

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その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。

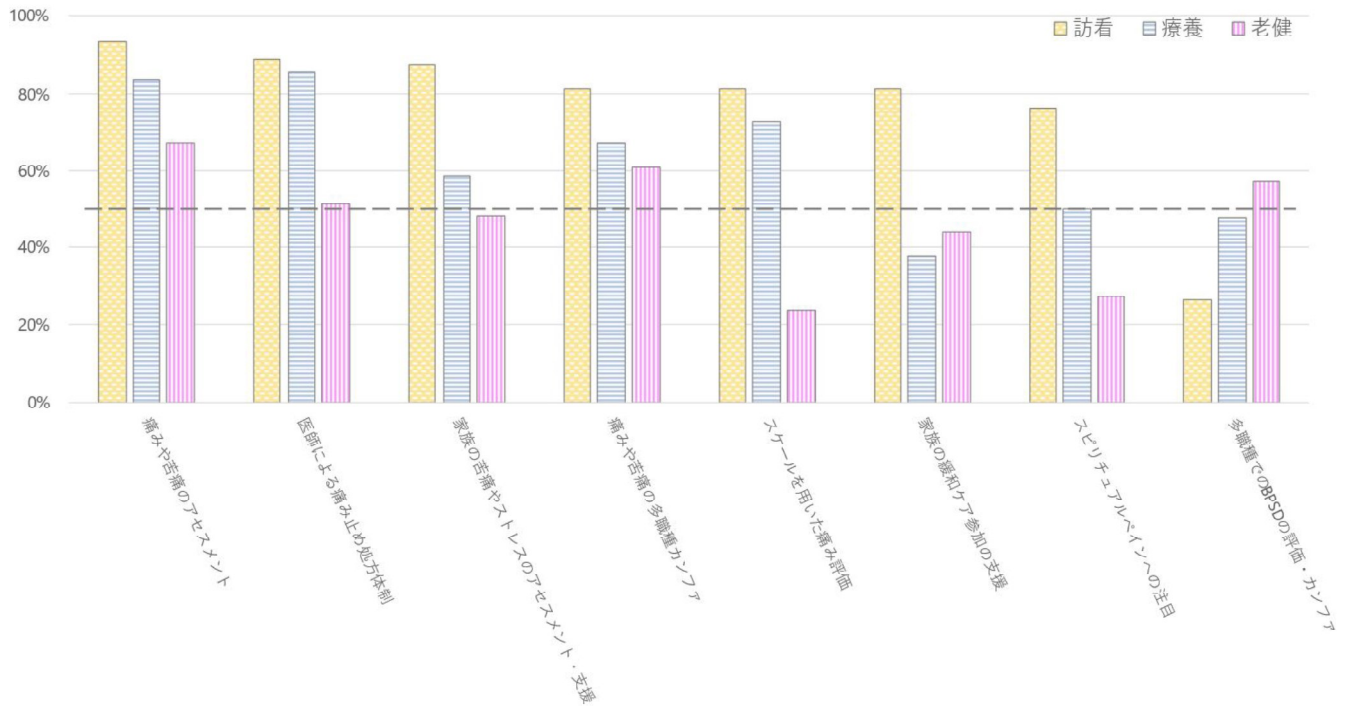
表2 意思決定支援項目の実施状況 (実施率降順)

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。

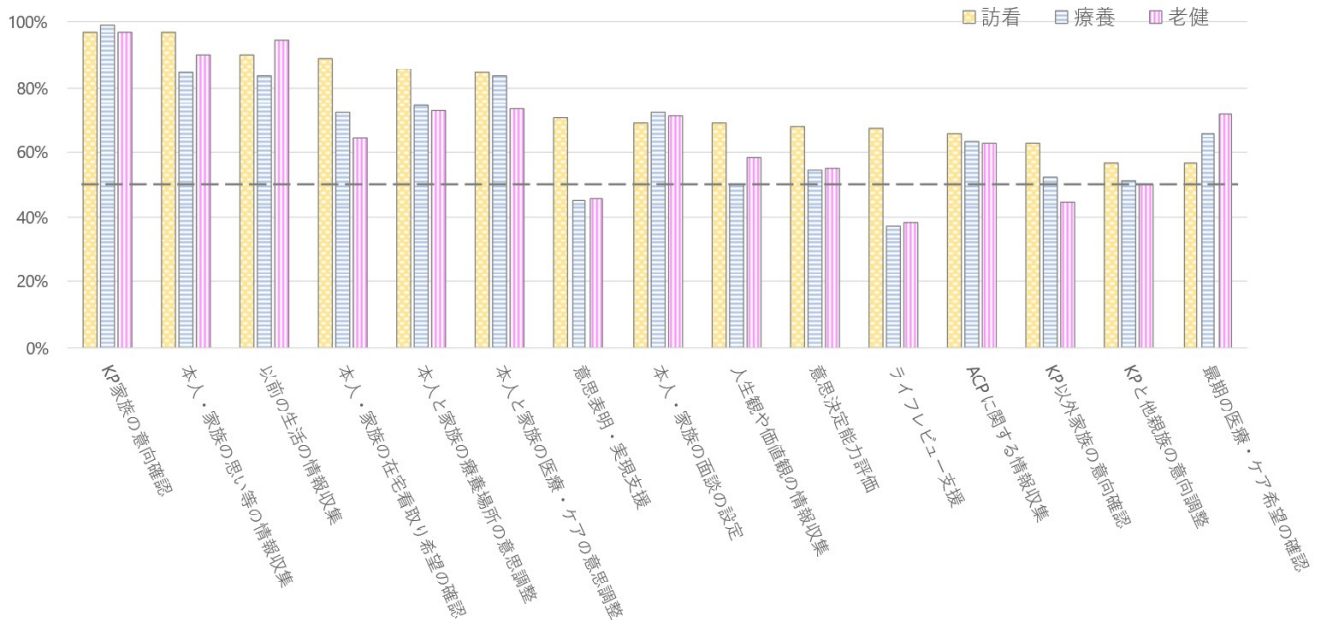
図1 緩和ケア項目の実施状況の棒グラフ



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。