

高齢者の QOL と自己決定権

佐藤 百合子

I はじめに

人生は自己決定の連続であるともいえる。とくに高齢者の QOL (Quality of Life 生命の質または生活の質) において自己決定が重要であると考えられるのは、身体的自立、経済的自立、精神的自立に加え人格的自立が本来のノーマライゼーションの目指すものだからである。

今日、高齢者福祉の分野で自己決定が注目されているが、その原理の発端は医療における「自分の身体・生命については自分で決める」という権利意識の高揚であり、19 世紀末に遡ることができる¹⁾。さらに第 2 次世界大戦時のナチスの医師達による人体実験によって「医師の行為は常に人道的なものである」という考え方が否定され、医療技術の進歩が必ずしも患者の利益とはならなくなってきたことなどがインフォームド・コンセントや死ぬ権利などの患者の人権思想の発生につながっている。

一方、福祉における自己決定の考え方はノーマライゼーションに始まるといってもよいだろう。これは 1950 年代にデンマークの N・E・バンク・ミケルセンによって提唱されたものであり、1971 年、国連による「知的障害者権利宣言」のなかで公式に使われた。彼によれば、ノーマライゼーション (= 普通化 = Normalization) = 人間化 (Humanization) = 平等化 (Equalization) であり、障害をもっているというだけで、その行動や請求を制限するべきではない、という考え方である。ノーマライズとは「障害者の生活条件をノ-

マルにすること」であり、人は人として扱われるべきである、という当たり前の考え方であったが、どこの国も知的障害者、障害をもった老人、などの入所している施設は、人間として扱われるような実態ではなかった。しかし 1970 年代を境に、欧米ではこのノーマライゼーションの考え方を基本に、自己決定の権利に対する関心が高まり、法律面にも大きな影響を与えていくことになり、成年後見法や持続的代理権法の制定につながっていく。

欧米における経緯で重要なのは、かつては「私的自治の原則」の対象からはずれていた弱者や貧困者・障害者に対して彼らの人権を回復することでありかつ一歩進めて高齢者の人権を尊重していくための社会システムを構築していこうという点にあると思われる。高齢者福祉に即していえば、家族、施設職員、医師・看護婦など高齢者を取り巻くサポート側の視点や都合ではなく、高齢者自身の視点で社会システムを考えていこうというものである。

日本もこのノーマライゼーションの影響を受け、まず高齢者の施設における処遇が問題になった。抑制、薬やおむつの使用はもとより、管理を容易にするために入居者（とくに女性）の髪を刈り上げたり、財産を一律に預かることなどへの反省が福祉関係者の間で出てきたのである。一方在宅高齢者、とくに痴呆高齢者の財産管理のトラブルが目立つようになり、欧米における法律制度の研究がなされるようになった。しかし、日本においては、もともと人々の意識が人権に対してあまり敏感ではないことに加え、高齢者対家族、医師・看護婦、施設職員との関係が慈恵的支配—被支配関

係(疑似親子関係)になりがちであり、不満があってもなかなかいえない雰囲気がある。また、福祉受給者に対する劣等処遇の考え方が少なからず残っており、全体的に人格的自立を確保できる環境整備が遅れているといわれている。厚生省によるサービス評価事業も 1993 年度から始まったばかりである。

そこで、本稿では、まず高齢者の自己決定権の意味を整理する。次いで日本における自己決定の現状と考え方を軽費老人ホームを中心に検討し、併せて在宅高齢者にも調査を行うことによって、高齢者自身の視点から彼らの QOL を高めるための社会福祉サービスならびに法制度の在り方を検討したい。

II 権利と right, および自己決定

アメリカ自由民権協会の An American Civil Liberties Union Handbook シリーズのなかに “The Rights of Older Persons” という高齢者のための法律ガイドがある。構成は 3 部に分かれており、第 1 部が最適な所得確保のための権利、第 2 部が医療における権利、第 3 部が生活、自由、財産の制限からの自由の権利、となっている。このシリーズの序文には、「人々がいったん彼等の権利(right)を知ったなら、それを行使しようと思うだろう。行使によって権利と言うものが生活にもたらされることになるのである。もし人々がまれにしか行使しなければ、人々は忘れ去られ、違反行為が日常のものとなろう」とある。その根底には、「権利思想は人間の理性に与えられた『自明の理』では無く、我々の意思によって主体的に選択された思想である」(笹澤豊)²⁾ という考え方であろう。それゆえに、「日本語の権利と英語の Right の意味の相違点³⁾」を踏まえた上で、自己決定権(Self-determination, Self decision making)とは何か、を考える必要がある。

さて日本語の「権利」とは、「広辞苑」(第 1 版)の権利の項のなかで「(法) right」の説明を見ると、①一定の利益を主張し、また、これを享受する手段として法律が一定の資格を有する者に賦

