

認知症の緩和ケア

小川 朝生

Asao Ogawa : Palliative Care for Dementia

超高齢社会を迎えたわが国では、認知症をもつ人への支援体制の整備が緊急の課題である。その中で、従来悪性腫瘍への対応を中心に発展してきた緩和ケアを認知症ケアへ応用する試みが行われている。緩和ケアは、苦痛の予防と苦痛からの解放を目的にしている。そのために疾病の経過の把握、今後起こりうる問題の予測と苦痛への対処、尊厳の尊重と誠実でオープンなコミュニケーションを重視する。認知症への支援には、身体症状への対応、特に認知機能障害により過小評価をされがちな痛みや苦痛への積極的な対応と、心理的苦痛への対応、早期からの積極的な意思決定支援、家族の苦痛への配慮が強調される。緩和ケアアプローチは、もともと疾病治療とあわせて提供されてきた点から、合併症をもった認知症への対応と親和性がある。今後、急性期病院や在宅医療において広く認識されることが期待される。

<索引用語：緩和ケア, 認知症, 意思決定, コンサルテーション・リエゾン精神医学, アドバンス・ケア・プランニング>

はじめに

わが国では、65歳以上の高齢者人口が3,300万人（高齢化率26%）、75歳以上人口1,592万人（総人口比率12.5%）の超高齢社会を迎えた（2014年10月1日現在³³⁾。今後、高齢化が進むことにより認知症をもつ人もさらに増加し、2025年には675万人（各年齢の認知症有病率が一定の場合の将来推計）から730万人（各年齢の認知症有病率が、糖尿病有病率の増加により上昇すると仮定した場合の将来推計）と急増することが予想されている³⁶⁾。

認知症対策はわが国のみならず、海外においても緊急の課題として議論されている。その中で、

従来は「がん」を中心に展開してきた緩和ケアが、認知症を含む高齢者のケアに展開しつつある。例えば、ヨーロッパ緩和ケア学会（European Association for Palliative Care : EAPC）は2013年に、認知症の緩和ケアに関する提言を公開している⁵⁵⁾。ここでは、緩和ケアの背景を紹介しつつ、認知症に対する緩和ケアのアプローチについて概要を紹介したい。

I. 緩和ケアとは

世界保健機関（WHO）が2002年に緩和ケアの定義を「緩和ケアとは、生命を脅かす疾患による問題に直面している患者とその家族に対して、痛

みやその他の身体的問題, 心理社会的問題, スピリチュアルな問題を早期に発見し, 的確なアセスメントと対処(治療・処置)を行うことによって, 苦しみを予防し, 和らげることで, 生活の質 (quality of life : QOL) を改善するアプローチ」と定めている⁶³⁾.

この定義で注目する点は, ①緩和ケアの目標が, 「苦痛の予防と苦痛からの解放」にあること, ②緩和ケアのアプローチは, 病気の早い時期にも適応できることの2点である. 従来の緩和ケアは, 終末期において痛みを緩和することが主眼であったが, 近年では予防的な対応を重視する姿勢が示されている.

特に, 苦痛の予防を実現させるための方略として重視するのが, 疾病の経過 (disease trajectory) の把握, 今後起こりうる問題の予測と苦痛への対処, 患者と家族をケアの1単位としてとらえること, 尊厳の尊重と誠実でオープンなコミュニケーションである⁴¹⁾.

現在では緩和ケアの対象はがんから血管疾患, 呼吸器疾患, 腎疾患, 認知症, 集中治療などに広がっている. 例えば, 米国ではホスピスプログラムを利用した患者のうち, がん以外が64%を占めている (内訳: 認知症15.2%, 心疾患13.4%, 肺疾患9.9%)³⁴⁾.

II. 疾病の経過 (disease trajectory) の理解

現在, 先進国では, 死亡原因のほとんどが, 悪性腫瘍や心疾患, 呼吸器疾患, 脳血管性障害などの慢性疾患で占められる.

これらの慢性疾患の進行は, 大きく以下の3つのパターンに整理できる²⁷⁾.

- ①比較的長期間機能は保たれ, 死亡前, 数週間から1, 2ヵ月前に身体機能が急激に低下するパターン(典型的には進行期の悪性腫瘍). 短期の介護が可能であれば在宅での看取りも可能である. また, 認知機能も保たれるため, 本人の意思を確認することも比較的容易である (図1a).
- ②心臓や肺などの臓器障害が中心に進行する場合には, 数ヵ月から数年にわたり, 急性増悪と回

復を繰り返しながら進行し, 最後は比較的急な経過をたどる (慢性心不全やCOPD). 急性増悪のときには, 治療により改善の可能性はあるものの, 回復したとしても以前よりはADLが低下する (図1b).

