

# ご本人に代わって意思決定を 行う方のための小冊子

高齢者が栄養チューブをつけて  
長期的に使うこと



## 目次

概要	1
代理意思決定	2
摂食・嚥下障害	3
PEG（胃ろう）とは？	4
栄養チューブを用いた結果	5
栄養チューブは中止可能？	8
栄養チューブの利点と欠点	8
治療の選択肢は？	10
サポーティブケア （生活の質を高めるためのケア）とは？	10
どのように意思決定ができるか 一家族のために— 6つのステップ	12
意思決定の方法の例	13
参考文献	17

## はじめに

この小冊子は高齢者に栄養チューブをつけて長期的に使うことについて、あなたが判断することを助けるものです。冊子の内容を検討していくうちに、あなたの大切な家族・近親者または友人に栄養チューブをつけることの利点と欠点、代理意思決定について学べるようになっていきます。

この冊子の記述内容を裏付ける研究結果には、○○<sup>1</sup>のように番号が振られています。冊子の後半部 17 ページ以降に参考文献の一覧表があります。

## 対象者

- ・現在、自分自身の健康管理に関する判断を行う事が出来ない高齢者に代わって意思決定を行う
- ・上記高齢者に胃ろう（PEG）もしくは空腸ろう（j-tube）として知られている栄養チューブをつけて長期的に使うことが必要かどうか判断しなければならない人

## この小冊子から分かること

- ・代理意思決定
- ・摂食・嚥下障害
- ・治療の選択肢
- ・栄養チューブ
- ・栄養チューブをつけることの利点と欠点
- ・判断の方法

## 「代理意思決定<sup>1</sup>」とは何でしょうか？

- 健康管理に関する判断を自分自身で行う事が出来ない人のために意思決定を行うことです。
- 本人が望むと思われることが、同じ立場に立った場合にあなた自身が選択することとは異なる場合があります。本人の望むと思われることを、最も優先して考えることが、本人の尊厳を守ることに繋がります。
- 代理意思決定は非常に難しく精神的な負担となることがあります。

## 「意思決定を行う代理人」には誰がなるのでしょうか？

- 以前本人から指名されていた人（**健康管理に関する委任権**を持つ人）
- 最近親者
- 任命された後見人

## どのような段階を経て代理意思決定が行われるのでしょうか？

- 1) これまでに本人が示した意思を考慮しましょう。本人の意思を確認できるものには以下のものがあります。
  - リビングウィルまたは「事前指示書」
  - これまでに本人が代理人や他の人たちと話し合ったことこれらの内容は、たとえあなたが同意出来なくとも、本人の意思として尊重されるべきものです。
- 2) 本人が健康だった時に本人が持っていた価値観についてすべてわかる範囲で検討します。あなたが知る範囲で、本人が今の状況に置かれた時に栄養チューブをつけることを選択すると思いますか？それともしないと思いますか？これを「代理判断」と呼びます。
- 3) これまでに本人の意思表示がなく、本人が望むと思われることが判断出来ない場合、本人にとっての最善の利益を、以下のことを考慮したうえで検討します。
  - 栄養チューブによる利点と考えられる事
  - 栄養チューブによる欠点と考えられる事
  - この判断が本人の生活の質（「生活の質」については7ページを参照）に及ぼす影響

## 意思決定を行う代理人の書面による同意なしで栄養チューブがつけられることはあるのでしょうか？

ありません。

## 摂食（せつしょく食べること）・嚥下（えんげ飲み込むこと）の 障害はなぜ起こるのでしょうか？

- 嚥下を適切に行うために必要な筋肉や神経の損傷：
  - ・ 脳卒中
  - ・ パーキンソン病
  - ・ 筋萎縮性側索硬化症
- 自分で食事が出来なくなる病気：
  - ・ アルツハイマー病
  - ・ その他の認知症
- 食道（口と胃をつなぐ管）がふさがる病気：
  - ・ 食道がん
  - ・ 食道狭窄
- 重度の食欲不振や食事に対する興味が無くなる病気：
  - ・ 大うつ病

## 摂食・嚥下障害は高齢患者に どのような影響を及ぼすのでしょうか？

### 身体的影響

**誤嚥**：ごえん本人の眠気が非常に強い場合や飲み込むことに必要な神経や筋肉に障害がある場合、食物や唾液などが気管に入ってしまうことがあります。これが肺炎の原因となる可能性があります。

**栄養状態の不良**：本人に起こること

- ・ 体力がなくなります
- ・ 体重が減少します
- ・ 周りで起こっていることに対する認識力が低下します
- ・ 急病からの回復が遅れます

**空腹感やのどの渇き**：意識がはっきりしている場合は、空腹感やのどの渇きを感じることがありますが、意識がはっきりしていない場合では、空腹感やのどの渇きを感じる可能性は低くなります。<sup>2</sup>

## 摂食・嚥下障害は高齢患者の家族に どのような影響を及ぼすのでしょうか？

### 精神的影響

家族・近親者や友人の方は、ご本人の重い病気を受け止める事を難しいと感じるかもしれません。近い人が十分な食事をとれない状態を見るのがつらいと感じることや、ご本人が空腹感やのどの渇きを感じているのではないかと心配になることがあります。

