

「セルフネグレクト」 ～要援護者の自己決定をどう考える～

宮城福祉オンブズネット「エール」 小湊 純一。

1 判断能力

判断能力をどのように評価して判断するか

- (1) 知的障害
- (2) 精神障害
- (3) 認知障害
- (4) 偏った性格
- (5) その他

～認知障害～

(1) 認知障害把握のポイント

- ① 短期記憶に問題があるか。
- ② 日常の判断力が弱く、支援が必要だったり、判断ができないか。

(2) 認知障害

認知障害は、最近や昔の出来事を忘れる、錯乱する、言葉を探したり、話を理解するのが困難になる、社会生活に適応できなくなるなど、生活のほとんどすべてに影響します。

～認知症～

後天的な脳の器質的障害により、いったん正常に発達した知能が低下した状態をいい、「知能」の他に「記憶」「見当識」の障害や人格障害を伴った症候群として定義されます。以前、治らない場合に使用されていましたが、近年、正常圧水頭症など治療により改善する疾患に対しても認知症の用語を用いることがあります。

単に老化に伴って物覚えが悪くなるといった現象や、統合失調症などによる判断力の低下は、認知症には含まれません。頭部の外傷により知能が低下した場合等にも認知症（高次脳機能障害）と呼ばれます。

～認知症の分類～

1 血管性認知症

脳血管性認知症では、障害された部位によって症状は異なり、めまい、しびれ、言語障害、知的能力の低下等にはむらがあります。

症状が突然出現したり、階段状に悪化したり、変動したりすることがしばしばみられます。また、脳血管障害にかかった経験があったり、高血圧、糖尿病、心疾患など脳血管障害の危険因子を持っていることが多いことも特徴です。更に、歩行障害、手足の麻痺、呂律が回りにくい、パーキンソン症状、転びやすい、排尿障害（頻尿、尿失禁など）、抑うつ、感情失禁（感情をコントロールできず、ちょっとしたことで泣いたり、怒ったりする）、夜間せん妄（夜になると意識レベルが低下して別人のような言動をする）などの症状が早期からみられることもしばしばあります。

- (1) 多発梗塞性認知症広範虚血型
- (2) 多発脳梗塞型
- (3) 限局性脳梗塞型
- (4) 遺伝性血管性認知症

2 変性性認知症

(1) アルツハイマー型認知症

症状は、徐々に進行する認知障害（記憶障害、見当識障害、学習の障害、注意の障害、空間認知機能、問題解決能力の障害など）であり、社会的に適応できなくなる。重度になると摂食や着替え、意思疎通などもできなくなり最終的には寝たきりになる。

階段状に進行する（ある時点を境にはっきりと症状が悪化する）脳血管性認知症と異なり、徐々に進行する点が特徴的。症状経過の途中で、被害妄想や幻覚（とくに幻視）が出現する場合もある。暴言・暴力・徘徊・不潔行為などの問題行動（周辺症状）が見られることもあり、介護上大きな困難を伴う。

(2) 前頭側頭型認知症（ピック病）

これらは前頭葉機能の障害による反社会的行動（不作為の法規違反など）、常同行動（同じ行動を繰り返す）、時刻表的生活、食嗜好の変化などがみられる。

(3) レビー小体病

認知機能障害を必須に、具体的な幻視（子供が周りを走っている、小動物が走り

回っているなど)、パーキンソン症状、変動する認知機能障害などの症状が見られる。

(4) パーキンソン病

(5) ハンチントン病

3 感染

(1) クロイツフェルト・ヤコブ病

(2) HIV関連認知症

4 治療可能なもの

(1) 慢性硬膜下血腫

(2) 正常圧水頭症

(3) 甲状腺機能低下症

～せん妄～

急性の錯乱状態は、急激に（数時間から数日の間に）意識や行動が不安定になる状態であり、支離滅裂な思考や短期記憶の障害、睡眠覚醒周期の乱れや知覚障害を伴います。原因は通常、感染症、薬剤の副作用、脱水その他の急性期の症状です。

※ 早急に専門医に紹介する必要があります。

① 人の名前、出来事などを思い出せないといったことは、どの年齢層の人にもあって、特に問題はありません。しかし、認知症の初期の変化に気づくのは難しく、後になってから「あれが認知症の始まりだった。」と思い起こすことが多いのが実情です。

② 認知症の初めの時期、多くの家族は対象者の認知能力の変化を認めがらなかったり、気がつかないことがあります。そのため、生活に支障をきたす状況になって初めて、家族は認知障害に向き合うことになります。

この時期には、専門医の診察を受けるための紹介手続き、具体的な対応方法を示すことが重要になります。

③ まずは、以下を把握します。

認知障害の程度や原因を決定することまでは、ケアマネジャーやケアスタッフが

できることではありません。

ア 認知障害があるか。

イ それはいつ頃からなのか。

ウ 日常生活のどのようなところに支障がでてきているのか。

- ④ 認知障害を把握した場合は、まず、原因を把握するために専門医の診察を受けたかを確認します。

ア 認知障害が長期（何カ月、何年）にわたり安定、あるいは徐々に進行している場合でも、最近診察を受けたか確認する。

イ 受けていなければ、悪化を防いだり、改善可能なこと（薬剂量の変更など）を把握するため、受診を勧めます。

（３）認知障害対応の指針

障害の確認

認知障害があれば、以下を順に確認します。

- ① せん妄ではないか確認し、せん妄の可能性が高い場合は専門医の受診を勧めます。
- ア 普段と比べて急激な精神状態の変化・変動、異常な行動があったか。
- イ すぐ気が散るなど集中力の問題があったか。
- ウ とりとめのない話をするようになったか。
- エ ぼーっとしている、うつらうつらしている、過敏になっている、など意識に問題があったか。
- オ 失見当識があったか。自宅以外にいると思っている、時間や曜日を間違える、などの混乱があったか。
- カ 最近のことを思い出せなかったり、言われたことを覚えられない、などの記憶障害があったか。
- キ 実際にはないものが、いたり動いていると思う、などの幻覚か錯覚、思い違いがあったか。
- ク 落ち着きがない、何かをつかむ、指を鳴らす、急に動く、などの異常に活発な状態や、のろのろしている、一点を見続けている、ずっと同じ姿勢でいる、などの異常に緩慢な状態があったか。
- ケ 昼間眠りすぎて夜間不眠症になるなどの睡眠リズムの障害があったか。
- ② せん妄ではないと判断した場合、最近、認知障害について医師の診察を受けているかどうか確認します。受けていなければ、専門医の受診を勧め、その必要性を説明します。
- ③ 認知障害による生活上の支障や危険性・可能性の把握し、本人や家族の負担を減

