

厚生労働科学研究費補助金
効果的医療技術の確立推進臨床研究事業 (痴呆・骨折分野)

痴呆性高齢者の権利擁護

(H13-痴呆・骨折-005)

平成15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(分室)代表

平成16年(2004年)4月

目 次

I. 総括研究報告	
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	5
—老人病院における痴呆終末期医療の解析—	
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	14
松下正明（1）	
（資料）地域福祉権利擁護事業 契約締結審査会における能力疑義審査に関する アンケート調査用紙	
3. 痴呆性高齢者の医療同意に関する国際比較 並びに老人介護施設における実態調査	43
松下正明（2）	
（資料）痴呆性高齢者の医療と自己決定の尊重に関する全国アンケート調査用紙 及びアンケート結果	
4. 痴呆性高齢者の権利擁護に関する研究	122
田山輝明	
5. 痴呆性疾患における心理アセスメントと社会生活機能に関する研究	130
松田修	
6. 介護情報共有を阻害・促進する因子に関する実証的研究	143
中嶋義文	
（資料）三井陽光苑の情報セキュリティ管理にあたっての遵守事項（案）	
7. 医療行為におけるインフォームド・コンセントに関する 指針作成に関する研究	159
水野 裕	
III. 研究成果の刊行に関する一覧表	171
IV. 研究成果の刊行物・別刷	

平成 15 年度

厚生労働科学研究費補助金（効果的医療技術の確立推進臨床研究事業 痴呆・骨折分野）
「痴呆性高齢者の権利擁護」

平成 15 年度総括研究報告書

痴呆性高齢者の権利擁護に関する研究

主任研究者 齋藤正彦 慶成会老年学研究所（分室）代表

研究要旨：

痴呆性高齢者が、可能な限り自分の意思にそって、自立した生活を送るために必要な援助と保護の方法について研究を行った。①痴呆性疾患終末期の経過を精査し、死に至るプロセスの解析から終末期医療のガイドラインを作成する基礎資料を整えた。②意思能力評価の視点から地域福祉権利擁護事業と成年後見制度の活用の仕方について検討した。③福祉施設入居者の医療上の意思決定の現状を調査し、問題点を明らかにして、痴呆性高齢者の医療上の意思決定代行のあり方について問題点を明らかにした。④資産の有無と意思能力の高さによって高齢者を類型化し、各々について権利擁護制度の活用パターンを示した。⑤痴呆性高齢者の意思能力評価の方法と社会経済活動援助のためのプログラムを作成した。⑥医療、介護チーム内の個人情報共有化と保護のためのセキュリティポリシーを策定した。⑦臨床医が痴呆性高齢者の医療上の意思決定に関して感じている問題点を調査し、解決の方法を提言した。

分担研究者

松下正明 東京都立松沢病院院長
田山輝明 早稲田大学教授・副総長
松田 修 東京学芸大学助教授
中嶋義文 三井記念病院神経科部長
水野 裕 高齢者痴呆介護研究・
研修大府センター研究部長

A.研究目的

既に本格的な高齢社会に突入している我が国にとって、今後の重大な課題は、後期高齢人口の急増、核家族世帯の急増への対応である。老年期の痴呆性疾患の有病率は年

齢が高くなるに連れて幾何級数的に増大することが知られており、今後、我が国における痴呆性高齢者の人口は、高齢人口の増加率を上回って増大し、65歳以上の高齢人口の増加が一段落した後も「高齢人口」内部の高齢化が続くしばらくの間、増大し続けることになる。痴呆性高齢者の医療、介護上の決定は、従来、家族によって担われてきた。家族による意識的、無意識的虐待は以前から指摘されてきたところではあるが、それでも、多くの家族が痴呆性高齢者の保護のために真摯に意思決定の代行を行い、その結果に伴う精神的、物理的負担に耐えてきたとあってよい。しかるに、現在急増し

ている高齢者の単身世帯、高齢者のみの世帯では、こうした家族による保護が期待できない。さらには、日本社会における家族観の変容の結果、同居していても親は親、子供は子供という意識が浸透し、子は親のために医療、介護上の意思決定は代行しても、その結果生じる介護負担に対しては責任を負おうとしない事態も珍しくないものになっている。

こうした社会情勢を背景にして、高齢者は嫌がおうにも自立を迫られ、そのための自律を維持することが求められているが、痴呆性疾患は、こうした高齢者から自律の能力を奪い、自立した生活を脅かす。この研究では、こうした高齢者が、不十分ではあっても自分の意思と資力で自分の人生の終末期の方針を決め、それを実現することを援助する方法を、平成13年度から模索してきた。研究最終年度に当たる本年度は、分担研究班ごとに3年間の研究をまとめ、その結果を社会に還元することを目指した。

B. 分担研究の概要（研究結果及び考察）

当研究班は、先に挙げた目的を達成するためにデザインされた独立した分担研究からなる。個々の分担研究は、互いに関連しているが、研究の方法や結果の分析方法はそれぞれ異なるので、総括研究報告書は、前年度までと同様にまず分担研究の概要を記述した。

