

平成 30 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）

認知症の人の意思決定支援のあり方に関する研究事業

報告書

平成 31 年 3 月

学校法人梅村学園 中京大学

はじめに

平成 27 年に策定された認知症政策推進総合戦略（新オレンジプラン）においては、「認知症の人の意思が尊重され、できる限り住み慣れた地域のよい環境で自分らしく暮らし続けることができる社会の実現を目指す」ことを基本的な考え方として掲げている。このことから示されるように、認知症の人の意思決定支援は、正しく認知症対策の中心的な課題である。

今後認知症の人はさらに増加することが予想される中で、新オレンジプランでは基本的な課題を実現化させるべく 7 つの柱を示した。その中には、「本人主体の医療・介護等の徹底」や「認知症の人の就労・社会参加支援」が掲げられ、「認知症の人やその家族の視点の重視」が盛り込まれている。これらの施策を実現する基盤として、平成 30 年 6 月に、「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」が公開されるに至った。

ガイドラインは、単に公開されるだけでは不十分である。たとえば、ガイドラインの認識が進まなかったり、誤った解釈をされる恐れがある。ガイドラインの意図するところ、趣旨を実現させるための実践方法について、ガイドラインの普及とあわせて具体的に伝える必要がある。これらの点は平成 29 年度の老人保健健康増進等事業において課題として残されていた。

そこで、本事業（平成 30 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のあり方に関する研究事業」）においては、「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」の趣旨を実践に活かすことを目指すためにどのようにするべきか、検討を進めた。

ガイドラインの趣旨が周知され、実践に反映するためには、その趣旨が理解されるだけでは不十分であり、趣旨を踏まえたうえで具体的な行動が変容しなければならない。多忙な臨床現場において活用されるためには、ガイドラインの趣旨をコンパクトにかつ効果的に伝える必要がある。そのため、本事業においては、関連の諸団体の協力を得つつ、研修プログラムの検討を行った。特に、本ガイドラインは、対象となる人、対象範囲も非常に幅広いことから、研修の開催機会も多くなることが予想される。その分、研修企画者への負担も過大にならないよう配慮があらかじめ必要であることから、研修プログラムを構造化させるなどの工夫も求められる。両者の難しいバランスを満たすべく、関連の諸団体の先生方には、多大なお力添えをいただいた。この場を借りて篤く御礼申し上げます。

平成 31 年 3 月

認知症の人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 小川 朝生（国立がん研究センター東病院）

平成 30 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）

**認知症の人の意思決定支援のあり方に関する研究事業
報告書**

目 次

I 事業概要	1
II 認知症の人の意思決定支援ガイドライン研修	5
(1) 研修カリキュラム	(5)
(2) 研修教材	(9)
(3) モデル研修	(34)
III 支援事例集	40
(1) 事例収集の経過	(40)
(2) 意思決定支援事例について	(42)
IV 考察・今後の課題	51
【資料編】	53
▶ 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	
▶ 全体委員会(全 2 回) および 作業部会(全 3 回) の会議録短縮版	

I 事業概要

1 事業名

認知症の人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を受け、設置された成年後見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、意思決定の支援のあ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」と指摘されている。

平成 29 年度の老健事業において作成された「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」について、普及のための研修の在り方、および、同研修でも利活用できる事例集の策定の検討を行う。また、研修の在り方の検討後にモデル的に研修を行い、報告書を作成する。

3 実施期間

平成 30 年 6 月 7 日（内示日）～ 平成 31 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全体委員会および作業部会を設置した（1）。

実施期間中に 2 回の委員会、3 回の作業部会（作業部会準備会 4 回）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）全体委員会・作業部会

◎は委員長 ●は作業部会兼任

氏名	団体・所属	役職
赤沼 康弘	一社）日本成年後見法学会	副理事長
有森 直子●	新潟大学大学院保健学研究科看護学分野	教授
小嶋 珠実●	公社）あい権利擁護支援ネット	理事
稲葉 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東病院 先端医療開発センター	分野長
阿部 佳世	公社）認知症の人と家族の会	事務局長
鴻江 圭子	公社）全国老人福祉施設協議会	理事
島橋 誠	日本看護協会研修学校	認定看護師
能本 守康	一社）日本介護支援専門員協会	常任理事
瀬戸 裕司	公社）福岡県医師会	専務理事
瀧本 禎之●	東京大学生命医療倫理教育研究センター	准教授

田口 真源	公社) 日本精神科病院協会	理事
樋口 はるみ	公社) 全国老人保健施設協会	統括看護師長
寺田 整司 ●	岡山大学大学院 医歯薬学総合研究科	准教授
中山 健夫 ●	京都大学大学院医学研究科	教授
永田 久美子 ●	認知症介護研究・研修東京センター	研究部長
延 育子 ●	札幌市保健福祉局保健所 医療政策課	主査
三浦 久幸 ●	国立長寿医療研究センター(在宅連携医療部)	部長
水島 俊彦 ●	法テラス埼玉法律事務所	弁護士
箕岡 真子 ●	日本臨床倫理学会	総務担当理事

〈50 音順、敬称略〉

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 室長補佐
佐藤 寛大	厚生労働省 老健局総務課認知症施策推進室

※作業部会準備会は、委員から、小川委員長、稲葉委員、水島委員、永田委員、延委員、オブザーバーである認知症施策推進室、事務局により構成

(2) 委員会等の実施状況と主な議事

第1回 委員会

日時 平成30年8月22日（水）

- 議事
1. これまでの経緯と本年度の課題について
 2. 本年度の実施体制と予定、成果物イメージについて

（第 1 回 作業部会準備会 H30.9.10）

（第 2 回 作業部会準備会 H30.10.10）

第1回 作業部会

日時 平成30年10月22日（月）

- 議事
1. 作業部会のミッションの確認
 2. ガイドラインにかかる研修のコンセプト
 3. 研修教材作成・モデル研修にかかる工程案

（第 3 回 作業部会準備会 H30.11.14）

第2回 作業部会

日時 平成30年11月19日（月）

- 議事
1. 講義教材（スライド）について
 2. 映像教材の制作について
 3. 事例集の作成について

第3回 作業部会

日時 平成30年12月6日（木）

- 議事
1. 映像教材の制作について
 - ①本人インタビュー／②ガイドライン趣旨／③グループワークで用いる事例
 2. その他 ご意見交換

（第4回 作業部会準備会 H31.2.1）

第2回 委員会

日時 平成31年2月14日（木）

- 議事
1. 本年度の事業進捗について（報告）
 - ①研修カリキュラム・教材制作について
 - ②モデル研修について
 - ③事例集作成について
 2. 事業の取りまとめに向けて（ご意見交換）

（3）事業実施スケジュール

	平成 30 年 4 月	5 月	6 月	7 月	8 月	9 月
事業実施内容	第 1 回全体委員会 ● （準備会） ●					
	10 月	11 月	12 月	平成 31 年 1 月	2 月	3 月
事業実施内容	第 2 回全体委員会 （準） ①作業部会 （準） ②作業部会 ③作業部会 ● ● ● ● ● （準） ● ● 意思決定支援ガイドライン研修 カリキュラム検討 教材制作（講義スライド・DVD 教材） モデル研修(柏) モデル研修(岡山) 報告書案の作成 印刷(配布)					

(4) 成果物（DVD 等）の概要

事業では、本報告書の他、事業内において、「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」の研修用教材の検討・制作を行った。

報告書冊子 PDF 版とともに、DVD および CD に研修テキストや投影用スライド、グループワーク用動画を、各ファイル形式にて格納し配布する。

(DVD・CD ケースジャケット)

【CD】

- ▶ 意思決定支援ガイドライン研修テキスト（印刷用 PDF）
（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含む）
- ▶ 講義・グループワークスライド（投影用 PPT）
- ▶ 平成 30 年度老人保健健康増進等事業 事業報告書（PDF）

【DVD】

映像タイトル	独立実施型 研修用	組み込み型 研修用	講師用
▷ 認知症の本人からのメッセージ [6 分]	●	●	
▷ 日常生活における意思決定支援のプロセス （グループワーク① [5 分]）	●		
▷ 社会生活における意思決定支援のプロセス （グループワーク② [5 分]）	●		
▷ ガイドラインの概要・趣旨 [8 分]		●	
▷ モデル研修記録(H31.2.17) [72 分]			●

※「独立実施型」：認知症の人の意思決定支援ガイドライン研修を単独で開催する場合に利用
※「組み込み型」：他の医療職・介護職等向けの研修実施の際に放映を行う場合にご利用

認知症の人の意思決定支援ガイドライン研修

平成 30 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)

DVD 盤面



CD 盤面



Ⅱ 認知症の人の意思決定支援ガイドライン研修

(1) 研修カリキュラム

本事業では、昨年度の前身事業で作成された「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」（以下、「ガイドライン」）を、より多くのガイドラインの対象者に周知、理解、活用して頂くため、ガイドラインの内容を伝達する方法（研修の展開）を検討した。

◎研修は、認知症にかかる研修の実施状況に鑑み、①同研修のみを内容として実施する場合（独立実施型）と、②既存の専門職等向けの認知症関連の研修において、カリキュラム（プログラム）に組み込む形態で実施する場合（組み込み型）の2つのパターンで展開することとした。

◎独立実施型のカリキュラムは、全体時間を3時間として、講義（60分）と、グループワーク（60分×2）で構成され、講師やファシリテーター、会場などを準備して実施されることを想定した。一方、組み込み型は、医療や介護の専門職向けの各種研修の一部として実施されることを想定して、約8分のDVD放映によって実施されることを想定した。

◎各形態のプログラムのコンセプトは、スライド1～2ページに概要を整理している。

◎基本となる独立実施型プログラムの具体的な構成をスライド3にまとめる。

▶講義では、60分のスライド講義をメインとして、冒頭で認知症の人のインタビューDVDを視聴する。認知症の本人からの意思決定とその支援の重要性についてメッセージが発信される。

▶講義の後に、グループワークを2種類（それぞれ60分枠）準備している。1つ目は日常生活の意思決定支援として、「意思決定支援が必要な典型的な場面」について、2つ目は社会生活の意思決定支援として、「チーム（多職種）による支援を行う場面」についてのグループワークとする。

▶グループワークでは、それぞれトリガー（検討の題材事例）としてDVDを作成した。それらをグループワークにおける共通の素材として、課題抽出や支援方法の検討などに利用する。

◎組み込み型のカリキュラムでは、講師による講義60分に代えて、「ガイドラインの趣旨説明」を収録したDVDを放映し、併せて、「認知症の人のインタビュー」を視聴する内容とする。

◎講義および2つのグループワークの具体的な内容については、スライド4～6ページに整理している。

独立実施型 プログラムのコンセプト

	内容
目的	認知症の人の意思決定支援のガイドラインの普及
目標	ガイドラインに沿った実践ができる
対象（職種、人数）	認知症の人の支援者（中堅から管理・指導者） 1回あたり10-40名程度
投入資源（人）	支援担当者数名（講師、ファシリテーター） ※指導者研修の必要性はあるかもしれない 認知症介護指導者、認知症介護フォローアップ研修受講者、弁護士会、 社会福祉士会等関係団体からの推薦者等
投入資源（時間）	3時間（180分）
投入資源（資金）	都道府県
プログラムの構成要素	講義＋グループワーク
アウトプット	受講者の知識、困難度の軽減、満足度
評価方法（アウトカム）	受講者数、ガイドラインに沿った意思決定支援の件数、割合の増加 意思決定支援の質の向上
実施方法	独立した研修として、自治体または自治体委託の関連団体が実施

1

組み込み型 プログラムのコンセプト

	内容
目的	認知症の人の意思決定支援のガイドラインの普及
目標	認知症の人の意思決定支援の重要性を理解する
対象（職種、人数）	認知症の人の支援者（初任者から中堅クラス） 1回あたり数十名から数百名
投入資源（人）	なしでも実施可能（DVD視聴）
投入資源（時間）	既存(組込先)研修の時間内（7-10分程度）
投入資源（資金）	既存(組込先の)研修の一部として対応
プログラムの構成要素	・ガイドライン概要・ポイントの講義(DVD) ・認知症の人からのメッセージ
アウトプット	受講者の理解度
評価方法（アウトカム）	受講者数
組み込み先	・認知症介護基礎研修・実践者研修 ・認知症初期集中支援チーム員研修 ・認知症地域支援推進員研修 ・各医療専門職向けの認知症対応力向上研修 ・在宅医療・介護連携推進事業における研修 ・自治体や関係団体独自の研修（ケアマネ、包括職員、市民後見人研修）など

2

独立実施型プログラム構成案と教材

方法・形式	時間	主な内容	目 標	スライド	DVD
講義	60	認知症の解説 倫理的な課題とその扱い方の解説 ガイドラインの解説	意思決定支援の必要な場に 気づくことができる	●	① ②
(導入講義) グループ ワーク①	60	日常生活における意思決定支援 に関する事例（トリガービデオ(1)）	本人の段階に応じた適切な 支援ができる	●	③-1
(導入講義) グループ ワーク②	60	社会生活における意思決定支援 に関する事例（トリガービデオ(2)）	▶多職種で検討することが できる ▶支援に関する記録を記述 できる	●	③-2

【映像教材制作案】

	およその 時間数案	独立実施型	(既存研修への) 組み込み型
①認知症の本人からのメッセージ（本人インタビュー映像）	5～7 分	●	●
②ガイドラインの趣旨（PPT+講義ナレーション）	5～7 分	●	●
③意思決定支援が必要な場面（トリガービデオ） -1 支援を必要とするような典型的な場面(日常生活) -2 支援のプロセスに疑問が残るような場面(社会生活)	計10 分 (5 分) (5 分)	●	
(備 考)			*教材はこの10分の DVDとする

3

講義

項目	内容
時間	60分
到達目標	- 認知症の意思決定支援の取り組みが重要であることを理解する - 認知症の人の意思決定がどうして難しいのかを理解する - 認知症意思決定支援ガイドラインの趣旨を理解する - 認知症意思決定支援ガイドラインが作成された経緯を理解する
構成 (スライドの項目)	- 認知症の意思決定支援の取り組みの重要性（当事者のインタビュー動画） - 認知症の特徴 - 認知症の人の意思決定がどうして難しいのか - 支援ガイドラインの概要 - 支援ガイドラインの作成までの経緯・倫理面での検討 - 支援ガイドラインの構成と目的 - 意思決定支援とは - 基本原則 - 支援をする上で注意すること - 支援ガイドラインの解説（支援の手順、プロセス） - 本人の段階に応じた適切な支援 - 家族について - 意思決定支援チームの重要性 - 記録の重要性、記録の残し方
資材等	講義スライドのほかに「意思決定支援ガイドライン」も配布

4

グループワーク(1) ▶ 本人の段階に応じた適切な支援（日常生活）

	内容
到達目標	- 本人の段階を踏まえた評価の必要性を理解する - 実際の評価のポイントを理解し実践できる
講義	
時間	10-15分
項目	- 支援ガイドラインの概要 - 評価の必要性 - 慎重な評価が求められる場面 - 評価方法（確認の仕方） - 評価に応じた支援（エンパワメント）
事例検討	
時間	45-50分
構成	- アイスブレイク - 事例提示（トリガービデオ） - 検討 - 発表／共有
資材等	スライド、事例、ワークシート

5

グループワーク(2) ▶ 意思決定支援チームによる支援（社会生活）

	内容
到達目標	- 本人と支援者との認識の違いを理解する - 本人が自ら意思決定できるよう支援することの重要性を理解する - 多職種による支援の重要性を理解する - 適切なプロセスを踏まえた支援を実践できる - 意思決定支援チームの運営を理解する - プロセスを記録し確認・振り返りができる
講義	
時間	10-15分
項目	- 支援ガイドラインの概要 - 本人、支援者同士の認識の違い - 本人が自ら意思決定できるように支援すること - プロセス（環境整備、形成支援、表明支援、実現支援） - 日常生活・社会生活での支援 - 意思決定支援チームと多職種で支援することの重要性 - プロセスの記録と振り返り
事例検討	
時間	45-50分
構成	- 事例提示（トリガービデオ） - 検討 - 発表／共有
資材等	スライド、事例、ワークシート

6

(2) 研修教材

独立実施型の研修教材を次ページ以降に掲載する。また、グループワーク用の DVD については、撮影用シナリオ（台本）を掲載する。

なお、独立実施型の研修の企画立案者および講師・ファシリテーターの準備等に資するように、スライドのパワーポイントファイルのノート部分に、各スライドのポイントになる内容を箇条書きで整理した。

・ガイドラインが目指すものは、本人の意思をしっかりと尊重すること。
 ・本人のレベルに合った意思決定能力に配慮した適切な支援の提供。
 ・可能な限り早期からの継続する支援を提供し、本人自らが意思決定できる体制を作る。
 ・支援を行うにはチームで動くのが重要であり、どのような動きをするのかをグループワークで検討する。

・プロセスを振り返ったり、より良い意思決定支援を考える時に重要になるのが要素。
 ・意思決定支援はプロセスを考えると大きく3つに整理することができる。
 1つ目は 意思を形成することへの支援。
 2つ目は 言葉やジェスチャーで表明する。
 3つ目は 実現をするための支援。
 ・実現支援に焦点があたりがちだが、重要なのは本人が表明と形成をきっちりおさえていくことである。
 ・認知症の人は周りに影響され、遠慮して言えない。環境が変わると言葉が出てくる。表明と形成にある程度の配慮が必要である。そのこともガイドラインには含まれている。

さらに、事業内で実施したモデル研修（2月17日；岡山大学病院で実施）の様子の記録映像として成果物 DVD に格納している。

※ モデル研修の記録映像は、研修としてそのまま視聴することは想定していない。



認知症の人の意思決定支援
ガイドライン研修

— 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 —

〈講義〉

平成30年度 老人保健健康増進等事業

認知症の人の意思決定支援のあり方に関する研究事業 編

事例（認知症の人の意思決定支援を要する場面）

- ◎70歳代 女性 独居
- ◎アルツハイマー型認知症
- ◎2年ほど前に認知症と診断をうけた。本人はシヨックをうけたが、ノートにメモを残すなどして日常生活は維持できていた。
- ◎最近になり、服薬の自己管理が難しくなり、体調を崩して入院した。
- ◎退院後は、生活の支援が必要だろうと、担当医と看護師は勧めた。地域連携室から地域包括支援センターに相談が来た。

研修プログラム

形式	時間	主な内容	目標
講義	60	① 認知症の解説 ② 倫理的な課題とその扱い方の解説 ③ ガイドラインの解説	意思決定支援の必要な場に気づくことができる
グループワーク①	60	日常生活における意思決定支援に関する事例（導入講義+DVD(1)）	本人の段階に応じた適切な支援ができる ▶多職種で検討することができる ▶支援に関する記録を記述できる
グループワーク②	60	社会生活における意思決定支援に関する事例（導入講義+DVD(2)）	

認知症の人が”決めること”を支援した経験はありますか？

どのような支援をされましたか？

認知症のご本人からのメッセージ (インタビュー映像)