らすようなケアサービスを検討して対応します。

ア 認知障害が影響しているADLなどについて把握します。表6

イ 「電話をかけること」など、もっと上手く行いたいと思っている活動を特定し、その方法を検討します。(短縮ダイヤルにする、よくかける電話番号を大きな字で書いて電話機のそばに貼っておくなど。)

ウ 利用者の動作・活動をできるだけ改善することと、介護者の身体的・精神的負担を軽くする方法を検討し対応します。

～認知症の基礎知識～

1 中心となる症状

認知症の症状は中心となる症状と、それに伴って起こる周辺の症状に分けられます。

中心となる症状とは「記憶障害」や「判断力の低下」などで、必ずみられる症状です。

- (1) 記憶障害：直近のことを忘れてしまう。同じことを繰り返す。
- (2) 見当識障害：今がいつなのか、ここはどこなのか、わからなくなる状態。
- (3) 知能（理解・判断）障害：寒くても薄着のまま外に出る。真夏でもセーターを着ている。考えるスピードが遅くなる。失行・失認・失語
- (4) 実行機能障害：段取りが立てられない。調理の動は出来ても食べるための調理ができない。失敗したとわかっていても修正できない。

2 周辺症状

周辺の症状は人によって差があり、怒りっぽくなったり、不安になったり、異常な行動がみられたりすることがあります。

(1) 妄想

しまい忘れたり、置き忘れたりした財布や通帳を誰かが盗んだ、自分に嫌がらせをするために隠したという「もの盗られ妄想」の形をとることが多い。このような妄想は、最も身近な家族が対象になることが多い。この他に「嫁がごはんに毒を入れている」という被害妄想や、「主人の所に女が来ている」といった嫉妬妄想などということもあります。

(2) 幻覚

認知症では幻聴よりも幻視が多い。「ほら、そこに子供たちが来ているじゃないか。」「今、男の人たちが何人か入ってきたのよ」などといったことがしばしば見られることもあります。

(3) 不安

自分がアルツハイマー病であるという完全な病識を持つことはないが、今までできたことができなくなる、今までよりもの忘れがひどくなってきているという病感があることは珍しくなく、不安や焦燥などの症状が出現します。また、不安や焦燥に対して防衛的な反応として妄想がみられることもあります。

(4) 依存

不安や焦燥のために、逆に依存的な傾向が強まることがあります。一時間でも一人になると落ち着かなくなり、常に家族の後ろをついて回るといった行動があらわれることがあります。

(5) 徘徊

認知症の初期には、新たに通い始めた所への道順を覚えられない程度ですが、認知症の進行に伴い、自分の家への道など熟知しているはずの場所で迷い、行方不明になったりします。重症になると、全く無目的であったり、常同的な歩行としか思えない徘徊が多くなります。アルツハイマー病に多く、脳血管障害による認知症では多くはありません。

(6) 攻撃的行動

特に、行動を注意・制止する時や、着衣や入浴の介助の際におきやすい。型にはめようとすることで不満が爆発するということが少なくない。また、幻覚や妄想から二次的に生じる場合もあります。

(7) 睡眠障害

認知症の進行とともに、夜間の不眠、日中のうたた寝が増加する傾向にあります。

(8) 介護への抵抗

理由はわかりませんが、認知症の高齢者の多くは入浴を嫌がるようになります。「明日はいる」「風邪をひいている」などと口実をつけ、介護に抵抗したり、衣服の着脱が苦手であること、浴室の床でころぶかもしれないことなど、運動機能や条件反射が鈍くなっているための不安、水への潜在的な恐怖感などから生じると考えられます。

(9) 異食・過食

食事をしても「お腹がすいた」と訴える過食がみられたり、食べられないものを口に入れる、異食がみられることがあります。口に入れるのは、ティッシュペーパー、石けん、アイスノンの中身までさまざまです。

(10) 抑うつ状態

意欲の低下（何もしたくなくなる）や、思考の障害（思考が遅くなる）といった、うつ病と似た症状があらわれることがあります。うつ病では、「気分や感情の障害（悲しさや寂しさ、自責感といったもの）を訴えることがあるが、認知症では訴えることは少ないです。

～統合失調症～

- A 以下のうち2つ（またはそれ以上）、おのおのは1ヶ月の期間ほとんどいつも存在。
①妄想 ②幻覚 ③まとまりのない会話 ④ひどくまとまりのないまたは緊張病性の行動 ⑤陰性症状（感情の平板化、思考の貧困、意欲の欠如）
- B 障害の始まり以降の期間の大部分で、仕事、対人関係、自己管理などの面で1つ以上の機能が病前に獲得していた水準より著しく低下している。
- C 障害の持続的な徴候が少なくとも6ヶ月間存在する。
- D うつ病または躁病の合併がない。
- E 物質または一般身体疾患の直接的な生理学的作用によるものではない。
- F 自閉性障害や他の広汎性発達障害の既往歴があれば、統合失調症の追加診断は、顕著な幻覚や妄想が少なくとも1ヶ月存在する場合にのみ与えられる。

（陽性症状）

幻聴や妄想、滅裂思考、緊張病症状、奇異な行動など、一見して異常と分かる派手な症状。

（陰性症状）

感情鈍麻や無気力、自発性の低下、自閉など、精神機能の減退を反映する症状。

～躁病～

- A 発症は急激で4～10日位で多弁、多動になり、睡眠時間も短縮し、遅くまで働き、朝早く目覚めて動き回る。
- B 気分は爽快で自信にあふれ、つぎからつぎへと考えが浮かんでくる（観念奔逸）。しかし、着想は単なる思いつきのことが多く、しかも途中でまた新しいことに手を出すため中途半端で終わってしまう。
- C 高価なものをたくさん買いこんで家計に破綻をきたすこともある。
- D 人によっては不機嫌で興奮しやすく、刺激的で怒りっぽく乱暴をすることもある。
- E 妄想が出現することもあるが内容は誇大的で超能力者、大学者、発明家であったりする。

