

「認知症高齢者」、それは私だ

—私は精神科的治療（収容・拘束・薬漬け）は受けたくない—

大井玄さんから

（ゆき注：東京大学名誉教授・社会医学）

「えにし」のHPに建て増しされた部屋「精神医療・障害福祉の『闇』」に報告された資料を読みますと、「認知症高齢者」についての基本的誤解があるように見えます。それは、彼、彼女らが「私たちと異なった世界」に行ってしまったという認識です。そうではありません。「認知症高齢者」は私です。

認知症高齢者は精神病患者か加齢による障害者か

デンマークやスウェーデンなどの北欧の福祉国家の高齢者ケア、それに最近では日本。それぞれの国の認知症高齢者対応に、共通の方向性が現れつつあるように見えます。

それは、認知症高齢者を「精神疾患を持つ患者」「理解不可能な訳の分からない精神状態にある病者」と見なすことから、老化に伴う認知と生活障害が現れてきたが、基本においては「普通の人」であると解釈する方向性です。

そうだとすれば、認知症を精神の「病気」として投薬や隔離を中心とした医療対応をするよりも、加齢に伴う「障害」として、その人の認知能力と身体能力に応じた適切なケアつまり生活支援をおこなえば、一人の「生活者」として最後まで過ごすことも可能である、という見通しが生じます。

スウェーデン、オーストリア、オランダなどを訪れた宮本礼子・江別すすらん病院認知症疾患医療センター長らは、「これらいずれの国でも、認知症は精神科の病気ではないとして精神科に入院させないのに感銘を受けました」と著書で述べています。

日本も超高齢社会になったおかげで、高齢者の認知能力低下は、疫学的に「正常」な加齢現象として解釈できることがわかって来ました。

要約しますと、認知症有病率は、加齢とともに指数関数的に増加します。70代前半では男女とも5パーセント以下のものが、90代前半では女性は65パーセント、男性50パーセント弱で、後半になると女性は80パーセントを超え、男性も50パーセントを超えます。当該年代層の過半数を超える能力特性は、その年代層を代表するものとみなされます。疫学的視点からは、90代という超高齢層での「認知症」は、「正常」な認知能力表現であるとみなされます。

私たちには、「認知能力とは、その置かれた状況において、生存に適切な行動

をとる能力である」という基本認識があります。

生物の必ずたどる生・老・病・死の道を考えれば、人生最初期の親の庇護が必要な年齢層、人生の終末にさしかかりケアを受ける年齢層では、青・壮年期の生存競争に必要なほどの複雑多様な情報を処理する認知能力はいりません。

「普通の人」と好き嫌いの情動

「長谷川式簡易認知能評価スケール」(HDS-R)の作者として著名な長谷川和夫聖マリアンヌ医科大学名誉教授は、その著書『ボクはやっと認知症のことがわかった』に、彼が認知症になって初めて理解したことを述懐しています。それは、「それまで当たり前できていたことがうまく行えなくなる。だから認知症の本質は『暮らしの障害』『生活障害』なのです」ということでした。

長谷川先生と同様に老いの道をとぼとぼ辿っている筆者の解釈では、彼の読者に伝えたい真意は、自分は認知症という障害を体験している「普通の人」だということです。精神疾患を持った「わけのわからぬ人」ではないということです。それは彼の以下の文章から分かります。

認知症への理解はかなり進んできましたが、それでも、認知症と診断された人は、「あちら側の人間」として扱われているとすることがあります。こちら側の人間だと思っている人たちは、あちら側の人間はまともに話ができないとか、何をいってもわからないなどといったりします。認知症の人の前で、平気でそういうことを口にし、人格を傷つけるようなことが話されている場合もあります。でもそれは間違いです。話していることは認知症の人にも聞こえているし、悪口をいわれたり、ばかにされたりしたときの嫌な思いや感情は深く残ります。(68頁)

つまり彼の訴えたいのは、認知症になってもその人は、「こちら側の人」である。叱られたり、ばかにされたり、蔑ろにされると気持ちが傷つく「普通の人」であるということです。記憶や物事の認知に衰えがあっても、認知症の人は理解不能な異質の存在ではないと彼は主張しているのです。

