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

藤倉 恵美¹ 大内 雄太² 宮崎 真理子¹ 伊藤 貞嘉³

¹東北大学病院血液浄化療法部 ²岩切病院心療内科・精神科

³東北大学大学院医学系研究科腎・高血圧・内分泌学分野

キーワード：血液透析継続の見合わせ，自己決定権，意思決定プロセス，緩和ケア

〈要旨〉

わが国では終末期医療に関するガイドラインが次々と発表され，いずれも患者本人の意思決定を尊重する内容になっている．透析患者も同様に自らの意思を尊重され穏やかな最期を過ごすことが望ましい．われわれは狭義の終末期とはいえない状況で患者本人が維持透析中止を決断した症例を想定し「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」に沿って意思決定を行う過程と結果を検証した．その結果，患者がその病状や治療に関して十分に検討，理解したうえで，ほかから強制されることなく意思決定しており，その判断に倫理的妥当性があれば，治療中止は患者の自己決定権の行使として容認されるべきと考えた．ただし意思決定プロセスは慎重に検証されなければならない，加えて緩和医療に関する教育やコンサルテーション体制，事後のグリーフケアを総合的に整える必要がある．医療者が法的に免責される保証がないことにも十分注意すべきである．

Agenda for adoption of the “Proposal for the Shared Decision-Making Process Regarding Initiation and Continuation of Maintenance Hemodialysis” (The Japanese Society for Dialysis Therapy, 2014) for patients who decide to withdraw from dialysis

Emi Fujikura¹, Yuta Fujikura-Ouchi², Mariko Miyazaki¹, Sadayoshi Ito³

¹Department of Blood Purification, Tohoku University Hospital, ²Department of Psychiatry, Iwakiri Hospital,

³Division of Nephrology, Endocrinology and Vascular Medicine, Tohoku University Graduate School of Medicine

Key words : withdrawal from dialysis, autonomy, Decision-Making process, palliative care

〈Abstract〉

Recently in Japan, several guidelines regarding terminal care issues have been published and all of them refer to respect for individual autonomy. Similarly, the preference of patients requiring maintenance hemodialysis (MHD) should be respected so that they may spend the rest of their lives peacefully. This study utilized a virtual scenario in which a patient decides to withdraw from MHD in a broadly-defined terminal state, and discusses the implications of both MHD cessation based on self-determination and medical care in and after the decision-making process, based on the “Proposal for the Shared Decision-Making Process Regarding Initiation and Continuation of Maintenance Hemodialysis” (The Japanese Society for Dialysis Therapy, 2014). The results of the study suggest that it is ethically permissible and proper to allow MHD cessation if patients properly discuss and adequately understand their medical conditions and treatments and are permitted to make decisions without external pressures when in a broadly-defined terminal state. However, the decision-making process must be reviewed carefully while considering contextual features. In Japan, health professionals also require continual awareness of the inconvenient fact that there is no law providing immunity. This study suggests agendas that will supplement the proposal. In conclusion, it is necessary to comprehensively develop education about palliative care, consultation systems and subsequent grief care.

藤倉 恵美 東北大学病院血液浄化療法部 〒980-8574 宮城県仙台市青葉区星陵町 1-1

Emi Fujikura Tel : 022-717-7392 Fax : 022-717-7486 E-mail : emifujikura@med.tohoku.ac.jp

〔受付日：2015年6月11日，受理日：2015年10月19日〕

緒 言

日本における終末期医療に関する議論は、がんの末期患者や治る見込みのない植物状態の患者を想定して始まった。その後、長期に療養生活を送り身体が衰弱して亡くなる人が増えたことなどを背景として「末期医療」が「終末期医療」という名称に変更され、次々とガイドライン^{1,2)}が作成された。さらに最近「人生の最終段階における医療」という名称が使用され³⁾、患者の意思を尊重し、人生の最終段階を穏やかに過ごせる環境を整備することが目標とされている。

