慶應義塾大学学術情報リポジトリ
Keio Associated Repository of Academic resouces

Title	終末期ケアの課題について：適切な胃瘻造設の概念化を例に
Sub Title	
Author	山田, 洋太(Yamada, Yota) 田中, 滋(Tanaka, Shigeru)
Publisher	慶應義塾大学大学院経営管理研究科
Publication year	2011
Jtitle	
JaLC DOI	
Abstract	終末期ケアの課題の1つに胃瘻の是非問題がある。特に安易に安全に安く施行できる胃瘻造設は、高齢化社会が加速する日本にとって様々な社会問題を引き起こす。この数年、尊厳を損なう可能性のある胃瘻を疑問視する動きが各分野で見られるようになった。しかし現場の造設する医師からは止められないシステム上の問題や造設するのが使命という治療における主張もあり、抑止がかけにくいのも事実である。そのような状況で最も深刻な胃瘻の問題とは安易に造設された結果、どこにも行くことができなくなってしまった患者が発生していることである。医療機能の高い施設であれば、胃瘻はシンプルに栄養を補給できるアクセス方法であるが、医療機能を有さない介護領域や在宅では胃瘻の管理問題等によって扱いづらいツールになってしまうのである。この問題をどのように考えれば問題点を整理することができ、様々な解決策を導くことができるだろうか。医学、看護学、医療経済学、社会・人文科学等広く胃瘻に関する先行研究は存在する。しかしどれもその領域における解決策を提示しているのみであり、前述のどこにも行けなくなった患者をどうすればよいのかという答えを導くことはできない。しかし胃瘻造設という医療サービスを考えれば、それを扱うための医療資源が必要であることに気づく。すなわち新規に胃瘻を造設する（IN）、また嚥下機能の回復（OUT）、そして胃瘻の管理を行う（STOCK）という3点に整理して考えることができる。このようにIN, OUT, STOCKという切り口と意思決定層によるPolicy, Management（資源の人・物・金・情報）, Operationを組み合わせたマトリックスで考えればより整理しやすいことが分かった。この手法を用いて各分野における専門家10名へのインタビューを実施し、先行研究の内容も含めて3×3マトリックスを構造化した。平原佐斗司（在宅に特化した大型診療所）、武久洋三（慢性期医療協会会長）、石飛幸三（特別養護老人ホーム常勤医）、会田薫子（医療倫理学者、東京大学大学院）、田中雅子（日本介護福祉士協会名誉会長）、株式会社ジャパンケアサービス（看護師、ケアマネジャの4名）、竹内孝仁（リハビリテーション、国際医療福祉大学大学院）の10名である。このヒアリングを通して、重要になってくるのが"前提を揃えること"であり、胃瘻問題の前提とは「意思疎通のできない認知症等の高齢者に対して介入するのか」ということであった。次に胃瘻問題を考える上でINを少なくして、OUTを増やす、さらに受け皿となるSTOCKを充実させることが重要になることが理解できる。このように整理するとそれぞれの立場で有する資源が異なり、また短期的、中長期的に取り組めることが異なるため、解決策を実際の現場や意思決定に落とし込めることができ、実際に解決策を提案することも可能であった。このIN,OUT, STOCKは非常にシンプルであり、当たり前のように思われるかもしれないが、終末期の課題の中で医療サービスをどのように整理して考えるのかという点において新しい。今までの議論は、個別の内容がバラバラに話しされ、全体像が議論されていない中、このように胃瘻患者がどのように地域内で暮らしていくのか、そしてそれを支える地域内資源があるのかと考えることで解決策にも繋げやすい方法と言える。また胃瘻だけでなく、これから発生する医療サービス全部に当てはめることが可能という意味で汎用性も有する。これからの日本の高齢化社会は、新たな医療サービスが発生するたびにその技術をどう扱えばよいのか困惑することは必至であり、扱い方を考える分析フレームワークを考案するものである。
Notes	修士学位論文. 2011年度経営学 第2708号
Genre	Thesis or Dissertation
URL	https://koara.lib.keio.ac.jp/xoonips/modules/xoonips/detail.php?koara_id=KO40003001-00002011-2708

慶應義塾大学学術情報リポジトリ(KOARA)に掲載されているコンテンツの著作権は、それぞれの著作者、学会または出版社/発行者に帰属し、その権利は著作権法によって保護されています。引用にあたっては、著作権法を遵守してご利用ください。

The copyrights of content available on the KeiO Associated Repository of Academic resources (KOARA) belong to the respective authors, academic societies, or publishers/issuers, and these rights are protected by the Japanese Copyright Act. When quoting the content, please follow the Japanese copyright act.

慶應義塾大学大学院経営管理研究科修士課程

学位論文　2011 年度

論文題名

終末期ケアの課題について

－　適切な胃瘻造設の概念化を例に　－

主　査	田中 滋　　教授
副　査	中村 洋　　教授
副　査	坂下 玄哲　准教授
副　査	

学籍番号	81031214	氏　名	山田 洋太

論 文 要 旨

所属ゼミ	田中滋研究会	学籍番号	81031214	氏名	山田洋太

（論文題名）

終末期ケアの課題について　-　適切な胃瘻造設の概念化を例に　-

（内容の要旨）

終末期ケアの課題の１つに胃瘻の是非問題がある。特に安易に安全に安く施行できる胃瘻造設は、高齢化社会が加速する日本にとって様々な社会問題を引き起こす。この数年、尊厳を損なう可能性のある胃瘻を疑問視する動きが各分野で見られるようになった。しかし現場の造設する医師からは止められないシステム上の問題や造設するのが使命という治療における主張もあり、抑止がかけにくいのも事実である。そのような状況で最も深刻な胃瘻の問題とは安易に造設された結果、どこにも行くことができなくなってしまった患者が発生していることである。医療機能の高い施設であれば、胃瘻はシンプルに栄養を補給できるアクセス方法であるが、医療機能を有さない介護領域や在宅では胃瘻の管理問題等によって扱いづらいツールになってしまうのである。この問題をどのように考えれば問題点を整理することができ、様々な解決策を導くことができるだろうか。医学、看護学、医療経済学、社会・人文科学等広く胃瘻に関する先行研究は存在する。しかしどれもその領域における解決策を提示しているのみであり、前述のどこにも行けなくなった患者をどうすればよいのかという答えを導くことはできない。しかし胃瘻造設という医療サービスを考えれば、それを扱うための医療資源が必要であることに気づく。すなわち新規に胃瘻を造設する（IN)、また嚥下機能の回復（OUT)、そして胃瘻の管理を行う（STOCK）という３点に整理して考えることができる。このように IN, OUT, STOCK という切り口と意思決定層による Policy, Management（資源の人・物・金・情報）, Operation を組み合わせたマトリックスで考えればより整理しやすいことが分かった。この手法を用いて各分野における専門家 10 名へのインタビューを実施し、先行研究の内容も含めて 3×3 マトリックスを構造化した。平原佐斗司（在宅に特化した大型診療所)、武久洋三（慢性期医療協会会長)、石飛幸三（特別養護老人ホーム常勤医)、会田薫子（医療倫理学者、東京大学大学院)、田中雅子（日本介護福祉士協会名誉会長)、株式会社ジャパンケアサービス（看護師、ケアマネジャの４名)、竹内孝仁（リハビリテーション、国際医療福祉大学大学院）の 10 名である。このヒアリングを通して、重要になってくるのが“前提を揃えること”であり、胃瘻問題の前提とは「意思疎通のできない認知症等の高齢者に対して介入するのか」ということであった。次に胃瘻問題を考える上で IN を少なくして、OUT を増やす、さらに受け皿となる STOCK を充実させることが重要になることが理解できる。このように整理するとそれぞれの立場で有する資源が異なり、また短期的、中長期的に取り組めることが異なるため、解決策を実際の現場や意思決定に落とし込めることができ、実際に解決策を提案することも可能であった。この IN,OUT, STOCK は非常にシンプルであり、当たり前のように思われるかもしれないが、終末期の課題の中で医療サービスをどのように整理して考えるのかという点において新しい。今までの議論は、個別の内容がバラバラに話しされ、全体像が議論されていない中、このように胃瘻患者がどのように地域内で暮らしていくのか、そしてそれを支える地域内資源があるのかと考えることで解決策にも繋げやすい方法と言える。また胃瘻だけでなく、これから発生する医療サービス全部に当てはめることが可能という意味で汎用性も有する。これからの日本の高齢化社会は、新たな医療サービスが発生するたびにその技術をどう扱えばよいのか困惑することは必至であり、扱い方を考える分析フレームワークを考案するものである。

目次

はじめに

第１章　問題意識

１．終末期ケア

２．終末期ケアの概念化と歴史、定義

３．国民の認知度

４．予後予測とガイドライン策定

５．胃瘻造設術

第２章　先行研究

１．胃瘻造設の現状

２．嚥下機能回復

３．胃瘻患者の受入れ：吸痰に関わる業務拡大の経緯

第３章　分析フレームワーク

１．IN・OUT・STOCK による考え方

２．意思決定層との組み合わせ：3×3 マトリックス

第４章　有識者インタビューと結果

１．インタビュー内容

２．結果（3×3 マトリックスによる構造化）

第５章　考察

１．3×3 マトリックスの応用性

２．改善提案；チェックリストと地域内連携促進

３．本研究の限界

参考資料・参考文献

謝辞

はじめに

現在日本の医療は様々な問題に直面している。医学的な発展の中で戦後は感染症、最近では癌といった疾患をいかに乗り越えることが出来るのかという挑戦であった。その結果、抗癌剤等の高額な新薬、設備投資の大きな新規医療診断や治療機器の保険診療内への導入の是非問題、遺伝子治療やクローン、体外受精や代理母問題等、医療システムや医療倫理に関わるような問題が多くなってきた。

その中でも最近は、人工呼吸、血液透析等の適応に関して人間の尊厳という観点から一部の状況において疑問視されるようになってきた。以前は生きることができなかった状況でも新規医療機器を用いることで生命を維持することができるようになった。しかし一方で“生きる”ということはどういうことを意味するのか、“死ぬ”というのはどういうことを意味するのか、日本人の死生観を強く考えさせられるような終末期の問題が取り上げられるような裁判やニュースが多くなってきている。

第 1 章　　問題意識

1.　　終末期ケア

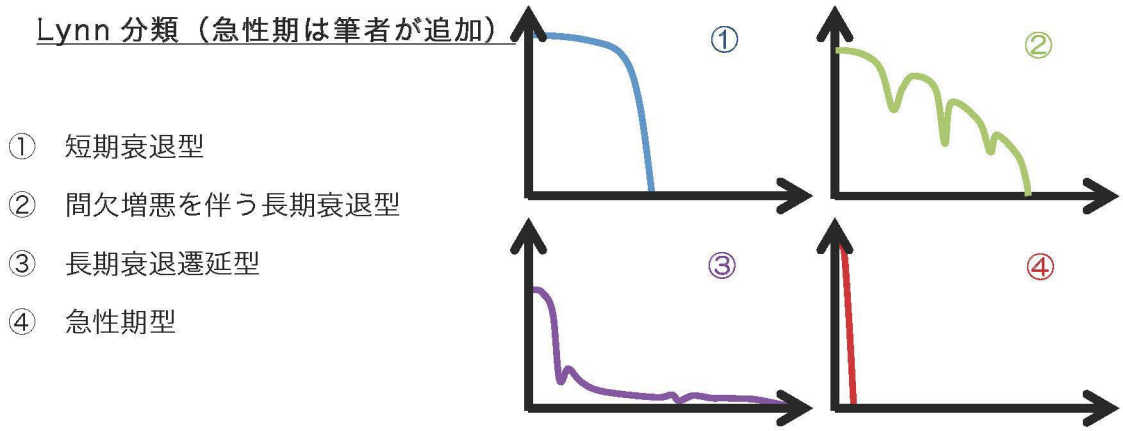
日本における「住みか」での看取り数は、1977 年病院での死亡数と逆転して以来減少をたどっており、2005 年のデータでは全体の 1 割余りとなってしまった[1]。住み慣れた場所で死ぬことを望む国民が多くいる一方、家庭的な事情や医療体制の問題によって達成できない場合も多い[2]。世界の他の先進国でも同様の現象が生じており、感染症や事故を中心とした急性期治療からがん、生活習慣病を中心とした慢性期治療へと医療は大きくパラダイムシフトを遂げ、「人の死ぬ場所」が病院となってしまった。

Lynn らは、高齢者の亡くなり方を機能の衰退から 3 つ「①短期衰退型（例；がん)、②間欠的増悪を伴う長期衰退型（例；臓器不全)、③長期衰退遷延型（例；認知症、脳梗塞後後遺症、虚弱)」に分類しており、これに④急性期や外傷による死を含めると 4 通りとなる

1　人口動態統計、平成 19 年度

2　終末期医療に関する調査等検討会報告書、平成 16 年

（以降 Lynn 分類とする）。この文献[3]によると①と②、④がそれぞれ全死因にうち 20%に相当、③が 40%と報告している。日本における正確なデータは存在しないが、厚生労働省が発表している統計である平成 21 年死因を調べると全死亡者数は 114 万人であったが、うち悪性新生物が 34 万人と約 30%を占め、臓器不全による死因が約 22%、自殺を含むその他が 24%、そして老衰、脳血管疾患、肺炎を含む群も約 24%であった。しかしこれは死亡診断書による分類であるため、正確とは言えず、本来は認知症と臓器不全が重複しているケースもあれば、肺炎の中には急性期に相当する人も多数含まれている。



ここで施設の機能の観点から、急性期病院の中心的役割が生活の場から切り離して「治療」を行うと考えれば、④が病院で亡くなることに関しては一応のところ認められるだろう。しかし①-③までが病院で亡くなることは、本来の機能とはかけ離れた事象と言える。これに応えるべく 1995 年前後よりターミナルケアが日本に普及し始め、2000 年からは在宅医療を支える介護保険制度が導入されたことで人的資源、経済的資源が整うようになってきた。

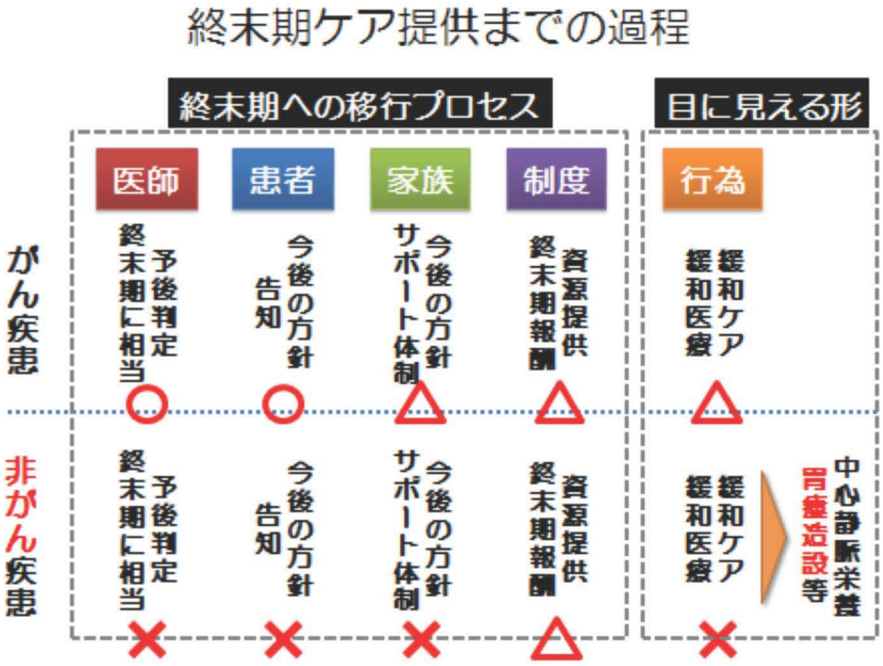
この 4 つの中でもがんの終末期ケアを中心としたターミナルケアが世界的にも日本でも普及した理由として、“がん”が他の 2 つと比較して罹患年齢が若いこと、多くの場合で最後まで意思疎通が可能であることにより、患者自身の主張が大きな波紋を呼びやすく、“がん”という病への国民の興味が大きくなったのだと考える。

