

いた。特に保健婦の不適切対応への関心は高く、市内の調査もすでに施行していた。

助言者チームは、精神科医1名、特別養護老人ホーム施設長2名、社会福祉学研究者（援助技術）1名の、計4名から構成された。医師、研究者は、共に児童虐待の事例検討に関わる経験を持ち、施設長の1名は、デイサービスセンター長として、不適切対応のある家族に対する援助経験を豊富に持っていた。

事例検討は、1999年9月、同年11月、2000年2月の計3回行った。各職種より1事例の提出を受け、アセスメントとその修正を行うと共に、次回までの援助計画を具体的に検討するという方法を採用した。

D. 事例研究の経過と結果

事例1 生活状況の極度の悪化があるがキーパーソンがつかめない痴呆性老人夫婦の事例

<検討開始時の利用者の状況>提出者は市保健婦。夫84歳、妻81歳の高齢者夫婦である。夫は軽度、妻は中等度の痴呆、失禁あり。4人の息子がいるが、同居している3男は遠隔地で自営業を営んでいる。長男は居所不明。2男は夫婦宅に住民票をおいているが、同居している形跡はない。4男のみ結婚しており、市内に勤務している。現在、週6回、1回1～2時間のホームヘルパーの派遣を受けており、1ヶ月に1度程度保健婦が訪問している。家の中は犬、猫がおり、妻の失禁とで湿気と悪臭がひどく、不潔で足の踏み場もない状態。残飯にうじがわくなど、生活環境は極度に悪化しており、火気の不始末もある。同居している3男は、朝早く家を出て夜遅く戻るため

に、接触が困難。伝言を置いても返事はえられない。保健婦が1度4男と接触したが、別居を理由に関心を示す様子がない。本人たちとはコミュニケーションが成立せず。本人たちの危機状況に対する家族の無関心は、ネグレクトと判断される。

<第1回検討会における助言>家族の全体像が見えずアセスメントが困難であるが、介入の緊急度は高いと考えられる。家族の中のキーパーソンを確定し、痴呆であることと、今後予測される問題を伝えること。家族面接の際には、関係する職員も複数で同席することが望ましく、チームのカンファレンスに家族に同席をえるといった形も考えられる。

<第2回検討会までの変化>保健婦から3男と連絡がとれ、3男、保健婦、支援センターの相談員、主任ヘルパーの話し合いの機会が持てた。3男は、在宅生活の継続を希望。経済的にも余裕はあり、サービスに対しては拒否的ではない。援助の過程で、2男も同居していることが判明した。夫婦は1階、2男、3男は2階に居住している。台所と風呂は共有。2男はヒッピー風、3男も風変わりなイメージである。兄弟間のコミュニケーションは成立せず、キーパーソンの3男も拒否的ではないが、全体に応用がきかず、具体的な方法を明示すれば従うという印象である。

<第2回検討会における助言>分裂気質という表現を使用しうる、全員マイペースな家族であろうと思われる。援助者側が適切な予測のもとにニーズを明確にし、対応策のモデルを早めに提示し、家族の選択をうながすといった方法で援助継続が可能と思われる。

<第3回検討会までの変化>3男とホームへ

ルパーの連絡が密になり、伝言板から携帯電話に移行した。ヘルパーの示唆を受け、3男も必要時に2男、4男と連絡をとるようになり、限定された形ではあるが、協力もできるようになった。それと同時に、家の中も清潔になり整頓されるようになっていく。

事例2 ネグレクトと金銭的搾取が疑われるが複雑な家族関係が把握しきれない事例

＜検討開始時の利用者の状況＞在宅サービス公社ホームヘルパーより提出。68歳、女性。脊髄の障害による両下肢麻痺のために車椅子移動。排尿コントロール不能。2男1女（長男35歳、長女は31歳、次男24歳）あり。夫はすでに死亡している。本人の発病と後遺障害のために、1年前から長女夫婦が同居、1階部分は本人と次男、2階には長女とその夫、孫が住んでいる。長女は日中は在宅しているが、夜間は工場にパート就労している。次男は援助開始後失業し、就労していない。長男は居所不明である。現在ホームヘルパー派遣（週5回、1回30分）を受けている。ヘルパーは昼食時に訪問しているが、朝からおむつを換えた様子はなく、多量の尿に漬かっているという状態が毎日続いている。昼食後はトイレに座らせるが、その後長時間トイレ上で過ごしている様子である。本人も不安を訴えトイレにいたいことを望んでいる。失業中の次男に介護を委ねているとの理由で、長女はヘルパー訪問時などにも2階から降りてこない。同居した3ヶ月に褥創治療の為に入院。褥創は便座の形であった。また死亡した夫の職業から推測すると相当額の年金が支給されていると思われるが、すべて長女が管理している。訪問時に昼食を摂っていないこともあり、ネグレクトと金銭

的搾取が考えられる事例である。

＜第1回検討会における助言＞介護が充分でない状況は明らかであり、軸がばらばらになっている家族という印象も受けるが、背景の脈絡がもう1つ不明である。現在のヘルパーのみの関わりには限界があると思われるので、医療機関との調整も含めて保健婦などが参加しチームによる援助に切り替えた方がよい。対象療法ではなくきちんとマネジメントをして援助方針をたてる必要がある。

＜第2回検討会までの変化＞長女の希望により、ヘルパーの訪問回数が週5日から週2日に減った。回数の減少は経済的な理由からと思われる。トイレへの強い固執は変わらず、小テーブルやラジオも持ち込んで食事もトイレでとり、一日の大半を過ごしている状態。褥創に至っていないが、便座との接触面は水泡様になっている。保健婦が1度訪問し、長女から、夫の親の借金のため経済的に苦しいとの話を聞いたが、それ以上の話の深まりはなかった。この検討会で助言を受けた後の、再訪問を計画している。

＜第2回検討会における助言＞この家族の問題は、バイオ・サイコ・ソーシャルの3側面から考える必要がある。身体的には移動と排泄の障害が指摘される。心理的には、排尿ノイローゼの様な状態に至っており、家族も嫌気がさしている。社会的には、家族が追い込まれている経済的状況がある。3つの要素を評価しながら、固定的観念に縛られることなく現状を考える必要がある。次回の訪問が重要である。家族について見えない部分を明らかにすると共に、排泄の改善について、再評価する必要がある。

