

問 16-補 1 意思決定に関して困惑を感じる場合

- 介護職員は、動く危険で目が離せないといわれ、受診すると向精神薬が効きすぎて、ほぼ寝たきり状態になる傾向があり、その人の良さが失われると感じる時がある。
- 治療の方針、方向性が家族間、又、親類や兄弟間でまとまらず、キーパーソンが見つげにくい状態。
- 本人の意思が不明であるため。
- 初歩的な医療処置に限られるが、意思決定を施設職員にゆだねられる時がある。
- 延命治療に関する決定。入院費の支払能力がない場合。
- 家族の意思決定の内容が揺れ動く。
- 生命に危険あるが輸血することを決めてください。
- 本人の意思表示が確認できないため、施設及び診察医師の考え方で治療方針が決定される場合。
- 家族がいない方に対しての治療方針（たとえば、延命治療はどうするか）などの意思決定について。
- どの程度本人に説明して意思を尊重するか、どこまで理解しているか。家族との意思が異なる場合。
- 施設職員が意思決定していいのか。
- 単身者で手術をするかしないかなど決める時（本人が痴呆で意思決定不能の場合）
- 嚥下障害で摂食できない時どの様にするか、家族が意思表示をしっかりとしない。または、「おまかせします」と云われる時。
- 本来ならば行うべき医療行為が痴呆の為に行われないとしたら。
- 家族と主治医の方向性の違い。
- 強い薬が出た場合、ADL低下などを伴うから。
- 医療の方法等
- 迷惑をかけるので完治しないまま帰されることがある。
- 治療方針等同意承諾を本人から得られない場合がある。
- 家族との連絡がとれないとき。
- 義歯作成時の意思決定で調整がスムーズに行えない。
- 身内が無関心であったり、非協力的である場合。
- 家族の夫、又は妻が高齢で意思の疎通が取れない。
- 手術の実施。今後の方針。
- 身体拘束等やむを得ない状態の判断。
- 家族の希望を聞くより先に、医師が治療しない方針で話を進める時。
- 受け入れ側が痴呆対応困難ですぐ退院を要求される。
- 家族のいない場合。
- 数少ない医療機関の中、どの機関を選ぶのか、そして入院についてどう必要があり、相違や結果がどうなるかわかりにくい。
- 責任の重さを感じる。
- 入院すると、ADLが確実に下がること（病院が病気の治療のみに専念し患者のADLの改善、維持には力を入れない事が多い）

- 本人は意思確認されないが、その上家族も明確な意思を表示されない際の対応。
- 施設側と家族の判断の違い。
- 入院の対応が十分になされない。
- 家族の協力が得にくい時。
- 普段、意思決定できない人がたまたま意思の疎通がとれ、施設側の考えと違いがある時。
- 本人及び家族が身体の状態を説明しても理解度が低い。
- なるべく自然に、という家族の希望に現実には応じきれない場合がある。
- 本人が意思決定できない時は、家族が決定するが、身内同志で意見対立し、施設に任せると投げ出されてしまう場合。
- 家族の理解が得られない。
- ドクターより安易に薬の服用の指示が出た時。
- 家族が入所者の状態を正しく把握できない為、決定の内容に矛盾を生じる事がある。
- 本人の認知力が極力低下しているので、本人の意思が解らない。
- ケアで対応出来るのに向精神薬の投与がある場合。
- 家族からの意思表示が明確でない場合。
- 意思確認が出来ない際、訴えていることがわからず対応できないことがあり、後になり判断するケースなどがでてくる。
- 術後の経過が思わしくない時の対応、責任問題。
- 自己決定を無視するようなドクターの言動あり。
- 本人からの意思表示もなく、時に急変する事態もあり、家族の連絡も緊急時にとれないこともあり困る時がある。
- 本人が本当に望むものか否かの判断。
- 本人の状態と家族の希望に大きなズレがある場合。
- 家族が施設利用者の今後の事について（ターミナルを含む）何も考えておらず施設に委ねられる時。
- 入院を希望しても痴呆の症状を理由に退院を求められる。
- 退院時期、拘束、延命措置、経管栄養。
- 寮母と看護師の意見が違う場合。
- 骨折等で手術が必要な場合、安静が保てない時手術すべきか否か。
- まず検査と云われ受診をする。そして治療目的として投薬されるので、薬の種類がどんどん多くなる。
- 本人の意向でなく家族の意向が決定力をもつ。
- 囑託医を拒否し、以前からのかかりつけ医に受診したいと希望された場合の囑託医との調整。
- 本人の意思が確認できない。身元引受人に全てを託してもよいのかどうか。
- 複数の家族の意思統一がなされない場合。医療優先により当人の気持ちが無視される場合。
- 単身者
- 施設に一任ある場合。
- 医療機関において療養上看護困難なのですぐ引き取ってほしいとの連絡がある。

- 本人が決定できない場合、家族の意思にまかせているが、施設側の意見と違っていたり、家族の中でも意見が違っていたりする時に感じる。
- 本人又は家族に意思決定の力がない時。
- 身元引受人が遠いところに住んでいる場合、家族と施設の考え方が一致しない場合。
- 高齢者本人は拒否の決定（意思）しているが、家族又、家族同志の意思決定と違った場合。
- 本人の訴えでは症状の判断が出来ないのが困る。例えば疼痛の有無について熱による頭痛かその他の要因が明らかに把握出来ない。
- 重度の痴呆のある方が、癌や骨折になった時、どこまでをゴールにして治療するかと聞かれる時。
- 意思決定が出来ないとき。
- 家族の意思も確認できない時。
- 治療計画の同意。
- 家族も協力的でなく、本人も自己決定の能力もない場合。
- 家族に同意を得られない時。
- 本人の意思が全く不明な事。
- 家族の希望が明確でないケース（特に親族間で意見が異なるケース）
- 延命措置の希望の有無等。
- 自然のまままでという希望。何をどこまでやれば家族の気持ちに沿い、あとに悔いを残さないケアが出来るのかと思う事がある。
- やはり薬を服用することになり、状態低下等が起こらないか。家族がそのことの理解が出来て受けとめてもらえるのか。
- 積極的な医療行為は疑問が多い。
- 人権無視
- 施設の方に判断を求められる時がある。退所後も同席を求められることがある。
- 本人の自立が損なわれないようにするにはどうしたらいいのか迷う時。
- 痴呆の方の意思が確認できず身寄りも近くにいない時、医療行為の判断は医師判断で行っていただくことにしている。医師からどうするかの間いがあることがある。
- 痴呆でありながらも、自分の病状等聞きたいと訴え医師に説明を求めても、本人が納得できるような説明でなかった。
- 施設が決めるより、本人、家族が決めるべきことで第三者が指摘されることがある。
- 本人に希望など言える能力がない場合がある時。
- 延命
- 家族が「施設にお任せします」と言われた時。
- 問題行動の多い利用者は入院治療適応外とされる。
- 胃ろうの造設が必要な時、ターミナルにおける延命を行うかどうかについて。
- 家族の方の協力が不足する場合。家族の方が医療的な処置を拒否される場合。
- 家族もなかなか医療や痴呆に対するの理解が消化しきれずに悩み、施設のケアマネや相談医に決定を