イギリスを中心として 1967 年に近代ホスピスが誕生したと言われており、日本でも同様に 1984 年に淀川キリスト教病院で初めてとなるホスピスを開設された。終末期ケアの

[3] Lynn J, 2003

中でも“がん”、途中からは“AIDS”によるターミナルケアが普及していった[4]。そして現在、まだ提供体制が不十分とはいえ日本においてもターミナルケアにおける国民の認知や方向性、そして医療者の理解やガイドライン、研究会や学会、医療保険制度による報酬も整い、人的資源が不十分となっているのみとなった。

しかし“がん”は、人の死全体から見れば一部に過ぎず、多くは生活習慣病を背景とした臓器不全や認知症で亡くなるのである。特に認知症は“がん”と多くの点で相違がみられる。①臨床経過、②患者本人の意思疎通性、③終末期の定義の難しさ、④医療よりも介護の特徴を有することが挙げられる[5]。このように“がん”のターミナルケアが終末期ケア全体への参考に幾分かはなるにせよ、これら特徴を考えずに国民の望む「住みかでの看取り」は達成できない。



一般的に終末期への移行プロセスは、上図にあるように医師による判断から始まり、医師が患者や家族への現状説明した後、今後の方針及び最終ゴールを関係者内で相談し、それを達成するための診療報酬や介護報酬を受けて医療者や介護者からの緩和医療・ケアを提供するのである。しかし前述したように日本ではがん疾患に対して整いつつも、非がん疾患に関しては個々人が最善を尽くしているが、体制としては全く整っていないのが現状

4 加藤恒夫、2009
5 平原佐斗司、2009

である。

終末期ケアの直面する課題が多くある中で、人間の死として認められているのが脳と心臓の機能停止である。時間軸で言えば人間の死の前段階は終末期であり、終末期とは病状が進行し死が不可避であると判断した時期を言う。この終末期における機能低下や停止で多く見られるのは、食事機能低下といった原始的な人間の欲求や人間が意思を持って行わないとできないような行為である。また他の問題としては排泄排尿の行為が挙げられる。医学が進歩したことによってこれらの問題は解決することが可能となった。前者が経管栄養（胃瘻や経鼻経管）や点滴（末梢と中心静脈栄養）といった人工栄養補給であり、後者が透析や膀胱瘻、ストーマである。しかし医学が解決できることでより複雑化し、誤った事実認識によって本来の意思とは別の行為が行われてしまうことが多くなってしまった。これらの中でも胃瘻造設は数が多く、多職種が関わるような医療行為であるため終末期ケアにおける Key Issue として選択した。また胃瘻造設の課題を見つけて、克服することで終末期ケアがより充実したものなるになると考えた。

そして終末期ケアを考える上で重要になってくるのは、（個人の）概念化をすすめるのではなく、（社会の）概念化注)するプロセスである。つまり個人が終末期ケアをどう考えているか以上に社会（国民や医療専門職集団）が終末期ケアという概念をどう考え、受入れ、普及していくかが重要であり、意思決定層に分けて考えることでより明確な改善方法を見出す可能性がある。

２．　終末期ケアの概念化と歴史、定義[6]

終末期ケアに関する言葉もさまざまあり、それぞれが歴史的背景のもとで内容を変化させてきた（表１）。日本ホスピス緩和ケア協会理事の柏木によれば、ホスピスは中世のヨーロッパまでさかのぼり、当時修道院を訪れた旅人への宿と食事を提供したのが源泉だという。その後ホスピスが中心となってケアしたのが、ハンセン病や結核であった。これらの治療が可能となると、がんと AIDS に変わった。

そうしてホスピスのケアの対象者は末期がんであるが、一般病棟でのケアも受けるため

注）経験の中で個人が感じた特徴を排除し、共通要素や本質的要素を抽出すること

[6] 樋口京子、2009

ホスピスケアも包含してターミナルケアという言葉が生まれた。しかし突然末期がんになるわけではなく段階的であること、症状は決して末期だけに限らないことから早期から介入する考え方として緩和ケアが提唱された。緩和ケアが時間軸に注目した考え方であるのに対して、高齢者医療と緩和ケアを合わせて対象疾患の広がりをとらえた概念がEnd-of-Life Care (EOLC)であり、現実には末期がん患者以外の疾患による終末期も多く存在しているため、それらを包括する用語として使うようになった[7][8]。以上が歴史的背景に伴う用語の説明であったが、用語自体も広がりを見せており、概念も進んでいるのが現状であり、重なり合って使用されていることが多い。以下詳細な定義とともに概念を整理したい。

＜表１＞

- **終末期ケア**

終末期の日本語に対応する英語があるかどうかは難しい判断であるが、多くの例でEnd-of-Life Care の日本語訳として考えられている場合が多い。その定義は、全日本病院協会[9]や日本老年医学会が「病状が不可逆的かつ進行性で、その時代に可能な最善の治療により病状の好転や進行の阻止が期待できなくなり、近い将来の死が不可避となった状態」としている[10]。

- **ホスピスケア (Hospice Care)**

ホスピス自体は中世からある概念であることは前述したとおりだが、ホスピス“ケア”として「死にゆく人への全人的アプローチの必要性」が提唱されたのは 1960 年代イギリスであった。1987 年の全米ホスピス協会による定義によれば、「死にゆく人と家族に対して、身体的、精神的、社会的、スピリチュアルなケアを在宅と入院の両方で提供する」こととしているように、あらゆる角度から終末期の患者を支えるという考え方である。

---

7 柏木哲夫、総合臨床第 56 巻第 9 号
8 日本ホスピス緩和ケア協会
9 終末期医療に関するガイドライン ～よりよい終末期を迎えるために～（概要）平成 21 年 全日本病院協会
10 2001 年「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」

● ターミナルケア (Terminal Care)

ホスピスがケアの対象となるのが、末期の患者と家族であるが、すべての人がホスピスケアを受けることはできない。多くの末期患者が一般病棟でケアを受けることもあり、ホスピスケアを包含してターミナルケアという言葉が生まれ、1950 年代イギリスやアメリカで提唱され、「人が死に向かってゆく過程を理解して、医療のみでなく人間的な対応をすること」に主眼した概念である。

歴史的な背景からターミナルケアのイメージは、“がん”が強いが、長い間使われてきた言葉だけに範囲も拡大しており、今では“末期”を迎える対象疾患となっている。

● 緩和ケア (Palliative Care)

1970 年代カナダにおいて提唱されてきた概念である。

「生命を脅かす疾患による問題に直面している患者とその家族に対して、疾患の早期より痛み、身体的問題、心理社会的問題、スピリチュアルな問題に関してきちんとした評価をおこない、それが障害とならないように予防したり対処したりすることで、QOL を改善するためのアプローチである（2002 年、WHO)」

このように緩和ケア概念の意義は、時間的な側面を診断した時から始まると考えたことである。痛みを取ることとは終末期であろうが、診断早期であろうが無関係であり、問題（症状等）に注目し、これらの問題を介入して対処すべきだとしている点が新しい。

● End-of-life Care (EOLC, エンドオブライフケア)

1990 年代からアメリカやカナダで高齢者医療と緩和ケアを統合する考え方として提唱されている。

「生命を脅かす進行性あるいは慢性の状態で生き、あるいはそれによって死にゆく個々の高齢者を治癒し、慰め、支える、能動的で共感的なアプローチを必要とする。また個人的、文化的そしてスピリチュアルな面での価値観、信仰、習慣に配慮する必要がある。さらに

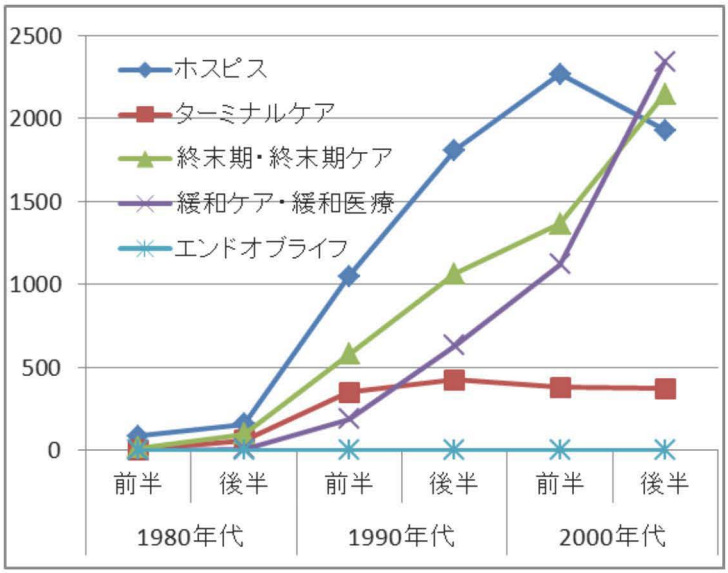
死別前後の家族や友人に対するケアを行う（2000 年，カナダ 政府の諮問委員会)」としている。

このように人類が戦ってきた疾患によって終末期の定義が変わり、より全人的に、より広義に終末期ケアを時代のニーズとともに変化させてきたことが理解できる。しかし終末期ケアの概念化に向けて必ず必要なのが国民の終末期ケアに対する考えが醸成することである。そのためには国民が終末期ケアについて、知識レベルで理解しなければならない。

3．　国民の認知度

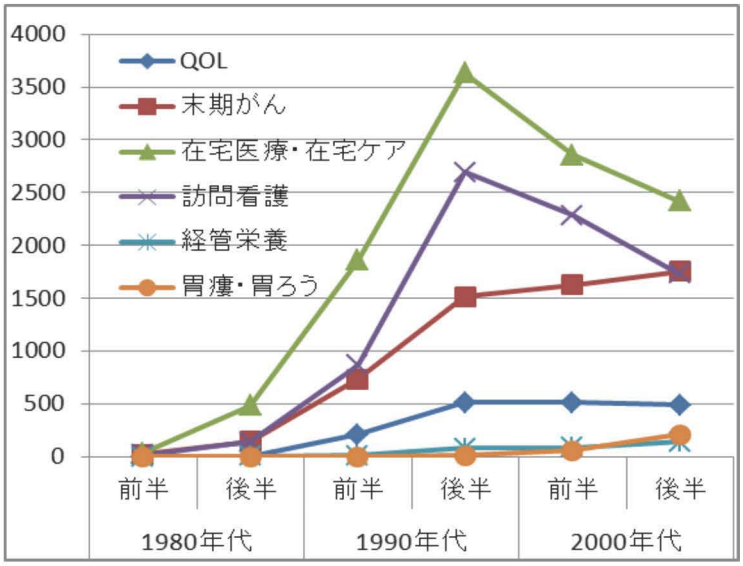
国民が終末期ケアや胃瘻に関する知識に対してどれくらい知っているのかは概念化する上で重要な点である。国民の価値観がバラバラで同じ方向性を向いていない場合も同様である。国民の知識具合を直接的に測定することは難しいため、間接的に国民がどれくらいこれらのことについて暴露しているのかを新聞 4 誌（読売新聞、朝日新聞、毎日新聞、日経新聞）で使われた回数を 1980 年代から追ってみた。

国民の認知度



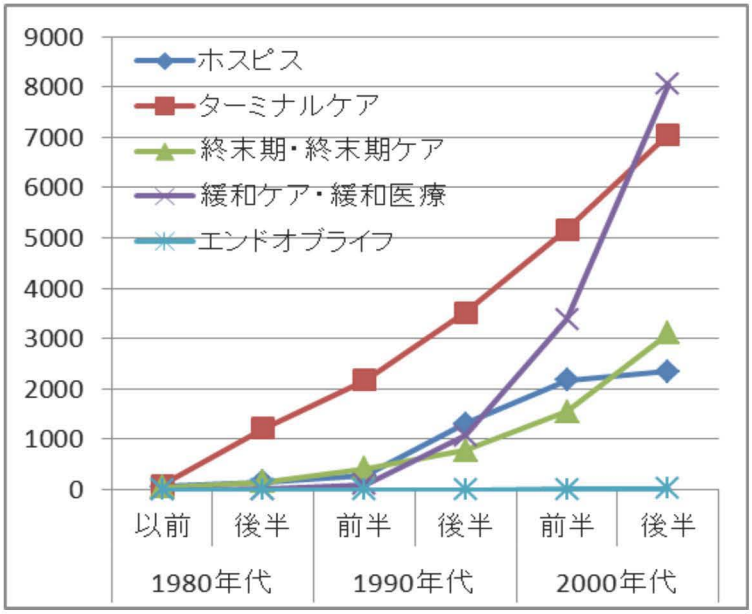
結果、在宅医療・在宅ケアや訪問看護以外の項目では、明らかに誌面での使用回数は増加

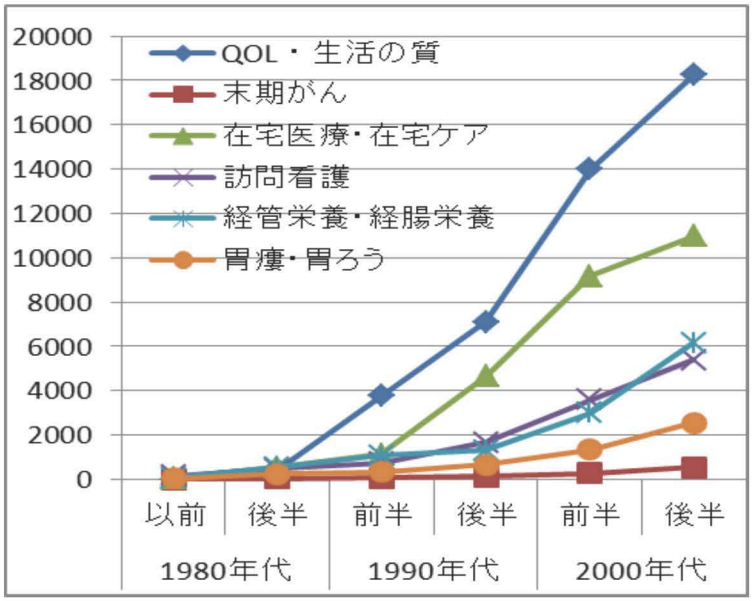
傾向にある。また在宅医療や訪問看護が 1990 年代後半でピークを迎えているのも、介護保険導入が 2000 年にあったことを考えれば容易に想像がつく。



またがんを中心としたホスピスやターミナルケア等の単語使用回数は多いものの、エンドオブライフはほとんど使用されておらず、終末期もしくは終末期ケアという形で紹介されている。一方胃瘻や経管栄養についてはここ数年での使用回数が急上昇しているものの、2000 年代後半まではほとんど言葉や知識として紹介されてこなかったのである。では次に専門職集団における暴露も同様に見ていく。

<u>専門職集団の認知度</u>





専門職集団の暴露として医中誌での論文発表数を数えた。項目としては上述と同じ 11 項目を検索した。さらに学術論文雑誌である CiiNi（サイニー）でも同様の検索も行った。特に項目としてホスピス (hospice)、ターミナルケア (terminal care)、エンドオブライフ (End of life)、胃瘻 (PEG)は英語による検索も加え、合計数としてカウントしたところほぼ同様の結果が得られた（付録参照）。

これらのことから終末期に対する医療界の注目が非常に高くなりつつあることが理解できる。胃瘻に関する論文発表も 2000 年代後半から、特にこの数年において著しい数の発表がされている。終末期・終末期ケアやエンドオブライフの言葉を使用する回数も論文として徐々に増加傾向にある。

ここで国民の暴露と専門職集団の暴露についての違いに注目してほしい。専門職集団においては、エンドオブライフや胃瘻等の認知症に関わる終末期ケアに関して多くの発表があるものの国民に知らされる新聞誌上においてはまだまだ紹介がされていない。

