# オーストラリアの認知症緩和医療

宮本礼子[1)]、岩本喜久子[2)]、宮本顕二[3)]、

医療法人社団延山会西成病院内科[1)]、
札幌医科大学寄付講座緩和医療学[2)]、
北海道大学大学院保健科学研究院機能回復学分野[3)]

## 1. はじめに

認知症は終末期には意思疎通ができなくなるだけでなく、嚥下困難も加わり死に至る病である。そのためわが国では栄養補給や誤嚥性肺炎予防の目的で認知症患者に経管栄養（経鼻胃管、胃瘻）が広く行なわれている。しかし、経管栄養による栄養状態改善や生命予後延長は報告されていない[1),2),3)]。また、経鼻胃管に比べ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[4),5)]。胃管や胃瘻ボタン自己抜去防止のための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する[6)]。このような認識からオーストラリアやスウェーデンでは経管栄養は行われていない。

今回われわれは、オーストラリアの認知症緩和医療の現状とオーストラリア政府発行の高齢者介護施設緩和医療ガイドラインを紹介し、あわせてスウェーデンにおける認知症医療も紹介し、認知症終末期の患者に対する経管栄養について再考してみたい。

## 2. オーストラリアの緩和医療

オーストラリアの緩和医療への取り組みはイギリスやアメリカに比べ歴史は浅く30年ほどにすぎないが、近年急速な発展を遂げている。それは下記に示す政府主導の取り組みによるところが大きい。

1)　緩和医療対策の発表

オーストラリア政府が2000年に「緩和医療における国家対策」を発表した。その中で緩和医療の方針の徹底、そのサービスの開発と実行、患者と家族の満足のいく緩和医療、そしてすべての国民が終末期緩和医療を受けられること、という大きな目標を掲げた[7)]。緩和医療をうける患者だけでなく、その家族に対する支援も含んでいる点は注目される。また、緩和医療の対象疾患は生命を脅かす全ての疾患[8)]、すなわち、癌だけではなく、オーストラリアの死亡原因として上位にランクされる心臓や呼吸器疾患、ALSのような神経筋変性疾患、さらには認知症も対象にしている。

2)　政府予算が緩和医療という枠で立てられている

「緩和医療における国家対策」に基づき、多くの予算が投入されている。2006年から2010年の4年間に地域の緩和医療向上のために6,280万ドル（1オーストラリアドル＝70～90円）、各州の環境整備や医療者の教育などに1億8,800万ドル、緩和医療を必要とする患者や家族のための環境整備に3,400万ドルが計上された[9)]。家族や遺族ケアも重視され、2006年にはビクトリア州において250万ドルが州政府の委託を受けたNPO団体に、また82万5千ドルが地域の専門職の教育強化のために予算が充てられた[10)]。

3)　緩和医療教育の重視

各州で医師や看護師を対象にした教育プログラム（A National Program of Experience in the Palliative Approach、通称PEPA[11)]）が実施されている。その内容は、チーム医療、死にいく個人とその家族へのケア、緩和医療の実践能力の向上、地域資源・専門職との連携の構築、など多岐にわたる。時間や日程は柔軟に対応でき、研修終了後もネットワークを活用し継続的なサポートが受けられる。

さらに、緩和医療の質の標準化を図るためにオーストラリア緩和ケア協会が「緩和医療ガイドライン」を2001年に刊行した(2005年改訂)。

4)　高齢者介護施設への支援

オーストラリア保健省が高齢者介護施設における緩和医療の質の向上を目的に2004年に2年間の特別資金をオーストラリア緩和ケア協会に提供し、現場スタッフの教育そして環境整備に取り組んだ[12)]。さらに、オーストラリア政府みずから「高齢者介護施設における緩和医療ガイドライン（後述）」を2005年に刊行し、普及を図っている。

