

(4-2) 上の設問(4)で「能力疑義以外のケースでも、一定の条件を満たす事例については、原則として、全件審査対象としている」(②)とお答えになった都道府県・指定都市社協の方におたずねします。一定の条件とはどのような条件でしょうか。下に具体的にお書きください。

(5) 書類預かりサービスで預金通帳等を預かる場合、預かる通帳等の金額に上限を設けていますか。

- ① 設けている〔⇒設問(5-2)～(5-4)にもお答えください〕
- ② 設けていない

以下の設問(5-2)から(5-4)については、上の設問(5)で、金額の上限を「設けている」(①)とお答えになった都道府県・指定都市社協の方のみお答えください。

(5-2) 設定されている上限の金額をご記入ください( )円

(5-3) 初回の契約締結ケースで、基幹的社協から、設定された金額の上限を超える通帳等の預かりについて相談された場合には、どのように対応されますか。

- ① 本事業の対象ではないので、契約を締結しないように指導する
- ② 事務局で本事業の必要性等を吟味した上で、例外的に認めることがある
- ③ 契約締結審査会の審査対象とする
- ④ その他(具体的にご記入ください):

)

(5-4) よろしければ、上限の金額を定めた理由や金額算定の根拠についてお書きください。

### Ⅲ. 成年後見人等との契約

(1) 保佐人・補助人・任意後見人が選任されている利用希望者との契約について、どのようにお考えになりますか。あてはまるところすべてに○をつけてください。

	保佐人	補助人	任意後見人
本人に契約締結能力があれば、本人との契約を原則としている			
本人の契約締結能力にかかわらず、保佐人・補助人・任意後見人との契約を原則としている			

その他：下に具体的にご記入ください

(2) 成年後見人等（後見人、保佐人、補助人、任意後見人）が選任されている利用希望者の利用契約を、契約締結審査会の審査の対象としていますか。あてはまる場所すべてに○をつけてください。

#### 本人との契約を考える場合

	本人との契約は想定していない	ガイドラインの結果にかかわらず、審査対象とする	ガイドラインで能力疑義のあった場合のみ審査対象とする
成年被後見人			
被保佐人			
被補助人			
被任意後見人			

#### 成年後見人等との契約を考える場合

	原則審査対象としている	ケースによる	原則審査対象とはしていない
成年被後見人			
被保佐人			
被補助人			
被任意後見人			

(2-2) 前ページの設問(2)で、成年後見人等との契約を審査会の審査対象とすることについて、「ケースによる」とお答えになった都道府県・指定都市社協におたずねします。審査対象とするのは、どのような場合でしょうか。以下に具体的にお書きください。

(3) 成年後見人が選任されている利用希望者の利用契約に関しては、成年後見人と契約締結することが可能とされていますが、貴社協では、成年後見人との契約について、基幹的社協にどのように指導されていますか。選任されている成年後見人が、以下の状況にある場合のそれぞれについてお答えください。

成年後見人は	原則として基幹的社協の判断に委ねている	必ず事前に都道府県・指定都市社協と協議するよう指導している	全例、契約締結審査会の審査対象としている	現時点ではどのように対応するかは決まっていない
親族等(無報酬)、遠隔地に居住しており、支援困難				
親族等(無報酬)、近隣に居住しており、支援容易				
親族等(報酬あり)、遠隔地に居住しており、支援困難				
親族等(報酬あり)、近隣に居住しており、支援容易				
職業的後見人(弁護士・司法書士など、報酬あり)、遠方で、支援困難				
職業的後見人(弁護士・司法書士など、報酬あり)、近隣で、支援容易				
公的機関による法人後見				

IV. 契約後に、基幹的社協等の支援状況を、定期的にチェックするために、貴社協で行っていることをお書きください。あてはまるものすべてに○をつけてください。

- ① すべての契約ケースに関して、支援計画評価票や支援計画評価のためのモニタリングシートを定期的に提出してもらう
- ② 個別の相談記録や生活支援員の活動記録等の写しを提出してもらう
- ③ 定期的に基幹的社協を訪問して、運営状況を把握する
- ④ その他（具体的にお書きください）

)

V. その他契約締結審査会の運営や能力疑義ケースの取り扱い、成年後見人等との契約などについて、気がつかれた点や懸念される点があれば、以下にお書きください。

アンケート調査のご回答について後日お問い合わせをすることがございますので、お差し支えない範囲で、本アンケート調査のご記入者名等を下記にご記入ください。

ご記入者名（ ）様

ご記入者の所属・役職名（ ）

電話：（ ） 内

FAX：（ ）

電子メール

---

ご協力いただきまして、大変ありがとうございました。  
同封の返信用封筒にて、本調査票を、ご投函ください（切手は不要です）。

---

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 東京都立松沢病院院長

### 研究要旨：

平成 15 年度は、前年度に引き続き、特別養護老人ホームにおける人権擁護のあり方を中心に検討した。無作為に三分の一抽出した全国の特別養護老人ホーム（3352 施設中 1117 施設）に対して、アンケート調査を行った。511 施設から回答を得、その結果を集計して分析した。また、この結果について関係分野の識者と検討し、特別養護老人ホームにおける医療や医療同意のあり方について意見交換した。これらをまとめて、以下の知見を得て、それに対する考察を行った。1)特別養護老人ホームでは十分に医療を提供する体制がとられていないにもかかわらず、医療機関から医療的なケアを期待されること、施設が対応に苦慮する場面があることがあった。今後、医療と福祉（ケア）との間で役割を再確認していくべきことを指摘した。2)入所者が入院する場合に入院可能な医療機関を見出すことが困難な場面があること、入院の際には施設が身元の引き受けの他、さまざまな事務的な行為を要請されるなど施設の負担が少なくないことが明らかになった。3)入所者の判断能力が十分でない場合には、家族に代諾を求めることが多いが、多くの施設では、単身者などについて、意思決定をめぐって困惑する場面があった。今後、代諾のあり方については法的手続きも含めて検討を行う必要があると考えられた。4)成年後見制度の利用について、特別養護老人ホームの多数意見は必要が生じた場合に勧めるというものであった。その理由となることについて考察を行った。こうした結果を踏まえて、今後の特別養護老人ホーム入所者に対する成年後見制度の利用のあり方を検討していく必要があると考えた。

研究協力者

白石弘巳、五十嵐禎人、大原美知子  
(東京都精神医学総合研究所精神精神  
保健医療システム研究部門)

宮田裕章

(東京大学大学院医学系研究科 健康  
科学・看護学専攻)

