

臨床現場での課題

- 認知症の診断がついていると本人には説明せず家族に決めてもらっていることが多いがそれでよいのか？
- 認知症という病名はついていないものの、どうも理解が十分ではないようだが本人からの同意だけで治療を進めていいのか？
- 認知症が進行して本人とは疎通がとれなくなっ
てから延命処置や胃ろうについて決めてい
ることが多いがそれでよいのか？

1

臨床現場でよく起きる間違い

1. 臨床的な能力低下と法的な能力低下を同じと考える
2. 患者がこちらの指示に従わなければ同意能力がないと考える
3. 患者が治療に従っているうちは同意能力を評価する必要はない
4. 同意能力はあるかないかの二つに一つである
5. 認知機能障害があれば同意能力が欠けている
6. 同意能力の低下は永続的である
7. 十分な情報を提供せずに同意能力がないと決めつける
8. 認知症など精神疾患の患者はすべて同意能力を欠いている
9. 非自発的入院の対象となっている患者は同意能力を欠いている
10. 専門家でないと同意能力は評価できない

(Ganzini L. Ten myths about decision-making capacity.
J Am Med Dir Assoc. 2004; 5(4): 263-7)

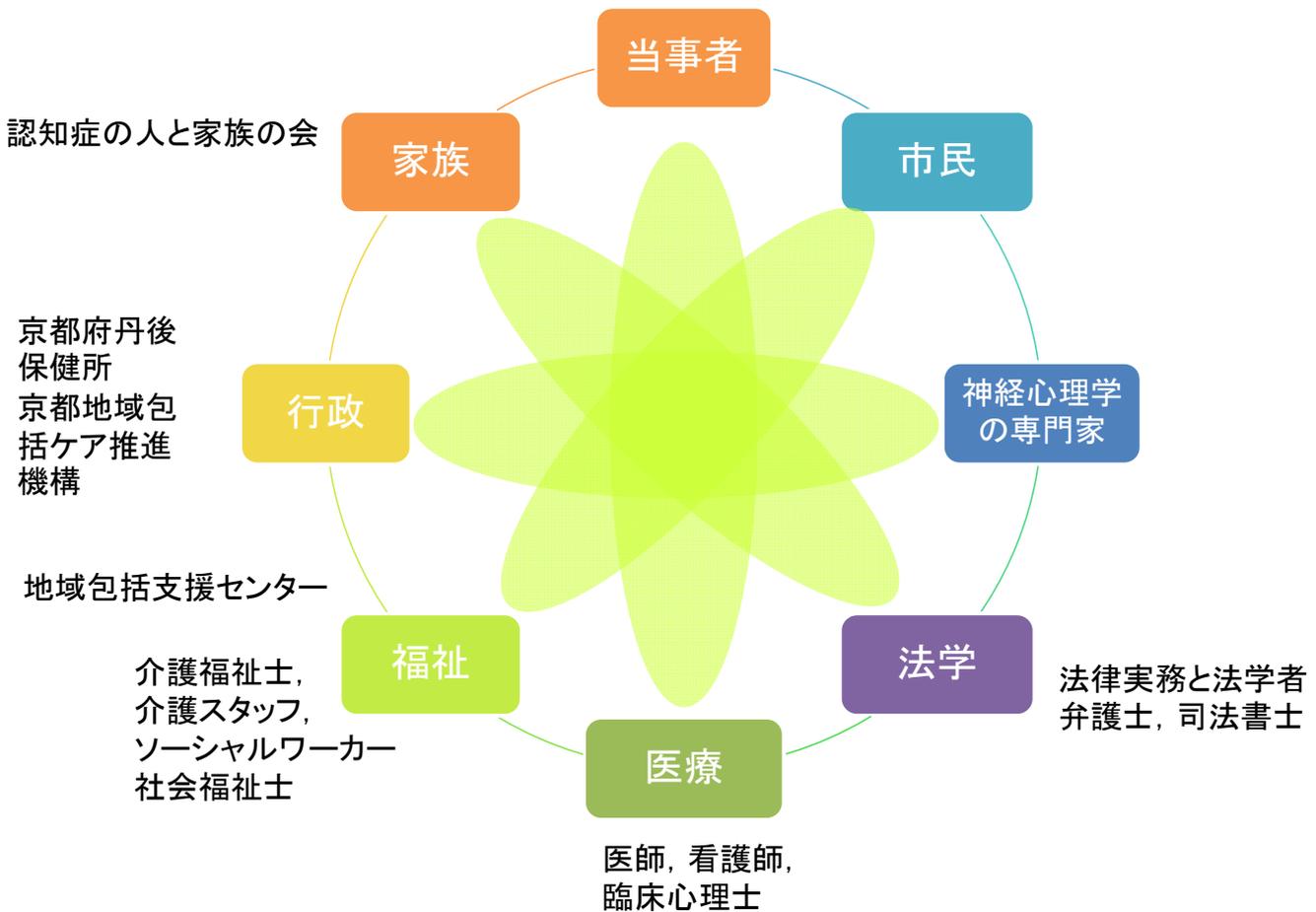
2



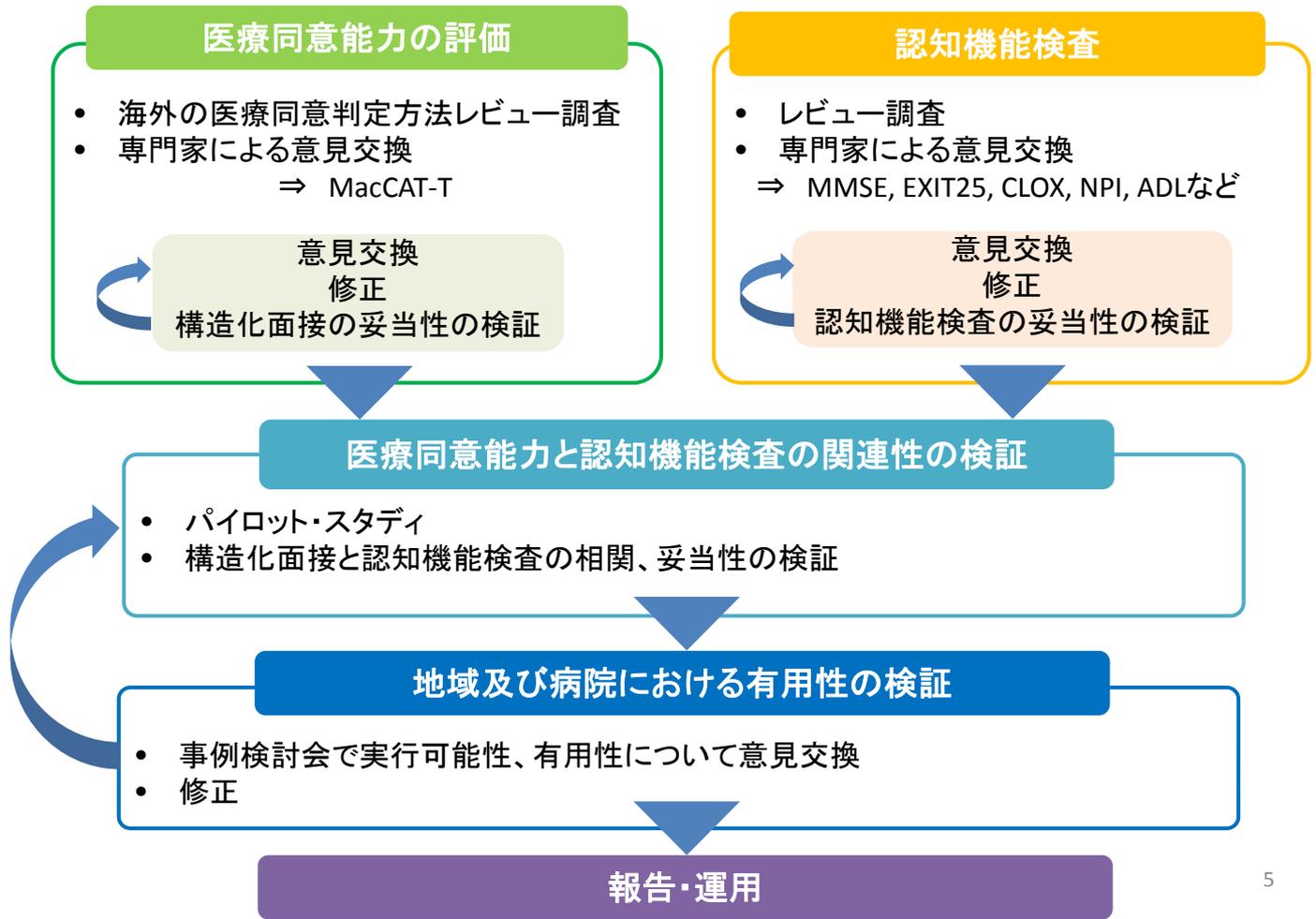
丹後地域



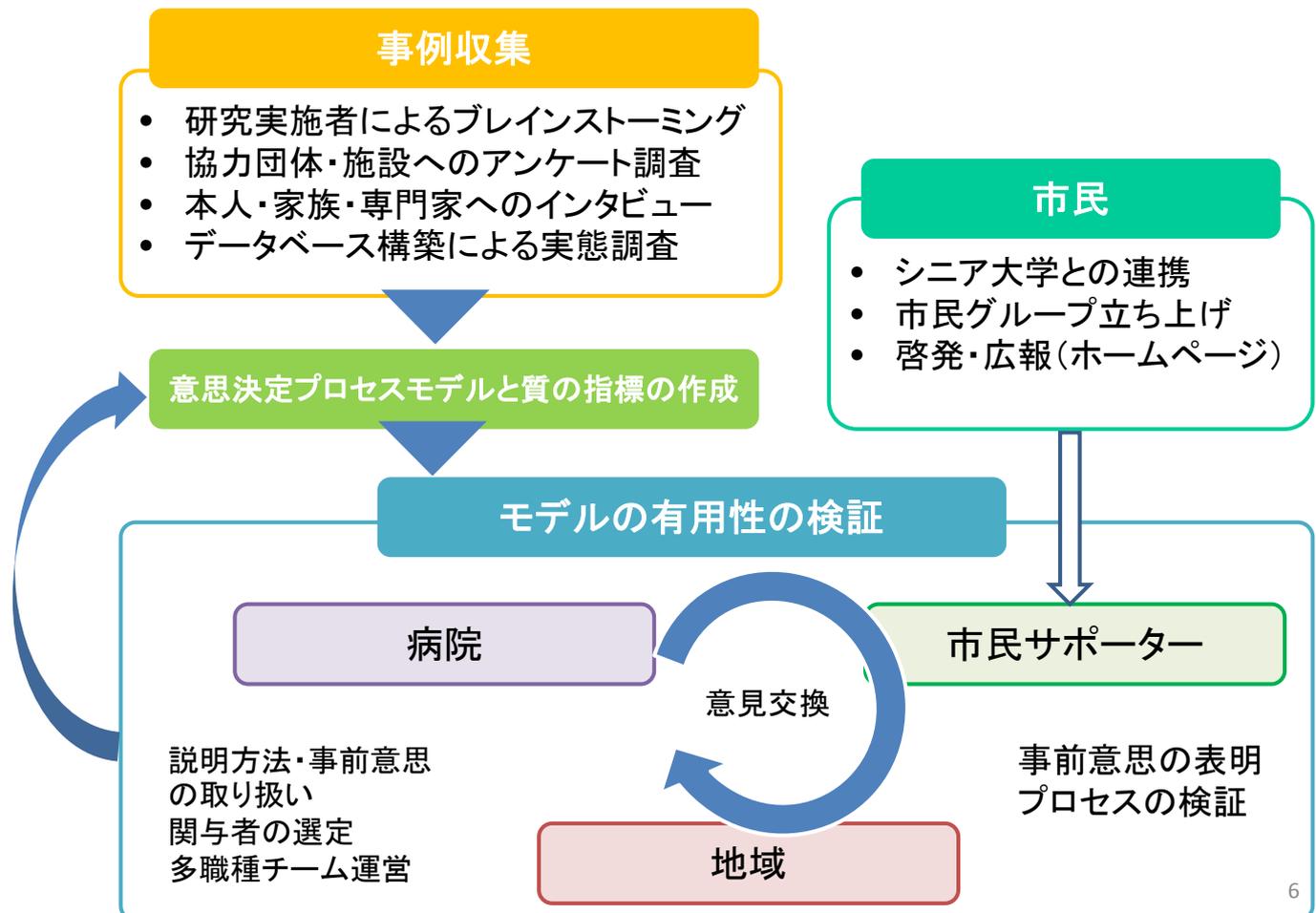
京都市上京区・左京区



医療同意能力判定ツール開発



意思決定プロセスモデル開発



「医療同意能力」の操作的基準

