

諸外国の状況を見ると、近年、新しい理念に基づく成年後見法制定の動きが活発である。それは《ノーマライゼーション》《自己決定権の尊重》《身上保護の重視》といった共通点を持つものである。

《ノーマライゼーション》とは、障害を持つ人も差別することなく、可能な限り今までと同様の生活を保障していくということである。今までは能力を剝奪しての保護であったものを、能力を奪わずに支援するという考え方である。

《自己決定権の尊重》とは、能力が不足する人であっても、その能力をできるだけ引き出すという、エンパワメントの考え方に立脚するものである。

《身上保護の重視》とは、財産の保全だけではなくその人の生活支援・自立支援を重視することである。クオリティ・オブ・ライフ（生活の質）の向上を目指す成年後見の取り組みと言える。

また、以上の基本理念とも深く関連するが、《任意後見の重視》も、注目される方向と言える。成年後見には任意後見と法定後見がある。任意後見は新しい考え方であり、意思能力があるときに自分の希望を表明し、能力がなくなった後も本人の意向を尊重して支援に当たるという方法である。これは事前的救済、事前の意思表示（アドバンス・ダイレクティブ）という考え方によるものである。

これまでの法定後見は、事後的な救済であった。本人の能力がなくなり、保護を要する状況になってから関係者の申立によって後見人が選任された。これは、パターナリズムに基づく救済そのものであり、本人の意向が尊重されるものとは

言えなかった。

これからの成年後見は、任意後見と法定後見を車の両輪としながらも任意後見の優先的活用が重視される方向にある。

## (1)任意後見制度に先鞭を付けたイギリス

はじめに任意後見制度を創設したのはイギリスで、1986年の持続的代理権授与法がある。本人が意思能力のあるときに代理人に代理権を授与し、本人の能力喪失後は、代理人が本人の意向を尊重して支援するもので、10年間で2万人が活用した。自己決定権の尊重を基本とする画期的な制度である。

こうした制度の弱点は、悪しき動機を持った代理人による権限の濫用であるが、イギリスでは裁判所が代理人のチェックを行う仕組みを取り入れている。

現行の法律では、財産管理への適用だけに限定されているが、医療、福祉、介護等の身上保護にまで拡張しようという動きがある。任意後見の考え方は、リビングウィルやターミナルケアのあり方にまで結びついてくる。現在、議論の分かれる安楽死を除き、身上保護にも適用する方向で検討が進んでおり、非常に先進的な改革であると言える。

## (2)「世話人センター」を地域に配置したドイツ

さらに注目されるのは、1992年のドイツの成年者世話法である。これは法定後見制度であるが、“世話”の概念を導入した点で非常に画期的である。この世話というのは、財産管理と身上保護とを統合したような、文字どおり世話であり、福祉の用語でいうところのケアマネ

ジメントである。すなわち、本人にとって何が必要かをきちんと評価して、必要なものをその人のためにコーディネートすることである。

この法律は、《自己決定権の尊重》《身上保護の重視》《支援組織の設立》という特徴を持っている。特に、支援組織である「世話人センター」という拠点を設置し、ここで相談を受け付け、必要であれば後見裁判所が世話人（後見人）を選任する。

親族が世話人になれない場合は、世話人協会に所属する有給とボランティアの世話人がこれに当たる仕組みである。親族が世話人になった場合は世話人協会がさまざまなノウハウを提供し、世話人を支援する。こうした組織が、日本の中学校区に相当する地域に一つの割合で設置されているのである（図表1参照）。

このように、法の整備だけでなく支援組織を確立したことがドイツの大きな特徴である。世話人協会は法律家による支援も得ながら、ソーシャルワーカーが担い手である点も大きなポイントと言えよう。

また、後見裁判所は「補充性の原則」によって、まず任意後見を優先し、それができない場合に法定後見を活用する。また、「必要性の原則」として、本人の活動のすべてを後見の対象とするのではなく、必要な部分だけを世話人に委ねるものである。この2つの原則も画期的なものと言えよう。

ドイツの成年者世話法には、施行後5年間に75万件の適用（世話人の選任）があり、毎年10パーセントの割合で増

えている。このように、ドイツのモデルは、いま世界で最も優れた制度として注目されているのである。

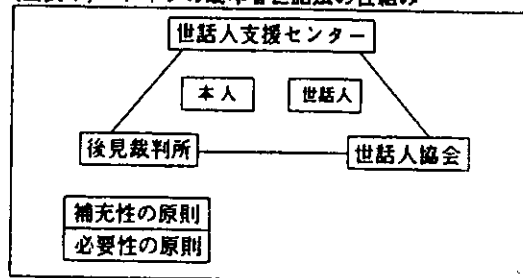
#### D. 考察

日本においても、法務省における成年後見制度整備の動きが早まっている。97年9月30日に法務省の成年後見問題研究会（座長・星野英一・東京大学名誉教授）の報告書が出された。これを受けて、法制審議会民法部会に成年後見小委員会が新たに設置され、本格的な審議が進められた結果、98年4月14日に制度整備のための「要綱試案」が公表された。

その後、各界からの意見を聴取した結果を基に審議を進め、法律案を固める予定であり、99年の通常国会に提出して、2000年4月1日の施行を目指す見通しである。

このように制度の整備に向けた検討が急ピッチで進められてきた背景としては、世論の高まりや自治体等の先駆的事例がインパクトを与えたことに加え、介護保険との同時施行が念頭に置かれていることが大きい。介護保険と成年後見とは、新たな福祉システムの中で車の両輪と捉えられているのである。

（図表1）ドイツの成年者世話法の仕組み



さて、「要綱試案」の特徴の第一は、任意後見の制度を導入しようとしている点であり、非常に注目される点である。

第二は、法定後見について、従来の禁治産、準禁治産という2類型に、補助という類型を新たに加えたことである。これは、意思能力の減退や喪失の程度が低い人でも該当するものにして、欠格事由もつけず、むしろ一番活用しやすい制度にすることが目的である。従来の制度は残しつつ、能力の剥奪を伴わない形態を新設した点が大きなポイントである。

