

疾患別PEG適応⑤ 認知症

重度認知症にみられる 摂食嚥下障害

認知症において、軽度から中等度の段階では、食べたり、飲んだりする機能は保たれませんが、重度の認知症になると、13〜57%に嚥下障害がみられるようになります。特に、アルツハイマー型認知症や前頭側頭型認知症に多いといわれています。

嚥下障害に起因する誤嚥性肺炎は、認知症の一般的な死因となっています。また、認知症が進行すると、食事の認知ができなくなったり、食事の拒否、失認や協調運動が難しくなったりで、食事が摂れなくなることもしばしばあります。このように食事摂取が、困難になった場合に、人工的水分・栄養補給(以下、AHN)の適応を考慮することになります。

認知症における AHNと胃ろう栄養

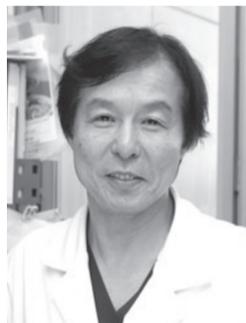
基本的な栄養ルート選択の

認知症患者のPEGの適応 個々の症例で「考える」を基本に

田無病院 院長 / PDN副理事長

丸山道生

欧米では重度認知症患者の人工的水分・栄養補給や胃ろうは、予後も改善せず、「適応なし」とされています。しかし、本邦では、欧米の報告と比較し、認知症患者への胃ろう栄養の予後が良好なため、「適応なし」とはいいたい状況です。認知症患者に対するPEGの適応について、私たちはどう考えていけばいいのでしょうか？今回はこの問題について考察します。

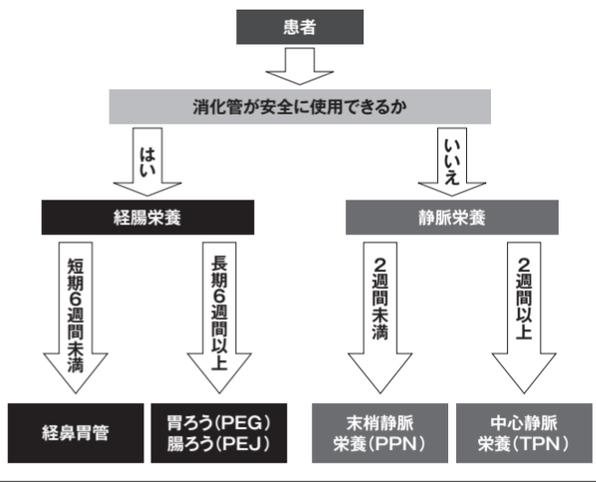


アルゴリズムは、腸が機能していれば、静脈栄養ではなく、経腸栄養とし、そして長期間になる場合は、PEGを行い、胃ろう栄養とすることが示されています(図1)。

AHNを行うとしたならば、その最も適切な栄養投与経路は胃ろうです。経鼻栄養、静脈栄養は中途半端で、正しい栄養方法ということをお忘れではありません。それを実際に裏付けるデータとして、

Masakuraは、嚥下障害高齢者を対象として、PEGとTPNの予後比較を行ったところ、TPNでの生存期間が短かったことを最近報告しています。

図1 栄養管理の時の栄養投与ルートを選択



の認知症患者の栄養ガイドラインでは、軽症、中等症の認知症の場合で、食事摂取が進まず、栄養状態の回復で、全身状態も改善の見込みがあれば、限定された期間のAHNは認めるとしています。認知症患者の脱水や、電解質異常による全身状態の悪化にも、一時的な末梢補液は効果がある場合もあり、個々の認知症患者の状態により、胃ろう以外の栄養ルートも考慮

欧米における重度認知症 へのAHN/PEG

2010年の米国ASPEN Ethic position paperでは、重症認知症に関して、過去の認知症とAHNを扱った論文や総説から、AHNは、hand-feeding(スプーンでの食事介助)と比較し、褥瘡改善、誤嚥性肺炎のリスク軽減、患者の安寧、機能改善、生存期間の延長などの一切のメリットはないとされ、「重症認知症患者にはAHNの適応はない」とされています。

