

自らが望む人生の最終段階における医療 ～透析非導入と透析中止について～

洛和会音羽記念病院 内科

覚知 泰志

【要旨】

本邦では、超高齢化社会に伴い終末期医療のあり方についてのガイドラインが作成され、患者本人の意識決定を尊重することの重要性が再確認されている。腎不全患者も同様に自らの意思が尊重され穏やかな人生の最終段階を過ごす権利を有し、終末期腎不全医療における透析見合わせだけでなく、人生の最終段階ではない維持透析患者が自己決定として透析の見合わせを決断することを想定とした提言もなされた。今回、透析の見合わせ症例の経験を振り返り反省を行う中で、人生の最終段階における最良の医療ケアを享受するために、腎不全早期からACP (Advance Care Planning) を促し、本人の意思決定を元に円滑に共同意思決定が行われることが必要であることを実感した。

Key words : 終末期腎不全医療、透析の見合わせ、ACP

【緒言】

死に支度 致せ致せと 桜かな (一茶)

ある外来での出来事、認知症で自宅におられた104歳の女性が高熱と意識障害で搬送され、敗血症、腎機能障害を認めた。医師より「104歳という高齢であり、治療を行っても敗血症から呼吸や心臓が停止する可能性があります。その時は寿命だと考えて自然のまま見守るという考えもあると思いますが、心肺停止時の対応のご希望は決まっておられますか？」と説明。それを聞いた息子さんから「母親が死ぬなんて考えてもなかったです(泣) そんなことは考えられません！」と。本邦は未曾有の高齢化社会を迎えている。2019年の内閣府の報告では、2016年10月に65歳以上の全人口に対する割合が27.3%で世界一の高齢社会となっており、2025年には年間死亡者数が150万人を超えて高齢者多死社会を迎え、2030年には75歳以上の高齢者が20%となり老々介護が増加、一方で高齢者世帯に占める独居高齢者の割合が36.2%になると推計されている¹⁾。高齢者は感染症などで病院の門戸を叩き、入院中にADLの低下から人生の最終段階を迎える人が多く、今後も増え続けることが容易に推察で

きる。高齢者の終末期ケアに関しては、点滴による栄養補給や胃ろうを含めた延命措置が、むしろ患者の負担になり、尊厳をも損なう場合が少なくない。過少でも過剰でもない適切な医療および残された期間のQOLを大切に医療やケアが最善であると考えられている。本人の意思を尊重した終末期ケアについての現在の課題は、「死の教育」の不十分さであり、尊厳死を考える機会の推奨などの教育的な支援体制の構築が望まれている。医療経済の観点についても終末期医療における医療資源の分配の問題は避けて通れない問題である²⁾。

高齢に伴う臓器障害において腎機能障害を認める割合も年齢とともに増加していき、80歳以上の約45%が糸球体濾過量が60/mL/分/1.73m²未満であるCKDに該当する。透析導入年齢も年々高齢化しており、2017年の統計では透析導入平均年齢が69.98歳で、75歳以上の後期高齢者が最多となっている。2017年の死亡者の平均年齢は男性78.23歳、女性84.72歳であり、透析導入時の平均年齢と死亡者の平均年齢の差が狭まってきている^{3) 4)}。終末期医療では死に至るまでできる限りよく生きるように、また尊厳をもって死に至

るように支援する必要がある、腎不全医療に含まれる腎代替療法（透析）の問題は避けて通れない。末期腎不全で腎代替療法（透析）を行わないと生命を維持することが困難となった状態も人生の最終段階と捉えることができるために誤解されやすいが、厳密には腎代替療法（透析）＝終末期医療ではない。もともと、腎代替療法（透析）は、主に中年から壮年期の慢性腎不全患者の社会復帰を支援する治療法であったが、超高齢化社会に伴い腎代替療法（透析）＝終末期医療のように論じられることが多くなった。人生の最終段階における腎不全医療が終末期腎不全医療だとすると、終末期腎不全医療における腎代替療法（透析）には二つの問題があり、一つは、透析導入をどうするか、もう一つは、維持透析患者の透析を中止するかどうかである。どちらにも共通することは、尊厳を保つために本人の意思決定が重要であるということだけでなく、本人の意思決定がしやすいような腎代替療法（腎移植、血液透析、腹膜透析）や保存的腎臓療法におけるメリットやデメリット、今後起こりうる症状と対応などわかりやすい説明を意思決定ができる状態の時期に行うことである。また、医療者は、患者の意思決定は経過で変わりうることを十分に理解し、その都度寄り添っていく体制を整えることが重要である。

