

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 —

テキスト

平成 31 年 3 月

平成 30 年度 厚生労働省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 編

（実施主体 学校法人梅村学園 中京大学）

《 目 次 》

1. 講義	1
2-1. 日常生活における意思決定支援プロセス	27
(グループワーク①)	
2-2. 社会生活における意思決定支援プロセス	33
(グループワーク②)	
資料 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	42

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

1

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
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))	▶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

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受けた。本人はショックを受けたが、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。

3

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

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

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

ノーマライゼーション

- ◎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

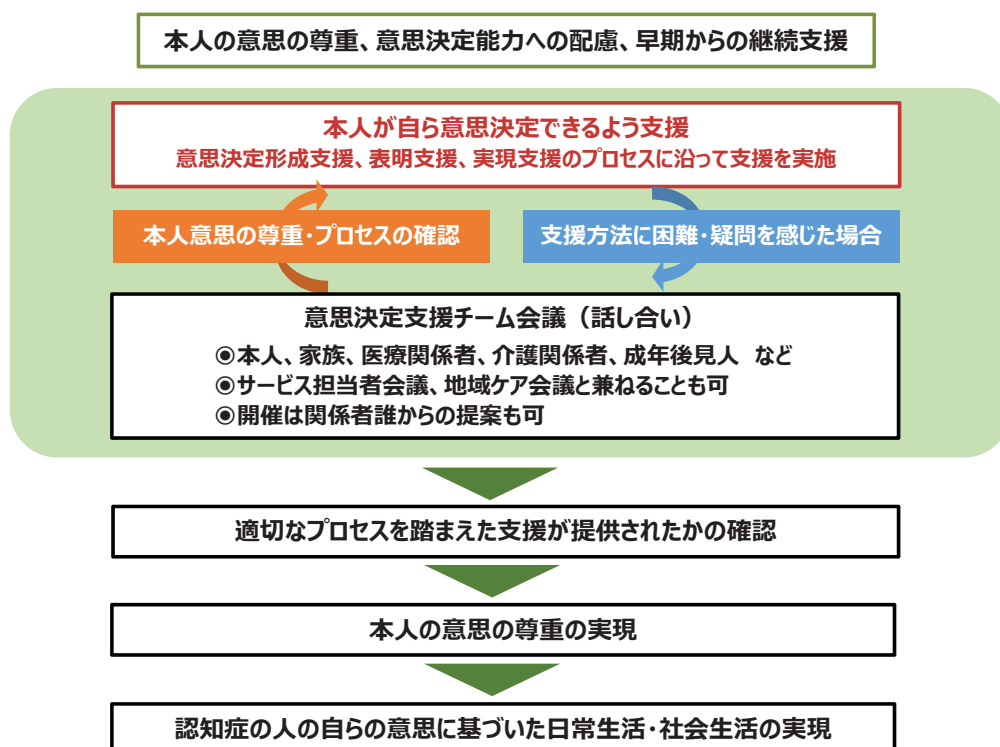
- ・ 特に、障害者の場合は、長期にわたる意思決定支援、身上保護、見守りが重要であり、施設や病院からの地域移行、就労や社会参加等の活動への配慮、障害の医学モデルから社会モデルへの転換、合理的配慮の必要性といったことを重視し、障害者にとってのバリアを変えていく環境や支援の在り方を継続的に考えていく必要がある。後見人は、障害者の人生の伴走者として、利用者の障害特性を理解し、継続的に支援を行っていくよう努めるべきである。

厚生労働省 意思決定支援ガイドライン



13

意思決定支援ガイドラインの概念図



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

15

誰の意思決定支援のためのガイドラインか

- ◎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

対象

- ◎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

意思決定支援の3要素

- ◎ 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

支援の基本原則

- 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

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

認知症の段階への配慮

- 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

評価と支援の一体化

◎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

意思決定能力(1)

◎現存能力への配慮が重要

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はなく、適切な支援を検討・選択することが重要

27

意思決定能力(2)

