令和2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普及や活用実態および事前の意思表明のあり方に関する調査研究事業

報告書

令和３年３月

合同会社 HAM 人・社会研究所

まえがき

認知症の本人ができる限り自分で自分のことを決めることの重要性、その支援をする際の基本原則の提示の必要性等を背景に、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」（以下、「ガイドライン」とする）が公表されました。翌、令和元年 6 月に公表された認知症施策推進大綱でも、ガイドラインの普及・現場への定着を目指し、ガイドラインに関する研修、情報発信による普及・啓発等、多くの推進策が盛り込まれています。それを受けて、老人保健健康増進等事業の枠組みにおいても、ガイドラインに関する研修教材の作成・提供（平成 30 年度事業）、また、企画立案を行う自治体担当者ならびに講師向けの研修講習会が実施や普及のための情報提供を行う小冊子等も作成されてきました（令和元年度事業）。

もっとも、上記事業の中では、ガイドラインの普及・定着について、研修の企画・実施の難しさや、支援の現場では、他の意思決定支援に関するガイドラインとの関係が整理されていないといった多くの課題が確認されているところです。

そこで本年度事業では、上記の課題を踏まえて、①自治体における研修の実施・充実を目的とした講師・ファシリテーター等への支援、②意思決定支援の現場における支援の実態や課題、ガイドラインの活用状況等の把握、また併せて、地域において取り組まれ始めている③“事前の意思表明”の支援に関して、その論点・課題の整理も行いました。

認知症の人の意思決定支援の重要性が徐々に浸透してきている一方で、意思決定支援のあり方や取り組み、また、ガイドラインの普及や位置付け・内容の理解など、新たな、さまざまな意見や課題があることも分かってきました。

報告書では、本年度事業で実施した、研修支援、実態把握、論点整理を整理しておりますが、今後、検討・改善すべき点は広範囲・多岐に亘り、継続した取り組みが必要と思っております。まだ半ばの整理となりますが、自治体や意思決定支援の現場における今後の活動にあたり、参考となる情報になれば幸いです。

令和 3 年 3 月

令和 2 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普及や活用実態および事前の意思表明のあり方に関する調査研究事業

委員会委員長　　小川 朝生

令和2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普及や活用実態および事前の意思表明のあり方に関する調査研究事業 報告書

目 次

Ⅰ 事業概要 1

Ⅱ ガイドライン研修の実施支援について 5

1．組み込み型研修教材の改訂 (5)

2．講師用ガイドの制作 (17)

Ⅲ ガイドラインおよび研修等に関する実態把握調査 45

1．調査概要 (45)

2．調査結果 (46)

Ⅳ 事前の意思表明にかかる論点整理について 61

1．事前の意思表明の現状・課題等 (61)

2．事前の意思表明にかかる論点整理 (76)

Ⅴ 考察（今後の課題） 78

〔資料〕 81

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 (81)

意思決定支援等に係る各種ガイドラインの比較について (94)

Ⅰ 事業概要

1. 事業名

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普及や活用実態および事前の意思表明のあり方に関する調査研究事業

2. 事業目的

平成 30 年に「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（以下、ガイドラインとする）」が策定された。ガイドラインの普及・定着に向けて、老人保健健康増進等事業の枠組みにおいて、ガイドラインに関する研修教材の作成・提供（平成 30 年度事業）、また、企画立案を行う自治体担当者ならびに講師向けの研修講習会の実施、さらに、普及のための情報提供を行う小冊子等も作成されている（令和元年度事業）。

もっとも、上記事業の中では、ガイドラインの普及・定着について、研修の企画・実施の難しさや、支援の現場における他の意思決定支援に関するガイドラインとの関係が整理されていないといった多くの課題が確認されている。

本年度事業では、それらの課題を踏まえて、①自治体におけるガイドライン研修実施の支援、②意思決定支援の現場における支援の実態および課題の把握を行うことを目的とする。

また、ガイドライン記載の「今後起こりうることについてあらかじめ決めておく」に関して、③いわゆる“事前の意思表明”にかかる論点・課題の整理を行うことも併せて目的とする。

3. 事業実施期間

令和 2 年 6 月 11 日（内示日）から 令和 3 年 3 月 31 日 まで

4. 事業内容等

4-1 事業内容

事業目的に対応するため、①自治体におけるガイドライン研修の実施を支援するための「組み込み型研修」教材の改訂、「独立実施型」研修の講師・ファシリテーター用のガイド DVD の作成を行う※とともに、本ガイドラインの更なる普及・定着に向けたアクションの基礎資料を得るため、②意思決定支援の実態と課題、ガイドラインの活用状況等に関するアンケート調査を実施した。

さらに、自治体等における取り組み等の情報収集を行いながら、③“事前の意思表明”に関する論点・課題の整理を行った。

※本事業の交付申請においては、同目的のため、講師・ファシリテーター向けの講習会の複数回実施を予定していたが、コロナ禍の影響に鑑み、代替の成果物を作成・提供することとした。

具体的な事業内容は、以下の通りとした。

⑴ 委員会および教材検討班の設置

事業全体の方向性や進行管理を行うため、また、意思決定支援の実態把握と評価を行うため、委員会を設置した。組み込み型教材の改訂作業や講習 DVD の検討・作成については、コアメンバーによる教材検討班会議を適宜実施して対応した。

⑵ 組み込み型研修教材改訂および独立実施型研修の講師・ファシリテーター講習（事業目的①）

組み込み型研修教材について、組み込み先となる専門職向け認知症研修等の受講者の職種等に対応した内容充実を図る等の改訂を行った。

また、当初予定していたガイドライン研修（独立実施型）の講師・ファシリテーター向けの講習会は、コロナ禍において開催は難しいと判断し、講習会に代えて『講師用ガイド DVD』を作成・配布することとした。また、併せて、本報告書にも解説全編を記録として掲載した。

⑶ 意思決定支援の実態把握アンケート調査の実施（同②）

意思決定支援の現場の実態・課題、また、ガイドラインの普及や活用状況等を把握するため、認知症サポート医、地域包括支援センターを対象に、アンケート調査を実施した。

⑷ “事前の意思表明等”のあり方に関する論点整理・検討（同③）

認知症の人の意思決定支援に関連して、“事前の意思表明等のあり方”について、委員による情報提供（レクチャ）を頂くとともに、委員会において意見交換・論点整理を行った。

4-2 委員会体制および開催状況

［委員］

〈委員会〉 （50 音順、敬称略、●は委員長）

1	赤沼 康弘	一般社団法人日本成年後見法学会	副理事長
2	稲葉 一人	中京大学 法務総合教育研究機構	教授
3	江澤 和彦	公益社団法人日本医師会	常任理事
● 4	小川 朝生	国立がん研究センター先端医療開発センター	分野長
5	鎌田 松代	公益社団法人認知症の人と家族の会	理事・事務局長
6	中澤 伸	社会福祉法人川崎聖風福祉会	理事・事業推進部長
7	三浦 久幸	国立長寿医療研究センター	在宅医療・地域 医療連携推進部長
8	水島 俊彦	法テラス埼玉法律事務所（R3.2 まで） 日本司法支援センター(法テラス) （R3.3 から）	弁護士

〈オブザーバー〉 厚生労働省老健局認知症施策・地域介護推進課

〈実施主体〉 合同会社 HAM 人・社会研究所

［会議］

第１回 委員会

日時 令和２年９月14日（月）

議事 1 令和2年度事業計画案について

2 研修実施支援について

①講師等の支援

②教材の充実

3 実態調査アンケート調査について

第２回 委員会

日時 令和２年12月14日（月）

議事 1 「組み込み型」研修教材の改訂について

2 実態把握アンケート調査について（速報・進捗報告）

3 認知症の人の「事前の意思表明」のあり方について

～ 情報ご提供（小川委員長、三浦委員）

第３回 委員会

日時　　令和３年３月15日（月）

議事　　1　報告書案について

①組み込み型教材・講師ガイドの収録について

②実態把握アンケート結果について

③事前の意思表明にかかる論点整理について

2　その他

第1回 教材班会議

日時　　令和２年11月13日（金）

議事　　1　組み込み型教材改訂案

第2回 教材班会議（収録前ミーティング）

日時　　令和３年１月22日（金）

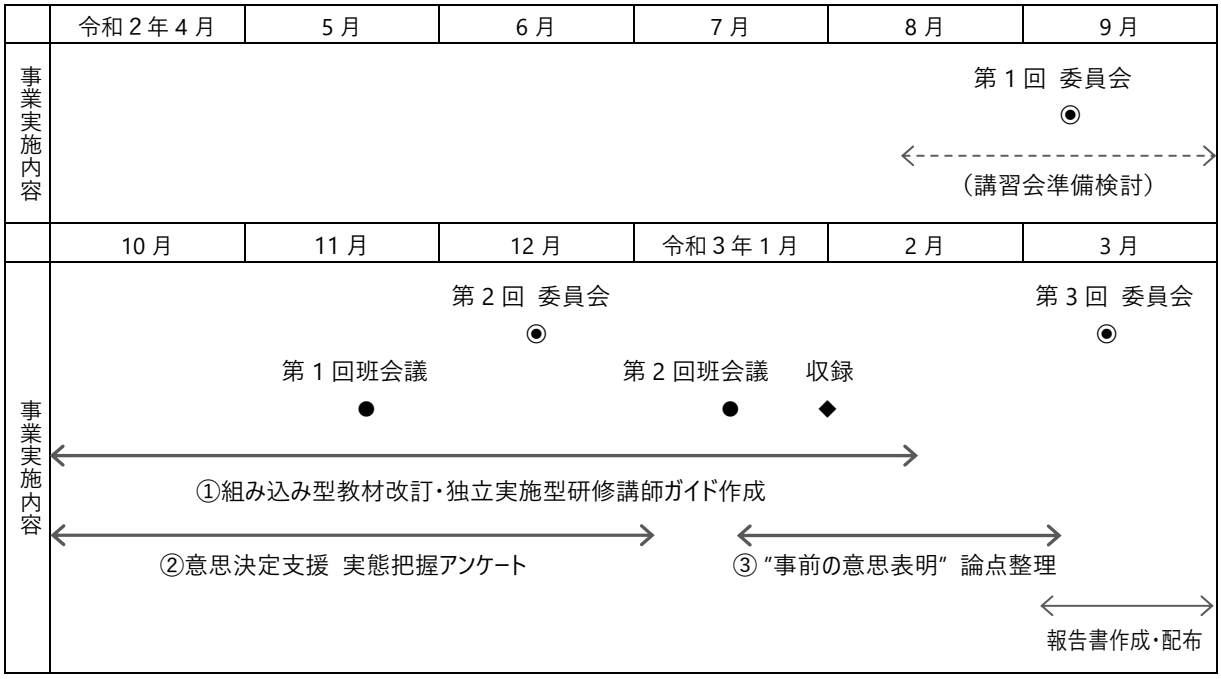
議事　　1　組み込み型研修改訂教材の確認

2　講師用ガイドDVDの収録教材の確認

4-3 事業スケジュール

委員会等、教材等収録、実態把握アンケート等の事業は、概ね以下のスケジュールで進行した。

図表　事業スケジュール（交付申請書面を更新）



Ⅱ ガイドライン研修の実施支援について

1. 組み込み型研修教材の改訂

⑴ 改訂版作成の背景と経過

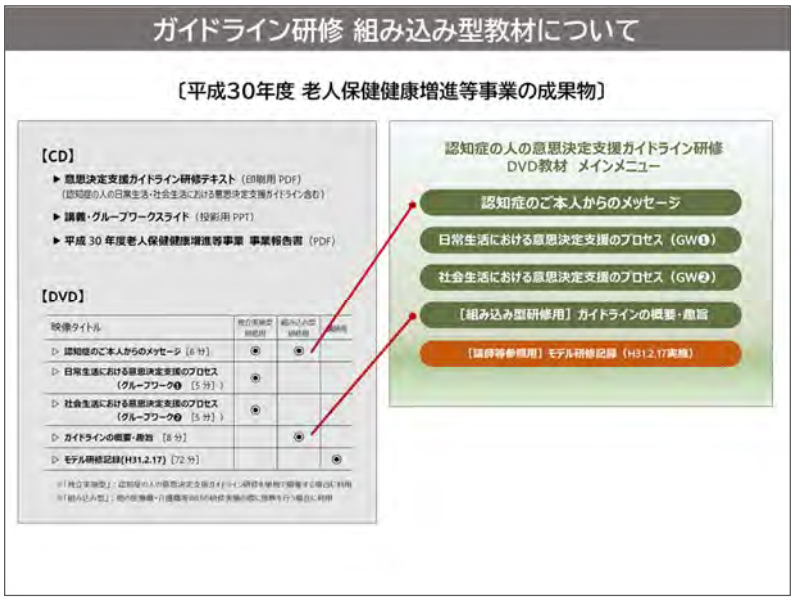
○認知症の人の日常生活・社会生活における意思決定支援ガイドラインにかかる研修（以下、ガイドライン研修とする）は、「独立実施型」と「組み込み型」の 2 種類がある。

○「独立実施型」は、3 時間のカリキュラム、講義 1 時間、グループワーク 2 編 2 時間で構成され、講義スライドやグループワーク用の動画教材が提供されている。一方、「組み込み型」は、医療・介護等の専門職を対象とした認知症関連の研修の一部として実施するための 14 分の動画教材が提供されている。（平成 30 年度事業で作成）

○認知症施策推進大綱では、「1.普及啓発・本人発信支援 ⑴認知症に関する理解促進」の項において、"本人の意思をできるだけくみ取り、それを活かして支援ができるよう、医療・介護従事者等の専門職向け認知症対応力向上研修や認知症サポーターのステップアップ講座等において、「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」の内容を盛り込み普及する"と明記されている。また、「3.医療・ケア・介護サービス・介護者への支援 ⑷医療・介護の手法の普及・開発」の項でも、"「～ガイドライン」を医療・介護従事者への研修において活用する"と明記されている。

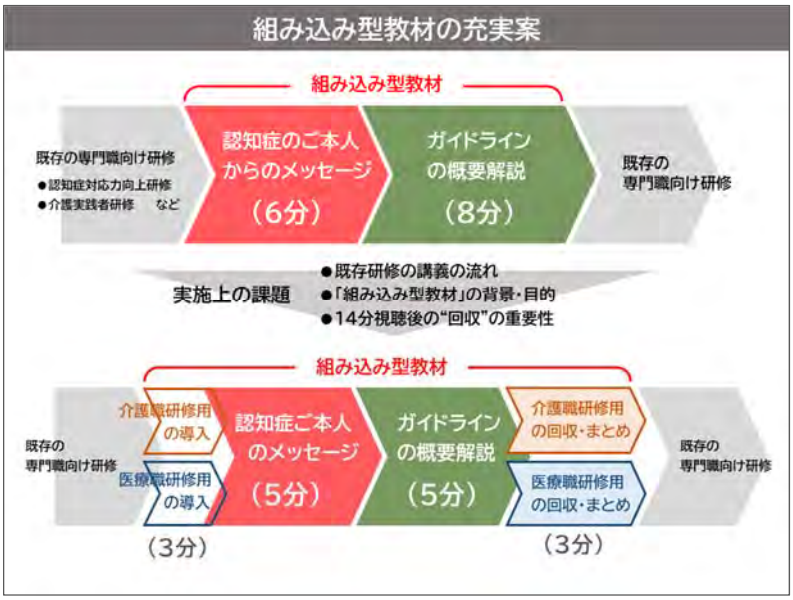
○それぞれの KPI／目標では、「医療・介護従事者向けの認知症に関する各種研修における意思決定支援に関するプログラムの導入率 100％」と設定され、そのプログラムとしては、上記の「組み込み型」教材が想定されている。

○現在の初版教材では、「認知症のご本人からのメッセージ(6 分)」と「ガイドラインの概要・趣旨(8 分)」を組み合わせて視聴する形となっている。



○「独立実施型」、「組み込み型」の両研修は、実施主体である都道府県・指定都市において、徐々に実施・展開されてはいるものの、「組み込み型」研修の実施にあたっては、『組み込み先の研修での実施の流れが難しい』、『視聴した後の組み込み先の研修内での評価や回収ができない』等の声がある。

○そこで、「組み込み型」研修の教材について、医療・介護等の専門職向けの認知症研修において、より実施しやすいものとするよう改訂版を作成することとした。



○具体的には、❶組み込み先の研修における実施の利便性、❷日常業務における意思決定支援の場面の違いを意識した改訂を行った。

❶-1　「組み込み型」研修の冒頭に趣旨や目的等からなる導入部分を設け、組み込み先研修の講義からスムーズにスタートできるものとする

❶-2　従来、2 つの動画がそれぞれに提供されていたものを、15 分程度の 1 つのパッケージ教材とし、「認知症ご本人からのメッセージ」の前後の説明等も含めた取扱い易いものとする

❶-3　ガイドライン研修の短縮版・代替版ではなく、"ガイドライン本編にあたるため"、"独立実施型研修につなげるため"の「ガイドラインそのものの解説」や「まとめ」を入れる

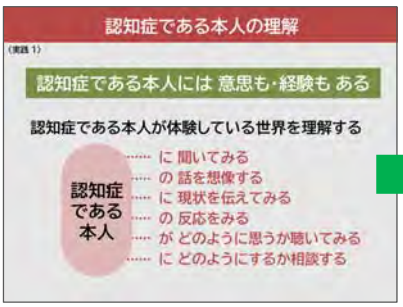
❷-1　組み込み先の研修の受講者職種を意識し、医療職研修向け・介護職研修向けの 2 編を作成する

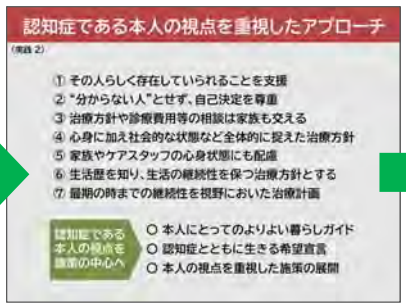
○なお、2 種類の動画教材を格納した DVD は、都道府県・指定都市において、医療・介護等の専門職向けの認知症研修の委託先への貸与等ができるよう、3 枚を提供することとした。
（1 枚に両編が格納されている）

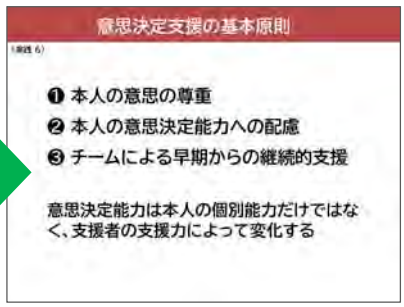
○また、認知症施策推進大綱においても組み込み先研修として想定されている、医療従事者向けの「認知症対応力向上研修」のうち、本年度、教材の改訂や新規のカリキュラム・教材作成が検討されている事業に対して、「組み込み型」研修教材の改訂について情報提供を行い、組み込み先研修の教材においても、「組み込み型」研修の試聴を促す工夫を行った。以下にその例を示す。

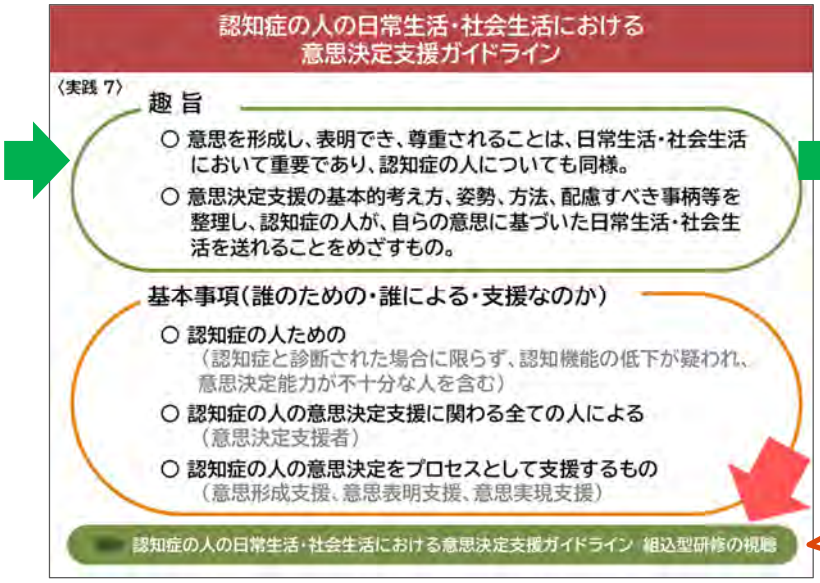
病院勤務以外の看護師等の認知症対応力向上研修の講義スライド（一部を抜粋）

（令和 2 年度老人保健健康増進等事業　実施主体 合同会社 HAM 人・社会研究所）

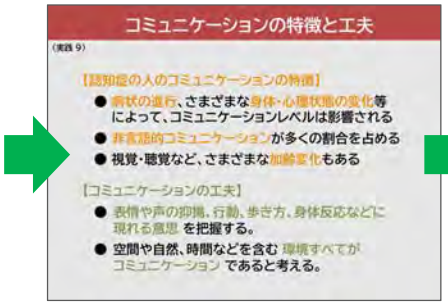








講義中の「意思決定支援」にかかる流れの中で、「組み込み型」研修教材を視聴するタイミングを明示



組み込み先研修の通常講義に戻る

⑵「組み込み型」研修教材改訂版 講義スライド

〇次ページ以降に、医療職研修編、介護職研修編のそれぞれの講義スライドを示す。

〇それぞれ動画の所要時間は 15 分程度であり、医療職研修編は委員会委員長の小川先生（国立がん研究センター）、介護職研修編は同委員の水島先生（日本司法支援センター(法テラス)※）にそれぞれご担当頂いた。 ※収録時点は（法テラス埼玉法律事務所）

医療職研修編 1

認知症の人の日常生活・社会生活における意思決定支援ガイドライン研修

〔組み込み型研修〕

医療職研修編 2

医療職研修編 3

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

〔組み込み型研修〕

医療職研修 編

医療職研修編 4

認知症の人の意思決定支援の必要性・重要性

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

◉ 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

医療職研修編 5

研修全体像と組み込み型研修の目的

◉ 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研修
【独立実施型】：講義やグループワークで構成（3時間程度）
【組み込み型】：他の研修に提供される15分程度の動画研修

◉「組み込み型」研修は、医療・介護の専門職向け研修※での受講から、「独立実施型」研修の受講につなぐ位置づけ
※認知症対応力向上研修、認知症介護実践者研修 等

◉ 組み込み型研修は、ガイドラインの趣旨や概要を紹介することが主な目的で、「ガイダンス」➡「本人の声」➡「ガイドライン概要」で構成

医療職研修編 6

医療従事者にとっての意思決定支援

◉ 医療従事者は、本人の日常生活・社会生活における重要な決定場面で関与することが多い

◉ 本人の意思がつかみにくい場面がある
・・・ 本人の意思が固い・変わりやすい など

◉ 認知機能障害の有無や軽重にかかわらず、本人の意向（真意）を把握し、意向に沿った支援をすることが望まれる

【動画】「認知症のご本人の声から」の視聴にあたって ～ 動画視聴のポイント ～

＊ 認知症があったとしても、自分で考え、決めることができる。
（意思決定領域におけるノーマライゼーション）

＊意思決定は、まず本人の意向・想いを聞くところから始まる。

＊認知症の人が意思決定する上で、もの忘れ以外にも支援を要する点がある

本人の意向を尊重するのは、認知症の症状の程度に依らない

医療従事者にとっての意思決定支援

◉ 医療従事者は、本人の日常生活・社会生活における重要な決定場面で関与することが多い

◉ 本人の意思がつかみにくい場面がある
・・・ 本人の意思が固い・変わりやすい　など

◉ 認知機能障害の有無や軽重にかかわらず、本人の意向（真意）を把握し、意向に沿った支援をすることが望まれる

ガイドラインが目指すもの

- 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ことを目指す
- 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

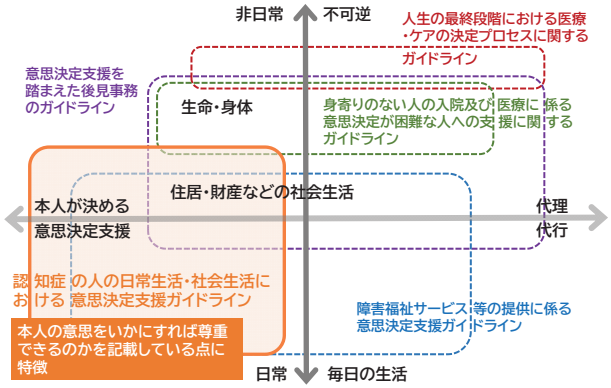
※本ガイドラインでは、認知症と診断された場合に限らず、認知機能の低下が疑われ、意思決定能力が不十分な人を含みます。

日常生活・社会生活とは

【日常生活】
▶ 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
➡ 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

【社会生活】
▶ 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
➡ 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

ガイドラインの対象領域（概念図）



ガイドラインの構成（目次）

Ⅰ はじめに
1 ガイドライン策定の背景
2 ガイドラインの趣旨
Ⅱ 基本的考え方
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
2 本人の意思決定能力への配慮
3 チームによる早期からの継続的支援
Ⅳ 意思決定支援のプロセス
1 意思決定支援の人的・物的環境の整備
2 適切な意思決定プロセスの確保
3 意思決定支援プロセスにおける家族
4 日常生活や社会生活における意思決定支援
5 意思決定支援チームと会議（話し合い）
Ⅴ 認知症への理解とガイドラインの普及と改訂
Ⅵ 事例に基づく意思決定支援のポイント

❶ 認知症の人の意思決定支援をする上での基本的な約束事（ルール）を書いたところ

❷ 意思決定支援を実践する際の手引き（ヒント）となるところ

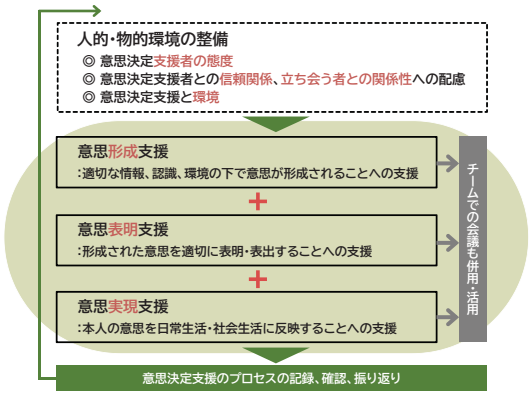
❸ ケースに沿った重要事項の解説

支援の基本原則

❶ 本人の意思の尊重
❷ 本人の意思決定能力への配慮
❸ チームによる早期からの継続的支援

意思決定能力は本人の個別能力だけではなく、
支援者の支援力によって変化する

意思決定支援のプロセス



環境の整備

◉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）
◉専門職は、プロセスを記録し、適切に支援が
なされたかどうかを確認・検証するために振り返る

❶ 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

◉ 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

❷ 意思表明支援

形成された意思を適切に表明・表出する
ことへの支援

◉ 環境の調整
◉ 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

❸ 意思実現支援

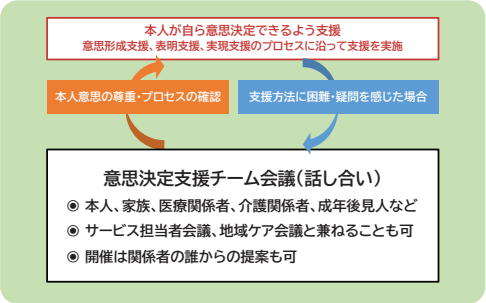
本人の意思を日常生活・社会生活に反映
することへの支援

◉ 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

※他者からみて合理的かどうかを問うもの
ではない

医療職研修編 19

意思決定支援チームと意思決定支援会議



医療職研修編 20

組み込み型研修　受講（視聴）後に

▶ 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、

❶本人の意思の尊重
❷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
❸チームによるプロセスを踏まえた支援

そのため、ガイドラインを策定し、支援のプロセスを提示

➡ ぜひ 独立実施型研修の受講へ

医療職研修編 21

ガイドライン　読み方と活かし方

ガイドラインの補助説明・実践事例などを収載
下記のURLやQRコードから閲覧・ダウンロードできます

読み方と活かし方　http://ham-ken.com/wp/?page_id=1340

医療職研修編 22

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研修

〔組み込み型研修〕

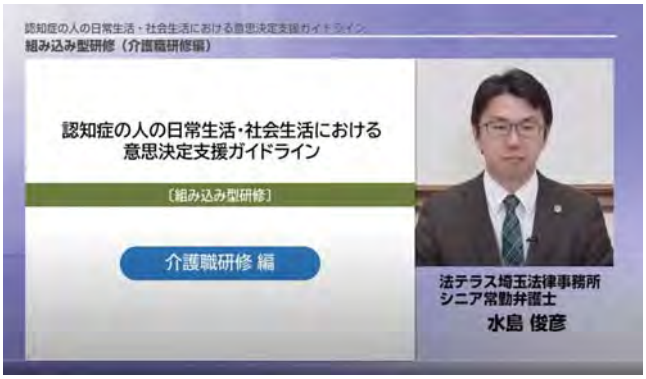
令和2年度 老人保健健康増進等事業
認知症の人の日常生活・社会生活における意思決定支援ガイドラインの普及や活用実態
および事前の意思表明のあり方に関する調査研究事業

介護職研修編 1

認知症の人の日常生活・社会生活における意思決定支援ガイドライン研修

〔組み込み型研修〕

介護職研修編 2



介護職研修編 3

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

〔組み込み型研修〕

介護職研修 編

介護職研修編 4

認知症の人の意思決定支援の必要性・重要性

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

◉ 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

介護職研修編 5

研修全体像と組み込み型研修の目的

◉ 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研修
【独立実施型】：講義やグループワークで構成（3時間程度）
【組み込み型】：他の研修に提供される15分程度の動画研修

◉「組み込み型」研修は、医療・介護の専門職向け研修※での受講から、「独立実施型」研修の受講につなぐ位置づけ
※認知症対応力向上研修、認知症介護実践者研修 等

◉ 組み込み型研修は、ガイドラインの趣旨や概要を紹介することが主な目的で、「ガイダンス」➡「本人の声」➡「ガイドライン概要」で構成

介護職研修編 6

ガイドラインが目指すもの

- 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ことを目指す
- 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

※本ガイドラインでは、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みます。

介護職研修編 7

【動画】「認知症のご本人の声から」の視聴にあたって ～ 動画視聴のポイント ～

◆ 認知症の人も、障害のある人も、皆さんと同じように意思・感情があり、自分なりに考え、決めていくことのできる力がある。
◆ 本人による意思決定の機会を確保するためには、支援者側の意識改革と意思決定支援が重要。
◆ 意思決定支援は、本人の意向・想いを聴き、心からの希望を探求するところから始まる。
◆ 良かれと思って周囲が本人の代わりに決めてあげることが「良い支援」とは必ずしもいえない。

