

厚生科学研究費補助金
(21世紀型医療開拓推進研究事業)

痴呆性高齢者の権利擁護

(H13-痴呆・骨折-005)

平成13年度 総括・分担報告書

主任研究者 齋藤正彦
慶成会老年学研究所 主任研究員

平成14年(2002年)3月

目 次

I. 総括研究報告書	
「痴呆性高齢者の権利擁護」に関する研究	1
斎藤正彦	
II. 分担研究報告	
1. 痴呆性高齢者の終末期医療の標準化に関する研究	4
—老人病院における痴呆症終末期医療の解析—	
斎藤正彦	
2. 高齢者の自己決定能力判定に関する精神医学的研究	7
松下正明	
3. 医療福祉における痴呆高齢者の自己決定の尊重と代理判断について	14
松下正明	
(資料) リビングウィルに関するフロリダ州の書式	
日本尊厳死協会による「尊厳死の宣言書」	
カナダ、アルバータ州の公的後見人のためのマニュアル	
東京都立松沢病院の(手術・麻酔・検査・処置・輸血)に関する合意書	
老人福祉施設入居者の自己決定のあり方に関するアンケート調査(案)	
4. 成年後見制度、地域福祉権利擁護事業発足後の実情と課題に関する研究	31
田山輝明	
5. 入院施設における痴呆性高齢者の心理的支援に関する研究	34
岩波明	
6. 痴呆性疾患における心理アセスメントと社会生活動機能に関する研究	40
松田修	
III. 研究成果の刊行に関する一覧表	46
IV. 研究成果の刊行物・別刷	47

「痴呆性高齢者の権利擁護」に関する研究

主任研究者 慶成会老年学研究所 主任研究員 斎藤正彦

研究要旨 本年度の研究は、①研究の総括、②痴呆性高齢者の終末期医療の標準化に関する研究、③高齢者の自己決定に関する精神医学的研究、④成年後見制度、地域福祉権利擁護事業発足後の実状と課題に関する法律的検討、⑤入院施設における痴呆性高齢者の心理的支援に関する研究、⑥痴呆性疾患における心理アセスメントと社会活動機能に関する研究の6項目に分担して行った。②では、痴呆性高齢者終末期医療に関するデータベースの作成を開始した。③では地域福祉権利擁護事業利用者の意思能力を精神医学的に検討すると同時に、医療福祉における痴呆性高齢者の意思決定及び代諾のあり方について、欧米の制度を比較検討し、わが国に置けるこうした問題に関する各界の意識を調査した。④地域福祉権利擁護事業と成年後見制度を、資産、家族、意思能力の程度の三項目の組み合わせに応じていかに活用すべき点について、法律学的検討を行った。⑤では、総合病院、痴呆治療病棟、療養病棟における痴呆性高齢者治療の役割分担について検討した。⑥では、臨床的な心理検査のデータと、実際の社会生活上の能力の関連について研究を行った。

分担研究者

松下正明 都立松沢病院院長
田山輝明 早稲田大学法学部長
岩波明 東京大学医学部助教授
松田修 東京学芸大学
教育学部助教授

A. 目的

この研究は、痴呆性高齢者が可能な限り自立した社会生活を送り、障害が進行して独立した社会生活が不可能になった後も、尊厳のある生活を送り、その人らしい最期を迎えるための援助のあり方について、痴呆性高齢者の権利擁護という切り口から検討を加え、わが国の現行制度の問題点を明らかにし、今後のあり方を検討することを目的としている。

権利の擁護は、今後、単身、あるいは高

齢者のみの世帯で生活する高齢者の割合が増大し、その中に、痴呆症あるいは、その前段階において意思能力が十全ではない高齢者の数が増加すれば、必然的に、現在以上に重要な社会的課題になってくる。心身に障害を持った高齢者が地域社会から排除されず、かつ、安全に生活を続けるためには、医学的な治療による心身の機能の向上と並んで、障害があっても安心して暮らせるシステムが、いわば補助具のように必要とされる。ここでは、医療保険下の治療契約、インフォームドコンセント、介護保険下での介護契約、地域福祉権利擁護事業、成年後見制度等の法制度を研究の対象とする。

B. 研究方法及び結果

②痴呆性高齢者の終末期医療の標準化に関する研究(斎藤・犬尾・小川)では、老人病

院で死亡した高齢者の死亡前24ヶ月の経過をレトロスペクティブに整理し、終末期医療の現状を把握する作業を開始した。初年度は633例のカルテから、25例について、死亡前2年間の血液、尿、心電図、胸部レントゲン等のデータの変化、治療等臨床経過、死亡時の状況についての調査を行い、データベースのための調査項目を抽出し、データベースの構造を決定して、入力を開始した。25例については、詳細な事例の検討を行い、データベース完成後に検討すべき問題点を整理した。

③高齢者の自己決定に関する精神医学的研究(松下・五十嵐・白石)では、五十嵐が、東京都の地域福祉権利擁護事業において契約締結能力に疑義があるとされた8事例全てについて詳細な事例検討を行った。白石は痴呆性高齢者の医療上の自己決定と代諾のあり方について欧米の制度の検討、日本の医療、福祉、法律等の専門家及び家族に対する聞き取り調査、医療、福祉現場の職員、家族支援グループに対するアンケート調査を行い、我が国の現状と外国の現状とを比較した。分析が遅れ、今年度の発表には含まれないが、主任研究者である斎藤は、看護、介護の専門家、一般市民、介護経験のある家族など、属性の異なるいくつかのグループで、痴呆性疾患の終末期医療に関するグループディスカッションを行って倫理的問題点を整理している。

④成年後見制度、地域福祉権利擁護事業発足後の実状と課題に関する法律的検討(田山他)、では、財産の多寡、意思能力の程度、家族支援の有無の三つの要素によって対象を分け、地域福祉権利擁護事業、公的後見制度、任意後見制度の使い分け、相互の関係などについて、法律学的な立場から検討を行った。

⑤入院施設における痴呆性高齢者の心理的支援に関する研究(岩波・入谷・上野・原)では、精神医学的な治療を必要とする程度の精神、行動上の問題を呈した痴呆症

患者を対象に、都立松沢病院、東京大学医学部付属病院、茨城県の私立精神病院の三カ所で、臨床上の特徴、隔離・拘束などの行動制限の有無、目的等について調査し、施設特性と入院患者の特徴を比較した。

