

## 社会福祉の立場から認知症高齢者の意思決定プロセスを考える

白山 靖彦

### Social supports for decision-making process necessary and suitable for cases with dementia among elderly people: insights from the perspective of social welfare

Yasuhiko Shirayama, PhD

#### 抄録

認知症高齢者の増加および独居化に伴い、認知症ケアの充実が喫緊の課題となっている。これを受け、介護保険や権利擁護の諸制度などの施策が打ち出されてきているが、医科および歯科における医療同意に関する意思決定プロセスの定式化や、その合意形成のあり方など残された課題も多い。そこで本稿では、社会福祉の立場から認知症高齢者の生活を支える仕組みや制度などの動向について概観した上で、認知症高齢者の意思決定プロセスに関連して、医科歯科連携を基軸とする関連障害の取組み例を紹介する。加えて、多職種協働による意思決定支援の例を提示する。

#### 和文キーワード

意思決定プロセス, 介護保険, 権利擁護, 医科歯科連携

#### I. はじめに

2004 (平成 16) 年に厚生労働省によって、「痴呆」から「認知症」へと用語変更が行われた。認知症は後天的な脳の器質的疾患であり、高次脳機能障害の一種とされている。高次脳機能は、記憶、認知、感情、言語などを担当し、ヒトが日常・社会生活を送る上で必須の能力とされている<sup>1)</sup>。すなわち、高次脳機能が障害されると、ヒトが人として生きることが難しくなる。いったん発症すれば、他者とのコミュニケーションが取れないという問題だけでなく、徘徊や暴力といった行動精神症状 (Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia ; BPSD) も出現し、それまで築いてきた家庭生活や地域社会における地位や役割を一瞬で喪失することも少なくない。そして、判断能力の低下もしくは喪失によって虐待や悪質商法被害といった深刻な権利侵害を受けやすくなる。このように認知症という疾患は、心身機能の低下だけでなく、生活そのものを破綻させてしまう。そうした認知症高齢

者は年々増加する傾向にあり、2025 (平成 37) 年には 470 万人に達すると予測されている<sup>2)</sup>。また、現在、認知症高齢者 (日常生活自立度Ⅱ以上) が生活する場所として、居宅 140 万人、次いで介護老人福祉施設 41 万人と推計されている。さらに世帯動向に関しては高齢者世帯が 21.3% であり、中でも「独居」で暮らす高齢者が今後より増加すると推計されている。これらを合わせると、認知症高齢者の独居化が今後進行することが懸念されており、認知症ケアの充実が喫緊の課題となっている。

そうした状況を踏まえ、医療や介護において新たな治療方法やサービス提供の仕組みが確立してきた。たとえば、投薬によるアルツハイマー病治療や認知症に特化した介護保険サービスなどである。しかし、そうした治療や制度利用においては、通常本人同意を前提としているため、判断能力の低下もしくは喪失した認知症高齢者が利用する際の高い障壁になっている。また、治療やサービスを提供する側においても法令順守 (コンプライアンス) が常に問われており、本人同意が得られない場合には極めて厳しいガイドラインが必要

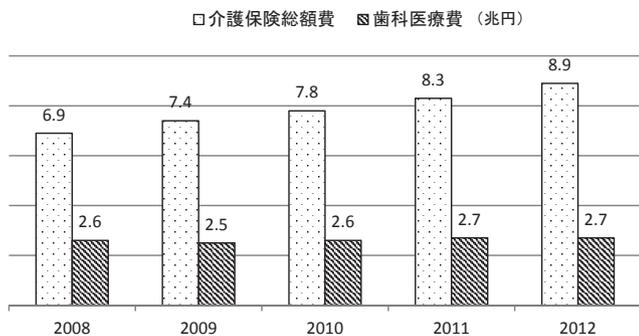


図1 介護保険総額費と歯科医療費の動向

となる<sup>3)</sup>。こうしたガイドライン作成に関し、2つの点を検討することが重要である。1つは、すでに認知症を発症した患者に対する治療についてどのような合意形成を行うのか、2つには認知症発症前に将来想定される治療行為に関し、あらかじめ意思を明確にしておく手段をどのように確立しておくのか、という点である。

本稿では、まず認知症高齢者の生活を支える仕組みや制度などの動向について概観する。また、認知症高齢者の意思決定プロセスに関し、医科歯科連携を基軸とする関連障害の取組み例を紹介する。加えて、多職種協働による意思決定支援の例を提示する。

