

任判断できるようになればいいと思うが。

#### 4) 法律家

医療訴訟に詳しい弁護士からの聞き取り調査。判断能力が疑わしい人であっても、個々の医療行為の同意については、直接お金がからまないためか、曖昧なままになっている。

新しい成年後見制度でも、身上配慮義務で生命に関わるような重要な決定を行えるかどうかは、検討の余地がある。精神保健福祉法の保護者も代行決定者としての適性が問題になることがある。むしろ、家族との間で問題がある時に、法的介入の道が閉ざされているという問題がある。たとえば、出生直後に障害児であることが判り、治療を拒否する両親に対して、これまで臨床医がへとへとになって、治療の必要性を説得してきた。十分な理解を得られなくとも、緊急性から手術したりしていることもあるようである。legal care とでも言える状況である。病院が申立人になって司法の判断をしてもらうことも必要な場合がある。これまで対応する根拠がなかったが、児童虐待防止法ができたので、治療放置は親のネグレクトであると児童相談所へ訴える道が開かれた。しかし、まだ自分たちがその役であるという認識は定着していない。この問題では、児童相談所から行政判断という道、さらに家庭裁判所に申し立てて高等裁判所で争うという司法判断への道の二つがあり得る。対応は一つに限らなくとも良いと思う。

いずれにせよ、医療同意の代理判断の問題は高齢者に限らない。医療全般にわたる問題として、日常的に、施設の中で権利擁護にかかる人が存在しているといろいろな問題に対処できる可能性がある。このような擁護者は、自己決定能力がある人に対しても一定のサービスをすることができる。

アメリカでは、一般の医療機関に職業的権利擁護者が置かれるようになった。これらの人々は、職种的にはナースが多いようであるが、臨床現場から独立している。また、ニューヨークでは、Patient's right's officer とか Risk manager とか いわれる人がいた。この人々は、施設内の QOL を改善させることを目的としている。一定数以上の数の場合に設置義務がある。病院には、直接治療に携わるスタッフの他にも人材が必要。

これまでのアドバンス・ディレクティブの運動では、植物状態とか終末期が問題にされた。高齢者、特に痴呆の場合など、徐々に能力が衰えていく人の場合の代行決定には、その場その場で臨機応変に対応しなければならない問題が生じる。能力のスライド評価が大切となってくる。別の言葉で言えば、一人一人の生きる力を見抜いて、援助すること。そのような評価ができるのは、必ずしも医師とは限らない。より患者に近い看護婦などが指示できる仕組みが必要。日本では、すべて医師の指示、指導という縛りがついてまわるのでやりにくい。それでも、医師の裁量範囲は徐々に減っていくと思う。

#### 3) 老人福祉施設における意思決定の代行：アンケート調査

資料として、アンケート票(案)を添付した。聞き取り調査の結果を踏まえて、質問を確定し、全国の老人ホームなどの老人福祉施設に配布したいと考えている。

#### D.考察

以上の、検討を行った現状の結果を整理し、簡単な考察を加える。

まず、医療現場では、高齢痴呆患者の医療に関して、本人の意思を直接反映できない場合があること。癌や痴呆の告知の問題とも異なり、具体的に自己の生命の最終段

階について話し合うことはいまだ一般に行われにくいこと、本人の側からアドバンスディレクティブなどの形で指示を出すこともまだ一般化していないこと、がうかがわれた。

特に、痴呆の場合には植物状態や癌の終末期よりも、能力が徐々にスライドしていくことを勘案した自己決定あるいは代行決定のあり方が模索されるべきことが判った。

現状では、どの治療を選択するかは、家族の判断によるところが大きい。専門家は、個々の治療法の予後の説明で家族の判断を方向付けているが、それでも最終的には家族の決定に依っているようである。痴呆のための食欲低下に胃瘻造設を行うべきかどうかなど、判断の分かれるところであったと思われる。逆に、家族の決定については、必ず本人の意思の反映であるという保障はない。仮に成年後見人であるからと言って、明らかに本人の利益に反する判断は許されないのではないのか。今回の聞き取り調査の中では、障害を持って生まれた児の治療を親が拒否する場合には、行政的ないし司法的な対処が必要という指摘があったが、同様のことが高齢者医療においても生じる可能性がある。

また、判断能力を欠く単身者の場合には、法的手続きが定められていないことから、時に医療現場に困惑が生じている。これに対しては、緊急避難の法理を用いる、サービス提供者(医師)の間で特別な体制を取る(複数の判断など)、特別の施設内委員会(倫理審査委員会など)を設置して決定する、施設内に独立した擁護者を置く(たとえば公的代理決定権者を定め、当番弁護士制度のように交代で対処)、行政(市長あるいは福祉事務所など)への連絡、司法的救済などが、考えられており、一部は実際に行われていた。どの方法がいいかについては、

立場により意見が分かれ、また実行しやすさの問題もあり、どのような方法が望ましいのかという検討は今後の課題としたい。

その際、諸外国で制度化されている医療同意のあり方を参考にする。また、代理判断をするに際して、資料で紹介した公的後見のマニュアルなどに記載されている代行判断の諸原則が担保されるようにすることが必要であると考ええる。

特別養護老人ホームなどの老人福祉施設に入居している人の場合に、施設が医療同意について直接代理判断することは、本来あるべきことではない。しかし、現実には家族からの相談などが施設に持ち込まれることがあるようである。施設でも、本人の意思確認をすることは必ずしも容易ではないが、単身者の場合、医療に限らず生活の全領域に亘って代理判断を行っている現状がある。本人の様子を一番知っている施設の職員の立場から考えると、少しでも良いQOLを提供するために、何らかの手続きを経て、施設長に判断委任して欲しいという意見があるのは理解できる。しかし、透明性を高めるためには外部の第三者機関があるに越したことはない。今後は、地域福祉権利擁護事業が施設で展開されることなどを視野に入れて、医療の問題も含めた痴呆性高齢者に対する代行判断のあり方について検討する必要がある。

