

胃ろうの適応と臨床倫理 — 一人ひとりの最善を探る意思決定のために —

会田 薫子

要 約 胃ろう栄養法の汎用に伴い、その光と影が日本社会に様々な問いを投げかけている。それは、経皮内視鏡的胃ろう造設術（PEG：percutaneous endoscopic gastrostomy）という医療技術の輸入に端を発した医学的な問いから始まり、現在は、ケアのあり方や臨床上的意思決定のあり方、社会の合意形成と法と公共政策、そして、どのように生き、どのように生き終わるべきかという死生学の問いに発展している。このような視点群は、胃ろう栄養法の汎用問題の核心である適応の考え方にも影響していると考えられる。病態生理学的に有効であることや、水分と栄養を補給する方法としての有用性は、そのまま「適応」を意味するのだろうか。標準的な医学的有効性と一人ひとりの患者にとっての意味をどのように考えるべきか。本稿ではPEGの適応を、医学的な施行目的の達成可能性と、その目的が達成した状態に関する評価を併せて判断基準として、試みに分類した。PEGの施行目的として、心身状態の改善、生存期間の延長、QOLの維持・向上、「本人の満足」の向上を挙げている。これらによって目指すのは、患者一人ひとりの人生の物語りの充実である。「生命の二重構造」理論によれば、「人の生命は生物学的生命（biological life）を土台に、物語られるいのち（biographical life）が関係する人々の物語りと重なり合いながら形成されている」。人は誰でも、思想信条、価値観、人生観、死生観、選好等を持ち、それらを反映した個別で多様な人生の物語りを生きている。本人らしさやQOL、幸福感を決めるのは物語られるいのちであり、従って、生物学的な生命の重要性を決めるのも物語られるいのちである。倫理的に適切な医療行為は、本人にとっての最善を実現しようとして行われる。医療者が目指すのは、病態生理学的効果だけでなく、それが実現する本人と家族にとっての幸せであるはずである。本人がより良く生きるための胃ろう栄養法のあり方とはどのようなものか、臨床倫理の視点から考える。

Key words : 経皮内視鏡的胃ろう造設術（PEG）、臨床倫理、意思決定プロセス、価値観、死生観

（日老医誌 2012；49：130-139）

胃ろう栄養法の汎用の背景—PEGの利点

胃ろう栄養法について理解する場合に、なぜこれが汎用されるようになったのか、その要因と背景を知ることが重要であろう。

かつて、胃ろうが開腹術によって造設されていた頃は、胃ろう栄養法はそれほど行われていなかった。開腹術という術式および全身麻酔による合併症などの問題があったため、あくまで限定的に施行されていたのである。

しかし、1979年に経皮内視鏡的胃ろう造設術（PEG：percutaneous endoscopic gastrostomy）が米国で開発さ

れてから、世界各地でPEGによって胃ろうを造設して導入する胃ろう栄養法が急速に一般化した。この術式は、小児外科医のマイケル・ガウダラー（Michael Gauderer）らが開発した。彼らは、神経疾患などのために摂食・嚥下困難な患児が開腹術による胃ろう造設で合併症に苦しんでいるのを見て何らかの改善が必要と考え¹⁾、胃カメラを応用する方法を思いつき、腹部の切開サイズを最小にし、縫合不要な手技によって胃ろうを造設する方法を考案した²⁾。

ガウダラーらはPEGの開発とその成果を1980年に米国小児外科学会年次学術集会で報告し、同年に小児外科学雑誌で論文を発表した²⁾。PEGで胃ろうを造設する方法は、開腹術で胃ろうを造設する場合に比べて、患者の身体的負担を大幅に低減することはいうまでもない。手術室や高額な機器は不要であり、入院期間を短縮でき、中心静脈栄養法よりも格段に低いコストで管理可能なの

Indications and values: PEG tube-feeding questions us how to achieve the best possible care for each patient from the viewpoint of clinical ethics

Kaoruko Aita : 東京大学大学院人文社会系研究科死生学・応用倫理センター

で、医療費削減にも役立った。また、人工的水分・栄養補給法（AHN：artificial hydration and nutrition）として最も一般的であった経鼻経管栄養法と比べて患者への身体的負担が少なく、患者の日常的な不快感も大幅に低減した。また、免疫に関する近年の研究知見によって腸管免疫系の役割の重要性が知られるようになったことで、静脈栄養法に対する胃ろう栄養法の優位性は揺るぎないものとなった。こうした多くの利点を背景に、PEGによる胃ろう栄養法は、1980年代から、まず開発元の米国で汎用されるようになった。

日本では1990年代から徐々に施行されるようになり、2000年代に入って急速に普及した³⁾。民間研究機関の矢野経済研究所によると、2005年度には造設キットの販売数は10万本を突破し、その後、年間10万本程度で推移している⁴⁾。交換用キットの販売数は2010年度は70万本に達したとみられているという。このように、日本では2000年代の最初の10年間で、目覚ましく市場が拡大した。

市場拡大の背景には、診療報酬改定も影響していたとみられる。PEGの手技料の保険点数は1999年度までは6,400点であったが、2000年度から7,570点に、2002年度からは9,460点にと急上昇したため、医療機関の経営上の利点も認められた⁵⁾。

PEGを施行して導入する胃ろう栄養法の汎用の最大の理由を医療者側からみると、患者の身体的負担やQOLを考慮した場合の利点の多さにあるとみられる。2010年に、日本老年医学会の医師会員を対象として筆者らの研究班が実施した悉皆調査（n=4,506）のなかで、胃ろう栄養法と経鼻経管栄養法の比較を質問したところ（複数回答）、この問いに回答した医師1,518名（有効回答率：33.7%）が挙げた胃ろう栄養法の優位点に関する回答の上位3点は、「患者の不快感が小さいこと」（81.1%）、「患者の苦痛が小さいこと」（64.8%）、「経口食と併用可能であること」（60.1%）であった⁶⁾。