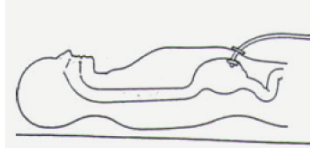
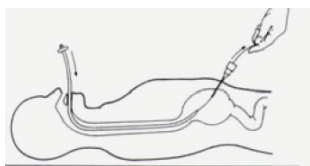
### 社会的影響

- ・ 食事は社会的なものであり、介護をする人にとっても重要なものです。
- ・ ご本人の食事を介助することは、ご本人とコミュニケーションをとる 1 つの方法であり、介護する人にとって楽しみでもあります。
- ・ ご本人が自分の手で食事をとることが出来ず、介助することもできない場合、家族は個人的な意思の疎通が出来なくなったと感じることがあります。しかし、ご本人と交流する方法は他にもあります。

## けいひ てきない しきょうか いろう そうせつじゅつ 経皮的内視鏡下胃瘻造設術 (PEG) による 胃ろうとは何でしょうか？

- 摂食（食べること）障害のある人の胃に直接つけるチューブのことです。
  - これは**治療の選択肢（医療行為）の一つ**です。
  - **経皮的** - 皮膚を通します。
  - **内視鏡的** - 医師はカメラが付いたチューブ（内視鏡）を本人の胃に挿入し、胃ろうチューブを正しい位置につけることができますようにします。
  - **胃瘻造設術** - 腹部に開けた小さな穴を通して胃にチューブをつける手術のことです。
- \* 胃ろうとは別の空腸ろうと呼ばれる栄養チューブをつけることが提案されることがあります。空腸ろうと胃ろうとは若干異なります。空腸ろうについては、医師に確認して下さい。

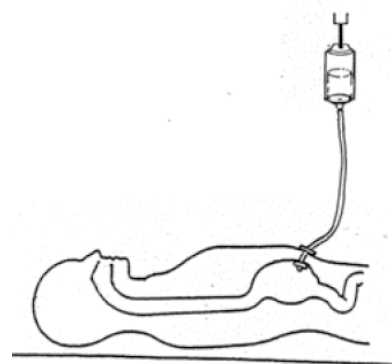
## チューブはどのように設置されるのでしょうか？



- 本人に軽い鎮静剤を投与します。
- 口から内視鏡を胃に入れます。少し不快感があるかもしれませんが、痛みはありません。内視鏡を入れることは、チューブをつけるのに最適な場所を確認するために必要なことです。
- 局所麻酔剤で患者の腹部の皮膚を麻痺させ、小さな切開部を作ります。胃ろうチューブを口から挿入し、腹部の切開部より体外に引き出します。
- この処置には約 30 分かかります。
- 食道が何らかの原因により塞がれ、内視鏡が挿入できない場合があります。その際は外科手術により栄養チューブを設置します。

## 栄養チューブでどのように 食べ物を取るのでしょうか？

- 流動食をバッグに入れ、チューブを通して胃に送ります。
- 流動食は本人がバランスの取れた食事をとることができるようにつくられた液体です。ミルクセーキのようなものです。
- ほとんどの場合、通常の食事の時間にチューブを通して食事をとることになります。これには約 1 時間かかります。同量の流動食を 24 時間かけてゆっくりと持続して取る場合もあります。
- 水分や内服薬もチューブを通して取ることになります。



## チューブの管理に必要な事は何でしょうか？

- チューブは抜けないように固定されていますが、ご本人が無意識のうちにチューブを引き抜かないように注意する必要があります。
- 看護師（自宅で療養する場合は家族）がチューブの漏れや詰まりを調べ、流動食が適切にとられているかを確認します。
- 看護師（自宅で療養する場合は家族）が一日に一回以上チューブの周りを清潔にし、周囲の皮膚を調べます。
- 流動食の量は、本人が消化・吸収できる範囲で医療者が調整します。
- 通常、6ヶ月～1年でチューブを取りかえる必要があります。

## チューブをつけた人は口から全く食べられないのでしょうか？

いいえ、本人の飲み込む力の状況によっては、飲み込みやすいもの（ゼリーなど）を少量、口から食べることができます。本人が口から食べられるのか否かは医療チームに相談しましょう。