第三は、任意後見、法定後見ともに、財産管理のみならず、身上保護（医療、住居の確保、施設の入退所等、介護、生活維持、教育、リハビリ等）を重視している点である。

第四は、制度活用への心理的抵抗を除くために、戸籍に代わる新しい登録制度の創設を検討していることである。

第五は、後見人あるいは保佐人は従来は自然人だけが認められていたが、例えば社会福祉事業等を行う法人でも後見人になれる道を開いた点である。

このように「要綱試案」には注目すべき点が多く、その意味では今回の法務省を中心とする制度整備の動向は前向きに評価されてよい。

新たな成年後見制度を整備する動きがこれほど急速に進んだのは、一方で自治体や社協、関係団体等の取り組みがあったからであろう。そうした先駆的実践が法務省を動かしたともいえるであろう。

まず、東京都社会福祉協議会が実施する、東京知的障害者・痴呆性高齢者権利

擁護センター（通称「すてっぷ」）は、1991年の開設以来、社会的権利擁護機関の先駆けとして実績を積み重ねている。障害者や高齢者への権利擁護に係わる相談、調査、意向の代弁、弁護士紹介、生活支援、財産保管サービス等、幅広い支援活動を展開している。

また、品川区社会福祉協議会は、95年にイギリス型の任意後見を日本で初めて導入した点で先駆的である。そして、任意後見人には個人ではなく社会福祉協議会がなり、専門家による第三者機関である審査会を設けて後見活動をチェックする仕組みを作っている。さらに、意思能力のあるときに十分に話し合っ「ライフプラン」を作り、能力がなくなっても単なる財産管理だけではなく、身上保護的な配慮も行う工夫をしている点が注目される。

大阪府と大阪市等では、品川区の影響を受けながら、97年10月に後見支援センター（社協が実施主体）を発足させ、任意後見制度を導入した。品川区が財産保全・管理に重点を置いているのに対し、身上保護に力点を置いているのが特徴である。

横浜市では、98年3月に報告書が公表された新しい動きを模索しているが、法改正の動きもにらみ、社協自体が社会的後見人になる体制を念頭に置いている。そして、任意後見の中に定期的な訪問等による虐待の防止も入れようというのが大きな特徴である。自治体の動きとしては埼玉県でも権利擁護センターが作られ、名古屋市や滋賀県等、追随する動きも少なくない。

一方、関係団体の動きとしては、第二東京弁護士会が弁護士会として初めて「ゆとり一な」という任意後見の制度を実施している。契約で財産管理を依頼すれば、意思能力の喪失後も継続するというものである。そして弁護士会が一定の監督を行う仕組みである。

日本司法書士連合会も成年後見の動きに積極的で、全国組織で任意後見の制度創設を目指している。日本社会福祉士会、生活支援、ケアマネジメントの考え方に基づく任意後見の制度作りを目指している。ただし、社会福祉士の職場は多様であるので、独立した社会福祉士事務所の形態でその役割を担おうとの動きが出てきており、注目される。

## E. 結論

### ～生活支援・自立支援重視の権利擁護システムの構築に向けて～

成年後見制度を整備する法律改正は、法務省を中心とした動きと、諸外国や国内の先駆的事例の実績に支えられて実現すると思われる。

そこで留意すべき第一の課題は、法文の改正だけに止まることなく、その法律に魂を入れることである。すなわち、具体的な権利擁護の組織や仕組みづくりと、それを支える担い手づくりが重要である。まず求められるのは、各地方自治体での仕組みづくりであるが、成年後見を行政が直接行うことは法律上も問題がある。従って、社会福祉協議会、弁護士会、司法書士会、社会福祉士会などが、実際の担い手として期待される。

第二に、権利擁護の組織作りに加えて、

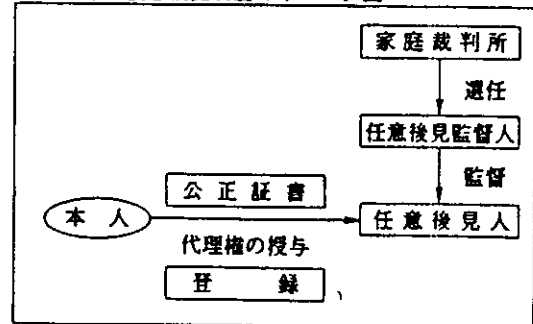
支援のノウハウの蓄積も必要である。そこで、特に重視すべきことは、財産の保全や管理だけに限定した支援に狭めてはならず、“生活支援”や“自立支援”をしっかりと基本に据えることである。利用者にとって真に大切なのは、日常の継続的な見守りやサポートであり、その一環として財産被害を防止することである。本人のトータルな生活支援を進める発想が中心になれば、新しい成年後見制度はうまく機能しないであろう。そうした側面からのノウハウの蓄積と担い手の養成が求められる。

第三に、任意後見の積極的活用が何より重要である。それは、自己決定の尊重の理念に最もかなう方法だからである。

今回の法の整備による任意後見は、図表2のような仕組みとなることが想定される。まず、本人が意思能力があるときに任意後見人を選任し、公正証書による手続きで登録される。その際、家庭裁判所が任意後見監督人を選任し、任意後見監督人は後見人を監督する仕組みがとられることになる。これは、後見人の権利濫用を防ぐという意味で重要である。

その際に大切なのは、ここでも実質的な仕組みを用意しなければ制度は動かないということである。任意後見監督人には、広域の社会福祉協議会、弁護士会、

(図表2) 任意後見制度のイメージ図



司法書士会、社会福祉士会などさまざまな組織が考えられるが、多くの組織に分立することは効果的・効率的とは言えない。都道府県段階等での何らかの一元化や、連携の仕組みが必要と考えられる。また、市区町村社協が積極的に任意後見の仕組みに係わるとすれば、都道府県や全国の社協の役割は非常に重要である。この点に留意した準備体制づくりに大いに期待したいところである。

