

PEG（胃ろう）問題

—認知症高齢者への PEG の適応について—

仲 口 路 子*

0. はじめに

本稿では PEG についての現代的な課題：認知症高齢者への PEG の適応の問題を描出することを目的とする。

PEG とは、percutaneous endoscopic gastrostomy：経皮内視鏡的胃瘻造設術のことで、本来は「胃内視鏡にて胃ろうをつくる手術」のことを PEG と呼ぶ。しかし便宜上、造設された「胃ろう」のことを PEG と呼んでもかまわないとされており、用語として厳密には正しくないものの、「PEG 造設」、「PEG 交換」、「PEG 管理」、「PEG ケア」等の言葉が臨床的にも許容されている。歴史的には、1822 年に Beaumont が胃ろう治療したことに始まり、1875 年に Sydney Jones が全身麻酔をして開腹下に胃ろう造設を行ったのが最初の成功例とされている。その後長い年月を経て、1979 年に Gauderer と Ponsky によって開腹せず胃内視鏡（胃カメラ）によって胃ろう造設が行われ、PEG と命名された¹。この最初の症例は生後 4 ヶ月半の乳児であった²。その後 1980 年代から PEG はまずアメリカを中心に施行が拡大し、日本でも 90 年代以降行われるようになった。PEG の目的には大きく分けて栄養補給と、減圧があるが、1993 年には約 6,500 本であった PEG キットの販売数は、2001 年には 45,000 本、交換キットが約 93,000 本販売されるなど、2000 年代に入って急速に普及し、2008 年のキットの販売本数は 106,000 本に上ったとされる³。PEG の増設件数は年々増加傾向にあるが、その背景には、在院日数の短縮により病院から次の施設への転出目的のためや、点滴や経鼻栄養を行わないことに対する家族の自責の念のために、老衰などのいわば適応外の患者に対しても PEG が行われていることもあると指摘されている⁴。さらにその適応は、(病院から施設へ移さざるを得なくなった)「認知症高齢者の経口摂取不能者」に相当数使用されているのではないかという指摘もある⁵。

そのような中、日本消化器内視鏡学会は「消化器内視鏡ガイドライン第 3 版 (2006)」において、PEG の適応症例と絶対的禁忌と相対的禁忌を定めている⁶。

適応症例は、

1. 嚥下・摂食障害
 - 脳血管障害・認知症などにより自発的に経口摂取できない
 - 神経・筋疾患などのため、摂食不能または困難
 - 頭部、顔面外傷による摂食困難
 - 咽喉頭、食道、胃噴門部狭窄食道穿孔
2. 繰り返す誤嚥性肺炎
 - 摂食できるが誤嚥を繰り返す
 - 経鼻胃管留置にともなう誤嚥
3. 炎症性腸疾患

キーワード：胃ろう、認知症、適応制限

* 立命館大学大学院先端総合学術研究科 2007年度入学 公共領域

- 長期経腸栄養を必要とする炎症性腸疾患、とくにクローン病患者
4. 減圧治療
- 幽門狭窄
 - 上部小腸閉塞
5. その他の特殊治療
- でありまたまたその絶対的禁忌と相対的禁忌については、
- 通常の内視鏡検査の絶対的禁忌
 - 大量の腹水貯留
 - 内視鏡が通過不可能な咽喉頭
 - 食道狭窄・極度の肥満
 - 胃前壁に近接できない
 - 著名な肝腫大
 - 補正できない出血傾向
 - 胃の腫瘍性病変や急性胃粘膜病変
 - 消化管狭窄（減圧ドレナージ目的以外の場合）
 - 横隔膜ヘルニア
 - 出血傾向
 - 妊婦
 - 門脈圧亢進症
 - 腹膜透析
 - 癌性腹膜炎
 - 全身状態不良
 - 生命予後不良
 - 胃手術既往歴
 - 説明と同意が得られない

が挙げられている。以上の提示によれば、その適応と禁忌は、施行する際の合併症等の危険性について丁寧に検討しており、また施行医らももちろん盲目的にこのガイドラインにさえ適応すれば造設、とはならず、さまざまな苦悶の中で、以下に詳細に検討するが、非常に安定した技術を最善の状態を提供していると考えられる。

しかし一方で欧米ではすでに（欧米での対策が日本に輸入されやすいことは多くの前例で参照されるが）、PEG 適応の指針として、アメリカでは、アメリカ経口経腸栄養学会（American Society for Parenteral and Enteral Nutrition = A.S.P.E.N.）がガイドラインを定め、ヨーロッパでは、ヨーロッパ臨床栄養代謝学会（ESPEN = 現 The European Society for Clinical Nutrition and Metabolism）が高齢者にたいする経腸栄養療法ガイドラインを設置しており、そこには「(PEG は) 認知症高齢者には適応がない」ことを定めている。それぞれのガイドラインの現状については次章以降で紹介するが、以上のような現状について、今後日本での議論が十分に行われる必要があることを本稿での検討課題とする。

1. 誰が PEG をうけているのか？

1-1. 日本での現実について

先にも述べたとおり、現在の日本で胃ろうを造設し、そこから栄養を得ている人々の多くは高齢者であり、しかもすでに認知症を合併していることが多いといわれている。筆者は昨今の「情報化」社会のなかで、(マス)メディアの与える影響はとて大きなものがあると認識⁷しているが、PEG そのものを題材として放映された番組のひとつとして、2010年7月25日(日)NHK教育テレビ ETV 特集の「食べなくても生きられる～胃ろうの功と罪～」⁸

