

研究要旨

【目的】

在宅医療を受ける人の多くは高齢者である。なかでも長期的に在宅医療を受ける高齢者では、認知症、心不全、脳血管疾患、骨関節疾患、神経疾患などの疾患を有する人が多い。また、認知症が進行して在宅医療を必要とする人のほかに、認知症を併存、あるいは認知機能の低下を認める人も多い。これまで認知症を有する在宅高齢者の苦痛、ケアの状況や課題に関する系統的な調査は限られている。そのため本研究では認知症を有する在宅高齢者を対象とする緩和ケアの現状と課題を把握することを目的として、英文論文のレビューを行った。

【方法】

PubMed を用いて、以下の検索式を用いて文献を検索してレビューを行った。

"dementia"[All Fields] AND "palliative care"[All Fields] AND "home care"[All Fields]
AND "english"[Language]

【結果】

1. 文献検索の結果

122 論文が検索された。そのうち認知症を有する高齢者に対する緩和ケアの現状と課題に関して 23 論文が抽出された。これらに、地域に在住する重度認知症者における症状について検討した 1 論文を加え、合計 24 論文のレビューを行った。

2. 地域に在住する重度認知症者の症状・苦痛について

地域に在住する重度認知症患者で認めた症状は、症状の程度が強いものから順に、疼痛、興奮、不安=抑うつ、ケアへの抵抗、恐れ、穏やかさ、皮膚の損傷であった。少なくとも週 1 回以上認めた症状の割合(括弧内は毎日認めた割合)は、疼痛 55.7%(29.9%)、興奮 51.2%(13.4%)、不安 43.2%(15.9%)、ケアへの抵抗 41.8%(14.4%)、身体所見の割合は、息切れ 21.5%(7.5%)、皮膚の損傷 10.5%(6.0%)であった。そのほか、認知症者はエンドオブライフの時期に、嚥下困難、ゴロゴロ感、息切れ、不快感が頻繁に観察されたこと、死亡前 90 日間に疼痛を 31%、息切れを 30.0%に認めたこと、若年発症認知症患者で抗精神病薬が低 QoL と関連したことが報告されている。複数の療養環境で重度認知症者の症状の頻度を比較した結果、毎日またはほぼ毎日生じる疼痛はナーシングホーム 37.1%、在宅 53.4%、息切れはナーシングホーム 12.7%、在宅 29.7%で認めた。

3. 在宅医療、在宅ホスピスケアの効果と課題

統合されたサービスとしての在宅プライマリ・ケアを受けた認知症患者は、在宅緩和ケアやホスピスケアを受ける可能性、および自宅で死亡する割合が高い。認知症患者に対する在宅エンドオブライフケアを促進する 4 つの促進因子、医療ケアの専門家による支援、インフォーマル介護者のレジリエンスと社会的ネットワークの拡大、薬物療法と症状管理、適切な機器と家の適応、および 2 つの課題、専門家のサービスに関する問題、身体的・精神的健康の悪化、が明らかになった。

4. 薬物療法・薬剤管理

在宅認知症者は 1 人あたり 7.63 ± 3.4 剤の薬剤が処方されており、ナーシングホーム入所者と比較して、降圧薬、抗凝固薬、抗うつ薬、前立腺肥大治療薬、抗菌薬 (15.2% vs 3.3%)、強心剤、ステロイド薬 (7.3% vs 3.3%) が多く処方されていた。

5. 認知症者が死亡する場所

認知症者が死亡する場所は米国と英国で異なる。米国では、看護施設および病院で死亡する者の割合は減少し(55.0%、8.0%、2017年)、在宅およびホスピス施設で死亡する割合が増加している(21.9%、6.2%、2017年)。一方、英国では、ケアホームと病院で死亡した者が大半を占めた(55.3%、39.6%)。2006年以降、病院で死亡する割合は減少してケアホームでの死亡が増加している。自宅やホスピスで死亡した者は少なかった(4.8%、0.3%)。

【考察】

1. 地域に在住する重度認知症者の苦痛・症状について

地域に在住する重度認知症者の症状、認知症の発症年齢や療養場所による症状の相違に関して海外で調査されている。しかし、日本と海外では、社会状況や制度、治療やケアの内容は異なる。そのため、重度認知症を有する日本の地域在住高齢者を対象とする調査が必要である。認知症者の苦痛を評価する方法を確立して、多職種で評価を分担、共有しながら緩和ケアの質を高めるための研究が望まれる。

