

平成 29 年度老人保健事業推進費等補助金（老人保健健康増進等事業分）

**日常生活や社会生活等において認知症の人の意思が
適切に反映された生活が送れるようにするための意思決定支援の
あり方に関する研究事業**

報告書

平成 30 年 3 月

学校法人梅村学園 中京大学

はじめに

平成 27 年に制定された今後の認知症政策推進総合戦略（通称新オレンジプラン）においては、7 本の重要な施策に共通して、認知症の人の参加を謳っている。

認知症高齢者等が今後ますます増加することが予想される中で、量的な支援（準備・体制の確保）に偏ることなく、「認知症の人の意思が適切に反映された生活が送られているか」という、もっとも重要な原点に立ち返る必要性は高い。

認知症の人の意思決定支援については、これまで、「認知症の行動・心理症状（BPSD）等に対し認知症の人の意思決定能力や責任能力を踏まえた対応のあり方に関する調査研究事業（平成 27 年度）」において法的・倫理的な観点からの課題整理が、「認知症の人の意思決定能力を踏まえた支援のあり方に関する研究事業（平成 28 年度）」において現場の取組事例の収集による実態把握が行われた。

本年度は、それらの成果を踏まえて、認知症の人を支援する全ての人が、認知症の人の意思をできるかぎり丁寧にくみ取り、意思決定を支援するための“考え方(原則)”、“標準的なプロセス”、“留意点”を整理とともに原点に立ち返って、支援のあり方を考えることのできるツール（ガイドライン）を示すことを目指した。もちろん、このガイドラインに当てはめさえすれば、あらゆる場面、あらゆる事情においても、認知症の人の意思が適切に反映された生活を送る意思決定の支援となるものではない。このガイドライン後に、当てはまらないケースの蓄積がより重要で、今後の意思決定支援の事例集となっていくことが期待される。

認知症の人を支援する全ての人が、共通の原点に立ち、支援の方向性や考慮すべき事情などを共有しながら、認知症の人の意思決定を支援していくことこそが重要であり、本ガイドライン（裏面・行間に込められた背景、作成過程、限界、課題も含めて）を認知症の人を支援する全ての関係者が、目にし、手に取り、考え、振り返るものとなることを願う次第である。

平成 30 年 3 月

日常生活や社会生活等において認知症の人の意思が適切に反映された生活が
送れるようにするための意思決定支援のあり方に関する研究事業

委員会委員長 烏羽 研二（国立長寿医療研究センター 理事長）

平成 29 年度老人保健事業推進費等補助金（老人保健健康増進等事業分）

**日常生活や社会生活等において認知症の人の意思が適切に反映された生活が
送れるようにするための意思決定支援のあり方に関する研究事業**

目 次

I 事業概要	1
II 認知症の人の日常生活・社会生活における 意思決定支援に関するガイドライン－案－	5
III 考察・今後の課題	29
【資料編】委員会およびWG委員会での検討経過	30

I 事業概要

1 事業名

日常生活や社会生活等において認知症の人の意思が適切に反映された生活が送れるようにするための意思決定支援のあり方に関する研究事業

2 事業目的

成年後見制度利用促進法の施行（平成 28 年 5 月）を受け設置・開催された成年後見制度利用促進委員会において、「障害者や認知症の人の特性に応じた適切な配慮を行うことができるよう、意思決定の支援の在り方についての指針の策定に向けた検討等が進められるべき」旨の指摘がなされている。

認知症の人には、意思決定能力の低下に応じて、日常生活の場面、医療・介護サービスを受ける場面ごとに配慮や支援が必要であることが認識されるようになったが、この配慮や支援を進める標準的なプロセスや有効なモデルが共有されていない。そのために、法的・倫理的な観点（平成 27 年度成果）や、現場での様々な取り組み（平成 28 年度成果）を踏まえ、現場で利用ができるガイドないしガイドラインを示すことが必要である。

本事業では、日常生活や社会生活等において認知症の人の意思が適切に反映された生活が送れるよう、認知症の人の意思決定を支援する標準的なプロセスや留意点、有効な取組モデル等、本人の意思決定能力に応じた支援のあり方や意思決定支援に関するガイドラインを策定する。

3 実施期間

平成 29 年 5 月 31 日（内示日）～ 平成 30 年 3 月 31 日

4 実施体制

本研究事業は、以下の委員で構成する委員会および WG を設置した（1）。

実施期間中に 3 回の委員会、5 回の WG 委員会を開催した。委員会等の各回の議事（主なテーマ）は（2）の通りである。

（1）① 委員会

◎は委員長

氏名	団体・所属	役職
赤沼 康弘	一般社団法人 日本成年後見法学会	副理事長
稻葉 一人	中京大学法科大学院	教授
小川 朝生	国立がん研究センター 先端医療開発センター	分野長

(続き)

鎌田 松代	公益社団法人 認知症の人と家族の会	理事
鴻江 圭子	公益社団法人 全国老人福祉施設協議会	理事
齋藤 訓子	公益社団法人 日本看護協会	副会長
助川 未枝保	一般社団法人 日本介護支援専門員協会	地域包括支援センター部会長
鈴木 邦彦	公益社団法人 日本医師会	常任理事
田口 真源	公益社団法人 日本精神科病院協会	理事
田中 志子	公益社団法人 全国老人保健施設協会	研修委員会委員
◎鳥羽 研二	国立研究開発法人 国立長寿医療研究センター	理事長
曾根 直樹	学校法人 日本社会事業大学専門職大学院	准教授

[五十音順、敬称略]

② WG 委員会

●は WG 委員長

氏名	団体・所属	役職
池田 恵利子	公益社団法人 あい権利擁護支援ネット	代表理事
稻葉 一人	中京大学法科大学院	教授
●小川 朝生	国立がん研究センター 先端医療開発センター	分野長
菅 富美枝	法政大学大学院経済学研究科	教授
助川 未枝保	一般社団法人 日本介護支援専門員協会	地域包括支援センター部会長
瀬戸 裕司	公益社団法人 福岡県医師会	専務理事
曾根 直樹	学校法人 日本社会事業大学専門職大学院	准教授
高橋 裕子	世田谷区高齢福祉部介護予防・地域支援課	課長
新田 國夫	在宅ケアアライアンス／日本臨床倫理学会	議長／理事長

[五十音順、敬称略]

③ オブザーバー等

田中 規倫	厚生労働省 老健局総務課認知症施策推進室 室長
林 幸徳	厚生労働省 老健局総務課認知症施策推進室 調整官
近藤 琢磨	厚生労働省 老健局総務課認知症施策推進室 係長

▶ 業務委託（委員会運営支援等）

合同会社 HAM 人・社会研究所

(2) 委員会実施状況と主な議事

第1回 委員会

日時 平成29年8月23日（水）

議事 1. 事業概要・趣旨について

（1）本年度事業の計画・射程範囲

（2）障害福祉サービスの利用等にあたっての意思決定支援ガイドラインについて

2. 事業成果見込とその活用について（意見交換）

第1回 WG委員会

日時 平成29年9月5日（火）

議事 1. 事業概要・趣旨について

2. WG 作業計画および事業成果見込について（意見交換）

第2回 WG委員会

日時 平成29年10月10日（火）

議事 1. 第1回WGの振り返り

2. 認知症の人の日常生活・社会生活における意思決定支援ガイドライン(仮)
の策定に向けて

3. 訪問ヒアリング調査等の実施について

第3回 WG委員会

日時 平成29年11月7日（火）

議事 1. 第2回WGの振り返り

2. 認知症の人の日常生活・社会生活における意思決定支援ガイドライン(仮)
の具体的な作成について

第2回 委員会

日時 平成29年12月15日（金）

議事 1. WG委員会での検討進捗について（報告）

2. 認知症の人の日常生活・社会生活における意思決定支援ガイドライン(仮)
について（意見交換）

第4回 WG委員会

日時 平成30年1月10日（水）

議事 1. 第3回WG委員会以降の作業経過について（報告）

2. 認知症の人の日常生活・社会生活における意思決定支援ガイドライン(仮)
について（検討）

第3回 委員会

日時 平成30年2月6日（火）

議事 1. 認知症の人の日常生活・社会生活における意思決定支援ガイドライン案について

第5回 WG委員会

日時 平成30年2月28日（水）

議事 1. 認知症の人の日常生活・社会生活における意思決定支援ガイドライン案について

(3) ヒアリング、施設訪問

①平成 29 年 12 月 11 日 水島俊彦弁護士（法テラス八戸法律事務所）

… ガイドライン作成にあたっての法的側面からの助言、他の領域についての現状 など

②平成 29 年 12 月 26 日 小規模多機能型居宅介護「あおいけあ」（加藤忠相代表取締役）

… 支援の対象となる認知症の人の日常生活やサービス利用の実態、支援のあり方に
ついての助言 など

(4) 事業実施スケジュール

	平成 29 年 4 月	5 月	6 月	7 月	8 月	9 月
事業実施内容	第 1 回委員会の開催 ◎ 第 1 回 WG ●					
	10 月	11 月	12 月	平成 30 年 1 月	2 月	3 月
事業実施内容	第 2 回 WG ●	第 3 回 WG ●	第 4 回 WG ●	第 3 回委員会の開催 ◎	第 5 回 WG ●	→ 意思決定支援ガイドラインの策定・執筆作業 (有識者ヒアリング、施設への視察等) ← 報告書案の作成 ←→ 報告書の印刷(配布)

II 認知症の人の日常生活・社会生活における意思決定支援ガイドライン

認知症の人の日常生活・社会生活における意思決定支援ガイドライン

— 案 —

本ガイドラインは、老人保健健康増進等事業としての平成 27 年度「認知症の行動・心理症状（BPSD）等に対し認知症の人の意思決定能力や責任能力を踏まえた対応のあり方に関する調査研究事業」と平成 28 年度「認知症の人の意思決定能力を踏まえた支援のあり方に関する研究事業」を踏まえ、委員会・ワーキング委員会の委員、さらに委員の所属されている組織、認知症当事者の方などからのご意見とともに、国内施設の訪問調査、意思決定支援について知見を有する専門家などからの聞き取り、文献調査の結果のほか、イギリスの 2005 年意思決定能力法（The Mental Capacity Act 2005）、「障害者の権利、意思及び選好を尊重する」と定めた障害者の権利に関する条約（2014 年 2 月 19 日批准）、障害福祉サービスの利用等にあたっての意思決定支援ガイドライン（平成 29 年 3 月 31 日・厚生労働省）等を参考にしている。

本ガイドラインが今後認知症の人の意思決定支援の様々な場面で使われ、実践を踏まえて、発展的に改訂が積み重なり、よりよいガイドラインに改変していくことを願っている。

なお、老健事業実施期間との関係から、本ガイドラインは、2018 年 3 月 9 日現在の（案）として提示されている。

日常生活や社会生活等において認知症の人の意思が適切に反映された生活が
送れるようにするための意思決定支援のあり方に関する研究事業

実施主体：学校法人梅村学園 中京大学（実施責任者・稻葉一人）

目 次

I はじめに	1
1 ガイドライン策定の背景	
2 ガイドラインの趣旨	
II 基本的考え方	2
1 誰の意思決定支援のためのガイドラインか	
2 誰による意思決定支援のガイドラインか	
3 意思決定支援とは何か（支援の定義）	
III 認知症の人の特性を踏まえた意思決定支援の基本原則	3
1 本人の意思の尊重	
2 本人の意思決定能力への配慮	
3 チームによる早期からの継続的支援	
IV 意思決定支援のプロセス	6
1 意思決定支援の人的・物的環境の整備	
(1) 意思決定支援者の態度	
(2) 意思決定支援者との信頼関係と立ち会う者との関係性への配慮	
(3) 意思決定支援と環境	
2 適切な意思決定プロセスの確保	
(1) 本人が意思を形成することの支援（意思形成支援）	
(2) 本人が意思を表明することの支援（意思表明支援）	
(3) 本人が意思を実現することの支援（意思実現支援）	
3 意思決定支援プロセスにおける家族	
(1) 家族も本人の意思決定支援者であること	
(2) 家族への支援	
4 日常生活や社会生活における意思決定支援	
5 意思決定支援チームと会議（話し合い）	
V 認知症への理解とガイドラインの普及と改訂	13
VI 事例に基づく意思決定支援のポイント	14

I はじめに

1 ガイドライン策定の背景

- 成年後見制度の利用の促進に関する法律を受け設置された成年後見制度利用促進委員会において、「障害者や認知症の人の特性に応じた適切な配慮を行うことができるよう、意思決定の支援の在り方についての指針の策定に向けた検討等が進められるべき」と指摘があり、成年後見制度利用促進委員会の議論を経て作成された成年後見制度利用促進基本計画において、「意思決定の支援の在り方についての指針の策定に向けた検討等が進められるべき」とされた。
- これを受け、認知症の人の意思決定支援に関する指針策定のため平成 27 年度、平成 28 年度に実施した意思決定に関する研究（脚注 i）を参考に、平成 29 年度の老人保健健康増進等事業において、認知症の人の意思決定支援に関する検討を行い、「認知症の人の日常生活・社会生活における意思決定支援ガイドライン」を策定した。
- 本ガイドラインは、日常生活や社会生活等において認知症の人の意思が適切に反映された生活が送れるよう、認知症の人の意思決定に関わる人が、認知症の人の意思をできるかぎり丁寧にくみ取るために、認知症の人の意思決定を支援する標準的なプロセスや留意点を記載したものである。（脚注 ii）

2 ガイドラインの趣旨

- 普段から、我々一人一人が自分で意思を形成し、それを表明でき、その意思が尊重され、日常生活・社会生活を決めていくことが重要であることは誰もが認識するところであるが、このことは、認知症の人についても同様である。
- 本ガイドラインは、認知症の人を支える周囲の人において行われる意思決定支援の基本的考え方（理念）や姿勢、方法、配慮すべき事柄等を整理して示し、これにより、認知症の人が、自らの意思に基づいた日常生活・社会生活を送ることを目指すものである。

〈脚注 i〉老人保健健康増進等事業としての、平成 27 年度「認知症の行動・心理症状 (BPSD) 等に対し認知症の人の意思決定能力や責任能力を踏まえた対応のあり方に関する調査研究事業」と、平成 28 年度「認知症の人の意思決定能力を踏まえた支援のあり方に関する研究事業」を指す。

〈脚注 ii〉本ガイドラインは、委員会・ワーキング委員会の委員、さらに委員の所属されている組織、認知症当事者の方などからのご意見とともに、国内施設の訪問調査、意思決定支援について知見を有する専門家などからの聞き取り、文献調査の結果のほか、イギリスの 2005 年意思決定能力法 (The Mental Capacity Act 2005)、「障害者の権利、意思及び選好を尊重する」と定めた障害者の権利に関する条約 (2014 年 2 月 19 日批准)、障害福祉サービスの利用等にあたっての意思決定支援ガイドライン (平成 29 年 3 月 31 日・厚生労働省) 等を参考にしている。また、医療等の分野では、人生の最終段階における医療の決定プロセスに関するガイドライン (平成 19 年 5 月・改訂平成 27 年 3 月・厚生労働省) がある。

II 基本的考え方

1 誰の意思決定支援のためのガイドラインか

- 認知症の人（認知症と診断された場合に限らず、認知機能の低下が疑われ、意思決定能力が不十分な人を含む。以下、「認知症の人」ないし「本人」という）を支援するガイドラインである。

2 誰による意思決定支援のガイドラインか

- 特定の職種や特定の場面に限定されるものではなく、認知症の人の意思決定支援に関する全ての人（以下「意思決定支援者」という）による意思決定支援を行う際のガイドラインである。
- その多くはケアを提供する専門職種や行政職員等であるが、これだけにとどまらず、家族、成年後見人（脚注iii）、地域近隣において見守り活動を行う人、本人と接し本人をよく知る人などが考えられる。
- ケアを提供する専門職種や行政職員の例として、医師、歯科医師、薬剤師、看護師、ケアマネジャー、相談支援専門員、生活保護ケースワーカー、保健師、精神保健福祉士、民生委員、社会福祉施設、医療機関、認知症初期集中支援チーム、認知症地域支援推進員、認知症疾患医療センター、介護サービス事業所、障害・福祉サービス事業所、訪問看護ステーション、市町村などが考えられる。

3 意思決定支援とは何か（支援の定義）

- 認知症の人であっても、その能力を最大限活かして、日常生活や社会生活に関して自らの意思に基づいた生活を送ることができるようにするために行う、意思決定支援者による本人支援をいう。（脚注iv）
- 本ガイドラインでいう意思決定支援とは、認知症の人の意思決定をプロセスとして支援するもので、通常、そのプロセスは、本人が意思を形成することの支援と、本人が意思を表明することの支援を中心とし、本人が意思を実現するための支援を含む。（脚注v）

〈脚注iii〉 ここにいう成年後見人には、法定後見人と任意後見人が含まれ、前者には、補助人や保佐人も含む。

〈脚注iv〉 本ガイドラインは、認知症の人の意思決定支援をすることの重要性にかんがみ、その際の基本的考え方等を示すもので、本人の意思決定能力が欠けている場合の、いわゆる「代理代行決定」のルールを示すものではない。今後、本ガイドラインによって認知症の人の意思決定を支援してもなお生ずる問題については、別途検討されるべきで、この点は本ガイドラインの限界と位置付けられる。

本ガイドラインは、本人の意思決定支援のプロセスは、代理代行決定のプロセスとは異なるということを中心的な考え方として採用している。

〈脚注v〉 本人が意思を形成することの支援を意思形成支援、本人が意思を表明することの支援を意思表明支援、本人が意思を実現するための支援を意思実現支援と呼ぶこともできる。

III 認知症の人の特性を踏まえた意思決定支援の基本原則

1 本人の意思の尊重

- 意思決定支援者は、認知症の人が、一見すると意思決定が困難と思われる場合であっても、意思決定しながら尊厳をもって暮らしていくことの重要性について認識することが必要である。
- 本人への支援は、本人の意思の尊重、つまり、自己決定の尊重に基づき行う。したがって、自己決定に必要な情報を、認知症の人が有する認知能力に応じて、理解できるように説明しなければならない。
- 意思決定支援は、本人の意思（意向・選好あるいは好み）（脚注vi）の内容を支援者の視点で評価し、支援すべきだと判断した場合にだけ支援するのではなく、まずは、本人の表明した意思・選好、あるいは、その確認が難しい場合には推定意思・選好（脚注vii）を確認し、それを尊重することから始まる。
- 認知症の人は、言語による意思表示が上手くできないことが多く想定されることから、意思決定支援者は、認知症の人の身振り手振り、表情の変化も意思表示として読み取る努力を最大限に行なうことが求められる。
- 本人の示した意思は、それが他者を害する場合や、本人にとって見過ごすことのできない重大な影響が生ずる場合（脚注viii）でない限り、尊重される。

〈脚注vi〉 本ガイドラインでは、「意思」という言葉で、意向、選好（好み）を表現することがある。

〈脚注vii〉 本人に意思決定能力が低下している場合に、本人の価値観、健康観や生活歴を踏まえて、もし本人に意思決定能力があるとすると、この状態を理解した本人が望むであろうところ、好むであろうところを、関係者で推定することを指す。

〈脚注viii〉 本人にとって見過ごすことのできない重大な影響が生ずる場合の例としては、支援する家族等がいない、あるいは支援が難しいのに、自宅での生活を選ぶことで、本人が基本的な日常生活すら維持できない場合や、糖尿病であるにも関わらず、食事指導で求められたカロリー制限を著しく超える食事摂取を続けるような健康を損なう恐れのある場合や、本人が現在有する財産の処分の結果、基本的な日常生活すら維持できないような場合を指す。

2 本人の意思決定能力への配慮

- 本人には意思決定能力を有するということを前提にして、意思決定支援をする。
- 本人のその時々の意思決定能力の状況に応じて支援する。
- 本人の意思決定能力を固定的に考えずに、本人の保たれている認知能力等を向上させる働きかけを行う。(脚注 ix)
- 本人の意思決定能力は、説明の内容をどの程度理解しているか（理解する力）、またそれを自分のこととして認識しているか（認識する力）、論理的な判断ができるか（論理的に考える力）、その意思を表明できるか（選択を表明できる力）によって構成されるとされる。これらの存否を判断する意思決定能力の評価判定と、本人の能力向上支援、さらに後述のプロセスに応じた意思決定支援活動は一体をなす。
- 意思決定能力の評価判定は、本人の認知機能や身体及び精神の状態を適確に示すような情報と、本人の生活状況等に関する情報が適切に提供されることにより、十分な判断資料に基づく適切な判断が行われることが必要である。

〈脚注 ix〉 本人の意思決定能力についての注意事項を掲げる。

- (1)本人の意思決定能力は行為内容により相対的に判断される。日常生活・社会生活の意思決定の場面は多岐にわたり、選択の結果が軽微なものから、本人にとって見過ごすことのできない重大な影響が生ずるものまである。
- (2)意思決定能力は、あるかないかという二者択一的ではなく（連続量）、段階的・漸次的に低減・喪失されていく。
- (3)意思決定能力は、認知症の状態だけではなく、社会心理的・環境的・医学身体的・精神的・神経学的状態によって変化するので、より認知症の人が決めることができるよう、残存能力への配慮が必要となる。
なお、本人の意思決定能力は本人の個別能力だけではなく、意思決定支援者の支援力によって変化することに注意すべきである。

3 チームによる早期からの継続的支援

- 本人が自ら意思決定できる早期（認知症の軽度）の段階で、今後、本人の生活がどのようになっていくかの見通しを、本人や家族、関係者で話し合い、今後起こりうることについてあらかじめ決めておくなど、先を見通した意思決定の支援が繰り返し行われることが重要である。
- 意思決定支援にあたっては、本人の意思を踏まえて、身近な信頼できる家族・親族、福祉・医療・地域近隣の関係者と成年後見人等がチームとなって日常的に見守り、本人の意思や状況を継続的に把握し必要な支援を行う体制（以下、「意思決定支援チーム」という）が必要である。
- 特に、本人の意思決定能力に疑義があったり、本人の意思決定能力向上・支援方法に困難がある場合は、意思決定支援チームで情報を共有し、再度本人の意思決定支援の方法について話し合う。
- 意思決定支援にあたっては、特に、日常生活で本人に接するなど本人を良く知る人から情報を収集し、本人を理解し、支援していくことが重要である。家族は、通常もっとも本人を良く知る人であるから、家族が関わることは重要である。また、地域近隣で本人の見守りをしていただいている方など、日頃から本人とつながりがある方と関わることも重要である。
- 意思決定支援に際して、本人の意思を繰り返し確認することが必要である。意思決定支援者は、本人の意思を理解したと判断しても、その過程や判断が適切であったかどうかを確認し、支援の質の向上を図ることが必要である。
- 専門職種や行政職員が本人のその後の生活に影響を与えるような意思決定支援を行った場合には、その都度、記録を残しておくことが必要である。

IV 意思決定支援のプロセス

1 意思決定支援の人的・物的環境の整備

- 意思決定支援は、意思決定支援者の態度や意思決定支援者との信頼関係、立ち会う人の関係性や環境による影響を受けることから、意思決定支援に当たっては、以下に留意する。

(1) 意思決定支援者の態度

- 意思決定支援者は、本人の意思を尊重する態度で接していることが必要である。
- 意思決定支援者は、本人が自らの意思を表明しやすいよう、本人が安心できるような態度で接することが必要である。
- 意思決定支援者は、本人のこれまでの生活史を家族関係も含めて理解することが必要である。
- 意思決定支援者は、支援の際は、丁寧に本人の意思を都度確認する。

(2) 意思決定支援者との信頼関係と立ち会う者との関係性への配慮

- 意思決定支援者は、本人が意思決定を行う際に、本人との信頼関係に配慮する。意思決定支援者と本人との信頼関係が構築されている場合、本人が安心して自らの意思を表明しやすくなる。
- 本人は、意思決定の内容によっては、立ち会う者との関係性から、遠慮などにより、自らの意思を十分に表明ができない場合もある。必要な場合は、一旦本人と意思決定支援者との二人で本人の意思を確認するなどの配慮が必要である。

(3) 意思決定支援と環境

- 初めての場所や慣れない場所では、本人は緊張したり混乱するなど、本人の意思を十分に表明できない場合があることから、なるべく本人が慣れた場所で意思決定支援を行うことが望ましい。
- 初めての場所や慣れない場所で意思決定支援を行う場合には、意思決定支援者は、本人ができる限り安心できる環境となるように配慮するとともに、本人の状況を見ながら、いつも以上に時間をかけた意思決定支援を行うなどの配慮が必要である。
- 本人を大勢で囲むと、本人は圧倒されてしまい、安心して意思決定ができなくなる場合があることに注意すべきである。
- 時期についても急がせないようにする、集中できる時間帯を選ぶ、疲れている時を避けるなどに注意すべきである。
- 専門職種や行政職員等は、意思決定支援が適切になされたかどうかを確認・検証するために、支援の時に用いた情報を含め、プロセスを記録し、振り返ることが必要である。

2 適切な意思決定プロセスの確保

- 意思決定支援者は、意思決定を支援する際には、本人の意思決定能力を適切に評価しながら、以下の適切なプロセスを踏むことが重要である。

(1) 本人が意思を形成することの支援（意思形成支援）

- まずは、以下の点を確認する。
 - ・本人が意思を形成するのに必要な情報が説明されているか。
 - ・本人が理解できるよう、分かりやすい言葉や文字にして、ゆっくりと説明されているか。
 - ・本人が理解している事実認識に誤りがないか。
 - ・本人が自発的に意思を形成するに障害となる環境等はないか。
- 認知症の人は説明された内容を忘れてしまうこともあり、その都度、丁寧に説明することが必要である。
- 本人が何を望むかを、開かれた質問で聞くことが重要である。（脚注 x）
- 選択肢を示す場合には、可能な限り複数の選択肢を示し、比較のポイントや重要なポイントが何かをわかりやすく示したり、話して説明するだけではなく、文字にして確認できるようにしたり、図や表を使って示すことが有効な場合がある。（脚注 xi）
- 本人が理解しているという反応をしていても、実際は理解できていない場合もあるため、本人の様子を見ながらよく確認することが必要である。

(2) 本人が意思を表明することの支援（意思表明支援）

- 本人の意思を表明しにくくする要因はないか。その際には、上述したように、意思決定支援者の態度、人的・物的環境の整備に配慮が必要である。
- 本人と時間をかけてコミュニケーションを取ることが重要であり、決断を迫るあまり、本人を焦らせるようなことは避けなければならない。
- 複雑な意思決定を行う場合には、意思決定支援者が、重要なポイントを整理してわかりやすく選択肢を提示するなどが有効である。
- 本人の示した意思は、時間の経過や本人が置かれた状況等によって変わり得るので、最初に示された意思に縛られることなく、適宜その意思を確認することが必要である。
- 重要な意思決定の際には、表明した意思を、可能であれば時間をおいて確認する、複数の意思決定支援者で確認するなどの工夫が適切である。
- 本人の表明した意思が、本人の信条や生活歴や価値観等から見て整合性がとれない場合は、本人の意思を形成するプロセスが適切でない場合があるので、そのプロセスを見直すことが必要である。

〈脚注 x〉 開かれた質問とは、例えば、「外出しますか」という質問ではなく、「今どんなことをしたいですか」というものなどをいう。

〈脚注 xi〉 その他、音、写真、動画、絵カードやアプリケーションを示すことも考えられる。

(3) 本人が意思を実現するための支援（意思実現支援）

- 自発的に形成され、表明された本人の意思を、本人の能力を最大限活用した上で、日常生活・社会生活に反映させる。
- 自発的に形成され、表明された本人の意思を、意思決定支援チームが、多職種で協働して、利用可能な社会資源を用いて、日常生活・社会生活のあり方に反映させる。
- 実現を支援するにあたっては、本人にとって見過ごすことのできない重大な影響が生ずる場合でない限り、形成・表明された意思が、他から見て合理的かどうかを問うものではない。
- 本人が実際の経験をする（例えば、ショートステイ体験利用）と、本人の意思が変更することがあることから、本人にとって無理のない経験を提案することも有効な場合がある。

3 意思決定支援プロセスにおける家族

(1) 家族も本人の意思決定支援者であること

- 現在同居しているかどうかを問わず、本人の意思決定支援をする上で、本人を良く知る家族は本人を理解するために欠かすことはできない。したがって、本人をよく知る家族が意思決定支援チームの一員となっていただくことが望ましい。
- 家族も、本人が自発的に意思を形成・表明できるように接し、その意思を尊重する姿勢を持つことが重要である。
- 一方で、家族は、本人の意思に向き合いながら、どうしたらよいか悩んだり、場合によつては、その本人の意思と家族の意思が対立する場合もある。こうした場合、意思決定支援者（この場合は、主として専門職種や行政職員等）は、その家族としての悩みや対立の理由・原因を確認した上で、提供可能な社会資源について調査検討し、そのような資源を提供しても、本人の意思を尊重することができないかを検討する。

(2) 家族への支援

- 本人の身上に关心をもつ家族であるが故に、本人と意見が分かれたり、本人が過去に表明した見解について家族が異なって記憶していたり、社会資源を受け入れる必要性の判断について見解が異なることがあるが、意思決定支援者（主として専門職種や行政職員等）は、家族に対して、本人の意思決定を支援するのに必要な情報を丁寧に説明したり、家族が不安を抱かないように支援をすることが必要である。

4 日常生活や社会生活における意思決定支援

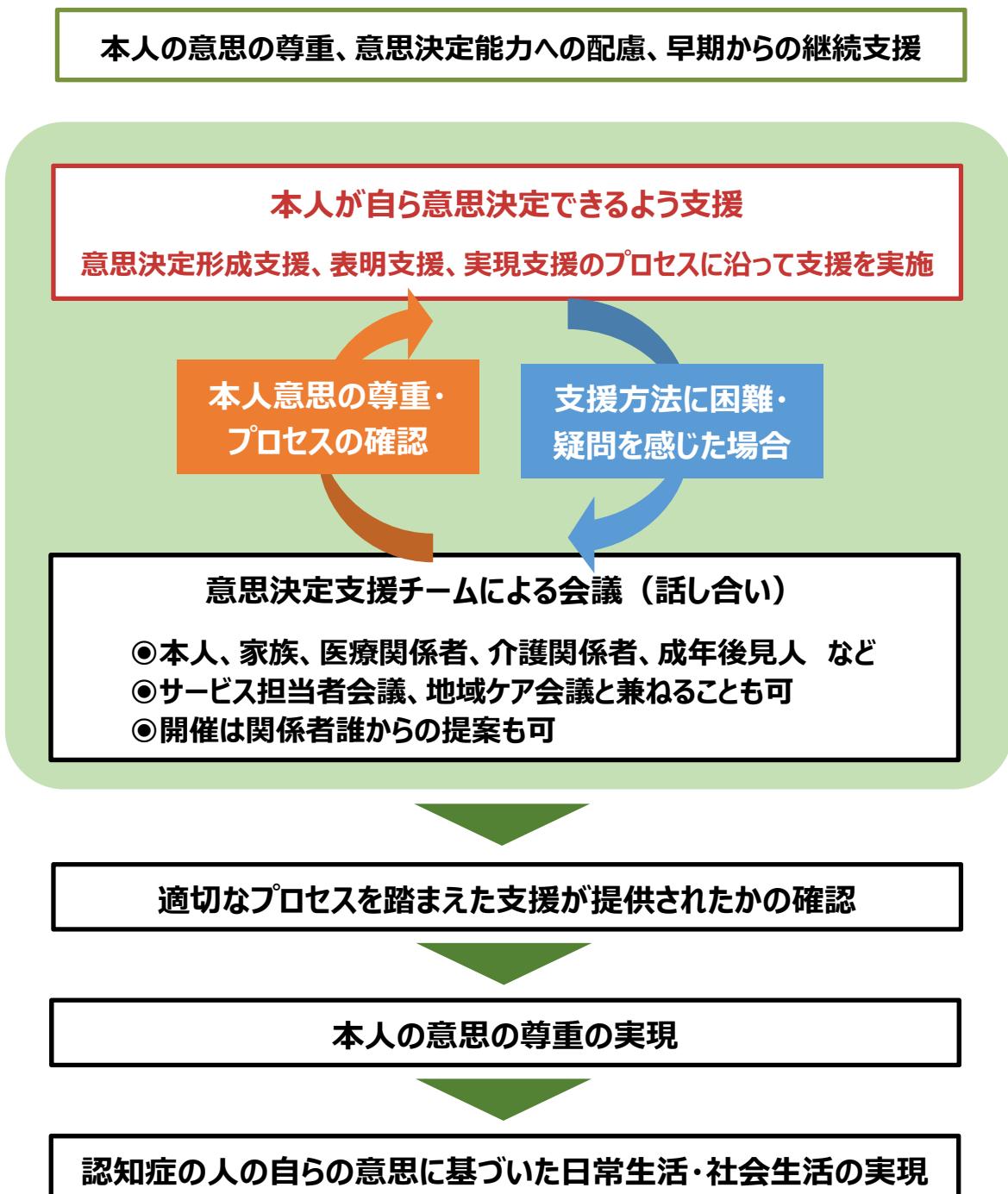
- 日常生活の意思決定支援としては、例えば、食事・入浴・被服の好み、外出、排せつ、整容などの基本的生活習慣や、日常提供されたプログラムへの参加を決める場合等が挙げられるが、これらに限るものではない。
- 日常生活については、これまで本人が過ごしてきた生活が確保されることを尊重することが原則になる。
- 本人の意思や好みを理解するためには、意思決定支援チームで、本人の情報を集め、共有することが必要である。
- 社会生活の意思決定支援としては、自宅からグループホームや施設等に住まいの場を移動する場合（その逆やその間も）や、一人暮らしを選ぶかどうか、どのようなケアサービスを選ぶか、更には自己の財産を処分する等が想定されるが、これらに限るものではない。
- 本人の示した意思を日常・社会生活に反映した場合に、本人にとって見過ごすことのできない重大な影響が生ずる場合は、意思決定支援チームで話し合うことが必要である。この場合も、再度、適切な意思決定支援のプロセスを踏まえて、本人の意思決定支援の方法について話し合う。その際には、それぞれの専門性を通じて、本人の認知機能や身体及び精神の状態を適確に示す医療に関する情報、本人の生活状況等に関する情報が適切に提供された上、十分な判断資料を得た上で判断が行われるようにすることが必要である。その際のプロセスで話し合った内容は、その都度、文書として残すことが必要である。

5 意思決定支援チームと会議（話し合い）

- 本人の意思決定能力の判定や、支援方法に困難や疑問を感じ、また、本人の意思を日常・社会生活に反映した場合に、他者を害する恐れがあったり、本人にとって見過ごすことのできない重大な影響が生ずる場合には、チームで情報を共有し、共同して考える。この場合も、再度、適切な意思決定支援のプロセスを踏まえて、本人の意思決定支援の方法について話し合う（意思決定支援チームのメンバーを中心として開かれる話し合いを「意思決定支援会議」という）。
- 意思決定支援会議では、意思決定支援の参考となる情報や記録が十分に収集されているのか、意思決定能力を踏まえた適切な支援がなされているのか、参加者の構成は適切かどうかなど、意思決定支援のプロセスを適切に踏まえているかを確認することが必要である。
- 意思決定支援会議は、地域ケア会議、サービス担当者会議等と兼ねることは可能である。
- 意思決定支援会議では、原則として、本人の参加が望ましい。もっとも、認知症の人は、周囲の雰囲気をつかむのが苦手で、知らない大勢に囲まれるとかえって意見を出せなくなる場合があることに配慮しなければならない。

- 意思決定支援会議の開催は、意思決定支援チームのだれからも提案できるようにし、会議では、情報を共有した上で、多職種のそれぞれの見方を尊重し、根拠を明確にしながら運営することが必要である。その際の話し合った内容は、その都度文書として残すことが必要である。専門職種や行政職員等は、適切な意思決定プロセスを踏まえた支援を提供するとともに、提供の過程や結果をモニタリング・記録し、評価を適切に行い、質の向上につなげる役割がある。
- 本人の意思は変更することもあるので、意思決定支援チームでの事後の振り返り（例えば、本人が経験をしてみて、意思が変わる場合がある）や、意思を複数回確認することが求められる。

【概念図】



【具体的なプロセス】

→ 日常生活・社会生活等における意思決定支援のプロセス

人的・物的環境の整備

◎ 意思決定支援者の態度

(本人意思の尊重、安心感ある丁寧な態度、家族関係・生活史の理解 など)

◎ 意思決定支援者との信頼関係、立ち会う者との関係性への配慮

(本人との信頼関係の構築、本人の心情、遠慮などへの心配り など)

◎ 意思決定支援と環境

(緊張・混乱の排除、時間的ゆとりの確保 など)

意思形成支援：適切な情報、認識、環境の下で意思が形成されることへの支援

[ポイント、注意点]

◎ 本人の意思形成の基礎となる条件の確認（情報、認識、環境）

◎ 必要に応じた 都度、繰り返しの説明、比較・要点の説明、図や表を用いた説明

◎ 本人の正しい理解、判断となっているかの確認



意思表明支援：形成された意思を適切に表明・表出することへの支援

[ポイント、注意点]

◎ 意思表明場面における環境の確認・配慮

◎ 表明の時期、タイミングの考慮（最初の表明に縛られない適宜の確認）

◎ 表明内容の時間差、また、複数人での確認

◎ 本人の信条、生活歴・価値観等の周辺情報との整合性の確認



意思実現支援：本人の意思を日常生活・社会生活に反映することへの支援

[ポイント、注意点]

◎ 意思実現にあたって、本人の能力を最大限に活かすことへの配慮

◎ チーム(多職種協働)による支援、社会資源の利用等、様々な手段を検討・活用

◎ 形成・表明された意思の客観的合理性に関する慎重な検討と配慮

各プロセスで困難・疑問が生じた場合は、チームでの会議も併用・活用

意思決定支援のプロセスの記録、確認、振り返り

V 認知症への理解とガイドラインの普及と改訂

- 本ガイドラインが普及する前提として、意思決定支援者となる誰もが、認知症についての正しい知識を持ち、認知症の人に関する理解を深める必要がある。国は、認知症に関する啓発及び知識の普及に努めることが必要である。
- 本ガイドラインを広く意思決定支援者に普及させるためには、知識の伝達だけではなく、本ガイドラインを具体的な場面でどのように使うのかを中心とした、事例を使っての研修が必要である。
- 認知症の人の意思決定支援に関する取り組みの蓄積を踏まえ、本ガイドラインの内容も定期的に見直していくことが必要である。

VI 事例に基づく意思決定支援のポイント

事例についての注意

以下には、日常生活、社会生活の場面に分けて、参考として事例を掲載しています。

これらは、提供された実際の事例にガイドラインのポイントを示すために必要な範囲で加工していますので、実際の事例がこのようになったことを示すものではありません。

また、事例のような対処が唯一の対応であるとしては提示されていません。右欄に加えたコメントを参考にガイドラインとの関係について理解を頂ければ幸いです。

〈事例 I〉 生活支援、医療機関への受診勧奨（日常生活）

1 事例アウトライン

- ・本人 80代 女性 一人暮らし
- ・家族 長男 県外在住 60代 月1回帰省し本人の世話をしている
- ・支援者 近隣住民

2 事例本文（意思決定支援のプロセス）

近隣住民が、もともと夕食の副菜を持参したり、買い物を手伝うなどして本人の生活の支援を行っていた。しかし、最近になり、家の中の散らかりが目立つようになり、また買い物を依頼する際にも必要以上の金銭を渡すなど、おつりの計算や金銭管理が難しくなっていることが考えられるエピソードがでてきた。以前の彼女ではありえなかったことだったため、心配した地域住民より地域包括支援センターに支援の導入について相談がきた。

社会福祉士が訪問したところ、家の玄関先や屋内にはごみが散乱していた。また、浴室のバスタブは汚れた水が溜まり排水溝が詰まっている状態であり、家の管理が困難になっていることがうかがえた。

本人から日常生活をうかがうなかで、何度も同じ話を繰り返すことがあった。また、日付の感覚が曖昧であることが分かった。しかし、本人は病院に通院はしていないかった。

本人から、家族の連絡先を聞き出し、家族からも情報を得るようにした。その結果、現在の主たる介護者は長男であり、月に1回帰省し、掃除・買い物・金銭引き出しの支援を行っていることがわかった。長男は、最近になり、本人が自宅の清掃を十分にできなくなってきたことには気づいていたが、遠方に住んでいるためどのように対応したらよいのか困っていたとのことであった①。