が挙げられる。番組では、本人に代わって胃瘻を選択した家族としなかった家族、胃瘻を造るべきかどうかを医師らと話し合った末に選択した家族、それぞれの揺れる思いが紹介された。番組の反響はやはり大きく、とくに関心を持っていると思われる当事者「家族」らは、それぞれのブログ等をつうじて多くの意見・感想を述べている。番組の中でも使われたようだが、そこでは「生命の尊厳」や「無駄な延命」…といった表現が見うけられる。出された論点や受け取り方はさまざまあるが、番組の内容としては、少なくとも医師は十分な判断を持って PEG の造設にかかわっており、PEG じたいに警鐘を鳴らしてはいない。しかし当事者たちは現実の問題として、さまざまな意見を寄せている。「認知症」と「高齢者」と「無駄な延命」と「PEG 適応」の連関/諸相については十分に別稿にて検討する必要があると考えられるが、これまで筆者らが検討を加えた高齢者をめぐる言説と政策の連関についての考察によれば、医療関連費の高騰（国家予算への圧迫）問題の解消に向けて、応益負担の方策に舵取りされる歴史的経過があり、その文脈上（あるいは問題提起の関連）で「尊厳」という言葉が使われる、一見一貫性のない展開が実際、このほんの数十年の間の日本ですでに起っていることが確認された^{9 10}。それを踏まえるかぎり、昨今、認知症高齢者をめぐって PEG の是非（適応と撤退）についての議論が浮上している、その座標を確認する作業はとも重要であるとする。現在民間の調査機関によると 2008 年度の PEG の新規造設件数は 20 万件ともいわれ、ますます増加傾向にあるが、現在日本での PEG の禁忌事項に認知症は含まれておらず、それを踏まえての現場での混乱も多く見受けられる。しかし、欧米諸国ではすでに認知症患者への PEG の適応が除外されていることから、現実、そういった問題は浮上してこない仕組みになっていることをまずは参照しておこう。

1-2. 欧米での現実について

PEG という技術（手技）の確立はアメリカであったが、そのアメリカでの PEG の適応については「ASPEN ガイドライン」がある。ASPEN ガイドラインではとくに認知症高齢者に限定して適応から除外するというを示してはいない。しかしアメリカ老年医学会¹¹（American Geriatrics Society = AGS）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から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、また米国アルツハイマー協会¹²（Alzheimer's Association）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ローチは、死へのプロセスを苦痛のないものにする。
- ・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すむ。もし ANH（artificial nutrition and hydration = 人工栄養と水分補給）を行うとしても、やがてその中止を決断しなければならないときがくる。

という助言・勧告を行っているという。

またヨーロッパでは「ESPEN ガイドライン」がある。ESPEN ガイドラインにはたくさんの対象別ガイドラインが示されているが、とりわけ高齢者向けには「ESPEN Guidelines on Enteral Nutrition: Geriatrics」が示され、そこには認知症の程度によって、以下の記載がある。

In demented patients ONS (=oral nutritional supplement) or tube feeding (TF) may lead to an improvement of nutritional status.

認知症患者では、ONS（経口栄養補助食品）か経管栄養（TF）が栄養状態の改善につながるかもしれない。

In early and moderate dementia consider ONS—and occasionally TF—to ensure adequate energy and

nutrient supply and to prevent under nutrition.

初期と中等度の認知症では、十分なエネルギーと栄養供給を確保し、栄養の低下を防止するために ONS（経口栄養補助食品）を、時折 TF（経管栄養）を考慮する。

In patients with terminal dementia, tube feeding is not recommended.

末期の認知症患者では、経管栄養は推奨されない。

In patients with dysphagia the prevention of aspiration pneumonia with TF is not proven.

嚥下障害のある患者において、経管栄養が誤嚥性肺炎の予防に貢献することは証明されていない。¹³

さらに、

- ・胃瘻栄養法は誤嚥性肺炎や褥瘡の発生を減少させ、患者の QOL を改善するという医学的根拠はない。
- ・PEG を実施するか否かという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¹⁴。

といった助言・勧告が示されている。こういった問題、ようするに「胃瘻などによる経管栄養療法は栄養改善には大きな効果が認められる一方で、生命予後に対する有効性については未だ一致した見解はなく、特に重度の認知症高齢者に対しては慎重な対応が求められる」¹⁵ という見解に関して、すでに欧米では多くの先行研究¹⁶ がなされており、日本の実態（多くの認知症高齢者への PEG 適応）とそれら研究（認知症高齢者への PEG は無効）が示す見解との間にははっきりとした違いがあることがわかる。

1-3. 乖離を考える

PEG をめぐって日本と欧米諸国では現実的な隔りがあることが分かった。そういった現代日本の医療のありようにかんして、これを痛烈に批判したのが先に挙げた石飛氏による著書『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 2010、2011 年現在第 16 刷を数える）であろう。氏は昭和 10 年生まれの現役の医師であるが、以前はいわゆる敏腕外科医であり、医療の最先端をつねづね意識するような仕事をなさっていた。そしてその最先端では苦渋や辛酸、いうに言われぬさまざまな苦労があったことが述べられている。そしてこの本を著されたのは 2005 年から勤務されている特別養護老人ホームでの配置医としての経験がおおもとにある。氏の本書での主張はたくさんあるけれども、そのとりわけ大きな叫びは、

「老衰のため体に限界が来て、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、無理矢理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。」¹⁷

に集約されていると考える。ここでは「口を開けさせる」という表現がなされているが、ここで氏が主張していることは、「口から食べられなくなったら老衰が進んでいると解して自然な死を受け入れよう」という、これまで日本人が拠り所としてきた考え方を無視して、無理矢理に「生きさせる手だてを講ずる」ことへの批判であり、臨床的にすでに意識が遠のいているような状態で経口摂取をすすめるということがなされることへの批判ではない。