「普通の人」には、記憶や物事を認知する力が衰えていても、好き、嫌い、恥ずかしい、悔しい、怖い、不安といった私たちの生存に必要な情動は備っています。

「情動」(emotion)という用語を使いましたが、心理学用語に慣れない人には紛らわしいかもしれません。脳科学者アントニオ・ダマシオに従って定義します。情動とは、環境からの刺激(たとえば情報)によって生ずるすべての反応を指します。つまり、好き、嫌いという内部感覚から、それに伴う血圧や脈拍などの生理的変化、さらには表情や身のこなしなどの行動変化はすべて情動を構成

するものです。

したがって、情動は、外部から観察できます。「アッ気を悪くしたな！」というように。

それに対し感情 (feeling) は、彼によれば、それを感じている生物の経験している自分の身体がどんな状態にあるかの感覚あるいは観念であり、他者がうかがうことはできません。

情動と感情を区別する理由はあるのか。それはヒト (ホモ・サピエンス) 以外の動物の行動を解釈するうえで必要になるからです。 以上のように情動を定義しますと、原始的生物から、哺乳動物に至るさまざまな動物の行動の解釈に便利です。

たとえば、せん毛虫のゾウリムシは水中を浮遊しており、死んだ細菌などに行き当たるとこれを食べ、食べられないものに当たるとそれから離れます。その行動は情動を現し、前者の場合、ゾウリムシの内的感覚は「好き」であり、後者の場合は「嫌い」ということは明らかでしょう。しかしその「嫌い」の感覚には「ただ食べられない」から「食べると危険」に至る何種類かがあっても不思議ではありません。

ヒトの場合は、たとえば入学試験の合否発表の場です。一方には肩を落とすうつむいて去る不合格者、他方には全身で喜びを表し飛び上がっている合格者が見えます。喜びの質は比較的単純です。しかし不合格者の胸には、悲しさ、悔しさ、恥ずかしさ、不安などが渦巻いているでしょう。

認知症の人の情動的敏感さ

認知症高齢者は、「嫌い」という情動を起こさせる環境からの情報・刺激に対して、思いがけないほど敏感であるように見えます。それを観察したのは偶然のきっかけでした。

20年近くまえ練馬の診療所で診ていた80代の女性は、陽気で良く笑うアルツハイマー型認知症の方でした。一人では診療所に来られないので、毎回息子さんが傍についていました。

ある時彼女は誤嚥性肺炎になり、地域の中核病院に入院しましたが、見知らぬところに入れられた不安から夜間せん妄を起こしました。人手の足りない病棟では対応に苦労します。カーテンで仕切られているものの、個室ではないので周りの患者の安静を維持する必要もありました。(夜間せん妄は不安によって誘発されますから、認知症高齢者はナース・ステーション隣の部屋に入れてもらい、看護師の姿をしょっちゅう見て安心できるような配慮をしている病院もあります)

退院時、担当医は息子に、今後また誤嚥性肺炎を起こす恐れがあるから彼女に胃ろうを付けたらよい、と勧めたのです。息子は診療所の主治医の意見も聞きたいといって彼女を連れてきました。

私：大変だったですね。ごくろうさま。おうちのご飯はおいしいですか。

彼女：ええおいしいです。やっぱり家のもの（彼女はまだ食事の用意ができる）が良いです。

私：お通じもありますか。

彼女：あります。

私：夜はよくお休みですか。

彼女：ええ先生から頂いてるお薬でよく眠れます。

私：どっか痛いところはありませんか。

彼女：ありません。

私：歳を取るとだんだん飲み込みが悪くなります。噎せたりしますね。食べ物
が肺に入って、あなたのように肺炎を起こすことがあります。それを避ける
ために（彼女の上腹部に人差し指を当て）お腹に小さい穴を空け、そこ
に細い管を入れ、そこから栄養を入れるのが良い、という人もいます。あ
なたはどう思いますか。

この時、思いがけないことが起りました。それまで笑顔の彼女が、ぴくっと身をそらし、眉を顰め、口をゆがめて「いやです」といったのです。その嫌悪の身振り
と表情は、それまで見たことのない情動反応でした。