1) 家族からの情報収集、家族に
関わりを促す。

〈本編IV-3(1)、(2)〉

ケア担当者より、本人に今の生活をどのようにとらえているか、尋ねた2)。すると、本人は、「犬や猫と一緒に自宅で暮らしたい」と言った。長男は「将来的には老人ホームにお世話にならないといけないと思っているが、現時点では本人の思いを尊重し自宅での生活を見守りたい」と考えていた。そこで、地域包括支援センターの職員と社会福祉法人の社会福祉士は自宅を訪問し、自宅で暮らすうえで必要なことはなにか、アセスメントを実施した。

あわせて、本人に対して、医療機関へ一度受診した方がよいことを勧め、内科的な疾患の有無や認知症について相談することを勧めた。受診の結果、内科的な問題はなかったが、アルツハイマー型認知症の診断を受けた。

地域包括支援センターの職員は、それらの情報をを集め、介護保険サービス導入に向けてケアマネジャー選定及び担当者会議を実施した。社会福祉士は、家族の意向も踏まえ、ヘルパーによる室内清掃を提案した。当初、本人は他人が家にあがることに抵抗があると言ったが、試しをすることには納得した。数回、ヘルパーの利用を試した後に、改めて本人の意向を尋ねると、「親切な人で安心した」と導入の提案を承諾した3)。

2) オープンに尋ね、希望が言いや
すいように配慮をする。
〈本編IV-1(1)〉

3) 経験をした上で判断することも
一つの方法である。
〈本編IV-2(3)〉

〈事例II〉生活リズムの回復（日常生活）

1 事例アウトライン

- ・本人 70代後半 男性 賃貸アパートに一人暮らし
- ・家族 同居していたが数年前に死亡。弟が近隣に在住であるが交流は途絶えている。
- ・支援者 地域包括支援センター、民生委員、行政（高齢福祉担当）

2 事例本文（意思決定支援のプロセス）

もともと、近所とは疎遠だった。最近になり、ごみ捨てのルールが分からなくなってきたのか、家からごみを出さなくなつたばかりか、古い家具等を拾ってきては部屋内外に積み上げ、道にまではみだし通行にも支障を来す状態となり、苦情が大家と市役所に寄せられた。本人は近所からの苦情を頑なに拒んでいるが、最近とみに痩せが目立ち、顔色も悪いということから、民生委員が訪問した。しかし、訪問をしても、本人は家から出てこなかつた。一方、近所の者が「ごみ」を片付けようすると血相を変えて怒ることもあつた。

外で見かけた時に声をかけるとやり取りができると聞き、地域包括支援センターの職員は、本人が荷物運びに苦労している際に本人を手伝い、庭まで入り家の状態を確認した。その際に、息切れと痩せが目立っていたことから、職員は「心配だわ、暖かい食事とれていますか？」と声をかけ、時間をおかず一緒に庭先で食した。別れる際に、寒い時期だから「また、一緒に暖かい食事しましょう」と言うと本人はうなづいた。職員は今回のやり取りを民生委員に伝え、本人を外で見かけたら声をかけてほしいと依頼した 1)。

職員は、その後も、「近くに来たのでどうしているかと思って」等と声をかけながらも、介護保険の利用等もすすめた。本人は、介護保険の利用は拒否した。そのため、職員は、急ぎすぎないように注意をしつつ、本人の健康状態に気を配った 2)。また、職員は大家にもこれまでの生活を確認した。大家からは「母親をここで看取り、長く住んでくれているけど、いろいろ不幸なことがあり人間不信なのでは」との話があつた。

1) 経験をした上で判断することも一つの方法である。意思決定を支援するうえで、まず本人との信頼関係を築くことが重要である。あわせて、本人が安心できるような姿勢で接することも重要である
〈本編IV-1〉

2) 時期も急がせないことが大事。また、本人の理解を深める上で、生活史について家族関係を含めて理解することは重要である。
〈本編III-3、IV-1〉

夏近くになると、職員は「生ごみは、夏は臭いがひどくなるから、ちょっと片づけていいかな。Aさんもその方が臭わなくて楽でしょ。手伝うから」と言ったところ、本人より「大事なものは捨てないよ」と答えたものの、手伝いについては拒否がなかった。そのため、初めて家の中の片づけを手伝い、腐る類のものを大袋に10袋近く捨てた。職員は、本人の発言やしぐさから、他の物は、ゴミではなく、彼なりに大事なものと考えていることを理解した3)。また、他の時は、道路にはみ出している壊れた椅子について「私もちょっとスカートひっかけちゃった。このままだと危ないね。」と言うと、「小学校で使っていたんじゃないかな。子どもの時思い出すでしょ。可愛い。」と珍しく自分から話した。

「大事なら一緒にここを少し片づけて、見える所に置いたら」と持ち掛けつつ、片づけの支援を続けた4)。続ける中で、本人は何が大事で何がいらないか区別付かないようであった。一つずつ確認をすすめ、捨てる物には「穴が空いていて使えないかな」等、理由を伝え・確認をしながら道路にはみ出している物を整理した。最後に本人にとって大事な壊れた椅子は、よく見える所におくと、「うん、(すっきりして)良かった」と喜んだ。その後も民生委員にもお願ひして何度かに分けて関わりながら続けた。次第に、本人の態度も、おどおどしたり怒って興奮するなどの極端な感情を表出することはなく落ち着いてきた。

3) 言語による意思表示がうまくできない場合があり、身振りや表情とあわせて読み取る。
〈本編III-1〉

4) この事例のように、意思決定能力があることを前提に、まず本人が決められるように支援をすることから始める。すくなくとも、「本人は分からない」からと、意思を確認せずに、支援者だけの判断で内容を決めるのは慎むべきである。
〈本編IV-2(1)〉

〈事例III〉 入所中の日常生活（日常生活）

1 事例アウトライン

- ・本人 80代 女性
- ・施設入所
- ・支援者 ケア担当者

2 事例本文（意思決定支援のプロセス）

本人は、老人ホームに入所をしている。老人ホームでは、入所者を対象に毎週体操教室を開いていた。本人は、半年前に転倒して足を骨折したことから、リハビリに熱心に取り組み、体操教室にも欠かさずに参加していた。

ある時、入所者を対象にしたレクリエーションがあり、それは施設外に出かけるものだった。ケア担当者は、本人が骨折でしばらく外に出られなかったことから、外出の機会を作つてあげようとレクリエーションに参加させさせようと思い、本人にその旨を伝えた。しかし、本人はその話を聞き、レクリエーションの日程を確認すると、急に落ち着かなくなり、「私は行かない」と繰り返した。

ケア担当者は、改めて本人にレクリエーションのことをどのように思っているのかを開かれた形でたずねた 1)。本人の思っていることを順序立てて確認をしたところ、本人は体操教室を休むことで、また歩けなくなるのではないかと恐れていることがわかった 2)。そこで、ケア担当者は、レクリエーションに出ることと、レクリエーションには出づく体操教室に参加することについて、それぞれのメリットとデメリットを並べて示し、大事なところを繰り返し説明した 3)。一度に全体を覚えることは難しかったが、ケア担当者は何度も分けて、辛抱よく説明をし、本人が理解したかを確認した。

最終的に、体操教室を1回休むことで歩けなくなるなど急な日常生活の変化はないことを本人は理解し、レクリエーションに参加することを決めた。

1) まず開かれた質問をし、本人の意向を尋ねる。

〈本編IV-2(1)〉

2) 言語で意向をうまく表出できない場合があるので、身振りや表情等とあわせて確認をする

〈本編III-1〉

3) 選択肢を示す場合には、比較のポイントやメリット・デメリットをわかりやすく示す、言葉だけではなく文章や図表を使うなどがある。

〈本編IV-2(1)〉

〈事例IV〉財産処分に関する意思決定支援(社会生活)

1 事例アウトライン

- ・80代の女性
- ・家族背景：夫は死亡、子供無し、家族はない。
- ・認知症で、ホーム入居契約のため、(成年)後見が開始された。
- ・有料老人ホームに入居中、今後のホーム利用料を支払うため、自宅売却の必要性が出てきた。
- ・本人は、自宅に対する愛着が強く、売ってもよいとは言わない。

上記のように、身近に信頼できる人はいない。ホームの費用の捻出のために売却するということであるためホームの関係者から説明させるのは不適当と考えられる。

2 事例本文（意思決定支援のプロセス）

まず、意思決定をする前提として、十分な時間が確保できるかどうかを確認した。後見人は、保有する預貯金の総額から利用料をまかなえる期間を予測した。重要な財産の処分であることから意思決定には十分な時間を用意し、短期間で決しないよう配慮をした1)。

時間かけることにより管理の経費などがかかることが懸念され、本人の意向に沿っているかどうかが懸念された。しかし、本人の認識を直接尋ねると、成年後見人が自宅をきちんと守っていることを喜んでいる旨の発言があった。その点で、本人の意向に沿っていることを確認し、管理の経費は本人にとって無駄な支出ではない、節約するために早く売る必要はない、と成年後見人は判断した2)。

しかし、残金との関係で、今後売らなければならない時期が必ず來るので、重大な社会生活上の問題を避けるためにも、時間をかけて本人の意思形成をする(進める)ことが必要である。

また、売却の時期についても、ぎりぎりまで現状で管理を継続するか、少し余裕のある段階で売却するかという選択の問題があることには留意をしつつ支援を進めた。

成年後見人は、かかりつけ医、ケア担当者と連絡を取った3)。かかりつけ医からは、認知症の診断があること、と重要な意思決定を支援する上で記憶の障害のほか、重要なポイントを示すなど、理解を促すための配慮が望ましいことを共有した。

1) 本人が安心して検討できるように（十分な時間がとれるように）配慮をする。

〈本編IV-1(3)〉

2) 大きな意思決定支援の前段階として、支援自体が本人の意向に沿っているかどうかを確認した。

3) 生活に重大な影響を与えるような決定に際しては、多職種による意思決定支援チームによる多角的な検討が求められる。

〈本編IV-5〉

また、日常生活においても相当の支援が必要な状態であること、現在、生命に関わるような重大な疾病は見当たらず、しばらくは現状の介護の状況で続けられるのではないかとの情報を得た4)。

ケア担当者からは、本人がホームでの生活を気に入っていることを確認し、本人が現在のホームでの生活を続けることを望んでいることを確認した5)。また、自宅の管理についても、本人よりケア担当者に対して、成年後見人が管理をしていることで安心している旨の発言があったことも聞き、現在の支援が本人の意向に沿っていることも共有した。

後見人は、本人に対して、今後も老人ホームを利用するためには、利用料を支払うために自宅を売却する必要性があることを具体的に説明したうえで、本人がこの問題をどのように理解しているのか、どのような意向を持っているのかをオープンにたずねた6)。本人からは、老人ホームの利用に満足をしているし、今の生活を続けたいとの希望が出た一方、自宅を売却する必要性の理解は難しく、自宅の売却には否定的であった。また、売却をしない場合に、今後、今の生活を続けるうえでの支援が得られなくなるおそれについても理解は困難であった。そのため、後見人は、利用する場合としない場合について、重要な違いを具体的に情報提供し、比較する上で重要な点を具体的に説明した。時間をかけて繰り返し説明をし、選択の重要性を伝えたうえで、本人の意向を確認した7)。

支援の結果、最終的に本人は老人ホームでの生活を続けることを望み、そのためには、利用料を支払うための方策が必要であることを理解した。また、その方策の一つとして、自宅売却も一つの手段であることも理解した。売却をするかどうかは、改めて話し合い、その時期については、後見人にまかせるということになった。

財産管理をする成年後見人は、民法858条（成年後見人は、成年被後見人の生活、療養看護及び財産の管理に関する事務を行うに当たっては、成年被後見人の意思を尊重し、かつ、その心身の状態及び生活の状況に配慮しなければならない。）ことから、職務上の義務として本人の意思を尊重すべきであるが、本ガイドラインでも意思決定支援の一員として位置付けられている。

4) 認知能力や身体・精神の状態、生活状況に関する十分な情報収集が必要。特に医療者は、認知機能の評価をとおして、どのような点で支援が求められるのか、どのような工夫をすれば全体像を本人が把握できるのかについて、意思決定支援チームに対して、情報を提供することが求められる。〈本編III-2、IV-5〉

5) 本人の意向を知り、意思決定を支援する上で、特に日常生活で本人に接するなど本人をよく知る人から情報を収集し、本人を理解することが重要。
〈本編III-3〉

6) ガイドラインで示す意思決定能力の評価。社会生活に重大な影響を及ぼすような内容のため、その決定が今後どのような影響を及ぼすのか、どのようなことが生じると想定されるのかまで、本人が把握したうえで決めることが重要なため、慎重な確認が必要。意思決定支援者は本人の意思を尊重し、安心して表明できる態度で接する。
〈本編IV-1(1)、IV-2(1)〉

7) 認知能力の状態に応じた支援の工夫。
比較のポイントや今後の見通しをわかりやすく伝える。
〈本編IV-2(2)〉

〈事例V〉退院支援、成年後見申立て（社会生活）

1 事例アウトライン

- ・本人 80代後半 女性（文中ではAさんと表示されることもある）
- ・家族 夫死亡後、弟（70代後半）と同居。
- ・支援者 地域包括支援センター、民生委員、ケアマネジャー

2 事例本文（意思決定支援のプロセス）

（本事例は、意思決定支援が難しかった事例である。仮に本ガイドラインに則った支援を実施した場合には、どのような意思決定支援のプロセスが想定されるかについて記載した）

Aさんは、利用していた元気はつらつ教室で周囲とのトラブルを繰り返したため、地域包括支援センターに同教室から相談があった。相談の中で、Aさんには物忘れとみられる症状があったことから、地域包括支援センター職員が本人と面接をした。その際に、職員より、Aさんに、介護保険の申請を勧めたが、Aさんは拒否された①)。

たまたま、Aさんと顔見知りのケアマネジャーがいたので、地域包括支援センターの職員は、ケアマネジャーに介入を依頼した。その結果、Aさんは介護保険申請を行い、デイサービスの利用を開始することができた。当初週1回程度の利用をしていたが、次第に2~3回の利用に増えていった②)。

支援開始から2年が経ったころ、Aさんは体調を崩した。同居していた弟から、ケアマネジャーに支援依頼あり、Aさんは急性肺炎で入院となった。

入院して1か月経ち、病気が落ち着いてきたため、退院を検討することになった。Aさんは、自宅での慣れた生活を希望した。しかし、ケアマネジャー、病棟看護師、地域包括支援センター職員と協議をした結果、支援者は理解力もなく自宅での生活は困難と判断した③)。

1) 意思決定支援をするうえで、人的・物理的な環境の整備、信頼関係の構築が重要である。本事例の場合、トラブルが続いたことから、危機介入的な面談になつたため、信頼関係が築けず、安心できる環境も用意できていなかつたことが、振り返りで指摘された。また、トラブルも取り返しがつかないところに至る前に、少しずつでも準備ができたかもしれない。

〈本編Ⅲ-3、Ⅳ(1)〉

2) 本人との信頼関係に配慮した支援、情報の共有がなされることが重要。

〈本編Ⅲ-3、Ⅳ(1)〉

3) 支援の原則を踏まえ、「認知症だからできない、わからない」と判断するのではなく、本人の意向とその背景を理解し、それを尊重することが重要である。この場面であれば、本人が自宅で生活することをどのように理解しているのか、退院した後の生活がどのようになるのかを我が事としてどのように認識しているのかを、本人に直接たずねて確認することが望まれる。また、意思決定支援の際に、本人を交えた支援が重要である。

〈本編Ⅲ-1、Ⅳ-2(1)〉

さらに、今後の生活の中でのさまざまな手続きを考えると、成年後見人による支援が必要と考えられた。しかし、Aさん自身による申し立ては困難であると考えられた④)。支援者は、同居の弟さんに実施してもらうのがスムーズであろうと考えた。しかし、弟さんも理解力が不十分であることがわかり、両者に支援者が必要だろうとの結論に達した。最終的に、地域包括支援センターによる申し立て支援が開始となった。

3) この事例では、退院後に体調を崩した場合の対応が危惧されるが、それが生じる可能性はどうだったか、その際に本人が周囲に支援を求められるか、それが難しい場合でも、定期的な見守りとデイサービスが入れば、自宅で過ごすという本人の希望に沿えるのではないか、など工夫できる点の検討が望まれた。

〈本編Ⅲ-1、Ⅳ-2(1)〉

4) 上記と同様に、後見制度の利用や家族への説明することに対して、本人がどのように考えているのか、意向の確認が少なくとも必要である。一度では理解が難しいかもしれないが、わかりやすい説明や文書を用いた説明、メリット・デメリットを比較して出す、などの工夫をあわせて行うことが考えられる。〈本編Ⅲ(3)〉

III 考察・今後の課題

▶1 ガイドラインの作成

本事業において、認知症の人の日常生活・社会生活における意思決定支援ガイドラインを作成した。

委員会・ワーキング委員会での議論をベースに、各発言の反訳と概要版を毎回作成して、その集約を事務局ベースで作成し、その他の情報提供や調査を踏まえて作成したものである。

もっとも、意思決定支援という分野自体まだ始まったばかりの分野であり、かつ、先行する実践もまだ緒についたところである。そのため、ガイドライン自体は、倫理的・法的な観点を踏まえて、理念・考え方等のあるべき姿を中心として記載されているが、これが実際の現場で使えるためには、以下に指摘するようなステップが必要である。

▶2 ガイドラインの周知・広報

本事業において作成した、認知症の人の日常生活・社会生活における意思決定支援ガイドラインは、医療や介護の専門職に限らず、広く認知症の人の生活を支える人を対象にしている。また、支援プロセスの手段的・技術的な面のみに着目することなく、認知症の人の意思決定の支援について、理念・考え方方に遡って、支援のあり方を整理している。

本ガイドラインについては、認知症の人に関わる全ての人に広く周知・広報されることが望まれる。

▶3 意思決定支援を担う専門職等への教育・研修

本ガイドラインは、認知症の人の日常生活・社会生活における意思決定の場面を対象として、意思決定支援の原則・考え方を整理しているが、もちろん、あらゆる場面や個別状況に即した記述を行うには至っていない。

よって、ガイドラインで示された原理原則を基礎として、意思決定の支援にかかる専門職等によって、原理原則を柔軟にあてはめて実際の支援を行うことが求められる。そのため、本ガイドラインの内容について、意思決定支援を担う専門職を中心として、認知症の人の日常生活・社会生活における意思決定の支援について教育・研修が展開されることが望まれる。

▶4 ガイドライン内容のブラッシュアップ

本ガイドラインの本編にも示されているが、ガイドラインは現時点における状況等を踏まえた、いわゆる「初版」的な位置付けであると考えている。

刻々と変化する認知症の人に対する支援の状況、認知症施策推進による社会環境などはもちろん、本ガイドラインが多くの方の目に触れ、集められるご意見・ご指摘を取り入れ、継続的に内容のブラッシュアップを行う必要がある。

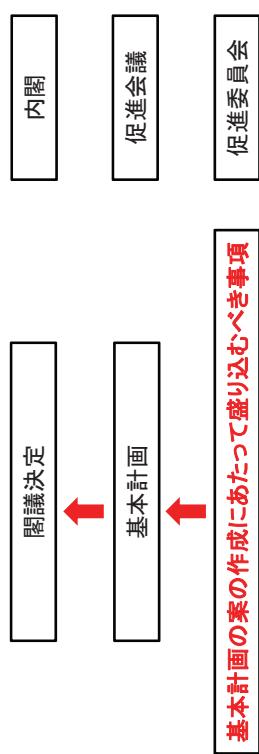
【資料編】

委員会、および、WG 委員会の主な提出資料と主なご発言整理

会議名	開催期日	ページ
第1回 委員会	平成29年8月23日	31
第1回 WG 委員会	平成29年9月5日	46
第2回 WG 委員会	平成29年10月10日	48
第3回 WG 委員会	平成29年11月7日	55
第2回 委員会	平成29年12月15日	64
第4回 WG 委員会	平成30年1月10日	72
第3回 委員会	平成30年2月6日	78
第5回 WG 委員会	平成30年2月28日	81

成年後見制度の利用の促進に関する法律
(平成28年法律第29号)
基本計画の作成に当たって盛り込むべき案

平成29年度老人保健健康増進等事業
日常生活や社会生活等において認知症の人の意思が適切
に反映された生活が送れるようにするための意思決定支援
のあり方に関する研究事業
事業主体 学校法人 梅村学園(中京大学)
事業の全体のとりまとめ 稲葉一人



1

3

2 成年後見制度の利用の促進に向けた総合的かつ計画的に講ずべき施策

(1) 利用者がメリットを実感できる制度 運用の改善
－制度開始時・開始後ににおける身上保護の充実－

①高齢者と障害者の特性に応じた意思決定支援の在り方

- 成年後見人等は、本人の自己決定権の尊重を図りつつ、身上に配慮した後見事務を行うことが求められており、後見人が本人に代理して法律行為をする場合にも、**本人の意思決定支援の観点**から、できる限り本人の意思を尊重し、法律行為の内容にそれを反映させることが求められる。
- 成年後見人等が本人の特性に応じた適切な配慮を行ふことができるよう、今後とも**意思決定の支援の在り方についての指針の策定**に向けた検討等が進められるべきである。

**平成27年度 厚生労働省老人保健健康増進等事業
認知症の人の意思決定支援に関する
倫理的・法的な観点からの論点の整理**
作業部会②(医療・介護等の意思決定支援)

<1>

2

4

(6) 成年被後見人等の医療、介護等への支援 思・決定が困難な者への検討(続き)

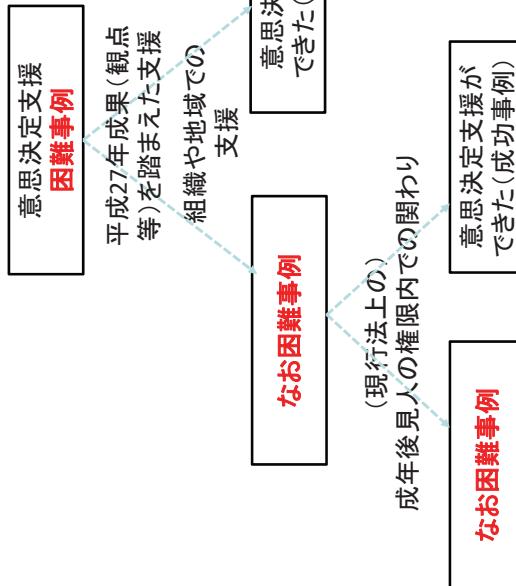
- ② 中間報告の内容
- 同中間報告では、成年後見人等に医療同意権を与えるかどうか(合法性)の観点のみならず、意思決定支援の視点から、適格性(支援に必要な資質と力量)及び適切性(難易度)が適切に行度されることで、本人の意見を踏まえ、以下のような考え方が示された。
- ・成年後見人等には、**本人の意思決定支援者の一員としての役割**(情報提供や、意思疎通判断・意思を反映できるよう多くの協議に参加したり、家族間の意見を調整細に本人として、臨床現場の意見を反映する場合がある)がある。
- ・今後、臨床現場の意見形成の支障等)があつて、本人の意見を推定する場合の役割の拡充を考慮する場合には、**意思決定支援等の認識向上や意思決定支援の質の確保**といつた一般的な施策と併せて、**後見人の意思決定のための手順・運用フローチャートの明示**とともに、教育、運用の質を確保するこどもが重要な決定支援の役割を明示するなどともして、成年後見人等が身上監護面で十分な状況やそれに伴う意見の経過等を熟知する必要がある。そのための手順は、成年後見人等が身に付けていた環境整備が重要である。そのためには、上記のように事例を主軸とし、医療・介護等の現場における合意形成等、必要な対応を検討していく必要がある。

組織や地域における支援体制と人材育成

- 現行の臨床においても診療一般で意思決定支援が行われてきたのであるが、自己決定が重視され、告知の課題に取り組まれて、これと並行して、意思決定モニターリングからshared decision makingへ認識が移りつづること、多職種の関わりも重要な視点が提起してきた。その過程で、特に質の向上を目指して倫理コンサルテーション活動(院内で生じた倫理問題を医療チームとは別に臨床の現場から院内の相談による倫理コンサルテーションが提唱された)が設けられ、適時支援をしていくが、本人の意思決定支援が難しい事態への対応の必要性が共有され、京都大学医学研究科や、東京大学医学系研究科において、医療倫理学の講座が開設され、医療チームとは独立した研究審査ではない臨床倫理委員会を設置したり、倫理コンサルテーションチームを置く病院があり、一部の病院では、その実績を着実に上げている(東京大学医学部附属病院、名古屋第二赤十字病院、国立病院機構東京医療センター、独立行政法人労働者健康安全機構横浜労災病院等)が、まだ、これらは、先進的な試みである。また、地域包括ケアの中でも、主として認知症の人の意思決定支援の困難さが共有されつつあり、認知症初期集中会議等で地域会議等を開催している例もある(先進的な試みとして、東京都世田谷区、岡山県津市、東京都調布市などがある)。
- これらは、厚生労働省(例えは、人生の最終段階の医療の意思決定におけるプロセスガイドライン)や学会ガイドラインを参考に、多職種で対話する方法を使って、個々の臨床での困難事例への対処をしているが、このような活動は、まだ緒についたばかりである。
- また、大学や、学会が主体となり研修会が行われ、それぞれの領域での意思決定支援問題への対処をする人材を育てる試みがされており、日本臨床倫理学会は、本年度から、臨床倫理問題に対応できる人材を学会の認定制度として創設した。

5

平成28年度・意思決定支援事業



日常生活や社会生活等における 認知症の人の意思が 適切に反映された生活が送れるようにするための 意思決定支援のあり方にに関する研究事業

公募内容

- 日常生活や社会生活等における
認知症の人の意思が
適切に反映された生活が送れるようにするための
意思決定支援のあり方にに関する研究事業
- 成年後見制度利用促進法の施行(平成28年5月)を受け設置・開催された成年後見制度利用促進委員会において、「障害者や認知症の人の特性に応じた適切な配慮を行うことができるよう、意思決定の支援の在り方にについての指針の策定に向けた検討等が進められるべき」旨の指摘がなされている。本事業では、日常生活や社会生活等において認知症の人の意思が適切に反映された生活が送れるよう、認知症の人の意思決定を支援する標準的なプロセスや留意点、有効な取組モデル等、本人の意思決定能力に応じた支援のあり方や意思決定支援に関するガイドラインを策定する。

7

事業実施目的

事業の効果 及び活用方法 (今後の展開)

- 認知症の人には、意思決定能力の低下に応じて、日常生活の場面、医療・介護サービスを受ける場面ごとに配慮や支援が必要であることが認識されるようになつたが、この配慮や支援を進める標準的なプロセスや有効なモデルが共有されていない。そのために、法的・倫理的な観点(平成27年度成果)や、現場での様々な取り組み(平成28年度成果)を踏まえ、現場で利用ができる指針ないしガイドライン等の策定に向けた検討を行う。

新規実施の必要性

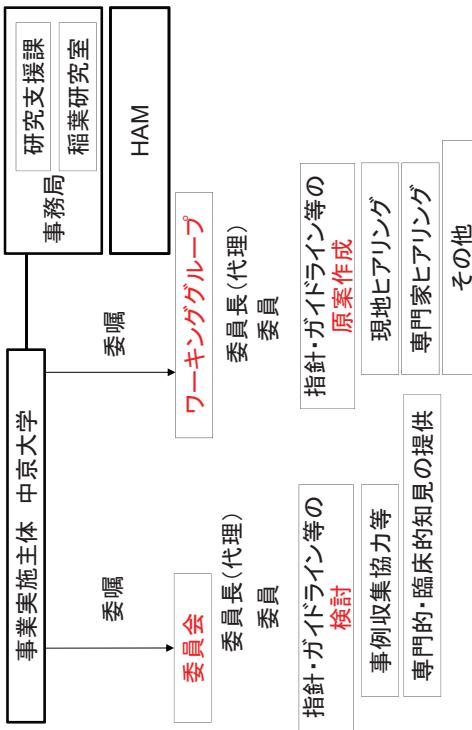
- 成年後見制度利用促進法の施行(平成28年5月)を受け設置・開催された成年後見制度利用促進委員会において、「障害者や認知症の人の特性に応じた適切な配慮を行ふことができるよう、意思決定の支援の在り方にについての指針の策定に向けた検討等が進められるべき」旨の指摘がなされている。
- 意思決定支援モデルについては、がん・周産期等で開発されているが、認知症の人への意思決定支援モデルや方法論は確立していない。
- 現場レベルでは様々な事例の検討が行われているが、データとして共有されておらず、場面における標準的なプロセスの提示が求められている。
- 支援困難事例については、施設、地域において、多職種によって支援会議が開かれることが多いが、その際会議の仕組み作りや、職種ごとの役割、話し合いのプロセス等についてのモデルが共有されていない。先進的な地域では、地域ケア会議等を開いて実施しており、これらを参考に認知症の人の意思決定支援のための地域ケア会議モデルやその実施方法を示す必要性は高い。

上記と並行して、現在の医療・介護において意、思決定支援を意識できず、また、実施できない状況はなかななどを調べることで、Q&Aの作成や現場の教育の可能性を検討することとは、将来の展開に資する。

具体的に本人の意思決定の支援をする場面と、地域での会議との関係についても指針が必要である。

9

事業実施鳥瞰図



11

- 本人・家族に：認知症の人への意思決定支援の在り方についての指針やモデルが示されることで、本人・家族が、意思決定を支援される。受療・サービス利用において、予測可能性を高め、予め具体的に準備すべき事柄等を理解することができます。
- 医療・介護提供者に：指針が示されることで、認知症の人の意思決定支援の重要性を認識し、具体的に行うべき手順等を参考に意思決定支援ができ、その結果、より納得性の高い医療・介護が提供できる。
- 成年後見人(候補者も含む)に：指針が示されることで、専門・市民後見人らが意思決定支援に関心を有し、医療・介護提供者と意思決定支援の協同者として参画できる。
- 地域に：指針が示されることで、認知症の人の見守りを医療・介護提供者、成年後見人と協力して行うことが期待される。

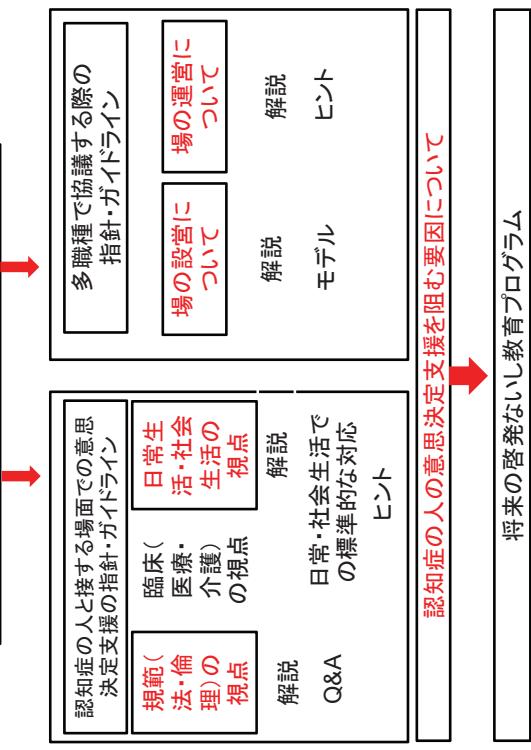
12

6

10

最終的な成果の予想

認知症の人の日常・社会生活の意思決定支援
の指針・ガイドライン



13

(必要な範囲での)これまでの成果の確認

- 2003年「2015年の高齢者介護」高齢者の尊厳を支えるケアの確立に向けて(高齢者介護研究科報告書)
- 平成24年事業「認知症カフェのあり方と運営に関する調査研究事業報告書」認知症の人と家族の会
- 京都認知症総合対策推進計画「京都式オレンジプラン」「10のアイメッセージ」etc
- 障害福祉サービスの利用等にあたっての意思決定支援ガイドライン(平成29年3月31日)
- 人生の最終段階における医療の決定プロセスに関するガイドライン(改訂平成27年3月)

15

地域における多様なリソースと会議

- 地域連携ネットワーク
- 地域における「協議会」
- 「成年後見支援センター」
- 各団体・機関(弁護士会・司法書士会・社会福祉士会・市役所・町村役場の各窓口、福祉事業者、医療機関、金融機関、民生委員、自治会等)
- ケアマネジャー、相談支援専門員、生活保護ケースワーカー、保健師、精神保健福祉士、入所先社会福祉施設、入院先医療機関、認知症初期集中支援チーム、認知症疾患センター、介護サービス事業所、障害福祉サービス事業所、訪問看護ステーション、民生委員、市町村窓口

成年後見制度利用促進基本計画のポイント

・成年後見制度の利用に関する法律(平成28年法律第29号)に基づき策定

・計画の対象期間を令和5年間を含む平成29年度～33年度

・工程表を踏まえた施策の段階的・計画的な推進 <別紙1参考> ※市町村は国の計画を勘案して市町村計画を策定

(1) 利用者がメリットを実感できる制度・運用の改善 <別紙2参考>

- ・財産管理のみならず、意思決定支援・身上保護も重視
- ・適切な後見人等の選任、後見開始後の柔軟な後見人等の交代等
- ・診断書の在り方の検討

(2) 権利擁護支援の地域連携ネットワークづくり <別紙3参考>

- ・権利擁護支援が必要な人の発見と早期からの相談
- ・後見人等を含めた「チーム」(注1)による本人の見守り
- ・協議会等(注2)によるチームの支援

・地域連携ネットワークの整備・運営の中核となる機関の必要性

- ・広報機能(権利擁護の必要な人の発見、周知・啓発等)
- ・相談機能(相談対応、後見ニーズの精査、見守り体制の調整等)
- ・利用促進(マッチング)機能
- ・後見人支援機能(チームによる支援、本人の意思を尊重した柔軟な対応等)
- ・不正防止効果

(3) 不正防止の徹底と利用しやすさとの調和 <別紙4参考>

・後見制度支援信託に並立・代替する新たな制度の検討

(預貯金の払戻しについての後見監督人等の関与を可能とする仕組み)

注:1・福祉等の関係者と後見人等がチームどなつて本人を見守る体制
注:2・福祉・法律の専門職団体が協力して個別のチームを支援する仕組み

成年後見制度利用促進基本計画の概要

基本計画について

(1) 成年後見制度の利用の促進に関する法律(平成28年法律第29号)に基づき、成年後見制度の利用

促進に関する施策の総合的・計画的な推進を図るために策定。

(2) 計画の対象期間は概ね5年間を念頭(平成29年度～33年度)。

(3) 国・地方公共団体・関係団体等は、工程表を踏まえた各施策の段階的・計画的な推進に取り組む。

※市町村は国の計画を勘案して市町村計画を策定。

総合的かつ計画的に講ずべき施策

○以下の3つの役割を果たす地域連携ネットワークの整備を進めめる。

- ・権利擁護支援の必要な人の発見・支援
- ・早期の段階から本人の意見・身上保護を重視した後見業務を実施する
- ・意思決定支援・身上保護を十分に図る観点から、後見人等の交代を柔軟に行うことを可能とする環境を整備する。

○後見・保佐・補助の判別が適切になされるよう、医師が本人の置かれた家庭的・社会的状況も考慮しつつ適切な医学的判断を行える、鑑断書等の在り方を検討する。

○以下の3つの役割を果たす地域連携ネットワークの整備を進めめる。

- ・権利擁護支援の必要な人の発見・支援
- ・早期の段階から本人の意見・身上保護を重視した後見業務を実施する
- ・意思決定支援・身上保護を十分に図る観点から、後見人等がチームどなつて本人を見守る体制の構築

・「チーム」(注1)・福祉等の関係者と後見人等がチームどなつて本人を見守る体制の構築

■地域連携ネットワークの整備・運営の中核となる機関が必須。

○地域連携ネットワーク及び中核機関が担うべき具体的機能等

- ・広報機能・権利擁護の必要な人の発見・周知・啓発等)
- ・相談機能(相談対応、後見ニーズの精査、見守り体制の調整等)
- ・利用促進(マッチング)機能
- ・後見人支援機能(チームによる支援、本人の意思を尊重した柔軟な対応等)

○不正防止効果

・設置の区域、市町村の単位を基本とする。(複数の市町村での設置も検討)

・設置の主体、市町村による直営又は委託など業務の中立性・公正性の確保に留意

※専門職団体は、地域連携ネットワーク及び中核機関の設置・運営に積極的に協力

○成年後見制度支援信託に並立・代替する新たな制度(別紙3参考)

・設置の区域、市町村の単位を基本とする。(複数の市町村での設置も検討)

・設置の主体、市町村による直営又は委託など業務の中立性・公正性の確保に留意

※専門職団体は、地域連携ネットワーク及び中核機関の設置・運営に積極的に協力

成年後見制度利用促進基本計画の工程表

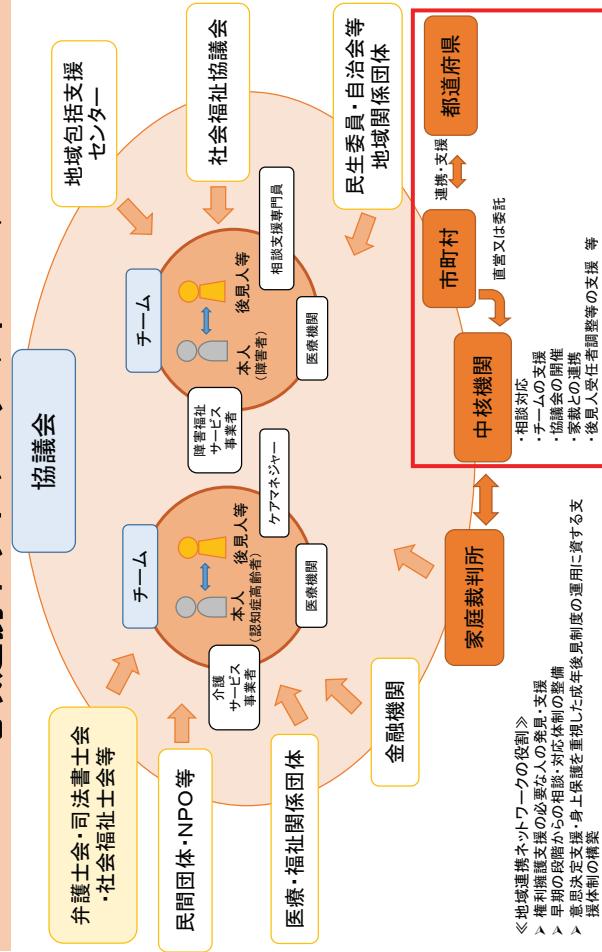
<別紙1>

	29年度	30年度	31年度※	32年度	33年度
I 制度の周知	パンフレット、ポスターなどによる周知				
II 市町村計画の策定	団の計画の周知、市町村計画の策定働きかけ、其差異のフォローアップ				
III 利用者がメリットを感じてできる制度の運用 ・高齢者と障害者の特性のための検討の促進 ・診断書の在り方等の検討 ・意思決定支援の在り方にについての指針の策定文 ・成年後見人のための検討の促進 ・医療・福祉の実績の評価等	適切な成年後見人の選定の検討 ・診断書の在り方等の検討 ・意思決定支援の在り方にについての指針の策定の検討、成年後見人の選定のフォローアップ ・新たな運営前の開始、成年後見人の選定の検討 ・介護サービス事業者 ・本人（認知症高齢者） ・後見人等				
IV 地域連携ネットワークづくり ・市町村による地域機関の設置 ・成年後見人等の医療・介護等の機能の強化 ・地域連携ネットワークの効率化	中核機関の位置づけ、地域連携ネットワークとの整備 ・相談体制の強化、地域連携ネットワークへの更なる構築 ・相談体制の強化、地域連携ネットワークの運営、地域連携ネットワークとの整備 ・各地域の取組の貢献、紹介、試行的な取組の支援助等				
V 不正防止の徹底と利用しやすさの継続 ・金融機関における預貯金等のための検討の促進 ・成年後見人等の医療・介護等に係る意思決定のための検討等 ・取組の効率化等のための検討等	金融機関における預貯金等のための検討の促進 ・取組の検討が記入された預貯金等における不正防止 ・効果を踏まえたより効率的な不正防止の検討				
VI 成年後見人等の権利制限の措置の見直し	医療・介護等の専門機関における参考意見の提出を 行う際、参考する参考意見の見直し ・参考となる考え方の見直し、活用状況を踏まえた改善 ・参考意見等の資料の見直しについての参考意見の見直し				
VII 成年後見人等の権利制限の措置の見直し	成年後見人等の権利制限の措置の見直し （成年後見人等の権利制限の措置の見直しは、平成31年3月まで）				