## E. 結語

研究1年目ということで、平成13年度は、文献調査や関係者に対する聞き取り調査を行った。アンケートについては、内容を十分検討して実施することを計画し、回答の分析結果については今後改めて報告したい。

資料

I. リビング・ウィル(フロリダ州の書式(例示))

リビング・ウィル

この宣言は、200\_\_年\_\_月\_\_日に行われた。

私こと \_\_\_\_\_ は、健全な精神において、自らの自由意思により、以下のような状況においては、私の生命が延長されてはならないことを明らかにし、かつ以下の宣言をするものである。

1. 私が (希望する選択肢をチェックする)

- 終末期である場合
- 昏睡に陥り、回復の見込みがない場合
- 植物状態に陥り、意味ある認知機能の回復が見込まれない場合

には、

注釈ジョージア州公法の 31-32-2 条、第 2、9、13 項に定義され、かつ規定された条文に従い、私に死を迎えさせるべく(希望をチェックする)

- 栄養と水分の補給を含め、
- 水分を除き、栄養補給を含め、
- 水分と栄養の補給を除き、

私の身体に対する生命維持の手続きの適用を控えるか、中止することを指示すること、

2. これらの生命維持の手続きについて私が指示する能力がない場合には、このリビング・ウィルが私の内科的、外科的処置を拒否し、それによってもたらされる結果を受け入れるという私の最終的な法的権利として、家族と担当医師により尊重されること、

3. 私は、このリビング・ウィルがいかなる場合でも撤回できることを理解していること、

4. 私は、このリビング・ウィルの内容を完全に理解していること、私は 18 歳以上であること、私の心身はこのリビング・ウィルを行うことに関して法的な能力を有する状態にあること、

5. もし、私が女性で、妊娠が診断された場合には、胎児の死が確認されない限り、このリビング・ウィルは無効となること、そして私は、このリビング・ウィルが実行されることを示すためにこの文章のあとにイニシャルを示すこと。 \_\_\_\_\_ (イニシャル)

署名 \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(市)、 \_\_\_\_\_ (郡)

\_\_\_\_\_  
(居住する州)

(続き)

私は、ここに、このリビング・ウィルを認め、以下の宣誓を行う。

- (1) この宣言を行った者は、私の知人であり、18 歳以上の、健全な精神の持ち主であること;
- (2) 私は、18 歳以上であること;
- (3) 私の知る限り、このリビング・ウィルを執行するとき、私は
  - (A) この宣言者と血縁や婚姻による関係がないこと;
  - (B) この宣言者から遺言ないしこの州の法律の定める規定により、この者の財産を受け取る立場にないこと;
  - (C) この宣言者の担当医師、あるいはその医師に雇用されている者、この宣言者が入院(入所)している病院やナーシングホームに雇用されている者ではないこと;
  - (D) 私は直接、宣言者の医療費に関して責任を負う立場にないこと;
  - (E) 私は、宣言者の財産に対して、目下いかなる請求もしていないこと;
- (4) 宣言者は、私の立ち会いのもとに、先に示されたように、当初の日時に、署名を行ったこと。

証人 \_\_\_\_\_  
住所 \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

証人 \_\_\_\_\_  
住所 \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

リビング・ウィルが病院やナーシングホームににおいて署名されるときには、さらに証人が必要とされる。

私は、ここに、このリビング・ウィルを認め、この宣言者が健全な精神の持ち主であり、このリビング・ウィルを自らの自由意思によって作成したと信じていることを証言する。

証人 \_\_\_\_\_

ナーシングホームの院長あるいは患者の治療に直接関与していない勤務医あるいは病院の責任医師あるいは患者の治療に直接関与していない病院の勤務医あるいは病院の指定者

資料：日本尊厳死協会によるリビング・ウィル

尊厳死の宣言書  
(リビング・ウィル Living Will)

私は、私の病気が不治であり、且つ死が迫っている場合に備えて、私の家族、縁者ならびに私の医療に関わっている方々に次の要望を宣言いたします。

なお、この宣言書は、私の精神が健全な状態にある時に書いたものであります。

従って、私の精神が健全な状態にある時に私自身が破棄するか、又は撤回する旨の文書を作成しない限り有効であります。

- ① 私の病気が、現在の医学では不治の状態であり、すでに死期が迫っていると診断された場合には徒に死期を引き延ばすための延命装置は一切お断りします。
- ② 但し、この場合、私の苦痛を和らげる処置は最大限に実施して下さい。そのため、たとえば、麻薬などの副作用で死ぬ時期が早まったとしても、一向にかまいません。
- ③ 私が数ヶ月以上に涉って、いわゆる植物状態に陥った時は、一切の生命維持装置をとりやめて下さい。

以上、私の宣言による要望を忠実にはたして下さった方々に深く感謝申し上げるとともに、その方々が私の要望に従って下さった行為一切の責任は私自身にあることを附記致します。

ふりがな  
氏名

自署

印

明治

大正 年 月 日生

昭和

「尊厳死の宣言書」の登録について

この書類は一通つくって協会に送る。協会は登録番号を附して、其の一通を保管し、コピーの二通を返送する。一通は本人が所持し、一通は最近親者(配偶者、親、子、後見人)が所持する。尊厳死の宣言書は、必要が生じたときに医師に提示して下さい。

万一主治医が理解されない場合は、あなたの会員登録番号と主治医の住所氏名をお知らせ下さい。当協会から主治医にご理解をお願いします。

## Ⅱ. 代理人の代諾の原則と医療福祉に関する代諾

カナダ アルバータ州の公的後見人のためのマニュアルより(抜粋)

### IV-3-1 意思決定ガイドライン

本人(要援護者)に代わって権力(power = 権能)と権威(authority = 権限)を法的に行使することが、後見制度の柱である。公的後見人が後見人として選任されたことに基づいて行った判断、行為、同意、事柄等は、あたかも公的後見人が後見する本人が同意する能力をもった成人であるかのごとくに扱われ、いかなる場合においても、本人が行った判断、行為、同意、事柄であると見なされることになっている。(第10条(4)項)従って、そのような判断、行為、同意、事柄を行う場合には、事前に十分な配慮が必要である。