5

到達目標

- 認知症の人の意思決定支援の取り組みが重要であることを理解する
- 認知症の人の意思決定がどうして難しいのかを理解する
- 認知症の人の意思決定支援ガイドラインの趣旨を理解する
- 認知症の人の意思決定支援ガイドラインが作成された経緯を理解する

6

講義項目(目次)

1. はじめに
2. 基本的考え方
3. 認知症の人の特性を踏まえた意思決定支援の基本原則
4. 意思決定支援のプロセス

7

ガイドラインの背景

- 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
- このことは認知症の人についても同様

8

認知症（DSM-5）

- A** 1つ以上の認知領域（複雑性注意、実行機能、学習および記憶、言語、知覚-運動、社会的認知）が低下
- B** 認知機能の低下が日常生活に支障を与える
- C** せん妄の除外
- D** 他の精神疾患（うつ病や統合失調症等）の除外

9

認知症の人の意思決定の難しさ

認知機能障害により意思決定が難しい場合がある

- 記憶障害**： 必要な情報の記憶が難しい
- 実行機能障害**： 見通しがたてづらい
- 複雑性注意の障害**： 集中が難しい
- 言語障害**： 言葉の理解が難しくなる
- 社会的認知**： 表情や場の雰囲気がつかみにくい

10

- ◎個人の尊厳を重んじ、尊厳にふさわしい生活を保障する
- ◎人は判断能力がないことが証明されない限り、判断能力があると推定される（能力推定の原則）
- ◎たとえ認知機能障害があつたとしても、可能な限り本人の自己決定を補うための支援を行い、本人の意向や信条を重んじる

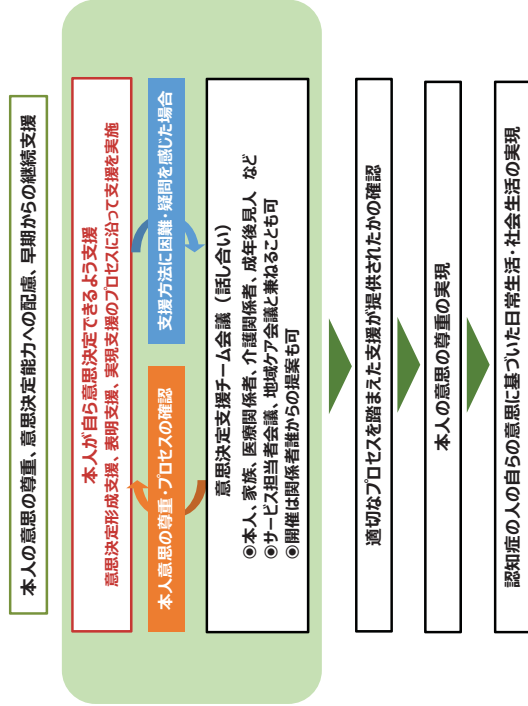
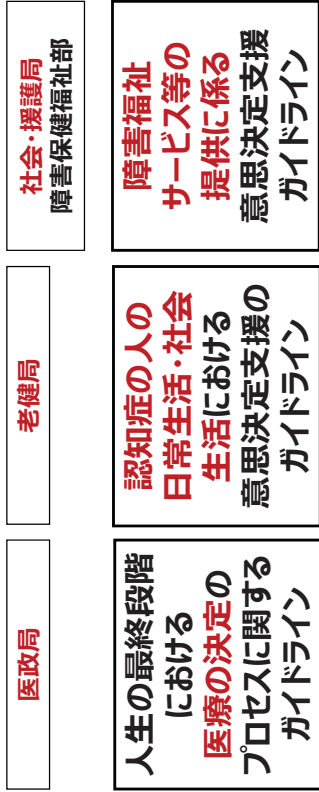
11

利用促進法※が示す基本的な考え方

※成年後見制度の利用の促進に関する法律

- ▶ 基本的な考え方
 - ・ 今後の成年後見制度の利用促進に当たっては、成年後見制度の趣旨でもある①ノーマライゼーション、②自己決定権の尊重の理念に立ち返り、改めてその運用の在り方が検討されるべきである。
- ▶ 今後の施策の目標等
 - ・ 特に、障害者の場合は、長期にわたる意思決定支援、身上保護、見守りが重要であり、施設や病院からの地域移行、就労や社会参加等の活動への配慮、障害の医学モデルから社会モデルへの転換、合理的配慮の必要性といったことを重視し、障害者にとつてのバリアを変えていく環境や支援の在り方を継続的に考えていく必要がある。後見人は、障害者の人生の伴走者として、利用者の障害特性を理解し、継続的に支援を行っていくよう努めるべきである。

12



1. はじめに
2. 基本的考え方
3. 認知症の人の特性を踏まえた意思決定支援の基本原則
4. 意思決定支援のプロセス

- ◎認知症の人を支援するためのガイドライン
- ◎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

- ◎ 認知症の人の意思決定支援に関わる全ての人
(意思決定支援者)
- (特定の職種や特定の場面に限定されない)
- ◎ 多くはケアを提供する専門職種・行政職員等
- ◎ 家族、成年後見人(注)、地域近隣において
見守り活動を行う人など

17

意思決定支援とは

- ◎ 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
にするために行う支援
- ◎ 意思決定支援者による

18

- ◎ 本人が**意思を形成**することの支援
- ◎ 本人が**意思を表明**することの支援
- ◎ 本人が**意思を実現**するための支援

19

講義項目(目次)

1. はじめに
2. 基本的考え方
3. 認知症の人の特性を踏まえた**意思決定支援**
の基本原則
4. 意思決定支援のプロセス

20

- 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

21

本人の意思の尊重

- ◎ 自己決定を尊重
- ◎ 本人の表明した意思（意向や選好）の確認・尊重から始まる
- ◎ 支援者の目線で評価をし、支援するかどうかを決めるのではない

22

認知症の特性への配慮

- ・ 決定する上で必要な情報を、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する必要
- ・ 言語による表示だけではなく、身振り手振り、表情の変化も読み取る

23

重大な影響が懸念される場合

以下の視点で検討する

- ◎ 明らかに不利益を生じる
- ◎ いったん発生すると回復が困難な重大な影響がある
- ◎ 問題の発生に蓋然性がある

例)

- ▷ 本人が基本的な日常生活も維持できない場合
- ▷ 財産の処分の結果、日常生活が維持できない

24

- ・意思決定能力を有することを前提に支援する
- ・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

25

- ◎意思決定能力の評価の目的
本人の能力や環境に応じてどのような支援を提供するのがよいのかを評価し、適切な意思決定支援を提供するため
- ◎「決められる」「決められない」を判断するため、
ではない

26

- ◎現存能力への配慮が重要
認知症の状態だけでなく、社会的・心理的、環境的、医学身体的・精神的・神経学的状態に変化する
- ◎支援者の支援能力によっても変化：
本人の認知能力だけでなく、適切な支援を検討・選択することが重要

27

4つの観点から検討する

- ▶理解する力
… 説明の内容をどの程度理解しているか
- ▶認識する力
… 自分の事として認識しているか
- ▶論理的に考える力
… 論理的な判断ができるか
- ▶選択を表明できる力
… 意思を表明できるか

2つの領域の情報を収集する

- ▷認知機能、身体・精神の状態に関する情報
- ▷生活状況等に関する情報（日常生活でどれくらいできているのか、支援を使うことはできているのか、など）

28

到達目標

本人の段階に応じた適切な支援が提供できる

- ①日常生活において意思決定をするうえで支援を要する場面に気づくことができる
- ②日常生活において意思決定をするうえでの課題を理解できる
- ③本人の能力や環境に応じてどのような支援を提供するのがよいのか評価できる
- ④本人の保たれている認知能力等を向上させる適切な働きかけができる

1

3

日常生活における 意思決定支援のプロセス グループワーク①

グループワークの構成

構成	おおよその 時間配分
導入の講義	10分
動画(DVD視聴)	5分
グループワーク	25分
発表(共有)と解説	10分

2

4

認知症の特性

- 注意・集中を保つことが困難
 - 新しい環境、慣れない環境が苦手
- ↓
- 慣れない環境では緊張しがち
 - 困まれると圧倒される
 - 焦らされるとうまく対応できない
- ↓
- ▶環境の整備
 - ▶支援者の態度が重要

意思を示していても

- ◎言葉で示したとしても、表情やしぐさと一致しない
- ◎本人の生活歴や価値観と一貫性がない場合
 - 言葉どおりに受け止めてしまうと
 - ① 真意を外した表面的な支援になってしまう（形成支援の不足）
 - ② 「本人が決めたことだから」とセルフネグレクトを放置する危険
- ◎状況がうまくつかめずに言葉がまとまらない
 - 支援者が支援の必要性に気づかず、「決められない人」と判断（表明支援の不足）
 - ① 本人の意思が反映されない

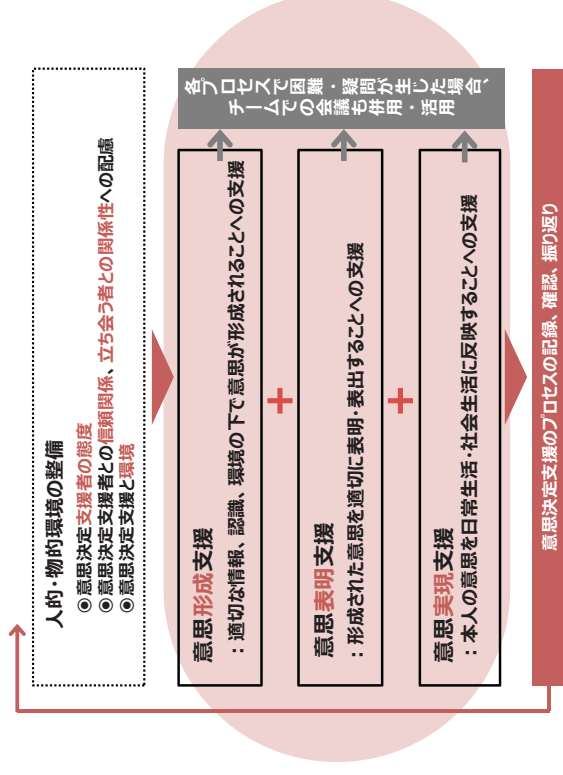
5

注意をしたい点

- 言葉で示したとしても、表情やしぐさと一致しない（迷いがある）
- 本人の生活歴や価値観と一貫性がない
 - ↓
 - ▶ 必要な情報が提供されているのかを確認する
 - ▶ 本人の理解した内容を探ねる
 - ▶ 「わがこと」としてとらえているかを探ねる
 - ▶ 「今後どのようなことになるかと思っているのか」を探ねる

6

意思決定支援のプロセス



7

適切なプロセスの確保

- ① 本人は緊張していないか
- ② 十分な時間を確保しているか
- ③ 十分な情報が提供されているか
- ④ 選択肢はわかりやすいか
- ⑤ 本人にわかりやすい形で示されているか
- ⑥ 利益、不利益が比較できるように示されているか
- ⑦ 今後起こりうることは話し合われているか

8

- ◎紙に書く
 - ◎音や写真、動画、カード、アプリなどを使う
- 例) ▲重要な点を簡単に紙にまとめる
 ▲比較のポイントを表でまとめる
 ▲希望を紙に書いて一緒に整理する

9

【設定】

- アルツハイマー型認知症、要介護1。
- 5年前に妻を亡くし、現在は実娘夫婦と同居、週1回のデイサービスに通う。
- 多少のものは忘れるがあるが、日常生活に大きな支障はない。
- 亡くなった妻が使っていた化粧棚やタンスなどを日曜大工で直しながら使っていくことを楽しみにしている。

【ストーリー】

- ▶山田さんの認定調査を控え、ケアマネジャーが山田さん宅を訪問。

11

グループワーク内容(25分)

検討点

Q1

支援のプロセスの中で、気づいた点
 がありますか？それはどのような点で
 ですか？

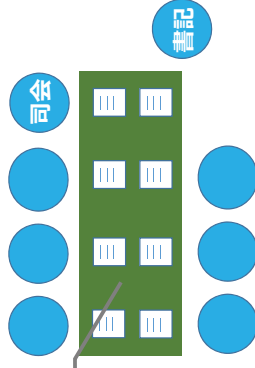
Q2

支援のプロセスを振り返ると、どのよ
 うな点に課題があると思いますか？

Q3

あなたがこのような場面に出会った
 としたら、どのような対応(意思決定
 にかかる支援)を考えますか？

形式：GW



10

12

DVD ①
 (意思決定支援のプロセス；日常生活編)

到達目標

多職種で支援を検討し、適切な支援が提供できる

- ①多職種で情報を集め・共有し、意思(意向・好み)を理解できる
- ②適切な支援のプロセスを踏まえているか、検討することができる

支援に関する記録を適切に残すことができる

社会生活における意思決定支援

- ◎本人にとって見過ごすことのできない 重大な影響が生じる場合があり、意思決定支援チームで話し合う必要
 - ▶適切な支援のプロセスを踏まえているか、十分な判断資料を得た上で検討する
- (例)
 - 認知機能や身体・精神の状態を示す医療情報
 - 生活状況等に関する情報
- ◎プロセスで話し合った内容は、都度記録を残す

社会生活における
意思決定支援のプロセス
グループワーク②

グループワークの構成

構成	おおよその 時間配分
導入の講義	10分
動画(DVD視聴)	5分
グループワーク	25分
発表(共有)と解説	15分

意思決定支援チームの活用

チームで検討することが有効な場合

- 意思決定能力の判定
- 支援方法に困難や疑問がある
- 本人にとって見過ごすことのできない重大な影響がある
- 本人の意思を反映させた場合、他者の利益と衝突する恐れがある

▶ 情報を共有し、共同で検討

5

チームで支援することの利点

適切な支援につながる

- ▶ 個々の支援を有機的につなぐことができる
 - 支援者個人と本人との二者関係だけで終わらない支援が可能になる
- ▶ より広く情報が収集できる
- ▶ 見落としを防ぐ
- ▶ 支援者の独りよがりにならない

6

チームで支援するときの注意点

支援会議だけでは完結しない

- ▶ 会議と会議の間にも支援は展開する
 - 見落としは生じていないか
 - 本人の意思は変わらないか
- ▶ 会議ですべての点を検討できるわけではない

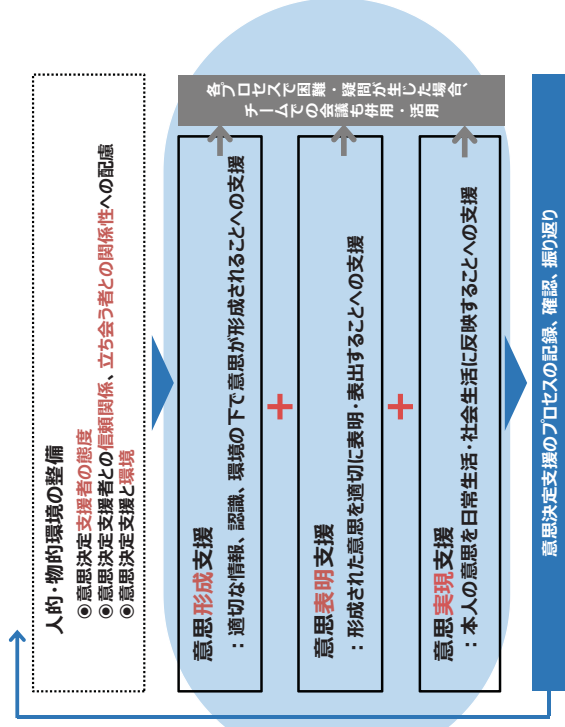
7

支援のプロセスを確認する

- ① 支援の参考となる情報や記録は十分に収集されているか
- ② 能力を踏まえた適切な支援か
- ③ 支援への参加者の構成は適切か

8

意思決定支援のプロセス



9

11

意思決定支援会議の運営

- ◎議題：メンバーの誰からでも提案
- ◎情報の共有
- ◎根拠を明確にする
- ◎多職種のそれぞれの見方を尊重
- ◎話し合った内容はその都度文書として残す

意思決定支援会議

- ▶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
- ▶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

10

本人の参加

- ◎本人も参加することが望ましい
- ◎確認は繰り返しおこなう
- ◎事後の振り返りをする
(体験して意思が変わることがある)

注意点 ▶ 本人への配慮

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意見を出せない場合がある

12

記録を残すこと

単に判断した結果を書くだけでなく、
そう判断した根拠や判断した過程を記録する

(例)

- × : 本人は拒否した
- : ●●と伝えたところ、本人は◎◎と言いつつも、
◆◆なしぐさをしたので、本人の好みではないと判断した。

13

15

事例

【設定】

- (もともと) 自宅にて1人暮らし
- 高血圧症の服薬が不定期になり、体調を崩し入院
- 症状が改善してきたので まもなく退院の予定

【ストーリー】

- ▶ 息子は退院後は同居を勧めている
- ▶ 本人は、入院前のひとり暮らしに戻りたい気持ち強い
- ▶ 息子が、担当ケアマネジャーに相談し、入院先病院スタッフ、在宅スタッフを交えての話し合いの場を設けた

14

DVD ②

(意思決定支援のプロセス；社会生活編)

グループワーク内容(25分)

検討点

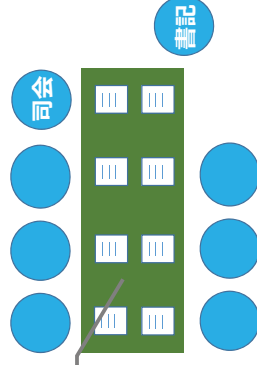
Q1

この事例をみて、気づいた点がありますか？それはどのような点ですか？

Q2

あなたがこのような場面にであったとしたら、どのような対応(意思決定にかける支援)を考えますか？

形式：GW



16

- ◎環境の整備
- ◎意思形成を支援する上での課題
- ◎意思表明を支援する上での課題
- ◎見過ごすことのできない重大な影響が生じうるか否か、の限界点の検討

①＜日常生活篇＞【もう自転車で出掛けるのは・・・】 5分10秒

登場人物3人

- ① 山田 一郎 (76歳・認知症の本人)
- ② 加藤 洋子 (実の娘・同居している)
- ③ 山口 みか (担当ケアマネジャー)

※山田一郎 人物設定

- アルツハイマー型認知症・要介護1。現在、週1のデイサービスに通う。
- 5年前に、妻に先立たれ、今は実の娘夫婦と暮らしている。
- 多少のもの忘れはあるが、日常生活に大きな支障はない。
- 亡くなった妻が使っていた化粧棚やタンスなどを日曜大工で直しながら使っていくことを楽しみにしている。
- 心配性の娘は最近とくに口うるさくなくなっていることに本人は、少々辟易している。
- 一旦言い出すと聞かない娘に、面と向かっていろいろ言われると、緊張と混乱に入り、自分のしたいことをうまく言えず、何となく従ってしまうことが多い。

ストーリー

山田一郎さんは来月、介護認定調査があるため、ケアマネジャーの山口みかさんが自宅に説明や経過状況の確認に来た。本人と実娘の加藤洋子さんの打ち合わせも終わり、当事者である山田さん本人が離席した際、娘がケアマネジャーに現在の悩みを打ち明けた。それは父が自転車に乗って出かける話だった・・・

