


 原著

認知能力の衰えた人の「胃ろう」造設に対する反応

新里 和弘¹⁾, 大井 玄²⁾

要 旨

今日わが国では、胃ろう造設者は56万人に及ぶ。特に重度認知症者への適応が社会問題となっている。本研究では胃ろう導入の意向を、認知機能が衰えた人自身に直接質問したものである。対象は男性29名、女性41名の計70名（平均80.7±7.1歳）、診断はアルツハイマー型認知症が最も多く（53%）、70名の平均HDS-Rの得点は14.3±6.4点であった。結果として、胃ろう造設を希望したものはおらず、「いやだ」、「されません」など積極的に胃ろうを拒否した者が80%に及んだ。この認知症者の胃ろう拒否の反応は、直感的判断と称するもので、それは個々人の過去の記憶と経験に基づいたものである。「いやだ」という言明が、認知症者の意思決定として有効であり重要視すべきものであることを、

医学的・生物学的・哲学的観点から論じた。

1. はじめに

胃ろうは人工的に皮膚と胃の間にろう孔を造設しチューブを通す処置である。開腹によらない内視鏡を用いての経皮内視鏡的胃ろう造設術（percutaneous endoscopic gastrostomy, わが国ではPEG（ペグ）と略称されることが多い）は1979年米国で小児患者用に開発された。わが国では2000年に入って普及が図られ、診療報酬の増加もあり（PEG手術料1998年6,400点、2002年から現在まで9,460点）、その後も着実に実施件数を増やし、2010年の時点で胃ろう患者は全国で約56万人（会田, 2011）、毎年約10万人が新たに胃ろうを造設しているといわれている。

胃ろう造設の最適例としては、脳出血や脳梗塞急性期の患者、頭頸部癌、上部消化管の癌の手術例など急性期後に回復の期待される症例、筋萎縮性側索硬化症の患者、正常な意識状態を有する嚥下障害例などが挙げられている。しかしわが国では近年、胃ろう造設が、認知症患者に広がっていることが問題となっている。

スウェーデン、オーストラリア、オランダ、フラ

Responses of the elderly with dementia to suggestion of gastrostomy

Kazuhiro Niizato¹⁾, Gen Ohi²⁾

¹⁾ 東京都立松沢病院 精神科 [〒156-0057 東京都世田谷区上北沢2-1-1]

Department of Psychiatry, Tokyo Metropolitan Matsuzawa Hospital (2-1-1 Kamikitazawa, Setagaya-ku, Tokyo 156-0057, Japan)

²⁾ 東京大学名誉教授

Professor Emeritus of the University of Tokyo

ンスなどの諸国では、食べることが困難になった高齢者に対して、経鼻経管や胃ろうによって栄養を補給する人工的な処置は行わないことが通常である(会田, 2011; 宮本ら, 2011)。またそれら各国の先行研究では、認知症者に対する PEG による経管栄養法は、直接口から摂食することと比較して、延命という点で効果をもたないとする報告が大多数で、患者自身にとって利点となるよりもむしろ有害に作用することが報告されている (Finucane et al., 1999; Gillick, 2000; Dharmarajan et al., 2001)。

わが国で胃ろうを受ける患者の多くは高齢の認知症者である。医師は医療経済上の問題(胃ろうを造設しないことには施設に退院できないなど)で胃ろうを勧めることもある。医師の説明の仕方での導入の有無が大きく変わることは医療現場の現実である。また認知症者自身による胃ろう導入の同意・不同意の判断はインフォームド・コンセントの見地から困難な場合が多いと考えられているため、通常は家族などの代理人が本人に代わって決定を行う。生前、患者の意思がはっきりしていたのであれば別であるが、胃ろう導入を止めて死を受け入れる、という決定を代理人が行うことは極めて大きな精神的負担を伴う。結果的に代理人による決定は胃ろうの導入に傾きがちである。本人の意向と家族などの代理人による意思決定の乖離の溝を埋め、両者を出来る限り一致させることが求められている。

延命処置について、本人の意思を事前に確認しておくことが重要であり、本人が希望しない延命は行うべきでないとして、日本尊厳死協会などが中心となり「尊厳死の宣言書(リビング・ウィル)」の普及(日本尊厳死協会, 2012)が図られている。また、東京大学を中心に「本人と家族の意思決定プロセスノート」の開発(清水, 会田, 2011)が行われているが、それらが広く使われるようになるまでにはまだかなりの時間を要するというのが現状である。

実際認知症に罹患した後の患者自身の意向というのは、従来議論されてこなかった。一旦認知症と診断されれば、「意思決定が困難である」とされ、重要な事項の意思決定には関われなくなる。認知症と言ってもすべての能力が一様に低下するわけでは

