

平成 19 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時の
IC実施に際して必要な
判断能力評価スケールの開発に関する研究事業
報 告 書

平成 20 年 3 月

認知症介護研究・研修東京センター
(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 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. 研究の背景及び調査の目的	13
II. 今絵年度研究事業までの経過	13
III. 調査による項目の検討と修正	14
IV. インフォームド・コンセントシートの改訂	25
資料1. インフォームド・コンセントシート	27
資料2. インフォームド・コンセントシート	29
資料3. インフォームド・コンセントシート実施の手引き	31

第3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	37
II. 調査方法	37
III. 調査結果	40
IV. 考察	53

第4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～項目抽出とICシート実施前後での意識の変化～

I. 研究の背景及び調査の目的	61
II. ケアプラン原案説明に関する意識調査票の作成	62
III. ICシート実施前後での意識の変化の検討	69
資料1：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）	93
資料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（2）	99
資料3：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（3）	105

第5章	インフォームド・コンセントシート評価者間信頼性に関する調査	
I.	調査目的	113
II.	調査方法	113
III.	調査結果	117
IV.	考察	123
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	
I.	検討委員会概要	131
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	137
	第1回検討委員会議事録	137
	第2回検討委員会議事録	139
	第3回検討委員会議事録	142
第7章	研究事業総括	145

抄 録

【研究目的】本研究事業では、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することにある。

【研究方法】居宅介護支援サービスを提供する際のサービス計画書に関する利用者の判断能力を測定する尺度を開発する。平成 18 年度研究で作成された尺度の素案（インフォームド・コンセントシート（以下 I・C シート））を行い、その利用マニュアルの作成を行う。

【方法・結果】まず、平成 18 年度事業で行った I・C シートの修正を行った。次に、ほぼ同様の方法で第 2 次調査を実施し、修正後の評価項目について確認を行ったところ、本調査の段階では、今回の評価項目の削除・修正及び教示文の修正は、第 1 次調査結果で示唆された I・C シートの機能を特段損なうといった大きな問題点がなかったことが示唆されたといえる。

また、昨年度の研究事業で実施した意識調査の調査票を標準化したものを 92 名の介護支援専門員らに実施した。調査は IC シート実施の前後と実施 1 ヶ月後の計 3 回実施し、意識調査票の得点の変化を検討した。結果、全体としては、Pre-test、Post-test、Follow-up の時点での下位尺度の得点の変化はそれほど大きなものではなかったものの、IC シート実施だけではもともと「説明は必要ない」と考えている介護支援専門員の意識に変化をもたらさないことなどが示唆された。

次に、IC シートの評価者間の一致度を明らかにすることを目的とした調査を実施した。調査方法は、事前に simulated patients を用いて作成された 3 パターンのケアプランの説明場面の映像を、介護支援専門員らにみてもらい、IC シートで評価してもらった。結果、おおむね事前に想定したケースの設定どおりの結果が評価者間で得られたと考えられたものの、いくつかの項目で、特に理解をしているか否かの判断に迷うように調査者側で設定したケースの評価について一致率が低くなることが示唆された。

【まとめと今後の課題】本年度の調査・研究において、行われた IC シートの修正は、前回調査との比較においておおむね問題ない結果が得られたと考えられる。今後については今回明らかになったいくつかの課題について再度の検討と修正を加えていく必要がある。合わせて IC シートの限界性を踏まえたうえで、それを実践者に教育していくか、現場でどう活用していくかについてさらに検討を加えていかねばならない。

第1章 調査研究事業の概要

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困難な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おり、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。今後、認知症高齢者がますます増加することが予想されている現状では、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のあり方が大きな課題となる。

それ故、アルツハイマー病をはじめ認知症の人に介護保険サービスを提供する際に十分な説明と同意（インフォーム・ドコンセント）のあり方を検討する必要がある。その際に必要なのが認知症高齢者の判断力の有無を評価するツールである。そこで本研究事業は、認知症の人の判断能力評価スケール及びその利用マニュアルを開発し、サービス提供者がインフォームド・コンセント実施時にそれらを有効利用できる方法を開発にすることを目的とする。

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であり、平成17年度からの継続事業となる。平成17年度の研究事業の中では、介護支援専門員に対して認知症の利用者に対する情報提供の実態調査、および意識調査を実施した。また、臨床におけるアルツハイマー病本人への病名告知における医師の意識について調査を実施し、その意識のありようを明らかにしてきた。

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シートの素案を作成し、現場の介護支援専門員らの協力の下調査を実施した。このシートは、介護支援専門員が作成したケアプランを説明する際に、説明した内容を利用者が理解しているかを確認しながら、当該ケアプランに対する利用者の理解度を測定し、もって当該ケアプランについての利用者の同意能力を評価するものである。

平成19年度は、居宅介護支援サービスを提供する際のサービス計画書に関する利

用者の判断能力を測定する尺度を開発する。平成18年度研究で作成された認知症高齢者判断力評価尺度シートの信頼性・妥当性の検討を行い、その利用マニュアルの作成を行う。具体的には、認知症高齢者判断力評価尺度シートに関する調査を継続し、当該シートの標準化の手続きをすすめる。また、実態調査及び意識調査の結果導かれた課題をふまえ、判断力評価尺度シートの利用マニュアルとインフォームド・コンセントのあり方を提言する。

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
	渡邊 浩文	目白大学・人間学部
	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
〈作業委員・事務局〉		
	渡邊 浩文	目白大学・人間学部
	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
	白石 旬子	認知症介護研究・研修東京センター 研究補助
〈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19年度研究事業概要

1) インフォームド・コンセントシートの修正

目的：本研究の目的は、平成18年度事業で介護支援専門員の協力により行ったインフォームド・コンセントシートを使用した調査結果を分析し、同シートの項目を修正することである。

方法：分析方法としてはロジスティック回帰分析を使用した。

分析に当たっては、従属変数をそれぞれ、CDT得点、HDS-R得点、I・Cシートの「理解の総合評価」「契約締結の可能性」とした。

独立変数としては、①サービス利用の確認、②-2利用目的の確認、③-2：継続の確認、④-1：料金の確認に関する項目、②-1：サービス利用の目的、③-1：サービス内容、④-1：サービス料金、⑤：緊急連絡先とした。

2) インフォームド・コンセントシート開発のための調査

目的：平成18年度に実施した第1次調査の結果をふまえて修正を行ったインフォームド・コンセントシートについて第1次調査との比較を通して、修正後の評価項目の確認を行う。

対象：居宅介護支援業務あるいは介護予防ケアマネジメントを実施しているもの及びその担当ケース

調査方法：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い、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。

3) 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

目的：昨年度の研究事業で実施した、介護支援専門員がケアプラン原案の説明を利用者に行う際に持っている意識に関するアンケート用紙の分析を行い、その標準化を行う。その上でインフォームド・コンセントシートを実施した介護支援専門員らに当該意識調査票実際にしてもった。調査はインフォームド・コンセントシート実施の前後と実施1ヵ月後の計3回行い、意識調査票の得点の変化を検討する。

対象：居宅介護支援業務あるいは介護予防ケアマネジメントを実施している者

←方法：分析の結果修正されたアンケート用紙を用いて、インフォームド・コンセントシート実施前後と実施1ヵ月後に当該アンケート調査に回答してもらう。

4) インフォームド・コンセントシート評価者間信頼性に関する調査

目的：サービス計画書の理解の程度の評価について、インフォームド・コンセントシートを用いた評価の評価者間の一致度を明らかにすること

対象：居宅介護支援業務及び予防ケアマネジメント実施している現業の介護支援専門員及び地域包括支援センター職員

方法：ケアプランの理解の程度が異なる利用者に対して、以下の手順で調査を行った。①居宅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た理解の確認を行っている場面についての映像を作成する。②作成した映像を、居宅介護支援業務及び予防ケアマネジメント実施している現業の介護支援専門員及び地域包括支援センター職員にインフォームド・コンセントシートを用いて利用者のケアプランの理解状況について評価してもらう。

4. 事業実施予定期間

平成19年4月1日から平成20年3月31日

5. 本研究事業の意義

本研究は、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、介護保険制度理念でもある「利用者の自己決定」を尊重したインフォームド・コンセントの方法を明らかにする中で、認知症介護現場での人権擁護に資する指針を作成することが期待できる。具体的には、介護保険サービスを提供する際の適切な情報提供について、ケアマネジャーをはじめ各種サービス業者が介護保険サービス実施時の高齢者の判断力の障害を明らかにし、本人の最大の利益に資するための情報提供や意思決定のための支援方法及びその教育システムの開発を行うことができる。

(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、一定の様式に基づく調査同意を得て調査を行うこととする。

第2章

認知症の人の介護保険サービス利用のための 判断能力尺度開発

I. 研究の背景及び調査の目的

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、社会支援の必要の高い利用者に、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、利用者の自己決定を尊重した介護保険サービスの利用上重要な位置を占め、認知症高齢者をはじめとした要介護者の権利擁護を推進する役割を担っている。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ツールについて検討し、介護支援専門員が、居宅介護支援サービスの中で作成されるサービス計画書の内容を説明する際に、サービス利用者の理解力と同意能力の評価を行うためのツールを作成することを目的とした。

II. 今年度研究事業まで経過

平成17年度研究事業においては、「認知症の人の判断能力判定尺度開発のための検討委員会」が組織され、4回にわたり検討が行われた。最初に委員間の共通理解を図るため、判断能力に関して専門の委員より講義が行われ、それをもとに介護保険サービス利用における判断能力とその評価について議論がなされた。その結果、本事業においては、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、介護保険の契約を行う際に必要とされる特化された能力を測るツール開発を目指すこととなった。その際、AppelbaumとGrissoが開発した治療同意能力の評価スケールである MacArthur Competence Assessment Tool-Treatment (MacCAT-T)¹⁾ を参考に、より簡便で現場で使用しやす

いもの、「意思能力」ではなく「理解能力」のみを測るもので、例えばサービス内容や費用などいくつかの事柄について具体的に話してもらう中で、ある程度の理解の程度が評価できるもの、A4サイズ1枚程度の内容のもの、知能検査のような「判断力」があるかどうか正確に評価するものではないもの、を作成することとなった。

平成18年度事業においては、平成17年度事業の委員会における議論とこれまでの介護支援専門員に対する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(平成17年度)やグループインタビュー(平成18年度)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ツール(インフォームド・コンセントシート)と手引きを作成した(資料1・2)。そしてこのインフォームド・コンセントシートの有効性や実用可能なものにするための改善点について検討するために、介護支援専門員に協力を依頼し調査を行った。その結果、①質問内容と回答方法によって、理解力を反映していると思われる項目と反映していない項目がある。②個々の項目への評価と総合的理解評価、契約可能性の判断には違いがあり、関連を検討する必要がある。③時計描画検査と改訂長谷川式簡易知能評価スケールとの間には、強い相関が見られ、本スケールの評価と認知症の有無の評価には関連がある。④今後、より理解能力の評価と関連が深い項目を選択し、介護支援専門員が使用しやすく、妥当性、信頼性の高いスケールにするための項目の検討が必要ある、という点が明らかとなった²⁾。

Ⅲ. 調査による項目の検討と修正

1) 目的

本研究の目的は、平成18年度事業までの経過をふまえ、インフォームド・コンセントシートを実用可能なものにするために、介護支援専門員の協力により行ったインフォームド・コンセントシートを使用した調査結果の分析を基に、同シートの項目を修正することである。

2) 方法

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、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、であった。

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、①言語的なコミュニケーションが可能な利用者、②認知症の診断を受けている利用者、及び受けていない利用者、各1名ずつ計2名で、③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、とした。

3. 調査方法・手順

調査協力者は、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抽出した。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（資料1参照）、時計描画検査、長谷川式簡易知能評価スケールの実施方法の説明（資料2参照））を行った。

調査は、説明会実施後（平成19年2月24日）から平成19年3月23日（金）の間、実施した。

3. 結果

1. 調査協力者・分析対象者の概要

1) 調査協力者

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、性別は、男性は15人（21.13%）、女性は52人（73.24%）、不明4人、年齢は、平均年齢44.21歳（29～65歳： $SD = 8.74$ ）だった（表1、2）。

表1. 調査協力者の性別

	回答者数	%
男性	15	21.13
女性	52	73.24
不明	4	5.63
合計	71	100.00

表2. 調査協力者の年齢

(単位：歳)

平均値	44.21
中央値	45
標準偏差	8.74
最小値	29
最大値	65

2) 分析対象者

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。性別は、男性が29人(23.2%)、女性が96人(76.8%)、年齢は平均が82.15歳(53から98歳： $SD = 7.95$)だった(表3・4)。認知症の診断の有無は、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。要介護度は、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人)、要介護5が1人(0.8%)だった(表5)。

表3. 分析対象者の性別

	回答数	%
男性	29	23.2
女性	96	76.8
合計	125	100.0

表4. 分析対象者の年齢

(単位：歳)

平均値	82.15
標準偏差	7.95
最小値	53
最大値	98

表5. 分析対象者の要介護度

	回答者数	%
要介護1	62	49.6
要介護2	35	28.0
要介護3	23	18.4
要介護4	4	3.2
要介護5	1	0.8
合計	125	100.0

1. インフォームド・コンセントシート項目の確認状況

1) 2択確認項目

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。）、②-2：利用目的の確認（私たちは、〇〇さんに～のようにサービス提供をしたいと考えています。よろしいでしょうか。）、③-2：継続の確認（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。または、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しょうか。）、④-1：料金の確認（サービス利用には、お金がかかることはご存知ですか。）、計画書実施の確認（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。）に対して、回答（はい・いいえ）について集計した（表6）。5つの確認項目について、それぞれ、93.6%、89.6%、88.8%、86.4%、91.2%の「回答あり」があった。

表6. 2 択項目の回答

	① サービス利用 の確認		②-2 利用目的 の確認		③-2 継続の 確認		④-1 料金の 確認		計画書実施の 確認	
	回答数	%	回答数	%	回答数	%	回答数	%	回答数	%
回答あり	117	93.6	112	89.6	111	88.8	108	86.4	114	91.2
回答なし	3	2.4	3	2.4	2	1.6	5	4.0	2	1.6
その他	4	3.2	7	5.6	5	4.0	11	8.8	4	3.2
欠損	1	0.8	3	2.4	7	5.6	1	0.8	5	4.0
計	125	100.0	125	100.0	125	100.0	125	100.0	125	100.0

2) 3 択確認項目

②-1：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。）、③-1：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。）、③-2：サービスの開始時期（それはいつからですか。）、④-1：サービス料金（それはいくらですか。）、⑤：緊急連絡先（サービス利用について、何かあった場合の連絡先はおわかりですか。）に対する、回答（十分に理解・一部理解・理解困難）について集計した（表7）。5つの確認項目について、「十分に理解」は、30.4%、34.4%、18.4%、30.4%、32.8%、「一部理解」は、38.4%、45.6%、16.8%、24.8%、31.2%、「理解困難」は、29.6%、18.4%、20.0%、24.8%、31.2%であった。サービス利用時期に関しては、欠損値が56人（44.8%）であった。理解の総合評価は、「十分に理解」が28.0%、「不安がある」が37.6%、「理解していない」が31.2%であった（表8）。契約締結の可能性は、「十分できる」21.6%、「補助が必要」39.2%、「できない」36.0%であった（表9）。

表 7. 3 択項目の回答

	② サービス 利用の目的		③-1 サービス内 容		③-2 サービス開 始の時期		④-2 サービス料 金		⑤緊急連絡先	
	回答数	%	回答数	%	回答数	%	回答数	%	回答数	%
十分理解	38	30.4	43	34.4	23	18.4	38	30.4	41	32.8
一部理解	48	38.4	57	45.6	21	16.8	31	24.8	39	31.2
理解困難	37	29.6	23	18.4	25	20.0	55	44.0	45	36.0
欠損	2	1.6	2	1.6	56	44.8	1	0.8	0	0.0
計	125	100.0	125	100.0	125	100.0	125	100.0	125	100.0

表 8. 理解の総合評価

	理解の総合評価	
	回答数	%
十分理解	35	28.0
不安がある	47	37.6
理解していない	39	31.2
欠損	4	3.2
計	125	100.0

表 9. 契約締結の可能性

	契約締結の可能性	
	回答数	%
十分できる	27	21.6
補助が必要	49	39.2
できない	45	36.0
欠損	4	3.2
計	125	100.0

2・時計描画検査及び改訂版長谷川式簡易知能評価スケール

時計描画検査（CDT）は、河野³⁾の採点方法を基に採点した。研究者2名以上で採点した結果、平均得点は6.87（ $SD = 2.62$ ）だった。河野は9点満点及び8.5点が「認知症の疑い」、8点以下が「認知症」という評価をしているため、表現はそれに従った。本分析においては「認知症の疑い」は認知症ではない群として判断されている。集計した結果、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10）。

HDS-Rは、平均得点が16.87（ $SD = 8.17$ ）だった。20点以下を認知症、21点以上を非認知症として評価し集計した結果、認知症は80人（63.69%）、非認知症は46人（36.51%）だった（表11）。

表 10. CDT の評価

	人数	%
認知症	77	61.60
認知症の疑い	48	38.40
合計	125	100.00

表 11. HDS-R の評価

	人数	%
認知症	79	63.20
非認知症	46	36.80
合計	125	100.00

3. インフォームド・コンセントシート項目と外的基準との関連

外的基準として設定した CDT と HDS-R の得点とインフォームド・コンセントシート項目の各得点との相関係数を算出した。2 択項目は、「回答あり」を 1 点、「回答なし」を 0 点とし、3 択項目は、「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。相関係数が有意であったのは、時計描画検査の得点、改訂版長谷川式簡易知能評価スケールの得点、②-1：サービス利用の目的、③-1：サービス利用の内容 ④-1：サービス料金、⑤：緊急連絡先の 4 項目とその合計得点、理解の総合評価得点、契約締結の可能性の評価得点であった(表 12)。

表 12. 得点間の相関

	HDS-R	CDT	サービス 利用の 目的	サービス 内容	サービス 料金	緊急 連絡先	4 項目 合計	理解の 総合 評価
CDT	0.61**							
サービス利用の目的	0.66**	0.37**						
サービス内容	0.77**	0.43**	0.74**					
サービス料金	0.75**	0.45**	0.63**	0.71**				
緊急連絡先	0.73**	0.40**	0.64**	0.73**	0.74**			
4 項目合計	0.84**	0.48**	0.85**	0.89**	0.88**	0.89**		
理解の総合評価	0.76**	0.39**	0.73**	0.75**	0.75**	0.78**	0.86**	
契約締結の可能性	0.73**	0.39**	0.68**	0.73**	0.80**	0.76**	0.84**	0.85**

** $p<.01$

4. インフォームド・コンセントシート項目の選択

インフォームド・コンセントシートの各項目が、外的基準と関連があるかどうか、対象者のケアプランに関する総合的理解や契約可能性を、予測できる項目かどうかを、ロジスティック回帰分析（強制投入法）を用いて検討した。

最初に、外的基準である CDT と HDS-R 得点が、理解の総合評価（十分理解・一部理解・理解不能）および契約締結の可能性（十分できる・補助が必要・できない）を予測できるかどうか検討した結果、モデルがよく適合しており、70%以上の正答率があった。Wald 統計量が有意であったのは、HDS-R 得点と理解の総合評価の「十分理解」と契約締結の可能性の「契約可能（十分できる）」についてのみであった。また、インフォームド・コンセントシートの各項目得点が、CDT と HDS-R 得点による認知症の有無を予測できるかどうか検討した結果、Nagelkerke R^2 にて当てはまりがよく、70%以上の正答率があったのは、HDS-R 得点による認知症の有無のみであった。Wald 統計量は、②-1 項目のみが、有意でなかった（表 13）。

表 13. インフォームド・コンセントシート項目と HDS-R 得点の関連

	モデル係数の オムニバス検 定	モデルの 要約	分類表		変数	Wald	オッズ比
	(χ^2 二乗)	Nagelkerke R ²	%				
十分理解 × HDS-R 得点	84.63 ***	0.72	十分理解	77.1	HDS-R	27.59 ***	1.51
			十分理解 以外	90.7	定数	26.55 ***	0.00
契約可能 × HDS-R 得点	62.64 ***	0.62	契約可	70.4	HDS-R	22.18 ***	1.44
			契約可 以外	89.4	定数	22.65 ***	0.00
HDS-R × (Q2/Q4/Q8/ Q9)	103.81 ***	0.79	認知症	94.8	Q2	0.01 <i>n.s.</i>	0.94
			認知症 以外	86.0	Q4	7.28 **	8.79
					Q8	4.60 *	3.12
					Q9	6.30 *	5.17
					定数	32.51 ***	0.00

*** $p<.001$, ** $p<.01$, * $p<.05$, $p<.10$

② サービス利用の目的(本人) ③ サービス内容 ④ サービスにかかる料金 ⑤ 緊急連絡先

次に、インフォームド・コンセントシートの各項目得点が、理解の総合評価（十分理解・一部理解・理解不能）を予測しうるか検討した結果、Nagelkerke R^2 にて当てはまりがよく、70%以上の正答率があったのは、「十分理解」と、②-1、③-1、④-1、⑤の4項目の4つの組合せであった（表 14）。Wald 統計量は、「十分理解」と4項目全ての組み合わせのうち、④-1項目のみが有意でなかった。

表 14. インフォームド・コンセントシート項目による総合理解評価の予測

	モデル係数の オムニバス 検定	モデルの 要約	分類表		変数	Wald		オッズ比
	(χ^2 二乗)	Nagelkerke R ²		%				
十分理解 × (Q2/Q4/Q8/Q9)	84.01 ***	0.73	十分理解	85.3	Q2	4.32	*	3.73
					Q4	2.50	n.s.	3.84
			十分理解		Q8	2.82	+	2.54
			以外	91.6	Q9	2.85	+	3.14
					定数	26.00	***	0.00
十分理解 × (Q2/Q4/Q9)	81.85 ***	0.72	十分理解	85.3	Q2	4.36	*	3.53
					Q4	5.69	*	7.34
			十分理解		Q9	4.33	*	3.79
			以外	90.5	定数	27.72	***	0.00
十分理解 × (Q2/Q8/Q9)	78.15 ***	0.69	十分理解	79.4	Q2	7.34	**	4.82
					Q8	5.49	*	3.17
			十分理解		Q9	5.25	*	4.14
			以外	88.2	定数	25.99	***	0.00
十分理解 × (Q4/Q8/Q9)	81.69 ***	0.71	十分理解	85.7	Q4	5.96	*	7.23
					Q8	3.00	+	2.46
			十分理解		Q9	4.67	*	4.01
			以外	89.2	定数	26.72	***	0.00

*** $p<.001$ ②サービス利用の目的(本人) ③サービス内容 ④サービスにかかる料金 ⑤緊急連絡先

同様に、契約締結の可能性(十分できる・補助が必要・できない)を予測しうるか検討した結果、Nagelkerke R^2 にて当てはまりがよく、70%以上の正答率があったのは、「契約可能(十分できる)」と、②-1、③-1、④-1、⑤の4項目の5つの組合せであった(表15)。Wald統計量は、「契約可能」と4項目全ての組み合わせのうち、④-1項目と⑤項目が有意でなかった。

表 15. インフォームド・コンセントシート項目による契約締結可能性の予測

	モデル係数の オムニバス 検定		モデルの 要約		分類表		変数	Wald		オッズ比
	(χ 二乗)		Nagelkerke R ²		%					
契約可能 × (Q2/Q4/Q8/Q9)	75.03	***	0.73	契約可	80.0	Q2	5.66	*	7.64	
				契約可 以外	94.6	Q4	0.72	n.s.	2.76	
						Q8	8.48	**	13.92	
						Q9	0.10	n.s.	1.31	
						定数	16.75	***	0.00	
契約可能 × (Q2/Q4)	62.01	***	0.64	契約可	88.0	Q2	0.74	*	6.15	
				契約可 以外	89.2	Q4	1.12	**	22.37	
						定数	2.18	***	0.00	
契約可能 × (Q2/Q8)	76.89	***	0.73	契約可	80.8	Q2	10.45	***	12.68	
				契約可 以外	94.6	Q8	12.71	***	20.64	
						定数	19.45	***	0.00	
契約可能 × (Q2/Q9)	59.28	***	0.60	契約可	80.8	Q2	10.20	***	9.41	
				契約可 以外	90.4	Q9	6.13	*	4.63	
						定数	23.72	***	0.00	
契約可能 × (Q4/Q8)	69.53	***	0.68	契約可	88.5	Q4	4.64	*	11.22	
				契約可 以外	89.1	Q8	8.70	**	11.25	
						定数	14.71	***	0.00	

