

胃ろう栄養の適応と問題点

鈴木 裕

要 約 今、日本は世界に類を見ない超高齢化を迎えて、栄養補充が必要な終末期認知症患者に積極的な延命治療、すなわち AHN が必要か否かが議論されている。日本人にとって豊かな生と死は何なのか、日本人にこの難問が投げかけられている。高齢者に限っては、少なくとも従来の生存期間を伸ばすことが医学の絶対的なゴールではない。しかし、長く生きられて QOL の向上も期待できるのに、最後の悲惨さを憂慮して、最初から生を放棄するのも短絡的と言わざるを得ない。

社団法人日本老年医学会が実施主体となって、厚生労働省平成 23 年度老人保健健康増進等事業「高齢者の摂食嚥下障害に対する人工的な水分・栄養補給法の導入をめぐる意思決定プロセスの整備とガイドライン作成」は、日本人の生と死を真剣に考えようとしている。胃ろうを議論する時、従来の価値基準から脱皮した英断が日本人に求められている。

Key words : 胃ろう栄養, 認知症, 終末期, 人工的水分・栄養補充法, ガイドライン

(日老医誌 2012; 49:126-129)

はじめに

日本は人口構成の急激な高齢化と在宅医療の推進から世界に類を見ない速度で胃ろうが普及している。民間の調査機関によると 2010 年度の新規胃ろう造設件数は 20 万件、交換件数は 60 万件と報告され、今後さらなる高齢化に伴い虚弱老人や認知症患者は確実に増加することから、胃ろう患者の増加は確実視されている。

胃ろうの効果に関しては後述するが、経口摂取不良患者への胃ろうは、①生命予後を改善させる、②生活の質 (QOL: quality of life) を向上させる、③管理が簡便で在宅でも対応できるなどの生活に根ざした利点を有し、投与方法や栄養学的効果も、④他の人工的水分・栄養補充法よりも優れている。

しかし、今、医学的にも経済的にも有効性が実証されている胃ろうが問題視され始めている。それは、長く生きることが、その人の幸せなのかという極めて根本的で哲学的な問題が問われはじめているからである。医療の究極が生命の継続のみで議論できなくなったのかもしれない。

本稿では、胃ろうが日本に普及してきた背景、日本と欧米の治療成績、日本における胃ろうの現実的な役割と

問題点を述べ、日本における胃ろうの方向性を探りたい。

栄養法の基本的な考え方

自力摂取が困難になった場合の人工的水分・栄養補充法 (AHN: artificial hydration and nutrition) として、消化器を使う経腸栄養法と、消化器を使わないで直接静脈に栄養を投与する静脈栄養法がある。静脈栄養には、末梢静脈から低/中カロリーの栄養を行う末梢点滴法と、中心静脈から生命維持可能な高カロリー栄養を行う完全静脈栄養法 (TPN: total parenteral nutrition) がある。末梢点滴では長く生命を維持することは困難であるが、TPN では長く生命を維持する栄養を補充できる。経腸栄養法の主な投与方法としては、鼻から胃の中にチューブを留置する経鼻経管栄養法と胃に直接栄養を入れる胃ろう栄養法がある。胃ろう栄養法には、外科的に開腹 (あるいは腹腔鏡を用いて) して創る開腹胃ろうと内視鏡を用いて創る内視鏡的胃瘻造設術 (PEG: percutaneous endoscopic gastrostomy) がある。最近では、経鼻経管栄養法は、患者の苦痛が強く、食べるリハビリテーションが難しいために胃ろう栄養法が行われることが多い。胃ろう造設法は、胃切除後などの特例を除き PEG が第一選択となっている。

