

いる。

97年度の実質的な活動は、9月以降の半年であったが、相談件数は、利用者とその家族から81件あり、その内容は、生活環境、食事、外出、施設サービス、財産、介助、施設職員、家族、将来生活、医療、交通機関等、多岐にわたっている。

初年度では、利用者の方々にオンブズマンの活動を知ってもらうこと、信頼関係を構築し、気軽に話ができるようにとの工夫に力を注いだ。たとえば、オンブズマンに相談することが職員や他の利用者に知られたくないという声もあったため、オンブズマン直通電話を開設した。オンブズマンの一人が、相談専用の携帯電話を持ち、24時間体制で待機している。またオンブズマンへの連絡先と顔写真入りの名刺を作成し、利用者に配布した。

相談経路は複数ある。特徴的なのは、オンブズマン協力員と湘南ふくしネットワーク事務局の存在である。オンブズマン協力員とは、オンブズマンと利用者の間を取り持つ調整を担う者であり、各施設の職員の中から任命されている。さらにこの協力員には施設において、日常的に権利擁護や施設サービス向上のための啓発等をオンブズマン側に立って推進していく役割が求められている。

また湘南ふくしネットワーク事務局は、オンブズマン活動の議事録や記録等の整理と管理、オンブズマンと加盟施設との調整、オンブズマンへの相談の取り次ぎやインテーク等の役割を担っている。このオンブズマン協力員と事務局の存在が湘南ふくしネットワークのオンブズマン制度を支える要であるといってもよい。

#### D. 考察と結論

1. 保健福祉サービスの計画と利用決定の際の本人の自己決定権の確保についての介護支援専門員の意見調査

介護支援専門員実務研修を受講しているものの内、実際に介護支援専門員としての仕事を行う予定のものは4分の1に過ぎず、将来はその仕事に就きたいと回答したものを含めても半数に満たなかった。介護保険の施行時には全国で約4万人の介護支援専門員が必要と言われているが、東京都の場合でも必要な数が確保できるか懸念される。

痴呆性高齢者等の自己決定権については、これまでの業務において利用者本人、家族そして専門職としての自己との関係の中で困難を経験したことがよくあったもの程、本人の意思を誰が代弁すべきかについて、「その他」や「わからない」と回答する割合が高く、単に法定後見人あるいは家族・親族が行うべきであるなど、簡単に割り切れない、あるいはどうすべきであるのか明確な答えが見いだせず迷いがあるように思える。

介護保険が施行されると、これまでに相談援助業務を行ったことがない専門職も介護支援専門員として仕事をすることになる。現場での意思決定という人間関係や利害関係が複雑に入り組んだ状況での自己決定権の擁護という問題は極めて難しいといえる。このような問題を現場の介護支援専門員一人一人の判断に委ねるのは負担が大きいとも考えられる。施行に向けて、自己決定権の擁護のための原則を定めたガイドラインなど、介護支援専門員を支援する準備が必要であると考えられる。

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

「湘南ふくしネットワーク・オンブズマン」

の活動事例を通して今後の福祉オンブズマンの機能について考察する。

現在のオンブズマンには、第1に利用者の声に耳を傾け、代弁するアドボカシー機能、第2にその問題や課題の要因を明らかにし、必要に応じて制度や政策の改善を提言していくソーシャルアクションの機能が求められている。<sup>3)</sup>

オンブズマン制度が、施設内での権利擁護システムのひとつとして位置づけられていくことは重要であるが、オンブズマン制度のみが権利擁護の中心的役割を果たすのではない。つまり、権利擁護システムを支えるものとしては、当事者活動、家族会等への支援、行事や日常生活の援助のなかでの利用者の自己決定の尊重と利用者のもともと持っている力を引き出していく援助としてのエンパワメントの実践も重要なのである。オンブズマンの機能は、利用者の声を基本に据え、その声の方向は苦情処理と施設変革及びその先のノーマライゼーション社会の構築に結びつくものであり、以下のように整理することができる。

- 1) 利用者の苦情、要望、意見の訴えの創出促進
- 2) 利用者の権利意識、自分意識の回復、促進
- 3) 施設の支援体制、制度の工夫、改革への方向促進
- 4) 施設及び地域における新しい支援、システムの必要性の認識促進
- 5) ノーマライゼーション社会構築への推進

## E. 引用文献

- 1) Clenens, E., Wètle, T., et al. Contradictions in Case Management. Journal of

Aging and Health, 6(1), 70-88. 1994.

2) 湘南ふくしネットワーク, 湘南ふくしネットワーク1997年度活動報告書, 1-67, 1998

3) 石渡和実, 福祉オンブズマン活動の進展と課題, 「ノーマライゼーション研究」編集委員会編, ノーマライゼーション研究1998年版年報, 91-101, 1998

## 【研究協力者】

福田幸夫	日本赤十字秋田短期大学
高山直樹	和泉短期大学
菊池健志	神奈川県庁
菊地和則	東京都老人総合研究所
山下興一郎	全国社会福祉協議会

分担研究報告書  
民事裁判における意思能力判定に関する研究

白石弘巳 東京都精神医学総合研究所  
社会精神病理部門専門副参事

# 民事裁判における意思能力判定に関する研究

白石弘巳（財団法人東京都精神医学総合研究所副参事研究員）

高齢社会においては、財産管理、遺言、養子縁組、相続等民事上のトラブルが増大する。そうした場合、しばしば精神医学的鑑定が要請されるが、従来、民事上の意思能力に関する鑑定は、精神発達遅滞や精神病を念頭に置いた基準で考えられており、痴呆性疾患や、加齢による生理的な老化等による能力の低下を判定するには必ずしも十分とは言えない。この研究は、民事裁判における精神医学的能力判定の実態を調査し、そのあるべき姿を探求することを目的として行われた。

キーワード：高齢者、痴呆、遺言、意思能力、成年後見制度

## I. 緒言

### 1. 高齢社会の到来と高齢者の財産問題

現在、日本人の平均余命男性は 76.38 年、女性は 82.85 年（1995 年の第 18 回生命表）となり、日本は世界有数の長寿国となった。と同時に、65 歳以上の高齢人口は 1995 年に総人口の 14.5% となり、他の諸国に比較して未曾有の速度で高齢社会へと突入した。今後も、高齢者人口は増加し続け、2025 年には 27.4% に達すると推測されている<sup>1)</sup>。

