

人生最終段階の医療：透析非導入（差し控え）・継続中止における事前指示書の活用

原田 孝司[†] 船越 哲第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 (400-404) 2021

要旨

透析患者の高齢化にともない、透析医療の現場において人生最終段階の医療・緩和ケアの取り組みが課題となってきた。このような高齢透析患者の人生最終段階における医療において、患者をどのように看取るか、どのような緩和ケアを行うかが重要な課題となっている。そこで、維持血液透析見合わせ時の意思決定プロセスについての提言を踏まえながら、長崎腎病院（当院）で取り組んでいる人生最終段階の透析患者の透析の差し控えおよび継続中止の現状とその課題について検討した。事前指示書の取得を活用することにより患者の尊厳ある生き方を実現できた。

キーワード 人生最終段階、透析療法、非導入（差し控え）・継続中止、事前指示書

はじめに

わが国の透析医療において透析患者は年々高齢化しており、日本透析医学会の統計調査によると65歳以上の高齢者は2018年には66.9%と著明に高齢化していた¹⁾。

このような高齢透析患者の人生最終段階における医療（終末期医療）において、患者をどのように看取るか、どのような緩和ケアを行うかが重要な課題となっている。そこで長崎腎病院（当院）で取り組んでいる人生最終段階の透析患者の透析の見合わせおよび中止の現状とその課題について検討した。

アドバンス・ケア・プランニング：Advance Care Planning (ACP) とアドバン・ディレクティブ（事前指示書）(Advance Directives)

アドバンス・ケア・プランニングとは将来の医療およびケアについて、患者を主体に、その家族や近い人、医療、ケアチームが繰り返し話し合いを行い、患者の意思決定を支援するプロセスのことであり、患者の人生観、希望に沿った将来の医療およびケアを具体化することを目標にすることである。具体的には患者の意思を尊重した医療およびケアを提供し、尊厳ある生き方を実現することである。患者が意思を明らかにできる時から繰り返し話し合いを行い、その意思を共有することである。ACPにおける話し合いの内容は、将来の変化に備え患者の意思を尊重した医療およびケアを提供し、人生の締めく

長崎腎病院 †医師

著者連絡先：原田孝司 長崎腎病院 〒852-8143 長崎市川平町1191-5, 905

e-mail : ranaltharada@nagajin.jp

(2020年4月30日受付, 2021年8月6日受理)

Medical Care in the Final Stage of Life : Use of Advance Directives in Withholding and Discontinuing Dialysis

Takashi Harada and Satoshi Funakoshi, Nagasaki Kidney Hospital

(Received Apr. 30, 2020, Accepted Aug. 6, 2021)

Key Words : the end of life, dialysis therapy, withhold and withdrawal, advance directives

