探索的グループ・インタビューによる 透析医の尊厳死, advance directive に対する意識調査

三浦 靖彦^{*1} 浅井 篤^{*2} 福原 俊一^{*3} 松村 真司^{*3}
 田 邊 昇^{*4} 政金 生人^{*5} 酒井 信治^{*6} 山 縣 邦 宏^{*7}
 川島 洋一郎^{*8} 伊良部 徳次^{*9} 石田 尚 志^{*10} 吉原 邦 男^{*11}
 前田 憲 志^{*12} 黒 川 清^{*13} 川口 良 人^{*14} 細 谷 龍 男^{*14}
 国立佐倉病院内科^{*1} 京都大学総合診療部^{*2} 東京大学大学院医学系研究科^{*3}
 京都大学法学部^{*4} 山形大学第1内科^{*5} 信楽園病院内科^{*6} 日立総合病院腎臓内科^{*7}
 戸田中央病院透析センター^{*8} 旭中央病院内科^{*9} 松江赤十字病院透析室^{*10}
 まめの木クリニック^{*11} 名古屋大学大幸医療センター内科^{*12} 東海大学医学部^{*13}
 東京慈恵会医科大学内科学講座第2^{*14}

key words : 質的研究, 探索的グループ・インタビュー, 生命倫理, 透析, 事前指示
 〈要旨〉

アメリカでは, 患者自己決定法が1991年に制定され, 公的資金の援助を受けている病院においては, 患者に, advance directive (AD) について説明を行うことが義務づけられており, この制度により, 患者の希望に沿った終末期医療がある程度可能となっているが, 日本においては, ようやく尊厳死, 安楽死に関する討論が本格化しはじめたところで, ADに関する社会的認識や法的整備は, ほとんどなされていないのが現状である. また, 海外, 特にアメリカにおいては, 透析治療が一つの延命治療であるという概念が成立しているため, 透析治療の生命倫理学的研究報告もいくつか存在するが, わが国においては, ほとんど存在しないのが現状である. そこで, 日本におけるADを含む終末期医療の現状と将来性を考えるため, 探索的グループ・インタビューを企画し, 透析専門医の尊厳死, ADに関する意識を調査した. その結果, 透析医療において, 数多くの倫理的問題があり, それに対して, 何の解決策も打ち出されていないことが明らかにされた. また, 透析非導入・中止に関しては, 医師の使命感・倫理観から, 現状では容易に行えないと言う意見が多く, 患者の尊厳死に対する要望を安易には取り入れられない土壌があることも明らかとなった. 一方, ADの概念そのものに関しては, 有用性を認める意見が圧倒的であった. 以上より今後のわが国の終末期医療のあり方について, 考察した.

Japanese physicians' views of ethical problems in dialysis therapy and advance directives

Yasuhiko Miura^{*1}, Atsushi Asai^{*2}, Shunichi Fukuhara^{*3}, Shinji Matsumura^{*3}, Noboru Tanabe^{*4}, Ikuto Masakane^{*5}, Shinji Sakai^{*6}, Kunihiro Yamagata^{*7}, Youichiro Kawashima^{*8}, Noritsugu Iwabuchi^{*9}, Hisashi Ishida^{*10}, Kunio Yoshihara^{*11}, Kenji Maeda^{*12}, Kiyoshi Kurokawa^{*13}, Yoshindo Kawaguchi^{*14}, Tatsuo Hosoya^{*14}

Sakura National Hospital, Department of Internal Medicine^{*1}; Department of General Medicine and Clinical Epidemiology, Kyoto University School of Medicine^{*2}; Department of Internal Medicine, Division of Medical Science, Graduate School, The University of Tokyo, Faculty of Medicine^{*3}; Kyoto University, School of Law^{*4}; Yamagata University School of Medicine, First Department of Internal Medicine^{*5}; Shinrakuen Hospital, Department of Internal Medicine^{*6}; Hitachi General Hospital, Department of Nephrology^{*7}; Toda Chuo Hospital, Department of Internal Medicine^{*8}; Asahi General Hospital, Department of Internal Medicine^{*9}; Matsue Red Cross Hospital, Department of Internal Medicine^{*10}; Mamenoki Clinic^{*11}; Daiko Medical Center, The University of Nagoya^{*12}; Tokai University^{*13}; The Jikei University School of Medicine,

Second Department of Internal Medicine*¹⁴

An advance directive is a statement that a mentally competent patient makes about his or her preference for life sustaining treatment in the event that he or she becomes mentally incompetent. Advance directives can be formal written statements (Living Wills), or oral statements made by the patient or durable power of attorney for health care.

