

平成18年度厚生労働省老人保健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19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

抄録	3
第1章 調査研究事業の概要	
I. 研究事業の目的	7
II. 研究事業計画	7
第2章 インフォームド・コンセントに関する介護支援専門員へのグループインタビュー調査	
I. 研究の背景及び調査の目的	13
II. 調査方法	13
III. 結果と考察	14
IV. まとめ	19
第3章 認知症の人の介護保険サービス利用時の説明に関する意識調査	
I. 研究の背景及び調査の目的	23
II. 調査方法	23
III. 調査結果と考察	27
IV. 考察	55
付録1. 認知症の人へのケアプラン内容説明に関する意識項目	58
付録2. 各項目の平均得点	64
付録3. 配布したアンケート用紙	70
第4章 認知症の人の介護保険サービス利用のための判断能力尺度開発	
I. 研究の背景及び目的	81
II. 昨年度の研究事業における議論	81
III. 本事業における意思能力評価スケール開発	82
IV. 項目の抽出方法	86
V. 手引きの作成	89

第5章 インフォームド・コンセントシート開発のための調査	
Ⅰ. 調査目的	101
Ⅱ. 調査方法	101
Ⅲ. 調査結果	103
Ⅳ. 考察	118
第6章 判断能力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	125
Ⅱ. 認知症の人の判断能力評価尺度開発のための検討委員会	
第1回検討委員会議事録	131
第2回検討委員会議事録	134
第3回検討委員会議事録	138
第4回検討委員会議事録	142
第7章 研究事業総括	147

抄 録

【研究目的】本研究事業では、アルツハイマー病をはじめとした認知症の人本人への介護保険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）を適切に実施するために必要な判断能力の評価スケール及びその利用マニュアルを開発し、もって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を開発していくことにある。

【研究方法】平成 18 年度においては、介護保険サービス利用のための判断能力評価尺度を作成するための基礎調査の一環として、介護支援専門員にグループインタビューを実施する。また、認知症の人への介護保険サービス提供時の説明と同意のあり方に関する意識について全国の介護支援専門員に対し郵送法によるアンケート調査を実施する。加えて、検討委員会を組織し、同尺度の素案を作成したうえで、現場の介護支援専門員らの協力してもらい、素案を用いて、説明内容に対する利用者の理解を評価する調査を実施する。

【結果】グループインタビューでは、サービス利用体験を通じたサービス内容の理解の重要性や、介護支援専門員との関係性の重要性の工夫に関する意見があった。意識調査では、介護支援専門員の中でも認知症の人に説明を行うことにあまり必要性を感じていない群の特性から、説明を行うことを阻害する要因の示唆を得た。

介護保険サービス利用のための判断能力評価尺度の作成においては、昨年度における検討委員会での議論、先行研究及び実態調査結果やグループインタビューの結果をふまえ検討委員会で検討を行い、判断能力評価尺度の素案「インフォームド・コンセントシート」を作成した。また、インフォームド・コンセントシートを実際の介護支援専門員に使用してもらい利用者が説明された内容を理解しているか否かについて評価してもらう調査を実施した。結果、理解の評価項目をみると、十分理解、一部理解、理解困難の 3 つの評価項目に対し、ある特定の項目に評価が集中せず、併別された。また、利用者の理解状況を評価する項目を得点化し総合得点を算出し、同得点と外的基準として設定した改訂長谷川式簡易知能評価スケールとの相関係数を算出したところ、同スケールの得点との強い相関が認められた。

来年度については、インフォームド・コンセントシートの作成を継続する。また、同シートの実施マニュアルを作成したうえで、実践現場における実施効果の検証を行う。

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。

本研究では、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）を適切に実施するために必要な判断能力の評価スケール及びその利用マニュアルを開発し、もって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を開発していくことにある。

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「インフォームド・コンセントシート実施マニュアル」を作成し、認知症介護実践研修で活用する。

平成18年度においては、介護保険サービス利用のための判断能力評価尺度を作成するための基礎調査の一環として、介護支援専門員にグループインタビューを実施する。また、検討委員会を組織し、同尺度の素案を作成したうえで、現場の介護支援専門員らの協力の下調査を実施する。また、認知症の人への介護保険サービス提供時の説明と同意のあり方に関する意識調査を全国の介護支援専門員に実施する。

1. 本事業検討委員会設置

1) 平成 18 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	千葉大学社会精神保健教育研究センター 法システム研究部門
	池田恵利子	いけだ後見支援ネット
	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
	橋本泰子	大正大学
	本間 昭	東京都老人総合研究所

〈作業委員会〉

渡邊 浩文	(目白大学・人間社会学部)
田口 潤	(認知症介護研究・研修東京センター 研究補助)
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科)

〈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 18 年度調査研究

1) インフォームド・コンセントに関する介護支援専門員へのグループインタビュー調査

- (1) 対象：居宅介護支援業務を経験した介護支援専門員 7名
- (2) 方法：グループディスカッション
- (3) 調査内容：

- ① 認知症の利用者であっても、サービス利用の際にこれだけは理解しておいてもらいたいという内容はどのような内容か。

- ② 説明した内容を利用者が理解していることをどのように確認しているか、確認すべきか。利用者が理解できるようにどのような工夫をしているか。

上記2点について、それぞれ40分間ずつ議論をしてもらおう。

2) 認知症の人の介護保険サービス利用時の説明に関する意識調査

- (1) 対象：居宅介護支援事業所 2,000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：
 - 家族介護者やサービス提供者の認知症高齢者へのインフォームドコンセントに関する考え方の現状

3) 介護保険サービス利用に関する判断能力判定方法に関する研究

検討委員会を組織し、介護保険サービス利用に関する判断能力を評価するツールの素案を開発する。

4) インフォームド・コンセントシート開発のための調査

- (1) 対象：介護支援専門員及びその担当利用者
- (2) 調査方法：調査協力者である介護支援専門員が個々の担当利用者に対して面接調査を行う。
- (3) 調査内容：
 - インフォームド・コンセントシートを用いて、説明されたサービス計画書の内容を、利用者が理解しているかどうかの評価を行う。
 - インフォームド・コンセントシートを使用した上で、その内容、使い勝手などに関する意見を収集する。
 - インフォームド・コンセントシートの外的基準として、改訂長谷川式簡易知能評価スケール及び時計描画検査を実施する。

3. 次年度事業計画

1) インフォームドコンセント及びそのマニュアルの作成

介護保険サービス利用に関する判断能力評価ツールであるインフォームド・コ

ンセントシート及びその使用マニュアルを作成する。

(1) 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

インフォームド・コンセントシート及びマニュアルを使用し、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 18 年 4 月 1 日から平成 19 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、介護保険サービス利用者の判断力や理解力を評価する尺度及びそのマニュアルを開発し、介護サービスを提供するケアマネー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の教育システムの開発を行うことである。本研究事業は、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することが期待できる。

次年度研究においては、尺度及びマニュアルを用いて、同尺度を利用する際のメリット・デメリットの検討を行い、その尺度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。

(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ー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

インフォームド・コンセントに関する 介護支援専門員へのグループインタビュー調査

I. 研究の背景及び調査の目的

本調査は、ケアプランの原案の内容についての説明を理解したかどうかの評価ツール作成のための予備調査として、認知症の利用者であっても、サービス利用の際にこれだけは理解しておいてもらいたいという内容はどのような内容か。また説明した内容を利用者が理解していることをどのように確認しているか、確認すべきか。利用者が理解できるようにどのような工夫をしているかについて、介護支援専門員に議論をしてもらい、その実情や考え・意見を抽出し、評価ツールの項目作成に反映させることを目的とする。

II. 調査方法

介護支援専門員のうち、居宅介護支援業務を経験した7名によるグループディスカッションを行い、その実情や考え・意見を抽出する。質問項目は①認知症の利用者であっても、サービス利用の際にこれだけは理解しておいてもらいたいという内容はどのような内容か。②説明した内容を利用者が理解していることをどのように確認しているか、確認すべきか。利用者が理解できるようにどのような工夫をしているか、の2点について、それぞれ40分間ずつ議論をしてもらう。調査は平成18年7月に実施した。

調査結果については逐語録を作成し、それをもとに、設問内容に関する意見、キーワードの抽出を行った。具体的には、「認知症の利用者であっても、サービス利用の際にこれだけは理解しておいてもらいたいという内容」、「説明した内容を利用者が理解していることをどのように確認しているか、確認すべきか」、「利用者が理解できるようにどのような工夫をしているか」というグループディスカッションのテーマごとに、関連する意見やキーワードを抽出した。キーワード抽出の信頼性を確保するため、抽出は3名の研究者によって行った。

Ⅲ. 結果と考察

1. 対象者の属性

グループインタビューの対象者の属性は次のとおりである。対象者の性別は、男性1人、女性6人であった。年齢は、50代が1人、30代が3人、40代が2人、60代が1人であった。基礎資格は、介護福祉士4人、社会福祉士3人であった。居宅介護支援業務の経験年数は、5年が2人、3年が2人、2年が1人、1年が2人であった。

調査の結果得られた、キーワード、意見については、表1に示した。

2. インタビュー結果内容の傾向

1) 理解してもらいたい内容について

認知症の人が介護保険サービスを利用する際に、『これだけは理解してもらいたい』内容というテーマで議論してもらったところ、「サービスが入ること」というサービスを利用することそのものであったり、「なぜサービスが必要なのか」といったサービス利用の目的や意味に関する意見が出された。認知症高齢者の場合、家族がサービス利用の希望者であることが多く、利用者本人がサービス利用について全くわからないまま、サービス利用に関する契約に至る場合もあると考えられる。また自分が認知症であるとの病識を持っていないことも多いのではないかと考えられる。そのような状況が反映された意見であると考えられる。認知症の人のサービス利用には、上述したように本人がサービス利用の目的や意味について理解していないこともあり、契約を終え、サービスを利用する段階になって拒否的な態度を示すこともあると考えられる。サービス依頼者が家族の場合では、家族の意向から短期入所や通所介護サービスの利用を検討しなければならず、契約締結前において本人がそのサービス提供現場に馴染めるかどうか、本人が拒否しないかどうかを確認しておくことが時として必要な状況におかれる。そうした状況においては、細かな時間等の認識以上にどのようなサービスなのかの具体的なイメージをつかんでもらうことがなによりも重要になると考えられ、また、「曜日を忘れるとか、時間を忘れるとか、それはもう、その都度の対応でいい」「自分がどんなサービスを使うかということのイメージ」と

いった意見はそうした現場の状況が反映された意見であると考えられる。その他、「お金」といった具体的なものから、「介護保険のサービスの自立支援という基本理念」という抽象的な内容に関する意見が出された。「顔を覚えてもらう」というサービスに関する情報というよりも介護支援専門員と利用者に関する意見も出された。

全体として、認知症の人であっても、契約時にこれだけは理解しておいてもらいたい内容としては、非常に具体的な項目に関するものから、抽象的な内容に関するものまで幅広い内容のものが得られた。このことは、実践現場においては、認知症の人に対しては説明すべき情報の内容やその質や量を、利用者の状況にあわせるなどしながら、個々の介護支援専門員の判断で取捨選択している状況があり、認知症の人であっても最低限この内容だけは説明を行わなければならないという基準が希薄な実態が反映されている可能性があると考えられる。

2) サービス利用体験を通じたサービス内容の理解について

今回実施したグループインタビューの結果の傾向の一つとして、言語的な情報の伝達ではなく、体験を通じた実際のサービス利用のイメージ形成を図ることにより、サービス利用に対する理解を促すことが望ましいとする意見があった。

理解してもらうための工夫についてみると、実際のサービス利用を通じた体験を重要視する意見が出された。具体的には、「言葉で説明してもなかなか理解してもらえないと思うので、お散歩のついでにデイサービスをのぞいてもらうとか、そういうことで最初にわかってもらって」「デモンストレーションを前に2回やって、それで、その行動とかに慣れてもらってからサービスにつなげたり、」「体験してもらって、またやめて、また使うことで体験してもらって、またやめてという、そういうような、理解ではないけれど、経験とか、体験の中で選択していただく。」という意見である。また、「ショートステイといった言葉」や「言葉の説明よりも」といった言語的な説明の困難さについての意見がみられた。つまり、介護支援専門員は、認知症の利用者には、言語的な説明よりも、体験するという情報伝達の方法を工夫する事によって説明をおこなうことが望ましいと考えていることが示唆された。

同様に、理解の確認方法についてしてみると、言語的な確認方法よりも、「現場を見て回る」「一緒に参加してもらって楽しさをわかってもらう」「顔とか、穏やかさとか、楽しんでいるなあというのがわかる」「進んでみて、進んでから確認をする。」というように、実際にサービスを利用してもらい、本人がサービスの内容を理解をしたことを確認することが望ましいとの意見が出された。理解してもらいたい内容に、「自分がどんなサービスを使うかということのイメージ」という意見が出されている。イメージというのは、認知症の人がサービス利用をする場合は、単なる言語的な理解ではなく、体験で得られるようなより具体的で総体的な情報の理解ということであろう。

秋元¹⁾は、福祉サービスの特性として、①利用してみてもはじめてその品質が分かるという経験財としての特性、②何が必要であるのかが、ある意味で日々変わるといふ不確実性、③介護サービスの内容を評価するうえで必要な専門的知識情報についての非対称性をあげている。また、それらは契約化になじまないかもしれない特性と述べている。グループインタビューの結果得られた「サービス利用体験を通じたサービス内容の理解」は、秋元のいう、利用してみてもはじめてその品質が分かるという「経験財としての特性」を反映したものであるといえる。介護保険サービスの契約においては、こうした実際に利用してみても、継続的な利用を判断するということが重要であるということが示唆され、こうしたお試し利用のような柔軟性のある契約スタイルをシステムの的に位置付けることが可能かについても検討していくことが必要でないだろうか。

以上のことをふまえると、介護支援専門員は契約時のみに提供される書類や言語的コミュニケーションを媒体とした情報提供というよりも、できうるならば「自分がどんなサービスを使うかということのイメージ」を実際のサービス利用によって体験してもらい獲得してもらったうえで、利用の可否を判断してもらおうというプロセスがあることが望ましいと考えている傾向が示唆されたといえよう。

3) 介護支援専門員との関係性の重要性

もう一つの傾向としては、サービスに関する説明を行う上では、介護支

表1 グループインタビューの結果

サービス利用の際にこれだけは理解しておいてもらいたいという内容

- ・ サービスが入るとのこと
- ・ お金
- ・ 自分がどんなサービスを使うかというイメージ
- ・ なぜサービスが必要なのか
- ・ 顔を覚えてもらう
- ・ ケアマネの契約書はこのとおりですという
- ・ 曜日を忘れるとか、時間を忘れるとか、それはもう、その都度の対応でいい
- ・ 介護保険のサービスの自立支援という基本理念

説明した内容を理解していることをどのように確認したらよいか

- ・ 現場を見て回る
- ・ 一緒に参加してもらって楽しさをわかってもらう
- ・ 顔とか、穏やかさとか、楽しんでいるなあというのがわかる
- ・ 身体では感じ取ってくれている
- ・ 拒否しなかったということ
- ・ 進んでみて、進んでから確認をする。
- ・ 本人の意思がどこまで本当なのかわからないときは、各事業者さんに同じ質問をしてもらっている。それを突き合わせて、それが同じであれば、そこで自分の判断と照らし合わせる。
- ・ 最初に行ったときに、今日の本題と確認を伝え、意見を聞いて、しばらく別の話をして、そして帰るときにもう一回、「これ、どうですか？」ときく
- ・ 自分で何回も繰り返しきく
- ・ 感覚
- ・ 目と目で話ができていて感じる
- ・ 表情
- ・ 言い回し
- ・ 癖
- ・ サイン (サインをしてくれるから)
- ・ きちんとこちらが真剣に、これはこういうことなんです、というときやはりその方も考えてはくれる
- ・ 本人とお嫁さんに確認してもらう。

理解してもらうための工夫

- ・ ショートステイであれば「お泊りする」とか、横文字とその内容がつながるようにしないといけない
- ・ 概念として理解できるかということも大事なんだけれど、契約にいく前の関係作りのほうがむしろ大事で、その関係作りがうまくいっていると理解しやすい
- ・ 言葉の問題というよりも契約前のケアマネージャーとの関係というのがかなり重要
- ・ 言葉で説明してもなかなか理解してもらえないと思うので、お散歩のついでにデイサービスをのぞいてもらうとか、そういうことで最初にわかってもらって
- ・ デモンストレーションを前に2回やって、それで、その行動とかに慣れてもらってからサービスにつなげたり、
- ・ 毎日のように最初は結構通って、契約前の方がやはり結構通っていたりとかは多い
- ・ 体験してもらって、またやめて、また使うことで体験してもらって、またやめてという、そういうような、理解ではないけれど、経験とか、体験の中で選択していただく。
- ・ 信頼関係を築くためにひたすら通う。

援専門員との関係形成が重要であるという意見がみられたことである。

理解してもらうための工夫についてしてみると、「概念として理解できるかということも大事なんだけど、契約にいく前の関係作りのほうがむしろ大事で、その関係作りがうまくいっていると理解しやすい」「言葉の問題というよりも契約前のケアマネージャーとの関係というのがかなり重要」「信頼関係を築くためにひたすら通う。」という意見が見られた。また、理解してもらいたい内容にも、「顔を覚えてもらう」という意見が見られた。

認知症の人の場合、特に家族介護者が主たるサービスの希望者である場合、本人がサービスを利用することを拒否していたり、全く自分が利用する必要性を認識していない場合などが多いのではないかと思われる。そのような場合、当然、介護支援専門員が何者で何をしにきたものなのかわからない状況から契約締結を目指していかねばならない状況になる。そのような関係性の中で、契約書やケアプランの案を出して説明し、理解を示してくれるかというのと相当な困難が予想される。その場合、当然利用者との信頼関係を形成していくことが契約締結の条件となってくる。認知症の利用者への契約締結においては、介護支援専門員との信頼関係が形成されているかどうか、情報提供とその理解を促すために重要なのである。

信頼関係の形成は、援助の中で非常に重要な位置を占める。自由記述の結果もふまえると、介護支援専門員からすれば、サービス利用のための説明というのも援助プロセスの中で行われる援助行為の一つとして捉えられるものなのではないかと考える。

しかしながら、このような契約当事者間の信頼関係の形成は、必ずしも契約という土壌で求められる性質のものではない。先述の秋元¹⁾によれば、「信頼関係」「安心感」は介護サービス利用関係では重要であるとされている。具体的には、福祉サービスの提供においては、単に機械的に契約上決められた介助作業をこなすということだけでなく、利用者が様々な形で考え希望していることを理解し、また、利用者の生活にかかわる諸々の関係性をよく理解したうえで、サービス提供をおこなっていくことが求められるとされている。一方、契約で問題となるのは決めたことが守られているかどうかによって、契約の履行の仕方は問題とはならない、いわんや望ましい状態を積極的につくっていくのは契約の役割ではないという考え方がある。このような契約法とは、要件・効果が明確で、誰が適用しても結論が変わらないようなルール

があるべきとする考えを、契約論におけるフォーマリズムという²⁾。

居宅介護支援サービスを提供していく上で、利用者との信頼関係や、提供の中で生まれる新たなニーズへの柔軟な対応などははずすことができない要素である。改めて、理論的に介護保険サービスの利用のための契約と他の契約との性格の違いを明確にしていくのと同時に、介護保険サービス利用のための契約の持つ特性をふまえた社会システムの整備が求められるといえるであろう。

4) 理解の確認方法の課題

説明した内容を理解していることをどのように確認したらよいかについての意見をみると、「顔とか、穏やかさとか、楽しんでいるなあというの(がわかる)」「身体では感じ取ってくれている」「感覚」「目と目で話ができていると感じる」「表情」「言い回し」「癖」「きちんとこちらが真剣に、これはこういうことなんです、というとはやはりその方も考えてはくれる」「拒否しなかったということ」というように介護支援専門員の主観的な解釈に基づいた確認方法が多く上がった。このような傾向は、昨年度の研究事業で実施した実態調査結果でもすでに示唆されている³⁾。以上のような確認方法は、認知症ケアにおけるコミュニケーションの手段としてはありえるが、契約締結における情報提供の適切さを判断するための利用者理解の確認という観点から見ると、不十分であるといえる。提供された情報に対する利用者の理解の程度が、介護支援専門員の主観的な判断で決定されていると考えられるからである。どのように利用者の理解を確認すべきかの方法論が必要であると考えられる。

IV まとめ

今回のグループインタビューの結果をみると、非常に具体的な項目に関するものから、抽象的な内容に関するものまで幅広い内容の意見が出された。

また、認知症の人の介護保険サービス利用時の情報提供のあり方としては、言語的な情報提供だけではなく、実際のサービス利用を通じて得られた体験としてのサービス内容の理解の重要性が示唆された。また同時に、実践現場

における情報提供のあり方について、援助行為の一部としても行っている、利用体験を通じたサービス内容の理解を活用するといった評価ツールの運用を検討する必要がある。

しかしながら、サービス内容について、正確な情報を伝え、理解してもらうためには確かに望ましい方法の一つだといえるが、いつもそれが可能であるわけではない。また、省令に規定された項目の説明を行う際には、書類を媒介とし言語的な説明があることは免れない。その際に、どのような形で伝えるべきであるか、という課題は残される。また、例え、利用体験を通じたサービス内容の理解を行ったとしても、利用者が契約時やケアプランの説明時に本来理解しておかねばならない基本的な事項がそれを通じてどのように獲得されたかの確認は必要なプロセスであり、それが、「表情」「言い回し」「癖」「拒否しなかったということ」といった現状の方法でよいかといえ、あまりにも援助者側の主観による解釈の仕方であることは明らかであり、なんらかの基準や方法論を確立していくことが望まれる。その意味では、改めて評価ツール作成の必要性が確認された。

文献

- 1) 秋元美世:福祉契約の法的関係と公的責任;介護保険制度の問題を中心に、社会保障法 19:137-150 (2004)
- 2) 秋元美世:福祉契約の特質と課題をめぐって、週刊社会保障,2214:20-23 (2002)
- 3) 渡邊浩文: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;今井幸充,渡邊浩文,佐藤美和子,鈴木貴子:認知症の人へのサービス提供の為にインフォームド・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, ,11-37, 認知症介護研究・研修センター (2006)

第3章

認知症の人へのケアプラン原案の説明に関する

居宅介護支援専門員の意識調査

I. 研究の背景及び調査の目的

本研究は、認知症の人に対する居宅介護支援サービスの実施する際の、居宅介護支援専門員（ケアマネージャー）の意識の現状と課題を明らかにすることを目的としている。

介護保険制度が発足してから5年以上が経過したが、実際にサービスを提供している提供者側の大規模な意識調査はこれまで行われておらず、介護保険に纏わるさまざまなサービスの充実や利用者の現状がとりあげられるにとどまっている。

平成17年度調査報告書『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』では、認知症の利用者本人に居宅介護支援サービスの契約書、ケアプラン原案についての説明を行っているかどうかについて居宅介護支援専門員にたずねた。その結果、説明の実施について「一部の利用者のみで説明」「まったく説明していない」場合が全体の30%を超えていることが明らかとなった。また、「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ことも明らかとなった。

本研究では、そのような調査結果をふまえ、居宅介護支援専門員が認知症の利用者に説明すべき内容や説明方法に対してどのような意識を持って判断しているのか、また利用者全てに説明を行う上での阻害要因と考えられる意識を明らかにしていくための調査を行った。

今後ますます在宅高齢者が増加することを考慮すると、居宅介護支援サービスをより円滑に遂行することが望まれると同時に、介護保険サービス提供者側の調査・研究も今後必要になるであろう。本研究はその一助となると考える。

II. 調査方法

1. 項目の作成

1) 項目作成の手順

平成17年度の研究事業において、「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考えているかについて、「説明は必要だと思う」「説明は必要ないと思う」のうちから回答してもらい、その理由を自由記述で求めた。該当する全サンプル（2,092人）のうち、「説明は必要だと思う」と回答したのは、1,162人（55.5%）であった。「説明は必要ないと思う」と回答したのは804人（38.4%）であり、無回答は126人（6.0%）であった。回答者の約半数が、すべての認知症高齢者に対して、サービス実施の際に説明が必要であると考えていることが明らかとなった（表1、図1）。

表1 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
全体	2,092	1,162	804	126
%	100.00	55.55	38.43	6.02

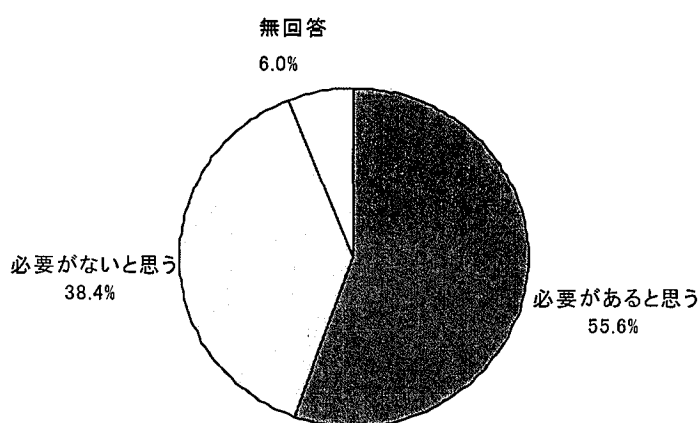


図1 すべての認知症高齢者の利用者への説明の必要性

また「説明は必要であると思う」「説明は必要ないと思う」それぞれについて、その理由を自由に記述してもらった。「必要があると思う」と回答した1,162人のうち、理由について記述したのは893人(79.6%)であった。うち、回答内容に複数の意味内容を含むものを分け、かつ、質問に回答していない、意味内容の通じない不適切な回答については除外し、最終的に762件を分析対象とした。一方「必要がないと思う」と回答した804人のうち、理由について記述したのは690人(85.8%)であった。うち、回答内容に複数の意味内容を含む記述、質問に回答していない記述、意味内容の通じない不適切な記述については除外した。最終的な分類対象は766件であった。

これらの回答内容をKJ法に倣い、同内容を示すと考えられた項目をまとめ、さらにそれらを近似の意味内容ごとに、中分類、大分類へと分類した。分析結果の信頼性を確保するため、分析は研究者3名によって行った(付録1)。

2) 結果と考察

「説明は必要であると思う理由」の自由記述は分析の結果75項目にまとめられ、それは中分類17として、大分類7に分類された。大分類の具体的な内容は、「議論の余地のない理由」「理解可能性」「援助のため」「本人の利益」「対外要因」「形式」「漠然とした理由」であった。最終的に中分類をもとに調査項目がまとめられ、さらに重要であると考えられた項目が調査項目に加えられた。

「説明は必要ないと思う理由」の自由記述は分析の結果80項目にまとめられ、それは中分類26として、大分類5に分類された。大分類の具体的な内容は、「精神状態」「理解度・重度」「精神状態および理解度」「家族重視」「環境・制度」であった。「説明が必要だと思う理由」同様に、最終的に中分類をもとに調査項目がまとめられ、さらに重要であると考えられた項目が調査項目に加えられた。

なお、大分類中の「説明の必要がある場合」の中分類、「漠然とした理由」は、認知症の人の側からみた項目ではなく、調査対象者である居宅介護支援専門員の感情であると判断されたため、項目を削除した。また大分類「説明が必要でない場合」の中分類、「精神状態及び理解度」については、いくつ

かの要素が混在しており、項目としては適切ではないと考えられたことから、削除の対象となった。

2. アンケート用紙の作成

1. にて作成された「必要であると思う理由」に関する項目 30 項目と「必要でないと思う理由」に関する項目 30 項目、計 60 項目についてアンケート用紙を作成した。回答方法は、“1（全くそう思わない）” から “6（非常にそう思う）” の 6 件法にて行い、それぞれ最も近いと思われる感情・認知の番号を選択してもらった。なお、各項目は 1 点から 6 点で配点した。

その他、居宅介護支援専門員が担当利用者へ通常行っているケアプラン原案の内容説明の程度やその具体的な内容、担当利用者の「認知症高齢者の日常生活自立度」、ケアプラン原案の説明の必要性に関する問いについても別途項目を設けた。また、Face Sheet として、居宅介護支援専門員の性別、年齢（年代）、所有資格、居宅介護支援事業所での経験年数についてたずねる項目を設定した（付録 3）。

3. 調査対象と抽出方法

標本抽出の手順としては、まず WAM-NET の「介護保険事業者・報酬情報提供システム」に掲載されている居宅介護支援事業の登録事業所の情報を基に名簿を作成し、県別事業者数構成比にあわせて 2,000 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おり、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。

4. 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 19 年 2 月から同年 3 月末日までの間で行われた。回答者の条件として、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）であることとした。

5. 研究倫理上の手続き

調査対象者は全て無作為抽出により選出された個人であり、回収方法は調査対象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. 回収率

本調査は2,000人に配布し、1,067人の回答を得た。回収率は53.4%であった。

2. 調査対象者の属性

回収されたアンケート用紙のうち、男性は調査対象者全体の18.5%にあたる197人、女性は81.4%にあたる868人であった。対象者の年齢は、男性では30代が94人と最も多く、女性では40代が304人、50代が312人と40代、50代の対象者が群を抜いて多かった。なお、年齢が不明の対象者も2人みられた(図2～図4、表2)。

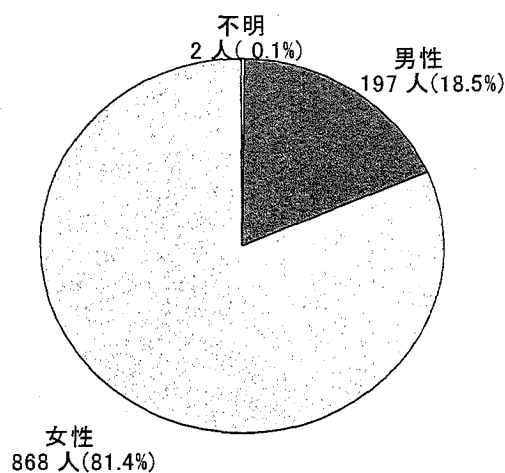


図2 男女別構成

表2 調査対象者における年代・性別の構成

	20代	30代	40代	50代	60代以上	合計
男性	11	94	54	31	7	197
女性	12	179	306	312	59	868
不明	0	1	1	0	0	2
合計	23	274	361	343	66	1067

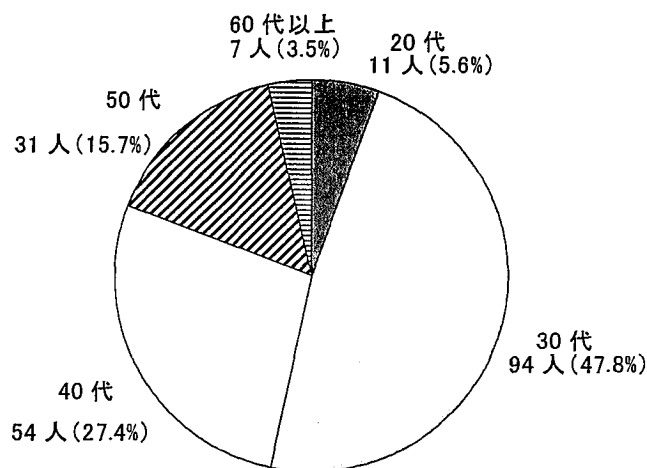


図3 居宅介護支援専門員年齢構成(男性)

