

REPORT

インタビュー◎透析医学会の提言の背景にあるもの

透析見合わせを患者と話すときに医療者が心がけるべきことは？

春日井市民病院（愛知県春日井市）統括顧問の渡邊有三氏に聞く

2019/5/21

聞き手は加藤勇治＝日経メディカル

公立福生病院（東京都福生市）で、腎臓病患者が血液透析治療を中止する選択をし、その後、死亡に至ったとする報道を機に非難や責任を追及する声が広がった。このときポイントとなった「透析を中止する（見合わせる）」という選択については、日本透析医学会が2014年に「維持血液透析療法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」をまとめ、発表している。長年透析医療を手掛け、この提言の作成に関わった春日井市民病院（愛知県春日井市）の渡邊有三氏に、透析医療の進歩と限界、患者・家族との関わりについて聞いた。

——透析治療の現状をどう捉えているか。

渡邊 透析医療には黎明期の頃から関わってきたが、当時、透析装置はどこにでもあるものではなかった。透析装置を持っている数少ない施設に全国から患者が集まるような時代だ。1972年（昭和47年）に透析が更生医療適用となつてから全国に透析装置が普及し、腎不全患者の社会復帰を目指す発展期の時代となつた。若い元気な、だけれど残念ながら腎不全を起こしてしまった患者のほとんどを社会復帰させることができるようにになった。慢性腎不全となつても透析を受けられない患者は多く、尿毒症で亡くなっていく患者を前に医師は何もできなかつたが、透析を行つて命を長らえさせるようになつた。当時の自分にとって、患者を救命することができる夢のような治療だつた。

しかし今、透析医療は高齢化を迎えている。透析患者の平均年齢はおよそ70歳。腎不全からの社会復帰といつても、自宅に戻れない患者は少なくない。また、透析のために通院できない患者もいるが、今、大病院は透析患者を入院させておけない。おかげに週3回通えないから、透析施設が患者を送迎しなければいけないケースも増えてきた。あるいは胃瘻を造設している患者を透析施設に連れてきて透析をする、癌の終末期に近づいているが、透析をしなければ死くなってしまうから透析をする——。それが現実だ。



渡邊有三（わたなべ・ゆうぞう）氏○春日井市民病院統括顧問。1975年名古屋大学卒業、77年名古屋第一赤十字病院内科医員、78年名古屋大大学医学部附属病院第三内科医員、89年米ノースウェスタン大学病理学教室へ文部省長期在外研究員として派遣、96年名古屋大学医学部附属病院第三内科講師、97年に同助教授。97年から春日井市民病院内科部長、2000年同院副院長、09年同院長を経て現在に至る。

こうした透析医療を取り巻く変化を背景に、10年ほど前、日本透析医学会の前理事長である秋澤忠男氏（現・昭和大学腎臓内科客員教授）を中心に、高齢化し、重篤な心血管疾患や悪性腫瘍を合併する患者の透析医療のあり方について議論を開始した。私は血液透析療法ガイドライン作成ワーキンググループ長としてこの議論に参加した。そして2014年に発表したのが「維持血液透析療法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」だ。

これまで日本では「先生にお任せします」という他力本願的な傾向が中心を占めていた。医療者側も患者の病態だけでなく社会的背景も全部理解した上で、「手術を受けた方がいい」あるいは「受けない方がいい」とアドバイスしてきた。今は患者の意思を尊重しようという流れが主流だが、まだ医療者側も国民側も新しいパラダイムをうまく受け止めきれていないかもしれない。

——透析の見合わせに関する提言をまとめることになった経緯は？

渡邊 最初は秋澤理事長（当時）から「透析のガイドラインを作つてほしい」と言われた。どのタイミングで透析を開始するか、どうやって透析をやるかということをまとめたガイドラインを作るはずだった。

しかし、このガイドライン作りを始めた頃に、「透析をしない」「透析をやめる」という選択について世間で議論が起こってきたことから、学会としても考える時期に来たのではないかと判断され、提言をまとめることになった。

正直に言えば当初、我々医療者が透析の見合わせに関する議論をしてもいいものなのかと葛藤した。我々は腎不全患者を助けるべく懸命に透析医療を行ってきた。そんな我々が、「透析をしないこと」「透析をやめること」を議論していいのだろうかという葛藤だ。