- ③機能が低下した状態が数年以上続き, 機能がゆるやかに低下する (老衰や認知症). 終末期かどうかの判断は難しい. さらに意思決定が必要となった場合, 本人の意思の確認が難しい場合が多い (図1c).

III. 認知症に対する緩和ケアのアプローチ

緩和ケアアプローチの特徴は, このような疾病の経過を把握し, 対策をたてることにある. 認知症の経過は, 臓器機能の低下による脆弱性が緩徐に進むため予後予測の難しさはある. しかし, がんと同様に, 患者が疾病のどの時期にいるのかを把握し, 治療のゴール設定を繰り返し患者と医療者が話し合うプロセスは可能である. 特に, 認知症の場合は, 適切なタイミングでの介護の導入, 療養先を検討する上で, より意思決定を重視する.

認知症は, 確実な治療法がなく, 緩徐に進行しやがて死に至る疾患である^{54,61,64)}. 認知症は, 疾患ごとに経過が異なるものの, 寿命を規定する⁴³⁾. 緩和ケアは, 認知症をもつ人とその家族の抱える問題やニーズに対応する枠組みとして利用できる⁵¹⁾.

認知症における緩和ケアの有効性に関する研究はまだ少ないものの^{46,48)}, ホスピスプログラムの有益性などの報告がある^{23,52)}.

認知症をもつ人に対して, 緩和ケアは「生活の質の向上」をめざして取り組む. 認知症の早期においては, 患者個人個人の生活の質そのものとなる. 認知症が進行するにつれて, 身体や精神機能の維持, 併存症に伴うさまざまな苦痛の除去も加わる. さらに, 疾病の経過を通じて, 認知症をもつ人とその家族の支援ニーズはより具体的になるため, それらを把握し, 対応する³¹⁾ (図2).

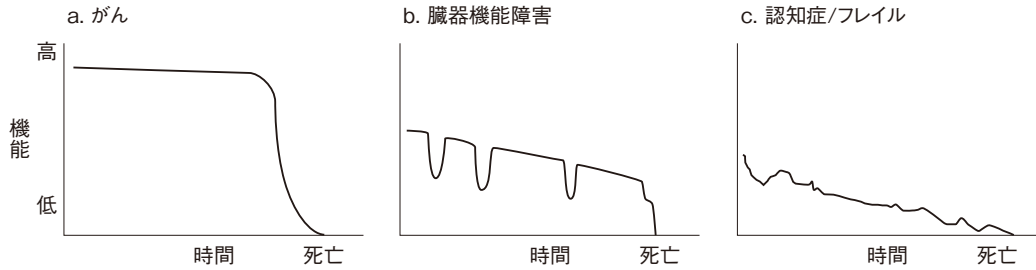


図1 疾患の軌跡

悪性腫瘍，臓器機能障害，認知症の各疾患ごとの日常生活機能の変化の特徴を模式的に示す。(文献 27 より引用)

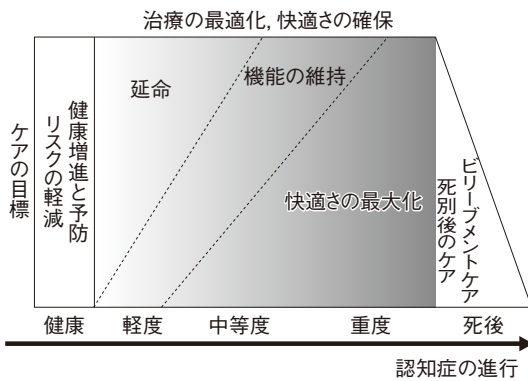


図2 認知症の進行する過程とケアの目標

認知症の進行の段階ごとに、治療やケアの目標がどのように変化していくかを示す。例えば、軽度の認知症の場合は、認知機能や身体機能の可能な限りの改善をめざすが、進行するにつれて、改善(治療)から身体機能や生活機能の維持を目的としたケアに徐々に移行する。さらに進行をすると、生活機能の維持から可能な限りの苦痛の緩和をめざすように変化をする。また、緩和ケア的アプローチの特徴は、家族を含めた支援を行う点であり、死別後の悲嘆も見越して、支援体制を整える。