透析患者においても、癌の末期状態や重度の脳機能障害など治療の有無にかかわらずその死が近い状態での透析治療の中止は、尊厳死（ここでは「尊厳ある死＝death with dignity」人間としての尊厳を保って死に至ること、つまり、単に「生きた物」としてではなく、「人間として」遇されて、「人間として」死に至ること、ないしそのようにして達成された死を指す）や、延命治療の中止の是非という観点から議論され、2014年日本透析医学会から「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」⁴⁾（以下「提言」）が発表された。この中で患者の尊厳を考慮したとき、維持血液透析の見合わせも最善の治療となりうるとの見解が示された。

一方で日本では延命治療に関する自己決定権の行使に法的な裏付けはなく、尊厳死の定義や遂行の条件などを定めた法律は未整備である。治療の非開始、見合わせなどの重要な臨床上の決定についての法的な判断は未決定であり、医療者は法的責任を問われる可能性がある。

末期慢性腎不全患者は医学的処置を施さなければ早期に死に至るという意味では「終末期患者」と捉えられるが、透析治療を行えば社会復帰できる可能性があることから、死が差し迫っているような病状にある狭義の終末期患者とは異なる。維持透析患者の診療に関わる医療者は少なからず透析中止を考慮した経験を有すると思われる。維持血液透析の中止を検討する状況としては患者の全身状態が極めて重篤で回復が望めない場合が多いと思われるが、狭義の終末期にあらず医学的に透析療法の施行は可能な状況で、意思決定能力がある患者本人が透析を止めたいとの希望を示す場合もある。このようなケースでは現在の社会的状況から鑑みて治療方針の決定に際しより慎重な対応が必要になるが、先の提言にも具体的な方法は示されていない。

I. 検証の目的および方法

維持血液透析の中止を決断した患者へ医療現場が適切に対応できるよう、患者の自己決定を尊重するための検討事項と課題を明らかにしたい。

維持血液透析患者が透析中止を決断した場合に検討すべき問題を普遍化するために、実際の症例ではなくモデルケースを想定した。このモデルケースにおいて提言に沿って意思決定プロセスを実施し、医学的観点、法的小説および倫理的観点から多角的に検討する。

II. 症例（モデルケース）

血液透析歴15年、透析導入以降A病院の外来通院透析を継続している60歳の女性患者。夫と二人暮らしで子はおらず、夫以外の親族は患者の病状説明など診療上関わったことがない。

病歴：長期透析の合併症により骨折を繰り返し全身の痛みがあり日常生活動作（activities of daily living：ADL）は徐々に低下していた。合併症の治療を勧められていたが、その度に「侵襲的な検査、治療はしたくない」という意思を示し拒否していた。

あるとき病的骨折を発症し歩行不能となった。精査の結果、症状の改善のためには手術が必要であるが、重度の大動脈弁閉鎖不全症が発見され術前の検査が必要と判明した。患者は病状を理解したうえで心臓の精査を拒否し、疼痛緩和処置のみ希望した。退院時のADLはほぼ寝たきりであったが、自宅療養を強く希望し介護サービスを利用して通院透析を継続することになった。

退院4か月後、いつもどおり来院し透析を行い帰宅した。患者の帰宅後に夫が来院し「透析が辛いので透析をやめて死を待ちたいと言っている」と相談があった。B医師から透析を中止した場合の予後を説明し、透析の時間や回数の減少など代替案を提案した。翌日夫が再度来院し、患者の透析中止の意思が変わらないこと、夫もその意思を受け入れていること、自宅での苦痛緩和処置と看取りを希望していることをB医師に伝えた。B医師のほかこの患者を継続して診療してきたA病院の複数の医師が協議した結果、平常時と比較し最近の患者の精神状態に変化がないことを確認し判断能力があるものとして患者の希望に応じることとし、C往診クリニックに在宅での看取りの依頼を行った。

