























































































































































【アンケート調査票】

3 店舗・売り場でのお客様トラブル<sup>※</sup>の **実態** について（お分かりになる範囲で記入ください）

※ “トラブル”とは、来店のお客様との「もめ事」あるいは「どう始末をつけらいいか分からず困ったこと」です。  
**認知症が原因と思われる場合**、“本人が困る” こともあれば、“家族や近隣の人、地域の関係者などが困ってしまう” こともあります。本人が被害にあう場合も、周囲の人たちが被害にあう場合もどちらも入ります。（認知症が原因なのか判断がつかない場合も含めて考えて下さい）

1) H27年1月以降のトラブル件数	約（        ）件		
2) うち、 <b>高齢のお客様</b> が関わっていた件数	約（        ）件 または 上記1) の（        ）割程度		
3) うち、 <b>認知症かもしれない</b> と思っただ件数	約（        ）件		
4) <b>高齢のお客様に多いトラブル</b> （認知症が原因の場合に限りません）  ※右欄の①～⑧のうち、これまで多かった順に数字をご記入ください  ※「⑧その他」の場合、簡単な内容をご記入ください	① 店内で行方不明・迷子	⑤ 窃盗（万引き）	
	② 店内での事故・けが	⑥ 暴力（対人・対物）	
	③ 他のお客様との口論	⑦ 代金支払（レジ周り）	
	④ 車の操作ミスや事故	⑧ その他	
	1 位	2 位	3 位
5) 高齢のお客様の様子で <b>“おかしい”</b> と <b>思ったこと（気になったこと）</b>  ※該当するもの <b>全てに✓</b> をつけてください。	<input type="checkbox"/> ①商品をよく確認せず、カゴに入れていく		
	<input type="checkbox"/> ②並んでいる商品を意味なく並べ替える		
	<input type="checkbox"/> ③購入前の商品を食べる		
	<input type="checkbox"/> ④大声や奇声をあげる		
	<input type="checkbox"/> ⑤話が通じない		
	<input type="checkbox"/> ⑥急に怒り出す		
	<input type="checkbox"/> ⑦同じ場所を行ったり来たりしている（運動以外で）		
	<input type="checkbox"/> ⑧店内をウロウロしている		
	<input type="checkbox"/> ⑨商品を倒す		
	<input type="checkbox"/> ⑩商品を購入せず持ち帰ろうとする		
	<input type="checkbox"/> ⑪カートを断りなく持ち帰る		
	<input type="checkbox"/> ⑫独り暮らしなのに毎回大量に購入する		
	<input type="checkbox"/> ⑬レジで財布を探して時間がかかる		
	<input type="checkbox"/> ⑭レジで財布を持っていない		
	<input type="checkbox"/> ⑮レジで毎回、払える小銭があるのにお札を出す		
<input type="checkbox"/> ⑯その他（枠内に自由にご記入ください）			



5 店舗での高齢者や認知症に関する取り組み（お分かりになる範囲で記入ください）

1) 店舗でスタッフを対象とした高齢者や認知症に関わる <b>研修開催</b>	<input type="checkbox"/> ①ある ⇒ <input type="checkbox"/> ①認知症サポーター養成講座を開催した <input type="checkbox"/> ②その他（ ） <input type="checkbox"/> ②ない
2) あなた自身の研修等の <b>参加状況</b> ※該当するもの <b>全てに</b> ✓をつけてください。	<input type="checkbox"/> ①ある ⇒ <input type="checkbox"/> ①認知症サポーターの養成講座を受講した <input type="checkbox"/> ②地域の見守りに関する訓練等に参加した <input type="checkbox"/> ③その他（ ） <input type="checkbox"/> ②ない
3) 今後、店内で高齢のお客様や認知症のあるお客様に関わる上で、 <b>知りたいと思うこと</b>	※どんなことでも結構ですので、ご記入ください。
4) 今後、店内で高齢のお客様や認知症のあるお客様に関わる時に、 <b>配慮や気をつけたいと思うこと</b>	※どんな小さなことでも結構ですので、ご記入ください。

6 高齢者・認知症支援に関する店舗と地域との連携

1) 地域包括支援センターについて	<input type="checkbox"/> ①知っている <input type="checkbox"/> ②知らない
2) 地域との交流や協力の <b>現状</b> ※該当するもの <b>全てに</b> ✓をつけてください。	<input type="checkbox"/> ①地域包括支援センターに協力している <input type="checkbox"/> ②特別養護老人ホームやグループホームに協力している <input type="checkbox"/> ③認知症サポーターとして協力している <input type="checkbox"/> ④地域の見守りネットワークに参加・協力している <input type="checkbox"/> ⑤高齢者の見守り支援で行政と協定を締結している <input type="checkbox"/> ⑥協力の要請を受けたことがない <input type="checkbox"/> ⑦その他（ ）
3) <b>今後、地域と交流や協力していきたいところ</b> ※該当するもの <b>全てに</b> ✓をつけてください。	<input type="checkbox"/> ①地域包括支援センターに協力 <input type="checkbox"/> ②地域の特別養護老人ホームやグループホームと交流 <input type="checkbox"/> ③認知症サポーター研修の受講を従業員に推奨 <input type="checkbox"/> ④地域の見守りネットワークに参加 <input type="checkbox"/> ⑤高齢者の見守りで行政と協定を締結 <input type="checkbox"/> ⑥その他（ ）

これから更に増加が予想される 高齢の、また、認知症のあるお客様への対応について、日頃感じていること、こんなことがあれば助かる、こんな支援ができれば…、など ありましたらご自由にご記入ください。

（ご記入は任意です）

都道府県名 \_\_\_\_\_ 店舗名 \_\_\_\_\_

ご協力ありがとうございました。頂いたご意見は集約し、後日メールや小冊子等でご報告させていただきます。

### 1-3 生命保険会社ヒアリング調査（現場での様々な困難事例）

- 保険会社あてお客さまからの申出内容より抜粋
- 契約者の属性 性別：男性 22 名、女性 20 名 平均年齢：77 歳

#### 契約事務手続きに関する問題

- 受取人、被保険者が認知症であるため手続きが煩雑。
- 成年後見人の手続きしていないので手続きが煩雑。
- 契約者認知症のため代理のものに連絡要請した。
- 年金受取には生存証明が必要？ 要介護 1 で役所にいけない。必要書類の取得が困難。
- 契約者認知症により家族から住所変更の申し出。
- 受取人である母が認知症であるため手続きが煩雑。
- 認知症のため施設に入所。手続き困難。
- 契約者認知症になり契約内容変更申し出するも、本人認知症のため煩雑。
- 契約者認知症、意思能力なし。施設と申し出入宅行き来の生活。住所変更の手続き申し出あるも意思能力ない場合施設の住所への変更となる。満期の手続きについて家族より照会。

#### 家族の問題

- 父死亡。母も認知症のため手続きするためには成年後見人制度の手続きが必要。
- 認知症の妻が保険に加入したことがわからなかった
- 契約者認知症につき、子が解約の手続きをしようとするも、必要書類が多すぎて煩雑。成年後見人の登録をしていないので手続きが困難。
- 父母認知症。生活保護申請のため早急に口座変更必要にもかかわらず手続き煩雑。
- 契約者認知症のため管理できないことによる兄弟トラブル。（兄が勝手に契約者貸付を受けていた）
- 父認知症。姉から加入契約について照会。妹ともめているため当時加入した契約について照会。
- 契約者認知症。弟より解約金照会。お伝えできないことに不満。
- 被保険者（子）死亡。受取人（母）意思能力ありの認知症につき、精神的ショック与えないため死亡事実伝えられず。保険請求するのであれば成年後見人手続きが必要だが、子は手続きしないと決めているため死亡保険金請求出来ず。

◆認知症の方への支払いについては、当社の場合下記対応を行っております。

「保険金」⇒ 生命保険受取人に支払い。  
受取人が認知症の場合は法定相続人からの請求に基づき支払い

「給付金・すえ置金引出し」⇒ 成年後見人の設定がない場合でも、当該契約に、  
“代理請求特約が付加されている”場合は、代理請求人に支払い  
“代理請求特約が付加されていない”場合は、法定後見人に支払い

「解約や名義変更等、一般保全手続き」⇒ 法定後見人に支払い  
※保険会社によって対応が異なる可能性があります。

## 2 実態調査からの問題場面（実態・対応）の類型化

### (1) 問題場면을いかに分類するか、を考える

日常生活場面などにおいて、行動・心理症状（BPSD）から違法行為に至った場合の責任能力の問題などに関して、適切な対応を考えていくことが本事業の最終的な目標である。そのためには、まず、どのような問題があるのか、あるいは問題事例が発生しているのかを、調査することが最初に必要な作業となる。そして、問題点の総括的な概観を行うことを本年度の目的としている。

今回、「認知症のひとと家族の会」会員向けのアンケート調査（以下、家族の会アンケート）と、小売業の現場におけるトラブル実態と対応に関する事業所アンケート調査（以下、事業所アンケート）が行われた。どちらも日常生活の場面における問題に焦点を当てた調査である。特に、小売業の現場を対象とした大規模なアンケート調査は、本邦で初めてであり、たいへん貴重な内容である。件数をみると、家族の会アンケートでは284件の、また事業所アンケートでは301件の問題場面が報告されている。それらのうち一部については、既に2-1および2-2の項に、記載報告されているが、両アンケートを合わせて、600件近い多数の問題場面が報告されているため、これらを羅列するだけでは、その全貌を明らかにすることは困難である。一見すると迂遠なようではあるが、全体をいかに整理するかを、まずは良く考える必要がある。いわば、「全体を整理するための視点」の整理である。

整理の仕方について、表1に纏めて記載している。大きく、学問的な分類・出口に基づく分類・入口に基づく分類の3つに分けて考えることができる。それぞれについて説明しながら、適切な分類方法を検討していくこととする。専門家のための分類ではなく、一般の人が見ても分かりやすい分類になることが重要と考える。

=====

**表1. 分類の仕方**

#### A 学問的な分類

- 中核症状か周辺症状か
- 原因疾患で（Alzheimer、Vascular、Lewy、..）
- 考えられる責任病巣により分ける（前頭葉、頭頂葉、側頭葉とか。。）
- BPSDの種類で分ける（幻覚、妄想、うつ、不安、興奮とか。。）
- 出現しやすい時期で分ける（MCI、早期、中期以降）

#### B 出口に基づく分類

- 対応のしやすさ
- 医療介入の必要性
- 緊急性の有無

## C 入口に基づく分類

困っているのは誰か

問題が起こった場所は何処か

何が問題なのか（お金、暴力、車など）

過活動か低活動か

=====

まずは、医学の領域で用いられている様々な分類に基づいて、整理することを考えてみよう。具体的な例を挙げると、中核症状と周辺症状で分けるとか、原因疾患が何かで分けるとか（アルツハイマー型認知症に見られやすい症候、脳血管性認知症に見られやすい症候、レビー小体型認知症で見られやすい症候、など）、考えられる責任病巣によって症候を分けるとか（前頭葉症候、頭頂葉症候、側頭葉症候など）、背景にある行動・心理症状（behavioral and psychological symptoms of dementia、BPSD）の種類で分ける（幻覚、妄想、うつ、不安、興奮など）、出現しやすい時期で分ける、など様々な分類方法が考えられる。このような医学的な視点に立った分類の多くは、いわば原因に基づいた分類と云うことができる。原因を追及していき、背景にある仕組みを明らかにするという意味では非常に意味のある分類である。しかし、現場で悩んでいる一般の人に、解決の糸口を提供することが重要と考えれば、医学の視点に立った分類は、極端に云えば、医療者の自己満足による分類であり、上から目線の分類とも云える。専門用語を使用すること自体、現場で苦しむ人にとっては、利用しにくい分類になる可能性が高い。また、実際に、問題事例を分類しようとするれば、すぐに分かることだが、多くの事例について、何処に分類してよいのかが分かりにくく、分類不能になりやすい方法である。

次に、出口に基づく分類について検討する。これは、今後の対応の仕方に基づいて分類しようとする考え方である。いわば、出口戦略とも言い換えることができる。実社会では、医療機関や行政機関で活動している相談員などは、業務上で、こんな風に考えながら相談を受けていることが多い。具体的に述べると、「この問題は、医療的に、あるいは社会的に緊急性があるかな？」とか、「すぐに介入しないといけないか？ それとも時間を掛けても大丈夫か？」「これは、医療が必要だろうか？ それとも介護の調整で済むだろうか？」とか、「精神的な症状だけど、身体の病気の可能性は無いだろうか？」などなど。対応の仕方を考えるということは、如何に治療あるいは治療的介入を始めるかという視点から、問題に光を当てているわけで、非常に実践的で、有用な視点であることは間違いない。或る意味、最も治療的な介入に結び付けやすい分類法とも云える。ただ、この分類を生かすためには、背景にかなりの知識を有することが必要である。治療的な介入に関する経験の乏しい一般の人に、こうした対応を求めることは非常に困難である。

問題を整理する目的が、何処にあるのかを、もう一度、考えてみる。我々は、問題行動を引き起こす器質性病変が何処に存在するのかを明らかにしようとしている訳ではない。あくまでも、困っている御本人および御家族に対して、少しでも良いから支援の手を差し伸べようとするのが目的である。とすれば、常に、一般の人の視点を忘れてはならない。

そう考えると、やはり、困っている人が居る場所や、あるいは困っている行動に注目して分けるのが一番、分かりやすいように思われる。何が起きているのか、あるいは何が問題なのか。問題は何処で起きているのか。こうした、むしろ表面的な特徴や類似性に基づいて、分類するほうが適切だろうと判断した。

以下、まずは家族の会アンケートについて概括し（2）、次に、事業所アンケートを概観する（3）。最後に、両者をまとめて、全体としての考察を行う（4）。

## （2）実際に分類してみる（家族の会アンケートから）

まず、家族の会アンケート 284 事例を目を通し、類似した事例を手作業で集めていくという方針で、分類を行った。その際、敢えて表面的な分かりやすさに拘って、問題事例进行分类していくこととした。どんな行動が問題となっているのか、あるいは問題が発生している場所は何処かという2つの視点を中心に据えて、分類を行った。ただ、全事例を綺麗に分類することは、非常に困難であり、内容と場所に注目しても何通りかの分類が成立しうるのは、むしろ当然のことである。ここでは、主に内容の違いに着目して行った分類（表 2-1）と、内容に着目しながらも途中からは場所による分類も加えたもの（表 2-2）を提示している。非常に短時間の検討しか行えない状況であり、どちらが、より有益かという議論は行っていない。ここでは、表 2-1 に示した分類に従って、以下、説明を加えていくが、この分類は、あくまでも現時点における暫定的な案、一種の叩き台に過ぎないことは最初に断っておきたい。表 2-2 のような分類の仕方も十分、成り立つように思われるが、時間もないため、詳細な比較検討は現時点では実施できていない。

項目ごとに事例数を示しながら、簡単な説明を加えていく。さらに、問題の起きている状況や対応について、代表的な事例を列挙する形で示していくこととする。なお、事例については、語尾や言葉遣いを一部、分かりやすく変更したものもあることを断っておく。

=====  
表 2-1 「家族の会アンケート」の分類 (1)

**A 自宅外で、命に関わる問題を引き起こしうる生活障害**

- ① 行方不明
- ② 車

**B 小売店での生活障害**

- ③ 万引き
- ④ 不要品の購入
- ⑤ その他、お店での問題

**C 金銭関係での生活障害**

- ⑥ 詐欺の危険
- ⑦ 財産管理の困難
- ⑧ 現金管理の困難

**D 日常生活障害（自宅内）**

- ⑨ 家事が困難
- ⑩ 家事が困難（火の元）
- ⑪ 身の回りのことが困難

**E 暴力・暴言**

- ⑫ 暴力・暴言（家族へ）
- ⑬ 暴力・暴言（介護スタッフへ）
- ⑭ 暴力（他の利用者へ）
- ⑮ 暴力（近隣の人へ）

**F 暴力以外の行動・心理症状**

- ⑯ 物盗られ妄想
- ⑰ 幻覚・妄想（物盗られ以外）
- ⑱ 他の行動・心理症候（自宅内）
- ⑲ 他の行動・心理症候（近隣とのトラブル）
- ⑳ 介護拒否

**G その他**

- ㉑ 親族内のトラブル
  - ㉒ その他
- =====

=====  
表 2-2 「家族の会アンケート」の分類 (2)

**A 自宅外で、命に関わる問題を引き起こしうる生活障害**

- ① 行方不明
- ② 車

**B 小売店での生活障害**

- ③ 万引き
- ④ 不要品の購入
- ⑤ その他、お店での問題

**C 金銭関係での生活障害**

- ⑥ 詐欺の危険
- ⑦ 財産管理の困難
- ⑧ 現金管理の困難

**D 自宅外、主には近隣における行動・心理症候**

- ⑨ 暴力（他の利用者へ）
- ⑩ 暴力（近隣の人へ）
- ⑪ 物盗られ妄想や、他の妄想・幻覚
- ⑫ その他の近隣トラブル

**E 自宅内での行動・心理症候**

- ⑬ 暴力・暴言（家族へ）
- ⑭ 暴力・暴言（介護スタッフへ）
- ⑮ 物盗られ妄想
- ⑯ 幻覚・妄想（物盗られ以外）
- ⑰ 他の行動・心理症候など
- ⑱ 介護拒否