～うつ病～

- A 発病は緩徐で2～4週間かけて進み、次第に元気がなくなり抑うつ、悲哀感に包まれる。
- B 思考は抑制され、興味関心が失われ活力が感じられなくなる。行動抑制も顕著で意欲

も失われる。

C 一般的にはつぎのような症状が見られる。

① 集中力と注意力の減退 ② 自己評価と自信の低下 ③ 罪責感と無価値感 ④ 将来に対する希望のない悲観的な見方 ⑤ 自傷あるいは自殺の観念や行為 ⑥ 睡眠障害 ⑦ 食欲低下

D なかには焦燥感がきわめて強く、希死念慮で片時も目の離せない「激越うつ病」と呼ばれるものもある。

～人格障害～

(人格障害の種類)

人格障害には3つのグループ10種類に分けられています。

クラスターA、B、Cという風にグループ分けられます。

その特徴は、

A 遺伝的に分裂病気質を持っていることが多く、自閉的で妄想を持ちやすく、奇妙で風変わりな傾向があり、対人関係がうまくいかないことがあります。ストレスが重大に関係することは少ないですが、対人関係のストレスには影響を受けます。

このグループに含まれるのは「妄想性人格障害」「分裂病質人格障害」「分裂病型人格障害」の3つです。

B 感情的な混乱の激しい人格障害です。演劇的で、情緒的で、うつり気に見えることが多いです。ストレスにかなり弱い傾向があります。

このグループに含まれるのは「反社会性人格障害」「境界性人格障害」「演技性人格障害」「自己愛性人格障害」の4つです。

C 不安や恐怖感が非常に強い人格障害です。まわりに対する評価や視線などが非常にストレスになる傾向があります。

このグループに含まれるのは「回避性人格障害」「依存性人格障害」「強迫性人格障害」の3つです。

(全般的診断基準)

上にあげた人格障害には、それぞれに診断基準というものが存在しますが、これらの各類型ごとの診断基準にくわえて「全般的診断基準」というものを満たさないと、人格障害があるとは言えません。

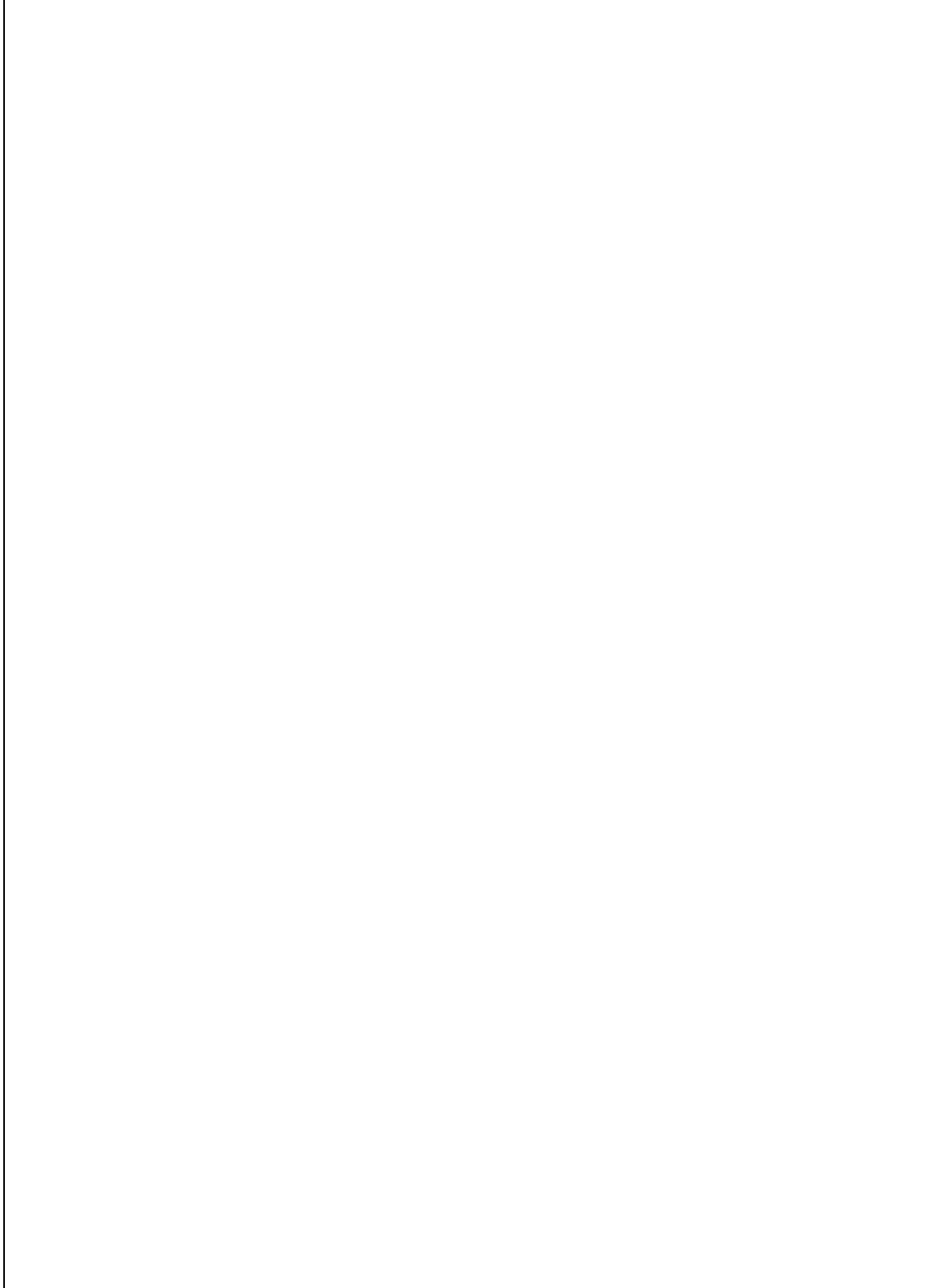
つまり、この人は人格障害があるな(全般的診断)と感じると、次にどんなタイプの人格障害だろう(類型ごとの診断基準)を見ていくのです。

