

実証研究と医療倫理：胃ろう問題を題材に

会 田 薫 子

はじめに

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、ケアのあり方や臨床上の意思決定のあり方等の臨床倫理の問題や、社会的な合意形成と法および医療・介護保険制度等の公共政策、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。

新技術の導入が医療現場にもたらす新たな倫理問題について、日本では従来、欧米からの輸入学問と翻訳学習によって対応しようとしてきた。日本で医療倫理といえば、米国発の bioethics の翻訳版であるバイオエシックスを指すことが多かった。

しかし、経口摂取困難となった、多くの場合は高齢者に、人工的に水分と栄養を補給する技術が提供するものは文化的に意味付けされるため、臨床現場の倫理に関する問題に対応しようとするときは、彼我の文化的な背景による価値判断の相違に意識的である必要があり、その価値判断がどのような実践に帰結しているか、現象を調べる必要がある。そのために、日本社会の臨床現場における実証研究は必須と考える。

1. 胃ろう栄養法の汎用の背景－PEGの利点

胃ろう問題について検討する場合に、なぜ胃ろう栄養法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は重要であろう。

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等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PEGが米国で開発されてから、世界各地でPEGによる胃ろう造設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軽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ため、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）として当時最も一般的であった経鼻経管栄養法と比べて、患者の日常的な不快感も軽減した。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⁾。

また、PEGを施行して導入する胃ろう栄養法の汎用の大きな理由に、上述のように患者の身体的負担やQOLを考慮した場合の利点の多さがある。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⁾。

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⁾。

2. 胃ろう栄養法の適応

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NPO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⁾。

筆者は PEG の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患者側の評価を併せて適応の判断基準とし、対象患者を下記のように4分類している。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 および薬剤等の投与とし、施行目的は二段階に分類している。まず、直接的な医学的効果として、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ことを治療のゴールとして、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。ただし、ここで検討している患者群は包括的なものではなく、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関係で割愛する。

分類 1. PEG の医学的な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）

この患者群には、頭頸部／上部消化管のがん患者や同部位の外傷患者、神経変性疾患患者、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、また、経口摂取のみでは栄養摂取が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がいる。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る。この患者群は PEG の開発による最大の受益者といえる。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たいと思っけていても、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るよう。

分類 2. PEG の医学的な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）

この分類に入るのは、例えば、急性期の重度の脳損傷後に遷延性意識障害となっている患者らである。これらの患者においては、受傷原因が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⁽⁸⁾。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、50歳以上の患者において半年以上にわたり重篤な意識障害が遷延した場合、患者がその後に意識を回復する可能性は極めて小さい⁽⁹⁾。意識を回復しないまま生存期間が延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
と考える。

分類3. PEG の医学的な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した。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（DIC）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 の医学的な施行目的の達成可能性が著しく低い患者群（不適応）

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の患者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 FAST 7（d）以降と考えるのが一般的である⁽¹¹⁾。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い⁽¹²⁾。

しかし、老衰や老年のアルツハイマー型認知症の終末期で、frailty と呼ばれる加齢による
様々な変性が高度に進行し、生物体としての最終段階に至っているときに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不適
応であるとしている報告が世界のトップジャーナルに数多く掲載されている^{(13)～(16)}。

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⁽¹³⁾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レベルの高いEvidence-Based Medicineの手法によるレビューではない。この分野では無作為二重盲検試験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は高いとはいえず、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思われる。

3. 実証研究の目的および方法と対象

筆者が本稿のテーマに取り組み始めた2000年代の初頭は、上記の分類4の患者についても国内では急速にPEGの施行が拡大していた時期であった。そこで、この患者群へのPEGの施行要因を解明し、改善策を現場から探索すべく、二段階の実証研究を計画した。国内における先行知見が稀少であったことから、第一段階においては探索的な質的調査を面接で実施し、第二段階においては、第一段階の研究知見に基づき仮説を組み量的調査を実施することを計画した。

