

の治療で、(酸素等)チューブを抜いたりするため身体拘束をされて、そのため精神的なストレスを受けて、痴呆がより進むことがある。

＜財産管理のあり方＞

家族がきちんとしている場合は問題がないが、年金を管理している家族が生活費にあてている場合などは、必要な物を購入したくてもできないことがある。また、年金管理をしている家族に精神障害があると同様な状況となる。

- ・適切な治療が困難であること。(点滴を抜去してしまう等)
 - ・病院では付添いの人が必要であること。
 - ・成年後見制度についても、低所得者や理解力の低下している人(申し立て者)への説明など。
 - ・扶養義務者(子、親、兄弟)がいても関わりたくないとか、家庭内不和の理由で施設や病院に協力的ではないこと。
- 後見制度の利用手続き、費用の面から家族は消極的であり、利用者が少ない。簡素化等により利用しやすい制度改革を希望する。
- 医療機関では、痴呆状況のある方に対し、向精神薬等の薬剤により、その状態を改善しようとする向きがあるが、生活施設の中では“当たり前の生活”を送っていただくことを目標に本人をサポートしているため、向精神薬を含む全ての薬剤の作用、副作用によって生活に弊害(ふらつき等)が出てきている事実を医療機関は知って欲しい。また、薬の分量にしても、15才以上の成人としてひとくりに高齢者も含めないで、高齢者用の分量を市販薬、調剤薬において定めて欲しい。
- 入所時には親族がおられない、連絡先が不明であったケースも、施設で可能な方法で戸籍を調べさせてもらうと親族がわかったケースがいくつかあります。そして、終末期や遺産分与のご相談ができました。入所前のプライバシーや生活歴にどれだけ施設が関わられるのか、検討事項もありますが、親族の方々の連絡先を調べさせてもらうだけでも情報量が随分と広がります。ターミナルの方針をご相談する時に必要だと思います。
- 本人の意思能力がある時に成年後見制度等を利用し、自分の財産を守り、管理していく必要があると思われる。
- 施設に入所する段階で行政が関わるケースが多いと思う。特に身寄りのない者については、行政が深く調査をし、施設入所依頼のケースが多い。その依頼を受け施設に入り、最期まで施設で生活をするのであれば、施設の長が代行していくこともいいのではないかと感じる。行政と関係連絡は保ち、総合を理解しながら行えるのも施設だからではないかと感じる。施設(特別養護老人ホーム)の場合は生活の場で、その中で施設の役割は家族にかわる事を行っているのですから。
- 病院の受け入れ体制を完備して欲しい。痴呆症状者であっても、24時間の見守り等はスタッフ(施設)、家族としても難しい状況である。法制度の面からも病院の受け入れ体制について指針を示して欲しい。

- ・成年後見人制度を利用する際、実費が必要であり低所得の方が利用するのは難しい。
・特に入所施設の契約においては、本人に身元引受人がない場合など、行政が責任をもって措置すべきである。身寄りがなく、低所得な方は、医療的なレベルが高くなり、特養対象でなくなった場合、行き先が決まらず施設側に負担がかかる。また、精神科への入院などの場合も、本人に判断力がなければ、低所得で成年後見人制度を利用できない場合どうするのか。
・介護保険実施後は、身元引受人のある人しか入所させていない。旧措置者の中にはそういった人がたくさんいる。そういった人は措置した行政に行き先を決めてもらわないと困る。
- 施設利用者の権利擁護については、充分配慮したいと考えているが、その方法や決定には単純ではない諸事情がからんでいる場合も多いと思われ、利用者とそれを取り巻く環境の総合的状況を関係者で調整を図ってベストな判断につながる一助としたい。
- 医療については、医療機関が痴呆の疾患を持つ方々にもっと理解を持ってほしい。また、特養入所中で、且つ身寄りがいない方が万が一亡くなった場合に公的機関が今後のことについて関与して欲しい。
- 介護保険制度が始まってから、施設と自治体との結びつきがそれ以前より薄くなり、その結果、今回の問題も含め施設にかかる負担が大きくなったように感じるが、そこに施設のみでは越える事のできない壁もあるのも事実です。上記設問についても、ある程度の取り決めや線引きを行い、（地域独自でも構わないと思います）形のある方向性をもって進めて行けたらと考えています。そのためには、地域、自治体との更なる結びつきは不可欠だと思います。
- 医療及び財産管理、看取りの方法など、より公平な行政にも受け入れられる第三者を含む委員会を作り、決定して行くのが良いと思う。成年後見人制度、リビングウィル等はまだ一般に広まっていない。既に痴呆となった人の対応を急がねばならないと考えている。ご家族は特養での看取りを希望しているが、医師が真夜中、休日などすぐ対応出来ない場合があって、積極的には私達の施設では出来ない。常勤が一人であるため、長期休暇を取った時が困ります。協力病院の先生にお願いしておりますがスムーズには行きません。
- 痴呆性高齢者の医療のあり方については、実際は事情をよく知っている家族の方が代弁しております。家族がない場合（あるいは不仲の場合）が問題。
- 痴呆性の高齢者ではありませんが、下記のようなケースで財産保全や権利擁護どのようになされていくものなのか、悩み検討中です。
 - ①脳梗塞の後遺症で失語等の高次機能障害がある。
 - ②倒れているところを発見され、意識は回復したが身元を判明できる手がかりがない。
 - ③そのような理由により市の措置でホームに入所となった。

↓

- ・生活保護となり、毎月市から本人の名前で現金が届くものの、住民票のないことが理由で銀行に通帳がつかれない。
- ・戸籍を新たにつくれないか家裁に相談するも、本人の現在の意思決定能力ではそのための作業ができないとの返答。

今後、医療面その他色々と予測のつかない問題も起こりうるかもしれませんが、さしあたって現金の管理について悩んでいます。管理するといっても、「方法」という事務的な事と「使う」という目的と、どうすることが本人の権利が守られるということになるのか。他の施設でも同様の事例はあると思われ、検索しつつ検討中です。

平成 15 年度

厚生労働科学研究費補助金（効果的医療技術の確立推進研究事業 痴呆・骨折分野）

「痴呆性高齢者の権利擁護」

分担研究報告書

痴呆性高齢者の権利擁護に関する研究

分担研究者 田山 輝明 早稲田大学法学部教授、副総長

研究要旨：

痴呆性高齢者の人権擁護の在り方について、医療を含む社会的システムと法的システムの観点から検討し、地域における福祉行政の役割を重視しつつ、その両システムの総合的かつ有効な利用を検討し、新しいシステムの在り方を提言する。

