



Title	終末期高齢者の家族介護者による代理意思決定の経験 ： 人工的水分・栄養補給法の導入をめぐって
Author(s)	眞浦, 有希; 伊藤, 美樹子
Citation	未来共生学. 2017, 4, p. 75-88
Version Type	VoR
URL	https://doi.org/10.18910/60738
rights	
Note	

The University of Osaka Institutional Knowledge Archive : OUKA

<https://ir.library.osaka-u.ac.jp/>

The University of Osaka

終末期高齢者の家族介護者による代理意思決定の経験

人工的水分・栄養補給法の導入をめぐる

眞浦 有希ⁱ

伊藤 美樹子ⁱⁱ

i 大阪大学大学院医学系研究科保健学専攻

ii 滋賀医科大学医学部看護学科公衆衛生看護学講座

目次

1. 終末期高齢者への医療を巡る課題
 2. 終末期高齢者への医療における意思決定の現状
——家族による代理意思決定
 3. 代理意思決定の経験——家族介護者の語りから
 - 3.1 調査概要
 - 3.2 事例 1. A 氏の語りから
 - 3.3 事例 2. B 氏の語りから
- おわりに

キーワード

終末期高齢者
家族介護者
人工的水分・栄養補給法 (AHN)

1. 終末期高齢者への医療を巡る課題

厚生労働省 (厚生省) は 1987 年から、概ね 5 年毎に「人生の最終段階における医療」に関する検討を重ねてきた。1993 年からは国民や医療従事者等を対象にした意識調査を実施しており、人生の最終段階における医療に関する意識・希望の把握と課題の整理を行ってきた (厚生労働省 2014)。

当初、検討会での主な議論は痛みを伴うがんの末期患者や、回復の見込めない患者への医療のありかたについてであった (「末期医療に関するケアの在り方の検討会」「末期医療に関する意識調査等検討会」)。その後、高齢化の進展に伴い、身体の衰弱によって長期療養を必要とする状態となった後に死亡する高齢者が増加したことから、状態像をがんに限定的ことなく議論する必要性が高

まり、調査や検討会の名称は「終末期医療」に変更された。さらに現在では、医療行為のみに注目するのではなく、最期まで人間の尊厳を尊重した生き方を支援する医療やケアの提供に重点がおかれ、「人生の最終段階における医療」という名称が用いられている。

2013年3月に行われた意識調査では、「肺炎にかかった場合の抗生剤服用や点滴」「口から水を飲めなくなった場合の水分補給」については希望する割合が高く、「中心静脈栄養」「経鼻栄養」「胃瘻」「人工呼吸器」「心肺蘇生処置」は、57～78%が望まないという結果が明らかとなった。自身が終末期高齢者となった場合、過半数の人々が延命を目的とした医療処置を望まないと回答している一方で、終末期という状態像やそれぞれの医療処置をどのように捉え理解しているのかについては、こうした調査から明らかにすることは難しい。延命医療への否定的な意識は、その言葉から想起される苦痛に満ちた非人間的医療というイメージのみが先行している可能性も考えられる。「人生の最終段階における医療」への理解の普及は超高齢社会とそれに続く多死社会に向けての課題のひとつと言える。

2. 終末期高齢者への医療における意思決定の現状——家族による代理意思決定

前述の通り、自身が終末期高齢者となった場合、多くの人々が延命に関わる医療を望まないことが明らかとなっている。しかし、実際にそうした医療の選択に関わる意思決定場面では複雑な課題が存在している。

海外での研究では延命医療に関する意思決定が必要な終末期高齢者において、約7割が意思決定能力を喪失していたことが指摘されている (Silveira MJ et al. 2010)。患者の意思決定が不可能な場合、患者本人の意思が記された文書等が浸透していない日本においては家族が意思決定を担うこととなる。多くの人々が延命医療に否定的でありながらも、家族にとって高齢の親や配偶者の生存期間に直接的な影響を及ぼす医療を差し控えることは容易ではない。