*** $p < .001$ ②サービス利用の目的(本人) ③サービス内容 ④サービスにかかる料金 ⑤緊急連絡先

4. 考察

1. インフォームド・コンセントシート各項目の選択

CDT 及び HDS-R 得点とケアプランの理解および契約締結の能力に関連のある項目は、次の5つの3択確認項目であると考えられた。それは、②-1：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。）、③-1：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。）、③-2：サービスの開始時期（それはいつからですか。）、④-1：サービス料金（それはいくらですか。）、⑤：緊急連絡先（サービス利用について、何かあった場合の連絡先はおわかりですか。）である。4項目モデルは、Wald 統計量が有意ではない項目が確認

されたが、これはもともと項目間の相関が高く多重共線性が存在すると考えられる。他にも各々3項目、2項目の組み合わせについて検討したところ、どのモデルもオッズ比が際立って高いと言えず、いずれの項目も重要と考えられたため、4項目全てを採用することとした。

2. インフォームド・コンセントシート4項目の予測性

インフォームド・コンセントシート4項目の各得点は、ケアプランの総合理解評価「十分理解」「一部理解」「理解困難」のうちの「十分理解」を、また契約締結可能性評価「契約可能（十分できる）」「補助が必要」「できない」のうちの「契約可能（十分できる）」を、よく予測しうることがわかった。「一部理解」と「理解困難」、「補助が必要」と「できない」の間には、得点による区別ができないと考えられる。

「一部理解」と「理解困難」の評価基準にも問題があるだろう。「補助が必要」と「できない」の区別に関しては、意味的に、契約ができないから補助が必要なわけであり、もともと区別できない評価であったと考えられる。

また、インフォームド・コンセントシートの項目に関する得点と外的基準として設定した CDT の得点の間にはやや強い相関が、同様に HDS-R 得点との間には非常に強い相関が見られた。認知機能と関連のある HDS-R 得点の高い人ほど、「十分理解」「契約可能（十分できる）」であることが確認できた。総合的理解と契約締結可能性の評価が、対象者の認知機能や認知症の有無とも関連があることがわかった。

IV. インフォームド・コンセントシートの改訂

以上の調査結果を検討し、インフォームド・コンセントシートにおける改定を行った。確認項目は、①サービス利用の目的、②利用するサービス内容 ③サービス利用料金 ④連絡先、の4項目とした。

先に「はい・いいえ」で答えられる確認項目は、介護支援専門員が説明しやすいよう教示文として、インフォームド・コンセントシート

に記述することとした。

また、教示文の検討も行い、「緊急連絡先」は、身内や警察・救急をイメージさせ、事業所の名称が出てきにくいということで、「連絡先」と示すことになった。理解の総合評価の教示文はよりわかりやすく、「ケアプランを十分に理解していますか」とし、選択肢も下位項目に即して「十分に理解している・一部しか理解していない・理解していない」の3択とした。また、契約締結の可能性に関する「本人のみで契約締結の自己責任を負うことが可能ですか」という教示文も、「本人のみで契約できますか」に変更し、選択肢も、「補助が必要」と「できない」は同義であるため「本人のみでできる・できない（補助が必要）」の二択とした（資料3参照）。改訂されたインフォームド・コンセントシートに即して、手引書も作り直された（資料4参照）。

文献

- 1) 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，日本評論社，(2000)
- 2) 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」，認知症介護研究・研修センター，(2007)。
- 3) 河野和彦：痴呆症の診断－アルツハイマライゼーションと時計描画検査（痴呆ハンドブック(1)），フジメディカル出版，(2005)

〔資料1〕

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

全体評価

利用者理解の状況の評価（いずれか一つに^{マル}○をお願いします）

(十分に理解していると思う 理解してもらっているか不安がある 理解していない)

本人のみで契約締結が可能ですか？

いずれか一つに○（まる）をし、その理由をお書きください。

(十分できる 補助が必要 できない その他 ())

<理由>

開示情報

利用者及び家族の介護に対する意向 (②-1)

統合的な援助の方針（②－２）

サービス内容 (③-1): 開始時期

サービス利用料（1ヶ月合計）（④－2）

〔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 ()

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。

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。	(利用者の回答内容)	1) 十分に理解 2) 一部理解 3) 理解困難
--	------------	--------------------------------

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。

() 内は「総合的な援助の方針」(居宅サービス計画書)あるいは、「総合的な方針」(介護予防サービス計画書)の内容

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。	(利用者の回答内容)	1) 十分に理解 2) 一部理解 3) 理解困難
----------------------------------	------------	--------------------------------

サービス利用には、お金がかかります。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。	(利用者の回答内容)	1) 十分に理解 2) 一部理解 3) 理解困難
------------	------------	--------------------------------

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。

連絡先を教えてください。	(利用者の回答内容)	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。

ケアプランを十分に理解していますか (いずれか一つに^{マル}○をお願いします)

(十分に理解している 一部しか理解していない 理解していない)

本人のみで契約できますか (いずれか一つに^{マル}○をし、その理由をお書きください。)

(本人のみでできる できない(補助が必要))

<理由>

開示情報

・「利用者及び家族の介護に対する意向」（居宅サービス計画書）あるいは「本人家族の意欲・意向」（介護予防サービス計画書）の内容 ・「統合的な援助の方針」（居宅サービス計画書）あるいは「総合的な方針」（介護予防サービス計画書）の内容
サービス内容
サービス利用料（1ヶ月合計）
サービス利用に関する連絡先

〔資料3〕

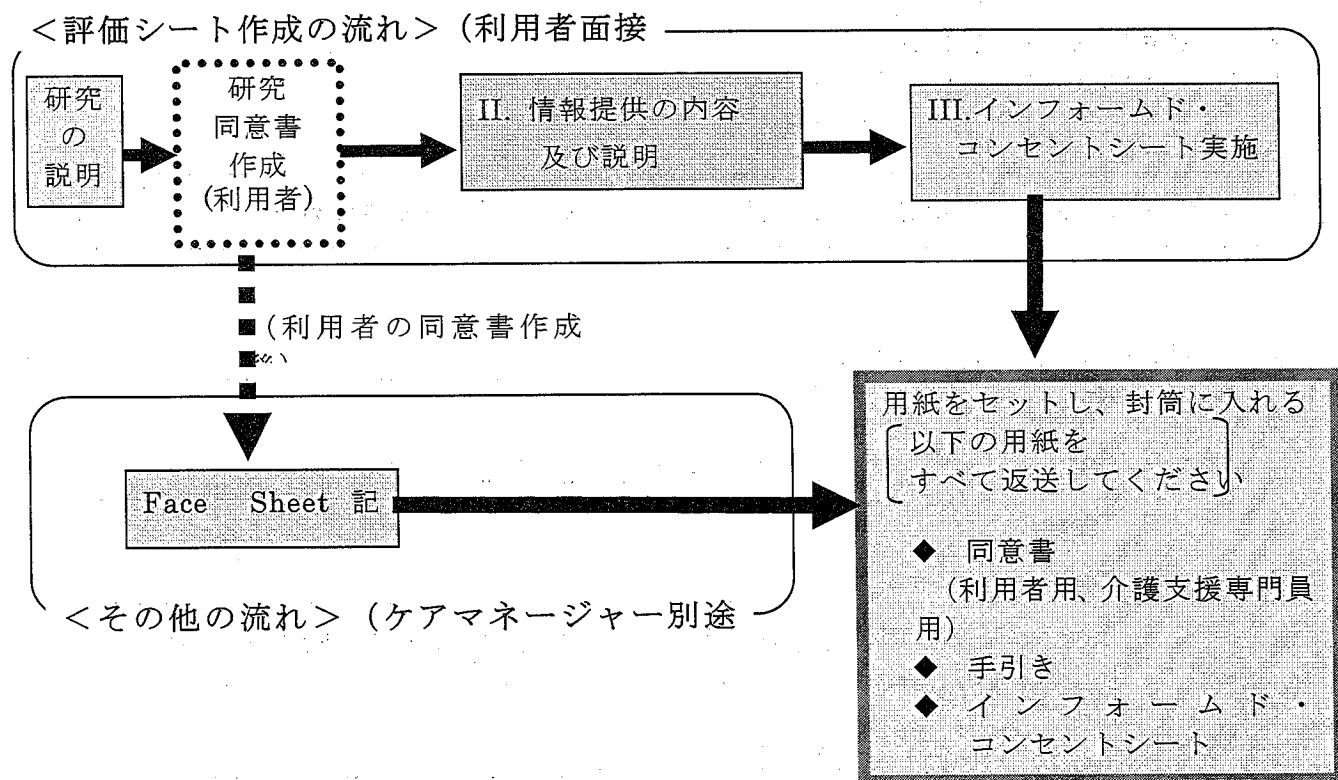
インフォームド・コンセントシート実施の手引き

本研究では、居宅サービス計画書あるいは介護予防サービス計画書の説明を行った際、利用者の理解を評価することを目的としています。また、同時に当該計画書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
- ◆ インフォームド・コンセントシート
- ◆ 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）。

以下の流れに沿って、実施してください。



内は、ケアマネージャーあるいは介護予防ケアマネジメント担当者が実施

内は、利用者に作成していただく

I. 情報提供の内容及び説明

居宅サービス計画書あるいは介護予防サービス計画書の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。

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但よろしいですか。
- * 居宅サービス計画書あるいは介護予防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サービス利用の目的

- ・ ○○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。
- ・ ○○さんの希望は、～です。
(「利用者及び家族の介護に対する意向」*¹又は「本人家族の意欲・意向」*²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。
(「第1表：総合的な援助の方針」*¹、又は「総合的な方針」*²の記載内容)

* 1：居宅サービス計画書の項目

* 2：介護予防サービス計画書（標準書式）の項目。

②利用するサービス内容

- ・ ○○さんがお使いになるサービスは、～になります。(サービス種別と内容)

③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。
- ・ ○○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サービス利用に関する連絡先

- ・ サービス利用の際、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)

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。
- ・ 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いただきます。よろしいでしょうか。

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、評定欄につきましては、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
・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。	・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。	・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。

第3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

平成18年度に実施した第1次調査の結果をふまえて修正を行ったインフォームド・コンセントシートについて2次調査を実施する。調査は、介護支援専門員及び地域包括支援センター職員の方に使用してもらい、第1次調査との比較を通して、修正後のインフォームド・コンセントシートについて、第1次調査で確認された外的基準との相関関係や、評価項目の弁別力が維持されているか確認を行うことを目的とする。

なお、第1次調査と第2次調査に用いたインフォームド・コンセントシート及びその手引き（第2章：資料1、資料2参照）の主な変更点は、確認項目を、①サービス利用の目的、②利用するサービス内容 ③サービス利用料金 ④連絡先、の4項目とし、先に「はい・いいえ」で答えられる確認項目は、評価者が説明しやすいよう教示文としたことである。また、教示文の検討も行い、「緊急連絡先」は、「連絡先」と示すことになった。理解の総合評価の教示文はよりわかりやすく、「ケアプランを十分に理解していますか」とし、選択肢も下位項目に即して「十分に理解している・一部しか理解していない・理解していない」の三択とした。また、契約締結の可能性に関する「本人のみで契約締結の自己責任を負うことが可能ですか」という教示文も、「本人のみで契約できますか」に変更し、選択肢も、「補助が必要」と「できない」は同義であると考えられたため、本人のみでできる・できない（補助が必要）の二択とした。

II. 調査方法

1. 調査対象者の要件

1) 研究協力者の要件

研究協力者は、以下の要件のうちどちらかにあてはまるものとする。①居宅介護支援事業所に勤務しており、居宅介護支援業務を行っている。②介護予防ケアマネジメントを実施している。

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。

- ① 言語的なコミュニケーションが可能な方
- ② 認知症の診断を受けている方*¹、及び受けていない方、各1名ずつを含む、計3名（*1：診断は受けていないが、疑いのある方も含む。）
- ③ 利用者様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いただける方

2. 調査方法・手順

1) 調査協力者の抽出

調査協力者については、東京都町田市、及び世田谷区、杉並区、昨年度の調査協力者に依頼を行った。町田市については市の協力を得て、介護支援専門員連絡会及び地域包括支援センター連絡会を通じて依頼を行った。世田谷区、杉並区についてはWAM-NETに登録された事業所に対して依頼状を発送した。さらに、昨年度研究事業の協力者に対しても依頼状を発送した。

2) 説明会の実施

調査に先立って、昨年度調査協力者以外の新規調査協力者に説明会を実施した。昨年度の調査協力者は、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してもらった者である。説明会は、町田市については平成19年11月13日に町田市民フォーラムで、杉並・世田谷区については、平成19年11月27日に認知症介護研究・研修東京センターで実施した。調査協力者は原則として全員参加とした。

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。具体的には、調査協力者には以下の手順で調査を実施してもらう。

- ② 利用者への研究協力依頼（説明）

③ 調査同意書記入

④ 利用者の同意書記入に關しての記入

⑤ 利用者に冠する情報提供内容及び説明

⑥ インフォームド・コンセントシートを用いたケアプランの内容の利用者の理解の確認・評価

⑥ Face Sheet の記入

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、評定欄については、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すること。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

杉並・世田谷区については、平成 19 年 11 月 28 日) から平成 19 年 12 月 28 日 (金)、町田市については、(平成 19 年 11 月 14 日) から平成 19 年 12 月 14 日 (金)、平成 19 年 12 月半ばから平成 20 年 1 月 25 日 (金) に実施した。昨年度調査協力者については、12 月下旬に発送した調査書類の到着から平成 20 年 1 月 25 日 (金) までとした。

III. 調査結果

調査結果については、昨年度からの修正点に関する検討を行うため、昨年度実施した第1次調査の結果と合わせて示した。

1. 調査協力者の属性

調査は75名の調査協力者のもと行われた調査協力者の属性として、性別、年齢、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。

調査協力者の性別については表1に示した。年齢は、平均年齢が45.8歳(MIN:32,MAX:76,SD=9.7)だった。第1次調査においては、年齢は、平均年齢が44.21歳(MIN:29,MAX:65,SD=8.74)だった。また、保健・医療・福祉分野の業務経験年数をみると、平均年数が12年(MIN:3,MAX30,SD:6.13)だった。第1次調査の保健・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。取得している資格を複数回答で尋ねた結果については表2に示した。

表1 調査協力者の性別

	第2次調査		第1次調査	
	回答者数	%	回答者数	%
男性	15	20.0	15	21.4
女性	54	72.0	52	73.2
欠損値	6	8.0	4	5.6
合計	75	100.0	71	100.0

表2 取得資格（複数回答）

		(回答者数)	ホームヘルパー	社会福祉士	介護福祉士	精神保健福祉士	社会福祉主事	看護師・准看護師	栄養士・管理栄養士	その他
第1次調査	回答数	71	11	13	41	0	21	20	0	3
	%	100.0	15.5	18.3	57.8	0.0	29.58	28.2	0.0	4.2
第2次調査	回答数	75	15	17	38	3	13	16	1	6
	%	100.0	20.0	22.7	50.7	4.0	17.0	21.3	1.3	8.0

2. 調査対象者の概況

1) 調査対象者の属性

調査協力に同意した 205 名を調査対象とした。調査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。

調査対象者の性別は表 3 に示した。調査対象者の年齢は平均が 81.71 歳 (MIN53,MAX:98, $SD=7.17$) だった。第 1 次調査の調査対象者の平均年齢は 82.15 歳 (MIN53,MAX:98, $SD=7.95$) だった。

調査対象者の認知症の診断の有無については表 4、認知症高齢者の日常生活自立度ランクについては表 5、及び寝たきり度判定基準については表 6 に示した。調査対象者の要支援・要介護度については、表 7 に示した。さらに、調査対象者の職業歴については表 8 に、最終学歴については表 9 に示した。

表 3 性別

	第 2 次調査		第 1 次調査	
	回答数	%	回答数	%
男	62	30.2	29	23.2
女	143	69.8	96	76.8
合計	205	100.0	125	100.0

表 4 認知症の診断の有無

	第 2 次調査		第 1 次調査	
	回答数	%	回答数	%
無	93	45.4	68	54.4
有	111	54.1	57	45.6
欠損値	1	0.5	0	0.0
合計	205	100.0	125	100.0

表 5 認知症高齢者の日常生活自立度

	第 2 次調査		第 1 時調査	
	回答数	%	回答数	%
自立	10	4.9	0	0.0
I	50	24.4	29	23.2
Ⅱa	37	18.0	16	12.8
Ⅱb	57	27.8	38	30.4
Ⅲa	28	13.7	20	16.0
Ⅲb	4	2.0	2	1.6
Ⅳ	6	2.9	1	0.8
M	1	0.5	0	0.0
欠損値	12	5.9	19	15.2
合計	205	100.0	125	100.0

表 6 寝たきり度判定基準

	第 2 時調査		第 1 次調査	
	回答数	%	回答数	%
J1	16	7.8	9	7.2
J2	60	29.3	29	23.2
A1	71	34.6	45	36.0
A2	30	14.6	22	17.6
B1	13	6.3	10	8.0
B2	9	4.4	4	3.2
C1	1	0.5	2	1.6
C2	0	0.0	1	0.8
欠損値	5	2.4	3	2.4
合計	205	100.0	125	100.0

表7 要介護度

	第2時調査		第1次調査	
	回答数	%	回答数	%
要支援1	16	7.8	0	0.0
要支援2	27	13.2	0	0.0
要介護1	76	37.1	62	49.6
要介護2	37	18.0	35	28.0
要介護3	31	15.1	23	18.4
要介護4	12	5.9	4	3.2
要介護5	2	1.0	1	0.8
欠損値	5	2.4	0	0.0
合計	205	100	125	100

表8 職業歴（複数回答）

	第2次調査		第1時調査	
	回答数	%	回答数	%
サンプル数	125	100.0	205	100.0
会社員	49	39.2	27	13.7
自営業	20	16.0	19	9.27
農林水産業	19	15.2	22	10.73
専業主婦	74	59.2	36	17.56
無職	17	13.6	7	3.41
その他	26	20.8	11	5.37

表9 最終学歴

	第2次調査		第1次調査	
	回答数	%	回答数	%
尋常小学校	40	19.5	34	27.2
高等小学校	34	16.6	27	21.6
中学校	28	13.7	18	14.4
師範学校	8	3.9	3	2.4
高等学校	28	13.7	16	12.8
短期大学	7	3.4	4	3.2
大学	14	6.8	5	4.0
その他	21	10.2	3	2.4
欠損値	25	12.2	15	12.0
合計	205	100.0	125	100.0

2) 調査対象者に関するその他の状況

調査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、介護保険サービスの利用開始時期、調査協力者関わり始めた時期について尋ねた。

サービス利用の依頼者の状況については表 10 に、世帯状況については表 11 に示した。介護保険サービスの開始時期については表 12 に、調査協力者がかかわりはじめた時期については表 13 に示した。

表 10 サービス依頼者（複数回答）

	第2次調査		第1次調査	
	回答数	%	回答数	%
本人から	64	31.2	37	29.6
それ以外	136	66.4	85	68.0
欠損値	5	2.4	3	2.4
合計	205	100.0	125	100.0

表 11 独居か否か

	第2次調査		第1次調査	
	回答数	%	回答数	%
独居	67	32.7	32	25.6
独居以外	132	64.4	88	70.4
欠損値	6	2.9	5	4.0
合計	205	100.0	125	100

表 12 サービス開始時期

	第2次調査		第1次調査	
	回答数	%	回答数	%
平成11年以前から	5	2.4	7	5.6
平成12年～平成14年	27	13.2	24	19.2
平成15年～平成18年	114	55.6	74	59.2
平成19年～	48	23.4	10	8.0
欠損値	11	5.4	10	8.0
合計	205	100.0	125	100

表 13 調査協力者がかわりはじめの時期

	第2次調査		第1次調査	
	回答数	%	回答数	%
平成11年以前から	2	1.0	1	0.8
平成12年～平成14年	13	6.3	20	16.0
平成15年～平成18年	113	55.1	91	72.8
平成19年～	72	35.1	8	6.4
欠損値	5	2.4	5	4.0
合計	205	100.0	125	100.0

4. 調査実施の状況について

調査実施の状況について、①研究同意書の署名が独力で可能か否か、②サービス計画書の説明に要した時間、③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、62人(30.2%)、だった。逆に独力での記入は可能だったのは124人(60.5%)だった。無記入は19人(9.3%)だった。第1次調査では、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(64.8%)だった。無記入は6人(4.8%)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13.9分(MIN:2,MAX:50,SD=8.0)だった。第1次調査では、平均説明時間は10.73分(MIN:1,MAX:30,SD=5.86)だった。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、平均確認時間は13.8分(MIN:1,MAX:55,SD=8.4)だった。第1次調査では、平均確認時間は11.90分(MIN:2,MAX:60,SD=8.38)だった。さらに、説明時間及び確認時間について5分未満、5分以上10分未満、10分以上20分未満、20分以上30分未満、30分以上40分未満、40分以上の人に分類し集計した。説明時間については表14に、確認時間については表15に示した。

表 14 説明時間

	第 2 次調査		第 1 次調査	
	回答数	%	回答数	%
5 分未満	4	2.0	5	4.0
5 分以上 10 分未満	28	13.7	43	34.4
10 分以上 20 分未満	128	62.4	60	48.0
20 分以上 30 分未満	23	11.2	10	8.0
30 分以上 40 分未満	16	7.8	3	2.4
40 分以上	4	2.0	3	2.4
欠損値	3	1.0	4	3.2
合計	205	100.0	125	100.0

表 15 ICシートの確認時間

	第 2 次調査		第 1 次調査	
	回答数	%	回答数	%
5 分未満	5	2.4	7	5.6
5 分以上 10 分未満	36	17.6	34	27.0
10 分以上 20 分未満	110	53.7	60	48.0
20 分以上 30 分未満	37	18.0	14	11.2
30 分以上 40 分未満	9	4.4	3	2.4
40 分以上	6	2.9	3	2.4
欠損値	2	1.0	4	3.2
合計	205	100.0	125	100.0

5. 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、「十分理解している」「一部理解している」「理解困難」の3段階で評価を行った。

サービス利用の目的について理解しているかどうかの評価結果については表 16 に、利用するサービス内容について理解しているかどうかの評価結果については表 17 に示した。同様に、サービス利用にかかる金額について理解しているかどうかの評価結果については表 18 に、サービス利用に関す

る連絡先について理解しているかどうかの評価結果については表 19 に示した。

加えて、ケアプランの内容を理解しているかについて「十分理解」「一部理解している」「理解していない」で評価を行った。また、独力で契約が可能か否かについて「契約可能」「補助が必要」で評価を行った。なお、この項目に関する第1次調査は「十分できる」「補助が必要」「できない」となっており、本分析においては、「十分できる」を「契約可能」に該当するものとし、「補助が必要」「できない」については、第2次調査の「補助が必要」の評価を受けたものに該当するものとして整理した。ケアプラン内容の理解に関する評価結果については表 20 に、独力で契約が可能かどうかの評価結果については表 21 に示した。

表 16 サービス利用の目的

	第2次調査		第1次調査	
	回答数	%	回答数	%
十分に理解	57	27.8	38	30.4
一部理解	93	45.4	48	38.4
理解困難	52	25.4	37	29.6
欠損値	3	1.5	2	1.6
合計	205	100.0	125	100.0

表 17 利用するサービス内容

	第2次調査		第1次調査	
	回答数	%	回答数	%
十分に理解	63	30.7	43	34.4
一部理解	96	46.8	57	45.6
理解困難	40	19.5	23	18.4
欠損値	6	2.9	2	1.6
合計	205	100.00	125	100.0

表 18 サービス利用にかかる金額

	第2次調査		第1次調査	
	回答数	%	回答数	%
十分に理解	53	25.9	38	30.4
一部理解	52	25.4	31	24.8
理解困難	94	45.9	55	44.0
欠損値	6	2.9	1	0.8
合計	205	100.0	125	100.0

表 19 サービスに関する問い合わせ先（緊急連絡先：1次調査）

	第2次調査		第1次調査	
	回答数	%	回答数	%
十分に理解	74	36.1	41	32.8
一部理解	78	38.0	39	31.2
理解困難	46	22.4	45	36.0
欠損値	7	3.4	0	0.0
合計	205	100.0	125	100.0

表 20 ケアプランの理解状況の評価

	第2次調査		第1次調査	
	回答数	%	回答数	%
十分に理解している	56	27.3	35	28.0
一部理解している(第2次調査) (理解してもらっているか不安がある(第1次調査))	100	48.8	47	37.6
理解していない	42	20.5	39	31.2
欠損値	7	3.4	4	3.2
合計	205	100.0	125	100.0

表 21 本人のみの契約締結の可否

	第2次調査		第1次調査	
	回答数	%	回答数	%
可能	53	25.9	27	21.6
補助が必要	148	72.2	94	75.2
欠損値	4	2.0	4	3.2
合計	205	100.0	125	100.0

