

療養場所の違いに応じた認知症者のエンドオブライフケア充実に向けての調査研究  
—COVID-19流行の影響も踏まえて—  
「介護福祉専門職として、認知症者のエンドオブライフ・ケアの在り方に関する検討」

研究分担者 石山 麗子 国際医療福祉大学大学院 教授

### 研究要旨

介護福祉専門職として、認知症者のエンドオブライフ・ケアの在り方を検討するために、Clinical Question (以下、CQ)「介護福祉職として認知症者のエンドオブライフ・ケアにおいて配慮すべきことは何か」を設定し、その回答を導き出すために文献レビューを行った。CQに対する直接的かつ具体的な回答を文献から得ることはできなかったが、CQに関連する14の文献から今後の検討に向けた知見を得ることができた。それらを適切なケアマネジメント手法の基本ケアの方針である3つの枠組み1. 尊厳を重視した意思決定支援、2. これまでの生活の尊重と継続の支援、3. 家族等への支援から配慮すべきこと、に照らし合せて考察した。CQに対する回答を導き出すためには、今後複数の研究を継続的に行っていく必要がある。

### A. 研究目的

認知症者のエンドオブライフ・ケアに携わる介護福祉職(以下、介護職)の多くは、介護保険法に基づくサービス提供を通じて、生活支援の観点から関わっている。要介護の原因疾患は多い順に認知症(17.6%)、脳血管疾患(16.1%)、高齢による衰弱(12.6%)である<sup>1)</sup>。第二位以下も認知症を伴う場合がある。今日の高齢者ケアは認知症ケアといっても過言ではない。介護職は、見守りから見守りに至るまで、認知症者の地域生活に密着した最も身近な専門職といえる。

介護職は認知症者の家族に対しての配慮も必要である。要介護者等のいる世帯構造の構成割合を制度創設直後の2001と2019年を比較<sup>2)</sup>すると、三世帯世帯は32.5%から12.8%へ、夫婦のみ世帯は18.3%から22.2%へ、単独世帯は15.7%から28.3%へ推移した。家族規模の縮小は、介護に限らず生活のあらゆる面において家族構成員一人が担う役割や責任を増大させた。

介護職は本人を中心としつつ家族の状況も踏まえ、その認知症者はどこで、誰と、どのような生活を送り、どのように人生を全うしたいと願っているのか、その方に関わる者や多職種と共に考

え、地域生活の実現可能性を追求しなければならない。

我が国は人口減少と高齢化が同時に進展している。2025年の75歳以上人口は、全人口の18%を超え、その後も比率は高まっていく<sup>3)</sup>。保健医療福祉における業務効率化は喫緊の課題であるが、同時に個々人の価値観に基づく丁寧なエンドオブライフ・ケアも確保されなければならない。介護職は、この相反する価値への対応を地域生活支援の観点から求められている。

本研究の目的は、介護福祉専門職として、認知症者のエンドオブライフ・ケアの在り方に関する検討を行うことであり、Clinical Question(以下、CQ)「介護福祉職として認知症者のエンドオブライフ・ケアにおいて配慮すべきことは何か」を設定し、その回答を導き出すことである。

### B. 研究方法

電子ジャーナルを使用したレビュー研究である。CQに対し文献から回答を導く。

検索エンジンはPubMed.gov、医中誌Web、CiNii Research、J-STAGE、メディカルオンライン、文献の種類は、原著論文とし、研究の種類は問わず、

言語は英語又は日本語とした。対象期間は2016年1月1日～2021年12月31日、文献検索は2022年2月27日に実施した。

一次抽出は、検索キーワードを介護、認知症、エンドオブライフ・ケア、ターミナルケア、終末期、末期、緩和ケア、高齢者とし、複数の検索式を設定した<sup>参考資料1)</sup>。

二次抽出は、包含基準及び除外基準の該当状況をタイトルと抄録から確認した。包含基準は「介護」とした。包含基準における介護とは、日本の介護保険制度における介護職が実行上行う職域に適合する内容である。除外基準は「人種」、海外の「政策の効果検証」とした。

三次抽出は、フルテキストで論文の内容がCQに合致、又は関連するかを確認した。

(倫理面への配慮)

本研究において取り扱うデータは、公開済の二次資料である。個人情報取扱わないことから倫理審査は不要と判断した。文献を取り扱う際には、著作権を侵害することがないように配慮した。本研究に関し報告すべき利益相反はない。

### C. 研究結果

研究方法に準じ、抽出された文献数は一次抽出(147編)、二次抽出(109編)、三次抽出(14編)であった<sup>参考資料2)</sup>。抽出された論文の言語は、英語文献は5編、日本は9編であった。研究デザインは、系統的レビュー研究1編、前向き介入研究1編、質問紙法による横断調査編、調査的面接法編であった。療養場所別では、グループホーム(以下、GH)に関連する論文は4編、特別養護老人ホーム(以下、特養)は1編、介護老人保健施設1編、在宅は6編、病院は2編だった。調査対象者は、遺族が5編、専門職が5編、資料・介護記録の分析が1編だった。認知症の本人を対象とした論文は3編でいずれも海外文献であった。

CQの回答を直接的かつ具体的に示す文献は確認できなかった。しかし、CQに対する解答の検討に向けた予備的知識として4つの観点が得られた。

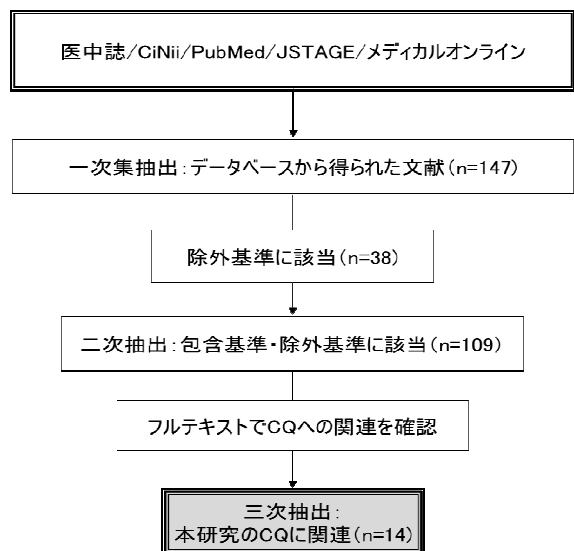


図1. 文献検索の過程と結果(文献数)

