連　載●3

認知症の人の終末期を考える

アルツハイマー型認知症末期の胃ろう栄養法

6.7月は　会田薫子特任准教授

●東京大学大学院人文社会系研究科
死生学・応用倫理センター上廣講座

（あいた・かおるこ）東京大学大学院医学系研究科健康科学・看護学専攻博士課程修了（保健学博士）。ハーバード大学メディカルスクール医療倫理プログラムのフェロー等を経て、現職。主な著書に『延命医療と臨床現場：人工呼吸器と胃ろうの医療倫理学』（東大出版会）がある。

日本は世界でトップレベルの長寿社会になったといわれています。しかし、「長寿社会」というよりも「長命社会」になったというべきかもしれません。なぜなら、平均余命が長くなったことは事実ですが、それが幸せな状態かどうかは、にわかに肯定できないからです。本当の長寿社会になるためには、長生きに伴って増える認知症などの疾患に対して、社会としてより良く対応することが重要です。認知症対策の向上は、日本が本当の長寿社会になるためのカギを握るといっても過言でないと思います。

私は認知症の終末期問題の重要課題の１つである、「食べられなくなったらどうするか」という問題に、この10年ほど取り組んできました。この問題を考える際に、認知症の原因疾患を踏まえることは重要です。なぜなら一口に認知症と言っても、原因疾患は数多く、それによって考え方や取るべき対応が異なるからです。

最近の研究では、日本でも認知症例の半数以上はアルツハイマー型認知症（AD）であると報告されていますが、少し前までは、日本ではADは少なく、多くは脳血管疾患型であるといわれてきました。一方、欧米社会ではADが多いことは以前から知られており、そのためADに関する研究と対策についての蓄積が多く、日本でも参考にできるところが多々あります。今回の「食べられなくなったら」という問題について、欧米諸国のアルツハイマー病協会は、ADでは終末期になるまで摂食可能なことが多いが、可能な限りの食事介助をしてもいよいよ摂食困難となったら、それは本人の生命が終わりに近づいていることを意味しているので、胃ろうや経鼻経管による栄養法は本人の身体にはかえって負担になる、としています。

ADの終末期とはどのようなものなのでしょうか。進行性の脳の変性疾患であるADの進行過程を理解するためには、米国で作られたADの病期分類であるFAST（Functional Assessment Staging）が有用です。FASTは７段階で分類されており、FAST１は正常で、数字が大きくなるほど病態が重度であることを意味します。着衣等のADLに介助を要するようになるとFAST６と診断され、さらにADが進行するとFAST７に入ります。FAST７には(a)～(f)まで６段階の小分類があります。FAST７(a)は最大６語の言語機能を使用する段階で、FAST７(b)ではそれが一語になります。FAST７(c)は歩行能力が喪失した段階、FAST７(d)は介助によって着座してもその姿勢を維持するのが困難（座位保持困難）となった段階で、FAST７(e)では表情を消失し笑うこともなくなります。FAST７(f)は昏迷・昏睡の状態です。ADの終末期はFAST７(d)～(f)の段階と考えるのが一般的です。

この段階で食べることができなくなって、胃ろうも経鼻経管栄養法も行わないとすると、どうしたらよいのでしょうか。もちろん、中心静脈栄養法（TPN）を行うということではありません。米国老年医学会は「適切な口腔ケアを行い、小さな氷のかけらを与えて水分補給する程度が望ましい。氷に味をつけるのもよい。死を間近にした患者は空腹やのどの渇きを覚えない」とし、米国アルツハイマー病協会は、「AD末期で嚥下困難になった患者に対する最も適切なアプローチは、死へのプロセスを苦痛のないものにする

