

# 終末期医療における透析療法

山本裕康

厚木市立病院 院長

## 1) はじめに

黎明期における血液透析療法（HD）の治療目的は救命にあったが、透析医学の進歩に伴って長期生存が可能となり社会復帰を目指すようになった。現在では、わが国における腎代替療法の大多数をHDが占めており、患者の社会活動を支援する更生医療であるとともに、延命療法としての側面も有している。

わが国の透析患者数は年々増加しており、2011年末でついに30万人を超え、新規透析導入患者数も2011年は38,893人と過去最多であった<sup>1)</sup>。その一方、新規透析導入患者の高齢化と糖尿病の増加は顕著であり、導入時に脳血管障害・循環器系疾患・悪性腫瘍など、さまざまな病態を有する患者が増加している。このような背景から透析患者の年間死亡数は毎年増加しており、過去20年ほど9%台に留まっていた年次別粗死亡率は2011年に10%を超え、今後も増加していくものと推察される（図1）。また、新規導入された年に死亡した患者の死亡原因をみると、2011年では第1位；心不全（25.4%）、第2位；感染症（24.4%）、第3位；悪性腫瘍（11.6%）、第4位；脳血管障害（5.3%）であった。心不全や感染症が上位を占めるのは全身状態を反映したものであるが、導入後1年以内に悪性腫瘍で死亡する患者が11%以上という現実には注目すべきであろう（図2）。これは、相当数の患者が導入時に悪性腫瘍に罹患していた可能性を示唆するとともに、終末期医療の在り方やHDの意義について考えることの重要性を指摘しているようにも思われる。