緒言

平成12年4月から新たな成年後見制度が施行された。しかし、現実には痴呆性高齢者など判断能力に問題があるとされる人がすべて成年後見制度を利用しているわけではなく、また仮に成年後見人が選任されていたとしても、生死に関わる医療行為の選択など医療内容に関して代理することはその権限を越えることなどの問題点が指摘されている。

本研究は、痴呆性高齢者など判断能力に問題があるとされる人が必要かつ十分な医療を受けるための同意や代諾のシステムのあり方に関する現状の課題について調査し、今後に向けた提言を行うことを目的としている。

研究初年度である平成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)の動向に関する文献的調査、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などを行い問題の把握を行った。その結果、欧米ではリビングウィルやアドバンスディレクティブへの関心が高く、代行判断の手続きが定められている国が多いのに対し、日本で家族にその判断を委ねることが多いことが確認された。痴呆性高齢者など判断能力に障害のある成人に入院などの医療契約が必要となる場合、日本では通常家族の誰かが代行し、また手術などの重大な侵襲を伴う医療行為に際しては、複数の家族に対して医療機関側が説明を行い、その総意をもって本人の代理意思と見なすことがしばしば

行われている。しかし、聞き取り調査の結果、近親者の意向と医療者の考える最善の治療が一致しない場合や、単身者の外科手術などの治療に際して、代行決定権者が法的に規定されていないため、どのような手続きで意思決定を行えばよいか、現場がとまどう場合があることが確認された。

こうした結果を受けて、平成14年度は、日本における現状をより詳細に把握するために、全国の特別養護老人ホームの施設長等を対象とするアンケート調査を行った。特別養護老人ホームでは、医療同意能力に問題がある痴呆性高齢者が多数入居していること、施設職員は本人や家族と医療機関との間で、どこまで当該施設でケアをし、いつどここの医療機関に受診させるべきかなどの問題について日常的に直面していると考えられること、また、実際に入院など医療が開始されたあとも施設の本来業務とはいえない身元保証人や医療費支払いの代行をはじめとするさまざまな業務を医療側から要請される場合があると言われていること、医療は治療を、福祉はケアや本人のQOLを重視するなど活動の力点も異なることから、痴呆患者の場合の終末期医療のあり方などにかんして、特別養護老人ホーム職員は、医療機関とは異なる見解を持っている可能性があること、などの理由による。

平成15年度は、平成14年度に行ったアンケート調査の結果を分析し、得られた結果について、この問題に関心ある識者とともに意見交換を行い、今後のあり方を検討した。

1. 特別養護老人ホームにおける人権擁護：  
特に医療同意についてのアンケート調査結果

1) 対象と方法

対象として、平成12年度全国老人保健関係施設要覧に記載されていた全国の特別養護老人ホームを無作為に三分の一抽出した(3352施設中1117施設)。アンケートの内容は、施設や入居者の概要、施設内で行われる医療や

入院治療などの実状、痴呆性高齢者の意思決定や代諾の問題、今後の代諾に関する手続きのあり方に関する意見、などとした(添付資料アンケート票参照)。

調査票は無記名とし、調査票を施設に郵送し、返信用封筒を用いて返還するように依頼した。

得られたアンケート票の回答結果を入力し、必要に応じてクロス集計などを行い分析した。

## C. 結果

### 1) 回収率

511施設から回答を得た。回収率は47.7%であった。

### 2) 施設概要

#### (a) 施設の種類

特別養護老人ホームが477(97.7%)を占めた。その他、痴呆性老人向けのグループホームとの回答が6(1.2%)、その他2(.4%)、記入なし4(0.8%)という結果であった(添付資料アンケート結果の間1)。

今回の集計では、痴呆性老人向けのグループホームや施設の種類が特定できなかった回答についても支障がない限り、合わせて集計した。

#### (b) 施設の所在地

47都道府県を12ブロックに分けてその所在地を尋ねた結果、及び、全回答に占めるブロックごとの回答比率を示した(添付資料アンケート結果の間2)。また、各ブロックごとの回答数と2003年4月現在のブロックごとの全施設数の比率を比較した。

その結果、今回全国の施設からまんべんなく回答が寄せられ、その比率はブロックごとに設置されている施設数とよく相関していた。その意味で、今回の調査結果は概ね日本全国の特別養護老人ホーム等の意見を反映していると見なすことが許されよう。

また、施設の所在する所在地を市町村別に示した(添付資料アンケート結果の間3)。

#### (c) 施設の設置主体

回答を寄せた施設を設置主体別に見たところ、社会福祉法人が464(90.8%)、市町村が37(7.2%)のほぼいづれかという結果であった(添付資料アンケート結果の間4)。

#### (d) 施設の開所時期

回答を寄せた施設を開所時期別に見たところ、1985年までが149(29.2%)で、その後1986年から5年ごとに2000年まで開所数が大きく増加していた。1991年以降に開所された施設が全体の過半数(57.8%)を占めていた(添付資料アンケート結果の間5)。

#### (e) 施設の定員

回答を寄せた施設を定員別に見たところ、「50人から99人まで」の施設が全体の3分の2を占めた(351施設、全回答の68.7%)、次いで「20人から49人」が74施設(14.5%)、「100人から149人」が65施設(12.7%)の順であった(添付資料アンケート結果の間6)。

開所が古いほど定員の多い施設の比率が多くなっていた。

### 3) 入所者の概要

#### (a) 施設の退所者、及びその理由

1年間に施設を退所する人数を尋ねた結果を示した(添付資料アンケート結果の間6)。「5人から9人」が151施設(29.5%)、「10人から14人」が162施設(31.5%)で、これで全体の過半数を占めた。施設定員との関係では定員20人から49人の施設では、年間退所者は「5人から9人」が39.7%、定員50人から99人までの施設では、同「10人から14人」が37.8%と最頻値であった。

死亡による退所は、「0人から4人」が305施設(59.7%)、「5人から9人」が115施設(22.5%)で、

この二つで全体の8割を超えた。また、入院による退所は、「0人から4人」が207施設(40.5%)、「5人から9人」が115施設(33.9%)、「10人から14人」が77施設(15.1%)となっていた。

これらの結果より、多くの場合、各施設で1月ないし2月に1件程度は死亡や入院を理由とする退所が発生していることが分かった。ちなみに、この設問には、入院期間が短いなどの理由で退所に至らなかった場合は含まれていないので、これを合わせるとその頻度はさらに増加することが推定される。

#### (b) 痴呆のために生活に影響が出ている人の割合と成年後見制度の利用

痴呆のために生活に影響が出ている人の割合は、「50%以上」が296施設(57.9%)と最多であった。今日の特別養護老人ホームは、痴呆性老人のケアが最大の使命であるといっても過言ではない状況となっている(添付資料アンケート結果の間8)。