それでは国民に対して終末期ケアの在り方を問いかけるべき存在である医療者、特に医師の医学上の課題とは何であろうか。医学的にはどの段階から終末期なのかが分からないということが致命的と言えよう[2009, 平原]。つまり予後予測やガイドラインが明確であれば現場の医師はそれに従えばよいということになる。

４．　予後予測とガイドライン策定

予後予測指標と終末期の定義[5,11,12]

海外と日本における予後予測指標及び終末期の定義について下表のように整理した。

疾患		Lynn 分類	海外の予後予測指標・終末期定義 (各項目詳細に関しては付録参照)	日本の予後予測指標 終末期定義
がん		1	● Palliative Performance Score ● Palliative Performance Index	● PPS ● PPI
非がん	**心不全**	2	● Heart Failure Risk Scoring System (急性期病院に入院後) ● NHPCO の指標 ※ 治療の最適性に依存するため診断が難しい	日本循環器学会ガイドライン「末期医療に関する提言」ダイジェスト p8 にアルゴリズムが記載 但し、予後予測指標はない
	呼吸不全 (COPD)	2	● PPS/PPI？ ● BODE Index ● ADO Index	日本呼吸器学会 予後予測指標なし
	肝不全	2	● Child-Pugh 分類 ● MELD	日本消化器外科学会、日本消化器病学会ガイドラインに終末期なし
	腎不全	2	● NHPCO の指標 ● 維持透析：CCI	日本透析医学会「我が国の慢性透析療法の現状」により維持透析の死因頻度記載
	脳卒中	3	● Rankin Score ● NHPCO の指標	日本脳卒中ガイドラインは急性期を対象
	認知症	3	● FAST Staging ● MRI ● ADEPT	日本認知症学会は BPSD 等の慢性期を対象

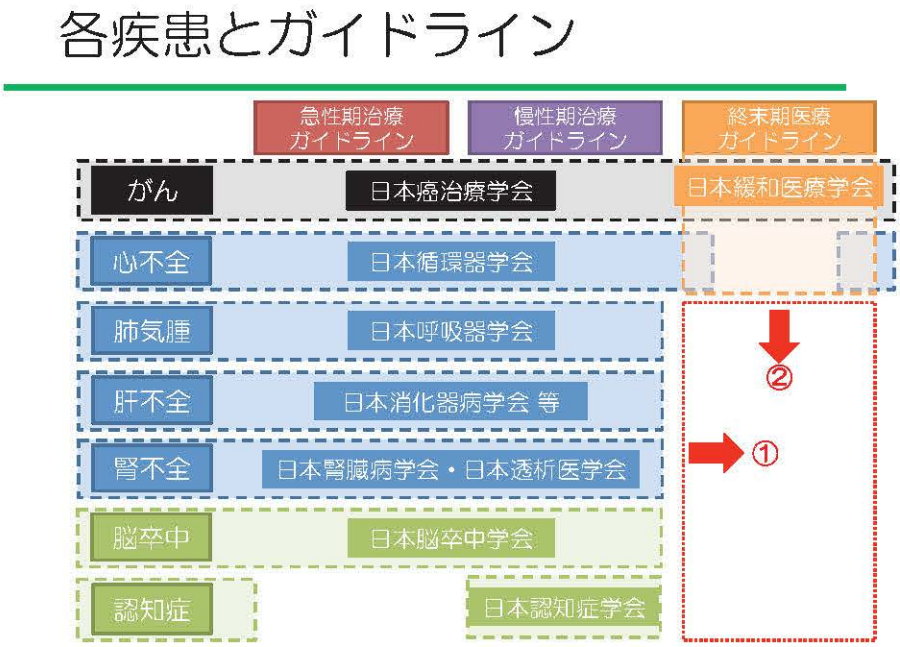
「非がん疾患の予後予測の指標作成に関する研究」[5] より筆者が一部改正

---

[11] T. Morita, 1999

[12] 日本緩和医療学会、日本循環器学会（JCS2010）、日本呼吸器学会、日本消化器外科学会、日本消化器病学会、日本認知症学会ホームページ参照、日本透析医学会、日本脳卒中ガイドライン

この表の中で、日本循環器学会のガイドラインに末期医療に関する提言とあるものの、亡くなる 1 週間前の方針として書かれてあるだけで、予後予測指標や終末期の定義は書かれていない。さらに日本の学会におけるガイドラインの多くは、急性期治療を中心としたものであり、終末期を含めたガイドライン策定までは整備されていない。逆に各専門科が急性期治療から慢性期治療までを担当するという横軸と、日本緩和医療学会に代表されるように終末期医療だけを考える縦軸とで成り立っている。



しかし終末期定義の普及のためには、上図のように各疾患に相当する学会（注：学会名は代表的な会のみ挙げた）がそのガイドラインの範囲を終末期医療にまで伸ばすことが重要であり、さらにその内容も緩和ケアや緩和医療学会がすでに発表しているものと整合性をつけることも重要な点である。上図において②だけが普及しても、①がその範囲を広げない限り、目標とする終末期利用は提供できない。なぜなら患者は縦軸（がんと非がん疾患）で生じるのではなく、横軸（急性期・慢性期・終末期）から生じるからだ。

このように見ると、海外では予後予測に対する研究が進んでいるが、日本では未発達であり、未発達であるがゆえにガイドライン策定もされていないことがわかる。その結果、終末期の判断を行うべき医師が、終末期の判断をすることができず、また患者家族への説明も十分にできない状況があることが理解される。

このような背景の中で、胃瘻造設という問題は終末期ケアにおける課題の代表と言える。なぜなら胃瘻造設は、安易に安全に安く施行できるために 20–40 万人の患者がいるとされ、年間 10 万人ずつ増えていると考えられており、提供しなければならない医療サービスの量として他の終末期ケアにおける医療サービスと比較しても断然に多い。また多職種が関わる医療サービスであり、自宅では家族の献身によってみられているが、介護施設では医療サービスであることから厄介者として扱われることが多いからである。従って終末期ケアにおける胃瘻造設についての総論を次項で見ていくこととする。

5. 胃瘻造設

人間が食事をとれなくなる原因はさまざまである。Lynn 分類 1（がん）の場合は、食道癌や化学療法の副作用、放射線治療による合併症等が考えられ、Lynn 分類 2（臓器不全）の場合、臓器そのものが機能しないことで生じる全身不良、症状が強すぎることで食欲消失等が考えられる。Lynn 分類 3（認知症、脳卒中後遺症等）であれば、加齢による嚥下機能低下、脳梗塞後による機能低下、意識レベルが低下することで生じるもの、パーキンソン病に代表されるような高齢者に多い神経難病による機能低下等が考えられる。またすべてにおいて医師による治療のための薬物投与によって嚥下障害を来すことも多い[13]。

嚥下訓練が可能もしくは知識を有する病院や施設の場合、嚥下機能が低下するような兆候（むせ込み等）が見られると、その機能を評価し、嚥下リハビリテーションが開始される。しかし多くの急性期病院の特徴として、病気を“治療”することに専念していること、早期退院が求められていること、リハビリテーションを行う人員不足、知識不足からリハビリテーションを経ずに、「食事摂取困難→チューブから人工的に栄養を入れる」という短絡的な傾向となってしまう。

当然、脳梗塞直後や意識障害が残存している場合などの急性期の段階において人工的に栄養を摂取することは、生命予後に強く影響するため経鼻胃管やそれに相当するチューブを挿入することは非常に重要な意味をもつ。

しかし慢性期や徐々に食事摂取が困難な例においてそのような“行為”を行うことは倫理的に受け入れがたく、患者にとっては苦しみや尊厳を無くす行為に他ならない場合もある。

---

13 総合リハビリテーション、2007

元神戸市看護大学教授だった岡本祐三によれば[14]、このような光景は老人の入院が急増した1970 年代に普及したという。その後やっと 1997 年に日本摂食・嚥下リハビリテーション学会が誕生するなどを経て経鼻経管に対する抵抗は強くなっていった。

その頃になると、胃瘻造設術は簡単に施行でき、経鼻胃管と比べて苦痛は著しく減少した。そのため多くの経鼻胃管の患者は、その姿を胃瘻という形に変えていった。しかし最後まで口から食べてもらう努力を続けてもらうという最も大切な精神を忘れてしまった。

認知症や脳梗塞後後遺症の高齢者が生じる摂食嚥下障害がもたらす弊害として高知の病院長であった村井淳志は、４つ挙げている[15]。

① 管は苦痛で無意識的に抜こうとするため手を縛らざるを得ない
② 食べる楽しみを奪う
③ 食事をする“場”を共有しないことで生きる喜びを消失する
④ 一度挿入することで再度口から摂取することをがんばれなくなってしまう

村井は、摂食嚥下障害のうち 88%はチューブが不要であるという。ケア、リハビリ、口腔ケアによって口から食事摂取することがほとんどのケースで可能だという。同様に生活リハビリ研究所代表の三好春樹も同様の意見を述べる。

このように胃瘻造設は、高齢化社会が加速する日本にとって様々な社会問題を引き起こしている。しかし現場の造設する医師からは止められないシステム上の問題や造設するのが使命という治療における主張もあり、抑止がかけにくいのも事実である。

そのような状況で最も深刻な胃瘻の問題とは**安易に造設された結果、どこにも行くことができなくなってしまった患者が発生している**という問題である。医療機能の高い施設であれば、胃瘻はシンプルに栄養を補給できるアクセス方法であるが、医療機能を有さない介護領域や在宅では胃瘻の管理問題等によって扱いづらいツールになってしまうのである。この問題意識を本研究のテーマに置き、この問題をどのように考えれば問題点を整理することができ、様々な解決策を導くことができるか検討する。

---

14 岡本祐三、1993・1996
15 生井久美子、1999

第 2 章　　先行研究

1.　　胃瘻造設の現状

平成 22 年度「胃瘻造設高齢者の実態把握及び介護施設・住宅における管理等のあり方の調査研究報告書」[16]によれば、急性期病院と訪問看護ステーションを除くと、胃瘻造設者に占める 65 歳以上の割合が 90%を超え、介護老人福祉施設と介護老人保健施設では、胃瘻造設者に占める 85 歳以上の割合が 50%を超える。

また胃瘻造設手術件数の原因疾患は、脳血管疾患が最も多く、次いで誤嚥性肺炎となっていた注)。前述した Lynn の分類で「長期遷延型」に相当する疾患群で言えば、急性期病院 88.2%、慢性期病院 93.2%、ケアミックス病院 93.5%となり、大部分が終末期の定義の難しい疾患群であった（付録参照）。さらに各病院や施設における新規胃瘻造設時の適用基準の有無に関しては、急性期病院の 66.1%、慢性期病院 92.5%、ケアミックス病院 65.6%が基準なく、新規胃瘻造設についての手順書もそれぞれ 37.1%、55.0%、27.5%が手順書ないと答えており、終末期の定義が難しいことで各施設の造設基準も曖昧となり、その場での雰囲気で意思決定していることが推測される。

胃瘻造設目的別に見れば、40%が生命維持、32%が栄養状態改善、26%が誤嚥防止となっており、QOL 改善を目的としたのは 1%に過ぎない。

次に摂食嚥下障害が生じた場合の施設の望ましい対応として医療介護者が挙げたのは、「経口を併用しつつ胃瘻を造設するべき」や「胃瘻造設は可能な限り避けるべき」が約 7 割、「わからない」まで含めると約 8 割にまで達する。また医療介護者が当事者であった場合、約 8 割の人が「造設してほしくない」もしくは「何とも言えない」と答えている。すなわち現場レベルでは胃瘻造設消極派が大多数を占めており、彼らも胃瘻造設が目の前の患者に不適当である可能性を示唆しているのである。

さらに理想では、経口摂取や嚥下訓練によるリハビリを行いたいと思っていても現実として胃瘻を離脱して経口摂取できる見込みは、約 8 割で「見込みはない」と考えられており、経口との併用も 8 割でされていない。中には不適切な胃瘻造設の理由として、「利用者本人の意思が確認できる状況にありながら確認をとらない場合（約 7 割）」や「ＱＯＬ向上につながっていない場合（約 7 割）」、「入院期間の短縮を目的とした場合（約 3 割強）」、「生

16　全日本病院協会、平成 22 年度

注）誤嚥性肺炎は原因疾患としては不適切であるものの誤嚥の原因は不明

命維持のために造設される場合（約 3 割弱）」を挙げ、現実として胃瘻造設によって「栄養状態が良くなった」、「誤嚥性肺炎が防げる」、「確実に予薬できる」ことしか改善していないと答えていることを考えると、医療者としての倫理・道徳観と現実とで板挟みの状況になっていることが分かる。

しかし特記すべきこととして、胃瘻造設しなかったことに対する患者・家族からのクレームを直接受けた経験について調査すると、ほぼ全員に近い医療介護者が受けたことはないという結果であった。当然、胃瘻造設しなかった要因として家族の積極性の問題や患者の末期的状態の問題等の状況下であるためにクレームがされなかっただけの可能性は存在するものの、胃瘻を造設しない理由を明確に説明することで患者や家族も納得するのである。

最後にこの調査を通して胃瘻造設基準が曖昧である中、理想と現実のギャップを増大させている要因として胃瘻に関する各業務の負担感があり、約半数で負担が大きいと答えた内容として「嚥下のリハビリ」と「家族への胃瘻管理に関する指導」を挙げている。つまり現場では、嚥下のリハビリを行うことや胃瘻管理を説明することが行いにくい業務となっており、胃瘻造設後管理の質低下を招いているのである。

因果関係図（付録参照）を描くと図のようになり、不要な胃瘻造設を少なくするには、**「終末期の定義」、「医療者や家族への正しい情報の普及（概念化）」、「リハビリを実行する人的資源の確保」**が必要であることが分かる。

終末期における胃瘻のメリット・デメリットについて“正しい”知識を医療介護者が有さないと、その後の家族へのインフォームドコンセントにも影響をきたすことから、大変重要となる。誤嚥性肺炎を予防するという科学的根拠はなく、アメリカでも 1999 年に有名雑誌であるJAMAにFinucane[17]が重度の認知症に対して意味がないことを発表すると行われなくなった。胃瘻造設による延命に関しても重度認知症の場合、アメリカの研究では延命効果はない[18][19][20][21]が、日本の研究の場合では平均 1.2 年延命できた。経管栄養を実施しない

---

17 Finucane TE, 1999
18 Gillick MW, 2000
19 Sampson EL, 2009
20 Cervo FA, 2006
21 Morrison RS, 2004

人では末梢静脈点滴１日1000mLで平均２か月、中心静脈栄養の場合は８か月生存した[22]。

小坂陽一は、老人病院での研究において 2001 年まで経管栄養をしている終末期要介護老人が 7 割いた施設に対して、2002 年から家族と相談して経管栄養実施するかを決める際に「終末期の要介護老人を介護している御家族は 90%の人が否定的意見を述べていますが、いかがしましょう」という説明の仕方をした結果、経管栄養実施者は約半分に減少したという報告[23]をしている。つまり説明者である医師の誘導によって医療リテラシーの低い御家族の意思決定を左右させることが可能であり、胃瘻造設という経験したことも見たこともない状況に対して、不要な胃瘻造設を行わないようにすることが可能であることを示唆しているのである。

胃（腸）瘻造設の整備としてフランスとアメリカは以下のようになっている。

- フランス

The National Federation of centers fighting Cancer がガイドラインを策定
「毎日半日以上横たわったきりの人や余命 3 か月以内の人には認められない」

- アメリカ

The National Hospice and Palliative Care Organization (NHPCO)[24]がホスピス入所基準を定めている。胃瘻造設禁忌とする項目がないものの人工栄養に関する説明文において「疾患によるが多くの場合延命効果は望めず、QOL を低下させる。誤嚥性肺炎の予防効果がないばかりか、むしろリスクを高める。また水分過剰投与による呼吸困難や悪心、下痢をきたす。これによって飢えや口渇感を減らすことはできない」と明確に示している。