介護職研修編 8

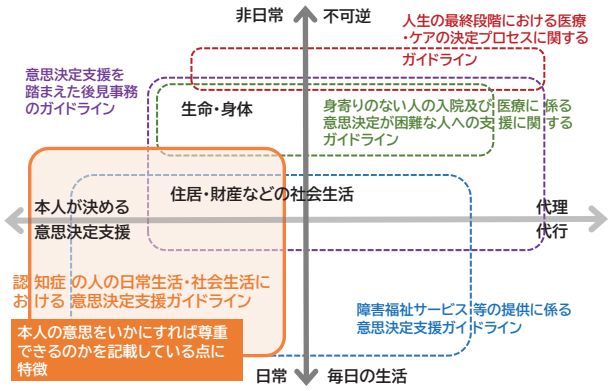
日常生活・社会生活とは

【日常生活】
▶ 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
➡ 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

【社会生活】
▶ 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
➡ 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

介護職研修編 9

ガイドラインの対象領域（概念図）



介護職研修編 10

ガイドラインの構成（目次）

Ⅰ はじめに
1 ガイドライン策定の背景
2 ガイドラインの趣旨

Ⅱ 基本的考え方

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
2 本人の意思決定能力への配慮
3 チームによる早期からの継続的支援

Ⅳ 意思決定支援のプロセス
1 意思決定支援の人的・物的環境の整備
2 適切な意思決定プロセスの確保
3 意思決定支援プロセスにおける家族
4 日常生活や社会生活における意思決定支援
5 意思決定支援チームと会議（話し合い）

Ⅴ 認知症への理解とガイドラインの普及と改訂

Ⅵ 事例に基づく意思決定支援のポイント

❶ 認知症の人の意思決定支援をする上での基本的な約束事（ルール）を書いたところ

❷ 意思決定支援を実践する際の手引き（ヒント）となるところ

❸ ケースに沿った重要事項の解説

介護職研修編 11

支援の基本原則

❶ 本人の意思の尊重
❷ 本人の意思決定能力への配慮
❸ チームによる早期からの継続的支援

意思決定能力は本人の個別能力だけではなく、支援者の支援力によって変化する

介護職研修編 12

意思決定支援の立ち位置を意識する

特に介護専門職の皆様に知っていただきたいポイント

本ガイドラインの主たる対象

代理代行決定
第三者が意思決定の主体

違いを意識

意思決定支援
（支援付き意思決定）
本人が意思決定の主体

【場面】ホームセンターに自転車で行きたいんだ。（独立実施型研修のグループワークより）

➡ 途中で道に迷と心配だから（やめてね？）
➡ 代わりに買ってきてあげるからいいでしょ？

➡ ホームセンターでどんなことをしているの？
➡ ホームセンターと自宅の間にどんな楽しみがあるの？

【場面】ホームセンター隣の喫茶店でひと一休み・・・

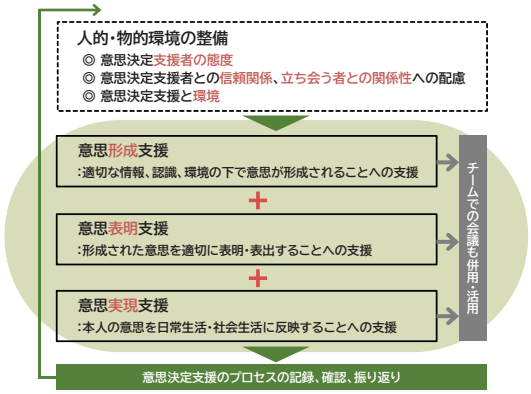
➡ コーヒー飲みたいなら、私がいれますよ。

➡ あなたにとって、落ち着ける場所はどんなところ？

「心配」だから私たちに任せてね
（最善の利益の追求）

本当は何を望んでいるの？
（表出された意思・心からの希望の探求）

意思決定支援のプロセス



環境の整備

◉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）

◉専門職は、プロセスを記録し、適切に支援がなされたかどうかを確認・検証するために振り返る

❶ 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

◉ 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

❷ 意思表明支援

形成された意思を適切に表明・表出することへの支援

◉ 環境の調整
◉ 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

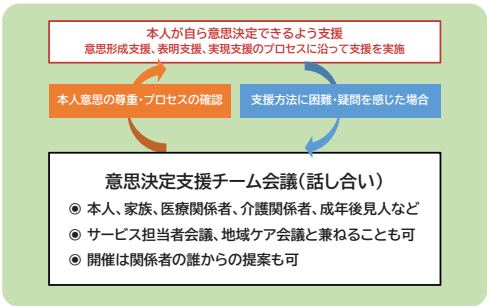
❸ 意思実現支援

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

◉ 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

※他者からみて合理的かどうかを問うものではない

意思決定支援チームと意思決定支援会議



介護職研修編 19

組み込み型研修　受講（視聴）後に

▶ 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、

❶本人の意思の尊重
❷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
❸チームによるプロセスを踏まえた支援

そのため、ガイドラインを策定し、支援のプロセスを提示

➡ ぜひ 独立実施型研修の受講へ

介護職研修編 20

ガイドライン　読み方と活かし方

ガイドラインの補助説明・実践事例などを収載
下記のURLやQRコードから閲覧・ダウンロードできます

読み方と活かし方　http://ham-ken.com/wp/?page_id=1340

介護職研修編 21

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研修

〔組み込み型研修〕

令和2年度 老人保健健康増進等事業
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普及や活用実態
および事前の意思表明のあり方に関する調査研究事業

2. 講師用ガイドの制作

○当初の事業計画では、昨年度の前身事業でも実施した、講師・ファシリテーター向けの「独立実施型」のガイドライン研修にかかる講習会を予定していた。

○しかし、コロナ禍の影響もあり、全国の都道府県・指定都市に広く案内の上、集合形態で講習会を実施することは難しく、代替として、講習会の内容（「独立実施型」研修のカリキュラムである講義、グループワーク 2 編）について収録し、講師用ガイド DVD として配布することとした。

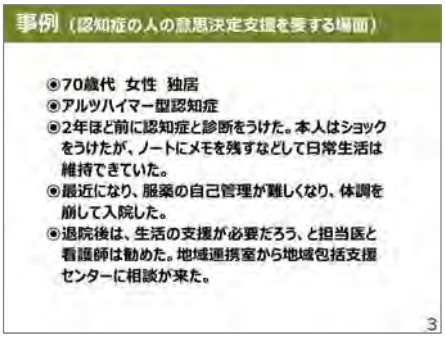
○独立実施型研修の実際のカリキュラムでは、講義、グループワークとも 1 時間ずつの計 3 時間を想定しているが、講師用ガイドでは、概ね半分の所要時間で、講義・ファシリテートのポイントを中心に解説する内容とした。

○同時に、講習内容を報告書にも掲載し、今後、独立実施型研修を企画立案する際、また、実際の講義等を担当する講師・ファシリテーターが、動画視聴でも報告書でも内容確認できるように工夫した。

○次ページ以降に、講義、グループワーク①（日常生活）、グループワーク②（社会生活）の順に、講習内容を示す。

⑴ 講義（中京大学法務総合教育研究機構　稲葉一人先生）

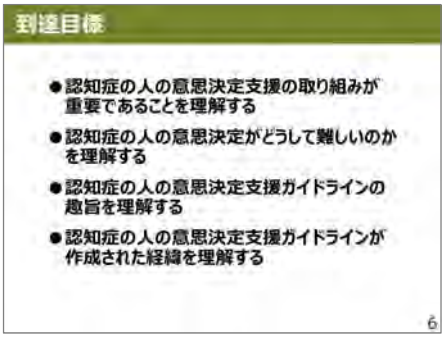
この研修のプログラム自身は、講義が 60 分、グループワーク❶が 60 分、グループワーク❷が 60 分という 180 分で構成されております。今これから私がお話しするのは、講義の部分について、約 30 分でどういうポイントを皆さんはお話しされたほうがいいのかというようなことをかいつまんでお話ししようと思います。



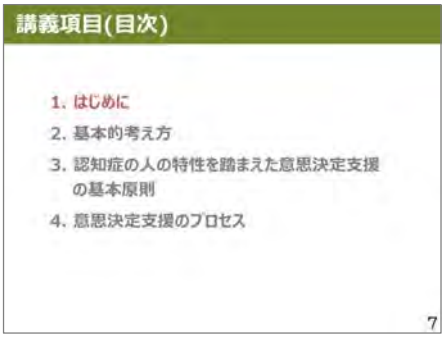
この講義をするに当たって、ただパワーポイントを繰って皆さんに説明すると、なかなか聞いていただけない方もいらっしゃるかもしれませんので、最初に事例を提供するということで、事例を 1 つこちらのほうで用意しました。こういうものを使っていただいたり、講師の先生方ご自身がこういう支援をした経験があるという場合には、その事例を提供していただくということもいいことだと思います。

それから、出席の方々に対して、「認知症の人が決めることを支援した経験はありますか」というような問いを出していただいてもいいと思います。そうすると、受講生の中にはそういう経験があるという方もいらっしゃって、そういう事例が複数出ればとても場が共有できると思います。

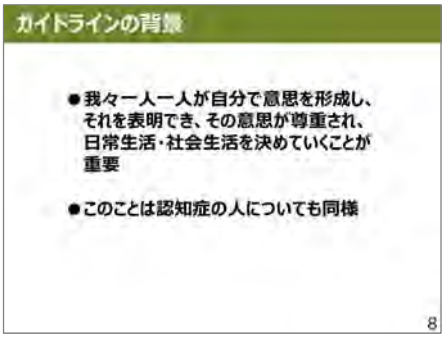
そのあとに認知症のご本人からのメッセージのインタビュー映像があります。5 分間ほどの内容ですけれども、この内容を見ていただいて、認知症の方の自己決定を支援する、意思決定を支援することの大事さ、こういうものをお互いに感じ取っていただくということをしていただくのはいかがでしょうか。



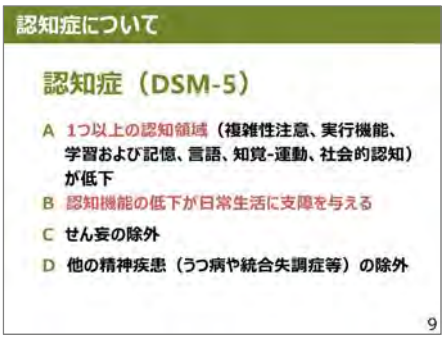
この講義の到達目標はこの 4 つの点です。まず、こういう取り組みが重要であることを理解していただきます。同時に、意思決定はとても難しいというふうに言われておりますので、どうして難しいのかということを少しお話します。それから、ガイドラインの趣旨を理解していただいて、つくられた経緯も理解していただくというような、多様なことを理解していただくための研修になると思います。



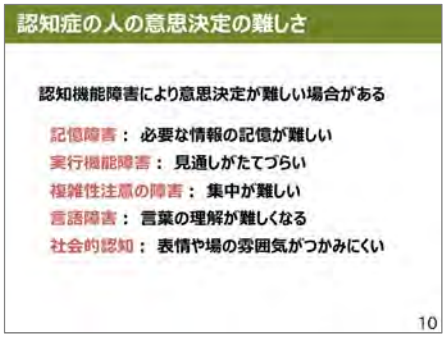
講義目次は次のようなもので、この「はじめに」、「基本的考え方」、「認知症の人の特性を踏まえた意思決定支援の基本原則」、「意思決定支援のプロセス」を、これから順にそのポイントを一緒に読んでいきたい、あるいは考えていきたいと思います。



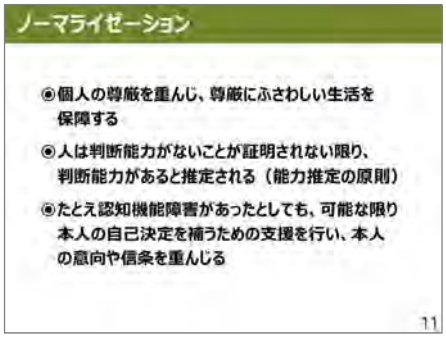
まず、ガイドラインの背景としては、我々一人一人が自分で意思を形成して、それを表明できて、その意思が尊重され、日常生活、社会生活を決めていることは重要だ、このことは認知症の人についても同様なのだと、こういう背景があります。一見するとこの言葉は、「ああ、そのとおりだ」と思うのですけれども、私たちが本当に認知症の方々と接したときに、この思いになっているのかどうかということを、もう一度皆さんに投げかけていただければと思います。



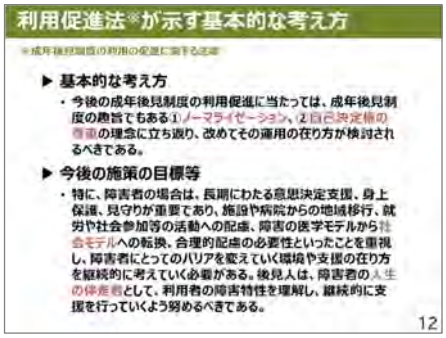
認知症の医学的な背景のところについては、こういう情報がありますので、ぜひこれを参照していただければと思います。



同時に、認知症の人は、実は意思決定がなかなか難しい。ということは、意思決定の支援も難しいということになります。その難しさは、認知機能障害が多方面に起こりますので、この点について皆さんと一度共有していただく、こういう機会を持っていただいたらいかがでしょうか。「認知症の人はどんな認知機能障害がありますか」というような問いもそのうちの一つになるのではないかと思います。



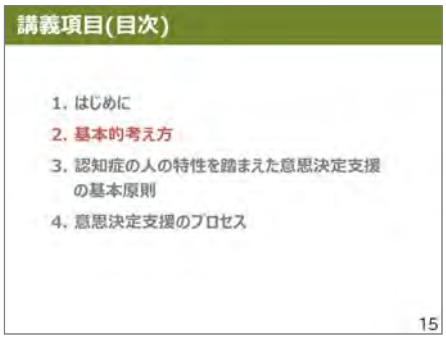
この背景には、ノーマライゼーション ―― このノーマライゼーションというのは、その最も根本的なところには、個人の尊厳というようなものがあると思います。その中で、尊厳にふさわしい生活を保障するというような理念があります。そして、能力がまずあるのだと。自己決定ができる個人のことを考えると、まず能力があるという推定が働く原則があると思います。たとえこういう認知機能障害があっても、可能な限り本人の自己決定を補うための支援を行って、本人の意向であるとか意思であるとか選好であるとか、場合によると信条というようなものも重んじていこうというような考え方です。



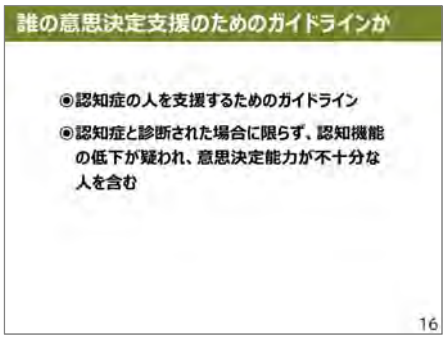
同時に、成年後見制度の利用の促進に関する法律というものが示す基本的な考え方もここで示しておきましたので、受講者の方に沿ってこの辺りのところは濃淡を考えていただければいいのではないかと思います。

厚生労働省が出しております意思決定支援のガイドラインというのはいくつかあるわけですが、今回お話しするのは、この真ん中の老健局の総務課がつくりました「認知症の人の日常生活・社会生活における意思決定支援のガイドライン」、この解説になるというふうにご理解ください。

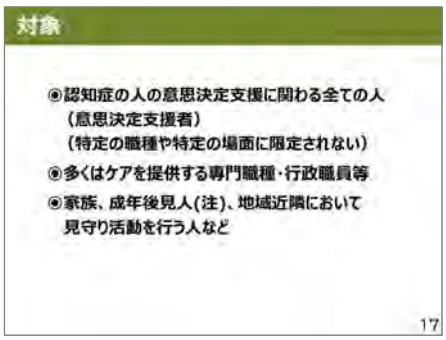
このガイドラインの概念図がガイドラインの中にもありますが、一番上に本人の意思の尊重、意思決定能力の配慮、早期からの継続的支援をしながら、本人自ら意思決定できるように支援をしていくというプロセスが書かれております。その間に意思決定支援チームの会議であるとか、そういうことがここにも書かれておりますので、この概念図をまず皆さんで理解していただくように促していただければありがたいと思います。



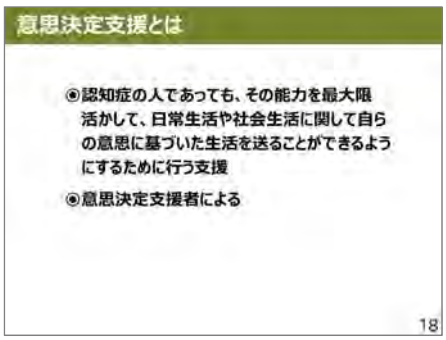
今のが「はじめに」のところでしたが、今度は、「基本的考え方」というところです。この辺りは非常に総論的なものなので、なかなか受講生の方のお腹に落ちるということがしにくいところですが、ゆっくりで結構ですから、基本的な考え方を皆さんにお伝えするようにしましょう。



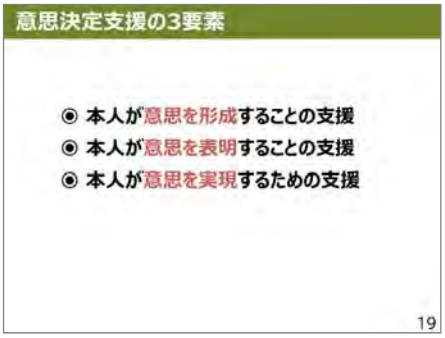
まず、誰の意思決定支援のためのガイドラインか。「こんなの分かってるよ」という意見もあるかもしれませんけれども、これは認知症の人を支援するためのガイドラインだということです。ただし、この場合は、認知症と診断されたかどうかに関わらず、認知機能の低下が疑われて、意思決定能力が、100％ではないけれども不十分な人を含むというガイドラインです。



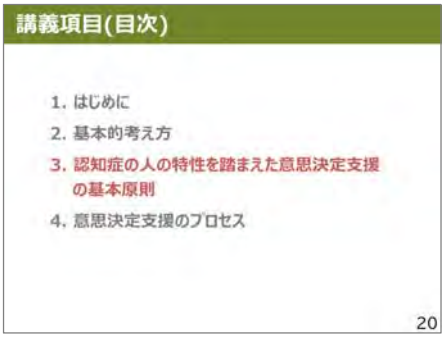
それから、対象です。これは認知症の人の意思決定支援に関わる全ての人、皆さんですよね。これは決して専門職とか行政職だけではなくて、ご家族も成年後見人も、近隣の方々で本人のことをよく知っていて関わりを持っているような方々、皆さんが実は対象になるということが言われております。



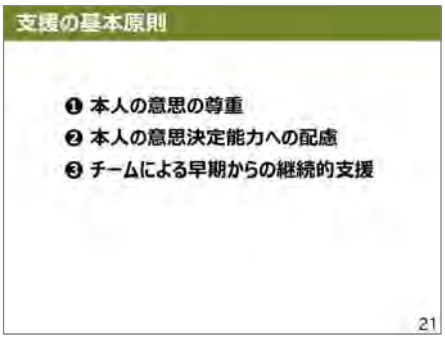
意思決定支援の定義ですが、認知症の人であっても、その能力を最大限生かして、日常生活や社会生活に関して自らの意思に基づいた生活を送ることができるようにするために行う支援です。これが意思決定支援者によるものだという、こういう定義になっております。



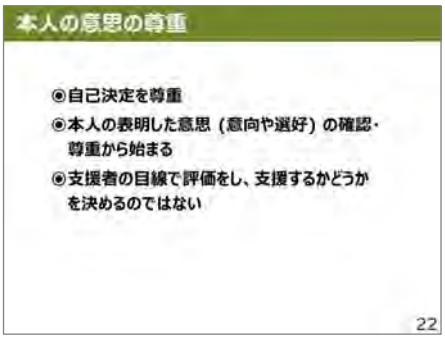
その支援の 3 要素は、このあと出てきますように、意思の形成支援と意思の表明支援と意思の実現支援というものが書かれております。この部分は、順々にどういうことをやっていくのかということを、このあとご説明をするということになります。



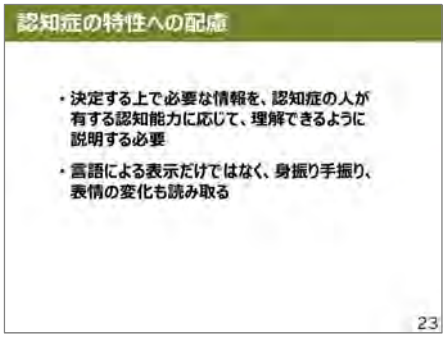
「はじめに」と「基本的考え方」が終わりましたので、今度は「認知症の人の特性を踏まえた意思決定支援の基本原則」というところに入っていきたいと思います。次第に抽象的なものから具体的な認知症のところまで皆さんご一緒に来たということになります。



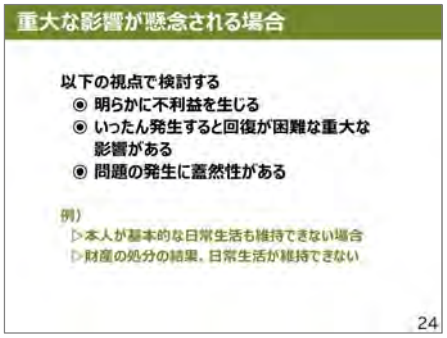
まず、基本原則ですけれども、本人の意思の尊重をする、本人の意思決定能力への配慮をする、チームによる早期からの継続的な支援ということ。「早期からの継続的な支援」というのは一つのキーワードだと思いますので、少し覚えておいていただければいいと思います。



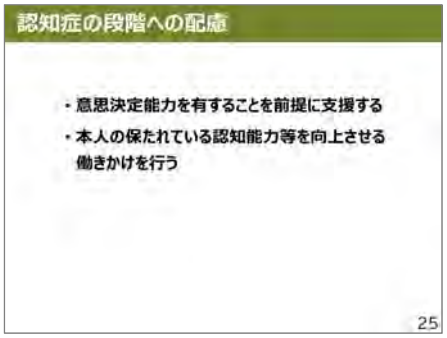
本人の意思の尊重というのは、自己決定を尊重する。本人の表明した意思、意向とか意思とか選好とかいう言葉で言われますが、それの確認・尊重から始まる。尊重という前に確認をしなければならないということも大事だと思います。これは決して意思決定を支援する者の目線で評価をして支援をするかどうかを決めることではありません。私たちから見て合理的かどうかということを一旦横に置いて、その人が何を求めているのかということを、率直にあるいは素直にそこに接するという態度が必要になってくると思います。



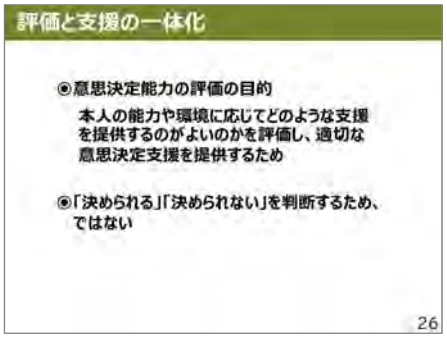
特性への配慮ですが、決定する上で必要な情報を認知症の人が有する認知能力に応じて理解できるように説明する必要です。認知症の方々は一見すると意思決定が困難であります。そういう方々でも現存能力をできるだけ大きくするようなサポートをして、理解できるように説明する。そして言語による表示だけではなくて、身振り手振り、表情の変化、いわゆるノンバーバルと言われているものもここで使っていくということになります。それこそ認知症の方の意思決定支援をするときには、言葉だけではなく、私たちの表情であるとか、あるいはその人に対する接し方みたいなところをやはり配慮していただく必要があると思います。



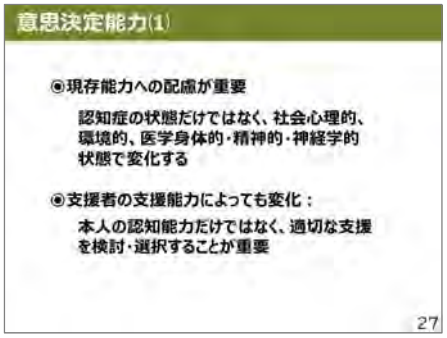
ところが、重大な影響が懸念される場合があります。ご本人の言ったままにするとこのご本人に明らかに不利益を生ずる、あるいはその害が生じてしまうと回復が困難なような場合、こんな場合には、やはり私たちは少し踏みとどまらなければならない場面があると思います。例えば本人が基本的な日常生活も維持できないようなことを言っていて、その意思を尊重するというのは、やはり本人が大きな不利益を被ることになります。こういうような場合は少し止まっていただくということが必要だろうと思います。



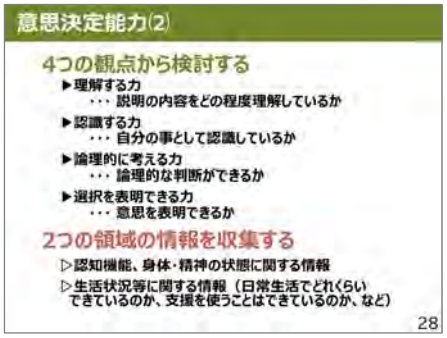
認知症の段階への配慮ですけれども、意思決定能力を有することを前提に支援する、そして本人の保たれている認知能力を向上させる働きかけを行うということなのですが、当然、意思決定能力というのはグラデーションといいますか濃淡があるお話だと思います。それから、何を決めるかによってもその能力がどこまで必要なのかということがあると思いますので、私たちは認知症の段階であるとか、認知能力のようなものに配慮しながらやっていかなければなりません。



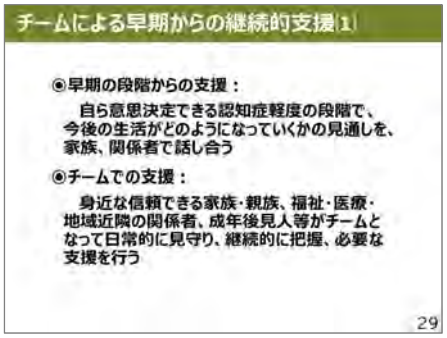
この場合、意思決定能力の評価をするということと支援をするということが一体的だということをご理解ください。止まった形でその人の能力を評価するのではなくて、支援しながら、その能力を高めながら、その能力を評価していく。少し難しい作業かもしれませんけれども、こういうことをやっていくということになります。



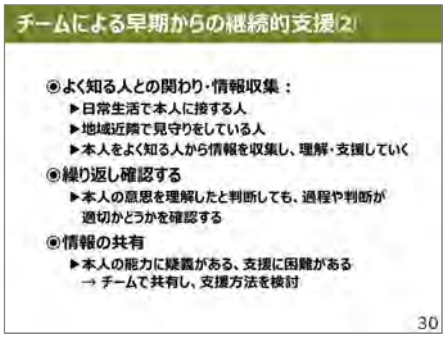
そして、意思決定能力ですけれども、現在存する能力への配慮が重要だと思います。大事なことは、支援者の支援能力、支援の方法の厚さであるとかその多重性によって、本人の意思決定能力は変わるのだということです。このことについてもよく理解されるよう伝えていただければと思います。



そして、意思決定能力は、一般的には４つの観点からということで、理解する力、認識する力、論理的に考える力、選択を表明できる力、これを厳格にすると、意思決定能力が常にないように思うかもしれませんけれども、その人の現存能力を考えて、その方に関わることによってどれだけその能力が向上できるか、という見立ても含めて意思決定能力を判定していくということになると思います。

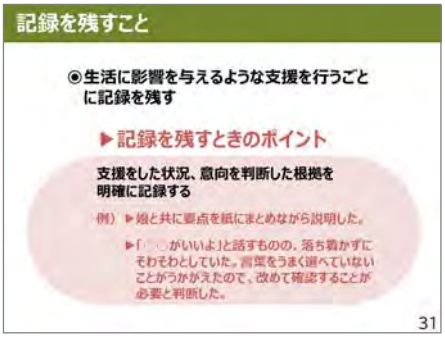


チームによる早期からの継続的な支援のところですけれども、自ら意思決定できる認知症の軽度の段階で、今後の生活がどのようになっていくかの見通しを家族、関係者で話し合う、時にはチームでの支援が必要だろうと思います。当然支援は１対１の支援のときもあると思います。例えば日常生活のような場合は、チームで支援するというよりも、まずは１対１で支援するような場合もあると思います。しかし、日常生活の中でも、例えばその方と今後の生活の基盤みたいなところが問題となってくるような場合は、やはりチームでの支援が必要になる場合もあると思います。

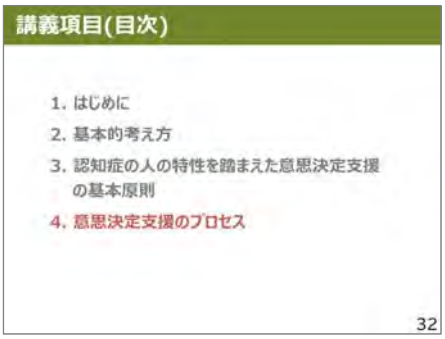


早期からの継続的な支援の中では、よく知る人との関わりで、日常生活で本人に接する人、近隣あるいは地域で見守りをしている人、こういう人たちから情報を収集していって、その方を立体的に理解する、あるいはその深さも含めて理解して支援をしていくことが必要です。

繰り返し確認することも大事だと言われております。情報の共有をちゃんとチームでする。一部の方々だけが被支援者の方の情報を共有するということではなくて、皆さんでできるだけ同じ情報を共有するということが必要になってくると思います。

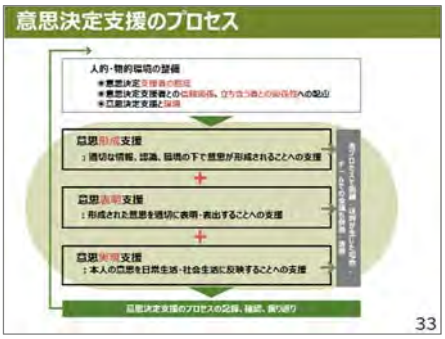


そして、記録を残していただく。この記録の残し方というのは今後の課題かもしれませんけれども、できるだけ支援をした状況、意向を判断した根拠を明確に記録する。後から振り返ってみても、その判断がそれなりのプロセスを経ているのかということをちゃんとチェックできるようなものを残したいと思います。



