

別添 1

厚生労働科学研究費補助金

認知症政策研究事業

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－ (21GB1001)

令和 4 年度 総括・分担研究報告書

研究代表者 三浦 久幸

令和 5 年 5 月

I. 総括研究報告	
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－	1
三浦 久幸	
II. 分担研究報告	
1. 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－	
認知症者のAdvance Care Planningの現状とその役割	9
葛谷 雅文	
2. 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－	20
会田 薫子	
3. 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－	23
大河内 二郎	
4. 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－	26
平原 佐斗司	
5. 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－	29
山中 崇	
6. 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－	34
平川 仁尚	
7. 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－ 障害高齢者への支援の観点から	38
石山 麗子	
8. 認知症高齢者に対する緩和ケア及び意思決定支援に関する調査研究：集計速報	43
斎藤 民	
9. 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－	50
高梨 早苗	
10. 特別養護老人ホームの看取りケアマネジメントに関する調査	53
島田 千穂	
III. 研究成果の刊行に関する一覧表	57

厚生労働科学研究費補助金（認知症政策研究事業）
総括 研究報告書

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－

研究代表者 三浦 久幸 国立長寿医療研究センター
在宅医療・地域医療連携推進部 部長

研究要旨

当研究は、エビデンスに基づき、最期の療養の場の違い（病院、在宅、介護保険施設）に応じた認知症者へのエンドオブライフ・ケアの指針・手引きを作成することを目的としている。当研究班は認知症者の緩和ケア技術評価ワーキンググループ(WG)と意思決定プロセス評価 WG で構成している。令和 4 年度は令和 3 年度に行った、専門職、認知症の家族に対するフォーカスグループ・インタビュー結果を質的に解析した。この結果を基に病院、在宅、介護保険施設に対するエンドオブライフ・技術及び意思決定支援の実態に関してケア実態調査を行った。実態調査は全国の療養病床・介護老人保健施設（以下、老健）・訪問看護ステーション（以下、訪看）から無作為に 1,000 件ずつ、合計 3,000 か所を抽出し、各施設 1 名の管理職を担う看護職計 3,000 名を対象とした。この調査結果は R5 年度に計画している指針作りに反映する計画である。

研究分担者

葛谷 雅文 名鉄病院 院長室 病院長
会田 薫子 東京大学 大学院人文社会系研究科 特任教授
大河内 二郎 社会医療法人若弘会 介護老人保健施設 竜間之郷 施設長
平原 佐斗司 東京ふれあい医療生活協同組合 研修・研究センター長
山中 崇 東京大学 医学部附属病院 特任准教授
平川 仁尚 公益財団法人愛知県健康づくり振興事業団 健康開発部 健康開発部長
石山 麗子 国際医療福祉大学大学院 医療福祉経営専攻 教授
斎藤 民 国立長寿医療研究センター 老年社会科学研究部 部長
高梨 早苗 国立長寿医療研究センター 在宅医療・地域医療連携推進部 研究生
島田 千穂 佐久大学 人間福祉学部 教授

A. 研究目的

当研究は、エビデンスに基づき、最期の療養の場の違い（病院、在宅、介護保険施設）に応じた認知症者へのエンドオブライフ・ケアの指針・手引きを作成することを目的とする。

研究代表者（三浦）は長寿医療研究開発費研究班の主任研究者として【非がん疾患のエンドオブライフ・ケアに関するガイドライン】をとりまとめ、認知症における苦痛評価指標、緩和ケアのエビデンスの抽出を行った（2021年3月公表）。並行し、研究分担者（山中、平原、平川）とともに長寿・障害総合研究 長寿科学研究開発

事業(AMED)「呼吸不全に対する在宅緩和医療の指針に関する研究」の中で認知症末期の肺炎の緩和ケアについての系統的レビューを行った。さらに老人保健健康増進等事業「認知症の人の日常生活・社会生活における意思決定支援ガイドラインの普及や活用実態および事前の意思表明のあり方に関する調査研究事業」委員会委員として研究協力者の水島らとともに認知症の意思決定支援研修プログラム作成に関わり、認知症者の事前の意思決定に関わる課題抽出を行った。

エンドオブライフ・ケアについては療養の場

の違いにより、提供可能な医療処置や介護サービスの内容・量共に異なるため、療養の場ごとの指針や手引きが必要である。

本研究では、これまで各研究で行ってきた、認知症者のエンドオブライフ・ケア（最多の死因である肺炎を含む）に関しての文献的エビデンス抽出、認知症者の意思決定支援を進める上での課題抽出、高齢者における意思決定支援推進に関わるこれまでの実績を基に、当該研究計画を立案した。

令和3年度は療養の場に共通した、認知症者への緩和ケア技術評価および意思決定支援プロセスについて、これまでの文献的エビデンスと **expert opinion** を基に検討するとともに、療養場所の違いに関わる因子を明確にするために、異なる療養場所（病院、在宅、介護保険施設）のスタッフへのフォーカスグループ・インタビューを行っている。

令和4年度は令和3年度にとりまとめた共通項以外の、療養場所に特異的な項目（課題）について確定し、異なる療養場所への実態（量的）調査を行う。令和5年度は前年までの結果を基に各療養場所別の手引き書を作成する。

調査・手引き書作成においては COVID-19 流行の影響を踏まえる。

療養の場の違いに応じたエンドオブライフ・ケアの手引きは国内では初めてである。

B. 研究方法

<全体の年次計画>

令和3年度は療養の場に共通した、認知症者への緩和ケア技術評価および意思決定支援プロセスについて、これまでの文献的エビデンスと **expert opinion** を基に検討し、共通項を確定する。

さらに異なる療養場所（病院、在宅、介護保険施設）のスタッフへのフォーカスグループ・インタビューを行い、療養場所の違いに関わる因子を明確にする。

令和4年度は前年の評価を基に、異なる療養場所への実態（量的）調査を行い、認知症者への緩和ケアおよび意思決定支援の実態を評価し、手引き書内の共通項の見直しをすると共に、共通項以外の、療養場所に特異的な項目（課題）について確定する。

令和5年度は前年までの実態調査等の結果を基に各療養場所別の指針・手引き書を作成する。

<ワーキンググループ(WG)ごとの研究代表者・研究分担者・研究協力者の役割>

1. 認知症者の緩和ケア技術評価 WG（三浦、葛谷、山中、平原、大河内、高梨、石山、平川、斎藤）

令和3年度

・疼痛評価の選定（a. 文献的考察 適正指標の選定）

・最期の療養の場の違い（病院・在宅・介護保険施設）に応じた緩和ケア技術評価

（a. 文献的考察 b. フォーカスグループ・インタビュー(FGI)）

令和4年度

・最期の療養の場の違いに応じた緩和ケア技術評価(c. 実態（量的）調査)

三浦、葛谷は病院、山中、平原は在宅、大河内は介護保険施設の項目検討を主として担当する（いずれも医師）。高梨はエンドオブライフ・ケアに従事する看護師、石山は介護福祉専門職として全ての療養場所の項目検討に関わる。平川は質的研究法の専門家として FGI を、実態調査は疫学の専門家である斎藤が担当する。

2. 意思決定プロセス評価 WG（三浦、水島、会田、高梨、石山、平川、斎藤、島田/R4〜）

令和3年度 （a. 文献的考察、b. フォーカスグループ・インタビュー(FGI)）

令和4年度 （c. 実態（量的）調査）

FGI と実態調査は、上記緩和ケア技術評価調査と同時にを行った。アンケート項目としては認知症者の入院・入所時の意思決定能力評価の有無、意思決定支援（意思形成、意思表示）の有無・内容、共有方法、表明された内容の実現支援法、COVID-19 流行下の意思決定支援状況を含む。

水島*（研究協力者）は弁護士として、意思決定プロセスに関する法的側面での検討を、会田は死生学、臨床倫理学の専門家として主に倫理的側面での検討を行う。三浦は医師、高梨は看護師、石山は介護福祉専門職、島田は介護施設研究者の立場で主に事前の意思決定支援(ACP)

に関する内容検討を行う。療養の場の違いに応じた意思決定支援のあり方については、平川はFGIを斎藤は実態調査により検討する。

3. 緩和ケア技術・意思決定支援指針・手引き書作成（全員）

令和5年度

医療・介護専門職向け指針作成

a. 指針案作成、b. 外部評価・関係機関調整

家族介護者・後見人等向け手引き書作成

a. 手引き案作成、b. 外部評価・関係機関調整

家族介護者・後見人等向け手引き書作成においては、研究協力者として愛知県認知症の人と家族の会代表の尾之内が参加する。なお、指針・手引き書作成にあたっては、関連ガイドラインとの整合性を保つことを基本とする。

（倫理面への配慮）

利益相反・各調査に対して、名古屋大学及び国立長寿医療研究センター倫理委員会に申請を行い承認を得た。

C. 研究結果

【R4年度の実施内容】

・FGIの結果評価

認知症者の緩和ケア技術評価WG、意思決定支援プロセス評価WGともR3年度に行われたFGIの評価を行った。FGIについては文献検索、expert opinionを基にインタビューガイドを作成した。倫理委員会承認後、在宅、有料老人ホーム、特別養護老人ホーム、認知症高齢者グループホーム、老人保健施設、療養型病床群（精神科含む）、病院等に勤務する医師・看護師・介護職員・ケアマネジャー合計24名を対象とし、実施した。この結果を質的に分析し、緩和ケア技術については（苦痛の）早期発見や多職種による総合評価など8つのテーマが抽出された。さらに意思決定支援についてはラポール形成、意思決定能力の評価など7つのテーマが抽出され、それぞれについて論文化を進めている。

この質的研究内容を受けて、令和4年度には倫理委員会承認後に実態調査を行った。全国の療養病床・介護老人保健施設（以下、老健）・訪問看護ステーション（以下、訪看）から無作為に

1,000件ずつ、合計3,000か所を抽出し、各施設1名の管理職を担う看護職計3,000名を対象とした。調査票は抽出された施設の長宛に郵送し、回答者となる管理者（看護職）1名を選んで回答してもらおうよう依頼し、回答者が返送用封筒で返送することで調査票を回収した。アンケート項目としては認知症者の苦痛評価法、苦痛に対する薬物療法（種類含む）、非薬物療法の実施状況、COVID-19による影響の有無（隔離による興奮等）を含んだ。実態調査では586通の調査票が得られた。そのうち、研究利用に関する同意を得られたのは537通であった（有効回収率16.7%）。施設別では療養病床100通（同10.0%）、老健170通（同17.0%）、訪看230通（同23.0%）であった。緩和ケアの実施状況では、3施設共通して実施率が5割以上だったのは、「痛みや苦痛のアセスメント」「医師による痛み止め処方体制」「痛みや苦痛の多職種カンファ」であった。施設によって傾向が異なる項目として、「スケールを用いた痛み評価」は老健で低い実施率であった。「スピリチュアルペインへの注目」「家族の緩和ケア参加の支援」は訪看でのみ実施率が高かった。逆に「多職種でのBPSDの評価・カンファ」は訪看でのみ実施率が低かった。意思決定支援の実施状況では、施設によって傾向が異なる項目として、「意思表明・実現支援」「ライフレビュー支援」は療養・老健で低かった。一方、「キーパーソン家族の意向確認」は3施設とも高く、家族中心の意思決定支援が行われている可能性を示唆する結果であった。

D. 考察

令和4年度の事態調査により、認知症者の療養場所別の緩和ケア実施や意思決定支援上の課題が明確となった。緩和ケア技術については苦痛評価の実施や多職種でのBPSD評価など、療養場所別に特有の課題が認められた。一方、意思決定支援については特に施設や療養病床では家族中心の意思決定支援が行われており、認知症者本人の意思決定が必ずしも徹底されていない状況が示唆された。このためR5年度に作成予定の指針には療養場所別の緩和ケアに関するunmet needsに対応するための手引き的な方策提示や療養場所に共通して「認知者本人を中心

とした意思決定支援」の方向性を強く示すことが必要であると考えられた。

本研究により最も期待できる効果は、医療・介護現場の認知症の緩和ケア技術と本人の意向を尊重した意思決定支援技術の向上である。

認知症施策大綱（令和元年6月18日）では、（4）医療・介護の手法の普及・開発において「人生の最終段階にあっても本人の尊厳が尊重された医療・介護等が提供されることが重要である」としている。しかしながら、具体的にどのような医療・介護等が提供されるべきか、これまで明確となっておらず、本研究事業により、具体的な医療・介護等の内容が明示されることで、施策大綱の方針に沿った臨床実践が広がることが期待できる。

また、本研究事業では、認知症者における意思決定支援の手引き書作成を行う。「認知症の人の日常生活・社会生活における意思決定支援ガイドライン」（平成30年）では本人の意思決定能力が欠けている場合の、いわゆる「代理代行決定」のルールについては、このガイドラインの範囲外と位置付けられている。今回の手引き書の中では、意思決定能力が欠けている場合の、延命処置等の意思決定の在り方や成年後見人等の役割について、より具体的に明示することで、人生の最終段階における「代理代行」の適切な考え方を臨床現場に的確に伝えることができる。特に成年後見人による意思決定支援の在り方をより明確にすることで間接的に「成年後見の利用の促進に関する法律」（平成28年5月）にも寄与できる。

E. 結論

令和4年度は【療養の場に共通する、あるいは療養場所の違いを考慮した、指針に入れるべき項目を明確化】するためにR3年度に行ったFGIによる質的調査の結果解析を基に療養場所別の実態調査を行った。この結果、緩和ケア技術、意思決定支援ともに療養場所に共通するあるいは療養場所により異なる課題があることが見える化できた。R5年度はこの結果を基に指針作成を行う計画である。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

1. 論文発表

- 1) Hirakawa Y, Aita K, Nishikawa M, Arai H, Miura H. Tips for managing ethical challenges in advance care planning: A qualitative analysis of Japanese practical textbooks for clinicians. *Int J. Environ. Res. Public Health*. 2022, 19(8), 4550. <https://doi.org/10.3390/ijerph19084550>
- 2) Yamaguchi Y, Saif-Ur-Rahman KM, Nomura M, Ohta H, Hirakawa Y, Yamanaka T, Hirahara S, Miura H. Opioid prescription method for breathlessness due to non-cancer chronic respiratory diseases: A systematic review. *Int. J. Environ. Res. Public Health* 2022, 19(8), 4907; <https://doi.org/10.3390/ijerph19084907>
- 3) Goto Y, Miura H. Challenges in promoting shared decision-making: Toward a breakthrough in Japan. *Z. Evid. Fortbild. Qual. Gesundh. wesen*. 2022,171:84-88. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.zefq.2022.04.007>
- 4) 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, doi:10.2185/jrm.2021-063
- 5) Goto Y, Miura H, Yamaguchi Y, and Onishi J. Evaluation of an advance care planning training program for practice professionals in Japan incorporating shared decision making skills training: A prospective study of a curricular intervention *BMC palliat care* 21, 135, 2022, <https://doi.org/10.1186/s12904-022-01019-x>
- 6) Goto Y, Miura H. Using the soft systems methodology to link healthcare and long-term care delivery systems: A case study of community policy coordinator activities in Japan. *Int. J. Environ. Res.*

- Public Health 2022, 19, 8462.
<https://doi.org/10.3390/ijerph19148462>
- 7) Yamanaka T, Kidana K, Yamaguchi Y, Hirahara S, Hirakawa Y, Mizuki M, Arai H, Akishita M, and Miura H. Palliative Home Care for Older Patients with Respiratory Disease in Japan: Practices and Opinions of Physicians. *Geriatr Gerontol Int* 2022; 22(11):943-949, <https://doi.org/10.1111/ggi.14487>.
 - 8) Sugimoto T, Tokuda H, Miura H, Kawashima S, Ando T, Kuroda Y, Matsumoto N, Fujita K, Uchida K, Kishino Y, Sakurai T. Cross-sectional association of metrics derived from continuous glucose monitoring with cognitive performance in older adults with type 2 diabetes mellitus. *Diabetes, Obesity & Metabolism*. 2023, 25(1):222-228. doi: 10.1111/dom.14866 (1月)
 - 9) Goto Y, Miura H, Ito N. Comparison between the chief care manager and the normal care manager on hospitalization and discharge coordination activities in Japan: An online cross-sectional study of care managers in Aichi Prefecture. *Int. J. Environ. Res. Public Health* 2022, 19(19), 12122; <https://doi.org/10.3390/ijerph191912122>
 - 10) Goto Y, Miura H. Validation of the novel interprofessional shared decision-making questionnaire to facilitate multidisciplinary team building in patient-centered care. *Int. J. Environ. Res. Public Health* 2022, 19(22), 15349; <https://doi.org/10.3390/ijerph192215349>
 - 11) Hirakawa Y, Muraya T, Yamanaka T, Hirahara S, Okochi J, Kuzuya M, Miura H. [Letter to the editor] Total pain in advanced dementia: A quick literature review. *Journal of Rural Medicine* 2023; 18(2): 154-158
 - 12) Miura H, Goto Y. Impact of the Controlling Nutritional Status (CONUT) score as a prognostic factor for all-cause mortality in older patients without cancer receiving home medical care: Hospital ward-based observational cohort study. *BMJ open* 2023;13:e066121. doi:10.1136/bmjopen-2022-066121
 - 13) 三浦久幸 特集 ACP (人生会議) の基本～ACP(Advance Care Planning)の意義と必要性 しやりばり 2022 No.438, p2-18. (5月)
 - 14) 三浦久幸, 後藤友子 話題 エンドオブライフ・ケア 老年科 2022, Vol.5(4), 250-253.
 - 15) 三浦久幸, 後藤友子 リハビリテーション医療における ACP 1.ACP(アドバンス・ケア・プランニング)とは CLINICAL REHABILITATION 2022 vol.31 No.6, 548-552. (5月)
 - 16) 三浦久幸, 後藤友子 解説 エンドオブライフ 老年科 2022, Vol 5(6) 374-380 (6月)
 - 17) 三浦久幸, 後藤友子 高齢者診療の実際 No.7 アドバンス・ケア・プランニング 日本医師会雑誌 2022 Vol.151(8) 1402-1403 (11月)
 - 18) 三浦久幸, 後藤友子 特集治せる認知症・認知症様状態を見逃さないために 「認知症とアドバンス・ケア・プランニング」 臨床と研究 2022 99(11), 75-79.
 - 19) 三浦久幸 長寿フロンティア 令和4年度長寿科学研究者支援事業「長生きを喜べる長寿社会実現研究支援」採択プロジェクト「アドバンス・ケア・プランニング推進のための共通 ICT プラットフォーム構築—どこで療養していても高齢者本人の意思が尊重される社会作り—」 *Aging & Health* 2023 31(4): 42-46. (研究分担者)
 - 1) 葛谷 雅文, 赤津 裕康, 森 直治, 三浦 久幸, 亀井 克典. 高齢者医療のEOL-C(エンドオブライフ・ケア)を考える (座談会). *現代医学*68巻2号 Page1-7, 2021
 - 2) 葛谷雅文. 超高齢社会におけるACP 日本医事新報 (5097): 37-38, 2022.
 - 3) 会田薫子, 「意思決定支援」、『超高齢者の緩和ケア』 (桑田美代子、吉岡佐知子、

