

ノーマリゼーションと自由最大化状況 — 高齢者の介護場面から —

藤原 芳朗, 村田 美智子

Normalization and the Least Restrictive Alternative in Caring for the Aged

Yoshirou FUJIWARA and Michiko MURATA

キーワード：高齢者，自由，ノーマリゼーション，拘束

概 要

個人の自由は基本的人権として憲法にも保障されている。施設や病院で生活をする痴呆性高齢者もまた同じである。常に今以上の自由を求めて制約からの解放を願っている。健常者と同じ暮らし(あたりまえの暮らし)を保障する原理はノーマリゼーションであり、しかし、痴呆なるが故に生命や身体を保護することができにくい緊急やむを得ない切迫した状況が発生すると誰の目にも明らかなきは公共の利益が最優先され、他に代わりうる手段がないのなら身体拘束や生活上の制限を受けざるを得ない。その場合でもそれらの処遇にあたっては自由最大化状況(最小の制限で最大の自由が保障される原理)に立ったものでなければならない。

緒

我々の日常はことさらの如く意識するしないに関わらずとりあえず一定の自由が保障され、それぞれの生活を営んでいる。確かに時間的、経済的、社会的、倫理的に制約は受けてはいるものの、基本的人権が保障され他からの援助なしに他人と交流し、外出し、意志を伝え行動をしている。そして、私たちは～からの自由(外的な束縛のないこと)と、～への自由(内からの自由、自発的自由)を絶えず希求している。あるいは、今より以上に少ない制限を求めつつ生きている。

ところが、一旦要介護状態になり在宅でケアの対象者となる、あるいは施設入所をし介護を受けることになれば必然的に何らかの束縛や制約を受けざるを得なくなる。

本来自由とは「他者の欲するままではなくて、自己の欲するままに行為できることができる状態である。」とされているが、自由という言葉は述語として多岐の物事に付加されるばかりか、それが人間について語られる場合にあっては、人間が多様な在り方を行っている

以上、非常に曖昧に使用されることもある。ともあれ、自己の意志(決意)のままに行為できなるとすればそこには自由の保障はないといえるのかもしれない。

さて、介護を展開するうえで私たちは数多くの自由に関するジレンマ事例に遭遇する。たとえば、施設入所している高齢の痴呆の利用者が介護者から見れば特段の理由もなく、突然職員や他の利用者に暴力を振るったりする。専門医の診察の後、服薬を続けるが依然として周囲への加害行動が修正されないため、他害の危険性から仕方なく他の利用者との空間を共有する際には車椅子に拘束をする場合などはしばしば見られる事例である。

私たちはこのような具体的な自由に関する、あるいは権利擁護に関する事柄に出会うとき、どのような倫理的行動が求められるのであろうか。介護者としての自己の取るべき行為の裏付けとしての原理をもたねば本人も家族も、ひいては関係者も理解も許しも納得もしないであろう。そこで本論では自由に関する事柄に於いて、介護する側としての自己の行為の選択に対する判断基準としての正当性を思惟するための手掛かりを、自由最大化状況とノーマリゼーションの原理に求め論述することとする。

(平成15年10月3日受理)

川崎医療短期大学 介護福祉科

Department of Care Work, Kawasaki College of Allied Health Professions

1. ノーマライゼーションの思想と要介護高齢者

「ノーマライゼーションの原理それ自体は、障害者—ここでは精神障害児・者—も他の市民と同じ同じ権利と義務をもつべきである、ということのほかは何も表してはいない。ノーマライゼーションは、精神薄弱者・児をいわゆるノーマルな人にするを目的としているのではなく、その障害者を共に受容すべきであり、彼らにノーマルな生活条件を提供することである。すなわち、彼らが最大限に発達できるよう、障害者個人のニーズに合った処遇とか教育とか訓練を含む、他の市民に与えられているのと同じ条件を彼らに提示することを意味している。」¹⁾とバンク・ミケルセンは述べている。このことから、障害を有する人をして健常者に近づけるための努力を強いる、再教育する、といった障害者の側に変革を求めるのではなく、障害を有しているものの人間としての尊厳は全く同じであるということに認めた上で、他の健常者が享受している諸権利を平等に付与することとしている、したがって、社会的に不利な状況にある人への援助の在り方は人としてのその個人の能力や知力はどうあれ、あくまで当事者のニーズを基盤としてなされるものであるということを示している。