2. 在宅医療、在宅ホスピスケアの効果と課題

「在宅医療」、「在宅ホスピスケア」が重度認知症者の苦痛を緩和する効果に関する研究は見つからなかった。統合された在宅プライマリ・ケア、在宅緩和ケアは在宅看取りの支援に有効である可能性が示されている。アドバンスケアプランニングを図りながら、より効果的なケアプログラムを作成するための研究、およびケアプログラムが重度認知症者の苦痛を緩和する効果を検証する研究が必要である。

3. 薬物療法・薬剤管理

重度認知症者の苦痛を緩和するために薬物療法と非薬物療法が必要である。このうち薬物療法については、薬剤処方 of 適正化を図り、苦痛を緩和するために、適切な薬物療法を確立する必要がある。

4. 認知症者が死亡する場所

死亡場所の割合は国により異なることから、社会状況や制度の違いが死亡場所に大きく影響する可能性が示唆される。

【結論】

地域に在住する重度認知症者の苦痛や症状に関する研究は限られている。認知症者の苦痛を評価する方法を確立して、多職種で評価を分担、共有しながら緩和ケアの質を高めるための研究が望まれる。また、薬剤処方の適正化を図り、苦痛を緩和するために適切な薬物療法を確立する必要がある。

A 研究目的

在宅医療を受ける人の多くは高齢者である。なかでも長期的に在宅医療を受ける高齢者では、認知症、心不全、脳血管疾患、骨関節疾患、神経疾患などの疾患を有する人が多い。また、認知症が進行して在宅医療を必要とする人のほかに、認知症を併存、あるいは認知機能の低下を認める人も多い。

これまで認知症を認める在宅高齢者の苦痛、ケ

アの状況や課題に関する系統的な調査は限られている。そのため本研究では、認知症を有する在宅高齢者を対象とする緩和ケアの現状と課題を把握することを目的として、英文論文のレビューを行った。

B 研究方法

PubMedを用いて、下記の検索式により文献を検索してレビューを行った。

"dementia"[All Fields] AND "palliative care"[All Fields] AND "home care"[All Fields] AND "english"[Language]

(倫理面への配慮)

本研究は文献レビューのため、倫理的問題は生じない

C 研究結果

1. 文献検索の結果

122 論文が検索された。そのうち認知症を有する高齢者に対する緩和ケアの現状と課題に関して 23 論文が抽出された。これらに、地域に在住する重度認知症者における症状について検討した 1 論文を加え、合計 24 論文のレビューを行った。

2. 地域に在住する重度認知症者の症状・苦痛について

重度認知症者の症状に関して、ナーシングホームに入所している高齢者を対象とした調査は複数ある。しかし、地域在住高齢者を対象とする研究は限られている。地域に在住する重度認知症患者における症状の頻度と重症度、症状と介護満足度との関連、および症状負担に関連する因子を特定する研究が行われた(米国)¹⁾。患者の平均年齢は 83.1 歳、67.7%が女性で、88.1%が重度の認知症 (Functional Assessment Staging Tool [FAST] ステージ 6 または 7) であった。認知症終末期における症状管理 (SM-EOLD) 29.3 (0-45 点)、認知症終末期ケア満足度 (SWC-EOLD) 32.6 (10-40 点) であった。SM-EOLD で 9 つの症状が評価された。症状の程度が強いものから順に、疼痛、興奮、不安=抑うつ、ケアへの抵抗、恐れ、穏やかさ、皮膚の損傷であった。本研究と過去に行われた研究 (ナーシングホームでの 6 つの研究を含む) の平均をみると、症状の程度が強いものから順に、疼痛 1.9、不安 2.5、興奮 2.8、抑うつ 2.9=恐れ 2.9、ケアへの抵抗 3.2、息切れ 3.2、皮膚の損傷 3.7=穏やかさ 3.7 であった。少なくとも週 1 回以上認め

られた症状の割合 (括弧内は毎日認められた割合) は、疼痛 55.7%(29.9%)、興奮 51.2%(13.4%)、不安 43.2%(15.9%)、ケアへの抵抗 41.8%(14.4%)、身体所見の割合は、息切れ 21.5%(7.5%)、皮膚の損傷 10.5%(6.0%) であった。多変量線形回帰モデルにより、Neuropsychiatric Inventory を用いて評価した神経精神症状の重症度、介護者の負担の増加、併存疾患の多さが症状負担の増加と独立して関連したことが示された。