家族による代理意思決定に関する国内研究は増加しているが、その動向として経口摂取が不可能となった場合に用いられる人工的水分・栄養補給法 (AHN) の選択や、施設や在宅等の療養環境の選択、蘇生処置拒否 (do not resuscitate :

DNR) の選択などの研究が進められている (青木 2014)。青木 (2014: 142) は家族の代理意思決定の特徴として、「慢性的な時間の経過であるため、家族は予期的に意思決定を見据えつつも、決定を下す時期を確定しがたい」、「患者の意思を尊重するために、生活史を回顧することから推定を行っている」、「高齢者の命を絶つ、或は現状よりも悪くすることはできないという葛藤がある」、「高齢者の残りの人生が見えているからこそ、延命よりも QOL を重視する」こと等を指摘している。

こうした家族による代理意思決定に関する研究が増加している背景には、「終末期医療の決定プロセスに関するガイドライン」(厚生労働省 2007)、「高齢者ケアの意思決定プロセスに関するガイドライン」(日本老年医学会 2012) の発表が挙げられる。これらのガイドラインでは高齢者の QOL を尊重するための選択として、延命医療の「差し控え」や「中止」にも言及している。患者本人にとって最善と考えられる意思決定を家族が行なえるよう、医療従事者が適切に支援するための指針となることが期待されている。

3. 代理意思決定の経験——家族介護者の語りから

これまで、延命医療に関する意識調査や家族の代理意思決定の「プロセス」に関する研究は行なわれてきたが、家族が終末期高齢者への医療に関する決定内容についてどのような思いを抱いているのかを、看取り後の家族 (遺族) に対して調査を行い、その経験を記述しようとした研究は少ない。本報告では、高齢者の延命に関わる医療の代理意思決定を経験した家族の事例から「人工的水分・栄養補給法 (AHN)」の導入に着目した。特に導入を差し控える選択を行った家族の経験から、意思決定のプロセスや遺族の決定に対して医療者がどのように支援したかについて記述し、家族による代理意思決定の経験を考察する。

3.1 調査概要

高齢者の看取りを経験した家族介護者を対象とし、研究者の機縁や調査用 HP による募集に応募した 10 名に対して半構造化面接を実施した。調査期間は 2015 年 11 月から 2016 年 3 月までである。本稿ではそのうち人工的水分・栄養

補給法の導入を差し控える選択をした2事例を分析対象とした。なお本研究は大阪大学医学部附属病院倫理審査委員会の承認を得て実施した(2015年10月19日、承認番号15201)。

3.2 事例1. A氏の語りから

A氏(未婚)70歳代男性は、同居していた実母を102歳で看取るまで、介護保険サービスによる訪問介護・訪問看護を利用しながら13年間にわたる介護を1人で行った。母親は90歳頃に脳梗塞を発症したが、当時1年程度のリハビリを行えば以前同様の身体機能を取り戻し、介護が不要になるだろうという自らの見通しから、A氏は介護に専念するため離職した。その後の13年間に及ぶ在宅介護を当時は予想すらしていなかったと語った。

高齢者の脳梗塞は運動麻痺など明らかな症状がない場合であっても、加齢に伴う微細な脳血管の変性によって小さな梗塞を繰り返すことが知られている。そして認知症や寝たきりといった状態へと身体機能・精神機能が徐々に衰えていきやすい。

A氏の母親も95歳で重度の認知症と診断され、亡くなるまでの2年間は寝たきりで意思疎通も不可能な状態だった。その頃からA氏は母親の「看取り」を意識し始めたと語る。そのきっかけは、それまである程度可能だった食事や水分の経口摂取が難しくなり始めたことだった。医師からは胃瘻などの人工的水分・栄養補給法を提案されている。水分補給のために上肢からの静脈点滴を行っていたものの、食事摂取に代わる高カロリー輸液の投与は、末梢の静脈点滴では不可能なためである。また、高齢者の血管は脆弱であり長期的な静脈点滴も困難なことが多い。