<第3回検討会までの変化>保健婦らが複数で2度訪問し、本人と、長女、次男と面接する。面接の結果は、詳細な記録として第3回検討会に提出された。本人の話は整合性がなく、自分の家族とは絶縁していること、自分の子どもたちを虐待（裸で雪の中に出すなど）したことなどが聞き取れる。本人と次男の密着、長女の買い物依存症傾向など、家族の全体像が明らかになると共に、本人は一方的な被害者なのではなく、むしろ家族の支配者的な存在であることが明きらかになってきた。

<第3回検討会における助言>本人の会話の内容などから人格レベルの障害を考へてもよい状況と思われる。長女との葛藤、次男との密着、長女の買い物嗜癖、次男の社会的引きこもりなどとの関連も、その文脈で理解しうる。しかし現在のこの家族は、奇妙なバランスが保たれている状態にある。本人がトイレにこもっているという行動は、病理性に近い心理的退行も加わっていると思われるが、一方では本人と長女の間に距離を置かせる役割を果たしている。トイレへの固着を受容し、家族全体のバランスの維持を当面の目標とする一方で、褥創の予防に留意する。現在のバランスがくずれた時に新たな問題発生が予期しえるので、現在のサービスを維持しながら、地域チームの見守り体制を維持することが重要と思われる。

事例3：本人からの不適切対応の訴えはあるが確定はできず介入できない事例

<検討開始時の利用者の状況>在宅サービス公社ソーシャルワーカーより提出があった90歳の女性。腰椎ヘルニアの診断でつかまり歩きをしている。失禁あり。軽いも

の忘れはあるが、痴呆のレベルではない。詳しい生活歴は不明。子どもは9人おり、夫の死亡後、未婚の5女（53歳）と2人暮らしである。5女以外の子どもと接触している様子は見られない。5女は季節就労しており、経済的条件は厳しいと思われる。現在、週1回のデイサービスを受けているが、利用開始後から「娘に乱暴される」との頻回の訴えが続く。本人は軽い物忘れはあるがデイサービスの職員などに対して被害的になることはなく、老人性痴呆による被害妄想とは考えにくい。5女は経済的に非常に細かく、おむつなども再利用している様子である。本人はデイサービスで昼食をとっているが、高齢で小柄であるにも関わらずなめるように全量摂取。しかし外傷は見受けられない。面接時などの5女は、特にコミュニケーションを取りにくい印象はない。友人もおり、一緒に旅行をしていたりする。

<第1回検討会における助言>理由は不明であるが、9人の子どもがいる中で、5女1人が介護にあっている経過の理解が必要と思われる。5女を援助する立場から接触をはかり、現在の心理的、経済的なストレスを聞き取る機会を持ち、共に現在の状況を改善する方法を考えられないか。ソーシャルワーカーが接触の機会を持つか、あるいは5女に受け入れられそうな職員が接触することも1つの方法と思われる。

<第2回検討会までの変化>その後、電話で1度、介護保険の要介護認定の訪問時に1度、ソーシャルワーカーが5女に接触。デイサービスの回数を増やすことなどすすめたが5女は消極的であった。兄弟については、すでに多くが他界しており、残った

2人も高齢であるとの情報がえられた。本人の訴えは回数は減ったが続いている。

＜第2回検討会における助言＞経済的な苦境の中で介護にあたっている5女のストレスの軽減を目標にするべき事例と思われる。5女に直言をし、援助したいことを伝えることが必要である。担当ソーシャルワーカー（経験2年半）には重すぎるケースと思われ、援助スタッフの再構成が必要であると考えられる。

＜第3回検討会までの変化＞12月のデイサービス利用日に目の下に痣を作って来所、背中にも傷があった。5女に殴られて髪をつかんでひきづりまわされたとの本人の話を受けてソーシャルワーカーが自宅訪問をした。5女の話では口で注意しても聞かないので、手をあげると本人も「殺してやる」と反撃し取っ組み合いになることが度々あるとのことであった。5女は本人が高齢でもあり、施設に入れるのはかわいそうなので家におきたいと希望している。ソーシャルワーカーは、経過を地域チームに伝えることなく、数度の訪問をしていたが、特に援助は深まっていなかった。

＜第3回検討会における助言＞ここまで本人への暴力が明らかになると、かえって5女も覚悟を決めて話し合いに応じるのではないか。従来からの課題であった5女との関係形成をするチャンスであるので、ソーシャルワーカーと保健婦との同行訪問をすすめる。

E. 考察

以上、3事例の経過を提示した。3事例の検討から明らかにされた不適切対応の援助の要点を、時系列にそって整理する。

＜問題の発見と定義＞事例1、事例2は、在宅サービスを行う中で、問題状況が明らかにされ、援助者が不適切対応についての知識を持っていたために、事例検討の対象とされた。従来これらの事例は「処遇困難」と見なされることはあっても、ネグレクトや金銭的搾取として問題が定義されることは少なかったと思われる。しかし2事例の様に高齢者の心身の健康に重大な影響が見られる場合には、不適切対応と認識することが必要である。このことは、高齢者に関わる各職種が、不適切対応についての知識を持つことの必要性を示唆しているといえよう。事例3は、デイサービスにおける本人の訴え以外に手がかりがなく、確証に乏しいまま経過していた事例であった。これは特に、家族との関わりが間接的である通所型サービスにおいて、見受けられがちな傾向と思われた。

＜初期アセスメント＞問題発見に引き続き、その時点で得られた情報を総合した初期アセスメントをたてた。3事例共に、この時点の情報が非常に限られていたことが特徴的であった。ホームヘルパーなどの訪問により、本人の周辺の状況は把握されていたが、家族関係など最も重要な情報は得られていなかった。家族に関する情報が少ない→アセスメントが困難→援助関係の形成の手がかりがつかみにくい→さらに情報が得にくくなる、といった悪循環が、いずれの事例にも観察された。

＜介入の時期と方法の判断＞3事例のいずれについても、静観あるいは放置が望ましいという結論は出されず、何らかの介入が必要と認められた。介入の目標と方法の設定は、個々の状況の中で選択された。選択