※本表は年間である平成31年度においては、各施策の進捗状況を踏まえ、個別の課題の整理・検討を行な。

地域連携ネットワークのイメージ

<別紙3>



不正防止の徹底と利用しやすさとの調和

<別紙4>

利用者がメリットを実感できる制度・運用の改善

<別紙2>

利用促進委員会での御指摘

- 医師や裁判所には、本人の生活状況をきちんと理解した上で本人の能力について判断してほしい。
- 認知症や知的障害の特性を理解し、本人の意思を十分に汲み取ることのできる支援者が必要である。

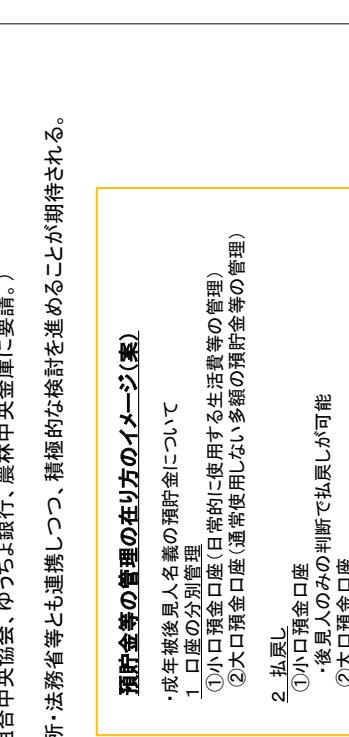


今後の検討課題

- 本人の生活状況等に関する情報が、医師・裁判所に伝わるよう関係機関による支援の在り方の検討
- 本人の生活状況等を踏まえた診断内容について分かりやすく記載できる診断書の在り方の検討

委員会の意見の概要等

- 後見制度支援信託に並立・代替する預貯金等の管理の在り方については、金融機関における自主的な取組に期待。全国銀行協会、全国地方銀行協会、第二地方銀行協会、全国信用金庫協会、全国信用組合中央協会、ゆうちょ銀行、農林中央金庫に要請。
- 今後、最高裁判所・法務省等とも連携しつつ、積極的な検討を進めることが期待される。



- ① 小口預金口座
 - ・成年被後見人名義の預貯金について
 - ・1. 口座の分別管理
 - ② 大口預金口座(通常使用しない多額の預貯金等の管理)
 - ・後見人のみの判断で払戻しが可能
- ② 大口預金口座
 - ・後見人に加え、後見監督人等の同意(関与)が必要
- ③ 自動送金等
 - ・生活費等の継続的な確保のための定期的な自動送金
 - ② 大口預金口座
 - ・後見人のみの判断で払戻しが可能

<4>

意思決定支援ガイドラインの概要

I 趣旨

- 障害者総合支援法においては、障害者が「どこで誰と生活するかについての選択の機会が確保」される旨を規定し、指定事業者や指定相談支援事業者に対し、「意思決定支援」を重要な取組として位置付けている。
- 今般、意思決定支援の定義や意義、標準的なプロセスや留意点を取りまとめたガイドラインを作成し、事業者や成年後見の担い手を含めた関係者間で共有することを通じて、障害者の意思を尊重した質の高いサービスの提供に資することを目的とするもの。

II 総論

1. 意思決定支援の定義

意思決定支援とは、自己決定に困難を抱える障害者が、日常生活や社会生活に関して自らの意思が反映された生活を送る能够のように、本人の意思の確認や意思及び選好の推定、最善の利益の検討のために事業者の職員が行う支援の行為及び仕組みをいう。

2. 意思決定を構成する要素

(1) 本人の判断能力

障害による判断能力の程度は、意思決定に大きな影響を与える。意思決定を進める上で、本人の判断能力の程度について慎重なアセスメントが重要。

(2) 意思決定支援が必要な場面

① 日常生活における場面

例えば食事・衣服の選択・外出・排せつ・整容・入浴等基本的生活習慣に関する場面の他、複数用意された余暇活動プログラムへの参加を選ぶ等の場面が考えられる。

日頃から本人の生活に関わる事業者の職員が、場面に応じて即応的に行う直接支援の全てに意思決定支援の要素が含まれている。

② 社会生活における場面

自宅からグループホームや入所施設等に住まいの場を移す場面や、入所施設から地域移行してグループホームや一人暮らしを選ぶ場面等が、意思決定支援の重要な場面として考えられる。

本人の意思確認を最大限の努力で行うこと前提に、事業者、家族や成年後見人等が集まり、判断の根拠を明確にしながら、より制限の少ない生活への移行を原則として、意思決定支援を進める必要がある。

(3) 人的・物理的環境による影響

意思決定支援は、本人に関わる職員や関係者による人的な影響や環境による影響、本人の経験の影響を受ける。

(第三章)
1

3. 意思決定支援の基本的原則

(1) 本人への支援は、自己決定の尊重に基づき行うことが原則である。本人の自己決定にとって必要な情報の説明は、本人が理解できるよう工夫して行うことが重要である。

(2) 職員等の価値観においては不合理と思われる決定でも、他者への権利を侵害しないのであれば、その選択を尊重するよう努める姿勢が求められる。

(3) 本人の自己決定や意思確認がどうしても困難な場合は、本人をよく知る関係者が集まって、本人の日常生活の場面や事業者のサービス提供場面における表情や感情、行動に関する記録などの情報に加え、これまでの生活史、人間関係等様々な情報を把握し、根拠を明確にしながら障害者の意思及び選好を推定する。

4. 最善の利益の判断

本人の意思を推定することがどうしても困難な場合は、第三者が本人にとっての最善の利益を判断せざるを得ない場合がある。最善の利益の判断は最後の手段であり、次のような点に留意することが必要である。

(1) メリット・デメリットの検討

複数の選択肢からメリットとデメリットを可能な限り挙げ、比較検討して本人の最善の利益を導く。

(2) 相反する選択肢の両立

二者択一の場合においても、相反する選択肢を両立させることを考え、本人の最善の利益を追求する。(例えば、食事制限が必要な人も、運動や食材等の工夫により、本人の好みの食事をしつつ、健康上リスクの少ない生活を送ることができないか考える場合等。)

(3) 自由の制限の最小化

住まいの場を選択する場合、選択可能な中から、障害者にとって自由の制限がより少ない方を選択する。また、本人の生命・身体の安全を守るために、行動の自由を制限せざるを得ない場合でも、他にないか慎重に検討し、自由の制限を最小化する。

5. 事業者以外の視点からの検討

事業者以外の関係者も交えて意思決定支援を進めることが望ましい。本人の家族や知人、成年後見人、ピアソーター等が、本人に直接サービス提供する立場とは別の第三者として意見を述べることにより、多様な視点から本人の意思決定支援を進めることができる。

6. 成年後見人等の権限との関係

意思決定支援の結果と成年後見人等の身上配慮義務に基づく方針が齟齬をきたさないよう、意思決定支援のプロセスに成年後見人等の参画を促し、検討を進めることが望ましい。

III 各論

1. 意思決定支援の枠組み

意思決定支援の枠組みは、意思決定支援責任者の配置、意思決定支援会議の開催、意思決定の結果を反映したサービス等利用計画・個別支援計画(意志決定支援計画)の作成とサービスの提供、モニタリングと評価・見直しの5つの要素から構成される。

(1) 意思決定支援責任者の配置

意思決定支援責任者は、意思決定支援計画作成に中心的にかかわり、意思決定支援会議を企画・運営するなど、意思決定支援の仕組みを作る等の役割を担う。サービス管理責任者や相談支援専門員が兼務することが考えられる。

(2) 意思決定支援会議の開催

意思決定支援会議は、本人参加の下で、意思決定が必要な事項に関する参加者の情報を持ち寄り、意思を確認したり、意思及び選好を推定したり、最善の利益を検討する仕組み。「サービス担当者会議」や「個別支援会議」と一体的に実施することが考えられる。

(3) 意思決定が反映されたサービス等利用計画や個別支援計画(意志決定支援計画)の作成とサービスの提供

意思決定支援によって確認又は推定された本人の意思や、本人の最善の利益と判断された内容を反映したサービス等利用計画や個別支援計画(意志決定支援計画)を作成し、本人の意思決定に基づくサービスの提供を行うことが重要である。

(4) モニタリングと評価及び見直し

意思決定支援を反映したサービス提供の結果をモニタリングし、評価を適切に行い、次の支援でさらに意思決定が促進されるよう見直すことが重要である。

2. 意思決定支援における意思疎通と合理的配慮

意思決定に必要だと考えられる情報を本人が十分理解し、保持し、比較し、実際の決定に活用できるよう配慮をもって説明し、決定したことの結果起こり得ること等を含めた情報を可能な限り本人が理解できるよう、意思疎通における合理的配慮を行うことが重要である。

3. 意思決定支援の根拠となる記録の作成

意思決定支援を進めるためには、本人のこれまでの生活環境や生活史、家族関係、人間関係、嗜好等の情報を把握しておくことが必要である。家族も含めた本人のこれまでの生活の全体像を理解することは、本人の意思を推定するための手がかりとなる。

4. 職員の知識・技術の向上

職員の知識・技術等の向上は、意思決定支援の質の向上に直結するものであるため、意思決定支援の意義や知識の理解及び技術等の向上への取組みを促進させることが重要である。

3

5. 関係者、関係機関との連携

意思決定支援責任者は、事業者、家族や成年後見人等の他、関係者等と連携して意思決定支援を進めることが重要である。協議会を活用する等、意思決定支援会議に関係者等が参加するための体制整備を進めることが必要である。

6. 本人と家族等に対する説明責任等

障害者と家族等に対して、意思決定支援計画、意思決定支援会議の内容についての丁寧な説明を行う。また、苦情解決の手順等の重要な事項についても説明する。意思決定支援に関わった関係者等は、業務上知り得た秘密を保持しなければならない。

IV 意思決定支援の具体例

1. 日中活動プログラムの選択に関する意思決定支援
2. 施設での生活を継続するかどうかの意思決定支援
3. 精神科病院からの退院に関する意思決定支援

○ 意思決定支援の流れ

意思決定が必要な場面 ・サービスの選択 ・居住の場の選択 等

本人が自分で決定できるよう支援

自己決定が困難な場合

意思決定支援責任者の選任
とアセスメント

相談支援専門員・サービス管理責任者
兼務可

○ 本人の意思決定に関する情報の把握方法、意思決定支援会議の開催準備等
○ アセスメント ・本人の意思確認 ・日常生活の様子の観察 ・関係者からの情報
収集・本人の判断能力、自己理解、心理的状況等の把握・本人の生活史等、
人的・物理的環境等のアセスメント・体験を通じた選択の検討 等

意思決定に関する記録の
ファイードバック

意思決定支援会議の開催

サービス担当者会議・個別支援会議
と兼ねて開催可

本人・家族・成年後見人等・意思決定支援責任者・事業者・関係者等による
情報交換や本人の意思の推定、最善の利益の判断

意思決定の結果を反映したサービス等利用計画・個別支援計画
(意思決定支援計画)の作成とサービスの提供、支援結果等の記録

支援から把握される表情や感情、行動
等から読み取れる意思と選好等の記録

都道府県知事
各 指定都市市長 殿
中核市市長

厚生労働省社会・援護局
障害保健福祉部長
(公印省略)

障害福祉サービスの利用等にあたっての意思決定支援ガイドラインについて

地域社会における共生の実現に向けて新たな障害保健福祉施策を講ずるための関係法律の整備に関する法律（平成 24 年法律第 51 号）の附則第 3 条においては、法施行後 3 年を目途として障害福祉サービスの在り方等について検討を加え、その結果に基づいて所要の措置を講ずることとされており、「障害者の意思決定支援の在り方」が見直し事項の一つに挙げられています。

これを踏まえ、社会保障審議会障害者部会では、平成 27 年 4 月から見直しに向けた検討を行い、平成 27 年 12 月に今後の取組について報告書を取りまとめ、同報告書では、意思決定支援の定義や意義、標準的なプロセス、留意点を取りまとめた「意思決定支援ガイドライン（仮称）」を作成し、事業者や成年後見の扱い手を含めた関係者間で共有し、普及を図るべき旨が盛り込まれたところです。

今般、これまでの障害者総合福祉推進事業による研究報告書を踏まえ、「障害福祉サービス等の提供に係る意思決定支援ガイドライン」を作成したので通知します。

各都道府県、指定都市及び中核市におかれましては、障害者の意思決定の支援がより一層適切に図られるよう、管内市区町村、指定事業者及び指定相談支援事業者に対して周知いただくとともに、研修など様々な機会を通じて本ガイドラインの普及に努めさせていただきますようお願いします。

なお、この通知は、地方自治法（昭和 22 年法律第 67 号）第 245 の 4 第 1 項の規定に基づく技術的な助言であることを申し添えます。

I. はじめに

1. ガイドライン策定の背景

「地域社会における共生の実現に向けて新たな障害保健福祉施策を講ずるための関係法律の整備に関する法律」の附則第 3 条においては、法施行後 3 年を目途として障害福祉サービスの在り方等について検討を加え、その結果に基づいて所要の措置を講ずることとされており、「障害者の意思決定支援の在り方」が見直し事項の一つに挙げられている。

社会保障審議会障害者部会では、平成 27 年 4 月から見直しに向けた検討を行い、平成 27 年 12 月に今後の取組について報告書を取りまとめた。

同報告書では、障害者の意思決定支援の今後の取組について以下の記載が盛り込まれております、「障害福祉サービス等の提供に係る意思決定支援ガイドライン」（以下「ガイドライン」という。）は、これらの内容を踏まえて作成されたものである。

※「障害者総合支援法施行 3 年後の見直しについて」（平成 27 年 12 月 14 日社会保障審議会障害者部会報告書）より抜粋

5. 障害者の意思決定支援・成年後見制度の利用促進の在り方について

(2) 今後の取組

(基本的な考え方)

○ 日常生活や社会生活等において障害者の意思が適切に反映された生活が送れるよう、障害福祉サービスの提供に際する主体等が、障害者の意思決定の重要性を認識した上で、必要な対応を実施できるようにするとともに、成年後見制度の適切な利用を促進するため、以下のようないくつかの取組を進めるべきである。

(意思決定支援ガイドライン)

○ 意思決定支援の定義や意義、標準的なプロセス（サービス等利用計画や個別支援計画の作成と一体的に実施等）、留意点（意思決定の前提となる情報等の伝達等）を取りまとめた「意思決定支援ガイドライン（仮称）」を作成し、事業者や成年後見の扱い手を含めた関係者間で共有し、普及を図るべきである。あわせて、意思決定支援の質の向上を図るために、このようなガイドラインを活用した研修を実施するとともに、相談支援専門員やサービス管理責任者等の研修のカリキュラムの中にも位置付けるべきである。

なお、ガイドラインの普及に当たっては、その形式的な適用にとらわれるあまり、実質的な自己決定権が阻害されることのないよう留意する必要がある。

(障害福祉サービスにおける意思決定支援)

○ また、障害福祉サービスの具体的なサービス内容の要素として「意思決定支援」が含まれる旨を明確化すべきである。

1

2. ガイドラインの趣旨

障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律（以下「障害者総合支援法」という。）第 1 条の 2（基本理念）においては、障害者本人（以下「本人」という。）が「どこで誰と生活するかについての選択の機会が確保」される旨を規定し、指定相談支援事業者及び指定障害福祉サービス事業者等（以下「事業者」という。）に対し、障害者等の意思決定の支援に配慮するよう努める旨を規定する（第 42 条、第 51 条の 22）など、「意思決定支援」を重要な取組として位置づけている。

また、障害者基本法においては、国及び地方公共団体は、障害者の意思決定の支援に配慮しつつ、障害者及びその家族その他の関係者に対する相談業務、成年後見制度その他の障害者の権利利益の保護等のための施策又は制度が、適切に行われ又は広く利用されるようになければならないと定めている（第 23 条）。

ノーマライゼーション理念の浸透や障害者の権利擁護が求められるなかで、障害者の自己決定の尊重に基づいて支援することの重要性は誰もが認識するところである。しかし、自己決定が困難な障害者に対する支援の枠組みや方法等については必ずしも標準的なプロセスが示されていない。ガイドラインは、事業者がサービス等利用計画や個別支援計画を作成してサービスを提供する際の障害者の意思決定支援についての考え方を整理し、相談支援や、施設入所支援等の障害福祉サービス（以下「サービス」という。）の現場において意思決定支援がより具体的に行われるための基本的考え方や姿勢、方法、配慮されるべき事項等を整理し、事業者がサービスを提供する際に必要とされる意思決定支援の枠組みを示し、もって障害者の意思を尊重した質の高いサービスの提供に資することを目的とするものである。

ガイドラインは、事業者がサービスを提供する際に進行する障害者の意思決定支援の枠組みを示すものであるが、本人、事業者、家族や成年後見人等（保佐人及び補助人並びに任意後見人を含む。以下同じ。）の他に、必要に応じて教育関係者や医療関係者、福祉事務所、市区町村の虐待対応窓口や健所等の行政関係機関、障害者就業・生活支援センター等の就労関係機関、ピアサポート等の障害当事者による支援者、本人の知人等の関係者、関係機関等（以下「関係者等」という。）、障害者に関わる多くの人々にも意思決定支援への参加を促すものである。

障害者の意思決定支援については、それぞれの障害の状態等において個別性が高く、その支援方法も多様なものである。事業者は、ガイドラインの内容を踏まえ、各事業者の実情や個々の障害者の態様に応じて不断に意思決定支援に関する創意工夫を図り、質の向上に努めなければならない。

また、事業者の意思決定支援に関する取組の蓄積を踏まえ、ガイドラインの内容も見直していくことが必要である。

II. 総論

1. 意思決定支援の定義

本ガイドラインにおける意思決定支援は、障害者への支援の原則は自己決定の尊重であることを前提として、自ら意思を決定することが困難な障害者に対する支援を意思決定支援として次のように定義する。

意思決定支援とは、自ら意思を決定することに困難を抱える障害者が、日常生活や社会生活に關して自らの意思が反映された生活を送ることができるように、可能な限り本人が自ら意思決定できるよう支援し、本人の意思の確認や意思及び選好を推定し、支援を尽くしても本人の意思及び選好の推定が困難な場合には、最後の手段として本人の最善の利益を検討するために事業者の職員が行う支援の行為及び仕組みをいう。

2. 意思決定を構成する要素

障害者の意思決定を構成する要素としては、次の三つが考えられる。

(1) 本人の判断能力

本人の障害による判断能力の程度は、意思決定に大きな影響を与える。

例えば、何を食べるか、何を着るかといった日常生活における意思決定は可能だが、施設から地域生活への移行等住まいの場の選択については意思決定に支援が必要であるといった事例が考えられる。意思決定を進める上で、本人の判断能力の程度についての慎重なアセスメントが重要となる。

(2) 意思決定支援が必要な場面

意思決定支援は、次のような場面で必要とされることが考えられる。

① 日常生活における場面

日常生活における意思決定支援の場面としては、例えば、食事、衣服の選択、外出、掛け声、整容、入浴等基本的生活習慣に関する場面の他、複数用意された余暇活動プログラムへの参加を選ぶ等の場面が考えられる。日頃から本人の生活に關わる事業者の職員が場面に応じて即応的に行う直接支援の全てに意思決定支援の要素が含まれている。

日常生活における場面で意思決定支援を継続的に行うことにより、意思が尊重された生活体験を積み重ねることになり、本人が自らの意思を他者に伝えようとする意欲を育てるにつながる。

日常生活における支援場面の中で、継続的に意思決定支援を行うことが重要である。

② 社会生活における場面

障害者総合支援法の基本理念には、全ての障害者がどこで誰と生活するかについての選択の機会が確保され、地域社会において他の人々と共生することを妨げられない旨が定められていることに鑑みると、自宅からグループホームや入所施設等に住まい

の場を移す場面や、入所施設から地域移行してグループホームに住まいを替えたり、グループホームの生活から一人暮らしを選ぶ場面等が、意思決定支援の重要な場面として考えられる。

体験の機会の活用を含め、本人の意思確認を最大限の努力で行うことを前提に、事業者、家族や、成年後見人等の他、必要に応じて関係者等が集まり、判断の根拠を明確にしながら、より制限の少ない生活への移行を原則として、意思決定支援を進める必要がある。

(3) 人的・物理的環境による影響

意思決定支援は、本人に関わる職員や関係者による人的な影響や環境による影響、本人の経験の影響等を受ける。

例えば、意思決定支援に関わる職員が、本人の意思を尊重しようとする態度で接しているかどうかや、本人との信頼関係ができるかが影響することが考えられる。また、意思決定の場面に立ち会う家族等の関係者との関係性も影響を与える可能性がある。

環境に関しては、初めての慣れない場所で意思決定支援が行われた場合、本人が過度に緊張してしまい、普段通りの意思表示ができないことも考えられる。また、サービスの利用の選択については、体験利用を活用し経験に基づいて選択ができる方法の活用など経験の有無によっても影響されることが考えられる。

3. 意思決定支援の基本的原則

意思決定支援の基本的原則を次のように整理する。

(1) 本人への支援は、自己決定の尊重に基づき行うことが原則である。本人の自己決定にとって必要な情報の説明は、本人が理解できるよう工夫して行うことが重要である。また、幅広い選択肢から選ぶことが難しい場合は、選択肢を絞った中から選べるようにしたり、絵カードや具体物を手がかりに選べるようにしたりするなど、本人の意思確認ができるようなあらゆる工夫を行い、本人が安心して自信を持ち自由に意思表示できるよう支援することが必要である。

(2) 職員等の価値観においては不合理と思われる決定でも、他者への権利を侵害しないのであれば、その選択を尊重するよう努める姿勢が求められる。

また、本人が意思決定した結果、本人に不利益が及ぶことが考えられる場合は、意思決定した結果については最大限尊重しつつも、それに対して生ずるリスクについて、どのようなことが予測できるか考え、対応について検討しておくことが必要である。例えば、疾病による食事制限があるのに制限されている物が食べたい、生活費がなくなるのも構わず大きな買い物がしたい、一人で外出することは困難と思われるが、一人で外出がしたい等の場合が考えられる。

それらに対しては、食事制限されている食べ物は、どれぐらいなら食べても疾病に影響がないか慎重に検討し、自由の制限を最小化する。

その場合、本人が理解できるように説明し、本人の納得と同意が得られるように、最大限の努力をすることが求められる。

5. 事業者以外の視点からの検討

意思決定支援を進める上で必要となる本人に関する多くの情報は、本人にサービス提供している事業者が蓄積している。しかし、事業者はサービスを提供する上で、制度や組織体制による制約もあるため、それらが意思決定支援に影響を与える場合も考えられることから、そのような制約を受けない事業者以外の関係者も交えて意思決定支援を進めることができが望ましい。本人の家族や知人、成年後見人等の他、ピアサポートや基幹相談支援センターの相談員等が、本人に直接サービスを提供する立場とは別の第三者として意見を述べることにより、様々な関係者が本人の立場に立ち、多様な視点から本人の意思決定支援を進めることができる。

6. 成年後見人の権限との関係

法的な権限を持つ成年後見人等には、法令により財産管理権とともに身上配慮義務が課されている。一方、事業者が行う意思決定支援においても、自宅からグループホームや入所施設等への住まいの場の選択や、入所施設からの地域移行等、成年後見人等が担う身上配慮義務と重複する場面が含まれている。意思決定支援の結果と成年後見人等の身上配慮義務に基づく方針が齟齬をきたさないよう、意思決定支援のプロセスに成年後見人等の参加を促し、検討を進めることができが望ましい。

なお、保佐人及び補助人並びに任意後見人についても、基本的な考え方としては、成年後見人についてと同様に考えることが望まれる。

響がないのか、あるいは疾病に影響がない同種の食べ物が用意できいか、お金を積み立ててから大きな買い物をすることができないか、外出の練習をしてから出かけ、さらには危険が予測される場合は後ろから離れて見守ることで対応することができないか等、様々な工夫が考えられる。

リスク管理のためには、事業所全体で取り組む体制を構築することが重要である。また、リスク管理を強調するあまり、本人の意思決定に対して制約的になり過ぎないよう注意することが必要である。

(3) 本人の自己決定や意思確認がどうしても困難な場合は、本人をよく知る関係者が集まって、本人の日常生活の場面や事業者のサービス提供場面における表情や感情、行動に関する記録などの情報を加え、これまでの生活史、人間関係等様々な情報を把握し、根拠を明確にしながら障害者の意思及び選好を推定する。

本人のこれまでの生活史を家族関係も含めて理解することは、職員が本人の意思を推定するための手がかりとなる。

4. 最善の利益の判断

本人の意思を推定することがどうしても困難な場合は、関係者が協議し、本人にとっての最善の利益を判断せざるを得ない場合がある。最善の利益の判断は最後の手段であり、次のような点に留意することが必要である。

(1) メリット・デメリットの検討

最善の利益は、複数の選択肢について、本人の立場に立って考えられるメリットとデメリットを可能な限り挙げた上で、比較検討することにより導く。

(2) 相反する選択肢の両立

二者択一の選択が求められる場合においても、一見相反する選択肢を両立させることができないかを考え、本人の最善の利益を追求する。

例えば、健康上の理由で食事制限が課せられている人も、運動や食材、調理方法、盛り付け等の工夫や見直しにより、可能な限り本人の好みの食事をすることができ、健康上リスクの少ない生活を送ることができないか考える場合などがある。

(3) 自由の制限の最小化

住まいの場を選択する場合、選択可能な中から、障害者にとって自由の制限がより少ない方を選択する。

例えば、健康上の理由で食事制限が課せられている人も、運動や食材、調理方法、盛り付け等の工夫や見直しにより、可能な限り本人の好みの食事をすることができ、健康上リスクの少ない生活を送ることができないか考える場合などがある。

5

III. 各論

1. 意思決定支援の枠組み

意思決定支援の枠組みは、意思決定支援責任者の配置、意思決定支援会議の開催、意思決定の結果を反映したサービス等利用計画・個別支援計画（意思決定支援計画）の作成とサービスの提供、モニタリングと評価・見直しの5つの要素から構成される。このようにして作成されたサービス等利用計画・個別支援計画（意思決定支援計画）に基づき、日頃から本人の生活に関わる事業者の職員が、全ての生活場面の中で意思決定に配慮しながらサービス提供を行うこととなる。

(1) 意思決定支援責任者の役割

意思決定支援を適切に進めるため、事業者は意思決定支援責任者を配置することが望ましい。意思決定支援責任者は、意思決定支援計画作成に中心的に関わり、意思決定支援会議を企画・運営するなど、意思決定支援の枠組みを作る役割を担う。

具体的には、意思決定支援責任者は、本人の希望するサービスを提供するためのサービス等利用計画や個別支援計画を作成する前提として、意思決定支援を適切に進めため、本人の意思の確認・推定や本人の最善の利益の検討の手順や方法について計画する。

また、本人の意思決定支援に参考となる情報や記録を誰から収集するか、意思決定支援会議の参加者の構成、意思を表しやすい日時や場所の設定、絵カードの活用等本人とのコミュニケーション手段の工夫等、意思決定支援を進める上で必要となる事項について検討する。

さらに、意思決定支援責任者は、意思決定を必要とする事項について本人から直接話を聞いたり、日常生活の様子を観察したり、体験の機会を通じて本人の意思を確認したり、関係者から情報を収集したりすることを通じて、本人の意思及び選好、判断能力、自己理解、心理的状況、これまでの生活史等本人の情報、人的・物理的環境等を適切にアセスメントする。

上記のような役割を担う意思決定支援責任者については、相談支援専門員又はサービス管理責任者との役割が重複するものであり、これらの者が兼務することが考えられる。

(2) 意思決定支援会議の開催

意思決定支援会議は、本人参加の下で、アセスメントで得られた意思決定が必要な事項に関する情報や意思決定支援会議の参加者が得ている情報を持ち寄り、本人の意思を確認したり、意思及び選好を推定したり、最善の利益を検討する仕組みである。意思決定支援会議は、本人の意思を事業者だけで検討するのではなく、家族や、成年後見人等の他、必要に応じて関係者等の参加を得ることが望ましい。

意思決定支援会議については、相談支援専門員が行う「サービス担当者会議」やサービス管理責任者が行う「個別支援会議」と一体的に実施することが考えられる。

また、障害者総合支援法第89条の3第1項に規定する協議会（以下「協議会」とい

6

7

う。）においては、地域の事業者における意思決定支援会議の開催状況等を把握し、取組を促進することが望まれる。

（3）意思決定が反映されたサービス等利用計画や個別支援計画（意思決定支援計画）の作成とサービスの提供

意思決定支援によって確認又は推定された本人の意思や、本人の最善の利益と判断された内容を反映したサービス等利用計画や個別支援計画（意思決定支援計画）を作成し、本人の意思決定に基づくサービスの提供を行うことが重要である。

体験を通じて本人が選択できたり、体験中の様子から本人の意思の推定が可能となったりするような場合は、そのようなアセスメント方法を意思決定支援計画の中に位置付けることも必要である。例えば、長期間、施設や病院に入所・入院しており、施設や病院以外で生活したいと思っていても、何らかの理由でそれをあきらめて選択に消極的になっているたり、施設や病院以外で生活する経験がなくて選びようがなかつたりしている障害者に対し、必要に応じて地域移行支援の利用やグループホーム等の体験利用を通じて、実際の経験等を通じた意思決定支援を行うような場合が考えられる。

（4）モニタリングと評価及び見直し

意思決定支援を反映したサービス提供の結果をモニタリングし、評価を適切に行い、次の支援でさらに意思決定が促進されるよう見直すことが重要である。モニタリングと評価及び見直しについては、意思決定の結果を反映したサービス等利用計画や個別支援計画に基づくサービス提供を開始した後の本人の様子や生活の変化について把握するとともに、その結果、本人の生活の満足度を高めたか等について評価を行うことが必要である。それらのモニタリング及び評価の情報を記録に残すことと、次に意思決定支援を行う際の有効な情報となり、見直しにつながる。

意思決定支援は、Plan（計画）、Do（実行）、Check（評価）、Act（改善）で構成され、あるいはP D C Aサイクルを繰り返すことによって、より丁寧に行うことができる。

2. 意思決定支援における意思疎通と合理的配慮

意思決定支援を行うにあたっては、意思決定に必要だと考えられる情報を本人が十分理解し、保持し、比較し、実際の決定に活用できるよう配慮をもつて説明し、決定したことの結果起り得ること等を含めた情報を可能な限り本人が理解できるよう、意思疎通における合理的配慮を行なうことが重要である。

本人との意思疎通を丁寧に行なうことによって、本人と支援者とのコミュニケーションが促進され、本人が意思を伝えようとする意欲が高まり、本人が意思決定を行いやすい状態をつくることができる。

3. 意思決定支援の根拠となる記録の作成

8

意思決定支援を進めためには、本人のこれまでの生活環境や生活史、家族関係、人間関係、嗜好等の情報を把握しておくことが必要である。家族も含めた本人のこれまでの生活の全体像を理解することは、本人の意思を推定するための手がかりとなる。

また、本人の日常生活における意思表示の方法や表情、感情、行動から読み取れる意思について記録・蓄積し、本人の意思を読み取ったり推定したりする際に根拠を持って行なうことが重要である。本人が意思決定することが難しい場合でも、「このときのエピソードには、障害者の意思を読み取る上で重要な『様子』が含まれている」という場合がある。そういうた、客観的に整理や説明ができないような「様子」を記録に残し、積み上げていくことは、障害者の意思決定を支援する上で重要な参考資料になる。

また、意思決定支援の内容と結果における判断の根拠やそれにに基づく支援を行った結果がどうだったかについて記録しておくことが、今後の意思決定支援に役立つため、記録の方法や内容について検討することが有用である。

4. 職員の知識・技術の向上

職員の知識・技術等の向上は、意思決定支援の質の向上に直結するものであるため、意思決定支援の意義や知識の理解及び技術等の向上への取組みを促進させることが重要である。

そのためには、ガイドラインを活用した研修を実施するとともに、意思決定支援に関する事例検討を積み重ねることが重要である。また、書籍による文献学習、内部の勉強会、実地研修（O J T）、外部研修の受講等、具体的な研修計画を立案し、進めることができるものである。

5. 関係者、関係機関との連携

意思決定支援責任者は、事業者、家族や成年後見人等の他、関係者等と連携して意思決定支援を進めることが重要である。

関係者等と連携した意思決定支援の枠組みの構築には、協議会を活用する等、地域における連携の仕組みづくりを行い、意思決定支援会議に関係者等が参加するための体制整備を進めることができるものである。

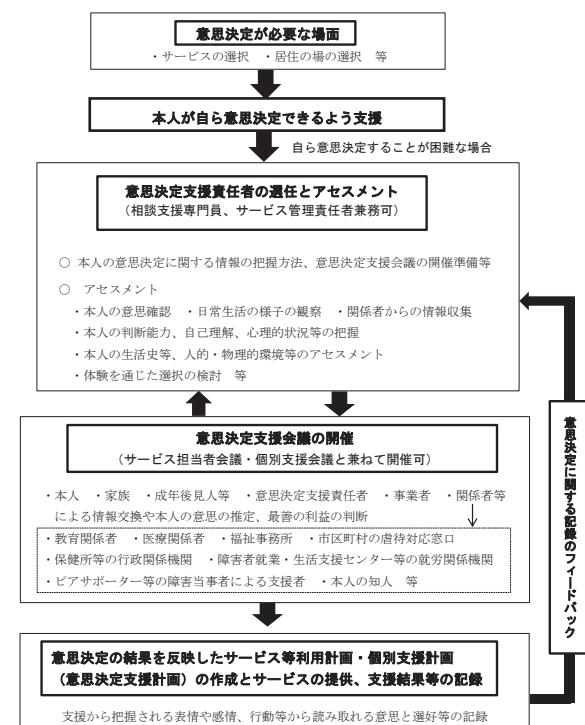
意思決定支援の結果、社会資源の不足が明らかとなつた場合等は、協議会で共有し、その後に開発に向けた検討を行なつたり、自治体の障害福祉計画に反映し、計画的な整備を進めたりするなど、本人が自らの意思を反映した生活を送ることができるよう取り組みを進めることができますと求められる。

6. 本人と家族等に対する説明責任等

本人と家族等に対して、意思決定支援計画、意思決定支援会議の内容についての丁寧な説明を行う。また、苦情解決の手順等の重要事項についても説明する。事業者においては、本人や家族等からの苦情について、迅速かつ適切に対応するために、苦情解決規程を定めた上で苦情を受け付けるための窓口の設置や第三者委員の配置等の必要な措置を講じて

9

（図1）意思決定支援の流れ



IV. 意思決定支援の具体例

1. 日中活動プログラムの選択に関する意思決定支援

重度の知的障害があり、言葉で意思を伝えることが難しい A さんが、生活介護事業所を利用することになった。生活介護事業所のサービス管理責任者は、A さんの日中活動プログラムをどのように考えたら良いか悩んでいた。そこで、A さんの日中活動を決めるために、意思決定支援会議を開くことにした。意思決定支援会議には、A さんと家族、A さんをよく知る学校の先生、移動支援事業所の支援員、生活介護事業所の担当職員、A さんを担当する相談支援専門員が参加し、サービス管理責任者が意思決定支援責任者となって会議を進めることになった。

意思決定支援責任者は、会議の参加者に A さんの日頃の様子から読み取ることができるものや好み、それらを判断するための手がかり等の情報を報告してもらった。A さんは、家族や顔見知りの人がいるため、安心しているように感じられた。家族からは、A さんが祖母にかわいがられて育ち、祖母が得意だった饅頭作りをうれしそうに一緒にしていたことや、沢山作った饅頭を近所に配ることにも付いていき、人から喜ばれるとうれしそうだったことを話された。学校の先生からは、A さんは友だちと関わることが好きだったことや、静かな音楽を好んで聴いていたこと、紙に絵の具で色を塗ることが好きで、机に向かって集中して取り組んでいたが、ベットボトルキャップの分類のような作業的なことはすぐに飽きてイスから立ち上がりてしまったことが話された。移動支援事業所の支援員からは、A さんは森の中を散歩して、鳥のさえずりを聞くと耳を澄ましてうれしそうにしているが、人混み等雑音が多い場所は苦手なようで表情が険しくなったり、イララした感じになたりしてしまったことが話された。

意思決定支援責任者は、これらの情報を探査し、日中活動のプログラムを検討した。その結果、まずは A さんにとって生活介護事業所が居心地の良い場所であることを知つてもうため、A さんの日中活動を、静かな音楽が流れる部屋でパンやクッキー、饅頭を作る活動や、紙と絵の具でペイントする活動、森の中の散歩道を鳥のさえずりを聞きながら数人で歩く活動等から始めるこことし、また、そうした日中活動の中での A さんの表情に注目し、A さんの意思表示の手がかりを記録に残し、今後の意思決定支援のための情報を蓄積することとなり、意思決定支援計画と個別支援計画を作成した。また、これらの取組を行ってから 3 ヶ月後に、見直しのための会議を開くこととした。

2. 施設での生活を継続するかどうかの意思決定支援

施設入所支援を利用して 15 年になる B さんは、知的障害と自閉症があり、言葉によるコミュニケーションが難しい状態であった。また、家族が亡くなり、成年後見人が選任されていた。担当の相談支援専門員は、継続サービス利用支援によるモニタリングで、今後も引き続き施設入所支援を利用するのか、グループホーム等に生活の場を移行するのか、B さんの意思決定支援が必要であると考えていた。

そこで、担当の相談支援専門員が意思決定支援責任者となり、B さんと成年後見人、施設入所支援のサービス管理責任者と B さんの担当職員、グループホームのサービス管理

責任者の参加により、B さんの意思決定支援会議を開くこととなった。B さんは、いつもスケジュールとは違う会議への参加となり、落ち着きがなく不安そうにしていた。その様子を見ていた成年後見人は、B さんが施設に慣れて落ち着いた生活を送っているのに、生活の場を変えることで B さんが不安定な状態にならないか不安であると話した。意思決定支援責任者が、自宅での B さんの様子について成年後見人に尋ねると、帰省した時は、自分でお湯を沸かしてカップラーメンを作って食べていること等が話された。施設入所支援のサービス管理責任者と担当職員はその話を聞いて、施設では自分でお湯を沸かしたり、カップラーメンを作って食べたりする場面がなかったため、施設の環境が B さんの本来できることを狹めてしまっているのではないか、B さんにとってよりよい生活の場について考えることが必要ではないかと思った、と話した。

B さんは、目の前にある洋服や食べ物の中から自分が気に入った物を選んだり、絵カードや写真カードを見て、その日に行う活動を選んだりはできるが、経験したことがないグループホームの生活との実感の生活を今との施設の生活を比べて選ぶことは難しかった。そこで、グループホームのサービス管理責任者は、空き部屋のあるグループホームがあるので、体験利用をしてみて、その様子から B さんの意思を確認してはどうかと提案した。成年後見人も、「体験してみた結果が B さんのためになるなら」という意見であった。

意思決定支援責任者である相談支援専門員は、意思決定支援会議の結果を踏まえてサービス等利用計画を変更し、地域移行支援に基づくグループホームの体験利用を行う内容に見直した。また、1 ヶ月後に再度意思決定支援会議を開き、B さんの体験利用の様子を共有し、B さんが今後の生活の場について施設の利用を継続したいのか、グループホームで生活したいのかについて確認することになった。B さんがグループホームで混乱しないように、施設で使っていた絵カードやスケジュールをグループホームでも使うことにした。人数の少ないグループホームの環境は、B さんにとって落ち着けるようだった。近くのコンビニエンス・ストアに買い物に行ったり、カップラーメンを作ったり、冷凍食品を電子レンジで温めて食べたりと、B さんは生活を主体的に広げていった。

