した「透析患者の高齢化による問題点と将来予測についてのアンケート調査」ではより深刻な状態が浮き彫りになった³⁾。通院困難となった透析患者の入院に関しては「問題な

し」との回答は26%のみであり、「時々困難」、「常に困難」がそれぞれ57%、18%と合計で7割を超える施設が対応に苦慮していると回答している。本調査では、介護保険施設への入所や、有料老人ホームへの入居に関する状況に関しても同様の質問をしているが、介護保険施設への入所では「時々困難」48%、「常に困難」43%、老人ホーム等への入居に関しては「時々困難」50%、「常に困難」42%と、施設への入所、入居がADL低下透析患者の受け入れ先としては、ほとんど機能していない実情を反映した厳しい回答となっている。

本来、ADLの低下した患者の主な受け入れ先になるべき介護保険施設は、以下の理由から受け入れが困難と言われている。

介護老人福祉施設（特養）では、医療ニーズの高い患者を受け入れることができる人的配置基準になっておらず、症状の不安定な透析患者は入所が認められないことが多い。また、週3回の通院のため透析施設への送迎を行う必要があるが、施設職員に余裕がないため通院介助を行う施設はほとんどなく、透析患者の入所は事実上不可能となっている。

介護老人保健施設（老健）は、介護老人福祉施設と比較すれば医師も配置されており、夜勤帯にも看護師が配置されるなど、より医療提供能力は高い。しかし、医療依存度が比較的高い要介護透析患者をケアするには十分でなく、また介護報酬・診療報酬算定上の問題（薬剤や検査料の包括や他施設受診時の点数の減算）も大きな障害となっている。透析施設への送迎も、施設側が実施する必要がある点が特養と同じく障害となっており、その結果、現状では透析施設が設置した老人保健施設で受け入れているところがわずかに存在するだけである。

また、最近、国が新しい在宅として整備を促進しているサービス付高齢者向け住宅（サ高住）も、患者自己負担の問題から、透析患者の受入れはスムーズに進んでいない。サ高住はあくまでも民間の賃貸住宅という扱いであり、賃料に関しては、例え低所得だとしても軽減される公的制度はない。そのため、自己負担がある程度の金額（都市部では食費や介護保険の一割負担を含めると月20万円近い）となるためである。

その結果、現在、通院困難となった透析患者の多くは医療機関での長期入院をせざるをえないのが実情で

ある。日本透析医会では、3カ月以上の長期入院患者の実態を調査しているが⁴⁾、その結果からは、全国で1万人を超える透析患者が長期入院しており、その半数以上は1年以上の長期入院と推定されている。この調査では、これらの長期入院患者の約2/3が医療療養病床ではなく一般病床に入院していること、また一般病床の中では13:1、15:1と看護基準が低く、比較的病床数の少ない小規模医療施設が主な入院先になっていることが判明している。

多くの患者が病院の一般病床に入院している理由は、介護保険施設・サ高住などの居住系施設への入所・入居費用の金銭問題である。多くの病院のソーシャルワーカーが苦悩していることだが、病院に入院していれば（特に一般病床に）、現行制度上は患者の自己負担はほとんど発生しない。しかし介護保険施設に入所するにせよ、また居住系施設へ入所するにせよ、世帯収入にもよるが10数万円の自己負担が（都市部では20万円近い自己負担）が発生することになり、人的体制の手薄な介護系・居住系施設への移行がスムーズにすまない主因となっている。

3 現在の医療提供体制見直しの方向性と腎不全医療の特殊性

そのような状況の中で、現在、厚生労働省はわが国の入院病床の機能分化を急激に進めている。社会保障制度の一体改革の中で、社会保障の将来像として今後の高齢人口の増加に対応するために、病院病床の機能分化と集約化、介護における地域包括ケア体制の構築をめざし、2014年度の診療報酬改定においても、かかりつけ医の育成や特定除外制度の廃止などさまざまな診療報酬上の誘導が行われた。

現在のプランでは、病院の急性期病床を大幅に削減し、亜急性期（回復期）病床を増やし、在宅医療体制を大幅に拡充する計画である。また、介護施設として特養・老健等の介護施設、特定施設やグループホーム等の居住系施設を増設するとともに、サービス付高齢者向け住宅（サ高住）を大幅に増やし、介護・在宅系の施設で約70万人分を確保し対応することとしている。これらの介護・在宅系施設の増強に加え、医療と介護の役割分担を明確化し連携を図ることで、地域での包括ケア体制を構築することとしている。

すなわち、現在は、長期間病院に入院している患者

が相当数存在するが、将来的には高齢患者が急増する中、治療が必要な患者は、急性期病院での短期間での治療後早期に退院させ、往診を中心とする在宅（居住系施設含む）での治療に移行させる。すなわち入院から在宅への移行が急激に進められることとなる。

しかし、血液透析患者に関しては、週3回の血液透析をなんらかの形で実施しなければならない。したがって、どれだけ地域のかかりつけ医による在宅往診体制を整えたところで、在宅での医療体制を確立することにはならず、全体の在宅医療とは別の問題として、今後増え続ける要介護透析患者にどのように対応するか、別途体制を構築する必要がある。しかし、このような特殊性をもつ患者層は、国全体から見た場合多数ではないため、現在のところ解決策は行政から示されておらず、制度設計上抜け落ちた形となっている。そのため、どのように要介護透析患者に対応するか全国でさまざまな模索が行われているのが実情である。

4 特定除外制度の廃止と2014年改定

2014年改定において、医療提供体制の見直しと機能分化の政策のもと、特定除外制度が廃止された。特定除外制度とは、通常の入院の場合、一般病床に90日を超えて入院すると、特定入院料という低額の包括点数にならざるをえないところ、厚生労働大臣が別に定めた状態の患者は、病棟の平均在院日数の計算から外されるとともに、出来高請求を継続できるという特例で、従来、透析患者は特定除外項目の⑩として、特定入院料の除外として取り扱われてきた。この制度により、多くの通院困難となった透析患者が、一般病床に長期入院することが可能であったわけであるが、今回の特定除外制度の廃止により、いままで通院困難となり長期入院となっていた、一般病床における長期入院は制度的に困難となった。

日本透析医会は、2012年5月に、緊急に入院病床をもつ透析施設に対し、特定除外制度廃止の方針を受け、どのように長期入院患者問題に対応するか調査を行った⁵⁾。その結果、多くの回答施設が長期入院患者の他院への転院や、介護施設への入所、自宅への退院を検討しているとの結果であり、今後、多くの患者が制度変更による影響をうけることが予想されている。

2014年改定では、特定除外制度の廃止に関して2014年9月末までの猶予措置、そしてその後1年間の例外

的措置が認められた。しかし制度廃止によって、透析患者の療養に大きな問題が生じることが予想されるため、2014年秋に再度調査を行うこととしている。また、2014年改定では、医療療養病床において透析患者の受入れを促進するために、慢性維持透析加算が新設された。今後、通院困難な透析患者が大幅に増加することが予測される中、医療療養病床において、要介護透析患者の受入れがどれくらい進むかについても注視していく必要がある。

5 今後の政策的取り組みの必要性

現在のところ、通院困難となった透析患者に対する対応策としてはこれといったモデルが存在しない。しかし、要介護透析患者が急増する中、特定除外制度が廃止されることが決定した以上、今のままでは大きな問題が生じてくるのは確実である。早急に、要介護透析患者の受け皿の確保になんらかの制度的対応が必要であると考え。本来、要介護者の医療に関しては、①居宅への往診を医療保険制度で積極的にサポートする、②通院が必要であれば通院介助を介護保険において対応する、という二本立てで医療へのアクセスを保証し、在宅介護を支えていく制度設計となっている。

しかし、透析は通院回数が月13回と非常に多く、介護保険による通院介助の自己負担が高額となること、介護保険による送迎が主流とならない主な理由である（通院乗降介助には介護保険は適応されるが、介護タクシー料金部分は保険適応外）。したがって、医療保険における長期高額疾病制度のように、月の自己負担額を一定額を上限に軽減する制度を新設することにより、在宅生活を支えるという方法も模索されてよいと考える。また、介護保険施設（老健・特養）から透析施設への送迎を介護保険によって手当し、要介護者の入所先として機能させる工夫も一案である。

2014年診療報酬改定において、医療療養病床がよりスムーズに透析患者を受け入れられるように、医療

療養病床における透析患者に関して「慢性維持透析管理加算（100点）」が新設された。しかし、絶対的に医療療養病床で透析患者受け入れ可能な施設が不足している中、透析治療不能な医療療養病床から、他の透析医療施設へ受診した場合に実施される入院基本料の減算の軽減なども検討していく必要があると考える。

さいごに

今後の増え続ける要介護透析患者の増加問題は、近未来の我が国の透析医療の最大の問題となると思われる。現在、各透析施設で、すこしでも患者のADLを維持し通院を支えようという取り組みも始まっている。また、施設入所ではなく、本来の在宅で要介護透析患者をケアする取り組みとして、早期に通院困難となると考えられる腎不全患者をPDで導入し、ADL低下時には家族介助のもとCAPDで維持するという取り組みも行われている。今後、さまざまな現場の工夫が、この難題を乗り越えるためには必要であるととともに、厚生労働省に透析患者の特殊性を理解していただき、制度的な対応を求めていく必要がある。