A. 研究の目的

地域福祉権利擁護事業と成年後見制度は、これに対する社会的ニーズが確実にあるにもかかわらず、当初期待された程には利用されていない（後述論文参照）。社協や行政が実施する制度説明会等の際に当研究グループが調査した限りでは、二つの制度自体が福祉関係者によっても十分には理解されていない。自己決定の尊重（例えば本人の同意）と制度の有効利用とが調和しない場合も生じている（最高裁判所の統計によっても、本人の同意を要件としない狭義の後見制度の利用が最も多いという結果をもたらしている）。成年後見制度利用のサポートシステムの構築と裁判所の関与を前提とした新たな法改正の提言とを行う必要も生じつつある。平成 15 年度からの支援費制度の導入との関連(契約の重視)もあるので、こ

の点は今後とも極めて重要な課題である。

B. 研究の方法

標記の二つの制度に関する主要な問題は、その日本社会への定着である。研究分担者は、全国社会福祉協議会、東京都社会福祉協議会の関係委員会に関与しているだけでなく、福祉サービス利用援助システムの「モデル事業のための委員会」に参加し(後述の調布市ほか 4 市の委員会、江東区、西東京市等)、標記両制度の抱えている問題点の具体的解決に努力している。さらに研究参加者が分担して特定の地方自治体において必要な調査を行っている。月例研究会においては、行政の実務家の意見を聴取することができた。なお、平成 14 年度は、成年後見制度の運用について、介護保険との関係も含めてドイツとの比較研究も行った（外

国人研究者招聘事業)。平成15年度は、ドイツへの派遣研究を行なった。

C. 研究の結果

現実の事例に基づいて、以下のような判断能力の類型に応じて問題点と解決策を検討している。類型の析出にあたっては、高齢者を前提としているが、知的障害者と精神障害者についても基本的に妥当する。

1 第一類型 財産を有しかつ判断能力をも有する市民が高齢化（する）した場合には、主として地域福祉権利擁護事業と任意後見制度（高額な財産管理に適している）の利用による対応が適切である。両制度とも本人の最小限度の判断能力（意思能力）を前提としているが、意思能力は相対的に理解すべきであり、前者の方が意思能力は低くても利用できると解すべきである。

判断能力および身体的能力について全く問題がない者については、地域福祉権利擁護事業についても利用の可能性はないが、上記の能力の点で、福祉サービスの利用において支障が生じている場合には、その利用は可能である。また、この者は、成年後見制度については、法定後見制度の利用の要件を充足しないであろうが、任意後見制度の要件は充足すると思われる。この場合には、この者は、将来、自分が痴呆等によって財産管理等ができなくなった場合に後見人として財産管理等をしてくれることを委任することになる。

2 第二類型 財産を有するが、すでに判断能力が不十分な市民の財産管理・身上監護については、主として地域福祉権利擁護事業と法定後見制度（後見・保佐・補助）の利用が適切である。前者と保佐・補助に

ついては、利用が競合し得る。判断能力を欠く「常態」であれば、後見開始審判を受けるべきである。すでに判断能力が不十分であっても、任意後見契約の締結が不可能であると決めつけることはできないから、痴呆等の状態によっては任意後見契約も可能である。しかし、親族等の事実上の援助がなければ、実際上は任意後見契約の締結は困難であるし、後日に法的問題（契約の有効性等）を生じさせかねないから、慎重にすべきである。

3 第三類型 財産を有しないが、判断能力は有する市民が高齢化（する）した場合には、主として身上監護を中心とした成年後見制度の利用と、地域福祉権利擁護事業をも利用した日常金銭管理等が中心的課題となる。判断能力については援助を要しない場合であれば、生活の確保について（生活保護の受給を含めて）サポートが必要になる。現に判断能力を有する以上、判断能力が不十分であることを要件とする制度の利用はできないが、高齢者であるから、近い将来において判断能力が不十分になることが考えられるので、任意後見契約の利用については、検討しておく必要はあろう。

もっとも、「財産を有しない」のに任意後見が必要かとの意見もあろうが、悪質なセールスマンに騙されて不要な、かつ高価な物を購入してしまうようなこともありうる。このような場合に、事後的に保護するには、民法上の詐欺（96条——取消）、消費者契約法による保護（取消）、特定商取引に関する法律（旧訪問販売法——クーリング・オフ）等による保護も可能であるが、重要なことはできるだけ本人が行わないようにする（代理行為により処理する）には、任意

後見制度の利用は有効である。

4 第四類型 財産を有せず、判断能力も有しない市民の財産管理・身上監護については、生活保護の受給をも含めて、生活の確保と日常金銭管理が中心的課題となる。在宅か施設入所かに関係なく、親族によるサポートが得られない場合には、成年後見制度等の利用を検討しなければならない。地域福祉権利擁護事業の利用が可能な程度に判断能力を有する場合には、その利用が可能であるが、それが不可能な程度に痴呆等か進行している（重度の）場合には、法定後見制度を利用する以外にない（この場合には、狭義の後見）。施設入所している場合には、成年後見は不要ではないかとの意見もあるが、施設側としては、本人の意思により決定すべき事項について、本人の意思が分からない状態になっている場合には、成年後見人を選任する必要性はあると言えよう。

D. 考察

上記のすべてのタイプについて、成年後見制度の利用について親族の支援が得られる場合と、得られない場合があるが、後者の場合には、行政の関与が重要である。ここでは、特に成年後見制度の（区）市町村長による申立が検討される必要がある。社会福祉の基礎構造改革の結果、従来の「措置」の関係が原則的に契約関係に移行した。措置の場合に、措置権者のイニシアティブに依存することができたが、契約関係においては、当事者の一方が申し込みをしなければならず、それは、通常は福祉サービスの利用者であるから、契約に先立つ判断を含めて利用者のためのサポートが必要であ

る。そのような機能を果たし得る機関が必要とされる。

既存の権利擁護センターは主として痴呆性高齢者と知的障害者への対応を考えて設置されているが、最近では、精神障害者も利用できるようになりつつある。しかし、精神障害者は治療により精神疾患がコントロールされている場合には、判断自体についてはサポートを必要としない人もいるから、その場合にはサポートはそのような適切な治療に関する日常的サポートが必要であるということになるだろうか。しかし、実際には、そのような区別は困難であるから、総合的な生活上のサポートがなされるべきである。その際には、医療保護入院が必要とされる場合を含めて、「保護者」の役割が検討されなければならない。保護者は「精神障害者に治療を受けさせ、および精神障害者の財産上の利益を保護しなければならない」（精神障害者福祉法22条）とされているが、これは入院させた後の、持ち物の整理程度のことであり、いわゆる財産管理権ではないと解されている。従って、親族などの援助の範囲を超える財産管理権や契約締結などが必要であれば、成年後見人の選任が必要になることはある。

精神障害者の地域生活（在宅生活）が可能になるためには、生活のサポートと医療システムとの連携を可能にするサポートが必要である。しかし、これまでは、医療サイドからのサポートシステムは不十分であったのではないか。権利擁護センターにおける精神科医師の協力はあったが、精神障害者の在宅生活を支えるシステムは十分とはいえなかったと思われる。既存の権利擁護システムとの連携の中で、新しいシステ