ない。不治の病気に罹患した際に延命治療はしないで欲しいと望む高齢者は、各種調査でも大多数を占めている。一概に認知症があるからといってその意思は却下されるものではないはずである。胃ろうを受けるか受けないかという問題は、その患者自身にかかわる大問題であるはずで、本人の真意が確認できれば、それが最も重視されるべきことである。認知機能の低下はあっても胃ろうに関して自らの意思を表明することが可能であることがわかれば、認知症の胃ろう問題について一つの重要な方向性を示すことができる。

本研究においては、認知機能の低下した患者 70 人に対して胃ろうに関する簡単な説明を行い、胃ろう導入についての調査を行った。その結果をもとに、認知症者の意思について、実証的、生物学的ならびに哲学的な見地から考察を行った。

2. 対象と方法

東京都立松沢病院および医療生協すずしろ診療所に平成 22 年から入院・通院の患者のうち改訂版長谷川式簡易知能スケール(HDS-R)で概ね得点 5 点以上(30 点満点)、言語的コミュニケーションのつく患者 70 名(平均 80.7 ± 7.1 歳)を対象とした。内訳は男性 29 名(平均 80.8 ± 6.0 歳)、女性 41 名(平均 80.6 ± 7.8 歳)である。診断はアルツハイマー型認知症が最も多く 37 名(53%)、次いで血管性認知症の 11 名(16%)、軽度認知障害(mild cognitive impairment, 以下 MCI) 6 名(8%)、老年期精神病 5 名(7%)、レビー小体型認知症 2 名(3%)、統合失調症 2 名(3%)、その他 7 名(10%)であった(その他は、アルコール性認知症、器質性精神病、混合性認知症、前頭側頭葉変性症、神経症、進行性核上性麻痺、Grain 病が各 1 例)。全例の平均 HDS-R の得点は 14.3 ± 6.4 点、mini-mental state examination(MMSE)の得点は 17.7 ± 5.9 点であった。

入院後一定の期間が経ち、治療者—患者間の信頼関係が成立したと思われる時点において、以下の定型化された内容の質問(表 1)を行った。なお調査においてはプライバシー保護を確実にし対象者に

表 1. 対象者に対し行われた質問

「夜はよくお休みですか」
 「ご飯はおいしいですか」
 「お通じはありますか」
 「特に痛いところはありませんか」
 「食事の時、むせたりご飯がつかえたりする感じはありませんか」
 「年をとると飲み込みが悪くなりがちです。そのため肺炎を起こしたりします。そんなことは今までありませんか」
 「そんな時治療として、おなかに穴をあけて管で栄養を入れるのがいいという人もいます。あなたはそういうようにされますか」

負担や迷惑が及ばないように留意した。

3. 結果

結果を表 2 に示した。まず特筆すべき点として、胃ろうを「されたい」、「してほしい」と答えた患者はいなかった。対象 70 名中 57 名 (81.4%) が、はっきりと胃ろうを拒否した。拒否した患者の返答にはいくつかのパターンがみられたが、大多数の患者において、返答は迅速であり、「いやです」、「しません」など言葉が短く断定的であった。食事や便通に関しては機嫌よく話してくれていた患者であっても、胃ろうに関する質問には表情が真剣となる者が多かった。首を横に振ったり、脇を向いたりして強い拒絶を表わした患者 (症例 No. 9, 16, 30, 48) や、質問の途中で言葉を遮り「いやだよそんなの」と返答した患者 (症例 No. 50)、嫌悪感を露わにする患者 (症例 No. 8, 15, 18, 19, 27, 32, 33, 36, 46, 49, 51, 55) がいた。これらのはっきりと胃ろうを拒否した患者らを A 群とし、それ以外を B 群とした。

B 群 13 名のうち、3 例 (症例 No. 59, 62, 65) は適切な返答が得られなかった。症例 No. 59 の返答は「ないですね」一点張りの答えであった。症例 No. 62 は「されますか」を「したことありますか」と聞き取り違い、「したことないです」を繰り返し訂正不能であった。症例 No. 65 は、頷きはするが考えて頷いている感じではなかった。つまりこの 3 例は今回の質問において胃ろうの説明が十分に伝わらなかった可能性がある。HDS-R の得点は各々 5

点、18 点、9 点で平均得点より高い患者も混じっていた。それ以外の、A 群全ての患者と B 群の残り患者 10 名の、計 67 名 (95.7%) からは質問に対応した返答が得られたと考える。

B 群の 7 名は最終的には意思を決めることができなかった (症例 No. 61, 63, 64, 66, 68, 69, 70)。「考えられない (わからない) ですね (症例 No. 61, 70)」、「今その状況にないから (症例 No. 64)」、「なりゆきだと思っただけですけどねえ (症例 No. 68)」と判断を保留した例、「(そのような事態に) ならないと思いますよ (症例 No. 63)」と楽観する例があった。

