

平成 17 年度厚生労働省老人保健事業推進費等補助金事業報告書

認知症の人へのサービス提供のための
インフォームドコンセント実施に関する指針と
教育システム開発に関する研究事業

報 告 書

平成 18 年 3 月

認知症介護研究・研修センター
(大府・東京・仙台センター)

目次

第1章 調査研究事業概要

- I. 研究事業の目的5
- II. 研究事業計画5

第2章 認知症の人の介護保険サービス利用時の説明と同意に関する実態調査報告

- I. 研究の背景及び調査の目的11
- II. 調査方法11
- III. 調査結果12
- IV. 考察35
- 付録1 配布アンケート用紙38

第3章 アルツハイマー病の病名告知に関する意識調査

- I. 研究の背景及び調査の目的55
- II. 調査方法55
- III. 調査結果と考察56
- 付録1 アルツハイマー病告知に関するアンケート項目71
- 付録2 各項目の平均得点74
- 付録3 配布アンケート用紙80

第4章 認知症の人の判断力判定評価尺度開発のための検討委員会報告

- I. 検討委員会概要91
- II. 認知症の人の判断力判定尺度開発のための検討委員会94
 - 第1回検討委員会議事録94
 - 第2回検討委員会議事録95
 - 第3回検討委員会議事録97
 - 第4回検討委員会議事録98
- 付録1 五十嵐委員報告101
- 付録2 MacCAT-T (介護版) 記録用紙105
- 付録3 高齢者判断力判定評価シート (案)112

第5章 研究事業総括115

第 1 章

調査研究事業概要

I. 研究事業の目的

介護保険制度に代表される介護サービスの契約利用制度は、利用者の意思によるサービスの選択と利用を尊重した制度であるが、認知機能障害に伴う判断能力の低下を有し本人の意思や選択が確認できない認知症高齢者へのサービス提供のあり方については、未だ混沌としている。現状では、多くの場合家族介護者の意思でサービスが供給されていて、認知症高齢者本人の意思や選択を尊重したサービス提供がほとんど行われていない、と言っても過言でない。認知症高齢者はますます増加することが予想されており、今後そうした利用者の意思や選択を尊重したサービスの提供が重要な課題となる。

本研究事業の目的は、アルツハイマー病（AD）をはじめ認知症の人本人へのサービス提供に際しての説明と同意（インフォームドコンセント）に関する指針を開発し、サービス提供者に対するインフォームドコンセントに関する教育実習システムの開発にある。具体的には、介護支援専門員を対象に認知症の利用者に対しどのように説明を行い同意を得ているかに関する実態調査を行い、認知症の人への居宅介護支援サービス提供時における説明と同意の方法に関する現状と課題を明らかにする。また、医師に対して、アルツハイマー病の病名告知に対する意識調査を行い、医師がどのような意識を持ち、実際にアルツハイマー型認知症患者へ告知を行っているかを明らかにする。さらに、認知症の人への介護サービス利用同意能力を判定するための評価尺度の試案を作成する。

次年度においては、評価尺度の開発を行い、介護保険サービス事業者の利用者に対するインフォームドコンセントの義務化を徹底するためのインフォームドコンセント実施指針ならびにその実践教育指針の作成を行う。

II. 研究事業計画

本研究事業は、大府、東京、仙台の3つの認知症介護研究研修センターの共同研究事業である。この研究事業は、平成17年度から3年計画で実施し、平成19年度には「介護保険サービス実施時インフォームドコンセントの指針」を作成し、認知症介護実践研修で活用する。

平成17年度は、認知症介護の実践現場でのインフォームドコンセントならびに医療現場のアルツハイマー病病名告知の実態調査を実施し、サービス提供の際の認知症の人ならびにその家族への説明と同意の実状を調査把握する。同時に認知症の人へのインフォームドコンセント実施時の理解度や同意に関する判断力を評価する尺度の試案を作成する。

1. 本事業検討委員会設置

平成17年度本事業検討委員名

- 〈委員長〉 本間 昭 東京都老人総合研究所・参事
- 〈委員〉 浅野弘毅 認知症介護研究・研修仙台センター
- 五十嵐禎人 東京都精神医学総合研究所
- 今井幸充 認知症介護研究・研修東京センター
- 小長谷陽子 認知症介護研究・研修大府センター
- 長田久雄 桜美林大学大学院
- 萩原正子 日本訪問看護振興財団
- 本間 昭 東京都老人総合研究所
- 六角僚子 茨城キリスト教大学

〈作業委員会〉

渡邊浩文（目白大学・人間社会学部）

第1章 調査研究事業概要

松井由香

鈴木貴子（桜美林大学・加齢発達研究所）

佐藤美和子（桜美林大学大学院国際学研究所）

〈統括責任者〉 今井幸充 認知症介護研究研修東京センター，日本社会事業大学大学院・福祉マネジメント研究科

2. 平成17年度調査研究

1) 認知症の人の介護保険サービス利用時の説明と同意に関する実態調査

①対象：全国の居宅介護支援事業所 7,500 箇所

②調査方法：郵送法によるアンケート調査

③調査内容：認知症の利用者に対する居宅介護支援サービスの，契約時，アセスメント実施時，ケアプランの原案の提示時それぞれにおける説明対象，説明内容，説明内容についての理解の確認方法，署名捺印の方法などに関する調査項目

2) アルツハイマー病告知に対する態度形成要因に関する調査事業

①対象：精神科医ならびに診療所医師 5,000 名

②調査内容：アルツハイマー病告知に対する医師の意識に関する調査項目を郵送法によるアンケート調査する。アルツハイマー病告知の判断は誰が行うべきと考えているか，アルツハイマー病告知についての基本的にどのように考えているか，病名告知の条件 病名告知のメリット・デメリットについてどのように考えているか等に関する質問項目

3) 介護サービス利用に関する判断能力判定方法に関する研究

平成17年度は，事理弁別能力を判定する評価スケールの原案を考案する。

3. 次年度事業計画

1) インフォームドコンセント指針の効果検証事業

介護保険サービス事業者のために，認知症の被保険者へのサービスを提供に際してのインフォームドコンセント指針を開発し，それをを用いた介入研究を行う

2) 認知症ケアに際してのインフォームドコンセント実施推進事業

介入研究の結果からインフォームドコンセントの推進のための事業を展開し，その効果を検証する

4. 事業実施予定期間

平成17年4月1日から平成18年3月31日

5. 本研究事業の意義

本研究は，アルツハイマー病の病名告知を受けるということが，認知症の人ならびにその家族の介護保険サービス利用においてどのような意義を持つのか検証する一方，医療現場での病名告知の実態を明確にする。また介護サービス事業者の病名告知を受けた認知症高齢者へのインフォームドコンセントの徹底とその方法に関する指針を提供するものである。また，告知を受けている利用者の判断力や理解力を評価する尺度を開発し，介護サービスを提供するケアマネジャーをはじめ各種サービス業者が介護保険サービス実施時の高齢者の判断力の障害を明らかにし，どのような情報提供や意思決定のための支援を行うかを明確にする指針・ガイドラインの提供が可能なことである。本研究事業は，そうしたガイドライン作成に際しての基礎資料となるわが国のアルツハイマー病の病名告知とインフォームドコンセントの実態を明らかにして認知症介護現場での人権擁護に関する明確な指針を作成ことが期待できる。

次年度研究においては、その指針を用いて、告知を行う群と行わない群のその後の経過を追いながら比較を行い、告知を行うことのメリット・デメリットの検討を行い、その指針を用いることの意義について検証するという介入的な研究をおこなう。さらには、認知症の人への福祉サービス提供に際してインフォームドコンセント指針を用いたサービス提供を全国規模で展開していく。

〈倫理面での配慮〉

本研究事業の調査においては、各センターの倫理委員会の審査を受けて実施する。調査対象者は、調査実施計画に基づいて、介護事業所のケアマネジャーと有床無床の医師であるが、一定の様式に基づく調査同意を得て調査を行うこととする。

第2章

認知症の人の介護保険サービス 利用時の説明と同意に関する 実態調査報告

I. 研究の背景及び調査の目的

本研究は、認知症の利用者への居宅介護支援サービスの実施に伴う説明と同意の現状と課題を明らかにすることを目的としている。

介護保険制度は、「利用者の自己決定、自己選択によるサービス利用」をその理念としてスタートした。特に居宅サービス利用の入り口に位置する居宅介護支援サービスは、利用者の意思を十分に汲み取りながらケアプランを作成し実施していくという点において、その理念の具現化にとって重要な役割を担っているといえるであろう。その実施の際には、当然利用者の自己決定・自己選択に資する十分な情報の提供とサービス実施に関する説明が行われ、かつ利用者の十分な理解と同意が得られていなければならないことはいふまでもない。

しかしながら、介護保険制度の利用者の多数を占める認知症の人は、介護保険のシステムや、契約書等にかかれた内容を十分に理解できる者ばかりではない。にもかかわらず、そうした認知機能の低下した利用者へどのように説明を行うべきかについては実践者に明確にされていないのが現状である。

そのため、認知症の人へのサービス提供が、利用者本人に対して十分な説明もないまま、ともすれば家族らと支援者の2者間で手続きが進められ、本人不在の状況でサービスの利用やその内容が決められていくような状況もあるのではないだろうか。

例えば、理解力や意思疎通の問題等から、どうしても説明を行えないような状態にあるというのであれば、客観的な指標に基づきその判断がなされねばならないだろう。根拠のないまま意思能力なしとされ不当に自己決定の機会が、たとえ家族によってでさえ奪われているならば、介護保険制度の根幹そのものを揺るがしかねない大きな問題である。

以上のような問題意識から本研究では、居宅介護支援サービスに焦点をあて、居宅介護支援サービス提供のプロセスの中で、必要な説明や利用者の同意の確認などがどのように実施されているかについて実態調査を行い明らかにしていく。また、介護支援専門員がどのような理由から説明する利用者としてでないものを判断しているかについて明らかにしていく。

II. 調査方法

1. 調査票の作成

介護支援専門員は、介護保険法において規定された資格であり、職種である。したがってその業務は介護保険法及びその関連通知によって規定される。すなわち、現状において介護支援専門員がその職務として求められる説明と利用者の同意のとり方について適切な業務を行っているか否かについて明らかにするためには、それら制度、法令、通知においてどのような形でそれが規定されているのかが一つの基準となると考える。そこで本研究では、介護支援専門員が行う説明の方法、内容について主に「指定居宅介護支援等の事業の人員及び運営に関する基準（平成11年3月31日厚生省令第38号）」及び「指定居宅介護支援事業等の人員及び運営に関する基準について（平成11年7月29日老企第22号厚生省老人保健福祉局企画課長通知）」に示された、説明及び同意に関する規定を参考に、調査票の設計を行った。

2. 調査対象と抽出方法

調査対象は、全国の居宅介護支援事業所に勤務する介護支援専門員のうち、医師より、「認知症」及びアルツハイマー病等の認知症をきたす疾患の診断を受けている利用者を1名以上現在担当している者とした。

標本抽出の手順は、まず、WAM-NETの「介護保険事業者・報酬情報提供システム」に掲載された居宅介護支援事業の登録事業所31,844事業所（2005年12月31日現在）の情報をもとに名簿を作成し、県別事業者数構成比にあわせて7,500件を無作為抽出した。なお、本研究において使用したWAM-NETの情報は、各都道府県の介護保険担当窓口から提供された情報が基になっている。介護保険事業所が各都道府県の窓口介護事業の登録申請を行った際の届出内容がそのまま掲載されたものである。

3. 調査方法

調査用紙と依頼文及び返信用封筒を同封し、一部ずつ抽出された事業所に郵送した。調査は、平成18年1月30日から、同年2月15日までの間で行った。また回答者に対しては、回答前に、①居宅介護支援事業所の介護支援専門員（ケアマネジャー）をしている職員が回答すること、②以後の質問文中の『認知症の人』『認知症の利用者』は、特段の指示がない限り、医師より『認知症』及び、アルツハイマー病等の認知症をきたす疾患の診断を受けている人を指すこと、の2点の条件を提示した。

4. 研究倫理上の手続き

調査対象は全て無作為抽出により選出された事業所であり、回収方法は、被調査者個人が特定されることのないよう無記名による郵送返却とした。

また、本調査は、認知症介護研究・研修東京センターの研究倫理委員会の承認を得て行った。

5. 各設問ごとのサンプル数の集計について

各設問ごとのサンプル数の集計方法は以下のルールに従っている。

- ・Q3-2～Q3-9まで→Q3-1で「4 まったく説明していない」（66サンプル）+「無回答」（17サンプル）を除外した（ $2,092 - 66 - 17 = 2,009$ ）サンプル数が基数
- ・Q4-2～Q4-4まで→Q4-1で「4 まったく説明していない」（69サンプル）+「無回答」（24サンプル）を除外した（ $2,092 - 69 - 24 = 1,999$ ）サンプル数が基数
- ・Q5-2～Q5-8まで→Q5-1で「4 まったく説明していない」（45サンプル）+「無回答」（25サンプル）を除外した（ $2,092 - 45 - 25 = 2,022$ ）サンプル数が基数
- ・Q7-6→Q7-5で「1 併設している」（739サンプル）該当サンプルが基数

Ⅲ. 調査結果

1. 回収率

本調査は、2,092件の回答を得た。回収率は27.89%だった。

2. 回答者の属性

1) 回答者の性別（単数回答）

該当する全サンプル数（2,092）のうち、男性が362人（17.3%）、女性が1,714人（81.9%）で8割以上の回答者が女性であった（表1）。

表1 回答者の性別

	サンプル数	男性	女性	無回答
全体	2,092	362	1,714	16
%	100.0	17.3	81.9	0.8

2) 回答者の年齢（単数回答）

該当する全サンプル数 (2,092) のうち、20代が56人 (2.7%)、30代が548人 (26.2%)、40代が755人 (36.1%)、50代が609人 (29.1%)、60代以上が104人 (5.0%) で、40代の回答者がもっとも多かった (表2)。

3) 回答者の基礎資格（複数回答）

該当する全サンプル数 (2,092) のうち、ホームヘルパーの有資格者は436人 (20.8%)、社会福祉士の有資格者は192人 (20.8%)、介護福祉士の有資格者は905人 (43.3%)、精神保健福祉士の有資格者は18人 (0.9%)、社会福祉主事の有資格者は403人 (19.3%)、看護師・准看護師の有資格者682人 (32.6%)、保健師の有資格者は61人 (2.9%)、理学療法士の有資格者は5人 (0.2%)、作業療法士の有資格者は2人 (0.1%)、薬剤師の有資格者は35人 (1.7%)、栄養士・管理栄養士の有資格者は59人 (2.8%)、その他は、212名 (10.1%)、無回答は23人 (1.1%) だった。もっとも多かったのは介護福祉士の有資格者で、ついで看護師・准看護師の有資格者が多かった (表3)。

「その他」に記載された資格としては「福祉用具専門相談員」「福祉住環境コーディネーター」「歯科衛生士」などがみられた。

4) 回答者の居宅介護支援事業における就業年数（単数回答）

該当する全サンプル数 (2,092) のうち、就業年数が1年未満の者は234人 (11.2%) であった。また、1年以上3年未満の者は611人 (29.2%)、3年以上5年未満の者は527人 (25.2%)、5年以上の者は、もっとも多く695人 (33.2%) であった (表4)。

5) 回答者が勤務する居宅介護支援事業の在宅介護支援センター併設の有無（単数回答）

該当する全サンプル数 (2,092) のうち、勤務先が在宅介護支援センターを併設していると回答した者は、739人 (35.3%)、併設していないと回答した者は1,333人 (63.2%) だった。

表2 回答者の年齢

	サンプル数	20代	30代	40代	50代	60代以上	無回答
回答数	2,092	56	548	755	609	104	20
%	100.0	2.7	26.2	36.1	29.1	5.0	1.0

表3 回答者の基礎資格（複数回答）

	サンプル数	ホームヘルパー	社会福祉士	介護福祉士	精神保健福祉士	社会福祉主事	看護師・准看護師	保健師	理学療法士	作業療法士	薬剤師	栄養士・管理栄養士	その他	無回答
回答数	2,092	436	192	905	18	403	682	61	5	2	35	59	212	23
%	100.0	20.8	9.2	43.3	0.9	19.3	32.6	2.9	0.2	0.1	1.7	2.8	10.1	1.1

表4 回答者の居宅介護支援事業における就業年数

	サンプル数	1年未満	1年以上3年未満	3年以上5年未満	5年以上	無回答
回答数	2,092	234	611	527	695	25
%	100.0	11.2	29.2	25.2	33.2	1.2

5) 併設事業所の回答者のうち、在宅介護支援センター業務の兼務の有無（単数回答）

回答者 739 人のうち、兼務していると回答したものが 351 人 (47.5%)、兼務していないと回答したものが 386 人 (52.2%)、無回答が 2 人 (0.3%) だった (表 5)。

6) 併設事業所の回答者のうち、在宅介護支援センター業務の兼務の有無（単数回答）

回答者 739 人のうち、兼務していると回答したものが 351 人 (47.5%)、兼務していないと回答したものが 386 人 (52.2%)、無回答が 2 人 (0.3%) だった (表 6)。

3. 回答者が担当している利用者の状況

1) 回答者が担当している利用者数（単数回答）(Q1-1)

該当する全サンプル数 (2,092) のうち、担当している利用者数が、1~10 人と回答したものが 139 人 (6.6%)、11~20 人と回答したものが 205 人 (9.8%)、21 人~30 人と回答したものが、290 人 (13.9%)、31~40 人と回答したものが 488 人 (23.3%) だった。41~50 人と回答したものがもっとも多く 686 人 (32.8%) だった。また、50 人以上と回答したものは 274 人 (13.1%) だった (表 7)。

2) 回答者の担当している認知症の利用者数（単数回答）(Q1-2)

該当する全サンプル数 (2,092) のうち、1~10 人と回答したものがもっとも多く、1,347 人 (64.4%) だった。11~20 人と回答したものが 559 人 (26.7%)、21~30 人と回答したものが 126 人 (6.0%)、31~40 人と回答したものが 30 人 (1.4%)、41~50 人と回答したものが 9 人 (0.4%)、50 人以上と回答したものはいなかった (表 8)。

表 5 回答者が勤務する居宅介護支援事業所の在宅介護支援センター併設の有無

在宅介護支援センター併設の有無	サンプル数	併設している	併設していない	無回答
回答数	2,092	739	1,333	20
%	100.0	35.3	63.7	1.0

表 6 回答者の在宅介護支援センター業務との兼務の状況

	サンプル数	兼務している	兼務していない	無回答
回答数	739	351	386	2
%	100.0	47.5	52.2	0.3

表 7 回答者の担当している利用者数

	サンプル数	1~10 人	11~20 人	21~30 人	31~40 人	41~50 人	50 人以上	無回答
回答数	2,092	139	205	290	488	686	274	10
%	100.0	6.6	9.8	13.9	23.3	32.8	13.1	0.5

表 8 回答者の担当している認知症の利用者数

	サンプル数	1~10 人	11~20 人	21~30 人	31~40 人	41~50 人	50 人以上	無回答
回答数	2,092	1,347	559	126	30	9	0	21
%	100.0	64.4	26.7	6.0	1.4	0.4	0.0	1.0

3) 回答者の担当している認知症利用者の日常生活自立度（複数回答）（Q1-3）

担当している認知症の人の日常生活自立度について回答を求めた。該当する全サンプル数（2,092）のうち、認知症高齢者の日常生活自立度がランクⅠの利用者を担当しているものは1,456人（69.6%）、ランクⅡa・Ⅱbの利用者を担当しているものは1,881人（89.9%）、ランクⅢa・Ⅲbの利用者を担当しているものは1,746人（83.5%）、ランクⅣの利用者を担当しているものは1,328人（63.5%）、ランクⅤの利用者を担当しているものは375人（17.9%）、無回答は10人（0.5%）だった（表9）。

4. 居宅介護支援サービスの依頼者及び希望者（順位回答）（Q2-1, Q2-2）

1) 居宅介護支援サービスの依頼者

居宅介護支援（ケアマネジメント）サービスの依頼先および実際の希望者について、それぞれ「利用者本人から」「利用者の配偶者・家族から」「他の機関から」「地域住民から」「その他」の回答項目に多い順に順番をつけた。なお、「その他」はある場合のみ記入した（表10、図1）。

表9 回答者の担当している認知症の利用者の日常生活自立度

	サンプル数	ランクⅠ	ランクⅡa・Ⅱb	ランクⅢa・Ⅲb	ランクⅣ	ランクⅤ	無回答
回答数	2,092	1,456	1,881	1,746	1,328	375	10
%	100.0	69.6	89.9	83.5	63.5	17.9	0.5

表10 居宅介護支援サービスの依頼者

	サンプル数	1位	2位	3位	4位	5位	無回答
利用者本人から	2,092	25 (1.2)	282 (13.5)	457 (21.8)	614 (29.3)	71 (3.4)	643 (30.7)
利用者の配偶者・ 家族から	2,092	1,657 (79.2)	371 (17.7)	25 (1.2)	4 (0.2)	1 (0.0)	34 (1.6)
他の機関から	2,092	374 (17.9)	1,037 (49.6)	350 (16.7)	63 (3.0)	3 (0.1)	265 (12.7)
地域住民から	2,092	13 (0.6)	195 (9.3)	685 (32.7)	515 (24.6)	26 (1.2)	658 (31.5)
その他	2,092	10 (0.5)	19 (0.9)	34 (1.6)	71 (3.4)	272 (13.0)	1,686 (80.6)

() 内は、サンプル数に対する%

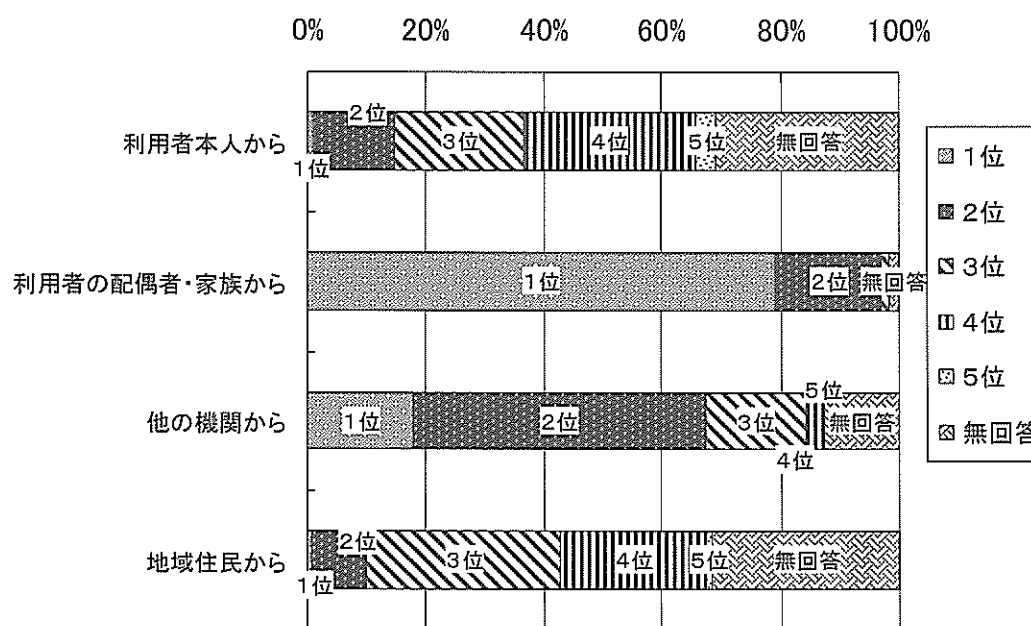


図1 居宅介護支援サービスの依頼者

「利用者本人から」に1の順位を回答した者は、全体（2,092人）の回答者うち、25人（1.2%）だった。もっとも多かったのが4位で614人（29.3%）だった。「利用者の配偶者・家族から」に1位と回答したものは全体（2,092人）の回答者うち、1,675人（79.2%）だった。「他の機関から」に回答された順位でもっとも多かったものは、2位の1,037人（49.6%）だった。「地域住民から」に回答された順位で、もっとも多かったものは3位の685人（32.7%）だった。「その他」に記載された依頼先としては、「利用者の親族」「会社内職員の友人」「市会議員」などがみられた。

2) 居宅介護支援サービスの希望者

「利用者本人」に回答された順位でもっとも多かったのは2位で909人（43.5%）だった（表11、図2）。「利用者の配偶者・家族」に回答された順位でもっとも多かったのは1位で、1,930人（92.3%）だった。「他の機関」に回答された順位でもっとも多かったのは3位で783人（37.4%）、次いで多かったのが、2位の631人（30.2%）だった。「地域住民」に回答された順位でもっとも多かったのが4位の690人（33.0%）、次いで多かったのが3位の486人（23.2%）だった。「その他」に記載された希望者としては、「本人の知人や親戚」「福祉ネットワーク推進員」「後見人」などがあつた。

表11 居宅介護支援サービスの希望者

	サンプル数	1位	2位	3位	4位	5位	無回答
利用者本人	2,092	120 (5.7)	909 (43.5)	337 (16.1)	376 (18)	37 (1.8)	313 (15)
利用者の配偶者・家族	2,092	1,930 (92.3)	135 (6.5)	4 (0.2)	0 (0)	1 (0)	22 (1.1)
他の機関	2,092	21 (1.0)	631 (30.2)	783 (37.4)	223 (10.7)	6 (0.3)	428 (20.5)
地域住民	2,092	4 (0.2)	246 (11.8)	486 (23.2)	690 (33.0)	20 (1.0)	646 (30.9)
その他	2,092	2 (0.1)	14 (0.7)	16 (0.8)	43 (2.1)	281 (13.1)	1,736 (83)

() 内は、サンプル数に対する%

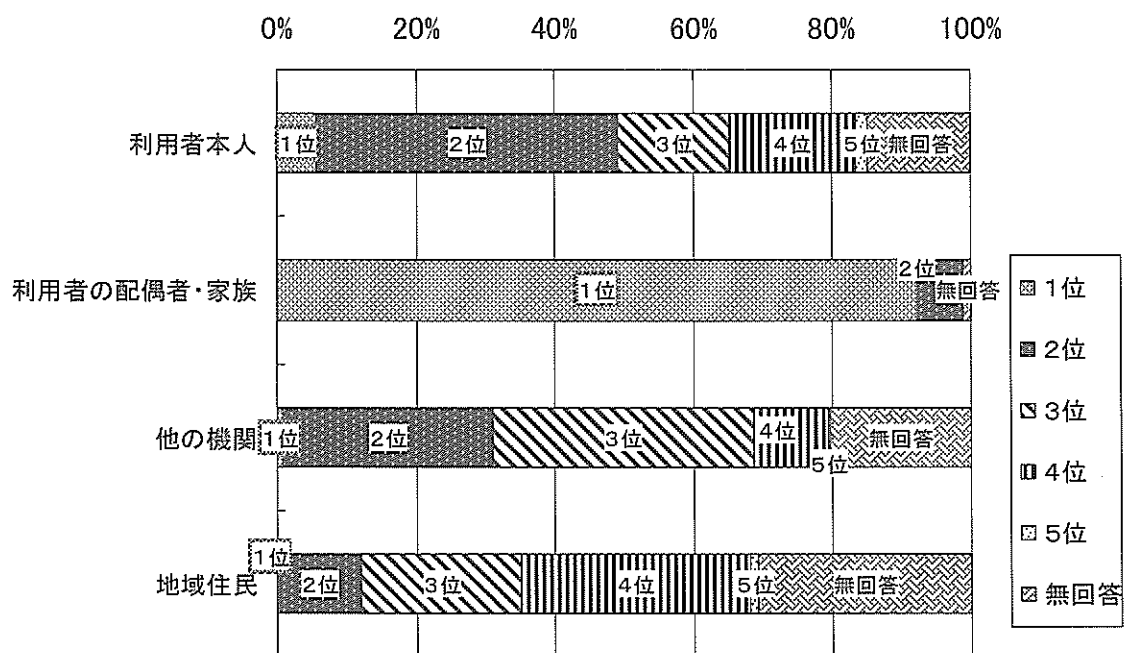


図2 居宅介護支援サービスの希望者

5. 契約書の説明方法と、説明内容

1) 認知症利用者への契約書説明の有無（単数回答）（Q3-1）

契約書の内容を認知症の利用者本人に説明しているかどうかについて、「すべての利用者に説明している」「ほとんどの利用者に説明している」「一部の利用者のみ説明している」「まったく説明していない」のうちから回答を求めた（表 12、図 3）。

該当する全サンプル数（2,092）のうち、「すべての利用者に説明している」と回答したものは 427 人（20.4%）だった。「ほとんどの利用者に説明している」と回答したものは一番多く、890 人（42.5%）だった。次に多かったのが、「一部の利用者のみ説明している」と回答したもので、692 人（33.1%）だった。「全く説明していない」と回答したものは 66 人（3.2%）だった。

2) 契約書の説明を行っている利用者の認知症高齢者の日常生活自立度（複数回答）（Q3-2）

契約書の内容を、「認知症高齢者の日常生活自立度」のランクにあてはめると、どの程度の認知症の人まで説明しているか回答を求めた（表 13、図 4）。

該当する全サンプル数（2,009 人）のうち、ランク I の利用者に説明をしていると回答したものは、1,693 人（84.3%）だった。ランク IIaIIb の利用者に説明をしていると回答したものは 1,746 人（86.9%）だった。ランク IIIaIIIb の利用者に説明をしていると回答したものは、1,101 人（54.8%）だった。ランク IV の利用者に説明をしていると回答したものは 355 人（17.7%）だった。また、ランク M の利用者に

表 12 認知症の利用者への契約書の説明の有無

	サンプル数	すべての利用者に説明している	ほとんどの利用者に説明している	一部の利用者のみ説明している	まったく説明していない	無回答
回答数	2,092	427	890	692	66	17
%	100.0	20.4	42.5	33.1	3.2	0.8

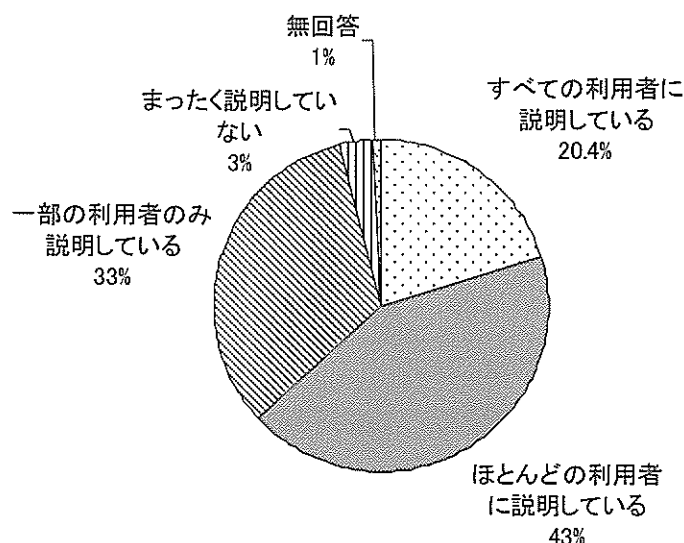


図 3 認知症の利用者への契約書の説明の有無

表 13 契約書の説明を行っている利用者の認知症高齢者の日常生活自立度

	サンプル数	ランク I	ランク IIa・IIb	ランク IIIa・IIIb	ランク IV	ランク M	無回答
回答数	2,009	1,693	1,746	1,101	355	79	15
%	100.0	84.3	86.9	54.8	17.7	3.9	0.7

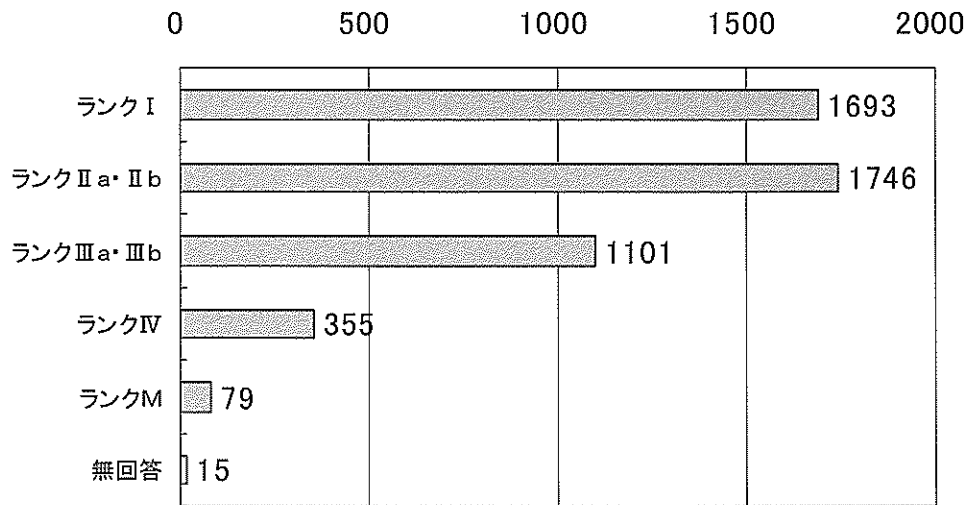


図4 居宅介護支援サービスの依頼者
横軸、およびグラフ中の数字は回答者数を指す。

説明を行っているとは回答したものは79人(3.9%)だった。

3) 契約書の説明の方法(複数回答)(Q3-3)