実際、認知症高齢者への PEG による栄養補給は、たしかに栄養補給はできるけれども、さまざまな合併症の発症などにより、ほんとうに延命できるか、ということについては医学的に根拠が明確でなく、欧米ではむしろ行わない方がよいという見解すら示されている。そうすると日本は PEG にかんしては「行き過ぎた医療化」として、1970 年代から 80 年代に見られた老人医療費無料化から、病院のサロン化や検査漬け・薬漬け、はたまた社会的入院やスパゲッティ症候群¹⁸ のようないわゆる「行き過ぎ」にたいする「反省」が促される必要があるのだろうか。その結論を導くまえに、次に日本での研究に目を向けてみる。

2. 認知症高齢者への PEG は危険か

ここに、「平成 22 年度老人保健事業推進費等補助金（老人保健健康増進事業分）認知症高齢者の胃ろう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—調査研究事業報告書 平成 23（2011）年 3 月」がある。その緒言には「認知症患者の終末期には嚥下・摂食障害が生じ、人工栄養の適応となることが多い。しかし、認知症患者への胃ろう造設後の治療アウトカムに関する詳細な検討はほとんどない。したがって、認知症患者への胃ろうを考慮するとき、人種も死生観も異なる欧米のデータに頼らざるを得ないのが実情である。平成 21 年度老人保健事業推進費補助金による高齢者医療および終末期医療における適切な胃ろう造設のためのガイドライン策定に向けた調査研究事業で、認知症患者への治療アウトカムの概略は示せたものの、原疾患別、重症度別の詳細な検討はない。このような状況の中で、日本における認知症患者への胃ろうの適応ガイドラインを構築するためには、認知症患者の原疾患、重症度（進行度）別の治療アウトカムの検討が必須と考えられる。」¹⁹とあり、そのま

IV. まとめ

1 生存について

- ① 胃瘻造設は認知症の早期、晩期を問わず生命予後の改善に寄与する
- ② 海外の報告と比較して日本人の生命予後は著しく良好
- ③ 認知症の基礎疾患には差がない

2 生活の質について

2-1 生活自立度

- ① 生活自立度は 8.5%（879 人中 75 名）で改善
- ② 年齢が若い、BMI が高いほど改善度が高い
- ③ 認知症の基礎疾患での差はない
- ④ 胃瘻造設は認知症の早期に施行した方が、生活自立度の改善が期待できる

（胃瘻造設時の生活自立度が II であった場合、胃瘻造設により 25%において生活自立度が改善しているのに対して、生活自立度が III/IV であった場合胃瘻造設により 8.6%しか改善していなかった）

2-2 経口摂取機能

- ① 経口摂取機能は 18.4%（961 人中 177 名）で改善
- ② 高脂血症、経口摂取可能者において経口摂取機能の改善度が高い
- ③ アルツハイマーの方が脳血管性の認知症よりも経口摂取機能の改善度が高い
- ④ 胃瘻造設は認知症の早期に施行した方が、経口摂取機能の改善が期待できる

（胃瘻造設時の生活自立度が II であった場合、胃瘻造設により 35%において経口摂取機能が改善しているのに対して、生活自立度が III/IV であった場合胃瘻造設により 17%しか改善していなかった）

2-3 肺炎

- ① 肺炎は 71.7%（777 名中 557 名）で改善
- ② 高脂血症、糖尿病、心疾患の既往、術前の絶食期間の無い場合に改善度が高い
- ③ 認知症の基礎疾患での差はない
- ④ 胃瘻造設は認知症の早期、晩期に関わらず肺炎の改善に寄与する

（胃瘻造設時の生活自立度が II であった場合、胃瘻造設により 67%において肺炎が改善しているのに対して、生活自立度が III/IV であった場合胃瘻造設により 65%改善しており、有意な差は認めなかった）

日常生活自立度 II の認知症患者に対して胃瘻が造設された場合、日常生活自立度の改善が 25%に見られたのに対して III/IV あるいは M であると、改善する確率は 10%前後であった。このような生活の質の改善度に関するエビデンスは世界でも無く、本調査ではじめて判ったことである。また、認知症患者でも胃瘻造設により半数は 2 年以上生存しており、海外の報告と比較して日本人におけるその生命予後は著しく良いことも判った。

今後はこのようなエビデンスを海外、医療関係者、国民に伝えることに注力するべきであろう。認知症患者胃瘻造設の際の医師、患者家族の判断材料になるものとする。

と記されている。対象者など、さまざまなバイアスにたいして考慮しなければならない点はあるにせよ、日本と欧米でこれほどまでに結果が異なることが明らかになったことは注目に値する。

3. 日本での現状：再び

3-1. 学会の考え方

PEGの適応は先に消化器内視鏡ガイドラインの基準を参照したとおり、1.嚥下・摂食障害、2.繰り返す誤嚥性肺炎、3.炎症性腸疾患、4.減圧治療、5.その他の特殊治療となっているが、実際の適応を決定する際には、医学的な側面と倫理的側面から検討する必要があるという。その際の「医学的アルゴリズム²⁰⁾」とは、まず生命予後について、現在のところ、PEGの適応に関する生命予後の長短の基準は厳格には定められていないが、常識的にいえば1か月以上の生命予後が期待できる成人及び小児が適応となる、とし、また全身状態の評価として、PEGは低侵襲の手術であるが、患者の全身状態が不良な場合には、相対的に高侵襲手術になる。全身状態の明確な評価基準はないが、通常的外科手術に準じれば、極度の低栄養（血清アルブミン値2.5以下）や貧血（血色素8.0以下）、重篤な感染症を併発している場合には、それらの治療を優先させるべきである、などとしている。さらに「倫理面を考慮した適応のアルゴリズム」については、PEGの適応か否かを決定するためには、単に医学的にPEGが適応となるだけでなく、以下にあげる倫理面も考慮した適応基準がきわめて重要となる、として、「患者が意思表示できるか」、「患者がPEGを希望するか」、「PEGが医学的に有効か」、を検討したうえで、「この問題の最も難しいのは、やはり治療を自分で決定できない患者へのPEGをどう考えるかである」、と述べるにとどまっている。しかし同じページにあるシェーマでは、

