

# 維持透析患者の「認知症」に対する 透析スタッフの備え

大平整爾

札幌北クリニック

key words : 認知症, 中核症状, 周辺症状, 介護, 治療継続の可否

## 要旨

わが国の人口の高齢化に伴い、認知症有病者が増加してきている。維持透析患者においても、新規導入患者の高齢化や既存導入患者の透析療法の長期化などが認知症発症率を押し上げており、次第に重要な案件になってきている。慢性腎臓病そのものの存在や血液透析の施行自体が、認知症発症の危険因子の一翼をなしている。本症患者では精神的自立低下が先行し、身体的自立低下は遅れて出現するが、経年的に双方が漸次悪化していく。ただし、双方は必ずしも平行に増悪はしない。そこで、透析患者の認知症の中核および周辺症状を的確に捉え、これら患者群の心身の自立度を把握することが対応策の策定に急務となる。末期認知症透析患者では、生命の質や生きる意義などが考慮されて、透析を含めた治療の進め方が重要な課題の一つとなる。

## 1 認知症概説

認知症は、その中核症状を、①記憶・見当識の障害、②判断力の低下または喪失、③言語障害（失語）、④失行、⑤失認、などとする獲得した知的能力の障害である。これを修飾する諸症状は、周辺症状または行動心理症候（behavioral and psychological symptoms of dementia; BPSD）と呼ばれている。周辺症状には、①精神症状として不安・焦燥・妄想・幻覚・抑うつなどがあり、②行動障害として徘徊・多動・不潔行為・

収集・暴言・暴行・介助への抵抗などがある。

本症は症候群であり、①アルツハイマー病、②脳血管性、③レビー小体型、④高齢者タウオパチー、⑤その他、に分類される<sup>1)</sup>。一般には①が最頻であるが、透析患者では②が多いとされている<sup>2)</sup>。多彩な周辺症状が、周囲を悩ませ困惑の種を醸し出すとされている。見聞するところでは、介護者が想像に絶する苦勞をすることもある。しかし、認知症 82 例を観察した平原は、①50% の症例で BPSD を認めない、②31% は対応や環境を変えるだけで改善する、③19% に向精神薬が必要な中等度の BPSD が出現した（BPSD が原因で入院に至る頻度は全体の 1% 程度）と、認知症患者を治療・ケアしていくうえできわめて重要で示唆に富む報告を行っている<sup>1)</sup>。

## 2 日本における認知症患者の増加

高齢者介護研究会報告書「2015 年の高齢者介護」（2003 年 6 月）によると、日常生活自立度 II（表 1；自立度 II：日常生活に支障をきたすような症状・行動や意思疎通の困難さが多少見られても、誰かが注意していれば自立できる）以上の認知症患者は 2002 年に約 150 万人（65 歳以上人口の 6.3%）であった。これが、2015 年には約 250 万人（同 7.6%）、さらに 2025 年には約 323 万人（同 9.3%）に達すると予想されるという。「認知症」は、少子高齢化社会の大きな問題の一つとなってきている。

表 1 認知症高齢者の日常生活自立度判定基準

ランク	判断基準	見られる症状・行動の例	判断にあたっての留意事項
I	何らかの認知症を有するが、日常生活は家庭内及び社会的にほぼ自立している。		在宅生活が基本であり、一人暮らしも可能である。相談、指導等を実施することにより、症状の改善や進行の阻止を図る。
II	日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さが多少見られても、誰かが注意していれば自立できる。		在宅生活が基本であるが、一人暮らしは困難な場合もあるので、日中の居宅サービスを利用することにより、在宅生活の支援と症状の改善及び進行の阻止を図る。
II a	家庭外で上記 II の状態がみられる。	たびたび道に迷うとか、買物や事務、金銭管理などそれまでできたことにミスが目立つ等	
II b	家庭内でも上記 II の状態が見られる。	服薬管理ができない、電話の応対や訪問者との対応など一人で留守番ができない等	
III	日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さが見られ、介護を必要とする。		日常生活に支障を来すような行動や意思疎通の困難さがランク II より重度となり、介護が必要となる状態である。「ときどき」とはどのくらいの頻度を指すかについては、症状・行動の種類等により異なるので一概には決められないが、一時も目を離せない状態ではない。
III a	日中を中心として上記 III の状態が見られる。	着替え、食事、排便、排尿が上手にできない。時間がかかる。やたらに物を口に入れる、物を拾い集める、徘徊、失禁、大声・奇声をあげる、火の不始末、不潔行為、性的異常行為等	在宅生活が基本であるが、一人暮らしは困難であるので、夜間の利用も含めた居宅サービスを利用しこれらのサービスを組み合わせることによる在宅での対応を図る。
III b	夜間を中心として上記 III の状態が見られる。	ランク III a に同じ	
IV	日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さが頻繁に見られ、常に介護を必要とする。	ランク III に同じ	常に目を離すことができない状態である。症状・行動はランク III と同じであるが、頻度の違いにより区分される。 家族の介護力等の在宅基盤の強弱により居宅サービスを利用しながら在宅生活を続けるか、又は特別養護老人ホーム・老人保健施設等の施設サービスを利用するかを選択する。施設サービスを選択する場合には、施設の特徴を踏まえた選択を行う。
M	著しい精神症状や周辺症状あるいは重篤な身体疾患が見られ、専門医療を必要とする。	せん妄、妄想、興奮、自傷・他害等の精神症状や精神症状に起因する問題行動が継続する状態等	ランク I ～ IV と制定されていた高齢者が、精神病院や認知症専門棟を有する老人保健施設等での治療が必要となったり、重篤な身体疾患が見られ老人病院等での治療が必要となった状態である。専門医療機関を受診するよう勧める必要がある。