6. インフォームド・コンセントシートの評価項目間のモデルの適合度に関するロジスティック回帰分析の結果

修正版のインフォームド・コンセントシートを構成する4つの評価項目(Q1/Q2/Q3/Q4)について、それぞれを独立変数とし、認知症の診断の有無、ケアプランの理解(Q5)、独力での契約可能性(Q6)を従属変数としたモデルの適合度についてロジスティック回帰分析を用いて検討した。なお、独立変数である各インフォームド・コンセントシートの評価項目については、「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。また、従属変数としたケアプランの理解については、「十分に理解している」あるいはそれ以外の回答(「一部理解している」「理解していない」)のそれ以外の回答で検討を行った。

評価項目間の相関係数については、表22に、認知症の有無×インフォームド・コンセントシート(4項目)の結果については、表23に示した。また、理解の程度×インフォームド・コンセントシート(4項目)については、表24に、契約の可否×インフォームド・コンセントシート(4項目)については、表25に示した。

表 2 3 評価項目間の相関係数

	サービス 利用の 目的	サービス の内容	サービス の費用	サービス に関する 連絡先	ケアプラン の理解	独力での 契約の可 否
サービス 利用の目 的	1					
サービス の内容	.694**	1				
サービス の費用	.690**	.607**	1			
サービス に関する 連絡先	.563**	.559**	.655	1		
ケアプラン の理解	.760**	.791**	.734**	.632**	1	
独力での 契約の可 否	.569**	.544**	.571**	.518**	.645**	1

** $P<0.001$

表 24 認知症の有無×ICシート(4項目)

モデル	モデル係数の オムニバス検 定		モデルの 要約		分類表		変数	Wald		オッズ比
	(χ ² 二乗)		Nagelkerke R ²		%					
1	62.34	***	0.37	認知症	79.6	Q1	0.96	<i>n.s.</i>	1.42	
				認知症 以外	66.3	Q2	4.33	*	2.04	
						Q3	4.06	*	1.81	
						Q4	2.00	<i>n.s.</i>	1.51	
						定数	37.54	***	0.02	
2	61.38	***	0.37	認知症	80.6	Q2	7.44	**	2.34	
				認知症 以外	66.3	Q3	6.53	*	2.02	
						Q4	2.31	<i>n.s.</i>	1.56	
						定数	37.71	***	0.02	
						3	59.05	***	0.35	認知症
認知症 以外	58.4	Q3	13.48	***	2.45					
		定数	36.17	***	0.03					

*** $p<.001$, ** $p<.01$, * $p<.05$, + $p<.10$

表 25 理解の程度×ICシート(4項目)

モデル	モデル係数の オムニバス検定	モデルの 要約	分類表	変数	Wald		オッズ比
	(χ^2 乗)	Nagelkerke R^2	%				
1	166.12 ***	0.84	十分に理解している 90.9	Q1	0.87	<i>n.s.</i>	2.41
			一部しか理解していない 理解していない 97.7	Q2	17.80	***	20.92
				Q3	7.28	**	4.70
				Q4	4.91	*	4.31
				定数	36.56	***	0.00
2	165.28 ***	0.83	十分に理解している 87.3	Q2	24.63	**	27.70
			一部しか理解していない 理解していない 99.2	Q3	14.18	*	6.35
				Q4	5.56	<i>n.s.</i>	4.70
				定数	35.65	***	0.00
3	158.84 ***	0.81	十分に理解している 87.3	Q2	29.98	**	34.52
			一部しか理解していない 理解していない 96.2	Q3	22.75	***	9.03
				定数	39.54	***	0.00
4	114.02 ***	0.65	十分に理解している 81.8	Q3	54.12	***	16.40
			一部しか理解していない 理解していない 94.0	定数	42.14	***	0.01

*** $p<.001$, ** $p<.01$, * $p<.05$, + $p<.10$

表 26 契約の可否×ICシート(4項目)

モデル	モデル係数の オムニバス検定	モデルの 要約	分類表	変数	Wald		オッズ比
	(χ^2 乗)	Nagelkerke R^2	%				
1	96.26 ***	0.58	契約可能 75.0	Q1	2.97	+	2.45
			契約不可 91.3	Q2	4.99	*	2.96
				Q3	1.20	<i>n.s.</i>	1.52
				Q4	7.12	**	3.29
				定数	38.13	***	0.01
2	93.30 ***	0.56	契約可能 75.0	Q2	10.08	**	4.06
			契約不可 92.8	Q3	5.16	*	2.12
				Q4	8.29	**	3.56
				定数	37.10	***	0.01
3	84.14 ***	0.52	契約可能 75.0	Q2	15.97	***	5.34
			契約不可 89.9	Q3	14.83	***	3.18
				定数	34.74	***	0.02
4	66.17 ***	0.43	契約可能 69.2	Q3	45.64	***	6.16
			契約不可 87.7	定数	25.56	***	0.08

*** $p<.001$, ** $p<.01$, * $p<.05$, + $p<.10$

Q1: サービス利用の目的(本人) Q2: サービス内容 Q3: サービスにかかる金額 Q4: 連絡先

7. 理解の合計得点の比較について

第1次調査における②-1「サービスの目的の理解」③-1「サービス内容の理解」④-2「サービス利用料の理解」⑤「緊急連絡先の理解」と第2次調査におけるQ1「サービスの目的の理解」Q2「サービス内容の理解」Q3「サービス利用料の理解」Q4「サービスに関する連絡先の理解」の評価結果についてそれぞれ「十分理解」＝0点、「一部理解」＝1点、「理解困難」＝2点と単純加算した合計得点について比較を行った。基礎統計結果については表27に、t検定の結果については表28に示した。t検定の結果、第1次調査の合計得点と第2次調査の合計得点に有意な差はみられなかった。

表28 理解評価項目の合計得点の基礎統計

	2次調査	1次調査
度数	186.00	122.00
平均値	4.07	3.94
中央値	4.00	4.00
標準偏差	2.65	2.79
分散	7.04	7.79
範囲	8.00	8.00
最小値	0.00	0.00
最大値	8.00	8.00

表29 第1次、第2次調査における理解評価項目間のt検定結果

	等分散性のための Levene の検定		2つの母平均の差の検定		有意確率 (両側)
	F 値	有意確率	t 値	自由度	
合計得点 等分散を仮定する。	0.94	<i>n.s.</i>	0.04	306.00	0.97
等分散を仮定しない。			0.04	249.58	0.97

IV. 考察

1. 第1次調査と第2時調査の調査協力者の基本属性の比較

調査協力者の状況をみると、性別、取得資格の構成比及び、年齢、保健・医療・福祉分野での業務平均年数については特筆すべき違いはみられなかった。したがって、本年度調査結果について前年度調査との比較を進める上で、調査協力者の基本属性については両集団間に考慮すべき質的な差異はないものと考えられる。

2. 第1次調査と第2時調査の基本属性、調査対象者に関するその他の状況及び調査実施の状況の比較

調査対象者について、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、最終学歴について第1次調査と第2次調査結果を比較してみると、性別の構成比については、第1次調査に比べ第2次調査のほうが男性の構成比が13%高い結果となったものの、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、及び寝たきり高齢者の日常生活自立度ランクについては、ほぼ前後の小さな差異しかみられなかった。なお、認知症高齢者の日常生活自立度ランクの自立が1次調査において0人となっているのは、1次調査では調査設計上、分析対象を要介護1以上を対象としていたためである。同様に、要介護度、最終学歴についても構成比に10%未満の差異が認められるのみで、特筆すべき差異はみられなかった。職業歴については、第1次調査及び第2時調査とも、サンプル数全体にするパーセンテージに差異はあるものの、サンプル全体に対する構成割合の大きさの順位に変動はなかった。

調査実施の状況について、①研究同意書の署名が独力で可能か否か、②サービス計画書の説明に要した時間、③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、第1次調査と第2次調査結果を比較したところ、研究同意書の署名が独力で可能か否かの評価結果の構成比に大きな差異はみられなかった。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は、第2次調

査のほうは第1次調査よりも若干長い説明時間をとっていることが示されたものの、「5分以上10分未満」「10分以上20分未満」の間での差異であり、特筆すべき差ではないと考えられる。

以上のように、第1次調査と第2時調査における調査協力者及び調査対象者の基本属性、及び調査対象者のサービス利用の希望者、世帯状況等のその他の状況については、大きな差異はみられなかった。したがって、本年度調査結果について前年度調査との比較を進めていく上で、上述の項目群に関し両集団間に考慮すべき質的な差異はないものと考えられる。

5、第1次調査と第2時調査のインフォームド・コンセントシート評価項目の評価比較

「サービス利用の目的」、「利用するサービス内容」、「サービス利用にかかる金額」、の評価結果の構成割合をみると、第2次調査結果と第1次調査結果との間で特筆すべき差異はみられなかった。

「サービスに関する問い合わせ先」の評価結果について第2次調査と第1次調査結果の評価結果を比較すると、「十分理解」「一部理解している」の割合が微増し、「理解していない」が低くなる結果となった。調査対象者等の条件が第1次調査との間でおおむね変化がないことを考慮すると、本調査で教示文の変更を行ったことが作用していると考えられる。すなわち、第1次調査の本評価項目の教示文であった「緊急連絡先」は、身内や警察・救急をイメージさせ、事業所の名称が想起されずらいということで、本調査では「連絡先」と示すことになった。それにより、第2次調査では、利用者へ本評価項目の意図が伝わりやすくなったのではないかと考えられる。この変動要因については、本評価項目に関する自由記述の分析を進めながら明らかにしていきたいと考える。

「ケアプランの理解状況」の評価結果について第2次調査と第1次調査結果の評価結果を比較すると、「一部理解している」が多く「理解していない」少ない結果となった。これは、「一部理解している」の評価項目が第1次調査では「理解してもらっているか不安がある」から修正された結果発生したものと考えられる。すなわち、第1次調査で用いた「理解してもらっているか不安がある」という評価者自身の心理状態に関する評価項目から「一部理解している」という順序尺度に類する評価項目に変更したことにより、1次

調査で「理解していない」の中に含まれてた「一部理解している」利用者の弁別がなされた結果、構成比の変動が起こったと考えられる。

本人のみの契約締結の評価結果の構成割合をみると、第2次調査結果と第1次調査果との間で特筆すべき差異はみられなかった。

また、すでに述べたように、認知症の診断の有無や認知症高齢者の日常生活自立度ランクをはじめとした調査対象者の基本属性等について、第2次調査と第1次調査の結果に大きな差異がなかった。その上で、インフォームド・コンセントシートの評価結果においても、ほぼ同様の結果が得られたことは、同質の集団に対して同質の評価者が複数回使用した場合、一貫性のある評価結果を導くことが出来るということが示唆されたといえる。

6. インフォームド・コンセントシートの評価項目間のモデルの適合度の確認に関するロジスティック回帰分析の結果

ロジスティック回帰分析の結果をみると、従属変数の3つのパターン（認知症の有無、Q5（ケアプランの理解の程度）、Q6（独力での契約の可否）について、インフォームド・コンセントシートの4項目を投入したモデル及び2項目あるいは3項目を投入したモデルについて、モデル係数のオムニバス検定（ χ^2 二乗）の値を検討したところ、全てのモデルにおいて99%水準で統計的に有意な数値が得られた。また、Nagelkerke R^2 の値及び判別率の値も、従属変数のパターンによって数値の変動はあるものの、十分な値が得られたといえる。また、従属変数パターンごとに上記の数値をみると、モデル間の数値はほぼ同程度の数値が得られた。

一方、各評価項目のWaldの統計量をみると、3つのモデルにおいて有意確率が4項目とも有意な結果として算出されたモデルはなかった。具体的には、認知症の有無×インフォームド・コンセントシート（4項目）及び理解の程度×インフォームド・コンセントシート（4項目）についてはQ1（サービス利用の目的）が、契約の可否×インフォームド・コンセントシート（4項目）についてはQ3（サービス利用にかかる金額）が有意ではなかった。加えて、投入された独立変数についてwaldの統計量が有意だったモデルを従属変数のパターンごとにみると、認知症の有無については、モデル3（Q2（利用するサービス内容）、Q3（サービス利用にかかる金額））モデル4（Q3（サービス利用にかかる金額））が、理解の程度についてはモデル3

(Q 2 (利用するサービス内容)、Q 3 (サービス利用にかかる金額))、契約の可否については、モデル 2 (Q 2 (利用するサービス内容)、Q 3 (サービス利用にかかる金額)) Q 4 (サービスに関する問い合わせ先))、モデル 3 (Q 2 (利用するサービス内容)、Q 3 (サービス利用にかかる金額)) モデル 4 (Q 3 (サービス利用にかかる金額)) だった。

以上のように、各モデルの適合度をみると、同じ従属変数のモデルの中では 4 項目、あるいは 3 項目、2 項目の各モデルを比較しても際立って適合度が高いモデルはみられず、また従属変数間を比較すると採用される変数のパターンは必ずしも一致をしていないことがわかった。

したがって、本分析の段階では、4 つの評価項目のいずれかを採用あるいは削除することは難しく、全ての項目を採用することが望ましいと考えられた。

7. 外的基準との関連性

第 1 次調査では、修正前の利用者の理解状況进行评估する項目 (第 2 次調査での Q1、Q2、Q3、Q4) を得点化し合計得点を算出し、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。結果、改訂長谷川式簡易知能評価スケールの得点との強い正の相関 ($r=0.631$) が認められた。同様に時計描画検査とも弱い正の相関 ($r=0.293$) が認められた。

本分析では、先述の第 1 次調査で得点化された評価項目に該当する第 2 次調査の項目について同様に得点化し、その合計得点の比較を行った。その結果、礎統計上では特筆すべき違いはなかった。また両得点群について t 検定を行った結果、有意な違いは認められなかった。

以上のような結果から、第 2 次調査で使用した修正版インフォームド・コンセントシートによって導かれる評価結果についても、第 1 次調査で確認された外的基準と関連性があることが示唆されたといえよう。すなわち、修正されたインフォームド・コンセントシートについても、認知症の診断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示唆された。

8. まとめ

インフォームド・コンセントシートの項目の削除・修正及び教示文の修正

は、修正前のシートにあった弁別能力がないと判断された項目を削除しつつ、意図が伝わりづらい評価項目や教示文を評価者及び評価対象者に理解しやすくまた使用しやすくする目的により行われた。いうまでもなく、インフォームド・コンセントシートは、説明されたケアプランの内容に対する利用者の理解力を評価するためのツールである。したがって、上記の修正を施したことにより、本来シートに期待される評価対象者の理解の程度を評価する機能、言い換えれば、ケアプランを理解している利用者とそうでない利用者を弁別するという機能を維持していなければならない。

第2次調査結果を第1次調査結果との比較の中でみたところ、その評価者及び評価対象者の基本属性におおむね大きな変化がみられなかった。その上で、シートの評価項目結果についても両調査結果間でおおむね同様の結果が得られた。また、理解に関する評価項目を得点化し算出された合計得点についても両調査で大きな差異はみられなかった。

このことは、評価項目として設けられた「十分理解」「一部理解」「理解困難」のどれか一つに評価結果が偏ることなく、弁別力があることが確認された第1次調査結果をそのまま維持するとともに、修正前のシートで確認された外的基準（HDS-R、CDT）との関連性があることも維持されていたことも同時に示唆するものである。

また、インフォームド・コンセントシートの評価項目間のモデルの適合度に関するロジスティック回帰分析の結果、4つの評価項目のいずれかを採用あるいは削除することは難しく、現状では、全ての項目を採用することが望ましいと考えられた。

以上の結果から、本分析の段階では、今回の評価項目の削除・修正及び教示文の修正は、第1次調査結果で示唆されたインフォームド・コンセントシートの機能を特段損なう修正とならなかったことが示唆された。

第4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 ～項目抽出と IC シート実施前後での意識の変化～

1. 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前に行うケアプラン原案の説明に関して、居宅介護支援専門員（ケアマネージャー）の持つ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。

本来サービスを実施する際、認知症の有無や程度または認知症の疑いの有無によって、その説明内容に差があってはならないと考えられる。認知症の人であっても、サービスを受ける以上はインフォームド・コンセントを行った上で、サービスが開始されなければならない。

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』ならびに平成18年度調査報告書『認知症の人の介護支援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、どのような意識を持って説明しているについて居宅介護支援専門員にたずねた。

その結果、介護支援専門員の意識は、「説明が必要である理由」6分類、「説明が必要でない理由」4分類、計10の大分類60項目にまとめられた。「説明が必要である理由」に該当する6つの大分類は、「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」であり、また「説明が必要ない理由」に該当する4つの大分類は「精神状態」「理解度・重度」「家族重視」「環境・制度」であった。

また介護支援サービスの説明の程度については、全ての利用者に説明している介護支援専門員は23%であり、状況に応じて説明を行ったり行わなかったりしている現状が明らかとなった。「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おり、介護支援サービスの説明の程度や質に格差が存在しているのではないかと考えられた。

本研究では、過去2年間の調査結果をふまえ、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いるかについて検討するため、意識調査票を作成し、標準化を行うことを目的とした。

また作成した調査票を基に、年齢差や意識と行動の傾向、インフォームド・コンセント（以下 IC）に関する研修受講の有無による意識の相違について考える。さらに、IC シートを用いて、ケアプラン原案の説明を実施する前後での意識の変化についても検討した。

今後さらなる高齢社会へと移行するにあたり、介護保険サービスの需要がますます高まることが予想される。現場や事務手続き上の知識、技術だけではなく、現時点では任意での出席となっている介護保険サービス提供者としての意識や倫理規定についても、定期的に研修を設ける必要があるだろう。本研究は、その一端を担うものと考えている。

II. ケアプラン原案説明に関する意識調査票の作成

1. 目的

本研究では、平成 18 年度の終わりと平成 19 年度の初めにかけて行われたアンケート用紙の分析を行い、居宅介護支援専門員がケアプラン原案の説明を利用者に行う際に持っている意識について、調査票を作成し、標準化を行うことを目的とした。

2. アンケート用紙の作成

平成 17 年度の研究事業に作成された「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、担当利用者のどのような点を「理解している」と判断するか、説明を行っている担当利用者の「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、インフォームド・コンセントに関する研修受講の有無についても別途項目を設け

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別途設定した。

3. 調査対象と抽出方法

標本抽出の手順として、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で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、回答後に返信用封筒にて返送してもらった。調査は平成19年2月中旬から同年4月中旬までの間で行われた。回答者の条件としては、認知症高齢者を担当している居宅介護支援事業所の介護支援専門員(ケアマネジャー)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。

6. 調査結果と考察

1) 回収率

本調査は2,000人に配布し、1,067人より回答を得た。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

第4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
～項目抽出とICシート実施前後での意識の変化～

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 1、表 1）。

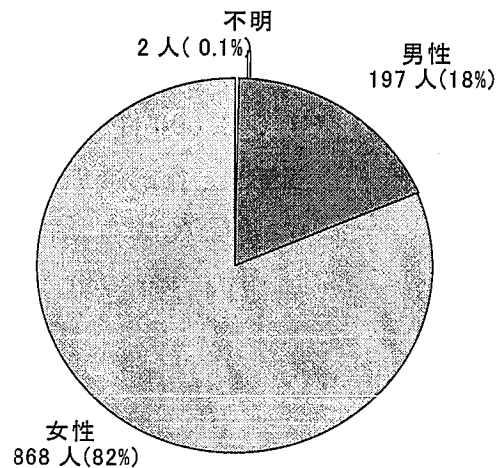


図 1 男女別構成

表 1 調査対象者における年代・性別の構成

						(人)
	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	1,067

3) 意識調査項目の抽出

「必要であると思う理由」に関する項目 30 項目、「必要でないと思う理由」に関する項目 30 項目、計 60 項目について全データを一括投入し、探索的因子分析である最尤法を用いて因子の抽出を行った。初回の因子分析の結果、因子間の相関が $r=0.40$ 以上となった因子が見られ、因子間の相関が考えられたため、以降プロマックス回転による因子分析を用いて、項目の分析を行った。分析過程では因子負荷量を 0.30 以上とし、また多重因子パターン項目を削除すると同時に、解釈可能性を考慮しながら因子数の調整を行い、

4 因子 43 項目を得た（表 2）。第 I 因子は 20 項目、第 II 因子 14 項目、第 III 因子 5 項目、第 IV 因子 4 項目と項目数が若干多いと考えられたため、因子負荷量を 0.50 以上に設定し、繰り返し因子分析を行った。

モデルの妥当性などについては、KMO (Keiser-Meyer-Olkin) の標本妥当性の測度、Bartlett の球面性検定、適合度検定にて検討を行った。抽出された因子の内的整合性の指標としては、Cronbach の α 係数を求めるとともに、各因子内の項目の影響を検討するために各項目の α If Item Deleted（項目が削除された場合の該当因子内の Cronbach の α ）も求めた。

その結果、表 2 同様 4 因子が確認された（表 3）。第 I 因子は、「Q14. 本人が精神不安定になるので、説明は必要ない」「Q13. 本人が不安になるので、説明は必要ない」などの項目 14 項目で構成され、「利用者本人・家族の精神状態を考慮して説明が必要でないと判断する理由」と命名した。また第 II 因子は、「Q33. 不安の解消のために、説明は必要である」「Q22. 信頼関係を作るために、説明は必要である」といった説明の必要性を問う項目 14 項目で構成され、「利用者本人の状態・主体性を考慮して説明が必要であると判断する理由」と命名した。第 III 因子は、「Q32. 本人には判断できないので、説明は必要ない」「Q31. 本人の認知症のレベルが重度なので、説明は必要ない」などの 4 項目で構成され、「利用者本人の認知症レベルを考慮して説明が必要でないと判断する理由」と、また第 IV 因子は「Q1. 制度上必要とされているから、説明は必要である」「Q3. 説明責任があるから、説明は必要である」といった制度に基づいて説明を行うという内容の 3 項目で構成されており、「制度や義務など形式的に説明が必要であると判断する理由」と命名した。

α 係数は、第 I 因子「利用者本人・家族の精神状態を考慮して説明が必要でないと判断する理由」 $\alpha = 0.947$ 、第 II 因子「利用者本人・家族の精神状態を考慮して説明が必要でないと判断する理由」 $\alpha = 0.946$ 、第 III 因子「利用者本人の認知症レベルを考慮して説明が必要でないと判断する理由」 $\alpha = 0.909$ 、第 IV 因子「制度や義務など形式的に説明が必要であると判断する理由」 $\alpha = 0.776$ と全ての因子で $\alpha = 0.700$ 以上が確認された。累積寄与率は、累積寄与率は 57.29% であり、KMO (Keiser-Meyer-Olkin) の標本妥当性の測度は 0.96 であり、十分な妥当性が得られたと考えられた。Bartlett の球面性検定は 25766.139 ($p < .001$)、適合度検定は 284.38 ($p < .001$) であった。