In the U. S., the patient self-determination act gives legal protection to physicians who implement advance directives. In Japan, advance directives are not popular among physicians or the general population. A focus-group interview was held to investigate ethical problems in dialysis therapy in Japan and the attitudes toward advance directives among Japanese nephrologists.

Many ethical problems encountered in dialysis therapy were identified, the increasing number of older patients, diabetic patients, long-term dialysis and the problems in withholding or withdrawing from these and other patients with poor prognosis.

All participants strongly supported the idea of advance directives. Advance directives were considered to be particularly useful when physicians and patients' families can not decide the direction of an incompetent patient's therapy.

However all participants worried about the legal situation of those who withhold life-sustaining treatment. Further discussions are needed to develop advance directives and styles of terminal care that are appropriate for Japan.

緒 言

Advance directive (AD) とは、「事故や重症疾患によって判断能力が失われた際にどのような医療を希望、または拒否するのかを、意識が清明なうちに表明しておく」ことを意味するものである。形式的には、文書として残す形態（一般に living will と呼ばれているもの）だけでなく、口頭で、家族や主治医に伝えておく形態や、自分の代わりに意思決定を行う代理人を指定しておく形 (Durable Power of Attorney for Health Care) も含まれる概念である。アメリカ合衆国（以下アメリカ）では、患者自己決定法 (patient self-determination act) が 1991 年に制定され、公的資金の援助を受けている病院においては、患者に、AD についての説明を行うことが義務づけられている。この制度により、アメリカでは患者の希望に沿った終末期医療がある程度可能となっているものと思われる。

一方、日本においては、東海大学事件、京都京北病院事件を通じて、ようやく尊厳死、安楽死に関する討論が本格化しはじめたところで、AD に関する社会的認識や法的整備は、ほとんどなされていないのが現状である。欧米諸国では、透析治療が延命治療であるという概念が成立しているため、透析治療に関する生命倫理学的研究報告もいくつか存在するが、わが国においては、ほとんど存在しない。そこで、日本における AD を含む終末期医療の現状と将来性を考えるため、探索的グループ・インタビューを通して透析専門医の

表 出席者のプロフィール

	年齢	病床数 (病院全体)	年間扱い 透析患者数	透析医として の勤務歴
	37	488	145	10
	51	341	440	24
	49	760	130	20
	34	700	100	6
	45	120	120	15
	43	430	130	16
	47	904	320	17
平均	43.7	534.7	197.9	15.4
±SD	6.2	269.9	129.9	6.0

尊厳死、AD に関する意識を調査した。

I. 方 法

研究方法：質的研究 (qualitative study) として探索的グループ・インタビューを行った。

対象：山形、新潟、茨城、千葉、埼玉、島根、沖縄の入院設備を持った透析施設で、中心となって診療を行っている医師 7 名 (表参照)。グループ・インタビューの専門家で、医学的知識を持たない者を司会者とした。

II. 結 果

会議内容の録画、録音および速記を行い、発言集を作成し、発言を各テーマ毎に分類し、以下のごとくにとまとめた。

1. 透析医療における生命倫理学的問題

透析医療における生命倫理学的問題として、以下のような意見があげられた。

「退院の可能性がなく、入院したままで透析を続けている患者が、入院患者の30%近くを占めている。これらの患者の中には透析を続けるべきか否か迷う症例もいる。」

「私のところのような一般病院では、30日以上入院が続くと、保険点数にも影響が出るため、家庭での受け入れが不可能なことなどによる社会的入院が長期になると問題である。」

「糖尿病由来の透析患者の増加により、重大な合併症を抱えている患者が増加してきた。これらの患者の中には、高齢で、高度の合併症もあるため透析を導入すべきかどうか迷う症例もいる。」