1 ヶ月後に、意思決定支援会議が開かれ、グループホームでの体験利用の様子が報告された。その内容から、B さんの意思がどこにあるのか、成年後見人も含めた誰にとっても明らかであった。

3. 精神科病院からの退院に関する意思決定支援

65 才の女性 C さんは統合失調症で、引きこもりながら軽度の知的障害がある 32 才の息子 D さんと二人暮らしをしていた。自宅は持ち家で、C さんの老齢年金と遺族年金で生計を立てていたが、生活は苦しかった。C さんは、数年前に交通事故に遭つてから家事が難しくなり、D さんが買い物や掃除、洗濯、調理を行っていた。ところが、1 年前に D さんが家出をしてから不穏、近隣住民に上がり込む等の行為が度々起るようになり、医療保護入院となつた。家出していた D さんは、C さんが入院した後、自宅に戻ってきた。D さんの家出の原因は、病状が不安定な C さんの面倒をみると疲れてしまったためであったが、C さんが退院した後は、一緒に生活することを希望していた。

13

C さんは、入院して 3 か月で病状が安定した。しかし、自発的な意思の表明が乏しく、意欲の低下もあり「もう自宅へは帰れない」と退院をあきらめてしまっているようだった。

病院のソーシャルワーカーが「退院後生活環境相談員」となり、熱心に退院に向けた働きかけを行つたが、C さんは黙り込んでしまうだけだった。退院支援委員会は、入院中の障害者や家族からの相談に応じ、必要な情報提供等を行う地域援助事業者として、委託相談支援事業所に参加してもらうことにした。

委託相談支援事業所の相談員は、地域移行支援の利用を念頭に、意思決定支援責任者として意思決定支援会議を開いた。参加者は、病院の主治医と退院後生活環境相談員、病棟受け持ち看護師、役所の障害福祉担当職員、保健所の保健師、息子の D さんであった。C さんは、参加したくないとのことだった。

役所の障害福祉担当職員と D さんによれば、C さんは、一家を支えるしっかり者だったが、発病後、金銭をだまし取られる等の苦労をしてから不安が強くなり、同じことの確認を何回もすることもあったが、丁寧な説明があれば理解できる力ももっていること、入院前には、服薬の中断や減薬により怒りやすく命令口調となり、近隣住民への被害妄想もあったことが話された。病院の主治医と退院後生活環境相談員からは、入院中の C さんは、陰性症状のため自発的な意思の表明が乏しく、人に対する警戒心もあってほとんど話しをすることがないという状況が報告された。意思決定支援会議では、C さんが「もう自宅へは帰れない」と言った背景を理解し、C さんの意思を確認する手がかりを得るために、意思決定支援責任者である相談員が C さんを伴つて自宅に行ってみることになった。

自宅は老朽化が進んでおり、D さんが家出をしていた 1 年間でゴミ屋敷のような状態になっていた。自宅に戻つた D さんも交えて、C さんの話を聴いた。C さんは、家事全般をしてくれていた D さんが家出をしたことはショックだったこと等を話し始めた。C さんは、趣味だった手芸品や書道作品、賞状等を見せてくれた。昔の写真には、流行の服を着て笑顔でポーズをとる姿が写っていた。実家は立派な透かし彫りの小壁がある自慢の家だったという。C さんは、自宅に帰りたい気持ちはあるが建物が老朽化してゴミ屋敷の状態であり、入院生活での足腰の筋力の低下により自宅の和式トイレを使うことができないため生活できないと考えていたこと、引っ越しすれども、お金をだまし取られたため資金がないこと、生活費が苦しいこと等問題が山積みで、「もう自宅へは帰れない」とあきらめていると話した。

相談員は、C さんの所得状況だと生活保護の申請ができるること、そのための手続やアパート探しの仕方等をわかりやすく説明し、自宅以外の暮らしもできることを丁寧に伝えた。息子の D さんは、それにできる限り協力することを C さんに伝えた。

相談員は、再度意思決定支援会議を開いた。今回は C さんも参加し、生活保護を受けアパートを借り、息子と生活したいという意思を伝えることができた。C さんは、退院後も、日常生活の様々な場面で意思決定支援を受けながら、本人らしい生活を送っている。

1 精神保健福祉法では、病院は個々の医療機関が早期に退院できるよう支援するための取組において中心的役割を果たす退院後生活環境相談員が選任することの義務づけられています。退院後生活環境相談員になれるのは、精神保健福祉士、保健師等であつて、精神障害者に関する業務の経験がある方、もしくは上記職種以外であつて厚生労働大臣が定める研修を修了した方です。

意思決定支援のためのアセスメント表

(参考) A さんの意思決定支援のためのアセスメント表	
<p>意思決定支援会議のまとめ</p> <p>（参考）</p> <p>＜問題から離れてからも意思を判断するための手がかりとなる情報＞</p> <p>（参考）</p> <p>＜手がかりとなる情報から推定される本人の意思＞</p>	
<p>（参考）</p> <p>＜問題から離れてからも意思を判断するための手がかりとなる情報＞</p> <p>（参考）</p> <p>＜手がかりとなる情報から推定される本人の意思＞</p>	
<p>（参考）</p> <p>（参考）</p> <p>（参考）</p> <p>（参考）</p> <p>（参考）</p> <p>（参考）</p>	

(参考) Aさんの意思決定支援を反映した個別支援計画(意思決定支援計画)の作成例

利用者名		作成年月日 年 月						
A		令和3年6月						
利用者登録番号		0000000000						
出所登録番号		0000000000						
利用者登録番号	登録区分	利用者登録上級機関	4	申請者登録番号	0	申請者登録上級機関	C	D
利用者登録用紙番号	登録区分	登録区分登録番号	1ヶ月	登録区分	0	登録区分登録番号	本人(家族)の希望	お預けなどを作つたりそれをあがひだりすることをしていふかん人に届くてもらううれしい、お預けなどを作つたり静かな音を聽いたり、静かな場所で過ごすことが好き、静かしい場所はいい
利用者登録用紙番号	登録区分	登録区分登録番号	1ヶ月	登録区分	0	登録区分登録番号	長期間(内容・期間等)	△さん(6月)中活動もどと来ひだり、断つな楽みを思つてかかる。(6ヶ月)
利用者登録用紙番号	登録区分	登録区分登録番号	1ヶ月	登録区分	0	登録区分登録番号	短期目標(内容・期間等)	△さん(6月)が生活から食事所が便り地の良い場所になる(3ヶ月)
□支援目標及び支援計画等								
支援目標	具体的な目標	具体的な目標	具体的な目標	支授内容	支授内容	支授内容	サビース提供機関	提供者・担当者等
口頭出力の実現	△さんが心地よい環境での活動ができるよう支援する。	△さんが心地よい環境での活動ができるよう支援する。	△さんが心地よい環境での活動ができるよう支援する。	△さんが心地よい環境での活動ができるよう支援する。	△さんが心地よい環境での活動ができるよう支援する。	△さんが心地よい環境での活動ができるよう支援する。	△グループ 施設活動担当 E	伊藤 俊輔
口頭出力の実現	△さんが心地よい環境での活動ができるよう支援する。	△さんが心地よい環境での活動ができるよう支援する。	△さんが心地よい環境での活動ができるよう支援する。	△さんが心地よい環境での活動ができるよう支援する。	△さんが心地よい環境での活動ができるよう支援する。	△さんが心地よい環境での活動ができるよう支援する。	△グループ 施設活動担当 D	田中 智也
口頭出力の実現	△さんが心地よい環境での活動ができるよう支援する。	△さんが心地よい環境での活動ができるよう支援する。	△さんが心地よい環境での活動ができるよう支援する。	△さんが心地よい環境での活動ができるよう支援する。	△さんが心地よい環境での活動ができるよう支援する。	△さんが心地よい環境での活動ができるよう支援する。	△グループ 施設活動担当 C	山田 宏樹
口頭出力の実現	△さんが心地よい環境での活動ができるよう支援する。	△さんが心地よい環境での活動ができるよう支援する。	△さんが心地よい環境での活動ができるよう支援する。	△さんが心地よい環境での活動ができるよう支援する。	△さんが心地よい環境での活動ができるよう支援する。	△さんが心地よい環境での活動ができるよう支援する。	△グループ 施設活動担当 B	田中 達也
口頭出力の実現	△さんが心地よい環境での活動ができるよう支援する。	△さんが心地よい環境での活動ができるよう支援する。	△さんが心地よい環境での活動ができるよう支援する。	△さんが心地よい環境での活動ができるよう支援する。	△さんが心地よい環境での活動ができるよう支援する。	△さんが心地よい環境での活動ができるよう支援する。	△グループ 施設活動担当 A	山田 勝也

(参考) Bさんの意思決定支援を反映したサービス等利用計画(意思決定支援計画)の作成例

利用者登録番号		作成年月日 年 月						
B		令和3年6月						
出所登録番号		0000000000						
出所登録用紙番号		0000000000						
利用者登録用紙番号	登録区分	登録区分登録番号	1ヶ月	登録区分	0	登録区分登録番号	本人の意向	支授内容
利用者登録用紙番号	登録区分	登録区分登録番号	1ヶ月	登録区分	0	登録区分登録番号	支授内容	支授内容
利用者登録用紙番号	登録区分	登録区分登録番号	1ヶ月	登録区分	0	登録区分登録番号	支授内容	支授内容
利用者登録用紙番号	登録区分	登録区分登録番号	1ヶ月	登録区分	0	登録区分登録番号	支授内容	支授内容
利用者登録用紙番号	登録区分	登録区分登録番号	1ヶ月	登録区分	0	登録区分登録番号	支授内容	支授内容
利用者登録用紙番号	登録区分	登録区分登録番号	1ヶ月	登録区分	0	登録区分登録番号	支授内容	支授内容
利用者登録用紙番号	登録区分	登録区分登録番号	1ヶ月	登録区分	0	登録区分登録番号	支授内容	支授内容
利用者登録用紙番号	登録区分	登録区分登録番号	1ヶ月	登録区分	0	登録区分登録番号	支授内容	支授内容
利用者登録用紙番号	登録区分	登録区分登録番号	1ヶ月	登録区分	0	登録区分登録番号	支授内容	支授内容
利用者登録用紙番号	登録区分	登録区分登録番号	1ヶ月	登録区分	0	登録区分登録番号	支授内容	支授内容
利用者登録用紙番号	登録区分	登録区分登録番号	1ヶ月	登録区分	0	登録区分登録番号	支授内容	支授内容
利用者登録用紙番号	登録区分	登録区分登録番号	1ヶ月	登録区分	0	登録区分登録番号	支授内容	支授内容
利用者登録用紙番号	登録区分	登録区分登録番号	1ヶ月	登録区分	0	登録区分登録番号	支授内容	支授内容

- ◎ 27 年の倫理のまとめ方は、本人の意思を推測し、その上で最善の利益を考える。最善の利益というものは客観的な利益ではなく、主觀的な最善の利益だというまとめ方にならざるを得ないと思う。その議論は27年度も出たので、ここでも、それを現場の人かわかるような形でやらないと現場は大変である。したがって、がイドラインにはそここのプロセスを明確にしないといふ配慮があつたのだと思う。
- ◎ 意思決定支援ができるだけ広めていくという段階なので、最善の利益は考えなければならないといふことを支援の段階から言つてしまつて、全部そちらに流れてしまおうがわかる。本人が意思表明したもの全てに貢献する必要はないのであって、支援者もそれなりに最善の利益的観点を持って支援していくのではないかといふ議論もある。そのあたりをどう見ていかといふのは、そこまで議論するのはここでは難しいのではないかと思っている。
- ◎ 医療の選択の場面であれば、その選択肢の範囲は合理的に想定されるものがある。単純な例で言うと、手術を受けるか受けないかということがある。ただ、今回は日常生活や社会生活になるので、その選択肢は、グラデーションもそつだが、かなり違うかもしない。そもそも客観的な最善の利益は何なのかといふのがわからぬといふことで選択肢を出していいことになるので、そこも、今までの考え方では手をつけられないところに手をつけざるを得ないのでないかと思う。
- ◎ 広く日常生活という、海外ではファインシャル・キャパシティと言うが、お金の処分といふ話が中心に組まれていくことが多い。お金の本人の判断能力というときに、重要な財産の話と、普段の日用品を買う話と、そこをどう色分けするのか、つなげるのかというのを考えなければならない。そのときの考え方をどう整理していくかというのが重要なところではないか。
- ◎ 認知症になった、あるいは、意思を表すことができなくなつたからといって従来の生活パターンを変えてはいけない。これが基本で、従来やつていたようにやつてもらう。本人の財産、あるいは本人の将来の生活に支障がないことが保証される限りは、従来と同じように生活してもらうのが基本である。それが主観的な最善の利益の観点でもあるし、意思決定支援の基本だと思う。
- ◎ 意思決定支援が必要な場面として、日常生活における場面と社会生活における場面と大きく2つに分けている。日常生活における場面は、食事、入浴、服を選ぶ、そういう場面を想定している。社会生活における場面は、主に住まいの場の選択。自宅から入所施設に移る、グループホームに住む、入所施設を出でる等がイメージである。
- ◎ 施設で施設担当者がサービス提供をするときに、本人の自己決定をどこまで重視していくか、支援するという意味で非常によくできていると思うたが、従来の意思決定支援という概念と、最善の利益による決定の整理が、厳密に言つと、違つではないかという印象を持つた。
- ◎ 意思決定支援は、支援する際に最善の利益的な観点から支援してはいけないのか。純粹に本人の意思を無色で支援して、決定されたそのまま表明支援していいのか。どう見ても客観的に不合理な決定をしている場合でも、本人にそれなりの意向を表明する能力があつた場合には、それを表明し、場合によつては実現も支援していくか。このあたりの議論があると思う。
- ◎ 国が示すガイドラインの部分での制約がどうしてもある。細かいところまで分け入つてしまつて、「それをやらないといだめのか」という話が必ず出てくる。そうなると、実態で起こっている現場の話を丸子定規にガイドラインに当てはめて考えると、それもなかなかうまくいかないことが出てくるので、実はそこは詰めてきちんと考えてつくったわけではない。そこは現場の判断に委ねるという立場でつられてゐる。
- ◎ 認知症の方々は日常生活が非常に広い状況なので、本人像を理解するために、どう情報を集めてもどう使い方をしていいのか。その場の形成の仕方みたいなものがないと、どうしても最善の利益のほうにすぐ行ってしまう。その形づくりはやってみたいといふ気がしている。

- ◎ 家族を介護しているとき、家族と本人と一緒に生活をしていた、その中で本人の意思を尊重されたときは、家族への不都合が出てくることになる。したがって、家族の生活も守らないといけないとなったときに、その辺を本人の意思の決定というところでどのように皆さんは考えておられるのか。それも若干は入れてほしい。
- ◎ 家族の利益と本人の利益が相反している場合になるとと思うが、本人だけ尊重すればいいというのではなく、一方の登場人物がいるわけだから、それはできない。では、どうしたらお互いに我慢しないで利害が一致する生活ができるのか、ということを考えていく以外にないのではないか。
- ◎ 家族の意見が違うときは出てくる。そのときにどんなルールづくりをするのかという規範的なレベルと、それから、どのように対処するのかという会議の持ちようみたいなものと、2種類があると思う。できればルール的なものを示すが、「ルールを示せ」、本人の意思をできるだけ尊重しよう」ということになると、反発も出てくるだろうし、現場で使えないなくなることがある。
- ◎ ルールで示しにくい部分については、望ましい事例のようなものを入れてニユアンスを伝えることもできるのではないか。障害の場合は、そこは少し事例を入れてニユアンスを伝えようとするが、イギリスの MCA も行動プロトコルでは、最後、事例が出来ている。そういうものがあると現場もイメージしやすいと思うので、それも一つの工夫かと思う。
- ◎ 認知症の方々が暮らすところというのはいろいろなところがあるので、できれば通知文できちんと事業所の手に渡るようにしてもらいたい。
- ◎ 意思決定をする場合は全部会議をやれといつたが、回るわけがない。どんな場面において、意思決定支援会議を招集する必要があるのか、そういうことでも出してもらえるとやりやすいと思う。
日常生活というのは、支援者がその都度その都度、判断しながらやっている指標・指針を示さなければいけない。重要な場面、まさにやり直しがきかない場面の場合は意思決定支援会議をする、そのあたりの方向性も示されるべきかと思う。
- ◎ 認知症の地域連携という話にもかかわってくると思うが、各チーム、問題点によってメンバーは変わってくると思う。招集するメンバーにキーパーソンになる人がいて、この問題については例えばケアマネの方が招集すると。別にそれに一々主治医が出る必要はない。いわゆるケア会議というと必ず主治医が出なければならないイメージなので、それは違うのではないかと思う。
- ◎ 介護もそうだと思いますが、現場は今いっぱいまで、「これ以上何をやれというのか」という感じが一方ではある。したがって、今ある仕組みの上に意思決定支援をのせて、新しいものをつくるないというのが一つの方針としてはあった。今あるものに対して要素を入れていく。

- ◎ 社会生活に広くおぎてると、今までは、どちらかというと標準的な判断というか、一律に見る流れが中心だったかと思うが、障害者支援法を見てもかなり個別性を重視していくので、その流れに目線をそろえてやつしていくのではないか。

(日常生活・社会生活の範囲)

- ◎ 状態像や、生活場面もそろだが、かなり多様なので、一人一人の認識が全部、見えている部分が違うのではないかという気がする。限られた期間の中でやるのになると、どこかで一回フレームを示さないと厳しいのではないか。軽度の方と、ある程度進行している方とではプロセスも違つくるかと思う。
- ◎ 病態というのか、状態というのか、いかゆる認知症を持つ人自身の問題と、環境の問題と、要素はいろいろあるかと思う。(ワーポイント(13p)のように、規範の視点と日常生活の視点、このあたりは幾つかの段階で書き分けいかないか、一つの流れだけで全てをカバーしようのはきついのではないか。
- ◎ ガイドラインの案を仮に示したとして、臨床的に、あるいは地域で介護サービスに当たっている方や、地域包括支援センターの職員が一番にそれを見るにになると思う。いろいろな方がそれを見たときに、どう段階で、どうアプローチをしてもらえるのかということの基本的な指針になると思うので、ステージの考え方、段階や場面の考え方を、一回フレームで枠づけをしたほうが検討しやすいだろう。
- ◎ 社会生活に広くおぎてると、今までは、どちらかというと標準的な判断というか、一律に見る流れが中心だったかと思うが、障害者支援法を見てもかなり個別性を重視していくので、目線をそろえてやつていくのではないか。
- ◎ 日常生活や社会生活とかなりざつくりしているが、どういうレベルの話に焦点を当てていけばいいのか、そのあたりも現場での使い勝手の問題とも絡む。日本の日常生活になじみやすい目線でどう整理していくのか、、いうことが今回の課題なのかななど感じている。
- ◎ (生活の中における本人の能力判断)
- ◎ 認知症の方の財産管理まで含めてのところになれば、地域ケア会議で主治医も集まり、地域の民生委員の意見もながらスタートしていく。そこまで大きな問題でなければ、担当者会議の中で、「今はあるだこの能力はある」と主治医から言われたら、こういうところは本人の意思の確認をしながら進めていくのではないか、という流れになつくると思う。分歧点は、最初に会議の中で認定していくのだと思う。
- ◎ 意思決定というときに、その人ご自身がどれくらい決めることができるか、それを踏まえた上の判断になるとと思う。できる、できないで一律に切るのでなく、その人の能力なり特性なりを評価した上で、その場面ごとに考えていく、かなり個別性を重視した話が出ていたかと思う。
- ◎ 求められている意思決定の内容や背景を本人がちゃんと理解できているのか、本人の持つている能力がその問題にうまく応用できるのか、問題のリスク等を踏まえて本人は判断が適切にできるのか、その3つを見て意思決定の能力を判断し、サポートするということが一律に書かれる。
- ◎ 調整がうまくできていると、手続き記憶だけで生活をできてしまうので、本人の能力ばかり落ちいても生活は破綻しないといふことが、地域には結構たくさんある。それを見ているケアの提供者たちは、「暮らしてゐるではないか」となつてしまふ。ただ、イレギュラーが起きたときには恐らく対応でできないので、いろいろな指標で能力評価をしようと思うと、意外に能力が低く出てくるといふことがある。
- ◎ このあたりの判断はすごく大事である。医師のほうは、認知能力だけを見て一律に切りがちなどころはおこしやるところで、そこをどう盛り込んでいいか。ここは判断のスキルなりツールと関係するところだと思う。認知能力は一律にそろいものではないということは、示すことには必要になってくるかもしない。
- ◎ (家族の意向や最善の利益との関係)
- ◎ 本来は本人が決めるものだという原則が明確に共有されているのかどうか。その上で、まずは、合理的な判断に近い形で本人が決定できる支援をきちんととしているのかというところが、支援者に問われることが多い。
- ◎ どこのラインで本人の意思を尊重しない中の保護・介入的な支援をしていいのかは、実際にはガイドラインで決めていただけるのではないかと思う。
- ◎ 意思決定支援の一言で言っても、理解できない不安があるとか、決定ができないだけではなく、今までらせない、伝えられないことがある。だから面倒くさい、「本人のためだから」と言って割りで決めてしまっているのは、福祉や自治体行政でも、決して悪気はないが、これまでしてしまったところで、この問題は、ガイドラインや指針をつくるときに前提としてしっかり意識する必要がある。
- ◎ 単に利害だけではなく、家族の考える最善の選択で動いた結果、本人の利益を奪つていることも地域では結構起こっている。家族も、ケアガードだけではなく、支援対象者だと思つてかわらなければダメはないか。

- ⑥ 医療の場面になると、例えは不可逆な問題になつたときには、本人の合理的でないと思われる意思よりも、最善の利益が少し優位に立つ場面はあるだろう。ただ、どこで生活するか、日常生活をどう送るのかというのではなく、まさにその人の生きざまそのものなので、医療のルールと全く同じなのか。日常生活や社会生活のところでは、考えなければならないプロセスがあるのではないか。最終的には最善の利益になるとしても、もつと慎重に考えていくこともあり得るのではないかという気はする。
 - ⑦ 日常生活のところは、本人の意向という意味では、家族がよく知っているのであれば家族に確認しながらやつていく方が、実際的に私たちもケアの提供に関しては非常にやりやすいし、混乱も起きていない。ただ、大事な決定は、利益がぶつかり合う場面が非常に多く、ご家族の意向だけでは進められないでの、全体で集まってという形でどちらを得出ないと思う。
 - ⑧ 認知症の人自身の能力とか、ステージの問題といふような分かれ方の部分と、環境要因の部分。人間関係性が入ってくるような環境要因を、ある程度ちゃんと出して分けていくことも必要ではないかと思う。
- (所属等にかかる支援プロセスの課題)
- ⑨ リロケーションは社会生活における場面の典型的な場面だと思う。そのときにどのようにかかわっていくかといいのは、かなり大きな論点である。日常生活は、食事とかそういうこともあるかもしれないが、社会生活のリロケーションのところは、障害者総合支援法との関係もあるので、しっかり書き込んでほしいのがいいのではないか。これはとても難しい作業で、個別性に配慮しながら標準的プロセスを示すという難しさなので、個別にいかなければならぬポイントみたいなところは出てくるのか。そういうヒントが必要かもしれない。
 - ⑩ (認知症の人は) 障害の方とは違う意味でのリロケーションの問題が大変大きい。在宅生活が困難になつたとき、介護保険では施設入所という一つの後方支援を待ついるわけだから、そのときに、困難になつているかどうかという判断は、家族だけの意見だと、家族の損得の部分で決められてしまいリスクがある。
 - ⑪ 障害者も認知症の方も、結局、判断力が十分でないということだと、お金も決定権も家族に握られる、もしくは施設に握られてしまうのであれば、そのあたりはなかなか解決できないところである。本人に対する意思決定支援を、地域包括ケアというところで、倫理的にも、全て後見人を使いなさいということではないが、そのところの整理をしないと、結局、誰が決めるのか、意思決定支援といつても、「みんなで決めたよね」ということになる。
 - ⑫ 在宅だと 1 対 1 だが、施設では、不特定多数というのと、ある程度人数が固まっているわけである。意思決定支援が困難となるというのと、個別性をしつかり担保するというところで、声かけそのものが意思決定支援であり、わかるような言葉で説明することも、全体ではなく、一人一人に、それこそ受け取る側の状況も違うので、そこを個別にきちんとできるかというところが、在宅における場面とは違うところである。

今後の方針性について（論点整理の提案）

I 本ガイドラインの内容について

これまでの研究（平成 27 年度・28 年度）、開運するガイドライン（医療・障害者等）、第 1 回委員会・第 1 回 WG を踏まえて、以下の点を確認したい。

- 1 意思決定支援の定義について
 - ▷ 本ガイドラインの構成（障害者はサービス提供にあたってのサービス提供者への GLJ）
- 2 日常生活・社会生活の範囲・具体例について
 - ▷ 本ガイドラインの構成（障害者 GLJ は、本人意思→最後の手段としての最善の利益）
- 3 基本的な考え方（障害者 GLJ は、本人意思→最後の手段としての最善の利益）
- 4 本人の意思を尊重するにあたっての問題
 - ▷ 本人の意思決定能力の判定基準
 - ▷ 判定手順
- 5 本人の意思が合理的でない場合の問題
 - ▷ 可逆的な選択、重要な選択、やの直しがきかない選択かどうか
 - ▷ これまで、現在の生活の尊重
- 6 意思を支援する場所（在宅、施設、地域等）的な特性の配慮
- 7 意思決定支援と環境整備との関係
- 8 意思決定と意思決定会議との関係
- 9 具体的なプロセスの提示と具体的な事例の提示

II 本ガイドラインの作成の手順について

- 1 項目
- 2 執筆者
- 3 他のヒアリング
- 4 他の資料等
- 5 日程

意思決定能力(capacity, competence)の評価

- **歴史**
 - ①個別の事象、個別の取引ごとに状況得意的に認識・評価
遺言や結婚、契約、投票、自動車運転、刑事訴追
 - ②後見人の選定では、近年まで管理能力や私事に関して、かなり規定通りに、全般的に決定されてきた。そのため、個人の尊厳をやら押しつけがましく感じられるように判定され、市民権を事實上ほとんど失うことが生じていた。(Frolik 1981, Hoerstman 1975)
- **近年の方向性**
 - この数十年で、後見人制度が「全く無か」のアプローチを止め、意思決定能力が誠じた領域を指定した限られた後見人制度へ移行してきた。あわせて、意思決定能力のアセスメントも、それぞの領域に焦点を合わせる形で検討されてきている。
- **アセスメントの対象**
 - 「意思決定能力の低下」も個別の領域に限った形で評価をされるようになってきている。その分、より実態に即した評価が求められている
- **主要な領域**
 - 医療における意思決定能力
財産の処分に関する意思決定能力
遺言作成に関する意思決定能力
独立して生活することに関する意思決定能力
他、不当な干渉に関する領域、自動車運転、等
- **意思決定能力評価のフレーム**
 - (Legal Standard)
(必要な)機能要素
診断
認知的な基本能力
精神症状の影響
価値観
リスク評価
能力のエンドスコープ
意思決定能力の臨床判断

一般的な意思決定能力を評価する要素

1. Understanding (理解)
①何が求められているかを理解できている
2. Application
①患者が持っている知識や技術を、その意思決定にあてはめ、活用することができる
3. Judgement

1

Financial capacity

- 個人のニーズに沿い、価値観・自己の利益に一致した方法で、金銭や財産を運用する能力
(Marson D, 2007)

3

生活における能力 (Civil Capacities/Competencies)

- Financial capacity
manage financial affairs
- Treatment consent capacity
make medical decisions
- Research consent capacity
research participation
- Testamentary capacity
make a will
- Driving capacity
operate a motor vehicle
- Voting capacity
capacity to cast a ballot in election
- Capacity to live independently
global

Financial capacity: 2つの目線

- Performance
 - 財産や金銭の処分に関する活動ができる
 - お金を扱う、概念の理解、おつりの計算
 - 運用面での能力
- Best Interest
 - 個人の意向を同定し守る
 - 判断面での能力

- 50 -

2

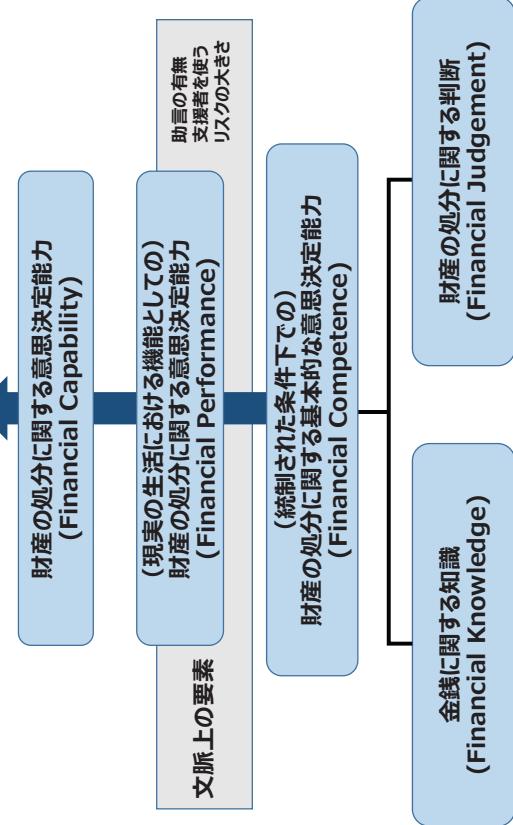
- 3 -

4

Financial capacity のモデル

- ・課題
 - ・構成要素：
独りで社会生活を送ることに関係した金銭に
関する活動（口座の運用）
 - ・全般
 - 意向を表明できるかどうかとあわせて、実際の
運用に関する能力評価が必要

財産の処分に関する能力評価 (IOM report)



5

7

タスク

- ・貨幣
- ・小切手の理解
- ・貨幣の関係性
- ・小切手の使用
- ・お金の勘定
- ・銀行口座の使用
- ・概念の理解
- ・郵便による詐欺に気づく
- ・概念の応用
- ・電話による詐欺に気づく
- ・おつりの計算
- ・支払いの優先順位をつける
- ・両替
- ・チップをおく
- ・支払いを決める
- ・代金を支払う

① 対象者の定義（誰を支援するか）

- 施設に行けるぐらいの要介護度であればよいのだが、歩き回れてお家に逃げ出せてしまふらしいの方はどうにもならないので、本人は家にいたいとやっているけど、だまされ続けているところが困難事例としてある。そういう人は認知症と診断されているわけではないので、この枠組みからは外れるのか。
- 障害福祉サービス提供のためのガイドラインという位置づけなので、障害福祉サービスの提供を受けている人がガイドラインの対象になるという構成になっている。そこは、障害の定義というよりも、サービスを使っている実態という形になっている。
- ベースは認知症だけではなく、恐らく、知的障害か未治療の統合失調症か、発達障害もあるかもしないという方のときにものすごく苦労している。

- 意思能力としては厳しいと考えなければならない部分もあるのだが、診断がついていないので、医学的な根拠がないままに勝手に周りが決めるのはどうかという状態で、みんな悩むのである。ご本人はこんなに家にいたいと言つてるので、今まで生活は破綻しているし、お金を取り続いているし、家賃を滞納して強制執行で外に出されてしまふ人たちも出てきている。そのときに、「このガイドラインで決めていたら大丈夫だよね」と使いたがるだろう。

- 意思決定能力はどうかといふ話に落ちつくのだろう。例えば、記憶障害だけが進行するが、ほかの能力はいつばいある。そうすると、良い悪いは別にして、意思決定能力は十分あるわけである。その支援のあり方は、認知症になって、初期から中度の意思決定の方法とは全く違った方法をとらなければいけないのだろ。

- ガイドラインをつくって、認知症の中で日常生活を支援するという動きが出てきているところを見るに、基本は意思決定能力を個別に判断して、その人の持っている能力を可能な限り生かしていくという目線になると思う。決して医療が前面にいるものではなくて、診断がなくとも、そういう中で広く使われる、そういう考え方には提示していく必要が出てくるのではないか、今回の事業の範囲でいくと日常生活というところなので、医療が前提というよりは、ぶだんの生活の中でご本人の能力をどう生かしていくかと思っている。

- 障害者のガイドラインは、障害福祉サービスを提供する場面におけるという枠が最初に決まっているので、結局、「支援の定義」として、ご本人の意思を尊重するために行うプロセスという定義になっている。

② 支援の定義（何を(=どのような意思決定)を支援するか）

- 意思決定(支援)は、「基本的には本人の意思を尊重しよう。でも、どうしてもわからないときには、仕方がないから、障害のガイドラインでは最善の利益を」と。本人からの意思の表明では読み取れないでの、やむを得ず、最善の利益としようについている。本人の意思能力の判定ということは一切書いていない、そんな構成になっている。
- 合理的というのは手続が合理的に進められたかであって、出てきた結論が合理的かどうかということではないというモデルである。必要性のほうから見ていってしまうのが、ご本人からのベクトルで見ていくのが。ガイドラインを支援の側から見るのは、支援される側から見のかといふところに行き着くと思う。
- 合理的に形成されている意思なのかをまず見ていくところからやろう、というのがすごく使いやすいというか、「これだけに使う」というものをつくるよりもわかりやすいと思う。
- 意思が正しく形成されているかが大事であって、そこを甘くして必要性の話に行くと全くそれと思う。ご本人の意思が正しく反映できているか、誰から圧力を受けていないか、環境によってゆがめられていないか、ねじ曲げられてないか、そこをまずは見て、そこがねじ曲げられていたら、そのねじ曲げている障害を排除すればご本人らしい判断ができるわけである。そこがねじれたままおかしな結論が出ているから入ってまうというのは、結局、意思決定支援をしていないと思う。
- 意思決定能力の判定等もあるが、全体の流れとしては、前年度、前々年度を踏まえると、基本は、本人の意思をいかに反映させていくかという流れで今までずっとこの事業を組んできている。恐らく、その流れでいけば、今回のガイドラインも、基本は、まずは本人の意向をいかに反映させるかがメインの軸になるのだろうと思う。
- 情報の収集というレベルと情報の共有というレベルがあつて、共有された情報から解釈していかなければならぬ。アセスメントというが、それを本人の真意と見るかどうかということをみんなで考えていくという幾つかのレベルがあつて、それについて何かヒントはあるはずだと思う。
- 本人の意思の形成の合理性と本人の意思の内容の合理性は分けて考えなければならない。ぶだんは意思の内容の合理性ばかり見ているが、そつではないで、その前に1つステップがあるということを言ってあげることによって、そこに視点を持ったかわり方があり得るのでではないかという気がする。
- 障害者のガイドラインは、障害福祉サービスを提供する場面におけるという枠が最初に決まっているので、結局、「支援の定義」として、ご本人の意思を尊重するために行うプロセスという定義になっている。

- ③ GLの対象（誰が使うものか）
- 障害者支援のところは、かなり限定された領域で組まれている。今回は、も少し範囲を広がなければいけないので、そのあたりの工夫が必要になる。日常生活や社会生活、現実に即した話から、即時の判断が求められるような場面までいろいろ出てきて、その中で、どういところにフォーカスを当てていくのか、その整理が大事になつてると思う。
 - 判断能力が不十分で、もしかしたら決定能力がないのではないかと思われる人にかかわる人は全員である。だから、たまたまお店の前で倒れていて、救急車を呼ぶのにどうしたらいいかというときには、そのコード・オブ・プラクティスを思い出して使うということになる。ご家族も使うし、後見人がまたまた選任されれば、当然、その方も使う法的義務がある。それ以外に、後見人になつていなくても、判断能力が不十分な方がかかる方はみんなということであるから、私も、イギリスで、そういう方がまたまいらしてサポートしようと思ったら、当然、私も従う義務がある。なので、誰もがということになる。
- ④ GLの作りこみ方（事例の取り扱い）
- イギリスのコード・オブ・プラクティスは、事例中心で、「こういう場面で、ご本人の意向を何とかこういうふうに引き出した」というふうなものを出そうという意図でつくられている。もちろん改善の余地はたくさんあるが、使えるものをといったときに、理念をきちんと言った上で、適用例とセットになつていると、現場としては非常に使いやすいし、併ねないし、困ったときにどちらに行くのかといった二者択一ではない何かが軸としてできるので、ガイドラインのイメージは、單に理念を言うだけではなく、いろんな場面でよく出てくる具体的な典型的な事例をたくさん出して、その中にさりげなく大事な理念を織り込みながら、社会啓発にもなる、いいのにというのがある。
 - 法律というところがガイドラインといふところで組み分けばいいと思う。事例を、実践する中で理念も一緒に実践していくというふうな組み込みの仕方である。
- ただ、実は去年、一昨年、現場で意思決定支援をしている事例の調査を全ての委員の方々でやつたが、なかなか出てこない。つまり、まだ実臨床では実際そこまで行っていない。保護の事例は出てくる。いわゆるごみ屋敷がこんなふうにございまいといった事例は出てくるが、本当に本人の意思決定を支援していく、エンハンスをしながら、その人を評価しながら、みんなで意思を推定していく過程が右にあって、左には本人の生の意思が出てくる中で、どうやつていったらいいかと思ってやつてやつたような事例は、実はほとんど出でこなかつた。
- ⑤ その他全般
- 地域の役割や機能の再活性というものを出すことはとても大事だと思う。それは市民後見人とはまた違う視点だと思う。本当の意味での、ありのままの社会、共同体みたいな感じになつてくるのはとてもいいと思う。そのためのベースになる事例を日本の中はどうやって集めるのかというのは、少し工夫が必要という気がする。

- ◎ ガイドラインの頭に、誰を対象にするか、何を目的にするかということを大きく書き過ぎると、むしろガイドライン自身が非常にぶれるだろ。だけど最終的にガイドラインをつくって、それをどう利用してほしいかというところは、ガイドライン作成者がある程度書いてもよいのではないかとは思う。最後に書くか途中に書くかはわからぬが、こういうことが期待されるかもしないということは書いてもよいのではないか。
- ◎ 現実には点のかわりになっているので、それを線のかわりや面のかわりにするためには、もう少し手当てが必要である。その手当でがない中で線のかわりをしろというのは難しいという議論自身をしておいたほうがいいかもしれない。「だからこそ、こういうことが必要なのだ」ということが一つ前に行くことが大事で、それを提言する。つまり、ガイドラインとしてこうしてくれと言うのではなくて、こういうことが大事だというような提案もあっていいのではないかという気がする。

2017年11月7日

第3回ワーキンググループ会議

これまでの議論から出てきた内容について（ガイドラインのたたき台案）

本年度老健・研究事業における第1回委員会・第1回WG・第2回WG・WG準備会における委員の皆さま（敬称は略しています）の意見に、これまでの老健・研究事業（平成27年度・28年度）、関連するガイドライン（医療・障害者等）を踏まえて、下記の内容をまとめました。

○ 名称

●認知症の人の日常生活・社会生活における意思決定支援ガイドライン（仮）（第1回WG・小川）

I 前提

ガイドラインの構成

- 規範的視点と日常の視点とどのように分けるか。（第1回WG・小川）
- 認知症の人自身の能力とか、ステージの問題というような分け方の部分と、環境要因の部分、人間関係性が入ってくる環境要因を、ある程度ちゃんと出して分けていくことが必要。（第1回WG・助川）
- 最初に①大きな理念・考える柱をいくつか出し、続いて②考えるべき主要なポイント、その下に③現場では具体的にここに注意しましょう、のような3段階構成・流れ、整理したい。（WG準備会・小川）

- 総論的に、まずは「①射程（誰を対象にするか）」について、続いて「②理念（支援の目線のあり方）」が出てくる、そしてそれを具体化する「③サブルール的なもの」、最終的には、「④事例による支援のヒントのようなもの」となるだろうと考えている。（WG準備会・稻葉）

- 障害のガイドラインとの違いを十分踏まえて、一般の人でも使っていくものであるならば、ガイドラインが独立歩きして使われないように、「（そもそも）認知症の人の特性・特徴」といった最初に共有すべき情報を平易に入れるべきではないか。（WG準備会・新田）