点滴も血管がボロボロやから漏れるんですね。だからあちこち腕や脚(の血管)にもしたけど、どこもあかん、点滴は出来ませんと。じゃあ胃瘻しますかっていうふうに言われて。(私は)いや、食べられないならもうそれでおしまいですと。それを無理に生かせるというふうには考えませんと。だってその当時100歳を越えていましたからね。もう人間は食べられなくなったらもう終わりっていう、それは自然っていうふうに。ほとんど寝た

きりで何の楽しみもない、回復することはまずないから、そしたらもういかに終わりを、どういう、終え方をするかということですよ。生かすっていうより死に方。穏やかな苦しみのない死に方をしてもらうにはどうしたらいいかってことが私のやることやから。だから胃瘻っていうのは選択肢にならない。

日本では食事や水分の経口摂取が不可能となった場合、認知症高齢者や終末期と考えられる高齢者に対しても胃瘻などの人工的水分・栄養補給法の処置が行われてきた現状がある。諸外国の研究では重度認知症患者に胃瘻を行っても、栄養状態の改善や誤嚥性肺炎の予防、QOLや生命予後の改善には貢献しないという多くの報告がある(鈴木 2012)。また、欧米のガイドライン(American Society for Parenteral and Enteral Nutrition、The European Society for Clinical Nutrition and Metabolism)のように、日本には重度の認知症高齢者に胃瘻を行わないことを明示する指針はない。会田(2012: 71-74)は老年医学を専門とする医師への調査を行い、調査対象となった医師の約3分の1が重度認知症高齢者に胃瘻や経鼻経管栄養の導入を選択すると述べている。家族同様に医師もまた人工的水分・栄養補給法を導入することにも差し控えることにも倫理的葛藤を抱いており、本人の意思疎通が不可能なことや家族間の意思が不統一なこと、また差し控える場合の法的責任などに不安を感じていたと指摘している。

本調査でも高齢者が自らの口で食事をとることを「生きる意味」として重要視する家族が多かった。意識調査等によっても延命医療を否定的に捉える傾向は明らかだが、A氏も同様に母親に対する延命医療の導入を差し控えようとしていた。その一方で、A氏は母親の「生きる意味」としての嚥下機能を回復させることに執着し、訪問診療医とともに様々な方法を試み続けた。

私はこの嚥下の問題、食べるようになったら、(母親を)生かしてあげてもいいなど。嚥下治療についてね、この脳梗塞で入院する前から色々模索してたんです。それに気がついたのはね、食べられなくなったときにアリセプト5mm飲んでたんですね。認知症の進行に伴って効果が無くなってくる、そういう薬やから、先生3mm増やしてください言うて、飲ましたら、

食べられるようになったわけね。ところが2カ月経ったら、また同じになる。先生、10mmにしてって。ほんで10mmにしたらまた食べるようになる。先生もそういうことは苦手なんかな。この嚥下の問題にしても、先生も初めてやし。でもネットで一緒に調べて副作用があるかどうかとか、安全性だけ確認して、(A氏の提案通り薬の増量を)まあやってみよう。だからまあ、良いお医者さんというより商売人のような感じのお医者さん。前の先生は「わしは医者や！」という感じやから。威厳とか権威、「私の言う通りせえ！」っていう。それはあかんと思って。

アリセプト(一般名:ドネペジル塩酸塩)は認知症治療薬として、日本では1999年に発売が開始された。認知症患者の脳内で減少すると考えられている神経伝達物質の濃度を高め、記憶障害など発症初期の認知症の進行を抑制するとされている。しかし、重度の認知症への効果は否定的であり、副作用のリスクなど長期的投与に対しても慎重な対応が求められている。A氏は母親の嚥下機能の回復を目指し、アリセプトをはじめとする処方薬や、インターネットで情報を得た健康食品(サプリメント)など、様々な試みを医師と共に続けることとなった。