⑥痴呆性疾患における心理アセスメントと社会活動機能に関する研究(松田)では、28項目からなる、社会生活能力評価表を作成し、その信頼性、妥当性を検討し、並行して認知機能検査と社会活動能力評価の相関について、プレリミナリーな検討を行った。

C. 考察及び結論

この研究班は、生物学的な組織的研究と異なり、各分担研究のテーマが独立しており、全体をまとめて考察することは困難である。個々の研究テーマに関する詳細な考察は分担研究報告書に譲る。

斎藤による分担研究では、終末期を迎える高齢者の家族と医療従事者の間に、「自然死」あるいは「痛みのない治療」といった言葉で表される終末期医療のあり方について、抱くイメージに大きな乖離があり、それをうめる作業が安らかな終末期を迎えるために重要であることが示され、合理的で必要十分な終末期の医療行為を行うための標準化作業の重要性が明らかにされた。

松下及び研究協力者五十嵐による分担研究では、地域福祉権利擁護事業を利用する高齢者の中には、長谷川式スケールが10点未満の進行した痴呆の事例も含まれており、明示された制度利用意思の有無、制度利用の必要性・有用性、本人の医学的状況などが総合的に判断され、利用の可否が判断されていることを明らかにした。また、研究協力者、白石との分担研究では、終末期医療における意思決定に際し、欧米に比較して、日本では、

本人より家族の意思が重視される傾向があり、他方で、家族がなく、意思能力が不十分な高齢者は十分な医療が提供されないきらいがある事を明らかにした。

田山らによる分担研究では、日本、アメリカ、ドイツにおける法制度の比較研究が行われ、地域福祉権利擁護事業の運用実態について、現状の把握が行われた。財産の有無と意思能力の程度に関して、第1類型：財産があり意思能力もある、第2類型：財産があり、意思能力が不十分、第3類型：財産がなく、意思能力はある、第4類型：財産も意思能力もない、の4つの分類を想定し、さらに家族支援の有無を勘案して、現行制度の活用方法、不足するシステムについて検討を行った。

岩波による分担研究では、都市の総合病院精神科、都市の痴呆性疾患治療病棟、地方の療養病棟に入院する痴呆性高齢者の特性を調べ、それぞれのあり方について検討を加え、痴呆介護の中で、精神科病棟が果たすべき役割について検討を行った。

松田による分担研究では、診断、治療のために一般的に用いられる心理検査のデータと、実生活に必要な社会心理的能力の関連について、検討を行い、社会心理的能力を評価するための尺度を開発すると同時に、社会生活機能を遂行するために必要な心理機能を明らかにした。

D. 研究発表

1. 論文発表

① Saito,M:Decision Making in Social and Medical Services for Patients with Dementia in Japan. Weisturb,DC, Thomasma,S and Tomossy (eds), Aging:Caring for Our Elders,191-202 (2001)

②田山輝明：続・成年後見制度の研究. 成文堂,2002

③五十嵐禎人（松下分担研究班）：非強制入院のための判断能力ーイギリス Burnewood 事件よりの示唆(投稿中)

2. 学会発表

①五十嵐禎人（松下分担研究班）,西山 詮:地域福祉権利擁護事業における契約締結能力の判定.第 16 回日本老年精神医学会.大阪,2001

痴呆性高齢者の終末期医療の標準化に関する研究 老人病院における痴呆症終末期医療の解析

主任研究者 斎藤 正彦 慶成会老年学研究所 主任研究員

研究協力者 犬尾 英里子 新宿一丁目クリニック副院長

小川 公啓 慶成会青梅慶友病院医員

研究支援者 落合真弓 長寿科学振興財団

研究概要

この分担研究では、自らの意思を表明できない痴呆症等の高齢者に対する終末期医療を、いかなる手続きで、いかに提供すべきかを検討する。初年度は、老人病院で死亡した高齢者の633例について、死亡前24ヶ月の経過をレトロスペクティブに整理し、血液生化学検査、尿検査、心電図、胸部レントゲン、頭部CT等の検査データ、臨床経過、死亡時の状況等についてデータベースの作成を開始した。今年度は、その内、25例について、詳細な事例検討を行い、データベースのための調査項目の抽出を行い、あわせて、検討すべき問題点のは整理を行った。

A.目的

老人病院死亡退院患者を対象にレトロスペクティブスタディーを行い、諸検査データ解析、家族との関わり、終末期に施された医療の種類との相関関係を考察する事により、痴呆性高齢者の終末期医療の現状を把握し、問題点を探り、現在医療側と患者・家族間側で曖昧な形で決定されている医療内容を見直し、誰もがよりよい最期を迎える事ができるため、また不必要な検査・治療を行わないための終末期医療の標準化を提唱する。またこれにより終末期医療の質の向上とともに医療費削減が期待できる。

B.対象と方法

1998年より2001年までの4年間、東京都郊外にある老人病院、青梅慶友病院(832床)の死亡退院患者633名を対象

に調査検討を開始した。調査項目は、性別、入院期間、死亡時年齢、入院時診断、死亡時診断、死亡時治療の内容、入院時検査所見、死亡日より2年間遡り検査所見・治療内容、死因に関連する病態変化、終末期における家族への病態説明有無について、死亡時治療の内容については酸素吸入、末梢血管確保(抗生剤静脈投与、電解質補液)、中心静脈確保、中心静脈栄養、心臓マッサージ、尿路管の使用有無について調査を行っている。入院時及び死亡前2年間の各種検査所見の内容は血圧、尿検査(尿蛋白・尿潜血)、血算(白血球数、ヘモグロビン値)、血液生化学検査(蛋白、総コレステロール、中性脂肪、AST、ALT、尿素窒素、クレアチニン、空腹時血糖、グリコヘモグロビン、C反応プロテイン)、心電図異常所見の有無、胸部X線、頭部CT所見につ

いて調査している。病態の変化は、死亡前2年間に発症した急性期疾患について発症日、内容を調べ、その後の病態への影響について考察する。終末期病態説明は、死亡日より遡り死亡に至る病態を医師が家族へ説明した年月日を調べ、家族の患者病態理解の程度について考察する。研究第2年度になる、平成14年度中には、これらの調査項目にかんするデータベースが完成する予定である。