また、このような形で世に問われたこのノーマライゼーションの原理は、その後1971年の国連第26回総会の「精神薄弱者の権利宣言」、75年の国連第31回総会「国際障害者年行動計画」、81年の『完全参加と平等』を掲げた「国際障害者年」により諸外国に承認されるとともに、当初の知的障害という枠を越えて社会的弱者をその理念のカテゴリーに包含し、社会福祉思想の根幹として援助の在り方の潮流を形成してきた。とりわけ、ヴォルフエンズベルガーの対人サービスへの一般化適応にむけての理論の再構築の影響は大であり、アメリカと北欧とでの捉え方の差異はあるものの「人間としての諸権利の重視、個としての存在価値の積極的肯定、脱施設化、地域での統合的生活、普通の住宅での生活、生活の質の重視」²⁾という観点は、「80年代には高齢者や児童福祉分野にも広がっていった。近年、ノーマライゼーションは、インクルージョンとしても解釈され、正常レベルに近づく……中略……福祉・医療・教育の専門主義の視点に変革を迫るものとなっている」³⁾のであり、ニルジェの「あらゆる社会のすべての年齢の人々に有効であり、社会の変容や個人の発達によって適応させることが可能である」という言葉を具現化

している。その現れとしてわが国においても95年のいわゆる「障害者プラン」の副題として「ノーマライゼーション7か年戦略」が冠せられ、障害者の施策の基本的理念として位置づけられた。

とまれ、近年の高齢者処遇も当然のこととして根幹部分はこの理念によって実践されてきたのであるが、高齢者介護はある意味では漸く緒についたともいえる状態ではしかない。1987年の「社会福祉士・介護福祉士法」により、ケアワークがそれまでの看護の下手間、非科学性、思いつき、非連続性という非難を越えて学としての介護福祉を確立するために体系的理論、個別性、専門性を整えつつあるのである。したがって、ノーマライゼーションという理論的枠組みをどのように高齢者福祉の領域において具体的に展開していくのかは、今現在も道半ばなのである。ニルジェのいうように「日常生活の様式や条件を、社会の普通の環境や生活方法にできるだけ近づくこと」⁴⁾という理念は導入され、地域社会にむけた施設の開放、寝たきり・痴呆・虚弱の高齢者にあってもあたりまえの暮らしの実現を標榜しつつ、人間としての尊厳の保障、個別化、自立支援、自己決定、ひいては自己実現ということを処遇目標において実践が進められている。この裏付けとなるものとして1995年11月15日制定の「日本介護福祉士会倫理綱領」がある。そこには前文に続いて「利用者本意、自立支援、専門的サービスの提供、プライバシーの保護」等々が掲げられている。一部を抜き出してみると（利用者本意、自立支援）の項では「介護福祉士は、すべての人々の基本的人権を擁護し、一人ひとりの住民が心豊かな暮らしと老後が送れるよう利用者本位の立場から自己決定を最大限尊重し、自立に向けた介護サービスを提供していきます。」とある。このことから高齢者介護（老人福祉）の領域にもノーマライゼーションの感覚が色濃く反映されていることは容易に理解できる。

2. 要介護高齢者と自由

ノーマライゼーション原理に立脚し、上記のように基本的人権の擁護や利用者本位、自立支援、とりわけ自己決定の権利の尊重ということが保障されるためには、「自由」に関する基本的な事柄が了解されている必要がある。自由意志の下で決意し行為を選択し実行するためにはまず自由な状況が許され、認められ提供されていなければならない。そこで、自由について思惟するとき我々には「……からの自由」と「……への自由」

