

## 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

著者：宮本礼子（Miyamoto Reiko），宮本顕二

我が国では誤嚥性肺炎予防や栄養補給目的で認知症患者に経管栄養（経鼻胃管栄養、胃瘻）が広く行われている。しかし、有効性が期待される胃瘻においても誤嚥性肺炎予防効果は証明されていない。誤嚥性肺炎の主たる原因は口腔内食物残渣や雑菌を含む唾液の不顕性誤嚥であることから当然といえよう。また経管栄養による栄養状態改善や生命予後延長も報告されていない。胃管や胃瘻ボタン自己抜去防止のため身体拘束は患者の不安や興奮を招き、鎮静のための薬剤投与は嚥下反射を低下させ誤嚥性肺炎の危険性を一層高める。さらに経管栄養は食事介助を必要としないため、患者と介護者の関係を希薄なものにしてしまう。このような認識を医療関係者がもっていないこと、そしてその実施において患者本人の意思が反映されていないことが経管栄養が広まった理由ではないだろうか。

筆者らは2007年と2008年にスウェーデンとオーストラリアの認知症施設と病院を視察した。これらの国では経管栄養はほとんど行われていなかった。それは経管栄養の有用性が証明されていないことに加え、行わない利点も考慮してのことである。すなわち、脱水は気道内分泌を減らし気道閉塞の危険性を低下させる。その結果、気道内吸引の回数が減り、吸引操作に伴う患者の苦痛が軽減する。また脱水や飢餓状態は脳内麻薬であるβエンドルフィンやケトン体を増加させ患者に鎮痛鎮静をもたらす。口渇に対しては少量の水や氷を口に含ませるほうが効果的である。スウェーデンやオーストラリアでは、認知症患者は終末期に経口摂取しなくなってから輸液もされず、約2週間後に安からに看取られていた。

認知症は終末期には意思疎通と嚥下が困難になり死に至る病である。そして緩和医療の対象疾患である。その認識に立って、告知、尊厳死、自己決定権（事前指示）、輸液なども含め、認知症患者における経管栄養の是非について議論する時ではないだろうか。

（Dementia Japan 23 : 64-65,2009）

## 認知症における胃瘻の問題

著者：横田 修（Yokota Osamu）他

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、いく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、褥瘡、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ためである。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。このうち我々の検討では認知症の有無で生命予後には有意差はなく、認知症患者の約 25 % は胃瘻増設後 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、胃下垂既往で、認知症は有意でなかった。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、エビデンスの欠如と板挟みの現場が窺える。

文献：

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

(Dementia Japan 24 : 65-66,2010)

## 認知症における経管栄養

著者：宮本礼子（Miyamoto Reiko）他

認知症における経管栄養の是非をめぐる私たちの意見に興味をもっていただ

き、ありがとうございました。下記のように返答いたします。

1 Finucane らはランダム化試験が行われていないから胃瘻を実施すべきでない」と主張しているが反論もある。

宮本医師返答：

Finucane らは過去にランダム化比較試験がないのでメタ解析ができないと述べていますが、それだけをもって経管栄養（胃瘻を含む）を否定していません。多くの非ランダム化比較試験を検討した結果、経管栄養により生命予後、誤嚥性肺炎、栄養状態、褥瘡などが改善したとする報告がないことから、進行した認知症患者に対しては経管栄養を実施すべきでない」と述べています。しかし、今後さらなる検討が必要と思います。

2 胃瘻を持つ認知症患者の生命予後は多様であるが、最も悪いデータのみが伝えられているケースがある。また、認知症の有無で生命予後に差はない。

宮本医師返答：

横田らが指摘するように、経管栄養を実施した認知症患者の生存率は報告により異なります。横田らは悪いデータのみが伝えられることを危惧しています。しかし我が国の現状は、生命予後を初めとして経管栄養に過剰な期待を抱かせるような説明がされているのではないのでしょうか。事実、経口摂取が不可能な高齢者の家族に経管栄養について十分な情報提供を行ったところ、経管栄養を希望しないケースが 33 %から 73 %へ増加したという報告があります（小坂,2009）。なお、横田らは自身の報告をもとに認知症の有無は胃瘻患者の予後に影響しないと述べていますが、認知症が胃瘻患者の予後不良因子であるという報告もあり（Sanders et al.,2000）、今後の検討が必要と思います。

3 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。

宮本医師返答：

私たちもその考えに賛成です。我が国では多くの医療従事者が経管栄養について疑問を抱きながらも、問題を解決して来ませんでした。その結果、経管栄養患者は急増しました。そして患者本人の意志ではなく、家族と医療者側の考えで経管栄養が行われてきました。経管栄養を含む終末期医療の選択は、QOL、尊厳、生命予後の観点から、患者自身が決定すべき事です。そのためには、事前指定書の活用等について議論し、対策を講じるべきではないのでしょうか。

文献：

小坂陽一（2009） 胃ろう造設と家族の教育. 日本老年医学会雑誌 46：臨時

増刊号（抄録集）：22.