1) 第一段階調査の概要

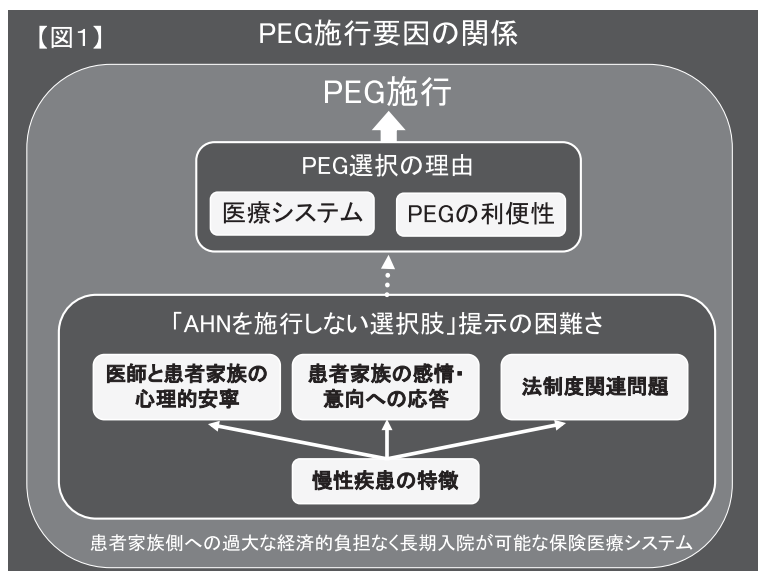
この段階の調査対象者は、アルツハイマー型認知症を有する後期高齢者へのPEGの施行あるいは差し控えや胃ろう栄養法の中止に関わっている、あるいは関わった経験を有する臨床医30名である。対象医師は目的的サンプリング⁽¹⁷⁾および理論的サンプリング⁽¹⁸⁾によって選択した。理論的サンプリングというのは理論を生成するために必要なサンプリングである。例えば、多くの医師は「AHNを施行しない選択肢」を患者家族に提示しないということが明らかになったところで、そのような選択肢を日常的に提示している医師を意図的に選択するようにした。

データは2004年2月～10月に、1名平均60分間の個別の半構造化インタビューによって収集した。半構造化インタビューというのは、事前に大まかな質問項目を用意しておき、インタビューの際に対象者の応答によってさらに詳細に掘り下げて質問していく方法である。インタビューでは、PEGの施行と差し控えや胃ろう栄養法の中止に関わる臨床実践、患者の意思確認、患者家族への説明、施行・差し控え・中止それぞれの決定に関する要因、問題点、医師として悩み、調査対象医師本人が患者であればどのような選択をするか、などについて質問した。

分析はデータ収集とほぼ並行的に進め、Grounded Theory⁽¹⁸⁾の手順を参考とした。GTは1960年代に米国で開発された社会科学の手法の1つであり、保健・医療分野で広く使われている質的研究法である。

データ分析の結果、この患者群に対するPEGの施行要因の関係が図1のように示された。本稿では紙幅の関係で、これらの要因群のなかで「医師と患者家族の心理的安寧」のみを記述する。この要因を構成する要素は、「餓死忌避」、「AHNはいかなる場合も必須という認識」、「死なせる決断の重さ」、「何もしないことの困難さ」、「別居の親族と親戚問題」であった。これらの要素のなかで対象医師が最も大きく反応していたのは「餓死忌避」であったので、この点に焦点を当てる。

対象医師のほとんどは、患者にAHNを行わないことは医師・看護師らと患者家族に深刻な心理的負担をもたらすので、AHNを施行せざるを得ないと語った。深刻な心理的負担は、すなわち「餓死」の連想に由来する。栄養・水分補給は人間として必要最低限のことなので、それを差し控えることは非人道的であるという非常に強い意見が大半であり、この想いは家族にとっても同様であると医師は認識していた。食べ物の代替としてのAHNを施行しないということを、「餓死させること」、「兵糧攻めにすること」、「虐待」、「見殺し」と表現する医師が多く、「アフリカの飢えた子どもを放置することと同じだ」と怒りを込めて語った医師もいた。対象医師の語りをいくつか以下に示す。



「あなた（会田を指して）、認知症で食えなくなってるじいさんばあさんは、そのまま飢え死にさせてもいいと思ってるの？」

（40代男性、消化器外科医）

「水分と栄養を補給しないことはね、アフリカの子どもを餓死させるのと同じだから、絶対にできませんよ、人間として。人工栄養は、基本的にはやめられないです。僕の考えでは、それは虐待だと思う。経管栄養をしないと、それはある意味、死に直結することですよ。」