第四に、任意後見人や、法定後見における補助人の養成・研修なども必要になろう。これには、イギリスやドイツの実績が参考になる。制度の効果的運用のためには、これらを誰が担うのか、その役割は何かが問われてくる。ドイツの世話人協会のような組織を作り、人材養成を進めることも考えられる。そこでは、福祉における生活支援や自立支援の概念や、ソーシャルワークやケアマネジメントの手法等をきちんと位置づけていくことが求められる。その意味で福祉関係者の役割は大きい。

第五に、成年後見制度の整備は制度の変革だけでなく、国民の意識変革という意味でも非常に重要である。それは《ノーマライゼーション》や《共生と社会連帯》の理念に他ならない。

分担研究報告書  
家族による高齢者の不適切対応の発生要因に関する研究

伊藤淑子 北海道学園大学経済学部教授

## 家族による高齢者の不適切対応の発生要因に関する研究

伊藤淑子 北海学園大学経済学部教授

家族による高齢者への不適切対応の発生要因を明らかにするために、北海道における保健・福祉機関を対象として、援助事例に関する調査を行った。得られた105事例をその家族背景により、家族機能良好群と不良群の2群に分類し、不適切対応の状況との関連を分析したところ、①家族機能が良好な家庭、不良な家庭のいずれにおいても、不適切対応はおきている、②不適切対応のタイプ、重症度、被害者の要介護度、加害者の介護参加度、続柄などの各項目において、両群には、有意な差がある、という結果がえられた。

この結果から、不適切対応の発生機序には、複数の類型があることが示され、類型化の試みがより積極的になされる必要性が示唆された。

### A. 研究組織

- 伊藤淑子 北海学園大学経済学部教授
- 石川秀也 特別養護老人ホーム聖芳園施設長
- 大内高雄 特別養護老人ホームふるさと施設長
- 椎谷淳二 北海道医療大学看護福祉学部教授
- 松川敏道 北海道医療大学看護福祉学部助手
- 樽見英樹 北海道保健福祉部高齢者保健福祉課長

### B. 研究の目的

高齢者に対する不適切対応(elder abuse)は、1980年代以降に欧米で注目されはじめたテーマであり、日本では1990年代後半以降から調査・研究が始まっている。

不適切対応の要因の解明は、国内外の先行研究においても重要視されており、様々な角度からの検討が試みられてきた。主要

なものとしては、被害者側、加害者側、家族側の3者にみられる特徴に関する実証的研究があり、これらの研究の結果、早期発見を可能にする指標の開発がすすめられてきている<sup>1) 2)</sup>。しかしこれらの指標においては、例えば被害者側の要因として、「要介護」などの現存する要因と「子どもの頃の虐待」などの過去に存在した要因が並列的に扱われていることが多く、必ずしも構造化されているとはいえない。

一方、不適切対応の要因は「高齢者の高いケアニーズによるもの」と「ケアニーズは小さいが、ケアする人の病的行動によるもの」の2つのカテゴリーに分けて考えられるべきであるという発生機序に注目した指摘も早くからなされており<sup>3)</sup>、国内でも、田中らが、この点に注目し事例研究を通して発生類型の分類を試みている<sup>4)</sup>。

本研究では、これらの先行研究の成果をふまえ、調査項目に「家族機能」についての設問を加え、「家族機能」が良好な群と不良な群における不適切対応の特徴との関連を分析した。

## C. 研究の概要

### 1. 研究の対象

1997年度調査の対象機関のうち、継続して調査協力が可能であると回答した機関を対象とした。種類別の機関数は、北海道内の道立保健所 39カ所、市町村保健課 103カ所、デイサービスセンター 106カ所、在宅介護支援センター 59カ所、の計 307カ所であった。

### 2. 研究の方法

質問紙を送付し、過去2年間に相談・援助を行った65歳以上の高齢者の中から「不適切対応が認められたもの(疑いも含む)」について、調査を行った。

質問項目には、被害者については、身体的状況、精神的状況、不適切対応のタイプ、加害者については、被害者との続柄、介護における立場、身体的状況、精神的状況、介護負担など、不適切対応については、タイプ、重症度などを含めた。重症度は、児童虐待で用いられている基準<sup>9)</sup>を高齢者用に修正して用いた。

さらに家族機能については「日常的な家族関係(仲の良さ)」「家族の協力体制(困難にむけての協力)」「家族の意志疎通(情報や考えの伝達)」の3項目についての設問を設定し、3項目の和(最大12点、最小3点)を用いて家族機能の指標として仮に設定し、さらに家族機能が良好である低得点群(8点以下)と家族機能が不良であ

る高得点群(9点以上)に2分して分析した。結果の統計的検討は $\chi^2$ 検定によって行った。

## D. 結果

質問紙を送付した307施設・機関中、保健所23ヶ所(回収率59.0%)、市町村保健課64カ所(49.2%)、デイサービスセンター49ヶ所(46.2%)、在宅介護支援センター42カ所(71.2%)、計178ヶ所(58.0%)より、有効回答を得た。

### 1. 把握した事例数

回答があった178施設機関中、64施設機関より、105例の事例の報告があった(表1)。1施設・機関の平均事例数は、1.6件であった。

### 2. 不適切対応のタイプと重症度

不適切対応のタイプ別出現率、重症度のいずれも、昨年度調査と比較して大きな変化は見られなかった。「家族機能」との関連では「介護拒否・放任」および「金銭的搾取」の2タイプにおいて、家族機能不良群が、有意に高い出現率を示していた(表2)。また重症度についてみると、家族機能不良群において重症度がより高いという結果が示された。(表3)

### 3. 被害者属性(表4)

被害者は「男性」(n=26、25.5%)「女性」(n=76、74.5%)の割合であり、後期高齢の女性が多かった。「家族機能」と、被害者の性・年齢には、特に関連は見受けられなかった。「家族機能」との関連があったのは、「介護の必要性」、「経済状況」の2項目であり、家族機能良好群においては、被害者の「介護の必要性」はより高く、「経済状況」はより良好であるという結果



がみられた。

#### 4. 加害者属性 (表5)

加害者は「男性」(n=44、43.1%)「女性」(n=58、56.9%)の割合であり、年齢別にみると30歳代から80歳代まで、幅広い幅を示していた。被害者との続柄では、家族機能が良好な群においては「配偶者」が、不良な群では「息子・娘」がより多いという結果がみられた。「嫁」については、両群の差は見られなかった。