## II. 認知症ケアの動向

### 1. 介護保険制度

認知症者を含む要介護高齢者への対応として、介護保険制度が2000(平成12年)より開始された。以降、在宅サービスの一層の充実が求められ、幾度となく制度改定が行われきた。介護保険制度は、市町村(特別区を含む)を保険者、住所を有する40歳以上を被保険者とする社会保険である。サービスの種類は要支援者に対する予防給付も含めると40種を超え、直近では「地域包括ケアの推進」によって、市町村を単位とする地域密着型サービスの充実が図られている。地域包括ケアとは、高齢者の日常生活圏(30分でかけつけられる圏域)を念頭に、医療、介護、予防、住まい、見守り、配食、買い物、生活支援などを包括的・継続的にサービスを提供するシステムである。介護保険財政は2012(平成24)年の予算額は8.9兆円であり、同年歯科診療費2.7兆円の約3倍となっている(図1)。

認知症高齢者に対するサービスとしては、認知症共同生活介護(認知症グループホーム)がその典型であり、訪問介護(ホームヘルプサービス)、通所介護(デイサー

ビス)に次ぐ事業所数(平成23年5月10,617カ所)となっている。また、自宅で生活する認知症高齢者は、要介護度に応じてデイサービスなどを広く利用し、事業所に対して介護報酬加算がインセンティブとして認められている。歯科医療に関しては、居宅療養管理指導において歯科医師や歯科衛生士が通院困難な対象者の居宅などを訪問し、口腔維持管理などを担うとされている。歯科医師は、継続的な医学的管理を行い、介護支援専門員(ケアマネジャー)に対して必要な情報を提供する。歯科衛生士は歯科医師の指示に基づき口腔管理・ケア、摂食・嚥下機能に関して実地指導することが主な業務である。このサービスは、医療保険の訪問歯科診療と密接に連動しており、歯科医療の今後を考える上で重要なサービスである。その他歯科に関連するものとして、歯科医師または歯科衛生士が介護保険施設における介護職への技術的助言を行った場合に算定される「口腔機能維持管理体制加算」や、歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が対象者に対し、口腔ケアを月4回以上実施した場合に算定される「口腔機能維持管理加算」がある。

また、介護保険市場には多くの人材が投入されている。たとえば、ケア計画を作成し、必要なサービスをマネジメントするケアマネジャーや、相談支援を主な業務とする社会福祉士、介護のプロとしての介護福祉士などである。中には、歯科医師や歯科衛生士でありながら、ケアマネジャーとして介護と歯科医療の連携を図っているケースも散見され、歯科医療と介護保険制度との連携は、今後より拡大していくと考えられる。

### 2. 認知症施策推進5か年計画(オレンジプラン)

2012(平成24)年に厚生労働省は、認知症ケアの充実を図ることを目的として通称:オレンジプランを発表した。認知症高齢者が住み慣れた地域で暮らすことができる社会を実現するために「認知症ケアパス(状態に応じた適切なサービス提供の流れ)」の構築を基本目標として、今後早期診断・早期支援のための調査・研究や認知症サポート医など人材の養成が行われていくことになる。このプランは、これまでの自宅→グループホーム→施設あるいは病院から、施設あるいは病院→グループホーム→自宅へと生活場所の流れを逆に変えることを目標にしている<sup>4)</sup>。

その中で、地域ケア会議の普及・定着が推奨されており、2015(平成27)年からはすべての市町村で実施されることになる(図2)。地域ケア会議とは、1で示した地域包括ケアシステムにすでに組み込まれているものであり、多職種協働による地域課題の把握や資源開発、さらには政策形成をも担うとされている。構

