The University of Osaka
Institutional Knowledge Archive

Title	胃瘻造設を巡って : TO PEG OR NOT TO PEG
Author(s)	藤本, 啓子
Citation	医療・生命と倫理・社会. 2009, 8, p. 56-73
Version Type	VoR
URL	https://doi.org/10.18910/12757
rights	
Note	

The University of Osaka Institutional Knowledge Archive : OUKA

https://ir.library.osaka-u.ac.jp/

The University of Osaka

胃瘻造設を巡って

――TO PEG OR NOT TO PEG――

藤本啓子
（患者のウェル・リビングを考える会）

はじめに

胃瘻は長期に渡り経口摂取ができない患者や、食べてもむせ込んで誤嚥などを起こす患者に対し使用され、腹壁と胃腔の間に造られた孔（瘻孔）にチューブを通して、直接胃の中へ栄養を注入する方法である。胃瘻を造設する方法としては、大きく分けて２つある。ひとつは、麻酔下で開腹し直視下で胃にアプローチする外科的な方法であり、いまひとつは外科的手術を伴わず、内視鏡によって行う経皮内視鏡的胃瘻造設術（Percutaneous Endoscopic Gastrostomy：以下 PEG）である。PEG は、患者の苦痛や介護者の負担が少ないというメリットから、欧米で多く用いられている長期栄養管理法である。この PEG の発達によって、胃瘻は近年急速な普及をみせている。

日本の現状は、新規胃瘻造設患者は、「PEG キット」の販売数から類推すると、年間 20 万人程度といわれている。すでに継続して施行している患者を含めると、年間の施行数はのべ 30 万人から 40 万人程度と推測される。今後は、保険適応など国の方針が変わらなければ、2025 年くらいまでは、高齢者が増え続けるので、同じ比率で考えると、100 万件程度の可能性があると考えられている。[1]

PEG 普及の背景としては、外科的な胃瘻造設術に比べ、短時間で造設ができ、侵襲も少なく、経鼻栄養法に比べ不快感が少ないため、患者の QOL（Quality Of Life：生活あるいは生命の質）という観点からメリットがあることなどが挙げられる。また、医療制度の改訂によって、一般病棟での療養病床の削減、平均在院日数の制限、在宅医療への移行が推進され、入院中で医療保険の対象でない患者や、長期療養が避けられない患者は、在宅や長期療養型施設に移ることを余儀なくされ、管理が難しく、合併症が多い経静脈栄養法（点滴）や、経鼻栄養法よりも、比較的管理がしやすい PEG が好んで選択されるようになったことがある。

１　PEG の造設に際して

1-a　PEG のメリット・デメリット

PEG の造設に際しては、医療者は、PEG のメリットと合わせて、デメリットについても説明する必要がある。PEG のメリットは、すでに述べたように、外科的な胃瘻造設術に比べ、短時間で造設ができ、侵襲も少ない点である。また、経鼻栄養法に比べ不快感は少なく、QOL という観点からみるとメリットがあると言われている。さらに、頻繁にチューブを交換しなくてもよいし、チューブが抜けにくいため管理がし易く、服を着れば外から

見えないことや、入浴も普通にできるなどのメリットがある。また、PEG は、嚥下や身体のリハビリテーションに適し、PEG 造設によって栄養状態が改善し、経口との併用も可能となる場合がある。必要でなくなれば数時間で閉じることもでき、血管を介して長期間栄養を注入する中心静脈栄養法に比べ、本来機能すべき消化機能が失われることも少なく、予後が長くなることがある。

しかしながら、PEG でも唾液の誤嚥や嘔吐、胃食道逆流により誤嚥性肺炎を起こすことはあり、それらの説明が不十分であると、PEG を造るだけで誤嚥性肺炎は防げるなどという誤った知識を患者や家族に与えてしまうことがある。さらに、出血、腹膜炎、肺炎、腸閉塞などの術後トラブルや交換時のトラブルもあり、造設早期の感染や、自己抜去による腹膜炎の合併症を起こすこともあって、PEG は簡単どころか、特に在宅の場合、確実に家族の手間と注意を必要とする。したがって、介護者の少ない場合や、介護期間が長期化すると、家族の介護負担が増し、さらに入院中と同様の管理が可能かどうかは疑問であるため、在宅での介護は難しくなる場合がある。ところが、こうした PEG のデメリットは、メリットほど説明されないことが多い。

胃瘻を造設する際に医療者が行うべきことは、インフォームド・コンセントの取得である。「インフォームド・コンセント」（Informed Consent：以下 IC）とは、「医療者が患者の病状と治療方針の候補を適切かつ十分に患者に説明し、患者が意思決定のために必要な情報を得た上で、ある治療の実行に同意したり拒否したりという、患者主体の決定のプロセス」[2] である。医療者は、医学情報を提供するだけでなく、患者の人生についての情報も考慮し、治療方針については、患者から同意を得なければならない。

1-b　胃瘻患者への支援 [3]

胃瘻造設に関する IC で医療者が説明すべきことは、「なぜ胃瘻造設が必要なのか」「胃瘻の手術内容と合併症」「胃瘻の目的や治療のゴールについて」、また「胃瘻のメリット・デメリット」、「胃瘻も含めた全ての選択肢」である。胃瘻以外の選択肢には、中心静脈栄養（TPN：total parenteral nutrition）や末梢静脈栄養（PPN：peripheral parenteral nutrition）、在宅の場合は長期留置用 TPN としてのポート（完全皮下埋め込み式カテーテル）などがあるが、それらの栄養法は、施設や病院に移ることが出来る可能性が少なくなる。その他に、可能であれば静脈栄養（点滴）と併用した経口摂取、そして経腸栄養である胃瘻造設などがある。

また説明者は、胃瘻造設に対する患者の恐怖や不安、例えば、大きな手術ではないかという恐怖心、苦痛や不快感への不安、合併症の不安、一生口から食べられないのではないかといった不安を考慮する必要がある。また、介護者には、介護が大変なのではないか、管理が大変なのではないかという、介護の不安に対する配慮も必要である。さらに、患者や家族の人生観、価値観に沿った選択肢の提示や、患者や家族の葛藤に寄り添うことも考慮すべきである。

胃瘻を造設するに当たっては、医療者は、胃瘻造設までだけでなく、造設後も患者や家族のケアを行う必要がある。胃瘻を造設した患者が自宅復帰をする場合はとくに、退院後のケアを考え、病院側は、地域の訪問看護側との連携を図るべきである。それに対し、訪問看護側は、胃瘻造設までの精神的な葛藤をクリアしているので、胃瘻管理に関して「い

