

認知症時代の腎機能代替療法

— 透析医としての備え —

大平整爾

札幌北クリニック

key words : 認知症, 命のあり方, 生きる権利, 死ぬ権利, 認知症患者への治療

要 旨

認知症患者の増加が近年顕著となり, 透析医療においても透析開始時の認知症の併存および透析開始後の認知症発症・悪化などが大きな問題となってきている。その理由は, ①認知症のために体動や穿刺針の抜去などが発生し, 安全な血液透析が行えないだけでなく, ②「重度の認知症状態の命をどう捉えればいいのか」という重い倫理的問題が浮上するからである。永続的に自己・他者・時間・場所などの認識を欠如し, 記憶障害・人格障害・見当識障害などが明瞭であり(すなわち, 重度認知症状態)で, 社会的生活が著しく低下し, そのうえで自力摂食障害が合併していれば, その患者には維持透析の適応度(開始・継続)はきわめて少ないと私考する。むろん, この決定は医療者だけではなく, 患者の事前指示(書), ACPや患者家族などが参画して公平かつ厳密に行われることを原則とする。

1 認知症とは何か

認知症(図1)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・喪失である。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) と称される。

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
- 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

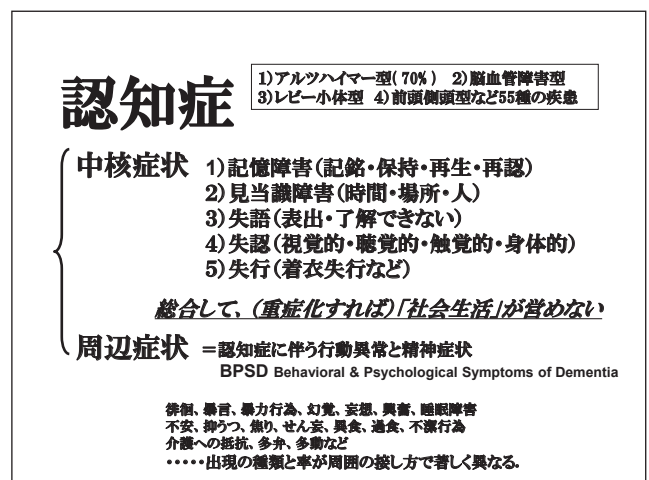


図1 認知症の症状

に分類される¹⁾。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。血液透析患者では、血圧変動幅の大きいことや血圧低下が誘因の一つだと推測されている。

一般には、日常生活に不都合が出現するようになって、「認知症」と診断される。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が少なくない。しかし、認知症 82 例を観察した平原は、

- ① 50% の症例で BPSD を認めない
- ② 31% は対応や環境を変えるだけで改善する
- ③ 19% 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²⁾。

認知症患者では認知機能の低下が存在する一方、ある程度以上の感情機能の保持がある。この群の人々は自らができなくなったことへの漠然とした不安感を抱き、その発露として様々な周辺症状を引き起こすと理解されている¹⁾。したがって、当該患者を取り巻く人々一人一人が、患者の深層心理を理解して接することが肝要となる。著作『呆けたカントに理性はあるか』で、大井玄³⁾は、「カントの認知能力が著しく衰えていたのは確実です。しかし、被害妄想などの周辺症

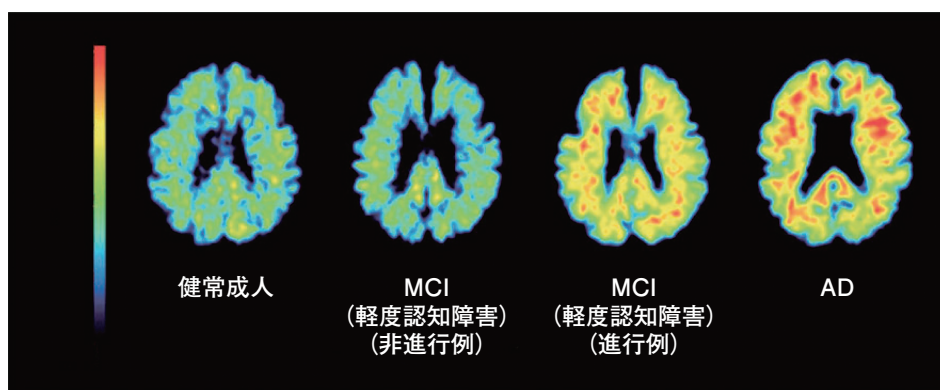
状は皆無で、悲しみを感じさせたが、不安の翳は認められません。おそらく、周りの人たちが偉大な哲学者に示す絶大な敬意と優しい介護により、その誇りが傷つけられることがなかったのでしょう。」と記している。本症患者の深層心理を少しでも学ぶことが、必須となる。周辺症状が治まることは、本人にとっても介護者にとっても大きな朗報である。

「徘徊、暴言、暴力行為、幻覚、妄想、興奮、睡眠障害、不安、抑うつ、焦り、せん妄、異食、過食、不潔行為、介護への抵抗、多弁、多動」など多彩な周辺症状は、暮らしの中で生まれた症状であるから、暮らしの中で、あるいはケアによって治るはずであると論ずる専門家の言葉⁴⁾には、勇気づけられる。

2 認知症の診断と病期（進行度）

PET/CT/MRI などを用いた脳の画像診断（図 2）・血液/髄液検査・各種のメンタルテストを補助とし、うつ病やせん妄などを除外したうえで、専門医による患者・家族・友人・職場の仲間などへの問診・面接が最終診断へ至る道筋である。既述の中核症状と周辺症状とが明確に出現した後であれば診断は容易となるが、その初期では現時点において診断精度は低い。本症の多くは次第に進行悪化する疾患であり、定期的な診察・加療が必要になる。

週 3 回通院してくる血液透析患者では、患者とスタ



健常成人 (Control), 軽度認知障害 (MCI) 非進行例 (non-converter) と進行例 (converter), アルツハイマー病患者 (AD) の [11C] BF-227 PET 画像 (投与 20~40 分後の SUVR 画像)

認知症の診断

- 1) 精神科医師による患者・家族・知人などへの問診
- 2) 各種のメンタルテストなどの検査、血液・髄液検査
- 3) 除外診断（特に、うつ病・せん妄）・服薬状況
- 4) PET/CT/MRI 画像などによる診断補助

図 2 認知症の診断（PET をもちいた脳アミロイドの画像化）

（岡村信行：臨床神経学 2009；49：922-924 より）

表 1 痴呆（認知症）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	自分の名前を云えない。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。

「認知症」は、2004年以降の使用。
文献5より。

表 2 アルツハイマー病の進行ステージ
(Functional Assessment Staging of Alzheimer's Disease : FAST)

ステージ	臨床診断	特 徴
1	正常成人	主観的、客観的に機能異常はない
2	正常老化	物の置き忘れ、物事の忘れ、言葉が出ない
3	境界領域	仕事上の複雑な作業が不可、熟練の要る仕事での機能低下が同僚に分かる 新しい地域への旅行は不可
4	軽度	会合の計画、買い物、金銭管理など日常生活における複雑な仕事ができない
5	中等度	TPOに適合した適切な洋服を選択できない 入浴させるために説得が必要な場合がある
6a b c d e	やや重度	一人で服を正しい順序で着られない、靴紐・ネクタイを結べない
		入浴に介護を要する、入浴を嫌がる
		トイレの水を流し忘れる、拭き忘れる
		尿失禁 徘徊が始まる
		便失禁
7a b c d e f	重度	言語機能は最大約6個に限定される、日常生活では常に要介助状態
		理解できる語彙は「はい」など、唯一の単語に限定される
		歩行能力が喪失、同居家族が分からない
		座位を保持できない
		笑顔の喪失
		頭部の固定不可、最終的に意識消失（混迷・昏睡）

重度認知症

出典：1984 by Barry Reisberg, M.D. All rights reserved. Reisberg, B. Functional Assessment Staging (FAST). (大平訳)

ツフとの接触が濃厚であり、互いに交わす会話、説明に対する理解度や内服薬の管理などから当該患者の認知機能の変化を感じることがある。診断確定のためには専門医へ対診依頼することが必要となるが、そのように患者・家族に要請することは通常躊躇されるし、専門医への受診を勧めても拒絶する患者・家族が残念ながら多い印象である。透析医としては、患者の日常生活の様子を観察することによって、認知症の進行度を臨床的に判断することを逡巡してはなるまい（表1, 2)⁵⁾。そのうえで、できうる限り速やかに認知症専門医へ紹介することを最善とする。「認知症」がきわめて卑近な疾患群であることが一般社会の常識になりつ