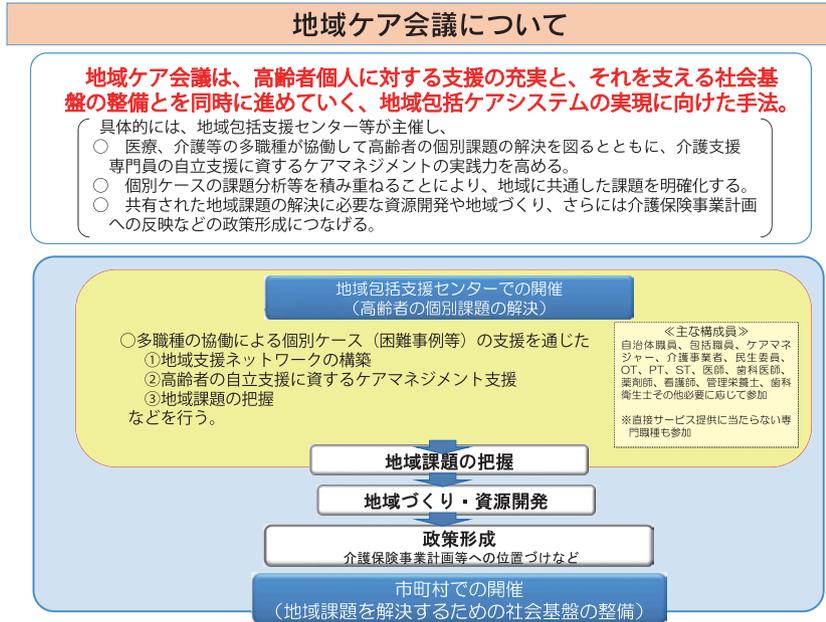


図2 地域ケア会議の概要（厚生労働省地域ケア会議推進に係る全国担当者会議資料より抜粋）

表1 成年後見制度の概要

|                 | 補助   | 保佐                                | 後見                                  |
|-----------------|--|-----------------------------------|-------------------------------------|
| 対象者             | 被補助人：精神上的の障害（認知症、知的障害、精神障害等）により事理を弁識する能力が不十分な者 | 被保佐人：精神上的の障害により事理を弁識する能力が著しく不十分な者 | 成年被後見人：精神上的の障害により事理を弁識する能力を欠く常況にある者 |
| 開始の手続き<br>本人の同意 | 必要   | 不要                                | 不要                                  |
| 保護者             | 補助人  | 保佐人                               | 成年後見人                               |
| 監督人             | 補助監督人  | 保佐監督人                             | 成年後見監督人                             |
| 同意権の対象          | 申し立ての範囲内で家庭裁判所が定める「特定の法律行為」                    | 民法に定める行為                          | 日常生活に関する行為以外の行為                     |
| 同意権<br>本人の同意    | 必要   | 不要                                | 不要                                  |
| 取り消し権者          | 本人、補助人   | 本人、保佐人                            | 本人、後見人                              |
| 代理権<br>本人の同意    | 必要   | 必要                                | 不要                                  |

\* 白山靖彦、介護支援専門員速習テキスト、名古屋：日総研出版；2013、210-212、より引用

成員は、自治体職員、地域包括支援センター職員、ケアマネジャー、医師、歯科医師、民生委員、PT、OT、ST、看護師、薬剤師、歯科衛生士などとされている。少なくとも歯科医師、歯科衛生士が地域ケア会議の構成員に想定されたことで、地域包括ケアにおいて歯科医療が今後果たすべき役割は大きいと考えられる。

### III. 認知症高齢者の権利擁護

#### 1. 成年後見制度

成年後見制度とは、認知症高齢者や知的障害者、精

神障害者など、判断能力が不十分な成人の財産管理や契約、遺産分割協議、身上監護と呼ばれる入院や福祉サービスの利用契約などについて、選任された成年後見人が代理して行う民法上の制度である<sup>5)</sup>。大別すると、法定後見制度と任意後見制度とがある。法定後見制度は、「後見」「保佐」「補助」の3つに分かれており、判断能力の程度など本人の事情に応じて制度を選択する。法定後見制度は、家庭裁判所に選ばれた成年後見人等（後見人・保佐人・補助人）が、本人を代理して契約などの法律行為をしたり、本人が自分で法律行為をするときに同意を与えたり、本人が同意を得ないで