透析中止から6日目、嘔気、嘔吐出現。翌7日目、

日本透析医学会(2014年)

図 1 維持血液透析見合わせ時の意思決定プロセス
(日本透析医学会, 透析会誌 2014; 47: 269-85 より引用)

未明に嘔気強く C 往診クリニックに診察依頼し、塩酸モルヒネ坐剤などが投与された。しかし苦痛が強いため同日早朝に A 病院へ入院した。入院後再度患者の意思を確認した結果、透析中止の意思は変わらず入院継続を希望し、苦痛緩和のみ行う方針となった。透析中止から 9 日目に永眠した。なお、透析中止に関する患者、家族、医療者間の合意事項は文書化されている。

Ⅲ. 検討した事項

1. 身体医学的観点から、透析中止以前のインフォームドコンセントについて

提言 1 に「医療チームは患者に十分な情報を提供する」と示されているが、治療方針を決定するうえで、病状に関する正確な情報を提供し患者の理解を得ることは病期にかかわらず必須である。透析患者が生命予後に直結しない重篤な合併症を有することはまれではない。合併症の治療選択、予後など適切な時期に十分な情報提供を行っていたかが重要である。モデルケースでは、経過中に予測し得る症状や治療方針につき情報提供されたが、侵襲的な検査、治療介入を受け入れないという自己決定が繰り返され、医療者はその意思を尊重してきた経緯がある。

2. 精神医学的観点から、患者の意思決定能力および精神疾患の有無の評価について

提言に示される「維持血液透析見合わせ時の意思決定プロセス」(図 1)において、最初に患者に判断能力があるか否かを判断することが示されている。モデルケースでは、平常時の言動や意思疎通性をもとに複数の医師が患者の意思決定能力を評価した。治療中止決定時に認知症やうつ病などの精神障害合併の有無や意思決定能力の評価について精神科医の診断を受けることが望ましいが、受診同意や透析中止後の身体状況や余命期間、透析医療に精通した精神科医の不足などの理由により難しい。

3. 透析中止後の緩和ケアの観点から、身体的な緩和医療について

終末期に患者が訴える苦痛や呼吸困難は薬物療法によって軽減でき、とくにオピオイドが有用であることは議論の余地がない。透析患者への緩和医療についてはいくつかの文献⁵⁻⁷⁾で考察がなされており、塩酸モルヒネは代謝産物の蓄積性のために do not use に分類されている⁷⁾。フェンタニルやオキシコドンは腎機能の影響を受けにくく、近年貼付剤などさまざまな剤形で上市されており、このようなケースでの苦痛緩和にも有用である。

表 1 維持血液透析患者が自ら透析中止を決断した場合の確認事項

1. 患者の自己決定に影響を与え得る下記因子を検証し、確認する。
 - 1-1) 鬱状態や認知症などの精神障害が患者の判断や意思決定能力に影響を与えていないか？
 - 1-2) 患者が、自己の尊厳よりも家族、集団主義、他者への配慮を過度に意識した価値観をもっていないか？
 - 1-3) 患者の経済状況、家庭の事情等の社会経済的因子に関して状況を改善するために十分な対応がなされているか？（＊）
 - 1-4) 家族の意向による圧力がないか？
2. 透析中止以外の医療的選択肢の有無を検討し患者に呈示し、十分に理解できていることを確認する。
3. 患者が透析中止によりもたらされる結果（数日～数週間以内の死）を理解していることを確認する。
4. 透析中止を動機づけている状態や症状など改善の余地がないことを再確認する。特に苦痛の軽減策は最新の知見に基づいて改善の余地がないことを検討する。（＊）
5. 患者の判断に迷いがなく確認する。時間をおいて複数回確認し、撤回や変更の自由があることを理解しているかを確認する。
6. 透析中止後行う治療や治療を受ける場所について確認する。（＊）
7. 家族の意向、願い、家族から見た患者の意向（本心）について聴取し、家族の意向を確認する。

