

戦略的創造研究推進事業
(社会技術研究開発)
平成24年度研究開発実施報告書

研究開発プログラム

「コミュニティで創る新しい高齢社会のデザイン」

研究開発プロジェクト

「認知症高齢者の医療選択をサポートするシステムの開発」

研究代表者 成本 迅

(京都府立医科大学大学院医学研究科精神機能病態学 講師)

1. 研究開発プロジェクト名

認知症高齢者の医療選択をサポートするシステムの開発

2. 研究開発実施の要約

① 研究開発目標（計画書内で記述された内容に基づき記載）

医療同意能力が低下した認知症患者が安心して医療を受けることができるシステムを開発する。

② 実施項目・内容 簡条書き等で簡潔に記載してください。

医療同意能力が低下した認知症患者が安心して医療を受けることができるシステムを構築するために、（1）同意能力を適切に評価できるツールの開発、（2）本人の意思決定をサポートするためのシステムの開発を行う。

（1）同意能力判定ツールの開発

- ① 認知機能を評価するテスト・バッテリー及び医療同意能力を評価する半構造化面接法MacCAT-Tの研究デザインの決定
- ② 本人や家族にわかりやすい説明方法の文献的考察
- ③ 同意能力判定に関する海外のマニュアルの翻訳出版

（2）意思決定プロセスモデルの構築

- ① 意思決定プロセスに関する聞き取り調査及び困難事例の収集
- ② プロセスモデルのひな形及びプロセスモデルの評価指標のひな形作成
- ③ 困難事例のケースフォーマット作成

③ 主な結果

（1）同意能力判定ツール

平成24年度は、同意能力判定ツール開発グループのワーキング会議を通し、医療同意能力を評価する方法と対象者数を設定し、具体的なプロトコルの確定まで至った。また、本人や家族にわかりやすい説明方法とその教育法の開発として、文献的考察とディスカッションを行って原稿にまとめ、編集著書『実践・認知症診療 認知症の人と家族・介護者を支える説明』の中の「VI.研修医の指導・かかりつけ医への助言1. 説明に関わる教育や指導」として出版した。

（2）意思決定プロセスモデルの構築

平成24年度は、第三者専門職後見人グループインタビュー及び丹後地域の医療福祉関係者におけるグループインタビューを実施し、法律や医療現場、地域、在宅で起きている医療同意にまつわる困難事例及び事前意思の扱いの現状調査を開始した。また、ここで得た結果を意思決定プロセスモデル開発グループメンバーでも共有し、それらをもとにデータベースやプロセスモデル、モデルの評価指標のひな形の作成、データを蓄積するためのフォーマットを整えた。