長期入院の問題については、都市部の病院ほど、大きな問題となっているが、農村地区では、逆に家庭、地域での受け入れ能力が維持されているようであった。腎不全状態は、透析によって改善させることはできるが、その後に種々の合併症により透析操作そのものも危険な状態になるなど、患者の生活の質（QOL）を維持・改善できないことがある程度明らかな症例がある。これらの症例を前にした際に、透析を開始すべきか、導入せずに見送るかは、透析医療の長年の課題であり、近年特にこの種の問題に遭遇する医師が増加しているようである。

2. 透析非導入、透析中止について

Advance directive の経験

「透析拒否を続け、意識がなくなった後に、医師と家族の判断で透析導入したことがある。導入後元気になり、「透析ってこんなに楽だったんだ。」と、透析を受容し、その後、腎臓移植も受けて、現在19歳になる若者がいる。」

「ある、お坊さんが、「透析になるくらいなら死んだ方がましだ。自分の死生観からも透析を拒否したい。」といって、本人の自筆の遺書や、家族の同意の判も押して持ってきた。しかし、説得の末、透析を開始したところ、数か月後に「透析がこんなに楽ならば、やってもらって良かった。」と話しているという経験がある。」

上記のように、透析導入時に十分なインフォームドコンセントを得ることは難しいことがあると、ほとんどすべての出席者が考えていた。特に、「透析」治療というものに対して、十分な理解無しに拒絶反応を示す人が多いため、この時期の本人の希望というものを、真に受けて良いかどうかは大きな疑問である。した

がって、本人の透析拒否の意思表示（ADを含む）は、安易には受け入れられないという意見が大勢であった。

透析非導入・中止に関しては、

「透析条件などを十分配慮すれば、物理的に透析不可能という事態はまず、起こり得ないため、連日の出張透析になっても、徹底的に透析は継続するのが当院の特徴である。」

「自分の受けてきた医学教育では、可能な限り生命の延長をはかるのが医師の努めと思う。透析中止により患者を死に至らしめるのは、この教えに反することのように思うので、自分にはできない。」

と、透析中止は許容しがたいと回答した医師がいる一方で、3名の医師に透析中止経験があり、1名はADと考えられる経験をしていた。

「肝臓癌を合併した末期患者で、（本人、家族とも了承の上で）通院困難な状態になった際、入院も拒否し、透析も行わず、6日後に自宅で死亡した。」

「入院中の高齢透析患者で、昏睡状態となった後に、家族の希望で、自宅に搬送し、死を迎えた。」

上記2症例は、農村地区の病院での出来事であり、在宅死は都市部ほど頻度が少ないようであった。

3. Advance directive の必要性について

「現在の医療事情において、患者本人の意思確認ができない時は、医師と家族で話し合って治療方針を決定するのが一般的である。ADがあれば、このような際にそれを参考にしながら、話し合える。」

「透析中止に対して、ADがあれば、最終判断が迫られた場面で、参考にできるので有用と思われる。」

「このように意志表示を行う機会があるということは、患者自身にとっても有利であろう。」

と、ADの有用性を認める意見が多かった。

4. Advance directive の問題点について

「従来の医学教育において、治療を中断または、開始しないことにより、患者を死に至らしめることは、業務を放棄するに等しいことのように教育されてきたため、自分が行えるかどうか疑問である。」

「患者の心理的動揺により、以前確認したADが、現在でもその通りかどうか解らない。したがって、最低でも1年に1回程度再確認しないと、我々としても不安である。」

「患者のADに従って、透析や延命治療を中止した後に起こってくる法的問題が心配である。」

「アメリカでは、医療費の高騰、医療訴訟の問題、また、個人の尊厳の問題などから、ADの概念が生まれたのであろう。しかし、日本の状況は相当異なるため、

脳死の問題すら解決していない現在の日本に、アメリカのADをそのまま持ち込むのは無理があるのではないか？」

以上のように、ADを取り巻く環境、つまり、我々医師に対する医学教育を含めた文化・社会的背景の違いをどのように乗り越えて行くかがADの普及に関する課題であるという意見が多かった。また、ADをいつ、どの時期で聞き出すべきか、また、いつ頃、再確認すべきか等、ADの信頼性に対する懸念や、ADの実施・不履行に伴う法的問題に対する不安が聞かれた。