「若年発症認知症患者」と「晩期発症認知症患者」の比較① (ドイツ)²⁾

- 自宅または長期ケア施設で死亡した患者を対象とした調査
- 死亡状況、症状、治療法は両者で類似していた
- 患者の 60%が「安らか」であるように見えた
- エンドオブライフの時期に、嚥下困難、ゴロゴロ感、息切れ、不快感が頻繁に観察された
- 死亡前 90 日間に疼痛は 31%、息切れは 30.0% の患者に認めた
- 苦痛と QoD には大きな個人差がみられた。QoD の決定因子は特定されなかった
- 晩期発症認知症患者で身体併存症が有意に多く、死亡前 3 ヶ月間に入院する頻度が高かった (45.3% vs 30.4%, $p=0.03$)

「若年発症認知症患者」と「晩期発症認知症患者」の比較② (ドイツ)³⁾

- Quality of Life in Late Stage Dementia (QUALID) 尺度を用いて評価した QoL に有意差は認めなかった
- QoL の決定要因は両者で同様であった
- BPSD、苦痛、その他の苦痛を伴う症状は、QoL の低下と関連していた
- 若年発症認知症患者で抗精神病薬が低 QoL と関連したが、晩期発症認知症患者では関連しなかった
- EOLD-SM, PAINAD, MSSE は両者で有意差を認めなかった

症状を生じた者の割合—複数の療養環境間の比較— (米国) ⁴⁾

- ナーシングホームに入所または公的な在宅地域サービスを1年以内に受けて死亡した65歳以上の重度認知症高齢者を対象とした調査
- ナーシングホーム入所者は、在宅ケア利用者と比較して、高齢、機能障害が高度、行動上の問題が多く、入院の頻度は高かった (ナーシングホーム 43.7%、ホームケア 31.5%)
- 毎日またはほぼ毎日生じる疼痛は、ナーシングホーム 37.1%、在宅 53.4% (p<0.001)の者に認めた
- 息切れは、ナーシングホーム 12.7%、在宅 29.7% (p<0.001) に認めた
- 在宅ケアと比較したナーシングホームにおける各症状の修正オッズ比
 - 疼痛 (AOR, 0.38; 95% CI, 0.29-0.50)
 - 息切れ (AOR 0.20; 95% CI, 0.13-0.28)

疼痛と呼吸の問題を認めた患者の割合—複数の療養環境間の比較— (米国) ⁵⁾

中重度認知症患者	在宅	居住施設	介護施設	有意差
療養場所の比率	64%	19%	17%	
疼痛を認めた比率	70.8%	60.1%	58.6%	p=0.040
呼吸の問題を認めた比率	33.2%	27.3%	30.0%	p=0.482

在宅ホスピス患者のなかで尿失禁、便失禁を認めた者の割合 (米国)

在宅ホスピス患者	尿失禁 ⁶⁾	便失禁 ⁷⁾
失禁を生じた者の割合	32.0%	43.3%
リスクの高さと関連する因子	女性、年齢、認知症、脳卒中	年齢
がん患者と比較した認知症患者でのリスク	HR 1.68 [1.43-1.98]	HR 1.34 [1.24-1.46]

がん患者と比較した脳卒中患者でのリスク	HR 1.72 [1.35-2.19]	HR 1.42 [1.26-1.60]
---------------------	------------------------	------------------------

認知症患者は急性期病院入院時にせん妄を生じるリスクが高い (カナダ) ⁸⁾

- 死亡した年に急性期病院に入院した者のうち8.2%にせん妄を生じた
- 死期が近づくにつれ、せん妄に関連した入院の頻度は増加した
- せん妄の有病率は、認知症 (有病率比:1.42、95%CI:1.36-1.50)、フレイル (有病率比:1.67、95%CI:1.56-1.80)、臓器不全関連の死因を認めた患者 (有病率比:1.23、95%CI:1.16-1.31)、オピオイド処方を受けた患者 (有病率比:1.17、95%CI:1.13-1.22) で高かった。

急性期病院入院中に行う痛みの評価—現状と課題— (英国) ⁹⁾

- 急性期病院のスタッフは、一般的に患者の痛みの自己申告に依存していた
- 認知症患者の痛みに関する情報は、時間や担当者間で分散しているため、効率的に引き出し、一元管理する必要がある
- そのような方法は、患者のケアに関わるすべての人が迅速にアクセスでき、患者の痛みの全体像を示すものでなければならない