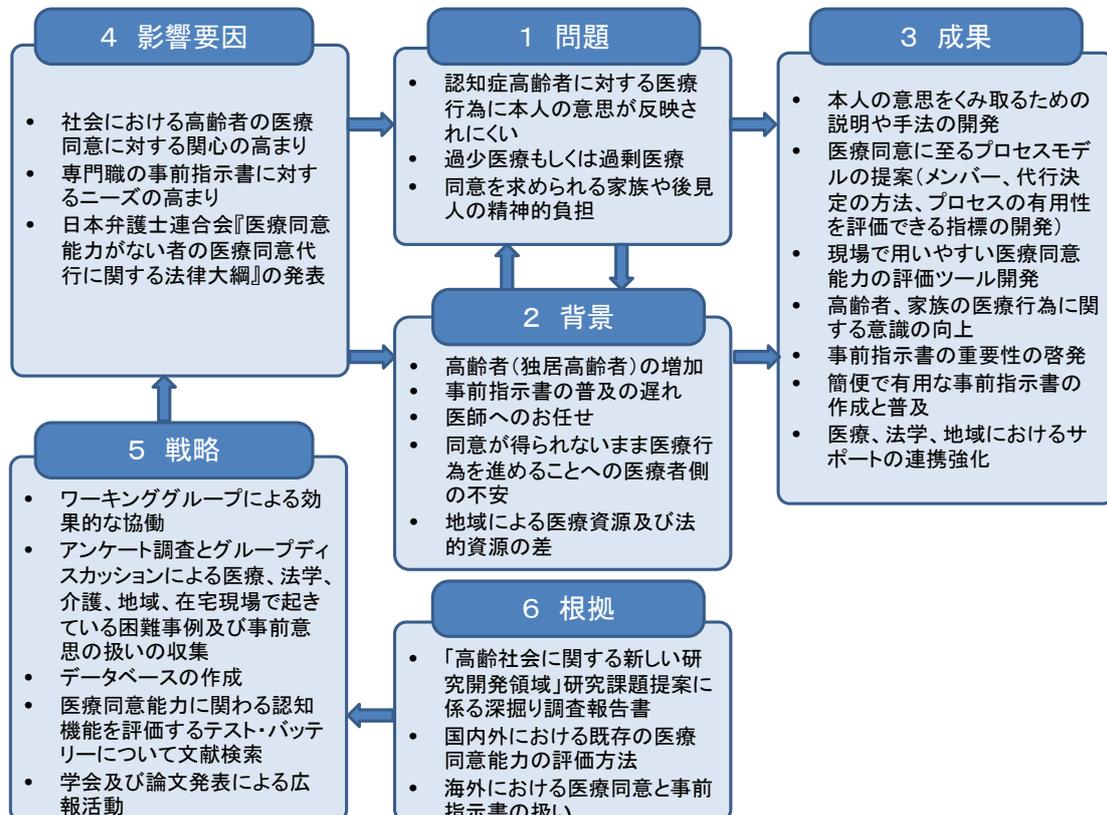
3. 研究開発実施の具体的内容

(1) 研究開発目標

高齢者数の増加に伴い、認知症などで同意能力が低下した高齢者に対して、どのように医療を提供するかが課題となっている。医療慣行としては、家族から同意をとって行われてきたが、身寄りがなく代わりに同意をしてくれる家族がいなかったり、家族間に葛藤があったりして必要な治療を受けられない事例が出てきていることが、研究代表者が行った深掘り調査でも明らかになっている。また、平成22年からは公益社団法人成年後見センター・リーガルサポートの「医療行為への同意検討委員会」の外部委員として、同じく外部委員で法学者である小賀野晶一千葉大学教授と共に、後見人が医療行為への同意を行うことの是非や解決すべき課題について検討してきた。このような経験の中、①多くの高齢者が判断能力を失った時に適切な医療行為が受けられるかについて心配しており、②同意を求められることがある家族や後見人もその責任の重さに判断をためらっていることや、③医療者側は同意が得られないまま治療を進めることに不安を感じ、必要な治療でも踏み切れないでいる状況を知るに至った。こうした現状をふまえ、同意能力が低下した人であっても安心して医療を受けることができる体制づくりが重要であると考えた。

したがって、本プロジェクトでは、医療同意能力が低下した認知症患者が安心して医療を受けることができるシステムを開発することを目標とする。この目標を達成するために①同意能力を適切に評価できるツールの開発、②本人の意思決定をサポートするためのシステムの開発の2点から検討を進めていく。

図1 目標・戦略設計の枠組み



① 同意能力評価ツールの開発

アルツハイマー病をはじめとする認知症に罹患すると、もの忘れや判断力の低下が生じ、一見すると、治療方針や予測される結果についての説明を理解し、医療行為を受けるか否かの判断はできないと考えがちである。しかしながら、同意能力は、認知機能の低下パターンや判断する内容の複雑さと関連し、内容によっては、たとえ一部の認知機能が低下していたとしても判断が可能な場合もある。このようなことから、判断する内容に応じて同意能力を推定する必要がある。また、認知症においては、認知機能に進行性の低下がみられることから、経過の中で再評価を繰り返す必要がある。これら、評価については医療現場の時間的、人的制約の中で実行可能な内容である必要がある。

また、高齢者では、難聴や視覚障害、うつ病などのため、通常の説明の仕方では理解ができないが、感覚を補う手段を使ったり、治療により精神症状を改善させることで理解が可能になる場合もある。したがって、本人の同意能力を最大限に引き出すための工夫及び、それらをコメディカルスタッフや非認知症専門医が実践できるようにするための教育方法を開発することが課題である。

② 本人の意思決定をサポートするシステムの開発

これまで家族が代行して決定してきたが、家族は医療の専門家ではなく、時に難しい選択を迫られることを負担と感じている。また、現時点では後見人に代理権はないが、たとえ代理権が付与されたとしても、医療の専門家でないだけでなく、本人の生活歴や好み、価値観を十分把握しているとはいえず、代行決定には困難を伴う。一方で医師は、本人の好みや価値観、及び経済状況について把握できていない。このため、どのようなメンバーで、どのようなプロセスを経て代行決定するかを検討することが必要である。

また、事前指示書を作成することで、同意能力が保たれている間に自分の意思を表明しておく方法もある。これらにより、本人の意思を最大限意思決定に反映させられる方法を開発する必要がある。

(2) 実施方法・実施内容

1. 同意能力評価ツール

① 認知機能の評価するテスト・バッテリー及び医療同意能力を評価する半構造化面接法MacCAT-Tの研究デザインの決定

同意能力判定ツール開発グループのワーキング会議において、文献検索やディスカッションを重ねた結果、認知機能検査バッテリーと医療同意能力評価のための評価方法と対象者の確定に至った。医療同意能力の評価ツールとしては、実際の治療場面で同意能力を判定するMacCAT-Tを用いることとなり、日本語版製作者である北村メンタルヘルス研究所の北村俊則氏に使用の許諾を得た。対象者数は当初100名を予定していたが、臨床統計の専門家である京都大学古川壽亮教授から助言を得て200名に増やしている。具体的なプロトコールは下記の通りである。