仮 認知症の特性に沿った意思決定支援のガイドライン

ガイドラインの特色
● いろいろなもの整合性はある程度見られる範囲で実効性のあるものといったい。（第1回本委員会・鳥羽）

障害福祉サービスを提供するためのガイドラインとの関係

- 障害福祉サービスを提供するためのガイドラインであるが、総論の中で、まず意思決定支援の定義を示している。これでは、「意思決定支援とは、自己決定に困難を抱える障害者が、日常生活や社会生活に関して自らの意思が反映された生活を送ることができるように、本人の意思の確認や意思及び選好の推定・最善の利益の検討のために事業者の職員が行う支援の行為及び仕組みを」と、職員の支援の行為や仕組みを意思決定支援としている。また、自己決定の尊重が大前提になるが、自分で意思を表明する方については自己決定の尊重といいが、例えば重複の障害の方のように、言語によるコミュニケーションが難しい方については、本人の意思を理解することは難しいことがあるので、そのあたりを中心にして意思決定支援のガイドラインをついている。ただ、それによっても本人の意思がわからぬ場合は、第三者が最善の利益で判断するしかないとということで、一応そこまで含めている。

(第1回本委員会・曾根)

- 国が示すガイドラインの部分での制約がどうしてもある。細かいところまで分け入ってしまうと、「それをやらないとダメなのか」という話が必ず出てくる。そうなると、実態で起こっている現場の話を杓子定規にガイドラインに当てはめて考えると、それもなかなかうまくいかないかもしれない。そこは現場の判断に委ねるという立場で詰めてきちんと考えてついたわけではない。そこは現場の判断に委ねるという立場でつくられている。（第1回本委員会）
- （障害者のガイドラインは）施設で施設担当者がサービス提供をするときに、本人の自己決定をどこまで重視していくか、支援するという意味で非常によくできていると思ったが、従来の意思決定支援という概念と、最善の利益による決定の整理が、厳密に言うと、違うのではないかという印象を持った。（第1回本委員会・赤沼）
- 認知症の方々が暮らすところといいいろいろなところがあるので、できれば通知文できちんと事業所の手に渡るようにしてもらいたい。（第1回本委員会・齋藤）
- 現場で利用できる指針なしガイドライン策定に向けた検討。（第1回WG・稻葉）
- 会議の仕組みづくり、職種ごとの役割、話し合いのプロセスのモデルやその実施方法を示す。（第1回WG・稻葉）
- ガイドライン案を示したとすると、臨床的に地域で介護サービスに当たっている方や、地域包括支援センターの職員が一番見ることになるとと思う。…ステージの考え方、段階や場面の考え方を、一度フレームで枠づけをした方が検討しやすい。（第1回WG・高橋）
- 社会生活について、今までは、どちらかというと標準的な判断、一律に見る流れが中心であったが、障害者支援法を見ても、個別性を重視していく。（第1回WG・小川）

- 法律でないという利点を生かせれば、障害者権利条約に一番忠実なものをつくるということは世界的にもすばしく意義のあること。（第 2 回 WG・菅）
- どこから始めなければいけないかというと、市民社会の醸成である。今、地域包括で言っているのは、正確に言うと地域作りである。（第 2 回 WG・新田）
- 個別性に配慮しながら標準的なプロセスを示す。（第 1 回 WG・稻葉）
- これまですれば意思決定支援になる、というマニュアルではなく、大きな観点で理念を書くもの方がよい。（WG 委員会・瀬戸）
- 障害のがいドラインでは、遷延性意識障害の事例の中で「最善の利益」について触れているが、本人の意思ではなく他人が決めることが多い、「意思決定支援」のガイドラインに含めるべきではない、との意見もある。よって、意思決定支援と代理代行決定は分け整理する方がよい。「最善の利益」どころは、別冊的に分けてもいいのではないか。（WG 準備会・曾根）

仮 意思決定支援のプロセスの提示

II 理念

1 誰にとってのガイドラインか

- ガイドラインの対象（使い手）は、認知機能の低下が疑われる人に限らず、若年の場合も含めて広く（看護委員、認知症室）認知機能の低下が疑われる場合。（WG 準備会・小川）
- できないで一律に切るのではなく、その人の能力なり特性なりを評価した上で、その場面ごとに考えていく、個別性を重視する。（第 1 回 WG・小川）

- ◎本人・家族について：認知症の人への意思決定支援の在り方についての指針やモデルが示されることで、本人・家族が、意思決定を支援される。受療・サービス利用において、予測可能を高め、予め具体的に準備すべき事柄等を理解することができる。
- ◎医療・介護提供者について：指針が示されることで、認知症の人の意思決定支援の重要性を認識し、具体的に行うべき手順等を参考に意思決定支援ができる、その結果、より納得性の高い医療・介護が提供できる。
- ◎成年後見人（候補者も含む）について：指針が示されることで、専門・市民後見人らが意思決定支援に関心を有し、医療・介護提供者と意思決定支援の協同者として参画できる。
- ◎地域について：指針が示されることで、認知症の人の見守りを医療・介護提供者、成年後見人と協力して行うことが期待される。

- （イギリスのコード・オブ・プラクティスは）全国民である。判断能力が不十分で、もしかすると決断能がないのではないかと思われる人にかかる人は全員である。（第 2 回 WG・菅）

仮 全ての人に参照されるもの

2 誰を支援するのか

- 支援のあり方は、認知症になって、初期から中度の意思決定の方法とは違った全く違った方法をとらなければならないだけだ。〔第 2 回 WG・新田〕
- 認知機能の低下とともに、他の障害を有する方などをどのように扱うのか。（第 2 回 WG・川端（代理））
- 認知症と診断されているかどうかを問わない。（第 2 回 WG・小川・川端（代理））
- イギリスの意思決定支援法の基本は、医療的な判断を脇に置いて、そこに頼るなどいうところからスタートする。（第 2 回 WG・菅）
- 基本は、意思決定能力を個別に判断して、その人の持っている能力を可能な限り生かしていくという目線になる。（第 2 回 WG・小川）
- ガイドラインの対象者は、認知症の診断がついている人に限定せず、「認知機能の低下が疑われる場合」にして、認知症よりも、もう一回大きいところで考えるのだろう。（WG 準備会・小川）
- 高齢者に限定することは必ずしもしておらず、若年の場合も含めて広く考えていいく（看護委員、認知症室）認知機能の低下が疑われる場合。（WG 準備会・小川）
- できなくて一律に切るのではなく、その人の能力なり特性なりを評価した上で、その場面ごとに考えていく、個別性を重視する。（第 1 回 WG・小川）

仮 認知機能の低下が認められる人の残存能力を高め、生かしていく。

3 意思決定支援とは何か（何を支援するのか・支援の定義）

本人の意思決定の支援である。

- 本来は本人が決めるものだという原則が共有されているか。（第 1 回 WG・池田）
- 合理的なプロセス支援である。
- 合理的であることは、プロセスが合理的であつたかどうか（本人意思形成の合理性）であり、出でてきた結論が合理的かどうか（本人意思内容の合理性）ということではない。（第 2 回 WG・菅・稻葉）

- (本人に)理解できない不安があるとか、決定できないだけではなく、うまく表せない、伝えられないということがある。だから面倒くさい、本人のためだからといつて周りが決めてしまっている…これは前提是してしっかり意識する必要がある。(第1回WG・池田)

仮 本人の意思の支援を行ふ

家族の問題

- 家族を介護しているとき、家族と本人と一緒に生活をしていく、その中で本人の意思を尊重されたときは、家族への不都合が出てくることになる。したがって、家族の生活も守つなければならないといけないとなつたときに、その辺を本人の意思の決定というところでどのようには思えておられるのか。それも若干は入れてほしい。(第1回本委員会・鎌田)
- 家族の利益と本人の利益が相反している場合になると思うが、本人だけ尊重すればいいというのは、もう一方の登場人物がいるわけだから、それではできない。では、どうしたらお互いに我慢しないで利害が一致する生活ができるのか、ということを考えていくこと以外にないのではないか。(第1回本委員会・曾根)
- 單に利害だけではなく、家族の考える最善の選択で動いた結果、本人の利益を奪つていることも地域では結構起こっている。家族も、ケアーギバーだけではなく、**支援対象者**と思って関わる。その辺の配慮を支援者側が、どういうところを注意しなければいけないかを…ある程度は分かるようにしておく。(第1回WG・高橋)
- 日常生活のところは、本人の意向という意味では、家族がよく知っているのであれば、家族に確認しながらやつていK。ただ、大事な決定は、利益がぶつかり合う場面は非常に多く、ご家族の意向だけでは進められないでの、全員で集まってという形をとらざるを得ない。(第1回WG・助川)
- 現実には家族の意向を考える要請が強いのが現場だが、ガイドラインでは、本筋は本人の意思決定の支援であつて、家族優先ではないというニュアンスが出ることが重要である。(WG準備会・瀬戸)

仮 家族は本人の意思支援の重要な役割を果たす

他者決定の問題 最善の利益－合理でない（あるいは不合理な）意思

- 意思決定支援は、支援する際に最善の利益的な観点から支援してはいけないのか。純粹に本人の意思を無色で支援して、決定されたそのままのまま表明支援していいのか。どう見ても客觀的に不合理な決まりを定めている場合でも、本人にそれなりの意向を表明する能力があった場合には、それを表現し、場合によっては実現も支援していくか。このあたりの議論があると思う。(第1回本委員会・赤沼)

- 意思決定支援をできるだけ広めていこうという段階なので、最善の利益は考えなければいけないということを支援の段階から言つてしまうと、全部そちらに流れてしまうが、本人が意思表明したもの全てに盲従する必要はないのであって、支援者もそれなりに最善の利益的な観点を持つて支援したいのではないかという議論もある。そのあたりをどう見いくかというのは、そこまで議論するのはここでは難しいのではないかと思っている。(第1回本委員会・赤沼)
- 不合理な決定やブリファレンスを出したときにどうするのかという問題と、全く決定が出てこない場合、意思が表明できないときにどういう支援をするのかという問題と、分けなければならぬのではないか。何か課題がたどったときに、何の表明もしないときに、どんな支援をしていてその意思をくみ出していくのかというところが一番問題となるところではないか。本来の意思決定支援というのはそちらである。(第1回本委員会・赤沼)
- 失敗するのも自己決定であるということで、それは許されて、それが許容される範囲の選択が問題になるというところではないか。(第1回本委員会・赤沼)
- 日常的なものは、どちらでもやり直しのできる部分なので、本人の意思決定を認めて支障がないところである。医療の場面というは…・レスキュー場面、重大事項場面であつて、その場合やり直しのきかない選択、あるいはやり直しをするにしても障害を伴う選択の場合と、日常の結構やり直しがきく選択は支援のあり方は違う。(第1回本委員会・赤沼)
- 27 年度の倫理的・法的な観点から認知症の方の意思決定支援を検討し…最後の手段としての最善の利益という位置づけが明確にされている。であるから、本人の意思が他人を積極的に侵蝕しない限り、その意思と尊重していくといふ考え方である。(第1回WG・福澤)
- どこのラインで本人の意思を尊重しない中で保護・介入的な支援をしていいのかは、ガイドラインで決めていただけのではないか。(第1回WG・池田)
- 障害者も認知症の方も結局判断力が十分でないということだと、お金も決定権も家族に轉られる、もしくは、施設に握られてしまうのであれば、そのあたりはなかなか解決できない。本人に対する意思決定支援を、地域包括ケアというところでは、倫理的にも、全て後見人を使いなさいということではないが、そのところを整理しないと、結局だれが決めるのか、意思決定支援といつても、「皆で決めたよね」ということになる。(第1回WG・池田)
- 地域包括支援センターが一番困るのは、多分認知症だと思われるが、受診を拒否していて、地域でごみ屋敷状態で暮らしているとか、消費者被害に遭い続けている、そういう人の支援だと思う。(第2回WG・川端)
- 緊急性が高いときに、本人の意思を排除して保護するのかというところで悩むので、指標では一つ使ったと思う。(第2回WG・川端)

- 逆読みされてしまう可能性がある。…現場の要請として、本当に深刻な状態の人を何とか保護するための根拠として使いたいということになる。意思の尊重というよりも、保護のラインのために使うことにならないか。（第2回 WG・曾根）
- 保護のラインは、恐らく、虐待対応やセルフケアレクトの緊急性の判断の指標となるので、別の事業でやるべきだと思う。もっといと保護しない理由に意思尊重が使われないということが大事であると思っている。…意思決定支援などについて、「本人が家にいたいと言っているのだから要らない」というには使われない。この意思決定支援のガイドラインはこういう場合に使うといふことが少しありしている。本人の安全がしっかりと確保されている、他者の大きな支配下にいないのかとか、そういういくつかの要素がないと逃げて使われてしまおう。（第2回 WG・川端）
- 意思が合理的でないという話が入るらしいと思う。（第2回 WG・菅）
- 他者決定と区別する。他者が本人を保護するための決定、本人の意思決定能力がない場合の決定（代行決定、最善の利益による決定）を区別する。（WG準備会・曾根）

仮 本人の意思を尊重するためのプロセス

意思決定支援の（合理的な）プロセス

- ① 本人の意思を確認し理解する。
- ご本人が表面上言っていることは必ずしも意思ではないので、正しい意思を引き出すことが大事で、一番苦労する部分である。（第2回 WG・菅）
- 本人の意思を確認・理解するには、①情報の収集のレベルと、②収集された情報の共有のレベル、③共有された情報から本人の意思（真意）を確認し理解するというプロセスがある。（第2回 WG・稻葉）
- ② 本人意思が正しく形成されていることを確認する。
- 気分が初期の段階では、自分はこのように決めていたものが、病気が進行してきたときに、その決定を地域ケア会議でやった分で、その後で、なぜそしたらのかと本人は怒って結局は関係性が悪くなる。（第1回本委員会・鎌田）
- それまでの生活歴や行動歴から見ると、それが整合しない決定だとすれば、ちょっと待てよということになるのではないか。生活歴や行動歴との兼ね合いから、本人の決定を見ていくことになるのではないか。（第1回本委員会・赤沼）

- 本人の意思が正しく形成されているかが大事であり、誰から圧力を受けてないか、環境によってゆがめられないかを見る。その上で、ゆがめられている要因があれば、それを除去して、正しく意思が形成されるように支援することである。（第2回 WG・菅）
- ③ 正しく形成された本人の真意を日常生活・社会生活のあり方に反映させる。
 - 高齢者が正常な社会生活を送っていて、認知症になってしまったとき、その時に出会うとそれまでの生活歴がなかなか聴取できない。なので、これまでの生活の尊重と書くのは簡単だが、これはすごく難しい。機能低下をして落ちているところの生活は見ているわけだが、それまでどうだったのかというところの情報を集めるのがすごく大変だと思っている。本人が正常な状態だしたまうなるだろうという予想がどこまで立つかということを含めて、ここは簡単の書かれるヒケマやが専門とこだわると思う。（第2回 WG・助川）

仮 本人の意思が正しく形成されるよう支援し、真意を探り支援する

4 本人の意思決定能力

- その人ご自身が、どれくらい決めることができるか、それを踏まえた上で判断になると思う。できる・できないで、一律に決めるのではなく、その人の能力なり特性なりを評価した上で、その場面ごとに考えていく、かなり個別性を重視した判断となる。（第1回 WG・小川）。
- （障害者のガイドラインは）意思能力の判断を出すのは難しいということ、パスしてガイドラインを作った感じである。（第2回 WG・曾根）
- 認知能力を一律に切りがちであるが、意思決定能力を個別に判断して、その人の持っている能力を可能な限り生かしていく。（第2回 WG・小川）
- 意思決定能力の評価は、エンハンスマントといって、本人が自分で決められるように可能な限りサポートするということが重要になっている。そのときには、リスク評価、緊急性の判断、あるいは、取返しつかなくなるような事態を招かないか、そのあたりで余裕があるのか、実際にはどうなサポートがあるのか、本人自身にサポートを引き寄せる納涼があるのか、これらを見て決めていく。（第2回 WG・小川）
- （能力の分け方は）このガイドラインでは（アメリカに比べて）もと細かいものを出していかないといけないとと思う。（第2回 WG・菅）
- 少しでも本人の意思があれば、それをくみ取つて、プロセスに反映していくことが必要である。（WG準備会・曾根）

- ケアの方針が先取りではなく、対象者の意思を確認し、その意思に沿うケアは何かという順序である。(WG 準備会・助川)
- 認知症になつたあるいは、意思を表明できなくなつたからといって従来の生活パターンを変えてはいけない。これが基本で、従来やつたようにやつてもう。本人の財産、あるいは本人の将来の生活に支障がないことが保証される限りは、従来と同じように生活してもらうのが基本である。それが主観的な最善の利益の観点でもあるし、意思決定支援の基本だと思う。(第 1 回本委員会・赤沼)
- かなり認知症が進んで判断能力が衰えているも、本人がそれを見て書んでいる動向が見えるのであれば、それを買うという選択になると思う。実を言うとそれは理念的な姿であって、実際その場面にいたら、「何でそんなものに」というところはあるかもしれないが、今は、そういうときも本人の今までの生活をそのまま支援していくべき姿勢を打ち出すべきではないか。(第 1 回本委員会・赤沼)
- 環境調整が上手くできていると、手続き記憶だけで生活できてしまうので、本人の能力はかなり落ちている生活は歓たんしていないということが、地域には結構ある。(第 1 回 WG・高橋)

仮 認知機能に応じて支援する

- 認知症の方々は日常生活が非常に広い状況なので、本人像を理解するために、どういう情報を集めてどういう使い方をしていくのか。その場の形成の仕方みたいなものがないと、どうしても最善の利益のほうにすぐ行ってしまう。この形になりはやってみたいという気がしている。(第 1 回本委員会・稲葉)
- 広く日常生活というと、海外ではファイナンシャル・キャパシティと言うが、お金の処分という話が中心に組まれていくことが多い。お金の本人の判断能力というときに、重要な財産の話と、普段の日用品を買う話と、そこをどう色分けするのか、つなげるのかとかいうのを考えなければならない。そのときの考え方をどう整理していくかというのが重要になってくるのではないか。(第 1 回本委員会・小川)
- ロケーションは社会生活における典型的な場面で、…障害者総合支援法との関係で、しっかりと書き込む。(第 1 回 WG・稲葉)

- 認知症の人は、障害の方とは違う意味でのロケーションの問題が大変大きい。在宅生活が困難となつたとき、介護・保険では施設入所という一つの後方支援を持つてはいるわけだから、その時に、困難になっているかどうかという判断は、家族だけに意見だと、家族の損得の部分で決められるしまうリスクがある。(第 1 回 WG・助川)
- 日常生活のなかで、ADL などの身体的な行動にあらわれないところの意思決定是非常に見にくい。
- 日常生活の意思決定は、支援者と被支援者が 1 対 1 で行う、いわば「小さな意思決定」。(WG 準備会・曾根)

仮 日常生活は個別支援で、社会生活はチーム支援で。

6 支援場所・支援者（在宅、施設、地域等）の特性

- 在宅だと、1 対 1 だが、施設では、不特定多数というか、ある程度人数が詰まっているわけである。意思決定支援が困難となるというのは、個別性をしつかりと担保するというところで、声掛けそのものが意思決定支援であり、わかるような言葉で説明することも、全体ではなく、一人一人にそこを受ける側の状況も違うので、そこを個別にきちんとできるかというところが、在宅における場所とは違う。(第 1 回 WG・池田)

7 環境整備・阻害要因

- 本人の意思決定の阻害要因（意思を表明しにくくなる要因）になりうるものをして、意思表明し易い環境づくりが重要であることも示したい。(WG 準備会・助川)
- 仮 私たちが恥りやすい点
- 本人の意思決定の阻害要因（意思を表明しにくくなる要因）になりうるものをして、意思表明し易い環境づくりが重要であることも示したい。(WG 準備会・赤沼)
- 介護もそだだと思うが、現場は今いっぱいまで、「これ以上何をやれといつか」という感じが一方ではある。したがって、今ある仕組みの上に意思決定支援をのせて、新しいものを作らないといつのが一つの方針としてはあった。今あるものに対して要素を入れてい。(第 1 回本委員会・曾根)

- ケア会議で議論するときに、本人を入れるか、本人の意思をどこまで考慮するか。ケア会議に本人を入れることにはまづなかったと思うので、本人が意見を言える場合だったら、本院を交えてケア会議をやることも考える。(第1回本委員会・赤沼)
- 今までも、ケア会議とか、何かあったときにはみんなで考えてやつてこいついうのはあつたはずなので、それを丁寧にもうと充実させたいと思う。それほど新しいことをやうういうわけではないはずである。大変なことであることは間違いない。今までよりもはるかに手間ひまがかかる。最善の利益でやれば一回で済むところを、意思決定支援であれば二回も三回も、場合によつてはもっと会議をやらなければいけないこともある。しかし、手間を惜しまずにつづいて支援しようということが、障害者権利条約を批准したときに覺悟したということではないかと思う。(第1回本委員会・赤沼)
- 意思決定をする場合は全部会議をやれといつたら、回るわけがない。どんな場面において、意思決定支援会議を招集する必要があるのか、そういうことも出してもらおうどやりやすいと思う。日常生活というのは、支援者がその都度その都度その都度、判断しながらやっていいける指標・指針を示さなければいけない。重要な場面、まさにやり直しききかない場面の場合は意思決定支援会議をする、そのあたりの方向性も示されるとわかりやすいと思う。(第1回本委員会・赤沼)
- 意思決定の会議になるのであれば、断片的にある情報を1回収集し、そこで、みんなでその方の意思の推定のために再構築して考えいかなくてはいけない。会議の仕組みはサービス担当者会議というのがあるが、内容的には全く違つくると推察される。(第1回本委員会・助川)
- 意思決定会議とサービス担当者会議は別ものであつて(WG準備会・助川)、前後関係にあることを理念的に示す、つまり、意思決定会議はサービス利用等の前に置かれる、地域で共有すべき重要な場面であることを(サブルールとしてではなく)上位に示すことも重要だろう。(WG準備会・新田)
- 認知症の方の財産管理まで含めてのところになると、地域ケア会議で主治医も集まり、地域の民生委員の意見ももらひながらスタートしていく。(第1回 WG・小川)

仮 本人を交えた、多職種の多様な視点からの支援

III 事例

- ルールで示しにくい部分については、望ましい事例のようなものを入れてニュアンスを伝えることもできるのではないか。障害の場合は、そこは少し事例を入れてニュアンスを伝えようとするが、イギリスのMCAも行動プラクティスでは、最後、事例が出ている。そういうものがあると現場もイメージしやすいと思うので、それも一つの工夫かと思う。(第1回本委員会・曾根)

意思決定能力(capacity)の評価

- 他の国でも、(能力のアセスメント方法に関する)同じように機能的な能力(合理的な判断をするために必要となる情報を操作する知識)を神経心理学的に検討し、ガイド等が出ている。
- この数十年で、後見人制度が「金か無か」のアプローチを止め、意思決定能力が減じた領域を指定した後見人制度へ移行してきた。あわせて、意思決定能力のアセスメントも、それぞれの領域に焦点を合わせて検討されてきている(たとえば、治療費を内服する能力と財産の処分をする能力は異なるように、特定のひとかたまりの機能的な能力を考えにくくなっている)。
- 能力の判定の必要性
 - ▶ 現行の成年後見制度と同様に、治療とは関係のない特定の能力について判定を行う必要
 - ▶ たとえば、高齢者が独居を続けられるかどうか、介護施設に移るほうが良いかどうかを考える場合に、本人の意思決定能力だけではなく、本人の介護や福祉に関する身体的能力・精神的能力を含めて判断することになる。
 - ▶ このように、意思決定能力とは、本人の自律的な意思決定権と、危険から本人を保護することの間を調整する作用をもつ。
 - 意思決定能力は、一般的に4つの要素(理解、認識、表明、合理的なプロセス)で判定するが、その思考のプロセスを評価する際に、単に決めるだけではなく、リスクを知っていること、回避する方法も知っていて、その上で決めていること等を組み入れて、判断を行うことが多い。特定の能力において、標準的な評価方法は確立していないが、ある程度安定した判定を行うために、評価する項目のチェックリストや、参照することが勧められる認知検査、インタビューの内容等を示していることが多い。
- 英国では、英國医師協会が、医師向けの実務情報を出し(Assessment of Mental Capacity)、その実務方法を補足している。そのなかには、
 - ・財産管理能力
 - ・遺言書作成能力
 - ・贈与能力
 - ・訴訟能力
 - ・契約締結能力
 - ・投票能力
 - ・結婚に関する能力
 - ・治療に同意する能力
 - ・研究に参加する能力
 などのチェックリストを提示している。

① たたき台Ⅰ「前提」の冒頭部分について

- ◎ 何々能力がない人にはこういう支援をするではなくて、こういう場面で意思決定支援が必要である、また別の財産管理が必要な場面で意思決定支援が必要であるという方をしたいという意味で、表現が難しいが、何々能力がない人にはこういう対処をするといふように、何々能力いうものがいたかもあるかのような前提ではないで、意思決定支援がこの文脈で足りないので、この文脈ではどういう支援が具体的に必要だろかということ。
- ◎ 財産管理、文書作成、贈与、訴訟というのを全部能力に分けるようなやり方は、今はほんどの諸外国はしていないで、遺言を作成したときの意思決定支援のあり方、財産管理をしたいときの意思決定支援のあり方として、能力ベースではなくて文脈ベースで項目立てをしていただけるといいかと思う。
- ◎ 認知症の人にとって、「場面」という話があったが、日常生活の場面によって本当に同じ人が意思決定支援できる場面と、できない場面といろいろ状況によって変わるのである。場面によって変わるのでなくして、その人によって変わってくる。その人の中で変わってくる。
- ◎ 「認知症の人の特性・特徴」というのが出されているが、後のほうで「認知症等にかかわらず」というのがある。その人を意思決定するという、そこの話がある。早くこれを出してしまふと整合性が合わなくなるので、そのあたりをもうちょっと整合性を見ためにはどうしたらいいのか。
- ◎ 認知症の人は後天的に認知機能が低下していくので、その前の生活の情報というのがあると思う。自分で意思決定ができたときの状態。成年後見で言うと任意後見みたいな形のことが成り立つので、そこを一つ本人の意思や選好を推定するときの重要な情報にできるといふことは先天性障害の人との大きな違いではないか。
- ◎ （一方で）、重度の、意思能力が十分に行使できない状態になつたところからおつき合いしていくことを考えると、そこは先天性障害の人に対する支援とそんなに変わりはないのではないか。
- ◎ 軽度、中等度と進み行く中でいろいろな尊重されないイベントが現実にある、というところを見渡した全体の支援、一場面によりは、もうちょっと長いおつき合いの中でいうか、少し息の長い支援というのも入るのではないか。

- ◎ もっと早い段階から本人の意思確認ができるような情報を収集することの必要性が書かれるのであれば、例えば、北欧等では本人のケータスアイルがずっと移動していくわけだが、そのような形を想定するのであれば、情報が足りなくて困るというのは現状の課題として書として、本来的にはそのように本人の情報が伝達できればもっと情報収集できるだろうというふうに（オンライン）に書くのがよいと思う。
- ◎ 意思能力があるときの情報は、意思決定支援とともに一つの要素ではあると思うのだが、それが全てではないということである。そのときそのときのご本人の意思を尊重することが一番中心に来てはいけないのではないかと思うので、むしろガーディアンはそっちのほうが中心なのではないか。
- ◎ 2つの目線があるのかと思う。情報の収集ではその場でどうふうにしていくかという指針をつくるのと、もう一つ、現状で認知症の人が結構無視されるとか、あるいは先々の情報を収集して、先を見越してどういふうに支援を形成していくのかという、多分そういう目線の話が2つあるのかとは感じた。
- ② たたき台Ⅱ「理念」前半 家族の問題、他者決定（最善の利益）などについて
- ◎ 家族優先ではないということに関しては、明確にスタンスとしてはいかないと、何のあとの本人の意思決定支援かというところが非常にぶれてしまう。家族や支援者と本人は対等なのかというところをしっかりと押さえていかないと、意思決定支援の重要性というのが、誰のための意思決定支援なのかというところがぶれてしまうような気がしている。
- ◎ 本人の意思決定支援が最善の利益かどうかについて、最善の利益って一体何なのか、どこまで踏み込むかという話になると思う。日常生活における本人にとっての意思決定がここでいう不都合、いわゆる全く違った不合理な決定ということは、誰が決めてどうするのか。意思決定支援会議で全員がそれは不合理だと判断することがあつたとしても、ひょっとしたら合理的であることだってあり得る。
- ◎ 本人の立場に立つて最善の利益はいつでも、要は私たちが考える本人にとっての最善の利益になつてしまふので、最後のところは、やはり最善の利益というのが客観的で第三者的で合理的でどうなことがどうしても出てくると思うので、そこはむしろ違う区分けをしていったほうがいいと思う。
- ◎ 勝手に危機介入的な、最善の利益だからとして押しつけてしまう可能性も非常に現実の中で多い中で、まずは原則というところで、本来は本人の人生で、本人の価値観で生きるということの原則を明確にしながら、それぞれの場面で命を失うというようなことがないために、事例・場面的なものも積み重ねながら、支援者としても気づきも含めてできるようにしていくものが多分ガイドラインなのかと思っている。
- ◎ 一番重要な点だと思いますのだが、なかなかエンパワーメントしていないのである。ペストインクレリストに及ぶ前のまづエンパワーメントの場面すらできていしないから、そこからやられなければいけないのかという話になる。

◎ 家族自身が支援を要する状況であつたり追い詰められたりしている状況というのは地域では幾らでもあるわけで、その方々を気にしないといふわけでは決してないが、そこでの社会的支援の必要性に関する問題は、やはり別にきちんと考へていくということを整理しておかないと、本人の意思決定支援というところが、何回も申し上げることになるが、非常にぶれる。本人を支えていく、本来の本人の生活、本人の人生というところの考え方があるのは絶対ます。

◎ 家族の問題は、家族はどうあるべきかという議論をするためのヒアリングではなくて、家族の問題でどんなところが、阻害要因と言つてしまつとこれはまた強過ぎるので、どんな対応をしていけばいいのかとか、どういう問題があるのかというところのヒアリングなどはしてもいいのか。

③ たたき台Ⅱ「理念」後半 阻害要因、意思決定会議などについて
◎ 「家族の問題」というところの位置づけを、「阻害要因」のところに入れてしまうとあればが、「環境整備」という言葉はあるわけだから、思い切ってここに入れてはどうか。

◎ 家族の位置づけということで、環境整備という中に大きな要素としていうのもあるし、余りまだ議論には出でていないが、施設の話とかそういうものも、またそれの特性なり、それこそ家族と同じような環境整備としてのあり方みたいなものもあるかと思う。

◎ 環境要因といわれているさまざまなものが出でてくる。その方々から圧力というか影響を受けてないかであるとか、影響を受けているときのしぐさかいうようなものを、もっと具体的に書けたらいい。

◎ 家族支援というのは本当に本人を支援すること、エンパワーメントを出す、ベストインタレストすること自身が家族支援になるというような意味合いの一つの出し方があると思う。家族は阻害要因ではなくて、知らぬだけである。だからさつきのプロセスをきちんと進めていく、結果として本人のエンパワーメントになって、ベストインタレストが家族につくても幸せだといら、そのような例が先ほどの例だと受けとめた。そのような例の出し方が前向き事例だなど一つ思う。

④ たたき台Ⅲ「事例」 阻害要因、意思決定会議などについて
◎ 家族の問題というのを示すときに、事例はすごくいいのではないかと思う。例えば、お家でお風呂に入れるのが大変になつてしまつたからデイサービスで入つてしまいと思っているが、本人は家で入りたいと言っている。そこにはいろいろ話し合いをして、本人が家で入りたいという希望を家族も受け入れて、少し双方に歩み寄るみたいな感じの事例を入れていくと、意思決定支援いうものにおける家族と本人との関係みたいなもののが少し伝わるのでは。何らかの形で家族のほうにも支援が入つて、そこが余り無理なく両立していくような事例を示して、こういう方を目指してやつていけばいいのかといふのが何となく伝わるのではないか。

◎ イギリスのシナリオは本当にとにかく複雑で、家族がいろいろなことをきつかげに一度割れてしまつて分断してしまって、でもその再構築もご本人の支援の中で組み入れていて、最後には家族も一緒に戻れるみたいなものが割り出しているので、そんな感じのシナリオの出し方をしてもいい。そうすると家族性善説でも性悪説でもなく、家族というのは周りの支援があれまい形になるというのを何かできないかという気がする。

⑤ その他

(成年後見について)

- ◎ 後見人も含めて、本人もだが、意思決定支援におけるチームという考え方の中で、意思決定のガイドインなども活かされなければならないと思う。後見人だけが特別な話ではないと思う。特に後見人ではなくて保佐・補助というのを非常に大事にしているわけだから、最善の利益的なものは最後の最後にして、このガイドインが基本的な考え方になればと思う。
- ◎ 成年後見人だからという特別な感じではなくて、認知症の方の意思決定支援をやるチームの一員であるという意味合いで入れるのがいいのではないか。
- ◎ 意思決定支援会議を開いて、一定の方向性を本人の意思を尊重して出したとしても、後見人にだめと言わてしまふとそれが伝わらなくなってしまうことがあるので、なるべく早期から後見人もチームに入つてもらって、後見人のいわゆる身上配慮の部分と、本人の意思を中心にして意思決定支援会議の結論がばらばらにならないように進めていくというようなことを(障害ガイドラインでは)書いている。
- (全体の書き方・トーンについて)
 - ◎ 在宅の生活というところでの複雑性というのが出てくると思うが、非常にはざまに落ちやすい部分のものもあるのが、本人の意思をまずは支援をして表明もできる、それから聞くことができるという支援の話を今回ガイドインにするというふうに考えていくので、いろいろな状況や問題があつても、意思決定支援というところでの不平等性みたいなところをしづかりと押さえたいただくことが大事だ。
 - ◎ 日常生活の中での細かいところのケアのあり方について、そういうところはまだまだ本人がいろいろと意思表示できる部分があるので、まずご本人にちゃんと聞いてから決定をしていくという手段取りを絶対間違えないようになりたい。
 - ◎ 意思決定支援の合理的なプロセスのようなどころを中心に書いていくだけでもいいのかもしれない。一個ケアを提供するに当たつてご本人の意思を確認するということであろう。あるいは、その意思が正しく形成されているかをこんな形でチェックするというようなこととか、出されたものをどうやって真意かどうか確認するのかというようなことが、プロセスとしてみんながやるときに、それを自分が隠がちなどとこをチェックしながらやっていくというものを中心にする。

認知症の人の日常生活・社会生活における意思決定支援がガイドラインの特質

4 認知症の特性を踏まえたガイドラインの特質

▶ 意思決定支援を考えるうえで、押さえておく重要な認知症の特性を記述する。

- ① 認知症は記憶障害だけではなく、比較・判断の力も低下すること
 - ② 軽度の段階で（決められる段階で）今後どのようになるか見通しを本人や関係者で話し合い、今後起こりうることについて決めるなど、先を見通した意思決定の支援が重要であること
 - ③ 認知機能障害のある場合の支援方法の考え方（記憶障害や注意障害への支援）
（認知症への支援を強調したうえで、障害者支援との違いを示す）
- ④ 事例は、意思決定支援の際に、立ち止まるポイントや必要とされる工夫を選び、支援のプロセス・ヒントを示す。
- ⑤ 現場で利用できるように、サブルールの現実のプロセス（ないし注意点）での使い方を示す。

II 理念

1 誰にとってのガイドラインか

- 認知機能の低下が疑われる、意思決定能力が不十分な人に關わる全ての人（中心はケアを提供する人や行政職員等となるが、これに加えて、家族、身上監護を行う成年後見人（補助・補佐を含む）、その他、地域において見守り活動を行う人などが考えられる）へのメッセージである。

▶ それ代りに現れに遭いかかる場合は、それぞれの対象に従って記述する。

2 誰の支援をするのか

- 認知症と診断された場合に限らず、認知機能の低下が疑われる（意思決定能力が不十分な）方を対象とする。

3 意思決定支援とは何か（支援の定義）

- 認知機能の困難を抱える人であっても、その能力を最大限支援されて、日常生活や社会生活中に開いて自らの意思が反映された生活を送ることができるようにするために行う、その人に開わる人による本人支援のプロセスをいう。
- 意思決定支援とは、その人に開わる人による、本人が意思を表明することの支援を中心とし、それを実現するための共同行為を含む。

▶ 最善の利益の考え方について説明をするか、別の言葉で記述する。

5 高齢者支援の特徴としての家族の問題

- まずは、本人の意思決定の支援であって、家族の意向を優先するものではない。
 - 本人が家族の影響を受けずに、意思を表明しやすい環境を確保することが必要である。
 - 家族も、本人の意思決定支援チームの一員である。
 - もっとも、障害者支援のガイドラインと比べても、認知症の場合は配偶者や子供が家族として登場するので、同じ家族でも、親との関係性が中心となる障害支援とは異なる。
 - 現実には、家族の意向と調整する必要があるが、そのあたり方は本ガイドラインの対象としない。
- ▶ 家族機能からみて、支援者と位置付けられる場合と、疎外者として位置付けられる場合がある。特に家族は、利益相反を持つ（可能性がある）ことから、その確認をすることも支援者の役割として記述する。

6 意思決定の合理的なプロセスの支援

- 本人の意思を尊重するプロセスは、本人の意思を都度、確認し、理解することに始まる。
- 本人の意思が正しく形成されているかどうかに注意をする。
- 正しく形成された意思・選好（あるいは真意）を日常生活・社会生活のあり方に反映させる。
- 表出された内容や実現された内容が他から見て合理的かどうかではない。

7 本人の意思が合理的でない場合の問題

- 意思決定支援は、本人の意思・選好（あるいは好み）の内容を支援者の視点で評価し、支援すべきだと判断した場合にだけ支援するのではなく、まずは、本人の表明した意思・選好、あるいは、推定意思・選好を確認し、それを尊重することをいう。
- 本人の示した意向が支援者から見て不合理な場合は、本人の意思決定するプロセスが適切でない場合があるので、そのプロセスを見直すことが有效である。
- 本人の示した意向が支援者から見て不合理だとしても、それが他者を害するものでない場合は、それは尊重される。
- 本人の示した意思・選好を日常・社会生活に反映した場合に、本人に見過ごすことのできない不利益が生ずる場合の対応については、別途検討されなければならない。

8 本人の意思決定能力について

- 本人の意思決定のできる能力に応じて支援する。
- 本人の意思決定能力を固定的に考えずに、認知予備力等を向上させる努力を行う（エンハンスマント）。意思決定能力の評価とエンハンスマントの支援は一体をなす。
- 本人の意思決定能力に疑問がある場合は、チームで情報を共有して検討をするが、認知症の人も、原則は意思決定能力があることを忘れてはならない。

- ▶ 現場での自主的な活動を進める点で、意思決定能力の判定について、以下の点の記述が考えられる。

- ▶ 基本的に四要素の確認、本人が周囲のサポートを引き出す能力の確認が中心になるが、現場では何が確認できれば、意思決定能力があると判断できるのか、知られていない。

- ▶ 重要な判断の際には、認知機能等背景となる器質的な評価と、その場面に応じた機能面での評価をおこなうなど慎重な対応が必要である。

9 日常生活・社会生活

- 日常生活としては、食事・入浴・被服の好みや、社会生活としては、住まいの選択が想定されるが、これらに限るものではない。
- 日常生活については、これまで本人が過ごしてきた生活が確保されることを尊重することが原則になる。
- 本人の意思や好みを理解するためにには、家族を含めた支援するチームで、本人の情報を集め、共有することが必要である。