の基準となったのは、各事例の緊急度および限られた接触からえられた、高齢者自身と家族の対人関係パターンであった。事例1の場合は、家族像が全く把握できなかったが、緊急度の高さから早急に家族と接触をはかり、今後の対応を援助者チームと共に検討する機会を持つことが目標となった。事例2は、緊急度が高くなかったこと、家族関係の複雑さがうかがわれたために、不適切対応を直接とりあげず、援助者と家族の関係形成をすることを目標とした介入がなされた。その結果、多くの情報がえられ、アセスメントの修正がなされた。事例3は、介護者の対人関係パターンに著しい偏りが見られなかったこと、ストレスフルな状況が推察できたことから、ストレスを軽減することを目標に、支持的な援助関係を形成することを目標とした。

<アセスメントの修正>

援助者と家族の関係形成がなされた後には、より多くの情報が収集され、アセスメントの修正が可能になった。事例1においては、両親の痴呆から生じた問題状況に積極的に対処することはないものの、提示されたことは確実に力を持っている家族の存在が示された。この傾向の理解にもとづいた援助方針の変更により、高齢者夫婦の生活状況は、好転をみせた。事例2においても、家族の全体像があきらかになったことから、援助者は現状を無理に変更する必要はないことを確認し、今後の変化を予期して見守ることを方針とすることができた。事例3は、高齢者の外傷から問題状況が明らかになったが、援助者との支持的な関係形成は、今後の課題として残された。

<チームによる関与の必要性>

事例の検討をすすめていく過程で、援助者の連携を拡大したり強化する様な方向でチームの再構成がなされることが、状況の改善に役立っていることが示唆された。事例1については、保健婦とホームヘルパーがそれぞれ訪問していたが、強い連携であるとはいえなかった。第1回の検討会の後、両者を含む地域チームと家族を交えた話し合いがなされたことで、チームと家族、チームメンバー相互の理解が深まり、その結果ヘルパーが保健婦の支持のもとに家族を支える役割を果たすことが可能になった。事例2は、当初のホームヘルパーのみの関わりに、保健婦が参加したことにより、地域チームの力量が大きく拡大し、家族像を把握し援助方針をたてなおすことが可能となった。事例3については、援助者が躊躇している間に問題状況が表面化し、連携は今後の課題として残された。

<専門的助言の有効性>

専門的助言者の役割は、情報不足に始まる悪循環を遮断し、積極的な介入を支持することにあつた。その結果、事例1、事例2については、専門的助言が有効に機能した。一方、研究期間内に効果が見られなかった事例3の例は、専門的助言がいかなる場合にも有効でないことを明らかにした。原因として、事例3への援助にあたっていた機関の、この問題に対する関心と関与の低さが指摘された。そのような中で、経験年数の少ないソーシャルワーカーが、苦慮しながら対応している状況であった。このことから、専門的助言が効果を発揮するためには、助言内容を実践に生かせるような基本的条件整備が必要であり、専門的助言のみで条件の不備を代償することは不可能

であることも示唆された。事例3の経過は、デイサービスという通所型サービスの性質にも影響されていると思われた。デイサービスにおいては、入浴介護などを通して問題が発見される機会も多いが、一方でスタッフの数も少なく、高齢者本人との関わりが中心であるために、家族との関係形成が困難になりがちである。こうしたデイサービスの状況に配慮し、デイサービスのスタッフを支援する何らかの仕組みが必要と思われた。

F. 結論

不適切対応が継続中である3事例について、援助にあたっている地域の保健・福祉専門職チームと、医師、老人福祉施設長、社会福祉系研究者などにより形成された専門的助言者チームによる、継続的事例検討会をもった。全事例において、家族関係についての情報の不足、その結果としてのアセスメントの困難性、さらにその結果としての援助関係の未形成、関係未形成のための情報不足という悪循環が観察され、助言は、その状態から積極的介入に至るための目標と方法の検討にあてられた。その結果、3事例中2事例について、共同アセスメントによる認識の共有がなされ、チームの再構成に基づく家族との援助関係が形成され、状況の改善をみることができた。アセスメントの共有と、チームの再構成は、不適切対応の援助に際して、必要な要素であると思われた。

また改善が見られなかった1事例から、通所型サービスのこの問題に関する関与の限界が示され、限界を代償するような積極的な支持の必要性が示唆された。

文献

- 1) Pritchard. J., "Working with Elder Abuse - A Training Manual for Home Care, Residential and Day Care Staff" Jessica Kingsley Publishers, 1996
- 2) 伊藤淑子他「家族による高齢者の不適切対応に関する研究—保健・福祉専門職の関与の現状と課題—長寿科学総合研究平成9年度報告書、Vol.8、1998、40-46

分担研究報告書

医療・福祉施設における痴呆性老人の拘束の廃止の条件に関する研究
——介護家族の立場から——

三宅貴夫 京都南病院老人保健施設ぬくもりの里

医療・福祉施設における痴呆性老人の拘束の廃止の条件に関する研究 —介護家族の立場から—

三宅貴夫（京都南病院老人保健施設ぬくもりの里）

医療・福祉施設における痴呆性老人の「拘束」を廃止するための条件について介護家族の立場から調査研究を行った。「拘束」について介護家族のとらえ方がさまざまであること、病院、老人保健施設、老人ホームでの「拘束」については条件つきで認める介護家族が少なくないこと、「拘束」を廃止するために職員の増員、職員の痴呆についての理解、施設の長の考えを改める、構造上の工夫をすることなどが指摘された。

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。昨年度の調査で、医療・福祉施設において「拘束」が広く行われている実態を明らかにした。こうした「拘束」を廃止するための条件について再び介護家族の立場から調査し、医療・福祉施設における「拘束」の廃止に向けた資料を得ることを目的に調査を行った。

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、1999年時10月時点で痴呆性老人を介護した経験のあるすべての会員の介護家族とした。

b. 調査方法

家族の会の会員で対象者を特定できなかったため、1999年10月に会員全員に返信用封筒を同封した所定の回答用紙を郵送した。同年10月より12月までの間に回答用紙を回収し、その内容について集計・解析した。