また、同研究班が臨床現場の看護師を対象として実施した調査（n=995）においても、回答した看護師348名（有効回答率：35.0%）が挙げた胃ろう栄養法の優位点に関する回答の上位3点は、「患者の不快感が小さいこと」（85.6%）、「患者の苦痛が小さいこと」（76.4%）、「経口食と併用可能であること」（73.6%）であった⁶⁾。

胃ろう栄養法の適応の考え方

PEG ドクターズネットワークのガイドライン

PEGを施行して導入する胃ろう栄養法の利点に着目し、医療者と市民を対象に全国的な教育啓発活動を行っ

ている特定非営利活動法人PEGドクターズネットワーク（PDN）は、胃ろう栄養法の適応について、脳血管障害や認知症などによる摂食不能・困難、神経筋疾患などによる嚥下不能・困難、頭部・顔面外傷による摂食不能・困難、咽喉頭狭窄、食道狭窄、胃噴門狭窄、食道穿孔、また、成分栄養療法を必要とするクローン病、摂食するがしばしば誤嚥する症例、経鼻経管留置に伴い誤嚥する症例などを挙げ、PEGの適応に関して生命予後が不良でないことなどとしている⁷⁾。

医学的な目的の達成可能性と価値観・死生観を併せ考える適応

本稿において筆者は、日本でのPEGの適応を、医学的な施行目的の達成可能性と、その目的が達成した状態に関する評価を併せて適応の判断基準とし、試みに分類した（表1）。胃ろうの用途を、疾病や受傷による経口摂取困難時の一時的な代替AHN、恒久的なAHN、経口摂取との併用のためのAHN、薬剤等の投与とし、施行目的は二段階に分類した。まず、直接的な医学的效果として、栄養状態の改善、脱水状態の予防と改善、誤嚥性肺炎の予防、他の感染症の予防、褥瘡の予防と改善、その他の身体状態の改善、患者の苦痛・不快感の低減などを挙げ、それらの効果によって実現しようとするものを施行目的として、心身状態の改善、QOLの維持・向上、生存期間の延長、「本人の満足」の向上を挙げている。これらによって総合的に目指すところは患者一人ひとりの人生の物語りの充実である。物語りについては後述する。

なお、ここで検討している患者群は包括的なものではなく、適応の考え方の参考として提示するものである。また、家族や介護者にとっての益を目的とするPEGの効果については紙幅の都合で割愛する。

分類1. 「PEGの施行目的の達成可能性が高く、目的が達成された状態に対する評価が、多くの人に共通する価値観・死生観に基づけば、肯定的と見込まれる患者群」（適応）

この患者群において、PEGを施行して胃ろう栄養法を導入することは患者にとって益になる可能性が高いことは明らかであろう。この患者群はPEGの開発による最大の受益者といえると考えられる。もっとも、この分類に入っている筋萎縮性側索硬化症（ALS：amyotrophic lateral sclerosis）等の神経変性疾患患者のなかには、本人はまだ経口摂取していたいと思っても、食事介助に時間を要するため、本人が介助者に遠慮して早めに胃ろう栄養法に切り替える場合もあるので、療養環境との兼

表1 PEGの施行目的とその達成可能性およびその評価別の対象患者分類(会田試案)

PEGの施行目的の達成可能性と評価	患者群(例)	おもな施行目的
1. 施行目的の達成可能性が高く、目的が達成された状態に対する評価が、多くの人に共通する価値観・死生観に基づけば、肯定的と見込まれる患者群(適応)	<ul style="list-style-type: none"> ・頭頸部/上部消化管のがん患者、同部位の外傷患者 ・神経変性疾患患者(ALS,筋ジストロフィー等) ・クローン病患者 ・嚥下障害を有するが意識障害は重篤でない脳血管疾患患者/嚥下リハビリ中の患者 ・経口摂取のみでは不十分な状態であるが、意識障害や認知機能障害は重度でない患者等 	<p><胃ろうの使途></p> <ul style="list-style-type: none"> ・疾病や受傷による経口摂取困難時の一時的な代替AHN ・恒久的なAHN ・経口摂取との併用のためのAHN ・薬剤等の投与 <p>↓</p>
2. 施行目的の一部についての達成可能性は高いが、目的が達成された状態に対する評価が個人の価値観・死生観により異なる患者群(適応各自)	<ul style="list-style-type: none"> ・急性の重度脳損傷後の遷延性意識障害患者 	<p><直接の医学的効果></p> <ul style="list-style-type: none"> ・栄養状態の改善 ・脱水状態の予防と改善 ・誤嚥性肺炎の予防 ・感染症の予防 ・褥瘡の予防と改善 ・他の身体状態の改善 ・苦痛/不快感低減 <p>↓</p>
3. 施行目的の達成可能性が不明確で、かつ、目的が達成された状態に対する評価が個人の価値観・死生観により異なる患者群(適応各自?)	<ul style="list-style-type: none"> ・ADLが高度に低下し、認知症も合併している患者 (脳血管障害型,アルツハイマー型と脳血管障害型の混合型,他) ・重度の意識障害を有する高齢患者 	<p><おもな施行目的></p> <ul style="list-style-type: none"> 心身状態の改善 QOL維持・向上 生存期間の延長 「本人の満足」向上 <p>↓</p> <p>人生の物語りの充実</p>
4. 施行目的の達成可能性が著しく低い患者群(適応外)	<ul style="list-style-type: none"> ・老衰*1の終末期 ・高齢のアルツハイマー型認知症の終末期患者:FAST 7(d)以降*2 	

*1:老衰とは、「死に至る特定の疾患や外傷をもたないまま、加齢に伴い心身の機能が低下、虚弱化し、死に近づいた状態」¹¹⁾、および、「脳血管疾患などの身体疾患を契機として、徐々に精神・身体機能が低下・衰弱していき、寝たきり・全介助状態に至り、肺炎、心不全等を次々に引き起こしながら死に至る例なども含め、特定疾患や臓器不全というよりも個体全体の「老化」の結果の死が予測される場合」¹²⁾