契約書の内容を、主にどのような方法で認知症の人本人と家族に説明しているか、「本人のみに説明している」「家族の同席のもと、本人に説明している」「家族と本人に説明している」「本人の同席のもと、家族に説明している」「家族のみに説明している」「その他」のうちから回答を求めた。

該当する全サンプル数(2,009人)のうち、「本人のみに説明している」と回答したものは237人(11.8%)だった。「家族の同席のもと、本人に説明している」と回答したものは950人(47.3%)だった。「家族

表14 契約書の説明の方法

	サンプル数	本人のみに説明している	家族の同席のもと、本人に説明している	家族と本人に説明している	本人の同席のもと、家族に説明している	家族のみに説明している	その他	無回答
回答数	2,009	237	950	1,395	1,480	658	41	14
%	100.0	11.8	47.3	69.4	73.7	32.8	2.0	0.7

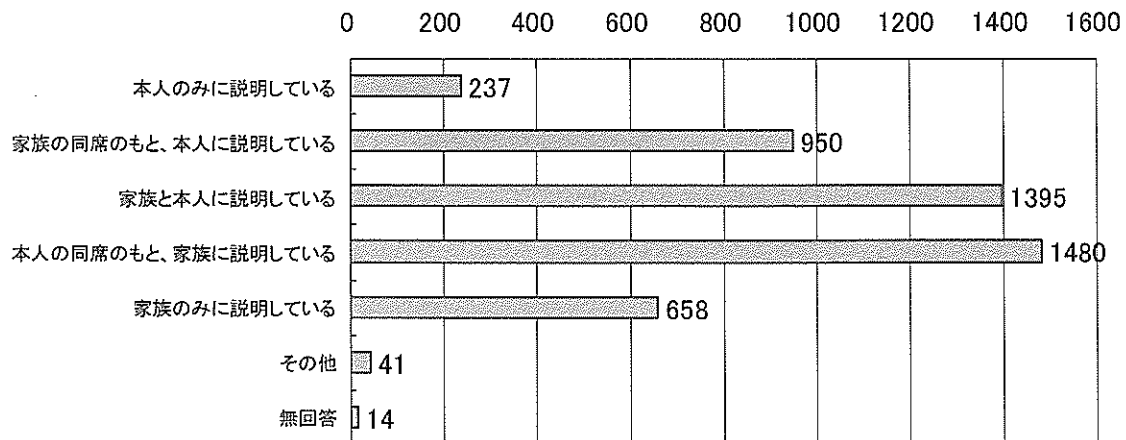


図5 契約書の説明の方法
横軸、およびグラフ中の数字は回答者数を指す。

と本人に説明している」と回答したものは、1,395人（69.4%）だった。「本人の同席のもと、家族に説明している」と回答したものは、1,480人（73.7%）でもっとも多かった。「家族のみに説明している」と回答したものは658人（32.8%）だった。「その他」に記載された項目としては、「行政等、第三者の立会いのもとに説明」「遠方の家族には、電話や手紙等で説明している」「独居の場合は、契約後家族にTELしている」などがあった（表14、図5）。

4) 説明している契約書の内容（複数回答）（Q3-4）

認知症の利用者本人に行う説明として、契約書の内容のうち、主にどのような内容を説明しているか尋ねた。

該当する全サンプル数（2,009人）のうち、説明している契約書の内容のうち、もっとも回答が多かつ

表15 説明している契約書の内容

	回答数	%
サンプル数	2,009	100.0
事業の目的	1,478	73.6
職員の職種、員数および職務内容	1,180	58.7
営業日および営業時間	1,445	71.9
サービスの提供方法・内容	1,902	94.7
サービス利用料その他の費用の額	1,581	78.7
秘密の保持	1,690	84.1
事故発生時の対応	1,183	58.9
苦情処理の体制	1,363	67.8
通常の事業の実施地域	752	37.4
契約終了時・解約時の対応	1,085	54.0
その他	50	2.5
無回答	15	0.7

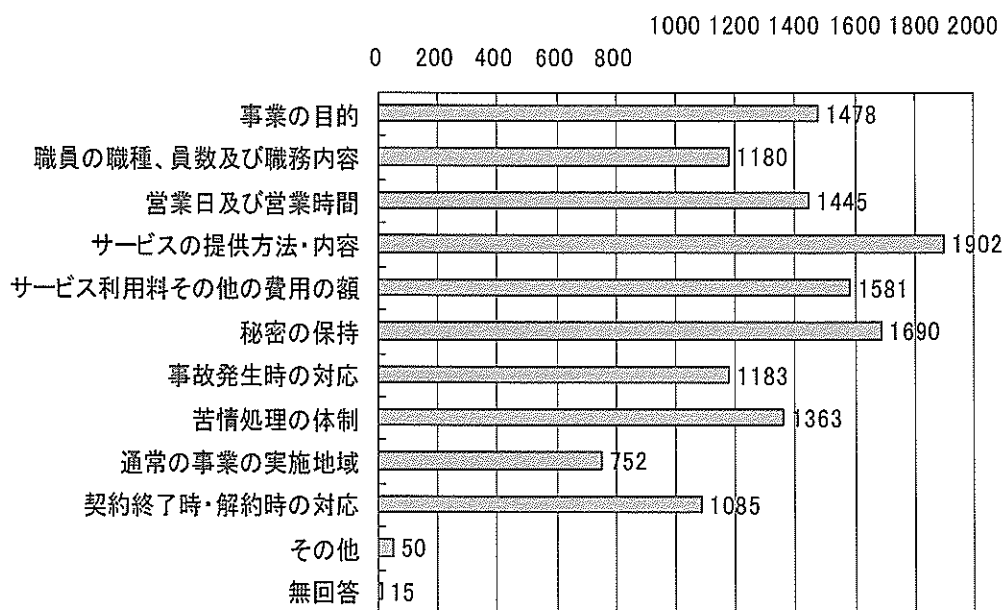


図6 説明している契約書の内容
横軸、およびグラフ中の数字は回答者数を指す。

たのが「サービス提供の方法・内容」で、1,902人(94.7%)だった。次に多かったのが「秘密の保持」で、1,690人(84.1%)だった。逆に、その他を除いてもっとも回答が少なかったのが「通常の事業の実施地域」の752人(37.4%)だった(表15, 図6)。

「その他」に記載された回答としては、「営業日・営業日時に関わらず、担当者携帯電話にて、いつでも対応」「心配な事、心の悩みの相談相手になる」「連絡方法、電話番号を分かるところに貼る等」があった。

5) 契約書の説明を利用者が理解したかどうかの確認方法(複数回答)(Q3-5)

契約内容についての説明をした際、認知症の利用者が内容を理解したことをどのように判断しているか、「特に決まった方法はない」「本人の視線や表情で判断している」「本人のうなずきで判断している」「本人に理解したか否かを聞いて判断している」「説明した内容を、自分の言葉で言えるかどうかで判断している」「その他」から回答を求めた。

該当する全サンプル数(2,009人)のうち、「特に決まった方法はない」に回答したのは、377人(18.8%)だった。「本人の視線や表情で判断している」と回答したのが1,097人(54.6%)、「本人のうなずきで判断している」に回答したのは998人(49.7%)で、回答者約半数が視線や表情、うなずきで理解したか否かを判断していた。「本人に理解したか否かを聞いて判断している」に回答したのは880人(43.8%)だった。「説明した内容を、自分自身の言葉で言えるかどうか」に回答したのは、240人(11.9%)だった(表16, 図7)。「その他」に記載された回答には、「その時「いい」と言われても、忘れてしまわれるので、サービスがスムーズに入っているかで判断する事もある」「次の訪問時に確認し、理解できなかった部分を再度説明する」「書いてもらう」などがあつた。

表16 契約書の説明を利用者が理解したかどうかの確認方法(複数回答)

	サンプル数	特に決まった方法はない	本人の視線や表情で判断している	本人のうなずきで判断している	本人に理解したか否かを聞いて判断している	説明した内容を、自分の言葉で言えるかどうか	その他	無回答
回答数	2,009	377	1,097	998	880	240	120	11
%	100.0	18.8	54.6	49.7	43.8	11.9	6.0	0.5

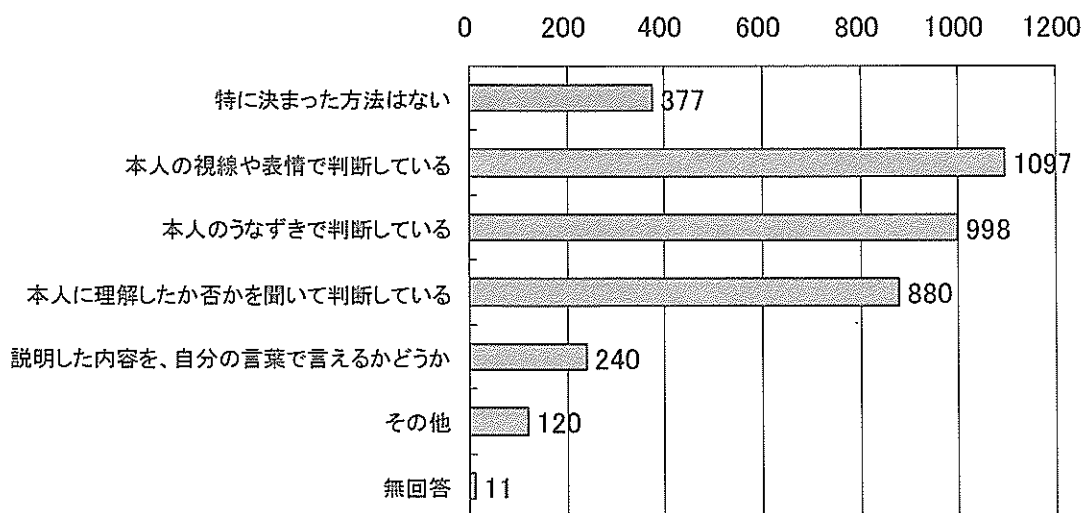


図7 契約書の内容を本人が理解したかどうかの確認方法
横軸、およびグラフ中の数字は回答者数を指す。

6) 契約書の同意を誰から得ているか (複数回答) (Q3-6)

契約締結時の同意を誰から得ているか、「本人と家族から得ている」「本人のみから得ている」「家族のみから得ている」「法定後見人から得ている」「その他」から回答を求めた。

該当する全サンプル数(2,009人)のうち、「本人と家族から得ている」と回答したのは、1,837人(91.4%)でもっとも多かった。「本人のみから得ている」と回答したのは351人(17.5%)だった。「家族のみから得ている」と回答したのは、1,070人(53.3%)だった。また、「法定後見人から得ている」と回答したのは91人(4.5%)だった。(表17, 図8)

「その他」に記載された内容としては、「民生委員」「福祉機関等の相談員」「アパートの大家さん」などがあつた。

7) 契約書に本人が同意したかどうかの判断方法 (複数回答) (Q3-7)

契約内容についての説明をした際、認知症の利用者が同意したことをどのように判断しているか、「特に決まった方法はない」「本人の視線や表情で判断している」「本人のうなずきで判断している」「本人に理解したか否かを聞いて判断している。」「説明した内容を、自分の言葉で言えるかどうかで判断している」「その他」の中から回答を求めた。

該当する全サンプル数(2,009人)のうち、「特に決まった方法はない」と回答したものは431人(21.5%)だった。「本人の視線や表情で判断している」と回答したものは967人(48.1%)だった。「本人のうな

表 17 契約書の同意を誰から得ているか

	サンプル数	本人と家族から得ている	本人のみから得ている	家族のみから得ている	法定後見人から得ている	その他	無回答
回答数	2,009	1,837	351	1,070	91	46	9
%	100.0	91.4	17.5	53.3	4.5	2.3	0.4

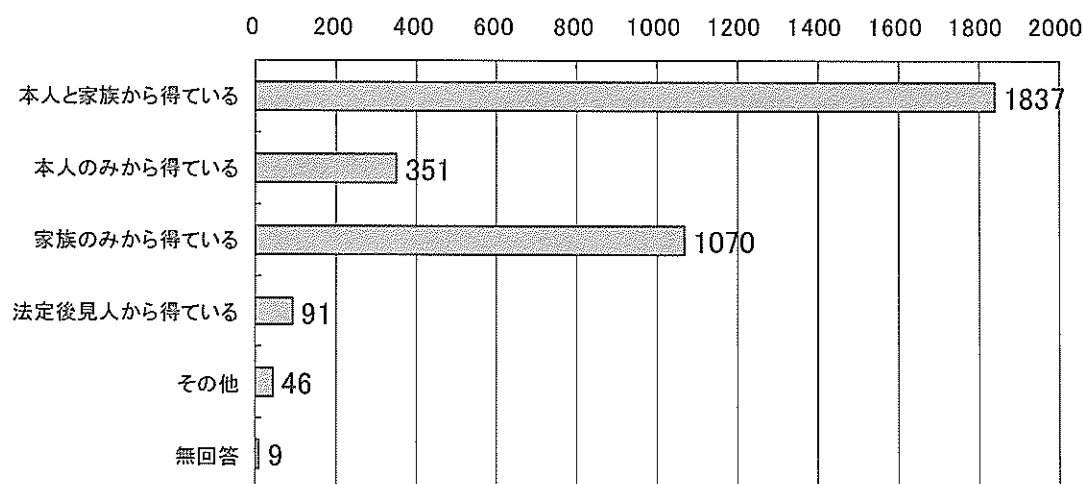


図 8 契約書の同意を誰から得ているか
横軸、およびグラフ中の数字は回答者数を指す。

表 18 契約書に本人が同意したかどうかの判断方法

	サンプル数	特に決まった方法はない	本人の視線や表情で判断している	本人のうなずきで判断している	本人に理解したか否かを聞いて判断している	説明した内容を、自分の言葉で言えるかどうか	その他	無回答
回答数	2,009	431	967	966	908	208	138	29
%	100.0	21.5	48.1	48.1	45.2	10.4	6.9	1.4

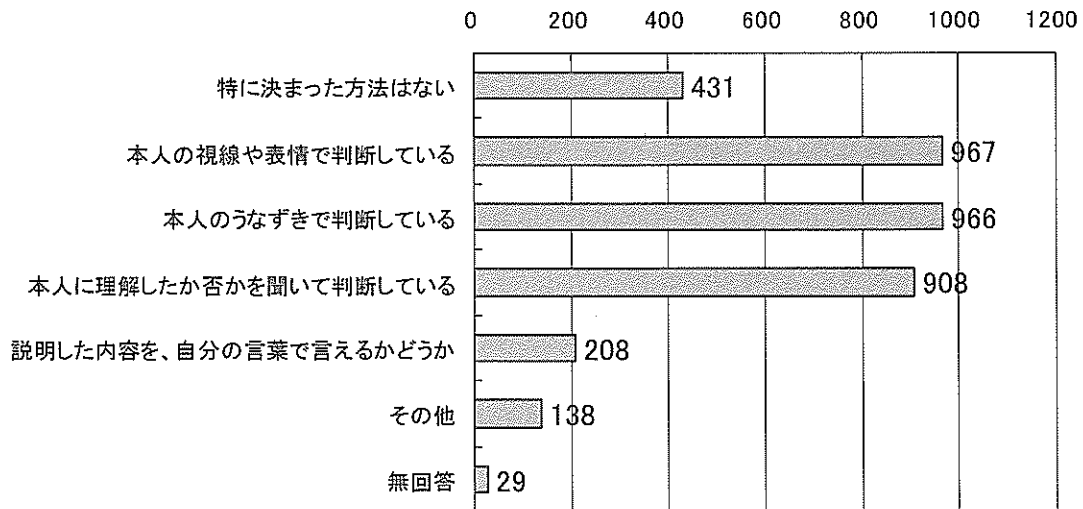


図9 契約書に本人が同意したかどうかの判断方法
横軸、およびグラフ中の数字は回答者数を指す。

ずきで判断している」と回答したものは966人(48.1%)だった。「本人に理解したか否かを聞いて判断している」と回答したものは908人(45.2%)だった(表18, 図9)。

「その他」に記載された内容としては、「今、説明したようにサービスしていいですか」と問い、反応をみて判断」「家族が判断できる本人の反応を確認したりしている」「家族へ確認する事で補い、本人が理解したとは思わない事が前提になっている」などがあつた。

8) 利用者の主体的参加の重要性についての説明の有無(単数回答)(Q3-8)

契約の場面、またはサービスを提供する際に、居宅介護支援には、利用者の主体的な参加が重要であることの説明を行ってかどうかについて、「すべての利用者に説明している」「ほとんどの利用者に説

表19 利用者の主体的参加の重要性についての説明の有無

	サンプル数	すべての利用者に説明している	ほとんどの利用者に説明している	一部の利用者のみ説明している	まったく説明していない	無回答
回答数	2,009	645	919	371	42	32
%	100.0	32.1	45.7	18.5	2.1	1.6

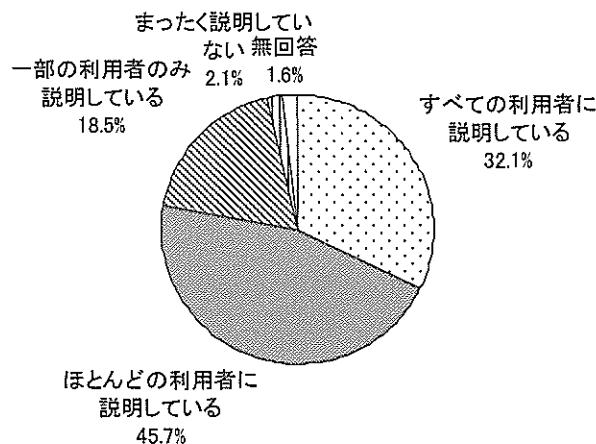


図10 利用者の主体的参加の重要性についての説明の有無

明している」「一部の利用者のみ説明している」「まったく説明していない」のうちから回答を求めた。

該当する全サンプル（2,009人）のうち、「すべての利用者に説明している」と回答したものは645人（31.5%）だった。「ほとんどの利用者に説明している」と回答したのは919人（45.7%）だった。「一部の利用者のみ説明している」に回答したのは919人（45.7%）だった。「まったく説明していない」に回答したのは42人（2.1%）だった（表19、図10）。

9) 契約書に対する署名・捺印の方法（複数回答）（Q3-9）

契約締結時に、どのような方法で認知症の利用者・家族から署名・捺印を取っているか、「本人に署名・捺印をしてもらう」「本人の了解のもと、配偶者・家族等の代理人の代筆による署名・捺印をもらう」「本人の了解は確認せず、配偶者・家族等の代理人の代筆による署名・捺印をもらう」「本人の了解のもと、自分が署名・捺印を代わりに行う」「その他」のうちから回答を求めた。

該当する全サンプル（2,009人）のうち、「本人に署名・捺印をしてもらう」に回答したのは、1,126人（56.0%）だった。「本人の了解のもと、代筆による署名・捺印」に回答したのは、もっとも多く、1,878人（93.5%）だった。「本人の了解は確認せず、代筆による署名・捺印」に回答したのは814人（40.5%）だった。回答者の4割が本人の了解を得ずに代筆による署名・捺印を行っていた。また、「本人の了解のもと、自分が署名・捺印」に回答したものは222人（11.1%）だった（表20、図11）。

「その他」に記載された内容としては、「家族等の了解のもと、本人に署名・捺印をもらう」「公的機関（福祉事務所、在支）職員に代筆による署名・捺印をもらう」「本人の了解のもと、民生委員・近隣者に署名」などがあつた。

表 20 契約書に対する署名・捺印の方法

	サンプル数	本人に署名・捺印をもらう	本人の了解のもと、代筆による署名・捺印	本人の了解は確認せず、代筆による署名・捺印	本人の了解のもと、自分が署名・捺印	その他	無回答
回答数	2,009	1,126	1,878	814	222	48	20
%	100.0	56.0	93.5	40.5	11.1	2.4	1.0

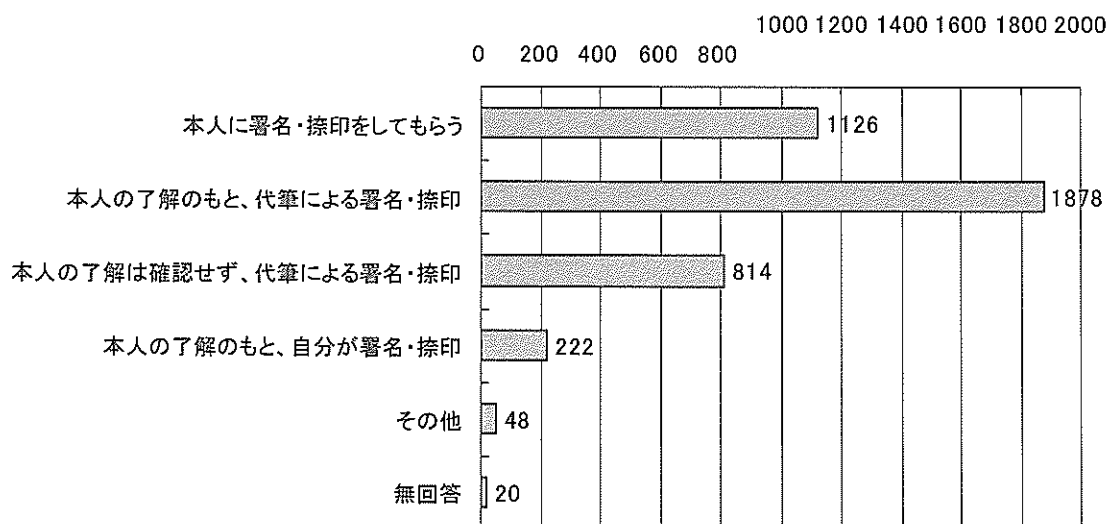


図 11 契約書に対する署名・捺印の方法
横軸、およびグラフ中の数字は回答者数を指す。

6. アセスメントの実施の主旨に関する説明

1) 認知症の利用者へのアセスメント実施の主旨説明の有無（単数回答）（Q4-1）

アセスメント実施の主旨を認知症の利用者本人に説明しているかどうかについて、「すべての利用者に説明している」「ほとんどの利用者に説明している」「一部の利用者のみ説明している」「まったく説明していない」のうちから回答を求めた。

該当する全サンプル（2,092人）のうち、「すべての利用者に説明している」と回答したものは514人（24.6%）だった。「ほとんどの利用者に説明している」と回答したものはもっとも多く1,013人（48.4%）だった。「一部の利用者のみ説明している」と回答したのは472人（22.6%）だった。「まったく説明しない」と回答したものは69人（3.3%）だった（表21、図12）。

2) アセスメント実施の主旨を説明している利用者の認知症高齢者の日常生活自立度ランク（複数回答）（Q4-2）

アセスメント実施の主旨を、「認知症高齢者の日常生活自立度」のランクにあてはめると、どの程度の認知症の人まで説明しているか尋ねた。

該当する全サンプル（1,999人）のうち、ランクⅠの利用者に説明をしていると回答したものは1,738人（86.9%）だった。ランクⅡa・Ⅱbの利用者に説明をしていると回答したものは1,816人（90.8%）だった。ランクⅢa・Ⅲbの利用者に説明をしていると回答したものは、1,198人（59.9%）だった。ランクⅣの利用者に説明をしていると回答したものは393人（19.7%）だった。ランクⅤの利用者に説明

表21 認知症の利用者へのアセスメント実施の主旨説明の有無

	サンプル数	すべての利用者に説明している	ほとんどの利用者に説明している	一部の利用者のみ説明している	まったく説明していない	無回答
回答数	2,092	514	1,013	472	69	24
%	100.0	24.6	48.4	22.6	3.3	1.1

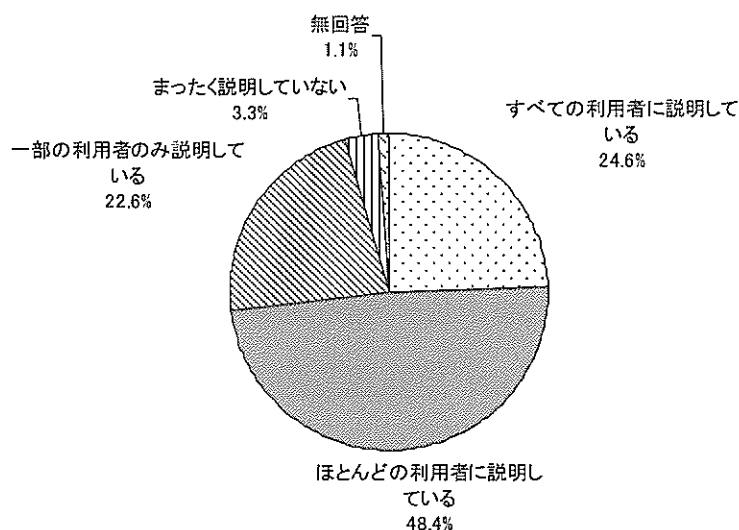


図12 認知症の利用者へのアセスメント実施の主旨説明の有無

表22 アセスメントの主旨を説明している利用者の認知症高齢者の日常生活自立度のランク

	サンプル数	ランクⅠ	ランクⅡa・Ⅱb	ランクⅢa・Ⅲb	ランクⅣ	ランクⅤ	無回答
回答数	1,999	1,738	1,816	1,198	393	77	12
%	100.0	86.9	90.8	59.9	19.7	3.9	0.6

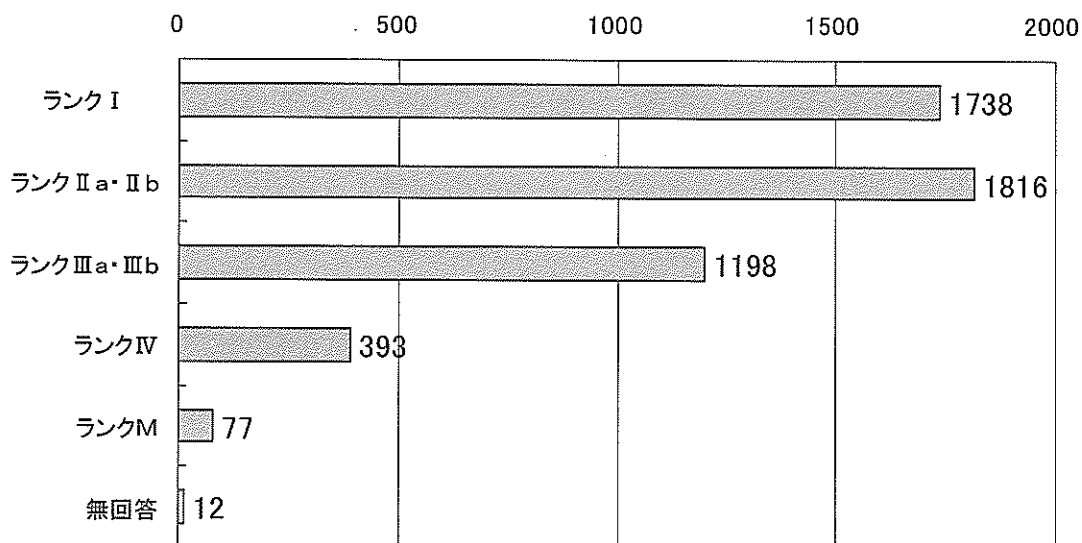


図 13 アセスメントの主旨を説明している利用者の認知症高齢者の日常生活自立度のランク横軸、およびグラフ中の数字は回答者数を指す。

を行っている」と回答したものは 77 人 (3.9%) だった (表 22, 図 13)。

3) アセスメント実施の主旨説明に対する利用者の理解の確認方法 (複数回答) (Q4-3)

アセスメント実施の主旨についての説明をした際、認知症の利用者が内容を理解したことをどのように判断しているか、「特に決まった方法はない」「本人の視線や表情で判断している」「本人のうなずきで判断している」「本人に理解したか否かを聞いて判断している」「説明した内容を、自分の言葉で言えるかどうか

表 23 アセスメントの主旨説明に対する利用者の理解の確認方法

	サンプル数	特に決まった方法はない	本人の視線や表情で判断している	本人のうなずきで判断している	本人に理解したか否かを聞いて判断している	説明した内容を、自分の言葉で言えるかどうか	その他	無回答
回答数	1,999	408	1,101	1,079	881	192	76	15
%	100.0	20.4	55.1	54.0	44.1	9.6	3.8	0.8

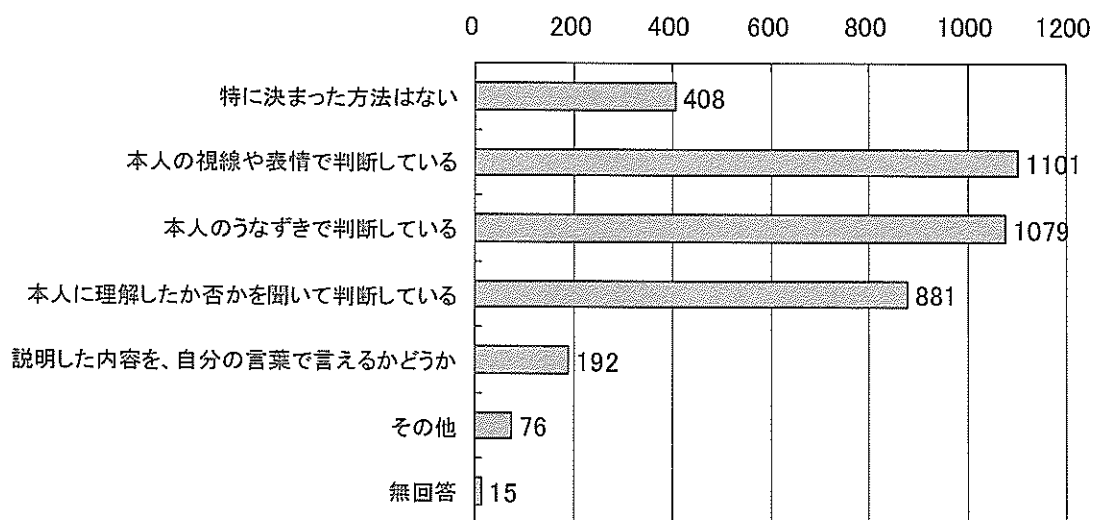


図 14 アセスメントの主旨説明に対する利用者の理解の確認方法横軸、およびグラフ中の数字は回答者数を指す。

かどうかで判断している」「その他」の中から回答を求めた。

該当する全サンプル (1,999 人) のうち、「特に決まった方法はない」に回答したのは、408 人 (20.4%) だった。「本人の視線や表情で判断している」と回答したのは 1,101 人 (55.1%) だった。「本人のうなずきで判断している」に回答したのは 1,079 人 (54.0%) だった。「本人に理解したか否かを聞いて判断している」に回答したのは 881 人 (44.1%) だった。「説明した内容を、自分自身の言葉で言えるかどうか」に回答したのは、192 人 (9.6%) だった (表 23, 図 14)。

「その他」に記載された内容としては、「家族にも介入してもらい、どの程度理解したかを確認している」「説明してもすぐ忘れ、何回も言う事もある。全てでは理解できていないため、一部のみ分かりやすく説明し、それでよしとする場合もあり」「担当ヘルパーさん、友人・知人が来訪している時、話し合いの中で理解の確認をしている」などがあつた。

4) アセスメント実施の際の情報収集の方法 (単数回答) (Q4-4)

認知症の人とアセスメントを進める際、本人の情報収集は主にどのような方法で行っているかについて、「本人と家族ほぼ同じくらいの割合で情報収集を行っている」「本人を中心に情報収集を行っている」「家族を中心に情報収集を行っている」「その他」のうちから回答を求めた。

