

〈研究ノート〉

# 胃瘻造設に関して代理意思決定した家族の 意思決定プロセスに関する研究（第1報） —— 先行研究から読み取れる論点とその分析 ——

本庄 香織, 高橋 学

Decision-making Process of an Elderly Patient's Family  
Who Decides on a Treatment Policy: Issues and Analyses  
That Can Be Learned from Previous Studies

Kaori HONJO, Manabu TAKAHASHI

## 1. 背景

我が国の高齢者数は、図1に示すように急速な増加を遂げている。総人口に占める65歳以上の高齢者（以下「高齢者」）人口の割合は、1985年に10%、20年後の2005年に20%を越え、その8年後の2013年に25.0%となり、初めて4人に1人が高齢者となった。

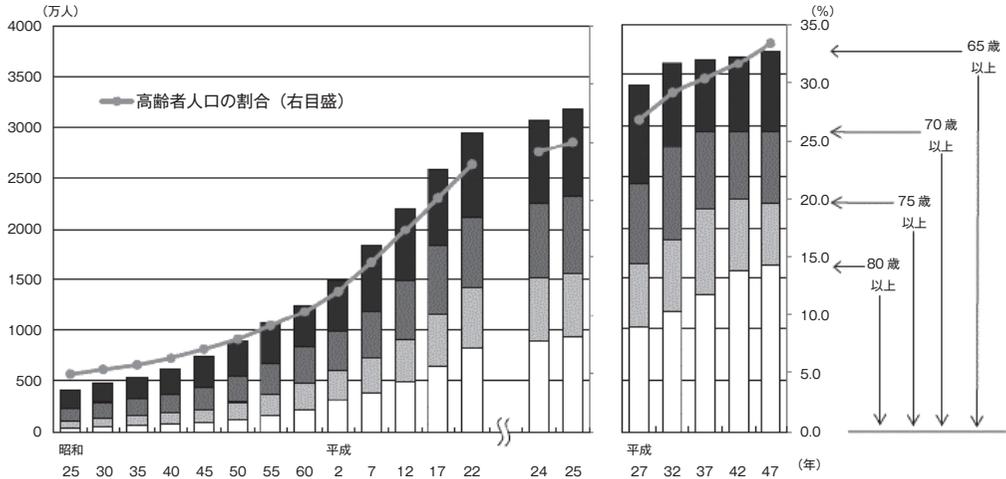
高齢者は加齢と共に、認知症や脳血管障害、脱水、発熱などの疾患にかかる割合が増加する。それらの一部の人達には判断能力が永続的または一過性に失われ、医療の現場において、治療方針を自らが決められない状況になることが少なくない。そして、判断能力が永続的または一時的に失われた高齢者が摂食困難となった時に、胃瘻造設に関して誰がどのような目的と過程で意思決定するのかという問題が浮上する。さらに、近年、この胃瘻造設については、延命と治療に対する是非や個人の尊厳という問題も含む社会的な議論でもある。

いくつかの欠点がありながらも利点の多い胃瘻は、日本静脈経腸栄養学会が2013年に出したガイドラインにおいて、「長期経腸栄養法の第一選

択となっている。4週間以上の長期にわたる経腸栄養を施行する場合はPEG（経皮内視鏡的胃瘻造設術）の適応であり、PEGを選択することを推奨」（日本静脈経腸栄養学会2013:17）されている。このように胃瘻は、長期管理に優れ、第一選択として推奨されている一方で、高齢者の意思決定の問題が浮上してきた。

実際には、胃瘻造設に対する高齢患者本人の同意について、医療経済機構（2013）による報告では「とらなかつた、とれなかつた」割合が54.3%とし、また、奥山、三上ほか（2014）も、胃瘻造設時の造設者に「判断能力はなかつた」とする割合が52.2%と報告している。従って、胃瘻造設時に高齢者本人の意思が介入しない割合が過半数を超えているという現状がある。このことは、医療倫理の4原則の一つである自律尊重原則に反する。

本来医療には、医療倫理の4原則が存在する。その4原則とは、『自律的な患者の意思決定を尊重せよ』という自律尊重原則、『患者に危害を及ぼすのを避けよ』という無危害原則、『患者に利益をもたらせ』という善行原則、『利益と負担を



資料：昭和 25 年～平成 22 年は「国勢調査」、平成 24 年及び 25 年は「人口推計」、平成 27 年以降は「日本の将来推計人口（平成 24 年 1 月推計）」出生（中位）死亡（中位）推計（国立社会保障・人口問題研究所）から作成（注）平成 24 年及び 25 年は 9 月 15 日現在、その他の年は 10 月 1 日現在

図 1 高齢者人口及び割合の推移  
総務省統計局（2013）

公平に分配せよ』という正義原則からなる」（水野 2005：53-54）。この医療倫理の 4 原則の中でも、判断能力が失われた高齢者が摂食困難となった時に、胃瘻造設に関する自己決定の問題において、とりわけ議論となるのは自律性尊重原則であると考えている。医療の場において Ruth R Faden, Tom L Beauchamp (1986) による「自律性」の説明では、「よくわきまえてみずからを統治しながら、他人による支配的干渉と、個人の選択を妨げるような制約から自由を保つことである」（Ruth R Faden, Tom L Beauchamp 1986=1994：8）としている。さらに、「自律的であることと、自律性を尊重されることは別」とし、「自律的行為者の尊重とは、その人の能力とももの見方を尊重し、また個人的価値観と信念にもとづいた見解をもち、選択をし、行動する権利をもつことを認めることである」（同）と述べた。このように、Ruth R Faden, Tom L Beauchamp は、自律的であることと、自律を尊重することの違いを提示し、自分で治療方針を決めることと周囲がそれを尊重することの重要性を示した。このことは、摂