(平成 18 年 4 月 3 日 老発第 0403003 号 「痴呆性老人の日常生活自立度判定基準」の活用について)の一部改正について)

### 3 日本における維持透析患者の認知症

日本透析医学会統計調査委員会の報告 (2009 年 12 月末現在)<sup>3)</sup>によれば、透析患者総数のうち、「認知症あり」と回答された患者は 9.8% を占めていた。ただし、その重症度別の発現率は不明である。年齢からみると、60 歳を超える年齢層から認知症が急増し、加齢の影響を窺うことができる。また、女性のほうが男性よりも認知症合併率は高かった (図 1)。各年代の認知症透析患者の約半数以上が要介助状態にあり、こ

れは加齢と共に増加していた。腎疾患の発症と共に認知機能障害の比率が増大することは、その機序は不詳であるが、観察研究で詳らかにされている<sup>2,4)</sup>。透析患者の認知症好発は、加齢だけではなく血管性因子 (脳梗塞・脳出血・脳動脈硬化・血圧変動に伴う脳の微細な損傷など)、代謝性因子 (ホモシステインなど) や HD という治療形態などに起因していると推測される。

DOPPS (2006 年)<sup>5)</sup>によれば、認知症診断率はフランス 1% (969 例)、ドイツ 3% (905 例)、イタリア 2



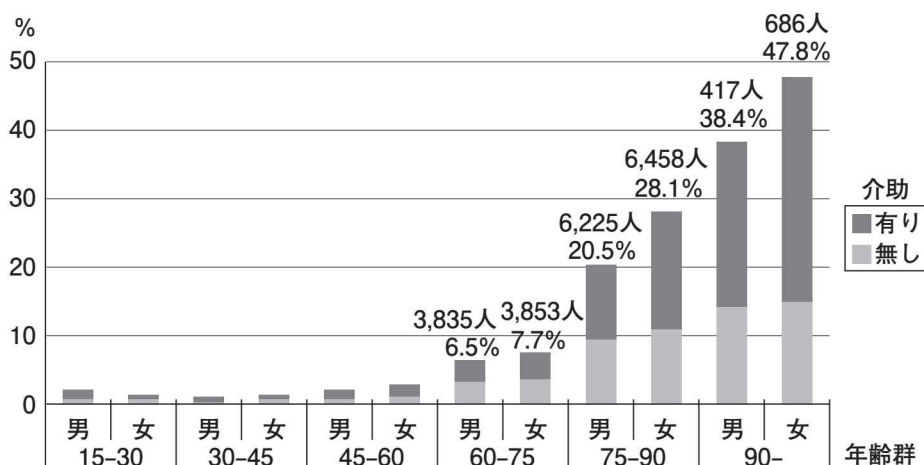


図1 認知症透析患者の性別と年齢  
(文献3より)

% (868例), 日本3% (2,724例), スペイン3% (932例), 英国1% (888例), 米国6% (9,408例)で, 総計16,694例の平均出現率は4%であった(患者平均年齢 $60 \pm 15$ 歳)。対象患者の採り方によって, 当然, 認知症出現率は異なってくるが, 各国が注目し始めたことは確かである。DOPPSのこの報告では, 同症患者の4年生存率は37%で非同症患者の60%に較べて明らかに悪く, また, 透析の中止率も高かったという。

#### 4 いくつかの透析施設における認知症合併透析患者の実態

専門医によってすべての患者について認知症の有無や程度を診断してもらうことは適わないため, 透析室勤務の医師および看護師が, 柄澤<sup>6)</sup>の臨床的判断基準(表2)を用いて, 2011年1月から3月の時点で判定した(対象はすべて血液透析(HD)患者である)。