栄養法の基本的原則は、消化器が使える場合には経腸栄養が選択され、経腸栄養が不可能な場合に限り静脈栄養が行われる。したがって、自力摂取が困難になった場

合のAHNは、胃ろうを用いた経腸栄養が行われることが多い。

日本におけるAHNの変遷

日本の栄養法（とりわけAHN）は、世界的に見て極めて稀な経緯を辿る。

PEGは1979年に米国で開発された¹⁾が、その手技および管理の簡便性と安全性から瞬く間に普及し、欧米では1980年代にはAHNの標準的手技となった。一方、日本では、1980年のはじめにはすでに学会などで報告されたが、日本の医療制度に全く馴染まず、評価を得どころか感心すら向けられなかった。それは日本の社会情勢と密接に結びついている。その頃の日本の高齢者比率は現在と比べて極端に低く（約20年前には高齢者1人を支えるのに現役世代5.8人であったのが現在では2.7人）、経済状況も常に右肩上がりであったため、経費の嵩む入院治療が特に問題とされなかった。したがって、治療を在宅に移行させる在宅医療へ感心が向けられなかったのは当然である。また、保険制度も出来高払い制度であったため、診療報酬の高い入院治療が病院経営に有利に働いた。皮肉なことにAHNのなかで胃ろう栄養は最も安価で在宅でも管理できる治療であったために、逆に感心が向けられなかったのである。それに対して、中心静脈栄養法は管理が複雑で診療報酬が高いことから、日本においてはAHNの第一選択となった。この奇異な状況には、日本の医療システムも大きく関わる。現在のような栄養サポートチームなどの連携医療体制がほとんどなく、治療の全権がひとりの医師に委ねられていたことも関与していた。このような背景から、約20年近くAHN=TPNの構図が出来上がったのである。

1995年頃になるとPEGや栄養に関するいくつかの研究が発足し始め、栄養学的な研究が積極的に行われるようになる。それと同時に、経腸栄養の栄養学的有効性や安全性、経済性が注目され、AHNで最も簡便かつ安価で苦痛の少ない胃ろう栄養法が、ここではじめて脚光を浴びるようになる。しかし、当初は小さな傷をも忌み嫌う日本人独特の国民性は容易には変わらなかったが、患者の苦痛が少なく自宅でも管理できることが少しずつ評価され、一般臨床の場に普及していった。

2000年あたりから状況は一転する。介護保険の導入や出来高払い制度から包括医療制度へのシフト、栄養サポートチームの台頭などにより、胃ろうは急速に広まり始める。胃ろうと経腸栄養は、医学的有用性と平行して、在院日数短縮や転院・退院といった社会・経済的側面からも支持される。しかし、胃ろう栄養は、安定した栄養

補充が容易で、再び食べるためのリハビリテーションツールとしても有効であったが、現実的には対象の多くが高齢者で在宅や施設での支援システムも十分ではなかったために、劇的に機能が回復することは稀で、生き続ける方法としての有用性が評価された。

現在、胃ろうは、簡便かつ安全で経済的といった「光」の部分と、ひとりが生かされている、あるいは死ねないといった「影」の部分が錯綜し、超高齢化を向かえる日本の大きな社会問題となっている。

諸外国と異なる胃ろう造設後の治療成績

日本における胃ろう患者の治療アウトカムに関する詳細な検討は少なかつたため、治療成績は専ら人種も環境も異なる欧米人のデータに依存していた。欧米のデータでは、胃ろう造設後の生存期間は、Grantら²⁾は81,105例の検討で、30日、1年、3年死亡率はそれぞれ23.9%、63%、81.3%、Rebeneckら³⁾は、7,369例の1年後、3年後死亡率はそれぞれ59%、77%で在院死亡率は23.5%と報告した。また、Sadersら⁴⁾は認知症患者におけるPEG後の死亡率は1カ月以内に54%、さらに1年以内に半数以上が死亡すると述べ、Cerroら⁵⁾は、重度認知症患者に胃ろうを行っても、栄養状態の改善、褥瘡の予防、誤嚥性肺炎の予防、QOLの改善、機能や生命予後の改善すべてに貢献しないと報告した。このように欧米では、摂食・嚥下障害患者、特に認知症患者への胃ろうは有効でないと報告していることが多い。

しかし、筆者をはじめ胃ろう経験の多い日本の医師たちは、1年以内に80%近くが死亡するなどといったこれらの報告には相当違和感を感じていた。そこで、それらを検証するために、平成21年度厚生労働省老人保健健康増進費等補助金を受けて『高齢者医療及び終末期医療における適切な胃瘻造設のためのガイドライン策定に向けた調査事業』⁶⁾が行われた。2005年以降にPEGを行った65歳以上（平均81.4歳）の高齢者931人の患者を対象に2010年まで追跡調査したところ、1年以内の死亡率が30%以下で3年以上の生存率は35%以上であった。この結果は、欧米の報告と大きく異なり、日本人は欧米人に比べて、PEG後の生存期間が圧倒的に長いことが判った。さらに平成22年度に老人保健事業推進費等補助金で、『認知症患者の胃瘻ガイドラインの作成—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』⁷⁾⁸⁾が行われた。対象は53の医療施設より認知症で胃ろうを造設した1,353人の患者で、QOLと生存期間が主に検討された。平均年齢は81.9歳であった。結果は日常生活自立度Ⅱの認知症患者に胃ろうが