*2:アルツハイマー型認知症の終末期¹³⁾

FAST (Functional Assessment Staging, アルツハイマー型認知症の重症度分類)の7(d)以降

7(d) 座位保持(着座)能力*3の喪失

7(e) 表情の喪失

7(f) 昏迷および昏睡(最重度)

*3:医学系では「着座」と訳されることが多いが、介護系では座位保持という表現が一般的なので併記した。

ね合いで必ずしもQOLの改善につながらない場合もあることには注意を要する。また、医学的な有効性の高さを患者本人が理解していても、本人の価値観・死生観がPEGや胃ろうを拒否することもないとはいえない。そのような場合、医療者は患者の拒否の真意を探索するよう、コミュニケーションを取ることが求められよう。

分類2.「PEGの施行目的の一部についての達成可能性は高いが、目的が達成された状態に対する評価が個人の価値観・死生観により異なる患者群」(適応各自)

ここに挙げている急性の重度脳損傷後の遷延性意識障害患者においては、内因性でも外因性でも、胃ろう栄養法は生存期間の延長を年単位で可能とすることが多い⁹⁾。胃ろう栄養法がAHNとして医学的に優れた効果を有することの証左といえよう。しかし、患者が若年で特に外因性の場合には異なるが、患者が50歳以上の場合には半年

間以上にわたって重篤な意識障害が遷延した場合、その後意識を回復する可能性は非常に小さい⁹⁾。意識を回復しないまま生存期間が伸びた場合にそれをどのように評価するかは、個人とその関係者の価値観・死生観によるとみられる。したがって、胃ろう栄養法のAHNとしての医学的な効果は認められるが、適応は各自の判断といえると考えられる。

分類3.「PEGの施行目的の達成可能性が不明確で、かつ、目的が達成された状態に対する評価が個人の価値観・死生観により異なる患者群」(適応各自?)

この患者群においては、医学的な効果の達成可能性に関する評価は定まっていないといえる。胃ろう栄養法を導入すれば、AHNを行わない場合よりは生存期間がある程度延びることは多いと考えられるが、延長期間は限定的である。また、延びた生存期間をどのように評価す

るかという点では、分類2の患者群と同様といえる。

この患者群に胃ろう栄養法を導入した場合の患者の予後と終末の状態に関しては、小坂らの研究知見¹⁰⁾が参考になる。小坂らは2000~2008年までの期間で、寝たきり状態であって意識障害や認知症を合併する65歳以上の入院患者について調べ、経管(胃ろうおよび経鼻経管)栄養法導入の状態で死亡した163名について分析した。寝たきり状態は、食事、排泄、座位保持の3項目が自立的に不可能な状態と定義された。その結果、予後を決定する因子として重要なのは、経管栄養法導入前の寝たきり期間であることが示された。その期間が6カ月以上であった患者群では、経管導入から1年以内の死亡率は約95%であった。また、肺炎等感染症による死亡率は78.5%、播種性血管内凝固症候群もしくは多臓器不全を合併した死亡率は38.0%であった。小坂は「寝たきり状態で、認知機能障害を合併した高齢者に限定して考えた場合、経管栄養法の施行は、予後経過、死亡原因からみて、終末期・緩和医療の観点からは満足のいくものではない」と述べている。

しかし、この患者群においては未だに患者の予後等に関する医学的なデータの集積が不十分であるため、判断に資する更なる研究が必要といえよう。

分類4.「PEGの施行目的の達成可能性が著しく低い患者群」(適応外)

この患者群として、アルツハイマー型認知症の終末期と老衰の終末期を挙げている。部分的には分類3が更に重度化した状態といえ、分類3と4の明確な線引きは困難である。

アルツハイマー型認知症の場合、その重症度分類であるFAST (Functional Assessment Staging) でいえば、終末期はFAST7(d)以降と考えるのが一般的である¹³⁾。この患者群についても、日本では胃ろう栄養法の導入を選択する医師が少なくない。上述の、2010年に筆者らが実施した日本老年医学会の医師会員を対象とする調査において、アルツハイマー型認知症終末期患者 (FAST 7 (e)) の摂食困難な仮想症例を示し、AHNの第一選択を質問したところ、胃ろう栄養法を第一選択と回答した医師は20.5%、経鼻経管栄養法を第一選択と回答した医師は13.3%と、医師の3分の1は経管栄養法を第一選択とした¹⁴⁾。

しかし、老年のアルツハイマー型認知症の終末期でfrailtyが高度に進行した段階で胃ろう栄養法などの経管栄養法を導入するという選択は、欧米の先行研究の知見に照らして、疑問を持たざるを得ない。日本よりもアルツハイマー型認知症に関する研究知見の蓄積が格段に厚

く、この患者群への胃ろう栄養法の導入経験もはるかに長く、その結果、この患者群では胃ろう栄養法は適応外であるとしている報告が数多く世界のトップジャーナルに掲載されている^{15)~18)}。

これらの論文は、「この患者群にはPEGを施行すべきではない。胃ろう栄養法は相対的に患者の負担に帰する」と結論し、「この患者群では適切に配慮された食事介助を行い、それが限界に達したらAHNを行わずに看取りへ向かうべき」と述べている。

上記の論文の中で最も頻繁に引用されているのは、米国の老年医学者トマス・フィヌーケイン (Thomas Finucane) らが米国医師会雑誌で1999年に報告した論文¹⁵⁾である。フィヌーケインらによれば、摂食困難な認知症患者に対する胃ろうや経鼻経管による経管栄養法のおもな導入目的は、①誤嚥を防ぎそれにより誤嚥性肺炎を予防すること、②栄養状態を改善し生存期間を延長すること、また、③栄養状態を改善することによって褥瘡や感染症を予防すること、④患者の苦痛を軽減することなどである。フィヌーケインらはこの研究で、1966年から1999年までに世界で発表された胃ろうあるいは経鼻経管による経管栄養法に関する医学論文を多角的に分析し、論文77篇を引用して、上記目的のいずれについても「有意な効果が認められなかった」と結論した。

