

[実態調査]

医療チームによる透析非導入判断を透析医・ 看護師はどう捉えているか

—新潟県内透析施設へのアンケート調査から—

津畑 豊*1 坂爪 実*2 成田一衛*2

*1 新潟県立中央病院内科 *2 新潟大学医歯学総合病院腎膠原病内科（第二内科）

key words : 透析非導入, 透析中止, 医療チーム, アンケート, 終末期医療

要 旨

新規透析導入患者の高齢化に伴い、様々な理由から透析導入すべきか判断に苦慮する例が多くなっている。このような判断も終末期医療と同様に医療チームで検討、判断することが望ましいと考える。しかし、このような医療チームでの判断が透析医や看護師にどのように認識され、行われているかは不明であり、2010年5月、新潟県内透析施設の透析医および透析看護師を対象にアンケート調査を行った。その結果、40施設の医師68人、看護師494人から回答を得た。施設回答率は80%（40/50）であった。

透析非導入を過去5年間で経験した医師は78%であった。透析非導入の理由として、本人・家族の希望、認知症が多かった。透析非導入や中止に医療チームでの判断が必要と考えている医師は88%、看護師は73%であった。また、医療チームへの参加依頼があった場合、参加すると回答した看護師は77%であった。透析非導入や中止の判断を患者、家族と担当医1人で判断している医師は40%であった。4分の3の透析看護師は透析非導入・中止を判断する医療チームの必要性を感じ、参加意思を示していることから、医療チームへの透析看護師参加の可能性は十分あると考えられた。

1 はじめに

近年、新規透析導入患者の高齢化が著しい。高齢自体は透析導入の是非を決める主要因とはならないが、それでも高齢になるにしたがい様々な合併症の出現や自立度、自己管理能力、判断能力などの低下が進行するのは避けられず、末期腎不全に至る症例の中で透析導入すべきか判断に苦慮する例が多くなっている。

しかし、透析導入を見送る、つまり透析非導入（以下非導入）には医学的・倫理的・社会的・法的見地などの様々な視点からの検討が必要となり、その判断は決して容易ではない。また、現在、わが国には非導入判断に十分対応する公的なガイドラインは存在しない。それぞれの患者の社会的背景、人生の価値観、透析医療に求めるアウトカムなどが違う中で、画一的な非導入判断基準を作成・適応していくことはきわめて困難である。このような困難は終末期医療全般にもいえることであるが、終末期医療に関連するガイドラインでは、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」に代表されるように、その判断プロセスに重点を置いたものが多い。判断プロセスの内容も多くが共通しているが、その中の一つに「担当医1人ではなく複数（医療チーム）で治療方針を判断すべき」というものがあげられる。これは担当医1人

How do dialysis doctor and nurse grasp the decision making for withholding of dialysis by medical team?—Questionnaire survey in Niigata and its analyses

Department of Internal Medicine, Niigata Prefectural Central Hospital

Yutaka Tsubata

Divisions of Clinical Nephrology and Rheumatology, Niigata University Graduate School of Medical and Dental Sciences