ゆだねてくる場合。

- 家族が知的障害者等。
- 家族の無関心。
- 痛みの度合い、確認等が困難であったり、骨折等で安静保持が出来ない。
- 本人は意思決定できない事がほとんどであり家族の意向を重視する。
- 痴呆性高齢者や精神科疾患を抱えている利用者の意思決定が出来ず、家族にそれを理解してもらえなく、治療が進まないこと。
- 入院及びオペ等、治療方針の同意、決定。入院費の支払い等。
- 治療方針等。
- 治療の内容についての医師、家族、施設側の思いや考えが違うことがある。
- 意思決定が出来ない、90才以上の方の家族が高齢を理由に入院治療を拒否していても、いざ、医師に入院を勧められると承諾せざるを得ない場合。
- 本人、家族の希望ではなく、医師の方針、思想が意思決定において優先される時。
- 手術や延命治療の決定（家族がいない、又は、協力が得られない場合）
- 明らかに入院が必要と思われる場合でも家族の希望ですぐに受診できない場合。
- 家族がありながら入院治療のケアのフォローを施設に全面的に求められることがあるが、入院治療中の家族の位置付けをちゃんとして欲しい。
- 現に治療が必要な場合でも問題行動があるということだけで治療を放棄するケースが多い。
- 家族の決定が第一になるケース。
- 本人の意思を確認できず、家族の意思が尊重されてしまう。
- 受診拒否、治療拒否される場合。
- 入院等に際して病院を指定できにくい。又、他県に家族が在住も方針決定の為にすぐ呼ぶ様に施設に託される。
- 服薬等に頼りすぎる傾向。
- 家族との同席なので家族の意向である。
- 理解力の判断。
- ご本人の意向が分かりかねる事とご家族の意向が親族でまとまらない事がある。
- 家族不在の方の意思決定。
- 病院からの治療内容に承諾を求められた時。
- 家族の希望と施設が考える本人の希望とが一致しない場合がある。いくら訴えても本人が言える訳ではないため家族が決定権をもつ。
- なぜ保障人にならなくてはならないのか分からない。責任のとりようがない。
- 医療では投薬対応が出来るが、介護では難しい場合がある。
- 入院を嫌う家族からの苦情。
- 90才を超えた高齢者に対して家族が静かに看取ることを選ばず、病院での医療処置による延命を望まれること。

- 本人の意思が都度変わったりすることがある。又、本人と身元引受人の意見が異なる時。
- 単身や家族の理解が不十分な場合。
- 家族又は身元引受人の意向と施設で行えるケアの限界とのギャップ。
- 家族のターミナルケア受容前に心肺停止で発見したとき。
- 意思の確認が出来ない単身者（身内がない利用者）
- 服薬等について。
- 医師と家族の方とで入所者の方の治療方法について違いが生じた時。
- 協力病院が老人指定（県）を受けてはいるが、痴呆に関する認識は低い。
- 治療が必要な方が強い拒否をされる時等。
- 医療行為に関しては医師が専門家であるが、決定を求められても判断できない。
- 家族よりも施設に対していろいろ求められる場合がある。
- 家族の希望と医師の治療方針に大きな差がある場合。
- 痴呆性高齢者は病院では問題行動も多く、入院をためらう病院がある。
- 家族の意向と本人の意向は同じかどうか不安になる。
- 本人の意思ではなく家族の意思が尊重されてしまう。本人は本当にそれと望まれているのか疑問に感じることもある。
- 医療に対して薬の使用について介護職員の認知がうすいことがある。
- 予防接種、歯科治療。
- 一般患者と施設に入っている患者への対応が違う時。
- 痴呆性入所者に対しては家族に意思決定をしていますが、家族がはっきりしない場合。
- 鼻腔栄養や点滴施行は医療サイドで進められるものの、拘束の問題が必ずからんでくるため、本人から同意を得なければならない場合。
- はっきりとした意思がわからない。
- 痴呆があるため、医療行為ができないと帰された時に、施設としては放っておく訳にもいかず、どうしていいか困ることがある。
- 本人は答えられず、家族へ判断を求めていきますが、当施設との関係があり、治療が必要になった際の”おまかせ”と、治療が必要と感じても園で見てほしいというとき。
- 検査はどこまで施行するか、骨折の時オペは必要か、等、治療方針について聞かれる時。
- 積極的治療を望まずターミナルケアを望むのではないかと思われる高齢者でも痴呆などの認知障害等の為、意思疎通が困難で医療行為を受けざるを得ない時。病院でターミナルケアを行ってくれると良いのですが。
- 治療法等に関してインフォームドコンセントができない。
- 本人が何を望んでいるかわからない。
- 家族がいる方であっても、家族がかわりに意思決定をされる場合に施設側へ委ねられる場合など。
- 利用者が二つの医療機関にかかっている時、どちらに相談したらいいかわからない時がある。
- 胃ろう造設、I V H、人工呼吸、等の意思決定を行う場合。

