

2012年12月

胃瘻（ろう）についての考え方

公益社団法人認知症の人と家族の会副代表理事・神奈川県支部代表
公益社団法人日本認知症グループホーム協会顧問
川崎幸クリニック院長

杉山 孝博

1. 経管栄養法、および胃瘻

経管栄養法（経腸栄養法）には、栄養注入の経路により、経鼻経管法と胃瘻造設、まれには小腸（空腸）に直接注入する空腸瘻もあります。私が現在訪問診療中の患者さんは、極度の円背のため胃瘻が作れないため、頸部から食道瘻を造設してここから胃まで届くカテーテルを留置しています。また、食べるたびに口から喉を通して食道にカテーテルを入れる間欠的口腔食道経管栄養法もあります。

経管栄養法の適応は、脳血管障害、パーキンソン病や神経変性疾患などの難病、口腔や食道などの消化器疾患などより、嚥下障害が起こっているものなど。しかし、最近では老衰などにより衰弱が進行して、点滴などの治療をしても食欲の改善しない患者も対象とされて範囲が非常に広がっています。

ちなみに、非経腸栄養法には、①中心静脈栄養法（IVH）：中心部の太い静脈に高濃度の栄養液を入れる方法。経口摂取が困難で静脈栄養以外には栄養維持が困難な患者を対象とする ②末梢静脈栄養法（末梢点滴、いわゆる「点滴」）：手足などの静脈に点滴をする。水分や薬は補給できるが十分なカロリーや栄養は補給できない ③持続皮下注射：静脈が確保できない場合など腹部や大腿部などの皮下に点滴をする。十分なカロリーや栄養は補給できない などがああります。

2. なぜ胃瘻が多くなったか

(1)慢性疾患を抱える高齢者人口が非常に多くなったこと

高齢者、特に85歳以上の高齢者人口が急増していて、認知症・脳卒中後遺症・老衰など慢性疾患患者が非常に増えています。一般的に慢性疾患の終末期では嚥下障害・誤嚥性肺炎など起こしやすいもの。肺炎はなおっても嚥下障害は容易に改善しないので、水分と栄養を入れるために胃瘻が選択されることとなります。

特に認知症は、発症→精神症状多発期→身体症状合併期→終末期→死のように、最終的には寝たきりとなって、嚥下障害が出てきて、死亡する疾患です。癌など他の合併症で死なない限りは、嚥下障害が必ず出現します。

(2)内視鏡的胃瘻造設術の登場により胃瘻造設が極めて容易になったこと

私が脳卒中後遺症による嚥下障害のある患者に初めて胃瘻を作ったのは、約30年前でした。その時は外科的胃瘻造設術と言って、全身麻酔をかけて、腹壁を切開して胃を引き出して胃と腹壁を縫い合わせる手術により胃瘻を作ったものでした。この方法では、対象の

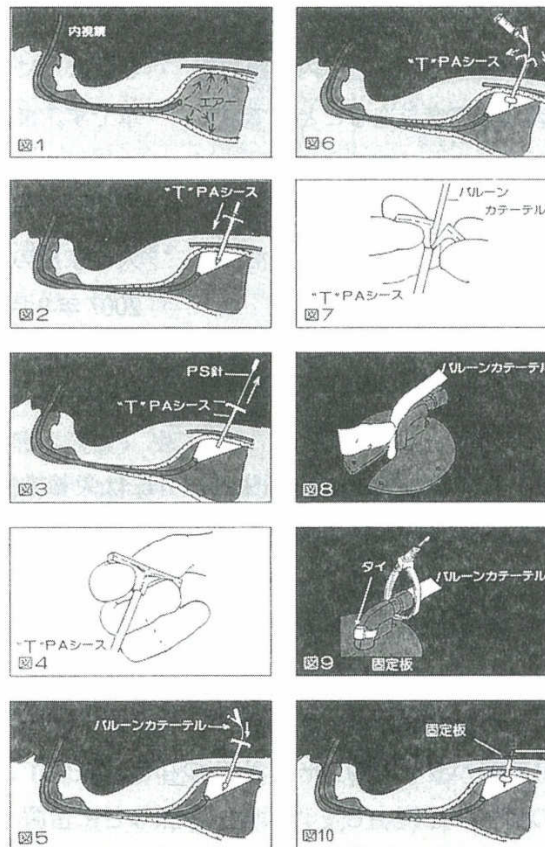
患者さんは非常に限られていました。

最近では、内視鏡的胃瘻造設術により、意識障害や全身状態の悪い患者さんにも、短時間（15分程度）で、安全かつ容易に胃瘻が造設されるようになりました。このため、対象者が飛躍的に広がったのです。