つある今日、軽度認知機能障害の段階で、専門家への受診が偏見なく容易になることを望みたい。

3 「認知症」の患者への告知

これは透析医が主体的に行う仕事ではないが、患者のごく身近にいる医療者の1人として、これに関連する事情は承知しておきたい。専門医が診ても、明確な告知（病名・経過・予後）が告げられるのは2~3割であり、ほとんどが「あなたの物忘れは歳のせいと言うだけでは済まないでしょう。やはり病気と考えて、専門的な治療やケアを受けるほうがよいと思います」という程度であろうという¹⁾。

本症が進行してしまえば、告知は当の患者が理解できず意味をなさない。問題は本症の初期で、患者に理解力がある程度の残っている段階である。疾患の性質・人間関係・精神的衝撃を考慮して本人への告知を避けようという風潮が従来強かったが、紆余曲折はあるだろうが、次第に本症初期の本人へ告げる方向へ進むのではないかと予想される。ただし、本人を絶望させない工夫が、担当医と介護者で行われることが必須となる。

4 認知症に関する統計

4-1 国際

アルツハイマー病協会は、『世界アルツハイマー報告書 2015』で、世界の認知症患者の数は約 4,680 万人であるが、2050 年にはその 3 倍の 1 億 3,200 万人に達すると報告した。本報告書によれば、新規患者数は毎年約 990 万人とされ、人口の高齢化に呼応しているという。認知症患者の増加は世界的な傾向であると承知したい。

4-2 日本

1992 年当時の厚生省は痴呆性老人の増加に鑑み、

その増加を統計的に予測し 図 3 を公示した (2004 年以降、厚生労働省は「痴呆症」を公的には「認知症」と呼ぶことを提案した)。この時点では、痴呆性老人の激増とそれらの人々を支える生産年齢層の減少が強調されている。

厚生労働省は、2010 年に「認知症高齢者の現状」(図 4) を発表した。この資料から、2010 年の時点で 65 歳以上人口の認知症有病率が 15% であることを知り、「健常者 → 軽度認知機能障害者 (前認知症患者) → 軽度認知症患者 → 重度認知症患者」という同症の経年的な進行を読み取ることができる (表 3)。

図 5 は認知症高齢者数の将来推計で、同患者は右肩上がりで増加する。日本社会人口の顕著な高齢化で要支援者・要介護者が増加しているが、その半数が認知症を合併していることに危機感を持ちたい。認知症は病初期には本人を殊に苦しめ、進行するにつれて物心の負担を医療費・介護費・家族に負わせることになるからである (図 6)。日本政府は日本社会における認知症患者の増加に鑑み、省庁横断で取り組む「認知症施策推進総合戦略 (新オレンジプラン)」を 2015 年 1 月に発表している。認知症対策は急務であり、成果が生まれることを期待したい。

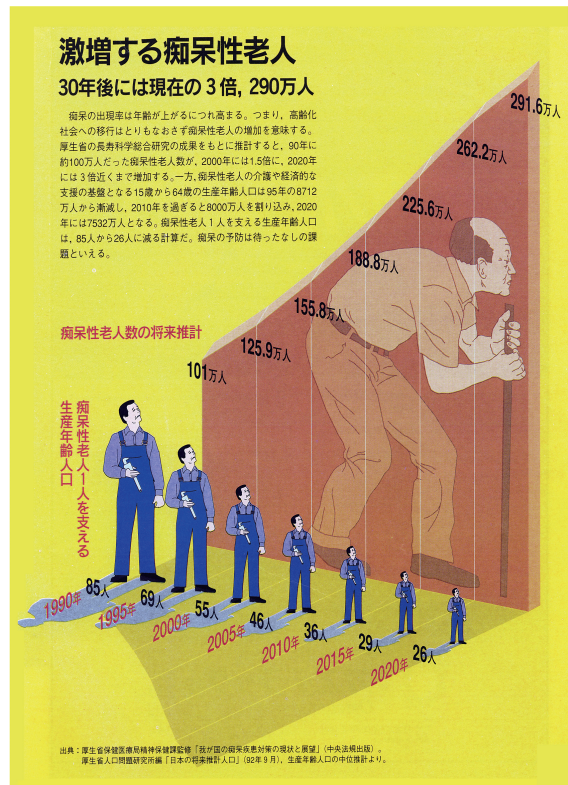
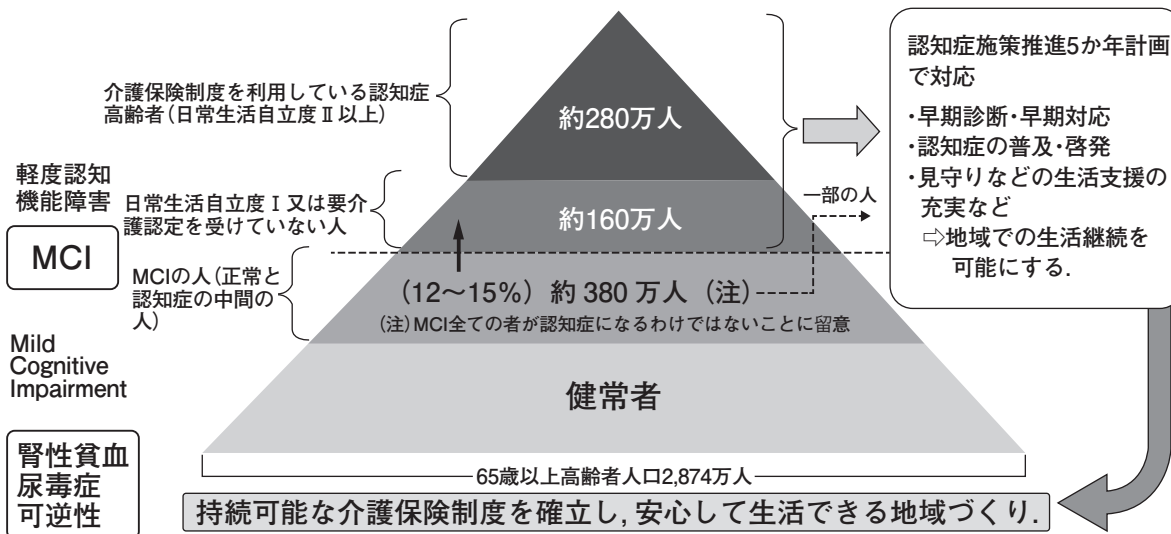


図 3 厚生省が 1992 年に作成した予想図

○全国の65歳以上の高齢者について、認知症有病率推定値15%、認知症有病者数約439万人と推計(平成22年)。また、全国のMCI(正常でもない、認知症でもない(正常と認知症の間)状態の者)の有病率推定値13%、MCI有病者数380万人と推計(平成22年)。
○介護保険制度を利用している認知症高齢者は約280万人(平成22年)。

記憶障害
実行機能障害
失認
失行
失語



出典:「都市部における認知症有病率と認知症の生活機能障害への対応」(H25.5報告)及び「認知症高齢者の日常生活自立度Ⅱ以上の高齢者について」(H24.8公表)を引用

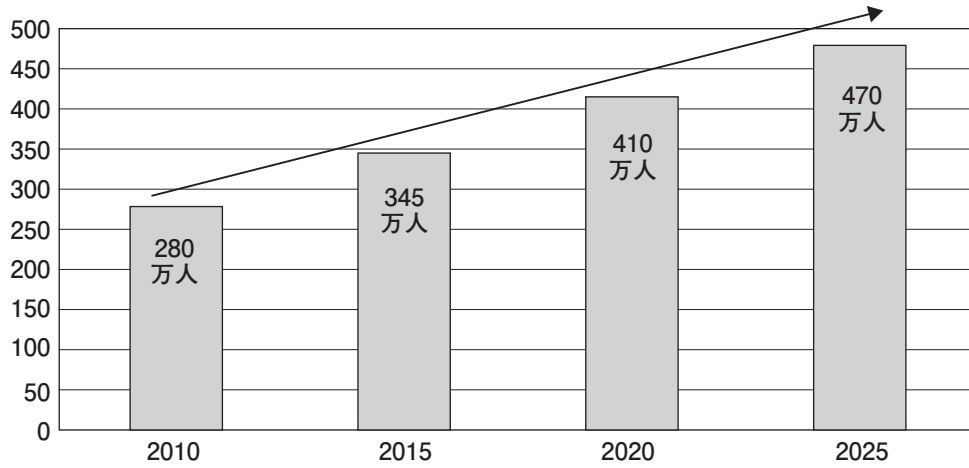
65歳以上人口での認知症有病率=15%

図4 認知症高齢者の現状(平成22年)(厚生労働省2010年)