3. 在宅医療、在宅ホスピスケアの効果と課題

3つのシステムティックレビュー¹⁰⁾¹¹⁾¹²⁾と1つのレビュー¹³⁾、3つの後ろ向き研究¹⁴⁾¹⁵⁾¹⁶⁾が抽出された。認知症者に対する在宅緩和ケアは、行動障害など、エンドオブライフケアのアウトカムを改善する (システムティックレビュー)¹⁰⁾。介入の内容は、最適な症状管理、ケアの継続性、心理社会的支援に最もフォーカスされていた。認知症患者に対する緩和ケアで重要とされる他の領域、例えば、死期の予測や負担が大きい介入の回避に関しては、あまり報告されていない。

統合されたサービスとしての在宅プライマリ・ケアを受けた認知症患者は、在宅緩和ケアやホスピスケアを受ける可能性、および自宅で死亡する割合が高い（米国）¹⁴⁾。また、統合された在宅緩和ケアプログラムを受けた重度認知症を有する在宅患者（FAST stage 7）では、救急受診（発生率比（IRR）：1ヶ月=0.56, 3ヶ月=0.19, 6ヶ月=0.10, すべて $p < 0.001$ ）と入院（IRR：1ヶ月=0.60, 3ヶ月=0.19, 6ヶ月=0.15, すべて $p < 0.001$ ）、累積入院期間（IRR：1ヶ月=0.78, 3ヶ月=0.49, 6ヶ月=0.24, すべて $p < 0.001$ ）が減少した（シンガポール）¹⁵⁾。死亡前14日間に在宅緩和ケアを受けた認知症を有する高齢者は、受けなかった人と比べて、入院が少なく（17.5% vs 50.5%、RR=0.21）、診断のための検査（17.0% vs 53.6%、RR=0.20）、不適切な薬剤投与を受けるリスクが低い（ベルギー）¹⁶⁾。一方、自宅で死亡する割合（75.7% vs 32.6%、RR=6.45）は高い。

認知症患者に対する在宅エンドオブライフケアを促進する要因と課題（レビュー）¹³⁾

- 4つの促進因子
 - ▶ 医療ケアの専門家による支援
 - ▶ インフォーマル介護者のレジリエンスと社会的ネットワークの拡大
 - ▶ 薬物療法と症状管理
 - ▶ 適切な機器と家の適応
- 2つの課題
 - ▶ 専門家のサービスに関する問題
 - ▶ 身体的・精神的健康の悪化
- 認知症患者は終末期に必ずしも専門的な緩和ケアを必要としない可能性がある。しかし、より多くの認知症患者が自宅で死を迎えることができるように、思いやりのあるコミュニティを形成するなど、地域緩和ケアアプローチにより家族を支援する方法を確立する必要がある。

在宅医療が認知症患者の急性期ケアとエンドオブライフのアウトカムに及ぼす影響（システマティックレビュー）¹¹⁾

- ミクロレベルでは、アドバンスケアプランニング（ACP）はエンドオブライフのアウトカムに影響を与える重要な要因である
- メゾレベルでは、認知症を認める人に対するエンドオブライフの時期における医学的意図決定と緩和ケアの開始にかかわる在宅医療提供者の課題に対して、さらなる研修と外部からの支援が必要である

在宅がん患者のQODに対する認知症の影響（日本）¹⁷⁾

- 在宅緩和ケアスタッフを対象として調査した
- 在宅がん患者の30.7%に認知症を認めた
- 階層的重回帰分析により、QODの高さは認知症を認めないことと関係した（ $p < 0.001$ ）
- 層別解析により、認知症の有無に関係なく、自宅での死亡はQODの高さと関係した
- 家族介護者の存在は認知症患者においてのみ高いQODと関係した（ $p < 0.001$ ）

4. 薬物療法・薬剤管理

家族介護者からケアを受ける、認知機能が低下した在宅高齢者の薬剤管理は複雑である（システマティックレビュー）¹²⁾。家族介護者にとって在宅での薬剤管理は負担である。医療職は多職種協働を図り、家族介護者に対して教育、支援によるエンパワーメントを行う必要である。重度認知症を認める在宅高齢者では多くの薬剤が処方される傾向がある。FAST stageが7a以上の重度認知症を認め、1年後の生命予後が不良（Frail-VIG ≥ 0.6 ）と判断された在宅高齢者の処方薬剤数は1人あたり 7.63 ± 3.4 剤であった（スペイン）¹⁸⁾。STOPP-Frail基準を用いて不適切な薬剤処方（PIP）の頻度、それに関連する危険因子に関して調査した結果、85%の患者でPIPとみなされる薬剤を少なくとも1剤処方され、全薬剤のうち26%

