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－

研究分担者　山中　崇　東京大学　医学部附属病院
研究協力者　木棚　究　東京大学　医学部附属病院

研究要旨
在宅医療における認知症者のエンドオブライフケアの指針・手引き書作成を目的として、Clinical Question（CQ）を立て、論文を検索した。その結果、認知症のエンドオブライフケアについての論文の多くは、意見の羅列で、エビデンスレベルの低いものであった。認知症は進行すると自覚症状を訴えにくく、評価が難しくなること、重症度、背景となる併存疾患や環境が千差万別であり、比較が難しいこと、この分野で大規模スタディができるような研究費は少なく、ジャーナルでも評価されにくいことなどが原因にあると考えられる。認知症の本人を尊重し、介護者の負担を考えながら、エンドオブライフケアを行っていくことは重要である。今後認知症はさらに増え、世界的にもケア、医療はより問題になると考えられるが、具体的な内容についてのエビデンスは乏しく、さらなる研究が望まれる。

A．研究目的

在宅医療を受ける人の多くは高齢者であり、認知症を有する人も多い。そして、在宅医療はエンドオブライフの場の一つである。しかし、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おり、現場の裁量に任されていることが多い。本研究では、在宅医療における認知症者のエンドオブライフケアの指針・手引き書作成を目的として、Clinical Question（CQ）を立て、論文を検索した。

B．研究方法

在宅医療における認知症者のエンドオブライフケアの指針・手引き書作成に重要と思われるCQを以下のように決め、それぞれ関係する論文を元に解答した。

CQ1．認知症者のエンドオブライフにおいてどのような症状・苦痛があるか？
CQ2．認知症者はどのように意思表示行えるか？どのように意思決定支援すべきか？
CQ3．療養場所の違い（在宅医療との比較）でエンドオブライフに違いはあるか？
CQ4．文化によるエンドオブライフの違いはあるか？
CQ5．COVID-19による影響はあるか？

（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

CQ1．認知症者のエンドオブライフにおいてどのような症状・苦痛があるか？

9割近くの研究が重度の認知症の人を対象として行われた研究1)で、疼痛、興奮、不安、ケアへの抵抗は40％以上の対象者に週1回以上認めたこと、そして、そういった症状は、神経精神症状の重症度、介護者の負担、併存疾患と相関関係を認めたことが報告されている。つまりは、介護者の負担軽減、併存疾患を含めた疾患全体の適切な加療が症状、苦痛緩和に重要と考えられる。

CQ2．認知症者はどのように意思表示行えるか？どのように意思決定支援すべきか？

会話可能な状態であれば、ある程度意思表示可能であり、例えば治療に同意する能力を測定する尺度としては、MacArthur Competence Assessment Tool-Treatment (MacCAT-T)2)があるが、認知症が進行すると、会話も難しくなっていく。そうした場合にどういう評価方法があるか、最近のレビュー3)によると、多くが疼痛に対する評価であり、行動の変化、体の動き、表情、発声、落ち着きのなさなどの観察やバイタル

サイン、様々なコミュニケーション技術を使って直接患者に聞く、評価ツールを使うといったものが挙げられた。そして、その評価ツールとして多くは、Abbey Pain ScaleとPain Assessment in Advanced Dementia Scaleが使われていたと報告されている。

進行すると、意思表示できることは限られてしまうため、早期から意思決定支援する必要があると考えられる。

CQ3. 療養場所の違い（在宅医療との比較）でエンドオブライフに違いはあるか？

まず、療養場所の違いが認知症者のQOLやケアなどにどのような影響があるか調べた。軽度認知症の横断調査で、自宅の方がナーシングホームよりQOLやADLなどが高かった報告はある4)が、背景の婚姻の有無や子供の数、経済状態が異なるため、原因なのか結果なのか一考が必要である。一方、ヨーロッパ8か国における長期施設ケア及び在宅ケアでのQOLやケアの質を調べた結果では、国による違いはあるものの、自己申告のQOLでは施設と在宅で特に差認めなかったこと、ケアの質も一貫したパターンは見られなかったことが報告されている5)。進行した状態では、患者の意思を評価することは困難になるが、認知症者の半数以上がナーシングホームで亡くなるアメリカでの調査では、ほとんどのナーシングホームのスタッフは病院よりナーシングホームの方が良い死に場所と支持したと報告されている6)。

また、エンドオブライフで在宅緩和ケアを行うことにより、入院、診断のための検査、不必要な薬、コストが減り、ケアの質や在宅死が増えたことが報告されている7)。

つまり、療養場所の違いは国によって異なるため一概に言えないが、入院では、検査・加療がより行える一方、予後に関係のない疾患やせん妄などに対する加療が増えるリスクも伴うということであろう。また、認知症に限った研究ではないが、高齢者の急な発熱に対して、在宅と入院で予後には差が無かったが、入院では身体機能が低下する傾向と認知症が有意に悪化することが日本の研究で示されている8)。

日本では、認知症が進行し、かなり衰弱してきた際、どこで医療・療養を受けたいか、という質問に対し、一般国民の28.2%が医療機関、51.0%が介護施設、14.8%が自宅と答え、最後を迎えたい場所は、3.4%が医療機関、0.5%が介護施設、63.5%が自宅と答えており、この乖離の一番の原因は家族の介護負担であった9)。これらのことを踏まえ、本人の希望、介護負担から療養場所を検討していくべきと考えられる。