#### 1. 居宅生活する認知症者のニーズ

##### (1) 軽度認知症者の精神的ニーズ

軽度認知症者に対する台湾における半構造化インタビューからは「時間を戻したい」、「過去の経験に意味を持たせたい」、「残された人生をコントロールしたい」、「信仰の力を借りたい」が生成されていた。精神的な欲求の中心は、認知症によって低下した記憶、自立していた時を取戻したい強い願望だった。軽度認知症者は、自律と依存のバランスを保つこと、自己の意識と価値観の構造を保ちながら、自分の人生をコントロールすることに苦心していた<sup>4)</sup>。

軽度認知症者の終末期医療に関する意向の実態と家族介護者の医療選択の意向との相違を明らかにする研究では、終末期に臨む治療は「肺炎時の抗生剤の服薬・点滴(48%)」、「中心静脈栄養(22%)」、「蘇生処置(16%)」だった。患者と家族間の意向の一致は、終末期医療に関する話し合いをしていた方が「蘇生処置」において割合が高かった<sup>5)</sup>。

##### (2) 居宅で生活する中等度認知症高齢者のニーズ

居宅で生活する中等度の認知症高齢者のニーズには、「仲間、ケアへの要求」、「見慣れたイメージを思い出したい」、「内省や回想による生きがいや価値の再確認」、「自律した終末期意思決

定の欲求」があった。

生きることと、死ぬことについての問題をより重視する傾向がみられ、人生の最終段階を迎えることについて発言権を欲していた。<sup>6)</sup>

## 2. 本人の意思確認の課題と看取り期の兆候の判断

GHの看護師を対象とした調査結果では、認知症者がGHに入居する際、認知症の状態が軽度～中等度であっても本人に対する意思確認が行われていなかった。

認知症高齢者が看取り期に入っているか看護師がみる視点は、食欲不振・体重減少を看取り期に入る兆候としていた<sup>7)</sup>。

## 3. よい看取りとは何か

### (1) GHの看護師が考えるよい看取り

GHの看護師が考える認知症高齢者のよい看取りとは、家族との話し合い、医師・介護職とのスタッフ間の連携、慣れ親しんだ環境、他の利用者との関係であった<sup>7)</sup>。

### (2) GHで看取った家族、管理者、介護・看護職が考えるよい看取り

GHでよい看取りができたと言った認知症高齢者の家族、管理者、介護職、看護師が考える良い看取りの要素が抽出された。良い看取りとは、認知症高齢者の家族は【看取りケアへの満足】【仲間との良い別れ】、管理者は【経験からの学び】【管理者としての至福】、介護職は【福祉職である介護職としての満足感】【高齢者との良い関係の最再構築】【私と高齢者のよりよい理解】、看師は【医療職である看護師としての満足感】であった。よい看取りとは看取った後にも肯定的感情が遺族、専門職にも生じることである<sup>8)</sup>。

### (3) 満足な看取りに関連する要因

GHでは、家族の食事に対する満足度(98%)が末期ケアの細やかな工夫に影響していた。関連要因には、入居する高齢者の経過に関する情報提供の希望、家族年齢、「高齢者が立つ機会をもつことへの希望があった。<sup>9)</sup>

### (4) 介護保険施設における遺族の代理意思決定に関する満足と後悔への看護師の支援の関連

介護保険施設入所の認知症高齢者の終末期医療と看取り場所を最終決断した遺族の代理意思決定に対する「満足感」と「後悔」に関連する要因を看護師の支援との関連を調査した研究では、看護師が代理意思決定支援の質・量を向上させ適切な支援提供を行うことが、遺族の後悔がなく、かつ満足した代理意思決定に貢献できる可能性があることがわかった<sup>17)</sup>。

### (5) 認知症患者の特養における看取りの意義

特養の看取りに関する実態調査の結果では平均年齢は90.07歳、在所期間の平均は4年9カ月であるが、最長18年5カ月の者もいた。死因は多い順に老衰(49%)、認知症は全体の98%を占めた。特養は、認知症者の自宅看取に代わる場として大きな意義をもつ<sup>10)</sup>。

### (6) 家族の介護達成感に対する認知症併存の関連

高齢者の介護体験をした遺族に対し、認知症併存の有無で比較し、関連要因を調べるために、対象はがん・心疾患・脳血管疾患・肺炎による死亡とし、介護体験の評価を調査した結果、終末期高齢者の介護体験評価は認知症併存の有無で同程度であった。

認知症併存群での多変量解析で得られた結果では、医師と患者が終末期について話し合い、家族に治療の希望があると介護を通した成長感は有意に高かった<sup>11)</sup>。

### (7) 認知症高齢者の胃ろう造設と代理意思決定

認知症高齢者の胃ろう造設に関する代理意思決定を行い看取った家族を対象にした面接調査(半構造化面接、修正版グランデデッド・セオリーによる分析)の結果、家族は胃ろう造設時は<ひとつの食形態>【延命ではなく自然な経過】ととらえていたが、次第に<胃ろうによって活かされている命を実感>、<介護生活漂流感>を感じ、最期が近づくにつれ<命を託されているよな切迫感>のなかで【まざまざと感じる延命の念】が大きくなっていった。