- 家族の都合だけで意思決定された時。
- 治療の必要性が高いのに、本人が固く拒否される場合。
- 家族が来園していただけない時（連絡できない時）
- 何を欲求しているか感じ取れない時。高熱、骨折などでも痴呆のため認識がなく、どこで本人の意思を確認するかが難しい。
- 施設でも看れるのに、看護職員が24時間体制でない為、入院をさせないといけない時。
- 治療の範囲をどうするか。
- 同意はご本人の意思決定となるかどうか、定かではないと思える時がある。
- 精神科受診に対する家族の不理解があった。当方の説明でわかってはいただけただ。
- 常勤医師がいない為。
- 手術
- 病識無く拒否される時。
- 家族が連絡不通の場合。
- 経管栄養、点滴等の必要な時。
- 本人の希望より家族の希望が優先されることがある。
- 問題行動がある人は退院の時期が早い。
- 薬の服用について。
- 本人の希望とドクターや施設の考えが違う場合に、どうすべきかと困惑することがある。
- 手術や家族の同意が必要な場合の同意書等の対応。
- インフォームドコンセントが本人の意思ではなく、家族の都合により決定される。
- 人として尊厳を感じて欲しい。病気に対する治療と人間として接する上での関わりを大切にしたい。
- 家族もしくは後見人との連絡が良く出来ない時
- 適切な対処方法などを伝えていただけない（薬に頼るのみ）
- 本人が精神科の受診を拒否する。
- 重大な医療行為の実施についての代行決定。
- 家族に相談しても、家族から「おまかせします」と言われた場合。
- 単身者で生死に関わる判断を求められた場合に困惑する。
- 痴呆の為、受け入れ先が断る時。
- 親族の方の中、どこまでの方が決定していただけるのか。通常のお世話が無く緊急事態においてのみ決定を委ねられるのか。
- 本人が決定できない為に、家族・保証人が決定せざるをえない。
- 家族のいない方、家族の協力性がない時、こちらの判断で良いのか。
- その時の空床状況により、医師の判断が違って来る場合。
- 特定病院
- 身体拘束を行う際、即やむを得ないと判断する。

- 病院と囑託医との意見の違いがある。
- 困惑を感じることは別がない。家族が同伴できない時は、当然本人の為に必要である。
- 治療方針
- 本人、家族の意向も考えず、向精神薬を使用する事がある。
- 急変時の家族到着までの対応。
- 治療を要するけれども本人が病院を好まず、興奮し、なじまない時など。
- 家族の同意がないと治療（入院）できない。
- 本人の意思表示が出来ない状態で、家族がどこまで決定できるのか。又、家族のいない方達は どうすればよいのか。コンセンサスがほしい。
- 本人がお金を持っていない場合、生活保護に切り替える等の手続きが必要になる。
- 家族の方が病識不足等ある時。同席に説明、代弁する事がある。
- 家族の方が入所された時の気持ちと、その時になった場合再度意思の確認をした時、気持ちに変化が見られる時。
- 痴呆症状による理解力低下で、本人の希望による入院でない時がある。
- 本人への説明と同意が得られない場合が多いため、家族（身元引受人）の判断に委ねる場合が多い。
- 本人、家族の方向性がはっきりしない。高齢ということもあり、医療行為をすることで本人にとって負担となると考えがち。
- 医療行為に関する同意、合意の確認。
- 長期入院者の退所の決定についての判断。
- 痴呆で周辺症状があるため治療ができないと言われ強制退院させられる場合。
- 施設介護として限界を感じるが医療機関が果たしてよいのか不安がある。
- 理解力の不足によるため。
- 内服において活動が低下することが予想される場合がある為、内服の使用時考慮することがある。
- 治療方針についての同意を得ることが出来ない。
- 症状の部位の特定が難しい時がある。
- 家族の協力が困難な場合、又、入院拒否の場合。
- 何を意思決定の基準にするか。

問 16-補 2 あるとよいと思われる制度

- 介護職と看護職の意見の食い違いのようなものを感じる時がある。介護福祉士の資格をもった人が半分位、平均年齢 40 才、昔ながらの施設の考えそのものです。
- 現行の任意後見や補助、床佐、成年後見制度をより活用しやすくして頂きたい。今の制度をもっと簡単に使えるシステムづくりが求められている。
- 親身な成年後見人制度で決定が出来ること。
- これからは「living will」「自分のターミナルの迎え方」を法的に残せると良い。
- 重度痴呆専門の総合医療機関。
- 家族がいつでも相談できるソーシャルワーカーなどを交えて医療スタッフと話し合いができれば（家族は専門的知識がよく浸透していない場合が多いので）
- 責任の取れる代理人。
- 施設が指定した家族の決定を尊重する制度。
- 責任を明確に出来るような制度。
- 必要性に応じたスタッフの意向や代弁が通るようになればよい。
- 措置（行政の権限）による入院や治療が明確なシステムとして示されるような制度。
- グループ、ホーム的な環境があると安定して良いのでは。
- 受診者サイドで考えてくれる相談者。
- 区市町村長がやってくれればと思う。
- 入院中の方への A D L 維持、メンタル面でのケアを行う制度。
- 成年後見人制度の充実。
- 介護施設には限界がある。（医師の常勤制度）
- 成年後見制度等が充分活用出来ていない部分があるので、この制度の活用を図りたい。又、その P R も積極的に行ってほしい。
- 人権事業
- 後見人制度の充実を今後図っていかねばならないと思っている。
- 介護に対して問題があった場合、最終的にはドクターの意向が左右される。
- 痴呆による問題行動のある患者を責任をもって医療で看ようという体質こそが必要。
- 本人の意思がはっきり表れているものがあるとよい。（痴呆になる前に託されたもの）
- 最終的には囑託医師の判断と思われれます。
- 低価格で雇える家政婦協会があれば良いと思う。
- 本人、家族を優先していただきたいので、本人意思決定制度。
- 医療機関や療養型医療施設においても痴呆専門病棟があって良いと思う。
- 身元保証人にもなって頂けるような制度。
- 成年後見人制度も一つの方法と考える。
- やはり後見人制度が必要と思われる。
- 成年後見制度