**F 自宅内での日常生活障害**

- ⑲ 家事が困難
- ⑳ 家事が困難（火の元）
- ㉑ 身の回りのことが困難

**G その他**

- ㉒ 親族内のトラブル
  - ㉓ その他
- =====

## A 自宅外で、命に関わる問題を引き起こしうる障害

問題が起こる場所が自宅外であり、状況次第では、本人および周りの人の命に関わる問題となりうる生活障害として、「行方不明」と「車」の問題を1つの群としてまとめた。

### ① 行方不明

まず、非常に目立った問題として、行方不明を挙げることができる。細かく見ると、実際に行方不明になった事例が44件、行方不明になりそうで困ったという8件を合わせて計52件（18.3%）の報告がみられた。両者は、基本的には同じ範疇に属する問題と考えて、1つにまとめて検討する。52件という数は、全分類中でも最多であり、ご家族にとっての支障の大きさが窺われる。

自宅から何処に出掛けたのが全く不明な状況で、行方不明となる例が圧倒的で多い。ただ、少数ではあるが、その時点までは独りで行き帰りが出来ていた場所に出掛けていき、その日は帰ってくる事が出来なくなったという場合や、施設から居なくなった場合も挙げられている。比較的、問題が均一な印象を強く受けた。本人が、家族の気付かない内に移動してしまい（移動手段は、いろいろであっても）、家族が見失い、付近を探しても見つけることが出来ない状態とまとめることができる。場所に関する見当識障害を有し、或る程度の移動能力が保たれていることも共通している。落ち着きのなさや帰宅願望の有無などは症例により異なっているが、問題発生時の対応は、どうやって見つけ、保護するかに絞られる。問題を発生させないための対応も重要であり、多くの例で共通して活用できる対策が多い。

《行方不明になった時の対応》

- ・ 自分たち家族で探す。ただし、この時にも連絡担当として、誰かが自宅で待機しておくことが必要。
- ・ 近所の人やケアマネージャーに協力を依頼している場合もある。民生委員や地域包括センターへの連絡も時に行われている。
- ・ 状況によっては、施設職員やヘルパーが協力している場合もある。
- ・ 本人が行きそうなお店とか駅などにも連絡しておく
- ・ 最終的には、警察に捜索願を届ける。写真を持参している例もある。
- ・ 既に、GPSを利用している場合には、それを活用する。

《歩き廻ることへの対応》

- ・ 引き留めると喧嘩になることが多い。
- ・ 一緒に話し込み、話題を変えると、暫くして収まる
- ・ 一緒に歩く。少し離れて見守る。
- ・ 分からないように付いて行き、疲れたら、声を掛けて帰宅。

《歩き廻らないような工夫》

- ・ 夜は一緒に寝て、日中は公園や買い物に連れ回した。良く眠るようになり徘徊もなくなった。
- ・ 独りで家にいる時間をなくした。ヘルパーなども利用した。
- ・ 手を繋いで生活していた。

- ・ 自転車はキーロックして キーは隠して保管。
- ・ 玄関ドアにチャイムを付けた。小さい鍵を付けた。
- ・ 家族が送迎をするようにした。
- ・ 仕事を辞め、傍らにるようにした。

#### 《行方不明になった場合に備えて》

- ・ 連絡先などを記載した紙を、着衣に付けた。
- ・ 靴、下着、上着などへの記名
- ・ 役所で GPS の貸し出しを受けた。
- ・ GPS 端末をベルトに装着。
- ・ 近所の人には一人で歩いていたら教えてもらうように頼んだ
- ・ 近所、スーパーには母を見つけたら知らせてほしいと伝えた。
- ・ 近所、コンビニ、警察にお願いしていた
- ・ 市役所に行き 行方不明になった時の対応の申し込みをした。対象者情報の事前登録など。

#### 《介護負担の軽減》

- ・ 通所と泊まりの日数を増やし私の負担を減らした。

## ② 車

家族の会アンケートでは、自動車運転に関して、10 件（3.5%）の報告が見られる。実際に事故を起こしてしまった場合（6 件）と、周りは運転を止めさせたいが本人が運転しようとするため困るという場合（4 件）の 2 つに、大きく分けることができる。自動車による事故は、運転者本人のみならず、周りの人命にも関わる問題であるだけに、非常に重要である。

#### 《事故の事例》

- ・ 事故については家族が対応し解決。運転免許を返納した。
- ・ 交通事故を起こした時、軽微だったためか、そのまま立ち去ってしまった。警察沙汰になった。病気のことを説明し、陳謝。任意保険で修理してもらい、何とか解決。本人には運転を諦めてもらった。
- ・ 車を処分。車は「警察が処分した」と説明したため、何度も警察に行き「車を返せ」と言っていたが、警察の方の協力で 3 ヵ月ぐらいで落ちついた。
- ・ 精神科医師に相談し、免許停止とした。
- ・ 警察で厳重注意を受け、厳しく云われたことで運転をしなくなった。

#### 《乗りたがるので困る》

- ・ 1 年がかりで説得。
- ・ 免許証の更新時期が来たが連絡せず 免許を無効にさせた。
- ・ 車検だと言って車屋さんにきてもらい車を処分。本人が「車検が遅い」と度々聞いてきたが 始めのうち「電話で聞いてみる」とごまかし、次第に本人も忘れる日が多くなってきている。

- ・ 車は売却。車がないことで、本人が混乱しないよう、不在時に手続きをした。
- ・ アドバイスを家族の会相談センターでいただいた。本人へは、私（長女）が車を借りていると説明し続け、次第に聞いてこなくなった。

## B 小売店での生活障害

現代社会で生活することは、物品の購入および消費と切り離すことは出来ない。しかも、数十年前であれば、買い物は身近な商店で行われ、顔なじみの関係のもと、或る意味、保護的な環境下で行われていたといえる。しかし、最近では、大型小売店での物品購入が一般的であり、お店の従業員と客の間に顔なじみの関係が出来ることは稀であり、そのことが、認知症に罹患した患者にとっては、問題をより大きくする要因となっている。この群には、万引き（6件）、不要品の購入（13件）、お店でのその他の問題（4件）、という3つのカテゴリーが含まれており、全部で23件（8.1%）の事例が報告されている。これらのうちでも、万引きは違法行為であり、大きな問題となっている。不要品の購入や、その他の問題は、万引きと比較すると、比較的軽微な事例が多い印象であった。

### ③ 万引き

小売店で良くみられる生活障害のなかでも、万引きは違法行為であり、大きな問題である。家族にとっても、大きなショックを受ける出来事であり、同時に店舗側にとっても、難しい問題である。この問題行動に対する対応方法は、なかなか難しく、それぞれの報告をみても、いろいろな試行錯誤が行われていることが分かるが、なかなか解決に結びついていないように思われる。また、万引きをしていないのに、万引きしたのではないかと疑われて困った事例も報告されており、此处に含めた。

#### 《万引きの事例》

- ・ 欲しいと思った時はポケットに入れて帰ってくる。本人には悪いことをしているつもりがない。
- ・ 警察や店長に、家族の携帯番号や職場の連絡先を伝えた。
- ・ いつも行くスーパー・コンビニに病気を説明して、顔を見たら電話してもらうように、電話代と電話番号を渡してお願いした。
- ・ GPSをつけたり、お店への出入りを禁止させた。店から電話をもらい、迎えに行ったり、お金を払って買ってきたりした。
- ・ スーパーで買い物をして、レジを通過して支払いをしたのに、レシートを持たなかったため未払いと思われる。財布におつりがあったことと、支払ったことを係員に説明して下さった方がいて解決した。

### ④ 不要品の購入

家に、既に備蓄があることを忘れて、同じ物を買ってしまうという生活障害も良く見られている。

#### 《不要品の購入事例》

- ・ 本人が希望する物は、家族が購入して届けることにした。
- ・ 徐々に介護者がお金を管理できるようになった。

- ・同居で解決した。
- ・デイの日を増やし、一人でいる時間を少なくした。
- ・商店の方へ売らないように依頼。対応に困ったら連絡をもらうようにした。
- ・お店に相談し、売らないように依頼。しばらくして少し遠い店で買うようになった。
- ・ヘルパーに買い物の付き添いを依頼。

#### ⑤ その他、お店での問題

その他、開店前に店に入ってしまうとか、お店での不潔行為の問題、レジでの支払い困難の問題などが報告されている。

《お店での、その他のトラブル》

- ・トイレに鞆を忘れ、盗られてしまう。常に一緒に居て見守るようにした。
- ・買い物に行くと店員に話し掛けるが、相手の人が困ってしまうような場面が多くなってきた。
- ・座席や周辺を汚した（便、尿）。店側から注意を受け、謝罪ですませてもらったが、今度はビニールなどを持ってきて座るように指導を受けた。
- ・従業員の出入り口から入り、店の商品を買うためレジに並んでいた。店の人が「まだ開店前なので帰ってください」と言っても聞かず、警察を呼ぶところで私が見つかる（今までに何度もあったらしい）。
- ・購入時も、持っている金額よりも高いもので店の人に「これでは買えないから」と言われても、ジーンと待っていたり、商品を開いて警察を呼ばれ、迎えに行ったこともある。

### C 金銭関係での生活障害

ここには、お店での金銭の扱いは除き、その他の金銭関連の問題を集めている。認知症の方に特徴的な生活障害が幾つかあるように思われた。全部で26件（9.2%）が報告されており、詐欺の問題（10件）・財産管理の問題（10件）・現金管理の問題（6件）が含まれている。詐欺の事例には、詐欺に遭ってしまった或いは遭いそうになった場合が含まれている。財産管理の問題事例には、通帳管理やカード管理の問題が含まれている。詐欺の事例と財産管理の問題では、金額が多額になりやすく、大きな問題になりやすい。それらと比較すると、現金管理の問題は、金額が少なく、比較的軽微なものが多い印象であった。

#### ⑥ 詐欺の危険

詐欺の問題は、非常に重要であるにも拘わらず、比較的、見過ごされてきた問題のように思われる。対処方法に焦点を当てながら、アンケートに記載された報告事例をまとめると以下ようになる。意外に身近な人が加害者となっている場合も少なくないことが分かる。

《詐欺の危険に対して》

- ・電話の音量を最小限にし、留守電にして出れないようにした。
- ・週4日デイサービスに通うようにして、一人で家にいる時間を減らした。
- ・介護者が定期的に通っているため、クーリングオフで対応できた。

- ・ 長年友人だと思われていた人が実は健康食品、家電、寝具、未公開株を売りつけていた人だった。その人からの電話は鳴らないように設定した。（着信拒否にすると、相手方にバレるので）
- ・ 特定の人に対して、その人の出入りを丁重にお断りした。
- ・ 警察に電話して、実際に来てもらった。
- ・ 解約時に揉めそうになった事もあり、警察に届けた。

#### ⑦ 財産管理の困難

認知症の人も、認知症が発症するまでは、家計管理や財産管理の中心となって生活されてきている場合が少なくない。そのため、認知症の発症時には、まだ御自分が通帳やカードを管理されている場合が非常に多く、家族に任せるかどうかなどは、家族内の関係も複雑に絡んでくるため、なかなか解決困難な場合が少なくない。

《通帳やカードの管理について》

- ・ 店舗の人に、病気のことを話して、「家の人と一緒に来て」と伝えてもらうことにした。のちに家族がカードを預かるようにした。
- ・ 貴重品、通帳などを預かった。
- ・ 金銭管理を家族がし、引きおろしは一緒に行き、家族が預かり一定額ずつ渡した。

#### ⑧ 現金管理の困難

比較的少額の取り扱いであり、問題の重要性は上記 2 つのカテゴリーと比較すると軽い。

《現金管理》

- ・ 小額しか置いて行かないようにしている。
- ・ 外出時は極力付き添い、買い物の支払いはいつも家族がすることで、大金を持ち歩く必要がないことをわかってもらった。
- ・ 少しずつ本人のお金の管理も、任せてもらえるようになった。

### D 日常生活障害（自宅内）

ここに含まれる例は、今まで ADL 障害あるいは IADL 障害として分類されてきたような障害から成る。この領域は、介護負担という点からは非常に重要な問題が多数、含まれているが、認知症に関しては、今までにも非常に注目されてきた領域であり、多くの研究も行われている。そこで、此处では、その詳細は割愛し、比較的簡単に紹介するのみとする。自宅内での日常生活障害としては、32 件（11.3%）が報告されている。家事が困難（17 件）、火の元の危険（2 件）、身の回りのことが困難（13 件）の 3 つのカテゴリーが含まれている。全て、自宅内での問題であり、火事の危険を除くと、法的な問題に進展したり、周囲の人への危害に繋がるような問題は含まれていない。

## ⑨ 家事が困難

電話や服薬管理の困難さ、ゴミの分別、炊事、洗濯に関する障害などが含まれている。一般的には、IADL と分類される障害が多い。物の置き忘れも少なくない。また、特殊なモノとしては、今まで患者さんが行っていた配偶者の介護が困難になった事例も報告されている。

## ⑩ 家事が困難（火の元）

火の管理は、火事の問題があるため、危険性が高いため、敢えて、別カテゴリーとした。2 件の記載がみられた。IH にする、ガスを止めてもらう、などの対応が報告されている。

## ⑪ 身の回りのことが困難

一般的に、ADL 障害とされる領域の問題が此处に含まれている。そのなかでも、排泄の問題が多く報告されており（9 件）、介護負担に大きく影響していることが窺われた。その他には、移動や食事、着衣、入浴の障害が報告されている。

## E 暴力・暴言

ここまで述べてきた A から D までについては、分類の細かい点については幾らか問題は残るが、比較的、良く纏まった群分けとなっている。しかし、この E 以降については、どのような分類の仕方が適切なかが非常に悩ましく、現在も悩んでいるというのが実状である。本稿では、表 2-1 に基づいて、その分類に従って記載しているが、それ以外にも、既に述べたように、例えば表 2-2 のような分類の仕方も十分、成り立つように思われる。表 2-1 のように症候で分けるか（暴力、物盗られ妄想、その他）、表 2-2 のように場所で分けるか（自宅内での問題か、近隣での問題か）は、なかなか難しい問題である。ここでは、表 2-1 に従って記載していく。

暴力は、ある種の違法行為であり、決して軽微な問題ではない。特に、他人（他の利用者、あるいは近隣の人）に対する暴力は、非常に重大な問題となりうる。また、家族への暴力は、比較的、表に出にくいものであるが、程度が酷い場合もあり、その場合には大きな問題となりうる。暴言もここに含めて記載する。

暴力・暴言に関しては、全部で 47 件（16.5%）の報告が見られたが、家族に対する暴力・暴言が 33 件と全体の 3 分の 2 を占めており、介護スタッフへの暴力・暴言が 7 件、他の利用者への暴力・暴言が 2 件、近隣の人へ暴力・暴言が 5 件であった。

暴力・暴言の特徴は、それぞれの例で、個別性が非常に目立つことである。原因 1 つを取ってみても、妄想に基づくもの、介護者や周囲の人からの働きかけに対する反応、あるいは拒否の表れとしてみられる場合など、いろいろである。本人の状態像も、ずっと怒っているような激しい状態から、普段は穏やかだが、対応によって突発的に怒り出すという場合まで、かなりの違いがある。また、暴力・暴言の対象についても、家族や介護スタッフを対象とする場合もあれば、他の施設利用者や近所の人を対象となる事もあるなど非常に多様である。暴力の程度も、軽いものから命に関わる重度のものまで様々である。非常に多様な状態が含まれているため、なかなか共通した対策を述べるのが難しいという印象を強く受けた。

## ⑫ 暴力・暴言（家族へ）

家族への暴力・暴言は 33 件と非常に多く報告されている。報告事例を見ると、介護拒否の延長線上にあるような暴力も一部には報告されているが、多くは、本人の怒りや焦燥が非常に強いため、周りの対応とは関係なく、暴れたり、手が出てしまうという状況が少なくないように思われる。既に述べたように、暴力・暴言については、報告事例ごとに、個別性が目立っており、あるケースでは上手く行く対応が、別のケースでは全く逆効果になってしまうことが少なくない。統一化された対応マニュアルなどを作成することは、非常に困難なのではないかと思われた。また、対応の項に、服薬治療の記載が多いことも特徴的であった。なお、物に対する破壊行為も、しばしば認められている。

### 《家族への暴力に対して》

- ・ 薬の調節。投薬を受け安定した。
- ・ 薬の変更。アリセプトからメマリーに変わり、今は暴力はない。
- ・ 介護者はその場を離れるしかない。
- ・ 「お前の家ではない。住めないよう、この家に火をつけてやる」と脅す。家中のマッチを片付けた。
- ・ (父が) 母の顔を見るだけで怒ってくる時は 母を連れ出し、2 人を離す。
- ・ 本人が嫌う内容の話はしない。
- ・ 壊されたら困るものは、置かないようにした。
- ・ 本人が暴れた時は 30 分ほど、そのままにして、私は家に帰った。30 分後に行き「誰がやったんだろう。ひどいねえ」と共感してあげた。
- ・ 日中はデイ、ショートステイで、一人でいる時間を無くした。
- ・ 外出時は行き先、帰宅時間等を書いて台所の目立つ位置に貼る。帰宅予定時間になった頃には、なるべく携帯を入れるように心がけている。
- ・ 実母に対して罵声攻撃。実母を老健に入所させた。
- ・ 言いたいことを言いきらないと止まらないので聞く。

