

意思決定支援関係資料集

(ver.1 第1刷)

令和7年10月



厚生労働省社会・援護局地域福祉課
成年後見制度利用促進室



意思決定支援関係資料集（ver.1）目次

※ URL リンクから該当資料の掲載先の HP を開くことができます。

- 01_意思決定支援の基本的考え方 ～だれもが「私の人生の主人公は、私」.....1
(意思決定支援共通研修資料)
(資料)https://guardianship.mhlw.go.jp/common/uploads/2023/09/20230908_2.pdf
(動画)<https://guardianship.mhlw.go.jp/movie/c358/>
- 02_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 10
(成年後見制度利用促進ニュースレター第 39 号 pp3-4)
(資料)<https://www.mhlw.go.jp/content/001576756.pdf>
- 03_意思決定支援を踏まえた後見事務のガイドライン 15
(意思決定支援ワーキング・グループ/令和 2 年 10 月 30 日)
(ガイドライン)<https://www.courts.go.jp/vc-files/courts/2021/20201030guideline.pdf>
- 04_意思決定支援を踏まえた後見事務のガイドライン(アセスメントシート) 42
【様式 1】個別課題発生時における意思決定支援のためのアセスメントシート
【様式 2】個別課題発生時における意思決定能力のアセスメントシート
【様式 3】意思推定に基づく代行決定に関するアセスメントシート
【様式 4】本人にとって見過ごすことができない重大な影響に関するアセスメントシート
【様式 5】本人にとっての最善の利益に基づく代行決定に関するアセスメントシート
- 05_解説「意思決定支援を踏まえた後見事務のガイドラインを公表しました」..... 69
(成年後見制度利用促進ニュースレター第 27 号抜粋)
(資料)<https://guardianship.mhlw.go.jp/common/uploads/2021/02/guardian05.pdf>
- 06_ご本人らしい生き方にたどり着く「意思決定支援のためのパンフレット」 71
(厚生労働省) ➡ 意思決定支援を踏まえた後見事務のガイドラインのパンフレット
(資料)https://guardianship.mhlw.go.jp/common/pdf/guardian/guardian_book.pdf
- 07_「私のことは、私とともに決めて欲しい」
～意思決定支援をふまえた後見事務のガイドラインを学ぶ.....91
(資料)<https://guardianship.mhlw.go.jp/common/uploads/2021/02/guardian02.pdf>

- 08_障害者福祉サービスの利用等にあたっての意思決定支援ガイドラインについて... 152
(厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部長通知 障発 0331 第 15 号/平成 29 年 3 月 31日)
(資料)<https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12200000-Shakaiengokyokushougaihokenfukushibu/0000159854.pdf>
- 09_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
ガイドラインについて.....171
(厚生労働省医政局総務課長通知 医政総発 0603 第 1 号/令和元年 6 月 3 日)
(通知)<https://www.mhlw.go.jp/content/000516178.pdf>
(ガイドライン)<https://www.mhlw.go.jp/content/000516181.pdf>
- 10_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
ガイドラインの概要..... 217
(資料)<https://www.mhlw.go.jp/content/000734012.pdf>
- 11_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
ガイドラインに基づく事例集について..... 219
(厚生労働省医政局総務課 事務連絡/令和 4 年 8 月 12 日)
(事務連絡)<https://www.mhlw.go.jp/content/000976429.pdf>
(事例集)<https://www.mhlw.go.jp/content/000976433.pdf>
- 12_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..... 249
(厚生労働省/平成 30 年 3 月改訂)
(ガイドライン)<https://www.mhlw.go.jp/file/04-Houdouhappyou-10802000-Iseikyoku-Shidouka/0000197701.pdf>
- 13_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解説編 ..252
(厚生労働省/平成 30 年 3 月改訂)
(資料)<https://www.mhlw.go.jp/file/04-Houdouhappyou-10802000-Iseikyoku-Shidouka/0000197702.pdf>
- 14_認知症の人の日常生活・社会生活における意思決定支援ガイドライン(第 2 版) ... 259
(厚生労働省/令和7年 3 月改訂)
(資料)<https://www.mhlw.go.jp/content/12300000/001484891.pdf>
- 15_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(事例集) 281
(厚生労働省/令和7年 3 月)
(資料)<https://www.mhlw.go.jp/content/12300000/001484892.pdf>



意思決定支援の基本的考え方

～だれもが「私の人生の主人公は、私」～



解説動画

この研修資料の使い方

- ① この研修資料は、「意思決定支援」に共通する基本的な考え方や実践方法について知り、本人と本人の人生「LIFE(生活、人生、生命)」とのかかわりに活かしていくことを目的として作成しました。
- ② この研修の対象者は、このような本人と本人の人生「LIFE(生活、人生、生命)」にかかわるすべての人を対象としています。
- ③ 「私の人生を私として生きる。」
だれもが「私の人生の主人公は、私」です。
- ④ それはかかわる人の理解があってこそ実現できるものと考えられます。



もくじ

はじめに

1 意思決定支援に向けて知っておきたいこと

2 意思決定支援のポイント

3 実践と原則

さいごに



はじめに

私の体験をふりかえろうー誰もが当事者ー

1

あなたの人生を振り返ってみましょう。
特に印象に残った「決定・選択」にはどんなものがありましたか？

2

そのとき、あなたはどんな風に「決定・選択」しましたか？
誰かに相談しましたか？何かに背中を押されましたか？決めることに悩んだとしたら、それはどうしてですか？

3

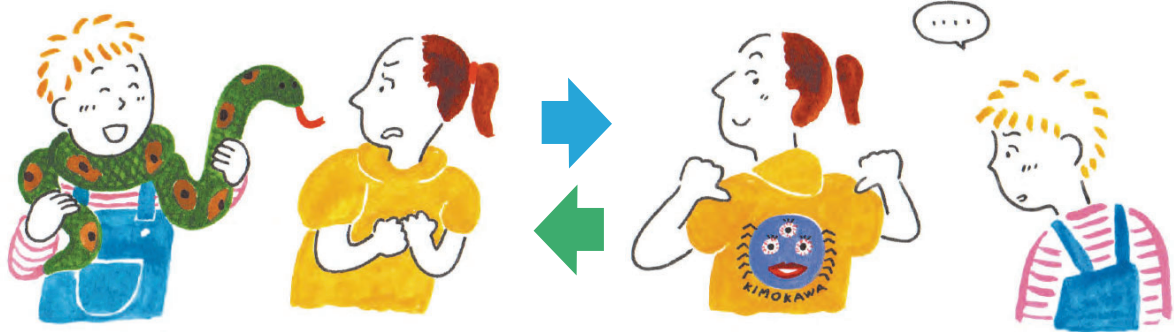
もしもそのとき、あなたの周りのすべての人が、あなたの「決定・選択」を無視して、反対の方向に強引に進めたとしたら、どのようなことが起き、あなたはどのような気持ちになるでしょうか。



1 意思決定支援に向けて知っておきたいこと

“私(本人)”の視点から考える

時に、あなたにとって重要なことが、私にとって重要ではないことがあります。また、その逆もあります。



意思決定支援では、支援する側の視点ではなく、“私(本人)”の視点に立ちます。

05

1 意思決定支援に向けて知っておきたいこと

チームで支える、一緒に支える

だれもが意思決定をする当事者であり、同時に本人にかかわる人です。一人で生きている人はいません。支えられながら、誰かを支えています。その全ての人がお互いに支え合いながら「私の人生の主人公は私」という人生を生きています。チームで支える、一緒に支えるという意識で取り組みましょう。



06

-3-

1 意思決定支援に向けて知っておきたいこと

知っておきたい4つのこと

1

「意思決定支援」では、すべての人には意思があるという前提に立って、本人が自分で自分のことを決めるにあたり、一人ひとりに合わせた支援をおこなうことを大切にします。

2

障害者権利条約には、“私たちのことを私たち抜きで決めないで”(Nothing About us without us) というメッセージがあります。その意思決定に、“私(本人)”は本当の意味で参加していますか。

3

「私の人生を私として生きる」希望どおりといかずとも、いろいろな間違いや不自由もあるけれど、自ら選択し、自分の生活・暮らしを生きていると感じられるでしょうか。

4

それぞれの環境や状況に応じて、必要な配慮や支援を受ける機会が保障され、本人の意思が尊重される社会、本人の尊厳が確保される社会の実現が望まれます。

1 意思決定支援に向けて知っておきたいこと

いつでもどこでも

日常生活でも



着る物を選ぶ

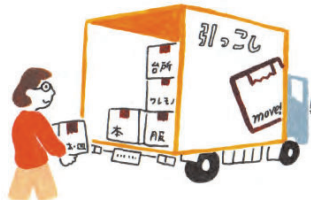


買い物をする

- 食べ物、洋服を選ぶ
- 買い物をする ●学び、働く
- 行きたい場所を決める、移動の方法を選ぶ
- どういふスタイルで過ごすか

(だったら、てきぱき、スケジュールを決めて?そのときの気分で?)

重要な場面や人生の岐路でも



住む場所を変える



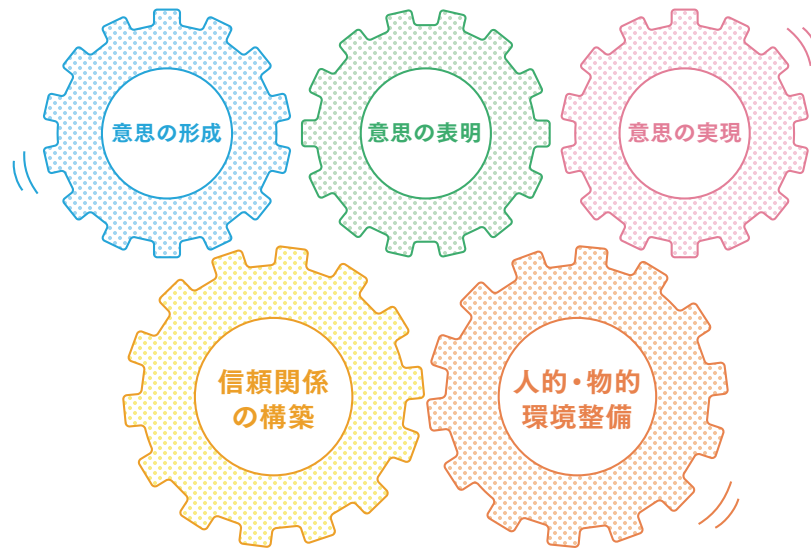
医療サービスを選ぶ

- 暮らし方(誰と?一人で?ずっと同じ場所で?場所を変えながら?)
- お金のこと(管理の方法、誰かにサポートしてもらおう?)
- 介護サービス、障害福祉サービスを選ぶ
- 医療サービスを選ぶ

生活、人生は意思決定の連続です。だれもが、何かを選んだり、選ばなかったり、迷って決められなかったり、選ぶのに失敗したり、上手くいったりをくり返しながら、生活しています。

2 意思決定支援のポイント

プロセス：たくさんの歯車をかみあわせる



本人には「意思」があり、決める力があるという前提に立ち、かかわりのなかで、その意思を尊重して支えていく。

09

2 意思決定支援のポイント

信頼関係の構築

本人のこと、特性、適切なコミュニケーションの取り方をよく知ることが大切です。

1

本人を知ること（好き、嫌い、大切に思うこと、得意、苦手なこと等）

2

本人を知るための関係づくりやコミュニケーションの取り方を知ること



10

-5-

2 意思決定支援のポイント

人的・物的環境整備

- ① 周囲の人の態度や関係によって、本人の意思決定は影響を受けます。

本人の意思を尊重する態度、本人が安心できるような態度、本人との間の信頼関係、関係性への心配りが必要となります。否定しないで聞く、という姿勢が大切です。「ただ、そばにいる」という支援もあります。



- ② 物理的環境や時間帯によっても、本人の意思決定は影響を受けます。

なるべく本人が慣れた場所で、本人が一番力を発揮できる時間帯で意思決定支援を行うことが望まれます。



2 意思決定支援のポイント

意思形成支援：ケバブは知らなきゃ食べられない

適切な情報、環境、認識の下で、意思が形成されることを支援します。

「なんて書いてあるの？」

メニューから注文しようとしても、メニューが読めなければ選べない。

「ケバブってなに？」

メニューが読めたとしても食べたことがない料理を選ぶことは難しい。

考えを邪魔するような働きかけがあると決めることは難しい。



意思を決定するためには、その内容についての適切な情報が必要となります。

2 意思決定支援のポイント

意思表明支援

形成された意思を適切に表明・表出することを支援します。

「早く決めて!」「前に決めたことと違う!」など、支援者が決断を迫る態度で接したり、本人の以前の発言の責任を問う態度で接すると心からの希望を表現・表明しにくい。

本人の表明した意思に疑問や迷いがあるときは、意思形成プロセスを振り返り、再度確認する。

「選んだ理由を聞いてもいい?」言葉で表現されていることは別の「本当の思い」があることもある。

時間の経過で意思は変わることもある。また重要な決定は、再度確認することも必要である。



心の中で決めていても、それを表明・表出するには、適切な環境が必要となります。

13

2 意思決定支援のポイント

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を支援します。

「食べたい」「自分でつくりたい」意思実現のプロセスにおいても本人がその能力を最大限に活用して参加することが本人の力となる。

「あなたには無理じゃない?」本人の意思が無視されたり否定されたりすることが続くと、意思形成、意思表明の意欲は弱まる。

本人の意思と本人以外の人の意思が相反してしまい、本人の意思だけを尊重できない場合でも、だれかが我慢するのではなく、みんなの意思が尊重される選択肢はないか諦めずに考えることが大切。



本人とともに意思の実現を目指して取り組むことが、(本人やチームの)経験の豊かさにもつながります。

14

-7-

3 実践と原則

大切なのに、難しい。それはなぜ？

① 「意思」そのものもつ難しさ

- 意思は変化していくもの
- 言葉と心、行動は必ずしも一致しない
- だから、他者が本人の意思を把握することは難しい

② 「正解」がない難しさ

- 選んだ瞬間はベストだと思っていたものが、時がたつと後悔に変わったり、その逆もある
- いろいろな評価があって、何が正解かが分からない
- 誰から見たか、どの時点から見たかで、正解が違ってくる

④ さまざまな「場面」で行われる難しさ

- 生活、人生は意思決定の連続
- さまざまな対象、場面についての意思決定支援のガイドラインがあるが、実際の生活では、場面は綺麗に分かれていない

③ いろいろな「人」が関わる難しさ

- いろいろな視点・価値観をもつ人が関わるのが大切(ひとりよがりにならない)
- けれども、立場や職種によって意見が異なり、一致しない
- みんなの事情を優先することも起こりやすい

いろいろな難しさがあるからこそ、意思決定支援の原則は、共有しておくことが大切です。

3 実践と原則

意思決定支援の原則

①

どのような人であっても、本人には意思があり、決める力があるという前提に立って、意思決定支援をします

②

本人が自ら意思決定できるよう、実行可能なあらゆる支援を尽くします

③

不合理にみえる意思決定でも、それだけで本人に決める力がないと判断せず、尊重します



まとめ

1 意思決定支援は、本人とかかわる人たちの共通となる姿勢と行動、プロセス

- だれもが当事者本人であり、同時に本人にかかわる人でもあります。
- 「私の人生を私として生きる」だれでも私の人生の主人公は私です。
- 意思決定の結果にとらわれず、本人にとっても納得感があるプロセスを踏むことが大事です。