造設された場合、25%に改善が見られたが、日常生活自立度III/IVあるいはMであると、改善する確率は10%前後に留まった。生存期間は、胃ろう造設後、半数は2年以上生存していた。この研究結果から日本人の生命予後は欧米の報告と比較して著しく良く、QOLを改善する場合が相当数あることが判明した。

胃ろうの適応について

最近、胃ろうの適応に関してさまざまなところで議論されている。平成18年に日本内視鏡学会の胃ろうの適応に関するガイドライン⁹⁾ではじめて医学的な適応に加えて倫理面を考慮された適応が示されたが、胃ろう適応患者が急増している日本の現状を鑑みると、さらに一歩踏み込んだ指標が求められていた。

社団法人日本老年医学会が実施主体となって、厚生労働省平成23年度老人保健健康増進等事業「高齢者の摂食嚥下障害に対する人工的な水分・栄養補給法の導入をめぐる意思決定プロセスの整備とガイドライン作成」が現在行われている。このガイドライン案が画期的なことは、「臨床現場において、医療・介護従事者たちが、高齢者ケアのプロセスにおいて、本人・家族とのコミュニケーションを通して、AHN導入をめぐる選択をしなければならなくなった場合に、適切な意思決定プロセスをたどることができるように、ガイド(道案内)するものである」と明記され、具体的なパターンが示されていることである。

先述したように日本の高齢者への胃ろうは、統計学的には患者の生命予後を改善し、さらにQOLも向上させていた。このような事実のもとに、日本独自の胃ろうの適応を模索している。

胃ろうの差し控えや見直しが意味すること

栄養補充を行わないと生命の維持が困難な患者への胃ろうの差し控えや見直しは、最終的には患者の死に帰結する。個別事例ごとに、本人の人生をより豊かにすることを目指して、本人の生の環境(身体も含む)に胃ろう栄養が有効でないと判断した場合にその決断がなされるのであるが、この決定プロセスは、極めてデリケートな問題で日本の土壤に馴染みが薄く経験もほとんどない決定内容であるために、決定には慎重過ぎるほどの配慮が必要である。

胃ろうの差し控えや見直しの問題点

差し控えや見直しがAHNを中止、すなわち患者の死を意味するので、いくつかの問題点が挙げられる。

①誰がどのように決定するのか

AHN導入に関する意思決定プロセスにおける留意点には、「AHN導入および導入後の撤退をめぐる、候補となる選択肢を挙げて、公平に比較検討し、本人・家族を中心に、医療ケアチーム、介護チーム等関係者が共に納得して合意できる点を求めて、コミュニケーションを続け、医学的に妥当であり得ることは当然のことながら、なにより本人の意向(推定も含め)と人生にとっての益・害を考え、家族への影響や可能な生活環境の設定等をも併せて考えて、個々の事例ごとに最善の選択肢を見出す」とある。しかし、日本の医療者も国民も、この重大な決定を下す経験が皆無に近いために、誰がどのタイミングで問題提起し決定するかは現実的には相当難しい作業である。

ガイドライン案に、「患者本人は、合意を目指すコミュニケーションに、いつも自発的に理解し、選択する主体として参加できる(=意思確認ができる)とは限らない」とあり、本人の意思確認ができる場合とできない場合が明記されている。しかし、実際には本人の意思確認ができないことが圧倒的に多いので、その重責が家族に委ねられることになることになるが、そのような経験が乏しい一般人であることを十分に配慮しなければならない。

②安易にAHN中止が行われる、いわゆる切り捨ての懸念

患者本人が意思決定できない場合が多いために、実際には家族がAHNを行うかどうか決めることになる。その場合、医学的に明らかに適応であっても、家族の意向でAHNが中止される、いわゆる切り捨てが懸念される。医療者は、医学的な効果をどんなに伝えても、家族の意向が最終的に強く反映されるために、患者の死生が患者の生前の行いや家族の都合で決定してしまう危険性がある。

③AHN中止の法的整備

AHN中止が患者の死生に直結することから、ある意味では行為と結論が明確となる。したがって、十分に家族と相談して決めたことであっても、死というイベントを経験することで、家族や周囲の人間の心の動揺を来すことは高い確率で想定される。特に看取った医療者や家族は、患者の死に直面すると、もっと何かしてあげられることがなかったのか、はたして自分らの対応が本当に正しかったのかを懐疑する。その時に、周囲の人間から罵声を浴びたりすると、死の悲しみが重なって相当の心因的ストレスが加わることになる。