成年者援護法第11条では、後見人が本人の権力と権威を行使する際に遵守すべき3つの基準を設けている。

- 1) 後見人が後見する本人の最善の利益を目的として、その権力と権威を行使すること。
- 2) 後見人が後見する本人の自立を促進し、本人が自身のケアができ、さらに自身に係る事項について合理的な判断ができるような能力を身につけることができるようにその権力と権威を行使すること。
- 3) その権力と権威を使って制限を加えること(制限的な行使)を最小限に止めること。

なお、「最善の利益」及び「必要最小限の制限」とは何かを判断するにあたり、公的後見人事務所においては、次のような基準に従うことになっている。

「最善」 最も質が高いこと かつ/または 予定される目的において最大限役立つこと  
最も願わしいこと

「利益」 一次的な利益(直接的な利益)または二次的利益(直接的でない利益)で構成される個人に生ずる利益で、その個人に有用で有益なものをいう

「必要最小限の制限」 個人とその人の権利と自由(freedoms)、個人的自由(individual liberties)に対する侵害を最小限度にしながら、最大限の保護を提供することをいう。なお、これは選択肢の量と質、個人やニーズに対する選択肢の重要性、および選択肢を取り消す際にこの考えを適用する。

成年者援護法11条で概念が示されている3つの基準に加えて、本人に代わって公的後見人事務所が判断、行為、同意、事柄を行う場合には、以下のような点も考慮されるべきである。

- 4) 可能な限り本人を関与させること。
- 5) 本人の信念や価値が確認されるべきであり、これらは本人のファイルに記録されるべきであること。

代行判断(substitute judgement)の原則が、成年者援護法に定められていなくとも、この原則を守る点から、この点を尊重することが求められている。

- 6) こうした権力や権威の限度や範囲は、裁判所によって定められる。(10条2項参照)
- 7) 同意が行われる場合は、それが自発的であり、明確であり、情報が与えられ、適格性

があり、本人のニーズが満たされるものであること。

8) 決定や行動、同意または物事を実行することにあたって、本人から異議が唱えられた場合は記録され、公的後見人代理に報告すること。

9) 本人が異議が唱えられた場合は、公的後見人代理の賛同なくして公的後見代理補は行動、決定、或いは同意を行うことはない。

10) 本人の家族は、重大な決定をしたり、本人の福祉や環境に重大な変化をもたらす場合には事前に、アドバイスを受けてたり相談をされるべきである。

このガイドラインの2つの例外は、このような相談やアドバイスに本人が異議を唱える場合とそうすることが本人の最善の利益にならない場合である。これらも本人のファイルに記録すること。

#### IV-3-29 ヘルスケア（一般的同意）

公的後見人が要援護成年者の後見人であり、要援護成年者の最善の利益となるヘルスケアに同意する権利・権限を与えられてきた場合、公的後見人代理は、公的後見人に代って、一般的なヘルスケアに同意を与える事ができます。一般的ヘルスケアとは、認可を受けた専門家に処方された、長期にわたる投薬および長期の医療関係のプログラムをふくむ、一般的な症状の治療を指します。この同意は、要援護成年者が適当で時宜を得たヘルスケア治療あるいはサービスを確実に受けられる意図のもとに、毎日あるいは定期的に繰り返される手続きを、広く対象とします。公的後見人がヘルスケア上の決定をする権限を持っており、例年の一般的ヘルスケア同意が申請されているかどうか明らかでない場合は、後見人代理から用意された手紙を一部、要援護成年者の医師まで送るようにします。

公的後見人代理は、以下のことを守り、一般的ヘルスケアに同意できます。

- 1 同意を与えるに先立ち、一般的な症状、投薬および治療計画が明らかにされ、書面化されなければならない。
- 2 同意を与えるに先立ち、投薬および治療計画が、要援護成年者にとって適当であると評価されねばならない。
- 3 全体としての同意に例外があれば、記録されねばならない。
- 4 一般的ヘルスケアへの同意は、1年をこえてはならない。
- 5 公的後見人代理が同意する一般的ヘルスケアのプログラムは、「要援護成年者の症状、投薬あるいは治療計画に実質的変化があった場合、医師が責任を持って公的後見人の事務所に知らせる」という一項を含まなければならない。公的後見人代理が、こうした変化を実質的なものとする場合、それは書面化されねばならず、さらに、適当なものであれば、新たに同意が与えられねばならない。
- 6 通常、公的後見人の事務所が同意を与える一般的ヘルスケア計画に含まれると考えられる症状は、次の通り。

- ・ 再発性のものを含む、一般的な感染症。短期間で比較的軽症のもの。
- ・ 慢性的な心血管症治療
- ・ 糖尿病（食事、皮膚、足のケアに関連するもの）

- ・てんかん
- ・心理療法、足病治療、職業療法等、特殊な治療。慢性の症状のために意思から指示があった場合。
- ・一般的皮膚のケア
- ・受動的な体操と位置調整。
- ・定期的な歯の点検、衛生上の手続き
- ・局部麻酔

#### IV-3-30 ヘルスケア（特別の同意）

公的後見人が要援護成年者の後見人であり、要援護成年者の最良の利益となるヘルスケアに同意する権利・権限を認められてきた場合、公的後見人代理は、公的後見人に代って、特定のヘルスケア手続きに同意を与える事ができます。特定のヘルスケア同意は、全般的なヘルスケア同意では十分でない症状に対し、特定の検査あるいは治療の（継続あるいは中止を）求める場合に、必ず与えられなければなりません。