### 《介護者のストレス発散に》

- ・ 自分の好きな事が出来るような時間を、作るようにしている。
- ・ 家族会で自分の気持ちを話したり、周りの話を聞いて救われている
- ・ かかりつけの内科医が優しく、短い時間ですが私の気持ちを受け止めてもらえていると感じる。

## ⑬ 暴力・暴言（介護スタッフへ）

介護スタッフへの暴力・暴言は 7 件、報告されている。このカテゴリーに属する暴力・暴言には、当然ではあるが、介護拒否というニュアンスが強く認められた。注意されると暴力・暴言が出たり、対応が気に入らないと暴力を振るうなど、拒否的な反応が暴力の形で出ているようである。

### 《介護スタッフへの暴力に対して》

- ・ 薬の調整。

- ・ 職員が受け流してくれている。
- ・ 本人の希望を大事に考えるようにした。

#### ⑭ 暴力・暴言（他の利用者へ）

他の利用者への暴言・暴力は比較的稀であった（2件）。やはり、暴力のような行動障害は、関わりの密接な対象に向かいやすいという傾向が認められるようである。

《他の利用者への暴力・暴言に対して》

- ・ アリセプトを中止したところ、1ヶ月くらいで落ち着いた。
- ・ 対象となりやすい人から遠ざけておく。

#### ⑮ 暴力・暴言（近隣の人へ）

近隣の人に対して暴力・暴言が出る場合は、5件が報告されているが、物盗られ妄想に基づいていたり、相手の土地を自分の物と思い込んで怒鳴り込んだりするなど、妄想に基づく行動と思われる事例が多く認められた。暴力とか妄想とかで分類するのではなく、「近隣を対象としたトラブル」という視点で、1つの群に纏めて考えた方が良いのかもしれない。

《近隣の人への暴力・暴言に対して》

- ・ 近所の方に病気のことを伝え、理解を頂いた。
- ・ 隣家の木を勝手に切った。木を切った家に対しては私が謝罪に行った。
- ・ 家に居ない方がいいと考え デイの日を増やした。

## F 暴力以外の行動・心理症状

84件（29.5%）の事例がここに含まれる。種々雑多な内容が含まれているが、これらの内で比較的、まとまった障害としては、物盗られ妄想（21件）や介護拒否（12件）が挙げられる。「幻覚・妄想（物盗られ妄想以外）」8件、「その他の行動・心理症状（自宅内）」30件、「その他の行動・心理症状（近隣とのトラブル）」13件となっている。

これらの事例の多くは、認知症の行動・心理症状として、多くの処で取り上げられている問題行動や精神症候であり、此处では、比較的簡略に示すに留める。

#### ⑯ 物盗られ妄想

対象は、家族のことが非常に多いが（16件）、近所の人や施設の職員などが対象となっている場合も5件、認められた。暴力の項で述べたことと同様であるが、個性性が高いことが特徴と思われた。ある例では上手く行った方策が、別の例では逆に症状を増悪させてしまうことも少なくない。例えば、「一緒に捜しましょう」と云って落ちつく人も居れば、却って悪くなってしまう人も居る、など。その意味では、画一的な対応では、上手く行きにくい事例が多い印象を受けた。

《物盗られ妄想の事例》

- ・物を盗ったなどと言われた時は「知らない」とその場を離れ、本人が忘れるのを待つ。
- ・毎日通帳を見せてお金が引かれていないことを話した。数字が認識できなくなってからも「大丈夫 盛大なお葬式ができるよ」と言うと納得した。
- ・他人のせいにするところは聞き流し、とりあえず一緒に探す。決して犯人探しはしないようにし、探していたものが見つかったら一緒に喜び安堵するようにしている。「誰がどう」とすぐ言い出すので、そこから視点をずらすように対応している。
- ・「一緒に探しましょう」と言える状況になかった。
- ・否定すると怒り出し、時が過ぎるのをまったり、散歩に連れ出して気を紛らわせるしかなかった。
- ・自分でなくしたカギを盗られたと言い出す。スペアキーを作り、新しい鍵を渡し、シリンダーごと交換したことにして対応。
- ・鞆を盗られたとよく言っていた。鞆は持たせないようにした。
- ・息子夫婦と同居し、内服治療で落ち着いた。
- ・言い分に対して否定せずに話を聞くようにし、本人に信仰心が強いので「神様が守って下さるよ」と何度も伝えた。
- ・家族が謝りに行った。(近所に対して)

#### ⑰ 幻覚・妄想（物盗られ以外）

物盗られ妄想以外の幻覚・妄想としては、被害妄想が5件と最も多かった。亡くなった人が生きているという訴えや、幻視なども報告されている。全て自宅内での問題事例である。

#### ⑱ 他の行動・心理症状（自宅内）

繰り返しの質問や繰り返しの要求が6件、暴力・暴言にまでは至らない興奮やイライラが4件、無理な主張や要求が3件、本人は良かれと思ってする迷惑行為が3件、道路に飛び出すなどの衝動的な行為が2件、落ち着かない行動が2件、鬱あるいは不安が2件、過食や病識欠如がそれぞれ2件ずつ、性的行動、睡眠の問題、入浴しすぎの問題、作話がそれぞれ1件ずつ、報告されている。

#### ⑳ 他の行動・心理症候（近隣とのトラブル）

ゴミの分別が出来ないまま出してしまう或いはゴミの日を間違えて出してしまうのが3件、間違った情報を近所の人に伝えてしまうのが3件、集団での行動が困難なことでの迷惑が2件、不潔な行為や濫集、テレビの音量問題、物の売り買いトラブル、近所での質問行動がそれぞれ1件ずつであった。

#### ㉑ 介護拒否

全例、自宅内での問題である。世話全般や、入浴、排泄の手伝いを拒否する例が多い。デイケア・ヘルパーの拒否も報告されている。食事を拒否する例も2例、報告されていた。多くは、緊急を要するようなものではないが、食事については、長期に続くようであれば、介入が必要となろう。

## G その他

その他は、10件（3.5%）あり、親族内のトラブルが5件、その他が5件であった。

### ① 親族内のトラブル

親族内のトラブルは、相続の問題や虐待が疑われる問題など、介護する家族内での行き違いやトラブルなどが含まれていた。

### ② その他

その他としては、身体的な急変の問題、投薬を複数箇所から受けていた問題、冠婚葬祭の問題、近所の人の言葉に本人が気分を害した例などが報告されていた。

## (3) 実際に分類してみる（事業所アンケートから）

ここでは、事業所アンケートをまとめて検討する。家族の会アンケートで報告された事例が、全体としてみると、認知症の人の問題場면을全般的に網羅したものであるとすれば、事業所アンケートから得られた事例は、特定の場面（本調査では小売業の現場）のみに焦点を当てて、その場面における特殊な問題を、より明確にして報告したものと考えることができる。

事業所アンケートでは、全部で301件の記載が得られたが、うち2件は、家族が「ご迷惑をお掛けするかもしれない」と前もって挨拶に来られた、など問題事例ではない記載であるため省き、残りの299件について、以降の検討を加えた。分類の仕方は、なるべく現場で働いている人に分かりやすい視点を心掛け、本報告では、表3のような形でまとめてみた。以降の記載では、各カテゴリーに報告された件数を示し、簡単な説明を加え、さらに、トラブルの状況や対応について、代表的な事例を列挙する形で示している。

なお、注意しておかなければならない点を記載しておく。今回、行われた『事業所アンケート』では、「高齢者のお客様に多いトラブル・対応の事例」を記載してくださいという形で、アンケート調査が行われている。そして、それぞれの事例について、記載者が「認知症が原因（かもしれない）と思われる事例」と判断した場合には、「認知症が原因（かもしれない）と思われる事例」という欄にチェックを入れる、という記入形式となっている。つまり、まずは、高齢者に多いトラブル事例が、全て報告されることになっており、そのうち、認知症が原因では？と思われる事例には、チェックを入れるという形式になっている。よって、報告事例のなかには、「認知症が原因（かもしれない）と思われる事例」という欄にチェックが入っている事例（以降、「認知症あり」と略称する）と入っていない事例（以降、「認知症なし」と略称する）とが含まれる。このチェックに関しては、あくまでも記載者（従業員の方）の判断であり、信頼性は必ずしも高くはない。そこで、まずは、報告された全例を対象に含めて、分類や検討を行った。その後、各カテゴリーのなかで、「認知症あり」或いは「認知症なし」と判断された事例数を、それぞれ記載するようにはしているが、「認知症あり」或いは「認知症なし」の症例数については、あくまでも参考値として参照していただきたい。とはいえ、代表的な事例を提示する際には、認知症が原因（かもしれない）と思われる事例」の欄にチェックが付いている例から、なるべく抜き書きするように心掛けた。なお、全299例のうち、「認知症あり」が154例、「認知症なし」が145例であった。

=====

表3 「事業所アンケート」の分類

**A 自宅外で、命に関わる問題を引き起こしうる生活障害**

- ① 行方不明
- ② 車

**B 小売店での生活障害 -1 金銭関連**

- ③ 万引き
- ④ 商品を食べてしまう
- ⑤ 不要品の購入
- ⑥ レジ周りの問題
- ⑦ 返品や注文

**C 小売店での生活障害 -2 対人的な問題**

- ⑧ スタッフとのトラブル
- ⑨ お客さん同士でのトラブル

**D 小売店での生活障害 -3 その他**

- ⑩ 転倒・体調不良
- ⑪ 不潔
- ⑫ 大声、興奮、規則が守れず
- ⑬ 開店・閉店時間の問題
- ⑭ 忘れ物
- ⑮ その他

=====

## A 自宅外で、命に関わる問題を引き起こしうる生活障害

この群には、『家族の会アンケート』の場合と同様のカテゴリーが含まれている。つまり、行方不明と車の問題が含まれており、両者を併せて 73 件（24.4%）もの報告が寄せられている。行方不明が 41 件、車の問題事例が 32 件であった。両者とも、小売業の現場において非常に重要な問題領域であることが今回、明らかとなった。

### ① 行方不明

このカテゴリーには、狭義の行方不明と、「歩き周りやお店での長時間滞在」が含まれている。狭義の行方不明は 30 件（認知症あり 16 件、認知症なし 14 件）、「歩き周りやお店での長時間滞在」は 11 件（認知症あり 8 件、認知症なし 3 件）、併せて 41 件（13.7%）の事例が報告されている。「家に帰れないという訴えがあり困った」という事例も報告されているが、これは『家族の会アンケート』では全く見られなかった問題である。

《行方不明、家に帰れない》

（ご家族と一緒に来店されている場合）

- ・ 店内を搜索、警察にも通報した。その後、自宅に帰っていることが判明。
- ・ 店内外の搜索を行い、見つからないため、警察への届出を、お客様にすすめた。（単身で来店）
- ・ お客様の持ち物より住所を確認すると 安城市(当店は岡崎市)。店長、社員の 2 名で、車で送る。
- ・ 持ち物を調べさせていただき、ご家族へ連絡。
- ・ 包括支援センターの協力のもと、家へ連絡する。
- ・ 警察に連絡して、保護してもらった。

《長時間の滞在》

- ・ 他のお客様に、直接迷惑のかかる状態ではなかったため、従業員が行動を見守る程度の対応をした。
- ・ 時折、何かお探しですか、と笑顔で声かけしています。
- ・ 買い物かごに商品を入れたまま、数時間滞在。お声掛けをして、生鮮品は悪くなるので売り場に戻していただく。
- ・ 警察に連絡して、保護してもらった。搜索願が出ていた。

### ② 車

全部で 32 件（10.7%）の報告が寄せられている。駐車場で事故が 17 件（認知症あり 6 件、認知症なし 11 件）と最も多く、自分の駐車した場所が分からなくなったとの訴えが 10 件（認知症あり 8 件、認知症なし 2 件）、逆走など規則違反が 3 件（認知症あり 1 件、認知症なし 2 件）、その他が 2 件（認知症なし 2 件）となっていた。駐車場で事故については、「認知症なし」と判断された事例が多く、駐車した場所が分からなくなった例では、「認知症あり」と判断された事例が大多数となっており、対照的であった。自分の駐車した場所が分からなくなり、助けを求めるといった事例は、記憶力障害と密接に関連していると思われる、「認知症あり」と判断された例が多いことは首肯できる内容である。

### 《事故》

- ・ 事故の後、警察・救急車の手配などの対応。家族の方に来てもらう。
- ・ 事故対応に苦勞する。息子に連絡を取り、2～3 時間かかる。
- ・ 自分が事故を起こしたことを理解できず、対応が難しかった。

### 《駐車した場所が分からない》

- ・ 警備担当も含めた複数人数にて、駐車場を探す。
- ・ 店メンバーが駐車場を探したが見つからず、結果的には、車での来店でなかった。
- ・ 迎えに来てもらうよう自宅に連絡をしたところ、今日は自転車で出かけたので、車は自宅にあることが判明した。

### 《違反》

- ・ 入り口近く車を止め、店内へ入ろうとする（駐車区画ではない。店の玄関の目の前）。駐車場区画内に駐車していただくようお願いし、車を移動していただく。

## B 小売店での生活障害 -1 金銭・商品関連

小売店は、商品の売り買いが行われるための場所である。そのことを考えると、至極当然のことではあるが、売り買いに関するトラブルが非常に多数、報告されている。金銭関連の事例は、全てを併せると 112 例（37.5%）（認知症あり 62 件、認知症なし 50 件）となり、全体の 4 割近くを占めている。そのなかでも、万引きが 50 件（16.7%）と最も多かった。また、（購入前に）商品を食べってしまう例が 12 件（4.0%）、同じ買い物ばかりする（不要品の購入）事例が 11 件（3.7%）、レジ周りでのトラブルが 30 件（10.0%）、返品・通販関連が 9 件（3.0%）、報告されている。

### ③ 万引き

万引きは 50 件（認知症あり 28 件、認知症なし 22 件）の報告があり、非常に大きな問題となっている現状が窺われる。既に述べたことの繰り返しになるが、数十年前であれば、近所の小さなお店に行けば、店員さんも皆、患者さんのことを個人的に良く知っていることが多く、大きなトラブルにならずに済んだ可能性は高い。現在の大型スーパーの場合、従業員の数も多く、来店されるお客さんの数も非常に多いため、お互いが顔見知りの関係になることは稀であり、そのことが、売り買いトラブルの件数が増える一因となっているのであろう。ただ、万引きは、認知症の患者さんに限らず、小売店では一般によく見られる問題行動であるため、お店での対応は既に統一化されている印象が強い。認知症の有無については、判断に迷う例も現場では少なくないようである。

### 《万引き》

- ・ 声がけて、お支払いいただく。
- ・ 何度か、ご家族の方にも相談するが、その後も何度か来店。
- ・ 捕捉し話を聞こうにも話が通じず、警察に通報。

- ・ 大府市高齢者相談支援センターより、緊急連絡先として家族の電話番号をいただく。定期的に、支援センター職員の巡回をしてもらう。
- ・ 1人で来店してきたら、家の電話番号を伝えるので、連絡してくださいと言われて、対応に困った。申出は、お断りさせていただきました。
- ・ 話を聞くと、「覚えていない」「家族に言うくらいなら死ぬ」「一つくらいいいでしょ」と口にする方が多い。万引きの場合は、警察へ引渡し。
- ・ 本当のことを言っているのか、わざと嘘を言っているのか分らず、警察を呼び対応していただいた。
- ・ 認知症なのか、ふりなのか見分けがつかない。

#### ④ (購入前に) 商品を食べしまう

12件（認知症あり8件、認知症なし4件）の報告が寄せられている。実際には万引きに近い場合が殆どであり、対応も、万引きの場合に準じて行われているようである。万引きと併せて1つのカテゴリーにしても良いかもしれない。

《商品を食べしまう》

- ・ 家族の方に連絡し、事情を説明し身元を引き受けていただいたが、その後も来店があり、何回か同じことがあった。
- ・ 行政を通じて、相談したところデイサービスを利用され、来店頻度は少なくなった。
- ・ 家族に迎えに来ていただき、代金を支払っていただいた。
- ・ 家族の方に、警察を通し連絡をしていただき、家庭内での保護を依頼する。

#### ⑤ 不要品の購入

報告は11件（認知症あり6件、認知症なし5件）ある。同じお客さんが、同じ商品を繰り返し購入されていることに、従業員の方が気付かれている場合も少なくないことが分かる。来店するたびにカードを作られていた例も報告されている。

《不要品の購入》

- ・ 商品をよく確認せず、買い物をしたり、何度も同じ商品を購入することを繰り返す。家族の方がお見えになり、レシートにあるものに関しては、返品に応じ、お一人で買い物はなるべく、なさらないようにお願いしました。
- ・ 2日続けて、数万円の同じものを買いに、来店（昨日買ったことは忘れていた）。たまたま同じ担当者が対応したので、お買い求めをお待ちいただいて、ご家族に連絡を取った。