この認知症高齢者の予期しなかった反応の激しさに興味をいだき、認知能力の衰えた人に長谷川式簡易認知能評価を施行した後、胃ろう造設の是非について、一人一人に意見を聞くようにしました。驚かされたのははっきりと嫌悪感を現す人が多
いことでした。これに反し、非認知症の高齢者には、嫌悪をはげしく現す反応はそれほど顕著に見られないのです。

この経験から都立松沢病院の新里和弘・認知症病棟主任とともに、「認知症患者」（計70名）が胃ろう造設にどのように反応するかを調べました。胃ろう造設をすすんで希望したものはおらず、積極的に拒否した人が80パーセントに及びました。予期していたように、拒否する人たちの返事は、即座で、嫌悪感を露わにするのがしばしば観察されました。その一部を引用します。

HDS-R（30点満点）で一桁台、つまり重度認知能力低下があると思われる人達の反応を記します。（ADはアルツハイマー型認知症、DLBはレビー小体型認知症）

性別	年齢	病名	HDS-R	返答
女	72	AD	九	（脇を向いて）されたくないね

男	73	AD	七	いやです
女	74	AD	九	私はそういうことはしません
女	81	AD	七	ぜったい嫌です。それより死んだ方がましです
男	82	DLB	九	いやあ、大っ嫌いです
女	82	AD	九	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
女	85	AD	九	しません、傷をつけたくない
女	86	AD	五	うーん、やっぱりお腹に穴を開けられるのはちょっと
女	87	AD	七	いやです、そういうことないですから
女	83	AD	五	そんなのは何もしません、だめなんです

(Dementia Japan 27:70-80, 2013より引用)

どうでしょうか。重度の認知症で都立松沢病院の物忘れ外来を訪れたり、認知症病棟に入る方たちです。そのようであっても、自分の身体に加えられる操作に対して、はっきりした嫌悪の情動を示しています。

残る20パーセントは回答できなかつたり、「先生にお任せするしかないですね」と消極的な承諾とも取れたり、「わかんないですねー、うーん難しい」と回答保留したりするものでした。

認知症があると、自分についての不快な環境刺激あるいは情報に、かえって敏感に反応するのです。当然のことながら、この人たちは「こちら側の人」、「普通の人」です。

異質な訳の分からない「あちら側」にいるわけではありません。

私の女性患者が誤嚥性肺炎で入院した地域病院の担当医は、御本人の意向を確かめるべきであって、息子さんの意見のみで胃ろうを造ろうとしたのは、医療倫理的に筋違いでした。

高齢者の終末期医療、経管栄養に対する意識

高齢者は一般にどれほどまでの終末期医療を望んでいるのでしょうか。

松下哲・東京都高齢者医療センター老年科部長らは、そこに通院する、認知機能において正常と見なされる、外来患者562人(男性208人、女性354人、平均年齢73.4歳)について報告しています。それによると、終末期の医療については「自然の寿命に任せてほしい」が80パーセントであるのに、「延命治療に徹してほしい」は9.3パーセントにすぎませんでした。

経管栄養の選択は、胃ろう2.7パーセント、経鼻経管栄養法6パーセント、

点滴39パーセントですが、「何もしない」が42パーセントで一番多かったのです。

しかし現実にはどうでしょうか。

筆者の高校の同級生が脳梗塞で、昨年末から入院しています。右半身不随、構語障害があり、口から飲み込みができません。経鼻的に経管栄養を受けているが、嫌がって左の手でそれを抜こうとするので左手は拘束されています。歩行のためのリハビリはしていないので、ベッドに寝た切りだといいます。

コロナ流行のため夫人はベッドサイドにも行けません。鼻に通された管が不快でたまらない。右手は動かない。左手は拘束されている。暴れないよう鎮静する。朝日新聞の大熊一夫記者が描写した『ルポ老人病棟』の情景、歩いて入所した人がだんだん寝たきりになる状況が依然として続いているように見えます。