の2つがあることに気付く。「……からの自由」は外部からの自由あるいは拘束のない自由を意味するものであり、「……への自由」は何ら外部からの拘束が存在せず我々の行為が自由に実行できるという状態を指すのではなからうか。「……への自由」とは「……からの自由」に比べてポジティブな自由のように受け取られる。「……への自由」は我々が自由に振る舞うことができ、何を選択することも可能であるということを示している。ただ、「……への自由」が認められるのは選択した行為を実行するのに際して何ら障壁となるものが存在しないことである。しかし、この場合は「……からの自由」と同じ内容とも受け取られる。この様に考えるとこの自由の2つの考え方は「その自由を否定する束縛を外的束縛ととれば、外的束縛の欠如ということの意味する。従って両者は同じ内容を持つ自由であり、いわゆる『人間の行為の自由』と呼ばれるものである。しかし、束縛は内的束縛もある。内的束縛とは行為をなす主体の内における束縛である。この行為の主体をどう捉えるかによって内と外との境界があるのは当然である。例えば主体を理性的意志と捉えれば、感性的衝動は外となるが、主体をこの感性的衝動を含めた意味での欲求とすれば感性的衝動も内となる。」⁹⁾のである。ところで、我々が日常的に介護上のジレンマに陥るのはしばしば痴呆性の高齢者である。そしてこの痴呆性的高齢者の場合は上の事柄に照らしていえば、凡そ一般的にいわれる善悪邪非の判断を基準とする理性的意志は持ち得ず、いわば感性的衝動に突き動かされて行為・行動をとっているといえる。従って痴呆性高齢者には行為の主体者としての本人には理性的意志はない以上、内的な束縛はない。

しかし、内的束縛がないとはいえ自ずと行為の自由に対して野放図でいられるものではない。J.Sミルは「人類がその成員のいずれか一人の行動の自由に、個人的にせよ集団的にせよ、干渉することが、むしろ正当な根拠をもつとされる唯一の目的は、自己防衛(self-protection)であるというにある。また、文明社会のどの成員に対してにせよ、彼の意志に反して権力を行使しても正当とされるための唯一の目的は、他の成員に及ぶ危害の防止にあるというにある」¹⁰⁾と述べていることからわかるように、個人への干渉は唯一自己防衛に限るのであり、本人のために良かれと思うという外部からの干渉は何ら正当性を持ち得ない。しかし、他人に対して危害が及ぶときはこの限りにならないのであり、いわゆる公共の福祉が優先されると考えられる。この

論理に立つことは日本国憲法第11条「基本的人権の享有」、第12条「自由及び権利の保持義務並びにこれらの乱用の禁止」、第13条「個人の尊厳」、第34条「不法の抑留、拘禁を受けない権利」あるいは人身保護法第2条「違法拘束救済の請求権」と深く関わっているのである。

そこで、痴呆の高齢者への処遇を考えると、施設入所を余儀なくされる場合、いかに個室化、ユニットケア化が進もうとも絶えず誰か他者との共有する空間や時間がそこにはある。したがって、そこには上記理由で明らかなように必然的に集団に対して、他に対して個としての自由に関する遵守すべき事項がなくてはならないこととなる。あくまで自己の自由の主張が了解されうるときと公共の福祉が先んぜられる場合との区別がなされる必要がある。そして制限や制止やむなしと判断されれば、痴呆性的高齢者にとっては拘束という方法で対処されてきたのが従来の処遇形態であった。しかし、介護保険は措置から契約という制度上の革新に留まらず、拘束についても新たな局面を提示することになった。

3. 高齢者への身体拘束の禁止への取り組み

介護保険のスタートを前にして1999年、厚生労働省は「身体拘束禁止」の省令を出し、翌年2000年6月には同省内に「身体拘束ゼロ作戦推進会議」を発足させ「身体拘束ゼロへの手引き」(以下手引き)を作成、配布し身体拘束の廃止に向けて広く訴えを始めた。具体的には各都道府県知事宛に(老発第155号)「身体拘束ゼロ作戦」、(老発第203号)「身体拘束廃止推進事業の実施について」の各通知がそれにあたる。これらの内容をつまびらかにすると、「サービスの提供にあたっては、当該入所者(利用者)又は他の入所者(利用者)等の生命又は身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除き、身体的拘束その他入所者(利用者)の行動を制限する行為を行ってはならない」(厚生省令：平成11年3月31日)としている。対象としては：指定介護老人福祉施設、介護老人保健施設、指定介護療養型医療施設、短期入所療養介護、痴呆対応型共同生活介護、特定施設入所者生活介護としている。また、身体拘束の定義としては(昭和63年4月8日)付けの厚生省告示第129号で「衣類又は綿入り帯等を使用して、一時的に当該患者の身体を拘束し、その運動を抑制する行動の制限をいう」とされている。