## 2011 JSDT

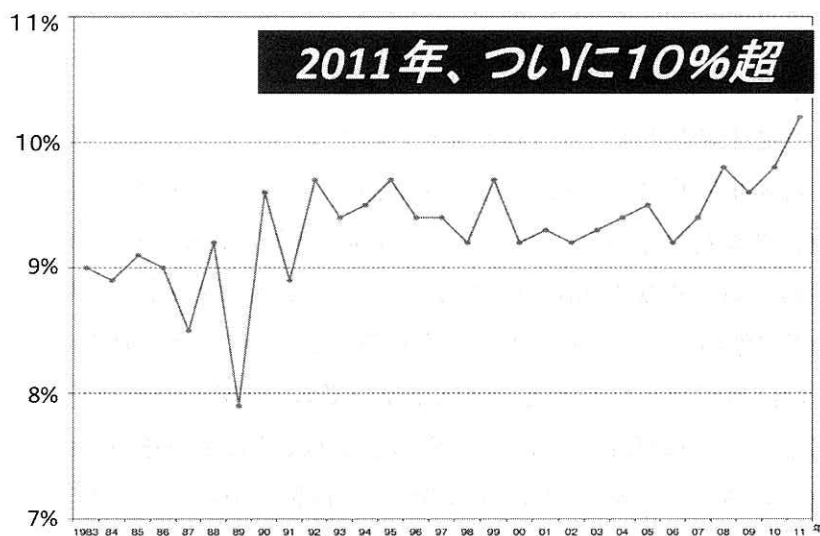


図1 年次別粗死亡率の推移

## 2011 JSDT

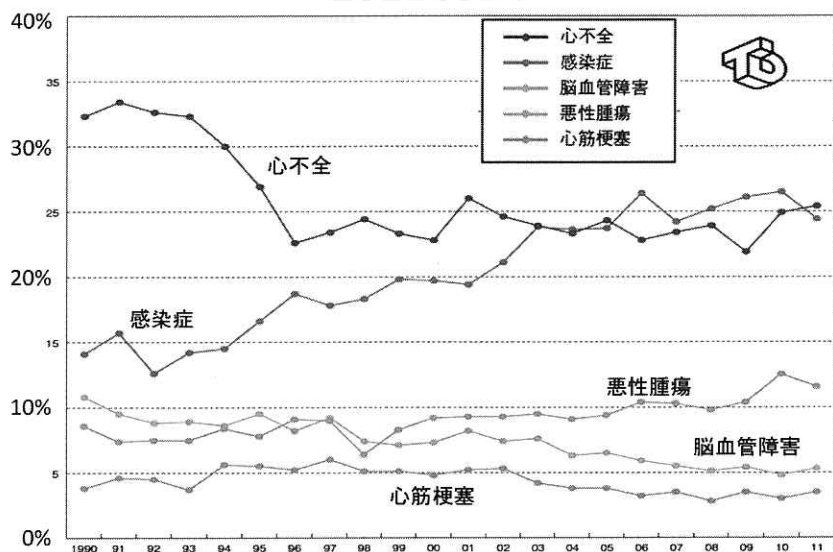


図2 導入年別死亡患者の死亡原因

HDは、間欠的な体外循環を要する血液浄化療法であるため、重篤な心血管系疾患を有する患者や全身状態の不良な高齢者に対しては、生命予後を悪化させる危険がある。このような状況は、新規導入患者のみならず長期の維持透析患者でも生じ得るため、腹膜透析の困難な場合にはHDへの導入あるいは治療継続を断念せざるをえない。このような医学的根拠に基づく判断は容認されるであろうが、循環動態の悪化や悪性腫瘍以外にも終末期医療に準じた対応を要する症例にしばしば遭遇する。その中でHD導入や治療継続により患者の尊厳を損なうのではないかと苦慮することも稀ではなく、HD導入あるいは継続の見合わせという選択肢について多くの医療者が悩んできた。このような状況を受け、日本透析医学会がひとつの考え方として『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)』を示した<sup>2)</sup>。この提言案を契機に、透析医療の在り方について再考して頂ければと思う。

### 2) 非導入および継続中止に関するわが国と欧米の比較

日本透析医学会の統計調査では、2011年に死亡された30,831名の透析患者のうち自殺/拒否は0.7%であった。これは透析中止に伴う死亡が約20%を占める欧米とは大きく異なる。非導入に関するわが国の大規模統計調査はないが、米国では約5%、英国では約16%との報告もある。自己の尊厳あるいは死生観に対する欧米諸国の意識が非導入あるいは継続中止という判断を尊重しており、わが国との差異に繋がっているものと推察される。しかし、欧米諸国においても非導入・継続中止に関して様々な議論がなされてきたことは認識しておく必要がある。1972年、Medicareが患者選択の適用基準に関する模索を開始し、1986年にNeuらによる透析中止事例の歴史的な報告がなされた。それによると1,766例中155例(9%)で透析が中止されており、全死因の22%に相当というものであった<sup>3)</sup>。1991年には米国政府機関が関連学会に“patient acceptance criteria”を示すよう要請したが明確な回答が得られなかった。そこで1994年にHirschらが独自の透析非導

入基準を発表した<sup>4)</sup>。その概要を表1にまとめたが、現在のわが国における議論のなかで問題となっている事項が多く含まれていることに気付かれたかと思う。このような議論が欧米諸国において約20年前になされ、政府機関からの要請を受けても学会としてではなく、一個人としての見解として示されたことに注目したい。そして、1997年にRenal Physicians Association (RPA) 並びに米国腎臓学会 (ASN) が、医師・患者・家族・倫理学者・公共政策専門家などを交えた作業部会を発足させ、透析適用患者基準ガイドラインの作成に着手、2001年にRPAとASNにより『透析への適正導入および透析中止に関する共同の意思決定』に関する勧告を発表するに至った<sup>5)</sup>。表2にそのポイントを抜粋した。意思決定に際しては冷静な判断が可能な患者では医師との間で十分な検討がなされることが尊重されるべきだが、患者が意思表示能力を欠如した場合に備えて代理判断を委ねる法的代理人を指名しておくこと、そして患者自身の強い意思を文書として表明しておくことを勧めている。

表1 患者または家族に対して慢性透析導入を薦めない助言を行うに際しての諸共存因子に関するHirschらの基準

1. 非尿毒症性認知症 (dementia)
2. 転移性または切除不能な実質性腫瘍, または難治性血液疾患
3. 肝・心・肺疾患の末期状態 (患者はベッドまたは椅子に終始拘束され, 日常生活活動に介護を必要とする)
4. 運動能力と日常生活活動を著しく損なう不可逆性神経疾患 (重度の脳卒中, 酸素欠乏性脳障害)
5. 生命維持がきわめて困難な多臓器不全
6. 透析の度に薬剤による鎮静か, 器具による制動をしなければ血管アクセスを機能できない状態