テロップ	音	声
 山田一郎 (76歳) ● アルツハイマー型認知症 ● 要介護1 ● 娘夫婦の家に同居 ● 趣味/日曜大工 ● 娘が最近 口うるさくなり若干うんざりしている	♪～♪ ナレーション (以下 NA) : 山田一郎さんは5年ほど前、妻に先立たれ、今は娘夫婦の家と一緒に暮らしています。認知症の診断を受けて間もないですが、大好きな日曜大工が生活の励みになっています。	
 シーン①：居間にて	ケアマネの説明を聞いている山田さんと娘の洋子さん NA : 今日は、山田さんのお宅に ケアマネジャーの山口さんが訪れ、来月の介護認定調査の説明と現状確認を行いました ～ケアマネの説明終了～ ケアマネ：山口 みか 「・・・という事で、私からお伝えすることは以上です。 何かご質問などあれば・・・」 娘：加藤洋子 「大丈夫ですね」	
 担当ケアマネジャー 山口 みか		

 山田一郎 (76歳)	ケアマネ：山口 みか 「よろしいですか・それでは山田さん お疲れ様でした！」 ～山田さん本人は席を立ち、部屋を出てゆく～ 山田一郎：本人 「あ、どうもどうも、あの、あとはじゃあよろしくね」
シーン②：居間にて  娘 加藤洋子	娘とケアマネジャヤーの二人 ～山田さん本人が、部屋を出てゆくのを確認した後、娘 話始める～ 娘：加藤洋子 「あの～ウチの父、日曜大工が趣味なんですよ」 ケアマネ：山口 みか 「ええ、お聞きしていますよ！ それは以前お父様から。 日曜大工！ いい趣味ですよね！」
 娘 加藤洋子	娘：加藤洋子 「う～ん・・・日曜大工が趣味というのは元気でいいと思うんですけどね・・・」 ケアマネ：山口 みか 「・・・それが 何か？」 娘：加藤洋子 「その日曜大工の材料を、そこの大通りの向こうにあるホームセンターまで、自転車ですって行くのかと思うと 心配ですけどね・・・最近足腰も悪くなってますし・・・」

シーン③：居間にて 	娘とケアマネジャヤー+眼鏡を探しに戻った本人 ～山田さんが置き忘れた眼鏡を探しに部屋に戻ってくる～ 山田一郎：本人 「おーい、メガネ・・・どこに置いたっけかな・・・」 ～二人が話し込んでいる様子を本人ちよっと怪訝そう『自分のいないところで何を...』と硬い表情になる～
 	ケアマネ：山口 みか 「あっ！すいません まだお邪魔してます！」 山田一郎 本人 「あっ、どうも・・・(苦笑) あれ？ 俺、何しに こっちへきたんだっけ？」 娘 「さっきメガネ、って言ってたわよ。」
	～本人、テーブルの上にあった眼鏡 見つける～ 山田一郎：本人 「あっ、ここか！」 ～メガネを持って 部屋に戻ろうとする本人～
	娘：加藤洋子 「も～、一日中、探し物ばかりなんだから・・・。 お父さん ちよっと待って！」

	山田一郎：本人 「ん？」 娘：加藤洋子 「今ね 山口さんに自転車でホームセンターまで 行ってる話、聞いてもらっていたの。」 山田一郎：本人 「また、その話か・・・大丈夫だよ、こっちも 注意して乗っているんだから・・・」 娘：加藤洋子 「・・・ちよっと お父さん座って・・・ ねえお父さん 私 心配なのよ そろそろ自転車 で行くの やめてくれないかしらよ・・・何か必要なのがあ ったら、 私たちが車で買いに行ってあげるから」
	
	山田一郎：本人 「そうじゃなくて・・・自分が行って、よく見ない と・・・ 鏡台に合う板やネジとかが要るんだ・・・」 ～本人、そのあとの言葉がでなくて、もどかしそう・・・
	山田さんの声： 母さんが大事にした鏡台を 直すんだからさ、・・・ほら、あれ・・・ 言うのをあきらめて、黙り返む～ 娘：加藤洋子 「じゃあ、私たちの車と一緒に乗って行けば いいじゃない！ね、もう事故に遭ったらと 思うと心配で 心配で・・・」

	山田一郎：本人 「・・・」 ～自分の気持ちをうまく伝えられないもどかしさのまま 部屋に戻ろうとする山田さん本人を見て 娘～ 娘：加藤洋子 「お父さんちよっと待って！約束して欲しいの もうやめてよ 自転車は・・・」
	～泣々 椅子に腰掛けながらぶつぶつ・・・～ 山田一郎：本人 「でもなあ・・・自転車だと好きな時に 行けるしな・・・おれなりに気を付けてんだけど」 ～最後は消え入りそうに・・・～
	NA： 山田さんが ホームセンターに行きたい理由は 材料を自分の目でじっくり選びたい・・・
	そして、その帰りにホームセンター横の喫茶店で コーヒーを飲みながら 新聞を読むのも、 ささやかな楽しみの一つだったのです
	また最近、山田さんは、自分が忘れないために 必要な材料などのメモを付け始めました。 このメモをつけることでもの忘れがカバー出来ることに 自信を持ち始めていたのです メモで もの忘れがカバー出来るこ とに自信を持ち始めたていた

	～説明できず 言い淀んでいる父親 娘は それを見ても気付かず ケアマネに まだ話をしている～ ～寂しそうに部屋に戻ろうと立ち上りが山田さん本人～ ～立ち上がり行きかける父を見て 娘～
	娘：加藤洋子 「約束して欲しいのよ もう やめてよ自転車は・・・ 本当にお願ひね!!」 ～聞いていたケアマネ 思わず父親にきつく言う娘に止めに入るケアマネ～
	ケアマネ：山口 みか 「まあ、洋子さん!－ お父様だって わかっていると思いますよ」
	娘：加藤洋子 「・・・」 ～所在なく眼鏡拭きながら山田さん本人 娘に言う～ ～山田さん不満そうに～
	山田一郎：本人 「もういい わかった・・・」 娘：加藤洋子 「本当に そうしてね」

	～安心した娘 ケアマネに振り返り また話し始める～ 娘：加藤洋子 「良かった！お父さん やっと分かってくれてよかった ・・・私も本当に こっちに帰ってくるまでが本当に 心配なんですよ・・・」
	～上記の娘の愚痴に 途中 しょげてる父親の姿がかぶる 音はだんだん小さくなる～
	～山田さんにズーム in⇒UP 画像ストッブ！に～
さて・・・ 山田さんは？	さて・・・ 山田さんは？
	(END)

②＜社会生活篇＞【退院して もとの一人暮らしに戻りたい・・・】 5分40秒

登場人物5人

- ① 石野 文江 (80 歳・認知症の人本人)
- ② 石野 充 (隣町に暮らす息子)
- ③ 西岡 二郎 (病院の相談員 MSW)
- ④ 川崎 千枝 (入院中の担当看護師)
- ⑤ 山口 みか (在宅のときからのケアマネジャー、カンファレンスを招集した)

※石野文江 人物設定

- 入院中 (高血圧症の服薬が不定期になり体調を崩したため短期入院中)
- 3 年前アルツハイマー型認知症の診断を受ける、要介護 2
- 入院前は 月 1 回の病院への外来と週 2 のデイサービスに通っていた
- 隣町に息子夫婦が暮らす
- 最近、もの忘れもひどくなってきた
- 大勢がいる場だと話についていけず、混乱するし、自分の意見がはっきり言えないことが増えてきた
- 最近火の不始末やふろの水の止め忘れなどがある。
- 食事の食べ忘れや通院予約の忘れ、また金銭管理などのも問題も見られる。

ストーリー

自宅にて、一人暮らしをしていた石野文江さん。高血圧症の服薬が不定期になり体調を崩し短期入院、やがて症状が改善してきたのでまもなく退院となった。実の息子は退院後、自分たち夫婦との同居を勧める。しかし本人には、入院以前のひとりで暮らしに戻りたい気持ち強い。思い悩んだ息子が担当ケアマネジャーに相談したところ、病院側スタッフとの話し合いの場を設けてくれた

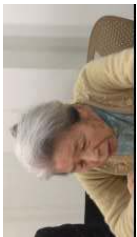
テロップ	音	声
 石野文江 (80 歳) ●アルツハイマー型認知症 ●要介護 2 ●自宅で一人暮らし ●趣味/草花を育てること ●服薬が不定期になり体調を崩し短期入院。	♪～♪ ナレーション (以下 NA) : 石野文江さんは、若い頃、夫に先立たれ、女手ひとつで子供たちを育て上げました。やがて、その子供たちも巣立ち今は、自宅で気ままなひとりで暮らしをしています。	
(シーン①：病院の廊下	退院間近 廊下で話す親子)	
	～病院の廊下 行き交う人々 長椅子に座り 話す 親子～ NA : 文江さんは高血圧症の薬の飲み忘れが増え、体調を崩し短期入院していました 体調も戻り来週には退院です。 今日は病院に息子さんが来て、退院後どうするか？の話をしていました。	
	息子：石野充 「なあ、母さん このあいだの話したじやない、同居しようって話・・・」	

 石野文江 (80 歳)	石野文江：本人 「同居？そんな話・・・したっけ？」 息子：石野亮 「もう忘れちゃったの！？ ー」 石野文江：本人 「そんなこと突然言われても困るよ・・・」 息子 「・・・！？」 石野文江：本人 「大丈夫だよ・・・家に戻れば一人でも・・・」
	NA： 医師からは適切な服薬管理と転倒リスクの回避ができれば、以前同様 ひとり暮らしも可能だと言われています。 ただ・・・息子さんは最近、母親のものの忘れがひどくなっていることを感じています。 特に心配なのは火の不始末・・・ このままひとり暮らしを させる訳にも行かないと思っているようです。
	
	

(シーン2：病院の相談室にて)・・・母親本人は不在	 担当ケアマネジャー 山口みか  ソーシャルワーカー 西岡二郎 担当看護師 川崎千枝	NA： そこで息子さんは、ケアマネジャーに相談をしました。 ～電話やりとり～ 「もうすぐ母が退院の運びとなり　そこで・・・」 NA： ケアマネジャーの山口さんは、退院後は医療的な処置も関係してくるため、病院側のスタッフも交えた話し合いの場を設定してくれました。
(シーン3：病院の相談室にて)・・・母親本人　会議に入る		～看護師が本人を連れてくる～ ～みんなが集まっているのを見て私がいけないところで何を話していたのかと不信な表情で・・・恐る恐る座る本人～ MSW：西岡二郎 「お座りください、石野さん、そんな怖がらなくても大丈夫ですよ。 今日は　石野さんがもうすぐ退院なので

	退院後の話をしていたんです！もうすぐですね おめでとうございます」 ～安堵した本人 やっと笑顔になる～
	石野文江：本人 「あ、そうなんです。ありがとうございます」 MSW：西岡二郎 「今日は、息子さんにも来ていただいた退院後の 暮らし方についてみんなで相談させていただきだ いと思っています」
	石野文江：本人 「ああ、そうですか」 ～西岡 MSW、川崎 NS のほうを見て～
	MSW：西岡二郎 「川崎さん、一昨日ですか？石野さんがベッドから トイレへ行く際、転倒しそうになったことは聞いて ますが・・・その他、最近の石野さんのご様子？」 ～看護師、看護記録を見ながら～
	Ns：川崎千枝 「はい、内服はご自身が飲み忘れないように、 朝、昼、夜に分けた薬ケースで服用するように しています、それが・・・」 ケアマネ：山口みか 「聞いてますよ。どうしても何回か飲み忘れがあった ようです」

	Ns：川崎千枝 「そうなんです。もちろん、その時は こちらから促していますが・・・」 MSW：西岡二郎 「（受けて）やはり退院後も服薬に関しては 見守りが必要かもしれませんね」
	息子：石野充 「やっぱり、一人だと忘れちゃうんだ・・・」 ～MSW 石野さん親子のほうを見て～
	MSW：西岡二郎 「（受けて）息子さんは、お母様に 同居を勧めておられるようですね。」
	石野文江：本人 「同居？・・・」
	息子：石野充 「この前、俺たち夫婦と一緒に暮らさないかって 聞いただろ？」 石野文江：本人 「そうだけ・・・同居ねえ」 ～気乗りしない 母親を見て～

	息子：石野充 「でもね、同居が駄目なら・・・せめて・・・ ほらお母さんの町のそばにある施設・・・ あそこに入るってのは どうかかな？ だったらさ 近くのお友達の人とも たまには会うこともできるし それに・・・」
	～息子、話している最中、施設に関して あまり気乗りしていない母を見て途中で話やめる～
	石野文江：本人 「施設ねえ・・・ 知らない人たちと一緒になんだよねえ」
	～ケアマネ文江さんを見ながら～ ケアマネ：山口みか 「私は、工夫さえすればひとりで暮らしは まだ大丈夫ではと思っていますんですけど」
	～浮かない石野さん本人顔を上げる～ 石野文江：本人 「えっ？」
	～全員ケアマネを注視する～ ～主に息子の方を見て話すケアマネ～ ケアマネ：山口みか 「そのかわり、息子さんには、ちよっとご負担を おかけするかもしれません。 例えば今のガス台は、IH 家電に換えるとか、
情報量が多くて周囲の話に 付いていけない	息子：石野充 「なるほど」

	ケアマネ：山口みか それと薬は、ご自身が飲み忘れないように、 病院でしていた様にケースで分けるとかは 続けてもらいますが、やはり第三者の見守りは必要に なるかと思います」
	息子：石野充 「やはりそうですか・・・」
	～息子、時折 それも一理ありと うなづく～ ～ケアマネが話している最中、本人は真剣に聞いているが、話しの テンポが速すぎ、情報量も多く理解できていない様子で怪訝そうに している～
	石野文江：本人 「・・・」 ～困惑気味 表情アップ～
	MSW：西岡二郎 「訪問看護を利用する手もありますね。 それにヘルパーを入れて転倒にも備えましょう。」
	石野文江：本人 「知らない人が家に上がって 来るのかしらねえ・・・」
	～石野さん本人 自分を注視するみんなの顔を 見廻しながら それ以上うまく説明できない～

	文江さんの声： 今のままの一人暮らしで充分、不自由は 何もないんだけどねえ
	～息子さん、そんな 下を向いたままの母を見て～ 息子さんの声： 本当のところ、母さんには、 どうしてあげたいんだらうか？
 さて・・・ 文江さんは？	～周囲も 困惑してる様子～ ～文江さんにズーム～ さて・・・ 文江さんは？

(END)

(3) モデル研修

①実施概要

研修カリキュラムの検討および研修教材の作成が一定程度進行した状況で、研修実施側と受講者側それぞれからの評価を行うため、モデル研修を2会場を実施した。概要は以下の通りである。

	柏会場	岡山会場
日程	1月25日（金） 18:30~20:10	2月17日（日） 13:00~16:00
会場	国立がん研究センター東病院	岡山大学病院
カリキュラム	①講義（本人インタビュー動画あり） ②グループワーク（日常生活編）	①講義（本人インタビュー動画あり） ②グループワーク(1) 日常生活編 ③グループワーク(2) 社会生活編
講師	小川委員長 （稲葉委員、三浦委員、水島委員）	小川委員長 （稲葉委員、寺田委員、水島委員 他）
受講者	25人 ▶ 医師 3、看護師 20、その他 2	31人 ▶ 医師 1、看護師 17、介護職 1 ケアマネジャー 5、相談職 2、 その他 5

②受講者アンケート

モデル研修では、受講者アンケートにご協力を頂き、研修プログラムの評価や教材等にかかるご意見を頂いた。各会場で頂いた意見は、教材の最終的な調整において可能なものは反映させた。

次ページ以降、アンケート結果を整理する。

②-1 研修プログラムの評価

(1/25 柏会場)

	プログラム評価の基本的な項目	強く そう思う	まあまあ そう思う	どちらとも 言えない	あまり 思わない	全く 思わない
プログラムの 有用性	1-1 今回のプログラムに満足している	20.0%	64.0%	12.0%	0.0%	0.0%
	1-2 ガイドラインを理解する上で、この プログラムは役に立った	28.0	64.0	8.0	0.0	0.0
	1-3 他の支援者にも、実践する前に、 このプログラムを受けることを勧める	28.0	64.0	8.0	0.0	0.0
理解度	2-1 今回のプログラムで、ガイドラインの 内容を理解できた	20.0	64.0	12.0	4.0	0.0
	2-2 今回のプログラムで、ガイドラインに 沿った支援の進め方を理解できた	16.0	68.0	16.0	0.0	0.0
プロセス	3-1 今回のプログラムは、私の疑問に すべて答えてくれた	4.0	32.0	60.0	4.0	0.0
	3-2 今回のプログラムで、聞きたい、確 認したいことはすべて聞くことができた	4.0	28.0	64.0	4.0	0.0

(2/17 岡山会場)

	プログラム評価の基本的な項目	強く そう思う	まあまあ そう思う	どちらとも 言えない	あまり 思わない	全く 思わない
プログラムの 有用性	1-1 今回のプログラムに満足している	29.0%	67.7%	0.0%	0.0%	0.0%
	1-2 ガイドラインを理解する上で、この プログラムは役に立った	48.4	48.4	0.0	0.0	0.0
	1-3 他の支援者にも、実践する前に、 このプログラムを受けることを勧める	51.6	41.9	3.2	0.0	0.0
理解度	2-1 今回のプログラムで、ガイドラインの 内容を理解できた	22.6	74.2	3.2	0.0	0.0
	2-2 今回のプログラムで、ガイドラインに 沿った支援の進め方を理解できた	22.6	77.4	0.0	0.0	0.0
プロセス	3-1 今回のプログラムは、私の疑問に すべて答えてくれた	3.2	58.1	35.5	3.2	0.0
	3-2 今回のプログラムで、聞きたい、確 認したいことはすべて聞くことができた	6.5	61.3	32.3	0.0	0.0

②-2 研修プログラムに関する意見

(1/25 柏会場)

①プログラムの構成について

充実していたと思う。
講義がかけ足だったが、グループワークは十分時間を確保できた
今日は短縮した内容だったので、本来の時間配分であれば良いと思います。
配分はよいと思います
講義の内容をふまえ、DVD 視聴。ディスカッションの時間も十分であった。
ビデオと講義と GW のバランスはよかった。60 分程度が適当かと思います。
講義時間を長くして、詳細な内容を講義いただきたい。
分厚い資料の中でわかりやすく、重要な部分を説明していただけてよかったです。
言葉の定義一つを読み込む時間がもう少しほしい。
今回はかけ足でしたが、もう少しゆっくり進めていただいた方が個人的にはわかりやすいと感じました。
余裕をもって聞ける講義スピードでした。
GW の発表と解説に時間ととっていただき、理解を深めたかった。
もう少し GW の時間があるとよい。
講義は抽象的な内容が多いため、症例提示、具体的内容等が多い方が、効率がいいかもしれません。
要点がはっきりして分かりやすかった。
内容をもっと詳しくしてもよいので、時間をかけても良いと思いました。
今回は、時間がなかったと思いますが…重要ポイントとなる部分（プロセスのところとか）は、長めに説明してくれるとわかりやすいかもしれません。
グループワークが予定より短く、もう少しあった方がよい。
講義が早足だったので、もう少しゆっくりしてほしいです。
全体的に早足で進んだので、もう少しじっくり考えられるとよい。
予定通りであれば適切（45 分×2）（本日は短かったので）

