

「食べるための胃瘻」の適応基準と実践方法の紹介

かど わき ひで かず¹⁾ なか むら むつ み²⁾ もり わき ひ と み³⁾
 門 脇 秀 和¹⁾ 中 村 睦 美²⁾ 森 脇 妃 登 美³⁾
 くま がい のり こ³⁾ た なか のり こ⁴⁾
 熊 谷 法 子³⁾ 田 中 則 子⁴⁾

キーワード：食べるための胃瘻，終末期胃瘻，経口摂取，感染性合併症

要 旨

我々は「食べるための胃瘻」として，経口摂取との併用，もしくは感染性合併症の減少を目指して，ある程度食べられているうちに胃瘻を造設している。1.無為なレベルではない，2.半年で2回以上の感染性合併症をきたした，3.著明な臓器障害はない，4.著明な腸管の問題はない，の4つを基準としている。しかし完全なる基準ではなく，あくまで家人との「話し合いの参考資料」である。

我々の7例のうち5例では完全経口摂取に復した。胃瘻造設後の栄養状態の改善は有意であった。経口に復した事実から，臨床的効果は実証された。しかし「終末期胃瘻」とのグレーゾーンの対象者があることは推察される。また，このような「食べるための胃瘻」の概念の普及が遅れている事，胃瘻造設後には，「胃瘻患者」という印象が強くなり，経口摂取へのリハビリテーションが実践されにくい事，など，胃瘻造設に関連する課題は残る。

はじめに

経管栄養の目的の1つとして，「食べるための胃瘻」という考え方が普及しつつある¹⁾。

今回我々は，「食べるための胃瘻」という考えの元，7例に胃瘻造設を実践した。それらの症例から見えてきた「食べるため胃瘻」の効能を報告

する。一方，胃瘻造設に関連する課題についても言及する。

実践方法の報告

我々は，胃瘻造設を，その対象者の病期・病態に合わせて，1.「終末期胃瘻」の適応基準，2.「食べるための胃瘻」の適応基準，に分けて家人と話を進めている。

1. 「終末期胃瘻」について

適応基準を表1に示した。予測される予後と，表には示していないが，胃瘻造設により期待され

Hidekazu KADOWAKI et al.

1) 島根県済生会江津総合病院内科 2) 同 栄養管理科
 3) 同 看護部 4) 特別養護老人ホーム白寿園看護係長
 連絡先：〒695-8505 江津市江津町1016-37

島根県済生会江津総合病院

表1. 「終末期の胃瘻」の適応基準

1. 反応あり(あいさつができる)。
2. おやつ程度の経口摂取は可能。
3. 90歳以下(ADLによる)。
4. 胃瘻造設後, 1年半以上の予後が見込める。

以上の項目を参考に, 家人と十分に相談する。

表2. 「食べるための胃瘻」の適応基準

1. 認知機能の低下があっても, 無為なレベルではない。
2. 半年で2回以上の感染性合併症(定期外受診や入院歴)がある。
3. 著明な臓器障害なし(肝・腎機能×予後)。
4. 著明な腸管運動障害なし。

以上の項目を参考に, 3回目の感染性合併症が起る前(起った際や入院契機に, ではない!)に胃瘻造設をすすめる。

る効能—主には感染性合併症の予防の可能性—について, 十分に説明を行っている。基準を満たしそうでない症例の場合, 経鼻胃管や経静脈管理での看取り医療の実践方法などを提案している。

2. 「食べるための胃瘻」について

適応基準を表2に示した。感染性合併症によって, 短期間に繰り返し入院となった例に, 「『3回目の入院の前に』胃瘻を造設しましょう」と説明している。この時期であれば, 栄養状態が保たれている症例が多く, 造設に関連する合併症を起こしにくく, 後に, 完全なる経口摂取へ復せる可能性が残されているからである。認知機能などの中枢性の問題があり, 全例で同じように話が進められるわけではないが, この時期を逃すと, 「終末期胃瘻」の様相を色濃く呈する症例が多くある印象があり, 我々の経験から, このようなタイミングを見出した。ただしこの頃の患者は, 分量ではないにしろ, 経口摂取を行っている。従ってその姿を見ている家人の中には, 経口摂取による喫食量の増加を期待し, 当初から胃瘻を拒否する者もいる。このような場合は「悪くなった場合の病態」を十分に説明していく態度が重要になる。また, ネガティブな胃瘻のイメージ(≒終末期胃瘻)を払拭しない限り, すぐに拒否され, 話し合いすら始まらない, という家人もいる。他にも, 家人の中ですでに胃瘻の経験者がいた場合「食べられないようになってから胃瘻にするものだと聞いて

