

嚥下機能障害のある認知症高齢者に
経管栄養を導入すると
良いend of life を過ごせるのか？

聖隷浜松病院	総合診療内科
担当	橋本梨沙
監修	堀博志
	渡邊 卓哉

症例：77歳男性

- 自宅で食物のムセを繰り返し、
膿胸合併肺炎で入院加療を行った。
- 咽頭・嚥下反射の高度な低下が認められ、
嚥下機能障害が客観的に証明された。
- 医師が主体的に、**
経鼻胃管からの栄養投与を複数回試みたが、
不顕性誤嚥による発熱、SpO2低下を繰り返した。

入院時の治療のゴール

肺炎治療、循環管理を行ない
自宅への退院を目指していく

経過

経腸栄養の確立ができず、経管栄養は中止。

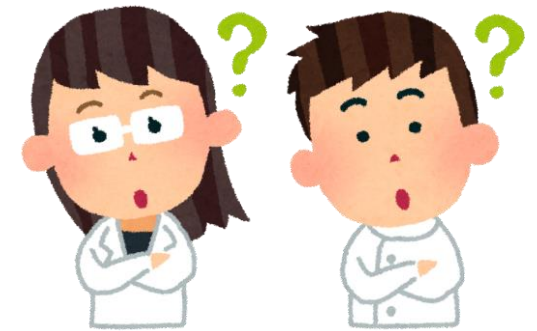
末梢輸液のみ行い、BSCの方針となった。

以後も発熱やSpO2低下を繰り返し、

第52病日、病棟にて死亡を確認。

本人の明確な意思を確認することはできず、

家族との話し合いの中で治療方針を決めていった。



経管栄養の選択は患者にとって良かったのか？

良い終末期をマネジメントできたのだろうか？

Clinical Question

複数回の経管栄養を試みたが、症状悪化により中止せざるを得なかった。

良性疾患終末期、食べられない認知症患者に、栄養を導入する意義はあるのだろうか？

P：進行したアルツハイマー型認知症患者に

I：tube feedingを導入する

C：tube feedingを導入しない

O：良いend of lifeを過ごせるのか

Artificial Hydration and Nutritionとは

人工的水分・栄養補給法（Artificial Hydration and Nutrition）とは
経口による自然な摂取以外の仕方で水分・栄養を補給する方法

➤ 経腸栄養法（tube feeding）

胃瘻栄養、経鼻経管栄養、間欠的口腔・食道経管栄養

➤ 非経腸栄養法

中心静脈栄養、末梢静脈栄養、持続皮下注射

Geriatr Gerontol Int 2012; 12: 317–321.



AHNの中でも多く導入されているtube feedingについて検討する

Tube feedingの疫学

- 全国の胃瘻増設者数は約26万人と推定
- 日本の介護療養型老人保健施設では27.6%の患者が胃瘻増設

胃瘻造設高齢者の実態把握及び介護施設・住宅における管理等のあり方の調査研究 報告書
社団法人全日本病院協会, 2011.

- アメリカの認知機能障害患者の18-34%がtube feedingを受けている

J Am Med Dir Assoc 2009; 10: 264-270.

施設の特徴

市街地にある、100床以上、認知症ケア施設がない
白人以外の患者が多い、医師やNurse Practitionerが居ない

JAMA 2003;290:73-80.

つまり

医療スタッフが不足
認知症対応に不慣れ

Tube feedingを導入する目的は何か？

人工栄養の理由：

延命と家族の意向が大きい

PLoS One. 2013; 8(4):e61475.

理想(現状維持)と

現実的判断(人工栄養)に差あり

終末期と判断した場合は

人工栄養を選択する人が少ない

➤ 終末期医療経験がある医療従事者1014名へのアンケート調査

表 3 認知症ケースにおける治療・介護方針の現実的判断の理由

	完治可能性	生存時間	QOL向上	経済的	本人の尊厳	家族の意向	ガイドライン	その他
全体 (N=426)	2.1%	30.5%	7.3%	0.9%	15.3%	41.8%	0.7%	1.4%
人工栄養補給 (N=322)	2.2%	39.1%	6.2%	0.0%	8.7%	42.2%	0.6%	0.9%
代替医療 (N=2)	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	50.0%	50.0%	0.0%	0.0%
嚥下訓練等 (N=20)	10.0%	5.0%	25.0%	5.0%	30.0%	25.0%	0.0%	0.0%
現状維持 (N=73)	0.0%	4.1%	8.2%	4.1%	37.0%	42.5%	1.4%	2.7%
なにもしない (N=5)	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	40.0%	60.0%	0.0%	0.0%
その他 (N=4)	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	25.0%	50.0%	0.0%	25.0%

表 4 認知症ケースにおける終末期判断別の治療・介護方針の理想と現実的判断

	終末期判断	人工栄養補給	代替医療	嚥下訓練等	現状維持	なにもしない	その他
理想	である (N=169)	34.3%	1.2%	16.0%	42.6%	1.2%	4.7%
	でない (N=257)	64.6%	0.4%	16.7%	14.4%	0.8%	3.1%
現実	である (N=169)	61.5%	0.6%	5.3%	30.2%	2.4%	0.0%
	でない (N=257)	84.8%	0.4%	4.3%	8.6%	0.4%	1.6%

日本認知症ケア学会誌、2015; 14 (3) 634-643.

Tube feedingを導入する目的は何か？

医師、家族はtube feedingの利点を
予後の延長、栄養の改善、合併症（肺炎）の減少を利点と考えている

J Am Med Dir Assoc. 2009; 10: 264–270.