食困難となった高齢者に対しても同様のことが言えよう。食事が摂れなくなった際に、自身の栄養方針について自律的に決定すること、また、判断能力が失われていたとしても、家族や関係者が自律を尊重しようとすることは重要であると考えている。だが、胃瘻造設時に高齢者本人の意思が介入しない現状があることは先に述べた通りである。臨床現場では、高齢者に対して胃瘻を造設するか否か、本人の意思が介入していない現状があり、倫理的な問題が生じているのである。

## 2. 研究目的

本研究では、胃瘻造設に関する意思決定の先行研究からこの問題を分析し、論点を挙げる。その論点とは、①「高齢患者に対する意思の確認と代理意思決定をする者のあり方」、②「胃瘻造設に対する諸外国の対応と終末期医療に対する我が国の傾向」、③「胃瘻造設におけるインフォームド・コンセントとその背景」である。そこから現状で、何が明らかになっており、どのようなことが課題となっているのかを明確にすることを本研

表1 胃瘻造設における意思決定プロセスに関する論文の検索結果

医中誌：意思（意志）決定プロセス	2011	2012	2013	2014	2015	2016	計
胃瘻・意思決定・プロセス	1	3		1		1	6
胃瘻・意志決定・プロセス	1	2		1			4
胃瘻造設・意思決定・プロセス	2	4	1	1	2	2	12
胃瘻造設・意志決定・プロセス	2	3	1	1	2		9
PEG・意思決定・プロセス	2	3	1	1	2	2	11
PEG・意志決定・プロセス	2	2	1	1	2		8
経管栄養・意思決定・プロセス	2	3	1	1	1	1	9
経管栄養・意志決定・プロセス	2	3	1	1	1		8

究の目的とする。そして、浮き彫りとされた課題に対し、さまざまな立場の者の見解を論じる。

### 3. 本研究の意義

胃瘻は延命か、人間の基本的ケアか、また、胃瘻をすることで、生命の尊厳は守られるのかといった胃瘻の是非を問う議論がなされている。しかし、この課題については、まだ研究し尽くされていない未達の領域である。本研究では、胃瘻造設に対する代理意思決定プロセスの未達の研究テーマを明らかにし、多角的に分析することに意義がある。

### 4. 調査対象

調査対象は胃瘻造設における意思決定プロセスに関する論文である。

### 5. 調査方法

検索の方法は、医学中央雑誌を用いて、「胃瘻（胃瘻／胃瘻造設／PEG／経管栄養）」、「意思決定（意思決定／意志決定）」、「プロセス」の3つのワードで検索し、本文が記載されている論文とする。その中から解説や特集、症例報告、重複しているものを除き、胃瘻造設における意思決定プロセスに関する原著論文として記載されているものを抽出する。

## 6. 結果と分析, 考察

検索した結果、「経管栄養を導入した在宅要介護者の家族介護者の思い—インタビューを通して家族による代理意思決定のあり方を考える」（柘宜2011）、「重度認知症高齢者の代理意思決定において胃瘻造設を選択した家族がたどる心理的プロセス」（相場、小泉2011）、「誤嚥性肺炎のため胃ろう造設をおこなった高齢者家族の意思決定プロセス」（加藤、梶谷ほか2011）、「介護老人福祉施設入所高齢者の胃瘻造設における家族の代理意思決定プロセス」（加藤、原2012）の4件が該当した。これらは全て2011年以降に作成されたもので、それ以前に作成された論文は該当しなかった（表1）。

### 6-1 分析①：胃瘻に関して浮上してきた「想定されていなかった問題」の文献的整理

経皮内視鏡的胃瘻造設術（以下、PEG）は、「日本では、1990年代後半から全国的に広まった」（会田2011：151）ものである。高齢患者に対する胃瘻造設に関する文献項目では、「我が国において、胃瘻造設が普及し始めた2000年頃は、『方法』に関する文献が最も多く、次いで、『管理』や『合併症』など（略）2000年代後半になると、『方法』よりも『管理』や『倫理』、『合併症』に関する論文の方が多くなる」（中村2015）と報告されている（図2）。つまり、日本でPEGが広ま

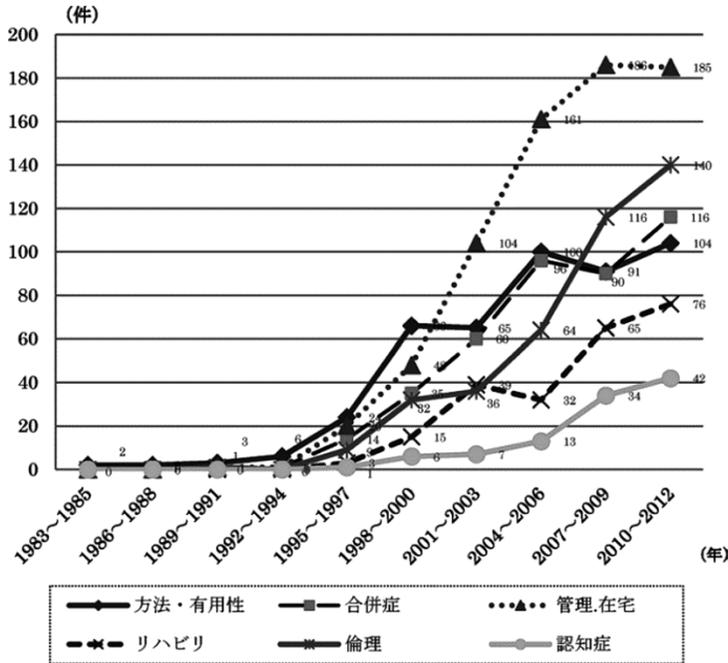


図2 胃瘻文献項目別推移

中村 (2015)