与する力、②或物事をなし、またはなさぬことを得る能力⇔義務、となっている。これは利益導入の力すなわち権力とも言い換えることが可能であろう。

一方「Black's Law Dictionary」では、まず抽象的な意味として、「正義(justice)、倫理的な正当性(ethical correctness)、または法規則や道徳上の原理との調和(consonance with the rules of law or the principles of morals)」が挙げられている。これらはラテン語の“jus”からきており、すべての法に「正義」という性格を与えるものである。また同書では具体的な意味として、「一個人に本来備わっており、かつ他の個人に対しても付帯するところの力(power)、利益(privilege)、権限(faculty)、または請求(demand)」を指している。また「“rights”は一般的に自由な行動への権限または権力(powers of free action)と定義される」とも説明されている。

しかし、道徳の範囲から離れ、法的内容の関連で見ると、権利(rights)は「国家(州)の承認と支援を伴った、他人の行動を規制できる、一個人に存在している能力(資格)」と明確に定義される。これら一連の記述によれば、英語の“rights”は、正義、公正という言葉と不可分であることを示している。法哲学者ドーキン⁴⁾によれば、「…する権利(right)を有する」という意味は「人が…することに干渉するのは不正である」ということであり、J・S・ミルの『自由論』の流れを汲むものである。

さらに笹澤氏によれば、“rights”の思想は平等主義を原則とし、平等な自由の実現を目指すものであるとしている。このときの自由は「消極的な自由」、すなわち、「…からの自由」であり、「自分の行う選択を他人から妨げられない」という意味である。その選択のなかには利益を追い求めることも含まれており、マックス・ウェーバーが『プロテスタンティズムの倫理と資本主義の精神』で表したように、それまでの「利益を追い求めることは悪である」というカトリック的教義とは異なり、個人が利益を追求することをも正当化している。この個人の利益の追求という面が、日本語の権利という言葉と結びつくのである。これら一連の法

哲学の考え方の根底にあるのは、「例え他人から見て如何にその人の行動が不合理に見えても、本人が望むのであるならば、どのような選択も許される」⁵⁾という価値観である。日本語の「権利」という言葉からは、このような考え方が含有されていることが想像できないが、自己決定という権利を行使したならば、同時にそれに伴う義務と責任も引き受けなければならないという厳しさを認識しておく必要はある。この現代的意義は、社会が貧困な間は、個々人の権利を確保する環境整備を考える余裕がないが、国の経済が成長し、人々の生活水準が上昇し、社会が成熟化に向かっているときには、行政も「権利」を基本とした政策への転換が必要になってくるということにある。

人々はだれでも、「生活のすべての領域で、また人生のあらゆる段階で、自分に関わる事柄については自分で決定できる権利＝自己決定権」を有し、それを保障されるべきである⁶⁾。それらは、高齢社会の到来とともに、高齢者の人権、とくに寝たきりや痴呆症状のある高齢者の人権を確保するための法制度の改革や新たな法律の制定に向かっている。イギリスにおける代理制度の創設、オーストリア・ドイツにおける成年者世話法の制定、米国における持続的代理権制度、その他スウェーデン、カナダ、フランスなどでも、障害をもった高齢者のための公的後見人または代理人を定める制度が作られているが、基本的には障害をもっているか否とにかかわらず、自分の意思を尊重される社会を作ることが目的となる。

自己決定権の確保で一番重要なキーワードは「Informed choice」である。なぜならば、自分自身で意思をもって決定するには、多様な選択肢が用意され、かつそれらについての正確で十分な情報が不可欠だからである。さらに選択の場における平等性の意識も重要である。とくに福祉や医療、教育の現場ではパターンリズム（家父長的権威主義）の原理が働きがちであるが、それは往々にして、対等な関係性の上での選択・決定にはなりにくい。自己決定権の保障が十分になされなければ、それは人々の生活の質（QOL）を低めるだけでなく、極端な場合は虐待（精神的、肉体的、経済的）

という現象が起り得る。

また、権利を保障するからには義務が伴うのが「普通の人々の生活」であるが、とくに知的障害者や寝たきり高齢者などについてどのように解釈していくかは、あまりまだ研究されていないように思われる。自己決定権の保障をどのようにしたらよいかという問題さえなかなか解決できないのが現状であるが、今後は権利と義務の関係をも含めての理論的検討が必要となっていくと思われる。

Ⅲ 高齢者の自己決定権の現状

本節で用いる調査結果⁷⁾は、軽費老人ホームにおける入居者ならびに施設長に対する調査と在宅高齢者に対する調査である。ただし、在宅高齢者のサンプル数は、500人（回収数は328人）と規模が小さく、かつ（社）中央調査社マスターファイルから抽出したので、参考程度とする。