第4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
～項目抽出とICシート実施前後での意識の変化～

表2 介護意識調査因子分析途中結果（最尤法プロマックス回転パターンマトリックス）

		因子				共通性	α If Item Delete
		I	II	III	IV		
第 I 因子：利用者本人の状態・主体性を考慮して説明が必要であると判断する理由（ $\alpha=0.947$ ）							
Q57	不安の解消のために、説明は必要である	0.855	-0.024	-0.177	-0.005	0.606	0.944
Q42	信頼関係を作るために、説明は必要である	0.850	-0.029	-0.075	0.061	0.628	0.943
Q45	本人の意思・意向を確認するために、説明は必要である	0.840	-0.051	-0.066	0.060	0.637	0.943
Q52	トラブル軽減のために、説明は必要である	0.817	0.038	-0.093	0.021	0.550	0.944
Q53	人権を尊重するために、説明は必要である	0.815	0.005	-0.106	-0.042	0.604	0.944
Q60	コミュニケーションをとるために、説明は必要である	0.797	0.016	-0.089	-0.022	0.567	0.944
Q39	本人が主体なので、説明は必要である	0.795	-0.065	0.013	0.042	0.659	0.943
Q51	理解できるように工夫して、説明する必要がある	0.770	0.085	-0.187	-0.100	0.483	0.946
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	0.768	0.042	-0.010	0.026	0.537	0.944
Q38	本人の意思・意向を尊重するために、説明は必要である	0.738	-0.088	-0.067	0.059	0.510	0.945
Q28	安心感を与えるために、説明は必要である	0.689	0.046	0.073	-0.062	0.556	0.944
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	0.610	0.005	0.021	0.092	0.338	0.947
Q29	プライドを傷つけないために、説明は必要である	0.569	0.038	0.143	-0.023	0.432	0.945
Q32	権利があるから、説明は必要である	0.537	-0.021	0.221	0.076	0.443	0.946
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	0.534	-0.010	0.195	-0.002	0.452	0.945
Q24	本人との契約なので、説明は必要である	0.512	0.031	0.290	-0.062	0.543	0.944
Q17	本人の状態を理解するために、説明は必要である	0.481	-0.018	0.244	0.035	0.418	0.945
Q23	全くわからないわけではないから、説明は必要である	0.481	-0.004	0.192	-0.023	0.392	0.946
Q16	意欲が出てくるから、説明は必要である	0.467	-0.020	0.137	-0.003	0.323	0.947
Q21	一部でも理解できればよいから、説明は必要である	0.423	0.045	0.168	-0.095	0.323	0.947
第 II 因子：利用者本人・家族の精神状態を考慮して説明が必要でないと判断する理由（ $\alpha=0.946$ ）							
Q33	本人が精神不安定になるので、説明は必要ない	0.028	0.955	0.036	-0.106	0.755	0.940
Q31	本人が不安になるので、説明は必要ない	-0.041	0.886	0.015	-0.070	0.731	0.940
Q22	本人が不穏になるので、説明は必要ない	0.010	0.832	0.016	-0.072	0.607	0.941
Q44	本人に負担をかけるので、説明は必要ない	0.004	0.824	0.002	-0.009	0.667	0.941
Q41	本人に行動障害が現れるので、説明は必要ない	0.109	0.813	-0.039	0.006	0.618	0.942
Q34	本人が説明を拒否するので、説明は必要ない	0.097	0.758	0.001	0.048	0.564	0.942
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	-0.029	0.702	0.022	0.085	0.586	0.942
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	-0.065	0.690	0.050	0.062	0.558	0.942
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	0.044	0.676	-0.042	0.032	0.479	0.943
Q35	家族の負担軽減になるので、説明は必要ない	-0.057	0.670	-0.039	0.027	0.533	0.943
Q36	本人がサービスを拒否するので、説明は必要ない	-0.057	0.670	0.032	0.071	0.540	0.942
Q7	本人が混乱するので、説明は必要ない	-0.019	0.660	-0.044	-0.032	0.442	0.944
Q9	家族が望まないもので、説明は必要ない	0.009	0.649	-0.038	-0.023	0.414	0.944
Q25	契約書の内容が難しいので、説明は必要ない	-0.084	0.529	0.001	0.144	0.456	0.944
第 III 因子：制度や義務など形式的に説明が必要であると判断する理由（ $\alpha=0.826$ ）							
Q2	制度上必要とされているから、説明は必要である	-0.055	0.031	0.821	0.053	0.593	0.783
Q4	説明責任があるから、説明は必要である	0.003	0.030	0.783	0.009	0.598	0.773
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	0.091	-0.071	0.559	0.036	0.400	0.804
Q1	本人のサービス利用なので、説明は必要である	0.174	-0.079	0.471	-0.080	0.442	0.796
Q8	基本原則として、説明は必要である	0.287	-0.011	0.447	-0.069	0.481	0.797
第 IV 因子：利用者本人の認知症レベルを考慮して説明が必要でないと判断する理由（ $\alpha=0.908$ ）							
Q56	本人には判断できないので、説明は必要ない	0.025	0.140	0.011	0.846	0.859	0.855
Q55	本人の認知症のレベルが重度なので、説明は必要ない	0.046	0.156	0.003	0.802	0.786	0.872
Q54	本人が内容を理解できないので、説明は必要ない	-0.067	0.246	0.034	0.614	0.673	0.889
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	-0.005	0.257	0.019	0.575	0.582	0.906
因子相関		I	I	-0.440			
			III	0.583	-0.326		
			IV	-0.488	0.645	-0.302	

第4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
～項目抽出とICシート実施前後での意識の変化～

Table3 介護意識調査因子分析最終結果（最尤法プロマックス回転パターンマトリックス）

因子					共通性	α If	
I	II	III	IV	Item			
Delated							
第 I 因子：利用者本人・家族の精神状態を考慮して説明が必要でないと判断する理由（ $\alpha=0.947$ ）							
Q14	本人が精神不安定になるので、説明は必要ない	0.955	0.038	-0.106	0.022	0.754	0.940
Q13	本人が不安になるので、説明は必要ない	0.887	-0.036	-0.070	0.013	0.731	0.940
Q7	本人が不穏になるので、説明は必要ない	0.833	0.013	-0.072	0.013	0.606	0.941
Q24	本人に負担をかけるので、説明は必要ない	0.824	0.006	-0.009	-0.003	0.667	0.941
Q21	本人に行動障害が現れるので、説明は必要ない	0.815	0.105	0.009	-0.025	0.618	0.942
Q15	本人が説明を拒否するので、説明は必要ない	0.754	0.098	0.050	-0.005	0.564	0.942
Q9	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	0.697	-0.026	0.086	0.012	0.586	0.942
Q18	本人のプライド・自尊心へ配慮するため、説明は必要ない	0.688	-0.064	0.060	0.046	0.558	0.942
Q6	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	0.675	0.034	0.034	-0.030	0.478	0.943
Q16	家族の負担軽減になるので、説明は必要ない	0.674	-0.059	0.027	-0.030	0.532	0.943
Q17	本人がサービスを拒否するので、説明は必要ない	0.668	-0.058	0.069	0.028	0.540	0.942
Q4	本人が混乱するので、説明は必要ない	0.667	-0.028	-0.033	-0.021	0.441	0.944
Q5	家族が望まないのに、説明は必要ない	0.652	0.002	-0.023	-0.025	0.413	0.944
Q8	契約書の内容が難しいので、説明は必要ない	0.525	-0.081	0.149	0.000	0.456	0.944
第 II 因子：利用者本人の状態・主体性を考慮して説明が必要であると判断する理由（ $\alpha=0.937$ ）							
Q33	不安の解消のために、説明は必要である	-0.014	0.816	-0.007	-0.098	0.614	0.932
Q22	信頼関係を作るために、説明は必要である	-0.029	0.814	0.055	-0.020	0.628	0.931
Q25	本人の意思・意向を確認するために、説明は必要である	-0.055	0.808	0.055	-0.021	0.634	0.931
Q29	人権を尊重するために、説明は必要である	0.013	0.787	-0.044	-0.041	0.616	0.932
Q28	トラブル軽減のために、説明は必要である	0.046	0.786	0.017	-0.018	0.565	0.933
Q20	本人が主体なので、説明は必要である	-0.073	0.776	0.038	0.034	0.653	0.931
Q35	コミュニケーションをとるために、説明は必要である	0.024	0.761	-0.029	-0.013	0.576	0.932
Q27	理解できるように工夫して、説明する必要がある	0.091	0.746	-0.094	-0.138	0.492	0.935
Q26	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	0.046	0.743	0.018	0.046	0.547	0.933
Q19	本人の意思・意向を尊重するために、説明は必要である	-0.097	0.713	0.058	-0.046	0.503	0.934
Q10	安心感を与えるために、説明は必要である	0.037	0.667	-0.071	0.091	0.538	0.932
Q23	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	0.002	0.579	0.079	0.057	0.330	0.938
Q11	プライドを傷つけないために、説明は必要である	0.028	0.547	-0.039	0.156	0.413	0.935
Q12	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	-0.021	0.515	-0.022	0.202	0.431	0.935
第 III 因子：利用者本人の認知症レベルを考慮して説明が必要でないと判断する理由（ $\alpha=0.909$ ）							
Q32	本人には判断できないので、説明は必要ない	0.111	0.020	0.860	-0.005	0.861	0.855
Q31	本人の認知症のレベルが重度なので、説明は必要ない	0.130	0.041	0.813	-0.008	0.786	0.872
Q30	本人が内容を理解できないので、説明は必要ない	0.225	-0.069	0.620	0.013	0.672	0.889
Q34	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	0.235	-0.009	0.583	0.001	0.583	0.906
第 IV 因子：制度や義務など形式的に説明が必要であると判断する理由（ $\alpha=0.776$ ）							
Q1	制度上必要とされているから、説明は必要である	0.021	-0.027	0.012	0.831	0.659	0.630
Q3	説明責任があるから、説明は必要である	0.020	0.037	-0.028	0.781	0.641	0.638
Q2	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	-0.090	0.141	0.018	0.494	0.366	0.795
固有値		13.101	4.724	1.122	1.106		
寄与率（累積寄与率=57.293%）		37.431	13.497	3.206	3.159		
因子相関		I I	-0.432				
		III	0.661	-0.472			
		IV	-0.263	0.479	-0.211		

共通性の数値については、第 II 因子の「Q23. 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」が 0.330、第 IV 因子の「Q2. 家族と本人の意向が異なっていることがあるから、説明は不要である」0.366

第4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
～項目抽出とICシート実施前後での意識の変化～

と他の項目に比べて若干共通性が低かったものの、因子パターンや If Item Deleted が十分高く、項目除外対象とはならなかった。

また、各因子の関係について、Pearson の積率相関係数を用いて検討した結果、第 I 因子「利用者本人・家族の精神状態を考慮して説明が必要でないと判断する理由」と第 IV 因子「利用者本人・家族の精神状態を考慮して説明が必要でないと判断する理由」では $r=-0.263$ 、第 III 因子と「利用者本人の認知症レベルを考慮して説明が必要でないと判断する理由」と第 IV 因子「利用者本人・家族の精神状態を考慮して説明が必要でないと判断する理由」では $r=-0.211$ とやや弱い相関であったが、その他の因子間では中程度の相関が確認された。なお、いずれの相関係数も有意であった ($p<.001$)。

4) 考察

探索的因子分析の結果、4 因子 35 項目が抽出された。第 I 因子「利用者本人・家族の精神状態を考慮して説明が必要でないと判断する理由」（14 項目）、第 II 因子「利用者本人の状態・主体性を考慮して説明が必要であると判断する理由」（14 項目）、第 III 因子「利用者本人の認知症レベルを考慮して説明が必要でないと判断する理由」（4 項目）、第 IV 因子「制度や義務など形式的に説明が必要であると判断する理由」（3 項目）と命名されたが、4 つの因子のうち第 I 因子、第 II 因子、第 III 因子は、いずれも居宅介護支援専門員の主観的な判断によってケアプラン原案の説明の要不要が決定されていると考えられた。例えば第 I 因子の因子パターンの上位には、「Q14. 本人が精神不安定になるので、説明は必要ない」「Q13. 本人が不安になるので説明は必要ない」「Q7. 本人が不穏になるので説明は必要ない」といった項目がみられたが、利用者自身がそのように述べているのではなく、あくまでも介護支援専門員の困惑や判断によって、説明の要不要が決定されているということが推測された。同様のことが第 III 因子でも考えられた。「Q32. 本人には判断できないので、説明は必要ない」「Q31. 本人の認知症のレベルが重度なので、説明は必要ない」といった説明不要の理由を、利用者自身が述べているのではなく、「利用者は理解・判断できない」と介護支援専門員が判断し、それが介護サービスの説明の有無につながっていることが考えられた。第 II 因子についても、「Q22. 信頼関係を作るために、説明は必要である」「Q20. 本人が主体なので、説明は必要である」といった

第4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
～項目抽出とICシート実施前後での意識の変化～

利用者本人を考慮した項目や、「Q28.トラブル軽減のために、説明は必要である」「Q11.プライドを傷つけないために、説明は必要である」といった、利用者と介護支援専門員との人間関係の円滑化に関する項目が明らかとなった。しかしながら、第I因子から第III因子の項目の大半は、介護支援専門員の立場に立った項目で構成されていると言っても過言ではないだろう。認知症の人へ説明を行うことで、本人が不穏になろうとも、本来介護支援専門員にはインフォームド・コンセントを行う義務があると考ええる。現在のところ、認知症の人の症状・状態も様々であることから、インフォームド・コンセントの実施については介護支援専門員の裁量に任されており、したがって今後さらなる検討が必要であると考ええる。

III. ICシート実施前後での意識の変化の検討

1. 目的

『II. ケアプラン原案説明に関する意識調査票の作成』において作成し、標準化が行われた意識調査票を用いて、調査対象者に実際にICシートを実施してもらい、ICシート実施の前後と実施1ヵ月後の計3回の意識調査票の得点の変化を検討することを目的とした。

2. 調査対象と抽出方法

東京都と神奈川県 の3つの市区町村の地域包括支援センター及び居宅介護支援事業登録事業所に、研究概要と研究協力依頼状を郵送した。同封した同意書にサイン、返送を行った対象者のみに意識調査用紙を郵送した。さらに、平成18年度のICシート作成時に協力を得た居宅介護支援専門員に対しても研究概要と研究協力依頼状を郵送し、同様に同意書にサインをした対象者のみに意識調査用紙を郵送した。

3. 材料

『II. ケアプラン原案説明に関する意識調査票の作成』において作成した意識調査票全35項目を用いた。回答方法は、“1（全くそう思わない）”か

第4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
～項目抽出とICシート実施前後での意識の変化～

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、担当利用者のどのような点を「理解している」と判断するか、説明を行っている担当利用者の「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、インフォームド・コンセントに関する研修受講の有無についても別途項目を設けた。また、調査1回目のみ、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、インフォームド・コンセントに関する研修受講の有無についてたずねる項目を設定した（資料1～資料3）。

4. 調査方法

調査1回目は、本研究の同意書に同意の得られた居宅介護支援専門員に対し、研究概要書、ICシート実施の手引き、ICシート3部、意識調査票一部を同封し、郵送した。

調査2回目は、調査1回目の意識調査票を返送した対象者に対し、返送直後に意識調査票を郵送し、回答後に郵送返却してもらった。

調査3回目は、調査2回目の意識調査票を返送した対象者に対し、調査2回目の調査票返送1ヵ月後にFollow-upとして意識調査票を再度郵送し、回答後に郵送返却してもらった。

調査は1回目から3回目まで平成19年2月中旬から同年4月中旬までの間で行われた。回答者の条件としては、認知症高齢者を担当している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

調査対象者は本研究に賛同し、同意の得られた個人であった。本調査は、3回にわたって行う連続したものであり、また対象者個人の得点の変化を検討する研究であったため、毎回調査用紙に記名をしてもらった。調査用紙は研究のみに使用するものとし、個人が特定されることのないよう取り扱いに注意する旨対象者に伝え、同意を得て実施した。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。

6. 調査結果と考察

1) 基本属性

(1) 年齢・性別

ICシートに関する調査に賛同した介護支援専門員92人に対し、意識調査用紙を郵送し、返却してもらった。調査初回時の返送は71人であり、回収率は77%であった。

各回の調査対象者の人数ならびに年齢幅、平均年齢は表4の通りであった。男性は、調査1回目から3回目まで人数がほとんど変わらなかったが、女性は調査2回目から3回目にかけて12人減となり、38人であった。調査1回目では合計71人であったが、調査3回目まで継続した対象者は、53人であり、調査1回目の75%にとどまった。

人数構成は、男性では30代が最も多く12人であり、40代、50代の調査対象者は数名であった。女性では30代～50代でそれぞれ10人以上となり、60代、70代と年齢を重ねても居宅介護支援専門員として活躍していることが明らかとなった(表5)。

表4 調査対象者人数の推移

		調査1回目	調査2回目	調査3回目
男性	人数	16	16	15
	年齢幅	32-50歳	32-50歳	32-50歳
	平均年齢	38.00歳	38.00歳	38.00歳
	(SD)	(4.90)	(4.90)	(4.90)
女性	人数	55	50	38
	年齢幅	32-76歳	32-76歳	32-76歳
	平均年齢	47.93歳	48.10歳	47.34歳
	(SD)	(9.62)	(9.90)	(10.16)

表5 調査対象者の年齢構成

	30代	40代	50代	60代	70代	計(人)
男性	12	2	1			15
女性	10	13	12	2	1	38

(2) 職場と経験年数

調査対象者の現在の職場について調査1回目にたずねたところ、地域包括支援センター勤務者が8名、居宅介護支援事業所勤務者が63名となり、全体の89%が居宅介護支援事業所所属であった(表6)。

また、調査対象者の平均経験年数は、居宅介護支援業務が5年2ヶ月であり、保健・医療・福祉関係業務の経験年数は12年9ヶ月であったが(表7)、標準偏差(*SD*)の幅が広く、数年勤務から数十年の勤務経験者までさまざまであった。

表6 調査対象者の職場

	人数
地域包括支援センター	8
居宅介護支援事業所	63

表7 調査対象者の平均経験年数

	平均年数 (<i>SD</i>)
居宅介護支援業務の経験年数	5年2ヶ月(49.02)
保健・医療・福祉関係業務の経験年数	12年9ヶ月(73.56)

2) 下位因子別得点の変化

『II. ケアプラン原案説明に関する意識調査票の作成』において探索的因子分析によって作成した35項目の介護意識調査票を用いて、下位尺度ごとに分析を行った。各項目は「1. まったくそう思わない」から「6. 非常にそう思う」までの6件法にて回答してもらった。ここでは全ての下位尺度を逆転項目として扱っておらず、例えば第I因子「利用者本人・家族の精神状態を考慮して説明が必要でないと判断する理由」の場合、「必要でない」と判断するほど得点が高くなり、同様に第II因子「利用者本人の状態・主体性を考慮して説明が必要であると判断する理由」で「必要である」と判断す

るほど得点が高くなっている。

なお、調査1回目はICシート実施前に回答してもらったためPre-test(以下Pre.)、調査2回目はICシート実施後の回答であったためPost-test(以下Post.)、調査3回目はICシート実施後かつPost.実施1ヵ月後であったためFollow-up(以下Follow)と位置づけた。

また、男性の人数が少なかったことから、男女合計での分析とした。年齢別の比較においては、60代2人、70代1人であったため、分析対象から除外し、30代、40代、50代の回答のみを用いた。

(1)介護サービス説明に関する意識の下位尺度得点の変化について

下位尺度別に、ICシート実施の前後ならびに実施1ヵ月後の意識調査票の得点について、繰り返しの分散分析を用いて比較した(表8)。その結果、

「利用者本人・家族の精神状態を考慮して説明が必要でないと判断する理由」において、Pre.、Post.、Followと徐々に得点が高くなっていることが明らかとなり、Followの得点がPre.の得点より有意に高かった($p<.05$)。「利用者本人の状態・主体性を考慮して説明が必要であると判断する理由」では回を追うごとに得点が低下したが、優位な差は認められなかった。また、「利用者本人の認知症レベルを考慮して説明が必要でないと判断する理由」と「制度や義務など形式的に説明が必要であると判断する理由」では、得点の増減がほとんど見られなかった。

表8 ケアプラン原案説明に関する意識の下位尺度得点の変化(分散分析, N=54)

下位尺度		Pre	Post	Follow	F値	Fisher's LSD
利用者本人・家族の精神状態を考慮して説明が必要でないと判断する理由	M	34.51	36.30	37.42	2.25	n. s. Pre<Follow*
	SD	12.60	12.05	10.52		
利用者本人の状態・主体性を考慮して説明が必要であると判断する理由	M	71.62	72.26	70.96	0.69	n. s.
	SD	8.39	8.20	7.61		
利用者本人の認知症レベルを考慮して説明が必要でないと判断する理由	M	9.74	10.09	9.70	0.40	n. s.
	SD	4.10	3.94	3.12		
制度や義務など形式的に説明が必要であると判断する理由	M	14.88	14.67	14.26	1.06	n. s.
	SD	2.76	1.98	1.84		

* $p<.05$

(2) 年齢別にみた介護サービス説明に関する得点の変化

意識調査票の Pre.、Post.、Follow の得点について、30 代、40 代、50 代の年齢別にそれぞれ比較した。

その結果、まず 30 代では、「利用者本人・家族の精神状態を考慮して説明が必要でないと判断する理由」では、回を重ねるごとに得点が上昇し、Pre.と Follow では 3.54 点の差が確認されたが、有意な得点差ではなかった(表 9)。また、「利用者本人の状態・主体性を考慮して説明が必要であると判断する理由」では徐々に得点が減少し、Pre.の得点が Follow よりも有意に高い傾向となった($p<.10$)。その他の下位尺度では、Pre.、Post.、Follow のいずれにおいても有意な得点の増減はみられなかった。

40 代では、いずれの下位尺度においても得点に有意差がみられなかった(表 10)。「利用者本人の状態・主体性を考慮して説明が必要であると判断する理由」では、30 代の結果とは異なり、得点に有意差は見られないものの、回答回数を重ねるたびに得点が上昇していた。

そして 50 代では、「制度や義務など形式的に説明が必要であると判断する理由」において、Pre.の得点が最も高く、Post とは有意傾向 ($p<.10$) が、Follow とは有意差 ($p<.05$) が確認され、回を追うごとに「形式的に説明が必要でない」と判断していることが明らかとなった(表 11)。また、有意差、有意傾向は確認されなかったものの、Post.の時点で得点が大きく動いていることが確認された。

表 9 ケアプラン原案説明に関する意識の下位尺度得点の変化:30 代(分散分析, N=22)

下位尺度		Pre	Post	Follow	F 値	Fisher' s LSD
利用者本人・家族の精神状態を考慮して説明が必要でないと判断する理由	<i>M</i>	37.05	39.18	40.59	1.33	<i>n. s.</i>
	<i>SD</i>	12.95	12.25	10.43		
利用者本人の状態・主体性を考慮して説明が必要であると判断する理由	<i>M</i>	71.45	69.77	68.36	1.94	<i>n. s.</i> Pre>Follow ⁺
	<i>SD</i>	5.76	6.85	7.63		
利用者本人の認知症レベルを考慮して説明が必要でないと判断する理由	<i>M</i>	10.64	10.82	10.45	0.16	<i>n. s.</i>
	<i>SD</i>	3.89	3.88	2.82		
制度や義務など形式的に説明が必要であると判断する理由	<i>M</i>	14.68	14.09	14.09	0.80	<i>n. s.</i>
	<i>SD</i>	2.12	1.85	1.72		

⁺ $p<.10$

表 10 ケアプラン原案説明に関する意識の下位尺度得点の変化：
40 代（分散分析，N=15）

下位尺度		Pre	Post	Follow	F 値	Fisher' s LSD
利用者本人・家族の精神状態を考慮して説明が必要でないと判断する理由	<i>M</i>	33.60	34.07	33.20	0.05 <i>n. s.</i>	
	<i>SD</i>	13.41	12.28	8.64		
利用者本人の状態・主体性を考慮して説明が必要であると判断する理由	<i>M</i>	67.73	69.20	69.93	0.46 <i>n. s.</i>	
	<i>SD</i>	10.76	8.89	6.83		
利用者本人の認知症レベルを考慮して説明が必要でないと判断する理由	<i>M</i>	8.93	9.60	8.53	0.62 <i>n. s.</i>	
	<i>SD</i>	4.38	2.82	2.82		
制度や義務など形式的に説明が必要であると判断する理由	<i>M</i>	13.57	14.60	14.13	0.49 <i>n. s.</i>	
	<i>SD</i>	3.92	1.99	2.13		

* $p < .10$

表 11 ケアプラン原案説明に関する意識の下位尺度得点の変化：
50 代（分散分析，N=13）

下位尺度		Pre	Post	Follow	F 値	Fisher' s LSD
利用者本人・家族の精神状態を考慮して説明が必要でないと判断する理由	<i>M</i>	30.54	34.31	34.92	1.39 <i>n. s.</i>	
	<i>SD</i>	11.69	10.63	10.88		
利用者本人の状態・主体性を考慮して説明が必要であると判断する理由	<i>M</i>	74.69	70.69	75.31	1.80 <i>n. s.</i>	
	<i>SD</i>	8.27	10.08	7.17		
利用者本人の認知症レベルを考慮して説明が必要でないと判断する理由	<i>M</i>	9.08	9.69	9.62	0.15 <i>n. s.</i>	
	<i>SD</i>	3.25	4.21	3.33		
制度や義務など形式的に説明が必要であると判断する理由	<i>M</i>	16.23	15.31	14.85	3.84 *	Pre>Post* Pre>Follow*
	<i>SD</i>	1.64	2.02	1.82		

* $p < .05$, + $p < .10$

（3）年齢間の介護サービス説明に関する得点の変化

30 代、40 代、50 代の年齢間の得点について、Pre.、Post.、Follow それぞれの時点で比較を行った。

まず Pre.の時点では表 12 のように、「利用者本人の状態・主体性を考慮して説明が必要であると判断する理由」において、50 代の得点が 40 代よりも 6.96 点高く、有意傾向がみられた($p < .10$)。40 代よりも 50 代が「説明が必要である」と考えていると指摘できる。また、「制度や義務など形式的に説明が必要であると判断する理由」においても、50 代の得点が 40 代よりも 2.66 点有意に高く ($p < .05$)、制度や義務をより遵守する傾向にあることが明らかとなった。

Post.では、いずれの下位因子においても年齢間で有意差がみられなかった（表13）。

一方 Follow では表14の通り、「利用者本人・家族の精神状態を考慮して説明が必要でないと判断する理由」において30代の得点が40代よりも高く、有意傾向が確認された($p<.10$)。30代は、40代よりも「説明が必要でない」と考えていることが明らかとなった。また、「利用者本人の状態・主体性を考慮して説明が必要であると判断する理由」では、50代の得点が30代よりも有意に高く($p<.05$)、30代よりも「説明が必要である」と考えている可能性が高いと考えられた。その他の下位尺度では、年齢間で得点に有意差がみられなかった。