特別のヘルスケア同意に先立って、以下のような事が行われます。

- a) 公的後見人代理は、適当なヘルスケア専門家に相談し、最小限でも次の事を確かめて文書化する。
  - 1) 現在の医療問題あるいは症状の説明。
  - 2) 検査および／あるいは治療の選択肢の説明。ヘルスケア専門家に勧められている選択肢をふくむ。
  - 3) 検査および／あるいは治療の各選択肢について、数字をあげた（できればパーセンテージ）リスクと利益の説明。
  - 4) 現在の治療（あれば）を続けた場合、また、検査および／あるいは治療を続けない場合に、予想される結果
  - 5) 検査および／あるいは治療を実施しようとする人物。
  - 6) 勧められている検査および／あるいは治療が実施される場所と時。
- b) 検査および／あるいは治療を進めるかどうかについて、疑問となる点がある場合、セカンド・オピニオンを求めるかどうか、公的後見人マネージャーに相談する。
- c) 公的後見人マネージャーは、現在の「ケア」に関わっていない医師のセカンド・オピニオンを求めるかどうか決定する。決定の理由は文書化される。
- d) セカンド・オピニオンが提出され、主治医の意見と食い違う場合、公的後見人はアドバイスを受けた上でいずれかの治療に同意し、権限を与える。
- e) 公的後見人マネージャーが、要請された手続きは、潜在的に命に関わるとか深刻な合併症を持つと考えた場合、および／あるいは、主治医が相反する複数の意見を出したり、受け入れがたい（公的後見人が同意を勧めない）提案をしている場合、公的後見人マネージャーは、最終判断に先立ち、公的後見人と相談しなければならない。

特別の同意は、通常、申請施設内で、二人のヘルスケアスタッフに口頭で与えられ、その後、休日を除いて3日以内に、書面化されます。

(手術・麻酔・検査・処置・輸血)に関する合意書

患者氏名		生年月日	年 月 日( 歳)
住 所	電話		
保護者氏名		関係機関	
精神科病名		身体疾患名	
(手術・麻酔・検査・処置・輸血)名			
上記を必要とする理由・今後の見込み			
-----			
上記に伴う合併症の可能性・危険性			
		科 医師	印
精神疾患の状況(精神疾患がある場合に記入)			
		精神保健指定医	印
保護者の同意が得られない理由			
上記の事由により推定的承諾が得られると判断いたしました。			
平成 年 月 日	内科系 部長		印
〇〇病院	外科系		
	医長		印
	担当 医師		印
	精神保健指定医		印

注 1(手術・麻酔・検査・処置・輸血)の該当項目に○印を付して下さい。

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)

施設 特別養護老人ホーム 痴呆性老人向けのグループホーム  
 有料老人ホーム その他

所在地 北海道 東北 関東 中部 北陸 近畿 中国 四国 九州  
 所在地の市政 村 町 人口5万未満の市 5ないし10万未満の市  
 10万ないし20万未満の市 人口20万以上の市  
 政令市 東京都23区

設置主体 市町村 社会福祉法人 その他

設置時期 1985年以前 1985年ないし1990年以前  
 1990年以降 1995年以前 1995年以降 2000年以前  
 2000年以降

定員 10人未満 10ないし20人未満 20人から50人未満  
 20人ないし100人未満 100人以上150人未満  
 150人ないし200人未満 200人以上

年間入所者 平均して( )人

年間対処者 平均して( )人

入居者のうち、痴呆性高齢者の割合

10%以下 10ないし20%未満  
 20ないし30%未満 30ないし40%未満  
 40ないし50%未満 50%以上

入所者のうち、単身者（入所時血縁者の保証人が得られなかった方）の割合

10%以下 10ないし20%未満  
 20ないし30%未満 30ないし40%未満  
 40ないし50%未満 50%以上

入所者のうち、現在法定成年後見制度を利用している人の割合

10%以下 10ないし20%未満  
 20ないし30%未満 30ないし40%未満  
 40ないし50%未満 50%以上

入所者のうち、現在任意後見制度の契約を交わしている、あるいはすでに任意後見人が貢献活動に入っている人の割合

- 10%以下
- 10ないし20%未満
- 20ないし30%未満
- 30ないし40%未満
- 40ないし50%未満
- 50%以上

医療機関について（複数回答）

- 施設内に診療所がある
- 同じ経営母体の医療機関医師が施設に往診してくる
- 他の医療機関の医師が施設に往診してくる
- 受診者は、外部の医療機関に受診する

医療機関への入院について

- 入院先を見つけることで困ることはほとんどない
- 入院先を見つけることで困ることがときどきある
- 入院先を見つけることでしばしば困ることが生じる
- 入院先がほとんど見つからない
- その他

入院期間について

- 退院については施設の希望や都合を聞いてもらえる
- 退院については施設の希望や都合を聞いてもらえない
- 時と場合による

単身者の場合の入院中の施設の関与（複数回答可）

- 入院時に、施設（長）が保証人となることを求められることがある
- 入院中、説明などの席に同席を求められる
- 入院中、重大な医療行為の実施について代行決定を求められる
- 入院中、面会、生活用品などの差し入れを求められる
- 入院中、家族との連絡などを求められる
- 退院の迎えを求められる
- 以上の全てを求められたことはない

ターミナルケアについて

- 希望があれば、原則として行う
- 希望があれば、状態に応じて行う
- 原則として行わない

経管栄養

- 必要があれば行うことができる

必要があれば状態に応じて行うことができる  
原則として行わない

点滴(補液) 必要があれば行うことができる  
必要があれば状態に応じて行うことができる  
原則として行わない

IVH 必要があれば行うことができる  
必要があれば状態に応じて行うことができる  
原則として行わない

葬儀の相談 原則として、入所時に本人と行う  
原則として、入所時に保証人と行う  
可能なときに行う  
原則として行わない

告別式は施設内で行えるか  
行える施設がある  
行える施設はない  
その他

終末期医療に関する相談  
原則として、入所時に本人と行う  
原則として、入所時に保証人と行う  
可能なときに本人と行う  
可能なときに保証人と行う  
原則として行わない

高齢痴呆入所者の成年後見制度利用について  
できるだけ多く成年後見制度を利用すべきである  
成年後見制度は必要最小限の利用に限るべきである  
本人や家族の意向による他はない  
その他