〔（＊）Cohen LM, et al. JAMA. 2003 ; 289 : 2113-9 より引用、改変〕

日本緩和医療学会による「緩和ケアチームの治療を受けるがん患者のための鎮静に関するガイドライン」⁸⁾では鎮静も苦痛緩和に有用であることが示されている。ただし「非がん患者への緩和ケア」という概念が確立されているとはいえ、本人の同意があっても、医学的適応、倫理的妥当性について十分検討してから開始されるべきである。

4. 法的観点から

患者の自己決定権は憲法第13条（全て国民は、個人として尊重される。生命、自由及び幸福追求に対する国民の権利については、公共の福祉に反しない限り、立法その他の国政の上で、最大の尊重を必要とする）によって保証される。医療法では、医師、歯科医師、薬剤師、看護師その他の医療の担い手は、「適切な説明を行い、医療を受ける者の理解を得るよう努めなければならない」とされ（第一条の四-2）患者の自己決定を支援する義務を持つ。しかしながら患者の自己決定による治療中止を具体的に担保する法律や判例は存在せず、法的にはどの命も等しく最善を尽くされるべきであると考えられている。従って治療の非施行または中止は刑法199条（殺人罪）、刑法202条（自殺関与・同意殺人罪）、刑法218条（保護責任者遺棄罪）に抵触する恐れを含む。

正常な意思決定能力を有する患者が透析継続中止の意思をもった場合、医療者がその自己決定に反して鎮静や抑制を行ったうえで治療を強制することは人権侵害とされるが、生命を維持する治療を中止することによる訴追の可能性は拭いきれない。

過去に延命治療中止が行われた事例に対して違法とされた判例では、患者の余命の判断プロセス、患者、家族への情報提供および意思決定プロセスが不適切であると指摘された。現在の法制度のもとではモデルケースにおいて医療者が法的責任を問われる可能性は

否定できず、意思決定プロセスを文書により可視化し保存することは最低限必須である。

5. 倫理的観点から

透析患者が正常な意思決定能力のもとで透析中止を決断した場合に、医療者はその過程を患者とともに検証しなければならない。治療中止の結果が患者に死をもたらすことを十分に理解しているか否か、患者の理解力の正しさ、判断の強固さ、判断に影響を与える要因の有無、治療を強制することの不適切さについて複数のプロフェッショナルが繰り返し確認し、さらにそれが記録として文書化されていることが重要である。以上の条件が満たされた場合に、患者が明確に拒否している治療的介入を行うことは、たとえその医療が一般的に医学的有益性の高い介入行為であったとしても、患者の自己決定権の侵害になる。今回呈示したモデルケースは血液透析の継続によって生命維持は可能な状況であったが、重篤な合併症により堪え難い苦痛を伴う状態が持続しており、治療を継続することが必ずしも患者にとって有益ではない状況が他者からも明らかであった。したがってこのようなケースで延命よりも治療中止のほうが有益性において勝っているとの判断には倫理的妥当性がある。

6. 多元的検討によるモデルケースにおける透析見合わせの判断の妥当性

以上より、維持血液透析患者が狭義の終末期といえない状況で透析中止の意思を示し医療者が透析見合わせを決定する場合、透析医学会による提言に沿って意思決定を行う必要があるが、透析見合わせの判断が妥当だとするためにさらに表1に示す事項を確認すべきである。

Ⅳ. 考察～わが国での腎不全診療において、提言の意味とその活用のために

1. 腎不全診療における提言の位置づけ

米国では法律上「自己決定権」が認められ、患者の自己決定を尊重し従うことが規定されている。米国腎臓医協会（Renal Physician Association：RPA）による透析開始及び透析中止に関するガイドライン⁹⁾では、「勧告5 透析の継続中止が容認される条件」として「判断力が正常である時点での自己決定」が極めて重視されており、患者の重症度は考慮されていない。これは倫理的意思決定がなされるときに、患者の疾病の種類（罹患臓器、急性疾患か慢性疾患か、悪性か非悪性か）、病期、予後、障害の程度などの影響は受けないという考え方¹⁰⁾に基づいている。