このような中で、高齢者が財産上のトラブルに巻き込まれ、裁判に至る紛争となるケースが耳目を集めるようになった。升田<sup>2)</sup>の例示によればその主な内容として、1) 金、ダイヤモンド、ゴルフ会員権、レジャークラブ会員権、土地等の商品投資に関するもの、2) 株式、ワラント等の証券投資、変額保険等の金融投資に絡むもの、3) 遺言の際の遺言能力の有無、4) 親族間の財産争いが禁治産申し立てに至ったもの、5) 老後

の介護を期待して行った贈与、遺産分割に端を発する紛争、6) サービス提供者による介護サービスの履行をめぐる紛争、7) 高齢者が訴訟の当事者となり、その訴訟能力が問題とされたもの、など多岐にわたっている。升田は、これらの紛争では、単に高齢者の意思能力の有無、行為能力の有無・程度、意思表示の有無、契約の成否といった単純な様相ではなく、紛争自体が長期にわたって継続し、法的にも複雑な様相を呈することが少なくないと言う<sup>3)</sup>。

### 2. 成年後見法の成立

財産管理が困難な者の保護のために、民法には禁治産・準禁治産制度、行為無能力制度が作られている。この制度の利用は、1980 年代中ころから急激に増加し、1995 年には 1980 年の約 3 倍、2,000 件に達した。しかし、これでも、まだ必要な者のごく一部にしか利用されていないと推定されてい

る。その理由として、以下のような現行制度の問題点が指摘されている。1) 禁治産者が行為能力を奪われること、2) 制度が本人の保護のために機能していない懸念があること、3) 審判の結論が医師の鑑定書に依存しすぎる懸念があること、4) 宣告の根拠となる「心神喪失の常況」の判定が必ずしも容易でない場合があり、普遍かつ妥当な判断がなされているか懸念があること、5) 制度がもっぱら財産管理の面でのみ用いられ、身上監護が見落とされやすいこと、6) 戸籍に記載されるなどの公示方法に問題があること、7) 「禁治産」という述語が人権無視の響きをもつこと。

このような現状に鑑み、政府は新たな被保護成年者制度を作るべく検討を重ねてきた。1999年3月現在、法務省内で新たな法律の条文案がまとまり、国会の審理を待つばかりとなっている。法務省民事局によれば、新たな制度は、「自己決定の尊重」と「本人の保護」の調和を目指して設計された。具体的には、柔軟かつ弾力的な利用しやすい制度となるよう、現行の禁治産類型(対象は心神喪失者)と準禁治産類型(対象は心神耗弱者)の2類型に新たに軽度の痴呆、知的障害、精神障害の状態にある者を対象とする「補助類型」を加えて3類型とし、さらに先の2類型の内容にも変更を加えた。この他、保護の申立権をもつ者の範囲を広げること、戸籍への記載に変わる新たな登録制度の創設、各種法令の資格制限の見直しなどが予定されている。この他にも、法人や複数の成年後見人を認めること、成年後見活動に当たっては本人の身上面に配慮することを義務づけ、法人成年後見人などによる監督体制強化を謳っている。さらに、判断能力が低下する前に、本人が低下後の事務に関する代理権を与える任意後見制度が導入される方向で検討されている。

また、併せて、公正証書遺言等の改正も検討されている。

### 3. 今後の問題

成年後見制度は、各界から概ね好意的に受け取られているようであるが、後見を開始するための鑑定が滞りなく、公平に行われるか、本人の身上面を第一に考える良質の後見人を十分に確保できるか、施設入所者らの年金管理など少額の金銭管理を他にゆだねざるを得ない人が法の保護から漏れてしまうのではないか、などの懸念もある。

厚生省は、社会福祉協議会に業務委託して、「生活支援相談員」(仮称)が自己決定能力の低下した者のサービス利用を援助する「地域福祉権利擁護制度」を発足させる。この制度と成年後見制度の関係について十分な検討が必要と考えられている。

さて、成年後見法には、各界からの過剰とも言うべき期待が集まったが、この法律の制定で高齢者の財産管理の問題がすべて解決するわけではない。近年、禁治産者の遺言をめぐる裁判の結果がいくつかできてきているが、今後はむしろ、こうした傾向が顕著となり、高齢者をめぐる財産紛争が法廷に持ち込まれる可能性が増加するのではないだろうか？

そうした場合、しばしば精神医学的鑑定が要請される。しかし、日本では民事鑑定については実務面でも研究面でも、近年までほとんど省みられることがなかったといっても過言ではない。精神科医が民事精神鑑定を疎んじる理由として、以下のようなことが考えられる。1) 日常臨床で多忙である、2) 鑑定方法について教育を受ける機会がなかった、3) 鑑定が本人のために役立てられていないと感じるため、4) 親族間の紛争に巻き込まれるのを警戒するため、5) 鑑定実務が臨床家の興味を起ささないため、6) 鑑定の当番制など鑑定体制がシステム化

されていないから、7)鑑定は司法精神医学の専門家がやればいいと考えているから。

いずれにせよ、こうした事情を分析し、民事精神鑑定を行うに当たって、早急に精神科医の量と質両面から対応を講じる必要がある。本研究では、後者、すなわち鑑定の質に関係する問題として、意思能力の判定基準について検討を加える。意思能力は、裁判においてしばしば裁判の雌雄を決するポイントとなり、その解明が法律学から精神医学に期待されている所であるからである。

しかし、法律学の述語である意思能力を正しく理解した上で、医学的・心理学的要素を問題にする精神医学との接合を試みることは必ずしも容易ではない。また、従来、民事上の意思能力に関する鑑定は、精神発達遅滞や精神病を念頭に置いた基準で考えられており、痴呆性疾患や、加齢による生理的な老化等による能力の低下を判定するには必ずしも十分とは言えないと考えられる。

このような事情から、本研究では思弁的に意思能力の判定基準を究明することを避けるため、現実の裁判の中で、裁判官が精神医学による鑑定結果を意思能力の有無を判定するためにどのように利用したか、について判例を検索して系統的に調査する方法をとることとした。研究初年度である本年は、以下に述べる理由で遺言に関する能力について検討した。