最近、「医師、「死」の選択肢指示 透析中止、患者死亡」と衝撃的なタイトルとともに、人生の最終段階ではない透析患者に対する透析中止が「死への誘導」ではないかと紙面を賑わせた⁵⁾。結果的には令和元年5月31日に日本透析医学会からも声明が発表され、患者さんの意思が尊重されて良い事案であるという見解であった。腎代替療法（透析）＝終末期医療ではないと前述したが、人生の最終段階ではない透析患者に透析を中止した場合は生命を維持できないのであるから、終末期医療と考えるといけないのかも知れない。しかし、人生の最終段階という言葉は、ある程度予見できる未来に「死」が予見できる状態ということであるならば、人生の最終段階ではない透析患者における透析医療は延命治療にあたると思われる。人生の最終段階ではない透析患者においても尊厳を保つために本人の意思決定が重要であるのは言うまでもないが、医師として延命治療の差し控えや中止を希望する患者に対してどのように寄り添っていけばいいのか悩ましい問題である。特に、安楽死が認められていない本邦において、患者の意思による延命

治療の差し控えや中止については慎重に進めていく必要がある。

私は、腎臓内科医として多くの腎不全患者の診察を行い、末期腎不全患者に対して生命維持に透析が必要な状態に陥った場合は説得しなんとか透析を導入し、透析導入を強く拒否される方も救急車で運ばれてくるのを待ち透析導入を行なってきた。維持透析患者においても認知症があろうがなかろうが、ADLが低下していようが、麻痺があろうが、末期癌があろうが、食事が取れない状態になっても心臓が動いており血圧が測れる限り透析を行ってきた。それが当たり前だと考えていたし、本人にも家族にも思わせてきた。しかし、実際に透析を見合わせた症例を経験することで、患者の尊厳についてさらに真剣に考えるようになり、透析が必要だから透析を行わなければならないというステレオタイプな医療を行っていた自分を反省する契機になった。自分が経験した透析非導入症例1例と透析中止症例2例を、倫理的な症例検討において倫理的な問題点を各々の価値観を尊重しながら最善の対応を模索するのに用いられるJonsenの臨床倫理4分割表⁶⁾を利用して提示する。また、それを用いて日本透析医学会で作成された2020年版「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」（以下：2020提言）（図1）⁷⁾に照らし合わせながら客観的に省察したい。

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

〈提言〉

1. 医療チームによる患者の意思決定の尊重
2. 患者との共同意思決定
3. 患者とのアドバンス・ケア・プランニング
4. 医療チームによる人生の最終段階における透析見合わせの提案
5. 意思決定能力を有する患者、または意思決定能力を有さない患者の家族等から医療チームへの透析見合わせの申し出
6. 患者から家族等への病状説明拒否の申し出
7. 医療チームと家族等による、理解力や認知機能が低下した患者の意思決定支援

透析会誌53 (4) : 173~217, 2020

図1 2020提言（文献7から抜粋引用）

【症例提示】(図2)

◎症例1 (透析非導入症例) :