に入れることは例外としてあり得ます。

同年のオランダからの報告でも、PEGをせずAHNをしない方が予後は良いことが報告され、認知症にはPEGはすべきでないという強い主張を述べています。また、2015年のESPENのガイドラインでも、認知症患者へのAHNは、個々の症例ベースで考え、特に重度認知症には、高いエビデンスレベルをもって、「経管栄養は、すべきでない」としています。

このように欧米では、重度認知症患者にAHNを施行しても、予後やQOLの改善はなく、原則的に、「AHNはすべきでない」とされ、PEGも当然適応はないとされています。ただし、臨床的に認知症患者にAHNやPEGは、ガイドラインに従って施行されていないかというところ、そんなことはありません。

栄養を行うことで、肺炎の発生と抗生剤の使用が減ることを報告しています。このように本邦での報告は、重度認知症にもPEGは効果があり、予後も良好であるとされ、日常診療の感覚に合っています。

本邦における 認知症患者への経管栄養

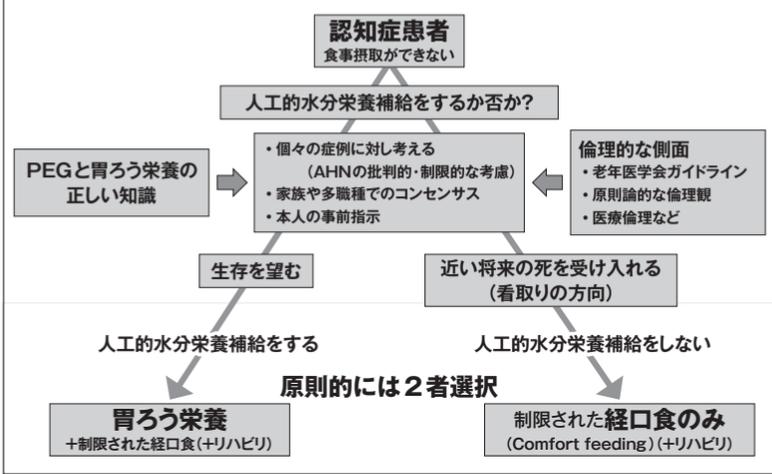
重度認知症患者への経管栄養は、経口のみに比較して、予後改善がみられないという

それ以後、2017年にTakayamaらは、認知症患者と精神疾患患者を対象に経管栄養をした群と、しなかった群を比較し、経管栄養をした群は、平均生存期間が711日、しなかった群は61日、特にPEG施行群では、1000日と、著しい予後の差があり、重度認知症においてPEGは、経鼻胃管より安全で、予後の改善に貢献することを報告しています。

大前提として、認知症患者が、経口的に食事を摂取できなくなった場合、「PEGを行うか否か？」が問題なのではなく、「人工的に水分・栄養補給をするか否か？」が問

本邦での認知症患者のPEGの適応を考える

図2 認知症患者の胃ろう栄養(PEG)の適応を考える



さらなる生存を望むのであれば、AHNを行ない、近い将来の死を受け入れる場合は、AHNを行わないこととなります。「AHNをする」と決めたら、前述したように最も適切な栄養補給法は胃ろうです。胃ろう栄養にプラス

題であることを、患者や家族とともに医療者も認識することが、最も重要な点です。適応判断には、認知症患者個々への個別のアプローチとします(図2)。AHNのメリットとデメリットを自分で考え、患者本人(本人の判断を期待することは難しいですが)、家族とそれに関わっている医療職、介護職などが、多面的な方向から検討し判断することです。もちろん患者の事前指示があれば、それを優先して考えます。重度認知症の場合、PEGの適応は、倫理性を考え、欧米の考え方も参考に、AHNへの批判的、制限的な立場を考慮して、その適応を慎重に検討すべきと考えられます。

本邦の代表的なAHNに對する倫理的ガイドラインは、2012年に老年医学会から出された「高齢者ケアの意思決定プロセスに関するガイドライン—人工的水分・栄養補給の導入を中心として—」です。そこでは、「個別事例ごとに、本人の人生をより豊かにすること、少なくとも悪くないことを目指して、本人のQOLの保持・向上および生命維持のために、どのような介入をする、あるいはしないのがよいかを判断する」とされています。すなわち「本人の人生の物語をより豊かにし得るか」という哲学的な判断です。特に認知症患者のAHN適応を考えるうえで、この倫理的考え方は重要です。そして、最終判断として、