ムが模索されるべきである。

E. 結論

1 権利擁護機関の在り方

権利擁護機関は、その性質・役割から考えて、国や都道府県レベルではなく、原則として市町村レベルに設置されるべきである。地域行政は、自らのイニシアティブにおいて権利擁護機関（行政中心型、社協型、行政連合型、社協連合型、第三者機関型など）の設立を推進すべきである。そこでは、福祉・法・医療などの連携が必要となる。この場合には、地域行政にも存在する「縦割り」から来る不便さを克服した制度の立ち上げが必要である。また、民法上は、法人後見が認められており、その場合の法人には営利法人が排除されていないが、その場合の問題点についてもさらに検討が必要である。後見制度関連の法人は社会福祉法人とすることが困難な場合においても、中間法人（非営利）とすべきであろう。

この機関は、以下に述べるように、組織として、まず、第三者性（特に行政との関係において）、中立性（特に福祉サービス業者との関係において）、専門性（特に質の高いサービスとの関係において）、透明性（特にその運営との関係において）を有していなければならない。

<新しい組織に関する原則等>

サービス利用と新しい組織の在り方については、以下のような点が現今の課題である。

(1) サービスの内容（個人的サービスと専門性） 支援組織は、サービス提供の際に被支援者との個人的関係（各個人にマッチした支援）を維持できるように組織を

運営することが必要である。そのためには、職員の研修等を通じて、サービス給付の専門性のレベルを向上させ、かつそれを維持することが必要となる。

権利擁護を実現するには、専従の職員以外に、多くの専門家（福祉、法律、医学）の参加または協力が必要である。これは組織における専門相談等の形で実現されるであろう。

(2) 関連組織との協力とネットワークの確立 成年後見制度をはじめとする新しい福祉サービスは市民には未だに良く知られていないため、潜在的ニーズは大きいとしても権利擁護機関の出発当初においては多くの利用者は望めないかもしれない。従って、既存の関連組織と提携して、ニーズを掘り起こす努力も大切である。

成年後見制度の利用援助は、権利擁護の一環として理解され、位置づけられなければならない。相談事業の中で権利侵害の実態を発見することもしばしば生ずるかもしれない。そのような場合には、都道府県社協の福祉サービス運営適正化委員会等との連携も必要となるであろう。

(3) 組織の中立性（第三者性） 社協の下で生まれる新しい組織は、財政的には関係市による援助を受けなければならないが、当該市の行政とは一定の距離を保つべきである。社協は、福祉サービスについて本人の立場に立って契約を結ぶようなことをも行う以上、新しい機関は行政やサービス業者（本人の契約相手）との関係において中立であることが望ましいからである。そのような意味において、この組織は社協の内部においても独立性・中立性を保持していることが望ましいといえる。

(4) 組織の在り方としての透明性 この組織は公的資金の援助を受け、市民の人権や財産にかかわる仕事を行う以上、市民に対してガラス張りの組織である必要がある。市民がこの組織を良く理解し、安心して利用し、かつ不正行為を防止するためにも、この原則の遵守は極めて重要なことである。

2 成年後見制度の課題

権利擁護を実現する上での最も中心的な制度である成年後見制度も発足以来3年を経過しようとしているが、以下のような、新たな課題を抱えている。

1 後見人の供給体制

(1) 後見人の確保 日本では成年後見人等（保佐人、補助人を含む）の約85%以上が親族である。ドイツやオーストリアにおけるのと同様に、この割合が徐々に下がるとしても、当分の間はこの程度であろう。これは親族がいる場合には、後見人は親族でまかなうことができると考えてよいことの根拠になりそうであるが、他面では、すでに親族が相当に無理して後見人を受け付けているとも考えることができる。つまり、

(イ) 親族がいなかったり、いても後見人を受け付けることができない場合にどうするか、という問題が生じている（市区町村長による申立等の活用）。

(ロ) また、事情がよく分からないままに後見人を受け付けた者が、様々な問題に遭遇して悩みを抱えている事例も生じている。

一般的に、親族以外の者が後見人になる場合には、まず、弁護士（高額な財産管理を必要とする場合）、司法書士（「リーガルサポート」の利用）、社会福祉士等の専門家

が考えられる。その他にも、十分な財産を有しない者の場合には、一部の地域では、社会福祉協議会が法人後見を引き受けている場合もある。また、調布市・日野市・狛江市・多摩市・稲城市におけるように、地域行政の協力により「(仮称)多摩南部成年後見センター」(有限責任中間法人)が設立され、2003年7月から活動を開始する例もある。この組織は、研究分担者田山が準備段階の委員会の責任者として参加し、新組織の理事長になる予定である。

成年後見人の供給については、現在のところ、弁護士や司法書士、社会福祉士の職能集団による対応が先行し、地域行政や地域社協が漸く対応し始めたというところである。今後は、地域行政がこの任務に如何に対応するかが最も重要な課題である。

(2) 人材の育成 職能団体が後見人を受け付ける場合には、それぞれの団体内部において一定の研修等を受けた者だけが後見人を受け付けるようにしているのだから、福祉への理解を欠いた法律家が後見人等になるようなことは回避されているはずである。しかし、弁護士が個人で後見人を受け付ける際には、そのような研修が後見人就任の条件になるわけではないから、そのような場合には、財産管理は過失なく行っているが、本人のために財産を消費しているかという疑問がないわけではない、といった事例も生じている。つまり、財産管理とは節税などにより財産を減少させないで管理することで十分だと理解している法律家もいるのではないと思われる。しかし、後見人等が行う財産管理とは、騙取や浪費等を防止することに留まるのではなく、本人の財産をいかに有効に本人のために（その

意思に添って)消費するか、という観点が大切なのである。したがって、後見人を引き受ける以上、法律家も福祉の諸制度や後見制度の福祉的意義などについて、一定の研修等を受けることが望ましい。また、福祉の専門家は、財産管理に必要な最小限度の法律知識を身につけるべきである。

(3) 後見と介護・介助 後見人の任務の一つとして本人の身上監護があるが、これは、介護ないし介助のような事実上の世話を意味するものではないということを開係者としては十分に理解しておくべきである。そうでないと、「あの後見人は本人の介護をやらないから職務怠慢だ」というような非難がなされることになるからである。後見人は、訪問介護や入浴サービス、給食サービス等をアレンジする(契約を結び関連費用の支払いをするなど)をなすべきなのであり、自分で介護等を行うことは法的義務ではない。特に、親族と法律家、親族と法人後見等の組み合わせにより、複数後見人体制が実現するような場合には、後見人間の、後のトラブルを回避するためにも、この点に関する関係者の理解は重要である。

