

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

緒 言

わが国の新規透析導入患者の平均年齢は 2012 年末、68.44 歳に到達した¹⁾。年度末透析患者の平均年齢も 66.87 歳となり、年々高齢化が進んできている。原疾患も糖尿病性腎症による患者が新規導入数でも年末患者数でも 1 位となり、心血管疾患などの重篤な合併症を有する患者が増加の一途である。透析導入年に死亡した患者の死因の中で悪性腫瘍が 10% を超える状況であることは、担がん患者の導入が行われていることを示唆する。また、2010 年末に実施された患者の日常活動度調査では、5.6% の患者が 1 日中就床している状態と報告され、通院困難による社会的入院が増えている²⁾。このような現況を背景として、透析治療は社会復帰を目指す救命治療から延命治療という要素が強くなってきており、終末期における透析医療のあり方について検討し、その指針を示すことが学会員から求められるようになった。

維持血液透析は循環動態に負荷を与える治療行為で、重篤な心血管合併症の合併例では、維持血液透析実施がかえって負担となる場合もある。担がん患者などで重篤な状態であればさらに危険性が高まり、一時的に透析の実施を逡巡することがある³⁾。維持血液透析自体は基本的には週 3 回の間欠的な治療であり、医療チームは実施困難例に対し、患者の体調を観察しながら、治療を延期する、時間を短縮するなどの工夫で対処しているのが現状である。この点から維持血液透析の一時的な中断は、継続的な治療手段である人工呼吸器の中断とは全く異なる。しかし、終末期における維持血液透析の非開始や継続中止という対応は、わが国の臨床現場を難渋させている問題であるにもかかわらず、散発的に症例報告が認められるのみで⁴⁾、明確な基準が学会から報告されていない。この詳細に関しては大平が学会誌に報告した⁵⁾。

「透析非導入と継続中止を考えるサブグループ」は、血液透析ガイドライン委員会の下部組織として設けられ、この議論自体が時期尚早ではないか、非導入や継続中止という用語は適切かなどについて、戸惑いを感じながらも検討を続けてきた。学会員に対するアンケート調査では、「議論すべきである」、「学会として何らかの指針を出してほしい」という圧倒的多数の支持が得られた⁶⁾。そこで、学術総会で外部委員も招いて討議を重ね、提言（案）⁷⁾を学会誌に掲載し、学会ホームページ上に掲載した。この提言（案）に対する多くのパブリック・コメントも頂戴して、ここに示す提言という形で文章をまとめることができた。

この議論の過程で、非開始や継続中止という用語は原則的に「見合わせ」という用語を使用することとした。この言葉は、状況次第では何時でも透析の開始または再開を再考するという含みを持たせられるからである。また、導入という用語は、医療側からの一方的な判断による決定という印象が強いので、患者と医療者との共同決定という意味を込めて、「開始」という用語を使用することとした。尊厳死が法律で規定されていないわが国では、倫理的な問題に対しては倫理委員会や外部委員会などの助言があることが望ましい。しかし、維持血液透析治療は、医師が一人しかいない診療所で行われていることが多く、倫理委員会などの開設は現実的には不可能である。そこで、複数の医師の合議という面に関しては、最低限医療チーム内での合意があることを原則とした。ただし、医療チームと患者ならびに家族との間で合意が形成されなければ、セカンド・オピニオンを他に求めるか、倫理委員会があるような施設の協力が必要なことは論をまたない。

この提言の基本方針は、治療方針の決定は、医師単独ではなく医療チームとして行い、十分な情報提示の下で、患者が的確な自己決定が得られるように支援すること、患者が自己決定した治療方針は最大限尊重されることである。つまり、医療チームと患者とが共同して意思決定を行うというプロセスを重視した点にある。またある一定の状況では、維持血液透析実施自体が患者の尊厳ある生活の支障となるのではな

いかと考え、そのような状況について具体的に示すとともに、その際の家族の関わりについても示した。また、維持血液透析を見合わせた時の緩和ケアについても示した。基本的なステートメントは上記を簡潔にした形で5項目にして提示した。

本提言に関する議論はわが国ではまだ未成熟である。この提言が、今後、患者や家族と医療チームという当事者だけでなく、国民共通の問題として議論が深まり、近い将来において国民全体が納得できるようなコンセンサスが得られる契機になることを祈念する。ただ尊厳死や事前指示書が法律的に規定されていないわが国においては、患者の事前指示書を尊重し、厚生労働省が提示した意思決定プロセスに準拠して医療行為を見合わせた場合であっても、またこの提言を使用して医療方針を決定した場合であっても、法的に免責されるわけではないことを付記しておく。

文末には、会員の希望もあり、大平が作成した事前指示書の一例を示すが⁸⁾、法律で規定されたものではない。それぞれの施設が作成される場合に加筆修正して使用いただく参考であることをご理解いただきたい。

利益相反情報について

一般社団法人日本透析医学会は、今後、本学会が作成する臨床ガイドラインについては、作成ワーキンググループのメンバーが中立性と公明性をもって作成業務を遂行するために、実際または予想されうる問題となる利益相反状態を避けることに最大限の努力をはらっている*).