該当する全サンプル (1,999 人) のうち、「本人と家族ほぼ同じくらいの割合で情報収集」に回答したのはもっとも多く 1,053 人 (52.7%) だった。「本人を中心に情報収集を行っている」に回答したのは 68 人 (3.4%) だった。また、「家族を中心に情報収集を行っている」に回答したのは 830 人 (41.5%) だった (表 24, 図 15)。

「その他」に記載された回答には、「ご家族には生活環境 (家族関係, 家庭での様子) 等を主に聞き、ご本人にはご自分の希望や思いや昔話等を中心に行っています」「医療関係職種や家族本人より、家族、サービス提供事業者、役所等からの情報収集」「本人の状態による」といったものがあつた。

表 24 アセスメント実施の際の情報収集の方法

	サンプル数	本人と家族ほぼ同じくらいの割合で情報収集	本人を中心に情報収集を行っている	家族を中心に情報収集を行っている	その他	無回答
回答数	1,999	1,053	68	830	25	23
%	100.0	52.7	3.4	41.5	1.3	1.2

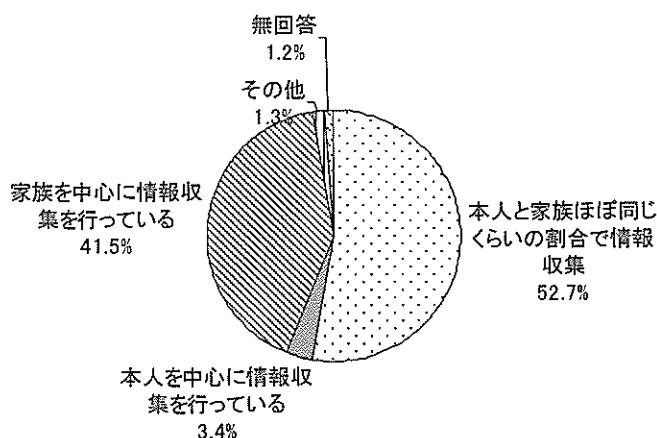


図 15 アセスメント実施の際の情報収集の方法

7. ケアプランの原案についての説明方法・説明内容

1) 認知症利用者へのケアプランの原案についての説明の有無（単数回答）（Q5-1）

ケアプランの原案を認知症の利用者本人に説明しているかどうかについて、「すべての利用者に説明している」「ほとんどの利用者に説明している」「一部の利用者のみ説明している」「まったく説明していない」のうちから回答を求めた。

該当する全サンプル数（2,092）のうち、「すべての利用者に説明している」と回答したものは407人（19.5%）だった。「ほとんどの利用者に説明している」と回答したものはもっとも多く1,025人（49.0%）だった。次に多かったのが、「一部の利用者の方に説明している」と回答したもので、590人（28.2%）だった。全く説明していないと回答したものは45人（2.2%）だった（表25、図16）。

2) ケアプランの原案についての説明を行っている利用者の認知症高齢者の日常生活自立度（複数回答）（Q5-2）

ケアプランの原案を、「認知症高齢者の日常生活自立度」のランクにあてはめると、どの程度の認知症の人まで説明しているかを尋ねた。

回答者（2,022人）のうち、ランクⅠの利用者に説明をしていると回答したものは、1,771人（87.6%）だった。ランクⅡa・Ⅱbの利用者に説明をしていると回答したものは1,826人（90.3%）だった。ランクⅢa・Ⅲbの利用者に説明をしていると回答したものは、1,131人（55.9%）だった。ランクⅣの利用

表 25 認知症の利用者へのケアプランの原案に関する説明の有無

	サンプル数	すべての利用者に説明している	ほとんどの利用者に説明している	一部の利用者のみ説明している	まったく説明していない	無回答
回答数	2,092	407	1,025	590	45	25
%	100.0	19.5	49.0	28.2	2.2	1.2

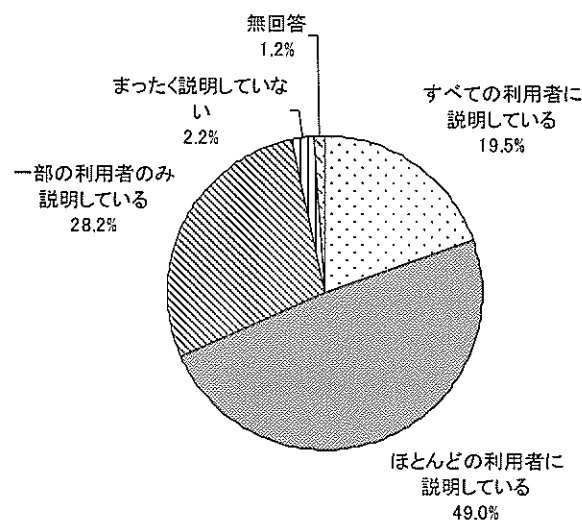


図 16 認知症の利用者へのケアプランの原案に関する説明の有無

表 26 ケアプランの原案を説明している利用者の認知症高齢者の日常生活自立度のランク

	サンプル数	ランクⅠ	ランクⅡa・Ⅱb	ランクⅢa・Ⅲb	ランクⅣ	ランクⅤ	無回答
回答数	2,022	1,771	1,826	1,131	335	71	9
%	100.0	87.6	90.3	55.9	16.6	3.5	0.4

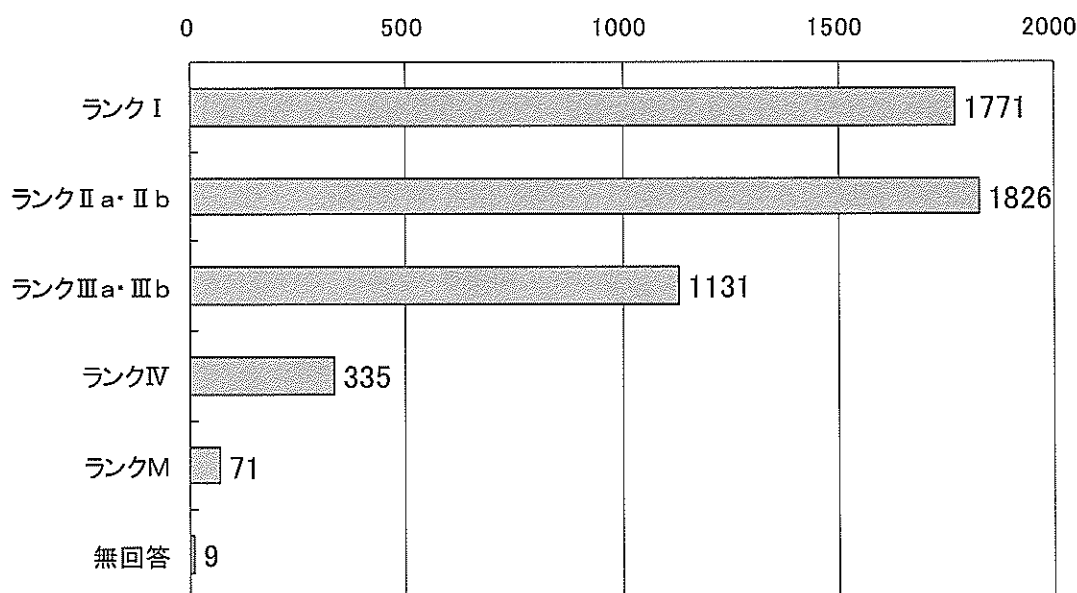


図 17 ケアプランの原案を説明している利用者の認知症高齢者の日常生活自立度のランク横軸、およびグラフ中の数字は回答者数を指す。

者に説明をしていると回答したものは 335 人 (16.6%) だった。ランク M の利用者に説明を行っている
と回答したものは 71 人 (3.5%) だった (表 26, 図 17)。

3) ケアプランの原案についての説明の方法 (複数回答) (Q5-3)

ケアプランの原案の内容を、主にどのような方法で認知症の人本人と家族に説明しているか、「本人のみに説明している」「家族の同席のもと、本人に説明している」「家族と本人に説明している」「本人の同席のもと、家族に説明している」「家族のみに説明している」「その他」のうちから回答を求めた。

該当する全サンプル (2,022 人) のうち、「本人のみに説明している」と回答したものは 388 人 (19.2%) だった。「家族の同席のもと、本人に説明している」と回答したものは 1,096 人 (54.2%) だった。「家族と本人に説明している」と回答したものは 1,436 人 (71.0%) だった。「本人の同席のもと、家族に説明している」と回答したものは 1,314 人 (65.0%) でもっとも多かった。「家族のみに説明している」と回答したものは 548 人 (27.1%) だった (表 27, 図 18)。

その他に記載された内容としては、「サービス担当者会議の場で、みんなに説明する」「他者の関わりで興奮し、状態悪化の可能性の方は家族のみ」「民生委員さんやワーカーさん等、立ち会って下さった方」「代理人に送付して同意を得る」などがあつた。

4) 説明しているケアプランの原案の内容 (複数回答) (Q5-4)

認知症の利用者本人に行う説明として、ケアプランの原案のうち、主にどのような内容を説明しているか尋ねた。

表 27 ケアプランの原案の説明方法

	サンプル数	本人のみに説明している	家族の同席のもと、本人に説明している	家族と本人に説明している	本人の同席のもと、家族に説明している	家族のみに説明している	その他	無回答
回答数	2,022	388	1,096	1,436	1,314	548	34	8
%	100.0	19.2	54.2	71.0	65.0	27.1	1.7	0.4

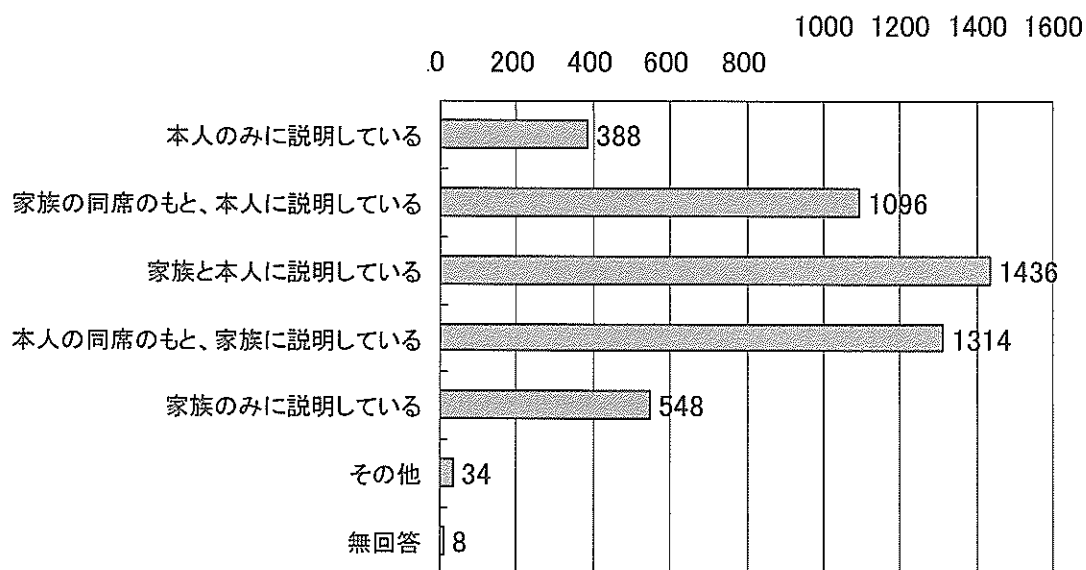


図 18 ケアプランの原案の説明方法
横軸，およびグラフ中の数字は回答者数を指す。

該当する全サンプル数 (2,022) のうち，説明している契約書の内容のうち，もっとも回答が多かったのが「総合的な援助の方針」で，1,743 人 (86.2%) だった。次に多かったのが「利用者及びその家族の生活に対する意向」で，1,667 人 (82.4%) だった。逆に，その他を除いてもっとも回答が少なかったのが「提案されたサービスを代替する別の支援方法」の 530 人 (26.2%) だった (表 28, 図 19)。「その

表 28 認知症の利用者に説明しているケアプランの原案の内容

	回答数	%
サンプル数	2,022	100
利用者及びその家族の生活に対する意向	1,667	82.4
生活全般の解決すべき課題	1,427	70.6
総合的な援助の方針	1,743	86.2
長期目標	1,269	62.8
短期目標	1,307	64.6
週間計画	1,519	75.1
月間計画	1,005	49.7
提案されている個々のサービスの目的	1,341	66.3
提案されている個々のサービスの提供方法	1,512	74.8
提案されている個々のサービスの提供期間	940	46.5
提案されている個々のサービスの費用	1,300	64.3
個々のサービスによって期待される効果	860	42.5
提案されたサービスを代替する別の支援方法	530	26.2
提案されているサービスの限界や注意点	648	32
提案されているサービスの変更・中止事項	914	45.2
その他	20	1
無回答	15	0.7

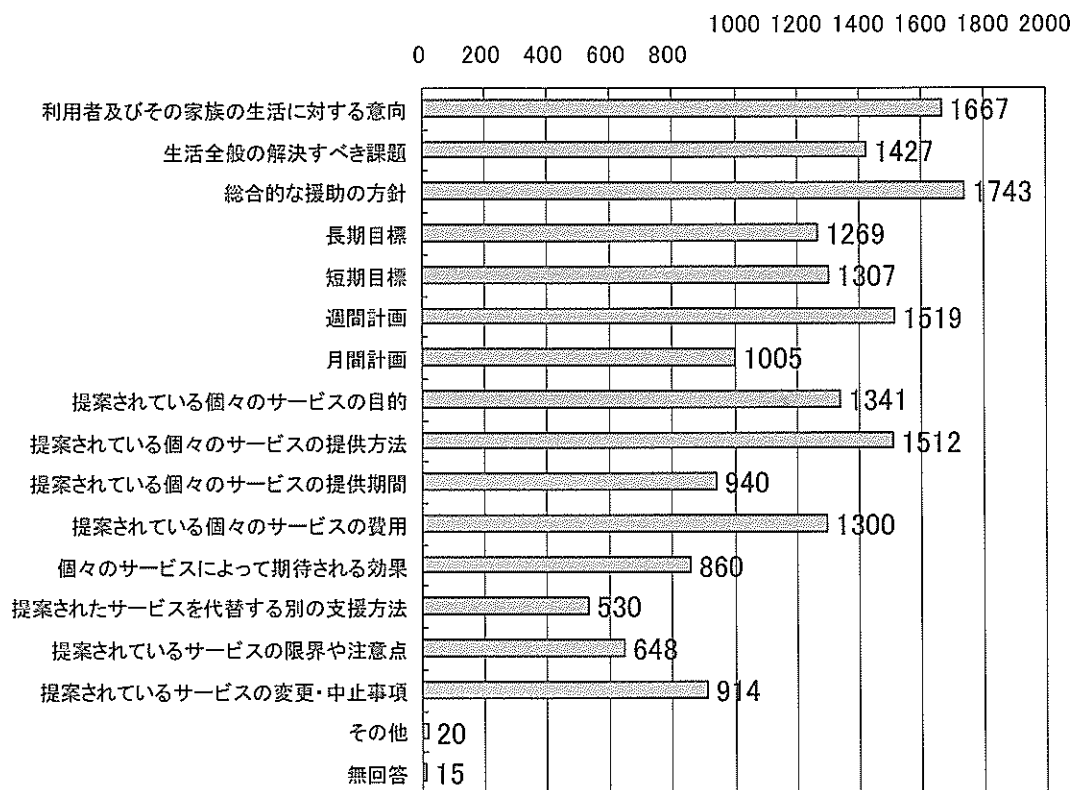


図19 認知症の利用者に説明しているケアプランの原案の内容
横軸、およびグラフ中の数字は回答者数を指す。

他」に記載された内容には、「サービス全体の費用」「介護者の状況変化」「今後（誓い将来）提供されるであろうサービスについて」等があった。

5) ケアプランの原案についての説明を利用者が理解したかどうかの確認方法(複数回答)(Q5-5)

ケアプランの原案についての説明をした際、認知症の利用者が内容を理解したことをどのように判断しているか、「特に決まった方法はない」「本人の視線や表情で判断している」「本人のうなずきで判断している」「本人に理解したか否かを聞いて判断している」「説明した内容を、自分の言葉で言えるかどうかで判断している」「その他」から回答を求めた。

該当する全サンプル数(2,022)のうち、「特に決まった方法はない」に回答したのは、402人(19.9%)だった。「本人の視線や表情で判断している」と回答したのは、1,106人(54.7%)だった。「本人のうなずきで判断している」に回答したのは、1,111人(54.9%)だった。「本人に理解したか否かを聞いて判断している」に回答したのは、932人(46.1%)だった。「説明した内容を、自分自身の言葉で言えるかどうか」に回答したのは、190人(9.4%)だった(表29、図20)。

「その他」に記載された回答としては、「お願いします」という言葉が出た時「家族の理解で、本人の理解とみなす」「利用者との会話の中で判断」などがあつた。

表29 ケアプランの原案の説明に関する利用者の理解の確認方法

	サンプル数	特に決まった方法はない	本人の視線や表情で判断している	本人のうなずきで判断している	本人に理解したか否かを聞いて判断している	説明した内容を、自分の言葉で言えるかどうか	その他	無回答
回答数	2,022	402	1,106	1,111	932	190	71	15
%	100.0	19.9	54.7	54.9	46.1	9.4	3.5	0.7

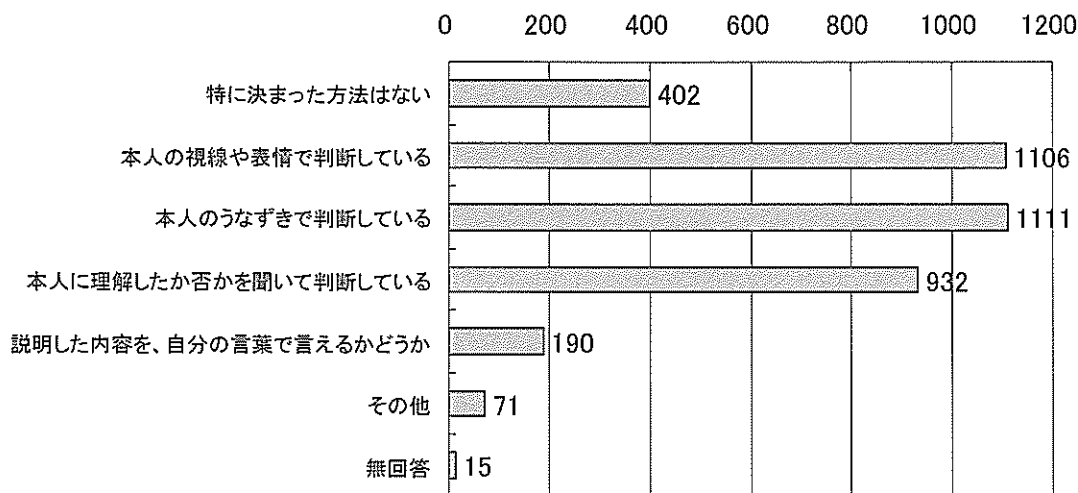


図 20 ケアプランの原案の説明に関する利用者の理解の確認方法
横軸、およびグラフ中の数字は回答者数を指す。

6) ケアプランの原案についての同意を誰から得ているか (複数回答) (Q5-6)

ケアプランの原案についての同意を誰から得ているか、「本人と家族から得ている」「本人のみから得ている」「家族のみから得ている」「法定後見人から得ている」「その他」から回答を求めた。

該当する全サンプル数 (2,022) のうち、「本人と家族から得ている」と回答したのは、1,846 人 (91.3%) だった。「本人のみから得ている」と回答したのは 524 人 (25.9%) だった。「家族のみから得ている」と回答したのは、1,096 人 (54.2%) だった。「法定後見人から得ている」と回答したのは 73 人 (3.6%) だった (表 30, 図 21)。

表 30 ケアプランの原案の同意を誰から得ているか

	サンプル数	本人と家族から得ている	本人のみから得ている	家族のみから得ている	法定後見人から得ている	その他	無回答
回答数	2,022	1,846	524	1,096	73	23	16
%	100.0	91.3	25.9	54.2	3.6	1.1	0.8

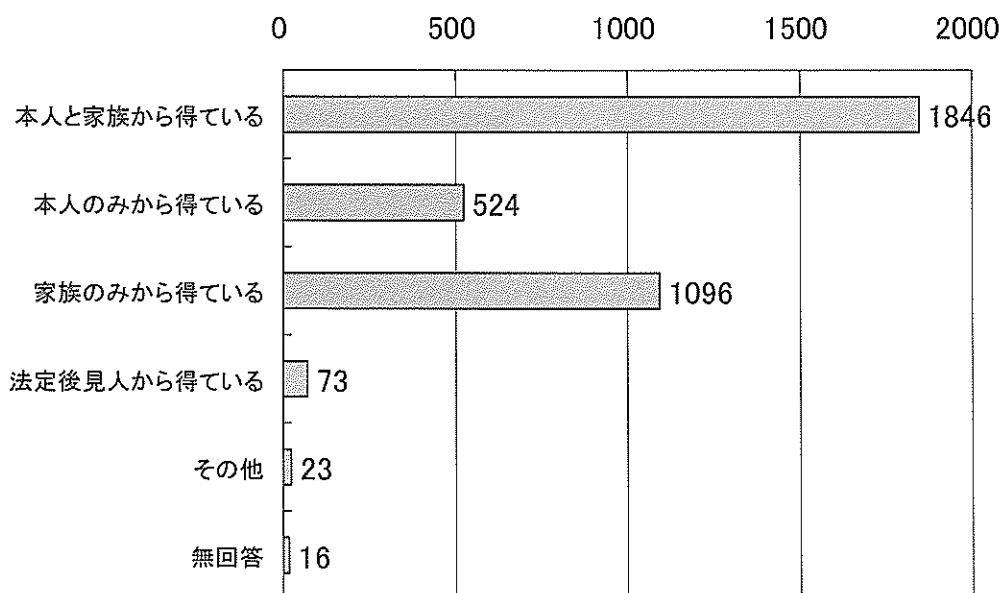


図 21 ケアプランの原案の同意を誰から得ているか

「その他」に記載された回答としては、「民生委員」「親戚等」「主治医」などがあつた。

7) ケアプランの原案について本人が同意したかどうかの判断方法（複数回答）(Q5-7)

ケアプランの原案についての説明をした際、認知症の利用者が同意したことをどのように判断しているか、「特に決まった方法はない」「本人の視線や表情で判断している」「本人のうなずきで判断している」「本人に理解したか否かを聞いて判断している」「説明した内容を、自分の言葉で言えるかどうかで判断している」「その他」の中から回答を求めた。

該当する全サンプル数(2,022)のうち、「特に決まった方法はない」と回答したものは398人(19.7%)だった。「本人の視線や表情で判断している」と回答したものは1,072人(53.0%)だった。「本人のうなずきで判断している」と回答したものは1,107人(54.7%)だった。「本人に理解したか否かを聞いて判断している」と回答したものは936人(46.3%)だった(表31, 図22)。

「その他」に記載された回答としては、「はい、という返事で」「家族の同意を、本人の同意とする事もある」「サインする事で、同意したとしている」などがあつた。

8) ケアプランの原案の内容について同意した場合の署名・捺印の方法（複数回答）(Q5-8)

ケアプランの原案の内容に同意したとして、どのような方法で認知症の利用者・家族から署名・捺印を取っているか、「本人に署名・捺印をしてもらう」「本人の了解のもと、配偶者・家族等の代理人の代筆による署名・捺印をもらう」「本人の了解は確認せず、配偶者・家族等の代理人の代筆による署名・捺印をもらう」「本人の了解のもと、自分が署名・捺印を代わりに行う。」「その他」のうちから回答を求めた。

表31 ケアプランの原案の内容に関する利用者の同意の確認方法

	サンプル数	特に決まった方法はない	本人の視線や表情で判断している	本人のうなずきで判断している	本人に理解したか否かを聞いて判断している	説明した内容を、自分の言葉で言えるかどうか	その他	無回答
回答数	2,022	398	1,072	1,107	936	195	81	22
%	100.0	19.7	53.0	54.7	46.3	9.6	4.0	1.1

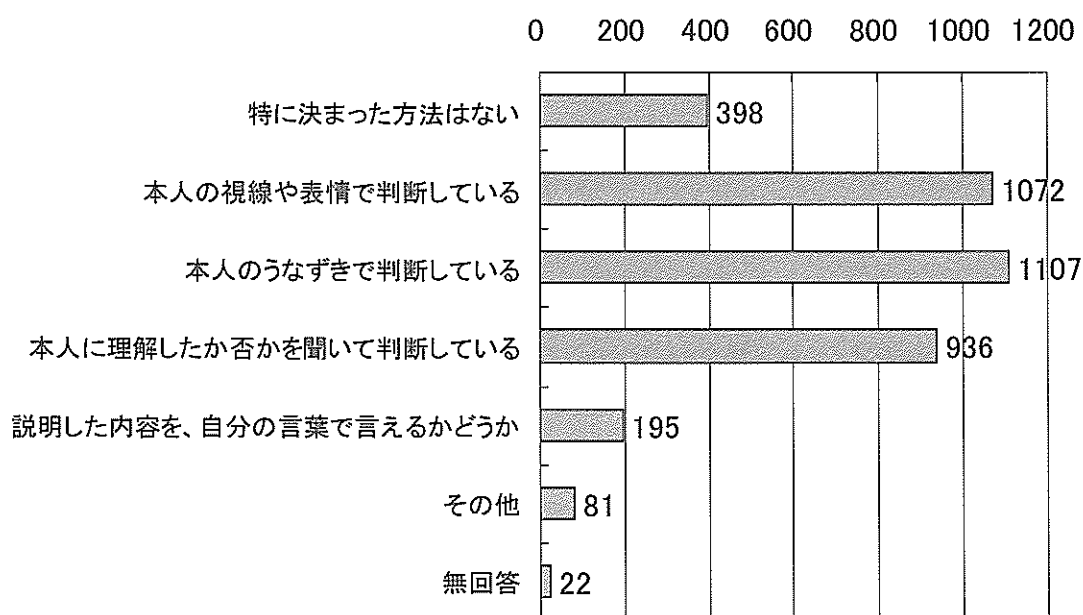


図22 ケアプランの原案の内容に関する利用者の同意の確認方法
横軸、およびグラフ中の数字は回答者数を指す。

表 32 ケアプランの原案の内容について同意した場合の署名・捺印の方法

	サンプル数	本人に署名・捺印をしてもらう	本人の了解のもと、代筆による署名・捺印	本人の了解は確認せず、代筆による署名・捺印	本人の了解のもと、自分が署名・捺印	その他	無回答
回答数	2,022	1,181	1,871	868	255	42	15
%	100.0	58.4	92.5	42.9	12.6	2.1	0.7

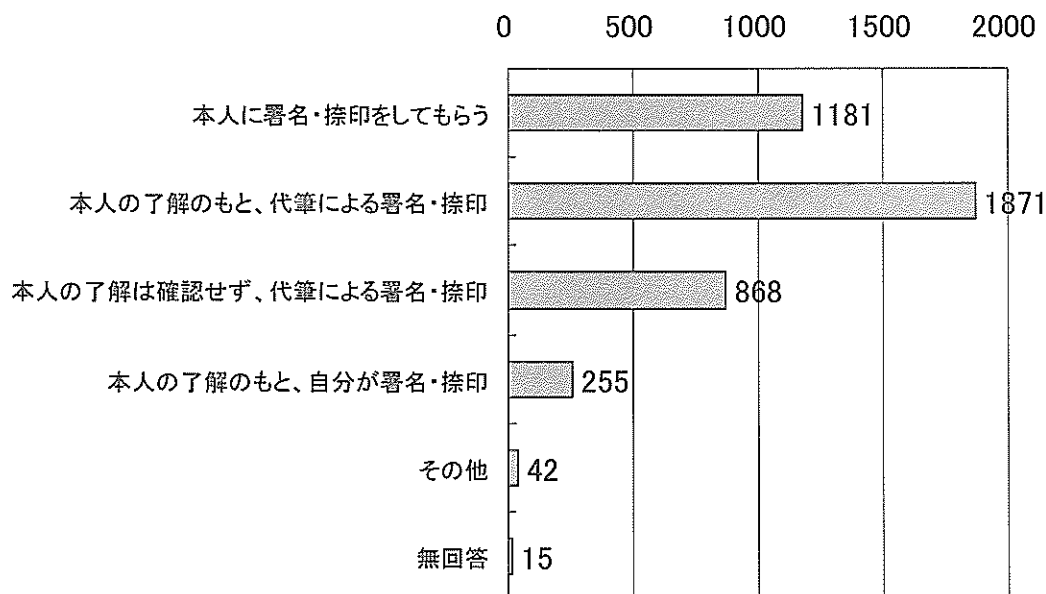


図 23 ケアプランの原案の内容について同意した場合の署名・捺印の方法
横軸、およびグラフ中の数字は回答者数を指す。

該当する全サンプル数 (2,022) のうち、「本人に署名・捺印をしてもらう」に回答したのは、1,181 人 (58.4%) だった。「本人の了解のもと、代筆による署名・捺印」に回答したのは、もっと多く、1,871 人 (92.5%) だった。「本人の了解は確認せず、代筆による署名・捺印」に回答したのは 868 人 (42.9%) だった。契約書同様、ケアプランの原案についても回答者の 4 割が本人の了解を得ず、代筆による署名・捺印を行っていた。「本人の了解のもと、自分が署名・捺印」に回答したものは 255 人 (12.6%) だった (表 32, 図 23)。

「その他」に記載された回答には、「家族の方の、前もっての同意にて、本人からの署名・捺印とする」「家族了解のもと、本人に署名・捺印をしてもらう」「書けない人で、どうしても書いてほしいという人のみ CM (ケアマネジャー) 代筆」などがあつた。

9) すべての認知症高齢者の利用者への説明の必要性 (単数回答) (Q6-1)

「契約書の内容の説明」、「アセスメント実施の主旨の説明」および「ケアプランの原案の内容説明」を、すべての認知症の人に行う必要があると考えているかどうかについて尋ねた。

結果、該当する全サンプル数 (2,092) のうち、「必要があると思う」と回答したのは、1,162 人 (55.5%) だった。「必要がないと思う」と回答したのは 804 人 (38.4%) だった。無回答は 126 人 (6.0%) だった。回答者の約半数が、すべての認知症高齢者に対し、説明が必要だと考えていた (表 33, 図 24)。

10) すべての認知症の利用者への説明の必要性の有無に関する理由 (自由記述) (Q6-1)

「契約書の内容の説明」、「アセスメント実施の主旨の説明」および「ケアプランの原案の内容説明」を、すべての認知症の人に行う必要があるかどうかについて、必要がある、または必要がないとした理

表 33 すべての認知症高齢者の利用者への説明の必要性

	サンプル数	必要があると思う	必要がないと思う	無回答
回答数	2,092	1,162	804	126
%	100.0	55.5	38.4	6.0

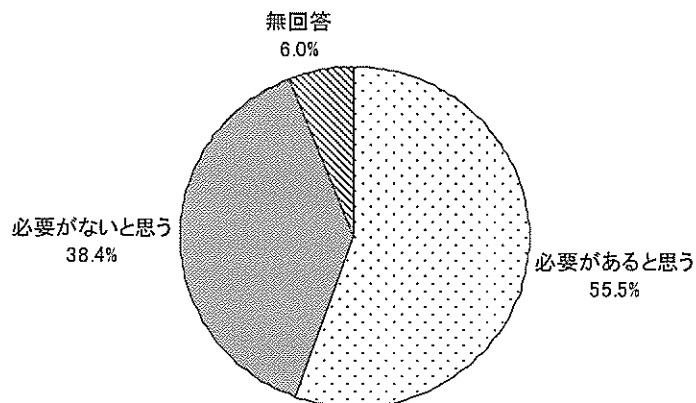


図 24 すべての認知症高齢者の利用者への説明の必要性

由について自由記述で尋ねた。

「必要があると思う」とした回答者の理由では、「人の尊厳」といった点から考えると、簡潔にはなるが説明は必要だと思う」「原則、全員に行う必要があると考える」といった、権利擁護や職業倫理、援助原則をその理由とする回答、「聞いてない」と絶対言われるので」といったリスクマネジメントの側面からその理由とする回答、「話すことによって、信頼関係を築くこともできる。また、新しい発見もあるはず」といった支援するうえでの関係形成に益があることをその理由とする回答などがあつた。