Minoru Sakatsume

Ichiei Narita

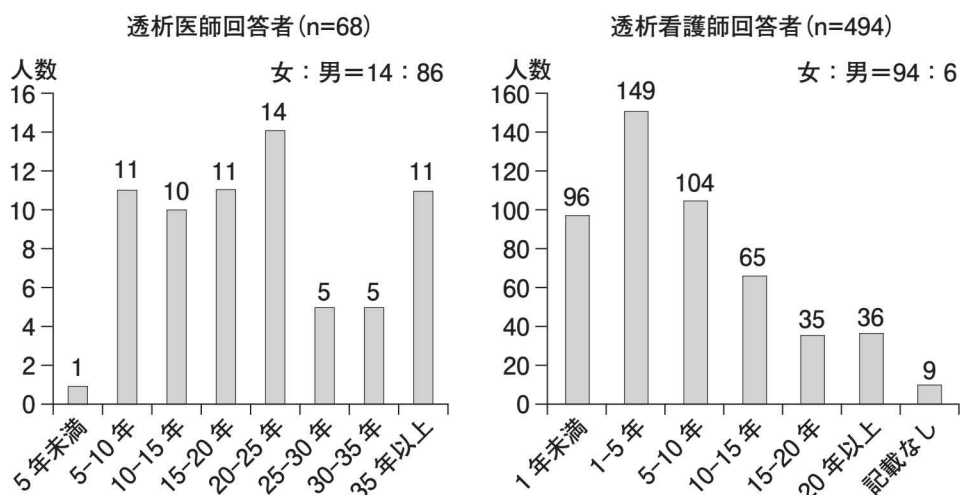


図1 回答した医師の勤続年数および透析看護師の透析室勤務年数分布

の価値観による判断偏りのリスク回避や、治療方針決定後のケアを計画実行していくうえでも重要な事であると思われる。

しかし、非導入や透析中止の判断において、このような医療チームでの判断がどの程度行われているか、医師や透析看護師にどのように認識されているのか、また、透析看護師がそのような医療チームに参加してくれる可能性はどの程度あるのかは調査データがきわめて少なく不明な点が多い。今回、これらの点を明らかにするため、新潟県内の透析施設に勤務する透析医師および透析看護師を対象にアンケート調査を行ったので、若干の考察を加え報告する。

2 調査方法および概要

2010年5月、新潟県内の透析施設50施設にアンケート調査用紙を郵送し、透析医および透析看護師に回答を求めた。アンケートは回答選択方式で、任意かつ無記名で行った。

施設回答率は80% (40/50)、医師68人、透析看護師494人から回答を得た。勤務医療機関形態の比率(病院：診療所)は透析医が3：1、透析看護師が7：3であった。回答した透析医および透析看護師の、それぞれの医師勤続年数および透析室勤務年数分布を図1に示す。

3 結果

透析医へのアンケート結果を表1に、透析看護師へのアンケート結果を表2に示す。

4 考察

1) 透析非導入の実態

1960年代にシアトルで維持血液透析が実際に行われはじめた当初は、絶対的な透析装置の不足のため、透析療法を受ける末期腎不全患者を選定しなければならず、その選定委員会は皮肉を込めて「神様委員会」と呼ばれた。それから約半世紀が経過し透析療法は大きく進歩した。特に日本においては、多くの透析医の絶え間ない努力により、現在、30万人に達しようかという透析患者を、世界最高基準の生存率を誇りながら治療している。

透析技術の進歩や透析医療制度の整備に伴い、ほとんどの患者に対して技術的には透析治療が可能になったが、高度の認知症や重度脳神経障害、進行癌などの合併、患者本人や家族の透析治療拒否など、様々な理由から、透析導入の是非について苦慮することが多くなっている。非導入という問題の性質上、日本においてどの程度、非導入が行われているかは不明な点が多いが、大平らは北海道の透析施設を対象に行ったアンケート調査で、2006年から2008年の3年間で非導入を経験した施設が99施設中64%あったと報告している¹⁾。また、本アンケート調査では2005年から2010年の5年間で、68人の透析医の78%が非導入を経験しており、そのうち41%は「1年に数例の非導入を経験した」と回答している。これらの結果からも非導入は決して希な出来事ではないといえる。

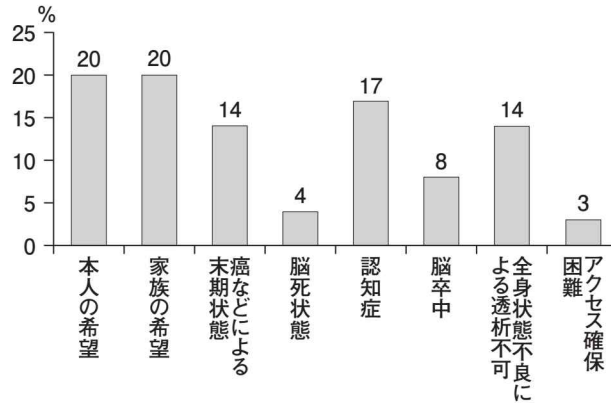
しかし、非導入の判断は医学的・技術的に透析施行が困難、不能な患者だけでなく、様々な合併症や自己

表1 透析医へのアンケート結果

1) 先生の施設で、ここ5年間の間に透析非導入症例（腎不全により亡くなった症例）はありますか

①ない	22%
②数年に1例程度	22%
③1年に1例程度	15%
④1年に数例程度	41%

2) 非導入例がある場合にはその理由を次から選んでください（複数選択可）
結果を下記に示す



3) 厚労省や救急医学会などからでている終末期医療に関するガイドラインでは、終末期医療の方針決定は、主治医（と本人・家族）だけの判断ではなく、複数の専門職で構成される医療チームで判断を行うよう示されています。これについて