（40代男性、脳外科医）

「とにかく餓死は、ウチでは餓死させると言われても病院ですから、できません」

（50代男性、療養病床医）

対象医師のほとんどは上記のような認識を有し、患者家族に「AHNを施行しない選択肢」を提示していなかった。そこで、「AHNを施行しない選択肢」も提示する医師を理論的サンプリングにて4名探した^(註)。

この4名の対象医師の意識と臨床実践には共通の特徴が多く、そのなかで「栄養・水分補給は必須とはいえない」という認識は、上記の多数派医師の「餓死忌避」に対応することが示された。

4名の対象医師の1名の語りを以下に示す。

「栄養と水分の補給は人間の義務であり基本的ケアである、と言われることがあります、あるケアがただそれだけで価値があるという考え方はあたらないという事例をいくつも経験しています。どの家族も水分・栄養くらは最期まで、と思っておられたのは事実。でも、いざ自分の母親がこうした最期を迎えようとしているまさにその現実の中では、栄養と水分補給の基本的価値は『それをしないことにも十分価値がある』という考え方に明らかに変わってきています。」

（40代男性、療養病床医）

また、胃ろう栄養法や経鼻経管栄養法などを行わない決定をした患者については、最期の期間を少量の輸液で看取るという意味決定を家族とともにすることが多いという。下記の1日300cc程度の輸液を行いながら看取るという医師は、この方法はAHNを何も行わないことによる医療者と家族の心理的負担を減らす意味でも有効だと述べた。

「口から食べられなくなったんだったら、もうそれ以上のことはしないでくださいという家族もいらっしゃるんですよ。で、まあ、私どもはそういうときにどうするかというと、点滴の管を入れて1日300ccとかですね、生命保持には絶対足りないわけですけど、そういう形で対処する事例もありますね。ご家族も、ただ何にも口から物も入らない、

で、何もしないでね、日に日にね、どんどん衰えていくというのを見ていくというのは、やはりね、結構つらいんですよ。でね、我々の側もね、結構つらいんですよ。だからその妥協の産物としてね、1日300ccだけ。そうすると本当にね、少しずつは衰えていくんですけどね、だけど何にもしてないという感じがなくて、いいんですね。(中略)(患者は)だんだん消えていくという感じですね。しかも、300ccくらいですとね、体の能力がかなり衰えていてもですね、やっぱり処理できるんですね。これが1500ccとかになるとですね、心臓や腎臓の問題を抱えている人はね、たちまち浮腫がでてきたり、呼吸困難が出てきたり、あるいは褥瘡が出来やすくなったり、ということがあるものですから、300ccっていう量はね、経験的に編み出されてきた量だと思いますね。]

(60代男性、療養病床医)

他の3名の医師も、少量の輸液を行いながら看取るという選択肢を患者家族に提示し、患者家族はこの方法を選ぶことが多いと語った。この場合の少量の輸液の意味について、この3名の医師も上記の60代医師同様に、患者本人にとっての医学的必要よりも、家族や医療スタッフの心理的負担軽減効果に着目していた。つまり、AHNを何もせずに看取るのは看取る側の心が痛むが、点滴ボトルを下げておけば、看取る側の情緒がケアされるという意味であった。

上記以外にも、この4名の医師に共通する認識と実践は、多数派医師でみられたPEG施行要因の影響を緩和あるいは相殺することが示された。

また、この面接調査では、対象医師全員に自分が患者の立場ならPEGを望むかどうか質問した。その結果、30名中21名は否定的な回答をした。内訳は16名が「望まない」、4名が「自分は望まないが家族が望めば受ける」、1名が「主治医に触法行為をさせられないから受ける」であった。否定的な回答をした対象医師の1人は、患者には通常の医療行為として行うことを自分が患者ならば拒否すると断固として言いながら、その発言中に、自らの言動の矛盾に気づいてハッと様子を見せた。