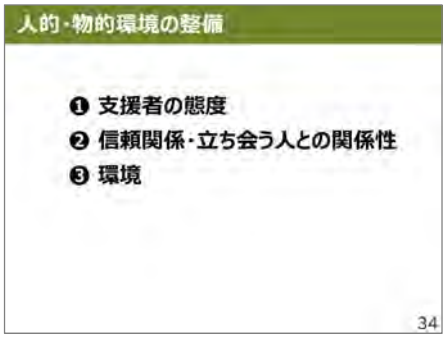
講義項目としましては、最後のところになります。これは意思決定支援のプロセスということになります。

一般的には、意思決定支援というのは、このプロセスを学ぶのだということですので、今までのところは、ルールであるとか、規範であるとか、こうすべきだということが中心になりましたけれども、ここからは、こういう工夫があるというヒントを皆さんにお伝えするということですので、むしろこの部分に受講生の方々は関心を持たれるときが多いのではないかと思います。

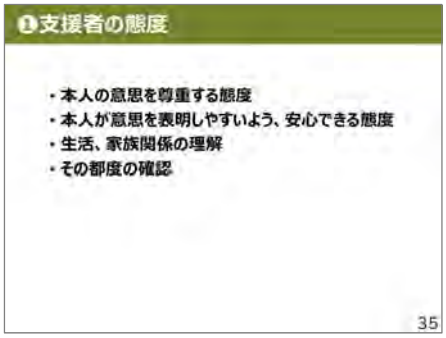


意思決定支援のプロセス、一番上に人的・物的環境の整備というものと、意思の形成支援と言われているもの、表明支援、そして実現支援、この 4 つのプロセスが、決してこれは上から下に矢印が行っているわけではなくて、「＋」と書いているように、実は行ったり来たりをするようなことになるのだろうと思います。

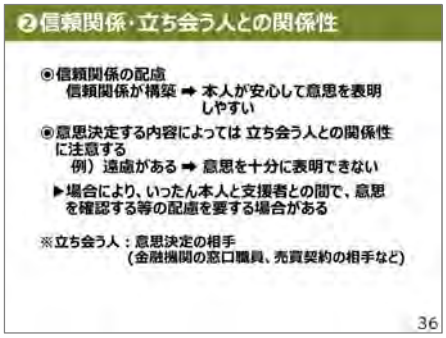
この 4 つのプロセスの中で、ヒントをしっかりとご自身でお持ち帰りいただいて、そのうちの 1 つでも結構ですから、やれることからやりましょうというメッセージをここでは出していただくことが大事なのではないかと思います。一般的に完全なことを考えると一歩が動き出せませんので、できるだけご自身が感銘を受けるような点を何点かお伝えして、その中から 1 つでもいいから、2 つでもいいから、というようなメッセージを出していただければと思います。



はじめに、人的・物的環境の整備です。支援者の態度、信頼関係、環境というところをいってみましょう。



まず、態度としては、本人の意思を尊重する態度ですよね。これは案外大事だと思うのです。本人の意思を聞き置くようなことではなくて、本当にその方が表明されたものが真意であれば、その意思をできるだけ尊重するのだということを、やはり私たちはベースにして持っておかなければならない。だから、自己決定は尊重すべきだということをちゃんとお腹に押さえておかなければ、この態度は顔に出たりすることになると思います。

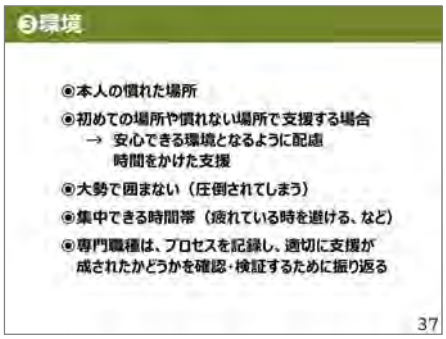


それから、本人が意思を表明しやすいように安心できる態度が必要ですよね。やはり安心という中でしか自分の本心が出ないということはよく言われることだと思います。

それから、生活、家族関係の理解もしておきたいと思います。誰々の関係でうまくいっていないというようなこと、あるいはうまくいっている関係、この方がいるときには比較的意思表示ができやすいというようなことは、やはりこの全体のプロセスの中で大事なことだと思います。

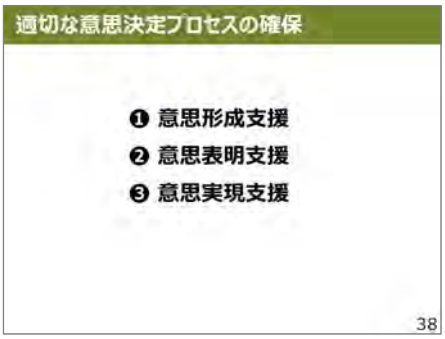
そして、できれば、その都度の確認が必要であると思います。昨日確認したから今日確認しなくていいということではなくて、できればしっかりとした意思決定をするときには、その都度確認したいと思います。

立ち会う人との関係性ということです。信頼関係の構築で本人が安心して意思を表明しやすい。やはり意思決定する内容によっては、立ち会う人との関係性が非常に問題になる場合があります。例えばご家族に負担をかけるということになると、遠慮があるというようなことがあります。遠慮をするということ自身もご本人が配慮されていることの 1 つなのですが、それが信頼関係の中で本当のことを言いにくいというようなことになれば、やはりそこには配慮していただきたいと思います。

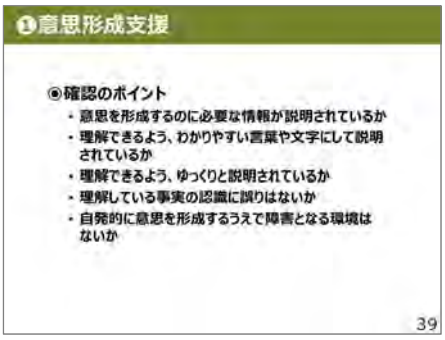


それから、環境です。できればご本人の慣れた場所でしたい。しかし、それでも初めての場所や慣れない場所で支援する場合があり得ると思います。その場合は安心できる環境になるようにできるだけ配慮をかける。そして時間をかけた支援が必要となるかもしれません。

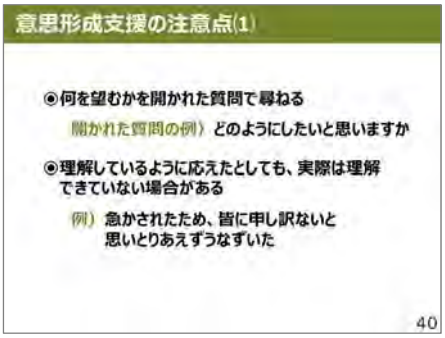
しばしばチームで意思決定支援をすると、大勢で囲んでしまうというようなことが出てきますので、それは現実に圧倒されてしまって、本当にご自身がご自身の意見を言っていいのか、こういう場面に見えないときがあると思います。当然ご本人にはリズムがありますので、集中できる時間帯を少しでもその生活環境を知る中で考えていただいてチョイスをしていただきたいと考えます。



そこで一番大きな問題になる適切な意思決定プロセスの形成支援、表明支援、実現支援に行きたいと思います。



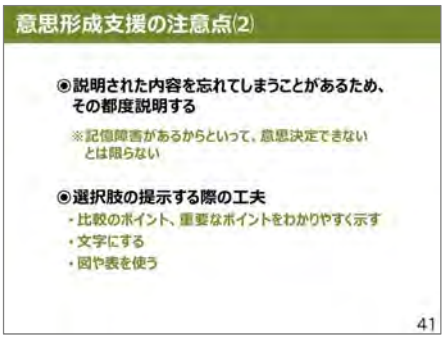
まず、確認のポイントから行きましょう。これは形成支援の場合です。意思を形成するのに必要な情報が説明されているかということですよね。当然、意思決定をすると何かのメリット・デメリットが出てきます。そのメリット・デメリットがどういうものであるのか、どういうふうな形で自分にメリットであってデメリットであるかという情報は、提供されないと当然これは決めることができないということです。当然のことですね。医療で言うとインフォームド・コンセントのことになると思います。



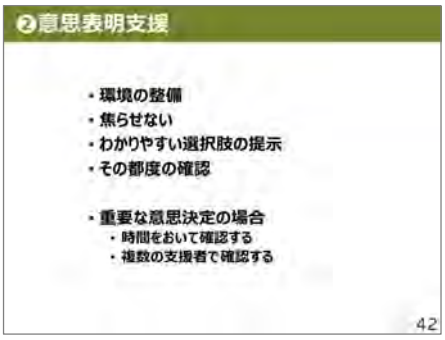
理解できるよう分かりやすい言葉や文字にして説明されているかということです。比較的、認知症の方々に対しては、いわゆる口語、口でお話をするだけではなくて、文字にして説明するということも効果があるということが言われています。理解できるようにゆっくり説明をするということですね。できるだけ話し手のリズムに合わせてというようなことでしょうか。

理解している事実の認識に誤りがないか、自発的に意思を形成する上で障害となる環境はないのか、こんな点を確認しながら意思形成支援というものをやっていきます。これによって本人が自分の本当の意思を形成できるという、こういうものになっていくのだろうと思います。

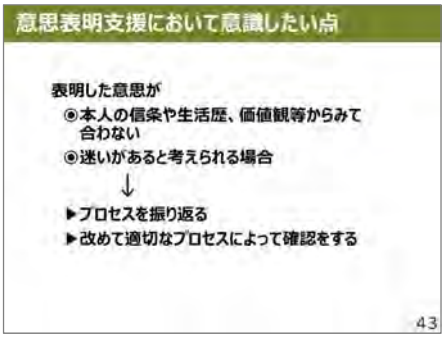
このときには、できれば開かれた質問、「これは A ですか、B ですか」というようなこと、あるいは「オーケーですか、オーケーでないですか」というような聞き方ではなく、これは閉じた質問と言われますが、「どのようにしたいと思いますか」というように、少しご自身の自由な意思がその中に含まれるような形で質問をしていただければと思います。理解しているように答えたとしても、実際は理解できていないような場合がありますので、この場合は注意をしたいと思います。



ところが、やはり認知機能障害があると、説明された内容を忘れてしまうということがよく出てくることだと思います。こういう記憶の短期の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わけです。できれば、その都度説明して、昨日も説明した、今日も説明する、ご本人が同じような対応をするということになれば、それは理解しているということもあり得るわけです。選択肢を提示する際の工夫も必要だろうと思います。

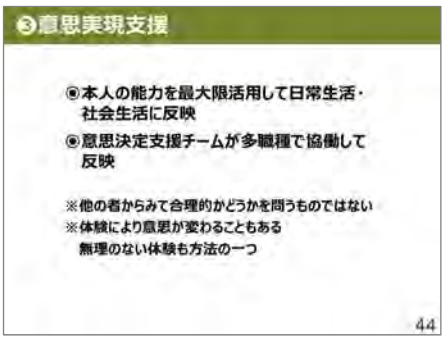


次に意思表明支援と言われているものです。当然環境の整備とか、焦らせない、分かりやすい選択肢の提示とか、その都度の確認ということなのですが、重要な意思決定をするような場合は、時間を置いて確認をする。私たちが焦らせなくても、ご本人が焦って言ってしまうというようなこともあるかもしれません。だから、本当にそれが本人の意思であって、本当に自発的に表明されたものであるかを確認する手間を少し立ててみたいと思います。

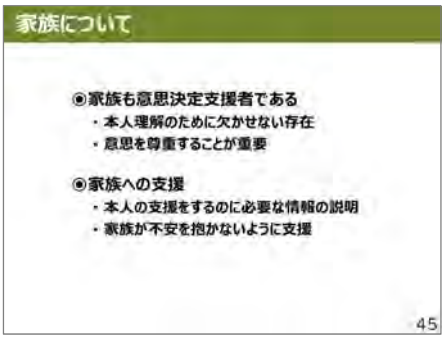


表明した意思が本人の信条や生活歴、価値観から見て合わないような場合もあります。あるいは迷いがあると考えられる場合もあると思います。そのときに、それを否定するのではなくて、少し今までのプロセスを振り返って、もう一回改めて適切なプロセスによって確認をするということも大事だと思います。

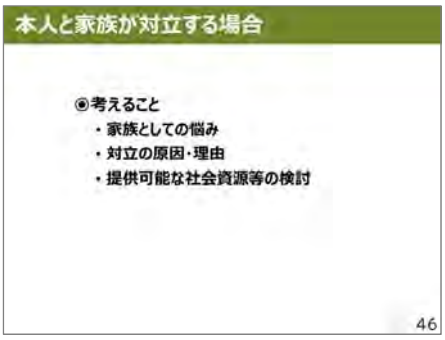
そのような齟齬があるような場合はしばしば出てくることだと思います。この場合に、その意思をむげに否定するのではなくて、プロセスを振り返ってもう一度ご本人に確認するということが大事だと思います。



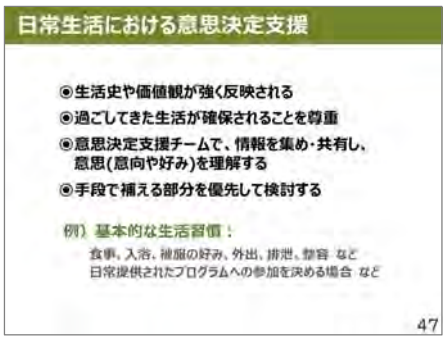
そこで最終的には意思実現支援です。ご本人が正しく形成された真意に基づいてそれを自発的に表明されたときには、その意思をできるだけ尊重して、その人の日常生活・社会生活に反映していくというところですね。この場合は、当然リソースをしっかり皆さんで把握をして、多職種で協働してそれを反映していくということです。この場合は、その意思が他の者、本人以外の者から見て合理的かどうかを問うものではありません。体験によって意思が変わることもあります。これは、例えばある施設に入ったらどうですかと、例えば 1 日だけでも入る、あるいはデイケアを使うというようなことを提案してみて、一度やってみるとご自身が経験する中で意思が変わるというようなこともあると思います。そういうようなことも実はガイドラインの中には書かれております。



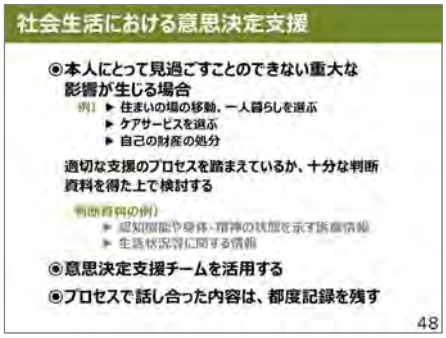
最後にご家族についてです。ご家族も、最終的には本人の意思決定の支援者であるという立場に何とか協働していきたいなと思います。やはり本人を理解するというのは、本人を通じてだけ理解するのではなくて、家族から見て本人はどういうふうに映っているのかということも大事だということになると、本人を理解するためにご家族の協力、ご家族の持っている情報を私たちが共有するということも必要だろうと思います。そして同時に、ご家族は複雑な立場に立っております。ご自身が本人を支援すると同時に、ご家族の生活とかその関係性が出てきます。だから、本人の支援をするのに必要な情報をしっかりと説明するなど、あるいはご家族が不安を抱かないように支援することをして、家族への支援もしていかなければならないと思います。



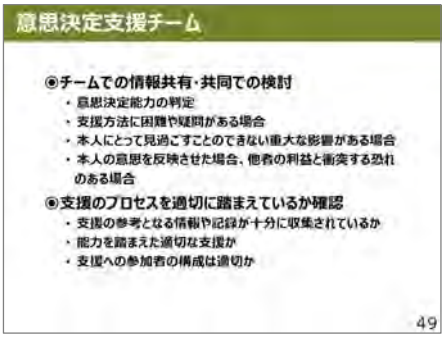
本人と家族が対立する場合があります。この点については、ガイドラインに少し書かれておりますので、見ていただければと思います。対立の原因とか理由を把握して、もう一度提供可能な社会資源等の検討をするということは不可欠だと思います。



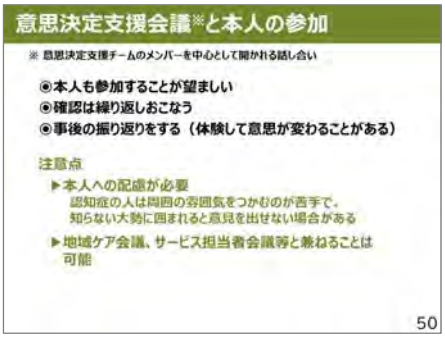
日常生活における意思決定支援というのは、生活史や価値観が強く反映されて、過ごしてきた生活が確保されることを尊重して、そして意思決定支援チームで情報を集めて共有し、本人の意向や好みを理解して、手段で補える部分を優先して検討するということになります。日常生活は何かというのは、ここに例として挙げておきましたけれども、どちらかというと本人の意思がそのまま尊重されることが多い場面だろうと思います。



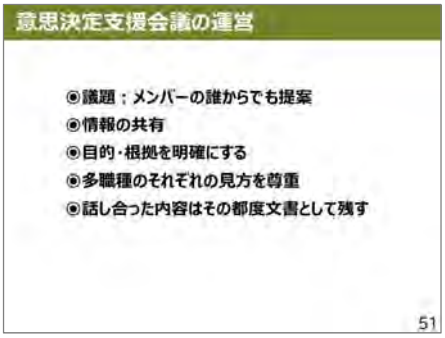
これに対して社会生活における意思決定というのは、例えば住まいの場を移動するとか、ケアのサービスを選ぶとか、場合によると自己の財産の処分ということになると、本人にとって見過ごすことのできない重大な影響を生ずる場合があります。この場合は、意思決定の支援チームを活用することも 1 つの選択肢として考えていただいたらいいと思います。この場合は、やはり重大な影響が及びますので、プロセスで話し合った内容はできるだけ記録に残すというルールになってくると思います。



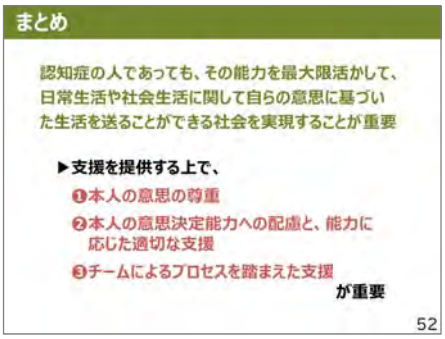
意思決定支援チームをつくれということではなくて、意思決定支援チームが必然的に出てくるのだろうと思います。在宅で支援をするような場合、施設で支援をするような場合、いろんな場合があると思いますけれども、多職種の方々が関わって、同時にご家族も関わって、地域の見守りの方々も加わって、そこでチームとして意思決定を支援するということが出てくると思います。その場合の検討項目等がここに書かれております。



こういう意思決定の支援会議が、ともすると本人の参加がないままで行われる場合があると思います。本人も参加することが望ましいと書かれておりますが、本人の負担も考えていただきたい。こういう二面を考えていただくちょっと難しい場面かもしれませんけれども、本人への配慮をしながら、本人も参加して、本人が意思決定するのだという、場の中心であるということをみんなで共有したいと思います。



こういう支援会議の運営のことも書かれております。



まとめのところになります。認知症の人であっても、その能力を最大限生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だと。支援を提供するうえで、本人の意思の尊重、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、チームによるプロセスを踏まえた支援が重要だということです。

この講義は、先ほどの表でお分かりのように、60 分かかるところを今日はおおむねその半分ぐらいでご説明しましたけれども、あまりたくさんの情報をそのままお伝えするよりも、ポイントを踏まえて、特に重点的に言うと、後者のほうのプロセスにおける本当のヒントであるとか、支援の具体的なあり方というものを、1 つでも 2 つでも伝えるようにしていただくといいのではないかなと思っております。

⑵ グループワーク❶（日常生活）（国立がん研究センター東病院　小川朝生先生）

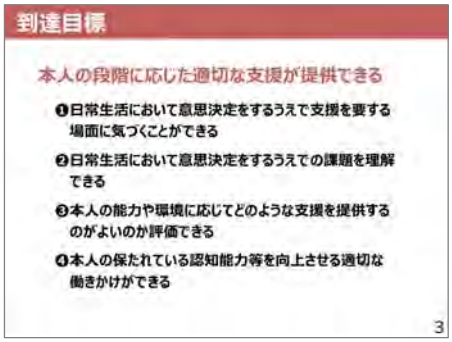
日常生活における意思決定支援のプロセス「グループワーク❶」の講師・ファシリテーター用のガイドになります。

ここでは、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❶について、具体的にどのように進めていくのか、講師の先生、ファシリテーターの先生用に簡単にスライドに沿ってご紹介をしたいと思います。

まず、グループワークの全体の構成になります。導入の講義でおよそ 10 分、そのあとにトリガービデオが 5 分続きます。このビデオを見たうえでグループワークを 25 分進めていただき、最後、ディスカッションの内容を共有し、簡単な解説を加えていただく、このような構成になっております。時間配分はおおよその目安になります。

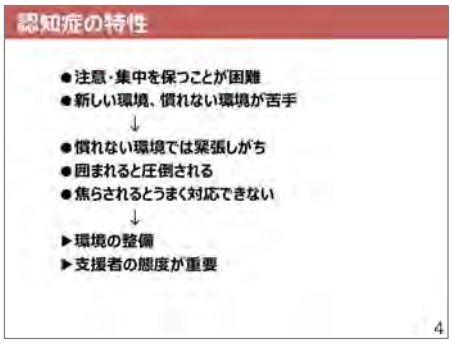
グループワークに関しましては、参加者の習熟度に応じて短めに取っていただくのも場合によってはありかと思います。この場合は、大きくは職種の構成でありますとか、あるいは、多職種が集まる場合には普段の接し方によっても随分と変わります。初めて接する方が多い場合でしたら、少しアイスブレイクの時間を長めにとっていただくというのも一つ必要になるかと思います。

グループワーク全体としては、この 1 番目の内容は比較的シンプルなものですので、それほど大きく踏み込んだ議論にはならないかもしれません。少し余裕を持った構成になっていると見ていただいてよいかと思います。

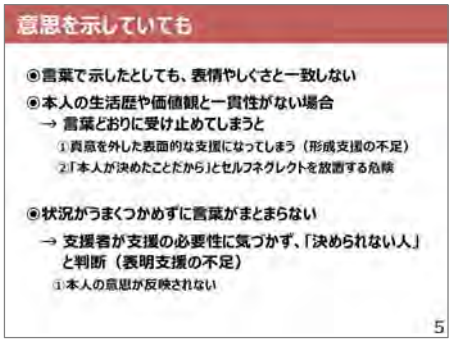


このグループワーク❶全体を通しての到達目標はこちらの 4 点になります。最終的には本人の段階に応じた、具体的に言えば認知機能に応じたということになりますけれども、適切な支援が提供できる。　まず、重要なことは、日常生活において支援を要する場面に気づくことができる。そして、その課題を理解できる。本人の能力や環境に応じてどのような支援を提供するのがよいのかを評価・検討できる。そして、適切な働きかけができるというものが挙がっております。

特にトリガービデオにおいては、支援を要する場面に気づくことができるというところに重点を置いております。まずそこが達成できれば、全体を通しての主要な目標は達成できたと思ってよいかと思います。



最初に、認知症の特性について簡単な流れがスライドで紹介されます。最初の講義のところでも触れているかと思いますけれども、認知症の方の場合はもの忘れだけではなくて、話に注意・集中を保つことが難しいとか、新しい環境、慣れない環境、このような不意打ちに非常に弱いということがあります。そのため、急に話題を振られたり、慣れない場面、大勢で囲まれる等の様々な負担が加わるとどうしてもご本人さんが焦ってしまい、緊張の中でうまく本人さんの意向が表明できないということが出てきがちです。ですので、このような問題を未然に防ぐ。あるいは、そのプロセスで何らかの問題があると気づいた場合には、まず環境の整備をしっかりと振り返る。あるいは支援者自身が実際にどのような態度なのか、姿勢なのかというのを振り返ってみる。このようなことが重要になるかと思います。

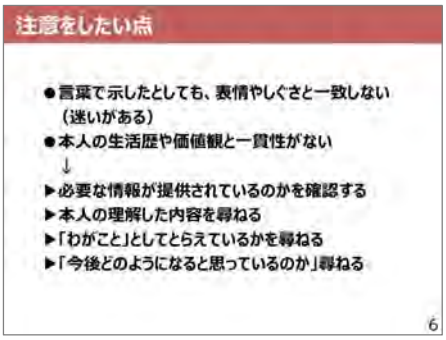


また、ご本人様が意向を示したとしても、それが言葉と表情、しぐさが一致しないとか、あるいは今までの生活歴、価値観と一貫しない、今までと全然違う、少し意表を突くようなことをご本人さんが話すこともあります。そのような場合に字面だけをとめてしまうとご本人さんの真意を外した表面的な支援になってしまうとか、あるいは本人が決めたことだからというような中で、ご本人さんの真意とは違うような支援になってしまうということがあります。

認知症の方の場合、言語の障害、社会的認知の障害から周りの状況、話の流れがうまくつかめないということも出ます。そうすると言葉がまとまらないということも生じがちです。そうすると、本人さんが話せないので、「決められない人」のように見なして、できない、本人は意向がない、というふうに思ってしまいがちなこともあります。こうなりますと本人さんが思っている真意・意思が表明できないということになりますので、そこはいま一度プロセスを振り返って支援を見直すことが重要になるかと思います。

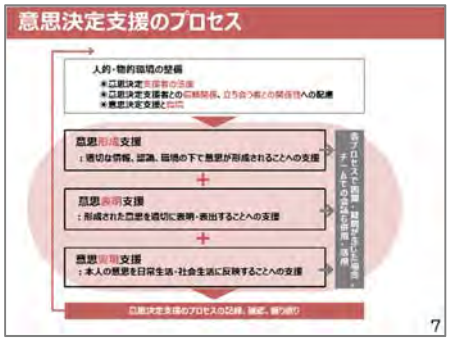
全体を通して日常生活での支援の必要性に気づくときには、ご本人が言葉で示したとしても、表情やしぐさと一致しないとか、今までの本人の生活とはあまりにかけ離れた表明があるというときには、

まず本人がこの情報がしっかりと提供されて、それを踏まえた検討ができているのかを理解することが重要になってくるかと思います。

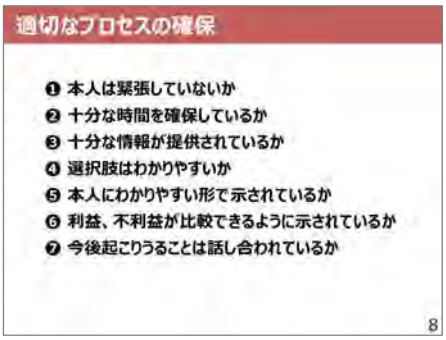


具体的にここは先ほどの講義で触れました意思決定能力の評価と、本人の能力に応じた支援というところにつながってきます。ここは、具体的にはご本人さんがどのように理解をしたのかというのをオープンに本人に尋ねるということが重要ですし、それを通して「わがこと」としてご本人さんが捉えているのか、人ごとでないのか、ちゃんと自分のこととして捉えているのかを確認する。

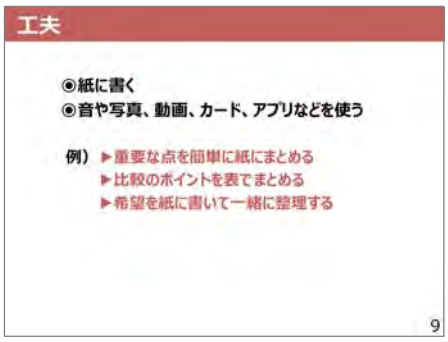
特に実行機能との絡みになりますけれども、今後ご本人様がこれをするとどのようになるのか、そういう見通しをしっかりと踏まえているのかというのを確認し、もしもそこが十分でないと思われる場合には、少し分かりやすい言葉にする、あるいは具体的に示すとか、そのようなプロセスが重要になってくるかと思います。



こちらにはガイドラインでも繰り返し出てきております意思決定支援のプロセスを図示したものになります。この人的・物的環境の整備、形成・表明・実現の支援、これらのプロセスを振り返っていく。このことをグループワークを通して検討いただければと思います。

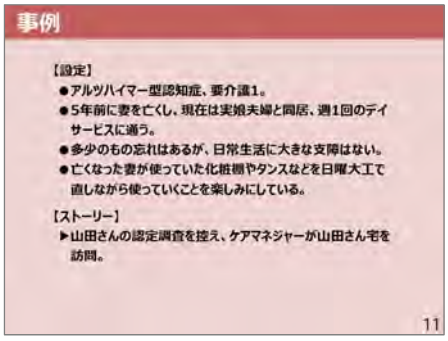


グループワークを行う上でいくつか確認するポイントとして、適切なプロセスの確保をまとめてスライドで提示しております。例えば、ご本人様が緊張していないかとか、十分な時間の確保、情報の提供といくつか主要なポイントがありますので、こちらを適宜、スライドを振り返りながらグループワークをしていただく。例えば、動画を見てグループで検討するときに、もしも少し話題が外れているというようなことがありましたら、こういうスライドを振り返って、一度このプロセスをチームで確認いただくというようなことを促していただいてもいいかと思います。



このトリガービデオでここまで踏み込むことは少ないかもしれませんけれども、実際の支援を少し検討いただくとか、あるいは、普段の支援を振り返っていただくというときに、こんな工夫がなされているかどうかという意見を少し頂くというのもありかと思います。

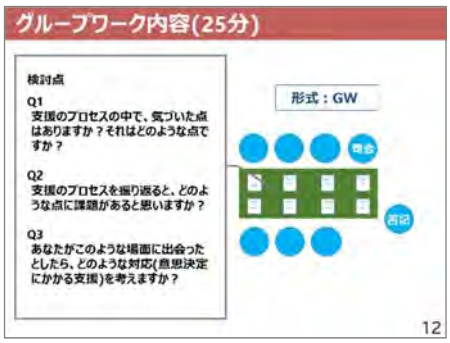
臨床でいくと、どうしても限られている時間の中で支援にも限界が多いかと思いますけれども、少なくともこういう紙に書いて重要なポイントを示すとか、写真・動画等のいくつかの機材を使う。この辺りは検討いただく点かと思います。例にも主要な点をまとめております。忙しい現場でできることは限られておりますけれども、こんな工夫はどうかみたいなものがグループワークの中で出れば、この辺りについてある程度しっかりと検討が進んだと感じていただいてもよいかと思います。



ここで DVD のトリガービデオをグループで見ていただいて、そして、この検討に入っていただければと思います。

事例の概要はこちらのスライドにまとめてございます。設定としてはアルツハイマー型の認知症で要介護 1 です。ある程度、日常生活は保たれている。ただ、その中で時々重要な場面、あるいは少し複雑な場面という中で出てくることを想定しております。