表3 認知症高齢者の日常生活自立度

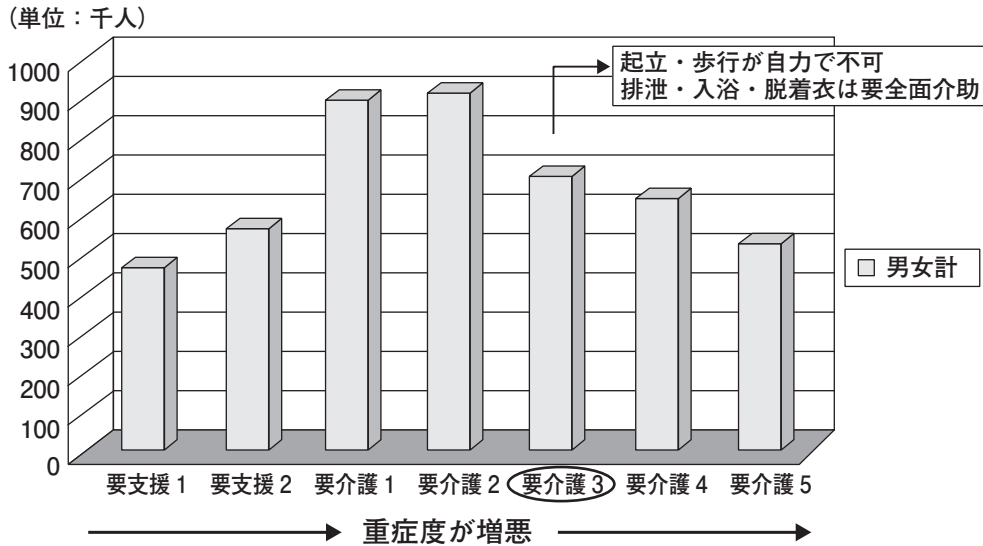
ランク	判断基準	見られる症状・行動の例
I	何らかの認知症を有するが、日常生活は家庭内及び社会的にほぼ自立している	
II	日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さが多少見られても、誰かが注意していれば自立できる	
IIa	家庭外で上記IIの状態が見られる	たびたび道に迷うとか、買物や事務、金銭管理などそれまでできたことにミスが目立つ等
IIb	家庭内でも上記IIの状態が見られる	服薬管理ができない、電話の対応や訪問者との対応など一人で留守番ができない等
III	日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さがときどき見られ、介護を必要とする	
IIIa	日中を中心として上記IIIの状態が見られる	着替え、食事、排泄、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
IIIb	夜間を中心として上記IIIの状態が見られる	ランクIIIa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
M	著しい精神症状や問題行動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

厚生労働省：2015年の高齢者介護より。



注) 自立度Ⅱ以上
 IIa 度々道に迷う・買い物、事務、金銭管理などこれまでできたことにミスが目立つ
 IIb 服薬管理ができない、電話の応対・訪問者への対応ができない(留守番ができない)

図5 認知症高齢者数の将来推計(「認知症高齢者の日常生活自立度」Ⅱ以上の高齢者数)
 (厚生労働省による)



注) (1) その半数は「認知症」を患っている。
 (2) 認知症の社会的コスト=14兆5,140億円。
 医療費1.9兆円、介護費6.4兆円、家族負担6.2兆円(厚労省・慶應大学共同研究)

図6 全国65歳以上における要支援・要介護者の数
 (総数467.6万人, 2014年10月末時点)

4-3 維持透析患者の認知症

日本社会における認知症患者の増加を受けて、日本透析医学会は、新規透析導入患者について認知症の合併率を2006年に調査した。表4にみるように、その合併比率は加齢により急増している。同様な事情は図7からも窺うことができる。

北海道の2016年3月末時点での調査(集計血液透析患者総数6,518人・認知症患者数1,045人(認知症有病率16.0%))において、これら患者の日常生活自立度をみると図8のごとくである。ランクI(軽度認

知機能障害)がほぼ半数を占めているが、「脱着衣・排泄が上手くいかない、徘徊がある」ランクIIIa、および、それよりも不良な状態の患者に対しても、血液透析が行われている現実が浮き彫りになった。その血液透析の施行と継続には多種多様な困難・苦悩が伴っているであろうことに、心痛を強く覚えるのである。

伊丹ら⁶⁾は、北海道102施設・患者数6,388人(施設回答率47.2%)を分析し(2012年12月末現在)、①認知症診断率:529/6,388=8.3%, ②専門家による診断:161/529=30.4%, ③導入時認知症合併率:

表 4 新規透析導入患者の合併症頻度 (2006 年)

	45~59 歳	60~74 歳	75 歳以上
心不全	27.8%	28.3%	35.6%
脳梗塞	9.1	16.0	21.8
心筋梗塞	5.7	10.0	11.5
ASO・大動脈瘤	4.5	6.3	7.3
認知症	1.7	6.1	17.2

患者総数 34,883 人 (男 22,388 人, 女 12,476 人)
(日本透析医学会による.)

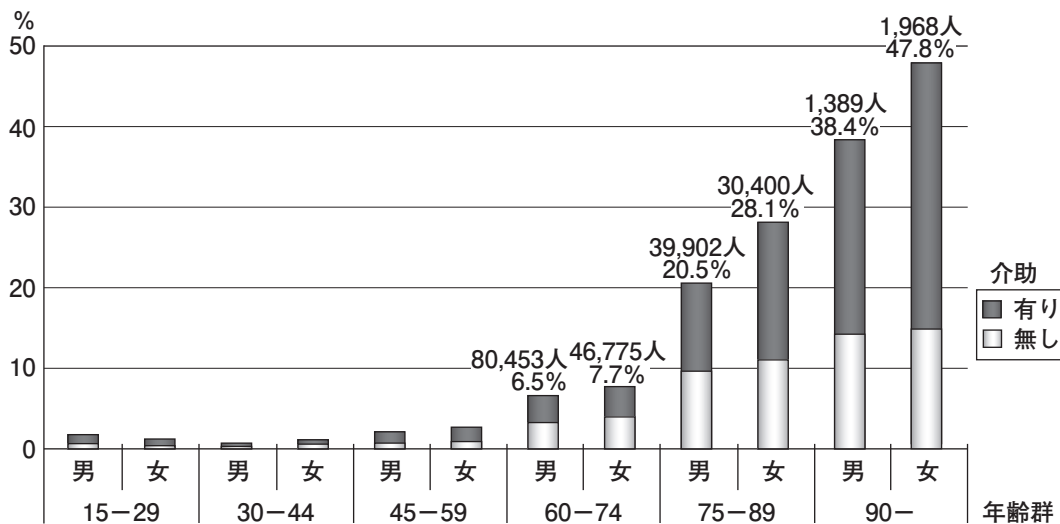


図 7 維持透析患者の性別、年齢と認知症
(日本透析医学会・統計調査委員会 (2009 年 12 月 31 日現在) より)

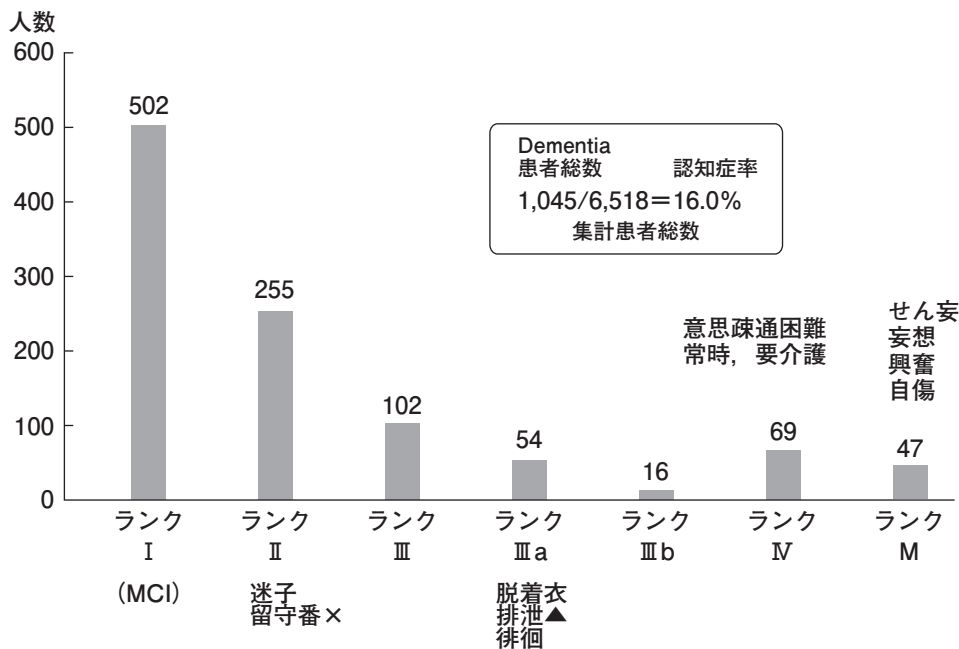


図 8 認知症 HD 患者の日常生活自立度
(2016 年北海道高齢者透析研究会・実行委員会調査より)