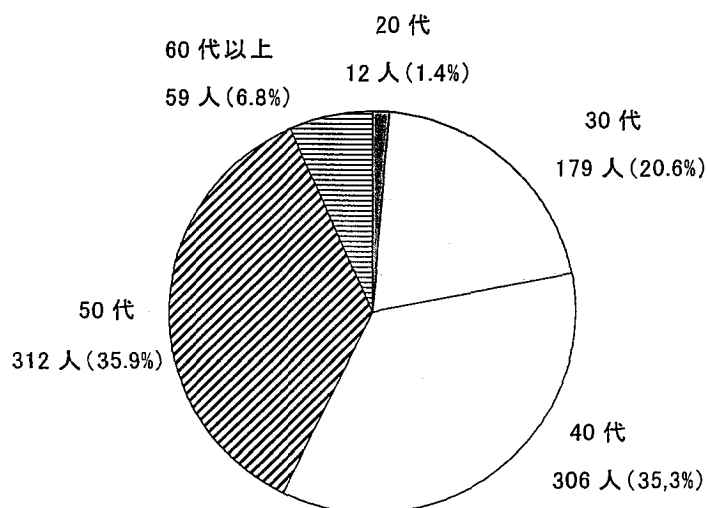


図4 居宅介護支援専門員年齢構成(女性)

対象者の主な所有資格を男女別にまとめた(表3)。男性は197人のうち47人が「介護福祉士」であり、「社会福祉主事」25人、「社会福祉士」16人、「介護福祉士と社会福祉主事」16人と続いている。一方女性は868人中、255人(29.4%)が「看護師・准看護師」であり、次いで「介護福祉士」198人、「ホームヘルパーと介護福祉士」89人となった。女性で1位である「看護師・准看護師」が男性では5位であり、また女性では10位以内に「薬剤師」や「保健師」が含まれており、男性では10位以内に見られない資格であった。

表3 調査対象者の主な所有資格

順位	男性		女性	
	所有資格	人	所有資格	人
1位	介護福祉士	47	看護師・准看護師	255
2位	社会福祉主事	25	介護福祉士	198
3位	社会福祉士	16	ホームヘルパー＋ 介護福祉士	89
4位	介護福祉士＋社会福祉主事	16	介護福祉士＋社会福祉主事	46
5位	看護師・准看護師	8	ホームヘルパー	20
6位	ホームヘルパー	7	社会福祉士	18
	社会福祉士＋介護福祉士	7	社会福祉主事	16
	社会福祉士＋社会福祉主事	7	薬剤師	16
9位	ホームヘルパー＋ 介護福祉士	6	保健師	15
10位	ホームヘルパー＋ 社会福祉士＋社会福祉主事	5	ホームヘルパー＋その他	14
	ホームヘルパー＋ 介護福祉士＋社会福祉主事	5		

また、居宅介護支援事業所での経験年数についてみると、全体では5年以上が最も多く、396人(37.1%)で最も多かったが、その一方で経験年数が1年未満と回答した対象者も137人(12.8%)確認された。男女別にみると、男性では1年以上の勤務者は全て50人台であったが、女性の場合は、「1年以上3年未満」と「3年以上5年未満」が、それぞれ217人、208人とほぼ同程度の人数であった。最も多かったのは5年以上勤務者の338人であった(表4、図5)。

表4 男女別居宅介護支援事業所での経験年数

	1年未満	1年以上 3年未満	3年以上 5年未満	5年以上
男性	34	54	51	58
女性	103	217	208	338

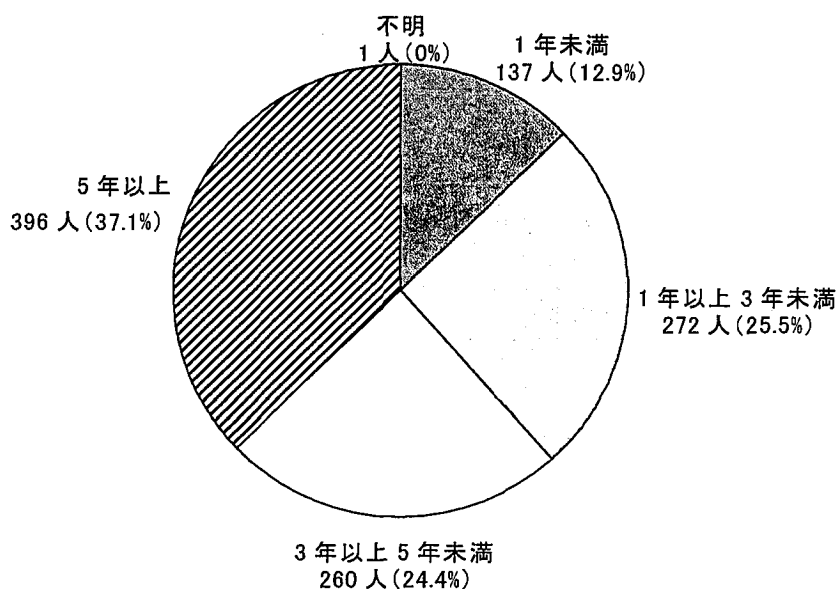


図5 居宅介護支援事業所での経験年数

3. 各項目の回答率

60項目の各回答率を項目作成時に考えられた10大分類にわけて検討した。具体的な分類内容は、大分類1「議論の余地のない理由」(8項目)、大分類2「理解可能性」(5項目)、大分類3「援助のため」(6項目)、大分類4「本人の利益」(5項目)、大分類5「対外要因」(5項目)、大分類6「形式」(1項目)、大分類7「精神状態」(12項目)、大分類8「理解度・重度」(7項目)、大分類9「家族重視」(5項目)、大分類10「環境・制度」(6項目)であった。大分類1から大分類6を構成している項目は、いずれも「説明が必要である理由」に該当し、大分類7から大分類10の各項目は「説明が必要ない理由」に関する項目であった。各分類ごとの回答率を提示すると同時に、ケアプラン原案を説明する程度による各項目の平均得点についても検討するため、「(調査対象者)全体」「全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」の4つの群わけて、

各大分類ごとに各項目の平均得点を示した。なお、「全体」における各項目の平均得点は、いずれも「ほとんどの利用者に説明している」群の平均得点に近い値であり、また、全ての項目で「全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」の各群の順で平均得点が増大あるいは減少していることが明らかとなったことから、本研究では「全ての利用者に説明している」群と「一部の利用者のみ説明している」群の平均得点の差についても検討した。

1) 大分類1「議論の余地のない理由」(8項目)における通過率と平均得点

大分類1では、「Q1 本人のサービス利用なので、説明は必要である」「Q8 基本原則として、説明は必要である」「Q39 本人が主体なので、説明は必要である」「Q53 人権を尊重するために、説明は必要である」のような、人権や原則論に基づいた項目であった。

全体の回答率は、「非常にそう思う」「かなりそう思う」の合計が56.4%~78.5%と、肯定的な回答に対する通過率が非常に高かった。対象者全体の平均得点も6点満点中4.59点~5.17点であった(表5)。

「全ての利用者に説明している」群と「一部の利用者のみ説明している」群との平均得点差が最も大きかったのは、「Q24 本人との契約なので、説明は必要である」の0.82点であった(表6、図6)。

2) 大分類2「理解可能性」(5項目)における回答率と平均得点

大分類2では、「Q51 理解できるように工夫して、説明する必要がある」「Q5 わかりやすく説明すれば理解してもらえる部分もあるから、説明は必要である」「Q21 一部でも理解できればよいから、説明は必要ある」のような、利用者が少しでも理解している可能性があるために、説明の必要性を説く項目であった。

回答率は、大分類1同様「非常にそう思う」「かなりそう思う」を選択した対象者は53.4~87.6%と半数を超え、肯定的な回答多く見られた。特に「Q51 理解できるように工夫して、説明する必要がある」は87.6%と最も高かった(表7)。

平均得点では、いずれの群も4.16~5.61点と高く、特に「Q51 理解できるように工夫して、説明する必要がある」では、「全ての利用者に説明している」群で5.61点と最も高かった。「全ての利用者に説明している」群と「一部の利用者のみ説明している」群の平均得点の差は、0.58~0.61点であった(表8、図7)。

表5 大分類1 「議論の余地のない理由」における通過率

		全く そう 思わない	ほとん どそう 思わない	あまり そう 思わない	やや そう 思う	かなり そう 思う	非常に そう 思う	無 回 答
Q1	本人のサービス利用なので、説明は必要である	0.9	0.1	2.2	19.0	34.1	43.2	0.4
Q8	基本原則として、説明は必要である	0.7	0.5	2.6	17.2	31.7	46.8	0.7
Q24	本人との契約なので、説明は必要である	0.7	0.5	5.9	24.8	34.3	32.8	0.9
Q26	人道的な観点から、説明は必要である	1.3	1.4	5.5	30.0	31.1	29.5	1.1
Q32	権利があるから、説明は必要である	1.0	1.5	8.6	30.8	32.6	23.8	1.6
Q38	本人の意思・意向を尊重するために、説明は必要である	1.2	0.5	1.7	25.4	37.5	33.0	0.7
Q39	本人が主体なので、説明は必要である	0.6	0.1	1.7	23.8	36.4	36.7	0.7
Q53	人権を尊重するために、説明は必要である	0.4	0.3	1.9	19.9	33.2	43.8	0.7

表6 大分類1 「議論の余地のない理由」における平均得点

		全 体	全 ての 利用 者に 説明	ほ とん どの 利用 者に 説明	一 部 の 利用 者の み 説明
Q1	本人のサービス利用なので、説明は必要である	5.14	5.37	5.18	4.73
Q8	基本原則として、説明は必要である	5.17	5.40	5.22	4.77
Q24	本人との契約なので、説明は必要である	4.87	5.19	4.92	4.37
Q26	人道的な観点から、説明は必要である	4.73	4.96	4.76	4.41
Q32	権利があるから、説明は必要である	4.59	4.87	4.60	4.24
Q38	本人の意思・意向を尊重するために、説明は必要である	4.94	5.21	4.98	4.59
Q39	本人が主体なので、説明は必要である	5.03	5.36	5.05	4.61
Q53	人権を尊重するために、説明は必要である	5.15	5.49	5.17	4.69

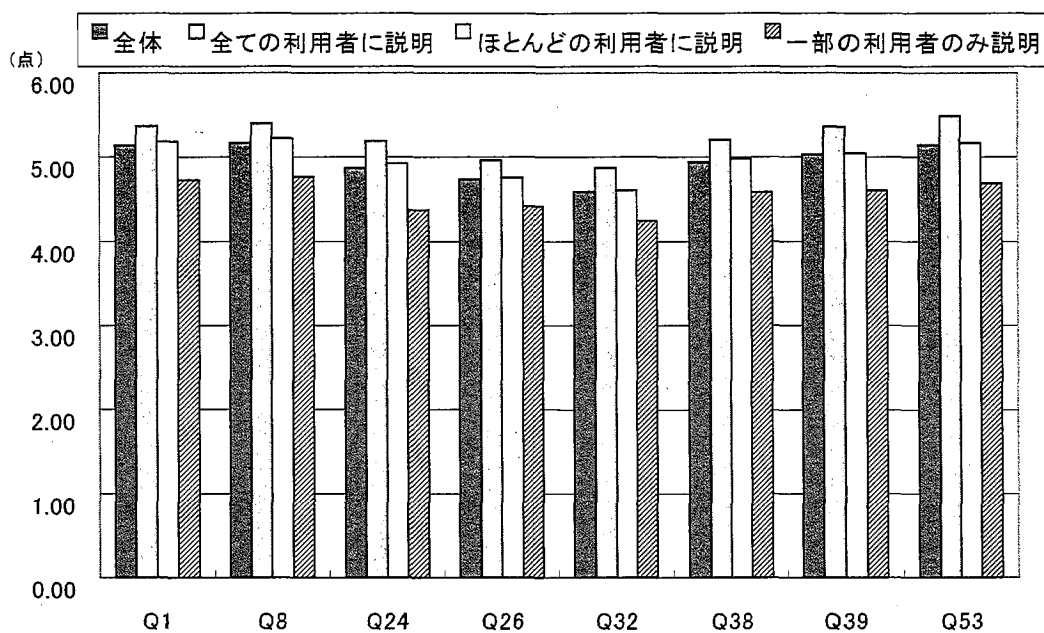


図6 大分類1における平均得点

表7 大分類2 「理解可能性」における通過率

質問	内容	全くそう思わない	ほとんどそう思わない	あまりそう思わない	ややそう思う	かなりそう思う	非常にそう思う	無回答
Q5	わかりやすく説明すれば理解してもらえる部分もあるから、説明は必要である	0.4	0.3	1.8	13.0	33.8	50.1	0.6
Q21	一部でも理解で切ればよいから、説明は必要である	0.9	1.3	2.6	19.6	37.2	38.0	0.4
Q23	全くわからないわけではないから、説明は必要である	1.1	1.3	2.6	20.2	39.8	34.0	0.8
Q43	本人が理解しているか否か正確にわからないため、説明する必要がある	1.7	2.7	11.2	29.4	31.8	21.6	1.5
Q51	理解できるように工夫して、説明する必要がある	0.5	0.3	0.8	10.3	29.1	58.5	0.6

表 8 大分類 2 「理解可能性」における平均得点

		全体	全ての利用者に説明	ほとんどの利用者に説明	一部の利用者のみ説明
Q5	わかりやすく説明すれば理解してもらえる部分もあるから、説明は必要である	5.28	5.50	5.34	4.89
Q21	一部でも理解で切ればよいから、説明は必要ある	5.04	5.25	5.10	4.67
Q23	全くわからないわけではないから、説明は必要である	4.96	5.21	4.99	4.62
Q43	本人が理解しているか否か正確にわからないため、説明する必要がある	4.47	4.76	4.47	4.16
Q51	理解できるように工夫して、説明する必要がある	5.41	5.61	5.47	5.03

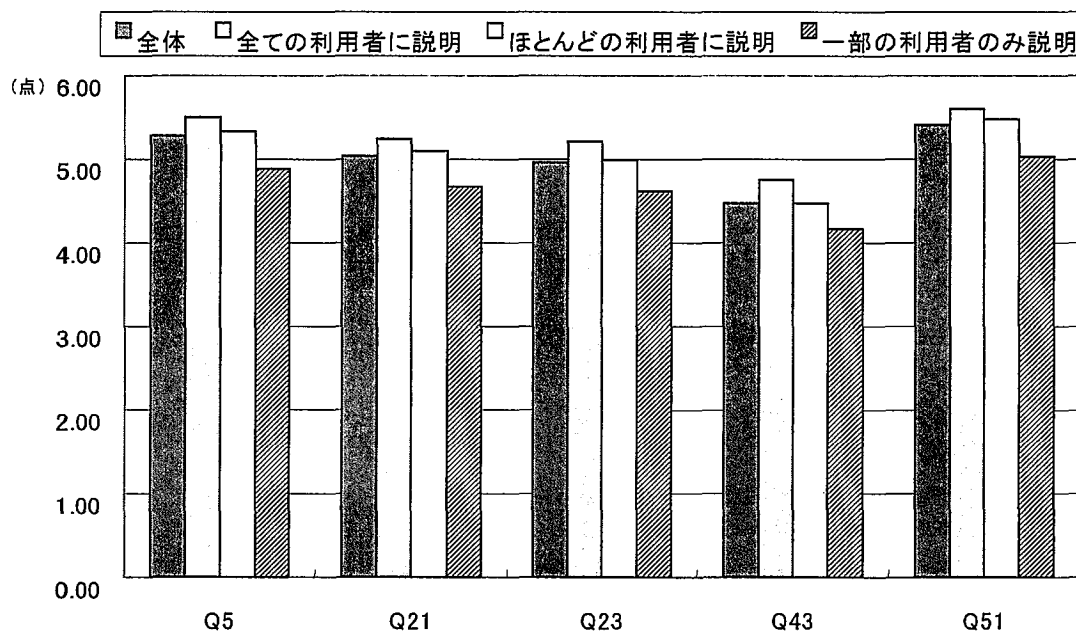


図 7 大分類2における平均得点

表9 大分類3 「援助のため」における通過率

		全く そう 思わない	ほとん どそう 思わない	あまり そう 思わない	やや そう 思う	かなり そう 思う	非常に そう 思う	無 回 答
Q17	本人の状態を理解するために、説明は必要である	0.2	0.9	9.0	31.1	35.4	22.5	0.8
Q42	信頼関係を作るために、説明は必要である	0.7	0.8	3.8	24.9	35.2	33.5	0.9
Q45	本人の意思・意向を確認するために、説明は必要である	0.6	0.5	3.7	23.1	38.6	32.7	0.7
Q48	サービス利用をスムーズにするために、説明は必要である	0.5	0.9	5.3	27.2	36.1	28.9	1.1
Q52	トラブル軽減のために、説明は必要である	0.3	0.5	3.4	20.6	34.7	39.6	0.9
Q60	コミュニケーションをとるために、説明は必要である	0.6	1.0	4.2	25.6	34.7	33.2	0.7

表10 大分類3 「援助のため」における平均得点

		全 体	全 ての 利用 者に 説明	ほ とん どの 利用 者に 説明	一 部 の 利用 者の み 説明
Q17	本人の状態を理解するために、説明は必要である	4.66	5.02	4.65	4.27
Q42	信頼関係を作るために、説明は必要である	4.91	5.21	4.94	4.48
Q45	本人の意思・意向を確認するために、説明は必要である	4.95	5.25	4.98	4.50
Q48	サービス利用をスムーズにするために、説明は必要である	4.81	5.16	4.81	4.42
Q52	トラブル軽減のために、説明は必要である	5.05	5.32	5.10	4.62
Q60	コミュニケーションをとるために、説明は必要である	4.90	5.28	4.93	4.42

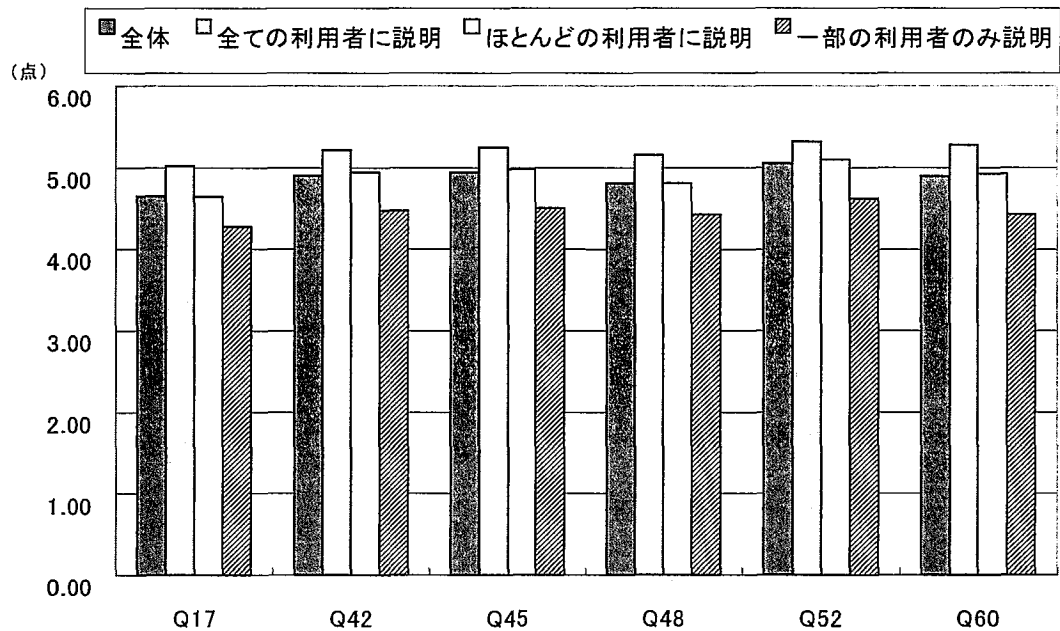


図 8 大分類3における平均得点

表 11 大分類 4 「本人の利益」における通過率

質問	内容	全くそう 思わない	ほとんど そう 思わない	あまり そう 思わない	やや そう 思う	かなり そう 思う	非常に そう 思う	無 回 答
Q13	混乱や状態の悪化を避けるために、説明は必要である	3.4	2.1	10.7	23.7	31.2	28.1	0.8
Q16	意欲が出てくるから、説明は必要である	0.7	1.7	17.9	36.5	26.5	15.7	1.0
Q28	安心感を与えるために、説明は必要である	0.4	0.7	4.0	27.2	35.1	31.9	0.7
Q29	プライドを傷つけないために、説明は必要である	0.7	1.1	7.0	30.1	33.6	26.7	0.8
Q57	不安の解消のために、説明は必要である	0.4	0.5	4.0	26.2	37.1	30.9	0.8

表 12 大分類 4 「本人の利益」における平均得点

		全体	全ての利用者に説明	ほとんどの利用者に説明	一部の利用者のみ説明
Q13	混乱や状態の悪化を避けるために、説明は必要である	4.59	4.86	4.62	4.21
Q16	意欲が出てくるから、説明は必要である	4.30	4.68	4.29	3.94
Q28	安心感を与えるために、説明は必要である	4.90	5.23	4.92	4.48
Q29	プライドを傷つけないために、説明は必要である	4.72	5.13	4.71	4.33
Q57	不安の解消のために、説明は必要である	4.90	5.26	4.90	4.48

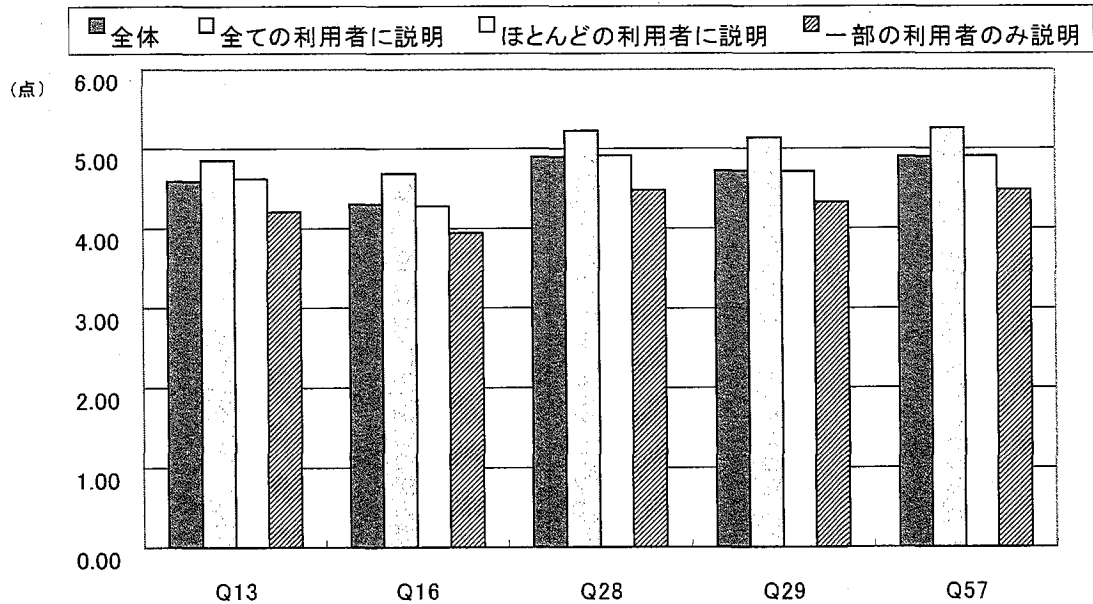


図 9 大分類4における平均得点

表 13 大分類 5 「対外要因」における回答率

		全くそう 思わない	ほとんど そう 思わない	あまり そう 思わない	やや そう 思う	かなり そう 思う	非常に そう 思う	無 回 答
Q2	制度上必要とされているから、説明は必要である	2.0	1.8	11.2	28.6	28.1	27.6	0.8
Q3	家族と本人の意向が異なっていることがあるから、説明は必要である	2.1	2.1	6.7	22.7	31.3	34.2	1.0
Q4	説明責任があるから、説明は必要である	1.0	1.3	8.0	24.6	31.0	32.8	1.2
Q30	本人への説明の必要性を家族にわかってもらうため、説明は必要である	0.3	1.8	6.1	26.7	33.1	31.0	1.0
Q47	説明義務があるから、説明は必要である	2.1	2.5	15.9	36.0	25.5	16.5	1.5

表 14 大分類 5 「対外要因」における平均得点

		全 体	全 て の 利 用 者 に 説 明	ほ と ん ど の 利 用 者 に 説 明	一 部 の 利 用 者 の み 説 明
Q2	制度上必要とされているから、説明は必要である	4.59	4.78	4.63	4.30
Q3	家族と本人の意向が異なっていることがあるから、説明は必要である	4.79	5.05	4.85	4.32
Q4	説明責任があるから、説明は必要である	4.78	5.01	4.80	4.49
Q30	本人への説明の必要性を家族にわかってもらうため、説明は必要である	4.81	5.12	4.85	4.34
Q47	説明義務があるから、説明は必要である	4.25	4.55	4.23	4.02

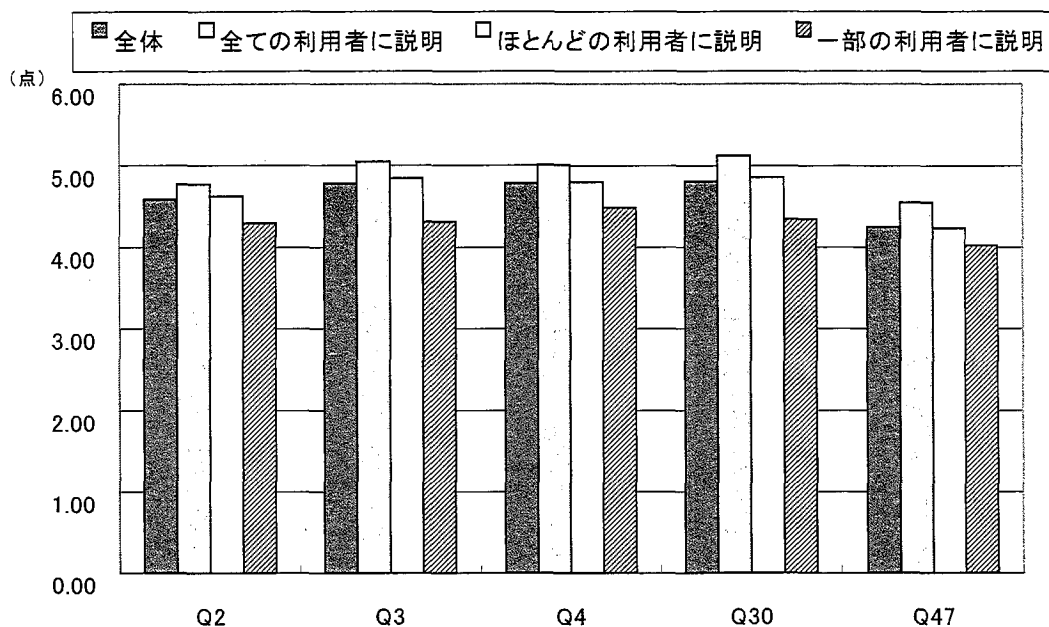


図 10 大分類5における平均得点

表 15 大分類 6 「形式」における回答率

	全くそう思わない	ほとんどそう思わない	あまりそう思わない	ややそう思う	かなりそう思う	非常にそう思う	無回答
Q40 形式的に、説明は必要である	7.8	6.8	26.6	33.6	14.2	8.6	2.3

表 16 大分類 6 「形式」における平均得点

	全体	全ての利用者に説明	ほとんどの利用者に説明	一部の利用者のみ説明
Q40 制度上必要とされているから、説明は必要である	3.58	3.64	3.59	3.53

全体
 全ての利用者に説明
 ほとんどの利用者に説明
 一部の利用者のみ説明

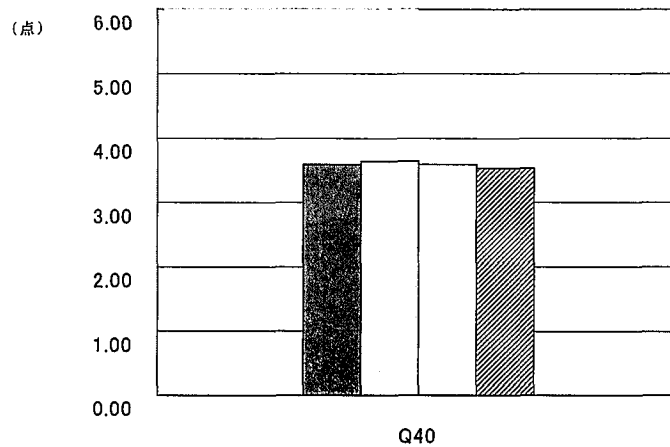


図 11 大分類6における平均得点

表 17 大分類7 「精神状態」における回答率

質問ID	質問内容	全くそう 思わない	ほとん どそう 思わ ない	あま りそ う思 わな い	やや そう 思う	かなり そう 思う	非常 にそ う思 う	無回 答
Q6	本人の意欲低下につながるので、説明は必要ない	42.5	21.6	28.9	4.7	1.3	0.4	0.6
Q7	本人が混乱するので、説明は必要ない	30.6	18.5	34.3	13.8	1.5	0.6	0.8
Q15	本人に認知症の自覚がないため、説明は必要ない	44.4	22.5	28.6	3.6	0.2	0.1	0.7
Q22	本人が不穏になるので、説明は必要ない	20.8	20.1	37.5	18.0	1.9	0.7	1.0
Q27	本人の性格および症状・状態を考慮すると、説明は必要ない	25.8	20.6	35.6	14.1	2.4	0.7	0.8
Q31	本人が不安になるので、説明は必要ない	21.3	20.1	40.2	15.7	1.4	0.4	0.9
Q33	本人が精神不安定になるので、説明は必要ない	17.7	19.4	38.1	20.8	2.1	0.6	1.4
Q34	本人が説明を拒否するので、説明は必要ない	11.1	17.6	38.4	25.3	5.3	0.7	1.5
Q36	本人がサービスを拒否するので、説明は必要ない	24.0	21.3	40.6	10.6	2.0	0.5	1.1
Q37	本人のプライド・自尊心へ配慮するため、説明は必要ない	27.5	22.1	40.0	7.6	0.8	0.3	1.7
Q41	本人に行動障害が現れるので、説明は必要ない	14.3	17.1	41.6	21.4	3.7	0.3	1.6
Q44	本人に負担をかけるので、説明は必要ない	22.2	21.6	44.0	9.7	1.1	0.3	1.1

表 18 大分類 7 「精神状態」における平均得点

	全体	全ての利用者に説明	ほとんどの利用者に説明	一部の利用者のみ説明
Q6 本人の意欲低下につながるので、説明は必要ない	2.00	1.63	2.02	2.40
Q7 本人が混乱するので、説明は必要ない	2.36	1.87	2.42	2.82
Q15 本人に認知症の自覚がないため、説明は必要ない	1.91	1.56	1.90	2.41
Q22 本人が不穏になるので、説明は必要ない	2.59	2.03	2.65	3.18
Q27 本人の性格および症状・状態を考慮すると、説明は必要ない	2.46	1.82	2.54	3.08
Q31 本人が不安になるので、説明は必要ない	2.54	1.99	2.59	3.12
Q33 本人が精神不安定になるので、説明は必要ない	2.68	2.10	2.72	3.30
Q34 本人が説明を拒否するので、説明は必要ない	2.94	2.33	3.02	3.51
Q36 本人がサービスを拒否するので、説明は必要ない	2.43	2.01	2.46	2.93
Q37 本人のプライド・自尊心へ配慮するため、説明は必要ない	2.28	1.81	2.32	2.78
Q41 本人に行動障害が現れるので、説明は必要ない	2.79	2.24	2.89	3.21
Q44 本人に負担をかけるので、説明は必要ない	2.43	1.95	2.49	2.90