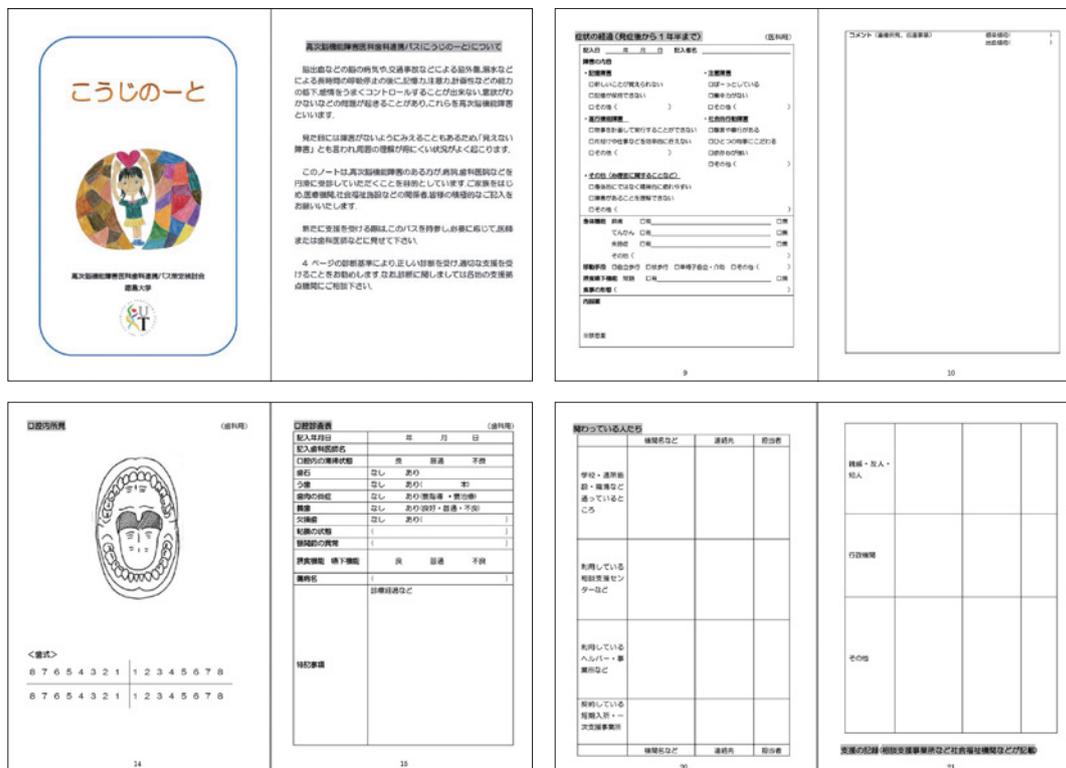


図3 こうじのーと (http://www.tokushima-u.ac.jp/dent/shirayama/ よりダウンロード可)

行った不利益な法律行為を事後に取り消すなど、本人を保護・支援する。第三者の後見人には、弁護士、司法書士、社会福祉士が担当することが多い。後見人等には、家庭裁判所が必要に応じて監督人を選任する場合もある(表1)。任意後見制度は、本人が契約の締結に必要な判断能力を有している間に、将来自己の判断能力が不十分になったときの後見事務の内容と、後見する人を自らの意思で事前に契約しておく制度である。本制度は、本人・親族(4親等以内)などの申立てにより開始されるが、場合によっては市町村長が申立てすることもできる。なお、申し立て時には、登記、鑑定費用など一定の経済的負担を要する。

医療行為の同意は、原則成年後見制度の範囲外であるとされており、家族や親族がいる場合は代理同意を得られるが、いない場合には医師に判断を委ねる立場をとっている。しかし、後見人は身上監護や財産管理を担う立場であり、治療の合意形成に参加することは十分可能であると考えられる。

### 2. 日常生活自立支援制度

日常生活自立支援事業とは、第2種社会福祉事業のひとつで、認知症高齢者、知的障害者、精神障害者等のうち、判断能力が不十分な者が地域において自立した生活が送れるよう支援する制度であり、社会福祉法

に規定されている<sup>6)</sup>。実施主体は、都道府県・政令指定都市社会福祉協議会であり、市町村社会福祉協議会や社会福祉法人、NPO法人などに委託して行う。担当の専門員が立案した支援計画に基づき、福祉サービスの利用援助、苦情解決制度の利用援助、住宅改造・居住家屋の貸借、日常生活上の消費契約及び住民票の届出等の行政、預金の払い戻し・解約・預け入れの手続などの行為を生活支援員(民生委員、ボランティアなど)が代行する。なお、判断能力を完全に喪失した者は、原則契約することができないため、後見人等を選任した後に本事業の契約締結を図ることとされている。利用料は、都道府県ごとに設定しており、一律ではない。

本事業についても専門員などが医療同意に直接関与することはできないが、成年後見制度と同様に治療の合意形成に参加することは可能である。

## IV. 関連対象における取り組み

### 1. 研究課題と目的

研究課題は「医科歯科連携による高次脳機能障害者に対する包括的支援モデルの構築」であり、厚生労働省が2001(平成13)年度より取り組んでいる若年性の高次脳機能障害者への社会支援システムに関連し、