今回の設定の事例の背景では、5 年前に奥様を亡くし、現在は実の娘さんと同居をしている。週 1 回のデイサービスに通うということで、普段の日常生活はご本人さんがある程度自立して行っているイメージで捉えていただければと思います。多少の物忘れ、記憶障害はありますけれども、日常生活に大きな支障はございません。亡くなった奥様が使っていた化粧棚、タンスなどをご本人様が直しながら使っていくということを楽しみにしている。ただ、これがご本人が急を要する場面ではうまく表明できないために、先ほどのように周りから圧倒されてしまって言葉が出なくなっている。そのようなところが出てきます。ストーリーとしてはこの認定調査を控えてケアマネジャーがご自宅を訪問する。そこで娘さんを交えた場面ということになります。



グループワークは大体 25 分ぐらいを想定しています。提示するスライドに沿って補足をさせていただければと思います。

最初に司会の方、書記の方を指名して、あらかじめ発表するということを伝えて、そのうえでグループワークに入っていただくのが運営上スムーズかと思います。検討点としてはこちらの Q1 から Q3 のようなものが提示されております。意図しているものは、主にこの意思決定支援のプロセスを少し気づいていただき、その中で普段の実践場面の話題が少し出ればということです。

Q1 では、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、というようなものを促しています。

Q2 では、ガイドラインで提示しております意思決定支援のプロセスに沿って、実際のトリガービデオでの場面を見て、どのような点に課題があるかと、そこをグループで指摘していただく内容です。

Q3 は、余裕がある場合に触れられればと思いますが、もしもご自身がこのような場面に出会ったらどのような支援を行うのか、どのような工夫を行うのかというのを挙げていただければと思います。

Q1、Q2 は比較的シンプルな課題かと思います。先ほどのガイドラインや、場合によってはスライドを振り返りながら、このガイドランでどういうふうなところを意図しているのか、今回のトリガービデオでどのような点に問題があるのか、というのを挙げていただきます。

時間配分としては、大体 Q1 が 5 分くらいでできるかと思います。気づいた点を踏まえて、Q2、Q3 の検討に入っていただければと思います。特に大きく指摘しなければいけないものではなく、比較的容易に出るかと思いますけれども、まず、この支援の必要性でありますとか、ご本人が戸惑う場面などから、実際にどのようなプロセスの問題があるのかというのを誘導していただくと、より簡単になるかと思います。

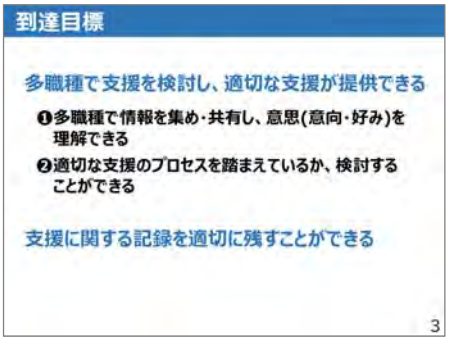
また、参加者に比較的余裕がある場合には、こういう場面を踏まえてご自身の場面をいくつか語っていただいて、必要に応じてその中で今後実践できるような支援内容を挙げていただくと、グループワークとしては十分な内容になるかと想定しております。

以上、簡単ですけれども、グループワーク❶の運営につきまして、簡単にご紹介をさせていただきました。

⑶ グループワーク❷（社会生活）（日本司法支援センター（法テラス）　水島俊彦先生）

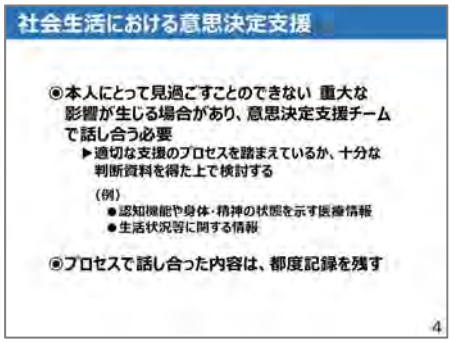
社会生活における意思決定支援のプロセス「グループワーク❷」の解説を始めます。

さて、本グループワークの構成としては、約 1 時間程度にはなっておりますけれども、実際のグループワーク及び発表及び解説、こちらについては、場合によっては人数によって少々変動があるということはあってもよろしいかと思います。特にグループワークについては、約 20 分程度でもある程度の効果が見込まれますので、むしろ発表されるグループの方の時間をより確保するというような視点も重要かと思われます。

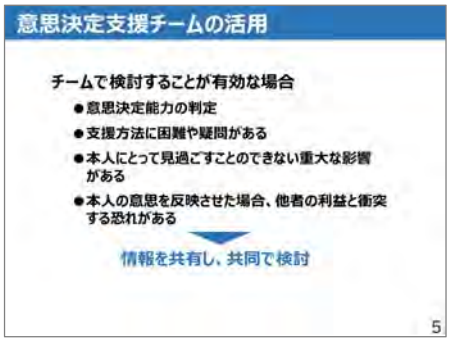


本グループワークの到達目標についてですけれども、こちらは書かれているとおりではあるのですが、まずチーム支援というものを適切に意識できるようにするということ、それから、何が適切な支援なのかということについて理解を進めていただくこと、これが重要なポイントでございます。

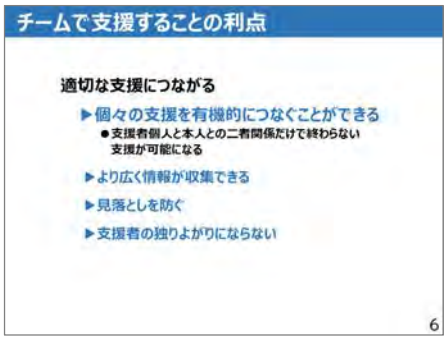
特に、認知症の人、例えば障害の程度が重くなっていくと、最初からできないから周りが決めてしまうので、しょうがないのではないかというような考え方を持つ方も中にはいらっしゃいますので、その方々の発想を転換していただき、本人自身が主体的に意思決定を行っていく、そのための支援をどのように行っていくのかという、このポイントをずらさないようにご説明いただけるとよろしいかと思います。



それから、社会生活における意思決定支援という部分においては、特に日常生活と対比すると、他者との衝突であるとか、あるいはリスクに関しての考え方というものが出てきますので、本人にとって見過ごすことのできない重大な影響というものについても、場合によっては検討をする必要が出てくるかもしれません。ただ、その部分だけに終始したような議論にならないように、本ガイドラインが目指すところ、目標をきちんと据えたうえで議論を進めていく必要があろうかと思います。

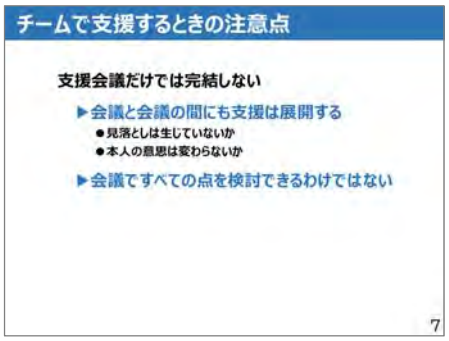


意思決定支援チームの活用というところでございますけれども、チーム支援というものを意識するということが重要です。これは、特に1対1の関係性の中では、ある種閉鎖的な環境で、支援者も支援者側の思い込みがあるということもございます。ですので、特に大事な意思決定なればなるほど、一人で決めない。むしろ、本人も交えたチームで検討するという、この姿勢を持ってもらえるようにしていただきたいと思います。



チームで支援することの利点ですが、こちらについてもこのとおりでございますけれども、やはり一人でやっていくことの弊害の裏返しだと思います。つまり、一人で支援者が動いたとしても、本人に関する情報、例えば、本人が何が好きで、嫌いで、どんな価値観を持っていて、これまでどんな意思決定をしてきたのか、あるいはそのほかの信条等も含めて、幅広い情報というものは一人で収集できるわけではございません。ですので、様々なチームメンバーの方からの情報を集約することができるというのは、チーム支援の中のメリットの一つだと思われます。

かつ、下のほうに書いてありますとおり、支援者の独りよがりにならないという点についても重要です。これは、1対1の構造ですと、支援者側も陥ってしまいがちな点でございますし、特に熱心な方であればあるほど、ご本人が話をした言葉以上にその解釈が入り込んでしまって、支援がずれていってしまうということもあり得ますので、この点、チームで適切に吟味をしていくということが重要だろうと思われます。

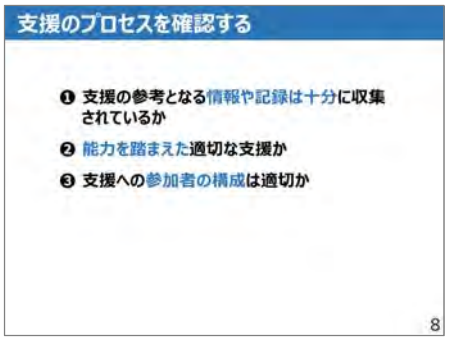


チーム支援をするときの注意点ということでございます。本ガイドラインにおいては、確かに意思決定支援会議というものが規定されておりますが、その会議で全てを決めることではないというお話です。

あるいは、チームの会議の中で本人が表明した意思があったとして、それは覆すことができないという話ではなく、本人の意思というものは当然変わり得るということも十分に意識をし、行っていく必要があります。

また、その会議と会議の間の点についても、非常に重要でございます。会議に至るまでのプロセス、特に支援者側の準備というのもありますし、本人側の準備、つまり本人自身がいきなりその会議に

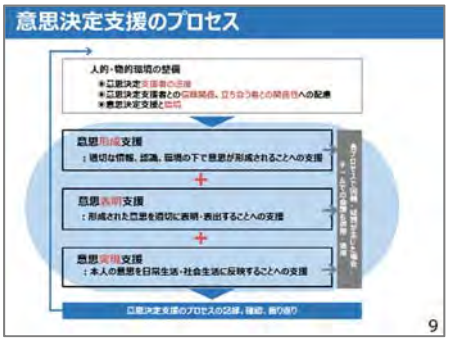
放り込まれるとか、そういうことではなく、何のためにこういった会議を行っていくのか、そのところでどういったことをご本人には期待されているのか、その辺りも含めて十分な説明を経たうえで、こういった会議に臨んでいくということが重要だろうと思われます。



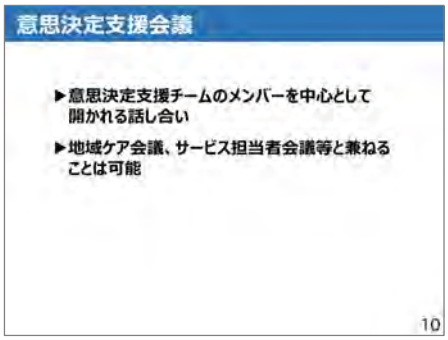
プロセスの検証という観点からすると、意思決定支援を行ったときに何ら記録が取られていないと、あとで振り返って、例えば、こういうふうに改善をしていったらいいのではないかとか、その辺りの検証ができなくなってしまいます。そういった観点から、本人の情報だけではなく、意思決定支援に関する情報・記録というものが十分に収集・記録化されていく必要があろうかと思います。

また、3 番に関しても、参加者の構成という部分について、皆様、結構悩まれることも多いかと思いますけれども、これは支援者が全て決めてしまうというよりは、例えば会議の参加メンバーについても、ご本人の意見というものをきちんと酌み取ったうえで決めていくことも必要かと思われます。場合によっては、ご本人がこの人には参加をしてほしくないということをおっしゃることもあろうかと思います。その際には、そのミーティングにおいては、無理にその方を会議に参加していただくと、かえって本人の意思形成、表明という部分においての影響が出てくる可能性もございます。

ですので、ミーティングを 1 回だけ行うというよりは、例えば、その回はご本人の意思を十分に酌み取ったうえで適切なメンバーを構成し、さらにその後に、改めてご本人に確認をしたうえで、その参加者の方にも参加してもらってもいいかどうか、こういった確認をしていくこともあろうかと思います。

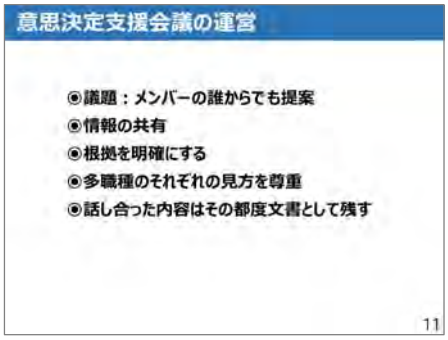


さて、意思決定支援のプロセスに関しては、既に講義パートなどでも触れられておりますので、こちらを表示するだけにしたいと思います。これは強調してもし過ぎることはないくらいです。準備、つまり人的・物的環境の整備ということが非常に重要性を持っているということは強調しておきたいと思います。

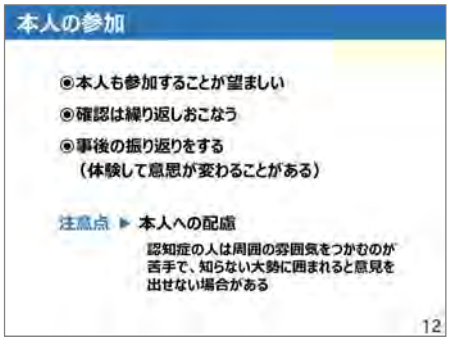


この意思決定支援会議というものについては、もちろん、地域ケア会議、サービス担当者会議等と兼ねることは可能ということになっておりますけれども、この点で重要なポイントは、この意思決定支援の会議というものは、介入型あるいは問題解決をするための会議とは異なる位置づけにあるということは、皆さんの認識として共通しておきたいところです。

つまり、何か問題があって、支援者がどのように介入し、本人を説得してどうこうする、そういった会議に慣れている方であると、事前にこの意思決定支援会議のコンセプトを説明しておかないと、参加をしたときに会議の内容が、ある種の「最善の利益」型、そういった会議になってしまうかもしれません。ですので、支援者の考えを押しつける、そういった会議ではない。あるいは、良かれと思って先回りし、本人に代わって決めるようなそういった会議ではない。その辺りを、ガイドラインの趣旨なども説明をいただいたうえで、会議に臨んでいただくということが重要かと思われます。

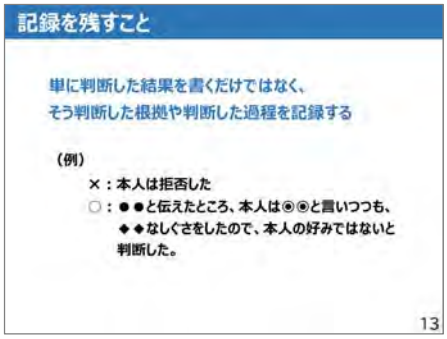


意思決定支援会議の運営については、メンバーの誰からでも提案可能とされております。もちろんこれまでに関わっておられる方の中で、例えば、ケアマネジャー、あるいは地域包括支援センターの職員、あるいは昨今では、中核機関と呼ばれるそういった職員だとか、それぞれのメンバーの方が議事を取り仕切ることもあろうかと思います。



そして、その会議の中では、本人の参加ということが非常に重要でございます。つまり、意思決定支援というものは、本人が自ら主体的に意思決定を行う、このためのサポートということでございますので、その決定の主体たる本人が、全く参加しない、参加する機会もないということでは、これは意思決定支援会議というものが成り立つのかどうかということに疑問が生じます。

ですので、ご本人が参加する。そして、そのご本人が実質的に会議のメンバーとして議論に参加する。この参加するということを保障するための様々なサポートということについての工夫もぜひ話し合っていただければと思います。

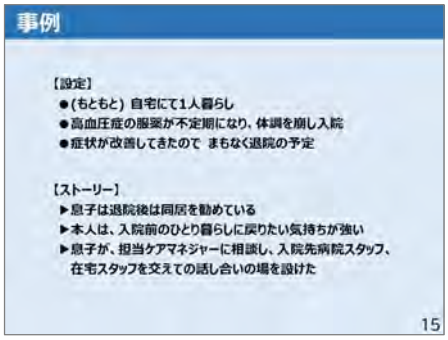


そして、記録を残すことも重要です。先ほど申し上げましたとおり、この記録というものは、事後的に振り返るときに大切な資料となります。ですので、この例にありますとおり、どのような記録を残すのかということについても、ご留意をいただければと思います。

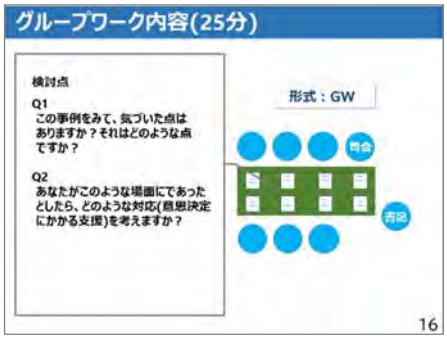
この記録のつけ方としては、端的なポイントは、事実と評価を分けて書くということでございまして、特に評価という部分については、それぞれの見方、支援者の見方によっても異なりますので、それぞれを適切に書き分ける。あるいは評価は複数の目で行うということも重要かと思われます。

それでは、ここから DVD を実際にご覧いただきまして、この DVD の中のポイントについて後ほど解説をさせていただきます。

ちなみにこのビデオに関してなのですが、あくまでトリガービデオということでございまして、特定の、例えば専門職がこうだということを示すものではなく、あくまでも受講者の皆様の意思決定支援に対する気づきを得るために、あえて演じてもらっているというような映像でございます。そういった点も、もしかしたらあらかじめ触れておいたほうがよいかもしれません。



この事例に関しては、書いてあるとおりなのですが、グループワークの進め方についての若干のポイントをご説明させていただきたいと思います。

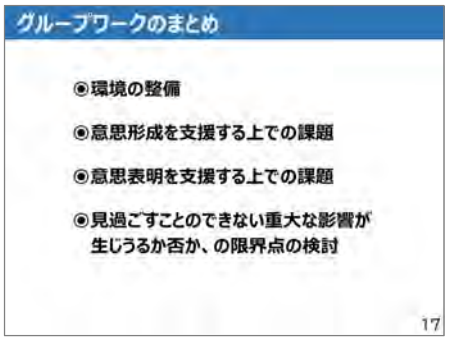


この Q1 の部分で、「気づいた点はありますか」というこのディスカッションにおいて、よくありがちなのは、支援の内容について深入りして、この支援がいい、でもああいう支援がいいのじゃないか、支援のメニューですよね、そちらのほうに注視してしまうような議論というのも過去にございました。

ですので、その際には、例えばガイドラインを見ながら、映像と照らし合わせて気づいた点を確認するだとか、あるいは意思決定支援の観点からどうでしょうかというふうに、その議論の的を絞るというようなやり方もあろうかと思います。

それから、Q2 の部分に関しては、様々なアイデア出しのチャンスではあるのです。ですので、グループワークで単に発表して終わりというよりは、特にこの Q2 に関しては、ホワイトボードなどにその工夫を書き出すなどして、それぞれのグループからのアイデアを募っていくということも重要かと思われます。

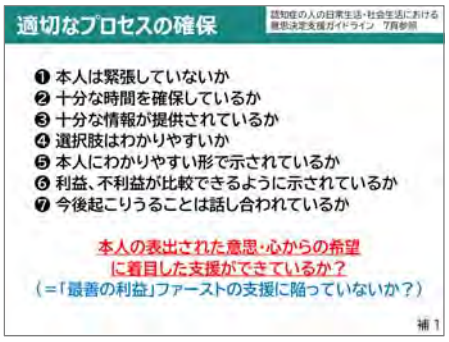
詳しくは講義パートでも触れましたが、意思決定能力に関する 4 つの要素、「理解」、「記憶保持」、「比較検討」、「表現」、例えばそういった要素に照らして検討してみるなどの工夫もあり得るかと思われます。



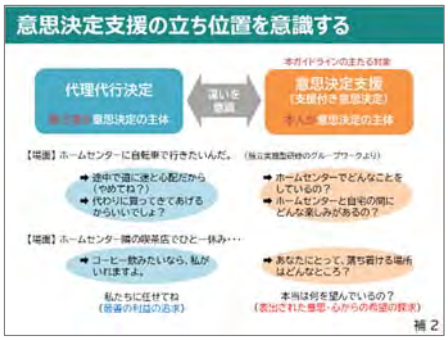
グループワークのまとめということで、こういった 4 つのポイントについて検討するということもありますが、重要なのは、上 3 つのポイントです。下のポイントをあまりに検討し過ぎると、意思決定支援の部分の議論が進みませんので、上の 3 つのポイントを中心に議論を行い、4 つ目のポイントは、何を検討すべきなのかという点に絞って検討いただけるとよろしいのではないかと思います。

こちらは適切なプロセスの確保ということで、これは先ほどのグループワーク❶でも出ましたけれども、もし先ほどの Q1 で気づいた点という部分で、なかなか議論が進まないということであれば、この 1 から 7 のポイントを留意して検討してみてくださいだとか、そういった工夫もあり得るのではないかと思います。

いずれにしましても、意思決定支援の基本的な姿勢、立ち位置、本人の心からの希望に着目した支援というものを検討できているかどうかということを、グループワークの最中にも講師の方はチェックをしていただければと思います。

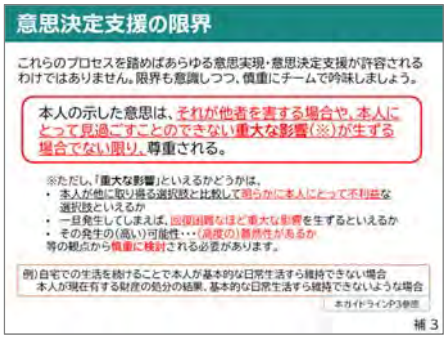


これ以降のスライドについては、実際の演習のスライドの中にはないものですが、講師の皆様の理解のために置いたものです。



この意思決定支援の立ち位置ということで最も重要なのは、本ガイドラインの対象とするものは、本人が意思決定の主体であって、本人が意思決定するためのサポート、これを意思決定支援という。そして、その意思決定支援というものの中における立ち位置は、本人が何を本当に望んでいるのかという心からの希望を探究する、このプロセスが重要なのだということを意識していただきたいところです。

ついつい、本人が決められないから周りが決めてしまおう。よかれと思って、あるいは心配だから、周りが決めたほうがいいのではないか。こういった「最善の利益」の発想に支援者というものは陥りがちでございますので、グループワークの最中にも、この視点がどうなっているのかということも併せて見ていただき、もし「最善の利益」的な議論が進み過ぎていれば、その点を発表、あるいはそのあとの解説の中で指摘していただくのがよろしいかと思います。

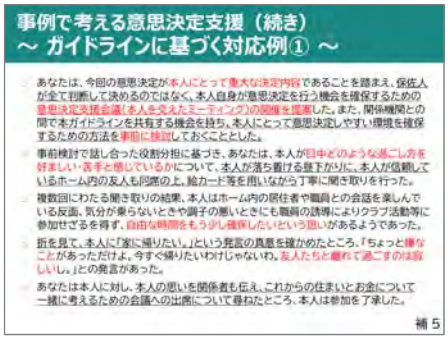


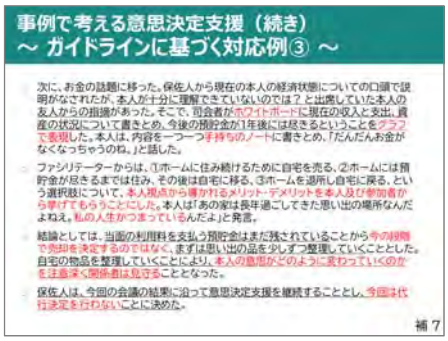
さて、意思決定支援の限界という部分について、こちらもスライドにはないものでございます。こちらは講義パートでも触れたものの内容を少しひき直したものでございます。

「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でない限り、尊重される」というような文言がガイドライン上も書かれておりますが、大事なポイントは、「重大な影響」と本当に言えるのかどうか、そのポイントというものをきちんと吟味するということでございます。

ですので、特に社会生活における意思決定の支援の中では、支援者側からリスクが大き過ぎるのではないかと、こういったような意見が言われることも多いです。そのときに、本当にそのリスクというものが、「重大な影響」と言えるのかどうか、この点の吟味をきちんと行う必要があるということです。逆にこれが行われないと、ちょっとリスクがあるから、もうそれは無理ですよとなってしまいがちなところもございますので、その点、特に指摘しておきたいと思います。

ただし、ガイドラインとしてはあくまでも意思決定支援に特化したガイドラインなので、この限界、つまり「重大な影響」が生ずる場合にはどうすればいいのかという点は、他のガイドラインなども参照しながら、適切に行動していく必要があろうかと存じます。





ここからは、解説というよりは、皆様が講師として、本ガイドラインに基づく意思決定支援というものをどのように進めていくかという事例を少しご紹介したものでございます。皆様が意思決定支援のきっかけ、その取り組み方、あるいはチーム支援をどのように行っていくのか、あるいは本人をどのように参加してもらうのか、さらには、本人の心からの希望に着目した支援というものはどういうものなのかという点についてイメージを持っていただくために、こちらのそれぞれのスライドを用意しております。

これは、講師の皆様が、ある種、手控えとして持っておいていただければよろしいかと思いますし、何か受講者からのご質問等があった場合に、具体的にはという点でご紹介いただくことでもよろしいかと思います。

グループワーク❷の解説は以上となります。

Ⅲ ガイドラインおよび研修等に関する実態把握調査

1. 調査概要

1.1　調査目的

「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」が公表され約 2 年が経過、また、自治体等では同ガイドライン研修をはじめ、医療・介護等専門職向けの研修等も展開されている。

もっとも、医療やケア、また、生活等にかかる意思決定支援の内容的な相違やそれぞれの場面での実践の難しさゆえに、専門職間での意識の共有や地域における各ガイドラインの普及・活用等の実態が整理できていないことも課題とされている。

そこで、認知症の人の意思決定支援の現状、および、「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」の認知や同ガイドライン研修等受講にかかる全国的な実態について整理、広く共有することを目的としてアンケート調査を実施した。

1.2　調査対象　：　意思決定支援に関わる機会が多いであろう、認知症サポート医、また、地域包括支援センター担当者を対象

認知症サポート医　1,500 人（令和元年度までの養成修了者約 11,000 から任意抽出）

地域包括支援センター 担当者　1,741 市町村経由（任意の 1 センター(担当者)を対象）

1.3　調査期間　：　令和 2 年 11 月 16 日 ～ 12 月 8 日（回答期日）

1.4　調査方法　：　質問紙郵送形式

（実施主体ホームページへの調査票ファイル掲載・利用も併用）

1.5　主な調査項目：

①回答者基本属性

②認知症高齢者の意思決定支援の考え方とその実践

③意思決定支援に関するガイドライン等の認知と研修等の受講について

④認知症の人の意思決定支援ガイドラインの実践や取り組みについて

⑤意思決定支援にかかる地域での取り組み等について

1.6　回答状況　：　1,071 回答　認知症サポート医 260：回収率 17.3%

地域包括支援センター担当者 753：同 43.3%（1,741 市町村として）

2. 調査結果

2.1　回答者基本属性

【認知症サポート医】

2.1.1　所属医療機関

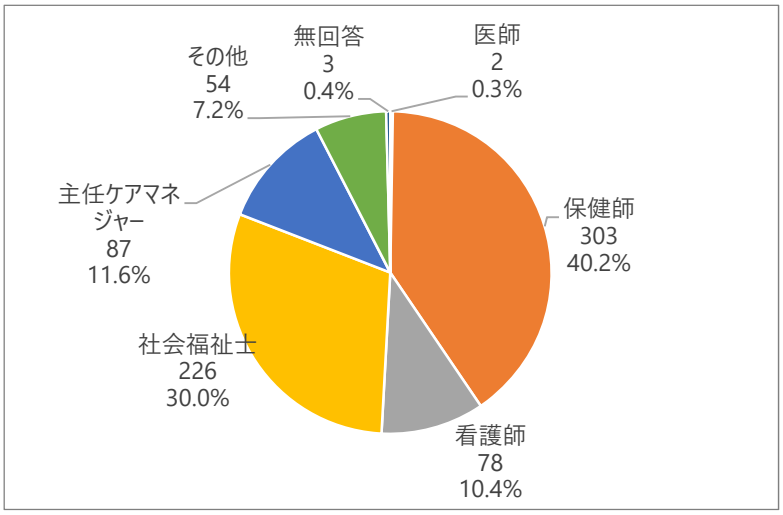
	人数	割合
診療所	164	63.1%
病院	93	35.8%
その他	3	1.1%

【地域包括支援センター担当者】

2.1.1　地域包括支援センターの属性

	人数	割合
自治体直営	429	57.0%
委託	316	42.0%
その他	5	0.7%
無回答	3	0.3%

2.1.2　回答者（担当者）の職種構成



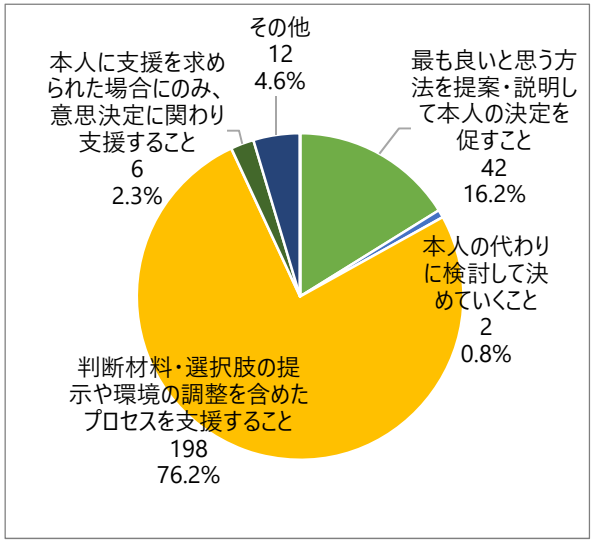
2.2　意思決定支援について

2.2.1　認知症高齢者の「意思決定支援」とは、どのようなものと考えますか

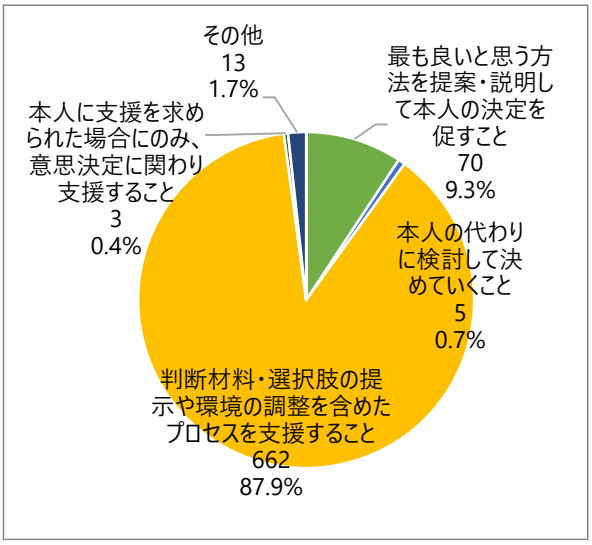
○「判断材料・選択肢の提示や環境の調整を含めたプロセスを支援すること」とした回答がいずれも最多であった。

