

研究項目：

「認知症高齢者の認知機能に応じた意思決定支援ツール・プログラムの開発」へのご協力のお願い

※この研究にご協力いただくにあたって、認知症のあるご本人の判断能力の程度に応じて、ご家族や法的代理人の方に同意をお願いする場合があります。

ご本人の意思が尊重されるよう、できる限りご本人と一緒に確認しながら進めさせていただきます。

1. この研究の目的について

アドバンス・ケア・プランニング（ACP：人生会議）とは、将来の病気や体の変化にそなえて、どのような医療やケアを受けたいかを、自分の気持ちとして伝えておくことです。

そのために、本人・家族・医療や介護のスタッフが、いっしょに話し合いをしていきます。このような話し合いによって、たとえ将来、うまく話せなくなっても、本人の気持ちを大切にしたい医療やケアを受けられるようにすることが目的です。ACP は、自分らしく生きるために、とても大切なことですが、まだあまり知られていませんし、医療や介護の現場でも十分に行われていないのが現状です。また、認知症のある方にとって、どんな説明や方法がわかりやすいか、いっしょに ACP を行うにはどんな工夫が必要かも、まだよくわかっていません。この研究では、認知症のある方にも ACP に参加してもらえるような、わかりやすく、安心できる方法を考えたいと思っています。

2. どんなことをお願いするのか

- 研究期間は、令和 9 年 3 月までを予定しています。
- 認知症のあるご本人、またはご家族の方にご協力をお願いしています。

お願いすること：

1. ACP についてのビデオ（短い動画）を見ていただきます。
2. カードを使った簡単なゲームを体験していただきます。
3. それらの前と後にアンケートに答えていただきます。

※「ACP についてどう感じたか」「内容はわかりやすかったか」などをお聞きします。アンケートでは、年齢・性別・学歴・認知機能など、個人に関する項目も含まれます。

3. 集めた情報の扱い

集めた情報は、お名前など個人情報が出ないようにしたうえでまとめて分析します。

4. 結果の公表について

分析した結果は、個人が特定されないようにして、学会や研究会、医学雑誌などで発表されることがあります。

5. 考えられる利益と不利益

○期待できること：

- 自分の気持ちを整理し、人生のこれからについて考えるきっかけになるかもしれません。
- 将来、自分らしいケアを受けやすくなる可能性があります。

×ご負担や心配なこと：

- 動画を見たりゲームをしたり、アンケートに答えるために、お時間をいただくことになります。
 - 医療や人生の終わりについて考えることで、気持ちがゆれることがあるかもしれません。
 - 体への負担（注射など）はありません。
-

6. 個人情報の取り扱い

あなたの個人情報は、研究者が責任をもって、安全に保管します。
この研究以外の目的では使いません。

7. 参加しない場合、やめなくなった場合について

この研究に協力しない場合でも、診療や対応が不利になることは一切ありません。
また、いったん協力すると決めても、途中で「やめたい」と思ったときは、いつでもやめることができます。ただし、すでに集めたデータの分析が終わり、結果が公表されてしまったあとでは、取り消せない場合があることをご了承ください。

8：研究に対する相談窓口

相談窓口：老年・総合内科 大村朋美 （代）092-551-6121

本人のご同意

私は、上記の説明を読み、内容を理解しました。

本人の意思や利益を尊重したうえで、研究参加に同意します。

☐ はい、同意します

☐ いいえ、同意しません

お名前：_____

日付：____年____月____日

キーパーソン（代諾者）による同意

私は、上記の説明を読み、内容を理解しました。

本人の意思や利益を尊重したうえで、研究参加に同意します。

☐ はい、同意します

☐ いいえ、同意しません

対象者のお名前：_____

キーパーソン（代諾者）氏名（続柄）：_____

日付：____年____月____日

◆ 研究参加のお願い（ご本人用）

私たちは、これからの医療や生活についての希望をより多くの人が自分らしく話せるようにするための研究を行っています。

◆ 研究の内容

1. ビデオ（短い動画）を見ていただきます。
2. カードを使ったゲームを体験していただきます。
3. その前と後に、医療や生活についての希望を伝えることを「どう感じたか」「考えが変わったか」などをお聞きするアンケートに答えていただきます。

これらを通して、動画やカードゲームがこれからご自身が受けたい医療や生活についてお話しするうえで役に立ったかを調べたいと思っています。

アンケートには年齢・性別・学歴・認知症の程度といった個人情報があります。

◆ ご協力について

- わからないことは、いつでも研究者に質問できます。
- 協力したくないときは、断ってもまったくかまいません。
- いったん協力しても、「やめたい」と思ったら、いつでもやめることができます。
- あなたのお名前や個人情報は、外に出ないように大切に守ります。

◆ ご本人のご意思をお聞きします

この説明を聞いて、内容を理解しました。

ビデオやカードゲームに参加し、アンケートに協力してもよいと思います。

（どちらかに○をつけてください）

☐ はい、協力します

☐ いいえ、協力しません

お名前：

今日の日付： ____年 ____月 ____日

説明を行った研究者名：大村朋美

困ったことがあれば、名鉄病院老年・総合内科 大村朋美（代）052-551-6121 までご相談ください。