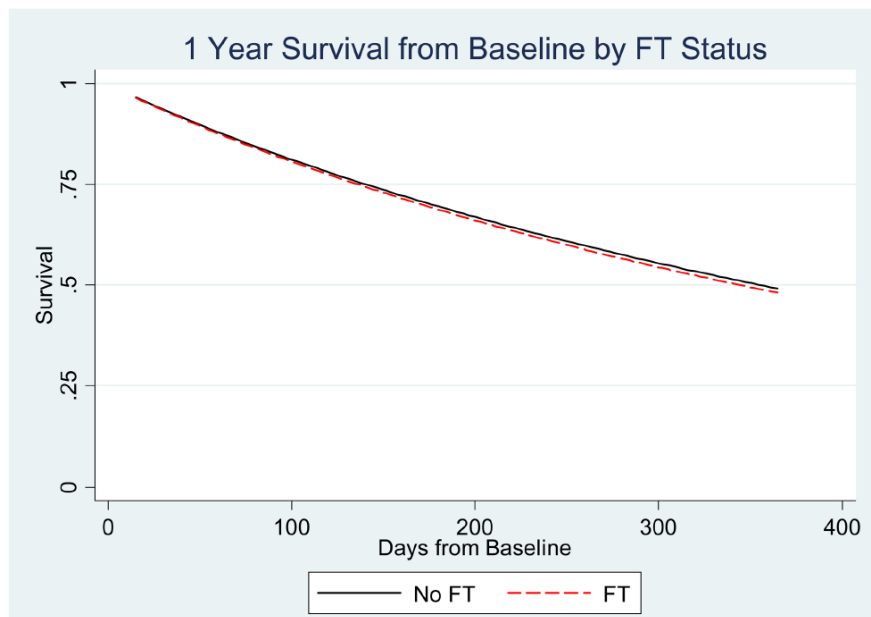
実際にtube feeding は

- 予後を延長させるのか？
- 栄養を改善するか？
- 合併症を予防するのか？

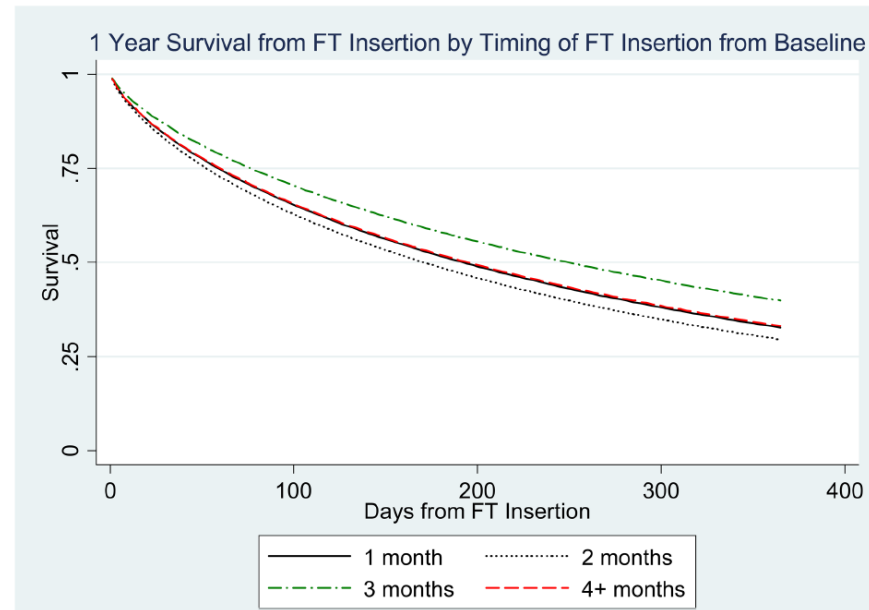
Tube feedingと予後

➤ アメリカのnursing homeにおいてeating problemを生じた認知症患者

36,492名を対象とした前向きコホート研究



tube feedingを導入しても予後は延長しない



eating problem発症後、
tube feeding導入時期による予後の違いはない

J Am Geriatr Soc. 2012; 60(10): 1918–1921.

Tube feedingと予後

- アルツハイマー型認知症終末期患者への経管栄養導入

多くの観察研究において経口摂取患者群とfeeding tube群の間に**生存率の有意差はなかった**
(1年で63%の患者が死亡、feeding tube群の平均生存期間は7.5ヶ月)

JAMA, 1999; Vol. 282, No.14 1365-1370.

- 施設入所患者の観察研究ではtube feedingと重度認知症患者の予後改善に関連証明できず

J Am Med Dir Assoc. 2009; 10: 264-270.

- 胃瘻患者361名を対象とした後ろ向きコホート研究

認知症患者は1ヶ月の死亡率が54%と、全体の死亡率28%と比較し予後不良

Am J Gastroenterol. 2000; 95(6):1472-1475.

➤ tube feedingは**予後を延長しない！**

Tube feedingと予後...日本では

- 在宅医療患者80名を対象とした後ろ向き観察研究
PEGやHPNはoral feedingより予後が**約2倍よい**（表）

Journal of Clinical Neuroscience 20 (2013) 220–223.

- 嚥下障害のある163名を対象とした観察研究
寝たきり後、半年以内にtube feedingを導入すると
以後の導入より明らかに予後が良い（図）

Geriatr Gerontol Int. 2012; 12: 317–321.

- AHN患者の観察研究では、
海外より生存期間が長い可能性が示唆される

Psychogeriatrics. 2016 Jan 12. doi: 10.1111/psyg.12173.