○「本人の代わりに検討して決めていくこと」とした回答はほとんど見られなかった。

【認知症サポート医　n260】



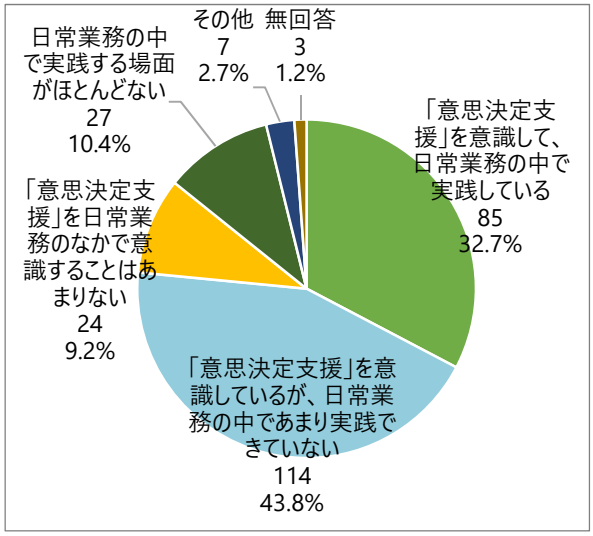
【地域包括支援センター担当者　n753】



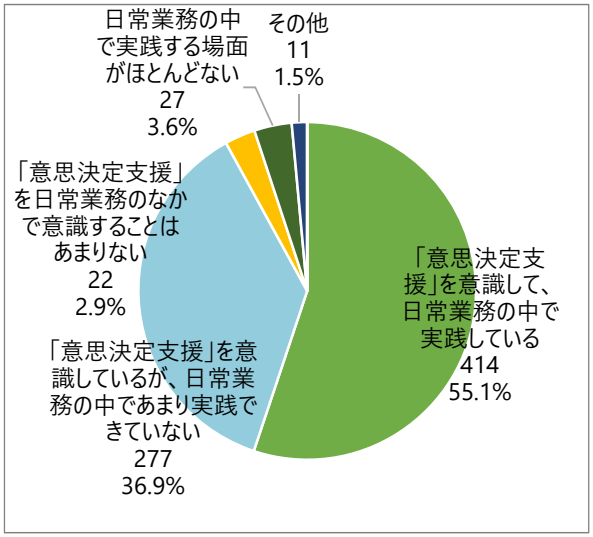
2.2.2　認知症高齢者への対応にあたって、「意思決定支援」について実践していますか

○認知症サポート医では、「『意思決定支援』を意識しているが、日常業務の中では支援できていない」が 43.8%で最多であった。地域包括支援センター担当者では、「『意思決定支援』を意識して、日常業務の中で実践している」が過半数となった。

【認知症サポート医　n260】



【地域包括支援センター担当者　n753】



○意思決定支援の実践（2.2.2）別の意思決定支援の捉え方（2.2.1）は、認知症サポート医、地域包括支援センター担当者ともに、日常業務において「実践している」群でも、「実践できていない」群でも、「意思決定支援」の捉え方が異なる状況が見られた。

【認知症サポート医　有効回答 n257】

			意思決定支援の捉え方（定義）					
			最も良いと思う方法を提案・説明して本人の決定を促すこと	本人の代わりに検討して決めていくこと	判断材料・選択肢の提示や環境の調整を含めたプロセスを支援すること	本人に支援を求められた場合にのみ、意思決定に関わり支援すること	その他	合計
意思決定支援の実践	意思決定支援を意識して、日常業務の中で実践している	人	17	0	65	0	3	85
		%	20.0%	0.0%	76.5%	0.0%	3.5%	100.0%
	意思決定支援を意識しているが、日常業務の中であまり実践できていない	人	17	0	92	3	2	114
		%	14.9%	0.0%	80.7%	2.6%	1.8%	100.0%
	意思決定支援を日常業務のなかで意識することはあまりない	人	4	1	17	0	2	24
		%	16.7%	4.2%	70.8%	0.0%	8.3%	100.0%
	日常業務の中で実践する場面がほとんどない	人	3	1	19	2	2	27
		%	11.1%	3.7%	70.4%	7.4%	7.4%	100.0%
	その他	人	1	0	3	1	2	7
		%	14.3%	0.0%	42.9%	14.3%	28.6%	100.0%
	合計	人	42	2	196	6	11	257
		%	16.3%	0.8%	76.3%	2.3%	4.3%	100.0%

【地域包括支援センター担当者　有効回答 n751】

			意思決定支援の捉え方（定義）					
			最も良いと思う方法を提案・説明して本人の決定を促すこと	本人の代わりに検討して決めていくこと	判断材料・選択肢の提示や環境の調整を含めたプロセスを支援すること	本人に支援を求められた場合にのみ、意思決定に関わり支援すること	その他	合計
意思決定支援の実践	意思決定支援を意識して、日常業務の中で実践している	人	39	3	362	0	10	414
		%	9.4%	0.7%	87.4%	0.0%	2.4%	100.0%
	意思決定支援を意識しているが、日常業務の中であまり実践できていない	人	23	1	249	1	3	277
		%	8.3%	0.4%	89.9%	0.4%	1.1%	100.0%
	意思決定支援を日常業務のなかで意識することはあまりない	人	3	1	16	2	0	22
		%	13.6%	4.5%	72.7%	9.1%	0.0%	100.0%
	日常業務の中で実践する場面がほとんどない	人	5	0	22	0	0	27
		%	18.5%	0.0%	81.5%	0.0%	0.0%	100.0%
	その他	人	0	0	11	0	0	11
		%	0.0%	0.0%	100.0%	0.0%	0.0%	100.0%
	合計	人	70	5	660	3	13	751
		%	9.3%	0.7%	87.9%	0.4%	1.7%	100.0%

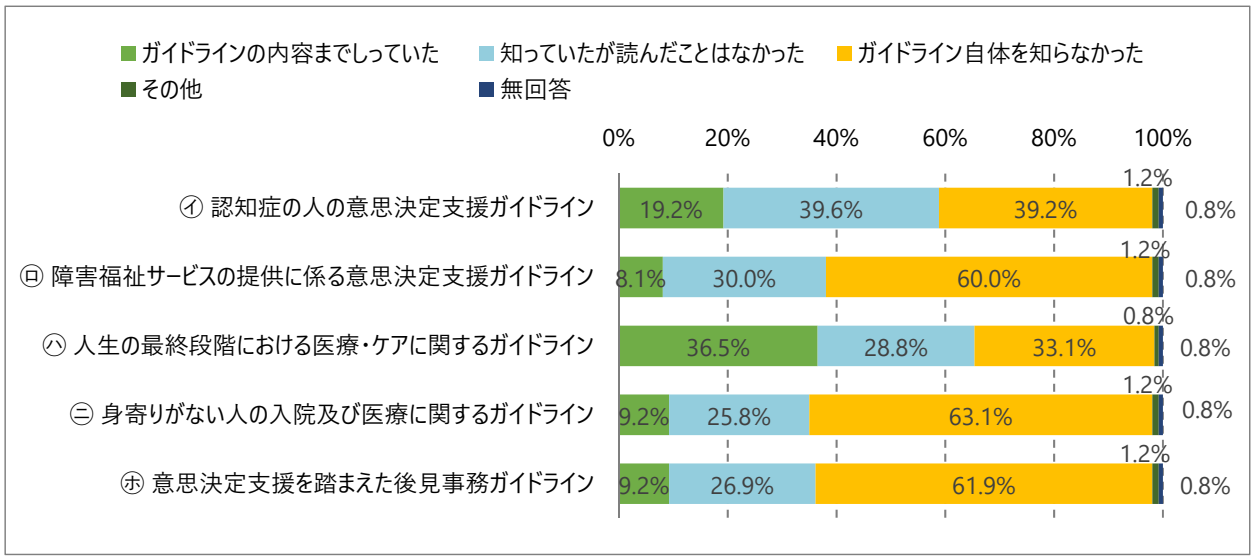
2.3　「認知症の人の日常生活・社会生活における意思決定支援ガイドライン」について

2.3.1　意思決定支援にかかる以下の「ガイドライン」の内容の認知等

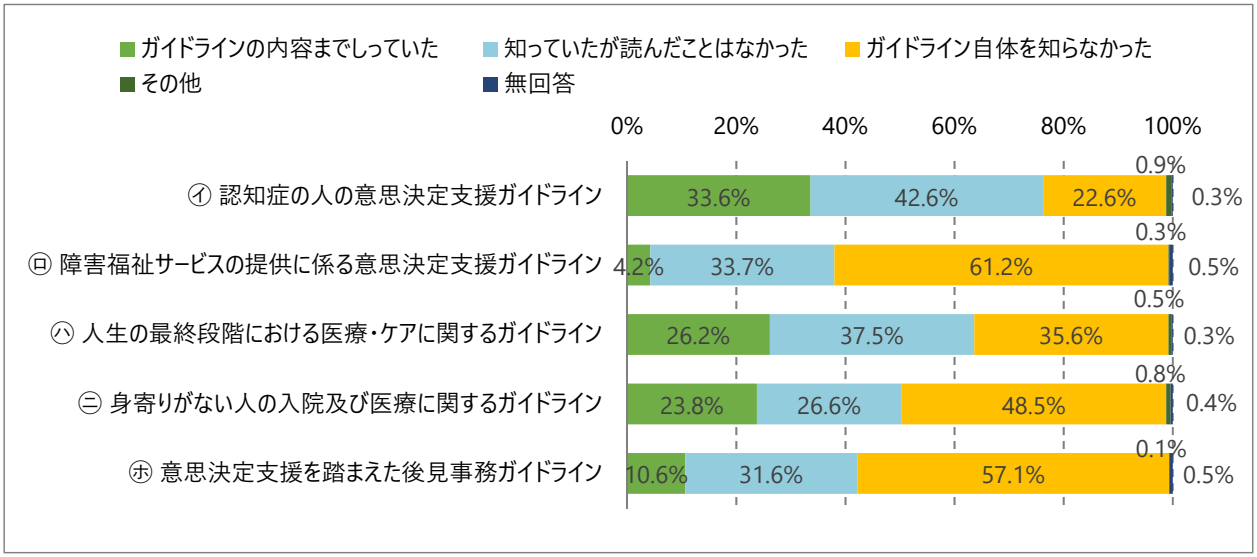
○認知症サポート医では、「㋩人生の最終段階における医療・ケアに関するガイドライン」の認知度が高かった。「㋑認知症の人の意思決定支援ガイドライン」については、約 6 割で"知っている"（"内容まで知っている"は 19.2%）という結果であった。

○地域包括支援センター担当者では、「㋑認知症の人の意思決定支援ガイドライン」について約 8 割が"知っている"（"内容まで知っている"は 33.6%）となった。

【認知症サポート医　n260】



【地域包括支援センター担当者　n753】



2.3.2　「㋑認知症の人の意思決定支援ガイドライン」の認知の有無別の状況

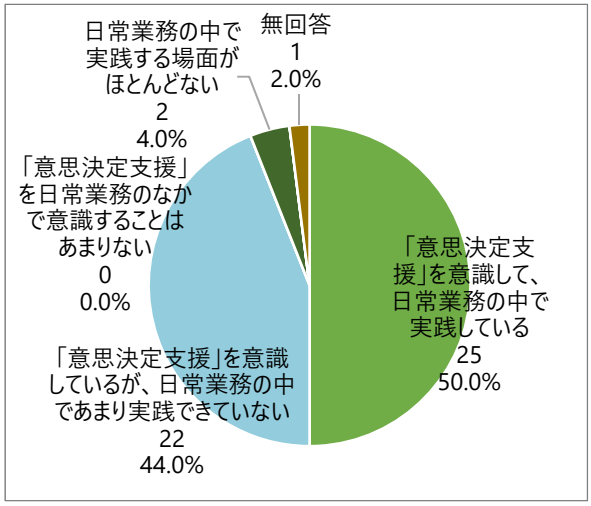
ⅰ　意思決定支援の実践（2.2.2）

○認知症サポート医では、「㋑認知症の人の意思決定支援ガイドライン」を知っていた方が、「『意思決定支援』を意識して、日常業務の中で実践している」割合が約 2 倍となった。

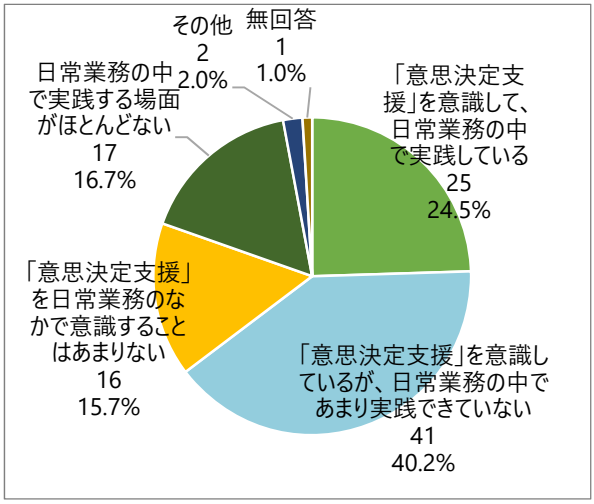
○地域包括支援センター担当者では、「㋑認知症の人の意思決定支援ガイドライン」を知らなかった場合でも「『意思決定支援』を意識して、日常業務の中で実践している」が過半数を維持した。

【認知症サポート医　n260】

ⓐ内容まで知っていた群（n50）

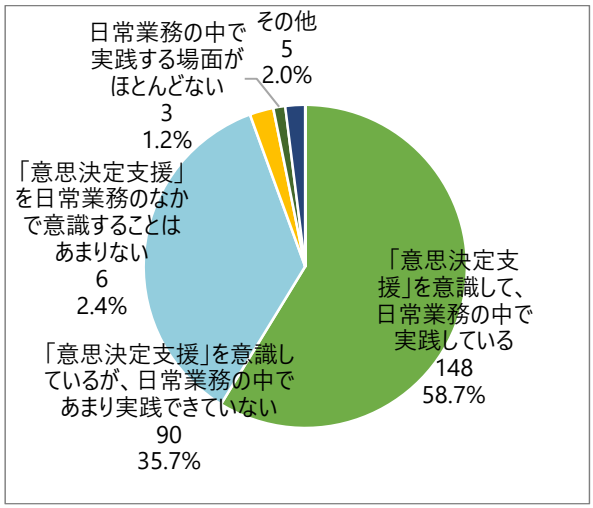


ⓑガイドラインを知らなかった群（n102）

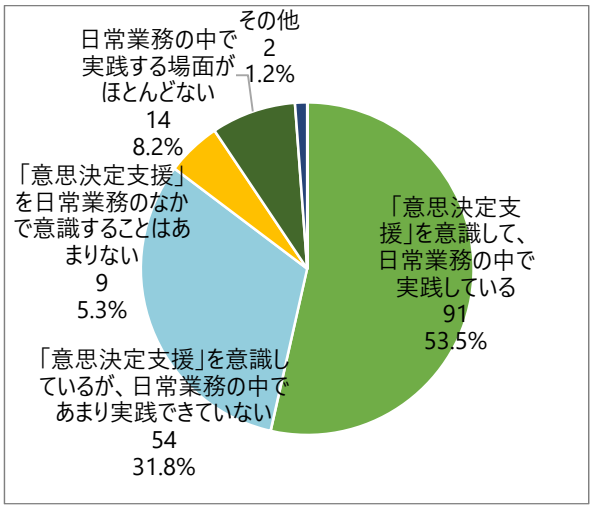


【地域包括支援センター担当者　n753】

ⓐ内容まで知っていた群（n253）



ⓑガイドラインを知らなかった群（n170）

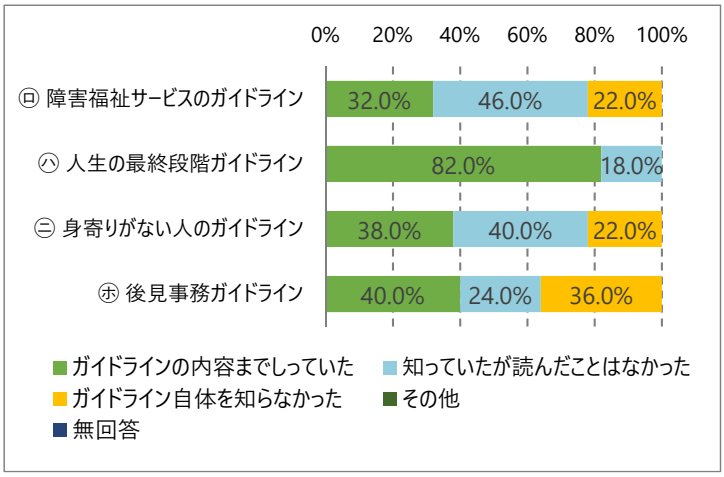


ii　他のガイドラインの認知（2.3.1）

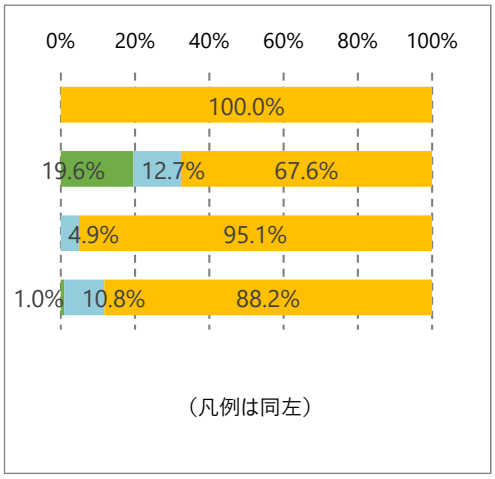
○「㋑認知症の人の意思決定支援ガイドライン」を知っている場合には、他の㋺～㋭のガイドラインについても一定程度の認知があった。

【認知症サポート医　n260】

ⓐ内容まで知っていた群（n50）

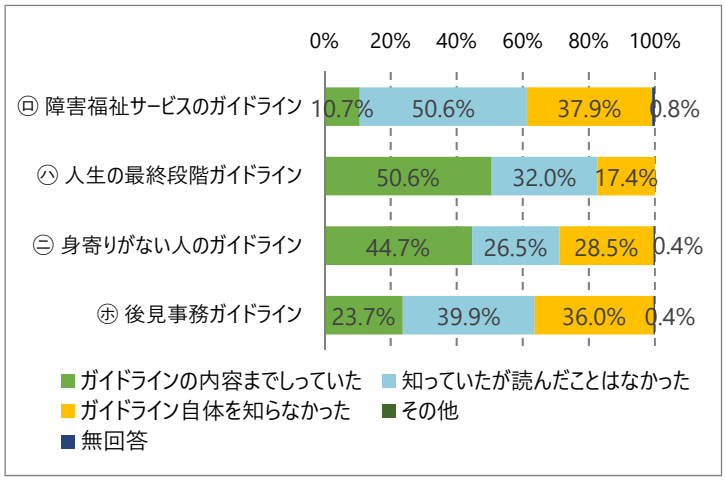


ⓑガイドラインを知らなかった群（n102）

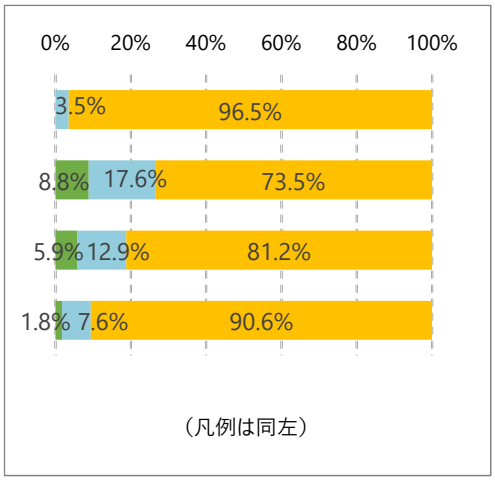


【地域包括支援センター担当者　n753】

ⓐ内容まで知っていた群（n253）



ⓑガイドラインを知らなかった群（n170）

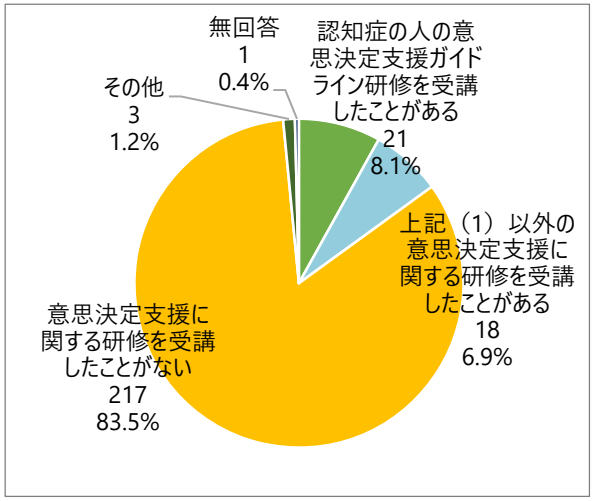


2.3.3　認知症の人の意思決定支援に関する研修について

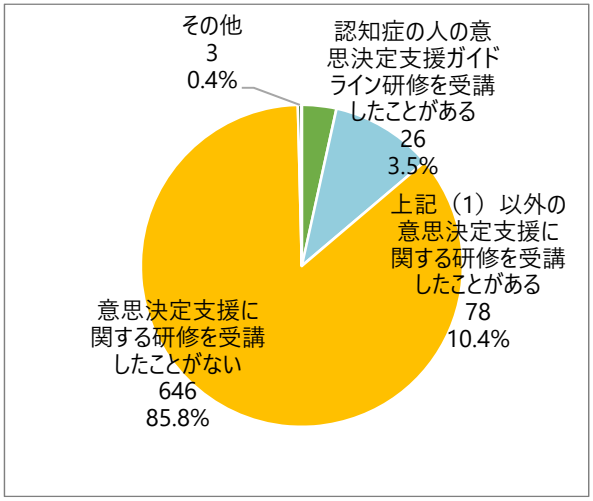
○認知症サポート医、地域包括支援センター担当者とも、「意思決定支援に関するガイドライン研修を受講したことがない」が 8 割を上回った。

○認知症の人の意思決定支援ガイドライン研修の受講は、認知症サポート医で 8.1%、地域包括支援センター担当者で 3.5%にとどまっていた。

【認知症サポート医　n260】

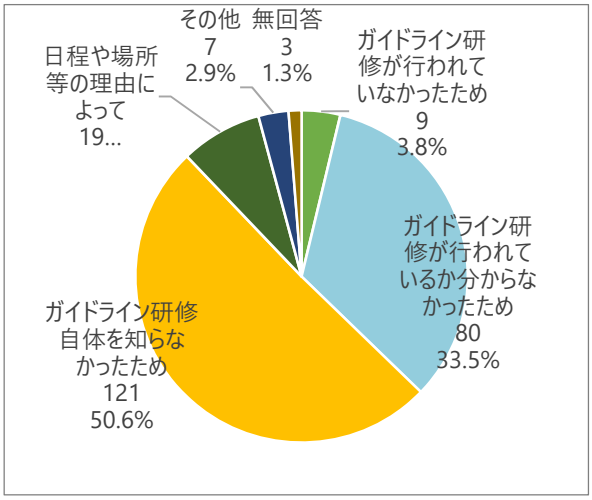


【地域包括支援センター担当者　n753】

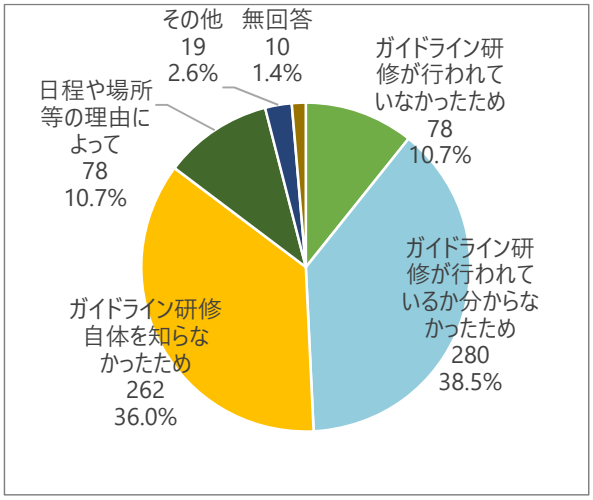


2.3.4　意思決定支援ガイドラインの研修を受講したことがない理由

【認知症サポート医　有効回答 n239】



【地域包括支援センター担当者　有効回答 n727】

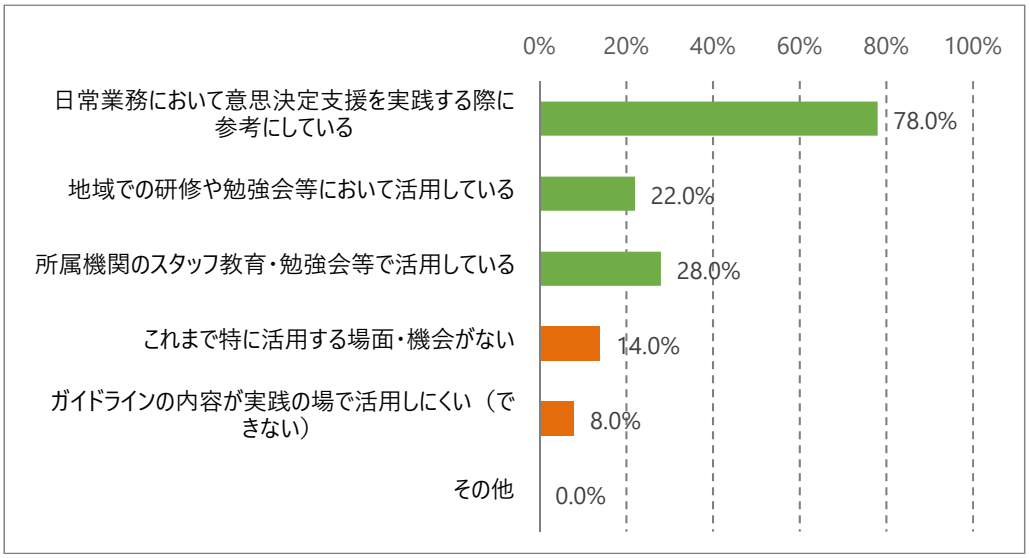


2.3.5　認知症の人の日常生活・社会生活における意思決定支援ガイドラインにかかる実践

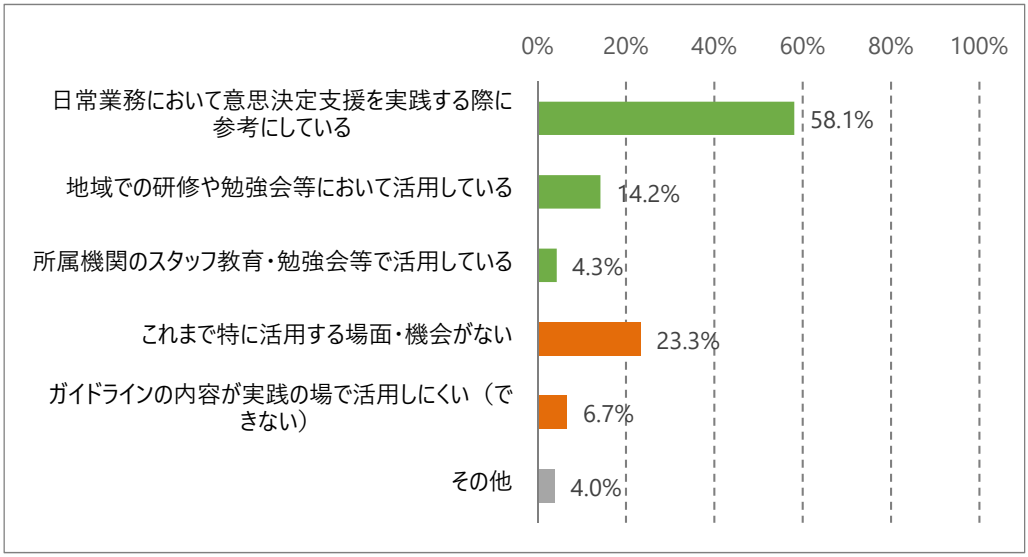
○「㋑認知症の人の日常生活・社会生活における意思決定支援ガイドライン」について知っているとした場合のガイドラインの実践について、認知症サポート医、地域包括支援センター担当者とも、「日常業務において意思決定支援を実践する際に参考にしている」が最多であった。

○一方で、「これまで特に活用する場面・機会がない」、「ガイドラインの内容が実践の場で活用しにくい（できない）」とした回答も一定程度あった。

【認知症サポート医　「ガイドラインの内容を知っている」有効回答 n50】



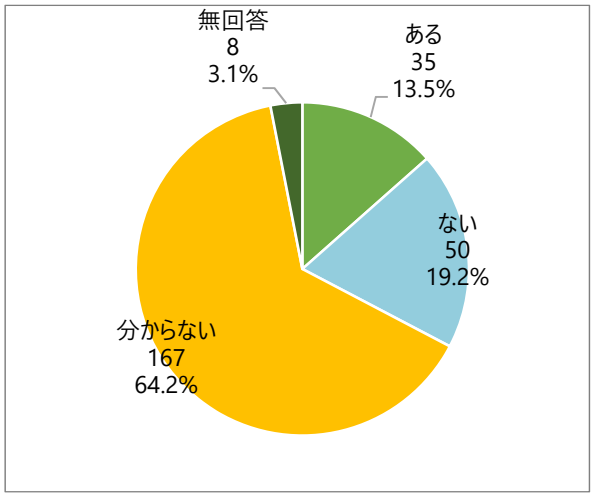
【地域包括支援センター担当者　「ガイドラインの内容を知っている」有効回答 n253】