## 3. オーストラリアの認知症緩和医療の現状

オーストラリアでは、緩和医療を受けている患者のほとんどは自宅や高齢者介護施設で看取られる[13)]。そこで、バンクシア緩和医療サービスセンター所長のジュリー・ポール氏の紹介でメルボルン緩和医療に関係する5つの施設と在宅緩和医療の現場を視察した。

1)　バンクシア緩和医療サービスセンター

メルボルンは人口370万人、面積は札幌の約8倍で、市内に7つの緩和医療サービスセンターがある。バンクシア緩和医療サービスセンターは北・西地区の一部を担当し、年間予算は約1億円、政府から80％、残りは寄付で運営されている。毎月110～120人がこの

センターから在宅緩和医療サービスを受けている。その多くは癌患者であるが認知症患者も含まれている。担当者の話では、経管栄養や静脈栄養の患者は一人もいないとのことであった。

今回、訪問看護師とともに2名の患者宅（胃癌患者と膵臓癌患者）を訪問したが、栄養は経口摂取のみであった。

2)　カリタス・クリスティ・ホスピス病院

緩和医療病棟と院内にある緩和医療サービスセンターにて医師と現地在住の日本人看護師から説明を受けた。病床数30で癌患者が90%を占めていた。認知症を含むすべての患者において、経管栄養や静脈栄養を行なっていなかった。輸液が必要な時は生理食塩水の皮下輸液を行う場合があるが、それは患者の約1割である。極めて稀に胃瘻の患者が入院することがあるが、その場合は患者と家族に胃瘻の長所と短所を説明し、胃瘻をはずすとのことであった。緩和医療病棟ではあるが入院期間の制限があり、6週間を過ぎると自宅あるいは高齢者介護施設へ退院しなければならない。

なお、この病院の一角にメルボルン東地区緩和医療サービスセンターがある。先のバンクシア緩和医療サービスセンターとは異なる地区を管轄している。

3)　アッシー・イタリアコミュニティセンター
**（写真1、2）**

イタリア系移民のためのナーシングホームで、シャワー・トイレに介助を必要としない低介護対象者が90人、介助を必要とする高介護対象者が30人、高度の認知症患者22人の計142人が入所していた。10年前までは経管栄養（胃瘻）の入所者が多くいたが、現在は1人もいないとのことであった。

4)　バッセイ・ハウス

退役軍人とその家族のためのナーシングホームで、低介護対象者が60人、高介護対象者が20人、高度の認知症患者10人の計90人が入所していた。経管栄養の入所者は1人もいなかった。

アッシーとバッセイの両ナーシングホームでは、食事摂取が困難になった入所者には経管栄養を行わずに最後まで経口摂取を試みていた。輸液のために入所者を病院に連れて行くこともないという。両施設とも入所者は全員施設で看取られ、経口摂取ができなくなってから2週間ほどで安らかに看取られていた。

**4. 高齢者介護施設における緩和医療ガイドライン**

オーストラリアは政府主導で高齢者介護施設における緩和医療の質の向上に取り組んでいる。その推進に大きく貢献しているのがオーストラリア政府発行の「高齢者介護施設における緩和医療ガイドライン[14]」である。2005年に刊行され、2006年版が現在使用されている。総頁数260頁で、1. ガイドライン作成経過、2. 緩和医療、3. 尊厳と生活の質、4. 事前指示、5. 高度認知症、6. 身体症状の評価と管理、7. 精神的支援、8. 家族支援、9. 社会的支援、10. アボリジニやトレス海峡諸島民への対応、11. 文化の問題、12. スピリチュアル支援、13. ボランティア支援、14. 終末期医療、15. 死別支援、16. 緩和医療マネジメント、の16章70項目からなり、すべてについてその根拠となる論文（456編）とその科学的根拠のレベル（8段階）が記載されている。ガイドラインの一部を抜粋し紹介する。

**序文：高齢者と高度の認知症患者に緩和医療が必要な理由**

・高齢者は多くの疾患を抱えるため、終末期の期間は短く、意思の疎通も困難である。
・特に高度の認知症患者は、食欲不振・嚥下障害・体重減少・尿便失禁・寝たきりなどがあり、余命