- 後継人の選定等
- 後見人制度
- 医療を受ける、受けないという判断が個人で出来ない場合、客観的な判断が可能な場なり人材があると良いと思う。
- 第三者機関
- 第三者で決定する事が多いので、立会人のような人がいるといい。
- 後見制度を使いやすく。
- 施設と医療機関の連携制度。
- 家族の方の窓口の一本化。
- 当施設の場合は協力病院の先生にお願いして再度説明をしていただき、家族の決定を一緒に促している。
- 成年後見制度
- 医療的な治療が幅広く受け入れられた総合的ホーム。
- 成年後見制度。地域福祉権利擁護事業。
- 後見人制度の普及。
- 制度では無いが受け入れ出来ない理由をドクターに具体的に伺いたい。
- 専用施設の増設が必要です。
- 医療側と施設側、及び第三者の検討会。
- 行政への届出制度があるとよい。
- 判断能力のあるうちに、本人の意思を確認、残していく制度。
- 地方自治体が対応すべきと思うが、実現は無理と思う。現状のままいくしかないのでは。
- 医師は介護の施設を良く理解していない。昔措置の方法がベスト。
- 急な対応に間に合う制度。
- 意思が明確な時に財産管理や自分の終末期の希望が明らかにできる制度。
- 同意権の権限の明確化。
- 痴呆専用の病院もしくは痴呆患者をすぐ受け入れてくれる病院があると良いと思う。
- 痴呆になる前に本人の意向を確認しておく制度。
- 元気な時に痴呆が発生時医療をどの程度望むか（向精神薬や延命について）確認できる制度。
- 特にわからないが指導を受けたい。
- 決定をある程度判断でき、その意思により対応ができる行政機関が必要。
- 重病な痴呆（痛みや苦痛を感じず徘徊する）高齢者を見守りつつ、医療措置を施してもらえ施設があると良いと思う。福祉施設では医師もおらず、重責だと思う。
- 本人の意思尊重を代替できる代理者が法定に認められると良い。
- 意思決定ができない状態で医療を受ける場合、どのように受けたいかあらかじめ意思決定出来るうち書面で確認する。

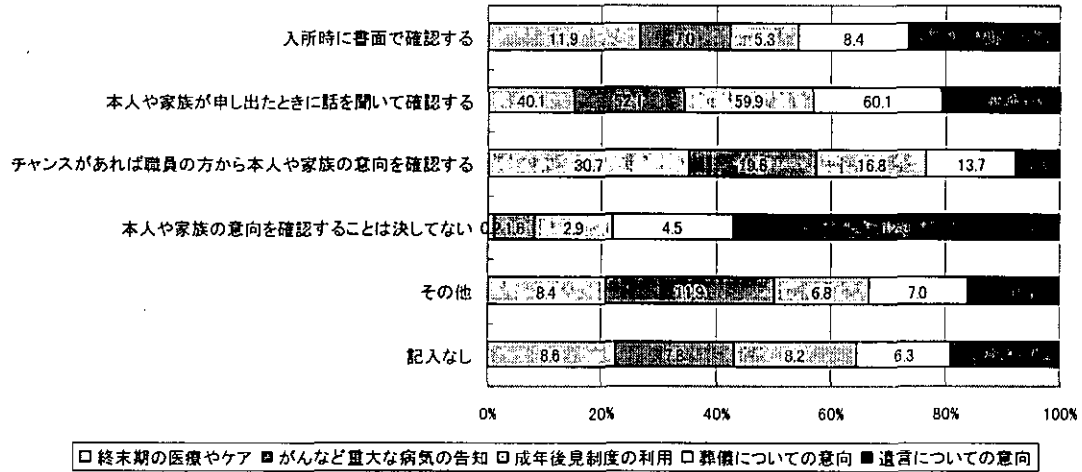
- 成年後見制度まですると、時間も費用も要してしまう為、即決ができるような制度があると助かる。
- 付添いの方があればよいと思います。
- 痴呆性の高齢者を受け入れるには、看護婦の数や、病院のあり方によっても違うので看護師の人員の増員が必要と思う。
- 施設で介護職員が行ってもよい医療行為とみなされる「お世話」の緩和制度。
- 特養にも老健と同様、医師の配置を望む。
- 後見人
 - 第三者的な権利擁護機関。
 - 後見人制度のようなものがあると良い。ただし、本人の病状、環境を考慮できる形で。
 - 病状に応じて医師の判断、決定等。
- 行政サービス
 - 痴呆の方が安心して入院出来るような専門病院を増やして欲しい。
 - 自治体もしくは国が法的な後見人を依頼すること。
 - まず医療を行う前に施設側の意向を尊重していただいて対策を話し合っ決めて行く制度。
- 成年後見
 - 単身者の家族を探し出してくれる機関があればよい。
 - 公的で後見制度のようなものがあればいい。
 - 入所する事で医療に関しての判断は施設に委任してもらいたい。
 - 国民的コンセンサス、あるいは法的制度が欲しい。
 - 医療機関にソーシャルワーカー等福祉業務の事をわかる人がいてほしい。
 - 入所時の契約で、施設側として家族の意思の確認や最善の努力をするが、何があっても一切文句申しませんという文面。
 - 医師より診断書を記入していただき家族へ伝達する方法。
 - 制度ではないが医療従事者としてのモラルの向上。
- 成年後見制度
 - 後見人制度は財産管理的要素が強く、本人の身体についての決定する権利は？（任意後見人ならまだしも）

問 17 入所者の希望を尊重することについて

問17 終末期の医療やケアについての意向 (SA)

	終末期の医療やケア	がんなど重大な病気の告知	成年後見制度の利用	葬儀についての意向	遺言についての意向
入所時に書面で確認する	11.9	7.0	5.3	8.4	11.9
本人や家族が申し出たときに話を聞いて確認する	40.1	52.1	59.9	60.1	55.4
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	30.7	19.6	16.8	13.7	6.7
本人や家族の意向を確認することは決していない	0.2	1.6	2.9	4.5	12.3
その他	8.4	11.9	6.8	7.0	6.5
記入なし	8.6	7.8	8.2	6.3	7.2