その他「家族機能」との関連があったのは、「介護参加状況」、「睡眠状況」「自由時間」の3項目であり、家族機能良好群においては、加害者はより「よく介護」していたが、「睡眠時間」「自由時間」共に、家族機能不良群よりも制約されていた。

#### E. 考察

今回の調査により、高齢者に対する不適切対応の発生類型に関する一定の示唆を与えることができた。

高齢者に対する家族の不適切対応は、家族機能が良好な家庭、不良な家庭のいずれにおいても起きていた。家族機能が良好であるにも関わらず不適切対応が見られた家庭においては、被害者の要介護度はより高く、より十分な介護が行われていたが、加害者の睡眠時間と自由時間は制限されていた。続柄は、配偶者であることが多かった。

一方、家族機能が不良で不適切対応があった家庭においては、介護の必要性はより低いにも関わらず、加害者の介護はより不十分であった。睡眠時間、自由時間の制限はより少ないにも関わらず、不適切対応が生じていた。加害者の続柄は息子、娘であることが多かった。

以上の結果から、高齢者の不適切対応は、「家族機能不良」あるいは「過重な介護負担」のいずれか1つの要因で説明できるものではなく、要因の複合により生じるものであり、なおかつカテゴライズ可能な複数の発生パターンが存在しうる可能性が示唆された。高齢者への不適切対応の発見、アセスメントにおいて、発生パターンの理解の手がかりをえることは、適切な介入と援助のために必要不可欠であると考えられる。今回の研究は、使用した家族機能指標の簡略さ、分析方法の限界により、ごく端的な試みとしてなされたにすぎない。しかし今回の研究により、不適切対応の発生類型に関するより精緻な分析の必要性が示唆されたといえよう。

#### F. 引用文献

- 1) Kosberg, J.I., "Preventing Elder Abuse: Identification of High Risk Factors Prior to Placement Decisions" *The Gerontologist*, 28(1), 1988, P48-P51
- 2) "No Longer Afraid - the Safeguard of Older People in Domestic Setting" HMSO, 1993
- 3) O'malley, T.A., et al "Categories of Family-Mediated Abuse and Neglects of Elderly Persons" *Journal of the American Geriatrics Society*, 32(5), 1984
- 4) 田中荘二『高齢者の福祉施設における人間関係の調整に係わる総合的研究—わが国における高齢者虐待の基礎研究』高齢者処遇研究会、1994年
- 5) 斎藤学編『児童虐待—危機介入編』金剛出版、1994年、PP.162-163、児童虐待の重症度基準は、実例が詳細に記述されているが、今回は定義部分のみを使用した。

表1 施設機関種別・確認度別事例数

	計	明らかに認め られた	疑われた
合計	105 (100.0)	76 (72.4)	29 (27.6)
保健所	20 (19.0)	14 (13.3)	6 (5.7)
市町村保健関係所管課	42 (40.0)	31 (29.5)	11 (10.5)
デイサービスセンター	14 (13.3)	12 (11.4)	2 (1.9)
在宅介護支援センター	29 (27.6)	19 (18.1)	10 (9.5)

表2 家族関係と不適切対応のタイプの関連

	計	家族関係良好	家族関係不良	(有意水準)
介護拒否・放任 合計	102 (100.0)	37 (100.0)	65 (100.0)	
あり	43 (42.2)	10 (27.0)	33 (50.8)	
なし	59 (57.8)	27 (73.0)	32 (49.2)	P<0.05
身体的暴力 合計	102 (100.0)	37 (100.0)	65 (100.0)	
あり	38 (37.3)	15 (40.5)	23 (35.4)	
なし	64 (62.7)	22 (59.5)	42 (64.6)	N.S.
心理的暴力 合計	102 (100.0)	37 (100.0)	65 (100.0)	
あり	63 (61.8)	23 (62.2)	40 (61.5)	
なし	39 (38.2)	14 (37.8)	25 (38.5)	N.S.
金銭的搾取 合計	102 (100.0)	37 (100.0)	65 (100.0)	
あり	20 (19.6)	3 (8.1)	17 (26.2)	
なし	82 (80.4)	34 (91.9)	48 (73.8)	P<0.05

表3 家族関係と重症度の関連

	計	家族関係良好	家族関係不良	(有意水準)
	102 (100.0)	37 (100.0)	65 (100.0)	
重度 (含生命危機)	24 (23.5)	3 (8.1)	21 (32.3)	
中 度	34 (33.3)	12 (32.4)	22 (33.8)	
軽 度	44 (43.1)	22 (59.5)	22 (33.8)	P<0.01

表4 家族関係と被害者属性の関連

	計	家族関係良好	家族関係不良	(有意水準)
被害者性 合計	102 (100.0)	37 (100.0)	65 (100.0)	
男 性	26 (25.5)	10 (27.0)	16 (24.6)	
女 性	76 (74.5)	27 (73.0)	49 (75.4)	N. S.
被害者年齢 合計	102 (100.0)	37 (100.0)	65 (100.0)	
75歳未満	34 (33.3)	10 (27.0)	24 (36.9)	
75～84歳	48 (47.1)	21 (56.8)	27 (41.5)	
85歳以上	20 (19.6)	6 (16.2)	14 (21.5)	N. S.
介護の必要性 合計	102 (100.0)	37 (100.0)	65 (100.0)	
全面的に必要	30 (29.4)	17 (45.9)	13 (20.0)	
部分的に必要	53 (52.0)	16 (43.2)	37 (56.9)	
少し必要・必要なし	19 (18.6)	4 (10.8)	15 (23.1)	P<0.05
痴呆状況 合計	100 (100.0)	37 (100.0)	63 (100.0)	
な し	25 (25.0)	6 (16.2)	19 (30.2)	
軽 度	41 (41.0)	14 (37.8)	27 (42.9)	
中 重 度	34 (34.0)	17 (45.9)	17 (27.0)	N. S.
自室の有無 合計	95 (100.0)	37 (100.0)	58 (100.0)	
自室あり	81 (85.3)	30 (81.1)	51 (87.9)	
自室なし	14 (14.7)	7 (18.9)	7 (12.1)	N. S.
経済状況 合計	99 (100.0)	36 (100.0)	63 (100.0)	
余裕あり	19 (19.2)	8 (22.2)	11 (17.5)	
困難なし	56 (56.6)	26 (72.2)	30 (47.6)	
困難あり (含生活保護)	24 (24.2)	2 (5.6)	22 (34.9)	P<0.01