わが国には生命を維持する治療の非開始、治療中止について法的な拘束力をもつ明確な「ハード・ロー」ではなく、「ソフト・ロー」といわれる専門家により作成されたガイドラインが判断の妥当性の拠り所となっている。2007年に厚生労働省が「終末期医療の意思決定プロセスに関するガイドライン」¹⁾を作成した。この中で患者本人の意思が基本となること、治療方針は医療チームで判断することなどの基本方針が示された。そして2012年に日本老年医学会より「高齢者の終末期の医療およびケア」に関する「立場表明」¹¹⁾が出された。高齢者の終末期としての状態像をがんに限定せず、身体が衰弱し、長期に療養生活を送った後に亡くなることも想定された内容となっている。この中では、「本人にとって最善の医療およびケア」を受ける権利があること、「何らかの治療が、患者本人の尊厳を損なったり苦痛を増大させたりする可能性があるときには、治療の差し控えや治療からの撤退も選択肢として考慮する必要がある」と示した。この立場表明は高齢者の治療中止に関するソフト・ローのひとつとして医療現場へ一石を投じた。続いて2014年3月に厚生労働省が発表した「終末期医療に関する意識調査」¹²⁾では、「終末期医療」という用語が「人生の最終段階における医療」に変更された。「人生の最終段階における医療」のあり方として、医療行為のみに注目するのではなく、最期まで尊厳を尊重した人間の生き方に着目し、幅広く医療及びケアの提供について検討していくことに重点をおくと謳われている。調査内容も、がんの末期状態や植物状態のような「狭義の終末期」を想定した内容から脱し、高齢者や慢性疾患などの「非悪性疾患」患者への医療の提供および治療の中止、事前指示書にまで

検討の範囲を広げている。

一連の終末期医療に関するガイドラインの変遷は、腎不全医療のあり方に対しても、患者の人生における医療の位置づけを考慮するように求めているように読み取れる。透析医療の黎明期には医療資源の限界のために救命できなかった患者が存在した。現在の日本では医療資源が充足し、医療保険制度や腎不全医療への公的補助が整い、患者の権利を尊重した透析医療が提供可能である。医療は進歩し高齢者や重大な合併症を有する患者への透析導入や長期透析患者は特別ではなくなった。すると新たな問題として、癌の末期状態や重度の脳機能障害など、腎代替療法が患者の予後を改善しないことが懸念される場合に、透析を開始、継続するか否か透析医療の現場では葛藤が続いていた。そこで透析医療領域での終末期医療の指針作成が切望され、2012年に「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)」¹³⁾が公開された。

筆者らはこれに対しパブリックコメントを提出した。パブリックコメントの作成にあたってはRPAのガイドライン¹¹⁾、透析中止に関する文献^{14~17)}および書籍^{18,19)}を参考にし、治療中止の決定に際しては意思決定のプロセスが重要と考え、以下の意見を提出した。

提言の対象は終末期患者に限定せずすべての維持血液透析患者を対象とするべきで、対象患者が「狭義の終末期」状態であるか否かにかかわらず、患者本人の意思決定能力を評価し共同の意思決定を行うことが重要である。また、日本における透析中止について法的解釈を行った文献はいくつか存在するが^{20,21)}、参考となる判例はなく現在のところグレーゾーンと解釈されている。とくに本研究で用いたモデルケースのように合併症が生存期間を強く規定しない場合には治療中止の妥当性を担保するためのソフト・ローが必要と考え、意思決定プロセスを実施するうえでの確認事項として表1に示した内容を提案した。