## チューブをつけた人は寝たきりになってしまうのでしょうか？

いいえ、チューブを使用していない時、体の外に出ている部分は外すことができるので本人の通常の行動を妨げることはありません。

## チューブを用いた栄養法を導入するうえで心配なこと

チューブを用いた栄養法を導入するうえで、考えられることには大きく分けて2種類あります。

- 栄養チューブ自体によって特定の合併症が生じる可能性
- 栄養チューブについての話し合いが行われる際に最もよく話題にのぼること

### ◆ 生存の可能性

### ◆ 誤嚥（食物などが気管に入ってしまうこと）

次の数ページでは、これらの結果について考え、チューブを用いた栄養法についての利点、欠点、その他の考慮すべき事柄について説明しています。

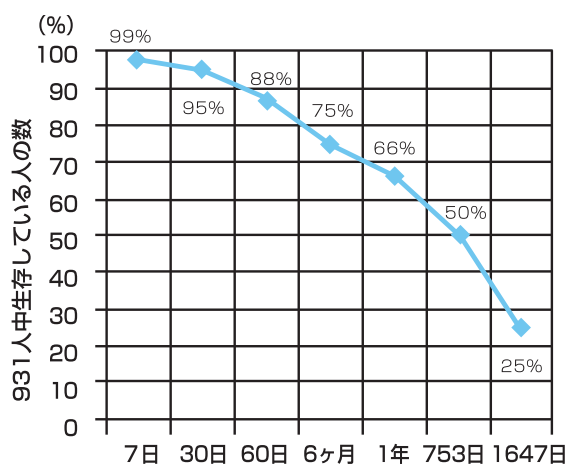
## 栄養チューブをつけることによる合併症

本人が合併症を発症する確率についてある程度把握できるように、これまでに行われた研究結果を要約してみました。以下の数字は平均値(医学雑誌に発表された論文から抽出)で、人によって異なります。

合併症の種類	患者 100 人中、発症する可能性がある人数*
感染症 ・ 軽度 (皮膚) <sup>3,5-10</sup> ・ 重度 (生死にかかわる) <sup>4,5,8,9</sup>	100 人中 4 人 100 人中 1 人
出血 ・ 軽度 (輸血なし) <sup>3,4,7</sup> ・ 重度 (輸血の必要性あり) <sup>3,4,7</sup>	100 人中 1 人未満 100 人中 0 人近く
一時的な下痢や腹痛 <sup>3,5,9,11</sup> 一時的な嘔吐や吐き気 <sup>3,5,11</sup>	100 人中 12 人 100 人中 9 人
チューブによる問題 ・ 軽度 (抜け、詰まり、漏れ) <sup>3-9</sup> ・ 重度 (腸に穴があく) <sup>3,4,6,8-10</sup>	100 人中 4 人 100 人中 1 人未満
死亡 ・ チューブをつけたことが原因 <sup>5,8,9</sup>	100 人中 1 人未満

\* これらの値は胃ろうの場合だけです。空腸ろうにおける平均値は異なる可能性があります。

## ご本人はどのくらい長生きできるのでしょうか？



このグラフは栄養チューブをつけている65歳以上の高齢者931人当たり何人がチューブをつけてから30日後、60日後、6ヶ月後、一年後、二年後に生存しているかを示したものです。グラフに使われている数字は、日本における研究結果<sup>31</sup>を示したものです。特定の人々の生存期間を確実に予測することは困難です。

栄養チューブをつけた人の経過を追った研究によると、以下の特徴がある人の生存期間は比較的短いことが明らかになっています。

- ・ 超高齢者 (85 歳以上) <sup>7,10,20,23</sup>
- ・ 食物を誤嚥しやすい人 <sup>10</sup>
- ・ すでに栄養不良状態がすすんでいる人 <sup>7,15</sup>
- ・ がんと診断されている人 <sup>20,23,33</sup>
- ・ 血液検査の結果、炎症所見 (CRP) と尿素窒素 (BUN) の数値が高い人 <sup>31</sup>

本人が延命を望む場合と望まない場合があり、これは、本人の生活の質、個人的な価値観や信条により異なる可能性があります。



## チューブによる栄養法を用いた場合の「生活の質」について

海外では、チューブによる栄養法を用いた場合の本人の「生活の質」について、研究されていません。

日本では、胃ろうを作った認知症患者の家族を対象にし、胃ろうを作ったことは結果的によかったと思うかどうか、について調査<sup>32</sup>をしています。この調査の結果をみると、33人中、60%の家族は「よかった」と答え、「よかったか、よくなかったか判断に迷う」と答えた方が26.7%、「よくなかった」と答えた方が13.3%いました。

死は、誰にでもおとすれるものであり、口から食べられなくなったら寿命を迎えつつある、という考え方もあります。命はただ延ばせばいいというものではなく、生きている間の生活の質をなるべく高く保つこと（本人の人生がより豊かで快適であること）が重要です。

## 栄養チューブをつけることで誤嚥は減るのでしょうか？

複数の研究結果<sup>23,27,28</sup>から栄養チューブをつけることで誤嚥を必ずしも防止できるとは限らないことが分かっています。これらの研究によると、栄養チューブをつける前に誤嚥したことがある患者の半数以上が、栄養チューブをつけた後も誤嚥していました。平均すると、栄養チューブをつけた人100人中16人が誤嚥することになります<sup>3,6,7,10</sup>。

## 栄養チューブをつけるかどうかを判断する際に考慮すべき要素にはその他どのようなものがありますか？

嚥下障害がある脳卒中の患者では、脳卒中を発症してから早期に栄養チューブをつける方が、数週間待ってからつけるより回復しやすい可能性があります。<sup>32</sup>

周囲で起こっていることを全く認識しておらず、数ヶ月間、日常生活に必要なことを全て他人が面倒を見ている状態の方では、栄養チューブの有無に関わらず、状態の改善が認められる可能性は低くなります。<sup>18</sup>