表5 家族関係と加害者の属性の関連

	計	家族関係良好	家族関係不良	(有意水準)
加害者性 合計	102 (100.0)	37 (100.0)	65 (100.0)	
男性	44 (43.1)	15 (40.5)	29 (44.6)	
女性	58 (56.9)	22 (59.5)	36 (55.4)	N. S.
加害者年齢 合計	99 (100.0)	35 (100.0)	64 (100.0)	
30～49歳	25 (25.3)	4 (11.4)	21 (32.8)	
50～69歳	41 (41.4)	16 (45.7)	25 (39.1)	
70～89歳	33 (33.3)	15 (42.9)	18 (28.1)	N. S.
続柄 合計	94 (100.0)	35 (100.0)	59 (100.0)	
配偶者	39 (41.5)	21 (60.0)	18 (30.5)	P<0.01
息子・娘	35 (37.2)	8 (22.9)	27 (45.8)	P<0.05
嫁	20 (21.3)	6 (17.1)	14 (23.7)	N. S.
身体状況 合計	101 (100.0)	37 (100.0)	64 (100.0)	
健康	56 (55.4)	17 (45.9)	39 (60.9)	
病弱	45 (44.6)	20 (54.1)	25 (39.1)	N. S.
精神状況 合計	99 (100.0)	36 (100.0)	63 (100.0)	
健康	63 (63.6)	27 (75.0)	36 (57.1)	
病弱	36 (36.4)	9 (25.0)	27 (42.9)	N. S.
福祉利用意志 合計	80 (100.0)	34 (100.0)	46 (100.0)	
積極的	37 (46.3)	19 (55.9)	18 (39.1)	
消極的	31 (38.8)	12 (35.3)	19 (41.3)	
拒否的	12 (15.0)	3 (8.8)	9 (19.6)	N. S.
介護参加状況 合計	81 (100.0)	35 (100.0)	46 (100.0)	
よく介護している	43 (53.1)	24 (68.6)	19 (41.3)	
介護が不足している	38 (46.9)	11 (31.4)	27 (58.7)	P<0.05
介護継続意志 合計	80 (100.0)	34 (100.0)	46 (100.0)	
継続希望あり	47 (58.8)	24 (70.6)	23 (50.0)	
継続希望なし	33 (41.3)	10 (29.4)	23 (50.0)	N. S.
睡眠状況 合計	79 (100.0)	33 (100.0)	46 (100.0)	
夜間よく起こされる	9 (11.4)	6 (18.2)	3 (6.5)	
夜間時々起こされる	22 (27.8)	12 (36.4)	10 (21.7)	
まれに起こされる	20 (25.3)	10 (30.3)	10 (21.7)	
全く起こされない	28 (35.4)	5 (15.2)	23 (50.0)	P<0.05
自由時間 合計	83 (100.0)	35 (100.0)	48 (100.0)	
毎日とれる	47 (56.6)	13 (37.1)	34 (70.8)	
週に1、2度	24 (28.9)	17 (48.6)	7 (14.6)	
ほとんどとれない	12 (14.5)	5 (14.3)	7 (14.6)	P<0.01

分担研究報告書  
保健福祉サービスの決定・実施過程における高齢者の自己決定権

冷水豊 上智大学文学部 教授

# 保健福祉サービスの決定・実施過程 における高齢者の自己決定権

冷水 豊（上智大学文学部社会福祉学科教授）

介護保険制度の施行に向けて、痴呆症等のために意思能力が不十分な高齢者の介護サービス計画の作成と決定の過程で高齢者本人の自己決定権を確保するためのあり方と方法について、「市町村モデル事業」での試行に関する調査、および介護支援専門員予定者意見調査を行い、課題を分析した。また、これら的高齢者のための権利擁護を目的としたオンブズマンの活動の現状と課題を「湘南ふくしネットワーク・オンブズマン」の事例調査を通して検討した。

キーワード：自己決定権、権利擁護、オンブズマン、痴呆性高齢者、介護保険、介護サービス計画、介護支援専門員

## A. 研究目的

介護保険制度の2000年4月からの実施に備えて、制度の運用面での詳細や実施上の専門的方法等の検討が精力的に進められている。その中心的課題の一つが、意思能力が不十分な高齢者や障害者のサービス利用をめぐる自己決定権をいかにして確保するかということである。

一方、サービス利用を含め、財産保全や広く身上監護に関して、意思能力が不十分な高齢者や障害者の自己決定権を擁護するための成年後見制度が、同じく2000年4月の施行を目指して法案化が最終段階を迎えている。

さらに、保健福祉サービスの制度や処遇とのかかわりで、オンブズマンの制度や活動、サービス評価、さらには情報公開などの利用者の自己決定権やその他の権利を擁護するための多様な取り組みが模索されている。

本分担研究は、このような状況を踏まえて、主に次の二つの目的をもって行われている。

1. 痴呆性高齢者等の意思能力が不十分な高齢者に対する保健福祉サービスにおける利用決定およびサービス提供の実施過程で、本

人の自己決定権がどのように位置づけられ、また実際にどの程度それが確保されているのか、その現状と課題を明らかにする。その際、高齢者に対する保健福祉サービスが介護保険制度の導入により大きく変化するので、現行制度のもとでの現状と介護保険制度のもとで予想される課題の双方を取り上げることとする。

2. 保健福祉サービスの決定・実施過程において高齢者や障害者の自己決定権を擁護するためのオンブズマンの制度や諸活動の現状と課題を明らかにする。

上記の目的1の研究については、初年度（平成9年度）の研究では、現行の特別養護老人ホーム入所措置過程に焦点を当て、福祉事務所現業ワーカーを対象にした調査により、現状と問題点の整理を行った。