347/529=65.6%, ④導入後認知症発症率: 182/529=34.4%と報告した。一口に認知症と称してもその重症度には大きな差異があるが、導入期すでに認知症とされる患者が過半数を占めることには重要な意味があるろう。大きな母集団での調査が望まれる。

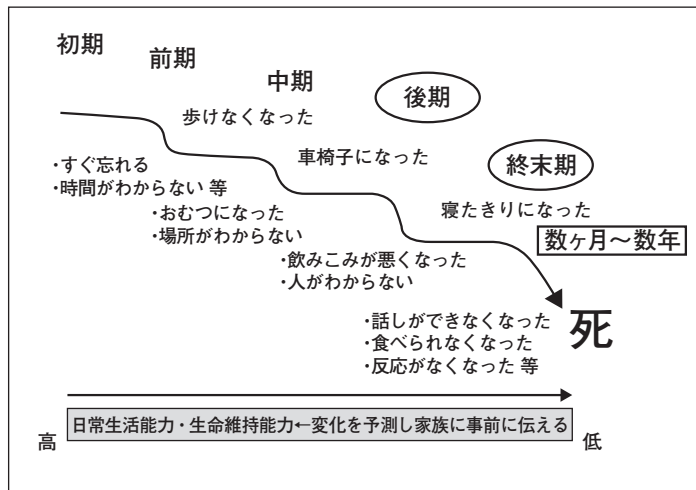
5 認知症患者の生命予後

5-1 アルツハイマー病における死までの軌跡

認知症の代表的な原因疾患として認識されているアルツハイマー病の発症から死亡に至るまでの病態の変化を、図9に見ることができる⁷⁾。アルツハイマー病の生命予後は2~16年と幅広く報告されているが、これは併存症の有無、患者の性格、生活の場、与えられる医療・ケアの質量など様々な因子に影響されるからである。10年間追跡できた認知症患者198名を、健康者5,004名と比較検討した報告⁸⁾では、認知症患者は非認知症患者に較べて死亡リスクが約3倍高くなっていた。摂食障害(食べることを忘れる・口に食べ物を入れても噛むことを忘れている・噛んでも飲み込むことを忘れている・飲み込んでも誤嚥する)に肺炎の

合併が死亡に繋がると報告されている。

Mitchellらは、ナーシング・ホームでケアされた323名について報告し、1年半で54.8%が死亡したとしている⁹⁾。同じMitchell(2015年の報告)¹⁰⁾によれば、The National Hospice Organizationの報告(1996)¹¹⁾を引用して次のように述べている。①独歩不能、②自力座位不能、③微笑めない、④自力で頭を直立できない(cannot hold up head independently)の状態にあり、過去1年間に、⑤誤嚥性肺炎、⑥腎盂腎炎、⑦敗血症、⑧多発性褥瘡、⑨食欲低下(経管栄養・過去6カ月で体重10%以上の減少・抗生剤使用後の再発性感染症・血清アルブミン2.5g/dl以下)のいずれかの併発があれば、余命が6カ月未満と強く予想されるという。米国の老年医学会、家庭医療学会やホスピス・緩和医療学会など複数の学会は、進行した認知症患者への経管栄養を勧めていない。その方針を伝えたくて、患者・家族の決定に沿おうとすることが医療側の目下の基本であろう。



注記(大平)

- 1) 認知症は最初から本人の意思が確認できない訳ではない
- 2) 言葉による意思疎通が不能になっても、行動や表情から快・不快を確認できる

図9 アルツハイマー病, 死までの軌跡 (文献7より)

1) 認知症患者 524 名の剖検所見 (1974~2004 年)
 女性 55.3% 男性 44.7% 平均年齢 80 歳

2) 主要な死因

	気管支肺炎	虚血性心疾患	悪性腫瘍
認知症患者	38.4% 誤嚥性	23.1%	3.8%
高齢一般人口	2.8%	22.0%	21.3%

図10 認知症患者の死因 (文献11より)

5-2 認知症患者の死因

スエーデン・ルンド大学の Burnnstrom ら¹¹⁾は、524名の認知症患者の剖検所見を報告している(図10)。誤嚥性気管支肺炎が最上位を占めており、高齢者一般人口で悪性腫瘍が最頻であるのとは著しく異なっていた。認知症患者においては、死亡に直結する肺炎は終末期を反映し、その介護と摂食介助の難しさを示唆している。

5-3 透析患者の認知症

Rakowski ら¹²⁾は、透析導入後の2年生存率を、①認知症診断後の透析導入、②透析導入時に認知症なしの2群で比較し、生存率は①群で24% (HR 1.87)、②群で66%と報告している。透析開始時に認知症を合併している患者群では生存率が有意に低いことになる。また、Griva ら¹³⁾は、認知機能の障害は透析患者の死亡に対する独立した予後予測因子であり、HRは2.54と報告している。いずれの報告結果も認知症の病態を勘案すれば納得のいく結論で、認知症合併で透析患者の生命予後は不良となる¹⁴⁾。

6 命のあり方と捉え方

6-1 生命の神聖性 (SOL) と生命の質 (QOL)

SOL (Sanctity of Life) 主義では「すべての生命はあくまでも尊重されるべきもの」、「人間の存在(生命)は人間を超越した存在に由来する」、「神(絶対的存在)から与えられた生命を人が正当な理由なく奪うべきではない」、「だから、すべての人間に等しく治療を行う」などの考え方や行為が生まれてくる。一方で、QOL (Quality of Life) 主義は生命の尊重を基盤にしながら、「生命の継続と終焉は、その保有者が自己決定できる」、「命を持つ者が己の命が生きるに値すると考えれば生の存続を願い、その命が生きるに値しないと感じれば生の終焉を考えうる」、「あくまでも理性的存在の自主性を尊重する」、「状況によっては代理判断を容認する」、「過去に人格であった時点の意思を尊重する」などを思考と行動の基本理念とするものである。両者は時ならず闘ぎ合ってきているが、「自己決定(権)」が昨今では幅をきかせて、それを重視するQOL主義が優勢な気運にある。

6-2 哲学者や文学者が表現する命の形

ドイツの哲学者ショーペンハウアー (1788~1860) は「人生は生きるに値しない」と断じ、生涯にわたって厭世の哲学を説き続けた。気を減入らせるような人生の地獄を語り続けて、当時の社会では不人気であったと伝えられている。懐疑的かつ悲観的な見方が基盤にあるからであるが、その晩年には「人生とは不幸なものだが、だからこそ、その不幸を少しでも軽減せねばならない。健康、精神の錬磨、内的富の蓄積に勤しめ」という言葉を残して、私共を安堵させるのである。

私個人は、エミール・アラン (1869~1951) の「生きることは、どんなことよりもいいことだ。生きることは、それだけでいいことなのだ。幸福とは、人生の味そのものなのだ。生きることは、生きようと欲することだ。」という言葉が好きだが、素朴・単純・ひたむきに生きる前向きな姿勢を感じとるからである。しかし、そうそう楽観視できないのは、「その祝福された生を具体的にどう(よく)生きるか」は主として個人に任されているからでもある。

ヘルマン・ヘッセ (1877~1962) の「なお 一夏、なお 一冬」という言葉には、短いながら生きようとする強い意志と願望とが秘められている。鎌田實先生の「生きているって、すばらしい」(JSDT 2011年、特別講演)にもヘッセの言葉と同様な感慨を覚える。

アルベルト・シュバイツァー (1875~1965) は「自分は生きようとする生命に取り囲まれた生きようとする生命である」と述べて、あらゆる生物の生命を神秘的な価値あるものとして尊ぶ生命の畏敬を説いた。アラン・ヘッセ・鎌田先生・シュバイツァーいずれの達人の言葉にも、命を大切にする優しさが満ち溢れている。

