

日本透析医学会のガイドラインを中心に、 高齢者の透析を考える

三浦靖彦[†]第73回国立病院総合医学会
(2019年11月9日 於 名古屋)

IRYO Vol. 75 No. 5 (392-395) 2021

要旨

増加の一途をたどる慢性透析患者は、国民全体と同様に高齢化してきている。透析を行いながら人生の最終段階を迎える患者だけでなく、透析非導入、または、透析中止（透析の見合わせ）を決定する患者も、米国のように、今後増加する可能性も考えられる。

高齢多死社会において、高度に発展した医療技術を、どのように適応するかについては、臨床倫理的アプローチが求められ、わが国においても臨床倫理が普及し始めているが、透析療法の適応においても、臨床倫理の四原則（自律尊重、無危害、善行、正義）を参照しながら、目の前にいる患者に何を提供すべきかを考える習慣を身につけたい。

近年、アドバンス・ケア・プランニングの概念が注目されているが、その前身である事前指示の普及も、透析医療の現場では、早くから行われていた。また、人生の最終段階を迎えた透析患者には、がん患者への対応と同様に、緩和ケア的アプローチが求められるが、透析現場において、緩和ケアのスキルは普及に至っていない。そこで、本稿では、透析の導入から中止に至るまでの倫理的問題点、透析患者への緩和ケア・エンドオブライフケアなどについて概説する。

キーワード 慢性腎不全、緩和ケア、臨床倫理、透析見合わせ、エンドオブライフケア

透析医療における臨床倫理的アプローチ

医療技術の革新と、患者の高齢化という問題が混在している現代において、医療の目標を「患者の生活の質（QOL）」に焦点を当てようという変革もあらわれたが、透析分野では、いち早くそれに対応し、透析患者のQOL測定用国際的質問紙も開発され、臨床応用されてきた¹⁾。

透析の導入から中止までのプロセスにおける臨床倫理的なアプローチを用いた意思決定支援のアルゴリズムを図1に紹介する²⁾。この意思決定の場面においては、「説明と同意」で表現されるような単調

なインフォームドコンセントではなく、共同意思決定（Shared Decision Making）と呼ばれるプロセスが求められる。ここでは、透析によって得られる患者の利益と、透析行うことによる患者の負担を両者でよく話し合うことが求められており、近年重要視されている「患者と家族の、ものがたり（ナラティブ）」を理解したうえでの意思決定支援が求められる。「利益を与え、害を与えるな」という臨床倫理の原則を念頭に置きながら、患者・家族との真摯な話し合いが求められる。

東京慈恵会医科大学附属柏病院 総合診療部 [†]医師

著者連絡先：三浦靖彦 東京慈恵会医科大学附属柏病院 総合診療部 〒277-8567 千葉県柏市柏下163-1

e-mail : yamiura-npr@umin.ac.jp

(2020年3月13日受付, 2020年11月13日受理)

How to Treat the Elderly Chronic Kidney Disease Patients Ethically

Yasuhiko Miura, Department of General Medicine, The Jikei University Kashiwa Hospital

(Received Mar. 13, 2020, Accepted Nov. 13, 2020)

Key Words : chronic kidney failure, palliative care, clinical ethics, withdrawal from dialysis, end of life care

表1 透析中止・見合わせの申し出があった際に留意すべき事項

- ・透析の中止・見合わせを希望する理由は何か？
その理由は、関係者から見て理解可能なものか？
- ・患者は意思決定能力を有しているのか？
- ・うつ状態、脳障害や他の障害による影響はないか？
- ・透析中止の希望は確固たるものか？
事前指示書、アドバンス・ケア・プランニング等はあるか
- ・患者の透析中止の希望の主要な要因を改善できる手段はないか？
もしくは、その手段が尽くされたか。
- ・患者の家族や周囲の関係者は患者の希望を支持しているか？

上記の条件について情報を入手し、多職種によるカンファレンス（臨床倫理コンサルテーション等）で討議することが望まれる。（文献12より）

慢性透析患者における事前指示

事前指示（Advance Directives）とは、「昏睡状態や植物状態、重度の認知症などで、自分自身の受ける医療行為について、自分で決めることができなくなってしまうときに備えて、意識がはっきりとしているうちに、自分の受けたい、または受けたくない医療行為についての希望を表明しておくこと」を指し、これを書面化したものがリビング・ウィルと定義されるが、その他、代理人指名をも含む概念である。