2014年に日本透析医学会より発表された提言では維持血液透析の開始と継続について、患者の自己決定を尊重すること、患者の尊厳を考慮したとき、維持血液透析の見合わせが最善の治療となる場合もあることが示された。しかしながら診療現場では提言の「透析の見合わせを検討する状況」のみが注目されており、「条件を満たせば血液透析を中止してよいのか？」という疑問はまだ残っているように思われる。

2. 患者の自己決定の尊重のために注意すべき事項

患者の自己決定は最優先されるが、医療者は盲目的に承認するのではなく、患者の判断に影響を与える因子（表2）が存在しないか注意しなければならない。

表 2 患者の自己決定に影響を与え得る因子

- ・患者の意思判断能力の正常さ、鬱や認知症など意思判断能力に影響を与え得る疾患の存在
- ・症状や予後、治療方法やほかの医療的選択肢に関する情報不足、理解不足
- ・経済状況、家庭の事情などの社会的圧力
- ・家族の意向による圧力
- ・日本人的な価値観(個人主義よりも家族/集団主義、他者への配慮)

さきに検討したような社会的圧力や医学的な情報不足のほかに、日本人および日本文化の特性として、個人よりも家族・集団主義、曖昧、他律、協調性を重んじる傾向など、自己の尊厳のための自己決定を阻害する要因がある。こういった特性により、医療倫理領域の重要原則である「自律尊重、自己決定と自由、尊厳、公平、多様性」が尊重されない状況が生み出される可能性がある。岡田らによる透析医に対する意識調査²²⁾でも、終末期の透析中止を指示する事前指示書が存在しても、家族の意向がその内容と異なる場合には医療者は家族の意向を優先する傾向がみられた。患者の自己決定を尊重するうえで家族の同意は必須ではないが、臨床現場では家族の意向が考慮されることが多いことにも配慮が必要である。

そこで提言の運用にあたっては、提言に示された意思決定プロセスを実施する際に各項目について十分に吟味し検討すべきである。モデルケースのように、生存期間を強く規定する合併症がなく狭義の終末期にはあたらないが、治療継続による延命よりも治療中止のほうが患者にとって有益性に勝る状況であることが、患者、家族、医療者すべてが了承できる状況である場合に、表1に示した事項を確認することができれば、透析の見合わせを患者の自己決定権の行使として受け入れるべきとわれわれは考える。前述したような日本文化の特性、司法判断の現状を鑑みて、患者の自己決定をもとに家族の意向を確認し、医療チームで治療方針を決めることが重要である。もちろん患者、家族、医療者の間で合意した事項について、その決定プロセスも含め文書化しておくことは必須である。

3. 透析見合わせ後の緩和ケア～家族への精神的サポートも含めて

透析の見合わせを決定した後は適切な緩和ケアが必要である。提言5では「患者の全人的な苦痛に対応する」ことを薦めている。身体的な痛みへの対策は先に述べた。精神的ケアについては堀川らの意見²³⁾が参考になる。具体的には、①身体的ケアをていねいに行う、②適切なサポート体制を整える、③支持的精神療法、④向精神薬による薬物療法である。

それまで継続してきた生命維持のための治療を自らの意思で中断するという決断は、血液透析患者の場合余命を1～2週間以内と患者自身が決定することであり、それを家族や医療者も自覚しているという状況を生み出す。治療中止の決定に至るまでに長い経過がある一方でその後に残された時間は短く、患者自身が透析を中止する判断はがん患者が積極的治療から緩和治療に切り替える決断とは似て非なるものである。Chaterら²⁴⁾は透析中止を決断した患者の緩和ケアを行った報告をしているが、このような患者の心理は「あきらめ」とも「満足」とも「受容」とも分類しきれないと述べている。提言5では患者の家族に対する精神的、社会的支援にも触れられている。前述のChaterら²⁴⁾は、透析中止の決断について、患者よりも家族のほうがその判断について「良いとも悪いともいえる」と考える割合が多かったと報告している。患者の意思を尊重しその死を容認した家族は、意思決定の過程でも、患者の死後も、迷いや自責の念をもつであろう。長期にわたって患者の透析生活を支えてきた家族の喪失感など心理面の変化に関してはほとんど知られていない。今後同様のケースについて検討を重ねる必要がある。