本年度は、調査項目の選定、データ解析の方法を決定するため、第1段階として対象者から25人を選び、これらの入院カルテを経過、治療法、急性期疾患発症の場合の家族への説明方法、医療側がカルテに記載している内容の詳細を調査し本研究に必要な調査項目の抽出を行った。

C.結果・経過報告

‘98年から‘00年の間の総死亡退院患者数は633名、平均死亡年齢87.77歳（最高齢105歳 最年少47歳 SD6.56歳）、平均入院日数1443日（最長5848日 最短2日 SD1240日）、であった。

検査データの変化、臨床経過に関するデータベースは、平成14年度前半に完成する予定である。

データベースのための情報を抽出するために検討した25例の中から、以下に典型的なケースを提示し、データベース完成後の分析の方向、活用の方針について考察する。

症例1.

入院時年齢 93歳 女性

入院時診断 脳血管性痴呆（軽度）、陈旧性心筋梗塞、右中葉無気肺

‘91年より痴呆、幻覚妄想、幻視、錯

乱状態が出現した。介護者が事故後後遺症のため半身麻痺であったため自宅介護困難となり92/2/13独歩入院。

入院時の患者情報提供書には家族の終末期治療の希望として「延命治療より穏やかな入院生活を送らせたい」と記載していた。

入院後、痴呆以外の精神症状は落ち着き、風邪など軽度感染症は発症していたが大きな病態変化もなく安定していた。

95/2肺炎を発症、一時はショック状態となったが抗生剤末梢血管投与、酸素吸入、昇圧薬使用、中心静脈栄養等の集中治療により回復した。患者の治療に対する意志確認は痴呆の進行により不可能であった。この時、家族は患者が高齢であり入院当初より経静脈栄養、気管内挿管等の侵襲的治療を拒む意思表示をしていたため、当初集中治療には同意をしなかったが、患者は回復可能であるという主治医の説得により治療を了承した。

その後何度か肺炎を繰り返したがその都度治療により回復した。

96/2家族が病院内の医療相談室を訪れ、家族は無理な延命を希望していないとの希望を伝え、それをきっかけに主治医と家族の間で自然死のあり方についての話し合いの場が設けられ今後の治療における双方の意思確認がなされた

97/10頃より食欲低下とそれに伴う身体衰弱がみられたが、この時は高カロリー輸液等の積極的治療は行わず自然経過観察。

98/1/29死亡（99歳）

D.症例考察

本例は、入院時に患者本人及び家族が、致命的病態に至った際には苦痛を伴う治療は行わないで欲しいという「自然死を希望」という意思表示をしていた。入院

後4年経過して発症した肺炎治療では、一般病院における集中治療室で行なわれるに等しい治療行為が行なわれ、医療側としては肺炎は治癒可能な病態であり当然の行為として行ったが、家族側としては治って欲しいという思いとともに、苦痛を負っている患者を見るに忍びない思い、患者の意思を尊重できなかったという思いがあり、医師の治療説明に対して家族の意思をはっきりと示す事ができなかった。この様な事を何回か繰り返すうちに家族側は患者の最期に対して明確な考えができ、医療側とも十分な話し合う機会を得て最期は双方とも満足のいく形で迎えることができた。本例のように患者本人が痴呆が進行する前に意思を明示している例は多くはないが、今後は本例のように患者本人の意思尊重、家族・医療間双方で終末期医療の在り方の共通認識を持つ必要があると思われた。

E.問題提起

調査対象となった老人病院では入院時に家族（保証人）に対して、患者の情報提供書記入を依頼している。この中の「終末期の対応」を問う欄にはほとんどの家族が「自然死を希望」と記入している。しかしながら、このときの情報提供書では、『自然死希望』と記載している家族でも、現実に患者の嚥下能力が落ち、経口摂取が不可能になった場合には点滴による栄養補給すなわち中心静脈栄養を希望する事も多々あり、どのような治療が『積極的治療』で、どのような経過が『自然死』であるかの認識が、家族・医療の双方とも曖昧のまま終末期治療が行われている事例が少なくない。

一般に心臓マッサージ、気管内挿管及び人工呼吸器の使用は侵襲的治療として家族・医療双方に認識されている事が多

いが、それ以外の末梢又は中心静脈点滴治療は担当医の判断で行なわれている事例が多い。家族は「自然死」の意味するところとして「痛みのない」「苦しくない」治療を求めている場合が多く、ここで常に問題になるのは、「痛みのない」治療のため治癒可能な感染症・狭心症といった急性期疾患の検査・治療が放置されていたり、或いは終末期医療に良く見られる水分補給のみを目的とした末梢血管輸液を長期間続ける治療が「痛みのない治療」に含まれるのかどうかという事等々である。

本研究では、次年度前半に、データベースを完成し、高齢者の終末期医療の現状を定量的に把握することを可能にする。これに基づいて、痴呆性高齢者と一般高齢者とで終末期における病態変化の比較を行い、痴呆性高齢者終末期医療の標準化を提唱する。次年度後半からは、こうし指針に基づいたプロスペクティブスタディを行い、指針を臨床使用可能なものとする。

この研究が完成することにより、患者・家族・医療の3者が十分納得の行く「最期の時」を迎える事が可能になり、医師の能力に負うところの大きい「最期の時」の質の差を改善することも期待される。また必要な検査を行われないうちに、感染症等の急性期疾患の早期治療が行なわれず、患者が重症化する事を防ぎ、それによる治療コストの増大を抑制する事をも期待できる。

E.. 発表

Saito,M:Decision Making in Social and Medical Services for Patients with Dementia in Japan. Weisturb, D C, Thomasma, S and Tomossy (eds), Aging : Caring for Our Elders,191-202 (2001)

高齢者の自己決定能力判定に関する精神医学的研究

分担研究者 松下 正明 都立松沢病院院長

研究協力者 五十嵐禎人 東京都精神医学総合研究所 主任研究員

研究要旨：

痴呆性疾患等のために判断能力が十分でない高齢者の社会福祉サービス利用契約における判断能力判定のあり方について検討するために、地域福祉権利擁護事業の契約締結能力の判定に関して調査・分析した。東京都社会福祉協議会において本事業が開始された2000年4月から2001年5月までに契約締結能力に疑義ありとして契約締結審査会の審査対象となった痴呆性高齢者8例を検討の対象とした。