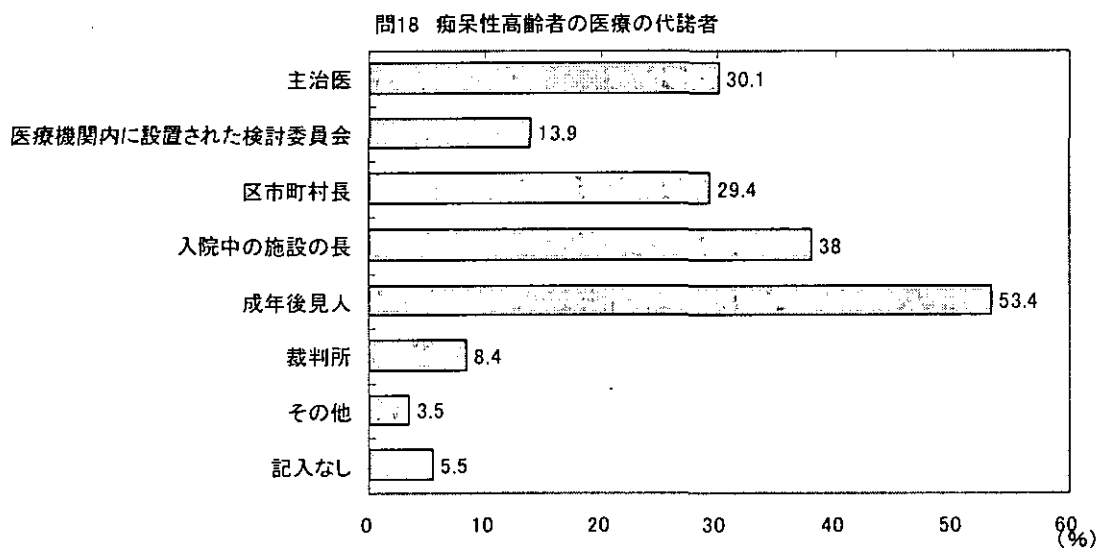
問17 終末期の医療やケアについての意向



問 18 痴呆性高齢者の医療の代諾者として適当だと思う人

問18 痴呆性高齢者の医療の代諾者 (MA)

	人数	%
主治医	154	30.1
医療機関内に設置された検討委員会	71	13.9
区市町村長	150	29.4
入院中の施設の長	194	38
成年後見人	273	53.4
裁判所	43	8.4
その他	18	3.5
記入なし	28	5.5

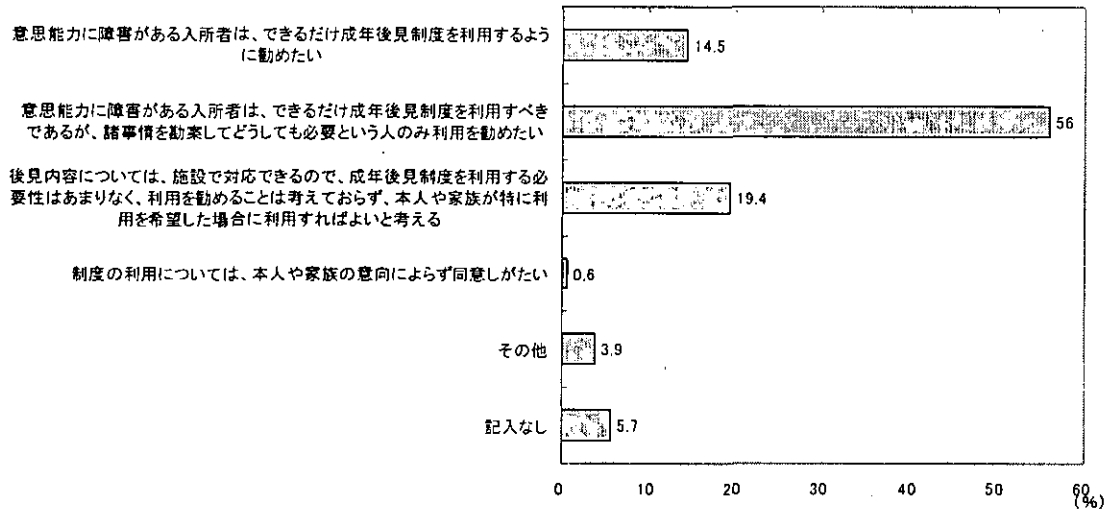


問 19 入所中の痴呆性高齢者の成年後見制度利用についての意見

問19 成年後見制度利用についての意見 (SA)

	人数	%
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	14.5
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	286	56
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	19.4
制度の利用については、本人や家族の意向によらず同意しがたい	3	0.6
その他	20	3.9
記入なし	29	5.7

問19 成年後見制度利用についての意見

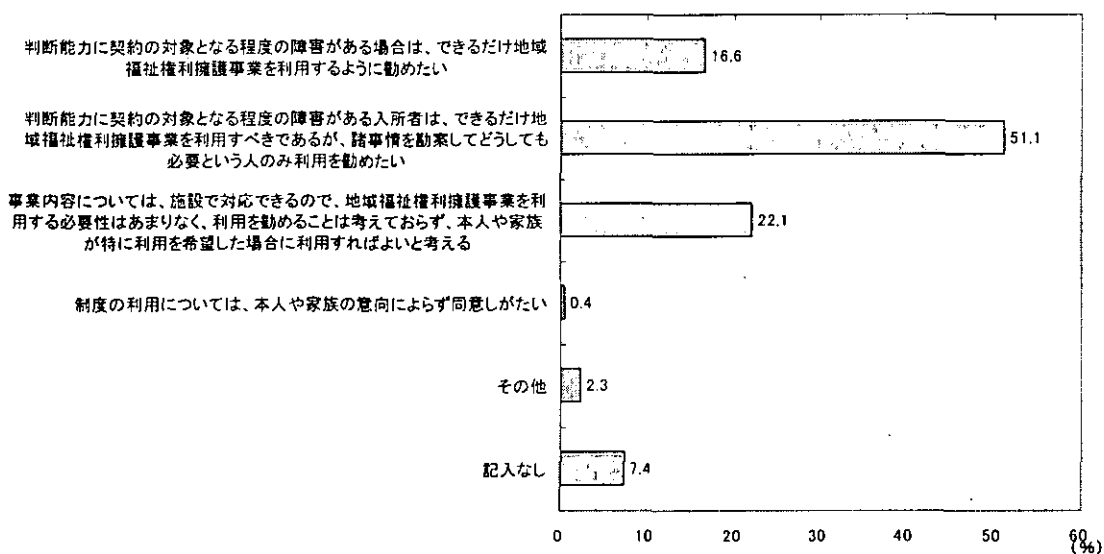


問 20 高齢痴呆入居者の地域福祉権利擁護事業利用についての意見

問20 入居者の地域福祉権利擁護事業利用について (SA)