ちなみに、内視鏡的胃瘻造設術の手順は下記の図の通りです。

参考：内視鏡的胃瘻造設法

- (1) 術者の一人が胃内に内視鏡を挿入した後患者を仰臥位にし、空気を充満させて胃体部前壁を密着させます。(図1)
- (2) もう一人の術者が左上腹部に内視鏡よりの透過光と打診で胃の位置を確認しマークしたのちこの部分の腹壁を十分に消毒します。
- (3) マークした部位の腹壁に局所麻酔を行い垂直に注射針を進め陰圧をかけると、先端が胃内に刺入されると同時に気泡の逆流が確認されます。胃壁を貫通して刺入する注射針は、同時に内視鏡で確認されます。
- (4) 麻酔針抜去後、同部の腹壁皮膚にNo11のメスにて約5mmの皮膚切開を行い「T」PAシースを装着したPS針を垂直に刺入し、そのまま胃内に到達させます。(図2)
- (5) 一連の作業を内視鏡で確認しつつ、「T」PAシースを残してPS針のみを抜去します。(図3)
- (6) 直ちに外筒を指でふたをして空気もれを防ぎつつ(図4)、キット内のバルーンカテーテルをシャフト部のラテックスコーティングが見えなくなる迄挿入します。(図5)
- (7) バルーンを滅菌蒸留水で充満させた後、「T」PAシースを除々に引き抜きながら、ハンドルを軽く左右に引いてシースをビールアウトします。(図6)(図7)
- (8) カテーテルを牽引し、胃壁を腹壁に密着固定させます。
※これらの作業は内視鏡直視下に行います。
- (9) カテーテルを固定板のカテーテルガイドに押し込み(図8)、腹壁に牽引固定された状態になるようにし、付属のタイで2ヶ所しばります。(図9)(図10)
(一度しばったタイはゆるめることができませんので注意してしばってください。)



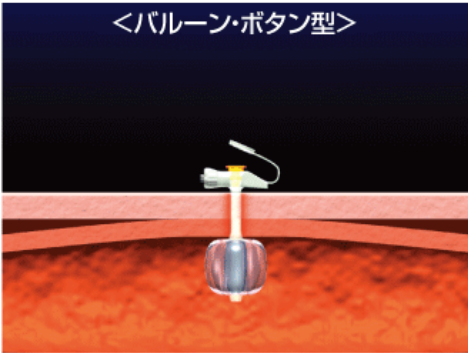
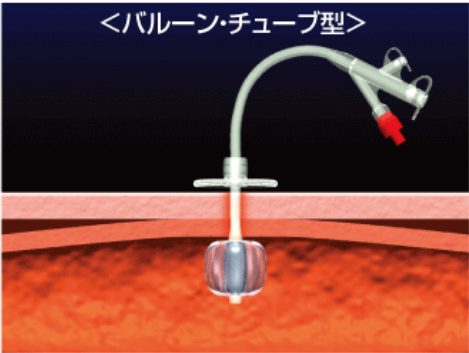
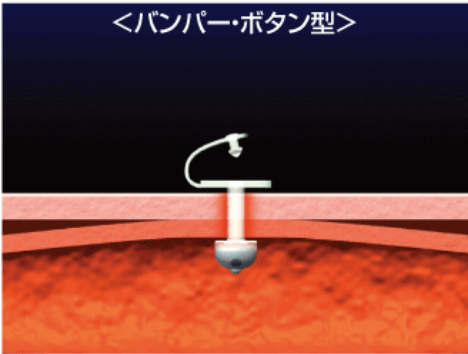
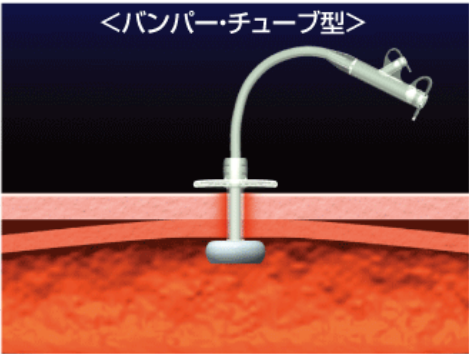
(3)濃厚流動食やボタン式の胃瘻カテーテルなど利用できるようになって、管理しやすくなったこと