かに工夫するか」を考え、患者が胃瘻管理を安心して任せられる体制を整える必要がある。

胃瘻造設後の医療者側の支援としては、合併症が起こった際の対策の提示である。その一つに経腸栄養ポンプの使用がある。経腸栄養ポンプは、栄養剤を少量ずつ定速で注入することが可能で、下痢や逆流による誤嚥性肺炎を予防することができる。そして、市販の半固形化栄養剤は、下痢・逆流の予防、拘束時間の短縮となるということ、半固形化する手間が省けるという利点がある。他に寒天による半固形化栄養剤も同様に、下痢・逆流の予防、拘束時間の短縮などの利点が挙げられる。ミキサー食（普通の食事をミキサーにかけた状態の食事：別名ブレンダー食）は、嗅覚・視覚的にも刺激となり、その刺激により消化運動も生理的に活性化させる。また、本来の食事に近いことから、患者本人も介護する家族にも、心理的効果や生活の質を高めることができると考えられる。

胃瘻患者の QOL 向上のためには、栄養サポートチーム(Nutrition Support Team: NST)による早期栄養介入と嚥下リハビリテーションの必要性が考えられ、嚥下障害発症後、早期より NST が介入し適切な栄養管理をすることと、摂食・嚥下の訓練を行うことが必要である。また、胃瘻からの注入を、「栄養投与」という考え方から「栄養摂取」という考え方にチェンジすることで、ミキサー食注入の場合、食品であること、短時間摂取が可能であることで、患者の尊厳を重視し、家族と同じ食事内容に近づけることが出来る。医療者は、「エビデンスに基づく医療（EBM: Evidence Based Medicine)」だけでなく、「患者の物語・ナラティブに基づいた医療（NBM: Narrative Based Medicine)」をも心がけ、患者の個別性や患者背景、家族背景、人生観、価値観に沿って、医療者として支援しながら、治療方針を決めていくことが大切である。PEG に対する理解が進むこと、患者に喜んでもらえる症例が増えることで、PEG に対する悪いイメージが減るのではないか、「消化管使用の重要性」[4] の理解が進めば、さらなる早期介入が可能となり、よい方向に進む患者が増えるのではないかなど、医療者としては、それらを含めた PEG の啓発活動をしていくことでも、PEG 患者の支援が可能である。

２　PEG 適応のガイドライン

では、実際に PEG はどのような場合に造設され、造設に当たっては、どのようなことに気をつけていけばよいのか。まず、PEG が適応と判断される場合は、概ね以下の場合である。[5]

（1）嚥下・摂食障害
- 脳血管障害、認知症などのため、自発的に摂食できない
- 神経・筋疾患などのため、摂食不能または困難
- 頭部、顔面外傷のため摂食困難
- 咽喉頭、食道、胃噴門部狭窄
- 食道穿孔

（2）繰り返す誤嚥性肺炎
- 摂食できるが誤嚥を繰り返す
- 経鼻胃管留置に伴う誤嚥

（3）炎症性腸疾患

・長期経腸栄養を必要とする炎症性腸疾患、特に Crohn 病患者
（4）減圧治療
・幽門狭窄
・上部小腸閉塞
（5）その他の特殊治療

次に、PEG を造設する際、どのようなことを考慮すべきかについて、医学的側面からと倫理的側面から述べていく。「医学的にみた適応のアルゴリズム」[6] で、PEG 適応となる場合は、以下の要件を満たす場合である。
（1）生命予後が一ヶ月以上ある
（2）PEG に耐えられる全身状態である
（3）栄養法として経腸栄養が適している（＝消化管が機能しており、消化吸収が可能）
（4）経腸栄養を行なう期間が 4 週間以上ある
（5）PEG が最も適した栄養ルート造設法である
以上の（1）～（3）のうち一つでも要件を満たさない場合は、PEG 不適応となる。さらに（1）～（3）の要件を満たしていても、（4）の経腸栄養を行なう期間が 4 週間以下の場合は、PEG は不適応となり、経鼻胃管法が適応される。また、（5）の PEG が最も適した栄養ルート造設法でない場合は、その他の瘻管造設法が適応となる。

以上から、PEG は本来は経腸栄養の投与ルートを造る手術であるため、医学的にみた PEG 適応の条件は、経腸栄養の効果が期待できること、つまり消化管が機能しており消化吸収が可能な場合に限られる。また、PEG は比較的低侵襲の手術であるが、患者の全身状態が不良な場合には、相対的に高侵襲手術になる。したがって、生命予後が明らかに短い（1 ヶ月未満の）場合や、全身状態が極端に不良の場合は、PEG 不適応となる。

次に、「倫理面を考慮したPEGのアルゴリズム」[7] で、PEG適応となる場合は、
（1）患者に健全な自己判断力があり、意思表示ができる、（2）発症前に意思表示があるのどちらかの場合で、いずれも（3）患者がPEGを望み、なおかつ（4）PEGが医学的に有効である場合である。

倫理的な適応の基準で最も重要なことは、医学的に PEG が有効であること、さらに患者に判断能力があって、意思決定ができるかどうか、あるいは判断能力がない場合は、事前に意思表示が為されているかどうかである。いずれの場合も、患者が PEG を望まない場合は、医学的に適応であっても、患者の自己決定権が優先され、PEG の適応とはならない。問題は、患者に判断能力がなく、事前指示もない場合であるが、その場合は、医学的に有効であれば、PEG 適応とされ、実際に PEG を造設するか否かは、おおかたは家族の判断に委ねられる。

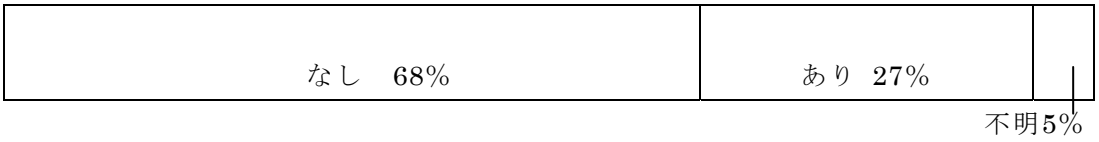
３　PEG を巡る問題

3-a　意思決定

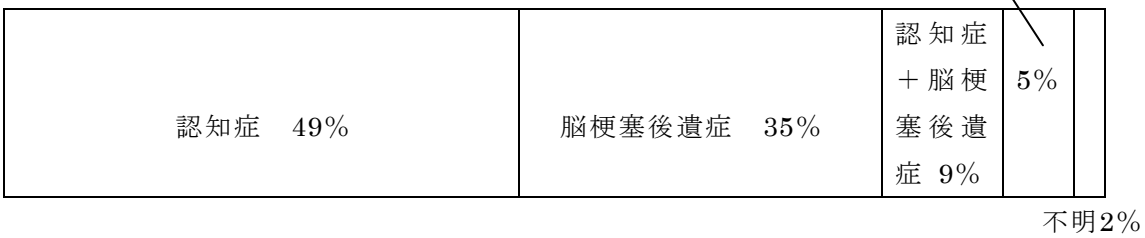
PEG の適応に関して最も注目すべきことは、生命予後が 1 ヶ月に満たない場合は、適応外となること、また、PEG が対象となる患者は、自己決定できないケースが多い、という

ことである。以下は、胃瘻造設事例のカルテ調査結果である。[8]