2 実行することの難しさも共有し、本人とかかわる人たちで試行錯誤する

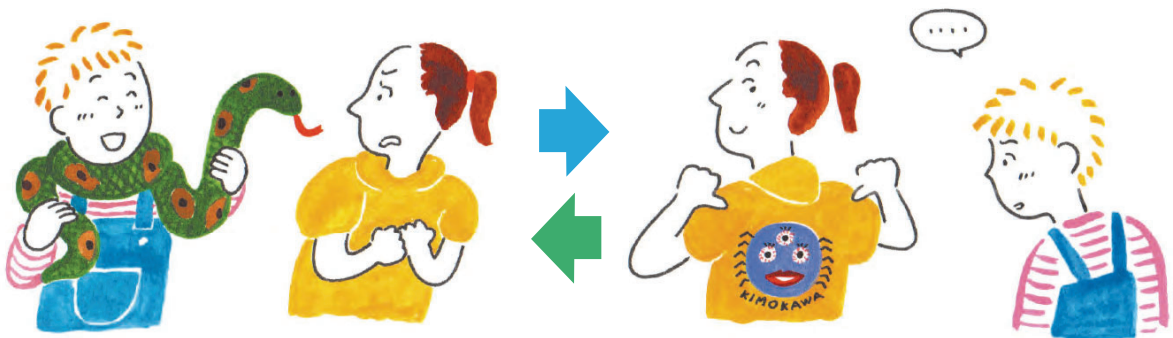
- 意思決定支援を学び、ひとりよがりにならないよう、いろいろな視点や価値観を持つ人たちと共に考えます。
- 時間の制約やできることに限りがあることも意識しながら、みんなで互いに支え合い、意思決定支援をおこないます。その時うまくいかなかったとしても、あきらめないことが肝心です。
- 本人を支えている人も、困った時、迷った時、上手くいかない時には、本人にかかわる他の人たちに、「助けて」と、声をあげていきましょう。

3 キーパーソンは常に本人である

- 関わる人たちは、悩んだら本人の希望や気持ちに立ち返ります。
- “私たちのことを私たち抜きで決めないで”(Nothing About us without us) その意思決定に、“私(本人)”は本当の意味で参加していますか？



時に、あなたにとって重要なことが、私にとって重要ではないことがあります。



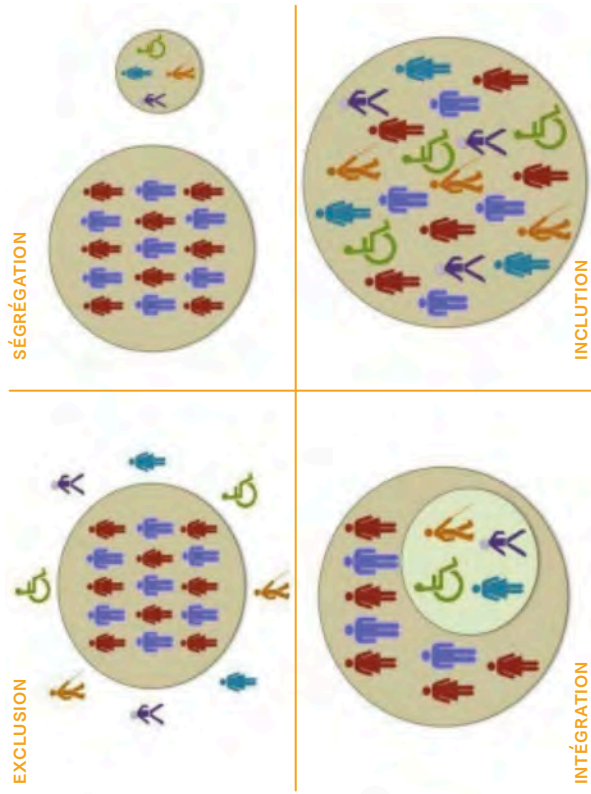
だれもが
「私の人生の主人公は私」

5つのガイドラインの概要

	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
だれの ために?	●障害のある人 知的障害、精神障害、発達障害のある人など、障害福祉サービスを必要とする人	●認知症の人 認知機能の低下が疑われる人も含む	●人生の最終段階を迎えた人	●身寄りのない人 医療に係る意思決定が困難な人	●成年被後见人 ●被保佐人 ●被補助人
だれに?	●事業者等	●周囲の人	●医療従事者介護従事者家族等	●医療従事者介護従事者成年後见人等	●成年被後见人 ●保佐人 ●補助人 ●中核機関 ●行政職員等
どのような ときに?	日常生活・社会生活の意思決定の場面	日常生活・社会生活の意思決定の場面	人生の最終段階	入院・医療に係る意思決定が困難な場面	本人にとって重大な影響を与えるような法律行為十付随した事実行為の場面
どのような 方法(姿勢)で?	チーム十本人の環境調整十本人による決定の支援	チーム十本人の環境調整十意思形成・表明・実現支援	チーム十適切な情報提供十本人による決定の支援	同左	チーム十本人の環境調整十意思形成・表明支援 ※実現支援は、後见人等の身上保護の一環として取り組むこととされている
本人の 意思確認が 難しいときは?	推定意思・選好の尊重(優先) →本人にとつての最善の利益の追求(最後の手段)	推定意思・選好の尊重 ※代理決定については本ガイドラインの対象外とすることを明記	推定意思の尊重十本人にとつての最善の方針に基づく対応	同左	推定意思・選好の尊重(優先) →本人にとつての最善の利益の追求(最後の手段)

障がい者権利条約等における重要概念・用語解説

インクルーシブ (包摂する)

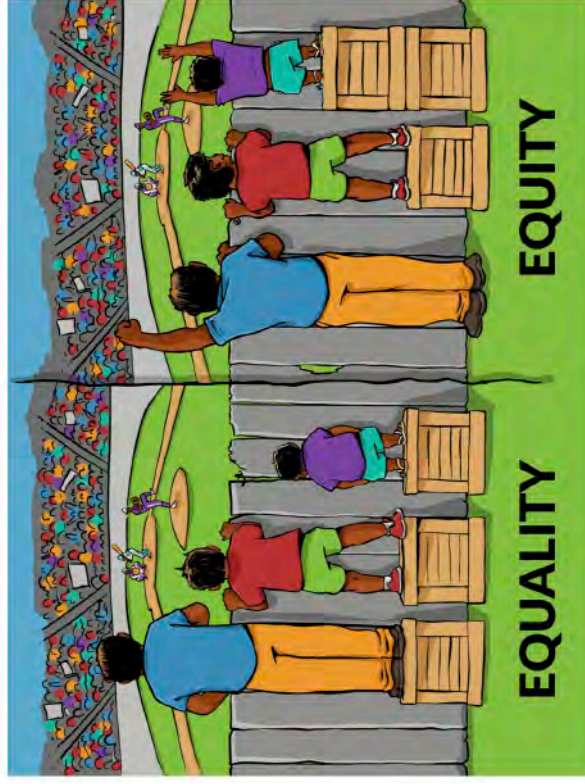


出典 LES AVIS DU CONSEIL ÉCONOMIQUE, SOCIAL ET ENVIRONNEMENTA
Mieux accompagner et inclure les personnes en situation de handicap : un défi, une
nécessité Christel Prado Juin 2014 P.24

解説

インクルーシブ (包摂する) / インクルージョン (包摂) とは、エクスクルーション (排除) の反対概念で、障がいのある方等が、社会から排除、分離されることなく、社会の中に溶け込んだ状態を目指すもの。上図では、左上が「排除」された状態。右上が「分離」された状態。左下が、分離されたものが一つになり「統合」された状態。右下が「包摂」された状態を表している。

合理的配慮



出典 "Interaction Institute for Social Change | Artist: Angus Maguire."
<https://interactioninstitute.org/illustrating-equality-vs-equity/>

解説

平等 (Equality) とは、全員に同じ量を均等に配分すること。公平 (Equity) とは、全員が同じ状態になるように、量を調整して配分すること。障害等のある方が、他の方々と同じように過ごすために必要な配慮のことを「合理的配慮」と呼ばれている。

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①

	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 <small>※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</small>	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 策定期間	平成29年3月	令和7年3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 <small>※認知症と診断された場合に限り、認知機能の低下が疑われ、意思決定に支援を必要とする人を含む。</small>	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よう、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、いずれもガイドラインにおいては、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に考えられている。

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②

	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 <small>※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</small>	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
<p>4 ガイドラインが対象とする主な場面</p>	<p>①日常生活における場面 ●食事、衣服の選択、外出、排泄、整容、入浴等の基本的な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す等の場面。</p>	<p>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、整容などの基本的な生活習慣や、日常のプログラムへの参加を決める場合など。 ②社会生活における場面 ●仕事や趣味、地域での活動の確立、自宅からグループホームや施設等に住まない場を移動する場合や、一人暮らしを選ぶか、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など。</p>	<p>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。</p>	<p>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。</p>	<p>本人にとつて重大な影響を与えようとする法律行為及びそれに関連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、法的に重要な贈与・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えない支出をする場合等。</p>	<p>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。</p>
<p>5 意思決定支援等のプロセス等</p>	<p>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。</p>	<p>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（意思を適切に表明や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）。各プロセスで困難や疑問が生じた場合、チームによる会議を実施。</p>	<p>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するため、家族等も含めて繰り返し話し合うことが必要。</p>	<p>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するため、家族等も含めて繰り返し話し合うことが必要。</p>	<p>本人が自らの価値観や選好に基づき意思決定ができるよう以下の活動を行う。 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。</p>	<p>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。</p>

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③

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 <small>※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</small>	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
<p>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本人の意思・選好を推定。</p> <p>②本人の意思確認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。</p> <p>6 (代理)代行決定 ※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。</p>	<p>●本人の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代理代行決定はガイドラインの対象外</p> <p>●なお、本人の意思は、それが他者を書く場合や本人にとって見過ごすことのできな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・発生の確実性の観点から判断)</p>	<p>本人の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)</p> <p>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、本人にとつての最善の方針をとることを基本とする。</p>	<p>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、意思決定に基づく代行決定を行う。</p> <p>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ぎすことのできなない重大な影響が生ずる場合等には、本人にとつての最善の利益に基づき代行決定を行う。</p>	<p>●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。</p> <p>●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、本人にとつ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。</p>	<p>●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。</p> <p>●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間わり方を詳細に記載。</p>
<p>①サービス提供者とは別の第三者として意見を述べ、多様な観点からの意思決定支援を進める。</p> <p>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。</p> <p>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</p>	<p>意思決定支援に当たり、本人の意思を踏まえて、本人及び家族・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。</p>	<p>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。</p> <p>※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。</p>	<p>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。</p>	<p>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。</p>	<p>●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。</p> <p>●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間わり方を詳細に記載。</p>

意思決定支援を踏まえた後見事務のガイドライン

2020年（令和2年）10月30日

意思決定支援ワーキング・グループ

目次

第1	はじめに	
1	ガイドライン策定の背景.....	1
2	ガイドラインの趣旨・目的等.....	2
第2	基本的な考え方	
1	本ガイドラインにおける意思決定支援の定義.....	2
2	本ガイドラインにおける意思決定能力の定義.....	3
3	本ガイドラインにおける意思決定支援及び代行決定のプロセスの原則	3
(1)	意思決定支援の基本原則.....	3
(2)	代行決定への移行場面・代行決定の基本原則.....	3
4	後見人等として意思決定支援を行う局面.....	4
第3	意思決定支援における後見人等の役割	
1	関連する基本原則の確認.....	5
2	意思決定支援のための環境整備（事前準備）.....	5
(1)	環境整備の必要性・目的.....	5
①	本人のエンパワメント.....	5
②	支援者側の共通認識・基本的姿勢.....	5
(2)	環境整備の手順、環境整備に対する後見人等の関与の仕方・役割..	6
(3)	本人と後見人等の信頼関係の構築.....	6
3	後見人等の関与する意思決定支援の具体的なプロセス（個別課題が生じた後の対応）.....	7
(1)	本人にとって重大な影響を与えるような意思決定について.....	7
(2)	支援チームの編成と支援環境の調整.....	7
①	支援チームの編成.....	7
②	支援環境の調整・開催方法等の検討.....	8
(3)	本人への趣旨説明とミーティング参加のための準備.....	10
(4)	ミーティングの招集.....	10
(5)	本人を交えたミーティング.....	10
①	進行方法の工夫.....	10
②	意思形成支援におけるポイント.....	11
③	意思表示支援におけるポイント.....	12
(6)	意思が表明された場合.....	12
(7)	アセスメントシートへの記録.....	13

第4	意思決定や意思確認が困難とみられる局面における後見人等の役割	
1	関連する基本原則の確認.....	1 3
2	意思決定や意思確認が困難とみられる局面とは.....	1 3
3	意思決定能力アセスメントの方法.....	1 3
	(1) 意思決定能力アセスメント.....	1 3
	(2) アセスメントシートへの記録.....	1 4
4	本人の意思推定（意思と選好に基づく最善の解釈）アプローチ.....	1 4
	(1) 基本的な考え方.....	1 4
	(2) 検討結果に基づく後見人等としての行動原則.....	1 5
	(3) アセスメントシートへの記録.....	1 5
第5	本人にとって見過ごすことができない重大な影響が懸念される局面等における後見人等の役割	
1	関連する基本原則の確認.....	1 6
2	本人にとって見過ごすことができない重大な影響が生じる場合等..	1 6
	(1) 基本的な考え方.....	1 6
	(2) 検討方法.....	1 6
	(3) 検討結果に基づく後見人等としての行動原則.....	1 7
	(4) アセスメントシートへの記録.....	1 7
第6	本人にとっての最善の利益に基づく代行決定	
1	関連する基本原則の確認.....	1 7
2	本ガイドラインにおける「最善の利益」に基づく代行決定.....	1 8
3	本人にとっての「最善」を検討するための方法.....	1 8
	(1) 最後の手段としての位置付け.....	1 8
	(2) 本人にとっての最善の利益を検討するための前提条件.....	1 8
	(3) 本人にとっての最善の利益を検討する際の協議事項.....	1 9
4	検討結果に基づく後見人等としての行動原則.....	2 0
5	アセスメントシートへの記録.....	2 1

第1 はじめに

1 ガイドライン策定の背景

2017年（平成29年）3月24日に閣議決定された成年後見制度利用促進基本計画（以下「基本計画」という。）では、成年後見制度の利用者がメリットを実感できる制度・運用へ改善を進めることが目標とされ、後見人等が本人の特性に応じた適切な配慮を行うことができるよう、意思決定支援の在り方についての指針の策定に向けた検討が進められるべきであるとされている。

このような背景には、2000年（平成12年）の成年後見制度発足以来、財産保全の観点のみが重視され、本人の意思尊重の視点が十分でないなどの課題が指摘されてきたことがある。そのため、今後、成年後見制度の利用促進を図っていくためには、本人の意思決定支援や身上保護等の福祉的な観点も重視した運用とする必要がある。

民法858条、876条の5第1項、876条の10第1項においても、後見人等が本人の意思を尊重し、その心身の状態及び生活の状況に配慮することが求められている。しかし、実務においては、本人の判断能力が低下していることを理由に、本人の意思や希望への配慮や支援者等との接触のないまま後見人等自身の価値観に基づき権限を行使するなどといった反省すべき実例があったことは否定できない¹。

後見人等を含め、本人に関わる支援者らが常に、「意思決定の中心に本人を置く」という本人中心主義を実現するためには、意思決定支援についての共通理解が必要である。そこで、意思決定支援を踏まえた後見事務についての理解が深まるよう、最高裁判所、厚生労働省、日本弁護士連合会、成年後見センター・リーガルサポート及び日本社会福祉士会により構成される意思決定支援ワーキング・グループにおいて検討を重ね、成年後見制度の利用者の立場にある団体からのヒアリング等の結果を踏まえつつ、本ガイドラインを策定した。