表12 ケアプラン原案説明に関する意識の年齢間の比較：
Pre-test（一元配置分散分析，N=50）

下位尺度	F値	Tukey' s HSD
利用者本人・家族の精神状態を考慮して説明が必要でないと判断する理由	1.09 <i>n. s.</i>	
利用者本人の状態・主体性を考慮して説明が必要であると判断する理由	2.55 +	40代<50代*
利用者本人の認知症レベルを考慮して説明が必要でないと判断する理由	1.09 <i>n. s.</i>	
制度や義務など形式的に説明が必要であると判断する理由	3.38 *	40代<50代*

* $p<.05$, + $p<.10$

表13 ケアプラン原案説明に関する意識の年齢間の比較：
Post-test（一元配置分散分析，N=50）

下位尺度	F値	Tukey' s HSD
利用者本人・家族の精神状態を考慮して説明が必要でないと判断する理由	1.10 <i>n. s.</i>	
利用者本人の状態・主体性を考慮して説明が必要であると判断する理由	0.11 <i>n. s.</i>	
利用者本人の認知症レベルを考慮して説明が必要でないと判断する理由	0.63 <i>n. s.</i>	
制度や義務など形式的に説明が必要であると判断する理由	1.62 <i>n. s.</i>	

* $p<.05$, + $p<.10$

表 14 ケアプラン原案説明に関する意識の年齢間の比較：
Follow-up（一元配置分散分析，N=50）

下位尺度	F値	Tukey' s HSD
利用者本人・家族の精神状態を考慮して説明が必要でないと判断する理由	2.75 +	30代>40代*
利用者本人の状態・主体性を考慮して説明が必要であると判断する理由	3.82 *	30代<50代*
利用者本人の認知症レベルを考慮して説明が必要でないと判断する理由	1.84 <i>n. s.</i>	
制度や義務など形式的に説明が必要であると判断する理由	0.75 <i>n. s.</i>	

* $p<.05$, + $p<.10$

（４）ケアプラン原案の説明頻度

ケアプラン原案の説明を行う際、担当している認知症の人のうちどの程度説明をおこなっているか、について対象者にたずねた。

まず、Pre.、Post. では、「すべての利用者に説明」「ほとんどの利用者に説明」「一部の利用者のみ説明」のいずれかに回答した介護支援専門員がほぼ同じ人数であった。「全く説明していない」という対象者は本研究では皆無であった（表 15）。

表 15 ケアプラン原案の説明について

	(人)		
	Pre	Post	Follow
すべての利用者に説明	15	13	11
ほとんどの利用者に説明	27	29	34
一部の利用者のみ説明	11	11	8
まったく説明していない	0	0	0

また、ケアプラン原案の説明頻度について、「すべての利用者に説明」「ほとんどの利用者に説明」「一部の利用者のみ説明」と回答した対象者に対して、繰り返しの分散分析を用いて、Pre.、Post.、Follow の得点を比較した（表 16）。その結果、「利用者本人の認知症レベルを考慮して説明が必要で

第4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
～項目抽出とICシート実施前後での意識の変化～

ないと判断する理由」で、Pre.、Post.、Follow のいずれにおいても「一部の利用者のみ説明」と回答した対象者が、「すべての利用者に説明」「ほとんどの利用者に説明」と回答した対象者より有意（一部有意傾向）に得点が高かった。また、Follow においてのみ「制度や義務など形式的に説明が必要であると判断する理由」で「すべての利用者に説明」と回答した対象者が「一部の利用者のみ説明」と回答した対象者に比べ、有意に得点が高かった。しかしこの下位尺度では、いずれの群も調査回を重ねるたびに平均得点が減少していることが明らかとなった。「利用者本人・家族の精神状態を考慮して説明が必要でないと判断する理由」と「利用者本人の状態・主体性を考慮して説明が必要であると判断する理由」において、利用者への説明の程度間での有意な得点差は確認されなかった。

表 16 ケアプラン原案について利用者に説明しているか（分散分析）

下位尺度		Pre			Post			Follow		
		<i>M</i> (<i>SD</i>)	<i>F</i> 値	Tukey' s HSD	<i>M</i> (<i>SD</i>)	<i>F</i> 値	Tukey' s HSD	<i>M</i> (<i>SD</i>)	<i>F</i> 値	Tukey' s HSD
利用者本人・家族の精神状態を考慮して説明が必要でないと判断する理由	①	31.60 (13.36)	1.63		31.08 (11.84)	1.85		33.09 (10.70)	2.15	
	②	33.78 (11.48)			37.31 (11.53)			37.50 (10.11)		
	③	40.27 (13.52)			39.82 (12.05)			43.00 (10.58)		
利用者本人の状態・主体性を考慮して説明が必要であると判断する理由	①	74.13 (6.29)	2.21		73.15 (8.35)	1.13		71.18 (4.71)	0.99	
	②	71.96 (6.26)			69.59 (8.24)			71.71 (8.16)		
	③	67.36 (10.17)			68.64 (7.79)			67.50 (8.26)		
利用者本人の認知症レベルを考慮して説明が必要でないと判断する理由	①	8.13 (3.44)	4.51*	①<③* ②<③*	7.62 (2.79)	7.72***	①<③*** ②<③*	8.36 (2.62)	3.83*	①<③** ②<③*
	②	9.44 (4.07)			10.00 (3.34)			9.56 (2.92)		
	③	12.64 (3.75)			13.27 (4.63)			12.13 (3.60)		
制度や義務など形式的に説明が必要であると判断する理由	①	15.27 (2.22)	0.60		15.23 (2.09)	0.86		15.09 (1.89)	2.85*	①>③*
	②	14.48 (3.09)			14.38 (1.80)			14.26 (1.83)		
	③	15.40 (2.63)			14.82 (2.32)			13.13 (1.36)		

*** $p < .001$, ** $p < .01$, * $p < .05$, + $p < .10$

①：すべての利用者に説明

②：ほとんどの利用者に説明

③：一部の利用者のみ説明

(5) ケアプラン原案の説明の程度

ケアプラン原案の説明について、利用者に十分説明できているかどうかを対象者にたずねたところ（表 17）、Pre. にて 1 人「十分に説明できている」と回答したが、以降「十分に説明できている」と回答した回答者は 0 人であった。「ある程度十分に説明できている」「あまり十分に説明できていない」では、Pre.、Post. とともに人数の変化はほとんどみられなかった。Follow では「ある程度十分に説明できている」と回答した人数が増加し、「あまり十分に説明できていない」と回答した人数が減少していた。

表 17 ケアプラン原案の説明について

	(人)		
	Pre	Post	Follow
十分に説明できている	1	0	0
ある程度十分に説明できている	32	31	35
あまり十分に説明できていない	20	22	18
まったく説明できていない	0	0	0

また、ケアプラン原案の説明の程度について、「ある程度十分に説明できている」と「あまり十分に説明できていない」と回答した対象者について、下位尺度ごとに Pre.、Post.、Follow の得点それぞれを t 検定にて比較した（表 18）。その結果、「利用者本人・家族の精神状態を考慮して説明が必要でないと判断する理由」因子の Pre. で「あまり十分に説明できない」と回答した対象者の得点が、「ある程度十分に説明できる」と回答した対象者より有意に高かった。さらに、「利用者本人の状態・主体性を考慮して説明が必要であると判断する理由」では、Pre. と Post. において「ある程度十分に説明できる」と回答した対象者が「あまり十分に説明できていない」と回答した対象者よりも得点が有意に高かった。

全体として、「説明が必要である理由」の下位尺度では、「ある程度十分に説明できる」と考えている対象者は、得点が徐々に下がっていた。「ある程度十分に説明できている」と回答した対象者と「あまり十分に説明できてい

第4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
～項目抽出と IC シート実施前後での意識の変化～

ない」と回答した対象者では、「利用者本人・家族の精神状態を考慮して説明が必要でないと判断する理由」で最も得点差が大きく、ほぼ全ての下位尺度において、Pre.、Post. と回を重ねるごとに両者の得点が縮小されていた。

「利用者本人の認知症レベルを考慮して説明が必要でないと判断する理由」のみ、両者の得点が調査回数を重ねるたびに若干開いていた。

表 18 ケアプラン原案について利用者に十分に説明できているか (t 検定)

下位尺度		Pre		Post		Follow	
		M (SD)	t 値	M (SD)	t 値	M (SD)	t 値
利用者本人・家族の 精神状態を考慮して 説明が必要でないと 判断する理由	ある程度 十分に説明	31.19 (10.65)	5.58 *	34.58 (11.93)	1.24 n. s.	35.80 (10.22)	1.58 n. s.
	あまり十分 に説明でき ていない	39.35 (14.20)		38.73 (12.06)		40.56 (10.68)	
利用者本人の状態・ 主体性を考慮して 説明が必要であると 判断する理由	ある程度 十分に説明	73.66 (6.80)	6.13 *	72.16 (7.71)	2.06 *	70.91 (8.55)	0.07 n. s.
	あまり十分 に説明でき ていない	68.00 (9.67)		67.59 (8.31)		71.06 (5.56)	
利用者本人の認知症 レベルを考慮して 説明が必要でないと 判断する理由	ある程度 十分に説明	9.25 (3.90)	1.13 n. s.	9.48 (4.15)	1.35 n. s.	9.14 (2.91)	1.85 +
	あまり十分 に説明でき ていない	10.50 (4.48)		10.95 (3.57)		10.78 (3.32)	
制度や義務など形式 的に説明が必要で あると判断する理由	ある程度 十分に説明	15.38 (2.01)	3.02 +	14.84 (1.92)	0.69 n. s.	14.37 (2.16)	0.59 n. s.
	あまり十分 に説明でき ていない	14.00 (3.65)		14.45 (2.09)		14.06 (1.00)	

* $p < .05$, + $p < .10$

(6) ケアプラン原案の説明を行った際に、利用者本人が理解できているかの判断

ケアプラン原案の説明を行った際に、利用者本人が理解できているかを、介護支援専門員がどの程度判断しているかについてたずねた (表 19)。

その結果、「十分に判断できる」あるいは「あまり判断できない」と回答した対象者は、数名にとどまり、ほとんどの対象者は「ある程度は判断できる」と回答した。Pre.、Post.、Follow のいずれの回も、ほとんど増減はなかった。「まったく判断できない」と回答した対象者はいなかった。

また Pre.、Post.、Follow それぞれにおいて、判断の程度で得点差がみら

第4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
～項目抽出とICシート実施前後での意識の変化～

れるか検討を行った（表20）。その結果いずれも得点に有意差は見られなかった。なお、ここでは群によって人数が非常に少なく、そのため結果はあくまで参考程度であると考ええる。

表19 利用者本人が理解できているかいないかの判断

	Pre	Post	Follow
十分に判断できる	2	1	3
ある程度は判断できる	46	48	45
あまり判断できない	5	4	5
まったく判断できない	0	0	0

表20 ケアプラン原案について利用者本人が理解できているかいないかの判断
(分散分析)

下位尺度		Pre <i>M</i> (<i>SD</i>)	Post <i>M</i> (<i>SD</i>)	Follow <i>M</i> (<i>SD</i>)
利用者本人・家族の精神状態を考慮して説明が必要でないと判断する理由	十分に判断できる	47.50 (10.61)	54.00 (-)	41.00 (14.53)
	ある程度は判断できる	33.80 (12.85)	35.69 (11.77)	37.60 (10.47)
	あまり判断できない	35.80 (9.37)	39.25 (14.93)	33.60 (10.04)
利用者本人の状態・主体性を考慮して説明が必要であると判断する理由	十分に判断できる	68.50 (2.12)	69.00 (-)	72.00 (11.53)
	ある程度は判断できる	72.00 (8.54)	70.23 (8.32)	71.13 (7.63)
	あまり判断できない	69.40 (9.02)	71.00 (9.06)	68.80 (6.22)
利用者本人の認知症レベルを考慮して説明が必要でないと判断する理由	十分に判断できる	11.00 (1.41)	10.00 (-)	10.33 (1.53)
	ある程度は判断できる	9.96 (4.03)	9.92 (3.88)	10.09 (3.02)
	あまり判断できない	7.20 (5.07)	12.25 (5.32)	5.80 (2.05)
制度や義務など形式的に説明が必要であると判断する理由	十分に判断できる	13.00 (0.00)	14.00 (-)	13.67 (0.58)
	ある程度は判断できる	15.33 (2.15)	14.67 (2.00)	14.38 (1.92)
	あまり判断できない	11.60 (5.37)	15.00 (2.16)	13.60 (1.52)

(7) 利用者が理解しているかどうかを、介護支援専門員はどのように判断しているか（複数回答）

ケアプラン原案を説明した際、介護支援専門員が利用者の理解を判断する方法について、Pre. の時点でたずねた（表 21）。複数回答であったが、最も多かった回答は「本人の視線や表情」であり、全体の 62%である 45 人が選択した。「本人のうなずき」や「本人に理解したか否かを聞いて」という回答がそれぞれ 30 人以上と半数程度であった。一方、「特に決まった方法はない」と回答した対象者も 7 人いた。

表 21 利用者の理解の判断方法

判断方法	人数
本人の視線や表情	45
本人のうなずき	36
本人に理解したか否かを聞いて	32
説明した内容を、自分の言葉で言えるかどうか	22
特に決まった方法はない	7

(8) ケアプラン原案全てを、認知症の人に説明する必要性

「ケアプラン原案全て」を認知症の人に説明する必要性についてたずねた。Pre. では、「必要であると思う」と回答した対象者が全体の半数を超える 34 人であったが、Post. 以降は「必要がないと思う」と回答した対象者が「必要があると思う」と回答した対象者数を逆転し、半数以上となった（表 22）。

表 22 ケアプラン原案全てを
認知症の人に説明する必要性

	(人)		
	Pre	Post	Follow
必要があると思う	34	25	25
必要がないと思う	19	28	26

第4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
～項目抽出とICシート実施前後での意識の変化～

また、Pre. から Follow までの3回の調査における対象者の意見の変化について表23に示した。いずれの回も「説明が必要である」と回答した対象者が17人であり、またいずれの回も「説明の必要がないと思う」と回答した対象者が28人と、一貫した意見であった対象者が全体の半数を超えていた。「説明が必要である」から「説明の必要がないと思う」に認識が変わった対象者は13人、「説明の必要がないと思う」から「説明が必要である」に認識が変わった対象者は6人であった。

表23 必要性の認識

Pre.	Post.	Follow	人数
○	○	○	17
●	●	●	11
○	●	●	10
○	○	●	3
●	●	○	3
○	●	○	2
●	○	○	1
●	○	●	1

○：説明が必要だと思う ●：説明の必要が無いと思う（無回答3人）

表24 各回の得点の関連性
(ピアソンの積率相関係数)

	Pre.	Post.
Post.	0.39**	
Follow	0.34**	0.62**

** $r < .01$

各回の下位尺度の合計点数について、ピアソンの積率相関にて検討したところ（表24）、Pre. と Post.、Pre. と Follow では $r=0.30$ 台と中程度ではあるが、やや低い相関にとどまった。しかし、Post. と Follow では $r=0.62$ と中程度の相関が認められた。

第4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
～項目抽出と IC シート実施前後での意識の変化～

さらに、「必要がある」と回答した対象者、「必要がないと思う」（必要がない）と回答した対象者について、下位尺度ごと、Pre.、Post.、Follow それぞれについて t 検定による検討を行った。その結果、「制度や義務など形式的に説明が必要であると判断する理由」のみ有意差がみられなかったが、その他の下位尺度、特に「利用者本人の状態・主体性を考慮して説明が必要であると判断する理由」の Pre.、Post. で「必要がある」と回答した対象者が「必要がない」と回答した対象者よりも得点が有意に高かった。

表 25 ケアプラン原案の全てを認知症の人に説明する必要性 (t 検定)

下位尺度		Pre		Post		Follow	
		<i>M</i> (<i>SD</i>)	<i>t</i> 値	<i>M</i> (<i>SD</i>)	<i>t</i> 値	<i>M</i> (<i>SD</i>)	<i>t</i> 値
利用者本人・家族の 精神状態を考慮して 説明が必要でないと 判断する理由	必要がある	32.21 (12.80)	3.31 +	33.24 (12.03)	3.19 +	34.44 (9.68)	4.17 *
	必要がない	38.63 (11.43)		39.04 (11.60)		40.31 (10.79)	
利用者本人の状態・ 主体性を考慮して 説明が必要であると 判断する理由	必要がある	74.38 (6.99)	12.54 ***	73.04 (5.88)	5.93 *	71.76 (8.98)	1.00 <i>n. s.</i>
	必要がない	66.68 (8.58)		67.79 (9.24)		69.65 (5.82)	
利用者本人の認知症 レベルを考慮して 説明が必要でないと 判断する理由	必要がある	9.12 (4.25)	2.21 <i>n. s.</i>	8.88 (3.55)	4.80 *	8.88 (2.80)	2.87 +
	必要がない	10.84 (3.67)		11.18 (4.03)		10.35 (3.35)	
制度や義務など形式 的に説明が必要で あると判断する理由	必要がある	15.18 (3.13)	1.05 <i>n. s.</i>	14.76 (2.09)	0.08 <i>n. s.</i>	14.28 (2.15)	0.11 <i>n. s.</i>
	必要がない	14.38 (1.95)		14.61 (1.91)		14.12 (1.42)	

*** $p < .001$, * $p < .05$, + $p < .10$

(9) ケアプラン原案を、全ての認知症の人に説明する必要性

「全ての認知症の人」にケアプラン原案を説明する必要性についてたずねた。Pre. では、「必要であると思う」と回答した対象者が全体の半数を下回る 24 人であったが、全体として、「必要があると思う」「必要がないと思う」と回答した対象者は回を重ねても人数の増減はほとんど見られなかった(表 26)。

また、Pre. から Follow までの 3 回の調査における対象者の意見の変化について表 27 に示した。いずれの回も「説明の必要がないと思う」と回答した対象者が 15 人と最も多く、次いでいずれの回も「説明が必要である」と

第4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
～項目抽出とICシート実施前後での意識の変化～

回答した対象者が13人であった。一貫した意見であった対象者が全体の半数を超えていた。「説明が必要である」から「説明の必要がないと思う」に認識が変わった対象者は6人、「説明の必要がないと思う」から「説明が必要である」に認識が変わった対象者は8人であった。

表26 ケアプラン原案を
認知症の人全てに説明する必要性

	Pre	Post	Follow
必要があると思う	24	28	26
必要がないと思う	28	23	25

(人)

表27 必要性の認識

Pre.	Post.	Follow	人数
●	●	●	15
○	○	○	13
●	○	○	6
○	○	●	3
○	●	●	3
●	○	●	2
●	●	○	2
○	●	○	1

○：説明が必要だと思う ●：説明の必要が無いと思う（無回答6人）

表28 各回の調査結果の関連性
(ピアソンの積率相関係数)

	Pre.	Post.
Post.	0.45**	
Follow	0.37**	0.65**

** $p < .01$

第4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
～項目抽出とICシート実施前後での意識の変化～

各回の下位尺度の合計点数について、ピアソンの積率相関にて検討したところ（表28）、Pre.とPost.では $r=0.45$ 、Pre.とFollowでは $r=0.37$ と中程度の相関が得られた。またPost.とFollowでは $r=0.62$ と（8）同様に中程度の相関が認められた。

さらに、「必要がある」と回答した対象者、「必要がない」と回答した対象者について、下位尺度ごと、Pre.、Post.、Followそれぞれについてt検定による検討を行った。その結果、「利用者本人の状態・主体性を考慮して説明が必要であると判断する理由」では、全ての調査で「必要である」と回答した対象者の得点が「必要でない」と回答した対象者の得点より有意に低く、回数をおうに従って、「必要である」「必要でない」両者の得点が上昇していることが明らかとなった。「利用者本人の状態・主体性を考慮して説明が必要であると判断する理由」では、Pre.、Post.において「必要がある」と回答した対象者の得点が「必要でない」と回答した得点より有意に高かったが、両者の得点の幅は調査の回を追うごとに少なくなり、Followでは有意な差が認められなかった。また、「利用者本人の認知症レベルを考慮して説明が必要でないと判断する理由」では、「必要がない」と回答した対象者の得点が、「必要である」と回答した対象者よりいずれの回も有意に高かった。

表29 ケアプラン原案を認知症の人全てに説明する必要性（t検定）

下位尺度		Pre		Post		Follow	
		M (SD)	t 値	M (SD)	t 値	M (SD)	t 値
利用者本人・家族の精神状態を考慮して説明が必要でないと判断する理由	必要がある	30.29 (10.91)	5.18 *	31.75 (10.39)	9.78 **	32.58 (8.61)	14.09 ***
	必要がない	38.04 (13.25)		41.70 (12.33)		42.48 (10.19)	
利用者本人の状態・主体性を考慮して説明が必要であると判断する理由	必要がある	74.67 (5.87)	5.86 *	72.68 (6.21)	4.54 *	71.73 (7.62)	1.02 <i>n. s.</i>
	必要がない	69.25 (9.51)		68.43 (8.01)		69.60 (7.43)	
利用者本人の認知症レベルを考慮して説明が必要でないと判断する理由	必要がある	8.17 (4.09)	7.58 **	8.57 (3.46)	10.05 **	8.42 (2.86)	9.00 **
	必要がない	11.14 (3.70)		11.87 (3.97)		10.88 (2.99)	
制度や義務など形式的に説明が必要であると判断する理由	必要がある	14.79 (3.35)	0.13 <i>n. s.</i>	15.11 (1.93)	3.65 +	14.15 (1.93)	0.03 <i>n. s.</i>
	必要がない	15.07 (2.17)		14.09 (1.86)		14.24 (1.69)	

*** $p<.001$, ** $p<.01$, * $p<.05$, + $p<.10$

(10) ケアプラン原案の説明に関するその他の分析

「ケアプラン原案全てを、認知症の人に説明する必要性」と「ケアプラン原案を、認知症の人全てに説明する必要性」について、意識調査票 35 項目の合計点を用いて Pre.、Post.、Follow の 3 回の調査それぞれの関連性を検討した (表 30)。その結果、Pre.、Post.、Follow のいずれにおいても $r=0.40$ 台と中程度の相関が確認された。

表 30 「ケアプラン原案全て」の説明の必要性和
「認知症の人全て」への説明の必要性の関連
(ピアソンの積率相関係数)

Pre.	0.40**
Post.	0.45**
Follow	0.47**

** $p<.01$

表 31 「ケアプラン原案全て」「認知症の人全て」に一貫して
説明が必要あるいは必要でないと回答した対象者の比較
(必要である：N=8、必要でない：N=8)

下位尺度		Pre		Post		Follow	
		M (SD)	t 値	M (SD)	t 値	M (SD)	t 値
利用者本人・家族の 精神状態を考慮して 説明が必要でないと 判断する理由	必要である	28.88 (14.13)	2.17 *	26.75 (12.76)	3.10 **	31.00 (11.30)	2.97 **
	必要でない	42.13 (9.98)		47.00 (10.70)		47.25 (10.57)	
利用者本人の状態・ 主体性を考慮して 説明が必要であると 判断する理由	必要である	76.00 (7.09)	1.99 +	74.25 (7.32)	2.07 +	71.38 (10.98)	0.93 n.s.
	必要でない	68.75 (7.48)		67.00 (6.68)		67.50 (4.31)	
利用者本人の認知症 レベルを考慮して 説明が必要でないと 判断する理由	必要である	6.75 (3.66)	2.42 *	7.00 (3.25)	3.57 **	7.13 (3.04)	3.99 **
	必要でない	11.50 (4.18)		13.25 (3.73)		12.38 (2.13)	
制度や義務など形式 的に説明が必要で あると判断する理由	必要である	15.63 (2.13)	0.88 n.s.	15.00 (2.73)	0.67 n.s.	14.25 (2.55)	0.26 n.s.
	必要でない	14.63 (2.39)		14.13 (2.53)		14.00 (1.007)	