適応を考える「際」に「考慮すべきこと」

して、制限された経口食も行い、リハビリも考えます。一方、「AHNをしない」と決めたら、家族と医療者側は患者に最後まで口から食べられるサポートをし、「comfort feeding」を続けて、看取っていく体制を取るのが原則となります。

AHNとPEGの適応を考える際に、考慮すべきことの事項を挙げます。一つは、「一度経管栄養を開始したら容易に、それを止められない」ということです。現在の本邦の社会的および法律的現状では、経管栄養で生きている患者の栄養を止めるには、かなりの努力と手続きが必要で、現実的ではありません。家族や、介護者に重症認知症患者への胃ろう栄養は生きている限り継続されることを覚悟してもらう必要があります。

Comfort feeding 食の楽しみとリスク

ESSENの認知症患者のガイドラインでは、AHNを選択しなかった時には、ほとんどのケースで個々の患者に見合った、注意深いhand-feedingが最も良い栄養法であると記載されています。そして、「各患者に見合った、注意深いhand-feeding」を「comfort feeding」として選別しなかつた場合には、ほとんどのケースで個々の患者に見合った、注意深いhand-feedingが最も良い栄養法であると記載されています。

一方「comfort feeding」をベッドサイドで実際に施行するのは、介護者や看護師、言語聴覚士などです。彼らは、誤嚥の危険性を感じながら、日々対処してはなりません。誤嚥のリスクと緩和的な食事の楽しみを継続することのバランスを考え、comfort feedingを行っていくわけです。

彼らに法律や倫理的問題を押し付けている可能性があることを認識する必要があります。そのために、彼らに対するアドバイスや優しい配慮が必要で

快適なAHNの継続と 最後まで守る工夫

欧米では、重度認知症患者のAHNやPEGは予後も改善せず、「適応なし」とされています。本邦では、欧米の報告と比較し、認知症患者への胃ろう栄養の予後は良いため、「適応なし」とはいえないと言えます。

AHNの選択に際しては、AHNを行わない場合にも、最後まで、comfort feedingを継続することで、介護者や家族が持つ見殺しの感覚を回避することも懸念する必要があります。

文献
 1) Masaki S, et al: PLoS One. 2019 Oct 2;14(10):e0217120.
 2) Volkert D, et al: Clinical Nutrition 34 (2015) 1052-73
 3) A.S.P.E.N. Ethics Position Paper Task Force: Nutrition in Clinical Practice 10: 1-8, 2010
 4) Goldberg LS, et al: Clin Interv Aging. 2014 Oct 14;9:1733-9
 5) Sánchez-Muñoz LA, et al: Med Clin (Barc). 2019 Dec 13;153(11):e59-e60.
 6) van Bruchem-Visser RL, et al: J Gastroenterol Hepatol. 2019 Apr;34(4):736-741.
 7) NPO法人PEGドクターズネットワーク認知症患者の胃ろう適応検討委員会: 認知症患者の胃ろうガイドライン作成調査研究事業報告書、2011
 8) Takayama K, et al: Psychogeriatrics. 2017 Nov;17(6):453-459.
 9) Takenoshita S, et al: BMC Geriatr. 2017 Nov 21;17(1):267
 10) 日本老年医学会、高齢者ケアの意思決定プロセスに関するガイドライン、人工的水分・栄養補給の導入を中心として、p9-10、2012
 11) Berkman C, et al: Am J Hosp Palliat Care. 2019 Nov;36(11):993-998

pHの低下により、
液体から半固形に変化する。

マーメッドワン

1

1.0
kcal/mL

粘度可変型栄養材

- 使いやすい流動性* ※当社従来品と比較して
- アルギン酸ナトリウム、大豆たんぱく、カルニチン含有/半消化態として設計 (2015年食事摂取基準対応)

300kcal/300mL 400kcal/400mL

テルモ株式会社 〒151-0072 東京都渋谷区幡ヶ谷2-44-1 www.terumo.co.jp

TERUMOはテルモ株式会社の商標です。マーメッドはテルモ株式会社の登録商標です。本製品は(株)カネカの技術で作られています。©テルモ株式会社 2017年12月