2 家庭裁判所での手続の迅速化

(1) 申立 後見申立は裁判所の手続であるから、誰がやるにしても書類の作成等にある程度の時間がかかることはやむを得ない。しかし、現状ではあまりにも時間がかかりすぎるといふ不満が多く聞かれる。家庭裁判所に、本人やその家族が直接出頭して相談しても、日本の法律では、「申立」がないと直接家庭裁判所が手続を開始することはできないことになっている。この点では、ドイツにおけるように、誰が裁判所

に行っても、直ちに裁判所が調書を作成して必要であれば手続を開始するシステム(職権主義)とは異なっている。

家庭裁判所では、恐らく必要な書類の給付と最小限度の説明はしてくれるであろうが、弁護士事務所に相談にいった場合のようにはいかないであろう。つまり当事者としては書類を貰って取り敢えず帰っているということになる場合が多いのではないだろうか。そこで、誰かが本人や家族のために申立書の作成のために具体的な援助をする必要があるのである。そこで、本人や親族のために、行政や社協などが申立の援助サービスを行う必要があり、それによって手続の準備段階での迅速化が図られるであろう。

(2) 診断・鑑定 申請の際に添付する書類として医師の診断書が必要になるが、これは、本人が意思の診断を受けることを拒否している等の事情(これは現行システムの問題ではない)がない限り、時間的な問題は生じないであろう。問題は、手続期間中の鑑定に要する時間である。現在手続が遅れている場合の多くは鑑定に時間を要する事例であると言われている。民法改正前に比べると、鑑定がある程度簡易化され、時間も費用も少なくなったと言われている。そのような事情の中で遅れているのはどのような場合なのであろうか。鑑定を引き受けた医師が鑑定の仕事を後回しにしているとかといった場合を除けば、鑑定に時間を要する困難事例が考えられる。さらに具体的に言えば、依頼された医師のもとに本人に関するデータが全く存在しない場合には、診察や検査によってデータを蓄積しなければならぬから、鑑定人としては最小限度

の時間がどうしても必要となる。これを短縮するためには、本人の主治医の立場にあった医師や病院に協力を求めることが考えられる。その際には、看護師の有する入院の際の記録等も有力な資料になるとも言われている。このような意味において医療関係者の間における協力が期待される。本人のデータが既に存在している医師や病院に鑑定を依頼することによって時間の短縮を図ることも一つの方法であるが、微妙な場合には、予断のない他の医師の鑑定を求めることが望ましい場合もあろう。

(3) 後見の緊急性 後見の申立は必要性に基づいて行うのであるから、申立から数カ月後に後見等の審判がなされたのでは、本人の需要を満たすことができないことにもなりかねない。そこで、緊急の必要がある場合には、「審判前の保全処分」が認められている。それによって一定の者に「後見を命ず」という方法等により、必要最小限度の権限が与えられる。したがって、緊急の必要性がある場合には、この制度を利用して後見の申立同時に「保全処分」の申立をおこなっておくとよい（家事審判規則23条）。

しかし、福祉の現場で仕事をしている者としては、申立の準備をしている時点（申立前）で既に何らかの財産管理的行為や身上監護的行為が必要になる場合がありうる。このような場合には、まず必要最小限度のことをしてしまっただけで民法上の事務管理として説明するようなことしかできないのが現状である。この点は、立法上の課題であろう。

3 十分な財産を有しない者の場合

成年後見制度を利用するための手続費用（鑑定費用を含む）や後見人報酬等を支払うのに十分な財産を有しない者を巡っても問題が生じている。成年後見制度とは、そもそも自分の財産を自分で管理できない人のためのものであると解するのであれば、管理すべき財産がない人はこの制度を利用する必要がないと言う人もいた。しかし、財産を有していなくても、騙されて契約を結んでその契約を取り消したいと思う人もいるであろうし、福祉関係の契約・手続（施設入所契約等も含む）を自分でできない人もいるであろう。そのような人も必要に応じて成年後見制度を利用できなければ法の下での平等に反することになる。このような場合には、申立については、まず親族に相談して費用負担を含めてその了解が得られれば、それでよい。それが得られない場合（適当な親族がいない場合もある）には、痴呆性高齢者、知的障害者、精神障害者については3つの法律（老人福祉法32、知的障害者福祉法27の3、精神障害者福祉法51の11の2）に基づいて、市町村長が成年後見等の申立を行うことができる。本人が費用を負担できない場合には、国・県の補助金を前提として当該市町村が負担する仕組みもある。しかし、制度上、この補助金は、申立人がいない場合に市町村長が申立をおこなった場合にのみ可能となっているので、その他の場合（本人や親族の申立の場合）には、この補助金を利用することはできない。

現時点では、上の要件を満たさない場合でも、司法書士会がおこなっている「リーガルサポート」の下に一定の要件の下で利用できる「成年後見助成基金」が存在して

いるだけである。その他では、東京都江東区で、「成年後見制度利用条例」（2003年2月）が議会に提案されており、これによると、上記の要件を満たさない場合においても、一定の要件の下で手続費用と後見人報酬を補助する仕組みが用意されている。このような仕組みは、本来国が用意すべきものであろうが、その準備が整うまでは個別の自治体行政が行うのもやむをえないであろう。

なお、前述の調布市ほか4市による「成年後見センター」等が法人後見を引き受けの際に、事情に応じてどの程度低い料金で行うことが可能か等の問題は、今後の課題となっている。

4 成年後見人等がいる場合の権利擁護

判断能力が不十分な人の権利を擁護するために成年後見人等が必要であるということで、この制度を利用して、現に成年後見人等がついているが、消費者被害を受けてしまったというような場合も生じている。これは、判断能力の十分な人を前提として消費者契約法やその他の消費者関連法が制定されているのであるから、決して不思議なことではない。後見人等になっている者が1人の消費者としてその権利行使（主張）について研修しておくことが大切であると同時に、成年後見人等として特別に有している取消権等の有効な利用についても、研修等を通じて熟知しておくことが大切であろう。また、地域の権利擁護センター等と普段から連絡を密にしておいて早期に気軽に相談するようにすべきである。

F. 健康危険情報

被調査者のプライバシーの保護には十分な配慮をした。その他の健康危険は存在しない。

G. 発表

1 論文発表

田山輝明著『続・成年後見法制の研究』（2002年3月）に続いて、別紙5の論文等を発表した。本研究資金による購入図書の利用によるところが大きい。同書「はじめに」参照。