1. 調査対象の選択と目的

軽費老人ホームを調査対象に選んだ理由は以下である。過去、特別養護老人ホームや養護老人ホームなどの福祉施設における調査は数多くあるが、同じ行政からの援助が受けられる高齢者向けの施設であっても、私的契約である軽費老人ホームの調査は少なく、さらに自己決定権の視点からの調査は見当たらない。第2は、後に述べるように、入所時には施設と入居者との私的契約が交わされることから、肉体的にはもとより、精神的、意識的にも自立度が高い高齢者が多いと考えられるからである。彼らは、いわば自己決定権を行使して入居してくるのである。その意味で、自立度の高い入居者が、ホームにおける自分達の生活状態や、財産管理、死への準備などをどのように捉えているのかを知ることは、今後の「元気な高齢者」へのさまざまな施策を考えていく上で、有意義と思われるからである。

65歳以上のほぼ8割以上が元気な高齢者であることを考えると、高齢者自身の立場から見た自己決定の在り方を基本として、ニーズや要求を見ていくことが必要であると思われる。そのため本

調査では、軽費老人ホームの入居者が肉体的にも精神的にもかなり自立しているとの仮説とともに、在宅高齢者との比較を実施することによって、高齢者の QOL の改善のための問題点を明確にしていくことが第 1 の目的である。

次に、最近になって、非常に注目を集め出した、高齢者の財産管理の問題について、高齢者自身どのような考えをもっているか、またその点に関して入居者と在宅高齢者との間での考え方の相違はあるか、などについて今後の法制化との関連をも踏まえた上で、調査する必要があると思われたからである。

第 3 に、軽費老人ホームの入所者の生活や財産の保護・管理がどのように行われているか、また今後の対応についてどう考えているかを明らかにすることである。

2. 軽費老人ホームの概要

軽費老人ホームは老人福祉施設の種類であり、国や都道府県などの自治体から補助金を受けており、運営面から見れば、いわば半官半民の施設であるといえよう。高齢者のための福祉施設は、特別養護老人ホーム、養護老人ホーム、軽費老人ホーム (A 型、B 型)、ケアハウスがあり、このうち前 2 者の入所は措置権者である都道府県、市および福祉事務所を設備する町村の措置決定によるものである。しかし後 3 者はいずれも設置者と入居

者との契約による入居となり、この点では私立の有料老人ホームに近いものである。

軽費老人ホームの成立は、岡本多喜子によれば⁸⁾、政府による法律の保護の対象とならない高齢者のための公的施設の必要性は戦前からいわれられていたが、後に老人福祉法で有料老人ホームと軽費老人ホームとに分けて規定されることに始まる (1963 年)。制定以前、1961 年度予算で初めて軽費老人ホームに対する国庫補助金が認められたが、これによって有料老人ホームが、軽費老人ホームと有料老人ホームとに分化していくことになる。老人福祉法では、低所得のための軽費老人ホームの設置を促進するとともに、有料老人ホームも規制しつつ普及を促進させることになっていったが、当初は軽費老人ホームの数はわずかであり、大部分が有料老人ホームとなっていく。さらにその後、痴呆性老人や寝たきり老人などの問題が大きくなるとともに、特別養護老人ホームや養護老人ホームの充実に焦点が当てられ、健康な高齢者の福祉施設としての軽費老人ホームの取り扱いが微妙になってきている。また加えて、軽費老人ホームの入居者の高齢化とともに痴呆や身体的障害の問題が起きてきているが、自立できなくなれば退所しなければならず、今後はケアハウスへの移行が問題となってくる。

軽費老人ホームは給食サービス付きの A 型と自炊型の B 型がある。両者とも入所は設置者 (地

表 1 軽費老人ホーム施設

施設	入所要件及び対象者	措置決定及び入所契約	措置費及び基本利用料	徴収額及び負担費用
軽費老人ホーム (A 型) (給食サービス付)	60 歳以上で、利用者の生活に充てることのできる資産、所得、仕送り等が利用料の 2 倍 (月およそ 31 万円) 程度以下で、身寄りのない者または家庭の事情等によって家族との同居が困難な者	設置者 (地方公共団体又は社会福祉法人) と入居者との契約による施設	事務費+生活費は、定員 50 人で 154,000 円、80 人で 115,800 円、100 人で 106,900 円である。	食費等の生活費分は全額自己負担となり、利用料は入所者の所得額に応じる。1 万円～8 万 5 千円 (年収 3,000,001 円以上は全額)
軽費老人ホーム (B 型) (自炊)	60 歳以上で、家庭環境、住宅事情等の理由により居宅において生活することが困難な者で、自炊できる程度の健康状態である者		事務費+管理費は、35,970 円以下である。	35,970 円以下。但し生活費は実費負担。