痴呆性老人のかなりの部分は判断能力に何らかの問題があることが予想される。しかし、成年後見制度(法定後見)を利用している人が全くいない施設は363(71%)に上り、利用者が1人という施設が76(14.9%)、2人は31(6.1%)であった。すなわち、痴呆に罹患した入所者の多くは成年後見制度を利用していないという結果であった。

任意後見制度についても同様で、任意後見契約を締結したり、判断能力が低下して任意後見人が活動を開始した人が1人もいない施設が371施設(72.6%)、1人以上いる施設は16%程度であった。

#### (c) 単身者や家族の強力が得られない可能性のある人の割合

単身者や家族の強力が得られない可能性のある人の割合は196施設(38.4%)であった。それ以外の施設では、このような人が存在しており、そのような人が「1人以上5人未満いる」

と回答した施設は258施設(50.5%)に上った。

痴呆で判断能力の低下しても家族がいる人の場合は、家族に代理判断を求めることで意思決定が行われるとしても、家族が存在しない場合には、別に代理判断を行う主体を得る必要が生じる。今回の結果を見ると、そのような可能性のある人が過半数の施設にそれぞれ少数ながら存在していることが示された。

#### 4) 特別養護老人ホームにおける医療

##### (a) 施設に勤務している職員の職種

特別養護老人ホームに勤務する保健医療に関する専門援助職の実態について尋ねたところ、常勤している割合は医師6.8%、看護師97.5%、理学療法士4.3%、作業療法士3.5%、薬剤師1.0%、臨床心理士0.2%、歯科衛生士1.4%などとなっていた。

特別養護老人ホームでは、看護師以外の保健医療の専門職が勤務している施設は極めて少数であることが分かった(添付資料アンケート結果の間9)。その看護師も少数のため、十分な看護が行えない場合があるとの意見が述べられた(添付資料自由意見)。

##### (b) 入所者に対する医療の供給体制

「施設内に診療所を有する」と回答した施設は175(34.2%)であった。診療所の有無にかかわらず、かなりの施設で必要に応じて外部の医師が往診して診療するシステムとなっていた。具体的には、「同じ経営母体の医療機関から定期的に往診」85施設(16.6%)、「外部の医療機関の医師が定期的に往診」324施設(63.4%)、「外部の医療機関の医師が施設の要請に応じて往診」150施設(29.4%)となっていた。また、「受診が必要なときは同じ経営母体の医療機関に受診する」83施設(16.2%)、「受診が必要なときは外部の医療機関に受診」377施設(73.8%)と、外部の医療機関への受診もほとんどの医療機関が利用していた(添付資料アンケート結果の間10)。



これらの回答は複数回答であるので、一つの施設が疾患の重症度、緊急性、あるいは受診科目などに応じて、これらの方法を併用していることが示唆された。

#### (c) 施設内で行われるケアの内容

施設内で行われるケアの内容について質問したところ、「施設内で管理を行うことができる」とされた頻度が高かったのは、経管栄養73.2%、人工肛門のケア66.9%、大腿部褥創の処置56.2%等であった。ついで、点滴と酸素療法については、「管理を行うことができる」という回答はそれぞれ41.3%、46.0%であったが、「できる場合がある」もそれぞれ42.3%、31.7%を占め、実施される確率の高いケアと考えられた。一方、高カロリー輸液と気管切開のケアは、「施設内では行わない」がそれぞれ65.8%、50.7%を占め、施設内では行うことが困難なケアと考えられた(添付資料アンケート結果の問11)。

続いて、施設の中で行われる特別の治療や処遇として、向精神薬の投与、身体拘束、抗がん剤の投与、死の看取りなどの頻度を尋ねた。この中で、死の看取りは「しばしば行われる」39.3%、「まれに行われる」40.3%と、療法を併せて約8割の施設で行われる可能性が示されたが、向精神薬の投与、身体拘束は「決して行われない」がそれぞれ80.8%と高く、抗がん剤治療は日常的に行われることは少ないが、「その他」26%や「記入なし」8.6%が他より多く、ときに可能な範囲で行われる場合があることが示唆された(添付資料アンケート結果の問12)。

#### (d) 痴呆性高齢者の処遇

痴呆性高齢者の処遇として、経口摂取量が減少した場合と徘徊や興奮が激しい場合の二つを取り上げ、施設の方針を尋ねた。まず、経口摂取量が減少した場合については、「家族の意思を尊重し、家族が希望すれば施設内で

ケアを続ける努力をする」が64.8%と最も頻度が高く、ついで「受診させ医師の指示に従う」が22.1%となっていた。一方、徘徊や興奮が激しい場合には、「家族の意思を尊重し、家族が希望すれば施設内でケアを続ける努力をする」47.4%、「受診させ医師の指示に従う」31.1%と両者の差が小さくなった。いずれの場合にも、施設の側から「家族に事情を説明して、医療機関に入院させるよう依頼する」は少数に留まっていた(添付資料アンケート結果の問13)。

#### (e) 痴呆性高齢者の入院先

入院が必要とされた痴呆性高齢者について、「入院先を見つけることで困ることはほとんどない」との回答は273施設(53.4%)であったが、「入院先を見つけることで困ることがときどきある」140施設(27.4%)、「入院先を見つけることで困ることがしばしばある」65施設(12.7%)と、痴呆性高齢者の医療機関への受け入れは必ずしも円滑に行かない場合があることが示唆された(添付資料アンケート結果の問14)。

この質問に関して、自由記載にはさまざまな意見が書き込まれた(添付資料問14補)。

その中には、受け入れ先となるべき医療機関がないこと、ベッド数が少ないこと(満床を理由とする入院拒否)、痴呆を想定した設備の未整備(徘徊や興奮などに対応できないことによる入院拒否)、個室料や付き添いの要請などに伴う経費の問題、などによる入院困難の問題が指摘された。この中には、「痴呆があると言うだけで(問題行動がないにもかかわらず)一般患者に迷惑がかかるからと、入院させてくれない病院がある」「特別養護老人ホームと伝えたと入院を断られる」など、医療機関側に痴呆や特別養護老人ホームに対して差別や偏見意識があることを示唆する意見も見られた。

また、家族が入院に反対するために入院させられない場合があるとの意見もあった。

(f) 痴呆性老人の入院に際して家族の関与を得られない場合の施設の関与

痴呆性老人の入院に際して家族の関与を得られない場合の施設の関与については、「入院中、面会、生活用品などの差し入れを求められることがある」334施設(65.4%)、「入院中、説明などの席に同席を求められることがある」332施設(65%)、「入院中、入院費の支払いの代行を求められることがある」277施設(54.2%)など、施設に事実上の関与を求められる頻度は高く、のみならず「入院に際して、施設(長)が保証人になることを求められることがある」225施設(44%)、ひいては「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ことがある」も121施設(23.7%)と決して低くない頻度で施設が代諾者として機能することを求められた経験を有していた。逆に、こうしたことをすべて求められたことはないと回答した施設は29施設(5.7%)に留まっていた。