1. 認知症と予後

認知症は予後を悪くすることが知られている。一方、他の身体疾患とは異なり、認知症は単一疾患ではなく、原疾患により期待される生命予後には開きがある。

表1に認知症のタイプごとのおおよその生命予後を示す^{12,24,37,38,62)}。加えて、年齢が高いことと、男性、身体機能の低さ、併存症があると、生命予後は短くなる傾向がある²⁶⁾。

表1 認知症の病型ごとの生命予後

認知症の病型	発症から死亡までの期間(平均)
アルツハイマー病	6.6年
血管性認知症	3.3年
混合型認知症	5.4年
レビー小体型認知症	4.4年
前頭側頭型認知症	
Behavioral variant	9年
Progressive non-fluent aphasia	9年
Motor neuron disease	3年

認知症の病型ごとの診断時点からの平均余命。一般に脳循環障害が関連する血管性認知症で他の病型と比較して短くなる傾向がある。

注目したいのは、認知症の診断時からの予後はかなり短いこと、多くは認知症の進行によって死亡する前に、併存症や合併症により死亡している点である。おそらく認知機能障害は身体症状の管理の状態に影響を与える。

2. 認知症をもつ人への心理的支援

疾患への適応を支援するのも、緩和ケアの重要な介入である。認知症をもつ人は軽度でもある程度進行した段階でも、自らの疾患に対して違和感を認識し、苦痛を感じており、苦痛に応じた精神的支援が必要である³⁵⁾。認知症においては、本人が認識できないとの先入観から見落とされていたが⁴⁷⁾、重度の認知症の場合でも、目に見える

形や具体的な行事を通して、精神的ケアを提供できる可能性がある^{4,53)}。

1) 重要な話し合いをもつこと

認知症をもつ人や家族と、診断や今後のことを話し合うことは、非常に難しい課題である。認知症やがんの告知のように、本人・家族の今後の見通しを根底から覆すような話題は bad news (悪い知らせ) として知られ、医療者にとっても本人・家族にとっても負担が大きく、気が進まないものである。しかし、医療者と本人・家族が同じ話題を共有することにより、孤独感を軽減し、知らないために起こりうる不安や恐怖を軽減し、本人と家族、介護者が意思の疎通が難しくなるなどで離れたり、孤立を防ぎ、本人が自分の意向を伝え、尊重されることを実際に確認することで、医療者や介護者との信頼関係を築くことができる。

実際に、告知や治療に関する話題は、一度にすべてを伝え、決めることは難しい。情緒的なサポートをしつつ、できる範囲のことから慎重に話を進めていく。

認知症においては、注意力が変動し、それに伴い理解力や判断能力も容易に変動しやすい。特に、痛みなどの身体的な負荷が加わるだけで容易に注意力が落ちるため、身体症状が緩和されていることを確認するとともに、コンディションのよい時間に話し合いをもつ。

認知症は、情報をまとめ、理解し、処理・判断する能力の低下だけではなく、自分自身の感情などについて説明し伝える力も障害される²⁾。臨床経験から、静かでリラックスできる環境で、長めの時間を用意すること、簡単でわかりやすい言葉で説明をすること、アイコンタクトを保ち、返答をゆっくり待つこと、友人や家族のように本人が信頼している人の同席のもとで行うことなどの工夫が行われている²⁾。

2) 意思決定支援：アドバンス・ケア・プランニング

アドバンス・ケア・プランニング (advance care planning: ACP) とは、本人が自ら決定をし、希望を表明できなくなった場合に、本人に

とって重大な影響を及ぼす可能性のある選択について、時間をかけて検討し、考える機会を作る試みである¹⁾。一般に、アドバンス・ケア・プランニングは、人生の最終段階 (終末期) の治療や療養先を話し合う話題として取り上げられることが多い。認知症の場合は、認知症が進行し、自ら決定することが困難になったときに、本人に影響する可能性のある選択肢について、認知症の初期から考える機会をつくることが意図される。

終末期の指示という点、事前指示 (advance directive) が有名であるが、アドバンス・ケア・プランニングと事前指示は異なる¹⁾。アドバンス・ケア・プランニングは、話し合いの枠組みであり、その過程の中で、本人が自分の価値観やめざしていること、今後の見通しに関してどのように理解をしているのか、その上でどのようなケアを希望しているかを表明することができる点である。これは、事前指示を本人が記述したとしても、いざその場面になると希望と記述していたことがあまりにかけ離れていたり、または記述していたことに気づかれなかった場合があり、本人の意向が反映されることが多くはなかったことの反省に基づいている。