## II. 問題の所在

### 1. 意思能力、行為能力、責任能力

以下、山本<sup>3)</sup>の民法上の諸力に関する解説に従って法律上の概念を整理しておく。

まず、意思能力は、自分の行為の結果を判断できる精神能力であって、正常な認識力と予期力を含んでいる。このような意思能力を欠く状態を心神喪失といい、人につ

いては無能力者という。我々の行為が法律効果を生むためには、常に意思能力が前提となる。意思能力がなければ、法律効果の効力を承認ないし否認することができないためである。ここにいう行為とは、法律行為のことであって、これは行為者が一定の私法上の効果の発生を意欲する意思（効果意思）を表明した（意思表示）がために、その意思表示に即応する効果の与えられる行為をいう、とされる。近代法の下では、法律行為の効果の根源を各人の意思に求める結果、意思能力のない者のした法律行為は無効とされる。

ただし、日本民法には、意思能力についての規定はなく、法文上で「能力」というときには、行為能力を指す。行為能力とは、法律上単独で有効な行為をなす資格をいう。

行為能力については、民法総則の第1章第2節第3条から第20条まで、画一的に掲げられている。このような能力を欠く者が行為無能力者であり、法文上、未成年者、禁治産者、準禁治産者の三者が該当する。行為無能力の制度が設けられたのは、その都度の意思能力の立証負担を免除し、独立の取引能力のない者を保護するためである。

意思能力に比べて行為能力はより高度な精神能力を意味する。行為能力は、形式的、画一的基準に則って決定されるのに対し、意志能力はその都度事情によって決定される。その効果は、行為無能力者はその効果を取り消すことができるのに対し、意思無能力者ではその行為は取り消すまでもなく、はじめから無効である。意思能力と行為能力は必ずしも並行しない。

民法上の責任能力の規定は刑法とは異なり、不法行為によって他人の権利を侵害することに関わるものである。責任無能力者とは、行為の責任を弁識するに足るだけの

知能を備えていない未成年者、または心神喪失者を差し、これらの者は賠償責任を免れる。責任能力は、例外的現象であるので、行為能力のように画一的基準を設定せず、不法行為ごとに行為者の精神能力を判定すればいいとされる。

## 2. 身分上の行為に関連する能力

法律行為や行為能力は、もっぱら財産に関していわれる。これに対して、婚姻、離婚、養子縁組、離縁、子の認知、遺言などの身分上の行為については、行為能力の規定は原則として適応されない。たとえば、禁治産者でも意思能力がある限り、婚姻は単独でできうる。身分に関する行為はもっぱら本人の意思、真意が重視されるためである。身分行為については、本人の意思を最大限に生かす趣旨から、必要な能力の程度が、それぞれの身分行為ごとに決められてくる。その例として、升田<sup>3)</sup>に従えば以下のようなものがある。

- a) 意思表示の受領能力（民法 98 条）
- b) 婚姻能力（民法 738 条）
- c) 協議離婚能力（民法 764 条）
- d) 認知能力（民法 780 条）
- e) 縁組能力（民法 799 条）
- f) 協議離縁能力（民法 812 条）
- g) 遺言能力（民法 961 条ないし 963 条、973 条）
- h) 時効取得に際して（民法 162 条）
- i) 不法行為に際して（民法 713 条）

升田も言うように、これら身分に関する行為は、本人の真意を尊重すべきものであるとしても、特に婚姻、縁組、遺言等は財産の移転を伴うことが無視できず、特に高齢者における身分上の行為は財産の移転という側面が重要な意味を持つ。

民法では、これらの能力につき、個別に規定している。しかし、例えば婚姻能力を見ると、禁治産者が婚姻をするには、その

後見人の同意を要しない、と規定されているに過ぎず、紛争において意思能力の有無自体を争うときに直接結論を導くようなものではない。

遺言能力においても同様である。すなわち、民法 961 条 満 15 歳に達した者は遺言をすることができる

民法 962 条 第 4 条、第 9 条、第 12 条の規定は、遺言には、これを適用しない。

民法 963 条 遺言者は、遺言をする時において、その能力を有しなければならない。

民法 973 条 ① 禁治産者が本心に復した時において遺言をするには、医師二人以上の立ち会いがなければならない。

② 遺言に立ち会った医師は、遺言者が遺言をするときに心神喪失の状況になかった旨を遺言書に付記して、これに署名し、印を押さねばならない。但し、秘密証書によって遺言をする場合には、その封紙に右の記載をし、署名し、印を押さねばならない。

個々の裁判例では、民法の条文に依拠しつつ、より具体的な遺言能力の定義に照らして、その有無を判断することになる。日本民法では、遺言の形式として、普通方式 3 類型（自筆証書遺言、公正証書遺言、危急時遺言）と特別方式の遺言 4 類型を定めている。この中で実際に遺言に必要な能力が争われたのは、普通方式の 3 類型である。これら 3 類型には、例えば、公正証書遺言では口授の能力などさらに個別に検討すべき点がある<sup>4)</sup>。

## 3. 本研究の問題意識

ここまでに列挙した行為の種類によって、意思能力の有無には大きな差が生じる。例えば、西山<sup>5)</sup>が言うように、同程度の痴呆の老人でも、売買契約をした場合（契約）と、他人の自動車を破壊した場合（不法行為）と遺言状や養子縁組届けを作製した場合（身分行為）では、その意思能力の判断

に差が生じうる。

意思能力の減退は、通常疾病によってもたらされる。その意味で意思能力鑑定の際に生物学的・医学的要素を加味することが要請される。

実際の紛争では、生物学的・医学的な面によって規定される能力の低下が、個々の行為を行う能力を凌駕していたか否かが問題とされる。このためには、その前提として、個々の行為に法律がどのような能力を要求しているのかを明らかにする必要がある。次いで、これを医学的要素の評価と対比する作業を行い、両者の関係を検討しなければならない。

このような検討が効果を上げるためには、特殊例について精密な議論を行うことと、ある程度の判例を集めて判定の慣行を知ることの両方が必要である。

そのために、本年度は遺言に着目した。その理由は以下のようなものである。

村田<sup>3)</sup>に従うと、まず、第一として遺言の件数の多さが上げられる。1992年の公正証書遺言の全国件数は46,772件に達している。しかも遺言の利用件数は近年増加する傾向にある。第二として、こうした増加の背景には、資産価値の上昇、相続人の意識の高まり、被相続人が老後の扶養確保の手段として活用、などの今日耳目を集めている事情がある。第三には遺言がとりわけ高齢者において問題にされる行為であること、さらに第四として遺言に必要な意思能力の有無を扱った裁判例が比較的多く見受けられること、などが挙げられる。