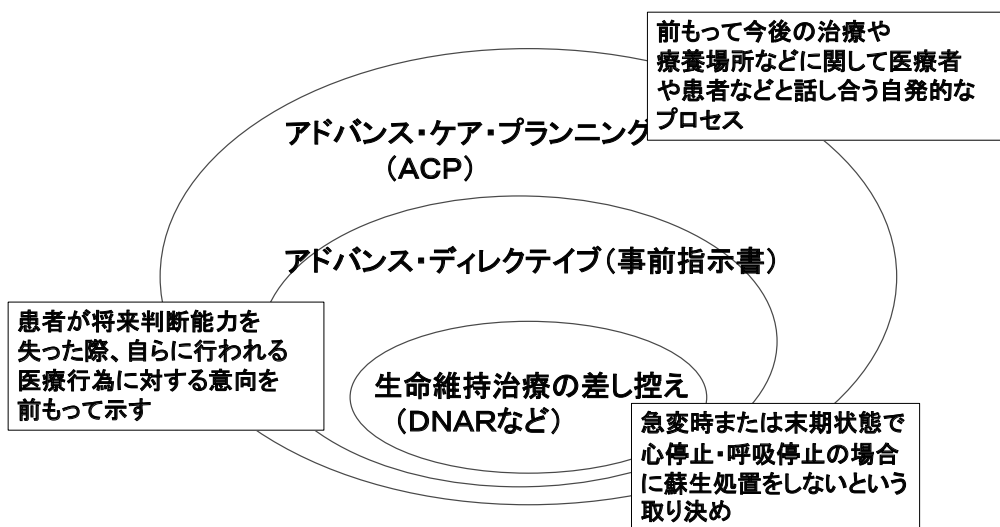


図 1

表 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

<p>1 人生の最終段階における医療・ケアの在り方</p> <p>① 医師等の医療従事者から適切な情報の提供と説明がなされ、それに基づいて医療・ケアをうける本人が多専門職種(医療・介護従事者)から構成される医療・ケアチームと十分な話し合いを行い、本人による意思決定を基本としたうえで、人生の最終段階における医療・ケアを進めることが最も重要な原則である。</p> <p>② 人生の最終段階における医療・ケアについて、医療・ケア行為の開始・不開始、医療・ケア内容の変更、医療・ケア行為の中止等は、医療・ケアチームによって、医学的妥当性と適切性を基に慎重に判断するべきである。</p> <p>③ 医療・ケアチームにより可能な限り疼痛やその他の不快な症状を十分に緩和し、本人・家族等の精神的・社会的な援助も含めた総合的な医療・ケアを行うことが必要である。</p> <p>④ 生命を短縮させる意図をもつ積極的安楽死は、本ガイドラインでは対象としない。</p> <p>2 人生の最終段階における医療・ケアの方針の決定手続。</p> <p>① 本人の意思の確認ができる場合</p> <p>② 本人の意思の確認ができない場合</p> <p>③ 複数の専門家からなる話し合いの場の設置。</p> <p style="text-align: right;">厚生労働省 改訂平成30年3月</p>
--

くりの時期に寄り添うために必要と考えられる内容について話し合うことである²⁾。

患者の意思が確認できなくなったときにも、それまでのACPをもとに患者の意思を推測することができる。なお、かかりつけ医を中心に多職種が協力し、地域で支える視点が必要である。

アドバンス・ディレクティブとは、患者が将来判断能力を失った際、自らに行われる医療行為に対する意向を前もって示すことで、事前指示書として共有される。さらに、生命維持治療の差し控え、急変時または末期状態で心停止・呼吸停止の場合に蘇生処置をしないD N A R (Do Not Attempt Resuscitation) という意思表示による取り決めがある。

以上の関係を図 1 に示した。

人生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

平成30年に厚生労働省から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が出された(表 1)³⁾。人生の最終段階における医療・ケアのあり方として、医師等の医療従事者から適切な情報の提供と説明がなされ、それに基づいて医療・ケアをうける本人が多専門職種(医療・介護従事者)から構成される医療・ケアチームと十分な話し合い