##### ① 無床の透析単科A施設

146人中「軽度のほけ」4人(すべて70歳以上), 「中等度のほけ」2人(90, 65歳)であった( $6/146 = 4.1\%$ )。高度のほけはいなかった。中等度ほけの65歳女性は, 専門医によりアルツハイマー病と診断されている。通院は3人が自力歩行で, 3人が車椅子か支え歩行である。周囲に迷惑を及ぼすようなBPSDは全員に認められず, 毎回の血液透析施行時に問題行動をとることはこれまではない。

##### ② 総合病院の分院で入院施設を持つB施設

患者123人中, 軽度2人・中等度4人・高度1人の計7人( $7/123 = 5.5\%$ )が認知症と疑診された。すべて通院患者である。「高度のほけ」の患者がHD終了

表2 認知症(痴呆)の程度: 臨床的判断基準

(+1) 軽度のほけ	日常会話や理解はだいたい可能だが, 内容に乏しく, 或いは不完全, 生活指導時に介助を要する程度の知的衰退。
(+2) 中等度のほけ	簡単な会話はどうやら可能。慣れない環境では一時的失見当しばしば要介助。金銭の管理や服薬管理が必要なことが多い。
(+3) 高度のほけ	簡単な会話すら困難。例えば施設内での失見当, さっき食事をしたことすら忘れる。
(+4) 非常に高度のほけ	自分の名前を言えない, 寸前のことを忘れる。自分のベッド(部屋)が分からない。身近な人の顔を区別できない。

(文献6より)

前1時間ほど何かを捜す仕草をしたり, 空腹を訴えて突然起き上がることが時にある。これまで抜針やベッド転落などの事故はないが, 多動のため穿刺肢にシーネ固定を加えることはある。

##### ③ 総合病院内のC透析室

294人の患者中, 軽度15人・中等度13人・高度4人・非常に高度4人の計36人( $36/294 = 12.2\%$ )が認知症疑いであった。当該患者に1日に1~2回の危険行為がHD中に観察されて, スタッフが目を見離せられない状況であると報告された。

##### ④ 腎不全専門施設で二つの分院を持つD病院(60床)

この病院は同地域の基幹病院であり, 多くの前終末期・終末期の透析患者を収容している特徴がある。このD病院グループ341人の調査では, ほけなし275人

表3 4 透析施設における認知症透析患者の出現率

認知症の進行度	A施設	B施設	C施設	D施設	合計
(0) ぼけなし	140人 (95.9%)	116人 (94.3%)	258人 (87.8%)	275人 (80.7%)	789人 (87.3%)
(+1) 軽度のぼけ	4 (2.7%)	2 (1.6%)	15 (5.1%)	33 (9.7%)	54 (6.0%)
(+2) 中等度のぼけ	2 (1.4%)	4 (3.3%)	13 (4.3%)	21 (6.2%)	40 (4.3%)
(+3) 高度のぼけ	0	1 (0.8%)	4 (1.4%)	6 (1.7%)	11 (1.3%)
(+4) 非常に高度のぼけ	0	0	4 (1.4%)	6 (1.7%)	10 (1.1%)
合計患者数	146 (100.0%)	123 (100.0%)	294 (100.0%)	341 (100.0%)	904 (100.0%)

注) 施設間出現率の格差を認めるが、各地域における施設特性に差異があるためであろう。

(80.6%)・軽度33人(9.7%)・中等度21人(6.2%)・高度6人(1.8%)・非常に高度6人(1.8%)の出現率であった。高度ぼけ6人中5人、非常に高度のぼけ6人中3人が入院中であった(表3)。

認知症の疑診率には、各施設特性によりかなり大きな差異が認められた。また、患者の周辺症状は千差万別であると推測され、したがって、透析室において当該患者がどのような言動をとるかは容易に予想できない。そのため、広い範囲の対策が必要で、詳細な基礎資料を収集する必要がある。

## 5 高齢者の終末期の医療およびケア

日本老年医学会が、この問題に対して2001年6月13日に立場表明を次のように行っている。

### ① 立場1

高齢であることや自立能力が低下しているなどの理由により、適切な医療およびケアが受けられない差別に反対する。

[論拠] 医療を受ける権利は基本的人権であり、この権利は重度認知症患者など判断能力が低下している患者にあっても保障されるべきものである。

### ② 立場2

高齢者の終末期の医療およびケアは、患者個々の価値観や思想・信仰を十分に尊重して行わなければならない。

立場1は、「いずれの生命も尊重する」という言わば「生命の神聖性」に基づく原則論の表明である。しかし、社会的な趨勢は、生命を尊重しつつ同時にその生命体が自らの生命の質をどのように捉えるかをより

優先する方向にある。したがって、病態や周辺の状況次第で選択肢は変わるし変わってよいことになる。立場2については、個人の意思(自己決定)に委ねられる部分が出てくることを示唆している。つまり、立場1で筆者がコメントしたことが、容認されると受け止められる。事前の意思表示によっては、治療の非開始または治療中止という事態が起こりうる。