文 献

- 1) 中井 滋，他：わが国の慢性維持透析人口将来推計の試み。透析会誌，45(7)：599-613，2012。
- 2) 中澤了一，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調査。日透医誌，21：161-169，2005。
- 3) 杉崎弘章，太田圭洋，山川智之，他：透析患者の高齢化・長期化による問題点と透析提供体制に関する将来予測—アンケート調査—。日透医誌，28：80-93，2013。
- 4) 太田圭洋，隅 博政，山川智之，他：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，22：342-357，2007。
- 5) 太田圭洋，杉崎弘章，山川智之，他：「特定除外制度の廃止方針に対するアンケート調査」結果報告。日透医誌，27：468-477，2012。

腎臓の機能障害の認定：現状

— 障害者として認定 —

稲本 元

自由が丘南口クリニック/慶應義塾大学腎臓・内分泌・代謝内科

key words：腎臓，じん機能障害，障害の認定，身体障害者，身体障害者手帳

要 旨

日本国憲法には社会権の一つ，生存権が規定され，これに基づき身体障害者福祉法等が制定され，身体障害者の自立と社会経済活動への参加を促進，援助し，必要なら保護している。身体障害者は種々のサポートを受けることができ，医療費も助成される。身体障害者手帳を所持する者が身体障害者とされる。身体障害者認定のさい，審査の対象となる診断書と意見書を交付するのが指定医であり，身体障害認定基準に従って判定する。

1 日本国憲法に示された生存権

昭和 21 年に発布された日本国憲法には，社会権の一つ，生存権と国の社会的使命が規定されている。日本国憲法第 3 章，第 25 条はよく知られた条文である，「すべて国民は，健康で文化的な最低限度の生活を営む権利を有する」，「国はすべての生活部面について，社会福祉，社会保障及び公衆衛生の向上および増進に努めなければならない」というものである。

2 福祉 3 法，6 法，8 法

憲法第 25 条現実化のため福祉関連の法律として，昭和 22 年に児童福祉法が制定された。戦災孤児等の救済という目の状況に対応したと推測される。昭和 24 年，身体障害者福祉法が制定された。傷痍軍人への対策であろう。このとき対象は視覚障害，聴覚平衡

機能障害，音声，言語，咀嚼機能障害，肢体不自由のみで，腎臓など内部障害は含まれていない。この頃，血清クレアチニンの測定は研究段階であった。昭和 25 年に生活保護法が制定された。戦後，極貧の時代で，結核が最も蔓延した時であり，最初の抗結核薬ストレプトマイシンが日本に入ってきた時で，闇市で売られ，本物を買えた患者は助かり，偽物をつかまされたものは死んだ時代である。

児童福祉法，身体障害者福祉法，生活保護法は福祉 3 法と言われ，日本の福祉の根幹をなす法律である。昭和 30 年代には，35 年に精神薄弱者福祉法（平成 10 年知的障害者福祉法となる），38 年には老人福祉法，39 年には母子寡婦福祉法が制定された。以上六つの法律を福祉 6 法という。これにより，日本の福祉に関する法律はほとんどできあがった。平成 12 年，社会福祉法（昭和 26 年の社会福祉事業法の改正），平成 18 年に高齢者の医療確保に関する法律（後期高齢者という言葉が頻繁に用いられる法律）ができた。以上八つの法律を福祉 8 法と呼んでいる。

3 戦後の福祉の動向

昭和 20 年から 44 年という時代は，国が憲法に基づき法律を整備した時代で，福祉 6 法が成立した。昭和 45 年から 64 年に，これら法律に基づき社会福祉施設が整備された。昭和 47 年じん機能障害が身体障害者福祉法の対象に加わった。

平成 2 年から 11 年は，市町村を基盤とした在宅福

祉サービスが整備された時代である。平成 12 年以降、社会福祉法改正と介護保険法施行（平成 12 年）、障害者自立支援法（平成 17 年）が動き出し、対象者を地域社会の一員と位置づけ、積極的に社会に参加できる、参加の後押しをする、という時代になった。

4 身体障害者の定義

身体障害者とは身体障害者福祉法第 4 条に定義されている。すなわち、①身体障害者福祉法の別表（図 1）に掲げる身体上の障害があり、②18 歳以上で、③都道府県知事から身体障害者手帳の交付を受けたもの、

である。

4-1 身体障害者福祉法別表

当初、別表に記載された身体上の障害とは、視覚、聴覚平衡機能、音声、言語、咀嚼機能障害、肢体不自由であった。その後、内部障害、心臓、じん臓、呼吸機能障害が加わり、ついで膀胱または直腸、小腸機能、最近になり免疫機能、肝臓機能障害が追加された。

4-2 身体障害者手帳と記載内容

身体障害者手帳（図 2）は、都道府県知事あるいは

別表（第 4 条、第 15 条、第 16 条関係）
身体障害者福祉法（昭和 24 年法律第 283 号）

- ・ 一 次に掲げる視覚障害で、永続するもの
- ・ 一 両眼の視力（万国式視力表によつて測つたものをいい、屈折異常がある者については、矯正視力について測つたものをいう。以下同じ。）がそれぞれ 0.1 以下のもの
- ・ 二 一眼の視力が 0.02 以下、他眼の視力が 0.6 以下のもの
- ・ 三 両眼の視野がそれぞれ 10 度以内のもの
- ・ 四 両眼による視野の 2 分の 1 以上が欠けているもの
- ・ 二 次に掲げる聴覚又は平衡機能の障害で、永続するもの
- ・ 一 両耳の聴力レベルがそれぞれ 70 デシベル以上のもの
- ・ 二 一耳の聴力レベルが 90 デシベル以上、他耳の聴力レベルが 50 デシベル以上のもの
- ・ 三 両耳による普通話声の最良の語音明瞭度が 50 パーセント以下のもの
- ・ 四 平衡機能の著しい障害
- ・ 三 次に掲げる音声機能、言語機能又はそしやく機能の障害
- ・ 一 音声機能、言語機能又はそしやく機能の喪失
- ・ 二 音声機能、言語機能又はそしやく機能の著しい障害で、永続するもの
- ・ 四 次に掲げる肢体不自由
- ・ 一 一上肢、一下肢又は体幹の機能の著しい障害で、永続するもの
- ・ 二 一上肢のおや指を指骨間関節以上で欠くもの又はひとさし指を含めて一上肢の 2 指以上をそれぞれ第一指骨間関節以上で欠くもの
- ・ 三 一下肢をリスフラン関節以上で欠くもの
- ・ 四 両下肢のすべての指を欠くもの
- ・ 五 一上肢のおや指の機能の著しい障害又はひとさし指を含めて一上肢の 3 指以上の機能の著しい障害で、永続するもの
- ・ 六 1 から 5 までに掲げるもののほか、その程度が 1 から 5 までに掲げる障害の程度以上であると認められる障害
- ・ 五 心臓、じん臓又は呼吸器の機能の障害その他政令で定める障害で、永続し、かつ、日常生活が著しい制限を受ける程度であると認められるもの
- ・ じん臓への適用は昭和 47 年

図 1 別表にて定める身体障害者の定義

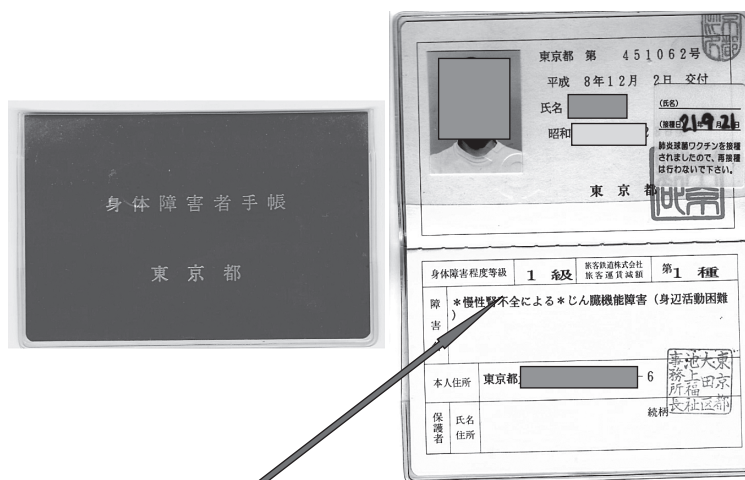


図 2 身体障害者手帳

政令指定都市・中核市の市長が発行する。東京都大田区の場合、都知事が発行し、大田区池上福祉事務所長が交付する。手帳には公布日、障害名には「*慢性腎不全による*じん臓機能障害(身辺活動困難)」, 身体障害者程度等級は1級, 旅客鉄道株式会社旅客運賃減額には第1種と記載されている。他に第2種がある。

5 身体障害認定基準 (東京都の場合)

5-1 認定基準

身体障害者の認定基準は、法律「身体障害者福祉法」に基づき、政令「身体障害者福祉法施行令, 昭和25年」がある。この政令に基づき、省令「身体障害者福祉法施行令規則, 昭和25年」ができ、この省令に基づき、東京都では「東京都身体障害者手帳に関する規則」ができた。この規則に沿って「東京都身体障害者認定基準」ができ、それに基づいて身体障害者の認定が行われている。

5-2 じん臓機能障害の障害程度等級

じん臓機能障害には1級, 3級, 4級がある。概念は以下である。

1級：じん臓の機能障害により自己の身の日常生活

活活動が極度に制限されるもの

3級：じん臓の機能障害により家庭内での日常生活活動が著しく制限されるもの

4級：じん臓の機能障害により社会での日常生活活動が著しく制限されるもの

1級に該当する障害は次のいずれかに該当するものである。

- ① 内因性クレアチンクリアランス値が10 ml/分未満。または血清クレアチニン濃度が8.0 mg/dl以上であって、かつ自己の身の日常生活活動が著しく制限されるか、またはきわめて近い将来、血液浄化を目的とした治療が必要となるもの
- ② 血液浄化を目的とした治療をすでに行っているもの
- ③ 腎移植後、抗免疫療法を必要とする期間中であるもの