### Ⅲ. 方法

本年度は、以下のような内容の検討を行った。

- 1) 遺言に必要な能力について、諸家の論考を文献的に検討すること
- 2) 遺言をする能力についてのイギリスの

考え方を参考として検討すること

- 3) 遺言が関係する裁判例の検索を行うこと

- 4) 得られた判例の中で能力がどのような生物学的・医学的状況を参考にして判定されているかを明らかにすること

こうした検討を通じ、従来の能力判定の問題点、高齢者に適した能力判定の基準等について考察を進める。

### Ⅳ. 結果と考察

#### 1. 遺言に必要なとされる意思能力に関する文献

遺言全般の判例を扱った加藤永一著「遺言の判例と法理」では、最近の判例について解説したところで、「最近の判例で目立つ傾向の一つは、病人のした遺言が適式かどうか問題にされた例が少なくない」とは書かれているが、意思能力について直接論ずる部分は少ない印象を受けた。

法学雑誌等に、遺言能力について解説した文献は散見される。例えば、知り得たところでは太田武男「痴呆老人の公正証書遺言と遺言能力」(私法判例リマックス、1994<下>)、右近健男「公正証書遺言判例研究」(上)(下)(判例評論、433,434)、村田彰「高齢者の遺言」(文献所収)、鈴木真次「高齢病者の遺言能力」(ケース研究 235号)などがある。

遺言能力に関する民法の規定について、中川善之助、泉久男の解説が標準であるという。

鈴木<sup>4)</sup>の解説で要約して紹介すると、以下のようなものである。

- 1) 遺言に必要な能力は取引行為に必要な行為能力ではなく、身分行為における原則である意思能力である。その理由は、(i)人の最終意思を尊重したいこと、(ii)最終意思には欺もう、策謀、貪欲など忌まわしいものが少ないこと、(iii)行為能力なき者



の最終意思を尊重しても弊害は少ないこと、(iv)遺言は行為能力の備わるまで待つことができないこと、(v)遺言はもともと財産処分ではなく身分行為と観念されてきたことに求められる。

2) (i) 961 条は、遺言には行為能力を必要としないという意味であり、意思能力(事物に対する一応の判断力)の備わる年齢を満 15 歳と明示したのである。(ii) 遺言には行為能力は必要でないから、遺言については「未成年者も、禁治産者も、準禁治産者もない(962 条)」。(iii) 遺言については成立時と効力発生時との間に間隔のあくことが多いため、注意的に置かれた規定が、962 条である。(iv) 973 条は、禁治産者でも意思能力のあるときは有効な遺言ができるという趣旨である。

村田<sup>19)</sup>は、自筆証書遺言、公正証書遺言、一般危急時遺言にわけて、過去の裁判判例でそれぞれに必要な精神能力をいかに表現したかを述べている。彼によれば、自筆証書遺言に関する裁判の場合は、「学説・判例上一般に用いられる意思能力」「遺言能力」「遺言をなし得る意思能力」「事理弁識能力」「判断能力」「事理を理解することのできる一応の理解力、判断力」「遺言の内容を理解してこれを遺言書に書き記す能力」などの表現が用いられた。村田のまとめによれば、「行為(遺言)の内容と効果(結果)を理解して真に意欲したことを表示するのに必要な能力」である。

また、彼によれば、公正証書遺言に関する裁判の場合は、「意思能力」「遺言能力」「遺言能力としての意思能力」「遺言の作成に要求される意思能力」「遺言能力としての意思能力」「遺言の趣旨を基本的に理解する能力」「事理を弁識(判断)する能力」「自己の行為の結果を認識しうる精神的能力である意思能力」「有効に遺言をなしうるために必要な行為の結果を弁識・判断するに足るだけ

の意思能力」「遺言行為の重大な結果を弁識するに足るだけの精神能力」「心神喪失の状況になかった」「財産の全部を妻に相続させることを内容とする遺言をする程度の理解力、判断力」などである。村田はまとめて、「遺言の内容と効果を理解して真に意欲したことの趣旨を公証人に口授するに必要な精神能力」であるとしている。

さらに、一般危急時遺言について、同様に村田の集めた判例を参照すると「意思能力ないし遺言能力」「十分に理解し判断することができた」の 2 事例が認められた。村田は、やはり行為の内容を口授する能力が欠かせないとして、「遺言の内容と効果を理解して真に意欲したことの趣旨を証人に口授するに必要な精神能力」と述べている。

## 2. 英米法の遺言能力

英米法の遺言能力(要件)はより個別的かつ具体的であるので、参照しておきたい。

精神科領域では、石井ら<sup>20)</sup>が紹介しているが、彼らによるとその要件は以下の 3 点がすべて満たされることであるという。

- 1) 遺言者は、自分がしている行為の性質を知っていること
- 2) 自分の財産の性質と量を知っていること
- 3) 自分の贈与の自然な対象を知っていること

この要件の適用は、1870 年の Banks 対 Goodfellow 事件の判決に遡るといえる。千葉大学の新井誠教授より提供を受けた英国法律家協会と英国医師会の共同作業による Assessment of mental capacity<sup>21)</sup>は、個々の行為について能力判定のためのチェックリストを掲載している。以下、その項のみ訳出しておく。

<チェックリスト>

以下のチェックリストは、「行為の性質とその効果を理解していること」「処分の対象となっている財産の量について理解していること」「遺言を行う者がそのために他から権利を主張されることについて理解できること」などが何を意味しているかについて理解を助けるであろう。このチェックリストは強制的なものでも、またこれにつきるものでもない。

行為の性質 遺言をする人は以下のようなことを理解していなければならない。

- 彼らが死ぬこと
- 遺言は、彼らが死んだ時点で効力を発揮するもので、それ以前にはないこと
- 彼らは生存中、能力がある限りいつでも遺言を変更したり、撤回することができること

遺言の効果 遺言をする人は以下のようなことを理解していなければならない。

- 誰が執行人(たち)であるか(できるなら彼らが指名されたのは何故かも含めて)
- 遺言により、誰が何を得るか
- 受取人が受け取るものが、完全か、条件を付けられたものか(例えば、受取人は、終生全財産の中から収入を得ることができるのか、生存期間中に限り居住権を得るだけなのか)
- もし、遺言者が、金を費消したり、贈与したり、あるいは財産を売却すれば、受取人は遺言の効果を受ける機会を逸すること
- 受取人は、遺言者よりも早く死ぬ可能性があること
- 既に遺言をしてあるならば、新しい遺言は以前のものと比べどこが、どのような理由で異なるのか