すべてのワーキンググループのメンバーは可能性としてまたは実際に生じる利益相反情報の開示を行う書類（署名済み）を提出し、この書類は毎年更新され、情報は状況に応じて適宜変更される。これらのすべての情報は、以下のように「利益相反情報についての開示」に記載し、これを裏付けるすべての情報は日本透析医学会事務局が保管している。

文献

*）日本透析医学会：日本透析医学会における医学研究の利益相反（COI）に関する指針，2011：

<http://www.jsdt.or.jp/jsdt/1236.html>

利益相反情報についての開示

秋澤忠男 協和発酵キリン（株）（医療用医薬品の製造および販売の会社），中外製薬（株）（医療用医薬品の製造・販売および輸出入の会社），バイエル薬品（株）（医薬品，医療機器，動物用医薬品の開発・輸入・製造および販売の会社），アステラス製薬（株）（医薬品の製造・販売および輸出入の会社），田辺三菱製薬（株）（医療用医薬品を中心とする医薬品の製造・販売の会社），第一三共（株）（医療用医薬品の研究開発・製造および販売の会社），バクスター（株）（透析製品，血漿たん白製剤，薬剤投与システムの輸入，製造，販売の会社），塩野義製薬（株）（医薬品，診断薬などの製造・販売の会社），日本ベーリンガーインゲルハイム（株）（医薬品の研究開発，輸入，製造，販売の会社），Reata 製薬（米国）（医薬品の開発の会社）から研究補助金，団体の専門家としての報酬，講演等の謝礼，執筆等の原稿料および学会参加等の旅費を受領している。

井関邦敏 中外製薬（株）（医療用医薬品の製造・販売および輸出入の会社），協和発酵キリン（株）（医療用医薬品の製造および販売の会社），バイエル薬品（株）（医薬品，医療機器，動物用医薬品の開発・輸入・製造および販売の会社）から研究補助金および講演等の謝礼を受領している。

伊丹儀友 中外製薬（株）（医療用医薬品の製造・販売および輸出入の会社）から講演等の謝礼を受領している。

岡田一義 協和発酵キリン（株）（医療用医薬品の製造および販売の会社），塩野義製薬（株）（医薬品，診断薬などの製造・販売の会社），第一三共（株）（医療用医薬品の研究開発・製造および販売の会社）から研究補助金および講演等の謝礼を受領している。

川口良人 バクスター（株）（透析製品，血漿たん白製剤，薬剤投与システムの輸入，製造，および販売の会社），中外製薬（株）（医療用医薬品の製造・販売および輸出入の会社）から取材および研究会参加旅費と執筆等の原稿料を受領および寄附講座に所属している。

酒井 謙 （株）ジェイ・エム・エス（医療機器，医薬品の製造・販売および輸出入の会社）からアドバイザーとして報酬を受領している。

鶴屋和彦 中外製薬（株）（医療用医薬品の製造・販売および輸出入の会社），協和発酵キリン（株）（医療用医薬品の製造および販売の会社），鳥居薬品（株）（医薬品の製造・販売の会社），扶桑薬

品工業（株）（医薬品・医療機器の開発・販売の会社）、武田薬品工業（株）（医薬品、医薬部外品等の製造・販売・輸出入の会社）、バクスター（株）（透析製品、血漿たん白製剤、薬剤投与システムの輸入、製造、販売の会社）から産学協同研究助成金、講演等の謝礼を受領および寄附講座に所属している。

友 雅司 協和発酵キリン（株）（医療用医薬品の製造および販売の会社）、中外製薬（株）（医療用医薬品の製造・販売および輸出入の会社）から講演等の謝礼を受領している。

平方秀樹 中外製薬（株）（医療用医薬品の製造・販売および輸出入の会社）、協和発酵キリン（株）（医療用医薬品の製造および販売の会社）、日本たばこ産業（株）（タバコ、医薬、食品、飲料の製造および販売の会社）から講演等の謝礼を受領している。

政金生人 東レ・メディカル（株）（医療機器・医療関連製品・医薬品の製造、販売および輸出入の会社）、協和発酵キリン（株）（医療用医薬品の製造および販売の会社）から講演等の謝礼を受領している。

水口 潤 日機装（株）（血液透析装置、ダイアライザー、透析用血液回路セット、人工腎臓透析用剤、人工臓臓などの製造および販売、腹膜透析関連製品販売の会社）、バイエル薬品（株）（医薬品、医療機器、動物用医薬品の開発・輸入・製造および販売の会社）から講演等の謝礼を受領している。

山本裕康 協和発酵キリン（株）（医療用医薬品の製造および販売の会社）、中外製薬（株）（医療用医薬品の製造・販売および輸出入の会社）から講演等の謝礼を受領している。

渡邊有三 中外製薬（株）（医療用医薬品の製造・販売および輸出入の会社）、協和発酵キリン（株）（医療用医薬品の製造および販売の会社）から講演等の謝礼を受領している。