もっとも、フィヌーケインらが行ったのはEBMの手法によるレビューではない。この分野では世界的にRCTは実施されておらず、分野の特徴から考えて、倫理的に適切な方法でRCTを実施することは今後も困難とみられる。その意味ではevidence levelは高くなく、知見が示唆するところは限定的であろう。しかし、このレビューは、患者分類4だけでなく患者分類3の多くの部分もカバーしている。したがって、このレビューの知見を患者分類3と4全体に適用することは拡大解釈となる恐れがあるが、患者分類4のみに限定的に適用すれば知見の示すところはより明確になるとと思われる。

日本国内の最新の研究では、2010年にPDNの鈴木らが実施した、「認知症患者の胃瘻ガイドライン作成—原疾患、重症度別の適応・不適応、見直し、中止に関する調査研究」がある¹⁹⁾。同研究班は、PDNの理事が推薦する全国53の医療施設で胃ろう造設した患者1,353名について分析した。この報告はおもな知見として、生命予後については、「海外の報告と比較して、日本人の生命予後は著しく良好」としているが、認知症の重度を問わず分析対象としており、一方、患者のADLは不明であることから、この調査と比較可能な海外データが存在するかどうか、疑問を持たざるを得ない。また、「胃ろう造設

表2 重度認知症患者に対する人工的水分・栄養補給法 (AHN)*: 諸外国の学会・アルツハイマー協会のガイドライン

勧告の内容	
米国老年医学会	<ul style="list-style-type: none"> ・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。 ・適切な口腔ケアを行い、小さな氷のかけらを与えて水分補給する程度が望ましい。氷に味をつけるのもよい。 ・死を間近にした患者は空腹やのどの渇きを覚えない。
英国医師会	<ul style="list-style-type: none"> ・重度の不可逆的脳損傷を負った高齢者に対する AHN は、処置の負担と回復可能性を考慮し、利益が負担を相対的に上回るかどうかを評価しなければならない。
欧州静脈経腸栄養学会 (ESPEN)	<ul style="list-style-type: none"> ・胃ろう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証拠はない。 ・PEG を施行するか否かの決定は個別症例によるが、実施する場合でも、批判的かつ制限的なアプローチが必要である。
米国アルツハイマー協会	<ul style="list-style-type: none"> ・アルツハイマー末期で嚥下困難になった患者に対する最も適切なアプローチは、死へのプロセスを苦痛のないものにするものである。 ・経管栄養法がこの患者群に利益をもたらすという医学的証拠はない。輸液も実施しないほうが最後の段階の苦痛が少なくてすむ。もし AHN を行うとしても、やがてその中止を判断しなければならないときがくる。
アルツハイマー協会 (英国)	<p>(認知症の重度には言及がない)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・経鼻経管栄養法あるいは PEG を施行して胃ろう栄養法を導入するか否かの意思決定は、患者の意思の尊重と、介護者と患者家族との十分な話し合い後にのみなされるべきである。
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)	<ul style="list-style-type: none"> ・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。 ・質の高い緩和ケアを実践するためには、患者に何らかの措置や治療を行ったときの利益が負担を上回らなければならない。 ・生理学的に言えば、患者にとって苦痛のない最期を実現するためには、輸液を行わないほうがよい。 ・皮下注射による輸液を選択する家族もいるかもしれないが、その効果の医学的証拠は得られていない。

*AHN (artificial hydration and nutrition) は人工的水分・栄養補給法の総称。胃ろう栄養法や経鼻経管栄養法などの経管栄養法 (経腸栄養法) および中心静脈栄養法や末梢点滴などの静脈栄養法のすべてを含む。

出典 会田薫子: 医療倫理の立場から一認知症の終末期と胃ろう栄養法, Progress in Medicine, 2010; 30: 2555-2560.

は認知症の早期、晩期を問わず生命予後の改善に寄与する。」「胃ろう造設は認知症の早期、晩期にかかわらず肺炎の改善に寄与する」とあるが、対照群を設けない調査において、この知見を導くのは困難と考える。また、「認知症の早期に胃ろう造設した方が、経口摂取機能の改善が期待できる。日常生活自立度の改善が期待できる」など、認知症の早期に胃ろう造設することを推奨していると取れる。認知症の早期の段階であれば、胃ろう造設に対する患者本人の意向が非常に重要になると考えられるが、本人からのインフォームド・コンセントの取得に関する記載はみられない。また、QOL は基本的には主観的に測定するものであるが、本人あるいは最も本人に近い介護者に QOL に関する質問がなされていない。それにもかかわらず、「生活の質改善」と結論されているなど、今後、更なる研究を待つべき事例が多い。

AHN の差し控えは餓死ではなく緩和ケア

日本における調査で分類 3 と 4 の患者群の状態において胃ろう栄養法を望む患者は少ないことが示されてお

り²⁰、望ましいのは可能な限りの食事介助であると考えられる^{15)~18)}。口腔ケアによって摂食状態の改善が認められる場合も少なくないので、より早い段階から、歯科医や歯科衛生士が医療ケアチームに参画していることが望ましい²¹⁾。誤嚥しがちであっても、好きな食べ物ならば誤嚥しないということはしばしば聞かれることであり、摂食可能な食べ物を探し、摂食可能な形にして食べてもらう工夫をすると患者の QOL の改善にもつながる。

そのようにしながらも、やがて食事介助が限界に達するときがくる。その後の摂食困難状態に対しては、胃ろう栄養法などの AHN は行わず看取するというのが、欧米の医学会やアルツハイマー協会のガイドラインが示すところである (表 2 参照)。例えば、米国老年医学会は「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。適切な口腔ケアを行い、小さな氷のかけらを与えて水分補給する程度が望ましい。氷に味をつけるのもよい。死を間近にした患者は空腹やのどの渇きを覚えない」とし、米国アルツハイマー協会は、「アルツハイマー末期で嚥下困難になった患者に対する最も適切なアプ