対象例の平均年齢は79.1（67-101）歳であり、75歳以上の者が5例と過半数をしめ、7例が単身生活者、残り1例も高齢者のみの世帯であった。訪問面接時に改訂長谷川式簡易知能評価スケール（HDS-R）を完遂できた6例のうち10点以下の者が4例をしめており（平均10.2点：6～17点）、臨床的にもいずれも中等度以上の痴呆に罹患していた。審査会の判定では契約可が8例、契約不可が1例であった。審査会による契約締結能力の判定は、①利用者本人による明示の利用意思の存在、②援助の必要性・有用性、③本人の精神医学的状态、④本事業以外の手段による本人保護が困難であること、などを総合して行われていることが明らかになった。

研究協力者

五十嵐

白石 弘巳 副参事研究員

東京都精神医学総合研究所

精神保健医療システム研究部門

A. 研究目的

社会福祉基礎構造改革に伴い、福祉サービスは従来の行政が行政処分によりサービス内容を決定する措置制度（措置主義）が原則として廃止され、事業者と対等な関係にある利用者がその自己決定に基づきサービスを選択する利用制度（契約主義）へと

変革された。制度改革の目的である利用者本位の社会福祉を実現するためには、個々の利用者に、福祉サービスの内容を理解し、自らに適したサービスを選択し、契約を締結するための判断能力（自己決定能力）が必要とされよう。

しかしながら、痴呆性疾患患者等をはじめとした高齢者には、自己決定能力を含めた判断能力の低下した者も多い。能力低下が著しく意思能力を欠くような状態にある利用者とは福祉サービスに関する契約を締結することができず、契約主義による福祉サービス提供は不可能となる。また、判断能力低下がみられるものの未だ意思能力を欠く状態にはない利用者の場合には、法的には契約締結が可能であり、契約主義による社会福祉サービス提供が可能である。しかし、判断能力が低下した利用者がサービス供給者と対等の立場にたち、提供される福祉サービスの内容を理解し、自らに適したサービスを選択し、契約を締結する能力があるか否かについては、事例ごとに慎重に検討することが必要とされよう。措置主義から契約主義へと転換された社会福祉サービスにおいては、判断能力の低下した利用者の福祉サービス利用を支援し、その人権を擁護するための適切なセーフガードの整った保護制度が必要とされる。自己決定能力・判断能力に疑義のある利用者の自己決定能力・判断能力をどのように考え、またその判定をどのように行っていくべきであるかは大きな課題といえよう。

判断能力の低下した者を保護するための法制度としては民法における成年後見制度がある。従来 of 成年後見制度（禁治産・準禁治産制度）は制度の硬直性・濫用の危険

性が指摘されてきたが、1999年に100年ぶりの大改正が行われ、2000年4月より後見・保佐・補助の3制度よりなる新たな成年後見制度がスタートした。しかしながら、成年後見制度は家庭裁判所における審判手続、診断書の提出や精神鑑定の施行、適切な成年後見人等の選任など種々の手続とそれに伴う費用が必要である。また、今回改正によって成年後見人等の職務として被保護者の「身上配慮義務」が設けられたものの、基本的には財産の管理・保護を主体とした制度であり、被保護者の能力判定も基本的には財産管理能力に焦点をあてて行われている。成年後見制度は、判断能力の低下した社会福祉サービス利用者すべてをカバーしうる制度とはいえないのが現状である。また、制度改革の趣旨を生かすためにはノーマライゼーション、自己決定の尊重、残存能力の活用といった新しい理念に対応した能力判定のあり方を検討する必要性が指摘されている。

地域福祉権利擁護事業は、痴呆性高齢者、知的障害者、精神障害者など判断能力が不十分な者を対象として、福祉サービスの利用援助を行なうことにより、その者の地域における自立を援助し、またその権利を擁護することを目的として、厚生省の補助事業として1999年10月より開始された。地域福祉権利擁護事業では、利用者本人の意向を確認しつつ作成される支援計画に基づき、基幹的社会福祉協議会が本人と利用契約を締結し、個々の契約内容に基づいた援助を生活支援員が行なう形となっている。地域福祉権利擁護事業で実施する援助内容としては、①福祉サービスの利用援助を基本として、②日常的な金銭管理サービス、③

書類等の預かりサービスがある。また、利用者に対するセーフガードとして、契約締結審査会、運営適正化委員会などの制度が設けられている。

地域福祉権利擁護事業は、民法上の委任代理契約であり、契約に際しては、本人に契約締結能力があることが前提となる。契約締結能力の判定については、全国社会福祉協議会が作成した契約締結判定ガイドラインがあり、これにもとづいて基幹的社会福祉協議会の専門員が利用者の契約締結能力を判定する。能力に疑義のあるケースについては、都道府県社会福祉協議会に設置された、契約締結審査会（法律、医療、福祉の各領域の専門家より構成）においてその適否を審査することとなっている。利用者に契約締結能力があることが地域福祉権利擁護事業による援助の前提であるが、判断能力の低下した者を利用対象者としている以上、契約締結能力の判定はここでも大きな課題の1つであり、ノーマライゼーション・自己決定の尊重といった新しい概念を活かした契約締結能力判定のあり方が必要とされよう。

本研究の目的は、地域福祉権利擁護事業における契約締結能力判定の現状を調査・分析し、精神医学的な観点から新しい理念に対応した高齢者の自己決定能力判定のあり方について検討することである。

B. 研究方法

東京都社会福祉協議会の契約締結審査会は精神科医、弁護士、メディカルソーシャルワーカー、精神保健福祉士、社会福祉士によって構成されている。審査にあたって

は、事前に契約締結審査会の委員である精神科医と東京都社会福祉協議会の職員が基幹的社会福祉協議会の専門員やその他関係者とともに、利用希望者宅を訪問し、その生活状況を把握し、判断能力について面接を行なっている。審査会委員には事前に訪問調査面接の逐語記録、利用希望者に関するそれまでのケース記録が配布される。審査会当日は基幹的社会福祉協議会の担当専門員、訪問調査を行った精神科医、東京都社会福祉協議会職員から、利用希望者に関するこれまでの経緯、社会福祉サービスの利用状況、生活状況、日常金銭管理の状況、訪問調査時の様子などについてプレゼンテーションを行い、その後審査会委員により、契約締結の可否についての議論が行なわれている。