① 痴呆性高齢者の終末期医療の標準化に関する研究

主任研究者：齋藤正彦

研究協力者：小川公啓・犬尾英里子

齋藤らは、前年までの研究を継続し、痴呆性疾患終末期の患者の死亡直前1年間の経過をレトロスペクティブに検討し、終末期医療の現状を整理した。昨年度までに検

討を終えた300余例のうち、141例について、詳細な経過と医療的介入の頻度、種類を検討して、死に至るプロセスを追った。この間に起こった合併症の種類と頻度を分析し、その解析結果から生命予後の推知が可能であるかどうかについて検討した。これにより、曖昧な痴呆性疾患終末期の定義をより明確にし、過小・過剰医療を回避すること、医療施設によって基準が曖昧な痴呆性疾患終末期医療の標準化を提唱した。

② 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

研究協力者：五十嵐禎人（東京都精神医学総合研究所研究員）

松下・五十嵐らは、東京都社会福祉協議会における地域福祉権利擁護事業利用者を対象に、利用時に契約を結ぶ意思能力に疑義のあった事例25例のうち、契約締結能力判定や、契約締結後の経過について特徴的な4例の詳細な事例検討を行った。これと並行して、各都道府県、指定都市社会福祉協議会を対象に、地域福祉権利擁護事業における契約締結審査会の運用状況や、成年後見制度との関係等に関するアンケート調査を行った。これらの結果をふまえ、審査会の契約能力判定の実情と、本事業による援助が継続的に行われるための条件について考察した。

③ 痴呆性高齢者の医療同意に関する国際比較並びに老人介護施設における実態調査

分担研究者：松下正明

研究協力者：白石弘巳（東京都精神医学総合研究所）

松下・白石らは無作為抽出した全国1117

力所の特別養護老人ホームに対して、入居者の人権擁護に関するアンケート調査を行い 511 施設から回答を得た。その結果について関係分野の有識者と検討会を行い、こうした施設における医療のあり方、医療同意のあり方について意見交換した。これらの検討の結果、福祉施設の実態と医療機関からの期待、要請の間に乖離があること、福祉施設入居者が医療機関に入院する必要が生じた場合に連携がとりにくいこと、入院後の施設側の事務、介護負担が大きいこと、身寄りのない入居者の意思決定の代行に課題があることなどを明らかにした。

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

分担研究者：田山輝明

田山らは、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した場合、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、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した場合、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、の四類型について現実の事例に基づいて分析を進め、判断能力の類型に応じた問題点と解決策を検討した。こうした分析と並行していくつかの自治体で行われているサービスの実情について調査し、地域における福祉行政の役割を重視しつつ、痴呆性高齢者の権利を擁護するための社会的システムと法的システムの統合的かつ有効な利用の方法について検討した。

⑤痴呆性疾患における心理アセスメントと社会活動能力

分担研究者：松田修

松田は、(1)痴呆性高齢者の社会生活能力と神経心理学的検査の成績との定量的解析、(2)金銭管理能力評価手技の開発、(3)記憶過程の活性化と生活障害緩和のための介入プログラムを検討した。研究(1)では、金銭管理や健康管理などの社会生活機能を評価し、神経心理学的検査によって評価される認知機能との関連を解析して、痴呆性高齢者の自立した生活機能の維持に必要な認知機能を明らかにした。研究(2)では、平成 14 年度に開発した金銭管理能力を評価する評価手技を利用して、痴呆の重症度別に金銭管理能力の障害の特徴を検討し、アルツハイマー病では、比較的軽度の段階から金銭管理の能力が低下することを明らかにした。研究(3)では、地域で生活する痴呆患者を対象に、認知機能プロフィールに基づいて個別に作成した認知リハビリテーション的介入プログラムを試行し、そのプログラムの効果を検討した。

⑥介護情報共有を疎外・促進する因子に関する実証的研究

分担研究者：中嶋義文

中嶋は、都で最初の新型特養の指定を受けた社会福祉法人三井記念病院特別養護老人ホーム三井陽光苑の痴呆性高齢者用フロアにおいて、職員間、職員・家族間の介護関連情報共有を促進する高度 IT 利用や、システム改変の効果を実証的に検討した。昨年度の研究の結果明らかにされた介護情報共有を促進する 4 要因に基づき、今年度は家族・介護者間の情報共有強化をコンサルテーション・リエゾンアプローチによって強化した。その結果、情報共有を促進するためには、セキュリティー教育、リテラシー教育、インセンティブ強化、エンパワーメント、プラグマティックなシステム改変、パーソナルタッチが重要であることを明ら

かにした。また、個人情報保護法案制定の流れを踏まえた上で、介護情報共有の原則となる情報に関するセキュリティポリシーを策定した。

⑦痴呆医療とインフォームドコンセント

分担研究者：水野裕

水野らは、3200人の医師を対象に全国規模で、痴呆性高齢者の医療におけるインフォームドコンセントについてアンケートを行なった。本人が拒否しないなら医師の裁量で決めるという医療者主導の考えは、直接、生命に影響を与えない内服等の医療行為では最も高かった。これに対して身体的侵襲が強い医療行為の選択には、半数以上の医師が現行制度に不安を感じていた。成年後見人を含めた第三者機関に医療同意権を付与できないかという希望を示す医師もあり、意思能力が不十分な高齢者等について、社会制度としてのインフォームドコンセントのあり方を議論すべきであるとの提言を行った。