命への感慨はいつもかくありたいのだが、サマセット・モーム (1874~1965) は小説『人間の絆』で「人は生まれ、苦しみ、そして死ぬ。思い煩うことはない。人生は無意味なのだ」と登場人物に言わせているが、その真意は人生が無意味でないことを強く願うからであろう。生来の障害を持ち9歳で孤児になった少年の自伝的小説であり、冒頭は暗い出だしである、「暗い灰色の朝が明けた。雲が垂れ下がり、ひどく冷え冷えとして、雪にでもなりそうだった」。しかし、最終行は「陽が、美しく輝いていた」と結ばれて読者をほっとさせるのである。確かに私共の日常生活には楽しさ

や喜びだけではなく、苦しさや辛さが混在する。

有吉佐和子（1931～1964）が1972年に発表した『恍惚の人』は、高齢化社会を予言した先駆的作品であり、ぼけた親を担いきれなくなった家族の苦悩と家庭の崩壊とが描かれている。「……そして、総ての器官が疲れ果てて破損したとき、そこに老人病が待っている。癌も神経痛も痛風も高血圧も運よくくぐりぬけて、長生きした茂造のような老人には、精神病が待ちかまえていたか。」——痛々しく厳しい現実が生々しく描写されて、認知症患者を抱える問題が個々の家庭を超えて社会的な相互補助が必須となる時代を予言している。

内科医でもある作家・南木佳士（1951～）は「スイッチバック」（文学界1996年8月号）で主人公に「……、ともかく父は生き続けた。オムツにくるまれ、会話はできず、食べればむせ、観ているのか・いないのか分からないテレビの画面に顔を向けているだけの毎日。……脳血管障害の進んだ父には人間らしい反応は、ほとんどなかった」と言わせている。

有吉と南木の両作家は、問題意識を共有している。認知症患者を抱える家人が、さまざまな心身および経済的な苦勞を継続的に味わっていることはそれほど珍しいことではなくなり、悲惨さをテーマによくマスコミに登場する時代となった。その一方で、私共を和ませてくれるストーリーもある。井上靖の『わが母の記』（1974年発刊）は著者68歳時の自伝的小説で、老いた母の80歳から逝去する89歳までの出来事を、兄弟との付き合いを交えて描いている。老い呆けていく母親に対する子らの温かいまなざしが感じられて、私共を安堵させる。映画化されたこの作品は、モントリオール世界映画祭（2012年）で審査員特別グランプリ賞を獲得したが、この問題には国際的に共感できる背景が存在するからであろう。

精神科医である浜田晋（1926～2010）が著した『心をたがやす』¹⁵⁾には呆けた義母と実母の晩年が描写されており、最後にこの著者は「ぼけたっていいではないか、優しく暖かく見守る人が周囲にいれば」と結んでいる。「認知症患者と上手に付き合うコツ」で大井玄¹⁶⁾は、①常に笑顔で接すること、②絶対に怒らないこと、③絶対に急がせないこと、④絶対に理屈で説明しないことをあげている。カント、井上靖や浜田晋の話はいずれもこの4項目が守られた結果であろうと思

うのである。

7 生きる権利（パーソン論・関係論）と死ぬ権利（自己決定権）

7-1 パーソン論¹⁷⁾

Michael Tooley（1972）やPeter Singerらは「生物学的な意味でのヒトと道徳的な意味でのパーソン（人格）^{注)}とを区別し、生存権が認められるのはパーソンだけである」と主張する。つまり、生存権の主体者は自己意識のある理性的な存在に帰着する。この論理によれば、「受精卵、胚、胎児、認知症患者、持続性植物状態患者、重度脳障害患者には、「生存権」はない。」ということになる。この論理は明解な線引きを示すが、しかし、これは社会通念からは容易にそのようには割り切れない。受精卵や胎児などの命を守る論理はあるのか。

注) 自意識を持った存在、合理的思考能力など。

7-2 関係論¹⁷⁾

Hugo Tristram Engelhardt（1982）は、人間に「生物学的生命」と「人格的生命」とがあることを容認した。彼の言葉によれば、①person in the strict sense と②person in the social sense であり、①は自己意識を持つ存在者であり、②は社会的意味での人格である。Engelhardtは、厳密に人格的生命ではなくとも人格的生命が認めれば社会的意味の人格にも生存権が生ずると考える。森岡正博（1990）の「私と他者との関係」を重視し、「他者関係論」に立脚して他者を認知することがありうるとする論理は、Engelhardtに近い考え方である。

TooleyやSingerは、既述のように、自己意識のある理性的な存在（パーソン）に生命権を認めたのであったが、このパーソンの定義に適合しなくても、認知症患者であれ意識障害患者であれ、その人を愛おしくかつ慈しんでその人に関わりたいという人・団体（国）が存在すれば、その人は存在の権利を有するとするのが「他者関係論」であろう。その気持ちは「自然発生的感情」であるか「道徳的・内発的義務」であるのかもしれないが、筆者の賛同するところである。

7-3 法的にみた生存権

上記のパーソン論と関係論において、生存権のごく

一端を哲学的・倫理的に概観したが、生存権は法的には日本国憲法第3章 国民の権利と義務 第25条に準拠するとされている（第3章第25条：全ての国民は、健康で文化的な最低限の生活を営む権利を有する。国はすべての生活部面については、社会福祉、社会保障及び公衆衛生の向上及び増進に努めなければならない。）「全ての国民」とは、老若男女・健康/病弱であることを問わないことになる。また、「全ての国民」の中に、「認知症患者」が含まれ保護の対象となる。「健康で文化的な最低限の生活を営む権利」とは「生存権」の謂いである。法律家は、ここに示されている諸権利を国家に依存する権利と捉えて、国民を国家の管理下に置かれた存在としてしまうことに十二分に留意することも強調している。

日本老年医学会が2001年6月に発表した立場表明には、「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。」と明記されている。この立場は他の部分を読み合わせると、「何れの生命も尊重する」という SOL 主義ならびに患者個々の価値観尊重（QOL 主義）の双方を容認していると読み取れる。

7-4 自己決定（権）

前節の6-1で、現代社会では QOL 主義が SOL 主義よりも優勢な状態にあることを述べたが、これは「自己決定（権）」が現代社会のきわめて重要な規範となっているからである。憲法第13条にある「すべての

国民は、個人として尊重される。生命、自由及び幸福追求に対する国民の権利については、公共の福祉に反しない限り、立法その他の国政の上で、最大限の尊重を必要とする。」という記述は包括的基本権と称され、いわゆる「自己決定権」はこの条文を根拠としている。ただし、実効法はなく、厳密には「尊重」の域を出ていない。

「エホバの証人事件（不同意輸血事件）」で、最高裁は被告（病院）側の人格権侵害と原告（患者）側の治療拒否権とを承認する画期的な判決を下した（2000年）。この判決は、これまで単なる倫理的・道徳的に尊重すべき規範の域を脱していなかった「自己決定権」が大きな法的な意味合いを持つようになったと理解できる。この自己決定（権）は「生きる権利」にも「死ぬ権利」にも深く関与する。自己決定は言うことは容易ながら適正に行うことが難しいのは、決定を行う者に微妙な心理的な葛藤があり、強い自我や適正な判断力などが要求されるからである（図11）。

刑法学者の甲斐氏¹⁸⁾は「本人の死に方に関する価値判断を医師が患者に代わって行うことは、相当でない」と述べているが、きわめて重要な事項を決定することは普通の人間には容易ではなく、倫理コンサルテーションの体系の整っていないわが国では、家族や医療者などが加わった「共同の意思決定」が行われる。患者の間近にいる医師が、担当する患者の行く末にまったく無関心でいられるわけがないのであり、絶妙な節度ある助言は容認されると考える。適正に伝えられたか作成された事前指示・書（AD）や advanced care

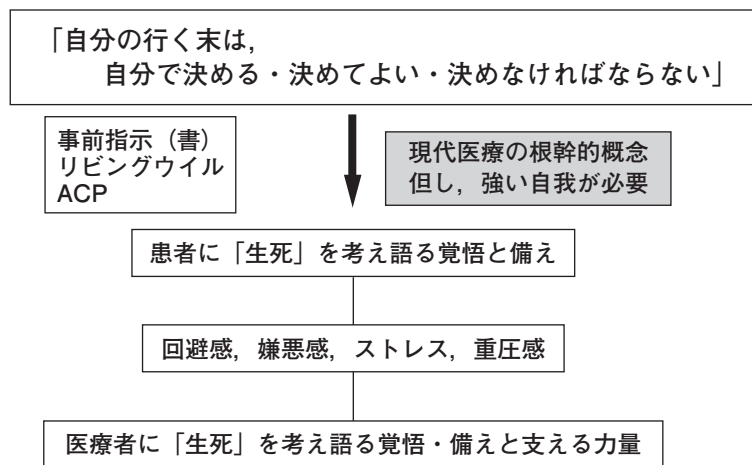


図 11 自己決定（権）
（大平，2005）

planning (ACP) も、法的な制度のある国においては自己決定と見なされる。しかし、日本にはADやACPを規定した法律は未だ策定されておらず、尊重すべきものとはされているが倫理的な心得とみなされるに止まっている。