財産の量

Banks と Goodfellow 事件において判事が

量という言葉を用いて、価値という言葉を用いなかったことに注目することは大切である。もし、遺言を行う人の投資が第三者によって管理されていて、最近何も言明や判断がなかったとすると、現実的な問題が起こりうる。このような場合、贈与を行おうとしている人が与えるあらゆる資産について、自己の富の量に関する妥当性テストを行うべきである。遺言を行おうとする者は以下のことを理解していなければならない。

- 彼らだけで単独所有されている全財産の量
- ある種の共同所有財産は、遺言において何を述べようと、自動的にもう一人の所有者の所有となること
- 死に際して、遺言の内容には影響されない給付金が発生するか否か(保険証券、年金の権利など)
- 彼らの存命中、財産の量が変化する可能性があるか

第三者の要求

遺言を行う者は、遺言が効力を発生する物に対する要求を理解し、何故ある受取人を選んで、おそらくは何故、ある人を除いたのか、を理解していなければならない。例えば、受取人となる可能性がある人は以下のいずれであるかもしれない

- 例えば、その人から既に十分の支給を受けた人
- 他の人よりも財政的に恵まれている
- 他の人々よりも、思いやりがあり、よく面倒を見てきた
- 年齢、性別、あるいは身体的、精神的な問題でより大きい援助の必要性がある

日本では、ここまではっきり物事が分かっている事例ばかりではないような印象も受けるが、こうした明快に記載は我々の参考になるものである。

## 2. 裁判判例検索

以上の引用で、法律が想定する遺言の能力についてある程度の理解が得られた。続いて行うべき作業は、実際の裁判の中で問題にされている高齢者の医学的な状態をできるだけ共通の基準に照らして明らかにし、その状態と能力の肯定、否定を対応づけることである。

そのために、これまでの判例を検索した。

判例データベースのうち、「判例体系」と「判例マスター」を用いた。検索語として、

意思能力\*(高齢者+老人)\*(遺言+契約+身分)を用いた。

その結果、「判例体系」では41件、「判例マスター」では12件の該当事例が得られた。このうち、遺言に関連した判例を選び出し、以下の判例を得た。

- 1) 遺言無効確認請求事件(東京地裁、平成9年9月25日)入院中の94歳の老人の囑託に基づいて作成された公正証書遺言につき、遺言能力があり、口授の方式にも瑕疵がないとして、有効とされた事例。
- 2) 所有権移転登記抹消登記手続請求控訴事件(名古屋高裁、平成9年5月28日)禁治産宣告を受けた老人のした公正証書による遺言について、遺言能力を欠いていたと認めることができないとして、これを有効と判断した事例。
- 3) 遺言無効確認等請求事件(東京地裁、平成6年2月28日)脳梗塞の後遺症が悪化して入院直前の老人のした公正証書遺言について遺言能力を欠くとして無効とした事例。
- 4) 所有権移転登記抹消登記手続請求事件(和歌山地裁、平成6年1月21日)老人

性痴呆症状を呈する老人の遺言能力を認めた事例。

5) 所有権移転登記抹消登記手続請求控訴事件(名古屋高裁、平成5年6月29日) Aは、本件遺言時は正常な判断力、理解力、表現力を欠き、中等症ないし高度の老人性痴呆状態にあった者であり、この者の公正証書遺言について、遺言能力が否定された事例。

6) 遺言無効確認等請求事件(東京地裁、平成5年5月25日) 高齢者のなした公正証書遺言を口授の要件を欠き無効であるとしたが、同じ頃になされた養子縁組については有効と判断された事例。

7) 所有権共有持分移転登記手続請求、土地所有権移転登記手続請求事件(静岡地裁沼津支部、平成元年12月30日) 公正証書による遺言に、意思能力の欠如及び方式違反は認められず、有効であるとされた事例。

データベースで得られた以外にも、遺言における意思能力が問題になった判例はあるようである。さらに判例収集を続けたい。

目下の所は、最近注目を集めた禁治産者のなした遺言の有効性を否定しなかった名古屋高裁の判例に言及して置くことにとどめたい。

禁治産者は、心神喪失(=意思無能力)の常況にある者である。これが「一時的に本心に復した」すなわち「意思能力を回復した」ときに遺言がなされたという。狭義の精神病の場合、寛解期には本心に復することがあるかもしれないが、高齢者ではこのようなことが本当に起こりうるのか、疑念がわかぬではない。もし、このような状況での遺言を認めるのであれば、意思能力の

判定も含めて厳格に記録するなどの明確な手続きを規定した上で行うべきである。その際、現行の医師2名の立ち会いというだけでは不十分という自体も予想し得る。

医学的に起こり得ないことが起こったのか否か、などは精神医学が法律に寄与できる重要なポイントである。おそらく、多数例について検討すれば、医学的には意思能力(遺伝能力)があるとは言えない状況について経験的に示すことができるであろう。その際、グレイゾーンの存在には一応の注意を払うことも必要である。その場合には、当該の日時に、意思能力があったか否かについて、医学的資料のみならず会話記録その他可能な生活資料を駆使して、明らかにする手続きを加えることが必要になる。このような状況で用いられる指標についても明らかにしていくことが次の課題である。

Society. British Medical Association, London (1995).

#### 文献

- 1) 厚生省編：平成8年度厚生白書，pp100-126, ぎょうせい, 東京(1997)
- 2) 升田純：成年後見法をめぐる裁判例(1), 判例時報, 1572号, 3-15.
- 3) 山本巖：民事上の精神鑑定についての序説 - 意思能力・行為能力・責任能力 - . 精神医療, 11(3);33-39(1982)
- 4) 村田彰：高齢者の遺言 - 遺言に必要な意思能力を中心として - . 新井誠、小笠原裕次、高橋紘士編高齢者の権利擁護システム, pp77-102, 勁草書房, 東京(1998)
- 5) 西山 詮：民事精神鑑定の実際(追補改訂版), 新興医学出版社, 東京(1998)
- 6) 鈴木眞次：高齢病者の遺言能力. ケース研究 235号、27-51.
- 7) 中田修, 石井利文：老年期痴呆と法 - とくに遺言能力について - . 老年精神医学雑誌, 6; 945-952(1995)
- 8) Assessment of mental capacity. A report of British Medical Association and The Law