4. 透析見合わせに関わった医療者にかかるストレス

透析患者に関わる看護師のストレスに関する調査では^{25～27)}、提供する医療行為に関するストレスとともに患者との人間関係もストレスの原因になることが示唆されている。外来透析部門のスタッフには、長期にわたって患者の日常生活の一部でありながら生命維持に必須の治療を提供してきた中で築かれた患者—医療者関係がある。この深い関係性の中で、透析中止を自己決定した患者の存在は医師も含めたスタッフに自責の念をもたせることは十分に考えられる。一方、一般病棟で緩和ケアを提供するスタッフのストレスとして中島ら²⁸⁾は「緩和ケアに対する知識不足、急性期と終末期の患者の異なる看護の困難さを抱えながら看護している」と報告している。緩和ケアの知識や経験に乏しい一般病棟の看護スタッフには、透析中止により死に向かう患者の看護は難しく大きなストレスになるであろう。モデルケースのような症例に関わる医療者の心理的負担を軽減することも重要な課題である。

5. 透析見合わせ後の緩和ケアにおける今後の課題

現在緩和ケアの一環としての精神療法を行える透析医療従事者は極めて少ない。わが国の診療報酬や緩和ケア病床の整備状況などの事情から、維持透析患者が緩和ケア病棟で最期を迎えることは難しく、終末期を迎えた透析患者が専門的な精神科的ケアも含めた緩和

ケアを受けられる状況はまれである。透析医療に関わるスタッフが緩和ケアのトレーニングを受けることや、家族、医療スタッフも含めた精神的なサポートおよびコンサルテーション体制の充実も今後の検討課題である。

まとめ

維持血液透析患者の透析の見合わせを検討する場合に、日本透析医学会による提言に沿って意思決定を行うことが必要であるが、提言の運用、治療方針決定は慎重に行われなければならない。患者の自己決定を尊重するうえで患者の病期、重症度は影響がない。患者が透析治療中止を自己決定した場合には、意思決定プロセスを検証し、治療中止が患者の自己決定権に基づいた治療方針として尊重され得るべきものであるか医療チームで判断することが重要である。透析中止が決定された場合には精神的ケアも含む適切な緩和ケアを提供すべきである。これらによって、合併症の回復が望めず死が差し迫っている患者だけでなく、余命の期間が明らかに限定されていない患者であっても、透析中止は医学的、倫理的に妥当な選択となりうる。しかし法制度が未整備である現状では治療中止の判断に至るプロセスは真正性を保ち見読できる文書として保存することが重要である。このような判断を適切に行うためには事例発生時に医療チームの判断を支援するコンサルテーション体制、透析スタッフが緩和医療の考え方や実践に関して学習する機会、事後のグリーフケアを総合的に整えていかねばならない。