はPIPであった。不適切な薬剤を処方された患者では、処方薬剤数が多かった(7.92±3.42 vs 6.00±2.24; p 0.04)。不適切な薬物が処方されるリスクは、処方薬が1剤増えるごとに24%増加した(OR 1.24; 95% CI 1.01-1.52, p=0.04)。薬剤処方の内容を定期的に見直す必要がある。

FAST7c以上の高度認知症患者に対する薬剤処方に関して、ナーシングホームと在宅ケアで比較した(イタリア)¹⁹⁾。認知症の原疾患として、アルツハイマー型認知症はナーシングホームで多く、混合型認知症は在宅ケアが多かった。併存症は、筋骨格系疾患、拘縮、精神疾患はナーシングホームで多く、褥瘡は在宅ケアが多かった。在宅ケアサービスで男性の割合が多く、年齢の中央値が高かった。ナーシングホームでは、理学療法の実施、抑制の使用が多く、下剤、抗精神病薬、抗不安薬、ビタミン製剤などの栄養剤、オピオイド(4.9% vs 2.4%)が多く処方されていた。在宅ケアでは、尿道カテーテルの使用が多く、降圧薬、抗凝固薬、抗うつ薬、前立腺肥大治療薬、抗菌薬(15.2% vs 3.3%)、強心剤、ステロイド(7.3% vs 3.3%)が多く処方されていた。

入院のリスクおよび関連する要因(ドイツ)²⁰⁾

- 3ヶ月以内に自宅で生活、またはナーシングホームに入所した認知症患者と介護者を対象とする横断調査
- ナーシングホームと在宅ケアで暮らす人々の13.8%と18.5%が1回以上入院
- ナーシングホームでは、ポリファーマシーのみが入院と関連
- 在宅ケアでは、意図しない体重減少、ポリファーマシー、転倒、より重度の介護負担が入院と関連

5. 認知症者が死亡する場所

認知症者が死亡する場所に関して2つの報告がある²¹⁾²²⁾。米国では、看護施設および病院で死亡する者の割合は減少し(55.0%、8.0%、2017年)、在宅およびホスピス施設で死亡する割合が増加

している(21.9%、6.2%、2017年)²¹⁾。年齢とともに病院、ホスピス施設で死亡する割合は減少し、ナーシングホームで死亡する割合が増加する。なお、死亡場所には地域差がみられた。一方、英国では、ケアホームと病院で死亡した者が大半であった(55.3%、39.6%)²²⁾。2006年以降、病院での死亡は減少してケアホームでの死亡が増加している。自宅やホスピスで死亡した者は少ない(4.8%、0.3%)。在宅またはホスピスで亡くなった者は、豊かな地域、女性、死因の基礎疾患としてがんを有する人で多く、未婚者で少なかった。

「在宅ホスピスケアを受けた人」と比較した「介護付き住宅居住者」の特徴(米国)²³⁾

- 認知症を診断された人が多い(23.5% vs 4.7%、OR 13.3、95%CI: 12.3-14.4、P<0.001)
- 死亡が近い時期にホスピスに登録した人が多い(利用期間の中央値は24日対29日)
- 疼痛に対してオピオイドを投与される割合が低い(18.1%対39.7%; OR 0.33, 95%CI: 0.29-0.39, P<0.001)
- 入院ホスピスユニットで死亡する可能性が低い(9.3% vs 16.1%; OR 0.53, 95%CI: 0.49-0.58, P<0.001)
- 病院(1.3% vs 7.6%; OR 0.16, 95%CI: 0.13-0.19, P<0.001)で死亡する可能性が低い

6. 参考資料

軽度から中等度の認知機能障害患者における痛みの評価と管理(総説)²⁴⁾

- 痛みのスクリーニングと評価のゴールドスタンダードは、患者からの報告である。軽度から中等度の認知機能障害を持つ患者の多くは、痛みを訴える能力を保持していることが示されている。すべての患者に、有効で信頼できるツールを使って痛みを自己申告する機会を与えるべきである。
- 認知機能が保たれているか、認知症が中等度

までの高齢者では、直接患者に尋ねて疼痛を評価する

- 患者に尋ねるのが困難な場合は、痛みの温度計、フェイススケール、Visual Analog Scale (垂直、水平) を用いてみる
- 疼痛を認めるときは、身体、心理社会、スピリチュアルの各領域の状況に関して評価する
- 中等度から高度認知症の場合にはスケールを用いた評価をまず試みる
- 軽度、中等度、高度認知症患者全体のうち12%でいずれのツールを用いても評価が困難であった(Pautex et al. 2005)
- どのツールを用いても評価が困難なときは、観察、介護者からの聞き取りで評価する (Ferrell et al. 2002)
- 疼痛に関連する行動として、顔をしかめる、泣く、助けを求める、体動の変化、対人関係の変化、行動・習慣の変化、精神状態変化がある。
- 繰り返し説明して、十分に時間をかけて評価する
- 現在形で質問する
- 環境にも留意する