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

チームによる早期からの継続的支援(1)

◎早期の段階からの支援：

自ら意思決定できる認知症軽度の段階で、今後の生活がどのようになっていくかの見通しを、家族、関係者で話し合う

◎チームでの支援：

身近な信頼できる家族・親族、福祉・医療・地域近隣の関係者、成年後見人等がチームとなって日常的に見守り、継続的に把握、必要な支援を行う

29

チームによる早期からの継続的支援(2)

◎よく知る人との関わり・情報収集：

- ▶日常生活で本人に接する人
- ▶地域近隣で見守りをしている人
- ▶本人をよく知る人から情報を収集し、理解・支援していく

◎繰り返し確認する

- ▶本人の意思を理解したと判断しても、過程や判断が適切かどうかを確認する

◎情報の共有

- ▶本人の能力に疑義がある、支援に困難がある
→ チームで共有し、支援方法を検討

30

記録を残すこと

◎生活に影響を与えるような支援を行うごとに記録を残す

▶記録を残すときのポイント

支援をした状況、意向を判断した根拠を明確に記録する

例) ▶娘と共に要点を紙にまとめながら説明した。

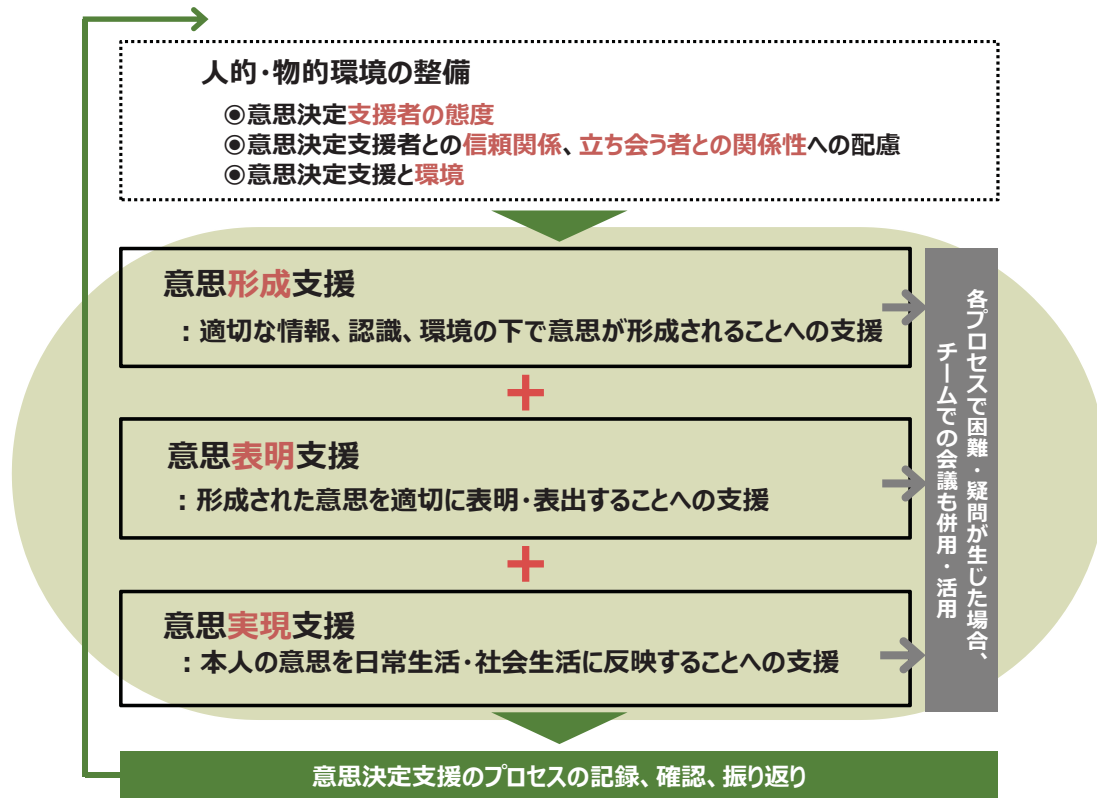
▶「○○がいいよ」と話すものの、落ち着かずにそわそわとしていた。言葉をうまく選べていないことがうかがえたので、改めて確認することが必要と判断した。