** $p<.01$, * $p<.05$, + $p<.10$

また、Pre、Post、Follow すべての調査で「ケアプラン原案全てを認知症の人に説明する必要性」と「ケアプラン原案を認知症の人全てに説明する必

第4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
～項目抽出とICシート実施前後での意識の変化～

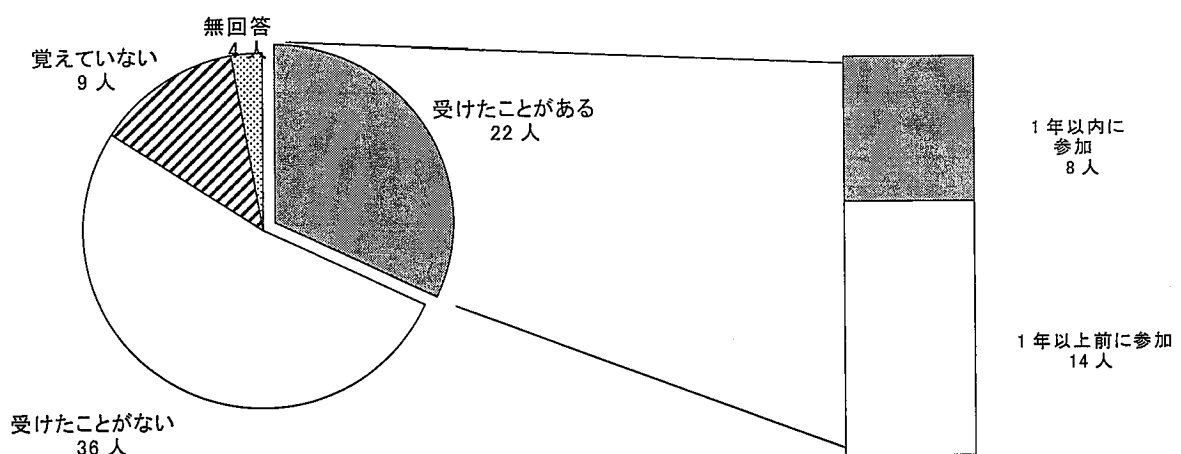
要性」の回答が、いずれも一貫して「必要であると思う」と回答した対象者と「必要でないと思う」と回答した対象者の比較を行った（表31）。その結果、「制度や義務など形式的に説明が必要であると判断する理由」ではいずれの調査でも両者の得点に有意な差が見られず、また「利用者本人の状態・主体性を考慮して説明が必要であると判断する理由」でも両者の得点差は有意傾向に留まった。「利用者本人・家族の精神状態を考慮して説明が必要でない」と判断する理由」と「利用者本人の認知症レベルを考慮して説明が必要でない」と判断する理由」では、いずれの調査でも両者の得点の間に有意な差が認められた。

（11）研修受講について

Pre. の時点での調査対象者は71人であった。説明と同意に関する研修の受講についてたずねたところ、これまでに「受けたことがある」と回答した対象者は22人、「受けたことがない」と回答した対象者は全体の半数以上の36人であった（図2）。

「受けたことがある」と回答した対象者には、その受講時期についてもたずねた。その結果、1年以内に受講した対象者は8人、1年以上前に参加した対象者は14人であった。

図2 説明と同意に関する講習受講



第4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
～項目抽出とICシート実施前後での意識の変化～

また、説明と同意に関する研修の受講経験の有無について「受講経験あり」「受講経験なし」「覚えていない」の3群に分け、下位尺度ごと、Pre.、Post.、Follow ごとに比較した。その結果、いずれの下位尺度、いずれの調査回においても3群の得点の間に有意な差がみられなかった。

表 32 講習・研修受講経験の有無について
(受講経験あり：N=14、受講経験なし：N=29、覚えていない：N=8)

下位尺度		Pre		Post		Follow	
		M (SD)	F値	M (SD)	F値	M (SD)	F値
利用者本人・家族の精神状態を考慮して説明が必要でないと判断する理由	受講経験あり	33.43 (12.67)	0.37	34.14 (12.78)	1.27	38.50 (10.98)	0.13
	受講経験なし	33.03 (11.38)		35.00 (10.79)		36.86 (10.50)	
	覚えていない	37.13 (13.19)		34.14 (12.16)		36.63 (10.07)	
利用者本人の状態・主体性を考慮して説明が必要であると判断する理由	受講経験あり	73.79 (7.95)	0.69	72.93 (6.39)	1.24	71.43 (9.03)	0.10
	受講経験なし	70.97 (9.05)		69.31 (9.56)		70.38 (7.56)	
	覚えていない	69.88 (7.92)		67.88 (5.14)		71.25 (6.07)	
利用者本人の認知症レベルを考慮して説明が必要でないと判断する理由	受講経験あり	10.29 (4.70)	0.37	11.14 (4.37)	0.72	9.93 (3.27)	1.89
	受講経験なし	9.48 (3.79)		9.69 (3.97)		10.14 (3.13)	
	覚えていない	8.75 (4.43)		10.75 (2.87)		7.75 (2.77)	
制度や義務など形式的に説明が必要であると判断する理由	受講経験あり	14.93 (4.09)	0.05	14.64 (2.17)	1.93	14.21 (2.12)	0.03
	受講経験なし	14.97 (2.21)		15.03 (1.96)		14.21 (1.78)	
	覚えていない	14.57 (2.37)		13.50 (1.51)		14.38 (2.00)	

3) 考察

II. で作成された意識調査票を用いて、ICシート実施前後と実施1ヵ月後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の変化について、下位尺度別に検討した。

全体としては、Pre-test、Post-test、Follow-up の時点での下位尺度の得点の変化はそれほど大きなものではなく、「利用者本人・家族の精神状態

第4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
～項目抽出と IC シート実施前後での意識の変化～

を考慮して説明が必要でないと判断する理由」の下位尺度のみで Pre. と Follow 間で有意差が見られた。また、「利用者本人・家族の精神状態を考慮して説明が必要でないと判断する理由」では、調査回数を追うごとに得点が高くなり、「利用者本人の状態・主体性を考慮して説明が必要であると判断する理由」で低くなることが明らかとなった。このことは、IC シートを実施し、介護支援専門員に利用者への説明と同意を促しても、実際は認知症の利用者への対応が困難な場合もあり、なかなか「説明が必要である」と言い切れない現状を表していると考えられた。同様のことが 30 代で明らかとなり、50 代でも「利用者本人・家族の精神状態を考慮して説明が必要でないと判断する理由」で明らかとなった。

年齢間の比較では、下位尺度の中の「説明が必要であると判断する理由」とした 2 つの因子「利用者本人の状態・主体性を考慮して説明が必要であると判断する理由」と「制度や義務など形式的に説明が必要であると判断する理由」にて Pre. で 50 代の得点が 40 代よりも高く、有意または有意傾向となったことから、IC シート実施前では 50 代の対象者がより「説明が必要である」と考えていることがうかがえた。しかし IC シート実施直後では、いずれの年齢でも差は見られず、最後の Follow-up 時では 30 代が「利用者本人・家族の精神状態を考慮して説明が必要でないと判断する理由」で他の年齢より得点が高く、また「利用者本人の状態・主体性を考慮して説明が必要であると判断する理由」で得点が低かったことから、3 つの年齢群の中で最も「説明が必要でない」と考えていることが示唆された。

説明の頻度では、「利用者本人の認知症レベルを考慮して説明が必要でないと判断する理由」で、Pre.、Post.、Follow のいずれにおいても「一部の利用者のみ説明」と回答した対象者の得点が最も高く、説明をあまり行っていない対象者ほど「説明が必要ではない」と考える傾向にあることが明らかとなった。同様のことが説明の程度でも明らかとなり、「ある程度十分に説明している」対象者より「あまり十分に説明できていない」対象者の方がより「説明が必要でがない」と考える傾向にあったことから、利用者への説明には、認知（対象者の意識）や実際の行動とが関連していると考えられた。

利用者の理解を判断する方法としては、複数回答であったものの、対象者の半数以上が利用者本人のノン・バーバルな反応をバーバルな反応以上に参考にしていることが明らかとなり、対象者が利用者と接する上で様々な利用

第4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
～項目抽出とICシート実施前後での意識の変化～

者の様子を観察していることがうかがえた。

「ケアプラン原案全て」を認知症の人に説明する必要性については、Pre.では「必要があると思う」と回答した対象者が全体の60%以上であったが、その後の調査では「必要があると思う」「必要が無いと思う」両者の人数はほぼ同じであった。また、いずれの調査も「必要である」あるいは「必要でない」と一貫して回答した対象者が全体の半数以上となり、ICシートの実施いかんに関わらず、元々持っていた意識にはあまり変化が無いことが考えられた。また、「ケアプラン原案全てを認知症の人に説明する必要がある」と回答した対象者は、「必要がない」と回答した対象者より、下位尺度で「説明が必要であると判断する理由」因子の得点が高く、有意または有意傾向であった。しかし意識を得点化すると、ICシート実施後と実施1ヵ月後では比較的高い相関がみられ、さらに下位尺度のうち「制度や義務など形式的に説明が必要であると判断する理由」ではいずれの調査でも両者に有意な得点差がみられなかったことから、体験あるいは教育・研修を受講することで、行動から意識へ変化をうながす可能性があるのではないかと示唆された。同様のことが、ケアプラン原案を「認知症の人全て」に説明する必要性の検討を行った際にも明らかとなった。特に、いずれの調査でも一貫して「必要であると思う」と回答した対象者は、下位尺度で「必要でないと判断する理由」の因子において、「必要ではないと思う」と回答した対象者と得点差が確認された。このことから、元々説明に対して否定的な考えを持っている場合に、より否定的な判断を行う可能性が考えられ、そのような対象者の意識改善が今後の課題として考えられた。

また、説明と同意に関する研修・講習の受講は、全体の3割程度に留まり、その半分以上は受講から1年以上が経過していた。受講経験による得点差はいずれの調査でも確認されなかったが、「サービス提供者の説明の義務」、「認知症の利用者であっても利用者から同意を得る義務」を考える上では、現場の実践だけではなく、研修等の居宅介護支援専門員の教育が不可欠であると考ええる。定期的に研修会等への出席を促すことで、それが介護支援専門員の意識・気づきへの一助となり、将来的には居宅介護支援専門員の動機づけや行動（実践）への一端を担うものと思われる。

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19年度 厚生労働省 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

この度、介護保険制度を適正に実施するために、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への説明に関して、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。

調査にご協力いただける場合には、下記にご署名いただき、アンケートにお答えください。ご署名は、調査に同意していただいたものと判断させていただくと同時に、ご協力者の照合のみに使用させていただきます。

ご署名

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、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
FAX 03-3334-2718 e-mail:watanabe@mejiro.ac.jp

質問にお答えになる前に必ずお読みください。

- ① 居宅介護支援業務を行っている方、または介護予防ケアマネジメントを実施している方がお答えください。
- 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

現在のお考えについて、あてはまる番号に○(マル)をつけてください。

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	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
Q2	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
Q3	説明責任があるから、説明は必要である。	1	2	3	4	5	6
Q4	本人が混乱するので、説明は必要ない。	1	2	3	4	5	6
Q5	家族が望まないなので、説明は必要ない。	1	2	3	4	5	6
Q6	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
Q7	本人が不穏になるので、説明は必要ない。	1	2	3	4	5	6
Q8	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
Q9	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
Q10	安心感を与えるために、説明は必要である。	1	2	3	4	5	6
Q11	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
Q12	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
Q13	本人が不安になるので、説明は必要ない。	1	2	3	4	5	6
Q14	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
Q15	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
Q16	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
Q17	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

第4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
～項目抽出とICシート実施前後での意識の変化～

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
Q18	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
Q19	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
Q20	本人が主体なので、説明は必要である。	1	2	3	4	5	6
Q21	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
Q22	信頼関係を作るために、説明は必要である。	1	2	3	4	5	6
Q23	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
Q24	本人に負担をかけるので、説明は必要ない。	1	2	3	4	5	6
Q25	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
Q26	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
Q27	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
Q28	トラブル軽減のために、説明は必要である。	1	2	3	4	5	6
Q29	人権を尊重するために、説明は必要である。	1	2	3	4	5	6
Q30	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
Q31	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
Q32	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
Q33	不安の解消のために、説明は必要である。	1	2	3	4	5	6
Q34	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
Q35	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

5. 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。
	IIa・IIb	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。
	IIIa・IIIb	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。

6. 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

7. 説明と同意に関する内容を含む講習・研修を受けた事がありますか。

いずれかに○をつけてください。

(はい いいえ 覚えていない)

 「はい」と答えた方にお伺いします。いつ頃受けましたか。

(1年以内 1年以上前)

8. 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。 |

9. 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。

1. 性別 (男性 女性)

2. 年齢 () 歳

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. 職場について、あてはまる番号に○ (マル) をつけてください。

- 1 地域包括支援センター
- 2 居宅介護支援事業所

5. 経験年数についてお答えください。

- ・居宅介護支援業務の経験年数 () 年 () か月
- ・保健・医療・福祉関係業務の経験年数 () 年 () か月

ご協力ありがとうございました。

資料2：ICシート実施

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（2）

平成19年度 厚生労働省 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

サービス利用時の認知症高齢者への説明に関して、現在のお考えをうかがいます。

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。また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。

調査にご協力いただける場合には、下記にご署名いただき、アンケートにお答えください。ご署名は、調査に同意していただいたものと判断させていただくと同時に、ご協力者の照合のみに使用させていただきます。

ご署名 _____

ご回答いただいた調査票は、2007年12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
FAX 03-3334-2718 e-mail:watanabe@mejiro.ac.jp

質問にお答えになる前に必ずお読みください。

- ② 居宅介護支援事業所に勤務しており、居宅介護支援業務を行っている方、または介護予防ケアマネジメントを実施している方がお答えください。
- 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

現在のお考えについて、あてはまる番号に○(マル)をつけてください。

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	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
Q2	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
Q3	説明責任があるから、説明は必要である。	1	2	3	4	5	6
Q4	本人が混乱するので、説明は必要ない。	1	2	3	4	5	6
Q5	家族が望まないなので、説明は必要ない。	1	2	3	4	5	6
Q6	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
Q7	本人が不穏になるので、説明は必要ない。	1	2	3	4	5	6
Q8	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
Q9	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
Q10	安心感を与えるために、説明は必要である。	1	2	3	4	5	6
Q11	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
Q12	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
Q13	本人が不安になるので、説明は必要ない。	1	2	3	4	5	6
Q14	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
Q15	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
Q16	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
Q17	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

第4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
～項目抽出とICシート実施前後での意識の変化～

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
Q18	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
Q19	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
Q20	本人が主体なので、説明は必要である。	1	2	3	4	5	6
Q21	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
Q22	信頼関係を作るために、説明は必要である。	1	2	3	4	5	6
Q23	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
Q24	本人に負担をかけるので、説明は必要ない。	1	2	3	4	5	6
Q25	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
Q26	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
Q27	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
Q28	トラブル軽減のために、説明は必要である。	1	2	3	4	5	6
Q29	人権を尊重するために、説明は必要である。	1	2	3	4	5	6
Q30	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
Q31	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
Q32	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
Q33	不安の解消のために、説明は必要である。	1	2	3	4	5	6
Q34	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
Q35	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

11. 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、あなたは利用者に十分に説明できていると思いますか。
- あてはまる番号を1つ選び、○をつけてください。

- 1 十分に説明できている
- 2 ある程度十分に説明できている
- 3 あまり十分に説明できていない
- 4 まったく説明できていない

3. 利用者が理解できているかいないかを、あなたは判断できますか。
あてはまる番号を1つ選び、○をつけてください。

- 1 十分に判断できる
- 2 ある程度は判断できる
- 3 あまり判断できない
- 4 まったく判断できない

4. 利用者が理解できているかいないかを、どのようなところで判断しますか。
あてはまる番号に○をつけてください（複数回答可）。

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

5. 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。
	Ⅱa・Ⅱb	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。
	Ⅲa・Ⅲb	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。

6. 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
- 16 提案されているサービスの限界や注意点
- 17 提案されているサービスの変更・中止に関する事項

7. 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。

- | |
|--------------------------------------|
| <p>1 必要があると思う</p> <p>2 必要がないと思う。</p> |
|--------------------------------------|

8. 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。

- | |
|--------------------------------------|
| <p>1 必要があると思う</p> <p>2 必要がないと思う。</p> |
|--------------------------------------|

ご協力ありがとうございました。

同封の封筒にて、ご返送ください。

資料3：ICシート実施
1ヵ月後（フォローアップ）

第4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
～項目抽出とICシート実施前後での意識の変化～

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（3）

平成19年度 厚生労働省 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

サービス利用時の認知症高齢者への説明に関して、現在のお考えをうかがいます。

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。また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。

調査にご協力いただける場合には、下記にご署名いただき、アンケートにお答えください。ご署名は、調査に同意していただいたものと判断させていただくと同時に、ご協力者の照合のみに使用させていただきます。

ご署名

ご回答いただいた調査票は、2008年2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
FAX 03-3334-2718 e-mail:watanabe@mejiro.ac.jp

質問にお答えになる前に必ずお読みください。

- ③ 居宅介護支援事業所に勤務しており、居宅介護支援業務を行っている方、または介護予防ケアマネジメントを実施している方がお答えください。
- 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

現在のお考えについて、あてはまる番号に○(マル)をつけてください。

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	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
Q2	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
Q3	説明責任があるから、説明は必要である。	1	2	3	4	5	6
Q4	本人が混乱するので、説明は必要ない。	1	2	3	4	5	6
Q5	家族が望まないなので、説明は必要ない。	1	2	3	4	5	6
Q6	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
Q7	本人が不穏になるので、説明は必要ない。	1	2	3	4	5	6
Q8	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
Q9	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
Q10	安心感を与えるために、説明は必要である。	1	2	3	4	5	6
Q11	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
Q12	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
Q13	本人が不安になるので、説明は必要ない。	1	2	3	4	5	6
Q14	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
Q15	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
Q16	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
Q17	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

第4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
～項目抽出とICシート実施前後での意識の変化～

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
Q18	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
Q19	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
Q20	本人が主体なので、説明は必要である。	1	2	3	4	5	6
Q21	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
Q22	信頼関係を作るために、説明は必要である。	1	2	3	4	5	6
Q23	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
Q24	本人に負担をかけるので、説明は必要ない。	1	2	3	4	5	6
Q25	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
Q26	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
Q27	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
Q28	トラブル軽減のために、説明は必要である。	1	2	3	4	5	6
Q29	人権を尊重するために、説明は必要である。	1	2	3	4	5	6
Q30	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
Q31	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
Q32	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
Q33	不安の解消のために、説明は必要である。	1	2	3	4	5	6
Q34	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
Q35	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

11. 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、あなたは利用者十分に説明できていると思いますか。

あてはまる番号を1つ選び、○をつけてください。

- 1 十分に説明できている
- 2 ある程度十分に説明できている
- 3 あまり十分に説明できていない
- 4 まったく説明できていない

3. 利用者が理解できているかいないかを、あなたは判断できますか。

あてはまる番号を1つ選び、○をつけてください。

- 1 十分に判断できる
- 2 ある程度は判断できる
- 3 あまり判断できない
- 4 まったく判断できない

4. 利用者が理解できているかいないかを、どのようなところで判断しますか。
あてはまる番号に○をつけてください（複数回答可）。

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

5. 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。
	Ⅱa・Ⅱb	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。
	Ⅲa・Ⅲb	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。

6. 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
- 18 提案されているサービスの限界や注意点
- 19 提案されているサービスの変更・中止に関する事項

7. 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。

- | |
|--------------------------------------|
| <p>1 必要があると思う</p> <p>2 必要がないと思う。</p> |
|--------------------------------------|

8. 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。

- | |
|--------------------------------------|
| <p>1 必要があると思う</p> <p>2 必要がないと思う。</p> |
|--------------------------------------|

同封の返信用封筒にて、ご返送ください。

長期間ご協力いただき、ありがとうございました。

第5章
インフォームド・コンセントシート
評価者間信頼性に関する調査

I. 調査目的

インフォームド・コンセントシートを用いたサービス計画書の理解の程度の評価について、評価者間の評価の一致度により、項目の信頼性を検討することを目的とした。具体的には、本調査は、複数の介護支援専門員あるいは、介護予防ケアマネジメントを担当する者が、インフォームド・コンセントシートを用いて、同一のサービス利用者のケアプランの理解状況について評価した場合に評価結果がどの程度一致するかについて明らかにし、もってインフォームド・コンセントシートの信頼性について検討を行うことを目的としている。

II. 調査方法

1、調査方法の概要

そのため、本調査は、インフォームド・コンセントシートの信頼性を検討するため、次のような手順および内容で行うこととした。

- ① 介護支援専門員あるいは、介護予防ケアマネジメントを担当する者が利用者にサービス計画の説明を行い、インフォームド・コンセントシートを用いてその理解の程度について確認を行う場面の映像を作成する。
- ② 映像は、理解の程度に応じて複数のパターンを作成する。
- ③ 作成された映像を20名程度の現業の介護支援専門員あるいは、介護予防ケアマネジメントの担当者に視聴してもらう。また、インフォームド・コンセントシートを用いて評価してもらい、その評価結果の一致率を算出する。

2、面接場面の映像の作成

映像のパターンは、非認知症の人、認知症の疑いのある人、軽度の認知症が認められる人の3つとした。

映像は、実際の説明場面を撮影するのではなく、simulated patients を利用

して作成した。ただし、作成される映像の妥当性を担保するため、その脚本は、実際に介護支援専門員がサービス計画書の説明とインフォームド・コンセントシートを用いてサービス利用者に確認を行った場面を基に作成した。

脚本作成にあたっては、都内 A 市内の 3 名の介護支援専門員及び 1 名の地域包括支援センターの職員及びその利用者 7 名に協力を依頼し、両者の同意を得た上で、実際の計画書作成の場面に同席し IC レコーダーでの録音を行った。録音された内容を逐語で起こした後に脚本に編集をした。編集作業には、本研究事業の作業部会委員が脚本化したものに演劇関係者からコメントをもらいながら数度の修正作業を重ねて行った。

撮影は認知症介護研究・研修東京センターで、平成 20 年 3 月 8 日に行った。映像資料は、軽度の認知症が認められる人をケース 1 とし、田中さん（仮名）70 歳とした。認知症の疑いのある人は、ケース 2 とし、村田さん（仮名）72 歳とした。非認知症の人はケース 3 とし、山本さん（仮名）68 歳とした。作成した映像については、その妥当性について委員会内で検討を行い、確認を行った。

3、評価者間信頼性に関する調査

（1）調査対象

調査の対象となったのは、地域包括支援センターにおいて、介護予防ケアマネジメントを行っている方、居宅介護支援事業所にお勤めの介護支援専門員の方で、居宅介護支援サービスを提供している方 22 名とした。

（2）実施の方法

調査に先立ち、調査対象者には、インフォームド・コンセントシートの使用方法及び調査手順についての説明を行った。調査対象者には、それぞれのケースに関する情報は年齢のみ伝えそれ以外の情報（認知症の診断の有無や利用しているサービス内容等）は開示せず、評価を行ってもらった。なお、各ケースの設定及び説明内容と利用者の回答内容の要約を表 1、表 2 に示した。

表1 各ケースの設定

ケース1 田中さん
ケース1は、認知症の診断はないが、認知症高齢者の日常生活自立度ではⅠの状態にあるケースを想定している。各評価項目の想定される結果については、Q1、Q3については、「理解困難」、Q2については「十分に理解」、Q4については「一部理解」の評価を想定した。また、「ケアプランの理解」については「一部しか理解していない」、「本人のみでの契約」では、「できない（補助が必要）」の評価を想定した。
ケース2 村田さん
ケース2は、認知症の診断を受け、認知症高齢者の日常生活自立度ではⅡaの状態を想定したケースである。各評価項目の想定される結果については、Q3、Q4は「理解困難」、Q1、Q2は「一部理解」の評価を想定した。また、「ケアプランの理解」については「一部しか理解していない」、「本人のみでの契約」では、「できない（補助が必要）」の評価が行われることを想定した。
ケース3 山本さん
自立の状態を想定したケースである。各評価項目の想定される結果については、Q1からQ4までの4つの評価項目について、「十分に理解」の評価が得られることを想定している。また、「ケアプランの理解」については「十分に理解している」、「本人のみでの契約」では、「本人のみでできる」の評価が行われることを想定している。

表2 説明内容と利用者の回答内容の概要

		ケース1	ケース2	ケース3
Q1	説明内容	・リハビリとか他の人との交流とか腎臓病の栄養管理を行いながら、元気に過ごしていきたい。	このごろわからないことが多くなってきたので、家事とか一人でするのが不安だから、支援してほしい。ご自宅が自営業なので、奥様も忙しく、いつも一緒にいられない	・奥様の活動や家事のお手伝いを続けることをしていく ・歩行訓練を続ける ・剣道の指導を継続していきたい
	利用者の回答内容	希望？ 皆さんと一緒に一通りはね。(笑)	結局、私自身が、情緒的に不安定な感じなもので、少しでもよくなるように指導していただける場所だと思っています。	ここ（サービス計画書）に書いてある。2人で、妻と一緒に協力してね、家事をサポートし続けること、これ、目的ね。何らかの形で、剣道の試合でもあれば必ず行かなきゃならないんだけど、こういったことを継続するために、ひざをね、大事にしたいという目的ね