また当然ながら事前指示書 (Advance Directives)の重要性は言うまでもない。終末期ケア対象疾患の中でも認知症を含めた Lynn 分類③に該当する疾患群は、特に重要となる。なぜなら自らの意思がある段階でその終末期を決定することができるからだ。イギリス、アメリカ、ドイツ、オランダ等の先進国において普及が進んでいる中、日本では進んでいな

22 小坂陽一、2008
23 Y. Kosaka, 2005
24 全米緩和ケア協会ホームページより

いのが現状である。さらに尊厳死など治療判断に関する法定代理人（後見人）制度に関して日本のみが「資産に関してのみ」という状況である。三浦は、この原因として①主治医制度、②リビングウィルや事前指示書の法制化の問題、③後見人制度を挙げており、ガイドラインの制定による必要性を訴えている[25]。

２．　嚥下機能回復

多くの医療介護従事者は、前述の研究報告や平成 22 年全日本病院協会が発表した胃瘻に関する報告 [18] での胃瘻造設と経口摂取の併用、嚥下リハビリテーションを併用している例が非常に少ないという事実があるように、一度胃瘻造設されると嚥下機能の回復は難しいと感じていることが多い。

しかしそんな中、「胃ろう全廃、全員常食へ」というスローガンを掲げ、達成できた施設がある。沖縄県南城市にある特別養護老人ホーム「しらゆりの園」は国際医療福祉大学の竹内の指導のもと管理栄養士が中心となって、経口常食への取り組み、外食等を実践した。このことは、「おむつゼロ」にも取り組んだシンポジウム、日本自立支援介護学会第 5 回学術集会で発表された[26]。

常食化に向けて「食形態変更マニュアル」や「専用の食事経過記録表」を作成し、街のレストランでの外食を行うことで常食への意欲を高め、「あめ棒」による嚥下訓練を行い、食事を摂るときの環境を作ることで達成された。このように嚥下機能回復等によって胃瘻サービスから脱する人は、6.5%いると言われている[27]。

竹内は胃ろうに至る経過として 4 つのタイプに分類している。タイプ１：疾病経過型、タイプ２：嚥下障害型、タイプ３：安全管理型、タイプ４：ターミナルケア型である。

タイプ１は高齢者が治療で入院するものの全身状態の回復が順調ではないため点滴治療から中心静脈栄養、もしくは経鼻胃管から胃ろうへと変更し造設したもので、嚥下障害がないことから胃ろうを継続する理由はないとしている。

---

25 三浦久幸、2007 年と 2008 年
26 2011 年、竹内孝仁
27 2010 年、PEG ドクターズネットワーク

タイプ２は、脳卒中やパーキンソン病、ALS、脊髄小脳変性症等の神経難病の末期によって嚥下機能、口腔機能が失われた結果生じたものである。胃瘻造設の唯一の適応だとしている。

タイプ３は、食べられないことが理由で胃ろうにあった患者のことであり、脱水等が原因であることが多い。これもタイプ１と同様胃ろうを継続する理由がない。

タイプ４は、ターミナルケアの延命方法の１つに選ばれる場合であり、患者や家族の意向によるとしている。

これらのタイプに分類した上で、竹内が提唱する「経口常食に戻す５つの条件」がある。①水分摂取を最低 2,200ml 以上に、②普通の椅子に腰掛ける、③良い姿勢で、④自分の手で食べてもらう、⑤かみかみ・もぐもぐの練習の５つである。彼らの根底にある考え方として、介護現場が食事形態をより簡単なものへ“都合”で変更しているという問題意識から始まっている。竹内によれば現場での食事提供は介護職のペースで食べており、嚥下機能の低下した患者にはより細かい食事、最後はミキサー食と食事の形態が変わっていくことで嚥下機能の“廃用”がすすんでいっていると述べている。それによって自分の手で取ることをせず、食事介助を必要とする患者が増加し、食事介助者が多くなっているという現実がある。現に第 7 期介護力向上講習会（平成 22 年）での摂食嚥下機能調査として特養入所者 6,676 名の食形態の入所時からの変化を報告している。それによると入所時 39.9%だった常食入所者が 16.2%にまで低下すること、入所時 6.0%の胃瘻経管入所者だったのが、16.2%まで上昇することがわかっている。また食形態が低下する理由として、飲み込み不良 21.1%、入院 19.8%、体調不良 13.5%、むせ 6.9%、義歯不良 6.2%、不明 8.6%となっている。このように介護側の判断によって食形態が軟食化、細分化していくことで口腔・嚥下機能が「廃用症候群」に陥っている。また胃ろうからのアクセスによって非常に大切な口腔ケアがおろそかになり、誤嚥性肺炎の頻度をあげる。以上のことから“むせ”に対しては食事の姿勢の重要性、介助で急かされるのではなく自分の手で食事を摂る重要性、歯科的治療や口腔ケアの重要性が改めて強調されている。

その他の弊害として胃瘻造設によって生命予後が短縮する可能性、誤嚥性肺炎や低栄養が多いという事実、人間の尊厳と関わる食事の楽しみという観点を挙げている。

以上嚥下機能回復の取り組みを見てきたが、特別養護老人ホームでもほんの一部である。介護現場からの新たな試みとして「おむつゼロ」運動が挙げられ、介護力向上のために全

国老人福祉施設協議会が「おむつゼロ特養連絡会」を 2010 年 5 月に発足し、介護力向上講習会を定期的に開催することでその技術や知識を広めている。

また嚥下機能回復とは別に、「胃瘻を中止にする」という選択肢についても検討しなければならない。胃瘻を造設しても家族の思惑と異なり、不十分な体制の問題等“中止”にすることも 1 つの選択肢である。胃瘻を中止にすることは、現在では経口摂取が可能となっている、胃瘻による合併症発症した場合以外ではほとんど行われない。胃瘻の場合、本人の意思表示が難しいため崇高な意思判断はできないものの国民的コンセンサス形成による中止も検討する必要が生じている。そのために終末期をどうするのか、事前指示書等を尊厳死協会へ事前に意思表明することもすすめられている。

３．　胃瘻患者の受入れ

慢性期医療においては、前述したとおり食事介助の時間よりは胃瘻を作ってチューブ栄養とした方が、効率的であると考えられる場合が多い。食事介助に１時間かけてゆっくりとスプーンを口に持っていくような介助を行うよりは胃瘻とチューブをつないで流動化した食事を吊るすだけで良いからである。そして胃瘻からのチューブ栄養が現法律において医療行為として認められており、医師もしくは看護師の専門的行為とみなされているため、家族を除いて介護職員は本来行うことができず、看護師の少ない介護施設においては胃瘻造設者の食事がネックとなってしまう。よって介護分野では胃瘻造設患者は好まれないという状況を生んでいる。

従って胃瘻造設問題には、介護や生活の領域にまで影響を及ぼすサービスを医療単独で決めて良いのか、介護や生活にまで入り込む胃瘻患者の管理をどうすればよいのかという問題を抱えている。

これらのことは、平成 22 年 7 月から厚生労働省老健局で現在開催中である「介護職員等によるたんの吸引等の実施のための制度の在り方に関する検討会」[28]での吸痰に関する審議の流れを見ることで参考とする。

---

[28] 厚生労働省ホームページより

吸痰に関わる業務拡大の経緯

介護職員等による痰の吸引については、ALS 等の難病疾患を対象とした「在宅における取扱い」と児童生徒を対象とした「特別支援学校における取扱い」としてそれぞれ 2005 年と 2004 年に医政発第 0324006 号と医政発第 1020008 号となって施行されている。そして“一定の条件の下”という制約をつけることでやむを得ない措置として容認する方向となった。この一定の条件というは、①医師・看護師・介護職員（または教員）の役割分担・連携、②文書による患者及び医師の同意、③家族以外の者（教員）に対する教育、④（学校における）緊急時の連絡・支援体制の確保等となっている。

		在宅（療養患者・障害者）	特別支援学校（児童生徒）	特別養護老人ホーム（高齢者）
痰の吸引	口腔内	可能	可能	可能
	鼻腔	可能	可能	不可
	気管カニューレ内部	可能	不可	不可
経管栄養	胃瘻	不可	可能	不可
	腸瘻	不可	可能	不可
	経鼻	不可	可能	不可
その他	書面による同意	必要	必要	必要

「在宅における取り扱い」は、医学・医療技術の進歩、医療機関の在院日数の短縮化などを背景に、ALS 患者等の医療依存度の高い患者の在宅療養が実現、促進されることとなった。しかし実際には家族に依存した在宅療養の厳しい現実が認められたため、2002 年「ALS 等の吸引を必要とする患者に、医師の指導を受けたヘルパー等介護者が日常生活の場で吸引を行うことを認めてほしい」という要望が厚生労働大臣に提出されたという経緯がある。

ALS 患者の痰の吸引は、患者の身体に及ぼす危険性から医師、看護師が行うべき医療行為とされているが、24 時間 365 日、訪問看護等によって痰の吸引を実施できる体制にないことから、在宅の ALS 患者に対する痰の吸引行為に関する患者・家族の負担の軽減を図

る方策について検討される必要性が出現した。

一方で吸痰は、技術的にも難易度が高く、不十分な痰の吸引では換気障害を起こす等危険性の高い医療行為であると主張する人もいる。そしてトレーニングされた看護師が実施する必要があり、医師法 17 条には「医師でなければ、医業をなしてはならない」と規定もされている。また医療行為と刑罰関連法規との関係も考慮しなければならない。つまり刑法には殺人罪、傷害罪等が規定されているが、医療行為は、その行為が患者の治療を目的として、医学として確立された治療方法によって、患者の承諾の下で実施する場合には、刑法第 35 条の正当行為として違法性が阻却されると判断される。また、医師が不在のときに直ちに医療を施さなければ生命・身体に重大な影響を及ぼすような緊急避難的な行為であれば、刑法第 37 条の緊急避難として刑法の傷害罪や医師法 17 条の違法性は阻却され、犯罪は成立しない。

さらに、①目的の正当性、②手段の相当性、③法益の衡量、④法益侵害の相対的軽微性、⑤必要性・緊急性から総合的にみて正当化される場合には、違法性が阻却されると解されている。

まずは家族が行う医療行為についてはどう考えられているのか。インスリン自己注射を例にして法的な考え方の整理を行うと考えやすい。

① 患者の治療目的のために行う(目的の正当性)
② 十分な患者教育及び家族教育を行った上で、適切な指導及び管理のもとに行われる(手段の正当性)
③ 自己注射と通院との患者の負担の解消との比較衡量(法益衡量)
④ 侵襲性が比較的低い行為であること(法益侵害の相対的軽微性)
⑤ 医師がインスリン注射の必要性を判断(必要性・緊急性)

に整理され、違法性はないとされている。吸痰行為も同様に①から⑤まで該当しているといえる。

次に家族以外のものが行う「痰の吸引」に関する違法性阻却の考え方について述べる。上述の①~⑤を満たした上で、a. 主治医の事前の「説明」と「同意」、b. 痰の吸引の範囲、c. 定期的な診療と訪問看護による適切な医学的管理、d. 家族以外の者に対する必要な知識の習得と痰の吸引方法についての指導、e. 患者の同意、f. 定期的な確認等の厳格な条件を定めた上で、ホームヘルパーやボランティア等の家族以外の者が痰の吸引を行うことにつ

いて経過措置とした。

また痰の吸引行為をホームヘルパーの業務としてではなく、「家族以外の者」 が一定の条件の下でやむを得ず実施する行為として整理したことから、介護報酬の給付対象ではないのではないか、訪問介護事業所と「家族以外の者」との指揮命令系統から離れた行為として、事故のあった場合の責任問題はどうなるのか、事業所の命令違反になるのではないかが意見として出された。

事前に家族から何があっても一切責任を問わないなどと伝えられていても、法律的にはそのような契約は成立しないため、注意義務を果たさなかった場合や重大な過失が認められれば、「家族以外の者」に対しても責任が問われる。

ここで開催中の各関係者の発言と主張をまとめる。(検討会：第１回～第６回まで)

関係者代表	容認の有無	備考
医師（日本医師会、在宅医療）	医行為の有無を明確に決める	医行為とするのであれば、研修自体も高いハードルを設けるべき、吸引はリスクの高い行為ではない
看護師（日本看護協会）	非常に危ない状況になりうる	吸引はリスクの高い医行為であり、安全性の担保が必要である
ホームヘルパー（日本ホームヘルパー協会、全国ホームヘルパー協議会）	積極的に取り組みたいが不安がある	定着率が悪い中でこのサービス行為の質を維持するような法整備を含めた体制が必要である
介護福祉士（日本介護福祉士会）	仕方がない	技術に対する不安をどう解決するのかが重要であり、教育等の条件を整える必要がある
施設（全国身体障害者施設協議会）	賛成、適用範囲を広げる	現状を前にやむを得ずやらざるを得ない状況であるものの医療者の介護職員へのフォロー体制を構築する必要性がある
施設（全国老人福祉施設協議会介護保険委員会）	賛成、適用範囲を広げる	医行為として考えるのではなく、生活支援行為の中に医的な要素が含まれていると考える、資格としても考慮が必要である
組合（日本介護クラフトユニオン）	医療行為の有無を明確にする	危険な状態で仕事をしている状況であるため

患者団体（全国重症心身障害児を守る会、ALS 患者）	賛成	吸引だけでなく胃瘻も含めて検討してほしい、資格を義務付けないでほしい

このようにそれぞれの団体代表が主張を繰り広げ、①医行為の有無、②法解釈（違法性阻却)、③教育体制の 3 点を中心に議論が為された。

結果として、医療資格を持っていないホームヘルパーの痰の吸引行為を制度化したものでも、一般的に容認したものでもなく、家族が行うことができる医療行為の延長線上で、「家族以外の者」(医師、看護師等を除く)が行う痰の吸引行為については、「一定の条件の下で」という厳格な要件を定めることによって、医師法等の関係法律の違法性を阻却できると整理し、「社会福祉士及び介護福祉士法」の一部改正を行い、平成 24 年 4 月 1 日施行することとなった。

このようにして様々な職種が集まり、分科会を開き、モデル事業による検証を行っていく中でその必要性と法解釈、必要であれば法整備、サービスの報酬との関連付け、制約や制限を付けることで行われることとなった。

医療と介護、生活にまで影響するサービス行為比較

医療だけで行われなければならないようなサービス行為は、連携を妨げる要因となりやすく、法的な制約を有する専門的なサービス行為が介護分野にまで広がることは、介護事業所からは好まれない。しかしこのような技術をトレーニング等で移転することが可能となれば、問題は少なくなる。

次表に 8 つの特殊なサービスをあげ、それぞれが必要となった原因、目的、そのサービスが必要となる確実性、特別養護老人ホーム内における処置実施率、1 日内のおおよその頻度数、サービス実施のための特別な医療機器の実施有無で分類した。

痰の吸引（吸痰）による特養内での実施率は 5.3%と高くないもののその特性として吸引するチューブを必要とし、これに熟知することや吸痰の多い患者は 1 日内で何回も実施する必要性があること、サービスが必要とする患者がいつ発生するのかが不確実であること、つまり医療分野でも介護分野でも生活分野でも生じうる行為という意味において現場とし

ての重要度が高いことが理解できる。

	原因	目的	発生の確実性	特養内実施率 ※1	1 日の頻度性	特別な機器必要
服薬管理	認知機能低下・小児等	疾病管理・予防・治療	予測可能	74.6%	1–3 回	不要
経管栄養	嚥下障害	機能維持・生命維持	予測可能	9.9%	3 回	必要
吸痰	喀痰排出困難症	機能維持・生命維持	不確実	5.3%	3–8 回以上	必要
創傷処置	外傷等	感染症治療	不確実	4.6%	1–2 回	不要
褥瘡処置	廃用等	感染症治療	不確実	2.7%	1–2 回	不要
浣腸・摘便	便秘症	機能維持・生命維持	不確実	7.4%	0–1 回	不要
膀胱カテ管理	排尿障害	機能維持・生命維持	予測可能	2.7%	1 回	必要
インスリン注射	糖尿病	疾病管理・治療	予測可能	1.3%	1–3 回	必要

