

# 認知症高齢者の日常生活ケアにかかわる意思決定能力の特徴とその関連要因の検討

著者名(日)	内ヶ島 伸也, 蒲原 龍
雑誌名	北海道医療大学看護福祉学部学会誌
巻	7
号	1
ページ	13-23
発行年	2011-03-31
URL	<a href="http://id.nii.ac.jp/1145/00007004/">http://id.nii.ac.jp/1145/00007004/</a>

# 認知症高齢者の日常生活ケアにかかわる意思決定能力の特徴と その関連要因の検討

内ヶ島伸也<sup>1)</sup>, 蒲原 龍<sup>2)</sup>

1) 北海道医療大学看護福祉学部

2) 道都大学社会福祉学部

## 要 旨

本研究の目的は、認知症高齢者の意思決定能力を捉える試みとして、日常生活ケアに関する設問への回答から、意思決定に必要な4つの機能的能力（「理解」「認識」「選択の表明」「論理的思考」）の特徴と関連要因を検討することである。特別養護老人ホームに居住する認知症高齢者24人を対象に、各能力を評価するための面接調査を2回実施し、回答の有無と一貫性および関連要因を分析した。結果、情報を「理解」する能力は認知機能障害の重症化に応じて減少する傾向を示したが、他の能力には認知機能との単純な関連を認めなかった。生活状況を「認識」する能力は、認知機能と日常生活動作能力の低下に応じて、対象者の一貫した認識と介護職員の評価がずれる傾向を示した。「選択の表明」能力では、選択の一貫性と認知機能との関連が設問の内容に左右される可能性を示した。「論理的思考」能力も設問内容の影響を受ける傾向にあったが、統計学的に関連を示す要因はなかった。

## キーワード

認知症高齢者、意思決定能力、日常生活

## I. はじめに

認知症高齢者の生活の質を左右する問題として、病名告知と治療の選択<sup>1)2)</sup>、介護保険契約<sup>3)4)</sup>や住まいの選択<sup>5)</sup>における意思確認の困難さが報告されている。その一方で、認知症高齢者が病名告知や治療選択への参加を希望していることも報告されている<sup>6)7)</sup>。認知症の早期診断が可能になってきた現状において、軽症から中等症の認知症高齢者に対する支援のあり方を議論する上では、こうした意思決定の問題を避けて通ることはできない。これまで、認知症高齢者自身による決定の機会が十分に保障されてこなかった原因のひとつに、彼らの意思決定能力が十分にアセスメントされてこなかったことが指摘されている<sup>8)</sup>。とはいえ、現段階では、認知症高齢者の意思決定能力を評価するための標準化された方法はなく<sup>9)</sup>、認知症高齢者が意思決定能力をどれだけ保持しているのか、また、その能力がどのように減退していくのかは未だ明らかにされていない。それゆえに、認知症高齢者自身もケアに関わる専門職も、意思決定の機会が保障されることの重要性に注目しながら、それを実現するための具体的

な方策が持っていないのである。

そのようななかで、認知症高齢者の意思決定能力を評価する試みは、医療関連分野において徐々に増えてきている<sup>10)~15)</sup>。こうした研究の多くは、ある特定の場面設定を提示して何らかの選択を求めることで、意思決定に必要な能力がどの程度機能しているのかを評価している。その際に検討される能力は、関係する情報を「理解」「認識」する能力、意思表示としての「選択の表明」能力と選択に至るまでの「論理的思考」能力の4つであることが多い。このような捉え方は、認知症によって弱めていく能力と比較的保持される能力の判別や、能力の変動に関連する要因を検討する上で有効なアプローチといえる。そして、各能力の変動に関する特徴が示されてくれば、支援方法をより具体的に検討することができるはずである。また、日々の生活場面における決定事に苦慮する認知症高齢者にとって、日常の意思決定を重ねることが、より重大な決定に関わるための力につながる<sup>8)</sup>と考えるならば、日常生活に関わる場面での意思決定能力を捉えることから始める必要があるだろう。

そこで本研究では、認知症高齢者の意思決定能力を捉える試みとして、日常生活ケアに関する設問への回答から、意思決定に必要な4つの機能的能力（「理解」「認識」「選択の表明」「論理的思考」）の特徴とその関連要因を検討することを目的とした。

## <連絡先>

内ヶ島伸也

〒061-0293 北海道石狩郡当別町金沢1757

北海道医療大学看護福祉学部看護学科

TEL&FAX：0133-23-1462

E-mail：ucci@hoku-iryo-u.ac.jp

## II. 研究方法

### 1. 研究の枠組み

意思決定能力は、「理解」「認識」「選択の表明」「論理的思考」という4つの機能的な能力で構成され、特定の課題に対して決定をくだす際に、各能力がどの程度機能しているかによって評価される<sup>16)</sup>。本研究は、認知症高齢者の意思決定能力を、日常生活ケアに関わる設問への回答から量的記述的に示し、4つの機能的な能力の特徴とその関連要因について検討するものである(図1)。なお、日常生活ケアに関わる設問には、「食事」「入浴」「排泄」「人との関わり」の4つの生活場面を取り上げた。また、関連要因としては、「認知機能」の他に、認知症や認知機能障害と深い関係性が指摘されている「抑うつ感」<sup>17)</sup>と、設問の場面設定に関連する「日常生活動作能力」を検討した。

### 2. 対象者

対象者は、同一の法人が運営する特別養護老人ホーム3施設に居住する認知症高齢者24人である。対象者選定にあたっての条件は、認知症の診断があること、健康状態が安定しており日常会話が可能であることとした。

