

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 5 年度 総括・分担研究報告書

研究代表者 三浦 久幸

令和 6 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** の啓発と認知症（BPSD 含む）の治療ならびに
 急性期病院における認知症ケア 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– 18
 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– 21
 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– 24
 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– 27
 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– 33
 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 36
 石山 麗子
8. 認知症高齢者に対する意思決定支援と施設体制に関する検討：集計速報 39
 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– 43
 高梨 早苗
10. 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– 46
 島田 千穂

III. 研究成果の刊行に関する一覧表 50

厚生労働科学研究費補助金（認知症政策研究事業）

統括 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た。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 で構成した。令和 5 年度は各分担研究者が行った文献レビュー、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(FGI)結果と令和 4 年度に行った実態調査により、病院、在宅、介護保険施設それぞれの現場における疼痛評価、緩和ケア技術、意思決定支援の現状を把握し、その課題と対応すべき項目を明確とした。この情報を基に、各 WG が認知症の緩和ケア技術、意思決定支援それぞれの指針案を作成。2 つの WG メンバー交互にそれぞれが作成した指針案に対して査読を行い、最終的に「認知症の緩和ケア実践ガイドライン」と「認知症を有する人のためのエンドオブライフ・ケア：最期までの意思の形成・表出・実現を支えるための支援ガイド」を策定した。これらの指針の啓発を目的に、この 2 つの指針の内容を 1 冊の著書にまとめ、「認知症支援ガイド 最期まで本人の意思を酌み取ったケアを実現するために」（日経 BP）を出版した。本年度はさらに令和 3 年度に行った FGI の情報を基に、COVID-19 流行が認知症診療に及ぼした影響について検討し、論文

研究分担者

葛谷 雅文 名鉄病院 病院長
会田 薫子 東京大学 特任教授
大河内 二郎 社会医療法人若弘会 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 特任教授
平川 仁尚 公益財団法人愛知県健康づくり振興事業団 健康開発部長
石山 麗子 国際医療福祉大学 教授
斎藤 民 国立長寿医療研究センター 部長
高梨 早苗 国立長寿医療研究センター 研究生
島田 千穂 佐久大学 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した。

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示の在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）に関する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(FGI)を行った。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）調査を行った。

令和5年度は前年までの結果を基に各療養場所別の対応を踏まえた手引き書を作成した。さらに令和3年度に行ったFGIの情報を基に認知症診療へのCOVID-19流行の影響を検討した。

療養の場の違いを踏まえ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、共通項を確定した。

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とした。

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）について確定した。

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・手引き書を作成した。

<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した（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った。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した。

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った。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った。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を齋藤は実態調査により検討した。

家族介護者に関連し、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当事者の立場で参加した。

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

各WGの医療・介護専門職向け指針作成

- a.指針案作成、b. 査読後指針案確定
- c.指針案出版調整

(倫理面への配慮)

倫理委員会承認後に研究を行った。

C. 研究結果

【全体】

各WGで「認知症の緩和ケア実践ガイドライン」と「認知症を有する人のためのエンドオブライフ・ケア：最期までの意思の形成・表出・実現を支えるための支援ガイド」を策定した。これらの指針の啓発を目的に、この2つの指針の内容を1冊の著書にまとめ、「認知症支援ガイド 最期まで本人の意思を酌み取ったケアを実現するために」(日経BP)を出版した。

【R5年度の実施内容】

・令和3年に行った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

マが抽出され、それぞれについて論文化を行った。

・令和4年度に行った実態調査の結果評価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。

・令和5年度指針作成

【疼痛評価方法の標準化】

・分担研究者の平原は、認知症の苦痛評価WGを新たに構築し、前年度までに評価を行った全般的な苦痛評価法である「日本版アビー痛みスケール」に加え、呼吸困難を在宅でも評価可能なように「日本語版modRDOS-4」を開発し、論文発表した(平原ら、日本在宅医療連合学会誌2023)。これらの評価スケールを標準的疼痛評価法として「指針」内に明記した。

【療養場所別課題・対応の明確化】

・療養場所別のFGI(令和3年度)、実態調査(令和

4年度)を基に、緩和ケア実践や意思決定支援の療養場所別の課題を明確化できた。この結果を基に、WG内のそれぞれの療養場所におけるexpertが指針内に課題・対応策につき記述した。

・療養場所別のアドバンス・ケア・プランニングの文献的評価については、分担研究者の葛谷らがナラティブレビューをまとめており(葛谷ら、日老医誌2023)、この内容を指針に挿入した。

【指針内項目の確定・指針案策定】

・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(FGD)結果と令和4年度に行った実態調査により、病院、在宅、介護保険施設それぞれの現場における疼痛評価、緩和ケア技術、意思決定支援の現状を把握したことで、療養場所別の課題と共通する課題につき網羅的に把握できた。これらの課題(項目)を各指針内に重要項目として挿入した。この情報を基に、各WGが認知症の緩和ケア技術、意思決定支援それぞれの指針案を作成した。

【指針案⇒指針確定】

2つのWGメンバー交互にそれぞれが作成した指針案に対して査読を行い、最終的に「認知症の緩和ケア実践ガイドライン」と「認知症を有する人のためのエンドオブライフ・ケア：最期までの意思の形成・表出・実現を支えるための支援ガイド」を確定した(別添資料)。

【今後の普及・啓発に向けて】

これらの指針の普及・啓発を目的に、この2つの指針の内容を1冊の著書にまとめ、「認知症支援ガイド 最期まで本人の意思を酌み取ったケアを実現するために」(日経BP)を出版した。

【COVID-19流行の影響評価】

本年度はさらに令和3年度に行ったFGIの情報を基に、COVID-19流行が認知症診療に及ぼした影響について検討し、論文発表した(Kojima, et al. Psychogeriatrics 2024)。

D. 考察

令和4年度の実態調査により、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。

このため令和5年度に作成した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「認知症本人を中心とした意思決定支援」の方向性を強く示した。

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。

2023年に成立した「認知症基本法」には第三条の基本理念 第四項「認知症の人の意向を十分に尊重しつつ、良質かつ適切な保健医療サービス及び福祉サービスが切れ目なく提供されること」、第十七条「認知症の人の意思決定の支援及び権利利益の保護」が示されている。まさしく、エンドオブライフ(end of life, EOL)の意思決定においても認知症の患者の意向を十分に反映し、十分な意思決定支援を行い医療・ケアが提供されねばならない。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いなかった。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、「認知症基本法」の方針に沿った臨床実践が広がることを期待できる。

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った。「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、より具体的に明示したことで、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

「認知症の緩和ケア実践ガイドライン」と「認知症を有する人のためのエンドオブライフ・ケア：最期までの意思の形成・表出・実現を支えるための支援ガイド」を策定した。これらの指針の普及・啓発を目的に、この2つの指針の内容を1冊の著書にまとめ、「認知症支援ガイド 最期まで本人の

意思を酌み取ったケアを実現するために」(日経BP)を出版した。本年度はさらに令和3年度に行ったFGIの情報を基に、COVID-19流行が認知症診療に及ぼした影響について検討し、論文発表した。

F. 研究発表

1. 論文発表

- 1) Kojima K, Hirakawa, Y, Yamanaka T, Hirahara S, Okochi J, Kuzuya M, Miura H. Challenges faced by older people with dementia during the COVID-19 pandemic as perceived by professionals: A qualitative study with interviews. *Psychogeriatrics* 2024 in Press.
- 2) Goto Y, Miura H. Intermediate Care for Patient-Centered Care, Shared Decision Making, and Hospital Discharge Support in a Japanese Acute Care Hospital: A Cross-Sectional Study. *Hospitals* 2024, 1, 32–49. <https://doi.org/10.3390/hospitals1010004>
- 3) Goto Y, Miura H. An Exploratory Study of Issues in Training Facilitators for Online Training in Advance Care Planning: Mixed Methods Research. *Nurs. Rep.* 2024, 14, 1000–1014. <https://doi.org/10.3390/nursrep14020075>
- 4) Goto, Y, Miura, H. Evaluation of an Advanced Care Planning Training Program Incorporating Online Skills in Shared Decision Making: A Preintervention and Postintervention Comparative Study. *Healthcare* 2023, 11, 1356. <https://doi.org/10.3390/healthcare11091356>
- 5) Miura, H., Goto, Y. Comparison of the Life-Sustaining Treatment, Cardiopulmonary Resuscitation, and Palliative Care Implementation Rates between Homebound Patients with Malignant and Nonmalignant Disease Who Died in an Acute Hospital Setting: A Single-Center Retrospective Study. *Healthcare* 2024, 12(2), 136; <https://doi.org/10.3390/healthcare12020136>
- 6) Miura, H., Goto, Y. Overall survival of homebound patients without cancer receiving inpatient respite care in a hospital ward in Japan: a retrospective observational study. *BMJ Open* 2024;14: e078871. doi:10.1136/bmjopen-2023-078871
- 7) Goto, Y, Miura, H. Validation and Clinical Application of the Japanese Version of the Patient-Reported Experience Measures for Intermediate Care Services: A Cross-Sectional Study. *Healthcare* 2024, Volume 12, Issue 7, 743
- 8) 島田千穂、会田薫子、沢田淳子、石山麗子、二神真理子、平川仁尚、斎藤民、高梨早苗、小松亜弥音、三浦久幸. 特別養護老人ホームの看取りケアマネジメントにおける多職種役割分担の特徴. *厚生*の指標71(4), 19-27, 2024
- 9) 葛谷雅文, 平川仁尚, 会田薫子, 三浦久幸 認知症の人へのAdvance Care Planningの現状とその役割—ナラティブレビュー *日老医誌* 2023 ; 60 : 201–213. (研究分担者)
- 1) Komatsu A, Nakagawa T, Noguchi T, Jin X, Okahashi S, Saito T. Decision-Making Involvement and Onset of Cognitive Impairment in Community-Dwelling Older Care Recipients: A Two-Year Longitudinal Study. *Psychogeriatrics* 24(2): 195-203. 2023. <https://doi.org/10.1111/psyg.13061>
- 2) Yamazaki S, Ono M, Shimada C, Hayashida CT, Tomioka M, Osada H, Ikeuchi T : Feasibility of a Simplified Version of Guided Autobiography in Community-Dwelling Older Adults: A Pilot Study. *The International Journal of Reminiscence and Life Review*, 10(1), 1-5, 2024
- 3) 会田薫子編、「第一部「認知症を有する人のエンドオブライフ・ケア支援ガイド」, 『認知症支援ガイド』(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」研究班), *日経BP*, 2024. pp.1-87.
- 4) 会田薫子編著, 『ACPの考え方と実践—エンドオブライフ・ケアの臨床倫理』, 東京大学出版会, 2024. (全195頁)
- 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 No1 2023 in press