▶ 財産・金銭の処分については、更に以下の点の記述を考える。

- ① 財産の処分等では、その後の生活に与える影響ややり直しの効かない点で、意向を聞き出す点と、保護の観点の配慮が必要になること。
 - ② その際には、ある程度客観的な意思決定能力の評価や、プロセスの担保が大事になることもあり、成年後見人の役割が重要になること。
 - ③ 早い段階での成年後見人（補助・補佐）の利用が考えられること。
- ▶ 医療との領域との接合について、以下の記述を考える。
- ① 食事や栄養、健康管理など療養に関する問題の意思決定について。
 - ② 受診の問題など、認知症自体の治療ではないが、併存症の身体管理に関わる問題への対応について。
 - ③ 認知症自体の治療の必要性がある（ゴミ屋敷など）けれども病識が乏しいために受診に至らない場合への対応について。
- ④ 病院では、退院後に独り暮らしができるか、医療的な処置と生活支援のバランスについて。
- ▶ その他の検討項目の例
driving(運転)や結婚、選挙等
- ## 10 支援場所の特性に即した支援
- 支援関係が一対一となる場合と、支援関係が多対一となる場面がある。
 - ▶ 上記に即した、支援プロセスを区別して記述する。
- ## 11 環境整備・阻害要因
- 本人が自らの意思を表明しにくくなる要因に着目し探し、その要因への対処を図る。
 - ▶ 環境整備については、認知症の特性から、いくつまとめて記述する。

12 意思決定支援会議

- 本人の意思をどのように考え、どのように支援するかを考える会議（意思決定支援会議）では、可能な限り、本人の参加が望ましい。もともと、認知症の人は、周囲の雰囲気をつかむのが苦手で、知らない大勢に囲まれるとかえって意見を出せなくなる場合があるため、注意点も示す。

- 65 -

- 3 -

- 4 -

- この会議の目的には以下のものが想定される。
 - ・本人の意向を考えるための本人に関する情報を共有し、本人をどのように支援するか、調整する意味合い、
 - ・本人が意向を表明しやすくする環境を作ること
- ▶ 意思決定支援会議での会議の招集・進め方等についての工夫を記述する。
 - 知的障害者の方への場合であれば、本人の意向を尋ねながらの会議で示しやすいが、認知症の場合、認知機能障害により場の雰囲気や流れを把握する力が弱くなる、集中できないことがあるため、人を絞るとか、静かな集中できる環境を用意するなど、知的障害者の方とは異なる配慮が必要になる。その点を踏まえて、調整する場と、本人に確認したり、意向を聞く場をあえて別にする必要を示す（その中には、事後の振り返り（アセスメント）や、意向の複数回の確認が含まれる）。
 - ▶ 本人が意向を表明するだけではなく、本人の意向を支援する役割の人をたてることを示すなど、支援方法の工夫について記述する。
 - ▶ プロセスの担保とも関係し、確認内容のリスト化、どのような記録を残すべきかまで記述する。

III 事例

- 事例を通じて理念を学ぶ

(典型的な事例)

事例 1 支援者と本人との長い闇わりがあり、本人の日常生活の選択が問題となる事例

事例 2 支援チームと本人との長い闇わりがあり、本人の社会生活の選択が問題となる事例
(困る事例)

事例 3 支援チームが本人の意思能力がかなり低減している状態から関わる場合
に、本人の日常生活・社会生活の選択が問題となる事例

- ▶ 事例を示す際の工夫について記述する。
- ▶ 介護の現場で、どうして意思決定支援の動きが定着しないのかを検討し、焦点を絞つて記述する。

II 理念

- 1 誰にとってのガイドラインか
 - ① 社会生活におけるなると非常に範囲が広いので、社会生活における行為であっても、意思決定であつても、要するに身上監護にかかる社会生活に関する行為であつて、純粹な財産管理行為は含まないという理解でよろしいのか。（中略）身上監護ども入れてもいいが、その他全ての意思決定についてということをどこにに入れれば、それが限界されないとことになるのがもしれない。
 - ② 身上監護を入れてもいいが、その他全ての意思決定についてということをどこにに入れれば、それが限界されないということになるのかもしない。
- 2 誰の支援をするのか
 - ① 医学的な認知症の前段階といふ形で含まれれば、一見健康そうに見えても認知症の前段階であるということで、支援の対象にしてもよいとしておけば、整合性はれると思う。
 - ② 後になつてご本人の意思を推定するために必要な情報というのは、かなり前から集めておいたほうが有効ではないか。
 - ③ 認知症になる前の段階から、その意思を推定するための材料、素材を把握する必要もあるということをコメントするのほよいと思うが、このガイドライン自体の対象にここまで含めてしまつて、認知症になる前の人たちに対する支援というのほどのかとか、その人たちを一定の意思決定のための働きかけをするというのは許されるのかとか、最近、リバリアン・パートナリズムという言葉があるが、そんな議論まで出てきてしまうそれがあるので、やはり対象はこういう形で、「認知機能の低下が疑われる」とした上で、ただそのためには必要かという付言的なものにしていったほうがいいと思う。
 - ④ ここは高齢者のガイドラインではなくて、やはり認知症の人のガイドラインだという診断をされる前でも、それが疑われる場合には入れていこういう案である。
 - ⑤ MCI も同様いふと言われているので、そこは少なくとも入れていかないとまずいなど。要するに、社会生活やさまざまな困り事が少しづつ始める可能性はあるので、ブレクリニックまではしなくともいいが、軽度認知機能障害のようなどころまでは念頭に置いてやつたほうがいいと思う。
- 3 意思決定支援とは何か（支援の定義）
 - ① 共同しながらやつていくという普通の日常用語と考へていただければいいと思う。つまり、多対一になつたような場合には、皆さんで一緒にやつっていく。それぞれの役割分担をしながらやつていく。ただし、それは連合しながらやつしていくというものを共同行為と呼んでいる。
 - ② 代理支援の場合は他者決定で代理人が決定する行為なので、それは意思決定支援とは少し違う問題だらうということがある。そこで区別するために恐らく「共同行為」とお書きになつたのだろうと推測した。
 - ③ 意思形成支援と意思表明支援と意見実現支援と 3 つに分けるが、ここであるのは、意思表明支援と意思実現支援。実現支援のうちも共同行為による意思実現支援となつていて、形成支援が入つない。意思形成支援をどう捉えるかである。ただ、意思形成支援は非常に難しいのが、それは入れたまゝがいいだろう。
 - ④ パターナリズムで進めて、これが意思決定支援だと思っている大多数の医療関係者にとって、違うのだ。
 - ⑤ 時間はかかるし、大変だが、こうやって形成して、さらに決まつたことを一部助けてあげて、決まつたことができるように助けてあげるとここまで段階があるので、ということは知らせる必要がある。
 - ⑥ 「最善の利益は」、他者決定の場合に出てくるというのが原則なので、意思決定支援が尽きて本人が決定できないときに、第三者が他者決定をするときに「最善の利益」に基づいて決定すると。その「最善の利益」も、客観的な「最善の利益」ではなくて、本人の信条や生活やこれまでの生活歴、これに基づいて判断する。これが主觀的な「最善の利益」と最近言われることだが、そういう流れだと思う。
 - ⑦ 基本的な位置づけとして、「最善の利益」は、意思決定支援が尽きた後の問題であるということを押えておけば、そんなんに議論を巻き起こすようなことはないと思う。
 - ⑧ 選択しない自由があるのかということ、この時点で最善のものを決められないから保留する権利というのが十分担保されているかというのが気に入る。
 - ⑨ 「最善の利益」については、本人が決定する能力がない場合のことなので、決定しないという決定もあるのだと思う。決定しない決定を支援するのもやはり意思決定支援だと思う。

- 5 高齢者支援の特徴としての家族の問題
- ◎ 「高齢者」ではなく「認知症の人」に直したほうがいいか。「認知症の人の特徴としての家族の問題」とする。

- ◎ 家族はそういう中でも、いろんな意味で対応が難しかったり濃密過ぎたり、いろいろ課題になる層だと思う。だからそこを取り上げて、この家族についてはこういう対応の仕方、こういう位置づけが必要だということは、やはりどこか項目を設けて述べておかないと、この支援においてメソッドとしては欠けると思う。家族に対する対応の仕方というのは、常に意思決定支援の場合重要な要素になるので、だからやはりこの部分は一つの項目として述べておく必要がある。
- ◎ 家族は当然入ってしかるべきだが、どこかに地域包括ケアシステムの部分、地域で支えていく社会をつくるといった中で、近隣住民というのを少し挙げていただいだのも大事なのかなと思った。マイナス面だけではなく、地域住民によって情報がもたらされるというのには結構多いというのはある。
- ◎ 「家族機能からみて」の下にさらに「▲」をつけて、家族以外の地域の人が支援している場合においてることを、今ことを少し記述していただいだらどうですか。
- ◎ どれだけのかかわりを持つているかというのを、家族だったら血縁というところがあるが、では、そのかかわりはどうであるかというのを評価するというのが、どう決めればいいのかなどいうのがある。
- ◎ 地域、近隣の人たちを一つの支援者として項目で立ていくと、その人の責任と情報を探提供する場合の役割と、それから成年後見人の役割、家族の役割、それぞれ違うので、それを全部対照させて明確にしないと、それぞれの役割が曖昧になってしまおうそれがあるような気がする。本人の意思を推定する際の情報提供者として大きな意味があるし、見守りをする、そして見守りをしながら支援をしていくという意味での役割、こういうところでは十分な意味があると思うが、そういう位置づけで書くなら書くにいくとかと思う。そうでないと、家族と同じような項目で書くわけにはいけない。
- ◎ 地域の方たちが非常に重要なポジションになってきている。
- ◎ 正面から取り上げると、どういう立場の人が意思決定支援にかかるのか、どういう近隣の人は意思決定支援にかかわらせる必要があるのかということまで踏み込まなければならなくなると思う。情報を持つている人たちからやはり情報を集めて、本人の意思を推定したり、本人の意思決定支援の際に役立てていくことは必要だということをコメントするというところではないか。
- ◎ 障害の中のガイドラインだと、やはり本人をよく知る人というのは本人の情報をたくさん持っているので、そんな位置づけだったらしいと思う。会議の参加者の想定された人として書くとか、そんな感じはどうだろうか。

- ◎ 少なくとも、地域の助けてくれている人などについては、その人からの十分な情報を意思決定に生かしていくというふうな一文を加える。

- 6 意思決定の合理的なプロセスの支援
- ◎ 意思決定のプロセスの支援だといふがすっきりするかもしれない。
 - ◎ 意思決定自体が合理的でなければいけないのかという誤解を生むおそれがあるので、入れないほうがいい。MCAで自発的な意思が形成されるような条件としていくつかある。それをここに入れるかどうか。それをベースに、正しいという表現を使うかはともかく、そういうたった要件が満たされた意思形であるかどうかといふふうにしていけばわかりやすくなると思う。
 - ◎ 合理的とか正しさとかというふうな価値的な表現は外したほうがいい。
- 7 本人の意、思が合理的でない場合の問題
- ◎ 一般的にそいつた立場にある者であればそいつた判断をするであろうと理解できるといふ部分が合理性を持つということになるのだろとは思う。不合理な場合は本人の意思決定プロセスに適切でない場合があると。要するにプロセスに誤りがある場合もあるのでということだとと思う。この誤りがあるかどうかを判断する際には、恐らくまた周囲の人たちの情報とかいろんなものをどこにして判断するのだろうけれども、そのようにしてこれは不合理だからどうこうしなければいけないと言っているわけではないようだから、そんなんに神経質にならなくていいのかという気もしないでもない。ただ、やはりこの不合理的の意味については若干コメントしたほうがいいだろう。
 - ◎ 他者を書するものでない場合はそれは尊重されるということで一応書いているつもりだ。ただ、それがどんな場合であって、どのように考えるのかというところについては、もしかすると脚注のようなものが必要かもしれない。
 - ◎ 意思決定支援を受ける人の意思が 100% 実現されなくてはいけないなどといふではない。要するに障害のない人の意思も尊重されなくてはいけないので、そこは最終的には普通社会の中では調整するということになるので、多分、認知症の人であれ障害者であれ同じだと思う。
 - ◎ 合理的とか、最善のとか、その辺の書きぶりが、もちろん本人のことを優先するとしても、ご家族やケアしている人、社会全体の公共の福祉を損ねない範囲でのということは、当然入ってくるということは、当然入つていいということである。

- 8 本人の意思決定能力について
- ⑥ 「エンハンスマント」というのはもう日本語になっていて、医療福祉関係者やご家族はわかるのか。向うさせる努力が「エンハンスマント」か。ご本人が意思決定能力が足りない一方的に考えないで、残されていよいとこを生かして、向上させようなことをしたほうがいいと、こういう言葉に変えていくといふことだうか。要するに、もう少しこなれた日本語にしていたらどうということか。それで括弧してエンハンスマントというふうにする。

- ⑦ 基本的には能力があるということを前提にチームで判断していく。そして、その上で意思決定支援をしていく。それでもなおかつ本人にとって非常に不利益な判断、決定をした場合には、それこそ最善の利益と本人の意思の尊重との衝突の問題として解決する。その部分については、ここでは一応ガイドラインを示すことはできない。別の課題に对于するという流れのようなので、地域包括なんかも物足りないので、むしろ成年後見人には解消しないといふことで、限界を示しておけばいいのではないか。

9 日常生活・社会生活

- ⑧ 医療のことを、医療以外の判断でここまで書いていたほうがいいか、とりあえず医療の領域との接合については、いろいろあるから外しておいたほうがいいかということをまずやっておいていただければ。例えば 1 番くらいにどこまでおいて、生活機能との関連での医療等の分野については、意思決定について参考にするとか、その程度の堅い記述にしておいたほうがいいという意見と、具体的にこの 4 つを出し、不可分の部分については記述したほうがいいか。

- ⑨ 認知症の方の一般病院での身体的疾患の治療というのは日常的にあるから、これを省かれても困るのではないか。

- ⑩ (医療との接合として示した) 4 つに限るかどうかはもう一度皆さんに意見を聞いて、一番上セシナルなもののかどうかは別として、大事なものは残しておきたいことでしょうか。
- ⑪ 医療については別途検討しているということをコメントしておけばいいのではないか。
- ⑫ ここは重要なことが漏れないように、この程度の簡略な記述で、むしろ 2~3 項目増やすことを考えて重要なものを載せていくということでよろしいか。

12 意思決定支援会議

- ⑬ 以前はケア会議といって、ケアマネやヘルパーが集まってやっていたけれども、意思決定支援会議というさらに仰々しい、重々しい感じがする。
- ⑭ 何か日常の医療・介護の現場でやっている別のもので、会議もできるような形にしておくといい。ただでさえ会議が増えているので、やめてほしいと思う。
- ⑮ 意思決定会議に関してはもう少し広い立場で、みんなの情報を持ち寄つて決定する会議になるかと思うので、地元ケア会議の個別ケア会議の個別で検討するところのほうが該当するかと思う。
- ⑯ 新しい会議をつくるようなことになるので、なるべく統合して、マルチアンクションにしてもらいたいと思う。その辺はちょっと工夫していただきたいと思う。
- ⑰ 医療における意思決定支援の際に後見人。従来は成年後見人はそこには入っていなかった。それを今回は一員というふうに位置づけた。財産管理の面ではむしろ成年後見人はメインである。そのメインの成年後見人は、今まで他者決定ばかりしていて本人の意向を無視していたということがあるので、むしろ成年後見人こそが意思決定支援を徹底させなければいけないという、この位置づけが必要になるということ。
- ⑱ 成年後見人には、その際に意思決定支援を行う役割があるというやういのことは入れておいたらいかがだろうか。
- ⑲ 医療との接合点のところについては、成年後見人は特に今は書いていないところである。むしろチームとして、どのように受診などにかかるかということだけが書かれている。

第2回 委員会（H29.12.15）後の追加意見

1 前提（ガイドラインの構成）

- その人の意思決定において考えるべき柱（理念・視線）とあるが、意思決定の支援において考えるべき柱ではないのか。

II 理念

1 誰にとってのガイドラインか

- 意思決定能力が不十分というところだが、意思決定能力の定義、少なくとも、その概要を示さないと限定的に解釈されないか。決定能力という用語は、表明する能力を含まないという印象を与える（3では、それを対象としているので、やはり最初に明確にしておいてはどうか）。通常、意思決定支援の対象者には、意思形成はできているが、表明する能力が欠けている者も対象とする。なお、2005年、意思能力法は、意思決定ができないということの定義において、自己の意思決定を他人に伝えることができないという能力の文句も含めている。

- 成年後見人について身上監護を行うという限定を付けているが、あと（のう）で財産処分等の際の課題も解説しているので、身上監護に限定する必要はないと思う。
- 「認知機能の低下が疑われる、意思決定能力が不十分な人」など対象を難度の人まで幅広くしたことにより、本来の認知症の人がフォーカスされず、あいまいになってしまっているのは。
- それぞれに置いて現れに違いがある場合の「現れ」は認知症・BPSD のことを指すのかわざりらしいので具体的に何を指すのか説明が必要ではないか。

2 誰の支援をするのか

- 認知症の人を対象とするゆえに、認知機能の低下によりとの限定をする趣旨か。統合失調症、知的障害等は含まれないという趣旨を明示したほうがよいのでは。もっとも、この点は冒頭なし前書きで説明するのでどうか。

3 意思決定支援とは何か（支援の定義）

- 意思の形成支援ということも明示した方がよい。
- 実現するための共同行為 の内容を説明する必要がある。
- 代理代行を行なうとするかという問題がある。本人の意思決定に基づいて、契約方式は代理行為を行うことも含むのか。これらも含むとすると、新しい提案になる。国連障害者委員会的一般意見はこれをも否定しているように見える。

- 共同があるので、本人の意思決定がないところで、代理決定することは含まないという趣旨であることはわかるが、本人の意思決定に基づく代理行為は共同決定の意思決定支援といえるとの見解もある（柴田意見・成年後見法研究 13・121頁）。日大の清水惠介教授は、これを使者的役割とし、さらに法改正としてこの場合について使者構成を提言している（「成年後見における本人の意思決定」桜文論叢 93巻）。
- 「認知機能の困難を抱える人」は前述の意見と同じく対象は幅広くなりありまいな表現になってしまっておりるので認知症の人もフォーカスされる表現に修正したほうがよいのでは。

- 4 認知症の特性を踏まえたガイドラインの特質
- 特性というのは、知的障害、精神障害とともにないか、基本計画で、障害の特性に応じた支援と言つてるのは、そういう意味と思う。記憶障害だけであるときは、そのとききの決定能力には障害はないのか。そのような人の場合、どんなことに注意すべきか。また、それまでの社会生活歴等が、本人意思決定に影響することがあり、また支援を受け入れるかどうかということにも、大きく影響するのではないか。

- 軽度の段階で支援を受け入れる例はそろ多くない。あまりに軽度の段階から積極的に関わるべきだという設定は、その先の長い日常生活や社会生活についてその段階から計画を立ておけということになり、介入が過ぎたりすぎでかえつて問題になるおそれがある。したがって、軽度の段階でも、可能であれば、その人の信条や生き方、感情のありよう、要望などについての情報を得ておくことが重要という程度にしておくほうがいいと思う。ここで検討することはまだまた長い人生の全般にわたることであり、医療における事前指示書や終末期に関する指示書など、特定の限られた分野の課題とは違うと思う。
- 「今後どのようになるか」「今後起こること」→ 物事を指すのか症状を指すのかみえづらい。症状、環境、社会的背景、サービス内容などさまざまな事柄の変化が想定されるので何をさすのかわかりやすく記載したほうがよいのです。
- 認知症への支援 → 認知症の人への支援。

- 5 高齢者支援の特徴としての家族の問題
- 家族の意向との調整は対象といしないとして、何も書かないのは少しもの足りない。意思決定支援においては、まずは本人の意思を尊重するという姿勢が大事であり、そのうえで家族の意見に対立したときは、その対立の原因を確認したうえで、社会資源を活用しても意思を尊重することができないのか。本人に対する危険性が高いのかなどを考慮して決定するといふあたりの基本的姿勢を示してはどうか。
- 疏外者 → 支援者の逆を表現した言葉だと思われるがわりづらいので、別の表現に言い換えができるのか。

6 意思決定の合理的なプロセスの支援

- ⑥ 本人の意思が正しい形成されているかという点。正しいの意味が問題、客観的な正しさのような印象をうけてしまう。本人の決定した意思が、本人の信条や生活歴、感情等と整合性があるか、他者や環境による抑圧、あるいは誤った事実認識などにより、影響されていることではないかなどに注意するということではないか。
- ⑦ 選好 → 一般的には使われておらず、わかりづらい表現。一般にしようされている言葉に言い換えできないか。

9 日常生活・社会生活

- ⑥ 日常生活については、これまで本人が過ごしてきた生活が確保されることを尊重する、という点は、本人の希望や選好に基づく生活を尊重するすべきではないか。
- ⑦ (財産・金銭の処分について) 早い段階での成年後見人の利用が考えられること、となる点は、早い段階ゆえ、保佐か補助となると思われるが、成年後見人という用語を使うと後見レベルがうかんでしまうので、成年後見制度をとした方がよい。意思決定支援と成年後見制度との関係は、議論が錯綜しているところである。

- 意思決定支援を強調する見解は、支援により本人が意思決定できるときは、成年後見制度を使う必要はないという意見である。しかし、それでは、本人の意思に仮託したり、誘導したりといふ濫用を防止し得ないので、成年後見制度の機能が必要となる。(①②③)の論述の流れは、それを前提に早い段階での利用を考えるべきとしているものと思うが、財産処分の場合は原則として成年後見制度を使うべきだという結論のようにも読める。本人や周囲の状況を踏まえてというような条件づけをした方がよい。
- ⑧ 認知症の治療の必要性とミニ墨敷を直結させると誤解や反論を生むおそれがある。
 - ⑨ 選挙と意思決定支援は書き方があちこちで、議論をまとめていかなければいけないかと思う。
 - ⑩ 医療同意については、成年後見人は含まれないことを明記すべき。「介護同意」も同様と考えてよいか。
 - ⑪ 「併存症」→「合併症」のほうが一般的にわかりやすい。
 - ⑫ 認知症施療推進の柱として医療・介護連携の推進を謳っている以上、日常生活・社会生活中における医療的な判断を必要とする場面（服薬等）については外せない論点なので触れる必要があるのではないか。
- ## 12 意思決定支援会議
- ⑬ 委員会で意見があつたように、会議の持ち方（既存の地域ケア会議やサービス担当者会議に位置づける）を注釈でいたまうがいいのでは。
- ## III 事例
- ### (因る事例)
- ⑭ ねご墨敷、ごみ屋敷
認知症の方本人の生活の悪化が懸念されるうえに、地域の衛生環境の悪化も伴う。ほんじが地域住民からの苦情により介入が必要となっている。本人の意思を排斥せず、本人の意思を確認しながら介入しているということを事例として紹介をいれてみてはどうか。

- ## 7 本人の意思が合理的でない場合の問題
- ⑬ ここでは、意思形成支援により本人が意思を形成し、表明したときにその意思が合理的でない場合の対処ということになる。○の2番目では、支援者がみて不合理的な場合という、その不合理は、客観的の理性をいつのか、主観的合理性か。ここでは、本人の信条や生活歴等からみで整合性があるかを点検することが求められるのではないか。整合性があれば、仮に客観的に不合理であるとしても、意思決定プロセスが適切でないと言うことはならない。
 - ⑭ 本人の表明した意思が、本人の最善の利益に反するとき、どうするかということは、本人の意思尊重における最大の問題。それだけに、すべて別途検討というのではなく物足りない感がある。少なくとも基本的指針は示すべきではないか。本人の生命身体のリスクや財産に重大な損失が生ずるなどの場合は、意思尊重の要請は後退するという程度の記載はどうか。

- ## 8 本人の意思決定能力について
- ⑮ エンパワメントについて。意思決定支援の場で使用するのはエンパワメントであり、エンパワメントを使用する例は聞かない。例えば各川は、意思決定支援を rescue model と empowerment model に分類する（実践成年後見No64. 38 頁）。エンパワメントについては、第18回生命倫理学会シンポでも取り上げられ、倫理上の問題点が議論された。基本的に医学的介入とともに、現代用語の基礎知識では、治療の技術を健康な身体精神機能の、さらに增强に使用することと定義しているなど、この用語については、議論が多く、誤解を生むおそれもあるで使用しない方がよいと思う。
 - ⑯ 本人が周囲のサポートを引き出す能力とは何か。本人の能力の問題ではないのか。
 - ⑰ 重要な判断の際には、とは生命・身体・財産等に重大な影響を与える決定ということか。
 - ⑱ 「認知予備力」→ 意味が分かりづらいので説明が必要では。「現場」とは何を指すのか説明が必要。
 - ⑲ 「器質的な評価」→ 一般には意味がわかりづらいので説明をいれるができる限り噛み砕いた表現に変更したほうがよい。

I 前提（ガイドラインの構成）

認知症の人の日常生活・社会生活における意思決定支援ガイドライン（仮）

第4回ワーキング委員会・平成30年1月10日

これまでの検討の経過と今後の予定

1 本委員会

- 第1回委員会・平成29年8月23日
- 第2回委員会・平成29年12月15日
- 個別意見聴取

2 ワーキング委員会及び準備会

- 第1回ワーキング委員会・平成29年9月5日
- 第2回ワーキング委員会・平成29年10月10日
- 第3回ワーキング委員会・平成29年11月9日
- 準備会・平成29年10月26日
- 準備会・平成29年11月29日

3 ヒアリング・施設訪問

- 水島後参弁護士・平成29年12月11日
- 小規模多機能型居宅介護「あおいけあ」代表取締役加藤忠相・平成29年12月26日

4 今後の予定

- 第3回委員会・平成30年2月6日
- 第5回ワーキング委員会・平成30年2月28日

2 誰の支援をするのか

- 認知症と診断された場合に限らず、認知機能の低下が疑われる、意思決定能力が不十分な人（以下、「認知症の人」という）に関する全ての人（以下、「意思決定支援者」という）

（その中心はケアを提供する人や行政職員等となるが、これに加えて、家族、成年後見人（補助・保佐を含む）、その他の、地域において見守り活動を行う人々などが考えられる）へのガイドラインである。

▶ 脚注－「認知症の人の関わる人」の具体的な表記をする。

▶ 脚注－認知症の人への支援者の関りにおいて違いがあり、支援のポイントが異なる場合は、違いを明らかにする。

- 認知症と診断された場合に限らず、認知機能の低下が疑われる、意思決定能力が不十分な人を対象とする。

▶ 本文追加－認知症と診断される以前から、認知症の人の意思を推定するための情報を把握する必要がある。

▶ 脚注－「認知症と診断された場合に限らない意味」

- ▷ 脚注－「意思決定能力が不十分という定義」

3 認知症の人の支援とは何か（支援の定義）

- 認知機能の困難を抱える人であっても、その能力を最大限支援されて、日常生活や社会生活に關して自らの意思が反映された生活を送ることができるようにするために行う、その人に關わる人による本人へ支援のプロセスをいう。
- 意思決定支援とは、認知症の人に関する意思決定支援者による、本人が意思を形成することの支援（意思形成支援）と、表明することの支援（意思表明支援）を中心とし、それを実現するための支援（意思実現支援）を含む。
 - ▷ 脚注一ハターナル（父權的）な関わりとは異なり、認知症の人の意思ができるだけ丁寧にくみ取るプロセスをいうことを明記する。
 - ▷ 脚注一「最善の利益」に基づく考え方では、意思決定支援が尽きたところ（他者決定の際）に出てくる概念と限定する。
 - ▷ 脚注一「認知症の人が決定しないといふ決定」を支援することも、意思決定支援であることを明記する。

4 認知症の特性を踏まえたガイドラインの特質

- ▶ 本文追加—意思決定支援を考えるうえで、押さえておく重要な認知症の特性を記述する。

- ① 認知症は記憶障害だけではなく、比較・判断の力も低下すること
 - ② 軽度の段階で（決められる段階で）今後どのようになるか見通しを本人や関係者で話し合い、今後起こうることについて決めるなど、先を見通した意思決定の支援が重要であること
 - ③ 認知機能障害のある場合の支援方法の考え方（記憶障害や注意障害への支援）（認知症への支援を強調したうえで、障害者支援との違いを示す）
- ▶ 本文追加—長期にわたる意思決定支援が重要であることを明記（基本計画3頁）する。
 - ▷ 脚注一「今後どのようになるか」「今後起こりうること」について具体的に記載する。

5 認知症の人の支援としての意思決定支援チーム

- ▶ 本文追加—認知症の人（本人）の状況に応じて、本人に身近な家族・親族・福祉・医療・地域近隣の関係者と後見人がチームとなって日常的に本人を見守り、本人の意思や状況を継続的に把握し必要な対応を行ふ体制（意思決定支援チーム）が必要であることを明記する（基本計画4・5頁）。
- ▶ 本文追加—本人を良く知る人から情報を収集し、本人の意思決定支援をしていくことが重要であることを明記する。その意味で、家族は通常もとともに本人を良く知る人であるから、家族と関わることは重要であること、また、地域近隣で本人の見守りをしていただいている方と関わることは重要であることを明記する。

6 認知症の人の支援の特徴としての家族

- （認知症の人）本人の意思決定の支援であって、家族の意向を優先するものではない。
- 本人が家族の影響を受けずに、（自発的に）意思を表明しやすい環境を確保することが必要である。
- 家族も、通常は、本人の意思決定支援チームの一員である。
- もともと、障害者支援のガイドラインと比べても、認知症の人の場合は配偶者や子供が家族として登場するので、同じ家族でも、親との関係性が中心となる障害支援とは異なる。
- 現実には、家族の意向と調整する必要がある場合があるが、そのあたり方は本ガイドラインが直接の対象とするものではない。
- ▶ 本文追加—家族と接する際も、まずは、本人の意思を尊重する姿勢に共感し、意思決定支援者の一員となつていただきくことが必要であり、その上で家族の意向と対立した場合は、その対立の理由・原因を確認した上で、提供可能な社会資源について調査検討し、そのような資源を提供しても、本人の意思を尊重することができないか等について明記する。
- ▶ 本文追加—家族機能からみて、認知症の人の意思決定支援者とし位置付けられる場合、認知症の人の意思と相反する意向を持つ（阻害・疎外）者として位置付けられる場合がある。特に家族は、利益相反を持つ（可能性がある）ことから、その確認をすることも意思決定支援チームの役割として記述する。

7 意思決定（意思形成、意思表明と意思実現）のプロセスの支援

- 本人の意思を尊重するプロセスは、本人の意思を都度、確認し、理解することに始まる。
- 本人の意思が、事実認識に誤りがなく、自発的に形成されているかどうかに注意をする。
- ▶ 本文追加—自発的に意思が形成されたとしたされる条件について明記する。
- 本人が自らの意思を表明しにくくする要因はないかについて注意をする。
- 自発的に形成され、表明された本人の意思・選好（あるいは好み）を、利用可能な社会資源を用いて、日常生活・社会生活のあり方に反映させる。
- 形成された意思、表明された意思が、他から見て合理的かどうかを問うものではない。

8 本人の意思を支援することとは

- 意思決定支援は、本人の意向（意思・選好あるいは好み）の内容を支援者の視点で評価し、支援すべきだと判断した場合にだけ支援するのではなく、まずは、本人の表明した意思・選好、あるいは、推定意思・選好を確認し、それを尊重することをいう。
- 本人の示した意向が、**本人の旨意や生活歴や価値観等から見ても整合性がない場合は、本人の意思を形成するプロセスが適切でない場合があるので、そのプロセスを見直すことが有効である。**
- 本人の示した意向は、それが他者を害するものでない場合や、本人にとって見過ごすことのできない重大な影響が生ずる場合や、本人に限り、尊重される。
- ▷ 脚注一他者を害するものの場合の例
- ▷ 脚注一本人にとつて見過ごすことのできない重大な影響が生ずる場合の例
- 本人の示した意向を日常・社会生活中に反映した場合に、本人にとって見過ごすことのできない重大な影響が生ずる場合の対処のあり方を**本ガイドラインは直接の対象としていない**。
- ▶ **本文追加**—本人にとって見過ごすことのできない重大な影響が生ずる場合についての考え方を示す。

9 本人の意思決定能力について

- 本人には意思決定能力があるということを前提にして、意思決定支援をする。
- 本人の意思決定のできる能力に応じて支援する。
- 本人の意思決定能力を固定的に考えずに、本人の認知予備力等を向上させる努力を行う。
- 意思決定能力の評価判定と本人の能力向上支援は一体をなす。
- 本人の意思決定能力に疑惑があつたり、本人の能力向上支援方法に困難がある場合は、意思決定支援チームで情報を共有して検討をする。
- ▶ **本文追加**—現場での自主的な活動を進める点で、意思決定能力の判定について、以下の点の記述が考えられる。
 - 1 基本的に四要素の確認、本人が周囲のサポートを引き出す能力の確認が中心になるが、現場では何が確認できれば、意思決定能力があると判断できるのか、知られていない。
 - 2 本人にとって見過ごすことのできない重大な影響を含む決定の際には、認知機能等背景となる器質的な評価と、その場面に応じた機能面での評価をおこなうなど慎重な対応が必要である。

10 日常生活・社会生活

- 日常生活としては、食事・入浴・被服の好みや、社会生活としては、住まいの選択が想定されるが、これらに限るものではない。
- 日常生活については、これまで本人が過ごしてきた生活が確保されることを尊重することが原則になる。
- 本人の意思や好みを理解するためには、家族を含めた支援するチームで、本人の情報を集め、共有することが必要である。
- ▶ **本文追加**—財産・金銭の処分については、更に以下の点の記述を考える。
 - ① 財産の処分等では、その後の生活に与える影響ややり直しの効かない点で、意向を開き出す点と、保護の観点の配慮が必要になること。
 - ② その際には、ある程度客観的な意思決定能力の評価や、プロセスの担保が大事になることもあり、成年後見人の役割が重要になること。
- ▷ 脚注一「後見人が本人に代理して法律行為をする場合にも、本人の意思決定支援の觀点から、できる限り本人の意思を尊重し、法律行為の内容にそれを反映させることが求められる。」（基本計画7頁）
- ▶ **本文追加**—早い段階での成年後見人（補助・補佐）の利用が考えられるうこと。

- ▶ **本文追加**—医療との領域との接合について、以下の記述を考える。
 - ① 食事や栄養、健康管理など療養に關する問題の意思決定について。
 - ② 受診の問題など、認知症自体の治療ではないが、併存症の身体管理に關わる問題への対応について。
 - ③ 認知症自体の治療の必要性がある（ゴミ屋敷など）けれども病職が乏しいために受診に至らない場合への対応について。
 - ④ 病院では、退院後に独り暮らしができるかどうか、医療的な処置と生活支援のバランスについて。
- ※その他の検討項目の例
driving(運転)や結婚、選挙等

11 支援場所の特性に即した支援

- 支援関係が一対一となる場面と、支援関係が多対一となる場面がある。
- ▶ **本文追加**—上記に即した、支援プロセスを区別して記述する。

12. 環境整備・障害要因

- 本人が自らの意思を表明しにくくする要因に着目し探し、その要因への対処を図る。
- ▶ **本文追加一環境整備**については、認知症の特性から、いくつかまとめて記述する。

13 意思決定支援会議

- 本人の意思決定能力の判定や、意思能力支援方法に困難や疑問を感じ、また、表明された意思をどのようにとらえ、どのように支援するかに困難や疑問を感じた場合は、チームで情報报を共有し、共同して考えることが必要である（このような会議を「ここでは意思決定支援会議」と呼ぶ）。

▷ **脚注一意思決定支援会議と地域ケア会議、サービス担当者会議等との関係等について記述する。**

- このような会議では、可能な限り、本人の参加が望ましい。もっとも、認知症の人は、周囲の雰囲気をつかむのが苦手で、知らない大勢に囲まれるとかえって意見を出せなくなる場合があるため、注意が必要である。

▷ **脚注一注意の仕方について明記する。**

- この会議の目的には以下のものが想定される。

- 1 本人の意向を考えるために本人に関する情報を共有し、本人をどのように支援するか、調整する意味合い、
- 2 本人が意向を表明しやすくする環境を作ること

▷ **脚注一成年後見人の役割について記述する（平成28年報告書）。**

- ▶ **本文追加一意思決定支援会議での会議の招集・進め方等についての工夫を記述する。**
知的障害者の方への場合であれば、本人の意向を尋ねながらの会議で示しやすいため、認知症の場合、認知機能障害により場の雰囲気や流れを把握する力が弱くなる、集中できなくなることがあらため、人を絞るとか、静かな集中できる環境を用意するなど、知的障害者の方とは異なる配慮が必要になる。その点を踏まえて、調整する場と、本人に確認したり、意向を聞く場をあえて別にする必要を示す（その中には、事後の振り返り（アセスメント）や、意向の複数回の確認が含まれる）。

▷ **脚注一本人が意向を表明するだけではなく、本人の意向を支援する役割の人をたてることを示すなど、支援方法の工夫について記述する。**

- ▷ **脚注一プロセスの担保とも関係し、確認内容のリスト化、どのような記録を残すべきか、まで記述する。**

III 事例

- 事例を通じて理念を学ぶ
(典型的な事例)

- ▶ **事例1 支援者と本人との長い間わりがあり、本人の社会生活の選択が問題となる事例**

- 事例2 支援チームと本人との長い間わりがあり、本人の社会生活の選択が問題となる事例

(困る事例)

- 事例3 支援チームが本人への意思能力がかなり低減している状態から関わる場合に、本人の日常生活・社会生活の選択が問題となる事例

▷ **脚注一事例には、ポイントと工夫について記述する。**

- ▶ **本文追加一介護の現場で、どうして意思決定支援の動きが定着しないのかを検討し、焦点を較めて記述する。**

- **本文追加一ねこ屋敷やごみ屋敷の事例**

▶ **本文追加一注意の仕方について明記する。**

1 家族（項目5、6）

- ◎ 障害のぼうのガイドラインは、家族は本人の情報を持つ人の一部という扱いである。また、障害福祉サービスを提供する上で意思決定支援がイドランという枠があるので、ガイドラインを使う人の主体がはつきりしているという面もある。それから相談支援専門員や現場の支援サービス課の責任者ということが想定されているので、家族はどうかというと、そういう意思決定支援を持つている人の一人といふような位置づけ以上には書けないと思う。
- ◎ 意思決定支援というところにもう少し軸足を置いてみたら、やはり家族がかなり意見を出してしまうという実態があるので、非常にきつい言葉に見えるかもしないが、そこはケアを提供する人たちに伝えるときには、家族の意向を優先するのではなく、本人に確認をしてということからスタートしたほうがいい。
- ◎ 本人の支援を第一前提としてやるけれども、それによって家族の生活が壊れるということは当然避けなくてはいけない。そのために、やはり家族の意見ももらしながらすり合わせをして、家族の生活も壊れないようについてことをケアマネジャーは考えていくふうに、今度のカリキュラムの中では家族支援というがきちんと入ってきたので、この部分ではこれまで大丈夫ではないかと思つ。
- ◎ 家族と本人の意向が対立する場合の話であるが、（中略）意思形成支援か意思表現支援のところまで対立する意向が入つてしまふと、そもそも意思決定支援という概念そのものが崩れてしまうような感じがあるので、意思表現支援という段階に至つて初めて、ここまででは本人を中心とした意思決定支援だったけれども、一方、家族がちょっと待つてくれといふいう意見があつたときに、そこは家族支援といううことで別の會議がひがつて、そこで初めてその2つをすり合わせるようなことが意思表現支援という段階で起るというようなイメージか。
- ◎ 意思形成ができた、意思表現もできだが、その意思を実現するところに積極的に関わらないと、結局のところは意思決定支援になつないのである。本人が言いたいに言えるところまで保障するということではなくて、できれば本人が言つたことについて、できるだけ周りの者がそれを支援する方向で、ペクトルはみんな同じ方向に向かおう、だけぞ現実にはできないことがある、そういうことなのかなと思う。
- ◎ 家族の意向を、表明の段階で先に言つたり、先にこれがいいよなどという言い方をされてしまうと、認知症の人はそれに流されてしまうことが多い。実現のときだけではなくて、その前の意思を形成する前に、まさしく家族の言葉で誘導されてしまつみたいなことも起るので、この3つのプロセスの前の2つの段階でも、それそれ家族がどのようにやっているのかというのを見ながらやらないと、すごくリスクが高い。