- 胃瘻造設者の12%が胃瘻造設後5年超経過している

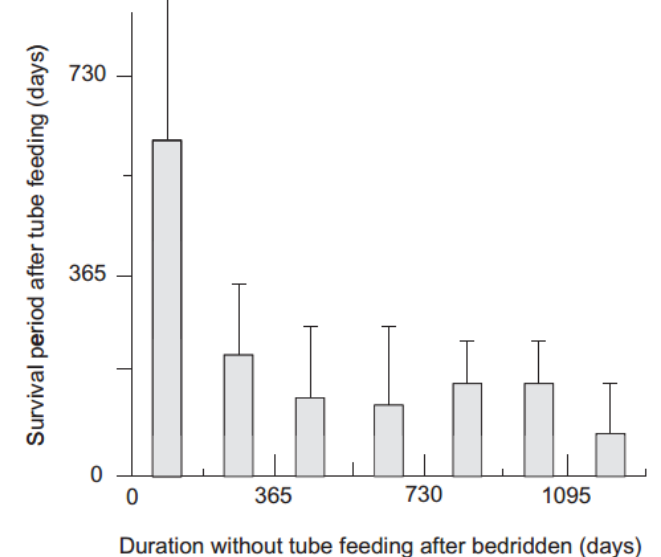
胃瘻造設高齢者の実態把握及び介護施設・住宅における管理等のあり方の調査研究 報告書
社団法人全日本病院協会, 2011.

日本の在宅医療では予後延長の報告も見られる

Table 2

Characteristics of 80 patients with neurologic impairments who received three methods of nutrition in home care

	Oral intake (n = 23)	HPN (n = 21)	PEG (n = 36)
Mean age when home care commenced (years)	76.9 ± 8.7	78.7 ± 7.7	77.3 ± 8.0
Survival period after home care commenced (days)	399 ± 257*	725 ± 616	736 ± 765



Tube feedingの合併症

- すべてのtube feeding患者に共通し
1番多い合併症は**誤嚥性肺炎** (0-66.6%)

その他

- PEG閉塞 (2-34.7%)
- リーク (2-34.7%)
- 局所感染 (4.3-16%)

経鼻胃管の2/3は入れ替えが必要となった

JAMA, 1999; Vol. 282, No.14 1365-1370.

- tube feeding導入後の肺炎を発症しない期間と生存期間には正の相関がある (図)

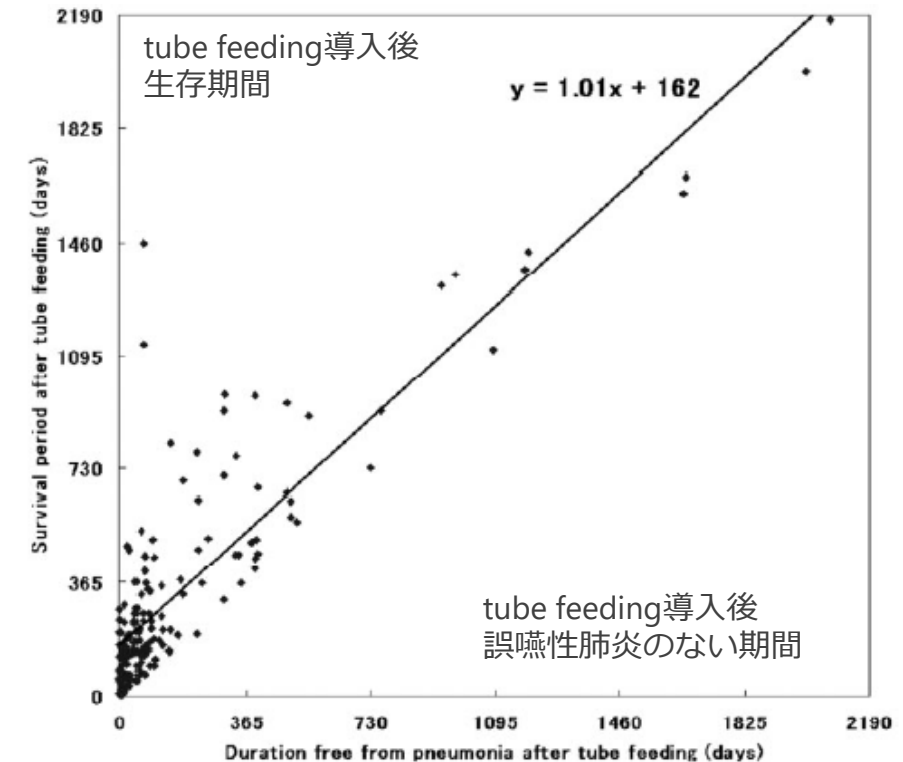


Figure 2 Survival period after tube feeding (y) was proportional to duration free from pneumonia after tube feeding (x), as $y = 1.01x + 162$ ($P < 0.001$).

Geriatr Gerontol Int. 2012; 12: 317-321.