扱われる話題には、認知症に対する治療に加え、心身の健康を維持するために工夫すること、療養場所の選定、ケアの目的、苦痛の緩和、専門家の支援などがある^{10,25)}。

3. 認知症と身体機能、合併症

認知症をもつ人は、一般的な加齢に関連する老年症候群を合併する。一部の疾患はアルツハイマー病でより多く認められ、さらに進行期で目立つとの報告がある⁶⁾。ケースコントロール研究では、アルツハイマー病の患者には、パーキンソン病やてんかん、感覚障害、感染症、低栄養、大腿骨頸部骨折を含む外傷、褥瘡が、対照群に比較してより多く発症していた⁶⁾。

1) 感染症

感染症は認知症の進行に伴い避けられない事態である。認知症患者における感染症の合併には、

主に尿路感染，上・下気道感染，皮膚・皮下組織の感染がある⁴⁰⁾。全身感染症は認知症患者で最も多い死因であり，気管支肺炎はアルツハイマー病患者の死因の60%を占める。認知症に感染症が合併する背景には，免疫機能の変化や失禁，活動量の低下，誤嚥が関連する。

認知症が進行し，Global Deterioration Scale (GDS) で7になると，摂食・嚥下障害に伴う低栄養・免疫不全と誤嚥性肺炎などの感染症が問題になる。Mitchellらは，重症認知症患者を観察し，その86%に摂食・嚥下障害があり，生存率がきわめて低いことを明らかにした³⁰⁾。

2) 低栄養

認知症では，体重減少を伴う²¹⁾。体重減少は，認知症の診断がなされる数年前から始まる²¹⁾。認知症の体重減少は，食事摂取量の低下と，エネルギー消費の増大に伴うものと考えられている⁴²⁾。認知症をもつ人はしばしば独居で，食事摂取を忘れることがある。また，視空間認知能力の低下は，食べ物を認識することを困難にする。食事摂取を拒否することも認知症ではしばしばあり，抑うつや自発性の低下が影響する。失行が進むと，認知症をもつ人は食事をとること自体ができなくなり，介助を要する²²⁾。認知症をもつ人に多い摂食障害には，抑うつ症状に伴う食物への興味・関心の喪失，空腹感の欠如による摂食拒否，便秘に関連する食欲低下，嚥下第1相，第2相の障害による嚥下困難や誤嚥，それによる食欲低下がある²⁹⁾。

4. BPSD と身体症状

認知症をもつ人の身体症状は，常に過小診断と過小治療の危険があり，特に痛みや呼吸困難の評価の必要性が指摘されている^{7,30,45)}。認知症の行動心理症状を疑う場合も，身体症状とあわせて対処する必要がある。なぜなら，認知症において行動症状は苦痛を訴える典型的なパターンであるからである。例えば，疼痛緩和を図ることで興奮を抑えられることがあり⁴⁴⁾，また抑うつ症状や身体活動の変化が興奮に影響を与えることもある^{49,56)}。したがって，行動の変化があれば身体症状評価を

行うことが重要である。

認知症をもつ人の身体症状を拾い上げるために，多職種によるアセスメントを統合し，評価することが重要である。介護者が認知症をもつ人と親密になることで不快の原因は特定しやすくなる²⁸⁾。

5. 痛みへの対応の必要性

認知症をもつ人は疼痛を過小に評価されがちである^{3,8,11,53,54)}。認知症患者が痛みをもつ割合は高く，地域在住でも介護施設でも70~80%といわれる^{20,50)}。

痛みは客観的な評価が難しいこと，また認知症に伴う神経生理学的変化や認知機能障害が重なり，主観的にも評価が難しくなる。両者の影響により，痛みが医療従事者や介護者に認識されず，対応されない事態を招く。これは，認知症が高度になるほど強くなるともいわれる^{8,11)}。

認知症に伴う近時記憶障害により，評価をする時点で痛みを経験していないと，痛みを報告できない。そのため，認知症をもつ人の痛みを評価する上で，安静時と運動時とを分けて直接評価する。

実際に臨床では，信頼性は落ちるものの，まず本人の自己評価を求めることから始める。軽度および中等度の認知症の場合には，疼痛評価に自己評価法を利用することができる。しかし，進行した認知症の場合は自己評価が困難となり，身振りや顔つきを手がかりとして対応せざるを得ない^{19,39)}。認知症の痛みの評価に関してはこれまでにさまざまなツールが開発されている^{17,18,65,66)}。