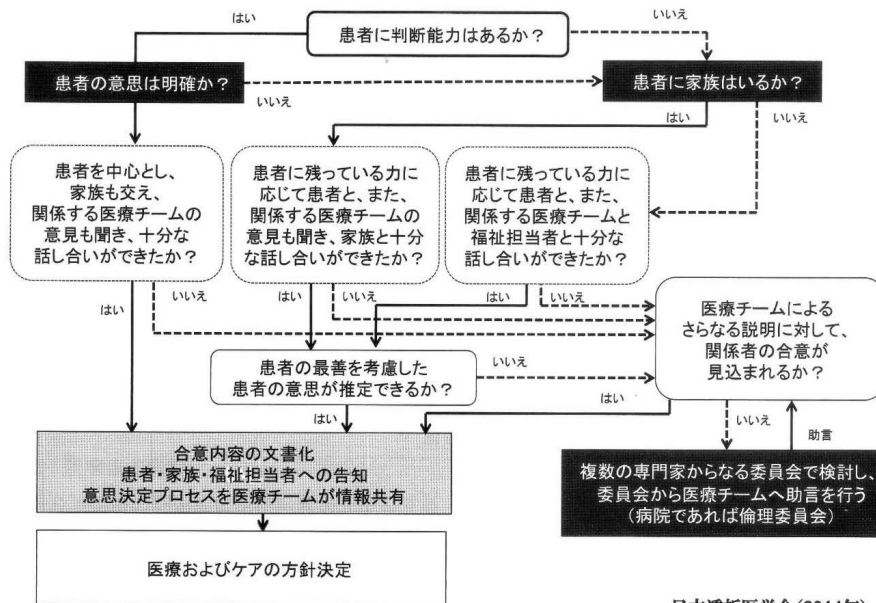


図2 維持血液透析見合わせ時の意思決定プロセス

を行い、本人による意思決定を基本としたうえで、人生の最終段階における医療・ケアを進めることが最も重要な原則であるとしている。医療・ケア行為の開始・不開始、医療・ケア内容の変更、医療・ケア行為の中止等は、医療・ケアチームによって、医学的妥当性と適切性を検討する。

医療・ケアチームにより可能な限り疼痛やその他の不快な症状を十分に緩和し、本人・家族の精神的・社会的な援助も含めた総合的な医療・ケアを行うことが必要である。生命を短縮させる意図をもった積極的安楽死は、本ガイドラインでは対象としないとしている。

わが国の透析患者の現況

日本透析医学会の統計調査によると、わが国の透析患者数は年々増加し、2018年末の透析患者数は339,841人に達し、患者の平均年齢は68.75歳で、最も多い原疾患は糖尿病性腎症(39.0%)、次いで慢性糸球体腎炎(26.8%)、第3位は腎硬化症であった(10.8%)。2018年の透析導入患者数は40,468人、平均年齢は69.99歳であり、2008年の導入患者数37,479、平均年齢は67.2歳に比し高齢化していた。原疾患では糖尿病性腎症が最も多く42.3%であったが、2018年の年間死亡患者数は33,863人であり、年間粗死亡率は10.0%であった。主要死因は心不全(23.5%)、感染症(21.3%)、悪性腫瘍(8.4%)の順

であった¹⁾。以上のように、わが国の透析患者は高齢化しており、種々の合併症を有する糖尿病性腎症が多く、加えて認知症を有する患者も多い。摂食障害や誤嚥性肺炎などのために高齢透析患者の生命予後はきわめて悪い。当院における65歳以上の高齢透析患者の613例の死亡原因の頻度は感染症が40%を占めており、その内訳は肺炎が57.7%、敗血症が37.1%であった。

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

日本医師会が2008年に「終末期医療に関するガイドライン」を作成した。これを受けて日本透析医学会においても2014年に日本透析医学会血液透析療法ワーキンググループ：透析導入と継続中止を検討するサブグループから、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がなされた⁴⁾。維持透析血液透析見合わせ時の意思決定プロセス」は5つの提言からなっている。提言1は、患者への適切な情報提供と患者が自己決定を行うに際の支援。提言2は、自己決定権の尊重で、提言3は、同意書の取得、提言4は維持血液透析の見合わせを検討する状況、提言5は、維持血液透析見合わせ後のケア計画である(図2)。患者に判断能力があるか? 判断能力があれば、患者の意思は明確か? 患者、家族、福祉担当者への告知を行い、医療チー