C.健康危険情報

特記することなし。

D.研究発表

1. 論文発表

各分担研究報告書に示した。

2. 学会発表

各分担研究報告書に示した。

E.知的財産権の出願登録状況

1. 特許取得

なし

2. 実用新案登録

なし

3. その他

なし

平成 15 年度

厚生労働科学研究費補助金（効果的医療技術の確立推進研究事業 痴呆・骨折分野）

「痴呆性高齢者の権利擁護」

分担研究報告書

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(分室)代表

研究要旨：

この分担研究では自己意思表示のできない痴呆症等の高齢者に対する終末期医療の治療の標準化を検討する。老人病院で死亡した高齢者の死亡前 24 ヶ月の経過を各種検査所見についてレトロスペクティブに整理し、310 症例についてこれの解析を行った。本年度はこれらの症例のうち最近死亡例 141 例について、死亡にいたる 12 ヶ月に併発した合併症の有無及びその頻度について整理を行い、これらの解析結果から生命予後の推定が可能かどうかについて検討した。これにより、曖昧な終末期の定義をより明確にし、過小・過剰医療の回避および、医療施設により基準が曖昧な終末期医療の標準化を提唱する。

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(青梅慶友病院診療部長)
西村敏樹(青梅慶友病院医師)

きるための終末期医療の標準化を提唱する。これにより現在は医療施設、主治医の資質により差がみられる終末期医療行為を一定の水準に保ち、また医療側と・患者・家族の間で決定される医療内容についても EBM (Evidence Based Medicine 根拠に基づく医療) となり得ると同時に不必要な検査・治療を行わない事による医療費の削減にもつながる事が期待できる。

A. 研究目的

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、諸検査のデータ解析、終末期に施された医療の種類、併発合併症の有無を考察する事により、痴呆性高齢者医療の現状を分析し、問題点を探り、誰もがよりよい最期を迎える事がで

B. 対象と方法

'00 年から'01 年の間に東京郊外にある老人病院、青梅慶友病院(832 床)において死亡退院した患者を対象に調査検討を行った。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、死亡時の治療の内容、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、終末期の家族への説明有無について調査した。昨年度までのデータ解析の結果、死亡前におこる肺炎等の併発疾患の回数により予後推定が可能である事が示唆されたので、平成14年に死亡した141例については併発疾患の頻度・種類を呼吸器疾患（肺炎・喘息等）・消化器疾患（下痢・消化不良等）・循環器疾患（心筋梗塞・不整脈等）・中枢神経疾患（脳梗塞・脳出血・硬膜外出血等）・整形外科疾患（骨折等）に分類し死亡12ヶ月前まで遡り調査した。

C. 研究結果

'00年から'01年の間に青梅慶友病院において死亡退院した患者は301名であった。男性87人、女性223人、平均死亡年齢88.4歳(最高齢105歳 最年少58歳SD7.2歳)、平均入院日数1725日(最長4973日 最短8日)、入院時に診断されていた疾患は、痴呆86.5%(268人)、脳梗塞53.5%(166人)、高血圧40.0%(124人)、糖尿病12.3%(38人)、痴呆以外の精神疾患14.5%(45人)、前記以外の内科疾患61.6%(191人)であった<表1>。死因の内訳は<表3>に示した。死亡前24時間内に行われた治療の内訳は<表2>に示した。入院時及び死亡前24ヶ月から死亡時まで毎2ヶ月に施行した血液検査の平均値結果は<表4>に示した。死亡前24ヶ月から死亡前4ヶ月までの間は、白血球数、総蛋白、総コレステロール、AST、ALT、尿素窒素、クレアチニン、グリコヘモグロビン、C反応プロテイン値は入院時の値と比較してもほとんど変動が認められない。

死亡前4ヶ月以降白血球数の上昇が認められ、更に死亡直前の検査値では白血球数、AST、ALT、尿素窒素、クレアチニン、C反応プロテイン値が25%以上上昇した。一方、ヘモグロビン、総蛋白、総コレステロール、グリコヘモグロビン値は経過を通じほぼ不変であった。

これらの分析結果は死亡症例のデータを基礎疾患及び急性疾患の有無にかかわらず単純平均したため、標準偏差値が大きく有意所見を見出す為には症例毎の背景を加味した分類が必要と考えられた。

このため平成15年度は個々の症例の背景がより正確に追跡可能な平成14年死亡例141例について、死亡前12ヶ月間に併発した疾患の有無、頻度、種類を調査したところ<グラフ1>のような結果が得られた。呼吸器疾患は死亡5ヶ月前より徐々に頻度があがるのに対し、循環器疾患や中枢神経疾患は死亡1ヶ月前に急増している。消化器疾患については呼吸器合併症より1ヶ月早く頻度が増し、徐々に増加した。整形外科疾患はゆるやかな上昇をみせた。これは、終末期高齢者が肺炎等の急性呼吸器疾患に罹患すると、一度は症状の改善がみられるものの、身体能力は罹患前と同じ状態までには戻れず、短期間に再燃を繰り返した後にこの合併症により死亡する事が示されている。初回に肺炎等の呼吸器合併症を併発してから死亡するまでの期間は約6ヶ月以内と推測された。