東京都社会福祉協議会において基幹的社会福祉協議会より契約締結審査会に審査依頼のあった事例のうち、専門員による契約締結判定ガイドラインの結果、判断能力に疑義ありとして契約締結審査会に審査依頼のあった事例を対象として、契約締結審査会における契約締結能力の判定について検討した。

C. 研究結果

東京都社会福祉協議会において本事業が開始された2000年4月から2001年5月までに契約締結審査会に審査依頼のあったケースは19件あり、痴呆性高齢者が15件、知的障害者2件、精神障害者2件と、痴呆性高齢者が大部分をしめていた。審査会の判断は、契約締結可能が16件、契約締結不可能が2件、継続審査が1件であった。契

約締結不可能ないし継続審査とされた事例はいずれも痴呆性高齢者であった。

なお、契約締結審査会は契約締結能力の有無のみを判断するわけではなく、地域福祉権利擁護事業による援助の必要性や予定されている支援計画の妥当性についても審査を行なっている。したがって、これらの事例のすべてが契約締結能力に疑義ありとして審査対象となったわけではない。

以下、契約締結審査会の審査事例のうち、契約締結能力に疑義ありとして審査対象となった痴呆性高齢者 8 例を検討の対象とする。

対象例の平均年齢は 79.1 (67-101) 歳であり、75 歳以上の者が 5 例と過半数をしめていた。対象例のうち 7 例が単身生活者、残り 1 例も高齢者のみの世帯であり、家族・親族による援助が十分に得られず、いずれも地域福祉権利擁護事業による援助の必要性の高い者であった。

訪問面接時には通常精神科医によって改訂長谷川式簡易知能評価スケール (HDS-R) が施行される。ただし、利用希望者が途中で拒否したりすることもあるので、HDS-R を完遂できた事例は 6 例であった。これら 6 例のうち 10 点以下の者が 4 例をしめており (平均 10.2 点：6～17 点)、臨床的にもいずれも中等度以上の痴呆に罹患しているものと判断された。

審査会の判定では契約可としたものが 8 例、契約不可としたものが 1 例であった。

以下に契約締結能力判定の現状を考える上で示唆的な事例について述べる。

<事例>

70 歳代、男性、診断：脳血管性痴呆

シルバーピア (高齢者集合住宅) に居住。

単身生活で、支援する家族・親族はいない。

収入は年金のみで、不動産、預貯金などの財産は特にない。

6 ヶ月前から、記憶障害、見当識障害が出現し判断能力が低下し、金銭管理や日常生活にも支障がでるようになった。年金の現況届を提出せず、支給停止となった。部屋の掃除、ゴミ捨てなど身の衛生管理も十分にできなくなり居室から異臭が生じた。食事をきちんと摂ることができず、身体状態も悪化し、身体科へ緊急入院したこともあった。

近隣よりの苦情もあり、地域の在宅介護支援センターのワーカーが介入して、配食サービス、自立支援ヘルパーの導入、などの社会福祉サービスを利用するようになり、本人の日常生活の状況は改善した。

しかし、金銭管理や預金通帳の管理ができず、家賃、公共料金、サービス利用料等の支払いも忘れていたような状態のためワーカーが地域福祉権利擁護事業の利用を勧め、基幹的社会福祉協議会へ相談した。

専門員による訪問調査

基幹的社会福祉協議会の専門員の訪問調査では、地域福祉権利擁護事業利用の意思は示したが、同時に施行された契約締結判定ガイドラインでは、

基本的情報・見当識の確認：b

日常生活の概要：b

社会生活の概要：b

将来の予測・計画：b

(b：援助すれば、正確な答えに同意できる)

であり、専門員が1週間前に訪問したことをすっかり忘れ、地域福祉権利擁護事業の利用申込についても覚えていないなど、契約締結能力に疑義があり、契約締結審査会へ審査依頼となった。

訪問・面接

記憶障害、見当識障害があり、改訂長谷川式簡易知能評価スケールは7点。重度の知的機能の低下を認め、これまでの経過から脳血管性痴呆と考えられた。地域福祉権利擁護事業の利用意思は明示していた。

契約締結審査会

審査会では、援助の必要性が明らかであること、知的機能の低下に比べて生活能力は援助を受けながらではあるが保たれていること、年金収入のみで、財産もないこともあり公的扶助制度のない現状では成年後見制度の利用は困難なことも考慮して、契約締結は可とした。ただし、今後さらに判断能力が低下する可能性もあり、意思無能力の状態に陥る可能性もあるので、契約締結3ヵ月後に基幹的社会福祉協議会において行われる支援計画の評価時にあわせて、専門員に審査会への報告を求め、必要に応じて契約締結能力の再審査を行なうことを条件とした。

D. 考察

社会福祉基礎構造改革による、従来の行政が行政処分によりサービス内容を決定す

る措置制度(措置主義)を原則として廃止し、事業者と対等な関係にある利用者がその自己決定に基づき必要なサービスを選択する利用制度(契約主義)へという変革は、近年のノーマライゼーション、コミュニティ・ケアの時代に相応しいものといえよう。しかしながら、社会福祉サービスの利用者には痴呆性疾患患者等をはじめとして自己決定能力を含めた判断能力の低下した者も多い。こうした判断能力の低下した者の場合、判断能力の低下が重度であるほど社会福祉サービス利用の必要性は高まり、その一方で、自己決定能力や契約締結能力についての疑義はより大きくなる。そして判断能力の低下が著しい場合には意思無能力となり、契約による社会福祉サービスを受けることは不可能となる。契約締結能力(社会福祉サービス利用契約に関する意思能力)の判定を厳格・厳密に行なえば行なうほど、より多くの高齢者が意思無能力と判定されることになろう。その一方で安易に契約締結能力を認めることには利用者に対する搾取や権利侵害の危険性を高めることになろう。契約主義による社会福祉サービスにおいては、利用者の判断能力をどのように判定していくかは大きな課題であり、ノーマライゼーション、自己決定の尊重、残存能力の活用などの新しい概念を十分に活かせるような能力判定のあり方が必要とされよう。

