

**総 説 シンポジウム****延命治療の中止は可能か****— 透析医療の経験から —**

三 浦 靖 彦

医療法人財団 慈生会 野村病院

「透析療法」は他の生命維持治療に先駆けて開発・実用化されたことから、医療倫理を考える原型でもある。透析医療をめぐる医療倫理の展開を紹介しながら、延命治療中止との関連性を紹介する。

**I. 患者選択：シアトルの神の委員会**

透析が実用化された1960年代、透析機器は限られた台数しかなく、熟練したスタッフも少なかったことから、透析を必要とする患者すべてに透析を行うことは事実上不可能であったため、誰に透析の機会を与えるべきかという論争が起こった。これは、倫理的キーワードで言えば、「患者選択・医療資源の配分」という問題に相当する。透析に導入しないことは死を意味することから、米国医学会は患者選択のために、一般人から成る外部委員会を組織したが、一部から、「神の委員会」とも非難された。

**II. 透析の差し控えと中止について**

近年の米国における透析患者の死因原因の統計によると、透析中止は、死亡原因の第三位と報告されており、透析の差し控えと中止には、二つの面で倫理的正当性が与えられている。つまり、自己決定権を基盤とした透析を拒否する権利の保障

および、透析により得られる患者の利益と、透析に伴う患者の負担とのバランスにおいて、明らかに患者の負担のほうが大きい場合である。ただし、このような決定は腎臓専門医と患者との間の、相互理解による意思決定 (shared decision making) によってなされるべきとされている。

日本透析医学会の集計では、死亡原因分類の「自殺/拒否」に含まれるものと思われるが、その報告数はこの十数年間、毎年1%未満と、非常に少なく推移している<sup>1)</sup>。大平は、北海道内での透析中止例105例を報告しているが<sup>2)</sup>、自己決定による透析中止は少なく、当時のわが国の臨床現場には「相互理解による意思決定」は数少ないものであったことが伺える。

透析非導入、中止の基準に関しては、Hirsch<sup>3)</sup>、大平の私案<sup>2)</sup>が代表的なものであるが、両者とも、日常臨床的に見て妥当なものと考えられる(表1)。また、最近、日本透析医学会から「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)：以下提言(案)」<sup>4)</sup>が提示されたことは注目に値する。

**III. 事前指示・事前ケア計画について**

医療倫理の四原則の一つである自立尊重を、終末期の場面で表明する手段が事前指示である。事

**表1 透析非導入あるいは透析中止についての提案**

患者／家族に対し透析非導入・中断の提案を考慮すべき状態（Hirsch の提案）

1. 非尿毒症性の痴呆
2. 転移性または切除不能な固形癌もしくは再発性出血性悪性腫瘍
3. 肝・心・肺疾患の末期状態：  
ベッド上臥床か車椅子の生活で、日常動作にも介助が必要な状態
4. 日常の活動や運動能を著しく制限する不可逆性の神経系の疾患  
脳卒中、低酸素性脳症
5. 生命の危機を伴う多臓器不全
6. 毎回の透析時にブラッドアクセスを維持するために薬剤による鎮静や器具による制動を必要とする場合

透析中止（断念）を考慮すべき状態（大平による私案）

- 1) 血液透析の実施が医学的にきわめて危険か不可能であること  
(重度の心肺不全による低血圧など)
- 2) 慢性腎不全に関わるか否かを問わず致命的で回復不能かつ苦痛に満ちた合併症が一定期間以上継続していること  
(癌末期、種々の原因による痴呆状態、重度の心肺不全など)
- 3) かかる状況下で透析、生命維持装置・処置の中止を指示する患者の文書または明らかな意志表示があらかじめ存在するか、意識障害下の患者ではそれらが存在しなくても家族による適正な代理判断が行いうると判定されること
- 4) 最終的な中止決定に際しては患者・家族・医療スタッフの三者の合意を基本とし、第三者として弁護士・学識経験者を交えること

付記：

- ・透析中止に関わる話し合いをできるかぎり記録に残すように心がけること
- ・治療の中止は「透析医療」に限定したのではなく、院内に「医の倫理委員会」をもち、顧問弁護士の助言を得る体制を作ることが望ましい

前指示とは、「将来自らが判断能力を失った際に自分に行われる医療行為に対する意向を前もって意思表示すること」を指し、その指示内容を文書に残したものがリビング・ウィルである。事前指示により、本人の望まない形の医療行為を受けることを回避でき、逆に、本人の望む医療行為を、周囲の誤解により受けることが出来なくなることを回避できる。事前指示は、自己決定できなくなった場面を扱っているが、近年普及し始めた「事前ケア計画（Advance Care Planning）」は、自己決定が可能な現時点から、死を迎えるときまでを対象とした、広い概念であり、「エンディングノート」「終活」ブームに乗って、今後、普及す

る可能性を感じる。

日本尊厳死協会の「尊厳死宣言書」<sup>5)</sup>の他にも、「私の四つのお願い」<sup>6)</sup>や、「私の生き方連絡ノート」<sup>7)</sup>も普及し始めている。また、透析患者<sup>8)</sup>や進行性疾患である筋萎縮性側索硬化症患者用<sup>9)</sup>の事前指示書も作成されている。提言（案）にも、事前指示、事前ケア計画の重要性が述べられている。