- 6) 平原佐斗司、鈴木みずえ、高井ゆかりら、言語妥当性が担保された日本語版modRDOS-4の開発 日本在宅医療連合学会誌 第4巻4号P9-16, 2023
- 7) 島田千穂、多賀努、松家まゆみ、木田正吾：ケアマネジャーのエンドオブライフに向けた対話と看取りへの関与との関連. 老年社会科学, 45(3), 191-199, 2023
- 8) 山口乃生子、山岸直子、會田みゆき、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：「もしも」のときの医療・ケアにおける話し合い行動意図尺度：Web 調査による信頼性と妥当性の検討. Palliat Care Res, 18(4), 213-223, 2023
2. 学会発表
- 1) 後藤友子、井藤直美、三浦久幸；入退院時における介護支援専門員による病院との調整活動と背景資格による違いの検証—地域における入退院支援活動調査結果からの考察—。日本老年看護学会第28回学術集会,2023年6月16-18日 オンライン。〔ポスター発表〕
- 2) 後藤友子、三浦久幸 腎臓病高齢者の難しい意思決定を支える多領域の多職種グループによるShared decision makingの改善策 第68回日本透析医学会学術集会 2023.6.15 神戸
- 3) 小松亜弥音、齋藤民、平川仁尚、高梨早苗、尾之内直美、水島俊彦、島田千穂、石山麗子、会田薫子、三浦久幸。療養場所別の認知症者に対する意思決定支援の実施状況 第33回日本老年学会総会 2023.6.16 横浜（優秀ポスター賞）
- 4) Komatsu K, Noguchi T, Nakagawa T, Jin X, Okahashi S, Saito T, Miura H. Narrative literature review of intervention studies on support for decision-making in people with dementia IAGG Asia/Oceania Regional Congress2023, 2023.6.13, Yokohama.
- 5) Goto Y, Miura H. Evaluation of the Usefulness of Online Training Program on Shared Decision Making that can be Continued During the COVID-19 Pandemic. IAGG Asia/Oceania Regional Congress2023, 2023.6.14, Yokohama.
- 6) 井藤直美、後藤友子、三浦久幸 テキストマイニングによるアンケート分析からみる介護支援専門員が考える入退院支援の課題 第5回日本在宅医療連合学会大会 2023.6.24 新潟
- 7) 佐藤健二、大高恵莉、尾崎健一、生川理恵、神谷武、伊藤直樹、神里千瑛、三浦久幸、加賀谷斉 回復期リハビリテーション病棟退院後の手段的ADLに対する訪問リハビリテーションの効果 第5回日本在宅医療連合学会大会 2023.6.24 新潟
- 8) 三浦久幸、後藤友子 病院死した在宅患者における非がん、がん疾患別の生命維持治療、心肺蘇生、緩和ケア実施率と緩和ケア導入の影響要因の検討：後ろ向きコホート研究 第5回日本在宅医療連合学会大会 2023.6.24 新潟
- 9) 後藤友子、三浦久幸；患者の自分らしく生ききるを支えるACP推進のリーダー人材育成の取り組みと日本における横展開の課題。第5回日本在宅医療連合学会大会, 2023.6.24-25 新潟県。
- 10) 後藤友子、三浦久幸；日本における「共有意思決定支援(Shared decision making : SDM)」と「患者中心のケア」との関連性の検証。第14回日本プライマリ・ケア連合学会学術大会, 2023, 2023.5.12-14 愛知県。
- 11) 後藤友子、上口賀永子、斎藤幸代、山田小桜里、三浦久幸 地域と病院の間を支援する退院後看護師訪問活動 (Transitional care : TC) の活動特性の抽出 -20 症例の活動報告書の質的分析研究 第77回国立病院総合医学会 2023年10月21日、広島 (研究分担者)
- 1) 会田薫子、招聘講演、「ACPの基礎 — 最期まで患者さんの尊厳を守るために」、シンポジウム 12 「ACP に関わる歯科衛生士になるには — エンドオブライフ・ケアを理解した実践へ」、日本老年歯科医学会第34回学術大会、横浜パシフィコ・ノース、2023.6.18.
- 2) 会田薫子、招聘講演、記念講演「高齢腎不全患者のためのCKMとACP」、第46回全国腎疾患管理懇話会学術大会 in 京都、京都リサーチパーク、2023.11.18.
- 3) 平原佐斗司 高齢非がん疾患患者の緩和ケア～認知症の緩和ケアを中心に～. 第65回日本老年医学会学術集会 2023.6.17
- 4) 平原佐斗司 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大会一般演題 2023.6.24
- 5) 平原佐斗司 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ールの作成.
第6回日本エンドオブライフケア学会(2023.10.2)
一般演題 口演

6) 島田千穂, 会田薫子, 二神真理子, 沢田淳子,
平川仁尚, 石山麗子, 斎藤民, 高梨早苗, 小松亜
弥音, 三浦久幸. 特別養護老人ホームの計画担当
介護支援専門員の看取りケアマネジメント役割
と対話実践との関連. 日本エンドオブライフケア
学会第6回学術集会. 2023年9月16-17日. 群馬県.

7) 島田千穂: エンドオブライフケアにおけるケ
アマネジメント. 日本エンドオブライフケア学会
第6回学術集会オンデマンド講演, 2023.9.16-17

8) Shimada C, Hirayama R, Ito M, Wakui T :
Care practices respecting the autonomy of older
people with dementia. Alzheimer's Association
International Conference23, 2023.7.16-21

9) 島田千穂、伊東美緒、平山亮、木村陽子、涌井
智子: 施設に入居する認知症高齢者の意思に近づ
く介護リーダーのケア実践. 日本認知症ケア学会
第24回大会, 2023.6.4-5

10) 島田千穂: 認知症の人は将来をいかに語るか
(特別講演1), 日本認知症ケア学会2022年度東
海ブロック大会, 2023.2.6-3.7 (web配信)

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

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 の啓発と認知症（BPSD 含む）の治療ならびに急性期
病院における認知症ケア

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) の推進を目的とした啓発の一環として昨年度の成果を総説として公表するとともに、「認知症の緩和ケア実践ガイドライン（案）」の「10.認知症（BPSD 含む）の治療」ならびに「3）療養場所による緩和ケアの違い」になかで「急性期病院」の執筆を行った。

A. 研究目的

本年「認知症基本法」が成立した。その基本法には第三条の基本理念 第四項「認知症の人の意向を十分に尊重しつつ、良質かつ適切な保健医療サービス及び福祉サービスが切れ目なく提供されること」、第十七条「認知症の人の意思決定の支援及び権利利益の保護」が示されている。まさしく、エンドオブライフ (end of life, EOL) の意思決定においても認知症の患者の意向を十分に反映し、十分な意思決定支援を行い医療・ケアが提供されねばならない。

しかし、認知症の人のエンドオブライフケア (end of life care, EOLC) 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、認知症の人もその介護者も、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。認知症患者こそが ACP を実行し、本人、家族が納得できる EOLC を受ける必要がある。

昨年認知症の人の 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。本年度はこれまでのまとめとして、このレビュー内容を論文化し、広く公表することにより認知症の ACP の必要性のみならず、阻害因子、促進因子を明らかにし、広く ACP の実施の促進につなげたい。また当該研究班の成果として「認知症の緩和ケア実

践ガイドライン(案)」を作成しており、その中で「10.認知症(BPSD含む)の治療」ならびに「3)療養場所による緩和ケアの違い」になかで「急性期病院」の執筆を担当した。

B. 方法

昨年度報告書に挙げた内容を日本語総説として、日本老年医学会誌に「認知症の人へのAdvance Care Planningの現状とその役割—ナラティブレビュー」に投稿し、掲載された(研究成果を参照)6)。

「認知症の緩和ケア実践ガイドライン(案)」の「10.認知症(BPSD含む)の治療」ならびに「3)療養場所による緩和ケアの違い」になかで「急性期病院」の執筆に際しては、「認知症疾患治療ガイドライン2017」7)ならびに様々な関連する原著論文や総説を参考に記載した。内容は1.認知機能低下に対する治療、2.BPSDに対する医療、3.その他の重要な随伴症状に対する治療(疼痛、便秘、感染症、痙攣(てんかん)、治療負担、の項を設けて執筆した。また、「3)療養場所による緩和ケアの違い」のなかで「急性期病院」に関しては筆者自身の経験を踏まえ、認知症患者の急性期疾患における急性期医療の現場における対応や限界に関して、また入院中に起こりやすいせん妄に対する対応、退院支援などについて記載した。

(倫理面への配慮)

本研究は直接人を対象とした研究ではなく、倫理上の問題を認めない。

C. 結果

結果として「認知症の緩和ケア実践ガイドライン(案)」の「10.認知症(BPSD含む)の治療」ならびに「3)療養場所による緩和ケアの違い」になかで「急性期病院」の執筆の内容を記載する。

1) 10.認知症(BPSD含む)の治療

a) はじめに

認知症に対する治療は大きく分けて認知機能障害、すなわち認知症の本体に対する治療とBPSD、ならびにその他の随伴する症状に対する治療の二つあります。さらに治療方法として非薬物療法と薬物療法に分けることができます。認知症における緩和医療・ケアは必ずしも進行した末期認知症やエンド・オブ・ライフ期(EOL期)に限ったことではないですが、必要度においてはやはり末期認知症、EOL期が多いと思われ、本治療に関

しても主に進行した認知症に重点を置いた治療について記載します。

b) 認知機能低下に対する治療

現在、抗認知症薬としてアセチルコリンエステラーゼ阻害剤(acetylcholinesterase inhibitors, AChEI)ならびにN-methyl-D-aspartate(NMDA)受容体拮抗剤(メマンチン)がアルツハイマー型認知症に、一部がレビー小体型認知症に対して認知症の進行を遅延させる目的で使用されています。上記の治療薬の使用に関しては認知症の病期による使い分けが「認知症疾患診療ガイドライン2017」では提言され、重度認知症に対しては、「AChEIのドネペジル5~10mg、あるいはメマンチン、両者の併用を考慮する」とあります7)。

認知症の初期または中期においては、これらの薬剤を使用することに対して本人はなお理解して服用を希望する意思表示が可能です。一方で進行した認知症の場合これらの薬剤の服用を継続するか否かの判断、意思決定を自らすることは難しくなります。さらに末期の認知症において新たに上記の認知症薬を開始することはごくまれと思われ、逆にこれらの薬剤の中止(撤退)時を検討する必要性が出てきます。

認知症に対する薬物療法中止の影響を検討しているメタ解析によると、エビデンスは低いものの、中等度から進行したアルツハイマー型認知症に対してこれらの薬剤の中止により、継続して服用した対照に比較し2か月間の評価ではBPSD、さらには日常生活機能の悪化が起こる可能性が報告されています8)。従って認知機能のみならずBPSDに対しても症状緩和の意味ではこれらの薬物をできるだけ継続することが薦められます。しかし長期的な影響などに関してはなお不明ですし、さらに、これらの研究では進行した認知症の中でもEOL期の対象者に対しての効果に関する研究は含まれていません。

そのメタ解析の報告後に米国からナーシングホーム入所者のメディケア医療費請求データを用いた大規模な後ろ向き調査の報告がされています。それによると進行した認知症患者に対して入所中にAChEIの服薬を中止した対象者と継続した対象との比較で攻撃的行動の出現ならびに抗精神病薬の処方率に有意な差はありませんでした9)。一方で、同じくナーシングホーム入所中の進行した認知症患者のメディケア医療費請

求データの解析で、交絡因子で調整すると AChEI の中止群と継続群で救急外来受診、入院、死亡などの有害事象には有意な差はありませんでしたが、継続群で転倒や骨折のリスクが上昇したとしています 10)。これらのリスク上昇の要因は明らかではありませんが、AChEI による徐脈や失神との関与があったかもしれません。

一方これらの薬物の中断による生活の質 (quality of life, QOL) への影響に関しては報告も少なく、継続服用の QOL への効果はあったとしても軽微な効果と報告されています 11)。

これらの抗認知症薬をいつまで服用するのか、中止のタイミングをどのように考えるかの明確な指針は今のところありません。上記の米国のナーシングホーム入所中の進行した認知症に対する AChEI の中止例の報告では、新たな入所、高齢、理解・判断が不能、攻撃的行動、食欲低下、体重減少、食形態の変化、限られた予後、90 日以内の入院経験などが中止の関連因子として挙げられています 9)。

近年、認知症治療としてアミロイドベータ (Aβ) 形成に関わる抗体薬の開発が進んでいます。実際、アルツハイマー型認知症に対してレカネマブ (Aβ のプロトフィブリルおよび不溶性凝集体に対するヒト化 IgG1 モノクローナル抗体) が近日中に日本においても厚労省での承認が下りる予定です。この薬剤により認知機能の進行が抑制されることが臨床試験で確認されています 12)。しかし、これらの臨床試験は軽度認知障害ならびに早期の認知症患者が対象であり、少なくとも現時点では進行した認知症に対する適応はありません。

非薬物療法に関しては、様々な効果的な療法が提唱されています 7,13)。これらの EOL 期の認知機能自体への効果は明らかではありませんが、QOL に対する効果を認めるならば EOL 期であっても継続すべきです。一方で個々の対象者を尊重し、その人の視点に立って理解、ケアを実施するパーソン・センタード・ケアは病期に関わらず、認知症の治療においても基本です (他項を参照)。

いずれにしろ進行し、EOL 期にある認知症患者の認知機能自体の改善を目指すことは困難であり、できるだけ薬剤による副作用を回避し、QOL の向上を考えた医療が求められます。認知症の EOL 期には摂食障害や食思不振、体重減少が出現しますが、それらの症状を AChEI 自体が誘発、増強する可能性があり、それらの症状が出現した