【対象者】新たに抗認知症薬を開始するアルツハイマー型認知症患者 200名

【検査内容】

医療同意能力：MacCAT-T

認知機能：MMSE-J、EXIT25、CLOX、WMS-R論理的記憶、CDR

精神症状：NPI、GDS

生活機能：PSMS、IADL

② 本人や家族にわかりやすい説明方法の文献的考察

文献的考察とディスカッションを行い、本人の同意能力を最大限引き出すための工夫とそれをコメディカルや非認知症専門医に教育する手法について検討し、原稿にまとめ、編集著書『実践・認知症診療 認知症の人と家族・介護者を支える説明』の中の「VI.研修医の指導・かかりつけ医への助言1. 説明に関わる教育や指導」として出版した。

③ 同意能力判定に関する海外のマニュアルの翻訳出版

海外の文献を概観する中で、同意能力判定の手順や注意点について簡潔に解説されたテキスト（Scott Y. H. KIM, *Evaluation of capacity to consent to treatment and research*, Oxford university press, 2010）を見出した。ワーキング会議において協議し、研究協力者のシュルマン教授からの助言も得た結果、医療同意能力判定の重要性や実際の手順について、かかりつけ医や専門医、コメディカルスタッフに普及啓発を図る目的で翻訳出版を計画することとした。現在、新興医学出版社から出版元のOxford University Pressに著作権取得の交渉中である。

2. 意思決定プロセスモデルの構築

① 意思決定プロセスに関する聞き取り調査及び困難事例の収集

日本において当プロジェクトが考案する医療同意制度を運用する際に、どのような工夫や医療介護現場へのサポートが必要なかを検討することが必要である。そのため、京都市内、及び京丹後において医療福祉関係者へのアンケート調査とグループインタビュー、また、第三者後見人（司法書士、弁護士、社会福祉士）を対象としたグループインタビューを開始した。グループインタビュー実施の際には、参加者に承諾を得た上で録音し、逐語録を作成、重要カテゴリーごとに意見を整理した。これにより、司法現場、医療現場、介護・在宅・地域で起きている医療同意にまつわる困難事例及び事前意思の扱いの現状を調査した。

② プロセスモデルのひな形及びプロセスモデルの評価指標のひな形作成

①で得た結果を意思決定プロセスモデル開発グループメンバーで共有し、認知症高齢者が在宅から入院、そして在宅へ戻るまでの一連の経過において、同意取得手順を定めた意思決定プロセスの素案を作成した。これにより、認知症高齢者から同意取得を得る際に、入院前後のプロセスをふまえた上で、多職種によるサポートの連携を強化し、よりスムーズに医療同意を得ることが可能になると考えられる。現在は、作成したプロセスモデルの素案をメンバーに提示し、検討を行っている段階である。

また、作成したプロセスモデルが医療機関や地域で実際に運用する際に活用できているかを評価するための評価指標の素案も作成した。現在、評価指標の素案をメンバーに提示し、より多くの意見を募集しているところである。今後は、メンバー間で収集した評価指標に評点をつけて一致度の高い項目を抽出し、デルファイ法を行って、適切な評価指標を集約していく。

③ 困難事例のケースフォーマット作成

平成24年度にメンバーで行った議論の結果、多くの事例に適用可能な一般的プロセスモデル以外に、困難事例への対応に関してまとめた事例集作成が必要であることで意見が一致した。そこで、文献、及び参加メンバーから意思決定プロセスに困難を生じた事例を収集していく予定である。平成24年度は、第三者専門職後見人及び医療福祉関係者がそれぞれ経験する困難事例を集めて症例の特徴を抽出するためのケースフォーマットを作成した。



図2 平成24年度のプロジェクト全体の進捗状況の概要

(3) 研究開発結果・成果

1. 同意能力評価ツール

① 本人や家族にわかりやすい説明方法とその教育法の開発

平成24年度に出版した編集著書『実践・認知症診療 認知症の人と家族・介護者を支える説明』の中の「V研修医の指導・かかりつけ医への助言1. 説明に関わる教育や指導」で文献的考察とディスカッションを行った。具体的には、本人・家族に説明する際に気を付けるべき事項と、かかりつけ医や非専門医に対して教育する場合の注意点について述べた。

2. 意思決定プロセスのモデル構築

① 専門職後見人や医療福祉関係者を対象とした意思決定プロセスに関する聞き取り調査及び困難事例の収集

◆ 第三者専門職後見人グループディスカッション

2013年2月22日に京都府立医科大学にて開催した第三者専門職後見人グループディスカッションでは、第三者後見人として同じ立場に立つ司法書士、弁護士、社会福祉士が、それぞれ経験する医療同意の問題や事前意思の扱い、今後必要とされる制度について発表し合い、それぞれの問題を共有した。当日は司法書士6名、弁護士2名、社会福祉士5名の協力を得た。それぞれの立場から出された意見は下記の通りである。

