シンポジウム

人生の最終段階と透析療法——緩和ケアとＡＣＰの役割

シンポジウム「人生の最終段階と透析療法――緩和ケアとＡＣＰの役割」

趣旨説明

会田 薫子

一　新たな時代における医学的・倫理的課題

長寿大国の日本では患者の年齢層も高くなり、それによって医学的・倫理的に新たな課題が生じ、療法選択をめぐる諸問題が深刻さを増している。

透析療法は末期腎不全に対して確立された標準治療である。しかし、日本でおもに行われている血液透析は、ポンプを使用し全身の血液を脱血し浄化された血液を体内に戻すことを繰り返すという、循環動態に大きな負荷をかける治療法であり、後述するように、老化が進み身体機能と生理的予備能が低下した高齢者においては、生命予後の悪化と機能予後の低下をもたらす場合が少なくない。長寿化は従来の医学的判断の科学的適切性に疑問符を投げかけているのである。[1]

また、多様性への意識が啓発されている現代の社会的および文化的な状況のなか、一人ひとりの価値観を反映した選択を尊重する動きが広がっている。人生観と死生観も多様化している社会では、各人の生き様と逝き

様への敬意が求められている。

こうした現代社会の状況を背景に、人生の最終段階における医療とケア（end-of-life care: ＥＯＬケア）に関する適切な意思決定支援はどうあるべきか。一人ひとりの患者の個別性を重んじる支援が重みを増す時代が到来している。

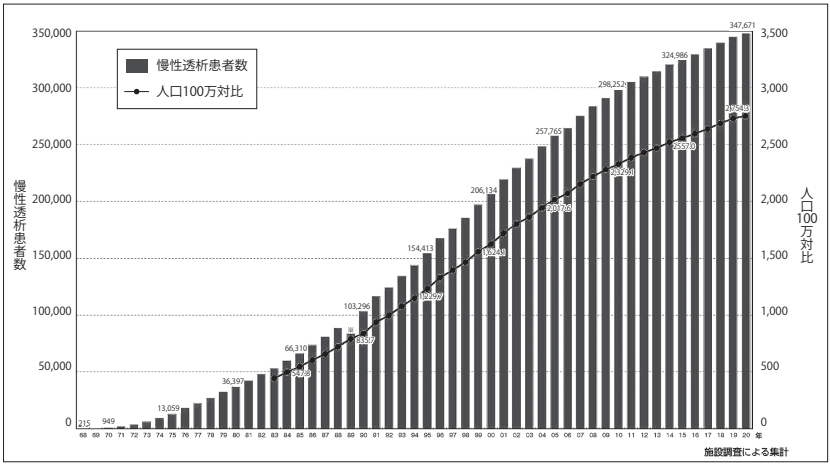
本シンポジウムでは高齢腎不全患者のＥＯＬケアに関し、緩和ケアとアドバンス・ケア・プランニング（advance care planning: ＡＣＰ）の役割を軸に、医科学と臨床倫理の両面から、新たな時代の意思決定支援をめぐる課題について検討することを目的とした。そのため本シンポジウムは一般社団法人日本老年医学会、ＡＭＥＤ（国立研究開発法人日本医療開発機構）長寿科学研究開発事業の研究開発課題「高齢腎不全患者に対する腎代替療法の開始／見合わせの意思決定プロセスと最適な緩和医療・ケアの構築」（研究開発代表者：川崎医科大学腎臓・高血圧内科学教授 柏原直樹氏）、東京大学大学院人文社会系研究科死生学・応用倫理センター上廣講座の共同主催にて開催することとなった。また、一般社団法人日本腎臓学会、一般社団法人日本腎不全看護学会、ＮＰＯ法人日本腎臓病協会からご後援頂いた。