全般的診断基準は以下の6項目からなります。

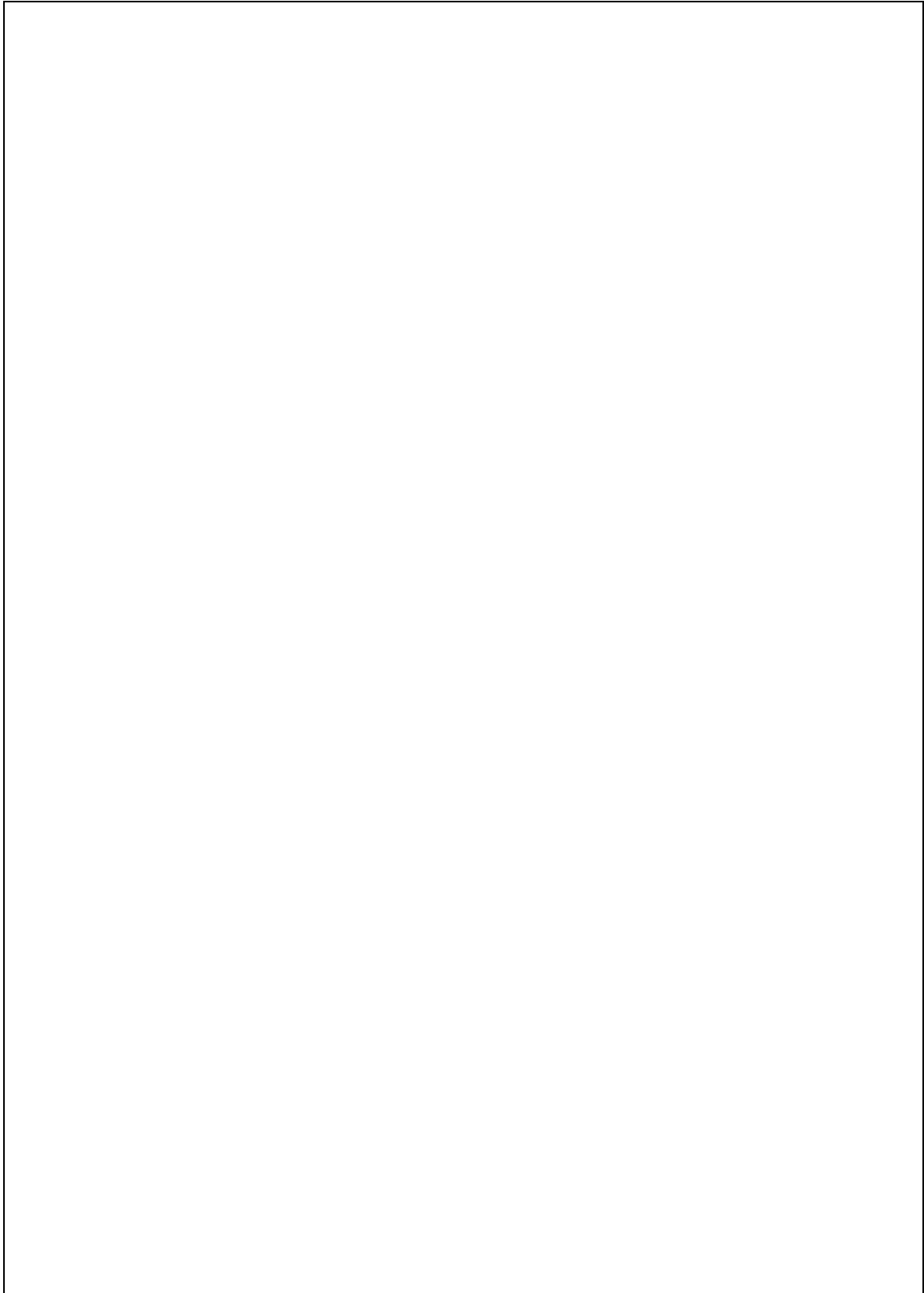
- A 次のうち二つ以上が障害されている。
認知（自分や他人、出来事を理解し、考えたりすること）
感情（感情の反応の広さ、強さ、不安定さ、適切さ）
対人関係
衝動のコントロール
- B その人格には柔軟性がなく、広範囲に見られる。
- C その人格によって自分が悩むか社会を悩ませている。
- D 小児期、青年期から長期間続いている
- E 精神疾患（精神分裂症、感情障害など）の症状でもない。
- F 薬物や一般的身体疾患（脳器質性障害）によるものではない。

2 セルフネグレクトへの対応指針

(1) 加害者が自分の場合の対応



(2) 加害者が他者の場合の対応



セルフ・ネグレクト（自己放任）

セルフ・ネグレクト（自己放任）は高齢者自身による健康や安全を損なう行為です。高齢者が痴呆やを感じているために自分のことを構わなくなってしまうこともあります。

具体的には、次のような行為がセルフ・ネグレクト（自己放任）になります。これらの高齢者自身による行為は、一つだけではなく複数が重なり、またある程度の期間続いていることが多いようです。

- ・ 必要な医療や介護サービスを受けていない
- ・ 以下のような非衛生的な住居に住んでいる
 - ゴミが溜まっている
 - 腐った食べ物がそのままになっている
 - ダニやゴキブリなどの害虫が発生している
 - 汚物の始末がされていない
 - 使った食器が放置されたままである
 - 窓が割れたままになっている
- ・ 以下のように身体的ニーズが満たされていない
 - 食事や水分をとっていない
 - 散髪していない
 - 入浴していない
 - 洗濯されていない汚れた衣服を着ている
 - その他の衛生管理がなされていない
- ・ 家に閉じこもり外に出ない
- ・ 地域から孤立している
 - 近所とのつきあいを持たない
 - 周りの人の助けを拒否する
 - 近所の人から存在が気づかれていない

精神的に健全で正常な判断力を有する高齢者が、自分の行為の結果を承知のうえで、自由意志にもとづいて起こした行為は、たとえそれが自分の健康や安全を脅かしたとしても、セルフ・ネグレクトとは言わないことになっています。このような場合、他人に迷惑がからなければ、「個人の選択の自由」とか「ライフスタイルの問題」として、専門職からの介入の対象とはなりません。ちなみに、高齢者虐待の統計をとっているアメリカでは、セルフ・ネグレクトが、他のどのタイプの虐待よりも発生率や専門職の介入の回数が多いようです。