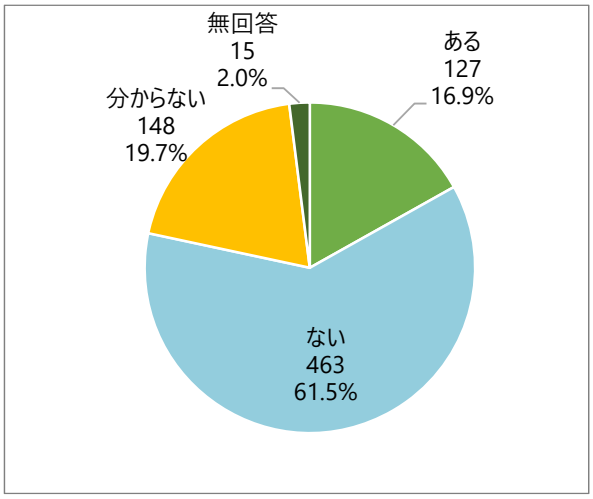
2.4　意思決定支援にかかる地域での取り組み等について

○意思決定支援にかかる地域での取り組み等について、「ある」としたのは、認知症サポート医で 13.5%、地域包括支援センター担当者で 16.9%であった。

【認知症サポート医　n260】



【地域包括支援センター担当者　n753】



<u>地域での取り組み内容</u>

○「ある」とした場合の具体的な取り組み内容について、以下、主なものを抜粋して掲載する。

【認知症サポート医】

包括支援センター・社会福祉協議会職員により、認知症本人の意思決定支援・主治医への連絡・家族関係への連絡など行われている。
区認知症関係医療機関連絡会を、コロナまでは半年に 1 回行っていました。
特養等入所前・入所時・入所後、合併症の際にご本人・ご家族の意思を確認。人生の最期の看取りを説明しつつ、意に沿うようにしている。
多職種の人を巻き込む形の仕組みづくりが必要。
認知症の方のケア会議を、包括センター・CM・主治医・家族・本人で開いている。
市社会福祉協議会において取り組んでいる。
地域における ACP の研修、ICT ツールによる情報共有
主治医・家族・ケアマネジャーが集まり、情報共有して、認知症患者本人への説明の仕方など事前に決めるようにしている。
地域包括支援センターと連絡を取って、その人の支援に関わっていく。
事前の意思表明の様式活用
当事者を含めた、グループでの話し合いを定期的に行っている。
必要に応じて、地域包括支援センター職員・ケアマネジャー・家族又は成年後見補佐・本人・医師が、ケア会議や意思決定支援に取り組んでいる。

○地域包括支援センター担当者の記述回答では、「意思決定支援を行う専門職の研修」、「独自の手帳等の作成および配布」、「既存の会議や他機関を活用した取り組み」などが挙げられている。

【地域包括支援センター担当者】

	圏域 2 市 5 村で、成年後見支援センターを設立して、検討・協議・対応をしている。
	人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関する研修会等の中で、一緒に検討。一連のプロセスを関係者間で共有する。日頃から、本人の意思を書きとめておくなど。
	成年後見ネットワーク会議での支援についての話し合い。成年後見制度説明会での個別相談
	虹の手帳作成。意思を記入できるようになっている。
	認知症にかかる普及啓発の中で、認知症になる前に「終活ノート」の作成活用もあわせて啓発している。包括内で事例を共有し、担当者の独断で支援が進んでしまわないように留意している。
	訪看や行政を中心に話があがり、パンフレット等の作成がなされている。
	広い意味で、市民向け成年後見制度の研修開催やアドバンスケアプラニング研修、エンディングノートの作成・周知
	関係者で共通認識を図るため、ガイドライン作成に携わった先生を招いて勉強会を開催しました。
	成年後見に係る中核機関による、チームに対する意思決定支援会議が開催されている。
	認知症の早期発見・対応により、本人の意思表明が可能となるよう取り組んでいる。個別支援の中で、本人の思いや生活歴を把握し、推定意思に基づき支援の方向性を考えている。
	認知症には限っていないが、アドバンスケアプラニングシートを作成、本人の思いをつないでいける取り組みを開始したところである（医療圏地域包括ケア連絡会での取り組み）。
	専門職・住民対象等各種の研修を行っている。様式を作成中。
	認知症だけにとどまらず、ACP に関するフォーラムの開催や終活に関する研修・終活ノートの周知と普及。
	認知症サポーター養成を小・中高生や企業に行い、本人の意思を尊重する内容が含まれています。
	マイエンディングノートを市が作成し、周知を図っている（一般高齢者を対象）。
	関係者による本人の意思の共有。生活歴や家族関係をアセスメントする中、本人と関わる中でどのような意思・意向となるかを検討
	認知症の人に限ったものではなく、認知症の人も含め全ての人に対して、これからの治療やケアについて話し合うことが大切ということで、市医師会が中心となり、多職種のワーキングメンバーで「これからノート」を作成し、その人の信頼できる大切な人と話し合っていただき、医療・介護の支援者に伝えていただこうという取り組みをしています。認知症地域支援推進員等が中心になって、「人生会議」を誰もが気軽に行うためのツールとして「わたしメモ」を作成。ステップ 1～ステップ 3 とあり、家族や友人誰とでも「考えたり話し合うためのツール」として活用してもらえるよう作成された。
	初期集中支援チームの活用、ガイドブックの作成、座談会など介護家族支援・交流事業の実施
	認知症に特化したものではないが、保険者や医療・介護の機関と連携して、「身寄りのない方の医療・介護の支援に関する取り組み」の中で、判断能力の低下した住民に対して対応策をまとめた。
	認知症と診断されても、可能な限り自宅での生活を望むケースで、各関係機関が本人の意思を尊重し、望む暮らしが実現できるサポート体制を構築した。
	後見センターに個別に相談し、アドバイスや見立てを聞くことができる。地域ケア会議の開催で、検討することができる。
	認知症の人とその家族から「こころの声アンケート」を実施し、当事者の思いを支援に反映させている。
	支援者で作成したシート、研修会の開催等。

	若年性認知症の方を支える制度の中に、本人と支援者をマッチングさせる仕組み（若年性認知症の人と家族と寄り添い紡ぐ会）。本人がやりたいと思うことと、こんな支援ができるという団体・企業をマッチングさせる取り組みです。
	出前講座等の市民への健康教育において、認知症の方を含む高齢者への生活支援の一環として、当該内容の講話を行い、啓発を実施している。
	市における認知症ケアパスの活用（市版・地域版・個人版）、特に個人版は「自分の意思」を表明しやすくなっている。
	オレンジ手帳：認知症になる前から生活歴や選好、認知症になっても望む生活を記入する。
	生き方ノート（エンディングノート）を作成し、具体的な意思決定が認知症になる前からできるよう支援している。
	地域ケア会議やケース会議（ケアマネジャーとの）において、本人の意思の共有を行うようにしている。認知症の人への対応ガイドブックへ、概念図や具体的なプロセス図を取り入れ、専門職への活用を促している。
	市内の居宅ケアマネに協力いただき、聞き取りアンケートを実施。行政と認知症地域推進員が回答内容を一冊にまとめ「本人の声を聞こう」と題し配布した。
	認知症のケアパスの中で、早め早めに本人の意向確認を、生活の場の中でしていくように、そのような機会をもつようにという記載はしている。
	市の医療介護連携において、「私の想いカード」を作成し、意思表示ができるときから、今後についての想いを記入してもらえるようにしている。
	認知症の人が安心して話せる環境や信頼関係づくりに取り組めるように、多職種でかかわるようにしている。認知症初期集中支援チーム、個別・地域ケア会議
	「役割分担シート」「事前指示書」を作成し、本人と支援者（HP・後見人・施設・包括など）で共有。ACP に関する啓発や市民・専門職対象の講演会の開催
	看取り・ACP に関する研修会の実施。エンディングノートの配布・活用（認知症の人には限らない）
	自宅で生活したいという意思の尊重と、徘徊による行方不明を防ぐための見守り事業及び警察との連携
	認知症カフェでの本人・家族支援の場づくり、認知症相談日（窓口）の設置
	本人や家族に関係する、介護職・福祉職・医療職・法律専門家・地域包括支援センターと組み合わせは様々だが、少しでも伝わりやすい言葉で情報提供や解決案の提示をして、本人の自己決定を促している。関係者も、共通認識を持つようにしている。
	第 8 期介護保険事業計画の策定にあたり、認知症の人本人に意見を聞く機会を設けた。また、同計画において、本人ミーティングの開催を 1 つの目標に掲げる予定にしている。
	利用者に対しての個別支援、あんしんノートの普及推進活動など
	町独自で作成している健康応援ノートを活用して、ACP の聞き取りを行っている。
	法テラスにおいて、認知症の症状がある方への本人の意思確認について、集中した取り組みを行っている。
	後見制度の必要性について迷う時、本人情報シートやアセスメント票を利用し、ケース会議を開催し、本人の望む生活に近づけるための手段や方法を検討している。
	認知症に限らず、終末期医療としての利用者の想いを考えるための、多職種での事例検討会の開催や、在宅療養手帳（利用者・家族と医療・介護の連携ノート）の中に、利用者と家族の意向・想いを記載できる様式がある。
	医療・介護連携（つむぐ会）にて、事例を通しての研修を重ねている。
	市が作成した「安心ノート」を市民に配布し、将来の医療・介護のケアの受け方等、意思決定の取り組みを行っている。なお、「安心ノート」は、認知症の人に限らず配布している。※「安心ノート」とは、エンディングノートに類似したもの

地域での取り組みの課題

○「ある」とした場合の具体的な取り組みにおける課題について、以下、主なものを抜粋して掲載する。

○多く挙げられた課題は、「支援者（専門職）間の共通認識不足」、「研修等の機会が少ない」、「地域住民への普及・啓発不足」、「事例等の情報不足」などであった。

※その他、個別ケースの課題として、「介護者との調整」、「意思確認が難しい人への支援」、「ガイドラインの実践への活用」などの回答も含まれていた。（地域の課題ではないため掲載からは除外している）

【認知症サポート医】

今は対面で行えていない。
啓発活動が不十分。
具体的事案に対しては、行政なども巻き込まないと進まない。
多職種でのかかわり方に、方向性に違いがある。
互いに時間がとれず、一堂に会議することはできない（コロナ感染流行のため）。
貧困に因る金銭問題が難しい。
困難症例や家族の介護力の低下など。
現在、コロナ禍で、オンラインで会議する状態が整っていない。
意思決定支援に関する専門職の共通認識の不足
診療時間以外に、時間を確保することがなかなか厳しい場合がある。
地域を知る。多職種の連携強化。

【地域包括支援センター担当者】

本人の意思決定と、支援者の「望ましい判断」の食い違い。支援者同士の共通認識の不足。
ケースが増えてきたこと。特養入所にあたり、後見人をつけないと入所できないこと、調整に時間がかかりすぎる。
参加者多数のため、日程調整が難しい。意思の引き出し方
意思決定支援に関して、関係者間でガイドラインの読み合わせや共有を行いたいが、コロナ禍の中で研修も少ないため、今後の課題である。
ケアマネジャーも含め関連スタッフが、本人の意思決定支援に対する意識が薄い。
地域の中で、十分に共通理解できているとは言えない。ガイドラインを知らない専門職が多く、普及啓発できていない。ガイドラインはわかっていても、実践で活かせていない事例もある。
専門職の研修会等を開催しているが進んでいない。
意思決定支援についての認識不足。ガイドラインの認知不足。他業務多忙のため取り組みができない。
認知症発症前や病状進行前における、意思表明の必要性の周知不足。MCI 段階における、本人・家族・支援者（専門職）による意思共有のシステムや認識の構築
フォーマル・インフォーマルを含めて社会資源が限られており、意思通りに支援を進めることが難しい場合がある。また、本人・家族の声を聴き、制度への反映や社会資源の発掘などを行うことは、今後の課題である。
意思決定支援の重要性・必要性・効果についての啓発が十分ではないこと（もっと周知を要する）。
認知症の人の意思決定支援のための環境整備が必要。
常に一緒に過ごされているご家族にも、意思決定支援についてお伝えしていけたらと思います。

	支援者によっては、サービス中心に考えがちであったり、ご本人より家族の思いに寄り添いがちになることも多いので、相談支援業務者はもちろんその他職種においても、認識が共有できるような取り組み・仕組みがあると良いと思う。
	対象者及び関連機関への周知や啓発。
	専門職によって視点の違いもあり、意思決定の共通認識が困難な場合がある。
	多くの良いガイドラインがあるが、ケアマネジャーまで周知が徹底されていないように感じる。
	相談体制の強化と専門職による支援の確保、制度についての普及・啓発
	支援者間での認識の程度に差がある。時間がなくて、丁寧に関われない。時間がかかることが理解されにくい。
	支援を行う職員の人数不足
	ケアパスをどんどん利用したいが、認知症の文字が記載されていると、ご本人の拒否感が非常に強く出てしまいます。本人を苛立たせることなく、上手にお話を引き出せることは、スキルだけではない、支援者の性質によるところも大きいと感じ、支援の難しさを痛感しています。
	軽度の方で、客観的なニーズと本人の意向が合わず、支援が停滞することがある。中等度～重度の方への支援において、意思決定が家族・支援者主導になってしまう。
	勉強会等で学んだことが、なかなか実践におとせる専門職がまだまだ少ない。
	オレンジ手帳の記入を進めていても、実際の支援の場面で活用まで至っていない。
	認知症高齢者にかかわるすべての専門職に必要なガイドラインであると思うので、周知・活用が必要だと思います。
	制度の周知、潜在的にサービスを必要としている人への介入、専門職以外の職員の共通認識の不足
	認知症に対する考え方と、個人や専門職としての価値観の相違
	地域住民の方に周知を行っていますが、取り組まれている方はまだ少ないと思われ、今後も PR 活動を継続したいと思います。
	意思決定支援に関する専門職、特に居宅介護支援事業所ケアマネジャーの認識が不足しているので、周知が必要。
	ケアパス等も作成し、活用を促しているが、多職種間での意思統一がなかなか図れない現状や、特に医療職とは温度差があるように感じている。
	意思決定支援の勉強会等もなされておらず、周知等の課題があると思います。現場レベルでは、皆本人の希望がどこにあるのかはできる限り探りながら業務に当たってくれていると思います。ガイドラインはうち出し・回覧し・共有したいと思います。
	研修会を受講する機会がない。提供してほしい。
	ACP の作成の件数が少なく、担当者が聞き取りの仕方や進め方にばらつきがある。研修会をしたいが、コロナでできない。
	認知症に対する理解が、地域において浸透してきているが十分ではない。
	活用事例がなく、導入の機会づくり。
	地域住民に対し、意思決定支援に関する普及啓発の不足
	制度につなげればよいと思う専門職もおり、例えば後見人をつけたとして、本人の望む生活や生き方を支援するには、様々な機関や支援者が必要にもかかわらず、後見人をつけてどうするといったビジョンが何もなく、中立だけする専門職もいる。
	専門職間の意思決定支援に対する重要性の認識の差

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関するアンケート調査

認知症の人の意思決定支援の現状、および、ガイドライン・同研修にかかる実態を把握するため、認知症の人の意思決定支援に関わる機会が多いであろう、認知症サポート医の先生方、また、地域包括支援センターの意思決定支援等ご担当者様を対象にアンケートを実施し、全国的な状況について広く共有することができればと考えます。

上記、調査趣旨につきご理解を賜り、アンケート調査へのご協力のほど、宜しくお願い申し上げます。

令和2年度 老人保健健康増進等事業
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
普及や活用実態および事前の意思表明のあり方に関する調査研究事業

委員会委員長　小川 朝生（国立がん研究センター）

1. 回答者基本属性

①回答者の属性（あてはまるものに〇を付けてください）

1 認知症サポート医　➡（ a 診療所　b 病院　c その他 ）

2 地域包括支援センター　➡（ a 直営　b 委託　c その他 ）

②ご所属機関（医療機関・センター）の所在地

都道府県（　　）　市区町村（　　）

③回答者の職種（あてはまるものに〇を付けてください）

1 医師　2 保健師　3 看護師　4 社会福祉士　5 主任ケアマネジャー

6 その他（　　）

④認知症高齢者の月間担当患者数・対応人数（おおよその実人数をご記入ください）

※ご回答者（認知症サポート医、または、地域包括支援センターご担当者）として

2020 年 10 月の 1 ヶ月間（　　）人

2. 意思決定支援について

①認知症高齢者の「意思決定支援」とは、どのようなものと考えますか。下記から最も近いと思うものを 1 つ選び、〇を付けてください。

1 主に、専門職として最も良いと思う方法を提案・説明して本人の決定を促すこと

2 主に、専門職として本人の代わりに検討して決めていくこと

3 主に、本人が決めるための判断材料・選択肢の提示や環境の調整を含めたプロセスを支援すること

4 主に、本人に支援を求められた場合にのみ、意思決定に関わり支援すること

5 その他 →（具体的な内容）

②認知症高齢者への対応にあたって、「意思決定支援」について実践していますか。下記から最も近いものを 1 つ選び、〇を付けてください。

※「意思決定支援」は、認知症高齢者が日常の受診や介護サービス利用を決める（日常生活）場面や、退院後の居住場所を決める（社会生活）場面における意思決定の支援をイメージして下さい。
また、支援の内容は、前問①で回答した基準（定義）でお考えください。

1 「意思決定支援」を意識して、日常業務の中で実践している

2 「意思決定支援」を意識しているが、日常業務の中であまり実践できていない

3 「意思決定支援」を日常業務のなかで意識することはあまりない

4 日常業務の中で実践する場面がほとんどない

5 その他 →（具体的な内容）

3.「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

①意思決定支援にかかる以下の「ガイドライン」の内容の認知等について、あてはまるものを 1～4 から 1 つ選び、〇を付けてください。　※㋺～㋭のガイドラインの概要は下記もご参照ください。

	ガイドラインの内容まで知っていた	知っていたが読んだことはなかった	ガイドライン自体を知らなかった	その他
㋑ 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	1	2	3	4
㋺ 障害福祉サービス等の提供に係る意思決定支援ガイドライン	1	2	3	4
㋩ 人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン	1	2	3	4
㋥ 身寄りがない人の入院及び医療に係る意思決定が困難な人の支援に関するガイドライン	1	2	3	4
㋭ 意思決定支援を踏まえた後見事務ガイドライン	1	2	3	4

㋺障害福祉サービス等の提供にかかる意思決定支援ガイドライン
https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12200000-Shakaiengokyokushougaihokenfukushibu/0000159854.pdf
➡ 相談支援や施設入所支援等の障害福祉サービスの現場において意思決定支援がより具体的に行われるための基本的考え方や姿勢、方法、配慮されるべき事項等、意思決定支援の枠組みを示す。

㋩人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン
https://www.mhlw.go.jp/file/04-Houdouhappyou-10802000-Iseikyoku-Shidouka/0000197701.pdf
➡ ①適切な情報提供・説明、本人と医療・ケアチームの十分な話し合い、本人の意思決定を基本に、②医療・ケアの開始、内容の変更、中止等は、医学的妥当性・適切性をもとに慎重に判断等の原則を示す。

㋥身寄りがない人の入院及び医療に係る意思決定が困難な人の支援に関するガイドライン
https://www.mhlw.go.jp/content/000516181.pdf
➡ 一人暮らしの高齢者等の身寄りがない患者であっても、医療機関や医療関係者が必要な医療を提供することができるように、医療に係る意思決定が困難な場合の対応について考え方を示す。

㋭意思決定支援を踏まえた後見事務ガイドライン
https://www.mhlw.go.jp/content/000687818.pdf

②認知症の人の意思決定支援に関する研修について、これまで受講したことがありますか。あてはまるものを１つ選び、○を付けてください。

1　認知症の人の日常生活・社会生活における意思決定支援ガイドライン研修※（以下、ガイドライン研修）を受講したことがある　➡ ⓐにお進みください

2　上記（1）以外の意思決定支援に関する研修を受講したことがある　➡ ⓑにお進みください

→ （研修名等）

3　意思決定支援に関する研修を受講したことがない　➡ ⓑにお進みください

4　その他　➡ ⓑにお進みください

※「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研修」とは、同ガイドラインの内容に基づいて作成された教材による研修です。
（厚労省ホームページ：https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000212395.html）

〔ガイドライン研修を受講した方〕

ⓐ受講した研修はどのような形式でしたか。あてはまるものを１つ選び、○を付けてください。

※ガイドライン研修は、講義とグループワーク（２編）で構成される３時間程度の「独立実施型」、また、他の認知症関連研修の一部として動画視聴する形式の「組み込み型」の２種類があります。
※複数回の受講がある場合には、直近で受講した研修について回答してください。

1　「独立実施型」の研修を受講した

➡ 研修内容について（複数選択可）　（ a 講義　b グループワーク　c その他 ）

2　「組み込み型」の動画教材を視聴（受講）した

➡ 動画を視聴した際の研修名等を記入してください（　　）

例：認知症対応力向上研修、認知症介護実践者研修など

3　研修の形式等は分からない

〔ガイドライン研修を受講したことがない方〕

ⓑガイドライン研修を受講したことがない理由は何ですか。あてはまるものを１つ選び、○を付けてください。

1　ガイドライン研修が行われていなかったため

2　ガイドライン研修が行われているかどうか分からなかったため

3　ガイドライン研修自体を知らなかったため

4　日程や場所等の理由によって（日程が合わなかった、会場が遠かった、定員に達していた等）

5　その他 →（具体的な内容）

〔3.①の設問で、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、「1.ガイドラインの内容を知っている」と回答した方〕　➡ それ以外の方は 4. にお進みください

③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 にかかる実践や取り組みについて、あてはまるもの全てに○を付けてください。（複数選択可）

1　日常業務において意思決定支援を実践する際に参考にしている

2　地域での研修や勉強会等において活用している

3　所属機関のスタッフ教育・勉強会等で活用している

4　これまで特に活用する場面・機会がない

5　ガイドラインの内容が実践の場で活用しにくい（できない）

6　その他 →（具体的な内容）

➡ 上記で○を付けた実践・取り組みの具体的な内容を記入してください。（２つまで）

（具体的な内容）

番号（　　）

番号（　　）

4. 意思決定支援にかかる地域での取り組み等について

市町村等の地域において、認知症の人の意思決定支援に関する取り組み・仕組み等はありますか。あてはまるものを１つ選び、○を付けてください。

1　ある　➡「ある」場合、その内容および課題等について下枠に記入してください。

2　ない

3　分からない

（具体的な内容）

（関係者による本人の意思の共有、事前の意思表明の様式活用など）

（取り組みにおける課題）

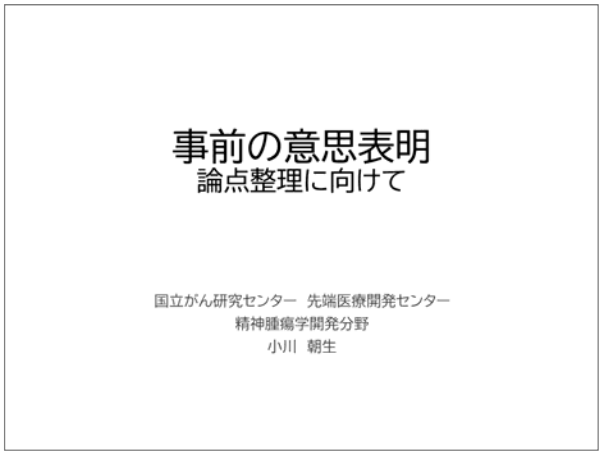
（意思決定支援に関する専門職の共通認識の不足など）

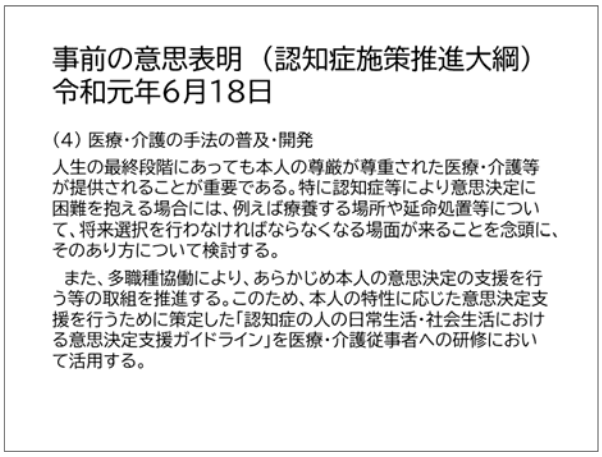
〈〈 アンケートは以上です。回答ご協力をありがとうございました 〉〉

Ⅳ 事前の意思表明にかかる論点整理について

1. 事前の意思表明の現状・課題等（委員からの情報提供）

○ガイドライン本編にも記載されている「今後起こりうることについてあらかじめ決めておく」（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 p.5）に関して、いわゆる “事前の意思表明”にかかる論点・課題の整理を行うため、委員会委員長の小川先生、同委員の三浦先生より、それぞれ情報提供を頂いた。以下、資料とともに記録を掲載する。





1.1 「事前の意思表明」論点整理に向けて

（小川委員長）

「事前の意思表明」という言葉がどこから出てきているかというと、認知症施策推進大綱の中にこのような文言が入っている。「(4)医療・介護の手法の普及・開発」という中に、スライドの 2 段目のところ、「認知症等により意思決定に困難を抱える場合には、例えば療養する場所や延命処置等について、将来選択を行わなければならなくなる場面が来ることを念頭に、そのあり方について検討する」。

「事前の意思表明」というのは具体的に定義がはっきりしない面があるので、認知症の人の意思決定支援、特に ACP というものがどういうものなのかについて、この後説明させていただければと思う。

認知症の緩和ケアとは：
欧州緩和ケア学会（EAPC）からの提言

◆認知症の緩和ケアに関する提言
(White paper defining optimal palliative care in older people with dementia)
◆11領域57の提言
1. 認知症に対する緩和ケアの適用可能性
2. パーソンセンタードケア、意思決定の共有
3. ゴール設定、アドバンス・ケア・プランニング
4. ケアの継続性の確保
5. 予後予測と死の認識
6. 過度・無益な治療の回避
7. 治療の最適化、快適さの確保
8. 精神心理的支援
9. 介護者へのケア
10. 医療チームの教育
11. 社会的・倫理的問題

これらの取組は、海外では 2000 年頃から言われている。ヨーロッパの緩和ケア学会が、2012 年なのでかなり前のことになるが、主にヨーロッパの国の中の普及・啓発とレベルアップを目指して白書を出している。これは認知症のケアの質の向上を目指しているのだが、11 領域をターゲットに提案をしていて、その中の 1 つとしてこの「アドバンス・ケア・プランニング」が認知症の緩和ケアにも入ってきた。緩和ケアというとがんのイメージが強いが、慢性疾患やあるいはほかの予後を規定する疾患にも拡大していくという動きがあって、認知症もその中の 1 つのターゲットになっている。

特に海外では緩和ケアの主要なターゲットは認知症になってきており、いくつかの段階に応じたケアの提供体制や話合いを提案されている。

ランセット 認知症委員会 2020年 報告

◆米アルツハイマー病協会国際大会に合わせた発表
◆12の改善可能なリスク要因で 40%が予防可能
◆診断後のケアへの、エビデンスに基づく推奨を提言
・行動・心理症状、家族介護者
・並存疾患、入院医療、身体疾患とせん妄
・終末期ケア、COVID-19

その流れを受けて、『ランセット』という医学雑誌が認知症の委員会をつくっていて、2017 年に第 1 回の報告を出し、今回その改訂をしている。前回と比べると地味になってしまって、最近少しずつ認知症の予防みたいな話がこの委員会で提言されたということが日本でも知られるようになってきているが、実は予防だけではなくケアについても提言を出している。

ランセット認知症委員会　認知症の人への対応の推奨

項目	対応の推奨
診断後のケア	・身体的、精神的、社会的ケアと支援に応じる全人的なケア ・ケアのコーディネート・ケースマネジメント
行動・心理症状	・基本的な身体的ニーズのアセスメントとそれへの対応を第一優先にする ・症状を測り、痛みなどの原因を探す ・向精神薬はしばしば効果がなく、重篤な副作用がある
家族介護者	・しばしば行動・心理症状によって苦しんでいる ・家族自身を対象とした介入は、うつ、不安といった症状の軽減、生活の質向上の効果がある ・これらの介入は最終的には費用対効果の面でも良い
並存疾患	・認知機能障害により、身体面の異常を他者に伝えることができなくなるなどで、並存疾患をもつリスクや、見落としのリスクが高まる ・医療従事者の側に、より有効なコミュニケーションがとれるよう教育が必要
入院医療	・身体機能や認知機能の低下など、さまざまな意図しない有害な影響が起こる ・認知症があると入院リスクが高まる ・本来は回避できる入院が多い ・痛み、転倒、糖尿病、不衛生、感覚器の障害に対する早期の対応を行い、入院を回避することが重要

認知症の終末期のケアというところで、「認知症の人をエンパワーするために、将来について決める能力があるうちにアドバンス・ケア・プランニングを行うことを推奨する」という文言が入るようになってきている。

ランセット認知症委員会　認知症の人への対応の推奨

項目	対応の推奨
身体疾患とせん妄	・認知症の人は入院時にせん妄が起こりやすい ・せん妄を経験した人は後に認知症と診断される可能性が高い
終末期ケア	・認知症の人の多くが軽ー中程度の認知機能障害の段階で死亡する ・認知症は予後が特定しにくいが、ニーズに応じて、緩和ケアを開始すべき ・アドバンス・ケア・プランニングを、認知症の人をエンパワーするために、将来について決める能力があるうちに行う
COVID-19	・死亡者の多くが認知症を有していた ・重い症状が出たとき入院するか否か、事前に決めておく必要がある ・職員や利用者を施設間で移動させない ・職員の感染検査を定期的に行う ・症状のある職員は傷病手当を受けて休める体制をとる ・酸素療法等を、病院に行かなくても受けられるようにする

アドバンス・ケア・プランニング
（Advance Care Planning: ACP）

◆今後の治療・療養について患者・家族と医療従事者があらかじめ話し合う自発的なプロセス

ACPの話し合いは以下の内容を含む
・本人の価値観や目標
・本人の気がかりや意向
・病状や予後の理解
・治療や療養に関する意向・選好、その提供体制

http://www.ncpc.org.uk/sites/default/files/AdvanceCarePlanning.pdf

◆意思表示が難しい状態になっても、患者の意向を尊重した医療が提供されることを目的にした活動で、事前指示の発展した取組み

◆意思決定支援の応用編にあたる
・不確定な要素が多いなかでの意思決定
・本人が意思表示できない場面での意思決定

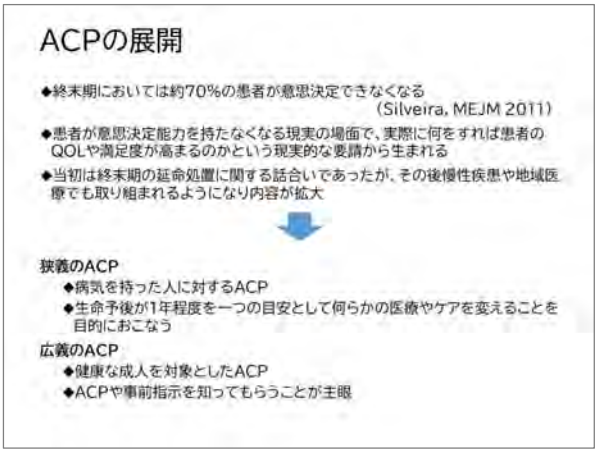
このアドバンス・ケア・プランニングとは何なのか。

予後が限られた人の治療・療養について、患者の意向をできる限り反映するために、患者・ご家族と医療従事者があらかじめ話し合うというプロセスを指す。どんな話合いがあるのかというと、ここに主要な点を書いたのだが、治療や療養、主に延命処置や蘇生処置から始まったのだが、最近はもう少し幅広く、療養であったり、本人の価値観等を聞くというようなものも含まれると言われている。もともとは、いわゆる終末期に本人が苦しい中で延命処置等の受けたくない医療を受けることを避けるというような意味合いから始まった活動で、リビング・ウイルとか事前指示が発展した取組という位置づけになる。