「必要がないと思う」とした回答者の理由では、「全く理解できない寝たきり状態の方には、必要はないと思われる。重度認知症で、かえって混乱させるので、不安になる事のほうが心配」「あまり細かい説明を受けて、逆に混乱したり不穏になったりする利用者さんもいらっしゃるのでは」といった説明することによる利用者の混乱を懸念することを理由とする回答、「意思疎通ができない方には、説明しても理解されない」といった本人の意思疎通の能力や理解力によって、説明しても理解できない場合があることを理由とする回答、「家族同席・同意があれば、良いと思う。理解できないことで本人の負担が大きくなる」といった、家族等の同意でよいとする回答などがあつた。

11) 認知症の利用者に説明をする場合とそうでない場合をわける理由 (Q6-2)

「契約書の内容の説明」、「アセスメント実施の主旨の説明」および「ケアプランの原案の内容説明」を認知症の人に行う際、説明する人としていない人をわける場合の理由について自由記述で回答してもらつた。

結果、「(説明する人) 脳血管性痴呆、初期のアルツハイマー型痴呆の方に説明する。ある程度、意思疎通ができる人。(説明しない人) アルツハイマー型痴呆の進行した人、意思疎通が困難な人」「(説明する場合) ①視線を合わせて話ができる人(相手の発語があるか否かは問わない) ②自分の名前が書ける人(相手の能力の判断材料として) ③会話の内容で、理解力がありそうな人。(説明しない場合) 終始、独語等あり、会話にならない人」「意思疎通が可能な方」といった、利用者の具体的な状態や条件、特に意思疎通や理解力などをあげる回答、「説明する人・しない人を分ける」という考え方は、したくない。書面の言葉をそのままお伝えしても、分かってもらえるという事は少ない。その人に分かってもらえるように伝えていく事で、その人の生き方を一緒に考えられると思う」「説明する人としていない人に分けるとしたら」という設問はいかがなものか? 説明することが前提で、私たちは分ける立場ではないと思われる」といった、回答者の援助観や価値観に基づく回答、「IV・Mの方は、説明しない。Ⅲの方は認知

症の症状により、説明を考える。I～IIは一応理解できると考え説明するが、簡単な表現で話す。長谷川式10点以下の利用者、正しい判断ができるかどうか（日常の生活上の留守番、金銭管理、電話がかけられる等）」といった、日常生活自立度ランクや、既存のスケールを指標として用いているとする回答、「一人暮らしの場合、簡単に説明は行う」「家族・介護者がいる場合→本人に説明しない」といった家族等の社会環境の状況から判断している回答などがあつた。

IV. 考 察

1. 回答者の属性

回答者の年齢については、40代以上の回答者が多かつた。これは、介護支援専門員の受験資格を得るために必要な経験年数がおおむね5年以上であることもあり、実際に居宅介護支援事業の業務に就くのは、ある程度現場経験を積んだ中堅以上の職員になることが多い状況が反映されたのではないかと考えられる。

資格については、介護福祉士、看護師が多くを占めた。他の介護支援専門員を対象にした調査でも同様の結果が得られており、この点に関しては、本調査の回答者が介護支援専門員全体の状況をからみてそれほど特殊な集団ではないことが示唆されたといえよう。

就業年数は3年以上のもので5割以上を占めた。特に介護保険施行直後からの勤務となる5年以上が最も多く、経験のある介護支援専門員が回答者となつたことが伺える。

2. 担当している利用者の状況

調査時点での介護支援専門員の1人当たりの担当利用者数の上限である50人に近い、40～50人がもっとも多かつた。50人以上の利用者を抱えている介護支援専門員も13.1%存在してることが明らかになつた。一方、担当している認知症の人の利用者数をみると、1～10人を担当しているという回答が6割以上ともっとも多かつた。これは、認知症の人の条件を「認知症の診断を受けた人」としたために全体の担当者数からみるとかなり少なくなつたと考えられる。調査対象に、明確な診断を受けていないが、認知症かも知れない人を入れた場合は回答状況もかなり変化することが考えられる。

担当している認知症の利用者の日常生活自立度ランクをみてみると、ランクII、ランクIIIの利用者については回答者の8割以上が担当しており、ランクIVについても6割以上の回答者が担当していた。ランクIVのようなかなり自立度の低い利用者も担当している介護支援専門員が回答者の半数以上を占めていることが確認された。

3. 居宅介護支援サービスの依頼者および希望者

依頼者および希望者とも「利用者の配偶者・家族」が一番多い依頼先・希望者であつた。依頼者については、79.2%と全体の8割弱が、希望者については92.3%と全体の9割以上が一番多いと回答する結果となつた。また、「利用者本人」は依頼者では4位(29.3%)と、居宅介護支援サービスを本人が依頼する場合は、配偶者・家族、他の機関、地域住民らと比較しても少ない場合が多いことが明らかになつた。また、希望者については、2位(43.5%)がもっとも多い回答となつた。以上の結果から、居宅介護支援サービスの開始は、利用者・本人の依頼や希望ではなく、利用者の配偶者・家族の依頼や希望ではじまることが多いことが明らかになつた。このことは、家族主導で始まる多くの支援の過程で、介護支援専門員が、利用者本人に対し支援プロセスへ主体的に参加するよう動機付けを行つたり、時に、家族からの一方的な主張や意見などから介護サービスの提供が行われないよう、利用者の意見を引き出し、家族の主張や意見との調整を行つていかなければならない状況が多いのではないかとすることを示唆しているといえよう。

4. 契約書、アセスメントの主旨およびケアプランの原案の説明方法と説明内容

認知症の本人に、契約書、アセスメント実施の主旨およびケアプランの原案についての説明を行っているかどうかについて尋ねた。認知症の人に契約書の説明を行っている回答者は、6割以上の回答者が、すべて、あるいはほとんどの利用者に説明していると回答していた。一方、「まったく説明していない」とする回答者が3.3%とわずかだったが存在していることが明らかになった。アセスメントの主旨およびケアプランの原案についてもほぼ同様の結果であった。

各説明を行っている利用者の日常生活自立度のランクをみると、契約書の説明については、ランクII a・II bが全体の8割以上が説明を行っているという回答していた。ランクIII a・III bの利用者についても半数以上(54.8%)が説明を行っていることが明らかになった。逆にランクIについては説明しているとしたものは全体の8割(84.3)に留まった。ランクIVについては17.7%、ランクMについても3.9%の回答者が説明を行っているという回答しており、自立度がかなり低下している利用者にも説明を行っていることが明らかになった。アセスメント実施の主旨説明、およびケアプランの原案の説明についてもおおむね同様の傾向がみられた。

契約書およびケアプランの原案について説明の方法の方法を尋ねた所、契約書の説明でもっとも、多かったのは「本人同席のもと、家族に説明している」で、全体の7割以上(73.2%)がその方法で行っているケースがあることが明らかになった。また、家族のみに説明を行っているケースについても全体の32.8%があると回答した。ケアプランの原案についてもほぼ同様の傾向がみられた。

契約書およびケアプランの原案についてそれぞれ説明している内容をみると、契約書の説明内容では、もっとも多い「サービスの提供方法・内容」の94.7%から、その他を除いた中でもっとも少なかった「通常の事業の実施地域」の37.4%まで、内容によって必ず説明を行うものと、そうでないものを分けている傾向が示唆された。これは、ケアプランの原案の説明についても同様で、ほとんどすべての介護支援専門員が説明を行っている項目と、そうでない項目があることが明らかになった。このことは、なんらかの基準で介護支援専門員が説明すべき項目とそうでない項目を分けている現状が示唆されたといえよう。

契約書、アセスメントの主旨およびケアプランの原案について、説明された内容を利用者が理解したかどうかについては、契約書の説明についてみると、全体の54.6%の回答者が「本人の視線や表情で判断している」、49.7%が「本人のうなずきで判断している」ケースがあると回答した。これは、アセスメントの主旨およびケアプランの原案の説明についてもほぼ同様の傾向がみられていた。理解しているかどうかの判断を利用者の視線や表情、または本人のうなずきで行うというのは、多分に援助者側の主観によるところが多い方法だと思われる。回答者の約半数がそうした方法で判断しているケースがあると回答したことは、あるべき説明の方法を模索していくうえで、課題の1つが明らかになったといえる。

アセスメント実施の際の情報収集の方法については、「本人と家族ほぼ同じくらいの割合で情報収集」の52.7%に次ぎ、「家族を中心に情報収集を行っている」が41.5%で2番目に多かった。「本人を中心に情報収集を行っている」はわずか3.4%しかいなかった。情報収集が家族を中心になされているということは、たとえ家族が本人の立場に立って介護支援専門員に情報を提供していたとしても、あくまで家族からみた問題であることにはかわりはない。当然その情報をもとに作成されるケアプランも利用者本人の主観的なニーズからは離れていったものになってしまうことが考えられる。

契約書およびケアプランの原案についての同意を誰から得ているかについては、契約書の同意についてみると、91.4%が「本人と家族から得ている」と回答する一方、「家族のみから得ている」と回答したのも、53.3%おり、契約についての同意が本人を抜きに行われている場合もあることが明らかになった。また、本人が同意したかどうかを判断する方法としては、「本人の視線や表情で判断している」回答者が48.1%、「本人のうなずきで判断している」とした回答者が48.1%と、理解の設問の結果と同様の傾向がみられた。ほぼ同様の結果がケアプランの原案についても得られた。

契約書およびケアプランの原案についての署名・捺印については、契約書についての結果をみると、93.5%の回答者が「本人了解のもと、代筆による署名・捺印」で署名・捺印を行っているケースがあると回答した。逆に「本人に署名・捺印をしてもらう」ケースは56.0%に留まった。また、「本人の了解を確認せず、代筆による署名・捺印」をしているケースについては回答者の40.5%があると回答した。認知症の人が利用者の場合、なんらかの理由から本人の了解を得ないまま、契約書の署名・捺印が行われている場合もあることが明らかになった。ケアプランの原案についても同様の傾向がみられた。

5. 今後の課題

本調査では、いくつかの質問項目を契約書、アセスメントの主旨説明、ケアプランの原案のそれぞれに分けて尋ねた。単純集計の結果では、それらの結果はほぼ同様の回答状況であり、契約書の説明、アセスメントの主旨説明、ケアプランの原案の説明についてその説明方法等に大きな変化はみられなかった。これについては、今後、個々の回答者の回答状況を丹念に確認していく必要があると考える。

また、利用者の家族については、居宅介護支援サービス実施に関する説明を行うそれぞれの場面で、利用者以上に大きな役割を果たしていることが示唆された。まずサービス利用の入り口の場面では、利用者の配偶者・家族は、居宅介護支援サービスの主たる依頼者であり介護支援専門員から見て主たる希望者であった。加えて、アセスメントの情報収集や、説明された内容についての同意の場面などでも、家族主導で行われている状況もあることが示唆された。家族の役割をどう考えるかが、認知症の人に対する説明と同意のあり方を考えるうえでも大変重要な要素であることが示唆されたといえる。

説明と同意に関する具体的な実践内容については、多くの回答者がランクⅢないしはⅣといった自立度の比較的低い利用者に対しても説明を行っていることが示された。一方説明している内容についてみると、契約書およびケアプランの原案については、回答者のほとんどが説明しているものから、そうでないものまであり、介護支援専門員によってどの内容を説明するかが選択されていることが示唆された。

以上のように、比較的低自立度の利用者に対しても、必要と考える内容については説明を行っている様子が伺える一方、それら説明した内容についての理解および同意の確認方法が利用者の視線や表情、うなずき等の不十分な方法で行われている状況も示され、最低限に必要な説明内容とは何かという課題に加え、それらを利用者が理解したかどうかの基準や指標のあり方についても考えていく必要性が示唆されたといえよう。

自由記述の回答については、Q6-1では、すべての人に説明をすべきだという回答者から、そうでないとする回答者までさまざまな意見がみられた。Q6-2についても、説明する人としらない人とは分けられない、分けるべきでないという人もいれば、原則はすべきなのであろうが、意思疎通が十分でない利用者にはしていない、または、説明によって本人が混乱する場合や家族が拒否する場合、本人が重度の認知症の場合等は説明していないとする回答者までさまざまな回答があり、認知症の人に説明すべきか否かの判断が介護支援専門員個々の基準や価値基準等により多様な形で行われている現状が明らかになったといえよう。このような現状をふまえると、最終的な判断は個々の状況においてそれぞれの介護支援専門員が行うとしても、認知症の利用者に対して説明すべき内容や方法をどのように選択するかについては、基準や指標といったものが必要であることが示唆された。

〔付録1 配布アンケート用紙〕

認知症の人の介護保険サービス利用時の 説明と同意のあり方に関する調査

平成17年度 老人保健健康増進等事業

介護保険制度の適正な実施及びサービスの質の向上に寄与する調査研究事業

介護保険制度を適正に実施するために、この度、介護支援専門員の方を対象に、サービス提供時の認知症高齢者に対する「説明と同意」に関する実態やご意見をお伺いすることとなりました。

なお、この調査に、ご回答されないことで社会的不利益を被ることはありません。回収結果はすべてコンピューターに入力され、集計・分析されます。調査の経過や結果は、当研究会メンバーの所属する学会や学術論文等で発表いたします。その際、ご回答者が特定される形で発表されることは一切ありません。また、研究者側が個人を特定することも一切ありません。

ご回答いただいた調査票は、

2006年2月15日（水）までにご返送ください。

本調査に関して、分からないことやご質問などがありましたら、下記連絡先までお気軽にお問い合わせください。

認知症介護研究・研修東京センター
今井幸充研究室 担当 今井幸充 渡邊浩文
〒168-0071 東京都杉並区高井戸西 1-12-1
TEL 03-3334-2173 FAX 03-3334-2718

以上のような主旨をご理解いただき、アンケートへのご協力をお願いいたします。

質問にお答えになる前に必ずお読みください。

①居宅介護支援事業所の介護支援専門員（ケアマネージャー）をしている職員で、『認知症の利用者』を担当されている方がお答えください。

（認知症の方を担当されている介護支援専門員がいない場合は、回答不要です）

②以後の質問文中の『認知症の人』『認知症の利用者』は、特段の指示がない限り、医師より『認知症』および、アルツハイマー病等の認知症をきたす疾患の診断を受けている人を指します。

① あなたが担当されている利用者について伺いたします。なお、担当している利用者とは、現在ケアプランをたてている利用者のことを指します。

Q1-1 あなたが現在担当している利用者数は何名ですか。もっともあてはまる番号1つに○をつけてください。

1	1～10人	4	31～40人
2	11～20人	5	41～50人
3	21～30人	6	50人以上

Q1-2 あなたが現在担当している利用者のうち、認知症の利用者は何人ですか。あてはまる番号に1つ○をつけてください。

1	1～10人	4	31～40人
2	11～20人	5	41～50人
3	21～30人	6	50人以上

Q1-3 あなたが担当している認知症の人は、認知症高齢者の日常生活自立度でどのランクの人がいらっしゃいますか。あてはまるランクの回答欄すべてに○をつけてください。(いくつでも可)

回答欄	ランク	判定基準
	I	何らかの認知症(痴呆)を有するが、日常生活は家庭内及び社会的にほぼ自立している。
	II a・II b	日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さが多少見られても、誰かが注意していれば自立できる。
	III a・III b	日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さがときどきみられ、介護を必要とする。
	IV	日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さが頻繁に見られ、常に介護を必要とする。
	M	著しい精神症状や問題行動あるいは重篤な身体疾患が見られ、専門医療を必要とする。

- ② 認知症の人への居宅介護支援（ケアマネジメント）サービス依頼に関してお伺いいたします。以下の設問の「利用者」「本人」はすべて認知症の人を指します。

Q2-1 居宅介護支援（ケアマネジメント）の依頼はどこからありますか。下記 a～e のうちで、多い順に 1～5 までの順番をつけ、回答欄に記入してください。「その他」はある場合のみ記入してください。

依頼者	回答欄（順位記入）
a. 利用者本人から	
b. 利用者の配偶者・家族から	
c. 他の機関（公的機関，医療機関，福祉機関等）から	
d. 地域住民（民生委員も含む）から	
e. その他（ ）	

Q2-2 居宅介護支援（ケアマネジメント）サービスの利用を、誰が実際に希望していますか。下記 a～e のうちで、多い順に 1～5 までの順番をつけ、回答欄に記入してください。「その他」はある場合のみ記入してください。

依頼者	回答欄（順位記入）
a. 利用者本人	
b. 利用者の配偶者・家族	
c. 他の機関（公的機関，医療機関，福祉機関等）	
d. 地域住民（民生委員も含む）	
e. その他（ ）	

③ 認知症の人へ居宅介護支援（ケアマネジメント）を行う際の、契約の場面についてお伺いいたします。以下の設問の「利用者」「本人」はすべて認知症の人を指します。

Q3-1 契約書の内容を認知症の利用者本人に説明していますか、もっともあてはまる番号を1つ選び、○をつけてください。

- | | |
|---|--|
| 1 | すべての利用者に説明している |
| 2 | ほとんどの利用者に説明している |
| 3 | 一部の利用者のみ説明している |
| 4 | まったく説明していない ▶ Q4-1 へお進みください |

Q3-2 契約書の内容は、「認知症高齢者の日常生活自立度」のランクにあてはめると、どの程度の認知症の人まで説明していますか、対応する回答欄にすべて○をつけてください。（いくつでも可）

回答欄	ランク	判定基準
	I	何らかの認知症（痴呆）を有するが、日常生活は家庭内及び社会的にほぼ自立している。
	II a・II b	日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さが多少見られても、誰かが注意していれば自立できる。
	III a・III b	日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さがときどきみられ、介護を必要とする。
	IV	日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さが頻繁に見られ、常に介護を必要とする。
	M	著しい精神症状や問題行動あるいは重篤な身体疾患が見られ、専門医療を必要とする。

Q3-3 契約書の内容を、主にどのような方法で認知症の人本人と家族に説明していますか、以下のうちから、あてはまるケースをすべて選び、その番号に○をつけてください。（いくつでも可）

- | | |
|---|---|
| 1 | 本人のみに説明している |
| 2 | 家族の同席のもと、本人に説明している |
| 3 | 家族と本人に説明している |
| 4 | 本人の同席のもと、家族に説明している |
| 5 | 家族のみに説明している |
| 6 | その他（ ） |

Q3-4 認知症の利用者本人に行う説明として、契約書の内容のうち、主にどのような内容を説明していますか。以下のうちから、あてはまる番号すべてに○をつけてください。(いくつでも可)

- | | | |
|----|-----------------|---|
| 1 | 事業の目的 | |
| 2 | 職員の職種、員数及び職務内容 | |
| 3 | 営業日及び営業時間 | |
| 4 | サービスの提供方法・内容 | |
| 5 | サービス利用料その他の費用の額 | |
| 6 | 秘密の保持 | |
| 7 | 事故発生時の対応 | |
| 8 | 苦情処理の体制 | |
| 9 | 通常の事業の実施地域 | |
| 10 | 契約終了時・解約時の対応 | |
| 11 | その他 (|) |

Q3-5 契約内容についての説明をした際、認知症の利用者が内容を理解したことをどのように判断していますか。以下のうちから、あてはまるケースをすべて選び、その番号に○をつけてください。(いくつでも可)

- | | | |
|---|------------------------------|---|
| 1 | 特に決まった方法はない | |
| 2 | 本人の視線や表情で判断している | |
| 3 | 本人のうなずきで判断している | |
| 4 | 本人に理解したか否かを聞いて判断している | |
| 5 | 説明した内容を、自分の言葉で言えるかどうかで判断している | |
| 6 | その他 (|) |

Q3-6 契約締結時の同意は誰から得ていますか。以下のうちから、あてはまるケースをすべて選び、その番号に○をつけてください。(いくつでも可)

- | | | |
|---|-------------|---|
| 1 | 本人と家族から得ている | |
| 2 | 本人のみから得ている | |
| 3 | 家族のみから得ている | |
| 4 | 法定後見人から得ている | |
| 5 | その他 (|) |

Q3-7 契約内容についての説明をした際、認知症の利用者が同意したことを主にどのように判断していますか。以下のうちから、あてはまるケースをすべて選び、その番号に○をつけてください。(いくつでも可)

- | |
|--------------------------------|
| 1 特に決まった方法はない |
| 2 本人の視線や表情で判断している |
| 3 本人のうなずきで判断している |
| 4 本人に理解したか否かを聞いて判断している |
| 5 説明した内容を、自分の言葉で言えるかどうかで判断している |
| 6 その他 () |

Q3-8 契約の場面、またはサービスを提供する際に、居宅介護支援には、利用者の主体的な参加が重要であることの説明を行っていますか。あてはまる項目を一つ選び、番号に○をつけてください。

- | |
|-------------------|
| 1 すべての利用者に説明している |
| 2 ほとんどの利用者に説明している |
| 3 一部の利用者のみ説明している |
| 4 まったく説明していない |

Q3-9 契約締結時に、どのような方法で認知症の利用者・家族から署名・捺印を取っていますか。以下のうちからあてはまるケースをすべて選び、その番号に○をつけてください。(いくつでも可)

- | |
|---|
| 1 本人に署名・捺印をしてもらう |
| 2 本人の了解のもと、配偶者・家族等の代理人の代筆による署名・捺印をもらう |
| 3 本人の了解は確認せず、配偶者・家族等の代理人の代筆による署名・捺印をもらう |
| 4 本人の了解のもと、自分が署名・捺印を代わりに行う |
| 5 その他 () |

- ④ 認知症の人へ居宅介護支援（ケアマネジメント）を行う際の、アセスメントの場面についてお伺いいたします。以下の設問の「利用者」「本人」はすべて認知症の人を指します。

Q4-1 アセスメントを行うにあたり、その主旨を認知症の利用者本人に直接説明していますか。もっともあてはまる番号を1つ選び、○をつけてください。

- | | |
|---|--|
| 1 | すべての利用者に説明している |
| 2 | ほとんどの利用者に説明している |
| 3 | 一部の利用者のみ説明している |
| 4 | まったく説明していない ▶ Q5-1 へお進みください |

Q4-2 アセスメントを行う主旨について、「認知症高齢者の日常生活自立度」のランクにあてはめると、どの程度の認知症の人まで本人に説明していますか。対応する回答欄にすべて○をつけてください。（いくつでも可）

回答欄	ランク	判定基準
	I	何らかの認知症（痴呆）を有するが、日常生活は家庭内及び社会的にほぼ自立している。
	II a・II b	日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さが多少見られても、誰かが注意していれば自立できる。
	III a・III b	日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さがときどきみられ、介護を必要とする。
	IV	日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さが頻繁に見られ、常に介護を必要とする。
	M	著しい精神症状や問題行動あるいは重篤な身体疾患が見られ、専門医療を必要とする。

Q4-3 アセスメントの主旨の説明を、認知症の利用者が理解したことをどのように判断していますか。以下のうちから、あてはまるケースをすべて選び、その番号に○をつけてください。（いくつでも可）

- | | |
|---|---|
| 1 | 特に決まった方法はない |
| 2 | 本人の視線や表情で判断している |
| 3 | 本人のうなずきで判断している |
| 4 | 本人に理解したか否かを聞いて判断している |
| 5 | 説明した内容を、自分の言葉で言えるかどうかで判断している |
| 6 | その他（ ） |

Q4-4 認知症の人とアセスメントを進める際、本人の情報収集は主にどのような方法で行っていますか。もっとも多いケースを選びその番号に1つ○をつけてください。

- | |
|------------------------------|
| 1 本人と家族ほぼ同じくらいの割合で情報収集を行っている |
| 2 本人を中心に情報収集を行っている |
| 3 家族を中心に情報収集を行っている |
| 4 その他 () |

⑤ 認知症の人へ居宅介護支援（ケアマネジメント）を行う際の、作成されたケアプランの原案を説明する場面についてお伺いいたします。以下の設問の「利用者」「本人」はすべて認知症の人を指します。

Q5-1 作成されたケアプランの原案の内容に関する説明を認知症の利用者本人に行っていますか。もっともあてはまる番号を1つ選び、○をつけてください。

- | | |
|---|--|
| 1 | すべての利用者に説明している |
| 2 | ほとんどの利用者に説明している |
| 3 | 一部の利用者のみ説明している |
| 4 | まったく説明していない ▶ Q6-1 へお進みください |

Q5-2 作成されたケアプランの原案の内容について、「認知症高齢者の日常生活自立度」のランクにあてはめると、どの程度の認知症の人まで本人に説明していますか。対応する回答欄にすべて○をつけてください。（いくつでも可）

回答欄	ランク	判定基準
	I	何らかの認知症（痴呆）を有するが、日常生活は家庭内及び社会的にほぼ自立している。
	II a・II b	日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さが多少見られても、誰かが注意していれば自立できる。
	III a・III b	日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さがときどきみられ、介護を必要とする。
	IV	日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さが頻繁に見られ、常に介護を必要とする。
	M	著しい精神症状や問題行動あるいは重篤な身体疾患が見られ、専門医療を必要とする。

Q5-3 作成したケアプランの原案の内容について、どのような方法で、認知症の利用者・家族に説明をしていますか。以下のうちからあてはまるケースをすべて選び、その番号に○をつけてください。（いくつでも可）

- | | |
|---|---|
| 1 | 本人のみに説明している |
| 2 | 家族の同席のもと、本人に説明している |
| 3 | 家族と本人に説明している |
| 4 | 本人の同席のもと、家族に説明している |
| 5 | 家族のみに説明している |
| 6 | その他（ ） |

Q5-4 ケアプランの原案の内容について、認知症の利用者本人に、主にどのような内容を説明していますか。以下のうちからあてはまる番号すべてに○をつけてください。(いくつでも可)

- | | |
|----|---------------------------|
| 1 | 利用者及びその家族の生活に対する意向 |
| 2 | 生活全般の解決すべき課題 |
| 3 | 総合的な援助の方針 |
| 4 | 長期目標 |
| 5 | 短期目標 |
| 6 | 週間計画 |
| 7 | 月間計画 |
| 8 | 提案されている個々のサービスの目的 |
| 9 | 提案されている個々のサービスの提供方法 |
| 10 | 提案されている個々のサービスの提供期間 |
| 11 | 提案されている個々のサービスの費用 |
| 12 | 提案されている個々のサービスによって期待される効果 |
| 13 | 提案されたサービスを代替する別の支援方法 |
| 14 | 提案されているサービスの限界や注意点 |
| 15 | 提案されているサービスの変更・中止に関する事項 |
| 16 | その他 () |

Q5-5 ケアプランの原案の内容を説明した際、認知症の利用者が理解したことを主にどのように判断していますか。以下のうちから、あてはまるケースをすべて選び、その番号に○をつけてください。(いくつでも可)

- | | |
|---|------------------------------|
| 1 | 特に決まった方法はない |
| 2 | 本人の視線や表情で判断している |
| 3 | 本人のうなずきで判断している |
| 4 | 本人に理解したか否かを聞いて判断している |
| 5 | 説明した内容を、自分の言葉で言えるかどうかで判断している |
| 6 | その他 () |

Q5-6 作成されたケアプランの原案の内容についての同意を、誰から得ていますか。以下のうちから、あてはまるケースをすべて選び、その番号に○をつけてください。(いくつでも可)

- | | |
|---|-------------|
| 1 | 本人と家族から得ている |
| 2 | 本人のみから得ている |
| 3 | 家族のみから得ている |
| 4 | 法定後見人から得ている |
| 5 | その他 () |

Q5-7 ケアプランの原案の内容を説明する際に、認知症の利用者が同意したことを主にどのように判断していますか。以下のうちから、あてはまるケースをすべて選び、その番号に○をつけてください。(いくつでも可)

- | |
|---|
| <ol style="list-style-type: none"> 1 特に決まった方法はない 2 本人の視線や表情で判断している 3 本人のうなずきで判断している 4 本人に理解したか否かを聞いて判断している 5 説明した内容を、自分の言葉で言えるかどうかで判断している 6 その他 () |
|---|

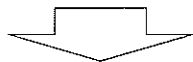
Q5-8 作成されたケアプランの原案の内容を同意したとして、どのような方法で利用者・家族から署名・捺印を取っていますか。以下のうちから、あてはまるケースをすべて選び、その番号に○をつけてください。(いくつでも可)

- | |
|---|
| <ol style="list-style-type: none"> 1 本人に署名・捺印をしてもらう 2 本人の了解のもと、配偶者・家族等の代理人の代筆による署名・捺印をもらう 3 本人の了解は確認せず、配偶者・家族等の代理人の代筆による署名・捺印をもらう 4 本人の了解のもと、自分が署名・捺印を代わりに行う 5 その他 () |
|---|

6 認知症の人への説明の必要性等についてお伺いいたします。

Q6-1 「契約書の内容の説明」、「アセスメント実施の主旨の説明」及び「ケアプランの原案の内容説明」を、すべての認知症の人に行う必要があるとお考えですか。あてはまるものを1つ選び番号に○をつけてください。また、その理由を回答欄に自由にお書きください。

1 必要があると思う	2 必要がないと思う
------------	------------



■理由

回答欄（ご自由に）

Q6-2 「契約書の内容の説明」、「アセスメント実施の主旨の説明」及び「ケアプランの原案の内容説明」を認知症の人に行う際、説明する人とししない人をわけるとしたら、あなたはそれをどのように分けますか。回答欄に自由にお書きください。

回答欄（ご自由に）

7 あなたご自身のことについてお伺いいたします。

Q7-1 性別はどちらですか。あてはまる番号に1つ○をつけてください。

1 男性	2 女性
------	------

Q7-2 年齢についてあてはまる番号に1つ○をつけてください。

1 20代
2 30代
3 40代
4 50代
5 60代以上

Q7-3 所有する資格についてあてはまる番号全てに○をつけてください。(いくつでも可)

1 ホームヘルパー	7 保健師
2 社会福祉士	8 理学療法士
3 介護福祉士	9 作業療法士
4 精神保健福祉士	10 薬剤師
5 社会福祉主事	11 栄養士・管理栄養士
6 看護師・准看護師	12 その他 ()

Q7-4 居宅介護支援事業所での経験年数について、あてはまる番号に1つ○をつけてください。

1 1年未満
2 1年以上3年未満
3 3年以上5年未満
4 5年以上

Q7-5 勤務先は、在宅介護支援センターを併設していますか。

1 併設している	2 併設していない
----------	-----------



Q7-6 在宅介護支援センターを併設している場合、在宅介護支援センター業務との兼務はしていますか。あてはまる番号に1つ○をつけてください。

1 兼務している	2 兼務していない
----------	-----------

～ご協力ありがとうございました～

第3章

アルツハイマー病の病名告知に 関する意識調査

I. 研究の背景及び調査の目的

昨今社会的な流れを反映して、さまざまな分野における情報の開示やインフォームド・コンセント (informed consent, 説明と同意) への国民の意識が高まりつつある。このことは単に日常生活で利害等が生じる場面だけではなく、医療・福祉の分野まで広まっていると考えられる。医療分野では医療行為、すなわち病名告知や治療介入への IC や同意能力が問題となっており、中でもアルツハイマー型認知症 (Alzheimer's disease) は進行性であることから、患者本人の理解力・判断力の減退が懸念されている。

その一方で、アルツハイマー病ならびにアルツハイマー型認知症患者本人への告知を実際に行っている医師の意識や態度に関する研究は、日本において未だほとんどみられず、高橋・山口・新妻・小野寺・伊藤・松尾・渡部・森嶋・下垣・青葉 (2005) のみである。その他アルツハイマー病ならびにアルツハイマー型認知症患者に関する研究としては、患者本人の意向についての検討 (北村・今井, 2001; 高橋・新妻・小野寺・山口・伊藤・下垣・渡部・柳田・杉山・森嶋・青葉, 2005)、健常成人への意識調査 (山下・小林・藤野, 2002)、専門職集団の態度に関する研究 (渡邊・今井・北村, 2006) にとどまっている。

本研究では、アルツハイマー型認知症患者への病名告知に対して、医師がどのような意識を持ち、実際にアルツハイマー型認知症患者へ告知を行っているかどうかといった実態を明らかにすることを目的とした。

本研究を行うことにより、告知を行う当事者の意識や葛藤などが明らかとなり、告知の促進や啓発に寄与すると考えられる。

II. 調査方法

1. 項目作成

先行研究で紹介されているアルツハイマー病ならびにアルツハイマー型認知症告知に関する項目 (北村・今井, 2001; 山下他, 2002; 渡邊他, 2006) について、KJ 法を行い項目を整理した。その結果を参考に、筆者らが必要と考えた項目を加え、「アルツハイマー病告知の判断」に相当すると思われる項目 3 項目、「アルツハイマー病告知への基本的な考え」に相当すると思われる項目 14 項目、「病名告知を行う条件」に相当すると思われる項目 11 項目、「病名告知を行わない条件」に相当すると思われる項目 18 項目、「病名告知のメリット・デメリット」に相当すると思われる項目 11 項目、合計 57 項目を作成した (付録 1)。具体的な項目内容については、付録に示した。各項目は相当すると考えられた因子に関係なく、乱数表にて質問の順番を決定した。