（五十音順）

（ここにあげられていない委員には利益相反の事項は発生していない。）

「維持血液透析療法の開始と見合わせに関する意思決定プロセスについての提言」 作成に関わった委員

日本透析医学会前理事長	秋澤忠男	昭和大学
日本透析医学会理事長	水口 潤	川島病院
学術委員会委員長	友 雅司	大分大学
ガイドライン作成小委員会委員長	政金生人	矢吹病院
血液透析療法ガイドライン作成ワーキンググループ長	渡邊有三	春日井市民病院
血液透析導入・非導入・継続中止サブグループ長（学術委員会前委員長）	平方秀樹	福岡赤十字病院
血液透析非導入と継続中止を考えるタスクフォース	岡田一義	日本大学
	山本裕康	厚木市立病院
	井関邦敏	琉球大学
	酒井 謙	東邦大学
	伊丹儀人	日鋼記念病院
	鶴屋和彦	九州大学
	森 典子	静岡県立総合病院
	稲熊大城	名古屋第二赤十字病院
	内田明子	聖隷横浜病院
（顧問）	大平整爾	札幌北クリニック
（顧問）	川口良人	神奈川県立汐見台病院

コンセンサス・カンファレンス協力者

井形昭弘	（日本尊厳死協会前理事長）
岩尾聰一郎	（日本尊厳死協会理事長）
木村利人	（日本生命倫理学会前理事長）
宮本高宏	（全国腎臓病協議会前会長）
小川義龍	（小川綜合法律事務所）

委員会開催記録

血液透析療法ガイドライン作成ワーキンググループ会議

キックオフミーティング 平成 21 年 8 月 17 日 東京

コアメンバーミーティング 平成 21 年 10 月 9 日 東京

進捗状況報告会

第 1 回 平成 22 年 9 月 10 日 東京

第 2 回 平成 23 年 12 月 9 日 東京

血液透析非導入・継続中止サブグループ会議

第 1 回 平成 22 年 8 月 27 日 東京

第 2 回 平成 22 年 12 月 10 日 東京

第 3 回 平成 23 年 1 月 21 日 東京

第 4 回 平成 23 年 5 月 27 日 東京

第 5 回 平成 23 年 9 月 27 日 東京

第 6 回 平成 23 年 11 月 3 日 東京

第 7 回 平成 23 年 11 月 16 日 東京

第 8 回 平成 24 年 1 月 27 日 東京

第 9 回 平成 24 年 8 月 3 日 東京

第 10 回 平成 25 年 2 月 6 日 東京

第 11 回 平成 25 年 5 月 10 日 東京

第 12 回 平成 25 年 9 月 25 日 東京

第 13 回 平成 25 年 10 月 25 日 東京

公聴会 平成 26 年 1 月 26 日 東京

公開討論（日本透析医学会委員会企画）

第 55 回日本透析医学会, 第 53 回日本腎臓学会学術集会共催シンポジウム「血液透析ガイドライン策定ワーキンググループの発足」平成 22 年 6 月 18 日

第 56 回日本透析医学会学術集会（横浜）「血液透析導入と透析処方に関するガイドライン作成に向けて」平成 23 年 6 月 18 日

第 57 回日本透析医学会学術集会（札幌）「慢性血液透析の非導入と継続中止に関する提言（コンセンサス・カンファレンス）」平成 24 年 6 月 23 日

第 58 回日本透析医学会学術集会（福岡）「終末期患者に対する慢性血液透析療法の見合わせ」平成 25 年 6 月 21 日

【世界の趨勢と本提言をまとめるまでの経緯】

維持血液透析療法の治療目標は、患者の生活および生命の質を向上させ、維持することであるが、臨床の間では、終末期患者^{注1)}に対する維持血液透析の開始または継続を見合わせる事態もある。終末期ではない透析患者においても、自己決定の尊重や自己決定できない患者への援助などが十分といえない状況も存在し、これらについての勧告やガイドラインが作成されている国もある^{9,10)}。アメリカでは事前指示書による尊厳死が法的に認められ¹¹⁾、国民が事前指示書の内容に沿った治療とケアを受けることができる。2010年に Renal Physician Association (RPA) は改訂第2版として「Shared Decision-Making in the Appropriate Initiation of and Withdrawal from Dialysis」というガイドラインを提示した¹²⁾。