その他の合併症

tube feedingによる合併症

tube配置に関連した疼痛、感染、出血

誤嚥リスク増加

褥瘡リスク増加

消化器症状（下痢、便秘）

身体的および薬物的な拘束（tube抜去を防ぐ）

体液過剰（肺水腫や末梢浮腫）、上気道分泌物

飢え、口渴感の高まり

tube feeding 導入により
様々な合併症が想定され
QOLを下げる可能性がある



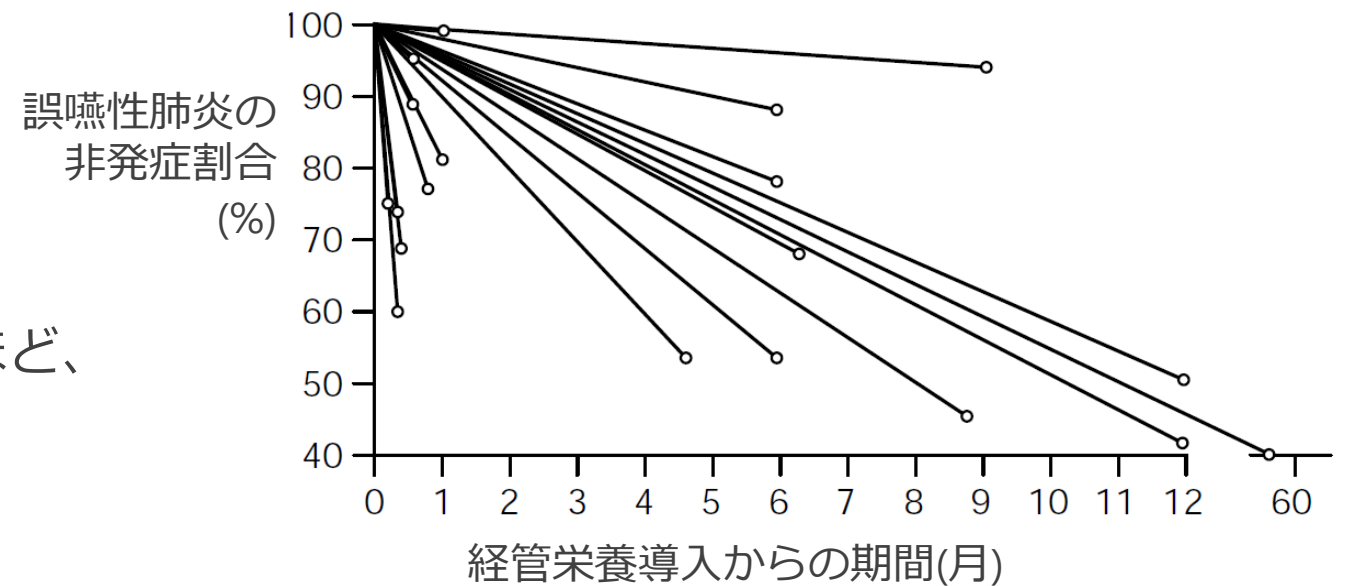
Tube feedingと肺炎

➤ AHNは肺炎を予防するか？

嚥下機能障害のある患者を対象

19のコホート研究のreview

経管栄養導入後の期間が長くなるほど、
誤嚥性肺炎の非発症割合は減少



Lancet. 1996; 23;348(9039):1421-1424.

➤ tube feedingでも誤嚥性肺炎は発症する

Tube feedingと肺炎

- 65歳以上の意志決定不能な経管栄養導入者201名を対象とした観察研究

肺炎等の感染症による死亡率は経管栄養継続群で78.5%

日本老年医学会雑誌 2009; 46: 521-523.

- 胃瘻造設患者155名と経鼻胃管患者106名を対象としたコホート研究

誤嚥性肺炎の既往のある患者はtube feedingによって誤嚥性肺炎を予防できない（経鼻胃管で増多）

Table 3. Incidence of AP before and after 6 months of tube feeding

			6 months after		P-value
			AP (+) No. of patients	AP (-) No. of patients	(Fisher's exact test)
PEG group (96 patients)	Before feeding	AP (+)	33	31	0.90
		AP (-)	3	29	<0.01
NG tube group (69 patients)	Before feeding	AP (+)	45	7	<0.01
		AP (-)	9	8	1.00

AP, aspiration pneumonia; NG, nasogastric; PEG, percutaneous endoscopic gastrostomy.

Psychiatry Clin Neurosci. 2012; 66(5):418-22.



- 経管栄養による合併症として誤嚥性肺炎があり、死因になりうる

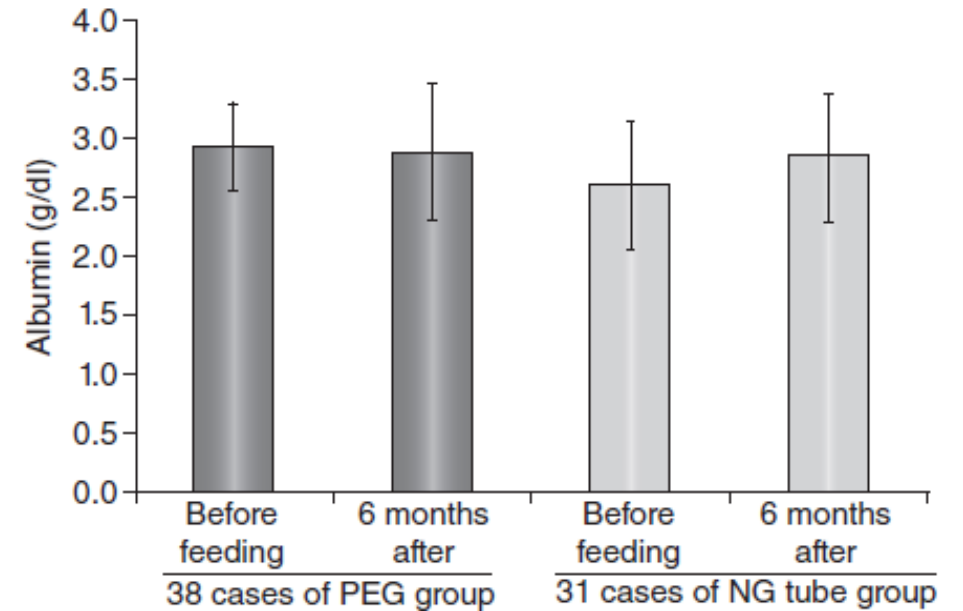
AHNと栄養、褥瘡

- 胃瘻造設患者155名と経鼻胃管患者106名を対象としたコホート研究
胃瘻、経鼻胃管による栄養でAlb値は改善しない（図）

Psychiatry and Clinical Neurosciences 2012; 66: 418-422.

- 胃瘻患者1124名を対象としたコホート研究
2.27倍褥瘡を発症しやすく、一方で治癒しにくい

Arch Intern Med. 201; 172(9):697-701.