### 3. データ収集方法

#### 1) 意思決定能力を評価するための質問紙

治療同意能力を判定するために開発された MacAr-

thur Competence Assessment Tool - Treatment (MacCAT - T)<sup>16)</sup>の構成を参考に、日常生活ケアに関わる設問への回答から4つの機能的な能力を評価できるように質問紙を作成した。質問紙は、「食事」「入浴」「排泄」「人との関わり」の順で構成し、生活場面ごとに、「理解」する能力を評価する設問をおき、次いで「認識」する能力を評価する設問、最後に「選択の表明」と「論理的思考」能力を評価する設問をペアにして配置した(表1)。質問紙の作成にあたっては、まずは健常成人3人に、次いで認知症の診断のない高齢者2人に対してプレテストを実施し、認知症ケアに習熟している指導者2人のスーパーバイズを受けながら修正を重ねた。

#### (1) 「理解」する能力を評価する設問

場面ごとに、「基本的動作・行為」に関する情報3個、「起こり得る問題」に関する情報2個、「問題への対応案」に関する情報1個の計6個(4場面で合計24個)を用意した。面接では、この順に3回にわたって情報を提示して、そのたびに内容を理解されたか確認した。情報の内容が理解されたかどうかは、言語表現能力の影響を受けないように、いくつかの挿絵の中から提示された情報と同一の内容を表しているものを選択してもらって確認した。

#### (2) 「認識」する能力を評価する設問

各場面に特有の動作・行為の状態を表す選択肢を、「その他」を含めて4つ用意し、その中から現在の自分の状態に最も近いと思うものを選択してもらった。設問と選択肢は、口頭と書面の両方で提示した。また、対象者の認識と介護職員が評価する対象者の状態との一致をみるために、同じ設問と選択肢で介護職員にも回答してもらった。

#### (3) 「選択の表明」能力を評価する設問

今現在の自分の価値や好みに基づく選択を求める設問(以下、Type A)と、「もしも～ができなくなったら…」という将来起こり得るかもしれない仮定の状況を想定して自分が希望する対応を選択してもらう設問(以下、Type B)を、場面ごとに1つずつ用意した。各設問には、「その他」を含む4つの選択肢を用意し、設問と併せて口頭と書面の両方で提示した。なお、本研究では、生活場面における個人の価値や好みに基づいた選択の表明に注目しているため、選択肢には特別な利益(benefit)も害(harm)も含めなかった。

#### (4) 「論理的思考」能力を評価する設問

表明された選択が、他の選択肢との比較や選択の結果を十分に検討しないまま、衝動的、直感的になされたものでないかどうかを見極めるために、「選択の表明」の各設問で回答を得た直後に、その回答を選んだ理由を口頭で説明してもらった。

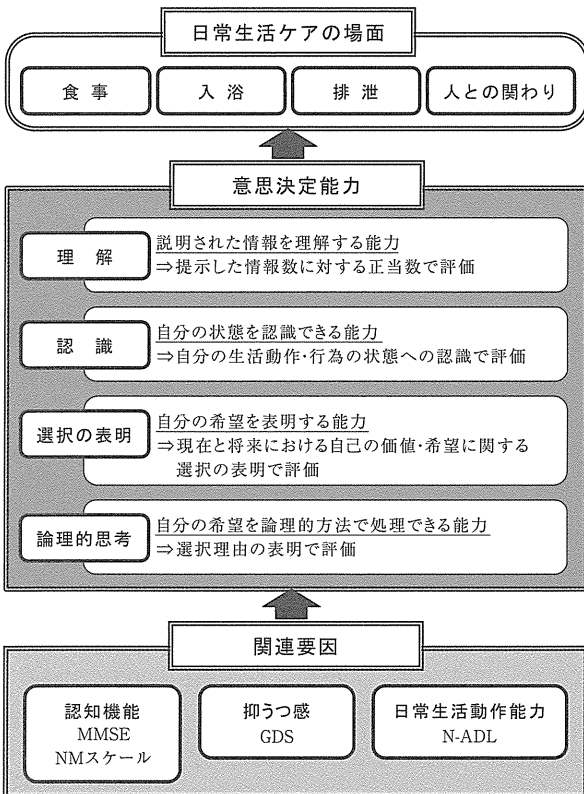


図1 研究の枠組み

表1 意思決定能力を評価するための設問例（「食事」の場面）

4つの機能的能力を評価する設問の構成		食事の場面に関して提示した設問	
「理解」	基本的動作・行為 (情報数3個)	【情報提示】	ご飯を食べるには、①ご飯を口へ運び、②よく噛んで、③しっかり飲み込む、という動作が必要です。 【質問】 ご飯を食べるには、どのような動作が必要だと言いましたか？ 【回答】 ※提示した挿絵から選択もしくは口頭での回答
	起こり得る問題 (情報数2個)	【情報提示】	体が不自由になると、④上手く口へ運ばなくてご飯をこぼしたり、⑤飲み込む時にむせたり、する場合があります。 【質問】 体が不自由になると、どうなる場合があると言いましたか？ 【回答】 ※提示した挿絵から選択もしくは口頭での回答
	問題への対応案 (情報数1個)	【情報提示】	食べる量が足りなければ、⑥点滴などで栄養を補う、という方法もあります。 【質問】 口から食べる量が足りなければ、どんな方法があると言いましたか？ 【回答】 ※提示した挿絵から選択もしくは口頭での回答
「認識」	食事場面に特有の 動作・行為の状態	【質問】	今、あなたは、どのようにご飯を食べていますか？
		【回答】	※択一 1.おかずを切り分けてもらったり、袋を開けるのを手伝ってもらっている 2.袋を開けることだけ手伝ってもらっている 3.手伝いがなくても、すべて自分で食べることができる 4.その他 ( )
「選択の表明」 および 「論理的思考」	現在の自分の価値や好みに 基づく選択と理由 (Type A)	【質問】	ご飯を食べることについて、あなたが一番大切だと考えるのは何ですか？
		【回答】	※択一 1.自分の手で、自分の力で食べること 2.楽しい雰囲気の中で食べること 3.しっかり栄養を取ること 4.その他 ( )
	将来起こり得るかもしれない 仮定の状況への選択と理由 (Type B)	【質問】	それが一番大切だと考える理由を教えてください。
【回答】		※自由回答	
		【質問】	ご飯を口へ運ぶことが難しくなって、食べ残しが多くなってきた場合、あなたならどのようにしてほしいですか？
		【回答】	※択一 1.ご飯を口へ運んでもらって、残さず食べさせてほしい 2.食べ残しがあっても、放っておいてほしい 3.口から食べる以外の方法、例えば点滴や薬を使うといった方法を考えてほしい 4.その他 ( )
		【質問】	そのようにしてほしいと考える理由を教えてください。
		【回答】	※自由回答