②理解の難しかった項目や内容

抽象的な話題からスタートせざるを得ないため、理解が難しかった。
早期からの支援“認知症軽度の段階”のところで、“軽度”と判断するのが難しいのではと思った。
最初のビデオの方が非常に流暢でおどろいた。現実的な設定なのだろうか。
講義時間を長くして、詳細な内容を講義いただきたい。
ディスカッションする際に、何か講義内容のまとめ、フロー？（とても大切な要素が多いので）のようなものがあると、振り返り（思考整理されやすい）が進むと思いました。全ての要素が大切だと思うのですが、講義だけでまとめるのが難しかった。
4 つの観点からの意思決定能力推定に関して、「自分のこととして認識しているか」をどのように判断するか、医療者視点での基準や例があると、より理解しやすいように思いました。
内容的意思決定の要素について、十分に理解し、すでに意思決定支援の経験があった方が、“認知症を併存した場合”の意思決定支援について習熟しやすいように思いました。その意味でカリキュラムの対象のセレクションが重要かと感じました。
GW にファシリテーターがいるとよかったと思う。
用語の説明が多かった。プログラムの中で小まとめみたいなのがあると、理解しやすいかもしれない。
意思決定のプロセスを評価する具体事案があると理解しやすい。
資料、具体的にどうするのか。

③不適切と思う項目や表現など

DVD の言葉にならない部分がわかりにくかった。

「認知症の人」⇒「認知機能低下がある場合の」（理由：診断がついていない人への支援も必要）

スライド 32、言葉の解釈が難しい。

④追加した方が良いと思う項目や内容

・ガイドライン策定の背景、講義内容の出展

意思表示支援の具体について

“保たれている認知能力”について、いくつか例があると良いかなと思いました。例えば、短期記憶障害があるがメモをつけることはできる、などでしょうか。

認知症のロールプレイを行うのはどうでしょうか。患者の理解を深めるために必要かと思いました。

家族に関する説明はもう少しあると、事例の“家族の反応”をもう少し理解深まるかもしれない。

視覚聴覚への配慮。

⑤ガイドラインや研修に関する意見

今後、認知症の方と関わる際に、活用していきたいと思う。

最初のビデオはケアマネを通して、第三者としてどう関わるかということを考えさせたいのが少しとまどった。ビデオはよかった。

ビデオの GW「支援の中で」-ビデオが意思決定支援の場面なのかがよくわからなかった。たとえばケアマネジャーの立場で答えて下さいやあなたならどう声かけしますか。

DVD、具体的に想像できわかりやすかったです。（身近にあるとイメージが進みました）

家族と本人との関係性を理解するおとの難しさをいつも感じています。

興味があり、実際に臨床でもよく経験すること多いため、また機会があれば研修などに参加したい。

個別性が高い対応を要求される分野だと思いますので、頑張って下さい。

楽しかったです。事例については、TV やドキュメント等も行われている時代であり、そのような事例を見ても、クオリティが高くなるかとも思いました。ありがとうございました。

ビデオでの事例を用いる GW は良かったです。紙面での事例より話し合いがスムーズでした。

背景や目的を理解して活用することが大切なことだと思います。

具体的にどうするのか。記録どこまで、どのように記載するのか、少しイメージがつきにくい。

(2/17 岡山会場)

①プログラムの構成について

トリガーとなる動画は共有となり有用

時間配分はまずまずだと思う。講義部分の情報量が多いので、もう少し時間をかけてもよかったのではないかと思います。

グループワークで他職種の方と話し合いができ、いろいろな意見を聞けたので良かったです。時間配分も良かったです。

GW の時間は 25～30 程度で問題なかったと思います。グループメンバーのアイスブレイクのための時間があれば GW にもっと入り易かったと思います

時間配分はよかった。GW の時間が少ないと思ったのですが、もっと長いと疲れると思いました。

3 時間の研修で意思決定支援全般を理解するのは難しいのではないかと感じた。ガイドラインを理解することが重要

治療等の意思決定なども加えてほしい。病院での場面（急性期）。時間はよい

長すぎず集中を保てると思います。研修の時間によっては 2 時間程度でも。内容理解の 1 部がやや長めとも思いましたが、初見の人には必要かもしれません。GW は慣れれば、2 つ目の GW は短くても大丈夫でしょうか。

もう少しグループワークの時間が長くていいと思った。退院前支援の病院側の意見、在宅支援をしている側の意見をもっと交換したかった。自由に話したかった。

時間の割に検討項目が多い

3 時間は長いかなと思っていましたが、終わってみると意外に早く感じました

ガイドラインの説明はゆっくりしてもらったが、こちらの理解がついていかない感じあり。ガイドラインの目次を示してこの流れでいく旨ひとことあると、どこをしているのかが分かるので安心するのではないか。DVD など分かり易かった。流れはよいと思う。

良かった。勉強になりました。

だいたい良いが事例はあまりかぶらないように、MCI、重度、独居で困難とかあってもいいのでは。

GW の人数、時間がちょうどよかった。話し合うテーマ（項目）も明確であったので、話を進めやすかった。

講義が 1 時間では難しい。ガイドラインの大枠のイメージは持てたが、細部がもう少し。

ガイドラインの内容が具体的に聞ければよかった。時間はよい

丁度良い時間であったと思います。DVD を用いた手法で GW もしやすかったです。

グループメンバーが 6 人ということで話しやすく、メンバー全員が発言しやすかったと思います

②理解の難しかった項目や内容

理解する力、認識する力の具体的な引き出し方

全体的に全てを理解することは難しく、実際の事例を通して自分が考え、理解を深めていけば大丈夫だと思いました。

これまでに倫理研究会研修会で意思決定支援について研修を受けているため、ある程度理解できたが、初めて受けるには理解しにくいのではないだろうか

理解難しい項目は特になかった

DVD 1 で支援のプロセスは同時進行と意見あり。1 回では難しいが回数が増えたと理解が深まると思う
考え方、プロセスをもってかみ砕いてやってもいいと思う

事前にガイドラインを見ていなかった、事前学習が必要だったと思う。今後、事前学習として提示または講義に入れる（ガイドラインを見ながら聞く）

支援の方法、言葉かけなど実践の場で行っているか、自分自身振り返るきっかけになりました。

他のガイドラインとのすみわけ、最終的には理解できました。

③不適切と思う項目や表現など

社会生活の事例については、退院支援・調整はどの職種も入院～退院までされていると思います。一部出来ていないところもありますが。

DVD で MSW が転倒予防にヘルパーを活用；表現は専門職として誤った発言だと思う

④追加した方が良いと思う項目や内容

家族込みの意思決定支援

意思決定を阻害する要因は何か。も入っていればと思った

家族への支援、アプローチ。認知機能の程度別

DVD での GW には、後でよい事例の DVD があつた方がより分かり易い。視覚で入る情報は分かり易い。事例がもう一つあつてもよい

職種別、立場（病院、施設、在宅）などで分かれて実施するのも効果的かも

ジレンマが起きた場合のすり合わせについて、もう少し触れてほしい（意思決定のプロセスの中で）。記録のとり方をもう少し具体的に知りたい。

⑤ガイドラインや研修に関する意見

何度も同じような研修会を開催して欲しいです。

今後も意思決定支援について、学んでいこうと思いました。ありがとうございました。

意思決定のプロセスがよく分かりました。「難しい」というイメージが少しやわらぎました。

DVD が身近な内容で GW に入り易かった

意思決定支援ガイドラインの勉強・検討会をしていく中で「意思決定」の検討会のはずが、問題解決のための検討会になってしまいがちと感じた

ガイドラインだけでは理解できない点もあつたため、解説や動画を見ながら進められていくことでとても分かりやすかった

事例は初期の方というイメージで拝見しました。重度の方よりも問題提起がしやすいためかとも思いました。（本人の意思をなぜ確認しないのか、という点を際立たせるため）総合病院を退院するイメージのため、医師の在宅移行可と、もの忘れの評価の視点が抜けているのもリアルではありましたが、単価精神科での重症例になる前の空白期間からの支援を充実させるという点かと感想を持ちました。

実際はもっと困難ケースの場合の意思決定に悩むことが多いと思います。複合的課題がある場合（ガイドラインの GW に適さないかもしれませんが）現場ではものすごく悩んでいます。

認知症の方の軽度、中等度に分けて意思決定支援をしていけば良いのかが、考えられる GW があつてもよいと思いました。

多職種、様々な職場(立場)の人と話しをすることで、自分にはない視点を得ることができ良い機会だった。

日々、立ち止まり、本人が中心か、確認し、ガイドラインを聞いています。認知症の人に関わる人だけでなく、多くの人にガイドラインを知ってほしいと思います。

本人の声を研修冒頭に聞いたのがよかった。

意思形成、表明、実現と分けて考えてなかったのが、必要と感じた

GW は多職種でする方がよい（今回はもちろんよかった）。日常生活、社会生活に分けた GW はよい事例のまとめ（簡単なもの）を配布するとよいかも。1 つの考え方の例として後で振り返りがしやすい。

事例のときについて実現に向けて考えてしまうので、プロセスをもっと意識して出来るような用紙が進められると助かります。

地域の集まりなどで活用できるようなリーフレットあればもっと広めていくことができるのではと感じました。

ACP との関係性について市民レベルの啓発段階で市民は混乱しないでしょうか。

事例等を積み重ねていきたいと思います

Ⅲ 支援事例集

(1) 事例収集の経過

研修教材の作成に並んで、事業では意思決定支援の事例を多く紹介することを目的に事例集の作成を試行した。

事業内に設置された全体委員会の委員に、事例記載用の様式を提供の上、可能な限りの事例の提供を依頼し、一定期間内に13事例が収集された。もっとも、意思決定支援に関する事例は、個別性が高く、情報量も多いため、そのままの整理・掲載については個人情報管理の観点からも難しく、ガイドライン研修におけるグループワークでの利活用なども視野に入れた内容のアレンジを行うこととした。

収集された全ての事例について、同様の作業を行うには至らなかったが、日常生活の場面、社会生活の場面それぞれについて、一定程度の紹介事例として情報や表現の調整を行った。

(収集事例の概要)

支援の場面			本人の主な状況					意思決定の程度					日常の支援者				事例の支援者	
	日常生活	社会生活		年齢	自立度	所在		部分的	著しく低下	家族		地域	専門職		友人		単独	チーム
1		1	生保受給判断	65	Ⅱ	在宅	独居	1					1	包括社会福祉士 区保健師	1			包括社会福祉士と区保健師
2		1	入院、自宅療養	90	Ⅲ	在宅	同居	1		1	長男							区保健師、包括社会福祉士、 医師(初期集中チーム)
3	1		専門医受診	87	I	在宅	同居	1		1	次女							主治医(サポート医)、包括主任ケア マネジャー、区保健師
4	1		食事・入浴	78	Ⅱ	在宅	同居	1		1	夫、長男							初期集中チーム(サポート医、地域包括、 施設長、看護師、ケアマネジャー、介護 福祉士)、かかりつけ医
5	1		買い物、食事	79	Ⅲ	在宅	同居	1				1	1	ホームヘルパー	1			主治医、地域包括、ケアマネ、ホーム ヘルパー、近隣住民、友人
6	1		掃除、通院	82	Ⅲ	在宅	独居	1		1	妹							主治医、初期集中チーム(サポート医、 包括、社会福祉士、ケアマネ、看護師、 介護福祉士)
7		1	自宅療養	93	Ⅲ	在宅	独居	1		1	甥、姪		1	ケアマネ、ヘルパー 地域包括				甥、姪、地域包括、ケアマネ、在宅医、 訪問看護管理者、訪問介護責任者
8	1		就寝時間帯の排泄	83	Ⅲ	在宅	独居	1					1	デイサービス職員				デイサービス職員(介護職、福祉職)
9		1	サービス利用	76	Ⅱ	在宅	独居	1					1	デイサービス職員		デイサービス 職員(介護職)		
10		1	入所・入院	88	M	在宅	同居		1	1	長男							長男、ケアマネ、地域包括、医師
11	1	1	趣味、サービス利用	85	I	在宅	同居	1		1	夫		1	ケアマネ				地域包括、ケアマネ、別居の長男
12		1	入所・入院	87	Ⅲ	入所		1					1	施設職員				施設相談員、行政、地域包括
13		1	通院、サービス利用	78	Ⅳ	在宅	独居		1			1	1	ケアマネ	1			ケアマネ、地域包括、町内会長、民生 委員、隣人、友人

(事例収集様式)

H30 年度老健事業 認知症の人の意思決定支援のあり方に関する研究事業

〈意思決定支援に関する事例ご提供のお願い〉

Ver.1.0

1 事例の概要 ➡ 数字選択肢は択一、□は複数回答可	
①支援の場面	1 日常生活 ➡ ☐ 買い物 ☐ 食事・入浴 ☐ 外出 ☐ 仕事 ☐ 趣味 ☐ その他 (具体的に) 2 社会生活 ➡ ☐ 入所・入院 ☐ 退院 ☐ 自宅療養 ☐ サービス利用 ☐ 財産処分 ☐ その他 (具体的に)
②本人の主な状況 (支援当時)	①年齢 _____ 歳 ②認知症自立度 1 I 2 II 3 III 4 IV 5 M ③所在 1 在宅 (➡ i 独居 ii 同居) 2 入所 3 入院 4 その他() ④意思決定の程度・状態 1 部分的に保たれている状態 2 著しく低下している状態
③日常生活の支援者	☐ 家族 (具体的に) ☐ 地域の関係者 () ☐ 専門職 () ☐ 友人 ☐ その他 ()
④事例記載の意思決定の主な支援者	1 単独の支援 (職種・本人との関係) 2 チームによる支援 (構成メンバー)

2 支援プロセスと結果・課題 ➡ ガイドライン中の概念図や具体的なプロセスを参照してご記入ください					
①意思決定支援における環境	●支援のプロセスに影響を与えるような、本人と支援者の関係性、支援の際の環境や状況など				
②意思決定支援の具体的経過とポイント	<table border="1"> <thead> <tr> <th>意思決定支援の経過</th> <th>ポイント</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> ●生活そのものへの支援ではなく、意思決定の支援にかかる経過 ●時間経過、できごと・支援者を、可能な限り時系列で整理 ●本人の意思(本当の)への配慮やその確認の経過など </td> <td> ●経過においてポイントとなった点や振り返って確認・再検討した点 ●事後にポイント・課題と感じた点を含む </td> </tr> </tbody> </table>	意思決定支援の経過	ポイント	●生活そのものへの支援ではなく、意思決定の支援にかかる経過 ●時間経過、できごと・支援者を、可能な限り時系列で整理 ●本人の意思(本当の)への配慮やその確認の経過など	●経過においてポイントとなった点や振り返って確認・再検討した点 ●事後にポイント・課題と感じた点を含む
意思決定支援の経過	ポイント				
●生活そのものへの支援ではなく、意思決定の支援にかかる経過 ●時間経過、できごと・支援者を、可能な限り時系列で整理 ●本人の意思(本当の)への配慮やその確認の経過など	●経過においてポイントとなった点や振り返って確認・再検討した点 ●事後にポイント・課題と感じた点を含む				
③(チームの場合)意思決定支援会議の状況					
④家族との関係(支援プロセスにおける影響や協力等)					
⑤本人の意思尊重の観点から、良かった点・課題が残った点					

(2) 意思決定支援事例について

以下、収集した事例をベースに情報を加除修正の上、“事例集と問い”の形式で整理したものを示す。

意思決定支援に関する事例集と問いについて

本事例集と問いは、本事業目的、すなわち、認知症の人の日常生活・社会生活の意思決定支援のガイドラインを使っていくための研修用に作られたものです。

したがって、事例は、関係者から提出された実際の事例を担当者によって、研修において使用するために、加除をして、加工されたものです。

ここでは、**事例**が示され、グループワーク等をするための**問い**が提示されています。

皆さんで、事例を読んで、上記**ガイドライン**に立ち戻りながら、問いを考えてみてください。

事例 1 日常生活（退服薬、食事、病院受診支援、金銭管理について）

事例 2 日常生活（自宅内でのトイレ使用について）

事例 3 日常生活（掃除や入浴）

事例 4 社会生活（退院後の生活について）

事例 5 社会生活（在宅から入所・入院）

事例 6 社会生活（自宅での療養）

事例 7 社会生活（介護サービス利用）

事例 8 社会生活（在宅からの入所・入院②）

事例 1 日常生活（退服薬、食事、病院受診支援、金銭管理について）

事例の基本情報

- 本人 78 歳、女性、自宅で夫と独居、他に長男がいる。
- 支援者 認知症初期集中支援チーム（認知症サポート医、社会福祉士、施設長、看護師、介護福祉士、ケアマネジャー、地域包括支援センター職員）、かかりつけ医師（神経内科）

事例の概要

- ◎かかりつけ医から支援チームに相談がある。
- ◎生活課題を評価してから、本人と家族から聞き取りをする。
- ◎生活課題（服薬、食事、病院受診支援、金銭管理）をについて家族に説明して協力を依頼し、家族が病院の受診を勧めても本人の拒否がある。
- ◎看護師が定期訪問（服薬、血圧当の体調確認）、受診支援を通じて、顔なじみの関係を築く。
- ◎サービス利用に関して本人の事前意思を確認するが、その時々で、利用に関わる意思が変わる。症状の進行（怒りっぽさ、同じ話の繰り返し）があり、夫らはデイサービス等を利用させたいが、もともと本人は家族内での立ち位置が強く、家族の言うことを聞かずに怒る。家族は、本人の支援を望むが、積極的な関わりがない。

問い

- (1) 本人・家族と関わる中で、家族が支援に前向きになるようにするためには、どうすればいいのか。
- (2) 本人の意思がその時々で変わることには、どのように対応すればいいのか。
- (3) 主治医と、認知症初期集中支援チームとの協力関係はどのように構築するのか。

事例 2 日常生活（自宅内でのトイレ使用について）

事例の基本情報

- 本人 80 代半ば、男性、自宅で独居 認知症自立度Ⅲ、意思決定に関わる家族・親族はいない。
- 支援者 デイサービス職員

事例の概要

- ◎一軒家の 2 階で生活・就寝しており、トイレ使用の際は、階下の 1 階まで降りなければならない。
- ◎ADL は比較的良好であるが、階段昇降は、四つん這いの状態で行わなければならない。
- ◎本人に問うと、「めんどくさい」という認識で、就寝時間帯は、独自で工夫した尿瓶を利用していることが分かった。
- ◎デイサービス職員と、本人との関係は良好である。