2 学会発表など

田山輝明 平成14年6月8日（土）日本公証法学会 西南学院大学（九州）任意後見制度と公証人の役割 ゲストスピーカーとして

田山輝明 平成15年2月18日（火）社団法人全国老人保健施設協会主催 シンポジウム「知っておきたい成年後見制度」（後援厚生労働省） パネラーとして

田山輝明 平成15年10月21日（火）多摩南部成年後見センター創立記念講演「法人後見人の手足と心」（同センター）

田山輝明 平成15年11月1日（土）「日本の成年後見制度の現状」（日本成年後見法学会創立記念国際シンポジウム）

田山輝明 平成16年2月23日「高齢者や障害者の地域生活をささえる」（埼玉県社会福祉協議会、権利擁護セミナー、コーディネーターとして）

H. 知的所有権の取得状況

なし

平成 15 年度

厚生労働科学研究費補助金（効果的医療技術の確立推進研究事業 痴呆・骨折分野）

「痴呆性高齢者の権利擁護」

分担研究報告書

痴呆性疾患における心理アセスメントと社会生活機能に関する研究

分担研究者 松田 修 東京学芸大学心理学科助教授

研究要旨

本年度は、(1)痴呆性高齢者の社会生活機能と神経心理学的検査の成績との定量的解析、(2)金銭管理能力評価手技の開発、(3)記憶過程の活性化と生活障害緩和のための介入プログラムの効果の検討を行った。研究Ⅰでは、Alzheimer病(AD)患者の社会生活機能の障害の背景にある神経心理学的障害を検討した。ステップワイズ法による重回帰分析の結果、社会生活機能の低下を予測する変数として、日本語版COGNISTAT見当識、日本語版COGNISTAT判断、日本版WAIS-R符号の成績が抽出された。この結果から、AD患者の社会生活機能の障害は、見当識、抽象的思考、精神運動速度といった認知機能の低下と関係することが示唆された。さらに、個々の社会生活活動に注目すると、金銭管理能力については、見当識や抽象的思考に加えて数的処理能力に関する検査の成績(日本版WAIS-R算数)、交通機関の利用については、視覚情報の認知を要する検査の成績が予測変数として抽出された。研究Ⅱでは、昨年度作成した金銭管理能力評価手技(FCAT)を用いて、痴呆の重症度別に金銭管理能力の障害の特徴を検討した。MMSE得点に基づいてAD患者をmild群(MMSE \geq 19)とmoderate群(MMSE \leq 18)にわけ、この2群と年齢および教育歴をマッチさせた健常高齢者群との成績を比較した。その結果、ADの比較的軽度な段階においても、金銭管理能力に低下があることが示唆された。研究Ⅲは、地域で生活する痴呆患者を対象に、認知機能プロフィールに基づいて個別に作成したメモリートレーニング(MT)を試行し、事例検討を通じて、そのプログラムの効果について検討した。その結果、メモリートレーニングが初期AD患者の認知機能の改善・維持、および生活障害の緩和に対する新たな治療技術となりうる可能性が示唆された。

この分担研究の目的は、痴呆性高齢者が可能な限り地域で長く、かつ、安全に生活するために必要な治療的介入の指針を検討することである。この点を検討するために、本年度は、以下の3つの研究を行った。

本年度は、(1)Alzheimer病(AD)患者の社

会生活機能と神経心理学的検査の成績との定量的解析、(2)金銭管理能力評価手技FCAT(Financial Competency Assessment Scale)を用いたAD患者の金銭管理能力の障害の検討、(3)記憶過程の活性化と生活障害緩和のための介入プログラムの効果の検討を

行った。

【研究 I】

A. 研究目的

AD患者を対象に、社会生活機能と神経心理学的検査の成績とを定量的に解析し、どのような認知障害がAD患者の自立した社会生活の維持を困難にするかを検討した。この分析に基づき、個々の社会生活機能の遂行に必要な認知機能を検討することで、どのような認知障害があると、具体的にどのような社会生活機能に支障が生じるかを明らかにした。

B. 研究方法

1. 対象

対象は、73人のAD患者(男性26人、女性47人)(平均年齢=74.75才、SD=8.94)である。今回対象となったAD患者は、2001年4月～2003年12月までの間に、物忘れを主訴として、都内の神経科クリニックを受診した患者である。すべての患者はDSM-IV (American Psychiatric Association, 1994)のDementia of Alzheimer's typeおよびNINDS-AD RDA (McKhann et al., 1984)のprobable Alzheimer's diseaseの診断基準を満たした。患者のMini-Mental State Examination (MMSE) (北村, 1991)の平均得点は、18.42点(SD=6.26)であった。Clinical Dementia Rating (CDR) (本間, 1991)に基づく重症度は、CDR(0.5)=14人(19.2%)、CDR(1)=34人(46.6%)、CDR(2)=25人(34.2%)であった。

2. 社会生活機能の評価

社会生活機能の評価は、一昨年から昨年度にかけて作成した社会生活機能評価尺度を用いた。本年度は、一部の下位尺度を再構成し、7領域の社会生活機能(金銭管理、交通機関の利用、安全管理、セルフケア、

家事、コミュニケーション、服薬)を評価した。

1) 下位検査の内容

(1) 金銭管理(managing finances)

金銭管理は、「土地や建物の権利書などの不動産や財産の管理」、「請求書の支払い」、「金融機関での用事(振り込み、引き出し、預貯金等)」、「食料品や雑貨等の日用品の買い物」という4項目から構成されている。

(2) 交通機関の利用(ability to use public transportation)

交通機関の利用は、「電車の利用」、「バスの利用」、「タクシーの利用」という3項目から構成された。

(3) 安全管理(taking precautions)

安全管理は、「ガスや火気の取り扱い・管理」、「戸締まり」、「エアコンやストーブ等の冷暖房器具の取り扱い」という3項目から構成された。

(4) セルフケア(self-care)

セルフケアは、「身のまわりの整理整頓」、「入浴(身体を洗う、髪を洗う)」、「トイレの使用」、「食事をとること」、「季節、天候、場面にあった服を選ぶ」、「衣服の着替え」、「整容(身だしなみ、整髪、化粧等)」、「洗面、歯磨き、入れ歯の手入れ」という8項目から構成された。

(5) 家事(housekeeping)

家事は、「献立を考える」、「食事を作る(必要な量を正しい手順で時間通りに)」、「必要な範囲をきちんと掃除する」、「洗濯機の使用」、「お風呂の準備(湯ぶねにお湯をはる等)」という5項目から構成された。

(6) コミュニケーション (communication)

コミュニケーションは、「手紙や年賀状を書く」、「電話の使用」、「テレビやラジオの操作」という3項目が含まれた。

(7) 服薬 (taking medicine)

服薬は、「服薬管理(例、正しい量を正しい時間に服薬する)」という1項目から構成された。

2) 下位検査得点の算出

個々の項目に記載された活動を患者がどの程度自立して行うことができるについて、高齢者の実際の生活状況を良く知る家族に、5件法(0=元々していない~4=十分にできる)による評定を求めた。下位尺度ごとに項目の合計得点を算出し、下位尺度得点とした。また、全27項目の合計得点は、全般的な社会生活機能の指標として用いた。

3) データ収集

データは郵送による回収、もしくは外来受診の際に記載を依頼した。なお、郵送の場合は、研究目的および方法を明記した書面および返信封筒とともに、社会生活機能評価尺度を家族に送付した。