A) 各職種が経験する医療同意にまつわる現状

司法書士からは、成年後見センター・リーガルサポート会員へのアンケート結果と医療行為の同意についての中間報告書の結果報告を受けた。成年後見人に医療行為の代行決定の権限を付与するか否かについて、リーガルサポートの会員ではアンケートを行う中で次第に医療同意の代行決定の重要性が高まってきているとの報告がなされた。

また、司法書士によると、弁護士会は成年後見人に代行決定の権限を与えることに積極的であるとの意見が述べられたが、弁護士当人からは、医療同意に関して弁護士間で議論されていないのが現状であるとの意見であった。

社会福祉士からは、医師の説明を本人に分かりやすく説明すること、また、診察の時間内で分からない情報を医師に伝え、本人と医師双方の橋渡しの役割を担っているとの意見が複数出された。また、社会福祉士は個人レベルでの活動が多く、組織的に統計整理を行うまでには至らないが、現場で豊富な事例を経験していることが多いことから、困難事例など事例収集に適した情報提供が行えるとの提案がなされた。

B) 医療同意に関する法制度化

司法書士からは、法律の仕組みを最終決定とすることの必要性を指摘しながらも、いかにカンファレンスを行い、本人の意思をくみ取るかのプロセスの部分が重要であるとの意見が強調された。

弁護士からは、代行決定者を法律で定めることで、医療同意のプロセスが形式的に流れる点を心配する点が指摘された。むしろ、代行決定者を明示しない方が関係者の協議ができるのではないかという意見であった。

社会福祉士からは、高齢者本人とほとんど接触のない親族であったとしても、親族

である以上は代行決定を良しとする慣習に疑問の声が寄せられた。実際に、医療同意の権限がないがために、医療同意が議論される場に、後見人である社会福祉士が招集されなかったことがあるという意見も出て、何らかの形で後見人が関与する仕組みが必要ではないかという意見が優勢であった。

C) 医療同意を求められる順番

①あらかじめ医療同意を求められる順位が決定しているべきか、②イギリスのように医師がある程度権限を持って医療行為を行う方法が良いのか意見を求めた。その結果、医療行為を行う医師が権限を持つことで過剰医療につながる点（司法書士）や、家族の結びつきが海外と日本では異なるため、一概に海外の考え方を日本に導入することが難しいのではないか（社会福祉士）という意見が挙がり、医師の裁量権で行うことへの疑問や反対意見が目立った。

D) 事前指示書の実際について

現状では事前指示書が取得されているケースは少ないとの意見が挙げられた。事前指示書を率先して行っている社会福祉士からは、任意後見、補助であると半数以上は事前指示書を取得できるが、後見になると事前指示書を取得することが難しいため、できるだけ早期に確認することの重要性が指摘された。

また、事前指示書を活用することで、連携機関との円滑な交渉、医療行為を受ける際の決定に役立つ、事前に作成することで当人の意識づけを高めることができるという利点が社会福祉士から挙げられた。

一方、事前指示書に反映された内容がどこまで本人の意思か確認する必要性（社会福祉士）、実際に事前指示書の通りに医療行為を進めることが可能なのか（社会福祉士）、元気な時と実際に病気を経験している時とでは考えが異なるのではないかと（司法書士）という問題点も複数はらんでいる。

◆ 丹後地域の医療福祉関係者による専門職グループインタビュー

2013年3月23日に京丹後にて、丹後地域の医療福祉関係者総勢27名から、地域、医療、在宅現場などで起きている医療同意にまつわる困難事例を収集し、さらに事前意思の扱いの現状を調査した。インタビューで得られた結果は下記の通りである。

A) 認知症の人に医療行為を行う時に同意取得で困った経験

ケアマネージャー及び地域包括支援センターの現場から、具体的な同意取得での困難事例が数例挙げられた。さらに、医師から医療行為の説明を受けた時に、本人が自分の意見を述べにくく言われるままになっているという意見、ケアマネージャーが本人と話し合う時間が十分にとれないといった時間的余裕のなさも挙げられた。医師からは、認知症の本人に診断を伝える際に躊躇することが多く、婉曲的な表現を用いることがあるとの意見が寄せられた。ただし、丹後の地域では、家族や知人など相談できる地域でのつながりがすでに形成されている傾向があり、キーパーソンがいなくて非常に難渋したケースは少ない印象があるとのことであった。また、日本の文化的な背景から、病気や死を見越して準備して話し合うことが難しいといった意見も挙げられた。