「もちろん、僕は胃ろうはやらないです。ウチのスタッフのなかでは、やりたくないという人がほとんどですよ。医師でもナースでも。胃ろうそのものがいや。意識障害の場合だけでなく、意識があって食べられなくなっても、食べて肺炎で死ぬ、という人がほとんどですね。・・・何でそういうことをね、他人にはそういうのをやるのかって話ですよね。」

(30代男性、急性期病院内科医)

その他の9名中の5名は「家族に任せる」、3名は「そのときになってみないとわからない」と回答し、「PEGを望む」としたのは1名だけだった。その対象医師は理由として、「空腹な状況がずーっと続いて飢え死にしていって苦しくないかどうか疑問だから」と語った。

2) 第二段階調査の概要

① 2007年の量的調査⁽¹⁹⁾

上記の質的調査の結果に基づいて、2007年3月～7月にかけて、医師を対象とする郵送無記名自記式質問紙調査を実施した。対象は全国の療養病床を有する病院 (n=720) の勤務医であった。有効回答数277票 (有効回答率: 38.5%) を分析対象とした。回答者の男女比は89% : 11%、平均年齢は53.8歳であった。

この調査のなかで、誤嚥性肺炎を繰り返し、末梢点滴を受けているアルツハイマー型認知症末期の仮想症例 (80歳女性) を示し、今後のAHNの方針について質問した。その結果、この症例については、「PEGを施行して胃ろう栄養法を導入する」ことが最も適切と回答した医師は91名 (32.9%)、「末梢点滴を継続し、その他のAHNは施行せず、徐々に看取りに入るのが適切である」も91名 (32.9%)、「経鼻経管栄養法を施行するのが適切である」は86名 (31.0%) と、ほぼ三分割の回答となった。「すべてのAHNを差し控えて看取るのが適切である」を選択したのは5名 (1.8%) であった。

上記の設定で、「末梢点滴を継続して徐々に看取りへ」と回答した医師に、この場合に末梢点滴を行うことの意味を質問した (複数回答)。その結果、「患者にとって末梢点滴が医学的に必要だから」を選んだ回答者は34.1%であったが、「すべてのAHNを差し控える場合に比べて、家族の心理的負担の軽減になるから」を選んだ回答者は56.0%、「すべてのAHNを差し控える場合に比べて、医療スタッフの心理的負担の軽減になるから」を選んだ回答者は40.7%であった。

この症例について、「AHNを差し控えることは患者を餓死させることと同じであると思うか」と質問したところ、「そう思う」という回答が最多で47.3%、「そう思わない」は22.7%であった。

しかし、「医療スタッフと家族が十分話し合った結果であれば、末梢点滴だけを行い、徐々に看取りに入ることは可能であると思うか」という質問に対しては、「そう思う」が79.1%、「そう思わない」は4.3%であった。

② 2010年の量的調査⁽²⁰⁾

上記の2007年の調査とほぼ同様の内容の郵送無記名自記式質問紙調査を、2010年10月～11月に、日本老年医学会の医師会員全員 (n=4,506) に対して実施した。回答した医師は1,589名 (回収率: 35.3%)、このうち有効回答の1,554票を分析対象とした (有効回答率: 34.7%)。回答者の男女比は84% : 16%、平均年齢は53.8歳であった。この調査のなかで、以下の仮想症例を示し、AHNについてどのように考えるか質問した。仮想症例は2つ用意し、対象者を2群に分けて回答を求めたので、以下のシナリオへの回答者は789名である。

【シナリオの概要】

Aさん(85歳女性)はアルツハイマー型認知症患者。療養病床に入院している。認知症は高度に進行し、意思疎通不可。寝たきりで全介助。笑うこともなくなってきた(FAST stageの7(e)の状態)。

これまで、食べやすい工夫と食事介助により、限界まで経口で食事をとってきた。しかし、すでに何回か誤嚥性肺炎を起こしており、先週も誤嚥性肺炎を起こした。今回も肺炎は軽快したが、経口摂取の再開は困難と医療チームは判断している。現在は、末梢点滴を行っているが、栄養状態は徐々に悪化してきている。AHNに関するAさん自身の事前の意思表示はない。家族の意向も不明。