7-5 代理判断

ADやACPを有せず意思表示をできないような病態に陥った場合（脳出血・脳梗塞・低酸素脳症など）には、その患者の治療をどうするかを決める代理判断が必要となる。認知症患者では判断能力が残存している初期以降の判断能力は喪失しており、代理判断が必要となる。

厚生労働省が2007年に公示した「人生の最終段階における医療の決定プロセスに関するガイドライン」にあるように、家族が医療・ケアチームとの共同の話し合いで、当の患者の意向を慎重に推測したうえで方針を決定することになる¹⁹⁾。ADやACPは、一般的に考えが変わる可能性を考慮して定期的な再確認作業を要するとする傾向にある。

7-6 認知症患者の事前指示（書）と代理判断²⁰⁾

認知症発症以前またはそのごく初期に作成されたADやACPでは、認知症の進行に従って確認や変更ができなくなる。

Australian Broadcasting Corporation (ABC) で Rachel Carbonell は、2003年5月29日「認知症患者が死ぬ権利を勝ち取る (Dementia patient wins right to

die.)」と報じた。8年間重度認知症状態にあった68歳の女性は、自力摂食不能で経管栄養下にあったが、患者に口頭の事前指示があり、家族から経管栄養中止の要請が出た。病院側が拒否したため患者家族が提訴し、オーストラリア最高裁は「経管栄養は医療行為であり、患者は治療拒否権を有する。患者の一般状態は著しく不良であり、尊厳ある死を代理判断できる」として経管栄養の中止を認めたのであった。

重度認知症患者が、発症の前か判断力を保持している直後に作成した事前指示（書）をそのまま認してよいのか否かが問題となるのは、既述のように作成してからこれを使用する時点までに数年、十数年の時間が経っているからである。これには異論のあるところで（図12）、オーストラリア最高裁は8年前の口頭のADを認めているが、微妙に難しい問題を残している。日本では代理判断が社会通念的に家族に委ねられているが、法的に明確な定めはない。アメリカも患者の代理判断は家族（血縁者・婚姻関係者）で行われることが一般的であるが、法的に代理判断者の優先順序が規定されている。

イギリスは「家族」は患者と利害関係を異にすることから、伝統的に「家族」を代理判断人から外す傾向があり、Mental Capacity Act（意思決定能力法、2007年施行）²¹⁾が定められている。これによると、「意思決定能力が失われた場合には、本人にとって最善の利益 (best of interest) に適うようにしなければならない。特定の重大な意思決定に際して、判断力欠如し適切な相談相手が居ない場合には、独立意思能力代弁人制度

例) 「重度認知症で自力摂食が不能になっても、人工栄養など不要です。死なせて下さい。」

問題点：AD作成時の過去と現在（認知症状態）の人格を同一視してよいのか。

- 1) 代理人の意向を尊重すべき
もはや存在しない人格の価値や信念に依存するよりも、現在の当人の人格に最善の利益となる選択が妥当である。
(確かに重度認知症状態にあるが、当人は笑顔を絶やさず、傍目には幸せそうに見える。)
- 2) 当人が作成したADを尊重すべき
認知症になる前の明確な意思決定能力を有していた時点での希望を最も優先すべきである。

注) 日本老年医学会：高齢者ケアの意思決定プロセスガイドライン
「……かつての理性的な判断に従えば良いというものではない。」 SKK (S.Ohira)

図12 重度認知症患者が以前に作成していた「事前指示（書）」の有効性

(Independent Medical Capacity Advocate) を活用すべきこと」が勧められている。本制度は、地方行政当局などが承認した組織およびその職員（NPO 法人の職員）によって行われるべきことなどが具体的に明記されており、イギリスにおいてこの領域の成熟度を知ることができる。意思決定能力が失われた人に対して、本人の基本的権利と自由を制限する程度をより少なくてすむような対応が考慮されなければならないということである。

身寄りがなく独居生活者で AD や ACP を作成していない人の増加が懸念される昨今、適正な代理判断制度の構築は急務である。認知症患者の残した AD や ACP はそれらをそのまま鵜呑みにはできないが、まったく無視すべきではなく、最大限に尊重して代理判断の有用な資料とすることが現時点での最善ではないかと考える。

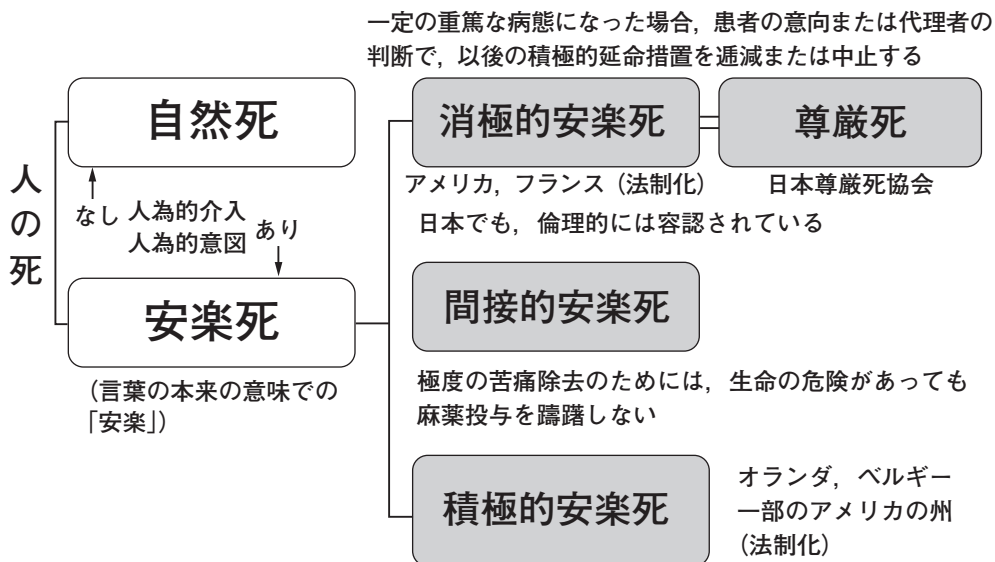
7-7 死ぬ権利

先に引用した哲学者エミール・アランの言葉は、多くの人々の賛同するところであろう。これには理屈はなく、人は生きようとする遺伝子を保有するからである。

小松美彦は「人間はどんなことがあっても、死んで

はいけない、殺してはいけない。」と断ずるが、小松との対談で、市野川容孝は「少し、保留したい」という立場を採り、娘が重度のダウン症で 30 数年ケアしてきた最首悟は「共同体中で生きていけば、死ななければならないこともある、ということは、昔も今も変わらないのではないか。」と答えている²²⁾。現代社会の基本的規範が自己決定（権）となって「生と死」に対する決定権を命の保有者が原則に行使できることになり、「自己にとり価値ある命と思える命を生きていけば、生きてゆく」（日本老年医学会、2011 年）という QOL 主義が基調にある。自己決定（権）は、しかし、「何事も自分だけで決めてよい」ということではなく、「他者に迷惑をかけない、他者を傷つけない」という条件が付帯するものとされている。この条件は広義にも狭義にも解釈されうるために、混乱が生じがちである。

人は病めば苦痛を避け健康を回復しようとして医療を受けるが、未だ医療の及ばない病態が少なくなく、治療の効果や患者に与える負担・不利益などを勘案して治療のある部分を中断することがある。図 13 は死のパターンを模式的に示したものである。一定の病態に陥り、積極的な治療を患者当人の安寧を願って逡滅、または中止してその患者が死に至ることを一般的に消



- 極度の苦痛を除去するために、医師が致死量の薬物を患者に投与し意図的に死を迎えさせる (身体的な苦痛 & 精神的な苦悩における死の選択)
- 医師による自殺補助

図 13 死のパターン (大平による)

表5 安楽死, 医師による自殺補助, 治療の差し控え・継続中止 (国際的状況, 2016年3月現在)