意思決定支援の流れでの位置づけをご紹介すると、アドバンス・ケア・プランニングは意思決定支援の応用編に当たると言われる。どういう点が応用編かというと、目標や課題がたくさん混ざるので、不確定な要素が多い。特に終末期の経過というのは予後予測できっちりと決まるというふうにはできない面が多いので、想定外のことも起こる。そういうことを含めた中での意思決定支援であるという点が１つ。

２つ目が、意思決定支援と言いながら本人が意思表示できない場面を想定するというアクロバティックなところがある。その点で応用編という２つの面がある。

もともとは本人の意思を可能な限り尊重していくというもので、1960 年代ぐらいから取組が始まって、70 年、80 年を通して海外で法制化をされて、具体的に前面によく出てくるのが 90 年頃にアメリカで「患者の自己決定権法」というのができて、活動として定まってきたと言われている。何で紹介するのかというと、特に日本では終末期に医療を受けない経済的な問題でやっているような活動と誤解されることが多いのだが、そういうものではなく、本人の自己決定を尊重するという流れで出てきたということを示したかったからである。



実際に終末期というのはどういうものなのかということを書いている。終末期というのは、多くの方の場合意識障害がかぶさるので、本人さんが考えて意思表示をすることは難しくなる。そのような場面でも、本人がどんなことをすれば満足度が高まるのか、本人が望むケアが提供できるのか、そういう要請から始まった活動である。

当初は終末期だけの話合いだったのだが、その後、より早くからとか、より地域を巻き込んだ取組に拡大してきていて、今はかなり意味が拡散してきている。

整理の仕方はいろいろあるのだが、大きく「狭義の ACP」と「広義の ACP」に分けられるとよく言われる。「狭義」というのは、終末期の延命・蘇生処置のような具体的な話で、大体生命予後 1 年ぐらいを目安に始まることが多いと言われている。一方、「広義」の ACP はより早い段階で、海外では 50 代ぐらいで検診から始まるとも言われている。こういう ACP や事前指示をすることが大事だということを知っていただくという、普及・啓発の意味合いが強いと言われている。

ACPを進める目的はなにか

1. 本人の意向に沿ったケアや支援の提供
2. 一般的には、判断力がある間に物事を管理すること
3. 本人の心の平穏
4. 家族の負担軽減

アドバンス・ケア・プランニングを実施することで、患者の転帰に変化が及ぶかどうか(より本人の望んだ治療やケアが受けられるかどうか)のエビデンスはあまり多くない

どちらにしても進める目的は一貫していて、どんな活動をすると何が変わるのか。もともとは、本人の意向やケアや支援を本人の意向に沿って提供することが主眼なのだが、そのほかに本人の判断力がある間に意思表示をしてもらうことがいいだろうとか、することで本人の不安が減るとか、家族が代わりに決めなければいけないという負担の軽減が図れるとか、そのようなことが言われたりはしている。

今でもいろいろ検討は進んでいて、本当にこれは確実にあるかのエビデンスが積み重なっているので、まだ途上と思っていただいたらいいかと思う。

広義のACP(健康成人に対するACP)の効果

◆遠い将来の仮の選択の意味合いが強く意向はあいまい
◆何をもたらすのか検討は不十分
(Sudore, J Health Commun 2010)

◆現実的にはACPを知ること、ACPについて話し合う機会の提供の意味合いが強い
(Tripken, Am J Hosp Palliat Care 2016; Musa, Age Aging 2015)

◆(本人は)どのような選択をしたか覚えていない
◆多くは1,2年経過するなかで違う選択をする
(Wittink, Arch Int Med 2008)

◆事前指示を書いたとしても死亡に至る期間は長期になり、効果はより明確ではない
(介護施設(Nursing Home)でも平均61ヶ月)
(Bischoff, JAGS 2013)

広義の ACP、普及・啓発みたいなニュアンスのほうはどうか。これはいろいろ議論がある。やはり若い方はイメージがつかないとか、将来がはっきりしない中での話合いになるので、かなり仮の意味合いが強くて内容が曖昧である。現実的には知っていただくことが主眼である。本人の意向がころころ変わるとか、事前指示を書いたとしても 5～6 年になると効果は明確ではないと言われているのがこの普及・啓発の ACP の意味合いになる。

認知症のACP
(わが国の事前の意思表明に該当するところ)

◆その人が判断できなくなった際に備えて(注　認知症によるもので終末期の意識障害を理由とするものではない)、将来の医療やケアについて意思決定を行う観点から決められることが試みられるようになった。
ACPの中でも先進的な取組みであり未解決の課題が多い

◆**ACPの応用編にあたる**
- ◆意思決定能力が比較的保たれている早期の段階で実施
- ◆長期的な見通しを話し合う必要(不確定な要素が多い)
  - ◆**予後予測が立ちにくい**
  - ◆**認知症の人の多くは認知機能障害が軽度から中等度の段階で亡くなる**
- ◆終末期の医療・ケアの話し合いや事前指示だけではなく、中長期的なケアの目標や選好、価値観を明らかにすることが含まれる
- ◆社会経済的な話し合いが入る

◆継続したコミュニケーションのプロセスが必要
(Gillick, J Palliat Med 2004; Molly, JAMA 2000)

認知症に対する ACP という取組も海外では少しずつ試みられているが、まだいろいろと検討点が多くある。これは意思決定の応用編の ACP のさらに応用編に当たるという面があるからである。

認知症の ACP は、意思決定能力が保たれている早期の段階で実施しなければいけない。他は 1 年とか半年とか、かなり限られたところでの話合いなのだが、認知症の場合は経過がもうちょっと長いということで、より前の段階になるという不確定な要素が強い中での取組ということで、どの辺りがいいのかがはっきりしない面がある。

具体的な課題は、予後予測が立ちにくい中での話合いをせざるを得ないという点、2 つ目は、認知症の ACP なのだが、多くの方は認知症で亡くなるわけではない。認知症は軽度から中等度の段階で亡くなって、認知症だけの経過から見るとより早い段階で亡くなるという意味合いがあるので、そこを具体的に検討しなければいけないという面があるからになる。

認知症のACPに取り組む上での学術的な検討点(1)

時期の問題

- ◆本人が積極的に関与でき、意向や選好、価値観を明確にできる時期である必要
- ◆ほかの慢性疾患よりもより早期に行う必要があるが、早期になるほど介入効果は明確でなくなる
- ◆可能な限り早くはじめるべきだが、告知への動揺などもあり、最適な時期は要因が複雑に絡み合うため個人差が大きい

(Robinson, Palliat Med 2012)

内容

- ◆終末期の状態に限定されず、**認知症の経過全てに言及する必要**
- ◆従って、事前の資金計画といった(狭義の)ACP以外の話し合いが含まれてくる

(Widera, JAMA 2011)

アウトカム

- ◆どのようなアウトカムが変われば本人の意向がよりよく尊重されたとなるのかがはっきりしていない
(医療のアウトカムでも、療養のアウトカムでも)

主要な課題がどんなものなのかというのは、1 つは時期の問題である。より早くから、要するに本人の意思決定能力があるうちからとよく言われるのだが、広義の ACP で言われるように、早くからやると意味合いが曖昧になってくるので、どの時点でするのが一番効果的かというのがまだよく分かっていない。恐らく告知の後から始めていくのがいいのではないかと言われるのだが、結構動揺している方も多く、スティグマも大きいところなので、ここはかなり慎重に始める段階であり、複雑な要素があると言われている。

その次の問題は内容である。狭義の ACP は割合医療に近いのだが、認知症の ACP は認知症の経過全体を含んでいくので、ケアや療養の話が長期にわたる。そうすると、お金の問題とか、そういう今までの ACP ではあまり触れていない話題が入ってきて、それをどういうふうにマネジメントしていくのかということがまだはっきりと定まっていない。

3 つ目はアウトカムの問題で、本人の意向が尊重されればいいというのだが、認知症の人の真意というのがどこなのか、どうやって評価するのかという評価上の課題もある。

認知症のACPに取り組む上での学術的な検討点（2）

検討する経過のモデル

- **事前指示（終末期の延命・蘇生処置）**
  事前指示が使用されるかどうかは、法的環境の影響が大きい
  （Alzheimer Europe 2012; Mendelson J Law Med Ethics 2003）
- **最適なモデルが不明**
  特定の治療（多くは蘇生処置）や仮想シナリオ等、モデルを作って話し合うが、どのモデルが認知症の人のアウトカムにより効果的かは明確ではない
- **遠い将来の話し合いのため意向は変わる**
  遠い先を見据えた話し合いになるため、本人の意向は一般に変わる。しかし、再検討する機会は限られており、（事前の意向か、今の意向のどちらがより真意に近いか）遠い将来の計画は慎重に解釈する必要がある
  （Fried, JAGS 2011; Hertogh, Int Psychogeriatr 2011; Perkins, ann Int Med 2007）
- **スティグマの影響が強い**
  終末期の状態がスティグマを連想させる場合には、多様な集団のなかで認識が異なるため、文化差やヘルスリテラシーを考慮する必要
  （Melhado Am J Hosp Palliat Care 2011; Johnstone, J Transcult Nurs 2009）

続けて、話し合うときに、提示するモデルがまだはっきりしていないという点がある。1 つは、終末期の延命処置の話とかが入るかどうかは、かなり文化差や国による差がある。より本質的な 2 つ目の問題は、どういうモデルを使ったらいいのかという点である。先ほどのように認知症の方も軽度から中等度で亡くなっていくので、認知症が重度になって意思表示ができなくなるというモデルとは恐らく現実には違う。そうすると、そういうモデルをどういうふうに使っていくのか、どれが最適なのかというのがまだよく分かっていない。

3 つ目は、もともと本人がそういう意思表示をしているのだが、意向が変わったというときにどちらが真意かをどうやって確かめるのか、そういうところの具体的な戦略がまだはっきりしない面がある。

4 つ目は、スティグマがまだ非常に強い。がんの場合もスティグマが強かったのだが、いろいろ普及・啓発が進んでスティグマが薄らいで、ACP が実施できるようになってきたという点もある。認知症の場合はまだ非常にスティグマの影響が強いので、それを十分にバイアスとして組み込んで評価していく必要があるのではないかと思った。

認知症のACPに取り組む上での学術的な検討点（3）

- 認知症の多くの人は、認知機能障害が軽度から中等度の段階で亡くなる（認知症で亡くなるわけではなく、併存症で亡くなることが多い。そのため、高度の認知症の状態になったことを話し合うのは現実と乖離する）
  （van der Steen, J Palliat Med 2012; Koopmans, JAGS 2003）

軽度認知症

- 意思決定能力の問題を考えると絶好の機会
- 多くは自分の状態に対応することに集中しており将来の計画まで検討できていない
- ACPに参加することを望まないときの本人の選択の尊重などの倫理的問題がある

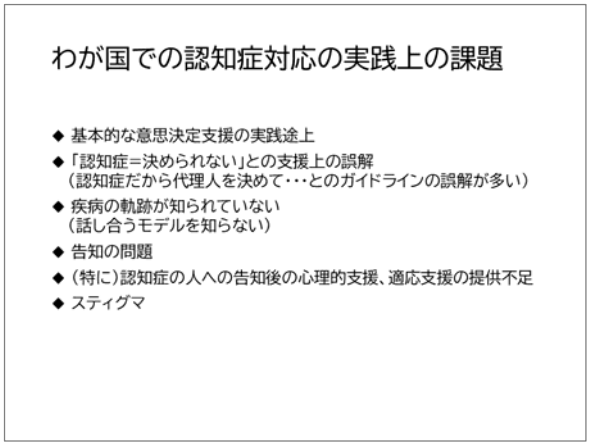
中等度認知症

- 多くの認知症の人はこの段階で併存症で亡くなる
- 集中的な話し合いが望まれるが、問題の多様性・多元性、問題の相互作用による複雑性からバランスの取れた意思決定を行うのが難しい

時期とも絡む点で、活動として課題になる点を挙げた。軽度の認知症の場合が恐らく話合いの一番大事な時期なのだが、まず本人が社会や日常生活に適応することに必死で、そこまでする余裕がないというのが現実に多い。

倫理的な課題もある。ACP は望む人、望まない人がいるので、全員に無理やりするものではない。では、本人が望まないときに、本人の選択をどういうふうに尊重していくのか、本人の意向をどうやって守っていくのか、その辺りの課題は現実にはかなり注意しながら対応する必要があるかと思う。

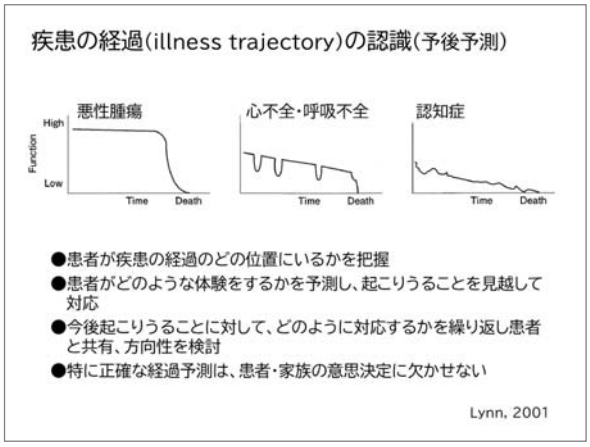
また、中等度の認知症の段階だが、多くはこの段階で感染症で亡くなっていく。このときにいろいろな話合いが必要なのだが、本人の認知能力の限界や問題の複雑性等で、どういうふうにしたら本人にとってより良い意思決定なのかということがはっきりしないということがあるので、意思決定能力が部分的になった場合の支援方法と併せての検討が重要になるかと思う。



実際に日本でやる場合もいろいろ課題がある。まず、意思決定支援が現状実践途上であるので、「認知症＝決められない人」という誤解がまだまだ多くある。「認知症だから決められないので代理人」というような考え方も注意喚起が必要かと思う。

実際に話し合うためには、どういうモデルを出していくのがいいのかというのは少し検討が必要である。

認知症の告知や告知後の心理支援と併せて提供する必要があるのだが、まだ告知が十分になされていないとか、告知の後のフォローアップが認知症の場合まだ十分に行き届いていない面があるので、その辺りも併せて情報提供の必要性がある。



特に疾病の軌跡、モデルづくりが大事になる。こちらはがんやいくつかの病気のモデルを図で示したもので、エンド・オブ・ライフの話題のときによく出るものである。がんは体の機能が保たれていて、最後の 2～3 か月でがたがたと崩れるので、予後予測が立ちやすい。認知症や老衰は数年にわたって徐々に下っていくので、その辺りの経過の見通しが立ちにくいということがある。

認知症の生命予後

認知症の病型	発症から死亡までの期間(平均)
アルツハイマー型認知症	6.6年
血管性認知症	3.3年
混合型認知症	5.4年
レビー小体型認知症	4.4年
前頭側頭型認知症	Behavioral variant 9年 Progressive non-fluent aphasia 9年 Motor neuron disease 3年

(Abraham B. Dementia Palliative Care. in Dementia Care 2016)

また、日本では認知症の予後がどれぐらいなのか、海外に比べてまだあまり知られていない。10 年ぐらいと思われていることが多いのだが、海外の場合は平均して大体 5～6 年が生命予後と言われている。要するに、認知症が重度になって亡くなるのではなく、ほかの合併症で亡くなっていくことが多いので、その辺りは日本でも医療全体で認識を共有していくことが大事になってくる。

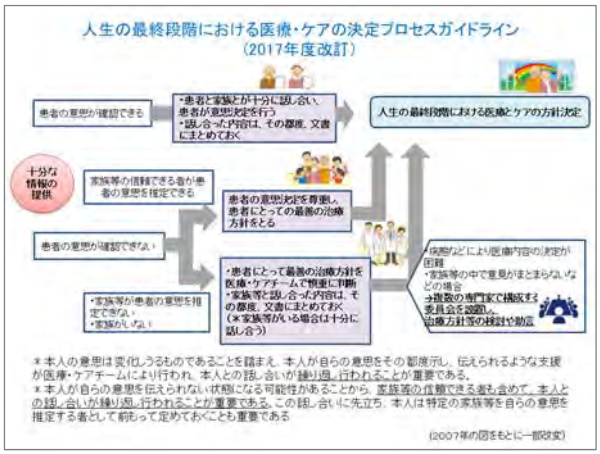
まとめ： 課題と考えられる点

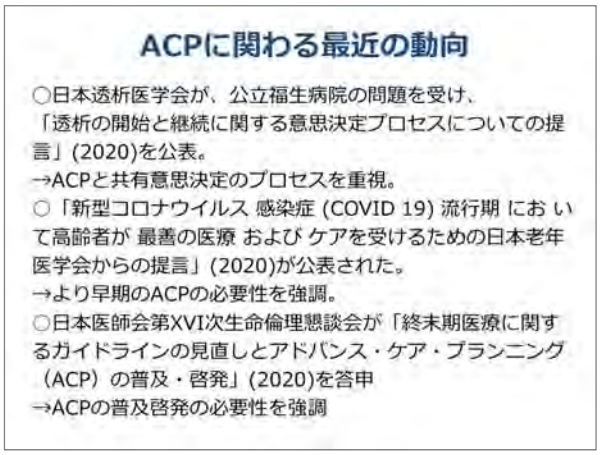
領域	主要な課題
わが国の体制上の課題	• 基本的な意思決定支援の実践途上(教育の強化の必要性) • 意思決定能力と認知症との誤解 • 認知症の疾病の軌跡が知られていない • 告知の問題 • 告知後の心理的支援、適応支援の不足 • スティグマ • 家族への支援
ACPに共通する課題	• 延命・蘇生処置との誤解 • 書類作成との誤解 • 代理人を決めてもらうこととの誤解 • 情報の共有方法
認知症のACP自体の課題	• 実施時期 • 意思決定能力に配慮をした支援方法 • 本人が望まないときの意向の尊重等倫理的な対応 • 社会経済的問題を含む多方面の話し合いの実践方法 • 想定する最適な経過モデルの開発 • 中等度認知症の人への支援の仕方 • 家族の支援方法

最後は課題と考えられる点を挙げた。体制上の課題は、我が国では意思決定の啓発の途上なので、その中の誤解とか、意思決定能力の誤解もある。認知症の軌跡があまり知られていないとか、告知の問題もある。

ACP に関しての課題も当然重なってくるかと思う。

最後に認知症の ACP 自体の課題もあり、先ほど挙げたようにモデルをどうするのかとか、かなり社会的な問題を含めた話合いが必要なので、より多くの人を含めてどういうモデルで話し合っていくのがいいのか検討する必要がある。あるいは、意思決定能力が低下した人への支援方法を組み入れる必要があるとか、家族を含めたスティグマへの対応が必要とか、その辺りが出てくる。





1.2 「認知症の人の ACP の取組や現状」

（三浦委員）

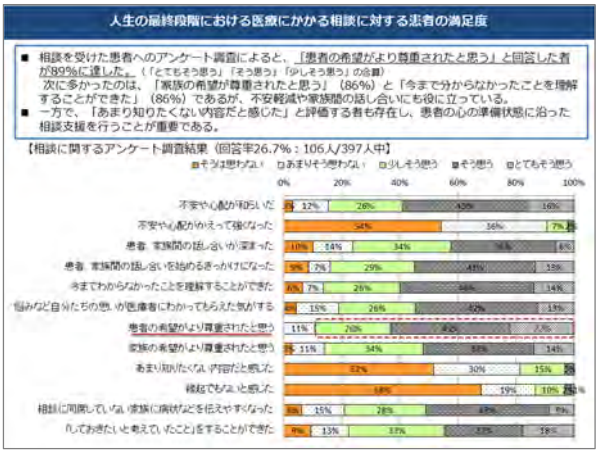
私が国の事業としての ACP に関わったのは、平成 26 年度に厚生労働省医政局で行われた「人生の最終段階の医療体制整備事業」で、そのときに ACP の内容も含めた E-FIELD という研修テキストをつくらせていただいて、それから全国的に ACP という名前が広がってきたのかなと個人的には思っている。

最近では、2017 年度に改訂された厚生労働省の決定プロセスガイドラインの中に、本人との話合いが繰り返し行われることが重要であるとか、家族等の信頼できる者も含めて本人の話合いが繰り返し行われることが重要であるというような形で ACP の内容が入り、あとは解説のほうに ACP の言葉も入れられたことが知名度を上げた大きな要因かと思っている。

最近でも ACP に関わる動向がある。一つは日本透析医学会が公立福生病院の問題を受けて、「透析の開始と継続に関する意思決定プロセスについての提言」を打ち出している。その骨子が ACP をもう少し充実するということと、後でお話をさせていただく共有意思決定（Shared Decision Making）という考え方がある。意思決定支援の方法論というのか、そのプロセスを重視しようという内容で提言が出されたのが大きいと思っている。

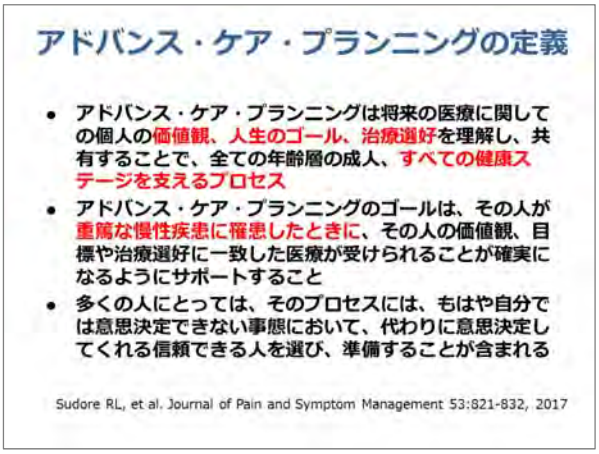
それから、COVID-19 流行期における日本老年医学会からの提言で、COVID-19 があるから ACP をできないとか縮小するのではなく、むしろ今がチャンスという提言も公表された。あと、日本医師会も生命倫理懇談会で ACP の普及・啓発を答申した。これも非常にエポックメーキングかと思っている。

この事業はやはり「人生の最終段階における」なので、終末期に近い方の意思決定支援に ACP の要素を入れたテキストということになる。

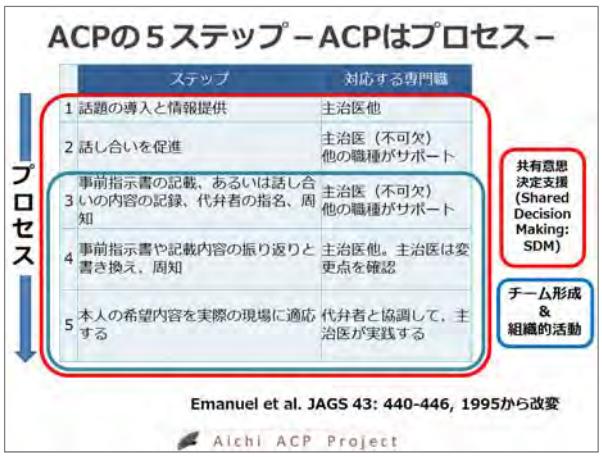


2 年間にわたって全国 15 か所の病院で研修を行った。研修を行った人に自分の病院に戻ってもらって意思決定支援をしてもらうという形で行った。

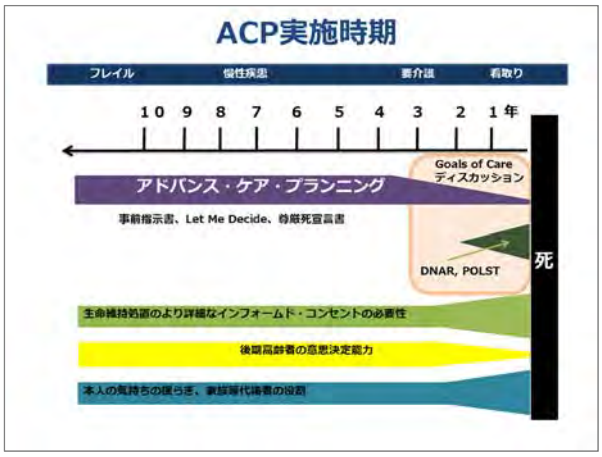
アンケート結果が、「自分の希望がより尊重されたと思う」という方が 89％で、「こんなことはやりたくなかった」という方が 9％ぐらいいらしたが、受けた患者の評価が圧倒的に高かったということで、平成 28 年から神戸大学の木澤先生が E-FIELD というテキストを基本にこの事業の全国研修を始められた。基本は変わりないと思う。「人生の最終段階における」に近い方の意思決定支援に ACP の要素を入れるという研修内容でやっておられるかと思う。



2017 年に国際的な定義をつくっている。「ACP は将来の医療に関しての個人の価値観、人生のゴール、治療選好を理解し、共有することで、全ての年齢層の成人、全ての健康ステージを支えるプロセス」とある。できるだけ早い時期から意思決定支援をしなければいけないという国際的な流れもあって、全ての健康ステージを支えるプロセスということで、あとは延命治療を受けるか受けないかというところだけではなくて、価値観や人生のゴールを把握することが非常に重要な一つのプロセスであるという定義に国際的にも変わってきたと思う。

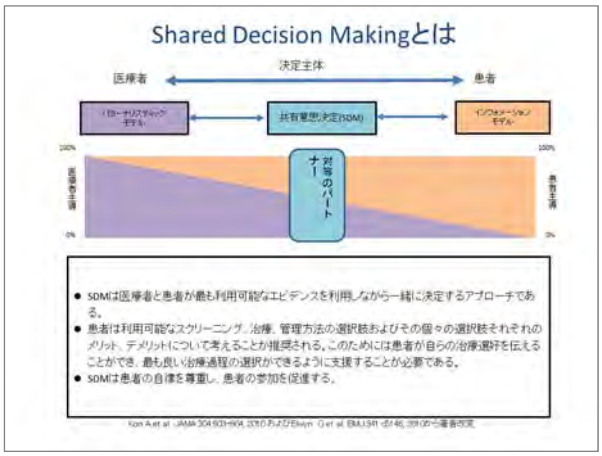


ACP はプロセスと呼ばれており、対話のプロセスには間違いないが、1～5 の流れで、話題の導入から、最終的には代弁者と協調して主治医が実践するという内容になっている。この中で 3 や 4 には事前指示書が書いてあり、活動の一部に事前指示書があるのはあるのだが、カルテに記載すればいい話だし、こういうプロセスを理解せずに何となく事前指示書を書くのが ACP のゴールだというイメージが相当国内には広がっていると思う。この全体の意思決定支援のあり方が、共有意思決定支援（Shared Decision Making）という考え方になっている。



ACP をいつ実施すればよいかということだが、当然ながら下から 2 本目の後期高齢者だと認知症でなくても終末期に近づくほど意思決定能力は落ちるので、より早い時期に ACP を行わないといけない。

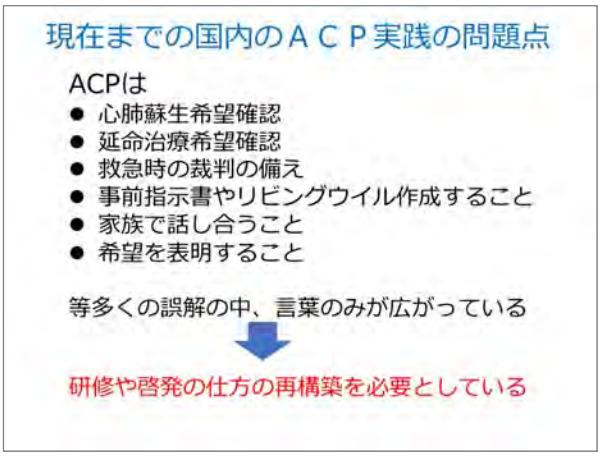
オレンジの中に「Goals of Care ディスカッション」と書いたが、最近では ACP を受けた後の終末期になってからの意思決定支援が「Goals of Care ディスカッション」と呼ばれることが多くなっている。質的に違うので呼び名を変えたということだと思う。国内では GOC ディスカッションの辺りで ACP 研修が始まったのだが、もっと早く ACP を始めるというスタンスを持たなければいけないと思っている。



この共有意思決定支援という考え方が 90 年代から国際的にも大分煮詰まってきた。左がパターナリスティックモデルで、右がインフォームド・コンセントに象徴される自己決定のインフォメーションモデルなのだが、一緒に決めようということで、この中間位にある共有意思決定という対等のパートナーであるという位置の意思決定支援が重視されるようになった。

患者、家族、医療介護専門職で一緒に話していこうというのが Team talk、次にいろんなオプションを一緒に煮詰めていこうというのが 2 番の Option talk、3 番がいよいよ決定しようという Decision Talk である。切り口は違うが、こういう考え方は今回の認知症ガイドラインの意思形成支援、意思表明支援に限りなく近いかなと思う。考え方のベースは両方ほとんど変わりないと思っている。

研修等でどの程度スキルがあるのかということもやはり評価したいということもあって、海外 28 か国で使われている Shared Decision Making スキル評価（SDM-Q-9）というものがあるのだが、それの日本語版をつくって、信頼性・妥当性評価をして、実際に使い始めた。



現在までの国内の ACP 実践の問題点だが、やはり最初の厚生労働省医政局の研修がかなり終末期に近いところの意思決定支援に ACP の要素を入れたということが影響しているかと思う。DNAR を取るのが ACP だとか、延命治療の希望を確認するのが ACP だとか、救急時の裁判の備えだとか、事前指示書やリビング・ウイルを作成することが ACP だとか、家族で話し合うことが ACP だとか、希望を表明することが ACP であるとか、様々な誤解が大分広がってしまったと思っている。言葉だけが広がっているような感じなのかなという気もしている。研修や啓発の仕方の再構築が必要ではないかと思っている。