ことである。輸液も実施しないほうが最期の苦痛が少ない」としています。

人工的水分・栄養補給法を行わないという意思決定は、終末期医療とケアに関わる判断のなかでも特に難しいといわれています。それが食事の代替であり、その提供はケアの象徴と認識されることが多いからです。その差し控えや中止は「餓死させること」に相当する非倫理的なことと認識している医療・介護従事者も少なくありません。医療者がこのような認識を有しているとき、家族に対し、人工的水分・栄養補給法を差し控えて看取ることは選択肢として示されず、胃ろう造設等が行われます。何らかの医療行為が行われるとき、その効果よりも医療行為を実施したという事実に重きが置かれることも少なくありません。自然な経過の先にある死を受け入れることに対する心の抵抗が医療行為の継続を呼び、患者の不利益に帰することが少なくないのが現代医療の特徴の１つです。

しかし、医学生理学的にいえば、老衰やADの終末期には人工的水分・栄養補給法を行わずに看取るのが本人にとって最も苦痛の少ない最期になることがわかっています。その理由として、余分な輸液を行わないことによる気道内分泌物の減少と、吸引回数の減少、気道閉塞リスクの低下や、脳内麻薬と呼ばれるβエンドルフィンやケトン体の増加による鎮痛鎮静作用が挙げられます。つまり、人工的水分・栄養補給法を行わないことは「餓死させること」ではなく、緩和ケアなのです。このように認識すると、終末期の人工的水分・栄養補給法に対する見方は大きく変化するのではないでしょうか。

次回は、脳血管疾患型認知症の場合を中心に、終末期と胃ろう栄養法等の人工的水分・栄養補給法について考えます。

（つづく）

「胃ろう」への家族の思い❸

支部会報から探る

「胃ろう」を導入した家族の思い

●胃ろうにしたが、よかったのだろうか（福岡県支部）

52歳で脳梗塞を起こし、片まひ、言語障害の後遺症を持つ夫(要介護５、65歳)の気持ちを確かめず、昨年勧められて胃ろうにしたが、これで良かったのかと、夫のことを思って自分を責めています。

●「生きている」ことに悩む（福井県支部）

医師から「胃ろうを付けないときは、誤嚥の繰り返しで肺炎併発や窒息死も覚悟しなければ」「胃ろうは問題もあるが悪いものではない」など聞き、本人の意思確認ができない状態であり、親の命を勝手に縮めることはできないと胃ろうを希望した。しかしただ一つ残された食事の楽しみさえもなくし、こんな状態で生きていて本人のためになるのかと自問自答の連続であった。胃ろうにより吸痰、口腔ケアなどの仕事が出てくるが、一番悩んだのは『生きている』の意味であった。

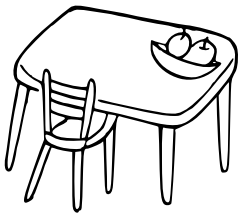
●花の咲くころまでと、医者に言われた（福岡県支部）

１昨年、要介護４の父は食事を食べなくなり、口を開けないため胃ろうを造設し在宅で胃ろうの管理、痰の吸引を行っている。時々、口からプリンやアイスクリーム食べさせることができるが、最近熱が下がらず点滴をしているが医者から今年の花が咲くまで…と言われ覚悟はできている。

胃ろうを導入しなかった家族の思い

●「導入しない」という考えは実行できるだろうか（福井県支部）

本人の意思確認は今となっては難しい。本人の希望を推し量って、いろいろ思案し「導入しないでおこう」と決めたつもりではある。母もまた「○○が決めたことやったらそれでいいよ」と言ってくれるであろうと思っている。しかし、誤嚥が続くとその後の介護や医療はどうなるのか？「導入しない」という考えは変えるつもりはないのだが、それを実行できるのか自信はない。

●自然なターミナルを選びました（長野県支部）

終末期を迎えた母はやはり飲み込みが悪くなり、誤嚥性肺炎を起こしました。何度か自宅で口からの吸引や気管支からの吸引をしました。その時、胃ろうの設置をするべきか迷いました。訪問介護を受けながら食事の工夫で自然なターミナルを選びました。自宅で安らかに生涯を終えました。