問い

- (1) この事例でサービス担当者会議が開けた場合、どのような配慮が必要と考えるか。
- (2) 担当者会議では、ポータブルトイレの導入が、本人のために適切だという意見が出た際に、本人の意思を尊重しながら、本人にとって適切な方法を理解していただくために、注意しなければならないことは何か。

事例 3 日常生活（掃除や入浴）

事例の基本情報

- 本人 82 歳、独居、認知症自立度Ⅲ、近隣に妹がいる。週に 2～3 回訪問。
- 支援者 地域住民、地域包括支援センター職員イサービス職員

事例の概要

- ◎地域住民（行政協力員）から、独居で気になる人がいると、地域包括支援センターに連絡がある。
- ◎地域住民とセンター職員で自宅を訪問する。
- ◎これにより、本人は、病院受診をされていないこと、介護保険申請もしていなかったこと、介護保険サービスの提供が必要なこと（掃除が行き届いていないこと、本人は入浴をしていなかったことなど）など、生活課題が判明した。
- ◎本人は、何か決定したり、選択する際に、妹さんに判断を委ねる傾向にあった。

問い

- (1) 本事例は地域住民の方が日常的な見守りに関わっていただいていた事例であるが、専門職と地域住民の方が共同して、本人の意思決定支援する際にどのような点に留意すべきか。
- (2) 妹さんに判断を委ねる傾向のある本人の意思決定を支援する場合、本人と、妹さんにどのような点に配慮をして支援をすることが適切であろうか。

事例 4 社会生活（退院後の生活について）

事例の基本情報

- 本人 70 代後半、女性、自宅で独居していたが、熱中症で入院。意思決定に関わる家族や親族はいない。
- 支援者 主治医、ケアマネジャー、本人の友人、地域包括支援センター職員

事例の概要

- ◎本人が自宅で、熱中症で倒れているところを、訪ねてきた知人が発見し、通報され、緊急搬送された。1 週間程度の入院で退院の運びとなったが、主治医は、3 度目の救急搬送であったことから、自宅に帰るのは無理であると判断したことから、地域包括センターに連絡があった。
- ◎退院後の生活について、ケア会議が実施される。
- ◎主治医を含む専門家との会議では、本人は、提案された施設入所や福祉サービスについて、肯定も否定も表明がなく、拒否がないことで、施設入所（ショートステイ）が進められそうになった。
- ◎しかし、より本人の意思を丁寧に聞き取る必要性を考え、本人が望む長い付き合いの友人も同席して会議が実施された。その結果、本人が自分の意思を表明し、在宅の希望が明確になった。

問い

- (1) 本人が自分の意思を表明できていないと考えられる時には、どのような配慮が必要でしょうか。
- (2) 知人・友人を含めてケア会議を開く場合には、どのような点に配慮すべきでしょうか。

事例 5 社会生活（在宅から入所・入院）

事例の基本情報

- 本人 88 歳、女性、自宅で夫死亡後、70 歳以降は、長男（単身）と同居している。
- 支援者 主治医、ケアマネジャー、長男、地域包括支援センター職員

事例の概要

- ◎85 歳時に、物取られたと訴え、警察に頻繁に電話がある。
- ◎87 歳時に認知症と診断され、治療開始。要介護 1 の認定、ヘルパーを利用し、デイサービス、ショートステイを利用。
- ◎88 歳になって、日常生活上、家事（買い物、料理、洗濯など）が困難に。それに伴い、被害妄想が増え、妄想的な発言を言い募ることで、長男が暴力を振るうことがある。
- ◎本人は、「（息子に）殴られた」ということもあるが、「近所の〇〇さんに殴られた」ということもある。また、本人に施設入所を勧めるが、「家がいい」という。
- ◎そこで、意思決定支援会議を開くことになった。

問い

- (1) 長男さんにどのように関わっていくのか。
- (2) 本人の希望は在宅生活の継続で一貫している場合に、どのように接することが適切であるか。

事例 6 社会生活（自宅での療養）

事例の基本情報

- 本人 93 歳、女性、独居 認知症自立度Ⅲ、近くに、甥（後見人）・姪がいる。
- 支援者 甥、姪、ケアマネジャー、地域包括支援センター職員、在宅医、訪問看護管理者、訪問看護の責任者

事例の概要

- ◎2 年前 ケア導入時に、訪問看護の責任者として、本人の意思を確認する。それによれば、「本当は信頼できる人と一緒に住めればいいが、夫は亡くなったので、独居の生活をしたい。いつも仏壇に向けて夫と話しをしているので、この家から離れられない」
- ◎2 年後に認知機能が悪化して、脱水で緊急入院する。病院内で、暴言等があったほか、チューブ類の自己抜去等があり、後見人の甥が、本人の「住み慣れた自宅に戻り、最期まで自宅にいたい」という意思を確認して、甥、姪、ケアマネジャー、地域包括支援センター職員 在宅医、訪問看護管理者が病院に集まって、本人の意思を共有して、自宅療養の継続に向けて、調整をした

問い

- (1) 本事例では、自宅療養を選択しているが、仮に、自宅療養中に、認知症の行動・心理症状が増悪（ヘルパーに暴力を振るうという場合）した場合は、どのように対処すべきか。
- (2) 本人の食事摂取量が低下するなどの事態について、関係者で情報を共有して、本人の意思を尊重しながら方針決定する場合に、留意すべきことは何か。

事例 7 社会生活（介護サービス利用）

事例の基本情報

- 本人 85 歳、女性、軽度の認知症が疑われる。
- 支援者 同居の夫

事例の概要

- ◎もの忘れに気づき始めた家族（夫）が、本人の相談のためケアマネジャーと会ってきた。しかし、本人は面会に拒否的であった。
- ◎なんとか介護認定調査を受けたが、主として夫が話していた。
- ◎ケアマネジャーが訪問するなかで、本人と会い、福祉サービスの利用意思を確認した。
- ◎ケアマネジャーが本人と会う中で、サービス利用については拒否をした。一方、夫に対する対応の不満も述べた。
- ◎夫は、本人が述べた意思に対して、非常に驚いていた。

問い

- (1) 本人が関係性を作る事に拒否的で、家族を含めた面談が中心になるときに、本人の意思を確認する上で注意をする点はどのようなものがあるか

事例 8 社会生活（在宅から入所・入院②）

事例の基本情報

- 本人 90 歳、男性、長男と 2 人で同居。
- 支援者 長男（働いておらず、本人の年金で暮らしている）

事例の概要

- ◎認知症が疑われるが、費用がかかることで受診への抵抗がある。
- ◎認知症初期集中支援チームの介入、助言を得て、保健センターの保健師や地域包括支援センターの社会福祉士が本人の意向を主治医に伝えながら調整をした。
- ◎施設等の見学をしつつ意向を調整し、最終的に入所に至った

問い

- (1) 多職種で支援をする場合に、本人への接触の密度が偏ることがあるが、そのような場合に、情報の共有でどのような点に注意するべきか。

IV 考察・今後の課題

(1) ガイドライン普及啓発に向けて

平成 29 年度の老健事業の成果として、本ガイドラインの原案が事業の成果として提出され、厚生労働省において、パブリックコメントを実施後、平成 30 年 6 月「認知症の人の日常生活・社会生活における意思決定支援のガイドライン」として発出され、全国に伝達された。

本ガイドラインを普及することは、平成 29 年の老人保健健康増進等事業においても課題として指摘されている。そのために、平成 30 年度の事業としては事業計画に則って、

①モデル研修を試行し、本ガイドラインを実施するためのプログラム（研修プログラム）具体的には、（既存の専門職向け研修等への）組み込み型（約 10 分程度のもの）と、独立実施型（約半日・3 時間程度のもの）を作成した。

②今後の研修のために、事例（支援事例）集を作成した。

研修プログラムは、

①意思決定支援の必要な場に気づくことができることを目標として「ガイドラインの解説」（主に組み込み型研修において利用）、「認知症の人の語りのビデオ」を作成した。

②日常生活の事例を踏まえて、本人の段階に応じた適切な支援ができることを目標として、「導入講義」と「日常生活における意思決定支援に関する事例の DVD」を作成した。

③社会生活の事例を踏まえた、多職種で検討し、支援に関する記録を残すことを目標として、「導入講義」と「社会生活における意思決定支援に関する事例の DVD」を作成した。

支援事例集は、典型的な日常生活の事例 3 例と、社会生活の事例 5 例を作成すると同時に、これを模擬事例検討会に使えるように、問いを用意した。

以上については、DVD と報告書として成果報告されている。

以上の研修プログラムには、全体委員による指摘、アンケート調査を踏まえて、本文だけでない、実施方法についてのコメントが別途用意されており、更に、岡山でのモデル研修の様子は、簡単な実施様子のビデオが用意されている（なお、このビデオは、広く公開されることを前提としているものではなく、研修実施者(企画立案・講師等)の参考に作成されたものである）。

(2) ガイドライン研修の実施にあたって

組み込み型研修プログラムは、本ガイドラインの周知と基本的な考え方を示すものとして、独立実施型研修プログラムは、上記のような目的として利用されることが期待される。

(3) 今後の課題について

① 研修プログラムの課題

研修プログラムの核となるビデオは、日常生活上の支援の事例としてより多くの状況設定の事例のもとでの複数のビデオが必要である（本年度は、「近くのホームセンターに自転車で行くこと」を状況設定したが、より、日常生活に近い事例を作成する必要がある。）。

同様、社会生活上の支援になるものも多様な状況設定のもので複数のビデオが必要である（本年度は、「退院支援における意思決定支援」が状況設定されているが、介護保険サービスの導入や、施設入居等の、多様な状況設定が望ましい）。

これと並んで、意思決定支援者は幅広い職種が想定されているので、職種に応じた典型的な状況設定に基づくビデオが必要である。

② 研修プログラムの実施上の課題

本プログラムは、本プログラムの作成に関わった専門家が実施し、上記のように、その一部は反訳され、更にビデオとして残されているが、研修実施者(企画立案担当者・講師等)のための研修や、研修実施のためのマニュアルは必要と考えられる。

③ 研修プログラムの普及に関する課題

本研修プログラムを実施して、今後に引き継ぐためには、次のような点の検討が必要である。

① 研修プログラムを実施した地域での研修実施状況（満足度調査等）の検討が必要である。

② 研修プログラム実施後に、研修を受けた受講者をターゲットとして、研修で受けた結果を実施するにあたり、どのような困難に直面しているのかを調査・検討が必要である。

その他、本ガイドラインの普及のための方策としては、次のような点の検討が必要である。

① ガイドラインを実臨床で実施するための、比較的簡単なガイドラインに基づくチェックリストや、ヒント集が必要である。

② 記録の書き方についてのプログラムが必要である。

本ガイドラインでは、「記録」の重要性が指摘されており、振り返るためにも、モデル記録や、記録の作成時の注意点が示される必要がある。

③ 記録の保管や、関係者の情報の扱い等に関するルールの共有が必要である。

本人の意思決定支援のための情報は、大変機微性の高い事柄に及ぶ場合がある（個人情報保護法上の「要配慮個人情報」にあたる場合もあり得る）のであって、このような情報を扱う意思決定支援者の記録に関するルールや注意点が今後の展開のために必要である。

資料編

- ▶ 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
(パブリックコメント実施後 H30.6.7)
- ▶ 全体委員会(全 2 回) および 作業部会(全 3 回) の会議録短縮版

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

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

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・社会生活を送れ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わたる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 30 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のではなく、認知症の人の意思決定支援に関わる全ての人（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、保健師、ケアマネジャー、認知症地域支援推進員、相談支援専門員、生活保護ケースワーカー、社会福祉士、精神保健福祉士、民生委員や医療機関、訪問看護ステーション、包括支援センター、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、市町村などの職員などが考えられる。

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）ここにいる成年後見人には、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は、本人が他に取得する選択肢と比較して明らかに本人にとって不利益な選択肢といえるか、一旦発生してしまえば、回復困難なほど重大な影響を生ずるといえるか、その発生の可能性に蓋然性があるか等の観点から慎重に検討される必要がある。その例としては、自宅での生活を続ける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、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

- 認知症の症状にかかわらず、本人には意思があり、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に、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助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るかのかの見通しを、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。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。
- 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（脚注 x）と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い。
- 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間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。

〈脚注 x〉 立ち会う人とは、例えば金融機関の窓口の職員や不動産等の売買契約の相手など意思決定の相手となるような人であり、意思決定支援者とは異なる人である。

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 xi）
- 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 xii）

- 本人が理解しているという反応をしていますが、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ということが重要であり、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置いて確認する、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や、表明した意思に迷いがあると考えられる場合等は、本人の意思を形成するプロセスを振り返り、改めて適切なプロセスにより、本人の意思を確認することが重要である。

〈脚注 xi〉 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 xii〉 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等を用いて、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、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

- 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、場合によっては、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等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いる記憶していたり、社会資源等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。

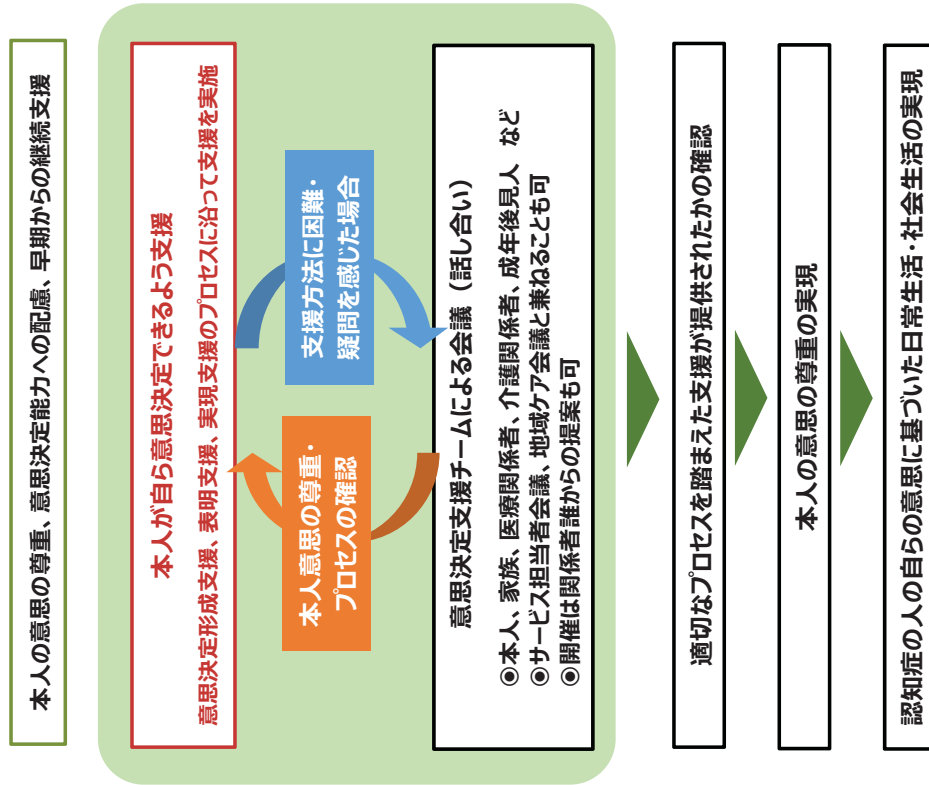
- 日常生活については、これまで本人が過ごしてきた生活が確保されることを尊重することが原則になる。
- 本人の意思や好みを理解するためには、意思決定支援チームで、本人の情報を集め、共有することが必要である。
- 社会生活の意思決定支援としては、自宅からグループホームや施設等に住まいの場を移動する場合（その逆やその間も）や、一人暮らしを選ぶかどうか、どのようなケアサービスを選ぶか、更には自己の財産を処分する等が想定されるが、これらに限るものではない。
- 本人の示した意思を日常・社会生活に反映した場合に、本人にとって見過ごすことのできない重大な影響が生ずる場合は、意思決定支援チームで話し合うことが必要である。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、記録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）

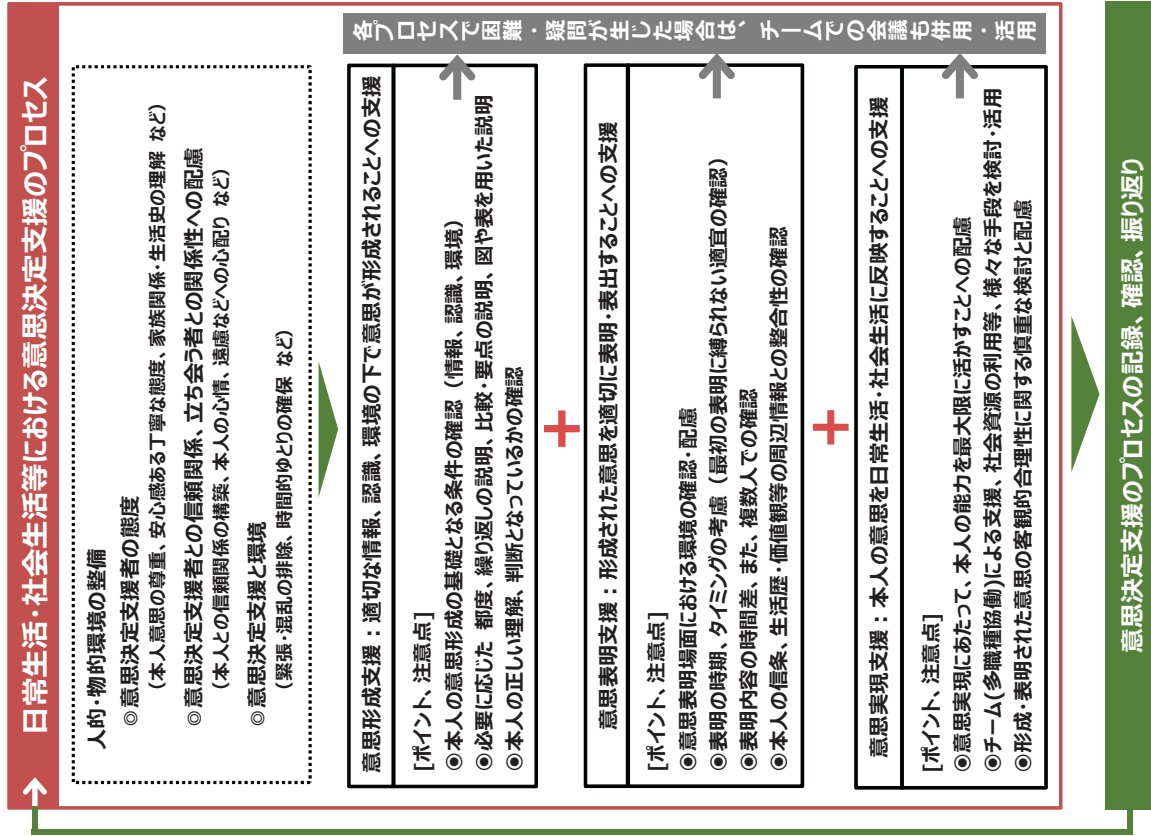
- 本人の意思決定能力の判定や、支援方法に困難や疑問を感じ、また、本人の意思を日常・社会生活に反映した場合に、他者を害する恐れがあったり、本人にとって見過ごすことのできない重大な影響が生ずる場合には、チームで情報を共有し、共同して考える。この場合も、再度、適切な意思決定支援のプロセスを踏まえて、本人の意思決定支援の方法について話し合う（意思決定支援チームのメンバーを中心として開かれる話し合いを「意思決定支援会議」という）。
- 意思決定支援会議では、意思決定支援の参考となる情報や記録が十分に収集されているのか、意思決定能力を踏まえた適切な支援がなされているのか、参加者の構成は適切かどうかなど、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ことに配慮しなければならない。また、意思決定支援者は、本ガイドラインの内容を理解した上で会議に参加することが重要である。