意思決定能力の有無

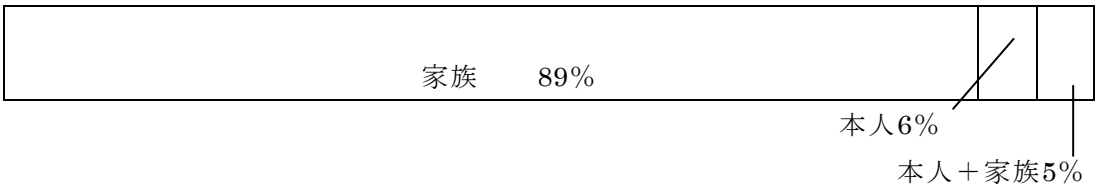


意思決定能力なしの判断理由



PEGを造設する患者の７割近くは何らかの疾患で意思決定能力がなく、よって、胃瘻造設を決定するのは、以下のとおり、たいていは家族ということになる。

合意形成



回復の可能性が低い患者で長期入院が見込まれる場合、患者ないしその家族は、点滴を続けて入院を続けるか、あるいは胃瘻を造って介護施設に転院するかという選択を迫られる。病院にいたいと思えば、現在の医療体制では点滴を続ける（医療を受ける）しかなく、点滴が身体に及ぼす負荷が増せば、点滴を減量ないしは中止するということも考えなければならない。しかし、医療者は、そうした選択肢を家族に提示することを好ましいとは思っていない。本人に意思表示をする判断能力があるか、あるいはリビング・ウィルがあれば、患者の意思に沿った決定も不可能ではないが、なければ患者本人に代わる家族の代理意思か、推定意思による決定となる。PEG 造設の頻度は、高度に進行した認知症患者を含む高齢者において特に高いこと、胃瘻造設の決定はたいてい家族が担うことを考えると、家族の精神的負担は大きい。

昨今では PEG で在宅療養が可能となるため、PEG をすれば「在宅介護が簡単」という考えが広まりつつある。また PEG は、鼻にチューブを通す経鼻胃チューブに比べ不快感が少ないため、医療者としては患者にすすめ易い。しかし、それらが「退院させたい」という医療者側の思いに直結するならば、どうだろうか。本来、PEG の造設に際しては十分な説明が必要であるが、医療者の説明が不十分であったり、説明如何で、患者やその家族に、「PEG を行うだけで誤嚥性肺炎は防げる」などと安易に思い込ませてしまうこともある。それでは患者や介護者である家族の立場に立ったものとはいえないだろう。そもそも

医療とは、患者の利益を第一に考えるべきものであるはずだ。

3-b　PEG の神話

2006 年の Geriatrics という老年医学雑誌では、”TO PEG or NOT TO PEG”というシェークスピアの『ハムレット』の台詞をもじったタイトルで「PEG の神話」（Feeding tube myths）[9] について述べられている。それによると、PEG を造れば、

（1）栄養障害を予防することができる
（2）褥瘡を予防することができる
（3）誤嚥性肺炎を予防することができる
（4）QOLを改善する
（5）機能状態や生命予後を改善する

といった 5 つの神話には、すべて根拠がなく、PEG を造設しても、（1）栄養障害を予防するという根拠はなく、（2）褥瘡はむしろ増え、（3）LES 圧（lower esophageal sphincter pressure：下部食道括約筋圧）が下がり、口腔分泌物の誤嚥は予防できず、（4）苦痛や不快感を増す場合もあり、（5）機能状態や生命予後の改善は末期の状況では期待できない、と述べられている。

同様に、「これまで PEG 造設が誤嚥性肺炎を防止することを示したデーターはなく、むしろ経腸栄養が誤嚥性肺炎のリスクファクターである」ことや、「栄養状態と褥瘡の関連はほとんどない」こと、「PEG を含めた経管栄養の導入は予後に影響しないし、むしろ悪化させる」といった結果は、外国のいくつかの論文を引用した前野容、酒井義浩両氏の論文[10] でも示されている。

PEG 造設による患者の利益を示すエビデンスがあまり示されていないにもかかわらず、PEG 造設の頻度は、高齢者において高く、「PEG を造設した患者の 70%が、機能改善や自覚的な健康状態の改善がなく、認知症患者の約 70%が何らかの抑制を余儀なくされている」[11] との報告がある。高齢者が口からものを食べられなくなったというだけで、終末期と言い切ることはできないし、PEG が必ずしもよくないというわけではないが、患者の QOL を考えないで、安易に PEG を造設することは避けるべきである。先の老年医学雑誌[12] には、胃瘻造設に対する意思決定のガイドラインも示されており、それによると、胃瘻を造設する場合、患者に対して医療者には、以下のことが求められている。

（1）事前指示を得ること
（2）倫理的な配慮をすること
（3）法的、経済的な配慮をすること
（4）感情的な配慮をこころがけること
（5）文化的背景を理解すること
（6）宗教を尊重すること
（7）以上のことを考慮した上で、患者の家族に説明を十分すること

3-c　事例

回復が見込まれず、栄養補給がただ生命を維持するだけの場合、まずは患者の利益を第一に考えなければならないにもかかわらず、PEGが退院への手段、福祉施設入所の条件に

なることがある。その際、PEGのメリットを強調するか、デメリットを強調するか、医療者側の話の進め方しだいで、PEGの造設を誘導することも不可能ではない。さらに患者の意思とは関係なく、様々な事情で家族と医療者との間でPEG造設の方向性が決まる場合もある。以下にそうした事例を示す。[13]

患者の情報	90 歳　男性 家族は妻（88 歳）、長男（58 歳）、長女（54 歳）
病状	繰り返す肺炎、嚥下障害
経緯	上記疾患で連携の介護老人施設より入院。外来での受診歴なし。食事摂取が困難となり、退院しても自宅での介護が困難。今後施設に行くためには、PEG造設をした方がよいという情報もあり、胃瘻造設が検討された。家族に説明したところ、家族は、「胃瘻を造ってまで長生きすることは、本人の望むことではないと思う。このまま点滴で自然の成り行きに任せて欲しい。元の施設には戻れないので、点滴で入れる施設があれば探して欲しい」と言われた。本人はある程度の判断力はあったが、精神的に不安定（抑うつ状態）であったため、面談は家族と医師と看護師長とで行った。
検討事項	胃瘻を造設した場合と、中心静脈栄養（ポート埋め込み）の場合とを比較して、 (1)経済的負担（どちらが安いか）について (2)退院後、入所できる施設の種類と入所期間について 検討した。
振り返り	家族は一旦は胃瘻を拒否したが、その後、数回面談を重ね、また、医師、看護師、MSW（メディカル・ソーシャル・ワーカー）、管理栄養士などとカンファレンスも行った。カンファレンスでは、在宅看護を担当する看護師の「PEG造設してもその人らしさは失われない」という一言がきっかけとなり、PEG造設の方向に傾いた。また、病院が、患者の受け入れ先が見つかるまでは退院を強要しないと約束したことや、さらにMSWが提供した介護保健施設と医療療養型病院の条件の比較などの資料が後押しとなって、家族は胃瘻を造設することを了承した。医療者側は医学的判断に基づき、今後施設に入ることも考え、胃瘻造設をすすめたが、PEGのデメリットについては十分説明することができたとはいえず、担当の看護師やMSWは、医療者の話のすすめ方しだいで、PEG造設の方向性が決まってしまうこともあると感じた。