単身者などの場合、入院を依頼した人(機関)が医療機関から医療判断の代諾者や入院中の事実上の世話に担い手として期待され、依頼する側は医療機関への受け入れの条件として、こうした関与を拒みにくい状況が生じることが推定される(添付資料アンケート結果の問15)。

(g) 施設から医療への要望

医療機関に対して、多くの要望や意見が寄せられた。表現は多岐にわたるが、ここではその意見を集約して記述しておく。まず、第一は、医療が必要な人は医療で対応し得てよいと言う要望である。具体的には、入院が必要であるにもかかわらず、なかなか入院させられない場合があることを改善してほしいということと、逆に退院してきた入所者が点滴や経管栄養などの医療処置を多く必要とすることに対する困惑である。「施設は基本的に在宅と同じなので、病院のつもりで指示を

出してほしくない」。関連して、老人保健施設と特別養護老人ホームの違いなど福祉施設の設立趣旨や実際の状況について医療機関の職員の理解が乏しいことへの懸念も表明された。第二に、興奮などの行動上の問題に対して投与される抗精神薬が本人の処遇にプラスにならない場合があることに対する苦情である。これにより問題行動が減ることで得るメリットと副作用や意識レベルが低下するために生活機能が低下し、本人のQOL低下ひいては介護の負担などの問題が生じるデメリットの兼ね合いの問題である。第三には、老人の生活状況を考慮した治療プランを立ててほしいとの要望である。具体的には、摂食が困難になっている人に経口薬を処方したり、移動に多大の労力を要する人に専門外と言うことで外部の(遠い)医療機関への受診を勧める囑託医への不満などが挙げられた。第四に、施設利用者であると、意思決定や代理行為を施設に委ねる医療機関の姿勢に対する疑問。第五として、医師の延命第一主義の対応への疑問、本人や家族の死に対する希望の間はずれがあること、こうしたことに対して介護者の話にも耳を傾けてほしいとの要望など、が寄せられた(添付資料アンケート結果の問15-補)。

日常生活上の支援やケアを提供することを目的とする特別養護老人ホームでも、入所者の多くが複数の身体疾患を抱えていることが多く、可能な範囲で医療面での対応を行っている。特に痴呆性老人の場合には、医療と福祉の役割分担について線引きすることが必ずしも容易ではないという事情もある。しかし、現状では特別養護老人ホームで提供できるのは、在宅でも可能な医療程度という限界がある。こうした点について医療機関が特別養護老人ホームの現状に沿った対応をしていない場合があることが示された。

5) 入所者の意思決定や代諾のあり方に関する

る課題など

(a) 入所者の意思決定に関する施設の困惑

痴呆性高齢者の意思決定に関して施設として困惑を感じる頻度について回答を求めたところ、「しばしばある」93施設(18.2%)、「まれにある」224施設(43.8%)、「決してない」119施設(23.3%)という結果であった。そのような困惑はないという施設は全体の4分の1に留まっており、何らかの形で意思決定に関する困惑を経験した施設が多いことが分かった(添付資料アンケート結果の間16)。

その内容を具体的にいくつか紹介する。まず第一は、痴呆などで本人の意思が確認できないこと、第二に、家族がいないため代諾者が見つからないこと、第三に本人と家族、家族同士、医療機関と本人や家族などの間で治療に対する方針や希望が異なる場合、第四に代諾者が存在しないなどの理由で、医療機関から施設に何らかの意思表示を求められる場合、第六に、施設が必要と考えている受診を本人や家族が拒否する場合、第七に本人や家族、あるいは医療機関から「施設に判断をまかせる」と言われる場合、などである。その他として、点滴などの際に身体拘束を行う場合があるが、本人から同意意が得られない場合なども挙げられた。

(b) 痴呆性高齢者の医療の代諾者など

家族等の代諾者が見つからない場合に、痴呆性高齢者の医療の代諾者として適当と思う人について複数回答で尋ねたところ、成年後見人273施設(53.4%)、入院中の施設の長194施設(38%)、主治医154施設(30.1%)、区市町村長150施設(29.4%)となっていた(添付資料アンケート結果の間18)。

また、医療同意などに関連して、あるとよいと思われる制度などを現在制度化されているかどうかは問わず、挙げてもらったところ、以下のようなものが挙げられた(添付資料アンケート結果の間16-補2)。

・ 現行の成年後見制度をより活用しやすくして頂きたい。

・ 「リビングウィル」や「自分のターミナルの迎え方」を法制化する。

・ 措置による入院や治療の仕組みの制度化

・ 身元保証人を引き受ける人や機関

・ 医療的な治療がもう少し幅広く可能な総合的ホーム

・ 医療に関して行政への届出制度

・ 意思決定に関与できる第三者機関

・ 成年後見制度では時間がかかりすぎるので、医療に関して即決できる制度

・ 施設の医療に関する代諾権を認めること

・ 医療機関側に福祉の分かるソーシャルワーカーを置くこと

総じて、成年後見制度のさらなる利用、あるいは制度を活用しやすくしていくことへの期待が数の上で多くなっていた。

(c) 入所者の希望確認について

終末期の医療やケア、がんなどの重大な病気の告知、成年後見制度利用、葬儀、遺言の5項目について意向をどのように確認するかについて尋ねた。

その結果、上記5項目のいずれについても、「意向を確認することは決してない」という施設は少数であったものの、逆に「入所時点で書面で確認する」という施設は上記5項目すべて約1割程度以下に留まっていた。また、「チャンスがあれば職員の方から本人や家族の意向を確認する」という回答は、終末期の医療やケアについては30.7%、がんなどの重大な病気の告知は19.6%、成年後見制度利用は16.8%となっていた。「本人や家族が申し出たときに話を聞いて確認する」は、どの項目でも4割から5割と最も高い回答を得ていた。

以上の結果は、医療などに関して今後想定される重大な事柄について意向確認すること

は、施設から積極的に情報収集するというよりは、本人や家族の申し出を待って行うという傾向が強いことが分かった。

#### 6) 成年後見制度や地域福祉権利擁護制度に対する姿勢

##### (a) 入所中の痴呆性高齢者の成年後見制度利用について

この質問に対しては、「意思能力に障害がある入所者は、できるだけ成年後見制度を利用すべきであるが、諸事情を勘案してどうしても必要という人のみ利用を勧めたい」が286施設(56%)と最も多い回答を得た。続いて、「後見内容については施設で対応できるので、成年後見制度を利用する必要性はあまりなく利用を勧めることは考えておらず、本人や家族が特に利用を希望した場合に利用すればよいと考える」99施設(19.4%)、「意思能力に障害がある入所者は、できるだけ成年後見制度を利用するように勧めたい」74施設(14.5%)の順であった(添付資料アンケート結果の間19)。