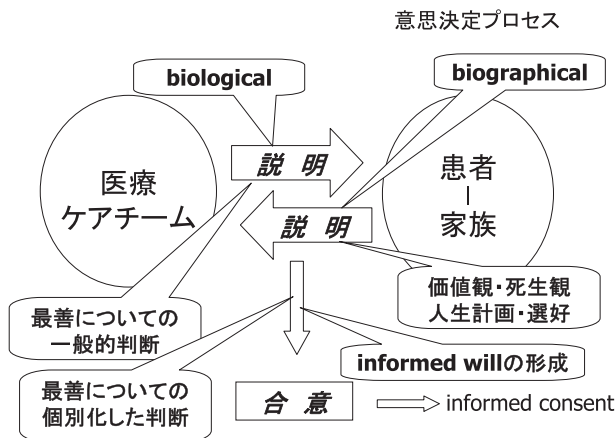


図1 情報共有=合意モデル 文献29)より

ローチは、死へのプロセスを苦痛のないものにする事である。(胃ろうや経鼻経管による)経管栄養法がこの患者群に利益をもたらすという医学的証拠はない。輸液も実施しないほうが最期の段階の苦痛が少なく済む」と述べている。また、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)は、「質の高い緩和ケアを実践するためには、患者に何らかの措置や治療を行ったときの利益が負担を上回らなければならない。生理学的に言えば、患者にとって苦痛のない最期を実現するためには、輸液を行わないほうがよい。皮下注射による輸液を選択する家族もいるかもしれないが、その効果の医学的証拠は得られていない」と述べている。

また、オーストラリア政府が2006年に発表した「高齢者介護施設における緩和ケアガイドライン改定版」²²⁾は、「緩和医療の専門家によると経管栄養法や輸液は有害」、「脱水と口渇を混同してはならない。口渇は少量の水や氷を口に含ませることによって改善する」としている。このガイドラインは本体が275ページ、ガイドラインの根拠となっている文献のシステムティック・レビューが145ページ、それらをまとめた表が316ページにも及ぶ包括的なものであり、2005年までの世界の研究知見の集積として価値が高いと考える。

筆者の研究において、AHNを差し控えて自然にゆだねる死の方に「餓死」を連想し、直感的に非倫理的とみなす医師が多いことが示された²³⁾が、終末期のAHNの生理学的意味などを検討した欧米の研究²⁴⁾²⁵⁾は、苦痛のない最期を実現する場合にAHNは不要であり、AHNを控えた最期は苦痛を伴わないとしており、それはおもに、脳内モルヒネと呼ばれるβエンドルフィンの増加とケトン体の増加によるという。

frailtyの進行に伴う老衰の自然経過としての摂食嚥下

困難や、老衰(表1の定義参照)が進行した場合、「このような「老衰」の過程で生じる「摂食不能」を放置すれば「死」に至るが、この「老衰死」は「脱水死」であり、通常、苦しみは少なく、死亡までの期間も短く、治療による苦痛もない、ある意味で理想的な死に方といえる」¹²⁾。

適応と価値観・死生観 — 物語られるいのちへの視点

分類2あるいは3においてPEGの適応を各自の判断としているのは、胃ろう栄養法によって生存期間の延長効果が認められる可能性があっても、その状態での生存期間の延長をどのように評価するかは、当該患者と関係者の価値観・死生観に大いに関係し、病態生理学的な延命効果だけで本人のためになるか否かを判断することはできないからである。

医学的な効果の意味を本人の視点で捉えることが必要であると考え。それは、標準的な医学的適応を本人にとっての最善の実現という観点で捉えなおすということであり、「本人の満足」²⁶⁾を物差しに考えるということである。

その際のアプローチとして、「生命の二重構造」²⁷⁾理論が役に立つと考える。これは、「人の生命は生物学的生命(biological life)を土台に、物語られるいのち(biographical life)が関係する人々の物語りと重なり合いながら形成されている」という考え方である。人は誰でも選好、思想信条、価値観、人生観、死生観等を持ち、それを反映した個別で多様な人生の物語りを生きている。日常の中でそれと意識することはなくても、一人ひとりそれぞれの選好や価値観を反映させて暮らしている。そしてその物語りは、本人単独で作られるものではなく、日々、他者の物語りと重なり合って形成されている。本人らしさやQOLを決めるのは物語られるいのちであり、したがって、生物学的な生命の重要性を決めるのも物語られるいのちである。

病態生理学的データや医学的なevidenceは重要である。しかし、一人ひとりにとっての最善は、それだけで判断できるものではないのである。そう考えると、本人の物語られるいのちという視点から、今、行われている医療行為の意味を考えることこそが重要であるといえるのではないだろうか。

物語られるいのちを尊重する意思決定プロセス

では、どのようにすれば本人の物語られるいのちを尊重する意思決定に至ることが可能なのか、これについて

は、清水の「情報共有=合意モデル」を参照したい(図1参照)。

医師は患者の医学的な状態を診断し病態生理学的データを得て治療法の選択肢を判断する。その場合の選択肢は、その患者の病態生理学的データに着目した、標準的かつ一般的な、医学的に妥当な選択肢である。つまり、データが同様であれば、患者がA氏でもB氏でもこの段階の選択肢は同様である。医療側は病態生理学的データに基づいて判断した治療法の選択肢について、患者・家族側に説明する。従来の「説明と同意モデル」であれば、ここで患者側が選択するということになるのだが、「情報共有=合意モデル」では、医療側から診断と治療法の選択肢に関する説明を受けた患者・家族側は、自分たちの価値観・死生観や人生計画や選好を医療側に説明し、医療側はその説明を聞くことによって、先に提示した治療法の選択肢が当該患者・家族の人生の物語りにとってどのような意味をもつのかを一緒に考える。こうした説明を相互に繰り返すことによって、最初の、A氏でもB氏でも診断結果が同様であれば医学的には同様に妥当であった標準的かつ一般的な選択肢のなかから、A氏の物語りを尊重したA氏にとって最善の選択肢に到達することが可能になる。当初、選択肢として医師側から示されなかった治療法も、コミュニケーションのプロセスの中で拾い上げられる可能性もある。このように互いに説明を繰り返すプロセスをたどり、医療側が患者・家族側と共同で合意形成に至ることができれば、そのプロセスは、すなわち、医療側が患者側の自己決定を支援するプロセスともなる²⁸⁾²⁹⁾。