コロナ禍のなかＷＥＢ開催された当日のシンポジウムには、全国から多職種の医療・ケア従事者ら約一二〇〇名が参加し多角的な議論が行われた。

二　高齢者医療としての透析療法

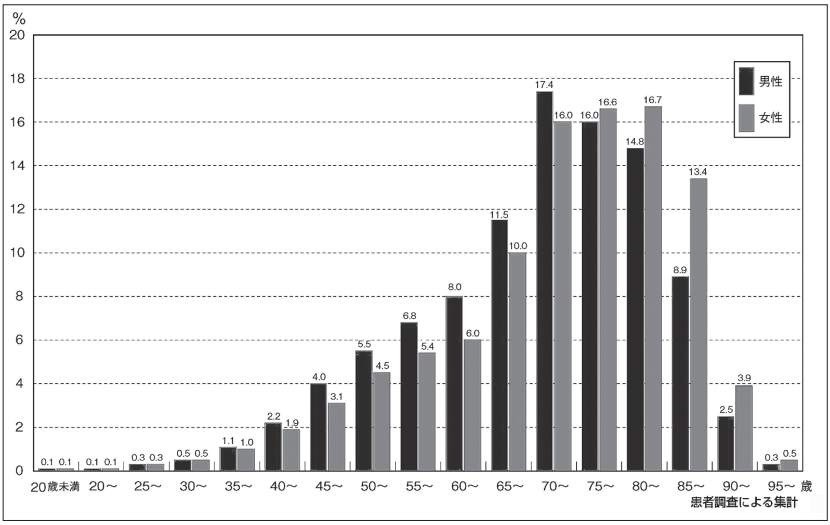
末期腎不全に対する透析療法は、腎不全患者の生命と生活の質（quality of life: ＱＯＬ）を維持し、多くの患者の社会生活を支えてきた。

図 1　慢性透析患者数（1968-2020 年）と有病率（人口 100 万対比、1983-2020 年）の推移



※ 1989 年末の患者数の減少は、当該年度にアンケート回収率が 86%と礼学的に低かったことによる見掛け上の影響である。
人口 100 万対比は回収率で 86%で補正

図 2　導入患者　年齢と性別（2020 年）



いずれも出典：一般社会法人日本透析医学会「わが国の慢性透析療法の現況（2020 年 12 月 31 日現在）」

日本では一九七〇年代以降、広く行われるようになり、人口の高齢化と糖尿病患者数の増加に伴って透析患者数も急増し、二〇二〇年末時点で全国の患者数は約三四・八万人となった（図1）。新規の透析導入年齢は七〇歳代が最も多く、八〇歳以上で導入した患者も女性で約35％、男性で約27％となり、透析療法の特徴の一つは高齢者医療という側面が明確になってきた（図2）。

三　医学的判断を踏まえ本人の人生の物語りを中核に

医療とケアの受け手である本人にとって最善の意思決定に至るよう支援するために、まず、医学的証拠（evidence）を踏まえることが大切である。判断の根拠として医学的なメリットとデメリットを挙げ、次いで本人の生活と人生の物語り（narrative）のなかでそれらのメリットとデメリットの意味を検討することが必要である。人生の物語りを充実させるために、evidence-based narrative のアプローチが重要なのである。[2]

人生の物語りには本人の価値観や人生観が反映されている。そのため、医学的に標準的なメリットとデメリットを各人の物語りのなかで見直すと、人によって意味が異なってくることもある。

そうして、あくまで本人の物語りの視点からみて総合的に最もメリットが大きい選択肢を選ぶことが重要であり、そのために本人・家族等と医療・ケアチームは一緒に考え、共同意思決定（shared decision-making: SMD）のプロセスをたどり合意を形成することが求められている。[3]