シナリオのAさんに対する今後の方針を質問したところ、「末梢点滴を継続し自然の経過へ委ねる」と回答した医師が最多で51.3%であり、次いで「胃ろう栄養法を導入」が20.5%、「経鼻経管栄養法を施行」が13.3%、「すべて差し控えて自然経過へ」が10.3%であった。

上記の設定で、「末梢点滴を継続して自然の経過へ」と回答した医師に、この場合の末梢点滴の意味を質問した(複数回答)。その結果、「患者にとって末梢点滴が医学的に必要だから」を選んだ回答者は37.5%であったが、「すべてのAHNを差し控える場合に比べて、家族の心理的負担の軽減になるから」を選んだ回答者は68.8%、「すべてのANHを差し控える場合に比べて、医療スタッフの心理的負担の軽減になるから」を選んだ回答者は56.9%であった。

また、AHNの差し控えはAさんを餓死させることと同じであると思う医師は38.9%、そう思わない医師は57.6%であった。

また、89.3%の医師は、医療スタッフと家族が十分話し合った結果であれば、末梢点滴だけを行い、自然の経過に委ねることは可能であると考えていることが示された。

4. 考察

上記の3つの調査では対象医師の母集団が同一でないため、単純な経年比較は不適切であるが、いずれも老年の終末期医療に関わっている医師群という点からみて、ある傾向は見てとれるのではないだろうか。2004年の質的調査の際には、AHNの差し控えを「餓死」「飢え死に」と認識し、許されないことと断ずる医師がほとんどであった。インタビューした筆者には、その言葉の強さと反発の大きさが非常に印象的であった。

2007年と2010年の量的調査は、この質的調査の知見をもとに実施した。2007年と2010年の仮想症例は患者年齢が5歳異なるが、加齢の程度を含め身体の状態はほぼ同様であった。この仮想症例においてAHNを差し控えることについて、2007年の調査では対象医師は半数近くが「餓死させることと思う」と回答したが、2010年の調査では対象医師の6割近くはそう思わないと回答した。AHNの差し控えに「餓死」を連想する医師は減る傾向にあると推測できるのではないだろうか。

また、アルツハイマー型認知症の終末期で摂食困難な仮想症例に対する今後の方針として、

2007年の調査では、胃ろう栄養法、経鼻経管栄養法、末梢点滴しながら看取るという3つの方針が等分に支持されていたが、2010年の調査では、末梢点滴しながら看取るという方法を選んだ回答者が半数以上で、胃ろう栄養法と経鼻経管栄養法は合計で3割であった。また、AHNを何も施行せずに看取りを選択した回答者は、2007年調査では2%未満であったが、2010年調査では10%以上であった。AHNを行わずに看取ることへの許容度が上昇傾向にあるように推測できるのではないだろうか。

医師側の認識は患者家族側の選択肢の幅に直結することが統計分析にて示されているため⁽²⁰⁾、こうした医師側の意識変化は患者側に直接的かつ重大な影響を及ぼすと考えられる。

医師がAHNを施行せずに看取することを「餓死させること」と認識している限り、医師側に「AHNを行わずに看取る」という選択肢はそもそも存在しないので、患者家族側にもこの選択肢は提示されない⁽⁵⁾。しかし、この選択肢は、脳内モルヒネと呼ばれる β エンドルフィンの作用等により患者に苦痛のない最期をもたらすため、医学生理学的に緩和ケアの観点からみて最適な選択肢と考えられる^{(21)~(24)}。そのため、医師側の直感的倫理感がこの選択肢を阻むことには問題があるといえるのではないだろうか。その意味で、今回みられた医師の意識変化は患者側の選択肢を増やすことにつながるといえるのではないだろうか。

また、2007年の調査でも2010年の調査でも、医療者と家族がコミュニケーションをよく取りつつ点滴をしながら看取する方法については、大多数の医師が受け入れ可能な選択肢と認識していることが示された。「点滴ボトルの下がった風景」が、何もしていないことに付随する心痛を減らし、家族や医療者など、看取る側の情緒をケアするというこの方法には、しかし、問題がないわけではない。点滴の針を刺し、それを繰り返すこと、また、少量といえども輸液を継続することが、患者本人にどの程度の苦痛をもたらすかは不明である。