Experience with not offering dialysis to patients with a poor prognosis.  
Hirsch DJ, West ML, Cohen AD, Jindal KK: Am J Kidney Dis 23: 463-466, 1994

表2 透析への適正導入および透析中止に関する共同の意思決定に関する勧告 -PRA/ASN-

勧告-1: 共同の意思決定

患者+医師(+家族), 代理判断(法的代理人+医師)

勧告-6: 透析の非導入または透析の中止

- ① 患者の強い意思表示
- ② 事前指示(書)の存在
- ③ 患者が意思表示能力を欠如⇒法的代理人
- ④ 思考力・感覚・目的行動・自己及び他者の認識欠如となるような不可逆的かつ重篤な神経学的障害

勧告-7: 特殊な患者群

非腎疾患患者で終末期状態または医学的理由から透析施行が不可能な急性腎不全または末期腎不全の患者

勧告-8: 期間限定の透析試行

透析を要するが予後が不確実で透析開始のコンセンサスに達していない患者

Shared decision-making- The new RPA/ASN Guidelines on appropriate initiation and withdrawal of treatment. Moss AH: Am J Kidney Dis 37: 1081-1091, 2001

### 3) 事前指示書とリビング・ウィル

欧米で尊重されている事前指示書とリビング・ウィルは、わが国では馴染みが薄く混同して用いる場面もあり整理しておきたい。事前指示書とは、意思決定不能状態に陥った場合に医療ケアに関する個人的希望を伝える法的文書であり、リビング・ウィルと医療判断代理委任状の2つによって構成される。そして、リビング・ウィルは医療ケアに関する患者の希望を表明した文書、医療判断代理委任状は患者が代理人を指名しその人に医療に関する決断を下してもらうための文書である。代理人は、事故や病気で本人に意思決定能力がなくなったときに、医師と治療の選択肢について話し合い、決断を下す権限を認められる。医療判断代理委任状には、治療法の選択に対する希望など、リビング・ウィルに関する記載も加えることができるが、それに拘束力はなく、代理人に対する参考資料としての意味しか持たない。

### 4) わが国における安楽死と治療行為中止に関する法的解釈

重篤な病態に陥った患者の苦痛が限界を超え、患者の尊厳と家族の苦悩そして医療に委ねられた責務の間で、安楽死および治療行為中止にかかわる幾つかの事例が存在する。その中で、1961年の名古屋安楽死事件および1991年の東海大学附属病院事件から、安楽死および治療行為中止に対する司法の判断が示されている。1962年に名古屋高等裁判所から示された安楽死6要件を踏まえ、1995年に横浜地方裁判所が示した『安楽死の4要件と治療行為中止の3要件』を表3にまとめた。この重要な判断をするに際して、患者の明確な意思表示が必須である。そして、リビング・ウィルがあっても治療の中止の時点とあまりにもかけ離れた時点であったり、その内容が漠然としていたりしている場合には、家族の意思表示により補うことが必要であると述べられている。また、治療行為の中止の対象となる措置のひとつとして人工透析が含まれていることは、透析療法の非導入および継続中止を検討する上で最も考慮しなくてはならないことと思う。

表3 安楽死の4要件と治療行為中止の3要件

#### 医師による積極的安楽死の4要件

- (1) 耐えがたい肉体的苦痛があること
- (2) 死が避けられずその死期が迫っていること
- (3) 肉体的苦痛を除去・緩和するために方法を尽くし、他に代替手段がないこと
- (4) 生命の短縮を承諾する患者の明示の意思表示があること