表3. 「食べるための胃瘻」に付加する治療

1. **ビタミン・微量元素**
ビタミンB群, ビタミンC, 葉酸, 亜鉛, 鉄
2. **脳賦活薬・誤嚥予防**
アマンタジン, ACE-I, レボドパ製剤, シロスタゾール, 等
3. **腸管運動促進の期待**
メクログラミド, モサプリド, 漢方等
4. **ADLアップ**
リハビリテーション

ました。ですから〇〇(多くは, 男性)は胃瘻にしましたが, △△(今回の対象者)は, もう, 胃瘻なのですか?」とか「食べるための胃瘻という考え方を初めて聞きました。以前に聞いていれば, 〇〇(上述の者と同じ)の時に, もっと違う結論を出していたかもしれないに…」などという反応がある。考察でも述べるが, 胃瘻造設に関連する課題, を肌で感じる瞬間である。

表3に示した「『食べるための胃瘻』に付加する治療」を用いながら可視的に説明することにより「経口摂取に復する努力を医療者側が行うぞ」という気概が, 家人に伝わりやすくなる。

なお, 説明の席には, 主治医と担当看護師以外に, 地域医療連携室の担当者, 可能であれば地域のケアマネージャーも同席させている。今回の7

表4. 症例

年齢	性別	基礎疾患	合併症	経口摂取達成区分	達成期間
1 84	男	多発性脳梗塞	慢性腎障害	完全	2か月
2 85	女	アルツハイマー型認知症	なし	完全	2か月
3 90	女	多発性脳梗塞 アルツハイマー型認知症	PM植え込み後 慢性心不全	部分	6か月
4 83	女	アルツハイマー型認知症	なし	完全	2か月
5 80	男	パーキンソン病 (Yahr 5)	腸管運動障害	部分	5か月
6 72	女	交通事故による頭部外傷	なし	完全	4か月
7 91	女	アルツハイマー型認知症	慢性心不全	完全	3か月

表5. 結果③ ADLの変化*

前ADL	後ADL	経口	P=0.018*
1 車椅子	→ 歩行可能	完	
2 車椅子	→ 歩行可能	完	
3 車椅子	→ 車椅子	独	部
4 車椅子	→ 歩行可能	完	
5 車椅子	→ 車椅子	介	部
6 車椅子	→ 歩行器	独	完
7 車椅子	→ 歩行可能	完	

*Wilcoxon順位和検定(ノンパラメトリック)

例では、1回あたり約30分、平均2.3回の説明を行った。

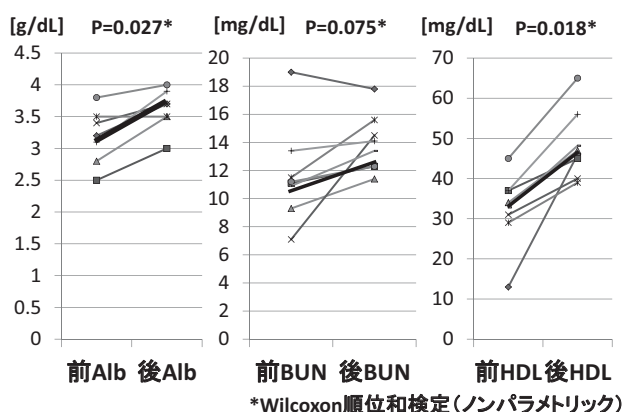
症例報告

当院のグループ施設(特別養護老人ホーム白寿園, 100床)の入居者で、筆者が嘱託医をしていた2年間の7例を報告する。男:女=2:5, 平均年齢は83.6歳。ほか、基礎疾患, 合併症, および経口摂取への復帰の状況, を表4に示した。7例中5例は, 平均2.6か月で3食とも経口摂取に復した(完全経口摂取, と呼ぶ)。スタッフが多い昼の1食のみ経口摂取が可能となった2例(部分経口摂取, と呼ぶ)は, 平均5.5か月かかった。