Table 2. 疼痛評価ツール

- Verbally Administered 0—10 Scale: “If zero means no pain and 10 means the worst pain possible, how much pain do you have now?”
- Visual Analog Scale: Horizontal or vertical 10-cm line, patient places a mark on the line to represent his or her level of pain. Clinician measures mark and records.
- Verbal Descriptor Scale: Words that describe different levels of pain, usually including no pain, mild, moderate, or severe pain.
- Faces Pain Scale: An 8-point scale that

depicts varying levels of pain through different facial expressions.

- Pain Thermometer: Word descriptors corresponding with points on a thermometer.
- McGill Pain Questionnaire: Patients locate their pain on a body drawing, and then select words that describe their pain.

Note. Data from Ferrell, B. A., Herr, K., Fine, P., Eppin, J., Casarett, D., & Katz, P. (2002). The management of persistent pain in older persons. *Journal of the American Geriatric Society*, 50(6), 1-20 and Gibson, M. C., & Schroder, C. (2001). The many faces of pain for older, dying adults. *American Journal of Hospice & Palliative Care*, 18(1), 19-25.

Table 3. 認知機能が低下した人のための疼痛評価ツール

- The Abbey Pain Scale
- The Assessment of Discomfort in Dementia (ADD)
- Checklist of Nonverbal Pain Indicators (CNPI)
- The Discomfort Scale-Dementia of the Alzheimer’s Type (DS-DAT)
- The Doloplus 2
- The Faces, Legs, Activity, Cry and Consolability Scale (FLACC)
- Nursing Assistant Administered Instrument to Assess Pain in Demented Individuals (NOPAIN)

7. 文献

- 1) Kroenke K, Gao S, Mosesso KM, Hickman SE, Holtz LR, Torke AM, Johnson NM, Sachs GA. Prevalence and Predictors of Symptoms in Persons with Advanced Dementia Living in the Community. *J Palliat Med*. 2022 Mar 29.

- doi: 10.1089/jpm.2021.0402. Epub ahead of print. PMID: 35357951.
- 2) Roßmeier C, Hartmann J, Riedl L, Dorn B, Fischer J, Hartmann F, Egert-Schwender S, Kehl V, Schneider-Schelte H, Jox RJ, Dinkel A, Diehl-Schmid J. How Do Persons with Young and Late Onset Dementia Die? *J Alzheimers Dis.* 2021;81(2):843-852. doi: 10.3233/JAD-210046. PMID: 33843681; PMCID: PMC8203230.
 - 3) Hartmann J, Roßmeier C, Riedl L, Dorn B, Fischer J, Slawik T, Fleischhaker M, Hartmann F, Egert-Schwender S, Kehl V, Haller B, Schneider-Schelte H, Dinkel A, Jox RJ, Diehl-Schmid J. Quality of Life in Advanced Dementia with Late Onset, Young Onset, and Very Young Onset. *J Alzheimers Dis.* 2021;80(1):283-297. doi: 10.3233/JAD-201302. PMID: 33523011; PMCID: PMC8075393.
 - 4) Mitchell SL, Morris JN, Park PS, Fries BE. Terminal care for persons with advanced dementia in the nursing home and home care settings. *J Palliat Med.* 2004 Dec;7(6):808-16. doi: 10.1089/jpm.2004.7.808. PMID: 15684848.
 - 5) Harrison KL, Ritchie CS, Patel K, Hunt LJ, Covinsky KE, Yaffe K, Smith AK. Care Settings and Clinical Characteristics of Older Adults with Moderately Severe Dementia. *J Am Geriatr Soc.* 2019 Sep;67(9):1907-1912. doi: 10.1111/jgs.16054. Epub 2019 Aug 7. PMID: 31389002; PMCID: PMC6732035.
 - 6) Chughtai B, Thomas D, Russell D, Bowles K, Prigerson H. Prevalence of and Risk Factors for Urinary Incontinence in Home Hospice Patients. *Eur Urol.* 2019 Feb;75(2):268-271. doi: 10.1016/j.eururo.2018.10.027. Epub 2018 Oct 25. PMID: 30482670.
 - 7) Chughtai B, Thomas D, Russell D, Phongtankuel V, Bowles K, Prigerson H. Prevalence and Risk Factors for Fecal Incontinence in Home Hospice. *Am J Hosp Palliat Care.* 2019 Jan;36(1):33-37. doi: 10.1177/1049909118784891. Epub 2018 Jun 24. PMID: 29938539.
 - 8) Webber C, Watt CL, Bush SH, Lawlor PG, Talarico R, Tanuseputro P. The occurrence and timing of delirium in acute care hospitalizations in the last year of life: A population-based retrospective cohort study. *Palliat Med.* 2020 Sep;34(8):1067-1077. doi: 10.1177/0269216320929545. Epub 2020 Jun 9. PMID: 32515283.
 - 9) Lichtner V, Dowding D, Allcock N, Keady J, Sampson EL, Briggs M, Corbett A, James K, Lasrado R, Swarbrick C, Closs SJ. The assessment and management of pain in patients with dementia in hospital settings: a multi-case exploratory study from a decision making perspective. *BMC Health Serv Res.* 2016 Aug 24;16(1):427. doi: 10.1186/s12913-016-1690-1. PMID: 27553364; PMCID: PMC4995653.
 - 10) Miranda R, Bunn F, Lynch J, Van den Block L, Goodman C. Palliative care for people with dementia living at home: A systematic review of interventions. *Palliat Med.* 2019 Jul;33(7):726-742. doi: 10.1177/0269216319847092. Epub 2019 May 6. PMID: 31057088; PMCID: PMC6620864.
 - 11) Chen PJ, Smits L, Miranda R, Liao JY, Petersen I, Van den Block L, Sampson EL. Impact of home healthcare on end-of-life outcomes for people with dementia: a systematic review. *BMC Geriatr.* 2022 Jan 27;22(1):80. doi:

- 10.1186/s12877-022-02768-3. PMID: 35081914; PMCID: PMC8793202.
- 12) Vaismoradi M, Behboudi-Gandevani S, Lorenzl S, Weck C, Paal P. Needs Assessment of Safe Medicines Management for Older People With Cognitive Disorders in Home Care: An Integrative Systematic Review. *Front Neurol.* 2021 Sep 3;12:694572. doi: 10.3389/fneur.2021.694572. PMID: 34539551; PMCID: PMC8446192.
- 13) Mogan C, Lloyd-Williams M, Harrison Denning K, Dowrick C. The facilitators and challenges of dying at home with dementia: A narrative synthesis. *Palliat Med.* 2018 Jun;32(6):1042-1054. doi: 10.1177/0269216318760442. PMID: 29781791; PMCID: PMC5967035.
- 14) Nguyen HQ, Vallejo JD, Macias M, Shiffman MG, Rosen R, Mowry V, Omotunde O, Hong B, Liu IA, Borson S. A mixed-methods evaluation of home-based primary care in dementia within an integrated system. *J Am Geriatr Soc.* 2022 Apr;70(4):1136-1146. doi: 10.1111/jgs.17627. Epub 2021 Dec 22. PMID: 34936090.
- 15) Pereira MJ, Tay RY, Tan WS, Molina JAC, Ali NB, Leong IYO, Wu HY, Chin JJ, Lee AOK, Koh MYH, Hum AYM. Integrated palliative homecare in advanced dementia: reduced healthcare utilisation and costs. *BMJ Support Palliat Care.* 2020 May 20;bmjspcare-2019-002145. doi: 10.1136/bmjspcare-2019-002145. Epub ahead of print. PMID: 32434925.
- 16) Miranda R, Smets T, De Schreye R, Faes K, Van Den Noortgate N, Cohen J, Van den Block L. Improved quality of care and reduced healthcare costs at the end-of-life among older people with dementia who received palliative home care: A nationwide propensity score-matched decedent cohort study. *Palliat Med.* 2021 Oct;35(9):1701-1712. doi: 10.1177/02692163211019321. Epub 2021 Jun 10. PMID: 34109861.
- 17) Hirooka K, Nakanishi M, Fukahori H, Nishida A. Impact of dementia on quality of death among cancer patients: An observational study of home palliative care users. *Geriatr Gerontol Int.* 2020 Apr;20(4):354-359. doi: 10.1111/ggi.13860. Epub 2020 Feb 4. PMID: 32020761.
- 18) Jaramillo-Hidalgo J, Lozano-Montoya I, Tornero-Torres O, Tejada-González P, Fuentes-Irigoyen R, Gómez-Pavón FJ. Prevalence of potentially inappropriate prescription in community-dwelling patients with advanced dementia and palliative care needs. *Rev Esp Geriatr Gerontol.* 2021 Jul-Aug;56(4):203-207. doi: 10.1016/j.regg.2021.03.001. Epub 2021 May 15. PMID: 34001344.
- 19) Toscani F, Di Giulio P, Villani D, Giunco F, Brunelli C, Gentile S, Finetti S, Charrier L, Monti M, van der Steen JT; End of Life Observatory-Prospective Study on Dementia Patients Care Research Group. Treatments and prescriptions in advanced dementia patients residing in long-term care institutions and at home. *J Palliat Med.* 2013 Jan;16(1):31-7. doi: 10.1089/jpm.2012.0165. Epub 2012 Dec 12. PMID: 23234299.
- 20) Afonso-Argilés FJ, Meyer G, Stephan A, Comas M, Wübker A, Leino-Kilpi H, Lethin C, Saks K, Soto-Martin M, Sutcliffe C, Verbeek H, Zabalegui A, Renom-Guiteras A; RightTimePlaceCare Consortium. Emergency department and hospital admissions among people with dementia living at home or in