具体的な事例を手引きから抜き出すと以下のように

なる。

- ① 徘徊をしないように車いす、ベッドに体幹や四肢をひも等で縛る。
- ② 転落しないように、ベッドに体幹や四肢をひも等で縛る。
- ③ 自分で降りられないように、ベッドを柵（サイドレール）で囲む。
- ④ 点滴、経管栄養等のチューブを抜かないように、四肢をひも等で縛る。
- ⑤ 点滴、経管栄養等のチューブを抜かないように、または皮膚をかきむしらないように、手指の機能を制限するミトン型の手袋等をつける
- ⑥ 車いすやいすからずり落ちたり、立ち上がったりにしないように、Y字型拘束帯や腰ベルト、車いすテーブルをつける。
- ⑦ 立ち上がる能力のある人の立ち上がりを妨げるようないすを使用する。
- ⑧ 脱衣やおむつはずしを制限するために、介護衣（つなぎ服）を着せる。
- ⑨ 他人への迷惑行為を防ぐために、ベッド等に体幹や四肢をひも等で縛る。
- ⑩ 行動を落ち着かせるために、向精神薬を過剰に服用させる。
- ⑪ 自分の意志で開けることができない居室等に隔離する。

また、同手引きには身体拘束を廃止するために当面なすべき事柄として、①トップが決意し、施設、病院が一丸となって取り組む、②みんなで議論し、共通の意識を持つ、③まず、身体拘束を必要としない状態の実現を目指す、④事故の起きない環境を整備し、柔軟な応援態勢を確保する、⑤常に代替的な方法を考え、身体的拘束をする場合は極めて限定的にと述べてある、問題は⑤であろう。ここでは例外的に身体拘束を認めているのである。その前提となる条件としては、「当該入所者（利用者）又は他の入所者（利用者）等の生命又は身体を保護するため緊急やむを得ない場合」⁷⁾とされている。そして、緊急やむを得ない場合の対応として①切迫性……利用者本人又は他の利用者等の生命又は身体が危険にさらされる可能性が著しく高いこと。②非代替性……身体拘束その他の行動制限を行う以外に代替する介護方法がないこと。③一時性……身体拘束その他の行動制限が一時的なものであることとされている。また、仮にこれらの3要件が満たされた場合でもさらに幾つかの手続きや記録（図1）が求められる

ることになる。

さて、やむを得ない場合の対応を詳細にみてみると、共通して言えることは生命・身体に関わる事柄や、自傷や他害が誰の目にも明瞭に予測されることが要因でなければならず、あらゆる手段を講じてもおその可能性が拭い去れない場合にのみ行うことでなければならない。また、その状態が落ち着いたときには直ちに拘束を解き不快感を取り除き、何よりも人権の擁護を第一義的なものとし、拘束は最少の時間で最少の負担でなければならない。このことは既に1970年代の後半からアメリカでは The Least Restrictive Alternative Principle として知的障害者への処遇を中心に取り入れられている。「直訳すれば最も制約の少ない代替策、あるいは最少の制約しかない代替策」⁸⁾である。「この概念が自由や解放と深く関わっているので、この本質は概念である。自由を強調するために自由最大化状況と訳した。」⁹⁾とある。そこでこの自由最大化状況と上述の高齢者の拘束場面場合を考えてみたい。

4. 高齢者介護と自由最大化状況

痴呆性的高齢者が例え施設に入所し介護を受けていようと、そこには一般の市民としてのあたりまえの権利を有し、平等に扱われるべきであることは極めて当然である。しかし、上述したように緊急的且つやむを得ない状態の場合は拘束という手段によって、著しく人としての権利が侵害される状況下に置かれることになる。常に自由と人としての権利を希求しつつも仕方なくそれを剥奪される。他人の権利を守り自己や他人の生命、身体を危険に晒されることから防衛するという公共の利益を最優先することが、憲法に於いても明文化されていることであり、切迫性や非代替性、一時性の要件を満たす場合、拘束は受け入れるものとして、しかしそこには、最小の制約で、つまり最大の自由の下で介護を受けることでなければならない。

そして、この自由最大化状況の実践にあたっては、①同意権、②処遇拒否権、③選択権が保障される必要がある。①については厚生労働省の指示内容に於いても、図1の下部に十分な説明がなされ確認したうえで、本人あるいは本人に同意能力のない場合の家族の署名、押印を求めるシステムになっているが、本人がこれから受ける処遇の内容についてはもちろんのこと何故必要なのか、その結果起こりうる問題、予想される事態等々に対する納得できる説明がなされることが前提となる。また、自由を奪われる時間、処遇を受ける場所