- 理解する力
- 認識する力
- 論理的に考える力
- 選択を表明する力

4つの能力から成り、ひとつでも欠けると
同意能力が十分とはみなされない

Grisso, et al. 1998, (訳)北村ら,治療に同意する能力を測定する; 医療・看護・介護・福祉のためのガイドライン. 日本評論社(2000)

7

MacArthur Competence Assessment Tool – Treatment (MacCAT-T)

- 様々な疾患に関して、患者がその情報をどれほど理解し、自分の治療について決定できるか評価するための半構造化面接法



- 4領域のそれぞれの質問につき各0～2点の3段階で評価
- 得点が高い程、同意能力が高いことを示す
- カットオフ得点は設定されておらず、最終的には4領域の成績をふまえて総合的に判定する
- 所要時間は約20分

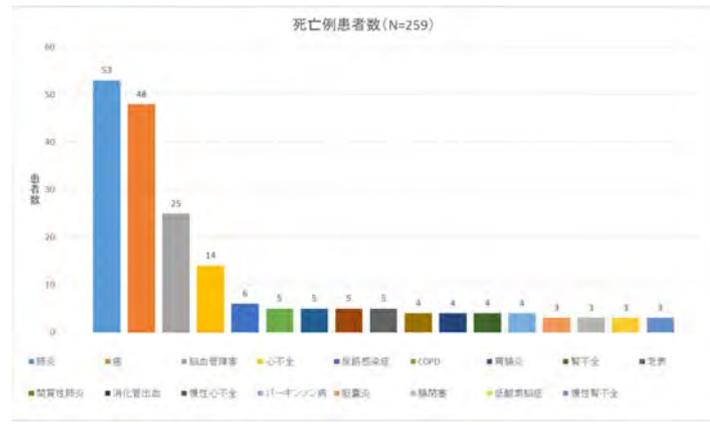
Grisso, et al. 1998, (訳)北村ら, 2000

医療従事者のための同意能力評価の進め方・考え方

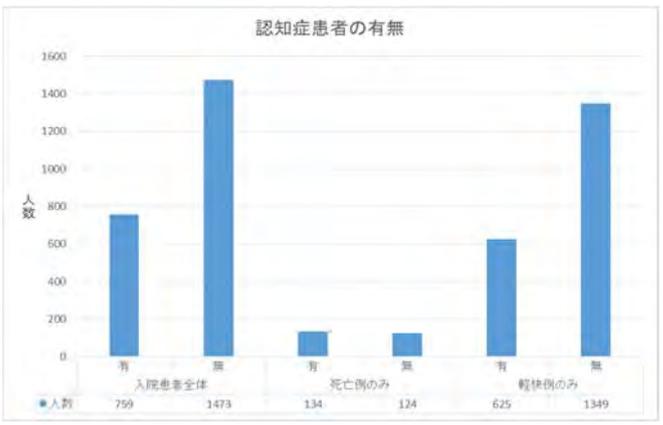


1. 法的コンテキスト
2. 法律における精神保健に関する概念
3. 実証的基盤と限界
4. 評価の準備段階
5. データ収集: 患者へのインタビュー
6. 解釈
7. アセスメント後
8. 研究参加への同意

死亡の理由となった病気



認知症の有無



- 非癌による死亡の方が多い
- 死亡例の半数に認知症の病名
- 何度かの入退院を繰り返している
- ほとんどが家族に説明した記載のみ
- 事前指示があった事例はなし