B) 家族などの代理の人から同意取得をする際の時機と工夫

病院内で行われている工夫として、地域包括支援センター及びケアマネージャーからは、ケアマネージャーは医師の説明を分かりやすい言葉で本人に伝えるようにしている、医師から受けた医療行為の説明に関して別途説明文章を後見人が作成して親族の同意を得たケースが報告された。医療行為の説明をいかに、本人・家族にわかりやすく伝えるかが重要だと考えられる。医師からは、本人のイエス、ノーが画一的かそうでないのかで、本人の判断が可能かどうか評価しているとの意見が寄せられた。また、入院時・入所時、軽症であっても何らかの疾患が見つかった場合、医療行為に関して話し合うチャンスであり、繰り返し機会があるごとに話し合うようにしているとの意見が挙げられた。ただし、こうした考えは少数派であり、まだ一般的に普及しているとは言えない状況である。開業医の立場からは、手術の際には開業医から他の病院に紹介することになるので、実際に医療行為の説明をすることはないと現状も報告された。

また、在宅現場に関しては、訪問看護師から、医療行為について話し合うタイミングとして、入院時や夏場の脱水の時など、何らかのきっかけがあった時がチャンスとの意見が出された。さらに、スタッフの勘で何気なくタイミングを見計らって確認する、1度ではなく繰り返し確認することの重要性が挙げられた。病院内において医療行為について話し合うタイミングで重要と認識されたことと、ほぼ同様のことが挙げられたといえる。

C) 認知症が初期の段階で今後のことを話し合った経験

事前指示書の利用については、ほとんど利用されていないことが明らかとなった。自分の生き方や今後の治療などについて本人と話し合う際にエンディングノートを利用し始めたケースがケアマネージャーから2例紹介された。また、認知症が初期のうちに話し合った際、本人の意思をどうやって残していくかが課題であるとの意見もケアマネージャーの立場から挙げられた。

D) 医療制度が制定され、同意能力判定が義務づけられた場合

医療同意制度を制定するにあたっては、医療行為の程度や種類を考慮する必要があるとの意見が挙げられた。また、法制度が整うことは社会的に望ましいことだが、各人が行っている工夫が行えなくなるのではないかと危惧する意見もうかがえた。さらに、本人の判断能力を評価するアセスメントツールを期待する声が寄せられた。



◆ 医療福祉関係者へのアンケート調査

京都市内（上京区、北区、左京区）、及び京都府丹後保健所圏域にて認知症に携わる医療福祉関係者を対象に医療同意における困難事例に関する調査を行った。364名から回答を得た。職種の内訳は、ケアマネージャー212名、介護士82名、看護師22名、医師4名、その他44名であった。病院受診に付き添った際に、手術などへの同意書にサインを求められて困った経験を報告するケアマネージャーが多かった。また、本人の意思を確認せずに医療福祉関係者だけで治療方針を決めている傾向が強いことに懸念を感じているという回答もみられた。事前指示書を作成している利用者を経験したことがあるのは19名で、全体の5.2%と少数派で、事前指示書が普及していないことが明らかとなった。医療同意の問題で感じる困難についての解決策としてもっとも多く選ばれた選択肢は、「複数の専門職によるサポートチーム」であった。

② プロセスモデルのひな形及びプロセスモデルの評価指標のひな形作成

グループインタビューやアンケート調査で得た結果を意思決定プロセスモデル開発グループメンバーで共有し、クリニカルパスを参考にして、意思決定プロセスモデルの素案を作成した（図3）。入退院期間のみならず、在宅から入院まで、また退院後の流れも視野に入れ、事前指示書の作成と取扱いや、病院での同意取得までの手順などを定めた。これにより、多職種が連携して高齢者本人の経過情報を共有し、必要な対応を適宜本人に提供するための指針として活用できることが期待される。また、一覧性のある意思決定プロセスモデルを示すことで、高齢者本人、家族の理解も促されやすいと考えている。

図3 意思決定プロセスモデル（素案）

経過 月/日	在宅	病院			在宅
		入院時	治療前	退院前	
目標					
事前指示書	事前指示書の取得 (ケアマネ、後見人)	事前指示書の有無の確認(ソーシャルワーカー)			事前指示書の改訂 (ケアマネ、後見人)
キーパーソン	キーパーソンの確認 (ケアマネ、又は施設職員)	キーパーソンの確認 (ソーシャルワーカー)			
同意能力の確認	同意能力評価 (ケアマネ、訪問看護師、かかりつけ医)		同意能力評価 (心理士、医師、ソーシャルワーカー、看護師)		
説明	可能性のある身体疾患について 本人・家族への説明 (かかりつけ医、看護師)		本人への説明 (医師、看護師)		
			家族・関係者への説明 (医師・看護師)	本人・家族に対して今後想定される疾患と治療の説明 (医師、看護師)	
カンファレンス	定期的に事前指示書と同意能力を見直し		カンファレンスの開催 (本人・家族、後見人、ケアマネ、医師、看護師、ソーシャルワーカー、心理士)	カンファレンスの開催 (本人・家族、後見人、ケアマネ、医師、看護師、ソーシャルワーカー、心理士)	
心理的サポート	本人、家族に意思決定に関するサポートとアフターケア				家族への決断後のサポート (家族会、ケアマネ)
参考ガイドライン	事前指示書の取り方マニュアル		同意能力判定マニュアル		
	後見人へのガイド集		同意取得の際の説明と本人意思の判断方法		
	キーパーソンがいない時の対処法マニュアル		医療行為の内容の分類チェック (緊急性と重要性)		
	カンファレンスマニュアル&ビデオ				
			本人・家族へのサポート方法 及び医療側が本人へ説明する時のマニュアル		
			本人・家族への医療行為の説明を聞き同意をするかどうか決めるためのガイド		