アメリカ医師会が2004年に定めた倫理要綱には、治療を行う基本姿勢として「治療が真実、その患者をよくするか(Will it really make the patient better?)」をあげ、「医師は仮に患者またはその家族が望んだとしても、患者に益しない治療を行うことを求められない」と謳っている。「医師は無益な治療を行う義務を負わない」の謂いである。しかし、実務に就くアメリカ人臨床医は「あなたが生命維持治療は無益だと判断した場合、患者側にそれを与えるか、勧めるか」という仮想質問に対して、「Yes」23.6%、「No」37.0%、「It depends(状況による)」39.4%という回答であった(回答医師>1万名, Medscape Nephrology, Jan., 2011)。

こうしたアンケート調査から、実地臨床の場では、倫理要綱がそのまま採用され難い実情を知るのである。個人の自律性(自己決定)の尊重は現代社会の根幹をなしているが、排他的な自己決定には、厳密な意味で適正な条件下の制限が必要になると考える。

## 6 脳血管障害または認知症における延命治療の希望

厚生労働省は、表題に対する一般国民・医師・看護師・介護者自身の希望調査の結果を2010年12月公表した(図2)。病態はいずれも治癒の見込みはなく、全身状態のきわめて悪化した状態であり、末期と捉え

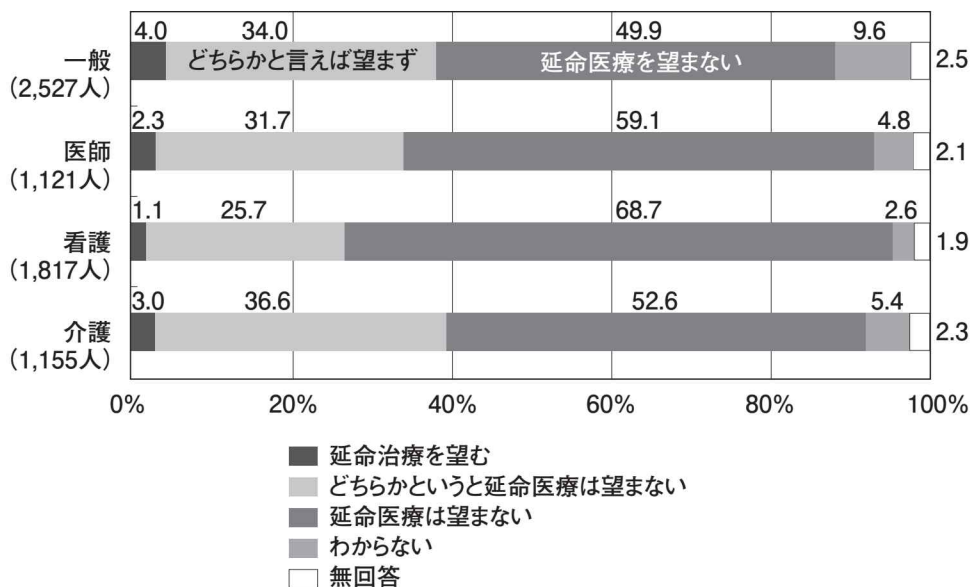


図2 脳血管障害または認知症と延命治療の希望 (2010年12月, 厚生労働省発表)

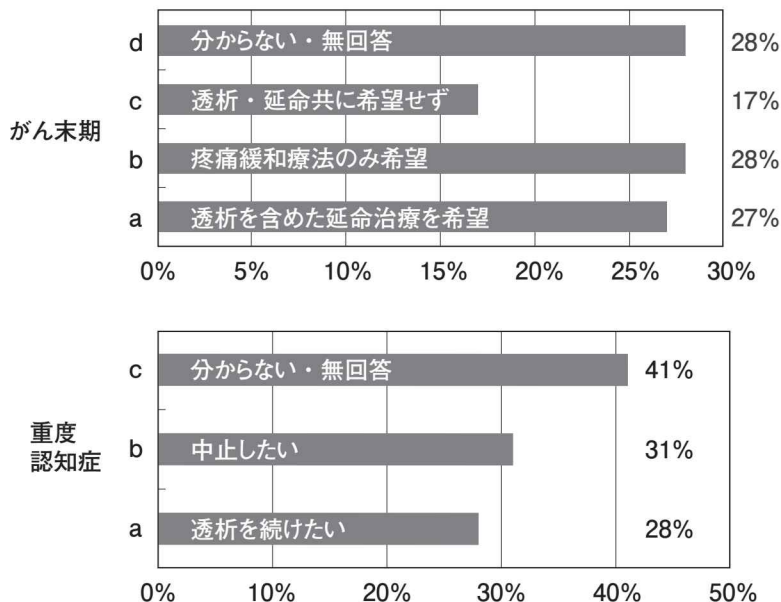


図3 がん末期または重度認知症に陥った場合の選択肢 (仮想事例) (全腎協・透析医会 (2007年): 回答患者数=1,803人)