かつて胃瘻に使ったカテーテルは経鼻経管用のビニールチューブを胃に挿入して腹壁に絆創膏で固定するか、膀胱留置カテーテルを胃内に留置していました。自然脱落したり、衣服の着脱や清拭などの処置の時ひっかけて抜去したりする管理上の困難がありました。現在では、ボタン式の胃瘻カテーテルが開発されて管理が容易になりました。

以前は、食べ物をミキサーにかけ裏漉しをして注入用の流動食を作った時期がありました。今では既成の流動食を医療保険の処方箋により手に入れ使用できるようになりました。すべての治療法に共通することですが、管理を容易にする手段が登場して初めて広く浸

透するのです。

胃瘻カテーテルの種類と特徴

	ポタン型	チューブ型
バルーン型	<p>＜バルーン・ポタン型＞</p>  <p>長 所</p> <ul style="list-style-type: none"> ●バルーン内の蒸留水を抜いて挿入・抜去(出し入れ)するので、交換が容易である。 ●目立たず動作の邪魔にならないため自己抜去がほとんど無い。 ●栄養剤の通過する距離が短いのでカテーテルの汚染が少ない。 ●逆流防止機能がある。 <p>短 所</p> <ul style="list-style-type: none"> ●バルーンが破裂することがあり、短期間で交換になることがある。 ●指先でボタンを開閉しづらい場合がある。 	<p>＜バルーン・チューブ型＞</p>  <p>長 所</p> <ul style="list-style-type: none"> ●バルーン内の蒸留水を抜いて挿入・抜去(出し入れ)するので、交換が容易である。 ●投与時の栄養チューブとの接続が容易である。 <p>短 所</p> <ul style="list-style-type: none"> ●バルーンが破裂することがあり、短期間で交換になることがある。 ●露出したチューブが邪魔になり自己抜去(引っばって抜いてしまうこと)しやすい。 ●チューブ内の汚染が起きやすい。
バンパー型	<p>＜バンパー・ポタン型＞</p>  <p>長 所</p> <ul style="list-style-type: none"> ●カテーテルが抜けにくく、交換までの期間が長い。 ●目立たず動作の邪魔にならないため自己抜去がほとんど無い。 ●栄養剤の通過する距離が短いのでカテーテルの汚染が少ない。 ●逆流防止機能がある。 <p>短 所</p> <ul style="list-style-type: none"> ●交換時に痛みや圧迫感を生じる。 ●指先でボタンを開閉しづらい場合がある。 	<p>＜バンパー・チューブ型＞</p>  <p>長 所</p> <ul style="list-style-type: none"> ●カテーテルが抜けにくく、交換までの期間が長い。 ●投与時の栄養チューブとの接続が容易である。 <p>短 所</p> <ul style="list-style-type: none"> ●交換時に痛みや圧迫感を生じる。 ●露出したチューブが邪魔になり自己抜去(引っばって抜いてしまうこと)しやすい。 ●チューブ内の汚染が起きやすい。

「胃ろう手帳」(NPO法人PDN発行)より

(4) 福祉施設において現実的にターミナルケアが行われるようになったこと

介護老人福祉施設・老人保健施設・有料老人ホーム・グループホームなど福祉の現場で、利用者の重度化が急速に進行してきました。

私が30年前特別養護老人ホームを訪ねた時、入居者に褥創ができれば病院に転院させ、

医療的ケアの必要な入居者は皆無でした。当時と比べると現在の特養の状況は劇的な変化がみられます。それぞれの福祉施設においても看取りが行われるようになりました。

背景として、①医療・介護の進歩により急性期疾患は治療できるようになった反面、治癒しない慢性疾患の患者が急速に増えてきたこと ②診療報酬の改定により、かつて「老人病院」と呼ばれた療養型病床が減り、長期入院が不利になったこと ③在宅や施設ケアを支える医療および介護手段の進歩、社会的関心の高まりと援助システムの整備などを背景として、「日常化した疾病・障害に対して日常的に対応するのが最も自然である」という考え方が生まれてきたことなどを挙げるができるでしょう。