※1 出所　三菱総合研究所「特別養護老人ホーム利用者の医療ニーズへの対応のあり方に関する調査研究」

一方特別な医療機器が必要という中で、膀胱カテーテル管理は低い実施率及びその頻度性からもニーズが非常にわずかであり、医師が定期的に訪問することで解決するような問題（カテーテル交換等）でしかない。またインスリン注射はその危険性から非常に重要であるが、実施率、頻度性を考えても介護分野にいる看護師の人員数で対応可能であり、経口糖尿病薬等を組み合わせることでさらに回数も減らすことが可能となる。

そして最後に胃瘻造設や経鼻胃管等による経管栄養は、10 人に 1 人という高処置実施率かつ、おおよそ毎日３回必要という頻度性から吸痰と同様に介護現場ニーズの声として大きい。さらに注目すべきは、その発生の確実性であり、吸痰と異なり“医療”でしか発生しな

い。つまり医療で吸痰をしないと決定すると介護や生活においてこのサービスを実施する必要がなくなるのである。しかしその時点で終末期を迎え、ケース・バイ・ケースだが、約１ヶ月から数ヶ月かけて衰弱していくのである。

終末期ケアにおける機能を代替するサービスの比較

終末期ケアにおいて失った機能の代わりに行なっている医療サービスにも注目をする。機能低下に伴うような状況であれば、基本的には機能を維持させるために医療機器を使わざるを得ない。突然機能が低下する急性期と徐々に機能が低下する慢性期に分けて整理する。

	機能低下部位（状態）	機能を代替する機器	機能を回復させる行為	管理に必要な専門的人的資源　※1
急性期	心機能（急性心不全）	人工心肺装置(PCPS)、人工心臓（LVAD 等）	心臓ﾘﾊﾋﾞﾘﾃｰｼｮﾝ	臨床工学士、看護師※2
	肺機能（呼吸不全）	人工呼吸器	呼吸ﾘﾊﾋﾞﾘﾃｰｼｮﾝ	臨床工学士、看護師
	腎機能（急性腎不全）	CHDF、血液透析	なし	臨床工学士、看護師
	嚥下機能（嚥下機能低下）	胃瘻造設	嚥下ﾘﾊﾋﾞﾘﾃｰｼｮﾝ	看護師、介護職員
	排便機能	ｽﾄｰﾏ	なし	看護師、介護職員
	膀胱機能	尿道ｶﾃｰﾃﾙ	膀胱訓練	看護師、介護職員
慢性期	心機能（慢性心不全）	なし	心移植、心臓ﾘﾊﾋﾞﾘﾃｰｼｮﾝ	なし
	肺機能（慢性呼吸不全）	在宅酸素療法、人工呼吸器	肺移植、呼吸ﾘﾊﾋﾞﾘﾃｰｼｮﾝ	臨床工学士、看護師等
	腎機能（慢性腎不全）	腹膜透析、血液透析	腎移植	臨床工学士、看護師
	嚥下機能（嚥下機能低下）	胃瘻造設	嚥下ﾘﾊﾋﾞﾘﾃ	看護師、多職種

			ｰｼｮﾝ	
	排便機能	ｽﾄｰﾏ	なし	看護師、多職種
	膀胱機能	尿道ｶﾃｰﾃﾙ、膀胱瘻ｶﾃｰﾃﾙ	膀胱訓練	看護師、多職種

※1　管理に必要な専門的人的資源としては、医師以外を考慮

※2　臨床工学士等に関しては、医療機器メーカーからのバックアップ人員を含めての資源

このようにしてみると急性期では一時的に機能が低下するが、回復する可能性の高い疾患が多いため、試してみなければ分からないという側面を有する。また急性期から積極的にリハビリテーションを施行していくことで機能回復が早期に獲得することができるが、完全に機能が停止し慢性期へ移行した場合には多くが在宅でも使用できる医療機器へ移行する。例えば、気管切開された人であれば人工呼吸器の使用、腎機能が低下してしまった人であれば設備の整った透析室での血液透析が行われる。前者であれば医学の進歩によって在宅でも可能であり、後者も一部制限があるものの腹膜透析という形で在宅で実現された。また可能であれば臓器移植を行う場合も存在する。

ここで重要になのがサービス利用者の意思が明確かどうかということである。在宅で人工呼吸器を使用しているALS等の難病患者の多く、そして慢性腎不全によって透析が必要となった患者の多くは、意思疎通が可能である。つまり意思疎通が可能だからこそ、在宅で時間を過ごしたいなどの要望に応えることができるのである。意思疎通ができるから自己技術を獲得したり、見守りというサポートのみでサービスが達成可能となり、専門的人的資源を最小限で利用することができる。

しかし意思疎通のできない患者での胃瘻造設というサービスはどうだろうか。患者自身がやって欲しいのかどうかも分からないまま専門的人的資源を最大限利用し、彼らの意欲も低下させ、医業であることや代替機能の特性と頻度から家族のサポートなしでは管理することができない状況にある。

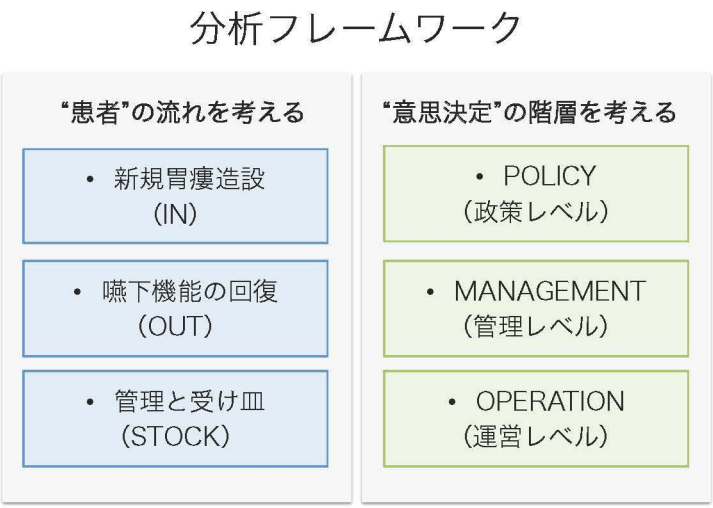
以上先行研究において胃瘻造設の原因や嚥下機能回復、そして地域内での受入れ体制について整理した。しかしこれでは前述の問題提起である**「どこにも行くことができなくなってしまった胃瘻患者」**の整理と改善提案に繋げることはできない。医療から確実に発生した胃瘻が介護、生活に流れていき、どこかにボトルネックが生じると胃瘻造設後の

患者がその機能や施設に留まってしまうことを考えると、胃瘻患者の造設・管理されていく**“流れ”**が重要なポイントであることに気づいた。

第３章　　分析フレームワーク

１．　　IN・OUT・STOCK による考え方

胃瘻造設という医療サービスを考えれば、それを扱うための医療資源が必要である。すなわち新規に胃瘻を造設（IN)、嚥下機能の回復（OUT)、そして胃瘻の管理（STOCK）という 3 点である。この IN、OUT、STOCK という切り口と意思決定の階層である Policy, Management（資源の人・物・金・情報）, Operation を組み合わせ、マトリックスを作り上げることで「どこにも行けなくなってしまった胃瘻患者」の課題の整理が可能となった。



２．　　意思決定層との組み合わせ：3×3 マトリックス

個別のヒアリング内容を 3×3 のマトリックス（表 2）で構造化を行った。構造化をする上で重要だったのが「前提」であり、注意する必要があった。胃瘻がツールである以上、対象を誰にするのかを決めなければズレが生じる。ここでは、「意思疎通のできない患者に対して胃瘻を造設」するという前提とした。食道癌などで栄養摂取ができない患者に対して本人の意思によって胃瘻造設すること、急性期の脳梗塞によって嚥下機能が低下している状態に対して胃瘻造設することに対しては、誰も文句はないからである。

ヒアリングを通して埋められたマトリックスを意思決定の階層ごとに見ていくことにする。

<表 2>

階層	IN	OUT	STOCK
Policy			
Management（人・物・金・情報）			
Operation			
前提			

第４章　有識者ヒアリング内容と結果

１．　ヒアリング内容

IN, OUT, STOCK という切り口で整理して有識者へヒアリングをした。
平原佐斗司（在宅に特化した大型診療所）、武久洋三（慢性期医療協会会長）、石飛幸三（特別養護老人ホーム常勤医）、会田薫子（医療倫理学者、東京大学大学院）、田中雅子（日本介護福祉士協会名誉会長）、株式会社ジャパンケアサービス（看護師、ケアマネジャーの４名）、竹内孝仁（リハビリテーション、国際医療福祉大学大学院）の 10 名から聞いた。

この有識者の選定に関しては、前述のとおり IN, OUT, STOCK という胃瘻患者のフローに注目して選定を行い、胃瘻造設を依頼する側、胃瘻造設患者を医療施設や介護施設、在宅で管理する側を強く意識したものとなっている。

３点について質問を行った。

① 現在の胃瘻造設の問題や課題は何か、その原因
② 胃瘻業務の拡大に関する是非
③ その他の医療サービスの終末期ケアへの展開

また平原佐斗司先生は、終末期医療における予後予測の報告を行なっているため、その意義と胃瘻造設術の意思決定に関してヒアリングをした。武久洋三先生は慢性期医療施設を

展開している中で、終末期ケアと慢性期医療との関わり合いについて、石飛幸三先生と田中雅子先生は介護職員と終末期ケアとの関わり合いについて、会田薫子先生は医師による意思決定のプロセスという観点から問題点を整理したことについて、株式会社ジャパンケアサービスの方々に関しては介護現場での質向上とその浸透について、竹内孝仁先生には嚥下リハビリテーションについて上述 3 点に追加してそれぞれヒアリングを行った。

２．　結果（3×3 マトリックスによる構造化）

それぞれのヒアリングの結果をまとめると以下のようになる。

ｉ）平原佐斗司先生

平原先生は終末期における予後予測の重要性を認識し、地域在宅医療の臨床、教育、研究を東京都北区で提供している。その中で疾患毎の臨床経過、時間軸（急性期と慢性期）、コンセンサス過程（家族との関係、急性期医師との関係）の観点から胃瘻造設を決定するというプロセスの難しさを指摘する。特に疾患やその臨床経過の時期によって胃瘻造設を行う意味が異なる。ALS（筋萎縮性硬化症）の場合には、積極的に胃瘻造設をすることで QOL や寿命が伸びる等疾患ベースでの議論は必要となる。非がん疾患においては、どこからが終末期なのかを判断することが難しいのが現状である。

終末期における予後予測が疾患別にできれば、胃瘻造設の意思決定もしやすくなる。重度認知症の場合であれば、大きく 3 つの転換点を中心に患者家族へ説明している。1 つ目が診断した時期、2 つ目が外来から訪問診療へ移行する時期、3 つ目が終末期であることを判断する時期である。

さらに長期にわたる進行性の変性疾患の場合には、かかりつけ医が方向性を決定することが多いものの胃瘻造設術を施行する側との連携や情報共有がされない、コンセンサスが形成されないことでの患者家族の不利益ということも存在する。家族とのコンセンサス形成には、コンセンサス・ベースト・アプローチ（CBA）を使って、代理人や他の近親の家族、医師やケアに関わる人が終末期の治療の意思決定をしやすくしている。これは人間の対話を通して「推定される患者の価値観」、「各々のオプションが苦痛を緩和できるか」、「最大の QOL や威厳を得られるかという視点でのメリットと負担のバランス」を治療の決定としてコンセンサスを促すものである。

また臨床の現場で使えるガイドラインがないことや非がん疾患における終末期の制度上の未整備があり、早急に解決すべきシステム上の問題となっている。

《平原先生のまとめ》

- 疾患ベースでの臨床経過、コンセンサス形成合意が終末期における胃瘻造設意思決定で重要である
- よりシステムとして非がん疾患を含めて制度上の問題をクリアしていく必要がある

平原先生の指摘した疾患ごとの臨床経過、時間軸、コンセンサス形成の度合いはまさに現場の医師が胃瘻造設を意思決定する際に影響するものである。これらを考えて患者ごとにコンセンサスを得ながら意思決定していくことが重要であることは間違いない。また治療のための胃瘻造設なのか、ケアのための胃瘻造設なのかを明確に分けることは今の急性期医療では判断が難しい。誤嚥性肺炎や急性期脳梗塞の治療は急性期病院で行われているおり、嚥下機能低下の原因を急性期において何と判断するのか、非常に難しく悩ましい状況が多々存在する。そんな中で急性期と慢性期医療とが情報共有しあっていくことで、患者ごとに胃瘻造設の判断がよりしやすくなる。各疾患の終末期の予後予測は、胃瘻造設の判断をよりしやすくするものであり、日本の研究が待たれている状況である。さらに各学会のガイドライン、政府としての指針等大きな枠組でこの問題を考えていかなければならないことも重要な指摘である。と同時に少しずつ終末期ケアが徐々に充実してきていることも事実であり、このヒアリングを通してそれを強く感じた。

ii）武久洋三先生

武久先生は、慢性期医療施設、介護施設を全国に約 6000 床有する巨大グループを経営しており、研究発表や審議会にも参加し、政策面で慢性期医療の重要性を訴えている 1 人である。

高齢者に対して年齢や疾患という枠だけで医療を行わないという方針は、医学の発展のためにはならない。胃瘻の問題で感じるのは、周りからの偏見や仮想によってそれ自体の

見た目やミゼラブルな姿で議論されていることが残念でならない。人間は、「生きたい」というのが本来の人間の摂理である。従って近代医療で治療できることがあれば、治療することが基本方針であり、その中で食事摂取ができなくなるのであれば、栄養に関してより生理的な腸管を使って栄養を維持することは自然な考え方のように思える。仮定で物事を考えてはならず、治療によって反応する可能性があるのであれば、医療者としてそれに対応するのが正しいことだと思える。このことは神経難病等小児の問題も全く同様で、彼らに胃瘻を作るのには意味があって、80 歳の高齢者の認知症になると全く意味がなくなるという論理は通用しない。現場で自分なりに考えて、自分なりの尺度で少しでも治療をするというスタンスで生きたいという気持ちを胃瘻造設ということで医師は代弁しているのではないだろうか。

「あなたであれば、胃瘻を作りたいですか？」という問いに対して「胃瘻を作りたくない」というアンケートには誤りがある。元気な状態で質問を行うのではなく、病気になって死ぬかもしれないという段階で質問を行うのが正しく、誰も死を目の前に感じていない状況で正しい判断ができるとは思えない。最後は、何とかして生かして欲しいというのが生物としての宿命である。

あらゆる機能が低下していく老衰という状態において、胃瘻をしないという選択肢はありうるかもしれない。しかし食事摂取ができない理由には様々な原因があり、それを一概に食べられないから終わりというのでは短絡的すぎる。現実として死ぬ人はどんな治療を行なっても死ぬのである。治療を行なって良くなるのであれば、最低限治療を受ける必要があるのだと思う。治療をしても反応しない人は反応しない。末期の輸血をどこまで行うのかというのは、他の人にどれくらい分配できるのか考え、躊躇する場合があるものの胃瘻というのは躊躇する必要はない。可能性を追求しなければ、医療は発展しない。

嚥下摂食障害は、仮性球麻痺という巣症状であることを考えれば、早期にリハビリを行うことで回復する可能性は非常に高くなる。しかし片麻痺を中心とした脊髄性麻痺に対しては積極的にリハビリを行うのに、嚥下摂食障害や膀胱直腸障害については怠ってきた。胃瘻というのは、おむつや膀胱瘻と同じで対処療法に過ぎない。早急に ST による訓練を開始することで悪化が防げる可能性があるにも関わらず、開始が遅いために嚥下摂食障害が残ってしまっている。