認知症とACPに関する国内の研究報告

- 医中誌で検索した限り、会議録と少数の総説が散見されるが、まとまった国内での知見はない
- 日本老年医学会が「ＡＣＰ推進に関する提言」2019事例集の中で、アルツハイマー型認知症をもつ高齢者の在宅看取り事例を紹介
- 東京都健康長寿医療センターが「本人にとってのよりよい暮らしガイド」を発行(2017)。

国内の研究報告をいろいろ調べたが、医中誌でもなかなか出て来ず、会議録と少数の総説のみでまとまった国内での知見もなく、日本老年医学会が「ACP推進に関する提言」で認知症の事例を 1 事例だけ紹介している。

また、認知症のサポート医研修で、最近では東京都健康長寿医療センターが開発した『本人にとってのよりよい暮らしガイド』というものを一つの意思決定支援ツールとして紹介している。延命するとかしないということではなく、大切な人や大切なものは何かといったものである。実際に認知症の病気をいろいろ覚えながらこういう自分の価値観を確認するという形のものになっているので、ACP と言えるかどうかは分からないが、こういう意思決定支援ツールも紹介するようにしている。

海外の報告から

過去の文献とエキスパートの意見を集約し、認知症におけるＡＣＰ推進に係る提言が出ている8つのドメイン、32の推薦項目からなっている。

①ACPの導入：
できるだけ早く開始し、認知症者の日常のケアの中にＡＣＰを盛り込む、
認知症診断後できるだけ早く、今後の健康状態の変化時、療養場所、家計の状況を話し合う等

②意思決定能力の評価：
常に意思決定能力が十分であることを仮定する、認知機能は変動することを念頭に置く等

③ACP対話の継続：
本人のレベルに適応したコミュニケーションを心がける、ＡＣＰへの参加が可能な本人に近しい人を見つける

④認知症者本人に近しい人の役割や重要性：
家族等はＡＣＰのプロセスのできるだけ早い時期から関わるべきであり、代弁者の役割を知ってもらう等

⑤会話ができないか、困難な認知者におけるＡＣＰ：
本人とのコンタクトをとり続け、最大限参加してもらう。
情緒に合わせて、言葉以外のコミュニケーションにつとめ、不安を感じ取る。

⑥希望や意向の記録や情報共有：
ＡＣＰで話し合われた内容はカルテ等に記録する。特に価値観や人生の目標、治療の意向など。
事前指示書等や代弁者の存在がある場合はその詳細を記録する

⑦人生の最終段階に関する意思決定：
家族、専門職で本人の残してきた意向と現在の利益を十分比較検討する

⑧ACPの適切な実践のための環境整備：
ACP対話が重要であることを認識してもらえるよう専門職への研修。
このためには十分なサポート体制が必要

8 つの領域の 32 の推薦項目で、認知症における ACP のありようを医療専門職への提言ということで、過去の論文とエキスパート・オピニオンを全部まとめている。

①ACP の導入において、できるだけ早く開始し、認知症者の日常のケアの中に ACP を盛り込むということ。また、療養場所や家計の状況とか、こういったものも話をするという内容になっている。

②は意思決定能力の評価である。これはこちらのガイドラインに非常に近くて、常に意思決定能力が十分であることを仮定するという内容である。

③ACP 対話の継続で、これもこちらのガイドラインに近いと思う。本人のレベルに適応したコミュニケーションを心がける。

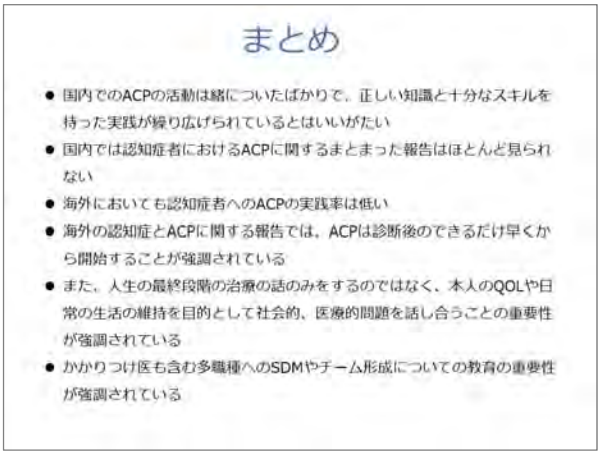
④本人に近しい人の役割や重要性ということで、家族の役割や代弁者の役割に触れられている。

⑤は会話ができない、コミュニケーションが取れない人である。そうであっても本人とのコンタクトを取り続ける、いろいろな手段を使いながら本人と話す、というような内容である。

⑥が希望や意向の記録や情報共有である。カルテ等に記録するということである。

⑦が人生の最終段階に関する意思決定ということで、家族、専門職でできるだけ本人の残してきた意向を踏まえながら十分に検討する。

⑧は ACP の適切な実践のための環境整備で、専門職への研修が欠かせないということである。



まとめとして、国内での ACP の活動は緒についたばかりで、発展途上で、認知症に限らず ACP の正しい知識と十分なスキルを持った実践が繰り広げられているとは言えないと思う。

国内ではまだまだまとまった報告が見られない。海外でも認知症者への ACP の実践率は低いと言われている。ただ、診断後できるだけ早くから開始するということが強調されていて、内容を見ると、延命をどうするかということではなくて、早いうちから人間関係や信頼関係を構築しながら今後の療養をどうするか、今後の家計を含めて暮らしをどうするかということの話を始めるという内容だと思った。また、人生の最終段階の治療の話をするのみではなく、本人の QOL や日常生活の維持を目的として、社会的・医療的問題を話し合うことの重要性が強調されている。かかりつけ医を含む多職種への SDM やチーム形成についての教育の重要性が強調されている。

まとめとしては、ACP がテーマではあったのだが、今回のガイドラインの内容と非常にオーバーラップした内容で海外の報告もまとめられている。

2. 事前の意思表明にかかる論点整理

○以下に、委員会における情報提供やご意見交換の内容を踏まえて、“事前の意思表明”（の取り組み）にかかる論点について整理する。

領域１　わが国の体制上の課題　（認知症ケアの課題と意思決定支援の課題）

論点 ▶ 基本的な意思決定支援の実践途上（教育の強化の必要性）

- ✓ 支援者の正しい理解、共通認識の醸成など教育強化の必要性が高い

論点 ▶ 認知症の診断と意思決定能力の判断の混同

- ✓ 「認知症＝決められない人」、「だから代理人」、という誤解がまだまだ多い

論点 ▶ 認知症の疾病の軌跡が知られていない

- ✓ 本人の意思の基礎となる、今後の経過や起こりうることについて、支援者の理解が途上である

論点 ▶ 認知症に関する告知の問題／告知後の心理的支援、適応支援の不足

- ✓ 認知症の告知について、その重要性、配慮の必要性がまだ十分に認識されていない
- ✓ 告知後の心理・社会的な支援体制が不十分

論点 ▶ スティグマ

- ✓ 認知症に対する否定的な印象・感情が強く、その判断にバイアスがかかる

論点 ▶ 家族への支援

- ✓ 家族を含めたスティグマへの対応
- ✓ 支援者としての家族への十分な支援の提供が求められる

領域２　ACP に共通する課題

論点 ▶ 延命・蘇生処置との誤解

- ✓ 延命・蘇生処置の場合に限った意思確認ではない

論点 ▶ 書類作成との誤解

- ✓ 医療的な処置に関する同意書へのサイン等といった書類作成のための意思確認ではない

論点 ▶ 代理人を決めてもらうこととの誤解

- ✓ 代わりに意思決定する人を決める意思確認ではない

領域３　認知症の ACP 自体の課題

論点 ▶ 実施時期の設定

- ✓ 本人が積極的に関与できる早い時期からの取り組みが求められる一方で、早くからの意思確認は内容が曖昧になる懸念がある。適切な実施時期について明らかにする必要がある
- ✓ 遠い将来に関する話し合いとなり、本人の意向が変わりやすい
- ✓ 告知への動揺などもあり、慎重に行う・始めることが必要

論点 ▶ 実施による効果の明示

- ✓ 認知症の人に ACP を実施することが本人にとってどのようなメリットがあるのかを明らかにする必要がある

論点 ▶ 本人が望まないときの意向の尊重等倫理的な対応

- ✓ 望まない場合に本人の選択をどのように尊重し、守っていくのか

論点 ▶ 社会経済的問題を含む多方面の話し合いの実践方法

- ✓ 認知症のケアや療養は長期となり、経済面、生活面など話し合う要素が広範囲になる

論点 ▶ 想定する最適な経過モデルの開発

- ✓ 意思確認等を行っていく際の仮想シナリオのようなもの、最適な経過モデルがなく、イメージしにくい

論点 ▶ 中等度認知症の人への支援の仕方

- ✓ 中等度の認知症の段階で、合併症等により亡くなるケースも増え、認知能力の限界や問題の複雑性等で、本人にとってよりよい意思決定が明確でなくなる

論点 ▶ 家族の支援方法

- ✓ 家族を含めたスティグマへの対応、家族の意思との調整・支援も必要

Ⅴ 考察（今後の課題として）

1. 医療・介護従事者等への研修の充実（研修への支援から）

○本年度の事業では、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（以下、ガイドライン）研修の実施支援の観点から、「組み込み型」研修教材の改訂、「独立実施型」研修の講師ガイド DVD の作成を行った。

○同時並行で実施した実態把握アンケートでは、認知症の人の意思決定支援に関する研修について、8 割上が「受講したことがない」とした状況下において、両研修の実施の推進・支援に向けた本年度の成果物が効果的に活用されることが望まれる。

（組み込み型研修）

○組み込み型研修の教材については、内容の充実とともに、都道府県・指定都市における利用の利便性の観点から改訂を行った。具体的には、ガイドライン研修の構成（独立実施型と組み込み型の 2 類型）やそれぞれの目的や内容について、また、ガイドライン本編の位置付けや目次構成について前段で解説することで、ガイドラインの概要を大掴みするものとした。

○内容充実の観点では、組み込み先の研修受講者の職種・特性（日常業務と意思決定支援の関係性、どのような場面で意思決定支援に携わるか等）を意識して、「医療職研修向け」、「介護職研修向け」の 2 種類を作成した。また、利便性の観点では、従来、「認知症の本人の声を聴く」パートと「ガイドラインの概要説明」のパートがそれぞれ独立した動画ファイルとなっていたものを、各動画の相互の意味を補強しながら 1 つのパッケージとし、組み込み先の研修で実施し易いものとした。

○これらの作業に並行して、本年度の老人保健健康増進等事業の枠組みで実施されている「認知症対応力向上研修」関連の事業と連携して、「組み込み型」教材の改訂について情報提供するとともに、認知症対応力向上研修の教材の意思決定支援関連の講義において、「組み込み型」研修の教材の視聴に誘導する文言を追記するなど、"組み込み易く"する工夫も試みた。（「かかりつけ医認知症対応力向上研修」および令和 3 年度から新規実施予定の「病院勤務以外の看護師等認知症対応力向上研修」について対応）

○もっとも、研修教材の改訂や組み込み先研修教材への対応は、「組み込み型」研修の実施を規定するものではなく、あくまで組み込み先研修の実施主体（委託先等）への説明と理解が前提であり重要なプロセスになると考える。

（独立実施型研修）

○「独立実施型」研修については、現行教材にかかる講師・ファシリテーター向けの講師ガイド DVD を作成した。昨年度事業で実施した同趣旨の講習会の内容を充実させ、研修カリキュラム本編の解説に加え、ガイドライン研修の概要や実施方法に関する説明を含む内容となっている。

○当初の事業計画においては、昨年度実施した講師・ファシリテーター向けの講習会を継続開催することで、「独立実施型」研修の実施を推進・支援するところであったが、本年度のコロナ禍の状況下において代替として対応したものである。

○「独立実施型」研修の実施については、講師の確保、受講案内先（対象者）の設定、実施協力先の選定など、都道府県・指定都市において課題も多いと推察されるが、「講師用ガイド」を関係者等で確認頂き、「独立実施型」研修実施に向けて、企画立案・共催・委託等のタイアップ先の確保に役立てて頂ければと考える。

2. ガイドラインの更なる普及・定着（実態把握アンケート結果から）

○認知症サポート医および地域包括支援センター担当者に対する実態把握調査では、「意思決定支援をどのようなものと考えるか」、「その上で日常業務で実践できているか」等について、おおよその現状を把握することができた。

○意思決定支援について、日常業務において「意識して実践している」、「意識しているが実践できていない」等の実践にかかるそれぞれの状況の中でも、意思決定支援の捉え方（定義）には違いが見られた。
また、ガイドラインについて一定の認知はあったものの、その実践やガイドライン研修の受講は、必ずしも十分に定着しているとはいえない状況でもあった。

○ガイドラインが示している「意思決定支援の基本的な考え方」については、ガイドライン研修の着実な実施・展開によって広がりつつある一方で、日常業務等における実践につなげていくためには、「意思決定支援」というアウトカムが見え難いものであるがゆえ、参照できる様々な実践例・具体例を提示することが求められているといえる。今後、ガイドラインが求める意思決定支援とは、具体的にどのような活動なのかを、支援の現場に合わせて示していくことが重要である。（特に、本ガイドラインが示している意思の形成支援、表明支援等各段階のプロセスを実際の支援においてどのように実践するのかのモデルの提示）。

○今後、ガイドラインの普及・定着に向けては、①すそ野を広げる（認知を高める）ための研修の実施・展開、②支援の実践につなげるための実践例・具体例の提示を両輪として、取り組みを進めることが必要である。

○また、意思決定支援の取り組みにおける課題として多く挙げられた専門職の共通認識不足、意識の違いなどについては、前述の研修の推進とともに、意思決定支援の対象者である地域住民への普及啓発を進めることにより、社会全体の機運や専門職としての意識の高まりが期待される。

○なお、地域住民への普及啓発にあっては、地域において意思決定支援や事前の意思表明にかかる様々な取り組みが進められている中で（実態把握アンケートより）、本人が望まないときの意向の尊重や配慮などの事前の意思表明にかかる論点として整理した項目も十分に踏まえて、丁寧な情報提供が必要である。

3. ガイドラインおよび研修教材にかかる検討（委員会での議論から）

○ガイドライン本編の策定・公表以来、その認知・理解のためのガイドライン研修は、「組み込み型」・「独立実施型」の 2 類型での展開や研修講師向けの情報提供、補助資料の作成など、普及および定着に向けた取り組みが継続されている。

○もっとも、「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」に並び、対象とする主な領域やその内容等が異なる意思決定支援にかかるガイドラインが複数示される中、意思決定支援の重要性について浸透する一方で、実際に意思決定の支援を行う現場において、各ガイドラインの守備範囲等が必ずしも整理され活用し易いものとなっていない、との声も少なくない。

○今後に向けては、これまでのガイドラインの普及・定着に向けた取り組みを継続展開することを基本としつつ、併せて、支援を行う現場における実践やガイドラインの活用状況等の実態から離れることなく、他のガイドラインとの関係を含め、「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」の役割や守備範囲についても検討を深めていくことが重要である。

［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（平成 30 年 6 月）

https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12300000-Roukenkyoku/0000212396.pdf

意思決定支援等に係る各種ガイドラインの比較について（令和 2 年 10 月）

https://www.mhlw.go.jp/content/000689414.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

厚 生 労 働 省

平成３０年６月

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人との関係性への配慮
(3) 意思決定支援と環境
2 適切な意思決定プロセスの確保
(1) 本人が意思を形成することの支援（意思形成支援）
(2) 本人が意思を表明することの支援（意思表明支援）
(3) 本人が意思を実現することの支援（意思実現支援）
3 意思決定支援プロセスにおける家族
(1) 家族も本人の意思決定支援者であること
(2) 家族への支援
4 日常生活や社会生活における意思決定支援
5 意思決定支援チームと会議（話し合い）

Ⅴ 認知症への理解とガイドラインの普及と改訂 13

Ⅵ 事例に基づく意思決定支援のポイント 14

Ⅰ はじめに

1 ガイドライン策定の背景

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

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

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

2 ガイドラインの趣旨

○ 普段から、我々一人一人が自分で意思を形成し、それを表明でき、その意思が尊重され、日常生活・社会生活を決めていくことが重要であることは誰もが認識するところであるが、このことは、認知症の人についても同様である。

○ 本ガイドラインは、認知症の人を支える周囲の人において行われる意思決定支援の基本的考え方（理念）や姿勢、方法、配慮すべき事柄等を整理して示し、これにより、認知症の人が、自らの意思に基づいた日常生活・社会生活を送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あたっての意思決定支援ガイドライン（平成 29 年 3 月 31 日・厚生労働省）等を参考にしている。また、医療等の分野では、人生の最終段階における医療の決定プロセスに関するガイドライン（平成 19 年 5 月・改訂平成 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、本人が他に取り得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くかの見通しを、本人や家族、関係者で話し合い、今後起こりうることについてあらかじめ決めておくなど、先を見通した意思決定の支援が繰り返し行われることが重要である。

○ 意思決定支援にあたっては、本人の意思を踏まえて、身近な信頼できる家族・親族、福祉・医療・地域近隣の関係者と成年後見人等がチームとなって日常的に見守り、本人の意思や状況を継続的に把握し必要な支援を行う体制（以下、「意思決定支援チーム」という）が必要である。

○ 特に、本人の意思決定能力に疑義があったり、本人の意思決定能力向上・支援方法に困難がある場合は、意思決定支援チームで情報を共有し、再度本人の意思決定支援の方法について話し合う。

○ 意思決定支援にあたっては、特に、日常生活で本人に接するなど本人を良く知る人から情報を収集し、本人を理解し、支援していくことが重要である。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人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、立ち会う人との関係性から、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ても、実際は理解できていない場合もあるため、本人の様子を見ながらよく確認することが必要である。

(2) 本人が意思を表明することの支援（意思表明支援）

○ 本人の意思を表明しにくくする要因はないか。その際には、上述したように、意思決定支援者の態度、人的・物的環境の整備に配慮が必要である。

○ 本人と時間をかけてコミュニケーションを取ることが重要であり、決断を迫るあまり、本人を焦らせるようなことは避けなければならない。

○ 複雑な意思決定を行う場合には、意思決定支援者が、重要なポイントを整理してわかりやすく選択肢を提示するなどが有効である。

○ 本人の示した意思は、時間の経過や本人が置かれた状況等によって変わり得るので、最初に示された意思に縛られることなく、適宜その意思を確認することが必要である。

○ 重要な意思決定の際には、表明した意思を、可能であれば時間をおいて確認する、複数の意思決定支援者で確認するなどの工夫が適切である。

○ 本人の表明した意思が、本人の信条や生活歴や価値観等から見て整合性がとれない場合や、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

【具体的なプロセス】

日常生活・社会生活等における意思決定支援のプロセス

人的・物的環境の整備

◎意思決定支援者の態度
（本人意思の尊重、安心感ある丁寧な態度、家族関係・生活史の理解　など）

◎意思決定支援者との信頼関係、立ち会う者との関係性への配慮
（本人との信頼関係の構築、本人の心情、遠慮などへの心配り　など）

◎意思決定支援と環境
（緊張・混乱の排除、時間的ゆとりの確保　など）

意思形成支援：適切な情報、認識、環境の下で意思が形成されることへの支援

[ポイント、注意点]
◉本人の意思形成の基礎となる条件の確認（情報、認識、環境）
◉必要に応じた　都度、繰り返しの説明、比較・要点の説明、図や表を用いた説明
◉本人の正しい理解、判断となっているかの確認

＋

意思表明支援：形成された意思を適切に表明・表出することへの支援

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

＋

意思実現支援：本人の意思を日常生活・社会生活に反映することへの支援

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

各プロセスで困難・疑問が生じた場合は、チームでの会議も併用・活用

意思決定支援のプロセスの記録、確認、振り返り

Ⅴ 認知症への理解とガイドラインの普及と改訂

○ 本ガイドラインが普及する前提として、意思決定支援者となる誰もが、認知症についての正しい知識を持ち、認知症の人に関する理解を深める必要がある。国は、認知症に関する啓発及び知識の普及に努めることが必要である。

○ 本ガイドラインを広く意思決定支援者に普及させるためには、知識の伝達だけではなく、本ガイドラインを具体的な場面でどのように使うのかを中心とした、事例を使っての研修が必要である。

○ 認知症の人の意思決定支援に関する取り組みの蓄積を踏まえ、本ガイドラインの内容も定期的に見直していくことが必要である。

Ⅵ 事例に基づく意思決定支援のポイント

事例についての注意

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

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

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

〈事例Ⅰ〉生活支援、医療機関への受診勧奨（日常生活）

1 事例の基本情報

・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行っている
・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では」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、片付けしたいですか？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「私もちょっとスカートひっかけちゃった。このままだと危ないね。」と言うと、「小学校で使っていたんじゃないかな。子どもの時思い出すでしょ。可愛い。」と珍しく自分から話した。

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〉

「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ないか区別付かないようであった。一つずつ確認をすすめ、捨てる物には「穴が空いていて使えないかな」等、理由を伝え・確認をしながら道路にはみ出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。

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当と考えられる。

2 事例本文（意思決定支援のプロセス）

まず、意思決定をする前提として、十分な時間が確保できるかどうかを確認した。後見人は、保有する預貯金の総額から利用料をまかなえる期間を予測した。重要な財産の処分であることから意思決定には十分な時間を用意し、短期間で決しないよう配慮をした 1)。時間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が懸念された。しかし、本人の認識を直接尋ねると、成年後見人が自宅をきちんと守っていることを喜んでいる旨の発言があった。その点で、本人の意向に沿っていることを確認し、管理の経費は本人にとって無駄な支出ではない、節約するために早く売る必要はない、と成年後見人は判断した 2)。

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。

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。

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うえで、本人の意向を確認した 7)。

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

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 さんは急性膵炎で入院となった。

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だったか、その際に本人が周囲に支援を求められるか、それが難しい場合でも、定期的な見守りとデイサービスが入れば、自宅で過ごすという本人の希望に沿えるのではないか、など工夫できる点の検討が望まれた。
〈本編Ⅲ-1、Ⅳ-2(1)〉

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

意思決定支援等に係る各種ガイドラインの比較について

令和2年10月

	A 障害福祉サービス等の提供に係る意思決定支援ガイドライン	B 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	C 人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン	D 身寄りがない人の入院及び医療に係る意思決定が困難な人への支援に関するガイドライン *（※身寄りがない場合の医療機関等の対応等に係る部分を除く）*	E 意思決定支援を踏まえた後見事務のガイドライン	主な共通点・相違点等
1. 策定時期	平成29年3月	平成30年6月	平成19年 （平成30年3月改訂）	令和元年5月	令和2年10月	
2. 誰の（意思決定）支援か	障害者	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。）	人生の最終段階を迎えた人	医療に係る意思決定が困難な人	成年被後見人等	
3. ガイドラインの趣旨（意思決定支援等の担い手を含む）	意思決定支援の定義や意義、標準的なプロセスや留意点を取りまとめたガイドラインを作成し、事業者や成年後見の担い手を含めた関係者間で共有することを通じて、障害者の意思を尊重した質の高いサービスの提供に資すること	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	人生の最終段階を迎えた本人・家族等と医師をはじめとする医療・介護従事者が、最善の医療・ケアを作り上げるプロセスを示すもの	本人の判断能力が不十分な場合であっても適切な医療を受けることができるよう、Cガイドラインの考え方も踏まえ、医療機関としての対応を示すとともに、医療に係る意思決定の場面で、成年後見人等に期待される具体的な役割について整理するもの	成年後見人等が意思決定支援を踏まえた後見事務を適切に行うことができるように、また、中核機関や自治体の職員等の執務の参考となるよう、成年後見人等に求められている役割の具体的なイメージ（通常行うことが期待されること、行うことが望ましいこと）を示すもの	各ガイドラインの趣旨は様々であるが、いずれのガイドラインにおいても、本人への支援は、本人の意思（自己決定）の尊重に基づいて行う旨が基本的な考え方として掲げられている

	A　障害福祉サービス等の提供に係る意思決定支援ガイドライン	B　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	C　人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン	D　身寄りがない人の入院及び医療に係る意思決定が困難な人への支援に関するガイドライン *（※身寄りがない場合の医療機関等の対応等に係る部分を除く）*	E　意思決定支援を踏まえた後見事務のガイドライン	主な共通点・相違点等
4. ガイドラインが対象とする主な場面	①日常生活における場面 ・食事、衣服の選択、外出、排泄、整容、入浴等の基本的生活習慣に関する場面 ②社会生活における場面 ・自宅からグループホームや入所施設、一人暮らし等に住まいの場を移動する場面	①日常生活における場面 ・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 ②社会生活における場面 ・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や、1人暮らしを選ぶか、どのようなケアサービスを選ぶか、自己の財産を処分する等	人生の最終段階における医療・ケアの場面 ・「人生の最終段階」には、がん末期のように予後が長くても2～3か月と予測できる場合、慢性疾患の急性増悪を繰り返して予後不良に陥る場合、脳血管疾患の後遺症や老衰など数か月～数年で死を迎える場合がある ・どのような状態が「人生の最終段階」かは、本人の状態を踏まえて、医療・ケアチームの適切かつ妥当な判断による	医療に係る意思決定の場面 （※主に、本人の意思決定が困難な場合について記述）	本人にとって重大な影響を与えるような法律行為及びそれに付随した事実行為の場面 ・例：①施設入所契約など本人の居所に関する重要な決定、②自宅や高額な資産の売却等、法的に重要な決定、③特定の親族に対する贈与・経済的援助など、直接的には本人のためとはいい難い支出をする場合等	A・Bのガイドラインは主に日常的な場面を、C・Dのガイドラインは、より非日常的な場面を対象とするイメージ
5. 意思決定支援等のプロセス等	可能な限り本人が自ら意思決定できるよう、以下の枠組みで支援する。 ①意思決定支援責任者の配置 ②意思決定支援会議の開催 ③意思決定の結果を反映したサービス等利用計画・個別支援計画（意思決定支援計画）の作成 ④サービスの提供 ⑤モニタリングと評価・見直し	本人が、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ために以下のプロセスで支援する。 ①人的・物的環境の整備（本人と支援者との関係性や意思決定支援の場所・時間等への配慮等） ②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）、意思表明支援（意思を適切に表明・表出することへの支援）、意思実現支援（本人の意思を生活に反映することへの支援）。各プロセスで困難・疑問が生じた場合、チーム会議も併用・活用	本人意思が確認できる場合、次の手順によるものとする。 ①医療従事者からの適切な情報提供と説明 ②本人と医療・ケアチームとの合意形成に向けた十分な話し合い ③時間の経過や心身の状態の変化等に応じて本人の意思は変化しうるため、家族等も含めて繰り返し話し合うことが必要		本人が自らの価値観や選好に基づく意思決定ができるように以下の活動を行う。 ①支援チームの編成、本人への趣旨説明とミーティングの準備等 ②本人を交えたミーティングの開催 ③本人の意思決定に沿った支援を展開	各ガイドラインにおける意思決定支援の要素・プロセスは様々であるが、本人が意思決定の主体であり、支援を行う前提としての環境整備、チーム支援、適切な情報提供等の要素は共通

	A 障害福祉サービス等の提供に係る意思決定支援ガイドライン	B 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	C 人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン	D 身寄りがない人の入院及び医療に係る意思決定が困難な人への支援に関するガイドライン （※身寄りがない場合の医療機関等の対応等に係る部分を除く）	E 意思決定支援を踏まえた後見事務のガイドライン	主な共通点・相違点等
6.（代理）代行決定（※）について ※本人による意思決定が困難な場合に、第三者が本人に代わって意思決定を行うこと	①本人の自己決定や意思確認がどうしても困難な場合、本人をよく知る関係者が集まって、根拠を明確にしながら本人の意思・選好を推定 ②本人の意思推定がどうしても困難な場合、関係者が協議し、本人にとっての最善の利益を判断	（※本人の意思決定能力に欠ける場合の代理代行決定はガイドラインの対象外） （※なお、本人の意思は、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でない限り、尊重される（「重大」か否かは、明確な不利益性・回復困難な重大性・発生の蓋然性の観点から判断））	本人意思が確認できない場合、次の手順により、医療・ケアチームの中で慎重に判断（いずれの場合も、本人にとって最善の方針をとることを基本とする） ①家族等が本人意思を推定できる場合、その推定意思を尊重 ②家族等が本人意思を推定できない場合、本人にとって何が最善であるか家族等と十分話し合う ③家族等がいない場合及び家族等が判断を医療・ケアチームに委ねる場合も、本人にとっての最善の方針をとることを基本とする		①意思決定支援を尽くしても意思決定・意思確認がどうしても困難な場合、意思推定に基づく代行決定を行う ②意思推定すら困難な場合や、本人の表明意思・推定意思を実現すると本人に見過ごすことができない重大な影響が生ずる場合等には、本人にとっての最善の利益に基づく代行決定を行う	・Bのガイドラインでは、「いわゆる代理代行決定のルールを示すものではない」旨明記 ・その他のガイドラインでは、本人意思が確認できない場合等における、本人意思を推定するプロセスや、最終手段として、本人にとっての最善の利益の観点からなされる代行決定等のプロセスについても記述
7.（意思決定支援等における）成年後見人等の役割・関与の在り方	①サービス提供者とは別の第三者として意見を述べ、多様な視点からの意思決定支援を進める ②意思決定支援の結果と成年後見人等が担う身上配慮義務に基づく方針が齟齬しないよう、意思決定支援のプロセスに参加	意思決定支援に当たり、本人の意思を踏まえて、家族・親族、福祉・医療・地域近隣の関係者とともに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	（記述なし）	①契約の締結等（受診機会の確保・医療費の支払） ②身上保護（適切な医療サービスの確保） ③本人意思の尊重（本人が意思決定しやすい場の設定、チームの一員として意思決定の場に参加等）　など （※成年後見人等の権限には、いわゆる医療同意権が含まれないことを明記）	①ミーティング主催者とともに、チームのメンバー選定・開催方法等も含めて、主体性を持って関与 ②本人が意思決定の主体として実質的にミーティングに参加できるよう、本人のペースに合わせた進行を主催者・参加者に促す	・後見人等について、A・Bのガイドラインでは主として他の関係者とともに意思決定支援のプロセスに関与することが求められているのに対し、Dのガイドラインでは医療等の場面で後見人等に期待される役割・行為が個別具体的に記載 ・Eのガイドラインは、主として後見人等向けに策定されるものであり、意思決定支援場面、代行決定場面それぞれの関わり方を詳細に記載

令和2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普及や活用実態および事前の意思表明のあり方に関する調査研究事業

報告書

合同会社 HAM 人・社会研究所

https://ham-ken.com/wp/

令和3年3月

禁無断転載