出典：高齢者虐待国際研究プロジェクト

セルフネグレクト

虐待問題の中でも、一番厄介な問題は自己自身が加害者として登場するケースです。自分自身が被害者であり、同時に加害者として存在するのは、言葉の上では簡単につながる言葉ですが、実際問題として出現する場合は当事者が訴えない限りなかなか支援の手が介入出来ないものです。支援を目指す者が接近してもなかなか受け入れてくれないことと、当事者が支援を拒否するからです。

セルフネグレクトという言葉は、最近新聞紙上でもよく書かれており、支援を専門とする人達の中でも解決すべき現実の課題としてしばしば研修テーマとなります。

増え続ける高齢者の中でもこのセルフネグレクトと思われる症状を持っている方がしばしば散見され、どうしたら彼らの閉じてしまった心を開くことが出来るのか？大きな問題となっています。いくら本人の為とあれこれ助言し、介護サービスなどの支援を受けるように勧めても、殆どの彼らは「もう、私のことはうっちゃって欲しい。好きなように生きていきますから」と関わりを拒否する。家の中はゴミだらけで不潔になり、身なりも不潔で周りの者に白い目で見られても、本人は自分の殻に籠ってそこから出ようとはしない。セルフネグレクトの症状は、**東京都高齢者虐待マニュアル**によると以下の症状が出るという。

- ・ 昼間でも雨戸が閉まっている
- ・ 電気・ガス・水道が止められていたり、新聞・テレビの受信料、家賃などの支払いを滞納している
- ・ 配食サービス等の食事がとられていない
- ・ 薬や届けた物が放置されている
- ・ 物事や自分の周囲に関して、極度に無関心になる
- ・ 何を聞いても、「いいよ、いいよ」と言って遠慮し、諦めの態度が見られる。
- ・ 室内や住居の外にゴミが溢れていたり、異臭がしたり、虫が湧いている状態である。

他にもきつと特徴がみられるだろうが、要するに病的に自分の生活に対して無関心となり生活そのものが投げやりとなる。彼らの心に共通している意識は、「自分の命を自分が自由に扱って何が悪い、ほっといて欲しい」という気持ちです。

極端にまで人の関わりを拒否し、他者を信じるどころか支援すら拒否するようになる。

こうしたセルフネグレクトが行き着くところは、最終的には孤独死であるが、これは自殺と隣り合わせです。

自殺は、自分の命をある段階で強制的に奪うことであるが、孤独死の場合は自分で自分が招いた蟻地獄の中に入り込む行為であると言えよう。

こうした孤独死は、昨今高齢者の中で増えており無視できない問題となっているが、その対策をする場合には小手先だけの善意ではどうしようもない問題と言えるでしょう。

今や日本の社会は、こうした社会的な特徴としてのセルフネグレクトの病に侵されてしまふ人々をどんどん再生産し、社会自身がそれを解決するすべを見つけられずにいるのが現実でもある。企業や地域が、もっとこうした問題に対して積極的に対応策を考えだし、有効な活動を進めていかない限り深刻な社会問題になることは間違いない。

この為には、単に道徳的な問題ではなく、地域での横の繋がりがもっと根付いて広がる必要性がある。

他者との関係を求めず、閉鎖的な暮らしを続けようとする対象者に対して、身近な声掛けと助言が必要です。・・・もちろんすぐには、心を開けることはないでしょう。しかし、粘り強く関わりを続ける人が居ればきっと気持ちがあぐれることが出来る筈です。彼らの自由に生きる権利は認めつつも、最低限必要とされる食事や清潔な生活等々の支援は必ず健全な生命活動を芽生えさせるはずで

現在の介護保険制度ではこうしたセルフネグレクトに対する支援策としては不十分な支援でしかないのですが、それでも制度を活用する中から次の支援につなげることが出来る筈です。出来ればインフォーマルな支援がその地域で根付いて居れば良いのですが、まだまだ社会的な弱者や障害を持つ人々には不利な要素が沢山あります。

今後は、こうした課題を一つ一つ木目細やかに解決する実践が求められていると思います。

このセルフネグレクトに関しては、日本はまだまだ後進国家であると言えるでしょう。

自己責任という言葉が独り歩きして、当事者の責任に済ませてしまうことが多い中、この問題は社会が作り出した現代人の精神的な病であることを考えて欲しい。

自分はそうならない、と思っていた人が、ひとたび苦境に陥ると社会との関連をどんどん閉ざそうとする傾向が生み出されてしまう。こうした精神状態に陥りやすい人をどうしたらそれ以上閉じこもらないようにするのか？地域でのつながりをどう築いていけば良いのか？・・・問われている問題は今、私たちの前に出されている。

しっかり目を開けて、この問題に対峙していきましょう。

出典：はてなダイアリー no-mu

愚行権

愚行権（ぐこうけん、the right to do what is wrong）とは、たとえ愚かであつむじ曲りで他の人から誤っていると評価・判断される行為であっても、個人の領域に関する限り邪魔されない自由のこと。

概要

ジョン・スチュアート・ミルの『自由論』（1859年）の中で展開された功利主義と個人の自由に関する論考のなかで提示された概念であり、自由を構成する原則としての「他者危害排除の原則（to prevent harm to others）」すなわち他の人から見て賢明であるとか正しいからと言って、何かを強制することは正当ではありえない、の原則から導出される一つの帰結としての自由として提示されたものである。

生命や身体など、自分の所有に帰するものは、他者への危害を引き起こさない限りで、たとえその決定の内容が理性的に見て愚行と見なされようとも、対応能力をもつ成人の自己決定に委ねられるべきである、とする主張である。

権利の根拠と限界

『自由論』によれば愚行権は次の論拠において正当化される。

- 1 個人の幸福への関心を最大に持つのは本人である
- 2 社会が彼に示す関心は微々たるものである、
- 3 彼の愚行についての彼の判断と目的への外部からの介入は、一般的推定を根拠とするだろうが、誤る可能性が高い
- 4 よって彼自身のみ関わる事柄こそが、個性の本来の活動領域であつて、この領域では他人の注意や警告を無視して犯す恐れのある誤りより、他人が彼にとっての幸福と見なすものを強要することを許す実害のほうが大きい。

一方でこの自由の主体たる人物は諸々の能力の成熟している成人であるべきであり、また社会的統制の実行を明確に回避しているわけではないこと、愚行の結果として受ける批判や軽蔑、拒否などは本人が引き受けなければならないことを主張する。ミルの自由論は自立と自律に対して倫理的にかなり厳しい主張をしており、結果主義や自己責任論を包含している。ミルの主張によれば、愚行を倫理的に非難することと法的に刑罰の対象とすることは別のことであり、刑罰は最低線の倫理からもたらされるとする。