方公共団体または社会福祉法人)と入居者との「契約」による。1994年現在、A型は全国で249施設となっている。入所要件等については、表1に示してある。今回の調査の対象はA型である。

A型の定員は原則として50人以上であり、建物の面積は、1人16.5平方メートル(5坪)以上となっている。また、居室は1人1室が原則であり、床の間、押し入れを除き1人当たり有効面積は6.6平方メートル(2坪)以上である。設備として備えなければならないものは、居室、応接室(または相談室)、静養室、医務室、集会室(または娯楽室)、食堂、炊事室、洗面所、浴室、洗濯室、便所、事務室、宿直室、消火設備、避難設備および避難空地、である。職員は、施設長、事務員、主任生活指導員、生活指導員、主任寮母、寮母、看護婦、栄養士、調理員等、医師(非常勤)であり、正規・非正規含めて、人数はホームの規模によって異なる。利用料は事務費+生活費であり、必要ならば、11月から3月まで、冬季の暖房費を加算できる。本人の負担はこれらの合算額以下であり、生活費(+冬季加算)は全額自己負担、事務費については利用者の所得階層に応じて助成を行う。ただし、これらの事務費ならびに事務費助成基準額によるものが困難な場合にはあらかじめ協議して決定した額とすることができるとしている。

3. 調査の対象と実施方法

実施した3種類のアンケート調査の調査対象の特性、調査の方法、回収率などは以下の通りである。

- 1) 軽費老人ホーム施設長調査(悉皆調査)
 - *調査地域：全国、249施設
 - *調査対象：軽費老人ホーム(A型)の施設長
 - *抽出台帳：「全国老人福祉施設要覧」平成5年度版
 - *調査方法：郵送法
 - *回収数：160施設 回収率：64.3%
- 2) 軽費老人ホーム入居者調査
 - *調査地域：全国
 - *調査対象：軽費老人ホーム(A型)の65

歳以上の男女の入居者

*対象数：各ホーム10名ずつ、2490人、(@10人×249施設)

*対象選定：施設長による任意抽出

*調査方法：郵送法(施設長調査と同送、個別返送)

*回収数：1617人 回収率：64.9%

3) 在宅老人調査

*調査地域：全国

*調査対象：65~75歳の男女

*対象数：500人、(社)中央調査社所属のマスターサンプル

*調査方法：郵送法

*回収数：328人 回収率：65.6%

IV 高齢者の自己決定の現状

一般に、自己決定の範囲には、日常生活や人生で起こり得るすべての事象が含まれる。小は今日何を着るか、朝食に何を食べるかに始まり、結婚相手、職業の選択、老後の過ごし方や財産管理の方法など、自己決定の連続とっていいだろう。大別すると医療(介護も含む)、財産管理を含めた経済生活、日常生活、ライフスタイルを含めた精神生活、そして人生最後の送り方、に分けられると思うが、社会との関連で見るときの問題は2点ある。第1は、健康なときにこれらの決定権が一個の人間として尊重されているかどうか、第2は何らかの身体的・精神的障害が発生したとき、それらがどのように確保されるか、である。

とくに高齢者の場合は、「老いては子に従え」という諺のように、高齢であるというだけで健康上や安全上の観点から保護されるべき存在であるとの一般的な認識が、高齢者自身の意思の尊重を妨げている場合が多い。また社会福祉政策における補足性の原理も、選択の幅が狭いという意味で自己決定権の確保が不十分である。そのなかで、軽費老人ホーム入居者は施設との入居契約を結び、生活の場を「在宅」から「社会福祉施設」へ移すように意思決定を行った、健康な高齢者である。以下、施設長調査、在宅高齢者調査と比較しながら

ら、日常生活、財産管理についての自己決定の現状を把握し、次いで健康でなくなった場合の財産管理などに関しての意識を探る。

1. 日常生活における自己決定

(1) 軽費老人ホームへの入居理由

入居理由の選択肢は8項目で、複数回答であるが、これらの項目は、①人間関係(1~4)、②生活上の利便性(5, 6)、③安心感(7, 8)に分けることができる(表2)。最も多くの回答者の割合を示したのが、人間関係のなかの「だれにも気兼ねなく、自由な生活ができると思ったので」という項目で53.1%である。同居していれば、家族に余計な負担をかけるし、お互いに気を使う。義理の関係では気も抜けない。子どもと一緒に住めない理由を細かく聞いてみると、「子どもやその配偶者とうまくいかなない」が27.9%であるが、人間関係が悪くなくてもいろいろと気兼ねするからという理由が38%もある。「在宅高齢者の調査(以下在宅調査とする)」でも「自分の家以外で老後を送ることを考えたことがあるかどうか」という質問に16.5%(54名)の人が「ある」と回答していたが、その理由も(6選択肢、複数回答)、やはり「だれにも気兼ねなく、自由に生活したい」の項目に回答した割合が多かった(53.7%)。「施設長調査」では、入居者との面談から入居理由を推測してもらった。そ