- 西山みどり共編)、南山堂、2022年10月、pp.75-81.
- 4) 会田薫子、「意思決定」、『看護学テキスト Nice シリーズ エンドオブライフケア— その人にとっての最善をめざして』(谷本真理子・増島麻里子共編)、南江堂、2022年12月、pp.59-65.
 - 5) 大河内二郎 東憲太郎 介護老人保健施設における余命が限られた方々へのサービス提供 医療と社会 Vol.33 №1 2023 in press
 - 6) Komatsu A, Nakagawa T, Noguchi T, Saito T. Factors associated with decision-making involvement in community-dwelling older care recipients. *Geriatrics & Gerontology International* 2022; 22: 876-882. <https://doi.org/10.1111/ggi.14471>
 - 7) Miyashita J, Shimizu S, Shiraishi R, Mori M, Okawa K, Aita K, Mitsuoka S, Nishikawa M, Kizawa Y, Morita T, Fukuhara S, Ishibashi Y, Shimada C, Norisue Y, Ogino M, Higuchi N, Yamagishi A, Miura Y, Yamamoto Y. : Culturally Adapted Consensus Definition and Action Guideline: Japan's Advance Care Planning. *J Pain Symptom Manage.* 2022, 64(6):602-613.
 - 8) 島田千穂、平山亮：家族による評価に基づく重度要介護者の全身状態の変化の類型化. *老年社会科学*, 2022, 44(3) : 269-275
 - 9) 山口乃生子、會田みゆき、山岸直子、畔上光代、河村ちひろ、星野純子、浅川泰宏、佐瀬恵理子、島田千穂：人生の最終段階に向けた医療・ケアの話し合い経験の関連要因—埼玉県A氏における横断的調査の結果から—。日本エンドオブライフケア学会誌, 2022, 印刷中
2. 学会発表
 - 1) 杉本大貴、徳田治彦、三浦久幸、川嶋修司、安藤貴史、黒田佑次郎、松本奈々恵、内田一彰、岸野義信、櫻井孝. 持続血糖モニタリングによって評価した血糖指標と認知機能との関連 第64回日本老年医学会学術集会 2022.6.2-4 大阪
 - 2) 後藤友子、三浦久幸. 地域拠点を中心とした地域包括ケアシステムの中で展開するアドバンス・ケア・プランニング実践教育—住み慣れた地域において切れ目なく患者の療養希望を支えるための体制づくり— 第67回日本透析医学会学術集会・総会 2022.7.1-3. 横浜
 - 3) 後藤友子、三浦久幸 世界30 言語版が開発されている治療決定の共有意思決定支援評価尺度を基にしたケア版評価尺度の開発 第13回日本プライマリ・ケア連合学会学術大会 2022年6月12日(日) パシフィコ横浜会議センター
 - 4) 後藤友子、三浦久幸 Advance care planningを实践する看護師の意思決定支援理由とケア決定事項の抽出—共有意思決定支援技能研修会の振り返りからの考察— 日本老年看護学会第27回学術集会 2022年6月25日(土)~7月25日(月) オンライン配信
 - 5) 後藤友子、井藤直美、三浦久幸 2次医療圏単位で取り組む、地域ケア(日常の療養支援)と地域の中核病院とを連結する包括的入退院支援の取り組み—愛知県在宅医療介護連携推進事業の更なる展開—第4回日本在宅医療連合学会大会 2022年6月23日(土) 神戸
 - 6) 三浦久幸、後藤友子 在宅療養中の高齢非がん疾患患者における死亡の予測因子としての入院時CONUT値の評価：病棟単位の前向きコホート研究(第4回日本在宅医療連合学会優秀賞) 第4回日本在宅医療連合学会大会 2022年6月23日(土) 神戸
 - 7) 後藤友子、井藤直美、三浦久幸 介護支援専門員による担当患者の入院時支援活動とその不安要因、課題認識の分析—愛知県入退院調整支援事業調査の結果から— 第76回国立病院総合医学会 2022年10月7日—8日 熊本
 - 8) 杉本大貴、徳田治彦、三浦久幸、川嶋修司、安藤貴史、黒田佑次郎、松本奈々恵、藤田康介、内田一彰、岸野義信、櫻井孝. 持続血糖モニタリングによる血糖コントロール指標と認知機能および身体機能との関連

第41回日本認知症学会 2022年11月25-27日 東京

- 9) 三浦久幸 シンポジウム34 (エンドオブライフに関する小委員会) ACPのあり方を検討する一よりよい人生の集大成支援のために 「AMED研究班「アドバンス・ケア・プランニング支援ガイドについて」第64回日本老年医学会学術集会 2022.6.4 大阪
- 10) 三浦久幸 シンポジウム8 日本老年医学会合同企画 在宅医療におけるACP—現状と課題「ACPの老年医学会の取り組み」 第4回日本在宅医療連合学会大会 2022.7.23 神戸
- 11) 三浦久幸 シンポジウム7 非がん性呼吸器疾患の緩和ケア 「呼吸不全に対する在宅緩和医療の指針」 第32回日本呼吸ケア・リハビリテーション学会学術集会 2022年11月11-12日 千葉

(研究分担者)

- 1) 会田薫子 教育講演1「アドバンス・ケア・プランニング — 人生の最終段階における意思決定支援」、第23回日本認知症ケア学会大会、WEB講演(オンデマンド)、2022.6.18~9.30.
- 2) 会田薫子 「人生の最終段階を支えるエンドオブライフケアのデザイン — ガイドラインにみる基本的な考え方」、Good Practice Seminar 1「人生の最終段階を支えるエンドオブライフケアのデザイン」、第27回日本老年看護学会学術集会、WEB講演(リアルタイム・オンデマンド)、2022.6.25~7.25.
- 3) 平川佐斗司 末期認知症の苦痛評価プロトコルのフィージビリティ調査 第5回日本エンドオブライフケア学会 (2022.10.2) 一般演題 口演
- 4) 平川佐斗司 療養の場所を超えて多職種で用いる末期認知症の苦痛評価プロトコルの作成。第5回日本エンドオブライフケア学会 (2022.10.2) 一般演題 口演
- 5) Komatsu A, Nakagawa T, Noguchi T, Saito T. Involvement in Care Decision-Making and Adverse Outcome Onset in Community-Dwelling Care Recipients in Japan. GSA 2022 Annual Scientific

Meeting. Nov 2-6 2022. Indianapolis.

- 6) 小松亜弥音, 中川威, 野口泰司, 岡橋さやか, 金雪瑩, 斎藤民. 要介護高齢者の介護に関する意思決定への主観的な関与状況の変化. 第27回日本在宅ケア学会学術集会. 2022年7月30-31日. オンライン.
- 7) 小松亜弥音, 中川威, 野口泰司, 杉本大貴, 内田一彰, 黒田佑次郎, 小野玲, 荒井秀典, 櫻井孝, 斎藤民. 最期の場所に関する希望の認知症患者と家族間での共有状況: NCGG-STORIES. 日本老年社会科学会第64回大会 2022年7月3日. 東京.
- 8) 島田千穂 (2022) : 認知機能が低下した高齢者の人生最期の語り方の経時的変化. 第23回日本認知症ケア学会大会.
- 9) 島田千穂, 多賀努, 松家まゆみ, 木田正吾 (2022) . 介護支援専門員のエンドオブライフケアマネジメント実践. 日本エンドオブライフケア学会第5回大会.
- 10) 島田千穂 (2022) 介護施設の現状について. シンポジウム2 介護施設のエンドオブライフケアの質向上のために (座長). 日本エンドオブライフケア学会第5回大会.
- 11) 島田千穂 (2022) . 人生の最期を支えるためのアドバンスケアプランニング (教育講演). 日本ヒューマンケア科学学会第15回学術集会.

H. 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

令和4年度厚生労働科学研究費補助金（認知症政策研究事業）
分担 研究報告書

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—
認知症者のAdvance Care Planningの現状とその役割

研究分担者 葛谷 雅文 名古屋鉄道健康保険組合 名鉄病院 院長

研究要旨

認知症の人に対する advance care planning (ACP) は他の疾患同様に本人らしい人生の最終段階における医療・ケアを実現するために必要なプロセスである。一方で、認知症という将来自らが意思決定を下すことが困難になる事が想定される疾病であり、しかもその経過が長く、その病状の過程に関して不確実性を兼ね備えているという特徴は認知症の人への ACP の取り組みにブレーキを掛ける要因ともなっている。逆にその不確実性があるからこそ ACP を実施する意義も存在するともいえる。本報告書では今までの諸外国から報告されている認知症の人に対する ACP の取り組みについての複数の報告をシステムティックレビューし、その特徴、文化・習慣による影響、効果、促進または阻害因子、推奨事項などを提示し、今後の認知症の人に対する ACP の取り組みが推進することを目指した。

A. 研究目的

認知症の人のエンドオブライフケア (end of life care, EOL-C)の実情に関して認知症の人以外の高齢者に比較し、例えばEOLの侵襲的な延命治療、不十分な緩和ケアや疼痛の管理など、不適切なケアが行われている実情が指摘されている (1-3)。一つの理由としては認知症の進行により自らの意思表示が困難な状況にあり、さらにはその家族も、本人の意思に関する情報が不足していること、認知症の人とその介護者も、時によっては医療者も認知症自体の十分な知識がなく、その進行具合や、どのようなEOLが待ち受けているか、それに対してどのようなケアをしたら良いかの十分な知識や情報が欠如している点などがあげられる (4,5)。

近年、EOLの医療・ケアについて本人を人として尊重した意思決定の実現を支援するプロセスであるadvance care planning (ACP) が注目されている。これは事前に患者本人、家族などの親しい人々、医療・ケア従事者が十分な医療情報の開示をしつつ、本人の意向に沿った、本人らしい人生の最終段階における医療・ケアを実現し、本人が最期まで尊厳をもって人生をま

っとうすることができるよう支援することを目標としている。

今までこのACPに関しては多くの疾患ベースの研究が実施され、ACPの実施により患者と医療者とのコミュニケーションの改善、治療やケアの目的ならびに意向の明確化、意思決定における困難さの軽減、予後の認識の向上、患者本人と代理人(家族)との医療・ケアの意向の一致の向上、事前指示書の増加、侵襲的な医療介入の減少などが明らかにされている。一方でナーシングホーム入所者に対するACPの効果として入院は抑制するものの、救急外来受診は減らない、家族のケアの満足度は対照と有意な差異が無いなども報告されている (6-8)。

しかしながら、悪性腫瘍など比較的最後まで患者自らが意思決定できるような疾患と認知症のような、経過が比較的長く、徐々に認知機能の低下が起これ、自らが明確な意思決定が困難になる疾病とはACPの方法、家族などの介護者との関与、意義などは大いに異なる可能性がある。認知症の人を対象としたACPの実施率は3-39%と報告によりばらつきはあるがいずれにしてもその実施率は低値である (9-11)。さらには、認

知症自体の進行、EOLにおける周辺症状の出現や、併存疾患との関係性、認知症の本人の意思決定能力の判断の難しさ、自己決定できない場合の代理人（代弁者）との関係性など、他の疾患にない多くの将来の不透明さや判断の困難により医療・ケア従事者に大きなストレスがかかったり、ACPへの取り組みを躊躇したりすることも報告されている 12)。

今回、認知症の人のACPの実情、さらにはその効果、促進・阻害因子などについて報告されている論文をレビューして、検討した。

B. 研究方法

PubMedの検索機能を使用し、“advance care planning”, “dementia” [MeSH Major Topic] をキーワードとして検索した(表1)。なお、検索でPublication style で “systematic review (SR)” に絞ったところ10論文がヒットした。主にこのSRの結果を中心にまとめた。なお、これらに含まれる論文には量的研究のみならず、質的研究や量的と質的を合わせた研究を含む。なお質的研究のSRも検索し、今回1論文を中心に内容に加えた13)。またハンドサーチで1論文を追加した 14)。認知症に限らないACPの効果を検討するため、“advance care planning” [MeSH Major Topic] と Publication style で “systematic review” で抽出された論文のうち比較的最近の3論文も比較対象として使用した6-8)。

また和文原著に関しては医中誌で”認知症”ならびに”アドバンスケアプランニング or ACP “のkeyword ならびに原著論文で検索「検索式：((認知症/TH or 認知症/AL) and ((アドバンスケア計画/TH or アドバンスケアプランニング/AL) or acp/AL)) and (PT=原著論文)」では54論文がヒットしたが、その中には認知症の人に対するACPの取り組み以外の論文が多数含まれ、また事例報告やアンケート調査が多く含まれていた。また、原著論文の代わりに(RD=メタアナリシス)を使用した検索ではヒットした論文数は0であった。

ACP論文をまとめるにあたり以下の視点で検討した。

- 1) 認知症の人を対象としたACPの特徴
- 2) 認知機能のレベルによるACP実施内容の相違

- 3) ACPを実施する場による相違
- 4) 認知症の人に対する適切なACPの開始時期
- 5) ACPのアウトカム指標とその効果
- 6) 認知症の人を対象としたACPの促進因子と阻害因子
- 7) 地域差、特にアジアにおけるACPの特徴
- 8) 認知症の人に対するEOL-CやACPに関する質的研究のSR
(倫理面への配慮)

本研究は既存の報告された研究のSRであり、倫理上の問題を認めない。

C. 研究結果

1) 認知症の人を対象としたACPの特徴

認知症は他の多くの慢性疾患と異なる特徴がある。なによりも徐々に記憶のみならず判断・計算・理解・学習・思考・言語などを含む脳の高次の機能の低下が徐々に進行し、自らで色々な決め事に対応することが困難になるという避けようがない特徴がある。さらに認知症、特にアルツハイマー型認知症を含む認知症の多くは認知機能の低下のみならず、徐々に身体機能自体も低下し、最終的には人生の終末を経験しながら死に至るプロセスを取る。その発症から死亡までの期間やプロセスはまちまちではあるが、少なくとも悪性腫瘍などのような短いスパンではなく、10年前後のスパンで、しかし間違いなく死にいたるプロセスが進行する。従って認知症の存在しない対象者に比較し、より現実的な問題として人生の最終段階の準備をしなければならぬ対象者と言える 4,5)。

また認知症自体の進行速度、その経過中に出現する周辺症状、併存症との関係性、自己決定能力低下の推移など人それぞれであり、認知症の人に対応する際には多くの不確定要素が存在することは医療・ケアスタッフのACPの取り組みを躊躇させる要因にもなる可能性がある4,5)。

さらには人生の最終段階の医療・ケアに意向を明らかにするのみならず、その長い病状進行の過程における人生の過ごし方についても家族や医療・ケア従事者とその意向や方向性を共有化しておく必要がある。従って、それらをしっかり準備しておくためにはできるだけ早くACPを実施し、事ある度に繰り返すプロセスが重要である。

2) 認知機能のレベルによるACP実施内容の相違

軽度認知症と重度認知症との比較を検討した論文は複数存在し、またそのテーマでSRを実施している論文も見出される¹⁵⁾。

軽度認知症の定義は研究報告により様々であるがClinical Dementia Rating Scale: 0.5または1、Montreal Cognitive Assessment ≥ 13 、MMSE: 24 ± 3.3 、などに当てはまる対象者としている。従って軽度認知障害 (MCI)の対象者も含まれている。また、重症認知症の診断はGlobal Deterioration Scale: 5 - 7、Functional Assessment Staging Tool: 6a - 7f、Cognitive Performance Scale: 4 - 6、などで評価された対象者としている。以下に介入の目標、内容、実践に分けて軽度、そして重度の認知機能障害対象者の相違につきまとめた(表2)。

a) 介入目標: 軽度認知症の人におけるACPは認知症の人の自律性の維持を重要視して、本人の人生の価値観、目標、ケアの希望を明らかにし、代理人(代弁者、主に家族)に、その人が共有する価値観、目標、ケアの希望について聞く機会を与えることを目的としていた。一方、進行した重度認知症の人を対象としたものは、代弁者が本人に代わってEOL-Cについて十分な情報を得た上で共有の意思決定を行うことを支援することを目的としていた。いずれもEOLには認知症の人が受けるケアの質を向上させることを目的とすることとなる。

b) 介入内容: ACPの介入に関する研究は多数報告されているが、介入内容は様々であり、例えば認知症の人本人、家族介護者、または医療職・介護職を含めた教育、意思決定支援に関する様々なツールの提供、事前指示書や蘇生/病院への搬送の拒否の指示、一連のACP全般、または特定の形態(生命維持治療に関する医師の指示(Physician Orders for Life-Sustaining Treatment: POLST)等)、緩和ケアやEOL-Cの改善を目指す介入など様々である。

軽度な認知症の人を対象としたACPでは構造化された話し合いと希望するケア内容の文書化で構成されている報告がある。重度の認知症の人を対象とした介入の要素は、同様に構造化された話し合い、冊子、ビデオ、配布資料などの教材、話し合い終了時の法的形式を含む文書、話