批判

ソクラテス以来の「善く生きる」倫理観、あるいは目的論からの解釈によれば、「愚かな」行為の自由とはあくまで他人から見てのことであり、自分でそう思っているはずがない、意図的に悪や墮落を求め自ら破滅しようとする人は例外的であり、人生に生きがいを求め

賢く生きたいと思うのが通例だろうからである。愚行権を想定した自由主義による倫理原則は、あくまで「やってはいけない」ことの基準を示す消極的基準であり、推奨すべき行為規範を与えるものではない。

永田えり子によれば、たとえばポルノを見る自由や麻薬を吸う自由は愚行権と解釈すべきではなく、本人が低俗であると信じる内容を保護するものではなく、あくまで本人が善であると信じるところのことを行う自由と解すべきである、とする。

借金苦から家族を守りたい債務者や不治の病に苦しむ患者が「もう死ぬしかない」と確信することを社会は暖かく見守らねばならないのか、との命題にミル「自由論」は自己責任の回答を与える。ロールズの公正の哲学に拠れば、社会が確信的な愚行者に対する救済を用意することにより（その救済を利用するかどうかは彼・彼女の自由である）、社会が行為者のきわめて自主的な自由を容認することに対する補償、あるいは適切な情報提供や援助などによる困窮への是正、あるいは社会全体のありよう（目的）として困窮した愚行者を見捨てないことによる社会的厚生の上向という目的に合致することによって、正義が実現できる可能性がある。厳寒期の冬山に登山を試み遭難した登山者に対して、ミルの自由論の見地では自己責任として放置しても社会的公正になんら影響を与えないが、ロールズの見地では冬山遭難の発生を想定し準備しておき、十分な情報や教育を提供し、いざ救援を要請されれば最大限救出を試みるのが社会的公正（正義）に適う。

愚行権の論じられる行為の例

- ・喫煙/飲酒
- ・自傷行為/自殺
- ・臓器売買
- ・冒険
- ・売春
- ・賭博
- ・自己奴隷化の契約
- ・ドーピング
- ・治療拒否（延命拒否や輸血拒否など） . . .

出典: フリー百科事典『ウィキペディア (Wikipedia)』

高齢者虐待の防止、高齢者の養護者に対する支援等に関する法律（抜粋）

（目的）

第一条 この法律は、高齢者に対する虐待が深刻な状況にあり、高齢者の尊厳の保持にとって高齢者に対する虐待を防止することが極めて重要であること等にかんがみ、高齢者虐待の防止等に関する国等の責務、高齢者虐待を受けた高齢者に対する保護のための措置、養護者の負担の軽減を図ること等の養護者に対する養護者による高齢者虐待の防止に資する支援のための措置等を定めることにより、高齢者虐待の防止、養護者に対する支援等に関する施策を促進し、もって高齢者の権利利益の擁護に資することを目的とする。

（国及び地方公共団体の責務等）

2 国及び地方公共団体は、高齢者虐待の防止及び高齢者虐待を受けた高齢者の保護並びに養護者に対する支援が専門的知識に基づき適切に行われるよう、これらの職務に携わる専門的な人材の確保及び資質の向上を図るため、関係機関の職員の研修等必要な措置を講ずるよう努めなければならない。

（相談、指導及び助言）

第六条 市町村は、養護者による高齢者虐待の防止及び養護者による高齢者虐待を受けた高齢者の保護のため、高齢者及び養護者に対して、相談、指導及び助言を行うものとする。

（養護者による高齢者虐待に係る通報等）

3 刑法の秘密漏示罪の規定その他の守秘義務に関する法律の規定は、前二項の規定による通報をすることを妨げるものと解釈してはならない。

第八条 市町村が前条第一項若しくは第二項の規定による通報又は次条第一項に規定する届出を受けた場合においては、当該通報又は届出を受けた市町村の職員は、その職務上知り得た事項であつて当該通報又は届出をした者を特定させるものを漏らしてはならない。

（通報等を受けた場合の措置）

第九条 市町村は、通報又は高齢者からの養護者による高齢者虐待を受けた旨の届出を受けたときは、速やかに、当該高齢者の安全の確認その他当該通報又は届出に係る事実の確認のための措置を講ずるとともに、当該市町村と連携協力する者とその対応について協議を行うものとする。

2 市町村又は市町村長は、通報又は届出があつた場合には、当該通報又は届出に係る高齢者に対する養護者による高齢者虐待の防止及び当該高齢者の保護が図られるよう、養護者による高齢者虐待により生命又は身体に重大な危険が生じているおそれがあると認めら

れる高齢者を一時的に保護するため迅速に老人福祉法に規定する老人短期入所施設等に入所させる等、適切に措置を講じ、又は、適切に審判の請求をするものとする。

(居室の確保)

第十条 市町村は、養護者による高齢者虐待を受けた高齢者について老人福祉法の規定による措置を採るために必要な居室を確保するための措置を講ずるものとする。

(立入調査)

第十一条 市町村長は、養護者による高齢者虐待により高齢者の生命又は身体に重大な危険が生じているおそれがあると認めるときは、介護保険法の規定により設置する地域包括支援センターの職員その他の高齢者の福祉に関する事務に従事する職員をして、当該高齢者の住所又は居所に立ち入り、必要な調査又は質問をさせることができる。

2 前項の規定による立入り及び調査又は質問を行う場合においては、当該職員は、その身分を示す証明書を携帯し、関係者の請求があるときは、これを提示しなければならない。

3 第一項の規定による立入り及び調査又は質問を行う権限は、犯罪捜査のために認められたものと解釈してはならない。

(警察署長に対する援助要請等)

第十二条 市町村長は、前条第一項の規定による立入り及び調査又は質問をさせようとする場合において、これらの職務の執行に際し必要があると認めるときは、当該高齢者の住所又は居所の所在地を管轄する警察署長に対し援助を求めることができる。

2 市町村長は、高齢者の生命又は身体の安全の確保に万全を期する観点から、必要に応じ適切に、前項の規定により警察署長に対し援助を求めなければならない。

3 警察署長は、第一項の規定による援助の求めを受けた場合において、高齢者の生命又は身体の安全を確保するため必要と認めるときは、速やかに、所属の警察官に、同項の職務の執行を援助するために必要な警察官職務執行法その他の法令の定めるところによる措置を講じさせるよう努めなければならない。