- tube feedingは栄養を改善せず、褥瘡も予防しない

Tube feedingを選択する目的は何か？

- 認知症終末期の予後を延長させるのか？

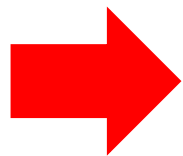
延長しない。しかし日本では予後は延長しうる。

- 認知症終末期の栄養改善、褥瘡予防をするか？

改善しない。

- 認知症終末期の合併症を減らすのか？

減らさない。



QOLに関しては改善するだろうか？

Tube feedingとQOL

- 意思決定に関与した患者34,649名を対象としたsystematic review

tube feedingは以下の2点の理由からQOLを損なわせる

- ✓ tube feeding は**discomfort**を増加させる
- ✓ oral feedingの**喜び**を失わせる

PLoS One. 2013; 16;8(4):e61475.

誤嚥のリスクがあっても
苦痛から解放され
口から食べる喜びを共有したい

- 認知症で亡くなった患者家族486名へのインタビュー

tube feeding 患者の約1/3が、自己抜去予防に**身体的・薬理的拘束（鎮静）**を受けている

tube feeding患者の**家族が**excellent end-of-lifeと答える割合は、非導入と比較して**優位に低い**

Characteristic	Total	Feeding Tube Inserted	Decision Made for No Feeding Tube	Discussion but No Decision	No Discussion
Quality of end of life care excellent, % (95% CI)	43.7	28.4 (16.8–43.7)	40.0 (29.4–51.6)	52.2 (39.5–64.5)	45.7 (39.6–52.0)

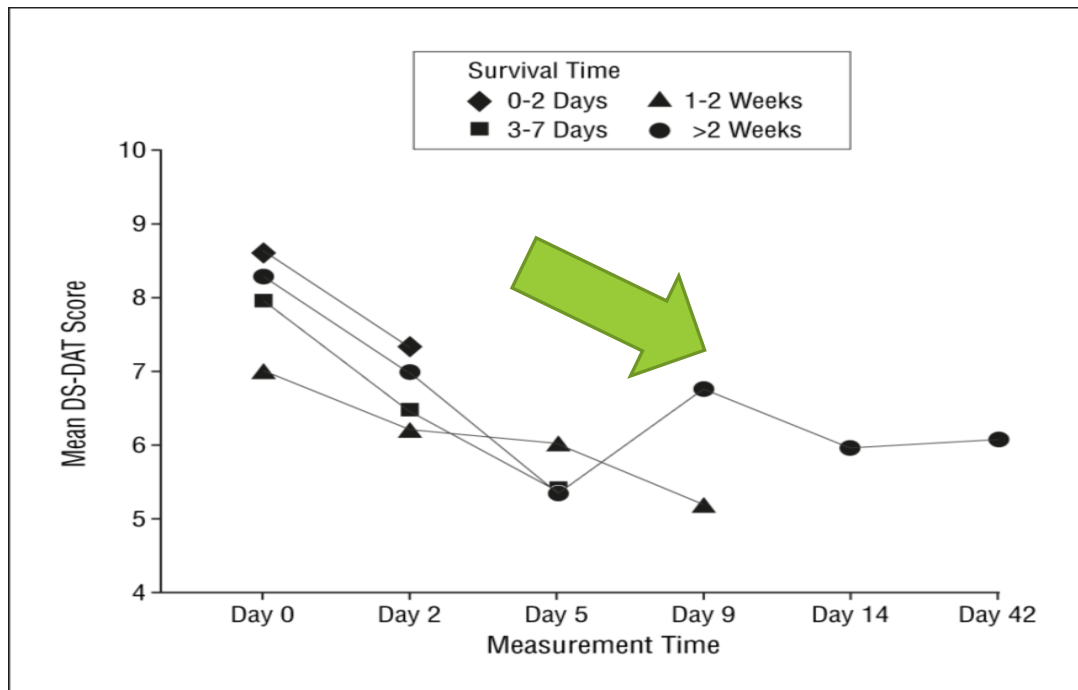
CI = confidence interval.

J Am Geriatr Soc. 2011; 59(5): 881–886.

- Tube feedingはQOLを改善しない

Tube feedingとQOL

ANHが不快なのか、脱水が辛いのか？



ANHを差し控えたNursing home患者178名

DASDAT(Discomfort Scale–Dementia of AlzheimerType)
という評価尺度で不快感を評価

ANHを控えた後、不快感指数は減少

➤ Tube feeding自体が不快感の原因

Tube feedingとQOL

オランダのnursing home 患者178名を対象とした
前向き縦断観察研究

- ANH差し控えは
女性患者、重度認知症、急性疾患に多い
- 不快感レベルは差し控え決定時に最大
差し控え後、不快感は減少
- 不快感と大きく関連したのは
呼吸困難、身の置き所のなさ、痛み
- 覚醒患者に不快感が大きい

Table 3. Characteristics Associated With Discomfort*

Characteristic	Bivariate Analyses	Multivariate Analysis
	B (95% CI)	B (95% CI)
Female sex	-2.91 (-4.74 to -1.08)	-1.68 (-3.03 to -0.33)
Dyspnea	3.01 (-1.27 to 4.75)	2.55 (1.17 to 3.92)
Restlessness	4.36 (2.95 to 5.78)	3.27 (1.94 to 4.60)
Pain	2.24 (0.74 to 3.73)	1.46 (0.26 to 2.66)
Average fluid intake, mL		
0-99	-2.33 (-3.69 to -0.96)	-1.14 (-2.55 to 0.27)
100-499	-1.18 (-2.53 to 0.16)	-0.52 (-1.75 to 0.70)
500-999	-0.22 (-1.38 to 0.93)	-0.01 (-1.11 to 1.10)
≥1000 (Reference)	0.00 (0.00 to 0.00)	0.00 (0.00 to 0.00)
Presence of dehydration	0.23 (-0.85 to 1.31)	1.30 (0.25 to 2.36)
Benzodiazepines	2.18 (0.83 to 3.53)	1.09 (-0.02 to 2.21)
Other psychotropic medication	1.68 (0.13 to 3.23)	0.94 (-0.36 to 2.25)
Mouth care	-1.17 (-2.20 to -0.13)	-0.39 (-1.39 to 0.61)
Level of consciousness	-3.25 (-4.50 to -2.27)	-2.86 (-3.84 to -1.88)

Arch Intern Med. 2005;165(15):1729-1735.