①知っていた	49%
②知らなかった	26%
③ガイドラインで示されていることは知らなかったが、以前からそのように認識していた	26%

4) 透析非導入や透析中止判断の際にこのような医療チームでの判断が必要とご思いますか

①必要だと思うし、既にそのようにしているか、将来そのようにする予定である	50%
②必要ない	12%
③必要だと思うが、実際に自院で行うのは困難	38%
③の理由として	
A. 看護師など他の専門職が参加してくれないと思うから	5人
B. 医師以外の複数が関与すると意見がまとまらないと思うから	9人
C. 自分の意見と違う方針になったとき困るから	1人
D. その他	9人

5) 透析非導入や透析中止の判断をする医療チームに看護師が入るべきだと思いますか

①入るべき	90%
②入るべきではない	10%

6) 貴施設で透析非導入や透析中止を判断する際には本人・家族とともに誰が判断していますか

①担当医（1人）	40%
②複数の医師	32%
③担当医と看護師	20%
④担当医と看護師以外の専門職	3%
⑤担当医と看護師とその他の専門職	5%

7) 貴施設に透析非導入や透析中止症例を相談できる倫理委員会がありますか

①ある	18%
②ない	82%

8) 貴施設にリビングウィルや事前指示（書）などの制度はありますか

①ある	3%
②ない	97%

表2 透析看護師へのアンケート結果

1) 厚生省や救急医学会などからでている終末期医療に関するガイドラインでは、終末期医療の方針決定は、主治医（と本人・家族）だけの判断ではなく、複数の専門職で構成される医療チームで判断を行うよう示されています。これについて	
①知っていた	18%
②知らなかった	64%
③ガイドラインで示されていることは知らなかったが、以前からそのように認識していた	18%
2) 透析非導入や透析中止判断の際にこのような医療チームでの判断が必要と思いますか	
①必要だと思う	73%
②必要ない	27%
3) 透析非導入や透析中止の判断をする医療チームに透析看護師が入るべきだと思いますか	
①入るべき	79%
②入るべきではない	21%
4) あなたが、透析非導入や透析中止の判断をする医療チームに入ってほしいといわれたら	
①参加したい	20%
②気は進まないが参加する	57%
③拒否する	23%
5) あなたは今まで、透析非導入や透析中止の判断について担当医から相談を受けたことがありますか	
①ある（1回（3人）、複数回（20人）、頻繁に（1人））	5%
②ない	95%
6) あなたが今までみてきた患者さんの透析非導入や透析中止の判断に関して、もしも自分が方針を判断する医療チームの一員だったら反対していたと感じる症例はありますか	
①ある	37%
②ない	63%

決定、社会的背景などの様々な要因から検討・判断しなければならぬことも多い。前記の北海道透析施設のアンケートでは、非導入の理由として「高度な認知症」が33%で最も多く、本アンケートでも「認知症」は17%と、「本人の希望」、「家族の希望」のそれぞれ20%について多かった。認知症や本人・家族の希望という理由からは、医学的には透析療法が可能な状態での判断であったと考えられ、その最終的な判断・実行を行う担当医の苦悩は想像に難くない。

2) ガイドライン

海外では、Hirschによる透析非適応の基準²⁾や、Renal Physicians AssociationとAmerican Society of Nephrologyから「透析への適正導入・中止に関するガイドライン」³⁾がでている。これらは非導入判断に参考になると思われるが、社会的背景、法制度、国民性などが違う中で、それらをそのまま日本において適応することは困難である。現在、日本においては非導入に対応する公的なガイドラインは存在せず、大平による私案のみである（表3）⁴⁾。近年の延命処置に関連した医療訴訟などから、非導入や透析中止に関するガイドラインを求める声もある。しかし、前述のように、

個々のケースに応じて、様々な要因を考慮しながら非導入を検討・判断しなければならないことから考えても、ガイドラインで画一的な非導入判断基準を作成、適応していくことはきわめて困難であると考えられる。また、たとえガイドラインがあったとしても、ガイドライン自体には法的効力はなく、ガイドラインに法的保護を求めるのは困難である。

このような問題は終末期医療一般にもいえることであり、非導入が、近い将来の死を意味することから考えれば、終末期医療に関するガイドラインも十分参考になると考える。終末期医療に関するガイドラインとしては、一つの国の指針ともいえる、厚生労働省から発表された「終末期医療の決定プロセスに関するガイドライン」⁵⁾があげられる。その主な骨子を表4に示す。このガイドラインは終末期医療における治療方針の判断基準を示したものではなく、その判断を行う過程、手順について示したものである。これは終末期医療のあり方について、ある瞬間の状態から判断して治療方針を決める「点としての判断」ではなく、個々のケースに応じ、寿命を迎えるまでの残された時間のケアプランを線としてとらえ判断する「線としての判断」を重要視したものである⁵⁾。非導入判断において