2) 質問紙を用いた面接調査

対象者との面接は、1回40分程度を目安として個別に行い、用意した設問を書面で提示しながら口頭で説明して進めた。また、対象者内の回答の一貫性を確認するために、同じ内容の面接調査を2回実施（再テスト）した。2回の面接の間隔は、設問へのバイアスと対象者の状態変化による影響を避けるために1週間とし<sup>12)14)18)</sup>、本論文においては、それぞれを1回目、2回目と表記した。面接に際しては、対象者が保持する力を十分に発揮できるように、スタッフの案内を受けて、対象者の居室、もしくは、他の居住者からの干渉を受けない静かな場所を選んで実施した。また、スタッフからは対象者の日課と体調に関する情報を提供してもらおうとともに、面接する上で最も望ましい時間帯について助言を得た。

3) 基礎情報の入手および関連要因の測定

対象者の性別、年齢、認知症の診断分類については、研究協力の同意が得られた段階で居住する施設から入手し、「認知機能」「抑うつ感」「日常生活動作能力」を意思決定能力の関連要因として調査時に測定した。「認知機能」は、スクリーニングテストとして広く普及している Mini-Mental State Examination (以下、MMSE) と、観察式の評価尺度である N 式老年者用精神状態尺度 (以下、NM スケール) で測定した。また、「抑うつ感」は、老人用うつスケール短縮版 (Geriatric Depression Scale - short form: 以下、GDS) で

「日常生活動作能力」は、観察式の評価尺度である N 式老年者用日常生活動作能力評価尺度 (以下、N-ADL) でそれぞれ測定した。

4. 分析方法

得られたデータは、4つの機能的能力ごとに、回答の有無と一貫性および関連する要因について分析した。「理解」する能力は、提示された情報が何であったのかを正しく回答できた数 (以下、正答数) を集計し、生活場面による偏りの有無と一度に提示される情報数との関係を確認した上で、1回目と2回目の面接調査における正答数の一致性を検討した。「認識」する能力は、対象者が選択した回答が1回目と2回目で一致しているかどうかを分析し、さらに、対象者内で一致した認識が、介護職員による客観的評価とも一致するかどうかを分析した。「選択の表明」能力は、Type A と Type B のどちらの設問も、選択の有無を1回目と2回目で集計し、次いで、1回目と2回目の選択が一致しているかどうかを分析した。あわせて、設問のタイプおよび4つの生活場面による偏りがなかったかを確認した。なお、1回目と2回目のどちらか一方、もしくは、両方に回答がない場合は不一致として扱った。「論理的思考」能力は、選択に対する理由として説明された内容を分析し、表現内容から妥当な理由付けができていないと判断されたもの<sup>19)</sup>について、表明された

選択の一致性と対比させながら集計した。

意思決定能力と関連する要因を検討するために、「理解」「認識」「選択の表明」「論理的思考」の各能力と「MMSE」「NMスケール」「GDS」「N-ADL」の各得点との関係について、Spearmanの順位相関を用いた。なお、1回目と2回目の回答の一貫性に関する分析でもSpearmanの順位相関を用いた。また、認知症の診断分類による差の検討にはKruskal-WallisのH検定を用いた。

### 5. 倫理的配慮

対象者およびその代理人に対しては、研究への協力は自由意思に委ねられていること、研究協力の承諾後も随時撤回できること、研究への協力の如何が受けているケアの質に影響を与えるものではないこと、研究によって得たデータは研究目的以外には使用しないこと、対象者およびその代理人のプライバシーは最大限に尊重され保護されることを説明し、協力の同意を得た。また、面接調査にあたっては、対象者の認知機能障害に十分配慮して、表情や仕草からも本人の意思を受け取れるように注意を払い、途中で中断したり、休憩を取ったりするなどをして、疲労や消耗に配慮した。

## Ⅲ. 結果

### 1. 対象者の属性

表2に示すように、対象者の性別は男性7人、女性17人、平均年齢は82.8 (SD=9.0) 歳であった。

認知症の診断分類は、アルツハイマー型認知症 (Alzheimer's disease: 以下, AD) が8人、脳血管性認知症 (vascular dementia: 以下, VD) が7人、老人性認知症が9人であった。MMSEの平均得点は14.1 (SD=3.9) 点, NMスケールの平均得点は29.3 (SD=7.9) 点で, NMスケールによる認知症の重症度分類では, 正常1人, 境界1人, 軽症9人, 中等症12人, 重症1人で, 主に軽症から中等症であった。また, 認知症の診断分類ごとに対象者のMMSE得点を比較したところ, AD8人の平均得点は12.8 (SD=4.2) 点, VD7人の平均得点は13.6 (SD=4.2) 点, 老人性認知症9人の平均得点は15.8 (SD=6.4) 点で, 認知障害の程度はほぼ同等であった。

また, GDSの平均得点は5.5 (SD=4.3) 点, N-ADLの平均得点は32.9 (SD=10.6) 点であった。

### 2. 「理解」する能力とその関連要因

#### 1) 2回の面接における正当数の比較

日常生活ケア4場面で提示した合計24個の情報に対

表2 対象者の属性

		(N=24)
性別		
	男性	7人
	女性	17人
年齢		82.8 (SD=9.0) 歳
認知症の診断分類		
	アルツハイマー型認知症	8人
	脳血管性認知症	7人
	老人性認知症	9人
認知機能		
	MMSE	14.1 (SD=3.9) 点
	NMスケール	29.3 (SD=7.9) 点
	正常	1人
	境界	1人
	軽症	9人
	中等症	12人
	重症	1人
抑うつ感		
	GDS	5.5 (SD=4.3) 点
日常生活動作能力		
	N-ADL	32.9 (SD=10.6) 点