80歳代、男性。既往歴は27歳で胃潰瘍と十二指腸潰瘍で手術、76歳で脳梗塞。社会的背景は妻と二人暮らしで子供は二人(娘は看護師)。Jonsenの臨床倫理4分割表から、医学的適応としては軽度の認知機能があるが、下血や心不全を伴った腎不全を認めており透析導入が必要な状態であった。本人は寡黙な方であったが、外来や入院の中でも繰り返し透析の必要性を行なった上で透析をしたくないという気持ちは変わらなかった。家族の意見としては、奥さんや看護師の娘からも本人の意見をサポートしたいという明確な意思があった。主治医としては、透析を一時的に拒否しても透析を導入した後に感謝される症例を複数経験しており、透析を経験せずに徐々に状態が悪化していく姿を見る

のが辛いので、透析をしてみてから中止するかどうか考えていただいた方が後悔もないのではないかと説明した。結局は、多職種での話し合いを重ね、本人と家族の意思をサポートすることになった。その後の経過は、本人の意識障害が出現し、徐々に呼吸苦を認めるようになってきたため、再度透析での改善の可能性も説明したが奥さんと娘から透析はして欲しくないとの要望があり、呼吸苦に対してはモルヒネの少量持続投与で対応し、永眠された。その後、奥さんからは「本人の意思を尊重して頂いて感謝しています」という言葉をいただいた。

◎症例2 (透析中止症例) :