nursing homes: results of the European RightTimePlaceCare project on their frequency, associated factors and costs. BMC Geriatr. 2020 Nov 5;20(1):453. doi: 10.1186/s12877-020-01835-x. PMID: 33153444; PMCID: PMC7643440.

- 21) Cross SH, Kaufman BG, Taylor DH Jr, Kamal AH, Warraich HJ. Trends and Factors Associated with Place of Death for Individuals with Dementia in the United States. J Am Geriatr Soc. 2020 Feb;68(2):250-255. doi: 10.1111/jgs.16200. Epub 2019 Oct 14. PMID: 31609481.
- 22) Sleeman KE, Ho YK, Verne J, Gao W, Higginson IJ; GUIDE_Care project. Reversal of English trend towards hospital death in dementia: a population-based study of place of death and associated individual and regional factors, 2001-2010. BMC Neurol. 2014 Mar 26;14:59. doi: 10.1186/1471-2377-14-59. PMID: 24666928; PMCID: PMC3987058.
- 23) Dougherty M, Harris PS, Teno J, Corcoran AM, Douglas C, Nelson J, Way D, Harrold JE, Casarett DJ. Hospice Care in Assisted Living Facilities Versus at Home: Results of a Multisite Cohort Study. J Am Geriatr Soc. 2015 Jun;63(6):1153-7. doi: 10.1111/jgs.13429. PMID: 26096389.
- 24) Wheeler MS. Pain assessment and management in the patient with mild to moderate cognitive impairment. Home Healthc Nurse. 2006 Jun;24(6):354-9; quiz 360-1. doi: 10.1097/00004045-200606000-00003. PMID: 16849938.

D 考察

1. 地域に在住する重度認知症者の苦痛・症状について

地域に在住する重度認知症者の症状、認知症の発症年齢や療養場所による症状の相違に関して海外で調査されている。しかし、日本と海外では社会状況や制度、治療やケアの内容は異なる。そのため、重度認知症を有する日本の地域在住高齢者を対象とする調査が必要である。認知症者の苦痛を評価する方法を確立して、多職種で評価を分担、共有しながら緩和ケアの質を高めるための研究が望まれる。

2. 在宅医療、在宅ホスピスケアの効果と課題

「在宅医療」、「在宅ホスピスケア」が重度認知症者の苦痛を緩和する効果に関する研究は見つからなかった。統合された在宅プライマリ・ケア、在宅緩和ケアは在宅看取りの支援に有効である可能性が示されている。アドバンスケアプランニングを図りながら、より効果的なケアプログラムを作成するための研究、およびケアプログラムが重度認知症者の苦痛を緩和する効果を検証する研究が必要である。

3. 薬物療法・薬剤管理

重度認知症者の苦痛を緩和するために薬物療法と非薬物療法が必要である。このうち薬物療法については、薬剤処方 of 適正化を図り、苦痛を緩和するための適切な薬物療法を確立する必要がある。

4. 認知症者が死亡する場所

死亡場所の割合は国により異なることから、社会状況や制度の違いが死亡場所に大きく影響する可能性が示唆される。

E 結論

地域に在住する重度認知症者の苦痛や症状に関する研究は限られている。認知症者の苦痛を評価する方法を確立して、多職種で評価を分担、共有しながら緩和ケアの質を高めるための研究が望まれる。また、薬剤処方 of 適正化を図り、苦痛を緩和するために適切な薬物療法を確立する必

要がある。

F. 研究発表

1. 論文発表

なし

2. 学会発表

なし

G. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得

なし

2. 実用新案登録

なし

3. その他

なし