このようにして最期の期間を延長することは、英米のbioethicsでは本人に不利益を為すことと判断されるため、非倫理的とみなされる恐れが大きい。しかしこれが日本においても同様に非倫理的とみなされるかどうかは、にわかには判断できない。この点を検討する際には、患者の利益の範囲をどのように捉えるかが1つの論点となるといえるのではないだろうか。

英米のbioethicsにおいては、患者の利益は患者の個人利益であり、患者本人ではなく周囲の者のために何らかの医療行為を患者に行うことは非倫理的と断じられている。しかし、人間関係の中でバランスの取れた判断をすることがしばしば求められる日本社会においては、個人利益を損なわない範囲で集団利益へ配慮しつつ個人を尊重することが個人利益となるという考え方が可能な場合もあるのではないかと思われる。輸液の継続によって最期の期間を延長することは、本人にとって害となるのか益となるのか、許容範囲と言えるのか否か、熟慮が必要といえるのではないだろうか。

終末期におけるAHNの差し控えが緩和ケアであることがより広く社会に浸透すれば、本人にとって医学的に必要が無い輸液を行いながら看取るという方法は不要になっていくと考えられる。しかし、現在は、終末期でもPEGを行い胃ろう栄養法を導入する医師が少なくない。そのような時期には現実的な代替策として、少量の輸液をしながら看取るという方法は、社会

の変化のための時間の猶予を得る過渡的な方策として有用なのではないかと考える。

おわりに

上述は研究知見の一部であるが、その他の知見も含めたこの一連の調査研究の知見は、2011年度の厚労省老健事業（実施主体：日本老年医学会）につながり、事業の成果として、2012年6月に同学会の「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」⁽²⁵⁾（草案執筆：清水哲郎）に結実した。同ガイドラインが日本の高齢者医療・介護の現場の改善に貢献し、患者と家族にとってより望ましい医療とケアが提供されることにつながっていくならば、実証研究を行う者として大きな喜びである。今後は、このガイドラインが臨床現場でより良く活かされるために何が必要なのか、探って参りたい。

註

この種の質的調査は、一般化可能性を求める量的調査とは異なり、事象のバリエーションとその特徴を探索したり、数値化が困難な現象とその要因等を把握したりすることが目的である。そのため、この4名の医師の存在は、このインタビュー調査の時点において、この種の臨床実践の医師が日本社会の中で30名中4名の割合で分布していたということを意味するものではない。

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」報告書、2011年3月。
- (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) 石束嘉和：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.
- (12) 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: 71-74.
- (13) Finucane TE, Christmas C, Travis K: Tube feeding in patients with advanced dementia: a review of the evidence. *JAMA* 1999;282:1365-1370.
- (14) Gillick MR: Rethinking the role of tube feeding in patients with advanced dementia. *N Engl J Med* 2000;342:206-210.

- (15) Post SG: Tube feeding and advanced progressive dementia. *Hastings Cent Rep* 2001;31:36-42.
- (16) Rimón E, Kagansky N, Levy S: Percutaneous endoscopic gastrostomy; evidence of different prognosis in various patient subgroups. *Age Ageing* 2005;34:353-357.
- (17) Patton MQ: *Qualitative research and evaluation methods*. Thousand Oaks: Sage Publications, 2002.
- (18) Strauss A, Corbin J: *Basics of Qualitative Research: Grounded theory procedures and techniques*. Sage; 1990 (南裕子監訳: 質的研究の基礎 グラウンデッド・セオリーの技法と手順. 医学書院、1999).
- (19) 会田薫子、他:「療養病床における経管栄養法の施行実態とその関連要因に関する調査」報告書. 東京大学大学院医学系研究科. 2008.
- (20) 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.
- (21) Printz LA: Is withholding hydration a valid comfort measure in the terminally ill? *Geriatrics* 1988; 43 : 84-88.
- (22) Ahronheim JC: Nutrition and hydration in the terminal patient. *Clin Geriat Med* 1996; 12: 379-391.
- (23) 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, pp.304-307.
- (24) Australian government national health and medical research council: 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
- (25) 日本老年医学会: 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. 2012年6月27日. http://www.jpn-geriat-soc.or.jp/guideline/jgs_ahn_gl_2012.pdf