った当初は、「方法・有用性」や「管理・在宅」に言及した論文が盛んに発表されていたものの、PEGが普及して10年以上が経過し、胃瘻管理が長期化するにつれて「管理・在宅」や「倫理」などにも関心が向くようになったのである。これは、PEGが開発された当初は想定されていなかった問題が、時間の経過とともに浮上してきたからである。その「想定されていなかった問題」について、抽出した4件の先行研究をもとに、論点を挙げる。

論点①「高齢患者に対する意思の確認と代理意思決定をする者のあり方」

4つの先行研究では、高齢患者本人による意思決定が行われていないことが共通していた。医療倫理で述べられている自律尊重原則を重んじるのであれば、胃瘻造設に対して当事者自身が希望または同意していなければ、造設には至らないことになる。しかし、高齢患者の判断能力・同意能力

が障害を受ける疾患は、誤嚥性肺炎や認知症など胃瘻造設をするきっかけとなる疾患（医療経済研究機構2013）（図3）と一致しており、胃瘻造設時に高齢患者の意思の介入が困難になる状況に陥りやすい（医療経済研究機構2013、奥山、三上ほか2014）。また、インフォームド・コンセントでは同意能力に対する判断基準について、医学や法学などの分野においても明確に定められておらず（丸山2012、小賀野2014、日本弁護士連合会2011）、評価が難しいことがわかる。従って、胃瘻造設に対する自律的な決定を尊重するためには、高齢患者が判断能力を維持している段階から希望を聞き取る必要がある。そのためにも、事前指示の重要性が謳われているが、その作成は広まっていない（橋本2000、島田、中里ほか2015）。このような現状が、家族が胃瘻造設を迷う一つの要因となっている。

次に、代理意思決定者をどのように位置づけるか、である。先行研究ではどれも、家族が代理意

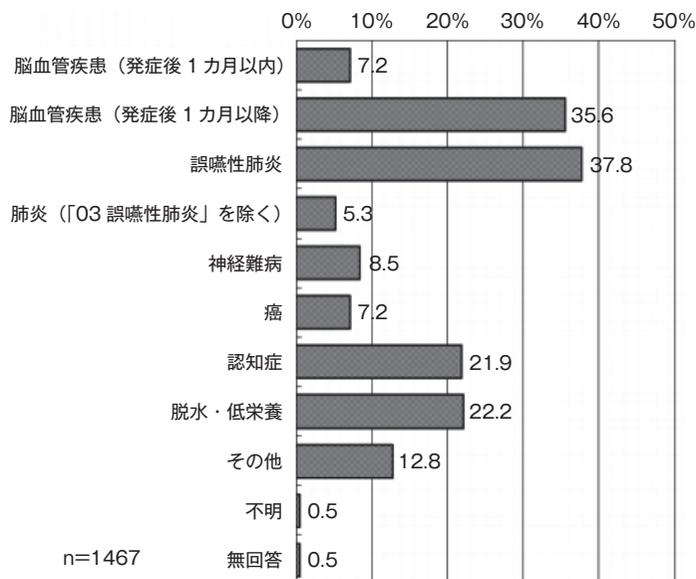


図3 胃瘻造設の原因となった疾患  
医療経済研究機構（2013）

思決定者となっていた（祢宜2011, 相場・小泉2011, 加藤, 梶谷ほか2011, 加藤, 原2012）が, 国内の学会などでは, 家族を親族のみと定義していない（厚生労働省2007, 日本医師会2008, 日本集中治療医学会・日本救急医学会・日本循環器学会2014）。つまり, 代理意思決定者とは, 必ずしも親族のみの家族に限ったものではなく, その立場は共通認識として明確には定められていない。

さらに, 家族法の成年後見では, 成年後見人であっても, 本人の代理で医療について同意できる権限はない（高村2000）。従って, 法的に認められた存在であっても, 本人の代わりに胃瘻造設について意思決定する権限がないということは, それだけ慎重に議論すべき問題の一つであることがわかる。

#### 論点②「胃瘻造設に対する諸外国の対応と終末期医療に対する我が国の傾向」

先行研究では共通して, 高齢患者が胃瘻造設前に経口摂取が困難となる事態が起こった時, 家族はそれを直ぐには受けとめられない感情を抱いて

いた（祢宜2011, 相場, 小泉2011, 加藤, 梶谷ほか2011, 加藤, 原2012）。ここで慎重に検討したいことは, こうした高齢者の命の危機に瀕した時, 生命の尊重をどのように捉えるかということである。これについて, 国外の動きに目を向ける。