本ガイドラインに記載されていることが意思決定支援の全てではないことは言うまでもなく、意思決定支援については他にも多数のガイドラインやテキストが存在するものの、本ガイドラインが、専門職後見人、親族後見人、市民後見人等のいずれにとっても、本人の意思決定支援を踏まえた後見事務を行う上で参考にされ、活用されることを期待するものであり、そのためには、今後、関係各団体等において、それぞれの後見人等の属性に合わせた普及・啓発方法が展開されることが望ましい。

また、本ガイドラインは意思決定支援を踏まえた後見事務の実現に向けた一つ

¹ 典型的には、本人が在宅での地域生活を希望しているのに十分な検討をせずに施設等の利用を支援者らが選択し、本人の保護という名目の下、本人に説得をしてしまう例などが挙げられる。

の出発点にすぎず、完成形ではない。認知症や精神障害、知的障害、発達障害等の内容や程度には個人差があるが、適切な意思決定支援は本人の権利擁護につながるものであることからすれば、今後、専門職団体における本ガイドラインに基づく意思決定支援の経験の蓄積を経て、本人の属性や特性に応じた更なる深化・発展が期待される場所である。

2 ガイドラインの趣旨・目的等

本ガイドラインは、専門職後見人はもとより、親族後見人や市民後見人を含めて、後見人、保佐人、補助人（以下「後見人等」という。）に就任した者が、意思決定支援を踏まえた後見事務、保佐事務、補助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²となるよう、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）を示すものである³。

なお、本ガイドラインには、意思決定支援及び代行決定の場面で使用できるアセスメントシートを5種類添付している（様式1～5）。後見人等がそれぞれのプロセスごとにアセスメントシートへの記録を行うことで、意思決定支援を踏まえた後見事務を適切に実践できているかを省みることができる⁴。

第2 基本的な考え方

1 本ガイドラインにおける意思決定支援の定義

意思決定支援とは、特定の行為に関し本人の判断能力に課題のある局面において、本人に必要な情報を提供し、本人の意思や考えを引き出すなど、後見人等を含めた本人に関わる支援者らによって行われる、本人が自らの価値観や選好に基づく意思決定をするための活動をいう。

本ガイドラインにおける意思決定支援は、本人の意思決定をプロセスとして支援するものであり、通常、そのプロセスは、本人が意思を形成することの支援（意思形成支援）と、本人が意思を表明することの支援（意思表明支援）を中心とする（なお、形成・表明された意思をどのように実現するかという意思実現支援は、本ガイドラインにいう意思決定支援には直接には含まれないが、後見人等による身上保護の一環として実践されることが期待される。）⁵。

² 後述のとおり、本ガイドラインはチームによる意思決定支援を前提とするものである。そのため、チーム形成やチームの連携に向けて中核機関がサポートを行う際や、中核機関、地域包括支援センター、基幹相談支援センター等と後見人等を含めたチームが連携する際の参考として活用されることも期待される。

³ 後見監督人は直接、意思決定支援に関与する者ではないが、意思決定支援を踏まえた後見事務を監督する立場にあることからすれば、後見監督人においても意思決定支援について理解をしておくことが望ましい。

⁴ 既に実践において活用されている他のアセスメントシート等を使用することでも問題ない。

⁵ 意思実現支援としては、例えば、生活の本拠について検討する場面において、本ガイドラインのプロセスに沿

本ガイドラインにおける意思決定支援は、後見人等による「代行決定」とは明確に区別される。すなわち、①意思決定支援が尽くされても本人による意思決定や意思確認が困難な場合、又は②本人により表明された意思等が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可能性が高い場合のいずれかにおいて、最後の手段として、後見人等が法定代理権に基づき本人に代わって行う決定（代行決定）とは区別されるものである。

2 本ガイドラインにおける意思決定能力の定義

意思決定能力⁶とは、支援を受けて自らの意思を自分で決定することのできる能力であるが、意思決定を行う場面では通常次の4つの要素が必要と考えられる。

- (1) 意思決定に必要な情報を理解すること（情報の理解）
- (2) 意思決定に必要な情報を記憶として保持すること（記憶保持）
- (3) 意思決定に必要な情報を選択肢の中で比べて考えることができること（比較検討）
- (4) 自分の意思決定を口頭又は手話その他の手段を用いて表現すること（意思の表現）

3 本ガイドラインにおける意思決定支援及び代行決定のプロセスの原則

(1) 意思決定支援の基本原則

第1 全ての人には意思決定能力があることが推定される。

第2 本人が自ら意思決定できるよう、実行可能なあらゆる支援を尽くさなければ、代行決定に移ってはならない。

第3 一見すると不合理にみえる意思決定でも、それだけで本人に意思決定能力がないと判断してはならない。

(2) 代行決定への移行場面・代行決定の基本原則

第4 意思決定支援が尽くされても、どうしても本人の意思決定や意思確認が困難な場合には、代行決定に移行するが、その場合であっても、後見人等は、まずは、明確な根拠に基づき合理的に推定される本人の意思（推定意思）に基づき行動することを基本とする⁷。

って意思形成支援・意思表示支援が行われた結果、自宅をリフォームした上で在宅での生活を継続する旨の本人意思が示されたのであれば、後見人等としては、身上保護活動の一環として、自宅のリフォームのための契約締結など必要な後見事務を適切に行うことが求められる。

⁶ 意思決定能力は法律で定められた概念ではなく、意思能力や行為能力とは異なるものである。本ガイドラインでは、意思決定能力は、あるかないかという二者択一的なものではなく、支援の有無や程度によって変動するものであるという考え方を採用している。

⁷ 成年後見人等の権限の広さや本人の生活に与える影響の大きさに鑑み、意思決定支援のプロセスを踏まえない

第5 ①本人の意思推定すら困難な場合、又は②本人により表明された意思等が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には、後見人等は本人の信条・価値観・選好を最大限尊重した、本人にとっての最善の利益に基づく方針を採らなければならない。

第6 本人にとっての最善の利益に基づく代行決定は、法的保護の観点からこれ以上意思決定を先延ばしにできず、かつ、他に採ることのできる手段がない場合に限り、必要最小限度の範囲で行われなければならない。

第7 一度代行決定が行われた場合であっても、次の意思決定の場面では、第1原則に戻り、意思決定能力の推定から始めなければならない。

4 後見人等として意思決定支援を行う局面

後見人等による意思決定支援は、飽くまで後見事務の一環として行われるものである以上、後見人等が直接関与して意思決定支援を行うことが求められる場面は、原則として、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⁸に限られる。

本人の特性を踏まえ、ケース・バイ・ケースで判断する必要があるが、一般的な例としては、①施設への入所契約など本人の居所に関する重要な決定を行う場合、②自宅の売却、高額な資産の売却等、法的に重要な決定をする場合、③特定の親族に対する贈与・経済的援助を行う場合など、直接的には本人のためとはいえない支出をする場合などが挙げられる⁹。

ただし、それ以外の局面における意思決定支援に関しても、後見人等として、後記第3の2(2)に記載した関与が求められる¹⁰。

安易な推定に基づく法定代理権の行使・不行使を戒めるという趣旨から、本ガイドラインでは、意思推定を代行決定と捉え、濫用を防止するための慎重な検討を求めるという立場を採用している。

⁸ 一般的には日常的と評価される行為でも、本人にとっては日常的とは言えない場合もあり得る。そのような場面では、本人にとっての重要性に鑑みて、後見人等がその意思決定支援に関与することが求められていると考えられることから（例えば、これまで携帯電話やスマートフォンを所有していなかった本人が初めてこれらを購入することになったため、機種や料金プランを選択する場合など）、本ガイドラインでは、「本人にとっての影響の大小」を基準としている。

⁹ 「成人した本人の人生周期（ライフサイクル、ライフステージ）」においては本人にとっていくつかの重大な意思決定を求められる場面が考えられる（就職、転居、転職、サービスの契約と利用、入院、施設入所、相続等）。これらの課題は、本人からの相談や家族や支援者からの情報提供だけでなく、後見人等が本人の生活状況を確認することからも発見される。

¹⁰ 後見人等は医療行為に関する同意権は有していないが、医療の局面における後見人等の関与の在り方については、厚生労働省2018年度厚生労働行政推進調査事業費補助地域医療基盤開発推進研究事業「身寄りがい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」（2019年5月）を参照されたい。

第3 意思決定支援における後見人等の役割

*本項に対応するアセスメントシート：様式1

1 関連する基本原則の確認

- 第1 全ての人は意思決定能力があることが推定される。
- 第2 本人が自ら意思決定できるよう、実行可能なあらゆる支援を尽くさなければ、代行決定に移ってはならない。
- 第3 一見すると不合理にみえる意思決定でも、それだけで本人に意思決定能力がないと判断してはならない。

2 意思決定支援のための環境整備（事前準備）

(1) 環境整備の必要性・目的

後見人等が直接関わる意思決定支援の事務としては、本人に重大な影響を与える法律行為及びそれに付随する事実行為が主である。

しかしながら、そのような課題が生じてからいきなり意思決定支援をしようとしても容易ではなく、日頃から日常的な事柄について、本人が自ら意思決定をすることができるような支援がされ、そのような意思決定をした経験が蓄積されるという環境が整備されている必要がある。

① 本人のエンパワメント

特に、本人が自信を持って意思決定を行うことができるためには、本人の自尊心や達成感が日頃から満たされていることが重要である。

したがって、日常的に、本人が自ら意思決定を行う機会に接し、成功・失敗に至る過程を経ながら、「自らの意思決定が他者に尊重された」という経験を本人が得られるよう、後見人等も含めた本人に関わる支援者らが協力して支援をする（エンパワメント）環境が整備されることが求められる^{11,12}。

② 支援者側の共通認識・基本的姿勢

本人の意思決定に向けた支援は、これを支援する者の態度や本人との信頼関係、立ち会う人との関係性や環境による影響を受ける。また、意思決定支援をする支援者側の共通理解が乏しい場合、本人の意思決定や意思表示を引き出す支援が十分に行われなかったり、本人の意思を都合よく解釈した事実上の代行決定が行われたりするおそれもある。さらに、職業倫理や価値観の

¹¹ 従前、本人が自ら意思決定をしたという経験の少ない人については、日常生活において何を食べるか、今日何を着るかなどの身近な決定を支援者らの支援によって繰り返すことにより、自身の意思を尊重される体験を積むことができ、自信を持って意思を表明することができるようになる。

¹² 本人がエンパワメントを受けて変化した結果、支援者らがそのような本人の姿に感化され、支援活動に一層前向きになることもある。

違いから、本人と支援者間、支援者相互の対立を招くことも懸念される¹³。

したがって、意思決定支援を行うに際しては、後見人等を含めた本人に関わる各支援者が、本人の意思決定を尊重する基本的姿勢を身につけておく必要がある。そこで、本ガイドラインないし関連する他の意思決定支援ガイドライン¹⁴をあらかじめ読み合わせておく、又は研修等に参加するなど、意思決定支援を行うに当たっての共通認識を得ておくことも重要である。

(2) 環境整備の手順、環境整備に対する後見人等の関与の仕方・役割

後見人等が就任した時点では、既に本人は、親族や介護サービス、障害者福祉サービス事業者のスタッフや医療従事者等による支援を受けていることが多い（潜在的なチームの存在）。後見人等としては、本人が日常生活を送るに当たって、これらの支援者によって、本人の意思決定が適切に支援され、表明された意思が十分に尊重されているかどうかを把握しつつ、以下の点に留意して活動を進める必要がある。

<留意するポイント>

- ▶ 後見人等に就任した後、なるべく早期に本人や支援者らと接触すること¹⁵
- ▶ 本人の状況や支援状況を把握し、支援者らの輪に参加すること
- ▶ 本人の意思が周囲の支援者らから十分に尊重されていないとみられる場合には、環境の改善を試みる

特に専門職後見人の場合は、選任された時点では本人に関する情報量が親族や介護サービス事業者と比べて圧倒的に少ないことを自覚し、意識的に本人と話をしたり、本人のことを知ろうと努めることが重要である。

なお、意思決定を支援するチームが編成されていないような場合や、チームの編成を変更する必要があるような場合には、地域包括支援センターや障害者基幹相談支援センター、発達障害者支援センターがチーム支援の起点となるよう、中核機関のサポートを受けながら働きかけを行うことが望ましい。

(3) 本人と後見人等の信頼関係の構築

後見人等としては、本人と定期的な面談、日常生活の観察や支援者らからの

¹³ 他方で、それぞれの立場や考え方が異なることを認識し、多角的な視点から検討することによって本人の多面的な生活を支援することができるという認識を持つことが重要である。

¹⁴ 厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部「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」（2017年3月）、厚生労働省医政局地域医療計画課「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」（2018年3月）、厚生労働省老健局総務課認知症施策推進室「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」（2018年6月）、厚生労働省2018年度厚生労働行政推進調査事業費補助地域医療基盤開発推進研究事業「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」（2019年5月）。

¹⁵ 本人との信頼関係が構築されていない段階では、本人から直接得られる情報は限定的になりがちであるため、親族等の周囲の支援者らからの情報収集に努めることが有益な場合も多い。

情報収集、生活歴の把握等を通じて積極的にコミュニケーションを図ることにより、本人が安心して自分の意思を伝えることができ、後見人等とともに意思決定支援のプロセスに参加することに意欲を持つことができるような信頼関係を構築しておくことも重要と考えられる。後見人等が本人にとってどのような存在であるのかを本人自身に正しく認識してもらうことにより、本人としても安心して支援を受けることができるようになるはずである。

3 後見人等の関与する意思決定支援の具体的なプロセス（個別課題が生じた後の対応）

(1) 本人にとって重大な影響を与えるような意思決定について

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する事実行為に関して意思決定を行う場面において、後見人等に求められるのは、本人の意思決定のプロセスを丁寧に踏むという意識及びそのプロセスに積極的に関わるということである。具体的には、後見人等は、基本的に以下の場面で一定の重要な役割を担うことになる。

① 支援チームの編成と支援環境の調整

② 本人を交えたミーティング

もっとも、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する事実行為に関して意思決定を行う場合においても、本人の意思が明らかであり、支援者においても本人の意思に沿うことで異論がないような場合には、本ガイドラインのプロセスを必ずしも全て経る必要があるわけではない。

(2) 支援チームの編成と支援環境の調整

① 支援チームの編成

支援チームの編成は、本来は福祉関係者において責任を持って行うことが想定された事柄ではあるが、後見人等も、日頃から本人の意思決定支援のための環境整備がなされていることを前提に、ミーティング主催者とともに意思決定を支援するメンバーの選定に主体性を持って関わっていくことが望ましい。

一般的には、親族、介護支援専門員、相談支援専門員、施設長・施設ケアマネジャー等相談支援専門職・相談員、地域包括支援センター等行政機関の担当者、主治医・看護師・臨床心理士、医療ソーシャルワーカー・精神保健福祉士などが支援メンバー候補者であるが、これらの者に限るわけではなく、本人が希望する場合には、本人が信頼する友人やボランティア、当事者団体のメンバーなどが加わることもあり得る。第三者的な立場のメンバーが加わることで、支援者らが無意識のうちに自分達の価値観に基づきプロセスを進

めることを防ぐという効果も期待される。本人の思いや意思が反映されやすいチームとすることを意識しつつ、課題に応じて適切なメンバーを選ぶことが重要である¹⁶。

基本的には、本人との日常のコミュニケーションの方法をよく知る者、専門的見地から発言ができる者、その課題について本人に適切な選択肢を示すことができる者などがバランス良くメンバーに加わることが望ましい。メンバーには、本人の意思が明確に表明されない場合であっても本人の意思自体は存在するということが十分に理解し、その意思を汲もうとする姿勢が求められる。