看取り後は安堵間や達成感を感じる一方でく  
枯れるような最期にしてあげられなかった後悔  
>も抱いていた。終末期における栄養剤の減量・  
中止の選択は、家族にとって被介護者の命を断つ  
ような感覚を抱かせていた<sup>12)</sup>。

#### (8) 認知症高齢者の在宅ホスピスケアの質の向 上のための視点

進行した認知症高齢者に対する在宅ホスピス  
ケアの質向上を目指し、臨床的、医療サービスと  
してのアウトカムを得ることを目的とした介入  
研究、インタビュー研究では、症状管理及び、介  
護者の満足度の向上、介護者の負担軽減において  
有意であった。また入院予防、不必要な薬物の中  
止が可能であった。課題は予後6ヶ月の進行した  
認知症高齢者を特定することであった<sup>13)</sup>。

#### 4. 認知症者のエンドオブライフを支援する専門 職へのサポートの必要性

(1) 認知症患者の転院先の選択に対する適切な  
支援を行うための専門職へのサポートの必要性

総合病院の医師及び看護師に対する GH での看  
取りに対する捉え方について医師及び看護師を対  
象にした調査では、GH に関する主観的な知識は、  
医師と看護師間ともに75%以上が知っていた。

GH での看取りの捉え方について医師は、年代、  
性別、在職期間および仕事と家族の立場に影響を  
受けず、看護師よりもグループホームで看取るべ  
きとしていた。看護師は40歳以上、また在職期  
間が10年以上は、グループホームで看取るべき  
と捉え、家族の立場としての解答では著明だった。

これらの結果から総合病院の医師、看護師のグ  
ループホームでの看取りの促進に関する理解は  
得やすいが、その実現のためには GH での終末期  
医療に対する総合病院の医療職のかかわり方を  
行動レベルで検討する機会(研修会等)が必要で  
あることがわかった<sup>14)</sup>。

(2) 認知症者のエンドオブライフを支える在宅  
ケアワーカーへの支援の必要性

認知症の人の終末期をケアする訪問介護員の  
課題認識、必要な支援、受けることのある支援を

明らかにすることを目的にしたイギリスでの半  
構造化面接における構造分析の結果、在宅ケアワ  
ーカーが対象者の自宅で単独で業務を行う特性  
と、認知症の利用者の予測不可能な反応、コミュ  
ニケーションの困難さ、気分の変化への対応、看  
取りケア等の対象者との関わり、家族との衝突が  
あり、倦怠感、孤立感にさらされていることがわ  
かった。利用者の死や家族との対立に巻き込まれ  
る等、高いレベルでの感情労働は、在宅ケアワー  
ーカーを感情的に消耗させていた。

在宅ケアワーカーを支援する要素には、経験豊  
富な訪問介護員からの励まし・学びを受けること、  
事業所管理者に自分の気持ちを認めてもらうこ  
とが挙げられた。利用者との死別を受入れる手段  
に休暇取得、利用者の葬儀への参列の事例があっ  
た。

管理者から見た場合、単独業務という特性ゆえ  
に個々の在宅ケアワーカーのストレスに耐えら  
れないと感じる初期的な兆候に気づかず、軽減す  
る機会を逸してしまう恐れもある。これらへの対  
応に関する対応モデルの必要性が示唆された<sup>15)</sup>。

終末期まで自宅で暮らす認知症の人にケアを  
提供する在宅ケアワーカーの視点と経験につい  
て調査した系統的レビューの結果では、研究課題  
を具体的に扱った実証研究は確認されなかった。  
しかし、文献から得られた知見を総合すると、仕  
事の役割の価値、感情的労働、情報・コミュニケ  
ーションの不備という3つの包括的なテーマが明  
らかになった。

認知症患者を終末期まで支援する在宅介護者  
の役割は、まだ十分に研究されておらず、情報  
的・技術的・精神的支援へのニーズが満たされて  
いないことが報告されている。また、研修や支援  
の効果的な構成要素もまだ明らかにされていない  
ことがわかった<sup>16)</sup>。

#### D. 考察

CQ「介護職として認知症者のエンドオブライ  
フ・ケアにおいて配慮すべきことは何か」に対し  
て文献から直接的かつ具体的回答は得られかつ

た。しかし、関連する知見をもとに、介護保険制度を所管する厚生労働省老健局が 2021 年度より普及・啓発している適切なケアマネジメント手法<sup>18)</sup>における、基本ケアの 3 つの基本方針を枠組みに設定し、筆者の同手法の作成過程に参画した経験、ケアマネジメントの実践及び教育経験も踏まえて考察した。なお、適切なケアマネジメント手法とは、要介護高齢者に対する適切なケアを展開するために、厚生労働省が 2016 年度から老健事業において継続して作成してきたものであり、2021 年度より周知を開始した<sup>19)</sup>ものである。

## 1. 尊厳を重視した意思決定支援

### (1) 入居時、サービス利用開始時の認知症者への意思確認の徹底

認知症者のニーズに関する調査では、認知症の段階を問わず人生の価値づけ、人生自らコントロールしたいという欲求があった<sup>4)</sup>。GH の看護師を対象とした調査では認知症の軽度～中度の者であっても入居時に意思を確認していなかった<sup>7)</sup>。認知症者と介護職が関わりをはじめた早い時点で、認知症者の意思を確認することは、認知症者にとって入居してばかりの場合（又は利用するサービスの場）において、発言権があることを認識できる機会である。同時に、ここでは一人の人として尊重されることを実感する機会でもある。認知症の進行段階、療養場所にかかわらず入居時、又はサービス利用開始時には必ず本人の意思を確認することが徹底されなければならない。