調査項目は、「拘束」の定義について（項目複数選択方式）、医療・福祉施設の

「拘束」について（自由記入）、「拘束」をなくすための条件について（項目複数選択方式）、厚生省通達の「身体拘束の禁止」について（項目単一選択方式）、「拘束」についての介護家族の思い（自由記入）である。

C. 研究結果

回答者数は、602人であった。このうち600人の回答が有効であった。

「拘束」の定義については指定した項目を複数選択する方式で回答し、結果は以下のとおりである。

- ①ベッドの上で手または足または胴体を縛る 544人（90.7%）
- ②部屋に閉じ込める 428（71.3%）
- ③車椅子に体を縛るまたはテーブルを取り付けるなどして身体を固定する 408（68.0%）
- ④薬でおとなしくさせる 334（55.7%）
- ⑤施設内のフロアー、ダイルームなど特定のスペースに閉じ込める 230（38.3%）
- ⑥つなぎ服を着せる 193（32.2%）
- ⑦施設全体の出入り口を鍵等で昼間自由に

出入りができないようにする 159 (26.5)

⑧テレビモニターで監視する 60 (10.0)

⑨その他 30 (5.0)

「拘束」のとらえ方は、介護家族によってかなりのばらつきがある。

医療・福祉施設における「拘束」についての介護家族が考えを自由記入しその内容を調査者が分類集計し、その結果は以下のとおりである。なお福祉施設とは老人ホームと老人保健施設である。

病院の場合

- ①一切認めない 68 (11.3%)
- ②条件によって認める 265 (44.2)
- ③認める 100 (16.7)
- ④よくわからない 19 (3.2)
- ⑤その他 90 (15.0)
- ⑥記載なし 58 (9.7)

福祉施設の場合

- ①一切認めない 60 (10.0%)
- ②条件によって認める 269 (44.8%)
- ③認める 113 (18.8)
- ④よくわからない 18 (3.0)
- ⑤その他 75 (12.5)
- ⑥記載なし 65 (10.8)

医療施設でも福祉施設でも条件付きで「拘束」を認める介護家族が半数近くいることがわかる。一切「拘束」を認めない家族は約10%である。

「拘束」をなくすための条件について所定の項目を3項目まで複数選択された結果を集計する。その結果が以下のとおりである。

- ①看護婦や介護職などの職員を増やす 488 (81.3%)
- ②職員の痴呆についての正しい理解を深める 417 (69.5)
- ③病院や施設の長の考えを改める 256 (42.7)

④病院や施設の建物の構造を変える 268 (44.7)

⑤「拘束」を監視する民間の第三者機関を設ける 138 (23.0)

⑥「拘束」を市町村など公的団体が監視する 52 (8.7)

⑦「拘束」禁止の法律をつくる 73 (12.2)

⑧その他 27 (4.5)

「拘束」をなくすためには職員の増員と教育の必要性を介護家族は指摘しており、法的規制や監視の必要性の指摘は比較的少ない。

これに関連した質問項目として、1999年3月に厚生省が出した通達にある「身体拘束の禁止」についての介護家族の意見を問う。その結果は以下のとおりである。

- ①おおに賛成 186 (31.0%)
- ②賛成 243 (40.5)
- ③反対 17 (2.8)
- ④絶対反対 1 (0.2)
- ⑤どちらとも言えない 117 (19.5)
- ⑥よくわからない 22 (3.7)
- ⑦記載なし 14 (2.3)

賛成が多いが、賛成でも反対でもないという意見も少なくない。

以下調査用紙に記載された「拘束」に関する自由記入のいくつかを紹介する。

(1) 病院における「拘束」

「拘束は賛成とは言えないが、人手不足の場合、やむを得ないと思う。本人が動いて治療の妨げになる場合のみ認める。」

「点滴などの時は拘束はやむをえないと思いますが、細心の注意をして、病人が少しでも苦しまないように、気をつけてほしいと思います。病院に介護経験者を採用(またはボランティアとして)でもすれば、良いのではと思います。」

「点滴を抜くのを防ぐ、胃管チューブを抜

くのを防ぐために、拘束は必要だと思います。」

「職員、看護婦、介護職の人が、今の病院では少ないので、ケガなどされたら困るので、拘束をするのでしょうから仕方がないと思いますが、早く看護婦さん、介護職に人を増やしてほしいです。」

「治療のため、短時間で処置が終わるものであれば、やむを得ないが、長時間に及ぶ拘束はどんな場合もしてはいけない。拘束の必要な患者を同一病院入れてもらって、付添人に見てもらおうよう制度化しては。」

(2) 施設における「拘束」

「施設ではとにかく、人が少ないために、拘束を行うと思う。又、職員の教育が行われていないため、拘束を軽く行ってしまおうと考えられます。とにかくどんな施設でも拘束はしてほしくない。」

「ベッドに縛ってはいは、見た目も良くない、衰れに見えます。まだ安全のために、戸口での拘束の方がよいのではないのでしょうか。」

「やむをえないかと思えます。いつの間にか施設を出て行方不明になって、だいぶんたってから死亡していたという連絡がホームから入りました。ホームの人たちの苦労も分かります。出入り口の鍵は拘束となるかも知れませんが。」

「デイサービスの時など、多くの人をみている所は、必要だと思う。」

「老人ホーム、特に痴呆の人は分からないので出ていく心配があるので鍵は仕方ないと思います。」

「狭いスペースに閉じこめることは、賛成できないが、本人が閉じこめられたと強く感じないスペースは大賛成。施設の安全のためなら、それは、本人の安全のためだから拘束は必要。」

「施設に預けるときに家族は、何より安全で無事であることを望むだろう。もちろん、事故があった場合、施設が「申し訳ありませんでした」と表明するのは礼儀とは思いますが、私は理想として、安全や無事より本人

が心安らかであって欲しいと思ってる。そのために自由が保たれ、結果ケガをしたとしても責める気持ちは慎んではどうだろうか。安全を優先させて、そのために本人が苦痛や閉じこめられた感情を抱くときの方が家族としては悲しいと思います。ただ、ベッドから落ちることがわかっている場合、畳で寝かせるなどの対策や工夫が不足していると思います。」