2. アンケート用紙の作成

まず、1. にて作成された 57 項目の回答方法は、“1 (非常にそう思う)” から “6 (全くそう思わない)” の 6 件法で行い、それぞれ最も近い感情・認知を選択してもらった。なお、各項目は 1 から 6 点で配点した。

その他、患者への病名告知の頻度、病名告知を行うかどうかの判断基準、病名告知を行わない場合の診断結果の説明、「痴呆症」から「認知症」への病名変化に伴う診断結果説明の容易性についても項目に含めた。また Face Sheet として、性別、年齢、医師国家試験合格年、主たる専門診療科目についてたずねる項目を設定した。

3. 調査の実施

被調査者の抽出は、老年精神医学会会員名簿より県別掲載数を算出し、県別の構成比に合わせて2,550名を無作為抽出した。また、全国都道府県のタウンページに掲載されている内科医の県別掲載数を算出し、県別の構成比により2,450名を無作為抽出した。以上、合計5,000名にアンケート用紙を郵送し、無記名にて返却してもらった。

調査は2006年2月から2006年3月にかけて行われた。

倫理的配慮

被調査者は全て無作為抽出により選出された医師であり、回収方法は、被調査者個人が特定されることのないよう無記名による郵送返却とした。

また本研究を行うにあたり、認知症介護研究・研修東京センター倫理委員会の承認を得た。

III. 調査結果と考察

1. 基本属性

回収された有効なアンケート用紙は、全体で985名であり、回収率は19.7%であった。内訳は、日本老年精神医学会会員651名（回収率25.7%）、内科開業医329名（回収率13.4%）であった（表1）。

被調査者の性別の内訳は、男性は被調査者全体の86.29%となる850名、女性は全体の13.20%の130名、不明5名であった。被調査者の年齢は27歳から95歳と幅広く、平均年齢は男性が53.58歳（SD=13.28）、女性が47.13歳（SD=13.24）であり、全体では52.74歳（SD=13.44）であった。医師歴については、男性で27.43年（SD=13.58）、女性で21.12年（SD=12.81）、全体で25.62年（SD=13.54）であった（表2）。

次に、主な専門診療科別の内訳を表3に表した。主な専門診療科目のうち、内科には内科および心療内科が含まれ、またその他には神経科、脳神経外科、その他診療科目、不明が含まれた。

まず年齢では、内科医においては50代が最も多く、120名となっており、平均年齢も診療科別の中では58.80歳（SD=12.68）と最も高かった。精神科医では40代が最も多く、平均年齢は48.73歳（SD=12.60）であった。全体でも40代、50代の人数が多いことが明らかとなった。

また医師歴では、内科医では20～29年が最も多く、平均医師年数は31.64年（SD=13.06）であった。精神科医では、10～19年と20～29年が多く、平均医師年数は21.49年（SD=12.76）であった。全体で

表1 アンケート用紙配布数ならびに回収率

	日本老年精神 医学会会員	内科開業医	計
配布（人）	2,550	2,450	5,000
回収（人）	656	329	985
回収率（%）	25.7	13.4	19.7

表2 被調査者の基本属性（性別人数・年齢・医師歴）

	男性	女性	不明	全体
人数	850	130	5	985
平均年齢（SD）	53.58 (13.28)	47.13 (13.24)		52.74 (13.44)
医師歴（SD）	27.43 (13.58)	21.12 (12.81)		25.62 (13.54)

表 3 主な専門診療科目別属性

(人)

		主たる専門 診療科目別			全体
		内科	精神科	その他	
年齢別	40 歳未満	16	129	15	160
	40 代	72	170	39	281
	50 代	120	110	25	255
	60 代	69	48	17	134
	70 代以上	78	40	12	130
	無回答	6	4	4	14
	不明	5			5
	平均年齢 (SD)	58.80 (12.68)	48.73 (12.60)	51.49 (12.06)	52.74 (13.44)
医師歴	10 年未満	5	88	7	100
	10～19 年	61	156	31	248
	20～29 年	111	140	30	281
	30～39 年	78	56	12	146
	40～49 年	53	41	18	112
	50 年以上	46	18	0	64
	無回答	7	8	19	34
	平均医師年数 (SD)	31.64 (13.06)	21.49 (12.76)	24.89 (12.08)	25.62 (13.64)

は 25.62 年 ($SD=13.64$) であった。

2. 各項目の回答率

57 問の質問項目の回答率を、項目作成時に考えられた因子「アルツハイマー病告知の判断」「アルツハイマー病告知への基本的な考え」「病名告知を行う条件」「病名告知を行わない条件」「病名告知のメリット・デメリット」にわけて、提示した (表 4-1～表 4-5)。図 1-1～図 1-5 は、比較しやすいように各 Table を棒グラフで示したものである。また「非常にそう思う」6 点～「全くそう思わない」1 点で得点化して、平均得点を求めた (付録 2)。

表 4-1 各項目の回答率 (アルツハイマー病告知の判断)

(%)

	非常に そう 思う	かなり そう 思う	やや そう 思う	あまり そう 思わ ない	ほと んど そう 思わ ない	全 く そ う 思 わ な い	無 回 答
Q23 アルツハイマー病の告知を行うかどうかは、 医師の判断に任せるべきである	7.0	14.3	21.0	31.1	13.4	11.8	1.4
Q56 アルツハイマー病の告知を行うかどうかは、 家族が決めるべきである	1.7	8.3	28.3	39.6	12.0	9.0	1.0
Q43 アルツハイマー病の告知を行うかどうかは、 患者本人の意思が優先されるべきである	17.2	30.7	29.6	12.9	5.2	2.9	1.5

表 4-2 各項目の回答率（アルツハイマー病告知への基本的な考え）

	非常にそう思う	かなりそう思う	ややそう思う	あまりそう思わない	ほとんどそう思わない	全くそう思わない	無回答
Q45 医師は、原則的に、患者本人へのアルツハイマー病告知をすべきである	18.4	26.8	29.2	18.6	3.4	2.5	1.1
Q47 アルツハイマー病の告知は、患者にとつて必要なことである	17.1	30.3	32.9	14.3	2.8	1.6	1.0
Q40 どのような場合にも、アルツハイマー病患者への告知をすべきである	4.7	10.7	17.9	35.6	12.4	17.6	1.2
Q35 アルツハイマー病患者には、病名を知る権利がある	33.3	34.0	22.6	5.9	1.7	1.1	1.3
Q13 自分が、アルツハイマー病だったら教えてほしい	42.0	28.8	15.7	7.5	2.8	2.0	1.0
Q26 自分の家族がアルツハイマー病だったら、医師から患者本人に告知して欲しい	15.0	27.7	29.9	17.7	4.6	3.6	1.5
Q49 アルツハイマー病患者にはできるだけ、病名を知られないようにすべきである	1.5	1.6	7.3	35.0	25.5	27.5	1.5
Q50 アルツハイマー病の告知は、患者にとつて必要ではない	1.5	2.5	6.7	29.3	24.6	34.0	1.3
Q14 アルツハイマー病の告知は、よほど必要のあるときのみ行うべきである	3.9	9.3	15.9	31.7	20.5	17.7	1.0
Q18 アルツハイマー病の告知は、病名を知らないでいる権利もある	13.5	21.8	32.2	19.7	6.1	5.5	1.2
Q2 自分がアルツハイマー病だったら、黙っていてほしい	3.0	6.3	8.4	19.2	22.7	39.6	0.7
Q24 自分の家族がアルツハイマー病になっても、本人への告知は望まない	3.7	8.8	16.4	32.3	20.1	17.3	1.4
Q25 アルツハイマー病の本人への告知の是非は、一概に決めることができない	31.1	26.8	24.9	8.8	4.6	2.9	0.9
Q46 アルツハイマー病患者に病名を告知するかどうかはあまり重要な問題ではない	1.4	6.9	14.1	29.3	21.7	24.8	1.7

表 4-3 各項目の回答率 (病名告知を行う条件)

	非常に思う	かなり思う	やや思う	あまりそう思わない	ほとんどそう思わない	全くそう思わない	無回答
Q38 患者本人が希望をすれば、告知すべきである	40.4	36.3	18.0	2.6	0.9	0.6	1.1
Q53 病気の初期の患者には、告知をすべきである	19.4	36.3	28.0	11.0	2.1	2.1	1.0
Q20 患者の年齢が若ければ、告知すべきである	16.9	31.0	25.6	15.5	4.2	5.4	1.5
Q37 患者に病気の自覚があれば告知すべきである	23.4	37.5	26.7	7.5	1.4	2.0	1.5
Q39 患者の精神状態が安定していれば、告知すべきである	25.1	36.9	25.5	8.5	1.4	1.2	1.4
Q1 性格的に受容が可能な患者には、告知すべきである	29.4	37.9	22.2	5.9	1.6	1.7	1.2
Q8 家族が希望をすれば、告知すべきである	31.0	33.6	21.1	9.5	2.1	1.7	0.9
Q34 身寄りのない患者には、告知すべきである	6.7	15.1	23.9	34.8	9.4	7.8	2.2
Q36 治療法があれば、告知すべきである	34.8	29.5	17.4	10.6	2.7	3.8	1.2
Q11 診断が確実であれば、告知すべきである	25.8	33.9	21.4	13.2	2.6	2.1	0.9
Q55 心理的サポート体制が整っていれば、告知すべきである	20.8	38.4	28.4	8.0	1.9	1.2	1.2

表 4-4 各項目の回答率 (病名告知を行わない条件)

	非常にそう思う	かなりそう思う	ややそう思う	あまりそう思わない	ほとんどそう思わない	全くそう思わない	無回答
Q22	7.1	20.9	39.5	21.1	5.7	4.3	1.4
Q15	22.1	37.5	28.8	6.3	2.1	2.1	1.0
Q52	2.6	7.0	17.9	36.6	17.3	17.1	1.5
Q30	21.1	30.9	29.1	11.7	3.0	2.7	1.4
Q32	11.4	25.7	36.2	17.4	4.2	3.9	1.3
Q42	0.5	1.5	4.7	38.9	24.3	28.8	1.3
Q41	1.1	3.8	16.2	41.5	19.6	16.4	1.3
Q7	21.9	29.4	24.3	16.3	4.1	2.9	1.0
Q3	19.0	19.5	21.6	19.5	10.6	8.7	1.1
Q48	8.8	15.9	24.0	29.1	11.9	9.1	1.1
Q31	14.3	25.6	40.1	12.7	3.0	2.7	1.5
Q6	5.1	9.4	17.9	36.2	15.3	14.8	1.2
Q10	14.9	19.4	17.9	15.8	12.1	19.1	0.8
Q12	1.5	3.0	5.8	23.8	23.8	41.0	1.1
Q9	1.4	3.1	4.5	26.1	22.5	41.5	0.8
Q33	1.6	2.0	7.4	31.8	21.4	34.3	1.4
Q27	1.7	3.0	9.4	31.7	20.2	32.6	1.3
Q19	1.1	3.5	8.9	31.5	22.1	31.7	1.2

表 4-5 各項目の回答率 (病名告知のメリット・デメリット)

	非常に思う	かなり思う	やや思う	あまり思う	ほとんど思う	全く思わない	無回答
Q17 告知することにより、患者が自分の将来のことを考えることができる	22.6	37.2	27.4	8.4	2.3	1.0	1.0
Q16 告知することにより、患者が財産整理など行える	22.3	35.1	27.3	11.0	1.7	1.5	1.0
Q5 告知することにより、患者本人が治療計画に参加できる	11.9	31.2	34.1	15.5	3.7	2.4	1.2
Q54 告知することにより、患者の治療意欲が高まる	9.4	25.1	36.4	21.8	4.0	1.7	1.5
Q4 告知することにより、家族による介護が楽になる	10.7	28.2	27.4	21.8	6.3	5.0	0.6
Q57 告知することにより、家族は気持ち楽になる	5.7	16.6	38.0	28.1	5.9	4.4	1.3
Q44 告知することにより、個人の人權を尊重することができる	15.8	30.2	33.6	15.2	2.1	1.7	1.3
Q21 告知しないことにより、精神的混乱を防ぎ、穏やかに生活することができる	2.2	6.4	28.0	39.5	12.8	9.9	1.1
Q29 告知しないことにより、患者の治療意欲が低下するのを防ぐことができる	1.3	7.0	16.2	44.6	17.5	11.9	1.5
Q51 告知しないことにより、家族が対応しやすくなる	1.2	4.3	8.4	38.1	23.1	23.8	1.1
Q28 病名を患者に告知しても、特にメリットはない	2.7	4.1	9.5	30.5	21.9	30.3	1.0

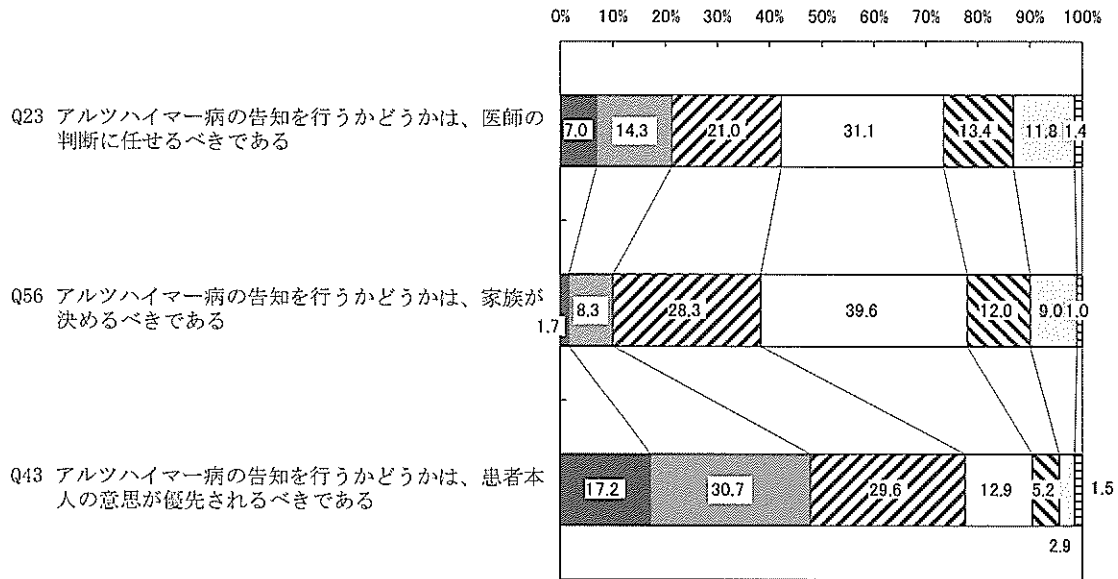
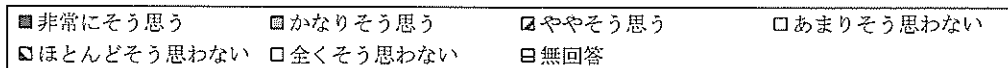


図 1-1 各項目の回答率（アルツハイマー病告知の判断）

1) アルツハイマー病告知の判断

アルツハイマー病告知の判断は、医師、家族、患者本人のうち、患者の意思を重視する回答が77.5%で一番多く、「かなりそう思う」という回答が30.7%を占めた。医師の判断を重視する回答は、42.3%、家族を重視する回答は38.4%で、その中でも「ややそう思う」という回答が最も多かった。

告知を行う際の判断には、患者の意思がまず優先されるが、医師自身の判断や家族の意向も考慮されるべきと考える人も多いと思われる。

2) アルツハイマー病告知への基本的な考え

アルツハイマー病告知について、「患者には病名を知る権利がある」と考える医師は74.4%で、「非常にそう思う」という回答が33.3%で最も多かった。また、「患者には病名を知らないでいる権利もある」と考える医師も、67.5%おり、「ややそう思う」という回答が32.2%で最も多かった。「知る権利」と「知らない権利」には、意見に若干の差があるが、患者の意思を重視する態度と考えられる。

「告知は患者にとって必要という回答は」80.2%であり、「必要でない」「重要ではない」という回答は、それぞれ10.7%と22.4%であった。「原則的に告知すべき」という回答は、74.4%であったが、「本人への告知の是非は一概に決められない」と思う回答が82.7%、「どのような場合にも告知すべきである」と思わない回答が65.6%あり、原則論と現実には差異があると思われた。しかし、告知は患者にとって、重要かつ必要なことであり、原則的には患者本人に告知をすべきと考える医師が、大半であると考えられる。

自分自身に告知を望むという回答は86.6%あり、「非常にそう思う」が42.0%と、全体でも最も高い回答率であった。家族に対して告知を望むという回答は、72.7%で、「ややそう思う」が29.9%で多く、自分自身と家族では、受け止め方に違いがあると思われた。

3) 病名告知を行う条件

病名を告知する際に一番重要視される条件は、「患者本人の希望」で、94.7%が「そう思う」と回答し

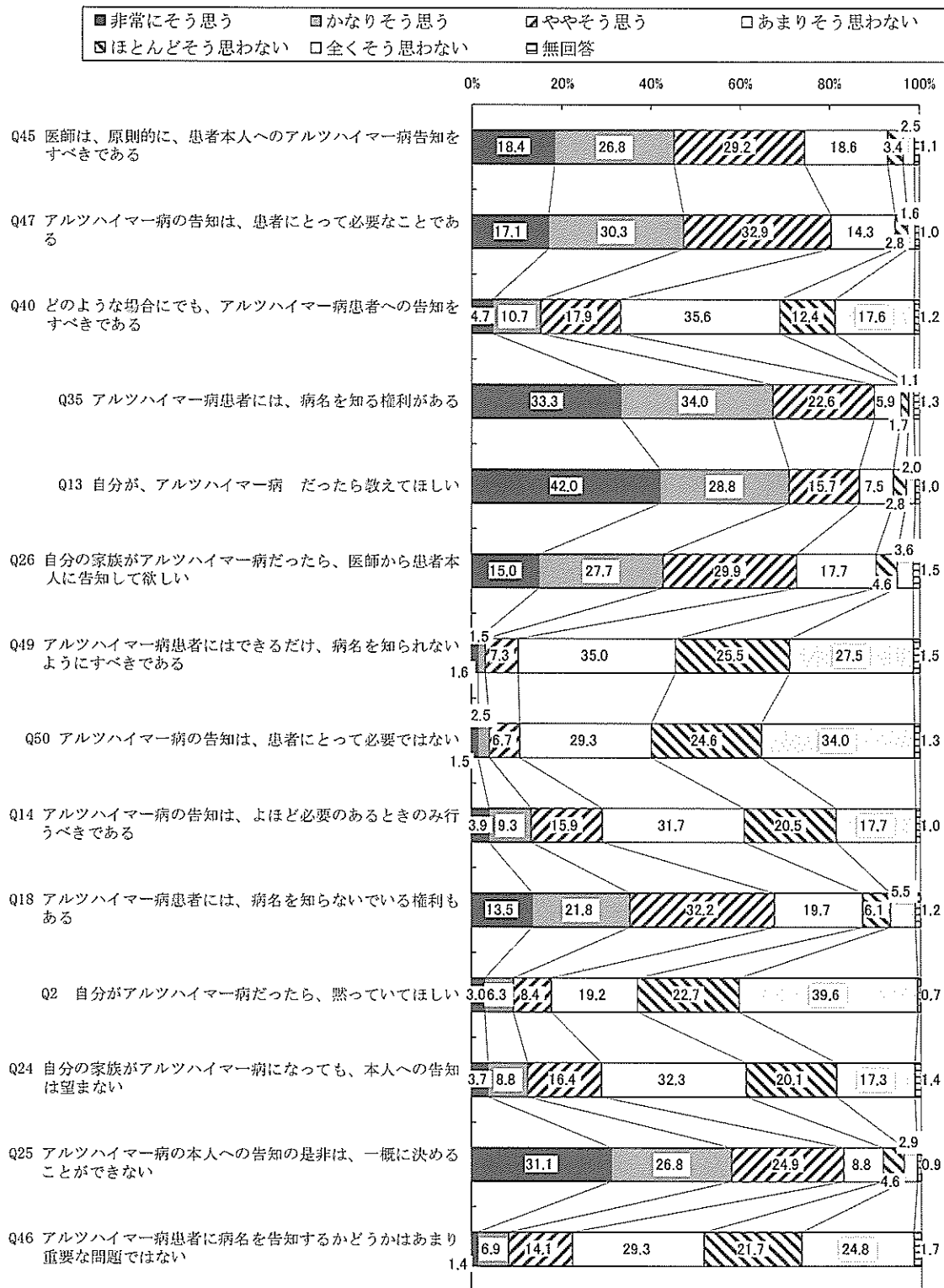


図 1-2 各項目回答率アルツハイマー病告知への基本的な考え)

た。次いで、「受容が可能な性格」(89.5%)、「心理的サポート体制」(87.6%)、「病気の自覚」(87.5%)、「精神状態の安定」(87.4%)、「家族の希望」(85.7%)、「病気の初期」(83.8%)、「治療法がある」(81.7%)、「確実な診断」(81.1%)、「年齢が若い」(73.4%)であった。アルツハイマー病の告知を行うには、病気そのものの特徴よりも、患者本人の意思や病気を受容できる状態かどうか重要視されると考えられる。

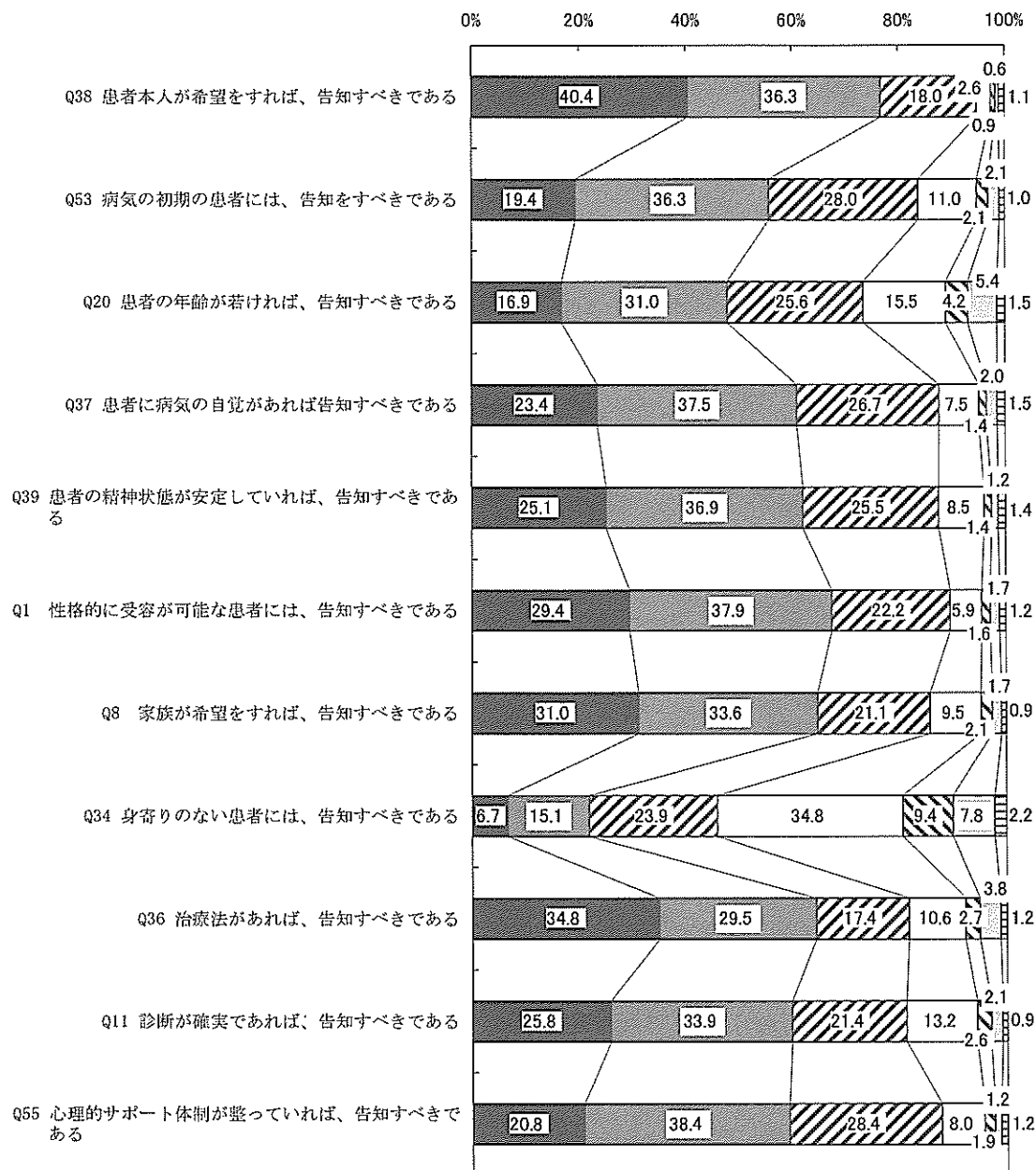
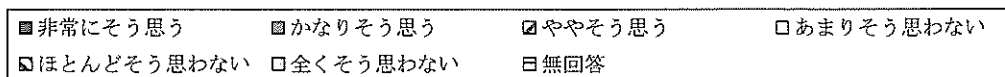


図 1-3 各項目の回答率 (病名告知を行う条件)

4) 病名告知を行わない条件

全体に、「非常にそう思う」の回答率の高い条件はなかった。告知すべきではない条件は、「精神不安定」(88.4%)が、「そう思う」回答率が一番高かった。次いで、「本人が望まない」(81.1%)、「心理的サポートがない」(80.0%)、「確定診断が難しい」(75.6%)、「家族が望まない」(73.3%)、「不安の強い性格」(67.5%)であった。告知を行わない条件にならないものは、「進行性の病気」(9.0%)、「治らない」(10.4%)「治療法がない」(11.1%)、「忘れる」(13.5%)、「理解できない」(14.2%)であった。

告知を行う条件と同様に、患者本人の意思や精神状態が重視されており、病気の症状そのものが告知をしない理由ではないと考えられる。

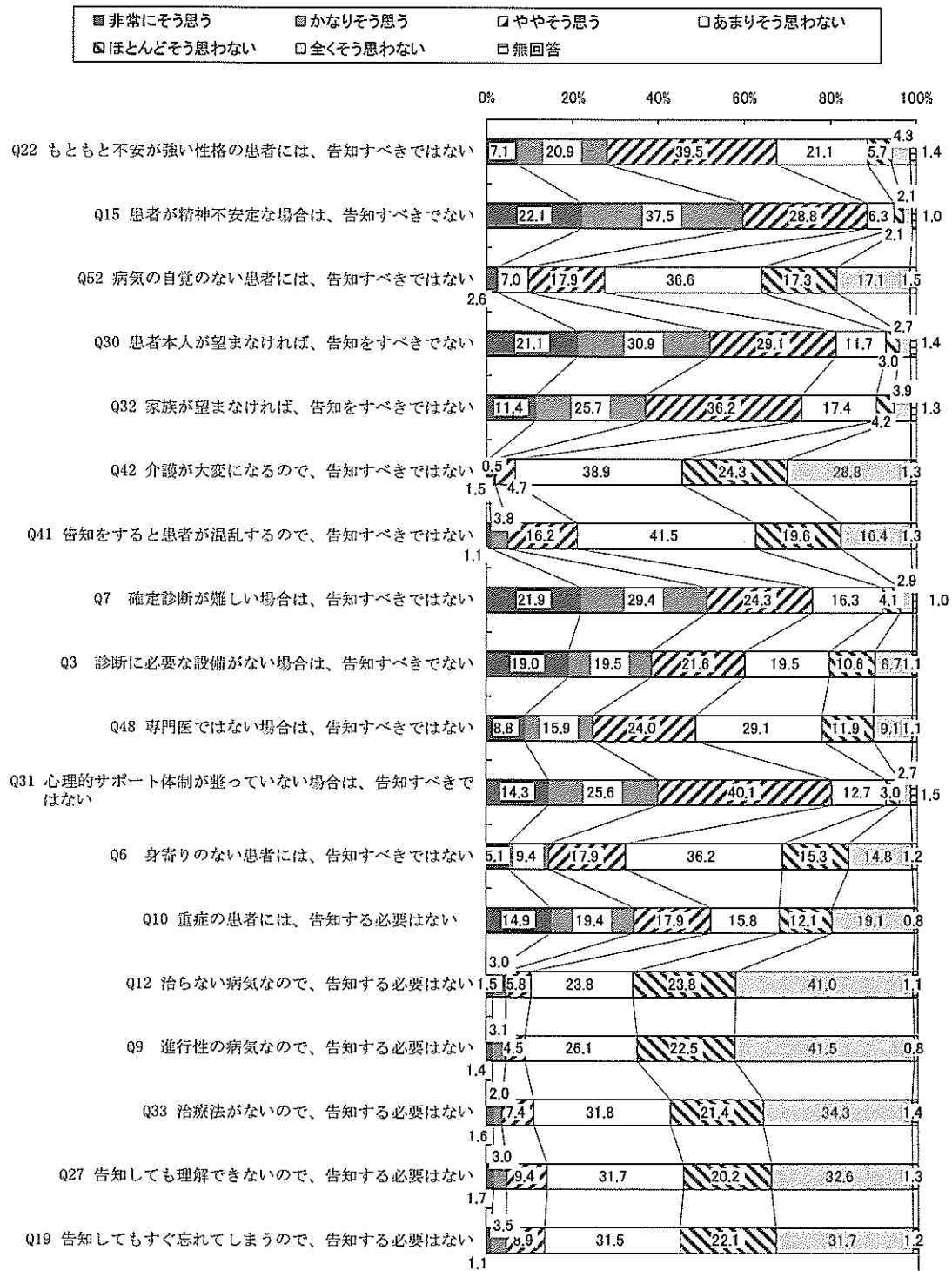


図 1-4 各項目の回答率 (病名告知を行わない条件)

5) 病名告知のメリット・デメリット

告知することによるメリットとしては、「将来を考えることができる」(87.2%)が「そう思う」という回答率が高く、次いで「財産管理」(84.8%)、「人権の尊重」(79.6%)、「治療計画の参加」(77.2%)、「治療意欲が高まる」(71.0%)であった。全体に、告知することによりメリットはあるという回答が多かった。

逆に、告知しないことによるメリットは挙がらなかった。精神的ショックを与えないために、告知をしないとされる回答が多いのに反し、告知をしないことにより、「精神的混乱を防ぎ、穏やかに生活す