こうした痴呆性疾患等のために判断能力が十分でない高齢者の社会福祉サービス利用契約における判断能力判定のあり方について検討するために、本研究では地域福祉権利擁護事業の契約締結審査会における契約締結能力の判定の現状を調査・検討した。

研究結果に示められるように、契約締結審査会における審査対象者の大部分は痴呆性高齢者であり、契約締結能力について疑義が生じて審査対象とされた事例はほとんどが痴呆性高齢者である。そして、これらの審査対象者の特徴は、HDS-Rの得点に示されるようになりかなり重度の知的機能の低下をもつ者が多いこと、いわゆる高齢者世帯のように家族・親族による援助の得られないことといえよう。

提示した事例が示すように契約締結審査会による契約締結能力の判定は、①利用者本人による明示の利用意思の存在、②援助の必要性・有用性、すなわち、地域福祉権利擁護事業による援助を利用することによって居宅での生活を維持することが可能と判断されること、③HDS-Rなどに示される知的能力の低下に比して、対人関係や日常生活状況などに示される社会生活上の能力が保たれていること、④成年後見制度の利用など地域福祉権利擁護事業以外の手段による本人保護が困難であること、などを総合して行われているといえよう。つまり、ここでの契約締結能力は、知的機能や認知機能といった純粋に精神医学的に判定される能力としてではなく、援助の必要性や本人の置かれた社会状況、他の代替援助手段の有無などを総合した能力として判定されているといえよう。提示した事例のように精神医学的には重度の痴呆と診断される者にも契約締結能力を認める場合があるのは、ここでの契約締結能力の判定は、一般の契約行為についての意思能力（判断能力）ではなく、地域福祉権利擁護事業の利用契約という特定の法律行為についての意思能力の判定であり、地域福祉権利擁護事業に

は、①社会福祉協議会という準公的機関によって運営されていること、②金銭管理については管理・代行できる金額に制限を設けていること、③契約締結審査会、運営適正化委員会などが設けられていること、など、通常の契約にはない、利用者保護のためのセーフガードを備えているからといえよう。いわば、契約締結審査会による能力判定では、新井（新井誠『高齢社会の成年後見法 [改訂版]』有斐閣、1999）のいう「意思能力概念の相対化」（意思能力概念は被保護者の残存能力の程度と法律行為の具体的内容に対応して相対化される）が実践されているともいえよう。

E. 結論

痴呆性疾患等のために判断能力が十分でない高齢者の社会福祉サービス利用契約における判断能力判定のあり方について検討するために、地域福祉権利擁護事業の契約締結能力の判定に関して調査・分析した。

審査会による契約締結能力の判定は、①利用者本人による明示の利用意思の存在、②援助の必要性・有用性、③本人の精神医学的状态、④本事業以外の手段による本人保護が困難であること、などを総合して行われていることが明らかになった。

今後、さらに対象事例を増やすとともに、契約締結審査会による審査後の、契約締結状況やその後の援助の経過について調査することによって、地域福祉権利擁護事業における契約締結能力と精神医学的に判定される能力との関連についてさらに分析を進めたい。

F. 研究発表

1. 論文発表

五十嵐禎人：非強制入院のための判断能力—イギリス Bournwood 事件よりの示唆.
精神神経誌（投稿中）

2. 学会発表

五十嵐禎人、西山詮：地域福祉権利擁護
事業における契約締結能力の判定. 第 16 回
日本老年精神医学会. 大阪、2001

G. 知的所有権の取得状況

1. 特許取得 なし

2. 実用新案登録 なし

3. その他 特記することなし

医療福祉における痴呆高齢者の自己決定の尊重と代理判断について

分担研究者 松下正明 都立松沢病院院長

研究協力者 白石弘巳 東京都精神医学総合研究所 副参事研究員

概要 本年度は、1) 医療福祉における痴呆高齢者の自己決定の尊重と代理判断について海外(特に欧米)の動向、2) 日本の医療関係者、福祉関係者、医事法律家、痴呆性高齢者家族らへの聞き取り調査、3) 老人病院医師、老人介護施設生活指導員、家族支援組織へのアンケート調査、などを行い問題の現状把握を行った。聞き取り調査の結果、欧米ではリビングウィルやアドバンスディレクティブに関心が高く、代行判断の手続きが規定されているのに対し、日本では自己のターミナル状態に関する意思表示が本人から行われることが少なく、本人の判断能力の如何に関わらず近親者の意向が医療や福祉に強く反映されることが確認された。しかし、近親者がいない場合(単身者)には外科手術などの治療に際して、代行決定権者が明確でなく、どのような手続きで決定を行えばよいか、現場にとまどいが見られた。こうした問題に関する関係者の認識について郵送アンケート調査を行い、結果を解析して報告する予定である。

A.はじめに

高齢社会を迎え、平成12年4月より、介護保険制度と歩調を合わせて、新しい成年後見制度が施行された。制度の滑り出しは順調とのことで、開始後1年後までに後見類型を中心として大幅な申立件数の増加が見られている。今回の改正では、「成年後見人は、成年被後見人の生活、療養看護及び財産の管理に関する事務を行うに当たっては、成年被後見人の医師を尊重し、かつ、その心身の状態及び生活の状況に配慮しなければならない」(民法858条)という身上配慮義務が新たに定められた。しかし、現実には、具体的な状況において、後見人の参考になるような具体的な代行決定の基準が示されているわけではない。そもそも成年後見人であれば、生命を左右するような重大な療養看護上の決定も含めて

全ての決定を行うことが許されているのであろうか?

一方で、日本においても医療上の決定の際に、インフォームド・コンセントを尊重することが一般的となってきた。しかし、説明を受けて同意を与える能力がない場合に、誰がどのような代理判断を行うべきかということについては、未だ十分議論されているとは言えない。現状では、痴呆に罹患した高齢者において、インフォームド・コンセントを与える能力を欠く場合に、法定成年後見人や家族が代理判断を行うことが期待されるが、適当な代行決定者がいない場合には、誰が、どのように決定すべきであろうか?