平成10年度の研究では、介護保険制度のもとでの課題を探ることを目的に、次の2つの調査を行った。

1) 「平成10年度高齢者介護サービス体制整備支援事業」（いわゆる市区町村モデル事業）における「介護サービス計画」作成の

試行の中で、意思能力が不十分な高齢者本人のサービス利用をめぐる意思を確認する方法を検討するための調査。

2) 介護保険制度のもとで介護サービス計画作成の職務に携わる「介護支援専門員」

(予定者)が、サービス利用をめぐる痴呆性高齢者等の自己決定権の擁護についてどのような考え方を持っているかを明らかにする意見調査。

上記の目的2の研究については、初年度は、高齢者福祉分野を中心としたオンブズマン活動の全般的な現状と課題を資料・文献を通して整理した。平成10年度の研究では、地域型オンブズマンの例として「湘南ふくしネットワーク・オンブズマン」を取り上げ、その活動内容を事例調査することによってオンブズマンの役割と課題を明らかにする

## B. 研究方法

この点でのわが国での先行研究がきわめて乏しいことは、昨年度の研究報告において述べた通りである。したがって、研究の方法はまだ探索的なものである。

上記1の研究目的に即した2つの調査の対象とデータ収集の方法は、次の通りである。

1) 「市区町村モデル事業」における介護サービス計画作成の試行に関する調査：

調査対象地域は、東京のS区および神奈川県S市とY市である。

調査対象は、これらの区市において介護サービス計画作成の試行の対象となった要介護高齢者のうちで、痴呆等のために意思能力が不十分と判断された高齢者で、S区9名、S市10名、Y市10名、合計29名である。なお、意思能力が不十分と判断する基準は、痴呆等の評価のための調査項目が各市区で異

なったため、共通のものを用いることはできなかった。

調査を担当したのは、この試行において介護支援専門員の役割を果たした市区の福祉関係部署の職員および介護支援センター職員である。

調査項目は、a) フェースシート(高齢者のADL、痴呆症状と問題行動を含む)、b) 心身の状態やサービス計画についての要望などの意思表示ができた程度、c) アセスメントの段階で高齢者本人の意見・要望を聴取できた程度、d) ケアプラン作成段階で高齢者本人の意見・要望を聴取できた程度、e) ケアプラン作成段階で家族介護者等の意見・要望を取り入れた程度、f) 高齢者本人と家族介護者の間で意見・要望が食い違った程度、g) アセスメントおよびケアプラン作成の過程で、高齢者本人の意思表示能力を評価することがどの程度必要か、h) 意思表示が不十分な高齢者の意思を代弁することの必要性和困難性についての意見、である。

1) 介護支援専門員意見調査：

調査対象は、東京都の平成10年度介護支援専門員実務研修受講者の内、平成11年2月17日と24日に行われた前期研修参加者約650名である。東京都の実務研修受講予定者の約10%にあたる。

調査方法は研修会場に集まった受講者に調査依頼文、調査票及び返信用封筒を一組にして配布し、後日、返信用封筒によって調査票を返送する集合配布・郵送法を用いた。なお、調査票には無記名で回答してもらった。有効回答数は217名、回収率は約33.4%であった。

調査内容について若干説明しておく。介護支援専門員「予定者」を対象としている

ことから、対象者の中には在宅介護支援センターなどで介護支援専門員の業務とほぼ同じと考えられる高齢者の相談援助業務に既に携わっているものから、これまで高齢者に対する相談援助業務を全く行ったことのないものまで含まれている。

したがって、これまでの経験から痴呆性高齢者等の自己決定権についての考えを聞く事は困難であると考えられた。このような事情を考慮して、調査を行うにあたっては、今後、介護支援専門員として痴呆性高齢者等の自己決定権に関する判断をしなければならない状況を仮定して、その場合にどのように行動するかを調査することとした。

また、自己決定権に関する考えに関連する要因として、これまでの業務の中で利用者本人、家族そして自分自身との関係において、意思決定における困難を経験したことがあるかどうかを想定した。判断能力が不十分な利用者の自己決定権擁護の問題は、意思決定をどのように行うかの問題であり、これまでに意思決定における困難を経験したことがあるかどうか、介護支援専門員として行動に関連する可能性が考えられる。<sup>1)</sup>

職種によって具体的な困難の内容は大きく異なると考えられるが、調査対象者の職種が多岐に渡ること、さらにこれまでに高齢者に対する相談援助サービスに全く携わったことが無いものも多く含まれていることから、一定の制約を前提として意思決定における困難の経験を自己決定権擁護の考えに関連する要因と考えることとした。

上記の目的2の研究については、「湘南ふくしネットワーク・オンブズマン」を対象に、ヒヤリングおよび関連資料により、オンブズマン活動の現状と課題を整理した。

## C. 研究結果

上記の目的1の研究のうち、1)の調査については、質的分析方法に時間を要しているため、結果の報告を次年度に回し、今年度は、2)の調査の1次的な結果を報告する。

### (1) 回答者の基本属性

#### a) 性別：

男性が45名(20.7%)、女性が172名(79.3%)であり、女性が約8割を占めていた。

#### b) 年齢：

「29才以下」は8名(3.7%)、「30～39才」は76名(35.0%)、「40～49才」は73名(33.6%)、「50～59才」は54名(24.9%)、そして「60才以上」は6名(2.8%)であった。

#### c) 職種：

最も多かったのは、看護婦・准看護婦(士)の47名(21.7%)であり、保健婦(士)と助産婦を加えた看護職としてみると61名(28.1%)となり、3割弱を占めている。次に多かったのは薬剤師の40名(18.4%)で2割弱、続いて介護職(介護福祉士)の30名(13.8%)で介護福祉士以外の介護職を加えると33名(15.2%)となる。以下、主だった職種として、柔道整復士の19名(8.8%)、ソーシャルワーカー・相談援助職(社会福祉士)の14名(6.5%)がある。社会福祉士以外のソーシャルワーカー・相談援助職を加えると26名(12.0%)となる。他の職種については、表1に示した。