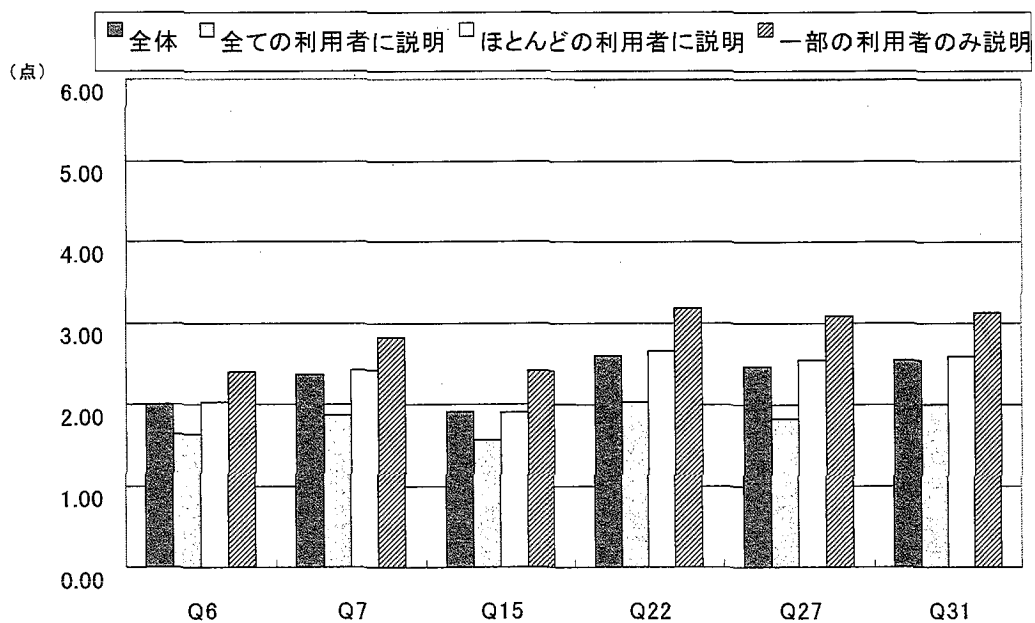


図 12 大分類7における平均得点(1)

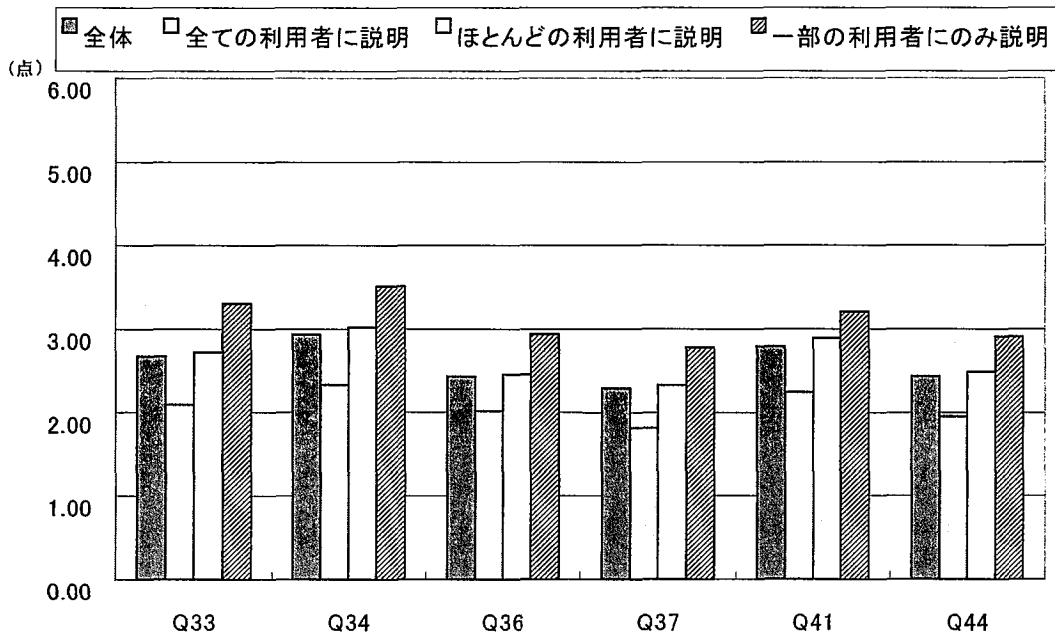


図 13 大分類7における平均得点(2)

表 19 大分類 8 「理解度・重度」における回答率

		全くそう思わない	ほとんどそう思わない	あまりそう思わない	ややそう思う	かなりそう思う	非常にそう思う	無回答
Q11	本人の自立度ランクによっては、説明は必要ない	26.8	16.3	24.4	21.4	8.0	2.4	0.7
Q18	本人はすぐ忘れるので、説明は必要ない	41.0	25.2	29.0	3.7	0.1	0.3	0.7
Q50	本人の理解力が低下しているので、説明は必要ない	39.6	24.8	29.2	4.5	0.3	0.6	0.9
Q54	本人が内容を理解できないので、説明は必要ない	37.4	24.6	30.0	5.5	1.0	0.4	1.0
Q55	本人の認知症のレベルが重度なので、説明は必要ない	25.0	23.1	28.6	17.2	4.2	1.0	0.8
Q56	本人には判断できないので、説明は必要ない	28.8	23.7	32.8	11.4	1.8	0.8	0.7
Q59	本人はコミュニケーションができないので、説明は必要ない	33.2	23.1	33.6	6.7	2.1	0.5	0.8

表 20 大分類 8 「理解度・重度」における平均得点

	全体	全ての利用者に説明	ほとんどの利用者に説明	一部の利用者のみ説明
Q11 本人の自立度ランクによっては、説明は必要ない	2.72	2.17	2.78	3.33
Q18 本人はすぐ忘れるので、説明は必要ない	1.95	1.55	1.94	2.52
Q50 本人の理解力が低下しているので、説明は必要ない	2.00	1.59	2.01	2.51
Q54 本人が内容を理解できないので、説明は必要ない	2.06	1.59	2.08	2.64
Q55 本人の認知症のレベルが重度なので、説明は必要ない	2.53	1.90	2.55	3.28
Q56 本人には判断できないので、説明は必要ない	2.34	1.79	2.37	2.98
Q59 本人はコミュニケーションができないので、説明は必要ない	2.20	1.70	2.23	2.80

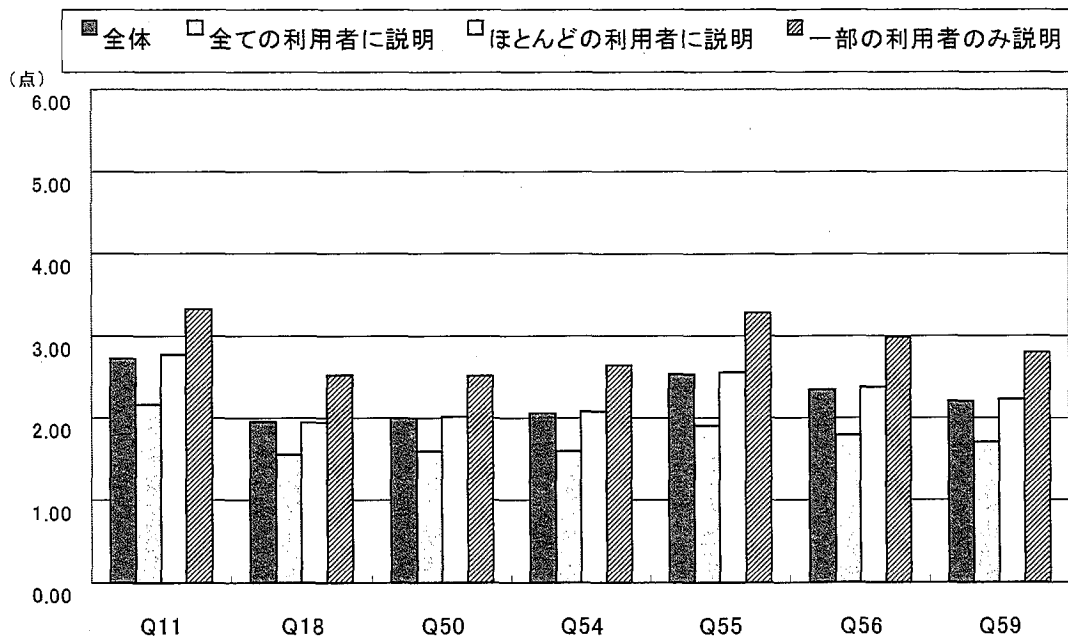


図 14 大分類 8 における平均得点

表 21 大分類 9 「家族重視」における回答率

	全くそう 思わない	ほとん どそう 思わな い	あま りそう 思わな い	やや そう 思う	かな りそう 思う	非常 にそう 思う	無回 答
Q9 家族が望まない ので、説明は必要 ない	28.1	18.3	39.6	10.9	1.7	0.7	0.8
Q12 本人と家族の ニーズの相違があ るので、説明は必 要ない	31.9	25.9	35.4	5.2	0.7	0.1	0.8
Q20 家族を重視す るので、説明は必 要ない	47.4	23.3	25.2	2.6	0.6	0.2	0.7
Q35 家族の負担軽 減になるので、説 明は必要ない	30.9	23.1	38.6	5.4	0.7	0.1	1.1
Q46 家族が理解し ていけばよいので 、説明は必要ない	30.6	23.2	38.1	6.1	0.7	0.5	0.8

表 22 大分類 9 「家族重視」における平均得点

	全 体	全 ての 利用 者に 説明	ほ とん どの 利用 者に 説明	一 部 の 利用 者の み説 明
Q9 家族が望まない ので、説明は必要 ない	2.39	1.94	2.46	2.80
Q12 本人と家族の ニーズの相違があ るので、説明は必 要ない	2.15	1.82	2.15	2.60
Q20 家族を重視す るので、説明は必 要ない	1.84	1.48	1.85	2.32
Q35 家族の負担軽 減になるので、説 明は必要ない	2.19	1.79	2.22	2.64
Q46 家族が理解し ていけばよいので 、説明は必要ない	2.22	1.74	2.25	2.76

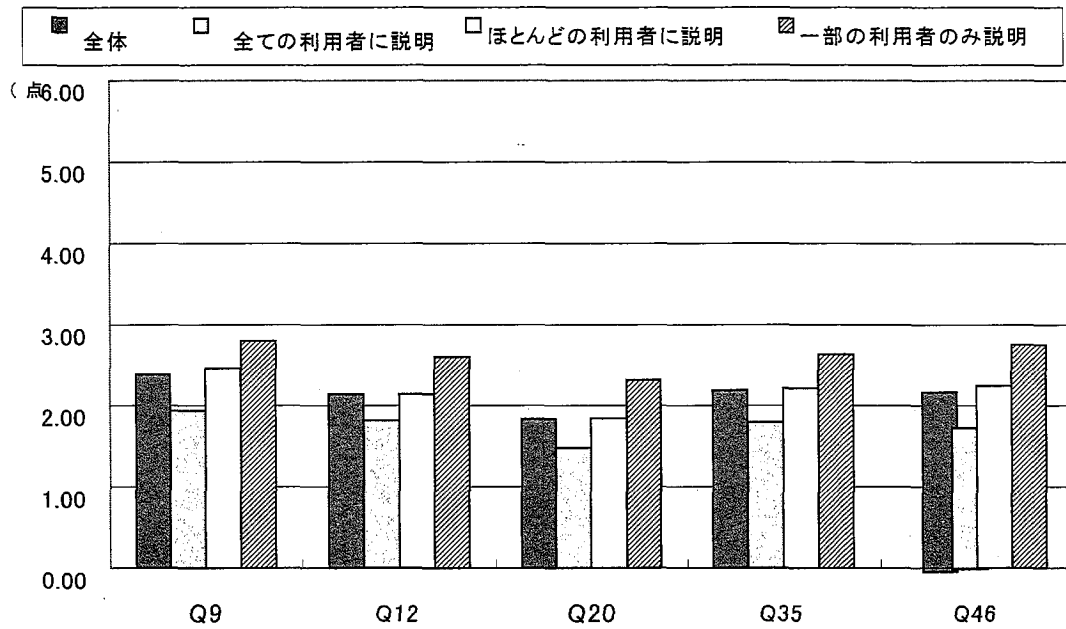


図 15 大分類9における平均得点

表 23 大分類 10 「環境・制度」における回答率

質問	本人へ説明しにくい内容の場合があるので、説明は必要ない	本人の利益になることなので、説明は必要ない	本人が理解しているか基準が不明であるので、説明は必要ない	契約書の内容が難しいので、説明は必要ない	本人が独居なので、説明は必要ない	本人との関係づくりを重視するので、説明は必要ない	全くそう思わない	ほとんどそう思わない	あまりそう思わない	ややそう思う	かなりそう思う	非常にそう思う	無回答
Q10	本人へ説明しにくい内容の場合があるので、説明は必要ない	22.2	19.3	37.6	17.3	2.0	0.7	0.9					
Q14	本人の利益になることなので、説明は必要ない	44.2	22.6	29.9	2.0	0.2	0.1	1.0					
Q19	本人が理解しているか基準が不明であるので、説明は必要ない	39.1	24.5	32.0	3.0	0.2	0.4	0.9					
Q25	契約書の内容が難しいので、説明は必要ない	30.9	19.7	33.6	11.7	2.4	1.0	0.7					
Q49	本人が独居なので、説明は必要ない	56.0	22.2	19.6	1.0	0.1	0.3	0.8					
Q58	本人との関係づくりを重視するので、説明は必要ない	32.9	21.3	26.5	6.9	6.9	4.3	1.1					

表 24 大分類 10 「環境・制度」における平均得点

		全体	全ての利用者に説明	ほとんどの利用者に説明	一部の利用者のみ説明
Q10	本人へ説明しにくい内容の場合があるので、説明は必要ない	2.57	2.12	2.63	2.98
Q14	本人の利益になることなので、説明は必要ない	1.88	1.60	1.90	2.24
Q19	本人が理解しているか基準が不明であるので、説明は必要ない	1.99	1.62	1.99	2.49
Q25	契約書の内容が難しいので、説明は必要ない	2.36	1.85	2.39	2.97
Q49	本人が独居なので、説明は必要ない	1.65	1.40	1.65	2.01
Q58	本人との関係づくりを重視するので、説明は必要ない	2.43	2.02	2.51	2.77

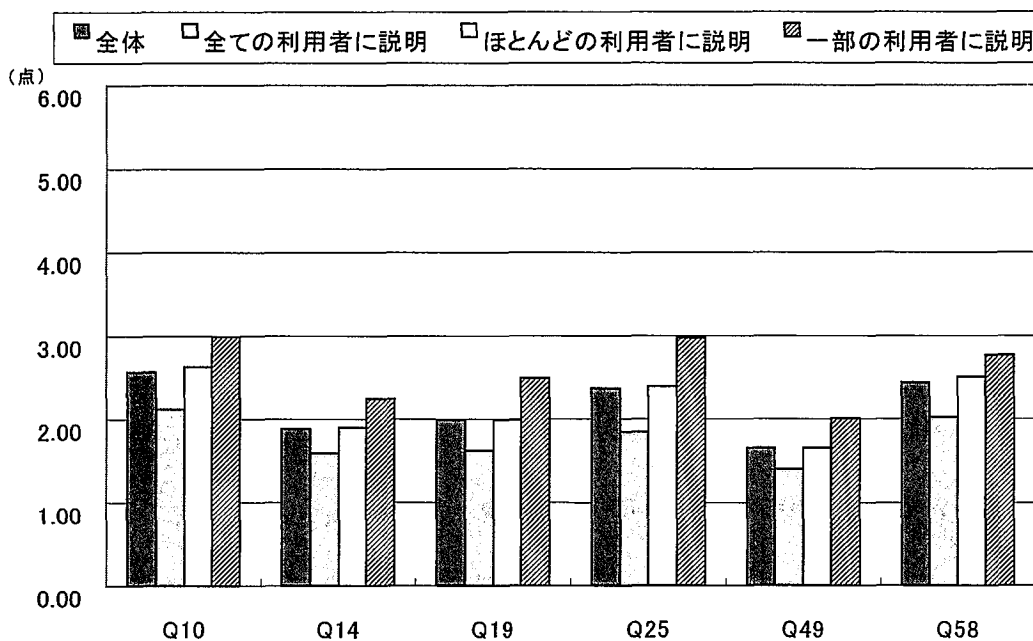


図 16 大分類10における平均得点

3) 大分類3「援助のため」(6項目)における回答率と平均得点

大分類3は、「Q17 本人の状態を理解するために、説明は必要である」等、利用者をよく理解したいと考える項目や、「Q48 サービス利用をスムーズにするために、説明は必要である」「Q52 トラブル軽減のために、説明は必要である」というようなサービスをスムーズに遂行するための信頼関係作りに関する項目であった。

ほとんどの項目の回答率で、「非常にそう思う」「かなりそう思う」と回答した対象者が65.0~74.3%であったが、「Q17 本人の状態を理解するために、説明は必要である」の項目のみが57.9%であり、「ややそう思う」の回答率が30%を超えていた(表9)。

平均得点は、いずれの項目も「全体」で4.66~5.05点であった。「Q52 トラブル軽減のために、説明は必要である」の項目のみ、全体の平均得点で5点を超え、肯定的な回答がかなりの割合を占めることが示唆された。また、平均得点においても「Q17 本人の状態を理解するために、説明は必要である」の項目のみ他の項目より平均得点が若干低く、4.66点であった(表10、図8)。

4) 大分類4「本人の利益」(5項目)における回答率と平均得点

大分類4は、「Q13 混乱や状態の悪化を避けるために、説明は必要である」「Q28 安心感を与えるために、説明は必要である」「Q29 プライドを傷つけないために、説明は必要である」のような、利用者の利益(安定感)に関する項目で構成されている。

回答率はほとんどの項目で「非常にそう思う」「かなりそう思う」の合計通過率が59.3~68.0%と50%を超えていたが、「Q16 意欲が出てくるから、説明は必要である」の通過率は「ややそう思う」との回答が最も多く36.5%であり、「非常にそう思う」「かなりそう思う」での通過率は42.2%にとどまった(表11)。

平均得点は、いずれの項目も「全体」で4点台であったが「Q16 意欲が出てくるから、説明は必要である」のみ4.30と4点台前半の平均得点であった。なお、「全ての利用者に説明している」群と「一部の利用者のみ説明している」群の平均得点の差が最も大きかったのは、「Q29 プライドを傷つけないために、説明は必要である」であり、0.80点であった(表12、図9)。

5) 大分類5「対外要因」における回答率と平均得点

大分類5は、制度や説明責任、説明義務といったサービス提供者の倫理観に関わる5項目で構成された。具体的には、「Q2 制度上必要とされているから、説明は必要である」「Q3 家族と本人の意向が異なっていることがあ

るから、説明は必要である」「Q4 説明責任があるから、説明は必要である」といった内容である。

各項目の回答率は、「非常にそう思う」「かなりそう思う」と回答した者が55.7%~65.5%と半数を超えたが、「Q47 説明義務があるから、説明は必要である」の中では、「非常にそう思う」と回答した者は全体の16.5%にとどまり、その一方で「あまりそう思わない」と回答したものは15.9%にのぼった。また「Q2 制度上必要とされているから、説明は必要である」でも、「あまりそう思わない」と回答したものが11.2%と10%を超える割合であることが確認された（表13）。

平均得点では、いずれの項目も全体での平均得点は4.25~4.81点であったが、「Q47 説明義務があるから、説明は必要である」において全体の平均得点は4.25点と低く、また「全ての利用者に説明している」群の平均得点も4.55点にとどまった（表14、図10）。

6) 大分類6「形式」における回答率と平均得点

大分類6は1項目「Q40 形式的に説明は必要である」のみであり、他に同じカテゴリーに含まれると考えられる項目が存在しなかった。

回答率は、肯定的な3回答の合計が56.4%と半数を超えたものの、「あまりそう思わない」26.6%となり、「全くそう思わない」と回答した対象者も7.8%であった（表15）。

平均得点では、これまでの大分類1~大分類5までの得点とは異なり、全体での平均得点が3.58点と3点台となった。また、「全ての利用者に説明している」群と、「一部の利用者のみ説明している」群との平均得点の差は0.11点と少なかった（表16、図11）。

7) 大分類7「精神状態」における回答率と平均得点

大分類7は、全体で12項目で構成されており、利用者本人の意欲低下、不穏、拒否といった項目である。具体的には、「Q6 本人の意欲低下につながるので、説明は必要ない」「Q31 本人が不安になるので、説明は必要ない」「Q36 本人がサービスを拒否するので、説明は必要ない」などの項目で構成されている。

各項目の回答率では、「Q6 本人の意欲低下につながるので、説明は必要ない」「Q7 本人が混乱するので、説明は必要ない」「Q15 本人に認知症の自覚がないため、説明は必要ない」の3項目において、「全くそう思わない」「ほとんどそう思わない」と回答した対象者は49.1~66.9%であった。その他の項目は、「あまりそう思わない」と回答した人が35.6~44.0%であり、否定的な回答項目への回答が多く見られた（表17）。

各項目の平均得点は、全体で1.91～2.94点と1点以上の差が確認された。特に平均得点が低かった項目は、「Q15 本人に認知症の自覚がないため、説明は必要ない」(1.91点)であった。「全ての利用者に説明している」群と「一部の利用者のみ説明している」群との平均得点差では、0.77～1.26点であり、特に「Q22 本人が不穏になるので、説明は必要ない」「Q27 本人の性格および症状・状態を考慮すると、説明は必要ない」「Q31 本人が不安になるので、説明は必要ない」「Q33 本人が精神不安定になるので、説明は必要ない」「Q34 本人が説明を拒否するので、説明は必要ない」の5項目では、両群の平均得点差が1点以上であった(表18、図12)。

8) 大分類8「理解度・重度」における回答率と平均得点

大分類8「理解度・重度」は7項目で構成され、自立度や理解力、認知症のレベルに関する項目がみられる。具体的には、「Q11 本人の自立度ランクによっては、説明は必要ない」「Q55 本人の認知症のレベルが重度なので、説明は必要ない」「Q56 本人には判断できないので、説明は必要ない」などの項目であった。

各項目の回答率は、「全くそう思わない」「ほとんどそう思わない」と質問に対し否定的な回答した対象者が多く、52.5～76.2%であった。しかしながら、「Q11 本人の自立度ランクによっては、説明は必要ない」「Q55 本人の認知症のレベルが重度なので、説明は必要ない」「Q56 本人には判断できないので、説明は必要ない」の3項目については必ずしも否定的な回答ばかりでなく、「ややそう思う」と回答した対象者が、それぞれ21.4%、17.2%、11.4%確認された(表19)。

平均得点は、全体で1.95～2.72点となっており、特に得点が低かった項目は、「Q18 本人はすぐ忘れるので、説明は必要ない」の1.95点であった。「全ての利用者に説明している」群と「一部の利用者のみ説明している」群との平均得点差は、0.92～1.38点であった。「Q50 本人の理解力が低下しているので、説明は必要ない」(0.92点)以外は、両群で1点以上の得点差が確認された(表20、図14)。

9) 大分類9「家族重視」における回答率と平均得点

大分類9は、利用者家族の意向を考慮した項目5項目で構成された。具体的な項目は、「Q9 家族が望まないので、説明は必要ない」「Q20 家族の負担軽減になるので、説明は必要ない」「Q46 家族が理解していればよいので、説明は必要ない」などの項目であった。

各項目の回答率は、「全くそう思わない」「ほとんどそう思わない」「あまりそう思わない」といった否定的な意見が86.0～95.9%であった。「Q9 家

族が望まないのも、説明は必要ない」のみ、「ややそう思う」と回答したものが10.9%と10%台であった（表21）。

各項目の平均得点は、全体で1.84～2.39点であり、「全ての利用者に説明している」群と「一部の利用者のみ説明している」群との平均得点差は、0.78～1.02点であった。「Q46 家族が理解していればよいので、説明は必要ない」の平均得点差のみ1点以上であることが確認された（表22、図15）。

10) 大分類10「環境・制度」における回答率と平均得点

大分類10は、利用者本人の居住形態や説明内容の難度、関係づくりなどの環境や制度上の問題点を中心に構成された6項目であった。「Q10 本人へ説明しにくい内容の場合があるので、説明は必要ない」「本人の利益になることなので、説明は必要ない」「Q25 契約書の内容が難しいので、説明は必要ない」「Q49 本人が独居なので、説明は必要ない」などがその具体的な項目である。

各項目の回答率は、「全くそう思わない」「ほとんどそう思わない」「あまりそう思わない」といった否定的な意見が79.1～97.8%と高かった。ただし、「Q10 本人へ説明しにくい内容の場合があるので、説明は必要ない」「Q25 契約書の内容が難しいので、説明は必要ない」の2項目については、「ややそう思う」が、それぞれ17.3%、11.7%と10%を超えていた（表23）。

各項目の平均得点は、全体で1.65～2.57点であり、半数の項目で平均得点が1点台となった。「全ての利用者に説明している」群と「一部の利用者のみ説明している」群との平均得点差は、0.61～1.12であり、「Q25 契約書の内容が難しいので、説明は必要ない」にて1.12点の得点差が確認された（表24、図16）。

4. 認知症の利用者への説明の現状

1) 利用者への説明の程度

ケアプラン原案について説明を行う際、どのくらいの認知症の利用者に説明を行っているかについて、「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」の中から選択・回答してもらった（図17）。調査対象者1,067人のうち、「すべての利用者に説明している」と回答した人は247人（23.1%）、「ほとんどの利用者に説明している」と回答した人が最も多く617人（57.8%）、「一部の利用者のみ説明している」と回答した人は194人（18.2%）であった。また「まったく説明していない」と回答した人も2人（0.1%）おり、いずれも女性であった。無回答は7人（0.7%）であった。

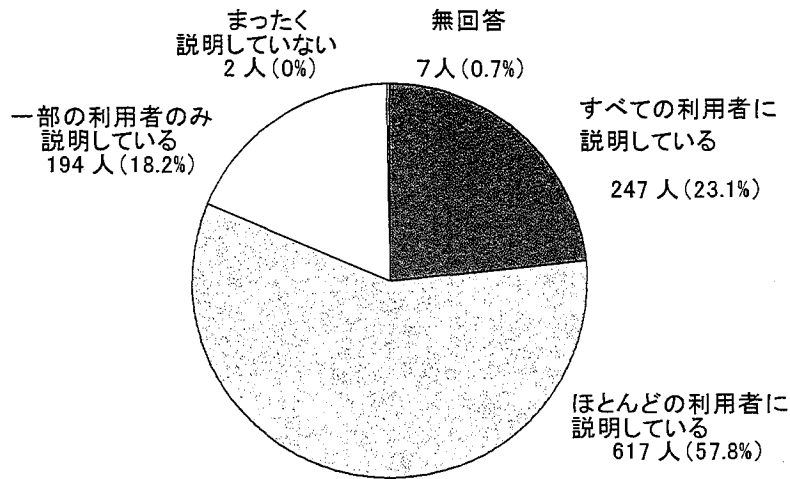


図17 ケアプラン原案の内容説明

2) 「認知症高齢者の日常生活自立度」による説明の実態

ケアプランの原案について、「認知症高齢者の日常生活自立度」のランクのうち、どの程度の認知症の人まで説明を行っているかについて、「ランク I」「ランク IIa・IIb」「ランク IIIa・IIIb」「ランク IV」「ランク M」より該当するランクを選択してもらった(図18)。調査対象者1,067人のうち、「ランク I」までの利用者に説明している人は13人(1.2%)、「ランク IIa・IIb」の利用者まで説明を行っている人は140人(13.1%)、「ランク IIIa・IIIb」の利用者までは451人(42.3%)、「ランク IV」の利用者までは328人(30.7%)

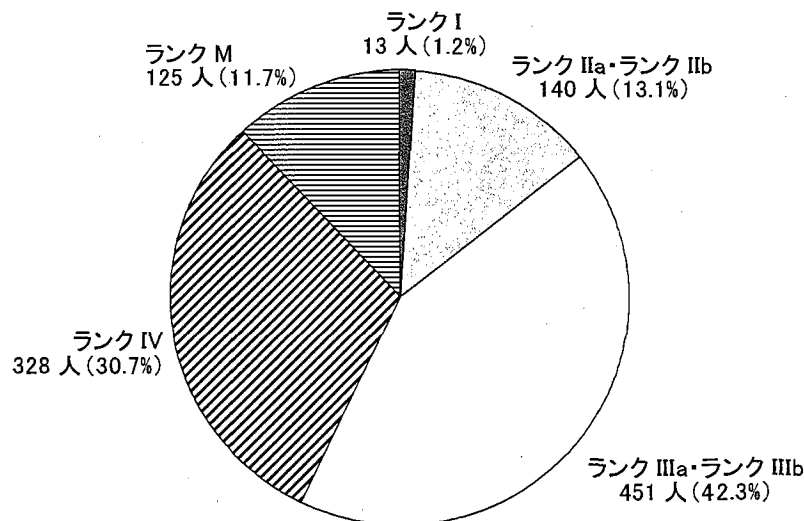


図18 担当認知症高齢者の日常生活自立度と説明の実態

であった。最重度の「ランク M」の利用者まで説明を行っている人も 125 人 (11.7%) おり、自立度が低下した利用者に対しても居宅介護支援専門員が説明を行っている実態が明らかとなった。反対に、本来ケアプラン原案の説明などサービスに関する情報開示は、全ての利用者に対して説明を行わなければならないが、自立度が高い利用者に対しても専門員によっては説明が行われていないことが明らかとなった。

3) ケアプラン原案の説明内容

認知症利用者に対して実際に行っているケアプラン原案の説明のうち、主にどのような内容の説明を行っているかについて回答してもらった (表 25)。

調査対象者 1,067 人のうち、15 項目すべてを説明している人は、129 人 (12.1%) と最も多く、次いで 7 項目 109 人 (10.2%)、8 項目 106 人 (9.9%) と続いた。

一方で全体で 15 項目の説明内容のうち、1 項目あるいは 2 項目のみ説明を行っていると回答した人もそれぞれ 6 人 (0.6%)、20 人 (1.9%) おり、まったく内容説明を行っていない人も 1 人 (0.1%) 存在した。また、無回答者は 13 人 (1.2%) であった。

また、15 項目の各ケアプラン内容のどの項目を説明しているかについて、複数回答してもらった (表 26)。調査対象者 1,067 人のうち、最も多くの人 が説明を行っていたのが「③総合的な援助の方法」であり、924 人 (86.6%) であった。次いで「①利用者及びその家族の生活に対する意向」892 人 (83.6%)、「⑨提案されている個々のサービスの提供方法」827 人 (77.5%)、「⑥週間計画」816 人 (76.5%) であった。

反対に、説明があまり行われていないサービス内容は、「⑬提案されたサービスを代替する別の支援方法」であり 270 人 (25.3%) の対象者のみが説明を行っていた。その他にも、「⑭提案されているサービスの限界や注意点」366 人 (34.3%)、「⑩提供されている個々のサービスの提供期間」450 人 (42.2%)、「⑮提案されているサービスの変更・注視に関する事項」504 人 (47.2%) については、半分以上の対象者が説明を行っていない実態が明らかとなった。

表 25 ケアプラン原案の説明項目数（複数回答）

	人	%
15項目全て	129	12.1
14項目	51	4.8
13項目	54	5.1
12項目	77	7.2
11項目	83	7.8
10項目	100	9.4
9項目	75	7.0
8項目	106	9.9
7項目	109	10.2
6項目	77	7.2
5項目	62	5.8
4項目	54	5.1
3項目	48	4.5
2項目	20	1.9
1項目	6	0.6
0項目	1	0.1
不明	13	1.2