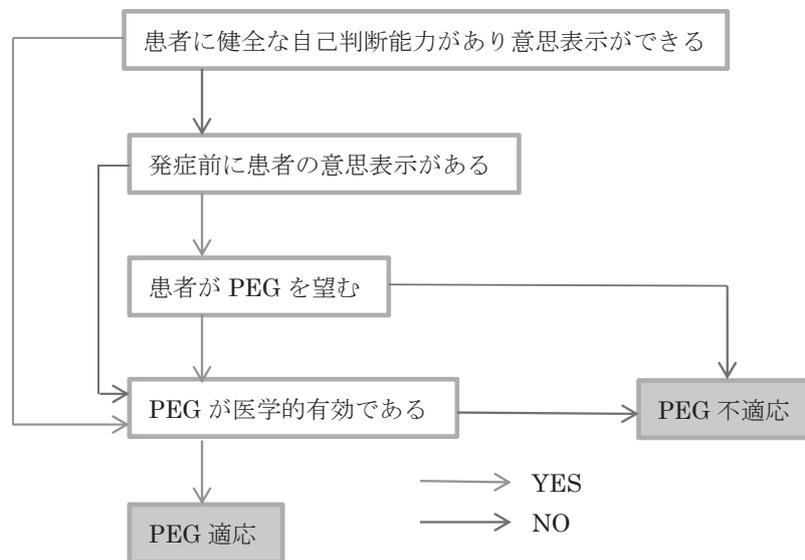


図1 倫理面を考慮した PEG 適応のアルゴリズム

このように、ようするに患者が決して「望まない」という意思表示をしたと確認できる、ないしは医学的有効性がないと判断される場合にも、倫理的に PEG が不適応であるとみなされる、という見解を示している。

3-2. 偶発症状

1998年から2002年にかけて行われた消化器内視鏡関連の偶発症状全国調査によれば、上部消化管内視鏡関連の死

亡事故は63件でこれは概算すると50万件に1件の頻度であった。またこのうち、PEG関連死亡を8例に認めたと、PEG施行症例数は年間約140,000例で年々増加してきており、高齢者や全身状態不良の患者を対象とする機会が増えていることを合わせて勘案すれば、おおよそ日本でのその技術的水準は高度に保たれていることが分かる²¹。

3-3. 嚥下障害は治らないのか？

嚥下という機能は非常に複雑で、それは5つのステージ（先行期、準備期、口腔期、咽頭期、食道期）からなるといわれているが、その1つまたは複数に障害が発生すると円滑な嚥下は困難となる。このうち咽頭期にはいわゆる嚥下反射が起り、食べ物が気管に落ちて行かないように蓋をすることが不随意に起っている。これが何かのタイミングでずれた場合、咳き込みが起る。これは日常誰もが経験することであるが、それが頻発するようになる、または咳き込みじたいが不完全な状態となると、全身状態の漸次低下と相まって、誤嚥性肺炎を起こすこととなる。

食べられなくなる原因（摂食・嚥下障害の原因）は、大きく分けて「器質的原因」（舌炎、口内炎、腫瘍など）、「機能的な原因」（脳血管障害、ALS、筋ジストロフィー、加齢に伴う変化など）、「心因性原因」（神経性食欲不振症、異食症、うつ病、心身症など）が考えられるが、それらの要因が引き金となって摂食・嚥下障害が起った場合、それを医学的に根本的に治療することは困難である。とくに機能的な原因が想定される場合はアプローチがとても難しい。高齢者福祉施設（特別養護老人ホームや老健施設など）で高齢者が食卓に着いていながらも、食事のトレイを前にぐったりうつむいてしまって全く食べようとしない、あるいは食べ物の認識がすでに不鮮明で食物で遊んでいるように見える場面など、おそらくどこの施設でも数名は見られる光景であろう。介護者らは「食べないと体に悪いですよ」「はいご飯ですよ、食べてくださいね」など声をかけたりしながら、日々、食べたり食べなかったり、パンがいいか、ご飯がいいか、お粥がいいか、何が好きなんだろう等あれこれ考えたり、それでもついにはことごとく全く食べなくなったり、じゃあ水分だけでも、とすすめてもうまくいったりいかなかったり、一生懸命すすめて口を開けてくれたけれども即座にもものすごくむせて咳き込んだりする。そうすると無理にすすめるのも危険だということとなり、どうしたものかと考えあぐねることが多い。そしてついには「もう年なのかなあ」と半ばあきらめかけるうちに、もともと少ない高齢者の予備力はすっかり使い果たされ、だんだんに起き上がることもままならない、あるいはふらついて転倒し骨折、といった状況を招いていく。

医学的に根本的治療を期待することは難しく、このようなりアリティに接すると、そのインパクトは絶大で、先の石飛氏の表現にあるような考えもしかり、と確信を深める。そうして、私たちはいったいどうしたらいいのだろうかとうと逡巡することが往々にして起こりうる。

3-4. PEG 以外の取り組み

このように、日本ではPEG技術の進展・安定化と高齢化、さらには病院から在宅へといった社会的要請を受けて、一方では認知症がある高齢者でも嚥下困難/障害が発症すれば「PEG」という選択肢が現状では担保されつつも、しかし他方、それにたいする異議申し立てもなされている現状があり、実際その場に居合わせた人たちは「いったいどうしたらいいの」と困り果てている現状があることが把握できた。しかしここでさらに重要な活動を紹介しなければならぬ。

