〈研究報告〉

精神障がい者に対する治療への同意取得のあり方
―主要な治療同意能力評価ツールの分析を通して―

Method aimed at receiving consent for treatment from psychiatric disease patients.
Literature review on assessment tool of patient competence to consent to treatment.

柴野荘一

東京医療保健学部　医療保健学部　医療情報学科

Soichi SHIBANO

Division of Healthcare Informatics Faculty of Healthcare

要　　旨：認知機能の低下等のため、自身の医療の必要性の判断が難しいケースにおいて、医療者が患者に代わりいかなる医療を選択し、提供するかが問題となる。慣行として、患者家族の代諾が行われてはいるが、代諾が得られない場合、患者自身にとっての最適な医療が提供されなくなりうる。かような状況から、患者の治療同意能力の評価は、重要な課題となる。海外では約 40 年前よりこうした課題に注目し、治療同意能力に関する評価ツールも数多く開発されてきた。本研究では、患者の治療同意能力を評価する各種ツールを報告年順に整理し、分析した。その結果、1993 年以降に報告された治療場面における各種治療同意能力評価ツールについては、評価できる治療同意能力を構成する要素が 4 要素すべてに及んでおり、また対象者については精神科領域の疾患を持つ者から次第に認知症患者・高齢者・成人へと広がりをみせていることが明らかとなった。

キーワード：同意能力、判断能力、患者の最善の利益

Keywords：competency, mental capacity, best interest for the patient

Ⅰ．背景

精神障がい者などにおいて、認知機能の低下等のため、自身の医療の必要性の判断が難しいケースが少なからず存在する。このような場合、医療者が患者本人に代わってどのような医療を選択し、提供するかが大きな問題となる。慣行として、患者家族を代諾者とし、同意を求めることがしばしば行われているが、患者に身寄りがない場合や家族間で意見に相違がある場合等においては、患者本人にとって最適な治療が受けられないことも生じうる。また、患者本人に代わり意思決定を行った経験のある家族を対象としたアンケートによると、本人の同意能力が保たれているにもかかわらず代諾を求められた割合が26％にのぼるという報告もある[1)]。このような状況から、患者の治療同意能力の評価はすべての医療において非常に重要な課題となる。海外では約20年前よりこうした課題に注目し、例えばMacArthur Competence Assessment Tool for Treatment（MaCAT-T）などの治療同意能力に関する評価ツールが数多く開発されてきた。一方で、わが国の臨床の場においては、現在もまだ十分に普及しているとはいえない現状がある。そのため、患者の治療同意能力評価ツールにはどのようなものがあり、それぞれの評価ツールにはどのような注意点などがあるかを明らかにすることは、患者自身にとっての最適な医療を提供していくためには重要であると考える。

Ⅱ．研究目的

本研究では、認知機能の低下した精神障がい者などに対する治療同意能力の構成要素についての整理を行い、さらに各種の治療同意能力評価ツールを概観し、その評価手法について分析することを目的とした。

Ⅲ．方法

PubMedとPsyc INFOにて、検索ワードcompetency・decision-making capacity・consent・assessment instrumentsを用いて、治療場面における各種治療同意能力評価ツールを報告している文献の検索を行った。その中から、臨床経験のある精神科医師にスーパーバイズを受け、治療場面において治療同意能力を評価するにあたり使用可能と思われるものを選定し、さらにその原典が入手できたもの15種類を分析の対象とした。

臨床における治療同意能力として広く考えられているものは、①理解（understanding）・②認識（appreciation）・③論理的思考（reasoning）・④選択の表明（expressing a choice）である[2)]。理解とは、治療に対する説明や提供された情報を理解する能力のことである。認識とは、治療に関する説明や提供された情報を自分自身のこととして（自分自身に当てはめて）考えられる能力である。論理的思考とは、どうしてこの治療法を選択したかを論理的に説明できる能力である。選択の表明とは、自分が望む治療を表明する能力である。なお、これら４つの治療同意能力が臨床において広く用いられている理由として、まず、これら４つの治療同意能力が研究者らの報告にとどまらず、民・刑事法をはじめとするインフォームド・コンセントにかかる各種関係法令や判例も射程におさめた検討に基づいていることがあげられる。また、これら4つの治療同意能力を用いた研究データが多く蓄積されていることや、これら４つの治療同意能力を用いると、他の多くの治療同意能力の定義を包括でき、かつ、同意能力についての道徳的な側面も両立しうることもあげられる。