胃瘻造設約6か月後, 栄養状態の指標であるアルブミンは, 改善傾向にあった(p=0.027, グラフ1)。同じく約6か月後のADL(activity of daily living)も, 改善傾向にあった(p=0.018, 表5)。7例中2例(表5の下線の症例)では, 徘徊するまでに至り, 施設のスタッフに「いい意味での迷惑」をかけた。

考察

胃瘻の適応については, 2006年に日本消化器内視鏡学会が出したガイドライン²⁾に加え, 地域や



グラフ1. 栄養状態の変化*

個人の社会背景などを勘案しながら, 多くの場合, そこに携わる医療関係者の裁量に任されることになる。同ガイドラインに倫理的な内容も盛り込まれてはいるが, それぞれの症例の医学的状況や, また, 人生観などにまで寄り添うようなレベルではない。

その後2011年に厚生労働省から開示された「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・栄養補給導入を中心として—」³⁾は, 胃瘻の適応のみならず, 人工的な水分・栄養投与の全般についての「意思決定プロセス」に一石を投じている。このガイドラインは, 意思決定プロセスの方法論を論じた点は優れているが, 症

例ごとの医学的問題には踏み込めていない。今後、例えば神経難病など、病態ごとに胃瘻造設についてのガイドラインは出てくるであろう。しかし、広義の終末期の胃瘻に関しては、ガイドラインのみで規定されるべきではなく、引き続き、担当する医療者の適切な判断のもと、実践されるべきであると考えている。

医療を受ける権利も拒絶する権利も、本人の意思に帰属すべきであろう。しかし、我々が経験する、高齢者の胃瘻造設の場面では、自身で意思表示が不可能な症例も多い。事前に本人からの意思表示があったとしても、その時の医学的・社会的状況によっては、適応・非適応の判断に変化が生じる。したがって、結論から言えば、「医療関係者の対義語として用いた場合の『一般人』である家族、にゆだねられる」というのが現実である。「一般人」であることを配慮し、担当者は、予後や余命、胃瘻の利点・不利点などを十分に説明する必要があることは、言うまでもない。

我々の症例では、7例中5例が完全経口摂取に復した(平均2.6か月)。部分経口摂取に復した2例(平均5.5か月)よりも、短期間で経口摂取に達したことから、「食べられる症例は、早く経口摂取に復する」「食べられない症例は、時間をかけても困難な可能性が高い」という結論が示唆された。今回は、症例数が少ない上、症例の選定時に、様々な判断というバイアスがあることを我々は認める。しかし逆に「患者の選定をきちんと行えば、高い確率で胃瘻から経口摂取へ復する事が成功する」と言えないだろうか。一方、採血の数値では栄養状態が改善したように見えても、パーキンソン病の末期状態(症例5)や認知症の末期(症例3)など、高度の認知機能低下がある症例では、経口摂取に復することは困難であった。

中枢機能の低下そのものが主因となり、摂食・嚥下障害が生じた症例群への対応は、引き続き大きな課題である。

我々は、侵襲によって栄養障害が起こり、除脂肪体重の減少により全身状態が悪化すること、侵襲が起こる前からの低栄養状態が、褥瘡の発生や敗血症などの重症な病態に関連すること、さらには在院日数の延長に寄与してしまうことまでを懸念し、適応基準の中に「感染性合併症」という考えを導入している^{4,6)}。また、感染性合併症の予防そのものが胃瘻造設の目的であってもよいと考える。侵襲がなければ、栄養状態、腸管免疫、口腔の清潔など、全身状態の維持がしやすいからである⁴⁾。

終末期を見据えながら胃瘻造設を決定する際の問題点と、その社会的背景について考察する。鈴木は、2012年に、表6⁷⁾のように、胃瘻の適応と問題点を列記している。

「誰がどのように決定するか」という点に関して振り返る。我々の例では、事前に本人の意思確認ができる文書はなかった。しかし、7例中2例(症例1, 症例6)では、説明の過程で、本人にも意思確認ができた。同意書へのサインは、全症例、家人によって行われた。鈴木がいう「重責」

表6. 胃瘻栄養の適応と問題点

- | |
|---|
| <p>①誰がどのように決定するのか
 <u>本人の意思確認ができないことが多い。</u>
 →重責が家族に委ねられる。</p> <p>②いわゆる切り捨て(胃瘻をしない)の懸念
 <u>医学的には適応である。</u>
 →しかし、家族などの意向で切り捨てられる。</p> <p>③人工経腸栄養の中止の法的整備。</p> <p>④胃瘻の見直しや差し控えは、安易に、静脈栄養法や経鼻胃管などで様子見とすることではない。
 (鈴木裕, 日本老年医学会雑誌 49巻2号2012:3を一部改変)</p> |
|---|