	人数	%
判断能力に契約の対象となる程度の障害がある場合は、できるだけ地域福祉権利擁護事業を利用するように勧めたい	85	16.6
判断能力に契約の対象となる程度の障害がある入所者は、できるだけ地域福祉権利擁護事業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	261	51.1
事業内容については、施設で対応できるので、地域福祉権利擁護事業を利用する必要はあまりなく、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	113	22.1
制度の利用については、本人や家族の意向によらず同意しがたい	2	0.4
その他	12	2.3
記入なし	38	7.4

問20 入居者の地域福祉権利擁護事業利用について



自由回答

■ 何かいろいろ書きたいことが自分の愚痴になりそうです。3年前突然の人事異動で病院看護師（婦長補佐）で働いていたのに、特養に主查看護師として配属され、福祉施設には全く縁もなかったので面くらいました。ようやく何とかそれなりに働けるようになりました。看護職と介護職との関わりの難しさ、考え方の違い、毎日がストレスです。看取りは家族が望まない限りは施設でと私は考えているのですが、寮母は病院で看取るのが当然のように考えています。病院は治療が目的で、看取りが目的でないと言うのですが…。分からない事は協力できませんが、わかる範囲で記入しました。参考になれば幸いです。

■＜医療のあり方について＞

- ①急性期の医療が必要であるのか、そうでないかの見極めが必要。それによって、対応が異なる。
- ②生活援助の施設と言われる特別養護老人ホームにおいて、ターミナルケアを提供できる、看護との介護のチームケアの確立。ケアスタッフ（看護師・介護職）が、ケアの専門性、アセスメントの能力を研鑽することを求められる。
- ③日本において、小児科があるのに、老年科という分野がない。成人とは違った症状や行動、身体状況があるにも関わらず、専門の分野が確立されていない。その上、痴呆症の専門医がないのに、内科や精神科の医師が痴呆症と診断している現状を改善してほしい。北欧では、痴呆症のアセスメント診断に半年は費やし、主治医は生まれた時から死ぬまで関わるということである。人を全人的に捉えた医療が痴呆症の場合特に求められると感じている。
- ④医療もさることながら、痴呆症のケアも近年になって取り上げられてきたところ。ケアの場合は、痴呆症によって出現する数々の周辺症状、行動障害に対する理解。徘徊や物色などの行動障害に対処療法的に対応していくのではなく、その原因に目を向けて、行動のサインを読み取り、安心して落ち着ける環境を提供していくことが大切であると考え。当施設においても、そのような関わりと勧めて、痴呆症の方が落ち着いて生活しておられる。
- ⑤人は、生まれながらに自然に天寿を全うして最期を迎える能力、力を持っている。できるだけ、自然に近い形で最期を迎えてもらえるような関わり方、これもケアだと考える。それには、介護だけではなく、医療、看護、介護の総合的なアプローチが必要であるし、これからは、施設だけではなく、地域で、在宅で痴呆症の高齢者を支えられる医療システムの構築が必要であると考え。システムはできるだけ、利用者に近い、生活に近いところにあるべきである。そのほうが有効であるから。

＜財産管理のあり方＞

介護保険制度が導入されてから、施設で管理する財産は非常に少なくなっている。入所の段階でお聞きすると、年金は家族管理が殆どで、措置の時代のように、年金振込口座と

施設の小口口座が同じである場合は少ない。定期的に介護保険の利用料を支払える額を家族が定期的に入金してくれる。しかし、年金や本人の財産は基本的には、その人のために一生使われるべきで、その人の生活の質を向上する為に必要なお金は、本人の意思を代弁してご家族に訴えて行きたいと考えている。具体的には、衣類、日用品ほかの購入などの際、家族とお話して購入させていただく。身寄りのない方の場合の入所に関しては、行政のほうと相談して、状態に応じて任意後見、補助、補佐、成年後見制度の活用をすすめるなどの援助を行っていく。自己決定能力があるうちに勤めていきたい。

- 過日、ある研修会に参加し目からうろこの感がしました。痴呆症の方にこそ、まだ意思決定能力のある間に痴呆症の告知をし、自分の終末期のあり方について自己決定してもらっておく。いよいよ痴呆が進行してきた時点で、治療による延命か、なるべく自然のまままで命を終えるか、本人の予めの希望に従った終末を迎えさせてあげる。北欧ではこのような考えで介護や医療が実施されているので、治療の為の人権侵害や身体拘束は少ないと聞いております。

財産管理も、予め本人の意向を聞いておいて本人の希望通りに行っていれば問題は少ないと思われます。日本では人権養護の精神が国民の生活の中に十分に根づいているとは言えない為か、痴呆性高齢者への対応をどうするかで介護に携わる人達が日々難問をつきつけられていると言っても過言ではありません。

- 介護保険導入前においては、どちらかというとなり家族や身寄りのない方のお世話は町と施設の者で対応しておりました。先日、後見人制度の説明を聞き、本来、本人の意向を聞いて何事も対応しなければいけないことが家族の意向となっているのが現状です。

地方に住んでいれば、家族の誰かが近くに住んでおり、甥や姪といった人達のお世話を受けている人もいます。医療についても判断の基になるのは、主治医の意見を尊重し、家族と話し合ってもらいますが、家族は私共に任せられることが多いように思います。