- ◎ あくまでも本人を中心にしていくと、やはり家族も支援者の一人という捉え方をここでしつかにしておくことはすごく大事かなど。そこがすっきりかな?と整理かしらいかなと思っている。今お話ししたいたのものは、本来、本人意思の尊重というところをしっかり書いておかれるることは大事かと思う。
- ◎ 家族はどう接するかという観点で今書かれているところがあるので、家族が本人とどう接するかを書かなければならぬ。
- ◎ 家族が二重の出方をしていて、ケアの支援者から見て、家族を一員として見て一緒に本人を支えるというところと、家族自身がどのように本人と向き合つかというような話がの中に出てくるので、ここが難しいところである。
- ◎ （5、意思決定支援チームの）「本人を良く知る人から情報を収集し、本人の意思決定支援をしていくことが重要であることを明記する。その意味で、家族は通常もともと本人を良く知る人であるから、家族と関わることは重要である」ということで、通常は家族がやはり一番本人をよく知つていて、意思決定支援としても適切に関われるというこの文章を、6（家族）の頭のところに入れるのはいかがか。そうすると、家族が支援者としての情報を一番適切に提供している（なるだろ）。家族から非常にいろいろな大事な情報がいただける。ただ、常に本人ファーストであることは間違ないので、本人ファーストであるけれども、それを補足して詳しい情報を持つている家族からも聞いてという形でやつているので、家族はそういう意味では非常に重要な情報源であり、本人をサポートする大事な人たちがいるわけである。（助川委員）
- ◎ 意思決定支援はあくまでも本人の意思決定支援だが、家族の言い分を聞く機会というのは、そこはまた別にちゃんとつくるべきではないな感じに、そこではつまり線を引いてしまつたほうがわかりやすいのではないか。
- ◎ ケアプランの問題だけではなく、やはり生活全体の方向性なので、まずは本人が言えるという環境づくりが本当はすごく大きな問題である。
- ◎ ガイドラインで、意思の形成のときに圧力がなく、ちゃんと正しい情報で形成できるような場面だといふことを理解していただいて、ご自身の意向を聞かれないといふわけではなく、むしろ本人の意向を先に、基本的には与えられた時間として、一旦影響を与えないような形で本人の意向を聞いてみようということであります。

2 日常生活・社会生活（項目 10）

- ◎ 日常生活を軽んじていいという意味ではないが、やはり社会生活の大きさが重要な決定に對しての場面などは分けて、最初に好みとか何かで済むようなものであれば、本人のことを聞きましょうと言つてやる。
- ◎ 重要なところは、（中略）本人の意向、家族の意向、場所を変えて別々にちゃんと確認をしておいて、その最初の情報を取つた上で会議に行こうな形にしないと、その会議の中で意見の聞き出しみたいなことをゼロからするのは大変だと思うので、大前提としては、ある程度本人の意向の情報収集も済んでいて、家族の意向の情報収集も済んでいて、それをみんなで共有した後にどのようにするのかという形になつてくると思う。だから、「10日常生活・社会生活」のように、日常生活と社会生活のところをもう少し早めに切り分けていただければわかりやすいかと思う。

- ◎ 経済・社会活動的なものについては会議なりチームという考え方があると思うが、日常的なケアというところでは意思決定支援がされるということが重要なのであって、それこそケア関係者が一人でその辺を心がけるというあたりもある話かと思う。

◎ 決定の大ささに大半があるという話があった。そうすると、必ずしもチームを組むのがどうかというところがあると思う。これは日常生活などの話も含まれているので、例えはお風呂に入るみたいな話も含んでいるとすると、項目立てとして「チームをつくる」というのが前に出てくる形で問題ないのかなど少し思った。意思決定のプロセスを見てもらうのが一つ重要なポイントであることを踏まえると、「まずはチームをつくつけてくださいね」みたいに見られてしまうそれがないのかというところが、少し心配というか、見た人によってはそこ取る人がいるのではないかなど、出てくる順番で思つたところではある。（このチームとは）各場面によって関わつていくというイメージであろう。必要に応じて必要な人が関わつて支援をしていくということだとすると、そこで誤解のないように書く必要があると思う。

前提（冒頭）

- ◎ 普段から認知症の人が自分で決められる、それから意思決定というところで意思表明、その意思を尊重するということをまず第一に言つておかなくていいのか。
- ◎ 「認知症の人の支援の特徴としての家族」の本文追加の赤字のところで、「家族と接する際も、まずは、本人の意思を尊重する姿勢に共感し、意思決定支援者の一員となつていただくことが必要であり」というのがある。これは一番最初のところで、家族も、また支援者も、周りの方も、まずは本人が意思を表明して、意思を尊重する姿勢を第一とされることは重要となっていて、そういうことをこのガイドラインとして明確にしていくことを、「前提」のところでもう少し明確に、どういう方向性で、というあたりを書いてもいいのではないかと思う。

- ◎ ガイドラインをどういうときに使うのかといふのがすぐあって、最初に明確にここに姿勢とか方向性を打ち出すというのは、それこそ家族も含めて支援者全てに非常に訴えてくるかと思う。

- ◎ 意思決定支援の議論の中では、意思決定能力がある場合の意思と、それが欠けているけれども、選好とか意向と言われるものが表現される場合の意思と、それをどう取り扱うかというところは議論があるところである。ただ、意向のレベルであっても、それが、最後のほうにあるけれども、それを書するとか違法性を帶びるとか、あるいは本人にとって重大な不利益を与えるとか、そういうことがない限りは尊重すべきではないかという議論になるだろうとは思う。

◎ ガイドにしろ、ガイドラインにしても、まずは目次、今説明されたが、目次はぜひつけてほしい。それから、牵引をどうするかという問題。WGでやった脚注をきっちりして、わかりやすくしてほしいこと。最後に、これは混乱しそうなので、先行研究があれば文献。これはどうやって出すぐによって議論のあるところだが、候補としてはその4つが本の体裁としてはある。

II 基本的考え方

2 誰による意思決定支援のガイドラインか

◎ 「ケアを提供する専門職種や行政職員等となるが、これに加えて」というのもどうなのか。本人の生活や社会生活の意思決定で、いきなりケア職種や行政の人が先頭に出てくる順番についても、ご判断願いたいところである。

◎ 独居の方の見守り体制の中に民生委員はすぐ大事な役割を果たしていく、民生委員は独居の方々の重要な生活支援者であるという位置づけになっているので、ここはやはり民生委員という言葉が最後に入っている。民生委員、市町村、窓口になつていて、行政で総割りになつていて、介護保険のところにはあまり民生委員は入つてこなくて、でも、地域支援の中では民生委員はすぐ大事な役割をしているので、出していただいたほうがよい。

◎ 職種名と施設名が混在している。だから、社会福祉施設の前に民生委員を入れると、あとには全部いわゆる組織名なので、そういうところでどうだろうか。

III 認知症の人の特性を踏まえた意思決定支援の基本原則

1 自己決定の尊重

◎ 3ページの自己決定の尊重のところだが、(中略)「意思」と表現した以後は、ある程度決定能力がある意思に限定するという趣旨だろうか。意思決定能力がある判断される場合に、意思決定能力のある者が表明した意思を尊重すると、こう読まれる可能性があると思う。ただ、趣旨はそうではなくて、選好も含めて尊重するという趣旨だと思うので、そのあたり、限定的な読み方をしないような表現が必要かななどと思う。

- ◎ 「見過ごすことのできない重大な影響が生じる場合」というのが、本人にとって不利益がなければ、例えば公序良俗に反するような行為でもいいのかとか、そういう問題があつて、確かに一般人が読む場合にはそこまで考えないだろうが、いろんな人がこれを目的にするので、そう考へると、「見過ごすことのできない重大な影響を生ずる場合」というのが、どのように考へているかをある程度説明したほうがいい。

- ◎ 8カ月くらいの方からほんんど全く普通の成人まであるので、それに応じた解説や理解をするように努める技術だけでも、それは多分大変なのだが、このガイドラインがむしろ広い意味の意向を尊重するようなものにしたほうがいいのではないかという議論が繰り返しされたところを見ると、意思という定義を狭くするのではなくながらもかど議論の流れ行き上思つたが、どうだろうか。

- ◎ 脚注で、法律的に言う「意思」というのはどうだけれども、本ガイドラインは、「意思」は、「意向」「選好」なども含む広い概念として扱っているというか、そういうことを明記したんだろうか。(鳥羽委員長)
- ◎ 3ページの一番上の見出しが「自己決定の尊重」となっているが、内容を見ると、自己決定の尊重から意思の推定まで入っている。むしろ「本人の意思の尊重」という見出しにして、自己決定から意思の推定までをそこに入れるほうがすっきりするように感じた。

2 本人の意思決定能力への配慮

- ◎ 3ページ、2の「本人の意思決定能力への配慮」の3つの〇のところで、「本人の認知予備力等」とあるのは、そこはいただいた資料では言いえた(ほ)うがないのではないかというコメントがあつて、確かに「認知予備力」とは一般的に言わないというか、難しいのではないかと思う。
- ◎ 認知予備能力(Cognitive reserve)というように使われるが、それは脚注がないと難しい。だから、もつとわかりやすい表現に変えることも考えられる。認知機能に関連して本人の保たれている認知機能の部分とか、何と言つたらいいか。認知能力で保たれている部分。保たれている認知能力でいいか。

◎ 本人の意思決定能力への配慮の最後だが、決定能力の判断は、こういう状況でやるべきだと記載されているが、どうしても最後が「望ましい」になるのか。通常は、本人の身体あるいは精神の状態、それから生活情報、さまざまな情報の中から判断されるが、そのことを多分書いてあるのだろうと思うけれども、最後が「望ましい」という表現になると、では特段どうでもいいのではなくて、ということもあるかなと思ったので、ここは表現を考えたほうがいいのではないか。

◎ 記録のことよりもやはり「望ましい」になっていて、これはきちんと記録を残しておくべきではないかと思うが、どうか。その人の意思だつたり何だつたりを共有していくベースにならうものだと思うので、毎回、カンファレンスの記録を、誰が何を言ったということを残すのはなかなか難しいかも知れないが、何かのタイミングで、今回はこういう決定になったという記載は必要だと思う。

3 チームによる早期からの継続的支援

◎ 「本人を良く知る人」というのが一体誰なのか。（中略）家族が本当にその人のことをよく知っているのだろうかという疑問も少しあって、どのように書いていいのかよくわからぬが、その人を取り巻くいろんなところから、その人のことをよく聞くためには、本来家族を中心であるべきだが、家族が知っているわけでもないということもあると思うと、それから離れて暮らしているとか、お互いに老夫老妻だったときには、少し違った関係になるのかなど思うので、そのあたりも少し工夫が必要だろう。

◎ 4ページの下から2段落目。「その過程や判断が適切であったかどうかを確認する」という意味は、本人の意思決定をする過程や、本人の判断が適切であつたかどうかを確認するということか。

IV 意思決定支援のプロセス

1 意思決定支援の人的・物理的環境の整備

◎ 5ページの「意思決定に立ち会う者の関係性・信頼関係」の2つの〇で、「本人を大勢で囲むと、本人は圧倒されてしまい、安心して意思決定ができなくなる場合があることに注意すべきである」と。これは環境の問題で、関係性・信頼性ではないので、下の「意思決定支援と環境」の中に下ろしたほうがいいと思う。

また、「意思決定に立ち会う者の関係性・信頼関係」の1つ目の〇の内容は、関係性と信頼関係が2つ一緒に入っているので、信頼関係が構築されている者があるときには表記しやすくなるのが1つ目で、立会う者に遠慮して自らの意思を十分に表明できない場合もあるから、二者で話を聞くべきであるというものが2つ目だと思う。これを整理したほうがいい。

◎ ネガティブな関係性とポジティブな関係性の両面を書いていたいことでいいか。ネガティブなことが多いようだが、オレンジプランを生かしたポジティブな結果を得るようにするというのが新しさのようなので、その辺を書いていたんだ。ポジティブな関係性、ネガティブな信頼関係についても。

2 適切な意思決定プロセスの確保

- ◎ 6ページの意思実現支援の4つ目の〇は、4ページに同じような記述がある。記録を残しておくことが望ましいという、先ほど出したものとほぼ同じ内容なので、そこに一緒にしまってもいい。
表明した意思に整合性がないときは、意思を形成するプロセスが適切ではない場合があるので、プロセスを見直すことが有効ということなので、これは意思表明支援のところに入っていたほうが取扱りがいい。○（意思）実現では、能力の最大限の活用と社会資源の利用が2つのキーワードなので、例えば、本人の能力を最大限に活用するためにという文章をもつと膨らませて、2～3行に書き、社会資源の活用を通じて意思決定を実現するも2～3行に膨らませて書いていただきたい。
- ◎ 基本は、本人が表明した意思が実現しないことになると、何のために表明したかということに単純に考えるとなってしまうので、1つはそういうものの入れる必要があるかと思う。ただ、全ての意思を実現することは、現実の社会の中ではできないから、そこはそういうものではないとい、その2つを入れるのはどうか。
- ◎ 本人の能力と社会資源という2つの要素だと非常にドライで、実現性が低い。そうではなく、一人一人の認知症の人にくき合つた、能力をいかにして社会資源や地域のものに結びつけていくのが、チームの恵の出しどころである。その実現のために何をどうやって本人のいいところを引き出していくのかをもうちょっと書くのが、温かみのある意思決定支援の実現につながるような気がする。
- ◎ 実現支援は、チームの中で、例えば家族、医師、医療福祉の施設の職員やリハビリ、行政の者も、専門性を最大限に生かして、本人の潜在的能力とサービスを結びつけるにはどうしたらいいかということを、実現性を念頭に努力していく書き方をしていただきたいと思う。
- ◎ 意思実現支援となると住むところ問題だけではない。財産問題から全部ひくるめいろいろな分野が出てくる。それに一般化できるよううまい用語があれはいいが、そこがうまく表現できないと、住むところ問題だけの例が出てきててしまうのかという印象がある。
- ◎ 施設はよくないものという捉え方をされるのは余りよくないと思っている。ご本人が自宅にいたいということがあつたとしても、自宅よりも実は施設に入ったほうが生活の質が上がることは非常に多いと思う。（中略）自己実現をできるような生活の場も施設にはあるということがどこかに入っているとよい。自宅が一番いいという印象が強くなるので、自宅にいたいと言つたら、必ずその自己実現に向けて意思をみ取つてしまがちだと思う。そういうところが広く国民の方にも発想できるよう表現してもらえるといい。
- ◎ 意思実現支援も本人の意思を支援するという意味では重要なことで打ち出したわけで、ここではつきり本人の意思を支援するということを強調した意味は非常に大きいと思う。この並べ方は、それはそれでいいと思う。確かにあれもこれもと書いていくと複雑になつて、ほかのものもあるだろう、これもあるのではないかという議論を呼び起してしまうから、そういう意味ではある程度簡潔にしたほうがいいとは思う。

◎ 流れはいいと思うが、2 ページで本人が意思を形成することの支援（意思形成支援）というふうに、意思形成支援、意思表明支援、意思実現支援をここで定義している。6 文字熟語になると、意思実現支援というのが、意思決定支援とまた別個にあるような印象をどうしても受けてしまう。熟語にしなくてはいけないのかというのが一つある。「意思を実現するための支援」と平易に書いたほうが、変にぎゅっとならないのかどうか。

家族の関わり

◎ 7 ページの下の 3 行がここに入るのは不適切だと思う。これは最後の、このガイドラインやこの趣旨が生まれたための課題なので、このガイドラインが普及するためにには意思決定支援、家族あるいは地域のいろいろな職種、機関の方が、認知症というものをどのように偏見なく理解していくようなことを始めた啓発・知識の普及に努めることがあるて、初めてこの自己決定支援というものが次の段階で生きてくる。意思決定支援のほうが高いレベルだ。まず、偏見とかがあつたら全然ダメなので、というようなところにここでの文章を移したらどうかと思ったが、どうだろう。

◎ 専門職は専門職の知識のルートを通じて啓発するわけだが、一般国民もスマーディアやさまざまな媒体から啓発活動を通じて正しいものを身につける機会が多い。だから、情報の提供者と受ける側をあまりはつきりしない形で、国民全体が知識を得て、偏見をなくして、意思決定支援をスムーズに進める素地を醸成することがます必要である。

◎ 家族がいるのではないかというような、そういうちょっとした言葉なのだけれども、全体的に家族の捉え方が非常に対立するものとしてガイドラインが捉えられて、これを専門職が読んだときに、やはり家族といふのをそういう観点で捉えてしまいのではなくと思ってしまう。

◎ 「本人を一番よく知っている家族が意思決定支援者の一員となっていたらどこが望ましい」いうのを一番には持ってくれば、家族の位置づけがはつきりするのではないかと思う。その上で意思決定支援の一員となることが望ましいということで、「そのためには意思決定支援を表明できるように接し、意思を尊重して持つことが期待される」。こう並ぶと割と家族の位置づけが、意思決定支援の中に重要な役割を持ついるのだということになってくる。

◎ 家族の中でも、認知症についてのいろんな情報を知ることはやはり必要なのである。こんなことを知つていればもうちょっと対応ができるのにとか、家族の方たちが結構おっしゃる。だけば、そういう情報もないままに過ごてきて、虐待につながつたり何なりがあるので、やはりそういうところは残してもいいのかなど私は思つている。家族も一緒にになって認知症の知識を吸収してケアに生かすということは、この中で大事だろうと思つてている。社会全体もそつたけれども。

◎ 家族に抱つてほしいといふことも書いてある。そこをもう少し詳しく、本ガイドラインは、日常生活と社会生活の意思決定のためのガイドラインである。すなわち、そこに一番濃密に時間的に内容的にかかわっているのは家族の頻度が高く、それらの場合にはこのようなことであると、そういうことを書いた上で家族の重要性を書くのであればいいのではないかと思う。

3 日常生活や社会生活における意思決定支援

- ◎ 8 ページの意思決定支援の最後に、「本人の示した意思を日常・社会生活に反映した場合に、本人にとって見過ごすことのできない重大な影響が生ずる場合は、意思決定支援チームで話し合うことが必要である。その際には、本人の身体及び精神の状態を適確に示すような本人の生活状況等に関する情報」となっている。もとより医療的なことも話されていたと思うが、これは生活状況に医療的な情報まで含めて「等」になつているのか。
- ◎ チームには、看護師やかかりつけ医など、多くは医療関係者が入るわけであろう。そうすれば医療情報は必ず話題に出る。（中略）。「～その際には、認知症の身体及び精神の状況及び生活状況などに関する情報に」と、すなわち、認知症は生活が不便になるのは診断基準にも入っている。精神状態、身体合併症の問題、生活機能障害の問題。ほかにも社会生活もあるが、今回はそこを抜くとしても、その 3 つの情報を見た上で欠けているものを補う、としてはどうか。

資料 1

目次

Iはじめに

- 1 ガイドライン策定の背景
- 2 ガイドラインの趣旨

認知症の人の日常生活・社会生活における意思決定支援ガイドライン（案）

II 基本的考え方

- 1 誰の意思決定支援のためのガイドラインか、
誰による意思決定支援のガイドラインか
- 2 意思決定支援とは何か（支援の定義）
- 3 意思決定支援とは何か（支援の定義）

III 認知症の人特性を踏まえた意思決定支援の基本原則

- 1 本人への意思の尊重
- 2 本人の意思決定能力への配慮
- 3 チームによる早期からの継続的支援

IV 意思決定支援のプロセス

- 1 意思決定支援の人的・物理的環境の整備
 - (1) 意思決定支援者の態度
 - (2) 意思決定支援者との信頼関係と、立ち会う者との関係性への配慮
 - (3) 意思決定支援と環境
- 2 適切な意思決定プロセスの確保
 - (1) 本人が意思を形成することの支援（意思形成支援）
 - (2) 本人が意思を表明することの支援（意思表明支援）
 - (3) 本人が意思を実現することの支援（意思実現支援）
- 3 意思決定支援プロセスにおける家族
 - (1) 家族も本人の意思決定支援者であること
 - (2) 家族への支援
- 4 日常生活や社会生活における意思決定支援
- 5 意思決定支援チームと会議（話し合い）

V 認知症への理解とガイドラインの普及と改訂

VI 事例に基づく意思決定支援のポイント

I はじめに

1 ガイドライン策定の背景

- 成年後見制度の利用の促進に関する法律を受け設置された成年後見制度利用促進委員会において、「障害者や認知症の人の特性に応じた適切な配慮を行うことができるよう、意思決定の支援の在り方にについての指針の策定に向けた検討等が進められるべき」と指摘があり、成年後見制度利用促進委員会の議論を経て作成された成年後見制度利用促進基本計画において、「意思決定の支援の在り方にについての指針の策定に向けた検討等が進められるべき」とされた。

- これを受け、認知症の人の意思決定支援に関する指針策定のため平成27年度、平成28年度に実施した意思決定に関する研究を参考に、平成29年度の老人保健健康増進等事業において、認知症の人の意思決定支援に関する検討を行い、「認知症の人の意思決定支援ガイドライン」を策定した。

- 本ガイドラインは、日常生活や社会生活等において認知症の人の意思が適切に反映された生活が送れるよう、認知症の人の意思決定に関わる人が、認知症の人の意思をできるかぎり丁寧にくみ取るために、認知症の人の意思決定を支援する標準的なプロセスや留意点を記載したものである。

2 ガイドラインの趣旨

- 普段から、我々一人が自分で意思を形成し、それを表現でき、その意思が尊重され、日常生活・社会生活を決めていくことが重要であることは誰もが認識することであるが、このことは、認知症の人についても同様である。

- 本ガイドラインは、認知症の人を支える周囲の人において行われる意思決定支援の、基本的考え方（理念）や姿勢、方法、配慮すべき事柄等を整理して示し、これにより、認知症の人が、自らの意思に基づいた日常生活・社会生活を送れることを目指すものである。

II 基本的考え方

1 誰の意思決定支援のためのガイドラインか

- 認知症の人（認知症と診断された場合に限らず、認知機能の低下が疑われる、意思決定能力が不十分な人を含む。以下、「認知症の人」ないし「本人」という）を支援するガイドラインである。

2 誰による意思決定支援のガイドラインか

- 特定の職種や特定の場面に限定されるものではなく、認知症の人の意思決定支援に関する全ての人（以下「意思決定支援者」という）による意思決定支援を行う際のガイドラインである。
- その中心はケアを提供する専門職種や行政職員等となるが、これに加えて、家族、本人を良く知る人、成年後見人（脚注）、その他、地域において見守り活動を行う人々などが考えられる。
- ケアを提供する専門職種や行政職員の例として、医師、看護師、ケアマネージャー、相談支援専門員、生活保護ケースワーカー、保健師、精神保健福祉士、民生委員、社会福祉施設、医療機関、認知症初期集中支援チーム、認知症疾患医療センター、介護サービス事業所、障害－福祉サービス事業所、訪問看護ステーション、市町村・窓口などが考えられる。
- ここにいう成年後見人には、法定後見人と任意後見人が含まれ、前者には、補助人や保佐人も含む。

3 意思決定支援とは何か（支援の定義）

- 認知症の人であっても、その能力を最大限活かして、日常生活や社会生活に關して自らの意思に基づいた生活を送ることができるようにするために行う、意思決定支援による本人支援をいう。
- 本ガイドラインでいう意思決定支援とは、認知症の人の意思決定をプロセスとして支援するもので、通常、そのプロセスは、本人が意思を形成することの支援と、本人が意思を表明することの支援を中心とし、本人の意思を実現するための支援を含む。（脚注）
脚注）本人が意思を形成することの支援を意思形成支援と、本人が意思を表明することの支援を意思表明支援と、本人の意思を実現するための支援を意思実現支援と呼ぶこともできる。

III 認知症の人の特性を踏まえた意思決定支援の基本原則

1 本人の意思の尊重

- 本人への支援は、本人の意思の尊重、つまり、自己決定の尊重に基づき行う。したがって、自己決定に必要な情報を、認知症の人が有する認知能力に応じて、理解できるように説明しなければならない。
- 意思決定支援は、本人の意向（意思・選好あるいは好み）（脚注）の内容を支援者の視点で評価し、支援すべきだと判断した場合にだけ支援するのではなく、まずは、本人の表明した意思・選好、あるいは、その確認が難しい場合には推定意思・選好（脚注）を確認し、それを尊重することから始まる。

脚注）本ガイドラインでは、「意向」や「意思」という言葉で、意向、意思、選好（好み）を表現することがある。

脚注）本人に意思決定能力が低下している場合に、本人の価値観、健康観や生活歴を踏まえて、もし本人に意思決定能力があるとすると、この状態を理解した本人が望むであろうところ、好むであろうところを、関係者で推定することを指す。

○ 認知症の人は、言語による意思表示が上手くできないことが多く想定されることから、意思決定支援者は、認知症の人の身振り手振り、表情の変化も意思表示として読み取る努力を最大限に行なうことが求められる。

○ 本人の示した意思是、それが他者を書する場合や、本人にとって見過ごすことのできな
い重大な影響が生ずる場合（脚注）でない限り、尊重される。

脚注）本人にとって見過ごすことのできない重大な影響が生ずる場合の例としては、支援する家族等がない、あるいは支援が難しいのに、自宅での生活を選ぶことで、本人が基本的な日常生活すら維持できない場合や、糖尿病であるにも関わらず、食事指導で求められたカロリー制限を著しく超える食事摂取を続けるような健痩なう恐れのある場合や、本人が現在有する財産の処分の結果、基本的な日常生活すら維持できないような場合を指す。

2 本人の意思決定能力への配慮

- 本人には意思決定能力があるというふうなことを前提にして、意思決定支援をする。
- 本人のその後の生活に影響を与えるような意思決定支援を行なう。
- 本人の意思決定能力を固定的に考えずに、本人の保たれている認知能力等を向上させる働きかけを行う。

- 本人の意思決定能力は、説明の内容をどの程度理解しているか（理解する力）、またそれを自分のこととして認識しているか（認識する力）、論理的な判断ができるか（論理的に考える力）、その意思を表明できるか（選択を表明できる力）によって判断される。これらの存否を判断する意思決定支援判定と、本人の能力向上支援、さらには前述のプロセスに応じた意思決定支援活動は一体をなす。
- 意思決定能力の判断は、本人の認知機能や身体及び精神の状態を適確に示すような情報と、本人の生活状況等に関する情報が適切に提供されることにより、十分な判断資料に基づく適切な判断が行われるようにすることが必要である。

3 チームによる早期からの継続的支援

- 本人が自ら意思決定できる早期（認知症の解度）の段階で、今後、本人の生活がどのようになっていくかの見通しを、本人や家族、関係者で話し合い、今後起こりうることについてあらかじめ決めておくなど、先を見通した意思決定の支援が繰り返し行われることが重要である。
- 意思決定支援にあたっては、本人の状況に応じて、身近な信頼できる家族・親族、福祉・医療・地域近隣の関係者と成年後見人等がチームとなって日常的に見守り、本人の意思や状況を継続的に把握し必要な支援を行う体制（以下、「意思決定支援チーム」という、後述）が必要である。
- 特に、本人の意思決定能力に疑義があるたり、本人の意思決定能力向上・支援方法に困難がある場合は、意思決定支援チームで情報を共有して話し合う。
- 意思決定支援にあたっては、特に、日常生活で本人に接するなど本人を良く知る人から情報を収集し、本人を理解し、支援していくことが重要である。家族は、通常もつとも本人をよく知る人であるから、家族が関わることは重要である。また、地域近隣で本人の見守りをしていただいている方など、日頃から本人とつながりがある方と関わることも重要である。
- 意思決定支援に際して、本人の意思を繰り返し確認することが必要である。意思決定支援者は、本人の意思を理解したと判断しても、その過程や判断が適切であったかどうかを確認し、支援の質の向上を図ることが必要である。
- 専門職種や行政職員が本人のその後の生活に影響を与えるような意思決定支援を行なった場合には、その都度、記録を残しておくことが必要である。

IV 意思決定支援のプロセス

1 意思決定支援の人的・物理的環境の整備

- 意思決定支援者は、意思決定支援者の態度や意思決定支援者との信頼関係、立ち会う人の関係性、や環境による影響を受けることから、意思決定支援に当たっては、以下に留意する。

(1) 意思決定支援者の態度

- 意思決定支援者は、本人の意思を尊重する態度で接していることが必要である。
- 意思決定支援者は、本人が自らの意思を表明しやすいよう、本人が安心できるような態度で接することが必要である。
- 意思決定支援者は、本人のこれまでの生活史を家族関係も含めて理解することが必要である。
- 意思決定支援者は、支援の際は、丁寧に本人の意思を何度も確認する。

(2) 意思決定支援者との信頼関係と、立ち会う者の関係性への配慮

- 意思決定支援者は、本人が意思決定を行う際に、本人との信頼関係に配慮する。意思決定支援者と本人との信頼関係が構築されている場合、本人が安心して自らの意思を表明しやすくなる。
- 本人は、意思決定の内容によつては、立ち会う者との関係性から、遠慮などにより、自らの意思を十分に表明ができない場合もある。必要な場合は、一旦本人と意思決定支援者との二人で本人の意思を確認するなどの配慮が必要である。

(3) 意思決定支援と環境

- 初めての場所や慣れない場所では本人は緊張したり、混乱をしたりし、本人の意思を十分に表明できない場合があることから、なるべく本人が慣れた場所で意思決定支援を行いうことが望ましい。
- 初めての場所や慣れない場所で意思決定支援を行う場合には、意思決定支援者は、本人ができる限り安心できる環境となるように配慮するとともに、本人の状況を見ながら、いつも以上に時間をかけた意思決定支援を行うなどの配慮が必要である。
- 本人を大勢で囲むと、本人は圧倒されてしまい、安心して意思決定ができないくなる場合があることに注意すべきである。
- 時期についても急がせないようにする、集中できる時間帯を選ぶ、疲れている時を避けなどに注意すべきである。

- 車両職種や行政職員等は、意思決定支援が適切になされたかどうかを確認・検証するため、支援の時に用いた情報を含め、プロセスを記録し、振り返ることが必要である。

2 適切な意思決定プロセスの確保

- 意思決定支援者は、意思決定を支援する際には、本人の意思決定能力を適切に評価しながら、以下の適切なプロセスを踏むことが重要である。
 - (1) 本人が意思を形成することの支援（意思形成支援）
 - まずは、以下の点を確認する。
 - ・本人が意思を形成するのに必要な情報が説明されているか。
 - ・本人が理解できるよう、分かりやすい言葉で、ゆっくりと説明されているか。
 - ・本人が理解している事実認識に誤りがないか。
 - ・本人が自発的に意思を形成するに障害となる環境等はないか。
 - 認知症の人は説明された内容を忘れてしまうこともあります、その都度、丁寧に説明することが必要である。
 - (2) 複数の選択肢を示す場合には、比較のポイントや重要なポイントが何かをわかりやすく示したり、話して説明するだけではなく、文章にして確認できるようにしたり、図や表を使つて示すことが有効な場合がある。
 - 本人が理解しているように取り繕う場合もあるために、本人の様子を見ながらよく確認することが必要である。
 - (3) 本人が意思を表明することの支援（意思表明支援）
 - 本人の意思を表明しにくくする要因はないか。その際には、上述したように、意思決定支援者の態度、人肉・物的環境の整備に配慮が必要である。
 - 複数の意思決定を行う場合には、意思決定支援者が、重要なポイントを整理してわかりやすく選択肢を提示するなどが有効である。
 - 本人の示した意思是、時間の経過や本人が置かれた状況等によって変わるので、最初に示された意思に繋られることなく、適宜その意思を確認することが必要である。
 - 重要な意思決定の際には、表明した意思を、可能であれば時間をおいて確認する、複数の意思決定支援者で確認するなどの工夫が適切である。
 - 本人の表明した意思が、本人の信条や生活歴や価値観等から見て整合性がとれない場合には、本人の意思を形成するプロセスが適切でない場合があるので、そのプロセスを見直すことが適切である。

(3) 本人の意思を実現するための支援（意思表現支援）

- 自発的に形成され、表明された本人の意思を、本人の能力を最大限活用した上で、日常生活・社会生活に反映させる。
- 自発的に形成され、表明された本人の意思を、意思決定支援チームが、多職種で協働して、利用可能な社会資源を用いて、日常生活・社会生活のあり方に反映させる。
- 実現を支援するにあたっては、本人にとつて見過ごすことのできない重大な影響が生ずる場合でない限り、形成・表現された意思が、他から見て合理的かどうかを問うものではない。
- 本人が実際の経験をする（例えば、施設へのショートステイ）と、本人の意思が変更することがあることから、本人にとつて無理のない経験を提案することも有効な場合がある。

3 意思決定支援プロセスにおける家族

(1) 家族も本人の意思決定支援者であること

- 本人をよく知る家族（脚注）が意思決定支援チームの一員となつていただくことが望ましい。
- 家族も、本人が自発的に意思を形成・表明できるように接し、その意思を尊重する姿勢を持つことが重要である。

○ 一方で、家族は、本人の意思に向かいながら、どうしたらよいか悩んだり、場合によつては、その本人の意思と家族の意思が対立する場合もある。こうした場合は、意思決定支援者は、その本人の意思と家族の意思が対立する場合、意思決定支援（この場合は、主として専門職種や行政職員等）は、その家族としての悩みや対立の理由・原因を確認した上で、提供可能な社会資源について調査検討し、そのような資源を提供しても、本人の意思を尊重することができないかを検討する。

脚注）現在同居しているかどうかを問わず、本人の意思決定支援をする上で、本人を良く知る家族は本人を理解するために欠かすことはできない。

脚注）現在同居しているかどうかを問わず、本人の意思決定支援をする上で、本人を良く知る家族は本人を理解するためには欠かすことはできない。

(2) 家族への支援

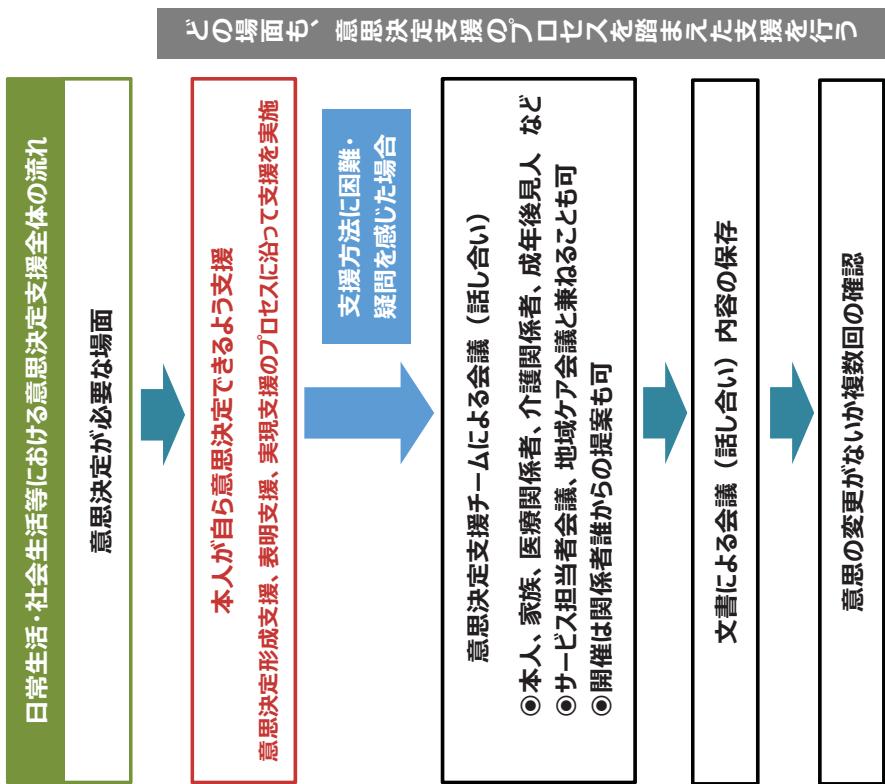
- 本人の身上に関心をもつ家族であるが故に、本人にとつて何が最良かについて意見が分かれの場合や、本人が過去に表明した見解について家族が異なつて記憶している場合、介護や支援の必要性について意見が分かれる場合がある。見解を調整し、本人にとつて最良の意思決定を図るためにも、意思決定支援者（主として専門職種や行政職員等）は、家族に対しても情報や支援が提供することが重要である。
- 家族が本人の意思決定支援者となるために、家族への支援が求められる。

4 日常生活や社会生活における意思決定支援

- 日常生活の意思決定支援としては、例えば、食事・入浴・被服の好み、外出、排せつ、整容などの基本的生活習慣や、日常生活への参加を決める場合等が挙げられるが、これらに限るものではない。
- 日常生活については、これまで本人が過ごしてきた生活が確保されることを尊重することが原則になる。
- 本人の意思や好みを理解するためにには、家族を含めた意思決定支援するチームで、本人の情報を集め、共有することが必要である。
- 社会生活の意思決定支援としては、自宅からグループホームや施設等に住まいの場を移動する場合（その逆やその間も）や、一人暮らしを選ぶかどうか、どのようなケアサービスを選ぶか、更には自己の財産を処分する等が想定されるが、これらに限るものではない。
- 本人の示した意思を日常・社会生活に反映した場合に、本人にとって見過ごすことのできない重大な影響が生ずる場合は、意思決定支援チームで話し合うことが必要である。その際には、それぞれの専門性を通じて、本人の認知機能や身体及び精神の状態を適確に示す医療に関する情報、本人の生活状況等に関する情報が、適切に提供されたうえ、十分な判断資料を得た上で判断が行われるようにすることが必要である。その際のプロセスで話し合った内容は、その都度文書として残すことが必要である。

5 意思決定支援チームと会議（話し合い）

- 本人の意思決定能力の判定や、支援方法に困難や疑問を感じ、また、本人の意思を日常生活に反映した場合に、他者を害する恐れがあつたり、本人にとって見過ごすことのできない重大な影響が生ずる場合には、チームで情報を共有し、共同して考えることが必要である（このようなチームを意思決定支援チーム、そのメンバーを中心として開かれる話し合いを意思決定支援会議と呼ぶ）。
- 意思決定支援会議では、意思決定支援の参考となる情報や記録が十分に収集されているのか、意思決定能力を踏まえた適切な支援がなされているのか、参加者の構成は適切かどうか、など意思決定支援のプロセスを適切に踏まえているかを確認することが必要である。
- 意思決定支援会議は、地域ケア会議、サービス担当者会議等と兼ねることは可能である。
- 意思決定支援会議では、可能な限り、本人の参加が望ましい。もっとも、認知症の人は、周囲の雰囲気をつかむのが苦手で、知らない大勢に囲まれるとかえつて意見を出せなくなる場合があることに配慮しなければならない。



- 意思決定支援会議の開催は、意思決定支援チームのだからとも提案できるようにし、会議では、情報を共有した上で、多職種のそれぞれの見方を尊重し、根拠を明確にしながら運営することが必要である。その際の話合った内容は、その都度文書として残すことが望ましい。専門職種や行政職員等は、適切な意思決定プロセスを踏まえた支援を提供するとともに、提供の過程や結果をモニタリング・記録し、評価を適切に行い、質の向上につなげる役割がある。
- 本人の意思は変更することもあるので、意思決定支援チームでの事後の振り返り（例えば、本人が経験をしてみて、意思が変わった場合がある）や、意思を複数回確認することが求められる。

日常生活・社会生活等における意思決定支援のプロセス

V 認知症への理解と、ガイドラインの普及と改訂

- ◎ 意思決定支援者の態度
(本人意思の尊重、安心感ある丁寧な態度、家族関係・生活史の理解など)
- ◎ 意思決定支援者との信頼関係、立ち会う者との関係性への配慮
(本人との信頼関係の構築、本人の心情、遠慮などへの心配りなど)
- ◎ 意思決定支援と環境
(緊張・混乱の排除、時間的ゆとりの確保など)



意思形成支援：適切な情報、認識、環境の下で意思が形成されることへの支援

[ポイント、注意点]

- ◎ 本人の意思形成の基礎となる条件の確認（情報、認識、環境）
- ◎ 必要に応じた 頻度、繰り返しの説明、比較・要点の説明、図や表を用いた説明
- ◎ 本人の正しい理解、判断がなっているかの確認



意思表明支援：形成された意思を適切に表明・表出することへの支援

[ポイント、注意点]

- ◎ 意思表明場面における環境の確認・配慮
- ◎ 表明の時期、タイミングの考慮（最初の表明に縛られない適宜の確認）
- ◎ 表明内容の時間差、また、複数人での確認
- ◎ 本人の信条、生活歴・価値観等の周辺情報との整合性の確認