(養護者の支援)

第十四条 市町村は、第六条に規定するもののほか、養護者の負担の軽減のため、養護者に対する相談、指導及び助言その他必要な措置を講ずるものとする。

2 市町村は、前項の措置として、養護者の心身の状態に照らしその養護の負担の軽減を図るため緊急の必要があると認める場合に高齢者が短期間養護を受けるために必要となる居室を確保するための措置を講ずるものとする。

(専門的に従事する職員の確保)

第十五条 市町村は、養護者による高齢者虐待の防止、養護者による高齢者虐待を受けた高齢者の保護及び養護者に対する支援を適切に実施するために、これらの事務に専門的に従事する職員を確保するよう努めなければならない。

(連携協力体制)

第十六条 市町村は、養護者による高齢者虐待の防止、養護者による高齢者虐待を受けた高齢者の保護及び養護者に対する支援を適切に実施するため、老人福祉法に規定する老人介護支援センター、介護保険法項の規定により設置された地域包括支援センターその他関係機関、民間団体等との連携協力体制を整備しなければならない。この場合において、養護者による高齢者虐待にいつでも迅速に対応することができるよう、特に配慮しなければならない。

(事務の委託)

第十七条 市町村は、高齢者虐待対応協力者のうち適当と認められるものに、相談、指導及び助言、通報又は届出の受理、高齢者の安全の確認その他通報又は届出に係る事実の確認のための措置並びに養護者の負担の軽減のための措置に関する事務の全部又は一部を委託することができる。

2 前項の規定による委託を受けた高齢者虐待対応協力者若しくはその役員若しくは職員又はこれらの者であった者は、正当な理由なしに、その委託を受けた事務に関して知り得た秘密を漏らしてはならない。

3 通報又は届出の受理に関する事務の委託を受けた高齢者虐待対応協力者が通報又は届出を受けた場合には、当該通報又は届出を受けた高齢者虐待対応協力者又はその役員若しくは職員は、その職務上知り得た事項であって当該通報又は届出をした者を特定させるものを漏らしてはならない。

(財産上の不当取引による被害の防止等)

第二十七条 市町村は、養護者、高齢者の親族又は養介護施設従事者等以外の者が不当に財産上の利益を得る目的で高齢者を行う取引による高齢者の被害について、相談に応じ、若しくは消費生活に関する業務を担当する部局その他の関係機関を紹介し、又は高齢者虐待対応協力者に、財産上の不当取引による高齢者の被害に係る相談若しくは関係機関の紹介の実施を委託するものとする。

2 市町村長は、財産上の不当取引の被害を受け、又は受けるおそれのある高齢者について、適切に、老人福祉法第三十二条の規定により審判の請求をするものとする。

(成年後見制度の利用促進)

第二十八条 国及び地方公共団体は、高齢者虐待の防止及び高齢者虐待を受けた高齢者の

保護並びに財産上の不当取引による高齢者の被害の防止及び救済を図るため、成年後見制度の周知のための措置、成年後見制度の利用に係る経済的負担の軽減のための措置等を講ずることにより、成年後見制度が広く利用されるようにしなければならない。

地域包括支援センター

地域包括支援センター運営の基本方針

1 地域包括支援センター設置の目的

- (1) 高齢者が、住み慣れた地域で、尊厳あるその人らしい生活を継続することができるようにするためには、できるだけ要介護状態にならないような予防対策から高齢者の状態に応じた介護サービスや医療サービスまで、様々なサービスを、高齢者の状態の変化に応じ切れ目なく提供することが必要となる。
- (2) このため、地域の高齢者の心身の健康の維持、保健・福祉・医療の向上、生活の安定のために必要な援助、支援を包括的に行う中核機関として、地域包括支援センターを設置する。

2 地域包括支援センターの基本機能

- (1) 地域包括支援センターは次の基本機能を担うものとする。
 - ① 介護予防事業及び改正後の介護保険法に基づく新たな予防給付（以下「新予防給付」という。）に関する介護予防ケアマネジメント業務
 - ② 多様なネットワークを活用した地域の高齢者の実態把握や虐待への対応などを含む総合的な相談支援業務及び権利擁護業務
 - ③ 高齢者の状態の変化に対応した長期継続的なケアマネジメントの後方支援を行う包括的・継続的ケアマネジメント支援業務

3 運営に当たっての留意事項

(1) チームアプローチによる運営

地域包括支援センターの業務は、上記①については保健師等、②については社会福祉士等、③については主任ケアマネジャー等が主として担当することになるが、いずれの業務についても、主たる担当職種のみで行うのではなく、各職種が地土或包括支援センターの業務全体を十分に理解し、相互に連携・協働しながら、チームとして実施できるよう、情報の共有や業務の実施体制に特に配慮するものとする。

総合相談支援及び権利擁護業務の内容と流れ

1 基本的な視点

- (1) 総合相談・支援及び権利擁護の業務（以下「総合相談支援等業務」という。）は、地域の高齢者が、住み慣れた地域で安心してその人らしい生活を継続していくことが

できるようにするために、どのような支援が必要かを把握し、地域における適切なサービス、機関又は制度の利用につなげる等の支援を行うものである。

- (2) 本業務は、社会福祉士が中心となって実施することとなるが、地域包括支援センターの他の職種をはじめ、地域の関係機関等との連携にも留意しなければならない。

2 業務内容

(1) 地域におけるネットワーク構築業務

- ① 効率的・効果的に実態把握業務を行い、支援を必要とする高齢者を見出し、総合相談につなげるとともに、適切な支援、継続的な見守りを行い、更なる問題の発生を防止するため、地域における様々な関係者のネットワークの構築を図る。そのため、サービス提供機関や専門相談機関等のマップの作成等により活用可能な機関、団体等の把握などを行う。地域に必要な社会資源がない場合は、その開発に取り組む。
- ② 地域の様々なニーズに応じ、これらのネットワークを有効活用していくこととなるが、特に、高齢者の虐待防止については、「高齢者虐待防止ネットワーク」を早急に構築することが必要である。

(2) 実態把握業務

- ① 総合相談支援業務を適切に行う前提として、(1)のネットワークを活用するほか、様々な社会資源との連携、高齢者への戸別訪問、同居していない家族や近隣住民からの情報収集等により、高齢者の心身の状況や家族の状況等についての実態把握を行う。