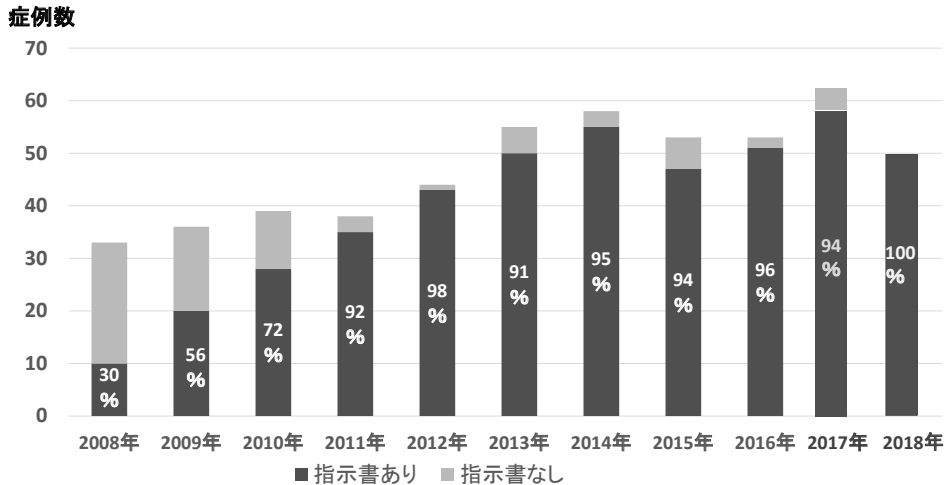


図3 入院死亡患者の事前指示書取得率 (2008年-2018年：桜町病院-長崎腎病院)

ムが情報を共有する。患者の意思が明確でない場合または患者の判断能力がなく家族がいる場合は、家族と医療チームと話し合いのもと患者の意思を推定し合意内容を文書化する。患者に判断能力がなく、家族がいない場合も医療チームとの話し合いのもとに患者の意思を推定し合意内容を文書化する。患者に判断能力がなく家族もいない場合で患者の意思が推定できない場合は、複数の委員からなる委員会(当院は倫理委員会)で検討し、患者の尊厳生と命の終焉としての尊厳死を尊重したうえで医療チームに助言を行う。日本では尊厳死としての透析中止が法的にはまだ保護されているとはいえない。しかしなが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に従った意思決定がなされているならば法的には問題がないと考えられる。

事前指示書

当院においては2008年から入院患者を中心に事前指示書の取得を開始しているが、その取得率は入院死亡患者で2008年度は30%であったが、事前指示書の提出を啓発することにより事前指示書の取得率は年々増加し、2018年度は100%であった(図3)。事前指示書の内容は、現在の医学的常識では回復の可能性がきわめて低い状態で、点滴による水分の補給、鎮痛薬・鎮静薬を含む薬物療法、血液透析の継続、人工呼吸器の装着、心臓マッサージなどを希望するか意思表示してもらう。2018年度における事前指示書は、死亡患者50名中、その内訳は点滴による水分の補給および鎮痛薬・鎮静薬を含む薬物療法は

80%、血液透析の継続は40%で、人工呼吸器装着は4%、心臓マッサージは2%の希望であった。当院においては、透析患者の高齢化にともない多くが意識障害、認知症や精神神経疾患などを有しており意思表示できない高齢入院透析患者が多く、事前指示書の署名は、約80-90%が家族による代理判断となっていた。

本人が意思表示できる時期に事前指示書を取得できたら、事前指示書に従った看取りを行えるようになり、本人の尊厳死が尊重できると考えられる。

意思決定プロセスにおいて、患者に判断能力がなく家族もいない場合で患者の意思が推定できない場合は、倫理委員会で検討することになる。当院における倫理委員会メンバーは、理事長、院長、薬剤課長、医療課、看護課、血液浄化センター看護課、クリニック看護課に加え、外部委員として精神科医と併設のこくら庵施設長とで構成されている。外部委員を構成委員に加えることが重要である。

当院における透析差し控え・継続中止

当院における透析非導入・中止の症例の全死亡患者に占める割合は、2008年は15.2%であったが、2018年は36%であった(図4)。また、長崎県における2012年-2014年の年間のアンケート調査では、導入見合わせが死亡患者の20.6%であった。そのうち非導入が9%であり、その理由の一番は重度の認知症で33%、末期がん：20%、患者拒否が15%、重篤な脳血管障害が12.5%、重度の心肺機能障害が10%であった⁵⁾。一方、透析中止例は11.6%であり、