高齢痴呆入所者の地域福祉権利擁護事業について  
できるだけ多く地域福祉権利擁護事業を利用すべきである  
地域福祉権利擁護事業は必要最小限の利用に限るべきである  
本人や家族の意向による他はない  
その他

## 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

分担研究者 田山 輝明 早稲田大学法学部教授、法学部長

要旨 痴呆性高齢者の人権擁護の在り方について、医療を含む社会的システムと法的システムの観点から検討し、その両システムの総合的かつ有効な利用を検討し、新しいシステムの在り方を提言する。

### A. 研究の目的

地域福祉権利擁護事業と成年後見制度は、これに対する社会的ニーズは確実にあるにもかかわらず、依然として当初期待された程には利用されていない。社協や行政が実施する制度説明会等の際に当研究グループが調査した限した限りでは、二つの制度自体が福祉関係者によっても十分には理解されていない。自己決定の尊重（例えば本人の同意）と制度の有効利用とが調和しない場合も生じている（本人の同意を要件としない狭義の後見制度の利用が最も多いという結果をもたらしている）。制度利用のサポートシステムの構築と裁判所の関与を前提とした新たな法改正の提言とを行う必要も生じつつある。

### B. 研究の方法

標記の二つの制度に関する主要な問題は、その日本社会への定着である。研究分担者が全国社会福祉協議会、東京都社会福祉協議会の関係委員会に参与しているだけでなく、福祉サービス利用援助システムの「モデル事業のための委員会」（都内の複数区市）に参加し、標記両制度の抱えている問題点の具体的解決に努力している。さらに研究参加者が特定の地方自治体において必要な調査を行っている。なお、今後は制度の運用について、介護保険との関係も含め

てドイツとの比較研究も行う。

本年度は、研究協力者らと以下のようなスケジュールで検討会を行い、分担したテーマについて報告するとともに、参加者のディスカッションによる検討を行った。

- ① 2001年9月22日 研究会準備打合せ
- ② 田山による研究テーマに関する現状報告（日本）
- ③ 志村による研究テーマに関する現状報告（アメリカ）
- ④ 田山による研究テーマに関する現状報告（ドイツ）
- ⑤ 志村による研究テーマに関する現状報告（カナダ）
- ⑥ 黒田による任意後見制度に関する現状報告（ドイツ）
- ⑦ 田山および黒田による自治体調査の報告
- ⑧ 山下による研究テーマに関する現状報告（地域福祉権利擁護事業）
- ⑨ 高田（調布市）、金子（調布市社協）による調布市における実態と問題点に関する報告および討論

### C. 研究の結果

現実の事例に基づいて、以下のような類型について問題点と解決策を検討している。

- ① 第一類型 財産を有しかつ判断能力をも有する市民が高齢化（する）した場合に

は、主として地域福祉権利擁護事業と任意後見制度（高額な財産管理に適している）の利用による対応が適切である。両制度とも本人の判断能力（意思能力）を前提としているが、意思能力は相対的に理解すべきであり、前者の方が意思能力は低くても利用できるかと解すべきである。判断能力および身体的能力について全く問題がない者については、地域福祉権利擁護事業についても利用の可能性はないが、上記の能力の点で、福祉サービスの利用において支障が生じている場合には、その利用は可能である。また、成年後見制度については、法定後見制度の利用については、要件を充足しないであろうが、任意後見制度については要件を充足する。この場合には、将来、自分が痴呆等によって財産管理等ができなくなった場合に後見人として財産管理等をしてくれることを委任することになる。

②第二類型 財産を有するが、すでに判断能力が不十分な市民の財産管理・身上監護については、主として地域福祉権利擁護事業と法定後見制度（後見・保佐・補助）の利用が適切である。前者と保佐・補助については、利用が競合し得る。判断能力を欠く常態であれば、後見開始審判を受けるべきである。すでに判断能力が不十分であっても、任意後見契約の締結が不可能であると決めつけることはできないから、痴呆等の状態によっては任意後見契約も可能である。しかし、親族等の事実上の援助がなければ、実際上は任意後見契約の締結は困難であるし、後日問題を生じさせかねないから、慎重にすべきである。

③第三類型 財産を有しないが、判断能力は有する市民が高齢化（する）した場合には、主として身上監護を中心とした成年後見制度の利用と、地域福祉権利擁護事業をも利用した日常金銭管理等が中心的課題となる。判断能力については援助を要しな

い場合であれば、生活の確保について（生活保護の受給を含めて）サポートが必要になる。現に判断能力を有する以上、判断能力が不十分であることを要件とする制度の利用はできないが、高齢者であるから近い将来において、判断能力が不十分になることが考えられるので、任意後見契約の利用については検討しておく必要はなろう。もっとも、「財産を有しない」のに任意後見が必要かとの意見もあるが、悪質なセールスマンにだまされて不要な、かつ高価な物を購入してしまうようなこともありうる。このような場合に、事後的に保護するには、民法上の詐欺（96条——取消）、消費者契約法による保護（取消）、特定商取引に関する法律（旧訪問販売法——クーリング・オフ）等による保護も可能であるが、重要なことはできるだけ本人が行わないようにする（代理行為により処理する）には、任意後見制度の利用は有効である。

④第四類型 財産を有せず、判断能力も有しない市民の財産管理・身上監護については、生活保護受給をも含めて、生活の確保と日常金銭管理が中心的課題となる。在宅か施設入所かに関係なく、親族によるサポートが得られない場合には、成年後見制度等の利用を検討しなければならない。地域福祉権利擁護事業の利用が可能な程度に判断能力を有する場合には、その利用が可能であるが、それが不可能な程度に痴呆等か進行している場合には、法定後見制度を利用する以外にない（この場合には、狭義の後見）。施設入所している場合には、不要ではないかとの意見もあるが、施設側としては、本人の意思により決定すべき事項について、本人の意思が分からない状態になっているので、後見人の必要性はあると言えよう。