第3章 アルツハイマー病の病名告知に関する意識調査

非常にそう思う
 かなりそう思う
 ややそう思う
 あまりそう思わない
 ほとんどそう思わない
 全くそう思わない
 無回答

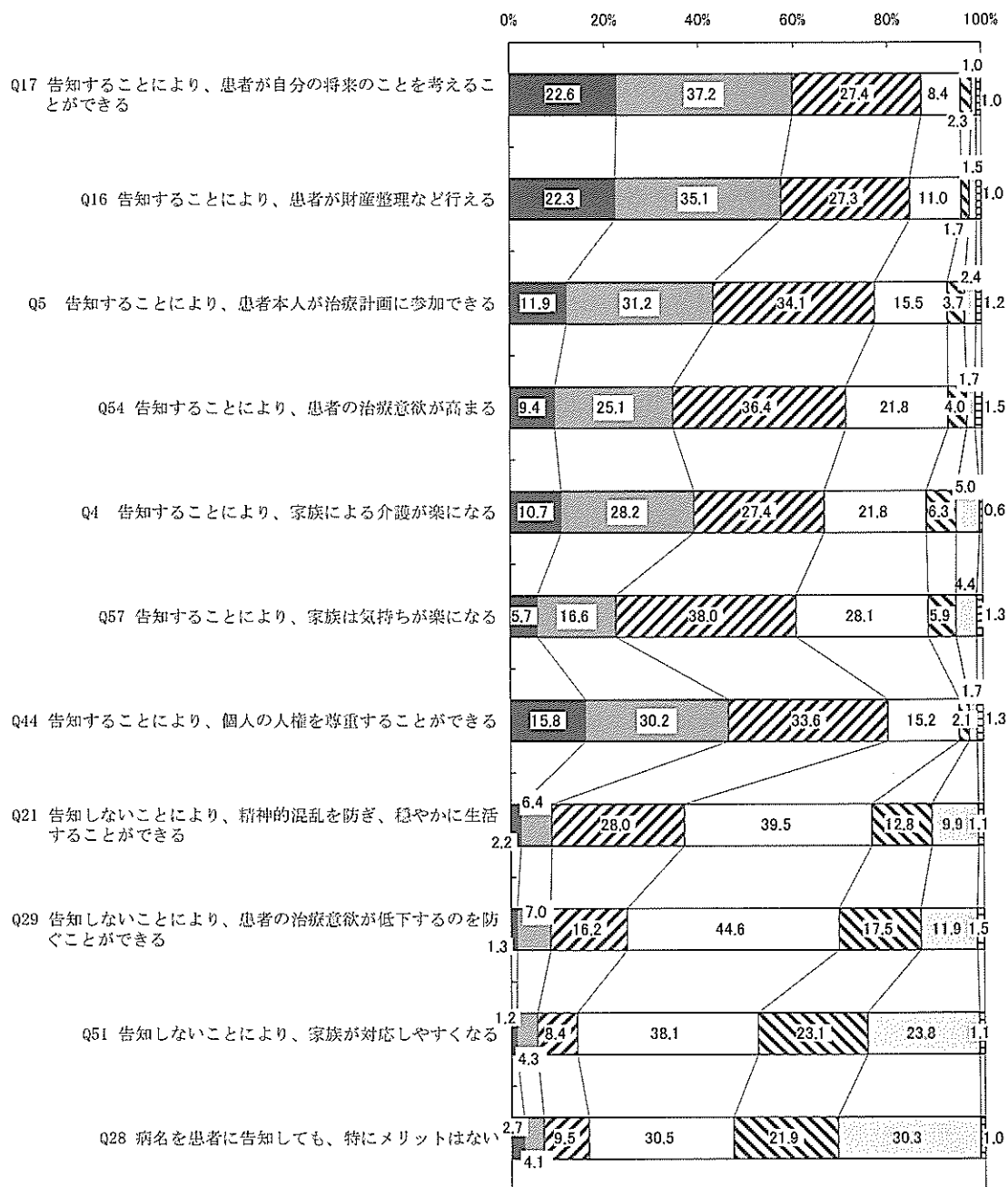


図1-5 各項目の回答率（病名告知のメリット・デメリット）

ることが出来る」(36.6%)「患者の治療意欲が低下するのを防ぐことが出来る」(24.6%)と答えた人は少なかった。積極的なメリットを感じて「告知をしない」医師は、多くないと考えられる。

3. 告知の現状

1) 告知の頻度と抵抗感

アルツハイマー病の患者本人への告知頻度の割合についての結果を図2に示す。全員に告知している8.2%，場合によって告知している56.9%，場合によっては告知していない14.6%，全く告知していない9.7%，アルツハイマー病患者の診療をしていない9.1%であった。

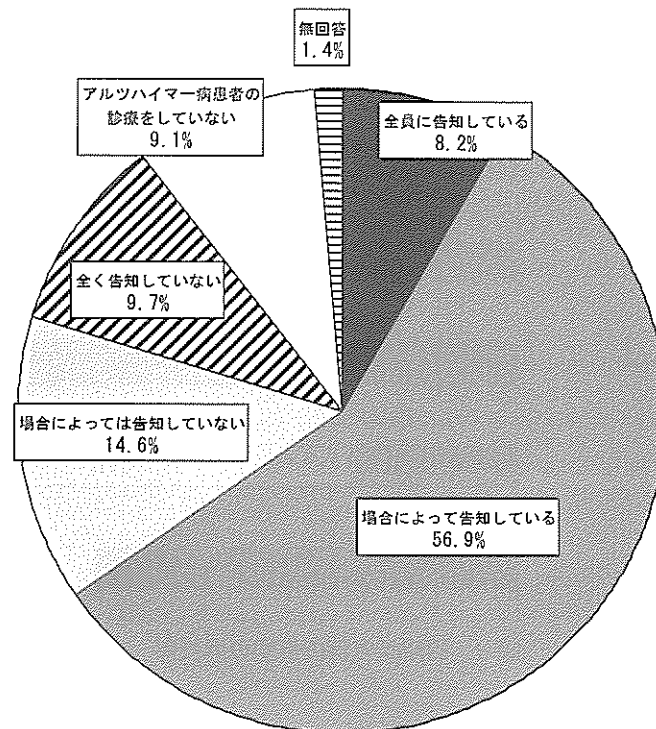


図2 告知頻度の割合

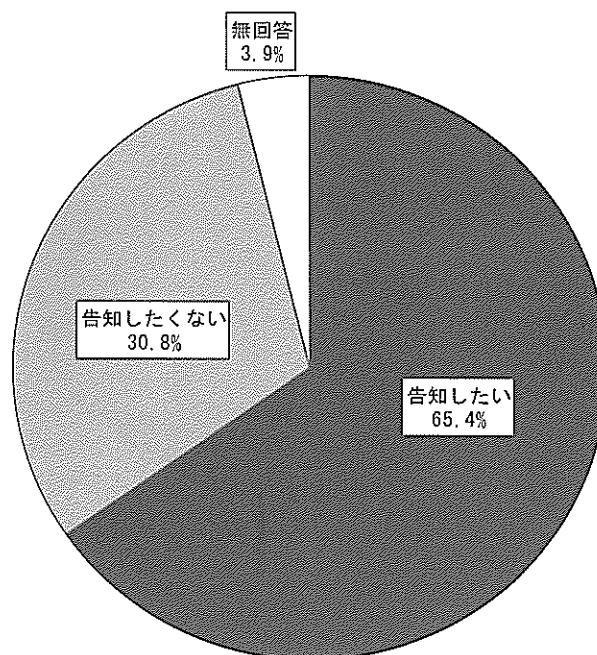


図3 告知への抵抗感

実際の告知頻度に関わらず、告知したいか、したくないかという告知に対する抵抗感の結果を図3に示す。告知したい65.4%、告知したくない30.8%であった。

告知頻度別の告知への抵抗感を、図4に示す。全員に告知している人で、告知したい88.9%、告知したくない6.2%、場合によって告知している人で、告知したい70.5%、告知したくない27.9%、場合によっては告知していない人で、告知したい69.4%、告知したくない27.8%、告知していない人で、告知したい24.0%、告知したい71.9%、アルツハイマー病患者の診療をしていない人で、告知したい60.0%、告知したくない33.3%であった。

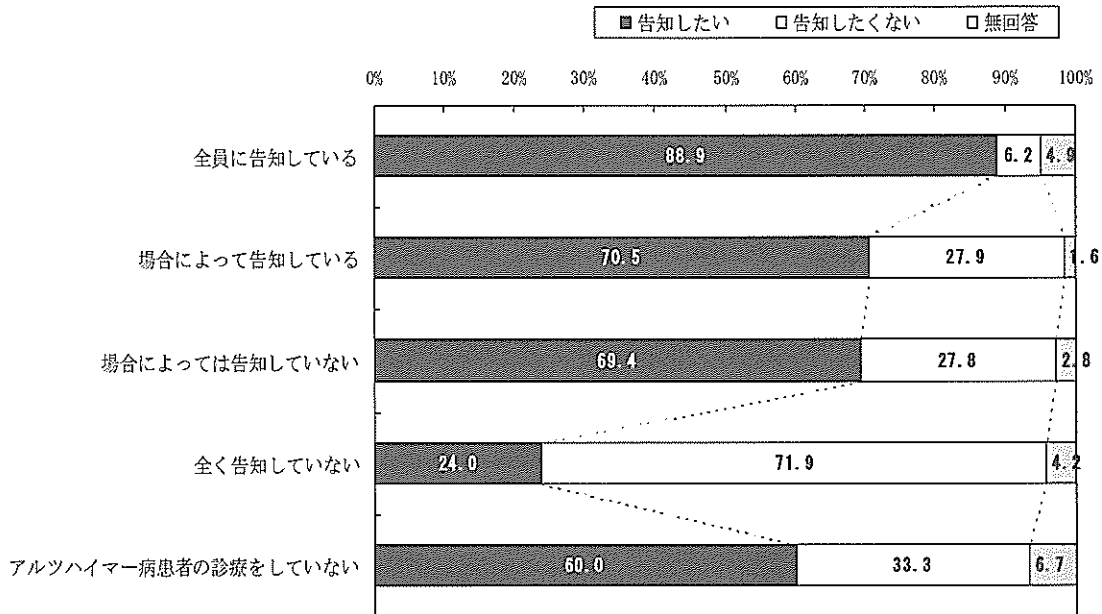


図4 告知頻度別の告知の抵抗感

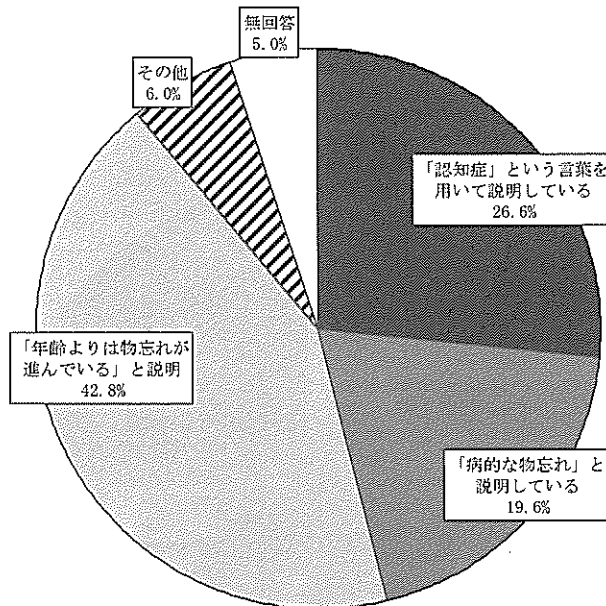


図5 アルツハイマー病の病名告知なしの場合の診断結果の説明

告知頻度については、「全員に告知している」あるいは「全く告知をしていない」という医師もいるが、70%以上が、そのケースによって臨機応変に対応していると思われた。告知への抵抗感では、告知をしたくないと思う医師が30.8%もあり、告知が医師の気持ちにも負担があることがうかがえた。また、全員に告知している医師にも、本当は「告知したくない」という回答が6.2%あり、全く告知していない医師にも、本当は「告知したい」という回答が24.0%あり、現実と気持ちの間の葛藤も大きいと思われた。

2) 診断結果の説明

アルツハイマー病の告知を行わない場合の診断結果の説明を、図5に示す。認知症という言葉を用いて説明している26.6%、「病的な物忘れ」と説明している19.6%、「年齢より物忘れが進んでいる」と説

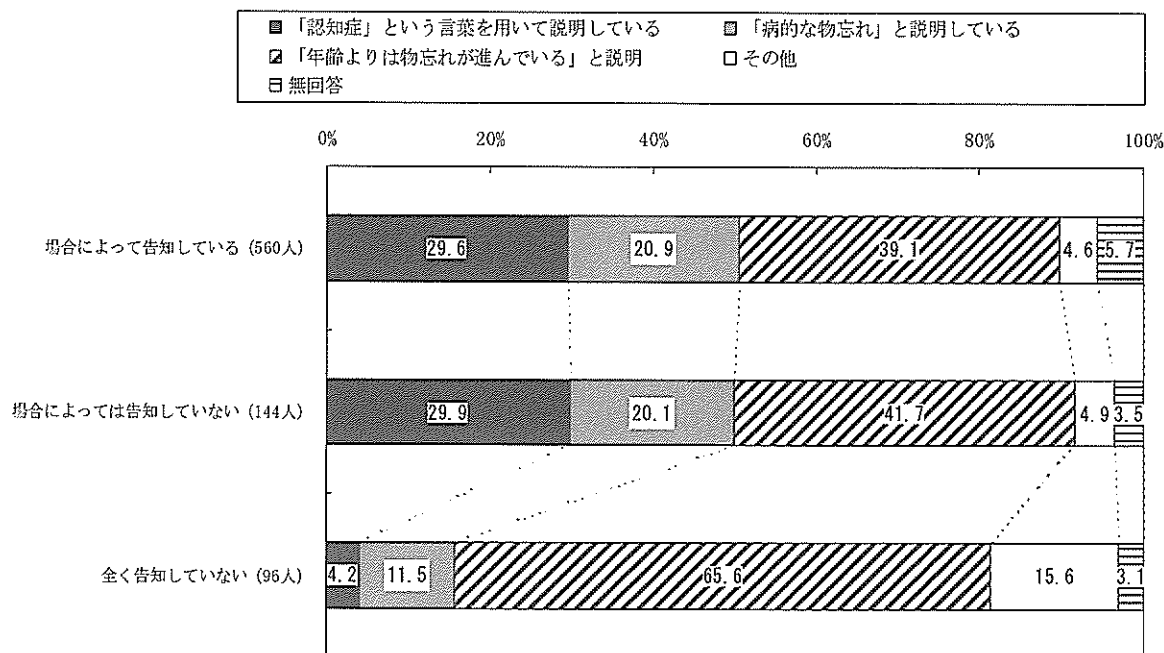


図 6 告知頻度別の診断結果の説明

明している 42.8%，その他 6.0%であった。

告知頻度別の診断結果の説明は図 6 に示す。場合によって告知している 560 人について、認知症という言葉を使って説明している 29.6%，「病的な物忘れ」と説明している 20.9%，「年齢よりは物忘れが進んでいる」と説明している 39.1%，その他 4.6%であった。場合によっては告知していない 144 人については、認知症という言葉を使って説明している 29.9%，「病的な物忘れ」と説明している 20.1%，「年齢よりは物忘れが進んでいる」と説明している 41.7%，その他 4.9%であった。全く告知していない 96 人については、認知症という言葉を使って説明している 4.2%，「病的な物忘れ」と説明している 11.5%，「年齢よりは物忘れが進んでいる」と説明している 65.6%，その他 15.6%であった。

病名告知を行わない場合の診断結果の説明では、「年齢よりは物忘れが進んでいる」といった、認知症や病気という言葉を使わない柔らかい表現が多く使われていた。その他には、「年相応の物忘れ」「物忘れが気になる」といった「物忘れ」を使った表現や「脳の働きの低下」「脳の機能の衰え」といった「脳」を使った表現が見られた。「専門医に願います」「特に説明していない」という回答もあり、診断結果を患者や家族へ伝える難しさがうかがえた。

3. 診断結果の説明の容易性

「痴呆症」が「認知症」に変わって、診断結果が説明しやすくなったかどうかの結果を図 7 に示す。しやすくなったと答えた人 32.5%，変わらないと答えた人 55.4%，しにくくなったと答えた人 10.8%であった。「変わらない」という回答が半数以上を占めたが、その理由としては「名前が変わっても、病気は変わらず、説明も変わらない」といったものが多かった。しやすくなった理由では、「言葉がやわらかい」「痴呆ほどイメージが悪くない」といった語感のよさがあげられ、患者や家族の受け入れやすくなったと感じている人が多かった。しにくくなった理由は、「かえって説明が多く必要になった」といったものが多かった。全体的には、言葉の表現だけでは、認知症の告知の難しさは解決しないという意見が多いように感じられた。

<今後の展望>

質問項目については、因子分析などで、回答や項目の特徴を明らかにしていくことが出来ると思われる。

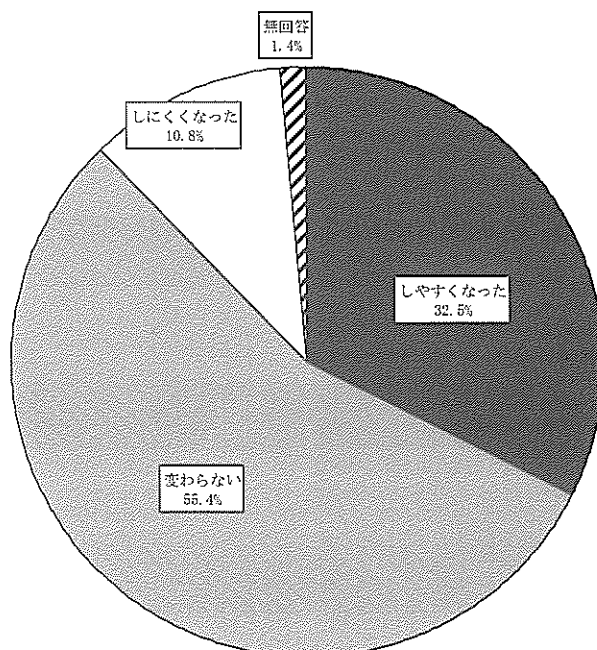


図7 病名変更による診断結果説明の容易性

また、今後、年齢、医師歴、診療科目等との関係や、告知の実態との関係も明らかにし、告知を促進・阻害する要因を同定していきたい。

文 献

- 北村世都・今井幸充, 2001 アルツハイマー病の病名告知に関する研究—患者本人への告知に対する態度尺度の作成—, 日本老年社会学会第43回大会発表論文集
- 高橋 忍・新妻加奈子・小野寺敦志・山口 登・伊藤幸恵・下垣 光・渡部廣行・柳田 博・杉山恒之・森嶋友紀子・青葉安里, 2005 痴呆患者への病名告知の研究—アルツハイマー型痴呆患者本人の意向, 老年精神医学雑誌 16 (4), 471-477.
- 高橋 忍・山口 登・新妻加奈子・小野寺敦志・伊藤幸恵・松尾素子・渡部廣行・森嶋友紀子・下垣 光・青葉安里, 2005 認知症の病名告知に関する研究—アルツハイマー型痴呆患者への告知に対する医師の意識, 老年精神医学雑誌 16 (9), 1049-1055.
- 山下真理子・小林敏子・藤野久美子, 2002 アルツハイマー病の病名告知に関する健常成人の意識調査, 老年精神医学雑誌 13 (12), 1433-1445.
- 渡邊浩文・今井幸充・北村世都, 2006 アルツハイマー病の病名告知に対する態度尺度の作成と専門職集団の態度に関する研究, 老年精神医学雑誌 17 (5), 531-537

〔付録1 アルツハイマー病告知に関するアンケート項目〕

アルツハイマー病告知の判断 3項目

- ・アルツハイマー病の告知を行うかどうかは、医師の判断に任せるべきである。
- ・アルツハイマー病の告知を行うかどうかは、家族が決めるべきである。
- ・アルツハイマー病の告知を行うかどうかは、患者本人の意思が優先されるべきである。

アルツハイマー病告知への基本的な考え 14項目

- ・医師は、原則的に、患者本人へのアルツハイマー病告知をすべきである。
- ・アルツハイマー病の告知は、患者にとって必要なことである。
- ・どのような場合にでも、アルツハイマー病患者への告知をすべきである。
- ・アルツハイマー病患者には、病名をする権利がある。
- ・自分がアルツハイマー病だったら教えて欲しい。
- ・自分の家族がアルツハイマー病だったら、医師から患者本人に告知して欲しい。
- ・アルツハイマー病患者にはできるだけ、病名を知られないようにすべきである。
- ・アルツハイマー病の告知は、患者にとって必要ではない。
- ・アルツハイマー病告知は、よほど必要のあるときのみ行うべきである。
- ・アルツハイマー病患者には、病名を知らないでいる権利もある。
- ・自分がアルツハイマー病だったら、黙っていて欲しい。
- ・自分の家族が、アルツハイマー病になっても、本人への告知は望まない。
- ・アルツハイマー病の本人への告知の是非は、一概に決めることができない。
- ・アルツハイマー病患者に病名を告知するかどうかは、あまり重要な問題ではない。

病名告知を行う条件 11項目

- ・患者本人が希望をすれば、告知すべきである。
- ・病気の初期の患者には、告知をすべきである。

- ・患者の年齢が若ければ、告知すべきである。
- ・患者に病気の自覚があれば告知すべきである。
- ・患者の精神状態が安定していれば、告知すべきである。
- ・性格的に受容が可能な患者には、告知すべきである。
- ・家族が希望をすれば、告知すべきである。
- ・身寄りのない患者には、告知すべきである。
- ・治療法があれば、告知すべきである。
- ・診断が確実であれば、告知すべきである。
- ・心理的サポート体制が整っていれば、告知すべきである。

病名告知を行わない条件 18項目

- ・もともと不安が強い性格の患者には、告知すべきではない。
- ・患者が精神不安定な場合は、告知すべきではない。
- ・病気の自覚のない患者には、告知すべきではない。
- ・患者本人が望まなければ、告知をすべきではない。
- ・家族が望まなければ、告知をすべきではない。
- ・介護が大変になるので、告知すべきではない。
- ・告知をすると患者が混乱するので、告知すべきではない。
- ・確定診断が難しい場合は、告知すべきではない。
- ・診断に必要な設備がない場合には、告知すべきではない。
- ・専門医ではない場合は、告知すべきではない。
- ・心理的サポート体制が整っていない場合は、告知すべきではない。
- ・身寄りのない患者には、告知すべきではない。
- ・重症の患者には、告知する必要はない。
- ・治らない病気なので、告知する必要はない。
- ・進行性の病気なので、告知する必要はない。
- ・治療法がないので、告知する必要はない。
- ・告知しても理解できないので、告知する必要はない。
- ・告知してもすぐ忘れてしまうので、告知する必要はない。

病名告知のメリット・デメリット 11項目

- ・告知をすることにより、患者が自分の将来のことを考えることができる。
- ・告知することにより、患者が財産整理など行うことができる。
- ・告知することにより、患者本人が治療計画に参加できる。
- ・告知することにより、患者の治療意欲が高まる。
- ・告知することにより、家族による介護が楽になる。
- ・告知することにより、家族は、気持ちが楽になる。
- ・告知することにより、個人の人権を尊重することができる。
- ・告知しないことにより、精神的混乱を防ぎ、穏やかに生活することができる。
- ・告知しないことにより、患者の治療意欲が低下するのを防ぐことができる。
- ・告知しないことにより、家族が対応しやすくなる。
- ・病名を患者に告知しても、特にメリットはない。

〔付録2 各項目の平均得点〕

	サンプル数(人)	Q1	Q2	Q3	Q4	Q5	Q6	Q7	Q8	Q9	Q10
		性格的に受容が可能な患者には、告知すべきである	自分がアルツハイマー病だったら黙っていて欲しい	診断に必要な設備がない場合は、告知すべきではない	告知することにより、家族による介護が楽になる	告知することにより患者本人が治療計画に参加できる	身寄りのない患者には、告知すべきではない	確定診断が難しい場合は告知すべきではない	家族が希望をすれば、告知すべきである	進行性の病気なので、告知する必要はない	重症の患者には、告知する必要はない
全体	985	4.83	2.28	3.91	4.00	4.25	3.07	4.40	4.77	2.09	3.52
【性別】											
男性	850	4.84	2.30	3.89	4.00	4.23	3.10	4.42	4.81	2.10	3.51
女性	130	4.80	2.17	4.03	4.02	4.38	2.88	4.29	4.55	1.99	3.55
無回答	5	5.00	2.00	2.80	3.80	4.40	2.80	4.00	4.00	2.40	3.60
【年齢別】											
40歳未満	160	4.76	2.29	3.97	3.78	4.22	2.86	4.23	4.73	1.93	3.09
40代	281	5.02	2.09	4.00	3.94	4.30	2.99	4.27	4.71	1.94	3.30
50代	255	4.88	2.19	3.81	4.06	4.36	3.01	4.42	4.72	2.04	3.66
60代	134	4.82	2.36	3.73	4.11	4.33	3.17	4.58	4.87	2.15	3.67
70代以上	136	4.49	2.76	4.01	4.24	3.94	3.52	4.71	4.98	2.61	4.15
無回答	19	4.63	2.11	3.67	3.68	3.95	3.00	4.21	4.63	2.05	2.84
【主たる専門診療科目別】											
内科	361	4.79	2.39	3.82	4.03	4.24	3.28	4.47	4.79	2.31	3.88
精神科	507	4.83	2.24	3.94	3.98	4.23	2.95	4.37	4.80	1.95	3.26
その他	117	4.96	2.10	4.01	4.02	4.35	2.95	4.35	4.63	2.01	3.50

		Q11	Q12	Q13	Q14	Q15	Q16	Q17	Q18	Q19	Q20
	サンプル数(人)	診断が確実であれば、告知すべきである	治らない病気なので、告知する必要はない	自分が、アルツハイマー病だったら教えて欲しい	告知は、よほど必要のあるときのみ行うべきである	患者が精神不安定な場合は告知すべきではない	告知する事により患者が財産整理など行うことができる	告知により患者が自分の将来のことを考えることができる	患者には、病名を知らないでいる権利もある	すぐ忘れてしまうので、告知する必要はない	患者の年齢が若ければ、告知すべきである
全 体	985	4.61	2.10	4.95	2.90	4.65	4.61	4.67	4.01	2.33	4.25
【性別】											
男性	850	4.62	2.12	4.95	2.88	4.64	4.59	4.63	3.99	2.34	4.25
女性	130	4.53	2.01	4.92	3.05	4.76	4.80	4.90	4.08	2.25	4.25
無回答	5	4.80	1.20	5.40	2.20	4.80	4.80	4.80	4.20	1.80	5.00
【年齢別】											
40歳未満	160	4.49	1.95	4.78	2.80	4.55	4.62	4.64	4.18	2.04	4.01
40代	281	4.61	1.95	5.08	2.80	4.67	4.62	4.73	4.19	2.23	4.23
50代	255	4.67	2.04	5.04	2.78	4.70	4.82	4.81	3.92	2.26	4.36
60代	134	4.62	2.12	4.90	2.91	4.63	4.52	4.61	3.89	2.30	4.43
70代以上	136	4.65	2.72	4.75	3.47	4.71	4.35	4.39	3.70	3.08	4.22
無回答	19	4.58	1.74	4.89	2.84	4.47	4.21	4.53	4.00	2.11	4.16
【主たる専門診療科目別】											
内科	361	4.65	2.35	4.92	3.12	4.62	4.62	4.67	3.87	2.62	4.44
精神科	507	4.55	1.96	4.95	2.77	4.69	4.60	4.65	4.06	2.17	4.10
その他	117	4.78	1.90	4.98	2.83	4.59	4.69	4.79	4.18	2.14	4.30

第3章 アルツハイマー病の病名告知に関する意識調査

		Q21	Q22	Q23	Q24	Q25	Q26	Q27	Q28	Q29	Q30
	サンプル数(人)	告知しない事で精神的混乱を防ぎ穏やかに生活する事ができる	不安が強い性格の患者には告知すべきではない	告知を行うかどうかは、医師の判断に任せるべきである	家族がアルツハイマー病になっても、本人への告知は望まない	アルツハイマー病の本人への告知の是非は、一概に決めることができない	自分の家族がアルツハイマー病だったら、医師から患者本人に告知して欲しい	告知しても理解できないので、告知する必要はない	病名を患者に告知しても、特にメリットはない	告知しないことにより、患者の治療意欲が低下するのを防ぐことができる	患者本人が望まなければ、告知をすべきでない
全体	985	3.15	3.90	3.34	2.90	4.63	4.21	2.34	2.43	2.93	4.48
【性別】											
男性	850	3.15	3.88	3.39	2.90	4.59	4.21	2.35	2.44	2.91	4.47
女性	130	3.14	4.02	2.98	2.95	4.94	4.16	2.33	2.33	3.07	4.53
無回答	5	3.00	3.60	3.80	2.00	3.20	4.80	1.80	2.40	3.00	3.80
【年齢別】											
40歳未満	160	3.18	3.62	2.77	2.84	4.87	4.27	1.94	2.08	3.07	4.58
40代	281	3.18	3.79	3.23	2.87	4.79	4.22	2.16	2.23	2.88	4.62
50代	255	3.09	3.94	3.27	2.77	4.54	4.12	2.35	2.33	2.87	4.40
60代	134	3.13	4.05	3.42	2.88	4.42	4.28	2.45	2.61	2.90	4.43
70代以上	136	3.24	4.28	4.34	3.37	4.44	4.16	3.15	3.29	3.01	4.30
無回答	19	2.79	3.47	3.26	2.58	4.11	4.42	1.95	2.32	2.94	4.00
【主たる専門診療科目別】											
内科	361	3.27	4.09	3.56	3.05	4.57	4.20	2.73	2.71	3.08	4.37
精神科	507	3.07	3.76	3.23	2.80	4.71	4.21	2.09	2.25	2.84	4.57
その他	117	3.12	3.89	3.16	2.89	4.44	4.22	2.25	2.33	2.84	4.42

		Q31	Q32	Q33	Q34	Q35	Q36	Q37	Q38	Q39	Q40
	サンプル数(人)	心理的サポート体制が整っていない場合は、告知すべきではない	家族が望まなければ、告知をすべきではない	治療法がないので、告知する必要はない	身寄りのない患者には、告知すべきである	アルツハイマー病患者には、病名を知る権利がある	治療法があれば、告知すべきである	患者に病気の自覚があれば、告知すべきである	患者本人が希望をすれば、告知すべきである	患者の精神状態が安定していれば、告知すべきである	どのような場合にでも、アルツハイマー病患者への告知をすべきである
全体	985	4.28	4.11	2.25	3.50	4.89	4.73	4.69	5.12	4.73	3.06
【性別】											
男性	850	4.23	4.13	2.27	3.52	4.87	4.72	4.67	5.14	4.73	3.09
女性	130	4.55	4.04	2.18	3.41	5.00	4.79	4.78	5.01	4.71	2.81
無回答	5	4.20	3.40	1.60	3.60	5.20	4.80	5.20	5.40	5.20	3.80
【年齢別】											
40歳未満	160	4.40	4.09	1.91	3.34	5.11	4.48	4.54	5.12	4.66	2.89
40代	281	4.40	4.04	2.11	3.36	5.07	4.66	4.60	5.14	4.73	2.88
50代	255	4.16	4.10	2.23	3.60	4.91	4.94	4.85	5.18	4.82	3.08
60代	134	4.24	4.02	2.28	3.65	4.76	4.81	4.78	5.24	4.80	3.27
70代以上	136	4.16	4.47	3.02	3.62	4.31	4.72	4.69	4.87	4.55	3.30
無回答	19	4.00	3.74	2.00	3.79	5.05	4.42	4.47	5.05	4.89	3.63
【主たる専門診療科目別】											
内科	361	4.16	4.20	2.54	3.64	4.68	4.84	4.71	5.10	4.73	3.12
精神科	507	4.34	4.11	2.09	3.36	5.02	4.67	4.68	5.15	4.73	2.97
その他	117	4.37	3.87	2.09	3.69	4.96	4.64	4.62	5.09	4.76	3.25

第3章 アルツハイマー病の病名告知に関する意識調査

		Q41	Q42	Q43	Q44	Q45	Q46	Q47	Q48	Q49	Q50
	サンプル数(人)	告知をすると患者が混乱するので、告知すべきではない	介護が大変になるので、告知すべきではない	アルツハイマー病の告知を行うかどうかは、患者本人の意思が優先されるべきである	告知することにより、個人の人権を尊重することができる	医師は、原則的に、患者本人へのアルツハイマー病告知をすべきである	アルツハイマー病患者に病名を告知するかどうかはあまり重要な問題ではない	アルツハイマー病の告知は、患者にとって必要なことである	専門医ではない場合は、告知すべきではない	アルツハイマー病の患者にはできるだけ、病名を知られないようにすべきである	アルツハイマー病の告知は、患者にとって必要ではない
全体	985	2.74	2.26	4.33	4.38	4.31	2.60	4.40	3.53	2.34	2.23
【性別】											
男性	850	2.74	2.26	4.34	4.35	4.32	2.63	4.38	3.52	2.35	2.23
女性	130	2.75	2.27	4.33	4.53	4.20	2.41	4.52	3.58	2.28	2.20
無回答	5	2.20	2.00	4.00	4.60	4.80	2.60	5.20	2.80	1.80	2.40
【年齢別】											
40歳未満	160	2.46	2.09	4.55	4.41	4.26	2.45	4.38	3.45	2.23	2.04
40代	281	2.62	2.19	4.50	4.45	4.29	2.46	4.45	3.62	2.24	2.07
50代	255	2.68	2.21	4.32	4.39	4.33	2.60	4.50	3.45	2.33	2.13
60代	134	2.92	2.30	4.37	4.46	4.45	2.62	4.40	3.32	2.22	2.22
70代以上	136	3.30	2.69	3.76	4.10	4.27	3.13	4.08	3.83	2.85	2.99
無回答	19	2.63	2.16	3.89	4.26	4.11	2.26	4.83	3.16	2.06	2.16
【主たる専門診療科目別】											
内科	361	2.95	2.41	4.23	4.25	4.31	2.78	4.31	3.36	2.57	2.40
精神科	507	2.61	2.17	4.44	4.45	4.29	2.54	4.42	3.64	2.18	2.10
その他	117	2.68	2.23	4.18	4.43	4.41	2.35	4.57	3.55	2.31	2.26