あと 10 年したら団塊の世代の患者が亡くなり始める。死亡が増加し、病院の病床を増やす予定はないため入院期間を短くしないと溢れかえることが目に見えている。そうすると

療養病床にも影響していき、老健、特養へと患者の流れが詰まってしまう。急性期病院が入院期間短縮するのであれば、療養病床も当然入院期間短縮が求められ、医療要求度も高いものとなる。つまり医療者がいなくてもサービスの管理が継続されていく必要があることから技術を拡大すること自体は仕方がない。また技術移転については、胃瘻への接続が簡単に介護レベルでわかるようにデバイスの技術向上やその他の方法を使ってわかりやすくすることで可能となってくる。インスリンについても人工膵臓のようなデバイスが出てくれば介護現場でも簡単に使いこなせる可能性が高い。医師の技術の一部を看護師へ、看護師の一部をその他の人へ移転せざるを得ないのが現実の問題である。

高度急性期病院は、より高度化をするべきであり、それに応じた診療報酬にするべきである。またポスト・急性期も同様に質を上げる必要性があり、慢性期医療の重要性はこれからさらに重要となってくる。

《武久先生のまとめ》

- 終末期における胃瘻造設を考える上で、重度認知症だけでなく小児の問題も一緒に考える必要があり、これが公平性である
- 業務拡大は必然であり、医学の発展のために慢性期医療の質向上は不可欠である

武久先生の主張の根幹は、医療は治療をし続けることが医学の発展に貢献してきた、さらに少しでも治る可能性があるのであればそれを実現するのが医療というスタンスを貫いている。確かに死ぬ間際に胃瘻に関するアンケートを実施すれば、アンケートの結果は変わるかもしれない。

しかし人は助かるか助からないかだけの医療的な観点だけでなく、より充実した日々を送るのか、送らないのか、少しの生き延びる可能性があったとしてもその確率よりも今、目の前で充実した日々を送れる可能性があるのであれば、それを選択する人が多いのも事実である。

一方で医療の難しさも現実の問題として指摘している。つまり急性期の病院における治療に対する反応の不確実性について果たして判断が今の医学でできるのであろうかという問いである。また地域内における胃瘻等の新しい医療サービスに伴う技術移転は、誰にでもできるようなシンプルな手技、機器に置き換えることができなければ患者の混雑が生じ、

日本の医療の発展ができないことを主張している。

ⅲ）石飛幸三先生

石飛先生は、元心臓血管外科医で患者を治療することだけに専念してきたが、今は世田谷にある特別養護老人ホームの常勤医として働いており、「平穏死のすすめ」という本で有名になった医師である。胃瘻という方法が悪いのではなく、間違った適応が多いこと、つまり胃瘻を造設するという場合の前提となる対象患者を間違えてはいけないことを指摘した。自ら意思決定をすることができなくなった状況において家族がその代理となって決めることは難しく、胃瘻造設患者の家族の心理状況としては、喜びと罪悪感の半々であるという。

そのような中で問題の本質は、この意思疎通のできなくなった患者に対して胃瘻造設を行うのか行わないのか、石飛先生を含め誰もが議論せずその問題を先送りにしてきたことにある。そしてそのようなことは働き始めた特別養護老人ホームの介護現場でも起きていた。「高齢入所者の食事摂取ができない→誤嚥性肺炎を繰り返す→治療のために病院へ救急車搬送→病院でできることがないため胃瘻造設→戻ってくる」というサイクルを繰り返し、入所者に対して胃瘻から流動食を繋げるだけの関係となってしまい、誰も入所者の健康や将来について話をせず、責任を押し付けている状況があった。最後の最後まで一緒にお世話したのに最後は病院へ搬送するという事態から職員のやりがいもなくなってしまっていた。

これに対して家族を巻き込んで職員が入所者の終末期について話しあう機会を作り、情報共有をしていく中で徐々に介護職員のやる気も増え、離職率も低くなり、空いていたベッドも埋まっていることから経営改善にもつながったというサイクルになっていった。このような経験を通して「平穏死のすすめ」が出版されたという。

介護現場における業務拡大についての質問に対しては、誰がやっても同じようなことは重要な問題ではなく、管理をどうするのかを中心に考えることが重要であると指摘している。例えば喀痰の吸引に関してもなぜ吸引が必要な状態にあるのかが本質的な問題であり、それを考えることが必要であるという。

《石飛先生のまとめ》

- 胃瘻は“方法”なので適応（対象）を間違えないことが大切である
- 問題（終末期）を現場で考え、コミュニケーションを活発化させることで入所者も職員もお互いが満足のいく介護が提供できる

石飛先生の“誰もが問題を先送りにした”という指摘は正しく、今の日本のすべての問題を象徴しているようである。また終末期ケアを通して負のスパイラルから正のスパイラルへ転換することができたこと、職員や家族が正しいと思える判断をすることでその気持ちが非常に楽になるということを実践しているものである。胃瘻への接続といった業務拡大についても現場レベルで納得しているのも医療者という職人の気質が現れているように見えた。

ただし第 2 章 3 項で述べたようにポリシーやマネジメントレベルでは、医業という生業としての性質、責任の問題等超えるべき課題が多いのも事実である。石飛先生のような医師が介護施設に常勤でいられるのも稀なケースと言え、そのことを考えると現場に則したポリシーやマネジメントレベルでの業務拡大方法が必要である。

ⅳ）会田薫子先生

東京大学大学院で医療倫理学を専門にしており、人工呼吸器や胃瘻に関して「延命医療と臨床現場」という著書の中で終末期医療についての見解を述べている。多くの講演会やシンポジウムで議論されるときに重要になってくるのが、“誰に”胃瘻を造るのかという前提となる対象患者であり、この点を合わせておくことの重要性を指摘している。会田先生の胃瘻造設問題における切り口は医師による意思決定のフローとなっている。患者家族の低い経済的負担及び長期入院が可能な医療システムをベースに、ANH（人工栄養補給）を施行しない選択肢提示の困難さを 3 つの点で挙げている。①意思と患者家族の心理的安寧、②患者家族の感情・意向への応答、③法制度関連問題である。またその次に ANH の中でも胃瘻を選択してしまう理由として、医療システムと胃瘻の利便性を挙げている。このようなプロセスを通して外部環境が醸成され、さらにそこに意思のコミュニケーション不足と

介護への不理解が影響していることを指摘[29]している。何もしないという選択肢が、敗北を意味するのであり、「何もしない＝ケア」に繋がらないのである。医師による目の前の食事摂取できないという部分的な問題を胃瘻造設ということで解決しているに過ぎず、全体の最適化に繋がっていないのである。

《会田先生のまとめ》

- 議論をする際に前提を揃える必要があり、すべての胃瘻が悪いわけではない
- 医師による胃瘻造設の影響が大きいために医師のコミュニケーション能力を上げるような教育手段が必要である
- 国民の胃瘻等に関する知識を向上させ、自らの意思が出せるような土壌にしなければならない

急性期医師の終末期への理解を深める必要性からその教育を行うべきだという見解であった。非常に重要な指摘であり、長期的には今の医学教育の問題にまで踏み入れる必要があるのは同感だ。しかし短期的な解決方法としては実現が難しく、果たして治療を最大の目標として、細分化され高度化していく医学を軸にしている急性期の医師に“ケア”の概念が浸透させることが可能なのか、困難性を感じ、急性期の特徴からは相反するように思える。このことから急性期の医師が変わるのではなく、慢性期の医師がより積極的に関わっていけるように働きかけることが重要であると言え、急性期と慢性期医療、介護における情報共有が課題となる。

ｖ）田中雅子先生

田中先生は、介護保険制度が誕生する前から介護福祉士として現場でサービスを提供しており、現在は介護審議会等にも出席し、介護福祉士としての役割をよく理解するとともに介護職員のキャリア向上に尽力をしている。

介護保険制度が始まる前は、痰の吸引や胃瘻をつなぐような行為は暗黙的にやってきた。

---

[29] 2009 年、会田薫子

吸痰の管理をやらないという選択肢もあったが、現状では家族に代わってケアを誰かがやらなければないということを考えれば仕方のないことである。しかし今後重度化する医療ニーズを医療資源のないところでどう扱うのかが今後の重要な論点となってくる。また介護現場での医療の重要性は、 入所者の身体的“変化”を感じ取ることであり、それを教育していかなければならない。

肺炎を予防するために胃瘻を入れるのではなく、その前段階で肺炎を起こさないために強引に食事摂取をさせない、口腔ケアの徹底等がなおざりになってしまっている。食べさせることを重視し、介助や援助をしているが、食べられないことをどう考え、管理するのかが重要にも関わらず、そのような教育がされていない。歴史的に食べさせることが介護だということを先輩からずっと教わってきたが、食べられないということへの教育も必要である。従って食べられない人への対応がしっかりとしていないにもかかわらず、食べられなくなった状態に対して嚥下リハビリや胃瘻造設といった行為に点数を付けてしまっているが、食べることを維持する取り組みに対しては点数がない。その結果、インセンティブがうまく働かず、しっかりと残存機能を評価しないために、胃瘻が造られる外部環境が醸成される。

意思疎通のできない本人に代わり誰が胃瘻を入れるという意思決定をするのかという問題は非常に難しいが、造設後の家族の様子を見てきて２つの重要な場面がある。それは家族の心理的葛藤と患者本人の身体的限界である。心理的葛藤とは、胃瘻によって栄養状態を維持することで人間として生きながらえ、その動きや表情を見て家族が喜ぶ心理と生きながらえているものの当事者に対しては申し訳ないという家族の心理である。身体的限界とは、胃瘻によって栄養を注入し続けるが、最終的には身体が受け付けない状況が必ずやってくるという限界のことである。この２つを見ていると意思疎通のできない人に対して胃瘻を入れるのか、入れないのかという選択肢、家族が決めることなのか、家族がいない場合には誰が決めるのかという問いに対しては答えられない。

しかし常にケアをする上で考えなければならないことは、胃瘻の有無に関わらず食事を援助するということである。胃瘻を入れてしまうとすべてが終わってしまうかのように考えられるが、皆と一緒に食堂で食事を取ったり、外食をしたりとすることで QOL を高める方法はいくらでもある。時間が来たから食事をしましょうということではなく、どうすれば美味しく食事を食べられますかという問題意識で食事摂取不良者に対して取り組まないといけない。それでも食べることができない場合に、胃瘻という選択肢があるのだと考え

る。

医療サービスを介護職員が出来るようになることが目的ではなく、介護の質を向上させるために医療サービスの一部分の管理を習得する必要がある。介護のキャリア形成において重要なのは、ケアの質向上である。例えば終末期をどうケアしていくのかが本質であり、その管理をどうするのかを作りあげていくのがキャリア形成に必要となる。

今後の介護職員のキャリアを形成する上で終末期ケアは非常に重要なテーマであり、死と向き合う中で介護職員の意欲性ややりがいが生じてくる。しかしまだ終末期ケアの教育ができておらず、しっかりとサポートをしないと若い介護職員は潰れてしまう。

《田中先生のまとめ》

- 介護現場での医療の重要性は、すぐに対応ができるために入所者の“変化の気づき”を行うことである
- 自動化された生活援助ではなく、どのようなケアをしていくことがベストかを考え、実践していくことが大切である
- 肺炎や嚥下摂食障害を生じさせないための努力に対するインセンティブが必要になるかもしれない

“食べる時間”だから食べさせなければならないという介護職員の自動的な仕事は、職員の満足度を下げ、考えなくなる組織が出来上がる。食べられなくならないようにすること、食べられなくなったら何が原因か考えること、医療が関わる必要があるのかを“考える”こと、“考えていく”ことが介護職員のキャリア形成やプロ化を推し進める。しかしこれらの“考える”ことに対してインセンティブを政策上与えることは難しい問題である。なぜならそれらを可視化して、評価することが現段階では難しいからである。

vi）株式会社ジャパンケアサービス

株式会社ジャパンケアサービスで話を聞くことができたのは、看護師やケアマネジャー等の資格を有し、現場で訪問診療やケアの調整を行なっている 4 名の方々であった。在宅における胃瘻の問題としては、①胃瘻の接続や取り外しの問題、②家族の情熱で支えられ

ている現実、③介護福祉士への技術移転の困難さが挙げられる。②によって胃瘻が造設される患者は、強い覚悟をもつ家族が一生懸命に在宅で仕事も辞めて介護をしているか、介護者も高齢者という老々介護であることが多い。そうすると介護者がちょっと外出するにも食事の問題が生じて、①のニーズが浮かび上がってくる。介護保険制度の前では、患者の家族の同意を信頼関係から行なっていた。経管栄養の中でも経鼻胃管であれば、危険性が伴われるが、胃瘻への接続や取り外しであればそれほど難しい技術が必要であるとは思わない。

また胃瘻を造るか造らないかを判断することは、ケアマネジャーも含め介護現場ではできない。また家族で決めることも困難である。特に家族内で統一されていない場合も多く、医師による誘導しか方法はないのかもしれない。

介護職員の中には、胃瘻や吸痰等の医療的処置を嫌がる人もいるのも事実であり、これらの人にやらせる必要はないと考える。医療的処置を簡単にできる介護福祉士として新しいキャリアパスの中に組み込まれていくような形に今は考えている。医療がより高度化すれば、より慢性期医療から介護現場での医療ニーズは高まってくるのは必然である。身体化問題を十分に取り扱えるように職員を研修することが非常に大事であるものの大きな介護事業所とはいえ、結局は地域地域の特性が反映される介護事業所となってしまうため中々やる気や技術を伝えていくことが難しいのが現実である。

また胃瘻が造られる病院での在宅の介護医療資源情報が現実とズレていることで患者とその家族が悩まれるケースが多く見られる。

業務拡大について今まで暗黙知で喀痰の吸引を行なってきたことを考えれば、それが法令化することはよいことだと考えている。その他に介護分野で必要となる医療サービスがこれからも発生しうるが、それぞれに対して対応していくしか方法はないものと考える。

《ジャパンケアサービスのまとめ》

- 在宅と医療機関との資源に関する情報を共有する必要がある
- 業務拡大は、現場のニーズとしては大きいため不可欠であると考える一方、事業所としてそれを職員へ技術移転し、質の高いサービスを提供することに不安を感じる

資源の情報共有を急性期病院、慢性期病院、介護とでできることが患者家族のためにも、

それぞれの職員にとっても良い。そのためにどうすれば良いのか唯一解はないものの“かかりつけ医”の役割は非常に大きく、“かかりつけ医”を軸に急性期という機能や介護という機能を一時的に利用するという考え方が必要と考える。

vii）竹内孝仁先生

竹内先生は、パワーリハビリテーション等リハビリテーション分野の専門家であり、講習会等を通して介護力の質向上に尽力している。著書「胃ろうよ、さようなら」では、特別養護老人ホームにおける嚥下機能回復の方法を記してある。

様々な制度上の問題があるため容易に新規胃瘻造設を減らすことはできない。しかし嚥下機能を回復することで胃瘻から脱することが可能であり、それを目指している。胃瘻が造られている理由には、介護現場における食事の軟食化や細分化が挙げられる。食事が摂れないという理由で食事介助者が隣に付き、介助者のペースで食事が行われるため最初は食事摂取がスムーズに行われるが、ある一定時間になるとむせが生じる。また食事意欲を削ぐ理由として、食事自体のまずさも存在する。多くの介護現場において食事の試食は常食のみであり、ミキサーや軟食は為されていないことが多い。ミキサー食にすることで非常に臭いがきつい食事が出たり、味がひどい場合があり、これでは食欲はわかない。