分担研究報告書  
痴呆性老人の医療・福祉サービスにおける「拘束」の実態に関する研究  
－介護家族の立場から－

三宅貴夫 弥栄町国民健康保険病院院長

# 痴呆性老人の医療・福祉サービスにおける「拘束」の実態に関する研究 —介護家族の立場から—

三宅貴夫（弥栄町国民健康保険病院院長）

痴呆性老人とその介護家族への医療・福祉のサービスにおける「拘束」の実態を介護家族の立場から調査した。さまざまな形の物理的・薬物的「拘束」が老人ホーム、老人保健施設、病院等で認められた。特に病院で、ベッド上の「拘束」が多いことを認めた。「拘束」をなくするためには、職員の増員、職員の痴呆への理解などの必要性が指摘された。

キーワード：痴呆性老人、ケア、拘束、人権

## A. 研究目的

痴呆性老人の医療・福祉サービスにおける「拘束」は、老人の人権にかかわる重要な課題である。我が国では、医療・福祉サービスにおける「拘束」は、明確な規制がなく、広く実施されていると思われる。痴呆性老人が「拘束」されていることを実際に経験した介護家族の立場からその「拘束」の実態を明らかにし、「拘束」の要因検討し、痴呆性老人への「拘束」をなくし、その人権が擁護されるための資料を得ることを目的として調査研究を実施した。

## B. 研究方法

### a. 調査対象者

本調査の対象者は、「社団法人呆け老人をかかえる家族の会」（以下「家族の会」と略称する）の会員で、1998年10月時点で過去5年間に痴呆性老人と介護家族への医療・福祉サービスを利用した経験のある痴呆性老人とその介護家族とした。

### b. 調査方法

所定の調査用紙を返信用封筒を同封し、家族の会の会員で対象者を特定できなかったため、会員全員に1998年10月に郵送した。同年10月より12月までの間に

回答について集計・解析を行った。

本調査では、「拘束」を「痴呆性老人の行動を制限するすべての物理的・薬物的な行為」としたが、それに該当するか否かの判断は介護家族にまかせた。

調査項目は、医療・福祉サービスの利用の有無とその種類、「拘束」の経験の有無とその内容、「拘束」の必要性の有無とその理由についての家族の考え、「拘束」についての職員の説明の有無と介護家族の反応、「拘束」のなくするために必要と思われる介護家族の考え、「拘束」を改善した事例の紹介、痴呆性老人の「拘束」についての家族の思いである。

## C. 研究結果

回答者数は、617人であった。このうち576人（93.4%）が調査時の過去5年間に痴呆性老人と介護家族への医療・福祉サービスを利用した。利用したサービスは、項目として老人ホームの長期入所・短期入所、老人デイサービスセンター、老人保健施設（中期入所・短期入所・デイケア）、病院・診療所（入院・デイケア）、ケアハスス、グループホーム、民間の宅老所、その他、を列記した。項目複数選択方

式の回答とし、利用した医療・福祉サービスは、病院・診療所が最も多く306人(利用経験のある567人の54.0%以下同じ)、老人デイサービスセンターが276人(47.9%)、老人ホームの短期入所が247人(42.9%)の順であった。

「拘束」の経験の有無は、「ある」が409人(医療・福祉サービスを利用した576人に対する割合71.0%以下同じ)、「ない」が134人(23.3%)、「わからない」が33人(5.8%)であった。

「拘束」の内容については、項目複数選択方式の回答とし、内容別の件数・割合は以下のとおりである。( )内は「拘束」の経験ある409人に対する割合(%)である。

I, 施設全体の出入り口で鍵等で昼間自由に出入りできなかった: 178 (43.5)

II, 施設内のフロアー、デイルームなど特定のスペースに閉じ込められた: 130 (31.8)

III, 部屋に閉じ込められた: 46 (11.2)

IV, ベッドの上で手または足を縛られた: 168 (41.1)

V, 車椅子に身体を縛られる、または立てないようにされた: 134 (32.8)

VI, 薬でおとなしくさせられた、または行動を抑えられた: 108 (26.4)

VII, その他: 25 (6.1)

(以下「拘束」の内容はI、II、III、IV、V、VI、VIIで示す)

「拘束」の内容と利用した医療・福祉サービスの種類をクロス集計した。件数の単純クロス集計では、Iは老人ホームの短期入所や入院に多い、IIは老人保健施設の短期入所や老人ホームの短期入所に多い、IIIは入院や老人ホームの短期入所に多い、IVは入院に著しく多い、Vは入院や老人ホームの短期入所に多い、VIが入院に著しく多

いという結果であった。病院・診療所のデイケア、グループホーム、ケアハウス、在宅所では「拘束」は皆無であった。

上記の件数の単純クロス集計では、入院や老人ホームの短期入所など利用件数が多い場合ほどなんらかの「拘束」を経験することが多くなり、サービスごとの「頻度」を現してはいない。従って「頻度」の知るために医療・福祉サービス別の「拘束」の内容のクロス集計を試みた。この結果、老人ホームの長期入所では、I、Vが多い、老人ホームの短期入所ではI、Vが多い、老人デイサービスセンターでは、I、IIが多い、老人保健施設の中期入所ではI、IIが多い、老人保健施設の短期入所ではI、IIが多い、老人保健施設のデイケアではI、IIが多い、入院ではIVが著しく多かった(入院の「拘束」件数の40.0%を占める)。なお薬物的「拘束」については、医療・福祉サービス別に特に際だった傾向は認めなかった。

「拘束」についての介護家族の考えは、「必要ないと思った」が27.8%(医療・福祉サービスの利用経験のある人576人に対する割合。以下同じ)、「やむをえないと思った」が50.9%、「わからない」が2.1%、「その他」が5.2%、「不明」が14.1%であった。

「拘束」の理由や背景についての介護家族の考えは、項目複数選択方式の回答で、「身体の安全のため」が45.5%(医療・福祉サービス利用経験ある576人に対する割合。以下同じ)、「治療をすすめるため」が16.5%、「職員が少ないため」が43.4%、「職員のケアの考え方のため」が15.6%、「職員の痴呆の理解のため」が10.1%、「施設の長の考え方や運営方針のため」が17.2%、「施設・設備が整っていないため」が12.3%、「その他」が5.4%であった。

「拘束」について介護家族への職員の説

明の有無について、「あった」が66.7%（「拘束」の経験のある409人に対する割合）、「なかった」が29.6%、「わからない」が3.7%であった。

説明があった介護家族のうち、「説明に納得した」が77.7%（説明があった介護家族に対する割合）「説明に納得しなかった」が17.9%、「わからない」が4.4%であった。