この事例の「経緯」からいくつか問題点を抽出してみる。

（1）外来での受診歴がなかった。

（2）急性期病院であるため、入院の継続は難しい。
（3）本人にはある程度の判断能力はあったが、説明は難しかった。
（4）家族は「本人の望むことではない」と胃瘻造設を拒否した。
（5）家族は在宅での介護を考えていない。
（6）一度出ると元の施設には容易には戻れない。
（7）他の施設に行くための条件としてPEGの造設が必要であった。
（8）家族は点滴にこだわった。
（9）家族の「このまま点滴を続けて＜自然の成り行きにまかせる＞」とはどのようなことを意味していたのか。

さらに、「振り返り」から問題点を指摘してみると、
（1）医療者側はPEG造設の方向で話を進めてしまった。
（2）家族の述べる本人の「本意」を医療者は本人に確認していない。
（3）家族がPEGを拒否し、点滴にこだわった背景には、社会的な問題（元の施設に戻れない／点滴を行える施設が限られている等）や経済的な不安（施設に入所した場合、胃瘻を造設した場合、中心静脈栄養（ポート埋め込み）の場合の費用）があった。
（4）PEG以外の選択肢の検討がなかった。
（5）点滴を続けながら「自然の成り行きに任せる」は、矛盾している。
（6）IC取得の手続きが十分とはいえなかった。
（7）「その人らしさは失われない」と判断した根拠があいまいである。

ここ数年、患者、とくに高齢で重介護の療養については厳しい条件が伴い、必ずしも患者や家族の意向に添えないことが多々ある。治療や生命を守ることを第一とした医療機関において、社会的な条件をどこまで考慮して治療方針を決定すべきなのか、また、家族との面談で理解を得たとしても、例えば、PEG 造設について、説明者の主観が入ったり、メリットを強調するかデメリットを強調するかによって方向性がどちらかに転んでしまうことは否めない。

確かにこの事例でも、IC 取得手続きが十分であったとは言えないし、 PEG 以外の選択肢、例えば、経口での摂取が可能となるリハビリ等が議論されなかったことは検討の余地が残る。本来は、治療という選択肢を検討した上で、患者の行き先を考えるべきところを、行き先の検討が先行し、それによって PEG 造設が検討されたことは順序としては逆で、そうしたところに看護師や MSW のジレンマが生じるのではないかと推察される。また、家族が点滴にこだわったことや、MSW の提供した資料に後押しされたことなどを考えると、社会的、経済的問題も背景にあったと言わざるをえない。

社会的状況からすると、特別養護老人ホーム（特養）は一度退所すると再度申し込みをしなければならず、待機者の数を考えると現実的には再入所は困難となる。介護保健施設の場合は、入所期間が限られ、老人保健施設（老健）で平均６ヶ月、介護療養型施設で６ヶ月～１年程度であるため、次の入所先が決まるまでの間の待機入所となる。胃瘻などの経管栄養の対応は可能だが、点滴などの医療行為が必要な場合は、受け入れはほとんど困

難といえよう。また、いずれも申し込み後の待機期間を考慮に入れる必要がある。

以上から本事例をみると、患者の家族には、経済的負担への不安もさることながら、何よりも「介護難民」となることへの不安が高かったのではないかと思われる。したがって、行き先が見つかるまで退院を強要しないということで患者の居場所を担保したことは、良心、誠実という観点から倫理的な対応といえる。

医療療養型病院の場合は、長期間の入院はできず、どの病院も基本的には 3 ヶ月以内の転退院を条件にしている。また、転院先は家族が探すことを基本としているので、行き先が決まらなければ在宅介護を余儀なくされる。長期入院が可能なところもあるが、その場合は遠方となることもあり、家族の見舞いなどが困難となる。

費用は、施設によっても異なるが、介護保健施設の場合、最も重度の要介護 5 で、月 10 万円程度である。医療療養型病院の場合は、医療費＋食事代が基本で、それ以外のおむつ代、その他のリース代は自己負担となるが、かかる費用は前者と同程度である。ただし、個室の場合は、これに加えて 1 万円程度費用がかかる場合もある。以上から、月 10 万円程度の収入があれば、費用的には何とかやっていけると思われるが、それ以下の場合は、特養に入所申し込みをしながら、待機期間を介護保健施設で過ごすという方法を取らざるをえない。

PEG の造設に関しては、医療者間でもその立場によって判断や意見に差がある。

例えば、PEG のメリットとデメリットなどのエビデンスを最も理解し、その決定を担わなければならない医師は、PEG 造設に対してあまり積極的ではない。また、PEG 造設の技術は、簡単な手技として説明されているが、実際に造設を担当して、手技、麻酔、合併症、鎮静による呼吸困難等の弊害をだれよりも知っている。[14] だが、PEG の適応に疑問をもつにもかかわらず医師は PEG を造設しないという選択肢を患者や家族に提示することは少ない。患者への経管栄養法導入の意思決定にかかわった経験を有する医師を対象とした探索的インタビューを行った東京大学の会田薫子氏によると、医師が経管栄養法の導入を選択しない理由として、(1) 医療者と患者・家族の心理的安寧を保つこと、(2) 法制度関連問題、(3) 患者家族の感情・意向の忖度と尊重、(4) 終末期の定義の不明確さ、の 4 つを挙げている。[15]

患者に人工的栄養・水分を補給しないことは患者の家族のみならず、医療者にとっても「餓死」を連想させるなどの精神的なストレスとなり、また、延命至上主義的な医学の伝統を背景にもち、さらに治療差し控えのガイドラインがない中で、何らかの医療行為をしないという決断は、大きな心理的負担を伴うこととなる。また、その背景には、患者家族の「せめて水分と栄養くらいは最期まで」という希望や、「栄養・水分補給は必須」という強固な認識がある。

しかしながら、日々の臨床経験から「経管栄養法を施行しない選択肢」を患者家族に提示する医師も少数ながらいる。そのような医師の特徴として、会田氏は (1) 栄養・水分補給は必須といえないという認識、(2) 家族と繰り返し話し合うことで法律問題を回避、(3) 医療者と家族の心理的負担を減らす少量の輸液、という 3 点を挙げている。[16] 多くの医師は、栄養水分補給を差し控えた死を「餓死」と捉え、それを直感的に非倫理的であり非常識と見なすことが多いが、それは必ずしも医学的判断に基づくものとはいえず、多くは「直感的・情緒的に間違いであると感じる」ためで、むしろ医学的判断からすれば、

患者が最期の期間をもっとも苦痛なく過ごすためには、人工的な栄養と水分の補給は不要であり、必要なのは、唇が乾かないように湿らせる程度のことであることが欧米では報告されている。[17] 本論の事例では、患者は終末期とはいえないが、会田氏も述べているように、少なくとも「経管栄養法を施行しない選択肢を患者家族側に提示しないことの合理性」[18] はなさそうである。