(3) 「拘束」をなくすため必要なこと

「姑の利用しているグループホームは、出入り口の鍵はかかっていますが、日中は病院の広いフロアにみんないろいろなことをして過ごしています。それらを見ている限りでは、ひどい拘束など無いと思っております。」

「職員の人間性が必要。」

「拘束は危険を伴う時のみ仕方ないと思う。職員が介護しやすい様に拘束するのはやめてほしい。」

「職員を増やし、待遇を良くする。ゆとりがないと優しさは生まれません。」

「拘束について、「はっきりした定義付け」「緊急やむを得ない時に限定」を守らせる。」

「問題行動の原因を探求し、それにあった介護をすれば、拘束の必要はなくなる。」

「歩き回る人のために回廊式の施設を多く作って欲しい。」

「欧米と比べ20年の差があると聞きました。厚生省の指導で各施設・病院の責任者を研修に派遣してはいかががでしょうか。」

「痴呆の人の行動には原因があり、それを正しく理解されていないと、個々に対応がなされず、原因取り除けず、ますます拘束されるので止めて欲しい。人員を増やすとともに営利主義を改める。」

(4) 「拘束」についての思い

「社会全体の人々が、「痴呆」ということを勉強し、理解することが、一番大切だと思う。義務教育の段階から、勉強するようにすればいい。「心」を大切にしてほしい。」

優しい社会になればいい。」

「母はベッド生活。特に病院は1ヶ月余りでしたが、オムツに切り替えられ、それを手で何回も取り外すので、大変困ったそうです。トイレで出来る人でしたので。また、ベッドから降りると言って、手を拘束され、紫色の手首は痛々しかった。15年前の私の記憶です。その時急いで家につれて返り、ポータブルトイレ使用に戻しました。主人の協力もありました。」

「痴呆の人でも心は生きています。差別、拘束は人権を無視する事になります。1人の人間として生きてこられた方達を守ってあげたいですね。」

「病院によっては、注射で静かにさせられ、数ヶ月で無くなったとか、一日中ベッドにくくられていたとか。友人、親などから、多くの情報が自然と入ってくる。そういう評判を聞く病院には行きたくない。拘束だけでなく、暴言を吐く介護者もいる。レストランの星の数のように病院や施設もランク付けしたら、レベルも上がるのでは。仕方なく行く人もあるだろうが、病院なども生き残るため努力するでしょう。」

「痴呆となっても拘束はすべきではない。思いのままに行動させるには、人出が必要だと思います。家族だけではなく、行政の手がさしのべられるべきである。まだ、施設が少ない日本の現状を改善してほしい。医療・福祉予算をもっと増やして、整えてほしい。」

D. 考察

1997年度に「保健・医療・福祉サービスにおける不適切なケア」について介護家族の立場からの調査し、そのなかで痴呆性老人の人権に最も重くかかわる事柄のひとつである「拘束」を少なからず認めた。1998年度にはこの「拘束」の医療・福祉サービスにおける実態について同じく介護家族の立場からの調査研究を行った。その結果、医療・福祉サービスを利用した痴呆性老人の約70%において何らかの「拘束」を経験していることが明らかになった。

同時に約半数の介護家族はその「拘束」を止むおえないこととして認めている事実も明らかになった。しかし介護家族は心底から「拘束」を認めているわけではなく、できれば「拘束」のない生活を痴呆性老人も送ることが望んでいることもわかった。

こうしたなかで痴呆性老人の「拘束」について、上川病院で「縛らない医療」の実践が積み重ねられており、さらに「抑制廃止福岡宣言」「抑制廃止札幌宣言」など「拘束」の廃止に向けて老人病院を中心にした取り組みが広がっている。さらに本年の4月からの介護保険の導入に合わせ、1999年3月に厚生省は介護保険施設における「身体拘束の禁止」を通達として指示した。

さらに1999年10月からの「地域福祉権利擁護事業」や2000年4月からの新しい「成年後見制度」の実施に伴い痴呆性老人の人権を擁護する事柄が制度的にも具体化され保障されつつある。

こうしたなかで痴呆性老人の人権に重く関わり、また痴呆性老人のケアの面でも重要な課題である「拘束」について、その廃止のための条件について再び介護家族の立場から本調査研究を行ったものである。

有効回答数は、600である。(社)家族の会の会員約6000人、その3分の2が介護家族と推計されているので、回答数は少ない。しかしこの理由は不明であるが、この種の調査では毎年、回答数は600前後であり、今回の調査で特に少ないわけではない。回答内容からみて、介護家族の考えや思いを反映している調査結果と考える。

「拘束」の定義を明らかにしておくことは「拘束」を議論する際に必要である。前回の調査では「拘束」とは「行動を制限するあらゆる物理的・薬物的行為」とした。しかし介護家族のなかには老人ホームの玄関の鍵を昼間かけるのは「拘束」ではないととらえている人もあり、一方つなぎの服を着せるのも「拘束」であるという介護家族もいる。このため本調査では、「拘束」

の定義や範囲についての設問を入れた。その結果は、痴呆性老人をベッドに縛ることは「拘束」であるにとらえている介護家族が90%以上いるのは理解できるが、これを「拘束」ではないとする介護家族も10%近くいる。同様に、車椅子に縛ることを「拘束」としてない介護家族が30%余りいる。他方テレビモニターで監視することも「拘束」とする介護家族が10%居る。このように調査時には当然「拘束」と思われ行為でさえ「拘束」でないとする介護家族がいることは今後の「拘束」の議論する際に銘記しておかねなければならないことである。

こうした結果の背景には、介護家族が「拘束」であるか否かという判断の前に、「拘束」に該当するかもしれないがその行為が必要か必要でないかの判断が介入していると思われる。例えば、病院で末梢からの点滴が治療上必要不可欠とするとそのために手を縛ることが必要であり、必要なことであればその行為は「拘束」に該当しないと考えていると推測される。