<症例提示>

痴呆性高齢者の終末期治療方針の決定で常に判断が難しいのは、経口摂取不可となった後の治療方針決定である。

以下に一般の老人病院でよく経験される、青梅慶友病院で経験した症例を3例提示し、現在の問題点と今後の課題について検討したい。

症例1 <アルツハイマー型痴呆症の末期に嚥下障害が悪化し誤嚥性肺炎を頻発した例>

死亡時年齢；96歳

症例は女性で、76歳時、記憶障害、もの盗られ妄想出現。78歳時徘徊が頻回となり、在宅介護は困難と判断し青梅慶友病院入院となった。臨床診断はアルツハイマー型老年痴呆。入院後の多彩な行動心理学的症状は80歳ごろから消失。徐々に歩行障害が出現し、85歳から寝たきりとなる。また、同時期から言語によるコミュニケーションがとれなくなる。86歳ごろから、むせ出現、88歳ごろから固形食摂取困難となり、ペースト状の食事となった。入院以来、重篤な疾患罹患はなかったが、91歳の9月18日肺炎を発症。抗生剤の点滴静注を行い肺炎は改善し9月25日には炎症反応も正常値となった。その後一ヶ月間に3回誤嚥性肺炎を発症しいずれも抗生剤点滴投与にて治癒した。

10月20日に今後の治療方針について、主治医とともに、病棟看護師長、ソーシャルワーカーと家族とが相談し、主治医より、1) 嚥下障害が進行し、今後も経口摂取困難であること、2) アルツハイマー型痴呆の最終末期にあることから、治療法によっては患者に無理な延命を強いることになる可能性もあり、また患者本人の意思確認が困難なため家族が代わりに意思を決定する必要があること、3) 今後の治療として、

①末梢維持液補液、②経鼻経管栄養法、③中心静脈栄養法が考えられ、②③は十分な栄養補給が可能であるが嚥下障害自体は改善がないため今後も繰り返し肺炎をおこすであろう事、①で補液を徐々に減量する場合は前者と比べ口腔分泌物が減少することにより、誤嚥による肺炎をおこさずに死をむかえる可能性があること等についての説明が行われた。家族からは余命や苦痛の有無についての質問があり、②③を選択した場合は6ヶ月、①を選択した場合は1から2ヶ月程度であり、苦痛を伴う事はないと主治医は説明した。家族内での話し合いの結果、「もし肺炎が治って、口から食べられるかどうか試してもらって、だめだったら、点滴を徐々に減量していく方法をお願いしたいのですが」と返事を得た。家族の決定を受けて11月5日、病棟カンファレンスが開かれ、患者の現病態、家族の意思説明、今後の方針について話し合われた。医療スタッフの中には消極的安楽死なのではないか、日常的なケアは続けるのであって何もしないということではない、という意見があがり主治医からは「安楽死とは、患者の生存に意味がないと判断し、死期を早めることを目的とすることであり、もし患者による事前の意思表示がなくこれを行う場合は、殺人となる性質のものである。今回のケースは、死期にある患者を無理に延命しないことを目的としているので、消極的安楽死や殺人とは異なる性質のものだと思う」との発言があった。言語療法士による嚥下機能評価では経口摂取は不可と判断され、経口摂取は断念し、日常的ケアの継続と、維持液輸液のみを行う方針とし家族(長男)の了承を得た。ところが、次男が来院

した際には「そんなことは聞いていない」と不信をあらわにし、主治医から長男への説明と同じ内容の説明を再度次男へ行い了承を得た。その後もカンファレンスは定期的に開かれた。12月17日深夜にショック状態となり当直医により昇圧剤使用等の救急治療が行われた。連絡をうけ来院した長男は、スタッフに「自然な仕方で看取るはずだったのに」ともらした。翌日報告を受けた主治医は長男と次男に、これまでの治療方針と異なる対応となったことを謝罪し、あらためて今後の方針につき確認をし、医療スタッフに周知徹底することを約束し、了承をえた。12月24日、再度容態悪化、家族の見守る中永眠した。

症例2<パーキンソン病末期に経口摂取が不可能となり胃瘻造設を行った症例>

死亡時年齢；83歳

56歳時右上肢の振戦で発症。東大病院にてパーキンソン病と診断された。その後東京医大病院にて、リハビリ、加療を行うも徐々にパーキンソン病症状は進行した。当院にはH8.4.15よりリハビリ及び療養目的にて入院した。

入院時すでに、ほぼベッド上生活の状態であり、パーキンソン病のYahrのV度であった。車椅子上の座位保持、経口摂取は可能であった。リハビリ及び抗パーキンソン病薬の調整を行い、内科的には比較的落ち着いた状態で経過した。