会田は諸外国の学会などのガイドラインを次のように紹介している。米国老年医学会では, 「人工的な栄養投与はほとんどの症例において患者のためにならない。(略)死を間近にした患者は空腹やのどの渇きを覚えない」(会田2011:160)とし, 欧州臨床栄養代謝学会のガイドラインでは, 「胃瘻栄養法は誤嚥性肺炎や褥創の発生を減少させ, 患者のQOLを改善するという医学的根拠はない」(同)と述べている。アルツハイマーズオーストラリア(豪アルツハイマー協会)では, 「経管栄養法は多くの合併症の原因となる。誤嚥性肺炎は, 経管栄養法を受けていない患者よりも受けている患者で多く発生しているという研究報告もある。延命効果もないという研究報告もある」(会田2010)と述べている。これらのことから胃瘻などの経管栄養が, 諸外国においては高齢者に

表2 「AHNを施行しない選択肢」提示の困難さ

医師と患者家族の 心理的安寧	患者家族の感情・ 意向への応答	法制度関連問題	慢性疾患の特徴
<ul style="list-style-type: none"> <li>・餓死忌避</li> <li>・見殺し感回避</li> <li>・死なせる決断の重さ</li> <li>・何もしないことの困難さ</li> <li>・別居家族・親戚問題</li> <li>・問題先送り体質</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・家族にとっての存在の価値、家族の支え、年金収入</li> <li>・延命は家族のため</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・触法懸念、現行刑法の枠組み</li> <li>・意思決定代理人制度の欠如、意見対立あれば医師は保守的に</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・終末期の定義の不明確性</li> <li>・医学的判断の難しさ</li> </ul>

会田 (2011: 175) より作成

推奨されていないことが基盤にあるとがわかる (会田 2011, 医療経済研究機構 2014)。

しかし、我が国では、「家族の意向と影響力は絶大であり、特に終末期の意思決定では、医療者の関心は、本人の所在よりも家族の意向に沿うことに向かっている」(会田 2010)。つまり、当事者よりも家族の意向が尊重される文化的背景がある (渡辺 2014, 葛原 2012)。こうしたことから、本邦と諸外国では胃瘻造設に関する見解に差が生じている。また、我が国の終末期や老衰に対する判断において、はっきりとした定義は定められていない (斎藤 2002, 立岩 2012, 今永 2014)。このような中で、高齢者が経口摂取困難となった時に、家族は胃瘻造設を生命の尊重とどのように結びつけるか、といった課題に直面しているのである。

### 論点③「胃瘻造設におけるインフォームド・コンセントとその背景」

先行研究では、胃瘻造設に関する医師の説明内容にばらつきがみられた (称宜 2011, 相場, 小泉 2011, 加藤, 梶谷ほか 2011, 加藤, 原 2012)。特に胃瘻を造設している病院の医師は、造設後の生活にまで言及して説明していることが多くないことが明らかとされている (医療経済研究機構 2013, 中村, 岡村 2013)。会田 (2011) によると、「AHN (人工的水分・栄養補給法) を施行しない選択肢」を提示することの困難さを「医師と患者家族の心

理的安寧」「患者家族の感情、意向への応答」「法制度関連問題」「慢性疾患の特徴」の4つの要因 (表2) にあると報告している (会田 2011: 174-175)。

その一方で、食事が摂れなくなることはごく自然なこととして捉えるといった考え方があること (石飛 2010, 中村 2012) や胃瘻をすることが必ずしも家族の支えになるとは限らない (斎藤 2002, 片桐, 服部ほか 2015) といった反論があることが明らかになっている。

加えて、インフォームド・コンセントには在院日数の短縮化や診療報酬制度の改正、内視鏡的胃瘻造設術の保険点数の変動などの医療システムが影響を与えているということが指摘されている (鈴木 2014, 木村, 大野ほか 2015, 宮本, 宮本 2015)。このような背景のなかで医師は、患者、家族への胃瘻造設に関するインフォームド・コンセントを行っているのである。

### 6-2 考察①胃瘻造設に関する想定されていなかった問題の抽出

抽出した論文をもとに、「PEGが開発された当初は想定されていなかった問題」として上述するような論点を述べた。それは、自律的な決定を尊重するに不可欠な高齢者などが判断能力を有する時点での確認すべき意思の事前指示の重要性が広く認識されていないことである。

また、本人に判断能力が欠ける状況で誰が代理意思決定をすることが望ましいのか、その範囲は誰をもって決定することが出来るのかその根拠が曖昧である。

さらに代理意思決定する者にとっても、医師のインフォームド・コンセントには医療制度の影響を受け、判断に十分な時間が担保されていない現状が明らかになった。

以上のような課題が胃瘻を造設した高齢患者の代理意思決定プロセスを対象とした先行研究から抽出されているものの、胃瘻造設をしない選択をした高齢患者の代理意思決定プロセスに関与する要因については触れられていないことが明らかとなった。

### 6-3 分析②：胃瘻造設しないことに関する見解の文献的整理

胃瘻を造設しないことには、どのような意味があるのかを胃瘻造設を巡る様々な議論をもとに、次に論じる。胃瘻を造設することに対する見解は、立場によって異なっている。ここでは、次のような理由から3つの立場の者を取り上げる。まず、臨床場面で直に患者を診てきた経験のある医師である。次に、本研究と最も関連が深いガイドラインである「高齢者ケアの意思決定プロセスに関するガイドライン 人工的水分・栄養補給の導入を中心として」を作成した哲学（倫理学）者である。最後に、前者の考えに異論を唱えている社会学者である。

#### 論点①「医師の見解」

元血管外科医である石飛は、「老衰のため体に限界がきて、徐々に食が細くなって、ついに眠って静かに最期を迎えようとしているのを、どうして揺り起こして、無理やり食べなさいと口を開けさせることができますでしょうか」（石飛2010：202）と述べている。また、元内科医である中村は、