31

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

意思決定支援のプロセス



33

人的・物的環境の整備

- ① 支援者の態度
- ② 信頼関係・立ち会う人との関係性
- ③ 環境

① 支援者の態度

- ・ 本人の意思を尊重する態度
- ・ 本人が意思を表明しやすいよう、安心できる態度
- ・ 生活、家族関係の理解
- ・ その都度の確認

35

② 信頼関係・立ち会う人との関係性

- ◎ 信頼関係の配慮
信頼関係が構築 ⇒ 本人が安心して意思を表明しやすい
 - ◎ 意思決定する内容によっては 立ち会う人との関係性に注意する
例) 遠慮がある ⇒ 意思を十分に表明できない
 - ▶ 場合により、いったん本人と支援者との間で、意思を確認する等の配慮を要する場合がある
- ※ 立ち会う人：意思決定の相手
(金融機関の窓口職員、売買契約の相手など)

36

③環境

- ◎本人の慣れた場所
- ◎初めての場所や慣れない場所で支援する場合
→ 安心できる環境となるように配慮
時間をかけた支援
- ◎大勢で囲まない（圧倒されてしまう）
- ◎集中できる時間帯（疲れている時を避ける、など）
- ◎専門職種は、プロセスを記録し、適切に支援が成されたかどうかを確認・検証するために振り返る

37

適切な意思決定プロセスの確保

- ① 意思形成支援
- ② 意思表示支援
- ③ 意思実現支援

①意思形成支援

◎確認のポイント

- ・ 意思を形成するのに必要な情報が説明されているか
- ・ 理解できるよう、わかりやすい言葉や文字にして説明されているか
- ・ 理解できるよう、ゆっくりと説明されているか
- ・ 理解している事実の認識に誤りはないか
- ・ 自発的に意思を形成するうえで障害となる環境はないか

39

意思形成支援の注意点(1)

◎何を望むかを開かれた質問で尋ねる

開かれた質問の例) どのようにしたいと思えますか

◎理解しているように応えたとしても、実際は理解できていない場合がある

例) 急かされたため、皆に申し訳ないと
思いとりあえずうなずいた

意思形成支援の注意点(2)

◎説明された内容を忘れてしまうことがあるため、その都度説明する

※記憶障害があるからといって、意思決定できないとは限らない

◎選択肢の提示する際の工夫

- ・比較のポイント、重要なポイントをわかりやすく示す
- ・文字にする
- ・図や表を使う

41

②意思表明支援

- ・環境の整備
- ・焦らせない
- ・わかりやすい選択肢の提示
- ・その都度の確認

- ・重要な意思決定の場合
 - ・時間をおいて確認する
 - ・複数の支援者で確認する

42

意思表示支援において意識したい点

表明した意思が

- ◎ 本人の信条や生活歴、価値観等からみて合わない
- ◎ 迷いがあると考えられる場合



- ▶ プロセスを振り返る
- ▶ 改めて適切なプロセスによって確認をする

43

③ 意思実現支援

- ◎ 本人の能力を最大限活用して日常生活・社会生活に反映
- ◎ 意思決定支援チームが多職種で協働して反映

※ 他の者からみて合理的かどうかを問うものではない

※ 体験により意思が変わることもある

無理のない体験も方法の一つ

44

家族について

◎家族も意思決定支援者である

- ・ 本人理解のために欠かせない存在
- ・ 意思を尊重することが重要

◎家族への支援

- ・ 本人の支援をするのに必要な情報の説明
- ・ 家族が不安を抱かないように支援

45

本人と家族が対立する場合

◎考えること

- ・ 家族としての悩み
- ・ 対立の原因・理由
- ・ 提供可能な社会資源等の検討

日常生活における意思決定支援

- ◎生活史や価値観が強く反映される
- ◎過ごしてきた生活が確保されることを尊重
- ◎意思決定支援チームで、情報を集め・共有し、意思(意向や好み)を理解する
- ◎手段で補える部分を優先して検討する