B 群 3 名 (症例 58, 60, 67) については積極的ではないが承諾がみられた。返答内容は「先生にお任せするしかないですよ (症例 No. 58)」、「先生がおっしゃるなら (症例 No. 60)」、「医者言うことだったら聞きます (症例 No. 67)」と医者に判断を委ねる形となっていた。

結果をまとめると、質問に対して 95% を超える患者で、内容に沿った返答を得ることができた。積極的に胃ろうを希望した患者は一人もいなかった。はっきりと胃ろうを拒否した患者が 8 割を超えていた。約 5% の患者が胃ろうを承諾したが、全例が医者の判断に委ねる消極的承諾であった。

なお A, B 群の HDS-R の平均得点は各々 14.1 ± 6.4 点、 15.1 ± 6.7 点であり両群間に有意の差は認められなかった。

4. 考察

4.1. 高齢者の終末期医療、特に胃ろうに対する意識

まず一般的に高齢者は、どの程度の終末期医療を望んでいるのであろうか。この疑問に関しては松下ら (1999) の報告がある。彼らは東京都高齢者医療センターに通院する患者を対象に調査を行っている。対象とされた 562 人 (男性 208 人、女性 354 人、平均年齢 73.4 ± 8.6 歳) は、内科や整形外科など平均 1.7 ± 0.9 科の通院すべき診療科を持ち認知機能の面では正常と考えられる高齢者である。この研究報告によると、終末期の医療に関して「自然の寿命に

表2. 「胃ろう」に関する質問に対する返答

群	症例 No.	性別	年齢	認知症の種類	HDS-R	MMSE	胃ろうの質問に対する返答
A 群 (拒否)	1	F	62	アルコール性認知症	5	8	「いやだ」
	2	F	67	AD	11	11	「しません」
	3	F	67	VD	15	16	「やんないです」
	4	F	69	老年期精神病	25	24	「そういうのは望まないです」
	5	F	69	AD	11	17	「しない」
	6	M	71	AD	17	20	苦笑しながら「(開けても) いいですよ」(正直に答えていいですよ)「いやです」
	7	M	71	VD 疑	11	12	「いやありません」
	8	F	72	VD	13	17	即座に「いや」
	9	F	72	AD	9	12	(脇を向いて)「されたくないね」
	10	M	73	AD	7	14	「いやです」
	11	F	74	AD	9	12	「私はそういうことはしません」
	12	F	74	AD	18	20	「いやですねー, されないですね。そういうこともあるんですねー」
	13	M	75	VD	16	19	「イヤーお腹は…何とか飲みやすくして飲むとかします」
	14	M	76	DLB 疑	6	7	「されません」
	15	F	76	AD	18		「恐ろしいや」
	16	M	76	AD	9	10	(首を振る)「されない」
	17	M	76	AD	14	11	「いや」
	18	M	78	前頭側頭型認知症	27	30	「いやだなあ, 穴なんか開けたくないねえ, お腹に穴なんて開けられたらアウト」
	19	M	78	統合失調症 + AD	21	23	「いやあそんなんだったら死んだ方がいいね」
	20	F	78	MCI	27	26	「いや, お腹に管を入れられるのはちょっと…」
	21	F	79	VD	16	20	「いや」
	22	F	79	AD	12	17	「イヤー, ごめーん, 本心言っちゃったわ, 私だけわがままかって思って…」
	23	F	79	VD	18	22	「しないねー」
	24	M	80	AD	12	17	「しません」
	25	F	81	老年期精神病	18	21	「いやです」
	26	F	81	AD 疑	6	13	「いや, されません」
	27	F	81	AD	7	14	「絶対嫌です, それより死んだ方がましです」
	28	M	82	AD	11	19	「しません」
	29	F	82	MCI	25	25	「そこまではねえ…」
	30	F	82	Grain 病	21	26	「いや, やりたくない」と肩をすぼめる
	31	M	82	AD	9	16	「そこまで, もっともいっていないし…」拒否的, やんわり拒絶
	32	M	82	DLB	9	10	「いやあ, 大っ嫌いです」
	33	F	82	AD	9	14	「いやですね, お腹に穴を開けてまで生きていようとは思いません」
	34	M	83	VD 疑い	18	22	「僕はいやです」
	35	M	83	AD	18	28	(少し考えて)「いや, しません」
	36	F	83	AD	5	11	「そんなのは何もしません, だめなんです」
	37	F	84	老年期精神病	19	23	「いやです」
	38	M	84	老年期精神病	27	25	「やりたくないです」
	39	F	85	AD 疑い	24	-	「いやです」
	40	F	85	AD	9	11	「しません, 傷をつけたくない」
	41	F	86	統合失調症 + AD	7	11	「されません」