60歳代、女性。透析歴は3年2カ月。社会的背景は独居で、子供は二人(娘は看護師)。Jonsenの臨床倫理4分割表から、

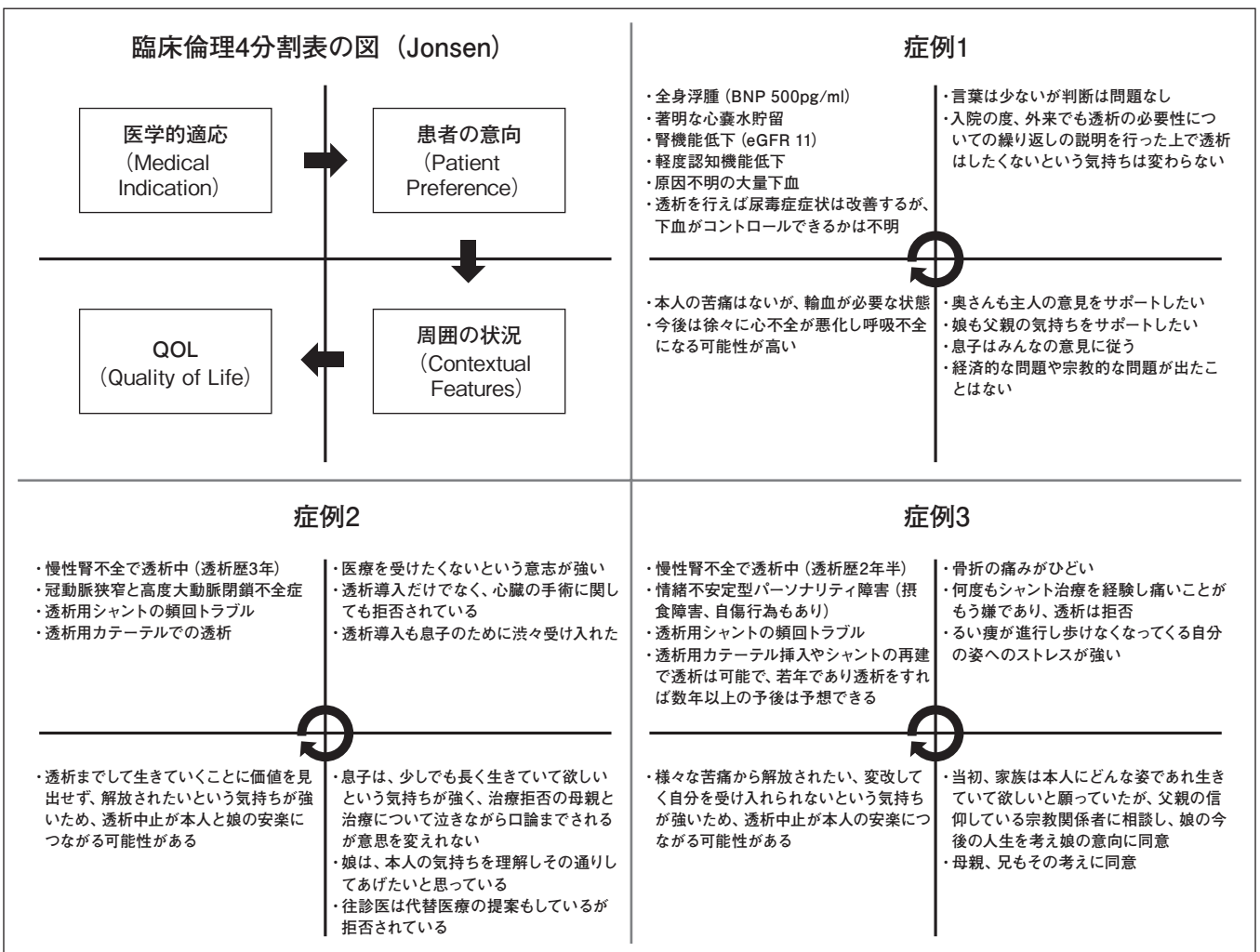


図2 症例ごとの臨床倫理4分割表

医学的適応としては透析導入前より狭心症にて循環器内科通院しており、大動脈弁閉鎖不全症の手術適応であったが、医療全般を受けることに拒否的であった。透析導入後も、透析中の血圧低下や透析シャントの頻回トラブルがあり、透析用カテーテルでの透析を行なっている状態であったが、医師や透析スタッフから繰り返し説得しても全ての手術を拒否されていた。本人との話し合いの上、本人はカテーテルが使えるまでは透析に来るけど、ダメになったら透析を辞めますという意味を明確にされていた。家族においては、息子は母親を強く説得したものの意思を変えられず、娘は本人の気持ちを尊重されていた。その後の経過は、カテーテル感染を起こし透析用カテーテルが閉塞してしまったが、カテーテル抜去も拒否され透析が行えない状況となり、かかりつけ医である往診医に引き継ぐこととなった。透析通院自己中断後、看護師から訪問看護師に問い合わせたところ、鎮痛薬を使用することでカテーテル挿入部の疼痛が緩和され、洗濯や掃除や食事を作ったり、喫煙をしたりと生活を楽しんでおられる様子であった。その後も往診医から治療に関して説得されたが、息子と本人・娘の思いは平行線をたどったままであったようである。最終的には体調不良を訴えられ近医に入院され最後を迎えられたとのことであった。

◎症例3（透析中止症例）：

30歳代、女性。透析歴は2年8カ月。社会的背景は両親と同居しており、兄弟は兄のみ。離婚歴があり、実子はいるが連絡はとっていない。Jonsenの臨床倫理4分割表から、医学的適応としては、情緒不安定型パーソナリティ障害があり、透析導入時から透析の必要性の説得を繰り返している方。透析シャントの頻回トラブルや栄養不良から来る易骨折状態で多発骨折を認めた。本人は、骨折の痛みがひどいことや、シャントの穿刺における痛みが耐え難いにも関わらず、シャント血管が細く穿刺を何回もしないといけない日があったり、2-3カ月ごとにシャントが再狭窄を起したり閉塞を認めるたび繰り返されるシャント治療が辛くて耐えられないので透析の中止を希望していた。時には透析に行きたくないために自傷行為をして来院されないこともあり、来院後に本人が泣きながら生きる辛さを訴えるのを医師が切創を縫合しながら傾聴することもあった。家族も