看護師の判断は、病棟の看護師と在宅を担当する（訪問）看護師とでは温度差がある。

病棟では、例えば、食事摂食が困難で、退院しても自宅での介助が困難な場合は、上記の事例のように、施設に入ることを前提に話がすすめられ、意識的に PEG 造設をすすめる方向となる。その場合、家族に了解は得たものの、IC の取得が不十分であると、本当に患者や家族が納得していたのか確信がもてないまま事が進められる。特に、この事例のように、患者本人が精神的に不安定であったり、判断力が不十分で本人の意思確認が難しい場合や、在院日数に制限があり、さらに多忙を極めた日常の業務にあって、患者本人や家族の本意を十分にききとるだけの時間がとれない場合は、看護師は罪責感だけが残り、本当に PEG 造設をすべきであったかどうかのジレンマに悩む。

それに対して、在宅部門で訪問看護を担当する看護師は、在宅を前提としてケアを行うため、「PEG をしても毎日はそれなりに生活している」、「PEG をしてもその人らしさは失われない」など、比較的 PEG に対して前向きである。それは、患者が PEG の悪いところをクリアした上で退院しているので、訪問看護師は PEG のうまくいっている側面をより多く見ているからである。したがって、PEG 造設の「良し悪し」より、患者ならびにその家族が、いかに PEG と共存していくかに焦点が当てられ、管理上のアドバイスが適切かつ十分になされている限りは、患者や家族から不満の声をきかないことが多いためである。

だが、上記の事例のように、「PEG をしてもその人らしさは失われない」とする肯定的な一言が、PEG 造設の方向へ向わせてしまったならば、結果がよい場合は、それで「よし」と評価されるが、反対に介護の期間が長引き、その疲れから PEG 造設について後悔する声があがると、その評価は容易に逆転する危うさをもつ。ある行為が倫理的に正しいか否かは、その行為がもたらす結果によって決定されるのではなく、その行為が何らかの倫理原則に適っているか否かによって決定されるべきである。また、患者の事情に共感するあまり、無意識のうちに「PEG をしてもその人らしい生活を送って欲しい」という個人的願望が、「PEG をしてもその人らしさは失われないから」という PEG 造設の正当化に読み変えられ、PEG 造設の方向に向ってしまうこともないとは言えない。「その人らしさ」とは、いったい何をもって、だれが決めることなのか。感情論に流されるのではなく何が患者にとって最善の利益か、倫理原則に照らし合わせて問われるべきであろう。

では、最後に患者を受け入れる福祉施設ではどうか。以下は、X 市で、福祉施設を対象として「施設での経管栄養受け入れ状況」と「胃瘻に関する職員の声」について行われたアンケート調査の結果である。[19]

福祉施設での経管栄養受け入れ状況

特養	13 施設 730 床中	145 名（20%）
老健	6 施設 430 床中	52 名（12%）

以上から、胃瘻を施した患者を受け入れる施設は少ないことが見て取れる。その理由として、以下に「介護施設での職員の声」を挙げた。[20]

・よだれによるただれなど皮膚トラブルが多い。
・自抜防止に苦労。チューブ交換に医療機関に行くのがマンパワー上きつい。
・嘔吐・下痢時のアセスメントに迷う。特に悪性腫瘍で胃瘻の方が増え、病状が判断できない。
・病院によりチューブの型が異なり、管理に困る。
・病室での注入は目が行き届かず、食堂への連れ出しが手一杯。
・経口への挑戦が手一杯で困難。
・注入業務も介護職が行っている。
・看護早出勤務がないときは、早めに出勤して注入している。あるいは、注入時間をずらす。
・看護の体制上、これ以上の受け入れは困難（多くの施設）。
・腸瘻、経鼻は受け入れない（多くの施設）。

福祉施設の職員による反応はどちらかというとネガティブであり、「PEG 神話」はみごとに崩れる。また、介護施設側からは、「一般病院は、在院日数を減らすために、安易に PEG のメリットのみを強調して、あとは施設や在宅に丸投げしている」[21] との声がきかれる。結局は、看護師の少ない老健などの施設では PEG の患者の受け入れを制限せざるをえなくなる。

では、患者・家族はどうか。患者の意思に関しては、意思表示ができない人に対しては確認ができないが、外来高齢者に対して行った「脳の重度障害により嚥下障害や自己決定不能状態になった場合の水分栄養補給（胃瘻造設、経鼻管栄養、点滴、何もしない）に関する意識調査」[22] では、胃瘻は 27%と最も低く、何もしないが 42%と最も高かった。

高橋龍太郎氏は、現在までの高齢者は「自分へのまなざしを『三人称としての私』としてとらえかえしていく世界に生きていると考える。国民総動員の戦争という体験もあって……自我を突出させることはまれである。……自分の決定が他人を脅かすことになるのではないか、というまなざしをもっていると思う」[23] と述べている。つまり、患者は家族へ迷惑をかけるなどを考えると、本意が言えない立場にある。仮に在宅での介護を希望しても、それを家族が拒否した場合、患者は介護難民となってしまう。そうすれば、「行く場所があるだけまし」という思いで、自分の本意を伝えにくくなる。「言葉をかえれば、高齢者は個人と全体との間に生まれる矛盾を感知している」[24] のである。

この事例では、家族が胃瘻を拒否する理由があいまいである。例えば、自力での栄養摂取が困難になった人は、人工的に栄養補給し生を維持する必要がある。しかし、「自然の成り行きに任せたい」と考える場合、点滴はよいが PEG はいやだというのもおかしな理屈である。点滴は医療行為であるため、入院が継続可能という思い込みがあったかもしれない。そこで、「胃瘻をすれば受け入れ施設が制限され、介護難民になる」という不安から、「点滴をしていればどうにかなる」という「PEG 神話」ならぬ「点滴神話」が生まれたのか。しかし、現行の医療制度では、急性期の病院では、回復が明らかに見込まれる場合以

外は入院は継続できないし、また、良きにつけ悪しきにつけ、一定の状態が維持されていれば退院を余儀なくされる。

そのような中にあっても、PEG の神話は根強く、昨今では患者の側（家族）が、胃瘻に過剰な期待をもち、明らかに老衰で食事がとれない患者に対して、胃瘻を希望する家族もいる。しかし、在宅での介護が困難になってしまうと、結局は、施設入所になるというのが現状である。

ちなみに、PEG 造設に関して、ある病院の職員を対象にしたアンケート結果 [25] によると、「胃瘻造設した結果が患者にとって良かったかどうか」については「良かった」と答えている職員が 44%と半数近くおり、「悪かった」という声は少ない。

胃瘻造設した結果が患者にとってよかったかどうか

46% わからない	44% よかった	10% 悪かった

それに対して、「自分が胃瘻を希望するか」については、「希望しない」人が 51%と半数を超えているのに対し、家族にたいしては 18%と約 3 分の 1 となっている。また、家族に対して胃瘻を希望する人は 16%であるが、自分に対しては 12%とやや少ない。