意思実現支援：本人の意思を日常生活・社会生活に反映することへの支援

[ポイント、注意点]

- ◎ 意思実現にあたって、本人の能力を最大限に活かすことへの配慮
- ◎ チーム(多職種協働)による支援、社会資源の利用等、様々な手段を検討・活用
- ◎ 形成・表明された意思の客観的合理性に関する慎重な検討と配慮

各過程で疑問を持ったりした場合は、チームでの会議に移行

VI 事例に基づく意思決定支援のポイント

〈事例 i〉財産処分(社会生活)に関する意思決定における支援のプロセス

1 事例アドライン

・80代の女性

・認知症に関する情報

・家族背景：夫は死亡、子供無し、家族はない。
・認知症で、ホーム入居契約のため、(成年)後見が開始された。

・有料老人ホームに入居中、今後のホーム利用料を支払うため、自己売却の必要性が出てきた。

・本人は、自宅に対する愛着が強く、売つてもよいとは言わない。

・上記のように、身近に信頼できる人はいない。ホームの費用の捻出のために売却するということであるためホームの関係者から説明させるのは不適当と考えられる。

2 着目するポイント

① 自宅を売却するという、本人にとっての重要な財産の扱いに関する

3 事例本文（意思決定支援のプロセス）

まず、意思決定をする前提として、十分な時間が確保できるかどうかを確認した。後見人は、保有する預貯金の総額から利用料をまかなえる期間を予測した。重要な財産の処分であることから意思決定には十分な時間を用意し、短期間で決しないよう配慮をした①)。

時間を開けることにより管理の経費などがかかることが懸念され、本人の意向に沿っているかどうかが懸念された。しかし、本人の認識を直接尋ねると、成年後見人が自宅をきちんと守っていることを喜んでいる旨の発言があった。その点で、本人の意向に沿っていることを確認し、管理の経費は本人にとって無駄な支出ではない、節約するために早く売る必要はない、と成年後見人は判断した②)。

しかし、残金との関係で、今後売らなければならない時期が必ず来るので、重大な社会生活上の問題を避けるためにも、時間をかけて本人の意思形成をする（進める）ことが必要である。

また、売却の時期についても、ぎりぎりまで現状で管理を継続するか、少し余裕のある段階で売却するかという選択の問題があることは留意をしつつ支援を進めた。

成年後見人は、かかりつけ医、ケア担当者と連絡を取った③)。かかりつけ医からは、認知症の重症度が中等度以上であること、記憶の障害のほか、重要なポイントを示すなど、理解を促すための支援のポイントを共有した。また、日常生活においても相当の支援が必要な状態であること、現在、生命に関わるような重大な疾病は見当たらず、しばらくは現状の介護の状況で続けられるのではないかとの情報を得た④)。

ケア担当者からは、本人がホームでの生活を気に入っていることを確認し、本人が現在のホームでの生活を続けることを望んでいることを確認した⑤)。また、自宅の管理についても、本人よりケア担当者に対して、成年後見人が管理をしていることで安心している旨の発言があったことも聞き、現在の支援が本人の意向に沿っていることも共有した。

後見人は、本人に対して、今後も老人ホームを利用するためには、利用料を支払うために自宅を売却する必要性があることを具体的に説明したうえで、本人がこの問題をどのように理解しているのか、どのような意向を持つているのかをたずねた⑥)。本人からは、老人ホームの利用に満足をしているし、今の生活を続けたいとの希望が出た一方、自宅を売却する必要性は理解できていなかった。また、売却をしてない場合に、今後、今の生活を続けるうえでの支援が得られなくなるおそれについても理解は困難であった。そのため、後見人は、自宅を売却する場合としない場合について、重要な違いを具体的に話したり、比較する上の重要な点を具体的に説明した。ケア担当者とともに、時間をかけて繰り返し説明をし、選択の重要性と伝えたうえで、本人の意向を確認した⑦)。

支援の結果、最終的には本人のホームを出たくないという気持ちが勝り、そのため自宅売却が必要であることを本人は理解し、承諾した。売却の時期についても改めて話し合い、その時期については、後見人にまかせるということになった。

- | | |
|--|--|
| 3) ガイドラインが示すように、生活に重大な影響を与えるような決定に際しては、多職種による意思決定支援チームによる多角的な検討が求められる。 | 3) ガイドラインが示すように、生活に重大な影響を与えるような決定に際しては、多職種による意思決定支援チームによる多角的な検討が求められる。 |
| 4) 身体・精神機能に関する十分な情報収集が必要。特に医療者は、認知機能の評価をとして、どのような点で支援が求められるのか、どのような工夫をすれば全体像を本人が把握できるのかについて、意思決定支援チームに対して、情報提供が求められる。 | 4) 身体・精神機能に関する十分な情報収集が必要。特に医療者は、認知機能の評価をとして、どのような点で支援が求められるのか、どのような工夫をすれば全体像を本人が把握できるのかについて、意思決定支援チームに対して、情報提供が求められる。 |
| 5) 本人の意向を知る上で、普段の生活中での | 5) 本人の意向を知る上で、普段の生活中での |
| 6) ガイドラインで示す意思決定能力の評価。社会生活中に重大な影響を及ぼすような内容のため、その決定が今後どのような影響を及ぼすのか、どのようなことが生じると想定されるのかまで、本人が把握したうえで決めることが重要なため、慎重な確認が必要。 | 6) ガイドラインで示す意思決定能力の評価。社会生活中に重大な影響を及ぼすような内容のため、その決定が今後どのような影響を及ぼすのか、どのようなことが生じると想定されるのかまで、本人が把握したうえで決めることが重要なため、慎重な確認が必要。 |
| 7) 認知能力の状態に応じて支援の工夫。 | 7) 認知能力の状態に応じて支援の工夫。 |

委員会からのご提供事例の整理

日常生活：ゴミ屋敷から入院（池田 WG 委員）

1 事例アワトライン

►場面（全体の概要）

地域で孤立し、医療拒否及びゴミ屋敷状態から、状況改善、治療・入院までの意思決定の事例

►本人・家族の情報

性別：男性 年齢：75歳 婚姻歴：なし

家族：なし・一人暮らし

親族関係：母親と同居していたが十数年前に死亡。弟が近隣市に在住だが交流は途絶えている。

介護の必要性：要支援、要受診と思われるが拒否がある。

認知症の程度：疑われるが確定診断なし

収入：国民年金 月額約 7万円 預貯金不明

住居：賃貸アパートの一階庭あり

疾患：脳血管性の認知症、白内障、糖尿病

生活歴等：どちらと近所とは疎遠だったが、ごみ捨てのルールが分からなくなってきたのが近隣とトラブルすることがあり孤立した。その後、家からごみを出さなくなつたばかりか、古い家具等を拾つては部屋内外に積み上げ、道にまではだめだ通行にも支障があり苦情が大変と市役所に寄せられる。本人は近所からのごみの苦情を真面目に拒んでいたが、最近とみに瘦せが目立ち、顔色も悪い。

►支援者

地域包括支援センター、民生委員、行政（高齢福祉担当）

③さりげなく、受け入れられるところから、ちょっとずつ

夏近になると「生ごみは夏は夏は真いがひどくなるから、ちょっと片づけていいかな」、Aさんもその方が臭わなくて楽でしょ。手伝うから」と言う、「大事なものは捨てないよ」と答える拒否がないので、初めて家の中に入り腐る類のものを大袋に10袋近くも捨てる。本人にとっては他の物は、ゴミではなく彼なりに大事なものらしい。また、他の時は、道路にはみ出している壊れた椅子について「私たちちょっとカートひっかけちゃった。このままだと危ないね。」と言うと「小学校で使っていたんじゃないかな。子どもの時思い出します。可愛い。」と珍しく自分から話す。

④一緒にづけて、すつきの感

「大事なら一緒にこそこそ片づけて、見える所に置いていたら」と持ち掛け片づけ始めるが、本人は何が大事で何がいらないか区別付かない様子。それでも捨てる物には「穴が空いて使えないかな」等、理由を伝えながら庭から道路にはみ出している物を整理し置き換えていく中で半分くらいを片付け、道路へのみだしあはなくなつた。さいごに本人については大事な壊れた椅子は、よく見える所においてすきりして、庭の真ん中に置いた部屋から見えるし気持ちいいね」と言う、「うん、良かった」と喜ぶ。その後、何回かに分けて民生委員にもちお願いして関わっていただきながら、少しづつ状況を改善していった。これまでの本人の態度、おじおじするが怒つて興奮するかという両極端が落ち着いてきた。

⑤一緒にでってくれるなら

ある日、地域包括支援センターに本人が訪ねてきて様子がおかしいので「体調悪いんじゃないの?」と言うと「うん」と言い、手を振りきで帰ってしまった。しかし、夕方あたらため自宅を訪問し「心配だから来ちゃう」と中に入れてはよし入ると、部屋の中あちこちに血が落ちている。ちゃんと医師に診てもらい、まずは手当しよう。少し痛みがあるなどつもらおう」と言うと「医者は怖い。お金もないし一人では行けないとのこと。「丈夫、私もついていくから一緒にで行こう」と言うと泣きそをかきながらうなずき「一緒に行つてくれるなら」と言う。準備をして付き添い入院加療となった。

2 着目するポイント ▶何を補足するために取り上げた事例か

3 事例本文（意思決定支援のプロセス） ▶上記を踏まえて読み取ってもらう点を分かり易く

民生委員が訪問しても家から出てせず拒否があり、近所の者が「ごみ」を片付けようすると血相を変えて怒る。

①きっかけ作り

しかし、外で見かけた時に声をかけると応答するので、地域包括の職員は荷物運びに苦労している際に手伝つて庭まで入り家の状態を確認。その際に、息切れと痩せが目立つており、その場で「心配だわ、暖かい食事どれますか？」と話をかけ、時間をおかずコンビニで自分用と二人分のスープを購入し一緒に庭先で食した。別れる際に、寒い時期だから「また、一緒に暖かい食事しましょう」と言うつづく。民生委員に伝え、外で見かけたら声をかけてほしいと依頼。

②拒否の背景は

大家にこれまでの生活を確認したところ、「母親をここで看取り、長く住んでくれているけど、いろいろ不幸なことがあり人間不育なのでほとのこと。包括職員はその後も、「近に来たのでどうしているかと思って」等と声をかけながらも、介護保険の利用等もすすめたが拒否。出来るだけ踏み込みすぎない注意をしながらも、本人状態に気を配った。

4 事例の結論（とともに考えてほしい事） ▶事例から読み取ってほしい普遍的な考え方・臨み方など

本人の生活歴の中で、他人との関わりが苦痛になる何らかの原因があつたのが孤立していた。軽度の認知症もあるよび食事等の基本的生活も十分できていなかつた。他者の支援を受け入れる力が弱い経験もない状態と考え、まずは本人受け易い支援から始め、関係と信頼を気付いていった。本人は末期がんで死亡したが、最後は民生委員や大家も見舞いに訪れてされた。もっと早くその存在に気付き関わりが持てていればと残念である。意思決定支援は代行決定や措置と比べ、個別な人ととのつながり・関係性が問われ、時間も手間もかかる。しかし、その分、本人を「一人の人間」として大事にする、関わがだと思っている。

社会生活：居所移転、成年後見（稻葉先生）

1 事例アウトライ

Aさん（昭和6年生 86歳女性）

●生活歴：6人兄弟の4番目。小学校4年生の時に父親の仕事の関係で現住居に転居。20代後半に結婚。子供はない。父親他界後、夫が父親の仕事を継承したが、夫は20年以上前に死去し、それ以後事業継承はしなかった。夫の死後Aさんは、近くの賃などを元ながら弟Bさん（79歳）と二人暮らしを始めた。他の兄弟はすでに他界。姪や甥はあるが、行き来は無いため、所在も不明。地域の付き合い、家事、家計のやりくりはAさんがすべて行つてきた。しかし、平成25年ごろより近隣とトラブルが起きましたことを、民生委員が認識していた。予防的な通所先である、X教室には、友人の説いもありて、平成25年ごろから通所している。

●身体状況

X-3年4月頃、介護保険申請のため、近医受診したことろ、心不全の診断をうけ、内服治療開始した。
(それ以前の受診状況や既往歴は不明)

X-2年頃 腰膝変形性膝関節症
痛みにより歩行できなくなり、整形外科受診し、注射施行で痛み改善し、1～2回の通院のみのため、継続管理はされていない。

X-1年1月頃まで近医に通院していたが、以降中断していたことが、後に判明した。
(急性症状発症)

X-1年8月 痛烈な腹痛を訴え、総合病院に緊急入院し、急性膀胱・胆のう炎・食道裂孔ヘルニアの診断をうける。内科的治療で症状回復した。裂孔ヘルニアに関しては手術対象であるが、認知症もあり、保存療法での経過観察となった。退院後は老健への入所となつた。

●認知症機能：

初診では、詳細な検査を実施していないが、介護保険更新手続き時に、長谷川式検査を実施し、結果が悪かったとケアマネジャーは聞いていた。

●日常生活状況

【入所先】 傷害自立度：B1（車椅子自走・伝歩き）、認知症自立度：Ⅲb
物忘れ：短期記憶障害、同じ話を繰り返す

理解力：支障あり（感情不安定で気分が悪いと他者を攻撃）

妄想・徘徊・不潔行為：無

見当識障害：有（日時・季節・場所）

調理（Bさんは炊飯・副菜は弟が購入）

服薬管理（自己管理できず残業多いが、できていると自己申告していた）

2 着目するポイント

この事案では、「X-1年9月入院中に、退院後の生活を考えたため、ケアマネジャー、病棟看護師、包括職員などで協議をし、自宅での生活は困難と判断した。今後生活中で実施する手続きを考えると、成年後見人による支援が必要と考えられた。」、更に、「X-1年10月、X-1年11月、X年1月に、本人に成年後見制度の説明をするが、理解できず。入所中の場所を自宅と思込んでおり、今後特養などへ住居を移すことや、そのため成年後見制度の利用ができない」というボイントについて、少し本ガイドラインを利用した手順（プロセス）を示す。

3 事例本文（意思決定支援のプロセス）

X-3年4月 利用していたX教室で周囲とのトラブルあり、包括支援センターに元気はつら教室相談員から相談あり。物忘れ症状が見られたから、包括職員と面接し、介護保険申請をめめたが拒否。本人と顔見知りのケアマネジャーがいたので、介入を依頼した。介護保険申請を行うことができ、要介護1と認定された。デイサービス利用開始。当初週1回程度の利用をしたが、次第に2～3回の利用に増えていた。

X-1年8月 体調悪化に伴い、同居の弟からケアマネジャーに支援依頼あり、入院となる。

X-1年9月 入院中に、退院後の生活を考えたため、ケアマネジャー、病棟看護師、包括支援センター職員とで協議をし、自宅での生活は困難と判断した。今後生活中で実施する手続きを考えると、成年後見人による支援が必要だと考えられた。本人による申し立ては困難であり、同居のBさんに実施してもらうのがスマートであるうえ考えた。しかし、Bさんに接する中でBさんの理解力も不十分であることがわかった。

支援者が必要だと判断し、包括による申し立て支援が開始となった。

◎Aさん：退院後は老健に入所をし、現在も老健に入所中。入所当初は行動・心理症状（興奮し大声、介護への抵抗あり）のため意向確認困難。

X-2年頃 腰膝変形性膝関節症
痛みにより歩行できなくなり、整形外科受診し、注射施行で痛み改善し、1～2回の通院のみのため、継続管理はされていない。

◎BさんのAさんにに対する意向
Aさんが現状で生活している時には、Aさんの物忘れが進行したらお金の管理などは公的などろに依頼したいとケアマネジャーには話していました。現在はAさんがAさんのことを、次のように受け止めている。Aさんは現状でAさんが現状で生活ができ、お金の管理が実施すれば問題ない。

◎Aさんの推定意思としては、ケアマネジャーがX-3年ごろ次のような話を聞いていた。「Bさんにケアをしてもうことは不可能であるから、ケガが必要となつたら、老人ホームに入りたい。」

◎BさんのAさんにに対する意向
Aさんが現状で生活している時には、Aさんの通帳をBさんか所持しているが、出金の手書きをすることができず、入院費の支払いが滞ってしまった。その後Bさんは、ケアマネジャー等の支援を受けて出金、引き落しの手続きを行なつたが、滞納は解消された。

◎Bさんの状況：現在の場所で生育する。中学卒業後定年まで単純作業に従事する会社員として勤務。
Aさんが元気な時には家事や地域との付き合いには関与してこなかつた。Aさんが入院、入所をしてから地域との付き合いをBさんが行なうようになつたが、会合の途中で怒り出したり、地域の行事の音がうるさいと怒鳴りこむなどトラブルを起こしている。

◎関わっていたのでわかつたのであるが、識字力が弱く、自分の名前は漢字で書けるが住所やAさんの名前は書くことができない。病院からの請求書についても金額の理解ができない。また、短期記憶が不安定なところも見受けられる。療育手帳などは所持していない。

4 事例の結論（とともに考えてほしい事）

- ▶退院後の生活を考えることは、社会生活中でも日ごろの生活の処置をどこにするか、それをどう維持するかの、本人にとって大切な場面であり、また、本人が住み慣れた生活を好みなら、そのような意思は最大限尊重すべき場面である。
- ▶本事例では、本人の意思決定能力について疑問がある場面であり、かつ、本人について重大な影響を及ぼす場合であるので、可能な限り、本人に関わる人たちが、情報を共有して話し合いを行うことが必要である。また、そのような場面の記録を残すことが肝要である。
- ▶特に、本事例では、本人は地元で生活する歴史があり、民生委員や、ケアマネジャーなどに、本人の意思を知るためにエピソードが複数の人に分散しており、これらを突き合わせて、本人の生活感・価値観や好みを確認し推定し、考えていく必要がある。
- ▶成年後見人制度の利用の説明（成年後見人を選定されると、本人の財産処分には制限がかかるという不利益が生じる）という重大な場面では、本人の意思を尊重することが求められるが、そのためには、意思決定支援のための環境整備と、意思決定支援プロセスの手順を踏むことが求められる。

4 事例の結論（とともに考えてほしい事）

- ▶ 家族支援が、「家族の会」の支部で行われ情報提供されたことで、本人の意思を尊重したいと思っている家族がその思いを達成できました。
- ▶ ガイドラインでは不十分な家族支援があること、このケースからも理解していただきたい。
- ▶ 例え遠距離に住んでいても、本人の思いの実現のために近隣者や医師やケアマネ、介護事業者などの専門職のサポートを受けられる体制を整え、本人の意思を尊重した暮らしが作ることを本人と一緒にします

1 事例アウトライ

Aさん（若年認知症、女性）

●生活歴

元小学校教員でした。診断時も定年退職後、補助教員として就労されていました。
娘さんが近隣に住まれ認知症の診断を受けてからは介護されています。

●家族

娘さんは医療関係の国家資格をお持ちの方で前向きで行動的で、母思いの方です。

●支援者

「家族の会」の世話人、つどい参加者の介護経験者、ケアマネ、福祉事務所、障害サービス事業者、
「家族の会」で知り合った医師、かかりつけ医など

2 着目するポイント

3 事例本文（意思決定支援のプロセス）

- ① 「働きたい、社会との関わりを継続したい。家に引きこもりたくない」との母の思いを受け止めた娘さんが、「家族の会」の「つどい」などで相談されました。母の思いの実現に向けて奔走されました。
- ② 早期判断（要介護 1 からのスタート）出来ることは多く、Aさんはご自身の思いを娘さんに話してもおられ、娘さんは母の思いやこの病気との向き合い方に悩み、「家族の会」に相談に来られたことから支援者が広がり、介護保険だけでなく、障害者サービスも利用、近隣などの地域の力も借りての介護でした。
- ③ 母の思いを受け、実現に向け娘さんが情報収集、母と話し合う。ケアマネや相談機関の人も交えての話し合い（サービス担当者会議など）、迷ったり、わからなくなったら、支部の世話人に電話などで相談されていました。相談することで支援する人の数を増やしていました。
- 1) 利用するデバイス（ピアノ演奏できる能力を活かして、レクリエーションの時間に演奏）。
- 2) 「働きたい」では障害者の就労支援事業所を障害者支援区分の申請、精神障害者福祉手帳を取得し、利用され移動支援などのサービスも受けながら、働きたいを実現され、現在もグループホームに入所されても別の近くの事業所通われています。
- 3) 自分の思いをさまざまな講演会での講演や、国などの会議でも発言され、社会に発信されています。書くことは出来ないので、娘さんが母の思いを代筆し代弁し「家族の会」の会報などでも掲載し発信しています。
- 4) 音楽が大好きな Aさんだから、企画を話し参加。認知症の人で構成された合唱団での歌を国際会議で披露
- 5) 娘さんが介護しやすい環境として、自宅を娘さんの住むマンションに引っ越しして来られました。もちろん本人との話し合いの末です。

1 事例アウトライ

Bさん（67歳、女性、若年発症の認知症、要介護1）

●生活歴

働き者で看病前まで、さまざまな仕事を続けていたが、トランブルもあり認知症の診断で中断。
 ●家族
 娘は車で10分ほどのところに居住。
 息子はBさんと同居し昼間独居。息子は朝早く、夜は遅く帰宅。

●支援者

「家族の会」の世人、つどい参加者の介護経験者、ケアマネ、かかりつけ医など

2 着目するポイント**3 事例本文（意思決定支援のプロセス）**

- 80代の女性 夫は死亡、子供無し、家族はない。
- 認知症で、ホーム入居契約のため、(成年)後見が開始された。
- 有料老人ホームに入居中、今後のホーム利用料のため、自宅売却の必要性が出てきた。
- 本人は、自宅に対する愛着が強く、売つてもよいとは言わない。
- 上記のように、身近に信頼できる人はいない。ホームの費用の捻出のために売却するということであるためホームの関係者から説明させるのは不適当と考えられる。

2 着目するポイント**3 事例本文（意思決定支援のプロセス）**

- ①成年後見人が、本人の意思決定支援をする。
- ②保有する預貯金の総額から、利用料をまかなえる期間を予測し、短期間で決しないよう配慮する。
- ③管理の経費などを節約するために早く売る、という選択はしない。
- ④本人の理解や認識を確認すると、本人は、成年後見人が自宅をきちんと守っていると言うと喜ぶ。その点で、本人の意向に沿うることを確認し、管理の経費は本人にとって無駄な支出ではない、と判断した。しかし、残金との関係で売らなければならない時期が必ず来るの、（重大な社会生活上の問題を避けるため）それに向けた本人の同意形成（を進めていく）が必要である。
- ⑤また、売却の時期についても、きりぎりまで現状で管理を継続するか、少し余裕のある段階で売却するかという選択の問題がある。
- ⑥本人はホームでの生活を気に入っていたので、そこでの生活に必要な費用と残りの預金について後見人が面会のつどいにおいて説明するを通して、本人にやり返し説明、理解できるようにわかりやすい説明を繰り返したうえで、本人の意向を確認した。ホームを出たないという気持ちが勝り、たがひの説明の後、（本人は問題を理解し、）ようやく承諾した。売却自体について同意すると、その時期については、まさかそういうことになった。

4 事例の結論（とともにに考えてほしい事）

- 今後老人ホームを利用するためには、自宅を売却する必要性がある。その点を後見人が具体的に説明をしたものの、その必要性を理解することができない。その結果、生活をする上での支援が得られないといふ社会生活上の大きな問題を生じかねない点についても理解が難しかった。わかりやすく伝わり、時間を十分にかけて説明をする機会を持つように努めた。
- 本自宅売却（これは法律行為）に伴い、本人の社会日常（どこで住むか等も含め）にも影響を及ぼすことがあるので、日常生活等を知るケア担当者等と本人に関する情報を共有することが望ましい。
- 財産管理をする成年後見人は、民法858条（成年後見人は、成年被後見人の生活、療養看護及び財産の管理に関する事務を行うに当たっては、成年被後見人の意思を尊重し、かつ、その心身の状態及び生活の状況に配慮しなければならない。）ことから、職務上の義務として本人の意思を尊重すべきであるが、本ガイドラインでも意思決定支援の一員として位置付けられている。

1 事例アウトライ

Bさん（67歳、女性、若年発症の認知症、要介護1）

●働き者で看病前まで、さまざまな仕事を続けていたが、トランブルもあり認知症の診断で中断。

●家族

おしゃれな母が衣類を選びやするように、娘さんは見えるところに敷はれまして吊るしておくことで、朝に母自分でその日の服を選やするように支授している。触ってほしくないデイの荷物は目に触れない場所や手の届かないところなどに置いて、デイとの決めをし、スムーズなデイへの送り出しが出来ている。朝に娘さんは電話でデイの日であることを連絡し、日時確認を母としている。

- 1) 母の思いを受け、実現に向けた娘さんが情報収集し、母とも話しかけアマネや相談機関の人々交えての話し合い（サービス担当者会議など）
- 2) 迷ったり、わからなくなったら、支部の世話を人に電話などで相談されていました。相談することで支援する人の数を増やしていました。

4 事例の結論（とともにに考えてほしい事）

- デイサービス、ケアマネ、近隣の方など活動の範囲が広がるごとに支援者を増やしている。
- ガイドラインでは不十分な家族支援があること。家族が十分なサポートを受けることで本人の意思を尊重し、達成しようとする家族は行動することを、このケースからも理解していただきたい。

1 事例アウトライ

- 本人は、認知症の90代の女性。夫は死亡。
- 在宅生活
- 保佐事業、保佐人に財産管理の代理権あり。
- 自家のほかに、貴重物件を複数所有し、預貯金も相当程度保有している。
- 子供は一人いるが、遠方に住み疎遠になっていたため、近くにいた親戚の者を養子にし、アパートの管理を任せ、家賃から2割程度を管理費として支払っていたようだが、その管理の内容は不明。それに不安を感じた他の親族が、本人を説得して保佐申立。

2 着目するポイント**3 事例本文（意思決定支援のプロセス）**

- ①保佐開始後も、本人は、その養子に家賃から毎月2割程度を贈与したいという。これは、本人の経済状況からは全く問題が無い金額。
- ②子や申立をした親族から、養子には自分の収入があり、アパートの管理は保佐人がするのだから、賃料の一部を渡すというのが贈与になり、それはおかしいと言われると、そのときは、わかったという。本人は、保佐申立の段階で、財産管理の代理権をつけるにあたり、アパートの管理を保佐人がすることは同意していた。しかし、保佐開始後にも、養子から、生活が楽ではないと言われると、家賃から今まで通りの額をあげたいといき出す。養子の収入は生活できないほど低い。保佐開始後にも賃料からの贈与を続けるのは相当とは思われず、中止することが必要。
- ③当事者の意見は対立しているので、保佐人が意思決定支援ということになる。
- ④どちらの当事者もいないところで、保佐人が、まずは本人の気持ちを聞き取ったところ、実は養子の気持ちを自分に引きつけたいということから、贈与を続けたかったようだった。
- ⑤そのため、その後に、そのようなことを行ひないに説明して、本人の納得を受けた。

4 事例の結論（とともに考えてほしい事）

- この事例の場合は、どちらでも選択をまかせるということではなく、不相当な行為をやめさせたための説明というプロセスとなった。

1 事例アウトライ

- 在宅独居生活から入所（グループホーム）を決める際の意思確認事例。
- 本人はアパートに夫と共に生活していた。夫は病院に入院中（末期がん）。
- 認知症の程度は一人で生活を維持することができないほど。
- 夫が入院するまではすべての家事を夫が行っていた。夫にいつもついて判断もすべて夫が行って生活していた。（入院中の夫に面会に毎日通い、帰宅時は病院職員に市民バスに乗せてもらひかる。金銭管理もできず、入院中の夫が毎回の弁当代を渡し、近所のスーパーで買って食べていた。）
- 京都で生まれ育つが今夫と駆け落ちし10年前に越してきた。夫の前妻や子供たちは関わりを拒否。
- （生活保護担当の市職員から聞き取り）本人の情報は全く分からず。夫からも話は聞けないまま夫は亡くなる。

2 着目するポイント**3 事例本文（意思決定支援のプロセス）**

- ①夫が亡くなつても葬儀に関わる関係者はおらず、その時に夫の支援を行つていた。訪問介護員、訪問看護師、担当ケアマネ、夫担当のケアマネなどで取り仕切る。近所の付き合いはなく、夫の友人も妻には関わりを拒否。成年後見なども市役所の福祉課も関わりを拒否。
- ②このまま在宅で訪問介護や訪問看護を介して支援することも検討したが、本人の「一人で寂しい」という言葉でグループホームに入所させることを検討。
- ③市役所の福祉課と話し合い、施設入所の選定、今後も生活保護の継続確認。金銭管理の問題。（夫入院中の保護費の引き出し方を検討）
- ④料金やアパートの家賃の帶納

- ⑤グループホーム関係者、福祉課担当者との話し合い、入所を決定する。
- ⑥事例の結論（とともに考えてほしい事）
- 夫の入院の際に夫から妻に関することを確認できなかつたのかと疑問が残る事案です。（夫に末期がんの宣告を伴うために夫からわれたのかと考えるが、その時点で本人の今後のことも話し合つておくことは必要だつたと思います。）
 - 認知症の方が自分の生まれた親兄弟のことも忘れてしまっている状況で、探し出すすべもないまま入所を決定したことは正しかつたのかと思われる事案です。

1 事例アウトライン

- 男性、80 歳代
- 独歩、要介護 3、認知症の自立度Ⅲa
- 元々、散歩の習慣があつたが自宅に戻れない、15～20 キロ歩く、道路の真ん中を歩くなど症状が強い。声掛けで静止することも出来ない（指示の理解が困難）
- 同居人は本人・妻・長男夫婦の 4 人暮らし。長男夫婦は仕事の関係で夕方帰宅。
- 日中は妻が夫を自転車で追いかけて、夜間は娘、長男が携帯電話で連絡を取り合って車で迎えに行くなど支援を行っている。ひだりなが在住の娘様も定期的に夕方訪問有。近所の付き合いは深くはない。
- 職業は競輪選手をしていました。現役も長かったようで、その分足腰も強く体力もある。

2 着目するポイント

3 事例本文（意思決定支援のプロセス）

- ①元々他のケアマネジャーが担当していたが、認知症状に伴い病院に入院となる。（※認知症の徘徊に伴い）病院側からも在宅生活は難しいと事前に説明したが同居の妻が「本人が可哀想、何とかして帰したい」との強い希望にて退院になった。
- ②その後、数日在家生活を行っていたが徘徊の症状が強いためから家族が地域包括支援センターに相談。地域包括支援センターから相談があり、当事務所のケアマネジャーが担当となる。
- ③自宅に訪問し、アセスメント等を実施。介護負担を軽減する為にも通所介護を希望されていた。症状が強いためから内服薬等の調整が必要の件を伝えるも『医者から内服薬をこれ以上増やせないと言われた』し、可哀想だから受け入れる事業所を探してほしい』と家族より強い希望がある。
- ④入院していた病院に連絡するが在宅生活は難しいと助言はした。再度、直ぐには入院は出来ない』との事、通所介護事業所に体験利用として 20 数件連絡。4 事業所受け入れ箇所を見つかり体験利用を提案。体験利用の前に担当ケアマネジャー・本人・家族・各通所事業所の相談員、管理者、看護師などが集まり利用に対する会議を行った。家族了承の元、警察署にも訪問し認知症がある件や情報をお伝えする。
- ⑤本人の環境が変わると負担も考慮しながら、時間の間隔にも配慮し 3 ケ所利用。徘徊正規が強く、道路の真ん中や信号も無視する危険度が高いことから受け入れができます。担当ケアマネジャー・体験時各事業所訪問する。残りの事業所から他の事業所でも対応できないのであれば受け入れは困難との事。
- ⑥家族も介護保険が利用できないのが納得いかないが『病院入院はさせたくない。内服もじたぐない』との考え方も変わらなかった。その後も妻だけではなく長男夫婦が帰宅される時間帯に自己訪問し、今後について話し合いを重ねる。
- ⑦妻の介護負担も増えているが内服変更・治療などが納得できないことから状況の変化がない。しばらくすると体験利用の 1 事業所による連絡があり。利用箇所が見つからない状況を伝えたところ『半日なら対応します。ただ内服薬調整をする前提で』との返答を得る。利用開始から 1 ヶ月経つも症状の変化は見られないので、内服変更も進んでいなかった。

④介護保険サービス導入に向けたケアマネジャー選定及び担当者会議を実施、本人・家族の意向を踏まえ在宅生活継続のための支援を実施した。

⑤介護保険サービス導入後のサービス利用状況、生活の状況に関する情報収集を継続し家族・事業所と情報共有を図った。

1 事例アートライ

●本人 80代 女性 一人暮らし

長男 県外（長崎）在住 60代 キーパーソン 月1回帰省し本人の世話を行っている

長女 県外（神奈川）在住 60代 遠方でありここ数年帰省していない

次男 県外（東京）在住 60代 遠方でありここ数年帰省していない

実弟 同市内在住 以前本人と金銭トラブルがあり絶縁状態

●支援者

近隣住民（商店店主）…本人から連絡があると惣菜や日用品を届ける

近隣住民（知人）…毎日夕食の副菜を持つていく

近隣住民（知人）…本人からの依頼を受け買い物を行っているが購入物の費用よりも多い金額を本人から受け取つており適切な金銭のやり取りができていない

●地域住民より包括支援センターに相談があつた事例。

●対象者は一人暮らしの高齢女性、家の中は散らかっておりストーブの上に洗濯物を干しているので火事の危険性がある。犬1匹と猫を数匹飼つており、野鳥にも餌を与えるので動物の糞尿で近所が迷惑している。

●訪問を行うヒヤ関先や屋内にごみが散乱、冷蔵庫の中や台所にはウジ虫が湧いており、浴室のバスタブは汚れた水が溜まり排水溝が詰まっている状態であった。飼っている犬と猫数匹が屋内外を行き来しており衛生的ではなく、屋外には猫用の餌の缶詰が多く量に置いてあり腐つて悪臭を放つていている。加えて野鳥に餌を与えており屋外の扉の上には野鳥の餌となる米がまいてあった。

●近隣住民が本人の生活を支援しており、毎日夕食の副菜を持参したり、依頼を受けた近隣住民が買い物を行うが必要以上の金銭を度すことがあり適切な金銭のやり取りができていなかつた。

●また訪問を行う中で、血圧が高いこと、何度も同じ話をすること、日付の感覚が曇昧であることが分かったが、本人は定期的な病院受診を行つておらず、内科的な疾患、認知症についての診断を受けていない。

●キーパーソンは県外在住の長男であり、月1回帰省し掃除・買い物・金銭引き出しの支援を行つているが自宅内の清掃等は十分ではなく、遠方に住んでいたためどのように対応したらよいか困つていたこと。

2 着目するポイント

3 事例本文（意思決定支援のプロセス）

①本人は「犬や猫と一緒に家で暮らしたい」、長男は「将来的には老人ホームにお世話にならないといけない」と思っているが、現時点では本人の思いを尊重し自宅での生活を見守りたいと考えており、在宅生活の継続のために必要な支援を検討、医療機関の受診勧奨や介護保険サービス導入に向けて支援を開始することとなる。

②地域包括支援センターの職員と社会福祉法人の社会福祉士が自宅訪問を行うことで本人の生活状況や生活歴を踏まえ日常生活における課題についてアセスメントを実施、本人・家族を交え意向の確認を行い今後の支援方策について検討した。

③医療機関への受診勧奨を実施、内科的な疾患の有無や認知症についての診断を行つた。介護保険申請および認定調査立ち合いを行うことで生活状況や生活における課題を報告した。

4 事例の結論（とともに考えてほしい事）

▶生活面の支援について、本人・家族の意向を伺ながら自宅で生活できるよう介護保険サービスの調整及び導入を図った。ヘルパーによる室内清掃を実施することで生活環境及び衛生状態が改善した。また動物の飼育に関して包括職員から本人と家族へ地域が困っている状況を説明し対応を検討、本人の意向を尊重し動物を取り上げるのでなく動物の餌の場所を限定、担当ケアマネやヘルパーと一緒に携し訪問時に毎回アプローチすることで室内的衛生状態及び屋外の程置きが減少した。

▶医療面の支援について、家族ヒカルが病院受診を実施、内科的な疾患は問題がなかったが、認知症サポート医の診察によりアルツハイマー型認知症の診断を受けた。介護保険申請を行う際の主治医意見書は認知症サポート医に依頼することで本人の状態や生活環境について記載していただいた。

▶金銭管理について、長男が介入手每月の金銭引き出し支援及び金銭使用状況の確認を行う際の主治医意見書は人が管理する金銭の支援を行つた。加えて買い物支援をしていただいている近隣住民に対し家族が説明を行うことで、買い物の回数が減り必要以上の金銭のやり取りが行われなくなつた。

4 事例の結論（とともに考えてほしい事）

- ▶日常生活における課題（食事の安全性、健康管理、ゴミ出し、定期的な入浴、環境整備）は、訪問介護サービスを中心的に解決に向かっている。心配された本人のサービスの受け入れも、本人の社交的な性格やできる能力を理解し、一緒に料理や掃除を行うことで、スムーズに受け入れができる面になっている。
- ▶近隣住民からも苦情やトラブルも、警察などの関係機関の協力によりアローチを行うことができ、住民の方へ通所サービスやショートステイのサービスの利用を行うこと、本人の性格や認知症の症状、緊急時の理由等を伝えることで、当面の理解を得ることに繋がっている。交通事故などのリスクを考えれば、本人の望む在宅生活は家族や周辺の関係者が心配することもあるが、現在まで大きな問題なく経過している。
- ▶結果として関係者での会議などの会議などで意見を交換して、本人が住み慣れた地域で今も夫と一緒に時間を使っていることが、本人の一番の意図であることをチームで共有することができ、現在の支援にも繋がっている。

1 事例アウトライ

- 本人 80 代女性 夫婦二人暮らし（夫は 90 代）
- 結婚後、現在の生居地に移り住み二人の子供に恵まれる。本人はパートの仕事をしながら、家計を助けてきた。子供の成長後は夫婦二人暮らし、元々明るい性格で面倒見がよく近所との交流も多かった。以前は向かいのアパートの住民との交流も深くお互いに家に行き来する関係であり、またアパート前の畠で野菜を作っていたことがあった。
- 平成 25 年ゴリツリハイマー型認知症の診断、認知症治療薬の処方有り
- 家族

- 長女 60 代 キーパーソン 月に 2 回帰省し掃除や病院受診の世話を行っている
- 長男 50 代 観外在住 年に数回帰省する
- 支援者

- 地域包括支援センター、民生委員、主治医、ホームヘルパー、ケアマネジャー、警察、近隣住民、
- デイサービススタッフ、ショートステイ相談員。

2 着目するポイント

3 事例本文（意思決定支援のプロセス）

- ①継続した在宅生活か入院や入所かの意思決定。

⇒ 本人や夫は在宅生活を望む。

- ②訪問時面談による本人が望んでいる生活の確認。一緒に暮らしている夫や介護者である長女の意向の確認を行う。

長女は周りからの苦情がなければ、できる限り夫婦の意思を尊重したい。

- ③訪問時定期的訪問と包括支援センター及び民生委員との情報の共有、見守り。②主治医の診断や認知機能評価の情報確認。③介護保険の新規申請。④警察へ通報の確認と通報者との接触についての相談、事件発展の危険性の判断。⑤民生委員や地域住民に対しての認知症の理解と協力への相談。⑥介護保険サービス導入。⑦サービス導入後のサービス利用状況、生活課題の再確認。

- ⑧本人、家族（夫、長女）、民生委員、包括支援センター、介護支援専門員、各サービス事業者による会議を開催。在宅では解決が難しい緊急性・切迫性のある課題について共有し、在宅生活を望む本人、家族の意思決定を確認する。その上で継続した対応方法の検討を行う。

平成 29 年度 厚生労働省老人保健事業推進費補助金
(老人保健健康増進等事業分)

**日常生活や社会生活等において認知症の人の意思が
適切に反映された生活が送れるようにするための意思決定支援の
あり方に関する研究事業**

報告書

実施主体：学校法人梅村学園 中京大学

平成 30 年 3 月
禁無断転載