一方で、当該事案において本人と利害が明らかに対立する者、本人の意思決定に不当な影響を与える可能性のある者の参加は好ましくなく、慎重な判断が求められる。

② 支援環境の調整・開催方法等の検討

本人を交えたミーティングに先立ち、支援チームのメンバー間において、ミーティングの趣旨やミーティングにおける留意点をお互いに理解するように努め、また本人にとってどのような形でミーティングを開催するのが適切であるかを、以下の点に留意して慎重に検討することが望ましい。

チームが機能しているような場合、後見人等は、コーディネーターとして振る舞う必要はなく、以下の留意事項も踏まえ、他の支援者らが本人の意思や特性を尊重しながら適切に準備を進めているのかをチェックし、問題がある場合には改善を促すという形での関与をしていくことが求められる¹⁷。また、後見人等のみならず、他の支援者においても、意思決定支援が適切なプロセスをたどっているかについて、相互にチェックし合うような環境が整備できると更に望ましい。他方で、後見人等は、他の支援者らとは異なり、最終的な決定権限（法定代理権）を有しているが、自分の価値観が最終的な決定に影響しないよう、意思決定支援の準備につき他の支援者らの意向を尊重するという意識を持つことも重要である。

これに対し、チームがうまく機能していないような場合には、後見人等は、中核機関等からの支援を受けて他の支援者らに働きかけを行い、支援者らの意識の改善を図った上で検討を進めたり、チームの再編成を試みたり（上記2(2)参照）するなど、支援環境の調整段階から主体的に関与することが望ましい。

¹⁶ 毎回、メンバー全員が形式的に集まる必要はない。

¹⁷ 支援環境の調整段階で他の支援者らが中心となって検討を行うことも少なくなく、後見人等が必ずしも検討の場に常に同席を求められるとは限らない。

<ミーティング開催に当たっての留意事項>

- ▶ 本人は、いつ、どこで、どのような方法であれば安心して参加できるか。また、誰に意思決定支援のチームに参加してほしいか。

本人の特性・生活スタイルから避けた方がよい時間帯がないか、本人が一番安心して意思を表明できる場所はどこか、本人が安心して話をすることができる支援者が誰かについて十分に配慮すべきである。

必ずしも「ケース検討会議」のような場面がいつも適切とは限らず、たとえば本人との少人数でのミーティングを行い本人の意思を十分に引き出した上で、本人意思の確認・共有のために支援メンバーが揃う場を設けるなど、段階的にミーティングを行っていくことが望ましいケースもあり得る。

- ▶ 本人は、どのようなコミュニケーションの方法を望んでいるか。また、本人の意思決定を支援するために必要な調整・コミュニケーション手段について意識されているか。

本人がミーティングにおいて適切に意思形成・表明ができるよう、本人が意思決定を行う場合の課題を整理し（関連する情報の理解・記憶・比較・表現等の各要素に留意して）、支援者らが本人の意思の形成を促し、引き出していくための手段を検討する¹⁸。

また、本人が課題を理解し、自分なりの意思決定を行うためには、ミーティングの進行における工夫や本人の特性に合わせたコミュニケーションスキル（意思疎通の技術）が必要である。そのため、誰が進行役（ファシリテーター）を務め、本人との意思疎通を誰がどのように図り、本人が実質的にミーティングに参加できるようにどのように工夫するか等、支援チーム全体で予め検討しておくべきである。

- ▶ 意思決定支援に関するミーティングであることが参加者により理解されているかどうか。

ミーティングの呼びかけ方によっては、参加者が会議の趣旨について抱くイメージが変容してしまう危険性がある。支援者らの価値観に基づく結論が先にありき（いわゆる「落としどころ」を決めて臨む）での本人を説得するために集まる場では決してないことを予め留意事項として認識させることが重要である。

- ▶ ミーティングにおけるメンバーの役割やルールが参加者により理解され

¹⁸ 例えば、本人の状況によっては、支援メンバーの些細な言葉や態度に敏感に反応し、影響されることもあり得るため、何気ない感想やコメント（例えば「〇〇だと大変そうだね」という言葉で当該選択肢は避けるべきと考えてしまう）にも気を遣う必要があるかもしれない。また、質問の仕方によっては、本人へのプレッシャーになることもあるかもしれない（例えば「どうして〇〇しないの？」「〇〇したいと思わない？」など）。さらに、本人の意思疎通手段が限られている場合には、本人にとって最も意思が表出しやすいコミュニケーション手段が何かを考え、適切な通訳者の確保、タブレット端末、絵カード、写真等の準備等が必要になるかもしれない。

ているか。

ミーティングの参加者がすることは「本人の意見、考えを引き出す」こと、「支援者らの価値観を押し付けない」ことであり、避けなければならないことは参加者が望ましいと考えることを押しついたり、その方向に誘導・説得したりしないこと、本人の話を頭ごなしに否定・批判をしないことである。

なお、検討のための手段としては、支援チームのメンバーが直接会って事前の打合せをするほか、電話、メール、ファックス等で確認・意見交換するなど、支援チームの構成や従来の支援実績、対象となる課題、本人の状況等により、その方法は様々であってよい。

(3) 本人への趣旨説明とミーティング参加のための準備

支援チームのメンバー、環境整備、開催方法を検討していく過程において、本人が信頼している意思決定支援のキーパーソンによって、本人にあらかじめミーティングの趣旨を説明しておくことが必要である。たとえば、支援メンバーの情報やミーティングの予定日時、場所のほか、自分で自分のことを決めていくことが大切であること、意思を決めていくためにメンバーができる限り協力すること、本人の意思を尊重し、受け止めてくれるメンバーがいるので安心して意見を述べてよいことなどを丁寧に説明する。その際、本人としては、課題についての自分の思いを聞いてもらうことが会議に向けた心の準備になることもあるため、本人が何か課題について思いを伝えようとしている場合には、本人の話に耳を傾けることも重要である¹⁹。

(4) ミーティングの招集

進行管理に責任を持つ者において、関係者を招集する。その際、必要な資料の準備も行う²¹。

(5) 本人を交えたミーティング

① 進行方法の工夫

ミーティングでは、主催者等（後見人等が兼ねることもある）は、事前の環境調整を踏まえて設定されたテーマ及びミーティングのルールに沿って

¹⁹ この確認に当たっては、例えば、本人が「はい」等と了解するような言葉を述べていても、本人の表情や動作等を観察しながら本人の意思を確認することが望ましい場合もある。

²⁰ 支援メンバーを通じて本人の思いを聞き出し、後見人等に伝えてもらうこともあり得る。

²¹ 厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部「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」（2017年3月）、厚生労働省老健局総務課認知症施策推進室「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」（2018年6月）等参照。

以下②・③の支援プロセスが展開されているかに注意しながら、会議を適切に進行する必要がある。ミーティングは必ずしも1回とは限らず、複数回開催したり²²、本人の意思形成の状況によっては、その間に見学や体験を導入したりすることが有効な場合もある。

事前の環境調整で確認したことなどを踏まえ、本人の置かれている状況を、本人の特性を踏まえつつ分かりやすく説明するとともに、課題となる意思決定事項に関連する本人の意思や考えを引き出すことができるよう最大限努力する。

加えて、本人の意思や考えを踏まえつつ、現在の本人が採り得る選択肢を分かりやすく示す。選択肢については、それぞれのメリット・デメリットなどを説明する必要がある場合もあるが、その際には、殊更誘導や本人の選択を意図的に狭めるような説明、プレッシャーを与える言動のないよう配慮する必要がある。説明方法は、言葉によるものに限らず、タブレット端末、パンフレット、写真、絵カード等の視覚的な資料を用いるなどの工夫も考えられる。

このような本人の意思形成支援を行った上で、他者の不当な影響が及ばない状態において、本人が自らの意思を表明できるよう支援する。適切なコミュニケーション手段の選択はもちろん、表明を直接受け取る支援者、場所、時間、雰囲気などにも配慮すべきである。

後見人等は、本人の権利擁護者として、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・参加者に促していくことが期待される。ただし、後見人等だけで一連の意思決定支援を全て提供できるものではないため、主催者、参加者と適宜役割分担をし、以下のポイントに留意しながら、チーム全体として意思決定支援のプロセスを展開できるようにすることが大切である。

② 意思形成支援におけるポイント

- 支援者らの価値判断が先行していないか？
 - ▶ 判断の前に本人の希望に着目し、できる限り「開かれた質問」²³で尋ねる。
- 本人の「理解」と支援者らの「理解」に相違はないか？
 - ▶ 本人に説明してもらおう。同じ趣旨の質問を、時間をおいて、違う角度から行ってみる。
 - ▶ 説明された内容を忘れてしまうことがあるため、その都度説明する。

²² 本人の反応や意見次第では、支援チームのメンバーや開催方法等を再検討することも考えられる。

²³ 「開かれた質問」とは、「はい」「いいえ」では答えられない自由な答えを求める質問のこと。「どうして?」「どんな点が?」など。

- ▶ 本人に体験してもらうことによって本人の理解を深める。
- 選択肢を提示する際の工夫ができていますか？
 - ▶ 比較のポイント、重要なポイントを分かりやすく示す。
 - ▶ 文字にする。図や表を使う。ホワイトボードなども活用する。
- 他者からの「不当な影響」はないか？

③ 意思表示支援におけるポイント

- 決断を迫るあまり、本人を焦らせていないか？
 - ▶ 時間をかけてコミュニケーションを取る。
 - ▶ 重要な意思決定の場合には、時間をおいて、再度、意思を確認する。
 - ▶ 時間の経過や置かれた状況、同席者の影響によって意思は変わり得ることを許容する。
 - ▶ 本人の意思決定を強いるものではない（本人がむしろ支援者らに判断を任せたいという意味を持つこともあり得る。）。
- 本人の表明した意思が、これまでの本人の生活歴や価値観等から見て整合性があるか？
 - ▶ これまでと異なる判断の場合には、より慎重に本人の意思を吟味する。
 - ▶ 表面上の言葉にとらわれず、本人の心からの希望を探求する。
- 意思を表明しにくい要因や他者からの「不当な影響」はないか？
 - ▶ 支援者らの態度、人的・物的環境に配慮する。時には、いつものメンバーとは異なる支援者が意思を確認してみることも必要。

(6) 意思が表明された場合

第1原則において、全ての人は意思決定能力があることが推定されている。

したがって、本人及び支援者らにおいて意思決定能力について特段疑問を持たない限り、後見人等は、本人の意思決定に沿った支援を展開することが通常である（なお、意思実現支援は本ガイドラインにおける意思決定支援には直接含まれないものの、後見人等としては、身上保護の一環として、後見人等が本人の意思の実現に向けて適切に行動することが期待される。）。

もっとも、表明された意思が本人の意思であるかは慎重に確認する必要がある。支援者らによる意思決定支援が適切にされていないおそれがある場合²⁴や、本人の表明された意思に関し、支援者らの評価・解釈に齟齬や対立がみられる場合には、再度意思決定支援を行う必要がある。

また、本人の意思に揺らぎがみられるような場合には、一旦本人が意思を表

²⁴ 例えば、過剰な誘導や、周りの思惑に基づき本人を説得するようなアプローチを繰り返し、本人が「同意」せざるを得ないような状況に追い込んだ上で、それが本人の意思決定と取り扱われているような場面などが考えられる。

明した場合であっても、直ちにその実現に移るのではなく、一定期間見守り、表明された意思が最終的なものであるかを確認する必要がある。

(7) アセスメントシートへの記録

後見人等は、(1)～(6)における意思決定支援のプロセスについて、アセスメントシート様式1に随時記録する。

第4 意思決定や意思確認が困難とみられる局面における後見人等の役割

*本項に対応するアセスメントシート：様式2・様式3

1 関連する基本原則の確認

第2 本人が自ら意思決定できるよう、実行可能なあらゆる支援を尽くさなければ、代行決定に移ってはならない。

第4 意思決定支援が尽くされても、どうしても本人の意思決定や意思確認が困難な場合には、代行決定に移行するが、その場合であっても、後見人等は、まずは、明確な根拠に基づき合理的に推定される本人の意思（推定意思）に基づき行動することを基本とする。

2 意思決定や意思確認が困難とみられる局面とは

特定の意思決定について、意思決定支援を尽くしたにもかかわらず、本人の意思や意向を把握することが困難であり（本人とのコミュニケーションが困難である場合や、本人の意思の揺らぎが大きい場合など）、かつ、法的保護の観点から決定を先延ばしにすることができない場合もある。その場合には、下記3のとおり、本人の意思決定能力のアセスメント（評価）を行った上で、意思決定をすることが困難であると判断された場合には、代行決定のプロセスに移行することになる。

なお、決定を先延ばしにすることができる場合には、改めて意思決定支援を行うことになる。

3 意思決定能力アセスメントの方法

(1) 意思決定能力アセスメント

本ガイドラインにおける意思決定能力の定義からすれば（第2の2）、意思決定能力アセスメントは、本人が独力で特定の意思決定ができるか否かを評価するものではなく、支援者ら自身が意思決定支援を尽くしたにもかかわらず、意思決定を行う場面で通常必要と考えられる4要素につき満たされないものがあるかを評価することとなる。

理解	：与えられた情報を理解する力 ▶ 支援者側が実践上可能な工夫・努力を尽くしたにもかかわらず、本人が意思決定に関連する情報を理解することができなかったかを評価する。
記憶保持	：決定するためにその情報を十分に保持する力 ▶ 支援者側が実践上可能な工夫・努力を尽くしたにもかかわらず、本人が情報を必要な時間、頭の中に保持することができなかったかを評価する。
比較検討	：決定するためにその情報を検討する力 ▶ 支援者側が実践上可能な工夫・努力を尽くしたにもかかわらず、本人がその情報に基づく選択肢を比較検討することができなかったかを評価する。
表現	：決定について他者に伝える力 ▶ 支援者側が実践上可能な工夫・努力を尽くしたにもかかわらず、本人が意思決定の内容を他者に伝えることができなかったかを評価する。

ここで重要なことは、意思決定能力は、あるかないかという二者択一的なものではなく、支援の有無や程度によって変動するものであることから²⁵、本人に意思決定能力がないと決めつけることなく、4要素を満たすことができるように、後見人等を含めたチーム全体で支援をすることが必要であるということである。

このように、意思決定能力アセスメントは本人の能力の有無のみを判定するアプローチではなく、支援を尽くしたといえるかどうかについても、チーム内で適切に検討することが求められる。

(2) アセスメントシートへの記録

意思決定能力アセスメントの検討プロセスについては、アセスメントシート様式2に記録する。

4 本人の意思推定（意思と選好に基づく最善の解釈）アプローチ

(1) 基本的な考え方

意思決定能力アセスメントを実施した結果、本人の意思決定や意思確認が、その時点ではどうしても困難と評価された場合、代行決定が検討されることになる。もっとも、その場合であっても、後見人等が直ちに自らの価値

²⁵ 意思決定能力に関する基本的な考え方については、厚生労働省老健局総務課認知症施策推進室「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」（2018年6月）4頁脚注ixを参照

判断に従って何が本人にとって最善であるかを決定することは避けるべきである。後見人等を含めた支援チームが集まって、本人の日常生活の場面や事業者のサービス提供場面における表情や感情、行動に関する記録などの情報に加え、これまでの生活史、人間関係等様々な情報を把握し、根拠を明確にしながら本人の意思及び選好を推定することを試みる必要がある²⁶。