### (2) 介護支援専門員としての業務を行う予定

実務研修終了後、介護支援専門員としての業務を行う予定があるかどうかについて質問した結果は以下の通りである。

最も多かったのは「当分介護支援専門員の



表 1. 職種

職 種	実数 (%)	職 種	実数 (%)
医師	12 (5.5)	ソーシャルワーカー・相談援助職(CSW以外)	12 (5.5)
歯科医師	7 (3.2)	介護職 (介護福祉士)	30 (13.8)
薬剤師	40 (18.4)	介護職 (介護福祉士以外)	3 (1.4)
保健婦 (士)	12 (5.5)	あんまマッサージ指圧師	2 (0.9)
助産婦	2 (0.9)	はり師・きゅう師	4 (1.8)
看護婦・准看護婦 (士)	47 (21.7)	栄養士 (管理栄養士)	4 (1.8)
理学療法士	4 (1.8)	視能訓練士	2 (0.9)
作業療法士	3 (1.4)	柔道整復士	19 (8.8)
ソーシャルワーカー・相談援助職(CSW)	14 (6.5)	合 計	217 (100.0)

注) CSW : 社会福祉士

仕事に就く予定はないが、自分の仕事に関連があり自分で取得しておきたいと思ったからの102名(47.2%)で半数近くを占めていた。

「介護保険が実施されればすぐに介護支援専門員の仕事に就く予定があるから」と回答したものは53名(24.5%)で約4分の1に過ぎなかった。「介護保険が実施されてもすぐに介護支援専門員の仕事に就く予定はないが、近い将来その仕事に就きたいと思っているから」と回答した47名(21.8%)を加えても、介護支援専門員としての仕事を行う予定のあるのは100名(46.3%)と半数に達していなかった。資格の一つとして取得しておきたかった、所属機関に取得を勧められたなどその他の回答が14名(6.5%)あった。なお、不明が1名あり集計からは除外した。

### (3) これまでの業務における困難の経験

a) 利用者・患者本人と家族の意見・希望の違いによる困難の経験:

「あなたは、これまでの仕事の中で、サービス利用者や患者の意見や希望と家族の意見や希望が異なり対応に困ったことがどの程度ありましたか」という質問に対して、「よくあった」は30名(14.0%)、「ときどきあった」

は142名(66.4%)、そして「なかった」は42名(19.6%)であった。なお不明が3名あり集計から除いた。

b) 利用者・患者本人の意見・希望と自分自身の判断の違いによる困難の経験:

「あなたは、これまでの仕事の中で、サービス利用者や患者などの意見や希望と自分の専門職としての判断が異なり対応に困ったことがどの程度ありましたか」という質問に対して、「よくあった」は19名(8.9%)、「ときどきあった」は158名(73.8%)、そして「なかった」は37名(17.3%)であった。なお不明が3名あり集計から除いた。

c) 制度上の制約や資源不足のために利用者・患者本人の希望に応えることが困難だった経験:

「あなたは、これまでの仕事の中で、制度上の制約や資源不足のために、サービス利用者や患者などの希望に応えられなくて困ったことがどの程度ありましたか」という質問に対して、「よくあった」は58名(27.1%)、「ときどきあった」は128名(59.8%)、そして「なかった」は28名(13.1%)であった。なお不明が3名あり集計から除いた。

d) 利用者・患者本人の意思をかなえるための困難の経験：

「あなたは、これまでの仕事の中で、サービス利用者や患者本人の意思をかなえることが困難なために苦労したことがどの程度ありましたか」というという質問に対して、「よくあった」は42名(19.6%)、「ときどきあった」は141名(65.9%)、そして「なかった」は31名(14.5%)であった。なお不明が3名あり集計から除いた。

4) 痴呆性高齢者等の自己決定権について

a) 誰が意思の代弁をするべきか：

介護サービス計画における利用者本人の意思の代弁を誰が行うべきかについて、法定代理人、家族・親族、介護支援専門員の3者のうちで誰が行うべきかを質問した。

「法定代理人を立てて代弁すべきであり、介護支援専門員が代弁すべきではない」は27名(12.4%)、「法定代理人を立てる必要のある場合以外は、介護支援専門員が代弁すべきである」は17名(7.8%)、「家族・親族と介護支援専門員が合議により代弁すべきである」は107名(49.3%)、「家族・親族が代弁すべきである」は30名(13.8%)、「その他」は16名(7.4%)、「わからない」は20名(9.2%)であった。

b) 家族と意見が異なる場合の対応：

介護支援専門員としては、在宅生活を継続できると判断したにも関わらず、家族が施設入所を希望した場合の対応について質問した。「介護支援専門員として、在宅生活を継続する方が本人にとって望ましいと判断した場合には、できるだけ案に即した計画が決定できるよう家族に理解をしてもらう」が114名(52.8%)、「介護支援専門員としては在宅生活を継続する方が本人にとって望ましいと判断し

ても、家族の希望を優先して、施設入所のための手配をする」が36名(16.7%)、「その他」が42名(19.4%)、「わからない」が24名(11.1%)であった。なお、不明が1名いたので集計からは除外した。

c) 代理人と意見が異なる場合の対応：

仮に代理人がいる場合に、介護支援専門員としての考えと代理人の考えが異なった場合の対応について質問した。「どのような場合も代理人の意見に従うべきである」は10名(4.7%)、「本人のためには計画案の方が望ましいと判断した場合は、できるだけ案に即した計画が決定できるよう代理人に理解をしてもらう」が170名(79.1%)、「その他」が23名(10.7%)、「わからない」が12名(5.6%)であった。なお、不明が2名あり集計からは除外した。

5) 介護サービス計画において誰が本人の意思の代弁をするべきかに関する意見に関連する要因

介護サービス計画において誰が利用者本人の意思を代弁すべきであるかについては、過去の業務における利用者本人と家族などの希望が異なるために対応に困ったことがあるかどうかなど、過去の困難の経験が関連する可能性があることを想定した。