透析医療現場における事前指示について、日米独の透析専門医の意識調査<sup>10)</sup>によると、日本の透析専門医は、患者・家族の意向が明確でない場合の透析中止は、受け入れがたいという結果であったが、「患者及び家族の意向を尊重したい」とい

う意識は、3カ国とも同様であった。また、わが国の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%が事前指示をしていると回答していたが、後の詳細な研究によれば、患者の希望は家族にも主治医にも全く理解されていなかった<sup>11,12)</sup>。米国も同様の結果であり、自分の希望する終末期を迎えたいと考える場合、その意思を明確に表明しておくことが必要と考えられた。この結果を受けた、透析患者専用の事前指示書<sup>8)</sup>もあるので、参考にされたい。

#### IV. 院内倫理コンサルテーション (Hospital Ethics Committee; HEC)

透析中止の希望、延命治療の中止の希望等があった場合、主治医一個人の判断で物事を進めることは勧められない。現代の医療現場には数多くの倫理的問題点が散在しており、従来の医学教育で身に付けてきた知識だけでは対応できなくなっている。また、施設内に倫理委員会を設置していても、主たる業務が研究倫理審査である委員会が大多数である (Institutional Review Board; IRB)。したがって、臨床倫理コンサルテーション機能を充実した委員会もしくは、臨床倫理コンサルタントが待望されている。筆者の所属する野村病院では、倫理委員会の機能に、IRBとしての機能と、HECの機能を併設し、バランスよく機能しているので、ぜひ参考にして欲しい<sup>12)</sup>。また、筆者も活動メンバーの一員であるが、全国からの倫理相談を受け付ける「臨床倫理支援・教育プロジェクト」;<http://www.clethics.jp/>が熊本大学を中心に運営されているので、積極的に活用して欲しい。

#### V. 終末期のケア

米国腎臓病学会と腎臓専門医協議会は、「適切な透析の開始と中止のための相互理解による意思決定」を作成した<sup>13)</sup>。このガイドラインでは、透析医療の提供の適切性と、透析に関する意思決定の過程を明確に定義していることから、倫理コンサルタントが、透析の開始や中止に関連した対立の解決を求められた際に非常に有用である。たと

えば透析中止の依頼があった場合に医療者が確認すべきことなども詳細に述べられている。また、透析医療に携わる医療者すべてに緩和ケアの知識と技術を修得すべきであると勧告している。また、上述の、我が国における提言 (案) にも、緩和ケアの必要性が述べられている。

#### VI. おわりに

以上述べたように、透析医療の分野においては、透析中止は、倫理的にも、臨床現場においても、受け入れられているようである。これは、透析治療 (特に血液透析) が、間歇的な治療であるということが影響しているかもしれない。

透析医療は、世界中の何千万人もの生命を維持することに成功し、技術革新により、従来では透析の対象とは考えられなかった患者の生命を延長することにも成功してきた。透析医療が、技術的革新の面だけではなく、透析中止に代表されるような、倫理的問題点を継続的に解消し、新境地を開拓して行くことにより、他の近代医学技術にも副次的に、貢献することは間違いない。

#### 文献

- 1) 日本透析医学会統計調査委員会：わが国の慢性透析療法の実況 (2010年12月31日現在)。透析会誌 45: 1-47, 2012
- 2) 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—。Clinical Engineering 7: 401-407, 1996
- 3) Hirsch DJ, et al. Experience with not offering dialysis to patients with a poor prognosis. Am J Kid Dis 23: 446-463, 1994
- 4) 岡田一義、大平整爾、他。慢性血液透析療法の導入と終末期患者に対する診合わせに関する提言 (案) 透析会誌 45: 1090-1095, 2012
- 5) 日本尊厳死協会 <http://www.songenshi-kyokai.com/>
- 6) 箕岡真子：医療のための事前指示書『私の四つのお願い』ワールドプランニング社、東京、2011
- 7) 自分らしい生き死にを考える会：私の生き方連絡ノート。EDITEX社、東京、2010
- 8) 三浦靖彦、浅井篤、他。透析導入時における事前指示。社団法人日本内科学会認定内科専門医会編集・出版 より良いインフォームド・コンセント (IC) のために。254-258, 2003

- 9) 荻野美恵子：ALS 医療と事前指示書. 医療 59：389-393、2005
- 10) Sehgal A, Weisheit C, et al. Advance Directives and Withdrawal of Dialysis in the United States, Germany and Japan. JAMA 276; 1652-1656, 1996
- 11) Miura Y, et al. Dialysis Patients' Preferences Regarding Cardiopulmonary Resuscitation and Withdrawal of Dialysis in Japan. Am J Kidney Dis 37: 1216-1222, 2001
- 12) Miura Y, et al. Families' and Physicians' Predictions of Dialysis Patient's Preferences regarding Life-sustaining Treatments in Japan. Am J Kid Dis 47: 122-130, 2006
- 13) 三浦靖彦、他. 透析導入時における事前指示. 社団法人日本内科学会認定内科専門医会編集・出版 より良いインフォームド・コンセント (IC) のために. 254-258、2003
- 14) 三浦靖彦、他. 一般病院における終末期の治療方針の決定 病院内倫理コンサルテーションの設立・運営. 病院 70：742-746、2011
- 15) 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