代表的な客観的評価尺度に，Pain Assessment in Advanced Dementia Scale (PAINAD)⁵⁸⁾やPain Assessment Checklist for Seniors with Limited Ability to Communicate (PACSLAC)¹⁴⁾，Dolop-lus⁵⁹⁾がある。

痛みはせん妄や転倒を誘発するリスクとなることに加え，抑うつや睡眠覚醒リズムの障害，倦怠感，不安・焦燥などを招くことから積極的な対応を行う。一般的には，非薬物療法とあわせて，acetaminophen で対応を開始する。

IV. 認知症の経過と家族への支援

認知症の診断と予後の話し合いは、今後の患者・家族のニーズを推測し対応するために重要であるが、難しい課題でもある。話し合いを進めるためには、家族の受け入れられる力を推し量りながら進める必要がある。また、身体合併症の治療や行動・心理症状が出現した場合には、対応を決める意思決定に困難や精神心理的苦痛を感じる場合がある。入院や施設入所も家族の心理的負担の軽減には必ずしもならない³²⁾。また、特に強い精神心理的苦痛を感じるのは、本人に代わって代理の意思を決定する場合である。家族は、過去の本人の希望や価値観から推測できる希望、家族自身の希望、本人の主観的最善の利益について整理をし、意思決定に加わるときに、その負担と罪悪感を自覚する¹⁵⁾。

1. 家族教育の必要性

認知症の経過と関連する健康上の問題について、家族の多くはほとんど理解していない^{5,15)}。病気の状態や患者の感じている世界について、継続的に教育的にかかわることは、家族支援として有用である。情報は、その都度、段階を踏んで提供する^{13,57)}。

特に、認知症の進行に伴い、家族は意思決定の共有あるいは代理をせざるを得なくなることを事前に知り、あらかじめ心構えをもつことは、生活の質を高めるために重要である¹⁶⁾。

また、認知症の進行とともに家族が喪失感を感じ、慢性的な深い悲しみ(予期悲嘆)を生じる場合がある。予期悲嘆は、介護者の負担増加や抑うつとの関連も報告されている。

認知症は文化的な背景やスティグマとも関連し、介護者の負担を増悪させる点にも注意する^{9,60)}。

おわりに

認知症は身体合併症を併存することが多い。身体治療とケアを進める上で、緩和ケアのアプローチは、認知症をもつ人・家族の支援の全体像を示

す上で有用である。

高齢者ケアの課題は、わが国が世界に先駆けて直面している課題であり、世界に向けて貢献できる領域でもある。精神医学と緩和ケアの連携がより進むことを願っている。

なお、本論文に関連して開示すべき利益相反はない。

文 献

- 1) Advance Care Planning : A Guide for Health and Social Care Staff. 2008 (<http://www.ncpc.org.uk/sites/default/files/AdvanceCarePlanning.pdf>) (参照 2016-10-06)
- 2) Association British Medical : Assessment of mental capacity, guidance for doctors and lawyers. British Medical Association, London, 1995
- 3) Birch, D., Draper, J. : A critical literature review exploring the challenges of delivering effective palliative care to older people with dementia. *J Clin Nurs*, 17 (9) ; 1144-1163, 2008
- 4) Buckwalter, G.L. : Addressing the spiritual & religious needs of persons with profound memory loss. *Home Healthc Nurse*, 21 (1) ; 20-24, 2003
- 5) Caron, C.D., Griffith, J., Arcand, M. : Decision making at the end of life in dementia : how family caregivers perceive their interactions with health care providers in long-term care settings. *Appl Gerontol*, 24 ; 231-247, 2005
- 6) Chandra, V., Bharucha, N.E., Schoenberg, B.S. : Conditions associated with Alzheimer's disease at death : case-control study. *Neurology*, 36 (2) ; 209-211, 1986
- 7) Chibnall, J.T., Tait, R.C., Harman, B., et al. : Effect of acetaminophen on behavior, well-being, and psychotropic medication use in nursing home residents with moderate-to-severe dementia. *J Am Geriatr Soc*, 53 (11) ; 1921-1929, 2005
- 8) Cohen-Mansfield, J. : The adequacy of the minimum data set assessment of pain in cognitively impaired nursing home residents. *J Pain Symptom Manage*, 27 (4) ; 343-351, 2004
- 9) Connolly, A., Sampson, E.L., Purandare, N. : End-of-life care for people with dementia from ethnic minor-

ity groups : a systematic review. *J Am Geriatr Soc*, 60 (2) ; 351-360, 2012

10) Emanuel, L.L., Danis, M., Pearlman, R.A., et al. : Advance care planning as a process : structuring the discussions in practice. *J Am Geriatr Soc*, 43 (4) ; 440-446, 1995