際は中止を考えるタイミングかもしれません。また繰り返す転倒や攻撃性の増加を認めた場合も、メリット、デメリットを考えながら AChEI の中止のタイミングを計るべきです。これらの認知症薬の中止に関しては、その時点で説明に対して本人の理解を得ることは困難かもしれませんが、家族を含む介護者に対しての認知症に対する薬剤ならびに、それ以外の薬剤の撤退理由、そのメリット、デメリットを説明し、デメリットの方が大きいことを説明し、理解と同意を得る必要があります。

c) BPSD に対する医療

周辺症状は認知症のどの段階においても出現する可能性はあり、さらに認知症の進行により周辺症状の内容も変化します。様々な BPSD が存在しますが、1. 活動亢進が関与する焦燥性興奮 (agitation)、易刺激性 (irritation)、脱抑制、異常行動など、2. 精神病様症状として幻覚・妄想、夜間異常行動、3. 感情障害に関わる不安状態や抑うつ、ならびに不眠や昼夜逆転、4. アパシー (自発性・意欲の低下) などが一般的です。EOL 期の末期認知症では活動亢進よりむしろ活動量低下、寝たきり、失禁、弄便 (ろうべん)、無言・無動などが出現しやすくなります。

これらに関する対応は基本的にはまずは非薬物療法が試されます。日本や諸外国のガイドラインによると、活動亢進に関する BPSD には介護者を中心としたパーソン・センタード・ケアや適切な会話、リラクゼーション、感覚療法 (音楽療法やアロマセラピー)、行動療法などが有効とされています 7,14,15)。またこれに関係する徘徊、暴力、不穏なども焦燥性の興奮が関与していることも多く、同様な対応がまずは必要です。幻覚・妄想などに関してはまずは本人の訴えを傾聴し、否定も肯定もせずに受容的・共感的態度で接して、安心感を与えることが重要です。介護者自体が妄想の対象となる場合がありますが、その場合は介護サービスなどを使用し、本人との時間的、物理的距離を取る対応法が有用です 7)。不安などの感情障害は不安を回避するためにまずは安心させる声掛けや態度で接することが基本で、音楽療法の有効性が報告されています。アパシーに対しては運動療法、音楽療法、アニマルセラピーなどが試みられてはいますが、その効果に関しては十分なエビデンスがあるとはいえません。うつに対してはシステマティック・レビューで非薬物療法の

効果が報告されており、回想法、認知活性化療法（リハビリテーション）、音楽療法などに効果があると報告されています 16)。

上記の非薬物療法で十分な効果が得られない場合は薬物療法を考慮します。活動亢進にともなう BPSD に関してはハロペリドールなどの抗精神病薬は推奨されず、多くのガイドラインでは非定型的抗精神病薬、特にリスペリドンの使用が推奨されています 17,18)。その他抗てんかん薬であるカルバマゼピンやバルプロ酸なども使用されるケースがありますが転倒などには十分な注意が必要である。また抑肝散や抑肝散加陳皮半夏などの漢方薬の有効性もシステマティック・レビューとして報告されていますが、なおエビデンスの蓄積は十分とは言えません 19)。これらの漢方薬には甘草が含まれており、血清 K 値のモニターなど偽性アルドステロン症の出現などには注意を要します。その他チアプリドなども効果的である場合が有りますが、副作用の出現の問題があり、長期処方では避けるべきです 7)。

幻覚・妄想などの症状に対してはリスペリドン、オランザピン、クエチアピン、アリピプラゾールなどの非定型精神病薬が使用されます。なお、これらに対するシステマティック・レビューではその効果は限定的であるとしています 20)。なお、レビー小体型認知症に対してこれらの抗精神病薬に使用は副作用が出現しやすく、極力使用を控えることが推奨されます 14)。アパシーに関しては上記の AChEI の効果が確認されていますが、抗うつ薬や抗てんかん薬の効果は確認されていません。また抑うつ症状に対しても少なくとも軽度から中等度のうつ状態に対しての抗うつ剤の使用は効果が期待できず、むしろふらつきなどの副作用が出現しやすく推奨できないされています 7, 14)。また睡眠障害に対する薬物療法としてはベンゾジアゼピン系の催眠鎮静剤は認知機能自体に及ぼす影響や転倒のリスクが明らかにされており、できるだけ避けたい薬剤です。メラトニンやメラトニン受容体作動薬に関しても認知症に伴う睡眠障害に対する効果は乏しいとされています。コクランレビューでは不十分な研究ながらトラゾドンとオレキシシン受容体拮抗薬の有効性が報告されています 21)。

これらの薬剤、特に非定型抗精神病薬は基本的には少量から投与し漸増しますが、長くとも 4 週間の使用で効果が確認できなければ継続せず、漸

減しながら中止します。また、効果を認める場合も長期投与による副作用の可能性を注意しながらメリットとデメリットを考慮し継続を決めます。しかし、絶えず中止できるタイミングを計ることが重要であり、継続よりもむしろ投与期間を定めて投与し、効果があったとしても 3 か月ほどの使用の後には漸減を試みるべきです 15, 17,18)。実際にコクランレビューによると 3 か月間の使用後、抗精神病薬を中止しても周辺症状の悪化につながらないケースが多いことが報告されています 22)。

d) その他の重要な随伴症状に対する治療

i) 疼痛

疼痛は進行した認知症患者に高頻度で随伴する症状であることが報告されています。これらの疼痛の存在は QOL を低下させ、BPSD の出現に関与しているだけでなく、うつ症状にも連動しています。一方でそれら疼痛に関して不十分な介入しか行われていないとの報告もされています。その原因の一つは、特に進行した認知症患者が主観的な疼痛の表出が困難なことが挙げられています（認知症の疼痛評価に関しては他項を参照）。

疼痛に対する治療は、まずはその原因を特定することではありますが、特定ができなかったり、さらに原因を除去することが困難であったりする場合も多いです。特に慢性的な疼痛の場合はそれにあたります。非薬物療法としてはマッサージ（指圧）、温（冷）湿布、音楽療法、個別の環境の改善などがありますが、その「効果は限定的です 23)。疼痛の軽減が図れない時は速やかに薬物療法を考慮すべきです。

薬物療法としてはまずは比較的副作用が少ないアセトアミノフェンが一般的には推奨されません。疼痛の有無にかかわらず進行した認知症にアセトアミノフェンの投与により行動症状の軽減が図られた、との報告もありますがエビデンスとしては弱く、痛みの存在を推定せずに使用することは推奨できません 18)。アセトアミノフェンの効果を見ながら、無効な場合はオピオイド、特に短時間作用型のものを最初に試みます。経口薬の使用が難しい場合は貼付剤を使用します。認知症に特化したものではありませんが高齢者の慢性疼痛管理の指針が米国老年医学会から出されており、それによるとアセトアミノフェンを 325～500mg/4 時間ごと、または 500～1,000mg/6 時間ごと（最大量 4g/日）としています 24)。あくまで

も体格の異なる米国の指針であり、日本人高齢者の場合、特に EOL 期では体重減少を認めることが多いこともあり、その半分量を想定して、最大量は 2g/日程度と考えてください。Nonsteroidal anti-inflammatory drugs (NSAIDs) や Cyclooxygenase-2 (COX-2) 選択的阻害薬は高齢者にとっては、胃腸障害、血圧、心機能、腎機能への影響が大きく、できるだけ避けるべきとされています 24)。

ii) 便秘

進行した認知症の便秘に関しては様々な要因がある可能性があります。まずは高齢者自体が腸の動きが不活発となり便秘を起こしやすく、BPSDや疼痛への対応のための非定型精神薬やオピオイドの使用をはじめ、使用している薬剤の影響を受ける可能性があります。また、認知症の中のレビー小体型認知症やパーキンソン病に伴う認知症の場合は自律神経障害によって便秘を生じやすくなります。便秘により排便困難を伴う場合は排便行為自体が衰弱している認知症患者の体力を消耗させてしまいます。

器質的疾患（悪性腫瘍による腸の閉塞など）が無く機能性便秘という前提では通常の便秘解消法である食事内容の改善（食物繊維の多い食事）、飲水、運動、排便習慣をつけるなどの一般的な便秘解消法を試みます。しかし、進行した認知症患者に実行することは難しいかもしれません。便秘を誘発している可能性のある薬剤をできるだけ避け、腹部のマッサージ、腹部を温めるなどをまずは試みます。効果が無い場合は、まずは浸透圧性下剤の使用を試み（酸化マグネシウムの使用は高マグネシウム血症に注意）、効果不十分な場合は大腸刺激性下剤を追加します。使用する際にはまずは少量から漸増します。経口摂取が出来ない場合は、自宅では使用しづらいですが坐薬、浣腸、摘便などを組み合わせて排便を管理します。服薬が可能な場合は漢方薬の大建中湯など虚弱な対象者には効果的かもしれません。オピオイドによる便秘は消化管などの末梢のオピオイド受容体へ拮抗作用のあるナルデメジンが使用できます 25)。

iii) 感染症

認知症の EOL 期における感染症としては尿路感染ならびに肺炎、特に誤嚥性肺炎が高頻度で観察されます。ただ、自ら訴えることが困難であり、錯乱や行動異常により発見されることも多いと

思います。一般には抗生剤の投与が使用されますが、認知症の EOL 期の肺炎に関しての抗生剤の使用に関しては議論があるところです。抗生剤の多くは経静脈的に投与され、進行した認知症患者にとっては点滴をされる理由も理解できずに点滴用の針を刺されるとい痛みを伴う介入を受け、しかも多くは点滴を維持するために身体抑制を強要される場合もあります 26)。しかも、必ずしも抗生剤が奏功するとは限りませんし、また一時的に回復したとしても、誤嚥による肺炎を何度も繰り返すこととなります。そのたびごとに衰弱し、苦痛を伴う医療行為がなされることとなります。従って、抗生剤により治療を施すべきか否かは、ACP により聴取した本人の希望や介護者とも十分に話し合いって個別に対応すべきだと思います。

iv) 痙攣（てんかん）

認知症の進行に伴いけいれん（全般性または部分発作）の出現が見られることがあります。てんかん自体は認知症の進行に悪影響を及ぼし、さらには転倒や外傷、死亡リスクを上昇させることが報告されています。特にてんかん発作の再発のリスクが高い場合は薬物療法の適応となります。抗てんかん薬としてはアルツハイマー型認知症に伴うてんかんに関してはレベチラセタムやラモトリギンが推奨されています 21)。一方、フェニトイン、フェノバルビタールやバルプロ酸は認知機能自体への影響や歩行不安定などを誘発しやすく、推奨されない薬剤として挙がっています 27)。日本のガイドラインではラモトリギンとガバペンチンの使用を推奨しています 7)。

v) 治療負担

認知症に限ったことではありませんが、EOL 期においては、疾病予防・治療や症状緩和のための介入が本人の負担（精神的ならびに身体的）になったり、苦痛になる可能性があります。延命を目的とした介入は言うに及ばず、可能な限り本人の負担に配慮した介入ケアが重要です。EOL 期では服薬をすること自体が負担であり、通常予防目的の介入も可能な限り撤退することを考慮する必要があります。また、絶えず投与中の薬剤の必要性を考え、できるだけ投薬を少なくする行為が必要です。QOL に対して効果が少なく負担が多い人工的水分栄養療法、血液検査、身体抑制は可能な限り避け、QOL 低下に大きく関与する不穏、疼痛、便秘などに対する介入に重きを置くことが重

要です。

2) 「3) 療養場所による緩和ケアの違い」になかで「急性期病院」

緩和ケアが関わる認知症患者が急性期病院に入院する原因は、予期せぬ疾患や外傷（脳血管障害、虚血性心疾患、転倒による骨折など）、その他様々な急性期疾患、特に感染症や、さらにはもともと持っていた慢性期疾患（悪性腫瘍、慢性心不全など）の悪化などによるものが多いと思われまます。現在病院の機能分化が進み、急性期病院の主な役割は、その入院の原因となった症状・疾患を精査して、その疾患や外傷の治療を行うことです。残念ながら認知症のケアや看取りを行うことを想定されていない医療機関と言えます。