福祉施設も否応なく、医療的ケアの必要な高齢者・心身障害者を受け入れざるを得なくなっているのです。

(5) 終末期医療・ケアの考え方の変化と、適応症の拡大

私が研修医だった頃（39年前）、医療の基準の一つは、「1分1秒でも生きながらえさせること」でした。入院中の末期のどのような患者さんに対しても、昇圧剤・強心剤を投与し、心停止したら心腔内ボスミン注射や対外心マッサージを行ったものでした。効果がないと分かっても「儀式」として行っていました。最近はずすがにそのような「儀式」は行われなくなったようです。

胃瘻造設（その前は経鼻経管栄養法）は、前述のように、かつては対象疾患が限られていました。また、栄養が摂れなくなれば人は死んでいくものだという理解があったように思います。末梢の点滴を続けていてもカロリーや栄養が入らなかったのも間もなく死亡していきました。

まず経鼻経管法が行われ、1990年代前半から内視鏡的胃瘻造設術により容易に胃瘻が造設できるようになって経管栄養法の対象が一気に拡大しました。また、診療報酬上、1986年4月に中心静脈脈栄養法、1988年4月に在宅成分栄養経管栄養法、在宅患者訪問診療料、在宅患者訪問看護・指導料などが認められることによって、在宅ケアを支える医療・看護体制が整備されて、「中心静脈脈栄養法」や「在宅成分栄養経管栄養法」が普及する背景となりました。

「経口摂取ができなくても経腸栄養法などにより元気に生き続けられるものだ」「経腸栄養法を試みないまま、あきらめてはいけない」「経腸栄養法をすれば生き続けられるが、しなければ死にますよ。それでもよいですか」のように、「栄養不摂取＝死」という考え方が変わってきました。

診察・検査・処置・手術・投薬などどの医療行為も、身体にあえて操作・侵襲する行為です。「あえてする」行為であれば、その意味・必要性・不可避性などを常に考慮しながら実行する必要があります。「食べられない人に、胃瘻を作る技術があるから胃瘻を造設する」のでは不十分だと思います。

無制限に適応を拡大するのではなく、「その人に尊厳にとって、胃瘻を選ぶ意味は」「本

当に必要なのか」「自然死を選択するとしたら何が問題か」などを考える姿勢が問われてきていると思います。

3. 「胃瘻などによる経管栄養法は、終末期の延長である」というとらえ方

医療に関わることで変化したことの一つに「終末期の延長」があります。以前でしたら確実に死に至ったひとが死なないで生を維持している例は少なくありません。

典型的な例は慢性腎不全に対する透析医療です。透析人口は約30万4千人（2011年12月現在）いると言われていています。中には20年、30年透析を受けている人もいます。しかし、透析医療を受けなかったらその人たちは20年前、30年前に亡くなっている筈です。また、突然透析医療が出来なくなったとしたら、1カ月以上生きている人は、少数でしょう。

同様に、水分や栄養が摂取できなくなって経管栄養を受けている人は、経管栄養の処置を受けなかったら既に死亡している人です。経管栄養を中断して経口摂取ができなくて点滴などの補液も受けなかったら、2週間以上生きながらえる人はほとんどいないと思います。

つまり、「胃瘻などによる経管栄養法は、終末期の延長である」と言えるでしょう。

4. 全身の衰弱の進行と、胃瘻を造設した人が穏やかな最後を迎えるための工夫

十分な栄養が与えられても、加齢に伴う全身の衰弱は否応なく進行していきます。とりわけ、今日の胃瘻造設の大部分を占める高齢者の場合、呼吸器・循環器・消化器・泌尿器などの生理的機能が低下していきます。

消化器の機能が低下すると、濃厚流動食を注入すると下痢するようになります。下痢止めの薬を使っても下痢は止まりません。消化吸收機能が落ちてくるのですから未消化の下痢になります。肛門の周囲の皮膚が爛れて苦痛を増し、介護が大変になります。

ではどのようにしたらよいかというと、消化力に応じて注入するカロリーを減らすのです。1200Kcalであれば、1000kcal、800kcalのように減らしていき、最終的にはゼロにします。

心機能や腎機能も低下しますから、同じ量の水分や栄養を注入し続けると、浮腫が出てきます。肺にも水分がたまって痰が多くなります。特に終末期は痰がひっきりなしに出てきて24時間の痰の吸引が必要になり、本人・家族の苦痛が増します。

このような状態になったら、注入する水分量を減らすことです。終末期では、1日総量を500mlにまで抑えると、浮腫も消え、痰も減り、褥瘡も作らないで穏やかな終末期になるでしょう。

