

終末期における透析中止に関して

岡田一義

日本大学医学部内科学系腎臓高血圧内分泌内科学分野

<はじめに>

終末期では、人としての尊厳を保ちながら治療やケアを受けることが重要であり¹⁾、米国では、患者の自己決定を尊重し、事前指定書による尊厳死が法的に認められ、患者の希望に沿った終末期医療が可能になっているが、日本では、事前指定書と尊厳死は法制化されておらず、事前指定書により延命治療を中止し、患者が死亡した場合、実行した医師は、殺人罪に問われる可能性がある。1995年、横浜地方裁判所が治療行為中止の3要件(表1)を提示したが、医師にはどんな状況下であろうとも人の死を決定する権利はない。しかし、ある状況下において延命治療である透析を中止している現状がある²⁾。

表1 横浜地方裁判所判決による治療行為中止の3要件

- 1) 患者が治癒不可能な病気に冒され、回復の見込みもなく死が避けられない末期状態にあること
- 2) 治療行為の中止を求める患者の意思表示が存在し、治療の中止を行う時点で存在すること
- 3) 治療行為の中止の対象となる措置は、薬物投与、化学療法、人工透析、人工呼吸器、輸血、栄養、水分補給など、疾病を治療するための治療措置及び対症療法である治療措置、さらには生命維持のための治療措置などすべてが対象

2005年、人工呼吸器による延命治療を中止する行為が殺人容疑で立件され、社会問題化した。死との因果関係が立証できず、不起訴処分となった。2006年にも人工呼吸器取り外し行為が報道され、人工呼吸器を外した行為と死との因果関係がある鑑定結果により、県警は殺人容疑で書類送検した。しかし、他の人工呼吸器外しで医師が不起訴となっていること、遺族が厳罰を求めていること、死期がどの程度早まったかも不明なことなどの理由で最終的には厳重処罰を求めなかった。2007年、厚生労働省が国の初めての指針である終末期医療およびケアの方針決定手続きを発表したが、延命治療中止のプロセスに限定し、医師の刑事訴追の免責基準には触れられておらず、医療現場はこれを中止指針と受け止めてはいけない。

終末期では、延命治療を中止して、死への過程を可能な限り痛みがなく、穏やかで、尊厳あるものに援助することも可能である。延命治療である透析の中止は1週間前後の死を意味しており、透析を中止して患者が死亡した場合、状況によっては「透析中止」と死の因果関係は立証可能で

ある。終末期患者の生命の質を考え、家族の同意を得て中止した透析と取り外した人工呼吸器とは延命治療中止という意味では同じであり、今後、終末期における「透析中止」そのものが報道されたり、裁判で問われる可能性があり、終末期医療における透析について私見を述べる。

<自己決定の重要性>

事前指定書による自己決定を法的に認めた場合、いくつかの問題もあるが、事前指定書がない場合には、家族が患者に代わって医療の選択を行うこともあり、自分の選択が間違っていなかったか、本人の希望と違っていなかったかなどと長期間後悔する可能性がある。事前指定書があれば、家族は患者の自己決定を尊重したことになり死後の家族の後悔も少なくなるため、社会的にも受け入れられる可能性は高いと考える。しかし、現在使用されている事前指定書は、法的保障がない上、自己決定した維持透析を終末期で中止・継続するかについては触れていない、事前指定書は法的に認められていない尊厳死を前提にしている、在宅医療・ケアについて触れていない、キーパーソンの指定がないことなどの問題もある³⁾。

私は、2001年、終末期でも自分が考える人間としての尊厳を保ちつつ、自分らしく最期の時を生きる「尊厳生」という新しい概念を提唱した。尊厳死と「尊厳生」の具体的な違いは、①尊厳死は死の迎え方の選択であるが、「尊厳生」は最期の生き方の選択である。②尊厳死は延命治療のすべてを自己決定できるが、「尊厳生」は水分補給を原則とし、延命治療の自己決定を行う。③尊厳死は法的に認められていないが、「尊厳生」の後にある死は法的に認められている自然死であることである。