Sanders DS (2000) Survival analysis in percutaneous endoscopic gastrostomy feeding : a worse outcome in patients with dementia. Am J Gastroenterol 95 : 1472-1475

(Dementia Japan 24 : 67-68,2010)

## 私の感想

先ずは、宮本礼子医師の『誤嚥性肺炎の主たる原因は口腔内食物残渣や雑菌を含む唾液の不顕性誤嚥であることから当然といえよう。』の決めつけは少々気になる部分ですので、解説しておきますね。

まず、誤嚥性肺炎についての基礎知識を整理しておきましょう。

### 参考資料 1 :

#### 【誤嚥性肺炎】

- 1 食べている時の誤嚥（脳卒中後遺症で喉に麻痺がある場合）
- 2 寝ている時の唾液誤嚥（唾液中の細菌が肺炎を引き起こす）  
＝一般には軽症である
- 3 胃食道逆流（GER）による誤嚥（舌が黄色～茶色に着色）  
＝深刻な肺炎となりやすい

### 参考資料 2 :

嘔吐をとまわらない誤嚥性肺炎 51 例のうち 35.3% では GER（胃食道逆流現象）の痕跡は不明であり、唾液などの不顕性誤嚥による肺炎が疑われた。

【吉田貞夫：半固形栄養法、PEJ などによっても誤嚥性肺炎を防止できなかった症例。臨床栄養別冊 栄養力 UP NST 症例集（2） p24-29, 2009.】

### 参考資料 3 :

不顕性唾液誤嚥の検査方法

＝アイソトープをガムペーストに混ぜて歯茎に付着させ、翌朝撮影したシンチグラム像

右肺内にアイソトープの取り込みを認める。健常者ではアイソトープが肺内に流れ込んでいない。

【山谷睦雄：唾液の誤嚥と咳反射低下による誤嚥性肺炎。日医雑誌 2009;138:1781-1783.】

確かに、参考資料2のデータのように、嘔吐をともなわない誤嚥性肺炎51例のうち35.3%ではGER（胃食道逆流現象）の痕跡は不明であり、唾液などの不顕性誤嚥による肺炎が疑われるわけですが、**逆に言えば、嘔吐をともなわない誤嚥性肺炎に於いても64.7%ではGER（胃食道逆流現象）が存在するわけ**です。

ですから、経管栄養（経鼻胃管栄養、胃瘻）では誤嚥性肺炎を予防しきれないかも知れませんが、PEG-J（経胃瘻的空腸瘻）などを導入すれば、誤嚥性肺炎は予防できるかも知れない！ということになります。

まあ、不顕性唾液誤嚥かどうかは、参考資料3のように、アイソトープをガムペーストに混ぜて歯茎に付着させ、翌朝シンチグラム像を撮影すれば、確認はできるわけですから、徹底した検証を行うには、このような科学的な検証を導入する必要があるのかも知れませんね。

いずれにしても、私も、『経管栄養を含む終末期医療の選択は、QOL、尊厳、生命予後の観点から、患者自身が決定すべきことであり、事前指定書の活用等について議論し、そろそろ対策を講じるべき』という、宮本医師および横田医師の意向には賛同いたします。

まずは私自身は、終末期の意向書を通じた調査から開始していきたいと思います。

#### 1) 終末期の事前指定書

レット・ミー・ディサイド（私の選択）

私の四つのお願い

<http://www.inetmie.or.jp/~kasamie/Syuumatuki.pdf>

（平成22年6月25日付三重タイムズ第1183号・日々想々）

#### 2) 終末期の意向調査・前編&後編 事前指定書

<https://aspara.asahi.com/blog/nobusan/entry/UQ2wyBX29b>

（アピタル のぶさんの患者道場・「あなたは最期をどう迎えますか？」）