事前指示書と尊厳死が法律で規定されていないわが国では、厚生労働省が終末期医療のあり方について1987年以来継続的に検討を重ね、2007年5月21日に「終末期医療の決定プロセスに関するガイドライン」を作成した¹³⁾。ここでは、よりよい終末期医療を実現するために、医療・ケアチームによる適切な情報の提供と説明、患者と医療従事者との話し合い、患者本人による決定が原則とされ、医療行為の開始・不開始・変更・中止の判断は医療・ケアチームが医学的妥当性と適切性を基に慎重に判断すべきとした。医療・ケアチームとして判断すること、患者の意思を尊重するという基本方針は明示されたが、延命治療の非開始によって起こるかもしれない法的責任については記載されていない。このような状況下、日本救急医学会は2007年11月5日に「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）」¹⁴⁾、日本老年医学会は2012年6月27日に「高齢者ケアの意思決定プロセスに関するガイドライン 人工的水分・栄養補給の導入を中心として」を独自に作成し、終末期における指針を示した¹⁵⁾。日本透析医学会としても、医療現場の現状を考慮する時、維持血液透析の開始および継続を見合わせる決定プロセスを示さなければならない時期にきていると判断し、透析ガイドライン委員会の中で検討を開始した。なお、本提言における終末期の定義は、注1に示した厚生労働省と日本医師会第X次生命倫理懇談会による公的見解に準じる。

本提言では、維持血液透析療法の開始と継続を判断する際に、患者が意思決定する過程を共有して、患者が質の高い生活を過ごせるように、RPAのガイドライン¹²⁾やSalzburg宣言¹⁶⁾などを参考としながら、患者および家族と医療チーム^{注2)}が最善の医療とケアを作り上げる意思決定プロセスを示すことを目的とした。小児に関しては、日本小児科学会・倫理委員会小児終末期医療ガイドラインワーキンググループが作成した「重篤な疾患を持つ子どもの医療をめぐる話し合いのガイドライン」¹⁷⁾に準じて、患児それぞれにおいて最善の利益に基づいて透析療法の見合わせを決定することが望ましい。

【提 言】

提言 1：患者への適切な情報提供と患者が自己決定を行う際の支援

- 1) 医療チームは患者に十分な情報を提供する。
- 2) 医療チームは患者から十分な情報を収集する。
- 3) 医療チームは患者が意思決定する過程を共有して、尊重する。

医療チームは患者に十分な情報を提供する。

- ・慢性腎臓病と腎代替療法についての患者教育を医療チームとして実施し、患者が診断・合併症・予後の予測・治療の選択肢の有益性と危険性を理解できるように医学情報をわかりやすい言葉で説明し、納得を得る。

医療チームは患者から十分な情報を収集する。

- ・患者の話を傾聴し、患者がどの程度情報を理解しているかを確認するとともに、患者の生活環境ならびに家族環境についての情報も収集する。
- ・効果的な会話手法により、疾患に対する患者の適応力を向上させ、患者が自身の病態と治療選択肢の長所および短所を正確に理解できるまで質疑応答を繰り返す。

医療チームは患者が意思決定する過程を共有し、尊重する。

- ・患者の判断能力の有無は、医療チームおよび患者と家族^{注3)}で評価する。
- ・判断能力がある患者が、医療チームから提供された情報に基づいて、意思決定を行う過程を共有して、尊重する。

提言 2：自己決定の尊重

- 1) 患者が意思決定した治療とケアの方針を尊重する。
- 2) 現時点で判断能力がなくなっても、判断能力があった時期に本人が記した事前指示書が存在する時には、患者が希望した治療とケアの方針を尊重する。
- 3) 判断能力がある患者が維持血液透析を開始する際には、事前指示書^{注4)}を作成する権利があることを説明する。

患者が意思決定した治療とケアの方針を尊重する

- ・医療チームおよび家族は、透析療法の開始・継続・見合わせに関する患者による意思表示が記載された事前指示書の内容を尊重し、患者が望む治療とケアを継続する。
- ・患者にすでに判断能力はないが、判断力があった時期に記載された事前指示書が存在し、そこに示された患者の治療とケア方針について、家族が納得しない場合、医療チームは、患者の意思決定が尊重されるべきものであることを家族に繰り返し説明し、合意が得られるように努力する。どうしても、

合意が得られない場合には、複数の専門家からなる委員会^{注5)}で検討してもらい、その委員会からの助言に従う。

- ・維持血液透析開始あるいは継続によって生命が維持できると推定できる患者が自らの強い意思で維持血液透析を拒否する場合には、医療チームは家族とともに対応し、治療の有益性と危険性を理解できるように説明し、治療の必要性について納得してもらうように努力する。これらの努力を行っても患者の意思決定が変わらなければ、患者の意思決定過程を理解し、その意思を尊重する。

患者には事前指示書を作成する権利があることを説明する。

- ・いついかなる状態であっても、患者が期待する治療とケアを将来にわたって医療チームから提供されるよう希望するためには、患者の意思を示す根拠となる事前指示書を作成する権利が患者にあることを説明する。

