

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 平川 仁尚 あいち健康の森健康科学総合センター 健康開発部長

研究要旨

様々な療養場所（在宅、老人ホーム、特養、老健、療養型・一般病院）において、認知症の緩和ケアおよび自己決定支援の実態、実施する上で障壁となっている要因を明らかにするために質的調査を行っている。本年度は、昨年度に行った24名の認知症の専門家（医師、看護師、リハビリテーション、ケアマネジャー、ソーシャルワーカー）へのオンラインインタビューの内容を逐語録にした後に質的内容分析を行った。現場における認知症ケアの専門家の実践を見える化でき、次年度（最終年度）のガイドライン策定に活用できる。

A. 研究目的

様々な療養場所（在宅、老人ホーム、特養、老健、療養型・一般病院）において、認知症の緩和ケアおよび自己決定支援がどのようになされているか、実施する上で障壁となっている要因は何かを明らかにすることであった。

B. 研究方法

重度の認知症患者に関する緩和ケア技術と自己決定支援の2大テーマで質的調査を行ってきた。

対象者（インタビュー）のリクルートは、認知症ケアに精通した専門家（医師、看護師、リハビリテーション、ケアマネジャー、ソーシャルワーカー）の便宜的サンプリングにより行い、最終的に24名となった。インタビューのトピックガイドは、研究チームならびに研究協力者へのフォーカスグループインタビューにより作成した。対象者へのインタビューは、Zoomを用いてオンラインで個別に実施した（平均約60分間）。音声データはZoom上のクラウドに保存し、逐語録にした後に質的内容分析を行った。

（倫理面への配慮）

インタビューには、申し出によりいつでも該当部分を削除できることを伝えた。

C. 研究結果

緩和ケア技術、自己決定について、抽出されたテーマを示す。自己決定については、現在分析の最終段階のため、暫定的な結果を示す。

緩和ケア技術

1) 早期発見

普段の様子をよく知る看護師や介護士が「いつもと様子が違う」ことに気付くことが苦痛評価の第一歩である。

「認知症患者は具体的な症状を訴えないことが多いので、ペインスケールだけでは評価できない。代わりに普段の様子の変化が一つの指標になる」（医師）

2) 多職種による総合評価

トータルペインの視点から多職種で多角的に苦痛の評価を行う必要がある。

「施設の職員は、認知症患者の食欲が落ちた時、認知症だからと決めつけず、環境の変化や嚥下機能など細かく観察してくれていた」（ケアマネジャー）

3) 家族の認知症への態度

家族の認知症に対する態度の評価も必要である。また、家族の性格傾向によりストレス耐性が変わってくる。家族の精神状態の評価が必要である。

「ヘルスケアチームからの助言を全く聞き入れようとしない家族がいる」（看護師）

4) 低活動性への対応

過活動性の周辺症状だけでなく、低活動性の行動・心理症状にも介入が必要である。また、薬剤の副作用による過鎮静には細心の注意を払う必要がある。

「低活動型せん妄でも本人に後で（せん妄の時にどう感じたかを）聞くと、辛かったと言うことが多いので、何らかの介入が必要だ」（医師）

5) 診断的治療

認知症患者は自身が感じている苦痛や痛みの種類や程度を正確に伝えられないことがある。鎮痛剤を処方して疼痛緩和を図ると同時に、その効果の有無により診断に近付くことができる。

「認知症患者の痛みの有無や程度の評価は難しいが、何か介入をしてその反応をみるという手はある」（看護師）

6) 注意を逸らす

痛みや苦痛が続く患者には、それを忘れてもらうように話題や注意を逸らす。

「妄想に合わせて話を盛り上げると妄想が強化される心配があるので、さり気なくその話題を終わらせるようにしている」（看護師）

7) ケアへの非協力

治療・介護の必要性を理解できなかつたり、抵抗が強かつたりする場合は、他のアプローチを考える。

「認知症があると痛みの薬を指示通りに飲めないために、痛みのコントロールが上手くいかないケースがある」（ソーシャルワーカー）

8) 侵襲性の高い治療

苦痛を表出できない認知症患者に苦痛を伴う治療やケアを行う場合は、行き過ぎに注意が必要である。

「意思疎通が困難な重度な認知症の人には吸痰の際に抵抗されないのが、処置を長めにやってしまいがちだ」（看護師）

自己決定

1) ラポール形成

できるだけ認知症早期からの意思決定支援に関わる、意思決定に関する話し合いに本人に加わってもらう、本人の支援者に対する警戒心を解くことから話を始める、などがラポール形成のポイントとして挙げられた。

2) 意思決定能力の評価

意思決定能力を認知症の有無で判断するのではなく、認知症の程度を評価したうえで判断する必要がある

3) 誰にでも簡潔でわかりやすい病状説明

医療行為や治療内容を本人や家族に理解してもらうには、素人にもわかるように単純明快に説明する必要がある。また、認知症で説明が理解できないようであっても、辛抱強く本人が納得できるように説明をする努力が必要である。

4) 認知機能の変動

認知機能の変動が大きいため、その基線を探る必要がある。

5) キーパーソンによる意思決定

認知症が進行すると、「代理人」ではなく「キーパーソン」が意思決定をしていくことが多い。

6) 最期にやっておきたいこと

認知症は緩和ケアの対象なので、延命より本人のやりたいことをいつから優先させたらよいか、そのタイミングを探る。

7) 選択肢のない日常

自己決定以前に、日常生活で選択肢が提示されていないケースもある。

D. 考察

今回の結果は、実際の現場で行われているプラクティスを見える化したものであり、認知症の緩和ケアのプラクティカル・ガイドライン策定に資するものと考えられる。また、意思決定支援は、人々の内面でのやりとりの部分が大きいため、これまでは概念で留まっていた。今回の結果はすでに量的調査（アンケート調査）の項目の検討に用いられている。本報告書には示さないが、COVID-19による影響についても、現在まとめの最終段階である。

E. 結論

様々な療養場所における認知症の緩和ケアおよび自己決定支援の実態、実施する上で障壁となっている要因を質的調査により明らかにした。その結果、現場における認知症ケアの専門家の実践を見える化できた。

F. 研究発表

1. 論文発表

- 1) Maeda W, Hirakawa Y, Muraya T, Miura H. Text mining analysis of newspaper editorials concerning the COVID-19

pandemic from a healthcare perspective.

Journal of Rural Medicine, 2022; 17(4):
279-282,

- 2) Hirakawa Y, Muraya T, Yamanaka T, Hirahara S, Okochi J, Kuzuya M, Miura H. Total pain in advanced dementia: A quick literature review. Journal of Rural Medicine, 2023;18(2): 154-158.

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