A氏は権威的・独善的だった前主治医(病院医師)に対しては不信感を抱いていた一方で、医学的な根拠とは別に、家族のこうした希望を尊重し協力を惜しまない訪問診療医の上から目線ではない対応を「商売人のような感じ」と表現しつつ評価していた。そうした試みを続けるなか、医師が処方可能な漢方薬「半夏厚朴湯」¹が母親の嚥下機能や精神機能に効果を示しているのではないかと考えるようになった。この効果によってそれまで疎通不可能と思われていた母親の「意思」が垣間見えたような気がしたことをきっかけに、A氏が目指してきた母親の嚥下機能の回復という目標が一変し、看取り後の現在までも続く大きな苦悩を抱え続けることとなった。²

半夏厚朴湯を飲ませることによって、少しずつ、なんていうかな、嚥下だけでなくいろんなのに作用してるんかな、表情筋っていうんですかね、ふっと笑ったりね、穏やかな顔になってくる。そうするとどこまで回

復してくるんだろうっていう。回復してもデイサービスに行けるような体にはならへん、それ以上ずっといっても(内服を続けても)しょうがないなと思って8月ごろかな、半夏厚朴湯をやめたんですよ。このままずっと生きていうことが、ええんやろかと。ほんで私も(母親の介護を続けることに)疲れてきた、私自身も疲れてきたっていう疲労感があり、もう、もうそろそろ終わりにしよう。この看取りで、1年9カ月この半夏厚朴湯によってね、生き延びたけども。これも延命しているだけじゃなかったの?という。だから自分が死を受け止めきれなかった、その自分の気持ちを整理するために生き延びてもらった。ああ自分ようやった、これでいいやろという自己満足、後悔したくないっていうね。あの薬は苦いんですよ。今まではそれを何もわからずに(母親は)飲み込んでいた。ところがそれに対して(顔をしかめながら)「うわあっ」て顔をした。味覚は戻ったわけね。回復してるんだけど、それは、「嫌あっ」と、こういう顔。嫌なもの食べさせてまで生かすことに意味があるんやろかって。それはきっかけね。きっかけで、どうしようかなと考え始めて。ほんで疲れも出てきたしなあ、どうしようかなあ、お母ちゃんもう終わりにしようかって言うて、ほんで(治療を)やめた。

母親にとって「穏やかな苦しみのない死に方」で看取ることを自身の役割だとしながらも、様々な薬物療法によって一時的であっても嚥下機能や認知機能の改善の兆しが見えたことで、A氏は結果的に当初の思いとは矛盾する「延命」を志向していたのではないかと振り返った。100歳を越えた母親の身体機能・精神機能を改善することは期待できないと理解する一方で、100歳を超えてもなお母親の死と向き合うことが容易ではないことがうかがえる。

A氏は代理意思決定の経験を延命や自己満足という言葉を用いて自己批判として振り返った。しかし、A氏にとっては嚥下機能の回復が母親にとっての「生きる意味」の回復であったと読み取るならば、その思いを単なる延命志向と批判的に捉えることはできない。家族の思いを最大限に尊重し、それを支えながら、様々な試みに共に取り組む医療従事者は、多くの場合、家族にとって「良い医療者」だったと記憶されるだろう。

ただし、結果的にA氏は「穏やかな苦しみのない死に方」と延命との矛盾に気づき苦しむこととなった。家族の希望を叶える医療ではなく、終末期にある100歳を越える母親にとって必要なこと、必要でないことは何かを家族と医療従事者が共に考えるプロセスが必要だったと考えられる。そうしたプロセスによって看取り後も続く家族の苦悩は和らげられたのではないだろうか。

3.3 事例2. B氏の語りから

B氏60歳代女性は、結婚後も同居を続けていた実母を91歳で看取った。認知症の症状と考えられる母親の攻撃的な言動が激しさを増し、在宅での介護を断念してグループホームへ入居した1年後、母親は骨折のために入院した病院で亡くなった。亡くなる数か月前の施設入居中から母親の食事摂取量が減少し始めたため、施設担当の医師より胃瘻の導入を勧められた。かねてから延命医療などを行わず母親を自然に看取りたいとの意思があったためその思いを医師に伝えた。