MMSE: Mini-Mental State Examination

NMスケール: Nishimura's mental scale

GDS: Geriatric Depression Scale-short form

N-ADL: Nishimura's Activities of Daily Living Scale

する正答数は、1回目が平均15.5 (SD=6.5) 個、2回目が16.5 (SD=4.6) 個で、各対象者における1回目と2回目の正答数には一貫性を認めた ( $r_s = .72$   $p < .01$ )。これを場面ごとの6個の情報に対する平均正答数でみると、「食事」では1回目が4.1 (SD=1.9) 個、2回目が4.5 (SD=1.6) 個 ( $r_s = .59$   $p < .01$ )、「入浴」は1回目が4.2 (SD=1.7) 個、2回目が4.6 (SD=1.3) 個 ( $r_s = .61$   $p < .01$ )、「排泄」は1回目3.6 (SD=2.0) 個、2回目4.2 (SD=1.5) 個 ( $r_s = .52$   $p < .01$ )、「人との関わり」では1回目3.6 (SD=1.8) 個、2回目3.2 (SD=1.6) 個 ( $r_s = .42$   $p < .05$ )と多少のばらつきを認めながらも、いずれの場面においても対象者内における正答数には一貫性を認めた。

次に、一度に提示した情報数と正答数との関係を表3に示した。3個の情報を提示した際に、そのすべてを正答できた人数をみると、1回目では「排泄」の9人 (37.5%) から「食事」「入浴」の13人 (54.2%) まで、2回目では「人との関わり」の5人 (20.8%) から「食事」「入浴」の14人 (58.3%) までの範囲でばらつきはあるものの、概ね5割以下であった。また、2個の情報を提示した場合でも、1回目が「人との関わり」の7人 (29.2%) から「入浴」の13人 (54.2%) まで、2回目は「人との関わり」の5人 (20.8%) から「食事」の13人 (54.2%) までのばらつきで同様の傾向を示した。これに対して、1個の情報を提示した際には、1回目が「人との関わり」の13人 (54.2%) から「入浴」の20人 (83.3%) まで、2回目は「人との関わり」の12人 (50.0%) から「入浴」「排泄」の22人 (91.7%) までのばらつきで、複数の情報を提示した場合よりも正答する割合が高かった。なお、複数

の情報を提示した場合でも、少なくとも1個を正答できた者は概ね7割を超えていた。

## 2) 正答数と関連を示す要因

4 場面で提示した合計24個の情報に対する正答数と統計学的に有意な関連を示す要因を検討したところ、MMSE 得点との間に有意な関連 (1回目:  $r_s = .66$   $p < .01$ , 2回目:  $r_s = .54$   $p < .01$ ) を認め、NMスケール得点とでは1回目の結果にのみ相関を示した (1回目:  $r_s = .53$   $p < .01$ , 2回目:  $r_s = .35$  n.s.)。しかし、GDS 得点 (1回目:  $r_s = -.02$  n.s., 2回目:  $r_s = .13$  n.s.)、N-ADL 得点 (1回目:  $r_s = .40$  n.s., 2回目:  $r_s = .23$  n.s.) との間には有意な相関はみられなかった。さらに、認知症の診断分類による差をみたところ、2回目の結果にのみ、AD, VD, 老人性認知症の3つの診断群で、 $H = (2, N=24) = 6.67$ ,  $p = .04$  となり有意な差を認めた。さらに、Bonferroniの不等式による修正版<sup>20)</sup>を用いて多重比較を行った結果、VDと老人性認知症の間でのみ  $U = 9.5$ ,  $p = .016$  という有意差を認めた。

## 3. 「認識」する能力とその関連要因

### 1) 対象者の認識および介護職員の評価との一致性

1回目も2回目も、全対象者が4場面すべての設問に回答を示すことができた。さらに、その2回の回答が4場面とも一致した者は10人 (41.7%)、いずれか3場面で一致した者も10人 (41.7%) で、対象者の8割以上を占めた。これを場面ごとでみてみると、「食事」では17人 (70.8%)、「入浴」は20人 (83.3%)、「排泄」で22人 (91.7%)、「人との関わり」で17人 (70.8%)

表3 提示した情報数と正答数の比較

		(N=24)															
提示した情報数	正答数	食事				入浴				排泄				人との関わり			
		1回目		2回目		1回目		2回目		1回目		2回目		1回目		2回目	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%		
3個	3個	13	54.2	14	58.3	13	54.2	14	58.3	9	37.5	8	33.3	12	50.0	5	20.8
	2個以上	18	75.0	21	87.5	17	70.8	18	75.0	13	54.2	17	70.8	19	79.2	17	70.8
	1個以上	20	83.3	23	95.8	22	91.7	23	95.8	17	70.8	22	91.7	21	87.5	21	87.5
2個	2個	10	41.7	13	54.2	13	54.2	12	50.0	11	45.8	12	50.0	7	29.2	5	20.8
	1個以上	21	87.5	20	83.3	16	66.7	22	91.7	19	79.2	20	83.3	15	62.5	16	66.7
1個	1個	16	66.7	18	75.0	20	83.3	22	91.7	18	75.0	22	91.7	13	54.2	12	50.0

提示した情報数3個と2個の正答者数(割合)は累積数(割合)

表4 対象者の認識と介護職員の評価との一致性

	食事 (n=17)		入浴 (n=20)		排泄 (n=22)		人との関わり (n=17)	
	n	%	n	%	n	%	n	%
介護職員の評価と一致	13	76.5	13	65.0	17	77.3	8	47.1
介護職員の評価と不一致	4	23.5	7	35.0	5	22.7	9	52.9
対象者の方が高く認識	3		6		5		3	
対象者の方が低く認識	1		1		0		5	

