
高齢者の人権を守るために —認知機能の低下に備える—

Protecting the Human Rights of the Elderly -Preparing for Cognitive Decline-

東京都立松沢病院／名誉院長

齋藤 正彦*

はじめに

朝田は、2012年10月現在、我が国における65歳以上高齢者の認知症有病率は15%（462万人）、MCIを含めれば28%（862万人）と報告した¹⁾。しかし、認知症患者が急増しているといっても、80歳台が235万人（有病率26.1%）、90歳台が100万人（同50%）で、両者を合わせれば認知症患者の68.6%は80歳台以降ということになる。50歳台、60歳台で認知症と診断される人たちの知的能力は、標準的な同年代の人の能力に比較して明らかに低い。一方、80歳台、90歳台になると、正常と異常の境界は判然としなくなる。我々が直面しているのは、認知症問題というより超高齢社会の問題である。

さて、「人権」とは何だろう。憲法第25条では、すべての国民に健康で文化的な最低限度の生活を保障している。いわゆる生存権の規定である。憲法が規定する基本的人権のリストの多くに、公共の利益に反さない限りという但し書きがつくものに対して、25条にはそれがない。すなわち、生存権こそ、他のあらゆる基本的人権に先んじて無条件に保障されるべきものだという事である。健康で文化的な最低限度の生活を維持するためには、住む場所、衣食に困らず生活する安心、暴力や詐欺の被害から守られる安全の確保が不可欠であり、これこそが高齢者の人権擁護の土台となる。我が国において、こうした、高齢者の基本的な生活を守るセーフティネットは、従来家族が担うものと期待されてきたが、高齢者のみの世帯の増加によって、セーフティネットは社会

サービスとして提供されることになった。

本稿では認知症に関わる臨床医の視点から高齢者の人権を守るとはどういうことなのかについて考えてみる。

法律は人権を守るか

1) 成年後見制度

2000年の民法改正によって、明治以来の禁治産・準禁治産が新しい成年後見制度に改められた。2016年に成立した「成年後見制度の利用の促進に関する法律」によって、法務省に代わって厚生労働省が成年後見制度利用推進を担うことになり、この法律を福祉の領域に積極的に拡大する方針が示された。しかしながら、条文を読み比べてみれば、禁治産と後見、準禁治産と保佐制度の根幹には全く差がない。成年後見審判によって自動的かつ実質的には永続的に付与される包括的代理権、同意権・取消権については、日本も批准している国連障害者権利条約に違反するという指摘があり、国連も、日本政府に対して成年後見制度の廃止を勧告している。医師は、成年後見申請に必要な診断書を求められる。90%以上の審判で、裁判規則に定められた精神鑑定、本人面接が省略されている現状を考えるなら、医師が書く診断書が、ほとんど唯一の審判の科学的根拠となる。医師はその責任を自覚しなければならない^{2,3)}。

2) 高齢者虐待防止法

2005年に成立した「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」（以下、高齢者

* Masahiko Saito, MD, PhD Honorary Director of Tokyo Metropolitan Matsuzawa Hospital

虐待防止法)は家族介護を受けている高齢者、施設介護を受けている高齢者の虐待を防止することを目的とした法律である。法律の名前が示すとおり、被虐待者の保護と同時に、虐待する擁護者を支援し、再発を防ぐことをうたっている。

この法律に基づく通報は年々増加しているが、その状況を観察するといくつかの課題が浮かんでくる。第一に養介護施設職員による虐待通報は、家族等擁護者による虐待通報の10分の1に留まり、通報後の調査によって、施設職員による虐待があったと認定される事例は通報の半分にも満たないことである。認知症の介護施設においては、虐待を通報することも難しく、たとえ虐待通報があってもそれを実証することは難しい。法律の限界と言わざるを得ない。

もう一つの不思議な現象は、都道府県によって高齢人口当たりの家族等による虐待通報数が極端に違うことである。この法律は、老々介護などで介護者の協力が得られないとき、行政が手早く介入するための手段として使われることも多い。家族による虐待認定が行政によって恣意的に運用されている可能性も否定できない。

終わりに

法律は、混とんとした社会に、人為的に線を引き、物事を黒と白を分ける。法律ができてしまえばその運用は倫理とは無関係である。一方、医師が日々直面している臨床の世界には、真っ黒も真っ白もない。私たちは限りなく白に近い灰色から限りなく黒に近い灰色までのグラデーションの中で仕事をしており、日々、揺れる倫理判断を迫られている。法律や制度で臨床の質を高めることはできない。

認知症臨床の難しい点は、ある時点を超えると患者自身が自分の問題を自分で決めることが難しくなったり、患者の選んだ結論が、家族や周囲の人たちには承服しがたかったりといったことがしばしば起こることである。振り返ってみれば、健康な人であ

っても、人はみな周囲の人とのしがらみの中で生きているのであって、それに影響されない決断はできない。同時に、自分の決断の影響についてすべての責任を引き受けることができる人はいない。つまり、自己決定、自己責任論自体が初めから新自由主義的な目に見えないものをすべて切り捨てるという社会観なしには成立しえないということである。

法律の判断は明快だが、誰もその結果に責任を負わない。医療倫理とは、自分の意思決定の基底にある概念、前提、信条、態度、理由、論証などを批判的に吟味する分析的活動のことであって、正しい、間違っているという判断は明確でない。自己決定・自己責任論は医療倫理になじまない。倫理的な意思決定は常にこれに関わるすべての人々(患者、家族、医療・福祉職等)の共決定であり、必然的に、その結果にはみんなで責任を負わねばならない⁴⁾。家族支援の無い高齢者が増える社会で、認知機能低下をきたした高齢者の支援において、医師は重要な役割を担っている。

文献

- 1) 朝田隆：厚生労働省科学研究費補助金 認知症対策総合研究事業「都市部における認知症有病率と認知症の生活障害への対応」平成23年度～24年度 総合報告書(2014)
- 2) 齋藤正彦：気軽に書いた成年後見鑑定書が訴訟の対象となった事例. 老年精神医学雑誌, 30(2), 195-202, 2019
- 3) 齋藤正彦：後見人制度をめぐる諸問題. 精神科治療学, Vol.32 増刊号, 193-197, 2017
- 4) 齋藤正彦, 井藤佳恵：私たちの医療倫理が試される時—自己決定・自己責任論を超えて. ワールドプランニング, 2020.12

この論文は、2023年7月22日(土)第36回中央老年期認知症研究会で発表された内容です。