この結果からは、成年後見制度については、多くの施設でその意義は認められているものの、どうしても利用を勧めなければならぬというほどの切迫した状況にはなっていないことが分かる。多くの施設で、成年後見人が医療の代諾者として適当であるとの意見が出ていることを勘案すると、もし医療の代諾が成年後見人の職務の一つとなるならば、この制度を利用してほしいと希望する施設の数は増加するのではないかと推察される。

##### (b) 入所中の痴呆性高齢者の地域福祉権利擁護制度利用について

この質問に対する回答も前問と基本的には同様であった。すなわち「判断能力が地域福祉権利擁護制度の対象となる程度である入所者であれば、できるだけこの制度を利用すべきであるが、諸事情を勘案してどうしても必要という人のみ利用を勧めたい」が261施設(51.

1%)を占めた。約5分の1の113施設(22.1%)では、この制度を利用する必要性が乏しいと考えており、積極的に利用を勧めたいと回答した施設(85施設、16.6%)を上回っていた(添付資料アンケート結果の間20)。

##### (c) 痴呆性高齢者の権利擁護について(自由記載から)

多くの回答者から多岐にわたって自由記載をいただいた(添付資料自由回答)。

介護保険施行後、施設と入所者や行政との関係が変化し、入所者の財産を含むプライバシーに施設は関与することが減ってきたことを指摘するコメントが複数認められた。

また、家族が存在する場合には、家族間の紛争に積極的に関与することを避ける意見も複数認められた。多くの施設の記載に認められるのは、入所者がその人らしく暮らすことを可能にするために現在何が必要とされているかという視点であった。そのような意味でも、適切な医療を受けることは施設にとっても非常に重要な課題であると考えられた。この点に関しては、福祉から見て、医療を受けることに関して痴呆性高齢者が差別的な扱いを受けることがあること、痴呆にとって適切と思われないような医療に対する批判的見解、治療法の選択などに関して本人の意思を尊重する仕組みが不十分であること、などの内容が多く認められた。

#### 2. 「痴呆性高齢者の権利擁護に関する研究」アンケート調査検討会議

「痴呆性高齢者の権利擁護に関する研究」として行ったアンケート調査の結果について2003年9月、場所は東大士会分館において、関係分野の識者と検討し、特別養護老人ホームにおける医療や医療同意のあり方について意見交換する機会を持った。参加者は以下の通りであった。

参加者（敬称略、（ ）内は所属）

小山恵子（東京都老人医療センター医師）

斉藤正彦（老年学研究所 医師、本研究主任研究者）

笹森貞子（呆け老人をかかえる家族の会理事）

白石弘巳（東京都精神医学総合研究所社会精神医学研究系）

高橋龍太郎（東京都老人総合研究所 社会科学・社会医学人間科学系）

寺町東子（弁護士、社会福祉士）

平田 厚（森・浜田・松本法律事務所 弁護士）

宮田裕章（東大医学部保健学科 大学院）

山下興一郎（全国社会福祉協議会高齢福祉部）

他に東京都社会福祉協議会から2名オブザーバーとして参加頂いた。

検討会では、まずアンケート調査結果の概要を報告し、引き続いて特別養護老人ホームにおける医療のあり方や成年後見制度の利用等に関して自由に意見交換を行った。この報告は、その際の発言要旨を再構成してまとめたものである。

特別養護老人ホームにおける医療をめぐる

意見1 全国の老人ホームの調査結果の速報がでている（「第6回全国老人ホーム基礎調査」）。回収率は50%、入所者は8割女性、80歳以上が殆どで、入所後、大体2年で死亡。10年くらい前は痴呆が6～7割だったが、現在は90%を占めている。入所時の契約手続きは、本人（代筆含め）25%、子供55%、配偶者9%、兄弟10%。本人が同意するのは難しいという現状がうかがわれる。退所理由は死亡が30%、退所手続きせず、入院死亡41%など。身体拘束は、緊急時にやっている場合が半分以上。

意見2 医師配置は時間指定なし。月2回以上非常勤の医師がきている。処方された薬のストックが診察室にある。常勤医師がいる特養

は、大きなところや医療法人系の施設が多い。施設長が医師免許をもっているところもあり、そのことで常勤医師がいる施設になっているところもある。

意見3 田舎では週に1回以上医師がいるところあり。医師の判断で医療行為をやっている施設が多い印象がある。

意見4 特養で行われているケアについてだが、医療上でやっているのか、福祉としてやっているのか、考えに違いがあると思う。本人の同意が大原則だと思うが、その前提のICが1番大切だと思う。説明されてもわからないことがある。同意がリスク回避処置になっており、本人の同意は二次的要素になっていることがある。身体拘束についてリスクマネジメントの講習会で聞いたときが、全員やっていると回答した。一時的な身体拘束を例外措置としてやっているところがある。施設長と主任が答えた場合は、回答が異なると思う。今回のアンケート結果は、身体拘束をあまりしていると思われたくないという施設長の姿勢を反映しているデータかもしれない。

意見5 気管切開、高カロリー輸液などが行われる頻度が低いという記述があったが、1人の医師で決定するのは問題あると思う。高度医療（褥創と気管切開は違う）は複数の医師の判断がなければ控える状況があってもいいと思う。必要なだろうという決定ができることが大事で、ズルズルとして結局やらない、という状況はよくない。明確に議論して、やるべきかやらないべきかということを決めることが必要だと思う。

意見6 特養は医療介入は収入にはあまりならないが、収入にならないものについてポリシーをもったり、介入について考える必要性を感じているのだろうか。

意見7 特養の入所指針が国から示された。介護報酬が変わったことも伴い、重度高齢者が入所しないと経営困難である。よって重度の入所が増えるので、医療介入のポリシーを考える必要もある。

意見8 介護保険は申し込み順で、特養入所が決まるので、家族や本人の状況を加味して重度を入所する、ということだと思ったが。

意見9 確かにそうだが、結果的には経済的側面を見る必要がある。

意見10 イギリスのナショナルヘルスサービスは、制度の質の問題が指摘されてはいるが、路頭に迷うことはない。制度の間にこぼれることはない。しかし、お金があっていい施設に行く人とNHS利用者の寿命が違う。日本は全部同じ制度のもとで動いている。特養を経営している人に聴くなど、お金の問題も大切だと思われる。