### (2) 業務効率化と個別性の尊重の葛藤に対する対処の必要性

中等度知症者には仲間、ケアへの要求「見慣れたイメージを思い出したい」、「内省や回想による生きがいや価値の再確認」、「自律した終末期への意思決定の欲求」があった<sup>6)</sup>。

個別性にかかわるニーズは、丁寧かつ時間をかけた対応が要求される。厚生労働省から意思決定支援に関する複数のガイドラインが発出された。一方で、我が国では、2005 年を境に人口減少社会へ突入し、増加する高齢者を支援するため 2021 年度介護保険制度改正では「効率化」を掲げた施策

が複数打ち出されている。今後、後期高齢者数の増加が見込まれるなか、個別性や価値観の理解に配慮した丁寧な対応と、業務効率化の両立に対する要求は、一層加速するものと予測する。

介護職には、認知症者の地域生活における日常生活及び社会生活における、生活習慣、価値観等の個別性に留意した支援が求められている。現状では、限られた時間の中で、あるいは COVID=19 の影響により計画より短時間で、あるいは直接会えない状況で意思確認が求められた。意思決定支援のプロセスを重視し、誠実かつ丁寧に意見を引き出そうとする意識が高い介護職ほど、現実との狭間で葛藤を感じやすい。

また、認知症者の意見がなかなか表出されない、表出されてもまとまらないという状況下で、本人から何らかの言葉を引き出そうとして、もし無理に結論を急ぐなら、本人の本当の意思ではない生活や人生の選択を強いる恐れを孕む。

介護職が認知症患者の生活を終末期に至るまで支援する際の情報、技術、精神面も含めた支援のニーズが満たされていないとの報告があった<sup>15)</sup>。我が国の今後の人口推計が示す将来像を踏まえ、認知症者にとって不利益とならないよう、生活上の葛藤に対応する介護職の感情労働にも配慮した対応が不可欠である。認知症者の意思形成から意思表示の支援を丁寧に、かつ、そこにかかわる自己を客体化して捉える技術を習得した介護職を養成するには、療養場所によって異なる介護職の職務範囲、支援体制（施設内のチーム、在宅の単独ケア等）、責任、かかわりの頻度に応じた情報収集・共有方法やプロセス、体制、生じやすい葛藤にも配慮した、介護職のための認知症者の意思決定支援マニュアルが必要である。

## 2. これまでの生活習慣と生活の継続の支援

### (1) その人を理解した食事の支援の必要性

文献では食事に関する支援が認知症者の家族の満足度に影響が確認された<sup>9)</sup>。低栄養やフレイルをはじめ、認知症の合併症にも留意した食事<sup>20)</sup>は、一日も欠くことのできない大切な日常生活行

為である。セルフケアが次第に難しくなる認知症者の食事の支援は、多職種と協働しつつ行う介護職にとって重要な役割の一つである。食事は体調を維持するだけでなく、楽しみや四季を感じる等、生活の質の向上（QOL）に繋がっている。食事の好みは個別性が高い。さらにその日、何を欲し、美味しいと感じるかは、個々人のその時の体調に左右される、合併症への留意も欠かせない。つまりエンドオブライフ・ケアにおける食事の配慮は、医療者からの食事に関する制限や助言等の情報を踏まえつつ、その認知症者のこれまでの生活や食事の好み、食事にまつわるエピソード等を知り、今の体調や咀嚼・嚥下状態に応じた工夫が行えることである。こうした丁寧な配慮の積み重ねが食事の満足度にも繋がる。今後は介護職における認知症者のエンドオブライフ・ケアにおける食支援の方法論を確立し、教育、実践へとつなげていく必要がある。

#### (2) セルフマネジメントを支える日常的な体調管理の支援

GHの看護師は、認知症高齢者が看取り期に入るかの判断は、食欲不振・体重減少からみていた<sup>7)</sup>。ここでの看護師のはたらきは、看取り期に入るかという視点で看ていること、適切なタイミングで医師に相談することである。とはいえ現状は療養場所の人員配置、あるいはケアプランによって、すべての認知症者が看護師の観察を受けられるとは限らない。

介護保険サービス利用者は、ケアマネジャーを含め介護職との関わりがある。食欲不振・体重管理は、介護職が日々のかかわりのなかで気づくことのできる兆候ではある。

2021年介護保険制度改正により科学的介護<sup>21)</sup>の確立を目指して科学的介護情報システム<sup>22)</sup>が導入され、介護保険施設を中心としつつ居宅サービスの一部において、栄養をはじめ生活上の状況を数値化して報告するようになった。しかし、その計測の目的、手順を理解し、多職種が共有できる正確な計測、記録が行われているとは言い難い。

つまり現状では介護職が食欲不振・体重管理か

ら看取り期の兆候を捉えようとしても、あくまで見た目の印象に留まり、誰が担当しても同様の判断ができる科学的な方法にはなっていない。今後は科学的介護の確立も踏まえ、介護職が認知症高齢者のセルフマネジメントを支援する立場から生活をみる、範囲と適切な実施方法で統一する等、認知症者のエンドオブライフにおけるセルフマネジメント支援の方法論の確立が必要である。

#### (3) 在宅ホスピス機能における介護職が果たす役割

在宅ホスピスに関する研究では<sup>13)</sup>、健康管理、入院予防、中止可能な薬の判断が可能であるとされていた。我が国の介護保険制度の枠組において、認知症者のエンドオブライフ・ケアで介護職が機能するには次のことが必要であると考えられる。日常生活支援のなかで認知症者のセルフマネジメントの補助役として、精度を上げた経時的な情報を確認すること、ケアマネジャーは、一人の認知症者が複数のサービス種別や事業所を利用する場合にも、利用者の置かれた状況に応じ、可能な限り正確性を期す共通化された方法で介護職が計測できるようにルールを決めること、医師をはじめとする多職種に対し方法の相談、得られたらの情報種類ごとに有用なタイミング、方法で提供すること、である。