最初は生きてほしいと透析の継続を願ったが、父親の信仰していた宗教関係者から娘（患者本人）の希望を尊重することを勧められ、娘（患者本人）の今後の人生を考え娘の意向に同意された。主治医としてはできる限りの事をしてきたつもりであるが、本人の訴えや看護師から伝え聞いた本人の気持ちの話からサポートするしかないと思われた。しかし、透析を行なっていけば命が繋がれる若い患者の透析中止が殺人罪に当たるのではないかという不安が医療者側にあったため、精神科に判断能力についてコンサルテーションを依頼し、院内では倫理委員会を開催し、本人と家族の意思を尊重する方針を確認した。倫理委員会の後、本人と家族に再度透析中止の意思を確認し、病院として意思を尊重し透析を中止することを説明し透析中止に至った。透析中止後の経過は、徐々に体動困難が進行し、意識レベルの低下を認めたため、一旦入院したものの父親から自宅で看取りたいとの申し出があり退院となった。退院後も、透析スタッフが訪問看護師や父親と綿密に連絡を取って状況を逐一確認してくれており、死亡時も父親から連絡を受け当院で死亡確認を行った。その後、父親が涙ながらも笑顔で、本人の日記を手に挨拶に来院された。日記には、本人の思うように自宅で最後を過ごせて良かった。ここで診てもらえて良かったなどの記載と共に、両親に向けて生まれてきて良かったという記載や透析を開始した時の覚悟なども記載されていた。また、父親は「娘（患者本人）の死顔は苦痛から解放されてきれいな顔であった」と話された。

【考 察】

本人からの透析見合わせの希望を尊重することで人生の最後に尊厳を持って迎えられた3症例を提示した。症例1は人生の最終段階であるが、透析中止の2症例は人生の最終段階には該当しない症例であった。

症例1は、終末期腎不全医療としての透析を見合わせた症例で、保存的腎臓療法として体液コントロールや緩和医療など、本人が苦しみを感じないように最後を迎えられるように対応した症例であり、2020提言の提言1-3（図1）を守ることができている。透析療法の適応については尿毒症による臓器障害、体液過多や電解質異常などであるが、透析導入については円滑に行うことが困難な症例を経験した医

師も少なくないと思われる。医療者は、現在の症状を改善することができる透析を行わない理由はないと思いがちである。海外の報告であるが、75歳以上のナースホームに入所中の方を対象に透析導入前後のADLと死亡率を検討した結果では、透析導入2カ月前からADLが低下し導入後にADLが急落し、1年後の死亡率は6割にまで上昇することが判明し、高齢でADLが低下している患者の透析導入が最適な治療法ではないことを報告しており⁸⁾、フレイルなどの老化指標も含めて判断していく必要がある。日本人における高齢でADLが低下した患者の透析導入後の予後の報告した論文は見つからなかったが、日本透析医学会が報告している「わが国の慢性透析療法の現況」のデータから透析導入患者の死因は心不全を抜いて感染症が最も多くなっている。透析導入平均年齢が高齢化し、誤嚥性肺炎などのリスクが高い高齢透析導入患者が増えていることを反映していると思われ、今後高齢患者の透析導入においてADLの評価などが必要になってくる可能性があると思われる。また、透析非導入という選択をした場合には低タンパク食による適切な保存療法を実施することで生命予後や入院については透析導入群と差を認めていないことが報告されている⁹⁾。本邦において保存的腎臓療法はまだまだ馴染みのない言葉である。2020提言⁷⁾では腎代替療法の選択肢として腎移植、血液透析、腹膜透析をあげ、保存的腎臓療法は腎代替療法の選択肢には含まれていないとしており、あくまで、患者が腎代替療法を選択しないことを明言して初めて、状態を放置するのではなく保存的腎臓療法があることを説明することが大切であるとしている。腎代替療法の恩恵を受けにくいと考えられる超高齢者の末期腎不全において保存的腎臓療法の積極的実施が透析導入を行うことなく穏やかな人生の最終段階を迎えることができる選択肢の一つとしてなり得る可能性があるが、まだまだ一定のコンセンサスは得られておらず慎重にならざるを得ない。アメリカ腎臓学会でも高齢者における透析導入について指針が出されており、年齢だけでなくフレイルといった老化指標に応じた患者の透析導入について患者との共同意思決定を行う必要性が高まっている¹⁰⁾。また、透析見合わせの後に起こる苦痛に関しての緩和医療においては、栄養投与や疼痛緩和など腎臓内科のみでは難しい問題も発生するため多職種での関わりが必要不可欠である。症例1は、保存的腎臓療法が行われた