財産についても以前は年金等お預かりするのが原則で、預り金も多くありましたが、現在は1割未満の方からお預かりしていますので財産管理については家族の責任とさせて頂いております。一件のみ本人が痴呆で妹さんがいるのですが、その妹さんが利用者の財産をあてにしているので対応に苦慮しております。

- 施設が本人、又は家族の意向を受け入れる必要がある。医療行為については、本人が判断できない状況なら家族へ、家族がおられなければ主治医の意向の従う。
- 家族、保証人がない方が施設に入所される時は市町村から依頼されるが、それっきりなので継続して見てもらえる様にするか、別の機関を設置するかしてほしい。
- 基本的に財産、特に死後の相続トラブルには関与しない立場をとっている。
- 痴呆発症前に意見の確認する方法が良い。
- 痴呆がある方のケア力のある病院が増えて欲しいと痛感します。入院指示があり、入院されたのにひどい時には退院させられたり現状があります。入院を断られることも。ケアと組み合わせあった病院は、経費も、人手もかかるから今の時代には望めないのでは

ようか。その方の生活まで考えた医療は夢にならない 21 世紀であって欲しい。

- 痴呆の状態が入所する方が多い為、本人の意思確認は難しい状態であり、家族（妻、息子等）の意向を主に行っている。死後の財産管理（遺産としての土地など）で兄弟間のトラブル等は時に見られるが、あくまで施設は関係せず家族間で解決してもらっている。入院等も家族を中心に対応している。
- 施設側としては、決定は家族であるという点は不動である。しかし、家族は施設へ方向性が見出されるアドバイスをしてほしいとの要望あり。その後のこともあり、施設に処遇の方向性を求められる気持ちは理解できるも、家族の積極的意見がなかなか見えない。
- 基本的には判断能力の低下した利用者には成年後見人、成年後見監督人を置いて、地域福祉権利擁護事業も含めた。第三者のサポートが必要となっている。又、緊急時のスムーズな医療側の対応も、後見人制度の確立により、すばやい対応が可能となるのではないだろうか。
- 質問 10 は施設内で診療所として届出はしているが協力病院内の医師に嘱託医として 2 回/Wのみ往診に来てもらっている。それ以外は協力病院への受診、又は電話連絡で施設の准看護師が対応している。

質問 15 は等施設では病院受診、入退院中の管理は施設職員で行う事となっている。家族へは前後に電話報告を行うが、家族同伴は基本的には行われぬ。家族や本人希望がある時は一緒に受診、入退院、同席することはある。
- 当施設は協力病棟という形で入居者の皆様に主治医がついております。医療面においての主治医でありながら日々の生活の中に多大な影響を与えております。特に終末期医療に関して入居者の自己決定は無視され家族自身も医療側の圧力で納得させられて入院の運びとなります。痴呆性高齢者の医療行為についても、ベッド上抑制が日常茶判事です。当施設では抑制をしない工夫、抑制にいたらないケアをスタッフ全員で取り組んでおります。医療側も「なぜ抑制はいけないのか」ドクター、ナースがもう少し意識を高め取り組んで欲しいと考えます。
- 施設より病院の方が適当と思われる方について、医師と施設、ナースの意見がそろわない事があるが、その場合点滴その他の医療を施設で行わなければならない。が、当施設はナース 2 名（休日が入るので交替勤務）で医療行為を行っており、できる事には限界がある。過度な要求では管理に無理が生じてくる。施設と病院のスムーズな移行が望まれる。異食や徘徊、不眠等、内服薬で落ち着かせる事が必要になってくるが、薬の使いすぎで ADL の低下につながる。精神科ドクターと細かな打合せが必要だが、なかなか困難である。
- 財産管理等、本人、個人に属するものであると考えるが、日本の社会の持つ問題でもあるが、親のものは子供のものという意識の方がおられることに疑問を感じます。また、それを違うと言えない施設（私共）にも困っています。医療に関して、経営栄養になっ

て辛い状態で生きていかねばならない事に疑問を感じます。上記は痴呆の高齢者だけの問題ではないと思っています。

- 対象者はいるのですが、介護保険施行後、契約関係となり利用者の背景をつかむ事が困難になってきています。又、介護現場でそういう話を進めるための人的余裕も少なく終末期になって慌てる事があります。そういった話を専門的に進めていってくれる人が外部からでも来てくれればと思います。今の状況ではこちらから依頼してくれないと動いてくれないので。
- 痴呆性高齢者に拘束が必要な、高度あるいは濃厚な医療は必要ではない。食べたい物を食べ、風呂が好きなら毎日入浴できるような生活を援助できる施設がいい。財産については法定後見人制度は活用して欲しい。
- 痴呆性高齢者が増大している現状であり、医療側は治療のみにとらわれず、介護の側面を考慮して頂きたい。治療目的で入院したがジョクソウを作り、身体が不潔になり退院したケースもある。
- アンケートを記入することで施設でのケアを振り返ることが出来、良かったが、痴呆の方の自己決定に関してはまだまだ問題が多いと思います。(特にターミナルに入った場合や金銭に関して)
- <痴呆の方の財産管理について(遠方の人)>
身元引受人(家族)に確認しているが、後刻になって有る無いの事例がたまにある。第三者(施設相談員)に確認する方法もあるが、いつも常勤しているわけでないので当座に間に合わない、又本人のプライバシーの外部秘の事もあり何かと困難である。施設内では複数による確認を行うも同類とみなされる。何か良い方法はないか。医療については医師とコミュニケーションをとっている。
- 痴呆についてドクターと話が出来ない事。又、痴呆の対応で相手を興奮、混乱させてしまうような対応をする等、痴呆についての勉強等ドクターを含め、そこに関わる機関と話をしていきたい。
- そのような場合は、各市町村(行政)が関わる必要があると思われる。
- 現在では成年後見制度を利用する以外、方法はないと思われる。家族の方が多いと、それぞれ希望が多くあり、窓口を一本化できればといつも思う。(契約者の家族であっても結果を求められない)
- 家族のある場合は、家族の判断にまかせる。家族から相談を受けた場合は、成年後見人制度、地域権利擁護制度の利用を勧める。
- 介護保険導入時に、自己決定のできない痴呆性高齢者のアドボカシーを誰がするのか、大いに懸念され、そこを都や自治体にも働きかけました。しかし、後見制度が導入されるということで、視点が当てられることはありませんでした。成年後見制度が段々と広報されて、私共施設でも何件か家族に説明をし、申し込みをいたしたケースがあります。しかし、残念なことに、裁判所の方々との話し合いの中で使用を断念する方が多く、し