だから2014年に発表したのはあくまで「提言」だ。「我々はこう考えるが、皆さんはどう考えますか」と社会に問い合わせるものだった。透析治療の有効性ならばエビデンス、科学的根拠によって示すことができる。しかし、透析をやらない、透析をやめるという選択をどう考えるべきかは、患者一人ひとりで事情が異なる。だからこそ患者団体や生命倫理に関する学会や法曹関係の方々に加わってもらって議論し、その結果を「提言」という形で社会に問い合わせた。だからあの「提言」の内容は決してガイドラインではないし、マスコミや患者団体が「この内容は許せない」と考えるならば、それをきっかけとして社会で議論してくれることを期待した。

しかし、この「提言」は患者団体やメディアから好意的に受け止められたし、批判は無かった。当時、日本透析医学会がこの提言を出したことについて、米国腎臓学会が「ついに日本の学会が中止のことを語り出した」とニュースにするほど海外では話題となった。しかし、日本ではほとんど話題にならなかった。今回（関連記事：「透析中止で死亡」報道を受け、学会が調査に）のようにセンセーショナルにマスコミに取り上げられなければ話題にならないのか、という思いもある。

しかも、今回の報道では、我々が社会に投げかけた問題がすり替わって「医師が、死を選択することを説明してもよいか」という話になっている。これは我々の意図するところではなく、残念に思う。

実は、提言をまとめる際、当初は「最初から透析をしない」というテーマは盛り込んでいなかった。透析を行えば命が助かることが分かっているのだから。患者が「透析はいやだ」と言っても、「では、2~3回だけ透析を『お試しで』やってみて、それから決めたらどうですか」という提言になっていた。

しかし、生命倫理の視点から「それこそがパターナリズムだ。医師の考え方を患者に強要しているじゃないか」と指摘され、「患者が、透析をしないということについてじっくりと説明を受けた後、それでもやらないと決めたならば、それに従うべきだ」と内容を変えてきた経緯がある。

——「透析を一度試してみてから判断してもいいのでは？」という提言を考えていた？

渡邊 確かに患者の意思、考えは大切だ。しかし、これまで多くの患者と接してきて、「もう透析ですね」と伝えて「そうですか。分かりました」と簡単に答えられる患者は100人に1人いるかどうかだ。多くの場合、「それは困る」「もうちょっと待てないか」「それだけは絶対に嫌だ」という患者ばかりだ。中には「絶対に受けない」という患者もいる。症状が出始めているし、透析のことは説明されてはいるが、簡単には受け入れられないのだろう。

そういうとき、患者を透析室に連れていくて、既に透析を行っている患者と話す機会を作っている。透析患者は「実はあなたと同じで、私もやりたくないと言っていた。しかし、透析を始めたら身体は楽になるし、食事療法も少しは楽になるし、いい生活を送っていますよ」と実体験を語ってくれる。それを聞いて、考え方を変えてくれる患者は少なくない。だからこそ医療者は、しっかりと説明し、本当にその治療を理解してもらう努力をする。その結果として、患者の気持ちが変わったことが患者の権利を奪うことになるのかどうかはケースバイケースだと思う。

事前指示書についても、多くの人はその時になってみなければ具体的にイメージできないだろう。前もって取得する事前同意は本当に患者の気持ちを反映しているのだろうか。昨日、あるいは今日ははどういう気持ちなのか、それを聞いて判断することが最も大切だ。だから事前指示書についても「いつでも撤回、変更ができる」と書かれているし、常にその時その時の気持ち、考え方を聞いて医師は判断すべきで、「事前指示書にこう書いてあったから」というだけで判断してはいけない。

透析の黎明期に、透析装置が無かった施設で私は腹膜透析（PD）を始めた。お腹に水を入れ、一定時間経過したら出すだけの簡単な装置を使ったPDだ。管は詰まるし、管の先がお腹の中で他の方に向いて全く排液できないこともあった。一度始めたら付きっきりで見ていなければいけないような苦労があった。PDは患者自身の腹膜を透析膜として使うもので、血液透析に比べると効率は低いし、当時の透析液はブドウ糖を使って浸透圧を高めて除水していたから、糖尿病患者は禁忌だった。