こける1か月前に、なんか食欲もないし、今後の病院の対応っていうか、どうしていきましようかっていう感じで、食べなくなったらこれから胃瘻にしますか、自然に見送りますかみたいな話がちょっとあって。その時は胃瘻とかそういうのしないで自然に見送りたいんですけど伝えてんです。4月の5日くらいかな、ちょうど桜が満開くらいの頃だったんだけど、川の土手、それ言った後、ワーツとあの、出てきたら施設から、涙が止まれへんようになって。

自然に看取りたいという思いを口にした途端に、感情が昂り涙をこらえきれなかったと語る。「老衰」による看取りであれば施設内での対応が可能であったため、B氏は母親がグループホームへ入居した時点で、そこで母親の最期を見守る意思を固めていた。医師から胃瘻の導入についての意思確認があった後、母親は施設内で転倒し、下肢を骨折した。このような場合、施設では検査・診断・治療のために入院を促されることが多い。骨折に対しても母親の苦痛や全身状態を考え積極的な治療を望まなかったB氏だったが、入院先の病院医師の考え

はそれとは異なるものだった。

(胃瘻の説明から)1か月後にこけた時点で入院したら、(骨折した部位の)手術をしないといけないって言われて。もう動けないんだったら手術はせずに、動かなかつたら痛くないんだったら、したくないですって言ったら、100歳の人でも骨折したら手術するとかって。そう言われたら仕方がないよねとか思った。それで手術してもらったけど、やっぱり食べないから。リハビリして歩かせますとか言ってたけど、食べないから力がない、1週間くらいしたらやっぱりリハビリは無理ですって言われて。

高齢者は転倒による骨折を契機に、これまで自立した日常生活を送っていた場合でも要介護状態となることが多い。認知症高齢者や超高齢者とされる85歳以上であっても、病院医師の言うように外科的手術による骨折治療が行われる事例がある。しかし、手術前からすでに低栄養状態であったり、手術後のリハビリテーションが認知症のために理解できず、かつ意思疎通ができなかったりと、効果的に進まないことがある。多大な侵襲を伴う治療を行ったものの、結果的に骨折前の歩行機能へは回復が見込めない可能性もある。B氏の母親も歩行できるまでには回復することはなかった。

こうした手術や入院による侵襲や環境の変化は、認知症高齢者にとっては身体的・精神的に多大な負荷となり、B氏の母親は手術後も食事摂取状況は改善せず静脈点滴によって補うことも困難な状態となった。胃瘻造設を拒否していたことから医師はそれに代わる方法として中心静脈栄養法の処置を提案した。これは高カロリー輸液を投与するために心臓に近く太い中心静脈を使った特殊な点滴ルートを留置する方法である。

点滴、最初ちょっとやってたけど、もう入れられなくなって、ここから(頸部)か、足の付け根(鼠蹊部)からの注射(中心静脈栄養)で栄養を入れるって言われて。「それを入れなかつたら自然に亡くなるんですか?」とかって、あんまり治療をしたくない、もう寝たきりになって、動けないし、もうしんどいし。そしたら、うん…あの、それ、せえへんかつたらどうなりますかっ

て。「餓死します」って言われたんですよ。餓死するのってしんどいですが聞いていたら、人間ものもらえなくて餓死していくのは、誰だっってしんどいやろって言われて。

B氏は延命医療を差し控えたいという希望を伝えていたが、中心静脈栄養法を導入しないという意思決定に対して医師から告げられたのは「餓死」という言葉だった。母親が苦しみながら餓死する姿を見続けられるのかと、医師や看護師から恫喝にも似た言葉を突き付けられたと語っている。延命医療を行わず自然に見送ることが母親にとって最善であると、自身を納得させながら母親の最期に向き合おうとしていたB氏だったが、そうした自身の選択は母親を苦しめながら命を絶たせようとするものだという理解へと書き換えられ始めていた。