栄養チューブをつけるか、つけていないかで、入所出来る施設が限定される可能性があります。医療チームとこの点について話し合う必要があります。

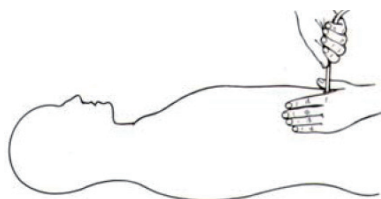
栄養チューブをつけている患者の中には栄養チューブを異物と感じ、イライラして落ち着かず、チューブを引き抜こうとする患者もいます。これを防止するため、入院している場合、医療チームが拘束や薬剤投与を提案することがあります。意思決定を行う代理人として、この判断に関わる必要があります。代理人の同意なしでこの判断がなされてはなりません。

## チューブによる栄養法は中止できるのでしょうか？

栄養チューブをつけると決める前に、チューブの除去やチューブによる栄養法の中止に関する事柄を理解しておくといでしょう。

### 考慮すべき技術的な事項

栄養チューブが不要になった時、チューブを引き抜くことは技術的には簡単です。それには次の方法があり、医療者が行います。



- 1) 引っ張ってチューブを抜きます。この方法でチューブは除去できるようになっています。安全で、痛みはほとんどありません。もしくは
- 2) 体外でチューブを切断し、内視鏡を用いて口からチューブを取り除きます。

### チューブによる栄養法の中止が考えられる理由

- 本人が普通に食事を取れるまでに回復した場合  
もしくは
- 本人は回復せず、栄養チューブが本人にとって最善の処置ではなくなった場合  
この場合、チューブによる栄養法を中止するか否か医療チームとともに話し合いましょう。

## 栄養チューブの利点や欠点及び他に考慮すべき事項は何でしょうか？

### 利点

- + 本人が再び食事を取れるまでに回復する可能性があります。
- + 本人はより多くの栄養を取ることが出来ます。
- + 口からは飲みにくい薬を栄養チューブから入れることができます。

### 欠点

- 軽度もしくは重度の出血、感染、チューブによる問題、死亡などチューブによる栄養法による合併症が生じる可能性があります。
- 本人が、栄養チューブを異物と感じて、イライラして落ち着かない可能性があります。
- 栄養チューブにより介護を受ける場所が制限される可能性があります。高齢者を受け入れる施設（特別養護老人ホームなど）は医療者の数が少ないため、栄養チューブをつけた方を受け入れることが、難しい場合があります。一方、療養型病院などでは、栄養チューブをつけることを求められる場合があります。

### 他の考慮すべき事項

- 誤嚥しやすい人では、栄養チューブによって誤嚥は防止出来ません。
- 栄養チューブによって、本人の人生がより豊かになり快適に過ごせるようになる場合とそうでない場合があります。
- 意思決定を行うためのステップをふむことで、納得のいく意思決定を行いましょう。

## けいびいかん 経鼻胃管とは、どのようなものでしょうか？

鼻または口から胃まで通すチューブのことです。

胃ろうと異なり、短期間のみ（6週間くらいまで）チューブによる栄養法を用いる場合に使用します。

経鼻胃管を数週間用いた後に、胃ろうを作る場合もあります。

流動食をバックに入れ、チューブを通して胃に送る点は、胃ろうと同じです。

胃ろうと比較した長所と短所は、以下のように整理できます。

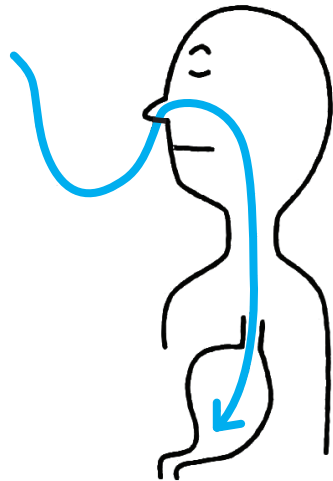
### 利点

+胃ろうと比べて、設置が簡単です。

### 欠点

-本人が苦痛を感じ、自分でチューブを抜いてしまうことがあります。

-チューブを入れる時に、食道ではなく、誤って気管に入れてしまい、それに気づかずに流動食を注入して、誤嚥を引き起こす場合もあります。



## 治療の選択肢は？

介護対象となっている人に摂食・嚥下障害がある場合、医療チームは以下の選択肢を提案します。

**サポーターティブケア**  
+                    または   **サポーターティブケアのみ**  
**栄養チューブの設置**

## サポーターティブケアとは何でしょうか？

サポーターティブケアとは、本人の生活の質を高めるケアともいえます。具体的には以下のものがあります。

- 1 可能な場合は、食事の介助をする
- 2 本人の不快感を取り除くための他の処置
- 3 輸液療法

### 1. 食事の介助

- ・ 摂食障害のある高齢者では、食事の介助が出来る場合と出来ない場合があります。
- ・ 栄養チューブをつけている人の中には、口からも食物を摂取できる人がいます。