場面ごとの総数(n)は1回目と2回目の回答が一致した対象者数

という結果で、特に「排泄」と「入浴」の回答で一致する割合が高かった。

次に、対象者本人の中で一致した認識と、その対象者に日常的に関わりを持つ介護職員の評価とを比較したところ、「食事」では17人中の13人、「入浴」は20人中13人、「排泄」は22人中17人、「人との関わり」は17人中8人が一致していた(表4)。一方、対象者本人の回答は一致していたにも関わらず、介護職員の評価とは一致しなかった者の内訳をみると、「食事」では4人中3人、「入浴」は7人中6人、「排泄」は5人全員が、自分の動作・行為の状態を介護職員の評価よりも高く認識していた。逆に、「人との関わり」では9人中5人が、介護職員の評価よりも低く認識していた。

2) 認識の一致性と関連を示す要因

対象者本人の回答が一致した数と統計学的に有意な関連を示す要因を検討したところ、MMSE得点との間では有意な関連を示さなかった( $r_s = .38$  n.s.)が、NMスケール得点とでは有意な相関を認めた( $r_s = .44$   $p < .05$ )。なお、GDS得点( $r_s = -.03$  n.s.)、N-ADL得点( $r_s = .35$  n.s.)との間には有意な相関はみられなかった。同様に、対象者本人の回答が一致し、かつ、介護職員の評価とも一致した数との間では、MMSE得点( $r_s = .46$   $p < .05$ )、NMスケール得点( $r_s = .54$   $p < .05$ )、N-ADL得点( $r_s = .51$   $p < .01$ )で有意な関連を認めたが、GDS得点( $r_s = .23$  n.s.)とは有意な相関はみられなかった。なお、認知症の診断分類による有意な差はなかった。

4. 「選択の表明」能力とその関連要因

1) 選択の有無と2回の面接における一致性

Type Aの4設問すべてに選択を表明できた者は、1回目が20人(83.3%)、2回目は23人(95.8%)で、対象者の8割以上にのぼった。残りの1回目4人、2回目1人もいくつかの選択は表明しており、1問も選択できなかった者はいなかった(表5)。また、表6に示すように、1回目と2回目の選択の一致性をみると、4設問すべてが一致した者は2人(8.3%)、いずれか3問での一致が1人(4.2%)、2問の一致が9人(37.5%)、1問のみの一致は8人(33.3%)で、少なくとも1問以上の選択が一致した総数は20人(83.4%)であった。また、一致した人数を場面ごとにみると、「食事」と「入浴」が各10人、「排泄」9人、「人との関わり」8人という結果で、4場面間に差はみられなかった。

同様に、Type Bの1回目は19人(79.2%)、2回目が18人(75.0%)という結果で、対象者の75%以上が4設問すべてに選択を表明することができた。また、Type Aと同様に、1問も選択できなかった者はいなかった。選択の一致性は、4設問すべてで一致した者が3人(12.6%)、いずれか3問での一致が5人(20.8%)、2問の一致が9人(37.5%)、1問のみの一致は5人(20.8%)で、少なくとも1問以上の選択が一致した総数は22人(91.7%)にのぼった。これを場面ごとにみると、「食事」「入浴」「人との関わり」が各13人、「排泄」11人で、4場面間に差はみられなかった。

表5 選択を表明した場面数

選択を表明した 場面数	(N=24)							
	Type A				Type B			
	1回目		2回目		1回目		2回目	
n	%	n	%	n	%	n	%	
4場面	20	83.3	23	95.8	19	79.2	18	75.0
3場面	1	4.2	1	4.2	1	4.2	4	16.7
2場面	0		0		2	8.3	2	8.3
1場面	3	12.5	0		2	8.3	0	

表6 選択が一致した場面数

選択が一致した 場面数	(N=24)			
	Type A		Type B	
n	%	n	%	
4場面	2	8.3	3	12.6
3場面	1	4.2	5	20.8
2場面	9	37.5	9	37.5
1場面	8	33.3	5	20.8
0場面	4	16.7	2	8.3

表7 4設問すべてに選択を表明した者における妥当な理由付けができた場面数

理由付けできた 場面数	Type A				Type B			
	1回目 (n=20)		2回目 (n=23)		1回目 (n=19)		2回目 (n=18)	
	n	%	n	%	n	%	n	%
4場面	8	40.0	7	30.4	12	63.1	11	61.1
3場面	5	25.0	7	30.4	4	21.1	2	11.1
2場面	5	25.0	3	13.1	1	5.3	2	11.1
1場面	0		1	4.4	0		1	5.6
0場面	2	10.0	5	21.7	2	10.5	2	11.1

両設問の1回目と2回目の総数(n)は、「選択の表明」4設問のすべてに選択を示した対象者数

## 2) 選択の一致性と関連を示す要因

対象者本人の回答が一致した数と統計学的に有意な関連を示す要因を検討したところ、Type Aでは、MMSE得点との間に有意な関連 ( $r_s = .54$   $p < .01$ ) を認めたが、NMスケール得点 ( $r_s = .40$  n.s.)、GDS得点 ( $r_s = -.05$  n.s.)、N-ADL得点 ( $r_s = .32$  n.s.) との間には有意な相関はみられなかった。一方、Type Bにおいては、MMSE得点 ( $r_s = .20$  n.s.)、NMスケール得点 ( $r_s = .25$  n.s.)、GDS得点 ( $r_s = -.22$  n.s.)、N-ADL得点 ( $r_s = .30$  n.s.) のいずれにおいても有意な相関はみられなかった。なお、認知症の診断分類による有意な差はなかった。

## 5. 「論理的思考」能力とその関連要因

### 1) 2回の面接における妥当な理由付けの有無

表7に示すように、Type Aの4設問すべてに選択を表明した1回目20人、2回目23人のうち、その選択のすべてに妥当な理由付けができた者は1回目8人 (40.0%)、2回目7人 (30.4%)、いずれか3問で1回目5人 (25.0%)、2回目7人 (30.4%)、2問で1回目5人 (25.0%)、2回目3人 (13.1%)、1問で1回目0人、2回目1人 (4.4%)、すべてに理由付けできなかった者は1回目2人 (10.0%)、2回目5人 (21.7%)であった。