3級に該当する障害は、内因性クレアチンクリアランス値が10 ml/分以上, 20 ml/分未満, または血清クレアチニン濃度が5.0 mg/dl以上, 8.0 mg/dl未満であって、家庭内でのきわめて温和な日常生活には支障がないが、それ以上の活動は著しく制限されるか、または図3の3に記された臨床症状が二つ以上見られる

第9号様式(第3条関係)
じん臓の機能障害の状況及び所見

(該当するものを○で囲むこと。)

1 じん臓機能

ア 内因性クレアチンクリアランス値 ($\text{ml}/\text{分}$) 測定不能

イ 血清クレアチニン濃度 (mg/dl)

ウ 血清尿素窒素濃度 (mg/dl)

エ 24時間尿量 ($\text{ml}/\text{日}$)

オ 尿所見 ()

2 その他参考となる検査所見 (胸部エックス線写真、眼底所見、心電図等)

3 臨床症状 (該当する項目が有の場合は、それを裏づける所見を右の〔 〕内に記入すること。)

じん不全に基づく末梢神経症 (有・無) []

イ じん不全に基づく消化器症状 (有・無) [食欲不振、悪心、嘔吐、下痢]

ウ 水分電解質異常 (有・無) [Na mEq/L 、K mEq/L 、Ca mEq/L 、P mg/dl]

浮腫、乏尿、多尿、脱水、肺うっ血、その他()

エ じん不全に基づく精神異常 (有・無) []

オ エックス線写真所見における骨異常 (有・無) [高度、中等度、軽度]

カ じん性貧血 (有・無) [Hb g/dl 、Ht %、赤血球数 $\times 10^4/\text{mm}^3$]

キ 代謝性アシドーシス (有・無) [HCO₃ mEq/L]

ク 重篤な高血圧症 (有・無) [最大血圧/最小血圧 mmHg]

ケ じん不全に直接関連するその他の症状 (有・無) []

4 現在までの治療内容 (慢性透析療法の実施の有無(回数 / 週、期間)等)

5 日常生活の制限による分類

ア 家庭内での普通の日常生活活動又は社会での極めて温和な日常生活活動については支障がなく、それ以上の活動でも著しく制限されることがないもの

イ 家庭内での普通の日常生活活動又は社会での極めて温和な日常生活活動には支障がないが、それ以上の活動は著しく制限されるもの

ウ 家庭内での極めて温和な日常生活活動には支障がないがそれ以上の活動は著しく制限されるもの

エ 自己の身の日常生活活動を著しく制限されるもの

mEq/l → mg/dl

裏付ける所見を書く

非該当

4級

3級

1級

等級判定の際に、重要なポイントになります

クレアチニン測定法：法律が公布された頃 Folin Wu 比色法。一部にアルブミンの影響、Cr は高値となる

現在は Jaffe 法が主流、Cr は低値

腎移植術を行った場合は抗免疫療法の有無を記載する

該当無でも無に○をつけて

図3 「じん臓の機能障害の状況及び所見」用紙

ものをいう。

4級に該当する障害は、内因性クレアチンクリアランス値が20 ml/分以上、30 ml/分未満、または血清クレアチニン濃度が3.0 mg/dl以上、5.0 mg/dl未満であって、かつ家庭内での温かな日常生活には支障がないが、それ以上の活動は著しく制限されるか、または図3の3に記された臨床症状が二つ以上見られるものをいう。

他の機能障害と重複する場合は、個々の障害の指数を合計して等級を決定する。

5-3 都道府県および各政令都市による違い

身体障害者福祉法は、昭和24年の制定以来46回改正された。以前は国の仕事で、身体障害認定を都道府県が肩代りして行っていたが、現在は都道府県、政令都市の仕事に変わった。このような影響あるいは財政事情から、都道府県、政令都市で身体障害の認定が微妙に異なっている。

5-4 他の制度と障害の判定基準との違い

身体障害者手帳の判定は、身体機能の損傷の程度が基準である。一方、障害年金・手当は稼働能力により判定される。障害福祉サービスは介護支援の必要性で判定され、障害者の訓練等の給付・地域生活支援事業では、就労や地域生活への支援の必要度で判定される。

6 身体障害者手帳審査の流れ

図4に身体障害者手帳審査の流れを示した。患者は

身体障害者福祉法第15条により指定医を受診し、診察を受け、診断書と意見書を交付してもらう。次に患者はそれらを持って区、市の福祉事務所（町村の障害福祉担当課）に行き、手帳の交付申請を行う。申請を受けた福祉事務所は、東京の場合、都知事に手帳交付申請を進達する。心身障害者福祉センターは問題があれば指定医に文書で照会し、その返事でさらに非該当・等級等に疑義がある場合は、東京都社会福祉審議会身体障害者福祉分科会に諮問する。審議会で審議され都知事に答申され、手帳が交付されるか、非該当かが決まる。その決定が都知事から福祉事務所に送付され、患者に手帳が交付される。非該当の場合はその旨報告される。

身体障害者手帳が交付されると患者は身体障害者となり、福祉、医療等のサービスが受けられる。手帳の発行場所は本人の居住地を管轄する都道府県等であり、居住地とは生活の本拠であり、住民登録地とは限らない。居住地を変更した場合は、新居住地を管轄する市町村を経由して都道府県に居住地変更届けを提出する。効力は継続する。

7 身体障害者福祉法第15条指定医

都道府県知事は厚生労働大臣の定めに従い、社会福祉法第7条に規定する地方社会福祉審議会の意見を聴き医師を指定する。指定医は患者に身体障害者診断書と意見書を交付する。指定医の診断書に基づき審査され身体障害者手帳が交付され、あるいは非交付となる。指定医は、診断に従事する医療機関等に変更があれば

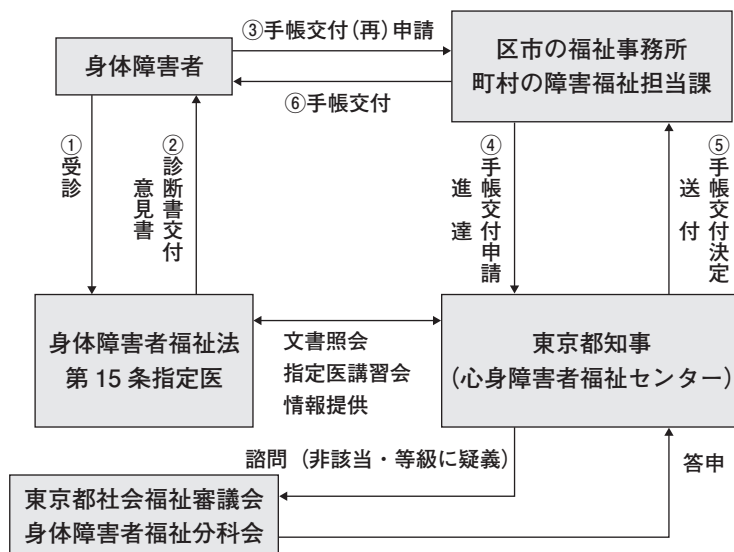


図4 身体障害者手帳審査の流れ

速やかに所定の様式で知事に届出を行う（区市町村長経由）。なお、身体障害者福祉法第47条には偽り、その他不正な手段で身体障害者手帳を受けさせた者は、6カ月以下の懲役または20万円以下の罰金とされている。

8 じん臓の機能障害の認定：診断書・意見書

東京都の場合、用紙1枚（図5）で身体障害者診断書と意見書を兼用している。

患者を氏名、生年月日、性別、住所で特定し、障害名で別表の障害区分を特定、原因となった疾病・外傷名、発生期日、経過、現症、検査所見、総合所見、再認定の要否、合併症状を記載する。診断した年月日、病院、診療所の名称、所在地、電話番号、診療担当科、医師の姓名を記載し、押印する。この部分が診断書となる。

診断書の下に、身体障害者福祉法第15条第3項の意見という欄がある。障害の程度は、身体障害者福祉法別表に掲げる障害に該当する、しないを選択し、さらに障害程度等級についての参考意見として何級に相当するかを記載する。診断書の内容に加え、この部分が意見書となる。

対象となるのは、永続的にじん臓機能の著しい低下がある患者である。障害名の欄は、じん臓機能障害あるいは慢性腎不全と記載する。障害・外傷発生年月日は初診日でもよく、不明確な場合は推定年月日を書く。この記載がないと障害年金の受給ができなくなる。総合所見の欄には、障害認定に必要な事項、じん臓機能、臨床症状、日常生活の制限状態などを記載する。

9 じん臓機能障害の状況および所見

じん臓機能障害の状況および所見の記入について、図3に示された番号と対応して説明を行う。

1のじん臓機能欄では、血清クレアチニン値（可能な内因性クレアチニンクリアランス値）の記載は重要である。血清クレアチニンの測定は、法律が腎機能障害に適用された頃はFolin Wuの比色法のため、アルブミンの影響で血清クレアチニン値は高くなった。現在はほとんどがJaffe法、酵素法で低く出る。両者の違いは5%程である。現在のほうが腎機能がより低下して同じ等級になる。