食事の介助が出来るかどうかはどのように判断するのでしょうか？

- ・ 医療チームのメンバー（例えば、医師、看護師、言語聴覚士など）が患者の食事の介助をしても安全かどうかを判断します。
- ・ 特別な嚥下試験により、本人が無理なく摂取できる食物の硬度を調べる場合があります。

誰が本人の食事の介助をするのでしょうか？

- ・ 訓練を受けた医療従事者（看護師、看護助手など）
- ・ 家族、友人、ボランティアの人

どのように食事の介助をするのでしょうか？

- ・ 摂食障害のある人の誤嚥を防止するために適切な食事介助方法が必要となります。

その方法には次のものがあります。

- ・ 本人をベッドから起き上がらせます。
- ・ 適切な軟らかさの食物を選びます。
- ・ 本人が食物をうまく飲み込めず口の中に残している場合は、吸引をして取り除くことがあります。
- ・ 食事の介助には1時間程度かけることがあります。

### 2. 摂食・嚥下障害にかかわらず、本人の不快感を取り除くための他の処置

- ・ 本人の口をグリセリン綿棒や氷のかけらで湿らせます。
- ・ 薬剤による痛みの抑制
- ・ 呼吸障害がある場合には酸素吸入
- ・ 便秘の治療
- ・ 精神的もしくは情緒的なサポート
- ・ 皮膚の手入れ

### 3. 輸液療法

- ・ 点滴をすることもできます。摂取カロリーは、チューブを用いた栄養法に比べ低いです。主に水分を投与することができます。

## サポーターケアのみを受ける場合の利点と欠点

### 利点

- + チューブによる栄養法による合併症（出血、感染、チューブによる問題、死亡など）を心配しなくてよいです。
- + 栄養チューブをつけないので、栄養チューブをつけることで本人がイライラして落ち着かなくなることはありません。そのため、拘束されることや薬剤を投与される機会も減ります。
- + 基本的に介護を受ける場所は制限されませんが、点滴を受ける場合のみ、制限されることがあります。
- + 自然な状態で生活することができます。人工的に栄養をとるのではなく、本人が食べたい量を食べていただくことができます。サポーターケアのみを受けるほうが、本人にとって生活の質が高い場合もあります。

### 欠点

- 栄養チューブをつける場合と比べて、本人がとる栄養の量は減ります。
- 栄養チューブをつける場合と比べて、生存期間が短くなる可能性があります。

## 意思決定を行うためのステップ

- ① 本人はどのような状況に置かれていますか？
  - ・ 摂食（食べること）障害の原因となっている病気が良くなる見込みはありますか？
  - ・ 栄養を供給するために栄養チューブは必要ですか？
  - ・ 栄養チューブに伴う特定の合併症（例えば軽度もしくは重度のチューブによる問題、出血、感染）についてどの程度ありそうですか？
  - ・ 本人が栄養チューブによってイライラして落ち着かない可能性があり、チューブをつけ続けるために拘束する必要があるとされますか？
  - ・ 栄養チューブをつけることにより、本人が生活できる場所が変わりますか？
  - ・ 本人は誤嚥していますか？
  - ・ 本人には生存の可能性が減少する特定の要因（がんなど）がありますか？
  - ・ 栄養チューブは本人の生活の質にどんな影響を及ぼしそうですか？
  
- ② 本人は何を望むでしょう？
  - ・ 栄養チューブなどの医療技術の利用について、本人はこれまでに意思（リビングウィルもしくは以前に語っていた事で）を表示したことがありますか？
  - ・ 終末期介護について本人はどのような信条や価値観を持っていますか？
  - ・ 本人が栄養チューブの利点と欠点を比較した場合、本人はどのような選択をすると思いますか？
  - ・ 本人にとって何が最善だと思いますか？
  
- ③ 本人に代わって決定するがあなたに与える影響
  - ・ 罪悪感
  - ・ 他人からのプレッシャーを感じる
  - ・ 自分の個人的信条と患者の信条との間での葛藤
  - ・ 栄養チューブを継続することに関する将来的な判断についての不安
  
- ④ 決断する前に明確にしておかなければならない疑問点は？
  
- ⑤ 誰が栄養チューブをつけることについての判断をすべきですか？
  
- ⑥ 栄養チューブをつけることについて、総合的にどのような見解を持っていますか？

意思決定を行う助けとなるノートを作成しました。書き込みながら、考えを整理していきましょう。

次の数ページに渡り、意思決定を代理で行った数例を紹介します。

これらの例は、ある判断方法が、正しいか間違っているかを示唆することを目的として挙げられている訳ではありません。

## 意思決定の方法例① 花子さんの場合

花子さんは数日前に突然、脳卒中を発症しました。

### ① 花子さんの健康状態

利 点	他の考慮すべき事項	欠 点
回復 不確実  栄養状態 - 栄養不良なし - 食事介助は必要？ - 床ずれなし	生存の可能性 - 85歳未満 - 栄養不良なし - 悪性腫瘍なし  誤嚥 なし	合併症 リスクは小さい 興奮（イライラ） 可能性は低い 生活の場 チューブをつけると 長期介護 施設へ移動することになります