#### D. 考察

上記のすべてのタイプについて、成年後見制度の利用について親族の支援が得られる場合と、得られない場合があるが、後者の場合には、行政の関与が重要である。ここでは、特に成年後見制度の（区）市町村長による申立が検討される必要がある。社会福祉の基礎構造改革の結果、従来の措置の関係が原則的に契約関係に移行した。措置の場合に、措置権者のイニシアティブに依存することができたが、契約関係においては、当事者の一方が申し込みをしなければならず、それは、通常は福祉サービスの利用者であるから、契約に先立つ判断を含めてサポートが必要である。そのような機能を果たし得る機関が必要とされる。

#### E. 結論

このような機関は、その性質・役割から考えて、国や都道府県レベルではなく、原則として市町村レベルに設置されるべきである。地域行政は、自らのイニシアティブにおいて権利擁護機関（行政中心型、社協型、社協連合型、第三者機関型など）の設立を推進すべきである。そこでは、福祉・法・医療などの連携が必要となる。この場合には、地域行政にも存在する「縦割り」から来る不便さを克服した制度の立ち上げが必要である。また、民法上は、法人後見が認められており、その場合の法人には営利法人が排除されていないが、その場合の問題点についても検討中である。この機関は、組織として、第一に第三者性（特に行政との関係において）、中立性（特に福祉サービス業者との関係において）、専門性（特に質の高いサービスとの関係において）、透明性（特にその運営との関係において）を有していなければならない。

#### F 発表

田山輝明著『続・成年後見法制の研究』

## 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

分担研究者 岩波明 東京大学医学部助教授

研究協力者 入谷修司(都立松沢病院)、上野秀樹(同左)、山田恭子(同左)、  
原隆(東邦大学医学部)

研究要旨 介護力だけでは対応の困難な精神症状を呈する痴呆性患者は、介護保険のサービス内では対処が難しくなっている。そこで、我々は、精神科の治療を必要とした痴呆性疾患患者の実態を把握し、さらに充実した医療-介護体制のための資料を作ることを目的とし、性質の異なる3つの医療機関において本研究を遂行した。対象とした痴呆性高齢者は、精神科または精神病院に入院した患者113名で、疾患名、入院経路、入院前後の生活の場、主たる介護者の内容、入院形態、入院を要した症状、痴呆の程度、痴呆発症から入院までの期間、入院期間、入院中の行動抑制の有無、転帰、合併症の有無などについて調査した。調査対象としたのは、都立松沢病院痴呆病棟(閉鎖病棟)(世田谷区)、東京大学医学部附属病院精神科(開放病棟)(文京区)、小柳病院(閉鎖病棟)(茨城県古河市)で、様々な種別の精神科を網羅するようにした。その結果、松沢病院の場合は、比較的重度の痴呆患者が多く(HDS-R平均9.4)、攻撃性や徘徊といった症状が主な入院理由であった。一方、東大病院の場合は、比較的軽度の痴呆患者が多く(HDS-R平均17.2)で、うつや焦燥感といった症状が主たる入院理由であった。小柳病院は、痴呆の重症度は前2施設の間で(HDS-R11.8)で、主たる入院症状は、松沢病院のそれと似ていた。全体として、入院中の隔離拘束は、合併症のための点滴などの自己抜去や転落防止が主で、精神症状のための隔離拘束は全体の9.7%と少なくしかもほとんどが入院当初短期間(一週間)であった。(図参照)また、松沢病院に入院になった患者の退院先であるが9割近くが自宅以外の老健や療養型病床群であるのに対し、東大病院の場合は半数近くが自宅退院であった。また、小柳病院は、死亡退院が多く、入院者数の約半数であった。以上より、精神科での入院治療を受ける痴呆性高齢者は、施設の性格や立地などでその症状や介護状況が異なることが明らかになった。

### A.はじめに

近年高齢者人口比率の急増に伴い、痴呆性疾患の有病率が高くなっている。介護保険制度や後見人制度、訪問看護など地域のネットワークの充実、さらに老人保健施設

の拡充など社会的な体制づくりが進んでいる。しかしながら、現行の体制は万全とは言い難く、医療提供や介護状況設定は、それを必要とする高齢者に十分に還元されているとはいえない。それは、利用者がサービスを選択するという能動的な体制の介護

保険がまだ十分に社会制度として定着していないばかりではなく、介護保険と医療保険とが分離することによって患者に提供すべき生活の枠組みを十分に検討する手続きが不足しているためであると考えられる。すなわち、痴呆性疾患患者には、まずは正確な医学的評価が必要であり、それに基づいた将来的な展望を含んだ介護状況の設定が必要である。しかし、現在では、介護保険に関して主治医の意見を反映する要素はあるものの、痴呆という疾患側面から十分に検討・反映されているとは言い難い。さらに、どの様な痴呆であるか検討されないこともまれではない。痴呆性疾患患者に高い QOL を提供するために、精神医学的な介入を必要とする痴呆性疾患患者の処遇検討をシステム化すべきか考えていく必要がある。そこでわれわれは、精神科病棟に入院した患者を対象として、痴呆性疾患患者の実態・実状を調査し、今後のあるべきシステムを考察した。

## B. 調査方法

### 1. 調査施設

対象とした痴呆性疾患患者は、東京都立 A 病院痴呆病棟（以下 A 病院とする）、都内 B 大学医学部付属病院精神科病棟（以下 B 病院とする）、地方小都市にある民間 C 病院痴呆病棟（以下 C 病院とする）の 3 施設に入院し退院した患者である。

この 3 施設の特徴を述べる。A 病院は、精神科単科病院であるが、1,000 床以上の大病院であり、都内の精神科治療の基幹病院となっている。また、内科・外科をはじめとする精神科合併症病棟を備えている。痴呆性疾患患者のための病棟は 2 病棟ある（各 25 床）。A 病院に入院する痴呆性患者は、東京都の行政事業として昭和 63 年度から行われている精神科痴呆性疾患を対象としたシステムで入院が決定される。概要