3の欄では、該当無しでは「無」に○を必ずつける。Caの単位はいまなおmEq/lとなっている。4の欄では、現在までの治療内容で、腎移植を行った場合は抗

図5 身体障害者診断書・意見書（東京都）

免疫療法の有無を記載する。

5の日常生活の制限による分類の部分は、等級判定のさい重要なところである。先述の身体障害認定基準、じん臓機能障害の障害程度等級と基本的に同じだが、「社会でかなりの活動できる……非該当」に相当する部分を書き加えられている。

10 身体障害者福祉法

10-1 法の目的（第1条）

身体障害者福祉法（昭和42年）は、平成17年に成立した障害者の日常生活および社会生活を総合的に支援するための法律である。障害者自立支援法と相まって、身体障害者の自立と社会経済活動への参加を促進するため、身体障害者を援助し、必要に応じて保護し、身体障害者の福祉の増進を図ることを目的としている。

10-2 身体障害者の自立への努力及び機会の確保（第2条）

「すべて身体障害者は、進んで障害を克服し、有する能力を活用することにより、社会経済活動に参加するよう努めなければならない。」

「すべて身体障害者は、社会を構成する一員として社会、経済、文化その他あらゆる分野の活動に参加する機会を与えられるもの」

具体的には、従業員50人以上の事業主は民間の2.0%以上から国地方公共団体の2.3%以上までの割合で障害者を雇用する義務があるとか、音楽の演奏会に車椅子で聴きに行ける等を実現されている。

10-3 国、地方公共団体及び国民の義務（第3条）

「国及び地方公共団体は前条の理念が実現されるよう配慮し、身体障害者の自立と社会経済活動への参加を促進するための援助と必要な保護を総合的に実施するよう努めなければならない。」

「国民は社会連帯の理念に基づき、身体障害者が障害を克服し、社会経済活動に参加しようとする努力に対し、協力するよう努めなければならない。」

具体的は、バス、地下鉄、JR、航空運賃の割引、駐車禁止除外等を実現され、白杖の人に補助する等に見られる。

10-4 身体障害者へのサポート

身体障害者へのサポートを表1に示した。身体障

表1 身体障害者へのサポート

1. 身体障害者生活訓練等事業
点字または手話の訓練
手話通訳事業
介助犬訓練事業、聴導犬訓練事業
2. 社会参加を促進する事業
盲導犬、介助犬、聴導犬使用支援
スポーツ活動への参加促進
社会、経済、文化、あらゆる分野の活動への参加促進
公共的施設内売店を設置
たばこ小売販売業
身体障害者が製作した物品を国、地方公共団体が購入
3. 施設の設置
身体障害者福祉センター
補装具製作施設
盲導犬訓練施設
視聴覚障害者情報提供施設
4. 医療保健施設
保健所
病院、診療所

害者の生活訓練、点字や手話の訓練などがある。

社会参加を促進する事業としては、公共的施設内で売店を設置することになった場合、障害者が名乗りを上げれば、優先的に運営が許される。たばこの小売業を始めたいなら、財務省に申し込めば特別のことがない限り許可される。身体障害者が製作した物品は国、地方公共団体が購入する等、社会経済活動への参加を後押ししている。

施設の設置には、身体障害者福祉センター、補装具製作施設などがある。医療保健施設として保健所と病院、診療所がある。

11 医療費助成

筆者が透析医療に参加した1960年代終わり、キール型ダイヤライザーが使用され、全国に20~30程の透析施設と50~200人の透析患者しかいない頃、透析の医療費は自費か健康保険でまかなわれた。健康保険の場合、家族は5割負担であり、実質的に被保険者のみ透析が可能であった。被保険者でも有給休暇を使用し、有給休暇が尽きると欠勤となり解雇された。解雇されても継続療養という制度があり、透析を始めてからではなく、腎疾患の診断がついてから5年間は保険が適用された。当時、透析による延命期間は平均2カ月であったが、我々の慶應病院では4年の延命期間であったので、このことが問題となっていた。障害者にとって医療費助成はきわめて重要である。現在、日本

の透析の医療は幾重もの助成が行われ、お金がないから尿毒症で死ぬということはなくなった。

11-1 各種の助成制度

透析の医療費は自費でない場合、健康保険あるいは国民健康保険で多くの部分が支払われる。不足する部分は特定疾病療養受療証 (図6)、および東京都の場合はマル都医療券 (図7) で支払われ、患者負担は1カ月0円ないし1万円になる。

(1) 特定疾病療養受療証

特定疾病療養受療証は、身体障害者手帳を健康保険組合に提示し、手続きを行うと、有効期限のない特定疾病療養受療証が発行される。国民健康保険では区、市、町、村の役所で同様に発行されるが、有効期限1年で、更新する必要がある。特定疾病療養受療証には

- ・健康保険の場合身体障害者手帳を健康保険組合に提示し手続きをおこなう、有効期限のない特定疾病療養受療証が発行される
- ・国民健康保険の場合は有効期限が1年の更新する必要がある特定疾病療養受療証が発行される
- ・健康保険証に加え特定疾病療養受療証があると高額療養費の自己負担限度額は収入により1万円あるいは2万円 (月収53万円以上) となる

認定疾病名である「人工腎臓を実施している慢性腎不全」と自己負担限度額「1万円」あるいは「2万円」が記載されている。この違いは収入によるもので、現在月収53万円未満と以上で区別されている。

(2) マル都医療券

マル都医療券には、病名は「人工透析を必要とする腎不全」、助成内容は「入院時の食事療養・生活療養標準負担額を除いた自己負担相当額、但し、入院・外来別で1医療機関1万円を限度」、認定条件としては「特定疾病療養受療証も併せて提示」が示されている。

(3) 心身障害者医療費助成制度

心身障害者医療費助成制度「マル障」(図8)は、じん機能障害の場合1級と3級の障害者に適用される。じん機能障害と関連しない疾患のさいに、外来では1

図6 特定疾病療養受療証

- ・健康保険と
- ・特定疾病療養受療証を適用
- ・マル都医療券は入院・外来ごとに
- ・1医療機関あたり月額1万円を限度に助成する
- ・(入院時の食事・生活療養標準負担額は自己負担)

- ・その結果
- ・患者負担は 0円、あるいは
- ・患者 (月収53万円以上) では1万円

図7 マル都医療券 (東京都)

- ・心身障害者（児）の保健の向上と福祉の増進を図ることを目的
- ・東京都内に住む身体障害者1級、2級（内部障害者は3級を含む）

一般の診療一部負担金 1ヵ月
 外来： 12,000円を上限とする
 入院： 食事療養負担額及び
 44,000円を上限とする

図8 心身障害者医療費助成制度

カ月の患者負担金は12,000円が上限となり、入院では食事療養負担額および44,000円が上限となるという都道府県の制度である。

(4) 自立支援医療制度

自立支援医療（更生医療）制度は国の制度で、身体障害者手帳を持つもので、じん機能障害では人工透析療法、腎移植後の抗免疫療法に関してはそれらに伴う医療も対象となる。原則1割の自己負担額を控除した残額が給付される。生活保護では全額給付される。診療は指定自立支援医療機関（育成医療、更生医療）に限られる。

11-2 公費負担医療の優先適用

種々の公費負担制度の適用には優先順位があり、以

下のごとく優先順位の前のほうの制度から適用されていく。

医療保険 > マル長 > 国制度（更生医療）
 > マル都 > マル障

東京都における人工透析の一例を図9に示す。月40万円の医療費のうち、多くの患者は保険給付が7割で自己負担は3割である。特定疾病療養受療証で自己負担額は1万円か2万円（上位所得者）となり、マル都医療券で1万円が助成されるため、最終的に自己負担は0円かあるいは1万円となる。

12 過去・将来

12-1 過去

日本の身体障害者の福祉に関する制度は、明治22年の大日本帝国憲法公布の翌年、明治23年陸軍省達

保険給付7割、自己負担3割 特定疾病療養受療証適用の場合			
70%		30%	
健康保険証 280,000円	特定疾病療養受療証 110,000円	都医療券 10,000円	
保険給付 390,000円		都助成	
上位所得者（高額療養費自己負担 限度額2万円の場合）			
70%		30%	
健康保険証 280,000円	特定疾病療養受療証 100,000円	都医療券 10,000円	患者自己負担 10,000円
保険給付 380,000円		都助成	自己負担

図9 東京都における人工透析への制度適用例
 人工透析に係る医療費が外来で月400,000円の場合。

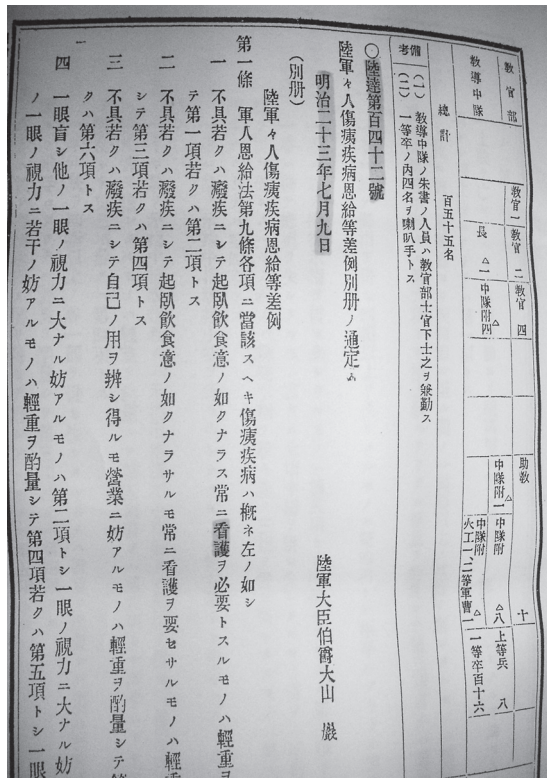


図 10 陸軍省達 陸軍軍人傷疾疾病恩給等差例 (明治 23 年)