➤ 人工栄養を差し控えられても、**discomfortは増えない**

Tube feedingはQOLを改善するか？

Tube feeding は

- discomfortを増加させる
- 差し控えてdiscomfortは増加しない
- QOLを改善しない



AHN非導入例でのdiscomfortへの対応

ANHが不快なのか、脱水が辛いのか？

- 食事や水分を不快さを和らげる程度与えることは、患者の望みを満たし、不快さを軽減しうる
- 飢えや乾きの訴えは、マウスケア、氷や口を濡らす程度の水分で和らぐ

JAMA. 1994;272:1263-1266.

AHNの差し控えによる症状のマネジメント法

喉の乾き	口を湿らす程度の経口補液
口腔乾燥	グリセリン、氷、液体の塗布 口腔内乾燥をきたす治療法の除去
口腔乾燥 (悪化した場合)	人工唾液、リップバーム
口腔内汚染、不衛生	マウスウォッシュ 希釈過酸化水素
口内炎	ジフェンヒドラミン液 リドカイン、抗カンジダ薬
疼痛、身の置き所のなさ	モルヒネやベンゾジアゼピンの適正投与
嘔気	制吐剤

N Engl J Med 1997;336:652-657.

食事の見直しや薬剤介入

➤ 食事の仕方を見直す

食事介助を行う、本人が手で食べる、好みや味の濃いものにする

食事の温度の評価、嚥下を何回かに分ける、嚥下後の咳を促す、頬と首のアイシング など



➤ 薬剤の副作用を見直す

鎮静剤、運動障害（メジャートランキライザー）、口腔乾燥症（抗コリン薬）

食道炎（アレンドロネート）、食欲不振（NSAIDs）など

JAMA. 1999;282: 1365-1370.



➤ ACE阻害薬：咳反射改善

➤ ドパミンアゴニスト：意識状態を改善

➤ 六君子湯：食欲増進

JAGS 2010; VOL. 58, NO. 10, 2035-2036.

- 高度認知症における
tube feedingを
離脱できる可能性がある

Careful hand-feedingが望ましい可能性

- 終末期患者32名を対象とした観察研究
少量の経口摂取は飢え、乾き、口渴症状を軽減

JAMA 1994; 272(16):1263-1266.

- タッチングや口頭指示で摂食量が増加する可能性がある

J Gerontol Nurs. 1994; 20(2):36-40.

- 本人と家族の快適さや親密さを維持できる

Clinical Gastroenterology And Hepatology 2007;5:1372-1378.

- hand feedingの選択肢を家族に伝える

hand feeding について家族に伝えている割合は少ない

Explanation of option of hand feeding as long as patient was comfortable, % (95% CI)

	コントロール	tube feeding群
Yes	22.6 (13.3-35.6)	40.1 (29.4-51.9)
No or did not discuss	30.9 (19.2-45.8)	51.8 (40.3-63.0)
Hand feeding not an option	38.2 (26.3-51.7)	4.6 (1.8-11.1)



J Am Geriatr Soc. 2011; 59(5): 881-886.

Tube feedingの良い面があるとしたら

QOL の定義とは (WHO)

個人が生活する文化や価値観の中で、目標や期待、基準
及び関心に関わる自分自身の人生についての認識

日本では終末期の人工栄養はよく行われている
多くの日本の医師は、家族のために人工栄養を始めるべきだと感じている
“日本人は、自分自身の幸せでなく**家族の幸せを満たす**ために生きている”という医師もいる

PLoS One. 2013; 16;8(4):e61475.

Tube feedingの良い面があるとしたら

- 日本では宗教、哲学、家族の感情、社会的習慣や世論の違いが欧米諸国と際立つ
- **親孝行の美德**が強調された儒教に由来する
- Hand feeding はスタッフコストがかかり、Tube feeding導入によって入院は短くなる

Geriatr Gerontol Int. 2005; 5: 301–302.

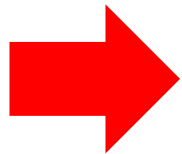
- 日本の家族は患者が重度の認知機能障害を持ちベッドに寝たきりでもその**死を受け入れがたい**
- 胃瘻を導入した**家族の約半数が満足**、とする報告もある

Geriatr Gerontol Int. 2012; 12: 317–321.

- tube feeding導入は、認知症終末期高齢者を支える家族の**心理的、経済的な負担を軽減**しうる

Tube feedingと意思決定

- QOLを考えるとCareful hand-feedingが望ましい可能性がある
- 日本における在宅医療ならtube feedingの利点の可能性もある
- 本人の希望が把握できない点に問題がある