### 3. 家族等の支援の視点

#### (1) 意思決定支援における家族への支援

治療方針に関する代理意思決定を強いる看取り迄のプロセスは、家族に心理的負担を強いていた。<sup>12)</sup>。軽度認知症者の終末期医療に関する研究では、認知症者の意向は蘇生処置（16%）が最も低い、認知症者と家族間で話し合いをしていた場合には「蘇生処置」に対する意向が一致した割合が高かった<sup>5)</sup>。命にかかわる選択は家族の悩みや後悔に繋がりがやすいが、専門職がかかわった場合には後悔が少なかった<sup>17)</sup>。こらを踏まえれば、事前の意思確認を行うことは、重要な家族支援の一つといえる。したがって、認知症者と家族を含めた事前の意思確認のプロセスを確保する支

援は必要がある。

アドバンスケアプランニングは、「今後の治療・療養について患者・家族と医療従事者があらかじめ話し合う自発的なプロセス」<sup>23)</sup>とされている。なかには、アドバンスケアプランングを望まない場合もあることも想定しなければならない。

## E. 結論

レビュー論文から CQ「介護職が認知症のエンドオブライフ・ケアにおいて配慮すべきことは何か。」に対する直接的かつ具体的な回答は得られなかった。しかし CQ の検討に向けた知見から、適切なケアマネジメント手法の基本ケアにおける 3 つの方針である 1. 意思決定の支援と尊厳の保持、2. これまでの生活習慣と生活の継続の支援、3. 家族等への支援を枠組みとして考察し次の知見を得た。

- ・認知症者と介護職の関わりの初期段階において、本人の意思確認の徹底

- ・業務効率化と認知症者の意思決定支援の相反する価値の中で、意思決定を適切に行うために、介護職が意思決定支援において必要な知識、技術と、介護職が感やすい葛藤にも配慮した、介護職のための認知症者の意思決定支援マニュアルの必要性

- ・介護職が認知症者のエンドオブライフ・ケアにおける満足度の高い食支援を行うための、方法論の確立、教育の必要性

- ・認知症者のエンドオブライフにおけるセルフマネジメント支援の方法論の確立の必要性

- ・在宅ホスピスの一員として介護職の役割の範囲、正確な情報収集、情報共有の方法の確立

- ・特に命に係わる選択に関する、認知症者と家族間の意思確認の支援

しかし、これらが CQ に対する回答を網羅しているとは考えられず、今後も文献レビューを継続し、同時に CQ に対する回答をえるための複数の研究を実施していく必要がある。

## ■文献一覧

- 1) 厚生労働省. 国民生活基礎調査2019年. 表18. <https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/k-tyosa/k-tyosa19/dl/05.pdf>. 2022. 03. 31
- 2) 厚生労働省. 国民生活基礎調査2019年. 表16. <https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/k-tyosa/k-tyosa19/dl/05.pdf>. 2022. 03. 31
- 3) 厚生労働省. 我が国の人口について. 日本の人口の推移. [https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage\\_21481.html](https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_21481.html). 2022. 04. 31
- 4) Hsing-Chia Chen MSN, RN, Sally Wai-chi Chan PhD, RN, et al. The Spiritual Needs of Community-Dwelling Older People Living With Early-Stage Dementia-A Qualitative Study. *Journal of Nursing Scholarship*. March;51(2):157-167. 29. 2019
- 5) 遠田大輔, 廣瀬亜衣, 他. 軽度認知症者の終末期医療に対する意向調査と家族介護者との相違. *日本プライマリ・ケア連合学会誌*. 44, (2);45-52. 2021
- 6) Tzu-Pei Yeh, ORCID, Hsing-Chia Chen, et al. A Qualitative Exploration of the Needs of Community-Dwelling Patients Living with Moderate Dementia. *J. Environ. Res. Public Health*. Jun ; 18 (17):8901. 2021
- 7) 木村典子. 認知症高齢者グループホームで行われている看取り～看取りに携わった看護師から調査～. *Hospice and Home Care*. 1(24)1:16-22. 2016
- 8) 木村典子. 認知症高齢者のよい看取り-家族と管理者・看護師・介護職からの考察-. *愛知学泉大学紀要*. 2(1);161-169. 2019
- 9) 辻幸美, 山田律子, 武田純子, グループホームで終末期を迎えた認知症高齢者の食事に関する家族の満足度と影響要因. *日本緩和ケア学会誌*, 14(4)792-804. 2016
- 10) 小林剛一, 平形ひとみ, 井上まさよ他. 特別養護老人ホームにおける看取りの意義に関する研究. *北関東医学*. 68;31~41. 2018