本人を生活者として、また、固有の人生を生きるひとりの人として全人的に看る医療・ケア従事者の力が大いに期待されている。

四　老化が進行した患者への医療について

療法選択の意思決定支援の土台として、まず医学的に適切な判断が必要となるが、高齢患者に関してはこの点で判断上の難題に直面することが少なくない。それは、老化の程度は一人ひとり異なり、老化が進行している高齢者においては、一般成人を対象として医学的に確立された標準治療が医学的に最適とはいえない場合があるからである。今世紀に入って進展してきた老化に関する科学的概念である frailty を理解することが重要である。[4]

通常、各診療ガイドラインに記載されている治療法は、臨床試験や治験のデータが統計的に分析され確立されたものであり、それが現代の医学的に適切な判断、すなわち標準治療とされている。しかし、それらの臨床試験や治験に参加する患者は、壮年までの患者および老年ではあっても老化が進行していない患者である。

つまり、現在は、老化が進行していない患者を対象として確立された標準治療を老化が進行した患者にも行っているということである。これが本人にとって過剰侵襲および過剰負担となり、益よりも害がもたらされることが多くなるのである。[5] このようなケースについて、医療・ケア従事者であれば臨床経験上思い当たることが少なくないと思われる。

そのため、高齢患者への医療に関する課題では、同年齢でも老化の程度には個人差が大きいことを認識することが要点の一つといえる。従来、臨床医学においては暦年齢による判断が一般的であったが、老化の程度を認識しない暦年齢による判断は、過剰医療あるいは過少医療の危険を生じさせる。高年齢を理由とした過少医療は年齢差別（ageism）の問題にもつながる。これは倫理的にも重大な問題である。

五　高齢腎不全患者への透析療法の意味

現在の日本において、腎不全が進行し末期腎不全となった段階における標準的な選択肢は、関連する五学会がまとめた『腎代替療法選択ガイド 2020』[6]によると、①血液透析、②腹膜透析、③腎移植である。この三つの選択肢は腎代替療法（renal replacement therapy: ＲＲＴ）と呼ばれている。高齢患者では腎移植は適応外なので選択肢は①と②になる。

しかし、前述のように、血液透析は循環動態に継続的に負荷をかける治療法であり、循環器合併症の原因ともなるため、近年、老化が進行した高齢者においては治療の負担が益を上回ることが少なくないと指摘されている。

日本透析医学会のデータを分析した国内研究[7]は、「八〇歳以上で日常生活障害度が高度の場合、三七％が透析導入後の三ヶ月以内に死亡している」と分析し、「日常生活障害度が透析療法導入後の超早期死亡を予測する独立した危険因子である」と報告している。[8]老化が進行した高齢者では透析療法が死因となりうることは、海外の研究でも報告されている（傍点筆者）。

六　保存的腎臓療法という選択肢

そこで新たな選択肢として、末期腎不全に至っても透析療法を導入しない保存的腎臓療法（conservative kidney management: ＣＫＭ）が海外で注目されている。[9]ＣＫＭは慢性腎臓病のステージに合った生活指導、食事療法、運動療法、薬物療法であり、緩和ケアも含まれる。

諸外国における近年の研究では、老化が進行した高齢者の場合、ＣＫＭでも年単位の生命予後が見込まれる場合も少なくないことや、[10] 八〇歳以上では血液透析群とＣＫＭ群で生命予後に有意差がみられないこと、[11] さらに、八〇歳以上では生命予後に有意差がみられないだけでなく、治療の負荷がＱＯＬに及ぼす影響の点でＣＫＭ群のほうが有意に優れていること、[12] 近年のシステマティックレビューでも腎代替療法群よりもＣＫＭ群のほうがＱＯＬが良好な傾向があることが報告されている。[13]

生存率は腎代替療法群のほうがＣＫＭ群よりも有意に良好という報告もあるが、[14] 少なくともＣＫＭは老化が進んだ高齢者にとっては透析療法に劣らない選択肢となることが示唆されているといえる。

七　本人の意思の尊重

意思決定支援においては、上述のように最新の医学の知見を踏まえ、本人の意思を尊重し、本人の生活と人生の物語りの視点から最善の選択肢を医療・ケア従事者も一緒に考えることが求められている。医療とケアに関する意思決定支援は臨床倫理の中心的な課題である。