すなわち、本人が自ら意思決定をすることができたとすれば、本人はどのような意思決定をしていたのかをまずは推定する必要がある。

収集された事実については、一見すると矛盾していたり、古すぎる情報、又聞き情報といったものも存在したりするため、信頼できる情報を適切に選別していく必要もある。さらに整理された事実に基づいて、本人の意思や価値観を合理的に推定していくために関係者による評価が行われる。後見人等は、本人の権利擁護の代弁者であるという意識を持ち、十分な根拠に基づいて本人の意思推定が行われているか、関係者による恣意的な本人の意思推定が行われていないかどうか等を注視していくことが求められる。

このような整理や評価は、単独で行うことは通常困難であり、意思決定支援の場面で構築されたチームを活用し、複合的な視点から検討する必要がある。意思推定は、本人に意思決定能力があればどのような決断をしていたのかを第三者が推定し、判断するものである。支援チームがいかに努力したとしても本人の意思そのものとは異なって解釈される可能性があることから、慎重な取扱いが求められる。

(2) 検討結果に基づく後見人等としての行動原則

ミーティングの結果、本人の意思が推定できる場合には、第5原則「本人にとって見過ごすことのできない重大な影響」に該当しない限り、後見人等も含めた支援者らは、本人の信条・価値観・選好に基づいて支援を展開することとなる。

他方、意思推定すら困難な場面では、第5原則及び第6原則に沿って行動することが検討される（最善の利益に基づくアプローチ。第5参照）。

(3) アセスメントシートへの記録

後見人等は、上記4(1)の本人の意思推定に基づく代行決定の検討プロセスについて、アセスメントシート様式3に記録する。

²⁶ 厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部「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」（2017年3月）参照。

第5 本人にとって見過ごすことができない重大な影響が懸念される局面等における後見人等の役割

*本項に対応するアセスメントシート：様式4

1 関連する基本原則の確認

第3 一見すると不合理にみえる意思決定でも、それだけで本人に意思決定能力がないと判断してはならない。

第5 ①本人の意思推定すら困難な場合、又は②本人により表明された意思等が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等には、後見人等は本人の信条・価値観・選好を最大限尊重した、本人にとっての最善の利益に基づく方針を採らなければならない。

第6 本人にとっての最善の利益に基づく代行決定は、法的保護の観点からこれ以上意思決定を先延ばしにできず、かつ、他に採ることのできる手段がない場合に限り、必要最小限度の範囲で行われなければならない。

2 本人にとって見過ごすことができない重大な影響が生じる場合等

(1) 基本的な考え方

意思決定支援の結果として、本人が意思を示した場合や、第4のプロセスを踏むことにより本人の意思が推定できた場合であっても、その意思をそのまま実現させてしまうと、本人にとって見過ごすことができない重大な影響が生じるような場合がある。その場合、当該意思をそのまま実現することは適切ではないため、法的保護の観点から、「最善の利益」に基づいた代行決定を行うことが許容される。

また、本人の意思を実現すると、権利侵害を第三者に生じさせるような場面においても、個別具体的な事情に応じて、「最善の利益」に基づく代行決定を検討すべき場合がある。

(2) 検討方法

「重大な影響」といえるかどうかについては、以下の要素から判断する。

- ① 本人が他に採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
- ② 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
- ③ その発生の可能性に確実性があるか

例として、自宅での生活では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が挙げられる。

意思推定の場面と同様、このような整理や評価は、単独で行うことは通常

困難であり、意思決定支援の場面で構築されたチームを活用し、複合的な視点から、明確な根拠を示して検討する必要がある。

(3) 検討結果に基づく後見人等としての行動原則

ミーティングを踏まえて、「本人にとって見過ごすことができない重大な影響」が発生する可能性が高いと評価される場合等には、後見人等は、本人が示した意思決定（推定意思の場合には、本人に意思決定能力があれば示したであろう意思決定）であったとしても、法的保護の観点から、同意しない（同意権・代理権の不行使）又は本人の示した意思とは異なる形での代行決定（代理権、取消権の行使）を行うことがある²⁷。

他方、第三者からみれば必ずしも合理的でない意思決定であったとしても、「本人にとって見過ごすことができない重大な影響」が発生する可能性が高いとまでは評価できない場合には、本人なりの価値判断に基づく意思決定であることを踏まえ、後見人等も含めた支援者らは、本人の信条・価値観・選好に基づいて支援を展開することが期待される。

(4) アセスメントシートへの記録

後見人等は、本人にとって見過ごすことができない重大な影響が生じるかどうかの検討プロセスについて、アセスメントシート様式4に記録する。

第6 本人にとっての最善の利益に基づく代行決定

*本項に対応するアセスメントシート：様式5

1 関連する基本原則の確認

第5 ①本人の意思推定すら困難な場合、又は②本人により表明された意思等が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には、後見人等は本人の信条・価値観・選好を最大限尊重した、本人にとっての最善の利益に基づく方針を採らなければならない。

第6 本人にとっての最善の利益に基づく代行決定は、法的保護の観点からこれ以上意思決定を先延ばしにできず、かつ、他に採ることのできる手段がない場合に限り、必要最小限度の範囲で行われなければならない。

第7 一度代行決定が行われた場合であっても、次の意思決定の場面では、第1原則に戻り、意思決定能力の推定から始めなければならない。

²⁷ この場合、本人の意思とは異なる結果を招くことになるため、それによって本人に生じる負担等に対し、継続的な支援が必要となり得ることに留意する必要がある。

2 本ガイドラインにおける「最善の利益」に基づく代行決定

これまで述べてきたとおり、①意思決定支援を尽くしても本人の意思が明確ではなく、かつ、本人の意思を推定することさえできない場合や、②本人が表明した意思や推定される本人の意思を実現すると本人にとって見過ごすことができない重大な影響が生じてしまう場合には、後見人等は、「最善の利益」に基づく代行決定を行うことになる。

本ガイドラインで採用されている最善の利益は「本人にとっての最善の利益」、すなわち、本人の意向・感情・価値観を最大限尊重することを前提に他の要素も考慮するという考え方である。この点、「自分ならこうする。この方が本人のためだ。この人はこういうふうに行動すべきだ。」と、第三者の価値観で決めるという客観的・社会的利益を重視した考え方は採用していないことに注意が必要である。

3 本人にとっての「最善」を検討するための方法

(1) 最後の手段としての位置付け

本人にとっての最善の利益に基づく代行決定は、意思推定の場面とは異なり、本人の意思よりも他者の判断が優越し得る場合がある（本人の意思や推定意思とは異なる他者決定があり得る）ということに留意する必要がある。したがって、使い方を誤るとかえって本人の自己決定権の侵害となる可能性もあるため、最後の手段として慎重に検討されるべきものである。

特に後見人等としては、付与された代理権、取消権をどのように行使すべきかを検討する上で、第6原則を踏まえて、下記(2)のように検討すべきである。

(2) 本人にとっての最善の利益を検討するための前提条件

- 意思決定能力アセスメントが実施されているか？当該意思決定について、意思決定支援が尽くされているか否かを吟味する過程があったか？
- その結果、意思決定支援の限界場面と評価できるか？
 - ▶ 意思決定支援が尽くされたにもかかわらず、本人の意思決定や意思確認がどうしても困難であり、かつ、意思推定すら困難といえるか？
 - ▶ 本人にとって見過ごすことができない重大な影響に該当するといえるか？
- これ以上決定を先延ばしできない場面と評価できるか？
 - ▶ 意思決定をしないこと（思うようにさせておくこと）もまた決定であり、行動しないことが本人に与える結果についても念頭におく必要がある。
- 後見人等による代行決定が及ぶ意思決定か？
後見人等が代行決定することができない意思決定（身分関係の変動、身体へ

の侵襲を伴う医療に関する意思決定等)には当たらないことの確認が必要である。

また、他の法律による介入が必要と判断される場合(例えば虐待防止法における「やむを得ない事由による措置」の発動など)には、所管する関係機関に対して会議への同席を求めることも検討する。

- 課題とされている意思決定に関与する本人の支援者らから、本人の選好・価値観その他本人にとって重要な情報が十分に得られているか?
- 本人が最善の利益の検討過程に参加・関与できる機会が考慮されているか?

後見人等は、本人にとっての最善の利益の判断に至る過程が適切に議論されているかどうかを確認する必要があるが、このような議論の整理や評価は、後見人等や支援者らが単独で行うことは通常困難である。

したがって、緊急判断が求められる場面でない限り、意思決定支援の場面で構築されたチームを活用し、複合的な視点から検討する必要があるが、その際には、無意識のうちに支援のしやすさを優先していないか、最初から結論を決めており、代行決定を後付けの根拠としようとしていないかといった点に注意しなければならない。

(3) 本人にとっての最善の利益を検討する際の協議事項²⁸

- ① 本人の立場に立って考えられるメリット、デメリット(本人の主観的利益・損失を含む)を可能な限り挙げた上で、比較検討する。表(バランスシート)に記録することが望ましい。
- ② 相反する選択肢の両立可能性があるかどうかを検討する。
二者択一の選択が求められる場合においても、一見相反する選択肢を両立させることができないか考える。
- ③ 本人にとっての最善の利益を実現するに当たり、本人の自由の制約が可能な限り最小化できるような選択肢はどれかを検討する。

例えば、住まいの場を選択する場合、選択可能な中から、本人にとって自由の制限がより少ない方を選択する。また、本人の生命又は身体の安全を守るために、本人の最善の利益の観点からやむを得ず行動の自由を制限しなくてはならない場合は、行動の自由を制限するより他に選択肢がないか、制限せざるを得ない場合でも、その程度がより少なくて済むような方法が他にないか慎重に検討し、自由の制限を最小化する。その場合、本人が理解できるように説明し、本人の納得と同意が得られるように、最大限の努力をする

²⁸ 厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部「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」(2017年3月)参照。

ことが求められる。

4 検討結果に基づく後見人等としての行動原則

後見人等は、最善の利益に関する協議結果を踏まえて、与えられた裁量・権限の範囲において、代行決定を行う。

最善の利益に関する協議が、後見人等及び関連する支援者らにおいて真摯に行われることによって、当該代行決定が合理的かつ適切な情報に基づいて行われたことが推定される。将来的には、後見人等による権限行使・不行使が適切であったことを担保するための根拠資料となることも想定される。

重要なことは、第1原則である。特定の意思決定についてこれ以上先延ばしができない場面において、後見人等による代行決定がされたとしても、将来にわたり本人が当該意思決定をすることができないと評価されることはないし、ましてやそれ以外の意思決定を行う能力がないと評価されることもない。なぜならば、意思決定能力アセスメントや代行決定は、意思決定をする・しないと判断が迫られている限定的な場面の中で行われる本人の意思決定プロセスに対するその場限りの介入であり、異なる時点・場面においては、同じ意思決定に関する課題に対しても、本人（及び支援者らの意思決定支援力の総体として）の意思決定能力は変化し得るからである。

例えば、生命・身体の具体的危機に直面しているセルフ・ネグレクト状態に置かれた本人に対する介入の場面では、本人の意思決定支援を十分に行う余裕がない中で検討が進み、限られた時間の中での支援では本人自身の意思決定・意思確認がどうしても困難、又は意思が推定できても「見過ごすことのできない重大な影響」が既に発生している場面として評価され、自宅から施設へ本人の住まいの変更に関する諸契約について、後見人等が代行決定せざるを得ない場面も考えられる。

しかし、一旦本人が安全な環境に置かれ、意思決定支援を行う時間的余裕が確保でき、再び意思決定支援のプロセスを丁寧に経ることが可能となった段階においては、本人の住まいや生活に関わる意思決定を本人自身が行うことのできる可能性も十分考えられる。本人の自由の制約を可能な限り最小化する観点からも、一旦代行決定がなされたからといって、本人が今後意思決定することのできる機会を取り上げるのではなく、再編成された意思決定支援チームによって、本人による意思決定の機会が最大限提供され、本人自身の意向・身上・価値観を踏まえた今後の住まいや生活を可能な限り保障していくことが求められる。

したがって、再び何らかの意思決定が課題となる場面が生じた場合には、改めて意思決定支援のプロセスに立ち戻って支援が展開される必要がある。

5 アセスメントシートへの記録

後見人等は、本人にとっての最善の利益に基づく代行決定の検討プロセスについて、アセスメントシート様式5に記録する。

以上

意思決定支援ワーキング・グループ 参加者一覧

最高裁判所

家庭局第二課長	木 村 匡 彦
家庭局付	小 田 誉太郎
家庭局第二課家事手続第三係専門職	浅 岡 彩

厚生労働省

社会・援護局地域福祉課成年後見制度利用促進室

室長	松 崎 俊 久
室長補佐	渡 邊 英 介
室長補佐	上 辻 暁 久子
成年後見制度利用促進専門官	川 端 伸 子
主査	安 藤 亨

社会・援護局障害保健福祉部障害福祉部地域生活支援推進室

虐待防止専門官	片 桐 公 彦
相談支援係長	池 沼 憲 一
係員	布 野 晃 平

老健局認知症施策・地域介護推進課

課長補佐	南 恵 理
係員	加 藤 わか葉
係員	小 幡 俊 輔

日本弁護士連合会

日弁連高齢者・障害者権利支援センター

センター長	青 木 佳 史
事務局次長	亀 井 真 紀
委員	水 島 俊 彦

公益社団法人 成年後見センター・リーガルサポート

専務理事	西 川 浩 之
常任理事	中 村 栄 一
常任理事	安 井 祐 子

公益社団法人 日本社会福祉士会

理事・後見委員会委員長・

意思決定支援プロジェクト委員長	星 野 美 子
後見委員会委員・意思決定支援プロジェクト委員	大 輪 典 子
後見委員会委員	大 川 浩 平

添 付 資 料

本ガイドラインの添付資料一覧

アセスメントシート

- 様式 1（個別課題発生時における意思決定支援のためのアセスメントシート）
- 様式 2（個別課題発生時における意思決定能力のアセスメントシート）
- 様式 3（意思推定に基づく代行決定に関するアセスメントシート）
- 様式 4（本人にとって見過ごすことができない重大な影響に関するアセスメントシート）
- 様式 5（本人にとっての最善の利益に基づく代行決定に関するアセスメントシート）

参考資料

○ 意思決定支援を踏まえた後見事務のガイドライン 基本的な考え方

本ガイドラインの基本的な考え方をまとめています。本ガイドラインの全体像を理解する際の参考にご覧ください。

○ チャート

本ガイドラインにおける意思決定支援及び代行決定のプロセスをわかりやすく示すためにチャートにしたものです。各プロセスに対応するアセスメントシートの様式番号を記載していますので、実際にアセスメントシートを使用する際の参考にしてください。

○ 参考事例

架空の事例です。アセスメントシート様式 1 及び 2 は、この事例をもとに記入例を作成しています。

○ アセスメントシート様式 1 の解説（記入例あり）

○ アセスメントシート様式 2 の解説（記入例あり）

○ アセスメントシート様式 3 の解説（記入例あり）

○ アセスメントシート様式 4 の解説（記入例あり）

参考事例とは別の架空事例をもとに記入例を作成しています。

○ アセスメントシート様式 5 の解説（記入例あり）

様式 4 の続きとして、参考事例とは別の架空事例をもとに記入例を作成しています。

【様式2】 個別課題発生時における意思決定能力のアセスメントシート

I. 概要

本人		記入者		本人との関係	
テーマ (課題となる意思決定)					
過去の支援状況	<input type="checkbox"/> 【様式1】添付				
実施日	年 月 日 時 分～ 時 分 場所 ()				
検討メンバー					