このようにPDには苦い思い出はあるが、今、当院では80歳以上の患者の4割はPDを行っている。通院できなくなった患者が自宅で家族に見守られながら最後を迎えるようにPDを選択している。

この通院できない高齢患者に対するPDのように、患者の状態に応じて治療オプションはいろいろある。いろいろと工夫するのが専門家のるべき姿であり、むやみやたらに「透析をしないこと」を推奨しているわけではない。

提言では、（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、維持血液透析がかえって生命に危険を及ぼす場合、（2）維持血液透析実施のたびに拘束や鎮静をしなければ安全に体外循環ができない場合、（3）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場合、（4）悪性腫瘍など完治不能な悪性疾患を合併しており、死が確実に迫っている場合、（5）経口摂取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難しい場合——に維持血液透析の見合わせを検討する状態として提言した。最初の2つは透析が技術的に難しい場合だ。残り3つは最後までこんなことを提示すべきなのかどうか議論になったものだが、道しるべになるかもしないと考えて示した経緯がある。それでも事前に患者および家族の意志決定プロセスをしっかりと踏んでいて、いつでも透析開始あるいは再開できることを前提に、透析の見合わせを選択肢として示すことができるとした。

これだけ手続きを踏んでも訴えられるかもしれない。しかし、通常はこの手順に則って何回も説明し、よく話をした上での決定であれば、訴訟になることはないだろうという提言をまとめたつもりだ。

——医学的に「これ以上、透析を続けるのは難しい」と判断する状況はどんなものか。

渡邊 提言にもあるように、血液透析をしようと回路を接続して装置を動かし始めたときに血圧が下がってしまうようなケースでは、難しいだろう。血液透析をするにはダイアライザーに50～80mL、回路に50mLぐらい入るので、150～160mLは最低でも脱血しなければいけない。このように体外循環を始めると血圧が下がってショックが起こるような場合、血液透析



は難しい。ただし、この場合も腹膜透析などの他の選択肢はあると思う。

透析が長くなるとシャントトラブルも起こるが、腋窩の静脈、頸部、鼠径部などからルートを取るといった工夫の余地がある。透析装置に座っていられず、暴れてチューブを引き抜いてしまうようなケースでは、拘束や鎮静を行うのは非倫理的なので、家族が隣にいて見守ってくれるならともかく、そうでなければ血液透析は難しい。しかし、医学的に「血液透析が継続できない」というケースは少ないと思う。

——最後に伺う。患者が自ら「透析をやめたい」と申し出ることははあるのか。透析すれば尿毒素を除去できるし、身体が楽になると思うが。

渡邊 透析に来るたびに血圧が低下したり、嘔吐してしまう患者はいる。たった4時間で2日分の尿に相当する量を抜く（2日分の腎臓の働きを4時間で行う）わけだから、口渴感があるだろうし、足がつったりけいれんする。手がしびれたりすることもある。透析を行うことで様々な不快なことが起こる。透析をしに病院に向かいながら「また苦しい時間が始まるのか」と憂うつに思っている患者はいるだろう。

そういう患者に対しても、傾聴し、「でも、こういう考え方もある」と説明して、透析を続けてもらうのが我々の仕事だ。通うのが難しければ、送迎もする。透析しなければ亡くなってしまうのだから、医療者のつとめだろうと思う。

ただし、患者に対して甘いことだけを言うべきではない。私は透析導入持から、患者に「透析になったら、何でも面倒を見てくれると思ったら大間違いだ」と伝えている。服薬や食事の工夫、節制など、患者自身の努力や取り組みも、透析をしていく上で必要だ。そういうことも納得した上で選択してもらうように、よく患者・家族と話し合っている。

患者が「透析をやめたい」と言い出したら、なぜ言い出したのか、その理由をしっかりと聞き出す必要がある。透析の技術的な問題なのか、家庭の問題なのか、あるいは透析室のスタッフとの人間関係の問題なのか。しっかりと話をし、改善できるものであれば改善するよう努力すべきだ。その上で、改善できないことが背景にあり、透析をやること自体が苦しくて、本人の意志が固ければ、透析をやめるという選択肢も考えられるのかもしれない。しかし、「苦しくなったらいつでも来て。いつでも透析するから」と言い添えることが大切だろう。患者が自らの決定をいつでも撤回できるからこそ、我々も「透析をやめる」という決定を認めるができるはずだ。