4) 信頼性と妥当性

(1) 信頼性

今回のサンプルに基づくCronbachの α 係数(服薬は1項目のみのため計算されていない)は0.71~0.90、1ヶ月後に実施した再検査データに基づくtest-retest信頼性(n=13)は0.89~0.97であった。尺度全体のCronbachの α 係数およびtest-retest信頼性は、0.94と0.92であった。これらの値を見る限り、ほぼ満足のいく信頼性が得られたと考

えられる。

(2) 妥当性

妥当性については、MMSE得点と家族による包括的な自立度評定を外的基準とする基準関連妥当性の検討を行った。包括的自立度の評価では、家族に患者の日常生活の自立度を4段階(1=手助けや指示がなければまったくできない、2=手助けや指示がなければほとんどできない、3=手助けや指示がなくともある程度できる、4=手助けや指示がなくとも十分にできる)で評定するよう求めた。こうして得た包括的自立度の程度およびMMSE得点と、社会生活機能尺度の合計得点および各下位尺度得点とのPearsonの積率相関係数を算出し、妥当性の指標とした。

その結果、MMSEとの相関係数は0.46~0.70、包括的自立度との相関係数は0.43~0.65であった。これらの結果から、ほぼ十分な基準関連妥当性が認められた。

3. 認知機能評価

1) 認知領域

本研究では、見当識(orientation)、注意(attention)、エピソード記憶(episodic memory)、意味記憶(semantic memory)、言語(language)、視知覚・構成能力(visuo perceptual and constructive abilities)、数的能力(computation ability)、抽象的思考(abstract thinking)、精神運動速度(psychomotor speed)といった9つの認知領域を評価した。これらの認知領域を評価するために、日本語版Neurobehavioral Cognitive Status Examination(COGNISTAT)(松田ら、2001; 2003)の10下位検査(見当識 orientation、注意 attention、理解 comprehension、復唱 retention、呼称 naming、構成 constructive ability、記憶 m

emory、計算 calculation、類似 similarities、判断 judgment)と、日本版Wechsler Adult Intelligence Scale Revised (WAIS-R) (品川ら, 1990)の6下位検査(知識 information、単語 vocabulary、算数 arithmetic、絵画完成 picture completion、絵画配列 picture arrangement、符号 digit symbol)を実施した。なお、各々の認知領域を測定する下位検査はTable 1に示すとおりである。

4. 分析方法

分析は2つのステップから行われた。まず、社会生活機能評価尺度の領域別得点および合計得点と、認知機能に関する全16検査の成績とのPearsonの積率相関係数を算出し、関連性を検討した。次に、社会生活機能評価尺度の下位検査および合計得点との相関係数の値が0.40以上の値を示した認知機能検査を抽出し、これらの検査成績を独立変数として、各々の社会生活機能を従属変数とする回帰式に投入した。ここでは、Stepwise法による重回帰分析を行い、どの検査の成績がどの活動の遂行を予測するかを検討した。これらの分析結果に基づいて、どのような認知障害がAD患者の自立した社会生活の維持を困難にするかを検討した。

5. 倫理面への配慮

医療機関に保存された個人情報、原則として、当該機関の担当職員が研究協力者となって、統計処理されない個人情報が、そのまま機関外部に流出することのないよう配慮した。

C. 研究結果

1. 金銭管理

Table 1に示すように、金銭管理能力は、COGNISTAT見当識、COGNISTAT記憶、WAIS-R

知識、COGNISTAT理解、COGNISTAT呼称、COGNISTAT構成、WAIS-R絵画完成、COGNISTAT計算、WAIS-R算数、COGNISTAT類似、COGNISTAT判断、WAIS-R絵画配列、WAIS-R符号の成績と有意に関連した。このうち、0.40以上の相関係数の値を示した8つの認知機能検査を独立変数とする重回帰分析を行った。Table 2に示すように、COGNISTAT見当識、WAIS-R算数、COGNISTAT類似の成績が有意な予測変数として抽出された。これら3つの認知機能検査の成績で、金銭管理能力の成績の約43%が説明された。

2. 交通機関の利用

Table 1に示すように、交通機関の利用は、COGNISTAT見当識、WAIS-R知識、WAIS-R単語、COGNISTAT理解、COGNISTAT復唱、COGNISTAT呼称、COGNISTAT構成、WAIS-R絵画完成、COGNISTAT計算、WAIS-R算数、COGNISTAT類似、COGNISTAT判断、WAIS-R絵画配列、WAIS-R符号の成績と有意に関連した。このうち、0.40以上の相関係数の値を示した6つの認知機能検査を独立変数とする重回帰分析を行った。Table 2に示すように、WAIS-R絵画配列とCOGNISTAT判断の成績が有意な予測変数として抽出された。これら3つの認知機能検査の成績で、交通機関の利用の成績の約40%が説明された。

3. 安全管理

Table 1に示すように、安全管理は、COGNISTAT見当識、COGNISTAT記憶、WAIS-R単語、COGNISTAT構成、WAIS-R絵画完成、COGNISTAT計算、WAIS-R算数、COGNISTAT類似、COGNISTAT判断、WAIS-R絵画配列、WAIS-R符号と有意に関連した。このうち、0.40以上の相関係数の値を示した8つの認知機能検査を独立変数とする重回帰分析を行った。Table 2に示すように、COGNISTAT見当

識、WAIS-R算数、COGNISTAT類似の成績が有意な予測変数として抽出された。これら3つの認知機能検査の成績で、安全管理の成績の約43%が説明された。

4. セルフケア

Table 1に示すように、セルフケアは、COGNISTAT見当識、COGNISTAT理解、COGNISTAT構成、COGNISTAT計算、WAIS-R絵画配列、WAIS-R符号の成績と有意に関連した。いずれの相関係数の値も0.40を下回ったので、重回帰分析は行われなかった。

5. 家事

Table 1に示すように、家事は、COGNISTAT見当識、COGNISTAT記憶、WAIS-R知識、WAIS-R単語、COGNISTAT理解、COGNISTAT構成、WAIS-R絵画完成、COGNISTAT類似、COGNISTAT判断、WAIS-R絵画配列、WAIS-R符号の成績と有意に関連した。このうち、0.40以上の相関係数の値を示した4つの認知機能検査を独立変数とする重回帰分析を行った。Table 2に示すように、COGNISTAT見当識とCOGNISTAT判断の成績が有意な予測変数として抽出された。これら2つの認知機能検査の成績で、家事の成績の約40%が説明された。

6. コミュニケーション

Table 1に示すように、コミュニケーションは、COGNISTAT見当識、COGNISTAT記憶、WAIS-R知識、WAIS-R単語、COGNISTAT理解、COGNISTAT呼称、COGNISTAT構成、WAIS-R絵画完成、COGNISTAT計算、WAIS-R算数、COGNISTAT類似、COGNISTAT判断、WAIS-R絵画配列、WAIS-R符号の成績と有意に関連した。このうち、0.40以上の相関係数の値を示した8つの認知機能検査を独立変数とする重回帰分析を行った。Table 2に示すように、