- 11) 佐藤一樹, 芹澤未有<sup>3</sup>, 宮下光令, 木下寛也  
他. 遺族による終末期高齢患者の介護体験評  
価: 認知症併存の有無での比較と関連要因,  
Palliative Care  
Research. 12(1);159-168. 2017
- 12) 蓑原文子. 認知症高齢者の胃ろう造設を代  
理意思決定した家族の心理的变化 造設か  
ら看取り後まで. 老年看護  
学. 22(2);70-78. 2018
- 13) Shelley A Sternberg, Ron Sabar, et  
al. Home hospice for older people with  
advanced dementia: a pilot project. J of  
Health Polocy. July;8(42);56. 2019
- 14) 永田千鶴, 堤雅恵野垣宏, 清永麻子. 認知症  
グループホームでの看取りに対する総合病  
院の医師および看護師の捉え方- 医療職の  
立場と家族の立場での検討-. 山口医  
学. 68(4);127-137. 2019
- 15) Kritika Samsi, Tushna Vandrevala, Jill  
Manthorpe. Constituents of effective  
support for homecare workers providing  
care to people with dementia at end of life.  
Journal of Geriatric Psychiatry. Feb; 34  
(2):352-359. 2019
- 16) Valerie D' Astous, Ruth Abrams, Tushna  
Vandrevala, Kritika Samsi, Jill  
Manthorpe. Gaps in Understanding the  
Experiences of Homecare Workers Providing  
Care for People with Dementia up to the End  
of Life: A Systematic  
Review. Demntia. Apr. 18(3);970-989. 2019
- 17) 牧野公美子, 杉澤 秀博. 認知症高齢者の  
終末期医療と看取り場所を最終決断した遺  
族の代理意思決定に対する「満足感」と「後  
悔」に関連する要因-介護老人福祉施設で行  
われた看護支援に着目して-. 老年学雑  
誌. 10;82-97. 2019
- 18) 日本総合研究所. 令和3年度老人保健事業  
推進費等補助金 老人保健健康増進等事業  
適切なケアマネジメント手法の策定、普及推  
進に向けた研究事業.  
<https://www.jri.co.jp/page.jsp?id=102436>. 2022. 04. 25
- 19) 厚生労働省. 適切なケアマネジメント手法  
の策定、普及推進.  
[https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi\\_kaigo/kaigo\\_koureisha/hoken/jissi\\_00006.html](https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/kaigo_koureisha/hoken/jissi_00006.html). 2022. 04. 25
- 20) 日本総合研究所. 令和3年度老人保健事業  
推進費等補助金 老人保健健康増進等事業  
適切なケアマネジメント手法の策定、基本ケ  
ア概要版.  
[https://www.jri.co.jp/MediaLibrary/file/column/opinion/pdf/210414\\_r2kihoncare.pdf](https://www.jri.co.jp/MediaLibrary/file/column/opinion/pdf/210414_r2kihoncare.pdf) 2022. 04. 25
- 21) 厚生労働省. 科学的介護.  
[https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000198094\\_00037.html](https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000198094_00037.html). 2022. 04. 25
- 22) 厚生労働省. 科学的介護情報システム.  
[https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000198094\\_00037.html](https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000198094_00037.html). 2022. 04. 25
- 23) 厚生労働省, 第1回人生の最終段階におけ  
る医療の普及・啓発の在り方に関する検討  
会. 資料3. アドバンスケアプランニング定義,  
P4  
<https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-10801000-Iseikyoku-Soumuka/0000173561.pdf>. 2022. 04. 25

## F. 研究発表

1. 論文発表 該当なし
2. 学会発表 該当なし

## G. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得 該当なし
2. 実用新案登録 該当なし
3. その他 該当なし



参考資料 1.

表 1. 文献の一次抽出の検索式

検索式	数
<b>PubMed</b>	
dementia, end of life care, homecare, Abstract, Full text, From 2016/1/1 to 2021/12/31	8
(dementia OR Alzheimer* OR Parkinson* OR Lewy OR Fronto) AND (terminal care OR end of life OR care palliative care) AND homecare /Filters applied: Abstract, Free full text, English, Aged: 65+ years, 80 and over: 80+ years, from 2016/1/1 - 2021/1/1	11
(dementia OR Alzheimer* OR Parkinson* OR Lewy OR Fronto) AND (terminal care OR end of life OR care palliative care) AND (homecare OR nursing home OR care home) AND (Aged: 65+ years) /Filters applied: Abstract, Free full text, English, Aged: 65+ years, 80 and over: 80+ years, from 2016/1/1 - 2021/1/1	49
<b>医中誌</b>	
((介護/TH or 介護/AL) and (認知症/TH or 認知症/AL) and (ターミナルケア/TH or エンドオブライフケア/AL)) and (DT=2016:2021 (PT=症例報告,事例) and (PT=原著論文))	2
((介護/TH or 介護/AL) and (認知症/TH or 認知症/AL) and (ターミナルケア/TH or ターミナルケア/AL)) and (DT=2016:2021 (PT=症例報告,事例) and (PT=原著論文))	2
((介護/TH or 介護/AL) and (認知症/TH or 認知症/AL) and (ターミナルケア/TH or 終末期/AL)) and (DT=2016:2021 (PT=症例報告,事例) and (PT=原著論文))	2
((介護/TH or 介護/AL) and (認知症/TH or 認知症/AL) and 末期/AL) and (DT=2016:2021 (PT=症例報告,事例) and (PT=原著論文))	3
<b>Cinii</b>	
介護and認知症andエンドオブライフケア (DT=2016:2021) (PT=論文)	0
認知症andエンドオブライフケア (DT=2016:2021) and (PT=論文)	6
介護and認知症andターミナルケア (DT=2016:2021) and (PT=論文)	1
介護and認知症and末期 (DT=2016:2021) and (PT=論文)	25
介護and認知症and終末期 (DT=2016:2021) and (PT=論文)	16
<b>J-STAGE</b>	
資料種別: ジャーナル, 記事の査読有無: 査読あり, 記述言語: 日本語, 英語, 発行年: 2016年~2021年, 抄録: 介護, AND 抄録: 認知症 AND 抄録: エンドオブライフケア	0
資料種別: ジャーナル, 記事の査読有無: 査読あり, 記述言語: 日本語, 英語, 発行年: 2016年~2021年, 抄録: 介護, AND 抄録: 認知症 AND 抄録: ターミナルケア	0
資料種別: ジャーナル, 記事の査読有無: 査読あり, 記述言語: 日本語, 英語, 発行年: 2016年~2021年, 抄録: 介護, AND 抄録: 認知症 AND 抄録: 終末期	6
資料種別: ジャーナル, 記事の査読有無: 査読あり, 記述言語: 日本語, 英語, 発行年: 2016年~2021年, 抄録: 介護, AND 抄録: 認知症 AND 抄録: 末期	7
<b>メディカルオンライン</b>	
認知症and介護andエンドオブライフケア, 原著論文, 2016-2021	0
認知症and介護andターミナルケア, 原著論文, 2016-2021	3
認知症and介護and終末期, 原著論文, 2016-2021	6
認知症and介護and末期, 原著論文, 2016-2021	0
一次抽出数	<b>147</b>

参考資料 2.