し合いでなされたケア決定に関するプライマリケア(医療)チームとの情報共有が含まれている。構造化された話し合いは、認知症に関する内容(診断、経過、経過中に起こりうる問題、予後など)、さらには患者の人生の信念、目標、価値観、懸念、ケアの目標、特定のEOL-Cなどの共通の話題を含むものである。

c) ACPの実践: 軽度の認知症の人が対象者の場合は地域で行われることが多い。一方で進行した認知症の人の場合は病院または介護施設で実施されることが多い。ACPの話し合いに参加する対象者は軽症の場合は本人とその代弁者(家族)、訓練を受けたカウンセラーやソーシャルワーカーであり、進行した認知症の人を対象とする際は、本人の参加が無い場合が多く、代弁者(家族)、緩和チームが参加することが多い。しかし、いずれも話し合いの継続性や話し合いの内容の文章化を促進するようなACPの介入は不十分であると結論づけられている。

3) ACPを実施する場による相違

表3に地域、介護施設、急性期病院における認知症の人ならびにその介護者を対象としたACP介入の多くの研究報告のSRの結果を参考にまとめた¹⁶⁾。それぞれの臨床の場で対象となる認知症の人の認知機能のレベルが異なる。そのこともありACPの話し合いに認知症の人が参加するかどうか異なる。SRで使用された研究では一般的には重度な認知機能の障害がある場合はACPの話し合いに本人が参加することが少ない。またACP介入といっても3か所ではそれぞれ相違があり、特に地域においては個々の介入以外に教育を目的としたグループ教育などが実施されていたが、このグループ教育の介入効果は個別介入に比較し限定的であった。また急性期病院では重度の認知機能障害を抱えた対象者が多く、そのために緩和ケアの相談を含むようなACPが実施された。急性期病院でのACP介入はEOL-Cの意向の変化に関する効果を認めたものの、救急外来の受診やホスピスへの紹介、集中治療室の使用、在院日数などの医療の使用に関して低下したとの報告と変化を認めなかったとの報告が混在していた。

結果的には介護施設での認知症の人に対するACPに関する介入効果が最も明らかで、ACPの実施率が増加するのみならず文章化も増加した。

またACPにより明示された今後の医療・ケアの本人の意思が実際に実施される割合が多くなり、入院や在院日数の短縮も図られた。

4) 認知症の人に対する適切なACPの開始時期

多くの研究はできるだけ早期のACPの開始を推奨している(17)。その理由は認知症という疾患の特徴として時間経過とともに認知機能が低下し、自己決定能力の低下が起るためである。実際に認知機能の一般的評価(例:MMSE)と自己決定能力に關与する理解能力および推論能力は相関することが報告されている(17)。しかし、ACPに参加する能力の判定は、個人の今後の医療・ケアに関する選択の理解度を評価し、また自分の意思を伝える能力を考慮すべきであり、特定の時間(時期)における特定のタスクに特化したものでなければならない。認知症の人は、特定の意思決定ができて、他の意思決定ができない場合があり、より一般的な認知機能評価法(例:MMSE)や以前に実施された評価に基づいて、現在の能力の欠如を判断すべきではない、との見解もある(16)。実際、認知症の人が単独で意思決定ができなくなった場合でも、共同意思決定のプロセスへの参加を支援できるという証拠が少なくとも複数存在する(18,19)。認知症の人のACPへの参加に関しては、可能な限り参加を進め、共同意思決定に關与していただくことが好ましい。

一方で、認知症の早期の時点でのACPの実施に關して懐疑的な意見も存在する。早期にACPを実施してEOLに言及することはかえって認知症の人のみならず家族介護者に不安を増加させる可能性があるとしている(17)。いずれにしても、認知症の人本人、さらには家族等の介護者が加齢による認知機能低下のレベルではなく既に病的な状態であることの十分な説明とその受容なくしてはACPを進めることは出来ない。また、単に認知症との診断を伝えるのみならず、その疾患進行の経過、将来の予測などを含め認知症の人本人のみならず介護者に十分説明することが認知症の人へのACP導入のきっかけになる。その意味でACPに關わる医療者は認知症やその経過についての十分な知識と患者に向き合ってきた経験が求められる。

5) 認知症の人のACPのアウトカム指標とその効果

認知症の人を対象としたACPの効果判定に使用された項目は認知症の人サイド、介護者サイド、その他の3つに分割することができる(表4 16, 20)。

認知症の人を対象としたACPの効果を扱っている4つの総説を基本としたSRによると、ACP介入によりEOL-Cに關して文章化(事前指示書)され、さらにACPで話し合われた時に希望されたケアと実際のEOL-C内容との一致率が有意に増加したと報告されている(20)。またACPの実施により入院の比率も低下した。一方で、ACPの遂行により介護施設入所認知症の人のACP後のケアの満足度に關して、また介護者の満足度に關しては明らかな効果を認めていない(20)。2021年にコクラン・レビューに進行した重度認知症の人に対するACPの効果に關するSRが報告されており、事前指示書の記載(2研究、相対リスク 1.23 (95%CI: 1.07-1.41)、ケアの目標に關する話し合いの実施回数(2研究、相対リスク 1.33 (1.11-1.59)、さらにはケア計画と実際のケア内容の一致率(1研究、相対リスク 1.39 (1.08-1.79)に關してはACPの有意な効果がある可能性があるが、症状緩和に對しての効果は明らかでなかった(14)。

また、前項で示したように臨床の場によるACPの相違を検討した別のSRでは、臨床の場によるその効果の違いを報告している(表3を参照)16)。

6) 認知症の人を対象としたACPの促進因子と阻害因子

認知症の人のACPの遂行に關する促進因子ならびに阻害因子に關しての多数のSRが存在している(21-23)。それらの因子に關しては1)認知症の人因子、2)介護者(家族)因子、医療・ケア従事者因子、4)システム因子の4因子に分けることができる(表5)。認知症の人因子、介護者因子のなかで促進そして阻害因子は認知症やその経過についての知識の存在、さらにはACPに關する十分な情報がACPの促進因子になり、逆にそれらの不十分な知識や情報は阻害因子となる。またACPの円滑な取り組みのためには認知症の人本人とその介護者(家族)との間の良好な信頼関係が必要である。また医療・ケア従事者因子としては、認知症の人、家族介護者と同様に認知症に關する十分な知識やACP自体の

知識、遂行方法、コミュニケーションスキルなどの習得は重要な促進因子となる。介護者ならびに医療・ケア従事者が認知症の人のことをよく理解していることやACPの開始に関する意欲も重要である。さらにACPに関わる医療・ケア従事者はその対象者である認知症の人や、その家族介護者との十分な信頼関係の構築が必要である。ACPの話し合いの場には少なくともそのような信頼を既に得ている医療・ケア従事者を参加させることが重要である。さらに詳しい内容に関しては表5を参照していただきたい。

またACPを実施する際に医師関連の促進・阻害的要因になる可能性がある道徳的な問題や医師が受けるジレンマに関する内容を主に質的研究のSRから抽出した(表6)12)。「対応する患者への良いケアの提供やその家族を含んだ精神的なサポートを目指す」というような医師の基本的態度はACPの促進因子となる。一方で死やその過程についての話をすることへの抵抗感やそれらの話し合いが認知症の人やその家族介護者に不安と精神的苦痛を与えてしまうとの思いは医師がACPに取り組むことに対しての阻害的要因となりうる。認知症の人を看取った経験や確立された指針(ガイドラインなど)に従う意欲はACPを遂行する上で促進的な役割を果たす。医師が認知症の人の自律を尊重し、できるだけQOLを保つことを目指すのはACPの道義付けになるが、患者と家族との方針の相違や、EOLにおける家族介護者の心変わりなどは医師にとって大きなジレンマになる。いずれにしてもACPを遂行するにあたってはできるだけ認知症の人やその家族介護者との良好な関係の構築が重要であり、信頼関係の構築失くしてその達成は困難である。

7) 地域差、特にアジアにおけるACPの特徴

認知症の人を対象としたACPの地域比較研究の報告は少なく、調べた限りそれらのSRは存在しない。アジア地域におけるACP全般の特徴についてのSRがMartina Dらにより2021年に報告されている24)。また2018年にJimenez Gらにより各地域におけるACPの実態の相違についてSRがなされている25)。それらによると、アジアでは欧米に比較し一般的にACPにおいて家族の関与が重視され、患者本人の参加や関与が軽視される傾向にある。欧米ではACPへの患者本

人の関与が重要視され、発言権も尊重され、あくまでも患者個人の自律性と自己決定を重視する傾向にある。またアジアではACPの開始時期が一般に遅く、余命が6か月程度になった時点で開始が多く、その目的は延命に関わる生命維持装置の使用、差し控えの話し合いが中心であることが多い24)。アジアでは儒教が結託や家族中心主義を支える共通の価値観とされてきたが、儒教の影響がほとんどない国(インド、パキスタン、スリランカ)の研究でも同様の集団主義の精神が根底にあり、必ずしも宗教的な要因でもない可能性がある。またアジアの医療者はACPにより方針決定された医療の差し控えの遂行に関与することの法律的な影響を危惧していた。その意味では最近、ACP関連の法律(韓国、台湾など)やガイドライン(日本、香港など)が制定されたことで、こうした見方は変わってきたかもしれない。

シンガポールで実施された物忘れ外来に受診したMCI、または軽度認知症の人93名(平均年齢は76歳で、年齢範囲:58歳~92歳、大半は中国人(90.3%)、女性(60.2%)、既婚者(58.1%)、仏教徒(31.1%)、キリスト教徒(25.6%)、道教(21.1%)、平均MMSEスコア:21.31±3.30)を対象とした研究では、外来受診者でACPへの参加を了解したのは38.7%と低かった。このACPへの参加率の低さは以前に東アジアで実施された研究と同様であったとしている26)。この論文では認知症の人に対するACPに対して否定的な原因を3つのパターンに分類している。一つ目のパターンは「家族や神・運命に将来を委ねる」という考え方である。二つ目は「既に将来については家族と話し合っているためにACPは不要」、もしくは「家族を信頼できないためにACPに関しては消極的な態度」をとるパターンである。三つ目は「EOLの話をすること自体を回避し、自分の認知機能の低下や認知症の診断を受容できない」パターンである。本研究では中国人の患者が多いことも、このACPに関して拒否的な結果を説明する一因と考えられる。東アジアの文化では、上記のように儒教や家族や社会との関係を重視する傾向があり、EOLの判断に重要な影響を与える27)。東アジアの伝統的な文化の中には、患者は意思決定を子供に委ねることを選択することがある。

興味深いことに、ACPに関して否定的な要因の一つに「将来を神に委ねる」が挙げられているが、上記のように宗教はACPの議論に参加する意欲と有意な関連は認めていない研究もある。したがって、宗教がACPの遂行に及ぼす影響については、さらなる研究が必要である。さらにACPの中で本人の意思が示されたとしても、なお社会的にEOL-Cに関する整備が十分にされていない、また認知症自体の国民の理解が不十分な国もある。

医中誌検索による和文原著論文で、亜急性期病棟看護師への認知症重症度別の生活や医療に関する意思決定支援内容調査で、軽度な認知症者に対しては今後の生活に関する内容に関しては本人との話し合いがされているが、将来のEOLの医療に対しては本人ではなく家族との話し合いがされていた。中等度、重度認知機能障害がある対象者では生活に関することも本人を交えての相談割合少なくなった(28)。

残念ながら日本から認知症の人を対象としたACPに関するSRの報告は調べた範囲では見つからなかったが、ACPの定義ならびに全般的推奨事項を日本語で記載された32本の報告(22論文は質的研究、5つは量的研究、その他5つは立場表明やガイドライン)をSRしている研究がある(29)。その中ではEOL-Cに関しては「患者さんと家族の双方にとって最善のEOL-C計画の作成」としており、患者中心としながらも家族のACPへの参加を重視し、患者本人と家族の意思は同程度の重みにしている特徴は上記の東アジアの国々と同様である。日本の患者は、自分の意思だけでなく、家族を考慮した意思を表明する傾向がある。この研究では患者本人の自律性は家族の価値観に従属し、これらのことは日本だけではなく他の東アジアの多くの国々でも同様で、多分に儒教の影響を受けているとしている。しかし、この家族の影響は患者本人の意思に良い意味でも悪い意味でも影響することは容易に想像できる。その意味では、ACPにおいて家族の参加はもちろん重要ではあるが、家族の影響を取り除くために本人だけとの話し合いも状況によっては必要と思われる。

8) 認知症の人に対するEOL-CやACPに関する質的研究のSR

今まで扱った認知症の人に対するACPのSR

ではそのほとんどが質的研究と量的研究が混在している報告であった。認知症の人に対するACP研究の中で84の質的研究だけのSRを2019年にSellars Mらは報告し、ACPやEOL-Cに対する認知症の人やその家族介護者の考えや視点を以下の5つのテーマにまとめている(表7) 13)。

a) 非人間的な治療やケアを避ける: 認知症になったとしても社会とのつながりをできるだけ継続させる必要性やできるだけ尊厳を最後まで保つために施設入所をできるだけ避けたい。ACP参加者は「良い死」を目指し無意味な延命を目指す治療に関しては拒否する態度が多い。一方で、ACPに参加していない介護者には認知症者の死のプロセスを理解できず、認知症の人のEOLに起こる様々な急性期の疾患に対して治療しなければならないと考えることがある。

b) 感情的に困難な会話: 身内である認知症の人とともに将来の死に関して話すことを躊躇する介護者が存在する。また将来起こるさらなる認知機能の低下に関して考えることや、ACPにおいて蘇生拒否やそれぞれの目標設定を記録することに関して躊躇する介護者がいる。さらにACPの実施により、今後変更できない契約を結んだと勘違いすることもある。

c) 実在する緊張の克服: 認知症の進行や病状のプロセスを受容できた認知症の人や介護者は、受容できていない対象に比較しACPに参加しやすい。ACPは死に対する準備や、蘇生や人工栄養に関するEOLの治療・ケアの決定を容易にすることで、愛する人を失うことへの恐怖に立ち向かうことを支援することになる。死に対する話し合いを行うには訓練を受けた協力的な支援者が必要である。ACPにより、たとえ認知症の人本人の意思による決められた内容であったとしても、それを順守することにより認知症の人を死に導くことへの責任を感じてしまう介護者がいる。この責任の軽減を図るためには認知症の人の視点からの意思決定を行う必要性を理解し、介護者の責任は認知症の人の想いを実現し、意思を叶えることであると考えられる必要がある。

d) 個人の自律性の意義: 事前に認知症の人の治療やケアが決められていない場合、介護者、特に以前より密接な関係になかった親類などは、自分が正しい(本人の希望に沿っているかの)判断をしたかを思い悩むことがある。従って

ACPで決められた本人の意思に沿ったケアを実現するためには、延命治療を実施しようとする医療者に対して介護者は本人の代弁者として戦わなければ（抵抗しなければ）ならない場合がある。介護者の中には骨折、肺炎、嚥下障害など死に直結する病態にもかかわらず、積極的な治療（手術、過度な薬物療法、経管栄養）で回復できるのではないかと考えてしまう場合がある。

e) 医療現場での不安（自信の無さ）：医療者の認知症に対する判断や見通しに関する自信の無さやACPのプロセスに不安を感じた介護者が存在する。認知症の人に代わってACPに関わった介護者の中には十分な情報や時間が不足していたと感じた。認知症の経過や直面する可能性のある医療上の問題の方針決定には「より良い教育」が必要であり、関連情報を十分消化する時間を確保するためにコミュニケーションを継続しする必要がある。介護者は認知症の人がEOLに差し掛かった時に、ホスピスやそのサポートを利用することの困難さに失望した。

認知症の人を対象としたACPの遂行ならびに共同意思決定に至るには、認知症の人ならびにその介護者は認知症という疾患に関する受容につながる十分な情報が必要である。将来起こるさらなる認知機能の低下や死を受容するためには医療・ケア従事者のしっかりした説明責任とともに互いに寄り添えるような信頼関係の構築が必須である。さらに認知症の人のEOLに起こる介護者に降りかかる大きな精神的負担に関しても医療・ケア従事者はしっかりそれを支える必要がある。

D・E. 考察と結論

認知症という、徐々に自らが意思決定を行うこと自体が困難になる疾病の特殊性から、通常の疾患におけるEOL-Cの進め方とはかなり異なる点が存在しているのは明らかである。従って、できるだけ早期にすくなくとも自分の意思が表明できる時期にはACPを介してのEOL-Cの具体的な内容に関して介護者や医療・ケア従事者を交えた共同意思決定がなされる必要がある。ただし、文化、価値観、家族との関係性、精神的要素、宗教などが地域や個人によって異なり、画一的な方法や方針を決めることはできず、各ケースに合わせた柔軟な対応が必要である。特

に今までACPに関する報告は欧米が中心であり、なお日本を含むアジア諸国からの研究報告は限られている。従って、欧米からのACPの情報やデータが日本の現状に当てはまるかどうかは慎重に考慮する必要がある。

また通常のEOLに起こる医療・ケア上の困難さに加え、上記の認知症疾患の特殊性ゆえに、認知症の人や家族介護者のみならず、医療・ケア従事者がACPに取り組むにあたり様々な阻害因子が存在する。まずは認知症そのものの理解が必要ではあるが、それ以外の認知症自体の進行速度や経過、付随する症候、合併する疾病、さらには死亡時期などの多くの不確実性要素が存在し、認知症の人、家族介護者のみならず医療・ケア従事者を含むACPへの参加者を悩ませる。これらの様々な不確実性は確かにACP導入の阻害因子にはなるが、そうだからこそACPを積極的に、しかも何度か実施する促進要因ともなり得る。将来の経過が不透明ではあるが、遠くない将来に認知症の人の自己決定能力が乏しくなることを周囲の介護者、医療・ケア従事者は認識し、早期のACPの動機づけにしてほしい。

今回の検討で明らかのように認知症の人に対してのACPを実践する上で、医療・ケア従事者の役割やその知識、経験、能力が大変重要であることが確認された。まずは十分に認知症自体、さらには認知症の進行プロセス（認知機能自体、身体機能、摂食嚥下機能、食事摂食や栄養状態、起こしやすい合併症、周辺症状）、必要なケア・サービス、さらには家族が遭遇する負担などについての十分な知識や情報、さらには経験を有することが必要である（トレーニングは経験を補うことができるかもしれない）。認知症の人や介護者たちは対応する医療・ケア従事者の認知症全般の知識や経験を信頼の盾にして、ACPの中で話し合われる今後のEOLに向かう様々な決定事項を共同で決めていく決意につながるようになる。さらにはこのACPに本人や家族介護者を誘導するに足る信頼を勝ち取っていく必要がある。その意味ではかかりつけ医やケアマネージャー、看護師など日頃本人や家族たちと密接にかかわっている職種の参加が必須と思われる。

またアジアの国々で行われがちな認知機能レベルに限らず、本人をACPの話し合いはら排除す

ることは可能な限り避けるべきである。上記のように、認知症が進行した状態であっても何らかの意思表示が可能な場合が多く、できるだけ当事者を参加させる努力が必要である。また日本人に脈々と受け継がれた文化として家族に迷惑を掛けたくないとの思いから、家族に忖度し本来自分が希望しないサービスの導入や施設入所に踏み切るケースは実際には少なくないと思われる。その意味ではACPは家族介護者の同席が基本ではあるが、状況に合わせて本人だけとの話し合いの機会を作る必要もありそうである。

今までのACPの介入研究の結果は必ずしもすべての研究がACPの有効性を示しているわけではないが、介入研究の数の少なさだけでなく、その介入方法にも問題がある可能性が残される。特に地域での軽症から中等度の認知症の人に対するACPに関する介入方法の改善が期待される。

Piers Rらは2018年に認知症の人とACPに関する67の論文をもとに認知症の人に対するACPの推奨に関する論文を報告している(30)。その中で重要と思われる部分を抜粋し表8に示した。また厚生労働省は「認知症の人の日常生活・社会生活における意思決定支援ガイドライン」を2018年に公表している(31)。認知症の人の診察に関わっておられるかかりつけ医やケアに従事していらっしゃる方々はACPを実施する際にこれらを是非参考にさせていただきたい。

引用文献

- 1) Davies N, et al. Quality end-of-life care for dementia: What have family carers told us so far? A narrative synthesis. *Palliat Med.* 2014 28(7):919-930.
- 2) Evers MM, et al. Palliative and aggressive end-of-life care for patients with dementia. *Psychiatr Serv.* 2002;53(5):609-13.
- 3) McCarthy M, et al. The experience of dying with dementia: a retrospective study. *Int J Geriatr Psychiatry.* 1997;12(3):404-9.
- 4) World Health Organization. Global action plan on the public health response to dementia 2017–2025 [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2017 [cited 2023 Apr 6]. Licence: CC BY-NC-SA 3.0

IGO. Available from: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/259615/9789241513487-eng.pdf;jsessionid=6824BB66A3FB83FC03C5F073C69545DB?sequence=1>.