わが国における事前指示の概念の普及においても、透析分野では、早くから着手されていた。筆者が行った透析患者の調査では、8割以上の患者が事前指示をしたいと回答し、約30%の患者が実際に事前指示をしていると回答していた³⁾。しかし、後の調査で、患者の終末期医療に対する希望は家族にも主治医にも、統計学的には理解されていないことが明らかとなった⁴⁾。米国でも同様の結果が報告されており⁵⁾、自分の希望する形の終末期を過ごしたいと考える場合、その意思を表明しておくことが必要と考えられたため、透析患者用の事前指示書を作成した⁶⁾。一方、日米独の透析専門医の意識調査によると、高度認知症患者に対する透析中止について、日本の医師は、透析中止を推奨しないという結果であり、米国とは全く異なる結果であったが、「患者の事前指示および家族の希望を尊重する」傾向においては、3カ国とも同様の傾向であった⁷⁾。

透析非導入・見合わせ、透析中止に関して

Oreopoulos⁸⁾は「末期癌患者に透析を継続することは、死に行く過程を延長させるだけであり、症例によっては、透析を中止し、痛みのない、尊厳ある死を選択する手助けをすべきではないか」と述べている。また、Hirschら⁹⁾は、きわめて予後不良で重症な腎不全患者を診た場合、透析非導入を患者や家族に提案すべき病態を発表している。大平も¹⁰⁾、透析中止を考える状況についての提言をしている。2014年に日本透析医学会も、「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」を発表しており、臨床現場では、参考にされている¹¹⁾。筆者が提案した「患者から透析の中止・見合わせの申し出があった際に留意すべき事項」を表1に示す¹²⁾。

慢性腎不全・透析患者への緩和ケア

WHOの緩和ケアの定義によれば、緩和ケアの対象は、がんなどの悪性疾患に限ったものではなく、すべての疾患に対して提供されるべきと読み取れるが、わが国においては、緩和ケア病棟への入棟基準は、悪性疾患とAIDSに限定されており、緩和ケアチームの活動に対する緩和ケア診療加算においても、平成30年に、末期慢性心不全が加えられたばかりであり、「慢性腎不全患者への緩和ケア」といわれても、現実味をもって考えることのできる医療者が少ないかもしれない。しかし、米国においては1990年代から「透析医療従事者は、緩和ケアの知識

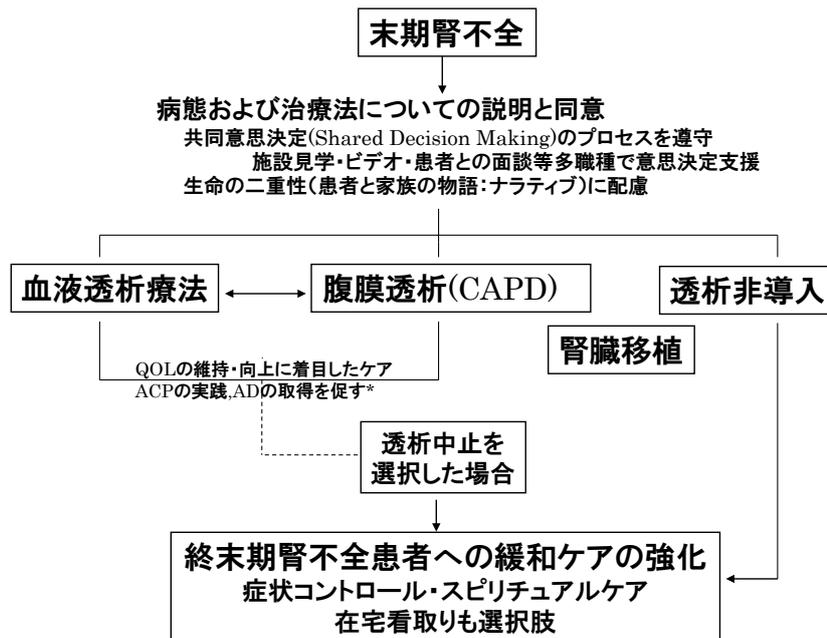


図1 臨床倫理的アプローチを駆使した慢性腎不全医療のアルゴリズム

末期腎不全と診断された時から包括的緩和ケアを提供する。また、すべてのプロセスを通じて多職種連携を基本とし、必要に応じて倫理コンサルテーションを開催する。

*ACP: Advance Care Planning; アドバンス・ケア・プランニング (人生会議)