痴呆性老人の「拘束」をなくするために必要なことを、項目複数選択方式の回答で介護家族の考えは、「職員を増やす」が36.3%（医療・福祉サービスの利用した介護家族576人に対する割合）、「職員の理解や考えを改める」が19.2%、「施設・設備を整備する」が9.2%、「第三者機関の監視を導入する」が1.0%、「その他」が25.5%であった。

本調査では、「拘束」を少なくするために必要なことについての介護家族の考えを自由記入で求め、その一部を紹介する。「とにかく『ぼけ』を理解してもらうこと。そのためには、施設をオープンにしてもらい、スタッフと家族が交流し合い、仲良くなり、話し合えるようになること。そしてともに問題点を考えていくことが出来ると良い」「1人の職員の受け持つ利用者数の少数化。顔なじみの職員、利用者のグループ化。本人、他人に生命に危険でない範囲での行動の自由化。訴えを聞く時間的、業務的余裕の確保。本人を理解する（生活史など）背景を考える余裕。無視、否定、指示をしない声かけ。小さな役割、大きなねぎらいなど」「『徘徊』については、万一、施設や家の外に出てしまった場合の社会的な理解、協力体制が十分に行き渡っていることが、拘束を少なくしたり、なくすための前提条件として必要とされる」

また「拘束」を少なくした事例の紹介を介護家族に求めたが、その一部を紹介する。「痴呆専用室での介護をする。専門病棟で

ケアする場合はあまり拘束は見られない。老人保健施設で痴呆がある場合、その数人に手がかかれば拘束せざるを得ない状況があった」「前の病院では夜に徘徊をしていたが、転院先では廊下を自由に歩かせます。様子を見て徐々に薬を減らしていく治療。物忘れはあっても笑顔があり、母も徘徊していた際は理由があり、理解することによって本人も自信を持って、前向きに生きています」「病院で拘束されましたが、毎日看護に通って、拘束を解いて貰いました。そのうち本人もだいぶおとなしくなり、車椅子に乗せて病院内を散歩できるようになりました。その結果夜間も拘束されなくなりました。けれど毎日介護できる家族の手がない場合は拘束されるのだろうと感じました。」

さらに本調査では「拘束」についての介護家族の思いを自由に記入してもらったが、これは字数が多く、家族の会発行予定の「調査報告書」で詳しく紹介したい。

#### D. 考察

痴呆性老人のケアにはさまざまな「問題行動」があり、痴呆性老人の行動を「拘束」することは避けがたい行為かもしれない。しかし「拘束」は、痴呆性老人の行動を制限し、時にはその人間性を傷つけ、その人権をも侵しかねないことであり、基本的には「拘束」は行うべきでないと考える。欧米では痴呆性老人の「拘束」については、さまざまな法的規制がなされているにもかかわらず、我が国では精神病院以外ではその規制は皆無であり、病院や老人福祉施設等の判断がゆだねられている。こうしたなかで、上川病院を中心とした一群の「老人病院」が「抑制廃止福岡宣言」を提唱・実施して痴呆性老人の「拘束」を可能な限り少なくし、またなくしている先駆的な取り組みもあるが、そうした病院や老人ホーム



はまだまだ少ない。もっとも厚生省も介護保険の施行にあたって痴呆性老人の「拘束」について基本的禁止行為と位置づけて基準を設けようとする動きもあるが、未だ実現にはいたっていない。

こうした痴呆性老人の「拘束」の医療・福祉サービスにおける実態については、断片的な報告しかなく、今回、家族の会の会員を対象に介護家族の立場から医療・福祉サービスにおける「拘束」の実態を明らかにしようとしたのが本調査である。

家族の会の会員数は、調査時点で約6000人、そのうち介護家族はおおよそ3分の2であることを考えると回答数は少ない。この原因のひとつとして医療・福祉サービスを利用し且つ「拘束」を経験した介護家族が少ないことによるか、回答する介護家族は痴呆性老人が「拘束」を受けても、それについての問題意識を持たつ人が限られているのかもしれない。

このことから、全回答者の93.4%が医療・福祉サービスの利用歴があり、その71.0%で「拘束」の経験があることを一般化してよいか否かの判断は本調査ではできないと考えるのが妥当であろう。

「拘束」の実数や頻度は不明としても、「拘束」の内容やその要因については、本調査で明らかにしたことが、実態を著しく乖離しているとは論者は自らの経験からして考えていない。

本調査では「拘束」を広く定義したが、これは「拘束」の実態をより幅広く把握するためである。病院や老人ホームの出入りに鍵をかけ、自由に外出できないようにすることが「拘束」にあたるかには異論があるかもしれないが、論者はこれも痴呆性老人の行動を制限していることになり「拘束」と捉える。

この「拘束」を回答する介護家族により理解されるすいように具体的に主な「拘束」

を質問項目で列記した。件数としては、施設の出入り口で外出を制限する、ベッド上で手足を縛る、車椅子に身体は固定する、特定のスペースに行動を制限する、薬で行動を抑制するの順に多かった。これらの「拘束」の頻度を医療・福祉サービス別でみると、外出の制限は老人ホーム、老人保健施設、病院で多い、特定の空間に制限するは、老人保健施設、病院、老人デイサービスセンターで多い、ベッド上で手足を縛るは病院で顕著に多い、また車椅子に固定するは老人ホームに多い、薬物的「拘束」は特に多いサービスは認められなかった。即ち、老人ホーム、老人保健施設では比較的緩やかな間接的「拘束」が行われるのに対して、病院では手足を縛るといった直接的「拘束」が行われているとおおよそ分別できる。

この背景として、老人ホームや病院でのケアの方針の違いもあるが、対象とする痴呆性老人の状態の違いによることも考えられる。老人ホームや老人ホームでは、痴呆が主たる状態で生活している老人をケアしているな緩やかな「拘束」できるかもしれない。これに対して病院では、痴呆に加え何らかの身体疾患—骨折、肺炎など—の治療のため入院していることが多く、例えば滴を続けるためにベッド上で手足を縛る直接的な「拘束」で対応せざるをえないのかもしれない。なお物理的「拘束」に対して、薬物的「拘束」はその実態が介護家族にもわかりにくいものであり、同じ睡眠剤でも通常の睡眠導入のため治療目的で投与されたのか、夜間の不穏を抑えるため管理目的で投与されたのか一線を画し難いことも少なくないが、本調査ではサービス間の違いは少ないと思われたが、より詳細な調査が求められる課題である。