(3) 総合相談業務

総合相談業務として、次の業務を行う。

① 初期段階での相談対応

- ア 本人、家族、近隣の住民、地域のネットワーク等を通じた様々な相談を受けて、的確な状況把握等を行い、専門的又は緊急の対応が必要かどうかを判断する。
- イ 適切な情報提供を行えば相談者自身により解決が可能と判断した場合には、相談内容に即したサービス又は制度に関する情報提供、関係機関の紹介等を行う。

② 継続的・専門的な相談支援

- ア 初期段階の相談対応で、専門的・継続的な関与又は緊急の対応が必要と判断した場合には、当事者への訪問、当事者に関わる様々な関係者からのより詳細な情報収集を行い、当事者に関する課題を明確にし、個別の支援計画を策定する。
- イ 支援計画に基づき、適切なサービスや制度につなぐとともに、当事者や当該関係機関から、定期的に情報収集を行い、期待された効果の有無を確認する。

(4) 権利擁護業務

実態把握や総合相談の過程で、特に権利擁護の観点からの支援が必要と判断した場

合には、次のような諸制度を活用する。

① 成年後見制度の活用

高齢者の判断能力の状況等を把握し、成年後見制度の利用が必要なケースであれば、以下の業務を行う。

ア 高齢者に親族がいる場合には、当該親族に成年後見制度を説明し、親族からの申立てが行われるよう支援する。

イ 申立てを行える親族がないと思われる場合や、親族があっても申立てを行う意思がない場合で、成年後見制度の利用が必要と認めるときは、速やかに市町村の担当部局に当該高齢者の状況等を報告し、市町村申立てにつなげる。

② 成年後見制度の円滑な利用

ア 市町村や地方法務局と連携し、成年後見制度を幅広く普及させるための広報等の取組を行う。

イ 鑑定又は診断書の作成手続きに速やかに取り組めるよう、地域の医療機関との連携を確保する。

ウ 高齢者にとって適切な成年後見人を選任できるよう、地域で成年後見人となるべき者を推薦する団体等を、高齢者又はその親族に対して紹介する。なお、地域包括支援センターの業務として、担当職員自身が成年後見人となることは想定していない。

③ 老人福祉施設等への措置

虐待等の場合で、高齢者を老人福祉施設等へ措置入所させることが必要と判断した場合は、市町村の担当部局に当該高齢者の状況等を報告し、措置入所の実施を求める。また、措置入所後も当該高齢者の状況を把握し、できる限り速やかに、成年後見制度の利用など必要なサービス等の利用を支援する。

④ 虐待への対応

虐待の事例を把握した場合には、速やかに当該高齢者を訪問して状況を確認し、事例に即した適切な対応をとる。

⑤ 困難事例への対応

高齢者やその家庭に重層的に課題が存在している場合、高齢者自身が支援を拒否している場合等の困難事例を把握した場合には、他の職種と連携し、地域包括支援センター全体で対応を検討する。

⑥ 消費者被害の防止

訪問販売によるリフォーム業者などによる消費者被害を未然に防止するため、消費生活センター（又は市町村の消費者行政担当部局）と定期的な情報交換を行うとともに、民生委員、介護支援専門員、訪問介護員等に情報提供を行う。

地域包括支援センター3職種の責務（地域包括支援センター業務マニュアル）

1 保健師 『介護予防ケアマネジメント』

- (1) 予防ケアマネジメントの実施

2 主任ケアマネジャー 『包括的・継続的ケアマネジメント支援』

- (1) ケアマネジャーの相談窓口設置
 - ① ケアプラン作成技術指導の相談・助言
 - ② 支援困難事例等への指導・助言
- (2) ケアマネジメントのネットワークづくり
 - ① ケアマネジャーのネットワーク化実践及び指導・助言
 - ② 医療との連携実践
 - ③ 専門職との連携実践
 - ④ サービス事業所との連携実践
 - ⑤ ボランティア等との連携実践
 - ⑥ その他関係機関との連携実践
 - ⑦ 総合的な連携実践

3 社会福祉士 『総合相談・支援』『権利擁護』

- (1) 地域の総合的な福祉相談窓口設置
- (2) 地域生活支援のための関係者ネットワーク化実践
- (3) ネットワークを通じた高齢者の心身状況や家庭環境等の実態把握
- (4) 高齢者虐待・権利侵害への対応
 - ① 成年後見制度の活用
 - ア 利用アドバイス
 - イ 市町村長申立
 - ウ 成年後見推薦団体との調整・紹介
 - ② 老人福祉施設等への措置
 - ③ 虐待への対応
 - ④ 対応拒否者等への対応
 - ⑤ 立ち入り調査
 - ⑥ 加害養護者への対応
 - ⑦ 消費者被害への対応

やむを得ない事由による措置

「やむを得ない事由による措置」

介護保険により介護サービスの提供の仕組みが措置から契約に変更となりました。しかし、高齢者虐待への対応など、適切な公的サービスが提供される必要がある場合があります。老人福祉法に規定されている「やむを得ない事由による措置」は、そういった状況に対応するために設けられました。

サービス利用契約を結ぶ能力のない認知症の方の権利擁護を図るためには、区市町村がその方の状況を適切に見極め、措置を適用していくことが求められます。

やむを得ない事由による措置とは、虐待等の理由により契約によって必要な介護サービスの提供を受けることが著しく困難な65歳以上の高齢者について、区市町村長が職権をもって介護サービスの利用に結びつけるものをいいます。(老人福祉法第10条の4、第11条)。

「やむを得ない事由」

- 1 本人が家族等の虐待又は無視を受けている場合、
- 2 認知症その他の理由により意思能力が乏しく、かつ、本人を代理する家族等がない場合
- 3 その他市町村長が必要と認める場合

やむを得ない事由による措置については、緊急の対応が必要となる場合が想定されることから、施設において措置を受け入れることにより、定員を超過する場合には、介護報酬において減算の適用除外を受けることが可能です。

なお、この規定は一時的なものであり、できるだけ速やかに超過の状態を解消するほか、措置後は成年後見制度の活用や家族支援等の必要な働きかけを続け、契約への切り替えを進めていく必要があります。

2011.03.03. 文責：小湊 純一。