II. 意思決定能力アセスメント

前提 (決定期限)	意思決定の期限が迫っており、これ以上延長できない状態か？ <input type="checkbox"/> 延長できない (期限: 年 月 日まで) <input type="checkbox"/> 延長できる → 【様式1】へ戻る。
A 意思決定を行う場面で通常必要と考えられる4要素につき満たされないものがあるか？	<input type="checkbox"/> 本人が関連情報について理解できなかった <input type="checkbox"/> 本人が関連情報について記憶保持できなかった <input type="checkbox"/> 本人が関連情報について比較検討できなかった <input type="checkbox"/> 本人が意思を表現できなかった 根拠:
B 支援者側が上記期限までに実行可能な意思決定支援を尽くしたか？	<input type="checkbox"/> 期限までに可能な支援は全て尽くした 支援内容: <input type="checkbox"/> 実行可能な支援が残されている → 【様式1】へ戻る。

⇒上記アセスメントの結果、

- A・Bいずれも当てはまる (支援を尽くしても、意思決定を行う場面で通常必要と考えられる4要素のうち満たされない要素がある)
⇒本人は、その時点で、その課題について意思決定をすることが困難と評価される
意思推定アプローチ (様式3) へ
- それ以外
⇒意思決定支援に戻る (様式1)

【基本原則】

第2 本人が自ら意思決定できるよう、実行可能なあらゆる支援を尽くさなければ、代行決定に移ってはならない。

【様式3】

意思推定に基づく代行決定に関するアセスメントシート

I. 概要 【様式2】と同じにつき記載省略

本人		記入者		本人との関係	
テーマ (課題となる意思決定)					
過去の支援状況	<input type="checkbox"/> 【様式1】添付 <input type="checkbox"/> 【様式2】添付				
実施日	年 月 日 時 分～ 時 分 場所 ()				
検討メンバー					

II. 意思推定に基づく代行決定を行うにあたっての検討

前提 (決定期限)	意思決定の期限が迫っており、これ以上延長できない状態か？ <input type="checkbox"/> 延長できない (期限: 年 月 日まで) <input type="checkbox"/> 延長できる → 【様式1】へ戻る。
本人が自ら意思決定をすることができたとすれば、どのような意思決定を行うかを推定できるか？	<input type="checkbox"/> 推定可 → <u>推定意思の内容</u> <input type="checkbox"/> 推定困難 → <u>理由</u>
本人の意思推定のために明確な根拠となり得るエピソード、情報提供者、関連資料など	
代行決定に当たっての留意事項 ※チェックできない項目がある場合には、第1～第3原則に沿った支援ができていたかどうか、チームで再度検討してください。	<input type="checkbox"/> 結論が先にありきになっていない。 本シートが結論の後付けの根拠資料として使われていない。 <input type="checkbox"/> 本人以外の関係者の問題を本人の問題としてすり替えていない。 <input type="checkbox"/> 支援のしやすさを優先していない。 支援者のための根拠付けになっていない。 (サービスの利用を検討している場合のみ) <input type="checkbox"/> サービス利用ありきになっていない。

⇒上記検討の結果、

- 推定意思の実現を支援する。
- 推定意思を実現すると本人にとって見過ごすことができない重大な影響が懸念される
⇒本人にとって見過ごすことができない重大な影響が懸念される場合の検討 (様式4) へ
- 意思の推定すら困難
⇒最善の利益に基づく代行決定の検討 (様式5) へ

【基本原則】

第4 意思決定支援が尽くされても、どうしても本人の意思決定や意思確認が困難な場合には、代行決定に移行するが、その場合であっても、後見人等は、まずは、明確な根拠に基づき合理的に推定される本人の意思 (推定意思) に基づき行動することを基本とする。

【様式4】 本人にとって見過ごすことができない重大な影響に関するアセスメントシート

I. 概要 【様式 】と同じにつき記載省略

本人		記入者		本人との関係	
テーマ (課題となる意思決定)					
過去の支援状況	<input type="checkbox"/> 【様式1】添付 <input type="checkbox"/> 【様式2】添付 <input type="checkbox"/> 【様式3】添付				
実施日	年 月 日 時 分～ 時 分 場所 ()				
検討メンバー					

II. 本人の示した意思（推定意思）の実現は、本人にとって見過ごすことができない重大な影響を生ずるかどうかの検討

本人が他に採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。	<input type="checkbox"/> はい⇒根拠	<input type="checkbox"/> いいえ
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。	<input type="checkbox"/> はい⇒根拠	<input type="checkbox"/> いいえ
その発生の可能性に確実性があるか。	<input type="checkbox"/> はい⇒根拠	<input type="checkbox"/> いいえ

⇒上記検討の結果、

すべて「はい」に該当する

⇒以下の方法につき検討

本人の意思決定に同意しない（同意権・代理権を行使しない）

本人の示した意思とは異なる形での代行決定（代理権、取消権の行使）を検討する

⇒様式5（本人にとっての最善の利益に基づく代行決定の検討）へ

上記以外

⇒意思又は推定意思の実現へ

【基本原則】

第3 一見すると不合理にみえる意思決定でも、それだけで本人に意思決定能力がないと判断してはならない。

第5 ①本人の意思推定すら困難な場合、又は②本人により表明された意思等が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には、後見人等は本人の信条・価値観・選好を最大限尊重した、本人にとっての最善の利益に基づく方針を採らなければならない。

第6 本人にとっての最善の利益に基づく代行決定は、法的保護の観点からこれ以上意思決定を先延ばしにできず、かつ、他に採ることのできる手段がない場合に限り、必要最小限度の範囲で行われなければならない。

【様式5】 本人にとっての最善の利益に基づく代行決定に関するアセスメントシート

I. 概要 【様式1】と同じにつき記載省略

本人		記入者		本人との関係	
テーマ (課題となる意思決定)					
過去の支援状況	<input type="checkbox"/> 【様式1】添付 <input type="checkbox"/> 【様式2】添付 <input type="checkbox"/> 【様式3】添付 <input type="checkbox"/> 【様式4】添付				
実施日	年 月 日 時 分～ 時 分 場所 ()				
検討メンバー					

II. 検討

<p>本人にとっての最善の利益を検討するための前提条件 ※すべての条件を満たしている必要があります。</p>	<p><input type="checkbox"/>意思決定の期限が迫っており、これ以上決定を先延ばしできない。 ⇒期限： 年 月 日まで</p> <p><input type="checkbox"/>後見人等による代行決定が及ぶ意思決定である。</p> <p><input type="checkbox"/>本人の好み・価値観その他本人にとって重要な情報が十分に得られている。</p> <p><input type="checkbox"/>本人が最善の利益の検討過程に参加・関与できる機会が考慮されている。</p>								
<p>代行決定に当たっての留意事項 ※<u>チェックできない項目がある場合には、第1～第3原則に沿った支援ができていたかどうか、チームで再度検討してください。</u></p>	<p><input type="checkbox"/>結論が先にありきになっていない。 本シートが結論の後付けの根拠資料として使われていない。</p> <p><input type="checkbox"/>本人以外の関係者の問題を本人の問題としてすり替えていない。</p> <p><input type="checkbox"/>支援のしやすさを優先していない。 支援者のための根拠付けになっていない。 (サービスの利用を検討している場合のみ)</p> <p><input type="checkbox"/>サービス利用ありきになっていない。</p>								
<p>本人にとっての最善の利益の検討 考える選択肢の提示と比較検討 (本人の好み・価値観に近い順、自由の制約がより少ない選択肢から順に、本人の視点を踏まえてそれぞれの要素を検討してください。)</p>	<p>選択肢●：</p> <table border="1"> <tr> <td>選択することのメリット</td> <td>選択することのデメリット</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> </tr> </table> <p>選択肢●：</p> <table border="1"> <tr> <td>選択することのメリット</td> <td>選択することのデメリット</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> </tr> </table> <p>※選択肢はできる限り多く検討してください。</p>	選択することのメリット	選択することのデメリット			選択することのメリット	選択することのデメリット		
選択することのメリット	選択することのデメリット								
選択することのメリット	選択することのデメリット								
<p>結論：最善の利益に基づく代行決定の内容及びその理由</p>	<p>代行決定の内容：</p> <p>理由：</p>								
<p>モニタリング実施時期</p>	<p><input type="checkbox"/>3か月後 <input type="checkbox"/>6か月後 <input type="checkbox"/>その他 ()</p>								

【基本原則】

第5 ①本人の意思推定すら困難な場合、又は②本人により表明された意思等が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には、後見人等は本人の信条・価値観・選好を最大限尊重した、本人にとっての最善の利益に基づく方針を採らなければならない。

第6 本人にとっての最善の利益に基づく代行決定は、法的保護の観点からこれ以上意思決定を先延ばしにできず、かつ、他に採ることのできる手段がない場合に限り、必要最小限度の範囲で行われなければならない。

第7 一度代行決定が行われた場合であっても、次の意思決定の場面では、第1原則に戻り、意思決定能力の推定から始めなければならない。

本ガイドラインの背景・趣旨・目的

後見人を含め、本人に関わる支援者らが常に、全ての人には、自分のことを決める力があるという前提に立ち、後見人等に就任した者が、意思決定支援を踏まえた後見事務等を適切に行うことができるように、何が後見人等に求められているかの具体的なイメージを示すもの

後見人として意思決定支援を行う場面…*1

- 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
 (例) 施設への入所契約など本人の居所に関する重要な決定を行う場合 など
 (ただし、その他の局面においても、意思決定支援が適切にされているかについて、後見人としてチェック機能を果たすことが求められる…*2)

意思決定支援のプロセス

支援チームによる対応

【意思決定支援のための環境整備】

日常的な事柄につき本人が意思決定をすることができる支援がされているという環境の整備が必要

・本人のエンパワメント

本人が、自らの意思を他人に尊重されたという経験を得て、日頃から自尊心や達成感が満たされていることが重要

・支援者側の共有認識・基本的姿勢

各支援者が、本人の意思決定を尊重する基本的姿勢を身に付けておくことが必要

【意思決定支援の具体的プロセス】

①支援チームの編成と支援環境の調整

- i 支援チームの編成
 - ・福祉関係者の責任において行うことを想定
 - ・本人の思いや意思が反映されやすいチームとする（メンバーには、本人の意思を汲もうとする姿勢が求められる）
- ii 支援環境の調整・開催方法等の検討
 - ・メンバーは、ミーティングの趣旨や留意点を理解する
 - ・本人にとって適切なミーティングの在り方を検討する（日時・場所や参加者等）
- iii 本人への趣旨説明とミーティング参加のための準備
- iv ミーティングの招集
 - ・進行管理に責任を持つ者が関係者を招集

②本人を交えたミーティング

- ・主催者は、事前の調整を踏まえて設定されたテーマやルールに沿って会議を進行
- ・本人に対し、本人の特性を踏まえつつ、状況を分かりやすく説明しながら、本人の意思や考えをできる限り引き出す
- ・誘導にならないよう気を付けながら、本人が現在採り得る選択肢を示す

③意思が表明された場合

- ・意思決定能力について特段疑問がない限り、本人の意思決定に沿った支援を行う
- ※意思決定能力：個別の意思決定に際し、支援を受けて自らの意思を自分で決定することのできる能力

後見人等の関与の仕方・役割

※後見人としてのチェック機能…*2

本人が日常生活を送るに当たって、支援者により適切な意思決定支援がされているかや、表明された意思が尊重されているかどうかを把握する

(留意点)

- ・意識的に本人と話をしたり、本人のことを知ろうと努めることや、本人と信頼関係を構築することが重要
- ・なるべく早期に本人・支援者と接触し、支援者の輪に参加する
- ・本人の意思が十分に尊重されていない場合には、環境の改善を試みる

※後見人としての意思決定支援…*1

ミーティング主催者とともに、支援チームのメンバー選定も含め主体性を持って関わっていくことが望ましい

(チームが機能している場合)

- ・他の支援者らが本人の意思や特性を尊重しながら適切に準備を進めているのかチェックし、問題がある場合には注意を促すことが求められる

(チームが機能していない場合)

- ・中核機関等の支援を受け、支援者らの意識の改善やチームの再編成を試みたりするなど、主体的に関与することが望ましい

※後見人は、自分の価値観が決定に影響しないように気を付ける必要がある

※後見人としての意思決定支援…*1

本人の権利擁護者として、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・参加者に促していくことが期待される

代行決定のプロセス（支援チームによる）

◇本人が自ら意思決定できるよう、実行可能なあらゆる支援を尽くさなければ、代行決定に移ってはならない

意思決定や意思確認が困難とみられる局面

- 意思決定支援を尽くしたにもかかわらず、本人の意思や意向を把握することが困難であり、かつ、決定を先延ばしにすることができない場合



意思決定能力アセスメント（評価）

支援者が意思決定支援を尽くしているかも併せ、対象となる意思決定に関し、(1)理解、(2)記憶保持、(3)比較検討及び(4)表現の4要素を検討し、その時点で本人が意思決定することが困難かどうかを判断する

※支援を尽くしたと言えるかどうかについても、チーム内で適切に検討する

※全ての人は意思決定能力があることが推定される。

※決定を先延ばしにすることができる場合には、改めて意思決定支援を行うことになる。

- アセスメントの結果、本人の意思決定がその時点ではどうしても困難と評価された場合



意思推定に基づく代行決定

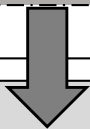
根拠を明確にしなが、本人の意思及び選好の推定を試みる

i 本人の意思が推定できる場合

- ➔ 本人にとって見過ごすことのできない重大な影響が生じない限り、推定意思に基づいて支援を行う

ii 意思推定すら困難な場合

- ➔ 最善の利益に基づく代行決定…*3



本人にとって見過ごすことができない重大な影響が懸念される局面等

- 意思決定支援の結果、本人が意思を示した場合や、本人の意思が推定できた場合であっても、その意思をそのまま実現させてしまうと、本人にとって見過ごすことができない重大な影響が生じるような場合等
- ➔ 法的保護の観点から、最善の利益に基づいた代行決定を行うことが許容される

○重大な影響といえるかどうかについての判断要素

- ①本人が他に採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
- ②一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
- ③その発生に確実性があるか

➔ i 第三者からみれば必ずしも合理的でない意思決定であったとしても、本人にとって見過ごすことのできない重大な影響が発生する可能性が高いとまでは評価できない場合

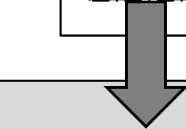
本人の意思（推定意思）に基づいて支援を行うことが期待される

➔ ii 重大な影響が発生する可能性が高いと評価される場合

法的保護の観点から、以下の判断を行うことがある

- ①本人の意思実現について同意しない（同意権・代理権の不行使）

- ②最善の利益に基づく代行決定（代理権、取消権の行使）…*4



本人にとっての最善の利益に基づく代行決定

後見人等が、本人にとっての最善の利益に基づく代行決定を行う場合

- ①意思決定支援を尽くしても本人の意思が明確ではなく、かつ、意思を推定することさえできない場合…*3
- ②本人が表明した意思や推定される本人の意思を実現すると、本人にとって見過ごすことができない重大な影響が生じてしまう場合…*4

※本ガイドラインにおける最善の利益とは、本人の意向・感情・価値観を最大限尊重することを前提に他の要素も考慮するという考え方。客観的・社会的利益を重視した考え方は採用していない