#### 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

## 5) 日本透析医学会からの提言（案）の要点

今回示された提言（案）は、表4の如く4つにより構成されている。医療行為を実施する際には、十分な情報提供を行い、患者の同意を得たうえで行うことが基本となる。HDは、体外循環を要し患者に相応の負担が掛かる介入的治療であることから、多くの施設で導入時に治療開始についての同意を取得している。しかし、今回の提言では、HDが延命治療としての側面も有することから、導入のみならず継続の見合わせについて検討しなければならない状況を迎えることを念頭におき、患者および家族に対して事前に十分な情報提供を行い、それを理解してもらわれるよう援助し、患者に対しては自己決定を事前指示書として記すことを勧めている。また、患者自身での判断が困難あるいは意思表示が困難な場合などでは、どのように医療およびケアの方針を決定すべきかについて、患者家族との関係を含めて示している。そして、これらのプロセスを経ることで、HDの導入あるいは継続を見合わせる判断が適正になされることを期待している訳だが、生命の終焉を意味する導入あるいは継続の見合わせに関しても、患者の意思決定が適切になされるのは容易ではないと思われる。また、現在のわが国の医療体制を考えたとき、示されたプロセスを遂行するにはいくつかの課題があるものとする。

表4 終末期患者に対する慢性血液透析療法の見合わせに関する提言（案）

### 提言1: 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

- ・患者に事前指示書の作成を勧める。

### 提言3: 同意書の取得

- ・慢性血液透析療法の導入前に同意を取得する。

### 提言4: 医療チームによる慢性血液透析療法の見合わせ

- ・一定の状況を満たす終末期患者では、透析療法の導入または継続を見合わせる。
- ・患者の意思を尊重した事前ケア計画を策定する。
- ・患者に効果的な緩和ケアを提供する。

## 6) 提言（案）の課題

### ① 『情報提供と自己決定の援助』のタイミングについて

患者および家族に対して導入あるいは継続を見合わせるという選択肢に関する情報提供をするタイミングは、医療者側がその検討が必要な状況に直面した場合と、全身状態は安定しているが将来的な事態を仮定し事前指示として患者および家族の見解を求めておこうと考える場合、ではなかろうか。前者では、全身状態が不良となった患者自身に厳しい選択を迫ることになり、また、多くはその選択の意味を理解することが困難になっている可能性が高い。従って、家族への情報提供を行

---

いその意向を確認することが主体となろう。後者では、切迫した状況ではなく一般論として患者自身の終末期医療に対する考え方を確認する意味合いが強く、事前指示書を作成してもらうことは可能ではある。そして、この情報提供のタイミングだが、その候補として透析導入時に行うことが想定される。しかし、その際に患者はこれを受入れることが出来るだろうか。多くの慢性腎臓病患者は、透析を回避するため懸命に保存的治療を継続しており、末期腎不全に至り透析療法を開始するという事態を受容するのが精一杯で、最終的に訪れる死についてまで考え、自らの結論を導き出してもらうことは極一部を除いて難しいように感ずる。安定した維持透析を行えるようになった時期に、患者自身の意向を確認するほうが精神的負担は軽減されるかもしれない。導入施設よりも患者や家族に接する時間が長い維持透析施設において、将来の継続の見合わせに関する情報提供を行い患者や家族の意思を確認することも、ひとつの対応策であろう。何れにしても、患者と医療者との信頼関係が確立していることが、この情報提供を行う大前提であろう。

## ②『自己決定の尊重』と事前指示書の取扱

事前指示書は、意思決定不能状態に陥った場合に、どのように終末期医療を行って欲しいかを、健康な時期に意思表示したものであり、欧米諸国においては法的にも尊重されている。しかし、わが国における事前指示（書）の取り扱いは明確でない。これは、健康な時期に意思表示した終末期医療に対する漠然とした抽象的な考え方が、実際の末期状態に直面した場合と必ずしも合致しないのではないかという疑問のためであり、事前指示（書）に従って行った医療行為であっても、違法と判断される可能性を含んでいる。最近、多くの学会から終末期医療における指針等が示されているが、選択した治療に対する法的な担保を求める声も高まっている。それを受け、超党派の国会議員で組織された『尊厳死法制化を考える議員連盟』から「終末期の医療における患者の意思の尊重に関する法律案（仮称）」が公表された。これは、終末期にある患者の意思を尊重するために、延命措置に関する意思決定ができることを法律で定めるとともに、法律が定める条件に合致する対応をした医師を免責することが目的である。現在、(1) 延命措置を開始しない場合（不開始）のみを対象とする案と、(2) 現在継続中の延命治療を中止した場合も含める案の2つが検討されている。患者の自己決定を尊重することは医療の根幹に関わることであり、終末期医療において適正で尊厳ある判断がなされるよう、迅速な法的整備を望む。