本人の意思の尊重は、厚生労働省の「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」[15] において意思決定の中核であるとされている。同ガイドラインに沿って意思決定プロセスを適切にたどれば、本人の尊厳を損なう治療を行わないことと、一旦開始した治療を終了することも選択肢となる。「尊厳を損なう治療」とは、その治療を行うことによって本人の自尊感情や自己肯定感を損なう治療法といえる。

また、このガイドラインは、本人・家族側と医療・ケアチーム側が徹底した合意主義によって意思決定することを推奨している。大切なのはよりよくコミュニケーションをとることである。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」[16]も同様の趣旨による意思決定支援を推奨している。

患者の権利については日本に法律はないが、世界標準の考え方として世界医師会「患者の権利宣言」を参照可能である。それによると、治療法の選択に関して本人の意思が尊重される権利および緩和ケアを受ける権利、尊厳が維持され心地よい（comfortable）最期のプロセス（dying process）を過ごす権利などが基本的な患者の権利として謳われている。

また、法的な視点からは、本人が意思決定能力を有する場合、本人からインフォームド・コンセント（ＩＣ）を得ることができない医療行為を強要することはできない。そのため、本人が透析療法の導入を拒否したり、維持血液透析の継続を拒否したりする場合は、それを強要することはできない。もし、嫌がる本人を身体拘束して医療行為を強要した場合は、本人側から訴えられる恐れもある。このような民事訴訟では医療者側が敗訴する可能性が高い。

ただ、本人が治療を拒否する際には、慎重に対話し、拒否を表現する本人の言葉が真意かどうかを判断することが求められる。高齢者のなかには配偶者や友人に先立たれたり、ＡＤＬが一層低下したりして心身が弱くなり、治療を「やめたい」と言う患者が少なくない。脆弱性が増した高齢者はこうしたことを発言しがちであることも、臨床経験が豊富な医療・ケア従事者ならば既知のことだろう。

そのようなとき、医療・ケア従事者は本人にどのような言葉をかけ、対話をすればよいだろうか。生きる希望の回復につながるケアとはどのようなものか、本シンポジウムなどの学びの場での情報共有も役立つだろう。

八　『保存的腎臓療法ガイド』刊行へ

上述の事柄を踏まえ、筆者も分担者を務めるＡＭＥＤ柏原班は研究成果物として『高齢腎不全患者のための保存的腎臓療法――conservative kidney management（ＣＫＭ）の考え方と実践』を二〇二二年に刊行予定である。同ガイドではＳＤＭの実践および緩和ケアのあり方も要点とし、高齢腎不全患者において本人の意思を尊重し、ＱＯＬを重視し、一人ひとりの人生の物語りの視点で意思決定を支援する方法について提示される予定である。これは日本で最初のＣＫＭガイドとなるとみられ、従来、末期腎不全であれば透析療法が通常の選択肢であったこの分野の意思決定支援において、大きな変革の扉を開くことになるとみられている。

九　本シンポジウムの構成

本シンポジウムの共同主催者である日本老年医学会は、長寿社会において一人ひとりが人生の最終段階まで本人らしく生きることができるよう医療・ケアの面で支援するため、「健康長寿達成を支える老年医学推進五か年計画」（二〇一八年度～二〇二二年度）を策定した。

この「五か年計画」は本人・家族のＱＯＬ向上のために緩和ケアを促進し、ＥＯＬケアを充実させることを要点の一つとしており、これらの課題に関する学会方針の原案作成は、同学会「エンドオブライフに関する小委員会」（委員長：葛谷雅文氏）が担っている。本シンポジウムで座長を務めた国立長寿医療研究センター在宅医療・地域医療連携推進部長の三浦久幸氏と筆者も同委員会にて活動している。