このことはまず「拘束」の禁止があるのではなく、まず必要なケアがあり、そのための一時的に「拘束」をしてもそれは「拘束」にはならないとの考え方につながる。あるいは、「拘束」とは客観的な行為ではなく、痴呆性老人本人が「拘束」と感じているかどうかという主観的な行為であるとの意見も今回の調査で指摘している介護家族がいる（自由記入参照）。すなわち部屋に閉じ込めていても本人が「拘束」と感じていなければそれは「拘束」に該当しないのではとする考えである。

こうした介護家族の思いを踏まえながら「拘束」とは何か、「拘束」がなぜ避けるべき行為なのかの議論は繰り返し行う必要がある。少なくとも「拘束」に関して医師、看護婦、介護専門職の間での合意を得る取り組みが求められる。

「拘束」の実態について病院と福祉施設とに分けて介護家族の思いを自由記入した。前回の調査で、病院では治療のため、福祉

施設では安全のためとの理由で「拘束」が行われている傾向を認めたので病院と福祉施設別々に「拘束」の妥当性についての自由記入内容から調査者の分類に従い集計した。結果は、病院と福祉施設との違いはほとんどなくことを示した。すなわち半数近い介護家族が条件付きで「拘束」を認めている。

これについては前回の調査報告でも指摘したが、介護家族自身が在宅介護のなかで「拘束」または「拘束」に近い行為を行っていないとは言えない背景に加え、実際の病院や福祉施設での痴呆性老人の生活環境、特に介護職の少ないことを知るなかで条件付きで「拘束」を認める家族が半数近くになると考える。他方、10%余りの介護家族が「拘束」を絶対してはならない行為と考えてもいる事実も無視できない。

「拘束」をなくすための条件として、介護家族の指摘は、前回の調査と同様の傾向を認める。すなわち「拘束」のなくすためには、まず看護婦や介護職の職員数を増やすことである。次にこの職員が痴呆について正しい知識を持つことである。多くの介護家族は施設の職員の数と質を改善することが「拘束」の廃止につながるとしている。同時に施設の長の考え方を改めることの必要性も重視している。さらに痴呆性老人が生活しやすい施設・設備の改善も大切であると指摘している。こうした病院や福祉施設の工夫と努力で「拘束」の改善すると介護家族の多くは考えており重要であるが、しかしこれだけですべての病院や福祉施設での「拘束」が少なくなったり廃止されずとは調査者が考えていない。同時に第3者的な立場の公的あるいは私的な団体の監視や指導が必要であり、その法的な整備や実効性ある組織づくりが必要である。しかしながら本調査では、福祉オンブズマンのような民間の第3者機関の設置については約4分の1の介護家族が、市町村など公的団体の監視と法律の制定ともに10%以下の介護家族しか必要性を指摘していない。公的監視より民間の監視の方に期待してい

るとも解釈できる。いずれにせよ前回の調査でも指摘したことであるが、現実にかような制度がなく実際に監視組織が機能している地域がほとんどないなかで介護家族がかような組織や制度の意義について知らなためその必要性を認識していないのではないかと考える。

このことは厚生省の「身体拘束の禁止」の通達について70%余りの介護家族が賛成している反面、20%近い介護家族が賛成とも反対とも言えないと回答していることにも関連している。こうした介護家族の認識は「拘束」の廃止への法的な整備を考えるうえで考慮しなければならないであろう。すなわち介護家族が混乱しないように理解し納得する方法で制度の導入を図る必要がある。言い換えれば、「拘束」のある病院や福祉施設の改善を強制的に行うのではなく、痴呆性老人の人間らしい生活を送るための条件づくりのひとつと志向した取り組みが必要である。

E. 結論

本調査は「拘束」の廃止に向けた条件について介護家族の立場からのその意識について調査したものである。「拘束」の定義については介護家族によって一定したものではなく、ばらつきがある。一例として、「拘束」として「ベッドに縛る」が最も多く90%以上の介護家族が「拘束」としている反面10%近い介護家族が「拘束」とは捉えていない。病院や福祉施設での「拘束」については条件付きで認めるが多く、「拘束」を認める介護家族が60%余りいる。「拘束」の廃止する条件として職員の増員と教育を指摘する介護家族が多い。反面「拘束」についての監視制度の導入については必ずしも多くはなく、民間の第三者機関の監視を指摘する介護家族は23%で、公的監視や法律の制定を指摘する介護家族は少ない。厚生省の「身体拘束の禁止」については賛成が多いが、同時に「どちらとも言えない」とする介護家族が20%近くいる。

医療・福祉施設における痴呆性老人の「拘束」の廃止に向けた取り組みを行う際には「拘束」の定義を明確にすることと同時に本報告で指摘した介護家族の多様な意識を考慮して人間らしく人権が擁護された生活保障のひとつとして「拘束」の廃止に向けた条件作りが必要である。

F. 謝意

本調査にご協力いただいた「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）。
田部井康夫（群馬県・デイセンターみさと所長）
安藤幸男（埼玉県・㈱福祉の街代表取締役）
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「医療・福祉施設における「拘束」を廃止するための条件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2000年6月

分担研究報告書

地域福祉権利擁護事業、成年後見制度、介護保険の関わりに関する検討

齋藤正彦 慶成会老年学研究所 代表

地域福祉権利擁護事業、成年後見制度、介護保険の関わりに関する検討

齋藤正彦（慶成会老年学研究所）

研究要旨 地域福祉権利擁護事業契約における能力判定ガイドラインの策定、成年後見制度における意思能力判定に関するワークショップなどを通じ、高齢者の意思能力判定のあり方を考察し、介護保険制度のもとでのサービス利用とこれらの制度との関連を論じた。

キーワード：地域福祉権利擁護事業、成年後見制度、介護保険制度、意思能力

A.目的

介護保険制度の導入は、従来の措置型福祉から住民の選択、契約による契約型福祉への移行を意味している。契約型の福祉サービスは、サービスを受ける側の住民に、契約能力があることを前提とするが、痴呆症等の疾患は、本人の意思能力を障害し、こうした契約能力を危ういものにする。したがって、介護保険の導入は、意思能力に障害がある者の契約代行を含む保護制度の導入がなければ成り立たない。