H15初めより嚥下障害が出現、夏頃には食事時のムセが目立つようになった。H15.9月、このまま誤嚥性肺炎のリスクが高くても、食事量が十分でなくても経口摂取のみで自然な形で様子を見ていくのか、

あるいは少しでも延命を考え経口摂取ができなくなった時点で経管栄養までしていくのか、経管栄養に移行する際のメリット、デメリットを数回にわたり家族に説明を行った。家族より本人の意識のある間は延命を、パーキンソン病の加療を継続して欲しいとの、強い希望があったため、H15.10.2胃瘻増設を行った。経管栄養も順調に開始されたが、H15.10.18重症肺炎を併発した。抗生剤、酸素投与等行うも、効果少なくH15.10.21呼吸不全にて死亡した。

症例3<アルツハイマー型痴呆症の末期に胆嚢炎を併発したためIVHを施行した症例>

死亡時年齢；95歳

70歳代後半より物忘れ等痴呆症状が出現、その後家族に対する被害妄想、徘徊等の問題行動が出現したため、多摩老人医療センター受診、H3(82歳時)にアルツハイマー型老年痴呆の診断を受けた。その後薬物療法にて精神症状は改善するも、意欲低下、筋力低下が目立ってきたため、H4.12.3当院へ入院となった。

入院時自力歩行は何とか可能であり、内科的全身状態も比較的落ち着いていた。しかし、徐々にADLは低下し、H6にはほぼベッド上生活となり、意思疎通も困難な状態になっていった。嚥下能力は保たれ、経口摂取も良好であったが、H14.11月頃よりしばしば胆嚢炎を繰り返し、その都度禁食、抗生剤の点滴を行った。H15.11月頃より、胆嚢、胆道感染症は難治性となり、経口摂取を再開すると黄疸が増強するようになった。家族に消化器系の病気(胆管癌の可能性)であるため経口摂取の困難さ、アルツ

ハイマー型痴呆の末期であることを説明、治療をどこまで行っていくのかの相談を行った。家族より何もしないで徐々に衰弱していくのをみているのはつらいとの意見あり、必要最小限の水分、栄養を点滴で補う治療となった。その後末梢静脈よりの点滴が困難になり、点滴だけは続けて欲しいとの家族の希望があったため、H15.12.5 CV ラインを挿入した。高カロリー輸液の弊害も説明し、末梢輸液の内容を継続していたが、もう少し栄養をとの家族の強い希望があり、H16.1.26 より高カロリー輸液へ移行した。しかし、H16.2.14 重症肺炎を併発、抗生剤を投与するも効果なく H16.2.17 呼吸不全にて死亡した。

D. 考察

今回調査対象とした青梅慶友病院では、入院時に痴呆と診断がなされている症例が85%と高率である。これは入院前に既に他の医療機関で痴呆の診断を受けたのちこの病院への入院を希望し、数年間の待機期間を経た後に入院する症例が多いためである。半数以上(53.5%)の例で脳梗塞の合併が認められ、脳血管障害を有しない痴呆を有する症例の大部分も脳萎縮等何らかの異常が認められている。特徴的なのは痴呆以外の合併症については一番合併率の高い高血圧でも半数以下と慢性疾患の合併が少ない事であり、痴呆性高齢者の終末期医療のモデルとして適していると考えた。

昨年度までの研究で、終末期において多くの患者に施行される抗生剤投与(45.8%)、酸素吸入(76%)や補液(73.5%)等の治療が身体状態を改善させる効果を期待してではなく、比較的「苦痛を伴わない治療」

として、家族が何らかの治療継続を希望したり、医療者が何も治療をしない事への心理的不安を減じるため、等の社会的理由により施行されている可能性が高い事を指摘した。一方で終末期の過剰医療として一般認知度の高い中心静脈栄養(IVH)又や経管(経鼻)栄養については医療者も家族も不必要な医療行為と判断して施行される症例は両者合わせても7.1%と少なかった。モデル病院の入院時アンケートで、末期医療においてどのような治療を希望するかという問いに「自然死を希望する」と答えた家族は83%「積極的な治療を望む」と答えた家族は4%であるが実際臨死状態に直面すると約4人に1人(23.9%)は心臓マッサージ等の心肺蘇生術が施行されていた。このように終末期医療で患者・家族が希望する治療内容と実際に施行される治療内容との違いは患者・家族・医療者それぞれの持つ「終末期」の定義が曖昧であることも一因と考えられる。内藤らが全国老人保健施設協会加盟の老健施設へ行ったアンケート調査によると、高齢者の終末期はいつ頃から始まるかという問いに対し、「生命予後の危険」と82.2%が回答した。このうち「48時間以内に死亡が予測される状態」を終末期とする回答は22%、「1~3週間」とする回答が24%、「1~6ヶ月」とする回答が52.8%であった。同専門職を対象にしたアンケート解答ですらこのような違いが生ずるのであるから、痴呆性高齢者の家族と医療者間に認識のずれが生ずるのは当然の事と言える。