- 5) Alzheimer's Disease International. World Alzheimer Report 2019: Attitudes to Dementia [Internet]. London: Alzheimer's Disease International; 2019 [cited 2023 Apr 6]. Available from: <https://www.alz.co.uk/research/WorldAlzheimerReport2019.pdf>.
- 6) Malhotra C, et al. Advance care planning and caregiver outcomes: intervention efficacy - systematic review. *BMJ Support Palliat Care.* 2022; bmjspcare-2021-003488.
- 7) Pimsen A, et al. The Effect of Advance Care Planning Intervention on Hospitalization Among Nursing Home Residents: A Systematic Review and Meta-Analysis. *J Am Med Dir Assoc.* 2022 ;23(9):1448-1460.e1.
- 8) Ng AYM, et al. The effects of advance care planning intervention on nursing home residents: A systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. *Int J Nurs Stud.* 2022;132:104276.
- 9) Mitchell SL, et al. Dying with advanced dementia in the nursing home. *Arch Intern Med* 2004;164(3): 321–326.
- 10) Vandervoort A, et al. Advance directives and physicians' orders in nursing home residents with dementia in Flanders, Belgium: prevalence and associated outcomes. *Int Psychogeriatr* 2012; 24(7): 1133–1143.
- 11) Garand L, et al. Incidence and predictors of advance care planning among persons with cognitive impairment. *Am J Geriatr Psychiatry* 2011; 19(8): 712–720.
- 12) Keijzer-van Laarhoven AJ, et al. Which moral barriers and facilitators do physicians encounter in advance care

- planning conversations about the end of life of persons with dementia? A meta-review of systematic reviews and primary studies. *BMJ Open*. 2020;10(11):e038528.
- 13) Sellars M, et al. Perspectives of people with dementia and carers on advance care planning and end-of-life care: A systematic review and thematic synthesis of qualitative studies. *Palliat Med*. 2019; 33(3):274-290.
 - 14) Walsh SC, et al. Palliative care interventions in advanced dementia. *Cochrane Database Syst Rev*. 2021;9(9):CD011513.
 - 15) Kim H, et al. Characteristics of Advance Care Planning Interventions Across Dementia Stages: A Systematic Review. *J Nurs Scholarsh*. 2021;53(2):180-188.
 - 16) Kelly AJ, et al. Advance care planning in different settings for people with dementia: A systematic review and narrative synthesis. *Palliat Support Care*. 2019;17(6):707-719.
 - 17) Tilburgs B, et al. Barriers and facilitators for GPs in dementia advance care planning: A systematic integrative review. *PLoS One*. 2018;13(6):e0198535.
 - 18) Menne HL, et al. Decision-making involvement of individuals with dementia. *Gerontologist*. 2007;47(6):810-9.
 - 19) Smebye KL, et al. How do persons with dementia participate in decision making related to health and daily care? a multi-case study. *BMC Health Serv Res*. 2012;12:241.
 - 20) Wendrich-van Dael A, et al. Advance care planning for people living with dementia: An umbrella review of effectiveness and experiences. *Int J Nurs Stud*. 2020; 107:103576.
 - 21) van der Steen JT, et al. Factors associated with initiation of advance care planning in dementia: a systematic review. *J Alzheimers Dis*. 2014;40(3):743-57.
 - 22) Phenwan T, et al. A narrative review of facilitating and inhibiting factors in advance care planning initiation in people with dementia. *Eur Geriatr Med*. 2020;11(3):353-368.
 - 23) Lai M, et al. The key factors for the engagement of primary stakeholders in decision-making for the future care of people with dementia living in the community: a systematic integrative review. *Int Psychogeriatr*. 2019;31(12):1731-1746.
 - 24) Martina D, et al. Advance Care Planning in Asia: A Systematic Narrative Review of Healthcare Professionals' Knowledge, Attitude, and Experience. *J Am Med Dir Assoc*. 2021; 22(2):349.e1-349.e28.
 - 25) Jimenez G, et al. Overview of Systematic Reviews of Advance Care Planning: Summary of Evidence and Global Lessons. *J Pain Symptom Manage*. 2018; 56(3):436-459.e25.
 - 26) Cheong K, et al. Advance care planning in people with early cognitive impairment. *BMJ Support Palliat Care*. 201; 5(1):63-9.
 - 27) NgR, et al. An exploratory study of the knowledge, attitudes and perceptions of advance care planning in family caregivers of patients with advanced illness in Singapore. *BMJ Support Palliat Care*. 2013; 3(3):343-8.
 - 28) 濱崎 彩子, 片山 陽子. 認知症高齢者重症度別の意思決定支援内容と実施状況. *ホスピスケアと在宅ケ* 2021, 29(3): 184-90.
 - 29) Chikada A, et al. Definition and Recommended Cultural Considerations for Advance Care Planning in Japan: A Systematic Review. *Asia Pac J Oncol Nurs*. 2021; 8(6):628-638.
 - 30) Piers R, et al. Advance care planning in dementia: recommendations for healthcare professionals. *BMC Palliat*

Care. 2018; 17(1):88.

- 31) 認知症の人の日常生活・社会生活における意思決定支援ガイドライン. 厚生労働省 平成30年6月 internet [cited 2023 Apr 7]. Available from <https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12300000-Roukenkyoku/0000212396.pdf>.

F. 研究発表

1. 論文発表

- 1) 葛谷 雅文, 赤津 裕康, 森 直治, 三浦 久幸, 亀井 克典. 高齢者医療のEOL-C(エンドオブライフ・ケア)を考える (座談会). 現代医学68巻2号 Page1-7, 2021
- 2) 葛谷雅文. 超高齢社会におけるACP 日本医事新報 (5097): 37-38, 2022.

H. 知的財産権の出願・登録状況

特になし

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 会田 薫子 東京大学大学院人文社会系研究科

研究要旨

認知症を有する高齢者のためのエンドオブライフケアの意思決定支援に関して、研究分担者の島田千穂氏らとともに、全国の特別養護老人ホームにて勤務する介護支援専門員を対象とする質問紙調査を実施した。その結果、看取りに関する介護支援専門員の役割認識の実態等が明らかになり、介護支援専門員が看取りケアプランの作成に際して、利用者本人や家族の不安や思いを聴くことを自身の役目として認識していないことが明らかになった。並行して文献調査を行い、認知症を有する高齢者への意思決定支援のあり方について検討し、本研究班の来年度末の最終成果物の1つとなる「意思決定支援の手引き」の骨子を整理した。

A. 研究目的

認知症を有する高齢者のためのエンドオブライフケアの意思決定支援のあり方を改善するため、看取りの場所の1つとして重要性を増す特別養護老人ホームの介護支援専門員を対象に、看取りケアマネジメントに関する調査を実施し、介護支援専門員の認識と実践を明らかにする。

並行して、来年度末の本研究班の成果物である「意思決定支援の手引き」作成のため、文献調査を行い、手引きの骨子を整理する。

B. 研究方法

厚労省の介護サービス情報の公表システムデータのオープンデータに登録された介護老人福祉施設から3,000か所を無作為に抽出。施設長宛てに調査票を郵送。回収数、23.7%。

文献調査においては、日本の思想・文化と法・制度に合った意思決定支援に関する文献研究を進めた。

(倫理面への配慮) 特養調査に関して、回答の内容送付に同意のなかった返送20通を調査分析から除外した。

C. 研究結果

特養調査では、看取りケアプランの作成に関して、苦手意識を有していない介護支援専門員が約65%を占めることが明らかになった。しかし、看取りケアプラン作成に関して利用者本人とその家族の思いや不安を聴くことを自らの職

務と認識している介護支援専門員はそれぞれ17%と31%に留まることが示された。

文献調査に関しては、日本には法・制度がない「意思決定代理人」が英語圏のテキストの翻訳版として日本社会に拡散している状況が認められた。また、本人が認知症を有している場合は家族に意思決定を求めることが一般的であることが再確認された。

D. 考察

特養の多忙な現場において介護支援専門員が利用者とその家族から直接話を聴く機会は限定的であり、本人の意向を尊重し家族の感情と事情にも配慮して看取りプランを作成し、適切な看取りを実施するためには、多職種間での情報共有を一層促進する必要性が認められたといえる。介護支援専門員を含め多職種が仕事のやりがいを実感しつつ看取りまで務めることができるよう労働環境の改善も必要と考えられる。

文献調査に関して、日本における意思決定支援のあり方が北米のテキストに依拠しており、倫理原則も北米型を軸としていることが示され、それによって日本の現場で諸問題が生じていることが示唆された。

E. 結論

本研究班が来年度末に発表する「意思決定支援の手引き」では、日本の現状に沿いつつ、その

改善につながるような内容とする。その際、日本人の精神の基層を認識し、日本の法・制度に合った内容として、それを新規性の1つとする。

また、最終の成果物の発信のため、令和6年3月17日にシンポジウムを開催する。その際、会田の研究室が中心的に準備する。

2. 実用新案登録

なし

3. その他

なし

F. 研究発表

1. 論文発表

- 1) Hirakawa Y, Aita K, Nishikawa M, Arai H, Miura H: Tips for managing ethical challenges in advance care planning: A qualitative analysis of Japanese practical textbooks for clinicians. International Journal of Environmental Research and Public Health 2022 ;19(8):4550. doi: 10.3390/ijerph19084550.
- 2) 会田薫子、「意思決定支援」、『超高齢者の緩和ケア』（桑田美代子、吉岡佐知子、西山みどり共編）、南山堂、2022年10月、pp.75-81.
- 3) 会田薫子、「意思決定」、『看護学テキスト Nice シリーズ エンドオブライフケア — その人にとっての最善をめざして』（谷本真理子・増島麻里子共編）、南江堂、2022年12月、pp.59-65.

2. 学会発表

- 10) 会田薫子、教育講演1「アドバンス・ケア・プランニング — 人生の最終段階における意思決定支援」、第23回日本認知症ケア学会大会、WEB講演(オンデマンド)、2022.6.18~9.30.
- 11) 会田薫子、「人生の最終段階を支えるエンドオブライフケアのデザイン — ガイドラインにみる基本的な考え方」、Good Practice Seminar 1「人生の最終段階を支えるエンドオブライフケアのデザイン」、第27回日本老年看護学会学術集会、WEB講演(リアルタイム・オンデマンド)、2022.6.25~7.25.

G. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得

なし

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 大河内 二郎 介護老人保健施設 竜間之郷 施設長

研究要旨

老人保健施設は施設サービスだけではなく通所リハビリや訪問リハビリ等のサービスを提供していることから、在宅の、より軽度な障害を負った時点から今後の生活を支えている。つまり老健施設では、単なる終末期の看取りだけではなく、対象者が元気なうちから残りの人生をどこで、どのように生きるのかということも含めて支援が可能な側面がある。従って単なる終末期医療“End of Life care “ではなく、”Life Care” と考えることにより、よりそれぞれの利用者の個別性に立ったマネジメントが可能である。

A. 研究目的

老人保健施設における看取り、EOLケアについて、記入式調査を行うとともに、これまで老人保健施設で行われた看取りに関する調査研究事業を収集し、今後の老人保健施設での看取りケアの充実。改善に役立てる。

B. 研究方法

1. 認知症者に対する意思決定支援および緩和ケアに関する調査のため記入式調査を郵送にて行った。

2. 老人保健施設における看取り、EOLケアについて、これまで行われた研究事業を再度検討した。

(倫理面への配慮)

施設における調査は匿名で行われた。

C. 研究結果

施設における調査では170の老健施設から回答があった。詳細は別途報告されている。このほか全国老人保健施設協会がこれまで行ったEOLに関する研究を整理した。

D. 考察

介護保険法により介護老人保健施設(以下、老健施設)の対象者は、「要介護者であって、主としてその心身の機能の維持回復を図り、居宅における生活を営むための支援を必要とする者」である。したがって、老健施設は入所しつづける施設ではなく、居宅での生活を維持しつつ、リハビリ等の目的で施設利用をする高齢者に対して

総合的なサービスを多職種で行っているという特徴がある。その中で、老健施設を繰り返し利用している中で、最後を老健施設での看取りを行うことになる高齢者が増えている。2017年には約7割の老健施設が看取り機能を有していた。老健施設における看取りの満足度調査では約9割の利用者の家族が看取り後に満足と答えており、その施設側要因としては、多職種での利用者への説明と、より早期の看取りへの説明等が要因として挙げられた。

また老健施設は通所リハビリテーションや訪問リハビリテーション等のサービスを提供していることから、在宅の、より軽度な障害を負った時点から今後の生活を支えている。つまり老健施設では、単なる終末期の看取りだけではなく、対象者が元気なうちから残りの人生をどこで、どのように生きるのかということも含めて支援が可能な側面がある。従って単なる終末期医療“End of Life care “ではなく、”Life Care” と考えることにより、よりそれぞれの利用者の個別性に立ったマネジメントが可能になると考えられる。

E. 結論

介護老人保健施設における終末期医療についてデータ収集を行うとともに、介護保険施設におけるEOLについて考察した。

F. 研究発表

1. 論文発表

1) 大河内二郎 東憲太郎 介護老人保健施

設における余命が限られた方々へのサービス提供 医療と社会 Vol.33 №1 2023
in press

2. 学会発表 なし

G. 知的財産権の出願・登録状況

なし

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 平原 佐斗司 東京ふれあい医療生活協同組合 研修・研究センター長

研究要旨

認知症者のエンドオブライフケアの研究においては、療養の場を超えて用いられる認知症の方の苦痛評価法の確立が必要である。分担研究者として、苦痛評価部会を立ち上げに、認知症者の苦痛評価のプロトコール開発を行う。

プロトコール (Ver1) フィージビリティ調査で、①教育コンテンツの開発の必要性が確認されたこと、身体診察項目の多い呼吸困難の客観的評価法 (RDOS) の使用が介護職には難しく、2021年に新たに開発されたmodRDOS-4をプロトコールに組み込む方針とした。

2022年度以降は、言語性妥当性を担保した日本語版modRDOS-4を開発し、同時に本スケールを組み込んだプロトコール (Ver2) に関して教育ツールを開発することとした。

A. 研究目的

末期認知症者の苦痛について、在宅や施設、病院など療養の場の違いを超えて使用できる苦痛評価のプロトコールを開発する。

苦痛プロトコールVer1を修正したVer2を開発し、本プロトコールの教育コンテンツ作成を行った。Ver2に必要な言語妥当性が担保された日本語版modRDOS-4の開発を並行して行う

B. 研究方法

*プロトコール (Ver1) のフィージビリティ調査の実施

*Ver1を改良したプロトコール (Ver2) の開発

*プロトコール (Ver2) に必要な日本語版modRDOS-4の開発

*プロトコール (Ver2) の教育コンテンツの作成

(倫理面への配慮)

フィージビリティ調査、言語妥当性を担保したmodRDOS-4開発のための実施試験では当法人の倫理委員会で審査を行った。

C. 研究結果

2022年度は5回の会議を開催し、上記の知見をもとに、プロトコール (Ver2) を作成、日本語版modRDOS-4開発、教育コンテンツ開発を手掛けた。

D. 考察

プロトコール (Ver1) のフィージビリティ調査では、教育コンテンツの開発の必要性が確認された。一方、身体診察項目の多い呼吸困難の客観的評価法 (RDOS) の使用が介護職には難しいことが、Ver1の問題点であった。

我々は2021年にDr Wongによって開発されたmodRDOS-4を用いることで、実施可能性を高めることができると考えた。

そこで、我々は日本語版modRDOS-4の開発を前提に、modRDOS-4を組み込んだプロトコールVer2を開発した。

現在、日本語版modRDOS-4の開発とともに、プロトコールVer2の教育コンテンツを開発している。

E. 結論

療養の場を超えて、多職種で使用できる重度認知症の方のための苦痛評価プロトコールの方向性が確定した。

本プロトコールそのものを普及するとともに、非がん疾患の最大の苦痛である呼吸困難の実施可能性の高い客観的評価法であるmodRDOS-4についても普及させていきたい。