られる。回答した各グループはいずれも延命治療に対して、明らかに消極的な態度を示している。こうした設問に対する回答は一般論として、このようなところへ落ち着く傾向が近年明白である。ただし、より具体的に治療の何を望み何を望まないかを詳らかにするためには、「延命治療」の定義・範疇を余程に明確化しておかなければ、はっきりした回答を期待しえない。

図3は透析患者1,803人に、がん末期または重度認知症に陥った場合の選択肢を問うて得られた回答である。いずれにも圧倒的に多いという回答（選択肢）は

なく、対象者が異なるとはいえ図2の延命治療に消極的な態度とは乖離している。重度認知症時の透析中止については、RPA/ASNの調査では50~85%と高率な結果を示す報告もある。このような結果は、当該患者が明確な意思表示を残しておらず、代理判断が必要となる事態における代理人が抱えることになる困難性を暗示する。表4は、透析患者の末期医療やケアに関わった透析医の苦慮した事項を提示している。代理判断に伴う難しさが際立っている。終末期に生ずる多くの問題は、当の患者の意向が明確であれば軟着陸でき



表4 担当医の立場からみた「透析患者の終末期医療・ケア」で苦慮する事項

1. 法的取り扱いの不明瞭さ（医・患・家で一致しても）	18%	
2. 医師の立場から「無益な医療」と言い出せない	10%	
3. 代理判断の難しさ		} 67%
①患者の意向が不明	19%	
②家族が決断できない	16%	
③患者・家族間意見不一致	9%	
④医療側・患者，家族間意見不一致	15%	
⑤医療者間意見不一致	8%	
4. 倫理的問題の相談先がない	5%	
合 計	100%	

回答医師 = 120 人（2009 年北海道高齢者透析研究会アンケート調査）

る可能性がある。

## 7 認知症を伴った透析患者への対応

### 7-1 当該患者の日常生活自立度

表2などを参考として認知症の疑診を抱いた患者に対しては，専門医の診断・治療が必要となる。透析スタッフとしては，表1，表5を基に日常生活自立度を把握（例えば，IIa-A2）しておくことが基本となる。

### 7-2 通院か入院か

患者を知り温かく接する家族などと暮らすことが，周辺症状（BPSD）の出現を著明に抑制する<sup>1,7)</sup>。したがって，重大な身体的合併症がなければ通院が望ましい。認知症の重症化によっては通院介助が必要となる。患者が在宅で通院する場合には，介助者に対して細やかな配慮を社会資源の活用を通じて払う必要がある。認知症透析患者が透析室以外で誰のどのような介助を得て生活しているかを知ることは，透析スタッフにとっても最重要事項となる。認知症患者とケアする介助

者を孤立化させない地域社会的な仕組みが，強く求められる。「認知症の人と家族の会」などと称される集まりが徐々に全国的にできていることはその現れであろう。2000年に厚生労働省が全国3カ所に設置した「認知症介護研究・研修センター」（東京・大阪・仙台）が中心となって開発した「認知症の人のためのケアマネジメントシート」には，期待するものがある。

### 7-3 HD 施行時の留意点

一連の作業工程でスタッフが特に留意すべき事項は，

- ① 開始時の血管アクセスの安全な穿刺
- ② 穿刺後のHD中のアクセス肢の安静（屈曲・挙上などの防止）による安定した血流量の保持
- ③ 抜針（故意または異常動作による）の防止
- ④ 自覚症状の把握（予測）

などであろう。透析室が，患者により居住の場として捉えられれば最も望ましい。①②③のためには，シャント肢の抑制が時に必要となる。

日本透析医会の報告<sup>8)</sup>では，医会会員施設での抜針

表5 障害高齢者の日常生活自立度

ランク J (生活自立)	何らかの障害等を有するが，日常生活はほぼ自立しており，独力で外出する。 1) 交通機関等を利用して外出する。 2) 隣近所なら外出する。
ランク A (準寝たきり)	屋内での生活は概ね自立しているが，介助なしには外出しない。 1) 日中はほとんどベッドから離れて生活する。 2) 日中も寝たり起きたりの生活をしている。
ランク B (寝たきり)	屋内での生活は何らかの介助を要し，日中もベッド上での生活が主体であるが座位を保つ。 1) 介助なしで車椅子に移乗し，食事・排泄はベッドから離れて行う。 2) 介助により車椅子に移乗する。
ランク C (寝たきり)	1 日中ベッドで過ごし，排泄・食事・着替えにおいて介助を要する。 1) 自力で寝返りをうつ。 2) 自力で寝返りもうたない。

(平成3年11月18日老健第102-2号，厚生省大臣官房老人保健福祉部長通知を改訂。)