表 26 各ケアプラン原案内容の説明人数（複数回答）

	人	%
① 利用者及びその家族の生活に対する意向	892	83.6
② 生活全般の解決すべき課題	760	71.2
③ 総合的な援助の方針	924	86.6
④ 長期目標	669	62.7
⑤ 短期目標	723	67.8
⑥ 週間計画	816	76.5
⑦ 月間計画	535	50.1
⑧ 提案されている個々のサービスの目的	771	72.3
⑨ 提案されている個々のサービスの提供方法	827	77.5
⑩ 提案されている個々のサービスの提供期間	450	42.2
⑪ 提案されている個々のサービスの費用	597	56.0
⑫ 提供されている個々のサービスによって期待される効果	538	50.4
⑬ 提案されたサービスを代替する別の支援方法	270	25.3
⑭ 提案されているサービスの限界や注意点	366	34.3
⑮ 提案されているサービスの変更・中止に関する事項	504	47.2

4) ケアプラン原案全てを認知症の人に説明する必要性

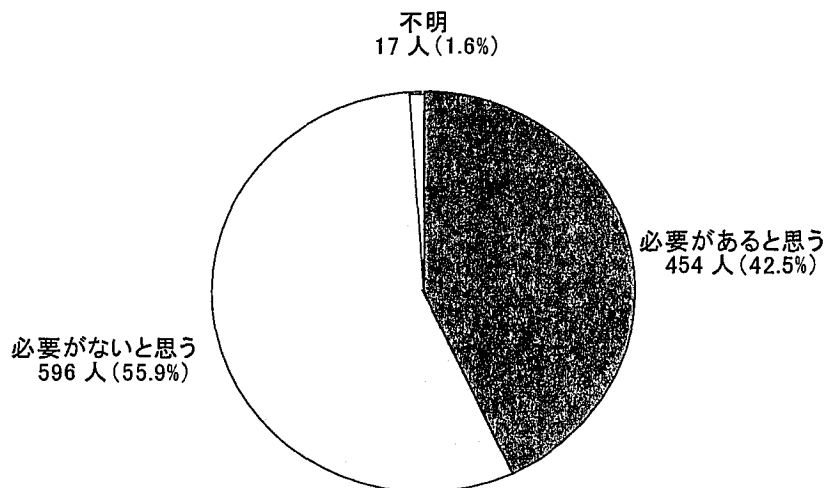


図 19 ケアプラン原案全てを認知症の人に説明する必要性

「ケアプラン原案すべて」を、認知症の人に説明する必要があるかどうかについて、「必要があると思う」「必要がないと思う」のいずれかに回答してもらった（図 19）。その結果、「必要があると思う」と回答した人は、対象者全体 1,067 人のうち 454 人（42.5%）であり、「必要がない」と回答した人は 596 人（55.9%）であった。ケアプラン原案のすべてを説明する必要がないという回答が全体の半数を上回る結果となった。なお「不明」は 17 人（0.2%）であった。

5) ケアプラン原案の内容を全ての認知症の人に説明する必要性

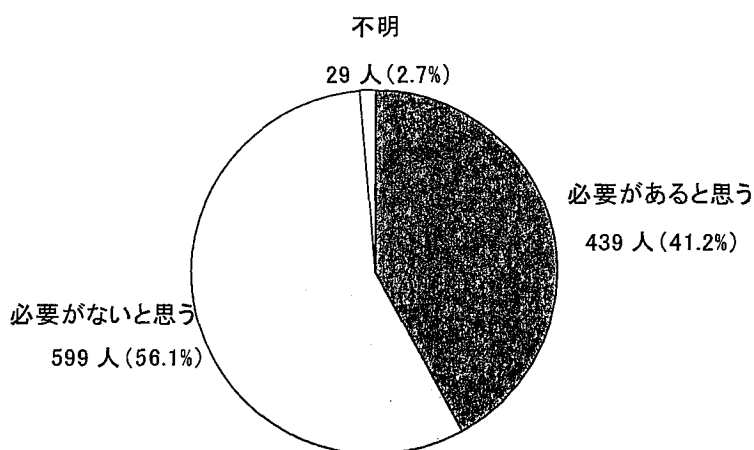


図 20 ケアプランの原案内容をすべての認知症の人に説明する必要性

ケアプラン原案の内容を、「すべての認知症の人」に説明する必要があるかどうかについて、「必要があると思う」「必要がないと思う」のいずれかより選択してもらった（図 20）。その結果、「必要があると思う」と回答した人は対象者全体 1,067 人のうち 439 人(41.2%)であり、反対に「必要がないと思う」と回答した人は、599 人(56.1%)であった。「4）ケアプラン原案全てを認知症の人に説明する必要性」と同様の結果が得られ、「すべての認知症の人に説明する必要がない」と回答した人が全体の半数を超えた。なお、「不明」は 29 人(2.7%)であった。

IV. 考察

1. 調査対象者の属性

本研究の調査対象者は、男性では 30 代、40 代が多く、女性では 40 代、50 代が多かった。居宅介護支援事業所での経験年数は、男性・女性とも 5 年以上が最も多かった。一方、主な所有資格の上位は男性では介護福祉士を筆頭に、社会福祉主事、社会福祉士と続いたが、女性は看護師・准看護師が最も多く、次いで介護福祉士、ホームヘルパー＋介護福祉士となっていた。女性の対象者の年代が男性の年代と若干異なっていた理由として、元々介護支援専門員に直接結びつく職場ではなかった可能性があることや、家庭の事情、例えば子育てが一段落したり、実際に介護の準備あるいは体験を通して介護職に興味を持ち、現場に携わるようになった可能性などが示唆される。

また本研究では、経験豊富な介護支援専門員と同時に、20 代あるいは経験年数が 1 年未満の介護支援専門員も含まれており、比較的偏りの少ない集団であることが考えられた。

2. ケアプラン原案の説明に関する意識調査

ケアプラン原案の説明に関する介護支援専門員の意識を、10 の大分類、計 60 項目にて 6 件法でたずねた。

「説明が必要である理由」に該当する 6 つの大分類、「議論の余地のない理由」「理解可能性」「援助のため」「本人の利益」「対外要因」「形式」について検討したところ、回答率では全体の半数以上の対象者が「非常にそう思う」「かなりそう思う」のいずれかに回答していた。また、平均得点も「全体」「全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」の 4 つの群において、得点差が 1 点未満であったことから、「説明が必要である」種々の理由・意識については説明の程度による差がそれほどなく、多くの対象者が利用者への説明について肯定的

であることが示唆された。

一方、「説明が必要ない理由」に該当する4つの大分類のうち「精神状態」「理解度・重度」「家族重視」「環境・制度」においては、項目によって回答率に少なからずばらつきが見られたり、「全ての利用者に説明している」群と「一部の利用者のみ説明している」群の間で平均得点に相違が見られることが明らかとなった。具体的には、大分類の「精神状態」の中の「説明を行うことによって、利用者に不安や拒否、混乱が生じる」という内容に該当する項目、大分類「理解度・重度」の中の「説明を行っても認知症のレベルが重度であったり理解・判断が難しい」という内容に該当する項目、大分類「家族重視」の中で「家族が理解していればよい」という項目、大分類「環境・制度」の中の「契約書の内容が難しい」という項目については、「全ての利用者に説明している」群の平均得点が低く、介護支援専門員が好まないような状況でも、説明を行うべきであるという考えを比較的強く持っているのではないかと考えられた。

しかしながら「一部の利用者のみ説明している」群では、これらの項目において「全ての利用者に説明している」群の平均得点と1点以上の差が明らかとなり、「全ての利用者に説明している」群よりも説明を行う必要性を感じていないことが示唆された。利用者が不安定になった場合の対処方法への不安や「認知症＝理解できない」といった考え方が依然として存在すると考えられること、家族を重視するあまり利用者への説明責任が果たされていない可能性があること、調査対象者自身の契約書の理解方法や説明時の工夫に改善が必要ではないかと考えられること等意識・行動が、説明に際しての阻害要因となっていると考えられる。いずれも調査対象者の主観的な判断によって、サービス提供の入り口の時点で様々な対応が行われていることが示唆された。

3. 認知症の利用者への説明の現状

ケアプランの原案の説明の程度については、全ての利用者に説明している対象者が23%であり、状況に応じて説明を行ったり行わない対象者が多く存在することが明らかとなった。全く説明していない対象者も2人おり、利用者への説明義務を負っていても、実際の現場では介護支援専門員一人ひとりの意識・判断に任されている現状が明らかとなった。同様に「どの程度の日常生活自立度の利用者まで説明を行っているか」についてもばらつきがあり、自立度が低い対象者も含めて説明を行っている対象者、自立度が高い利用者に対しても行っていない対象者の存在が明らかとなった。

また、「ケアプランの原案の内容全てを認知症の人に説明する必要性」と「ケアプラン原案の内容を全ての認知症の人に説明する必要性」について、

「必要があると思う」「必要がないと思う」の二者択一で回答を求めたところ、いずれの問いについても過半数を上回る600人近い対象者から「必要がないと思う」との回答を得た。ケアプラン原案の内容を利用者へ説明する義務を持つ以上に、現実には実施する難しさが窺われた。

4. 今後の課題

本調査では、「利用者へのケアプラン原案の説明」を通して、介護支援専門員の意識調査を行った。

意識調査の質問項目では、「説明は必要である理由」については、多数の専門員の間で肯定的な方向性が示唆されたが、「説明は必要ない理由」については、専門員によって異なる意識を持っていることが明らかとなった。また、「利用者全てに」ケアプラン原案の内容を説明している専門員がいる一方で、過半数の対象者が「ケアプラン原案の内容全て」あるいは「認知症の人全てに」説明をする必要はないと回答していた。ケアプラン原案の内容についても、多くの対象者が説明している内容、多くの対象者が説明していない内容が明らかとなり、内容による説明の難しさも示唆された。これらの結果を踏まえ、今後は介護支援専門員の意識と、実際の説明の程度、利用者の自立度レベル、説明の内容といった実際の行動との関連を詳しく検討する必要がある。

以上の結果から、介護支援専門員が実際の現場でどのような意識を持って活動しているか、その一端を明らかにすることができたと思われる。今後は別の角度からも介護支援専門員の調査を行い、サービス提供者側の実態や課題について検討する必要があるといえる。また専門員に対し、さらに充実した教育やフォローアップが望まれる。介護支援専門員資格取得者数が年々増加している現在だからこそ、資格取得後の講義の受講やレポートの提出だけでなく、ロールプレイにて技術を磨いてもらったり、面接によって規範と現場とのギャップを埋める作業が必要であると考えられる。

〔付録1 認知症の人へのケアプラン内容説明に関する意識項目〕

1) 「必要がある理由」

大分類	中分類	項目	件数	小計	大分類計
議論の余地のない理由	本人主体	本人のサービス利用だから	26		
		本人のため・本人のことだから	24		
		本人が主体だから	19		
		本人のプラン・アセスメントだから	17		
		「自分のこと」と分かってもらうため	13		
		利用者本位のため	9		
		本人との契約だから	8		
		本人の主体的参加が必要だから	5		
		本人を無視してはいけなから	4		
		本人の生活だから	3		
		自立支援のため	3		
		聴こうという態度を示すから	2	133	
		人権の尊重・権利		人権を尊重するため	31
権利があるから	24				
人間として、個人として尊重するため	23				
人間の尊厳・個人の尊厳を守るため	21				
一人の人間として対応するため	13				
人格を尊重するため	12			124	
本人の意思・決定を尊重		本人の意思・意向を尊重するため	16		
		自己決定権を尊重するため	8	24	
道徳的に必要		人道的な観点から	5		
		礼儀だから	3		
		人間は平等だから	3	11	
原則論として必要		基本的に必要だから	15		
		原則だから	13		
		一応・とりあえず・それなりに説明すべきだから	6		
		理解できるかどうかに関わらず必要であるから	25		
		認知症だからといって説明しないのはおかしいから	9	68	360

第3章 認知症の人へのケアプラン原案の説明に関する
居宅介護支援専門員の意識調査

大分類	中分類	項目	件数	小計	大分類計	
理解可能性	一部理解	一部でも理解できればよいから	38	80	170	
		全くわからないわけではないから	19			
		説明時には理解していると思う	6			
		忘れてしまってもその時少しでも理解があれば必要だから	5			
		わかるときもあるから	4			
		一部記憶に残る可能性があるから	4			
		重度でも理解できることがあるから	2			
		表現できないだけで理解していることもある	2			
	説明工夫	理解できるように説明する必要があるから	21	58		
		わかりやすく説明すれば理解してもらえる部分もあるから	21			
		ゆっくり、繰り返し説明する必要があるから	8			
		相手に合わせて説明が必要だから	8			
			本人が理解しているか否か正確にわからない	32		32
	援助のため	関係形成	信頼関係を作るため	27		51
コミュニケーションをとるため			12			
「ケアマネとは何者か」をわかってもらうため			9			
支援者側の姿勢が伝わるから			2			
どのような人と関わっていくかを知る必要がある			1			
情報収集		本人の状態を理解するため	7	22		
		本人の意思・意向を確認するため	7			
		情報収集のため	5			
		よりよいケアプランを立てるため	3			
サービス履行		サービス利用をスムーズにするため	16	26		
	トラブル軽減のため	5				
	誤解や拒否を避けるため	3				
	本人の協力・理解が必要なため	1				
	サービス利用による環境変化をわかってもらうため	1				
		1				
本人の利益	精神安定	不安の解消のため	16	32		
		安心感を与えるため	11			
		プライドを傷つけないため	3			
		混乱や状態の悪化を避けるため	2			

大分類	中分類	項目	件数	小計	大分類計
	状態の改善	意欲が出てくるから	3		
		刺激になるから	3	6	38
対外要因	家族に配慮	本人への説明の必要性を家族にわかってもらうため	5		
		家族と一緒に説明が必要だから	4		
		家族と本人の意向が異なっていることがあるから	3	12	
	制度	説明義務があるから	10		
		説明責任があるから	5		
		契約であるから	5		
		同意が原則だから	2		
		法的に定められているから	2		
		制度上必要とされているから	2		
		お互いを守るために必要だから	2	28	40
形式	形式	記録が必要だから	1	2	
		セレモニーとして必要だから	1	2	4
漠然とした理由	なんらかの効果がある	何かが本人に伝わる	4		
		心に感じるものがある	3	7	7
合計					762

2) 「説明が必要ない理由」

大分類	中分類	項目	件数	小計	大分 類計
精神状態	利用者の精神状態に影響する	利用者の状態に影響するから	11	11	
		利用者が不安定になる	不安になるから 精神不安定になるから 怒り出すから 困惑・とまどい・ショックを受けるから 興奮してしまうから 被害的になるから 不信および不穏になるから 不安および問題行動が生じるから	14 6 5 6 3 2 2 2	40
	利用者が不穏になる	おちつきがなくなる・徘徊を行うから	16		
		不穏になるから	13		
		問題行動が現れるから	12	41	
	利用者が混乱する	混乱するから	87		
		混乱および不穏状態になるから	10		
		混乱および不安になるから	7		
		混乱および行動障害が生じるから	3		
		パニックになるから	2		
		混乱および拒否が生じるから	2	111	
	利用者の意欲低下につながる	意欲の低下につながるため	2	2	
	利用者の状態や性格を考慮して	プライド・自尊心への配慮のため	5		
		性格および症状・状態を考慮して	2		
		性格を考慮して	1	8	
	利用者に認知症の自覚がない	認知症の自覚がないため	15	15	
	利用者が拒否する	サービスを拒否するから	17		
		説明を拒否するから	8		
		本人が拒否するから	3	28	
利用者に負担をかける	負担をかけるから	7			
	本人が理解できなくて負担をかけるから	3	10	266	

大分類	中分類	項目	件数	小計	大分類計
理解度・重度	利用者の進行の程度を考慮して	認知症のレベルが重度だから	77		
		症状によっては必要ないから	8		
		Mの人には必要ないから	8		
		自立度ランクによっては必要ないから	6		
		身体状況が重度だから	5		
		進行しているから	4		
		IVの人には必要ないから	4		
		IIIの人には必要ないから	4		
		介護度4・5には必要ないから	3		
		Iiaには必要ないから	1	120	
利用者が意思疎通できない		意思疎通ができないから	28		
		コミュニケーションができないから	10		
		理解＋言葉でのやりとりが成立しないから	6		
		反応がないから	6		
		寝たきりおよび理解できていないから	5		
		意識レベルが低下しているから	3	58	
利用者の理解力が低下している		理解が困難だから	64		
		理解力が低下し認知症が重度だから	40		
		全く理解できないから	15		
		理解力に支障があるから	7		
		理解力が低下し認知症が進行しているから	7		
		理解力が低下し記憶できないから	6		
		理解力が低下しランクがIII以上だから	4		
		理解力が低下しランクがIV以上だから	4		
		理解力が低下しランクがII以上だから	1	148	
利用者に記名力や判断力の低下がみられる		判断できないから	10		
		すぐ忘れるから	8		
		認知力が低下しているから	7		
		誤解・勘違いを生じるから	3		
		自分で決定できないから	3	31	

第3章 認知症の人へのケアプラン原案の説明に関する
居宅介護支援専門員の意識調査

大分類	中分類	項目	件数	小計	大分 類計
	利用者が内容を理解できない	内容が理解できないから	23		
		介護保険の理解ができないから	4	27	384
精神状態および理解度	利用者の認知症の程度が重度で混乱をきたす	理解力が低下しており混乱するから	29		
		認知症が重度で混乱するから	6	35	35
家族重視	利用者と家族のニーズの相違がある	本人と家族のニーズの相違があるため	3	3	
		利用者の家族を重視する	17		
	利用者の家族を重視する	家族の意向・理解を重視するから	7		
		家族が希望しているサービスだから	6	30	
		家族が困って利用するため	6		
	利用者家族の負担軽減	家族の負担軽減のため	4	4	
	利用者家族の理解があればよいと考える	家族が理解していればよいから	3		
		家族から本人へ話をしてもらえばよいから	2	5	
	利用者の家族が望まない	家族が拒否するから	7		
		家族が望まないから	2	9	51
環境・制度	利用者が独居である	利用者が独居だから	3	3	
	契約書の内容に問題がある	内容が難しいから	5		
		契約書の内容がよくないから	3	8	
	利用者へ説明がしにくい	説明しにくい内容の場合があるから	5		
		費用の話は気にするため	4		
		本人を傷つく内容があるから	2	11	
	利用者本人の利益になる	本人は同意していなくとも本人の利益になるから	2	2	
	利用者が理解しているか基準不明である	基準が不明確だから	4	4	
	利用者との関係づくりを重視する	利用者との関係づくりを重視するから	2	2	30
	合計				

[付録2 各項目の平均得点]

	(人)	Q1 本人のサービス利用なので、説明は必要である	Q2 ある 制度上必要とされているから、説明は必要である	Q3 家族と本人の意向が異なっていることがあるから、説明は必要である	Q4 説明責任があるから、説明は必要である	Q5 わかりやすく説明すれば理解してもらえらる部分もあるから、説明は必要である	Q6 本人の意欲低下につながるの、説明は必要ない	Q7 本人が混乱するので、説明は必要ない	Q8 基本原則として、説明は必要である	Q9 家族が望まないの、説明は必要ない	Q10 本人へ説明しにくい内容の場合があるので、説明は必要ない
全体	1067	5.14	4.59	4.79	4.78	5.28	2.00	2.36	5.17	2.39	2.57
【性別】											
男性	197	5.13	4.62	4.83	4.79	5.26	2.15	2.39	5.14	2.41	2.60
女性	868	5.14	4.59	4.78	4.78	5.29	1.97	2.36	5.18	2.39	2.56
【年代】											
20代	23	5.09	4.61	5.13	5.09	5.61	1.96	2.35	5.26	2.43	2.43
30代	274	5.18	4.59	4.77	4.83	5.31	2.16	2.48	5.27	2.54	2.60
40代	361	5.17	4.57	4.76	4.74	5.31	1.90	2.38	5.16	2.40	2.59
50代	343	5.12	4.65	4.84	4.78	5.23	1.97	2.29	5.13	2.35	2.53
60代以上	66	4.95	4.44	4.58	4.70	5.20	2.06	2.18	4.98	1.94	2.52
【ケアプラン説明内容】											
全ての利用者に説明	247	5.37	4.78	5.05	5.01	5.50	1.63	1.87	5.40	1.94	2.12
ほとんどの利用者に説明	617	5.18	4.63	4.85	4.80	5.34	2.02	2.42	5.22	2.46	2.63
一部の利用者へのみ説明	194	4.73	4.30	4.32	4.49	4.89	2.40	2.82	4.77	2.80	2.98
【担当認知症高齢者の日常生活自立度ランク】											
I	13	4.46	3.54	3.92	3.46	4.54	2.92	2.69	4.23	2.85	3.08
IIa-IIb	140	4.75	4.40	4.46	4.45	4.94	2.17	2.71	4.85	2.80	2.97
IIIa-IIIb	451	5.07	4.55	4.75	4.75	5.22	2.11	2.54	5.13	2.48	2.70
IV	328	5.29	4.68	4.92	4.90	5.45	1.83	2.15	5.29	2.28	2.38
M	125	5.52	4.82	5.08	5.08	5.58	1.74	1.90	5.54	1.94	2.14
【ケアプラン原案全てを、説明する必要性】											
必要があると思う	454	5.33	4.83	5.06	4.95	5.44	1.84	2.08	5.35	2.19	2.35
必要ないと思う	596	5.01	4.42	4.60	4.67	5.17	2.12	2.57	5.05	2.56	2.74
【ケアプラン原案を、認知症の人全てに説明する必要性】											
必要があると思う	439	5.41	4.74	5.06	4.94	5.51	1.77	1.97	5.39	2.10	2.20
必要ないと思う	599	4.96	4.50	4.61	4.69	5.14	2.17	2.66	5.04	2.61	2.84

第3章 認知症の人へのケアプラン原案の説明に関する
居宅介護支援専門員の意識調査

	(人)	Q11 本人の自立度ランクによっては、説明は必要ない	Q12 本人と家族のニーズの相違があるので、説明は必要ない	Q13 混乱や状態の悪化を避けるために、説明は必要である	Q14 本人の利益になることなので、説明は必要ない	Q15 本人に認知症の自覚がないため、説明は必要ない	Q16 意欲が出てくるから、説明は必要である	Q17 本人の状態を理解するために、説明は必要である	Q18 本人はすぐ忘れるので、説明は必要ない	Q19 本人が理解しているか基準が不明であるので、説明は必要ない	Q20 家族を重視するので、説明は必要ない
全体	1067	2.72	2.15	4.59	1.88	1.91	4.30	4.66	1.95	1.99	1.84
【性別】											
男性	197	2.70	2.25	4.56	1.94	1.98	4.34	4.64	1.98	2.04	1.97
女性	868	2.73	2.12	4.60	1.87	1.90	4.29	4.66	1.95	1.98	1.81
【年代】											
20代	23	2.30	2.00	4.65	1.70	1.74	4.65	4.87	1.78	1.87	1.39
30代	274	2.57	2.18	4.64	1.91	1.96	4.34	4.71	1.91	1.96	1.80
40代	361	2.82	2.16	4.56	1.89	1.90	4.17	4.60	1.96	2.00	1.89
50代	343	2.72	2.13	4.61	1.88	1.90	4.37	4.67	1.98	2.01	1.84
60代以上	66	3.02	2.15	4.47	1.88	1.89	4.36	4.62	1.98	2.05	1.94
【ケアプラン説明内容】											
全ての利用者に説明	247	2.17	1.82	4.86	1.60	1.56	4.68	5.02	1.55	1.62	1.48
ほとんどの利用者に説明	617	2.78	2.15	4.62	1.90	1.90	4.29	4.65	1.94	1.99	1.85
一部の利用者にのみ説明	194	3.33	2.60	4.21	2.24	2.41	3.94	4.27	2.52	2.49	2.32
【担当認知症高齢者の日常生活自立度ランク】											
I	13	3.54	2.92	3.69	2.54	2.46	3.69	4.00	2.77	2.77	2.62
IIa・IIb	140	3.26	2.58	4.14	2.16	2.35	4.06	4.42	2.37	2.46	2.24
IIIa・IIIb	451	2.93	2.24	4.59	1.96	1.99	4.20	4.61	2.10	2.11	1.95
IV	328	2.46	1.99	4.68	1.75	1.73	4.47	4.73	1.73	1.78	1.66
M	125	2.06	1.71	5.10	1.59	1.55	4.63	5.02	1.50	1.54	1.47
【ケアプラン原案全てを、説明する必要性】											
必要があると思う	454	2.38	1.95	4.78	1.74	1.72	4.54	4.91	1.72	1.77	1.62
必要ないと思う	596	2.98	2.30	4.47	2.00	2.07	4.15	4.49	2.14	2.17	2.02
【ケアプラン原案を、認知症の人全てに説明する必要性】											
必要があると思う	439	2.17	1.83	4.83	1.66	1.63	4.57	4.94	1.63	1.69	1.58
必要ないと思う	599	3.14	2.39	4.44	2.05	2.13	4.13	4.48	2.19	2.22	2.04

	(人)	Q21 ある 一部でも理解できればよいから、説明は必要である	Q22 本人が不穩になるので、説明は必要ない	Q23 全くわからないわけではないから、説明は必要である	Q24 本人との契約なので、説明は必要である	Q25 契約書の内容が難しいので、説明は必要ない	Q26 人道的な観点から、説明は必要である	Q27 説明は必要ない 本人の性格および症状・状態を考慮すると、	Q28 安心感を与えるために、説明は必要である	Q29 プライドを傷つけないために、説明は必要である	Q30 本人への説明の必要性を家族にわかってもらうため、説明は必要である
全体	1067	5.04	2.59	4.96	4.87	2.36	4.73	2.46	4.90	4.72	4.81
【性別】											
男性	197	4.99	2.65	4.93	5.01	2.39	4.69	2.43	4.78	4.59	4.82
女性	868	5.04	2.58	4.96	4.84	2.36	4.74	2.47	4.92	4.75	4.80
【年代】											
20代	23	5.35	2.52	5.04	5.39	2.22	5.00	2.04	5.00	4.78	5.13
30代	274	4.97	2.65	4.89	4.93	2.32	4.72	2.48	4.92	4.65	4.78
40代	361	5.07	2.66	4.99	4.88	2.34	4.78	2.50	4.93	4.77	4.83
50代	343	5.04	2.49	4.97	4.83	2.41	4.73	2.45	4.88	4.76	4.78
60代以上	66	4.97	2.58	4.94	4.61	2.44	4.45	2.41	4.68	4.61	4.79
【ケアプラン説明内容】											
全ての利用者に説明	247	5.25	2.03	5.21	5.19	1.85	4.96	1.82	5.23	5.13	5.12
ほとんどの利用者に説明	617	5.10	2.65	4.99	4.92	2.39	4.76	2.54	4.92	4.71	4.85
一部の利用者にのみ説明	194	4.67	3.18	4.62	4.37	2.97	4.41	3.08	4.48	4.33	4.34
【担当認知症高齢者の日常生活自立度ランク】											
I	13	4.15	3.08	4.38	4.08	3.08	4.08	3.00	4.08	3.85	4.31
IIa-IIb	140	4.67	3.04	4.53	4.51	2.80	4.44	2.97	4.61	4.40	4.44
IIIa-IIIb	451	4.97	2.73	4.90	4.86	2.50	4.74	2.61	4.84	4.62	4.76
IV	328	5.24	2.44	5.14	4.97	2.20	4.80	2.28	5.05	4.95	4.97
M	125	5.29	1.99	5.33	5.27	1.74	4.96	1.82	5.23	5.09	5.06
【ケアプラン原案全てを、説明する必要性】											
必要があると思う	454	5.18	2.31	5.13	5.19	2.04	5.00	2.12	5.12	4.96	5.12
必要ないと思う	596	4.95	2.81	4.85	4.66	2.61	4.56	2.73	4.77	4.57	4.61
【ケアプラン原案を、認知症の人全てに説明する必要性】											
必要があると思う	439	5.22	2.19	5.20	5.17	1.96	5.01	2.05	5.18	5.00	5.13
必要ないと思う	599	4.91	2.88	4.80	4.68	2.65	4.57	2.77	4.72	4.55	4.60

第3章 認知症の人へのケアプラン原案の説明に関する
居宅介護支援専門員の意識調査

	(人)	Q31 本人が不安になる ので、説明は必要 ない	Q32 権利があるから、 説明は必要である	Q33 本人が精神不安定 になるので、説明は 必要ない	Q34 本人が説明を拒否 するので、説明は必 要ない	Q35 家族の負担軽減に なるので、説明は必 要ない	Q36 本人がサービスを 拒否するので、説明 は必要ない	Q37 本人のプライド・自 尊心へ配慮するため 、説明は必要ない	Q38 本人の意思・意向を 尊重するために、説 明は必要である	Q39 本人が主体なので、 説明は必要である	Q40 形式的に、説明は必 要である
全体	1067	2.54	4.59	2.68	2.94	2.19	2.43	2.28	4.94	5.03	3.58
【性別】											
男性	197	2.54	4.76	2.71	2.90	2.24	2.46	2.36	4.88	5.12	3.75
女性	868	2.54	4.55	2.67	2.95	2.18	2.43	2.26	4.95	5.01	3.55
【年代】											
20代	23	2.22	5.00	2.61	2.83	2.00	2.52	2.26	5.13	5.48	4.13
30代	274	2.62	4.62	2.73	2.94	2.29	2.41	2.31	4.93	5.13	3.86
40代	361	2.56	4.69	2.74	2.97	2.16	2.48	2.30	4.97	5.00	3.63
50代	343	2.47	4.47	2.59	2.92	2.15	2.40	2.24	4.92	4.99	3.31
60代以上	66	2.59	4.38	2.58	2.92	2.17	2.41	2.24	4.85	4.86	3.41
【ケアプラン説明内容】											
全ての利用者に説明	247	1.99	4.87	2.10	2.33	1.79	2.01	1.81	5.21	5.36	3.64
ほとんどの利用者に説明	617	2.59	4.60	2.72	3.02	2.22	2.46	2.32	4.98	5.05	3.59
一部の利用者にのみ説明	194	3.12	4.24	3.30	3.51	2.64	2.93	2.78	4.59	4.61	3.53
【担当認知症高齢者の日常生活自立度ランク】											
I	13	2.85	3.69	3.00	3.46	3.15	3.31	3.08	4.23	4.31	3.15
IIa-IIb	140	2.94	4.29	3.11	3.40	2.56	2.86	2.61	4.56	4.63	3.71
IIIa-IIIb	451	2.68	4.61	2.82	3.07	2.29	2.54	2.41	4.88	4.96	3.71
IV	328	2.41	4.57	2.52	2.81	2.04	2.28	2.11	5.10	5.22	3.48
M	125	1.92	5.08	2.06	2.34	1.77	1.94	1.86	5.31	5.41	3.42
【ケアプラン原案全てを、説明する必要性】											
必要があると思う	454	2.21	4.83	2.35	2.62	1.96	2.16	2.04	5.14	5.28	3.70
必要ないと思う	596	2.79	4.43	2.93	3.20	2.37	2.65	2.48	4.82	4.88	3.52
【ケアプラン原案を、認知症の人全てに説明する必要性】											
必要があると思う	439	2.11	4.86	2.28	2.54	1.89	2.08	1.95	5.18	5.32	3.59
必要ないと思う	599	2.86	4.42	2.98	3.26	2.42	2.71	2.55	4.79	4.86	3.60