11) Fisher, S.E., Burgio, L.D., Thorn, B.E., et al. : Pain assessment and management in cognitively impaired nursing home residents : association of certified nursing assistant pain report, Minimum Data Set pain report, and analgesic medication use. *J Am Geriatr Soc*, 50 (1) ; 152-156, 2002

12) Fitzpatrick, A.L., Kuller, L.H., Lopez O.L., et al. : Survival following dementia onset : Alzheimer's disease and vascular dementia. *J Neurol Sci*, 229-230 ; 43-49, 2005

13) Fried, T.R., Redding C.A., Robbins M.L., et al. : Stages of change for the component behaviors of advance care planning. *J Am Geriatr Soc*, 58 (12) ; 2329-2336, 2010

14) Fuchs-Lacelle, S., Hadjistavropoulos, T. : Development and preliminary validation of the pain assessment checklist for seniors with limited ability to communicate (PACSLAC). *Pain Manag Nurs*, 5 (1) ; 37-49, 2004

15) Gessert, C.E., Forbes, S., Bern-Klug, M. : Planning end-of-life care for patients with dementia : roles of families and health professionals. *Omega (Westport)*, 42 (4) ; 273-291, 2000

16) Hebert, R.S., Dang, Q., Schulz, R. : Preparedness for the death of a loved one and mental health in bereaved caregivers of patients with dementia : findings from the REACH study. *J Palliat Med*, 9 (3) ; 683-693, 2006

17) Herr, K., Bjoro, K., Decker, S. : Tools for assessment of pain in nonverbal older adults with dementia : a state-of-the-science review. *J Pain Symptom Manage*, 31 (2) ; 170-192, 2006

18) Herr, K., Bursch, H., Ersek, M., et al. : Use of pain-behavioral assessment tools in the nursing home : expert consensus recommendations for practice. *J Gerontol Nurs*, 36 (3) ; 18-29, 2010

19) Horgas, A.L., Elliott, A.F., Marsiske, M. : Pain assessment in persons with dementia : relationship between self-report and behavioral observation. *J Am Geriatr Soc*, 57 (1) ; 126-132, 2009

20) Husebo, B.S., Strand, L.L., Moe-Nilssen, R., et al. : Who suffers most? Dementia and pain in nursing home patients : a cross-sectional study. *J Am Med Dir Assoc*, 9 (6) ; 427-433, 2008

21) Johnson, D.K., Wilkins, C.H., Morris, J.C. : Accelerated weight loss may precede diagnosis in Alzheimer disease. *Arch Neurol*, 63 (9) ; 1312-1317, 2006

22) Khodeir, M., Conte, E.E., Morris, J.J., et al. : Effect of decreased mobility on body composition in patients with Alzheimer's disease. *J Nutr Health Aging*, 4(1) ; 19-24, 2000

23) Kiely, D.K., Givens, J.L., Shaffer, M.L., et al. : Hospice use and outcomes in nursing home residents with advanced dementia. *J Am Geriatr Soc*, 58 (12) ; 2284-2291, 2010

24) Knopman, D.S., Parisi, J.E., Boeve, B.F., et al. : Vascular dementia in a population-based autopsy study. *Arch Neurol*, 60 (4) ; 569-575, 2003

25) Lee, M.A., Brummel-Smith, K., Meyer, J., et al. : Physician orders for life-sustaining treatment (POLST) : outcomes in a PACE program. Program of All-Inclusive Care for the Elderly. *J Am Geriatr Soc*, 48 (10) ; 1219-1225, 2000

26) Lee, M., Chodosh, J. : Dementia and life expectancy : what do we know? *J Am Med Dir Assoc*, 10 (7) ; 466-471, 2009

27) Lynn, J. : Perspectives on care at the close of life. Serving patients who may die soon and their families : the role of hospice and other services. *JAMA*, 285 (7) ; 925-932, 2001

28) McAuliffe, L., Nay, R., O'Donnell, M., et al. : Pain assessment in older people with dementia : literature review. *J Adv Nurs*, 65 (1) ; 2-10, 2009