**写真1　アッシー・イタリアコミュニティセンター内の多目的室（1）**

**普段はテレビを見たり、新聞を読んだり、見舞い客との談笑の場として使われている。しかし、入所者が亡くなる時はベッドをこの部屋に入れ、家族と最期の時を過ごし、看取られる。**

**写真2　アッシー・イタリアコミュニティセンター内の多目的室（2）**

**この施設では入所者の宗教を大切にしている。ここで日曜のミサが行われ、レクリエーションも行われる。**
**左から筆者、施設の看護師、ジュリー・ポール氏（バンクシア緩和医療サービスセンター所長）**

も限られている。
・そのため高齢者と高度の認知症患者には、苦痛を軽減し、尊厳を高め、入院を回避する緩和医療が必要である。

**第3章：尊厳と生活の質（QOL）**

・尊厳は緩和医療の中心であり、QOLに深く結びついている。
・痛みやその他の症状の緩和、不適切な延命の回避、精神的苦痛からの解放、自律の回復、親しい人との絆を深めることが尊厳を保つために必要である。

**第4章：事前指示**

・事前指示は、入所者が判断能力のあるときに、能力がなくなった時に受ける医療の希望について記載しておくものである。
・本人の意思が終末期医療に反映されるため、経管栄養の開始・不開始の決定などにおいて家族など代理人の苦悩は少なくなる。
・事前指示は入所前または入所時に作成すべきであるが、認知症の患者は判断能力が低下していくので診断を受けた時に作成すべきである。
・事前に代理人を決めておくことにより、入所者本人が希望する医療の実施が可能になる。
・入所者、家族、医療チームにおける事前指示についての十分な話し合いは、入所者と家族に終末期医療に対する満足感をもたらす。

＊筆者注：オーストラリアではあくまで医学的適応があった場合にのみ事前指示が尊重される。例えば、事前指示で人工呼吸器による延命を希望しても医学的適応がないと実施されない。

**第5章：高度認知症**

・高度認知症から死までの期間は通常3年であり、肺炎などを併発すると予後はさらに悪くなる。認知症は余命が限られ進行する疾患であることを介護者が理解する必要がある。
・高度認知症においては、感染症（主に肺炎）に対する積極的な治療（抗菌薬の静脈投与）は推奨されない。むしろ、解熱剤の投与や短期間の抗菌薬の経口投与が症状緩和のために有効である。
・認知症の入所者の希望に沿ってQOLを高めることが緩和医療の目的である。
・積極的な治療に伴う身体拘束は苦痛と傷害を増大させる。
・身体拘束を行わないという方針と教育が入所者の苦痛を減らし、転倒による傷害を減らす。

**第6章：栄養と水分の補給**

・食事と飲水は単なる生理的欲求ではなく、入所者が一堂に会し会話を楽しむことを意味する。それがないと食事はつまらなく、食欲不振や拒食が生じる。
・食欲が無く、食事に興味を無くした入所者に対しては無理に食事をさせてはいけない。
・栄養状態改善のための積極的介入は倫理的な問題を含んでいる。
・脱水のまま死に向かわせることは悲惨であると信じていることが輸液を行う理由にあるが、緩和医療の専門家は経管栄養や輸液は有害であると考える。
・死が迫った入所者には胃瘻造設は不快なものである。
・経管栄養をするかしないか、続けるか中止するかについては十分な説明と同意のもとに決定を行えば、倫理的にも法的にも問題はない。
・脱水と口渇は異なるものであり、混同してはいけない。
・口渇は少量の水や氷を口に含ませることにより改善する。輸液を行っても改善しない。
・輸液を行うと点滴セットのために家族が入所者を抱きしめることもできず、両者の絆は弱まる。医師や看護師も電解質や水分のバランスに注意が向き、入所者に対する人間的アプローチが減る。
・最も大切なことは入所者の満足感であり、最良の輸液をするかどうかではない。