の陸軍軍人傷疾疾病恩給等差例 (図 10) に見られる。該当すべき傷疾疾病は、「(一) 不具若クハ廢疾ニシテ起臥飲食意ノ如クナラス常ニ看護ヲ必要トスルモノハ輕重ヲ酌量シテ第一項若クハ第二項トス、(二) 不具若クハ廢疾ニシテ起臥飲食意ノ如クナラサルモ常ニ看護ヲ要セサルモノハ輕重ヲ酌量シテ第三項若クハ第四項トス、(三) 不具若クハ廢疾ニシテ自己ノ用ヲ辨シ得ルモ營業ニ妨アルモノハ輕重ヲ酌量シテ第五項若

クハ第六項トス、(四) 一眼盲シ他ノ一眼ノ視力ニ大ナル妨アルモノハ第二項トシ一眼ノ視力ニ大ナル妨アル……」とあり、現在の障害者の等級と基本的に同じ考え方の制度である。明治 25 年に改正され看護が介護に変わり、明治 27 年には日清戦争が始まっている。この制度の対象は陸軍軍人である。時の政府が制度を作った意図が窺える。

昭和 20 年代の救護法、傷兵保護の規則も対象は軍人であった。昭和 24 年の身体障害者福祉法の対象は障害者で、昭和 36 年の児童扶養手当法における疾病の父親の要件での対象は一般病人で、昭和 38 年の老人福祉法では対象は老人、平成 12 年の介護保険法では 65 歳以上、同じく 40~64 歳で加齢に伴う疾病で介護が必要となったものとなった。制度の対象が陸軍軍人から時代とともに広がっている。

12-2 将来の変化の兆し

(1) 障害区分と等級

最近、免疫の機能障害、エイズ患者が内部障害として加わり、さらに昨年からは肝臓機能障害、肝臓移植が加わった。

それまでの五つの内部障害、すなわち心臓、じん臓、呼吸、膀胱または直腸、小腸機能障害では障害区分として 2 級はない。ところがエイズと肝臓移植では 2 級が加わった。後二者の 2 級の表現は、前五者の 1 級の表現と同じであり、「自己の身の日常生活が極度に制限される」である。後二者の 1 級の表現は「自己の

将来の変化の兆し

今までの考え方：
ペースメーカー、透析、人工関節がなかりせば
日常生活にどの程度の制限があるかにより設定……ところ最近

肢体不自由 (人工関節, 人工骨頭)	
2014/3 まで	2014/4 から
股・膝関節 4 級	4 級, 5 級, 7 級, 非該当 (筋力可動域 ADL)
足関節 5 級	5 級, 6 級, 7 級, 非該当

心臓機能障害		3 年以内に再認定	
ペースメーカー 1 級	1 級,	3 級,	4 級
	< 2 METs	2~4	4~
	ベット安静	平地歩行	早歩き坂道歩行可
埋込型除細動器 1 級	1 級,	3 級,	4 級

透析患者 1 級でも元気なら 2 級 3 級 4 級 という時代が来るのか?

図 11 身体障害認定基準の見直し (平成 26 年 4 月 1 日施行)

身の日常生活が不可能」となった。今後、前五者の1級の一部を2級に格下げしようという意図が感じられる。

(2) 認定基準の見直し (図 11)

平成 26 年 4 月 1 日より、身体障害者認定基準の一部で見直しが行われた。心臓のペースメーカー、透析、人工関節などでは「なかりせば」日常生活にどの程度の制限があるかにより設定された。

ところが、肢体不自由では平成 26 年 3 月まで 4 級であった股・膝関節への人工関節、人工骨頭使用で、

筋力、可動域、ADL が改善することにより、4 月からは 4 級、5 級、7 級、非該当と判定されるようになった。足関節でも同様となった。内部障害でも、心臓のペースメーカーおよび埋め込み型除細動器は、平成 26 年 3 月まで 1 級のみであったが、4 月からは 2 METs 未満 (ベッド安静) はそのまま 1 級、2~4 METs (平地歩行可能) は 3 級、4 METs 以上 (早歩き、坂道歩行ができる) 場合は 4 級と基準が変更された。3 年以内に再認定されることになっている。透析患者でも元気なら 2 級、3 級、4 級という時代が来るのかもしれない。

透析患者の認知症

——最近の知見——

堀川直史

埼玉医科大学総合医療センターメンタルクリニック

key words : リエゾン精神医学, サイコネフロジー, 高齢透析患者, 認知症, うつ病

要 旨

透析患者の認知症の原因やこれと類縁の病態については、これまでよりも詳しく知られるようになった。一方、その治療とケアについては今も大きな進歩はみられない。透析患者の認知症の原因には、共通の危険因子、腎性の危険因子、透析に関係する危険因子などがあり、これが複合的に作用して認知症が発病する。このために有病率も上昇する。認知症類縁の病態には、軽度認知機能障害、健忘障害、うつ病性仮性認知症などがあり、早期の治療が必要である。認知症の治療とケアには、薬物療法、非薬物療法、社会的支援をさらに充実させること、家族ケアなどがあるが、非薬物療法と社会的支援の充実が中心となる。

はじめに

透析患者に生じる認知症の理解および治療とケアは、現在の透析医療における大きな問題の一つである。透析患者の認知症の原因やこれと類縁の病態については、これまでよりも詳しく知られるようになった。一方、その治療とケアについては今も大きな進歩はみられない。このような透析患者の認知症の理解、高齢者および高齢透析患者の心理、これらを踏まえた治療とケアに関する最近の知見について述べる。

1 透析患者における認知症

透析患者における認知症の有病率は、一般人口調査

の結果に比較して高く、約3倍に達する¹⁾。この高い有病率はなぜ生じるのだろうか。この問題について、現在は次のように考えられている²⁾(図1)。すなわち、透析患者の認知症の危険因子には、

- ① 共通の危険因子 (高齢, 糖尿病, 高脂血症, 高血圧など, 脳ばかりではなく腎にも悪影響を与えると意味で共通と呼ばれている)
- ② 腎性の危険因子 (尿毒症, 貧血, 低ナトリウム血症など)
- ③ 透析に関係する危険因子 (透析中の血圧低下, 脳浮腫など)

の三つがある。このうち、①と②は脳血管障害と神経細胞の変性を助長し、血管性認知症とアルツハイマー型認知症両方の発病や進行を促進する。また、②と③は神経細胞に直接的な損傷を与え、これも認知症の原因となる。このように、透析患者における認知症は複数の因子が総合的に作用した結果であり²⁾、そのために有病率も上昇するのであろう。

認知症の症状は、中核症状 (記憶障害, 思考・判断能力の低下) と周辺症状に分けられる。周辺症状には多様な症状が含まれるが、発動性低下 (意欲低下よりも広い概念であり, 心身の活力の全体的低下を意味する) と抑制低下 (感情と行動をコントロールする能力の低下) が中心である。そのほかに、主に思考・判断能力の低下によって周囲の出来事や事情を曲解し、妄想などの狭義の精神病症状が生じることもある。

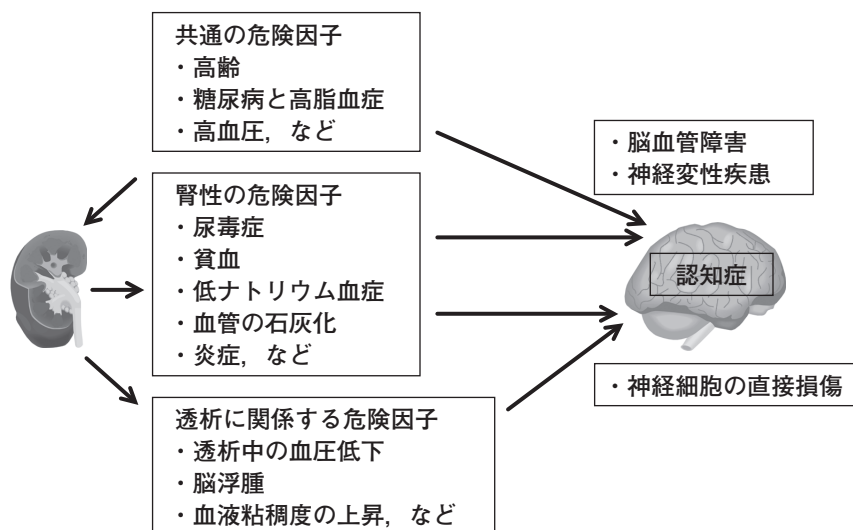


図1 透析患者の認知症の発病に関わる因子
(文献2に基づいて作成)

2 認知症に類縁の病態

認知症には類縁の病態がある。ここでは、「軽度認知機能障害 (mild cognitive impairment)」と「健忘障害 (amnesic disorder)」(いずれも DSM-IV, The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (4th Ed.) による) について、主に認知症との関係を述べる。

軽度認知機能障害は、認知症の中核症状と周辺症状はみられるが、いずれも軽度で日常生活に対する影響がほとんどない場合である。また、健忘障害は、認知症の症状のうち、記憶障害(主に記銘力の低下)と見当識障害はあるが、明らかな思考・判断能力の低下がみられないものをいう。この二つはいずれも認知症の軽症型であり、次第に悪化して認知症に移行することが多い。したがって、早期に認知症としての治療(この場合は、主に認知症治療薬の使用)を開始することが望ましい。