提言 3：同意書の取得

維持血液透析の開始前に透析同意書を取得する。

維持血液透析の開始前に同意を取得する。

- ・治療の選択は患者ならびに家族に決定権がある。
- ・判断能力がある患者においては、患者自身から透析療法の開始前に同意書を取得することが望ましい。
- ・判断能力がない患者の場合においては、家族から同意書を取得することが望ましい。なお、家族が来院できずに同意書を取得できない場合には、家族に対して口頭で説明した内容および同意した内容を診療録に記載する。家族と連絡がとれない場合には、通常説明すべき事項を診療録に記載し、後日、再度説明して同意書を取得することが望ましい。当日の合意内容も診療録に記載する。
- ・判断能力のある患者または判断能力がない患者の家族と、透析療法の開始について合意に達していない場合には、期間を限定した透析療法の開始も考慮する。
- ・血縁者が全くいない者、戸籍も不明な独居者、血縁者から一切の連絡を拒まれている者など、同意書を作成する段階で患者本人以外の同意を取得することが不可能な症例が最近増えている。同意書を取得する際には、事前指示書の説明も重要である。

提言 4：維持血液透析の見合わせを検討する状況

- 1) 患者の尊厳を考慮した時、維持血液透析の見合わせも最善の治療を提供するという選択肢の一つとなりうる。
- 2) 維持血液透析の見合わせを検討する場合、患者ならびに家族の意思決定プロセスが適切に実施されていることが必要である。
- 3) 見合わせた維持血液透析は、状況に応じて開始または再開される。

表 「維持血液透析の見合わせ」について検討する状態

-
- 1) 維持血液透析を安全に施行することが困難であり、患者の生命を著しく損なう危険性が高い場合。
 - ① 生命維持が極めて困難な循環・呼吸状態などの多臓器不全や持続低血圧など、維持血液透析実施がかえって生命に危険な病態が存在。
 - ② 維持血液透析実施のたびに、器具による抑制および薬物による鎮静をしなければ、バスキュラーアクセスと透析回路を維持して安全に体外循環を実施できない。
 - 2) 患者の全身状態が極めて不良であり、かつ「維持血液透析の見合わせ」に関して患者自身の意思が明示されている場合、または、家族が患者の意思を推定できる場合。
 - ① 脳血管障害や頭部外傷の後遺症など、重篤な脳機能障害のために維持血液透析や療養生活に必要な理解が困難な状態。
 - ② 悪性腫瘍などの完治不能な悪性疾患を合併しており、死が確実にせまっている状態。
 - ③ 経口摂取が不能で、人工的水分栄養補給によって生命を維持する状態を脱することが長期的に難しい状態。
-

医療チームが維持血液透析の見合わせを検討する状況（表）

維持血液透析を安全に施行することが困難な場合

- ・ 生命維持が極めて困難な循環・呼吸状態などの多臓器不全や持続低血圧では、維持血液透析による体外循環が困難となるだけでなく、直ちに生命の危機に直面することになる。また、透析療法実施のたびに器具による抑制および薬物による鎮静をしなければ、バスキュラーアクセスと透析回路を維持して安全に体外循環を実施できない場合も、実施自体が危険である。このような、あらゆる医療技術的対策を講じても維持血液透析を実施することが極めて困難で、患者の生命を著しく損なう危険性が高い場合、医療チームは維持血液透析の見合わせを検討すべきである。なお、維持血液透析が安全に実施できない場合には、その他の血液浄化療法への移行について、患者および家族と十分に話し合う必要がある。

患者の全身状況が極めて不良であり、「維持血液透析療法の見合わせ」に関して、患者自身の意思が明示されている場合、または家族が患者の意思を推定できる場合

- ・ 治療選択の決定権は患者ならびに家族にある。患者自身の全身状態が極めて不良であり、かつ、このような状態において維持血液透析を見合わせる意思を患者自身が明示している場合、あるいは家族が患者本人の意思を推定できる場合には、医療チームは患者の意思を尊重し、維持血液透析の見合わせを検討する。なお、維持血液透析の見合わせとは、たとえ非開始または継続中止という判断をする場合であっても、患者の状態を観察しながら、維持血液透析の開始または再開を検討することを意味する。

患者ならびに家族の意思決定プロセスが適切に実施されていることが必要（図）

- ・ 判断能力があり、自らの意思決定が明確であれば、その患者が望む維持血液透析の見合わせという決定が尊重されることは前述のとおりであるが、家族もその決定に同意していることが望ましい。
- ・ 判断能力があるが、意思決定できない、または意思決定を迷う場合には、患者の生命観が尊重されるなかで、医療チームは患者の求めに応じて、患者自らが主体的な意思決定ができるように援助する。そして、このプロセスにより決定された患者の意思を共有し、尊重する。