急性期病院では入院の原因となった症状の精査や疾患・外傷の治療を進めるにあたり、その行程や医療方針の説明を患者本人や介護者（主に家族）に行い、それぞれに対して同意（インフォームド・コンセント）を得ながら、医療を進める必要がありますが、進行した認知症患者にそれを求めることが難しいことが多くあります。介護者（多くはご家族）にとっても、ご本人の意向などの事前情報が無い時には意思決定が難しいことが珍しくありません。

進行した認知症の場合、その余命は限られており、現在の急性期疾患が治療できたとしても、治療による負担、侵襲はさらに認知機能の低下を進め、身体機能にも影響を与え、かえって余命を短くする可能性もあります。さらには残り少ない家族と共に過ごす時間に制限を与える可能性もあります。また事前に ACP などを経て本人の医療に対する希望や優先順位の情報が無かったとしても、日頃の本人の言動や態度から本人の望むであろう医療をご家族と共同で推測をして、方針を決めていくことも必要な場合があるかもしれません。この行為自体も ACP であり、医師とご家族だけではなく、状況が許せば認知症患者自体、さらには担当看護師などの複数のスタッフが関与することが重要です。この院内で行う ACP は介護者（家族）にとっても後日に、その方針決定に後悔や思い煩うことを少しでも減らすためにも重要であると思えます 28)。

入院中のせん妄の出現は高齢者全般に起こりやすいことですが、特に進行した認知症患者には高頻度で出現します。入院中のせん妄対策に関

してはまず進行した認知症患者に関しては高い確率でせん妄を起こすことを予測して、できるだけそのリスクを排除し、予防に努める必要があります。薬物によるせん妄のリスクを減らすために、そのリスクのある薬剤の使用にも配慮が必要です。

認知症患者に限ったことではありませんが、急性疾患の治療のみが急性期病院の役割ではなく、退院先の選定やその退院先の医療またはケアにしっかりと情報共有をはじめとする医療・ケア情報の橋渡し作業が必要となります。急性期病院のみで医療・ケアは終結するわけではなく、引き続き次の医療現場でも継続医療・ケアが必要な場合が多くあり、またこれらの連携も医師のみではなく、看護師、理学療法士をはじめとする多職種間の連携も重要です。また退院先も、亜急性期病院、慢性期病院、自宅（訪問診療、訪問看護）、介護施設など多岐にわたります。

現在ではほとんどの急性期病院で退院支援部門が存在し、主にそこが連携業務を行うこととなります。医療行為の連携のみならず、病院内で話し合われた意思決定の内容やそのプロセスなども重要な情報であり、次の現場に引き継ぐ必要があります。

D・E. 考察と結論

認知症の EOLC の充実には認知症という、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 EOLC 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。当該研究班の成果としての総説「認知症の人への Advance Care Planning の現状とその役割—ナラティブレビュー」6)は EOL を見据えた認知症患者を対象とした ACP の現状や問題点などが明らかにしたとともに、認知症患者に対する ACP の重要性や、その克服すべき問題点も明らかにすることができた。当該研究班の成果を総説として公表することにより、この認知症患者を対象とした ACP の理解が深まり、医療・介護の現場における ACP の取り組みが加速されることを期待する。

「認知症の緩和ケア実践ガイドライン(案)」で当該分担研究者が担当した「10.認知症(BPSD含む)の治療」ならびに「3)療養場所による緩和ケアの違い」になかで「急性期病院」では認知症の「治療」(特に薬物治療)や認知症患者が何らか

の急性疾患の罹患のために急性期病院に入院したさいの対応や問題点を記載した。

認知症自体の薬物療法は EOL でのそれら継続してきた薬物療法の撤退が問題となる。また、周辺症状や疼痛なども基本的には非薬物療法が選択されるべきではあるが、その症状緩和に対しては有害反応とのバランスを考えできるだけ苦痛を摂ることを優先し治療すべきと思われる。

急性期病院では受診、入院した原因疾患の治療が積極的になされる医療機関であることをまずは認識すべきである。従って、ACP などを通じて、急性期疾患に罹患した場合にどのような医療を行うのかなども話し合われる必要がある。患者や家族が望まないような医療が施されることが避けるため、また急性期病院を受診・入院したが、結局積極的な治療を望まないことが後にわかり、何もせずに退院するなど認知症患者自身の負担を軽減する上でも、救急医療現場の負担を軽減する上でも避けたいものである。

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) 葛谷雅文, 他. 認知症の人への Advance Care Planning の現状とその役割—ナラティブレビュー—. *日老医誌* 2023 ; 60 : 201-213.
- 7) 日本神経学会 認知症疾患診療ガイドライン、https://www.neurology.jp.org/guidelinem/nintisyo_2017.html
- 8) Parsons C, Lim WY, Loy C, et al. Withdrawal or continuation of cholinesterase inhibitors or memantine or both, in people with dementia. *Cochrane Database Syst Rev.* 2021;2(2):CD009081.
- 9) Niznik JD, et al. Impact of deprescribing AChEIs on aggressive behaviors and antipsychotic prescribing. *Alzheimers Dement.* 2020;16(4):630-640
- 10) Niznik JD, et al. Risk for Health Events After Deprescribing Acetylcholinesterase Inhibitors in Nursing Home Residents With Severe Dementia. *J Am Geriatr Soc.* 2020;68(4):699-707.
- 11) Parsons C, et al. Withdrawal or continuation of cholinesterase inhibitors or memantine or both, in people with dementia. *Cochrane Database Syst Rev.* 2021;2(2):CD009081.
- 12) van Dyck CH, et al. Lecanemab in Early Alzheimer's Disease. *N Engl J Med.* 2023;388(1):9-21.
- 13) Wang C, et al. The management of dementia worldwide: A review on policy practices, clinical guidelines, end-of-life care, and challenge along with aging population. *Biosci Trends.* 2022;16(2):119-129
- 14) National Collaborating Centre for Mental Health (UK). Dementia: A NICE-SCIE Guideline on Supporting People With Dementia and Their Carers in Health and Social Care. Leicester (UK): British Psychological Society (UK); 2007.
- 15) Dementia: Assessment, management and support for people living with dementia and their carers. London: National Institute for Health and Care Excellence

- (NICE); 2018 Jun.
- 16) Burley CV, et al. Nonpharmacological approaches reduce symptoms of depression in dementia: A systematic review and meta-analysis. *Ageing Res Rev.* 2022;79:101669.
 - 17) Bjerre LM, et al. Deprescribing antipsychotics for behavioural and psychological symptoms of dementia and insomnia: Evidence-based clinical practice guideline. *Can Fam Physician.* 2018;64(1):17-27.
 - 18) Frederiksen KS, et al. A European Academy of Neurology guideline on medical management issues in dementia. *Eur J Neurol.* 2020;27(10):1805-1820.
 - 19) Lee J, et al. Traditional East Asian Herbal Medicine Treatment for Alzheimer's Disease: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Pharmaceuticals (Basel).* 2022;15(2):174.
 - 20) Mühlbauer V, et al. Antipsychotics for agitation and psychosis in people with Alzheimer's disease and vascular dementia. *Cochrane Database Syst Rev.* 2021;12(12):CD013304.
 - 21) McCleery J, et al. Pharmacotherapies for sleep disturbances in dementia. *Cochrane Database Syst Rev.* 2020;11(11):CD009178.
 - 22) Van Leeuwen E, et al. Withdrawal versus continuation of long-term antipsychotic drug use for behavioural and psychological symptoms in older people with dementia. *Cochrane Database Syst Rev.* 2018;3(3):CD007726.
 - 23) Saragih ID, et al. Efficacy of non-pharmacological interventions to reduce pain in people with dementia: A systematic review and meta-analysis. *J Clin Nurs.* 2023;32(15-16):5286-5299.
 - 24) American Geriatrics Society Panel on the Pharmacological Management of Persistent Pain in Older Persons. Pharmacological management of persistent pain in older persons. *Pain Med.* 2009;10(6):1062-83.
 - 25) Candy B, et al. Mu-opioid antagonists for opioid-induced bowel dysfunction in people with cancer and people receiving palliative care. *Cochrane Database Syst Rev.* 2022;9(9):CD006332.
 - 26) Heerema E. When to Use Antibiotics in Late-Stage Dementia. <https://www.verywellhealth.com/antibiotic-use-in-advanced-dementia-98209>
 - 27) Purushotham M, et al. The Association Between Alzheimer's Disease and Epilepsy: A Narrative Review. *Cureus.* 2022;14(10):e30195.
 - 28) 日本老年医学会「ACP 推進に関する提言」. https://www.jpn-geriat-soc.or.jp/press_seminar/pdf/ACP_proposal.pdf
- F. 健康危険情報
特になし
- G. 研究発表
1) 論文発表
葛谷雅文, 他. 認知症の人への Advance Care Planning の現状とその役割—ナラティブレビュー—. *日老医誌* 2023 ; 60 : 201-213.
- 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 特任教授

研究要旨

研究のまとめの年度に当たり、研究成果物として『認知症支援ガイド』（日経BP）の第一部「認知症を有する人のためのエンドオブライフ・ケア支援ガイド」を取りまとめた。また、エンドオブライフまで本人の意思を尊重した意思決定支援を志向する医療・ケア専門職を対象としたテキスト『ACPの考え方と実践 — エンドオブライフ・ケアの臨床倫理』（東京大学出版会）を刊行した。さらに、研究成果の発信のため、オンライン・シンポジウム「認知症を有する人のための緩和ケアと意思決定支援 — エンドオブライフ・ケアのあり方」を企画し、日本老年医学会と共同主催にて実施した。同シンポには全国から1,081名が参加した。

A. 研究目的

認知症を有していても最期までその人らしく生きることができる社会の創成を目指した本研究の締めくくりの年に当たり、研究成果をまとめ、発信する。

B. 研究方法

認知症を有する人の医療・ケアに携わる医療・ケア専門職のために、「ガイド」と「テキスト」を作成し、また、研究成果を社会に広く発信するためにシンポジウムを開催する。

（倫理面への配慮）

研究成果の発信において、一般的に用いられている「認知症の人」ではなく「認知症を有する人（people with cognitive impairment）」という表現を用い、認知症は本人そのものではなく、本人の属性の一部という認識が広がることを目指した。

C. 研究結果

研究成果物の1つとして、まず、『認知症支援ガイド』（日経BP）の第一部「認知症を有する人のエンドオブライフ・ケア支援ガイド」を取りまとめた。本ガイドの特徴の1つは、第二部「認知症の緩和ケア実践ガイド」の要点に言及しつつ、緩和ケアは患者の基本の権利であるとともに、苦痛が緩和されると意向を表出しやすくなることから、意思決定支援のためにも緩和ケアが必須であ

ることに言及した点。また、一般的な意思決定能力（理解、認識、論理的思考、選択の表明）に限らず、本人の「意向」を尊重すべきと明記し、言語表現が困難になったエンドオブライフにおいても、「意向」は身振り手振り、好悪の表現、眉をひそめるなどの表情、血圧や脈拍等のバイタルサインの変化から読み取ることができるとした。さらに、在宅・高齢者施設・急性期病院という療養場所によって留意すべき事柄に相違があることについて記述した。これらの諸点は先行書等ではなく本ガイドにて初めて解説した。

また、研究成果物として、『ACPの考え方と実践 — エンドオブライフ・ケアの臨床倫理』（東京大学出版会）を、高齢者および超高齢者の医療・ケアに携わる専門職を対象に刊行した。ACP（アドバンス・ケア・プランニング）は北米発祥であり、これまで日本では、北米の方法論の翻訳版を臨床実践にて使用する医療・ケア専門職が多かったが、本書では日本の法制度および社会的文化的特徴を踏まえた取り組みの重要性を説き、形式的な事前指示書の記載にとどまるのではなく、あくまで継続的な対話を重視し、その対話のなかで本人と家族の支援を徹底的に志すべきことを、【理論編】と【実践編】（全14事例）にて解説した。