F. 研究発表

1. 論文発表 なし (今後報告予定)

2. 学会発表

1) 末期認知症の苦痛評価プロトコールのフ

イメージリティー調査 第 5 回日本エンドオブライフケア学会 (2022.10.2) 一般演題 口演

- 2) 療養の場所を超えて多職種で用いる末期認知症の苦痛評価プロトコールの作成。第 5 回日本エンドオブライフケア学会 (2022.10.2) 一般演題 口演
- 3) 言語妥当性が担保された日本語版 modRDOS-4 の開発 ～非がん疾患患者の呼吸困難のアセスメント改善を目指して～第 5 回日本在宅医療連合学会一般演題 発表予定 (2023.6)

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

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の違いはあるか？

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回以上認められたこと、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。そうした場合にどのような評価方法があるか、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の違いはあるか？

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、「好みを満たされている」「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

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で、処置を長めにやってみてしまいがちだ」（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

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— 障害高齢者への支援の観点から

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

本研究は、先行研究から障害高齢者の実態対応に関する知見を得て、今後の課題を考察することを目的とした。

本邦における 65 歳以上障害高齢者の全障害者数に占める割合は 52% (2018 年) であった。障害高齢者の増加率は 400%と知的障害が最も高かった。知的障害者は、40 歳代から老化現象を認め、認知症の罹患率は一般よりも高かった。意思疎通の難しさから本人の変化に気づけず、心身機能の低下、多重疾患を引き起こしていた。高齢障害者は障害特性と老化による症状が複合化するため、専門職による観察の視点、継続的な評価方法、及び、実行可能な仕組みの構築が必要である。知的障害者の認知症の症状と対応は一般高齢者と概ね変わりなかった。障害高齢者と親の老化は時期を同じくして生じる可能性が高いため、支援対象は各個人と世帯全体の両方である。障害高齢者、その親の支援には、高齢障害者の特性を理解した制度横断の多職種、多機関協働が求められる。

A. 研究目的

障害者数の推移は744.2万人（2008年）から964.7万人（2018年）に増加し、我が国の総人口の7.6%を占める。障害者総数のうち、65歳以上の割合は52%となり、半数は障害高齢者である。2008年から10年間ににおける障害種別の増加率（2018年人数）は、身体障 1113%倍（310万人）、知的障害400%（15万人）、精神障害115%（163万人）で、今後も増加が見込まれている¹⁾。我が国の要介護の原因疾患の1位は認知症である²⁾。障害高齢者の急激な増加にも対応した認知者に対する意思決定支援や介護の在り方に関する検討が重要となっている。本研究では、障害高齢者の実態と対応に関する先行研究を抽出し、先行研究の知見を得たうえで、今後の課題を考察することを目的とした。

B. 研究方法

医学中央雑誌及び CiNii を用いて、「障害 or 身体障害 or 知的障害 or 精神障害」「認知症」をキーワードとした and 検索を行い、原著論文 11 件を抽出した（文献検索実施：2023 年 3 月）。認知症に罹患した障害高齢者の療養生活の実態と対応に関する知見を整理し、今後の課題を考察した。

（倫理面への配慮） 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。なお、本研究では個人情報扱っていない。

C. 研究結果

1)障害高齢者における認知症症状の出現率及び身体機能の低下

ダウン症では早期にアルツハイマー型認知症を発症しやすいことが報告された³⁾ほか、全国の障害者支援施設を対象とした調査における、65～69 歳の知的障害者の 14.6%に顕著な認知症の症状が認められた。一般人口における高齢期の罹患率 8～10%と比較すると、高い傾向であった。老化の兆候である体力減退、易疲労性、動作の緩慢さは、40 歳代から、50 歳代では視力や聴力等の感覚器官の変化、60 歳代では以前は行っていた ADL の低下が認められたことから⁴⁾、障害のない者よりも心身機能の低下は早期に出現することが報告された。

知的障害者は、高血圧、脂質異常症、糖尿病、心疾患等の慢性疾患に多く罹患する傾向が報告された⁵⁾。生活習慣病の罹患が多い理由には、内蔵奇形や重い運動障害がある場合や⁶⁾、食べることで外に対する興味関心の度合いが低いことが挙げられた。BMI 値は、男女ともに 25 以上が 6 割を占めていた⁷⁾。また、知的障害者の 40%が 40 歳で歯を喪失していた⁸⁾。

2)認知症に罹患した障害者の症状と対応

重度知的障害者が認知症に罹患した場合、情緒不安定になる、今までにできていたことができなくなる、活力が低下した印象を受けるようになる、動作が緩慢になる等の症状が認められた⁹⁾。

疾患別の事例では、認知症に罹患する前の状態は、いずれも日常生活がおおむね自立していた者についての診断前後を比較して報告されていた。アルツハイマー型認知症では、徘徊、異食行為が出現し、脳血管疾患では易怒性が増し、前頭側頭型認知症では暴力行為が出現した。

上記の事例では、アルツハイマー型認知症及び脳血管性認知症の者には、周囲が支援することで症状は落ち着き、前頭側頭型認知症の者には、服薬変更と調整により症状が軽減された¹⁰⁾。

認知症及び認知症が疑われる利用者に対して、ライフストーリーワークを実践したところ、意欲の向上が確認された¹¹⁾。重度知的障害の者に対する追試調査から、ライフストーリーワークを有効に活用できる可能性が示唆された¹¹⁾。

3) 高齢障害者の変化の発見

高齢障害者は早期から心身機能の低下、生活習慣病に罹患しやすい。その背景には、食事・運動等の生活習慣の要因の関与に加え、周囲が本人の訴えに気づかず、手遅れになりやすいことが指摘された⁶⁾。

知的障害者に対する認知症やターミナルケアは、当事者と家族、関係者と40歳代から情報交換を行う必要性が示された。

4) 若年性認知症者の就労継続に関する課題

発症年齢が現役世代である若年性認知症者には、一般就労を退職した後の受け皿として、就労支援事業所に期待がかかっている。就労支援事業所が期待される機能を発揮するためには、関係者の若年性認知症に関する知識や対応技術の習得、補助金などの制度的支援、関係機関や若年性認知症支援コーディネーターとの連携などが求められる。併せて、就労支援事業所に対する普及啓発だけでなく、地域での体制整備の強化も必要性である¹²⁾。

5) 地域での孤立

障害高齢者に老化の兆候が出現する中高年期に、その世話をしてきた高齢の親にも病気や認知症等の生活課題が同時に生じ、体制が整わな

いまま親子で生活に行き詰まり、地域から孤立していた。また、障害福祉分野と高齢者介護の分野の連携も十分に機能せず、担当者が苦慮している現状があった¹³⁾。

D. 考察

高齢者介護はこれまで、いわゆる一般の者が高齢期を迎え、認知症等要介護の原因疾患によって、医療介護サービス等を受けながら安定した療養生活を送れるよう支援することを中心としてきた。しかし、近年、障害高齢者の急増に伴い、今後は障害福祉サービスを利用していただいていた障害者の介護保険サービスへの移行が一層増加する。高齢障害者に関わる者は、障害高齢者の特性、これまでに受けて来たサービス内容、送ってきた生活や取巻く環境等を総合的に見極めながら、障害高齢者が希望する場所で、望む生活を送ることができるよう、支援しなければならない。

知的障害者の増加率は10年で4倍と高く、介護保険制度の第2号被保険者の対象年齢と同じ40代から老化現象が生じ、認知症の罹患率は一般の者よりも高かった。障害高齢者には、障害特性と加齢に伴う心身機能の変化の両方が複合化された課題となる。従前の観察の視点、評価方法では、障害高齢者の状態像と変化を的確に捉えることはできない。40歳を目安とし、認知症、心身機能の低下等、老化に関する評価と継続的な経過観察を専門職が行えるよう、ツールの開発と継続実行可能な仕組みを整備する必要がある。

知的障害者に生じた認知症の疾患別の症状は一般高齢者の認知症に生じた症状と類似していた。周囲の支援により症状は緩和しており、一般の認知症ケアと同様のかかわりが有効であると考えられる。

障害福祉サービス利用者は65歳を迎えると、介護保険サービス利用優先の原則から、介護保険サービスで対応可能なサービスは介護保険に移行する。それに伴い、ケアマネジメントの担当も相談支援専門員から介護支援専門員に移行する。

先行研究では、障害福祉分野と高齢者介護の分野の連携も十分に機能せず、担当者が苦慮している旨の報告があった¹³⁾。相談支援専門員と介護支援専門員専門職は、いずれもケアマネジメント実践を担うという点は共通している。けれども両者は、実践基盤とする制度の目的、役割、専門職倫理

と価値の相違がある。日頃敢えて言葉にすらしな
い実践基盤の相違は、両専門員の連携時の摩擦を
生じさせる要因の一つである。その解決のためには
両専門員が相互理解を深める機会の創出が必要
である¹⁴⁾。

ケアマネジメントは、尊厳の重視と意思決定の
支援を基本方針としている¹⁵⁾。介護支援専門員
は、65歳を迎えた障害高齢者の生活の継続性の確
保、治療や療養場所の選択等の重要な意思決定と、
それを支援するケアチーム形成の提案において
重要な役割を果たす。

障害高齢者は障害特性によっては意思表示が
難しい場合もある。認知症に罹患する年齢は低く、
の罹患率は一般よりも高い傾向がある。65歳到達
時点では、に症状が進行している場合も想定され
る。ことさら個々の障害高齢者のこれまでの生活、
エピソードを知る代弁たる相談支援専門員との
意図的な連携は不可避である。

障害高齢者が老化の兆候が出現する中高年期
に、その世話をしてきた高齢の親にも病気や認知
症等の生活課題が同時に生じ、体制が整わず孤立
した事例が報告された¹³⁾。本人が40～50歳を迎
える頃、親の老化の課題も同時期に生じる可能性
がある。障害高齢者のケースにおける支援対象は、
障害高齢者と家族それぞれ個人と、世帯全体であ
ると考慮される。両者が病気や認知症等による生
活課題はありつつも、望む生活を実現できるよう、
障害高齢と親のそれぞれ個人と、世帯全体を対象
とする。障害高齢者の特性を理解した医療介護連
携、相談支援専門員と介護支援専門員の連携等、
制度横断の体制が求められる。

E. 結論

障害高齢者数は増加し、特に知的障害者の増加
率は400%であった。概ね40歳代から老化現象を
認め、認知症の罹患率は一般よりも高かった。障
害特性に認知症の症状が重なった意思疎通の難
しさから、周囲は本人の変化に気づけず、心身機
能の低下、多重疾患を引き起こしていた。高齢障
害者の状態は、障害特性と老化による症状が複
合化するため、専門職による観察視点、継続的評
価方法と実行可能な仕組みの構築が求められる。

知的障害者に生じた認知症の疾患別の症状は
一般高齢者の認知症に生じた症状と類似してい
た。周囲の支援により症状は落ち着いたことから

り、一般の認知症ケアと同様のかかわりが有効で
あると考えられる。

障害高齢者と親の老化は時期を同じくして生
じる可能性が高い。障害高齢者のケースにおける
支援対象は、障害高齢者と家族それぞれ個人と、
世帯全体である。障害高齢者、その親の支援には、
高齢障害者の特性を理解した制度横断の医療介
護連携、多機関協働が求められる。

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

文献一覧

1) 社会保障審議会障害福祉部会.第115回.資料
2.2021.8.30

<https://www.mhlw.go.jp/content/12601000/000824397.pdf> 2023.3.15

2)厚生労働省.2019国民生活基礎調査.表18現在
の要介護度別にみた介護が必要となった主な原因

<https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/k-tyosa/k-tyosa19/dl/05.pdf> 2023.3.15

3) 浅井将,□川久保,森亮太郎.et.al.ダウン症患者
における早期アルツハイマー病発症メカニズム
の解明.薬学雑誌2017;137(7):801-805

4)五味洋一,志賀利一,大村三保et.al.障害者施設
における65歳以上の知的障害者の実態に関する
研究.国立のぞみの園紀要6:12-24

5) 村岡美幸,志賀利一,井沢邦英.高齢知的障害者
の健康管理と医療・介護に関する調査・研究,75
歳以上の重度知的障害者の疾病状況からみる長
生きする重度知的障害者の特徴.国立のぞみの園
紀要:7:34-44

6)有馬正高.生涯を見通した知的障害者への医療

- 発達障害医療の進歩15.診療と治療社2003:2-4
- 7)増田理恵,田高悦子,渡部節子et.al.地域で生活する成人知的障害者の肥満の実態とその要因.日本公衛誌2014;59 (8) :557-565
- 8)千綿かおる,武田文.重度知的障害者入所者における生活行動と口腔状況.日本公衛誌2007;54(6):387-398
- 9) 福島愛美,登坂 庸平, 四方田 武瑠et.al. 認知症を発症した知的障害者に有効な支援とは ライフストーリーワークの実践をとおして. 国立のぞみの園紀要2020;13:92-96
- 10) 四方田武瑠,登坂庸平,倉澤正典, 認知症の診断名別に見た知的障害者の行動の変化と支援に関する研究..国立のぞみの園紀要2018;11:165-170
- 11)堀川 慶太,登坂 庸平,福島 愛美et.al
国立のぞみの園紀要2021;14:18-22
- 12) 宮嶋 涼,横山和樹,山功恭et al. 北海道内の就労支援事業所における若年性認知症の人の受け入れ実態と課題の分析.日本認知症ケア学会誌2022;21(2):326-334
- 13) 植戸貴子.中高年知的障害者と高齢の親の同居家族に対する相談支援 高齢福祉分野の相談援助職に対するインタビュー調査から.神戸女子大学健康福祉学部紀要2019;11;15-34
- 14) 石山麗子,高木憲司. 令和元年度厚生労働科学研究費補助金 障害者政策総合研究事業 相談支援専門員の高齢化対応を含めた連携促進のための研究
https://mhlw-grants.niph.go.jp/system/files/2019/192131/201918010A_upload/201918010A0008.pdf
2023.3.15
- 15)日本総合研究所.適切なケアマネジメント手法.基本ケア
- 16)有馬正高.生涯を見通した知的障害者への医療 発達障害医療の進歩 15. 診療と治療社 2003:2-4

研究分担者 斎藤 民 国立長寿医療研究センター老年社会科学研究部・部長
研究協力者 小松亜弥音 同・特任研究員

研究要旨

療養場所別の認知症高齢者に対する緩和ケア及び意思決定支援の実施状況を明らかにするため、全国から無作為に抽出した各 1000 件の療養病床・介護老人保健施設・訪問看護ステーションを対象に自記式質問紙郵送調査を実施した。記述的に分析した結果、療養場所によって意思決定支援及び緩和ケアの実施状況が異なることが示唆された。緩和ケアについては身体的苦痛以外の側面への着目が、意思決定支援においては本人の意向尊重が、複数の療養場所に渡る課題として示唆された。来年度はより詳細な分析を実施する。

A. 研究目的

医療機関・介護施設・在宅介護現場における(1)認知症の人が有する全人的な疼痛に対する緩和ケアの実施状況と、(2)認知症の人の意思決定支援の実施状況を明らかにすることを目的として量的調査を実施した。本報告書では速報集計値を報告する。

B. 研究方法

1. 調査方法

郵送による自記式質問紙調査法

2. 調査対象

全国の療養病床・介護老人保健施設（以下、老健）・訪問看護ステーション（以下、訪看）から無作為に1,000件ずつ、合計3,000か所を抽出し、各施設1名の管理職を担う看護職計3,000名を対象とした。調査票は抽出された施設の長宛に郵送し、回答者となる管理者（看護職）1名を選んで回答してもらうよう依頼し、回答者が返送用封筒で返送することで調査票を回収した。

なお、各施設の具体的な抽出方法は次の通りである。療養病床は、日本医師会の地域医療情報システム（JMAP）（<https://jmap.jp/>）に掲載されている療養病床3,500件（2022年11月4日検索）から乱数表を用いて無作為に1,000件を抽出した。訪看は、厚生労働省の介護サービス情報公表システムのオープンデータ（<https://www.mhlw.go.jp/stf/kaigo->

[kouhyou_opendata.html](https://www.mhlw.go.jp/stf/kaigo-kouhyou_opendata.html)）に掲載されている14,068施設（2022年6月末時点）から乱数表を用いて無作為に1,000件を抽出した。老健は全国老人保健施設協会の会員名簿（2022年10月31日時点）に記載の全会員施設のうち休止中の2施設を除く3,566施設から等間隔に1,000件を抽出した。

3. 調査期間

2022年11月25日～2023年1月26日

4. 調査項目

別途実施された、認知症高齢者の疼痛や緩和ケア、意思決定に関するインタビュー調査の結果及び研究班会議で集約された意見をもとに、認知症高齢者の全人的苦痛に対する緩和ケアの実施状況に関する項目（以下、緩和ケア項目）8項目（表1）、認知症高齢者への意思決定支援の実施状況に関する項目（以下、意思決定支援項目）15項目（表2）を作成した。

緩和ケア項目は、「貴施設での認知症のご本人とそごご家族への緩和ケアの実践についてお伺いします。認知症の重症度がFAST 6～7の方を想定してお答えください。」という教示文の後、各項目について「あてはまる」「ややあてはまる」「あまりあてはまらない」「あてはまらない」の4つの選択肢から1つ回答を得た。集計時には、「あてはまる」と「ややあてはまる」を「実施あり」、「あまりあてはまらない」と「あてはまらない」を「実施なし」として集計した。

意思決定支援項目は、「貴施設での認知症のご本人とご家族への意思決定支援についてお伺いします。認知症の重症度を問わず全ての認知症の方への意思決定支援についてお答えください。」という教示文の後、各項目について「あてはまる」「ややあてはまる」「あまりあてはまらない」「あてはまらない」の4つの選択肢から1つ回答を得た。集計時には、「あてはまる」と「ややあてはまる」を「実施あり」、「あまりあてはまらない」と「あてはまらない」を「実施なし」として集計した。