痴呆性高齢者の終末期医療を標準化するためには、まずこの「終末期」の定義が必要で、そのためには、生命予後の推定がで

きるための基準が必要となる。今年度は、最近死亡 141 例について死亡前 12 ヶ月に併発した急性期疾患の有無、頻度を調査した。心筋梗塞や不整脈等の循環器疾患、脳梗塞等の中枢神経疾患を併発した場合には余命は 1 ヶ月程度であることが多く、肺炎等の呼吸器疾患では最初に罹患してから治療寛解を数回繰り返す、初発時からの余命は 6 ヶ月以内程度であることがわかった。消化器疾患は呼吸器疾患が増加する 1 ヶ月前、死亡 7 ヶ月前より徐々に増加傾向を示していた。これは身体能力の低下に伴って嚥下障害がおり、徐々に悪化し、それとともに誤嚥性肺炎を発症し、その後短期間に何度も誤嚥性肺炎を併発し、ついには死に至るといふ老人病院でよく経験される例を裏付ける結果でもある。経口摂取ができなくなった患者に対しては、十分な栄養状態を保つために経管栄養、中心静脈栄養等の代替治療が考えられるが、これらは痴呆高齢者に対しては過剰医療として広く一般に認知されているため、家族が選択するケースは少ない。しかしかといって何も治療が施されないと家族は「このままでは餓死するのではないか」と不安に陥り点滴くらいはしてほしいと希望する例は多い。医療者側も何もしないで目の前の患者が次第に衰弱していく姿を見るのは心理的負担が大きく、維持液の補液程度では十分な栄養補給はできない事は理解しながらも、脱水の改善は期待でき、家族が患者の死を受け入れる時間を得るために維持液輸液を行う事例は多く経験する。症例 1 も維持液のみを補液し、また徐々に減量することにより誤嚥性肺炎のリスクを下げ、家族にとって「穏やかな死」を迎えた例である。この

症例においてはアルツハイマー病の罹病期間が長く、又短期間に頻回の肺炎を併発したため、家族が「苦しい姿をみるのはかわいそう」と治療を選択した。経口摂取に代わる十分な栄養補給を期待し症例 2 や症例 3 のような経管栄養、IVH（経静脈高カロリー輸液）を選択しても基礎体力の低下から感染症の合併は避けられず肺炎併発により一ヶ月以内に死亡する例は多い。

また提示したいずれの症例においても、終末期医療の選択決定は家族が行ったが、今後はこの点も問題となろう。日本では難治性疾患に罹患した場合の治療方針の決定を「患者本人に委ねる」事は 9% しかなく、家族がそれを行う事が多い²。今回のように臨死期には痴呆のため本人が決定することができず、また発症前に本人の意思が確認出来ていることもほとんどない。今後インフォームド・コンセントの必要性が増すにつれ、また家族の意見が一致しない場合も含め、臨死期において誰が治療決定をするかは解決すべき問題となろう。

中原らが行った医療者及び一般人に対して行われたアンケート調査では、終末期医療に対して特別な配慮が必要と考える医療者は 76%、一般人 62% になり、現状の終末期医療には大きな問題があり何らかの変革が必要と回答した医療者は 78%、ガイドラインが必要と回答した医療者は 68% であった³。これらの結果からも終末期医療、特に痴呆高齢者終末期医療の標準化の必要性は高いと考えられる。現時点で終末期医療の指針となるものは、古くからホスピスケアを実践している欧米の特に痴呆高齢者ではなく、癌患者を対象としたものが主で、

死に対する観念が宗教的背景をもつ欧米と日本ではあるべき指針は異なり、日本独自の指針が必要であると考える。

本研究は痴呆性高齢者の終末期医療の治療指針を提示するため、現状把握のため医療録調査をしたが、今後具体的な治療内容の指針を作成するにあたり、以下の点について十分な検討を行う必要がある。

1. 家族は患者の意思を代弁できるか
 - ① 家族内の認識は一致していたか
2. 医師からなされた説明の内容は妥当か
 - ① 終末期医療内容の妥当性
 - ② 過小医療の回避
 - ③ 過剰医療の回避
3. 医療スタッフの知識・認識は一致していたか