② 困難事例の収集

メンバー間で共有した意見をもとに作成した事例収集のためのフォーマット素案を作成した。

図4 ケースフォーマット (素案)

ケースフォーマット			
記載日	西暦 年 月 日		
記載者氏名			
項目	記載内容	特記事項	
本人背景	生年月日	西暦 年 月 日	
	本人の年齢	歳	
	本人の性別	女性 男性	
	教育年数		
	服薬(抗認知症薬種類)		
	服薬(向精神薬種類)		
	診断		
	既往歴		
	過去の入院回数		
	過去の直近の入院期間(日)		
	難聴の程度		
	補聴器の使用	なし あり 不明	
	視覚障害の程度		
	転倒傾向		
	日常生活自立度	自立 I II IIa IIb III IIIa IIIb IV M 生活自立J1 生活自立J2 準寝たきりA1 準寝た きりA2 寝たきりB1 寝たきりB2 寝たきりC1 寝た きりC2	
寝たきり度			
介護度	なし 要支援1 要支援2 要介護1 要介護2 要介 護3 要介護4 要介護5		
CDR	CDR0 CDR0.5 CDR1 CDR2 CDR3		
FAST	1 2 3 4 5 6a 6b 6c 6d 6e 7a 7b 7c 7d 7e 7f		
ADL(日常生活動作)			
IADL(手段的日常生活動作)			
家族要因	同居者		
	連絡のある家族・親族 キーパーソン 後見人	なし あり	
サービス利用	介護サービス利用	なし あり	
	かかりつけ医	なし あり	
	インフォーマルサービス利用	なし あり	
	健康保険	なし 健康保険 船員保険 共済組合 国民健康保 険 長寿医療制度 生活保護	
	介護保険の認定	なし あり	
入院中データ	治療を必要とした病気		
	医療行為の内容		
	同意に至った治療		
	治療内容の選択肢	なし あり 不明	
	緊急度	数か月は待てる 数週間は待てる 緊急(数日)	
	重大性	生命に関わらない 生命に関わる	
	入院期間(日)		
	せん妄の有無	なし あり 不明	
	痛みの自覚の程度		
	精神症状		
	認知機能レベル		
	本人の同意	なし あり	
	本人の事前同意	なし あり	
	家族・親族の同意	なし あり	
	その他同意を得た者		
	本人と家族間の意見の相違	なし あり	
	本人の同意の変動	なし あり	
家族・親族の同意の変動	なし あり		
本人の同意能力に関する主治医の判断			
同意能力の評価	なし あり		
同意取得のタイミング			
カンファレンスの実施状況	入院時 退院時 その他()		
病院要因	医療機関の属性		
	診療科		
	サポートチームの関与者		
	医療スタッフの説明・対応方法		
医療機関としての対応			
解決までの流れ			

③ 医療現場、地域で収集したデータを蓄積するためのデータベース構築

医療同意に関する文献収集、及び現場で働く医療スタッフへのヒアリングを実施し、さらに、メンバー間での意見交換を行い、医療現場や在宅、地域で収集した事例を蓄積するために必要なデータベースの項目を検討、分析可能なデータベースを構築した。

(4) 会議等の活動

・実施体制内での主なミーティング等の開催状況

年月日	名称	場所	概要
2013年12月1日 及び2日	キックオフミーティング	京都府立医科大学	医療、法律、地域の立場からそれぞれの視点を報告しあい、現状の把握と今後の方向性、課題を明確にした。また、意思決定プロセスモデル開発グループと同意能力判定ツール開発グループの部会を設け、それぞれのグループメンバー間の意見交換を行い、メンバー間で共有した。
2013年1月4日	総括チームミーティング	京都府立医科大学	2013年のスケジュールの確認、及び2013年2月2日実施のツール開発ミーティングでの討議内容を整理し、アジェンダを設定した。
2013年2月2日	ツール開発ミーティング	慶応義塾大学	先行研究をもとに対象者選定のプロトコル方法、医療同意能力を評価するMacCAT-Tの研究デザイン、地域で実施するチェックリストの概要について討議、検討を行った。
2013年2月7日	ツール開発ミーティング	京都大学	2月2日のツール開発ミーティングの内容をふまえ、共同研究者である京都大学・古川壽亮教授に助言を仰ぎ、統計解析に妥当な対象者数及び統計解析手法の決定に至った。
2013年3月23日	丹後地域の医療福祉関係者による専門職グループインタビュー	プラザホテル吉翠苑	丹後地域の医療福祉関係者から、地域、医療、在宅現場などで起きている医療同意にまつわる困難事例を収集、さらに事前意思の扱いの現状を調査した。
2013年3月29日	プロセス開発チームとツ	千葉大学	国際比較について進捗状況と来年度の計画の確認を行った。また、

