

*Letter to the Editor*

## 認知症における胃瘻の問題

横田 修<sup>1, 2)</sup>, 檜垣 文代<sup>3)</sup>, 大石 正博<sup>4)</sup>,  
寺田 整司<sup>2)</sup>, 藤沢 嘉勝<sup>5)</sup>, 佐々木 健<sup>5)</sup>

宮本ら (2009) による認知症と胃瘻に関する意見を興味深く拝読した。議論すべきとの意見に賛成すると共に、幾つかの事項を確認したい。

第一は、認知症終末期における肺炎、栄養状態、褥創、生命予後に対する胃瘻の効果が不明とされるのは、無効性が証明されている為ではなく、効果を検証するランダム化試験自体が過去に行われていない為である (Finucane et al., 1999; 横田ら, 2009)。

これは特に生命予後について、終末期に食事がとれなければ患者は数週間で死亡するという事への倫理的懸念による。宮本らが紹介した Finucane は根拠になるランダム化試験が行われていないから胃瘻は実施すべきでないと主張しており (Finucane et al., 1999), これに対し根拠がないから効果がないとは言えないとの反論もある。

第二に、効果が不明な一方で、胃瘻を持つ認知症患者の生命予後が多様である事は確かである。例えば生命予後に関する 11 の英文報告では一年生存率が 10-90% と幅広い (横田ら, 2009; Higaki et al., 2008)。このうち我々の検討では認知症の有無で生命予後に有意差はなく、認知症患者の約 25% は胃瘻造設後 3 年以上生存し、生命予後に有意に影響した因子は造設時 80 歳以上、男性、低アルブミン血症、慢性心不全、胃重全摘既往で、認知症は有意でなかった (Higaki et al., 2008)。条件によっては無視できない頻度で患者が長期生存する事は家族に伝えるべきと思われるが、最も悪いデータのみが伝えられているケースがある。

第三に、胃瘻の問題は上述の生物学的側面以外に、各人の死生観、尊厳の考え方、宗教といった極めて個別性の高い要素を含む。各国の状況も様々で、宮本らの言うようにスウェーデンでは胃瘻は一般的で

PEG in the elderly with dementia: evidence and an ethical dilemma

Osamu Yokota<sup>1, 2)</sup>, Fumiyo Higaki<sup>3)</sup>, Masahiro Ohishi<sup>4)</sup>, Seishi Tera-da<sup>2)</sup>, Yoshikatsu Fujisawa<sup>5)</sup>, Ken Sasaki<sup>5)</sup>

<sup>1)</sup> マンチェスター大学 臨床神経科学研究グループ

Clinical Neuroscience Research Group, University of Manchester (Greater Manchester Neurosciences Centre, Humphrey Booth Building, Hope Hospital, Stott Lane, Salford, M6 8HD, UK)

<sup>2)</sup> 岡山大学大学院医歯薬学総合研究科精神神経病態学 [〒700-8558 岡山県岡山市北区鹿田町 2-5-1]

Department of Neuropsychiatry, Okayama University Graduate School of Medicine, Dentistry and Pharmaceutical Sciences (2-5-1 Shikata-cho, Kita-ku, Okayama 700-8558, Japan)

<sup>3)</sup> 岡山旭東病院放射線科 [〒703-8265 岡山県岡山市中区倉田 567-1]

Department of Radiology, Okayama Kyokuto Hospital (567-1 Kurata, Naka-ku, Okayama, 703-8265, Japan)

<sup>4)</sup> 鳥取市立病院外科 [〒680-850 鳥取県鳥取市の場 1 丁目 1 番地] Department of Surgery, Tottori Municipal Hospital (1-1 Matoba, Tottori 680-8506, Japan)

<sup>5)</sup> きのこエスポール病院 [〒741-0071 岡山県笠岡市東大戸 2908]

Kinoko Espoir Hospital (2908 Higashi-Ohto, Kasaoka 741-0071, Japan)

ないが、2003年には全米の重度認知機能障害を持つ施設入所高齢者の実に34%は経管栄養下にあることが報告されており、エビデンス欠如との板挟みの現場が窺える(Mitchell et al., 2003)。個別性の尊重には、国や文化圏の違いはもちろん、一人ひとりが異なる存在であることを認める必要があるし、どのように人生の最後を迎えるかに一律のあり方を求めることには無理があると考えられる。臨床家としては正確で偏りのない情報提供と、生物学的側面としてのエビデンスの蓄積に努め、長期的には、他国の状況は参考にしつつも、我々自身の終末期の文化を本人の自己決定権を含めて成熟させる必要があると思われる。

----- 文 献 -----

宮本礼子, 宮本顕二 (2009) 認知症における経管栄養の是

非を議論する時ではないか. *Dementia Japan* 23 : 64-65

Finucane TE, Christmas C, Travis K (1999) Tube feeding in patients with advanced dementia : a review of the evidence. *JAMA* 282 : 1365-1370

横田 修, 檜垣文代, 大石正博 (2009) 認知症と胃瘻. *老年精神医学雑誌* 20 : 756-764

Higaki F, Yokota O, Ohishi M (2008) Factors predictive of survival after percutaneous endoscopic gastrostomy in the elderly: is dementia really a risk factor? *Am J Gastroenterol* 103 : 1011-1016

Mitchell SL, Teno JM, Roy J, Kabumoto G, Mor V (2003) Clinical and organizational factors associated with feeding tube use among nursing home residents with advanced cognitive impairment. *JAMA* 290 : 73-80