	(人)	Q41 本人に行動障害が現れるので、説明は必要ない	Q42 信頼関係を作るために、説明は必要である	Q43 本人が理解しているか否か正確にわからないため説明する必要がある	Q44 本人に負担をかけるので、説明は必要ない	Q45 本人の意思・意向を確認するために、説明は必要である	Q46 家族が理解していればよいので、説明は必要ない	Q47 説明義務があるから、説明は必要である	Q48 サービス利用をスムーズにするために、説明は必要である	Q49 本人が独居なので、説明は必要ない	Q50 本人の理解力が低下しているので、説明は必要ない
全体	1067	2.79	4.91	4.47	2.43	4.95	2.22	4.25	4.81	1.65	2.00
【性別】											
男性	197	2.74	4.94	4.59	2.43	4.98	2.27	4.43	4.87	1.62	2.09
女性	868	2.80	4.90	4.44	2.44	4.94	2.21	4.22	4.79	1.66	1.98
【年代】											
20代	23	2.83	5.22	4.57	2.35	5.09	2.09	4.35	5.30	1.39	1.96
30代	274	2.81	5.02	4.56	2.51	5.05	2.20	4.32	4.89	1.59	1.98
40代	361	2.81	4.85	4.46	2.47	4.95	2.25	4.21	4.81	1.64	2.02
50代	343	2.80	4.93	4.45	2.36	4.89	2.20	4.24	4.70	1.69	1.96
60代以上	66	2.58	4.53	4.27	2.32	4.74	2.27	4.24	4.79	1.86	2.17
【ケアプラン説明内容】											
全ての利用者に説明	247	2.24	5.21	4.76	1.95	5.25	1.74	4.55	5.16	1.40	1.59
ほとんどの利用者に説明	617	2.89	4.94	4.47	2.49	4.98	2.25	4.23	4.81	1.65	2.01
一部の利用者にのみ説明	194	3.21	4.48	4.16	2.90	4.50	2.76	4.02	4.42	2.01	2.51
【担当認知症高齢者の日常生活自立度ランク】											
I	13	3.31	4.08	4.23	3.15	4.31	2.92	3.46	3.85	2.31	2.62
IIa-IIb	140	3.14	4.51	4.19	2.81	4.55	2.69	4.16	4.44	2.06	2.48
IIIa-IIIb	451	2.92	4.88	4.45	2.52	4.90	2.36	4.26	4.80	1.71	2.13
IV	328	2.70	5.06	4.52	2.31	5.10	1.98	4.24	4.92	1.50	1.75
M	125	2.19	5.22	4.89	1.97	5.29	1.78	4.50	5.16	1.39	1.58
【ケアプラン原案全てを、説明する必要性】											
必要があると思う	454	2.49	5.14	4.66	2.17	5.15	2.00	4.50	5.03	1.49	1.74
必要ないと思う	596	3.04	4.77	4.36	2.65	4.82	2.39	4.10	4.67	1.79	2.21
【ケアプラン原案を、認知症の人全てに説明する必要性】											
必要があると思う	439	2.38	5.16	4.67	2.09	5.15	1.89	4.42	5.05	1.45	1.69
必要ないと思う	599	3.10	4.75	4.36	2.70	4.82	2.48	4.18	4.66	1.82	2.24

第3章 認知症の人へのケアプラン原案の説明に関する
居宅介護支援専門員の意識調査

	(人)	Q51 ある	Q52 理解できるように工夫して、説明する必要が ある	Q53 トラブル軽減のために、説明は必要である	Q54 本人が内容を理解できないので、説明は必要 ない	Q55 本人の認知症のレベルが重度なので、説明は必要 ない	Q56 本人には判断できないので、説明は必要ない	Q57 不安の解消のために、説明は必要である	Q58 本人との関係づくりを重視するので、説明は 必要ない	Q59 本人はコミュニケーションができないので、説明は 必要ない	Q60 コミュニケーションをとるために、説明は必要で ある
全体	1067	5.41	5.05	5.15	2.06	2.53	2.34	4.90	2.43	2.20	4.90
【性別】											
男性	197	5.37	5.04	5.10	2.07	2.47	2.33	4.76	2.59	2.23	4.91
女性	868	5.42	5.05	5.15	2.06	2.54	2.35	4.93	2.40	2.20	4.90
【年代】											
20代	23	5.65	5.22	5.39	1.74	2.17	1.78	5.17	2.74	1.74	5.39
30代	274	5.55	5.14	5.12	1.99	2.47	2.27	4.92	2.49	2.16	4.97
40代	361	5.41	5.01	5.15	2.09	2.57	2.36	4.83	2.46	2.25	4.85
50代	343	5.32	5.05	5.16	2.09	2.55	2.38	4.94	2.32	2.20	4.89
60代以上	66	5.15	4.83	5.05	2.17	2.56	2.56	4.86	2.55	2.26	4.76
【ケアプラン説明内容】											
全ての利用者に説明	247	5.61	5.32	5.49	1.59	1.90	1.79	5.26	2.02	1.70	5.28
ほとんどの利用者に説明	617	5.47	5.10	5.17	2.08	2.55	2.37	4.90	2.51	2.23	4.93
一部の利用者へのみ説明	194	5.03	4.62	4.69	2.64	3.28	2.98	4.48	2.77	2.80	4.42
【担当認知症高齢者の日常生活自立度ランク】											
I	13	4.62	4.23	4.38	2.54	3.08	2.85	4.23	2.92	2.77	4.08
IIa・IIb	140	5.01	4.64	4.71	2.64	3.20	2.96	4.54	2.76	2.66	4.63
IIIa・IIIb	451	5.41	5.06	5.12	2.21	2.78	2.55	4.85	2.61	2.41	4.86
IV	328	5.55	5.17	5.30	1.82	2.18	2.05	5.02	2.27	1.94	5.00
M	125	5.71	5.36	5.52	1.50	1.80	1.70	5.30	1.90	1.62	5.28
【ケアプラン原案全てを、説明する必要性】											
必要があると思う	454	5.57	5.26	5.39	1.76	2.12	1.98	5.15	2.17	1.89	5.17
必要ないと思う	596	5.33	4.92	4.99	2.31	2.85	2.63	4.74	2.66	2.44	4.74
【ケアプラン原案を、認知症の人全てに説明する必要性】											
必要があると思う	439	5.64	5.29	5.45	1.68	1.93	1.85	5.18	2.13	1.79	5.18
必要ないと思う	599	5.27	4.90	4.96	2.36	3.00	2.72	4.72	2.68	2.52	4.72

〔付録3 配布したアンケート用紙〕

認知症の人の介護保険サービス利用時の 説明に関する意識調査

平成18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、サービス利用時の認知症高齢者に対する説明に関する実態やご意見をお伺いすることとなりました。

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、

2007年 月 日（ ）までにご返送ください。

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 渡辺浩文 〒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）をしている職員がお答えください。
- 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します。

I. 利用者本人へのサービス利用時の説明に関する意識調査

質問項目		全くそう 思わない	ほとんど そう 思わない	あまり そう 思わない	やや そう 思う	かなり そう 思う	非常に そう 思う
Q1	本人のサービス利用なので、説明は必要である。	1	2	3	4	5	6
Q2	制度上必要とされているから、説明は必要である。	1	2	3	4	5	6
Q3	家族と本人の意向が異なっていることがあるから、説明は必要である。	1	2	3	4	5	6
Q4	説明責任があるから、説明は必要である。	1	2	3	4	5	6
Q5	わかりやすく説明すれば理解できる部分もあるから、説明は必要である。	1	2	3	4	5	6
Q6	本人の意欲低下につながるので、説明は必要ない。	1	2	3	4	5	6
Q7	本人が混乱するので、説明は必要ない。	1	2	3	4	5	6
Q8	基本原則として、説明は必要である。	1	2	3	4	5	6
Q9	家族が望まないなので、説明は必要ない。	1	2	3	4	5	6
Q10	本人へ説明しにくい内容の場合があるので、説明は必要ない。	1	2	3	4	5	6
Q11	本人の自立度ランクによっては、説明は必要ない。	1	2	3	4	5	6
Q12	本人と家族のニーズの相違があるので、説明は必要ない。	1	2	3	4	5	6
Q13	混乱や状態の悪化を避けるために、説明は必要である。	1	2	3	4	5	6
Q14	本人の利益になることなので、説明は必要ない。	1	2	3	4	5	6
Q15	本人に認知症の自覚がないため、説明は必要ない。	1	2	3	4	5	6

第3章 認知症の人へのケアプラン原案の説明に関する
居宅介護支援専門員の意識調査

質問項目		全く そう 思わない	ほとん どそう 思わな い	あま りそう 思わな い	やや そう 思う	かな りそう 思う	非常 にそう 思う
Q16	意欲が出てくるから、説明は必要である。	1	2	3	4	5	6
Q17	本人の状態を理解するために、説明は必要である。	1	2	3	4	5	6
Q18	本人はすぐ忘れるので、説明は必要ない。	1	2	3	4	5	6
Q19	本人が理解しているか基準が不明であるので、説明は必要ない。	1	2	3	4	5	6
Q20	家族を重視するので、説明は必要ない。	1	2	3	4	5	6
Q21	一部でも理解できればよいから、説明は必要である。	1	2	3	4	5	6
Q22	本人が不穏になるので、説明は必要ない。	1	2	3	4	5	6
Q23	全くわからないわけではないから、説明は必要である。	1	2	3	4	5	6
Q24	本人との契約なので、説明は必要である。	1	2	3	4	5	6
Q25	契約書の内容が難しいので、説明は必要ない。	1	2	3	4	5	6
Q26	人道的な観点から、説明は必要である。	1	2	3	4	5	6
Q27	本人の性格および症状・状態を考慮すると、説明は必要ない。	1	2	3	4	5	6
Q28	安心感を与えるために、説明は必要である。	1	2	3	4	5	6
Q29	プライドを傷つけないために、説明は必要である。	1	2	3	4	5	6
Q30	本人への説明の必要性を家族にわかってもらうため、説明は必要である。	1	2	3	4	5	6

質 問 項 目		全 く そ う 思 わ な い	ほ と ん ど そ う 思 わ な い	あ ま り そ う 思 わ な い	や や そ う 思 う	か な り そ う 思 う	非 常 に そ う 思 う
Q31	本人が不安になるので、説明は必要ない。	1	2	3	4	5	6
Q32	権利があるから、説明は必要である。	1	2	3	4	5	6
Q33	本人が精神不安定になるので、説明は必要ない。	1	2	3	4	5	6
Q34	本人が説明を拒否するので、説明は必要ない。	1	2	3	4	5	6
Q35	家族の負担軽減になるので、説明は必要ない。	1	2	3	4	5	6
Q36	本人がサービスを拒否するので、説明は必要ない。	1	2	3	4	5	6
Q37	本人のプライド・自尊心へ配慮するため、説明は必要ない。	1	2	3	4	5	6
Q38	本人の意思・意向を尊重するために、説明は必要である。	1	2	3	4	5	6
Q39	本人が主体なので、説明は必要である。	1	2	3	4	5	6
Q40	形式的に、説明は必要である。	1	2	3	4	5	6
Q41	本人に行動障害が現れるので、説明は必要ない。	1	2	3	4	5	6
Q42	信頼関係を作るために、説明は必要である。	1	2	3	4	5	6
Q43	本人が理解しているか否か正確にわからないため、説明する必要がある。	1	2	3	4	5	6
Q44	本人に負担をかけるので、説明は必要ない。	1	2	3	4	5	6
Q45	本人の意思・意向を確認するために、説明は必要である。	1	2	3	4	5	6

第3章 認知症の人へのケアプラン原案の説明に関する
居宅介護支援専門員の意識調査

質問項目		全く そう 思わない	ほとん どそう 思わない	あまり そう 思わない	やや そう 思う	かなり そう 思う	非常 にそう 思う
Q46	家族が理解していればよいので、説明は必要ない。	1	2	3	4	5	6
Q47	説明義務があるから、説明は必要である。	1	2	3	4	5	6
Q48	サービス利用をスムーズにするために、説明は必要である。	1	2	3	4	5	6
Q49	本人が独居なので、説明は必要ない。	1	2	3	4	5	6
Q50	本人の理解力が低下しているので、説明は必要ない。	1	2	3	4	5	6
Q51	理解できるように工夫して、説明する必要がある。	1	2	3	4	5	6
Q52	トラブル軽減のためのために、説明は必要である。	1	2	3	4	5	6
Q53	人権を尊重するために、説明は必要である。	1	2	3	4	5	6
Q54	本人が内容を理解できないので、説明は必要ない。	1	2	3	4	5	6
Q55	本人の認知症のレベルが重度なので、説明は必要ない。	1	2	3	4	5	6
Q56	本人には判断できないので、説明は必要ない。	1	2	3	4	5	6
Q57	不安の解消のために、説明は必要である。	1	2	3	4	5	6
Q58	本人との関係づくりを重視するので、説明は必要ない。	1	2	3	4	5	6
Q59	本人はコミュニケーションができないので、説明は必要ない。	1	2	3	4	5	6
Q60	コミュニケーションをとるために、説明は必要である。	1	2	3	4	5	6

II. 認知症の人へ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。

1. ケアプランの原案の内容説明

ケアプランの原案について認知症の利用者本人に説明していますか。

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 |

2. ケアプランの原案について、「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。

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。

3. ケアプランの原案について、認知症の利用者本人に、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。

- | | |
|----|---------------------------|
| 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 |

4. ケアプランの原案すべてを、認知症の人に説明する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。

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

5. ケアプランの原案内容を、すべての認知症の人に説明する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。

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

III. あなたのことについてお伺いいたします。
あてはまる番号に○（マル）をつけてください。

1. 性別

(1 男性 2 女性)
--

2. 年齢

1 20代
2 30代
3 40代
4 50代
5 60代以上

3. 所有資格（複数回答可）

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

4. 居宅介護支援事業所での経験年数

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

ご協力ありがとうございました。

第4章

認知症の人の介護保険サービス利用のための 判断能力評価尺度開発

I. 研究の背景及び目的

契約利用制度の中で、意思能力の低下した利用者の権利を守っていくためには、成年後見制度や地域福祉権利擁護事業の利用の促進が必要である。そのためには、将来的に、臨床レベルで意思能力判定を行い、社会的支援の必要度の高い利用者、同制度とスムーズな連動がなされるようなシステム及び意思能力評価ツールを作成する必要がある。

居宅介護支援サービス、及びそれを実施する介護支援専門員は、サービス計画書の作成・実施を通し、利用者の意思をサービス利用に反映し、その利用過程全体にかかわりを持つ。その意味で、居宅介護支援サービス及びそれを実施する介護支援専門員は、利用者の自己決定を尊重した介護保険サービスの利用を行う上で重要な位置を占めているのと同時に、認知症高齢者をはじめとした要援護者の権利擁護を推進をする役割も担っている。そこで、本研究事業では、介護支援専門員の実施する臨床レベルにおける意思能力評価スケールの開発について検討することとした。

II. 昨年度の研究事業における議論

平成17年度の研究事業では、検討委員会が組織され、数回にわたる検討が行われた。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、判断能力に関するレクチャーが行われた。その後、そ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、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。事務局からは、2つのスケールの素案が提出された。いわゆる MacCAT-T の介護保険サービス版として提案されたものと、被験者の日常生活上必要とされる包括的な判断能力を測定することを目的としたスケールの二つである。平成17年度の検討委員会での議論の結論としては、前者の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、日常生活を送る上で求められる包括的な判断能力ではなく、ある特定の介護保険契約に関する判断能力について測定するということが確認された。また、それは「意志」ではなく、「理解

力」のみ測るもので、多忙な実践現場において活用可能なものを目指す方向性が確認された。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ではない。

III. 本事業における意思能力評価スケール開発

本研究では、介護支援専門員がケアプランの説明の際に実施する意思能力評価スケールを開発について検討する。ここでいう意思能力とは、臨床レベルで求められる意思能力であり、判定する能力は、介護支援専門員から受けたケアプランの説明に対しての理解能力についてである。また、評価スケールは、MacCAT-Tを参考にしながら、臨床現場での使用が可能な簡易なものを目指す。また、これまでの実態調査やグループインタビューの結果をふまえ、提供された情報に対する理解に焦点を置いた評価スケールの開発を検討する。

1. 意思能力の判定について

意思能力とは、契約等の特定の法律関係を発生させる意思を形成し、それを表示し、結果を判断、予測できる知的能力を指す¹⁾。五十嵐は、意思能力判定の構造を「機能的能力」「キャパシティ」「コンピテンス」の3つのレベルに整理を行った²⁾。「機能的能力」の判定は、知能のように精神医学や心理学で行われる認知機能評価によって判定可能な能力であり、連続量として測定される。一方「キャパシティ」は、医療保健福祉専門家によって規定される臨床的状态であり、連続量として存在する機能的能力に、個々の置かれた背景要因をふまえて必要な意思能力の個々の閾値を設定し、その閾値を基準点として「あり」「なし」の二分法で判定する。同じ機能的能力であっても、選択を行うべき事項が缶ジュースを買うか否かという状況と、癌の手術を行うかどうかではその選択の結果、本人が被るリスクの深刻さが違うわけであり、本人の自己決定を尊重するかどうかの判断をする際、本人に求められる能力の程度も異なってくる。また、この選択結果の評価は、本人の趣味・嗜好・信条などの価値観と評価者自身の価値観が反映される。すなわち、キ

キャパシティの判定は、たとえそれが評価者にとって納得のいかない結果であろうとも、本人が決定したことに最上の価値を置くという本人の自己決定の尊重（自律性）と評価者が見る限り本人の選択の結果が本当に本人にとって利益になっているかどうかという、本人の最善の利益（保護）という二つの要素のバランスの中で判断されることになる。なお、このバランスは、最初から自律性を重視するよう支点が設定されている。

「コンピテンス」は、法律家、特に裁判官によって判定される法的身分であり、その人がある法律行為を単独で行うために必要とされる能力を備えているかどうかについての判断である。この整理に従えば、臨床レベルにおける意思能力の判定の方法は、連続量として評価された「機能的能力」をふまえながら、医療保健福祉専門家が、対象の置かれ状況を踏まえ個別の閾値を設定し、「ある」「なし」の2分法で「キャパシティ」の判定を行うという過程が導かれると考える。上記の整理に従えば、本研究事業において開発を目指す評価スケールは臨床レベルで評価可能な「機能的能力」の評価スケールということになる。

機能的能力の中核をなすのは、Appelbaum と Grisso が提示した4つの能力であると考えられている²⁾。その4つの能力とは、理解 (understanding)、論理的思考(reasoning)、認識(Appreciation)、選択の表明(expressing a choice)である。理解とは、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おくこと指す。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いかえること、可能な選択肢を提示することによって確認される。一方、論理的思考とは、得られた情報を論理的に操作し、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を指す。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を指す。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である。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、価値観と整合性がとれたものである必要がある。また、認識とは、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を指す。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が必要とされる。最後に、選択の表明とは、ある意思決定の結果を他者に伝達することができることを指す。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がある。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頻繁に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。ただし、この4つの能力のうち、理解については、提示する情報の範囲が不明確であること、論理的思考については、理由のつかない愚かな選択をした者はすべて治療同意能力がないことになり、自己決定権が認められる余地が少なくなってしまうといった批判がある³⁾。

2. 機能的能力の評価スケール

介護保険サービス利用のための意思能力を臨床レベルで測定する尺度は現在のところ存在していない。しかしながら、認知症の人の介護保険サービスの契約が適正に行われていくためには、同意能力判定の評価方法に関する議論は避けることはできないと考える。

今後そうした基準及びツールの作成を行っていくためには、前述したような、精神医療における治療同意能力に関する研究の蓄積を土台にしながら検討が行われていかねばならないと考える。

Appelbaum と Grisso は、上記の機能的能力の概念を元に、治療同意能力の評価スケールである MacArthur Competence Assessment Tool-Treatment(MacCAT-T)⁴⁾ の開発を行った。

MacCAT-T は、準構造化面接法を用いて実施され、開発者によれば通常の面接の所要時間は15分から20分だとされる。面接者は必ずしも医師である必要はなく、看護師、ソーシャルワーカーなども訓練して実施することが可能である。MacCAT-T では測定する治療同意能力を理解、認識、論理的思考、選択の表明の4つから構成されているが、その下位尺度項目として、1) 疾患についての理解、2) 利点・危険性についての理解、3) 疾患についての認識、4) 治療についての認識、5) 治療効果の論理的思考、6) 比較する論理的思考、7) 結果の推測、8) 論理的一貫性、9) 選択の表明が設定されている。MacCAT-T の特徴としては、①言葉を話せない患者には使用できない。②研究用ではなく、一般臨床に用いることを目的としている。③面接者の裁量をかなり許容している構造化面接。④患者に何を開示するかは面接者が決めてよく、開示・質問を繰り返す形式をとっている。すなわち、評価のための情報刺激が患者によって異なる。といった点がある。

実施後の評価方法は、まず、各質問項目毎に結果が得点化され、それぞれ

の項目が属する下位尺度ごとに、項目得点を合算し、項目数で割って総合得点を出す。それらを下位尺度を属する概念（能力）ごとに足して、総合理解/認識/論理的思考/選択の表明得点を算出する形で行う。4つのタイプの能力に平均以上の得点があれば、ほとんどのタイプの治療について決定を行う能力があるとされる。標準化については、評定者間の信頼性について20名の患者と、20名の地域住民に対して3人の面接者が行った結果の相関がほぼ9.0以上であったことが報告されている。

その他の評価スケールとしては、北村らが作成した Structured Interview for Competency and Incompetency Assessment Testing and Ranking Inventory(SICIATRI)⁵⁾ などがある。

3. 居宅介護支援サービスにおける意思能力評価の意味とあり方

本研究事業では、意思能力の評価は、居宅介護支援サービスにおける介護サービス計画書の説明を行う際に介護支援専門員が実施する方向で検討を行うこととした。

介護保険サービス利用に際しての意思能力を評価する時期は、①介護保険申請前②介護保険申請時③介護保険サービス利用時の3つの時期があると考えられる。居宅介護支援サービスは介護保険サービスにおける居宅サービス利用の入り口に位置し、同サービスの展開は③の介護保険サービス利用中全体にわたって継続される。介護保険サービスはある短期間に集中的に利用するサービスというよりも、長期にわたって継続的に利用していく性質を持つため、利用している間にも利用者の意思能力の程度は変動していく。介護支援専門員が居宅介護支援サービスを通して意思能力評価を行っていくメリットは、そうした③の介護保険サービス利用中の長期間にわたる利用者の意思能力の変動について継続的な評価を行っていけるところにあると考えられる。

以上のことをふまえ、介護支援専門員が行う意思能力評価の役割をまとめると、③の介護保険サービス利用の期間を通じ、同意能力の機能評価を行いながら法的な支援の必要性を検討すべきか否かの判断を行っていく、一種のスクリーニングの役割を果たすことが考えられる。

上記のことをふまえ、本研究事業では、ケアプランに対する意思能力をケアプランの提示の際に評価するツールの開発を目指すこととした。ケアマネ

ジメントのプロセスはケアプランの作成・実施の後、モニタリングを繰り返し、必要に応じてケアプランの変更を行っていく。これが先述の③の介護保険サービス利用の期間を通じて実施されていくことになる。当然その際には作成されたケアプランについて利用者・家族に対し説明を行い了承をとる契約締結の作業が発生する。例えば、その際に情報提供と提供された情報に対する利用者の同意能力の程度を測定していくことが考えられる。かつ、それにより、ケアプランに記載された内容についての情報提供が確実に行われたかについて同意能力に関する評価の視点が加わり、契約締結の上より適正な情報提供が行えるようになると思う。また、当該ケアプランはその利用者が今後利用していくサービスの計画書であるため、それら利用予定のサービス全体に対する同意能力に関しても予測することが可能になると考える。そして、ケアプランに対する同意能力の状態は、モニタリングとケア計画の再作成を繰り返しながら継続的にフォローアップをしていくことができると考える。

IV. 項目の抽出方法

昨年度の検討委員会の議論をふまえ、本研究における、評価スケールは、介護保険サービスの契約に関する能力を測定することを目的とし、介護支援専門員の業務の流れの中で行えるもので、項目数が多くなく、自由記述といった手間のかかる部分が少ないものを検討していくこととなった。そこで本研究では、Appelbaum と Grisso の判断能力の構成要素のうち全てを測定するのではなく、「提供された情報の理解」を中心に作成することとした。また、新たな情報提供内容の記述用紙を作成せず、サービス計画書を提供する情報の内容に設定することで、介護支援専門員の業務との連動と、法に則った情報提供の質と量を確保できるよう配慮することとした。

質問方式としては、MacCAT-T を参考に、「情報開示→確認」の形式を踏襲することとした。質問項目の抽出については、①昨年度に同研究事業で実施した実態調査の結果、省令で定められた項目（資料1）の中で、現場での優先度が高かった項目（表1）と②グループインタビューで得られた結果をふまえて検討した。

実態調査の結果、省令で定められた項目の中で、現場での優先度が高かつ

た項目は、「利用者及び家族のサービスに対する意向」・「総合的な援助の方針」・「週間計画」・「サービスの提供方法」・「生活全般の解決すべき事項」・「サービスの目的」・「短期目標」・「サービスの費用」であった。グループインタビューの結果得られた項目は、「サービスが入ること」、「お金」、「自分がどんなサービスを使うかということのイメージ」、「なぜサービスが必要なのか」、「顔を覚えてもらう」、「ケアマネの契約書はこのとおりですという」、「曜日を忘れるとか、「時間を忘れるとか、それはもう、その都度の対応でいい」、「介護保険のサービスの自立支援という基本理念」であった。

実態調査及びグループインタビューの結果について、作業部会、委員会での意見及び予備調査の結果をふまえて以下の項目・内容に再構成した。

①サービス利用の理解 及びサービス開始日時の理解

- ・〇〇さんはこれから介護保険のサービスを利用することになります。

②サービス利用の目的の認識

- ・〇〇さんの希望は、～です。

(第1表：利用者及び家族の介護に対する意向の記載内容)

- ・私たちは〇〇さんに～のようなサービスを提供したいと考えています。

(第1表：総合的な援助の方針の記載内容)

③利用するサービス内容及び開始時期の理解

- ・〇〇さんがご利用になるサービスは、～になります。

(第2表：サービス種別と内容)

- ・サービスの開始は(具体的な日時)からです。
- ・(同内容の継続の場合)

これまで通りにサービスの利用を続けます。

④サービス利用にかかる料金の理解

- ・サービス利用にはお金がかかります。
- ・〇〇さんのサービス利用には1ヶ月(具体的な金額)がかかります。

⑤緊急時の連絡先

- ・何かあった場合の連絡先は、～です。

(具体的な事業所名とその連絡先)

上記項目を説明後、利用者が理解しているかどうかを確認するための評価ツールの素案を同時に開発した。同ツールは「インフォームド・コンセントシート」とした(資料2)。インフォームド・コンセントシートの内容は、

以下のとおりである。

- ① サービス利用の確認：ではもう一度〇〇さんのサービスについて、確認させていただきます。よろしいでしょうか。
- ② サービス利用の目的：〇〇さんが介護保険サービスの利用に際して希望することを、もう一度教えていただけますか。
- ③ 私たちは、〇〇さんに（ ）のように、サービスを提供したいと考えています。よろしいでしょうか。（ ）内は内容でなく「方針」
- ④ 利用するサービス内容：〇〇さんがお使いになるサービスは、どのような内容のものでしたか。
- ⑤ サービス開始日時、継続の確認（初回利用者）：〇〇さんは、いつからサービスを利用になるかご存知ですか。それはいつからですか。
(③-1)
- ⑥ サービス継続の確認(同内容での継続の場合)：これまでと同じように、サービスの利用を続けますがよろしいですか。(③-2)
- ⑦ サービス利用による料金発生の確認：サービス利用にかかる料金サービス利用には、お金がかかることはご存知ですか。
- ⑧ サービス利用料金の金額の確認：サービス利用にかかる料金1ヶ月にかかる金額をご存知ですか。それはいくらですか。
- ⑨ 緊急時の連絡先の確認：サービスの利用について、何かあった場合の連絡先はおわかりですか。(具体的な事業所名とその連絡先)
- ⑩ 計画実施の確認：以上の計画に基づいて、サービスが開始されます。よろしいでしょうか。

このうち、説明内容について利用者の理解を評価する項目は、②、④、⑤、⑧、⑨とした。①、③、⑥、⑦、⑩については、「回答あり、回答なし、その他の回答」で利用者の反応を評価してもらう形式にした。

理解の評価は、表2の基準に基づいて、「十分に理解、一部理解、理解困難」で評価する。評価基準については MacCAT-T における評価基準を基本としながら、「十分に理解している」の評価基準に、「サービス計画書で、記載された場所を指し示したり、読みながら説明を行える。」を加えたものとした。

表2 理解の評価基準

十分に理解している	一部理解している	理解していない
<ul style="list-style-type: none"> ・説明された内容を覚えており、それについてかなり明確な説明ができる。 ・説明された言葉と同じ言葉を繰り返す必要はなく、利用者自身の言葉で言い換えられる。 ・サービス計画書で、記載された場所を指し示したり、読みながら説明を行える。 	<ul style="list-style-type: none"> ・説明内容を、ある程度覚えているが、利用者の説明の理解が不確かである。 ・ある程度理解していると考えられるが、意味が広すぎたり曖昧すぎて、確実ではない。 ・ある程度、くわしく正確な情報を含む回答をするのだが、中心的な内容が欠けている。 	<ul style="list-style-type: none"> ・その項目の内容を思い出せない。 ・明らかに不正確な説明をする。 ・利用者から明確な説明を引き出そうとしても、適切な回答、説明をすることが出来ない。

V. 手引きの作成

上述した 説明内容項目及び、理解の評価方法については「インフォームド・コンセントシート実施の手引き」を作成し、第1次調査の実施方法と合わせて記載した（資料3）。また、調査対象者の属性についての情報を得るためにフェースシートを作成した（資料4）。

文献

- 1) 白石弘巳:医療における高齢者の同意能力,老年精神医学雑誌、13 (10) :1121-1126 (2002)
- 2) 五十嵐禎人:II 意思能力について;精神医学的立場から。(松下正明 総編集) 司法精神医学 4;民事法と精神医学,42-52,中山書店,東京 (2005)
- 3) 新美育文:インフォームド・コンセントと同意能力。(松下正明総編集) 司法精神医学;司法精神医学 5,304-309,中山書店,東京 (2006)
- 4) 北村總子、北村俊則 訳 トマス・グリッソ、ポール・S・アッペルボーム:治療に同意する能力を判定する;医療・看護・介護・福祉のためのガイドライン,日本評論者,東京,(2000)
- 5) 北村總子、北村俊則:精神科医療における患者の自己決定権と治療同意判断能力、学芸社 (2000)

〔資料 1〕

「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）」の中で求められているサービス計画書の説明すべき内容

⑩ 居宅サービス計画の説明及び同意（第 10 号）

、、、また、当該説明及び同意を要する居宅サービス計画原案とは、いわゆる居宅サービス計画書の第 1 表から第 3 表まで、第 7 表及び第 8 表（「介護サービス計画書の様式及び課題分析標準項目の提示について」（平成 11 年 11 月 12 日老企第 29 号厚生省老人保健福祉局企画課長通知）に示す標準様式を指す。）に相当するものすべてを指すものである。

ここで示された第 1 表の主な内容としては、「利用者及び、家族の介護に対する意向」「介護認定審査会の意見及びサービスの種類の指定」「総合的な援助の方針」、第 2 表の主な内容としては、「生活全般の解決すべき課題（ニーズ）」「長期目標」「短期目標」「サービス内容」「サービス担当者」「サービスの頻度」「サービスの期間」となっている。第 3 表は、「週間サービス計画表」を指している。