表3 「透析に導入しない選択」時の指針（大平私案）

1. 透析の施行がきわめて危険か困難で予後を改善しないと予測される病態（重度の心肺不全による持続的低血圧など）
2. 慢性腎不全に関わるか否かを問わず、致命的で回復不能か苦痛に満ちた合併症が一定期間以上継続している病態（末期癌など）
3. 透析療法を患者に説明し理解を得たうえで、上記の病態下での透析開始を患者自身が明確に拒否する場合
4. 意思表示能を欠く患者にあっても、1,2の病態下での透析開始を拒否する旨の事前指示（書）が存在する場合
5. 意思表示能を欠き事前指示（書）のない患者にあっては、正当な代理人の意向を尊重すること
6. 上記の1,2などを主体に周辺諸条件を加味して透析導入の判断を行う担当医は、その最終決定を複数の医師で行うべきこと
7. 患者・家族・医師の間で意見が調整できない場合には、慎重を期してセカンド・オピニオンを得るように患者側に伝えるべきこと

（文献4より）

表4 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」骨子

1. 適切な情報提供と、それに基づいた患者および医療従事者との話し合いを行う
2. 患者本人による決定を基本とする
3. 終末期医療における医療行為の開始・不開始・中止の適切性・妥当性は多専門職種種の医療従事者で構成される医療・ケアチームによって、慎重に判断すべき
4. 医療・ケアチームにより十分な緩和ケアおよび精神的・社会的な援助も含めた総合的な医療及びケアを行う
5. 積極的安楽死は対象としない

（参考 URL 註1より改変）

も、この「線としての判断」がきわめて重要になると考えられ、その判断プロセスを十分検討する必要がある。

3) 医療チームの必要性と問題点

表4に示した厚生労働省のガイドラインの骨子の一つに「治療方針を医療チームで判断すべき」という項目がある。これは、今後の患者ケアに関わる者が加わることによって「線としての判断」を行う意味でも重要であり、また担当医の価値観による判断偏りのリスクを回避するためにも重要である。ここでいう医療チームについて、ガイドラインでは「医療機関の規模や人員によって変わり得るものだが、一般的には、担当医師と看護師及びそれ以外の医療従事者というのが基本形」と、明確な定義はされておらず、極端に言えば担当医と看護師の2人でもチームといえる。また、その他の医療従事者には、直接医療を提供しないソーシャルワーカーなども含んだ解釈となっている。

透析導入・非導入の判断では、その判断をする医療チームに透析看護師が入ることは妥当であると考えられ、本アンケートでも「このような医療チームに看護

師が入るべき」と考える医師は90%、透析看護師は79%に認められた。「非導入や透析中止に、このような医療チームでの判断が必要」と考えている医師は88%であったが、そのうち38%は、「必要だと思うが実際に自施設で行うのは困難」と考えていた。その主な理由としては、他の専門職が参加してくれないと思うこと、複数が関与することにより意見がまとまらないと思うこと、などがあげられた。一方で医療チーム参加の候補となる透析看護師は、73%が非導入・透析中止に医療チームでの判断が必要であると考えており、77%が自分にそのような医療チームへの参加依頼があったときに参加する意思を示した。約4分の3の透析看護師は医療チームの必要性を感じ、参加意思を示していることから、医療チームへの透析看護師参加の可能性は十分あると考える。

また、複数が関与したさいの意見不一致の可能性については、「今までの非導入や透析中止例の判断で、自分であったら反対していたと感じる症例がある」と答えた看護師が37%あり、医療チームでの検討のさいに意見の不一致が生ずる可能性は十分考えられた。現在のところ、意見不一致に対する特筆すべき対処法

はないが、十分な話し合いのもとでも意見がまとまらないときには、セカンドオピニオンや倫理委員会などの第三者による検討も必要になると考える。

現在、非導入や透析中止の判断を行うさいに、本人・家族とともに誰が判断しているかという質問に対しては、「担当医1人」が40%、「複数の医師」が32%、「担当医と看護師」が20%であった。診療所のみの場合では「担当医と看護師」という回答が44%と増え、医師数の少ない診療所では看護師の存在が重要になっていることが推測される。いずれにしても現時点において、担当医1人で判断を行っている、もしくは行わざるをえない状況が少なくないことがわかる。