として、地域の保健所や老人施設などからあげられた、精神科治療を必要とする痴呆性患者に対して、都内 3 カ所の精神保健福祉センターがケースワークをおこない、入院調整をおこなって入院治療に結びつける。そしておおむね 3 ヶ月を目途にして精神科入院治療を施し、治療ののちは、その状況や家族の要請に基づいて介護状況を整え退院先を調整している。公立病院として、いわゆる処遇の困難なケースを積極的に受け入れている。B 病院は、総合病院の一病棟として機能し、また地域医療を担うとともに、他科とのリエゾン、高度医療の提供などの多要素の医療提供を行っている。また、精神科医療機関の比較的過疎地域である東京都区部の東部にあり、地域の精神科医療機関として重要な拠点となっている。特に、痴呆性疾患を専門に標榜しているわけではなく、ひろく精神疾患を対象としている。C 病院は地方の小都市の精神科単科病院であり、地域の精神科基幹病院として機能している。痴呆病棟を平成 9 年度に拡充し、さらに老人保健施設（デイケア併設）も備えている。

以上 3 施設が今回調査対象とした病院である。それぞれの病院は、それぞれの地域性・特徴があり、入院治療を必要とする痴呆性疾患患者は、いずれかのタイプの医療機関で治療を受けられると思われる。これらの施設の入院患者を調査することで、おおよその受診入院行動パターンが推量できると考えられる。

### 2. 調査法

痴呆性高齢者に関して、A 病院に平成 12 年度上半期（平成 12 年 4 月から 9 月までに）に入院した患者 82 名、B 病院に平成 12 年に入院した患者 16 名、C 病院に平成 12 年に入院した患者 15 名の計 113 名について検討した。入院診療録より性、年齢、診

断名、入院期間、痴呆の程度、入院理由、受診経路、入院前後の生活の場、精神保健福祉法による入院形態、保護者の内容、主たる介護者の有無・内容、入院中の処遇(隔離・拘束の有無)、合併症の有無について調査した。

### C.結果

表 1

	入院時年齢	入院時
HDS-R		
都立 A 病院	77.5+/-9.3	9.4+/-3.3
B 大学付属病院	70.5+/-7.1	17.2+/-4.0
民間 C 精神病院	80.7+/-6.8	11.8+/-6.4

まず、痴呆の重症度を示す入院時の HDS-R をみてみると、痴呆の重症度において A 病院が比較的重度の痴呆患者が多く、B 病院は、比較的軽度の痴呆患者が多く、C 病院は 2 者の中間と考えられた。これには、B 病院が開放病棟であること等が関係していると考えられる。入院患者の年齢をみてみると、C 病院において入院患者が高齢であることがわかる。入院者の性別であるが(図 1)、各施設ともに女性の割合が高く(59.3%)、痴呆疾患における性別構成を反映しているものと考えられた。図 2 の公的サービス利用の有無をみると、B 病院の入院患者において、公的サービスを利用したことの無い患者の割合が高いことが目立っている。これは、B 病院の入院患者が、公的サービスを利用する必要のない痴呆初期の軽症の患者が多いことを反映しているものと考えられる。A 病院、C 病院においては、公的サービスを利用したことのある患者がそれぞれ 45 %、46 %であった。

受診ルート調べたところでは(図 4)、A 病院、B 病院ともに家族の直接受診が多くなっている(各 57 %、56 %)。これに公

的サービスの利用のデータを関連させると、B 病院の場合には公的サービスを利用せず、家族の独自の判断で受診している割合が高いが、A 病院の場合には家族が直接医療機関を受診した中でも、公的サービスを受けているケースがあり(16/47)、保健所や少なくともケア・マネージャーの指示を受けて受診しているケースが多い。また、A 病院は先述の東京都の精神科痴呆性疾患を対象とした行政事業で運営されている病棟であるため、行政窓口からの受診も多くなっている(28 %)。C 病院では、行政窓口や他院よりの紹介が多いのが目立つ。これは地域で医療の専門分化が進んでおり、病院として地域に密着した精神科医療を行った成果であると考えられる。

受診理由(図 4)では、痴呆の軽い患者が多い B 病院において、うつ、不安・焦燥等の痴呆の初期症状と考えられる精神症状で入院していることがわかる。A 病院、C 病院は攻撃、徘徊等のより激しい精神症状で入院するケースが目立つ。介護の途中において激しい精神症状が出現したことが、入院の理由となっているものと考えられる。

診断名(図 5)では、全体としてアルツハイマー病の割合が高いことがわかる。総数 113 例中、アルツハイマー病 71 例(62.8 %、晩発性 65 例、早発性 6 例)、血管性痴呆 20 例(17.7 %)であった。

入院時の入院形態では、病棟の構造、入院患者の痴呆の程度が大きく影響している。すなわち、閉鎖病棟であり、入院時に既に痴呆が重い A 病院、C 病院においては医療保護入院の割合が高く、軽度の痴呆が多く開放病棟である B 病院では任意入院の割合が高くなっている。また、A 病院は全例医療保護入院で、市区村長同意(8/82、9.8 %)が多い。主たる介護者(図 7)と併せて考えると、公的な行政事業で病棟が

運営されていることを反映して、介護者のいない単身生活者の割合が高く（19/82、23%）、身寄りがない場合が多いためと考えられる。B病院においては、介護者が別居家族である場合があり（4/16、25%）、痴呆が軽く日常生活が自立しているため、別居家族が時々様子を見に行く程度で介護可能な患者層が多いことがわかる。それに対して、C病院では主たる介護者で同居家族の嫁、子供の割合が高く、地方小都市の介護力のある家族構成を反映しているものと考えられる。

入院前後の生活の場の比較であるが（図8）、A病院では自宅から入院するケースが多いが（82%）、退院先は9割以上が老健施設や療養型病床群である。B病院の場合は、痴呆の程度が軽いのを反映して、自宅へ退院する割合（7/16、44%）が最も高い。また、C病院では、死亡退院が多く（7/15、47%）、介護力のある家族や地域の老健施設がぎりぎりまで介護して最後に入院させることによるものと考えられる。