29) Mitchell, S.L., Kiely, D.K., Hamel, M.B., et al. : Estimating prognosis for nursing home residents with advanced dementia. *JAMA*, 291 (22) ; 2734-2740, 2004

30) Mitchell, S.L., Teno, J.M., Kiely, D.K., et al. : The clinical course of advanced dementia. *N Engl J Med*, 361 (16) ; 1529-1538, 2009

31) Mohamed, S., Rosenheck, R., Lyketsos, C.G., et al. : Caregiver burden in Alzheimer disease : cross-sectional and longitudinal patient correlates. *Am J Geriatr Psychiatry*, 18 (10) ; 917-927, 2010

32) Moyle, W., Edwards, H., Clinton, M. : Living with

loss : dementia and the family caregiver. *Aust J Adv Nurs*, 19 (3) ; 25-31, 2002

33) 内閣府 : 平成 27 年版高齢社会白書, 2015

34) National Hospice and Palliative Care Organization : NHPCO's, Facts and Figures : Hospice Care in America, 2015 Edition (http://www.nhpco.org/sites/default/files/public/Statistics_Research/2015_Facts_Figures.pdf) (参照 2016-10-05)

35) Nelis, S.M., Clare, L., Martyr, A., et al. : Awareness of social and emotional functioning in people with early-stage dementia and implications for carers. *Aging Ment Health*, 15 (8) ; 961-969, 2011

36) 二宮利治, 清原 裕, 小原知之 : 日本における認知症患者数の将来推計. 平成 26 (2014) 年度厚生労働科学研究費補助金 (厚生労働科学特別研究事業) 「日本における認知症の高齢者人口の将来推計に関する研究」分担研究報告書, 2015

37) Oesterhus, R., Soennesyn, H., Rongve, A., et al. : Long-term mortality in a cohort of home-dwelling elderly with mild Alzheimer's disease and Lewy body dementia. *Dement Geriatr Cogn Disord*, 38 (3-4) ; 161-169, 2014

38) Onyike, C.U., Diehl-Schmid, J. : The epidemiology of frontotemporal dementia. *Int Rev Psychiatry*, 25 (2) ; 130-137, 2013

39) Pautex, S., Herrmann, F., Le Lous, P., et al. : Feasibility and reliability of four pain self-assessment scales and correlation with an observational rating scale in hospitalized elderly demented patients. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*, 60 (4) ; 524-529, 2005

40) Perls, T.T., Hergert, M. : Higher respiratory infection rates on an Alzheimer's special care unit and successful intervention. *J Am Geriatr Soc*, 43 (12) ; 1341-1344, 1995

41) Physicians Royal College of Palliative Medicine (<http://www.rcplondon.ac.uk/speciality/palliative-medicine>) (参照 2016-10-06)

42) Poehlman, E.T., Dvorak, R.V. : Energy expenditure, energy intake, and weight loss in Alzheimer disease. *Am J Clin Nutr*, 71 (2) ; 650-655S, 2000

43) Radbruch, L., Payne, S. : White paper on standards and norms for hospice and palliative care in Europe : part I Recommendation from the European Association for Palliative Care. *Eur J Palliative Care*, 16 ;

278-289, 2009

44) Rosenberg, P.B., Lyketsos, C.G. : Treating agitation in dementia. *BMJ*, 343 ; d3913, 2011

45) Sachs, G.A., Shega, J.W., Cox-Hayley, D. : Barriers to excellent end-of-life care for patients with dementia. *J Gen Intern Med*, 19 (10) ; 1057-1063, 2004

46) Sampson, E.L. : Palliative care for people with dementia. *Br Med Bull*, 96 ; 159-174, 2010

47) Sampson, E.L., Gould, V., Lee, D., et al. : Differences in care received by patients with and without dementia who died during acute hospital admission : a retrospective case note study. *Age Ageing*, 35(2) ; 187-189, 2006

48) Sampson, E.L., Ritchie, C.W., Lai, R., et al. : A systematic review of the scientific evidence for the efficacy of a palliative care approach in advanced dementia. *Int Psychogeriatr*, 17 (1) ; 31-40, 2005

49) Scherder, E.J., Bogen, T., Eggermont, L.H., et al. : The more physical inactivity, the more agitation in dementia. *Int Psychogeriatr*, 22 (8) ; 1203-1208, 2010