※最善の利益に基づく代行決定は、最後の手段として慎重に検討されるべき

（検討を誤ると本人の自己決定権の侵害となる可能性もある。支援のしやすさを優先していないかや、結論ありきの検討になっていないかにつき注意する必要がある。）

◇一度代行決定が行われた場合であっても、次の意思決定の場面では、意思決定能力があるという前提に立って、再び意思決定支援を行わなければならない

後見人等として意思決定支援を行う場面とは？

本人にとって重大な影響を与えるような契約等をすすめる場合は、意思決定支援が必要です。

例

- 施設への入所など、本人の住む場所に関する決定を行う場合
- 自宅や高額な資産を売却する場合
- 特定の親族に対する贈与を行う場合 など

すべての人には、自分のことを決める力があるというのが支援の出発点です。意思決定支援は、後見人ひとりで行うのではなく、チームで行います。

意思決定支援のプロセス

様式1

チーム全体

- 1 チームをつくりきます
- 2 支援のための環境を整えます
 - 本人が安心して意思決定できるような環境作りが大切です。
 - 意思決定支援の目的や留意点を、メンバー同士で確認し合います。
- 3 これから行うミーティングの趣旨を本人に説明します
- 4 本人を交えて意思決定支援のためのミーティングを行います
 - 1回限りではなく、何回か開催したり、本人に見学や体験をしてもらうこともありあります。※上記1～3に戻ることもありあります。

ガイドラインに載っているチェックポイントを確認しながら進めましょう！

意思決定支援後のプロセスへ(右側→)

後見人等の役割

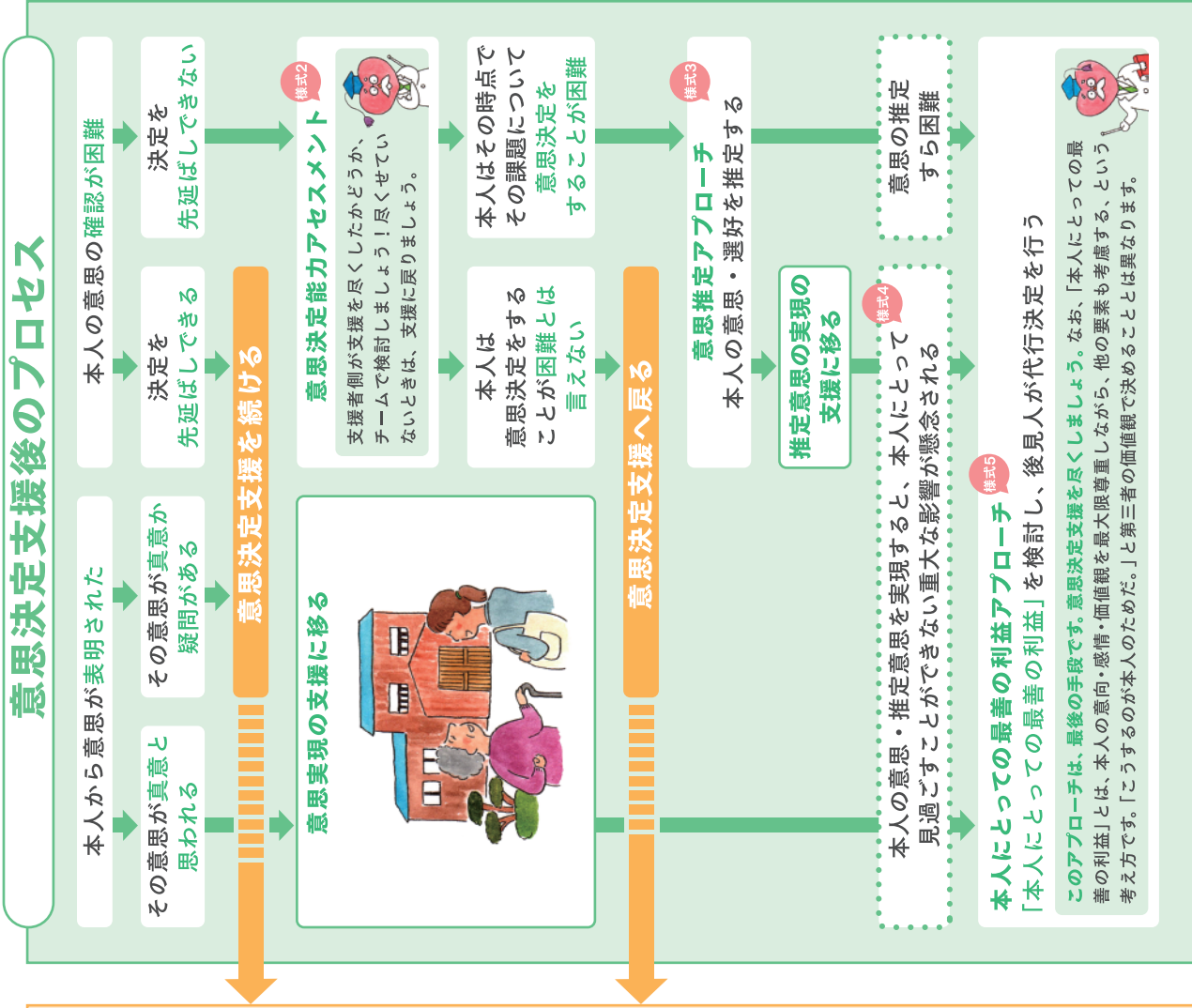
メンバーがバランスよく選ばれよう気を付けましょう。

本人の気持ちや個性に沿って準備が進められているかをチェックします。

チームがうまく機能していないときは、チームメンバーに改善を求めることも必要です。

本人が取り残されないように、本人のペースに合わせた進行になっているか気を付けましょう。

意思決定支援後のプロセス



参考事例：居所の決定における意思決定支援

本事例は、「意思決定支援を踏まえた後見事務に関するガイドライン」を理解するために作成した事例で、アセスメントシート様式1～様式3の記載例に対応しています。ガイドラインに即して分かりやすく進行するよう、支援者の動きを極端にしたり、簡潔にしたりして示しています。

個別課題発生時における意思決定支援【様式1】

【本人の現在の状況】

北川 太郎さん

66歳、自宅に独居。てんかんがあり、療育手帳を所持。年金と生活保護を受給。要介護1。家の向かいにあるデイサービスを週2回利用する契約をしているが、ほとんど利用出来ていない。しかし、デイサービスに朝夕、顔を出しに来ている。

【本人の目指す暮らし】

インコと一緒に、ここで暮らしたい。好きなものを食べたい。自分でできることは自分でやりたい。

【生活歴と成年後見制度利用までの経過】

○年 ○○で生まれる。2人兄弟の弟。
○年（本人33歳）に父病死。
○年（本人34歳）～自宅に母と二人暮らし。
○年（本人55歳）、母の病死。その後、独居。
2年前（本人64歳）、本人の世話をしていた兄死亡。
1年前（本人65歳）、障害福祉サービスから介護保険サービスへ切り替え。
その後、てんかんの発作への不安から毎日のように救急車を呼ぶことが続き、発作で倒れてしまうこともあったため、半年前に薬の調整のために入院、3ヶ月後に退院した。入院中に、医療機関が「○○権利擁護センター」（以降、中核機関と表記）に相談したことから、中核機関の支援を受けて遠方に住む甥が親族申立てをし、中核機関の受任調整により第三者の専門職が保佐人に選任された。

【職歴】

飲食店での調理経験、警備員として勤務した経験がある。

【最近の状況】

もともと、本人は障害福祉の訪問系サービスを受けていたが、65歳になり介護保険サービスへ移行。「いずれは入所するのだから、集団で過ごす事に慣れる必要がある」と考えたケアマネジャーが¹、特別養護老人ホームに併設のデイサービスの利用を勧めたが、本人はデイサービスのレクリエーションを嫌がり、代わりに朝夕、「俺が警備をしなきゃ」と、デイサービスの事務所を覗きにくる状態が続いていた。

本人が自転車で町中を走り回っている生活に不安を感じたデイサービスの看護師は、①本人の薬を預かり、デイサービスで服薬を管理すること、②自転車の鍵をデイサービスで預かることを提案、本人はこれを激しく嫌がり、「(サービスを)全部止め」と怒鳴った。さらにそれ以来、看護師に会うたび怒鳴りつけるようになり、デイサービスがケアマネジャーに状況を報告した。

【保佐人として、意思決定支援ガイドラインに沿った支援をしようと思った最初の場面】

ケアマネジャーから保佐人に、施設入所の検討と自転車の処分の提案があった。

「チーム支援が上手くいかなくなっている」と感じた保佐人は中核機関へ支援を求めた。²

【意思決定支援ミーティング開催の提案】

サービス担当者会議（本人は嫌がって欠席）に出席した保佐人は、本人と一緒に今後のことを決める意思決定支援ミーティングの開催を提案。ケアマネジャーやデイサービスの相談員は提案にとまどっていたものの、「【全部止め】という本人の言葉は、本人なりのSOSではないか」と伝えると、支援者からの同意が得られた。

【支援環境の調整・開催方法等の検討】

サービス担当者会議の終了後、中核機関も加わって、意思決定支援ミーティングの開催方法等の検討を行った。

ケアマネジャーから入院・入所の提案があったが、デイサービスの相談員からは「看護師に対して怒鳴りつけるが、それ以外の職員や利用者に対して怒鳴るということはない。入所は早いのでは？」という意見も出され、本人を交えたミーティングの実施が決定した。意思決定支援ミーティングの開催趣旨や、留意点、工夫すべき点を話し合い、以下を決定した。

- 話し合いの中身が本人に分かりやすいよう、ホワイトボードシートを用いる。説明する際には目で見て理解ができるよう、パンフレット等を用いる。

¹コンパクトにガイドラインの内容を説明するために、この事例のケアマネジャーは、保護的な考え方の人物として設定しています。

² 中核機関を対象とした研修で、意思決定支援を踏まえた後見事務のガイドラインについて触れていますが、全ての中核機関の職員が、後見人の支援をできる体制は、まだ整っていません。後見人からも、中核機関や支援者に対し、これらのガイドラインの提示をする等をお願いします。

- 本人の意思がゆらぐ可能性があるので、その場で決定を強要しないようにする。
- 本人がどのように生活したいと思っているかという希望や選好について話してもらった上で、その生活を支えるためのサービス利用を検討する。本人に質問するときは、回答を強要しないよう、できるだけ「開かれた質問」で尋ねる。
- 本人の自宅で、活動的な時間帯である午前中に開催することを提案する。
- ケアマネジャーより、本人がかつて使っていたホームヘルプサービスの事業所に、本人がどのような状況だと安心して話ができるのかを、問い合わせる。
- 本人への趣旨説明は、信頼関係がある中核機関の職員が行い、保佐人も同行する。
- 保佐人は、本人の服薬管理の必要性について、主治医から情報収集する。
- 中核機関職員が意思決定支援ミーティングの招集を行う。

【ミーティングに向けた準備】

ケアマネジャーがかつて利用していたホームヘルプサービスの事業所に問い合わせたところ、本人が母親から教えてもらった服薬管理や金銭管理をしっかりとやっていて、そのことに誇りをもっていることが分かった。

保佐人が主治医に服薬管理の必要性を問い合わせたところ「本人はしっかりと管理できている、他者が管理する必要はない」とのこと。生活保護のケースワーカーにも連絡し、意思決定支援ミーティングの開催に向けて調整をしていることを伝えて出席を依頼、了承を得た。

【本人への趣旨説明】

中核機関職員と保佐人とで本人宅を訪問、「北川さんに必要なお手伝いについて、北川さん自身が決めていくための話し合いをしたい」と話をした。

本人は「母ちゃんに教えてもらったやり方で薬も間違えないように飲んでる。食べ物のことも自転車のことも口を出されてうるさい。ちゃんとやってるのに」「もう（サービスは）いらないって言ってるのに！」と反応したが、「北川さんにとって、イヤなことが無くなる話し合いをしたいと思ってるんですよ」と説明すると、渋々だが、ミーティング開催を認めた。

本人との話し合いの結果、本人の自宅で午前中の時間帯でミーティングを開催することが決まった。ミーティングに出席するメンバーについても相談したところ、デイサービスの職員については「相談員は来てもいい（看護師が来るのはイヤ）」とのことであった。

生活の選好については、「インコと暮らしたい」「好きなものを食べて暮らしたい」「自分でできることは自分でやりたい」と思っていること、「自転車で町の中を見て回ること」「インコの世話を一緒に遊ぶこと」を楽しみに思っていて、「家の中でじっとしていること」「インコが死ぬこと」がイヤだと思っていることも分かった。

サービスについての希望は「前みたいに、うちに人が来て欲しい。自分がデイサービスに行くのはイヤだ。婆さんばかりいる中に入りたくない」とのことであった。

ミーティングで何から話し合うか、どう座るかについても本人と相談することを予定していたが、途中から本人の機嫌が悪くなり、趣旨説明を切り上げた。

趣旨説明後、今までの生活や思いを最もよく知る人物に関わってもらふ必要性を感じた保佐人は、かつて利用していたホームヘルプサービスのヘルパー事業所にミーティング出席のお願いをすることにした。

中核機関職員が日程調整を行い、本人宅で意思決定支援のためのミーティングを開催することとなった。

【意思決定支援のための本人を交えたミーティング】

○月○日 9時30分～ 本人宅

出席者：本人、保佐人、中核機関職員、ケアマネジャー、デイサービスの相談員、以前利用していたヘルパー事業所所長、生活保護のケースワーカーは緊急対応のため欠席

かつて利用していたヘルパー事業所の所長が来てくれたことに本人は喜び、所長に自分の隣に座るよう促した。会議の冒頭に中核機関職員が「これは、北川さん自身が、これからの生活のことを決めていくための会議です」「北川さんが自分のお気持ちを話しやすいように、皆さん工夫してください」と話すと、本人が「はいはい、皆さん、よろしく願いしますよ！」と挨拶、和やかな雰囲気でのミーティングは始まった。

趣旨説明の際に聞き取った事項を書いた紙を用意し、本人はそれを見ながら、毎日の生活の様子、工夫、嬉しいと思っていること、イヤだと思っていることを自分で説明した。本人の服薬管理方法や主治医の見解を知り、支援チームの中にあつた「不安」が解消された。

保佐人が、「自転車の事故が心配だから、保険に入ってはどうか？」と損害賠償保険パンフレットで説明をすると本人は乗り気になり、保険加入することになった。

本人は、「前みたいに（ヘルパーに）うちに来て欲しい」と要望、ホームヘルプサービスと訪問看護を導入することになった。

【その後】

その後、ホームヘルプサービスと訪問看護が導入され、本人は喜んで受け入れた。デイサービスに朝夕と顔を出すことを止めることはなかったが、看護師と顔を会わせないように工夫し、状態も落ち着いている。

個別課題発生時における意思決定能力のアセスメント【様式2】

【状況の変化】

3年が経過。訪問看護師や主治医の「塩分を控えるように」という助言を聞き入れ、本人は週2回、デイサービスで昼食をとるようにもなった。デイサービスにいる間は、看護師とは口をきかず、レクレーションに参加することはないものの、他の利用者のことを気にかけて、あちこち世話をしまわっており、「俺も爺になって歩けなくなってきた、インコと一緒にここにくるかな」と言うようなこともあった。

ある時、脳梗塞を起こして入院、重度の麻痺が残り、歩くことができなくなった。保佐人は主治医から、「言語障害、脳血管性認知症もある」と告げられた。

【意思決定のためのあらゆる支援】

退院に向け、医療ソーシャルワーカーや保佐人が本人の退院後の意向を確認しようとしても、本人は全く答えることがなかった。

療養型の病院に入院するか、特別養護老人ホームに入所するか、在宅での生活を試みるか、選択肢は3つあり、本人に対して絵や写真を使って説明し、文字ボードを使って意思の表明ができるよう試みた。しかし、本人は目は開けているものの、反応がなかった。1週間おきに時間帯を変えて同様の試みを行ったがうまくいかなかった。医師や言語聴覚士、他の支援者にも助言を求めたが、現時点では他の支援手段が見当たらないとのことであった。