表 2. 続き

群	症例 No.	性別	年齢	認知症の種類	HDS-R	MMSE	胃ろうの質問に対する返答
A 群 (拒否)	42	F	86	AD	5	10	「うーんやっぱりおなかに穴をあけられるのはちょっと」
	43	F	86	MCI	26	23	「いやです」
	44	M	87	VD	20	20	「いやです」
	45	F	87	AD	7	13	「いやです」「そういうことないですから」
	46	F	87	AD	12	15	「いやですねぇ、怖くて…とても」
	47	F	87	AD	9	14	「いや」
	48	M	87	VD	6	11	拒否（首を横に振る）
	49	M	89	MCI	22	26	「管を入れたりするのは嫌ですよ」
	50	F	89	MCI	16	16	質問の途中で「いやだよそんなの…」と手を振る
	51	M	90	AD	15	—	「絶対いや」
	52	F	90	AD	15	—	「いや」
	53	F	90	AD 疑い	15	—	「そんなのいや」
	54	F	91	AD	9	—	「いやです」
	55	M	94	AD	11	22	「死んじゃった方がいいね」
	56	F	95	AD	7	—	「いやです」
	57	F	96	MCI	18	20	「そうですね、されたくないですね」
	B 群 (保留・承諾・ 回答不能)	58	F	71	AD	11	13
59		M	74	AD	5	12	「ないですね」の一点張り
60		M	75	器質性精神障害	22	29	「まあ先生がそんなにおっしゃるならねぇ…」
61		M	76	VD	17	20	「自分じゃちょっと考えられないですね」
62		F	76	AD	18	18	「いいえしたことないです」（されたいですかをしたことありますかに取り違えてしまう、決定できず）
63		M	78	神経症	27	25	「（その事態に）ならないと思いますよ」
64		F	80	AD	14	21	「えーどうでしょうね、状況によりますね、今その状況にないから」
65		F	81	混合性	9	10	うなづく、が考えてうなづいている感じではない。（されませんか？にもうなづく）
66		M	82	AD	11	20	「わかんね、なりやなっただで治療法ってあんだろ」
67		F	84	PSP	20	23	「それが医者言うことだった聞きます」
68		M	85	VD	14	23	「なりゆきだと思うんですけどねぇ…」
69		M	86	老年期精神病	22	25	「見たことありますよ、どうですか、それが最高の治療法だってことになれば家族もねぇ…」
70		M	89	AD	6	10	「わかんないですねー、うーん難しい」

（略語：AD；アルツハイマー型認知症，VD；血管性認知症，DLB；レビー小体型認知症，MCI；軽度認知障害，PSP；進行性核上性麻痺）

任せて欲しい」が80%，「延命治療に徹して欲しい」が9.3%という結果であった。また認知症などで自己決定不能となった場合に、どこまでの医療を受けたいかという質問に対して、特に水分栄養補給の点に関しては、「経管栄養まで受けたい」が8.7%，「点滴まで受けたい」が39%，「何もしない」が42%という結果であった。経管栄養までの8.7%について

は、「胃ろうまで」が2.7%，「経鼻管栄養まで」が6.0%であった。

2007年、内閣府によって行われた無作為抽出の55歳以上の男女1,871名を対象とした意識調査（内閣府，2007）では、「病気が治る見込みがなく死期が近くなった場合、延命のための医療を受けることについてどう思いますか」という質問に対して、「延

命のみを目的とした医療は行わず、自然にまかせてほしい」が87.7%、「少しでも延命できるよう、あらゆる医療をしてほしい」が7.4%という結果であった。

またしばしば行われる世論調査（朝日新聞、2010）などでも、どのような最期を理想と思うかという質問に対して、「ぼっくり逝きたい」、「ピン、ピン、ころりが理想」、「家族に迷惑をかけたくない」などの回答が必ず上位に上がってくる。

このように高齢者の多くは、延命治療に対して積極的な要望はもっていないことがわかる。今回のわれわれの研究においても同様で、8割の患者が胃ろうは「いやだ」と答えている。しかし実際にはわが国の胃ろう患者数は増加傾向にある。これらのことを考え合せると、実際の医療の現場において、高齢者本人の意向が十分に汲み取られていない状況が存在するのではないだろうか。