例) 基本的な生活習慣 :

食事、入浴、被服の好み、外出、排泄、整容 など
日常提供されたプログラムへの参加を決める場合 など

47

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

- 例) ▶ 住まいの場の移動、一人暮らしを選ぶ
▶ ケアサービスを選ぶ
▶ 自己の財産の処分

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

判断資料の例)

- ▶ 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

- ◎意思決定支援チームを活用する
- ◎プロセスで話し合った内容は、都度記録を残す

48

意思決定支援チーム

◎チームでの情報共有・共同での検討

- ・ 意思決定能力の判定
- ・ 支援方法に困難や疑問がある場合
- ・ 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場合
- ・ 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のある場合

◎支援のプロセスを適切に踏まえているか確認

- ・ 支援の参考となる情報や記録が十分に収集されているか
- ・ 能力を踏まえた適切な支援か
- ・ 支援への参加者の構成は適切か

49

意思決定支援会議※と本人の参加

※ 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

- ◎ 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

- ▶ 本人への配慮が必要
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
- ▶ 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

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
- ◎目的・根拠を明確にする
- ◎多職種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

51

まとめ

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社会を実現することが重要

▶支援を提供する上で、

- ①本人の意思の尊重
- ②本人の意思決定能力への配慮と、能力に応じた適切な支援
- ③チームによるプロセスを踏まえた支援

が重要

52

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

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

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

3

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
 - 囲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