今まで非導入や透析中止判断について、医師から相談を受けたことのある透析看護師は5%であったが、そのうちの83%は複数回相談されており、同じ看護師に繰り返し相談されていることが推測される。

4) 患者の意思確認と現状

表4に示すもう一つのプロセスとして、患者本人の意思確認・尊重があげられている。しかし、現在の日本において、普段から自分や家族の終末期医療について話しあっておく習慣・風習は乏しい。杉澤らは、全国腎臓病協議会の65歳以上の会員1,803人から回答を得たアンケート調査で、事前指示の実施について「希望する治療について周囲の人に伝えた」が31%、「考えているが、伝えていない」が40%、「希望する治療について考えたこともない」が29%であったと報告している⁶⁾。自院の保存期慢性腎臓病（CKD）患者96人へのアンケートでも、終末期になったときのことについて「誰かと話し合ったことがある」が20%、「自分の中だけで考えたことがある」が46%、「考えたこともない」が34%であった⁷⁾。

このような問題を解決する一つの手段として、事前指示（書）やリビングウィルがあげられるが、日本における普及率はきわめて低く、中元らは透析施設231施設から回答を得たアンケート調査で、透析非導入、中止に関するリビングウィルや事前指示書を行っているのは約10%の施設であったと報告している⁸⁾。本アンケートでも、これらの制度があると答えたのは3%にすぎなかった。

これらのツールを普及させ、患者意思の確認を行っていくことは非常に有用であると考えますが、すべての

患者が、非導入を含めた終末期医療に関する自己決定ができる強い患者ばかりではない。実際、自院の保存期CKD患者へのアンケートでも、なんらかの治療方針を決めるときに望む方法として、「医師が最善と思う方法に従う。医師におまかせ」という、いわゆるパターンリズムを望む患者が32%存在し、とくに70歳以上ではその割合が44%と多かった⁷⁾。患者によっては、「医師や家族に透析導入判断を任せる」という意思決定があってもいいのかもしれない。症例に応じた柔軟な対応が求められる。

5 おわりに

新潟県内の透析施設の医師および透析看護師を対象に、透析非導入、中止に関するアンケート調査を実施した。回答した68人の医師の約8割が過去5年間に非導入を経験していた。また、4分の3の透析看護師は非導入・透析中止を判断する医療チームの必要性を感じ、参加意思を示していることから、医療チームへの透析看護師参加の可能性は十分あると考えられた。非導入や透析中止の問題は、これからもますます多くなっていくことが予想されるが、そのような問題を検討するさいには、前提として、普段の患者への十分な医療・ケアの提供が必要最低条件であることを、自戒の念をこめて結びの言葉としたい。

謝意

本アンケート調査にご協力いただいた新潟県内透析施設の医師および看護師の方々に心より感謝申し上げます。また、本論文内容の一部は第37回東北腎不全研究会にて発表した。

文 献

- 1) 大平整爾, 伊丹儀友, 久木田和丘, 他: 末期腎不全患者の終末期を透析医はどう捉えているか. 日透医誌, 25: 47-55, 2010.
- 2) Hirsch DJ, West ML, Cohen AD, et al.: Experience with not offering dialysis to patients with a poor prognosis. Am J Kidney Dis, 23: 463-466, 1994.
- 3) Moss AH: Shared decision-making in dialysis: the new RPA/ASN guideline on appropriate initiation and withdrawal of treatment. Am J Kidney Dis, 37: 1080-1091, 2001.
- 4) 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, 41: 761-771, 2008.
- 5) 樋口範雄: 終末期医療とプロセス・ガイドライン. 続・医

- 療と法を考える；有斐閣，東京，pp. 79-104，2008.
- 6) 杉澤秀博，大平整爾，杉崎弘章，他：透析導入見送り・維持透析中止の決定過程における患者・家族・透析医の心理的ダイナミクス。日透医誌，21：542-550，2006.
- 7) 津畑 豊，田邊繁世，安城淳哉，他：透析患者を対象とした事前指示書の検討。透析会誌，42：687-693，2009.
- 8) 中元秀友，勝部真弓：透析の中止と非導入におけるコメデ

ィカルの役割。透析会誌，43：163-166，2010.

参考 URL

- ‡1) 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/s0521-11.html> (2010/9/2).