たしかに先に述べたように、「嚥下困難/障害」は「治療」しにくく、アプローチも難しい。しかしその対処方法としてPEGによる栄養補給以外に、あるいはPEGと併用しながら、しっかり活動し実践を積み重ねている流れがある。それは例えば看護においては「摂食・嚥下障害看護認定看護師」といった人たちの活動があり、またリハビリテーションにおいては、「言語聴覚士（ST = Speech-Language-Hearing Therapist）」による嚥下リハビリテーションがあり、栄養においては「管理栄養士」が嚥下食などを考案し、さらには薬剤師らの活動では嚥下困難患者への薬剤投与の工夫がなされ、さらには歯科医師や歯科衛生士による口腔ケアなどの実践がなされている。これらの活動は単に栄養を取り込むこと（むろんそれがまず重要なものではあるが）に目標を設定するのではなく、そこに至るまでに検討されなければならないあれこれ、例えば「食事を認識する」「食べたいと思う」「食べられることに喜びを感じる」などのとても細かいひとつひとつを丁寧に整えていくプロセスを個別に考え実践する、という取り組みである。

しかし、言語聴覚士は1999年に第1回目の国家試験が行われた比較的新しい資格であり、また摂食・嚥下障害看護認定看護師も2006年度に日本看護協会により認定された31名を皮切りに、2011年7月現在の登録数は304名となっているが²²、これも新しい資格ではある。これらの希少な活動はまだ始まったばかりで、また地道ではあるが確かな成果を挙げてきていることも事実であり、PEGをめぐる問題提起にたいして「静かに死なせる」に至るさまざまな問題を解決する手だてとして十分に期待できるといえよう。

4. 積み残された課題：それでも安穩としてはられない理由

4-1. Communications gap

経口/否経口を問わず、さまざまな(新しい)専門職が関与してエビデンスを固めていく実践は高く評価できるのであるが、ところがここにも問題がある。というのも、多くの場合「多職種協働」といった状況が必要となりその価値がもてはやされるが、ここで、はからずも「コミュニケーション」の問題が発生する。チーム医療では、チームカンファレンスが設定され、そこでそれぞれの意見を出し合い、チームメンバー内での一定のコンセンサスを得て、方向性を定めていく、といった手続きがなされる。PEGをめぐるでも、例えば栄養サポートチーム(Nutrition Support Team: NST)などが動いていくこととなる。しかしそのメンバーは各施設ごとに固定しており、その限定した範囲内での合意でしかないといった限界がある。またその限定した範囲でさえ、職種間で異なる認識を持っており、介入状況も異なるなどの困難を伴うことが指摘されている²³。そしてそれ以上に深刻な問題はいわゆる「マンパワーの不足」といった状況、これがますます逼迫しており、それぞれの(専門職)介入者がそれぞれの場面で存分に対象者に向き合う時間などまず制度的に想定されていない、といった問題があり、そこから「共有されない情報」「なおざりな対応」「お座なりの対応」等が発生してくることが考えられる。

4-2. 誰が決定するのか

次に、ここで再び考えなければいけないことは、PEGの造設を含む、栄養の補給について、いつ、どのような方法を用いるか、という「決定」の問題である。先の日本消化器内視鏡学会の定めている倫理面を考慮した適応のアルゴリズムでは、PEGの医学的有効性を欧米よりも広くとったうえで、患者に健全な自己判断能力がなく、意思決定できない場合は、発症前に患者の意思表示があったかどうかを確認し、さらにそれが見当たらない場合でもPEGの医学的有効性を鑑み、それがあれば判断されれば、PEGの適応となる、という図式となっている。ここに示されるアルゴリズムではつねに「患者が」といった主体設定となっており、「家族」や家族に代表される「代理決定者」の介在は想定されていない。

しかしすでに現在、例えば「がん研有明病院」では、2007年1月から、「心肺蘇生を行わないこと(DNAR; Do Not Attempt Resuscitation)ガイドライン」が設置され、ここでは「代理人(いない場合は家族)」の意思決定が含まれている²⁴。また「日本救急医学会」も2007年11月5日「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)」をまとめ、その決定においては「本人のリビング・ウイルなど有効なadvanced directives(事前指示)を確認し、それを尊重する。」としたうえで、「家族ら」関係者の意思を確認するとしている²⁵。またPEGをめぐるでも、

Feeding patients with dementia through percutaneous endoscopically inserted gastrostomy (PEG) tubes has not been shown to improve functional status, nutritional status, or mortality, despite its frequent use. Because anorexia due to dementia follows a loss of decision-making capacity, a surrogate's consent is generally required for PEG tube insertion. Unfortunately, surrogate decisions are often inaccurate, and elderly patients generally reject PEG feeding for a condition of dementia. General deficiencies in informed consent also contribute to the misapplication of PEG tubes. In addition, decisions for PEG may reflect an emotional response to avoid "starvation." Lastly, the personal, nonevidence-based views of many health professionals about tube feeding for cases of dementia may also contribute to PEG misuse.²⁶

認知症による食欲不振に対して PEG が頻繁に使用されているにもかかわらず、機能状態、栄養状態、または死亡率を改善することは示されていない。

一般的に認知症高齢者の場合、PEG チューブ挿入のためには代理人の同意を必要とするが、残念なことに、代理人の意思決定はしばしば不正確である。インフォームドコンセントの欠陥により、代理人の PEG 造設への意思決定は、「飢餓」を避けるためという感情を反映しているかもしれない。