症例であるが、繰り返す話し合いの中で明確な意思表示があった。しかし、2020提言⁷⁾の提言5で望ましいとされている定型文書の作成などしておらず透析見合わせの確認書が取れていなかったことが反省点である。

症例2、3は人生の最終段階ではないと考えられる患者さんの延命治療としての透析を見合わせた症例である。両症例とも本人から苦痛からの解放を希望された意思表示があったが、症例2においては繰り返す説得の中で徐々にスタッフと患者との関係に亀裂が生じてしまい、結果的にはかかりつけ医を挟んで対応していかざるを得なかった。2020提言内⁷⁾の意思決定のプロセスにある「話し合いの継続による合意形成」の前に信頼関係を失ってしまった反省すべき症例である。症例3は、もともと精神的な不安定さがある中で透析の苦しさ、生きていることの辛さを繰り返し聞いており、主治医としても本人のサポートをしてあげることが最善ではないかと考えた症例である。2020提言⁷⁾の提言5や7や藤倉らの報告¹¹⁾にある精神疾患が意思決定能力に与える影響については院内でも議論のあったところであり、当初は精神科の受診も頑なに拒否されており悩ましい問題であった。なんとか苦痛の少ない治療が継続できないかということも模索しながら、精神科や倫理委員会などを経て透析中止の判断に至っている。両症例に共通していることは、透析を中止してから亡くなるまでに一定の期間は存命で、かつ、苦痛からの解放を実感し人生最終段階において自分らしさを取り戻されたのではないかということである。もしかしたら、もっと早くに透析を中止してあげたら存命の期間も長くできたのではないかと考える事もあるが、その当時には2020提言もなく、手探りで最良の方法を探すには時間が必要であり、患者さんにはご負担をおかけしてしまったと反省している。今後は、提言内にある意思決定のプロセスや透析の見合わせにある確認書などを上手に利用して円滑に患者の意思に寄り添えることができると期待している。

全ての症例において、主治医を中心に多職種で話し合い、透析を行うことを前提にしながらも本人の尊厳を守るために何が最良かを悩んだ症例ばかりである。正直に言えば、医師にとって、透析が必要なことから透析を最後まで受けて頂くことが、難しいことを考える必要がなく楽である。しかし、状態として必要な医療が患者や家族の尊厳を

損なってしまうこともあることを理解する必要がある。以前の自分であれば、透析中止＝敗北という感情に押し潰されていたであろうが、透析を行わないで本人と家族の意思を尊重することができたり、透析から解放されて自分らしさを取り戻した生活を人生の最後を送ることができたり、本人の日記から最後に尊厳のある生を生きられて亡くなられたことを実感した今は、透析の見合わせが敗北ではなく、尊厳を持って死に向かう人生の再スタートを迎える手助けになっていると捉えることができている。

人生の最終段階において尊厳を持った生を過ごすために透析導入が将来的に必要である状態に差し掛かった時から、腎代替療法（腎移植、血液透析、腹膜透析）や保存的腎臓療法の説明を行うだけでなく、ACP（Advance Care Planning）やAD（Advance Directives）をとる権利があることを説明していくことが重要である。今までは、外来受診のたびに主治医がパンフレットを片手に透析の必要性を短時間で説明し続け、患者に十分な理解が深まったかどうかの確認をすることなく、症状が顕在化して半ば強引に透析導入を納得させることが少なくなかったが、腎臓内科に紹介となった時や腎機能が低下しCKDに該当した時から腎臓病療養指導士（看護師）に介入してもらい検査結果の理解や治療法の選択の理解を患者に深めていただいたり、透析導入を拒む方に対しても、本人・家族を交えて思いなどを確認し、ACPなどを行っていく中で透析の理解を深めて頂きながら透析をどうするかと向き合って頂く時間を十分に設けることが大切であると考え取り組んでいる。また、医師と看護師で相談し、フレイルの程度に応じて本人や家族の思いに向き合いながら透析導入について決定していくようにしている。透析を見合わせざるを得ない症例に対しても、本人の意思を最優先にACPやADの確認を行い、多職種によるSDM（Shared Decision-making, 共同意思決定）において見合わせの決定が行われるべきであり、見合わせることが決定したからといって離れるのではなく家族のグリーフケアのためにも関係を持ち続けることが重要であると考えた（図3）。冒頭の小林一茶の俳句の理解は色々あるであろうが、桜を傍観し、短い人生に重ね合わせて最後まで桜であり続けるためにACPが必要なのではないだろうか。