#### ⑥ レジ周りの問題

レジ周りのトラブルは、30件（認知症あり15件、認知症なし15件）報告されている。「レジが出来ないで困っている」場合17件（認知症あり9件、認知症なし8件）と、「レジでの（見当外れの）クレーム」13件（認知症あり6件、認知症なし7件）とに分けることができる。

《レジが出来ないで困っている》

- ・ レジで、お金を出すのに苦労していた。財布をずっと探していた。ゆっくりお探しくださいと、待ってあげた。
- ・ 買い物をして、払う金額がわからない。サービスカウンターにてレジ登録し、袋から代金を支払いしていただく。
- ・ レジでの代金支払いの際、お金をもっていないことに気付かれる。お客様のお荷物を預かり、売り場に戻させてもらう了解をとる。
- ・ お金をもっていないのに、買おうとする（毎日）。ご家族へ連絡。

《レジでのクレーム》

- ・ その場での、釣り銭や出した金額の勘違い（1000円と10000円とか）。清算し、誤差がないことを伝える。
- ・ カードに現金をチャージしたら、財布にあった現金がない、お釣り銭をもらっていない等、あります。丁寧に説明をして、ご理解いただきます。

## ⑦ 返品や注文

返品・通販関連が9件（認知症あり5件、認知症なし4件）記載されている。さらに詳細な内訳としては、返品関連が5件（認知症あり3件、認知症なし2件）、宅配とか予約商品の関連が4件（認知症あり2件、認知症なし2件）であった。

《返品関連》

- ・ レシートがあり、1週間以内でしたらお受けしています。
- ・ 大量に買った拳句、一部返品を繰り返す。初めは対応していたが、市に連絡し、地域の方に来てもらい引き渡した。自宅は買い物であふれていたらしい。

《ネットスーパーなど》

- ・ ネットスーパーのご注文で、ご注文してあるのに、届けると注文していない。地域いきいき支援センターと連携して対応。

## C 小売店での生活障害 -2 対人的な問題

小売店は、スタッフの人や他の買い物客など多数の人が居る場所である。対人的な問題は、お店にとっても見過ごせない大きな問題である。対人的なトラブル事例は、全体としては53件（17.7%）（認知症あり26件、認知症なし27件）認められた。そのうち、スタッフとのトラブルが44件（14.7%）、お客さん同士のトラブルが9件（3.0%）であった。

## ⑧ スタッフとのトラブル

スタッフとのトラブルは44件（認知症あり23件、認知症なし21件）報告されていた。そのうち、スタッフへのクレームが22件（認知症あり11件、認知症なし11件）、同じ質問を何度も繰り返す行為が7件（認知症あり5件、認知症なし2件）、妄想あるいは強い思い込みに基づく訴えや行動が6件（認知症

あり3件、認知症なし3件）、ただ話したいという事例が4件（認知症あり2件、認知症なし2件）、会話が理解不能な事例が4件（認知症あり1件、認知症なし3件）、その他1件（認知症あり1件）であった。スタッフへのクレームについては、稀にスタッフへの暴力にまで進展している例も見られる。また、その他の1件は、従業員にプレゼントを送り続けるという事例であった。

#### 《クレーム》

- ・ 持っていた商品をいきなり投げつけたり、女性スタッフの腕をたたいたりする。警備員が緊急対応。
- ・ 従業員に対し、身に覚えのないことと言いがかり等をつける。落ち着いてご説明し、納得していただく。
- ・ 店舗従業員に対して、対応、接客に対してクレームを繰り返す。管理職がお詫びをすると収まる。
- ・ あいさつが、自分に対してしっかりされないことに激高・興奮して、すぐに店長を呼べと叫ぶ。社員2名でお客様が話つくすまで聞く。家族に対しても電話を入れておく。
- ・ 同じことを何度も言う。自分の意見を曲げない。状況を説明しても判ってもらえないので、ひたすら謝罪する。

#### 《同じ質問を繰り返す》

- ・ 短時間で、何度も同じ商品の場所をスタッフに尋ねる。その都度ご案内する。
- ・ 同じ内容の問い合わせがある。その都度、同じことであってもお答えすることで対応。

#### 《妄想と思われる事例》

- ・ 十数年前のお金の貸借のことで、知り合いの従業員に合いに来る（実際は貸借ない）。地域支援センターに相談をしたが、対応には苦慮。いまだ解決できず。
- ・ 思い込みで話をする。お客様のプライドを傷つけないように注意しながら、ご説明をする。

#### 《ただ話したい》

- ・ 呼び止めて、長話。ずっと相手をするしかない。または、ちょっとすいませんと言って、その場を離れる。目を合わせず、気づかないようにする。犯罪にあたる行為には至らず、最も対応が難しい。

#### 《会話が理解不能》

- ・ 電話にて問い合わせが入ったが、到底意味不明な会話が続き、一方的に話された。しばらく話を聞いていたが、疲れたのか途中で一方的に電話を切られた。

### ⑨ お客さん同士でのトラブル

お客さん同士のトラブルは、お店にとっては非常に対応の難しい問題と思われる。どちらかの側に立つわけにも行かず。かと云って、警察ではないので、何が真実かを吟味するという訳にもいかない。事例は、9件（認知症あり3件、認知症なし6件）報告されている。

#### 《お客さん同士で》

- ・ 商品を取ろうとされ先に意識が強く、他のお客さまへどけとか声を出す。どかないと、手を出す。別室に呼んで、行ったことに対して説得注意を実施。
- ・ 店対応では何ともならず、警察にお願いした。

## D 小売店での生活障害 -3 その他

金銭関連および対人関係に入らない事例を集めた。61例（20.4%）（認知症あり27件、認知症なし34件）が含まれている。その内訳をみると、店内や敷地内における転倒や体調不良が21件（7.0%）、店内での不潔な行為が12件（4.0%）、大声や興奮などが7件（2.3%）、開店時間・閉店時間を守れない事例が7件（2.3%）、忘れ物が8件（2.7%）、その他が6件（2.0%）であった。

### ⑩ 転倒・体調不良

転倒および体調不良が、21件（認知症あり5件、認知症なし16件）報告されている。詳細な内訳をみると、転倒が12件（認知症あり4件、認知症なし8件）、体調不良が9件（認知症あり1件、認知症なし8件）であった。どちらも、「認知症なし」と判断された事例が多数を占めている。これは、転倒や体調不良は、高齢者一般に見られやすい出来事であり、認知症があるからと云って、急激に発生率が増加する訳ではないことを考えると、首肯できる結果であろう。

#### 《転倒》

- ・ 頭を打っていることも考えられ、本人様を諭すようにして、救急車の依頼をかける。
- ・ 店内で倒れられたが、身内の方への連絡先が分らず、途方に暮れる。警察に連絡。
- ・ 店内で転倒。自分の住所、名前が分らないので、消防、警察とともに対応。

#### 《体調不良》

- ・ 店内で体調が悪くなった場合。話がかみ合わず、家族の方への連絡が取りづらい場合があった。
- ・ 買い物中に、急に具合が悪くなる。救急車を呼んで対応。

### ⑪ 不潔

不潔関連の事例は12例（認知症あり7件、認知症なし5件）であった。詳細な内訳としては、排泄関連の問題が10例（認知症あり7件、認知症なし3件）、悪臭が2例（認知症なし2件）であった。

#### 《不潔》

- ・ 店内の通路に汚物（排泄物）を放置する。即時清掃担当および従業員にて処理をする。
- ・ トイレの場所ではないところで用を足してしまう。トイレの場所を案内し、理解してもらう。家族に連絡。

### ⑫ 大声、興奮、規則が守れず

対人的な問題は無いのだが、独りで興奮したり、規則を守れない事例を此处に分類した。7件（認知症あり3件、認知症なし4件）が報告されている。

#### 《大声、興奮、規則が守れず》

- ・ 店内を、あほあほと言いながら、歩き回る。他のお客様のご迷惑になる状況でしたので、警備の人とともに声掛けをしたら、自ら店外に出て行った。
- ・ 店内喫煙を何度注意しても止めない。警察へ通報。出入り禁止措置→来店の繰り返し。

### ⑬ 開店・閉店時間の問題

開店時間・閉店時間を守れない事例が7件（認知症あり5件、認知症なし2件）あった。

《開店時間・閉店時間が守れず》

- ・ 9時開店なのに、8時前から、何度も身障者インターホンで呼び、開けろと騒ぐ。警察を呼び、奥さんに来てもらう。奥さんから、認知症で困っていると話があった。
- ・ 閉店ギリギリに来店し、純水を入れ、閉店10～15分しても帰ろうとしない。側について帰っていただくとするよう話をするが、こちらのいうことに耳を傾けようとしないので、帰るまでついている。
- ・ 夜の閉店前に、毎日のように電話をサービスカウンターにいただく。地域いきいき支援センターと連携して対応。

### ⑭ 忘れ物

忘れ物の事例は8件（認知症あり4件、認知症なし4件）。

《忘れ物》

- ・ 買い物した商品を、置いて行ってしまう。落し物として処理。
- ・ お買い物かごに商品を入れて、そのかごを店内のいたるところに放置していく。時間を15～20分見て、売り場に戻す。要冷蔵商品は、商品チェックを必ず実施。お客様の特定は、できていない。

### ⑮ その他

その他のなかには、商品を勝手に並べ替える事例が3件（認知症あり1件、認知症なし2件）、その他3件が含まれている。

《その他》

- ・ 商品を意味もなく並べ替える。やさしく声かけし対応。あわてさせないで、状況を側で監視。
- ・ 店の玄関脇に、大きなオイルヒーターと掃除機が捨てられていた。オイルヒーターの入っている段ボール箱に貼ってあったお客様の氏名、telを確認し、電話をして、お客様に現物を見ていただくと、自分の母親が認知症でここまで持ってきてしまったのであろうとのことで、お持ち帰りいただく。

## (4) 考察

### A 明らかになった生活上の問題

本作業部会の目的は、「日常生活レベル」での意思決定能力・責任能力について、その問題点を抽出し、その対応支援検討へ向けての問題整理を行うことである。此处で云う「日常生活レベル」とは、買い物・生活費程度の金銭管理・家庭や施設での暴力や暴言・近隣とのトラブル（本人がトラブルを起こす場合・巻き込まれる場合の両方を含む）などを意味している。この目的を、より具体的に述べれば、こうした「日常生活レベル」において「彼方を立てれば、此方が立たず」と云うような状況、多くは、本人の自律・自己決定・自由を尊重することと、本人あるいは周囲の安全を確保することとの対立場面において、如何なる対応・支

援を行っていくべきかを明らかにすることが最終的な目標ということになる。しかし、一足飛びに最終的な目標を達成することは困難であり、そのための前段階として、本年度は、現状の問題点を明らかにすることを、調査の目的としている。

上記のような視点から、本調査の結果を概観する。まず、図1に『家族の会アンケート』の大分類ごとの頻度を、また、図2に『事業所アンケート』の大分類ごとの頻度を、それぞれ円グラフにして示した。今回の調査から、意思決定能力や責任能力に関係した、日常生活上の大きな問題が幾つか存在することが明らかとなった。具体的に挙げれば、① 行方不明になる危険、② 自動車運転に伴う問題、③ 万引き、④ 詐欺に遭う危険、⑤ 財産管理の問題、⑥ 暴力・暴言、⑦ 物盗られ妄想や他のBPSDに伴う問題、などである。なお、⑥および⑦については、BPSDの種類で分けるのではなく、⑥ 近隣トラブル、⑦ 自宅内トラブル、というように場所によって分類する方が適切かもしれないが、この辺りの検討は、今後の課題である。また、⑧ 不要品の繰り返し購入や、⑨ 現金管理の問題、などもリストに加えるべきかもしれない。

こうした生活上の問題は、今までも、個別の問題としては、良く取り上げられてきたものばかりである。しかし、これらの生活上の問題について、本人の意思決定能力や責任能力との絡みで、どう考えるべきか、或いは、如何に本人を支援・援助すべきか、という議論は今まで皆無に近い。本調査により初めて、いわば「高次の生活障害」とでも呼ぶべき、こうした問題群が存在することが明らかになった。

図1 「家族の会アンケート」事例（表2-1による分類）

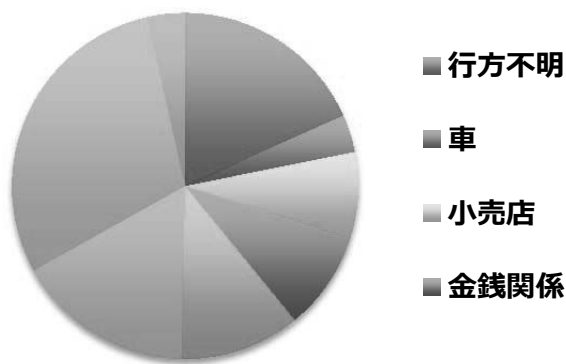
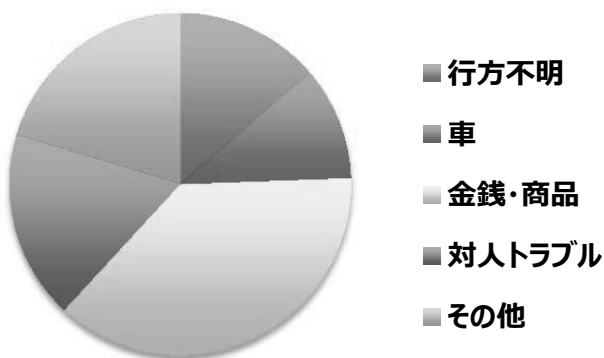


図2 「事業所アンケート」事例（表3による分類）



## B IADL や BPSD との関係

認知症の介護・看護・医療の領域では、古くから、日常生活動作（activities of daily living、ADL）の障害は重要視されていた。ADL は、日常生活を送る上で必要とされる基本的な生活動作を指し、歩行・階段症候などの移動動作、食事動作、排泄動作、洗顔・歯磨きなどの整容動作、衣服の着脱などの更衣動作、入浴動作などを指し、基本的 ADL（basic ADL）とも呼ばれることも多い。障害されると、日常生活にも援助が必要になるため、介護の問題が大きい。一方、手段的（道具を用いた）ADL

（instrumental ADL、IADL）は、比較的最近、重要視されるようになった領域である。具体的には、電話を使用する能力、買い物、外出、服薬管理、財産取り扱い能力、炊事、洗濯、家事などを指している。アルツハイマー型認知症では、ADL の障害に比べると、IADL の障害はより早期から出現することが多い。

今回、問題として抽出されてきた生活上の問題、特に「行方不明になる危険」や「財産管理能力」、「現金管理の問題」などは、一部、IADL とも重なる部分がある。しかし、IADL が「本人が出来るかどうか」に重点を置いた概念である一方、本調査で明らかになった生活上の問題は、本人ができるかどうかよりも、他者との関係に重点が置かれている。自律と保護の問題は、本人のなかだけで完結する課題ではなく、実社会のなかで、如何にバランスを取っていくかという課題であり、その点が、IADL と本調査における生活上の問題とは、異なっているように思われた。

また、BPSD は、認知症患者の呈する様々な精神症状や行動障害を総括した概念であり、今までも頻繁に取り上げられ、非常に重視されてきた問題群である。本調査で浮かび上がってきた生活上の問題、とくに「暴力・暴言」や「物盗られ妄想や他の BPSD に伴う問題」などは、BPSD そのものとも云える課題である。ただ、此处でも先ほどと同様のことを指摘することができる。つまり、BPSD という概念は、本人の精神症状・問題行動にのみ焦点を当てた概念であり、周囲との関係性には重点が置かれていない。一方、本調査で明らかとなった生活上の問題は、本人の症状自体というよりは、周囲との関係性を重視した概念であり、その点で異なった視点から BPSD に新たな光を当てたものと云うことができる。ここでいう「異なった視点」とは、本人の意思決定能力や責任能力に注目した視点、あるいは、自律と保護の二律背反から見た視点、とも言い換えることができる。

## C 生活上の問題について

今回、明らかになった生活場面における問題についての詳細な検討は、来年度以降の課題と考えるが、気付いた点を少し記載しておきたい。

それは、同じく「生活上の問題」だとしても、問題の性質が比較的均一な問題群と、不均一な問題群があることである。具体的に述べると、例えば、「行方不明」という生活上の問題は、『家族の会アンケート』にて、52 例もの事例が報告されているが、いずれの事例を見ても、問題の性質が非常に似ていることが分かる。いわば、かなり均一な生活障害と捉えることが可能であり、困り方・対応の仕方に共通な点が多い。問題の性状については、自宅外で発生し、命に関わる事態となりうる危険が常にある。本人が移動して（移動手段