のなかで、虐待を受けたと思われる場合が20.6%もあることから、家族との人間関係がうまくいかず入居してくるという場合が多いようにも思われるが、やはり自由に生活したい、すなわち日常的に自己決定権を行使したいという高齢者の強い思いも窺われる。逆説的にいえば、在宅、とくに家族との同居では自由に生活できない、自分の意思を通せないという現実があることを示しているのではないだろうか。

(2) 日常生活面での自己決定

自由な気兼ねのいらぬ生活を求めて入居してきたA型の軽費老人ホームは、社会福祉施設であり、老人アパートではない。また自炊型ではないので、食堂での食事となる。すなわち集団生活の場であり、そこには何らかのルールがある。しかしそのなかで、在宅での生活にできるだけ近い環境を整えることがノーマライゼーションの目的である。「施設長調査」では、回答施設の90%以上で確保されている事項は、「個人で好きな雑誌や新聞がとれる」、「かかりたい医者にかかれる」、「位牌の持ち込みができる」、「外出・外泊をとれる」、「投票の自由」、「同性・異性の友人を呼べる」、「アルコールが自由に飲める」であった。このなかで100%確保されているのは「外出・外泊の自由」だけであり、個人の自由として基本的に重要な投票行動で100%確保されていないというのは問題である。

反対に確保されている割合が30%以下の項目は、「希望する荷物はすべて持ち込める」、「信仰や集会の自由」、「食事のメニューが選べる(選択食の実施)」である。荷物の持ち込みや選択食の実施は部屋の大きさや費用の制約など物理的な要因が大きい。とくに入居に当たって、思い出の品や家具などを捨てなければならないことは、高齢者の精神的状況に大きな影響を与える。

選択食の実施率が低いのは、食事を拒否する自由の確保、すなわち外出や出前をとることの自由を確保することで補完していると考えられる。これは消極的な方法であり、高齢者が食事のメニューを選択することができることは重要である。しかし人手不足や費用負担の問題でなかなか難しい

表2 老人ホームの利用理由および自宅以外で生活しようと思った理由 (単位: %)

	利用者本人 施設長 在宅		
1 だれにも気兼ねない, 自由な生活	53.1	70.0	53.7
2 子どもは子ども, 親は親の生活がよい	29.3	75.6	46.3
3 家族に余計な負担をかけない	26.9	—	48.1
4 子どもと一緒に住めない	27.8	—	—
5 食事などを作る手間がないので楽	34.6	78.1	11.1
6 病気になったときでも安心	37.5	51.9	33.3
7 身の回りの世話をしてくれる人がいない	16.1	35.0	—
8 単身なので心細い	31.7	90.0	13.0
9 その他	6.9	8.1	1.9
無回答	1.9	0.6	0.0
計(人数)	1,617	160	54

のではないだろうか。信仰や集会の自由も基本的人権のひとつであるが、実際には勧誘や霊感商法などの高齢消費者の被害などが多くなってきており、個人の信仰の自由は認めながらも、施設としてはある一定のルールを課しているのであろう。ただし、毎日のお祈りのときに太鼓を叩く宗派などは、他の人に迷惑になる恐れもあり、入居者間の調整が難しい面もあるようだ。

その他で重要なのは、全く個人の自由である服装や髪形についての干渉が16.2%もあることで

表3 生活の重要度と施設での規則 (単位：%)

	利用者		施設長	在宅高齢者 (N=328)
	男	女		
個人で好きな雑誌や新聞がとれる	69.8	59.8	99.4	83.8
専用の電話が引ける(かけられる)	44.0	49.1	57.5	94.8
かかりたい医者のところに通える	77.4	77.8	98.9	94.5
位牌の持ち込みができる	48.2	53.4	98.8	
希望する荷物はすべて持ち込める	53.8	49.7	30.0	
髪形や服装について干渉されない	55.4	55.3	83.8	79.3
外食や出前をとることができる	40.8	38.7	92.5	75.0
信仰や集会の自由が確保されている	49.8	42.0	30.0	62.5
選挙の投票の自由が確保されている	75.6	68.0	95.6	
レクリエーションなどに参加しない自由がある	56.2	52.0	70.0	
同性、異性の友達を自由に呼べる	58.6	51.1	99.4	75.9
食事のメニューが選べる	36.4	35.7	26.3	70.7
外出や外泊が自由である	77.6	76.3	100.0	71.0
たばこやアルコールが自由である	52.0	28.1	—	54.3
アルコールは自由に飲める	—	—	95.6	
個室での喫煙はできる	—	—	75.6	
就寝時間や起床時間が自由である	58.0	56.9	74.4	79.3
食事時間に幅がある(決めていない)	54.6	54.9	(0.0)	79.0
図書館が充実している	44.0	41.3	58.1	
対象者数(人)	500	1,049	160	