意思決定力がなく寝たきりの状態で自分は胃瘻を希望するか

51% 希望しない	37% わからない	12% 希望する

意思決定力なく寝たきりの状態で家族に胃瘻を希望するか

66% わからない	18% 希望しない	16% 希望する

胃瘻造設をした結果が患者にとってよかったと答えている医療従事者が多いにもかかわらず、自分は胃瘻を「希望する」という人は少ない。また、自分は「胃瘻を希望しない」にもかかわらず、家族に「胃瘻を希望しない」という人は少ない。理由としてはいくつか挙げられよう。例えば、どんな境遇にある人でもその人を生かすことは「よい」ことである、という考えや、たとえ家族でもその人にとって何がよいかという判断は他者である自分にはできないので慎重にならざるを得ないなどである。あるいは、患者である家族のために「こうした方がよい」と思う中に、自分（決定者）にとって好都合な選択肢が含まれているかもしれない。

さらに、胃瘻につながれている人をみて、その人は何を選択しようと否定はしないが、少なくとも自分は「そうはなりたくない」という思いがある。それはあくまでも自分の価値観であり選好であるので、「そうはなりたくない」と思うことは、「そうである人」を差別するものではなく、その人たちの「状態」を我が身に置き換えて否定しているだけで、その人「そのもの」を否定しているわけではない。以上のような言説に対して、立岩真也

氏は「私による私に限っての行いという主張は、行いの正当化の言説、そしてなされる行いが、言われるように他人に迷惑をかけずに自分のことを決めていると言えるか」に対して、「そうとは言えない、むしろ、この主張と行ないにおいて、自らや他人を否定することで自らを肯定し救済しようという営みが為されていることがある」[26]と述べている。つまり、胃瘻をしてまで生きようとする人を否定していないとは言えないということである。

4　PEG造設の是非

本論の事例についていえば、中心静脈栄養という選択がなされなかったことは医学的に適切であったといえよう。なぜなら、本来、「中心静脈栄養は、PEG による栄養摂取が不可能な場合、いいかえれば経管栄誉が不可能な場合、あるいは好ましくない場合に行われるべき」[27] で、本事例のように消化機能をもった患者には施行すべきではないからである。では、他にどのような選択肢があったのか。誤嚥による肺炎や窒息の危険性、さらには食事摂取量の不足による低栄養を覚悟で経口による摂取を続けるか、水分以外の栄養補給を控えるという選択肢も考えられる。

あるいは、会田薫子氏の「もしかすると胃瘻栄養法の導入が早すぎた、言い換えれば、まだ経口摂取可能なうちに胃瘻栄養法が導入されたので、見かけ上延命効果があるように見えているだけかもしれないという可能性について考える必要がある」[28] という指摘も検討に値するのではないかと思う。本論で挙げた事例では、たとえ誤嚥を繰り返していても、経口による栄養摂取は本当にできなかったのか、については議論されていない。

例えば、菊井和子氏によると、「近年、嚥下リバビリテーションが発達し、栄養サポートチーム（NST）で嚥下困難のある患者の経口摂取訓練に意欲的にとり組み、効果を挙げているという報告がある」。さらに「安易に胃瘻を勧めるのではなく、本人の意思を尊重して嚥下訓練を続け、ゼリーやとろみ食を少しずつ経口摂取する援助を続ける。少しずつ口から食べ、食事後にマウスケアを行う方が誤嚥性肺炎を予防することにもなる」[29] とのことである。

4-a　QOL

PEG の造設に際しては、適切な医学的判断のみならず、倫理的配慮が必須であるということを述べてきた。そうした中で、人間は生きものとして「食べられなくなったらおしまい」という死生観や価値観をもち、胃瘻をしてまで生きていくことを拒否する人もいる。生命尊重の理念からするとそれは必ずしもよいとは言えないかもしれないし、立岩氏のいうように、胃瘻をしてまで生きようとする人を否定することにつながらないとも限らない。また、どのようになっても「食べさせてあげたい」という思いで胃瘻造設を選択する家族もいる。実際に胃瘻は満腹感もあって飢餓感がすくないとも言われている。ならば、その人が「食べる」ことについて「満足する」という点で、QOL は「良し」と評価されるかもしれない。さらに、早期に消化器官を使っている人の方が、使っていない人より、PEG 造設後の予後がよい [30] ということも言われている。何をもって回復の見込みがないかは議論の余地があるとしても、長期に渡り病状が改善せず、回復の見込みのない人、予後が短いと思われる人に対して消化器官を使って予後を引き延ばしたとしても、果たしてそれが

患者にとってどれだけの益があるのか。PEG によって予後がわずかに延びたとしても、その間の本人の苦痛を推し量ると、果たして PEG を施すことに「意味」があると言えるのかなど、適応の是非を巡って十分に検討することが必要とされる。もちろん、褥瘡などケアの環境を整えることで身体的苦痛を緩和できることもある。

しかし、先の福祉施設での職員の声にあるように、昨今の医療介護環境でそれがどれだけ可能なのだろうか。経口での栄養摂取は、場合によっては患者の生命を危険にさらす結果にもなりかねず、また、食事介助にかかる時間を考えると、理念だけでは介護は行えない、という現場の声もわからないではない。

PEG が無条件によくないとは言い切れないし、病態によっても異なるが、栄養管理が延命の問題と深くかかわる場合、SOL（生命の尊厳）と QOL（生命の質）との間でのジレンマは避けられない。しかし、「QOL が、患者本人が生きる環境（身体環境）にどの程度満足しているかで測られるべき」[31] であるならば、それを無視してただ命を長らえたらよいと考えるのは、生命の質より生命の量（長さ）を優先するもので、「生命延長」という至上命令のために、延々と栄養が送り込まれることは必ずしも患者にとってよいとは言えないこともあろう。ただ「予後が長ければよい」という介護、医療者側の思い入れ、自己満足で、結果的に PEG の造設が、患者への押し付けとなることは避けたい。たとえ、「プロスペクティヴな眼差し」でみた「将来の見通し」は暗くても、「レトロスペクティヴな眼差し」でみた「振り返った生」の重みが患者にはある、と清水哲郎氏は『医療現場に臨む哲学 II』[32] の中で述べている。

4-b　インフォームド・コンセント（IC）

今回のケースは、生死を左右するような緊急性を要する措置ではなかった。また、終末期ともいえない状態であった。とすれば、この方法しかなかったのか、PEG をすることで患者は今後の生活に不便を感じるようなことにはならなかったのか。例えば、我が国における PEG の造設、維持・管理における現状について全国約 1,500 施設へのアンケート調査の結果では、PEG の造設後、約 4 人に 1 人が、「術前の説明と違う結果になった」と感じていた。一番の理由は、「再び口から食べられるようにならなかった」、二番目は「合併症が少なくなかった」、「介護の負担が軽減できなかった」、そして「容易に栄養管理できなかった」、「予後が改善された（り）、生活の質・人生の質が高まらなかった」という結果が出ている。[33]