		Q51	Q52	Q53	Q54	Q55	Q56	Q57
	サンプル数(人)	告知しないことにより、家族が対応しやすくなる	病気の自覚のない患者には、告知すべきではない	病気の初期の患者には、告知をすべきである	告知することにより、患者の治療意欲が高まる	心理的サポート体制が整っていれば、告知すべきである	アルツハイマー病の告知を行うかどうかは、家族が決めるべきである	告知することにより、家族は、気持ちよくなる
全体	985	2.49	2.88	4.54	4.09	4.65	3.20	3.75
【性別】								
男性	850	2.47	2.88	4.54	4.09	4.65	3.18	3.75
女性	130	2.67	2.92	4.52	4.09	4.67	3.33	3.71
無回答	5	2.00	2.00	5.00	4.40	5.00	3.00	4.20
【年齢別】								
40歳未満	160	2.54	2.75	4.38	3.92	4.54	3.27	3.67
40代	281	2.43	2.74	4.47	4.10	4.64	3.23	3.70
50代	255	2.39	2.84	4.70	4.18	4.77	3.08	3.82
60代	134	2.35	2.92	4.59	4.19	4.73	3.05	3.75
70代以上	136	2.91	3.45	4.52	4.03	4.56	3.45	3.81
無回答	19	2.37	2.37	4.42	3.89	4.42	3.21	3.79
【主たる専門診療科目別】								
内科	361	2.66	3.07	4.61	4.14	4.67	3.28	3.80
精神科	507	2.39	2.77	4.47	4.05	4.63	3.18	3.70
その他	117	2.45	2.80	4.62	4.10	4.71	3.07	3.80

〔付録3 配布アンケート用紙〕

アルツハイマー病の病名告知 に関するアンケート調査

平成17年度 老人保健健康増進等事業
介護保険制度の適正な実施及びサービスの質の向上に寄与する調査研究事業

アルツハイマー病患者へ病名告知をどのように行うべきかについて検討するための調査を実施いたします。

本調査は、アルツハイマー病患者の診療の有無にかかわらず先生のご意見をお伺いするものです。実際にアルツハイマー病患者の診療を行っていない方もご回答いただきますようお願いいたします。

なお、この調査に、ご回答されないことで社会的不利益を被ることはございません。回収結果はすべてコンピューターに入力され、集計・分析されます。調査の経過や結果は、当研究会メンバーの所属する学会や学術論文等で発表いたします。その際、ご回答者が特定される形で発表されることは一切ございません。また、研究者側が個人を特定することも一切ございません。

ご回答いただいた調査票は、

2006年3月3日（金）までに同封の返信用封筒にてご返送ください。

本調査に関して、ご不明な点やご質問などがありましたら、下記連絡先までお気軽にお問い合わせください。

認知症介護研究・研修東京センター
今井幸充研究室 担当 今井幸充 渡邊浩文
〒168-0071 東京都杉並区高井戸西 1-12-1
TEL 03-3334-2173 FAX 03-3334-2718

アンケートへのご協力を お願い申し上げます。

■このアンケート調査の質問にお答えいただく前に必ずお読みください。

1. ご回答いただく方について

アルツハイマー病型認知症患者の診療を実際に行っているか否かにかかわらずご回答ください。

2. アルツハイマー型認知症の病名について

アルツハイマー型認知症の病名については、DSM-IVのアルツハイマー型認知症の診断基準で示されたものを指し、アルツハイマー病あるいはアルツハイマー型老年認知症とは同義語とします。

3. アルツハイマー型認知症（アルツハイマー病）の病名告知について

ここでの病名告知とは、認知症の患者様に直接、口頭あるいは文章でアルツハイマー型認知症もしくはアルツハイマー病の病名を伝えることを言います。その際に、患者様に今後の予測される経過を説明し、それに対して医療がどのような治療を行っていくか、あるいは患者様やご家族に対してどのような支援ができるか、さらには利用できるさまざまな社会サービスについて、患者様が理解できる平易な言葉で説明することを指します。

□ 以下の1～57までの各項目について、「1. 非常にそう思う」から「6. 全くそう思わない」の中から最も当てはまると思う番号1つに○（まる）をしてください。

	非常に そう思う	かなり そう思う	やや そう思う	あまり そう思 わない	ほとん どそう 思わな い	全く そう思 わな い
1 性格的に受容が可能な患者には、告知すべきである。	1	2	3	4	5	6
2 自分がアルツハイマー病だったら、黙っていて欲しい。	1	2	3	4	5	6
3 診断に必要な設備がない場合は、告知すべきではない。	1	2	3	4	5	6
4 告知することにより、家族による介護が楽になる。	1	2	3	4	5	6
5 告知することにより、患者本人が治療計画に参加できる。	1	2	3	4	5	6
6 身寄りのない患者には、告知すべきではない。	1	2	3	4	5	6
7 確定診断が難しい場合は、告知すべきではない。	1	2	3	4	5	6
8 家族が希望をすれば、告知すべきである。	1	2	3	4	5	6
9 進行性の病気なので、告知する必要はない。	1	2	3	4	5	6
10 重症の患者には、告知する必要はない。	1	2	3	4	5	6
11 診断が確実であれば、告知すべきである。	1	2	3	4	5	6
12 治らない病気なので、告知する必要はない。	1	2	3	4	5	6
13 自分が、アルツハイマー病だったら教えて欲しい。	1	2	3	4	5	6
14 アルツハイマー病告知は、よほど必要のあるときのみ行うべきである。	1	2	3	4	5	6
15 患者が精神不安定な場合は、告知すべきではない。	1	2	3	4	5	6
16 告知することにより、患者が財産整理など行うことができる。	1	2	3	4	5	6
17 告知をすることにより、患者が自分の将来のことを考えることができる。	1	2	3	4	5	6

	非常にそう思う	かなりそう思う	ややそう思う	あまりそう思わない	ほとんどそう思わない	全くそう思わない
18 アルツハイマー病患者には、病名を知らないでいる権利もある。	1	2	3	4	5	6
19 告知してもすぐ忘れてしまうので、告知する必要はない。	1	2	3	4	5	6
20 患者の年齢が若ければ、告知すべきである。	1	2	3	4	5	6
21 告知しないことにより、精神的混乱を防ぎ、穏やかに生活することができる。	1	2	3	4	5	6
22 もともと不安が強い性格の患者には、告知すべきではない。	1	2	3	4	5	6
23 アルツハイマー病の告知を行うかどうかは、医師の判断に任せるべきである。	1	2	3	4	5	6
24 自分の家族が、アルツハイマー病になっても、本人への告知は望まない。	1	2	3	4	5	6
25 アルツハイマー病の本人への告知の是非は、一概に決めることができない。	1	2	3	4	5	6
26 自分の家族がアルツハイマー病だったら、医師から患者本人に告知して欲しい。	1	2	3	4	5	6
27 告知しても理解できないので、告知する必要はない。	1	2	3	4	5	6
28 病名を患者に告知しても、特にメリットはない。	1	2	3	4	5	6
29 告知しないことにより、患者の治療意欲が低下するのを防ぐことができる。	1	2	3	4	5	6
30 患者本人が望まなければ、告知をすべきではない。	1	2	3	4	5	6
31 心理的サポート体制が整っていない場合は、告知すべきではない。	1	2	3	4	5	6
32 家族が望まなければ、告知をすべきではない。	1	2	3	4	5	6
33 治療法がないので、告知する必要はない。	1	2	3	4	5	6

	非常にそう思う	かなりそう思う	ややそう思う	あまりそう思わない	ほとんどそう思わない	全くそう思わない
34 身寄りのない患者には，告知すべきである。	1	2	3	4	5	6
35 アルツハイマー病患者には，病名を知る権利がある。	1	2	3	4	5	6
36 治療法があれば，告知すべきである。	1	2	3	4	5	6
37 患者に病気の自覚があれば告知すべきである。	1	2	3	4	5	6
38 患者本人が希望をすれば，告知すべきである。	1	2	3	4	5	6
39 患者の精神状態が安定してれば，告知すべきである。	1	2	3	4	5	6
40 どのような場合にでも，アルツハイマー病患者への告知をすべきである。	1	2	3	4	5	6
41 告知をすると患者が混乱するので，告知すべきではない。	1	2	3	4	5	6
42 介護が大変になるので，告知すべきではない。	1	2	3	4	5	6
43 アルツハイマー病の告知を行うかどうかは，患者本人の意思が優先されるべきである。	1	2	3	4	5	6
44 告知することにより，個人の人権を尊重することができる。	1	2	3	4	5	6
45 医師は，原則的に，患者本人へのアルツハイマー病告知をすべきである。	1	2	3	4	5	6
46 アルツハイマー病患者に病名を告知するかどうかはあまり重要な問題ではない。	1	2	3	4	5	6
47 アルツハイマー病の告知は，患者にとって必要なことである。	1	2	3	4	5	6
48 専門医ではない場合は，告知すべきではない。	1	2	3	4	5	6
49 アルツハイマー病患者にはできるだけ，病名を知られないようにすべきである。	1	2	3	4	5	6

	非常にそう思う	かなりそう思う	ややそう思う	あまりそう思わない	ほとんどそう思わない	全くそう思わない
50 アルツハイマー病の告知は、患者にとって必要ではない。	1	2	3	4	5	6
51 告知しないことにより、家族が対応しやすくなる。	1	2	3	4	5	6
52 病気の自覚のない患者には、告知すべきではない。	1	2	3	4	5	6
53 病気の初期の患者には、告知をすべきである。	1	2	3	4	5	6
54 告知することにより、患者の治療意欲が高まる。	1	2	3	4	5	6
55 心理的サポート体制が整っていれば、告知すべきである。	1	2	3	4	5	6
56 アルツハイマー病の告知を行うかどうかは、家族が決めるべきである。	1	2	3	4	5	6
57 告知することにより、家族は、気持ちが楽になる。	1	2	3	4	5	6

Ⅱ アルツハイマー病の告知の現状について、下の設問にお答えください。

1. これまでアルツハイマー病の患者様ご本人に、どの頻度で告知をおこなってきましたか。

最もあてはまる番号1つに○（まる）をしてください。

- | |
|-----------------------|
| 1 全員に告知している |
| 2 場合によって告知している |
| 3 場合によっては告知していない |
| 4 全く告知していない |
| 5 アルツハイマー病患者の診療をしていない |

2. 患者様ご本人にアルツハイマー病の病名を告知する状況になった時に、先生ご自身は告知を「したい」と思いますか、「したくない」と思いますか、先生の率直なお気持ちを聞かせください。このお答えについては、患者様の認知症の程度や介護環境等を考慮せず、先生自身のアルツハイマー病病名告知へのお気持ちをお聞かせください。

- | | |
|---------|-----------|
| 1 告知したい | 2 告知したくない |
|---------|-----------|

3. 先生ご自身が、患者様ご本人にアルツハイマー病の告知を行うか否かの判断をする際、どのような理由によりますか。それぞれの場合の判断理由をお書きください。

1) 告知を行う場合の判断理由をお書きください。

回答欄（ご自由に）

2) 告知を行わない場合の判断理由をお書きください。

回答欄（ご自由に）

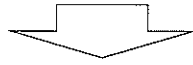
→次頁に進む

4. アルツハイマー病の病名告知をおこなわない場合、診断の結果をどのように説明していますか。もっとも多い場合に○（まる）をしてください。

- 1 「認知症」という言葉を用いて説明している
- 2 「病的な物忘れ」と説明している
- 3 「年齢よりは物忘れが進んでいる」と説明している
- 4 その他（)

5. 「痴呆症」が「認知症」に変わって、診断結果の説明がしやすくなりましたか。次の中から選んで○（まる）をし、その理由をお書きください。

1 しやすくなった	2 変わらない	3 しにくくなった
-----------	---------	-----------



■理由

回答欄（ご自由に）

Ⅲ 最後に先生ご自身のことについて、お伺いします。

1 性別	1 男性	2 女性
2 年齢	() 歳	
3 医師国家試験合格年	昭和・平成 () 年	
4 主たる専門診療科目（○はひとつ）	1 内科	4 精神科
	2 心療内科	5 脳神経外科
	3 神経科	6 その他 ()

～ご協力ありがとうございました～

第4章

認知症の人の判断力判定評価尺度 開発のための検討委員会報告

I. 検討委員会概要

1. 委員会の設置と構成員

本研究を遂行するにあたり、委員会を設置した。委員会の構成員は以下の通りである。

浅野 弘 毅 認知症介護研究・研修仙台センター
 五十嵐 禎 人 東京都精神医学総合研究所
 今井 幸 充 認知症介護研究・研修東京センター
 小長谷 陽 子 認知症介護研究・研修大府センター
 長 田 久 雄 桜美林大学大学院
 萩原 正 子 日本訪問看護振興財団
 本間 昭* 東京都老人総合研究所
 六角 僚 子 茨城キリスト教大学
 (*) 委員長

2. 委員会の開催日時と会場

委員会は、計4回開催された。開催日時と会場は以下の通りである。

第1回

日時：平成17年10月12日（水）18：30-20：00

場所：東京国際フォーラム G508 会議室

第2回

日時：平成17年11月16日（水）18：30-20：30

場所：東京国際フォーラム G609 会議室

第3回

日時：平成18年1月16日（月）17：30-19：30

場所：東京国際フォーラム G609 会議室

第4回

日時：平成18年3月22日（水）18：00-20：00

場所：食糧会館 2-E

3. 委員会での議事内容

1) 第1回委員会報告

第1回委員会では、本研究事業の概要の説明、各委員の自己紹介、委員長の選出、平成17年度調査の概要説明および、研究事業に関する質疑応答が行われた。

委員長には、本間 昭委員が委員長に選出され、承認された。

平成17年度調査については、「研究Ⅰ：認知症の人の介護保険サービス利用時の説明と同意に関する実態調査」および「研究Ⅱ：アルツハイマー病の病名告知に対する社会的態度尺度の作成に関する調査」の2つの調査を行うこととする旨の説明が行われた。また、来年度以降については、「研究Ⅲ：判断能力評価尺度の開発」を中心に行っていくこと、本年度においては委員会の中で議論を行いながらその準備を進めていく方向で考えていることなどが説明された。

平成17年度研究事業のうち、「研究Ⅰ：認知症の人の介護保険サービス利用時の説明と同意に関する実態調査」については、事務局より調査書の素案が提出され、議論がかわされた。まず、認知症の程度

によって実践内容が異なるという実態を掬い取る質問紙をどう作成するかについて委員の意見を聞きたいという要望が事務局から出された。それについては、「認知症の程度ごとに実践内容に関する同じ質問を繰り返し、それを比較するというのが単純によいと思われるが、同じ質問が何度も繰り返されるため、回答者の負担が大きくなるだろう。」「最初から「中程度」を対象として固定してしまったほうが良いのではないか。」「ケアマネジャーが担当しているある集団に対する実践を調査をするのか、個々のケアマネジャーの態度や意識を調査するのかわ、調査の方向性が異なる。ケアマネジャーの態度を目的にしたほうがよいのではないだろうか。」といった意見が出された。

また、調査書の素案に追加修正すべき質問項目の有無については、「説明された内容を利用者が理解していることをどう確認しているかの項目を入れたほうがよいのではないか。」「相手が認知症であることを分からずに、実践している者も多いのではないか。」「認知症かそうでないかをどう判断しているのかを尋ねる項目が必要ではないか。」といった意見が出された。

続いて、「研究Ⅱ：アルツハイマー病の病名告知に対する社会的態度尺度の作成に関する調査」に関する概要が事務局より説明された。研究Ⅰ同様、調査票の素案が提出され、それについて、各委員より意見が出された。出された意見としては「インフォームド・コンセントの研究の中での位置づけを、文書で明記しておく。」「尺度を作成する意義について、明記しておく」「サンプリングの対象・方法について、委員会で検討していく。」といったものがあつた。

「研究Ⅲ：判断能力評価尺度の開発」については、判断能力に対する委員間の共通認識を得るため、次回、五十嵐委員が判断能力に関するレクチャーを行うこととなつた。それをふまえた上で、判断能力尺度の検討を行う旨の確認がなされた。

2) 第2回委員会報告

第2回委員会では、まず、判断能力について判断能力に関する委員の共通理解を図るため、五十嵐委員よりレクチャーが行われた。その後、五十嵐委員のレクチャーを基に、介護保険サービス利用における判断能力とその評価のあり方について議論がなされた。また、前回に引き続き、平成17年度研究事業に関する報告が行われた。

判断能力判定尺度の作成については以下のような意見が出された。まず、スケール化の可否についての意見としては、「機能的能力に関してスケール化は可能。それによって、その人の判断能力の程度付けというのはできるだろう。カットオフ値をどこで求めるかというのは個別の場面で考えなければならない。また、最終的な判定は、専門家にその場面で判定してもらえる方法がとられるとよい。地域権利福祉擁護事業のものが参考になるのではないか。」「この尺度が、限界能力を測るのか、平素の普通の能力を測るのかについては、心理尺度であるならば、時間制限などは必要なかもしれないが、介護保険を前提に考えるのならば、ある程度長いスパンの生活全体をみて考えるものかもしれない。」「介護保険では、それほど複雑な能力まで求めなければよいのではないか。例えば、介護保険の契約書の内容をきちんといえる人はほとんど非該当になってしまうのではないか。」「1週間あけるなど、期間をおいて、もう一度意思が変わっていないか確かめることによって、判断能力の程度をだいたい確認できるのではないか。」といった意見が出された。

また、スケール化の意味については、「ADなどの進行性の病気による場合は、どこでこの人は判断能力がなくなるのか、というのをはっきりしていく必要がある。そのための意味はある。」「なんらかのステップをふんで、最終的には後見人に移行する。最初にスクリーニングする第1ステップは今までやられていなかったので作る意味はある。その役割を行う人はソーシャルワーカーや現場の人でよいのではないか。」「現場の意見では、これは成年後見制度を使ったほうがよい人なのかそうでないのかという声は多い。使ったほうが良いかどうかを判断するスケールを作ることは意味がある。」「方向性としては、スクリーニングを行うためのなんらかのツールを開発し、その後は、今の成年後見制度の鑑定書よりもより簡単・短時間に判定が行えるようなものを作るという形や鑑定料を安くする等の社会的整備を促していく。」「このシステムができればリフォーム詐欺などを防ぐことも可能になるのではないか。」とい

たメリットについて意見が出される一方、「尺度の作成が、無能力者をあぶりだしてしまうことにならないか。」といった社会的に過度の影響を及ぼすことへの懸念についての意見もあった。また、「はっきり拒否をしているという人、単身者、家族から虐待を受けている人以外は、なるべく無能力にしないという、つまりそれ以外の人は今のやり方でもよいのではないか。」「重い人を現場でスクリーニングできるようなスケールを作成し、その後については、システムを作って提案していくべきではないか。」といった意見が出された。

平成 17 年度調査の現況報告のうち、「研究Ⅰ：認知症の人の介護保険サービス利用時の説明と同意に関する実態調査」については前回出された意見をふまえた修正版の調査票が事務局から提出され、その修正点について、調査の認知症の人に限定し、調査対象となる介護支援専門員に、実践を行っている自立度のランクの上限を決めてもらう形にしたこと、また、自立度ランクごとの個々の実践の変化は今回の調査ではとらないようにしたことが報告された。さらに、ケアマネジャーがどのような基準で説明する人とそうでない人を分けているのかを自由記述で書いてもらうようにしたことが報告された。また、現在、110名のケアマネジャーに対し、予備調査を実施していることが報告された。

上記報告について、各委員より以下のような意見が出された。まず、調査対象の条件について、「アルツハイマー病のような認知症の疾患とはすごく限られるのではないか。医師の診断書についているかどうかというよりは、ケアマネの判断にしたほうが良いのではないか。」といった意見が出された。また、調査票の設計については、「担当利用者の人数、認知症の人数は聞く必要があるのか。分析にはつかえないのではないか。できるだけ回収率をあげるなら、多少精度は落ちてでも答えやすいものにしたほうが良い。」「表紙の説明もコンパクトにすればよいのではないか。字も大きくしたほうが良い。表題も硬い印象があるので工夫したほうが良い。」といった意見が出された。

「研究Ⅱ：アルツハイマー病の病名告知に対する態度尺度の作成に関する調査」については、事務局より、現在、ワーディングの修正をおこなっている旨の報告が行われた。それについて各委員より態度尺度作成の意味について、「態度がわかってそれがどうなのか、その後のことを考えたほうが良い。なぜ否定的な態度をとっているのかわからないといけない。」といった意見が出された。

3) 第 3 回委員会報告

第 3 回委員会では、平成 17 年度実施予定の調査について、事務局より現況報告が行われた。「認知症の人の介護保険サービス利用時の説明と同意に関する実態調査」については、事務局より予備調査の結果が報告された。資料に基づいて、調査票の変更点が説明された。また、「アルツハイマー病の病名告知に対する態度に関する調査」については、事務局より、専門職集団から医師へ調査対象者の変更を行い、調査票の修正を行った旨の報告が行われた。それについて各委員より以下の意見が出された。まず、調査対象について、「対象が精神科医だけでは、十分に目的を達成できないのではないか。」といった意見が出された。また、各設問の内容について、「非薬物療法の有無、在宅介護支援サービスの有無などもいらないのではないか。」「開業医の表現について工夫が必要。勤務形態を知る意味はあるのか。」「総合病院と病院をわける意図はあるのか。態度を知るためであれば、必要ないのでは。」「痴呆から認知症へ名称が変更したことでどのような影響がでたかについて質問を加えたい。」といった意見が出された。回答者に最初に提示しておく内容として、「何をもって、告知するというにすることにするか、最初に定義をしておいたほうが良いのではないか。」「最初に、診療の有無にかかわらず、態度を聞きたいということを明記しておいたほうがよい。」といった意見が出された。

4) 第 4 回委員会報告

第 4 回委員会では、平成 17 年度の調査についての進行状況について報告が行われた。また、判断能力評価尺度についての素案が事務局より提出された。

平成 17 年度の調査の進行状況の報告について、「研究Ⅰ：認知症の介護保険サービス利用時の説明と同意に関する実態調査」では、事務局より、研究Ⅰの集計状況及び報告書作成の概要について報告が行

われた。報告書の作成については、報告書の脱稿の時期が4月24日なので、報告書でまとめた後にメールで書く各委員に送付し、期限を決めて意見をいただくこととすること、報告書の内容としては、単純集計としてまとめる形で行うこと等の確認が行われた。同様に、「研究Ⅱ：アルツハイマー病の病名告知に対する態度尺度の作成に関する調査」についても、調査の進行状況について報告が行われた。また、今後の分析の方向性としてはまず、告知を阻害する因子について明らかにしていく方向が確認された。研究Ⅰ同様、報告書としては、それぞれの質問に対して単純な集計の%を出していくことが確認された。

判断能力評価尺度案について、事務局より作業部会からの提案が報告され、それに基づいて議論が行われた。それに伴い、作業部会から、「現状で使用される Mac CAT-T は一般の人がつけるには難しく、実践的ではないのではないか。」「ケアマネジャーでもつけることが可能な尺度開発が必要ではないか」との意見が出された。

委員会での議論の中で、「(別紙)のようなインタビュー形式で、質問していったスクリーニングを行う方法はどうか。その場合、本当はどうなのかといった回答が必要になる、その情報をどこから入手するのか?」「具体的な質問項目についてはグループインタビューなどで聞く項目を洗い出す必要性がある。」「ケアマネジャーにツールを使用して、判断させようとするのは、研修も必要であるし、それだけ権限を持たせることは、危険である。」といった意見がだされた。本委員会での議論の結論としては、介護保険の契約能力に特化したツールの開発として進めていくこととなった。すなわち、「意志」ではなく、「理解力」のみ測るもので、例えば、サービスの内容、費用、困ったときの連絡先の3つ程度について具体的に話してもらう中で理解の程度を評価できるもので、A4サイズ1枚程度の内容のものを目指すこととし、「判断力」があるかどうかを正確に評価できるものをあえて目指さないこととした。

最後に、今年度のプロジェクトについてはこれで終了となること、来年度も続ける方向になると思うが、それについては事務局より再度委員の方々に連絡する旨の確認が行われた。

Ⅱ. 認知症の人の判断力判定尺度開発のための検討委員会

【第1回検討委員会議事録】

日時：平成17年10月12日(水) 18:30-20:00

場所：東京国際フォーラム G508 会議室

出席者(敬称略)

(委員)：五十嵐禎人、今井幸充、小長谷陽子、長田久雄、萩原正子、本間 昭、吉川悠貴、

(事務局)：佐藤美和子、鈴木貴子、松井由香、渡邊浩文(記録)

1. あいさつ
2. 委員自己紹介
3. 委員長選出

本間 昭委員が委員長に選出され、承認された。

4. 事業目的および概要説明

今井委員より、事業目的、各調査の概要及びタイムスケジュールについて説明された。

5. 議事

- 1) 平成17年度研究計画の概要

・事務局より、平成17年度に実施が予定されている各研究の概要について説明がなされた。

- 2) 平成17年度調査の概要

平成17年度に実施が予定されている各調査に関し、各委員より以下のような意見が出された。

(1) 研究Ⅰ：認知症の人の介護保険サービス利用時の説明と同意に関する実態調査（資料1）

- ①認知症の程度によって実践内容が異なるという実態をどうすくい取る質問紙をどう作成するか。
- ・認知症の程度ごとに実践内容に関する同じ質問を繰り返し、それを比較するというのが単純によいと思われるが、同じ質問が何度も繰り返されるため、回答者の負担が大きくなるだろう。
 - ・最初から「中程度」を対象として固定してしまったほうが良いのではないか。
 - ・ケアマネジャーが担当しているある集団に対する実践を調査をするのか、個々のケアマネジャーの態度や意識を調査するのかで、調査の方向性が異なる。ケアマネジャーの態度を目的にしたほうが良いのではないだろうか。

②質問項目の追加について

- ・説明された内容を利用者が理解していることをどう確認しているかの項目を入れたほうが良いのではないか。
- ・相手が認知症であることを分からずに、実践している者も多いのではないか。認知症かそうでないかをどう判断しているのかを尋ねる項目が必要ではないか。

③家族に対する調査のサンプリングについて

- ・家族を対象にした調査は、調査のリクルートが非常に難しい。どのような対象・方法があるか、委員会で検討していく。

(2) 研究Ⅱ：アルツハイマー病の病名告知に対する社会的態度尺度の作成に関する調査（資料2）

- ・インフォームド・コンセントの研究の中での位置づけを、文書で明記しておく。
- ・尺度を作成する意義について、明記しておく。
- ・サンプリングの対象・方法について、委員会で検討していく。

(3) 研究Ⅲ：判断能力評価尺度の開発（資料3、資料4、資料5）

- ・判断能力に対する委員間の共通認識を得るため、次回、五十嵐先生に判断能力に関するレクチャーを行うこととなった。それをふまえたうえで、判断能力尺度の検討を行う旨の確認がなされた。

6. 第2回委員会の日程調整

平成17年11月16日（水）18：00- 東京国際フォーラム G609 を予定

7. その他

本委員会での議論を踏まえ、調査票の修正を行う。修正された調査票は各委員にメール等を用いて送付する。

【第2回検討委員会議事録】

日時：平成17年11月16日（水）18：30-20：30

場所：東京国際フォーラム G609 会議室

出席者（敬称略）

委員：五十嵐禎人、今井幸充、小長谷陽子、長田久雄、萩原正子、本間 昭、

事務局：佐藤美和子、鈴木貴子、松井由香、渡邊浩文（記録）

オブザーバー：池田武俊（厚生労働省）

1. 判断能力について（五十嵐委員）（資料1）（資料2）

五十嵐委員より判断能力に関する委員の共通理解を図るため、資料に基づき、判断能力に関するレクチャーが行われた。

2. 介護保険サービス利用における判断能力に関する検討（資料3、資料4、資料5）

五十嵐委員の報告を基に、介護保険サービス利用における判断能力について議論がなされた。

1) スケール化の可否についての意見

- ・機能的能力に関してスケール化は可能。それによって、その人の判断能力の程度付けというのでは

きるだろう。カットオフ値をどこで求めるかというのは個別の場面で考えなければならない。また、最終的な判定は、専門家にその場面で判定してもらえる方法がとられるとよい。地域権利福祉擁護事業のものが参考になるのではないか。

- ・この尺度が、限界能力を測るのか、平素の普通の能力を測るのかについては、心理尺度であるならば、時間制限などは必要なかもしれないが、介護保険を前提に考えるのならば、ある程度長いスパンの生活全体をみて考えるものかもしれない。
- ・尺度化の際、介護保険の提供の際に必要な判断能力と、医療に必要な判断能力の構成概念の違いはあるのかについては、介護保険の契約を成立させるのに、どの程度情報を理解している必要があるのかをはっきりしていないと、構成概念をそのまま引用するにしてもスケール化はできない。医療・福祉の契約は、古典的な契約関係ではなく、契約能力がなくなったからといって簡単に契約関係を切ることはできない。もう少し、社会的な情報もふまえながら考えるという理論があり、その点をふまえながら、どのようなことを知っていれば良いかを考えたときに、地域福祉権利擁護事業などでは、「どういう人がサービスを提供してくれるのか」「サービスを受けることでどういうコストがかかるか」ということを理解して、選択の結果を伝え、その選択の結果を維持できればありとしている。介護保険でもそのような考え方ができれば、作成も不可能ではない。ただ、認知症の人のグレーゾーンでどこで成年後見制度に移行するのかというのは簡単な問題ではない。
- ・介護保険では、それほど複雑な能力まで求めなければよいのではないか。たとえば、介護保険の契約書の内容をきちんといえる人はほとんど非該当になってしまうのではないか。
- ・1週間あけるなど、期間をおいて、もう一度意思が変わっていないか確かめることによって、判断能力の程度をだいたい確認できるのではないか。

2) スケール化の意味について

- ・ADなどの進行性の病気による場合は、どこでこの人は判断能力がなくなるのか、というのをはっきりしていく必要がある。そのための意味はある。
- ・なんらかのステップをふんで、最終的には後見人に移行する。最初にスクリーニングする第1ステップは今までやられていなかったので作る意味はある。その役割を行う人はソーシャルワーカーや現場の人でよいのではないか。
- ・現場の意見では、これは成年後見制度を使ったほうが良い人なのかそうでないのかという声は多い。使ったほうが良いかどうかを判断するスケールを作ることは意味がある。
- ・方向性としては、スクリーニングを行うためのなんらかのツールを開発し、その後は、今の成年後見制度の鑑定書よりもより簡単・短時間に判定が行えるようなものを作るという形や鑑定料を安くする等の社会的整備を促していく。
- ・このシステムができればリフォーム詐欺などを防ぐことも可能になるのではないか。
- ・尺度の作成が、無能力者をあぶりだしてしまうことにならないか。
- ・はっきり拒否をしているという人、単身者、家族から虐待を受けている人以外は、なるべく無能力にしないという、つまりそれ以外の人はい今のやり方でもよいのではないか。
- ・ケアマネジャーの独立性が保たれ、独立性がある場合は、ケアマネジャーにある程度まかせることができる。
- ・重い人を現場でスクリーニングできるようなスケールを作成し、その後については、システムを作って提案していくべきではないか。
- ・医学法学研究会と協働で行っていくということを考えていく。共に検討作業を行うというのは良いのではないか。
- ・現場の人に、どのように説明を行っていくかの具体的なマニュアル作りを行いたい。それは、何に困っているのかについての実態調査をふまえていけば半分くらいはクリアできるのではないか。

3. 平成17年度調査の現況報告(資料6, 資料7)

①研究I: 認知症の人の介護保険サービス利用時の説明と同意に関する実態調査

II. 認知症の人の判断力判定尺度開発のための検討委員会

事務局より、実態調査に関する現況報告が行われた。

(報告内容)

- ・前回からの変更点は、認知症の人に対象を限定し、調査対象者に、実践を行っている自立度のランクの上限を決めてもらう形にした。
- ・また、自立度ランクごとの個々の実践の変化は今回の調査ではとらないようにした。
- ・ケアマネジャーがどのような基準で説明する人とそうでない人を分けているのかを自由記述で書いてもらうようにした。
- ・現在、110名のケアマネジャーに対し、予備調査を実施している。

(意見)