痴呆に対する病名告知のあり方については、これまでに高柳(1993)、植田(1999)により論じられたことがある。また、光石

(1998)は、「老年期における自己決定のあり方に関する調査研究をまとめている。しかし、これらの成果が当事者や現場で働く専門職に共有されているか否か疑わしいところがある。

以上のような状況に鑑み、主として医療福祉における痴呆高齢者の自己決定の尊重と代理判断について、実態調査と、あるべき制度やルールについて提言することを目的として本研究を行うこととした。平成13年度は、1) 医療福祉における痴呆高齢者の自己決定の尊重と代理判断について海外(特に欧米)の動向、2) 日本の医療関係者、福祉関係者、医事法律家、痴呆性高齢者家族らへの聞き取り調査、3) 老人病院医師、老人介護施設生活指導員、家族支援組織へのアンケート調査、などを行い問題の現状把握を行うこととした。

B.方法と対象

平成13年度は以下の三つの調査を行った。方法の詳細については、結果の項を参照のこと。

調査1. 海外の動向等に関する文献調査

医療福祉における痴呆性高齢者の代行決定のあり方について欧米の制度や実態について、主として文献的調査を行い、概要を把握する。

調査2. 聞き取り調査

医療福祉における痴呆性高齢者の代行決定のあり方について、この問題に関わっている精神科医や福祉施設職員、関わりが深い法律家等への聞き取り調査を行い、問題点の把握を行う。

調査3. アンケート調査

調査1及び2により中質された問題点を中心として、医療福祉における痴呆性高齢者の代行決定のあり方について、実態を把握し、あるべき制度などに関する意見収集を求めるためのアンケート調査を行う。

C.結果

調査1 海外の動向

(1) 法制度

日本との比較のために、カナダのブリティッシュ・コロンビア州(以下、B.C.州)の制度について例示する。B.C.州では、制度改革により、1993年に成年後見に関連する4法律、すなわち「代理に関する合意法」(Representation Agreement Act)、「ヘルスケア(同意)とケア施設(入所)法」(Health Care (Consent) and Care Facility (Admission) Act)、「成年後見法」(Adult Guardianship Act)、「公的後見人及び公的財産管理人法」(Public Guardian and Trustee Act)が議会を通過した。

B.C.州では、本人の意思が医療上の判断にも及ぶように、まず事前に「代理に関する合意法」を利用することが奨励されている。もし、この法律を利用していない場合に、本人の同意が得られない状態が生じ、このようなときに医療上の決定を行わなければならないとしたら、21日間に限って「仮の代行決定者」が選ばれる。その間を過ぎてもさらに継続して本人のための代行決定が必要なようなら、成年後見制度などが適用される。また、身内などに適切な後見人が存在しない場合には、公的後見人が代行決定を行う。

このうち、「代理に関する合意法」が日本の任意後見制度に相当するもの、「成年後見法」が日本の成年後見制度に相当するものといえる。しかし、日本には、医療や福祉に関する同意の法律がなく、また公的後見人が存在せず、これに相当する法律が存在しない。B.C.州とは、法文化を異にすることはもちろんであるが、日本においてもこれらの法律ないし制度が必要ではないのかという議論があり得ると思われる(白石, 2001)

(2) アドバンス・ディレクティブ

欧米においては、終末期の医療やケアについて、能力のあるうちにあらかじめ自ら指定しておくことが行われるようになってきている。アメリカでは、1990年に自己決定権法ができて、入院時にアドバンス・ディレクティブを書かせるようになった。各州ごとにそのための書式が作成されている。ここでは、資料としてフロリダ州の書式を訳出した。

日本でも、アドバンス・ディレクティブに関する関心は高まっている。日本尊厳死協会が「尊厳死の宣言書」の雛形を公表している。ここでは、その書式を資料として添付した。

アメリカのものは、利害を有しない証人の署名が必要とされるが、日本では、代わりに協会がその内容を担保する体裁を取っている。

(3) 後見人マニュアル

日本では、後見人就任の際に、家庭裁判所から「成年後見人の職務について」と題したパンフレットが渡されている。しかし、その内容は、主として法文の概説であり、具体的な状況で後見人がどのような基準で判断行為を行うべきか、に関しては十分記載されていない。

欧米では、公的後見人が従うべき後見職務のマニュアルが作られているところがある。ここでは資料として、カナダ・アルバータ州の後見遂行のためのマニュアルの一部を添付した。

後見人の職務遂行の原則として、マニュアルでは以下の5原則が謳われている。

- 1) 本人の最善の利益の尊重。
- 2) 本人の自己決定の最大限の尊重。
- 3) 制約は必要最小限にとどめること。
- 4) 可能な限り本人を関与させること。
- 5) 本人の信念や価値観を可能な限り尊重

して代行決定を行うこと。

また、医療福祉(ヘルスケア)に関する代行決定を行う際の留意点が、具体的に且つ詳細に記載されている。ここでは、資料として、一般ヘルスケアと特別のヘルスケアの項を掲載したが、その他、中絶に関する項、緩和ケアに関する項の記載がある。

これを見ると、決定できる内容、権限を有する人(公的後見人は最終決定者で、より容易と考えられる判断は下位の実務者に委ねられる)、その手続き、などが示されている。

調査2 聞き取り調査

1) 精神科医

痴呆高齢者の医療に関与している精神科医から聞き取り調査を行った。当然のことながら、同意能力を喪失した患者を治療対象とするが、治療同意はほとんどの場合、家族から得ている。以下に、その際提示された示唆的な事例を示す。

事例1 90歳代、女性。脳血管生痴呆。HDS-R 4.5点。昼夜逆転の生活をしており、治療目的で入院。入院中にタール便が出現した。内視鏡検査を予定したが、家族より本人を苦しませるようなことはして欲しないと要望され、検査中止。その後、貧血、低栄養が進行し2ヶ月後死亡。

事例2 80歳代、女性。アルツハイマー型痴呆。寝たきり。発語なし。褥瘡あり。嚥下障害があり、経口摂取が困難な状態。鼻腔栄養を試みるも誤嚥し、肺炎に罹患。胃瘻造設を行うか、IVH管理を行うか、自然経過を見るかで家族と相談した。長男、次女は消極的であったが、最終的には主介助者である長女の意向により、胃瘻造設。その後、訪問看護、往診により在宅生活を継