なお、これら４つの臨床における治療同意能力の評価方法については、次のようになっている。理解については、告知された医学的状態と治療、治療に伴う利点や危険性に関する情報を理解しているか確認するため、本人の言葉で理解するよう促すようにし、この能力を評価するための質問としては、例えば「〇〇医師があなたに説明したこと（疾患名、推奨される治療の説明、治療に伴う利益と危険性、治療を受けない場合の利益と危険性）がどういう病気であるか、あなたの言葉で説明してください」などが考えられる[3)]。認識については、患者に説明を受けた疾患や医療行為を自分のこととして認識しているか確認するため、医学的状態や提案された治療が自分のためになるか意見を述べるよう求めるようにし、この能力を評価するための質問としては、例えば「これがあなたの病気の主な特徴ですが、そのことについて何か疑問に思うことはありませんか」・「この治療を受けることがあなたのためになると思いますか」・「どうしてそう思うのか教えてください」などが考えられる[3)]。論理的思考については、患者に治療の選択肢と結果を比較し、選択した理由について述べるよう求めるようにし（なお、患者には不合理な選択をする権利があるため、選択結果でなく選択に至るプロセスに着目する必要がある）、この能力を評価する質問としては、例えば「今まで説明した中で１つ目はAという治療、２つ目はBという治療ですが、このうちどれを希望しますか」・「（選択した治療）がいいと思うのはどうしてか教えてください」・「（選択した治療）の起こりうる利点と危険性について

話してきましたが、この治療があなたの日常生活にどのような影響を及ぼすと思いますか」などが考えられる[3)]。選択の表明については、患者に治療の選択を示すよう求めるようにし、この能力を評価する質問としては、例えば「先ほどは○○という治療を選ばれており、一通りのことが話に出てきましたが、今はどのように思いますか」などが考えられる[3)]。

以上から、本研究においては、前述の手順で分析対象として選ばれた15種類の治療場面における各種治療同意能力評価ツールについて報告年順に整理し、報告者・評価対象者の諸条件（うつ病・統合失調症・認知症・成人・小児・高齢者など）・評価されうる治療同意能力の構成要素・評価状況（評価場面や面接の様式など）に着目し、分析を行った。

Ⅳ．結果

Ⅲ．方法に記載の手順で分析対象として選ばれた15種類の治療場面における各種治療同意能力評価ツールに関する文献について、報告年が早いものから順に並べ、報告者・対象者・評価されうる治療同意能力の構成要素・評価状況についてまとめた（**表１**）。報告年順にみていくと、1993年以降に報告された治療場面における各種治療同意能力評価ツールについては、いずれにおいても評価されうる治療同意能力の構成要素が４要素すべてに及んでいる。また、1993年以降に報告された、治療同意能力の構成要素の４要素すべてが評価されうる治療同意能力評価ツールは、最初は主に精神科領域の疾患を持つ対象者についてのものであり、その後しだいに認知症患者・高齢者・成人へというように、対象者における広がりをみせている点にも注目すべきである。

次に、治療場面における各種治療同意能力評価ツールについて概観していく。1982年にRoth LHらにより開発されたものは「Two-part consent Form」である[4)]。これは、電気けいれん療法や睡眠脳波研究に関する告知同意能力を評価するために開発された。２つのPartで構成され、PartⅠで提示する医療行為（あるいは研究）の詳細をすでに決められた文書で患者に示し、その直後にPartⅡの自記式質問票を渡して患者の判断能力を評価するように構成されている。ちなみに、電気けいれん療法の告知同意能力の評価において用いられるPartⅡの自記式質問票は15項目からなり、治療の目的・内容・利益・危険・代替手段・治療を中止する権利などの質問である。各質問に対しては、０（誤答）から２（正答）までの３段階による採点が行われる。このツールの注意点として、点数がPartⅠで提示された情報の記憶の程度に、大きく依存してしまうことがあげられる。また、PartⅠで提示された情報をいかに多く記憶していたとしても、それを合理的に用いて患者自身にとって最良な決定を行えるかを判別することができない側面も有する。