4.2. 認知症者の胃ろう導入に関する問題点

まず代理人制度について考えてみると、わが国には、意思能力を欠く患者に対する代理人の制度が存在しない。判断能力が不十分なものを保護するため、2000年4月から成年後見制度が開始されたが、この制度でも後見人の権限は、医療契約の締結などに限定され、医療同意にまでは及ばないことは広く知られた事実である（法務省民事局参事官室、1998）。つまりわが国においては、意思決定困難な成人患者の医療行為の代理意思決定に関して、法律上明文の定めがない（岩志、2004）。米国では「持続的代理権制度」など医療同意に関する代理決定が法制化されているが、患者本人と代理人との意見の食い違いなど様々な問題も報告されているという（Seckler et al., 1991）。性急な代理人制度の導入には慎重であるべきで、その国の文化的背景を考慮した検討が必要とされる。

認知症者の胃ろうの導入にあたっては「インフォームド・コンセント（以下IC）」が前提となると一般には考えられている。しかしICに厳密であろうとすればするほど、認知症高齢者の意向とは剥離していく可能性があるのではないだろうか。1970年代に入りそれまで支配的であったパターナリズムに代わり、ICが医療界に広く世界に広まった背景

には、一つには医療訴訟に対する防御という側面があった。またもう一つの側面として医療倫理感の変化も大きかった。つまりすべての人間は自らの運命を定めそれに従う能力がある、つまり「自律性」を持つという考え方が、医療においても用いられるようになったことである（水野、1990）。自らの身体に関する決定権は自分自身が持つとする考え方であり、その源はデカルト・カントと続く近世の理性主義にみることが出来る（江崎、1998）。理性中心主義を背景としたICは、自律した自己決定を個人に求める。すなわちICを成立させるには、患者が確固とした決定能力・対処能力を持つ、ということが前提とされている。医師の説明に対して「すべてを正しく理解したり記憶したりできない」認知症の患者は、「判断能力なし」ということになり、ICが成立しない者となってしまふ。

現代の医療は近世の理性中心主義を色濃く引きずったものである（樽井、1996）が、科学領域では、19世紀に入り「進化論」や「無意識」など新たな知見をわれわれは手に入れている。例えばデカルト哲学における、「私をいま存在しているものにして魂は、身体からまったく区別され、しかも身体より認識しやすく、たとえ身体が無かったとしても、完全に今あるままのものであることに変わりはない」という心身二元論について述べた「方法序説」（デカルト、1997）の一節は、近代の認知科学からは完全に反論が可能である。実際、理性中心主義は哲学、倫理学、法学、生物学、心理学、社会学などさまざまな分野から批判がなされている。

いずれにしても、ICには限界が存在すること、高齢認知症者の胃ろうに関する問題の一つにICの影響があることを理解することは重要なことであると思われる。今回の研究において、胃ろうに対しはっきりと「いやだ」と意思を表明できる患者は8割を超えていた。これらの患者の意向が、意志そのものとして有効である理由を以下に考察したい。

4.3. 胃ろう拒否の意向は、認知症者の意志として有効か

4.3.1. 情動的拒否—進化論的合理性—

生き物はすべて進化論的な合理性（「Rational

Darwinism」)を持つ。例えば原始的生物であるゾウリムシは、繊毛によって移動し、接触するあらゆるものを可食かそうでないかのカテゴリー分けを行う。可食であればそれを食べ、そうでなければその場から泳ぎ去る。コオロギは仲間のコオロギとの戦いの記憶を保持している。密集した集団において、各々のコオロギは絶えず自らの戦闘能力を評価しなおし、順位分けし、激しい争いを減らす傾向にある (Alexander & Sherman, 1977)。これら生物が外的世界あるいは環境中の刺激を知覚し、そのカテゴリー化を行うにあたって重要なのは、外的事物に対する経験の蓄積である。それはおそらく、生存戦略のため進化の過程で環境への適応として形成された進化論的な合理性と考えることができる。われわれも同様に、感覚器官によって知覚された事象を、その性質や、要素成分や機能などに基づきカテゴリー化を行いつつこの世界を認識している。カテゴリー化作業の中で中心的意味をもつものは、蓄積された経験と記憶である。

今回の研究における質問の過程で、機嫌よく話をしてくれていた患者であっても「おなかに穴をあけて」という質問に対しては、表情が真剣となり、首を振り、嫌悪感を露わにする者もいた。表情が種間を超えて保たれていることは知られており (コール, 2011)、表情は内的な情動を映す鏡と言われる。人が言葉を持つ以前から表情は多くのこと物語ってきた。質問に対する認知症者のこの反応はネガティブな情動表出と言える。認知機能に低下がみられても、過去に蓄積された基本的な経験と記憶から「いやだ」という意思が即座に形成されている点は看過できない重要な意味をもつと考えられる。

4.3.2. 意思決定の2つのパターン

人がある特定の脳領域 (内側前頭前野など) に障害を受けると、外的環境からの知覚機能に問題はなくても、社会的行動が成り立たなくなる場合が存在する。P. Gage (1823-1860) は若い有能な工事現場の監督であったが、爆発で吹き飛ばされた鉄の棍棒が彼の頭蓋を貫通した。一命は取り留めた彼であったが、その後の彼の性格は 180 度変化した。働き者で責任感が強く、賢明であった彼の元の性格は、自