続。

事例3 60歳代、女性。アルツハイマー型痴呆、胃癌(ボルマンI型)。HDS-R 1点。鉄欠乏性貧血の精査目的でないか病棟に入院したが、適応できず即日退院。改めて精神科に入院し精査。本人が拒否するため鎮静下で内視鏡実施し、頭書診断を得た。手術の適応はあるが、痴呆が高度であり、術前、術後管理のため鎮静が必要になること、術後合併症のリスクも高いことなどを家族に説明した結果、手術はせず自宅で介護することとなった。

事例4 75歳、女性。アルツハイマー型痴呆、胆嚢癌、肝臓転移。HDS-R 14点。被害妄想、興奮あり。その治療のため入院中、黄疸出現。腹部CT、PTCD施行の結果、頭書のように胆嚢癌と診断された。回復したが、根治術は困難、肝内胆管空腸吻合を行った。術後肝臓転移が発見された。全身痛あり、MSコンチン使用。食事が減少したため一時補液を行ったが、本人の強い拒否があり中止した。その約10日後死亡。

聞き取り調査を行った精神科医によれば、痴呆性高齢者の身体合併症を行うか否かの判断は、以下のような条件に影響を受ける。

- 痴呆の程度(理解力、重症度)
- 身体疾患の重症度、緊急度
- 身体疾患が日常生活に及ぼす障害の程度
- 身体疾患が本人に苦痛をもたらす程度

また、現場で、決定をするときに問題となりうる点として、以下の諸点が挙げられた。

- 本人に判断能力がない場合に誰が決定するのか

- 本人以外の家族の意見が食い違ふとき、どう調整するのか、誰の意見が優先されるべきか

- 本人が拒否した場合、どこまでを合理的な判断と見なすべきか

- 本人が拒否したにもかかわらず、検査、治療を行うのはどんな場合か(どのような場合に正当性を認められるのか)

精神科の場合、なかなか本人の能力がある時に自己の能力喪失後の治療希望を聞くことはできないが、一般科では、初診時に診察申し込み票に「癌の告知の希望」などについて意向を尋ねる欄を作っている。それが、どのように利用されているのかは改めて調査してみないと判らない。

2) 病院管理者

精神科医であるが、現在は管理業務を主な職務としている医師からの聞き取り結果。

高齢者に限らず、精神疾患患者、意識障害、ホームレスなど身寄りがない、あるいは確認できない患者の場合に、どのように医療同意を行うかは問題である。

同意が得られないときの対処法としては、以下のような可能性がある。

- 2名以上の医師の判断を得る。
- 精神保健指定医による医療保護入院下で身体治療を行う。
- 首長の同意を得る。
- 福祉事務所担当者に連絡、同意を得る(生活保護の場合など)。
- カルテに同意が得られない事情について記載を行う。
- 院内の審査会で治療の可否を審議の上、決定する。
- 特別の「合意書」を作成する。

事態が切迫していれば緊急避難を理由にインフォームド・コンセントが得られなくても治療を行うことは法的に許容されると

考えられる。その他の場合(そのような場合があるとして)、上記のどの方式をとるのがいいのかは、定かではない。

上記のうちの、一つないし複数の方法を採用することになる。ちなみに、都立病院では、このような場合、独自の「(手術、麻酔、検査、処置、輸血)に関する合意書」を作成している(例：東京都立松沢病院の合意書を資料に添付、江畑(1999))。

3) 福祉施設生活指導員

特別養護老人ホーム生活指導員に対する聞き取り結果。特別養護老人ホームなどに入所してくる人の「最期の看取り」の問題はとても重要だが、入所時に死の問題を話すことは通常できない。むしろ、「もう人生はおわりだ」という絶望的な気持ちで入所する人もいる。そのような人に、対人サービス、バリアフリーの建物、外出ができる機会が前より保障されるなどにより、生活の質が改善されて、自分の人生を改めて肯定的に見られるようになって欲しいと思っている。死のこと、特に医療の内容というよりは、葬儀のあり方についてなど、ある程度時間が経ち、率直に話し合えるようになってきたところで、話題にしている。しかし、そういうタイミングを得られない場合もある。そのようなこともあり、入所時点で葬儀のことなど明確にしておく施設も増えてきているのかもしれない。

ターミナルについては、診療所が併設しているところでは医師の指示があり、併設していないところなどでは、身体状況が悪化してきたら病院に入院させることが少なくない。いずれにしても、福祉関係者がターミナルのあり方について代行決定することは、本来筋違いと思う。しかし、現実には家族が「入院させないで欲しい」と要請してくることがある。このような場合、「せめて一度は医療機関に受診させて欲しい」

とお願いすることがある。

通常は、病院に行って来た家族から「病院でこのように説明されたが、どうしたらいいだろうか」と相談に来ることがある。

「何でもできることはやってほしい」という家族も「管を入れるのはかわいそう」という家族もいる。施設としては一般論しか話せないが、家族なりに決定していくようだ。施設の意見は控えるようにしても、家族が施設の意向に配慮する可能性があるもので、慎重に対応している。

本人と家族の間で治療の方針が異なることはあまり経験しない。家族の面会が多い場合に家族の理解も良いと感じている。

かつて経験した事例では、痴呆症で脳血管障害を合併して入院した人がいた。家族は、知的障害の息子さんと、病院から説明がある度に施設から指導員が同席するようにした。

家族がいない人の場合、これまでは区長が措置権者であった。介護保険が施行されてから契約によって入所してくるようになった。旧入居者は自動的に切り替わった。でも、単身者で判断能力を喪失している人がいる。このような人の場合、相談できる人がいない。区役所に相談しても「施設で」と言われてしまう。このような人の場合、介護保険は使わず措置で入所してもらうのも手かもしれない。

判断能力をなくした痴呆の単身者の場合、一般に相談できる第三者機関がない。医療に限らず、ほとんどあらゆる領域で施設が代理行為をしている。その人の気持ちに即して、細々としたことまで行き届いた判断ができていないか不安に思うこともある。飛び抜けて良い判断でなくとも、本人の不利益にならないようにと考えてやっている。

社協や保健所などの承認などの手続きを経て、施設長などが一定の事項について委