軽度認知機能障害も健忘障害も一般的には日常生活に対する影響は小さい。しかし、透析患者の場合そうはいえない。透析を受けながら生きるという生活は通常の日常生活と異なっている。特に問題になることは、軽度認知機能障害であっても健忘障害であっても、患者のセルフケアが乱れ、治療ノニアドヒアランスが生じやすいこと、および特に透析開始前後に問題になるが、透析への「適応」^{注)}が円滑に進行しない場合があることなどであろう。

注) 「適応」という言葉であるが、①患者が新しい生活に対するなんらかの対処方法をもっていること、②比較的楽な気持ちでいられること、③なんらかの活動が再開されること、と規定されている³⁾。筆者の意見であるが、適応という言葉は、透析を「受け入れる」「受容する」というよりも患者の心理をより適切に表現しているように思われる。

3 高齢透析患者のうつ病

うつ病は比較的頻繁にみられ⁴⁾、高齢患者では認知症との鑑別が問題になることがある。この場合の「うつ病」であるが、症状とその短期経過からなる診断基準によって診断される。すなわち、原因に関する判断を含んでいないので、正確にはうつ病という病気ではなく、この基準によって規定された抑うつ症候群を診断していることになる。表1に、典型的な症状のそろった「大うつ病」の診断基準(DSM-IV)を示した。

このよううつ病は、さまざまなストレスと「個人的要因」が重なり合って生じると考えられている。このうち、個人的要因では、①うつ病は女性に多い、②うつ病にかかりやすい「性格特徴」があるかもしれない、③うつ病にかかりやすい「体質的・遺伝的素因」もあるかもしれないなどといわれているが、②と③については今も明確な所見が得られていない。

透析患者のうつ病は、透析開始前後と、維持透析期に新たなストレスが加わったときに多く生じる⁵⁾。このときのストレス因子(表2)は、

① 腎不全の原疾患の悪化や透析の合併症の出現な

表1 「大うつ病エピソード」の診断基準

1. 抑うつ気分 (ほとんど1日中)
2. 興味の喪失 (ほとんどすべてに興味が無い)
3. 食欲低下, 体重減少
4. 不眠
5. 精神運動制止 (外からみて元気がない), 焦燥 (外からみて落ち着かない)
6. 易疲労, 気力の減退
7. 無価値感, 罪責感
8. 集中力・決断力の低下
9. 自殺念慮, 自殺企図

1 または 2 を含む 5 つ以上の症状が 2 週間以上持続 → 大うつ病エピソード

DSM-IV の記載を一部省略.

表2 維持透析期におけるストレス因子

- ① 腎不全の原疾患の悪化や透析の合併症の出現など
- ② 患者の生活において生じるストレス因子
 - (a) 透析とセルフケアの苦痛
 - (b) 社会と家庭における役割がさらに縮小する
 - (c) 死を差し迫った恐怖として感じる患者もいる
 - (d) 家族, 知人, ほかの患者などの死に出会う

表3 うつ病性仮性認知症と認知症の鑑別点

	うつ病性仮性認知症	認知症
抑うつ気分	あり	まれ
自律神経失調症状	あり	まれ
妄想がある場合, その内容	心気妄想, 貧困妄想, 罪業妄想	物取られ妄想, 嫉妬妄想
抑うつ症状と認知症の時間的關係	抑うつが先行	不定
うつ病の既往	あることが多い	まれ
抗うつ薬の効果	あることが多い	不明確

特に重要と思われることに下線.

表4 社会・家庭での役割が縮小したあとの高齢者の心理

類 型	自分と自分の過去・現在についての見方	関心・注意がどこに (何に) 向かっているか	社会参加	現在の人間関係
円熟型	肯定的に評価	将来	積極的	よい人間関係を作ろうと努力し, 満足もしている
ロッキングチェア型	(記載なし)	他人に依存して受け身・消極的	他人に依存して受け身・消極的	他人に依存して受け身・消極的
自己防衛型	(記載なし)	いつまでも仕事をしようとする	いつまでも仕事をしようとする	(記載なし)
外罰型	過去の失敗に固執し, それを他人のせいにする	(過去)	(少ない)	他人に敵意をもち, 攻撃的にもなる
内罰型	過去の失敗に固執し, 自分を責める	(過去)	(少ない)	孤立

文献6に基づいて作成. () は筆者が追記.

どの腎不全・透析に関係するもの

② 患者の生活において生じるストレス因子に分けられる. ①が特に高齢透析患者に起こりやすいことはいうまでもない. ②のストレス因子も高齢期には頻繁に生じる. 代表的なものは喪失体験である. 透析患者はそれまでも多くの喪失を体験しているが, 高齢透析患者では, (a) 透析そのものとセルフケアの苦痛に加えて, (b) 社会と家庭における役割がさらに縮小し, (c) 死を差し迫った恐怖として感じる患者もいる (将来における喪失を恐れ悲しむことを「予期的喪失反応」「予期的悲哀」などという). そして, (d) 高齢透析患者は, 家族, 知人, さらに長い間ともに闘病生活を送ってきたほかの患者などの死に出会うことが多い.

以上, うつ病の記載が長くなったが, 高齢者のうつ病では抑うつ症状に認知機能の低下が加わって認知症との区別が難しくなる場合がある. この状態を「うつ病性仮性認知症」という. うつ病性仮性認知症はうつ病の治療によって回復可能であり, 両者の鑑別は重要である. この鑑別の要点を表3にまとめた.

4 高齢者の心理・高齢透析患者の心理

透析患者の認知症の治療とケアを述べる前に, 前提となる知識の一つとして一般的な高齢者の心理, 高齢透析患者の心理について簡単に触れておきたい.

4-1 高齢者の心理

老年心理学・老年精神医学では, 高齢者の心理について多くの研究があり, それに基づくさまざまなモデルも提唱されている. その中で, 社会・家庭での役割

表5 世間で高齢者の心理的特徴といわれること、およびそれに関する実証的研究の結果

研究結果のまとめ	
慎重	実証されない、または適応的な変化とみる
心気傾向	長寿とともに過去のものになりつつある
自己中心的	実証されない
依存的	実証されない
変化への適応が困難	実証されない
考え方が保守的	実証されない
がんこ、独善的	認知機能低下の結果と考えられる

文献6に基づいて作成。

が縮小したあとの高齢者の心理に関する代表的なモデル⁶⁾を表4に示す。また、世間でしばしば高齢者に特徴的といわれる心理傾向があるか⁶⁾(表5)、これらの大部分は実証されたものではない⁶⁾。

4-2 高齢透析患者の心理

高齢透析患者の心理に関する精密な方法による研究は、今回筆者が検索した限り、発見することができなかった。しかし、前項の表4の記載は、高齢透析患者にもあてはまる部分が多い。なお、表4は社会・家庭での役割が縮小した高齢者に関するモデルであり、透析を続けるという重要な役割をもつ高齢透析患者は正確にいうとこのモデルの対象外であるが、このモデルを知っていることによって高齢透析患者の心理の理解が深まるように思われる。

長い間透析を受け、現在も仕方がないものとして透析を続け、死が訪れるまでこの生活を続けると述べる患者は多い。このような患者は、話を聞くと、表4の「円熟型」と同じように、過去と現在の自分を肯定的に評価し、虚勢を張っているのではなく、将来の死に対する恐怖も比較的軽いように思われる。透析に耐え続けてきたことが理由の一つになって、自分の生き方についての自信や死生観が確立されたということができるかもしれない。

一方、主に透析開始前後の時期に透析をしてまで生きたくないと思える高齢患者も稀ではない⁷⁾。しかし、この場合もよく話を聞くと、腎不全・透析を加齢などに伴う変化ととらえ⁷⁾、これも運命と考えて状況に適応しようとしていることが多いように思われる。

5 透析患者の認知症の治療とケア

この場合にも透析患者の一般的な心理的治療とケア

表6 透析患者の心理的治療とケア

1. できるだけよい身体的状態を作り、保つ
2. 身体的自覚症状の緩和
3. ていねいな身体的ケア
4. 喪失を最小限にする工夫
5. 社会的支援の充実と家族ケア
6. 「理解に基づく共感」
7. 「指導」「教育」の工夫：ペイシャントエンパワーメント
8. 向精神薬の使用

(表6)が基本になる。これについては筆者も何回か述べる機会^{8,9)}があったので、参照していただければ幸いである。本稿では要点のみを記載する。

5-1 身体的な治療とケア

精神症状の種類を問わず、心理的治療とケアの出発点は同じである。まず行うことは、日常的な身体的な治療とケアを丁寧に行うことであり(表6の1~4)、これはそのまま重要な心理的ケアになる。すなわち、身体的な状態がよくなれば、それに伴って患者の心理も改善することが多い。また、このような丁寧な身体的治療とケアによって、少なくとも一部の患者は、自分がこの病院で医療者に尊重されていると感じることもできる。

5-2 共感および指導・教育の工夫

前述の身体的な治療とケアに加えて重要なことは、「理解に基づく共感」と「指導」「教育」の工夫である(表6)。

- (1) 理解に基づく共感：患者の気持ちは患者にしかわからない

共感は通常「感情的共感」であり、「相手の気持ちを自分の気持ちのように感じることを意味する。し

病気と治療 に関する 効果	治療目標の決定・明確化 セルフケアレベルの上昇 セルフケアに関する自己効力感の上昇 知識の増加 症状そのものの改善	狭義の 効果	ペイ シャント エン パ ワ ー メ ン ト の 効果	ペイ シャント エン パ ワ ー メ ン ト の 広 義 の 効果
話し合いと 自己決定に 伴って生じ る効果	協力的な治療関係の形成 全般的な自己評価の上昇 心理社会的適応レベルの上昇 QOL の上昇			