研究成果として同学会は二〇一九年、欧米からの輸入翻訳ではなく、日本の社会的文化的特徴を踏まえたＡ

ＣＰの実践を支援するための「ＡＣＰ推進に関する提言」[17]と、二〇二〇年には新型コロナウイルス感染症パンデミック下の補遺である「新型コロナウイルス感染症（COVID-19）流行期において高齢者が最善の医療およびケアを受けるための日本老年医学会からの提言――ＡＣＰ実施のタイミングを考える」[18]を発表し、本人らしく生ききることを支援するための医療とケアはどうあるべきか、多くの医療・ケア従事者や市民とともに考え、実現しようとしているところである。

本シンポジウムでは、前述の高齢者に対する透析療法の医学的・倫理的な問題をはじめ、保存的腎臓療法（ＣＫＭ）という選択肢の意味と意思決定支援、緩和ケアの確立へ向けた医学的な課題、人生の最終段階を生きる患者の実存的な苦痛への対応、さらに生命維持治療としての維持透析の終了時期に関わる患者の価値観・死生観と医療者の職業的倫理観をめぐる葛藤などについて検討した。

本シンポジウムではこれらの諸課題について次の演者にご講演頂いた。

開会の辞　葛谷 雅文（名古屋大学大学院医学系研究科地域在宅医療学・老年科学分野教授）

座長　三浦 久幸（国立長寿医療研究センター在宅医療・地域医療連携推進部長）
　　会田 薫子（東京大学大学院人文社会系研究科死生学・応用倫理センター上廣講座特任教授）

発表
「臨床現場の皆様からのお声」（八〇ページに資料として掲載）
坂井 愛理（東京大学大学院人文社会系研究科死生学・応用倫理センター上廣講座特任研究員）

「『高齢腎不全患者に対応する医療・ケア従事者のための意思決定支援ツール』について」
大賀 由花（山陽学園大学看護学部講師）

講演
「維持透析治療の終了を表明したがん末期患者の意思決定支援」
進藤 喜予（市立東大阪医療センター緩和ケア内科部長）

「人生の最終段階と透析療法」
石橋 由孝（日本赤十字社医療センター腎臓内科部長）

「人生の最終段階と看護ケア」
齋藤 凡（東京大学医学部附属病院看護部、日本腎不全看護学会理事）

「本人の人生・価値観と医学的妥当性・適切性の間で」
清水 哲郎（岩手保健医療大学学長）

特別発言
「ＡＭＥＤ研究課題『高齢腎不全患者に対する腎代替療法の開始／見合わせの意思決定プロセスと最適な緩和医療・ケアの構築』が目指すこと」

柏原 直樹（川崎医科大学副学長　腎臓・高血圧内科学教授、日本腎臓学会理事長）

「人工透析を受ける患者と共に歩む――人生の最終段階と透析療法」

石垣 靖子（北海道医療大学名誉教授）

総合司会

早川 正祐（東京大学大学院人文社会系研究科死生学・応用倫理センター上廣講座特任准教授）

本シンポジウムで議論したことは腎不全診療・看護のみが抱える課題ではなく、諸々の領域の医療・ケアスタッフに関連する重要課題であろう。

多忙な臨床現場において、進展する医科学の知見を把握し理解し、患者の身体状態を適切に診断し、治療法の選択肢を挙げ、同時に傾聴に努め、家族ケアも行いつつ、本人の人生の物語りの視点から意思決定支援を行うことは、いずれの領域でも難易度の高い仕事である。とても単独の医療者に可能なことではない。

臨床倫理に携わる筆者らは、その難しい職務を遂行しようと日々奮闘するプロフェッショナルの現場での困難感を聴きつつ、今後も多職種の医療・ケア従事者がこうして相互に情報共有し、学び合い、医療・ケアチームとして協働する文化の推進にも資するよう努めていきたいと考えている。そして、患者の声をよく聴き、家族の納得も得つつ、患者のためによりよい医療とケアを提供する社会づくりをともに目指して参りたい。