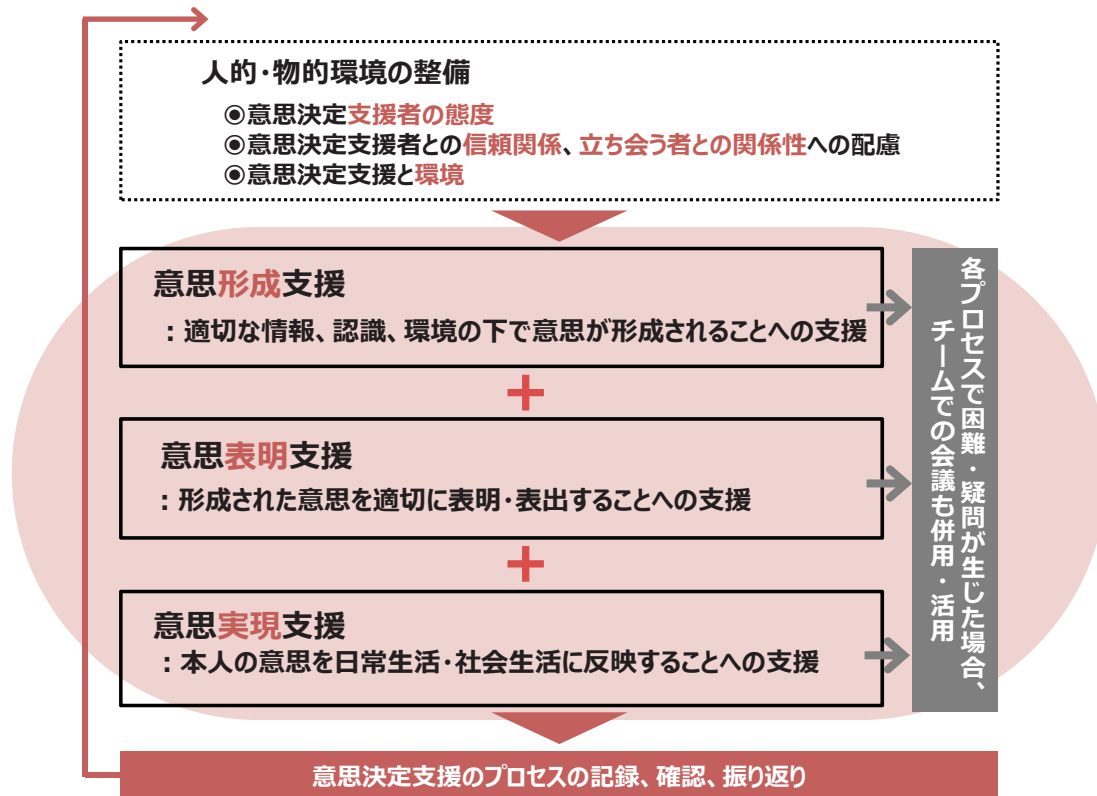
5

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尋ねる
 - ▶「わがこと」としてとらえているかを尋ねる
 - ▶「今後どのようになると思っているのか」尋ねる

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

◎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

DVD ①

(意思決定支援のプロセス ; 日常生活編)

事例

【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。

【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
はありますか？それはどのような点で
すか？

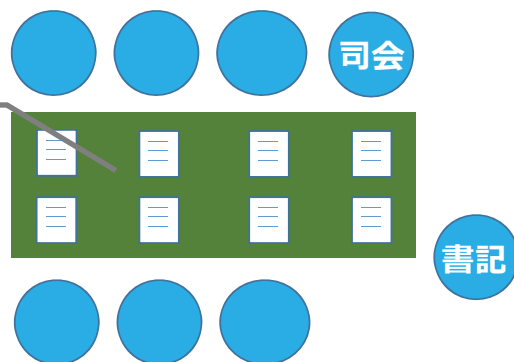
Q2

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



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

1

グループワークの構成

構成	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

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

3

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

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

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

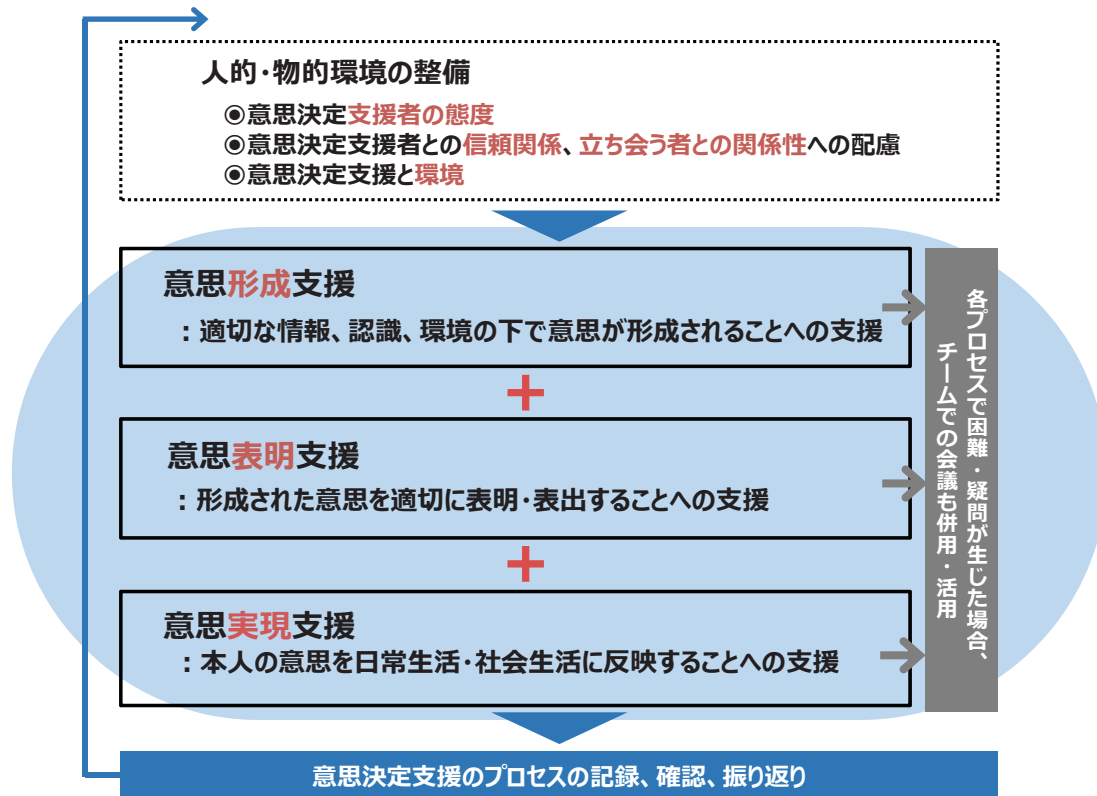
- ▶ 会議と会議の間にも支援は展開する
 - 見落としは生じていないか
 - 本人の意思は変わらないか
- ▶ 会議ですべての点を検討できるわけではない