表6 患者または家族に対して維持透析非導入を助言する場合の諸共存因子の基準

1. 非尿毒症性認知症 (dementia)
2. 転移性または切除不能な実質性腫瘍, または難治性悪性血液疾患
3. 肝・心・肺疾患の末期状態 (患者はベッドまたは椅子に終始拘束され, 日常生活に介護を要する)
4. 運動能力と日常生活活動を著しく損なう不可逆性神経疾患 (重度の脳卒中, 酸素欠乏性脳障害)
5. 生命維持のきわめて困難な多臓器不全
6. 透析のたびに薬剤による鎮静か器具による抑制をしなければ, 血管アクセスを機能できない状態

筆者注) 1および6: 認知機能障害患者が含まれると考えられる (中核症状と周辺症状は, それぞれで程度を異にする).  
(文献9より)

表7 透析の開始 (導入) および中止についての意思決定のあり方 (RPA/ASN, USA の勧告)

勧告-1: 共同の意思決定

患者 + 医師 (+ 家族), 代理判断 (法的代理人 + 医師)

勧告-6: 透析の非導入または透析の中止

- ①患者の強い意思表明
- ②事前指示 (書) の存在
- ③患者が意思表明能を欠如⇒法的代理人
- ④思考力・感覚・目的行動・自己及び他者の認識欠如となるような不可逆的かつ重篤な神経学的障害

勧告-7: 特殊な患者群

非腎疾患患者で終末期状態または医学的理由から透析施行が不可能な ARF, ESRD の患者

勧告-8: 期間限定の透析試行

透析を要するが予後が不確実で透析開始のコンセンサスに達していない患者

(文献10より)

事故のうち, その発生時状況が249件に記載されていた。自己抜針事故89件中39件(43.8%)は認知症患者で発生していた。薬剤投与で鎮静しなければならぬほどに安静を保持できない患者を稀に聞く。頻用される Hirsch ら<sup>9)</sup>の基準は「透析の度に薬剤による鎮静か器具による抑制をしなければ血管アクセスを機能できない状態では, 透析への導入を患者側へ勧めない」としている (表6)。RPA/ASN の基準<sup>10)</sup>では「思考力・感覚・目的行動・自己および他者の認識欠如となるような不可逆的かつ重篤な神経学的障害にあっては, 透析の非開始および継続中止を勧める」としている (表7)。RPA/ASN の勧告 (recommendation) には, 「勧告は not mandatory (強制的) ではない」と但し書きを付している。つまり, 患者の自己決定権法が1990年以降施行されているアメリカにおいては, あらゆる医療上の決定は (たとえその選択が最良でなくとも) 最終的に患者側に委ねられていると解釈されるのである。

透析終了後に一旦止血した穿刺部位からの看過でき

ない量の出血も, 認知症合併透析患者で報告されている (認知症患者80人中29人: 36.3% vs 非認知症患者145人中15人: 10.3%)<sup>11)</sup>。透析後は患者の観察・監視が弛みがちとなるが, 嚴重な継続注意が必要となる場合もある。

#### 7-4 内服と食事摂取, 特に人工的栄養補給

内服と人工的栄養補給の二つが, 次に大きな問題となる。患者が内服を強く拒むか内服ができない場合, HD 患者であれば必要不可欠な薬剤は HD 中に血液回路からの注射投与に切り替えられる。

食事摂取に絡む問題は一層深刻である。種々の病因から自力で食事を摂取しなくなることがある。たとえば, ①認知障害・記憶障害 (食べることを忘れる), ②失行 (食事道具の使用法がわからない), ③口腔失行 (口腔運動機能の障害), ④嚥下障害, ⑤集中障害 (食事を始めたことを忘れる), ⑥食事中に寝込むなどである。この場合, ①食事介助, ②人工栄養 (末梢静脈からの点滴・中心静脈栄養・経鼻チューブ栄養・胃

瘦など)が考慮される。食べない・食べようとしない患者の側に付き添い、患者の口元へスプーンなどで食べ物を運んで食べさせる作業 (hand-feeding) は、根気を要し時間を費やす仕事であり容易には継続的にくい難い。仮に努力し継続していても、早晚栄養不足に陥ることは不可避である。

では、人工栄養法を常に採用すべきであろうか。オーストラリアやスウェーデンでは、認知症患者にかなり以前から経管栄養と静脈栄養は行われていない<sup>12)</sup>。欧米では患者・家族の意向に左右されるが、「重度認知症患者への経管栄養は患者の延命および QOL 向上に寄与しない」とする報告<sup>13,14)</sup>が多く、医師側は施行を渋る傾向にある。Cervo ら<sup>15)</sup>は

- ① 栄養障害を予防するという根拠はなく
- ② 褥瘡はむしろ増え
- ③ 下部食道括約筋圧が下がり、口腔内分泌物の誤嚥は予防できず
- ④ 苦痛や不快感を増す場合もあり
- ⑤ 機能状態や生命予後の改善は末期の状態では期待できない