従来から、わが国における措置型福祉は、住民の申請を前提としていたが、意思能力の不十分な高齢者のサービス申請は、介護する家族が、特別な法的手続きなく代行してきた。申請者を代行する家族も、申請を受ける自治体も、申請者本人が明らかに意思能力を欠くことを承知しながら、本人の名前が書かれ、捺印された申請に基づいてサービスを提供してきた。こうした慣習の前提には、わが国の家族制度に根ざした長年の習慣があったことはいうまでもないが、加えて、行政措置の手続きの過程で公的機関のモニターが働いたこと、提供されるサービスの主体が、自治体または社会福祉法人あるいはこれらに準ずる組織に限られ、サービスの質が一定の水準以上に保たれているという推測が成り立ったことなど

があった。

ところが、昨今、大都市を中心とする高齢核家族の急増等、家族構造の変化は、これまでの、家族単位の意味決定の合理性を弱め、本人の福利と家族の都合が必ずしも一致しない事態をしばしば招来し、先に挙げた前提の一つが揺らぎつつあった。さらに、平成 12 年度に導入される介護保険制度は、営利企業の高齢者福祉サービスへの参入を促し、ふたつ目の前提をも無意味なものにしてしまうことになった。意思能力に欠陥のある高齢者の権利擁護制度の整備は、介護保険制度の命脈を握る重要な課題になったとさえ言える。

平成 11 年 10 月に発足した地域福祉権利擁護事業は、意思能力が不十分な高齢者が介護保険を利用する場合の助けとなるべく計画されたが、本人と社会福祉協議会の契約に基づく援助を前提としており、社会福祉協議会と契約する能力も失ってしまった高齢者には利用できない制度である。一方、平成 12 年 4 月から発効する成年後見制度は、意思能力の不十分な高齢者を、障害の程度に合わせた方法で保護するための制度であり、後見人等には、財産保護と並んで、身上配慮義務が強調されているが、現実には、いかにして身上配慮義務を履行するかについては具体的な手段が著しく乏しく実効性

は疑わしい。したがって、両制度が、十分連携して相補う働きをなす必要がある。

この研究は、地域福祉権利擁護事業の利用に必要な能力の基準に関する考え方を示し、介護サービスの利用に関連して、地域福祉権利擁護事業と成年後見制度の関係を明らかにし、両者の問題点を整理することを目的としている。

B.方法

筆者は、社会福祉協議会の委嘱により、法律、福祉等の専門家と協議して、地域福祉権利擁護事業を利用する高齢者の能力判定を行うためのガイドライン作成に関与し、能力判定実務の研修を通じて、現場の福祉担当者の意見を聴取した。同時に、分担研究者の新井、白石らとともに、成年後見制度に関する法律学者及び精神医学者による研究会に参加し、新しい成年後見制度における意思能力判定の問題に関して議論を深めた。ここでは、これらの議論をもとに両制度の関係と課題を、介護サービス利用に関連する観点から検討する。

C.結果および考察

1. 地域福祉権利擁護事業

地域福祉権利擁護事業は、地域の社会福祉協議会が、契約により、福祉サービス利用を希望する人を援助する制度である。同制度は、介護保険制度による福祉サービスの構造変化に対応するため、平成 11 年 10 月、全国一斉にスタートした。制度の対象となるのは、「この契約を結ぶ能力はあるが、福祉サービスを単独で利用する能力はない」精神に障害を持った人であり、サービスの内容は、前述のとおり、福祉サービスに関する情報の提供、選択及び利用に関する助言、契約の援助、苦情申立に加え、契約によっては、日常的な金銭管理、在宅福祉サービス利用契約の代理等も可能にな

っている。

地域福祉権利擁護事業の利用を希望する場合、利用者が地域の社会福祉協議会に申請する。明らかに意思能力のない、進行した痴呆性高齢者本人の申請はできないが、後見人等、法的に代理権を有する者が本人に代わって契約することはできる。利用申請があると、社会福祉協議会は、専門員を派遣して、利用者に面接し、契約申請は利用者本人の意思であるか、社会福祉協議会との契約能力はあるか、この制度の利用対象者となりうるか等について審査を行う。この際、利用されるのが、後にふれる契約締結判定ガイドラインである。判定が困難な場合、社会福祉協議会の中に設置される契約締結審査会に報告され、ここで審査が行われる。審査の結果、この制度の利用が可能であると判断されると、社会福祉協議会から生活支援員が派遣されて、実際のサービスにあたる。別に、この制度に対する苦情を受け付けるための「第三者的期間」として運営監視委員会が設けられる。

すなわち、地域福祉権利擁護事業は、契約に必要な意思能力が保たれていることが、サービス提供開始の条件となる。契約後、時間が経過し、能力を喪失した場合、成年後見制度の利用に移行すべきものと考えられるが、その際の手続きは具体的に示されていない。社会福祉協議会によれば、能力喪失以前に結んだサービス契約が機能する状態であれば契約は効力を失わず、サービスの提供が続けられるという。そうであるなら、これは、成年後見制度における任意後見にきわめて近い効力を持つ契約であることになる。

持続的委任を明確な方法で可能にした任意後見制度には、公正証書による契約があり、能力喪失後は、任意後見監督人の指名を通じて、家庭裁判所が契約の遵守を監視することになっている。一方、地域福祉権

利擁護事業は、社会福祉協議会と利用者との私的契約であり、不服申立を受け付ける運営監視委員会委員の任免は社会福祉協議会が行うことになっていて、これを公的第三者機関とは言い難い。さらに、地域福祉権利擁護事業における運営監視委員会は、利用者が不服申請をなす能力を失った後、契約の遵守を監視する機能を備えていない。したがって、利用者が意思能力を失ってしまえば、その後は殆ど機能を停止してしまうといっても過言ではない。

地域福祉権利擁護事業のもう一つの問題は、社会福祉協議会が福祉サービスを提供する団体と関連の深い組織であるということである。地域福祉権利擁護事業の契約には、福祉サービスへの苦情申立の援助が含まれているが、サービス提供者が社会福祉法人等の社会福祉協議会と関連の深い団体であれば、利用者の立場に立った苦情申立は困難になる。

2. 地域福祉権利擁護事業利用に必要な意思能力

意思能力とは、法律関係を発生させる意思を形成し、それを行為の形で外部に発表して結果を判断、予測できる知的能力を指す。したがって、意思能力の有無は、個々の法律行為について具体的に判断されるべきである。