#### 生活の質

- 過去3ヶ月間の生活の質は良好
- チューブをつけることにより満足できる生活の質が得られますか？
- チューブの設置により花子さんが再び自立した生活を送ることが出来るなら彼女は望むでしょう

### ② 花子さんが望むと思われることは何ですか？

これまでの話し合い <b>あり</b>	栄養チューブについての本人の考え
リビングウィル <b>なし</b>	
	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	賛成                      わからない                      反対

### ③ 判断があなたにどのような影響を与えますか？

罪悪感 - あまりない      他人からのプレッシャー - あまりない  
葛藤 - あまりない      将来の不安 - 大きい

### ④ 決断する前に明確にして置かなければならない疑問点は何ですか？

花子さんが脳卒中から回復する見込みはありますか？これから数ヶ月間以内に回復しない場合、彼女がチューブの継続を望むとは思えません。その時点で、チューブを抜くことを決められますか？チューブの除去はどの程度難しいのですか？

### ⑤ 誰が栄養チューブをつけることについての判断をすべきですか？

花子さんがこれまでに行った意思表示を基にして、花子さんの医師と私と一緒に判断します。

### ⑥ 栄養チューブをつけることについて、総合的にどのような見解を持っていますか？

<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
チューブをつける                      わからない                      サポートタイプ ケアのみ



## 意思決定の方法例② 太郎さんの場合

太郎さんは進行性アルツハイマー病を8年間患っています。

### ① 太郎さんの健康状態

利 点	他の考慮すべき事項	欠 点
回復 可能性は低い  栄養状態 - 非常に重い栄養失調 - 食事の介助は可能？ - 床ずれあり	生存の可能性 - 85歳以上 - 非常に重い栄養失調 - 悪性腫瘍なし  誤嚥 あり	合併症 リスクは小さい 興奮（イライラ） 可能性あり 生活の場 チューブをつけると施設を移動 することになるかは不明

#### 生活の質

- 過去3ヶ月間の生活の質は不良
- チューブをつけることにより太郎さんにとって許容できる生活の質が得られる可能性は低い
- 主要な目的は不快感を除くこと

### ② 太郎さんが望むと思われることは何ですか？

これまでの話し合い <b>なし</b>	栄養チューブについての本人の考え <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> 賛成 <span style="margin-left: 100px;">わからない</span> <span style="margin-left: 100px;">反対</span>
リビングウィル <b>あり</b>	

### ③ 判断があなたにどのような影響を与えますか？

罪悪感 - 多少ある      他人からのプレッシャー - あまりない  
葛藤 - あまりない      将来の不安 - あまりない

### ④ 決断する前に明確にして置かなければならない疑問点は何ですか？

チューブがないと太郎さんは空腹感やのどの渇きを感じますか？  
太郎さんの介護施設では栄養チューブをつけた人を受け入れていますか？

### ⑤ 誰が栄養チューブをつけることについての判断をすべきですか？

太郎さんからこの状況でどうすればいいのかについての話はなかったので、太郎さんが望むと思われることを基に私が判断しなければなりません。太郎さんを長年にわたって診てきた医師と相談します。

### ⑥ 栄養チューブをつけることについて、総合的にどのような見解を持っていますか？

チューブを      わからない      サポート型  
つける      ケアのみ



## 意思決定の方法例③ 梅さんの場合

梅さんは10日前、重度の脳卒中を発症しました。  
医師によると彼女は回復できないかもしれない、ということでした

### ① 梅さんの健康状態

利点	他の考慮すべき事項	欠点
回復可能性は低い 栄養状態 - 栄養不良なし - 食事介助は必要？ - 床ずれなし	生存の可能性 - 85歳未満 - 栄養不良なし - 悪性腫瘍なし 誤嚥あり	合併症 リスクは小さい 興奮（イライラ） 不明 生活の場 チューブをつけると別の施設に移動することになります

生活の質 - 過去3ヶ月間の生活の質は良好 - 梅さんが良好な生活の質を再び得る可能性は低いが、梅さんにとってそれが問題となるとは思えません - 宗教的信条は梅さんにとって非常に重要なものです
---

### ② 梅さんが望むと思われることは何ですか？

これまでの話し合い あり リビングウィル なし	栄養チューブについての本人の考え <input type="checkbox"/> 賛成 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> わからない <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 反対
----------------------------	--

### ③ 判断があなたにどのような影響を与えますか？

罪悪感 - 大きい      他人からのプレッシャー - 多少ある  
葛藤 - 大きい。自分ならチューブを望みません。      将来の不安 - 多少ある

### ④ 決断する前に明確にして置かなければならない疑問点は何ですか？

どのような判断をすれば梅さんの宗教的信条が最も尊重されるでしょうか？

### ⑤ 誰が栄養チューブをつけることについての判断をすべきですか？

医師と梅さんをよく知る牧師と相談してから判断します。

### ⑥ 栄養チューブをつけることについて、総合的にどのような見解を持っていますか？

<input type="checkbox"/> チューブをつける	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> わからない	<input type="checkbox"/> サポートタイプケアのみ
-----------------------------------	---	--------------------------------------