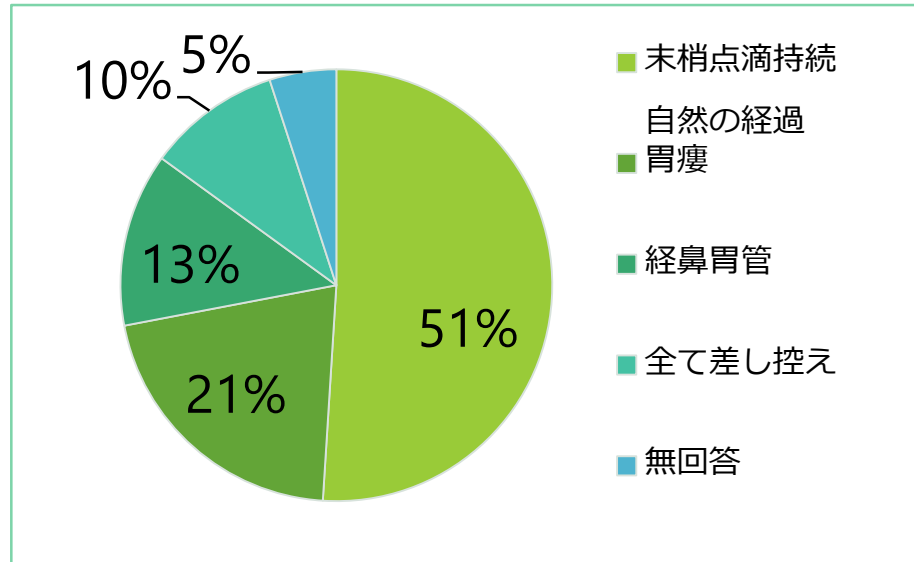


意思決定はどのように行えばよいのか？

患者本人の希望は

日本老年医学会の医師会員(n=4,506)へのアンケート 分析対象1,554票

➤ 認知症終末期高齢者へのAHN

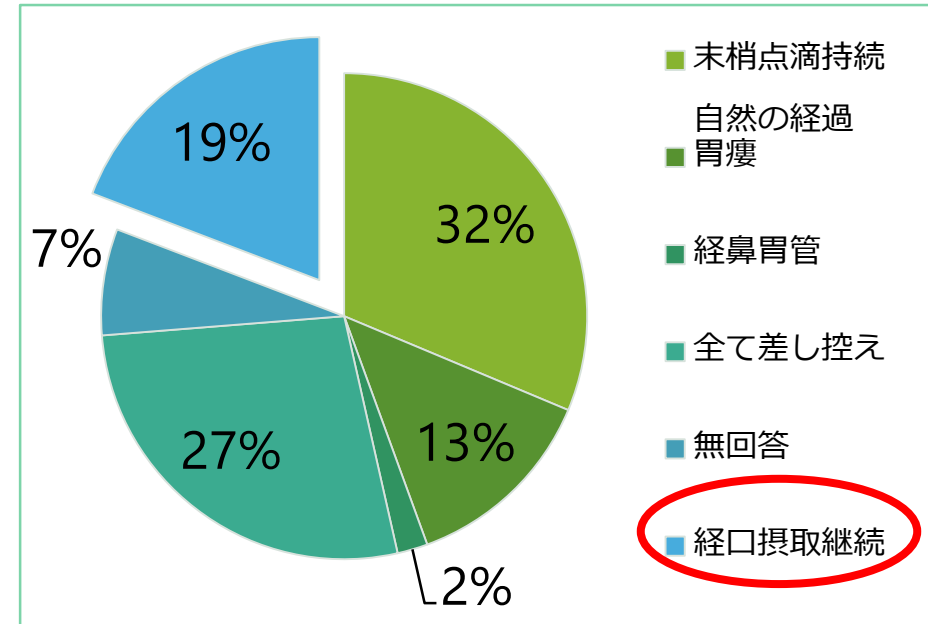


末梢点滴の理由（複数回答）

家族の心理的負担軽減：69%

医療スタッフの心理的負担軽減：57%

➤ 自分が患者だったら



AHNは行わず**経口摂取を望む医師が多い**

日本老年医学会（平成 22 年度老人保健健康増進等事業）
「認知症末期患者に対する人工的な栄養・水分補給法の導入・差し控え・
中止に関するガイドライン作成へ向けた検討」事業実績報告書

患者本人の希望は

終末期高齢者を介護する216の家族へのアンケート

もし自分が患者だったら、tube feeding を始めたいか？

➤ No が 84%

Table 1. Questionnaires for tube feeding

Group	No.	F/M	Age (year) Mean ± SD	Do you want to continue tube feeding the patient? (%)				Do you want to start tube feeding when your family member suffers dysphagia? (%)				Would you want to start tube feeding yourself when you suffer dysphagia? (%)			
				Yes	Inevitable	No	Not determined	Yes	Inevitable	No	Not determined	Yes	Inevitable	No	Not determined
A: (family care givers to patient with tube feeding)	62	42/20	57 ± 13	3	66	18	13	15	26	43	16	2	1	84	13

Geriatrics and Gerontology International 2003;3:172–174.

➤ 本人より介護者のほうがtube feedingを望む傾向にある

PLoS One. 2015; 31;10(7):e0133711.

➤ 患者本人はtube feedingを望んでいない可能性が高い

アルツハイマー型認知症の自然経過

FAST		Duration of stage
1	主観的、客観的に機能障害なし	50年
2	物忘れ、喚語困難	15年
3	職業上の仕事ができない	7年
4	金銭管理やゲストへの食事計画ができない	2年
5	適切な洋服を選べない	18カ月
6a	服を正しい順に着られない	5カ月
b	入浴に介助が必要	5カ月
c	トイレの流し方を忘れる	5カ月
d	尿失禁	4カ月
e	便失禁	10カ月
7a	最大約6単語までの言語機能の低下	12カ月
b	理解できる語彙が1単語	18カ月
c	歩行能力の喪失	12カ月
d	座位保持機能の喪失	12カ月
e	笑顔の喪失	18カ月
f	頭部固定不能、昏迷、昏睡	-



➤ 認知機能低下の進行前により早期から
本人が意思決定を行う必要がある

AHNの導入に悩む
寝たきりとなった患者は
そもそも予後不良！

意思決定を実際に行っているのは

- 終末期の治療方針に関して
無作為抽出した4911病院へのアンケート
患者本人が意思表示できる場合でも先に家族の意向を確認：46.6%
その理由 家族とのトラブル回避：54.6%

厚生労働省科学研究費補助金 医療技術評価総合研究事業
わが国の尊厳死に関する研究 平成18年度 総括・分担研究報告書. 2007; 43-51.