痰や誤嚥した異物などを気管から排出する役割を果たす、咳漱（がいそう）反射が低下し、免疫力も低下しますから、痰が多くなり、気管支やのどに溜まりやすくなります。唾液や胃から逆流した流動食が気管支を閉塞して突然死する場合も少なくありません。

このような状態になったら痰の吸引が必要になります。

終末期において痰の量を減らす工夫としては、①前述のように水分を減らすこと ②抗生物質を投与すること ③口腔ケアをしっかりとすること などがあります。

皮膚の新陳代謝が低下すると、皮膚は紙のように薄くなり弱い力でも剥離・破綻しやすくなります。褥創ができやすくなり治りにくくなります。皮下出血も起こしやすくなります。皮膚の状態に注意を払い、皮膚を強く引っ張らないことが大切です。

5. 胃瘻造設が問題になるのは、誤嚥性肺炎などで入院して、退院するケースが多い

認知症の人と家族の会の支部のつどいや研修会で、「胃瘻を作るべきか、どうか」という質問が多くなりました。「食欲＝生命力です。自然経過で全身の衰弱が進行して、意識レベルも低下しているなら原則的には、胃瘻を作らないで、点滴などをしながら見ていきます。その場合は一般的には穏やかな最後を迎える方が多いと思います」と答えます。

しかし、胃瘻を作るかどうかの決断が迫られるのは、呼吸器感染症などで入院して元の病気が治っても経口摂取が改善しないため、胃瘻を作ることで退院にもっていきたいという主治医の意向が家族に伝えられるケースが多いと思います。栄養が摂取できない状態では施設も受け入れてくれないし、自宅でも点滴などの治療が受けられる在宅医療支援体制がないと在宅にも移行できないというジレンマに家族がさらされるわけです。

私は、在宅で必要と思われる医療を24時間提供できる訪問診療や訪問看護の体制をとっているため、本人・家族の意向を尊重しながら、全身状態が衰弱して栄養摂取が出来なくなった患者に対しては、原則として胃瘻を作らないようにしています。

胃瘻を作らないで点滴などで経過を見ながら在宅ターミナルケアが受けられる医療環境はまだ限られています。

ちなみに、胃瘻を作っても経口摂取が十分できるようになったとき胃瘻を閉鎖することは簡単です。また、経管栄養はよいが、胃瘻は医療に属するので受け入れない特養ホームもあるので注意が必要です。

6. 胃瘻により元気になった例は少なくない

水分・栄養が摂れなかった人が経管栄養法により栄養摂取ができるようになると、全身状態は見事に改善するケースが少なくありません。顔色や表情が良くなり、デイサービスなどに行くことができるようになった例は数多くあります。バランスのとれた栄養が摂取できるようになって髪の毛が黒くなった人もいました。白髪を気にし始めた介護者が「私もこの栄養剤を飲みたいわ」と言ったこともありました。

また、訪問診療を行っていた患者さんの中には経管栄養法で10年以上維持できた人もいます。

ですから、経管栄養法そのものが問題なのではありません。問題は、①どのような状態

の人に対して胃瘻造設をするのか（つまり適応の問題） ②全身の衰弱が進行して体が水分・栄養を受け付けなくなった時本人に負担のかからない管理の仕方はいかなる（終末期栄養管理の問題） ③胃瘻のため、ショートステイや施設入所の際に不利な扱いを受ける場合があるという、福祉サービスの利用上の問題 です。

問題①、②については別に取り上げますが、問題③についてはここで取り上げてみます。

現在、胃瘻の管理は「医療的ケア」とされて、看護師あるいは研修を受けた介護職しかできないことになっています。すると対応できる胃瘻の人数に限られてきますから、「現在の入所者だけで対応するのに精いっぱいですから、新たな胃瘻の入所者やショートステイの利用はお断りします」となるのです。

経口摂取は自然だからと言って、嚥下障害の強い人に食べさせようとするなら吸引機などを用意していつでも対応できる準備がなければ安心して食事介助はできません。それより胃瘻の方が断然容易で安全です。介護職が広くかかわれるように制度の変えていかなければならないと思います。

7. 胃瘻管理のコツ

胃瘻カテーテルの管理としては、閉塞、脱落、抜去が重要です。

薬剤や高濃度の流動食を注入したときに閉塞が起こりやすいので、沈殿しやすい薬剤などの注入には注意します。脱落を見逃して流動食を注入すると、口内逆流や誤嚥を起こすので、カテーテルの位置を確認することや注入時に抵抗感のあるときには注入を見合わせる必要があります。