「無理やり生かされている方も、気の毒の極みという外ありません」（中村2012：68）と述べている。さらに、意識もうろうとした状態で、人工的に栄養を補給しながら何年もひとりで過ごす高齢者の現実を目の当たりにしてきた元心臓血管外科医である田中は、そのような状態で生き続けることは本人の尊厳を冒すと捉えていた（田中2010）。

他方、在宅医療に従事する長尾（2012）は、胃瘻には「ハッピーな胃ろう」と「アンハッピーな胃ろう」があるとし、『「ハッピーな胃ろう」とは、生きて楽しむための胃瘻のことです。胃瘻で食べられるようになる、元気になる、じょく瘡が治る、本人もご家族も笑顔になる。それがハッピーな胃ろうです。いっぽう、『アンハッピーな胃ろう』とは、ご本人の意識がなくなるか、意思表示ができなくなった植物状態での胃ろうをイメージします。もともと本人がそれを望んでいたなら、そのような姿でも生きていたいと希望されていたのなら、それは『ハッピーな胃ろう』です。しかしそんな延命措置を望まない旨の意思表示をしていれば、明らかに本人の尊厳を損ねている胃ろうであろうから、『アンハッピーな胃ろう』と映ります」（長尾2012：121-122）と述べている。つまり、胃瘻は使い方次第で、肯定的にも、否定的にも捉えることができると主張している。

即ち、臨床現場で患者を診てきた立場にある医師達は、静かに最期を迎えようとしている高齢者に対し、無理に栄養を与えたり、胃瘻を造設したりすることを是認していない。なぜなら、医師達は、意識もうろうとした状態で、人工的に栄養を補給しながら何年もひとりで過ごす高齢者の現実を目の当たりにし、そのような状態で生き続けることは本人の尊厳を冒すと捉えているからである。

#### 論点②「哲学（倫理学）者の見解」

ここでは、日本老年医学会のワーキンググループ

プにて「高齢者ケアの意思決定プロセスに関するガイドライン 人工的水分・栄養補給の導入を中心として」(2012)を公表した会田・清水を取り上げる。

医療現場における生と死について、臨床死生学の立場から清水(2011)は、「最期の生を『尊厳をもって』生きられるように、というのは、まさに終末期ケアの目標を表すことばに他ならない」(清水2011:675)とし、ケア従事者は「『尊厳を回復するために、私たちにできることはないか?』と考えることから始めるべき」(同:676)だと述べている。

また、同じく臨床死生学の立場から会田(2010)は、最期の期間を引き延ばす医療行為を不要、あるいは拒否したり、最期の日々を自分らしく生きることが好ましいと考えるなど、患者の多様な価値判断と意思をどう尊重するか、そのために医療者が何を知り、どのような姿勢を取ることが必要か、「多様な選択肢を支える社会的な仕組みをどのように作るかが、現在の日本に求められている」(会田2010:2557)と述べている。

彼らは、「臨床現場で倫理的に適切な意思決定に至る際に必要なのは、倫理的な姿勢と適切な状況判断である。(略)本人の最善をめぐる関係者が悩みながらも共有しながら一緒に考えることが一層重要である。そうしたコミュニケーション・プロセスが意思決定の倫理的妥当性を担保すると考える」(会田、清水2013)と主張している。このことは、胃瘻造設に関しても同様のことが言える。つまり、胃瘻を造設するか否かに関しては、関係者間のコミュニケーション・プロセスが不可欠であるということだ。では、実際にはこのコミュニケーション・プロセスが代理意思決定をするにあたり、どのような影響を与えているのだろうか。

### 論点③「社会学者の見解」

社会学者である立岩は、「尊厳死は自然に結びつけられるものでもある。(略)つまり、『自然な死』がよいものとされ、これが『人工的な延命』に対置される」(立岩2008:53)と述べている。続けて、「『たんなる延命』のどこがわるい、と言いたいところもある。それがそんなによいものであると言いたいのではない。ただすくなくとも、意識もなく苦痛もないのであれば、それは、その人自身にとって、わるいものではない。よくないことがあるとすれば、それは周囲の人にとってやっかいであるということ、ただそのことだけである」(立岩2012:27)と述べている。つまり、「人工的な延命」に対して、それによる不利益は当事者ではなく、周囲の人に起きていると主張している。

さらに立岩は、「『胃ろう』はこのごろ最初からよろしくないものであるかのように言われることがあるのだが、それもすこし冷静に考えたらよい。ほとんど運動がない人に多くの栄養はいらない。それを過剰に供給すれば、身体がおかしくなる。その調整は微妙だが可能であり、それをきちんと行わないと本人にとって苦しいことにもなる。それはやめた方がよい。しかしそれはその『措置』を行わない方がよいことを意味しない」(同:20)と述べている。このように当事者へ胃瘻からの過度な栄養による負担が起ることと、胃瘻を「措置」しないことは別であると主張している。

### 6-4 考察②：胃瘻造設しないことに関する学際的見解

医師・哲学(倫理学)者・哲学者の見解では、特に「延命」や「尊厳」といったキーワードが共通して挙げられていた。したがって、この2つの言葉から胃瘻造設について考察する。