ある。また、集団行動に参加しない自由も30%の施設で確保されていない。このように基本的人権レベルでの自己決定の確保が不十分であるのは、施設側の認識が低いという要素が大いに影響している。何故高齢者が集団生活をするのに、小・中学生のような規則が必要なのであろうか。施設と高齢者両者のパターンリスティックな関係のあり方を見直す必要がある。しかしその際重要なのは、権利と義務は対であるということで、義務の部分の把握が今後課題となつてこよう。

それでは、入居者はどの項目を重要と位置づけているのであろうか。一番重要であると考えられる高齢者の割合が多いのは、「かかりたい医者にかかれること」と「外出や外泊の自由」、「投票の自由」である。これらは、施設の実施度の高さともマッチしている。また重要度が相対的に高くない項目は、「外食や出前がとれる」、「選択食」、「たばこやアルコールが自由に飲める」であった。

ホームにおける実施の度合いに比べて重要度の方が高い項目は、「信仰や集会の自由」、「選択食」、「希望する荷物がすべて持ち込める」である。ホームの実施度が高い場合には、そのありがたみがなかなか認識できないが、実施度が低い場合には、たとえ相対的に重要度が低く出ても入居者の要望としては強いと解釈できよう。これらを見ると、高齢者にとって、生活環境要因の変化をできるだけ小さくするために、荷物の持ち込みを切望していることがわかる。さらに、信仰の自由はそれに伴うライフスタイルにも相違があるため、今後できるだけ確保する方向を考える必要がありそうである。また、選択食の実施は養護老人ホーム、特別養護老人ホームへと広まっているが、元気な高齢者も食事は楽しみのひとつであり、かつ食生活の多様化が進んでいる現況では、できるだけ確保することが自己決定に伴うQOLを高めることになる。些細なことであるが、毎日の問題である衣食住における自己決定権の確立は、高齢者のQOLの向上の基礎となるものである。

それでは在宅の高齢者はどれだけ自己決定権が確保できているのだろうか。調査項目数が若干異なるが、それぞれ「できる」と回答した割合を

「施設長調査」の結果と比較してみると、それを上回って高い率であったのは「専用の電話が引ける」、「信仰や集会の自由」、「選択食」、「食事時間に幅がある」、「就寝時間や起床時間が自由」の5項目であった。しかし項目間で「できない」割合を見ると、「アルコールやたばこの自由」を筆頭に「信仰や集会の自由」、「選択食」、「外出・外泊の自由」と続き、在宅であっても完全に気兼ねなく自由な生活が保証されているのではないことがわかる。ホームの入居者はある程度集団生活を覚悟して入居してくるが、在宅の場合の不自由さのもつ意味はより大きいといえるかもしれない。面倒を見てもらう代わりにこれらの不自由さを我慢していると、高齢者の人格的自立の障害が身体的自立の障害へと連動していくことは避けられない。

2. 財産管理における自己決定

日常生活における財産管理については、ホームでは約5割の入居者が手元において自分で管理している。現金にしても、資産（株券・債券）にしてもホームに預ける人はわずかである。在宅者でもあまりこの比率は変わらない。しかし「現金を手元に置いておかない」高齢者はホーム入居者で3割、在宅者で4割となっており、在宅者の方が手元保有率が低いのは興味ある結果である。

(1) 一時的な管理

病気やけがで一時的に入院しなければならなくなった場合の金銭管理についてはホーム入居者のみに質問しているが、家族に頼む人は約半数で、次いでホームの職員に頼む人が多い。しかしヘルパーさんや付き添いさんに預ける人も多く、家族以外の人に預ける人の割合は38%とかなり高率になる。性別・年齢別に見ると男子では高齢になると家族に頼む人が多く、逆に女性ではホームの職員に頼む人が多くなる。また子どものいる人では、家族に預ける割合が多くなる。

(2) 自己管理が不能になった場合の管理

高齢者がホームにしようと在宅であろうと金銭の自己管理が不可能になった場合、いったいだれに管理してもらいたいと思っているのであろうか。まずホーム入居者では子どもや孫、家族、親族に