	オランダ・ベルギー・ルクセンブルグ	アメリカ	イギリス・豪州・北欧・台湾	日本
(積極的)安楽死	合法	違法	違法	違法
医師による自殺補助 [†]	合法 カナダ(2015), スイス	いくつかの州で合法	違法	違法
治療の差し控え・中止	合法	合法	合法	容認傾向, 法的には不明確

[†] PAS (physician assisted suicide) = オレゴン州: Death with dignity Act (DWD)
→ physician assisted dying 臨死介助という言い換えがある。

極的安楽死と称し, わが国では尊厳死協会がこれを「尊厳死」と呼んでいる。積極的安楽死は致死薬を医師が当該患者に直接投与(多くの場合, 静注)するのであるが, 医師による自殺補助(physician assisted suicide; PAS)は医師が致死薬を処方して患者に手渡し, これを内服するのは当該患者自身である。患者の主体性が残されており, 「自殺」と捉えられている。このためPASは, 自殺を忌み嫌うキリスト教主体の米国社会では physician assisted dying (医師による臨死介助)などと言いつけられていることは, 納得できる。留意したいのは, オレゴン州のPASを法的に容認する法律の名称がDeath with Dignity Act (尊厳死法)とされている点である。

死のパターン(積極的安楽死・医師による自殺補助・治療の差し控え・中止)の合法性については, 表5に提示した。わが国は法的に不明確であるが, 「治療の差し控え・中止」は一定の条件付きで容認傾向にある。最高度にやむをえない事由がなければ, しかし, 死の選択は行われるべきではないと考える一人である。死は引き返せないからである。

8 認知症患者の透析導入および導入後透析患者の認知症

8-1 認知症患者の生存権

認知症患者に対する医療の目標は,

- ① 生活機能の1日でも長い維持
- ② 周辺症状(BPSD)の抑制
- ③ 家族の介護負担の軽減

にある。

高度認知症患者の治療やケアで, 人間的で患者の尊厳を尊重する医療・ケアができるかという疑問や躊躇が出てくるのは,

- ① 「社会資源には限りがある」という考えが一般

国民に浸透している

- ② 全面的に他者に依存して暮らす高度認知症患者に対して, 社会が相対的に低い価値しか置いていない
- ③ 医療スタッフが認知機能を永久に失った患者にいたく心理的葛藤
- ④ 高度認知症患者に対する社会的なアンビヴァレントなごく一般的な国民感情だと推測される。しかし, 前節の7-2, 7-3で概観してきたように, 倫理的にも法的にもいかなる程度の認知症患者であっても生存権を持つものなのであると認識する必要がある。

私見を再述すれば以下のごとくである。

- ① すべての生命は等しく尊重されるべきであり, とりあえず, 持続されるべきだ(生命状態の変化を観察していく)。
- ② 生命の質の変化に応じて, その生命保有者がそれぞれの時点で生命の質を考える。
- ③ 当の生命保有者にとって, すべての時点の生命が平等ではありえない。
- ④ その生命の保有者が自らの生命の質を判定して, その存続と終結とのいずれかを決しうる。
- ⑤ その生命の保有者が意思表示していない場合には, 他者が条件付きで代理判断ができる。

8-2 「認知症」に対する個々人の捉え方

高橋幸男氏はその名著『認知症はこわくない』²³⁾で「認知症のからくりを知って理解すれば, もうこわがらなくてもいい。現段階で中核症状は改善しないにしろ, 周辺症状は周りの人々の配慮で軽微となり社会生活がある程度可能になる」ことを具体的かつ仔細に述べて感動的である。

しかし, 認知症患者に直に接したり, テレビでその

様子を垣間見るなどして自分のこととして認知症を考えると、記憶力・判断力・理解力などを欠如し、失認・失行・失語などを加味した状態で、しかもある種の周辺症状を示しながら、他者に100%依存して生きることには耐え難きものを感じ、また、この状態では生きる価値を見出しえない。ただし、これはまったくの個人的な感想であり、他の人に強要するものでは決してない。また、こうした論議を行うこと自体が一部の関係者に不快感を与えることを承知しているが、自らの死を自ら考え、行く末を定めることを強いられる時代であれば、こうした感想を個人的に持つことをご容赦願いたい。

8-3 認知症を合併する患者において、維持血液透析が困難となる理由

維持血液透析が困難となる理由を以下に列記する。

- ① 病識の欠如
- ② 療養上の種々の「制約」を守れない（食事・飲水・服薬・規則的来院）
- ③ 血液透析施行時にベッド上で安静を保ちがたい
- ④ しばしば抜針するためHDの施行が危険
- ⑤ 摂食障害（食べない・咀嚼しない・飲み込まない・誤嚥する）
- ⑥ 意思の疎通が取れない（HD中の不快症状などを表現できない）など

これらの要因のため、円滑で安全なHD施行が妨げられ、十分な透析療法が継続できない。透析量は十分に確保できず、腎不全状態を改善することは至難となる。認知症が進行すると過度の体動や抜針などの危険行動はなくなるが、不動・無表情の状態が継続し、患者に接するスタッフや家族などがこの患者の生命維持に疑問を抱くことになる。認知症腎不全患者の治療には、様々な困難が伴うものである。

8-4 認知症合併透析患者の終末期¹⁹⁾

- ① 腎不全状態に変化はないが、認知症自体が重症化し、自力摂食が不可能となり、体動や発語がなくなる。食べなくとも唾液の誤嚥がしばしば生じ、肺炎を惹起する。典型的な終末期像である。
- ② 認知症の程度に変化はないが、腎不全の悪化やその他の合併症（癌や心筋梗塞など）の発症が当該患者を終末期に追いやる。

終末期の認知症透析患者の透析を継続するか中止するかの判断は、後述する日本透析医学会の「透析の見合わせ提言」に準拠して行うことを勧めたい。

8-5 自力摂食が不能な認知症透析患者への人工栄養

摂食量の低下してきた中等度以上重症認知症透析患者に対して、人工的栄養補給手段をとるか否かについては長年多くの論議がされてきたが、最近の世界的な傾向はその有効性・有意性に否定的な見解が多い^{10, 24, 25)}。「水分を与えないことは残酷だ」という感情論をまったく無視してはならず、その無効性と有害性とを家族や関係者へ丁寧に説明したうえで、情緒的・主観的な思いを抱く近親者の気持ちを理解し、人工栄養の非開始や継続中止の結論を出す配慮が必要である。

新里・大井²⁶⁾は、入院後一定の期間を経て治療者との信頼関係がある患者で、言語的意思疎通が可能な70名（長谷川式の点数：平均14.3±6.4点（注：30点満点で20点以下は認知症の疑い））の認知機能の低下した患者に対して、簡単な「胃ろう」に関する説明を行い、胃ろう造設を望むか否かを質問した。70名中胃ろうの希望者は皆無で、「いやだ・されません」など積極的な拒否が70名中57名で81.4%に及んだと報告した。彼等は論を「脳に記憶された過去の記憶と経験に基づく情動的な意思決定であり、胃ろう拒否の意向は、認知症患者の意志として有効であり、最大限の配慮を払うべきである」として閉じている。

認知症患者、ことにその初期の患者では、すべての認知能力が一様に低下しているわけではないことを知っておきたい。人工栄養の問題は、究極のところ、命をどう捉えるかという命題へ回帰するのである。

8-6 日本透析医学会の「維持血液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」（透析の見合わせ提言）²⁷⁾

血液透析療法が進行した腎不全患者のADLやQOLを一般的に改善することは、周知の事実である。行われる医療に有意性が失われた場合、すなわち加療が患者を益する以上に苦しめる・きわめて低下したADL/QOL状態で生きるなどの状態下では、患者に治療拒否権が、医師には治療義務範囲逸脱が認められるとされている。医療の有意性とは「一つ一つの治療に効果

表6 「透析見合わせ提言」の要旨

提言1	患者への情報提供と自己決定の援助 ・患者に十分な情報を提供する。 ・患者から十分な情報を収集する。 ・患者が意思決定した過程を理解する。
提言2	自己決定の尊重 ・患者に事前指示書を作成する権利があることを説明する。
提言3	同意書の取得 ・維持血液透析の導入前に透析療法の理解・納得の上で同意を患者側から取得する。
提言4	維持血液透析療法（HD）の見合わせを検討する状況 1) 患者の尊厳を考慮した時、HDの見合わせも最善の治療を提供するという選択肢の一つになりうる。 2) HDの見合わせを検討する場合、患者ならびに家族の意思決定プロセスが適切に実施されていることが必要である。 3) 見合わせたHDは、状況に応じて開始または再開される。
提言5	維持血液透析見合わせ後のケア計画 医療チームはHDを見合わせた患者の意思を尊重したケア計画を策定し、提供する。