は、いろいろであっても）、家族が見失い、付近を探しても見つけることが出来ない状態とまとめることができる。対象者は全員、場所に関する見当識障害を有し、或る程度の移動能力が保たれている。落ち着きのなさや帰宅願望の有無などは症例により異なっているが、対応は、どうやって見つけ、保護するかに絞られる。予防的な対策についても、かなり共通している印象を受ける。一方、問題の性質が非常に多様な例としては、「暴力・暴言」を挙げることができる。暴力・暴言は、本人のイライラや興奮が強くて出現する場合もあれば、妄想に基づくものもあり、また介護者や周囲の人からの働きかけに対する反応あるいは拒否としてみられる場合もある。対象についても、家族や介護スタッフに対して暴力が出る場合から、他の施設利用者や近所の人を対象にする場合まで様々である。さらに、程度も、軽いものから命に関わる重度のものまで多様であり、なかなか共通した特徴や対策を述べるのが難しい。

これは、「行方不明」の原因は「できない」こと、つまり、認知機能の欠損を基盤としているため、多くの人で似たような状態を呈すると考えることができる。一方、「暴力・暴言」は、欠損を基盤とするというよりは、「余分な何かをしてしまう」ことである。そうした産出性の問題の場合には、非常に多様な性状を呈しやすい。個別に、対策や支援援助を考えていく際にも、こうした違いに留意することが必要と思われた。

#### **D 限界**

今回の分類は、あくまでも仮の物であることを、重ねて断っておく。報告者が、全報告に目を通した上で、類似しているように思われる事例を集めていき、帰納的に幾つかの群に分類したものである。常に、現場の人に分かりやすい視点での分類を心掛けたことは事実であるが、分類するための基準を、予め用意して、その基準に従って分類した、というような演繹的なものではない。そのため、分類する基準自体が、分類の途中で変わっていくなど、統一性に欠けていることは間違いない。この辺りも、さらなる検討が行われ、より有用なものに代わっていくことが期待される。

また、本報告では、現状を、ほんの少し明らかにしたのみであり、対策や支援の実際については、殆ど触れることが出来ていない。それらは、次年度以降の課題であろう。

#### **E まとめ**

- 1 高次の生活障害とも呼ぶべき状態が存在し、大きな問題となっていることが明らかとなった。其処には、自律と保護のジレンマが存在している。
- 2 高次の生活障害は、IADL や BPSD と密接に関連している。ただし、IADL や BPSD が、主に本人のみに注目している概念であるのに対し、高次の生活障害は、周囲との関係性、実社会のなかでの問題に、より焦点を当てた概念である。
- 3 高次の生活障害は、「できない」系と「余分な何かをしてしまう」系とに分けることが可能かもしれない。

### Ⅲ 医療、介護等の場面における意思決定支援のあり方

#### (作業部会②)：認知症の人が医療、介護等を受ける際の意思決定支援)

##### ～ 認知症の人の意思決定支援に関する倫理的・法的な観点からの論点の整理

##### 及び 医療・介護の観点からの注意点 ～

#### 1. 総説

作業部会②においては、認知症の人の意思決定を支援するにあたって、倫理的・法的な観点から論点を整理した。また各論点に則して、医療・介護の観点から注意点を整理した。

意思決定を支援するという観点はこれまで医療・介護の領域では、意識的に取り上げられることは少なく、取り上げられても、成人の意思決定能力がある患者の医療行為等を念頭にしていた（例えば、周産期女性やがん患者の意思決定支援等）。

本作業部会では、認知症の人の尊厳を守り、自律を尊重するためには、意思決定ないし意思決定支援が重要であるという共通認識のもとで作業が行われた。

本整理にあたっては、次の点を前提とした。

- (1) 認知症の人の意思決定の支援を対象とする。
- (2) 認知症の人は、意思決定能力が不十分なし欠いていることがあり、意思決定能力の状況に応じて、認知症の人を保護する必要がある。
- (3) 認知症の人が意思決定をする場面は、医療行為から介護行為に至るまで多岐にわたる。例えば、身体への侵襲行為を伴う場面（手術、検査、予防接種等）や、健康に対して影響を与える場面（食事、入浴、施設から病院への転院、退院して在宅等）のほか、人生の最終段階における医療及びケアを選択する場面まで多様である。
- (4) 認知症の人が意思決定をするのは、提供される医療・ケアを積極的に受け入れる場合ばかりでなく、それを受け入れないという場合もある。
- (5) 認知症の人の意思決定の支援を考えるにあたっては、認知症の人を取り巻く人、特に、家族や成年後見人の方との連携が必要である。

もともと、倫理的・法的には、認知症の人に関する場合と、認知症でない人（患者）の場合の意思決定にあたって特段異なった取り扱いはない。しかし、認知症の人は、症状の進行とともに、次第に意思決定能力が低下していくので、倫理的・法的な観点から、認知症の人の心身の特性に則した配慮のための観点を指摘し、関係者が陥りやすい点について注意を喚起することで、認知症の人の意思決定を保護・充実させることが必要である。

倫理的・法的観点からの論点については、「論点」、「解説」、「参考資料」、医療・介護の観点からの注意点については、「注意点」「参考資料」という構成で示した。

また、本整理では、法的な概念である意思能力という言葉ではなく、本整理の趣旨に沿って、意思決定能力という言葉を採用し、その意義については本文中に記載した。

本作業部会では、各委員から認知症の人の意思決定ないし意思決定支援が困難な事例の提出を求めたが、より本整理をイメージできるように、事例をモデル化して「意思決定が困難な事例」として掲載した。

なお、どの領域まで、また、どこまで踏み込んで記載をするのかについて議論があり、特に、認知症の人の意思決定能力が相当低減しており、その判断が合理的でない場合（検査や食事の拒否等）の対処、認知症の人が意思決定能力を欠く場合の代理ないし代行意思決定（家族や、成年後見人等）、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律が関わる領域が議論となったが、本整理においては、それらの点については、残された課題として示した。

## 2. 倫理的・法的観点からの論点

**論点 1** 認知症の人の尊厳は守られるべきではないか。

**解説** 上記は、倫理的には人格の尊重の背景原理として、法的には「個人ないし個人の尊厳の尊重の原則」から導くことができるのではないか。

### 参考資料（条文等）

---

#### 憲法

第 13 条 すべて国民は、個人として尊重される。生命、自由及び幸福追求に対する国民の権利については、公共の福祉に反しない限り、立法その他の国政の上で、最大の尊重を必要とする。

第 24 条 2 配偶者の選択、財産権、相続、住居の選定、離婚並びに婚姻及び家族に関するその他の事項に関しては、法律は、個人の尊厳と両性の本質的平等に立脚して、制定されなければならない。

#### 民法

第 2 条 この法律は、個人の尊厳と両性の本質的平等を旨として、解釈しなければならない。

#### 医療法

第 1 条の 2 医療は、生命の尊重と個人の尊厳の保持を旨とし、医師、歯科医師、薬剤師、看護師その他の医療の担い手と医療を受ける者との信頼関係に基づき、及び医療を受ける者の心身の状況に応じて行われるとともに、その内容は、単に治療のみならず、疾病の予防のための措置及びリハビリテーションを含む良質かつ適切なものでなければならない。

**論点 2** 認知症の人であることで、その人の意思決定において差別を受けるべきではないのではないか。

**解説** 上記は、倫理的には正義の原則から、法的には「法の下での平等の原則」から導くことができるのではないか。

### 参考資料（条文等）

---

#### 憲法

第 14 条 すべて国民は、法の下に平等であつて、人種、信条、性別、社会的身分又は門地により、政治的、経済的又は社会的関係において、差別されない。

第 25 条 すべて国民は、健康で文化的な最低限度の生活を営む権利を有する。

#### 最高裁昭和 39 年 5 月 27 日大法廷判決

憲法 14 条 1 項にいう社会的身分とは、人が社会において占める継続的な地位をいうものと解されるから、高令であるということは右の社会的身分に当たらないとの原審の判断は相当と思われるが、右各法条は、国民に対し、法の下での平等を保障したものであり、右各法条に列挙された事由は例示的なものであつて、必ずしもそれに限るものではないと解するのが相当であるから、原判決が、高令であることは社会的身分に当たらないとの一事により、たやすく上告人の前示主張を排斥したのは、必ずしも十分に意を尽したものとはいえない。しかし、右各法条は、国民に対し絶対的な平等を保障したのではなく、差別すべき合理的な理由なくして差別することを禁止している趣旨と解すべきであるから、事柄の性質に即応して合理的と認められる差別的取扱をすることは、なんら右各法条の否定するところではない。

#### 医療法

第 1 条の 2 医療は、生命の尊重と個人の尊厳の保持を旨とし、医師、歯科医師、薬剤師、看護師その他の医療の担い手と医療を受ける者との信頼関係に基づき、及び医療を受ける者の心身の状況に応じて行われるとともに、その内容は、単に治療のみならず、疾病の予防のための措置及びリハビリテーションを含む良質かつ適切なものでなければならない。

#### 患者の権利に関するリスボン宣言（世界医師会・2005 年修正、日本医師会訳）

##### 1. 良質の医療を受ける権利

a. すべての人は、差別なしに適切な医療を受ける権利を有する。

**論点 3** 認知症の人は、自己決定をする権利を有し、自己決定をしたことについては、関係者はその決定を尊重するべきではないか。

**解説** 上記は、倫理的には、自律尊重の原則に基づき、法的には、自己決定権の保護から導くことができるのではないか。個人にとって自律・自己決定権は重要な権利であり、程度の差はあっても、認知症の人が自己決定し、意思決定できる可能性を尊重しなければならず、その意思決定は周囲の者が尊重することが必要である。認知症の人であるということで、自己決定をができないと即断するのではなく、自己決定の可能性に配慮すべきである。

### 参考資料（条文等）

#### 憲法

13 条 すべて国民は個人として尊重される。生命、自由及び幸福追求に対する国民の権利については、公共の福祉に反しない限り、立法その他の国政の上で、最大の尊重を必要とする  
(法学者の通説では、憲法 13 条を自己決定権の根拠規定と考える。)

#### 医療法

1 条の 2 2 医療は、国民自らの健康の保持増進のための努力を基礎として、医療を受ける者の意向を十分に尊重し、病院、診療所、介護老人保健施設、調剤を実施する薬局その他の医療を提供する施設（以下「医療提供施設」という。）、医療を受ける者の居宅等（居宅その他厚生労働省令で定める場所をいう。以下同じ。）において、医療提供施設の機能に応じ効率的に、かつ、福祉サービスその他の関連するサービスとの有機的な連携を図りつつ提供されなければならない。

#### 最高裁平成 12 年 2 月 29 日判決－エホバの証人である患者への説明義務

1 患者が、輸血を受けることは自己の宗教上の信念に反するとして、輸血を伴う医療行為を拒否するとの明確な意思を有している場合、このような意思決定をする権利は、人格権の一内容として尊重されなければならない。

#### リスボン宣言

##### 3. 自己決定の権利

a. 患者は、自分自身に関わる自由な決定を行うための自己決定の権利を有する。

### **(医療の観点)**

患者は、医師からの説明を理解し、自らの価値観に基づいて、医療を自由に選択する権利を持つ。これは認知症の人においても変わりはない。認知症の人であっても、自らの身体の状態について、本人が理解できるように説明を受ける「知る権利」は保障されなければならないし、本人が理解をし表明をした意向は、尊重されなければならない。医療従事者は、認知症の人に対して、認知機能障害に配慮をし、病状や治療の目的と方法、選択肢、選択肢間のリスクとベネフィット、今後の見通しについて、本人がわかるように説明をしなければならない。しばしば、「認知症だから説明しても理解できない」と誤解をし、説明をしない、本人にわかるような説明方法の工夫がなされないことがある。認知症の診断と意思決定能力の問題は別であること、また、意思決定能力を失っていることと「知る権利」を有さないこととは別の事象である。

医療従事者は概して意思決定能力の障害を低く見積もる傾向があることが報告されている。また、医療従事者は、意思決定能力の本質について知らないことが報告されている。わが国においても同様の傾向があると考えられ、意思決定に関する支援の啓発とあわせて、意思決定能力に関する教育的な働きかけも求められる。

**論点 4** 認知症の人は、意思決定をする上で必要な情報について説明を受けることが必要であり、医療者等は、医療等を提供するにあたり必要な説明が求められるのではないか。

**解説** 意思決定をするためには情報を提供（説明）されることが必要であり、情報が説明されることが自己決定権を保証する前提となる（知る権利を認めることになる）。医療等を提供する者には必要な説明が求められることとなる。

### （医療の観点）

医療の場面において、人であれば誰もが医療を受ける権利を有する。しかし、臨床の場面において「認知症の人は、あらゆることがわからない、判断できない」との誤解がしばしばある。認知症や認知機能障害と、意思決定能力の有無とは一致しないことを確認、啓発するとともに、意思決定能力の状態により個人の尊厳が脅かされることがあってはならない。

### 参考資料（条文等）

#### 医療法

- 1 条の 4 医師、歯科医師、薬剤師、看護師その他の医療の担い手は、第一条の二に規定する理念に基づき、医療を受ける者に対し、良質かつ適切な医療を行うよう努めなければならない。
- 2 医師、歯科医師、薬剤師、看護師その他の医療の担い手は、医療を提供するに当たり、適切な説明を行い、医療を受ける者の理解を得るよう努めなければならない。

#### 最高裁平成 12 年 2 月 29 日判決－エホバの証人である患者への説明義務

- 1 患者が、輸血を受けることは自己の宗教上の信念に反するとして、輸血を伴う医療行為を拒否するとの明確な意思を有している場合、このような意思決定をする権利は、人格権の一内容として尊重されなければならない。
- 2 医師らとしては、手術の際に輸血以外には救命手段がない事態に生ずる可能性を否定し難いと判断した場合には、患者に対して、医科研としてはそのような事態に至ったときには輸血するとの方針を採っていることを説明して、医科研への入院を継続した上、医師らの下で手術を受けるか否かを患者本人自身の意思決定にゆだねるべきであったと解するのが相当である。
- 3 本件では、この説明を怠ったことにより、患者が輸血を伴う可能性のあった手術を受けるか否かについて意思決定をする権利を奪ったものといわざるを得ず、この点において、同人がこれによって被った精神的苦痛を慰謝すべき責任を負う。

#### 対象者保護のための国家委員会・1979 年 4 月 18 日

3. 自己決定の権利
  - b. (略) 患者は自分自身の決定を行う上で必要とされる情報を得る権利を有する。

## 論点 5 説明は、認知症の人が理解できる方法で行われるべきではないか。

**解説** 認知症の人は提供（説明）を受けた情報の理解に時間がかかったり、情報の咀嚼が難しい場合があり、そのために関係者は説明を疎かにしたり、時間をかけた説明を怠ってしまいがちである。したがって、説明が認知症その人に沿って行われることが必要ではないか。特に、認知症の人への説明では、その人の意向に沿うことや、雑音・時間帯・明るさ、周囲にいる人々などの環境要因、文章や言葉使い、専門用語を避けること、情報の量が過大とならないように配慮する必要があるのではないか。

### 参考資料（条文等）

#### 医療法

- 1 条の 4 医師、歯科医師、薬剤師、看護師その他の医療の担い手は、第一条の二に規定する理念に基づき、医療を受ける者に対し、良質かつ適切な医療を行うよう努めなければならない。
- 2 医師、歯科医師、薬剤師、看護師その他の医療の担い手は、医療を提供するに当たり、適切な説明を行い、医療を受ける者の理解を得るよう努めなければならない。

#### リスボン宣言

7. 情報に対する権利
  - c. 情報は、その患者の文化に適した方法で、かつ患者が理解できる方法で与えられなければならない。

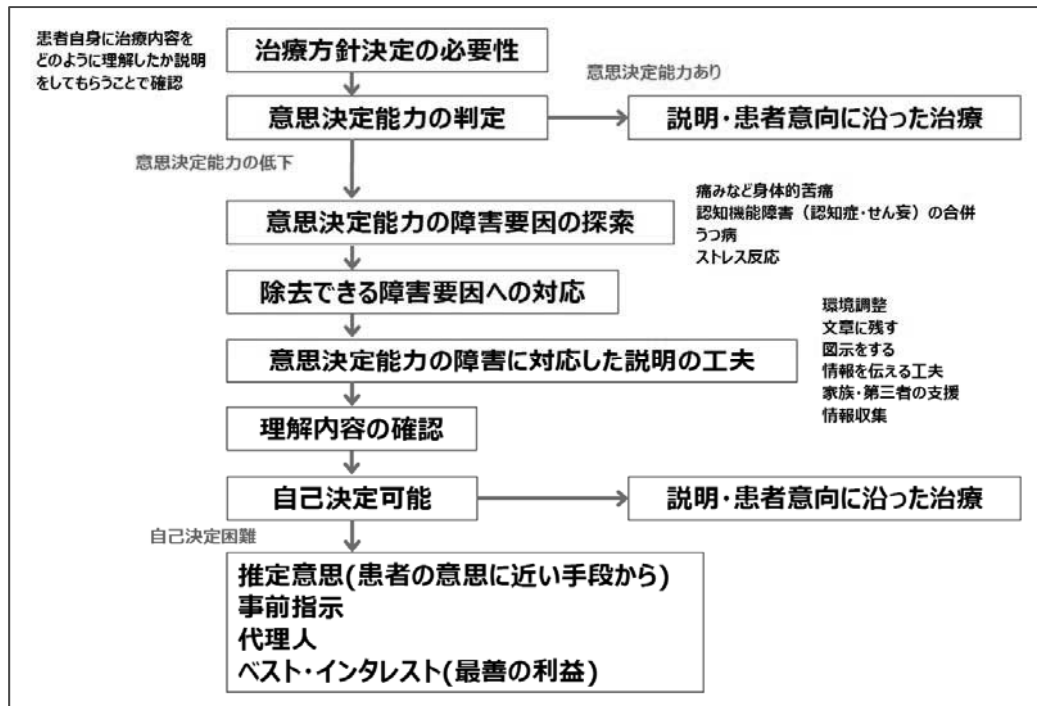
#### （医療の観点）

認知症の人が説明を理解できているかどうか、を確認することは、臨床場面においては、意思決定能力が障害されていないかどうか、を確認する作業に相当する。

もしも、意思決定能力が低下している場合には、低下させている要因を除去するとともに、意思決定能力を強化する働きかけを最大限行うことが求められる（エンハンスメント）。

意思決定能力を障害する要因は、大きくは身体症状（痛みなどの著しい苦痛）、ストレス反応、精神症状（たとえば、うつ病に伴う微小妄想）、認知機能障害がある。それらの要因に可能な限り対応を進め、意思決定能力の回復を支援する。

認知機能障害により、意思決定能力が障害されている場合には、意思決定能力を強化する方法がいくつか検討されている。軽度から中等度の認知症の場合には、情報の提供方法により理解の改善が得られたとの報告がある。治療場面における意思決定能力は、提供される情報の質と量によっても異なることから、認知機能障害をもつ人の能力に合わせ、理解しやすい形で情報を提供する手段の開発や効果検証が望まれる。



認知症に限るものではないが、認知機能障害（複雑性注意の障害や記憶障害、実行機能障害）がある場合の情報の提供方法については、経験的に以下のような工夫が行われている。

- 静かで落ち着いた集中できる環境を用意する
- リラックスしているときに話す
- やさしい、平易な言葉で説明する
- 重要な点は繰り返し説明する
- 言葉以外のコミュニケーション、表情や身振りも確認する
- 身近な人、その人と上手にコミュニケーションを取ることのできる人（多くは友人や家族）が同席しているときに話し合う
- 重要な点を文字にして示し、繰り返し確認できるようにする
- 図を用いる

参考) .....