CQ4. 文化によるエンドオブライフの違いはあるか？

国際化が進むに従い、異文化のエンドオブライフも経験すること、論文の多くは海外の研究であることを踏まえると、文化によるエンドオブライフを考えることは必要なことである。異文化の研究者間でのディスカッションなどを踏まえ、認知症の良いエンドオブライフに重要なテーマをまとめた論文10)によると、「痛みと症状のコントロール」「基本的なケアが提供されている」「家のような場所」が共通する基本的なテーマとしてあり、その他、「好みが満たされている」「人として尊重される」「介護者へのケア」「アイデンティティが保たれる」「つながりがある」「生活満足度と精神的な幸福感」も共通のテーマとして挙げられた。ただ、個々も例えば、痛みについてオピオイド使用の是非、ケアについて日本では入浴が重要など文化間で異なる部分も報告されている。

良いエンドオブライフを考える上で、異文化でも大まかな枠組みでは、共通しているが、細かい部分では、それぞれに応じた対応が必要と考えられる。

CQ5. COVID-19による影響はあるか？

外出の自粛や社会的距離の確保が、身体的・社会的フレイルにつながったり、在宅医療を希望する人が増えたり、COVID-19で急死する危険性もあることから、エンドオブライフについて考える機会が増えたり、様々な影響があった11)。

COVID-19以前の生活に戻りつつあるが、COVID-19に罹る危険性は今後も高く、また新しい感染症が流行する可能性もあることから、この先もこの経験を踏まえて、対応を検討していく必要がある。

■参考文献

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. 25 doi: 10.1089/jpm.2021.0402. Epub ahead of print. PMID: 35357951.

2) Grisso T, Appelbaum PS. The MacArthur Treatment Competence Study. III: Abilities of patients to consent to psychiatric and medical treatments. Law Hum Behav. 1995 Apr;19(2):149-74. doi: 10.1007/BF01499323. PMID: 11660292.

3) de Wolf-Linder S, Reisinger M, Gohles E, Wolverson EL, Schubert M, Murtagh FEM. Are nurse`s needs assessment methods robust enough to recognise palliative care needs in people with dementia? A scoping review. BMC Nurs. 2022 Jul 20;21(1):194. doi: 10.1186/s12912-022-00947-6. PMID: 35854261.

4) Nikmat AW, Hawthorne G, Al-Mashoor SH. The comparison of quality of life among people with mild dementia in nursing home and home care--a preliminary report. Dementia (London). 2015 Jan;14(1):114-25. doi: 10.1177/1471301213494509. Epub 2013 Jul 8. PMID: 24339093.

5) Beerens HC, Sutcliffe C, Renom-Guiteras A, Soto ME, Suhonen R, Zabalegui A, Bökberg C, Saks K, Hamers JP; RightTimePlaceCare Consortium. Quality of life and quality of care for people with dementia receiving long term institutional care or professional home care: the European RightTimePlaceCare study. J Am Med Dir Assoc. 2014 Jan;15(1):54-61. doi: 10.1016/j.jamda.2013.09.010. Epub 2013 Nov 9. PMID: 24220139.

6) Akunor HS, McCarthy EP, Hendricksen M, Roach A, Hendrix Rogers A, Mitchell SL, Lopez RP. Nursing Home Staff Perceptions of End-of-Life Care for Residents With Advanced Dementia: A Multisite Qualitative Study. J Hosp Palliat Nurs. 2022 Jun 1;24(3):152-158. doi: 10.1097/NJH.0000000000000843. Epub 2022 Feb 23. PMID: 35195109.

7) 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.

8) Arai Y, Suzuki T, Jeong S, Ohta H. Prognosis of home-cared or hospital-treated acute fever in older adults: A prospective multicenter case-control study. Geriatr Gerontol Int. 2023 Apr 3. doi: 10.1111/ggi.14577. Online ahead of print. PMID: 37012674.

9) 厚生労働省．平成29年度人生の最終段階における医療に関する意識調査報告書．https://www.mhlw.go.jp/toukei/list/dl/saisyuiryo_a_h29.pdf

10) Nishimura M, Dening KH, Sampson EL, de Oliveira Vidal EI, de Abreu WC, Kaasalainen S, Eisenmann Y, Dempsey L, Moore KJ, Davies N, Bolt SR, Meijers JMM, Dekker NL, Miyashita M, Nakanishi M, Nakayama T, van der Steen JT. Cross-cultural conceptualization of a good end of life with dementia: a qualitative study. BMC Palliat Care. 2022 Jun 8;21(1):106. doi: 10.1186/s12904-022-00982-9. PMID: 35676673.

11) 蘆野 吉和．【COVID-19と老年医学】COVID-19と在宅医療．Geriatric Medicine(0387-1088)59巻5号 Page491-494(2021.05).

D．考察

考察はそれぞれのCQに付加する形で記載した。全体を通してみると、認知症のエンドオブライフケアについての論文の多くは、意見の羅列で、エビデンスレベルの低いものであった。認知症は進行すると自覚症状を訴えにくく、評価が難しくなること、重症度、背景となる併存疾患や環境が千差万別であり、比較が難しいこと、この分野で大規模スタディが出来るような研究費は少なく、ジャーナルでも評価されにくいことなどが原因にあると考えられる。

E．結論

認知症の本人を尊重し、介護者の負担を考えながら、エンドオブライフケアを行っていくことは重要である。今後認知症はさらに増え、世界的にもケア、医療はより問題になると考えられるが、具体的な内容についてのエビデンスは乏しく、さらなる研究が望まれる。

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