- 意思決定支援会議の開催は、意思決定支援チームのだけれど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もので、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】



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がガイドラインのポイントを示すための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なことであることを示すものではありません。また、事例のような対応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 事例の基本情報

- ・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やっている
- ・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、また買い物に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))

1 事例の基本情報

- ・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たの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った。一方、近所の者が「ごみ」を片付けようとする

と血相を変えて怒ることもあった。

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、暖かい食事とれませんか？」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、私と一緒に食事を取ってもらえますか」と言うとうと本人はうなずいた。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、「近くに來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、いろいろな不幸なことがあり人間不信なのは」との話があった。

1) 経験をた上で判断することの一つの方法である。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)

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、医療機関を受診することのメリット・デメリットなどを説明した上で、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とに抵抗があると言ったが、試しをした後に、改めて本人の意向を尋ねる回、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) 経験をた上で判断することの一つの方法である。
(本編 IV-2(3))

1 事例の基本情報

- ・80代の女性
 - ・家族背景：夫は死亡、子供無し、家族はいない。
 - ・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留意し、短期間で決しないよう配慮をした**1)**。

時間がかか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情報を得た**4)**。

ケア担当者からは、ケア担当者が「ホームでの生活には満足されていますか?」「家に帰ると、ホームで生活するのでどちらをお望みですか?」などの質問から、本人がホームでの生活を気に入っており、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という情報を確認した**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ほしい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尋ねた**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、比較する上での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とうえで、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となった。

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。)により、職務上の義務として本人の意思を尊重すべきであり、本ガイドラインでも適切な意思決定プロセスを踏まえる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のため、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) 認知能力の状態に合わせた支援の工夫。
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）

事例の基本情報

- ・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コメントに記載した。

A さんは、利用していた元気が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談をした。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、ケアマネジャーに介入を依頼し、ケアマネジャーの職員は、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、デイサービスを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回の利用が増えていった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、退院を検討していた。Aさんは、自宅での慣れた生活を希望していた。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で協議をした結果、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⁾。

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、弟さんでも理解力が不十分であることがわかり、画者は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。

(統志)

り) 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、定期的な見守りやデイサービスが入れば、自宅ですぐという本人の希望に沿えるのではないかと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、後見制度の利用が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、メタ・メタリクを比較し出す、などの工夫をあわせて行うことが考えられる。(本編 Ⅲ(3))

(1) 意思決定を支援するうえで、人間的・物理的な環境の整備、信頼的・構造的な環境の整備。本事例の場合、トラブルが繰り返したことから、有機的な面を話し合えたこと、信頼関係が築けず、安心できず、環境も考慮できていなかったことが、振り返りで指摘された。また、トラブルに対する返しがかからないと前に至る前に、少しずつでも準備ができた-3、IV(1))

(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。

3. 支拂の原則を踏まえ、「認知症」だからできない、わかんないと判断するのはなく、本人の意向とその背景を理解し、それを尊重することが必要である。この場面であれば、本人が自宅で生活することによって理解しているのか、退院した後が生活がどのようなものかを見守りたことにより認識しているのか、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。

(本編第-1、IV-2(1))

第 1 回 全体委員会 2018.8.22 会議録抜粋

●モデル研修のプログラムをつくった後、最終的には、例えば自治体にやってもらうとか、講師を養成して展開させていくとかを見込んでのプログラム作成になるのか、先が見えないので。

●モデル研修と言っているぐらいなので、当然、次年度からのことも考えておかなければならぬと思う。今年の実施そのものも、場合によると地方公共団体の方々と一緒にするようなモデルがあってもいいのかなとも思っている。これは、どんな受け皿にご了解いただけるかに関連すると思う。

●ケアマネジャーの研修については、5 年更新だが、資格を更新するために必ず法定研修を受けなければならぬ。その中では経験年数的にレベル感が置かれているが、共通のものとしては、意思決定そのものではないが、権利擁護や個人情報などの研修を常に介護支援専門員は受けている。これから作ろうとされているものは、職種にこだわらず、あるいはレベル感にこだわらず、普遍的なものをつくり上げていくイメージでよいのか。

●基本は、レベル感を問わない普遍的なものになるのではないかとと思うが、使い方がかなり違うものが明らかになつてくれればざるを得ないかとも思う。基本は共通のというイメージでよいと思う。

●日常生活の入浴や着がえをどうするという意思決定の研修と、実際にどこに入所したいかという研修とでは、対象が違ふと思う。例えば、グループホームや介護施設の職員の方に研修をするのであれば、日常生活でどのような意思決定を支援していくのかという研修になるし、どこに入所するとか、もう少し選択肢が重いのになると、病院の方とかケアマネジャーさんになるのかなと思うが、そのあたりはどう考えればよいのか。

●恐らく、基本的な座学みたいなところで最低限の共通事項を確認し、その後、現場ごとに場面が違ふことに対応するとすれば、グループワークでいくつが事例を用意して、一番近いイメージの事例を使ったグループワークを選んでいただく中で何とかカバーする方法もあるかと思う。かなり講師が大変になるかもしれないが。

●両方を網羅するような短いバージョンと実践者バージョンというイメージがあり、短い方は、例えば、国のほうでプログラムをつくっている認知症対応力向上研修に組み込むとか実践者研修に入れるというイメージか。

●短い方は、恐らく、時間としては 30 分もとれないぐらいの感じなので、現実には、考え方を伝えたらそれで終わってしまうと思う。事例検討までとすれば、長い方のバージョンで検討せざるを得ないのではないかと思う。

●大阪の家庭裁判所がつくった成年後見向けの意思決定支援ガイドラインを見ているも、基本は、例えば施設をどこにする、住むところをどこにする、こういう非常に大きい意思決定をする場合のプログラムである。そのために、例えば、チームをつくらせて、プレカンファレンスをやって、そして本カンファレンスをやって、そこで曖昧な場合はもう一度カンファレンスをやって、非常に重いプロセスを経る。確かに、住むところをどうするかならわかるが、日常のお風

呂をどうするか、食事をどうするかに、プレカンファレンスや本カンファレンスはないと思う。そういうときには、どういうプロセスを経て意思決定支援をするのか。場面ごとの違いがわかるようなプログラムをぜひ考えていただきたいと思っている。

実際の話、あまり大きな重いプロセスだと使い物にならない。ほとんどが日常の本人の意思を確認する流れだと思ふので。逆に、あまり重いものだ、とてもやっていられないという印象を持たれてしまうので、ぜひ、簡易版というか、短時間で本人の選択を酌み取りなければいけない場合にどうすればいいのかなというところも作業部会でお願いしたい。

●認知症のサポート医研修の中に意思決定支援が全く要素として入っていないということ、また、認知症初期集中支援チームの活動と直結していると思うので、ガイドラインの事例 I・II はまさに認知症初期集中支援チームの活動なので、認知症初期集中支援チームの研修プログラムの中に盛り込むような形ができれば、相当広範に普及できるのかなと感じた。

●地域で、地域包括の方々、いろいろな人が集まって研修会を開いて、このガイドラインを一緒に読むと、まさに自分たちが一番やらなければならないところだ、というところがあるもので、どこに出していくのがよいのかということも考えながらつくり込みたいと思う。そうすると、やはり事例になつてくるのかなという気がする。よい事例をできるだけ集めて、その事例に基づいてやっていくことになると思う。

●できたら地域ケア会議でもこういった研修をしていただきたい。今、地域ケア会議に出ると、身体的向上の部分は非常によく出ているが、精神面、いわゆる自己選択、決定権といったことが少し漏れている気がする。地域ケア会議は地域資源がいろいろ用意されるので、そういった普及啓発活動をしていただくことも重要かなと感じている。

●独立実施型プログラムということだが、突き詰めて言うと、専門職がかなり深くなるということは、いろいろな専門職を想定してつくらなければならないので、それはタイムスケジュール的に難しいかと思う。まずは、「生活支援」という言葉を使うと正しくなくなるかもしれないが、そういうところの視点で今年は目指してはどうか。老健局のご意向もあると思うので、その辺はいいかがなものか。

●イメージとしては、一つは、組み込み型という表現をしていただいているように、初期集中や、その他さまざまな既存の研修の中に組み込めるようなプログラムが中心に考えられる。あとは、時間の制約上、さすがに個別に職種ごとにつくっていくような作業は難しいと思うので、独立実施型を時間の制約の中でどこまでできるかは、ご相談したいと思う。

●障害のほうの意思決定支援ガイドラインの研修化作業もあさってまたあるが、今どんなことをやっているかという、どちらかというと独立実施型プログラムに近いものを 1 日ぐらいの研修でつくっていくという形で進んでいる。大抵のところは組み込み型プログラムに近いが、コンセプトをきちんと理解しようとか、特に、あつちのガイドラインのほ

第 1 回 作業部会 2018.10.22 会議録抜粋

① 作業部会の位置付け、作業の前提

◎今回は短期間に研修に関するプログラムをつくらなければいけないので、間に準備の会議を 1～2 回挟み、全体の方向性をもつつ作業部会の準備を進めてきた。今日は 3 点の議題がある。(1)「作業部会のミッションの確認」、(2)「ガイドラインにかかる研修のコンセプト」、(3)「研修教材作成・モデル研修にかか

る工程案」。

◎平成 30 年度の老健事業は、4 年目の事業になる。平成 27 年、28 年、29 年にどんなことを押さえて

がらやってきたのか振り返りたい。

平成 27 年度は、医療・介護等の意思決定支援という作業部会で、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をした。**平成 28 年度**は一番問題となったのは、成年後見人の利用の促進に関する法律の中間報告書や基本計画に盛り込むべき案を中間的に出さなければならぬということが非常に大きなタスクになった。

平成 29 年度は、プロセスを支援する、その具体的なプロセスが意思形成支援、表明支援、実現支援だということが書かれている。ガイドラインの前提は、「誰の意思決定支援か」については、認知症の人は、認知症と診断された場合に限らないということで、認知機能の低下があればガイドラインの対象になるということが一つ押さえられている。「誰による意思決定支援か」ということは、特定の職種や場面に限定されるものではない。多くはケアを提供する専門職種や行政職員等になる。「意思決定支援とは何か」ということについては、意思決定能力が欠けている場合は当然認知症の方にはあるが、その際の「代理代行決定ルール」は示していないというところが注意書きにあるように、このガイドラインとしては、できれば本人の意思決定の支援のところに特化してまずはつくっていくべきではないかという考え方が込められている。意思決定の支援は、形成することの支援と表明することの支援と意思を実現することの支援という 3 つのプロセスが重なり合いながら行われている。

以上のことをガイドラインの前提としてご了解いただいた上で、この内容を前提としながら次のプログラムを考えていくのが合理的と考えている。

② 意思決定支援ガイドライン研修(仮)について

◎(既存研修への)組み込み型研修について (資料説明)

④一番下に組み込み先とあるが、既存の研修に全部組み込んで、一部の時間を頂戴して行っていただくのが主要な方法になる。プログラムを大幅に変えたりはみ出すような内容は難しいので、現実を実施できるものはいずれ 10 分程度ではないかということが準備会の中で話し合った内容。

⑥目的に関しては、認知症の人の意思決定支援ガイドラインの普及で、こういうものがありますということ

うは、若干、代理代行の要素が入っているため、それぞれのステージにおいて立ち位置が違つか、そういったコンセプトを意識してもらった上で、核となっていく可能性があるのは、ある種のファシリテーターである。

◎認知症の人の日常生活・社会生活のガイドラインにおいても、もちろん会議というものもある程度イメージされている部分があるので、独立実施型でつくっていくのであれば、少なくとも、皆さんと一緒に協議をする場において、主催者としてのあり方、心構え、多少のテクニク、そういった点も意識できるとよいのかなと思っていた。ただ、時間的にはタイトなもので、どこまでできるかは、またご相談なのかなと思っている。

◎意思決定ということを全く意識していない人たちがいるならば、まず、そういう人たちに、意思決定をしなければいけないということを普及させるレベルの研修をやろうと。ただ、そうすると、みんな一遍に意思決定を意識し出して、ここに書いてある「見過ごすことのできない重大な影響」的な意思決定に対しても「はい」と言ってしまう可能性がある。そこはそうではないということは、次のステップアップできちんと伝えていかなければいけないと思う。

◎介護支援専門員は意思決定しなければいけないという意識を間違いないで持っていると思うが、実際の応用レベルでどうしていいかわからずにつまずく介護支援専門員が結構いる。いくつか事例をつくる中で応用編みたいな形で盛り込んでいただけると、レベルを上げた使い方もできるし、あるいは、まだまだ意思決定ということをしかりと教えていかなければいけない人たちにも活用できるものに仕上がるのかというイメージを持った。

がメッセージとして伝えられればよく、最初のステップかと思う。

- ④対象は、多くの場合は初めての方である。人数も数十名から数百名。
- ⑤講師がなくても実施できるようにしなければいけない。DVD を流すだけで済ませることが必要になる。
- ⑥新たな講師費用その他はなし。DVD があればできるといぐらいのイメージである。
- ⑦構成要素は、ガイドラインというものがあって、どのような目的でつくられているかということ、要点を数個紹介できればよい。

⑨独立実施型研修について（資料説明）

- ④半日程度でできる 3 時間ぐらいで、できるだけ準備に負担をかけないほうが実施しやすいのではないかな。そういうことで 3 時間という目安にしている。
- ⑥目的としては、組み込み型よりはもう一歩踏み込んで、ガイドラインの理解と普及というところに置き、これを受けた方がガイドラインに沿った実践ができることが達成できればよいのではないかな。
- ④対象としては、初任者というよりはもう一歩踏み込んで中堅クラスの方。1 回当たりの人数は 10 名から 40 名程度で、グループワークを組み込んである程度なれていただく。
- ⑤講師とファシリテーターで数名は必要。
- ⑥最終的には各都道府県で請け負っていただくのが理想。
- ⑦プログラムの構成は、ガイドラインを伝える座学は最低限必要になるだろう。その上で、グループワークを組み入れて、実践に即した形で参加者にイメージを持っていただくことがよいのではないかな。
- ⑧背景には、必要な場に応じることができること、その場にに応じた支援ができる、意思決定支援チームの運用が大事になるので、多職種で支援をすることになっていただく。最終的に専門職種を対象にするので、記録を残せるようにしなければいけない。
- ⑨(プログラムのイメージは) **講義は 50 分ぐらいで、到達目標はガイドラインの背景、趣旨の理解を挙げている。当事者の方のインタビュの動画等があれば動機づけとしては非常によい。認知症の方の意思決定の特徴や難しさを確認しておく。支援ガイドラインの概要と作成までの経緯、いくつかの背景を簡単にまとめ、倫理面での必要性等に触れる。意思形成支援、表明支援、実現支援といったガイドラインのプロセスもしっかり見せて、それぞれの注意点を挙げていく。**
2 時限目はグループワークの 1、本人の段階に応じた支援の実際。最初に講義をした後に具体的な事例検討をする。講義は、最初にガイドラインについて簡単に触れて、評価（確認の仕方）や、その状況に応じた支援を中心に具体的な気づきというものを挙げていくことになる。事例検討は、イメージをつける意味でトリガービデオを用意、検討して、最終的に発表して、共有する。
3 時限目がグループワークの 2、社会生活の支援ということで意思決定支援チームをイメージしている。講義はガイドラインのプロセスを提示した上で、意思決定支援チームにかかわるところを取り上げて出す。トリガービデオを提示して、例えば本人と関係なく周囲だけでどんな決めていく場面を提示して、少し踏みとどまって検討いただくということを仮に挙げている。

⑩ガイドライン研修(仮)の実施方法、内容等について

【組込型】

- ⑦アウトプット、アウトカムは組み込み型でも最後にプレテストのようなものを想定されているのか。アウトカムで受講者数を出すと、自治体からすると、人口規模何人でどのくらい受講者数があるといいのかという議論になるので、あまり受講者数と言わないほうがよいのではないかな。
 - ⑧今回の成果自体が後見とはリンクしないほうがわかりやすい。市民後見人以外の後見人に対しても意思決定支援はどこまで研修されているか曖昧なところもある。あえてここで後見ということを出す必要はないと思う。
 - ⑨ガイドライン上に後見人の動きという形でシナリオが一つ組まれていることを考えると、積極的にここ(後見)を対象にするのはあれかもしれないが、全く入れないのではなく、何らかの形で受け入れてもよいのではないかな。もっとも、組み込み型というよりは、むしろ独立実施型できっちり触れていただく。
 - ⑩組み込み型のプログラムは 7～10 分と短いからこそ仕掛けをしないと、本体の研修のいろいろな情報が散乱している中に組み込んだときに、この短さでこういうものを組み込む価値や残るものがどの程度あるのか。研修はあくまでも入り口で、これは多分現場の中で繰り返し話し合ったりしながら定着させていくものだと思う。
 - ⑪組み込み先に書いたものは全部自治体が行う研修である。初期集中はプログラムがきっちり決まっていたり、病院勤務もプログラムが結構きっちり決まっているので、そこに組み込むというよりは、自由度があるところに組み込むほうが入れやすいと思う。
 - ⑫10 分間という想定の中でどういう場面で組み込むのか、10 分間で何を伝えるかというよりはやはりガイダンス的なものになる。これを受けて、3 時間研修があるので、こちらを受けてくださいというもっていき方が現実的には想定される。
 - ⑬どういふうにこの研修に組み込んだらいいか、それぞれ用途のあるところについて書いてみる。例えば、新オレンジプランの本人の意思を尊重するような場面でお使いいただく効果的かもしれないとか、あるいは次のプログラムのイントロとして使っていただくこともあるということを書いて、使う側もどこで使ったらいいかという判断を少し考えていただく素材をつけて出す。
- 【独立実施型】
- ①内容
 - ②独立型研修で求められているのは、本人を支援していくというそこを大事にしながら、受ける方に大事な

のは、従来の評価という言葉よりも、見きわめながら状況に応じた支援ができるという進行形の言葉にしたいことが必要ではないかと思う。プロセスがあまり丁寧に行われていない中で、評価ということに走ってしまうと、本人の本当の意思決定を進めていくチャンスを奪うことにもなりかねない。

- 今回のガイドラインの中における意思決定能力評価は、本人の状況に合わせて支援者自身がどのような形の支援を展開すべきであるか。つまり、本人が自分で決めていくことがまず軸にあって、本人の今の状況に応じてどういった手厚い支援を加えていくべきか、その部分の判断の一助として使っていくという考え方が必要ではないかと思われる。