本研究では、一病院をモデルとし現状を把握するためのデータ解析を行ったが、今後更に大規模なスタディーを行いより具体的な治療内容の指針の作成が望まれる。

1内藤通孝 高齢者終末期医療における自己決定実現に向けて 日老医誌 2004;41 29-32

2 中川恵一 21世紀の緩和医療 日老医誌 2004; 41 16-22

3 中原賢一 医療者側から見た終末期医療：一般人からとの比較 日老医誌 2004; 41 39-41

表1 入院時診断

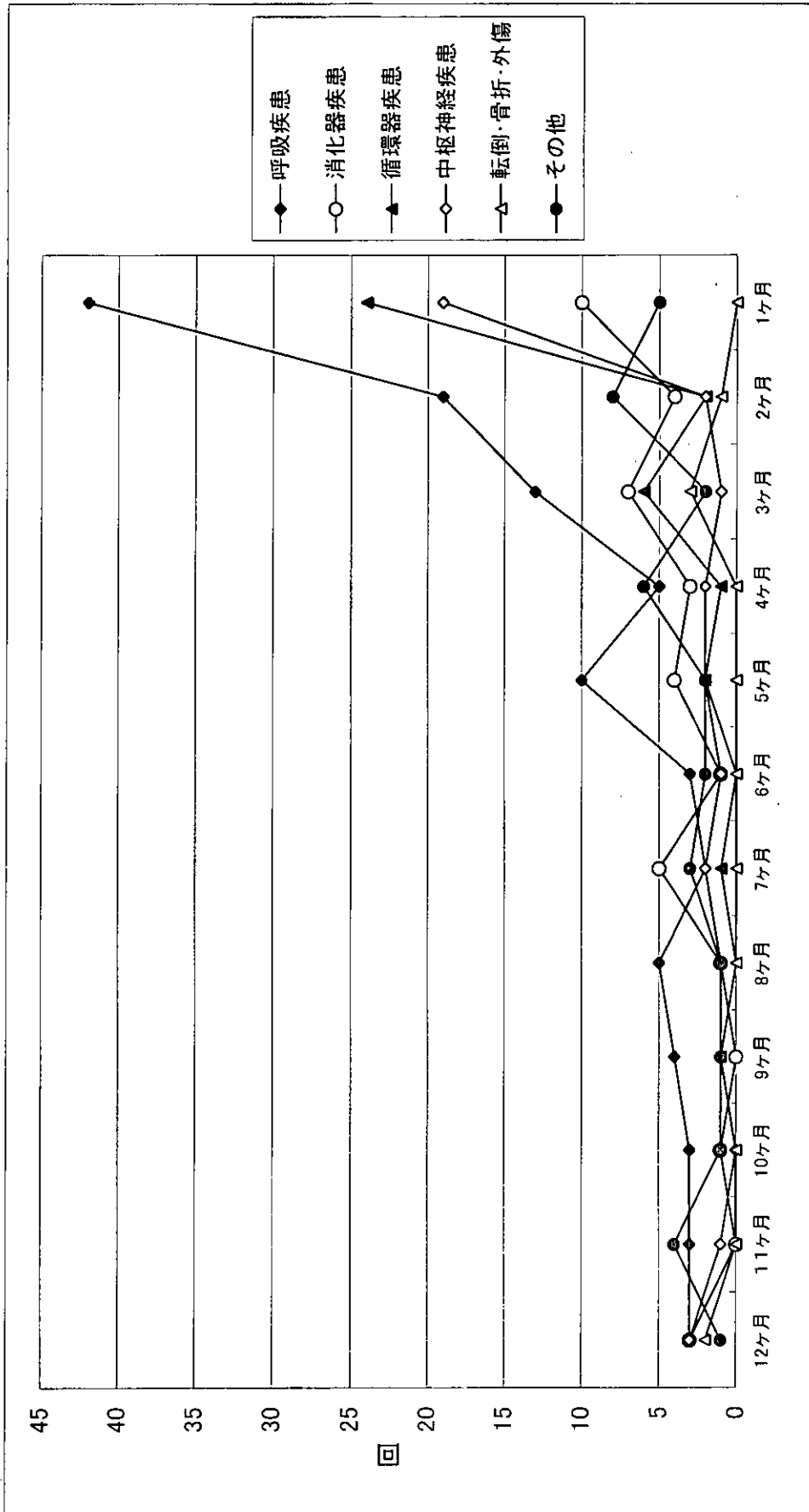
	件数	%
痴呆	268	86.5%
脳梗塞	166	53.5%
高血圧	124	40.0%
糖尿病	38	12.3%
他の精神疾患	45	14.5%
上記以外の内科疾患	191	61.6%

表2 死亡24時間内の治療内容(複数解答)

	件数	%
酸素吸入	237	76.5%
抗生剤点滴	142	45.8%
薬物静脈内投与	203	65.5%
抹消維持液輸液	228	73.5%
中心静脈点滴	38	12.3%
IVH経管栄養	22	7.1%
心蘇生術	74	23.9%

表3 死亡原因疾患

	件数	%
感染症	77	24.8%
老衰	55	17.7%
循環器疾患	42	13.5%
脳神経疾患	38	12.3%
癌死	25	8.1%
呼吸器疾患	15	4.8%
腎疾患	6	1.9%
肝疾患	2	0.6%
原因不明	26	8.4%
その他	24	7.7%
対象者数	310	100%



<グラフ1> 死亡前12ヶ月間に併発した合併症の頻度

死亡前12ヶ月間に発症した疾患を疾患別に累計したものの(N=141)

平成 15 年度

厚生労働科学研究費補助金（効果的医療技術の確立推進研究事業 痴呆・骨折分野）

「痴呆性高齢者の権利擁護」

分担研究報告書

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。

昨年度までの本研究の成果を踏まえて、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 2002 年 3 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 25 例のうち、契約締結能力の判定や契約締結後の経過について、特徴的な 4 事例について事例検討を行った。また、地域福祉権利擁護事業における契約締結審査会の運用状況について、都道府県・指定都市社会福祉協議会を対象に、契約締結審査会の運用状況や成年後見人等が選任されている利用希望者との契約に関する考え方などについてアンケート調査を行った。