【実践編】では総勢18名の医療・ケア専門職の方々に分担執筆いただき、本書は理論と現場の往還の成果ともなった。

そして23年度末に、研究成果の発信として、オンライン・シンポジウム「認知症を有する人のための緩和ケアと意思決定支援 — エンドオブライフ・ケアのあり方」を企画し、日本老年医学会と共同主催した。本シンポジウムは、2024年1月に施行された「認知症基本法」のもと、時宜を得た開催となった。研究班員の多くがシンポジストとして登壇し、実証研究の成果を踏まえて講演した。事前参加登録者は1,364名、当日の参加者は1,081名。参加者は医師が14%、看護師が52%、教員・研究職が10%、その他は介護支援専門員等の多職種と市民であった。事後の参加者アンケート(n=599)では、参加者満足度が96%、「新たな知識、理論や考え方の習得に役立った」と「まあまあ役立った」と回答した参加者が合計100%と、参加者の評価が高かった。

D. 考察

従来、日本では、認知症を有する人の医療・ケアの選択は、本人の意向ではなく家族の意向で決定されることが多く、本研究班の複数の実証研究でもそれが改めて示されたが、そのあり方を改め、本人の意向の尊重を軸とすべきという考え方の普及と、そのために家族への対応のあり方に関して具体的な方法を示しつつ啓発を図る必要があることが示された。併せて、本人の意向を尊重するためには、家族介護者に対する心理社会的および物理的な支援が一層必要であることも示された。

E. 結論

認知症を有する人のための意思決定支援に関する研究において、意思決定支援のためにも緩和ケアを土台として本人の「意向」の表出を促進し、その「意向」の尊重を推進することが大切であることを示す『ガイド』を作成した。また、医療・ケア専門職のための『ACPの考え方と実践』というテキストを作成し、英語圏の方法論の翻訳版ではない日本型ACPとして、日本社会の法・制度と文化的特徴を認識しつつ、対話の継続が支援の継続となるACPのあり方と具体的な取り組み方を示すことができた。そして、それらの方法論と要点について、オンライン・シンポジウムで多数の参加者に発信することができた。一方、それらの成果を得るなかで、認知症を有する本人の「意向」の尊重を促進するためには、家族介護者に対して更

なる支援が必要であることも示され、これが今後の重要課題として認識された。

F. 研究発表

1. 書籍・論文
 - 1) 会田薫子編、「第一部「認知症を有する人のエンドオブライフ・ケア支援ガイド」,『認知症支援ガイド』(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) 研究班),日経 BP,2024. pp.1-87.
 - 2) 会田薫子編著,『ACPの考え方と実践 — エンドオブライフ・ケアの臨床倫理』,東京大学出版会,2024. (全 195 頁)
 - 3) 葛谷雅文、平川仁尚、会田薫子、三浦久幸、「認知症の人への advance care planning の現状と課題 — ナラティブ・レビュー」、日本老年医学会雑誌、2023;60(3):201-213. 査読付
 - 4) 島田千穂、会田薫子、沢田淳子、et al. 「特別養護老人ホームの看取りケアマネジメントにおける多職種役割分担の特徴」、厚生指標、2024;71(4):19-27. 2024 年 4 月号. 査読付
2. 学会発表
 - 1) 会田薫子、招聘講演、「ACP の基礎 — 最期まで患者さんの尊厳を守るために」、シンポジウム 12「ACPに関わる歯科衛生士になるには — エンドオブライフ・ケアを理解した実践へ」、日本老年歯科医学会第 34 回学術大会、横浜パシフィコ・ノース、2023.6.18.
 - 2) 会田薫子、招聘講演、記念講演「高齢腎不全患者のための CKM と ACP」、第 46 回全国腎疾患管理懇話会学術大会 in 京都、京都リサーチパーク、2023.11.18.

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－

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。また COVID19 等流行期における EOL ケアについて考察した。今後はこれまでの成果を全国老人保健施設協会等における研修等に生かしていきたい。

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。特にCOVID19流行時に利用者・家族のコミュニケーションが困難になったことも想定したEOLケアについて考察した。

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。
3. COVID19等により利用者・家族とのコミュニケーションが困難な場合の対応等について検討した。

（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 COVID19 による影響等について考察した。

D. 考察

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、最後に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”と考えることができる。

さらにCOVID19等の流行期において本人・家族のコミュニケーションが困難になった場合についても考察した。

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、COVID19流行期におけるEOLケアについて考察した。

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

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、認知症の人の苦痛評価のプロトコル開発を行った。最初にレビュー論文や専門家の意見により、プロトコル（Ver1）を作成、そのフィージビリティ調査を行った、その結果、①教育コンテンツの開発の必要性、②呼吸困難の客観的評価法（RDOS）は、身体診察項目が多く多職種で使用しにくいことが明確となった。そのため、2023年度は、①呼吸困難の客観的評価法として、言語性妥当性を担保した日本語版 modRDOS-4を開発し、②同時に本スケールを組み込んだプロトコル（Ver2）を作成すること、③それらに関する教育ツール（教育用ビデオ、教育用リーフレット）を開発し、本プロトコルと教育教材についての妥当性、フィージビリティを検証するための実施調査を行った。

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ルを開発する。

日本語版 modRDOS-4 の開発を行い、これを組み込んだプロトコル Ver2 を開発するとともに、本プロトコルの教育コンテンツ作成し、その妥当性を検証する。

B. 研究方法

* 言語的に妥当な翻訳版を作成する際に標準的に用いられる手順に則り、言語性妥当性が担保された日本語版 modRDOS-4 を開発する

* プロトコル Ver1 のフィージビリティ調査結果に基づき、これを改良したプロトコル（Ver2）を開発する

* プロトコル（Ver2）の教育コンテンツ（教育用ビデオとリーフレット）の作成と、看護、介護職を対象に、プロトコルと教育教材の妥当性、フィージビリティを検証するための実施調査を行う。

（倫理面への配慮）

* 言語妥当性を担保した modRDOS-4 開発のための実施試験、プロトコルと教育教材の妥当性、フィージビリティを検証するための実施調査では当法人の倫理委員会で審査を行った。

C. 研究結果

2023年度は3回の会議を開催し、プロトコル（Ver2）を作成、上記の知見をもとに、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

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という課題に対し、我々は2021年に Dr Wong によって開発された modRDOS-4 の日本語を作成、プロトコルに組み込むことで実施可能性を高めることができると考えた。

まず、言語性妥当性が担保された日本語版 modRDOS-4 を開発、これを組み込んだプロトコル Ver2 を完成した。

さらに、フィージビリティ調査で教育コンテンツの必要性が明らかになったため、教育用ビデオとリーフレットからなる教育コンテンツを開発した。さらに、本プロトコルと教育コンテンツは介護、看護職にとって、充分使用可能であり、教育教材は有効であることを確認した。

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とその教育コンテンツを開発した。

日本語版modRDOS-4と本プロトコールの妥当性のさらなる検証とともに、認知症の医療・介護現場への普及が課題である。

F. 研究発表

1. 論文発表

- 1) 平原佐斗司、鈴木みずえ、高井ゆかりら, 言語妥当性が担保された日本語版modRDOS-4の開発 日本在宅医療連合学会誌 第4巻4号 P9-16, 2023

2. 学会発表

- 1) 高齢非がん疾患患者の緩和ケア ～認知症の緩和ケアを中心に～第 65 回日本老年医学会学術集会 2023.6.17
- 2) 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大会一般演題 2023.6.24
- 3) 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6回日本エンドオブライフケア学会 (2023.10.2) 一般演題 口演

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

厚生労働科学研究費補助金（認知症政策研究事業）
分担報告書

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論文を検索し、エンドオブライフケアを充実するための課題と方策について考察した。

その結果、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、意思決定支援が大切であること、家族介護者の支援が不可欠であることが把握された。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、認知症者は増加し、医療とケアの必要性が増すと考えられるため、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。今後、高齢者人口の増加に伴い、認知症者のエンドオブライフケアを担う在宅医療の役割は増すと考えられる。しかし、これまで認知症者のエンドオブライフを支える在宅医療・ケアの状況に関する系統的な調査研究は限られている。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、文献検索を行い、考察した。

B. 研究方法

Pubmedを用いて、以下の検索式を用いて、2021年4月～2024年3月に発刊された文献を検索した。
(((dementia) AND ("palliative care")) AND ("home care")) AND (English[Language])

検索された文献と、令和3年度、令和4年度に実施した文献検索の結果をあわせて、在宅医療における認知症者のエンドオブライフケアを充実するための課題と方策について考察した。

(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

1. 認知症者のエンドオブライフにおける苦痛・症状について

認知症のエンドオブライフでは、様々な苦痛を経験する。対象者の9割近くが重度の認知症の人である研究¹⁾で、疼痛、興奮、不安、ケアへの抵抗は40%以上の対象者に週1回以上認めたこと、そして、そういった症状は、神経精神症状の重症度、介護者の負担、併存疾患と相関関係を認めたことが報告されている。また、エンドオブライフの時期に、嚥下困難、ゴロゴロ感、息切れ、不快感が頻繁に観察され、死亡前90日間に疼痛および息切れは30%程度認めたという調査結果がある²⁾。これらの症状は、QOLの低下と関連する³⁾ため、苦痛の軽減は認知症者において重要な課題である。

2. 認知症者における苦痛の評価について

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)⁴⁾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⁵⁾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。

認知症者は、身体的苦痛だけではなく、精神的苦痛、社会的苦痛、スピリチュアルペインなどの苦痛を生じる可能性がある。これらの苦痛は相互に影響するため、進行した認知症者では、トータルペインの概念と構成要素を理解して、総合的に支援することが求められる⁶⁾。

3. 認知症者における薬物療法・薬剤管理について

重度認知症を認める在宅高齢者では多くの薬剤が処方される傾向があり、1人あたり7.63±3.4剤処方されているという調査結果がある⁷⁾。不適切な薬剤処方(PIP)(STOPP-Frail基準)は85%の患者で認められ、全薬剤のうち26%がPIPであった。PIPを処方された患者では、処方薬剤数が多かった。そのため、薬剤処方の内容を定期的に見直す必要がある。

認知機能が低下した在宅高齢者の薬剤管理は複雑であり、家族介護者にとって薬剤管理は負担が大きい⁸⁾。そのため、医療者は、多職種協働を図り、家族介護者に対して教育、支援するように努める。

これまで疼痛や呼吸困難などの苦痛を緩和する治療・ケアは経験的に行われている。これらに関するエビデンスは限られており、症状を緩和する薬物療法の研究が望まれる。

4. 認知症者の意思表示と意思決定支援について

認知症者のエンドオブライフでは、終末期の判断、延命より安楽の選択、患者の希望についての確認、人工栄養を行うかどうかなど、緩和ケアに関するジレンマを生じる⁹⁾。そのため、在宅ケアの提供者は家族介護者とコミュニケーションを図ることが大切である。アドバンスケアプランニング(ACP)はエンドオブライフのアウトカムに影響を与える重要な要因である¹⁰⁾。ところが、がんと診断され、緩和ケア病棟でケアを受けている若い患者ではエンドオブライフについて話し合いを持つ機会が多いのに対して、認知症患者ではエンドオブライフについての話し合いは行われない場合が多い¹¹⁾。進行すると、意思表示できる内容は限られてしまうため、早期から意思決定支援を行うように努める。

5. 認知症が進行した高齢者の療養場所とそれら

の違い(在宅医療との比較)について

認知症が進行した高齢者が生活する場所は、国により異なる傾向がみられる。米国やオランダでは高齢者施設で、イスラエルでは地域社会で暮らす者が多い¹²⁾。また、認知症者が最期を迎える場所についてみると、米国では、在宅およびホスピス施設の割合が増えており、年齢とともにナーシングホームで死亡する割合が増加する¹³⁾。一方、英国では、ケアホームと病院で死亡した者が大半であり、自宅やホスピスで死亡した者は少ない¹⁴⁾。また、在宅介護を受ける高齢者のうち、認知症の患者は、他の疾患の患者よりも自宅や介護施設で亡くなる割合は低いという報告がある¹⁵⁾。

内閣府の調査によると、日本では約半数の人が自宅で最期を迎えたいと考えている¹⁶⁾。ところが、「認知症が進行し、身の回りの手助けが必要で、かなり衰弱が進んできた場合」に自宅で医療・療養を受けたいと希望する人は14.8%にとどまる¹⁷⁾。多くの日本人は、自宅で介護する家族に迷惑をかけたくないと考えている。