弥栄病院での医療福祉関係者ミーティング



第1回(平成26年11月14日)
マニュアルとガイドの紹介
病院と介護施設、地域での意思決定の実際

第2回(平成27年1月23日)
マニュアルとガイドの改訂箇所の紹介
弥栄病院病棟看護師、地域連携室、訪問看護からの実践報告
ケアマネージャーからの実践報告

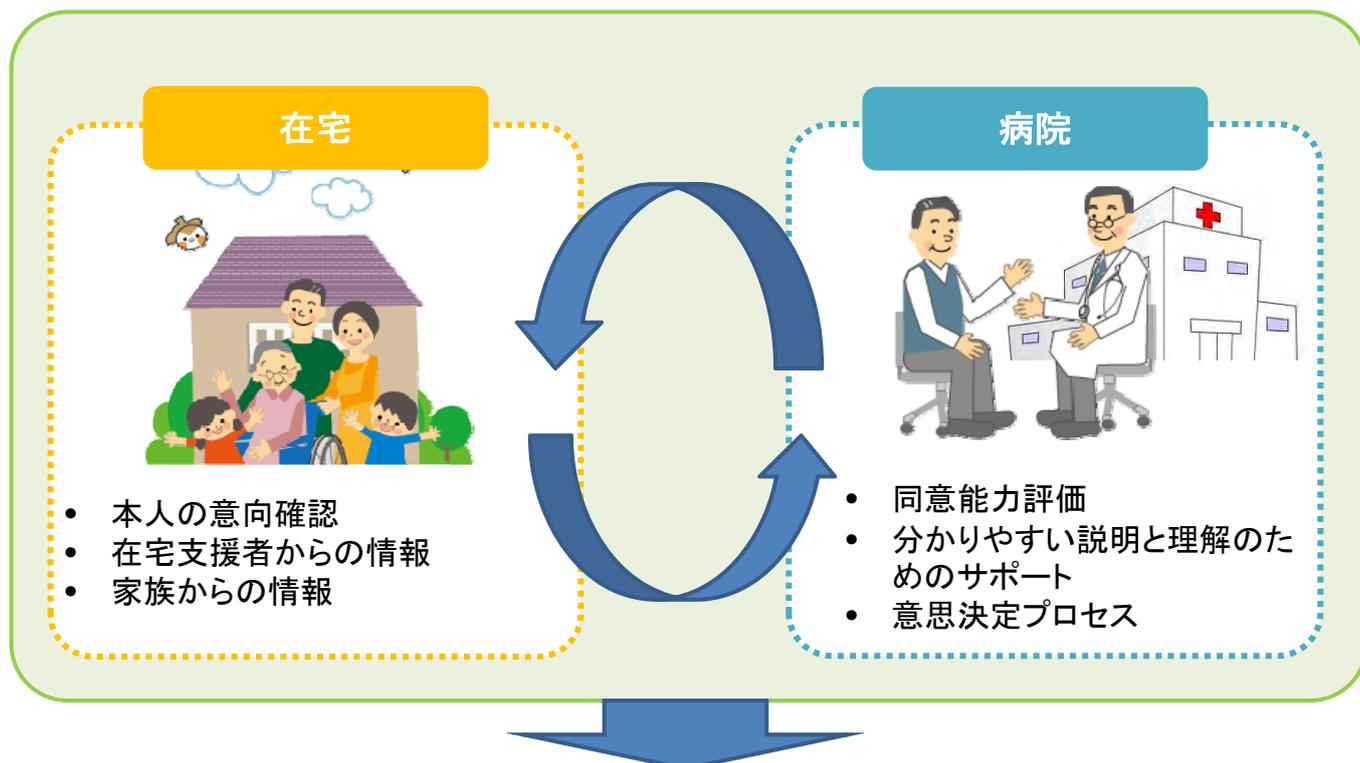


第3回(平成27年3月27日)
弥栄病院北岡医師からの実践報告
(在宅、施設入所の事例)
ガイドパンフレット版(暫定版)の紹介

3種のガイドを開発

11

地域と病院をつないで医療選択サポートの質を高める



本人の意思決定を尊重した、地域包括ケア・多職種連携の中での医療選択

12