一方、Type Bの4設問すべてに選択を表明した1回目19人、2回目18人のうち、その選択のすべてに妥当な理由付けができた者は1回目12人 (63.1%)、2回目11人 (61.1%)、いずれか3問で1回目4人 (21.1%)、2回目2人 (11.1%)、2問で1回目1人 (5.3%)、2回目2人 (11.1%)、1問で1回目0人、2回目1人 (5.6%)、すべてに理由付けできなかった者はともに2人 (1回目: 10.5%、2回目: 11.1%)であった。

なお、表明した選択数が3設問以下の者であっても、その半数は選択のすべてに妥当な理由付けができており、ひとつも理由付けできなかった者は、Type A、Type Bともに1人という結果であった。

### 2) 妥当な理由付けの数と関連を示す要因

妥当な理由付けの数と統計学的に有意な関連を示す

要因を検討したところ、Type Aでは、MMSE得点 (1回目:  $r_s = .25$  n.s., 2回目:  $r_s = .13$  n.s.)、NMスケール得点 (1回目:  $r_s = .07$  n.s., 2回目:  $r_s = -.03$  n.s.)、GDS得点 (1回目:  $r_s = -.20$  n.s., 2回目:  $r_s = -.11$  n.s.)、N-ADL得点 (1回目:  $r_s = .13$  n.s., 2回目:  $r_s = -.10$  n.s.) のいずれにおいても有意な相関はみられなかった。また、Type Bにおいても、MMSE得点 (1回目:  $r_s = .30$  n.s., 2回目:  $r_s = .16$  n.s.)、NMスケール得点 (1回目:  $r_s = .19$  n.s., 2回目:  $r_s = .08$  n.s.)、GDS得点 (1回目:  $r_s = -.10$  n.s., 2回目:  $r_s = .08$  n.s.)、N-ADL得点 (1回目:  $r_s = .21$  n.s., 2回目:  $r_s = .33$  n.s.) に有意な相関はみられなかった。なお、認知症の診断分類による有意な差はなかった。

## IV. 考察

### 1. 4つの機能的能力の特徴

「理解」する能力では、一度に複数の情報を提示した場合に、対象者の多くがいくつかの情報を正答できないという結果を示した。情報の理解は、注意持続時間や知能、記憶力の影響を受けることが指摘されている<sup>21)</sup>。本研究においても、正答数とMMSE得点との間に相関関係を認めており、「理解」する能力が、認知機能障害の影響を受けて低下する傾向にあることが示された。しかしこの結果は、複数の情報を同時に理解することは難しいとしても、いくつかの情報は、あるいは、少なくともひとつの情報であれば、理解することが可能であることをも意味している。さらに、2回の面接で正答数に一貫性を認めたということは、対象者ごとに理解できる情報の数がほぼ一定であったということを示している。このことは、対象者が安定した状態で、かつ、面接環境からの影響を一定に調整できれば、情報を理解する能力は大きく揺らがない可能性を示唆している。軽症から中等症の認知症高齢者でも、「理解」する能力が完全に喪失するわけではないことを示す本結果は、どのような情報提示が認知症の人々にとって有効なのかを議論していくための根拠として重要な意義をもつ。また、認知症の診断分類による差は、脳の器質的障害が生じている部位と範囲を反



映するものと推察されるが、本研究での検討は難しく、この点も含めたより多面的で慎重な検討が今後に求められる。

「認識」する能力では、設問への回答率と一致率が非常に高く、軽症から中等症の認知症高齢者であっても、日常生活に関わる自分の状態に一貫した認識もっていることが示された。その一方で、認知機能障害が重症化するほどに、対象者本人の主観的な認識と介護職員の捉える客観的評価との間にずれが生じる傾向を示した。また、こうしたずれを示す者の割合は、4場面間で異なる傾向にあった。介護職員の評価と最も高い一致を示した「排泄」は1日に何度も経験する行為であるのに対して、「食事」は3回、「入浴」になると1回もしくは週単位で数回程度の行為である。認知症が重症化しても長期記憶は比較的保たれるという特徴を踏まえると、こうした経験頻度の差が、認識の正確さに関係するという可能性を指摘することができる。他方で、最も低い一致であった「人との関わり」の認識は、自身の状態を捉えられるかどうかに加えて、人の関わりから得られる満足感や人付き合いに対する価値観が反映される可能性が高い。そうであるならば、本人の認識が介護職員の評価と一致していないとしても、必ずしも、本人の認識が事実とずれているとみなすことはできない。このように、認識のずれが場面によって異なるという事実は、ある場面の認識のずれの大きさを取り上げて、他の場面の認識も同様であると推測することはできないということの意味している。認知症高齢者本人の認識と看護・介護職員の評価とのずれは、ケアの場面に関わる決定事の扱われ方に影響を及ぼしかねないという意味において、認知症高齢者の意思決定を支える上で重要な特徴として注目しなければならない。

「選択の表明」能力では、いずれの設問においても高い回答率を示した一方で、1回目と2回目の選択が一致した割合はおよそ半数以下という結果であった。つまり、軽症から中等症の認知症高齢者にとって、提示された設問に何らかの選択を表明することは比較的容易であるものの、その選択は一定の時間を経るなかで変化しうる可能性があることを示している。この変化は、Type BよりもType Aに多くみられる傾向があり、統計学的に認知機能との相関を示したのもType Aのみであった。このことは、時間的な経過とともに選択が変化したとしても、その原因が認知症や認知機能の障害にあると一概にみなすことはできない可能性を示している。むしろ、選択が変化するかどうか、そして、その変化に認知機能障害が影響するかどうかは、求められる選択の内容によって左右される可能性を示唆している。変化する割合が高かったType Aは、Type Bよりも抽象度を高く設定しているため、物事の共通性を見出す抽象能力や他のものと結びつけ