## ③『医療チームによる慢性血液透析療法の見合わせ』と医療体制

事前指示書を含めた患者の意思および家族の意思として、HDの導入／継続の見合わせを望んだ場合、医療者はどのように対応すべきであろうか。今回の提言（案）では、担当医が単独で判断し実施することは容認しておらず、医療チームを編成し、複数の専門家からなる委員会の設置を提唱している。HDの非導入／継続中止という結論に至ったプロセスを検証し、適切な医療を実践するためには必要な対応と考える。その一方、当該患者の担当医療施設のみで、この対応が完結できるかという疑問が生じる。わが国の透析施設数の大多数は1名ないし数名の常勤医により運営されていると思われ、当該患者以外の診療を考えると提言（案）にある体制を構築するのは容易ではなか

---

ろう。そこで地域基幹病院との連携が必要となるが、その多くが急性期病院としての役割を担っていることから終末期医療への対応にも限界があり、地域基幹病院とは別の組織との連携が望まれる。例えば、同一地域にある複数の医療施設が合同で導入／継続の見合わせに関わる医療チームや専門委員会を編成する、あるいは日本透析医学会に専門委員会を設置し委ねる、などの対応策が挙げられよう。しかし、患者や家族に関する情報が適切に提供され、適正な判断がなされるためには幾つもの課題が残るように思う。

## おわりに

人々は自らの生命について考え、いつかは必ず訪れる死に対して準備することの大切さを理解している。しかし、実際にこの命題について熟考し、自らの意思を明確に表明できる方はそれほど多くないのではないだろうか。自分らしく生きて行くことについては考えるものの、どのような状態になったら現代医療の恩恵を享受せず、そのまま自然な死を迎えようかという事について結論をだすことは容易ではない。近年、終末期医療のあり方について、厚生労働省をはじめ様々な学会からガイドライン等が示された<sup>6)7)8)9)</sup>。いずれもが臨床現場の抱える問題と対峙し、適正な医療が実践されるように、一定の基準あるいは考える筋道を示したものであり、今後もこのような議論が盛んになるだろう。

HDの導入および継続の見合わせは、終末期医療における透析療法の在り方自体を考える必要がある。しかし、終末期医療には、基礎疾患そのものに対する治療に加え、精神的ケアや疼痛対策、さらには栄養管理・呼吸管理・循環動態管理・家族へのサポートなど、多くの診療行為が包括されており、透析療法はそのなかの一部に過ぎない。導入および継続の見合わせを議論しなければならない患者が、どのようにしてその終焉を迎えるのかは、これらの医療行為をどのように組み合わせ実施するかによって異なる。終末期医療の在り方は、これらのさまざまな医療行為を総合的に評価したうえで、治療方針を決定すべきことであり、透析療法はそのひとつであることを念頭においた慎重な対応が望まれる。

## 文 献

- 1) 日本透析医学会 図説わが国の慢性透析療法の現況 (2011年末現在)  
overview\_confirm.html, <http://www.jsdt.or.jp>
- 2) 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
- 3) Neu S, Kjellstrand CM. Stopping long-term dialysis ; An empirical study of withdrawal of life-supporting treatment. N Engl J Med 314: 14-20, 1986
- 4) Hirsch DJ, West ML, Cohen AD, et al. Experience with not offering dialysis to patients with a poor prognosis. Am J Kidney Dis 23: 463-466, 1994

- 
- 5) Moss AH. Shared Decision Making in Dialysis - The new RPA/ASN Guidelines on Appropriate Initiation and Withdrawal of Treatment. Am J Kidney Dis 37: 1081-1091, 2001
  - 6) 厚生労働省：終末期医療の決定プロセスに関するガイドライン shingi/2007/05/dl/s0521-11a.pdf、<http://www.mhlw.go.jp>
  - 7) 日本老年医学会「立場表明 2012」 tachiba/jgs-tachiba2012.pdf、<http://www.jpn-geriat-soc.or.jp>
  - 8) 日本救急医学会 救急医療における終末期医療に関する提言（ガイドライン）2007 html/info/info-20071116.pdf、<http://www.jaam.jp>
  - 9) 全日本病院協会 終末期医療の指針 2007 voice/pdf/071219\_1.pdf、<http://www.ajha.or.jp>