ここでは介護サービス計画において誰が意思の代弁をするべきであるかと、過去の3つの困難の経験の関係をクロス表によって見る。なお、サンプル数が少なく、空欄になるセルもあることから、統計的検定は行わずに傾向だけを見ることにする。

a) 利用者本人と家族の意見や希望の違いによる対応困難の経験との関連：

過去に利用者本人と家族の意見や希望がことなるために対応に困ったことが「よくあっ

表 2. 本人と家族の意見・希望の違いと代弁者

	法定代理人	法定代理人と 介護支援専門員	家族・親族と 介護支援専門員	家族・親 族	その他	わからない
よくあった	5 (16.7)	2 ( 6.7)	10 (33.3)	3 (10.0)	5 (16.7)	5 (16.7)
ときどきあった	14 ( 9.9)	13 ( 9.2)	75 (52.8)	16 (11.3)	11 ( 7.7)	13 ( 9.2)
なかった	8 (19.0)	2 ( 4.8)	20 (47.6)	10 (23.8)	0 ( 0.0)	2 ( 4.8)

表 3. 本人と自分自身の意見の違いと代弁者

	法定代理人	法定代理人と 介護支援専門員	家族・親族と 介護支援専門員	家族・親 族	その他	わからない
よくあった	4 (21.1)	1 ( 5.3)	7 (36.8)	2 (10.5)	3 (15.8)	2 (10.5)
ときどきあった	19 (12.0)	13 ( 8.2)	79 (50.0)	21 (13.3)	10 ( 6.3)	16 (10.1)
なかった	4 (10.8)	3 ( 8.1)	19 (51.4)	7 (18.9)	3 ( 8.1)	1 ( 2.7)

表 4. 本人の意思の実現と代弁者

	法定代理人	法定代理人と 介護支援専門員	家族・親族と 介護支援専門員	家族・親 族	その他	わからない
よくあった	6 (14.3)	3 ( 7.1)	14 (33.3)	3 ( 7.1)	7 (16.7)	9 (21.4)
ときどきあった	17 (12.1)	12 ( 8.5)	76 (53.9)	19 (13.5)	9 ( 6.4)	8 ( 5.7)
なかった	4 (12.9)	2 ( 6.5)	14 (45.2)	8 (25.8)	0 ( 0.0)	3 ( 9.7)

た」人は、「なかった」人に比べて「家族・親族」が代弁すべきであると考えるものが半数以下であった。しかし、「法定代理人」を立てるべきであると考えているのは「ときどきあった」人が最も多かった。また「よくあった」人は「その他」と「わからない」の回答が多いのが特徴である。

b) 本人と自分自身の判断の違いによる対応困難の経験との関連：(表 3)

過去に「よくあった」人では「法定代理人」

と「その他」が多くなっている。「なかった」人は「家族・親族」が多く、「わからない」が少なくなっている。

c) 本人の意思の実現のための対応困難の経験との関連：(表 4)

過去に「よくあった」人は「家族・親族」が少なく、「その他」と「わからない」が多くなっている。「なかった」人は「家族・親族」が多くなっている。

## 2. サービスの決定・実施過程において、 高齢者の自己決定権を擁護するためのオンブ ズマンの制度と活動の現状

現在わが国で行われている様々な種類のオンブズマンの制度や活動は以下のように分類できる。

- (1) 行政一般オンブズマン
- (2) 行政福祉オンブズマン
- (3) 市民オンブズマン
- (4) 福祉オンブズマン

このうち、福祉施設に関連するオンブズマン制度である福祉オンブズマンには以下の種類がある。

- (1) 施設単独型オンブズマン
- (2) 地域型オンブズマン
- (3) 情報公開請求型オンブズマン

ここでは、地域型オンブズマンの例として「湘南ふくしネットワーク・オンブズマン」を取り上げ、その活動内容を調査することによってオンブズマンの役割と課題を明らかにする<sup>2)</sup>。

湘南ふくしネットワークは97年5月に発足し、同時にオンブズマン委員会もスタートした。発足までの準備期間には、現在の湘南ふくしネットワークの代表かつ加盟施設の施設長である上田晴男氏が中心となり、湘南エリアの施設に呼びかけ、約半年前から施設利用者の権利擁護システムについての学習会を重ねてきた。

そこでは、施設の閉鎖性、縦割りの状況、自己完結性などの構造的欠陥を突破する、利用者主体の施設のあり方が議論されてきた。そして必然的に、先駆的取り組みとしての施設単独型オンブズマンの評価が題材となった。その結果、単独型をさらに発展させ、地域に根ざしたネットワーク型のオンブズマン制度

の設置が議論の焦点となっていた。この流れを作り出したのは、上田氏をはじめとする、日頃から利用者の権利擁護を真正面から考え、あえて第三者の目を入れることで、施設サービスの質を高めていくことができるという考えを持っていた施設長たちである。その意味で、施設側が、このオンブズマン制度を導入することに一歩踏み出したことは、評価に値するといえよう。

最終的に、神奈川県茅ヶ崎市・藤沢市・鎌倉市・逗子市等のいわゆる湘南エリアを拠点として、対象者や施設種別を越えたネットワーク組織が提唱され、97年5月に「湘南ふくしネットワーク」が発足し、8施設が加盟をした。さらに98年度には、6施設と加盟施設の法人が運営している6つの地域活動センター、地域作業所が加盟し、14の法内施設（知的障害者更生施設3カ所、知的障害者通所更生施設4施設、知的障害者通所授産施設1カ所、身体障害者療護施設2カ所、身体障害者通所授産施設1カ所、特別養護老人ホーム2カ所、軽費老人ホーム1カ所）と6つの地域活動センター等によって組織され、ネットワークはさらなる拡がりを見せている。

加盟施設の増加に伴い、オンブズマンも3名増員となった（学識経験者4名、弁護士2名、司法書士1名、市民代表1名、医療ソーシャルワーカー1名）。

各施設を2名のオンブズマンが担当し、月に1回は、施設を訪れ、利用者の声に耳を傾けている。また毎月オンブズマン委員会が開かれ、各オンブズマン活動の情報交換と困難事例に関して協議し、委員会としての見解を出している。また、職員への研修や保護者との懇談、利用者の会等にも参加をするなど、さまざまなアクセスの仕方に関わって