宮城県の健康な高齢者90人に対するアンケート調査では、87パーセントが経管栄養をしたくないと回答しています。

また2002年の内閣府3000人に対する意識調査では「延命の身を目的とした医療を行わず、自然に任せてほしい」が、回答者の81パーセントでした。

つまり、私たちが松沢病院や練馬の診療所で調べた「認知症高齢者」と「健康高齢者」は、回答傾向において、まったくと言っていいほど変わりません。

理性と情動

わたしたちは認知症高齢者の胃ろう設置に対する反応を学会発表しましたが、それに対する質問には「認知症高齢者は好き嫌いは言えても、理性的な判断はできないだろう」というものがありました。

「好き、嫌い」は情動の内部感覚です。

疑問とされる「理性」は、西洋哲学において長く哲学者たちの考察の対象とされてきました。プラトン以降西洋の哲学者は、理性が天与の人間の資質であり、肉体の強い欲望を制御する働きがあることを認めてきました。

ルネ・デカルトは心身二元論をとらえ、「わたしは一つの実体であり、その本質あるいは本性は考えるということだけであって、存在するためにどんな場所も要せず、いかなる物質的なものにも依存しない」（方法序説、谷川多佳子訳）という有名な言葉を残しました。換言すれば、精神は理性的実体から成り立ち、身体は滅びるべき物体から成り立っているのです。

デカルト（一五九六～一六五〇）もイマニュエル・カント（一七二四～一八〇四）も理性による「判断」には情動を伴わないと考えました。

今日の脳科学の立場から見ると、彼らの間違いは、生物進化と無意識の働きを知らなかったことに起因します。実際、生物進化と無意識が発見されたのは19世紀になってからでした。

何億年という年月を経て、動物は環境からの刺激を意識する自己感覚を発達させてきました。意識や自己感覚が現れたのは、生物学的年代では最近の出来事です。当然、ヒトにも意識を支える古層の無意識があり、それは、進化の過程をつうじて、生存の営みを支えてきたのです。

動物は、環境中で、生存に有利な刺激と不利な刺激を区別しなければならず、それには経験からの学びが必要です。意識には伝えられずとも、無意識にはいろいろな環境情報を認知する能力があります。この「認知的無意識」が学んだ情報は、記憶され、必要に応じて取り出されなければなりません。二十世紀後半、その多くの事例が報告されました。

意思決定における理性と情動

物事を決めるときに必要な理性とは、いくつかの情報を照らし合わせて損得計算する能力のようなものでしょう。「コロナが流行している。マスクをかけ、社会的距離を取り、手洗いをするに加えて、ロック・ダウンもすべきか？」という問題には、疫学などの多くの情報が必要になります。

さて、意思決定し行動するその一瞬、必ず情動が伴い、過去の経験に照らし合わせて、好きか嫌いかという判断を行います。

過去の経験で好ましいなら、「直感的」に容認できる。過去の経験で苦痛を伴う危険な目にあった事なら、やはり直感的に警戒信号がでる。これからとる手段や予期される結果は、情動によって標識されているのです。ダマシオによれば、いずれも意識のレベルで判断材料をあれこれ比較し判断するのではない。それはおそらく全身に関係した身体的判断とでもいうべきであって、彼はこの一連の考え方を「身体的標識仮説」(somatic marker hypothesis)と名づけました。

わたしたちが観察した、認知症高齢者たちが胃ろう拒否に際して示す顕著な身振りは、この仮説を支持します。

主要参考文献

- Damasio, A. “Descartes’ Error- emotion, reason, and the human brain” Penguin Books 1994
- デカルト R. 『方法序説』 谷川多佳子訳 岩波文庫 2011
- 長谷川和夫、猪熊律子 『ボクはやっと認知症のことがわかった』 KADOKAWA 2019
- 松下哲 他 『終末期のケアに関する外来高齢者の意識調査』 日老医誌 (1999) 36: 45-51
- 宮本礼子・武田純子 『認知症を堂々と生きる』 中央公論新社 2018
- 新里和弘、大井玄 『認知能力の衰えた人の「胃ろう」造設に対する反応』 Dementia

Japan (2013)27:70-80