療養場所の違いによる認知症者のQOLやケアなどに対する影響についてみると、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¹⁸⁾が、背景となる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ははっきりしない。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を認めなかったこと、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¹⁹⁾。病状が進行すると、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であるという見解を支持したと報告されている²⁰⁾。

また、エンドオブライフで在宅緩和ケアを行うと、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ると報告されている²¹⁾。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差は無かったが、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²²⁾。

認知症患者に対する在宅エンドオブライフケアを促進する要因として、医療ケアの専門家による支援、介護者のレジリエンスと社会的ネットワークの構築、薬物療法と症状管理、適切な機器の使用と住まいが挙げられる²³⁾。在宅医療を受ける認知症者の緩和ケアにおいて、家族介護者はチームメンバーとして重要な役割を担う²⁴⁾。そのため、医療の専門家による患者、家族の支援が大切である²⁵⁾。

D. 考察

考察は研究結果の項目に記載した。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、意思決定支援が大切であること、家族介護者の支援が不可欠であることが把握された。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、認知症者はさらに増加し、医療とケアの必要性は増すと考えられるため、さらなる研究が望まれる。

引用文献

- 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) Roßmeier C, Hartmann J, Riedl L, Dorn B, Fischer J, Hartmann F, Egert-Schwender S, Kehl V, Schneider-Schelte H, Jox RJ, Dinkel A, Diehl-Schmid J. How Do Persons with Young and Late Onset Dementia Die? *J Alzheimers Dis.* 2021;81(2):843-852. doi: 10.3233/JAD-210046. PMID: 33843681; PMCID: PMC8203230.
- 3) Hartmann J, Roßmeier C, Riedl L, Dorn B, Fischer J, Slawik T, Fleischhaker M, Hartmann F, Egert-Schwender S, Kehl V, Haller B, Schneider-Schelte H, Dinkel A, Jox RJ, Diehl-Schmid J. Quality of Life in Advanced Dementia with Late Onset, Young Onset, and Very Young Onset. *J Alzheimers Dis.* 2021;80(1):283-297. doi: 10.3233/JAD-201302. PMID: 33523011; PMCID: PMC8075393.
- 4) 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.
- 5) 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.
- 6) Hirakawa Y, Muraya T, Yamanaka T, Hirahara S, Okochi J, Kuzuya M, Miura H. Total pain in advanced dementia: a quick literature review. *J Rural Med.* 2023;18(2):154-158.
- 7) Jaramillo-Hidalgo J, Lozano-Montoya I, Tornero-Torres O, Tejada-González P, Fuentes-Irigoyen R, Gómez-Pavón FJ. Prevalence of potentially inappropriate prescription in community-dwelling patients with advanced dementia and palliative care needs. *Rev Esp Geriatr Gerontol.* 2021 Jul-Aug;56(4):203-207. doi: 10.1016/j.regg.2021.03.001. Epub 2021 May 15. PMID: 34001344.
- 8) Vaismoradi M, Behboudi-Gandevani S, Lorenzl S, Weck C, Paal P. Needs Assessment of Safe Medicines Management for Older People With Cognitive Disorders in Home Care: An Integrative Systematic Review. *Front Neurol.* 2021;12:694572.
- 9) Hochwald IH, Yakov G, Radomyslsky Z, Danon Y, Nissanholtz-Gannot R. Ethical challenges in end-stage dementia: Perspectives of professionals and family

- care-givers. *Nurs Ethics*. 2021;28(7-8):1228-1243.
- 10) Chen PJ, Smits L, Miranda R, Liao JY, Petersen I, Van den Block L, Sampson EL. Impact of home healthcare on end-of-life outcomes for people with dementia: a systematic review. *BMC Geriatr*. 2022 Jan 27;22(1):80. doi: 10.1186/s12877-022-02768-3. PMID: 35081914; PMCID: PMC8793202.
 - 11) Melin-Johansson C, Sveen J, Lövgren M, Udo C. A third of dying patients do not have end-of-life discussions with a physician: A nationwide registry study. *Palliat Support Care*. 2022;20(3):357-362.
 - 12) Sternberg SA, Shinan-Altman S, Volicer L, Casarett DJ, van der Steen JT. Palliative Care in Advanced Dementia: Comparison of Strategies in Three Countries. *Geriatrics*. 2021; 6(2):44.
 - 13) Cross SH, Kaufman BG, Taylor DH Jr, Kamal AH, Warraich HJ. Trends and Factors Associated with Place of Death for Individuals with Dementia in the United States. *J Am Geriatr Soc*. 2020 Feb;68(2):250-255. doi: 10.1111/jgs.16200. Epub 2019 Oct 14. PMID: 31609481.
 - 14) Sleeman KE, Ho YK, Verne J, Gao W, Higginson IJ; GUIDE_Care project. Reversal of English trend towards hospital death in dementia: a population-based study of place of death and associated individual and regional factors, 2001-2010. *BMC Neurol*. 2014 Mar 26;14:59. doi: 10.1186/1471-2377-14-59. PMID: 24666928; PMCID: PMC3987058.
 - 15) Chiang JK, Kao YH. Factors associated with death places among elderly patients receiving home-based care. *Medicine (Baltimore)*. 2022;101(30):e29630.
 - 16) 内閣府：令和元年版高齢社会白書（全体版），2019。 Available at : < [https : //www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-2019/html/zenbun/s1_3_1_4.html](https://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-2019/html/zenbun/s1_3_1_4.html)>
 - 17) 人生の最終段階における医療の普及・啓発の在り方に関する検討会：人生の最終段階における医療に関する意識調査報告書，2018。 Available at : < [https : //www.mhlw.go.jp/toukei/list/dl/saisyuiryo_a_h29.pdf](https://www.mhlw.go.jp/toukei/list/dl/saisyuiryo_a_h29.pdf)>
 - 18) 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.
 - 19) 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.
 - 20) 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.
 - 21) 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.
 - 22) 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.

- 23) Mogan C, Lloyd-Williams M, Harrison Dening K, Dowrick C. The facilitators and challenges of dying at home with dementia: A narrative synthesis. *Palliat Med.* 2018 Jun;32(6):1042-1054. doi: 10.1177/0269216318760442. PMID: 29781791; PMCID: PMC5967035
- 24) Khemai C, Meijers JM, Mujezinovic I, Bolt SR, Pieters S, Moser A, Schols JMGA, Janssen DJA. Interprofessional collaboration in palliative dementia care through the eyes of informal caregivers. *Dementia (London).* 2022 Aug;21(6):1890-1913.
- 25) Pollock K, Wilson E, Caswell G, Latif A, Caswell A, Avery A, Anderson C, Crosby V, Faull C. Family and health-care professionals managing medicines for patients with serious and terminal illness at home: a qualitative study. In: *Family and health-care professionals managing medicines for patients with serious and terminal illness at home: a qualitative study.* NIHR Journals Library, Southampton (UK); 2021.

2. 実用新案登録

なし

3. その他

なし

E. 結論

認知症者のエンドオブライフでは、本人を尊重し、アドバンスケアプランニングを繰り返しながら、ケアすることが求められる。在宅医療では介護者の支援も不可欠である。今後、認知症者はさらに増加し、医療とケアの必要性は増すと考えられる。しかし、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

なし

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

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：

本年度の研究の目的は、COVID-19流行が認知症患者の精神状態に与えた影響を明らかにすることであった。認知症ケアに精通した専門家24名を対象にオンラインインタビューを行い、逐語録にした後に質的内容分析を行った。その結果、Personal Protective Equipment (PPE) への恐怖、孤独、隔離に対する不満、家族によるサービス拒否の4テーマが抽出された。認知症患者は、COVID-19に対する理解が乏しいために、しばしば感染予防対策により精神的に多大な苦痛を感じていた。本研究は、今後の新興感染症の感染拡大に備えた、認知症の家族や医療・介護職のための認知症ケア指針の策定に資するであろう。

A. 研究目的

様々な療養場所において、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。本年度の研究の目的は、COVID-19流行が認知症患者の精神状態に与えた影響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。本年度は、COVID-19による影響に焦点を当てて分析を行った。

対象者のリクルートは、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。インタビューは、Zoomを用いてオンラインで個別に実施した。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

①Personal Protective Equipment (PPE) への恐怖

病院や施設の認知症患者は、スタッフが着用しているPPEをみて怯えていた。

②孤独

認知症患者は、スタッフや家族とのソーシャルディスタンスにより孤独を感じていた。ひょっとしたら入院や施設入所により本人と会えなくなるのではという不安から入院や入所に慎重になっている家族もいた。オンライン面会も広く行われたが、認知症患者にとっては家族と会っている実感はなく、かえって混乱している人もいた。

③隔離に対する不満

入院中や施設入所者がCOVID-19に感染すると隔離や外出制限を余儀なくされていた。認知症患者の中には、隔離されている理由を理解できず、不満を表出し、落ち着きがない様子であった。

④家族によるサービス拒否

家族の中には、本人がCOVID-19を移されてしまうことを恐れ、本人の同意のあるなしに関わらず、訪問サービスを中断してしまうケースもあった。

D. 考察

認知症患者が感じていた辛さを抽出することができた。認知症患者は、COVID-19に対する理解が乏しいために、しばしば感染予防対策により精神的に一般人と比べて苦痛を感じていた。本研究は、今後の新興感染症の感染拡大に備えた、家族や医

療・介護職のための認知症ケア指針の策定に資するであろう。

E. 結論

COVID-19流行が認知症患者の精神状態に与えた影響を明らかにすることを目的とした、認知症ケアに精通した専門家を対象とした質的研究により、認知症患者がCOVID-19禍で受けた特有の精神的苦痛を言語化することができた。

F. 研究発表

1. 論文発表

- 1) Kojima K, Hirakawa Y, Yamanaka T, Hirahara S, Okochi J, Kuzuya M, Miura H. Challenges faced by older people with dementia during the COVID-19 pandemic as perceived by professionals: A qualitative study with interviews. Psychogeriatrics 2024 in Press.

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

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－

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、エビデンスに基づき、最期の療養の場の違いに応じた認知症の人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た。

研究班において「認知症を有する人のためのエンドオブライフ・ケア：最期まで意思の形成・表出・実現を支えるための支援ガイド」を作成したほか、シンポジウムにおいて成果を報告した。

今後は医療・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に向けたガイド普及や多職種研修等、また、認知症の人の意向を尊重した意思決定支援過程において家族との意向調整も含めた意思決定支援の考え方や技術に関する研究が必要である。

A. 研究目的

共生社会の実現を推進するための認知症基本法には「認知症の人の意思決定の支援及び権利利益の保護¹⁾」が規定されており、認知症施策大綱では「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²⁾」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、これまで明らかになっていない。

認知症の人のエンドオブライフケア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や量は異なるため、療養の場ごとの指針や手引きが必要となる。本研究の目的はエビデンスに基づき、最期の療養の場の違いに応じた認知症の人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である。

B. 研究方法

令和3年度及び令和4年度に研究班で実施した成果を踏まえ、最期の療養の場の違いに応じた認知症の人へのエンドオブライフケアの指針・手引きをとりまとめるための執筆を研究班において分担した。

（倫理面への配慮）

研究内容から倫理審査は不要と判断した。ただし、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

報は扱っていない。

C. 研究結果

研究班において「認知症を有する人のためのエンドオブライフ・ケア：最期まで意思の形成・表出・実現を支えるための支援ガイド」を作成した。

また、シンポジウム「認知症を有する人のための緩和ケアと意思決定支援－エンドオブライフ・ケアのあり方（2024年3月17日）」において研究成果を公表するとともに、参加者への質問に応じた。

主な質問や意見には、意思決定支援に関しては「何のために意思決定支援するのか」、「家族と本人の意向が異なる場合の対応として、その背景を紐解いていくこと」他があがった。緩和ケアについては「国際法に基づく基本的人権であり、認知症の人は痛みも感じないとの認識は変えていかなければならない」等があがった。

COVID-19及び他の疾病の発生時に備えるべき留意点として「コミュニケーションが後回しになること」、「極限の状況で本人にとって信じられる存在であるか」、「日頃の話し合いの重要性と医療・ケアチームとの関係性」が示された。