同じく1982年にWeithorn I.Aらにより開発されたものは「Measure of Competency to Render Informed Treatment Decision」である[5)]。これは、健康な児童を対象として4つの疾患（糖尿病・てんかん・うつ病・遺尿症）を想定した物語を聞かせた上で、もし物語の主人公ならどう考えるかを面接にて確認するという手法をとる。このツールにおいては、疾患を４つに絞っている。これにより、治療同意能力（判断能力）を調べる際に提示する医学医療にまつわる情報が単純化され、ある程度のバイアスの低減は達成された。しかし、実際の臨床場面において扱われるのは前述の４つの疾患だけではないので、現実に馴染まない点を有することに注意を要する。

1988年にStanley Bらにより開発されたものは「Competency Assessment Interview」である[6)]。これは、仮想治療場面ではなく、実際の患者の治療決定において治療同意能力評価を行うものである。ただし、本ツールにおいては、基準関連妥当性は確認されていない点に注意を要する。

1990年にDraper Rらにより開発されたものは「Ontario Competency Questionnaire」であり[7)]、同年にEtchelles Eらにより開発されたものは「Aid to Capacity Evaluation」である[8)]。これらも仮想治療場面ではなく、実際の患者の治療決定において、治療同意能力評価を行うものである。なお、注意点として、前者のツールの信頼性の確認については報告されていない。また、後者のツールについて、作成者は治療同意能力の構成要素のうちの合理性を評価できるとしていないが、実際はこれを評価できる可能性がある。

1990年には、もう１つ報告されたツールがあり、それはFitten LJらによる「Direct Assessment of Decision-Making Capacity」がある[9)]。これは、仮想治療場面を用いるVignette法を使用する。なお、本ツールの信頼性の確認については報告されていない。

1992年にJanofsky JSらにより開発されたものは「Hopkins Competency Assessment Test」である[10)]。これは、特定の病態や治療を想定しておらず（よって起こり得る危険が何であるかを問うことなどは行わず）、起こり得る危険について前もって知らされる権利を有することを理解しているかを調べるものである。よってこのツールは、判断する能力の検査ではなく、告知同意の権利を意識できているかの検査である

表1　治療場面における各種治療同意能力評価ツール

報告年	報告者	対象者	評価されうる治療同意能力の構成要素				評価状況
			理解	認識	合理性	表明	
1982	Roth LHら	精神科患者	○				患者自身による質問紙への記入・半構造化面接
1982	Weithorn IAら	児童	○	○	○	○	仮想場面を用いての半構造化面接
1988	Stanley Bら	認知症 うつ病 コントロール群	○		○		半構造化面接
1990	Draper RJら	精神科入院患者	○	○		○	半構造化面接
1990	Etchells Eら	一般入院患者	○	○			半構造化面接
1990	Fitten LJら	一般入院患者 コントロール群	○		○		仮想場面を用いての構造化面接
1992	Janofsky JSら	入院患者 (精神科・一般) 外来患者(精神科) コントロール群				○	構造化面接
1993	Kitamura Tら	入院患者 (精神科・一般)	○	○	○	○	構造化面接
1994	Bean Gら	電気けいれん療法 適用が検討される うつ病入院患者	○	○	○	○	構造化面接
1995	Grisso Tら	統合失調症 うつ病・躁うつ病 身体疾患 コントロール群	○	○	○	○	治療場面を用いての半構造化面接
1995	Marson DCら	認知症 (アルツハイマー型) パーキンソン病 コントロール群	○	○	○	○	仮想場面を用いての構造化面接
1998	Grisso Tら	統合失調症 うつ病 認知症 コントロール群	○	○	○	○	半構造化面接
1999	Schmand Bら	高齢者 (認知症・一般)	○	○	○	○	構造化面接
2003	Cea CDら	軽度精神遅滞の成人 正常成人	○	○	○	○	3つの推奨される治療場面
2004	Vellinga Aら	軽度認知症高齢者 正常高齢者	○	○	○	○	構造化面接

と捉えることができる。

1993年に Kitamura T らより開発されたものは「Structured Interview for Competency and Incompetency Assessment Testing and Ranking Inventory」である[11]。これは、加療の開始・継続・終了に際し、提供される医療情報を患者がどれだけ判断できる能力があるかを評価する目的で作成されている。また、精神科の患者とその他の各科の患者に用いることができ、必要な訓練を受けていれば医師・看護師・福祉職・心理士（師）・法学者など様々な職種の者が面接を行うことができる。