表 2. 三次抽出において抽出された文献一覧

引用文献番号	文献名	著者 ※First	年	種類	内容
4)	The Spiritual Needs of Community-Dwelling Older People Living With Early-Stage Dementia-A Qualitative Study	Hsing-Chia Chen	2019	調査的面接法	地域在住の早期認知症高齢者のスピリチュアルなニーズを調査することを目的に、台湾中部の精神病院から在宅介護サービスを受けている高齢者10名を対象に半構造化インタビューを実施し内容分析を行った。結果は「時間を戻したい」「過去の経験に意味を持たせたい」「信頼に基づく力を得たい」「残された人生をコントロールしたい」という4つのテーマが、早期認知症の高齢者のスピリチュアルな願いやニーズを表現するものとして浮かび上がった。精神的な欲求の中心は、低下した記憶と自立を授け戻すための時間との駆け引きへの強い願いだった。早期認知症高齢者は、自律と依存のバランスを保ち、自己の尊厳と価値観の構造を保持し、宗教的信仰に置き支えられ、自分の人生をコントロールすることに苦しんでいた。
5)	軽度認知症者の終末期医療に対する意向調査と家族介護者の相違	遠田大輔	2021	質問紙法/横断調査	軽度認知症者の終末期医療に関する意向の実態と家族介護者の医療選択の意向との相違を明らかにすることを目的に、認知症医療センターに連関した軽度認知症及び軽度認知症者の患者とその介護者 54 組を対象に、終末期医療の意向に関する聞き取り調査を行った。有効回答を得られた50 組 (100 人) を分析した結果、患者のうち終末期に次の治療を望む者は「肺炎時の抗生剤の服薬・点滴 (48%)」、「中心静脈栄養 (22%)」、「臓生体置換 (6%)」だった。各医療項目の「望む/望まない」における患者と介護者の意向の一致割合は 0~76%だった。患者が望む終末期医療に関する話し合いをしていない方が「話し合い」に対する意向が一致した割合が高かった。結論として患者と家族にとって後悔の少ない選択ができるよう軽症のうちから終末期医療について話し合いを行うための支援が重要である。
6)	A Qualitative Exploration of the Needs of Community-Dwelling Patients Living with Moderate Dementia	Tzu-Pei Veh	2021	調査的面接法	中等度の認知症を有し、在宅介護サービスを受けている者のニーズを理解することを目的に、史料はインタビューによって収集し、対話データに含まれる経験を解釈するために内容分析を用いた。その結果、在宅介護サービスを受けている中等度認知症患者のニーズには「仲間やケアへの要求」「見慣れたイメージを思い出したい」「身近な仲間による生きがいや価値の再確認」「自律した終末期意思決定の欲求」という4つのテーマが含まれていた。中等度認知症患者は、日々のケアに加えて「交際を止め、人生を共有するための有意義な経験の交換を期待し、人生の最終段階を迎えるにあたって発言権を持つことを要求していた。また、生きることを望むこととのつらがりに関する問題をより重視する傾向がみられた。
7)	認知症高齢者グループホームで行われている看取り～看取りに携わった看護師から調査～	木村典子	2016	質問紙法/横断調査	全国の認知症高齢者グループホーム (以下GH) 1,000件を対象に、質問紙調査によりGHで看取りを迎えた高齢者の特徴、医療処置、意思確認、よい看取りであったかを看取りに携わった看護師から調査した。結果、回収294件で、有効回答数261件であった。GHで看取りを迎える高齢者の特徴として、死亡年齢は平均90.4歳で、比較的年齢が高く、入院期間は平均5.1±3.5年であった。入院時、認知症の技能が軽度～中等度であるにもかかわらず、意思確認が高齢者本人に行われていなかった、看護師が看取り期を判断のきっかけとなった症状に「意識不醒・体重減少」があった、よい看取りの要素は、家族との話し合い、医師・介護職とのスタッフ間の連携、慣れ親しんだ環境、他の利用者と関係が抽出された。今後の課題に、入院の早期の段階から高齢者本人を含めた家族・援助者間で終末期について話し合いをする必要がある。
8)	認知症高齢者のよい看取り・家族と管理者・看護師・介護職からの考察	木村典子	2019	調査的面接法	認知症高齢者のグループホームで看取りがよい看取りであったと語った家族、管理者、看護師、介護職の語りから、8つのカテゴリーが抽出された。認知症高齢者の家族は【看取りケアへの期待】、【仲間との良い別れ】、【管理者としての至福】、【管理者としての幸福】、【認知職である介護職としての満足感】、【高齢者との良い関係の再構築】、【私と高齢者のよりよい理解】、看護師は【医療職である看護師としての満足感】であり、よい看取りとは肯定的感情である。
9)	グループホームで終末期を迎えた認知症高齢者の食事に関する家族の満足度と影響要因	辻幸美	2016	質問紙法/横断調査	グループホームで終末期を迎えた認知症高齢者の食事に関する家族の満足度と影響要因を明らかにすることを目的に、GHで終末期を終えた認知症高齢者の家族76人を対象に郵送による自記式質問紙調査を実施し4人から回答を得た (有効回答率61.8%)。家族の食事満足度は中央値88.8 (66.7) で、その背景には終末期ケアのさまざまな工夫があった。要因分析では「高齢者の経過に関する情報提供の希望」(β=-0.531, p<0.001)、「家族関係」(β=0.345, p<0.05)、「高齢者が立ち帰る機会をつつとへの希望」(β=-0.319, p<0.05) が影響要因として挙げられた。