従来、民事精神鑑定においては、生物学的要素と心理学的要素の二つの判断が必要であるとされてきた。生物学的要素（一般的コンピタンス）とは、精神医学的診断、知能検査等の数値を指し、心理学的要素（特殊的コンピタンス）とは、実際の社会的能力の程度、特定の法律行為に関する能力の程度等を指す。（西山 1998）

精神機能の判定の問題を、その結果生じる法律的效果との関係で見よう。第一の場合は、当該者の能力が一定の水準に達

していないという判定が、当事者の権利の制限、当事者の意思に反する処遇の強制、あるいは逆に、当事者が当然負うべき刑事、民事上の責任を免除するという効果をもたらすような場合である。判定の結果、免責が認められるような場合には、当該者が能力を隠す可能性も考慮する必要がある。従来の禁治産、準禁治産鑑定、刑事鑑定、精神保健福祉法に基づく強制医療のための指定医の診察、刑事鑑定等がこれに該当する。こうした場合は、生物学的要素と心理学的要素が共に満たされる必要があり、精神機能の判定では、生物学的な障害に基づき、精神機能が一定水準に達していないことを証明する必要がある。

これに対して、一定水準の能力があることを証明することによって、当該者に利益がもたらされるような判断の場合、当該者が、恣意的に結果を変化させるような事態は想定しにくい。こうした場合は、生物学的な原因の有無は問わず、精神機能が、一定の水準以上であることを証明すれば足りる。民事上の契約を結ぶ能力、遺言をなす能力、養子縁組、婚姻等の身分行為をなす能力の判定などがこれにあたる。地域福祉権利擁護事業における能力判定はこれに属する。

地域福祉権利擁護事業を利用する際、必要とされる能力とは、a,提供された情報を理解し、b,それに基づいて、本人にとって合理的な意思を形成することができ、c,その意思を表明することができ、d,その意思をある程度維持することができ（著しい記憶力障害がない）、e,契約を結んだ後、必要があれば社会福祉協議会に対して苦情を申し立て、さらには、契約を破棄するという意思表示ができるだけの能力と整理することができる。これは、決して、低い能力ではなく、特に、eの基準が必要とされる能力の水準を高めている。これに対して、

社会福祉協議会を含め、契約締結判定ガイドライン作成に関与した委員会の中には、必要とされる能力が高すぎて、制度の利用が妨げられるのではないかという懸念が再々示された。筆者も、こうした懸念を共有するものである。しかしながら、能力判定の基準を規定しているものは、意思能力に問題のある個人と社会福祉協議会の対等な契約に基づくサービスの提供を目的としながら、成年後見制度のような公的監視システムを欠くという地域福祉権利擁護事業の性格そのものである。この点については、早急な検討を要するものと考えられる。

3. 地域福祉権利擁護事業、成年後見制度、介護保険

地域福祉権利擁護事業は、介護保険制度の発足をにらみ、意思能力に欠陥のある障害者を援助して、福祉サービスを自ら選び、これらを能動的に利用して自己実現を図ることを目的としている。にもかかわらず、同様の目的を持つ成年後見制度との関連が十分明らかにされていない。

一方、成年後見制度は、いかに身上配慮義務が強調されても、従来の禁治産、準禁治産制度の名残から、財産保護に主眼をおいた制度であることは否めない。貯蓄が少なく、収入も少ない、頼るべき縁者のいない高齢者が、成年後見制度を利用しても、現実的には、こうした人々の後見、保佐、補助、あるいは任意後見人を引き受ける個人または法人を見つけだすのは極めて困難である。弁護士会、司法書士会などに、後見を引き受ける団体を組織する動きがあるが、これらにしても、わずかな年金で生活する高齢者の身上配慮を主な目的とした後見に適した専門性を有しているかどうか疑問が大きい。社会福祉士は、本来こうした機能を果たすべきであろうが、社会福祉士が特定の医療機関、福祉機関に属している

わが国の現状を考えると、社会福祉士が、現状のまま後見人の役割を果たすことは困難である。

最も簡単な解決は、地域福祉権利擁護事業を、初めから成年後見制度の中に位置づけてしまうことである。すなわち、現行の地域福祉権利擁護事業によって提供されるサービスを、任意後見契約によって提供するように改め、契約時の状態によっては、後見、保佐、補助など公的後見制度を利用するよう指導することであると筆者は考える。これによって、契約の履行を監視する機関は裁判所の指名と監視を受けることになり、第三者性が高まるし、契約能力が疑わしい高齢者に対しても、援助が可能になる。さらには、能力の低下に対しても、円滑にサービスの継続をはかることができる。

最後に、成年後見制度も、地域福祉権利擁護事業も、解決できない重要な問題を指摘しておく。特別養護老人ホームの痴呆介護棟、介護型有料老人ホーム、療養病棟等への入院入居手続きである。これらの施設の大部分で、出入りが制限され、場合によっては通信、面会が制限され、行動の制限がなされている。これらは明らかに憲法が規定する基本的人権の制限である。こうした人権の制限は、従来、全く法的手続きを欠いたまま行われてきたが、今回の介護保険、成年後見制度、地域福祉権利擁護事業も、この問題を全く手つかずのまま放置している。介護保険による介護サービスへの民間企業参入は、特に、グループホームのような小規模施設の増加は、こうした問題を顕在化させる可能性がある。スキヤングルが起こる前に、法的な整備を急ぐべきである。

D.文献

西山詮：追補改訂版民事精神鑑定の実際、

新興医学出版,東京,1999

全国社会福祉協議会：契約締結判定ガイド
ライン,東京,1999

E.研究発表

(1)成年後見制度の改正の意図、改正点、
及びその問題点—精神医学の視点から.司
法精神医学ワークショップ,東京医科歯科
大学,2000年2月19日

(2)民事鑑定事例検討—新しい制度下での
問題点.司法精神医学ワークショップ,東京
医科歯科大学,2000年2月20日

F.論文等

斎藤正彦：地域福祉権利擁護と成年後見制
度.成年後見と意思能力,日本評論社,2000年
7月発行予定