そのほか、回答施設の基本属性として、施設の運営主体、併設施設の有無などを尋ねた。

5. 分析方法

緩和ケア項目及び意思決定支援の項目について記述統計量を算出し、認知症者に対する緩和ケア及び意思決定支援の実施状況について記述的に分析した。

(倫理面への配慮)

本研究は、文部科学省・厚生労働省・経済産業省が定める人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針を遵守し実施した。調査に先立ち国立長寿医療研究センター倫理・利益相反委員会の承認を得た(受付番号:1648)。

C. 研究結果

1. 回収状況

586通の調査票が得られた。そのうち、研究利用に関する同意を得られたのは537通であった。さらにその中で、施設種別に無効回答のない500通が有効票として得られた(有効回収率16.7%)。なお、施設別では療養病床100通(同10.0%)、老健170通(同17.0%)、訪看230通(同23.0%)であった。

2. 緩和ケアの実施状況

有効票500通のうち、緩和ケアの項目に欠損のない472通を用いて、施設別に緩和ケア項目を集計した。施設別では、療養病床92通、老健161通、訪看219通であった。

表1は、施設ごとに緩和ケア項目8項目を集計し、実施ありの割合が多い順に示したものである。全体的な傾向を確認すると、訪看では1項目

を除き全ての項目で7割以上と実施率が全体的に高いのに対し、老健では全項目7割未満と全体的に低い傾向が見られた。療養病床は項目によって実施率にばらつきがみられた。次に、順位に着目した。各施設実施率が上位3番目までの項目について、3施設共通の項目は「痛みや苦痛のアセスメント」であった。療養と訪看で共通してあがっていたのは、「医師による痛み止め処方体制」であった。「家族の苦痛・ストレスのアセスメント・支援」は訪看のみで上位であった。反対に、下位3番目までの項目を見ると、3施設共通の項目は「スピリチュアルペインへの着目」「家族の緩和ケア参加の支援」であった。訪看と療養で「多職種でのBPSDの評価・カンファ」が下位であった。

図1は、緩和ケアの各項目について、3施設での実施率を訪看での実施率降順に左から右に向かって示したものである。3施設共通して実施率が5割以上だったのは、「痛みや苦痛のアセスメント」「医師による痛み止め処方体制」「痛みや苦痛の多職種カンファ」であった。施設によって傾向が異なる項目として、「スケールを用いた痛み評価」は老健で低い実施率であった。「スピリチュアルペインへの注目」「家族の緩和ケア参加の支援」は訪看でのみ実施率が高かった。逆に「多職種でのBPSDの評価・カンファ」は訪看でのみ実施率が低かった。

3. 意思決定支援の実施状況

有効票500通のうち、意思決定支援の項目に欠損のない476通を用いて、各項目を集計した。施設別では、療養病床97通、老健164通、訪看215通であった。

表2は、施設ごとに意思決定支援項目15項目を集計し、実施ありの割合が多い順に示したものである。全体的な傾向を確認すると、訪看では全ての項目が実施率5割以上となっていた。老健、療養病床では、少数ではあるがいくつか5割以下の項目も見られた。いずれの施設も項目により実施率にばらつきがみられた。次に、順位に着目した。各施設実施率が上位3番目までの項目を確認したところ、上位3つ全てが3施設同じ項目で構成されていた。その項目とは、「キー

パーソン家族の意向確認」「本人・家族の思い等の情報収集」「以前の生活の情報収集」であった。反対に、実施率が下位3番目までの項目を見ると、3施設で共通の項目はなかったが、2施設で共通した項目としては、療養・老健で「ライフレビュー支援」「意思表示・実現支援」が共通していた。訪看と老健では共通して「キーパーソン以外家族の意向確認」が含まれた。訪看のみで「キーパーソンと他親族の意向調整」「最期の医療とケア希望の確認」が含まれ、療養病床のみで「人生観・価値観の情報収集」が含まれた。

図2は、意思決定支援の各項目について、3施設での実施率を訪看での実施率降順に左から右に向かって示したものである。施設によって傾向が異なる項目として、「意思表示・実現支援」「ライフレビュー支援」は療養・老健で低かった。

D. 考察

主に実施率の低い項目に着目して考察を行った。

1. 緩和ケア

療養病床と訪看では実施率が7割を超える項目があったのに対し、老健では全項目で7割以下の実施率であった。老健では特にスケールを用いての痛み評価の実施割合が低く、客観的な痛みの評価があまりなされていない可能性が示唆された。

また、スピリチュアルペインに着目した支援の実施は、老健で3割以下、療養病床でも5割以下であった。全人的な苦痛を捉える際、身体的な痛みだけでなくスピリチュアルな痛みにも着目することは重要と考えられるが、療養場所によってはスピリチュアルペインが見過ごされている可能性が示唆された。

訪看はいずれの項目も高い実施率だったが、多職種でのBPSDの評価・カンファレンスのみ3割以下の実施率を示した。訪看は自事業所内に他職種が配置されていない場合もあり、またケアプランによって他のサービス利用がない場合も少なくなく、多職種でBPSDについて評価する機会が療養・老健に比べ少ないという訪看特有の特性による影響があると考えられる。

療養病床では、家族による緩和ケア参加の支

援の実施割合が最も低かった。治療が提供される病院において、家族がケアに参加するのは難しい可能性が示唆された。また、入院理由の主疾患およびその治療方針による影響もあると考えられる。

2. 意思決定支援

3施設共通して、キーパーソンである家族の意向確認は実施率が9割以上と高い反面、特に療養病床と老健では、本人のライフレビュー支援及び意思表示・実現支援の実施率が5割以下と低く、訪看でも他の項目も含めた実施率順位では中程度であった。このことから、いずれの療養場所においても、認知症者本人ではなく家族の意向が優先される傾向のある可能性が示唆された。厚生労働省が「認知症の人の日常生活・社会生活における意思決定支援のガイドライン」を発出し約5年が経過しようとしているが、依然として、認知症者本人の意向の尊重が、特に老健と療養病床で課題であることが示唆された。

3. 研究の限界

回収率の低さとそれによるデータの偏りの恐れがあり、結果の一般化には限界がある。本調査では、認知症者に対する実施のみを問うており、認知症でない人へのケアの実態は尋ねていない。そのため、本調査の結果からは、認知症者に特有の意思決定支援や緩和ケア技術の実態とは必ずしも言えない。

今回、療養場所別の特徴を把握することを目的として、3施設共通して緩和ケア及び意思決定支援双方で重要な役割を担うと考えられる看護職の管理者に、施設としての実践状況を尋ねた。看護職に限定しているため、施設としての実践の一側面しかとらえられていない可能性があり、結果の解釈には注意が必要である。

E. 結論

療養病床・老健・訪看に対する調査から、療養場所によって認知症者に対する緩和ケア及び意思決定支援の実施状況が異なることが示唆された。緩和ケアについては身体的苦痛以外の側面への着目が、意思決定支援においては本人の意向尊重が、複数の療養場所に渡る課題として示

唆された。今後はより詳細な分析を実施し、実施に関連する施設要因などを検討していく。

(参考文献)

厚生労働省(2018)「認知症の人の日常生活・社会生活における意思決定支援のガイドライン」

[https://www.mhlw.go.jp/file/06-](https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12300000-Roukenkyoku/0000212396.pdf)

[Seisakujouhou-12300000-](https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12300000-Roukenkyoku/0000212396.pdf)

[Roukenkyoku/0000212396.pdf](https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12300000-Roukenkyoku/0000212396.pdf) (最終アクセス: 2023.04.05)

F. 健康危険情報

特になし

G. 研究発表

1. 論文発表

- 1) Komatsu A, Nakagawa T, Noguchi T, Saito T. Factors associated with decision-making involvement in community-dwelling older care recipients. *Geriatrics & Gerontology International* 2022; 22: 876-882.

<https://doi.org/10.1111/ggi.14471>

2. 学会発表

- 1) Komatsu A, Nakagawa T, Noguchi T, Saito T. Involvement in Care Decision-Making and Adverse Outcome Onset in Community-Dwelling Care Recipients in Japan. GSA 2022 Annual Scientific Meeting. Nov 2-6 2022. Indianapolis.
- 2) 小松亜弥音, 中川威, 野口泰司, 岡橋さやか, 金雪瑩, 斎藤民. 要介護高齢者の介護に関する意思決定への主観的な関与状況の変化. 第27回日本在宅ケア学会学術集会. 2022年7月30-31日. オンライン.
- 3) 小松亜弥音, 中川威, 野口泰司, 杉本大貴, 内田一彰, 黒田佑次郎, 小野玲, 荒井秀典, 櫻井孝, 斎藤民. 最期の場所に関する希望の認知症患者と家族間での共有状況: NCGG-STORIES. 日本老年社会科学会第64回大会 2022年7月3日. 東京.

H. 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

(図表)

表1 緩和ケア項目の実施状況 (実施率降順)

訪看(n=219)		療養(n=92)		老健(n=161)	
	実施あり(%)		実施あり(%)		実施あり(%)
痛みや苦痛のアセスメント	93.2%	医師による痛み止め処方体制	85.9%	痛みや苦痛のアセスメント	67.1%
医師による痛み止め処方体制	89.0%	痛みや苦痛のアセスメント	83.7%	痛みや苦痛の多職種カンファ	60.9%
家族の苦痛やストレスのアセスメント・支援	87.7%	スケールを用いた痛み評価	72.8%	多職種でのBPSDの評価・カンファ	57.1%
痛みや苦痛の多職種カンファ	81.3%	痛みや苦痛の多職種カンファ	67.4%	医師による痛み止め処方体制	51.6%
スケールを用いた痛み評価	81.3%	家族の苦痛やストレスのアセスメント・支援	58.7%	家族の苦痛やストレスのアセスメント・支援	48.4%
家族の緩和ケア参加の支援	81.3%	スピリチュアルペインへの注目	50.0%	家族の緩和ケア参加の支援	44.1%
スピリチュアルペインへの注目	76.3%	多職種でのBPSDの評価・カンファ	47.8%	スピリチュアルペインへの注目	27.3%
多職種でのBPSDの評価・カンファ	26.5%	家族の緩和ケア参加の支援	38.0%	スケールを用いた痛み評価	23.6%

Note:

実施あり = 「あてはまる」「ややあてはまる」の合計。点線 = 実施率 50%境界線。

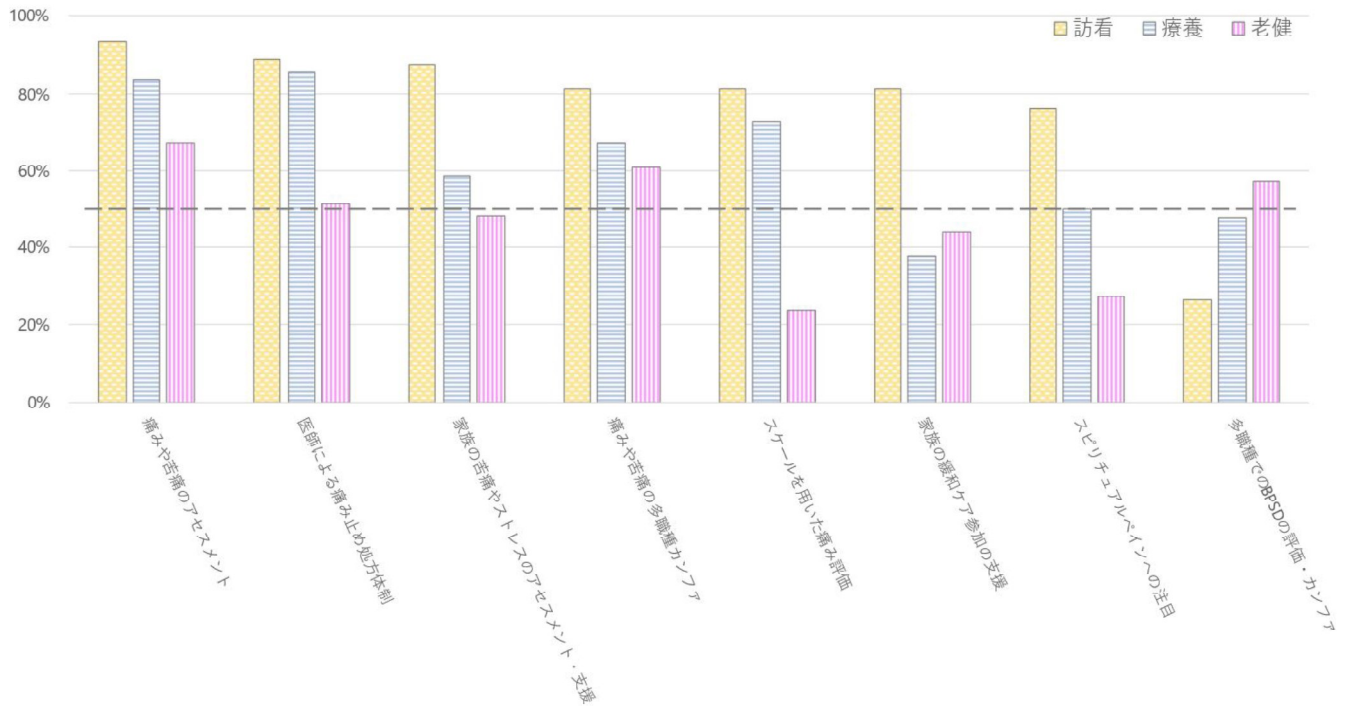
表2 意思決定支援項目の実施状況 (実施率降順)

訪看(n=215)		療養(n=97)		老健(n=164)	
	実施あり(%)		実施あり(%)		実施あり(%)
KP家族の意向確認	97.2%	KP家族の意向確認	99.0%	KP家族の意向確認	97.0%
本人・家族の思い等の情報収集	96.7%	本人・家族の思い等の情報収集	84.5%	以前の生活の情報収集	94.5%
以前の生活の情報収集	89.8%	以前の生活の情報収集	83.5%	本人・家族の思い等の情報収集	90.2%
本人・家族の在宅看取り希望の確認	88.8%	本人と家族の医療とケアの意思調整	83.5%	本人と家族の医療とケアの意思調整	73.2%
本人と家族の療養場所の意思調整	85.6%	本人と家族の療養場所の意思調整	74.2%	本人と家族の療養場所の意思調整	72.6%
本人と家族の医療とケアの意思調整	84.7%	本人・家族の面談の設定	72.2%	最期の医療・ケア希望の確認	72.0%
意思表明・実現支援	70.7%	本人・家族の在宅看取り希望の確認	72.2%	本人・家族の面談の設定	71.3%
本人・家族の面談の設定	69.3%	最期の医療・ケア希望の確認	66.0%	本人・家族の在宅看取り希望の確認	64.0%
人生観・価値観の情報収集	69.3%	ACPに関する情報収集	62.9%	ACPに関する情報収集	62.8%
意思決定能力評価	67.9%	意思決定能力評価	54.6%	人生観・価値観の情報収集	58.5%
ライフレビュー支援	67.4%	KP以外家族の意向確認	52.6%	意思決定能力評価	54.9%
ACPに関する情報収集	66.0%	KPと他親族の意向調整	51.5%	KPと他親族の意向調整	50.0%
KP以外家族の意向確認	62.8%	人生観・価値観の情報収集	50.5%	意思表明・実現支援	45.7%
KPと他親族の意向調整	56.7%	意思表明・実現支援	45.4%	KP以外家族の意向確認	45.1%
最期の医療・ケア希望の確認	56.7%	ライフレビュー支援	37.1%	ライフレビュー支援	38.4%

Note:

実施あり = 「あてはまる」「ややあてはまる」の合計。KP=キーパーソン。点線 = 実施率 50%境界線。

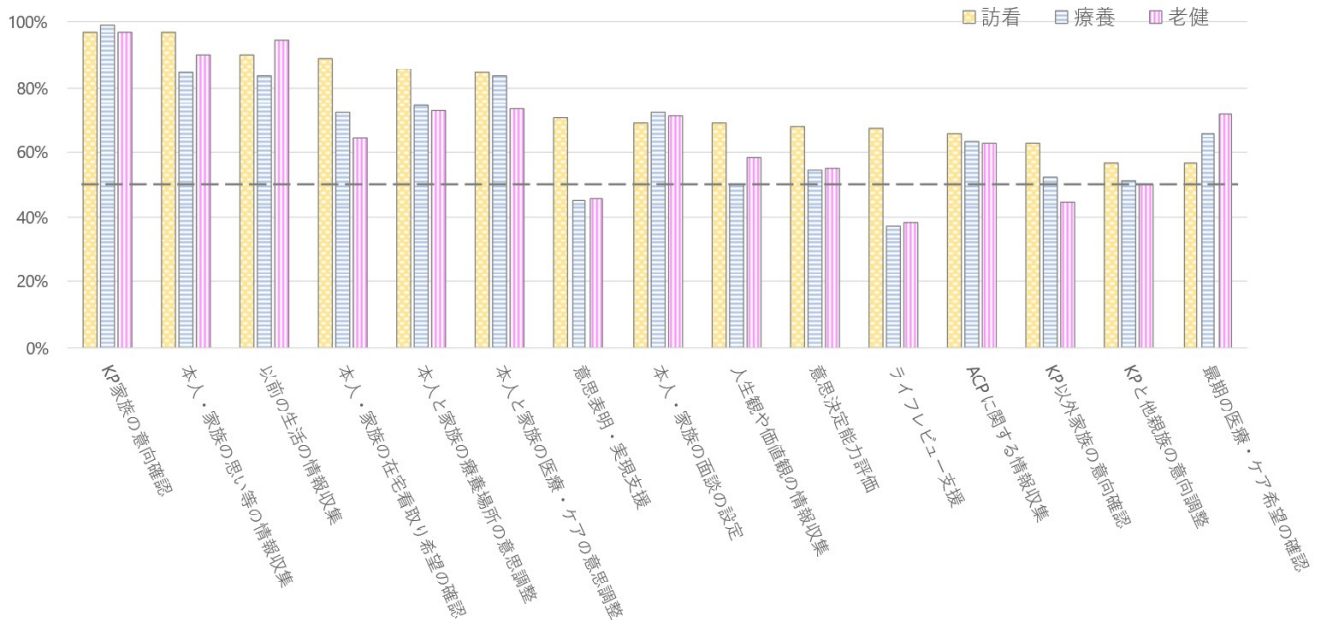
図1 緩和ケア項目の実施状況の棒グラフ



Note:

グラフは実施ありの割合(%)を表示 (訪看での実施率降順)。実施あり=「あてはまる」「ややあてはまる」の合計。点線=実施率 50%境界線。

図2 意思決定支援項目の実施状況の棒グラフ



Note:

グラフは実施ありの割合(%)を表示 (訪看での実施率降順)。実施あり=「あてはまる」「ややあてはまる」の合計。点線=実施率 50%境界線。KP=キーパーソン。

研究要旨

終末期にある認知症高齢者の家族の意思決定について文献的に考察した。その結果、終末期にある認知症高齢者の家族の意思決定のプロセスにおいて、家族は認知症高齢者の意思の代弁者としての苦悩を抱え、決断するのが難しいが、専門職を信頼することを基盤に決断する手が見出し、家族としての価値観や経験から、認知症高齢者の意思に沿おうとしていることが明らかとなった。

A. 研究目的

終末期にある認知症高齢者は自らの意思を言語で表明するのが難しくなることが多く、家族や近親者は治療や療養環境、看取りについての判断を求められることが少なくない現状がある。

本取り組みでは、エンドオブライフ（以下、EOL）ケアに精通した看護師として終末期にある認知症高齢者の家族の意思決定について文献的に考察し、療養場所の違いに応じた認知症者のEOLケア充実に向けての調査研究の基礎的資料とする。

B. 研究方法

医学中央雑誌Web版（医中誌Web）にて、キーワード「終末期AND認知症高齢者AND家族AND意思決定」を用い検索し267文献がヒットした。PubMedでは、「End of life」「dementia」「elderly」「family」「decision making」を用いてAND検索を行い444文献がヒットした。

タイトルと抄録を読んで、内容に沿っていないものと解説、事例を除き、フルテキストがオンライン上で入手可能であったものとハンドサーチした文献を加えた25文献を分析対象とした。

質的・帰納的に分析した。対象文献の該当すると思われる部分の記述を抽出し、分析のデータとした。抽出したデータは類似する内容をまとめ、カテゴリー化した。

（倫理面への配慮）

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。

C. 研究結果

質的分析の結果、終末期にある認知症高齢者

の家族の意思決定には、以下の内容が抽出された。以下、文中でカテゴリーは【 】，サブカテゴリーは〈 〉と表記する。

①家族が意思決定をしなければならない状況

家族は認知症高齢者の【近づいている死を覚悟（する）】していた。これは高齢者の〈胃ろうによって生かされている〉〈死に近づいている〉状況から、家族は〈最期を意識し、不安や後悔（がある）〉を持ち、〈死を覚悟（する）〉し、〈最期への見通しを持（つ）〉ち、〈寿命や老衰を受容（する）〉していた。

そして、家族は〈本人が状況を理解できない〉〈認知症高齢者の意思を推し量れない〉〈認知症高齢者の意思を確認できない苦悩がある〉〈認知症高齢者に代わり、家族が意思決定を行わなければならない現状がある〉という【認知症高齢者の意思を推し量れず、家族が意思決定せざるを得ない】状況であった。

②終末期にある認知症高齢者の家族が意思決定の渦中にある様子

家族は、終末期医療や療養について〈意思決定への不安がある〉〈決めていくことが辛い〉〈自身の相反する思いの中で苦悩する〉〈介護生活に対する不安がある〉といった【認知症高齢者の意思の代弁者としての苦悩がある】。さらに、〈家族間での意思が異なる〉〈これからのことがイメージできない〉〈決められない〉〈情報が不十分である〉〈どのように考えればよいか分からず、すぐに決断できない〉〈認知症高齢者の体の変化の理由が分からない〉といった【決断するのが難しい】。このような困難な状況のなかでも、家族は〈医師を信頼する〉〈看護師を信頼する〉〈信頼関係が大切である〉〈職員の対応から信頼でき

る)という【専門職を信頼する】ことを基盤に、
〈医療者の意見を参考に決断する〉〈説明が後押ししてくれる〉〈施設での看取り介護への肯定感をもっている〉〈自分の気持ちを優先する〉という【決断する手がかりを見出す】し、さらに、
〈認知症高齢者の意思を尊重する〉〈認知症高齢者の意思を押し量ろうとする〉という【認知症高齢者の意思に沿う】おうとしながら、〈家族として大切にしていることがある〉〈自分たちで決めていかなくてはいけない〉〈自然な経過を望む〉〈命をつなぎたい〉〈家族として悔いを残したくない〉〈本人らしさを考える〉〈本人に無理をさせたくない〉〈家族としての後悔がある〉〈折り合いをつける〉〈意思決定の環境を整える〉といった【家族としての価値観や経験(がある)】から、意思決定を行っていた。

③家族の意思決定の結果の様子

家族は〈穏やかな姿や死に満足している〉〈介護への達成感や充足感がある〉〈施設での最期に満足している〉〈決定したことに納得している〉といった【意思決定に満足している】。

一方で、家族は〈死を覚悟する〉〈決定した方針に対し、不確実な感じを抱いている〉といった【意思決定後の不安が続いてい(る)】た。しかし、〈揺らぎを打ち消す〉〈決定後の気持ちを整える〉〈意思決定した支えを見出す〉という【意思決定後の支えを見出し、揺らぎを打ち消す】ことをしていた。

D. 考察

分析結果から、終末期にある認知症高齢者の家族に対し、身体的・心理的・社会的側面での専門職の支援が必要であると考え、そして、そのような支援を行える専門職の育成も必要である。これらのことが、認知症者のEOLケアの充実につながっていくと考える。

E. 結論

終末期にある認知症高齢者の家族の意思決定のプロセスにおいて、家族は認知症高齢者の意思の代弁者としての苦悩を抱え、決断するのが難しいが、専門職を信頼することを基盤に決断する手がかりを見出し、家族としての価値観や経験から、認知症高齢者の意思に沿おうとしている。

F. 研究発表

特になし。

G. 知的財産権の出願・登録状況

特になし。

特別養護老人ホームの看取りケアマネジメントに関する調査

研究分担者 島田 千穂 (佐久大学人間福祉学部 教授)
研究メンバー 会田薫子 (東京大学大学院人文社会系研究科死生学・応用倫理センター)
石山麗子 (国際医療福祉大学大学院)
沢田淳子 (宮城大学看護学群)、
二神真理子 (佐久大学看護学部)

研究要旨

特別養護老人ホームの看取りケアマネジメントに焦点を当て、計画作成担当介護支援専門員(ケアマネジャー)の看取りへの関与の実態を明らかにすることを目的とする。全国の特別養護老人ホームから抽出し、3,000か所に調査票を送付し、介護支援専門員の回答を依頼した。看取りケアマネジメントに関連する役割分担において、ケアプラン作成に関する項目は自分が主に担当する割合が高く、家族や入所者の不安や思いを聴く役割は相談員や介護職と分担する割合が高かった。入居者と人生の最期について対話したことがある割合は低く、家族との割合が高くなっていた。

A. 研究目的

特別養護老人ホーム(以下、特養)は、介護保険施設の中で、最重度要介護状態の高齢者が入居する施設となっている。2020年度調査において、看取り方針のある施設は83.9%、半年間で逝去した平均人数は5.9人、うち施設内で看取りを行った割合は61.1%となっている(令和2年度老健事業・特別養護老人ホームにおける看取り等のあり方に関する調査研究報告書・PwCコンサルティング)。特養で看取りを行うことは標準となりつつあり、看取りケアの質の評価や向上に向けた体制作りが課題となっている。

特養の看取りケアは、介護職が中心に進めるケアに、少人数の医療職がサポートする体制で行われるため、介護職の看取りケアへの取り組み方が、特養全体のケアの質に影響する。本調査では、介護職の看取りケアへの取り組み方の一側面を表す看取りケアマネジメントに焦点を当て、計画作成担当者の看取りへの関与の実態を明らかにすることを目的とする。

B. 研究方法

厚生労働省の介護サービス情報の公表システムデータのオープンデータ(2022年6月末時点)に登録された介護老人福祉施設全数7765か所から、3000か所を無作為抽出し、施設長に調査票を郵送した。計画担当介護支援専門員一人に調査票配布を依頼した。計画担当介護支援専門員が複数いる場合は、比較的重度の入居者の担当者を指定した。

(倫理面への配慮)

所属機関の研究倫理審査を受け、承認された(承認番号第2022016号)。

C. 研究結果

回収数は711通(23.7%)、うち回答の内容送付に同意しない20通を除き、691通を分析対象とした。

1) 回答者の所属施設属性

開設年が2000年以前が54.5%、定員数は60名以上が42.1%、61-80名が26.6%、居室のタイプは従来型多床室が61.6%、従来型個室36.7%、ユニット型が47.7%の施設にあった。

夜間の看護体制はオンコールと必要に応じて駆けつけ対応する施設が76.8%、看取りケアの方針は、施設で最期まで看(看取り加算算定体制有)が74.8%で最も多かった。

死亡診断の方針は、医師の対応できる時間帯に施設で死亡診断する施設が49.8%で最も多く、次いで時間帯に関わらず施設で死亡診断する施設が33.8%であった。

退所者数は、平均 10.8 ± 5.7 人で、施設内で死亡した人数は 6.0 ± 4.8 人、入院後1週間に内に死亡した人数は 0.9 ± 1.4 人、入院による退所は 2.1 ± 2.6 人であった。退所者に占める施設内死亡者の割合の平均値は 54.8 ± 30.9 人で、最大100、最低0であった。

1か月間に救急車出動を要請した件数の平均

値は1.1±2.1人で、うち夜間帯に要請したのは、0.3±0.8人であった。定員数に占める救急搬送要請件数の割合は、1.5±3.0%であった。

2) 回答者の属性

年齢は40歳代が47.2%と最も多く、性別は女性が59.7%、学歴は大学卒29.6%、専門学校卒26.1%、高卒25.2%の順であった。基礎資格は介護福祉士が86.4%、ヘルパーが22.0%、社会福祉士が19.6%であった。

高齢者ケアの経験年数の平均は19.7±6.4年、施設での勤務年数は11.8±8.5年、介護支援専門員経験年数は8.0±5.6年であった。現在担当する入居者数の平均は53.9±24.0人であった。

3) 看取りケアマネジメントの特徴

ケアプラン作成時にどのような項目を取り入れるか、通常のケアプランの場合と看取りのケアプランの場合とに分けて質問した。項目は、①本人のADL、②本人の困りごと、③本人がこれまで大切にしてきたこと、④本人の過去の仕事・趣味、⑤本人と家族との関係、⑥本人の体調、健康面の情報、⑦本人の希望（推定を含む）、⑧家族の希望、⑨担当介護職の考え、⑩他の職種の考えを挙げ、それぞれの項目について、「ほぼ全員のケアプランに取り入れる（4点）」から「ほぼ全員のケアプランに取り入れ（られ）ない（1点）」までの4件法で評価してもらった。

通常のケアプランでよく取り入れる項目は、本人のADL（3.9）、本人の体調、健康面（3.8）、本人の希望（3.6）が上位であった。看取りケアプランで良く取り入れる項目は、本人の体調、健康面（3.9）、家族の希望（3.8）、本人の希望（3.7）、本人のADL（3.7）であった。

通常のケアプランの方がよく取り入れられている項目は、本人のADL、本人の困りごとの2項目で、本人がこれまで大切にしてきたこと、本人と家族との関係、本人の体調、健康面、本人の希望、家族の希望、担当介護職の考え、他の職種の考えの7項目は、看取りケアプランの方がよく取り入れられていた。

4) 看取りに対するケアマネジャーの認識

看取りケアマネジメントに対する苦手意識は、「ない」が26.1%、「どちらかと言えない」が38.1%で、64.2%には苦手意識がなかった。9割

を超える回答者は、ケアマネジメントについて相談できる人がいると回答し、通常のケアマネジメントについては、看護職（78.2%）、介護職リーダー（75.9%）を相談相手にしており、看取りのケアマネジメントについては、看護職（88.3%）、介護職リーダー（69.6%）を相談相手にしていた。

看取りケアマネジメントに関連する役割分担において、自分が主に担当すると回答した割合は、「利用者の状態の変化に応じてケアプランを変更する」が71.8%が最も高く、次いで「本人の希望と身体の状態とのバランスを考えてケアプランを立てる」が60.4%であった。「家族の不安や思いを聴く」は、自分が主に担当するのは31.3%で、相談員と分担するのが44.8%、「今後の状態を予測して家族に説明する」は、自分が主に担当するのは18.8%で、看護職と分担するのが55.8%、「利用者の不安や思いを聴く」は、自分が主に担当するのが16.7%で、担当介護職と分担するのが70.7%となっていた。

5) 人生の最期に関する対話経験

どの程度の割合の入居者と「将来どこでどのように最期を迎えたいか」について話した経験があるかについて、「全くない」と回答したのは15.6%、「2割以下」は48.8%と、6割を超えるケアマネジャーは、入居者と人生最期の対話を行っていないなかった。家族とは同様の対話を行っている割合が高くなり、8割以上の家族と対話したのが41.6%、6-7割が8.5%となり、半数のケアマネジャーは家族と入居者の人生最期の対話をしていた。

6) 仕事満足度との関連

計画担当介護支援専門員としての仕事の満足度を最低1から最高10までとして尋ねたところ、平均値5.8、標準偏差1.9であった。

仕事満足度と、施設内死亡者割合との相関係数は0.086 ($p<.05$)、看取りケアマネジメント苦手意識とは-0.252 ($p<.001$) となった。

人生の最期に関する対話経験との相関係数は、利用者との対話（0.093）、家族との対話（0.094）といずれも有意となった。

看取りケアプランに担当介護職の考え（0.134）や、他の職種の考え（0.107）、家族の希望（0.111）

を取り入れている傾向のある計画担当者ほど、仕事の満足度が有意に高いことが示された。

D. 考察

看取りケアマネジメントに対する苦手意識は、回答者の6割になかった。ケアマネジメントについて相談でき、多職種と役割分担することによって、苦手意識なくケアマネジメントを実施している実態が把握された。

一方、看取りケアマネジメントに対する苦手意識と仕事満足度との関連は、小さいながら有意であった。看取りへの関与の仕方が、ケアマネジャーの仕事全体の満足度に関連する可能性が示された。

課題として、人生の最期に関する対話を、利用者本人とはほとんどしておらず、家族との対話を中心として進めている可能性が示唆された点である。特養の入所者は、入所時点で要介護3以上であることがほとんどであり、認知機能も低下している人が多いことから、本人との対話をあきらめてしまっていることが多い。認知機能が低下していたとしても、対話の場面設定や本人の体調への配慮によって、対話が可能になることが示されていることから、関わる側の問題であることも少なくないことが推測される。特養の入所者本人との対話のあり方が、看取りケアにおける今後の課題となる。

E. 結論

特養のケアマネジャーは、多職種と分担しながら看取りケアマネジメントを実施しており、主にケアプランを作成することに注力しており、他職種との分担業務が多い。また、看取りケアマネジメントに関する相談相手がいるケアマネジャーが多い。

課題として、入居者本人との対話が少ないことが挙げられる。

F. 研究発表

1. 論文発表

- 1) Miyashita J, Shimizu S, Shiraishi R, Mori M, Okawa K, Aita K, Mitsuoka S, Nishikawa M, Kizawa Y, Morita T, Fukuhara S, Ishibashi Y, Shimada C, Norisue Y, Ogino M, Higuchi N,

Yamagishi A, Miura Y, Yamamoto Y. : Culturally Adapted Consensus Definition and Action Guideline: Japan's Advance Care Planning. J Pain Symptom Manage. 2022, 64(6):602-613.

- 2) 島田千穂、平山亮：家族による評価に基づく重度要介護者の全身状態の変化の類型化. 老年社会科学, 2022, 44(3) : 269-275
 - 3) 山口乃生子、會田みゆき、山岸直子、畔上光代、河村ちひろ、星野純子、浅川泰宏、佐瀬恵理子、島田千穂：人生の最終段階に向けた医療・ケアの話し合い経験の関連要因—埼玉県A氏における横断的調査の結果から—. 日本エンドオブライフケア学会誌, 2022, 印刷中
- #### 2. 学会発表
- 1) 島田千穂 (2022) : 認知機能が低下した高齢者の人生最期の語り方の経時的変化. 第23回日本認知症ケア学会大会.
 - 2) 島田千穂、多賀努、松家まゆみ、木田正吾 (2022) . 介護支援専門員のエンドオブライフケアマネジメント実践. 日本エンドオブライフケア学会第5回大会.
 - 3) 島田千穂 (2022) 介護施設の現状について. シンポジウム 2 介護施設のエンドオブライフケアの質向上のために (座長) . 日本エンドオブライフケア学会第5回大会.
 - 4) 島田千穂 (2022) . 人生の最期を支えるためのアドバンスケアプランニング (教育講演) . 日本ヒューマンケア科学学会第15回学術集会.