第5章 インフォームド・コンセントシート
評価者間信頼性に関する調査

Q2	説明内容	・通所リハビリで入浴、リハビリ、栄養管理に関する指導を受ける。 ・月、水、金曜日に利用	ヘルパーさんにきていただいて、手伝ってもらったのが、毎週1回金曜日。デイサービスは、水曜日の御利用となっています。	・デイサービスで運動の機能向上、デイサービスでひざの方に負担をかけない運動を教えてください。水曜日利用。 ・住宅改修（手すりの設置）
	利用者の回答内容	リハビリに通わせてもらっています。 ・月、水、金です。 ・リハビリを受けて、お風呂へ入らせていただいて、そして後、少しの時間ですけれども、あの、何ですか… … ・ゲーム、午後になりますね	デイサービスさんと、掃除と料理をしてくれる人が来てくれます。 ・水曜日があのデイサービスで、ええ、（ヘルパーさんは）その一、日かな。	デイサービスです、毎週水曜日のデイサービスで御厄介になりながら、ひざを悪くしないように努めていくと。
Q3	説明内容	20267円が今月かかるお金。利用料1万667円に食事代9600円がつく。	1ヶ月の費用は、全体で7967円。 デイサービスは、3,083円、ヘルパーさんは、1,684円。デイサービスでのお食事代とおやつ代が月4回で3200円。	合計、4,853円が月々、お手元から引かれる料金
	利用者の回答内容	全然。（笑）	憶えていません。	全部合わせると4,853円
Q4	説明内容	「研修センター」のヤマダまで。電話番号は、こちら（サービス計画書）に書いてある。	「研修センター」のヤマダまで。電話番号は、こちら（サービス計画書）に書いてある。	「研修センター」のヤマダまで。電話番号は、こちら（サービス計画書）に書いてある。
	利用者の回答内容	通所？（笑） （ケアマネの通所の場所を教えて欲しいという促し後） ああ、ここの施設の場所ね。研修センター。	連絡先？どこでしたっけ？	センター、でしょ？ センターに、ね、ヤマダさんのところに聞けばいいじゃん、何だって。

なお、調査対象者には、調査の実施にあたって以下の手順を説明した。

- ・ICシートの実施者名の欄に調査対象者の名前を書くこと。
- ・映像は、「ケアプランの説明 → インフォームド・コンセントシートを用いた確認」という流れで構成されている。映像を見ながら、その内容の記入・評価を行う。
- ・各映写終了10分後に、該当ケースのインフォームド・コンセントシートを回収する。それまでに記入・評価を行う。

また、調査実施の留意点として、以下の教示を行った。

- ・評価結果について情報交換を行わないこと。
- ・評価している間、相談しないこと。
- ・他人と相談・比較せず、自分の考えを書くこと。
- ・当該調査は、登場人物の説明の仕方や提示されるケアプランの内容の良し悪しを評価するものではないこと。

Ⅲ. 調査結果

1. 調査対象者の属性

22名の調査対象者の協力のもと、調査を実施した。調査協力者の性別は、女性17人(77.3%)、男性5人(22.7%)であった(表1)。年齢は、平均年齢が40.9歳(28~58、 $SD=7.3$)だった。については、表2に示した。また、勤務先の種別については居宅介護支援事業所13人(59.1%)、地域包括支援センター8人(36.4%)であった(表3)。調査協力者の保健・医療・福祉関係業務の経験年数は、平均年数が12.9年(5~26、 $SD=5.6$)だった。

表1 性別

	回答者数	%
男性	5	22.7
女性	17	77.3
合計	22	100.0

表2 取得資格

	回答者数	%
ホームヘルパー	4	18.2
社会福祉士	6	27.3
介護福祉士	12	54.5
精神保健福祉士	1	4.5
社会福祉主事	4	18.2
看護師・准看護師	6	27.3
その他	5	22.7

表3 勤務先

	回答者数	%
地域包括支援センター	8	36.4
居宅介護支援事業所	13	59.1
無回答	1	4.5
合計	22	100.0

2. インフォームド・コンセントシート評価項目

インフォームド・コンセントシートの評価についての調査結果について、ケースごとに単純集計したものを示す。

ケース1のQ1「サービス利用の目的」の理解からQ4「サービスに関する連絡先」の理解までの評価項目の結果については表4に、同じく「ケアプランの理解」については表5に、「本人のみでの契約」については、表6に示した。Q1は十分理解が0人、一部理解と理解困難がともに11人(50.0%)であった。Q2は十分理解が3人(13.6%)、一部理解18人(81.8%)、理解困難1人(4.5%)、Q3は十分理解が0人、一部理解1人(4.5%)、理解困難21人(95.5%)、Q4は十分理解が0人、一部理解12人(54.5%)、理解困難10人(45.5%)であった。Q5は十分理解しているが1人(4.5%)、一部理解している13人(59.1%)、理解していないが8人(36.4%)、Q6は、契約可が0人、契約不可が22人(100%)であった。

ケース2の評価項目の結果については表7に、同じく「ケアプランの理解」については表8に、「本人のみでの契約」については、表9に示した。Q1は十分理解が1人(4.5%)、一部理解が16人(72.7%)、理解困難が5人(22.7%)であった。Q2は十分理解が2人(22.7%)、一部理解16人(72.7%)、理解困難3人(13.6%)、Q3は十分理解が0人、一部理解5人(22.7%)、理解困難17人(77.3%)、Q4は十分理解が0人、一部理解2人(9.1%)、理解困難20人(90.9%)であった。Q5は十分理解しているが0人、一部理解している20人(90.9%)、理解していないが2人(9.1%)、Q6は、契約可が1人(4.5%)、契約不可が21人(95.5%)であった。

ケース3の評価項目の結果については表10に、同じく「ケアプランの理

解」については表 11 に、「本人のみでの契約」については、表 12 に示した。
Q1 は十分理解が 20 人 (90.9%)、一部理解が 2 人 (9.1%)、理解困難が 0 人であった。Q2 は十分理解が 17 人 (77.3%)、一部理解 5 人 (22.7%)、理解困難 0 人、Q3 と Q4 はともに、十分理解が 20 人 (90.9%)、一部理解 2 人 (9.1%)、理解困難 0 人であった。Q5 は十分理解しているが 20 人 (90.9%)、一部理解している 2 人 (9.1%)、理解していないが 0 人、Q6 は、契約可が 18 人 (81.8%)、契約不可が 4 人 (18.2%) であった。

【ケース 1】

表 4 Q 1 から Q 4 までの評価項目の結果

	Q1		Q2		Q3		Q4	
	回答者数	%	回答者数	%	回答者数	%	回答者数	%
十分に理解	0	0.0	3	13.6	0	0.0	0	0.0
一部理解	11	50.0	18	81.8	1	4.5	12	54.5
理解困難	11	50.0	1	4.5	21	95.5	10	45.5
合計	22	100.0	22	100.0	22	100.0	22	100.0

Q1 「サービス利用の目的」/ Q2 「サービス内容」/ Q3 「サービス利用にかかる費用」/ Q4 「サービスに関する連絡先」

表 5 「ケアプランの理解」の結果

	回答者数	%
十分理解している	1	4.5
一部しか理解していない	13	59.1
理解していない	8	36.4
合計	22	100.0

表6 「本人のみでの契約」の結果

	回答者数	%
契約可	0	0.0
契約不可	22	100.0
合計	22	100.0

【ケース2】

表7 Q1からQ4までの評価項目の結果

	Q1	Q2	Q3	Q4
	回答者数(%)	回答者数(%)	回答者数(%)	回答者数(%)
十分に理解	1(4.5)	2(9.1)	0(0.0)	0(0.0)
一部理解	16(72.7)	16(72.7)	5(22.7)	2(9.1)
理解困難	5(22.7)	3(13.6)	17(77.3)	20(90.9)
欠損値	0(0.0)	1(4.5)	0(0.0)	0(0.0)
合計	22(100.0)	22(100.0)	22(100.0)	22(100.0)

Q1「サービス利用の目的」/Q2「サービス内容」/Q3「サービス利用にかかる費用」/Q4「サービスに関する連絡先」

表8 「ケアプランの理解」の結果

	回答者数	%
十分理解している	0	0.0
一部しか理解していない	20	90.9
理解していない	2	9.1
合計	22	100.0

表9 「本人のみでの契約」の結果

	回答者数	%
契約可	1	4.5
契約不可	21	95.5
合計	22	100.0

【ケース3】

表10 Q1からQ4までの評価項目の結果

	Q1	Q2	Q3	Q4
	回答者数(%)	回答者数(%)	回答者数(%)	回答者数(%)
十分に理解	20(90.9)	17(77.3)	20(90.9)	20(90.9)
一部理解	2(9.1)	5(22.7)	2(9.1)	2(9.1)
理解困難	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)
合計	22(100.0)	22(100.0)	22(100.0)	22(100.0)

Q1「サービス利用の目的」/Q2「サービス内容」/Q3「サービス利用にかかる費用」/Q4「サービスに関する連絡先」

表11 「ケアプランの理解」の結果

	回答者数	%
十分理解している	20	90.9
一部しか理解していない	2	9.1
理解していない	0	0.0
合計	22	100.0

表12 「本人のみでの契約」の結果

	回答者数	%
契約可	18	81.8
契約不可	4	18.2
合計	22	100.0

3. インフォームド・コンセントシート評価項目の評価者間一致率に関する分析結果

インフォームド・コンセントシートを構成する評価項目の評価結果について、Kendall の一致係数を算出した。まず、Q1「サービス利用の目的」の理解からQ4「サービスに関する連絡先」の理解までの評価結果について、ケアプランの理解の状態を「十分理解」=1点、「一部理解」=2点、

「理解困難」=3点として単純加算した。単純加算した結果の基礎統計について表13に示した。

一致率の分析を行うにあたって、次の手順で行った。

- ① 3つのケースを質問項目ごとに一元配置分散分析を行った (SPSSVer. 14.0)
- ② 平均得点が、「ケース2>ケース1>ケース3」となり、かつ何れかの間で有意差がみられた質問項目について組み合わせを行い、Kendallの一致係数を算出した。なお、算出においては、全項目を投入した場合についても検討し、分析ソフトとしてKaleida Graphを使用した。

結果、Q1/Q2/Q3/Q4、Q2/Q3/Q4及びQ2/Q4、Q3/Q4の組み合わせについて分析を行うこととした。

なお、ICシートの各質問項目の回答は間隔尺度の要素があるが、3件法では間隔尺度とは成りえず、順位尺度とみなし、分析にはKendallの一致係数を用いた。なお、ケース2については、1名欠損値があるため、自由度20での分析となっている。

分析の結果、Q1/Q2/Q3/Q4の合計得点の基礎統計は、ケース1及びケース2は各数値ともほぼ近似したものとなったが、ケース3のみ他のケースとは、特に平均値、中央値、最頻値、最小値については異なる数値が算出された。

Kendallの一致係数の結果をみると、Q1/Q2/Q3/Q4については、ケース1 ($W=.338 \quad \chi^2(21,63)=1.53^+$)、ケース2 ($W=.418 \quad \chi^2(20,60)=2.16^{**}$)、ケース3 ($W=.684 \quad \chi^2(21,63)=6.45^{***}$) という結果だった。Q2/Q3/Q4については、ケース1 ($W=.420 \quad \chi^2(21,42)=1.45^*$)、ケース2 ($W=.420 \quad \chi^2(20,40)=1.43^*$)、ケース3 ($W=.770 \quad \chi^2(21,42)=6.69^{***}$) という結果だった。Q2/Q4については、ケース1 ($W=.604 \quad \chi^2(21,21)=1.52^*$)、ケース2 ($W=.510 \quad \chi^2(20,40)=1.04^*$)、ケース3 ($W=.772 \quad \chi^2(21,21)=6.69^{**}$) という結果だった。Q3/Q4の評価結果の一致率は、ケース1 ($W=.570 \quad \chi^2(21,21)=1.33^*$)、ケース2 ($W=.693 \quad \chi^2(20,20)=2.26^*$)、ケース3 ($W=1 \quad \chi^2(21,21)=-2.96^{***}$) という結果だった。

(*** $p<.001$, ** $p<.01$, * $p<.05$, + $p<.10$)

したがって、分析を行った組み合わせの中では、Q3/Q4の評価結果の一

致率が最も高い結果となった。

また、ケース間の比較では「非認知症のケース」を想定したケース3がすべてのパターンを通してもっとも一致係数が高い結果となった。

表 13 Q 1/Q 2/Q 3/Q 4 の合計得点の基礎統計

	ケース1	ケース2	ケース3
N	22	21	22
欠損値	0	1	0
平均値	9.8	10.0	4.5
中央値	10	10	4
最頻値	10	10	4
標準偏差	1.0	1.1	1.1
分散	1.0	1.2	1.2
最小値	8	8	4
最大値	11	12	8

V. 考察

1. ケースごとのインフォームド・コンセントシートの評価

(1) ケース1の評価

ケース1では、Q1「サービス目的」、Q4「サービスに関する連絡先」及び「ケアプランの理解」の結果が「一部理解」「理解困難」に分かれた。Q2「サービス内容」、Q3「サービス利用にかかる費用」、「本人のみでの契約」の結果は事前に想定した評価結果とほぼ同様の評価結果となった。

まず、Q1「サービス目的」の理解であるが、説明された内容は、「リハビリとか他の人との交流とか腎臓病の栄養管理を行いながら、元気に過ごしていきたい。」であるのに対し、利用者の反応は、「希望？皆さんと一緒に一通りはね。(笑)」であり、説明内容とそれに対する利用者の回答内容は、説明内容について理解した上で回答しているとは考えられない。したがって、「サービス目的」に関する利用者の反応以外の要素から評価を行っている可能性があり、例えば、次に続く評価結果の影響を受けている可能性がある。ケー

ス1の場合、Q2「サービス内容」の回答は「リハビリに通わせてもらっています。月、水、金です。リハビリを受けて、お風呂へ入れていただいて、そして後、少しの時間ですけれども、あの、何ですか……ゲーム、午後になりますね」と、では完全でないにしろ説明された内容をほぼ正確に回答を行っているが、逆に Q3「サービス利用にかかる費用」は「全然。(笑)」と全く回答できていないと評価がわかれているケースである。このような状況から利用者の総体的な理解の状況について全体的に理解できていないと評価するのか、一部理解していると評価するのかは Q1「サービス目的」の評価に影響している可能性がある。Q4「サービスに関する連絡先」については、一旦ケアマネの促しを受けてから回答した場面である。この状況について。聞き方が適切でなかったために問い直したところ回答できた、と捉えるのか、再度聞きなおさなければ答えられなかったととらえるのかで評価が分かれたものと考えられる。

5番目の評価項目にあたる「ケアプランの理解」については、通常従前に評価が行われると思われるQ1からQ4の評価結果を勘案した総合的な評価として考えられる項目である。そのため、ケース1については、Q1の評価結果同様、Q2、Q3の状況を各評価者が「一部理解」と評価したのか、「理解困難」と評価したのかの結果が、「一部しか理解していない」「理解していない」に評価がわかる結果に反映されたものと考えられる。

(2) ケース2、ケース3の評価

ケース2では、Q1「サービス目的」の理解、Q2「サービス内容」理解について7割以上が「一部理解」としているという評価を行うというやや低めの数値だったものの、すべての項目について、おおむね評価結果と同様の結果を得る結果となった。

ケース3では、Q2「サービス内容」理解について「十分に理解」と評価した評価者が77.3%という数値だったが、それ以外の項目については全ての評価項目について、おおむね事前に想定した評価結果と同様の評価を90%以上が行うという結果であった。

ケース2は認知症の利用者を、ケース3では自立の利用者を想定しており、ケース1に比べ評価者間で評価結果に大きな差異がでないであろうことは事前に予想されていたものである。

(3) Q1からQ4までの評価項目の合計得点

合計得点の基礎統計をみると、ケース1とケース2については平均値、最頻値、中央値、最小値、最大値の数値はほぼ同様の結果だった。一方ケース3については前2ケースと比較すると明らかに数値の差異がみられた。これは、Q1からQ4の評価結果から、ケアプランに関する「十分に理解している」と「一部理解」「理解していない」の識別は行えるが、「一部理解」「理解していない」の識別は十分に行えない可能性を示唆していると考えられる。この点については、今後分析をすすめ確認していきたい。

また、平均値をみると、ケース1・ケース2は近い値にあるものの、理解力の低下と言う基準においてケース2>ケース1>ケース3となり、事前に想定した結果と同様の結果が得られている。

2. インフォームド・コンセントシート評価項目の評価者間一致率

各組み合わせの中では、Q3/Q4の評価結果の一致率が最も高い結果となった。これは、Q1「サービス利用の目的」、Q2「サービス内容」に比べQ3「サービスの利用の料金」、Q4「サービスに関する連絡先」の回答についての評価のし易さが反映されたものと考えられる。Q1「サービス利用の目的」や、Q2「サービス内容」はQ3「サービスの利用の料金」、Q4「サービスに関する連絡先」に比べ事前の説明内容の幅や質も多岐に渡り、複数の目的・サービスを有する場合もあることから、その評価にあたっては、杓子定規に行えない要素があると考えられる。さらに、すでに単純集計の所で指摘したように、ケース1のQ1「サービス利用の目的」の理解では明らかに利用者の回答内容は理解しているとはいえない内容であっても、評価者間の評価が「一部理解」「理解困難」に半数ずつにわかれる場合がある項目であり、特に認知症かどうかどちらとも判断がつかないようなグレーゾーンにあるケースの判断には評価の一貫性という観点から課題が残る項目であることが明らかになった。

また、Kendallの一致係数のケース間の比較では「非認知症のケース」を想定したケース3がすべてのパターンを通してもっとも一致係数が高い結果となった。しかし、例えば、最も一致率の高かった組み合わせであるQ3/Q4をみると、ケース1及びケース2の値は比較的近似しているが、ケース3はそれら2ケースの値に比較して極めて高い一致率が算出されている。

これは、インフォームド・コンセントシートが「非認知症の人」の弁別は多くの評価者の一致をみるが、その利用者が「軽度の認知症が認められる人」なのか「認知症の疑いのある人」なのかの判断をする際の評価結果は一致しづらいということを示唆している。第3章において、インフォームド・コンセントシートが「ケアプランを理解する利用者かそれ以外の利用者かを弁別することはできても、「それ以外」の中に含まれる「一部理解」か「理解していない」には十分な弁別力をもたない点についての示唆を得たが、そのことと合わせて、現状のインフォームド・コンセントの限界性、及び今後の修正点を考える上で重要な示唆が得られたと考えられる。

3. まとめ

本調査では、単純集計結果をみると、おおむね事前に想定した評価結果と評価者間での評価結果が分かれることがなかったと考えられる。Q1「サービス利用の目的」や Q2「サービス内容」は、説明の内容や質、その説明方法及び評価ポイントについて非常に個別性の高予想される項目群であると考えられる。それゆえにそれらの項目については、その評価者間の一致度についてについては、特に、「軽度の認知症が認められる人」や「認知症の疑いのある人」の場合に一致率が低くなる項目の存在が明らかになった。同様に Kendall の一致係数をみても、各組み合わせの中では、Q3「サービスの利用の料金」／Q4「サービスに関する連絡先」という、説明及びそれに対する回答内容もシンプルで評価者の主観的評価の入る余地の少ないと考えられる項目群については評価結果の一致率が最も高い結果となった。

これらの項目については評価基準・方法の検討や事例の提供等評価者への教示の方法などを再度検討を行っていくことで改善される点もあると考えられる。それらの課題を今後マニュアル作成に反映させていく必要があると考えられる。

また、インフォームド・コンセントシートが、「非認知症の人」の弁別は多くの評価者の一致をみるが、その利用者が「軽度の認知症が認められる人」なのか「認知症の疑いのある人」なのかの判断をする際の評価結果は一致しづらいという示唆が得られた。第3章で指摘されたケアプランを「一部理解」か「理解していない」利用者の弁別には十分な弁別力をもたないという結果と合わせて、現行インフォームド・コンセントシートの限界性を検討する上

で重要な示唆が得られた。このことは実践場面において極めて重要な課題であると考ええる。

今後さらに当該シートの改良を行うことと同時に、現行活用可能な認知機能スケールの併用や医師等の社会資源の活用によって補っていくシステムの検討が必要だと考えられる。

謝辞

当該研究に使用した DVD 作成にあたり、ご出演いただいた竹本純平様、秋間登様、小川隆市様、また、出演者の日程調整及び脚本、DVD の監修をいただいた藤田宗久様にこの場をお借りして深く御礼申し上げます。

また、当日の撮影及び DVD の編集作業をしていただいたグローバルバンク（株）杉山慶太郎様に深く御礼申し上げます。

第6章
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
佐藤美和子	桜美林大学大学院
鈴木貴子	桜美林大学大学加齢発達研究所
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
渡邊浩文	目白大学人間学部

(*) 委員長

2. 委員会の開催日時と会場

委員会は、計3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：認知症介護研究・研修東京センター 第1会議室

3. 委員会での議事内容

1) 第1回委員会報告

まず当該研究委員会の委員長選出が行われた。委員長には、本間昭委員が選出され、承認された。

次に、事業目的及び概要説明が行われた。本研究事業の目的及び概要について今井委員より説明が行われた。本年度は、ケアプランに関する利用者の理解の評価を行うツール：インフォームド・コンセントシートの開発とそのマニュアル作成が大きな目的であるとの説明が行われた。

その後、事務局より昨年度の調査研究事業の概要に関する報告が行われた。昨年度の調査研究事業としては、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、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、③介護保険サービス利用に関する判断能力を評価するインフォームド・コンセントシートの素案の開発、④素案のインフォームド・コンセントシートを現場の介護支援専門員の協力の下試用した、インフォームド・コンセントシート開発のための調査を行ったことが報告された。

次に、事務局より平成18年度研究事業の報告が行われた。まず、インフォームド・コンセントシート開発のための調査について報告が行われた。その後、本調査をふまえて、使用したインフォームド・コンセントシート素案の修正点について議論が行われた。

インフォームド・コンセントシートの中の「契約同意の可能性の評価」の項目について、介護保険制度の「契約制度」の特性との関係を考えると、「本人のみで可能ですか。」の方が好ましいとの意見がでた。同様にケアプランの理解についても、「本人のみでケアプランの理解できますか。」の方が好ましいとの意見があった。

続いて、介護支援専門員に対する意識調査についての報告が行われた。当該調査では、介護支援専門員によって説明に対する必要性についての捉え方に違いがあることが分かった。また既存の気分尺度を含めて調査を行うことが報告された。

同報告に関し議論が行われ、介護支援専門員の基礎資格によって関係性もあるのではとの意見があった。またインフォームド・コンセントシートの使用によって認知症関係の教育につながる可能性があるのではとの意見が出

された。

次に、事務局より平成 19 年度研究計画の概要について報告がなされた。平成 19 年度は、①インフォームド・コンセントシートの修正案の標準化及び、②インフォームド・コンセントシート活用による介護支援専門員への教育的効果の検証の調査を実施することが報告された。

報告された内容について各委員より以下の意見が出された。まず、「アンケートをすること」が教育的効果の検証になりうるのか、との意見があった。また、マニュアル通りにシートを使うことによる教育的効果を見てみるのもよい、説明会や講義の効果との関連性を考えてみてもよいとの意見があった。

一方、「ケアプランの説明と同意」については介護支援専門員研修で教えられていることから義務的に行っていることもあるので建前論となりうる可能性もあるとの意見があった。

また、アンケートを実施する調査時期の「調査終了 1 ヶ月後」について質問があった。これについては、調査期間の問題とある程度の一定期間をおいた上での効果を調査する必要性から、と事務局からの返答がなされた。

調査協力者の依頼については、平成 18 年度の参加協力者に依頼をするのとあわせて事務局から、大府・仙台センター近辺の介護支援専門員の協力要請については可能との提案がなされた。

上記提案に対し、東京近郊の介護支援専門員連絡協議会の活用をすれば、東京近郊での協力者が得られるのではとの意見もあった。

2) 第2回委員会報告

事務局より、意識調査の分析結果について資料に基づき以下の報告がされた。まず、分析結果をみるとケアマネの性別・年代・職種・所有資格に介護意識の差はみられなかった。また、経験年数によつての差はほとんどいえなかったが、「利用者本人の認知症のレベルを考慮する」という下位尺度において、勤務年数が1年未満者と5年以上の者とでは5パーセント未満の有意差がみられた。さらに、利用者の自立度、重度認知症（自立していない）方へ説明している人ケアマネージャーほど「説明しなくてはならない」という意識が強く見られた。実際に行なっている行動が介護意識に反映しているのではないかと考えられるという報告が行われた。加えて、ケアプラン内容説明の程度は「すべての利用者に説明している人」ほど、説明が必要であ

るという意識が高い。ケアプラン原案すべてを認知症の方に説明する必要性については「必要である」と考えた人は「必要でない」と考える人と比べて有意に得点が高く、「説明が必要である」と考えていることが明らかになったとの報告が行われた。また、これらの結果が、認知症すべてに、ケアプラン原案を説明する必要性についても同様であったことが報告された。さらに、ケアプラン原案の説明項目数と得点の相関をみたところ、たくさんの項目について説明している方ほど、「説明しなくてはならない」「説明した方がよい」という意識が高いことが明らかになった。同時に「説明する必要がない」という意識は低いことが明らかになった。しかし、低い相関にとどまっており、数値上は項目数との関連はみられたが、実際は項目数を多く説明しているからといって意識は高いというわけではないという報告が行われた。