尊厳死は日本で約20年前に誕生し、多くの医師が知っている言葉であり、「尊厳生」はほとんどの医師が始めて聞いた言葉である上、83%の医師が尊厳死を必要と回答していた集団の調査において、「尊厳生」のほうを支持する医師が47%、尊厳死を支持する医師が16%であった⁴⁾。「尊厳生」は、人間にとって非常に大切なことであり、医療は常に「尊厳生」という立場で行わなければならない、「尊厳生」を支持する医師が多かったと思われた。看護師への調査でも同様な結果であり⁵⁾、「尊厳生」を支持するのは医療従事者だけではなく、日本国民の多くも支持すると考え、「尊厳生」による事前指定書を作成した⁶⁾。

<透析中止について>

患者が自己決定したことを尊重し、人としての尊厳を保ちながら、家族と話し合い、日本社会が許容する範囲内で家族が希望する緩和治療および終末期ケアを継続して死を待つことが自然である。患者が自己決定したことを尊重して延命治療を行わないことも可能であるが、患者が自己決定して継続している維持透析などの延命治療を医師と家族が勝手に中止することには問題があり、患者自身による中止の意思表示が必要である。病状・自己決定・患者と家族全員の気持ち・医療チーム全員の気持ちなどを総合的に考えるとともに、どんな状況であろうとも治療行為中止の3要件(表1)は満たしていることが必須である。しかし、この条件を満たしていたとしても、

余命が1週間以上あり「透析中止」に殺意があったなどと判断された場合、全国に報道される可能性はないとはいえ、「透析中止」について患者・家族全員・医療チーム全員（主治医の所属部門責任者を含む）が納得いくまで話し合い、「透析中止」の判断で複数回一致した時に、すべての意見を添えて第三者（弁護士、施設関係者以外の学術経験者など）により構成されている倫理委員会と施設長の判断に従わなければならない（表2）。

表2 「透析中止」のガイドライン(私案)⁷⁾より引用

<p>1)～6) のすべてを満たすことが条件</p> <ol style="list-style-type: none">1) 患者による「透析中止」の意思表示：事前指定書、家族への口頭意思表示、医師への口頭意思表示の診療録記載など2) 複数の医師による複数回確認：(1)～(4) のいずれか<ol style="list-style-type: none">(1) ブラッドアクセスおよびペリトネアルアクセス使用不可(2) 全身状態悪化（血圧低下など）による透析継続不可(3) 治癒不可能な病気に冒され、回復の見込もなく死が1週間前後と予測される末期状態(4) 脳死状態3) 医療チーム（主治医の所属部門責任者を含む）による「透析中止」の判断4) 家族全員による「透析中止」の同意5) 倫理委員会による「透析中止」の承認6) 施設長による「透析中止」の承認 <p>注) 家族がいない場合には、代理人可</p>

「透析中止」の免責基準がない現状においては、終末期に「透析中止」を考えるのではなく、輸液量および輸液内容などのコントロールによって体液量と uremic toxins（電解質・水素イオン・尿素窒素・クレアチニンなど）濃度が許容範囲内の期間には生命維持のために透析を施行する必要性は少ないため、「透析延期」を考えることも選択肢の一つである。適切な「透析延期」により患者が死亡した場合には、生命維持に必要な性の少ない透析の延期と死に因果関係は証明できず、殺意は否定されると考える（表3）。

表3 「透析延期」のガイドライン(私案)⁷⁾より引用

<p>1)～3) のすべてを満たし、診療録に記載することが条件</p> <ol style="list-style-type: none">1) 複数の医師と看護師を含む医療チーム（主治医の所属部門責任者を含む）による「透析延期」可否の当日判断：(1) と (2) を満たす<ol style="list-style-type: none">(1) 許容範囲内体液量過剰の確認(2) 許容範囲内 uremic toxins（電解質・水素イオン・尿素窒素・クレアチニンなど）濃度の確認2) 患者（意識がある場合）と家族のキーパーソンによる「透析延期」当日同意の確認3) 「透析延期」可否の連日判断：1) と 2) を毎日確認 <p>注) 家族がいない場合には、代理人可</p>
--