1994年に Bean G らにより開発されたものは

「Competency Interview Schedule」である[12]。これは、電気けいれん療法に関する判断能力を評価する目的で作成されてはいるが、その他の治療法にも用いることが可能である。15項目の設問からなり、各設問は７段階で評価される。判断能力の要素は、同意不同意の選択の明示・実際的理解・情報処理の合理性・状況の特性の理解に分けられている。さらに、同意不同意の選択の明示は告知の存在の認識２項目と判断の他者への委譲２項目に、実際的理解は予期できる危険の理解１項目・期待できる利益の理解1項目・代替手段の理解１項目に、情報処理の合理性は回復への願望１項目と病因決定要因の欠如２項目に、状況の特性の理解は病識および洞察４項目に分けられ、それぞれの項目に明確な操作的定義と構造化面接が準備されている。

1995年にGrisso Tらにより開発されたものは「Original MacArthur instruments」である[13]。これは、仮想治療場面を用いるVignette法を使用する。また、本ツールは、十分な評定者間信頼性が確認されており（$\kappa \geqq 0.80$）、さらに併存的妥当性・基準関連妥当性・予測的妥当性も確認されている。

同じく1995年に報告されたツールに、Marson DCらによる「Competency to Consent to Treatment Instrument」がある[14]。これは、主に認知症の高齢患者を対象に用いられるツールである。症例要旨を提示して、言い換えると仮想治療場面を用いるVignette法を使用して、もしこのような状態の場合あなたならどうするかを問い、患者の判断能力を評価する。

1998年にGrisso Tらにより開発されたものは「MacArthur Competence Assessment Tool for Treatment(MaCAT-T)」である[15]。これは、特定の疾患の治療に関する判断能力の評価を意図したものではなく、精神科のみならずさまざまな診療科で行われる医療全般における治療同意能力を、あまり構造化されていない方法（つまり面接に際しかなり面接者の裁量が大きい）で評価できるように構成されている。このツールでは、まず、治療同意能力を理解・認識・論理的思考・選択の表明の４要素に分け、それぞれ病名・治療法（主治医が推奨する治療法以外の代替的治療法も最低１つは含める）・治療から考えられる利益と不利益・予想される結果に関する評価を行う。また、このツールは研究用ではなく臨床で用いることを想定しており、患者に何を開示するかを面接者が決定してよく、開示と質問を繰り返す形式である。さらに、このツールで定義する理解について、医師が提示している治療法の重要な部分（例えば処方薬の用法・用量・服用期間など）を事実として知っているなら、その患者は治療法を理解しているということになる。この時、治療の必要性を患者が否定しても、医師が提示した内容を事実として記憶していれば、それは理解している状態とみなされる。認識について、その治療が何らかの形で自分に良い効果をもたらすと患者自身が考えるなら、患者はその治療を認識しているとされる。なお、治療開始時の患者の治療同意や拒否は関係ない。論理的思考について、他の治療法と比較してなぜこの治療法を選択したのかを患者に話してもらい、その説明が一応の合理性を持つものであれば一定の論理的思考能力があるとされる。

1999年にSchmand Bらにより開発されたものは「Vignette method described by Schmand B et al.」である[16]。これは、仮想治療場面を用いるVignette法を使用する。なお、本ツールを報告するにあたり調査の対象とした者は認知症高齢者および正常高齢者であるが、認知症の程度についての記載はみられない。

2003年にCea CDらにより開発されたものは、「Assessment of Consent Capacity for Treatment」である[17]。これは、仮想治療場面を用いるVignette法を使用する。また、本ツールは、十分な評定者間信頼性が確認されており（$\kappa \geqq 0.80$）、さらに併存的妥当性・基準関連妥当性・予測的妥当性も確認されている。

2004年にVellinga Aらにより開発されたものは「Vignette method described by Vellinga A et al.」である[18]。これは、仮想治療場面を用いるVignette法を使用する場合と、実際の治療場面を用いる場合の２通りがある。こちらのツールもSchmand Bらにより開発された「Vignette method described by Schmand B et al.」同様、本ツールを報告するにあたり調査の対象とした者は認知症高齢者および正常高齢者であるが、認知症の程度については軽度であるとの記載がある。この点が、本ツールとSchmand Bらにより開発された「Vignette method described by Schmand B et al.」の違いである。

Ⅴ．考察

治療場面における各種治療同意能力評価ツールを、報告年順に整理し分析したところ、1993年以降に報告された各種ツールについては、いずれも評価されうる治療同意能力の構成要素が４要素すべてに及んでいることが明らかとなった。これは、治療場面における治療同意能力の構成要素としての理解・認識・論理的思考・選択の表明の重要性が1990年代前半頃に広く一般的になってきたという表れとしてとらえることができると考えられる。また、1993年以降に報告された、治