Pace V, Treloar A, Scott S: Dementia, From Advanced Disease to Bereavement, Oxford University Press, 2011

The British Medical Association and the Law Society: Assessment of Mental Capacity, London, Law Society, 2010

箕岡真子：認知症ケアの倫理、ワールドプランニング、2010

**論点 6** 認知症の人の、医療・介護における意思決定支援を考えるにあたっては、法的な意思能力と、意思決定能力という言葉は区別するべきではないか。

**解説** 医療における意思決定能力とは、患者が自分が受ける医療について、説明を受けたいうえで、なされた説明を理解し、その上で医療を受けるか否かを自分の価値観に照らして判断し、表明する能力である。医療における意思決定能力は、他の領域とは異なり、生命に関する自己決定権を重視する倫理的な観点から求められる能力であり、法的な意思能力とは必ずしも一致しない。

### (医療・介護の観点)

医療における意思決定能力は、提示された医療によって得られる利益や医療行為に伴う危険を実際に理解したか、という事実の有無で判定される。このように意思決定能力とは、患者が与えられた情報を理解する能力を有しているかどうかであり、思考過程や結果が合理的であるかどうかとは異なる。

海外においては、判例や法律の構成要件を踏まえ、意思決定能力を4つの構成要件、①同意不同意の選択の明示、②事実の理解、③情報処理の合理性、④状況の特性の把握（提示された治療の利益と危険を認識するに留まらず、自己の決定の結果がどのようになるのかを把握する力が求められる）にわけて検討することが行われておこなわれている。構成概念は完全に一致していないものの、上記の4能力モデルは広く採用されている。代表的な例として、英国のMental Capacity Act (意思決定能力法)がある。

4つの能力（①選択の表明、②理解、③合理的・論理的思考、④認識）は、具体的には以下のような内容に相当する。

#### ①選択の表明

「治療を受けたい、受けたくない」「医師や家族に選択を任せる」などの意思を、言葉で伝える、文章に書く、仕草を通して示すなど、本人自らの意思を表明できることを指す。

#### ②理解

診断や疾病の内容や経過、治療の方法やその効果と有害事象、治療を受けた場合と受けない場合の差、など、疾病や治療内容に関して把握できる能力を指す。

#### ③合理的・論理的思考

治療を受けた場合と受けない場合とでどのような結果が予想されるのか、治療を受ける場合と受けない場合に最終的にどのような影響があるのか、を合理的・論理的に推測する能力を指す。

#### ④認識

認識は、理解と似ている面があるが、理解が「情報として把握している」面に留まるのに対して、認識は、「自分のこと、我が身のこととしてとらえ、納得する」「治療を受ける、受けないことが最終的に自分自身のためになる・ならない」ことをとらえる能力である。

意思決定能力の評価に関して、構成概念にあわせた能力評価方法が検討されている。

認知症の場合、意思を表明する能力を欠くことが意思決定能力の喪失の原因となることは、高度の認知症の場合を除きまれである。多くの場合、情報を理解し、自分自身のこととして認識し、記憶し、合理的に比較検討する能力が低下していることが原因となる。しばしば見かける事例には認知症の人が自宅でうまく対処できなかった体験を忘れてしまい、本人が自宅では対応できないことを理解・納得せず、周囲の支援を拒否するようなことがある。ほかにも、痛みなどの身体症状が著しく判断が困難な場合や、行動・心理症状(BPSD)の幻覚や妄想などのために、合理的な判断が難しい場合もある。

このように、意思決定能力が障害される背景には、身体的な問題と認知機能障害、精神症状に関する問題が想定される。そのため、意思決定能力の評価は、臨床症状（治療の提示されている状況を含む）、身体的問題や身体症状の評価、認知機能、精神症状の評価を踏まえたうえで意思決定能力を構成する4つの能力の評価を行う。

評価には、いくつかの面接方法が提案されている。

介護の分野における意思決定能力においても、概ね上記と同様に考えられる。

参考) .....

意思決定能力を判定する面接法の例

MacArthur Competence Assessment Tool for Treatment (MacCAT-T) (Grisso, 1997)

Hopkins Competency Assessment Test (Janofsky, 1992)

Capacity to Consent to Treatment Instrument (Marson, 1995)

Structured Interview for Competency and Incompetency Assessment Testing and Ranking Inventory (北村, 1993)

**論点 7** 認知症の人に意思決定能力がない、あるいは相当低下した場合は、認知症の人は保護されるべきではないか。

**解説** 認知症の人に意思決定能力がない場合は、自分で決めることができなくなる、相当低下した場合は、自分で決めることが難しくなるので、認知症の人を保護することが必要となる。

### 参考資料（条文等）

---

ベルモント・レポート

人格を尊重するということは、少なくとも次の 2 つの倫理的な確信によって成り立つものである。第 1 に、個人は自律的な（autonomous）主体として扱われるべきである、ということ。第 2 に、自律性の弱くなっている個人は保護を受ける権利がある、ということ。すなわち「人格の尊重」という原則は、次の 2 つの道徳的要件に分けられる。すなわち、人間の自律性（autonomy）を認めること、そして弱くなっている自律性を保護すること、である。

### （医療の観点）

治療における意思決定の場面において、意思決定能力の強化を最大限試みたにもかかわらず、意思決定能力が十分ではないと判断される場合においても、患者個人の意向は最大限尊重される。

代表的な場面は終末期における医療である。認知症においても、一般の場面と異なることはない。倫理的・法的手順に則り実施される。

参考) .....

人生の最終段階における医療の決定のプロセスガイドライン（厚生労働省、平成 19 年 5 月、平成 27 年 3 月名称変更）

Kim S: Evaluation of Capacity to Consent to Treatment and Research, Oxford University Press (2010)

**論点 8** 認知症の人に意思決定能力がないという判断は慎重に行うべきではないか。

- 解説**
- 1 前述のように、意思決定能力は、事実（情報）を理解する能力、情報処理の合理性、状況の特性の把握と選択の明示によって構成されるのではないか。
  - 2 意思決定能力を判断するについて、次の点を考慮すべきでないか。
    - (1) 意思決定能力は、行為内容により、相対的に判断される。医療介護における意思決定の場面は多岐にわたり、選択の結果が軽微なものから、本人の死を帰結する可能性のある重大なものまである。ただ、財産行為の判断のように損得が比較的第三者から明確な場合と異なり、合理的・客観的判定が困難な場合があり、より本人の意思が尊重される。
    - (2) 意思決定能力は、あるかないかという二者択一的ではなく（連続量）、段階的・漸次的に低減・喪失されていく。
    - (3) 意思決定能力は、認知症の状態だけではなく、社会心理的・環境的・医学身体的・精神的・神経学的状態によって変化するので、より認知症の人が決めることができるように、残存能力への配慮が必要となる。
    - (4) 意思決定能力の判定には判断の幅があるので、①臨床上の判断では意思決定能力があるが、真にも意思決定能力がある場合、②臨床上の判断では意思決定能力があるが、真には意思決定能力がない場合、③臨床上の判断では意思決定能力がないが、真には意思決定能力がある場合と、④臨床上の判断では意思決定能力がなく、真にも意思決定能力がない場合の組合せが生ずる。したがって、「ない」という判断をした場合でも、本人に説明をして、理解を得るよう努めるように、また、「ある」という判断をした場合でも、家族等に説明することが望ましい。

**参考資料（条文等）**.....

イギリス（EnglandとWales）の2005年意思決定能力法（Mental Capacity Act 2005）（2007年10月施行）

意思決定能力とは、自らに関する意思決定を行う時点で、精神（mind）あるいは脳（brain）の障害や機能不全のために、自らに関する意思決定を行うことができない状態をいう。

リスボン宣言

5. 法的無能力者

- b. 患者が法的無能力者であっても合理的な判断を下すことが可能な場合には、その判断を尊重すべきである。

## (医療の観点)

### 1. 意思決定能力の判定

医療における意思決定能力の背景にはインフォームド・コンセントの理念がある。

インフォームド・コンセントは、医学・医療情報の開示、意思決定能力、自発性の3要素が必要である。ただし、意思決定能力は、他の2つの要因と独立した能力ではない。たとえば、医療情報が比較的簡単で分かりやすい内容であれば、理解も認識も得られやすい。しかし、情報が複雑であったり、多量であったりすれば、理解すら困難になる。つまり、意思決定能力は絶対的能力ではなく、判断が求められる状況（たとえば緊急性など）や提供された情報の質・量に依存すると考えられ、「判断が求められる内容」「判断の結果起こりうることの重大性」に応じて異なる。ゆえに、意思決定能力の有無を判定する基準を一律に定め、「ある」「なし」と決めることは困難である。

認知症の人や認知機能障害のある人では、意思決定能力の低下を認める頻度が高いことは一致しているが、意思決定能力の低下の程度や性質は不均一であり、単純には一致しない。具体的には、臨床で汎用される簡易認知機能検査（たとえば、MMSE や長谷川式簡易知能評価スケールなど）の得点と意思決定能力とは必ずしも一致しない。

### 2. 意思決定能力の評価は、場面ごとに行うものか

前述の考察でも触れたように、意思決定能力の評価は、判断が求められる状況や提供された情報の質と量により異なる。意思決定の場面ごとに評価されることが望まれる。

### 3. 意思決定能力の判断基準

臨床では、一般に治療により得られるベネフィットと比べてリスクが相対的に高まると、要求される意思決定能力の水準はあわせて高くなるとみなされている（意思決定能力の評価基準の厳格化・相対化）

この実践の背景には、以下に指摘するような課題もあり、あわせて今後の検討が望まれる。

- ① 意思決定能力の判定と同様に、基準をどのように選択するかは慎重な検討が求められるが、リスクとベネフィットの重み付けについての指針はほとんどない。
- ② リスクとベネフィットの結果が、意思決定能力評価に組み込まれると、患者の自律性をめぐって倫理的な矛盾が生じる。ある状況では意思決定能力があり、別の状況では低下していると判定されるため、その判定が論理的ではないとの指摘がある。自律性の尊重と保護の観点からの調整が重要と考えられる。

### 4. 意思決定能力を評価する際に注意すること

前述のように、意思決定能力は、身体症状（たとえば痛み）や精神症状により変動する。そのため、意思決定能力を評価する際には、身体症状や精神症状の有無もあわせて評価するとともに、意思決定能力が低下している疑いがある場合には、評価者を代えたり、時間や場所を変えて複数回確認するなど、慎重な対応が求められる。

特に、認知機能が低下している場合には、周囲の状況に影響されやすくなる。本人の置かれている状況

に配慮をし、わかりやすい説明を工夫したり、本人の背景や考え方を尋ね理解することを通して、信頼関係を築くことが重要である。信頼関係は本人に安心感をもたらす、意思決定を促進する方向に働く。

一方、本人に確実な理解を求めすぎるあまり、有害事象を強調しすぎたり、説明をあまりに繰り返すことで、不安を増強させかねない場合もある。過不足のない説明はどのようなものか、を慎重に判断することが重要である。

#### 5. 意思決定能力を評価するのは誰か

医療行為を提供するにあたり、その緊急性や重大性を考慮に入れ、どこまで詳しい説明と理解が求められるのか、判断し、実行するのは担当医である。担当医は、多職種と連携しつつ主体的に意思決定能力を評価、判断し、不十分な場合には、不安を軽減したり、説明方法を工夫するなど最大限の強化を行うことが求められる。

**論点 9** 意思決定能力がない、ないし、相当低下している場合でも、認知症の人に説明をして理解を得るように努めるべきではないか。

**解説** 意思決定能力がない、ないし、相当低下していると、適切な同意をして自己決定ができないことになるが、そのような認知症の人であっても、事態や事情を説明し、可能な限り理解を得るように努めることは、認知症の人の尊厳を守ることにつながるのではないか。

**(医療の観点)**

本人が自ら判断し、意向を表明できるように、その意思決定能力を引き出す働きかけが意思決定支援である。

認知症の人でも、自分自身がどのような治療やケアを受けるのか、その決定にあたっては自ら参加し、納得して決めたいと希望することに変わりはない。しかし、本人の意思決定能力が低下している場合には、本人にとって最適と考えられる治療やケアが提供されるように支援をすることも重要である。すなわち、認知症の意思決定支援においては、できる限り本人が意思決定にかかわるように進めるのと同時に、意思決定能力が低下している場合には、認知症の経過全体を通して適切な意思決定と最善の治療やケアが提供されるようにも進めなければならない。

1. 認知症の人の意思決定をいかに支援するか

意思決定支援とは、意思決定能力に含まれる 4 つの能力に働きかけ、本人が自ら考え、判断し、意向を表明することを促進する働きかけである。

認知症では、情報を理解し、記憶し、比較して総合的に判断する能力が総合的に低下する。このような認知機能障害が生じると、周囲の人は、本人が望んでいることを直接本人に尋ねることをせず、家族や介護者に尋ねがちである。その背景には、本人から意向を聞き出すのに時間を要することや、認知症と診断されるとすべてのことをもはや理解・判断できないだろう、との誤解がある。すなわち、本人の希望を、本人に確認することなく、周囲の者が決めてしまう危険性が生じる。

実際、認知症が進行しているとしても、本人の好みや希望を表現することは可能である。臨床においては、少し医療行為を試みて、本人の感想や反応を改めて確認し、話し合う作業を繰り返すことが行われる。本人の希望を確認する上で、普段の生活の様子を丁寧に観察することが役立つ。担当医を中心に、看護師や介護職など、患者を支援する多職種が携わることが重要である。認知機能障害と意思決定能力との関連、その判断方法については、今後、より詳細な検討が必要である。

また、治療を選択する場面では、本人が健康な時に行う選択と、病気になった時に行う選択とは必ずしも一致しない。病気の場面で、本人が何を望んでいるのかを知ろうとする試みが重要である。たとえば、過去には積極的な治療は拒否をしていた場合であっても、認知症をもち、同じような場面を繰り返した際には、治療を希望する場合もありうる。このことから、意思決定については継続して行われることが重要である。この点は、事前指示の限界とそれを乗り越える試みとして議論されている。

## 2. 継続した意思決定支援： アドバンス・ケア・プランニング

アドバンス・ケア・プランニングとは、認知症が進行し、本人が自ら決定をし、希望を表明できなくなった場合に、本人にとって重大な影響を及ぼす可能性のある選択について、認知症の初期の時点から、時間をかけて検討し、考える機会を作る試みである。

認知症の人は、病気に対する不安や治療やケアに希望や要望を抱く。その中には、病気が進行した場合でも、自らの尊厳を保ち、苦痛に対処してもらえるのか、見放されないか不安を抱くこともある。このように、認知症の本人や家族は、現在だけでなく将来のことについても不安を抱えながら療養をしており、その不安について時間をかけて話し合うことが、不可欠である。治療や療養生活を進めるうえで、話し合うことが望まれる内容には、