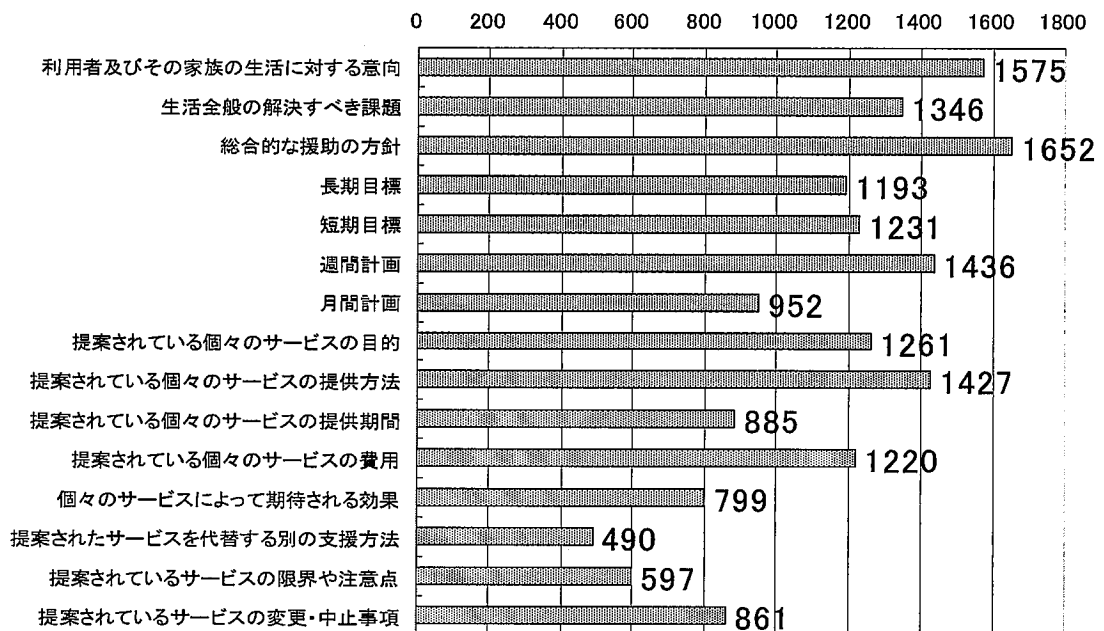


図 1 ケアプランの説明時に説明している項目についての実態調査結果

横軸は回答者を指す。

〔資料2〕

インフォームド・コンセントシート

実施日 年 月 日 (曜日)
 実施場所 ()
 実施者名 ()

説明内容	質問項目	利用者回答等	評定
サービスの利用 ①	ではもう一度〇〇さんのサービスについて、確認させていただきます。よろしいでしょうか。	(はい ・ いいえ)	1) 回答あり 2) 回答なし 3) その他
サービス利用の目的 ②-1	〇〇さんが介護保険サービスの利用に際して希望することを、もう一度教えていただけますか。		1) 十分に理解 2) 一部理解 3) 理解困難
サービス利用の目的 ②-2	私たちは、〇〇さんに () のように、サービスを提供したいと考えています。よろしいでしょうか。 ()内は内容でなく「方針」	(はい ・ いいえ)	1) 回答あり 2) 回答なし 3) その他
利用するサービス内容 ③-1	〇〇さんがお使いになるサービスは、どのような内容のものでしたか。		1) 十分に理解 2) 一部理解 3) 理解困難
サービス開始日時、継続の確認 ③-2	〇〇さんは、いつからサービスを利用になるかご存知ですか。それはいつからですか。	(はい ・ いいえ)	1) 十分に理解 2) 一部理解 3) 理解困難
	(同内容での継続の場合) これまでと同じように、サービスの利用を続けますがよろしいですか。	(はい ・ いいえ)	1) 回答あり 2) 回答なし 3) その他
サービス利用にかかる料金 ④-1	サービス利用には、お金がかかることはご存知ですか。	(はい ・ いいえ)	1) 回答あり 2) 回答なし 3) その他
サービス利用にかかる料金 ④-2	1ヶ月にかかる金額をご存知ですか。それはいくらですか。		1) 十分に理解 2) 一部理解 3) 理解困難
緊急時の連絡先 ⑤	サービスの利用について、何かあった場合の連絡先はおわかりですか。 (具体的な事業所名とその連絡先)		1) 十分に理解 2) 一部理解 3) 理解困難
	以上の計画に基づいて、サービスが開始されます。よろしいでしょうか。	(はい ・ いいえ)	1) 回答あり 2) 回答なし 3) その他

[資料3]

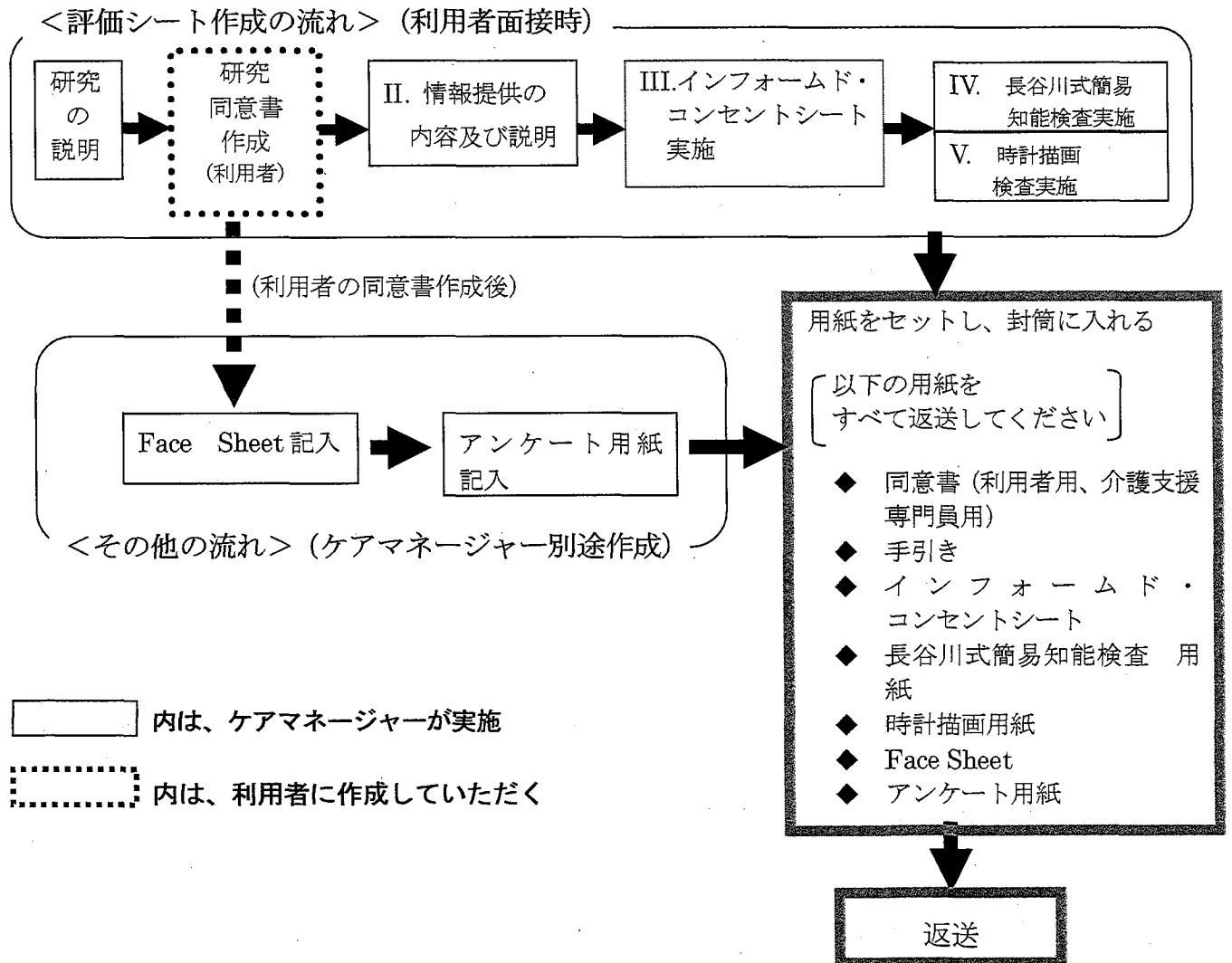
インフォームド・コンセントシート実施の手引き

本研究では、サービス計画書（ケアプラン）の説明を行った際、利用者の理解を評価することを目的としています。また、同時に当該ケアプランの実施にかかわる同意能力についても評価を行うものです。

この手引きは、インフォームド・コンセントシートを実施する際の手順が書かれています。シート全体の構成は、次の通りです。

- ◆ 利用者への研究協力依頼（説明）
- ◆ 同意書
 - I. 利用者の同意書記入に関して
 - II. 情報提供の内容及び説明
(作成したサービス計画書(1)(2)(3)及び(7)(8)の利用者への説明)
 - III. インフォームド・コンセントシート
 - IV. 改訂版長谷川式簡易知能評価スケール(HDS-R)実施方法
- ◆ 改訂版長谷川式簡易知能評価スケール
- V. 時計描画検査実施方法
- ◆ 時計描画用紙(3枚)
- ◆ Face Sheet (利用者面接時間外で記入してください。利用者宅ならびに利用者の目の前では記入しないで下さい)。
- ◆ アンケート用紙

以下の流れに沿って、実施してください。



I. 情報提供の内容及び説明

サービス計画書（１）（２）（３）及び（７）（８）の説明を行う際、最低限の説明内容として以下の項目についての説明及び確認の作業を行って下さい。

□枠内は提供・確認方法の例です。各説明及び確認を行うたびに、シートに記入して下さい。

ケアプランの内容において、各項目の末尾に記載されている番号はインフォームド・コンセントシートの番号と対応しています。

1. ケアプランの内容説明の確認

・ これから、ケアプランの説明を行いますよろしいですか。（はい・いいえ）

* 居宅サービス計画書の資料の提示を行う

2. ケアプランの内容

①サービス利用の理解 及びサービス開始日時の理解

・ ○○さんはこれから介護保険のサービスを利用することになります。

①

②サービス利用の目的の認識

・ ○○さんの希望は、～です。

②-1

（第1表：利用者及び家族の介護に対する意向の記載内容）

・ 私たちは○○さんに～のようなサービスを提供したいと考えています。

②-2

（第1表：総合的な援助の方針の記載内容）

③利用するサービス内容及び開始時期の理解

・ ○○さんがご利用になるサービスは、～になります。（第2表：サービス種別と内容）

③-1

・ サービスの開始は（具体的な日時）からです。

③-2

（同内容の継続の場合）これまでどおりにサービスの利用を続けます。

④サービス利用にかかる料金の理解

・ サービス利用にはお金がかかります。

④-1

・ ○○さんのサービス利用には1ヶ月（具体的な金額）がかかります。

④-2

⑤緊急時の連絡先

・ 何かあった場合の連絡先は、～です。（具体的に事業所名とその連絡先）

⑤

3. 説明内容に対する理解認識に関する確認の同意

・ 今説明させていただいた内容について、ご理解いただけましたか（はい・いいえ）

・ 間違いがあるといけませんので、今までに説明させていただいた内容について、もう一度確認させてください（はい・いいえ）

II. インフォームド・コンセントシート実施方法

インフォームド・コンセントシートは、「II.情報提供の内容及び説明」が終了してから行ってください。インフォームド・コンセントシート実施における記入方法、注意事項、理解の評価基準は次の通りです。

1. シートの記入方法

- 1) 実施時あるいは実施後に、実施日・実施場所・実施者名を必ず記入してください。
- 2) 質問項目は上から順に実施しても構いませんし、実施しやすい順に行っても構いません。
- 3) 実施時には、各項目について利用者に聞いた後、その都度利用者回答欄に記入してください。
なお、評価欄につきましては、実施時でも実施後の記入でも構いません。

2. 注意事項

- ・必ず全項目について利用者に実施してください。ただし回答がなかった場合は、その旨利用者回答欄に記入してください。
- ・実施後、途中であっても実施者が「最後まで行うことは難しい」と考えた場合は、途中終了となっても構いません。その旨用紙の「理由」欄に書いてください。

3. 理解の評価基準

本シートにおける理解の評価は以下の基準で実施して下さい。一部理解の場合には何については理解しているかを備考欄に記入してください。

十分に理解している	一部理解している	理解していない
<ul style="list-style-type: none"> ・説明された内容を覚えており、それについてかなり明確な説明ができる。 ・説明された言葉と同じ言葉を繰り返す必要はなく、利用者自身の言葉で言い換えられる。 ・サービス計画書で、記載された場所を指し示したり、読みながら説明を行える。 	<ul style="list-style-type: none"> ・説明内容を、ある程度覚えているが、利用者の説明の理解が不確かである。 ・ある程度理解していると考えられるが、意味が広すぎたり曖昧すぎて、確実ではない。 ・ある程度、くわしく正確な情報を含む回答をするのだが、中心的な内容が欠けている。 	<ul style="list-style-type: none"> ・その項目の内容を思い出せない。 ・明らかに不正確な説明をする。 ・利用者から明確な説明を引き出そうとしても、適切な回答、説明をすることが出来ない。

IV. 長谷川式簡易知能テスト (HDS-R)

認知症の評価スケールとして、医療福祉現場などで幅広く使用されています。

口頭による質問により、被験者（この場合利用者様）の短期記憶や見当識（時・場所・時間の感覚など）、記名力などを比較的容易に点数化し評価できるようになっています。

質問者の熟練度関係なく一定の結果が得られます。

実施に必要なもの：評価スケール用紙

記憶に関する項目の5つの品物（時計、鍵、ペン、硬貨、ハンカチ）
(利用者へ渡すものはなし)

1. 実施の手順

- 1) 評価スケールの用紙をもとに、利用者に質問を行ってください。
- 2) 回答できない場合は、次の質問に進んでください。
- 3) 最後の項目まで終わったら、終了です。

2. 注意事項

- ・時間は無制限です。
- ・検査の実施に際して、利用者が拒否した場合には、無理に答えていただくなくて結構です。

V. 時計描画検査実施方法

実施に必要なもの：所定の B5 用紙 3 枚・鉛筆（2 B）・消しゴム

時計描画検査に際しては、次の手順で行ってください。

1. 実施の手順

- 1) 何も描かれていない B5 サイズの白紙 1 枚と鉛筆（2 B）・消しゴムを利用者に渡します。
- 2) 「時計の絵を描いてください」と利用者に指示します。（時間の指定（何時何分を描くか）はなし）
*意味がわからないようだったら・・・
「時計の文字盤を描いてもらうので、大きな円を描いて数字を全部描きこんでください」と伝える。
- 3) 次に、1 枚目の B5 用紙と差し替えに円のみ描かれた B5 用紙 1 枚を利用者に渡します。
「申し訳ありませんが、今度は円の中に数字だけ描いてください」と指示します。
- 4) 最後に、2 枚目の B5 用紙と差し替えに文字盤の描かれた B5 用紙 1 枚を利用者に渡します。
「10 時 10 分の針を描いてください」と指示します。
- 5) 利用者が描き終えたら、検査は終了です。

2. 注意事項

- ・時間は無制限です。
- ・検査の実施に際して、利用者が拒否した場合には、無理に描いてもらわないで結構です。
- ・途中で利用者が描くのをやめた場合でも、4) まで進んで終了してください。

[資料4]

Face Sheet

次の項目について、必要に応じて○（マル）あるいはご記入をお願いします。
ご存知の範囲でお答えください。

● 利用者のプロフィール

医師からの認知症の診断	(有 ・ 無)
認知症高齢者の日常生活自立度	I ・ IIa ・ IIb ・ IIIa ・ IIIb IV ・ M
寝たきり度判定基準	J 1 ・ J 2 ・ A 1 ・ A 2 B 1 ・ B 2 ・ C 1 ・ C 2
要介護度	要支援 1 ・ 要支援 2 介護度 1 ・ 介護度 2 ・ 介護度 3 介護度 4 ・ 介護度 5
主な職歴	会社員 ・ 自営業 ・ 農林水産業 専業主婦 ・ 無職 その他 ()
最終学歴	尋常小学校 ・ 高等小学校 ・ 中学校 師範学校 ・ 高等学校 ・ 短期大学 大学 ・ その他 ()
性別	(男 ・ 女)
年齢	() 才

● サービスに関して

- ・ サービス利用の依頼者 (本人 ・ 家族)
- ・ 同居状況 (同居の家族に○をし、利用者本人を含めた家族の人数を書いてください)

[独居	配偶者	
	子供	子供の配偶者	孫
	その他 ()		
	同居人数 () 人		

- ・ サービス利用開始 (昭和・平成 年 ・ 不明)
- ・ あなたが利用者に関わり始めた時期 (年 月)

● **利用者の研究同意書記入に関して**

利用者の研究同意書記入状況を確認した上で、別途記入してください。

- ・ 同意書の記入（ 独力で記入可能 ・ 独力での記入は難しい ）
- ・ 同意書の各項目の記入方法・気づきなど

(日付)
(氏名)
(年齢)

● **調査に要した時間について**

調査に要した時間についてお書きください。

1. 研究同意の確認 (分程度)
2. ケアプランの説明 (分程度)
3. インフォームド・コンセントシートによる確認 (分程度)
4. HDS-Rの実施 (分程度)
5. 時計描画検査の実施 (

第5章

インフォームド・コンセントシート

開発のための調査

I. 調査目的

インフォームド・コンセントシートを介護支援専門員の方に使用してもらい、同シートを実用可能なものにするための改善点や、どのような対象に実施が可能かを明らかにすること。

II. 調査方法

1. 調査対象者の要件

1) 研究協力者の要件

研究協力者となる介護支援専門員の要件は、以下の2点とする。①現在、居宅介護支援事業所に勤務しており、介護支援業務を行っていること②担当の利用者の中に、認知症の診断を受けた人が含まれていること。

2) 調査対象者の要件

調査協力者である介護支援専門員が担当する利用者のうち、以下の条件を満たしているものに調査を実施する。

- ・言語的なコミュニケーションが可能な利用者
- ・認知症の診断を受けている方、及び受けていない利用者、各1名ずつ、計2名
- ・利用者本人もしくはご家族が研究の主旨を理解し、調査の実施に同意してもらえる利用者

2. 調査方法・手順

1) 調査協力者の抽出

調査協力者の抽出は、主に認知症介護研究・研修東京センターの指導者研修の修了生に、調査協力者の要件に該当する介護支援専門員の紹介を依頼する形で行った。

2) 説明会の実施

調査に先立って、調査協力者を対象に説明会を実施した。説明会は、平成19年2月24日、認知症介護研究・研修東京センターで実施した。調査を依

頼する介護支援専門員は原則として全員参加とした。説明会では、調査方法の説明（インフォームド・コンセントシート、時計描画検査、長谷川式簡易知能評価スケール（HDS-R）の実施方法の説明）を行った。

3) 調査の実施の手順

インフォームド・コンセントの手引きに指定された方法に従って、利用者のサービス計画書の説明を行い、インフォームド・コンセントシートを用いて内容を理解しているかどうかについて確認を行う。その後、時計描画検査及び長谷川式簡易知能評価スケール(HDS-R)を実施する。具体的には、調査協力者である介護支援専門員は以下の手順で調査を実施してもらう。

- ①利用者への研究協力依頼（説明）
- ②同意書の記入
- ③利用者の同意書記入に関しての記入
- ④情報提供の内容及び説明

（作成したサービス計画書(1)(2)(3)及び(7)(8)の利用者への説明)

インフォームド・コンセントシートの実施

- ⑤改訂版長谷川式簡易知能評価スケール(HDS-R)実施方法の説明
- ⑥改訂版長谷川式簡易知能評価スケールの実施
- ⑦時計描画検査実施方法の説明
- ⑧時計描画用紙の実施
- ⑨Face Sheet の記入
- ⑩アンケート用紙の記入
- ⑪関連書類の郵送

なお、インフォームド・コンセントシートを用いた利用者評価については、以下のように行うことを事前に調査協力者に教示した。

(1) シートの記入方法

- ・実施時あるいは実施後に、実施日・実施場所・実施者名を必ず記入すること。
- ・質問項目は上から順に実施しても構いませんし、実施しやすい順に行っても構わない。
- ・実施時には、各項目について利用者に聞いた後、その都度利用者回答欄に記入する。なお、評定欄につきましては、実施時でも実施後の記入で

も構わない。

(2) 注意事項

- ・必ず全項目について利用者に実施してください。ただし回答がなかった場合は、その旨利用者回答欄に記入すること。
- ・実施後、途中であっても実施者が「最後まで行うことは難しい」と考えた場合は、途中終了となっても構わない。その場合、その旨用紙の「理由」欄に書くこと。

上記実施方法及び、手順については、事前説明会において説明を行うのと同時に、「インフォームド・コンセントシート実施の手引き」を、各調査協力者に配布した。

4) 調査期間

説明会実施後、平成19年2月24日から平成19年3月23日の間、実施した。

III. 調査結果

1. 調査協力者の属性

今回の調査に協力してもらった介護支援専門員のうち、要介護度に欠損値がなく、要介護1以上の利用者に対して調査を実施した介護支援専門員を分析対象とした。分析対象となったのは71名だった。

調査協力者の属性として、性別、年齢、介護支援専門員として居宅介護支援業務に従事した年数、保健・医療・福祉業務に従事した年数、及び取得している保健・医療・福祉に関する資格について尋ねた。

調査協力者（介護支援専門員）の性別は、男性は15人（21.13%）、女性は52人（73.24%）だった（表1）。年齢は、平均年齢が44.21歳（MIN:29,MAX:65,SD=8.74）だった。年齢構成をみると20代が1人（1.41%）、30代が22人（30.99%）、40代が22人（30.99%）、50代が21人（29.58%）、60代以上が5人（7.04%）だった（表2）。介護支援専門員として居宅介護支援業務にあたっている経験年数は、平均が4.31年（MIN:1年未満,MAX:13,SD=2.33）だった。同経験年数の構成をみると、1年未満が2人

(2.82)、1年以上3年未満が13人(18.31%)、3年以上5年未満が23人(32.39%)、5年以上10年未満が29人(40.85%)、10年以上が1人(1.41%)だった(表3)。また、保健・医療・福祉分野の業務経験年数をみると、平均が15.56年(MIN:5,MAX30,SD:5.96)だった。同経験年数の構成をみると、5年以上10年未満が5人(7.04%)、10年以上15年未満が31人(43.66%)、15年以上20年未満が9人(12.68%)、20年以上25年未満が15人(21.13%)、25年以上が6人(8.45%)だった。

(表4)取得している資格を複数回答で尋ねたところ、看護師・准看護師が20人、介護福祉士41人、ホームヘルパー11人、社会福祉士が13人、社会福祉主事が21人だった。(表5)

表1 調査協力者の性別

	回答者数	パーセント
男性	15	21.13
女性	52	73.24
欠損値	4	5.63
合計	71	100.00

表2 調査協力者の年齢の基礎統計

	回答数	%
20代	1	1.41
30代	22	30.99
40代	22	30.99
50代	21	29.58
60代以上	1	1.41
欠損値	4	5.63
合計	71	100.00

表5 居宅介護支援業務の経験年数構成

	回答数	%
1年未満	2	2.82
1年以上3年未満	13	18.31
3年以上5年未満	23	32.39
5年以上10年未満	29	40.85
10年以上	1	1.41
欠損値	3	4.23
合計	71	100.00

表4 保健・医療・福祉の経験年数構成

	回答数	%
5年以上10年未満	5	7.04
10年以上15年未満	31	43.66
15年以上20年未満	9	12.68
20年以上25年未満	15	21.13
25年以上	6	8.45
欠損値	5	7.04
合計	71	100.00

表5 取得資格

	(回答者数)	看護師・准看護師	介護福祉士	ホームヘルパー	社会福祉士	社会福祉主事	その他
回答数	71	20	41	11	13	21	3
%	100	28.17	57.75	15.49	18.31	29.58	4.23

2. 分析対象者の概況

1) 分析対象者の属性

調査対象者のうち、要介護度の回答に欠損がない、要介護度 1 以上の対象者 125 名を分析対象とした。分析対象者の属性について、性別、年齢、認知症の診断の有無、認知症高齢者の日常生活自立度ランク、寝たきり高齢者の日常生活自立度ランク、要介護度、職業歴、最終学歴について尋ねた。

対象者の性別をみると、男性が 29 人 (23.2%)、女性が 96 人 (76.8%) だった (表 6)。分析対象者の年齢は平均が 82.15 歳 (MIN53,MAX:98,SD=7.95) だった。年齢構成をみると、50代は 2 人 (1.6%)、60代は 5 人 (4%)、70代が 39 人 (31.2%)、80代が 57 人 (45.6%)、90代が 22 人 (17.6%) だった (表 7)。

認知症の診断の有無については、診断を受けている者が 68 人 (54.4%)、受けていないものが 57 人 (45.6%) だった (表 8)。分析対象者の認知症高齢者の日常生活自立度をみると、ランク I が 29 人 (23.2%)、ランク II a が 16 人 (12.8%)、ランク II b が 38 人 (30.4%)、ランク III a が 20 人 (16%)、ランク III b が 2 人 (1.6%)、ランク IV が 1 人 (0.8%) だった (表 9)。寝たきり度判定基準では、J1 が 9 人 (7.2%)、J2 が 29 人 (23.2%)、A1 が 45 人 (36%)、A2 が 22 人 (17.6%)、B1 が 10 人 (8%)、B2 が 4 人 (3.2%)、C1 が 2 人 (1.6%)、C2 が 1 人 (0.8%) だった (表 10)。要介護度をみると、要介護 1 が 62 人 (49.6%)、要介護 2 が 35 人 (28%)、要介護 3 が 23 人 (18.4%)、要介護 4 が 4 人 (3.2%)、要介護 5 が 1 人 (0.8%) だった (表 11)。

分析対象者の職業歴をみると、会社員が 27 人(21.6%)、自営業が 19 人(15.2%)、農林水産業が 22 人(17.6%)、専業主婦が 36 人(28.8%)、無職が 7 人(5.6%)、その他が 11 人(8.8%) だった(表 12)。最終学歴をみると、尋常小学校が 34 人(27.2%)、高等小学校が 27 人(21.6%)、中学校が 18 人(14.4%)、師範学校が 3 人(2.4%)、高等学校が 16 人(12.8%)、短期大学が 4 人(3.2%)、大学が 5 人(4%)、その他 3 人(2.4%) だった(表 13)。

表 6 性別

	回答数	%
男	29	23.20
女	96	76.80
合計	125	100.00

表 7 年齢構成

	回答数	%
50 代	2	1.60
60 代	5	4.00
70 代	39	31.20
80 代	57	45.60
90 歳以上	22	17.60
合計	125	100.00

表 8 認知症の診断の有無

	度数	パーセント
無	57	45.60
有	68	54.40
合計	125	100.00

表 9 認知症高齢者の日常生活自立度

	回答数	%
I	29	23.2
II a	16	12.8
II b	38	30.4
III a	20	16
III b	2	1.6
IV	1	0.8
欠損値	19	15.2
合計	125	100

表 10 寝たきり度判定基準

	回答数	%
J1	9	7.2
J2	29	23.2
A1	45	36
A2	22	17.6
B1	10	8
B2	4	3.2
C1	2	1.6
C2	1	0.8
欠損値	3	2.4
合計	125	100

表 11 要介護度

	回答数	%
要介護1	62	49.6
要介護2	35	28
要介護3	23	18.4
要介護4	4	3.2
要介護5	1	0.8
合計	125	100

表 12 職業歴 (複数回答)

	回答数	%
会社員	27	21.60
自営業	19	15.20
農林水産業	22	17.60
専業主婦	36	28.80
無職	7	5.60
その他	11	8.80
欠損値	3	2.40
合計	125	100.00

表 13 最終学歴

	回答数	%
尋常小学校	34	27.20
高等小学校	27	21.60
中学校	18	14.40
師範学校	3	2.40
高等学校	16	12.80
短期大学	4	3.20
大学	5	4.00
その他	3	2.40
欠損値	15	12.00
合計	125	100.00

2) 分析対象者に関するその他の状況

分析対象者となったサービス利用者について、サービス利用の希望者は本人か否か、介護保険サービスの利用開始はいつからか、調査協力者である介護支援専門員とはいつからかかわったかについて尋ねた。

サービス利用の依頼者の状況をみると、サービス利用の依頼者が本人の場合だったのは37人(29.6%)だった(表14)。世帯状況をみると、独居が32人(25.6%)だった(表15)。

介護保険サービスの開始時期は、平成12年以前からの人は18人(14.4%)、平成13年から平成14年の人は21人(16.8%)、平成15年から平成18年の人は66人(52.8%)だった。平成19年からの人は16人(12.8%)だった(表16)。調査協力者がかかわりはじめた時期は、平成12年以前からの人は6人(4.8%)、平成13年から平成14年からの人は24人(19.2%)、平成15年から平成18年の人は77人(61.6%)だった。平成19年からの人は13人(10.4%)だった(表17)。

表14 サービス依頼者
(サービス利用の依頼者が本人からかどうか)

	回答数	%
本人以外	85	68.00
本人から	37	29.60
合計	122	97.60
欠損値	3	2.40
合計	125	100.00

表15 独居か否か

	回答数	%
独居	32	25.6
独居以外	88	70.4
欠損値	5	4
合計	125	100

表 16 サービス開始時期
時期

	回答数	%
平成 11 年以前から	7	5.6
平成 12 年～平成 14 年	24	19.2
平成 15 年～平成 18 年	74	59.2
平成 19 年から	10	8
欠損値	10	8
合計	125	100

表 17 調査協力者がかかわりはじめの

	回答数	%
平成 11 年以前から	1	0.80
平成 12 年～平成 14 年	20	16.00
平成 15 年～平成 18 年	91	72.80
平成 19 年から	8	6.40
欠損値	5	4.00
合計	125	100.00

3. 調査実施の状況について

調査実施の状況について、研究同意書の署名が独力で可能か否か、サービス計画書の説明に要した時間、インフォームド・コンセントシートを用いて確認を行った時間について尋ねた。

研究同意書の署名欄への記入状況をみると、独力での記入は難しかったのは、38人(30.4%)だった。逆に独力での記入は可能だったのは81人だった。サービス計画書に関する説明時間をみると、平均説明時間は10.73分(MIN:1,MAX:30,SD=5.86)だった。説明時間の構成をみると、5分未満の人は5人(3.97%)だった。5分以上10分未満の人は44人(34.92%)だった。10分以上20分未満の人は60人(47.62%)だった。20分以上30分未満の人は10人(7.94%)だった。30分以上40分未満の人は3人(2.38%)だった。40分以上の人は4人(3.17%)だった。(表18)インフォームド・コンセントシートを用いた確認時間をみると、平均説明時間は11.90分(MIN:2,MAX:60,SD=8.38)だった。確認時間の構成をみると、5分未満の人は7人(5.56%)だった。5分以上10分未満の人は34人(26.98%)だった。10分以上20分未満の人は61人(48.41%)だった。20分以上30分未満の人は14人(11.11%)だった。30分以上40分未満の人は3人(2.38%)だった。40分以上の人は7人(5.56%)だった(表19)。

表 18 説明時間

	回答数	%
5分未満	5	3.97
5分以上 10分未満	44	34.92
10分以上 20分未満	60	47.62
20分以上 30分未満	10	7.94
30分以上 40分未満	3	2.38
40分以上	4	3.17
合計	126	100.00

表 19 ICシートの確認時間

	回答数	%
5分未満	7	5.56
5分以上 10分未満	34	26.98
10分以上 20分未満	61	48.41
20分以上 30分未満	14	11.11
30分以上 40分未満	3	2.38
40分以上	7	5.56
合計	126	100.00