- ・自由記述の部分はある程度、はい、いいえで答えられる問題ではないか。
- ・アルツハイマー病のような認知症の疾患とはすごく限られるのではないか。医師の診断書についているかどうかというよりは、ケアマネの判断にしたほうがよいのではないか。
- ・担当利用者の人数、認知症の人数は聞く必要があるのか。分析にはつかえないのではないか。できるだけ回収率をあげるなら、多少精度は落ちてでも答えやすいものにしたほうがよい。
- ・表紙の説明もコンパクトにすればよいのではないか。字も大きくしたほうがよい。表題も硬い印象があるので工夫したほうが良い。

②研究Ⅱ：アルツハイマー病の病名告知に対する態度尺度の作成に関する調査

事務局より態度尺度の作成に関する調査の現況報告が行われた。

(報告内容)

- ・現在、ワーディングの修正をおこなっている。

(意見)

- ・態度がわかってそれがどうなのか、その後のことを考えたほうがよい。なぜ否定的な態度をとっているのかがわからないといけない。
- ・病名が伝えられるのが有効なのは、要支援くらいまでの認知症の人であろう。ケアマネジャーにとって告知がされているかいないかが問題になる場面は現実的には少ないのではないか。

4. 第3回委員会の日程調整

- ・1月16日の17時30分より東京国際フォーラムにて開催予定

5. その他

- ・次回委員会では、予備調査の結果を踏まえて、本調査の調査票を固める。

【第3回検討委員会議事録】

日時：平成18年1月16日（月）17：30-19：30

場所：東京国際フォーラム G609 会議室

(〒100-0005 東京都千代田区丸の内3-5-1 Tel 03-5221-9040 Fax 03-5221-9223)

出席者（敬称略）

委員：浅田、五十嵐、萩原、小長谷、長田、本間、今井

事務局：鈴木、佐藤、松井、渡邊（記録）

オブザーバー：池田（厚生労働省）

1. 認知症の人の介護保険サービス利用時の説明と同意に関する実態調査

1) 予備調査の結果について（資料1）（資料2）

- ・事務局より、資料に基づいて、予備調査の結果が報告された。

2) 調査票の変更について（資料3）

事務局より、資料に基づいて、調査票の変更点が説明された。

第4章 認知症の人の判断力判定評価尺度開発のための検討委員会報告

2. アルツハイマー病の病名告知に対する態度に関する調査

1) 調査票の変更について (資料4) (資料5)

事務局より、資料に基づいて、調査票の変更点について説明された。それについて以下の意見が出された。

- ・痴呆から認知症へ名称が変更したことでのどのような影響がでたかについて質問を加えたい。

2) 調査対象者の変更について

事務局より、専門職集団から、医師へ調査対象者の変更を行った旨の報告が行われた。それについて以下の意見が出された。

- ・対象が精神科医だけでは、十分に目的を達成できないのではないか。
- ・非薬物療法の有無、在宅介護支援サービスの有無などもいないのではないか。
- ・開業医の表現について工夫が必要。勤務形態を知る意味はあるのか。
- ・総合病院と病院をわける意図はあるのか。態度を知るためであれば、必要ないのでは。
- ・何をもって、告知するというにすることにするか、最初に定義をしていたほうが良いのではないか。
- ・最初に、診療の有無にかかわらず、態度を聞きたいということを明記しておいたほうが良い。

3. 第4回委員会の日程調整

- ・次回は、調査結果の報告と、意思能力評価スケールの検討を行う。

4. その他

意思能力評価スケールの開発に関し意見の交換が行われた。

- ・ケアマネの段階で判断力があやしい人をピックアップできるスケールが必要なのでは。
- ・判断能力のある人のスクリーニングを行い、成年後見制度へつなげていく。
- ・作業部会で評価スケールのイメージを作成する。

【第4回検討委員会議事録】

日時：平成18年3月22日(水) 18:00-20:00

場所：食糧会館 2-E

(〒102-0083 東京都千代田区麴町 3-3-6 TEL: 03-3322-9621 FAX: 03-3322-9618)

出席者(敬称略)

委員：浅田、五十嵐、萩原、小長谷、長田、本間、今井、六角

事務局：大島、鈴木、佐藤、田口(記録)、松井、渡邊

1. 研究Ⅰ：認知症の介護保険サービス利用時の説明と同意に関する実態調査の進行状況

事務局より、研究Ⅰの集計状況および報告書作成の概要について報告が行われた。

- ・研究Ⅰについて、WAMNETより2,060名/7,500名中(途中集計で現在1,900)最終結果については追って報告書で詳細を説明する。
- ・報告書を作成後、委員会の了承をいただく予定回答
- ・報告書の脱稿の時期が4月24日なので、報告書でまとめた後にメールで書く先生方に添付メールして、日にちを決め(添付して3~4日以内に返事をいただくようにする)コメントをいただく。
- ・報告書の内容としては、単純集計として書かせてもらう。クロスについても年齢、職業、経験年数(ケアマネジャー)など。

研究Ⅱ：アルツハイマー病の病名告知に対する態度尺度の作成に関する調査の進行状況について(資料1~4)

事務局より、研究Ⅱについての進行状況が報告された。

- ・前回の委員会の議論を受け、調査票の修正を行い、修正された調査票をもとに調査を開始した。
- ・変更した事項について

(資料 3) P7 II を参照

変更前	変更後	調査番号
非薬物療法の有無に関する質問事項	削除	
なし	認知症に関する病名の変化に関する質問事項	II 5.

・資料の 4 の主たる専門診療科目について下記のように変更した

- ①その他→神経科・脳神経外科・その他：102 (26+7+69) 人：10.5 (2.7+0.7+7.1) %
- ②内科→内科・心療内科：359 (345+14) 人：36.7 (35.6+1.4) %
- ③精神科：501 人：51.6%

・今後の分析の方向性としてはまず、告知を阻害する因子をみたい→調査票の中では、資料 P3 の 1～57 の質問の中から告知に対してしている人、していない人というので判別分析ができる。どの項目がアルツハイマー病の告知の阻害要因になるかはやってみないとわからない。

ただし、仮説として(予想としては) P3 にあるような内容で性格、家族、ドクターが告知をしにくいという点で分かれてほしいとは思っている。

・報告書としては、それぞれの質問に対して単純な集計の%を出す。

2. 判断能力評価尺度案について

判断能力評価尺度案について、事務局より作業部会からの提案が報告され、それに基づいて議論が行われた。

1) 作業部会の意見

・現状で使用される Mac CAT-T は一般の人がつけるには難しく、実践的ではないのではないか？
現在介護保険を承諾しているのは家族に対して、説明している状態である。ケアマネジャーでもつけることが可能な尺度開発が必要ではないか。

2) 委員会での議論

- ・(別紙) のようなインタビュー形式で、質問していったスクリーニングを行う方法はどうか。その場合、本当はどうかといった回答が必要になる、その情報をどこから入手するのか？
- ・具体的な質問項目についてはグループインタビューなどで聞く項目を洗い出す必要がある。
- ・ケアマネジャーにツールを使用して、判断させようとするのは、研修も必要であるし、それだけ権限を持たせることは、危険である。
- ・ケアマネジャーに対して、何か1つこれというツールがあれば効果があると思う。
介護保険の契約能力に特化したツールの開発として進めていくほうがよい。
- ・これまでのをもっと簡単に、何を評価して説明するかを浮きあがらせると項目は絞られる。
- ・尺度として測りたいのは、介護保険の契約について、ケアマネジャーに説明された人がきちんと理解できて、自分の判断の元に同意しているかをどのように測るか。

↓

「意志」ではなく、「理解力」のみ測る。

- ①サービスの内容
 - ②費用
 - ③困ったときの連絡先
- } 具体的に話してもらう。

について具体的に話してもらう。

- ・簡単に A4 サイズ 1 枚程度の質問紙で。
- ・「判断力」があるかどうかは知らない。
- ・予備調査とまでは行かなくても(倫理委員を通さないと予備の調査が困難なため) 少し数名にでもいいから質問紙に対しての答えやすさなどを調べてみる。その後のロールプレイも必要。

3. 次回委員会の日程調整

- ・5月に開催予定（できれば連休明けにでも）
- ・東京センターを会場として行うかもしれない。
- ・内容は報告書で書いた内容や判断能力評価尺度案など

4. その他

- ・今年度のプロジェクトについてはこれで終了となる。来年度も続ける方向になると思うが、それについては事務局より再度委員の方々に連絡させていただく。

〔付録 1 五十嵐委員報告〕

意思能力の判定について

東京都精神医学総合研究所
五十嵐 禎人

1

意思能力

- ・私的自治の原則（意思自律の原則）
⇒「意思なくして法律効果なし」
- ・自らのなした法律行為の結果を弁識する精神能力
- ・7～10 歳の子供の精神能力
- ・意思能力のない者のした法律行為は無効
⇒取消し可能
- ・「事理ヲ弁識スル能力」

2

行為能力

- ・自らの行為によって法律行為の効果を確定的に自己に帰属させる能力
- ・法律行為を単独で行うための法律上の資格
- ・制限行為能力者が単独で行った法律行為は一定の条件のもとで常に取消し可能
- ・同意権・取消権

3

事理を弁識する能力

- ・「事理」とは「法律行為（後見等の事務）の利害得失（利益・不利益）という趣旨」
- ・「事理弁識能力」とは
一知的能力
一日常的な事柄を理解する能力（狭義の事理弁識能力）
一社会適応能力
の 3 つの概念をすべて統合した広義の判断能力

4

事理を弁識する能力

- ・「法律行為の利害得失を判断する能力」
- ・自らの行う（財産に関する）法律行為の内容を理解し、その結果を予測する能力
- ・単独で安全に
「自己の財産を管理・処分する能力」
- ・心理学的要素

5

能力判定の方法

- ・結果（outcome）判定法
- ・状態（status）判定法
- ・機能（functional）判定法

6

結果判定法

- ・能力は本人の意思決定の結果によって判定する方法
- ・本人の意思決定の結果が一般人の常識・規範に適合しているかどうかによって、能力の有無は決定される
- ・実際の能力判定では、能力評価を行う人の価値観からみて本人の意思決定の結果が正しいか否かによって能力は評価される

7

状態判定法

- ・本人の身体的、精神的状態（たとえば年齢、疾病など）が、ある一定の状態に当てはまるか否かに応じて能力を判定する方法
- ・わが国では 20 歳未満の未成年者はすべて制限能力者
⇒年齢を基準とした状態判定法
- ・統合失調症と診断された人あるいは認知症と診断された人はすべて制限能力者と判定する⇒疾患を基準とした状態判定法

8

機能判定法

- ・ 特定の意思決定をするさいの本人の個人的な能力と意思決定に至る本人の主観的な思考過程に焦点をあてた能力判定の方法
- ・ 自己の意思決定の一般的な内容とおこりうる結果を理解し、その意思決定を他者に伝達できるか否かによって能力は判定される
- ・ 意思能力は法律行為一般に必要とされる能力としてではなく、「当該法律行為の具体的、個別的内容に即して、しかも被保護者の残存能力に応じて」変化する能力であることが前提

9

機能判定法

- ・ 機能判定法の原則に忠実に能力判定を行うとすれば、能力評価の対象となるのは、あくまでも特定の意思決定に関する本人の理解の程度であり、精神障害の有無やその程度などは直接の検討の対象にはならない。

10

意思能力と行為能力

- ・ 評価すべき判断能力の時期
- ・ 評価すべき法律行為の相違

11

機能判定法の問題点

- ・ 意思能力推定の原則
- ・ 意思能力に疑義が生じるような臨床状態をあらかじめ想定し、その臨床状態に該当する人について、能力判定を行う
- ・ 状態判定法と機能判定法を併用したアプローチ (状態—機能判定法)

12

評価すべき判断能力の時期

- ・ 意思能力
 - 過去ないし現在のある特定の時点における判断能力
- ・ 行為能力
 - 審判以後の未来、それもかなり長期間にわたる未来 (通常は年単位) における判断能力
 - 過去・現在において障害された状態にあり、しかも今後かなり長期間にわたって、その人の判断能力はほぼ同様の状態 (障害された状態) で推移すると予測される

13

評価すべき法律行為の相違

- ・ 意思能力
 - 具体的な法律行為として特定されている
- ・ 行為能力
 - 法律行為を単独で行うことができる法律上の資格
 - 行為能力の判定とは、その人が今後の社会生活を送っていく上で、必要とされる種々の法律行為を単独で行うことができる判断能力を備えているかどうかについての判定
 - 具体的な法律行為が特定されているわけではない。

14

能力判定の構造

- ・ 機能的な能力 認知機能
 - ⇒ 次元的 (連続量)
- ・ キャパシティ 臨床の状態
 - ⇒ 範疇的 (あり・なし)
- ・ コンピタンス 法的身分
 - ⇒ 範疇的 (あり・なし)

15

機能的な能力の基本構造

- ・ 理解 understanding
- ・ 論理的思考 reasoning
- ・ 認識 appreciation
- ・ 選択の表明 expressing a choice

16

理解 (understanding)

- ・意思決定に関連する情報の性質と目的を一般的な意味で理解していること
- ・意思決定に関連する情報をわかりやすい一般的な言葉でいにかえること、可能な選択肢を提示することによって確認される

17

論理的思考 (reasoning)

- ・意思決定に関する様々な選択肢の利益とリスクを比較すること
- ・意思決定の結果そのものではなく、意思決定のプロセスに焦点をあてた評価が必要
- ・意思決定の結果は、内的に首尾一貫したものであり、その人が元来もつ信条とも整合性のとれたものである必要がある

18

認識 (appreciation)

- ・意思決定の行われる状況や意思決定の結果を認識していること
- ・認識とは、ただ情報をわかっているだけではなく、その情報を、その意思決定を行う時のわが身の状況に置き換えてわかっているということ

19

理解と認識

理解	認識
<ul style="list-style-type: none"> ・その意思決定に関連する一般的な情報をわかっていること 	<ul style="list-style-type: none"> ・ただ一般的な情報をわかっているだけではなく、その情報を、その意思決定を行う時のわが身の状況に置き換えてわかっていることである。

20

理解と認識

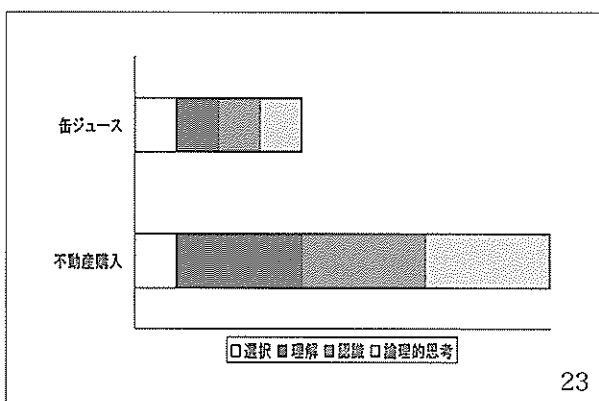
- ・認知症に関する知識を十分に持っている
- ・実際に認知症と診断されても、あるいは認知症に基づく問題行動（たとえば物盗られ妄想に基づく家族とのトラブル）が出現しても、自分は認知症ではないと考える人
- ・認知症に関する一般的な知識をわかっているが、その知識をわが身の問題に置き換えて活用することはできない
- ・疾病としての認知症を理解してはいても、自分の認知症については全く認識していない

21

選択の表明 (expressing a choice)

- ・ある意思決定の結果を他者に伝達することができる
- ・意思決定の結果を単純に他者に伝達できるということだけでなく、意思決定の結果が一定である必要
- ・この部分を情報の保持 (retain) として独立した要素としてとりあげる考え方もある
- ・二律背反した考えをもっている場合、決めたことを理由もなしにこころを変えるような場合には、選択の表明ができないと考えられる

22



「機能的能力」評価のための評価尺度

- ・MacArthur Competence Assessment Tool-Treatment (MacCAT-T)
- ・Hopkins Competency Assessment Test (HCAT)
- ・Capacity to Consent to Treatment Instrument (CCTI)
- ・Structured Interview for Competency Incompetency Assessment Testing and Ranking Inventory (SICIATRI)

24

キャパシティの判定

- ・医療保健福祉専門家によって判定される臨床的状态
- ・次元的現象（連続量）である機能的能力に閾値を設定することによって範疇的現象（「あり」か「なし」かの判定）に変換する作業

25

キャパシティの判定

「機能的能力」の4つの下位能力

- ・それぞれが平均以上
→「キャパシティ」あり
- ・それぞれが平均以下
→「キャパシティ」なし
- ・総合的に平均以下
→「キャパシティ」なしの可能性

26

キャパシティの判定

- ・閾値は、社会一般の人を基準にして客観的に設定されるものではなく、その人が意思決定を行う状況・背景要因を考慮する必要
- ・個別の臨床的評価こそが「Gold Standard」
- ・本人の自己決定の尊重（自律性）と本人の最善の利益（保護）という2つの要素のバランス

27

コンピタンスの判定

- ・法律家・裁判官が判定する法的身分
- ・「あり」か「なし」かの二分法
- ・「キャパシティ」の判定結果を参考に行われる
- ・「キャパシティ」の判定と完全に一致するものではない

28

〔付録2 MacCAT-T (介護版) 記録用紙〕

MacCAT-T (介護版) 記録用紙

利用者名：

面接者氏名：

日付：

時間：

面接場所：

心身及び生活状況についての理解

情報開示：「さて、あなた自身の言葉で、今私が、あなたの状況について言った事を説明してください」
追加の質問（必要なら）・・・・・・再度の情報開示と質問（必要なら）

情報開示	利用者の回答	得点
心身・生活の状況		
心身・生活の状況		
心身・生活の状況		
心身・生活の状況		
心身・生活の状況		
心身・生活の状況		
心身・生活状況についての理解（合計）		
その他		

心身・生活状況についての認識

最初の質問：「これがわれわれが、あなたのケースで課題だと思うことです。もし、それについて疑問を抱く理由があれば、教えてください。あなたはどのように思われますか」

() 同意 () 意義 () わからない

追加の質問：利用者が意義を唱える、あるいは、決定できないなら、その意義と利用者の回答を記述する。

利用者の回答	得点

サービス利用についての理解

情報開示：「さて、このサービスの利用について私が言ったことを、あなた自身の言葉で説明してください」

追加の質問（必要なら）：再度の情報開示と質問（必要なら）

情報開示	利用者の回答	得点
サービスの名称		
サービスの主な内容・頻度・料金など		
サービスの主な内容・頻度・料金など		
サービスの主な内容・頻度・料金など		
サービスの主な内容・頻度・料金など		
サービス利用についての理解（合計）		
その他		

利点・危険性についての理解

情報開示：「さて、このサービス利用の利点と危険性について私が言ったことを、あなた自身の言葉で説明してください」

追加の質問（必要なら）：再度の情報開示および質問（必要なら）

情報開示	利用者の回答	得点
利点		
利点		
危険性		
危険性		
利点・危険性についての理解（合計）		
その他		

サービス利用についての認識

最初の質問：「それでは、そのサービス利用はあなたの課題にとって、いくらか役に立つ可能性がある（ない）と感じるのですね。そのことを私に説明してもらえますか。なぜ、そのサービス利用はあなたにとって利益をもたらす可能性がある（ない）だろうと思えるのですか」

() 同意 () 意義 () わからない

追加の質問：「それでは、そのサービス利用は、あなたの状態に、いくらか役に立つ可能性がある/ないと感じるのですね。そのサービス利用があなたに利益をもたらす可能性がある/ないだろうと思うのはなぜですか」

利用者の回答	得点

代替サービス

代替サービス用紙参照。各代替サービスにつき1枚使う。

最初の選択と理由づけ

選択：「あなたの選択について検討しましょう。1番目…、2番目…、等 [サービスを利用しないというのも含む、これまでの情報開示で検討したそれぞれのサービス利用の選択肢を挙げる]。これらのうちのどれが、あなたにとって最善だと思いますか。どれをいちばん、希望しようと思いますか。」

選択： _____

質問：「[利用者の選択したもの] は最善であろうと考えるのですね、それが他のものより良いように思われるのはどうしてかを教えてください」

追加の質問：理由づけのプロセスを追求するためにその説明について話し合う。

結果の推測

質問-1：「[利用者の希望するサービス] の起こりうる利点と危険性あるいは苦痛について、いくつかお話ししました。ではご自分で、毎日の生活に、これらがどのような影響を及ぼすのでしょうか。考えつくことをいくつか挙げてください」

利用者の回答-1	得点

質問-2：「それでは、[別のサービス、あるいはサービスを利用しない選択] について考えて見ましょう。毎日の生活に、その選択肢の結果がどのように影響を及ぼすであろうかをいくつか挙げてください」

利用者の回答-2	得点
結果の推測（合計）	

最終的な選択

質問：「この話し合いを始める時に、あなたは [前の質問で [最初の選択]] を望みました。[あるいは、利用者が決定しかねているようであったというコメントを入れる。] すべてについて話し合った今、どう考えますか。どれを希望したいですか」

利用者の回答	得点

選択の論理的ー貫性

利用者の回答	得点

総合得点

得点の合計 ÷ 項目数 得点小計

理解 UNDERSTANDING

心身及び生活状況

_____ ÷ _____ = _____

サービス利用

_____ ÷ _____ = _____

利点/危険性

_____ ÷ _____ = _____

総合理解得点 (0-6)

認識 APPRECIATION

心身及び生活状況

サービス利用

総合認識得点 (0-4)

論理的思考 REASONING

結果について

比較

結果の推測

論理的一貫性

総合論理的思考得点 (0-8)

総合選択の表明得点 (0-2)

適宜：それぞれの代替サービスについての理解 Understanding の総合得点

代替サービス 1：

代替サービス 3：

代替サービス 2：

代替サービス 4：

代替サービス用紙

代替サービスについての理解を記録する

利用者名： _____

サービスについての理解

情報開示：「さて、このサービスの利用について私が言ったことを、あなた自身の言葉で説明してください」

追加の質問（必要なら）：再度の情報開示と質問（必要なら）

情報開示	利用者の回答	得点
サービスの名称		
サービスの主な内容・頻度・料金など		
サービスの主な内容・頻度・料金など		
サービスの主な内容・頻度・料金など		
サービスの主な内容・頻度・料金など		
サービス利用についての理解（合計）		
その他		

利点・危険性についての理解

情報開示：「さて、このサービス利用の利点と危険性について私が言ったことを、あなた自身の言葉で説明してください」

追加の質問（必要なら）：再度の情報開示および質問（必要なら）

情報開示	利用者の回答	得点
利点		
利点		
危険性		
危険性		
利点・危険性についての理解（合計）		
その他		

〔付録3 高齢者判断力判定評価シート（案）〕

高齢者判断力判定評価シート			
<p>概要：</p> <p>このアセスメントシートは、利用者に質問をしてその答が適切な回答であるか否かで、その利用者の判断力を評価するものであって、決してその行為ができるか否かを評価するものではない。例えば、歩行が困難な利用者に銀行に行けるか訪ねたときに、「自分は歩けないので行けないので、家族に頼んで行ってもらう」などと回答した場合は、その利用者の回答は適切であると判断できる。</p> <p>評価</p> <p>5：適切な回答と判断できる 4：まあまあ適切な回答と判断してよい 3：一部現実と異なっていたり、実行不可能な回答のあるが、質問の内容は理解できていると思える 2：適切な回答とは言えないが、一様答えようとしている 1：適切な回答とは思えない。また質問の内容も理解していない 0：全く答えにならない</p>			
状態のあらし			
評価項目	聴取する内容	メモ	評価
日常生活	現在、日常生活で困っていることがありますか。あったら具体的にお聞かせください	利用者	
		介護者	
家事一般	あなたは、買い物、食事の支度、部屋の掃除などの家事一般をどのようにしていますか	利用者	
		介護者	
社会生活	現在、ゴミ捨てはどのようにしていますか 新聞は取っていますか、毎日新聞は読んでいますか	利用者	
		介護者	
金銭管理	あなたの通帳は、誰が管理していますか。 生活していく上でお金の心配はありますか	利用者	
		介護者	

病気に ついて	現在、あなたはどこかの病院を 通院していますか。その病院の 名前、病気の名前、どのような 治療を受けているかをお聞か せください。	利用者	
		介護者	
緊急時の 対応	もしもあなたが急に今気分が 悪くなったとしたら、どのよう にしますか	利用者	
		介護者	
体調につ いて	現在のあなたの体調について 教えてください。どこか痛むこ とや辛いことがありますか	利用者	
		介護者	
悪徳な 勧誘の 対応	あなたが一人で家にいるとき に、高額の物の販売に見知らぬ 人間が来て、その商品を買う つもりもないのにしつこく売 りつけようとしたらあなたは どのようにしますか	利用者	
		介護者	

第 5 章

研究事業総括

1. 認知症介護現場でのインフォームドコンセント実施状況

居宅介護支援事業者に勤務するケアマネジャー（介護支援専門員）が担当する認知症の利用者の多くが認知症高齢者の日常生活自立度Ⅱ～Ⅲと比較的重度の認知症高齢者であり、居宅介護支援サービスの依頼者の中で最も多いのがその配偶者や家族であった。利用契約内容の説明については、「全ての利用者説明している」と回答したケアマネジャーが全体の2割で、また全く説明していないケアマネジャーも3.2%みられ、説明は約7割のケアマネジャーが本人と家族が同席のもとで行い、説明内容のほとんどがサービスの提供方法や内容、守秘義務のことであった。契約説明が認知症の利用者に理解されたか否かは、本人の視線や表情で決めたり、うなずきで判断したりすることが多いようだが、4割のケアマネジャーは説明したことを利用者自身の言葉で言えるか否かを理解の判断に挙げていた。契約の同意に関しては、本人と家族の両方から同意を得ているがケースが9割以上みられ、本人のみの同意は2割に満たなかった。本人の同意の確認として、ケアマネジャーの半数は、本人の視線や表情、うなずきでの判断し、契約書の署名・捺印は、9割以上のケアマネジャーが、本人の了解のもと代筆によるケースを挙げていた。

アセスメント実施に伴う主旨説明に関しても、居宅介護支援サービス実施時の内容説明や契約時の説明と同意の確認の結果とほぼ同じであった。ただ、アセスメント実施時の情報収集では、本人を中心に情報収集するケースはほとんど無く、主に家族からの収集するケースが多かった。ケアプラン原案の説明やその同意に際しても、契約書やアセスメント実施時の実態とほぼ同じであった。

最後に、契約内容説明、アセスメント実施の主旨説明、ケアプランの原案内容説明に関して、全ての認知症高齢者に対して説明の必要性を尋ねたところ、38%のケアマネジャーが「必要無い」と回答した。

本調査では、認知症高齢者の介護支援サービスを調整するケアマネジャーのインフォームドコンセント実施に関する実態が明らかになった。介護現場では、認知症高齢者の意思、意向を優先した介護サービス利用よりも配偶者や家族の意向が優先され、インフォームドコンセント実施に際しても本人よりもむしろ介護家族がその主体であることが浮き彫りになった。その反面、比較的重度の認知症高齢者に対してもインフォームドコンセントの必要性を態度で示していたが、現実には家族に同意を求めるケースが多く、そこにケアマネジャーの葛藤が明らかになった。また、インフォームドコンセントの重要性を認識しながらも認知症という病態をもつ利用者の契約に関する同意の取り方にケアマネジャー自身疑問を抱いている現状も明らかになり、今後明確なインフォームドコンセント実施に際する指針の必要性が示された。

2. アルツハイマー病の病名告知の実態

日本老年精神医学会員2,550名ならびに全国都道府県のタウンページから無作為抽出した内科医2,450名を対象に、アルツハイマー病の病名告知に関する実状について郵送法によるアンケート調査を実施し、985名から回答があった（回収率19.7%）。

アルツハイマー病を告知する判断は、まずは本人の意思が優先されるが、医師自身や家族の意向も考慮すべき、と考える医師が多かった。大半の医師は、患者のアルツハイマー病の病名を知る権利を認めているが、知らない権利もある、と答えた医師も7割近くみられ、また告知は患者にとって必要であり、原則として告知すべきと考える医師が約8割みられたが、告知の是非は一概に決められない、と回答した医師もほぼ同数みられた。

告知を実施する際の条件として、患者本人の希望が最も優先されるが、その他の条件には、患者の性格、心理サポート体制、病気の自覚などが挙げられた。告知を行わない条件として、精神不安定、本人が望まない、心理サポートがない、等が挙げられ、告知の実施条件として患者の意思や精神状態が重視されることが明らかになった。

告知のメリット・デメリットについては、告知のメリットとして、将来を考えることが出来る、財産

管理、人権の尊重など挙げた医師が多かったが、告知をしないことのメリットを挙げた医師は少なかった。

告知の現状については、約6割の医師が状況に応じ告知を実施しており、全員に告知を行っている医師も8.2%みられた。そして、実際の告知頻度にかかわらず、告知したいと考える医師が65.4%みられ、反対にしたくない医師は30.8%であった。

診断結果の説明として、約4割の医師は「年齢よりもの忘れが進んでいる」と説明し、「認知症」という言葉を使って説明している医師は26%であった。「痴呆症」から「認知症」と名称が変更になったことから、診断結果の説明がしやすくなったと答えた医師が32.5%であったのに対して、半数以上の医師は変わらないと回答していた。

日常診療でのアルツハイマー病の病名告知は、原則として実施することが好ましいと考える医師が大半であったが、認知症の病態から告知実施に際して医師が重視するのは、患者本人の意思であり、精神状態であった。現場では、約7割の医師が患者の状況に応じて告知を実施しており、また告知をしたい、と考える医師が多いことが明らかになった。

今後、本調査結果を統計学的に詳細に分析することで、告知の阻害要因を明らかにし、臨床現場で告知しやすい環境整備を提言していく。

3. 認知症高齢者判断力能力評価尺度の開発

判断力評価尺度案について、検討委員会に作業部会からの提案が報告され、それに基づいて議論が行われた。精神医学領域で使用されるMac CAT-Tは、判断力評価尺度として用いられているが、介護専門職が用いる尺度として実践的ではない。ケアマネジャーをはじめ、介護専門職が容易に使える尺度開発が必要である。そのために、インタビュー形式のスクリーニング法の尺度開発が望まれるが、その開発には介護専門職によるグループインタビューを実施して、尺度のイメージを掴む必要がある。また尺度の使用目的は、介護保険の契約能力に判定であり、「理解力」を測る尺度開発を進める。

4. 総括

本事業で実施した2つの調査は、これまで多くの課題を抱えた臨床現場でのアルツハイマー病の病名告知と介護保険サービス実施時のインフォームドコンセントの現状を明らかにした。結果は、両調査とも認知症高齢者の意思・意向と精神状態がそれらの実施に大きく影響されることが明らかになり、これまで議論されていた認知症高齢者のインフォームドコンセントの課題を明確にすることができた。

医療および介護支援サービスの現場で、それぞれのサービスを提供するにあたって認知症高齢者自身の意思・意向を尊重するには、彼らの判断力・理解力の障害を容易にスクリーニングする尺度開発が望まれる。

本研究事業は、平成 17 年度厚生労働省老人保健事業推進等補助金によって行われた。

【報告書作成者】

責任者 今井 幸充 (認知症介護研究・研修東京センター 副センター長)
作成者 渡邊 浩文 (目白大学 人間社会学部人間福祉学科 助手)
佐藤 美和子 (桜美林大学大学院)
鈴木 貴子 (桜美林大学 加齢・発達研究所)

執筆者 第 1 章 今井 幸充
第 2 章 渡邊 浩文
第 3 章 佐藤 美和子・鈴木 貴子
第 4 章 渡邊 浩文・佐藤 美和子・鈴木 貴子
第 5 章 今井 幸充

平成 17 年度 厚生労働省 老人保健事業推進費等補助金事業報告書

認知症の人へのサービス提供のためのインフォームドコンセント実施に関する指針と
教育システム開発に関する研究事業 報告書

発行年 平成 18 年 3 月

研究事業主体：認知症介護研究・研修センター (大府・東京・仙台センター)

報告書発行者：社会福祉法人浴風会 認知症介護研究・研修東京センター

〒168-0071 東京都杉並区高井戸 1-21-1

電話 (03)3334-2173, FAX (03)3334-2718

URL : <http://www.dcnet.gr.jp>

調査委託機関：株式会社 総研

東京都中央区銀座 6-2-10 TEL 03-5537-6364

認知症の人へのサービス提供のための
インフォームドコンセント実施に関する指針と
教育システム開発に関する研究事業
【報告書】

平成 18 年 3 月

発行 社会福祉法人浴風会
認知症介護研究・研修東京センター
〒168-0071 東京都杉並区高井戸 1-21-1
電話 (03) 3334-2173
FAX (03) 3334-2718