堕落で道義心を欠き、あてどなく転職を繰り返す性格へと変化した。自分の傷跡を見世物にして日銭を稼ぐことも意に介さなかった。P. Gage をはじめとする脳障害を負った患者を詳しく研究 (Bechara et al., 1995; ダマシオ, 2010) して、神経科学者ダマシオは、意思決定に至る2つのルートの存在 (Damasio, 2003) を提唱している (図1)。

図中のルート A は、われわれが何らかの問題を解決・決定する際に行っている意思決定のプロセスであり、「合理的・理性的判断」と言われるものである。つまり直面する状況からとるべき行動の選択肢を挙げる。その選択肢の各々について、選んだ場合の予想される結果について推論する。それら一連の結果から一種の費用便益分析ともいえる推論戦略を展開し決定に至るといふプロセスである。一例を

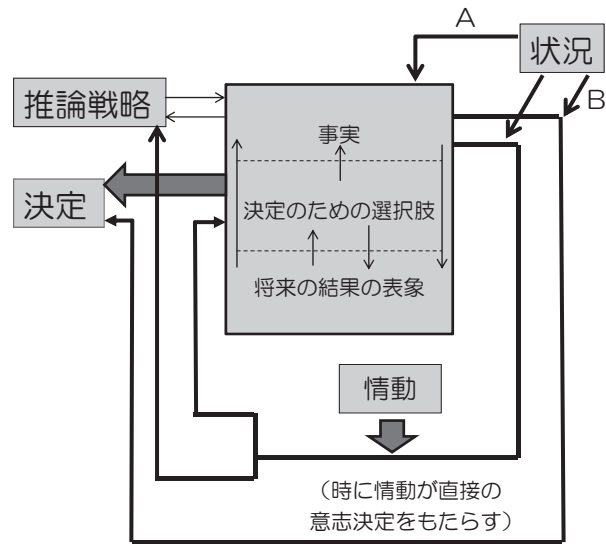


図1. 意思決定のための2つのルート

何らかの反応が求められる状況から意思決定に至るルートには、2つのものが想定されている。2つは互いに相補的なものである。ルート A は費用便益分析ともいえる決定経路である。推論の戦略が練られ、その結果のもたらす益を天秤にかけ決定を行う。ルート B は並行的に作用する。過去の類似した状況における情動経験が活性化され、危険な選択肢を決定から遠ざけ、好ましそうな選択肢を近づけることで、情動は決定に大きな影響を及ぼす。ときおりルート B がじかに決定をもたらすことがある。それは本能的感情によって即座の反応が求められる場合である。その決定のスピードは非常に速く、決定の過程が意識に上ることはない。(Damasio, 2003 の図を改変)

あげれば台風が迫っているときに飛行機の便を予約するかしないか決定を行う、などの決定において典型的に用いられるものである。

もう一つのルートBは、情動と深く関連している。例えば、仕事を選ぶ、結婚を決断するといった決断は、決断に際していかに慎重に準備しようと結末は不確かな例として挙げられる。このような決断では、情動が大きな役割を果たす。過去にさかのぼって想起された情動経験は、決断の材料であるさまざまな選択肢に対して、危険そうなものを決定から遠ざけ、好ましそうなものを近づけることによって、その決定に大きな影響を与える。

さらにルートBは、日常生活でも無意識に用いられている。われわれの日常はいわば「次はどうするか？」の繰り返しである。いくつもの選択肢の中から妥当なものを選ぶ際には、以前の類似したイメージと、イメージに伴う情動反応（快か不快か）を参照することが重要となる。この過程は、自動的・反射的なものであり意識下で迅速に行われる（Lakoff & Johnson, 1999）。これによりわれわれは敏速に滞りなく生活が営むことができる。意思決定は「合理的、理性的」なものとは一般的には考えられているが、われわれの日常はルートBのような、情動反応に依存した決定の積み重ねなのである。

時に、ルートBが直接の意志決定をもたらすことがある。それは強く情動に影響を与えられ即応の反応を求められる場合であり、この場合も決定のスピードは非常に速いため、その過程は意識に上らない。

今回の研究では、胃ろうを拒否した患者のほとんどは、「いやです」、「されたくない」など、即座に、断定的口調で答えることが多かった。この反応はルートBから生まれる即応の反応と考えられる。胃ろうの質問を受けた瞬間の、患者に浮かんだイメージは各人各様であったと推測できる。例えば、ある患者は、一瞬、チューブだらけとなって死んでいった親の姿が脳裏をよぎったのかもしれない。昔入院した時の嫌な思い出や、おなかに残る術後のケロイドの跡が思い出されたのかもしれない。漠然とした不安感、楽観と恐れ、「もう十分生きた」とい