AD: Advance Directive; 事前指示

三浦靖彦 透析医療における倫理的問題点 臨床倫理 2014 2, より一部改変

を身に着けるべきである」と明言されており¹³⁾、わが国においても早急に導入すべきと思われる。

末期腎不全患者の人生の最終段階における各種症状とそのケアについては、近年、患者・家族向けの意思決定支援のための書籍も発行されたが¹⁴⁾、がん末期の場合の痛みとは別に、慢性透析患者には、透析アミロイドーシスや透析骨症による、特有の痛みについても留意しなくてはならない。また、透析患者は、社会的なつながりが希薄であることも予想されるため、人生の最終段階に至る以前から、社会とのつながりに気を配り、社会資源（ピアサポートなど）を積極的に導入するなどの社会的処方しておくことも求められる。精神的苦痛に対しては、大病院であれば、緩和ケアチームや精神科医に依頼することができるが、単独の通院透析施設では、人的資源に乏しいため、透析医を筆頭とした院内スタッフが精神的ケアに対しても最低限のスキルを身に着けておくことが求められる。また、霊的苦痛（自身の存在の意味に対する痛みと解説されることもあるいわゆるスピリチュアルペイン）については、日本文化になじみが薄いことは否めないが、「傾聴・共感」

などを通して、普段から患者の尊厳を意識した対応をしておくことが求められる。近年、臨床宗教士も増えてきているため、そこにつなげるという方法もある。また、患者だけでなく、家族等に対しても、全人的な苦痛に対するケア（スピリチュアルケア）を、多職種によるチームで展開すべきである。このプロセスにおいて、先に述べた共同意思決定のプロセスにおいて、患者・家族のナラティブを尊重し、関係者全員で、そのプロセスを共有することは、「死別の悲嘆」を軽減することにも役立つ。最終的に「本人の意志を尊重した」という事実は、家族に対しては「死別の悲嘆」に対するケア（グリーフ・ケアの）一助となる一方、医療チームに対しても、バーンアウトを軽減するという効果も期待される。

〈本論文は2019年第73回国立病院総合医学会シンポジウム「腎疾患のエンドオブライフケア」において「日本透析医学会のガイドラインを中心に、高齢者の透析を考える」として発表した内容に加筆したものである。〉

著者の利益相反：本論文発表内容に関連して申告なし。

[文献]

- 1) 三浦靖彦, Joseph Green, 福原俊一. KDQOL-SFTM version1.3日本語版マニュアル. 東京：(財)パブリックヘルスリサーチセンター；2001.
- 2) 三浦靖彦. 透析医療における倫理的問題点. 臨床倫理 2014；2：63-8.
- 3) Miura Y, Asai A, Nagata S et al. Dialysis Patients' Preferences Regarding Cardiopulmonary Resuscitation and Withdrawal of Dialysis in Japan. *Am J Kidney Dis* 2001；37：1216-22.
- 4) Miura Y, Asai A, Matsushima M et al. Families' and Physicians' Predictions of Dialysis Patient's Preferences regarding Life-sustaining Treatments in Japan. *Am J Kid Dis* 2006；47：122-30.
- 5) Seckler AB, Meier DE, Mulvihill M. Substituted judgment: How accurate are proxy predictions? *Ann Intern Med* 1991；115：92-8.
- 6) 三浦靖彦, 浅井 篤, 細谷龍男. 透析導入時における事前指示. In：日本内科学会認定内科専門医会編. より良いインフォームド・コンセント (IC) のために. 東京：日本内科学会；2003：p254-58.
- 7) Sehgal A, Weisheit C, Miura Y et al. Advance Directives and Withdrawal of Dialysis in the United States, Germany and Japan. *JAMA* 1996；276：1652-6.
- 8) Oreopoulos DG : Withdrawal from dialysis : when letting die is better than helping to live. *Lancet* 1995；346：3-4.
- 9) Hirsch DJ, West ML, Cohen AD et al. Experience with not offering dialysis to patients with a poor prognosis. *Am J Kid Dis* 1994；23：463-6.
- 10) 大平整爾. 慢性腎不全患者の透析を止めるとき－誰がいつ、決意するか－. *Clin Eng* 1996；7：401-7.
- 11) 日本透析医学会血液透析療法ガイドライン作成ワーキンググループ 透析非導入と継続中止を検討するサブグループ 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 2014；47：269-85.
- 12) 三浦靖彦. 慢性腎不全診療における倫理的問題点. 臨床倫理 2018；6：80-3.
- 13) Renal Physician Association, and The American Society of Nephrology. Shared Decision-Making in the Appropriate Initiation of and Withdrawal from Dialysis. Washington D.C. Renal Physician Association, 2000.
- 14) 大賀由花, 斎藤 凡, 三浦靖彦ほか. 会田薫子編集. 清水哲郎 監修. 高齢者ケアと人工透析を考える本人・家族のための意思決定プロセスノート. 東京：医学と看護社；2015.