COGNISTAT見当識とWAIS-R符号の成績が有意な予測変数として抽出された。これら2つの認知機能検査の成績で、コミュニケーションの成績の47%が説明された。

7. 服薬

Table 1に示すように、服薬管理能力は、COGNISTAT見当識、COGNISTAT記憶、COGNISTAT構成、COGNISTAT類似、COGNISTAT判断、WAIS-R絵画配列、WAIS-R符号の成績と有意に関連した。このうち、0.40以上の相関係数の値を示した認知機能検査は、COGNISTAT見当識のみであった。

8. 全般的な社会生活機能(合計得点)

Table 1に示すように、社会生活機能の合計得点は、注意を除くすべての認知機能検査の成績と有意に関連した。このうち、0.40以上の相関係数の値を示した7つの認知機能検査を独立変数とする重回帰分析を行った。Table 2に示すように、COGNISTAT見当識、COGNISTAT判断、符号の成績が有意な予測変数として抽出された。これら3つの認知機能検査の成績で、全般的社会生活機能の54%が説明された。

D. 考察

本研究の結果、AD患者の社会生活機能の障害は、見当識、抽象的思考、精神運動速度といった認知機能の低下と関係することが示唆された。

個々の活動に注目すると、金銭管理能力については、見当識や抽象的思考に加えて、数的処理能力に関する検査の成績(日本版WAIS-R算数)が、交通機関の利用については、視覚情報の認知を要する検査の成績が予測変数として抽出された。

金銭管理を行う際、数的概念や計算などの数的処理能力は欠かせない。また、見当

識や抽象的思考も、予算や家計を管理する上で重要な能力と考えられる。これらのことを考えると、金銭管理能力に関する本研究の結果は妥当な結果といえよう。

電車やバスなどの交通機関の利用は、大都市で暮らす人々の生活にとって、大変重要な機能である。なぜなら、交通機関の利用は、都会で暮らす多くの高齢者にとって、通院、買い物など、生活の営みに欠かせない活動の根底を成すからである。本研究の結果から、交通期間の利用はWAIS-R絵画配列とCOGNISTAT判断の成績によって説明されることが示された。これらの検査はともに抽象的思考に関するものであるが、絵画配列は、提示された視覚情報に基づく情報処理が要求される課題である。この能力は、時刻表、切符売り場や乗車場所を示す案内表示など、駅やバスターミナルなどにある重要な視覚情報の認知に欠かせない。このように視覚情報から得た情報を正確に処理し、また、その状況を判断する能力が、交通機関を利用しての外出において重要であることが、本研究の結果から示唆されたといえよう。

E. 結論

AD患者の社会生活機能の障害は、見当識、抽象的思考、精神運動速度といった認知機能の低下と関係することが示唆された。さらに、個々の社会生活機能に注目すると、金銭管理能力については、見当識や抽象的思考に加えて数的処理能力に関する検査の成績、交通機関の利用については、視覚情報の認知を要する検査の成績が予測変数として抽出された。

F. 研究発表

1. 論文発表

今年度はなし

2. 学会発表

今年度はなし

文献

American Psychiatric Association: (1994). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth edition. American Psychiatric Association Press. Washington D.C.

本間昭. (1991). Clinical Dementia Rating (CDR). (大塚俊男・本間昭編集) 高齢者のための知的機能検査の手引き. 65-69. ワールドプランニング, 東京.

北村俊則. (1991). Mini-Mental State (MMSE). (大塚俊男・本間昭編集) 高齢者のための知的機能検査の手引き. 38-38. ワールドプランニング, 東京.

松田 修, 斎藤正彦, 黒川由紀子, 宮本典子ほか (2001) 日本版Neurobehavioral Cognitive State Examination(COGNISTAT)の作成: 信頼性と妥当性の検討(第1報). 老年精神医学雑誌. 12, 1177-1187.

松田 修, 熊沢佳子, 櫻庭幸恵, 松田英江ほか (2003) 日本語版Neurobehavioral Cognitive State Examination(COGNISTAT)の作成(第2報). 老年精神医学雑誌. 5: 14, 475-483.

McKhann, G., Drachmann, D., Folstein, M., Katzman, R., Price, D., & Stadlan, E. M. (1984). Clinical diagnosis of Alzheimer's disease: report of the NINCDS-ADRDA Work Group under the auspices of the Department of Health and Human Service Task Force on Alzheimer's D

isease. Neurology, 34, 939-944.

品川不二郎ほか. 日本版WAIS-R成人知能検査法: 日本文化科学社. 東京, 1990.

【研究Ⅱ】金銭管理能力評価手技の開発

A. 研究目的

昨年度開発したFCAT (Financial competency Assessment Tool)を用いて、Alzheimer病患者の金銭管理能力の障害を痴呆の重症度別に検討した。本年度は、年齢、教育歴に有意差のないNormal群 (非痴呆) (n=10)、mild AD群 (MMSE \geq 19) (n=10)、Severe AD群 (MMSE \leq 18) (n=13)の3群に分類。3群のFCATの合計得点、および6領域の下位検査の成績を比較した。

B. 対象と方法

1. 対象

対象は33人の69~74歳の高齢者(平均年齢75.15, SD=3.65)である。この内訳は、DSM-IVおよびNINDS-ADRDA(McKhann et al., 1984)のprobable Alzheimer's diseaseの診断基準を満すAD患者23人と痴呆のない高齢者(非痴呆群)10人である。AD群はMMSEの得点に基づいてmild AD群 (MMSE \geq 19) (n=10)、moderate AD群 (MMSE \leq 18) (n=13)の2群に分類された。3群の平均年齢、教育年数、MMSE得点はTable3のとおりである。

2. FCATの概要

FCATは金銭管理能力、すなわち、「人が自らの金銭や財産を計画的、合理的、かつ適切な方法で管理する能力」を評価するために、Financial Capacity Instrument(FCI)(Marsonら, 2000)を参考に独自に作成した検査道具である。FCATには、①基本的金銭スキル、②金銭概念、③金融機関の利用、

④物品購入、⑤金銭的判断、⑥収支の把握の6領域が含まれ、各領域得点と合計得点が算出される。

1) 基本的金銭スキル

領域1の「基本的金銭スキル」には、硬貨や紙幣の呼称や価値の判断、硬貨と紙幣と用いた計算、文章題の四則演算に関する課題が含まれている。

2) 金銭概念

領域2の「金銭概念」には、銀行、年金など知識に関する課題が含まれている。

3) 金融機関の利用

領域3の「金融機関の利用」では、引き出し用紙への必要事項の記入や、自動現金預払機(ATM)の使用が正確にできるか評価する。これらは、手続き的な知識の評価にあたるため、できるかぎり、現実の場面に即したものとなるよう工夫した。引き出し用紙の記入では、実際に銀行で使用されている引き出し用紙に類似した用紙を作成し用いた。自動現金預払機の使用では、パーソナルコンピュータで模擬画面を作成し用いた。