意見11 重度の人が特養に入所という流れになると思うが、医療が必要になる人が特養にはいるのか、という考えは、政策上と現状は違うと思う。特養と痴呆のグループホームの関係、(福祉とケアと医療)という中で継続してデータをとっていく意味があると思う。今回の調査のアンケート項目について言えば、手術は具体名をだしたほうが現場的には分かりやすい。

意見12 施設職員の方が医療にどういう希望をもっているのか、知りたい。今回の調査にある「医療機関に対する自由意見」をもう少し分析してほしい。これほど生の声を見せてもらったことないので、個人的に大切だと思った。実際に、このような書き方をしたものを読んだことだないので。そこから、今後の道

が何かあると思う。利用者の立場だと現状

特別養護老人ホーム入所者の医療の代諾をめぐって

意見1 殆どの施設は本人ではなく、家族に同意をとっている。本人に確認している施設は殆ど知らない。代諾という意識が当初から施設側にはない。熱心に成年後見制度に関わっている人の中には、代諾しないとそこで医療がストップしてしまうから、成年後見制度で行うことに反対でもサインしている。成年後見制度は財産管理が中心となった制度であり、医療同意を含めた上で資質を確保するのは困難だと思われる。どのような形で医療同意の代諾が可能なのだろうか？ 特養から入院するときに成年後見人がついている人は、身元引き受け人になってもらう、よって身元引受人なのだから医療同意をする、という流れになる。成年後見人＝身元引受人という考えが特養にある。医療機関が身元引受人として成年後見人に頼むケースが多々ある。

意見2 特養は今までは、医療同意についてうるさくいわなかったが、最近は家族に説明をして家族についてきてもらうなどするようになった感じがする。入院連絡をしてもこない家族(‘そちらでやってください’とおまかせ)もいて、職員が板ばさみになることある。そのような家族でも、身元引受人になっている。誰が責任をもつか、ということが大事だが難しい。

意見3 家族会に入っている人は熱心なので、施設にご迷惑にならず、且つ自分たちの主張も通るように行動する。電話相談や面接相談では、お願いしているから下手なことは言えない、という状況があるようだ。施設に全面的にお願いしているから、施設に意見できない。一步も二歩も引いた状態で、施設にお任せしている。特養だけでなく、病院でも同様

な状況があると思う（たとえば、薬が多いので捨てているが医師には言わない。医師に意見していいのだろうか？怒られたら怖いという不安がある）。医師に任せないといけない、という意識をもつ高齢者も少なくない。特養は入所が困難であり、入れたことがラッキーなので、意見を言えるような状況ではない。

意見4 代諾ということを考えていない医師が多い。ついてきたヘルパーにたのむ医師もいる。サインする人がほしいのではなく、入院中、付き添ってくれる人やお世話係りを求めている医療機関や施設がある。権利擁護としての代諾ではない状況である。無責任では困るけど、医療上の判断でパッと決めてくれる人の方がまだましかと思われる。施設の医師だと自分のところが困らないように対応するかもしれないが。

意見5 医療的判断を最適にする箇所はどこか？第三者機関に求めるのか？緊急時、例えば措置入院の時、48時間以内にどのようなシステムで判断しているのか？医師への支払いは国から？

意見5 東京都とそれ以外で違うかもしれない。東京都は措置入院は梅が丘に医師が待機していて、警察がつれてきた患者を診察するシステムができていた。しかし、最近は医師が連れてこないことがあり、東京都のシステムの変更、修正が要請されている。東京都以外では措置入院が発生した時に、関わってくれる指定医を電話をかけて探している。

意見6 措置入院と代諾は違う。代諾は単純な切開から大きな手術まで幅あり。医師の専門的判断と最も身近な家族の同意があれば代諾というのがイギリスの一般的な考え方。自分もそれで正しいと思う。医療の専門家が判断することよりも、本人のQOLを判断できる人

がよい。身近な家族がいない人の時は、本人の権利を守れる人がするのでよいのでは？家族またはそれ以上に判断する人がいれば、専門性は最重視事項ではない。

意見7 裁判所は緊急時に対応できない。家族ができないときは、主治医がやります、ということになってしまう。できないものはそぎおとせばよい。正しいか、正しくないかセカンドオピニオンを求められるネットワークにすればよい。

意見8 家族が代諾同意をしている場合には、問題ない。家族が同意していない場合、本人の救命が危うい。緊急時、医師の専門性を尊重した判断にまかせてもよいと思う。同意しない手術に失敗すれば責任が問われるので、専門家責任を拒否する状況はわかるが、事後トラブルは気にしないでよいシステムをつくれればよいのでは？

意見9 ちょっと話が戻るが、本人同意が難しい状況を具体的な事例でもう少しつかんだほうがよい。どのようなケースでうまくいって、どのようなケースで同意困難となっているのか、代諾を誰かがやった場合、どのような状況だったかという事実確認も必要ではないだろうか。医師も専門性によって判断が違うと思う。本人の意見を極力入れるにはどのようにしたらよいか、そのような流れをつくることを考える必要がある。殆どの病院はMSW（医療ソーシャルワーカー）がいるので、急性期の判断は、1人の医師の判断にまかせないでMSWを利用するという考えもあると思う。家族の調整も同様である。

意見10 どういう要件をクリアしていたら代諾となるのか？自分の基準は、治療のメリット、デメリットなど比較できる情報を医療側から確保すること。家族は理解していなくて

も同意することがある。医療側も情報を確認することで医師の方が治療方針を吟味することもできると思う。適当な人より、どのような基準で代諾とするか、という側面を煮詰めていってもいいと思う。

意見11 ICは本人の自発性、判断力などが大切だが、第三者が代諾するときはそれだけで足りるとは言えないと思う。本人とまったく同じではない。要件をつくり、言語化するの  
は大切だと思う。

#### 成年後見制度の利用について

意見1 成年後見制度などの利用状況を家族会で調査した。成年後見制度を知っていますかという質問に対しては、90%がイエスと回答した。現実利用は少ないが、今は必要ない、という意見もあった。このアンケートの回答者は施設長である。今回の結果では、「利用を勧めることは考えておらず、本人や家族が利用をした場合に利用をすればよいと考えられる」という回答が多かったが、このように本人たちの意向にまかせていたら、結局利用は難しい。制度を知らないという人もいるが、こういう人は利用できない。もっと積極的に施設の方で必要だと思われたひとに伝えてほしい。でも現状として難しいのだろうか、余分な仕事になってしまうのだろうか？

意見2 特養の場合、低所得者が多い。食費について低所得者は減免する人が多く、7割くらいが該当する（老人保健施設は2割）。成年後見制度は財産管理がメインで作られた法律だから、診療的側面でどのように利用する人がいるのか知りたい。