D. 考察

研究班の3年間の研究において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。他

方、意思決定支援については特に施設や療養病床において家族中心の意思決定支援が行われており、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。箕岡は、ACPは終末期医療の倫理の熟慮・発露から生まれた産物であり、患者の自律の権利の発露である³⁾と述べている。認知症患者、COVID-19やその他の疾病のエンドオブライフにおいても自律の権利が発動されるためには、極限状態であっても信頼される医療ケア・チームとの関係性が不可欠である。そのため、コミュニケーションに基づく日頃から繰り返し行う意思決定支援が欠かせない。今後は、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に向けたガイドの普及や施策が求められ、その手段としてガイドの周知や多職種を対象とした研修が考えられる。

また、シンポジウムの議論からは認知症の人の意向を尊重した意思決定支援過程における家族との意向調整も含めた意思決定支援の考え方や技術に関する研究を深める必要性が考慮された。

E. 結論

・「認知症を有する人のためのエンドオブライフ・ケア：最期まで意思の形成・表出・実現を支えるための支援ガイド」を研究班において作成した。

・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に向けた、ガイド普及や多職種研修等の対応が必要である。

・認知症の人の意向を尊重した意思決定支援過程において、家族との意向調整も含めた意思決定支援の考え方や技術に関する研究が必要である。

F. 研究発表

1. 論文発表

- 1) 島田千穂, 会田薫子, 沢田敦子 et al. 特別養護老人ホームの看取りケアマネジメントにおける多職種役割分担の特徴. 厚生学 2024 : 71(4):19-27

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

該当なし

2. 実用新案登録

該当なし

3. その他

なし

文献

- 1) 共生社会の実現を推進するための認知症基本法第17条
- 2) 認知症施策推進大綱. 認知症施策推進関係閣僚会議. 2019
- 3) 箕岡真子. ACPの本質とは何かを再考する. 臨床倫理2024;12:74

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

認知症高齢者に対する意思決定支援と施設体制に関する検討：集計速報

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：

認知症高齢者に対する意思決定支援の推進に資する要素の検討に向けた端緒をつかむことを目的として、昨年度実施した量的調査のデータを用いて、実施割合の低い認知症高齢者への意思決定支援の実施状況について施設体制による違いを検討した。探索的な検討の結果、医療機関と介護施設で共通して、実施割合の低い意思決定支援項目の推進には研修が有効である可能性が示唆された。また、得られた成果の報告を中心的に実施した。

A. 研究目的

昨年度は、医療機関・介護施設・在宅介護現場における認知症高齢者への緩和ケアと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。本年度は、意思決定支援に関する分析及び成果報告を中心に行った。本報告書では、主に、意思決定支援の推進に寄与する手掛かりを探索する一助として、認知症高齢者への意思決定支援の実施状況のうち、実施割合の低い項目に着目し、施設体制との関連について検討した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。

3. 調査期間

2022年11月25日～2023年1月26日

4. 調査項目

認知症高齢者とその家族への意思決定支援15項

目（表1）を使用した。各項目について、「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。

施設体制として、1か月あたりの利用者数、常勤看護職員数を聴取し、中央値で二値化した。認知症ケア技術評価体制、及びケア等の希望を記載する書式は有無で回答を得た。研修については、4種類（認知症ケア技術、ACP、意思決定支援、看取り）の研修について「1=内部で実施」「2=外部研修受講を推奨」「3=両方実施」「4=両方なし」から回答を得て、1から3を「実施あり」、4を「実施なし」として集計した。

老健ではさらに、看取りの原則実施有無と、機能分類について聴取した。機能分類は「超強化型」と「強化型」を在宅復帰指向とした。

5. 分析方法

回収した586通のうち、研究同意が得られ、かつ、意思決定支援項目に欠損のない調査票476通（療養病床97通、老健164通、訪看215通）を分析に用いた。意思決定支援項目のうち、実施率が50%未満の項目について施設体制とのクロス集計を実施した。

（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

意思決定支援項目の実施率が50%未満であった項目は、療養病床では「意思表明・実現支援」と「ライフレビュー支援」の2項目、老健では「意思表明・実現支援」「ライフレビュー支援」および「キーパーソン以外の家族の意向確認」の3項目であった。訪問看護では全ての項目で実施率が50%を上回っていた。

実施率50%未満の意思決定支援項目と施設体制とのクロス集計を実施したところ、療養では、「意思決定支援研修」実施あり群ではなし群に比べ「ライフレビュー支援」(49%vs15%)、「意思表明・実現支援」(62%vs15%)の実施割合が高かった。同様の傾向が、「ACP研修」の実施有無でも示された。

老健では、「意思決定支援研修」実施あり群ではなし群に比べ「ライフレビュー支援」(48%vs24%)「意思表明・実現支援」(54%vs34%)の実施割合が高かった。「ACP研修」「看取り研修」でも同様の結果が示された。また、在宅復帰指向の老健では「ライフレビュー支援」を実施している施設が多かった(46%vs29%)。老健の「キーパーソン以外の家族の意向確認」は、どの施設体制でも差がみられなかった。結果の一部を図1に示す。

D. 考察

特に実施率の低い意思決定支援項目について、施設体制による実施状況の違いを確認したところ、療養と老健で共通して、意思決定支援研修とACP研修の実施有無によって、ライフレビュー支援及び意思表明・実現支援の実施状況が異なっていた。このことから、意思決定支援やACPに関する研修が意思決定支援の促進につながっている可能性が示唆された。

ただし、研修についての具体的な内容までは調査できておらず、また横断調査でのクロス集計のみの結果という限界がある。今後は研修内容の深堀や、多変量解析等による関連因子の検討が必要である。

E. 結論

探索的な検討ではあるが、意思決定支援及びACPに関する研修が、ライフレビュー支援や意思表明・実現支援の促進に資する可能性が示唆され

た。

これらの調査の成果報告として、中間集計結果を老年社会科学会及び老年医学会にて報告を行った。また、2024年3月17日に実施されたオンラインシンポジウム「認知症を有する人のための緩和ケアと意思決定支援—エンドオブライフ・ケアのあり方」でも報告した。さらに分析・考察を行ったものを論文化し投稿中である。

F. 研究発表

1. 論文発表
 - 1) Komatsu A, Nakagawa T, Noguchi T, Jin X, Okahashi S, Saito T. Decision-Making Involvement and Onset of Cognitive Impairment in Community-Dwelling Older Care Recipients: A Two-Year Longitudinal Study. *Psychogeriatrics* 24(2): 195-203. 2023. <https://doi.org/10.1111/psyg.13061>
2. 学会発表
 - 1) 島田千穂, 会田薫子, 二神真理子, 沢田淳子, 平川仁尚, 石山麗子, 齋藤民, 高梨早苗, 小松亜弥音, 三浦久幸. 特別養護老人ホームの計画担当介護支援専門員の看取りケアマネジメント役割と対話実践との関連. 日本エンドオブライフケア学会第6回学術集会. 2023年9月16-17日. 群馬県.
 - 2) 小松亜弥音, 齋藤民, 平川仁尚, 高梨早苗, 尾之内直美, 水島俊彦, 島田千穂, 石山麗子, 会田薫子, 三浦久幸. 療養場所別の認知症者に対する意思決定支援の実施状況. 第65回老年学会総会(合同ポスターセッション). 2023年6月16-18日. 神奈川県.
 - 3) 小松亜弥音, 齋藤民, 平川仁尚, 高梨早苗, 尾之内直美, 水島俊彦, 島田千穂, 石山麗子, 会田薫子, 三浦久幸. 療養場所別の認知症者に対する意思決定支援の実施状況. 第65回老年社会科学会大会. 2023年6月17-18日. 神奈川県.
 - 4) Komatsu A, Noguchi T, Nakagawa T, Jin X, Okahashi S, Saito T, Miura H. Narrative literature review of intervention studies on support for decision-making in people with dementia. *International Association of Gerontology and Geriatrics (IAGG) Asia/Oceania Regional Congress 2023*. June 12-14, 2023. Yokohama, Japan.

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－

研究分担者 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

研究要旨

終末期にある認知症高齢者への意思決定支援について文献的考察を行った。終末期にある認知症高齢者への意思決定支援では、本人の意思の尊重と、本人と家族との信頼関係の構築、そして、家族支援が必要不可欠であ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、療養場所の違いに応じた認知症者のエンドオブライフ（以下、EOL）ケア充実に向けての調査研究の基礎的資料として、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への意思決定支援について文献的に考察する。

B. 研究方法

文献選定にあたって、データベースとして医学中央雑誌Web（医中誌Web）を使用した。検索対象期間は、2014年以降とし、検索式は((ターミナルケア/TH or 終末期/AL) and (認知症/TH or 認知症/AL) and 意思決定支援/AL) and ((FT=Y) DT=2014:2024 AB=Y PT=原著論文)とした。

文献選定の結果、7件が選定され、内容を確認し、6件を検討対象とした。

（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配慮した。

C. 研究結果

6件の文献は、「高齢者本人の意思確認が困難な中での意思の推定」「高齢者の希望を叶える取り組み」「アドバンスケアプランニング」「コミュニケーション」「家族支援」「家族の代理意思決定への心理的支援」などであった。

D. 考察

終末期にある認知症高齢者の意思決定では、以下の課題があげられる。「認知機能障害により意思決定が難しい場合がある」「急性期病院では認知症高齢者本人に必要な情報や意思決定場面が提供されない」「本人の意思より家族の意向を優先する」などである。

今回の文献検討から、終末期にある認知症高齢者への意思決定支援で最も重要なことは、病期や認知機能障害にかかわらず、認知症高齢者本人が意思決定の主体者であるという認識を持ち続け、本人の言葉にならない微弱なサインから本人の意思をくみ取ろうとする姿勢だと考える。

次に、終末期になってから、意思決定支援を始めるのではなく、早期よりコミュニケーションを重ね、関係性を構築し、本人のアドバンスケアプランニングを支援することが必要だと考える。

また、終末期では本人の意思の代弁者となることが多い家族は身体的・心理的な負担を抱えながら過ごしているため、家族への支援も重要であると考ええる。

E. 結論

終末期にある認知症高齢者への意思決定支援では、本人の意思の尊重と、本人と家族との信頼関係の構築、家族支援が必要不可欠である。

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

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 島田千穂（佐久大学人間福祉学部）

研究要旨

特別養護老人ホームにおけるエンドオブライフケアのマネジメントの実態を明らかにするため、全国の特別養護老人ホームから 3000 か所に所属する計画担当介護支援専門員を対象として調査を実施した。回収数は 711 通(23.7%)、うち回答の研究利用に同意しない 20 名と看取りケアプランを立てたことがない 93 名を除き 598 名を分析対象とした。看取りケアマネジメントで「自分が主に担当」する項目は、「ケアプラン変更」が 74.7%、「家族の不安や思いを聴く」のは 30.9%、「状態を予測して家族に説明する」のは 18.2%、「入居者の不安や思いを聴く」のは 16.6%、「状態を予測して入居者に説明する」のは 14.0%となった。他職と分担することが多く、他職と分担する人ほど終末期に関する入居者や家族との対話実践が少ないことが示された。看取りにおけるケアマネジメントは多職種協働で行われており、施設内での職種間の情報収集と共有方法の質に着目した看取りケア評価が必要と考える。

A. 研究目的

特別養護老人ホーム（以下、特養）では、要介護度の重度化が進行し、看取りケアへのニーズは、ますます大きくなっている。これまでの特養の看取りケア研究では、担い手としての看護職や介護職に着目されてきたが、本人の意思を中心とした多職種協働ケアが求められる中、調整機能に着目する必要がある。本研究は、特養の看取りケアの調整機能における施設ケアマネジャーの役割を明らかにすることを目的とした。

B. 研究方法

全国の特養全数7,765か所から、3,000か所を無作為抽出して対象とした。施設長経由で、計画担当介護支援専門員一人に自記式質問紙調査を依頼し、2022年12月末に郵送で回収した。属性、所属施設の特性、看取りケアマネジメントでの役割(ケアプラン変更、不安や思いを聴く、状態を説明する、医師への連絡など6項目)、入居者や家族との終末期に関する対話の程度を質問した。