う満足感、などの情動経験が想起され、それらが驚くほどの短い時間に、意識下で処理をされ、「しません」、「されません」という意向となって現れたものと考えられることができる。

意志を決定するプロセスの特徴を考えれば、この胃ろうに対する意向が本人の意思として有効であることは理解可能である。

4.3.3. 胃ろう拒否の意向は、認知症者の意志として有効である

胃ろうの手技自体については、「胃に直接通じる管を腹部から通し、そこから栄養分を補給する」という比較的単純な内容である。「あなたはそういうようにされますか」という質問に対し、内容に沿った返答が得られた。「いやです」、「先生にお任せするしかないですね」など内容に相応した返答が得られたことは、その内容が理解できたという証拠といえる。そして8割を超える患者が「やりたくない」と答えた。この8割という数値は、国民の意識調査などで示された、積極的に延命治療を「希望しない」とする率と奇しくも一致する。厳密には、同じ人が、若い時には延命を希望せず、認知症に罹患した後に意思を変更する可能性があるかもしれない。また死の直前に意向を変更する可能性もないわけではない。そういった意味では本研究には限界が存在する。限界は存在するが、8割が胃ろうを拒否しているという率の高さと、ごく一般的なように胃ろうが行われているこの現実とは、大きなギャップがあると考えざるを得ない。

意思を決定するということは、理性に基づき何が得で何が損かといった費用便益分析に基づくものばかりではない。前述したように、意思決定に際して情動の持つ大きな役割が明らかとなってきた。道徳心や、論理的な議論の対象とされる公正さなどについても、脳内の情動反応がその判断の基準となっている可能性がある（坂井, 2008）。特に即応の意思決定が求められる場合の情動の役割は大きい。その際に重要なのは脳に記憶された過去の記憶と経験である。

われわれは自らを取り巻く外部世界を正確に把握できていると考えている。しかし、この世界の理解

も実は脳という臓器を通しての理解でしかありえない。われわれは世界を、実際に見るもの、聞くもの、触れるもので構成されていると考えているが、実際には認知心理学者コスリン (2006) の言うように、われわれは世界を脳に蓄えられた過去の経験と記憶で作りに上げている。人は自分を取り巻く世界を、言葉やイメージを用いてカテゴリー化し脳に記憶する以上、外的世界の把握には限界が存在する。

認知症者は過去の経験と記憶に基づいて直感的に胃ろうを拒否している。「あなたはそうされますか」という質問に直面して、過去の不快な情動を伴ったイメージが想起され、即座に「それはいやだ」という意思決定がなされた。認知症者の外部世界の認識は不完全なものではあるが、人が行う外界の把握にも限界が存在しているものであり、外的世界を過去の記憶と経験によって作り上げている点では通底している。意思決定を行う際に重要なのは自らの過去の経験と記憶であり、個人の歴史ともいえるそれらに基づくものである以上、認知症者の胃ろう拒否の反応は意思表示として有効であり、最大限の配慮を行うべきものではないだろうか。

5. 結 語

認知症患者が胃ろうを拒否した場合、その反応は意思決定として有効であり、その判断を尊重し可能な限り優先すべきであることを、医学的・倫理的・哲学的根拠に基づいて論じた。

動物が環境中の刺激をその生存維持において、有益あるいは有害と区別するときには必ず情動を伴っている。私たち人においても情動は、嫌悪、恐怖や喜びとして経験され、表情やしぐさに現れる。環境刺激の意味は、その生物の過去の経験と記憶により決定され、その記憶はしばしば意識にあがらずに認知的無意識として保持される。認知症高齢者の胃ろう拒否は、過去の経験と記憶に基づく情動により促進された意思表示と解釈できる。

認知症者に直接胃ろうの意向を聞く、ということはすぐにでも実行が可能なことでもある。その質問は理解され、その上で患者自身の大切な真意をわれ

われは聞きとることができる。それは家族などによる代理決定との溝を埋める重要な手掛かりとなる。認知症高齢者の意思を大切に考え、高齢者の本心に沿った医療を行っていきたいと考える。