#### D. 考察

##### 1) 調査の意義

今回行った調査は、特別養護老人ホームの入所者の成年後見制度の必要性や医療のあり

方に関してこれまでに報告されていない内容を含んでいた。調査は、全国の特別養護老人ホームを三分の一抽出し、そのうち511施設（47.7%）から回答を得た。平成14年4月現在、日本には4,502の特別養護老人ホームが開設されている。従って、今回の調査では、その11.3%から回答を得たことになる。また、その回答率には特別の地域差がないことが確認された。さらに、折から、本調査とは独立して、全国老人施設協議会／老施協総研により、「第6回全国老人ホーム基礎調査」（以下、「基礎調査」とする）が実施され、その概要（特養編）が平成15年5月26日に公表された。この調査に回答した2,176施設の開設者、開設年度別回答数、などの基本属性は研究班の調査と大きな差がなかった。こうしたことを総合して、今回の調査により、アンケートの質問項目に関して十分意味ある検討を行うために必要な資料を得ることができたといえる。

##### 2) 特別養護老人ホームの入所者の医療について

「基礎調査」によれば、特別養護老人ホームの入所者で医療的処置を必要とする人は全体の98%を占めた。その内訳の中で最も多かったのは、「長期にわたって服薬が必要が薬が処方されている」90.9%であった。以下、「便秘がちで日常的に排便に関して処置が実施されている」59.8%、「体温、脈拍の管理が日常的に実施されている」49.9%、「血圧管理・測定が日常的に実施されている」43.0%、「本人以外の者によって口腔内の処置が実施されている」34.4%などと続いていた。

今回の我々の調査で質問した項目については、「点滴が定期的実施されている」0.4%、「中心静脈栄養のためのカテーテルが留置されている」0.1%、「人工肛門を設置している」0.6%、「酸素療法」0.6%、「気管カニューレを装着」0.1%、「褥創の処置が実施されている」3.6%などであった。しかし、我々の調査の結果、



経管栄養、人工肛門のケア、大腿部褥創の処置等は「施設内で管理を行うことができる」とされた頻度が高く、また点滴と酸素療法など「管理を行うことができる」と「できる場合がある」を合わせると可能性が上昇する処置もあった。特別養護老人ホームの多くには看護師が常勤しており、現にしている頻度は少なくとも、例外的には必要に応じて上述の医療措置を実施できる潜在的可能性を有する施設が少なくないと考えてよいのではないかと推察する。

また、死の看取り(ターミナルケア)は「しばしば行われる」39.3%、「まれに行われる」40.3%と、療法を併せて約8割の施設で行われる可能性が示された。これについては、「基礎調査」の結果でもターミナルケアに「積極的に取り組みたい」25%、「対象があれば取り組みたい」59.3%で8割以上を占め、「消極的である」14.4%を上回っており、今後さらに特別養護老人ホームにおいて行われる頻度が増すことが示唆された。

このように、一定の医療的ケアに関して実施する潜在的可能性はあるものの、特別養護老人ホームの職員からは、医療で行うべきことと福祉が行うべきことを整理してほしい、などの要望や、現在特別養護老人ホームに配置されている看護スタッフの状況では、上述した医療的ケアを日常的に行うことは困難な状況という指摘が数多く寄せられた。

今回の調査では、「施設内に診療所を有する」と回答した施設は175(34.2%)であった。「基礎調査」では、併設する診療所が「ある」と回答した施設が526(24.2%)であった。多少値は異なるが、医療機能を持つ診療所を付設している施設が三分の一から四分の一程度はありと考えられる。そして常勤の医師は少ないが、かなりの施設では必要に応じて外部の医師が往診して診療するシステムとなっていることが分かった。こうした結果は医療面でも相当の対応が可能であることを示唆するが、実際

にはそうした医療行為に対して診療報酬請求が行われるとは限らず、「基礎調査」の結果では、診療報酬請求をしていると回答したのは196施設(診療所があると回答した施設のうちの37.3%)に留まっていた。こうしたことから、施設内で十分な医療が提供しうる状況にあるとはいえないことがうかがわれる。

また、特別養護老人ホーム内で対応困難な疾病に対しては、速やかに医療機関での入院を含めた治療が行われる必要があるが、医療機関が特養入所者を避ける傾向を指摘する意見もあり、必ずしもスムーズに医療機関と連携が行われていない場合があることが示唆された。さらに、具体的に医療に対して、ケアを行う立場からさまざまな注文が寄せられ、相互の役割や現実のケアの状況について医療機関に理解と協力を求める声が根強くあることが分かった。

今後、重症者が増加するにつれて、特別養護老人ホームにおける医療のあり方について見直した上、内部で行うべき医療と医療機関に委ねるべき医療の間で整理を行うことが大きな課題になっていくことが推測された。

### 3) 特別養護老人ホームの入所者の意思の尊重と代諾者について

今回の調査で、痴呆性高齢者の意思決定に関して施設として困惑を感じることはないという回答した施設は全体の約四分の一にすぎなかった。今後の医療や生活、さらには遺言などについて施設がどのような方法で入所者や家族から意思確認を得ているのかについて調査したが、生命に関わるような重要な決定に関しては「機会を見て」あるいは「機会があれば」尋ねるという姿勢が一般的であった。また、遺言などの存在について確認することについては家族内の争いに巻き込まれないようにむしろ距離を置くという姿勢が目立った。

全施設の半数以上が、入所者の50%以上が痴呆であると回答した。「基礎調査」では、入所

者中痴呆がないとされたものは7.1%に留まり、痴呆性老人で常時介護が必要である者が25.5%存在していた。このように判断能力に疑義がある人が多く入所しているにもかかわらず、成年後見制度の利用者や地域福祉権利擁護制度の利用者が存在している施設はいまだ少なく、1施設あたりの利用者数もごく少数に留まっていた。「基礎調査」では、契約手続きの実際の相手としては、本人(代筆含む)が25%、配偶者や子どもなど親族が74%、成年後見人は0.0%という結果が報告されている。また、成年後見制度については、すでに利用している人がいると回答した施設は427施設(591人)、対象者がいると回答した施設は569施設(29.2%)で、対象者数は1,568人であった。同様に、地域福祉権利擁護事業の対象者がいると回答した施設は635施設(29.2%)で、対象者数は2,224人であった。こうした結果は、われわれの調査結果と同様と考えられる。

現実には、契約や代諾は成年後見制度などを利用せず、家族と交わされていることが多いことが従来より知られている。家族がいない場合が問題になるが、「基礎調査」では、配偶者、子どもがいない入所者は20%、そのうち四親等内の親族もいない入所者は3%であった。たとえ3%でも特養全体では1万人を超える単身者が存在することが想定され、さらに家族の協力を得られない人はその何倍にも達する可能性がある。