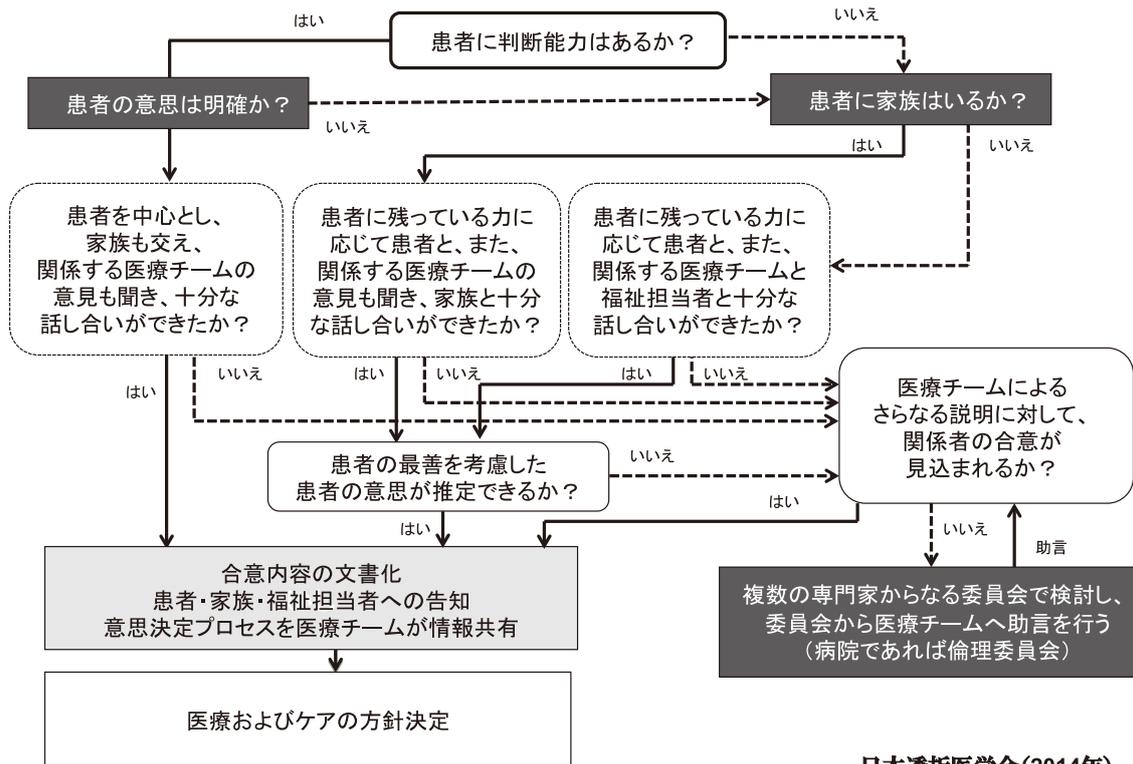


図 維持血液透析見合わせ時の意思決定プロセス

- ・判断能力がない患者において、家族が患者の意思を推定し、維持血液透析の見合わせについて決定することができる場合、家族が患者の意思を尊重する過程を共有し、尊重する。その際に患者に残っている能力に応じた話し合いを行うことが望ましい。
- ・判断能力がない患者の家族が、患者の意思を推定することができても、家族として意思決定できない、または意思決定を迷う場合には、医療チームとして支援し、両者間で合意に至れば、その過程を共有し、尊重する。
- ・判断能力がない患者の家族が、患者の意思を推定することができない場合には、家族と医療チームが医療およびケアのあり方について十分話し合う。両者間で合意が得られれば、その決定された結果を尊重する。
- ・患者、家族と医療チームの中で十分な話し合いを持っても合意を形成できない場合には、複数の専門家からなる委員会を別途設置し、その助言により医療およびケアのあり方を見直し、合意形成に努める。
- ・患者に家族がない場合には、自治体の福祉担当者などを家族と同義に扱う^{注6)}。なお、福祉担当者は死亡後の埋葬に関しては法的に執行を認められているが、治療方針の決定などに関して、福祉担当者が法的に認められた者でないことは認識しておく必要がある。

医療チームが見合わせた維持血液透析は、状況に応じて開始/再開される。

- ・患者の全身状態が改善し、維持血液透析を開始または再開できる場合。
- ・患者および家族が維持血液透析に対する治療方針に関する自己決定を変更した場合。

提言 5：維持血液透析見合わせ後のケア計画

医療チームは維持血液透析を見合わせた患者の意思を尊重したケア計画を策定し、緩和ケアを提供する。

医療チームは維持血液透析を見合わせた患者の意思を尊重したケア計画を策定する。

- ・家族とともに、患者に合ったケア計画を策定する。患者が重要と考える優先事項を把握し、患者の価値観に合うケアにより、患者の自主性を高め、人生に希望や意義を見出し、精神的に平和が得られることを目標にする。
- ・家族とともに、患者との話し合いを継続し、患者の意向を定期的に更新する。患者の意思決定能力がなくなった際には、意思決定能力のあった最も至近な時点での患者の意向を尊重する¹⁸⁾。

医療チームは維持血液透析を見合わせた患者に効果的な緩和ケアを提供する。

- ・緩和ケアについて患者および家族へ説明し、発現すると予測される症状に対して実施する治療について事前に決定しておく¹⁹⁾
- ・家族とともに、患者の全人的な苦痛（身体的な痛み、精神的な痛み、社会的な痛み、スピリチュアルな痛み^{注7)}）に対応する。緩和ケアにより、痛みなどの症状を緩和し、精神的・社会的・スピリチュアルな要求に耳を傾け、患者を援助する。
- ・医学・看護・介護・心理などの緩和ケアを総合的に提供し、緩和ケアの専門知識を持つ専門家が関与することが望ましい。
- ・家族とともに、患者が好きな場所で最期を生きる選択肢を提供できるように努める。
- ・家族に看取りおよび看取り後も含んだ精神的および社会的な支援を行う。