カテーテルが長期に留置されると圧迫による粘膜のびらんや潰瘍を作りやすくなります。カテーテルそのものも汚れて感染を引き起こす原因になるので、経鼻経管カテーテルは2～4週間に1回程度、胃瘻カテーテルはそれぞれの製品によって決められているがほぼ3～4カ月に1回程度交換します。

胃瘻部位は皮膚が欠落していてカテーテルの脇から胃液などが浸出してくるため、感染をおこしやすいので、浸出物の除去とイソジン綿棒による消毒を定期的に行う必要があります。体外に出ているカテーテルの部分と皮膚とが密着して皮膚にびらんなどを起こすようであれば、切り込みガーゼなどはさみます。誤嚥性肺炎の予防と、嘔吐したとき窒息に素早く対応するために、吸引機の準備と適切な使用が必要になる場合があります。

8. 尊厳死について考える（日本尊厳死協会のホームページより）

(1) 尊厳死とは

傷病により「不治かつ末期」になったときに、自分の意志で、死にゆく過程を引き延ばすだけに過ぎない延命処置をやめてもらい、人間としての尊厳を保ちながら死を迎えることです。

日本尊厳死協会は尊厳死の普及活動に努め、創立以来35年を経た現在の会員数は12万

5千人です。

(2) 尊厳死の宣言書（全文）

(リビングウィル・Living Will)

私は、私の傷病が不治であり、かつ死が迫っていたり、生命維持措置無しでは生存できない状態に陥った場合に備えて、私の家族、縁者ならびに私の医療に携わっている方々に次の要望を宣言いたします。

この宣言書は、私の精神が健全な状態にある時に書いたものであります。

したがって、私の精神が健全な状態にある時に私自身が破棄するか、または撤回する旨の文書を作成しない限り有効であります。

①私の傷病が、現代の医学では不治の状態であり、既に死が迫っていると診断された場合には、ただ単に死期を引き延ばすための延命処置はお断りいたします。

ただしこの場合、私の苦痛を和らげるためには、麻薬などの適切な使用により十分な緩和医療を行ってください。

②私が回復不可能な遷延性意識障害（持続的植物状態）に陥った時は生命維持措置を取りやめてください。

以上、私の宣言による要望を忠実に果たして下さった方々に深く感謝申し上げるとともに、その方々が私の要望に従って下さった行為一切の責任は私自身にあることを附記いたします。

(3) 安楽死とは違います

安楽死は、助かる見込みがないのに、耐え難い苦痛から逃れることもできない患者の自発的要請にこたえて、医師が積極的な医療行為で患者を早く死なせることです。

高齢化社会に入り、「生と死」について、語り合う機会が多くなりました。元気なうちに、いざという時に備えて、自分の「死に方」について考えてみませんか？

尊厳死について関心を持つきっかけになります。

（日本尊厳死協会ホームページより）

9. 日本老年医学会の、胃瘻等に関する見解

日本老年医学会は高齢者の終末期医療とケアについて、胃に管で栄養を送る胃ろうなどの人工的な水分・栄養補給や人工呼吸器の装着は慎重に検討し、「治療の差し控えや中止も選択肢として考慮する」との見解をまとめ、2012年1月28日に明らかにした。終末期医

療に対する基本的な考え方を示す「立場表明」の改訂版に盛り込んだ。表明の改訂は11年ぶり。

近年、口から食べられない高齢者に胃に管をつないで栄養を摂る胃ろうが普及しているが、欧米では一般的でなく、また認知症末期の寝たきり患者などにも広く装着されていることから、その是非が議論になっている。

改訂版では、高齢者の終末期における「最善の医療およびケア」を「必ずしも最近もしくは高度の医療やケアの技術すべてを注ぎこむことを意味するのではない」と明言した。

(本文は、インターネットで閲覧・ダウンロードできます。)

方法：「川崎幸クリニック」を検索。「クリニック概要」をクリック⇒
「院長ご挨拶」をクリック。様々な文章が添付されています)

参考文献

- 1 杉山孝博監修「よくわかる認知症ケア 介護が楽になる知恵と工夫」(主婦の友社)
- 2 杉山孝博監修「認知症・アルツハイマー病 早期発見と介護のポイント」(PHP研究所)
- 3 杉山孝博著「介護職・家族のためのターミナルケア入門」雲母(きらら)書房、
2009.6月発行