そのようにして、医学的根拠に基づきつつ、臨床で織りなされる一人ひとりの物語り、すなわち evidence-based narrative を形成していくプロセスが重要である⁵⁾と考える。

医師の価値観と死生観が選択肢に及ぼす影響

治療法の選択肢を判断する際に、医師には自らの価値観と死生観について自覚的であるよう求めたい。診断し、治療法の選択肢を示すのは医師の仕事である。医師は自らが選択肢として認識する方法を患者側に提示する。医師が選択肢として認識しなければ、患者側に選択肢として示されることは、通常、ない。患者によっては、医師から提示されない選択肢に言及したり要望したりすることがあるが、これは患者にとって心理的負担を伴うことがある。

前述のように、2010年の日本老年医学会医師会員対象の調査において、アルツハイマー型認知症の終末期で

誤嚥性肺炎を繰り返した後に経口摂取困難となった85歳のFAST7 (e) のシナリオ症例に対するAHNの第一選択を質問したところ、「胃ろう栄養法導入」を選択した医師は全体の2割、「経鼻経管栄養法導入」を選択した医師は1割強、「AHNをすべて差し控えて自然経過に委ねる」を選択した医師は1割、「末梢点滴を行いながら自然経過に委ねる」を選択した医師は約5割であった。

このシナリオ症例に関して医師の意識を探る質問項目を約20問設定し、その回答を因子分析した結果、医師の価値観や死生観が上記の選択肢に重大な影響を及ぼしていることが示された。シナリオ症例について「AHNの差し控えは餓死させることであり、許されない」「少しでも延命の可能性があればAHNを行うべきである」と考える医師は、胃ろう栄養法導入を第一選択とし、「AHNを差し控えて枯れるように死ぬことは自然である」「強制的な栄養投与は非倫理的」と考える医師は末梢点滴だけを行うか、AHNを行わずに自然経過に委ねる方法を選択したことが統計的に示されたのである³⁰⁾。

臨床医はAHNの差し控えについてしばしば「法的問題になる」、「マスコミが問題視する」、「患者の親戚が問題視する」、「社会のコンセンサスが形成されていない」と語り、そうした理由のためにAHNの差し控えは困難と自らは認識している⁵⁾が、これらの要因がAHNの第一選択に及ぼす影響は、この調査では統計的に有意ではなかった。つまり、AHNの第一選択の決定に有意な影響を及ぼしていたのは、AHN差し控えに関する法的問題やマスコミ問題やコンセンサス欠如などではなく、医師の価値観・死生観だったのである。

臨床医には、自らの価値観・死生観が診療に重大な影響を及ぼしていることに自覚的であることと、患者の価値観・死生観を更に意識して尊重することを求めたい。

コミュニケーションの重要性

患者の価値観・死生観を反映した人生の物語りを尊重する臨床上の意思決定に至ろうとするときに肝心なのは、丁寧なコミュニケーションのプロセスである。医療側と患者側は相互に価値観・死生観を知り、患者本人が意思疎通困難な状態となった後でも、医療側は本人の物語りを形成する上で重要な関わりをもつ人々とコミュニケーションを繰り返していくことが、本人にとっての最善を探索する道筋となろう。

臨床上の選択肢が増え、患者側の価値観も多様化している現代、患者側と医療者側のコミュニケーションの重要性はますます高まっている。バランスのとれた意思決定に到達するためにコミュニケーションは必須であり、

医療者にはコミュニケーション・スキルの向上を望みたい。医療者と患者・家族間のコミュニケーションが改善すれば、患者思いの医療者の熱意と誠意と献身は、更に報われるものとなろう。

筆者らは、患者・家族と医療者間のコミュニケーションを促進し、一人ひとりの患者にとって最善の選択肢に至ることを支援するためのツール³¹⁾の開発に取り組んでいる。胃ろう栄養法やその他のAHNの一般的な特徴を知り、それが当該患者の物語られるいのちにとってどのような利点となり欠点となるのか、患者・家族が医療ケアチームの助言を得ながら、一緒に考え、共同で最善の意思決定に至ることを支援するためのノートである。

この意思決定プロセスノートは、生きるためのAHNの選択肢とともに、AHNを行わずに看取するという選択肢にも言及している。終末期医療の意思決定について話をするということは、多くの日本人にとって依然としてハードルが高い。しかし、人生の最終章を幸せなものにするために、最期の医療とケアをどうするかについて患者側と医療者側が話を繰り返すこと、それが普通に行われる社会を実現することが重要であると考え³²⁾、そのためコミュニケーション促進も意図し、記載している。

臨床倫理と法

臨床現場で倫理的に妥当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³³⁾。医療者が臨床で倫理的であろうとする際の要諦は、患者にとっての最善を実現しようとする姿勢にある。それは、患者の人となりになり、患者の価値観や死生観を反映した物語りを尊重しようとする姿勢である。

しかし、このような姿勢をもっていても、現状では、胃ろう栄養法の医学的な効果に関する知見の蓄積が不十分な部分が少なくないため、適切に状況判断することが困難な場合が少なくない。そのような場合、倫理的に妥当な意思決定に至るためには、より慎重にプロセスを進めることが必要となる。こうしたことから、現状では、医学的な知見が限定的であることを受け止めつつ、個別事例ごとに、本人の人生の物語りという観点で、どうすることが最善なのかを、関係する医療者や家族が共に考え悩みながら選んでいくことが、倫理的に妥当な意思決定につながると考える。