る概念化の能力に障害をきたす認知症の特性<sup>22)</sup>から考えると、提示した各選択肢を明確に識別することは容易でなかったと推測される。これに比べて、Type Bは、選択の結果を具体的にイメージしやすいために、個人の価値や好みに照らした選択を一貫して表明できる可能性が高いのだと推察される。将来起こるかもしれない仮定の状況に一貫した選択を示すことができたという本結果は、認知症高齢者の医療に関する事前指示(advance directive)を後押しする内容ともいえ、さらなる検討を重ねながら具体的な支援のあり方を模索していかなければならない。

「論理的思考」能力は、選択に対して妥当な理由付けができた数で評価した。大半の対象者が、すべての設問において何らかの選択を示せていたにもかかわらず、理由までを説明できた者となると、その数は大きく減少する傾向にあった。こうした傾向は、「選択の表明」と同様に、Type Aに多くみられたが、統計学的に関連を示す要因はなかった。それでも、妥当な理由付けができた者の割合がType Bに多かったのは、選択に伴う結果を具体的にイメージしやすく、そのイメージした内容と自分の価値や好みを照らし合わせる思考の過程が、そのまま理由として説明できるからだと考えられる。ただし、認知症の深まりに応じて言語能力や概念化に障害をきたしていくことを考えると、選択の理由を口頭で説明するのには限界がある。今回の結果においても、理由を言葉にできなかっただけで、対象者なりに考えた末の選択を表明していた可能性は否定できない。このような認知症特有の障害や症状に留意した評価方法の検討が今後求められる。

## 2. 意思決定能力に関連する要因の検討

今回の結果をみると、「理解」する能力では、認知機能の障害が重症な者ほど情報の理解を示す正答数が減少する傾向を示した。しかし、「認識」「選択の表明」「論理的思考」の能力を評価する設問に対しては、多くの対象者が何らかの回答を示しており、単純に回答の数だけでは認知機能障害との関連を指摘することはできなかった。つまり、認知機能障害の重症化が、必ずしも「認識」「選択の表明」「論理的思考」能力の低下を意味するものとはいえず、認知機能障害の影響を受けるにしても、その受け方は各能力で異なる可能性があるといえよう。

一方、今回の結果では、抑うつ感はいずれの能力においても統計学的な関連を認めなかった。意思決定能力と抑うつ感との関連を分析している先行研究との違いをみると、本研究の対象者のMMSE平均得点が14.1(SD=3.9)点であったのに対して、先行研究の対象者では平均24~27点台と高かった<sup>14)15)18)</sup>。これをふまえると、ごく軽度の認知障害をもつ高齢者の場合にみられるような意思決定能力と抑うつ感との関連

が、軽症から中等症の認知症高齢者においても同様に存在するとはいえないのかもしれない。しかし、意思決定能力はある特定の課題に対して決定をくだすための能力として判定されることを考えると、設問に取り上げる場面が違えば異なる示唆が得られる可能性もある。認知症高齢者の意思決定能力に抑うつ感がどのように影響を及ぼすのかに関しては、今後さらに検証していかなければならない。

日常生活動作能力は、「認識」する能力において、対象者本人の主観的な認識と介護職員の客観的評価との一致性にのみ関連を認め、N-ADL得点が低くなるにつれて両者の間にずれが生じてくる傾向を示した。実際にずれが生じた場面を見ると、「食事」「入浴」「排泄」では、自分の動作・行為の状態を介護職員の評価よりも高く認識し、「人との関わり」では低く認識する者が多かった。また同時に、この認識のずれは、認知機能障害の重症度との間にも相関関係を示していた。確かに、自分ができていることと援助が必要なことを正確に区別するには、記憶力や見当識といった認知機能の働きが不可欠であり、日常生活動作能力の低下のみが、本人の認識と介護職員の評価との一致に影響を与えると単純に解釈することはできない。むしろ、認知機能の障害によって、受けている援助を認識することが難しくなるために、自分の動作・行為の状態を高く評価したり、人付き合いに積極的ではないと評価する傾向になるとみるべきかもしれない。いずれにせよ、日常生活動作能力が低下していく過程においてこそ、治療内容や療養生活に関する選択を求められる場面が多くなることを考えると、日常生活動作能力と意思決定能力との関係性には注目しなければならない。

## V. 研究の限界と今後の課題

本研究では、対照群を設定していないため、本結果が認知症高齢者に特有のものかは検討できていない。また、対象者数が少ないため、統計学的な解釈に限界があることも否めない。認知症であるがゆえの意思決定能力の特徴を捉えていくためには、さらにデータを蓄積しながら、影響する内的・外的要因を検討していく必要がある。

## VI. 結論

何らかの判断や決定に際して、必要な情報を検討し、その結果を他者に伝えるといった一連の過程を遂行するためには、記憶力や見当識、注意力、知力、言語能力などが重要な要素となる。認知症高齢者の意思決定能力に疑いがもたれる最大の理由は、認知症がこれらの能力の障害を中核症状にもっていることに他ならない。しかし、本結果からは、意思決定に必要な4つの機能的能力が、認知機能障害の影響を等しく受けるものではない可能性が示唆された。

「理解」する能力は、認知機能障害の重症化に応じて減少する傾向を示し、この結果は、認知症の診断分類によって差が生じる可能性を示唆したが、他の3つの能力では認知機能との単純な関連を認めなかった。

「認識」する能力は、認知機能と日常生活動作能力の障害が重症化するほどに、対象者本人が認識している状態と看護・介護職員が評価する状態との間にずれが生じる傾向を示した。「選択の表明」能力は、回答を求められる設問によって、選択の一貫性が認知機能障害の影響を受ける可能性を示唆した。「論理的思考」能力も、設問内容が回答の有無に影響する傾向を示したが、認知機能障害との関連は確認できなかった。なお、本研究においては、4つの機能的能力と抑うつ感との関連を示す結果は得られなかった。