- 終末期を過ごす場所の決定者
介護保険施設90施設の看護師ら717名を対象としたアンケート
家族：66.1±26.1%
本人：10.8±16.9%



山梨県立大学看護学部紀要. 2006; Vol.8, 9-15.

➤ 意思決定は家族が行っている割合が非常に高い

意思決定は誰がどうやってするのか

誰が意思決定に関わって、どんなことが考慮されるべきか

66研究、40カ国、34,649名の患者を対象としたsystematic review

- ①臨床的指針があっても、意思決定するには不十分
- ②QOLは意思決定の1番の要因だったが、その意味は患者によって様々
- ③延命は第2の要因
- ④患者の希望は影響力があるが決定的ではなかった
- ⑤家族は影響を持ち、最終決定に関与した
- ⑥医師はしばしば自身の役割について葛藤

PLoS One. 2013; 16;8(4):e61475.

- 自己決定できないとき、家族や医療従事者、代理人に決定が求められる
- 人権を守る、不必要な苦しみを与えない、個人の好みなどバランスをとる

意思決定プロセスの重要性

医師の説明とtube feeding選択との関連に関して
認知症で亡くなった患者家族486名へのインタビュー

- tube feedingを行った患者の家族のうち、
 - 13.7%が話し合いなし、41.6%が15分以下の話し合いのみ
 - 39.3%がtube feedingのリスクについて話さなかった
 - 38.2%は、**医師強い導入の意向**を感じ、
うち11.1%は医師からのプレッシャーを感じた

39.8%の家族が
feeding tubeは
QOLを上げると考えた
しかし

23.4%の家族は
feeding tubeを**後悔**

J Am Geriatr Soc. 2011; 59(5): 881–886.

- 時に医師の意向が決定を左右し、適切な判断がなされない可能性がある

意思決定プロセスの重要性

進行した認知症患者の意思決定の代理人に
tube feeding や経口摂取の長所と短所、
認知症、終末期の快適さについて情報を与え
意思決定を援助

- 代理人の葛藤や
- 決定内容への後悔が減少傾向

Effect of the Intervention on Quality of Decision-Making at 3 Months

	Intervention	Control	p value *
Decisional conflict (1–5) **	(n=118)	(n=115)	
Overall	1.65	1.97	<0.001
Uncertainty	1.88	2.15	0.01
Effective decision making	1.56	1.77	0.01
Factors contributing to uncertainty	1.61	2.00	<0.001
Decisional regret (0–100)	11.9	14.3	0.14

J Am Geriatr Soc. 2011; 59(11): 2009–2016.

- 情報の提供、時間をかけた話し合いによって
より適切な意思決定を行うことができる

意思決定プロセスの重要性

多くのAHNは急性期病院での入院時導入

- 家族は十分に考える**時間がない**かもしれない

J Am Med Dir Assoc 2009; 10: 264-270.

- end of life ケアについて家族と医療スタッフの話し合う**頻度が高い**ほど、家族にとって治療の**満足度は高い**

J Soc Work End Life Palliat Care. 2015;11(3-4):307-22.

認知症がある施設入所者178人の治療差し控え決定後のアンケート調査

- Advance care planning がなされていたのは68%
- ほとんど全患者が意思決定のプロセスを高評価
- 意思決定に**時間の制約がかかると不満**が残る

Alzheimer Dis Assoc Disord. 2004 ;18(3):154-162.

- 本人、医師、家族、看護師が将来の状況に向けて定期的に議論すべき
- 意思決定が困難になる将来を早くから想定し、時間制約を軽減すべき

よりよい生を生きるために

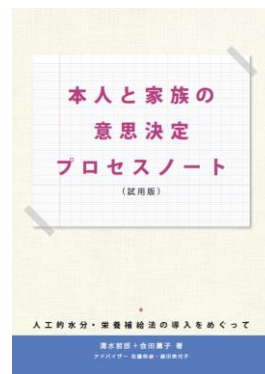
高齢者の意思決定プロセスに関するガイドライン（日本老年医学会 2012）

- 医療・介護・福祉従事者は、患者本人およびその家族や代理人とのコミュニケーションを通して、皆が共に納得できる合意形成とそれに基づく選択・決定を目指す
- AHN導入に関する諸選択肢（導入しないことも含む）を、本人の人生にとっての益と害という観点で評価し、目的を明確にしつつ、最善のものを見出す
- 家族の事情や生活環境についても配慮

意志決定プロセスノート

食べられなくなったときの、水分・栄養補給方法について解説し、人工的水分・栄養補給に関する意思決定を順を追って解説している

清水哲郎・会田薫子, 日本老年医学会, 2012.



➤ 意思決定プロセスは
話し合いの中で
本人・家族が自らの時間の
過ごし方を決めていく過程である

Hospice/ 緩和ケア

➤ 日本の緩和ケア病棟

「主として悪性腫瘍の患者又は後天性免疫不全症候群に罹患している患者を入院させ、緩和ケアを一般病棟の病棟単位で行うものであること。」

平成28年厚生労働省告示

➤ 米国でのホスピスの適応

予後6ヶ月以内で
ホスピスケアを希望される患者が対象

注) 65歳未満、小児ホスピスもある
場合によっては積極的治療も選択しうる

NHPCO Facts and Figures on Hospice Care

http://www.nhpc.org/sites/default/files/public/Statistics_Research/2015_Facts_Figures.pdf

➤ 今後日本でも、認知症高齢者などの良性疾患終末期に関して
緩和ケア病棟、ホスピスの適応を拡大していくべきではないか

Take home message

- 安易なAHN導入は控える
- Careful hand feeding は代替方法となりうる
- 意思決定プロセスは早期から提案すべき
- 家族の思いはEBMではくくれない