かも、とても憤慨してご連絡をいただくことがあります。「あそこまで言われて疑われて後見制を申し込むのではやめます」ということで再度我々が使用をお勧めする状態ではなくなってそのままとなっています。その上費用も高く、使い勝手は良いとは言えない現状にあります。むしろ、地域権利擁護制度に施設の人でも使える形態とすることの方が早道と考えます。痴呆性高齢者の財産管理や医療のあり方については、むしろ「特養ホームにおける身寄りのない入所者のための施設の手引き」が平成 14 年度に東社協から小冊子として出されていますのでそれで参考までにお知らせしておきます。

- 成年後見制度を活用したいと思っておりますが、手続きが複雑であると、費用面で障害が生じている。
- 施設としては財産管理を行うことについては、種々の問題点を抱え込む事となるので困難であり、又、そうすべきでないと思えます。
- 一日措置入所の方々の中で、身寄りのない方もおられます。その方々は入所時の身元引受人は福祉事務所長となっていました。介護保険制度導入で契約という形になり、本人に契約時の署名をして頂いたが、身元引受人は不在です。その方々については措置入所の継続を希望します。すべてを契約にするのは少し強引と思われれます。
- 財産は家族と相談の上、事務所でお預かりしています。
- 本人の自己決定は施設の方針となっているので、本人が無理な場合は必ず家族の同意を得るようにしている。又、本人あるいは家族の希望により、財産管理をするケースがある。当施設では過去 10 年間、家族の意思によりターミナルケアを行う事は当然の事だと考えているので、医療機関へ入院すべき方でも、施設内で過ごされている方は今でも数人おられます。又、施設で亡くなられた方の家族が望まれば施設内で葬儀を行う事も可能であり、これまで数十人の方が利用されました。アンケート結果を知らせて頂けるかどうかは解りませんが、全ての施設が入居者にとってより良い施設になることを希望します。
- 一人暮らしの高齢者が増加していく中で、痴呆性高齢者の対応については当施設でも苦慮している所であります。家族の状況も様々であり、どの程度関与すべきか判断に困ることがある。
- 医療も財産管理も身元引受人にしてもらおう、又は立ち会ってもらわなければならない。あるケアハウスでは、銀行員と利用者が顔見知りなので身元引受人の立会いがないまま 1 年間に 500 万円も引き落とし、マイナスになっても年金が入るから大丈夫といわれ、引き落としたことがあったそうです。理事長、施設長が寄付の強要をしている様子、問題です。
- 上記の質問に対する意見ではございませんが、医療機関は家族の要望を重視し、医療機関や医師の都合での家族説明と同意を得ないでもらいたい。医療機関は家族の要望、及び本人の予後を勘案し、対処療法に終始せず、人間の死を直視考慮してもらいたい。

- 痴呆の方のみではなく、医療に関して常々疑問だらけである。福祉の人間はその方の生活歴や、家族関係など把握の上でケアなりを行っているが、医療の方は、病気のみに着目しすぎているところに問題が多々あると思う。急性期ならともかく、延命を続けていくことはどうでしょう。看護師も幅が狭く、人間的にもいいなという人はなかなかいないのが現状です。財産管理も含めて、自分自身そうなることを考え、行動しなければならないかなと思っている。
- 成年後見人制度は大変良い制度であると思う。しかし、それを利用する為の診断書料等の費用が高く、利用したくても利用できない状況もある様に思う。
- 家族がいる痴呆高齢者は医療について問題ないが、身寄りのいない人の場合、成年後見制度、地域権利擁護のどちらかの利用者に対しても権利がない。医師の緊急時判断に任せられている現状で医療についての人権が認められているとは言い難い。財産管理については成年後見制度等で身上監護に視点を置くように規定されていても、法律実務家の人にどちらかといえば単なる財産管理に終わっているケースが多い。もっと本人の幸せのためにどう財産を管理するかを後見人等になる人は考えるべきだと思う。
- 医療のあり方については、診療行為の同意権等のあり方等、明確な制度の創設を願いたい。
- 親族が成年後見人になることも多いかと思えます。財産管理では利害も絡み、難しい面もあり、第三者の方が良いかと思うこともあります。医療についても、いざとなると家族も動揺して方針が揺らぐ事が多いです。(入院や経管栄養などについて)
- 痴呆専門医が少なく、精神科医に頼るしかないのが不安です。介護保険施行後は本人の年金証書、通帳等お預かりしないようにしていますが、利用料金の滞納が問題になっています。措置時代の入所者の預金を当てにしている家族も多く、入所者の生活を守るには施設側としては限界があると感じられます。
- 現在、特養には入所者本人の意向や希望は必ず家族に確認するか、家族の希望を取り入れるが、どちらかと言えば家族主体となっている。本人より家族がうるさいからです。施設が自己決定を促進しようとしても、家族はそれをくいとめてしまいますので、本人の自己決定の意欲は消えてしまう。
- 痴呆性の高齢者や寝たきりで意志を伝える事の出来ない高齢者が医療を受ける際、意志を確認できず、家族に委ねられるケースが多い。本人サイドに立って考えてくれる家族もいれば、都合で決定されることも少なくない。本人が意志決定が出来るうちに確認しておくべきと思われる。
- <医療について>
 転倒で骨折等で入院する時もなんとか受けいれてもらえる病院を探すのが難しい。家族が毎日のように付添えれば入院可能な所がある。家族がいない方でも付添いを入れるなどで受け入れてもらえればよいと思う。
 施設でも状況によっては身体拘束がないとは言えないが、病院に入院すると点滴など