## 文献

- 1) 山下真理子, 小林敏子, 松本一生, 藤野久美子. アルツハイマー病の病名告知と終末期医療に関する介護家族の意識調査. 老年精神医学雑誌 2004; 15(4): 434-445.
- 2) 山下真理子, 小林敏子, 松本一生, 藤野久美子, 小林慶子. 高齢者の嚥下障害発症後の治療的対応 - 患者本人の意思表示と治療内容に関する検討 -. 老年精神医学雑誌 2005; 16(1): 59-66.
- 3) 麻原きよみ, 百瀬由美子. 介護保険サービス利用に関する高齢者の意思決定に関わる問題 - 訪問看護師の意識調査から -. 日本地域看護学会誌 2003; 5(2): 90-94.
- 4) 渡邊浩文, 今井幸充, 佐藤美和子, 鈴木貴子. 居宅介護支援サービス実施時の認知症高齢者に対する説明と同意の実態に関する調査. 社会事業研究 2007; 46: 89-93.
- 5) 佐瀬真粧美. 老人保健施設への入所にかかわる老人の自己決定に関する研究. 老年看護学 1997; 2(1): 87-96.
- 6) Hirschman, K.B., Joyce, C.M., James, B.D., Xie, S. X., Karlawish, J.H.T. Do Alzheimer's disease patients want to participate in a treatment decision, and would their caregivers let them?. The Gerontologist 2005; 45(3): 381-388.
- 7) 高橋忍, 新妻加奈子, 小野寺敦司, 他. 痴呆患者への病名告知の研究 - アルツハイマー型痴呆患者本人の意向 -. 老年精神医学雑誌 2005; 16(4): 471-477.
- 8) 永田久美子. 痴呆のある高齢の人々の自己決定を支える看護. 老年看護学 1997; 2(1): 17-24.
- 9) Mezey, M., Mitty, E., Ramsey, G. Assessment of decision-making capacity: Nursing's roll. Journal of Gerontological Nursing 1997; 23(3): 28-35.

- 10) Vellinga, A., Smit, J.H., Van, L.E., Van, T.W., Jonker, C.. Competence to consent to treatment of geriatric patients: Judgements of physicians, family members and the vignette method. *International Journal of Geriatric Psychiatry* 2004 ; 19(7) : 645 - 654.
- 11) Kim, S.Y.H., Cox, C., Caine, E.D.. Impaired decision - making ability in subjects with Alzheimer's disease and willingness to participate in research. *The American Journal of Psychiatry* 2002 ; 159(5) : 797 - 802.
- 12) Sansone, P., Schmitt, L., Nichols, J., Phillips, M., Belisle, S.. Determining the capacity of demented nursing home residents to name a health care proxy. *Clinical Gerontologist* 1998 ; 19(4) : 35 - 50.
- 13) Marson, D.C., Ingram, K.K., Cody, H.A., Harrell, L.E.. Assessing the competency of patients with Alzheimer's disease under different legal standards: A prototype instrument. *Archives of Neurology* 1995 ; 52(10) : 949 - 954.
- 14) Gerety, M.B., Chiodo, L.K., Kanten, D.N., Tuley, M.R., Cornell, J.E.. Medical treatment preferences of nursing home residents: Relationship to function and concordance with surrogate decision - makers. *JAGS* 1993 ; 41 : 953 - 960.
- 15) Ouslander, J.G., Tymchuk, A.J., Krynski, M.D.. Decisions about enteral tube feeding among the elderly. *Jags* 1993 ; 41(1) : 70 - 77.
- 16) Grisso, T., Appelbaum, P.S.. *Assessing competence to consent to treatment: a guide for physicians and other health professionals*. Oxford University Press, Inc. 1998. (北村總子, 北村俊則訳. 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, 東京, 2000.)
- 17) Jorm, A.F.. Is depression a risk factor for dementia or cognitive decline?. *Gerontology* 2000 ; 46(4) : 219 - 227.
- 18) Lee, M., Ganzini, L.. The effect of recovery from depression on preferences for life - sustaining therapy in older patients. *Journal of Gerontology* 1994 ; 49(1) : 15 - 21.
- 19) 内ヶ島伸也. 認知症高齢者の日常生活ケアに関わる「選択の表明」能力と「論理的思考」能力の特徴. *北海道医療大学看護福祉学部学会誌* 2009 ; 5(1) : 39 - 47.
- 20) 石村貞夫. *SPSSによる分散分析と多重比較の手順*. 初版, 東京書籍, 東京, 1997, pp60 - 65.
- 21) Appelbaum, P.S., Grisso, T.. *Assessing patients'*

- capacities to consent to treatment. *The New England Journal of Medicine* 1988 ; 319 (25) : 1635 - 1638.
- 22) 竹中星郎. *明解痴呆学*. 日本看護協会出版会, 東京, 2004, pp11 - 48.

受付: 2010年11月30日

受理: 2011年2月2日

Research on decision-making capacity about daily care for living and its related factors among the elderly with dementia

Shinya Uchigashima<sup>1)</sup>

Ryu Kanbara<sup>2)</sup>

1) School of Nursing and Social Services, Health Sciences University of Hokkaido

2) Faculty of Social Welfare, Dohto University

The purpose of this research was to clarify features of four functional abilities necessary for decision-making and inquest related factors based on responses to the questionnaire about daily care for living. In order to assess each feature of abilities, 24 elders with dementia who were living in nursing homes were interviewed two times, and differences and consistency between responses on first interview and second were checked. It was found that ability to understand information declined as cognitive function became severe; however, simple relationship was not found between other abilities and change of cognitive function. As cognitive function and ability of daily living got worse, difference of assessment about ability to appreciate living situation became bigger between subjects and care workers. About ability to express a choice, relationship between consistency on selection and cognitive function was found to be affected by contents of questionnaire. It was also found that ability of reasoning was tend to be affected by contents of questionnaire, however; statistical significance was not found on their relationship.

Key words : elderly with dementia, decision-making capacity, daily living