## 5. スウェーデンの認知症緩和医療

筆者らは2007年にストックホルムの認知症施設（4ヵ所）と病院（1ヵ所）を視察した。今回紹介したオーストラリアと同様、スウェーデンでも認知症患者には約20年前から経管栄養と静脈栄養が行なわれていなかった。それは、これらの有効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いるからである。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、鎮痛鎮静効果をもたらす[15]。オーストラリアと同様に、スウェーデンでも認知症患者は終末期に経口摂取を行わなくなってから2週間ほどで安らかに看取られていた。

## 6. まとめ

オーストラリアやスウェーデンでは認知症患者を含む高齢者は終末期に経口摂取しなくなると経管栄養や輸液は行われずに安らかに看取られる。それは高齢者の尊厳を重視しているためと思われる。翻ってわが国では経管栄養や輸液が広く行われている。その理由として、医療関係者が経管栄養や輸液の有効性のなさを認識していないことや、それらの実施に患者本人の意思が反映されていないことなどが考えられる。オーストラリアやスウェーデンでも10～20数年前までは経管栄養や輸液が広く行われていたことを考えると、わが国との違いを宗教的死生観の違いにすることはできないだろう。

認知症患者は住み慣れた場所で最後まで、という終末期医療が求められている。わが国では緩和医療

の対象は終末期癌患者[16]とエイズ患者だけに限られている。しかし、WHOの緩和医療の定義[8]では生命を脅かす全ての疾患が対象であり、認知症も緩和医療の対象疾患である。そのため、告知、尊厳死、自己決定権（事前指示）、輸液の問題などを含め、認知症患者における経管栄養の是非を議論する時ではないだろうか。

## 参考文献


1) Murphy LM, Lipman TO. Percutaneous endoscopic gastrostomy does not prolong survival in patients with dementia. Arch Intern Med 2003;163:1351-1353.
2) Casarett D, Kapo J, Caplan A. Appropriate use of artificial nutrition and hydration - fundamental principles and recommendations. N Engl J Med 2005; 353 :2607-2612.
3) Li I. Feeding tubes in patients with severe dementia. Am Fam Physician 2002; 65:1605-1610.
4) Finucane TE, Bynum JP. Use of tube feeding to prevent aspiration pneumonia. Lancet 1996;348:1421-1424.
5) Gillick MR. Rethinking the role of tube feeding in patients with advanced dementia. New Engl J Med 2000;342:206-211.
6) 橋本肇. 高齢者医療の倫理. 中央法規, 2000年8月.
7) The National Palliative Care Strategy: http://www.health.gov.au/internet/main/publishing.nsf/Content/palliativecare-pubs-npcstrat.htm/$FILE/Strategy.pdf (accessed April 2nd 2009)
8) World Health Organization. WHO definition of palliative care. http://www.who.int/cancer/palliative/en/ (accessed April 7th 2009)
9) The National Palliative Care Program: http://www.health.gov.au/internet/main/publishing.nsf/Content/B93F01A0D780051ACA256F1600807873/$File/npc.pdf (accessed April 2nd 2009)
10) Australian Center for Grief and Bereavement: http://grief.org.au/
11) The PEPA Program: http://www.dhs.vic.gov.au/health/palliativecare/pepa.pdf
12) http://agedcare.palliativecare.org.au/ (accessed April 7th 2009)
13) National Palliative care Performance Indicators: results of the 2007 performance indicator data collection. Downloaded on April 1st 2009 from http://www.aihw.gov.au/publications/index.cfm/title/10615
14) Guideline for a palliative approach in residential aged care. http://www.nhmrc.gov.au/PUBLICATIONS/synopses/_files/pc29.pdf
15) Printz LA. Is withholding hydration a valid comfort measure in the terminally ill? Geriatrics 1988;43:84-88.
16) 日本緩和医療学会編. 終末期癌患者に対する輸液治療のガイドライン. 2006年10月. http://www.jspm.ne.jp/guidelines/glhyd/glhyd01.pdf