図2 ペイシャントエンパワーメントの効果
(文献 10 に基づいて作成。直接的な効果と思われるものに下線)

かし、われわれと患者は別の人間であり、感情的共感を正確に行うことは不可能である。われわれが実際にできることは、患者の話を聞くことに集中し、わからないときは患者に質問して、患者の症状、苦痛、医療に対するニーズなどをできるだけよく理解することである。われわれが「なるほど、この人はそういうことが言いたかったのか」と思うときがあるが、これがここで述べる患者の心理の理解である。このときには、患者も自分の言いたいことの少なくとも一部はこの医療者に通じたと感じることが多い。実際に、「先生、わかった」と尋ねる患者もいる。このようにして、次第に協力的な治療関係が生じるのであろう。「認知的共感（理解しあうこと）」という言葉もあるが、筆者はこのようにして生じる協力的な治療関係を「理解に基づく共感」と呼んでいる。

(2) 「指導」「教育」の工夫：ペイシャントエンパワーメント

透析では、指導、教育が重視される。しかし、特に患者のセルフケアは生活の大きな変更であり、実行することは難しい。特に、患者がそのつもりにならなければ、なにも変わらない。このときの工夫がペイシャントエンパワーメントである。ペイシャントエンパワーメントは患者を元気づけることなどではない。このときの「パワー」は「患者の自己決定」あるいは「自己決定権」であり、ペイシャントエンパワーメントは患者の自己決定を促し、それを尊重するという考えであり、そのための具体的な方法を含んでいる。

ペイシャントエンパワーメントでは、医療者は、患者を「指導」「教育」しようと思う必要はない。医療者がまず行うことは「情報提供の工夫」である。個々の患者について、特に重要な情報は何か、それをどの

ような方法で伝えると効果的かなどを考える。そのうえで、「患者が実際にまずできることは何か」を話し合い、患者が自分のアイデアを述べるのを待ち、このアイデアについて「具体的に相談」する。最初は「ごく小さな生活の変更」でよい。このような話し合いを通して、患者は生活を少しずつ変更し、セルフケアレベルが次第に上昇していく（狭義の効果）。

ペイシャントエンパワーメントによって期待される効果は、上述のセルフケアレベルの上昇だけではない。医療者と患者との話し合いおよび患者の自己決定に伴って、さらにいくつかの効果が期待される（広義の効果)¹⁰⁾。これらを図2に示した。特にこの広義の効果は、認知症であっても、それが比較的軽症であれば有用である。

(3) 向精神薬の使用¹¹⁾

以上に加えて、向精神薬が使用されることもある(表6)。透析患者についてある程度の効果があるとおおむね確認された向精神薬は、うつ病に対する抗うつ薬（一般には、選択的セロトニン再取り込み阻害薬が用いられる）の効果のみである。そのほかに、抗不安薬と睡眠薬も不安および不眠に有効であろう。ただし、抗不安薬と睡眠薬には依存性や認知機能の低下などの副作用があり、可能であれば常用量下限の一時的な使用にとどめることが望ましい。

認知症そのものに対する薬物療法であるが、一般に中核症状と周辺症状の両方にコリンエステラーゼ阻害薬やNMDA受容体拮抗薬などの認知症治療薬が有効であることが確認されている。しかし、その効果は限定的で、明確な臨床的効果がみられることは少ない。

5-3 高齢透析患者の場合に注意すべきこと

高齢透析患者の場合も行うことは同じである(表6)。注意すべきことは、相手が高齢者で、よく理解できないだろう、ある程度手を抜いても許されるだろうなどと考えること、反対に高齢者なので特に丁寧にと考えて、馬鹿丁寧あるいは慇懃無礼な態度をとってしまうことなどであろう。

また、認知機能が軽度低下している場合(上述の軽度認知機能障害、健忘障害などの場合など)には、情報提供の方法をさらに工夫し、家族がどのように協力できるかについても患者、家族と話し合うことがとりわけ重要になる。さらに、家族の負担は大きいので、以下に述べる認知症の場合と同様、社会的支援の利用をさらに充実させることや家族ケアも考えるべきである。

5-4 認知症の場合に追加して行うこと

明確な認知症がある場合には、表6の一般的な心理的治療とケアに加えて、①認知症の薬物療法、②非薬物療法、③社会的支援をさらに充実させること、④家族ケアなどが行われる¹⁾(表7)。このうち、認知症の薬物療法で透析患者にも使用可能な認知症治療薬はコリンエステラーゼ阻害薬のガラントミンとドネペジルであるが¹¹⁾、上述のように薬物療法の効果に大きな期待をかけることはできない。したがって、認知症の治療とケアでは、非薬物療法と社会的支援の充実が中心になる¹⁾。

表7の②認知症の非薬物療法には以下のようなものがある。(a)よい感情的交流を保ち(このときに、表6の一般的な治療とケア、一般的な高齢者や高齢透析患者の心理の理解が役立つ)、(b)無用の刺激を避けることの二つは、非薬物療法の基本である。そのほか

に、(c)ライフレビュー・セラピーは、患者のこれまでの生活の中で特に充実していた時期について聞き、話し合うことである。このような話し合いの中で患者の感情が活発になり、現実認識が多少なりと改善して、周辺症状が軽減する場合もある。(d)視力や聴力の補正は、適切な眼鏡や補聴器の使用、印刷物などに大きな活字を使うことなどである。これらは直接に患者の現実認識を改善しようとする治療であり、このときも周辺症状が軽減する場合がある。(e)リアリティ・オリエンテーション(患者を傷つけないように注意しながら、現在の状況を丁寧に説明すること)も同じような意味をもっている。(f)行動療法は、問題となる行動を別の行動に置き換えようとする治療であるが、透析の日常臨床でこれを行うことはかなり難しい。

おわりに

以上に述べたような治療とケアを行うときには、個々の患者との話し合いや丁寧な観察が求められる。しかし、大勢の患者にこれを行うことは不可能であろう。提案したいことは、まず1人あるいは数人の患者を選び、その医療機関の職員全員が関わるプロジェクトとしてこのような治療とケアを行ってみることである。最初は、なんらかの効果が期待できる中等度の認知症の患者を選ぶとよいであろう。このようにして少しでもよい方向への変化がみられれば、それを次の患者に生かすことができる。また、医療者もある程度の自信をもつようになり、認知症に関する苦手意識が軽くなるかもしれない。いずれにせよ、透析患者の認知症の治療とケアは現在と今後の大きな課題の一つである。

文 献

- 堀川直史, 志賀浪貴文: 認知症. 腎と透析, 76(増刊号): 314-316, 2014.
- Kurella TM, Yaffe K: Dementia and cognitive impairment in ESRD: diagnostic and therapeutic strategies. *Kidney Int*, 79: 14-22, 2011.
- Massie MJ, Holland JC: Overview of normal reactions and prevalence of psychiatric disorders. *Handbook of Psychooncology*; Oxford University Press, Oxford, pp. 273-282, 1990.
- 堀川直史, 大村裕紀子, 國保圭介, 他: プライマリケアを受診する慢性身体疾患患者のうつ病. *精神科治療学*, 23: 977-984, 2008.
- 堀川直史: コンサルテーション・リエゾン精神科医からみ

表7 認知症の場合に追加して行うこと

-
- ①認知症の薬物療法
 - ②認知症の非薬物療法
 - (a)よい感情的交流を保つ
 - (b)無用の刺激を避ける
 - (c)ライフレビュー・セラピー
 - (d)視力や聴力の補正
 - (e)リアリティ・オリエンテーション
 - (f)行動療法
 - ③社会的支援をさらに充実させる
 - ④家族ケア
-

- た透析患者の精神障害, 9年前の調査との比較検討. 臨牀透析, 15: 629-632, 1999.
- 6) 下中順子: 老年期の適応. 老年心理学: 下中順子編, 培風館, 東京, pp. 77-89, 1997.
- 7) 平松 信: 高齢透析患者の精神・心理. Modern Physician, 33: 1114-1118, 2013.
- 8) 堀川直史: 透析患者にみられる精神障害. 診断と治療, 101: 1041-1047, 2013.
- 9) 堀川直史: 透析導入前後の患者の心理と精神症状. 透析スタッフ, 2: 10-17, 2014.
- 10) Aujoulat I, d'Hoore W, Decache A: Patient empowerment in theory and practice: polysemy or cacophony? Patient Educ Couns, 66: 13-20, 2007.
- 11) 堀川直史: 向精神薬の至適投与. 腎と透析, 74: 415-420, 2013.