- 認知症の人の意思決定においてどういう特徴があるのか。意思決定がどうして難しいのかということにいく前に、認知症の特徴を踏まえて、一人一人に起こり得る意思決定の特徴を少しでも具体的に出すのがよい。どういう意思決定上の特徴があるということを講義として押さえられたほうが、参加者が現場に戻ったときに本人を見るとき大事なステップになるのではないかと思う。認知症とは、という特徴だけでは、本人に何が起きているかということにつながっていない面があるように思う。

- 意思決定支援のプロセスをかなり強調されているという印象を受けている。プロセスに関して言うと、意思実現支援は既に議論が始まっていて、そこをあまり強調するのはどうかと思っている。（支援のプロセスは）段階ではないという議論があるので、重層的であればよいと思っているが、意思実現支援のところが若干議論になっているところがあるから、プロセスに関してご説明されるときには、かなり丁寧に使わないと誤解が生じると思う。

② グループワーク等について

- 日常生活・社会生活ということで、ふだんの生活と、例えば住む場所を決めるという少し重めの話とか、その辺の程度があるので、そこは事例の選び方はかなり考えなければいけないところだと思う。一番最初であるので、典型的な場面が出て、まず気づきが共有できればということがこの辺の事例検討のゴールかと思うので、ある程度認知症が進んで、わかるけれども、意外にまだ気づかれていなかったり、ひよっとしたら気づかずに流れてしまっているというところを取り上げるのが入り口としてはいいのかなと思う。

- ロールプレイなのかグループワークなのか、あわせて出てきているが、ロールプレイをすと、それを支えるファシリテーターがどのくらいいるのかという構造の話も考えなければいけないかと思う。ある程度力のある講師とファシリテーターがいれば恐らくロールプレイまでできそうだが、それが各都道府県でできるかと言われるとそこが心配で、今、グループワークという弱い書き方になっている。

- ロールプレイは事例が難しく、認知症の方それぞれのキャラクターによって正解がないというか、何と回答するのが正解なのかというのは結構難しいと思う。ロールプレイで正解が出るのかどうかかわらないが、答えが

あるのであればファシリテーターはできると思う。しかし、認知症の方100人いたら100通りあると思うので、結構厳しいと思う。

③ 効果評価について

- 自治体でも研修とか事業を委託するときに3カ月評価ということで回収したりする。アンケートをとって3カ月後にどう変わったかを回収するのは一つありかなと思う。理想を言えば、今回のモデルの研修でそれをして、大体これぐらいの人が変わったというデータがあれば、自治体としてもやりやすい。

- 内容というより、どちらかというと自信や困難感を聞くようなアンケートっぽい形でフォーマットを定めて資料と一緒に提供するのとは十分ありかと思うし、多分ないでやっていただけたらと思う。少しでも使いやすい形を考えられればと思う。

- プログラムのコンセプトで、目標がガイドラインに沿った実践ができる止である。大事な目標ではあるが、3時間の研修を受けて実践できるということを目標にすると、逆に研修自体のハードルが高くなってしまい、実践できるまでが評価としてなかなか難しいと思う。例えばガイドラインに沿った支援のあり方を理解し、現場でのアクションプランがつけられるような、持ち帰ってやってみようということが、3カ月後にきちんとやれたか、やってどうだったかを評価してみようことを入れたらどうかと思う。

④ 記録

- 記録について議論が出なかったが、現場サイドでは記録に対して神経質になっている。あまり負担を増やさず、ただ、意思決定プロセスでこういうところは書きとめておかなければいけないということが示せるものを盛り込んでいただけると助かる。

⑤ 今後の工程

- 作業部会は、1回目10月22日、2回目11月19日、3回目12月6日、それから全体会議が2月14日、この4つが一応確定している日程である。12月から2月の間にビデオとかの制作をしなければならぬ。約1カ月後の11月19日の作業部会では、かなりプログラムの中身をお示ししながら協議させていただく（その前にまた準備会を開く）。

その上で、モデル研修は、全体会2月14日の前後、1月の終わりから2月の中旬ぐらい。1回目は岡山大学を中心にやっていただくことが一つあり得るのかなということで、日時はまだ確定していないが、既に先生に打診をしてそこであること。名古屋は、私の大学で場所を提供させていただいて、関連するところから受講生を選んでいただいているということもあると思う。独立型のもを2つやって、一部2月14日の全体会で検討していただくことを踏まえて、最終的な報告書にしたいと思っている。

第 2 回 作業部会 2018.11.19 会議録抜粋

① 研修教材（講義スライド案）について

【資料説明】

●前回の作業部会で検討したように、メインとなるのが資料 2 にある独立実施型プログラムで、今回は構成案となったが、3 時間というスケジュールが今のところ想定されている。

建付けとしては、最初に講義が 60 分前後、その後導入講義のグループワーク①、同じくグループワーク②が今のところ想定されている。グループワークが 2 つあるのは、1 つ目は、主に本人のレベルに応じた適切な支援を少し深掘りするもの、グループワーク②では多職種で検討する。社会生活に関する支援であるので、意思決定支援チームという形で在宅地域での多職種がかわる。

最初の 60 分弱の講義の部分は、ガイドラインの解説を行って意思決定支援の必要な場面に気づくとか、ガイドラインの概要を理解することが趣旨である。資料 1 はガイドライン一通り全体を触れるとどれぐらいの時間がかかるのか、そのイメージを持っていただく意味でたたき台として用意した。資料 1 の 1 枚目、2 枚目には、スライドタイトル案と全体の構成が出ており、最初に研修の導入があり、その後にガイドラインの背景を紹介し、全体像の概説を行った後に具体的なガイドラインの解説を行う。頭から順にⅡ、Ⅲ、Ⅳで、基本的考え方、そして原則を提示して支援のプロセスを出す。

●このガイドラインがよいと思うのは、意思決定能力いかにかわらず、意思決定が本能的にあると考えるという文言が明確に書いてあるので、それも含めて強調した形でお願したい。判断力評価というのは、その人から意見を聞かないという意図で使っただけではない。このスライドの中にも書いてあったので、それを強調していただくとよい。

●本人のかわりに語る人の役割がかなり気になる方が多い。本人をよく知る人とか身近な信頼できる家族、後見人がいる場合の後見人が支援者の一人としてかわるような場合に、臨床現場でよくあるのが、遠くに住む家族がいきなり来ているいろいろな声が大きい。本人の思いをよく知る人の意見を一番重視することだろうが、重視することは問題にならないのかとよく言われる。本人以外の人として語る人の重みづけをすることが現場で批判は起きないかを心配している人は結構多い。

●成年後見の部分に関しては、直接出てこないにしても、成年後見に携わっている人にも見てもらいたい。内部的な構成として成年後見を絶対に入れたら話ではなく、代行決定等に慣れてしまっている成年後見人に、改めて本人の意思の尊重や意思決定能力を推定する考え方について、適切に理解していただきたいと思っている。

●導入的な研修においては、いわゆる前段階、本人が意思決定をする部分をどういうふうに支えるのか。

共通の理念は、代行決定を行う立場の者であろうとそうでなかろうと、あるいは国民一般の皆様には知っていただきたい。そういうものを目指していくのがよろしいのではないかな。

カンファレンスの中で適切にこのガイドラインが運用されていくことで、自然に成年後見人がそのガイドラインを意識しながら動く、あるいは動かざるを得ない形に持っていくことができる可能性はある。

●独居の高齢者が増えている中で、意思決定支援と代行決定は常に緊張関係にあると思う。現状としては、ほかのガイドライン等を見ても本人の意思決定を尊重していく。今までは代行決定が通常スタンダードな考え方であったものが、障害者権利条約などの影響もあって、今は本人の意思決定を支援するという意味での支援付き意思決定がかなり強調されていると思う。一方で、代行決定の部分の必要性について強調する方も中には出てきている。そうだとすれば、緊張関係の部分をきっちりと理論的にも整理していく必要はあると思う。

●一般的に、専門職ではない市民の方々が本人の意思決定支援にかかわれないかといったら、多分面方ともかわっていただいてもいいが、家族が意思決定支援者の中に入るときはどうなのか。入るという意味ではなくて、元のガイドラインでも、家族は本人の意思決定の支援者だと書かれている。ただ、どうもコミュニケーションしていくのかということについては、別途検討が必要気がする。

グループワーク①、②のときに、専門職として日常生活における意思決定を支援する。専門職として社会生活の意思決定を支援する人が出てくると同時に、家族の方々をどう位置づけるかというこれは出てきそうな気はする。出てこない現実感がなく、独居の人を支援するだけと言われない。

●素案では、老健事業の中での扱いとか、成年後見制度の利用促進法みたいなところの直近の話は書いてあるが、そもそも論のような前段階の倫理の話はまだ出ていない。

●講義のところで倫理的な背景を少し書いたほうがよいかな。成年後見人の利用促進法の中で出てきた議論もあって、その背景には倫理的な問題がある。その部分は、一回出すという意味で、2 枚ぐらいのものと箕岡先生とご相談させていただいて、つけ加えるような形を考えてみたい。

●今回のガイドラインは、「最善の利益」という言葉があえて使用されていないものと理解している。逆に言えば、それではない考え方としてどういう考え方があるのか。最善の利益でないとするならば、どのようなスタンスで支援していくことが望ましいのか、そういったところを整理してお話をしたほうがよいのではないかなと思う。

●障害のガイドラインなどでも少し検討はしているが、最善の利益という部分に対して、本人の表出された意思あるいは心からの希望、そういったものに着目した支援が、特に支援付き意思決定の場面では求められるのではないかなという、あえて対置概念を出して理解を促進するようなことも検討されている。

意思決定支援ガイドラインを初めて見る方が見たときに、なぜその考え方が最初ではまずいのかという

ことをきちんと理解できるような形で、導入として入れていくことを考えてみたかどうかと思う。

②映像教材 DVD 制作について

【資料説明】

●映像教材の制作はブルーワークのトリガービデオの話がメインになるが、この後に続く事例検討の場面や事例検討の課題にも直結するので、主にブルーワークの内容についてご意見をいただくものと考えていただければよいと思う。

具体的にブルーワークで想定している場面が 2 つある。ブルーワークの①では、主に日常生活の場面での意思決定支援、ブルーワークの②では、社会生活における意思決定支援というふうに、若干想定する場面が異なる。ブルーワークの①、日常生活においては一対一になる。ブルーワークの②は多職種で、地域で意思決定支援チームを組んで支援する場면을背景に想定している。

抜く目標としては、日常生活における支援では、本人の段階やレベルに応じた適切な支援をする。社会生活においては、多職種で支援して、支援に関する記録を記述するところだが、今のところ目標の案として挙がっている。

●ご本人が何らかの意図を表明している場面とその読み取り自体が難しい場面と 2 種類あって、前者の言葉を表明していらっしゃる方に対して、言葉どおりにそのまま受けとめて支援してしまう場合もある。逆に言えば、もう少し本人の言葉を吟味して、本人の真意というか、どういったことを言わんとしているのかという部分の深い読み取りがなければ、表面的な支援にとどまる、あるいは本人の自己決定だからといって、ある種のセルブネグレクトは態を放置する側面中にもあるのかなと思う。

また、コミュニケーションとして言葉がなかなかとれない。本人はいくらこう考えているはずだが、それを支援者側がなかなか読み取れないことによって、決められない人だと思い込んでしまうリスクもある。本人がどういうシチュエーションなのかは、その 2 パターンぐらいは用意されてもいいのかなと思う。

●言葉がない場面というのは、もちろん表明支援が必要になるし、同時に形成の部分も必要になると思う。言葉がある方は、表明支援の部分はそこまで要らないにしても、表明されていることによってかえって形成支援のところがおろそかになる可能性がある。言葉がある人も表出が難しい人も、全ての段階の意思形成あるいは表明の部分の支援が必要だということを理解いただく必要があると思う。

●言葉で表明できるかどうかが重要な要素だと思うが、現実問題、そういう方たちは意外と文字は読めたり、言葉では出せないけれども、認知機能の低下の中等度ぐらいの方は書ける方がかなりあって、書ける力が見落されていたり、言葉だけでやりとりしようとすると、言葉がついていけないで答えられないから意思の表明ができないと見なされるけれども、適切な文章とかワードできちんと出せばわかたります。そのときは関係性の中で焦ってわからないけれども、紙があれば後でゆっくり見るとわかる。文章を使うことは現場では障害の方のように浸透していないので、少しでもその情報を映像で入れられるほうがよい。

●チーム支援はとても重要であるし、チーム支援のあり方は強調したい部分ではあるが、他方で、チーム支援会議の中で全てが完結するという考え方になってしまうのは避けなければならないと思う。

会議を継続して行う中で、例えば会議と会議の間にいろいろな形で展開されていって、意思決定支援として見落としの点はなかったかという点の適切な検証と、それについてご本人の意思が変わらないかどうかといった部分のチェック。もちろん会議の限られた時間の中における優先事項や、あるいはその会議だけではいけないという点の強調、そのあたりも何か取り入れられていくように思う。

●表明支援や形成支援の個別の場面は最低必要ということ。一対一で向かったときに、字を見ていただいて、この方はなかなか言葉がしやべれない。表明支援、形成支援、両方の要素はあると思うが、まずそういう場면을イメージしてもらいたいとか。そういうものを持ち寄って、会議で決定ではなく、それぞれが個々に意思決定支援したものをまた集まって修正していくという感じ。

●今まで個別支援で支援者と本人との関係性の中だけで終わってしまいがちだった部分を、適切にみんなで行っていくといった場面を積極的につくっていくことにおいて、あえて言えば独りよがりにならない。あるいは、本人をよく知る人であっても、見落としがちな視点があれば、そのあたりをきちんと支援者としても気づき、さらなるよい支援につなげていくという場面としてのチーム支援会議が必要かと思う。

●意思決定支援会議が地域ケア会議であるとか、サービス担当者会議を兼ねるとか、意思決定支援会議には本人の出席が望ましいとか、モニタリングをしてそれを複数回確認するということは載っている、今のようなくとを一つの DVD に入れると、ガイドラインに書かれている一個一個の中にポイントのようなものが結びついてくると思う。

●DVD の「疑問・課題が残るような」というところは、よくあるのが、本人よりも他者の都合が優先されるという場面ではないか。次に少し違うと思うのは、客観的な最善の利益という部分だけで議論しようとする場面。少なくともその 2 つの場面はあり得ると思う。

●ガイドライン上は、意思決定支援会議では、情報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。話し合った内容はその都度文章として残すことが必要であると書いているので、それが一体どういうことを意味しているのかを、みんな考えていただくことになるだろう。

●現場で最悪なのは、入所ときに本人の意向を確認しないで、病院に連れて行ってほしくないとか、点滴をやってほしくないとか家族に聞いて、それに従ってやることは結構多い。本人のいうところにもう一回巻き返すような形で、文章に残すといっても家族の意向を文章に残してもよいと思うので、その辺は考えてもらいたいような形がよいと思う。

●社会生活のときの意思決定のテーマとしては、入所とかそういうものが社会生活の大きな決定事項だと思うが、もう少し前の段階でしっかりと意思決定支援できることで、本人が意思決定するチャンスや力を保ったりしているという面では、施設の入所選択は認知症の方の長い経過の中盤以降だと思うので、映像の中で社会的生活支援がどういう場面で必要かというリストアップが少しもあるといのかなと思う。

早期の段階において、本人が外に行きたいというところを多くは家族がとめたり、無理ということ以外に出ることにブレーキがかかることで、本人が自信や意欲を落としている面もある。

●課題が発生する前の段階、つまり、ご本人がどんなことを生活の上で希望しているのかという希望の段階からの着目があることによって、いざ何らかの課題が発生したときに、その部分の希望を十分に反映した形での選択肢の提案もできるだろうし、課題が何か生じてからでない対応が難しいという形になってしまったり、限られた時間の中でしか支援ができない。早期の支援は、課題が生じる前の段階を含めて、ご本人の日々の好みや価値観を記録していく、あるいは探っていく過程が必要かと思う。

●事例収集（事例集作成のための）について

●典型的な場面という意味でいうと、支援の場面の1のところがもう少し典型的な場面を加えてもよい思っている。例えば「外出（運転）」とあるが、運転をあえて入れるかどうかということがまずあるし、もう一つ言えば、仕事や社会における参加という意味での活動、趣味の部分もあるかもしれないが、アクティビティ的なものを入れていくことが一つあってもよいのではないかと感じた。

●我々の生活でも、本当にやりたいことがあれば多少お金を使ってもやることを、収支が赤字になるからそれはちょっとみたくない形になってしまうだろうと思う。これは別にお金のお話でなくても医療もそうかもしれないし、入所・退所、あるいは住まいということでも、ほかの人が考える部分と本人の考えるところのせめぎ合いは必ず生じる。その部分をあえてご本人の部分でいうという、支援者側にとっては覚悟の要る支援、そのあたりを出していけるものであればなるべく出していきたい部分はある。

第3回 作業部会 2018.12.6 会議録抜粋

①映像教材の制作について

【①本人インタビューのパート】

●資料説明（小川部会長）

●①本人インタビューのパートに関しては資料 2-1 が該当する。たたき台として出ているのは、講義の冒頭で、研修プログラムあるいはガイドラインが何を意図してつくられたのか、そのメッセージを伝える意味で、ご本人様のインタビューを中心に、5～8分をイメージしてつくことになる。

●目的は、「認知症の本人の言葉による、本人の意思の尊重、意思決定の重要性などを受講者に直接伝える」、「インタビュー形式によって、意思決定支援ガイドライン研修（仮称）における着目点・ポイントを明確にする」が挙げられている。

●インタビューの内容案もまだ全体的にたたき台だが、このような内容が含まれることが想定されている。上から順に、「何らの問題なく日常生活・社会生活を送っている様子」、「自分で意思決定することの重要性」、「それは言うまでも支援が必要な場面もある」、「こんな支援をしてもらってよかった、という経験」、「その他、専門職等の支援者へのメッセージ」ということで思いを語っていただくようなことが挙げられている。

●非常にリラックスしていたり、なじみの場所でなじみのことをやっているときには支障はないけれども、ちょっとしたストレスがかかると非常に緊張が強まり、ふだん言っていることも言えなくなる。「合理的に決められない人ではない」という決めつけがないことの大事さと同時に、本人が自分なりに意思を考えたり出せる場面づくりの大事さまでこの中でとれたらいいなと感じている。

●基本的に多くの人は物忘れで困るだろうから、支援が必要な場面では、「言われなくても、すぐ忘れちゃうから、何を言っていたかなって困るよね」みたいなことは入れていただいたほうが共感を得るかなと、そういうものは自動的に入るとは思うが、入れていただけるいい。

●環境設定の大切さというのはなかなか難しいかなとは思う。ビデオで視覚的に見てわかれば、それがすごく重要だということがわかりやすい。メッセージがすごく強力なので、いいかなと思う。

●「その他、専門職等の支援者へのメッセージ」について、一般的な支援者への全般的なメッセージはあったほうがいいとは思いますが、特にチーム支援的なところも考えると、ご本人がチームの人々に対してどう思いを持っているのか、そういうこともご本人のお気持ちとして伺えるといいのかなと思う。