4. インフォームド・コンセントシートを用いた確認の状況

説明されたサービス計画書の内容について、インフォームド・コンセントシートを用いて利用者が理解しているかどうかについて確認を行った。

サービス利用について、回答があったのが117人(93.6%)で、回答がなかったのが、2.4%だった。その他の反応したのは4人(3.2%)だった(表20、図1)。サービス利用の目的について十分に理解していたのは38人(30.4%)で、一部理解していたのは48人(38.4%)、理解困難だったのは37人(29.6%)だった(表21、図2)。サービス利用の目的(方針)について回答したのは112人(89.6%)だった。回答がなかったのは3人(2.4%)だった。その他の反応をしたのは7人(5.6%)だった(表22、図3)。

利用するサービス内容を十分に理解したのは43人(34.4%)だった。一部理解したのは57人(45.6%)だった。理解困難だったのは23人(18.4%)だった。(表23、図4)サービスの開始時期について、十分に理解したのは23人(18.4%)だった。一部理解したのは21人(16.8%)だった。理解困難だったのは25人(20%)だった(表24、図5)。サービス継続の確認について回答したのは111人(88.8%)だった。回答がなかったのは2人(1.6%)だった。その他の反応をしたのは5人(4.0%)だった(表25、図6)。

サービス利用の料金について、回答したのは108人(86.4%)だった。回答なしだったのは5人(4.0%)だった。その他の反応したのは11人(8.8%)だった(表26、図7)。

サービス利用にかかり金額について十分に理解していたのは 38 人 (30.4%) で、一部理解していたのは 31 人(24.8%)、理解困難だったのは 55 人 (44%) だった。(表 27、図 8) 緊急時の連絡先について十分に理解していたのは 41 人 (32.8%) で、一部理解していたのは 39 人(31.2%)、理解困難だったのは 45 人 (36%) だった (表 28、図 9)。計画書実施の確認について、回答したのは 114 人 (91.2%) だった。回答なしだったのは 2 人 (1.6%) だった。その他の反応したのは 11 人(8.8%)だった (表 29、図 10)。

利用者理解の状況の評価をみると、十分に理解してもらっていると思うと回答した 35 人 (28%) だった。理解してもらっているか不安であると回答したものは 47 人(37.6%)だった。理解していないとしたものは 39 人(31.2%) だった (表 30、図 11)。

本人のみの契約締結の可否について、調査協力者のうち、できないとした人は 45 人 (36%) だった。補助が必要とした人は 49 人 (39.2%) だった。十分できるとした人は 27 人(21.6%) だった (表 31、図 12)。

表 20 サービス利用の確認

	回答数	%
回答あり	117	93.60
回答なし	3	2.40
その他	4	3.20
欠損値	1	0.80
合計	125	100.00

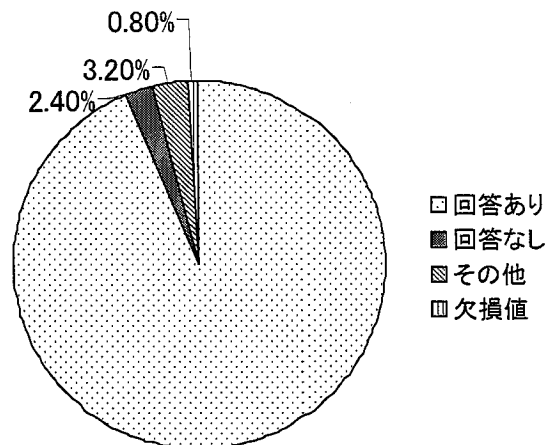


図 1 サービス利用

表 21 サービス利用の目的

	回答数	%
十分に理解	38	30.40
一部理解	48	38.40
理解困難	37	29.60
欠損値	2	1.60
合計	125	100.00

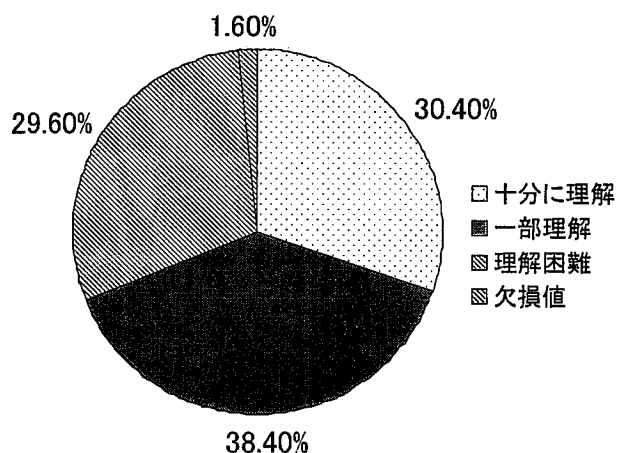


図 2 サービス利用の目的

表 22 サービス利用の目的（方針）

	回答数	%
回答あり	112	89.60
回答なし	3	2.40
その他	7	5.60
欠損値	3	2.40
合計	125	100.00

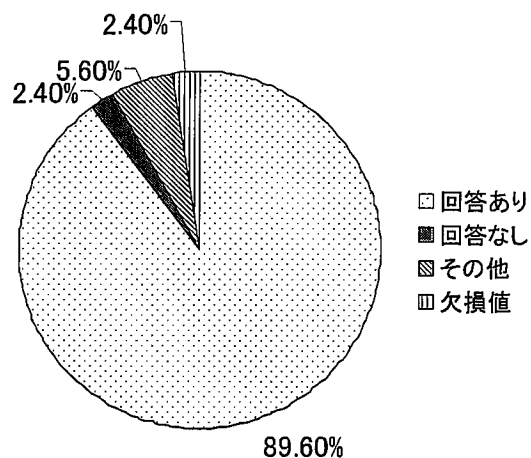


図 3 サービス利用の目的（方針）

表 23 利用するサービス内容

	回答数	%
十分に理解	43	34.40
一部理解	57	45.60
理解困難	23	18.40
欠損値	2	1.60
合計	125	100.00

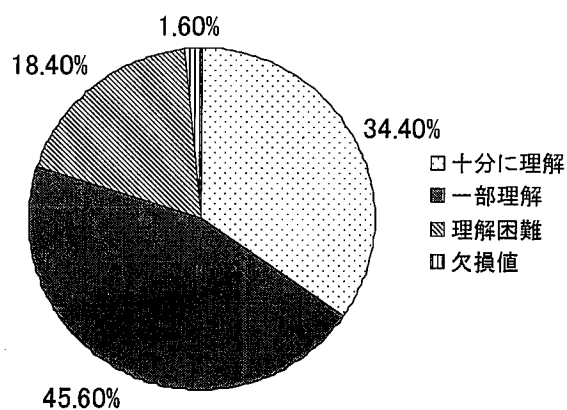


図 4 利用するサービス内容

表 24 サービス開始時期

	回答数	%
十分に理解	23	18.40
一部理解	21	16.80
理解困難	25	20.00
欠損値	56	44.80
合計	125	100.00

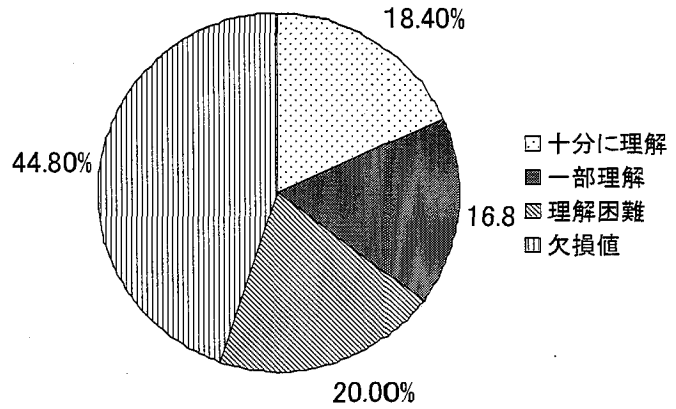


図 5 サービス開始時期

表 25 サービス継続の確認

	回答数	%
回答あり	111	88.80
回答なし	2	1.60
その他	5	4.00
欠損値	7	5.60
合計	125	100.00

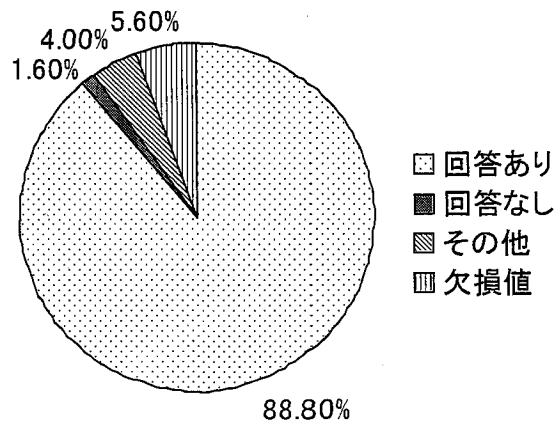


図 6 サービス継続の確認

表 26 サービス利用の料金

	回答数	%
回答あり	108	86.40
回答なし	5	4.00
その他	11	8.80
欠損値	1	0.80
合計	125	100.00

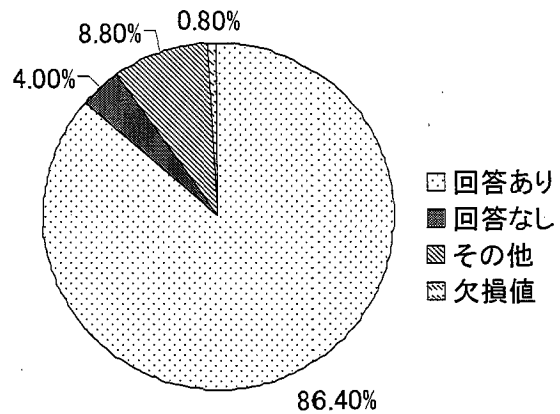


図 7 サービス利用の料金

表 27 サービス利用にかかる金額

	回答数	%
十分に理解	38	30.40
一部理解	31	24.80
理解困難	55	44.00
欠損値	1	0.80
合計	125	100.00

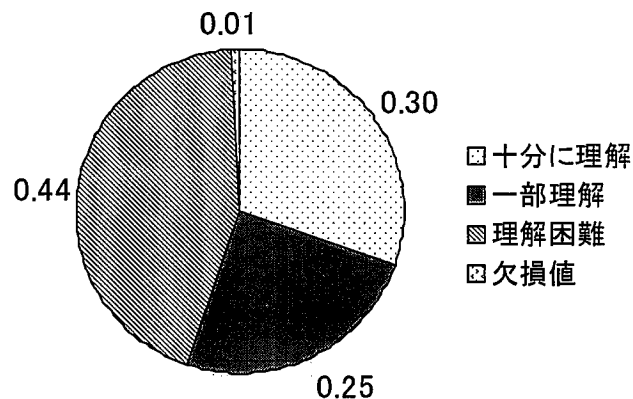


図 8 サービス利用にかかる金額

表 28 緊急時の連絡先

	回答数	%
十分に理解	41	32.80
一部理解	39	31.20
理解困難	45	36.00
合計	125	100.00

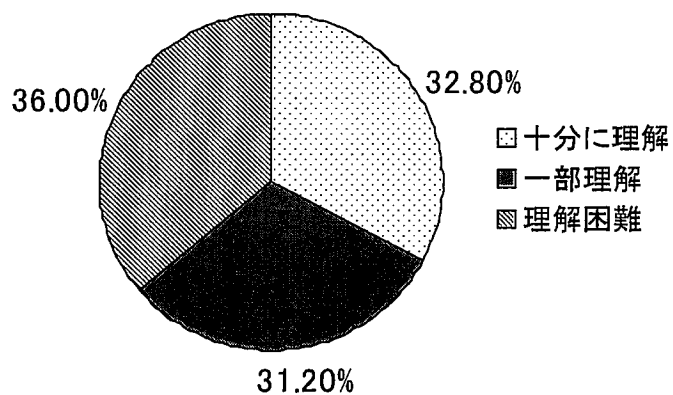


図 9 緊急時の連絡先

表 29 計画書実施の確認

	回答数	%
回答あり	114	91.20
回答なし	2	1.60
その他	4	3.20
欠損値	5	4.00
合計	125	100.00

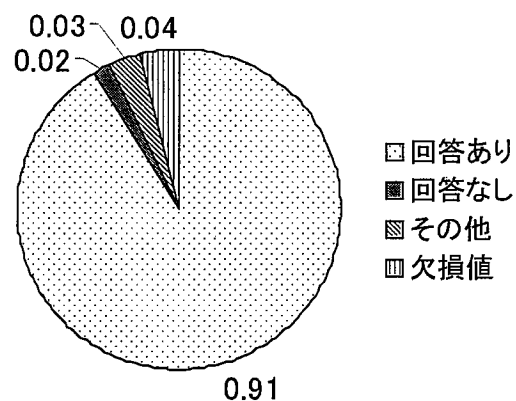


図 10 計画書実施の確認

表 30 利用者理解の状況の評価

	回答数	%
十分に理解していると思う	35	28.00
理解してもらっているか不安がある	47	37.60
理解していない	39	31.20
欠損値	4	3.20
合計	125	100.00

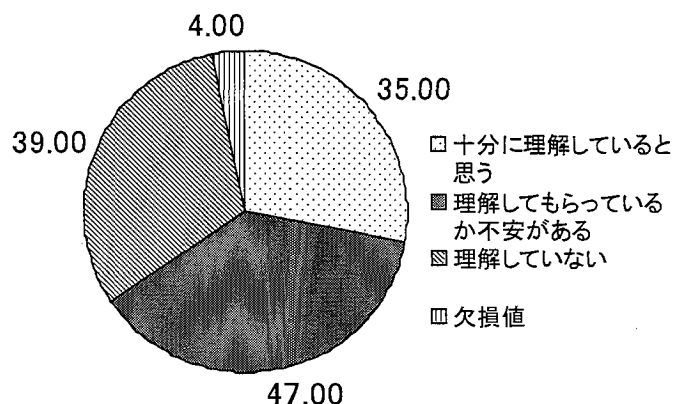


図 11 利用者理解の状況の評価

表 31 本人のみの契約締結の可否

	回答数	%
できない	45	36.00
補助が必要	49	39.20
十分できる	27	21.60
欠損値	4	3.20
合計	125	100.00

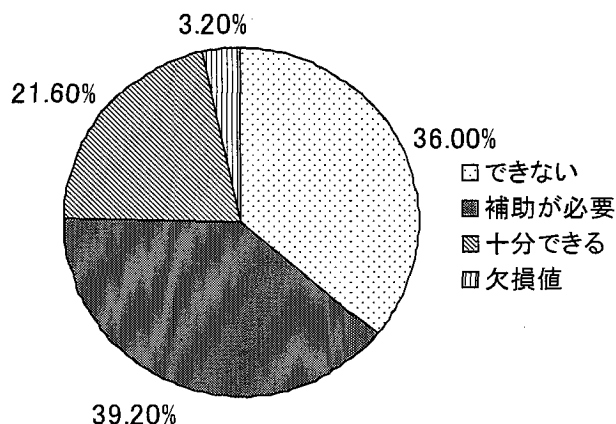


図 12 利用者理解の状況の評価

5. 時計描画検査 (CDT) 及び改訂版長谷川式簡易知能評価 スケール (HDS-R) の実施について

インフォームド・コンセントシートによる評価と合わせて、時計描画検査 (CDT) 及び改訂版長谷川式簡易知能評価スケール (HDS-R) の実施した。時計描画検査 (CDT) の結果をみると、平均得点は 6.87 (SD =

2.62) だった。時計描画検査 (CDT) 結果の認知症又は認知症の疑いの評価結果は、認知症と評価されたのが 77 人 (61.11%)、認知症の疑いと評価されたのが 49 人 (38.89%) だった。(表 32、図 13) 改訂版長谷川式簡易知能評価スケール (HDS-R) の結果をみると、平均得点が 16.87 (SD = 8.17) だった。改訂版長谷川式簡易知能評価スケール (HDS-R) の評価結果をみると、認知症と評価されたのが、80 人 (63.69%)、非認知症と評価されたのが 46 人 (36.51%) だった。(表 33、図 14)

表 32 CDT 評価結果

	人数	%
認知症	77	61.11
認知症の疑い	49	38.89
合計	126	100.00

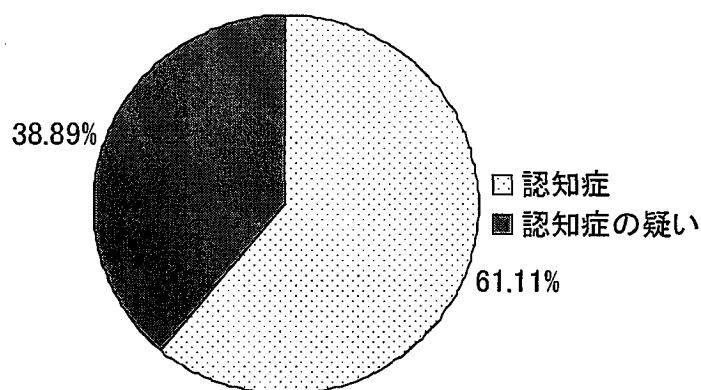


図 13 CDT 評価結果

表 33 HDS-R 評価結果

	人数	%
認知症	80	63.49
非認知症	46	36.51
合計	126	100.00

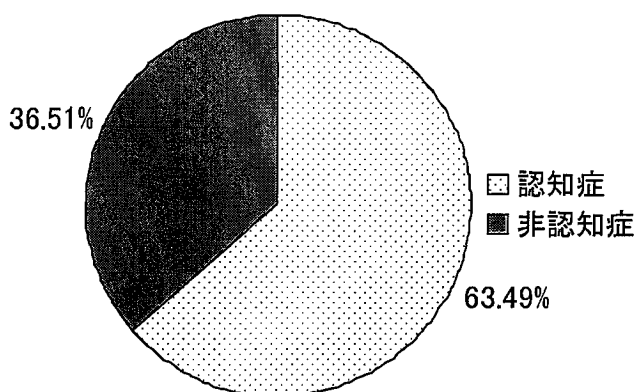


図 14 HDS-R 評価結果

6. インフォームド・コンセントシートの総合得点と、時計描画検査(CDT)及び改訂版長谷川式簡易知能評価スケール(HDS-R) 得点との相関について

本調査において、インフォームド・コンセントシートの外的基準として設定した時計描画検査(CDT)及び改訂版長谷川式簡易知能評価スケール(HDS-R) 得点とインフォームド・コンセントシートの総合得点との相関係数を算出した。インフォームド・コンセントシートの得点は理解評価項目を加算したものである。各項目の評価、「十分に理解」を2点、「一部理解」を1点、「理解困難」を0点として単純加算した。分析にはSPSS13.0jを用いた。理解評価項目欠損値がなく、理解評価総合得点が集計ができた67名を分析対象とした。

理解評価項目総合得点の基礎統計量をみると、平均値は4.60(MIN:0,MAX:10,SD=3.34)だった。CDT得点と、理解評価項目総合得点の相関係数は、0.468だった(表34)。HDS-R得点と、理解評価項目総合得点の相関係数は、0.822だった(表35)。

表34 CDT得点と、理解評価項目
総合得点の相関係数

		理解得点	CDT
理解得点	Pearson の相関係数	1	.468(**)
	有意確率(両側)		.000
	N	68	68
CDT	Pearson の相関係数	.468(**)	1
	有意確率(両側)	.000	
	N	68	126

** 相関係数は1%水準で有意(両側)

表 35 HDS-R 得点と、理解評価項目

総合得点の相関係数

		HDSR変換	理解得点
HDSR変換	Pearson の相関係数	1	.822(**)
	有意確率 (両側)		.000
	N	126	68
理解得点	Pearson の相関係数	.822(**)	1
	有意確率 (両側)	.000	
	N	68	68

** 相関係数は 1% 水準で有意 (両側)。

IV. 考察

1. 調査協力者の概況

本調査に協力してもらった介護支援専門員の属性を見ると、性別は女性が 7 割強、基礎資格を見ると、介護福祉士が最も多く、次いで看護師・准看護師が多かった。以上のような結果は他の介護支援専門員を対象とした調査においても見られており、この点に関しては、今回対象となった調査協力者が介護支援専門員全体の状況から見て、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。

2. 調査対象者の概況

調査対象のうち、分析対象者となった人の認知症高齢者の日常生活自立度ランクを見ると、欠損値を除くと、ランク II b までで 7 割強を占めた。また、要介護度についても要介護 2 までで全体の 7 割を超えている。これは、調査対象の要件として、原則、認知症の診断を受けている者と受けていない者を各 1 名ずつとしたこと、言語的なコミュニケーションが可能なものとしたことに起因しているものと考えられる。

サービス依頼者及び世帯状況を見ると、サービス依頼者が家族である人、及び独居以外の人 は全体の 7 割であった。以上をみると、普段から契約やサービス計画書の説明や署名・捺印の際に家族がなんらかの役割を担ってい

る場合が多いことが示唆される。

3. 調査実施の状況について

サービス計画書の説明時間を見ると、8割の調査協力者が5分から20分の間で実施していたが、中には5分未満で終わっている者から、40分以上かけて行う者まで、様々であった。これは、調査対象となった利用者の理解力や性格、また説明の情報量などにも影響されると考えるが、一部の介護支援専門員については、説明方法に大きな幅があることが示唆されたといえよう。

インフォームド・コンセントシートを用いた確認時間を見ると、やはり、サービス計画書の説明同様、5分未満で終わっている者から、40分以上かけて行う者まで、様々であった。また、標準偏差を比較すると、インフォームド・コンセントシートを用いた確認時間のほうがばらつきが大きかった。これについては、調査実施後に行ったアンケートの記載内容等の分析を進め、原因を明らかにしていく必要があると考える。

4. インフォームド・コンセントシートを用いた確認の状況について

「〇〇さんは、これから介護保険のサービスを利用されます。それでよろしいですか」「私たちは、〇〇さんに～のようにサービスを提供したいと考えていますがよろしいでしょうか」「〇〇さんは、～をご存知ですか」というように「はい・いいえ」で答えられる確認項目については、全ての項目で9割前後が「回答あり」であった。

これらは、その内容を十分に理解して答えているというよりは、その場で調査実施者と対象者の関係性がなりたっているか、信頼関係が出来ているかどうかを反映していると考えられる。また、内容を問う設問に比べて、「はい・いいえ」で答えられる項目は、調査対象者にとって負担が少なく答えやすいため、両者の関係性を維持し円滑に調査を進めるためには、必要な項目であるかもしれない。

「サービス内容の目的」「利用するサービスの内容」「サービス開始時期」「サービス利用にかかる金額」「緊急時の連絡先」といった具体的内容を問う項目では、「十分に理解」「一部理解」「理解困難」が大きな偏りなく分かれ、この3段階の識別が有効であることが示唆された。また、「十分に理解」という回答は、各項目についてほぼ3割で安定していたが、「理解困難」という回答は、サービス目的 29.6%、サービス内容 18.4%、サービス利用にかかる金額 44.0%、緊急の連絡先 45.0%と違いが見られ、項目内容によっ

て理解に差があることがわかった。対象者が実際に体験している「サービス内容」については理解しているが、「サービス利用の目的」といったやや抽象的な項目や、「サービス金額」や「緊急連絡先」のように家族任せにされやすい項目は答えるのが難しいと推察される。また、家族任せにされやすい項目については、単に理解力の有無だけではなく興味・関心の有無も反映していると思われる。

調査者による最終的な理解状況の評価では、十分に理解 28.0%、理解してもらっているか不安 37.6%、理解していない 31.2%であり、個々の項目の評価と大きな違いは見られなかった。しかし、これを踏まえた契約締結の可能性については、充分できる 21.6%、補助が必要である 39.2%、できない 36.0%であり、「理解は十分でも、契約締結には補助が必要」な人や、「理解していないが、補助があれば契約締結が可能」な人が存在することを示唆している。個々の項目と総合判断、契約締結の関係については、判断理由の自由記述の分析も含めて、今後も詳細な分析が必要である。

5、インフォームド・コンセントシートの総合得点と、時計描画検査（CDT）及び改訂版長谷川式簡易知能評価スケール（HDS-R）得点との相関について

インフォームド・コンセントシートの総合得点と、時計描画検査（CDT）及び改訂版長谷川式簡易知能評価スケール（HDS-R）得点との相関については、時計描画検査（CDT）得点との間ではやや強い相関がみられた。改訂版長谷川式簡易知能評価スケール（HDS-R）得点との間では非常に強い相関がみられた。これは、インフォームド・コンセントシートにおける理解の評価が動作性の機能以上に言語性機能と強い関係性を持つことを示唆していると考えられる。

また、今回の調査対象者の条件として、原則、認知症の診断を受けている人と受けていない人各 1 ずつ計 2 名を提示していた。そのため、分析対象者の認知症の診断の有無の状況を見ると、診断を受けている者がやや多いものの、有無の割合はほぼ半々の状況となった。そのような分析対象者の条件をふまえた上で理解の評価項目を見てみると、十分理解、一部理解、理解困難の 3 つの評価項目に対し、評価された者が集中せずに弁別された。また、改訂版長谷川式簡易知能評価スケール（HDS-R）得点や、時計描画検査

(CDT)の評価スケールを用いて、利用者の認知症の有無を評価したところ、やや、診断の有無に比較して改訂版長谷川式簡易知能評価スケール(HDS-R)や、時計描画検査(CDT)の評価結果は認知症の割合が高くなった者の、同様の傾向がみられている。以上のことをふまれば、認知症の診断の有無の評価に帰属するなんらかの要因に対し、今回の調査の実施方法及び調査項目は、関連性があることが可能性として考えられる。

今後は、提供された情報の内容の分析、及び利用者の回答内容と、調査協力者の評価の関係性に着目して分析を進めていき、インフォームド・コンセントシートの評価項目、及び実施方法等について検証を行っていきたい。

第6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

1. 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	千葉大学社会精神保健教育研究センター 法システム研究部門
池田恵利子	いけだ後見支援ネット
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
橋本泰子	大正大学
本間 昭 ^(*)	東京都老人総合研究所

(*) 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18年7月26日（水）18：30－20：00

場所：食糧会館 特別会議室

第2回

日時：平成18年9月13日（水）18：30－20：00

場所：食糧会館 特別会議室

第3回

日時：平成18年10月30日（月）17：00－20：00

場所：食糧会館 特別会議室

第4回

日時：平成18年1月23日（月）18：30－20：00

場所：食糧会館 特別会議室

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、平成18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。

次に、研究事業の背景、研究事業の目的及び現在の進行状況についての説明が行われた。本事業は平成17年度からの継続的な事業である。進行状況としては、①現場での説明と同意はどのようであるかの現状把握。②認知症の方への医師の告知に関する意識調査を行ったことが報告された。

続けて、平成18年度調査の概要としては、「研究Ⅰ 介護保険サービス利用のための判断能力尺度の開発」、「研究Ⅱ 介護支援専門員のインフォームド・コンセントに関する意識調査」及び「研究Ⅲ インフォームド・コンセントに関する家族介護者を対象とした予備調査」の調査を中心に行っていくこととする旨の説明が行われた。

平成18年度研究事業のうち、「研究Ⅰ 介護保険サービス利用のための判断能力尺度の開発」については、事務局より、判断能力尺度の素案作成のためのインタビュー調査を実施する旨の説明が行われ、それについて議論がかわされた。まず、判断能力尺度を作成する目的や意義について意見が出された。「介護支援専門員（ケアマネージャー）が情報を利用者に対してきちんと説明ができていのかどうかを再確認する役割」「成年後見制度を使えるようなスクリーニングのための指針となる。」等の意見があった。

「研究Ⅱ 介護支援専門員のインフォームド・コンセントに関する意識調査」について、事務局より、資料に基づいて調査票に関する報告がされた。質問項目については、17年度に行われた調査の自由記述についてKJ法的手法を用いて分類し、それを質問項目として使用したい。作業は7~8割済んでいるとの報告が行われた。報告に基づき以下のような質疑応答が行われた。まず、今回の調査の目的として「実際にはICをやりたいけれどもできない人の要因を探るということ。」が確認された。また、「ケアプランのICに限ったのはどうしてか。」との質問に対しては、事務局より「前回の結果で調査のときにケアプランのとき、契約のとき、アセスメントどの場合においてもICをやる、やらないについては変わりが無かった。その為4つ全てのIC

を調べなくても1つの行為で代表されるものと考えた。また、ケアプランについては必ず実施する必要があるため。」との説明が行われた。

「研究3 インフォームド・コンセントに関する家族介護者を対象とした予備調査」については、事務局より、資料に基づいて調査票に関する報告がされた。

第2回委員会の日程として、9月13日水曜日の18:30～20:00に実施されることが確認された。

2) 第2回委員会報告

第2回委員会では、まず、事務局より、昨年度実施した実態調査の自由記述回答の分析結果について、資料に基づき、質的分析結果の報告が行われた。本分析の目的として、今後、当該分析結果を元に、質問紙を作成することにあるとの報告がなされた。分析の結果、現場では、様々な考え方のもとで、情報提供が行われていることが明らかになった。その中で不適切と思われる意見もあることが明らかになり、ガイドラインを作成する際の示唆が得られたのではないかと報告が行われた。上記報告について、以下の意見交換が行われた。「必要がないという理由が、相手の理由になっているというのは興味深い。」「必要であるという人が、実際に説明を行っていないかどうかについては、クロス集計で確認する必要がある。」等の意見が出された。また、事務局より次回までに、質問紙を作成することが報告された。

次に、ケアプラン原案の説明時における情報開示及び利用者の判断能力に関する評価シートについて事務局より報告が行われた。資料に基づき、シート作成の背景としての目的、コンセプト、シート作成の方法及びシートの概要について、項目抽出の背景となったグループインタビューの結果等について以下のような報告が行われた。「臨床レベルでの同意能力の評価を行うツール。現場の中で使っていける、簡略化されたものを作成するというのがコンセプト。」「評価シートは、居宅サービス計画書と連動する形で作成した。ツールは情報開示と、開示された内容を確認するという二つの内容から成り立っている。」「備考欄には、一部の理解などの場合、どの内容を理解したかについて書いたり、再度の確認の必要の理由を書いたりする。」

次に、「ケアプラン原案の説明時における情報開示及び利用者の判断能力に関する評価シートについて」議論が行われた。評価シート作成の目的につ

いては、「独居の場合に、家族の代理をもとめ、拒否された場合、地域福祉権利擁護事業につなげるか否かを判断する際には、なんらかの根拠が必要。そうした際にこれを使えばありがたいというのはある。」「グループインタビューの結果をみると、サービスの理解をしてもらうための工夫として、ケアプラン原案、実際自分が使うサービスイメージ、ケアマネージャーとの信頼関係形成のためなど、非常に具体的な意見が出されている。しかし、ケアプランの原案の説明は紙に落としたものであり、それを説明し、契約にするためには、金銭的な面も含めて結果的にどうなるかというところまで理解してもらう必要がある。その意味で、ケアプランの原案を理解するということは大事であり、それを具体的に聞くということが現場としては大事なのではないか。」との意見が出された。加えて、シートの内容については、「判断能力の評価のためのものなのか、情報の提供がきちんとなされているかどうかというものをかねたものなのか。情報の提供の仕方は、相手とのやりとりで、このような順序にならないのではないか。」等の意見が出された。その部分については事務局より、ツールを作成した後のマニュアルの部分で示していくことになるのとの回答があった。また、「選択肢が記憶のテストのような印象がある。」「説明の際に用いるサービス計画書の内容は普通の人でもわかりにくい。もう少し分かりやすいものを提示するという2重構造も検討する必要があるのではないか。」との意見も出された。今後の信頼性・妥当性の検証に関する研究については、「問題ない人と、そうでない人に行い識別力をみる。」「判断能力に関する評価ツールの外的基準は外国ではMacCAT-T、今からそうしたものを作るだけでも大変な作業になる。考えられる方法としては、実際の使用している場面をビデオにとり、それを専門化にみせて、その人が考える判断能力からみて、その結果が妥当かどうかの判断を外部基準としてみる。サンプルは50人くらいは必要なのではないか。その際には、同時に長谷川式などの外的基準も同時にできるだけとっておくことが求められるだろう。また、確かに、外的基準との相関が高くなれば既存の尺度を使用すればよいという意見もでてこようが、両方使えるということ、HDS-Rなどよりも介護支援専門員にとって使いやすく、また、本人をみるという意味が強調されることでは意味があるのではないか。」「識別力を確認するために、後見人を受けている人に実施するというのは難しいか。鑑定時から時間が経過している人もいるという問題がある。」との意見が出された。