（倫理面への配慮）

研究でのデータ利用の同意が得られた回答者のみを対象とするなど、所属機関の倫理審査承認後、調査を行った。

C. 研究結果

（1）回答者の所属施設の属性

回答者の所属施設の属性については、定員数60人以下が39.1%、81人以上が33.3%であった。開設年は、介護保険制度以前の開設は47.2%であった。施設内死亡者の対象者数に占める割合は、60%以上が50.3%を占めた。

（2）回答者の属性

回答者の属性については、学歴は、中・高・専門学校卒が49.5%であった。基礎資格は、介護福祉士が86.8%、ヘルパー・介護職員初任者研修が22.1%、社会福祉士が18.9%であった。回答者のケアプラン担当件数は、50人以上80人未満が40.8%、50人未満が37.5%であった。現在担当する入所者の内、看取りケアの対象となっている人数は、4人以上が32.8%であった。ケアプラン作成を専任で担当しているのは52.2%であった。

（3）看取りケアマネジメント関連業務の役割分担

看取り期のケアマネジメント関連業務について、「自分が主に担当」との回答が最も多かった項目は、「入居者の状態の変化に応じてケアプラン変更」で、74.7%であった。次いで、「家族の不安や

思いを聴く」が31.1%、「入居者の不安や思いを聴く」は16.7%、「今後の状態を予測して家族に説明する」が18.4%、「今後の状態を予測して入居者に説明する」が14.4%、最も低かったのは「医師に連絡し対応を相談する」で3.3%であった。

他の職種との分担の特徴は、「入居者の不安や思いを聴く」のは介護職との分担が71.6%と多く、「家族の不安や思いを聴く」のは生活相談員と45.0%、「今後の状態を予測して入居者に説明」は看護職と56.9%、「家族への説明」は看護職と57.2%、「医師に連絡し対応を相談する」のは91.8%が看護職と分担していた。

(4) 将来どこでどのように最期を迎えたいかの対話経験

担当する入居者の内、将来どこでどのように最期を迎えたいかについて、対話したことのある割合をみると、入居者本人との対話は、「2割以下」が最も多く48.8%、「全くない」を合わせると、62.2%となった。一方、家族との対話については、「8割以上」とした人が最も多く43.3%で、6-7割と合わせると、52.5%となった。エンドオブライフの話は、入居者本人と実施するより、家族と実施している傾向が確認された。

(5) 看取り期のケアマネジメントの役割分担と対話との関連

看取り期のケアマネジメントの役割分担と、将来の人生最期の過ごし方に関する対話の実施との関連を分析した。看取り期のケアマネジメント役割のうち、今後の状態を予測して入居者や家族に説明することを「自分が主に担当」する人ほど、入居者本人との将来の対話や家族との対話の割合が有意に高くなっていた。一方、「入居者の状態の変化に応じてケアプラン変更」を他職と分担している人ほど、他の職員から聞き取る割合が有意に高くなっていた。家族の不安や思いを聴くことを、自分が主に担当している人は、家族との将来に関する対話の割合が有意に高くなり、他職員からの聞き取る割合が有意に低くなっていた。

D. 考察

(1) 特別養護老人ホームにおける看取りケアマネジメントの状況

特養は、生活施設であり、生活者としてのケアマネジメントが求められる。施設ケアマネジメン

トにおいては、単一の専門職が1人で作成することはなく、アセスメントとケアプラン作成の両方の段階でチームアプローチが必要とされる。本研究では、看取りケアマネジメント業務のうち、ケアプランの変更、入居者や家族の不安の聴きとり、状態予測と説明、医師への連絡に焦点を当て、その職種間役割分担状況を確認した。

ケアマネジャーが、「自分が主に担当」する割合が高かった項目は、「状態に合わせてケアプランを変更」することであった。「入居者の不安や思いを聴く」ことは介護職と、「家族の不安や思いを聴く」ことは生活相談員と分担する割合が高くなっていた。状態を予測して説明することは、入居者に対しても家族に対しても看護職と分担する割合が高かった。項目によって、得意とする職種と分担しながら、ケアマネジメントを行っている状況が示された。

(2) 将来の人生最期の過ごし方に関する対話実践との関連

将来の最期の迎え方についての対話を、入居者本人とはほとんどしておらず、「2割以下」と「全くない」を合わせて62.2%となった。

「今後の状態を予測して入居者に説明する」役割を主に担う人ほど、人生最期に関する対話を入居者本人とする割合が高く、「家族への説明」や、「不安や思いを聴く」役割を主に担う人ほど、人生最期に関する対話を家族とする割合が高くなっており、入居者や家族に関心を向け、関わりを持つようとすることによって、人生最期に関する対話の機会が増加する可能性が示唆された。認知症などによって対話が困難であるようにみえても、本人の体調や関わり方に注意するなど配慮することによって、今後の生活に関する本人の意思を確認することが可能な場合があり、認知機能が低下した人との対話の方法に関する実践知の蓄積が求められる。

(3) 看取りケアマネジメントの実践的課題

介護施設における看取りに必要な多職種協働が、どのような体制で進められることが良いのか、施設ケアマネジャーの役割は何かを明確にするためのケアマネジメント業務の調査を蓄積する必要があると考える。

本研究は、特養の看取りケアにおけるケアマネジメントの状況を、役割分担と事前対話の側面か

ら把握したものであり、施設ケアマネジャーの看取りへの関与を明らかにした初めてのデータである点で貴重な知見である。しかしながら今回の調査項目では、施設ケアマネジメントの全体像を十分に把握しきれておらず、部分的な実態把握に留まっている点が本研究の限界である。今後は、看取りにおける施設ケアマネジメント業務を構造化できるデータ収集が課題である。

E. 結論

特養のケアマネジャーは、看取りケアマネジメントを「ケアプラン変更」以外は他職と分担することが多く、他職と分担する人ほど終末期に関する入居者や家族との対話実践が少ないことが示された。看取りにおけるケアマネジメントは多職種協働で行われており、施設内での職種間の情報収集と共有方法の質に着目した看取りケア評価が必要と考える。

F. 研究発表

1. 論文発表

- 1) 島田千穂、会田薫子、沢田淳子、石山麗子、二神真理子、平川仁尚、斎藤民、高梨早苗、小松亜弥音、三浦久幸：特別養護老人ホームの看取りケアマネジメントにおける多職種役割分担の特徴. 厚生学の指標, 71(4), 19-27, 2024
- 2) Yamazaki S, Ono M, Shimada C, Hayashida CT, Tomioka M, Osada H, Ikeuchi T : Feasibility of a Simplified Version of Guided Autobiography in Community-Dwelling Older Adults: A Pilot Study. The International Journal of Reminiscence and Life Review, 10(1), 1-5, 2024
- 3) 島田千穂、多賀努、松家まゆみ、木田正吾：ケアマネジャーのエンドオブライフに向けた対話と看取りへの関与との関連. 老年社会科学, 45(3), 191-199, 2023
- 4) 山口乃生子、山岸直子、會田みゆき、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：「もしも」のときの医療・ケアにおける話し合い行動意図尺度：Web 調査による信頼性と妥当性の検討. Palliat Care Res, 18(4), 213-223, 2023

2. 学会発表

- 1) 島田千穂：エンドオブライフケアにおけるケアマネジメント. 日本エンドオブライフケア学会第6回学術集会オンデマンド講演, 2023.9.16-17
- 2) Shimada C, Hirayama R, Ito M, Wakui T : Care practices respecting the autonomy of older people with dementia. Alzheimer's Association International Conference23, 2023.7.16-21
- 3) 島田千穂、伊東美緒、平山亮、木村陽子、涌井智子：施設に入居する認知症高齢者の意思に近づく介護リーダーのケア実践. 日本認知症ケア学会第24回大会, 2023.6.4-5
- 4) 島田千穂：認知症の人は将来をいかに語るか（特別講演1），日本認知症ケア学会2022年度東海ブロック大会, 2023.2.6-3.7 (web配信)

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

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
	「療養場所の違いに応じた認知放射のエンドオブライフ・ケア充実に向けての調査研究」研究班	「療養場所の違いに応じた認知放射のエンドオブライフ・ケア充実に向けての調査研究」研究班	認知症支援ガイド 最期まで本人の意思を酌み取ったケアを実現するために	日経メディカル	東京	2024	1-148
三浦久幸、高梨早苗	認知症を有する高齢者の場合	会田薫子	ACPの考え方と実践	東京大学出版会	東京	2024	100-105
会田薫子	ACPとは	会田薫子	ACPの考え方と実践	東京大学出版会	東京	2024	9-20
会田薫子	ACPの目米における異同	会田薫子	ACPの考え方と実践	東京大学出版会	東京	2024	21-33
会田薫子	エンドオブライフ・ケアの臨床倫理	会田薫子	ACPの考え方と実践	東京大学出版会	東京	2024	34-45
島田千穂	特別養護老人ホームにおけるACP	会田薫子	ACPの考え方と実践	東京大学出版会	東京	2024	154-159
平川仁尚	先行のACPテキストにみる倫理的な問題への対応のヒント	会田薫子	ACPの考え方と実践	東京大学出版会	東京	2024	185-190
大河内二郎	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	池上直己	虚弱高齢者の終末期ケア	法研	東京	2024	39
平原佐斗司	末期認知症高齢者の苦痛と緩和ケアの実際	平原佐斗司 内田直樹 遠矢純一郎	医師・看護師のための認知症プライマリケアまるごとガイド：最新知識に基づくステージアプローチ	中央法規	東京	2024	442-447

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
Kojima K, <u>Hirakawa Y</u> , <u>Yamanaka T</u> , <u>Hirahara S</u> , <u>Okochi J</u> , <u>Kuzuya M</u> , <u>Miura H</u> .	Challenges in mental health care during the COVID-19 pandemic in people with dementia: A qualitative study	Psychogeriatrics	In Press	In Press	2024

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	18	154-158	2023
Komatsu A, Nakagawa T, Noguchi T, Jin X, Okahashi S, Saito T	Decision-Making Involvement and Onset of Cognitive Impairment in Community-Dwelling Older Care Recipients: A Two-Year Longitudinal Study.	Psychogeriatrics	24(2)	195-203	2023
葛谷雅文、平川仁尚、会田薫子、三浦久幸	認知症の人へのAdvance Care Planning の現状とその役割—ナラティブレビュー	日老医誌	60	201-213	2023
島田千穂、会田薫子、沢田淳子、石山麗子、二神真理子、平川仁尚、斎藤民、高梨早苗、小松亜弥音、三浦久幸	特別養護老人ホームの看取りケアマネジメントにおける多職種役割分担の特徴	厚生 の 指標	71(4)	19-27	2024
平原佐斗司、鈴木みずえ、金盛琢也、森山寿伸、戸谷幸佳、高井ゆかり	言語妥当性が担保された日本語版modRDOS-4の開発～在宅ケアや施設で使用できる呼吸困難の客観的評価尺度	日本在宅医療連合学会誌	4	9-15	2023
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(1)	25-35	2023
平原佐斗司	非がん疾患の緩和ケア	日本エンドオブライフケア学会誌	8(1)	8-12	2024
平原佐斗司	緩和医療のアップデート 総論 在宅における緩和ケア	医学のあゆみ (医歯薬出版株式会社)	288(11)	934-939	2024
島田千穂、多賀努、松家まゆみ、木田正吾	ケアマネジャーのエンドオブライフに向けた対話と看取りへの関与との関連	老年社会科学	45(3)	191-199	2023
山口乃生子、山岸直子、會田みゆき、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	「もしも」のときの医療・ケアにおける話し合い行動意図尺度：Web調査による信頼性と妥当性の検討	Palliat Care Res	18(4)	213-223	2023

令和6年4月30日

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5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) 病院 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 名鉄病院

所属研究機関長 職 名 病院長

氏 名 葛谷 雅文

次の職員の令和5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) 病院長

(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 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5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

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。

2024年4月16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梶原診療所

所属研究機関長 職名 所長

氏名 渡辺 章

次の職員の令和5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) 研修・研究センター 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 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5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
3. 研究者名 (所属部署・職名) 医学部附属病院・特任教授
(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 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 吉 田 宏

次の職員の令和5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:)
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5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。

令和 6 年 5 月 7 日

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5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) 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) 齋藤 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6年4月30日

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5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) 病院 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。

2024年 5 月 9 日

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 坂江 千寿子

次の職員の令和5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"/>	佐久大学研究倫理委員会	<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。