胃瘻をはずすことは、高齢者が自立して普通の高齢者に戻るという取り組みの中の１つである。おむつをなくすという取り組みの延長上であり、介護が素人であってはならない、このままではいけないという若手を中心とした動きが強くなった結果、介護の質を向上させる運動が高まり、結果としておむつゼロが達成できた施設が多数認められるようになった。特別養護老人ホームの間では、オムツゼロというよりも非常にシンプルで見た目にも成果が明るく、やりがいを感じる「嚥下機能の回復」の動きが全国的に高まってきている。また管理栄養士も積極的に参加し、職員のやりがいにも多大なる影響を及ぼしている。

嚥下機能の回復の理論としては、「常食が最もむせが少ない、安全」という事実を発見した時から始まっている。今までの概念とは異なる考え方であり、段階的に食事形態を上げることが良いとされている中で、常食へ一気に変更することで“むせ”が生じ無理だと思っていたのが、逆にその日のうちに“むせ”が消失することが判明した。これによってスピーディな移行が行われ、嚥下機能の回復が達成されることで胃瘻からの脱却が可能であることが示された。また多くの例で脱水が非常に口腔機能や嚥下機能を低下させることに気づいた

ことがきっかけで水分摂取を多くとることをすすめている。

医師は医業を、看護師は看護を、介護職員は介護をやるべきであり、介護職員に必要だからといって押し付けるほど介護職員の業務を余しているわけではない。本来医業に関わることは、医師と看護師が行うべきであり、介護職員は介護の質向上を行うべきである。介護職員の中には、医業を行えることがキャリア向上、質の向上と考えている場合があるが、決してそうあるべきではなく介護の質向上に務めるべきである。

介護とは、基本的には認知症と脳梗塞後後遺症による障害を社会生活ができるようにするために存在するのである。介護を必要とする人は、おおよそ 20%弱であり、医療保険とは異なり、非常にシンプルである。だからこそ介護の質を向上させて、効率を上げて、障害を取り除くことで家族と一緒に暮らすことで介護費用が安くなり、介護保険制度自体の抑制にもつながるはずである。

《竹内先生のまとめ》

- 介護力の質向上によって嚥下機能を回復することが可能である
- 介護という役割に医業をつなげるのは間違っている

竹内先生の嚥下機能回復については、今の食事摂取方法の根幹を揺るがすような内容である。きざみ食から始め、徐々に固形化していくような段階を踏んで食事形態を変えていくのが一般的な常識だからである。この方法による研究がさらに進み、良質な論文として発表されればさらに普及を促すものであると考える。また竹内先生の言われる医業と介護というものは全く異なり、医業でできないからと言ってそれを介護職員に行わせるのは間違っているという見解も納得できるものがある。しかし現状として医業を介護現場で行える資源がないのも事実であり、代わりに誰が行うのかという問題がある。医療と介護を必要とする割合が 0 か 1 かであれば、うまく機能を分けることができるのだが、介護を必要とする患者の多くは医療も必要とすることが多い。従ってこの発生する医療サービスを今ある資源でどのように昇華していくのかが重要な論点となる。

以上ヒアリングの結果、意思疎通のできない患者に対して胃瘻造設を行う原因を、IN, OUT,

STOCK でまとめると下記のようになった。

<table>
<tr><td rowspan="2">• IN
➢ 診療報酬が高い、退院を促進する傾向にある
➢ ガイドラインや法制度が未整備である
➢ 安全、低侵襲性、低合併症等、胃瘻サービスの特性から
➢ 終末期が不明瞭、意思疎通不可といった対象患者の特性から
➢ コンセンサスが築かれていない（医師と患者家族、急性期医師と慢性期医師との関係）
➢ 何もしないことへの抵抗感といった医師や家族の心情から</td><td>• OUT
➢ 嚥下リハビリテーションの未発達、普及していない、資源がない
➢ 胃瘻を中止にするという選択肢ができない</td></tr>
<tr><td>• STOCK
➢ 業務拡大や権限委譲が限定的である
➢ 医療機能を有する施設が少ない</td></tr>
</table>

それぞれの胃瘻に関する主張をマトリックス内へ入れ構造化をした。意思疎通のできない患者の胃瘻造設を考えるときは、IN を少なくして、OUT を増やす、さらに受け皿となる STOCK を充実させることが重要になることが理解できる。しかしこれだけでは、解決方法を模索するために、どこに注力して問題を解決すればよいのかということまでは整理できない。従って分析フレームワークでも述べたようにこれに意思決定層である Policy, Management, Operation を加えることで短期的に何をすればよいのか、中長期的に何に取り組んでおけば良いのか等を整理することができる。

階層	IN	OUT	STOCK
Policy	・急性期病院の在院日数短縮化による圧力 ・胃瘻の上昇する保険点数 ・家族の造設術の経済的低負担 ・防衛医療 ・意思決定代理人制度が未浸透	・胃瘻からの脱却に対するｲﾝｾﾝﾃｨﾌﾞがない（点数等） ・胃瘻を中止にすることが困難	・胃瘻を使った栄養管理の医療行為として位置づけ（権限移譲等の法改正）
Management（人・物・金・情報）	・かかりつけ医との連携不足 ・急性期と慢性期・介護の情報共有不足	・ﾘﾊﾋﾞﾘﾃｰｼｮﾝ資源の不均衡 ・少ない嚥下ﾘﾊﾋﾞﾘﾃｰｼｮﾝ施設数 ・医療介護の連携不足（ｼｰﾑﾚｽになっていない）	・介護分野における少ない看護師数 ・胃瘻を見られる介護生活分野での少ない施設数
Operation	・医学的に少ない苦痛で低合併症、高成功率 ・予後予測が困難 ・医学的不確実性（治療と延命） ・胃瘻造設基準が存在しない ・家族との不十分なコンセンサス（家族内不一致等） ・事前指示書の未浸透 ・見殺し感による回避	・施設介護従事者の質が未発達；食事摂取に関する取り組み、脱水予防等	・医療介護分野の終末期についての知識不足
前提	・**意思疎通のできない患者**に対して胃瘻を造設		

前頁の 3×3 マトリックスへは、先行研究とヒアリングを通して得た情報を構造化してある。これを意思決定層で 1 つずつ見ていくと、ポリシーレベルで胃瘻造設がされてしまう問題は、IN でシステムや制度上、法律による原因が多いことに気づく。急性期病院の在院日数短縮化によって胃瘻をすぐに作り、療養型へ送る、胃瘻造設自体が儲かる、家族の負担する費用が少ない、訴訟回避などから防衛医療となり、財産などは代理人が果たす役割があるにも関わらず、医療の決定はできないなど未整備となっている。OUT としては、嚥下機能を回復するためのインセンティブが存在しないことや、現場では実質一度初めた胃瘻は中々中止にできない問題がある。STOCK では、吸痰の例のように医療行為としての胃瘻管理の問題があり、違法性阻却要因等の検討が必要となる。

POLICY（政策レベル）

IN	OUT
・急性期病院の在院日数短縮化による圧力 ・（提供者）胃瘻の上昇する保険点数 ・（利用者）家族の造設術の経済的低負担 ・防衛医療 ・意思決定代理人制度が未浸透	・嚥下機能回復に対するｲﾝｾﾝﾃｨﾌﾞが弱い（点数等） ・胃瘻を中止にすることが困難
	STOCK
	・胃瘻を使った栄養管理の医療行為として位置づけ（権限移譲等の法令改正）

次にマネジメントレベルの IN は、急性期と慢性期・介護での情報共有がされていないことで治療をする急性期医師による裁量が大きくなってしまうことが挙げられる。OUT であれば片麻痺等のリハビリをする PT が数多くいるにもかかわらず、膀胱訓練や嚥下訓練等のリハビリ専門職が少ない、また施設も少なく、連携がとれていないのが現状である。STOCK は、胃瘻を管理することのできる看護師が、介護分野にいないことで胃瘻管理が難しくなっている。

MANAGEMENT（管理レベル）

IN	OUT
・急性期と慢性期・介護での情報共有不足 （かかりつけ医との連携不足）	・ﾘﾊﾋﾞﾘﾃｰｼｮﾝ資源の不均衡 ・少ない嚥下ﾘﾊﾋﾞﾘﾃｰｼｮﾝ施設数 ・医療介護の連携不足（ｼｰﾑﾚｽになっていない）
	STOCK
	・介護分野における少ない看護師数、胃瘻管理のできる施設数の少なさ

最後のオペレーションレベルの IN としては、胃瘻自体の特性、患者の特性、医師家族間や家族内でのコンセンサスの問題、何もしないことの困難さ問題点として挙げられる。また OUT で

OPERATION（運営レベル）

IN	OUT
・医学的に少ない苦痛で低合併症、高成功率、点滴よりもより自然な栄養摂取 ・患者特性として予後予測が困難 ・病気の有する不確実性（治療と延命） ・胃瘻造設基準が不十分 ・家族との不十分なコンセンサス（家族内不一致等） ・事前指示書の未浸透 ・見殺し感による回避	・介護従事者の質バラつき；食事摂取に関する取り組み、脱水予防等
	STOCK
	・医療介護従事者の終末期についての知識不足

はまだまだ介護従事者の質が伸びている最中であるため、食事摂取に対する取り組みが不十分であることが多い。STOCK としては、治療を至上命題とした急性期医師がケアを中心に考える終末期を理解することの難しさが存在する。

第５章　　考察

１．　　3×3 マトリックスの応用性

この IN,OUT, STOCK は非常にシンプルであり、当たり前のように思われるかもしれないが、終末期の課題の中で医療サービスをどのように整理して考えるのかという点において新しい。またこの思考枠組みの整理によって胃瘻の良い悪いという哲学的な話ではなく、Issue が何であるのかを明確にして導きやすいものにしている。今までの議論は、個別の内容がバラバラに話しされ、全体像が議論されていない中、このように胃瘻患者がどのように地域内で暮らしていくのか、そしてそれを支える地域内資源があるのかと考えることで解決策にも繋げやすい方法と言える。また胃瘻だけでなく、これから発生する医療サービス全部に当てはめることが可能という意味で汎用性も有する。これからの日本の高齢化社会は、新たな医療サービスが発生するたびにその技術をどう扱えばよいのか困惑することは必至であり、この方法を用いて分析すると良いであろう。

２．　　改善提案；チェックリストと地域内連携促進

政策・管理・運営レベルが一連の流れであることからこれらを明確に区切ることはできないにせよ、以上のようなマトリックスを用いて整理すると漏れもなく問題点を整理し、最も効果が期待され、短期的、中期的に取り組まなければならないも課題についても気づくことができる。私が医師であり、医療への介入がしやすく、現場で働いていることを考えると縦軸では、短期的に OPERATION を、中期的に MANAGEMENT を、横軸では最も効果的で問題解決につながるのは、医療である IN の現場に介入することだと言える。政策を動かすことは、すべての現場の底上げを意味するが、時間のかかることが容易に想像できる。また現場（Operation）は、すぐに政策で点数や制度化を主張する一方、政策（Policy）は、現場でこそできる事があるといって譲らない。この間には、大きな隔たりがあり、マ

ネジメントがその中間として担うべき役割として大きい。

中期的（マネジメントレベル）には、尾道方式のように慢性期と急性期医療の情報共有が為されることによって急性期医師が悩むようなケースにも対応しうると考える。例えば、慢性期医師は予め患者家族と胃瘻についての話をしておき、その内容を用意しておく。万一肺炎等で急性期治療が必要となれば、その内容の紹介状と共に情報が伝わるような仕組みが必要であろう。

急性期医療と慢性期医療の連携における特徴とは、「突然、急性期治療が必要になること」と「かかりつけ医と急性期主治医が異なる」という点である。つまり何とかしてこの両者を繋げる必要があり、IT 等のように情報を伝達する方法が模索される。但し地域内 IT の整備には費用が非常にかかり、さらに Face to Face で築かれていない人間関係の中で情報共有が正しく行われることは難しい。従って中長期的にも費用のかからないシンプルな方法がよい。そこで最近普及し始めている「救急医療情報キット」について提案したい。これはグーグルで検索をすれば全国の多数の市町村が率先して導入していることがわかる。後はこれをどのように普及するのかという点にかかっている。この救急医療情報キットは、明治学院大学の岡本多喜子教授が米国オレゴン州ポートランド市で行われていたものを東京都港区と東京消防庁に提案、平成 20 年から港区で始められた[30]。緊急情報、写真、健康保険証、診察券、薬剤情報提供書、お薬手帳等の写しを円筒内に入れ、冷蔵庫に保管しておき、万一の場合には救急隊員が冷蔵庫内に置いてあるキットを救急車とともに急性期医療へ情報を繋げるというものである。これに終末期ケアに関することを地域のかかりつけ医が情報として追加すれば良い。

また短期的に、明日からできることとして急性期病院においてチェックリストを使用することが効果的と言える。チェックリストの効用は、WHO の世界の手術合併症を少なくするプロジェクト（ A Surgical Safety Checklist to Reduce Morbidity and Mortality in a Global Population [31] ）、 WHO Patient Safety

【胃瘻造設チェックリスト】

- □ 患者と意思疎通が難しい
- □ 事前指示書 or 類似状況がある
- □ 予後予測ができない
- □ Lynn分類３に該当する
- □ 慢性期主治医と情報共有した

20××年○月○日　田中ゼミ病院

[30] 総務省消防庁のホームページより

[31] 2009 年、Atul A. Gawandi

Research Advisory Council[32]（アトゥール・ガワンディ）でも証明されている。このメリットとしてすぐに効果が出ること、費用が要らないこと、シンプルであることが挙げられる。例えば、前頁に私の提案するチェックリストを載せるので参照して欲しい。このような簡単なチェックリストがあるだけで不適切な胃瘻造設は少なくなる可能性を持っている。

３．　本研究の限界

本研究は、IN, OUT, STOCK という切り口を提案したに過ぎない。この切り方がすべての人に適応され、新たな医療サービスに適応され、その解決策が出てくるわけではない。但し問題点が整理され、意思決定層との組み合わせによってより短期的に結果を出す方法に注目することが可能となる。この 3×3 マトリックスを用いて今後も異なる医療サービスの課題を整理して、提案をし続けることが重要であることを願って本研究を終わりとする。

[32] WHO ホームページより

参考文献・参考資料

1. 厚生労働省大臣官房統計情報部「人口動態統計」
2. 「終末期医療に関する調査等検討会」報告書　平成 16 年 7 月
3. Lynn J. Living well at the end of life. WP-137. Rand Corporation 2003
4. 加藤恒夫 「イギリスにおける終末期ケアの歴史と現状」 海外社会保障研究　Autumn 2009 No. 168
5. 平原佐斗司『非がん疾患の予後予測の指標作成に関する研究』 在宅医療助成勇美記念財団・2009 年度後期在宅医療助成研究
6. 樋口京子、高齢者の終末期におけるケアマネジメント　ケアマネジメント学 2009;(8):31-38
7. 柏木哲夫、総合臨床第 56 巻第 9 号掲載 「生と死の医学」連載 1
8. 日本ホスピス緩和ケア協会ホームページ http://www.hpcj.org/
9. 終末期医療に関するガイドライン ～よりよい終末期を迎えるために～（概要）平成 21 年 全日本病院協会
10. 2001 年「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」
11. T. Morita, J. Tsunoda, The Palliative Prognostic Index: a scoring system for survival prediction of terminally ill cancer patients. Support Care Cancer 1999;7:128-133
12. 日本緩和医療学会ホームページ http://www.jspm.ne.jp/guidelines/index.html, 日本循環器学会ガイドライン座長：野々木宏　「循環器疾患における末期医療に関する提言（JCS2010)」, 日本呼吸器学会、日本消化器外科学会、日本消化器病学会、日本認知症学会ホームページ参照、日本透析医学会：我が国の慢性透析療法の現状 2009 http://docs.jsdt.or.jp/overview/　、日本脳卒中ガイドライン http://www.jsts.gr.jp/jss08.html
13. 総合リハビリテーション Vol.35 No.10 OCT 2007, 医学書院
14. 岡本祐三 『高齢者医療と福祉』 岩波新書 1996. /『医療と福祉の新時代―「寝たきり老人」はゼロにできる』1993.
15. 生井久美子 『人間らしい死をもとめて』 岩波書店 1999
16. 全日本病院協会. (2010). 胃瘻造設高齢者の実態把握及び゛介護施設・ 住宅における管理等のあり方の調査研究 . 老人保健事業推進費等補助金.
17. Finucane TE, Christmas C, Travis K. Tube feeding in patients with advanced dementia: a review of the evidence. JAMA 1999;282:1365-70
18. Gillick MW, Rethinking the role of tube feeding in patients with advanced dementia. N Engl J