10)	特別養護老人ホームにおける看取りの意義に関する研究	小林剛一	2018	診療記録・介護記録の分析	終末期医療における看取り、死亡場所作としての意義を明らかにすることを目的に、自施設の特養で看取った 63 名を対象に診療記録、看護記録、死亡診断書等の史料から平均寿命、死因等を分析した。結果、遺告者 167 名中、看取り死亡者は 63 名 (38%) であった。平均年齢は、90.07 歳 (男性 87.4 歳、女性 90.7 歳)、在所期間が最長 88 日、最長 18 年 5 か月 (平均 4 年 9 か月)、死因は老衰が最多で (49%)、認知症はア alzハイマー型認知症、脳血管性認知症等 (軽度～中程度を含め) 98%に認められた。要介護高齢者の施設として、一層のニーズを果たしていく必要がある。
11)	遺族による終末期高齢者の介護体験評価: 認知症併存の有無での比較と関連要因	佐藤一樹	2017	質問紙法/横断調査	65歳以上の終末期高齢者の介護体験の遺族評価を認知症併存の有無で比較し、関連要因を調べるために、対象はがん・心疾患・脳血管疾患・肺炎による死亡者の遺族。方法はインターネット調査、終末期の介護体験の評価は Caregiver Consequence Inventory を用いて行った。有効回答は認知症併存群 (163人)、非併存群 (224人)、終末期介護体験評価は、介護負担感、介護達成感、介護後の成長感の全ドメインで認知症併存の有無で有意差はなかった。認知症併存群での多変量解析では患者に併存なし、家族の経過がよい、精神的健康状態が良好である場合に有意に介護達成感が高く、患者が高齢、配偶者なし、医師と患者が終末期について話し合い、家族に治療の希望があると介護を通じた成長感は有意に高かった。結論は、終末期高齢者の介護体験評価は認知症併存の有無で同程度であった。
12)	認知症高齢者の胃ろう造設を代理意思決定した家族の心理的変化 造設から看取り後まで	養原文子	2018	調査的面接法	認知症高齢者の胃ろう造設に関する代理意思決定をした家族が、胃ろう造設から看取り後までどのような心理的な変化をたどるのかを明らかにすることを目的に、経験のある家族7人を対象に半構造化面接を行い、修正版グランドデッド・セオリーで分析した。結果、家族は胃ろう造設時(ひとつの食形態)【延命ではなく自然経過】ととらえていたが、次第に胃ろうによって活かされている命を実感でき、く介護生活清流感を感じ、最期が近づくと命を託されていたよな切迫感のなかで【まさかと思える延命の念】が大きくなっていた。看取り後は安堵感や達成感を感じる一方でく悲しめるような葛藤にしろあけられなかった後悔ももたらしていた。終末期における栄養的配慮・中止の選択は、家族によって被介護者の命を断つような葛藤を抱えていた。本研究からは医療者は家族がその選択を受け入れることができるよう、看取りへのケアを含む支援をしていく必要性が示唆された。
13)	Home hospice for older people with advanced dementia: a pilot project	ley A Stern	2019	介入研究/調査的面接法	進行した認知症高齢者に対し在宅ホスピスケアを提供するための質向上を目指したパイロットプロジェクトの臨床的、医療サービスとしてのアウトカムを得ることを目的に在宅ケアプログラムで治療を受けている進行性認知症高齢者20名 (通常のケアの延長として6~7ヶ月間 (または死亡するまで)、24時間365日対応可能な多職種からなるチームによる在宅ホスピスケアを受けている)には記録及びインタビューを、その家族には症状管理、ケアの満足度、介護者の負担に関するインタビュー調査を実施した。入院の予防と投薬の中止は、医療記録のレビューとチームのコセッサによって決定された。在宅ホスピスケアにより、症状管理 (Voller症状管理スケールで入院時33.8点→退院時38.3点)、ケアへの満足度 (27.5-35.3)、介護者の負担 (Zarit負担指数で1.1→1.4) がある (p<0.001) に改善された。入院は15件、入院の予防は33件で、参加者一人当たり平均2.1 (SD 1.4) の投薬が中断された。結論は、このパイロット的な質向上プロジェクトは、進行した認知症の高齢者に対する在宅ホスピスケアは、症状管理および介護者の満足度を向上させ、介護者の負担を減らし、入院を予防し、不必要な薬物を中止できるとを示唆している。今後6ヶ月の進行した認知症高齢者を特許することは、依然と大きな課題である。
14)	認知症グループホームでの看取りに対する総合病院の医師および看護師の捉え方?医療職の立場と家族の立場での検討?	永田千鶴	2019	質問紙法/横断調査	総合病院の退院患者の行き先の約2割がグループホームであることから、総合病院の医師及び看護師のグループホームでの看取りに対する捉え方について質問紙調査を実施し、医師193人、看護師670人から回答を得た。調査はグループホームに関する知識の確認 (4段階)、看取るべき場所を確認するための事例調査を仕事・家族の立場から確認 (7段階) である。グループホームの主観的な知識は、医師と看護師間で差を認めず、75%以上が知っている。グループホームでの看取りの捉え方は医師は、年代、性別、在職期間および仕事と家族の立場に影響を受けず、看護師よりもグループホームで看取るべきとした。看護師は介護が身近となった40歳以上、また在職期間が10年以上は、よりグループホームで看取るべきと捉え、家族の立場で著明だった。結果は総合病院の医師、看護師のグループホームでの看取りの捉え方に関する理解が得やすい。その実現のためにグループホームでの終末期医療に対する総合病院の医療職のかわり方を、行動レベルで検討する機会 (研修会等) が必要である。