- ・認知症に対する治療に加え、心身の健康を維持するために工夫すること
  - ・ケアの目的
  - ・苦痛の緩和
  - ・専門家の支援
- 等がある。

不安に関連する事項を丁寧に話し合い、検討することにより、本人や家族に、たとえ病気が長期にわたり生活に支障を来すものであったとしても、治療や介護は継続すること、苦痛を伴う症状に対しても対処されるという信頼感が生まれる。多くの認知症の人が不安を抱く背景には、自分の将来の見通しが立たないことや継続的な医療や介護を受けられ、見放されることはないという信頼が持てないことがある。その点に関して、アドバンス・ケア・プランニングは、「自分のことが理解してもらっている」「医療者は自分のことに関心を持っている」というメッセージとともに信頼関係の構築に寄与し、大きな支援となる可能性がある。一方、不確定な将来の事に関して、はっきりと決断を下すということは、直面化したくないものに直面化せざるを得なくなる場面を作り、苦痛につながる場合もある。医療者は、苦痛にも配慮をし、その適応を検討することが求められる。

アドバンス・ケア・プランニングは、わが国においては終末期医療において、関心のある医療者の個々の試みとして行われている段階である。アドバンス・ケア・プランニングの中には、事前指示(advance directive)本人が将来自ら判断能力を失った際に、自分に行われる医療行為に対する意向を前もって意思表示すること)の制度があり、内容的指示と代理人指示が含まれる。内容的指示は、治療についての患者の希望を記録した事前指示で、本人が望むあるいは拒否する治療や、医療行為を決定する際の指針となる基準を明示する方法である。また、代理人指示とは、本人が意思を表示できなくなった場合に決定を行う代理人を指名しておく方法である。海外においては法的に制度化されている国もある。たとえば、英国では、アドバンス・ケア・プランニングにいくつかの制度を用意しており、アドバンス・ステートメント (advance statement)、治療拒否の事前決定(advance decision to refuse treatment: ADRT)、永続的代理権(lasting power of attorney: LPA)などがある。

**論点 10** 認知症の人に意思決定能力がない、ないし相当低下している場合に、家族等に対して説明をすることが考えられるのではないか。

**解説** 本人に意思決定能力がない、ないし、相当低下している場合は、本人の保護のために、家族等に説明することが考えられる。家族については、明確な定義はないが、本人の性格、価値観、人生観等について十分に知りうる立場の者がこれに該当すると考えられるのではないか。

#### 参考資料（条文等）

---

横浜地方裁判所平成 7 年 3 月 28 日判決 – 東海大学事件

4. 患者の事前の意思表示が何ら存在しない場合は、家族の意思表示から患者の意思を推測することが許される。…そのためには、意思表示をする家族が、患者の性格、価値観、人生観等について十分に知り、その意思を適確に推定しうる立場にあることが必要であり、さらに患者自身が意思表示する場合と同様、患者の病状、治療内容、予後等について、十分な情報と正確な知識を有していることが必要である。そして、患者の立場に立った上での真摯な考慮に基づいた意思表示でなければならない。

（本記述は、判決の結論を出すための過程でのものではなく、傍論と呼ばれているものの一部である）

最高裁平成 14 年 9 月 24 日判決 – 家族への告知（連絡）義務

患者が末期的疾患に罹患し余命が限られている旨の判断をした医師が患者本人にはその旨を告知すべきでない判断した場合には、患者本人やその家族にとってのその診断結果の重大性に照らすと、当該医師は、診療契約に付随する義務として、少なくとも、患者の家族等のうち連絡が容易な者に対しては接触し、同人又は同人を介して更に接触できた家族等に対する告知の適否を検討し、告知が適切であると判断できたときには、その診断結果等を説明すべき義務を負う。なぜなら、このようにして告知を受けた家族等の側では、医師側の治療方針を理解した上で、物心両面において患者の治療を支え、また、患者の余命がより安らかで充実したものとなるように家族等としてのできる限りの手厚い配慮をすることができることになり、適時の告知によって行われるであろうこのような家族等の協力と配慮は、患者本人にとっては法的保護に値する利益であるというべきである

人を対象とする医学系研究に関する倫理指針 – 平成 26 年 12 月 22 日・文部科学省・厚生労働省

代諾者：生存する研究対象者の意思及び利益を代弁できると考えられる者であって、当該研究対象者がインフォームド・コンセントを与える能力を欠くと客観的に判断される場合に、当該研究対象者の代わりに、研究者等又は既存試料・情報の提供を行う者に対してインフォームド・コンセントを与えることができる者をいう。

### **(医療の観点)**

患者の状況に応じた説明をおこない、加えて医療者が環境調整や説明の工夫等をおこなっても、なお理解や判断が困難な場合、意思決定能力を失っていると判断せざるを得ないが、その場合でも医療行為の実施・不実施の判断は避けられない。

この場合、臨床一般においては、家族に対して説明し、家族の了承を得ることが行われている。家族への説明、家族からの了承について、本整理（倫理的・法的な観点）と臨床現場での実践をどのように整合させるのかについて、更なる議論が必要であろう。認知症をもつ人の場合、他の疾患と異なり、比較的長期間にわたり継続的な医療・介護を必要とする場面が生じうる。治療について、家族に説明し、了承を得た後に、家族や介護者が長期的な支援を計画する上で重要な役割を担うことが多く、介護負担等で本人との間に利益相反が生じる場合も想定される。また、家族の中で意見が分かれ、強く主張する家族の意見に引かれてしまう場合もありうるため、本人の意向を尊重することを目指した支援方法を検討する必要がある。

**論点 11** 認知症の人に意思決定能力がない場合に、説明を受けた家族等を交えて、現在の本人の意思を推定していくべきではないか。その際は、認知症の人の過去の意思表示等を十分尊重し、書面による意思表示がある場合は、現在の意思を推定するのに有力な資料となるのではないか。

**解説** 意思決定能力がない場合は、本人が今はその決定をできないことになる。そこで、本人に関する過去の情報を踏まえて、本人の現在の意思を推定していくことが考えられる（本人の意思推定）が、これには説明を受けた家族等との話し合いが不可欠である。家族等は、家族の利益に基づいて認知症の人の決定を行うことはできない（代行）が、本人の意思を推定するに豊富な情報等を有しているので、家族を交えて本人の意思を推定していくことになる。

事前の意思は、真の意味の自己決定でない可能性は残るが、そうであっても、事前意思を尊重する仕組みは、自己決定を（間接的であれ）尊重するものといえる。米国では、advance-directive として、事前指示書（living will、リビング・ウィル、前者）と持続的代理人制度（durable power of attorney、DPA、後者）があり、リビング・ウィルとは、「書面による生前の意思表示」であり、持続的代理人とは、意思決定を第三者に委任するものである。

我が国では、前者に相当する制度としては遺言があるが、そもそも、遺言は、死亡後に効力を発するもので、拘束力ある指示としての裏づけがない。また、後者については、2000年から導入された介護保険制度に伴って創設された成年後見制度があり、近時多く利用されているが、成年後見人には、高齢者の財産管理の代理等について権限があるにすぎず医療同意権については後見人に（法的な）権限はないと解されている。しかし、法制度があるかどうかとは別に、認知症の人の事前意思を尊重することが考えられる。

### 参考資料（条文等）

---

最高裁判所平成 21 年 12 月 7 日判決－川崎協同病院事件

被害者が気管支ぜん息の重積発作を起こして入院した後、本件抜管時まで、同人の余命等を判断するために必要とされる脳波等の検査は実施されておらず、発症からいまだ 2 週間の時点でもあり、その回復可能性や余命についての的確な判断を下せる状況にはなかったものと認められる。そして、被害者は、本件時、こん睡状態にあったものであるところ、本件気管内チューブの抜管は、被害者の回復をあきらめた家族からの要請に基づき行われたものであるが、その要請は上記の状況から認められるとおり被害者の病状等について適切な情報が伝えられた上でされたものではなく、上記抜管行為が被害者の推定的意思に基づくということもできない。以上によれば、上記抜管行為は、法律上許容される治療中止には当たらないというべきである。そうすると、本件における気管内チューブの抜管行為をミオブロックの投与行為と併せ殺人行為を構成するとした原判断は、正当である。

東京高等裁判所平成 19 年 2 月 28 日判決－川崎協同事件控訴審判決

本件患者のように急に意識を失った者については、元々自己決定ができないことになるから、家族による自己決定の代行（これが「前者」）か家族の意見等による患者の意思推定（これが「後者」）かのいずれかによることになる。前者については、代行は認められないと解するのが普通であるし、代行ではなく代諾にすぎないといっても、その実体にそう違いがあるとも思われない。そして、家族の意思を重視することは必要であるけれども、そこには終末期医療に伴う家族の経済的・精神的な負担等の回避という患者本人の気持ちには必ずしも治わない思惑が入り込む危険性がつきまとう。・・・自己決定権という権利行使により治療中止を適法とするのであれば、このような事情の介入は、患者による自己決定ではなく、家族による自己決定にほかならないことになってしまうから否定せざるを得ないということである。後者については、現実的な意思（現在の推定的意思）の確認といってもフィクションにならざるを得ない面がある。患者の片言隻句を根拠にするのはおかしいともいえる。意識を失う前の日常生活上の発言等は、そのような状況に至っていない段階での気軽なものとする余地がある。本件のように被告人である医師が患者の長い期間にわたる主治医であるような場合ですら、急に訪れた終末期状態において、果たして患者が本当に死を望んでいたかは不明というのが正直なところであろう。

横浜地方裁判所平成 17 年 3 月 25 日判決－川崎協同病院事件一審判決

末期医療における治療中止においては、その決定時に、病状の進行、容体の悪化等から、患者本人の任意な自己決定及びその意思の表明や真意の直接の確認ができない場合も少なくないと思われる。このような場合には、前記自己決定の趣旨にできるだけ沿い、これを尊重できるように、患者の真意を探求していくほかない。この点について、直接、本人からの確認ができない限り治療中止を認めないという考え方によれば解決の基準は明確になる。しかし、その結果は、そのまま、患者の意に反するかもしれない治療が継続されるか、結局、医師の裁量に委ねられるという事態を招き、かえって患者の自己決定尊重とは背馳する結果すら招来しかねないと思われる。そこで、患者本人の自己決定の趣旨に、より沿う方向性を追求するため、その真意の探求を行う方が望ましいと思われる。その真意探求に当たっては、本人の事前の意思が記録化されているもの（リビング・ウィル等）や同居している家族等、患者の生き方・考え方等を良く知る者による患者の意思の推測等もその確認の有力な手がかりとなると思われる。そして、その探求にもかかわらず真意が不明であれば、「疑わしきは生命の利益に」医師は患者の生命保護を優先させ、医学的に最も適応した諸措置を継続すべきである。

人生の最終段階における医療の決定のプロセスガイドライン（厚生労働省、平成 19 年 5 月、平成 27 年 3 月名称変更）

1 終末期医療及びケアの在り方 ①医師等の医療従事者から適切な情報の提供と説明がなされ、それに基づいて患者が医療従事者と話し合いを行い、患者本人による決定を基本としたうえで、終末期医療を進めることが最も重要な原則である。

2 終末期医療及びケアの方針の決定手続 (1)患者の意思の確認ができる場合① 専門的な医学的検討を踏まえたうえでインフォームド・コンセントに基づく患者の意思決定を基本とし、多専門職種の治療従事者から構成される医療・ケアチームとして行う。(2)患者の意思の確認ができない場合 患者の意思確認ができない場合には、次のような手順により、医療・ケアチームの中で慎重な判断を行う必要がある。① 家族が患者の意思を推定できる場合には、その推定意思を尊重し、患者にとっての最善の治療方針をとることを基本とする。 ② 家族が患者の意思を推定できない場合には、患者にとって何が最善であるかについて家族と十分に話し合い、患者にとっての最善の治療方針をとることを基本とする。③ 家族がいない場合及び家族が判断を医療・ケアチームに委ねる場合には、患者にとっての最善の治療方針をとることを基本とする。

### (医療の観点)

本人の意思決定能力が障害されている場合、本人の自己決定権を尊重するために、可能な限り本人の意思・意向を推定し、医療行為の決定に反映させる必要がある。

一般に、自己決定が困難な場合には、本人の意思に近いと考えられる①事前指示から、②代理人、③最善の利益基準の順で進められる。法的な枠組みとして用意している国もある。

#### 1. 家族との話し合いについて

家族に説明をし、家族と話し合う場合、単純に家族の意見をそのまま受け入れることは注意が必要である。家族の背景、どうしてそのような意見を抱くに至ったのか、患者の病気をどのように理解しているのか、家族の価値観や不安、患者への思い、患者が以前に家族に対して話していた内容などを可能な限り聞き出し、理解する必要がある。また、家族が患者の意思を代弁する場合には、それが本当に患者の意向を反映しているかどうか確認しなければならない。具体的には、患者がどのような場面で、どのような言葉や表現を用いて話したのか、詳しく確認を進める必要がある。

#### 2. 代理制度に関して

諸外国では、代理意思の制度が設けられている。この制度は、本人の指名する代理人や法定代理人が、本人の希望を正確に反映させることができる、という前提に立ってなされている。しかし、仮想シナリオを用いて、本人と代理人の選択がどの程度一致しているかを検討した海外の検討では、代理人が本人の意向を予測できたのは7割弱に留まり、意思の反映の正確さは、代理人と本人との関係が密接かどうかには関係していなかった、との報告がある。代理意思の制度が設けられる場合も、代理意思の正確さを高めるための方法や、代理制度を補う工夫について、検討が必要だろう。

**論点 12** 認知症の人の意思を推定できる場合も、できない場合も、可能な限り、その人の希望、人格、価値観を踏まえた最善の治療・非治療・ケアを追求することが考えられるのではないか（主観的最善の利益）。

**解説** 認知症の人の意思の推定は、不確実性をめぐえないのであるから、推定できる場合もできない場合も、その人の希望、人格、価値観を踏まえた最善の治療・非治療・ケアを追求することが考えられるのではないかと。

#### 参考資料（条文等）

The BMA's Handbook of Ethics and Law, 2nd ed, BMJ Books, London, 2004, pp108-9, 351-365

患者が意思能力を欠いている場合は、多くの事項を勘案して何が患者の最善の利益になるかを考えなければならぬ。勘案事項には以下が含まれる。

- ・ 患者の事前に表明された希望を含む、希望と価値観
- ・ 患者の希望に影響を与える、宗教的・文化的哲学
- ・ 患者が何を最善の利益とみなすかに関する、患者に近い人（親族、配偶者、治療にあつたっている人、代理意思決定者）の見解
- ・ 提案されている治療を他の選択肢を考慮した上での医学的判断
- ・ 治療が行われた場合の改善の可能性とその程度の大きさ
- ・ 将来患者にとり大きな選択の余地を残すことができる治療の選択肢の有無
- ・ 治療の侵襲性
- ・ 改善不可能な高度な苦痛の経験

イギリス（EnglandとWales）の2005年意思決定能力法（Mental Capacity Act 2005）（2007年10月施行）

#### 4 Best interests.

- (1) In determining for the purposes of this Act what is in a person's best interests, the person making the determination must not make it merely on the basis of—
  - (a) the person's age or appearance, or
  - (b) a condition of his, or an aspect of his behavior, which might lead others to make unjustified assumptions about what might be in his best interests.
- (2) The person making the determination must consider all the relevant circumstances and, in particular, take the following steps.
- (3) He must consider
  - (a) whether it is likely that the person will at some time have capacity in relation to the matter in question, and
  - (b) if it appears likely that he will, when that is likely to be.

- (4) He must, so far as reasonably practicable, permit and encourage the person to participate, or to improve his ability to participate, as fully as possible in any act done for him and any decision affecting him.
- (5) Where the determination relates to life-sustaining treatment he must not, in considering whether the treatment is in the best interests of the person concerned, be motivated by a desire to bring about his death.
- (6) He must consider, so far as is reasonably ascertainable— .
- (a) the person's past and present wishes and feelings (and, in particular, any relevant written statement made by him when he had capacity), .
  - (b) the beliefs and values that would be likely to influence his decision if he had capacity, and .
  - (c) the other factors that he would be likely to consider if he were able to do so.
- (7) He must take into account, if it is practicable and appropriate to consult them, the views of .
- (a) anyone named by the person as someone to be consulted on the matter in question or on matters of that kind, .
  - (b) anyone engaged in caring for the person or interested in his welfare, .
  - (c) any donee of a lasting power of attorney granted by the person, and .
  - (d) any deputy appointed for the person by the court, .
- as to what would be in the person's best interests and, in particular, as to the matters mentioned in subsection (6).
- (8) The duties imposed by subsections (1) to (7) also apply in relation to the exercise of any powers which
- (a) are exercisable under a lasting power of attorney, or .
  - (b) are exercisable by a person under this Act where he reasonably believes that another person lacks capacity. .