という事を家人が感じている印象は薄かった。それより、「しっかり食べられる可能性への期待」「予後改善への期待」「感染性合併症減少による不定期受診や入院の回避に寄せる期待」が前面に出ていたように感じた。

「食べるための胃瘻」として話しを進めているため、「いわゆる胃瘻をしない(切り捨て)」という問題はなかった。

人工栄養の差し控えに関連する情報提供は、胃瘻のない症例も含め、施設入所者の家人には、適宜行っている。胃瘻造設後であっても、認知機能や全身機能の低下により、いずれ「終末期胃瘻」に該当することは必至である。従って、「胃瘻があったとしても、臨床的な状況や、採血結果などを勘案しながら、徐々に栄養投与量を減らすなどの方法で『胃瘻での看取り』を実践していく」旨を、我々は、胃瘻造設以前から話している。このような情報提供により、胃瘻にネガティブなイメージを持っていた家人の心は和らぎ、適切なタイミングで胃瘻造設に踏みきる、という背中を押すことが容易になっている。

将来的な胃瘻の差し控えに関しては、我々が実践している看取り医療の方法を紹介している。「栄養投与量をおよそ月の単位で漸減し、300～400 kcal/日で看取ります」と。同時に、文書によるDNAR (Do Not Attempt Resuscitation), DNH (Do Not Hospitalised) の承諾を得るようにしている。ただし、絶対的な効力を持たせているわけではなく、実際には、DNHが破られる例は多い。この我々の実践法は、鈴木がいう「胃

瘻をしないことが、安易にほかのAHNを実践する事ではない」の考え方と一致すると考える⁷⁾。

以上、終末期を見据えながら胃瘻造設を決定する際の問題点は、「食べるための胃瘻」を早め実践することで、多くは回避されている。

我々のように、「食べるための胃瘻」について話ができる医療者が増え、適切な時期にそれが実践されれば、人間的な生の時間が確保され、胃瘻による大きな恩恵が享受されることになると考える。

結 語

「食べるための胃瘻」の適応と実践方法について報告した。

胃瘻造設は、医学的のみならず、社会的な面な問題を包含するが、可能な限り、早い段階から話し合いを行い、目的のある医療処置となすべきである。

しかしながら、終末期における胃瘻造設の適応基準や、情報提供の適切化、医療の差し控えの問題など、胃瘻造設に関連する課題は山積している。引き続き、個々の医療者が目の前の症例を通して、胃瘻造設について考え続けていく必要がある。

本論文の一部は、第7回日本静脈経腸栄養学会中国支部学術集会(2014年12月、広島)にて最優秀演題賞を受賞し、翌2015年、第30回日本静脈経腸栄養学会(2015年2月、神戸)にて、支部会カップのセッションにて報告した。

参 考 文 献

- 1) 三原千恵ほか. 嚥下障害と PEG, フジメディカル出版, p66-71, 大阪, 2008.
- 2) 鈴木裕ほか. 経皮内視鏡的胃瘻造設術ガイドライン. In: 日本消化器内視鏡学会, 監修. 消化器内視鏡ガイドライン第3版: 医学書院, p310-23, 2006.
- 3) 大内尉義ほか. 「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」について. 日本老年医学会雑誌49巻5号, p632-645, 2012.
- 4) Barendregt K, Soeters PB et al: Simple and stress starvation. Basics in Clinical Nutrition. 3rd ed, Sobotka L ed, Publishing House Galen, p107-113, 2004.
- 5) Sobotka L, Soeters PB: Metabolic response to injury and sepsis. Basics in Clinical Nutrition, 3rd ed, Sobotka L ed, Publishing House Galen, Prague, p124-129, 2004.
- 6) 宇佐美真編: 外科領域リハビリテーション最新マニュアル, 協同図書出版, 東京, 2006.
- 7) 鈴木裕; 胃ろう栄養の適応と問題点, 日本老年医学会雑誌49, p126-129, 2012.
- 8) T. Greenhalgh, B. Hurwitz: Narrative Based Medicine - Dialogue and discourse in clinical practice, B MJ, 1998.