第3回委員会の日程として、10月30日（月）17時から20時に実施されることが確認された。

3) 第3回委員会報告

第3回委員会では、「認知症の人への介護保険サービス利用時の説明に関する意識調査」についての報告及び「ケアプラン原案の説明時における情報開示及び利用者の判断能力に関する評価シート」についての報告が行われ、それに関する議論が交わされた。

認知症の人への介護保険サービス利用時の説明に関する意識調査については、まず、事務局より調査票作成の概要についての報告が行われた。調査票は、前年度に実施した、居宅介護支援事業所向けのアンケート調査の自由記述のまとめを元に意識調査表の作成を行った旨の報告が行われた。調査の目的についての質問があり、本調査は、実際に、インフォームド・コンセントをやっているかやっていないかの実態の把握と意識と比較するために意識の構造や阻害因子、促進因子からガイドラインの中でどのようなことの示唆を得るためのものという説明が事務局より行われた。

調査票の内容について以下の議論が行われた。因子分析の仮説はないのかについて、質問があり、事務局より、仮説として、1. 説明が必要であると考える要因、説明が必要でないと考える要因で実際に調査者が自由記述をKJ法で分けたように分けられるのかどうか、また、年代や背景によってどのような特徴が現れるかは分からないので、それを見たいと考えている、との回答があった。また、因子分析については、仮説モデルを検証するタイプの因子分析もあるが、それはかなり高度であり、今回は探索的な因子分析を行った方がいいとの意見出された。因子が5,6出た場合、その1つずつの因子の合計の高い人、低い人の特徴を見つけ出しことが可能。例えば、高い人は理念的であるとか、各ケアマネの意識を識別する事が尺度化することへと進んでいくとの意見もあった。

ケアプラン原案の説明時における情報開示及び利用者の判断能力に関する評価シートについては、事務局より、資料に基づき、「項目抽出について」、「チェックシートの変更と追加について」、それぞれ説明が行われた。調査票の様式及び項目内容について、以下の点について意見・議論が交わされた。「利用者を試しているみたいな語句（評価・シートなど）の使用は控えたほ

うが良い。」「言葉の使い方に関して、家族はもっとよくない感情を持つ可能性がある。」「内容自体は妥当であるが、アンケート自体に研修が必要。ケアマネがするにはバラつきがある。」「妥当性を担保するのは困難。信頼性については2,3日後にするといったような繰り返しで保たれる。」との意見が出された。

また、回答の評価については、以下のような意見・議論が交わされた。援助の方針の確認は普通の人でも難しいのではないかとの意見が委員より出された。それについて、事務局より、援助の中でこの方針が最も大事な部分となっているために入れた。この方針については、いわゆる援助者と利用者間で形成・合意されたリアルニードを理解しているかという意味としてとらえたとの説明が行われた。調査の方法については「必ず法律家や精神科医が同席して（30～50例）どのように面接しているかを見てみる必要がある。」との意見が出された。今後の調査については、1月過ぎに事前調査を1～2例してみても修正を切り替えしていくのも良いとの意見が出された。

第4回委員会の日程については、後日、事務局より連絡することになった。

4) 第4回委員会報告

第4回では、「居宅介護支援サービス提供時の情報提供に関する家族調査」の調査計画、「インフォームド・コンセントシート開発に関する調査」についての報告が事務局より行われ、それに関する議論が交わされた。

「居宅介護支援サービス提供時の情報提供に関する家族調査」の調査計画については、前年度に実施した、居宅介護支援事業所向けのアンケート調査をふまえ、家族（東京都の認知症を抱える家族の会の方と物忘れ外来にいらした方の家族）に対しての調査を行う旨の報告が行われた。この家族調査の目的は、前回の調査では30～50人というマスの全体像が明らかになった、その実態が個々のケースを見て本当に言えるのかを明らかにするため。今後インフォームド・コンセントシート開発のためのデータ収集のために行いたい。

調査の対象者についての質問があり、サンプルが東京の認知症を抱える家族の会となっているために調査に慣れていることなどからバイアスがかかるのではないかということだが、個人情報保護法以降、名簿を入手するのは大変困難であるため、家族の傾向を知ると言う点では有効となるのではない

かという説明が事務局より行われた。

この調査票、及び郵送法では、利用者の認知症の状態という変数を正確に把握することが困難なため、得られたデータの解釈が難しくなるとの指摘がなされた。それについては、事務局で再度検討し、対応策を考えるとの応答が行われた。

インフォームド・コンセントシート開発に関する調査について、予備調査の概要、予備調査の結果、本調査の調査計画について、事務局より、資料に基づき説明が行われた。

予備調査の結果については、10～15分で自立の人はスムーズに行えたが、認知症の人には負担だったとの報告が行われた。また、調査票の様式及び項目内容については、今回は、外部評価として認知症自立度をクロックドローイングで行ったこと等が報告された。

続く本調査の調査計画については、まず、回答の評価方法について、以下の点について意見・議論が交わされた。今回プレテストということで4人行ったが、4人では少なすぎると意見がだされた。また、初回利用者のデータの必要性も指摘された。また、外部基準をどうするのかについて、長谷川式簡易知能評価スケールを加えてみてはどうかとの意見があった。今後の調査としては、2月の初めに、認知症介護研究研修東京センターを卒業した指導者にアンケートをして、各ケアマネ1～2人ずつで調査を行ってみるとの報告がなされ、それに対して、少なくとも100名以上のデータが必要だとの意見があった。

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18年7月26日（水） 18：30－20：00

場所：食糧会館 特別会議室

〒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）：浅野弘毅、五十嵐禎人、池田恵利子、小長谷陽子、萩原正子、
本間 昭、今井幸充

（事務局）：鈴木貴子、佐藤美和子、田口 潤（記録）、渡邊浩文、

（オブザーバー）：佐々木健（厚生労働省）

1. 委員長選出

本間昭委員が委員長に選出され、承認された。

2. 事業目的及び概要説明（今井）

今井委員より、研究事業の背景、研究事業の目的及び現在の進行状況についての説明が行われた。現在の進行状況としては、

1) 現場での説明と同意はどのようなものであるかの現状把握。

2) 認知症の方への医師の告知に関する意識調査。

を行ったことが報告された。

3. 議事（事務局）平成17年度研究事業の報告（資料1）

・事務局より、資料に基づいて昨年度の研究事業の結果が報告された

1) 平成18年度調査の概要

(1) 研究I 介護保険サービス利用のための判断能力尺度の開発（資料2）

・事務局より、資料に基づいて研究Iに関する報告がされた。それに基づき、以下のような質疑応答が行われた。

・素案が抽出された後どのようにしていくのか。

→介護支援専門員（ケアマネージャー）が情報を利用者に対してきちんと説明ができていのかどうかをチェックの役割

→完全な判断能力の尺度まではいかないまでも、回答によってある程度目安がつけられる。

・そもそもどうしてこのようなものを作るのか。

→判断能力の4つの思考のうちの理解について判断ができるようなものにしたい。

→成年後見制度を使えるようなスクリーニングのための指針となる。

・成年後見というのをある程度目的としていくなれば、グループインタビューにぜひそのことについて入れて欲しいし、1回のインタ

ビューですまないならばもっと回数を多くするとか、むしろこちらを丁寧にした方がいいのではないか。

→主眼として、成年後見制度につなげることが目的ではない、

(2) 研究Ⅱ 介護支援専門員のインフォームド・コンセントに関する意識調査

・事務局より、資料に基づいて調査票に関する報告がされた。質問項目については、17年度に行われた調査の自由記述についてKJ法的手法を用いて分類し、それを質問項目として使用したい。ただいま作業は7~8割済んでいるとの報告が行われた。

報告に基づき以下のような質疑応答が行われた。

・今回の調査では、実際にはICやりたいけれどもできない人の要因を探るということ。

・前回では、ICの実態と今回の意識とは同一の人にするわけではないので、その結果の整合性はどうか。

→実態調査で行っていたことを項目としてあげて意識調査において尋ねるといようにすることで実態と意識に大きな差が生まれないようにしていく。

・ケアプランのICに限ったのはどうしてか。

→前回の結果でケアプランのとき、契約のとき、アセスメントのときなどの場合においてもICをやるやらないについては変わりが無かった。その為4つ全てのICを調べなくても1つの行為で代表されるものと考えた。また、ケアプランについては必ず会う必要があるため。

・昨年度、独居の高齢者や高齢者世帯でICをどのようにしていくのかといった趣旨ではなかったのか。

→基本の目的は判断力をどのように測って、それをどのようにインフォームド・コンセントを現場で行っていくのかということ。

→インフォームド・コンセントというのは逆に言えば本人の判断力がどうなのかということを確認にした一種のスケールが必要であろうということ。

ただし、判断力が無いために同意が得られないからサービスを提

供できないということにはならない。判断力評価ツールをどのように使っていくかについてはなかなか難しいところである。

後見人制度につなげるようなスクリーニングとして使っていく。

・18年度の研究2と研究3の結果を踏まえて研究1に入れていこうとすると研究1は18年度中にできるのか？

→ICの背景としての材料として使用する。

(3)研究Ⅲ インフォームド・コンセントに関する家族介護者を対象とした予備調査(資料3)

事務局より、資料に基づいて調査票に関する報告がされた。

4. その他

第2回委員会の日程調整

9月13日水曜日 18:30～20:00

【第2回検討委員会議事録】

日時：平成18年9月13日(水) 18:30～20:00

場所：食糧会館 特別会議室

〒102-0083 東京都千代田区麹町3-3-6

TEL：03-3322-9621 FAX：03-3322-9618

出席者(敬称略)

(委員)：浅野弘毅、五十嵐禎人、池田恵利子、長田久雄、小長谷陽子、橋本泰子、本間 昭、今井幸充

(事務局)：鈴木貴子、佐藤美和子、渡邊浩文、(記録)

(オブザーバー)：佐々木健(厚生労働省)

報告

1. 実態調査の自由記述回答の分析結果について(資料1)

事務局より、資料に基づき、昨年度の実態調査の際に同時に行った自由記述回答の質的分析結果の報告を行った。本分析の目的は、今後、当

該分析結果を元に、質問紙を作成することにある。結果、現場では、様々な考え方のもとで、情報提供が行われていることが明らかになり、その中で不適切と思われる意見もある。ガイドラインを作成する際の示唆が得られたのではないか。

上記報告について、以下の意見交換が行われた。

- ・必要がないという理由は、相手の理由になっているというのは興味深い。
- ・必要であるという人が、実際に説明を行っていないかどうかについては、クロス集計で確認する必要がある。
- ・次回までに、質問紙を作成する。

2. ケアプラン原案の説明時における情報開示及び利用者の判断能力に関する評価シートについて（資料2）（資料3）

資料に基づき、シート作成の背景としての目的、コンセプト、シート作成の方法及びシートの概要について、項目抽出の背景となったグループインタビューの結果等について以下のような報告が行われた。

- ・とりあえず、項目は決めたが、その項目に対する利用者の反応の評価は決まっていない。
- ・臨床レベルでの同意能力の評価を行うツール。現場の中で使っていける、簡略化されたものを作成するというのがコンセプト。
- ・グループインタビューからは、情報開示が長い過程を経て行われていること。言語的な情報開示ではなく、お試し利用を通した体験としての説明を行っていることなどが明らかになった。
- ・評価シートは、居宅サービス計画書と連動する形で作成した。ツールは情報開示と、開示された内容を確認するという二つの内容から成り立っている。
- ・備考欄には、一部の理解などの場合、どの内容を理解したかについて書いたり、再度の確認の必要の理由を書いたりする。

議題

1. ケアプラン原案の説明時における情報開示及び利用者の判断能力に関する評価シートについて

本ツールはドラフトのドラフトであるが、このような方向性で進めてい

くということが確認された。なお、評価シートに関する上記報告について、様式及び項目内用、また今後の作業について議論が行われ、以下のような意見が出された。

1) 評価シート作成の目的について

- ・独居の場合に、家族の代理をもとめ、拒否された場合、地域福祉権利擁護事業につなげるか否かを判断する際には、なんらかの根拠が必要。そうした際にこれを使えばありがたいというのはある。
- ・グループインタビューの結果をみると、サービスの理解をしてもらうための工夫として、ケアプラン原案実際自分が使うサービスイメージ、ケアマネージャーとの信頼関係形成のためなど、非常に具体的な意見が出されている。しかし、ケアプランの原案の説明は紙に落としたものであり、それを説明し、契約にするためには、金銭的な面も含めて結果的にどうなるかというところまで理解してもらう必要がある。その意味で、ケアプランの原案を理解するということが大事であり、それを具体的に聞くということで現場としては大事なのではないか。
- ・これをやったあとがみえないと不安
- ・この研究は、どのようにすればいいインフォームドコンセントをするかということで、判断能力がない人をどうするかに焦点化していない。報告書の中で、は提案できる。
- ・報酬がない後見人は受けたがらない。鑑定料についても問題を刺激するための十分な材料になる。

2) シートの内容について

- ・ケアプランの確認の際なので、情報の開示というのはおかしいのではないか。
- ・4番の部分は、記憶のテストではないので、開示された資料を手元において、どこにその内容が書かれていたのかを示すことができるのであればそれもよいのではないかと考えている。
- ・判断能力の評価のためのものなのか、情報の提供がきちんとなされているかどうかというものをかねたものなのか。情報の提供の仕方は、相手とのやりとりで、このような順序にならないのではないか。

→その部分についてはツールを作成した後のマニュアルの部分で示していくことになるのではないか。

- ・4までは、情報提供のマニュアル的なもので、チェックリストとしては4だけという解釈。
- ・結果の使い方を示しておかないと、現場の人間はわからないのではないか。

→これで、判断能力があやしいとなった場合には、成年後見制度の利用を進めるということになるのではないか。

- ・経過観察が必要というのはどのような意味か。
- ・4番と5, 6, 7の関係がどのような設計なのか。4番がきちんとすれば、5, 6, 7は自動的にでてくるものではないのか。→4の部分と、介護支援専門員の基準との整合性を研究のために確認するため。5はこの位置にあると異質である。
- ・選択肢が記憶のテストのような印象がある。
- ・説明の際に用いるサービス計画書の内容は普通の人でもわかりにくい。もう少し分かりやすいものを提示するという二重構造も検討する必要があるのではないか。
- ・現場では、サービス計画書の内容をわかりやすくしたものを各自で作成していることもある。その使用の判断はケアマネが主観でしている。
- ・最終的には、要介護認定調査の第6群の部分とのクロスを考えるというのもあるのではないか。第6群のデータ取得の際の手続きとしては市町村と本人が了解すればよいであろう。
- ・判断能力の定義については、操作的に定義しておけば批判はされない。
- ・アウトプットを点数化させるのであればその妥当性はどのように確認するのか
- ・何をもって外的基準とするか。

3) 今後の研究について

- ・問題ない人と、そうでない人に行い識別力をみる。
- ・各質問項目がなぜでてきたのかを説明できなければならない。導いた手順を示さなければならない。次までには8項目が出された根拠を示さ

れていたほうが良い。

- ・ケアマネさんが困っていることの回答になるのかを準備段階としてやって欲しい。
- ・できた段階で実際にやってもらって、脇から見ているというのをしたほうがよい。
- ・判断能力に関する評価ツールの外的基準は外国では MacCAT-T、今からそうしたものを作るだけでも大変な作業になる。考えられる方法としては、実際の使用している場面をビデオにとり、それを専門化にみせて、その人が考える判断能力からみて、その結果が妥当かどうかの判断を外部基準としてみる。サンプルは 50 人くらいは必要なのではないか。その際には、同時に長谷川式などの外的基準も同時にできるだけとっておくことが求められるだろう。また、確かに、外的基準との相関が高くなれば既存の尺度を使用すればよいという意見もでてこようが、両方使えるということ、HDS-R などよりも介護支援専門員にとって使いやすく、また、本人をみるという意味が強調されることでは意味があるのではないか。
- ・識別力を確認するために、後見人を受けている人に実施するというのは難しいか。鑑定時から時間が経過している人もいるという問題がある。

2. 第3回委員会の日程調整

10月30日（月）17時から20時

3. その他

- ・橋本泰子委員の紹介が行われた。

【第3回検討委員会議事録】

日時：平成18年10月30日（月）17：00－20：00

場所：食糧会館 特別会議室

〒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）：浅野弘毅、五十嵐禎人、池田恵利子、長田久雄、小長谷陽子、
萩原正子、橋本泰子、今井幸充

（事務局）：鈴木貴子、田口 潤（記録）、渡邊浩文、

（オブザーバー）：佐々木健（厚生労働省）

報告

1. 認知症の人への介護保険サービス利用時の説明に関する意識調査について（資料1）

1) 調査票作成の概要

前年度に実施した、居宅介護支援事業所向けのアンケート調査の自由記述のまとめを元に意識調査表の作成を行った旨の報告が行われた。

調査の目的についての質問があり、本調査は、実際に、IC をやっているかやっていないかの実態の把握と意識と比較するために意識の構造や阻害因子、促進因子からガイドラインの中でどのようなことの示唆を得るためのものという説明が事務局より行われた。

2. ケアプラン原案の説明時における情報開示及び利用者の判断能力に関する評価シートについて（資料2）（資料3）

事務局より、資料に基づき、「項目抽出について」、「チェックシートの変更と追加について」、それぞれ説明が行われた。

議題

1. 認知症の人への介護保険サービス利用時の説明に関する意識調査について

調査票の内容について以下の議論が行われた。

- ・『Q52 トラブル軽減のためのために、説明は必要である。』は誤植。
- ・因子分析の仮説はないのかにという質問があり、事務局より、仮説として、説明が必要であると考えた要因、説明が必要でないと考えた要因で実際に調査者が自由記述をKJ法で分けたように分けられるのかどうか、年代や背景によってどのような特徴が現れるかは分からない

ので、それを見たいと考えている。との回答があった。

- ・仮説モデルを検証するタイプの因子分析もあるが、それはかなり高度であり、モデルを作らない今回は、探索的な因子分析を行った方がいいと考える。
- ・因子が5,6 出た場合、その1つずつの因子の合計の高い人、低い人の特徴を見つけ出しことが可能。例えば、高い人は理念的であるとか、各ケアマネの意識を識別する事が尺度化することへと進んでいく。
- ・人を見て、説明というものでなく、説明というものが必要であるという理念的なものを指し示す一助になるものである。
- ・ストレートにこのようなことを聞けば、行動も意識も把握できるのではないか
- ・ねらいと今回の目標達成について記述して欲しい。
- ・1回の調査で何がどこまでが分かりそうか、目的と分析のイメージを文章化してほしい。
- ・意識から何が見えてきそうかということ事前に記述して欲しい。
- ・回収率が低いことが結果にどのような影響を及ぼすのかについて考察しておく。
- ・答えていない回答者の特性を考えておかないといけない。しかし、何が答えない理由かということ思い図ることは困難。そのあたりをいくつか仮説をいくつか考えておく、想像はできるが、現実を抑えているかどうかは不明。
- ・1～4の回答の分布が3割と10割で一致して分布しているのについての比較は検証できないが、背景がそれほど異ならないので、全体としても代わりは無いであろうというのが一般的な説明原理。
- ・回収率と結果の検討をして欲しい。もしできない場合はなぜできないかの理由を明らかにして欲しい。

2. ケアプラン原案の説明時における情報開示及び利用者の判断能力に関する評価シートについて

1) 調査票の様式及び項目内容について

調査票の様式及び項目内容について、以下の点について意見・議論が交わされた。

- ・利用者を試しているみたいな語句（評価・シートなど）の使用は控え

たほうが良い。

- ・言葉の使い方に関して、家族はもっとよくない感情を持つ可能性がある。
- ・内容自体は妥当であるが、アンケート自体に研修が必要。ケアマネがするにはバラつきがある。
- ・妥当性を担保するのは困難。信頼性については2,3日後にするとといったような繰り返しで保たれる。

2) 回答の評価について

回答の評価方法について、以下の点について意見・議論が交わされた。

- ・必ず法律家や精神科医が同席して(30~50例)どのように面接しているかを見てみる。
 - ・3について家族と本人の希望は異なる。
 - ・2つのことを聞かずどちらかにしたほうが良いのではないか。
 - ・4は普通の人でも難しいのではないか。
- 援助の中で4がきもとなっているために入れた。4については、リアルニード把握していかという意味としてとらえた。
- ・行きたいサービスが反映されていますか。これからもこのサービスをお使いになりたいですか。
 - ・聞き返すのも理解のうちに入るのか。
- このあたりに書いてあった。などのやり取りがあるのも理解になる。
- ・6理解してもらっているか不安がある日を改めてもう一度説明しないと心配。
 - ・最終的には感覚的などころに頼る。心理テストで理解力テストといったものは同じようなものになっていく。
 - ・何名かのケアマネさんをお願いするに当たりマニュアルを作り、弁護士、医師と同席、もしくはビデオにとってもらってやってみる。
 - ・その際に利用者の行動の記載、判断力が同なのかを自由記述として記載しておくべき。

3) 今後の調査について

1月過ぎに事前調査を1~2例してみても修正を切り替えしていくのも良い。

3. 第4回委員会の日程調整

後日、事務局より連絡。

【第4回検討委員会議事録】

日時：平成18年1月23日（月）18：30－20：00

場所：食糧会館 特別会議室

〒102-0083 東京都千代田区麹町 3-3-6

TEL：03-3322-9621 FAX：03-3322-9618

出席者（敬称略）

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

（事務局）：鈴木貴子、佐藤美和子、田口 潤（記録）、渡邊浩文

（オブザーバー）：佐々木健（厚生労働省）

報告

1. 居宅介護支援サービス提供時の人情報提供に関する家族調査について （資料1）（資料2）

前年度に実施した、居宅介護支援事業所向けのアンケート調査をふまえ、家族（東京都の認知症を抱える家族の会の方と物忘れ外来にいらした方の家族）に対しての調査を行う旨の報告が行われた。

前回の調査では30～50人というマスの全体像が明らかになった、その実態が個々のケースを見て本当に言えるのかを明らかにするため、今後インフォームド・コンセントシート開発のためのデータ収集のために行いたい。

調査の対象者についての質問があり、サンプルが東京の認知症を抱える家族の会となっているために調査に慣れていることなどからバイアスがかかるのではないかとということだが、個人情報保護法以降、名簿を入手するのは大変困難であるため、家族の傾向を知ると言う点では有効となるのではないかと説明が事務局より行われた。

2. インフォームド・コンセントシート開発に関する調査について

インフォームド・コンセントシート開発に関する調査について、予備調査の概要、予備調査の結果、本調査の調査計画について事務局より、資料に基づき説明が行われた。

議題

1. 居宅介護支援サービス提供時の情報提供に関する家族調査

1) 調査票の内容に、調査方法について

質問紙について以下の意見が出された。

- ・『Q13 介護保険のサービスを利用する上で、ご本人が行っているものは何ですか。当てはまるものを選びその番号にいくつでも○をしてください。』は答えてもらえるかどうかについて、質問があり、事務局より Q12 は家族に対して聞き、Q13 に関しては本人に対してということ念頭においている。意図としてはサービス契約に対して家族と本人がどのように役割分担をしているのかを少し聞きたいと思っている。
- ・家族からの視点だけでなく、本人からの視点が必要なのではないか。そのような工夫配慮が必要。
- ・この調査の予想される結果については、家族の判断がどこまで良いかということ。家族が契約時に関与が大きいということが明らかになること。ケアマネージャーが家族に対して説明と同意を行っている。
- ・この調査票、及び郵送法といった方法では、利用者の認知症の状態という変数を正確に把握することが困難なため、得られたデータの解釈が難しくなるとの指摘がなされた。それについては、事務局で再度検討し、対応策を考えるとの応答が行われた。
- ・ケアマネージャーがヒアリングすることで一步踏み込んでいけるのでは。しかし信頼関係を壊しかねない。十分な注意を。

2. インフォームド・コンセントシート開発に関する調査について

1) 予備調査の結果容について

調査票の様式及び項目内容について、以下の点について意見・議論が交わされた。

- ・ 外部評価として CDT を実施した。
- ・ 資料 4 の黒枠のところは⇒問題が悪いか？聞き方が悪いか？
- ・ 「本人のみで契約終結の自己責任は可能ですか」 ⇒という言葉は重い
- ・ 「本人のみで契約終結の自己責任は可能ですか」のその理由の中のその他はなくす。
- ・ 10～15 分で自立の人はスムーズに行えたが、認知症の人には負担。

2) 本調査の調査計画について

回答の評価方法について、以下の意見が出された。

- ・ 今回プレということで 4 人行ったが、4 人では少なすぎる。
- ・ 初回利用者に使ってみる
- ・ 外部基準として長谷川式簡易知能評価を実施してみてもどうか。
- ・ 2 月の初めに指導者にアンケートをして、各ケアマネ 1～2 人ずつで調査を行ってみる。
- ・ 少なくとも 3 桁はほしい。

3. その他

事務局員渡邊が本データの一部を使用して学位論文を執筆すること、また、今後渡邊、佐藤、鈴木、今井が学会で本研究結果について、随時発表させていただくことの確認が行われた。

第7章

研究事業総括

1. インフォームド・コンセントに関する介護支援専門員へのグループインタビュー調査

ケアプランの原案の内容についての説明を理解したかどうかの評価ツール作成のための予備調査として、介護支援専門員に対してグループインタビューを実施した。

認知症の人が介護保険サービスを利用する際にこれだけは理解してもらいたい内容として、具体的なものから非常に抽象的なものまで様々な意見が出された。認知症の人であっても最低限この内容だけは説明を行わなければならないという基準が希薄な実態が反映されている可能性があると考えられる。また、サービス利用体験を通じたサービス内容の理解の重要性や、介護支援専門員との関係性の重要性など、今後どのような形で、介護保険サービス利用時のインフォームド・コンセントのあり方を検討していくべきかについて新たな知見が得られたといえる。一方、利用者の理解の確認方法については、非常に援助者側の主観によった方法で行われていることが改めて浮き彫りになった。介護保険サービス利用のための判断能力評価尺度及びそのマニュアルを作成し普及させる中で、このような現状の改善していく必要がある。

2. 認知症の人へのケアプラン原案の説明に関する介護支援専門員への意識の現状

ケアプラン原案の説明に関する介護支援専門員の意識を明らかにするため、郵送法によるアンケート調査を実施した。質問項目は、10の大分類、計60項目にて6件法でたずねた。「説明が必要である理由」に該当する大分類について検討したところ、回答率では全体の半数以上の対象者が肯定的な回答だった。一方、「説明が必要ない理由」に該当する4つの大分類のうち「精神状態」「理解度・重度」「家族重視」「環境・制度」においては、項目によって回答率に少なからずばらつきが見られたり、「全ての利用者に説明している」群と「一部の利用者のみ説明している」群の間で平均得点に相違が見られることが明らかとなった。例えば、「精神状態」の中の「説明を行うことによって、利用者に不安や拒否、混乱が生じる」という内容に該当する項目や「理解度・重度」の中の「説明を行っても認知症のレベルが重度であったり理解・判断が難しい」という内容に該当する項目がそれに該当して

いた。以上の傾向は一見、介護支援専門員が好まないような状況でも、説明を行うべきであるという考えを比較的強く持っているのではないかと考えられるものの、同項目群について実態調査部分の「一部の利用者のみ説明している」としたものと、「全ての利用者に説明している」としたものに比べて比較した場合、「全ての利用者に説明している」群よりも説明を行う必要性を感じていないことが示唆された。このことから、利用者が不安定になった場合の対処方法への不安や「認知症＝理解できない」といった考え方が依然として存在すると考えられることなどの説明に際しての阻害要因の存在が示唆された。

また、「ケアプランの原案の内容全てを認知症の人に説明する必要性」と「ケアプラン原案の内容を全ての認知症の人に説明する必要性」について、「必要があると思う」「必要がないと思う」の二者択一で回答を求めたところ、いずれの問いについても過半数を上回る600人近い対象者から「必要がないと思う」との回答を得た。ケアプラン原案の内容を利用者へ説明する義務を持つ以上に、現実に実施する難しさが窺われた。

3. 介護保険サービス利用のための判断能力評価尺度：インフォームド・コンセントシートの開発

昨年度における検討委員会での議論、先行研究及び実態調査結果やグループインタビューの結果をふまえて検討委員会で検討を行い、介護保険サービス利用のための判断能力評価尺度の素案「インフォームド・コンセントシート」を作成した。

また、インフォームド・コンセントシートを実際の介護支援専門員に使用してもらい利用者が説明された内容を理解しているか否かについて評価してもらった調査を実施した。

結果、理解の評価項目をみると、十分理解、一部理解、理解困難の3つの評価項目に対し、ある特定の項目に評価が集中せずに弁別された。また、利用者の理解状況を評価する項目を得点化し総合得点を算出し、同得点と外的基準として設定した改訂長谷川式簡易知能評価スケール及び時計描画検査の得点との相関係数を算出したところ、改訂長谷川式簡易知能評価スケールの得点との強い相関が認められた。同様に時計描画検査ともやや強い相関が認められた。以上のような結果から、今回の調査の実施方法及び調査項目が、

認知症の診断の有無の評価に帰属するなんらかの要因に対し関連性があることが可能性として考えられた。

今後も、本調査の分析をすすめ、インフォームド・コンセントシート及びそのマニュアルの作成をすすめ、実践現場での検証を行っていく。

4. 総括

本事業では、介護支援専門員に対してグループインタビュー及び意識調査を実施した。グループインタビューでは、サービス体験を通じたサービス内容の理解といった実践現場における工夫や、単なる契約の手続きとして説明を捉えるのではなく、利用者と関係形成の一環として説明についてとらえている現状が示唆された。また、意識調査では、認知症人に対して説明を行うことに対してそれほど積極的な必要性を認めていない群の意識が明らかになった。すなわち、インフォームド・コンセントの実施の阻害要因を示唆する結果といえる。両調査とも現場の実情を把握する上で重要なデータが得られたと考える。今後のそれらをふまえてインフォームド・コンセントのあり方について検討をしていく必要がある。

また、本事業では、介護保険サービス利用のための判断能力評価尺度の素案「インフォームド・コンセントシート」を作成し、それを実際に介護支援専門員が使用し利用者の理解の状況を評価してもらうという調査を行った。本尺度は、昨年度から検討を行ってきたものである。まだ素案の段階ではあるが、このような判断能力を評価するツールの開発は今後、本尺度の開発はインフォームド・コンセントのあり方を検討する上で避けては通れない課題であり、今後も引き続き開発を進めていく必要がある。

本研究事業は、平成18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。

【報告書作成者名】

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）

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・佐藤 美和子・鈴木 貴子

第3章 鈴木 貴子・渡邊 浩文・佐藤 美和子

第4章 渡邊 浩文・鈴木 貴子・佐藤 美和子

第5章 渡邊 浩文・鈴木 貴子・佐藤 美和子

第6章 渡邊 浩文・佐藤 美和子・鈴木 貴子

第7章 今井 幸充

平成18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19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西 1-12-1

電話 (03) 3334-2173 FAX (03) 3334-2718

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

**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19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
TEL (03)3334-2173 FAX (03)3334-2718