謝辞：本論文の端緒となった日本透析医学会へのパブリックコメント提出にあたり指導を受けた故 関野宏先生(2013年8月逝去)に感謝いたします。

文献

- 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 (access 2015.8.18)
- 日本医師会第X次生命倫理懇談会：終末期医療に関するガイドライン。http://dl.med.or.jp/dl-med/teirei-kaiken/20080227_1.pdf (access 2015.8.18)
- 終末期医療に関する意識調査等検討会：終末期医療に関する意識調査等検討会報告書、2014。http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-10801000-Iseikyoku-Soumuka/0000041846_3.pdf (access 2015.8.19)
- 日本透析医学会：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.
- Davison SN. Integrating palliative care for patients with advanced chronic kidney disease: recent advances, remaining challenges. J Palliat Care 2011; 27: 53-61.
- Fassett RG, Robertson IK, Mace R, Youl L, Challenor S, Bull R. Palliative care in end-stage kidney disease. Nephrology 2011; 16: 4-12.
- Mid-Atlantic Renal Coalition and Kidney End-of-Life Coalition: Clinical Algorithm & Preferred Medications to Treat Pain in Dialysis Patients, Midlothian, Virginia: Mid-Atlantic Renal Coalition, 2009.
- 日本緩和医療学会 緩和医療ガイドライン作成委員会。苦痛緩和のための鎮静に関するガイドライン、2010年版。https://www.jspm.ne.jp/guidelines/sedation/2010/index.php (access 2015.8.18)
- Renal Physicians Association: Clinical Practice Guideline Second Edition. Shared Decision-Making in the Appropriate Initiation of and Withdrawal from Dialysis. Rockville, Maryland: Renal Physicians Association, 2010.
- 浅井篤。緩和ケアに関連する倫理的問題。大石醒悟、高田弥寿子、竹原歩、平原佐斗司 編。心不全患者の緩和ケア。東京：南山堂、2014; 213-23.
- 日本老年医学会。「高齢者の終末期の医療およびケア」に関する日本老年医学会の「立場表明」、2012。http://www.jpn-geriat-soc.or.jp/tachiba/jgs-tachiba2012.pdf (access 2015.8.18)
- 終末期医療に関する意識調査等検討会。人生の最終段階における医療に関する意識調査報告書、2014。http://www.mhlw.go.jp/file/04-Houdouhappyou-10802000-Iseikyoku-Shidouka/0000042775.pdf (access 2015.8.18)
- 岡田一義、大平整爾、伊丹儀友、他。慢性血液透析療法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.
- 大平整爾。透析非導入(見送り)と透析中止(差し控え)への一考察。透析会誌 2008; 41: 761-70.
- 岡田一義。終末期における透析中止。透析会誌 2008; 41: 29-37.
- Cohen LM, Germain MJ, Poppel DM. Practical considerations in dialysis withdrawal: "To have that option is a blessing". JAMA 2003; 289: 2113-9.
- Hirsh DJ, West ML, Cohen AD, Jindal KK. Experience with not offering dialysis to patients with a poor prognosis. Am J Kidney Dis 1994; 23: 436-66.
- 大平整爾。透析患者のターミナルケア—生と死のはざまにある医療と看護。大阪：メディカ出版、2011.
- 会田薫子。延命医療と臨床現場—人工呼吸器と胃ろうの医療倫理学。東京：東京大学出版会、2011.
- 小川義龍。透析非導入・中止における患者の自己決定権。透析会誌 2012; 45: 1104-5.
- 竹中郁夫。透析中止に関連する法的問題。臨床透析

- 2009; 25: 1455-60.
- 22) 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.
- 23) 堀川直史, 倉持泉, 樋渡豊彦, 他. 終末期にある患者およびその家族との接し方 (2) 精神科医の立場から: 腎不全患者を中心に. 臨牀透析 2009; 25: 1435-43.
- 24) Chater S, Davison SN, Germain MJ, Cohen LM. Withdrawal from dialysis: a palliative care perspective. Clin Nephrol 2006; 66: 364-72.
- 25) 大平整爾. 透析スタッフのストレス実態. 臨牀透析 2011; 27: 1669-76.
- 26) 米田千恵子, 丸山祐子, 原田孝司, 他. 透析室における看護師のストレスの特徴. 臨牀透析 2009; 25: 311-7.
- 27) 石丸律子, 秋永和之, 梅崎節子, 他. 人工透析施設に勤務する看護師のストレスに関する研究—オープンフロアという治療環境の影響について. バイオメディカル・ファジィ・システム学会誌 2012; 14: 43-9.
- 28) 中島里子, 角田直枝. 緩和ケアに携わる看護師のストレス—一般病棟の場合—. 緩和医療学 2000; 2: 96-101.