【記録 1】

緊急やむを得ない身体拘束に関する説明書

○ ○ ○ ○ 様

1 あなたの状態が下記の ABC をすべて満たしているため、緊急やむを得ず、下記の方法と時間等において最小限度の身体拘束を行います。

2 ただし、解除することを目標に鋭意検討を行うことを約束いたします。

記

A 入所者（利用者）本人又は他の入所者（利用者）等の生命又は身体が危険にさらされる可能性が著しく高い	
B 身体拘束その他の行動制限を行う以外に代替する看護・介護方法がない	
C 身体拘束その他の行動制限が一時的である	

個別の状況による拘束の必要な理由							
身体拘束の方法 〈場所、行為（部位・内容）〉							
拘束の時間帯及び時間							
特記すべき心身の状況							
拘束開始及び解の予定	<table style="margin: auto;"> <tr> <td style="padding: 0 10px;">月</td> <td style="padding: 0 10px;">日</td> <td style="padding: 0 10px;">時から</td> </tr> <tr> <td style="padding: 0 10px;">月</td> <td style="padding: 0 10px;">日</td> <td style="padding: 0 10px;">時まで</td> </tr> </table>	月	日	時から	月	日	時まで
月	日	時から					
月	日	時まで					

上記のとおり実施いたします。

平成 年 月 日

施設名 代表者 印
記録者 印

（利用者・家族の記入欄）

上記の件について説明を受け、確認いたしました。	
平成 年 月 日	
氏名	印
（本人との続柄	）

(注)日本看護協会 身体拘束廃止取り組み事例集より

図 1 【資料 1】身体拘束に関する説明書・経過観察記録（参考例）

等についての説明がなされることは当然である。②については処遇を受ける前、あるいは処遇中であっても当該利用者や家族等は処遇の中止や拒否する権利を指している。③は通常の介護が受けられず、自由を制限される場合の処遇内容の選択権である。この選択権が行使されるには代替案が複数用意されることが前提である。これらはすべて互いに関連しており、高齢者に限らず知的障害者にもそして精神障害者にも共通する対人援助サービスの基本でもある。

5. まとめに代えて

人間はいつ如何なる状態であっても人としてあたり

まえの市民が持つと同様の自由と権利が保障されねばならない。拙文で例として用いてきた施設や病院で生活をする痴呆性高齢者もまた同じである。常に今以上の自由を求めて制約からの解放を願っている。健常者と同じ暮らし（あたりまえの暮らし）を保障する原理はノーマリゼーションであり、しかし、痴呆なるが故に生命や身体を保護することができにくい緊急やむを得ない切迫した状況が発生すると誰の目にも明らかなきは公共の利益が最優先され、他に代わりうる手段がないのなら身体拘束や生活上の制限を受けざるを得ない。その場合でもそれらの処遇にあたっては自由最大化状況（最小の制限で最大の自由が保障される原

理) に立ったものでなければならない。人間的自由を最大限認めつつ、絶えず選択肢を用意し、選択の自由に対して価値を認め、最小の制限による対処が求められるのである。何となれば対人援助のサービスは相手が寝たきりの状態であれ、心身に重度の障害を有する場合であれ、本来、人としての尊厳の保持、利用者本位、利用者の自己実現ということが徹頭徹尾保障されねばならないことは言を待たないのであるから。

引用文献

- 1) 中園康夫：ノーマリゼーション原理の研究，東京：海声社，p. 3，1996.
- 2) 同前書，p. 7.
- 3) 吉田久一，岡田英巳子：社会福祉思想史入門，東京：勁草書房，p. 193，2002.
- 4) 西村登，江戸正國：社会福祉概論，東京：中央法規出版，p. 16，1998.
- 5) 今泉元司：倫理学とは何か，東京：勁草書房，p. 140，1981.
- 6) 塩尻公明，木村健康：自由論，東京：岩波書店，p. 24，1983.
- 7) 社団法人日本看護協会：身体拘束廃止取り組み事例集，東京：日本看護協会出版会，p. 51，2003.
- 8) 中園康夫，小田兼三，清水隆則：障害者と自由—自由最大化状況の原理と実践—，東京：中央法規出版，p. 116，1995.
- 9) 同前書，同 p. 118.