## 資料編

### チューブを用いた栄養法についての 研究方法

結果について理解を深めるために、実施可能な研究方法には異なる種類があることを知っておく必要があります。基本的には3種類あります。

#### むさくいかしけん 無作為化試験

- 栄養チューブをつけるかどうかはランダムに選んで決められます。
  - 栄養チューブをつけた人を、栄養チューブをつけない人と比較できます。
  - 確信性の高い結果が得られます。
- (チューブを用いた栄養法の無作為化試験は実施されたことはありません。)

#### ひむさくいかしけん 非無作為化試験

- 栄養チューブをつけることを選択した人と栄養チューブをつけない人を比較します。
- 栄養チューブをつけることを選択した人は、栄養チューブをつけない人と比較して、結果に影響を及ぼす様々な要因が異なっている可能性があります。
- 結果の確実性は、比較的低くなります。

#### 症例検討

- 栄養チューブをつけた人のグループの経過観察を行います。

### チューブを用いた栄養法についての 研究結果（生存の可能性）

栄養チューブをつけた人と、つけていない同様の人のどちらの生存期間が長くなるかを比較した無作為化試験はありません。そのため、生存に関するこの質問に対する簡単な答えはありません。

高齢者養護施設において実施された非無作為化試験により、チューブによる栄養法の人とそうではない同様の人では、生存期間に差はないことが分かっています。しかし、チューブによる栄養法を行わなかったら、これらの人がどのくらい生存できていたのかは不明です。チューブによる栄養法を行った人は行わなかった人に比べて、病気が重かった可能性があります。

### チューブを用いた栄養法についての 研究結果（誤嚥の可能性）

栄養チューブをつけた人とつけていない人で誤嚥の発生率を比較した無作為化試験はありません。

栄養チューブをつけた人とつけていない人を比較した非無作為化試験では<sup>14,26</sup>、チューブをつけた人の方が、誤嚥しやすい傾向があることが認められています。しかし、これらの試験結果では、栄養チューブをつけたために誤嚥する可能性が高くなったのか、誤嚥しやすい人が栄養チューブをつけることが多いのかは明らかではありません。

## メモと疑問点

.....

.....

.....

.....

.....