	ル開発チーム のコアメン バーによるミー ティング		プロセスモデルのひな形及びプロ セス評価指標のひな形の作成に際 し、千葉大学法経学部・小賀野昌 一教授から、法律的な側面から留 意する点について助言を受けた。
2013年3月30日	総括チームミ ーティング	千葉大学	3月29日のミーティング内容をふ まえ、作成したプロセスモデルの ひな形とプロセス評価指標のひな 形、困難事例のケースフォーマッ トをメンバーに配信し、意見を募 った。また、2013年の進行表、各 人が分担する課題と期日を確認し た。

4. 研究開発成果の活用・展開に向けた状況

平成25年4月現在は、現場での試行的な利用や社会実験の取り組みには至っておらず、現場からの意見や現状の収集を行っている段階である。

5. 研究開発実施体制

(1) 研究代表者及びその率いるグループ

- ① リーダー名：成本 迅（京都府立医科大学大学院医学研究科精神機能病態学、講師）
- ② 実施項目：①グループ間の情報交換の推進、②プロジェクト全体の進行管理、③市民啓発活動の実践

(2) 同意能力判定ツール開発グループ

- ① リーダー名：小海宏之（花園大学社会福祉学部臨床心理学科、教授）
- ② 実施項目：①簡便なスクリーニング法の開発、②詳細な評価プロトコールの開発
③本人や家族にわかりやすい説明方法とその教育法の開発

(3) 意思決定プロセスモデル開発グループ

- ① リーダー名：小賀野晶一（千葉大学法経学部、教授）
- ② 実施項目：①関与者への調査、②意思決定プロセスの国際比較、③意思決定プロセ
スモデル構築とその評価指標の作成

(4) 検証グループ

- ① リーダー名：成本 迅（京都府立医科大学大学院医学研究科精神機能病態学、講
師）
- ② 実施項目：①医療同意能力判定ツールの病院内及び地域での使用による評価、②
意思決定プロセスモデルの検証

6. 研究開発実施者

代表者・グループリーダーに「○」印を記載

(1) 研究代表者及びその率いるグループ

	氏名	フリガナ	所属	役職 (身分)	担当する 研究開発実施項目
○	成本 迅	ナルモト ジン	京都府立医科大学 精神機能病態学	講師	プロジェクト統括
	富永 敏行	トミナガ トシユキ	京都府立医科大学 精神機能病態学	助教	プロジェクト統括補佐
	加藤 佑佳	カトウ ユカ	京都府立医科大学 精神機能病態学	心理技師	医療同意能力判定ツール 開発G統括補佐
	江口 洋子	エグチ ヨウコ	放射線医学総合研究所	技術員 (神経心理)	医療同意能力判定ツール 開発G統括補佐
	名倉 勇一郎	ナグラ ユウイチロウ	成年後見センター・リーガル サポート	司法書士	意思決定サポートG統括 補佐
	中野 篤子	ナカノ アツコ	成年後見センター・リーガル サポート	司法書士	意思決定サポートG統括 補佐
	川口 秀子	カワグチ ヒデコ	京都府丹後保健所	保健師	地域検証G（非都市部） 統括補佐
	土井 正樹	ドイ マサキ	土井医院	院長	医師へのアンケート立案 と実施
	桑原 教彰	クワハラ ノリアキ	京都工芸繊維大学大学院 工芸科学研究科 先端ファイブ科学部門	准教授	事前指示書、クリニカル パスの電子化に関する助 言

(2) 同意能力判定ツール開発グループ

	氏名	フリガナ	所属	役職 (身分)	担当する 研究開発実施項目
○	小海 宏之	コウミ ヒロユキ	花園大学 社会福祉学部 臨床心理学科	教授	統括
	加藤 佑佳	カトウ ユカ	京都府立医科大学 精神機能病態学	心理技師	統括補佐、データ収集と 解析
	成本 迅	ナルモト ジン	京都府立医科大学 精神機能病態学	講師	統括補佐、データ収集と 解析
	三村 將	ミムラ マサル	慶應義塾大学 医学部 精神・神経科学教室	教授	検査プロトコールの開発
	仲秋 秀太郎	ナカアキ シュウタロウ	慶應義塾大学 医学部 精神・神経科学教室	特任准教授	検査プロトコールの開発
	江口 洋子	エグチ ヨウコ	放射線医学総合研究所	技術員 (神経心理)	検査プロトコールの開発