と報告し、PEG 神話に対してきわめて否定的な態度を採っている。つまり、人工栄養法の有効性が医学的に否定的であることのほかに、生命の質を勘案して、自力摂食が不可能な時点を尊厳と意義を備えた生命の終焉と見なす基本的な考え方が社会的に優勢であることが、他動的な栄養摂取に消極的な態度を採らせるのであろう。

翻って日本の状況をみると、胃瘻に経皮内視鏡的胃瘻造設法 (percutaneous endoscopic gastrostomy; PEG) という低侵襲な方法が開発されて以来、PEG 造設は年間約 15 万件に及び、全国に 40~50 万人の PEG 保有者がいるとされている。

2011 年 2 月 27 日、日本老年医学会が「末期認知症患者への人工栄養補給」に関するシンポジウムを開催した。そのシンポジウムで、会田薫子氏が同学会員 1,555 人 (回答率 34.5%) からのアンケート結果を報告している。要約が記載された日本経済新聞 (2011 年 2 月 28 日) によると、胃瘻を経験した医師は回答者中 1,058 人 (68%) で、その約 90% がその開始可否かの判断に困難と抵抗を感じたという。その理由は、①本人の意思不明 (75%)、②家族の意思が不統一 (50% 以上)、③倫理的問題 (約 50%)、④刑事罰など

法的問題 (約 20%) であった。一旦開始した胃瘻を中止した経験を有する医師は胃瘻を選択した医師の 44% に及んでいる。その理由として、①下痢や肺炎などの医学的トラブル (70%)、②家族の強い要請 (40%)、③「患者の苦痛を長引かせる」「患者の尊厳を侵害する」など (20%) があげられている。

胃瘻の施行には良いも悪いもあろうが、意思決定しえない当該患者を目の前にして、家族、担当医やその他の医療スタッフなどが真摯に人工的栄養補給の可否を医学的・倫理的・社会的・法的な観点から熟考したうえで決定することが喫緊の課題となる。個人的には人工栄養を行わない・受けないという選択肢はありうると考えるが、これは後述する個々人の「生命の捉え方」に深く関係する。

#### 7-5 重度認知症で末期の透析患者への対応

前項に関係した栄養障害に加えて、認知症を伴った透析患者は種々の重大な合併症に見舞われるリスクが高くなる。ここで重大な課題となるのは、重度認知症で前終末期または終末期にある透析患者の透析を継続するか否かの判断である。

表 7 に掲げた RPA/ASN の勧告-7 の基準は妥当である。私共が北海道で集計した透析中止 233 例 (2006~2008 年) の 208 例 (89.3%) は「病状が悪化し透析施行が不可能か著しく困難な状態」を中止の要件としており、中止は透析断念と換言できる<sup>16)</sup>。透析断念の判断が正しければ、この場合には法的な問題は生じえないであろう。勧告-6 を理由とする透析の中止は、もっぱら患者の自己決定権に依拠しており、その患者の身体的な重症度は問題とされていない。これは既述のように、アメリカでは連邦政府が「患者自己決定権法」を 1990 年に設定し施行しているからである。わが国では、患者の自己決定はその人の人格権の一部を形成するものとして医師の裁量権を凌いで尊重されるべきとする最高裁判決が「エホバの証人輸血事件」で下されている (2000 年 2 月)。しかし、より具体性のある実効法が患者や医師を保護するまでには至っていない。卑近な言い方をすれば、困難であっても何とか HD 施行可能な患者が「透析を止めたい」と申し出ても、担当医はその言葉をそのまま受諾しえないことである。刑事訴追される危惧があるからである。