医科歯科連携によってより充実した支援を提供できる包括的支援モデルの構築を目的として、支援ツールの開発・運用を行った。本ツールの特徴は、病院受診や施設入所時に必ず聴取される治療経過ならびに必要な情報を集約した媒体であり、記憶・注意・遂行機能障害などの認知障害の面だけでなく、歯牙欠損ならびに脳血管障害などによる摂食嚥下機能低下についても対応可能としている。2013（平成25）年12月より運用を開始した。名称は、徳島大学大学院、徳島県歯科医師会、家族会らの構成員による高次脳機能障害医科歯科連携パス策定検討会にて「こうじのーと」（図3）と定めた<sup>7)</sup>。なお、運用の対象者は厚生労働省が掲げる高次脳機能障害診断基準に基づく高次脳機能障害者であり、認知症などの進行性疾患、失語症のみや発達障害は除外するとしている<sup>8,9)</sup>。

## 2. それまでの高次脳機能障害者支援における医科歯科連携の実態

高次脳機能障害者支援の医科歯科連携の実態を解明するために、2つの疫学調査を実施した。1つ目の対象は全国69の都道府県・政令指定都市から指定された高次脳機能障害支援拠点機関（以下「拠点機関」）で、2つ目は徳島県歯科医師会加入の歯科医療機関424カ所である。調査期間はそれぞれ2013（平成25）年2-3月の2カ月間と2013（平成25）年9月の1カ月間であった。まず拠点機関に対し、拠点機関の形態、支援コーディネーターの人数、歯科医療機関との連携の有無および歯科医療機関からの相談件数などに関するアンケート記入を郵送にて求めた。次に徳島県歯科医師会加入の全歯科医療機関に対し、歯科医療機関の形態、従業者数、高次脳機能障害の認知度、診察の有無、医科との連携実績などに関するアンケート記入を郵送にて求めた。得られたデータについては、有意水準を0.05未満と設定し、カイ二乗検定など統計的解析を行った。なお、本研究は徳島大学病院倫理審査委員会の承認を得て実施した。

結果は、拠点機関が63.8%、歯科医療機関が20.6%のアンケート回収率であった。拠点機関の形態は病院が、経営母体は社会福祉法人がもっとも多かった。高次脳機能障害者を専門的に支援する支援コーディネーターの平均人数は2.4（±2.5）人であった。歯科医療機関の形態は歯科医院が大半を占め、平均従業者数は6.6（±3.5）人であった。連携率を{(歯科あるいは医科からの相談件数または連携実績数) / (回答総数)} (%)とした場合、拠点機関が9.1%、歯科医療機関が10.3%であった。また、過去に連携したことのある歯科医療機関は、高次脳機能障害の認知度、診察歴有り

の比率が有意に高かった。さらに、高次脳機能障害への関心も高いことが分かった。

考察として、2つの研究調査は「拠点機関」→「歯科医療機関」、「歯科医療機関」→「医療機関」と連携元と連携先がそれぞれ異なることから、一概に連携率が低いと断定することはできない。しかし、脳損傷と同時に顔面や口腔内などを損傷した高次脳機能障害者支援の充実を図るには、医科歯科の連携をより緊密にしていくことが重要であり、連携パスなどの具体的支援ツールが必要であることが示唆された。

## 3. 「こうじのーと」の今後の課題

2の疫学調査によって、高次脳機能障害者に対する医科歯科連携が低調であることが示唆されたことを受け、より連携を円滑に進めるための「こうじのーと」の普及が増々求められている。そういった中、高次脳機能障害者が今後高齢化・独居化していくことを踏まえ、医科歯科における治療に関する意思決定プロセスの形成が本稿テーマと同様に大きな課題となっている。また、2013（平成25）年4月より施行された障害者総合支援法においても、障害者等の意思決定支援の在り方について3年後を目途に検討することとされており、若年の障害者に関しても意思決定プロセスは重大な局面を迎えると推測される<sup>10)</sup>。そこで「こうじのーと」では、この問題を踏まえて「関わっている人たち」の一覧を設け、医療同意などを求める場合の連絡先を確保している。これは、実際に高次脳機能障害者を支援している事業所や行政の担当者、親戚・友人・知人などあらゆるフォーマルな機関やインフォーマルな人的資源を網羅しており、様々な合意形成を図る上で有用と考えられる。今後は、医療同意に関する合意形成のあり方や、あらかじめ意思を表示しておく時期、内容などについて、「こうじのーと」への反映方法を検討していくことになろう。さらに、認知症高齢者への応用を図るなど、意思決定プロセスの標準化を目指していきたい。