最後に、医療専門家の今後の PEG の誤用にたいする研究は、科学的根拠に基づいていない認知症のケースへの経管栄養の使用の防止に貢献するかもしれない。

といった研究報告がなされており、今後日本でも「代理人（家族等）」の決定／裁量の拡大から「使わない決定」への水づけが加速する可能性がある。

4-3. 誰が手当て / 管理するのか

さらにもっと深刻な問題があることも付け加えなければならない。PEG の適応云々の議論が沸騰していることは先に参照したとおりであるが、はたしてそれを造設した場合、いったい誰が手当てし管理するのか、という問題がじつは手つかずの状態になっているのである。PEG の造設が現代日本で盛んに行われているとして、まずはおそらくそれは「施設から在宅」「病院から施設 / 在宅」という配置の傾斜と関係が深いと考えるべきである。そうすると先の病院等医療施設を中心に活動する NST の専門職集団の活躍も鳴りを潜め、家族を中心とした、または福祉施設の場合は介護福祉士やホームヘルパー資格保持者らにその手当て / 管理をゆだねることとなり、医療は「お任せ」しなければならない時間が長くなる。福祉施設の多くはそういったいわゆる「医療的ケア」が必要な対象者に対し、施設の設備の不足や看護師等のマンパワー不足の観点から入所を制限する条件を与えていることが指摘されてもいる²⁷。

医療的ケアをめぐる問題は、やはりここでも深刻である。少なくとも PEG を造設した場合、現在のシステムでは家族の負担となることが多い。また福祉施設では医療専門職以外が手当て / 管理することが可能となっている²⁸が、実情として、上記のような問題がある。われわれはここで、その負担を担う人にたいし、それを担ったことを後悔するようなことがないよう、新たなバックアップシステムを早急に構築していく必要があるだろう。

以上を概観すると、現在日本では PEG を造設することにたいし、その対象者がどのような認知症患者であれ、何歳の高齢者であれ、文面としての制限は課していない。医学は広く門戸を開いている。しかし、その造設の決定にかかわる経緯は複雑で、本人が決定できないままに PEG を造設されていた、という問題や、あるいは家族等代理決定者が PEG を造設することに同意した場合、その多くは「餓死させるのは忍びない」「できるものなら・・・」「少しでも、1日でも長く生き続けてほしい」といった感情が関与していることが指摘されている。また PEG を造設しないことを決定した場合は、「本人はそこまでして長生きしたいとは思っていないに違いない」「寿命だから自然な形で死なせてあげよう」といった思いが挙げられるという。そしてそれらどのみちを選択しても、その帰結と責任には強い親和性があり、「ほんとうにそれが良かったのか？」という問いを突き付けられる。しかし、本稿の検討をつうじてわれわれは、「行き過ぎ」や「撤退」には未だ多くの議論の余地があるとの見解を持つに至ることができる。

5. おわりに

老人はもう十分に生きてよね、と差し向けられた問いにいかに応えうるのか、といった問題が暗澹として、依然解決されないまま横たわっている。それはダニエル・キャラハン²⁹による「老いの医療」に著されるような深刻な問いである。キャラハンによれば、人が自然な寿命を全うしたあとは、医療は死に抵抗する方向に向かうべきではない、としたうえで、

自然な寿命を全うする年齢が何歳なのか、正確な暦年齢をただちに決めることはできない（・・・中略・・・）が、ふつうは 70 代の終わりか、80 代のはじめとされるだろう。人生もこの段階に達するとその人の歴史はまだ完結

していないものの一時間にはつねに終わりが無い—大半が終わっている。
という。

しかし、われわれにはそういった「線引き問題」に拘泥している余地はない。小泉義之³⁰はその著書のなかで、

死の瞬間はない。死は境界ではない。生の終わりは瞬間でも境界でもない。同様に、生の始まりは、瞬間でも境界でもない。起っていることは、生と死の浸透、生への死の分散、死への生の分散である。これが末期の生そのものの実情である。だから、病人の生を肯定し擁護することは、生そのものの肯定と擁護に繋がるのである。

と述べている。もしその観点から考えるならば、「自然な寿命を全うしたあとは、医療は死に抵抗する方向に向かうべきではない」という主張の意味は大変に不鮮明であるといわざるを得ない。なぜなら「生」と「死」は一定のグラデーションのなかに在って、そしていつの日か消える、のであるから、そこに介在する医療もまた、そういった一定のグラデーションを、「生のプリズム」をつうじてその濃淡を分析しつつ介在していく必要がある。そして医学はすでにそういう拠点（拠り所）から現実に対応しているといえるし、可能性として、欧米での「スタンダード」をすんなりと受け入れるのならともかく、現状において、そこでの困惑や迷いは不要であると言える議論を広く展開していく必要がある。

『質の悪い生』に代わるのは、『自己決定による死』ではなく、『質の良い生』であるはずです。」

PDN³¹ 通信第12号の「おサル先生の在宅胃ロウ入門」で、小川滋彦先生が立岩真也氏のインタビュー記事から引用された言葉です。「質の良い生」の延長にこそ、神のみぞ知る「穏やかな終末」がやってくるのではないでしょう

うか。
障害を抱えていようと、残された時間が少なからうと、「どう死にたいか」を決定するためには、「どう生きたいか」を問うことが必要です。それを実現するために社会の仕組みをどう変えてゆけばよいのか、誰もが受けられるサポート体制を創りあげることが、次の世代への私たちの役割ではないかと思えます。³²

PEGの大量生産を痛烈に批判している石飛氏も、同著の中で、このように述べている。

それにしても認知症の方と冗談を言いながら付き合うのは一番気が置けなくて、何だかこちらが慰められているように思うことが度々あります。そうして我ながら不思議に幸せな気持ちになります。