この造設前と後のギャップを考えると、もう少し、患者の利益、不利益を見据えての IC 取得が必要ではなかったか。言い換えると、PEG を造設するまでに、どれだけ患者本人と対話をしていたか、患者自身は医療者の説明をきいて納得し、これからの日々を「よし」としていたかどうかである。そうした意味では、本論で挙げた事例では明らかに IC 取得の手続きが不十分であったと言わざるをえない。しかし、患者が納得して同意するためには、まずは自律的であることが前提となり、そのためには、1）意図的に、2）理解をもって、3）行為を決定する支配的影響なしに行為することができなければならない [34]。それらの観点から今回の事例をみると、果たして患者が完全に自律的であったかどうかは疑問である。だが実際に、特に医療現場においては、患者の行為が十分に自律的であるとは言えず、何らかの事情で自律的な意思決定が困難な場合がある。したがって、こうした状況

で IC を「十全にあるいは完全に自律的な意思決定と結びつけるなら、実践の世界における IC の規則に意義ある地位を奪うことになる」[35]。なぜなら、下山直人氏 [36] が挙げるように、IC には、(1) 物理的問題：人員、時間、緊急事態、(2) コミュニケーションスキル、(3) 患者の理解度：用語が理解できない、説明文書を十分に読まない、署名するまでに考えない、ヘルス・リテラシーの問題、年齢的な問題（記憶があいまい)、医療者の描く自己像と実際の印象とのギャップ、(4) 患者の意識、(5) 文化的背景、価値観、といった困難さが伴うからである。

確かに、十分に自律的に行為しえない、言い換えれば、肉体的、心理的事実として適切な意思決定をなしえない人々には、説明やその理解が難しいこともあり、必ずしも自律尊重の原則が適用できるとは限らない。また、IC 取得には時間がかかるので、昨今の医療現場では物理的に困難なことは多い。例えば、本論で取り上げた事例でも、患者本人が精神的に不安定であったこと、高齢であったことを考慮すると家族と医療者での決定は許容されよう。しかし、実のところ患者はどのように考えていたのか、もっと患者と話し合う時間をとるべきではなかったか。本事例のように患者の「有能性のレベルを決定することが難しいと判定したときは、カウンセリング、援助、そして情報を提供しながら、時間をかけて――理解力、熟慮能力、そして統一性を考慮しながら――評価することが適切」[37] と言えよう。だが、現在の日本の医療現場で、そのようなことが可能となるには、IC 取得手続きを専門とするスタッフの存在が必要である。

医療者側と患者側とのコミュニケーション・ギャップは、医療者側だけに問題があるわけではない。患者の理解力に限界があったり、自ら決断をするとなると責任が伴うという意識が患者側に薄い場合もある。ただ、患者に自分の意思を伝え自らの生活にかかわることを決める権利があることは、医療者をはじめ患者をとりまく者は常に念頭においておかなければならない。とくに、介護が必要な高齢者に「自己決定権がある」という認識が家族や医療者に薄い場合､高齢者は自分の思いを伝えにくいということもある｡したがって、こうした自分の意思を伝えにくい立場にいる人に対しては、余計に本人の意思確認のために時間を取るべきである。そのためには、原則論だけでなく、マンパワーの充実など、しかるべき対策が必須である。

複数の慢性疾患や障害をかかえもつ患者、特に高齢者に対する医療は、病気だけをみるのではなく、一人の生活者として患者をみていくという全人的医療が望ましい。しかし、現行の医療制度では、一人の患者に対して一人の医師が最後まで責任をもつということは難しく､「高齢者ならずとも、様々な人生に大きくかかわる問題を何人もの医師に相談して最終的に自己決定することは難しい」[38]。本論の事例のように、介護施設から外来歴のない急性期の病院に入院した例や、例えば、開業医から急性期の病院に PEG の造設だけが依頼されるような場合は、患者や家族からの IC 取得はだれがどのように行うのかは難しい。また、上記のアンケートによると、たいていの福祉施設は、「PEG 後からケアにかかわることが多い傾向にあり」､「PEG をした病院でどの患者が“どのような説明を受けたか”を知らずに管理しているという傾向」が読み取れる。[39]

以上のようにいろいろと問題はあるが、まずは IC 取得という適正手順（due process）を踏むことを心がけるべきである｡その際､IC の規則における手続き上の例外事項「緊急、無能力、権利放棄など」[40] を除き、以下の点に留意すべきである。

IC における留意事項 [41]

（1）診断の経過、治療計画のわかりやすい説明の下での了承
（2）平易な言葉でわかりやすく、専門用語を使わない
（3）適切な時期、場所、機会に配慮する
（4）痛みなどの苦痛状態がない時（可能な限り）
（5）患者の自由な意思決定に基づいた治療の同意であり、拒否権を含めた患者・家族の選択権として考える

患者にとって、選択・決定のための十分な情報提供は、「自律尊重＝自己決定」の前提である「知る権利」行使のための必要条件である。よって、医療者は、患者の自己決定に必要な情報を提供し、患者から同意を得るべき内容を具体的に説明する義務を負うものである。以上から本事例では、PEG 造設のメリットのみならずデメリットも説明されなければならなかった、と言える。ただ、IC 取得を行えばそれで義務を果たしたことにはならない。医療者には、言葉を尽くして十分説明した上で、「患者の幸福に対する同意条件の効果を考慮すること」[42]、そして IC 取得後も、「その人の今後の生活を見据えてともに歩む」[43] という姿勢、言い換えれば、ビーチャムとチルドレスが述べている「救助の義務」[44] のような、ゆるやかな義務としての仁恵を求めたい。ただ、何が実質的に正しいかを決めることはそれほど容易なことではなく、例えば仁恵ということで考えるなら、長期の療養が求められ、さらに行き場の限られた高齢者に PEG のデメリットを敢えて告げないという選択肢もないことはない。つまり、状況次第では、仁恵が自律尊重の義務を超え正当化されることもある。ただ、その場合も、ことの良し悪しは結果しだいという結果論の域を出ることはない。

ここでは主に患者の自律性と密接に結びつく IC と、自律の前提となる有能性を問題とした。だが、有能であるか否かは一面的には捉えられない。たとえば、ある側面で無能であったとしても、別の側面で有能な場合がある。確かに、本例では、患者が IC の権利を放棄していたと考えられるかもしれない。あるいは患者の年齢や家族の希望等も考えると、患者による意思決定は困難であったかもしれない。とはいえ、精神的に不安定であったとしても、自己の幸福に対する選好を示す単純な能力はあったかもしれない。だからこそ、IC 取得においては、十分なコミュニケーションが求められるのである。

5　おわりに

確かに PEG を取り巻く状況は原則論だけではとても対処できない。例えば、医学的な適応や倫理的な適応の評価以外にも、社会的経済的な問題や、医療・福祉制度上の問題があり、PEG 造設に関して、患者・家族が十分納得していなくても、在院日数の短縮により、退院、転院目的で PEG の造設が行われている。胃瘻患者の受け入れの現状についても、「今後、老健、特養が胃瘻患者を受け入れ難い状況となり、次いで療養でも同じ状況になれば、患者は行き場を失うであろう。その結果、自宅で家族が看護せざるを得ないケースが増えるのではないかと危惧する」[45] という指摘がある。しかし、もうすでにこうした危惧は現実となり、「介護難民」と呼ばれる高齢者があふれている。