胃瘻や点滴等による人工的水分・栄養は内臓機能の低下など全身機能が悪化している終末期高齢者にとって過剰なものとなり、本人にとって苦痛なものとなる可能性があるとする指摘もある。「平穏死」や「老衰死」といった言葉がメディアでも取り上げられ始め、一般の人々を対象とした出版物も多数みられるようになった(石飛 2013; NHK 2015)。「餓死」という言葉から想起される苦痛を、臨死期の高齢者は必ずしも感じてはいないという可能性が示唆され始めている。

しかし、医療従事者から母親を苦しめることになるという言葉が突き付けられ、A氏はやむなく中心静脈栄養法の実施に同意することとなった。さらに、当初から延命に関わる医療の一切を差し控えるという意味を表明していたB氏に対して、病院はその後も「母親の命を救う」様々な方法を提示し続けた。

ポート(胸部などに埋め込んだ中心静脈栄養法の機械)の次に、急激に血圧が下がったらまた何かをする、次それがあかんかったら人工呼吸器とかあるんですけどどうしますかって。それをしたら治るんですか、本人は元気になるんですかって聞いたら、可能性はゼロじゃないって言われて。私、人工呼吸器の意味がわからないとかって言ったら、下の階(にある病室)に連れて行ってきて。テレビ(医療用モニター)の画面がここにあって、ベッドがこうあって、みんな8人くらいかな、え…とあって思ったんだけど。

先生は意識がないわけじゃないって、これつけてるからって。(8人部屋で人工呼吸器をつけて入院している)おばあちゃんに…あの…(医師が)「手挙げてみ」って言うたら、1人のおばあちゃんが、こうしてちょっとだけ手、挙げたんです、その人工呼吸器つけた。それで「こんなしてても、家族が会いたって思ったら、生きてる本人に会えるんやで」って言いはるんですよ。ほんなら私がそれ全部、今断った時点で、この次の治療を断った時点で、私はなんか母を、なんか殺すような…気がして。もうそこに入ってる人も、その病院ができてからずっと入ってはる、もう何年も、これで(患者は)生きてはるでって。遠くからの人なんかは、生きてる母親に、父親に、会えるんやでって言われて、でもやっぱりその部屋は異様な感じ。

人工呼吸器は延命医療の象徴的な処置として想起されやすく、胃瘻よりもさらに人々が抵抗を感じているものであることが意識調査より明らかとなっている。医師の提案に対して「人工呼吸器の意味がわからない」というB氏の言葉にはどのような意味があったと考えられるだろうか。それに応答した医師にとっての人工呼吸器の意味は、B氏が想像していたものとは大きく異なるものだった。

医師はB氏を人工呼吸器が装着された高齢者が多数収容されている病室へ連れて行きその意味を説明した。人工呼吸器によって意識を保たせることができ、家族は会いたい時に会いに来られるのだという医師の言葉と、その病室の雰囲気にはB氏は異様さを感じずにはいられなかったと語った。そうした医師の提案に抗うためB氏はこれまで一度も離れることのなかった母親との人生を振り返り、その母親の最期にどのように向き合おうとしているのかを医師へ伝えるため、とても長い手紙を書いたと言う。

ポートつけた後、母との時間が少なくなっていったってというのは、以前にも増してわかってきたので、行く度にいろんな童話を書いて、下に絵を描いて色鉛筆いろいろ買って塗り絵して、できたのをベッドの横のタンスにセロテープで留めたりして。なんかそういう時間を過ごせたのが、後になってみたら、ポートしませんって言って、このまま見送りますって言ったんより、あの時ポートしてもうたから、この大切な時間をこう過ごせた

から、良かったって今思うように、その時はもう必死で走ってたけど。でも書いてた絵が下手や言うて（母親が）笑ったりして。その時間がなんか今振り返ったら良かったなとかって。振り返ったら、そこまで、でも（人工呼吸器を）止めたことは良かったと思う。