多様な「拘束」についての考えであるが、「やむをえない」と考える介護家族が約半数を占め、「必要ない」と考える介護家族

のおおよそ4分の1よりはるかに多い。これは後述する「拘束」の要因とも関係するが、現在の医療・福祉サービスの現状－職員が少ないことなど－から介護家族自身がやむを得ないと考え、また介護家族自身の介護経験から介護の困難さを知っているがゆえに「拘束」もやむをえないと現実公的に考えていると思われる。

「拘束」の理由や背景についての介護家族の考えについて、痴呆性老人の「身体の安全のため」が最も多いとしている。次に「職員が少ないため」としている。前者が痴呆性老人の症状に関係し、後者は医療・福祉サービスの現状によるものととらえることができる。例えば、我が国では老人ホームでも病院でも夜間は老人数に比べ職員数が著しく少ないがために、痴呆性老人の行動を制限するなんらかの「拘束」は避けられないと考えざるをえないであろう。

しかしながら、論者は痴呆性老人の「拘束」は本来行われるべきでないと考えている。痴呆性老人が痴呆があっても「拘束」されることによる不安、恐れなど一層精神的に不安定な状態に陥り、また「拘束」のため身体的な危害が及び、時には「拘束」することで生命を脅かされることもある。

医療・福祉サービスにおいて、「やむなく」「拘束」を行う場合にはその理由を医師や寮母ら職員は介護家族に説明する義務があり、インフォームドコンセントを得る必要がある。これは職員と介護家族とんが対等の立場であることが前提であるが、実査には介護家族が弱い立場で、医療・福祉サービスの職員に要求するには「勇気」がいることを職員自身が銘記すべきである。

説明があった介護家族は約3分の2で、約30%の介護家族には説明がなかったのは問題である。

説明があった例のうち77.7%が「納得している」が、17.8%の介護家族が

「納得していない」。「納得」しているとはいえ対等の立場にない者の中での「納得」については注意しなければならない。「納得していない」にもかかわらず「拘束」行われていることは、重大な問題である。

「拘束」をなくするために必要なこととして介護家族が最も多く指摘していることは「職員の増加」である。痴呆性老人の介護はその老人の痴呆の状態、性格、生活歴などを配慮しながら個別的な介護が求められる。集団的ケアにはなじみにくのが痴呆性老人である。このため職員の増加が不可欠であり、職員数が満たされないと「拘束」がより頻繁に行われることになる。さらに介護家族が指摘しているように、職員が痴呆性老人を正しく理解し適切な考え方を基にケアすることが「拘束」をなくすことに欠かせない。すなわち痴呆性老人のケアにあたる職員の数と質が「拘束」を決めるといっても過言ではない。

論者は、「拘束」をなくするためには病因や老人ホームでの職員らの自主的な努力だけでなく、欧米にみられようように独立した第三者機関（オンブズマン）の導入が必要と考えているが、本調査ではこれを必要と指摘した介護家族は1%に過ぎない。医療・福祉サービスにおけるオンブズマン制度が全国的にもごく限られた地域や施設でしか行われいないためにその活動の実際を介護家族がよく知らないために少ない回答数となったとも考える。医療・福祉サービスにおけるオンブズマン制度の普及が待たれる。

## E. 結論

痴呆性老人のケアにおける人権にかかわる「拘束」について医療・福祉サービスでの実態を介護家族の立場から調査を行った。家族の会の会員で医療・福祉サービス利用したことのある介護家族の71.0%

がなんらかの「拘束」を経験していた。その「拘束」の内容は、昼間の施設の出入りを制限する、ベッド上で手足を縛る、車椅子に身体を縛る、特定の空間に閉じ込められるの順に多かった。老人ホームや老人ホームでは出入りの制限や特定の空間での行動制限がなど「緩やかで間接的な『拘束』」が多く、病院ではベッド上に手足を縛るといった「直接的な『拘束』」が多い傾向にあった。介護家族の約3分の2は、「拘束」を「やむをえないこと」として捉えていた。

「拘束」を行うのは、痴呆性老人の身体のため、職員が少ないためとする介護家族が多かった。「拘束」の説明は約3分の2の介護家族が受けたが、その多くが「拘束」に納得していた。「拘束」をなくするために必要なこととして職員の増員や質の改善をあげる介護家族が多かったが、オンブズマンの導入を指摘する介護家族が極めて少なかった。

今回の調査研究は、痴呆性老人の「拘束」に関する全国的全体的な実態把握を目的としたものであり、「拘束」を少なくし、なくすためには、より詳しい介護家族からの経験、意見を詳しく聴取し、医療・福祉サービスの現場での事例の調査研究が求められる。

#### F. 謝意

本調査に協力いただいた「社団法人呆け老人をかかえる家族の会」の会員の方々、同事務局職員および以下の「調査研究委員会」の委員に感謝します（敬称略）。

柳生法雄（山形県・養護老人ホーム「蔵王やすらぎの里」施設長）

田部井康夫（群馬県・デイセンターみさと所長）

杉山孝博（神奈川県・川崎幸クリニック院長）

村上敬子（広島県・家族の会広島県支部代表）

#### G. 研究発表

##### 1. 論文発表

三宅貴夫「痴呆の人の医療・福祉サービスにおける『拘束』の実態に関する調査報告書」社団法人呆け老人をかかえる家族の会 1999年6月

##### 2. 学会発表

1) 三宅貴夫「痴呆性老人の医療・福祉サービスにおける『拘束』の実態—介護家族の立場から—」第41回日本老年社会学会、京都、1999年6月

2) Yoshio MIYAKE "Restraint of people with dementia in facilities in Japan" Alzheimer's Disease International 15th International Conference, Johannesburg, South Africa, September 1999

#### ABSTRACT

RESTRAINT OF OLD PEOPLE WITH DEMENTIA - IN MEDICAL AND SOCIAL FACILITIES IN JAPAN -

Yoshio MIYAKE

(Yasaka National Health Insurance Hospital)

Restraint of old people with dementia is one of most difficult issues of caregiving in medical and social facilities. To understand the situations of physical and/or chemical restraint in facilities from the viewpoint of family caregivers, questionnaire survey was conducted among members of Association of Family Caring for the Demented Elderly (AFCDE) from October to December

in 1998. The number of reply was 576. 71.0% of them revealed the usage of restraint. Most common procedures werer the locking of the entrance door, tyingto beds and tying to wheel chair. Restraint was more common in hospital. 50.9% of family caregivers thought that restraint was inevitable and that the main purpose were to keep old people with dementia safe and to cope with the shortage of manpower in facilities.