Med 2000;342:206-210

19. Sampson EL, Candy B, Jones L. Enteral tube feeding for older people with advanced dementia. Cochrane Database of Systematic Reviews 2009
20. Cervo FA, To PEG or not to PEG; A review of evidence for placing feeding tubes in advanced dementia and decision-making process. Geriatrics 2006;61:30-35
21. R. Sean Morrison, M.D., and Diane E. Meier, M.D. Clinical Practice; Palliative Care. N Engl J Med 2004; 350:2582-2590
22. 小坂陽一 「高齢者終末期医療への提言」 日本老年医学会誌 2008;45:398-400
23. Y. Kosaka Feeding tubes in the terminal frail elderly. Geriatr Gerontol Int 2005;5:301-302
24. The National Hospice and Palliative Care Organization (NHPCO) ホームページ
25. 三浦久幸、日本老年医学会誌 2007;44:162-164、日本老年医学会誌 2008;45:395-397
26. 竹内孝仁 介護・看護・医療がわかる理論と実践「胃ろうよ さようなら」 筒井書房 2011
27. PEG ドクターズネットワーク 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― 老人保健事業推進費等補助金 2010
28. 厚生労働省ホームページ http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r9852000000bhqz.html
29. 会田薫子、認知症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法の提案- 2009 年度 在宅医療助成 一般公募報告書 勇美記念財団
30. 総務省消防庁ホームページ http://www.fdma.go.jp/html/new/youengosya_kentoukai/pdf/dai2kai/sankou02.pdf
31. Atul A. Gawande, A Surgical Safety Checklist to Reduce Morbidity and Mortality in a Global Population. N Engl J Med 2009; 360:491-499
32. WHO Patient safety ; http://www.who.int/patientsafety/events/en/

【付録資料】

胃瘻造設の簡単な手順

今では多くの医療機器メーカーがより簡単にそして正確に胃瘻造設ができるように工夫がされており、術者の技術レベルに差はないは生じない。

原理としては、局所麻酔下で胃壁を腹部側に持ち上げ、密着させて腹部と胃に同時に穴を開け、管を通すというものである。(別資料参照)

PEG はチューブの形状２種類と胃内のチューブ固定方法２種類の計４種類に大まかに分けられる。これら種類によってチューブ交換時期や合併症の種類が多少異なる。

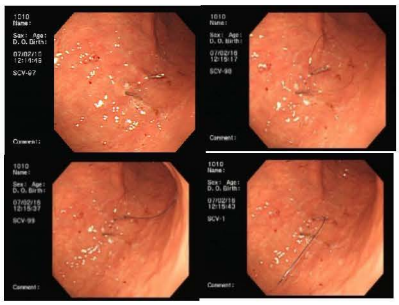
保険適用であり、保険診療点数としては 9,460 点となる。

税別希望販売価格は、胃壁固定具なし３万５０００円、胃壁固定具つき４万７０００円、「エンドビブ・ＰＥＧキット」８万円。交換用カテーテルの「エンドビブ・ボタン Ⅱ」２万５９００円、「エンドビブ・バンパーＧチューブ」２万５９００円となっている。これに入院一泊分の売上を保険点数加え、差額分が病院の貢献利益となる。

写真：Boston Scientific 社ホームページより『エンドビブ セルジンガーペグキット』

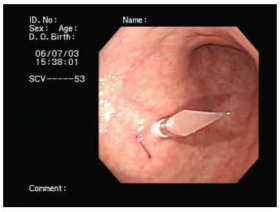
経皮内視鏡的胃瘻造設術（Introducer 法、鮒田式腹壁固定法）

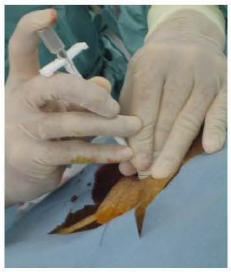
皮膚の状態、胸骨・肋骨の位置、術創が無いかを再確認。内視鏡を挿入し、手技開始。胃内を観察後、送気し胃を膨らませ、穿刺部位を決める。透過照明を体外腹部から確認。さらに側臥位とし、透視下で胃と腹壁の間に腸管の迷入が無いことを確認。消毒後、ドレープし、再度位置を押して内視鏡で確認。



局所麻酔後、鮒田式腹壁固定キットを用いて、固定針の挿入。

針を抜くと糸の両端が出た状態となり、結紮すると固定されたことになる。これを 3 箇所で行う。

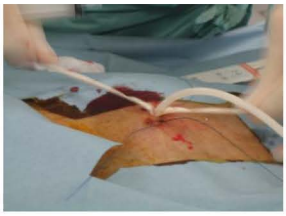
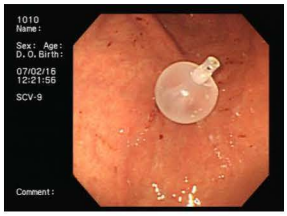


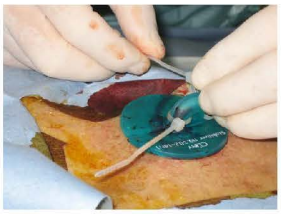


固定された間にトロッカー針を挿入。胃内で対側壁を傷つけないように注意する。

トロッカー針の内筒を抜去。胃内の空気が漏れないうちにバルーンカテーテルを挿入。

固定用蒸留水を注入して、バルーンを膨らます。



外筒を割くと胃内でバルーンが固定される。体外固定盤を固定し終了。

胃瘻造設の歴史

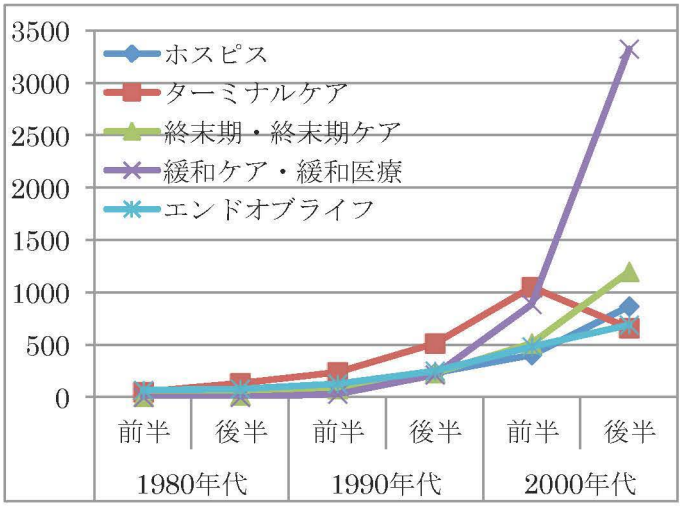
胃瘻造設術の始まりは、19 世紀後半からと言われている。1844 年 Watson、1849 年 Sedillot、Egebert が開腹によって胃瘻を造ろうと試みるものの縫合不全による腹膜炎、敗血症で不成功に終わる。その後 1874 年 Syndey Jones が開腹胃瘻造設術に成功し、致死率 27.5%と報告。以降 1894 年には Stamm が術式を報告するなどより精度の高い技術が追求された。

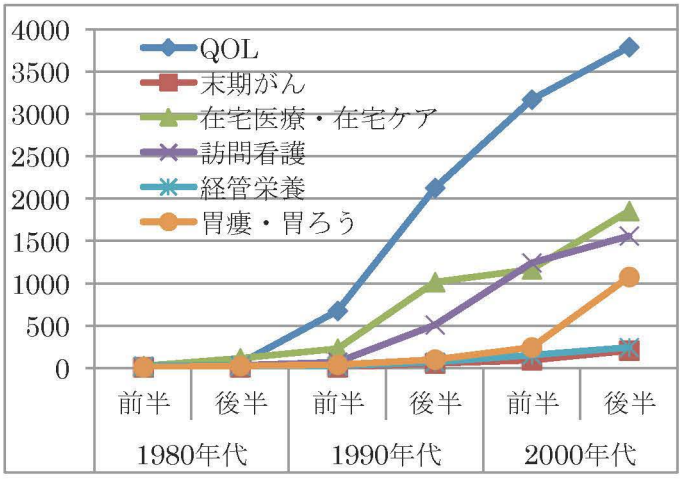
1980 年小児科医の Gauderer と外科医の Ponsky が小児の例において内視鏡による胃

瘻造設を報告すると胃瘻造設術の適用が拡大し、より簡単により合併症の少ない方法が考えられ、世界中に広まった。日本では、三重大学の鮒田昌貴先生の開発した「鮒田式腹壁固定術」が汎用されている。

経皮内視鏡的胃瘻造設もしくは経皮的内視鏡下胃瘻造設術と言われ、通称ペグ（PEG; Percutaneous Endoscopic Gastrostomy）とも言われる。

専門医集団の暴露・発表数（CiNii）





予後判定

予後判定の詳細な内容に関しては、専門書や文献を参照されたい。ここでは略語のみ示す。

- PPS (Palliative Prognostic Score)
- PPI (Palliative Prognostic Index)
- BODE (BMI, Obstruction, Dyspnea, Exercise) Index
- ADO (Age, Dyspnea, Obstruction)Index
- MELD (Model for End-stage Liver Disease) 非代償性肝硬変の予後予測モデル
- FAST (Functional Assessment)Staging
- MRI (Mortality Risk Index)
- ADEPT (Advanced Dementia Prognostic Tool)

NHPCO によるホスピス導入基準（腎不全）

1．クレアチニン・クリアランス < 10cc/min と血清 Cr > 8
2．尿毒症に関連した症状と徴候
3．乏尿
4．難治性水分過負荷
5．透析をしない

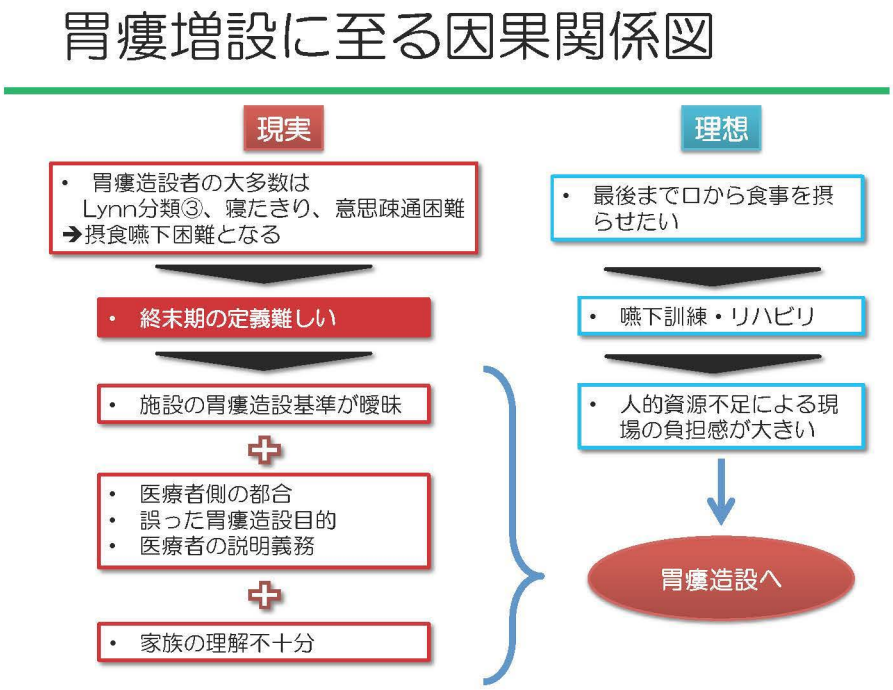
終末期に関わる研究会・学会・協会・財団

日本緩和医療学会、日本サイコオンコロジー学会、日本臨床死生学会、日本がん看護学会、日本死の臨床研究会、日本ホスピス緩和ケア協会、日本ホスピス・緩和ケア研究振興財団、ホスピスケア研究会、日本ホスピス・在宅ケア研究会、在宅ホスピス協会

在宅医療を支える管理料とハイテクケア

在宅療法指導管理料	在宅ハイテクケア
在宅自己注射指導管理料	在宅酸素療法
在宅自己腹膜還流指導管理料	在宅人工呼吸療法
在宅血液透析指導管理料	在宅自己腹膜還流
在宅酸素療法指導管理料	在宅血液透析
在宅中心静脈栄養法指導管理料	在宅中心静脈栄養法
在宅成分経管栄養法指導管理料	在宅成分栄養政管栄養法
在宅自己導尿指導管理料	在宅微量点滴静脈注射
在宅人工呼吸指導管理料	在宅微量皮下注射
在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料	
在宅悪性腫瘍鎮痛・化学療法指導管理料	
在宅寝たきり患者処置指導管理料	
在宅自己疼痛管理指導管理料	

胃瘻造設に関わる因果関係図



胃瘻造設者の原疾患

	-64 歳	+65 歳	脳血管疾患	神経難病	加齢	認知症	誤嚥性肺炎	炎症性腸疾患	その他
急性期病院	363 件 (12.0%)	2655 (88.0)	1319 (43.7)	165 (5.5)	138 (4.6)	263 (8.7)	775 (25.7)	7 (0.2)	351 (11.6)
慢性期病院	25 (8.8)	258 (91.2)	110 (38.9)	14 (4.9)	39 (13.8)	22 (7.8)	79 (27.9)	1 (0.4)	18 (6.4)
ｹｱﾐｯｸｽ病院	152 (4.6)	3130 (95.4)	1483 (45.2)	190 (5.8)	213 (6.5)	473 (14.4)	709 (21.6)	19 (0.6)	195 (5.9)

謝辞

本論文は筆者が慶応義塾大学大学院経営管理研究科修士過程田中滋ゼミ研究室在籍中に研究成果としてまとめたものである。同ゼミ教授 田中滋先生には、指導教官として本研究の実施の機会を与えて戴き、様々な観点から御指導を戴いた。ここに深謝の意を表する。また副査として同大学院教授 中村洋先生、並びに同大学院准教授 坂下玄哲先生には御助言を戴き、時間を惜しまず御指導を戴いた。ここに深謝の意を表する。本研究の第 4 章のヒアリングでは、東京ふれあい医療生協梶原診療所 平原佐斗司先生、慢性期医療協会会長 武久洋三先生、特別養護老人ホーム芦花ホーム常勤医 石飛幸三先生、東京大学大学院人文社会系研究科死生学・応用倫理センター特任研究員 会田薫子博士、日本介護福祉士協会名誉会長 田中雅子様、株式会社ジャパンケアサービス代表取締役兼 CEO 馬袋秀男様、開発担当室長 佐藤寛子様、運営統括室 斎藤和洋様、24 時間サービス開発本部 和田陽子様、国際医療福祉大学大学院教授 竹内孝仁先生から多大なる助言、現場での経験や考えを戴いた。ここに感謝の意を表する。また本研究の作成に当たり、順天堂大学スポーツ健康科学部健康学科教授 田城孝雄先生、成城大学経済学部経済学科教授 河口洋行先生、日本福祉大学経済学部経済学科教授 野口一重先生をはじめとする田中滋研究室の諸先輩方、関係者からは優しく時に厳しく御指導を戴いた。ここに感謝の意を表する。そして最後に田中滋ゼミで苦楽を分かち合い、議論を重ね合った桐山典悦、小林奈翁との過ごした時間は私の宝であり、深謝する。