文 献

- 会田薫子 (2011) 延命治療と臨床現場 東京大学出版会, 東京
- Alexander RD, Sherman PW (1977) Local mate competition and parental investment in social insects. *Science* 196 : 494-500
- アントニオ・R・ダマシオ (2010) デカルトの誤り (田中三彦訳) ちくま学術文庫, 東京
- 朝日新聞 (2010) 『ぼっくり逝きたい 長寿化「苦しまず迷惑かけず」祈願ツアー人気』(2010年12月1日号夕刊)
- Bechara A, Tranel D, Damasio H, Adolphs R, Rockland C, Damasio AR (1995) Double dissociation of conditioning and declarative knowledge relative to the amygdala and hippocampus in humans. *Science* 269 : 1115-1118
- Damasio AR (2003) *Looking for Spinoza : Joy, Sorrow, and the Feeling Brain.* Mariner Books, Florida
- デカルト (1997) 方法序説 (谷川多佳子訳) 岩波文庫, 東京
- Dharmarajan TS, Unnikrishnan D, Pitchumoni CS (2001) Percutaneous endoscopic gastrostomy and outcome in dementia. *Am J Gastroenterol* 96 : 2556-2563
- 江崎一朗 (1998) パターナリズム—概念の説明—, 生命倫理学を学ぶ人のために (加藤尚武, 加茂直樹 編) 65-73, 世界思想社, 京都
- Finucane TE, Christmas C, Travis K (1999) Tube feeding in patients with advanced dementia : a review of the evidence. *JAMA* 282 : 1365-1370
- Gillick MR (2000) Rethinking the role of tube feeding in patients with advanced dementia. *N Engl J Med* 342 : 206-210
- 法務省民事局参事官室 (1998) 「成年後見制度の改正に関する要綱案補足説明」
- 岩志和一郎 (2004) 成年後見制度と医療行為の代諾についてリビングウィル. 日本尊厳死協会 (2004年9月30日号)
- ジョナサン・コール (2011) 顔の科学 (茂木健一郎, 恩蔵 絢子訳) PHP 研究所, 東京
- Kosslyn SM, Thompson WL, Ganis G (2006) *The Case for Mental Imagery.* Oxford University Press, London
- Lakoff G, Johnson M (1999) *Philosophy in the Flesh.* Basic Books, New York

- 松下 哲, 稲松孝思, 橋本 肇, 高橋龍太郎, 高橋忠雄, 森真由美, 木田厚瑞, 小沢利男 (1999) 終末期のケアに関する外来高齢患者の意識調査. 日老医誌 36: 45-51
- 宮本玲子, 岩本喜久子, 宮本顕二 (2011) 認知症患者の胃瘻造設—諸外国の現状と我が国の将来—. *Dementia Japan* 25: 296
- 水野 肇 (1990) インフォームド・コンセント 中公新書, 東京
- 内閣府 (2007) 高齢者の健康に関する意識調査
- 日本尊厳死協会 (2012) 協会ホームページ (<http://www.songenshi-kyokai.com/>) より
- 坂井克之 (2008) 心の脳科学 中公新書, 東京
- Seckler AB, Meier DE, Mulvihill M, Paris BE (1991) Substituted judgment: how accurate are proxy predictions? *Ann Intern Med* 15: 92-98
- 清水哲郎, 会田薫子 (2011) 高齢者ケアと人工栄養を考える 本人・家族のために 日本学術振興会平成 23 年度科学研究費補助金 基盤研究 (A) (「高齢者ケアと人工栄養を考える—本人と家族の意思決定プロセスノート」は http://www.l.u-tokyo.ac.jp/dls/cleth/ahn/pdf/processnote_all.pdf よりダウンロード可能)
- 樽井正義 (1996) 人格とはだれのことか, カントと生命倫理 (土山秀夫, 井上義彦, 平田俊博 編著) 49-64, 晃洋書房, 京都

Responses of the elderly with dementia to suggestion of gastrostomy

Kazuhiro Niizato¹⁾, Gen Ohi²⁾

¹⁾Department of Psychiatry, Tokyo Metropolitan Matsuzawa Hospital

²⁾Professor Emeritus of the University of Tokyo

More than 560,000 patients in Japan are currently placed with percutaneous endoscopic gastroscopy (PEG), a controversial treatment for the elderly with advanced dementia. As their preference for PEG installment seems routinely ignored, we asked 70 demented elderly (29 males, 41 females; 37 Alzheimer's Disease, 11 vascular dementia, 22 other types; MMSE 17.7 points; HDS-R 14.3 points) if they would have gastrostomy installed as a life-prolonging measure. Eighty % promptly rejected the idea with frequent shows of disgust and the remaining 20% were unable to answer. None responded affirmatively. Their instant and emotional rejections may represent activation of a prior emotional experience in comparable situations. We believe that asking the intent of the demented elderly regarding initiating gastrostomy is an ethically valid and practical precaution to avert the controversial issue.

Address correspondence to Dr. Kazuhiro Niizato, Department of Psychiatry, Tokyo Metropolitan Matsuzawa Hospital (2-1-1 Kamikitazawa, Setagaya-ku, Tokyo 156-0057, Japan)