管理してもらいたいと回答した割合が68.4%とかなり高率であった。子どもの有無でみると、子どものいる人は70%が「子ども」と回答し、やはり直系家族への依存度が高い。しかし13.5%の人が子どもがいてもホームの職員に預けたいと考えており、子どもがいない場合はその割合が28.2%と2倍である。公的機関による管理を望む人は0.9%、信託銀行は0.6%とかなり低いが、男女別では配偶者に先立たれて後に残される危険の高い、女性の方が男性よりも関心が高い。

一方在宅高齢者では、調査票の質問が複数回答になっているので厳密に比較できないが、少なくとも公的機関の管理を希望するという項目では2.4%が希望すると回答した。在宅高齢者の7割が子・孫などの直系家族に頼っており、兄弟姉妹や親類と回答したのは全体から見るときわめて少ない。在宅高齢者の方がホーム入居者に比べて家族に頼っている部分は大きいのではないだろうか。

公的機関による財産保全サービスを実施している自治体は少なく、東京都では、11市区（千代田区、新宿区、世田谷区、中野区、杉並区、武蔵野市、三鷹市、府中市、調布市、町田市、保谷市）である。サービスの内容は各自治体で若干異なるが、財産の保管、預貯金の出し入れ、公共料金の支払い代行、病院の支払い手続き、生活物資の購入代行などである。しかしサービスの利用資格においては、本人意思の確認が可能なことが条件になっており、痴呆などで自己の意思表示が不可能な場合は利用できない。意思能力の確認は、担当職員の面接や他の福祉サービスの職員（ヘルパー、ケース・ワーカー等）からの情報によって行っており、少し痴呆の疑いがある場合は主治医からも情報を集めたりする。しかし原則は、禁治産宣告がなされていない限り、できる限りサービス提供を行う方針である。シルバー110番や権利擁護センター（東京都）、家庭裁判所などには、財産管理がらみのトラブル相談が多くなってきており、今後行政においても、法律と福祉、医療の連携に基づいた何らかの対処が必要となろう。

(3) 公的後見人制度の利用意向

病気や痴呆になって意思の表明が不可能になっ

たとき、諸外国で法制化されているような公的後見人（世話人）制度や持続的代理権制度などについて高齢者自身はどのように考えているのだろうか。

ホーム入居者では「ぜひ利用したい」と回答した割合が8.2%であり、「できれば利用したい」と合わせると30.6%である。この数字は、公的後見人制度について、まだそれほど知識が普及しているとは思えない現在、かなり高い数字ではないだろうか。無回答が30%近くいることも合わせて考えると、利用したいと思っている人、利用したいとは思わない人、決めかねている人（あるいは、よくわからない）とほぼ3分の1ずつである。

それに比べ、在宅高齢者は圧倒的に「利用したいとは思わない（64.9%）」人が多い。家族に依存している割合が多い在宅者ではもっともな数字であるが、しかしそれでも「利用したい」と回答した人の割合が22.2%もいるということは非常に興味深い。在宅でもすべてを家族に任せるより、対等な関係を保持でき、自己決定が可能な財産管理機能を求めているものと見られる。

さらに男女別では、ホーム入居者も在宅者も利用したいという比率は女性より男性に多い。また学歴差はホーム入居者間で少なく（利用したい：旧制大卒37%、旧制中学32%、小学校30%）、在宅者間ではやや多かった（利用したい：同32%、21%、20%）。

（4）軽費老人ホームの対応

特別養護老人ホームや有料老人ホームなどさまざまな高齢者向け施設においては入居者の財産管理について多くの問題が発生してきている。軽費老人ホームは、入居資格が「健康な高齢者」であるので、比較的そのような問題は発生していなかったが、入居者の年齢構成が上昇するにつれて、痴呆症状を呈する入居者も現れてきている。また、一時的にせよ、入院する入居者もあり、財産管理や金銭管理が今後の大きな問題になってくることは間違いない。施設側では、これらに対してどのように考えているか、また公的後見人制度について知識があるかどうか、調査した。

ホーム側では、入居の際には預貯金などを一律

表4 公的後見人制度の利用意向

(単位：人，%)

(1) 軽費老人ホーム入居者

		総数	ぜひ利用したい	できれば利用したい	利用したいとは思わない	無回答
学歴	総数	1,617	8.2	22.4	40.8	28.6
	旧制大学，旧制専門学校	112	8.9	27.7	43.8	19.6
	旧制中学校	635	8.3	24.1	43.0	24.6
	小学校	719	7.8	21.7	39.8	30.7
	学校にいなかった	27	11.1	11.1	40.7	37.0
	その他	18	22.2	27.8	38.9	11.0

(N. S. 106)

(2) 在宅高齢者

		総数	ぜひ利用したい	できれば利用したい	利用したいとは思わない	無回答
学歴	総数	328	3.0	19.2	64.9	12.8
	旧制大学，旧制専門学校	37	5.4	27.0	67.6	—
	旧制中学校	130	3.8	16.9	69.2	10.0
	小学校	148	2.0	18.2	61.5	18.2
	学校にいなかった	1	—	100.0	—	—
	その他	12	—	25.0	58.3	16.7