療同意能力の構成要素の４要素すべてが評価されうる治療同意能力評価ツールは、最初は主に精神科領域の疾患を持つ対象者についてのものであり、その後しだいに認知症患者・高齢者・成人へというように、対象者における広がりをみせている点について、治療同意能力を構成する４要素を評価することは、精神科領域の疾患を持つ者のみならず認知症など他の疾患を持つ者や幅広い年齢層（成人から高齢者に至るまで）の者に対しても必要かつ重要ということが、広く認知されるようになってきた結果の表れともとらえられよう。

次に、本研究による治療場面における各種治療同意能力評価ツールの整理・分析の結果を踏まえ、臨床で遭遇しうる患者の治療同意能力評価が不可欠なケースにつき考えてみることにする。１番目として、筆者が専門とする診療科である歯科で扱う歯科治療を、患者本人が断固として拒否するケースをあげる。歯科治療の特性として、例えば有床義歯による歯科補綴治療などのようにただちに生命に関わらないものも多く、ある程度本人の意思にも配慮できる場合も多い。そのような場合、患者の言う通り治療を行わないと、家族から批判され、その一方で、家族の希望通り治療を行うと、本人の意思が尊重されない。治療が行われるか否か、また行われるとしたらどのような治療かを決定するにあたり、患者の治療同意能力評価は不可欠であるといえよう。このようなケースにおいては、患者の４つの治療同意能力どれもが一定レベル以上であることを、治療同意能力の４要素すべてを評価しうるツールを患者やその疾患と年齢に応じて適切に選択し使用して客観的に評価し、それを家族にも提示した上で、患者・家族がともに納得しうる治療を決定していく必要があると考えられる。２番目として、治療同意能力の構成要素のうち理解・認識・論理的思考に問題があるが、選択の表明にはほとんど障害を認めないケースをあげる。例えば、アルツハイマー型認知症の患者などは、このケースに当てはまるであろう。このような場合、患者の表明している意思を鵜呑みにするのは危険である。各種治療同意能力評価ツールにより評価されうる治療同意能力の構成要素について熟知し、選択の表明以外の他の治療同意能力の構成要素についての検討は不可欠であるといえよう。

最後に、治療を拒否する患者に各種ツールを用いて治療同意能力を評価した場合に起こりうることについて考えてみることにする。まず、治療拒否が患者の不十分な同意能力による場合がある。この場合、家族などと相談の上、必要な治療を本人の治療拒否という意思表明に反してでも行うことが検討されうる。それによる患者側の利点としては、福祉の面を重んじ本人保護の観点から、家族などと相談がなされ、必要な治療が行われるということがあげられる。一方、医療者側の利点としては、患者を治療する際の代諾の根拠が明確になるということがあげられる。続いて、治療拒否が患者に十分な同意能力があるにもかかわらず生じている場合がある。この場合、本人の治療拒否という意思表明が最優先されうる。それによる患者側の利点としては、本人の意思表明が尊重され治療は行われないということがあげられる。一方、医療者側の利点としては、患者の同意能力が十分である旨を診療録等に記載することで、患者の意思表明は同意能力が十分な者のそれであったということが保証され、これにより、患者に治療を行わなかったがために生じたことについて、後に家族や患者本人とトラブルに発展することを回避しうるということがあげられる（**表２**）。

表２　治療を拒否する患者に各種ツールを用いて治療同意能力を評価した場合起こりうること

	患者の同意能力が不十分で治療拒否の場合	患者の同意能力が十分で治療拒否の場合
治療に関して起こりうる方向性	家族などと相談の上、必要な治療を本人の治療拒否という意思表明に反してでも行うことが検討されうる。	本人の治療拒否という意思表明が最優先されうる。
患者側の利点	福祉の面を重んじ本人保護の観点から、家族などと相談がなされ、必要な治療が行われる。	本人の意思表明が尊重され、治療は行われない。
医療者側の利点	患者を治療する際の代諾の根拠が明確となる。	患者の同意能力が十分である旨を診療録等に記載することで、患者の意思表明は同意能力が十分な者のそれであったということが保証される。これにより、患者に治療を行わなかったがために生じたことについて、後に家族や患者本人とトラブルに発展することを回避しうる。