上記報告に対して、委員会内では、「説明が必要」と思わせる気持ちについて調査しても良い、個人的なパーソナリティにも関連があるのではないかという意見や、ケアマネジャー講習で言われている「説明義務」も関連があるのではないか、あるいは、説明への理解・納得への確認はされておらず、「説明する」ということ力点が置かれている。この点についても確認が必要ではないかとの意見が出された。また、「説明が必要でない」と感じている人をピックアップして分析にかけるとの意見が出された。

その後、事務局より、インフォームド・コンセントシート開発のための調査について、資料に基づき説明が行われた。本年度の調査は、新規調査対象者として、町田市・杉並区・世田谷区の居宅介護支援事業所と地域包括支援センター対象に対し実施することが報告された。具体的には、町田市には、町田市及び同市介護支援専門員連絡会及び地域包括支援センター連絡協議会の協力を得て行うこと、杉並区、世田谷区については WAM-NET で事業所を抽出し依頼状を郵送する形で調査協力の依頼を行うこと、実施に際しては昨年度と同様に事前に説明会を実施し行うことが報告された。

続けて、インフォームド・コンセントシートの信頼性を検討するための調査について説明が行われた。当該調査は、昨年度の協力者に依頼し、3名程度の評価者が一組になり一人の利用者の自宅に訪問し理解状況について評価を行い、その結果から信頼性について検討を行うことが報告された。

最後に、インフォームド・コンセントシート利用の効果に関する調査について説明が行われた。実施方法は、同シートの使用前（説明会時）、使用直

後、使用1ヵ月後にアンケートを実施する形で行う。アンケートは昨年度、意識調査で使用したアンケートの項目を因子分析によって調整したものを使用することが報告された。

説明された内容に対し、委員より次のような意見が出された。まず、インフォームド・コンセントシートの評価者間の信頼性については、提案された方法では不十分であるということ。例えば、認知症の症状別等で複数のパターンの実際の面接場面を撮影し、それを20数名介護支援専門員等に見せ、その映像の利用者の理解の程度について評価させる。そうした方法を用いるほうが確実な信頼性の検討となる。利用者の協力を得るには倫理的な課題が大きい、例えば今回の一連の調査で非常に協力的な介護支援専門員に個人的に依頼するという形で実施することはできないか。また、その介護支援専門員にデプスインタビューを実施し、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についてより具体的なデータを得るという調査も同時に実施できるのではないかと意見が出された。また、効果検証の調査についても、効果に関する調査であるが、何をアウトプットとして設定すると効果があったといえるのか。また何が意識に作用するのか、例えば研修会に参加しているかということは意識・考え方に作用しないか、効果に関する調査項目にそうした質問を入れてみてはどうかとの意見が出された。

3) 第3回委員会報告

事務局より、第2回委員会終了後からの調査実施経過の報告が行われた。

具体的には、インフォームド・コンセントシート開発のための調査及びインフォームド・コンセントシートの効果に関する調査についての報告が行われた。

また、インフォームド・コンセントシート評価者間信頼性の調査に使用するDVDの試写が行われた。試写されたDVD映像については、次のような意見が出された。まず、映像の中で、説明されている、ケアプランの内容や、説明方法について適切でないと思われるものもあり、調査実施時には、そうした点については、評価をおこなわないよう、事前に教示しておく必要があるということが指摘された。また、映像ではインフォームド・コンセントシートにそって確認をおこなっているのであろうが、その流れがよくわからないということであった。さらに調査段階ではこれでよいが、教育用に用いるの

であれば、画面上にテロップを流すなどの工夫が必要ではないかとの意見が出された。また、ケアプランを見ながら説明し、確認をしているということがわかりづらく、そのため、記憶テストのようにみえるとの意見が出された。以上のような意見が出されたものの、調査用としては、これで大きな問題はないということで当該映像に対する妥当性について、委員会内の承認を得た。さらに、このシートを用いて、「理解していない」という結果がでた場合の対処については、こちらから提案する必要はないのかとの意見が出された。それについては、特に独居の人は、「後見制度につないだほうがよい」、「家族にもきちんと説明しましょう」、「専門医にかかったほうがよい」などという意見をなんらかの形で示したほうがよいという委員会内の確認が行われた。

あわせて、事務局より評価者間信頼性に関する調査計画が行われた。その際、委員会に対して、利用者の状況に関する情報（認知症の有無、要介護度、ケアプランの内容等）の事前の提供を行うべきかとの疑問が提示された。委員より、特に多くの情報を出す必要はない。今回については、年齢くらいはだしてもよいのではないかと意見が出された。さらに、①グレーゾーン②認知症③自立からなるDVDの映写の順番については、この順番でよいのではないかと確認が行われた。また、調査の実施に際しては、参加できなかった人に対して、郵送で行うのはよくない。（スロー再生や、繰り返しみるなどの不正を避けるため）必ず、立会いのもとで行ったほうがよいとの意見が出された。

最後に、研究事業のまとめと今後の展開について今井委員より説明が行われた。今後本研究事業に関する論文等を出す際には各委員に相談することになること、また、インフォームド・コンセントシートについては、今年度の予算の中でリーフレットのような形にし、現場に配布できたらと考えていること、本研究を今後も別の研究費を取得し継続していくことが説明された。

II. 認知症の人の判断力判定尺度開発のための検討委員会

【第1回検討委員会議事録】

日時：平成19年8月6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)： 浅野弘毅、五十嵐禎人、池田恵利子、今井幸充、小長谷陽子、
長田久雄、萩原正子、橋本泰子、本間 昭

(事務局)：佐藤美和子、鈴木貴子、白石旬子(記録)、渡邊浩文

1. 挨拶

委員会開催にあたり、今井委員より行われた。

2. 委員長選出

本間昭委員が選出され、承認された。

3. 事業目的及び概要説明

今井委員より、本研究事業の背景、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。昨年度までの進行状況としては、

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

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

③介護保険サービス利用に関する判断能力を評価するインフォーム
ド・コンセントシートの素案の開発

④素案のインフォームド・コンセントシートを現場の介護支援専門員
の協力の下試用し、インフォームド・コンセントシート開発のため
の調査

を行ったことが報告された。

4. 議事(事務局)

1) 平成 18 年度研究事業の報告

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 インフォームド・コンセントシート開発のための調査(資料 2)(資料 3)(資料 4)

・資料 6 の「契約同意の可能性の評価」の表記について、介護保険制度の「契約制度」の特性との関係を考えると、「本人のみで可能ですか。」の方が好ましいとの意見がでた。同様にケアプランの理解についても、「本人のみでケアプランの理解できますか。」の方が好ましいとの意見があった。

②介護支援専門員に対する意識調査(資料 1)

介護支援専門員によって説明に対する必要性についての捉え方に違いがあることが分かった。また既存の気分尺度を含めて調査を行うことが報告された。

・介護支援専門員の基礎資格によって関係性もあるのではとの意見があった。またインフォームド・コンセントシートの使用によって認知症関係の教育につながる可能性があるのではとの意見があった。

2) 平成 19 年度研究計画の概要

3) 平成 19 年度調査の概要(資料 5)(資料 6)

事務局より資料に基づいて報告がなされた

①インフォームド・コンセントシートの修正案の標準化

②インフォームド・コンセントシート活用による介護支援専門員への教育的効果の検証

- ・「アンケートをすること」が教育的効果の検証になりうるのか、との意見があった。表記を検討してみてもどうか、との提案があった。
- ・マニュアル通りにシートを使うことによる教育的効果を見てもよい、説明会や講義の効果との関連性を考えてみてもよいとの意見があった。
- ・一方、「ケアプランの説明と同意」については介護支援専門員研修で

教えられていることから義務的に行っていることもあるので建前論となりうる可能性もあるとの意見があった。

- ・調査時期の「調査終了 1 ヶ月後」について問いがあった。これについては、調査期間の問題とある程度の一定期間をおいた上での効果を調査する必要性から、との返答がなされた。

③「調査協力者の依頼について

- ・平成18年度に参加協力してくださった70名の方に協力依頼をする。
- ・サンプルが200を超えることを目指しているため、さらに多くの協力者が必要である。平成18年度においては東京近郊からの協力者が少なく、遠方からの参加者が多かった。事務局からの大府・仙台センター近辺の介護支援専門員の協力要請については可能との意見があった。
- ・東京近郊の介護支援専門員連絡協議会の活用をすれば、東京近郊での協力者が得られるのではとの意見もあった。

5. 第2回委員会の日程調整

- ・10月1日(月) 18時30分～20時
- ・今後の年間スケジュールについては事務局にて検討する。

【第2回検討委員会議事録】

日時：平成19年10月1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、今井幸充、小長谷陽子、
長田久雄、萩原正子、本間 昭

(事務局)： 佐藤美和子、鈴木貴子、白石旬子(記録)、渡邊浩文

1. 報告

事務局より、意識調査の分析結果について資料に基づき以下の報告がされた。

- ・ケアマネの性別に介護意識の差はない。
- ・ケアマネの年代に介護意識の差はない。
- ・経験年数によつての差はほとんどいえなかったが、「利用者本人の認知症のレベルを考慮する」という下位尺度において、勤務年数が1年未満者と5年以上の者とでは5パーセント未満の有意差がみられた。
- ・利用者の自立度、重度認知症（自立していない）方へ説明しているケアマネージャーほど「説明しなくてはならない」という意識が強く見られた。実際に行なっている行動が介護意識に反映しているのではないか、と考えられる。
- ・ケアプラン内容説明の程度は「すべての利用者に説明している人」ほど、説明が必要であるという意識が高い。
- ・ケアプラン原案すべてを認知症の方に説明する必要性については「必要である」と考えた人は「必要でない」と考える人と比べて有意に得点が高く、「説明が必要である」と考えていることが明らかになった。
- ・認知症すべてに、ケアプラン原案を説明する必要性についても同様であった。
- ・ケアプラン原案の説明項目数と得点の相関をとった。
- ・たくさんの項目について説明している人ほど、「説明しなくてはならない」「説明した方がよい」という意識が高いことが明らかになった。同時に「説明する必要がない」という意識は低いことが明らかになった。しかし、低い相関にとどまっており、数値上は項目数との関連はみられたが、実際は項目数を多く説明しているからといって意識は高いというわけではない
- ・ベースとなる職種に差はなかった。
- ・所有資格においても、差はなかった。

上記報告に対し、委員より以下のような意見が出された。

- ・「説明が必要」と思わせる気持ちについて調査しても良い。個人的

なパーソナリティにも関連があるのでは。

- ・ケアマネジャー講習で言われている「説明義務」も関連があるのではないか。一回の説明に時間を費やすのではなく、繰り返し説明することが必要で、そのことについてケアマネジャーがどう捉えているのか。
- ・説明への理解・納得への確認はされておらず、「説明する」ということと力点が置かれている。この点についても確認が必要。
- ・「説明が必要でない」と感じている人をピックアップして分析にかけるとの必要性がある（自由記述も含め）。

2. 議題

事務局より、インフォームド・コンセントシート開発のための調査について、資料に基づき以下のような説明が行われた。

- ・本年度の調査は、新規調査対象者として、町田市・杉並区・世田谷区の居宅介護支援事業所と地域包括支援センター対象に対し実施する。町田市には、町田市及び同市介護支援専門員連絡会及び地域包括支援センター連絡協議会の協力を得て行う。杉並区、世田谷区についてはWAM-NETで事業所を抽出し依頼状を郵送する形で調査協力の依頼を行う。実施に際しては昨年度と同様に事前に説明会を実施し行う。
- ・インフォームド・コンセントシートの信頼性を検討するための調査を実施する。調査は、昨年度の協力者に依頼し、3名程度の評価者が一組になり一人の利用者の自宅に訪問し理解状況について評価を行い、その結果から信頼性について検討を行う。
- ・インフォームド・コンセントシート利用の効果に関する調査を実施する。実施方法は、同シートの使用前（説明会時）、使用直後、使用1ヵ月後にアンケートを実施する形で行う。アンケートは昨年度、意識調査で使用したアンケートの項目を因子分析によって調整したものを使用する。

上記報告に対し、委員より以下のような意見が出された。

- ・インフォームド・コンセントシートの評価者間の信頼性については、

提案された方法では不十分である。例えば、認知症の症状別等で複数のパターンの実際の面接場面を撮影し、それを20数名の介護支援専門員等に見せ、その映像の利用者の理解の程度について評価させる。そうした方法を用いるほうが確実な信頼性の検討となる。利用者の協力を得るには倫理的な課題が大きい、例えば今回の一連の調査で非常に協力的な介護支援専門員に個人的に依頼するという形で実施することはできないか。また、その介護支援専門員にデプスインタビューを実施し、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についてより具体的なデータを得るという調査も同時に実施できるのではないか。

- ・効果に関する調査であるが、何をアウトプットとして設定することで効果があつたとすることができるか。

また何が意識に作用するのか。例えば研修会に参加しているかということは意識・考え方に作用しないか。効果に関する調査項目にそうした質問を入れてみてはどうか。

3、第3回委員会の日程調整

次回は調査結果が得られた後に行なうこととする（来年2月予定）。

【第3回検討委員会議事録】

日時：平成20年3月28日（月）18：30－20：00

場所：認知症介護研究・研修東京センター第1会議室

〒168-0071 東京都杉並区高井戸西1丁目12番地1号

TEL：03-3334-2173 FAX：03-3334-2718)

出席者（敬称略）

（委員）： 五十嵐禎人、今井幸充、長田久雄、本間 昭

（事務局）： 佐藤美和子、鈴木貴子、渡邊浩文

【議題・報告】

1. 調査経過報告について（資料1）（資料2）

事務局より、資料に基づいて、第2回委員会終了後からの調査実施経過の報告が行われた。

2. 調査結果について

事務局より、資料に基づいてインフォームド・コンセントシート開発のための調査及びインフォームド・コンセントシートの効果に関する調査の調査結果について報告が行われた。

3. DVDの試写

評価者間信頼性の調査DVD映像が試写され、以下の意見が出された。

- ・映像の中で、説明されている、ケアプランの内容や、説明方法について適切でないと思われるものもあり、調査実施時には、そうした点については、評価をおこなわないよう、事前に教示しておく必要がある。
- ・ICシートにそって確認をおこなっているのであろうが、その流れが映像ではよくわからない。調査ではこれでよいが、教育用に用いるのであれば、画面上にテロップを流すなどの工夫が必要。
- ・ケアプランを見ながら説明し、確認をしているということがわかりづらい。そのため、記憶テストのようにみえる。
- ・調査用としては、これで大きな問題はない。
- ・このシートを用いて、理解していないという結果がでた場合の対処については、こちらから提案する必要はないのか。
→特に独居の人は、後見制度につないだほうがよい、家族にもきちんと説明しましょう、専門医にかかったほうがよいなどという意見をなんらかの形で示したほうがよい。

4. 評価者間信頼性に関する調査計画（資料2）

1) 利用者の状況に関する情報（認知症の有無、要介護度、ケアプランの内容等）の事前の提供を行うべきか

1) の議題に対し、委員より、以下の意見が出された。

- ・年齢くらいは出してもよいのではないか。

2) DVDの順番

- ①グレーゾーン ②認知症 ③自立

- ・DVDの順番はこれでよいのではないか。
- ・参加できなかった人に対して、郵送で行うのはよくない。(スロー再生や、繰り返しみるなどの不正を避けるため) 必ず、立会いのもとで行ったほうがよい。

5. 研究事業のまとめと今後の展開について (今井)

- ・論文等を出す際には相談する。
- ・リーフレットのような形で、現場に配布する。
- ・今後も別の研究費をとり、続けていく。

第7章 研究事業総括

1. 認知症の人の介護保健サービス利用のための判断能力尺度開発

本研究の目的は、平成18年度事業で介護支援専門員の協力により行ったインフォームド・コンセントシートを使用した調査結果について、項目修正等の必要性の観点から再分析することである。分析方法としてはロジスティック回帰分析を使用した。分析に当たっては、従属変数をそれぞれ、CDT得点、HDS-R得点、インフォームド・コンセントシートの「理解の総合評価」「契約締結の可能性」とした。独立変数としては、①サービス利用の確認、②-2利用目的の確認、③-2：継続の確認、④-1：料金の確認に関する項目、②-1：サービス利用の目的、③-1：サービス内容、④-1：サービス料金、：緊急連絡先とした。

分析の結果、CDT及びHDS-R得点とケアプランの理解および契約締結の能力に関連のある項目は、3択確認項目である②-1、③-1、③-2、④-1、⑤であると考えられた。他の3項目、2項目の組み合わせの中で、特に際立って適合度のよいモデルが確認されなかったため、4項目全てを採用するのがよいと考えられた。また、教示文の検討により、「緊急連絡先」は、身内や警察・救急をイメージさせ、事業所の名称が出てきにくいということで、「連絡先」と示すことになった。理解の総合評価の教示文はよりわかりやすく、「ケアプランを十分に理解していますか」とし、選択肢も下位項目に即して「十分に理解している・一部しか理解していない・理解していない」の3択とした。また、契約締結の可能性に関する「本人のみで契約締結の自己責任を負うことが可能ですか」という教示文も、「本人のみで契約できますか」に変更し、選択肢も、「補助が必要」と「できない」は同義であるため「本人のみでできる・できない（補助が必要）」の二択とした。

2. インフォームド・コンセントシート開発のための調査

平成18年度に実施した第1次調査の結果をふまえて修正を行ったインフォームド・コンセントシートについて第2次調査を実施した。調査では、介護支援専門員及び地域包括支援センター職員の方に修正したインフォームド・コンセントシートを使用してもらい、第1次調査との比較を通して、修正後の評価項目について確認を行うことを目的とした。

居宅介護支援業務あるいは介護予防ケアマネジメントを実施しているもの及びその担当ケースを調査対象とした。調査は、介護支援専門員が担当利用者に対して面接調査を行う方法で実施した。具体的には、サービス計画書の内容を説明し、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の評価を行ってもらった。

調査の結果について第1次調査と第2次調査を比較したところ、調査協力者及び調査対象者の基本属性、及び調査対象者のサービス利用の希望者、世帯状況等のその他の状況については、大きな差異はみられなかった。

また、インフォームド・コンセントシートを構成する各評価項目、すなわち、Q1「サービス利用の目的」、Q2「利用するサービス内容」、Q3「サービス利用にかかる金額」、Q4「サービスに関する連絡先」の評価結果の構成割合についても、Q4「サービスに関する連絡先」については教示文の修正による変動と思われる数値の変化が若干みられたものの、おおむね第1次調査の評価結果と同様の傾向がみられた。このことは、評価項目として設けられた「十分理解」「一部理解」「理解困難」のどれか一つに評価結果が偏ることなく、弁別力があることが確認された第1次調査結果をそのまま維持するとともに、修正前のシートで確認された外的基準（HDS-R、CDT）との関連性があることも同時に示唆するものである。

加えて、当該シートの評価項目間のモデルの適合度に関するロジスティック回帰分析の結果、4つの評価項目のいずれかを採用あるいは削除することは難しく、現状では、全ての項目を採用することが望ましいと考えられた。

以上の結果から、本分析の段階では、今回の評価項目の削除・修正及び教示文の修正は、第1次調査結果で示唆されたインフォームド・コンセントシートの機能を特段損なう修正とならなかったことが示唆された。

3. 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の意識調査～項目抽出とICシート実施前後での意識の変化

本調査は、昨年度の研究事業で実施した、介護支援専門員がケアプラン原案の説明を利用者に行う際に持っている意識に関するアンケート用紙の分析を行い、その標準化を行うことを目的として実施した。その上でインフォームド・コンセントシートを用いた評価を実施した92名の介護支援専門員らに当該意識調査票を実施した。調査はICシート実施の前後と実施1ヵ月

後の計3回行い、意識調査票の得点の変化を検討した。

昨年度実施した意識調査結果について、探索的因子分析を行ったところ、4因子35項目が抽出された。各因子については、第I因子「利用者本人・家族の精神状態を考慮して説明が必要でないと判断する理由」（14項目）、第II因子「利用者本人の状態・主体性を考慮して説明が必要であると判断する理由」（14項目）、第III因子「利用者本人の認知症レベルを考慮して説明が必要でないと判断する理由」（4項目）、第IV因子「制度や義務など形式的に説明が必要であると判断する理由」（3項目）と命名された。

標準化された意識調査票を用いて実施した調査結果について下位尺度別に検討結果をみると、全体としては、Pre-test、Post-test、Follow-upの時点での下位尺度の得点の変化はそれほど大きなものではなかったものの、分析の結果から以下のような可能性が示唆された。①インフォームド・コンセントシートを用いた評価を実施し、介護支援専門員に利用者への説明と同意を促しても、実際は認知症の利用者への対応が困難な場合もあり、なかなか「説明が必要である」と言い切れない現状がある。②50代、40代、30代の年齢間の比較では、インフォームド・コンセントシートを用いた評価の実施前では50代の対象者がより「説明が必要である」と考えていること、実施後の結果をみると30代が最も「説明が必要でない」と考えている③説明の頻度からの分析では、説明をあまり行っていない対象者ほど「説明が必要ではない」と考える傾向にあり、利用者への説明には、認知（対象者の意識）や実際の行動とが関連している④「ケアプラン原案全て」を認知症の人に説明する必要性はインフォームド・コンセントシートを用いた評価の実施いかんに関わらず、元々持っていた意識にはあまり変化が無い。⑤元々説明に対して否定的な考えを持っている場合に、より否定的な判断を行う可能性が考えられ、そのような対象者の意識改善が今後の課題として考えられた。

また、説明と同意に関する研修・講習の受講は、全体の3割程度に留まり、その半分以上は受講から1年以上が経過していた。受講経験による得点差はいずれの調査でも確認されなかったが、「サービス提供者の説明の義務」、「認知症の利用者であっても利用者から同意を得る義務」を考える上では、現場の実践だけではなく、研修等の居宅介護支援専門員の教育が不可欠であると考ええる。定期的に研修会等への出席を促すことで、それが介護支援専門員の意識・気づきへの一助となり、将来的には居宅介護支援専門員の動機づけや行

動（実践）への一端を担うものと思われる。

4. インフォームド・コンセントシート評価者間信頼性に関する調査

本調査は、サービス計画書の理解の程度の評価について、インフォームド・コンセントシートを用いた評価の評価者間の一致度を明らかにすることを目的として実施した。調査方法は、まず、居宅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た理解の確認を行っている場面についての映像を、利用者の理解の程度別に3パターン作成した。作成された映像を、居宅介護支援業務及び予防ケアマネジメント実施している現業の介護支援専門員及び地域包括支援センター職員22名に見て貰い、インフォームド・コンセントシートを用いてその映像での利用者のケアプランの理解状況について評価してもらった。

分析は、各ケースごとに調査前に想定していた各評価項目の結果との相違点を中心に単純集計の結果について検討を行った。また、インフォームド・コンセントシートを構成する評価項目の評価結果については、Kendallの一致係数を算出した。

本調査では、単純集計結果をみると、おおむね事前に想定したケースの設定どおりの結果が評価者間で評価が大きく分かれることなく得られたと考えられる。一方、Q1及びQ2のような、特に自立か認知症か判断に迷うようなケースの場合に一致率が低くなる項目の存在が明らかになった。

また、インフォームド・コンセントシートがケアプランを理解している利用者かそれ以外の利用者かを弁別する際には高い弁別力があるが、「一部理解」か「理解していない」利用者の弁別には十分な弁別力をもたないことが当該シートの課題として示唆される結果となった。

5. 総括

本年度の調査・研究において、行われたインフォームド・コンセントの修正は、前回調査との比較においておおむね問題ない結果が得られたと考えられる。今後については今回明らかになったいくつかの課題について再度の検討と修正を加えていく必要があるだろう。合わせてインフォームド・コンセントの限界性を踏まえたうえで、それを実践者に教育していくか、現場でどう活

用していくかについてさらに検討を加えていかねばならない。

具体的には、まず、インフォームド・コンセントシートのマニュアル作成を行い、実際の研修会等で試験的に活用するように介護支援専門員らに促し、現場での使いやすさや、シートの結果の活用方法の結果についての意見を徴収しながら検討を継続していく必要がある。

本研究事業は、平成 19 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 人間学部 ）

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 佐藤 美和子・鈴木 貴子・渡邊 浩文

第 3 章 渡邊 浩文・鈴木 貴子・佐藤 美和子

第 4 章 鈴木 貴子・佐藤 美和子・渡邊 浩文

第 5 章 渡邊 浩文・鈴木 貴子・佐藤 美和子

第 6 章 渡邊 浩文・鈴木 貴子・佐藤 美和子

第 7 章 今井 幸充

平成 19 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時の IC 実施に際して必要な

判断能力評価スケールの開発に関する研究事業 報告書

発行年 平成 20 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>