に預かる施設は少なく、原則的に預からない方が多い（76%）。むしろ希望者や若干痴呆症状を呈してきたなど、ある一定の要件を満たしている場合に預かっている（16%）。

公的後見人制度や行政代行サービスについて知識があると回答した施設はそれぞれ20%弱であった。公的後見人制度や財産管理制度の必要性については「わからない」と回答した施設が50%もあったが、それでも推進するべきであると考えているホームは41%とかなり多い。軽費老人ホームの入居者は健康であることが前提であるので、できるだけ本人の自己管理に任せるべきであると思われるし、ホームの意図としてもそのようなものであるが、入居期間が長くなればなるほど、入院や軽い痴呆症状や病気による障害（脳血管系の疾病による麻痺など）などで、自己管理が困難になる場合が多くなると思われる。そのような場合に備えて、既存の制度の拡充や新しい制度の導入の可否につ

表5 ① 入居者の現金等の預かり

	原則として一律に全員預かる	原則として希望者のみ預かる	ある一定の要件を満たした場合は預かる	原則として預からない	無回答
総数	160	14	25	121	—
(%)	100.0	8.8	15.6	75.6	—

② 預かる場合の一定の要件

該当者	痴呆の症状が見られる	無駄遣いしがちな人の場合	家族から依頼があった場合	本人から依頼があった場合	その他	無回答
総数	25	18	8	17	21	1
(%)	100.0	72.0	32.0	68.0	84.0	4.0

③ 預かる場合の処置

	あ	る	な	い	そ	他	無回答
1. 預かりや保管のマニュアルの有無	20.0	36.3	5.6	38.1			
2. 通帳と印鑑との別保管の有無	29.4	13.8	—	56.9			

表6 公的後見人や行政代行サービスについて

	知っている	知らない	無回答
1. 行政による代行サービスを知っているか否か	19.4	77.5	3.1
2. 公的後見人制度について知っているか否か	19.4	75.0	5.6

表7 自己管理できなくなった場合の対処

総数	全面的に施設が管理する	一部施設側で管理し、毎日の金銭管理は入居者に任せる	行政の財産保全サービスを利用する	その他	無回答
総数	160	32	31	—	81
(%)	100.0	20.0	19.4	—	50.6
					10.0

いて、判断の情報収集と入居者への情報提供を行っていく必要があろう。

3. 今後の課題

高齢者の自己決定権は、意思能力が明確な場合のみでなく、意思能力を喪失した場合にもできるだけ確保されることが望ましい。また意思能力が

欠如する前に本人の意思表示ができるような制度も必要である。高齢者をめぐる法的問題は、諸外国に比較して10~20年の遅れがあるといわれるが、家族の問題がからみ非常に解決が困難になっている。しかしそれでも、何らかの公的な制度の必要性が少しずつ認められてきている。高齢者の経済的、身体的、精神的自立には人格的自立が欠かせないという認識も徐々に広がりつつあると思われる。今後日本においても公的後見人や世話人の制度が導入されてくると思うが、その場合に最も重要なのは、常に高齢者の視点で考えることである。財産管理だけでなく身上監護ならびに日常生活においても、本人の意思を尊重することは高齢者だけの問題のみならず、すべての人々にとっても基本的なことである。

医療・保健と福祉の統合のみならず、それに法律も加えたまさに総合的な視点のもとに新たに社会システムの構築をはかり、高齢者の自己決定権を高めていく必要がある。

注

- 1) 茂木 毅「わが国の高齢化と高齢者の自己決定権」『高齢者の自己決定権に関する調査報告書』, 健康保険組合連合会, 1994年。
- 2) 笹澤 豊『権利の選択』, 勁草書房, 1993年。
- 3) 注2)に同じ。
- 4) ロナルド・ドーキン, 小林・野坂訳『権利論』, 木鐸社, 1986年。
- 5) 注1)に同じ。
- 6) 高村 浩「判断能力が十分でない人々の自己決定」『月刊福祉』1994年11月号。
- 7) 健康保険組合連合会『高齢者の自己決定権に関する調査報告書』, 1994年。本調査は筆者が代表を勤める自己決定権研究会で行ったものである。執筆以外の参加者は、高木安雄(社会保障研究所), 岡本多喜子(東海大学), 上村協子(東京家政学院大学), 茂木毅(成城大学), 村田雅之(東京工芸大学短大部)である。
- 8) 岡本多喜子『老人福祉法の制定過程』, 誠心書房, 1993年。
(さとう・ゆりこ 芦屋大学教育学部専任講師)