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

意思決定支援のプロセス



9

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

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

11

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

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

DVD ②

(意思決定支援のプロセス ; 社会生活編)

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規則になり、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

15

グループワーク内容(25分)

検討点

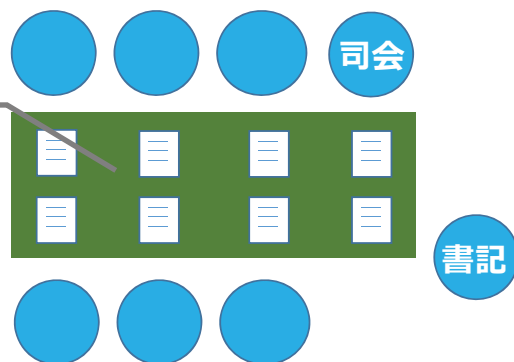
Q1

この事例をみて、気づいた点
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つた
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



- ◎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

**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**

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を送れるよう、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当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 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ものではなく、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るかの見通しを、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。また、地域近隣で本人の見守りをしている方など、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、整容などの基本的な生活習慣や、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。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】

本人の意思の尊重、意思決定能力への配慮、早期からの継続支援

本人が自ら意思決定できるよう支援

意思決定形成支援、表明支援、実現支援のプロセスに沿って支援を実施

本人意思の尊重・
プロセスの確認

支援方法に困難・
疑問を感じた場合

意思決定支援チームによる会議（話し合い）

- ◎本人、家族、医療関係者、介護関係者、成年後見人 など
- ◎サービス担当者会議、地域ケア会議と兼ねることも可
- ◎開催は関係者誰からの提案も可

適切なプロセスを踏まえた支援が提供されたかの確認

本人の意思の尊重の実現

認知症の人の自らの意思に基づいた日常生活・社会生活の実現

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



意思表示支援：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]

- ◎ 意思表示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必要がある。
- 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、事例を使った研修が必要である。
- 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必要がある。

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、医療機関に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ったばかりか、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、私と一緒に食事を取ってもらえますか」と言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は」との話があった。

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りますが、片付けたいですか？手伝うこともできますよ？」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「私もちよ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。

「大事な椅子なんですね。どこに置いたらいいかな。」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ぬか区別付かないようであった。一つずつ確認をすすめて、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い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 事例の基本情報

- ・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、外出の機会を作ってあげようとレクリエーションに参加させようと思い、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尋ねた **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ずに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、大事なところを紙に書き出すことも含め、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、ケア担当者は何度かに分けて、辛抱づよく説明をし、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當と考えられる。

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⁾。

時間を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の情報を得た 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?」「家に帰るのと、ホームで生活するのとでは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いと、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。）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⁾。

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ったため、信頼関係が築けず、安心できる環境も用意できていなかったことが、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をした支援、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お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。

(続き)

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はいか、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)〉

認知症の人の意思決定支援ガイドライン研修 テキスト

平成 31 年 3 月

平成 30 年度 厚生労働省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 編

（実施主体 学校法人梅村学園 中京大学）