■謝辞

本シンポジウムは、ＡＭＥＤ研究開発課題「高齢腎不全患者に対する腎代替療法の開始／見合わせの意思決定プロセスと最適な緩和医療・ケアの構築」（研究開発代表者：川崎医科大学腎臓・高血圧内科学教授　柏原直樹氏）、一般社団法人日本老年医学会、東京大学大学院人文社会系研究科死生学・応用倫理センター上廣講座に対する公益財団法人上廣倫理財団からのご支援によって実現しました。ここに深く感謝申し上げます。

■引用・参考文献

1 会田薫子『長寿時代の医療・ケア――エンドオブライフの論理と倫理』、ちくま新書、二〇一九年。
2 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』、東京大学出版会、二〇一一年。
3 会田薫子「臨床倫理の基礎」『臨床倫理の考え方と実践――医療・ケアチームのための事例検討法』（清水哲郎・会田薫子・田代志門共編）、東京大学出版会、二〇二二年。
4 Morley JE, et al. : Frailty consensus: A call to action. J Am Med Dir Assor 14:392-397, 2013.
5 Pal LM, Manning L: Palliative care for frail older people. Clin Med 14:292-295, 2014.
6 日本腎臓学会・日本透析医学会・日本腹膜透析医学会・日本臨床腎移植学会・日本小児腎臓病学会編『腎代替療法選択ガイド 2020』、ライフサイエンス社、二〇二〇年。
7 谷澤雅彦、柴垣有吾「日本人透析患者、特に高齢者は導入後早期死亡が高く、身体活動度と強く関連する――予後良好であるはずの日本人透析患者のジレンマ」聖マリアンナ医科大学雑誌、44:7-12, 2016.
8 Walker SR, et al.: Association of frailty and physical function in patients with non-dialysis CKD: A systematic review. BMC Nephrology, 14:228, 2013.
9 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.
10 Morton RL, et al.: Conservative management and end-of-life care in an Australian cohort with ESRD. Clin J Am Soc Nephrol 11: 2195-203, 2016.

11 Verberne WR, et al.: Comparative survival among older adults with advanced kidney disease managed conservatively versus with dialysis. Clin J Am Soc Nephrol 11:633-40, 2016.
12 Verberne WR, et al. Value-based evaluation of dialysis versus conservative care in older patients with advanced chronic kidney disease: a cohort study. BMC Nephrology 19:205, 2018.
13 Ren Q, et al.: Quality of life, symptoms, and sleep quality of elderly with end-stage renal disease receiving conservative management: a systematic review. Health Qual Life Outcomes 17, 78 (2019) doi:10.1186/s12955-019-1146-5.
14 Wongrakpanich S, et al.: Dialysis Therapy and Conservative Management of Advanced Chronic Kidney Disease in the Elderly: A Systematic Review. Nephron 137:178-89, 2017.
15 厚生労働省「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」二〇一八年。https://www.mhlw.go.jp/file/04-Houdouhappyou-10802000-Iseikyoku-Shidouka/0000197701. pdf
16 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」二〇一二年。https://www.jpn-geriat-soc.or.jp/proposal/guideline.html
17 日本老年医学会「ＡＣＰ推進に関する提言」二〇一九年。https://www.jpn-geriat-soc.or.jp/press_seminar/pdf/ACP_proposal.pdf
18 日本老年医学会「新型コロナウイルス感染症（COVID-19）流行期において高齢者が最善の医療およびケアを受けるための日本老年医学会からの提言――ＡＣＰ実施のタイミングを考える」二〇二〇年。https://www.jpn-geriat-soc.or.jp/coronavirus/pdf/covid_teigen.pdf

（あいた・かおるこ　東京大学 大学院人文社会系研究科 死生学・応用倫理センター 上廣講座特任教授）