(独白)

はじめはなんて変わった人々だろうと思った
毎日付き合っていると少しばかり違うけど
大して自分と違いはないように思えてきた
私だって人から見れば相当変わった奴らしい
お互いに手を取り合うと無性に嬉しくなった³³

現代日本の老人は長生きし、世界で1、2を争うほどの長寿国となった。長寿であるがゆえに、脳が老化して認知症が増えたという。しかしその昔、「敦盛」に謳われた「人間五十年、化天のうちを比ぶれば、夢幻の如くなり」の歳月は長くなったけれども、それでもまだ、あつという間のことなのかもしれない。

「負担をかけると思うから早めに死ぬと言う。そんな思いからの決定を『はいどうぞ』と周囲の者たちが受け入れてよいか。自殺しようとする人を、少なくともいったんは止めようとするではないか。なぜ終末期（や認知症）では決定のための情報を提供するだけで、中立を保つと言うのだろうか。しかもその理由は周囲の負担だ。それをそのまま認めることは、『迷惑だから死んでもらってよい』と言うのと同じではないか。それは違うだろう。本人の気持ちはそれとして聞き受け止めた上で、『心配しなくていい』と言えよ。」(括弧内筆者加筆)³⁴

マンパワーはじめ、たくさんの「不足」（と過剰）がゆえに「（寿命は）適当なところで終わろう」というスローガンが発せられるけれども、現実的にはまだまだ補給の余地が残されている。現在多くの人々が逡巡している「行き過ぎ」と「撤退」に十分目配りしつつ、今後のシステム構築を考えて行かなければならない。

【文献・註】

- 1 小山茂樹監修、西山順博著「胃ろう（PEG）ケア はじめの一歩」秀和システム。2010.07.20.p9.
- 2 Michael W.L. Gauderer, Jeffrey L. Ponsky, and Robert J. Izant, Jr, [Gastrostomy Without Laparotomy: A Percutaneous Endoscopic Technique] Journal of Pediatric Surgery Volume 15. Issue 6. December 1980. p872-875.
- 3 会田薫子「認知症高齢者の終末期と胃瘻栄養法—PEGの施行要因分析と価値判断を経た代替療法の提案—」勇美記念財団 2009 年度在宅医療助成一般公募（前期）報告書。2010.08.30.p4.
- 4 小関辰美、渡辺茂「第 15 回 PEG・在宅医療研究会（HEQ）学術集会」Nutrition Care 2011 vol.4 no.1.p103.
- 5 石飛幸三「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。2010.02.08. p86-87.
- 6 日本消化器内視鏡学会監修、日本消化器内視鏡学会卒後教育委員会責任編集「消化器内視鏡ガイドライン第 3 版」医学書院。2006.10.01.p311.
- 7 たとえば「認知症高齢者」では、有吉佐和子の「恍惚の人」などが大きな社会的インパクトを与えたといえよう。
- 8 番組ホームページには以下の記載がある。<http://www.nhk.or.jp/etv21c/update/2010/0725.html> 最終アクセス 2010.08.10.
NHK 教育テレビ ETV 特集「食べなくても生きられる～胃ろうの功と罪～」
2010 年 7 月 25 日（日）午後 10 時 00 分～11 時 00 分
男女を合わせた平均寿命が 80 歳を越え、日本は世界最高の長寿国になった。その理由の 1 つが、欧米とは異なり積極的な延命治療が行われていることにある。中でも、胃に直接栄養を送る経管栄養（胃ろう）は急激に普及し、現在およそ 40 万人に施されている。もともと胃ろうは、摂食障害のある子どもたちのために開発された技術だが、患者への負担が少なく生存率が画期的に延びるため、高齢者にも応用されるようになった。現在の日本では、嚥下の能力が衰え、ものを食べられなくなると、ほぼ自動的に胃ろうが施されるまでになっている。
しかしいま、この現状を変えようという動きが医療現場で起きている。「ただ生かすことが、本当に患者のための医療か」「自然な死を迎えられない現状が良いのか」という声が上がっているのだ。その動きの中心に居るのが、胃ろうの技術を日本に広めた第一人者の外科医だ。「私には延命至上の現状を招いた責任がある。だからこそ、勇気をもって訴えていかなければならない」という。私たちは、胃ろうをどう考えるべきか。そして、どう生き、どう死ぬべきか。その答えを模索する一人の医師に密着する。（日本に胃ろうを広めた外科医の鈴木裕さん（国際医療福祉大学）はいま、胃ろうに 1 つの疑問を感じている。）
- 9 生存学ホームページ、古い研究会 <http://www.arsvi.com/o/o01.htm#l2> 参照。最終アクセス 2011.12.26.
- 10 天田城介、北村健太郎、堀田義太郎編「老いを治める 老いをめぐる政策と歴史」生活書院。2011.03.25. p134-135.
- 11 前掲 3 「認知症末期で経口摂取不可な症例への人工的な栄養・水分補給法（ANH）：諸外国の学会等のガイドラインと実態」より
ANH（artificial nutrition and hydration）は人工的な栄養と水分の補給法の総称。胃瘻栄養法や経鼻経管栄養法などの経腸栄養法および中心静脈法や末梢点滴などの静脈栄養法のすべてを含む。
- 12 ibid.
- 13 D. Volkerta, Y.N. Berner, et al, [ESPEN Guidelines on Enteral Nutrition: Geriatrics] Clinical Nutrition Volume 25, Issue 2. April 2006. p330-360.
- 14 前掲 3 「認知症末期で経口摂取不可な症例への人工的な栄養・水分補給法（ANH）：諸外国の学会等のガイドラインと実態」より
- 15 荒井秀典編集「第 9 回チーム医療カンファレンス 摂食嚥下障害に関するチーム医療」京都大学大学院医学研究科人間健康科学系専攻発行。2011.06.02.p2.
- 16 D.S.Sanders et al, [Survival analysis in percutaneous endoscopic gastrostomy feeding : a worse outcome in patients with dementia] The American Journal of Gastroenterology Volume 95. Issue 6. June 2000. p1472-1475.
Eric J. Palecek Comfort et al, [Feeding Only : A Proposal to Bring Clarity to Decision-Making Regarding Difficulty with Eating for Persons with Advanced Dementia] Journal of the American Geriatrics Society Volume 58. Issue 3. March 2010. p 580-584. など。
- 17 前掲 5 p187-188.
- 18 前掲 10 p133-136.
- 19 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）認知症患者の胃ろう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—調査研究事業報告書」2011.03.
http://www.peg.or.jp/news/research/h22_peg.html NPO 法人 PEG ドクターズネットワークホームページから参照可能。最終アクセス
2011.08.10.
- 20 アルゴリズムとは、問題を解決する定型的な手法・技法のこと。
- 21 前掲6 p67.
- 22 <http://www.nurse.or.jp/nursing/qualification/nintei/pdf/bunyabetsusui.pdf> 日本看護協会ホームページ：分野別認定看護師数年次推移より。最終アクセス 2011.08.11.
- 23 荻田美穂子「本邦における経管栄養法導入の現況—医師・看護師へのアンケート調査結果より—」＝荒井秀典編集「第9回チーム医療カンファレンス 摂食嚥下障害に関するチーム医療」京都大学大学院医学研究科人間健康科学系専攻発行 . 2011.06.02. p7.
- 24 http://www.jfcr.or.jp/hospital/about/pdf/guide_002.pdf がん研有明病院ホームページより。最終アクセス 2011.08.12.
- 25 <http://www.jaam.jp/html/info/info-20071116.pdf> 日本救急医学会ホームページより。最終アクセス 2011.08.12.
- 26 Jeffrey T. Berger et al, [Surrogate Consent for Percutaneous Endoscopic Gastrostomy] Archives of internal medicine. Vol. 171 No. 2. January 24, 2011. p178-179.
- 27 長岡美代「医療の手先ではない介護を確立するために」＝篠崎良勝「どこまで許される？ホームヘルパーの医療行為」一橋出版 . 2002.12.25. p244-262.
- 28 <http://www.hourei.mhlw.go.jp/hourei/doc/tsuchi/T100405G0010.pdf> 厚生労働省ホームページ「特別養護老人ホームにおけるたんの吸引等の取扱いについて」医政発 0401 第 17 号平成 22 (2010) 年 4 月 1 日参照。最終アクセス 2011.08.17.
- 29 Daniel Callahan [SETTING LIMITS Medical Goals in an Aging Society]＝山崎淳訳「老いの医療—延命主義医療に代わるもの—」早川書房 . 1990.10.31.
- 30 小泉義之「病の哲学」ちくま新書 . 2006.04.10. p218.
- 31 PEG ドクターズネットワークの略
- 32 <http://www.peg.or.jp/news/etv/opinion4.html> NPO 法人 PEG ドクターズネットワークホームページより。最終アクセス 2011.08.11.
- 33 前掲6 p76.
- 34 立岩真也「初歩的なことをいくつか」＝「希望について」青土社. 2006.07.10. p308.