## V. まとめ

認知症高齢者の問題は、判断能力の喪失であり、独居化である。補綴治療に限らず、重大な治療すべてについて検討する上で本人や家族の同意が得られない場合、治療放棄や治療の手抜きなど人の尊厳を無視した医療行為が懸念される。その解決策として、1つはチームによる合意形成の定式化がある。本人、家族、主治医（歯科医師を含む）を中心とし、看護師や歯科衛生士、医療ソーシャルワーカー（MSW）などの医療従事

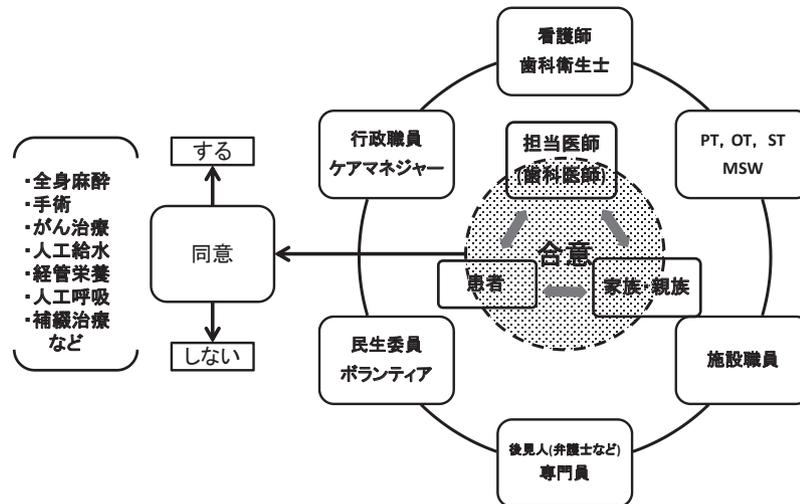


図4 チームによる合意形成

者およびケアマネジャー、後見人、専門員や施設職員といった社会福祉従事者らが一体となり、本人の意思決定を支援するものである(図4)。すなわち、多職種協働による意思決定支援であり、合意形成の責任を相互に補完し合うものである。2つには、「こうじのーと」のように、万が一判断能力を完全に喪失した場合で医療同意が必要になったケースを想定し、意思内容、連絡先などをあらかじめ提示しておく方法である。ただし、具体的な項目や提示する時期などについては今後検討が必要である。

#### 謝 辞

このような機会を頂きました日本補綴学会理事長矢谷博文先生ならびに編集委員長市川哲雄先生には、深くお礼申し上げます。

#### 文 献

- 1) 白山靖彦. 高次脳障害の医療と福祉. 東京: 風間書房; 2010, 9-43.
- 2) 勝又浜子. 認知症の「ケアの流れ」どう変える. 訪問看護と介護 2013; 1: 16-20.
- 3) 日本老年医学会. 高齢者ケアの意思決定プロセスに関するガイドライン人工的水分・栄養補給の導入を中心として; 2012, 1-24.

- 4) 厚生労働省. 「認知症施策推進5ヶ年計画(オレンジプラン)」。訪問看護と介護 2013; 1: 14-15.
- 5) 白山靖彦. 介護支援専門員速習テキスト. 名古屋: 日総研出版; 2013, 210-212.
- 6) 国立障害者リハビリテーションセンター. 平成25年度高次脳機能障害及びその関連障害に対する支援普及事業報告書; 2014, 201-205.
- 7) Yasuhiko S, Yasoichi N. A study of burnout characteristics among support coordinators for persons with high brain dysfunction, JJCRS 2011; 2: 13-17.
- 8) 白山靖彦. 高次脳機能障害者家族の介護負担に関する諸相: 社会的行動障害の影響についての量的検討. 社会福祉学 2010; 51: 29-38.
- 9) 白山靖彦. 高次脳機能障害者支援における医科歯科連携の実態に関する研究. 第37回日本高次脳機能障害学会学術総会講演抄録 2013; 243.
- 10) 国民の福祉と介護の動向. 東京: 厚生労働統計協会; 2013, 99-108.

著者連絡先: 白山 靖彦

〒770-8504 徳島県徳島市蔵本町3-18-15  
 徳島大学大学院ヘルスバイオサイエンス研究部 地域医療福祉学分野  
 Tel/Fax: 088-633-9241  
 E-mail: shirayama@tokushima-u.ac.jp