	飯干 紀代子	イイボシ キヨコ	志學館大学 人間関係学部 心理臨床科	教授	認知症患者とのコミュニ ケーションに関する助言
	松岡 照之	マツオカ テルユキ	京都府立医科大学 精神機能病態学	研修員	データ収集と解析
	谷口 将吾	タニグチ ショウゴ	京都府立医科大学 精神機能病態学	大学院生	データ収集と解析
	小川 真由	オガワ マユ	京都府立医科大学 精神機能病態学	心理技師	データ収集と解析

(3) 意思決定プロセスモデル開発グループ

	氏名	フリガナ	所属	役職 (身分)	担当する 研究開発実施項目
○	小賀野 晶一	オガノ ショウイチ	千葉大学法経学部	教授	グループ統括
	名倉 勇一郎	ナグラ ユウイチロウ	成年後見センター・リーガ ルサポート	司法書士	統括補佐
	中野 篤子	ナカノ アツコ	成年後見センター・リーガ ルサポート	司法書士	統括補佐
	成本 迅	ナルモト ジン	京都府立医科大学 精神機能病態学	講師	統括補佐
	荒牧 敦子	アラマキ アツコ	認知症の人と家族の会	京都支部代表	助言
	内藤 健三郎	ナイトウ ケンザブロウ	市民後見センターきょうと	代表	助言
	土井 正樹	ドイ マサキ	土井医院	院長	助言
	占部 美恵	ウラベ ミエ	京都府立医科大学 看護学科	講師	助言

(4) 検証グループ

	氏名	フリガナ	所属	役職 (身分)	担当する 研究開発実施項目
○	成本 迅	ナルモト ジン	京都府立医科大学 精神機能病態学	講師	統括
	羽多野 裕	ハタノ ユタカ	京都府立医科大学 精神機能病態学	助教	病院内検証G統括
	加藤 佑佳	カトウ ユカ	京都府立医科大学 精神機能病態学	心理技師	データ収集と解析
	松岡 照之	マツオカ テルユキ	京都府立医科大学 精神機能病態学	研修員	データ収集と解析
	綾仁 信貴	アヤニ ノブタカ	京都府立医科大学 精神機能病態学	大学院生	データ収集と解析

	上村 宏	カミムラ ヒロシ	京都府立医科大学附属北部 医療センター	精神科医長	データ収集への協力と助 言
	川口 秀子	カワグチ ヒデコ	京都府丹後保健所	保健師	地域検証G（非都市部） 統括補佐
	澤田 親男	サワダ チカオ	北山病院	院長代行	地域検証G（都市部）統 括補佐

7. 研究開発成果の発表・発信状況、アウトリーチ活動など

1. 小賀野晶一. 「成年後見制度と人生の終末期---尊厳ある命を支えるために」「成年後見制度と身上監護---生活支援のあり方を民法から考える」. 高齢社会をよくする女性の会. 2012年10月25日, 東京.
2. 小賀野晶一. 「成年後見制度の新しい展開」. 第1回独立型社会福祉士・千葉実践研究会. 2012年11月17日, 千葉.
3. 成本 迅. 認知症高齢者の医療選択をサポートするシステムの開発. イノベーションフェア関西. 2012年12月6日, 大阪.
4. 成本 迅. 海外の医療同意制度の紹介. 第2回京都式認知症ケアを考えるつどいプレセミナー. 同志社大学. 2013年2月17日, 京都. (シンポジウム)
5. 坂井加津美. 合併症治療の同意に関する問題のあったケース. 第2回認知症入院治療研究会. 2013年2月23日, 京都.
6. 成本 迅. 認知症高齢者の医療選択をサポートするシステムの開発. 「コミュニティで創る新しい高齢社会のデザイン」第2回領域シンポジウム. 2013年2月27日, 東京. (シンポジウム及びポスター発表)
7. 小賀野晶一. 民法と成年後見法 (人間の尊厳を求めて). 成年後見センター・リーガルサポート近畿ブロック. 2013年3月16日, 大阪

7-1. ワークショップ等

なし

7-2. 社会に向けた情報発信状況、アウトリーチ活動など

- ① 書籍、DVD (タイトル、著者、発行者、発行年月等)
なし
- ②ウェブサイト構築 (サイト名、URL、立ち上げ年月等)
・J-DECS (Health care decision-making support for people with dementia in Japan),
<http://j-decs.org/>, 2013年3月29日開設.
- ③学会 (7-4.参照) 以外のシンポジウム等への招聘講演実施等
なし

7-3. 論文発表 (国内誌0件、国際誌0件)

7-4. 口頭発表 (国際学会発表及び主要な国内学会発表)

- ①招待講演 (国内会議 0 件、国際会議 0 件)
- ②口頭講演 (国内会議 0 件、国際会議 0 件)
- ③ポスター発表 (国内会議 0 件、国際会議 0 件)

7-5. 新聞報道・投稿、受賞等

なし

7-6. 特許出願

①国内出願 (0 件)