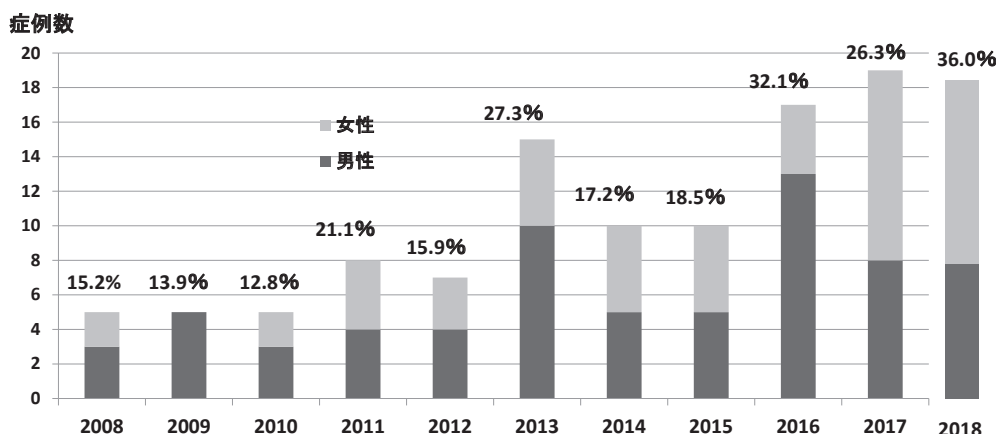


図4 死亡患者の内の透析非導入・継続中止の症例 (2008-2018年：桜町病院-長崎腎病院)

中止の理由は透析困難が62%，重度の循環器障害と患者拒否がそれぞれ10%，末期がんが5%であった⁹⁾。なお、透析中止から死亡までの期間は、9-12日が多く、患者の病態・重症度の違いによりさまざまであった。

人生最終段階における緩和ケア

人生最終段階を見る医療チームは、維持血液透析の見合わせおよび中止する患者の緩和ケアのために、患者の尊厳を尊重したケア計画を家族とともに策定し、効果的な緩和ケアを行う必要がある。家族とともに患者の意向を定期的に確認または更新する必要がある。医療チームは、維持血液透析を見合わせまたは中止する患者に出現すると予測される症状を具体的に説明するとともに症状を緩和するために、緩和ケアの専門知識を持つ専門家にも関わってもらいながら患者を看取るのが望ましい。

家族とともに患者が好きな場所で最期を迎えることができるように配慮し、家族に対しては看取りの時および看取り後も精神的および社会的な支援を行う必要がある。

おわりに

透析患者の高齢化にともない、透析医療の現場において人生最終段階の医療・緩和ケアの取り組みが課題となってきた。維持透析血液透析見合わせ時の意思決定プロセスについての提言を踏まえながら、透析の見合わせおよび中止の意思決定のプロセスを遵守する必要がある。当院における事前指示書の取

得の現状とその活用、維持透析の導入の差し控えおよび中止の現況について解説した。

〈本論文は第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「人生最終段階の医療：透析非導入（差し控え）・継続中止における事前指示書の活用」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) 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 2018年12月31日現在.
- 2) 日本老年医学会ACP推進委関する提言2019年6月. https://www.jpn-geriat-soc.or.jp/press_seminar/pdf/ACP
- 3) 厚生労働省. 人生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. 平成30年3月. <https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-10800000...>
- 4) 日本透析医学会血液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. 維持透析血液透析見合わせ時の意思決定プロセス. 透析会誌 2014; 47: 269-85.
- 5) 原田孝司, 前田兼徳, 宮崎正信. 長崎県における維持透析患者の終末期医療の実態-アンケート調査-. 透析医会誌 2016; 31: 104-8.