5. Advance directive のわが国での可能性、特に形態は如何にあればよいか

「最終判断が迫られた局面で、治療方針の決定に対して参考にできるので、有用と思われる。患者のADをそのまま受け入れるよりも、それを参考として、治療方針を決定して行くというのが、現状の日本の医療現場では受け入れやすいのではないか。」

「十分なインフォームドコンセントを通して、患者側も、パターナリズム、医師の父権主義といった言葉で表されるような、従来の受身の医療ではなくて、自らが参加する医療が受けられるようになるため、このような概念が広まって欲しい。」

「宗教者や、社会学者の間からこのような議論が起こり、ある程度の規範を作ってくれば、医療者は楽である。」

「患者の希望をいかに（末期）医療に持ち込むかという議論を、医師がしているというのも、不思議な感じがする。」

「従来からの日本の医療の良い点である医師対患者の一对一の関係を大事にしながらADの概念を取り入れたい。」

欧米諸国の文化・社会的背景の元に出現したADであるが、これをそのままの形で日本に導入するのは無理ではないかという意見が大半であった。従来からの日本の医療の形態の中にADの概念を織り込んで行く道を模索していった方が、医療者としても受け入れやすいようである。

III. 考 察

透析医学会統計調査委員会から、毎年、透析患者の高齢化、糖尿病性腎症由来の透析患者の増加、また、これらの患者の生存率が低いことなどが報告されている¹⁾。高齢者や末期患者の透析の問題点については、わが国だけでなく、海外においても多くの報告がなされているが²⁻⁹⁾、根本的な解決策は得られていないのが現

状である。今回のグループ・インタビューにより、高齢透析患者、糖尿病透析患者の医療を行って行く上で、多くの倫理的問題があるが、それに対する回答は得られておらず、各人が手探り状態で対処していることが明らかにされた。

透析導入に関しては、川口ら¹⁰⁾が、透析患者の高齢化、糖尿病患者の増加などを勘案した新たな透析導入基準を提案しているが、今後は、さらに、社会的な面(QOLも含む)も考慮して行く必要があると思われる。

透析中止に関しては、海外では、統計的な報告がなされているが、わが国においては、唯一、大平^{11,12)}の報告にあるように、透析中止による死亡は少数例存在はするものの、患者の希望・意志による透析中止は少ないようである。また、これらの症例の透析中止から死亡に至るまでの期間が平均5.13日と短期間であることから、末期状態で体外循環が不可能なために、透析を行えなかった症例が含まれている可能性があり、厳密な意味での「透析中止による死亡」は、さらに少数なのではないかと思われる。

今後、ADの概念が普及することにより患者の自己決定に基づいた透析中止が増加する可能性もあるが、その時のためにも、周辺の倫理的、法的な検討が待たれる。

ADの必要性については、患者に対して、意志表明の機会を与えることができる、患者のADを参考にしながら、家族と相談して末期医療の方針を決定できるという利点については意見が一致していた。また、一般健康人^{13,14)}における意識調査だけでなく、わが国の透析専門医における意識調査^{15,16)}においても、ADの有用性は高く評価されてはいるが、普及には至っていない。しかし、末期癌患者を診療している医師を対象とした筆者らの研究においては¹⁷⁾、高率にADを表明している患者がおり、実際にADに従った医療も行われていることから、今後、ADの概念は、癌患者に限らず、他の疾患の患者にも普及することがうかがえる。

インフォームドコンセントの概念は、徐々にではあるが普及してきており、患者の知る権利、治療行為を選択する権利は確立しつつある。また、脳死問題も脚光を浴びており、これらの概念の普及に伴い、終末期における患者の権利に関する議論も高まってゆくものと思われる。我々医療者も、それに対応すべく、医療における倫理観を確立して行かなくてはならない。