まず、「延命」と胃瘻造設について論じる。そ

もそも延命とは、「改善。治癒の見込みのない患者に、生命の延長を目的として行われる医療である」（橋本2000:202）。我が国には、「戦争で多くの命が失われたことの反動からか、国民の間には命の質よりも長さを尊ぶ延命至上主義がある」（宮本、宮本2015:74）。さらに、「行き過ぎた延命至上主義が、高齢者医療に影を落としている」（石飛2010:196）とも言われている。このことから、我が国には、命の質よりも長さを尊ぶ延命至上主義があり、その思考は高齢者医療においても用いられていることがわかる。高齢者や認知症終末期患者に対する胃瘻は、水分や栄養を過剰に投与することで逆効果になる場合がある（橋本2000）。そのため、国内だけでなく、諸外国においても推奨されていないといった見解がある（会田2011、医療経済研究機構2014）。

だが、こうした胃瘻により生命予後や生活自立度の改善が見られたという研究結果（鈴木2011）もあり、必ずしも否定されるべきことではないとも捉えられる。

またその一方、神経難病の患者に対する胃瘻は、福祉用具であり、食事形態の一つとして認識されている（橋本2000、長尾2012、中村2012）。つまり、胃瘻は延命治療ではなく、人間の義務として捉えられているのである。

他方、高齢者や認知症患者が脳血管疾患を発症した場合、一時的に造設された胃瘻が、抜去するための十分なリハビリテーションが行われず、そのままの状態維持されるケースもある（橋本2000、長尾2012）。

こうしたことから、胃瘻を造設する目的が、治療のためなのか、基本的ケアのためなのか、延命のためなのか、線引きが不明確になっているのである。

次に、「尊厳」と胃瘻造設について論じる。尊厳とは「価値あるもの、崇高、尊敬、高潔、高位という概念、要するに卓越性や徳の概念」（Jona-

than D Moreno 1995=1997:277）である。つまり、生命の尊厳は、「生きているもの」「生命そのものが尊敬に値するために、尊重されるべきもの」であると捉える（James Rachels 1986, Jonathan D Moreno 1995）。

しかし、パーソン論では、感情や情報反応がなく、自分で働くこともできない人間はパーソンではないため、存在する権利をもっていない、とされている（森岡1988）。このパーソン論を代理意思決定が必要な高齢者に当てはめた場合、すべての自己決定ができない寝たきりの高齢者が生存する権利を持たないとされてしまうだろう。そして、生存する権利を持たないのであれば、生きていくために栄養を取り込む手段としての胃瘻を造設する必要もない。これは、先に述べた「生命そのもの」を尊厳とする考え方と真逆の理論である。

ここでさらに、高齢者が食事を摂取するという観点から、尊厳について考えていく。高齢者の「死」に対する日常生活での態度を調査した橋本、中村ほか（1993）は、「食事は楽しみか、おいしいものに興味があるか」という質問については、中等度痴呆患者が、どちらでもないと答えた以外、大多数が楽しみで興味があると答えている。『死』に対して忌避感や恐怖感を示さず、『死』を受け入れている70歳代以降の高齢者においても、結果は同じである」（橋本、中村ほか1993）と報告している。また、高齢者を対象に「食」に対する意識及びその実態について調査した藤田（2006）も「日常生活の過ごし方は、テレビを見たり、新聞・雑誌を読んだりなどの室内で過ごす時間が多いようであった。これは、加齢とともに身体機能の低下が日常生活動作に影響を及ぼしていることがいえる。そのような利用者の日常生活における楽しみは、食事や人との会話であった」（藤田2006）と報告している。つまり、高齢者にとって口から食べることは、喜びや家族、

文化、価値観、人生の思い出といった様々な意味が込められており、経口摂取を維持することには、尊厳のある生にも繋がると考えられる(金谷2003, 奈倉2006, 浅見2014)。すなわち、食べることが難しくなった高齢者に対し、生命の尊厳を守るために胃瘻をした場合、食べる意味が失われる。

一方、介護をする家族には、食形態の調整や食事時間、食介助などの負荷がかかっており、胃瘻を造設することで介護の負担が軽減する側面もある(岡澤, 菊谷ほか2016, 榎, 長谷川ほか2013)。このような状況においても、胃瘻を造設する選択は、生命の尊厳を冒すことになるのだろうか。

このように高齢者にとっての尊厳を捉えた時、胃瘻は尊厳を守るものなのか、冒すものなのかといった問いが生じる。つまり、食べることが難しくなった高齢者を論じる上で、胃瘻を造設するか、否かを検討することに意義を持つのである。

## 7. 結論

高齢患者の胃瘻造設に対する意思決定プロセスの研究は、意思決定能力の判断基準や代理意思決定者の定義の曖昧さ(丸山2012, 小賀野2014, 日本弁護士連合会2011)、終末期医療に対する我が国の傾向(斎藤2002, 立岩2012, 今永2014)、人工栄養を施行しない選択肢を提示する医師の困難さ(会田2011, 鈴木2014, 木村, 大野ほか2015, 宮本, 宮本2015)等が指摘されていた。

また、医師・哲学(倫理学)者・社会学者からの見解では、共通して「尊厳」や「延命」といったキーワードが挙げられていた(石飛2010, 田中2010, 会田2010, 清水2011, 立岩2008)。そこから、胃瘻を造設することの目的が、治療のためなのか、基本的ケアのためなのか、延命のためなのか、線引きが不明確であったり(橋本2000, 長尾2012, 中村2012)、高齢者にとっての尊厳を捉えた時、胃瘻は尊厳を守るものなのか、冒すものなの