患者の QOL を第一に考える医療を基盤としようとしても、そうした基盤が崩れようとする現実と向き合う中で、医療者は、患者の生の価値を一体どこに見い出せばよいのか。医療者は患者とかかわる中で､｢そうした価値が崩れさる場面でなおも人間の生の価値をどこに見い出すか、見い出せるかを問うことになる。つまり、いつか必ず死ぬ人間を、そういうものとして認めつつ、なお『これで良し！』と言える論理が問われる」のである。そのためには､「一般的な価値観とは別の価値観を発見することが必要である｣。だが、それは患者の QOL を第一に考えるという価値観を手放すことではない。それをしないで、例えば｢『障害があったっていいじゃないか』『それは障害というより個性なのだ』という価値観に乗り換えて終わりとなってしまったら、そもそも医療活動は成り立たなくなってしまう｣。｢重要なことは、本来の価値観と新たに見いだされた価値観とが共存可能な道を模索することである」と、清水氏は述べている。[46]

以上から、PEG の造設が社会的な事情で「退院」の要件となること、人手を節約するために行われることなど、介護、医療者側の都合で PEG を造設することは決してあってはならないと言えよう。ただ､｢どのようになっても、その人らしさは失われない」という言葉や、敢えて PEG のデメリットを告げないという姿勢も、患者を退院・転院させるための方便ではなく、そういう状況でもなお、良い生だったといえる人生があり得るのだと、その患者が生きる環境を整えて、どこまでも引き受けていこうとの誠実さから発せられたものであれば、患者は自分の生を肯定することができるだろう。そこでは、医療者をはじめ、患者を取り巻く様々な人たちの「良心」や「誠実さ」が問われるのである。もちろん、その他にも、医療制度の見直しや医療・介護の連携をどう構築していくかなど、考えなければならない問題は山積みである。

〈注〉

1 NPO 法人 PEG ドクターズネットワーク（PDN）http://www.PEG.or.jp/
2 宮原伸二編、『福祉医療用語辞典』、第 7 章「医の倫理」、創元社、2006 年、270 頁
3 甲斐千穂、「胃瘻を巡って―医療者の立場から―」臨床倫理研究会発表、2008 年 2 月 2 日（仙台）
4 多田俊史、瀧本和雄、「経皮内視鏡的胃瘻造設術後の生存予後からみた経口もしくは経管栄養による消化器使用の重要性」、『日本消化器内視鏡学会雑』Vol.49(9).Sep.2007
5 鈴木裕、上野文昭、蟹江治郎、経皮内視鏡的胃瘻造設術ガイドライン、日本消化器内視鏡学会（監)、消化器内視鏡ガイドライン、第三版、310-323 ページ、医学書院、2006
6 『コメディカルのための静脈経腸栄養ハンドブック』、209 頁
7 同上
8 第 8 回民医連学術運動交流集会、医療倫理セッション資料、2007 年 11 月 16 日
9 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
10 前谷容、酒井義浩、「非経口栄養管理における内鏡の役割―特に高齢者認知症例に対する PEG について―」、『消化器内視鏡 1 』Vol.20.No.1、東京医学社、2008、13-14 頁
11 同上
12 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
13 事例は医療者からみて内容に矛盾がないかなど、医師、MSW の助言に基づいて筆者が作成したもの。

[14] 鈴木裕、浦島充佳、大島伸一、森岡恭彦、「PEG およびその維持・管理における第一線の現状—造設医、担当医、施設管理者、患者・家族、看護師・介護士へのアンケート調査から—」、『消化器内視鏡 1 』Vol.20,No.1、東京医学社、2008、33 頁
[15] 会田薫子、「食べられなくなったとき—胃瘻という選択肢の意味」、『高齢社会を生きる—老いる人／看取るシステム』、清水哲郎編、東信堂、2007、82-83 頁
[16] 同上、86-87 頁
[17] 同上、88 頁
[18] 同上、89 頁
[19] 第 8 回民医連学術運動交流集会・医療倫理セッション資料、2007 年 11 月 16 日
[20] 同上
[21] 鈴木裕他、前掲論文、33 頁
[22] 松下哲、稲松孝思、橋本肇、他、終末期のケアに関する外来高齢患者の意識調査」、『日老医誌』、1999,36,45-51. http://www.jspm.ne.jp/guidelines/glhyd/ex/c_12.html
[23] 橋龍太郎、「高齢者医療とケア」、『ケアの社会倫理学』川本隆史編、有斐閣選書、2005、96 頁
[24] 同上
[25] 第 8 回民医連学術運動交流集会・医療倫理セッション資料、2007 年 11 月 16 日
[26] 立岩真也、『良い死』、筑摩書房、2008、122 頁
[27] 上野文昭、「PEG 開発の経緯と臨床的有用性」、『消化器内視鏡 1 』Vol.20.No.1、東京医学社、2008、21 頁
[28] 会田薫子、前掲論文、80 頁
[29] 菊井和子他、「Case13 嚥下障害と胃ろう　嚥下障害があるにもかかわらず胃ろうを拒否し、むせながら長時間かけて経口食を続ける患者」、『ケースで学ぶ医療福祉の倫理』菊井和子、大林雅之、山口三重子、斉藤真也編、医学書院、2008、116-117 頁
[30] 多田俊史他、前掲論文
[31] 清水哲郎、『医療現場に臨む哲学 II』、勁草書房、2000、60 頁
[32] 同上、68-69 頁
[33] 鈴木裕他、前掲論文、31 頁
[34] トム・ビーチャム／ジェームズ・F・チルドレス、永安幸正／立木教夫監訳、『生命医学倫理』、成文堂、2007、81 頁
[35] 同上
[36] 下山直人「緩和医療におけるインフォームド・コンセント」、『医をめぐる自己決定—倫理・看護・医療・法の視座—』五十子敬子（編）、成文堂、2007、159 頁
[37] トム・ビーチャム／ジェームズ・F・チルドレス、前掲書、94 頁
[38] 高橋壟太郎、前掲論文、84 頁
[39] 鈴木裕他、前掲論文、31 頁
[40] トム・ビーチャム／ジェームズ・F・チルドレス、前掲書、107 頁
[41] 鈴木裕他、前掲論文、31 頁
[42] トム・ビーチャム／ジェームズ・F・チルドレス、前掲書、91 頁
[43] 高橋壟太郎、前掲論文、85 頁
[44] トム・ビーチャム／ジェームズ・F・チルドレスは、「仁恵義務は、深みで溺れかけている人を見かけた泳ぎの不得意な通行人に対して、救助のために 1000 ヤードも泳ぐことを要請するほど強いものではない。しかし、その通行人が何もしなかったならば、—たとえば、救助隊に知らせるため何ヤードか走ることをしなかったならば、—その怠慢は道徳的に咎められるだろう」と述べている（前掲書、239 頁）。
[45] 鈴木裕他、前掲論文、31 頁
[46] 清水哲郎、前掲書、51-53 頁