都市部では、ホスピスケアや、緩和ケア、尊厳死といった議論がなされているが、実は、農村部では、古くからの慣習として、在宅死が、未だに残っていることが今回のインタビューを通して再確認された。した

がって、尊厳死、AD という概念が、わが国において、全く新しいものでないとすれば、従来からの日本の医療の良い点を今一度見つめ直し、そこに、AD などの概念を加えていくことにより、日本の文化・風土にあった、末期医療の形態が形成されて行くものと多くの参加者が考えていた。今後は、我々医療者だけの議論でなく、一般人も含めた、全国的な機運が高まることを期待する。また、本会議報告が、多くの読者に、透析医療に関する倫理観の再考の一助となることを期待する。

本研究は、平成8年度厚生科学研究費補助金「長期慢性疾患総合研究事業（慢性腎不全）」総括班長：黒川 清の研究として行われた。

文献

- 1) 日本透析医学会統計調査委員会：わが国の透析療法の現況(1996年12月31日現在)。日本透析医学会, 1997
- 2) 三浦靖彦, 川口良人：高齢透析者の問題点と対策。腎と透析 42 : 865-868, 1997
- 3) 川口良人, 和田孝雄：高齢者末期腎不全透析導入時の病態—透析導入の基準—。高齢者の透析—導入からフォローアップまで (前田貞亮, 大平整爾, 三木隆己編), p 49-55, 日本メディカルセンター, 東京, 1995
- 4) Neu S, Kjellstrand M : Stopping long-term dialysis. N Engl J Med 314 : 14-20, 1986
- 5) Valdez R, Rosenblum A : Voluntary termination of dialysis : When your patient says, "Enough is Enough!". Dialysis Transplant 23 : 566-570, 1994
- 6) Hirsch DJ, West ML, Cohen AD, Jindal KK : Experience with not offering dialysis to patients with a poor prognosis. Am J Kidney Dis 23 : 446-463, 1994
- 7) Oreopoulos DG : Withdrawal from dialysis : when letting die is better than helping to live. Lancet 346 : 3-4, 1995
- 8) Cohen LM, McCue JD, Germain M, Kjellstrand CM : Dialysis discontinuation : A 'Good' Death?. Arch Intern Med 55 : 42-47, 1995
- 9) Latos DL : Chronic dialysis in patients over 65. J Am Soc Nephrol 7 : 637-646, 1996
- 10) 川口良人, 二瓶 宏, 平沢由平, 合屋忠信, 三浦靖彦, 細川進一, 伊藤 拓, 黒川 清, 秋澤忠男, 秋葉 隆, 下条文武, 斉藤 明, 原 満, 黒田満彦, 和田孝雄：透析導入ガイドラインの作成に関する研究。平成3年度厚生科学研究慢性腎不全医療研究事業研究報告 (総合班長・三村信英), p 125-132, 1992
- 11) 大平整爾：透析の拒否・継続・中止。高齢者の透析—導入からフォローアップまで (前田貞亮, 大平整爾, 三木隆己編), p 212-221, 日本メディカルセンター, 東京, 1995
- 12) 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
- 13) 末期医療に関する国民の意識調査等検討会報告書。厚生省保健政策局, 1993
- 14) 「本社全国世論調査」読売新聞 1993年7月7日
- 15) Sehgal A, Weisheit C, Miura Y, Butzlaff M, Kielstein R, Taguchi Y : Advance directives and withdrawal of dialysis in the United States, Germany and Japan. JAMA 276 : 1652-1656, 1996
- 16) 浅井 篤, 福原俊一, 三浦靖彦, 田邊 昇, 松村真司, 井下 理, 岡角亜希子 : Advance Directives に関する研究。平成7年度厚生科学研究費補助金「長期慢性疾患総合研究事業(慢性腎不全)」研究報告書 : 9-12, 1996年3月 総括班長 黒川 清
- 17) 三浦靖彦, 浅井 篤, 福原俊一, 田邊 昇, 松村真司 : Advance Directive に関する研究。平成8年度厚生科学研究費補助金「長期慢性疾患総合研究事業 (慢性腎不全)」研究報告書 : 7-11, 1997年3月 総括班長 黒川 清