Regarding Issues Percutaneous Endoscopic Gastrostomy: Application of PEG for Elderly People with Dementia

NAKAGUCHI Michiko

Abstract:

This paper aims to identify the issues about percutaneous endoscopic gastrostomy (PEG), through focusing on the activities of academic societies of medical sciences in the U.S.A., Europe, and Japan. This research clarifies the following. First, PEG was developed in the U.S.A. and has spread widely. PEG is applied to many more patients in Japan than in Europe or America today. Second, the reason for this trend is said to be the recently reinforced limitation of the hospitalization period. The reason why PEG has not spread so much in Europe and America is the existence of guidelines from academic societies, such as the “ESPEN Guidelines on Enteral Nutrition: Geriatrics” of The European Society for Clinical Nutrition and Metabolism. A certain application standard is stated there based on the cognitive level of elderly people with dementia. Third, a study that investigated the application of PEG to elderly people with dementia in present-day Japan showed the result that the European and American standard had negative efficacy. The application of PEG according to cognitive level will probably be introduced in Japan, but the situation in Japan is different from the U.S.A. and Europe, so further consideration on this matter is necessary.

Keywords: percutaneous endoscopic gastrostomy (PEG), dementia, application limit

PEG（胃ろう）問題

——認知症高齢者への PEG の適応について——

仲 口 路 子

要旨：

本稿の目的は、日米欧の医学関係の学会の動きを考察し、PEG（胃ろう）の適応にかんする現代的な課題をまとめることである。以下のことが確認された。① PEG はアメリカで開発され普及し、現在では欧米よりも日本での適応患者が大変多いことが示された。②この傾向は昨今の在院日数の制限強化と関連が深いと考えられ、欧米で PEG がそれほどまでに普及されない要因のひとつとして各学会の提示している「ガイドライン」の存在がある。たとえばヨーロッパでは ESPEN ガイドラインがあり、そこにはとくに認知症高齢者の認知レベルにより一定の適応基準が示されている。③近年の日本における認知症高齢者への PEG の適応を調査した研究によると、欧米でスタンダードにされているマイナスの効果とは相対する結果が示されている。今後日本においても認知レベルによる PEG の適応制限が導入されるかもしれない。しかし、日本での現状は欧米とは異なる点を踏まえて再考察する必要がある。