これらの結果を踏まえ、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態、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おり、本事業による継続的な援助が有効に行われるためには、利用者本人が援助の必要性を受容していること、利用者本人の自立した生活のために必要とされる援助が、地域福祉権利擁護事業で対応可能な範囲の事務であること、が重要と考えられた。

研究協力者

五十嵐 禎人

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

主任研究員

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。従来の成年後見制度（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。

こうした状況を考えると成年後見制度は、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、制度改革の趣旨を活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、これに基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・分析することを通して、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

（研究1）東京都社会福祉協議会の契約締結審査会における能力疑義ケースに関する事例検討

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おり、月に1回のペースで開催されている。契約締結能力に疑義がある事例の審査依頼が基幹的社会福祉協議会より提出されると、契約締結審査会委員（原則として精神科医）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、判断能力や本人の利用意思等について面接を行っている。その他の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、訪問調査を行った委員、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が行われ、その後審査会委員により、契約締結能力や契約締結の可否についての議論が行われる。審査の結果については後日書面にて基幹的社会福祉協議会に通知される。

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和支援計画の妥当性に関する審査、基幹的社会福祉協議会からの解約への同意、困難事例に対する助言なども行っている。昨年度の本研究で、基幹的社会福祉協議会より東京都社会福祉協議会の契約締結審査会に審査依頼のあった事例のうち、基幹的社会福祉協議会の専門員による訪問面接や契約締結判定ガイドラインの結果、利用希望者の契約締結能力への疑義を理由として契約締結審査会へ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と審査会後の契約締結やその後の地域福祉権利擁護事業による支援の状況について調査することによって、地域福祉権利擁護事業の契約締結能力について検討した。本年度は、これらの結果を踏まえ、個々の事例に関してより詳細な検討を行った。

(研究 2) 契約締結審査会の運用状況に関するアンケート調査

地域福祉権利擁護事業の契約締結審査会の設置・運営は、全国社会福祉協議会が作成したマニュアルに基づいて行われるが、その細目は、実施主体である都道府県・指定都市社会福祉協議会の裁量に委ねられている部分も多く、能力疑義ケースに関して

も、その具体的な審査方法などについては、不明な部分も多い。

契約締結能力の判定は、契約締結能力の審査の方法や、地域福祉権利擁護事業と同様に判断能力の低下した者を支援するための法的制度である成年後見制度と地域福祉権利擁護事業との関係を実施主体がどのように考えているかによって異なってくるところがあると思われる。

そこで、都道府県・指定都市社会福祉協議会を対象として、2003年12月末日現在の全国における契約締結審査会の運営状況、能力疑義ケースに関する具体的な審査の方法、成年後見制度の対象者（成年後見人、被保佐人、被補助人が選任されている人、任意後見契約を締結し、裁判所により任意後見監督人の選任が行われている人）との契約についての考え方などについてアンケート調査（後掲資料）を行った。

C. 研究結果

(研究 1) 東京都社会福祉協議会の契約締結審査会における能力疑義ケースに関する事例検討

東京都社会福祉協議会において地域福祉権利擁護事業が開始された2000年4月から2002年3月までに契約締結審査会に審査依頼のあったケースは109件であった。このうち、能力疑義を理由として契約締結審査会に審査依頼のあったケースは29例あり、痴呆性高齢者が25例、知的障害者2例、精神障害者2例と、痴呆性高齢者の事例が大部分をしめていた。

契約締結に関する審査会の判定は、契約締結可能と判定された事例が26例、継続審

査とされ再調査・再審査後に契約締結可能と判定された事例が2例、契約締結不可能と判定された事例が1例であった。契約締結不可能ないし再審査とされた事例はいずれも痴呆性高齢者の事例であった。

契約締結能力に疑義がある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25例については、昨年度の研究で報告したが、その概要は、下記のとおりである。

対象例の平均年齢は79.7±8.9(67～101)歳であり、その2/3(17例)は75歳以上の者でしめられており、単身者19例、高齢者のみの世帯3例、障害のある家族との同居者3例と、いずれも本事業による援助の必要性の高い者であった。訪問面接時に改訂長谷川式簡易知能評価スケール(HDS-R)を完遂できた22例のうち10点以下の者が6例、11～15点8例、16点以上8例となっており、臨床的にも中等度以上の痴呆に罹患しているものが過半数を占めていた。審査会の判定では契約締結可能としたものが22例、再審査後契約締結可能としたもの2例、契約締結不可としたものが1例であった。最終的に審査会で契約可能とされた24例のうち、契約に至らなかった事例が5例、契約締結後の継続的な援助に困難のあった事例が4例みられたが、他の15例については、地域福祉権利擁護事業の利用は、生活の改善や社会福祉サービス利用の改善につながっており、おおむね地域社会での生活を支援するために有効に機能していた。

以下に、契約締結能力の判定を考える上で、示唆的な事例を呈示し、検討を加える。

<事例A>

①本人の状況

○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ヵ月前から、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、緊急入院したこともあった。

○近隣からの苦情もあり、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。

②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（援助