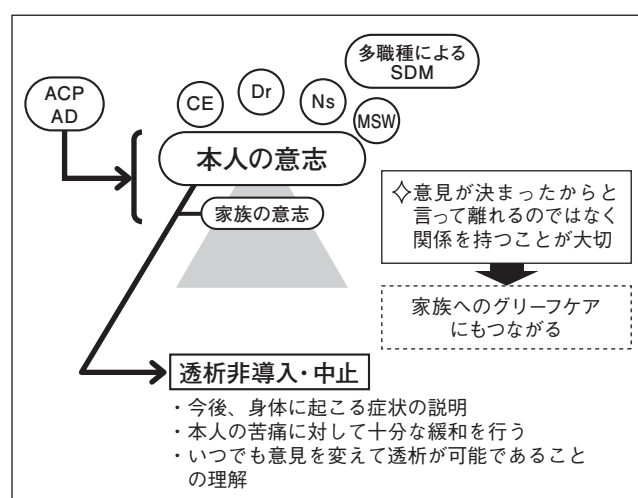


図3 透析の見合わせで大切なこと

【結 語】

医師として少しでも患者さんに長く生きて頂くことが大切なことは言うまでもないが、人生の最終段階に尊厳を持って生きるための動機としてACPを早期から促し、本人が望む最良の医療とケアを提供することが大切である。

透析の見合わせを検討することもできる状態である患者や、透析の見合わせを希望される患者に遭遇した場合に、2020提言を参考にすると、医師も安心して患者の意思を尊重することができると思う。

【謝 辞】

前勤務先の石川県済生会金沢病院透析スタッフの皆さんには、公私に渡る協力をして頂き、この場を借りて感謝申し上げます。

【参考文献】

- 1) 内閣府, 令和元年版高齢社会白書, 2018
- 2) 日本医師会生命倫理想談会, 超高齢化社会と終末期医療, 2019
- 3) 日本腎臓学会, CKD診療ガイド 2012, 2012
- 4) 日本腎臓学会, エビデンスに基づくCKD診療ガイドライン, 2018
- 5) 毎日新聞, 朝刊, 2019.3.17
- 6) Jonsen AR, Siegler M, Winslade WJ. Clinical Ethics (4th ed.) McGraw-Hill, NewYork, 1998

- 7) 日本透析医学会, 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 53 (4) : 173~217, 2020
- 8) MK Tamura, et al. Functional Status of Elderly Adults before and after Initiation of Dialysis. N Engl J Med. 361 : 1539-47, 2009
- 9) Brunori G, et al. Efficacy and safety of a very-low-protein diet when postponing dialysis in the elderly: a prospective randomized multicenter controlled study Am J Kidney Dis. 49 : 569-80, 2007
- 10) Renal Physicians Association. Shared Decision-Making in the Appropriate Initiation of and Withdrawal from Dialysis. Clinical Practice Guideline. Second edition. Rockville, Maryland 2010.
- 11) 藤倉恵美ら, 患者本人が決断した維持血液透析の見合わせについて, 「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」を運用するうえでの課題, 透析会誌 48 (12) : 705~712, 2015