50) Shega, J.W., Hougham, G.W., Stocking, C.B., et al. : Pain in community-dwelling persons with dementia : frequency, intensity, and congruence between patient and caregiver report. *J Pain Symptom Manage*, 28 (6) ; 585-592, 2004

51) Temel, J.S., Greer, J.A., Muzikansky, A., et al. : Early palliative care for patients with metastatic non-small-cell lung cancer. *N Engl J Med*, 363 (8) ; 733-742, 2010

52) Teno, J.M., Gozalo, P.L., Lee, I.C., et al. : Does hospice improve quality of care for persons dying from dementia?. *J Am Geriatr Soc*, 59 (8) ; 1531-1536, 2011

53) Tilly, J. : Quality end of life care for individuals with dementia in assisted living and nursing homes and public policy barriers to delivering this care. *US Alzheimer's Association*, 2006

54) van der Steen, J.T. : Dying with dementia : what we know after more than a decade of research. *J Alzheimers Dis*, 22 (1) ; 37-55, 2010

55) van der Steen, J.T., Radbruch, L., Hertogh, C.M., et al. : White paper defining optimal palliative care in older people with dementia : A Delphi study and recommendations from the European Association for Palliative Care. *Palliat Med*, 28 (3) ; 197-209, 2014

- 56) Volicer, L., Frijters, D.H., Van der Steen, J.T. : Relationship between symptoms of depression and agitation in nursing home residents with dementia. *Int J Geriatr Psychiatry*, 27 (7) ; 749-754, 2012
- 57) Wald, C., Fahy, M., Walker, Z., et al. : What to tell dementia caregivers—the rule of threes. *Int J Geriatr Psychiatry*, 18 (4) ; 313-317, 2003
- 58) Warden, V., Hurley, A.C., Volicer, L. : Development and psychometric evaluation of the Pain Assessment in Advanced Dementia (PAINAD) scale. *J Am Med Dir Assoc*, 4 (1) ; 9-15, 2003
- 59) Wary, B., Doloplus, C. : Doloplus-2, a scale for pain measurement. *Soins Gerontol*, (19) ; 25-27, 1999
- 60) Werner, P., Mittelman, M.S., Goldstein, D., et al. : Family stigma and caregiver burden in Alzheimer's disease. *Gerontologist*, 52 (1) ; 89-97, 2012
- 61) Wolf-Klein, G., Pekmezaris, R., Chin, L., et al. : Conceptualizing Alzheimer's disease as a terminal medical illness. *Am J Hosp Palliat Care*, 24 (1) ; 77-82, 2007
- 62) Wolfson, C., Wolfson, D.B., Asgharian, M., et al. : A reevaluation of the duration of survival after the onset of dementia. *N Engl J Med*, 344 (15) ; 1111-1116, 2001
- 63) World Health Organization : WHO Definition of Palliative Care (<http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>) (参照 2016-10-05)
- 64) Zanetti, O., Solerte, S.B., Cantoni, F. : Life expectancy in Alzheimer's disease (AD). *Arch Gerontol Geriatr*, 49 (Suppl 1) ; 237-243, 2009
- 65) Zwakhalen, S.M., Hamers, J.P., Abu-Saad, H.H., et al. : Pain in elderly people with severe dementia : a systematic review of behavioural pain assessment tools. *BMC Geriatr*, 6 ; 3, 2006
- 66) Zwakhalen, S.M., Hamers, J.P., Berger, M.P. : The psychometric quality and clinical usefulness of three pain assessment tools for elderly people with dementia. *Pain*, 126 (1-3) ; 210-220, 2006
-

Palliative Care for Dementia

Asao OGAWA

Department of Psycho-Oncology, National Cancer Center Hospital East

The population of the elderly is increasing rapidly in Japan ; therefore, the development of a support system for patients with dementia is an urgent task. In recent years, the palliative care approach, which has conventionally evolved according to the needs of patients with cancer, has been applied for people with dementia. The palliative care approach aims to prevent and relieve suffering by means of early identification and impeccable assessment and treatment of pain and other problems, respects the dignity of the patient, and ensures open communication with honesty.

Care for persons with dementia involves a number of key palliative interventions, including symptom management, especially pain control, which is under-recognized and under-treated, psychological support, decision making since diagnosis, and caregiver support. Since palliative care is applicable in conjunction with other treatments, the palliative care approach is suitable for dementia care with comorbidity. Therefore, the importance of palliative care is recognized in acute care and home care settings.

<Author's abstract>

<**Keywords** : palliative care, dementia, decision making, consultation psychiatry, advance care planning>