そのようにして、本人の最善を探りつつ担当の医療ケアチームと家族が合意したことについて、司直が関与する心配はもはやないといえる。現場の当事者が倫理的に妥当だと判断し合意に至ったことが、法に咎められるはずはないのである³⁴⁾³⁵⁾。

これは厚生労働省が2007年に発表した「終末期医療の決定プロセスに関するガイドライン」の趣旨でもある。司直の介入を心配する現場の医療者は、このガイドラインが治療の差し控えや終了に関して医療者の刑事免責要件に言及していないことから、「役に立たない」と批判した。しかし、同ガイドラインを策定した委員会の樋口座長は、「各現場で、複数の医療者と患者家族が患者の最善を実現するためにどうすればよいかを話し合い合意に至れば、法的問題にはならない」とし³⁶⁾、他の法律家も法の実務家も同意している³⁷⁾と述べている。倫理的姿勢をもって合意形成することが意思決定プロセスにおける倫理的妥当性確保の要であり、倫理的に妥当であれば法的懸念は杞憂であり、これは臨床現場でも実証されている⁵⁾。

刑事免責要件の明文化を求める医療者の脳裏には、近年、末期患者において人工呼吸器の使用を終了して看取った複数の事例に対して警察が介入したことが、鮮烈な記憶として焼き付いていると思われる⁵⁾。いずれも不起訴ではあったが、担当医が殺人容疑で取り調べを受けたという事実は非常に重く、臨床医や病院管理者が、自分たちはこのような指弾的となるまいと考えるのは当然である。しかし、こうした、臨床医にとって不当といえる「事件」を経て、上記の厚労省ガイドラインも策定されたのであり、社会環境は確実に変化しているのである。

人工呼吸器の問題だけでなく、AHNを差し控えることも、一旦開始したAHNを終了することも、患者本人の最善を探った結果であると関係者が合意すれば、倫理的に適切であり、法的にも問題ないのである。

上記の「事件」の影響もあって、一旦開始した治療は患者の臨終まで終了できないと誤解している医療者が少なくない。しかし、例えば、表1の分類1の患者群のなかには、やがて分類3や4になる患者もいる。当初は胃ろう栄養法が患者の益になったケースでも、やがてそれが患者の負担になることは少なくない。そのような場合、一旦開始した胃ろう栄養法を終了することができなくなったら、患者にとっての最善は実現できないことになる。したがって、一旦開始した治療法は中止できないという硬直した考え方は、臨床倫理上妥当でないことは言うまでもない。このような場合、治療継続による法的責任は発生しないが、医療者としての職業倫理を問われることにはなる。

過剰でもなく過少でもなく

冒頭に述べたように、PEGを施行して導入する胃ろ

う栄養法には AHN としての利点が多い。しかし、その利点の多さは、一方において、PEG の過剰施行の原因ともなってきたことが筆者らの調査でも示されている²³⁾。胃ろう栄養法の利便性の高さのため、患者が経口摂取困難とみると、即、PEG を施行する医師が増えたのである。同様のことは、PEG の開発国の米国では日本よりも早く問題化したという。PEG の開発者のガウダラー自身も指摘するように、「PEG の簡便さが一因となり、過剰に施行されるようになった¹⁾」のである。

他方、過剰施行の結果、患者本人のためとは言い難い PEG 施行が日本の日常風景のなかで珍しくなくなり、そのため PEG の影の部分への注目が大きくなり、PEG に拒絶反応を示す人たちも少なくないのが現状である。病状に関わりなく PEG を拒否しようとする人たちがみられるようになったのである。このような、PEG の急速な汎用の余波で拡散した誤解の解消も必要である。事実を理解し、その事実が本人にとってどのような価値を有しているのかを判断することが大切である。

PEG が開発され、使用が拡大されてきた時代は、先進国で高齢化が進展してきた時代と重なる。ガウダラーも指摘する過剰施行の対象者の中心は、人生の最終段階に至り自力摂食も他の何をすることも困難になった高齢患者である。この段階の高齢患者に行うべきは PEG なのか、あるべきケアとはどのようなものか。いかに生きるかということとともに、いかに生き終わるかということも視野に、医療者も患者側も共に考えていきたい。超高齢化が進展する現代日本において、老年医療に携わる医療者にとって、一人ひとりの人生の集大成としての死をいかに手伝うかが重要な使命の一つとなっている³⁸⁾。患者の物語りに寄り沿う姿勢で「死に行く人の心をわかろうとする」³⁹⁾医療とケアが望まれる。

【日本老年医学会平成 22 年度老人保健健康増進等事業の医師対象調査・看護師対象調査研究班の構成】会田、飯島節（日本老年医学会倫理委員会委員長、筑波大学大学院人間総合科学研究科）、諏訪さゆり（日本老年看護学会理事、千葉大学大学院看護学研究科）、佐伯恭子（千葉大学大学院看護学研究科）、甲斐一郎（日本老年社会学会前理事長、東京大学大学院医学系研究科）、大内尉義（日本老年学会理事長、日本老年医学会理事長、東京大学大学院医学系研究科）

謝辞

本稿の執筆に際しご助言下さった、東京大学大学院人文社会系研究科上廣死生学講座の清水哲郎先生、東北大学大学院医学系研究科老年医学研究分野の小坂陽一先生に感謝致します。