●多分、多くの人は語りたいとは思っていない。我々はガイドラインを知っているから、本人の意向を確認しななければいけなし、本人も意向を表出したほうがいいという前提だが、それをいきなり本人に求めるのはかわいそうなので、本人として、意向を述べることの重要性、あるいは述べてもいいよという、あらかじめ納得があったってその話し合いの開始だと思ふ。2 番目のところは非常にデリケートかなと思ふ。

●日常生活に関する認知症の方の意思決定支援ということで、内容に関しては日常生活に関することになるが、この方をインタビューの対象として選んだことに関しては、日常生活ではなくて研究に関するインフォーマドコンセントに近い状態になっていくと思ふ。

●ご本人としては、インタビューの内容が、実名で、写真が出て、映像でも出るということについては肯定されているのだろうと思ふ。ただ、それが外から見えてわからないということは避けたい。先生方のご指摘もあるので、そのプロセズだけを画面に残すということはさせていただこうと思ふ。

●ご本人はこの研究をよく理解されて、むしろ研究対象者ではなくて協力者としてお名前を入れて、研究協力者の仲間の 1 人として賛同してお名前が挙がるのであれば、そういう誤解はないようにも聞かえた。

【②ガイドライン趣旨のパート】

●資料説明

●このガイドラインがどういう背景で出たのかをスライド等で解説するというものが今のところ想定されているようである。

●目的としては、「意思決定支援ガイドラインの趣旨や背景など（講義スライドの、冒頭の趣旨・背景、ガイドライン概要、研修目的のあたりまでを範囲として）について、組み込み型においても、共通・一貫性のある説明・伝達をできるようにする」ということを目的にしている。

●内容は、「3 講義の「内容案」ということで出ている。多分、これ全部を解説するには時間的に厳しくて、半分ぐらいになってしまうのではないかなと思ふが、こういうたき台が今出てきている。

【③グループワークで用いる事例のパート】

●資料説明

●目的ということで、3 時間予定されている独立実施型のグループワークの後半 2 時間において、認知症の人の意思決定に支援を要する典型的な場面（日常生活と社会生活の 2 種類）を例示し、どういったところに課題があるのか、どのような支援を行うのがよいのか、それをグループワークで検討いただくためのトリガーとなる映像を提示することになっている。

●典型的な場面を今後シナリオとして作成し、演じていただくようなフィクション形式である。あるべき支援を示す画像ではなく、グループワークでもんでいただく検討や意見交換につなげるためのということなので、模範を出すものではない。最初のイメージをつくる映像と想っていただけだと思う。（小川部会長）

●内容案としては、

①は日常生活における場面で、主に本人宅で本人が日常生活でしたいと思っているものを周りがためてしまうような場面が想定されている。

②は社会生活における場面で、意思決定支援チームという支援会議の場面をイメージしながらということ。専門職を含めて、本人を交えて、より大ま目の話、今回の場合は住む場所を内容として取り上げて、「見せる課題」を挙げている。

●それぞれのグループワークのイントロのスライド等を後ろに挟んでいる。これも全くのたき台だが、日常生活と社会生活におけるそれぞれのグループワークの「到達目標」と「セッションの構成」を、講義で触れたスライドを振るような形で示し、その後トリガービデオが出てきて、グループワークに入るという流れ。グループワークが終わった後に意見の共有をしてまとめて、その続きで、取り上げられる可能性がある。ある幾つかの Q&A を講師の方にサポートとして用意したらどうかというふうなづくりが挙がっている。

（日常生活編①について）

●ケアマネさんはみんな忙しいので、何時から次の会議があって、せわしい気持ちの中、娘さんと話してしまっていて、つい本人の意向を聞くのを忘れてしまっ、「しまった、抜けていたわ」みたいな感じが共感できるとよい。「本人の意向も聞かないで勝手に娘と話をして、悪い人だな」みたいな感じにならない方がいいと思う。

●一見すると、何がおかしいのだろう、むしろ説得しているのはよいのではないかなと思われがちところを、でも、意思決定支援ガイドラインをよく確認してみると、ある種の最善の利益的な発想で向かう前のプロセスが重要なのだということに気づいてもらいたいというトリガーのシナリオなのだと思う。

●どういうふうに支援していくかということまで入れるかという、難しいのではないかな。むしろ、「こういう場面でよくあるよね。この場面って、外から見ると、まさに意思決定支援をする場面に見えるけど、本人たちは今のよう形でスルーしてしまう。そういう場面こそ大事だよな」というようなことの気づきのもの、そういう意味でトリガーである。

●①は日常生活における場面という設定なので、日常生活で単にその人が趣味でこれをしたということと、こちらが先回りして本人の意思も確認せずにやめたほうがいいと言ったほうがいいし、本人の希望を確認したほうがいいし、よりよい選択肢や代替案を出したほうがいいという話になるように、シナリオはほうがいいのかなという気もした。

（社会生活編②について）

●本人技きの検討とあるが、本人に聞くことは聞くので、「とんだん（検討の中に）入っていいよ」と言ったら、本人は「入りたくないけど、息子がそう言うし、どうしようかな……」、「あまり反対もしていないよだから、い

いですがね」みたいな感じかと思う。声はかけているが、時間をとってずっと待つてはいないみたいなこと。そこにいるのに本人の意向を一つも聞かない会議はないだろうと、形式的には聞くだと思うが、ただ、待てないというか、本人も、嫌とは言えないみたいな、言いにくいみたいな、そういう感じのほうがいいが実際かなと思う。

●確かにすごく丁寧に振り返られていて、全部完璧にストーリーができていて、1つのビデオから、どれだけ想像力を働かせられるかという形のほうがいいが、想像もできないようなことを感じる学習者が一緒にグループワークをすると、またそれも学習効果としてありかなかなと。

●大事なのは、本人の価値観とか、認知症であっても目標があるところなので、例えば、「自宅でひとり暮らしを続けたい」という言葉だけではなく、なぜ続けたいのか。例えば、犬を飼っていて、この犬を置いては行けないとか、あるいは、目標があるのかもしれないし、多少、本人の価値観とか人生の目標を探る動きが出るようなづくり方がいいかなと。誰かを患者にしようとして、そこに全部集中してしまうので、本人の意向をいかに確認するかということに目が向くような仕掛けも要るかなと思う。

●行為の裏側にあるものが見えるように。でも、今のことは、なぜその人はおうちに住みたいと思うのかといったことが見えなくて、言葉だけの DVD ではリアリティーがないと思う。

●合理的な意思とは限らないので、住みたいものは住みたいのだし、デイケアに行きたくないものは行きたくないわけで、そこに何らかの理由をこじつけてしまうと本人の意思が明確ではなくなるので、そうならないようなファシリテーターが必要だと思う。

●合理的でないものも尊重しないとガイドラインに書いてあるので、そこは広げたファシリテーションが必要である。一般的には行為の背景にある理由を聞くが、その理由は一般に納得できるような合理的なものばかりではないわけで、それでも尊重していかなければならないところまで行かないと、結局は合理的な意思しか尊重されないことになるので、そこはこのガイドラインのコアである。

認知症の人の意思決定支援のあり方に関する調査研究事業

第2回 全体会 2019.2.14 会議録抜粋

1. ガイドライン研修について（事業進捗報告）

(1) ガイドライン研修のカリキュラムについて

●日程について、（第1回全体委員会以降、作業部会を中心に進め）12月6日の作業部会が開かれ、永田委員監修で、ご本人インタビューのDVDを撮った。1月下旬になるが、水島先生と私も入り、日常生活と社会生活のグループワーク用のDVDを作った。1月25日、小川先生の国立がん研究センター東病院で第1回のモデル研修を行った。これは比較的短いバージョンである。この後、2月17日に、委員である寺田先生のご配慮により、岡山大学でモデル研修の2回目をさせていただく。ここで全てのDVD、このパワーポイントを含めた約3時間の研修をさせていただく予定になっている。

今日この場でご意見をいただくのと、この場を終わってから少し時間を置き、DVDの所在のものを送らせていただき、それをネット上で見ていただき、ご意見をいただければと思う。

●大きくは、この研修の検討の中では、プログラムを2つ用意する。「組み込み型」はほとんど紹介だけになる。時間としては10分もない中で、既存のプログラムの中に組み込んで、認知症の人の意思決定支援のガイドラインができたというメッセージが伝わればいいようなもの。そして、実際にガイドラインを紹介していき、ふだんの臨床の中で検討いただく、そういう教育を目的とした「独立実施型」のプログラム。その2つを組んでいる。

●独立実施型のほうのプログラムを細かく紹介していこうと思う。長としては半日程度でいくのが現実的だろうということで、3時間のサイズが作業部会の中で決まった。

講義は最低限にとどめて、どちらかといえばグループワークを中心に、多職種での意見交換であったり、あるいは実際に体を動かしていただいたりして、その中で持ち帰っていただくものをメインにしようという構成になる。講義は60分、そして、グループワーク①で「日常生活における意思決定支援に関する事例」、グループワーク②で「社会生活における意思決定支援に関する事例」、それぞれ一つずつ取り上げて、多職種でグループワークをしていただくという構成になっている。

イメージできないと議論が活発にならないだろうということもあり、事例を簡単に紹介するようなトビデオを用意した。最初にそのビデオを見ていただき、その後にグループで、実際にグループで、実際に遭遇したと思うかということを話し合ってもらっていただき、最後にグループ間で共有するような構成をイメージしていただければと思う。

(2) 研修教材（スライド・映像）について

- 講義は、主に、認知症の人の意思決定支援のガイドラインをほとんどそのまま落とし込んで、具体的にどんなことが書かれているのかを紹介するようにつくりしている。より細かいところをここで紹介するのはどうかという議論もあったが、それはグループワークに回して、こちらは内容の紹介ということ。そして、動機づけということ、認知症の方ご本人からのメッセージ、意思決定支援の重要性に気づいていただき、その中で動機づけをしてグループワークに持ち込む、そのような構成になっている。

▶▶本人インタビューDVD（認知症の方からのメッセージ）視聴

- まだまだ初期段階の元気な方であるとは思いますが、病院やいろいろなところで会う方たちも、そういう過程をたどってきている人たちである。この研修をきっかけに、本人にどういう願いや力があるのかということ、この方を通して振り返っていただくきっかけになったらいいなと思い、今回、短い時間にまとめて、つくらせていただいた経緯がある。

- 本人が発言しているのは、しゃべれるのは特殊じゃないかと言われがちだと思うが、実は決してそうではない。すぐ身近なところでも、聞こえたりする人がいれば伝える人もいるし、伝え切れなくても、それをアシストすれば出せる面があるということを、研修等で感じてもらうきっかけのDVDになればと思う。

- 少しお話ができなくなった段階でこの人が何を望むかということについて、情報の蓄積がある人とならないで、進んだ段階における推定の仕方や精度も全く異なってくると思う。

認知症のこういふ方もいらっしゃいますよということだけではなく、この方が進まれた段階においても、語れたときにはこういうことをおっしゃっていたという情報が多ければ多いほど、推定する材料は増えるわけである。

- グループワークは全部で2時間、60分×2という構成になっている。最初の60分は、グループワーク（1）「本人の段階に応じた適切な支援」ということで、日常生活における意思決定支援、具体的にいけば、本人の段階を踏まえた評価の必要性を理解し、実際の評価なり対応をグループワークで検討いただくことになっている。

▶▶グループワーク用トリガーDVD①（日常生活編）視聴

- 解説としては、支援者、特にご家族の方がある程度の価値判断を最初からしてしまって、言ってみれば心配という言葉ではあるが、かなり押しつけている。その結果として、ケアマネジャーの介入もあまりなかったため、最終的には押し切られて、ご本人が「もういい」という形で自分が表出することを諦めてしまった。本当は自分の気持ちいろいろあるのだが、その部分を酌み取る過程が十分になされていなかったから、あのような結果になってしまっている。そのようなことを皆さんに課題意識として考えていただくことが目的なのかなと思う。

- 現実、立ち会った人間が「わかっていきますよ」と双方を取り持つような発言をしましょう。それがかなりマイナスの作用を果たすとすると、むしろ警鐘を鳴らすべき表現になると思う。そこはコメントで伝えることが大事かもしれない。よくあるパターンで、あっていいけど、もっと進んだ支援をすべきだと受けとめる可能性があるかもしれない。

- モデル研修でも実際にグループワークで試したが、受講された方の反応を見ると、割合、家族を含めての検討も議論が活発に出ていて、そして、家族が悪者という一方的な非難というよりは、家族を含めて見なければいけないというような肯定的な意見が多かったように思う。

全体でこれを広めるときには、ある程度、この辺の趣旨あるいは内容を見ると、講師用のガイドみたいなものも必要ではないかという検討も出ているので、そのあたりの中に、今の先生方のコメントを含めて盛り込んでいければと思っている。

- こういうケアマネジャーもいるのだろということ、そこは実際には差があると認識している。あくまでもこれは研修用の設定だということをコメントなどで示していただければ、そういう勘違いは起きなくて済むのかなと思う。

- グループワークの中で、どんなリスクがあるか検討されているということで、それは非常に良い教材だとは思う。現実には交通事故に遭う可能性も出てくるわけなので、そのリスクをどう評価するかという問題もある。そういう意味では、自動車運転よりも身近であるし、教材としてはふさわしいと思う。

- 刻み食がいいかとか、何の服を着るかは、どちらかというと、プリアレンス、本人の好みについて決める話なので、そういった意味での違いが一つある。リスクという意味では、互いのおそれがあるかないかによって違ってくるので、そういう意味では、自転車は真ん中ぐらいに来るので、おもしろいかなと思うて聞いていた。多分、そういう軸で整理するとわかりやすいのではないかな。

- ガイドラインでは、「他者を害する場合」とか、「本人にとって見過ごすことのできない重大な影響」と書いているので、当然、互いの議論もあるだろうし、自分のリスクの問題も議論しなければならぬという意味では、ガイドラインの中身を議論するときには一つの典型例かなと考える。

- リスクもあるし、日常生活の中での活動範囲とか自分の自助努力みたいなものも要素として入っているの、テーマとしてはうまく使えたいと思う。こういうテーマでデザインカッションできたらという項目をつけばいいかなと思う。交通のリスクの問題、日常生活の中での活動範囲の問題、自助努力の問題等を議論してほしいと伝えるようなコメントという項目をつけたいのではないかなと思う。

●本人・家族両方が思いながら生活を送っているということは、特別なことがなくても、日常の中で、多分、家族も本心に心配しているときと、こうじゃないほうがいいなと思うときもあるし、ご本人も、家族のことを思って、やめたほうがいいかなと思うときと、やっぱりこれはやりたいなと思っているときがあった、揺れながら送っている感じがする。こういう事例を見ながら、家族の心の揺れみたいな、両方のやりとりみたいなものがみんなの中でも話し合われたらいいなと思った。

●モデル研修のグループワークを実際に見て、家族やケアマネだけを悪者にするという話ではなく、まず本人の意向を尊重するにはという結論ありきの議論でもなく、それぞれがなかなかご本人の思いが聞けないというところで、だったらどうすればいいのかなというこの議論であった。意思表明支援の話もきちんとディスカッションとして出ていたと思う。結論がどうかではなくて、話し合いのプロセスというか、意思表明支援、意思形成支援、そのプロセスが大事ということが理解できるようなコメントを最後に残せばいい。

▶▶グループワーク用トリガーDVD②（社会生活編）視聴

●一見すると、いろいろなディスカッションが関係者の中でどんどん進んでいて、ご本人がついていけない状況の中で支援が進もうとしている。もしかすると、こういった点がチームミーティングとしての一つの課題かもしれない。ご本人が実際はどういったことを望んでいるのかということについて、もう少し検討が必要なのではないか。社会生活の問題ではあるもので、実はご本人のお気持ちとしては、ひとり暮らしという形で、誰も介入しないような形で住みたいという思いは最後に出ていたが、それがそのままいいのかという部分で、先ほどのいわゆる限界の部分に関しても、皆さんがどのように感じるのかディスカッションしていただく。このあたりがポイントなのかなと思う。

●地域包括ケアの多職種協働の会議の仕方が議論になればいいなと思うのは、今みたいには大勢集まったところに1人入れてしまっただめなので、逆に後から入ってきていただくような形をとると少しは違う。それと論点になればいいと思う。何もわからなくて言えなくなって驚いてしまう。

●日常生活の場合はチームではなくて家族、社会生活の場合はチーム、こういう切り割りになっているが、必ずしもそうやって割り切るわけではない。そういう誤解を与える。要は、そこにおける本人にとっての重要性で考えるわけである。そこをコメントしないといけないだろう。

●DVDはトリガーのものであって、専門職の正しさが前提になっているわけではないとか、家族が複雑な気持ちの中でやっていくということは何らかの形で表示をさせていただくと同時に、決して、自転車に乗っていないかどうか、家に帰らずかどうかということではなくて、むしろ、そのプロセスをちゃんと議論するということでは報告書等において示したいと思う。

(3) 事例集作成について

●非常に詳細な事例を出していたので、このような情報量の中から、1つの事例を参考に研修用に作り直した。そうすると、当然、情報量が一気に減ることになるが、情報をどこから収集するのか、どのようにかかわるのか、いろんなことを考えていただくようなものとして今のところはつくらせていただいている。

●今回のトリガービデオが、ある一つの特徴的な場面を日常生活・社会生活と称して協働してやるとかチームでやるとしているもので、それだけではないという場面をできるだけ示そうと考えている。

2. 事業の取り組みについて

●報告書の中に今までの資材を全部載せると、最後の考察で、今後の課題ということで、ガイドラインの普及啓発であるとか、この研修の実施に当たっていくつか課題が残されていると思う。講師の力量とか、ファシリテーターが背景を知らないとかファシリテーターできないという課題もあり、そのあたりのガイドランスみたいなものも必要になるということはモデル研修の中で既に出ている。

●ファシリテーターの質で研修の自身は変わってくるような気がする。実際に、いろいろ突っ込みどころ満載のビデオということなので、そこからどこまで議論を高めるかはファシリテーターの力量にかかわると思う。やはりガイドランスは必要なので、可能ならば検討していただければと思う。

●認知症サポート医の研修は、長寿医療研究センターが担当していて、講義の中にガイドラインの話を入れさせていただいた。認知症サポート医は認知症初期集中支援チームの主要メンバーになられる方が多いので、そういう方に知っていただくことは喫緊の課題ではないかと思う。（ガイドラインが）去年6月の発表というところもあるので、あまりに存じでない先生方は多かった。医師にもきちんと知っていただく機会が必要と感じた。

●日本社会福祉士会が事務局になって、成年後見制度利用促進の中核機関の職員向け、あるいは行政の職員向けの研修づくりも同時並行で進んでいる。その中において、意思決定支援の科目が設定されている。できれば、例えば、今回の成果物の一部、あるいはビデオという形になるかもしれないが、基礎において認知症のガイドラインの一部分を利用させていただくとか、うまく連結を図ることができればと思う。

平成 30 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)

認知症の人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 31 年 3 月

禁無断転載