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）¹⁾。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

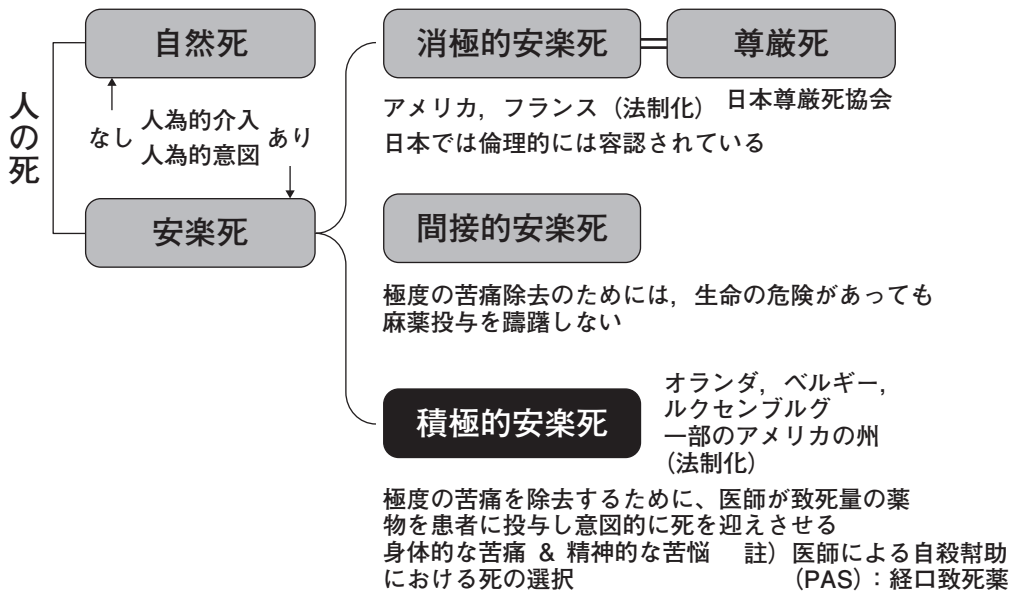


図1 人の死

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

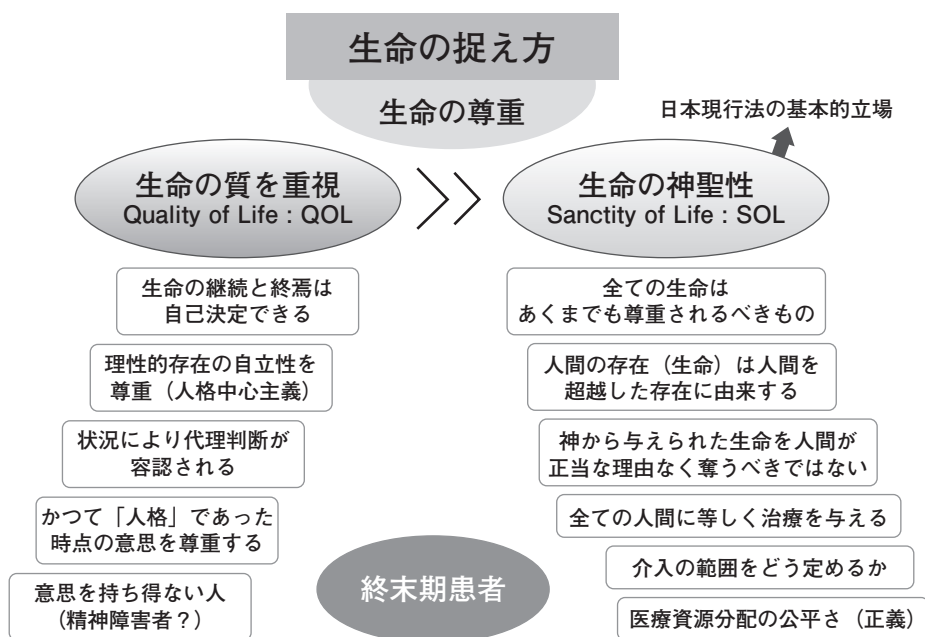


図2 生命の捉え方

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ほころう。

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」²⁾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)

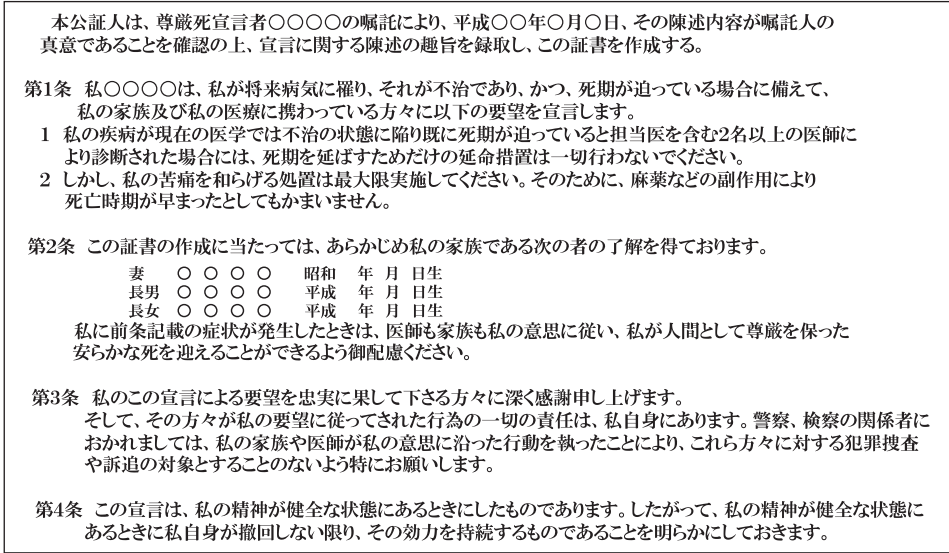


図3-3 尊厳死宣言公正証書（文例）
 （日本公証人連合会 HP より）

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ヵ月以上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³⁾。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、

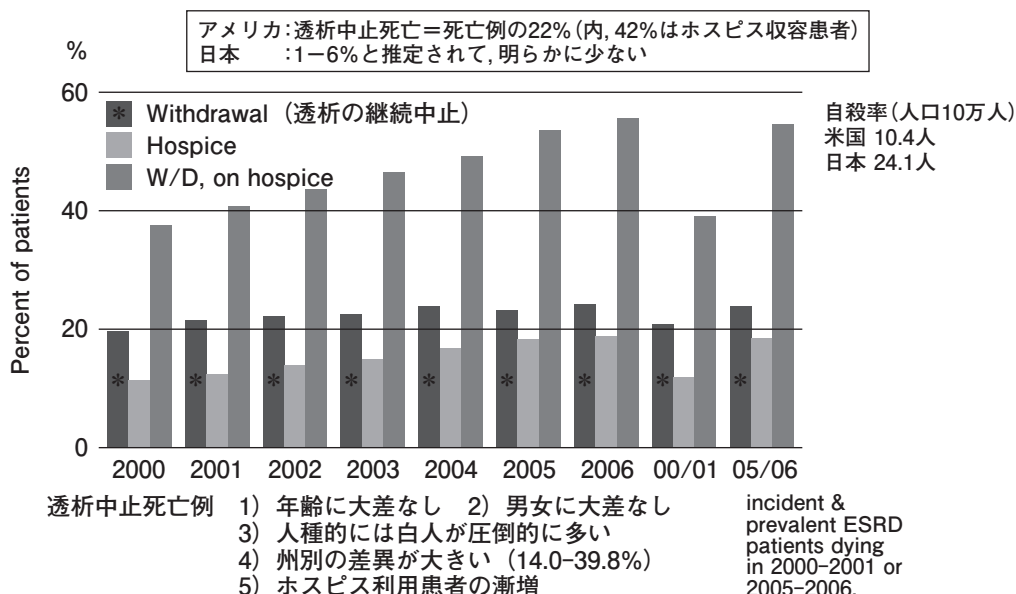


図4 アメリカにおける透析の中止による死亡 (USRDS 2008 ADR)

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 ^{†1}					P Value for Trend
	First (Lowest) (n=3040) ^{†2}	Second (n=3801) ^{†2}	Third (n=4208) ^{†2}	Fourth (n=4726) ^{†2}	Fifth (Highest) (n=5415) ^{†2}	
Dialysis discontinued prior to death ^{†3}	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 ^{†4}						
Dialysis discontinued prior to death ^c	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.¹ 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⁴⁾。

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⁵⁾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⁶⁾、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 [†]	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⁷⁾。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⁸⁻¹⁰⁾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¹¹⁾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^{12,13)}。

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¹⁴⁾。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。

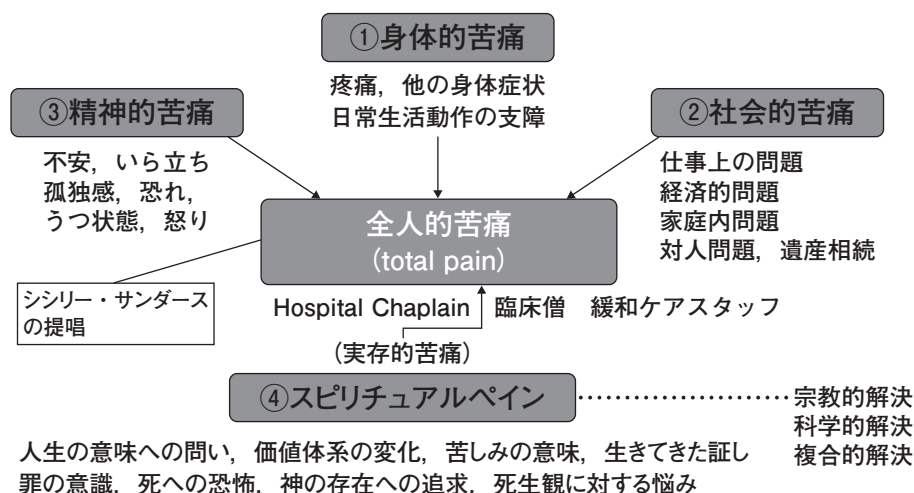


図5 全人的苦痛の理解とその解消・軽減 (終末期医療・ケアの抱える問題)

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¹⁵⁾。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¹⁶⁾。

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。