文 献

- 1) Gauderer MW: Twenty years of percutaneous endoscopic gastrostomy: Origin and evolution of a concept and its expanded applications. *Gastrointest Endosc* 1999; 50: 879-883.
- 2) Gauderer MW, Ponsky JL, Izant RJ Jr, et al: Gastrostomy without laparotomy: A percutaneous endoscopic technique. *J Pediatr Surg* 1980; 15: 872-875.
- 3) 嶋尾 仁: 内視鏡的胃ろう造設術の現況. *Gastroenterol Endosc* 2003; 45: 1217-1224.
- 4) 中日新聞: 「胃ろうを作りますか?」2011年1月4日朝刊 25面.
- 5) 会田薫子: 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, 2011.
- 6) 日本老年医学会: 平成 22 年度老人保健健康増進等事業「認知症末期患者に対する人工的栄養・水分補給法の施行実態とその関連要因に関する調査」報告書, 2011.
- 7) 特定非営利活動法人 PEG ドクターズネットワーク (PDN): <http://www.peg.or.jp/tekiou/index.html>
- 8) Rabeneck L, McCullough LB, Wray NP: Ethically justified, clinically comprehensive guidelines for percutaneous endoscopic gastrostomy tube placement. *Lancet* 1997; 349: 496-498.
- 9) World Medical Association: World Medical Association Statement on persistent vegetative state. Adopted by the 41st World Medical Assembly Hong Kong, September 1989.
- 10) 小坂陽一: 胃瘻の功罪. *臨床栄養* 2011; 118: 670-674.
- 11) 遠藤英俊: 老衰と老衰死. 非がん疾患の緩和ケア (平原佐斗司編). 南山堂, 2011, p88-90.
- 12) 植村和正: 高齢者の終末期医療の特徴. これからの老年学—サイエンスから介護まで [第二版] (井口昭久編). 名古屋大学出版会, 2008, p304-307.
- 13) 石東嘉和: 高度アルツハイマー型認知症についてどう考えるか. *Clinician* 2007; 87: 1141-1144.
- 14) 会田薫子: 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. *日老医誌* 2012; 49: in press.
- 15) Finucane TE, Christmas C, Travis K: Tube feeding in patients with advanced dementia: a review of the evidence. *JAMA* 1999; 282: 1365-1370.
- 16) Gillick MR: Rethinking the role of tube feeding in patients with advanced dementia. *N Engl J Med* 2000; 342: 206-210.
- 17) Post SG: Tube feeding and advanced progressive dementia. *Hastings Cent Rep* 2001; 31: 36-42.
- 18) Rimon E, Kagansky N, Levy S: Percutaneous endoscopic gastrostomy; evidence of different prognosis in various patient subgroups. *Age Ageing* 2005; 34: 353-357.
- 19) 特定非営利活動法人 PEG ドクターズネットワーク (PDN): 平成 22 年度老人保健健康増進等事業「認知症患者の胃ろうガイドライン作成—原疾患、重症度別の適応・不適応、見直し、中止に関する調査研究」調査研究事業報告書. 2011年3月. http://www.peg.or.jp/news/research/h22_peg.pdf
- 20) 松下 哲, 稲松孝思, 橋本 肇, 高橋龍太郎, 高橋忠雄, 森真由美: 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 1999; 36: 45-51.
- 21) 下山和弘: 21世紀の高齢者介護. 日老医誌 2002; 39: 170-172.
- 22) Australian Government: Guidelines for a Palliative Approach in Residential Aged Care. Enhanced version— May 2006. http://www.nhmrc.gov.au/_files_nhmrc/file/publications/synopses/pc29.pdf
- 23) Aita K, Takahashi M, Miyata H, Kai I, Finucane TE: "Physicians' attitudes about artificial feeding in older patients with severe cognitive impairment in Japan: A qualitative study." BMC Geriatrics 2007; 7: 22. <http://www.biomedcentral.com/1471-2318/7/22>
- 24) Printz LA: Is withholding hydration a valid comfort measure in the terminally ill? Geriatrics 1988; 43: 84-88.
- 25) Ahronheim JC: Nutrition and hydration in the terminal patient. Clin Geriat Med 1996; 12: 379-391.
- 26) 日本老年医学会: 「高齢者の終末期の医療およびケア」に関する日本老年医学会の「立場表明」2012. 2012年1月28日.
- 27) 清水哲郎: 生物学的<生命>と語られる<生>—医療現場から. 哲学 2002; 53: 1-14.
- 28) 清水哲郎: 医療現場における意思決定のプロセス—生死に関わる方針選択をめぐって. 思想 2005; 976: 4-22.
- 29) 清水哲郎: 高齢者終末期の意思決定プロセス. Geriat Med 2009; 47: 439-442.
- 30) 会田薫子: 認知症末期患者に対する人工的な栄養・水分補給法の施行実態とその関連要因に関する調査から. シンポジウム「高齢者の終末期の医療およびケア: 立場表明10周年にあたって」第53回日本老年医学会学術集会, 東京, 2011年6月.
- 31) 清水哲郎, 会田薫子: 高齢者ケアと人工栄養を考える—本人・家族の選択のために (試作版), 東京大学大学院人文社会系研究科死生学・応用倫理センター, 2011.
- 32) Aita K, Kai I: "Withdrawal of care in Japan." Lancet 2006; 368: 12-14.
- 33) 清水哲郎: 臨床倫理エッセンシャルズ, 東京大学大学院人文社会系研究科, 2010.
- 34) 樋口範雄: 続・医療と法を考える 終末期医療ガイドライン, 有斐閣, 2008.
- 35) 日本救急医学会救急医療における終末期医療のあり方に関する特別委員会: 救急医療における終末期医療に関する提言 (ガイドライン). 2007年10月15日.
- 36) 樋口範雄: 終末期医療と法. 日本老年医学会老人保健健康増進等事業シンポジウム「食べられなくなったらどうしますか? 認知症のターミナルケアを考える」. 2011年2月.
- 37) 現代刑事法研究会: 終末期医療と刑法. ジュリスト 2009; 1377: 86-109.
- 38) 大内尉義: 医師としての人生と, 人間の生と死. 日本老年医学会老人保健健康増進等事業シンポジウム「認知症の終末期ケアを考える—死生観を見つめて」. 2011年12月.
- 39) 鳥羽研二: 高齢者の緩和ケアとは. 非がん疾患の緩和ケア (平原佐斗司編), 南山堂, 2011, p50-58.