透析患者ではない場合、終末期で「透析未導入」という選択もある。透析を導入しない「延命治療不開始」と透析を中止する「延命治療中止」は延命治療を行わない行為は同じだが、患者の状況（延命治療意思表示の有無、意識状態、全身状態、家族関係など）によっては意味が異なってくることもあり、別々に考えるべきである⁸⁾。「延命治療中止」は「延命治療不開始」と異なり、すでに何らかの理由で行われている延命治療を中止するため、「透析中止」と同様に患者・家族・医療チームだけではなく、倫理委員会と施設長の承認は必要と考える（表4）。一方、「延命治療不開始」は、自己意思表示があれば、家族のキーパーソンによる文書による同意と医療チーム（主治医の所属部門責任者を含む）による判断で、倫理委員会と施設長による承認は必要ないと考える（表5）。

表4 「延命治療中止」のガイドライン(私案)⁶⁾より引用

<p>1)～5) のすべてを満たすことが条件</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) 「尊厳生」のための事前指定書作成：「延命治療中止」の自己意思表示 2) 家族全員による「延命治療中止」の文書同意 3) 医療チームによる「延命治療中止」の判断 4) 倫理委員会による「延命治療中止」の承認 5) 施設長による「延命治療中止」の承認 <p>注1) 家族がいない場合には、代理人可</p> <p>注2) 医療チームは、原則として主治医 1 名以上（主治医の所属部門責任者を含む）、主治医以外の医師 1 名以上、看護師 1 名以上で構成する。在宅の場合には、原則として主治医 1 名以上（主治医の所属部門責任者を含む）、施設看護師 1 名以上、訪問看護ステーション看護師 1 名以上、ケアマネジャー 1 名、ソーシャルワーカー 1 名以上で構成する。</p> <p>注3) 倫理委員会は、施設関係者と第三者（弁護士、学術経験者など）で構成する。</p>

表5 「延命治療不開始」のガイドライン(私案)⁶⁾より引用

<p>1)～3) のすべてを満たすことが条件</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) 「尊厳生」のための事前指定書作成：「延命治療不開始」の自己意思表示 2) 家族のキーパーソンによる「延命治療不開始」の文書同意 3) 医療チームによる「延命治療不開始」の判断 <p>注1) 家族がいない場合には、代理人可</p> <p>注2) 医療チームは、原則として主治医 1 名以上（主治医の所属部門責任者を含む）、主治医以外の医師 1 名以上、看護師 1 名以上で構成する。在宅の場合には、原則として主治医 1 名以上（主治医の所属部門責任者を含む）、施設看護師 1 名以上、訪問看護ステーション看護師 1 名以上、ケアマネジャー 1 名、ソーシャルワーカー 1 名以上で構成する。</p>
--

<おわりに>

終末期では、医療従事者は、透析を継続して単に生命の延長をはかるだけでなく、その限界を見極め、患者と家族が「透析中止」を受け入れられるように援助し、死への過程を可能な限り痛みがなく、穏やかで、尊厳あるものにすることも重要であるが、提示した私案には法的免責保証はない。患者が自己決定した透析を、患者の意思表示なしに中止することには問題があり、関連学会および患者団体などが共同で「透析中止」などを含む生命倫理学的問題を毎年議論し、共通認識を持つことが生命の質の高い終末期医療を確立する第一歩になると考える。

文 献

- 1) 岡田一義：維持透析患者の終末期における透析療法のあり方．腎臓 26: 141-144, 2003.
- 2) 大平整爾：日本における透析中止の現況とあり方．臨牀透析 14: 1341-1347, 1998.
- 3) 岡田一義：質の高いターミナルケアの確立に向けて．臨牀透析 23: 504-505, 2007.
- 4) 岡田一義、今田聰雄、海津嘉蔵、川西秀樹、菅原剛太郎、鈴木正司、石川勲、佐中孜、奈倉勇爾、松本紘一、高橋進：透析医への意識調査：維持血液透析患者の悪性腫瘍終末期における透析中止について．日本透析会誌 36: 1315-1326, 2003.
- 5) 岡田一義、東 克子、中村志保子、加藤由美子、安藤智美、塩谷善子、菅沼しづ子、工藤たみよ、川上道江、一木順子、山本樹生、根岸七雄、荒川泰行、松本紘一：自己決定についての看護師の認識．日大医学雑誌 64: 15-21, 2005.
- 6) <http://www.ckdmyself.com>
- 7) 岡田一義：「透析中止」にかかわる諸問題．臨牀透析 23: 1325-1334, 2007.
- 8) 岡田一義：終末期における「透析中止」．日本透析会誌 41: 29-37, 2008.