かといった問いが生じたり(浅見2014, 岡澤, 菊谷ほか2016)していることが明らかとなった。

しかし、そうした先行研究では、胃瘻を造設した高齢患者の代理意思決定プロセスについては研究がなされているものの、胃瘻を造設しない選択をした高齢患者の家族が、決断を下すまでの実態が、日本においては十分に明らかとされていない。つまり、高齢患者の家族が胃瘻を造設しない選択をする場面に遭遇した時、どのような経過を辿り、何を要因に胃瘻を造設しない決断を下したのか、そのプロセスは明らかとなっていないのである。今後は、先行研究で指摘された課題が、胃瘻をする選択、しない選択に対し、どのような要因が影響を与えているのか、向き合い、さらなる知見を深めて、未達の課題を明らかにする必要がある。

## 参考・引用文献

- 相場健一, 小泉美佐子(2011) 重度認知症高齢者の代理意思決定において胃瘻造設を選択した家族がたどる心理的プロセス, 老年看護学, 16(1), 75-84.
- 会田薫子(2010) 医療倫理の立場から 認知症の終末期と胃瘻栄養法, Progress in Medicine, 30(10), 2555-2560.
- 会田薫子(2011) 「延命医療と臨床現場 人工呼吸器と胃ろうの医療倫理学」, 東京大学出版会.
- 会田薫子, 清水哲郎(2013) 臨床に役立つQ&A『高齢者ケアの意思決定プロセスに関するガイドライン 人工的水分・栄養補給の導入を中心として』は、どのように活かせばよいのでしょうか?, Geriatric Medicine, 51(4), 419-423.
- 浅見昇吾(2014) 食べることと柔らかな尊厳概念, コミュニケーション障害学, 31(1), 9-13.
- 今永光彦(2014) 在宅医療において、医師が死因として「老衰」と診断する思考過程に関する探索, ([http://www.zaitakuiryo-yuumizaidan.com/data/file/data1\\_20140912120859.pdf](http://www.zaitakuiryo-yuumizaidan.com/data/file/data1_20140912120859.pdf), 2017. 6. 26)
- 榎裕美, 長谷川潤, 廣瀬貴久, 井口昭久, 葛谷雅文(2013) 要介護高齢者の食事形態の別と介護者の負担

- 感との関連について，日本末病システム学会雑誌，**19**(1)，97-101.
- Ruth R. Faden, Tom L. Beauchamp (1986) *A History and Theory of Informed Consent*, Oxford University Press. (=1994, 酒井忠昭, 秦洋一共訳『インフォームド・コンセント 患者の選択』みすず書房.)
- 藤田倫子 (2006) 高齢者の「食」意識とその実態，九州保健福祉大学研究紀要，**7**，13-18.
- 橋本肇 (2000) 「高齢者医療の倫理 高齢者にどこまで医療が必要か」，中央法規.
- 橋本篤孝，中村公美，柳井美香，横内敏郎，鶴田千尋 (1993) 「死」に対する態度は加齢とともにどうかわかっていくか，老年精神医学雑誌，**4**(1)，51-58.
- 一般社団法人 日本集中治療医学会・一般社団法人 日本救急医学会・一般社団法人 日本循環器学会 (2014) 救急・集中治療における終末期医療に関するガイドライン～3学会からの提言～，(<http://www.jsicm.org/pdf/1guidelines1410.pdf>, 2017. 6. 25).
- 一般社団法人 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 人工的水分・栄養補給の導入を中心として，([http://www.jpn-geriat-soc.or.jp/info/topics/pdf/jgs\\_ahn\\_gl\\_2012.pdf](http://www.jpn-geriat-soc.or.jp/info/topics/pdf/jgs_ahn_gl_2012.pdf), 2017. 6. 25).
- 医療経済研究・社会保険福祉協会 医療経済研究機構 (2013) 「胃ろう造設及び造設後の転帰等に関する研究事業報告書：平成24年度老人保健事業推進費等補助金老人保健健康増進等事業」.
- 医療経済研究・社会保険福祉協会 医療経済研究機構 (2014) 「摂食・嚥下機能障害を有する高齢者をとりまく諸外国の状況に関する調査研究報告書：平成25年度老人保健事業推進費等補助金 老人保健健康増進等事業」.
- 石飛幸三 (2010) 「口から食べられなくなったらどうしますか「平穏死」のすすめ」，講談社.
- 金谷節子 (2003) 人は口から食べられる間は，人間としての品位と尊厳を，持って生きられる，日本味と句学会誌，**10**(2)，197-206.
- 片桐瑠里，服部紀子，佐々木晶世，菅野真奈，青木律子，叶谷由佳 (2015) 胃瘻造設高齢者の介護を行う家族の介護負担，日本健康医学会雑誌，**23**(4)，289-295.
- 加藤真紀，原祥子 (2012) 介護老人福祉施設入所高齢者の胃瘻造設における家族の代理意思決定プロセス，日本老年看護学会誌，**16**(2)，38-46.
- 加藤真紀，梶谷みゆき，伊藤智子 (2011) 誤嚥性肺炎のため胃ろう造設をおこなった高齢者家族の意思決定プロセス，島根県立大学短期大学部出雲キャンパス研究紀要，**5**，161-168.
- 葛原茂樹 (2012) 高齢者の終末期の迎え方，死生観，生命倫理—日本と西洋の違いについて，日本における神学研究，**51**，238-243.
- 葛谷雅文 (2013) 人工的水分・栄養補給の導入における問題，*Journal of Clinical Rehabilitation*，**22**(9)，853-857.
- 木村百合香，大野慶子，本庄需 (2015) 胃瘻造設時の嚥下機能評価の意義と耳鼻咽喉科医の役割 高齢者専門急性期病院の検討から，日本耳鼻咽喉科学会会報，**118**(12)，1422-1428.
- 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.mhlw.go.jp/shingi/2007/05/dl/s0521-11a.pdf>, 2017. 6. 25).
- 丸山英二 (2012) インフォームド・コンセントと法，ICUとCCU，**36**(9)，643-649.
- 宮本顕二・宮本礼子 (2015) 「欧米に寝たきり老人はいない自分で決める人生最後の医療」中央公論新社.
- 水野俊誠 (2005) 医療倫理の四原則，赤林朗編「入門・医療倫理 I」，勁草書房，53-54.
- Jonathan D. Moreno (1995) *Arguing Euthanasia: The Controversy over Mercy Killing, Assisted Suicide, and the "Right to Die"*, SIMON & SCHUSTER. (=1997, 金城千佳子訳「死ぬ権利と生かす義務 安楽死をめぐる19の見解」三田出版会.)
- 森岡正博 (1988) 「生命学への招待 バイオエシックスを超えて」，勁草書房.
- 長尾和宏 (2012) 「胃瘻という選択，しない選択「平穏死」から考える胃ろうの功と罪」，セブン&アイ出版社.
- 奈倉道隆 (2006) 心のやすらぎをもたらす 高齢者の終末期ケア，*Geriatric Medicine*，**44**(11)，1549-1551.
- 中村仁一 (2012) 「大往生したけりゃ医療とかかわるな「自然死」のすすめ」，幻冬舎新書.
- 中村享子 (2015) 本邦の高齢患者に対する胃瘻造設研究の動向に関する考察，国際医療福祉大学学会誌，**20**(1)，62-68.

