

<Cover Letter>

認知症、緩徐に経口摂取ができなくなり、急性疾患を繰り返して、かろうじて機能が回復するも罹患前には戻らずに低下し、適切な姿勢や、適切な食形態、適切な食べさせ方を行っても、いずれ「1日に必要な摂取カロリー不足」という課題が出てくる。進行性認知症では、生存期間の中央値は1.3年、合併症として、食事摂取不良(86%)、発熱(53%)、肺炎(41%)があるとされる<sup>1)</sup>。Fast scaleの7c+では、半年以内に亡くなる可能性がある危険因子として、尿路感染症、摂食障害による半年以内に10%体重減少が挙げられている<sup>2)</sup>。今回、認知症終末期と考えられる食事摂取量低下の症例を経験し、家族や多職種とでの工夫や人生会議など、向き合い方を学んだ。

年齢・性別	Case 1 : 83歳女性	Case 2 : 80歳男性	Case 3 : 89歳男性
基礎疾患	アルツハイマー型認知症(7年前診断) FAST 7b~7c、ADEPTスコア 17.7点 <sup>3)</sup> 、MRIスコア10.7点 <sup>4)</sup> 脳梗塞、高血圧、繰り返す尿路感染	脳血管性またはアルツハイマー型認知症(8年前診断) FAST 7b~7c、ADEPTスコア16.7点、MRIスコア9.6点 慢性心不全、脳梗塞、排尿障害(尿道カテーテル管理) 誤嚥性肺炎・膿胸加療後	認知症(明確な診断日はないが、8年前より夜間せん妄、5年前より短期記憶障害の指摘あり) FAST 7a~c、ADEPTスコア 19.8点、MRIスコア 12.6点 脳梗塞(74歳:右橋、72歳:右後頭葉)、前立腺肥大症(間欠的導尿)、COPD、耐糖能異常、便秘症、肺結核
ADL	疎通困難・体動なし、基本寝たきり全介助 リクライニング車椅子にて日中を過ごす	「痛い、痛くない」などその場の簡単な会話は可能 基本寝たきり全介助・寝返りは促して可 車椅子に全介助で移動して日中を過ごす	その場の簡単な会話は可能 寝たきり、中等度介助で端座位、手引き歩行 導尿は三男が行う1日4回、オムツ交換全介助
介護環境	要介護5、夫と長男・次女の4人暮らし 主介護者:長男(旅館業と介護を担当)旅館業の合間をみて料理と食事介助をする、夫は高齢虚弱、次女は統合失調症で、長男はほか3人の面倒をみている、訪問看護隔週、訪問介護毎日	要介護5、妻(81歳)と2人暮らし 妻は骨粗鬆症(円背あり)、近所はシルバーカー歩行可 週2回デイサービス、週1回訪問介護	要介護5、三男(51歳)との2人暮らし 約1年前に妻が死去、長男と次男は県外 週1回訪問看護、週2回デイサービス、月1回訪問リハビリ
栄養状態 経口摂取状況	3年前より10kg体重減少、体重34.6kg (BMI 15.4) 摂取カロリー:1日500-600kcal程度 11時ごろ:お粥、味噌汁、挽き割り納豆1パック 21時すぎ:お粥、味噌汁、ミートボール・カボチャサラダ・エンシュア(プリン状に調理)1個以上のいずれか 長男の全介助にて摂取、1日2食(1食に2時間はかかる) 経口摂取状況:口があかない、口の中にためて咀嚼しない、飲み込みにかかる、固形食は丸呑みするためペーストやきざみにして食事を提供	1年前より月2kgずつの体重減少、体重37.3kg (BMI 13.9) 摂取カロリー:1日500kcal程度 エンシュアHの1缶をゼリーにして3食に分ける(食べきれずに4食になることもある)、プリンやゼリー(150kcal)を毎食 妻の全介助にて摂取 1日3食 経口摂取状況:口に運べば食べることができるが、途中で食べなくなってしまふ。粒があると吐き出す。むせ込みはない(ストローで飲水する)	2年前より年2kgずつの体重減少、体重56.9kg (BMI 22.2) 摂取カロリー:1日400-500kcal程度 カロリーメイトゼリーとメイバランスの混合や茶碗蒸し 三男の全介助にて摂取、1日2食 経口摂取状況:1日の中で覚醒している時間が少なく、食事時間は1食20分程度、あとは嫌がってしまう。むせこみは時折。
MNA-SF	0点	2点	5点
本人・家族の希望	家族全員:人工栄養の希望はしない 長男:それでも生きてほしい、そのためにどのような方法がとれるのか、夫:子供達の意見に沿う。家で最期まで看取る。家で看るのが困難な場合は入院もありえる。痛みや苦しさを除くことを優先してほしい。	妻:人工栄養はしない、自然な形で看取りたい、家で出来る治療でよい もう入院はこりこり、また入院することは考えられない 病前の本人の意向は未確認	人工栄養に関しては、本人はやりたくない希望あり 三男も同様の意見、三男以外の兄弟は三男に判断を委ねている なるべく自宅で最期までみたいと思っている
方針	訪問栄養指導の介入(食形態、栄養補助食品のパフレットを配布など) 昼にヘルパーの食事介助(以前、長男は食べさせるコツがあるために、食事介助の訪問介護の導入は消極的だった)	自宅で可能な範囲での経口摂取を続けていく デイサービスでは食事摂取ができていたこともある。 入浴が楽しみであるため、妻の休養のためにも継続。	自宅で可能な範囲での経口摂取を続けていく 脱水の可逆性の可能性を期待して、三男が点滴を希望。 脱水補正でも改善が乏しければ中止の方針を相談中。