## **(医療の観点)**

### 1.本人にとっての最善・最大の利益を考えた決定を行うこと

意思決定能力を失っている場合に、医療における意思決定は、本人にとって最大の利益となるように決定することが要請される。この時に重要なことは、「意思決定能力を失っている本人が、この場面において、もしも意思決定能力が回復するとしたら、本人に説明・提示され、本人が望む最善の選択肢を考える」ことである。最善の選択肢を出したうえで、本人の利益が最大となるように決定を進める。

重要なことは、あくまでも「本人の立場に立って、本人が決めるとしたら何を望むのか」という点である。臨床の場面において、しばしば「本人の（主観的な）最善の利益」を、医療者や家族の立場で最善と考える選択肢と誤ってとらえられがちである。

医療者と家族が協働し、本人にとっての最善の利益を話し合うためには、意思決定能力法でも採用されているような背景の五原則を踏まえることは、有用である。

- 本人の年齢（高齢か若年か）、外見（身なりや様子）、行動（奇異な行動をとるかどうか）といった一つのことや突飛な様相・行動に基づいた先入観で考えてはならない
- 本人と決定しなければならないことに関連する可能な限りの状況を思い浮かべ、本人の意思決定能力が回復するかどうかの見込みとは関係なく、最大限検討する
- もしも本人が意思決定能力を取り戻す可能性がある場合には、臨床の状況が許し、かつ回復するまで待つことの合理性があるのならば、回復の見込みのある期間まで保留をする
- 医療者や家族は、本人に死をもたらすような要請を受け入れてはならない
- 医療者と家族は、合理的であるかどうかを確認したうえで、次の点を検討する
  - ・本人の過去の感情や希望
  - ・本人の現在の感情や希望
  - ・本人の価値観
  - ・もしも意思決定能力が回復するとしたら、本人が考慮すると考えられる事項
- 本人が以前よりこのような問題があった時に相談をしていた人、本人の幸福に関心を持つ人の意見も考慮に入れる。

## 2. 医療と介護との連携の必要性

認知症をもつ人を支援する上で、医療と介護は相互に関連している。認知症をもつ人の意向や希望を聞き出すためには、意思決定を求められる場面において急に尋ねたり、意思を推定しようとしたりすることは困難である。普段からの信頼関係の構築と密な観察が求められる。また関連する領域も単に病院の治療場に留まらず、施設や在宅を含み、関係する人も医療従事者から介護職、家族、近隣の人まで広がる。認知症をもつ人が安心して暮らせる社会を実現するためには、認知症をもつ人の意思決定を支援する手段を医療従事者に留まらず介護職、一般の人を含めて共有し、連携する手法やシステムの開発が求められる。特に、介護職において意思決定支援に関する啓発が求められる。

### 3. 意思決定が困難な事例

**事例集** 以下の事例については、事例をモデル化して掲載している。

#### 認知症の人に意思決定能力がある場合

**事例 1** 認知症の人で、「意思決定能力」はあり、なにもしないことを希望する場合で、ご家族がいない場合の、**治療の差し控え**について

認知症の人でご自身で判断できるが、医師から**中心静脈栄養や胃ろう**といった方法が説明されるが、「何もしない」又は「末梢点滴のみで」となるべく自然なかたちを希望された場合に、本人の判断どおりにしていいのいか、すべきなのか。

**事例 2** 認知症の人で、「意思決定能力」はあり、なにもしないことを希望するが、家族が反対する場合の、**治療の差し控え**について

認知症の人でご自身で意思決定できる方が、医師から**中心静脈栄養や胃ろう**といった方法が説明されるが、「何もしない」又は「末梢点滴のみで」となるべく自然なかたちを希望された場合、家族はできるだけのことをしてほしいとされる場合は、家族の意思どおりにしていいのいか、すべきなのか。

#### 認知症の人の意思決定能力が相当低下している場合

**事例 3** 認知症の人で、意思決定能力が相当低下している場合で、検査を拒否される場合

認知症の人で、意思決定能力が相当に減退している場合で、血尿等の異状が確認されたが、検査には同意しない場合、検査をしないでいいのかどうか。

#### 認知症の人に意思決定能力がない場合

**事例 4** 認知症の人で、「意思決定能力」がなく、家族がいない場合の、**治療の実施**について

認知症の人でご自身で意思決定できず、ご家族もいらっしゃらないが、徐々に経口摂取量低下、明らかな脱水症状を呈した時、本人の意思確認のできないままだけ介入（治療行為、例えば、**中心静脈栄養や胃ろう**）ができるのか、すべきか。

**事例 5** 認知症の人で、「意思決定能力」がない場合の、**治療の中止**について

認知症の人でご自身で意思決定できないが、これまで療養病棟において、**中心静脈栄養や胃ろう**で何ヶ月も過ごしている人が多くいるが、本人の意思確認のできないまま、患者に苦痛を与えているだけにならないか。

**事例 6** 認知症の人で、「意思決定能力」はなく、家族がなにもしないことを選択される場合の、**治療の差し控え**について

認知症の人でご自身で意思決定できない方であるが、ご家族が自然な形での死をと希望される場合は、治療をしなくてもいいのか。

**事例 7** 認知症の人で、「意思決定能力」はなく、ご家族が希望される場合の、**介護行為**について

認知症の人でご自身で意思決定できない方であるが、ご家族が抑制を希望される場合は、抑制ができるのか、また、すべきか。

**事例 8** 認知症の人で、「意思決定能力」はないが、ご家族の間で、方針の統一がとれない場合の、**介護行為**について

認知症の人でご自身で意思決定できない方であるが、ご家族の中で抑制について意見が異なる場合、抑制ができるのか、また、すべきか。

## 4. 残された課題

### 4-1 意思決定能力の有無という切り口だけでなく、機能的な切り口が必要性ではないか

意思決定能力の有無という判断だけではなく、本整理でも指摘したように、意思決定能力は機能的な側面も有している。したがって、その機能的な面を支えるために、支援者には、認知症の人の日常での見守り行為を通じての、本人の意思や意向を聞き取り、観察行為が不可欠である。また、見守り行為も、病院・施設から在宅まであり、支援者も、家族から、職員、あるいは、地域の人まで多様である。そうすると、このような幅広い支援者に対して、意思決定支援の手法や相互支援体制確立のための方法等について研修、特に介護関係者への啓発は必須ではないのか。

### 4-2 医療同意にまつわる行為の法的根拠や見解について

医療同意については、法的には、侵襲行為に対する違法性阻却事由（刑法 35 条）として位置づけられる。しかし、実際の医療・介護行為の提供の場では、大きな侵襲行為を伴う医療行為からそうでない医療行為、また、侵襲を必ずしも伴わない療養上の世話行為や介護行為があり、これらが密接不可分に結びついている。そのために、侵襲の有無ということだけで、法的な扱いに差異を設けることは現実的でないという意見がある、また、差異を設けるとしても、どのように行うかについて議論が必要である。

また、医療同意権については、一身専属性が指摘され、これを家族が代理・代行することは法的には許さないとされるが、医療・介護の現場ではこれとは異なる実践が行われることもあることを、どのように評価して、今後啓蒙していかを考える必要がある。

更に、侵襲の程度やその医療・介護行為に受ける本人の利益等によって、家族等の本人を良く知る人が代理・代行を認めることができないかについて議論をする必要がある。仮に一定の範囲について条件をつけて許す場合は、本人と、家族等の本人を良く知る人との利益相反の有無等の適格者判断の基準や方法について検討をする必要がある。

以上のことは医療同意権がないとされている成年後見人にも生ずる問題である。

### 4-3 精神保健及び精神障害者福祉に関する法律が関わる領域の扱いについて

同法領域では、既に精神障害者の医療と保護の観点から法的な規制があり、同法の領域においては、同法の規制が優先する。もっとも、同法の領域でも精神疾患とは直接の関連がない合併症の治療を行うことがあるので、本整理の観点と同法の規制との関係を検討する必要があるのではないかと。

## IV 考察

---

### 1. 各部会・委員会の作業プロセス・成果物整理

本事業はBPSDを伴う認知症の意思決定と責任能力に関する支援のあり方について検討することが求められた。内容が重大であることや、事業の対象領域がきわめて広範であり、単年度の事業の中で、具体的な事業計画を立てるべきかが大きな問題となった。

認知症施策推進総合戦略（新オレンジプラン）において、行動・心理症状（BPSD）や身体合併症等への適切な対応および認知症の人やその家族の視点の重視が打ち出されていることから、本事業においても、「重犯罪」や「触法精神障害」の対処といった視点ではなく、日常生活、医療・介護におけるさまざまな問題や意思決定のあり方を主眼とすることとした。

事業の構成として、実際に調査研究を行う作業部会と、このような課題の検討を中心とする委員会をそれぞれ分けて立ち上げた。構成委員はI事業概要において示した。作業部会は①日常生活の障害とその支援、②医療・介護における意思決定支援の2部会とした。

委員会は平成27年11月および平成28年2月の2回実施した。第1回では事業における視点、方向性が検討され、第2回では各作業部会の結果報告をふまえて、その評価と今後の方向性が検討された。

作業部会①では、

- 認知症の人と家族の会との共同調査により、家庭における日常生活障害の実態アンケート調査
- 大手スーパーマーケットとの共同調査により、スーパー・コンビニエンスストアでの日常生活障害の実態アンケート調査
- 生命保険会社の協力により、保険契約等でのトラブル聞き取り調査

を実施した。

多くの事例を抽出し、認知症の人と家族の視点に立った今後の支援に結びつく整理方法を検討した。

作業部会②では、医療・介護における意思決定のさまざまな事例を集積し、これまでの判例を参考にし、認知症の意思決定支援に求められる論点を抽出した。

### 2 全体のまとめ

#### 【日常生活支援に関して（作業部会①）】

日常生活におけるさまざまなトラブル（障害）について行ったアンケートおよび聞き取り調査の結果から、認知症においては生活障害、とくに「社会的生活障害」として見るべき問題が浮かび上がった。買い物、金銭管理、近隣とのトラブルなどがその対象であり、これまで、現場では課題とされる一方で、注目されることの少なかった領域である。

従来の BPSD、中核症状という整理の仕方では漏れてしまったり、軽視されているが、本人、家族がもっとも支援を必要とするのは「生活障害」とくに、社会的な生活障害であるという認識が重要であることがわかった。今後は、さまざまな事例とその対応の整理を通して、国民の間での、認知症の生活障害に対する認識を向上させ、よりよい対応が可能になるようなマニュアル作成へと進展させることが求められるだろう。

## 【医療・介護の意思決定に関して（作業部会②）】

認知症の人が医療・介護等を受ける際の意思決定支援に関連して生じる論点について、倫理・法的な観点と医療的な観点から整理を進めた。

従来、意思決定支援に関する議論は、意思決定能力がある人が、複雑な状況下で意思決定することをいかに支援するかの議論が中心であった。その点、本検討のように、認知症があり、意思決定能力の低下が認められる人に対して、いかに本人の自己決定を支えていくか（自己決定権の尊重）、あわせて意思決定能力が不十分な場合にいかに必要な保護をするか、を併せ持つ検討は、認知症に特有の観点である。両者をあわせもつ視点を整理したことは、認知症に関連する意思決定支援の基本的な視点を確保することができたといえる。

続けて、今回達成された論点整理をさらに深め、検討するには、以下のような方向があげられる。

### (1) 認知症における意思決定支援の問題は、認知症が軽度の段階から認識され、実践されることが重要

意思決定支援の議論は、上で指摘したとおり、がん告知やエンドオブライフなど状況が複雑なために意思決定が難しい場面の議論となりがちである。しかし、認知症に関連する意思決定支援は、認知機能障害が軽度でありながらも社会生活が障害される、より軽度の段階から支援が提供され、医療を受ける権利とともに個人の尊重が実現される必要がある。そのためは、普段の臨床場面どこにおいても提供される支援であること、加えて、医療の場面のみならず介護等の支援の場面においても実践される事が重要である。

### (2) より効果的なエンハンスメント（強化）方法を開発する必要

認知症により生じた意思決定能力の低下に対するエンハンスメント（強化）について、系統立てた検討はまだ行われていない。現状では、各自の経験に基づいて行われている要素が大きく、その効果や適応については明らかではない。

① 認知機能障害と意思決定能力との関連性

② 意思決定能力の障害プロフィールに応じた効果的な強化・支援方法

について検討する必要がある。とくに、画像を用いるなど提示方法の工夫は海外では Decision Aids として検討が進んでおりわが国の臨床に即した検討が望まれる（短期記憶の難しい認知症の人には別途考慮が必要）。

### (3) 臨床で実践するために、具体的かつ実践的な方法（標準化）を示す必要

具体的に検討する時には、実践できる手順や方法を示していくことも重要である。今後検討を深める必要がある点として、以下の項目があげられる。

- ① 医療の場面においては、検査や治療の侵襲の軽重とともに支援はどのようにあるのがよいのか
- ② 生活の場面ではどのように評価と判断が行われるのが良いのか。
- ③ 意思決定能力の低下が、主として BPSD（たとえば、抑うつなど）に依る場合、対応はどうあるのがよいのか

特に、認知症の人の意思決定能力が低下しており、その判断が合理的でない場合（検査や食事の拒否等）の評価や対応等、具体的な場面を想定した検討が必要である。

#### **【事業全体と通しての考察】**

委員会での意見を参考にして今後の方向性について言及する。今回の事業を通して明らかになったことは、認知症に関連する諸問題が広範にわたり、厚生労働省単独でなく、多くの省庁の協働が求められるということであり、これは新オレンジプランにも強調されていることである。さらに、今後、これを国民にどのように情報提供をしていくのかを検討する必要がある。その前提として、「生活障害」などの概念の精密化が求められる。まだ十分練れていない部分がある。これらは今後の課題であると考える。

最後に第 2 回委員会の後に寄せられた委員からのコメントの趣旨を一括掲載する。本年度の事業を発展させる上で、十分に配慮していくことが求められる。

#### **A. 事業全般**

- 認知症の人に対する対応について、意思決定能力や責任能力といった従来とは異なる視点から、多角的に検討し、問題点を抽出することができたと思う。今後、抽出された問題点に対する方策を検討するための事業の展開が望まれる。
- BPSD を、「認知機能の低下に伴い、自分の状態や欲求、要求を言葉でうまく表現したり、必要な解決行動を取ることが困難になるために起こる、言葉にならない本人からのメッセージである」と捉え、当事者の状態や欲求、要求を探索し、必要なケアを導入することにより BPSD を非薬物療法的に解消する取り組みが行われている。この考え方を反映させることが望ましい。
- 家族が困っていた生活や医療場面での支障を明確にし、そのことにどう対応していけばよいのかの方向性のアウトラインが出ているので家族にとってありがたい
- 生活に支障をきたし始めた時の治療法や正しい対処法が示されていない。何らかの標準的な対策方法を示すべきである。

## B. 日常生活支援

- 生活障害を医学モデルではなく、一般の生活者の視点から分類しようとする試みは、認知症の人に対する一般の人の理解を深め、認知症の人が生きやすい社会を構築していくためにも重要な視点である。
- 日常生活の支障として、「大声」等への対処も含めるべきである。社会的な生活障害に、本人が社会との接点はもちながら対応できるよう対応の方向性が示されることを望む。
- トラブルの大きさや危険度は、自宅を離れるにつれ、家族から他人を巻き込むことにより、つまり生活活動範囲が拡大することにより大きくなる。このことは、認知症中核症状の進行度とは必ずしも一致しない。ADLが高いほど危険も大きいことがわかる。買い物をするときのトラブルでもわかるように、案外と現場周囲の人は認知症の行動障害に気づいている。問題は、どう対処したらよいのか?わからないでいる点だ。つまり指針が示されていないから困っているのであり、それが示されれば今すぐにも行動はとれるのかもしれない。
- 大都市部と僻地という地域較差を考慮した支援策の検討は不十分であった。

## C. 認知症の人が医療、介護等を受ける際の意味決定支援のあり方

- 意思決定能力の判定の法的枠組みについて、最近の諸外国の動向も踏まえたうえで、適切な整理がなされたが、認知症の人に特有の支援の在り方については、わが国の現状も踏まえ、今後の検討課題である。
- 論点の中で「本人への説明は混乱が激しく、説明で症状の悪化が予測されるため、説明しないほうがよい」という論点を入れるべきだ。対応のあり方を考える上で、支援チームの存在とどのようなメンバーが必要かも論議してほしい。本人や家族への支援です。第三者的なものの存在が必要ではないか。
- 認知症の人が、特に医療行為や介護を受けることに関して、正しい意思決定を行わなくなることは周知の事実である。いつの時点で、どんな状態になった時に、意思決定能力が不十分な意思は失われた、と判断されるのか、指針を示してほしい。
- 「認知症の人を保護する」と同時に、認知症の人から害を与えられる（暴力等）おそれのある側の権利についても考慮することも必要である。
- 難しい問題であり、取りまとめには慎重を期すべきである

---

認知症の行動・心理症状(BPSD)等に対し、認知症の人の意思決定能力  
や責任能力を踏まえた対応のあり方に関する調査研究事業  
報告書

平成 28 年 3 月

禁無断転載

---

国立研究開発法人 国立長寿医療研究センター  
National Center for Geriatrics and Gerontology  
〒474-8511 愛知県大府市森岡町七丁目 430 番地  
TEL 0562-46-2311 (代表) FAX 0562-46-8349  
<http://www.ncgg.go.jp>