（透析会誌 2014； 47(5)：269-285）

表7 「維持血液透析療法の見合わせ」について検討する状態（付表）

1)	血液透析療法を安全に施行することが困難であり、患者の生命を著しく損なう危険性が高い場合。 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、維持血液透析実施がかえって生命に危険な病態が存在。 ② 透析療法実施のたびに、器具による抑制および薬物による鎮静をしなければ、バスキュラーアクセスと透析回路を維持して安全に体外循環を実施できない。
2)	患者の全身状態が極めて不良であり、かつ『維持血液透析療法の見合わせ』に関して患者自身の意思が明示されている場合、または、家族が患者の意思を推定できる場合。 ① 脳血管障害や頭部外傷の後遺症など、 <u>重篤な脳機能障害のために透析療法や療養生活に必要な理解が困難な状態</u> 。（注：認知症を含むか：大平） ② 悪性腫瘍などの完治不能な悪性疾患を合併しており、死が確実にせまっている状態。 ③ 経口摂取が不能で、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長期的に難しい状態。

があっても、患者全体に益するものでなければ意味がない」と理解したい。

命を最大限に尊重する姿勢を基本としながら、QOL主義と自己決定（権）を基盤とし、多くの場合に共同の意思決定となりながら、治療の開始または継続とが決められることになる。透析の見合わせ提言が作成され、2014年に公示された経緯もここにある。同提言は表6に提示したように五つの提言からなるが、提言4は状況によっては慎重な検討の結果、治療（透析）の非開始や継続中止がありうることを示唆している。提言4の付表（表7）の2）①に「重篤な脳機能障害のため透析療法や療養生活に必要な理解が困難な状態」にある患者を、見合わせを検討する状態に含めている。重度の認知症は、この病態に該当するのではないかと考える。

8-7 認知症患者の透析療法

表2の6a以上の重度認知症患者、すなわち永続的に自己・他者、時間・場所の認識を欠き、記憶障害・人格障害・見当識障害などが明らかな患者では、すでに社会的活動が著しく低下し、かつ摂食障害が生じている状態にある場合には、私見であるが、透析療法の適応は著しく低いと考える²⁸⁾。最終的な結論は、わが国においては、代理人（多くは家族）と医療スタッフとの話し合いで得られるものである。重度認知症状態の患者は一般に全身状態も不良であり、血液透析施行が困難なケースが多く、「透析の断念」となることが多々ある。

認知症患者に腎不全などが合併した場合や透析患者に認知症が合併した場合（図14）、その後の治療方針をどうするかを誰がどのように決めるのかには、これ

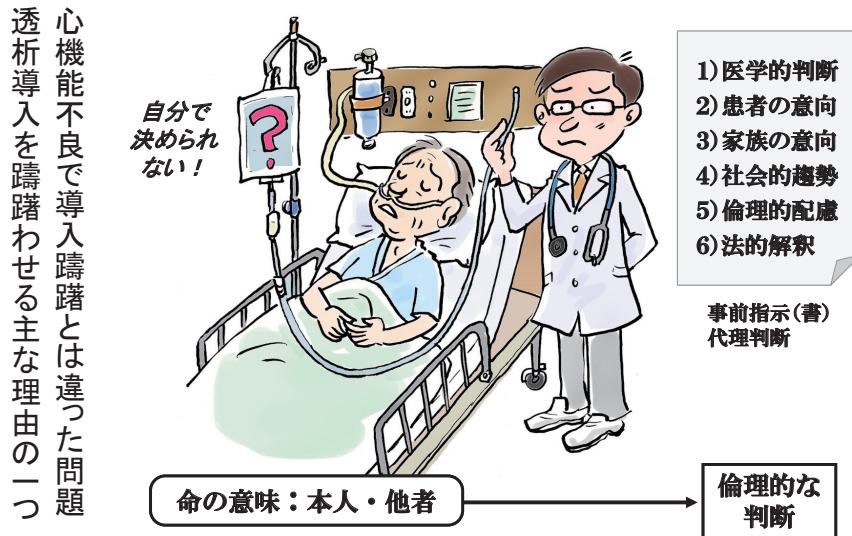


図 14 重度認知症患者の合併症治療（腎不全，癌など）をどうするか？
（イラスト：竹中直美）

まで述べてきたように、医学的判断だけではなく患者の事前の意向，家族の意向，社会的趨勢，倫理的配慮や法的解釈等々が絡んでくる。透析スタッフはこうした社会的環境に鑑みて，倫理的な判断力を十分に磨く必要がある。

利益相反：申告すべきものではありません。

文 献

- 1) 小澤 勲：認知症とは何か。東京：岩波書店，2007。
- 2) 苛原 実：認知症。日医雑誌 2010；139：s182-s185。
- 3) 大井 玄：呆けたカントに「理性」はあるか。東京：新潮社，2015。
- 4) 小澤 勲：痴呆を生きるということ。東京：岩波書店，2003。
- 5) 柄沢昭秀：痴呆の診断。老人性痴呆 1989；3：82-88。
- 6) 伊丹儀友，大平整爾，戸澤修平，他：北海道の透析患者における認知症について。日透医誌 2014；29：72-77。
- 7) 桑田美代子：アルツハイマー病，死までの軌跡。こころの科学 2012；161：73-76。
- 8) 別所遊子，出口洋二，安井裕子，他：在宅痴呆症高齢者の10年間の死亡率，死因および死亡場所。日本公衆衛生雑誌 2005；52：865-873。
- 9) Mitchell SL, Teno JM, Kiely DK, et al. : The clinical course of advanced dementia. N Engl J Med 2009; 361 : 1529-1538.
- 10) Mitchell SL : Advanced Dementia. N Engl J Med 2015; 372 : 2533-2540.
- 11) Burnnstrom HR, Englund EM : Cause of death in patients with dementia disorders. Eur J Neuro 2009; 16 : 488-492.
- 12) Rakowski D, Caillard S, Agodoa LY, et al. : Dementia as a predictor of mortality in dialysis patients. CJASN 2006; 1 : 1000-1005.
- 13) Griva K, Stygall J, Hankins M, et al. : Cognitive impairment and 7-year mortality in dialysis patients. AJKD 2010; 56 : 693-703.
- 14) 齋藤友季子，向井賢司，貴志直哉，他：重度認知症を合併した血液透析患者における精神科入院後の予後の検討。透析会誌 2015；48：361-364。
- 15) 浜田 晋：心をたがやす。東京：岩波書店，2010。
- 16) 大井 玄：「痴呆老人」は何を見ているか。東京：新潮社，2008。
- 17) 馬淵浩二：パーソン論。生命倫理事典。東京：太陽出版，2004；525-526。
- 18) 甲斐克則：日本における人工延命措置の差し控え・中止（尊厳死）。安楽死・尊厳死。東京：丸善出版，2012；134。
- 19) 大平整爾：認知症患者の終末期サポート—最終手段としての透析中止を含めて—。臨牀透析 2016；32：1063-1068。
- 20) 宮田裕章：認知症高齢者のよりよい治療決定にむけて。死生学（5）。東京：東京大学出版会，2008；97-115。
- 21) 田中美穂，児玉 聡：英国の終末期医療における意思能力法 2005 の現状と課題—任意後見である永続的代理権と独立医師能力代弁人の意義をめぐって—。生命倫理 2014；24（1）：96-106。
- 22) 小松美彦：対論 人は死んではならない～豊饒なる生と死へ～。東京：春秋社，2002。
- 23) 高橋幸男：認知症はこわくない。東京：NHK 出版，2014。
- 24) Cervo FA, Bryan L, Farber S : To PEG or not to PEG; a review of evidence for placing feeding tubes in advanced dementia and decision-making process. Geriatrics 2006; 61 : 30-35.
- 25) 会田薫子：延命医療と臨牀現場～人工呼吸器と胃ろうの医療倫理学～。東京：東京大学出版会，2011。
- 26) 新里和弘，大井 玄：認知機能の衰えた人の「胃ろう」造

設に対する反応, Dementia Japan 2013; 27: 70-80.

- 27) 大平整爾: 維持血液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, 透析ケア 2014; 20: 871-877.
- 28) 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 2010; 25: 183-190.

参考 URL

- ‡ 1) <https://www.choosingwisely.org/societies/american-geriatrics-society/>