<考察>

経口摂取が低下した患者へは、まず経口摂取ができなくなる原因に可逆性の病態があるかどうかを考えることである。そして認知症患者の場合は、中核症状(記憶障害・失行・失認)および遂行障害により、食事環境や提供される食物の把握、適切な注意が障害される。摂食・嚥下の5期(先行期から食道期)までのそれぞれに工夫が必要である。いずれもCaseも、感染症など急性疾患の罹患可能性は認められず、在宅の中で行える検査での異常(電解質異常ほか)は認められず、薬剤の見直しも行ったが改善しなかった(Case 3についてはうつ病のスクリーニングも陰性)、認知症の進行に関する変化だろうと考察し、多職種(Case 1では長男の希望もあり、訪問栄養指導も追加)の介入によって経口摂取の工夫も行っていったが、非可逆性の要因だろうと考えられた。  
認知症を緩和ケアの対象とするなど11のドメインが記されている<sup>5)</sup>。認知症が進行してきたタイミングで、意思決定に関わる患者家族に、認知症の自然経過(特に食事や会話・歩行・排泄などのADL低下や約5-10年の予後)や、今後どのような療養生活を行っていくか(人工栄養の希望や療養先、終末期の治療など)の意思決定支援を行う必要がある<sup>2)③⑤</sup>。終末期に差し迫った段階では、改めて多職種チームでの情報提供が必要になってくる<sup>⑩</sup>。

これまで私は、急性期病院での勤務にて、経鼻胃管や末梢点滴を用いながら、治療やリハビリにて経口摂取の回復が見込めるのか期間を設けて、栄養を続けるかどうかというProcedure-Orientedな面談を行う方が多かった。しかし、患者本人が大切にしている価値観や人生観、残りの人生をどのように過ごしたいか・過ごして欲しいかというGoal-Orientedな考え方も学ぶようになった<sup>6)</sup>。場合によっては、書かない範囲で、回数や時間制限を設けて、点滴を行いながら、意見をまとめていくこともある。その期間が家族のグリーフケアに繋がっていくこともある。Case 1および2は、家族の手によって努力されて食事介助を続けていた経緯があり、家で行える範囲での苦痛のない医療を希望されていた<sup>4)⑦</sup>。Case 3は、三男より脱水の可逆性の可能性を期待して点滴の希望を仰った。三男は母親(本人の妻)の死別や愛犬の死期も迫っている状況であり、三男の気持ちにも寄り添いながら<sup>⑨</sup>、本人のライフレビューや推定意思から点滴を行うことにしたが、輸液の害、効果がないことも予測され、期間限定での投与を行っている<sup>⑥</sup>。  
本人の命に関わる決定がされる大事な時期であり、それを強いられる家族は、非常に辛い状況である。しかし話し合いを通して、必要な情報は何度も、医療者が本人・家族に共有して、死を受け入れる過程に寄り添う必要がある。

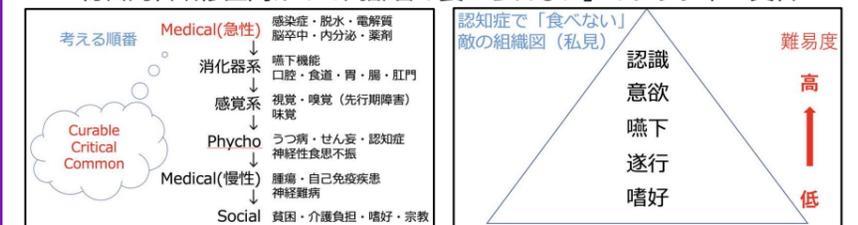
<Next Step>

本人にとっての最善な医療を考えることができるように、定期訪問の中で、患者および家族がどのような生き方をしていたのか、ライフレビューを聞き、価値観や人生観を知っていきたい。認知症に関する症状・生活の困難さを、医療者と一緒に悩み、専門性が活かした提案を、適切なタイミングで提示していけるようにしたい。

<参考文献>

- 1) N Engl J Med. 2015 Jun 25;372(26):2533-40. 2) N Engl J Med. 2009 Oct 15;361(16):1529-38. 3) JAMA. 2010 Nov 3;304(17):1929-35. 4) JAMA. 2004 Jun 9;291(22):2734-40. 5) Palliat Med. 2014 Mar;28(3):197-209. 6) INTENSIVIST 9巻 2号 pp. 438-445

総合内科研修医向けの「高齢者の食べられない」のレクチャー資料



認知症の緩和ケアにおける11のドメイン<sup>5)</sup>

1	認知症を緩和ケアの対象とする
2	患者中心の医療、意思決定支援
3	ケアのゴール設定とアドバンスド・ケア・プランニング
4	ケアの継続性の維持
5	予後予測と適切なタイミングでの死期の認識
6	過度に負担が大きく、無益な治療を避ける
7	症状に対する最適な治療と快適性の提供
8	心理社会的・スピリチュアルな支援
9	家族ケア
10	医療関係者チームへの教育
11	社会的・倫理的問題への取り組み