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

研究成果の刊行に関する一覧表

書籍

著者氏名	論文タイトル名	書籍全体の編集者名	書籍名	出版社名	出版地	出版年	ページ
後藤友子、 三浦久幸	超高齢者とケア専門職のシェアード・ディシジョン・メイキング shared decision making (SDM)実践	桑田美代子、 吉岡佐知子、 西山みどり	超高齢者の緩和ケア	南山堂	東京	2022	81-86
会田薫子	意思決定支援	桑田美代子、 吉岡佐知子、 西山みどり	超高齢者の緩和ケア	南山堂	東京	2022	75-81
会田薫子	意思決定	谷本真理子、 増島麻里子	看護学テキスト Niceシリーズ エンドオブライフケア – その人にとっての最善をめざして	南江堂	東京	2022	59-65
会田薫子	Quality of Death – advance care planning	日本がんサポーターティブケア学会	よくわかる老年腫瘍学	金原出版	東京	2023	258-266
島田千穂	認知症の人の意思決定支援	日本認知症ケア学会	認知症ケア標準テキスト改訂第5版	(株)ワールドプランニング	東京	2022	13-17

雑誌

発表者氏名	論文タイトル名	発表誌名	巻号	ページ	出版年
Hirakawa Y, Aita K, Nishikawa M, Arai H, Miura H.	Tips for managing ethical challenges in advance care planning: A qualitative analysis of Japanese practical textbooks for clinicians.	International Journal of Environmental Research and Public Health	19(8)	4550	2022
Yamaguchi Y, Saif-Ur-Rahman KM, Nomura M, Ohta H, Hirakawa Y, Yamanaka T, Hirahara S, Miura H.	Opioid prescription method for breathlessness due to non-cancer chronic respiratory diseases: A systematic review.	International Journal of Environmental Research and Public Health	19(8)	4907	2022
Goto Y, Miura H.	Challenges in promoting shared decision-making: Toward a breakthrough in Japan.	Z. Evid. Fortbild. Qual. Gesundh. wesen.	171	84-88	2022

Maeda W, <u>Hirakawa Y</u> , Muraya T, <u>Miura H</u> .	Text mining analysis of newspaper editorials concerning the COVID-19 pandemic from a healthcare perspective.	Journal of Rural Medicine	17(4)	279-282	2022
Goto Y, <u>Miura H</u> , Yamaguchi Y, and Onishi J.	Evaluation of an advance care planning training program for practice professionals in Japan incorporating shared decision making skills training: A prospective study of a curricular intervention	BMC palliat care	21	135	2022
Goto Y, <u>Miura H</u> .	Using the soft systems methodology to link healthcare and long-term care delivery systems: A case study of community policy coordinator activities in Japan.	International Journal of Environmental Research and Public Health	19	8462	2022
<u>Yamanaka T</u> , Kidana K, Yamaguchi Y, <u>Hirahara S</u> , <u>Hirakawa Y</u> , Mizuki M, Arai H, Akishita M, and <u>Miura H</u> .	Palliative Home Care for Older Patients with Respiratory Disease in Japan: Practices and Opinions of Physicians.	Geriatr Gerontol Int	22(11)	943-949	2022
Sugimoto T, Tokuda H, <u>Miura H</u> , Kawashima S, Ando T, Kuroda Y, Matsumoto N, Fujita K, Uchida K, Kishino Y, Sakurai T.	Cross-sectional association of metrics derived from continuous glucose monitoring with cognitive performance in older adults with type 2 diabetes mellitus.	Diabetes, Obesity & Metabolism	25(1)	222-228	2023
Goto Y, <u>Miura H</u> , Ito N.	Comparison between the chief care manager and the normal care manager on hospitalization and discharge coordination activities in Japan: An online cross-sectional study of care managers in Aichi Prefecture.	International Journal of Environmental Research and Public Health	19(19)	12122	2022

Goto Y, <u>Miura H.</u>	Validation of the novel interprofessional shared decision-making questionnaire to facilitate multidisciplinary team building in patient-centered care.	International Journal of Environmental Research and Public Health	19(22)	15349	2022
<u>Hirakawa Y,</u> <u>Muraya T,</u> <u>Yamanaka T,</u> <u>Hirahara S,</u> <u>Okochi J, Kuzuya M,</u> <u>Miura H.</u>	Total pain in advanced dementia: A quick literature review.	Journal of Rural Medicine	18(2)	154-158	2023
<u>Miura H,</u> Goto Y.	Impact of the Controlling Nutritional Status (CONUT) score as a prognostic factor for all-cause mortality in older patients without cancer receiving home medical care: Hospital ward-based observational cohort study.	BMJ open	13	e066121	2023
Komatsu A, Nakagawa T, Noguchi T, <u>Saito T.</u>	Factors associated with decision-making involvement in community-dwelling older care recipients.	Geriatrics & Gerontology International	22(10)	876-882	2022
Miyashita J, Shimizu S, Shiraishi R, Mori M, Okawa K, <u>Aita K,</u> Mitsuoka S, Nishikawa M, Kizawa Y, Morita T, Fukuhara S, Ishibashi Y, <u>Shimada C,</u> et al.	Culturally Adapted Consensus Definition and Action Guideline: Japan's Advance Care Planning.	J Pain Symptom Manage.	64(6)	602-613	2022
三浦久幸	特集ACP（人生会議）の基本～ACP(Advance Care Planning)の意義と必要性	しやりばり	438	2-18	2022
<u>三浦久幸,</u> 後藤友子	話題 エンドオブライフ・ケア	老年科	5(4)	250-253	2022
<u>三浦久幸,</u> 後藤友子	リハビリテーション医療におけるACP 1. ACP（アドバンス・ケア・プランニング）とは	CLINICAL REHABILITATION	31(6)	548-552	2022
<u>三浦久幸,</u> 後藤友子	解説 エンドオブライフ	老年科	5(6)	374-380	2022

三浦久幸、後藤友子	高齢者診療の実際 No.7 アドバンス・ケア・プランニング	日本医師会雑誌	151(8)	1402-1403	2022
三浦久幸、後藤友子	特集治せる認知症・認知症様状態を見逃さないために「認知症とアドバンス・ケア・プランニング」	臨床と研究	99(11)	75-79	2022
三浦久幸	長寿フロンティア 令和4年度長寿科学研究者支援事業「長生きを喜べる長寿社会実現研究支援」採択プロジェクト「アドバンス・ケア・プランニング推進のための共通 ICT プラットフォーム構築—どこで療養していても高齢者本人の意思が尊重される社会作り—」	Aging & Health	31(4)	42-46	2023
葛谷雅文、赤津裕康、森直治、三浦久幸、亀井克典	高齢者医療のEOL-C(エンドオブライフ・ケア)を考える(座談会)	現代医学	68	1-7	2021
葛谷雅文	超高齢社会におけるACP	日本医事新報	5097	37-38	2022
大河内二郎、東憲太郎	介護老人保健施設における余命が限られた方々へのサービス提供	医療と社会	33	435-445	2023 In press
島田千穂、平山亮	家族による評価に基づく重度要介護者の全身状態の変化の類型化	老年社会科学	44(3)	269-275	2022
島田千穂	アドバンスケアプランニングはなぜ必要か	老年社会科学	44(3)	296-302	2022
山口乃生子、會田みゆき、山岸直子、畔上光代、河村ちひろ、星野純子、浅川泰宏、佐瀬恵理子、 <u>島田千穂</u>	人生の最終段階に向けた医療・ケアの話し合い経験の関連要因—埼玉県A氏における横断的調査の結果から—	日本エンドオブライフケア学会誌	7(1)	印刷中	2022

令和5年3月31日

厚生労働大臣 殿

国立研究開発法人
機関名 国立長寿医療研究センター

所属研究機関長 職 名 理事長

氏 名 荒井 秀典

次の職員の令和4年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

- 研究事業名 認知症政策研究事業
- 研究課題名 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－
- 研究者名 (所属部署・職名) 在宅医療・地域医療連携推進部 ・ 部長
(氏名・フリガナ) 三浦 久幸 ・ ミウラ ヒサユキ

4. 倫理審査の状況

	該当性の有無		左記で該当がある場合のみ記入 (※1)		
	有	無	審査済み	審査した機関	未審査 (※2)
人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針 (※3)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
その他、該当する倫理指針があれば記入すること (指針の名称:)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

(※1) 当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他 (特記事項)

(※2) 未審査に場合は、その理由を記載すること。

(※3) 廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 <input checked="" type="checkbox"/> 未受講 <input type="checkbox"/>
-------------	---

6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由:)
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合は委託先機関:)
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由:)
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> (有の場合はその内容:)

(留意事項) ・該当する□にチェックを入れること。
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

厚生労働大臣 殿

機関名 名鉄病院

所属研究機関長 職 名 院長

氏 名 葛谷 雅文

次の職員の令和4年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

1. 研究事業名 認知症政策研究事業

2. 研究課題名 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—

3. 研究者名 (所属部署・職名) 院長

(氏名・フリガナ) 葛谷 雅文・クズヤ マサフミ

4. 倫理審査の状況

	該当性の有無		左記で該当がある場合のみ記入 (※1)		
	有	無	審査済み	審査した機関	未審査 (※2)
人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針 (※3)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
その他、該当する倫理指針があれば記入すること (指針の名称:)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

(※1) 当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他 (特記事項)

(※2) 未審査に場合は、その理由を記載すること。

(※3) 廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 <input checked="" type="checkbox"/> 未受講 <input type="checkbox"/>
-------------	---

6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由:)
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合は委託先機関:)
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由:)
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> (有の場合はその内容:)

(留意事項) ・該当する□にチェックを入れること。

・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

令和5年3月10日

厚生労働大臣 殿

機関名 国立大学法人東京大学
所属研究機関長 職名 学長
氏名 藤井 輝夫

次の職員の令和4年度 厚生労働科学研究費補助金の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

1. 研究事業名 認知症政策研究事業
2. 研究課題名 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 21GB1001
3. 研究者名 (所属部署・職名) 大学院人文社会系研究科・特任教授
(氏名・フリガナ) 会田 薫子 (アイタ カオルコ)

4. 倫理審査の状況

	該当性の有無		左記で該当がある場合のみ記入 (※1)		
	有	無	審査済み	審査した機関	未審査 (※2)
人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針 (※3)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
その他、該当する倫理指針があれば記入すること (指針の名称:)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

(※1) 当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他 (特記事項)

(※2) 未審査の場合は、その理由を記載すること。

(※3) 廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 <input checked="" type="checkbox"/> 未受講 <input type="checkbox"/>
-------------	---

6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由:)
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合は委託先機関:)
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由:)
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> (有の場合はその内容:)

(留意事項) ・該当する□にチェックを入れること。
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

厚生労働大臣 殿

機関名 社会医療法人若弘会

所属研究機関長 職 名 理事長

氏 名 川合 弘高

次の職員の令和4年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

1. 研究事業名 認知症政策研究事業

2. 研究課題名 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—

3. 研究者名 (所属部署・職名) 社会医療法人若弘会 介護老人保健施設竜間之郷 施設長

(氏名・フリガナ) 大河内 二郎 (オホウチ ジロウ)

4. 倫理審査の状況

	該当性の有無		左記で該当がある場合のみ記入 (※1)		
	有	無	審査済み	審査した機関	未審査 (※2)
人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針 (※3)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
その他、該当する倫理指針があれば記入すること (指針の名称:)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

(※1) 当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他 (特記事項)

(※2) 未審査に場合は、その理由を記載すること。

(※3) 廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 <input checked="" type="checkbox"/> 未受講 <input type="checkbox"/>
-------------	---

6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由:)
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> (無の場合は委託先機関: 日本老年医学会)
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由:)
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> (有の場合はその内容:)

(留意事項) ・該当する□にチェックを入れること。

・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

2023年3月31日

厚生労働大臣 殿

機関名 東京ふれあい医療生活協同組合

所属研究機関長 職 名 研修・研究センター長

氏 名 平原 佐斗司

次の職員の令和4年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

1. 研究事業名 認知症政策研究事業

2. 研究課題名 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－

3. 研究者名 (所属部署・職名) 東京ふれあい医療生活協同組合 研修・研究センター長

(氏名・フリガナ) 平原佐斗司 (ヒラハラ サトシ)

4. 倫理審査の状況

	該当性の有無		左記で該当がある場合のみ記入 (※1)		
	有	無	審査済み	審査した機関	未審査 (※2)
人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針 (※3)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
その他、該当する倫理指針があれば記入すること (指針の名称:)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

(※1) 当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他 (特記事項)

(※2) 未審査に場合は、その理由を記載すること。

(※3) 廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 <input checked="" type="checkbox"/> 未受講 <input type="checkbox"/>
-------------	---

6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> (無の場合はその理由:学会でCOI申請しているため)
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> (無の場合は委託先機関:日本在宅医療連合学会)
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由:)
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> (有の場合はその内容:)

(留意事項) ・該当する□にチェックを入れること。
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

令和5年3月30日

厚生労働大臣 殿

機関名 国立大学法人東京大学

所属研究機関長 職 名 学長

氏 名 藤井 輝夫

次の職員の令和4年度厚生労働科学研究費補助金の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

1. 研究事業名 認知症政策研究事業

2. 研究課題名 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－ 21GB1001

3. 研究者名 (所属部署・職名) 大学院医学系研究科 在宅医療学講座・特任准教授
(氏名・フリガナ) 山中 崇・ヤマナカ タカシ

4. 倫理審査の状況

	該当性の有無		左記で該当がある場合のみ記入 (※1)		
	有	無	審査済み	審査した機関	未審査 (※2)
人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針 (※3)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
その他、該当する倫理指針があれば記入すること (指針の名称:)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

(※1) 当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他 (特記事項)

(※2) 未審査の場合は、その理由を記載すること。

(※3) 廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 <input checked="" type="checkbox"/> 未受講 <input type="checkbox"/>
-------------	---

6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由:)
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合は委託先機関:)
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由:)
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> (有の場合はその内容:)

(留意事項) ・該当する□にチェックを入れること。
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

厚生労働大臣 殿

機関名 公益財団法人愛知県健康づくり振興事業団

所属研究機関長 職 名 理事長

氏 名 大参 澄夫

次の職員の令和4年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

1. 研究事業名 認知症政策研究事業

2. 研究課題名 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—

3. 研究者名 (所属部署・職名) 健康開発部・部長

(氏名・フリガナ) 平川仁尚・ヒラカワヨシヒサ

4. 倫理審査の状況

	該当性の有無		左記で該当がある場合のみ記入 (※1)		
	有	無	審査済み	審査した機関	未審査 (※2)
人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針 (※3)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	名古屋大学医学部	<input type="checkbox"/>
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
その他、該当する倫理指針があれば記入すること (指針の名称:)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

(※1) 当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他 (特記事項)

(※2) 未審査に場合は、その理由を記載すること。

(※3) 廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 <input checked="" type="checkbox"/> 未受講 <input type="checkbox"/>
-------------	---

6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由:)
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合は委託先機関: 日本老年医学会)
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由:)
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> (有の場合はその内容:)

(留意事項) ・該当する□にチェックを入れること。
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

厚生労働大臣 殿

機関名 国際医療福祉大学

所属研究機関長 職 名 学長

氏 名 鈴木 康裕

次の職員の令和4年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

1. 研究事業名 認知症政策研究事業

2. 研究課題名 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－

3. 研究者名 (所属部署・職名) 医療福祉経営専攻・教授

(氏名・フリガナ) 石山 麗子 ・ イシヤマ レイコ

4. 倫理審査の状況

	該当性の有無		左記で該当がある場合のみ記入 (※1)		
	有	無	審査済み	審査した機関	未審査 (※2)
人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針 (※3)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
その他、該当する倫理指針があれば記入すること (指針の名称:)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

(※1) 当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他 (特記事項)

(※2) 未審査に場合は、その理由を記載すること。

(※3) 廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 <input checked="" type="checkbox"/> 未受講 <input type="checkbox"/>
-------------	---

6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由:)
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合は委託先機関:)
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由:)
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> (有の場合はその内容:)

(留意事項) ・該当する□にチェックを入れること。
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

厚生労働大臣 殿

機関名 国立研究開発法人
国立長寿医療研究センター

所属研究機関長 職 名 理事長

氏 名 荒井 秀典

次の職員の令和4年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

1. 研究事業名 認知症政策研究事業
2. 研究課題名 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－
3. 研究者名 (所属部署・職名) 研究所 老年学・社会科学研究センター 老年社会科学研究部・部長
(氏名・フリガナ) 斎藤 民 (サイトウ タミ)

4. 倫理審査の状況

	該当性の有無		左記で該当がある場合のみ記入 (※1)		
	有	無	審査済み	審査した機関	未審査 (※2)
人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針 (※3)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	国立長寿医療研究センター	<input type="checkbox"/>
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
その他、該当する倫理指針があれば記入すること (指針の名称:)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

(※1) 当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他 (特記事項)

(※2) 未審査の場合は、その理由を記載すること。

(※3) 廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 <input checked="" type="checkbox"/> 未受講 <input type="checkbox"/>
-------------	---

6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由:)
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合は委託先機関:)
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由:)
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> (有の場合はその内容:)

(留意事項) ・該当する□にチェックを入れること。
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

令和5年3月31日

厚生労働大臣 殿

国立研究開発法人
機関名 国立長寿医療研究センター

所属研究機関長 職 名 理事長

氏 名 荒井 秀典

次の職員の令和4年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

1. 研究事業名 認知症政策研究事業

2. 研究課題名 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－

3. 研究者名 (所属部署・職名) 在宅医療・地域医療連携推進部 ・ 研究生

(氏名・フリガナ) 高梨 早苗 ・ タカナシ サナエ

4. 倫理審査の状況

	該当性の有無		左記で該当がある場合のみ記入 (※1)		
	有	無	審査済み	審査した機関	未審査 (※2)
人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針 (※3)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
その他、該当する倫理指針があれば記入すること (指針の名称:)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

(※1) 当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他 (特記事項)

(※2) 未審査に場合は、その理由を記載すること。

(※3) 廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 <input checked="" type="checkbox"/> 未受講 <input type="checkbox"/>
-------------	---

6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由:)
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合は委託先機関:)
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由:)
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> (有の場合はその内容:)

(留意事項) ・該当する□にチェックを入れること。
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

厚生労働大臣 殿

機関名 佐久大学
所属研究機関長 職名 学長
氏名 堀内 ふき

次の職員の令和4年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

1. 研究事業名 認知症政策研究事業
2. 研究課題名 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—
3. 研究者名 (所属部署・職名) 佐久大学人間福祉学部 教授
(氏名・フリガナ) 島田 千穂・シマダ チホ

4. 倫理審査の状況

	該当性の有無		左記で該当がある場合のみ記入 (※1)		
	有	無	審査済み	審査した機関	未審査 (※2)
人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針 (※3)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	佐久学園研究倫理委員会	<input type="checkbox"/>
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
その他、該当する倫理指針があれば記入すること (指針の名称:)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

(※1) 当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他 (特記事項)

(※2) 未審査の場合は、その理由を記載すること。

(※3) 廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 <input checked="" type="checkbox"/> 未受講 <input type="checkbox"/>
-------------	---

6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由:)
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合は委託先機関:)
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由:)
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> (有の場合はその内容:)

(留意事項) ・該当する□にチェックを入れること。
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。