AHN中止に関する法的なルール作りは早急に進められるべきで、その確立なしでAHN中止がなされると、

当事者たちの混迷は避けられない。

④胃ろうの見直しや差し控えは他のAHNを選択することではない

一般にAHNは、静脈栄養（末梢点滴とTPN）と経腸栄養（経鼻経管栄養法、胃ろう栄養法）が代表的な方法である。消化管が使用できて長期間の栄養管理が必要な患者への栄養法として胃ろう栄養がほとんどすべての点で他のAHNの方法より優れていることは疑いない。したがって、胃ろう栄養の見直しや差し控えは、胃ろう栄養を行わないことに留まらず、他のAHNの方法も選択しないことを意味している。

しかし、実際の臨床現場では、AHNの見直しや差し控えを胃ろう栄養の中止と混同している場合があるようである。消化管が使用できる患者への末梢点滴やTPNの適応は原則なく、経鼻経管栄養法も胃ろうに比べて患者の苦痛や嚥下訓練が行いにくいことから推奨されない。現実的な問題として、これらの栄養管理法は胃ろう栄養に比べて管理が煩雑で、在宅や施設に適さないことから、現在厚生労働省が進めている在宅医療の推進に真っ向から反している。繰り返すが、胃ろうの見直しや差し控えは胃ろう以外のAHNを行うことではない。これらの根本が迷走すると、再び病院を転々とする20年前の日本に舞い戻ることになる。

おわりに

高齢者、とりわけ認知症患者への胃ろうの適応について議論してきたが、ここではっきりさせなければならないのは、認知症などの栄養補充が必要な患者に積極的な延命治療、すなわちAHNが必要か否かを問うていることである。

日本は急激な高齢化を迎え、2030年には生産人口と非生産人口が逆転すると予想されている。このような世界に類を見ない超高齢化社会に日本は確実に突入するなかで、日本人にとって豊かな生と死は何なのか、日本人にこの難問が投げかけられている。高齢者に限っては、少なくとも従来の生存期間を伸ばすことが医学の絶対的なゴールではない。しかし、長く生きられてQOLの向

上も期待できるのに、最後の悲惨さを憂慮して、最初から生を放棄するのも合点がいかない。

社団法人日本老年医学会が実施主体となって、厚生労働省平成23年度老人保健健康増進等事業「高齢者の摂食嚥下障害に対する人工的な水分・栄養補給法の導入をめぐる意思決定プロセスの整備とガイドライン作成」は、日本人がどうすべきかを真剣に考えている。日本人の胃ろうを議論する時、従来の価値基準から脱皮した英断が日本人に求められている。

文 献

- 1) Gauderer MW, Ponsky JL, Izant RJ: Gastrostomy without laparotomy: a percutaneous endoscopic technique. *J Pediatr Surg* 1979; 15: 872-875.
- 2) Grant JP: Comparison of percutaneous endoscopic gastrostomy with Stamm gastrostomy. *Ann Surg* 1988; 207 (5): 598-603.
- 3) Rebeck L, Wray NP, Peterson NJ: Long-team outcomes of patients receiving percutaneous endoscopic gastrostomy tubes. *J Gen Intern Med* 1996; 11 (5): 287-293.
- 4) Sanders DS, Carter MJ, D'Silva: Survival analysis in percutaneous endoscopic gastrostomy feeding: a worse outcome in patients with dementia. *Am J Gastroenterol* 2000; 95: 1472-1475.
- 5) Cervo FA, Bryan L, Farber S: To PEG or not to PEG: a review of evidence for placing feeding tube in advanced dementia and the decision-making process. *Geriatrics* 2006; 61: 30-35.
- 6) Suzuki Y, Tamez S, Murakami A, Mizuhara A, Horiuchi A, Urashima M, et al.: Survival of geriatric patients after percutaneous endoscopic gastrostomy in Japan. *World J Gastroenterol* 2010; 16 (40): 5084-5091.
- 7) 鈴木 裕: 平成22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分) 認知症患者の胃瘻ガイドラインの作成—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報告書。
- 8) Suzuki Y, Urashima M, Izumi M, Ito Y, Uchida N, et al.: The Effects of Percutaneous Endoscopic Gastrostomy on Quality of Life in Patients With Dementia. *Gastroenterol research in press*.
- 9) 鈴木 裕, 上野文昭, 蟹江治郎: 経皮内視鏡的胃瘻造設術ガイドライン。消化器内視鏡ガイドライン(日本消化器内視鏡学会監), 第3版, 医学書院, 東京, 2006, p310-323.