おわりに

医療チームは、維持血液透析とともに質が向上した生活を過ごせるように患者を援助し、終末期には、維持血液透析を継続しながら生命の質が向上した生活を過ごせるように患者を援助するとともに、最終的にはその限界も見極めて、死への過程を可能な限り痛みがなく、穏やかで、尊厳あるものに導き、家族には良い最期であったと考えられるように支援することも重要である。どのように死を選ぶかという「点」ではなく、誰もが必ず迎える死の瞬間までどのように生きたいかという「線」の視点を持ったケアの提供がなされるべきである。しかし、多くの透析患者は、終末期や死などを身近な問題として捉えていない。透析療法を見合わせるという選択肢が、終末期において最善の医療を提供することの一つとなることをわれわれは考える必要がある。今後、患者らと共同で、生命倫理学的問題を定期的に議論し、共通認識を持つことが生命の質の高い終末期医療を日本に確立するために重要である。

注釈

注1：厚生労働省の「終末期医療の決定プロセスに関するガイドライン解説編」では、がんの末期のように、予後が数日から長くとも2~3か月と予測ができる場合、慢性疾患の急性増悪を繰り返し予後不良に陥る場合、脳血管疾患の後遺症や老衰など数か月から数年にかけ死を迎える場合があり、どのような状態が終末期かは、患者の状態を踏まえて、医療・ケアチームが適切かつ妥当に判断すべきとした。日本医師会第X次生命倫理懇談会の「終末期医療に関するガイドライン」では、狭義の終末期を、臨死の状態、死期が切迫している時期と定義し、広義の終末期を、最善の医療を尽くしても、病状が進行性に悪化することを食い止められずに死期を迎えると判断される時期と定義し、主治医を含む複数の医師および看護師、その他必要な複数の医療関係者が判断し、患者もしくは患者が意思決定できない場合には患者の意思を推定できる家族等が理解し納得した時点で「終末期」が始まるとした。

注2：透析療法における医療チームは、担当医師、看護師、臨床工学技士等で構成し、医療機関の規模や人員によって構成人数は変わり得る。しかしながら、それぞれが複数で構成することが望ましい。可能であれば、これら以外の医療従事者（ソーシャルワーカー、栄養士、薬剤師など）や福祉従事者を加えて、医療・ケアチームとする。

注3：厚生労働省の「終末期医療の決定プロセスに関するガイドライン解説編」では、患者が信頼を寄せ、終末期の患者を支える存在として、法的な意味での親族関係のみを意味せず、より広い範囲の人を含むと定義している。日本老年医学会の「高齢者ケアの意思決定プロセスに関するガイドライン」では、本人の人生と深く関わり、生活を共にするなど、支え合いつつ生きている人々を指し、単に戸籍上のつながりや血縁関係があるという形式上のことだけで決まるものではないと定義している。また、家族以外の親族であっても、当人たちは深いつながりを感じていることもあるため、本人および家族との実際上の関係の深さ、および当人たちが意思決定プロセスにどれほど積極的に関わろうとしているかの程度に応じて、家族に準じて遇することが現実的としている。

注4：事前指示書とは、将来自己決定ができなくなった状態に備えて、自分の自己決定権を尊重してもらうために、判断ができる間に前もって治療内容などに関しての意思を記載した書面である。リビングウィルは生前の意思とも訳されるが、自分がもしもの時にどうするかということに記載するもので、少し漠然とした部分もあり、将来どのような状況になるのか具体的に想定するのは困難であり、きめ細かな指示は困難である。持続的代理制度に基づく代理人の選任は、将来自己決定ができなくなった状態に備えて、自分の自己決定権を代理人に委任しておくというもので、家族がいない時など、親族が多くても誰が中心人物（キーパーソン）か不明な場合もあり、選任されていると医療チームは相談しやすいが、わが国では法的に承認されたものではない。代理人の判断が真に自分の意思に沿うか、難しい問題もある。事前指示書についても、決まった書式は存在しない。会員からの要望もあり、参考資料を付記したが、これが完全なものではないことは再度強調しておきたい。

注5：複数の専門家からなる委員会は、患者、家族、医療チームの間で合意に至らない場合、例外的に別途設置される。医療機関の規模や人員によって当該委員会を構成することが困難な場合には、他の医療機関などへ専門家の派遣を依頼して、設置する。倫理委員会が常設されている医療機関では、倫理委員会で