- 中村享子, 岡村世里奈 (2013) 高齢で意思表示できない患者の胃瘻造設を代理決定した家族の意識調査を通して, *Community care*, **15**(3), 64-69.
- 祢宜佐統美 (2011) 経管栄養を導入した在宅要介護者の家族介護者の思い—インタビューを通して家族による代理意思決定のあり方を考える, *岐阜医療科学大学紀要*, **5**, 41-52.
- 日本弁護士連合会 (2011) 医療同意能力がない者の医療同意代行に関する法律大綱, ([http://www.nichibenren.or.jp/library/ja/opinion/report/data/111215\\_6.pdf](http://www.nichibenren.or.jp/library/ja/opinion/report/data/111215_6.pdf), 2017. 1. 8).
- 日本医師会 (2008) 終末期医療に関するガイドラインについて, ([http://dl.med.or.jp/dl-med/teireikaiken/20080227\\_1.pdf](http://dl.med.or.jp/dl-med/teireikaiken/20080227_1.pdf), 2017. 6. 25).
- 日本静脈経腸栄養学会編集 (2013) 「静脈経腸栄養ガイドライン 静脈・経腸栄養を適正に実施するためのガイドライン 第3版」, 照林社.
- 小賀野晶一 (2014) 意思決定プロセスと法的整備, *老年精神医学雑誌*, **25**(2), 170-175.
- 岡澤仁志, 菊谷武, 高橋賢晃, 田村文誉 (2016) 在宅要介護高齢者家族の介護負担と食事との関連, *老年歯科医学*, **31**(3), 354-362.
- 奥山秀樹, 三上隆浩, 木村年秀, 占部秀徳 (2014) 胃瘻の造設および転帰に関する実態調査, *老年歯科医学*, **28**(4), 352-360.
- James Rachels (1986) *The End of Life: Euthanasia and Morality*, Oxford University Press. (=1991, 加茂直樹監訳「生命の終わり—安楽死と道徳—」晃洋書房.)
- 斎藤義彦 (2002) 「死は誰のものか—高齢者の安楽死とターミナルケア」, ミネルヴァ書房.
- 島田千穂, 中里和弘, 新井和子, 会田薫子, 清水哲郎, 鶴若麻里, 石崎達郎, 高橋龍太郎 (2015) 終末期医療に関する事前の希望伝達の実態とその背景, *日本老年医学会雑誌*, **52**(1), 79-85.
- 清水哲郎 (2011) 医療現場における生と死—臨床死生学の視点— 死に至るまで希望をもって生きる, *臨床栄養*, **119**(6), 671-676.
- 総務省統計局 (2013) 高齢者の人口, (<http://www.stat.go.jp/data/topics/topi721.htm>, 2017. 1. 16).
- 鈴木裕 (2011) 認知症患者への胃瘻の適応, *日本老年医学会雑誌*, **49**(2), 126-129.
- 鈴木裕 (2014) 胃ろうをめぐる問題と診療報酬改定, *週刊医療界新聞*, 3078.
- 高村浩 (2000) 「Q & A 成年後見制度の解説」, 新日本法規.
- 田中奈保美 (2010) 「枯れるように死にたい「老衰死」ができないわけ」, 新潮社.
- 立岩真也 (2008) 「良い死」, 筑摩書房.
- 立岩真也, 有馬斉 (2012) 「生死の語り行い1 生死の語り行い」, 生活書院.
- 渡辺敏恵 (2014) 最期まで自分らしく生きるために, 樋口恵子編「自分で決める 人生の終い方 最期の医療と制度の活用」, ミネルヴァ書房.

(ほんじょう かおり 福祉社会研究専攻修了生)

(たかはし まなぶ 福祉社会研究専攻 教授)

受理年月日 平成 29 年 10 月 2 日

審査終了日 平成 29 年 12 月 12 日