重度認知症透析患者が摂食障害などのために全身状



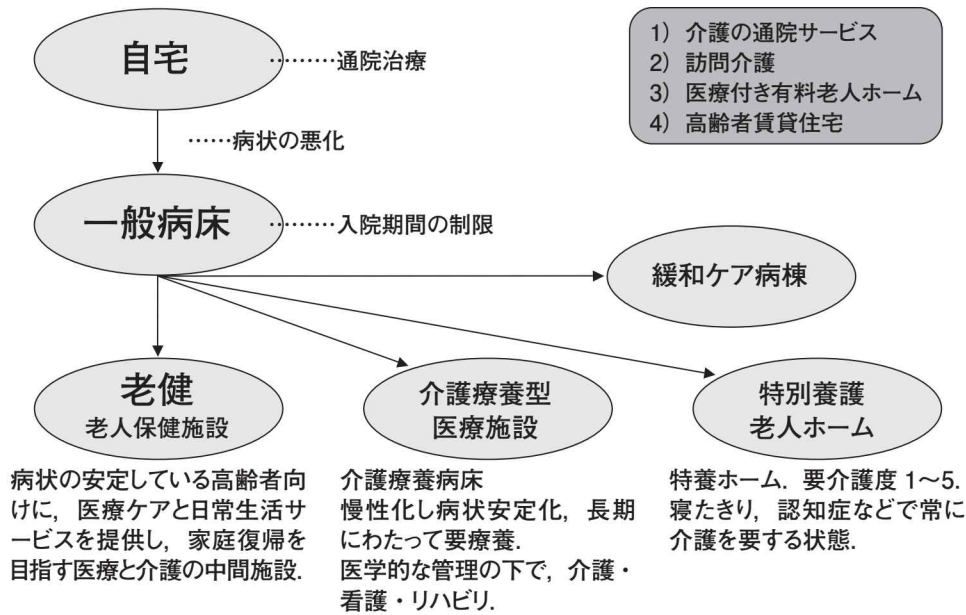


図4 患者の居住・療養の場所

態が次第に悪化していったHD 施行が難しくなった場合には、直ちに全面的透析中止とはせずに、透析頻度・時間などを減らしていくことや、全身状態によっては1回休むという措置を採ることを考慮してよいのではない<sup>17)</sup>。当該患者を何処で診ていくかも苦慮する点であるが、家族との話し合いを尊重しながら決定することになる (図4)。

## 8 生命の捉え方と認知症患者の QOL

現代社会は「生命の質：QOL」を重視する趨勢にあり、「生命の存続か終焉か」はもっぱらその生命体の自主的な意向（自己決定）に委ねられている。しかし、あらゆる生命状態を区別せず尊重するという「生命の神聖（または尊厳）主義（sanctity of life; SOL）」がまったく影を潜めたのではなく、QOLとSOLとは時ならず闘ぎ合ってきている。自己決定を金科玉条とだけ捉えることには反省論も出てきているが、己の命の行く末に関して各人がある程度以上明確な決意を持ち、周囲の親しい者に伝えておくことが今後の社会生活で責務となると考える。

QOLは本来、主観的な評価に委ねられるべきものであり、自己判断力を失った一定以上の重度認知症患者のQOL判定は本来の趣旨から外れざるをえない<sup>18)</sup>。しかし、それを少しでも正確に予測しようとする心が私共になれば、私共は認知症患者に相対してはいけない。

## 謝 辞

透析患者認知症の実態調査にご協力いただいた日鋼記念病院 伊丹儀友先生・札幌北楡病院 久木田和丘先生・長崎桜町病院 原田孝司先生に、感謝申し上げます。

## 文 献

- 1) 苛原 実：認知症。日医雑誌，139：s182-s185，2010。
- 2) 大平整爾：腎疾患と認知症。老年精神医学雑誌，21：316-332，2010。
- 3) 日本透析医学会統計調査委員会：図説 わが国の慢性透析療法の現況（2009年12月31日現在）。日本透析医学会，2010。
- 4) 鶴屋和彦，平方秀樹：CKDは認知症にどのような影響を与えますか？ 老年医学，48：1077-1084，2010。
- 5) Kurella M, Mapes DL, Port FK, et al. : Correlates and outcomes of dementia among dialysis patients : the DOPPS. Nephrol Dial Transplant, 21; 2543-2548, 2006.
- 6) 柄沢昭秀：痴呆の診断。老人性痴呆，3：82-88，1989。
- 7) 浦上克哉：認知症～正しい理解と効果的な予防：日本評論社，東京，2010。
- 8) 山崎親雄，秋澤忠男，大平整爾，他：平成18年厚生労働科学研究費助成金事業報告書 透析施設におけるブラッドアクセス関連事故防止の研究；2007。
- 9) 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.
- 10) Moss AH : Shared decision-making in dialysis (RPA/ASN Recommendations), Am J Kidney Dis, 37; 1081-1091, 2001.
- 11) 細井京子，三明みち子，長谷綾子，他：認知症透析患者の出血事故。透析会誌，42：91-98，2008。

- 12) 宮本礼子, 岩本喜久子, 宮本顕二: オーストラリアの認知症緩和医療. 北海道医報, 1089: 24-27, 2008.
- 13) Ina L: Feeding tubes in patients with severe dementia. Am Fam Physician, 65: 1605-1611, 2002.
- 14) Hoffner LJ: Tube feeding in advanced dementia; the metabolic perspective. Brit Med J, 333: 1214-1215, 2006.
- 15) Cervo FA, Bryan L, Farber S: To PEG or not to PEG: a review of evidence for placing feeding tubes in advanced dementia and the decision-making process. Geriatrics, 61: 30-35, 2006.
- 16) 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.
- 17) 大平整爾: 認知症患者への透析療法～倫理面からの小考察～. 日透医誌, 25: 183-191, 2010.
- 18) 鳥羽研二: 認知症の医療と生活の質を高めるには. 日医雑誌, 139(12): 2584-2588, 2010.