の検討が望ましいが、臨時開催できない場合には当該委員会を構成して検討する。

注6：戸籍があっても血縁者がいない患者が死亡した時には墓地埋葬法、戸籍もわからない本人不詳者が死亡した時には行旅病人及行旅死亡人取扱法、血縁者がいても一切の連絡を拒否するとされた者が死亡した時には生活保護法にて、自治体の福祉担当者が遺体を埋葬することが許可されている。しかし、法律的に治療継続などの判断を行う際の代諾人とはなりえないとされている。認知症患者の成年後見人であっても、心肺停止時の蘇生術は行わないでくださいという（DNAR：Do Not Attempt Resuscitation）医療側の指示に同意できないとされている。したがって、この提言に記載した自治体の福祉担当者が代諾人となるという趣旨も法的には全く根拠がない状況にあるということは強調しておきたい。

注7：世界保健機関の「がんの痛みからの解放と緩和ケア」では、スピリチュアル（spiritual）を「人間として生きることに関連した経験的一側面であり、身体感覚的な減少を超越して得た体験を表す言葉としている²⁰⁾。多くの人にとって『生きていること』が持つスピリチュアルな側面には宗教的な因子が含まれているが、『スピリチュアル』は『宗教的』と同じ意味ではない。スピリチュアルな因子は、身体的・心理的・社会的因子を包含した人間の『生』の全体像を構成する一因子とみることができ、生きている意味や目的についての関心や懸念とかかわっていることが多い。特に人生の終末に近づいた人にとっては、自らを許すこと・他の人々との和解・価値の確認などと関連していることが多い」と定義している。スピリチュアルな痛みを邦語に訳出することは難しく、霊的苦痛と訳す場合もあるが、実存的苦痛と捉え、具体的には、人生の意味または生きがいへの問い、孤独、不安、絶望、価値体系の変化、苦しみの意味、罪の意識、死への恐怖、神の存在への追求、死生観への悩みなどが挙げられる。

文献

- 1) 日本透析医学会. わが国の慢性透析療法の現況. 2012 年 12 月 31 日現在.
- 2) 日本透析医学会. わが国の慢性透析療法の現況. 2010 年 12 月 31 日現在.
- 3) 岡田一義, 今田聰雄, 海津嘉蔵, 他. 透析医への意識調査: 維持血液透析患者の悪性腫瘍終末期における透析中止について. 透析会誌 2003; 36: 1315-26.
- 4) 大平整爾, 伊丹儀友, 久木田和丘, 戸澤修平, 上田峻弘. 末期腎不全患者の終末期を透析医はどう捉えているか—北海道のアンケート調査結果とその分析—. 日透析医会誌 2010; 25: 47-55.
- 5) 大平整爾. 維持透析の見合わせ: 個人的回顧とオーバービュー. 透析会誌 2012; 45: 1099-103.
- 6) 渡邊有三, 平方秀樹. 慢性血液透析療法の非導入/継続中止(見合わせ)に関する血液透析療法ガイドラインワーキンググループからの提言(案) 2012 を策定することに至った経緯について. 透析会誌 2012; 45: 1085-9.
- 7) 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 2012; 45: 1090-5.
- 8) 大平整爾. 透析患者の終末期ケア. 日透析医会誌 2008; 23: 28-40.
- 9) Planning, Initiating and Withdrawal of Renal Replacement Therapy:
<http://www.renal.org/Clinical/GuidelinesSection/RenalReplacementTherapy.aspx>
- 10) Hirsh DJ, West ML, Cohen AD. Experience with not offering dialysis to patients with a poor prognosis. Am J Kidney Dis 1994; 23: 436-66.
- 11) Moss AH. Shared decision-making in dialysis: The new RPA/ASN guideline on appropriate initiation and withdrawal of treatment. Am J Kidney Dis 2001; 37: 1081-91.
- 12) Renal Physician Association: Clinical Practice Guideline Second Edition Shared Decision-Making in the Appropriate Initiation of and Withdrawal from Dialysis (2010)
<http://www.renalmd.org/WorkArea/DownloadAsset.aspx?id=2710>
- 13) 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.
<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2007/05/dl/s0521-11a.pdf>
- 14) 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).
<http://www.jaam.jp/html/info/2007/info-20071116.htm>
- 15) 日本老年医学会. 高齢者ケアの意思決定プロセスに関するガイドライン 人工的水分・栄養補給の導入を中心として. http://www.jpn-geriat-soc.or.jp/proposal/pdf/jgs_ahn_gl_2012.pdf
- 16) Salzburg statement on shared decision making. BMJ 2011; 342: d1745.
- 17) 日本小児科学会・倫理委員会小児終末期医療ガイドラインワーキンググループ. 重篤な疾患を持つ子どもの医療をめぐる話し合いのガイドライン. http://www.jpeds.or.jp/uploads/files/saisin_120808.pdf
- 18) Davison SN, Torgunrud C. The creation of an advance care planning process for patients with ESRD. Am J Kidney Dis 2007; 49: 27-36.
- 19) Fassett RG, Robertson IK, Mace R, Youl L, Challenor S, Bull R. Palliative care in end-stage kidney disease. Nephrology 2011; 16: 4-12.
- 20) WHO. Cancer pain relief and palliative care. WHO technical report series 804. Geneva, WHO, 1990.