B氏に向けられた医療従事者の言葉は多くの先行研究の知見（Gillick 2000; Finucane et al. 1999）から疑問の多いものであり、延命医療の導入と差し控えの間で葛藤する家族の複雑な心情を配慮したものでもなかった。認知症の母親の自然な最期を望み、一切の医療を差し控える覚悟を決めていたB氏であったが、過剰で過激な表現を用いて母親の「苦痛」を説明する医療従事者の言葉に、抗うことは容易ではなかった。本報告のテーマに照らしてみた場合、B氏の経験は「代理意思決定」と言えるものだろうか。

おわりに

本稿では高齢者の延命に関わる医療の代理意思決定を経験した家族の事例から、「人工的水分・栄養補給法（AHN）」の導入に着目し、導入を差し控える選択をした2事例を報告した。

2事例の主介護者は延命医療に対する否定的な思いが強く母親を自然に見送りたいという思いがあった。しかし、A氏は母親の嚥下機能を回復させるため様々な薬物療法を訪問診療医と共に試み、その試みは自身が否定していた延命に他ならないという気づきから、自身の思いの矛盾に苦しむこととなった。また、B氏は医療従事者からの言葉によって、自然に見送りたいという自身の望み自体が母親を苦しめることになるのではないかと葛藤し、提案された医療を受け入れざるを得なかった。

どちらの事例においても主介護者は自身の意思決定に対して、看取り後も後悔の念を抱き続けていた。本調査に応募された背景には医療従事者である私たちにその思いを伝え、自身の看取りの経験を役立ててほしいという強い動機が感じられた。

注

- 1 ハンゲ、ブクリョウ、コウボク、ソヨウ、ショウキョウを構成生薬とする漢方薬で、嚥下機能が低下し始めたことによる咳・痰に効果があるとされる（加藤 2015: 29）。
- 2 インタビューとは別に介護家族の会へのフィールドワークを行った際、A氏は他の家族介護者から「あなたのお母さんはモルモットにされた」と非難される場面があったが、A氏自身もそれを肯定していた。

参考文献

会田薫子

- 2012 「認知症末期患者に対する人工的水分・栄養補給法の施行実態とその関連要因に関する調査から」『日本老年医学会雑誌』 49(1): 71-74。

青木頼子

- 2014 「意思疎通が困難な高齢者を支える家族の代理意思決定に関する文献レビュー」『富山大学看護学会誌』 14(2): 131-144。

石飛幸三

- 2013 『「平穏死」のすすめ 口から食べられなくなったらどうしますか』 東京：講談社。

NHK

- 2015 「NHKスペシャル 老衰死一穏やかな最期を迎えるには」(2016年9月20日放送) <http://www.nhk.or.jp/special/rousui/> (2011/11/01 アクセス)

加藤士郎

- 2015 『プライマリケアのための高齢者疾患と初めに覚えたい、この処方』 臨床情報センター。

厚生労働省

- 2007 「終末期医療の決定プロセスに関するガイドライン」 <http://www.hpcj.org/info/other/s0521-11a.pdf> (2016/11/01 アクセス)

厚生労働省

- 2014 「人生の最終段階における医療に関する意識調査報告書 平成26年3月」 <http://www.mhlw.go.jp/file/04-Houdouhappyou-10802000-Iseikyoku-Shidouka/0000042775.pdf> (2016/11/1 アクセス)

鈴木 裕

- 2012 「胃ろう栄養の適応と問題点」『日本老年医学会雑誌』 49(2): 126-129。

日本老年医学会

- 2012 「高齢者ケアの意思決定プロセスに関するガイドライン」 https://www.jpn-geriat-soc.or.jp/proposal/pdf/jgs_ahn_gl_2012.pdf (2016/11/01 アクセス)

ス)

Finucane, Thomas E., Colleen Christmas and Kathy Travis

1999 Tube Feeding in Patients With Advanced Dementia: A Review of the Evidence. *JAMA* 282(14): 1365-1370.

Gillick, MR

2000 Rethinking the role of tube feeding in patients with advanced dementia. *The New England Journal of Medicine* 342: 206-210.

Silveira, MJ, Kim SY and Langa KM.

2010 Advance directives and outcomes of surrogate decision making before death. *The New England Journal of Medicine* 362: 1211-1218.