これらの人たちに対して、実際にはどのような対応が為されているのか、いまだ十分に明らかではない。「基礎調査」によると、判断能力が十分でないために、親族以外の立ち会いがあったかについては、民生委員561施設(25.5%)、成年後見人280施設(12.9%)、生活支援員(社会福祉協議会の地域福祉権利擁護事業)236施設(10.9%)、施設の第三者委員130施設(6.0%)と続いていた。おそらく、こうした職種や立場の人が関与していることが多いと考えられるが、それにしても民生委員などのインフ

ォーマルな援助者の数が多く、成年後見制度や地域福祉権利擁護制度の利用は決して多いとはいえない。

また、入所者が医療機関に入院するときなど、施設が身元の引き受け、さまざまな事務的な行為を要請されるなど施設の負担が少ないことが明らかになった。この点については、東京都社会福祉協議会の「特別養護老人ホームにおける身寄りのいない利用者への支援の手引き」(平成14年10月発行)によると、施設を運営する法人や施設長、ひいては成年後見人にも「身元引受人になる義務はありません」と明記されている。また、手術の同意についても、「施設が本人の手術に同意することはできません」と書いてある。しかし、今回の調査結果を見ても、それでは現実的に解決がはかれない場合がなおあることが示唆された。

今回の調査結果を見ると、成年後見制度や地域福祉権利擁護制度について、対象となる入所者は「できるだけこの制度を利用すべきであるが、諸事情を勘案してどうしても必要という人のみ利用を勧めたい」と回答する施設が圧倒的に多かった。成年後見制度は財産管理などが必要な場合に利用されることが多く、特養に入所する人の財産では成年後見制度を利用する意義が薄いと判断されている可能性がある。また、施設が必要としているのは、むしろ日常生活や医療に関する代諾者であると考えられ、現行の成年後見人の機能ではこうした点に十分には答えられず、施設から積極的に成年後見制度を利用してほしいという態度にはつながらないようである。むしろ、「基礎調査」を見ると地域福祉権利用語制度の方が対象者が多いとの結果が出ていた。さらに、成年後見制度については、鑑定料や報酬面など経費の問題が利用増加の妨げとなっているとの意見も多く述べられた。

挙げられた点について整理して、今後特別養護老人ホームにおける代諾のあり方をどの

ようにしていくべきか、方法の可能性も含めて現実的な議論が必要な段階にきていると考えた。

## E. 結語

平成14年度から平成15年度にかけて、特別養護老人ホームにおける人権擁護のあり方について検討した。その結果を踏まえ、特別養護老人ホームの医療供給やその際の本人の同意や代諾のあり方について識者の意見を聞いた。

特別養護老人ホームでは十分に医療を提供する体制がとられていないにもかかわらず、医療機関から医療的なケアを期待されること、施設が対応に苦慮する可能性があることがあり、今後、医療と福祉（ケア）との間で役割を再確認していくべきことを指摘した。また、入所者が入院する場合に入院可能な医療機関を見出すことが困難な場合があること、入院の際には施設が身元の引き受けの他、さまざまな事務的な行為を要請されるなど施設の負担が少なくないことが明らかになった。

特別養護老人ホームには痴呆性老人が多数入所している。判断能力が十分でない場合には、家族に代諾を求めることが多いが、四分の三の施設では、単身者などについて、意思決定をめぐる困惑する場面があることが示された。今後、代諾のあり方については法的手続きも含めて検討を行う必要があると考えられた。

成年後見制度の利用については、必要が生

じた場合に勧めるというのが、特別養護老人ホームの多数意見であった。その理由としては、家庭内の問題には踏み込まないという姿勢があること、施設として関心が高いと考えられる医療の代諾に対して現行制度では権限が及ばないとされていること、利用に必要な経費の負担が容易ではないことなどが挙げられた。こうした結果を踏まえて、今後の特別養護老人ホーム入所者に対する成年後見制度の利用のあり方を検討していく必要があると考えられた。

## F. 研究発表

### 1. 論文発表

1) 宮田裕章、白石弘巳、甲斐一郎、五十嵐禎人、松下正明：特別養護老人ホームにおける痴呆性高齢者の意思決定と医療の現状。老年医学雑誌（投稿中）

### 2. 学会発表

なし

## G. 知的所有権の所得状況

### 1. 特許取得

なし

### 2. 実用新案取得

なし

### 3. その他

なし

## 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

### I. 貴施設の概況

質問1. 貴施設の種類は以下のどれにあたりますか？ あてはまるものを一つ選び、数字の番号に○をつけて下さい。

- (1) 特別養護老人ホーム (2) 痴呆性老人向けのグループホーム  
(3) 有料老人ホーム (4) その他(具体的に )

質問2. 貴施設の所在地は以下のどれにあたりますか？ あてはまるものを一つ選び、数字の番号に○をつけて下さい。

- (1) 北海道  
(2) 東北(青森、岩手、秋田、宮城、山形、福島)  
(3) 関東Ⅰ(埼玉、千葉、東京、神奈川)  
(4) 関東Ⅱ(茨城、栃木、群馬、山梨、長野)  
(5) 北陸(新潟、富山、石川、福井)  
(6) 東海(岐阜、愛知、三重、静岡)  
(7) 近畿Ⅰ(京都、大阪、兵庫)  
(8) 近畿Ⅱ(奈良、和歌山、滋賀)  
(9) 中国(鳥取、島根、岡山、広島、山口)  
(10) 四国(徳島、香川、愛媛、高知)  
(11) 北九州(福岡、佐賀、長崎、大分)  
(12) 南九州(熊本、宮崎、鹿児島、沖縄)

質問3. 貴施設の所在地は以下のどれにあたりますか？ あてはまるものを一つ選び、数字の番号に○をつけて下さい。

- (1) 村 (2) 町 (3) 人口5万未満の市 (4) 5以上10万未満の市  
(5) 10万以上20万未満の市 (6) 人口20万以上の市 (7) 政令市  
(8) 東京都23区

質問4. 貴施設の設置主体は以下のどれにあたりますか？ あてはまるものを一つ選び、数字の番号に○をつけて下さい。

- (1) 市町村 (2) 社会福祉法人 (3) その他(具体的に )

質問5. 貴施設の設置時期は以下のどこにあたりますか？ あてはまるものを一つ選び、数字の番号に○をつけて下さい。

- (1) 1985年以前 (2) 1985年ないし1990年以前 (3) 1990年以降1995年以前 (4) 1995年以降2000年以前 (5) 2000年以降