4) 物品購入

領域4の「物品購入」では、検査者が販売員になって、対象者に特定の物品を購入するように教示する。ここでは、対象者が、用意された金銭を用いて、指示された物品を、正確に代金を支払い、購入できるかを評価する。

5) 金銭的判断

領域5の「金銭的判断」は、ある状況を呈示し、そのような状況下でどのようにするかを問うものである。具体的には、家電

の買い換えやローンの計画の際、また、詐欺の危険の抽出や借金を申し込まれた際に、合理的な判断ができるか否か等を評価する。ここでは、言語的な記憶力の影響をできるかぎり除外し、金銭的な判断を評価するために、設問はボードに印刷し、教示した。

6) 収支の把握

領域6の「収支の把握」では、対象者が自ら収入や定期的な支出額、収入源などを、どの程度把握しているかが評価される。実際の金銭状況については、事前に対象となる高齢者のことをよく知る人物もしくはカルテに記載された情報から確認した。

3. 分析方法

年齢、教育歴に有意差のないNormal群（非痴呆）(n=10)、mild AD群 (MMSE \geq 19) (n=10)、moderate AD群 (MMSE \leq 18) (n=13)の3群に分類し、3群のFCATの合計得点、および6領域の下位検査の成績を一元配置分散分析によって比較した。事後検定にはBonferroniの検定を用いた。

次に、どのような認知機能の障害が金銭管理能力の障害と関係しているかを検討するために、ステップワイズ法による重回帰分析を行った。ここでは、まず、FCATの領域別得点および合計得点と、日本語版COGNISTATの10下位検査(見当識 orientation、注意 attention、理解 comprehension、復唱 repetition、呼称 naming、構成能力 constructive ability、記憶 memory、計算 calculation、類似 similarities、判断 judgment)の成績とのPearsonの積率相関係数を算出した。次に、FCATの成績との相関係数の値が0.40以上の値を示したCOGNISTAT下位検査を独立変数として、FCAT下の成績を従属変数とする重回帰分析(St

epwise法)を実施し、どの検査の成績がどの領域の金銭管理の困難を予測するのかを検討した。

4. 倫理面への配慮

医療機関に保存された個人情報、原則として、当該機関の担当職員が研究協力者となって、統計処理されない個人情報が、そのまま機関外部に流出することのないよう配慮した。研究への同意は、可能な限り被検者本人から得るようにしたが、本人から同意を得ることが困難な場合には、家族から同意を得るようにした。

C. 結果

1. ADと非痴呆高齢者とのFCATの比較

Table 4に示すように、moderate AD群は、FCAT合計得点およびすべての下位検査において、非痴呆群よりも有意に成績が低かった。moderate AD群は、mild AD群と比較しても、すべてのFCATの成績(合計得点および下位検査)で有意に低かった。

mild AD群は、非痴呆群よりも、FCAT合計得点および領域6「収支の把握」の成績が有意に低かった。

2. FCATの成績と認知機能の関係

1) 合計得点

Table 5に示すように、注意を除く9つのCOGNISTAT下位検査の成績は、FCAT合計得点と0.40以上の相関係数を示した。これら9つの下位検査を独立変数とする重回帰分析の結果、見当識、構成能力、理解の成績が全般的な金銭管理能力の成績を予測することが示された(Table 6)。

2) 領域1「基本的金銭スキル」

Table 5に示すように、注意を除く9つのCOGNISTAT下位検査の成績は、基本的金銭

スキルと0.40以上の相関係数を示した。これら9つの下位検査を独立変数とする重回帰分析の結果、構成能力と類似の成績が基本的金銭スキルの成績を有意に予測することが示された(Table 6)。

3) 領域2「金銭的概念」

Table 5に示すように、注意を除く9つのCOGNISTAT下位検査の成績は、金銭的概念と0.40以上の相関係数を示した。これら9つの下位検査を独立変数とする重回帰分析の結果、呼称と類似の成績が金銭概念の成績を有意に予測することが示された(Table 6)。

4) 領域3「金融機関の利用」

Table 5に示すように、金融機関の利用の成績は、見当識、呼称、構成能力、類似の成績との間に0.40以上の相関係数を示した。これら4つの下位検査を独立変数とする重回帰分析の結果、見当識の成績が金融機関の利用の成績を有意に予測することが示された(Table 6)。

5) 領域4「物品購入」

Table 5に示すように、物品購入の成績は、注意と類似を除く8つのCOGNISTAT下位検査との間に0.40以上の相関係数を示した。これら8つの下位検査を独立変数とする重回帰分析の結果、構成能力と記憶の成績が物品購入の成績を有意に予測することが示された(Table 6)。

6) 領域5「金銭的判断」

Table 5に示すように、注意を除く9つのCOGNISTAT下位検査の成績は、金銭的判断と0.40以上の相関係数を示した。これら9つの下位検査を独立変数とする重回帰分析の結果、呼称と見当識の成績が基本的金銭

スキルの成績を有意に予測することが示された(Table 6)。

7) 領域6「収支の把握」

Table 5に示すように、注意と復唱を除く8つのCOGNISTAT下位検査の成績は、収支の把握と0.40以上の相関係数を示した。これら8つの下位検査を独立変数とする重回帰分析の結果、見当識と理解の成績が収支の把握の成績を有意に予測することが示された(Table 6)。

D. 考察

FCAT成績の3群比較の結果から、MMSE19点以上の段階でも、AD患者は非痴呆高齢者よりも、金銭管理能力の成績が低いことが示された。この結果から、比較的病初期の段階から、自らの金銭を管理する能力に低下のあることが示唆された。下位検査の成績に注目すると、6領域の下位検査のうち、「収支の把握」の成績は、mild AD群と非痴呆群との間に有意差が認められ、mild AD群の方が低かった。このことから、AD群は全般的な認知障害のレベルが比較的軽度な段階でも、金銭管理能力に低下が認められ、特に、自らの収支の把握が十分にできていない可能性が示唆された。

認知機能との関連性を検討した結果、FCATによって測定された全般的な金銭管理能力の成績は、COGNISTATの見当識、構成能力、理解の成績と有意に関連し、これら3つの下位検査の成績で、全般的な金銭管理能力の成績の約8割を説明することが示された。このうち、見当識と理解は、比較的初期の段階から低下する「収支の把握」の成績と関連していた。これらの認知機能検査は、時間や場所の認識や、指示内容の理解およびそれに基づく行為の実行を必要としており、こうした認知機能の低下が、自