## 参考文献

1. Buchanan A. Deciding for others. *Milbank Quarterly* 1986; 64(suppl 2):17-94.
2. McCann RM, Hill WJ, Groth-Junker A. Comfort care for terminally ill patients: the appropriate use of nutrition and hydration. *JAMA* 1994;272:1263-6.
3. Bourdel-Marchasson I, Dumas F, Pinganaud G, Emeriau J-P, Decamps A. Audit of percutaneous endoscopic gastrostomy in long-term enteral feeding in a nursing home. *International Journal for Quality in Health Care* 1997; 9(4):297-302.
4. Grant JP. Percutaneous endoscopic gastrostomy. Initial placement by single endoscopic technique and long-term follow-up. *Annals of Surgery* 1993; 217(2):168-174.
5. Hull MA, Rawlings J, Murray FE, Fiedl J, McIntyre AS, Mahida YR, Hawkey CJ, Allison SP. Audit of outcome of long-term enteral nutrition by percutaneous endoscopic gastrostomy. *The Lancet* 1993; 341(April 3):869-872.
6. James A, Kapur K, Hawthorne AB. Long-term outcome of percutaneous endoscopic gastrostomy feeding in patients with dysphagic stroke. *Age and Ageing* 1998; 27:671-676.
7. Kaw M, Sekas G. Long-term follow-up of consequences of percutaneous endoscopic gastrostomy (PEG) tubes in nursing home patients. *Digestive Diseases and Sciences* 1994; 39(4):738-743.
8. Raha S, Woodhouse K. The use of percutaneous endoscopic gastrostomy (PEG) in 161 consecutive elderly patients. *Age and Ageing* 1994; 23:162-163.
9. Sali A, Wong P-T, Read A, McQuillan T, Conboy D. Percutaneous endoscopic gastrostomy: The heidelberg repatriation hospital experience. *Australian and New Zealand Journal of Surgery* 1993; 63:545-550.
10. Light VL, Slezak FA, Porter JA, Gerson LW, McCord G. Predictive factors for early mortality after percutaneous endoscopic gastrostomy. *Gastrointestinal Endoscopy* 1995; 42(4):330-335.
11. Panos MZ, Moran A, Reilly T, Wallis PJW, Wears R, Chesner IM. Percutaneous endoscopic gastrostomy in a general hospital: prospective evaluation of indications, outcome, and randomised comparison of two tube designs. *Gut* 1994; 35:1551-1556.
12. Cowen ME, Simpson SL, Vettese TE. Survival estimates for patients with abnormal swallowing studies. *Journal of General Internal Medicine* 1997;12(February):88-94.
13. Mitchell SL, Kiely DK, Lipsitz LA. Does artificial enteral nutrition prolong the survival of institutionalized elders with chewing and swallowing problems? *Journal of Gerontology* 1998; 53A(no.3):M207- M213.
14. Mitchell SL, Kiely DK, Lipsitz LA. The risk factors and impact on survival of feeding tube placement in nursing home residents with severe cognitive impairment. *Archives of Internal Medicine* 1997; 157:327-332.
15. Friedenberg F, Jensen G, Gujral N, Braitman LE, Levine GM. Serum albumin is predictive of 30-day survival after percutaneous endoscopic gastrostomy. *Journal of Parenteral and Enteral Nutrition* 1997; 21(2):72-74.
16. Horton WL, Colwell DL, Burlon DT. Experience with percutaneous endoscopic gastrostomy in a community hospital. *American Journal of Gastroenterology* 1991; 86:168-169.
17. Jarnagin WR, Duh QY, Mulvihill SJ, Ridge JA, Schrock TR, Way LW. The efficacy and limitations of percutaneous endoscopic gastrostomy. *Archives of Surgery* 1992; 127:261-264.
18. Fay DE, Popausky M, Gruber M, Lance P. Long-term enteral feeding: a retrospective comparison of delivery via percutaneous endoscopic gastrostomy and nasoenteric tubes. *American Journal of Gastroenterology* 1991; 86:1604-1609.
19. Kadakia LTCSC, Sullivan HO, Starnes E. Percutaneous endoscopic gastrostomy or jejunostomy and the incidence of aspiration in 79 patients. *The American Journal of Surgery* 1992; 164(August):114-118.
20. Rabenek L, Wray NP, Petersen NJ. Long-term outcomes of patients receiving percutaneous endoscopic gastrostomy tubes. *Journal of General Internal Medicine* 1996; 11:287-293.
21. Samii Am, Suguitan EA. Comparison of operative gastostomy with percutaneous endoscopic gastrostomy. *Mil Med* 1990; 155:534-535.
22. Stuart SP, Tiley EH, Boland JP. Feeding gastrostomy: a critical review of its indications and mortality rate. *Southern Medical Journal* 1993; 86:1689-172.
23. Taylor CA, Larson DE, Ballard DJ, Bergstrom LR, Silverstein MD, DiMaggio EP. Predictors of outcome after percutaneous endoscopic gastrostomy: A community-based study. *Mayo Clinic Proceedings* 1992; 67:1042-1049.
24. Tealey AR. Percutaneous endoscopic gastrostomy in the elderly. *Gastroenterology Nursing* 1994; February:151-157.
25. Wolfson HC, Kozarek RA, Ball TJ. Long-term survival in patients undergoing percutaneous endoscopic gastrostomy and jejunostomy. *American Journal of Gastroenterology* 1990; 85:1120-1122.
26. Pick N, McDonald A, Bennett N, Litche M, Dietsche L, Legerwood R, Spurgas R, LaForce FM. Pulmonary aspiration in a long-term care setting: clinical and laboratory observations and an analysis of risk factors. *Journal of the American Geriatrics Society* 1996; 44:764-798
27. Patel PH, Thomas E. Risk factors for pneumonia after percutaneous endoscopic gastrostomy. *Journal of Clinical Gastroenterology* 1990; 12(4):389-392.
28. Finucane TE, Bynum JD. Use of tube feeding to prevent aspiration pneumonia. *The Lancet* 1996;348(9039):1421-1441.
29. Wanklyn P, Cox N, Belfield P. Outcome in patients who require a gastrostomy after stroke. *Age and Ageing* 1995; 24:510-514.
30. Fisman DN, Levy AR, Gifford DR, Tamblyn R. Survival after percutaneous endoscopic gastrostomy among older residents of Quebec. *Journal of the American Geriatrics Society* 1999; 47:349-353.
31. Yutaka Suzuki et al. Survival of geriatric patients after percutaneous endoscopic gastrostomy in Japan. *World Journal of Gastroenterology* 2010;16(40): 5084-5091
32. 日本老年医学会事業（平成22年度厚生労働省老健局老人保健健康増進等事業）：認知用末期患者に対する人工的な栄養・水分補給法の導入・差し控え・中止に関するガイドライン作成へ向けた検討,日本老年医学会

この小冊子は、Ottawa Health Research Institute の  
SL Mitchell, MD MPH FRCPC (老年医学、疫学)、  
JM Tetroe, MA (健康研究)、  
AM O' Connor, RN PhD (看護、疫学)、  
A Rostom, MD FRCPC (消化器病学、疫学)、  
A Villeneuve, BSc RD (栄養士)、  
B Hall, RN BscN (老人看護)

によって開発された「Making Choice : Long Term Feeding Tube Placement  
in Elderly Patients」を参考に聖路加看護大学 倉岡有美子が作成した。

本小冊子は、以下の2つの日本学術振興会（文部科学省）の研究助成金によって制作  
した。

- 研究活動スタート支援「経口摂取に替わる栄養管理の導入を検討する患者・家族の  
意思決定支援ガイドの開発」（研究代表者 倉岡有美子、平成 22～24 年）課題  
番号 22890189
- 若手研究 (B) 「胃ろう造設を検討する患者の家族の意思決定支援ガイドの普及と評  
価」（研究代表者 倉岡有美子、平成 25～27 年）課題番号 25862123

2011年5月 第1版

2013年5月 第2版