入院中の行動制限に関してみると（図9）、閉鎖病棟であるA病院とC病院は入院すること自体が行動制限であるが、それをのぞいて考えると、全体として行動制限をする割合は低い（27/113、23.8%）。そのうち、継続・頻回に行動制限をした割合は、11.5%（13例）であった。行動制限の理由に関しても身体管理（点滴等）や転倒・転落予防が多く、精神症状を理由にしての行動制限は全体の12.4%（14例）であった。精神症状による行動制限の割合は、開放病棟であるB病院で高かった。入院目的症状の転帰（図11）であるが、都立A病院においては、3/4で改善、やや改善。それ以外は不変、悪化となっている。これは痴呆に随伴する激しい精神症状は改善するものであることを示している。B病院はやや改善と不変が半々である。B病院に

は痴呆の初期にみられるような不安・焦燥、抑うつが主症状で入院しており、これらはなかなか改善しにくい症状であることを示す。C病院では、死亡例が約半数をしめ、やや改善・改善、不変が同じくらいである。入院時の平均年齢が高く、合併症をもつ症例が多いことと、介護力のある家族、地域の老健施設が介護して、最後のステージで入院している可能性が高いためと思われる。

#### D.考察

平成13年度の日本精神病院協会名簿によると、老人性痴呆疾患専門病棟床は7,943床、療養病床11,914床をあわせて全国で約2万床が稼働している。療養病床の約29%が介護保険適応の介護型療養医療施設として指定されている。これは、日本精神病院協会の総病床数301,708床の6.6%を占めている。その設立背景は、昭和63年に制度化された「老人性痴呆疾患治療棟」である。それに先立つ昭和55年に公衆衛生審議会の老人精神障害対策について、第一に痴呆、意識障害等に基づく徘徊、夜間不穏、精神運動興奮等の問題行動をおこすため行動制限を必要とするための病棟、精神症状にくわえて重度の身体合併症を伴うものための病棟の必要性が報告された。「我が国の精神保健」によると、痴呆性老人の約25%が病院または施設に入所しておりそのうち3.3%は精神病院に入院している。もし、この比率が維持されるものとするれば痴呆性高齢者が将来推計で300万人を超える2025年には約10万床の高齢者用の病床が確保されなくてはならない。

平成12年度から、介護保険制度が導入され、主に在宅での介護についてのサポート体制が高められた。また、すべての介護保険の利用者について主治医の意見書という形で医学的な評価も考慮されるようにな

った。しかし、かならずしも精神科的な評価(特に痴呆)がなされているわけでない。ADLの低下に対するサポートの考慮は、医学よりむしろ看護学や介護学の分野で、介護保険のシステムのなかでも有効に展開されるものと考えられる。しかし、多様で多彩な精神症状の出現に対しては、現行の介護保険体制では、十分に対応されているとは言い難い。医療保険と介護保険とが分離した制度になったため、介護の現場での痴呆性の精神症状の対応や出現には、少なからず混乱がみられている。たとえば、激しい精神症状が出現した場合には、介護施設や介護現場ではシステムとしての解決方法は持たず、精神科医の嘱託医が解決にあたり、ケアマネージャーが保健所に相談したり、あるいは介護者が独自に精神科に受診行動をとるということになっている。しかし、少なくとも高齢者の3%が精神病院の入院の必要性があることから考えて、介護現場からの確かな精神科の治療に移行できるシステムが必要である。一般的に、すでに介護現場での行動制限については、旧厚生省により、その違法性が指摘されている。介護現場での激しい精神症状の出現には、現状のマンパワーとハード(多くの療養施設が開放的方向性をもっている)では対応困難である。そこで、そういった激しい行動に対応できるのが唯一精神病院である。行動制限については精神病院では、精神保健福祉法により厳格に手続きが定められており、人権の確保が目指されている。しかしながら、精神科以外の病床では、やむを得ず、手続きが不在のまま行動制限がなされているのが現状である。

こういった現状から今回の調査結果について、いくつかの問題点が提議される。

第1に、介護保険が始まって、時間が浅いせいもあるが、精神科入院をする高齢者の約半数が何らかの公的サービスを利用し

ない状態で入院しているということである。これは、ADLの障害のない痴呆の初期で、状態として介護保険の適応がないという場合が含まれている可能性があるが、しかし任意でなく医療保護入院をすべき患者の半数で、介護サービスが使われていないということは、今後考えていく必要がある。現にA病院の場合は、入院中にほとんどすべての患者に対して介護保険の申請をおこなっている。

第2に、唯一法的手続きを経て行動制限を行う精神病院における、施行される隔離拘束の実態である。A病院、C病院は共に閉鎖病棟でそれ自体が行動制限となっている。今回の調査では、閉鎖病棟に於ける行動抑制の割合は1割程度でしかも、点滴などの維持管理のため・転落・転倒防止が主な理由であった。狭い意味での攻撃性などの精神症状で行動制限を行ったのは、より少なく、頻回または継続して隔離拘束を行ったのはさらにごく一部にすぎなかった。B病院の場合、開放病棟であるという状況から、不安・焦燥などにたいする行動制限が他施設より多くみられた。行動制限は、極力最小限にとどめるべきものであるが、それは、各施設の状況(マンパワー、施設のハード)により行動制限の統一した運用概念は確立はしがたい。ただ、隔離拘束といった手段が、倫理的に許容されず、技術的未熟であることといった短絡的な考え方は、現場のスタッフや介護者を混乱に陥れるだけでなく、精神科の治療を回避しようとする不適切な受診行動に結びつく可能性がある。平成11年度の調査によると(平成11年度厚生科学研究報告書「精神科医療における行動制限の最小化に関する研究」2000)、痴呆疾患専門病棟での行動制限は、断面的調査で60床あたり4.4人であった。今回の数値も全体としては、近似した数値を示しているものと思われる。