Ⅵ. まとめ

本研究にて治療場面における各種治療同意能力評価ツールにつき整理・分析するにあたり、治療同意能力の概念について記載されている文献等により、臨床における治療同意能力に関する要素としては、理解・認識・論理的思考（選択の合理性）・選択の表明の４要素が広く考えられていることが明らかになった。そして、今回明らかになったこの４要素を用いれば、治療同意能力を考える際に、関係する各種法令や判例、さらには道徳的な側面も加味することができるのではないかと考えた。

また、治療同意能力の評価には各種ツールが開発されている。本研究において、それらのツールについて報告年順に整理し分析することで、報告年が新しくなるほど評価されうる治療同意能力の構成要素が４要素すべてに及ぶようになり、またツールを使用できる対象者も、精神科領域の疾患を持つ者から、認知症など他の疾患を持つ者や幅広い年齢層（成人から高齢者に至るまで）の者に広がりをみせていることが明らかとなった。この結果を踏まえ、治療同意能力の評価の際に、各種治療同意能力評価ツールを適切な場面で用いて患者の治療同意能力を評価することにより、患者側のメリット（例えば、福祉の観点より本人保護のために患者に必要な治療がなされうる。あるいは、患者の意思が最優先される）のみならず､医療者側にもメリット（例えば、治療実施の有無や内容等の根拠が明確になる）があると考えられる。

文献

1）公益社団法人 成年後見センター・リーガルサポート:「親族による医療行為の同意についてのアンケート」結果報告, https://www.legalsupport.or.jp/akamon_regal_support/static/page/main/pdf/act/index_pdf08.pdf,2020年5月10日.
2）小海宏之.第2章 医療同意の実際-取り組みと課題 3 医療同意能力評価の概念について.於:成本迅編.認知症の人の医療選択と意思決定支援 本人の希望をかなえる「医療同意」を考える.東京:クリエイツかもがわ 2016;119-120.
3）加藤佑佳,成本迅.身体疾患に対する治療同意能力.臨床精神医学.2014;43(3):331-339.
4）Roth LH,Lidz CW,Meisel A et al.Competency to decide about treatment or research:an overview of some empirical data.Int J Law Psychiatry.1982;5:29-50.
5）Weitorn LA,Campbell SB.The competency of children and adolescents to make informed treatment decisions.Child Dev.1982;53:1589-1598.
6）Stanley B, Stanley M, Guido J et al. The functional compentency of elderly at risk. Gerontologist.1988;28:53-58.
7）Draper RJ,Dawson D.Competence to consent to treatment:a guide for the psychiatrist.Can J Psychiatry.1990;35:285-289.
8）Assessment of patient capacity to consent to treatment.J Gen Intern Med.1999;14:27-34.
9）Fitten LJ,Waite MS.Impact of medical hospitalization on treatment decision-making capacity in the elderly.Arch Intern Med.1990;150:1717-1721.
10）Janofsky JS, McCarthy RJ, Folstein MF. The Hopkins Competency Assessment Test:a brief method for evaluating patients' capacity to give informed consent.Hosp Community Psychiatry.1992;43:132-136.
11）北村總子,北村俊則.精神科医療における患者の自己決定権と治療同意判断能力.東京:学芸社 2000;259-277.
12）Bean G,Nishisato S,Rector NA et al.The psychometric properties of the Competency Interview Schedule.Can J Psychiatry.1994;39:368-376.
13）Grisso T,Appelbaum PS.The MacArthur Treatment Competence Study:Ⅲ:abilities of patients to consent to psychiatric and medical treatments.Law Hum Behav.1995;19:149-174.
14）Marson DC,Ingram KK,Cody HA et al.Assessing the competency of patients with Alzheimer's disese under different legal standards.A prototype instrument.Arch Neurol.1995;52:949-954.
15）前掲書11) :133-134.
16）Schmand B,Gouwenberg B,Smit JH et al.Assessment of mental competency in community dwelling elderly.Alzheimer Dis Assoc Disord.1999;13:80-87.
17）Cea CD, Fisher CB. Health care decision-making by adults with mental retardation.Ment Retard.2003;41:78-87.
18）Vellinga a, Smit JH, Van Leeuwen E et al.Competence to consent to treatment of geriatric patients:judgements of physicians,family members and the vignette method.Int J Geriatr Psychiatry.2004;19:645-654.