唯一、インコの写真を見せたところ、本人は目を見開き、声を挙げた。

【意思決定能力アセスメント】

主治医から「これ以上、退院を待つことはできないので、系列の療養型病院に入院してほしい」と提案があり、保佐人はカンファレンスで意思決定能力のアセスメントを行った。司会は医療ソーシャルワーカーが行い、保佐人及び中核機関が進行をサポートした。

その結果、これ以上、入院期間を延ばすことはできないことから「意思決定の期限が迫っている」ことを確認し、現在考えられる支援として以下の支援をしたことを確認した。

- 絵や写真をつかった説明
- 文字ボードを使った表明の支援
- 繰り返しの説明
- 時間帯を変えての説明
- 医師や言語聴覚士、その他の支援者（訪問看護師やヘルパー、ケアマネジャー）からの助言

他に、考えられる支援があるか検討したが特に提案はなく、考えられるすべての支援を尽くしたが、退院後の生活に向けた「本人の意思確認が困難な状態にある」ことから、「代行決定」を行うこととした。

意思推定に基づく代行決定【様式3】

【意思推定に基づく代行決定の検討】

本人の意思推定のための明確な根拠となる関連資料として、ケアプラン、訪問介護記録、サービス実施記録表、本人情報シート、インコの写真を用意し、それらを見ながらチームで話し合った。

本人がデイサービスで、「俺も爺になって歩けなくなってきた、インコと一緒にここにくるかな」とたびたび言っていたことや、インコの写真を見せた際に本人が目を見開き声を挙げたことが確認できたため、「本人の意思推定に基づく代行決定」として、本人が通い続けていたデイサービスに併設の特別養護老人ホームへの入所の契約をすることとした。

本人の状態像から、後見類型に移行する方がよいかどうかの検討も行ったが、「今後の刺激によって、本人のコミュニケーション力が変化していく可能性がある」という医師の見解があり、これから入所するホームでの生活を見守ってから、類型変更については再検討することとした。

【その後】

退院後、入院時からインコを預かってくれていたデイサービス併設の特別養護老人ホームに、本人は入所した。

本人は、「だからさ」「あれだよ」という言葉以外に言葉を発することはできないが、表情豊かに喜怒哀楽を示すようになった。また、指を指したりしながら、「外に出たい」「インコのところに行きたい」といった内容を、表現できるようになってきた。

意見や希望	母に教えてもらったやり方で、薬も間違えないように飲んでいる。食べ物のことも自転車の事も口を出されてうるさい、サービスはいらない。 説明者からミーティングの趣旨を説明すると、渋々了承。(デイサービス職員の出席については)相談員なら来てほしい。
Ⅲを終えⅣをどう工夫するか	本人の考えをもっとよく知る、かつての支援者に、支援を求める必要性を確認。 ケアマネジャーが、以前の訪問介護事業所と連絡をとり、ミーティングに出席可能かどうか打診することとした。

コメントの追加 [8]: 課題そのものや、ミーティングの方法等について、本人の考え、意見や希望を記載します。

Ⅳ. 本人を交えたミーティング (〇月〇日〇時～、本人宅で、会議体で実施)

参加メンバー	保佐人、中核機関職員、ケアマネジャー、デイサービス相談員、以前利用していたホームヘルパー事業所の所長
検討の内容	ホワイトボードシートとリーフレットを用いて、本人の理解を促進。 趣旨説明時に示された本人の選好、意思意向の表示→服薬管理方法の確認、主治医の見解の確認→サービスについての本人の意向確認→自転車の損害賠償保険の紹介
支援者の姿勢 (全てチェックが付くように支援する)	<input checked="" type="checkbox"/> 支援者らの価値判断を先行させていない。 <input checked="" type="checkbox"/> 本人の理解と支援者らの理解に相違はない。 <input checked="" type="checkbox"/> 選択肢を提示する際の工夫ができていない。 <input checked="" type="checkbox"/> 決断を迫るあまり、本人を焦らせていない。 <input checked="" type="checkbox"/> 本人の表明した意思が、これまでの本人の生活歴や価値観等から見て整合性がある。 <input checked="" type="checkbox"/> 意見を表明しにくい要因や他者からの「不当な影響」はない。
Ⅱで検討した支援の実施	<input checked="" type="checkbox"/> 実施できた <input type="checkbox"/> 実施できなかった 理由:
本人の考え 意見や希望	以前利用していたホームヘルプサービス事業所の参加を大変喜んだ。選好、生活への意向はⅢのまま。(サービスについては)「前みたいのうちに来て欲しい」と変化があった。
具体的な結論	訪問看護とホームヘルプサービスの利用手配を望むようになった。 損害賠償保険の加入をすることになった。事業者の入所を望む姿勢も解消された。
再度意思決定 支援を行う必要性	<input type="checkbox"/> ある (支援者らの評価・解釈に大きな相違や対立がある、意思に揺らぎが見られるなど) 理由: <input checked="" type="checkbox"/> なし

コメントの追加 [9]: ガイドライン p.10～11の「第3の3(5)本人を交えたミーティング」に対応する部分です。Ⅱで検討した支援を実施しながら、本人を交えたミーティングに参加(時として主催)し、検討した事項を「検討の内容」に記録します。

コメントの追加 [10]: 支援者が本人の意思を尊重する姿勢で臨むことができているかをチェックします。この内容欄はガイドライン p.11～12に掲載されており、全てにチェックがつくことが望ましい欄です。

コメントの追加 [11]: 決まったことや、決まらなかったことを記録します。なお、1度のミーティングで無理に決める必要はありません。

コメントの追加 [12]: 「本人を交えたミーティング」を実施しても意思が決定されない場合は多くあります。再度意思決定支援を行う必要性を検討し、記録します。
意思決定を先延ばしすることができる場合には、さらに支援を継続するために、Ⅱ～Ⅴのプロセスを繰り返し実施し、その内容をその都度記録していきます。

Ⅴ. その後の状況

その後、ケアマネジャーがホームヘルプサービスと訪問看護サービス導入のプランを作成、保佐人として本人が契約できるよう支援した。本人は「うちに人がくる」ことを大変喜んで受け入れた。デイサービスに朝夕と顔を出すことを止めることはなかったが、看護師も顔を合わせないように工夫し、状態も落ち着いている。

【基本原則】

- 第1 全ての人は意思決定能力があることが推定される。
- 第2 本人が自ら意思決定できるよう、実行可能なあらゆる支援を尽くさなければ、代行決定に移ってはならない。
- 第3 一見すると不合理にみえる意思決定でも、それだけで本人に意思決定能力がないと判断してはならない。

【様式2】 個別課題発生時における意思決定能力のアセスメントシート

記入例・解説

この様式は、①本人の意思決定や意思確認が困難とみられ、かつ、②決定をこれ以上先延ばしにすることができない場合に使用します。

I. 概要

本人	〇〇 〇〇	記入者	△△ △△	本人との関係	保佐人
テーマ (課題となる意思決定)	退院後にどこで生活をするか				
過去の支援状況	■【様式1】添付				
実施日	〇年 〇月 〇日 〇時 〇分～ 〇時 〇分 場所 (〇×病院カンファレンスルーム)				
検討メンバー	中核機関、地域包括支援センター、元ケアマネジャー、医療ソーシャルワーカー、看護師、保佐人				

II. 意思決定能力アセスメント

前提 (決定期限)	意思決定の期限が迫っており、これ以上延長できない状態か？ ■延長できない (期限：〇年 〇月 〇日まで) □延長できる → 【様式1】へ戻る。
A 意思決定を行う場面で通常必要と考えられる4要素につき満たされないものがあるか？	■本人が関連情報について理解できなかった □本人が関連情報について記憶保持できなかった □本人が関連情報について比較検討できなかった ■本人が意思を表現できなかった 根拠：医療ソーシャルワーカー、保佐人が現在の状況を伝え、退院の意向を複数回確認したが、本人は答えられなかった。医師からは言語障害、脳血管性認知症の影響が大きいとの所見。
B 支援者側が上記期限までに実行可能な意思決定支援を尽くしたか？	■期限までに可能な支援は全て尽くした 支援内容：本人に絵や写真・文字ボードを使って説明や意思表示の支援を試みたが、本人は目を開けているものの反応がなかった。1週間おきに時間帯を変えて同様の試みを行ったがうまくいかなかった。 医師や言語聴覚士、他の支援者にも助言を求めたが、現時点では他の支援手段が見当たらないとのことであった。 □実行可能な支援が残されている → 【様式1】へ戻る。

コメントの追加 [1]: 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、支援の有無や程度によって変動します。
したがって、意思決定能力アセスメントでは、本人の能力 (A) だけでなく、支援者が十分意思決定支援をしたといえるかどうか (B) も同時に評価の対象となります。
意思決定支援が十分にされているかどうかは、意思決定支援アセスメント (様式1) の状況を踏まえて判断しましょう。

⇒上記アセスメントの結果、

- A・Bいずれも当てはまる (支援を尽くしても、意思決定を行う場面で通常必要と考えられる4要素のうち満たされない要素がある)
⇒本人は、その時点で、その課題について意思決定をすることが困難と評価される
意思推定アプローチ (様式3) へ
- それ以外
⇒ 意思決定支援に戻る (様式1)

【基本原則】

第2 本人が自ら意思決定できるよう、実行可能なあらゆる支援を尽くさなければ、代行決定に移ってはならない。

【様式3】 意思推定に基づく代行決定に関するアセスメントシート

記入例・解説

この様式は、意思決定能力アセスメント（様式2）の結果、「本人は、課題について意思決定することが困難と見られる局面」において使用します。

I. 概要 ■【様式2】と同じにつき記載省略

本人		記入者		本人との関係	
テーマ (課題となる意思決定)					
過去の支援状況	<input type="checkbox"/> 【様式1】添付 <input type="checkbox"/> 【様式2】添付				
実施日	年 月 日 時 分～ 時 分 場所 ()				
検討メンバー					

II. 意思推定に基づく代行決定を行うにあたっての検討

前提（決定期限）	意思決定の期限が迫っており、これ以上延長できない状態か？ <input checked="" type="checkbox"/> 延長できない（期限：〇年 〇月 〇日まで） <input type="checkbox"/> 延長できる ⇒ 【様式1】へ戻る。
本人が自ら意思決定をすることができたとすれば、どのような意思決定を行うかを推定できるか？	<input checked="" type="checkbox"/> 推定可 ⇒ 推定意思の内容 ・推定内容：今まで一緒に過ごしていたインコと共に、デイサービスと同じような環境で暮らしたい。 ・理由：これまで本人は自宅での生活を継続しながら、ヘルパーやデイサービスの支援を受けていた。自分のことは自分でするという価値観や母親譲りの自己流のやり方を誇りに感じており、他者からの介入や制約には反発することが多かった。他方、インコをかわいがっており、インコの写真を見せた際に唯一反応を返す等、インコとのやりとりが本人の生活の一部であり、重要な価値観となっているように思われる。以前から体調の悪化を自覚しており、「歩けなくなった、インコと一緒にここにくるかな」と度々発言していたことから、今なお自宅での生活を希望するとは考えにくく、インコを預かってくれるデイサービス併設の特別養護老人ホームへの入所を希望することが合理的に推定される。療養型病院への転院という選択肢もあるが、制約に不満を抱きやすい性格からすると、施設よりも自由の制限が大きい療養型病院での生活は希望しないことが合理的に推定される。 なお、施設では、本人の自己流のやり方を尊重しながらのケアが求められるだろう。 <input type="checkbox"/> 推定困難 ⇒ 理由
本人の意思推定のために明確な根拠となり得るエピソード、情報提供者、関連資料など	①これまでのエピソード ・今後希望する生活についての発言 …「インコと暮らしたい」「好きなものを食べて暮らしたい」「自分でできることは自分でやりたい」「俺も爺になって歩けなくなった、インコと一緒にここにくるかな」 ・本人が嫌がっていたこと …「食べ物のことも自転車のことも口を出されてうるさい」、制約的な言動をする看護師を怒鳴るなど、自由が制限されることを嫌がる ・不慣れな状況、人がいるとイライラしやすい 「うちに人がくる」ことを大変喜んで受け入れた ・長年ホームヘルプサービスを使っていた ②意思決定能力アセスメント時の状況

コメントの追加 [1]: 本人の意思を推定するためには、本人の生活上の意向や好き嫌い、価値観等を把握しておく必要があります。これらの情報は、本人の日常生活やサービス提供場面における本人の表情や感情、行動に関する記録などの情報に加えて、これまでの生活歴、人間関係等様々な情報から拾い出す必要があります。ただし、中には、一見すると矛盾している情報や、古すぎる情報なども混在している可能性もあります。情報の新しさや詳しさ等に注意しながら、チーム内で複数の視点から、何が信頼できる事実であり、その事実からどのような本人の意思が導かれるかを検討することが大切です。

【基本原則】

第4 意思決定支援が尽くされても、どうしても本人の意思決定や意思確認が困難な場合には、代行決定に移行するが、その場合であっても、後見人等は、まずは、明確な根拠に基づき合理的に推定される本人の意思（推定意思）に基づき行動することを基本とする。

	<p>ほとんど反応はなかったが、唯一、インコの写真を見せたところ、目を見開き、体を起こそうとして声を挙げた。</p> <p>③ 情報提供者 検討メンバー及び主治医・在宅ケア時のヘルパー</p> <p>④ 関連資料 ケアプラン、訪問介護記録、サービス実施記録票、本人情報シート、インコの写真</p>
<p>代行決定に当たっての留意事項 ※チェックできない項目がある場合には、第1～第3原則に沿った支援ができていたかどうか、チームで再度検討してください。</p>	<p>■結論が先にありきになっていない。 本シートが結論の後付けの根拠資料として使われていない。</p> <p>■本人以外の関係者の問題を本人の問題としてすり替えていない。</p> <p>■支援のしやすさを優先していない。 支援者のための根拠付けになっていない。 (サービスの利用を検討している場合のみ)</p> <p>■サービス利用ありきになっていない。</p>

⇒上記検討の結果、

- 推定意思の実現を支援する。
- 推定意思を実現すると本人にとって見過ごすことができない重大な影響が懸念される
⇒本人にとって見過ごすことができない重大な影響が懸念される場合の検討（様式4）へ
- 意思の推定すら困難
⇒最善の利益に基づく代行決定の検討（様式5）へ

コメントの追加 [2]: 本ガイドラインでは、後見人等の権限濫用防止の観点から、意思推定を代行決定の一類型であると位置付けています。代行決定に安易に進まないように、これらの留意事項が踏まえられているかどうかについても確認しておきましょう。

【基本原則】

第4 意思決定支援が尽くされても、どうしても本人の意思決定や意思確認が困難な場合には、代行決定に移行するが、その場合であっても、後見人等は、まずは、明確な根拠に基づき合理的に推定される本人の意思（推定意思）に基づき行動することを基本とする。

【様式4】 本人にとって見過ごすことができない重大な影響に関するアセスメントシート

記入例・解説

この様式は、本人の表明された意思又は推定意思を実現しようとする「本人にとって見過ごすことができない重大な影響が懸念される局面」において使用します。

本人に当該意思決定に関する意思決定能力が十分にあると思われる場合でも、本人を保護するという観点から、本人の意思決定に介入する必要があるかどうかを吟味します。

コメントの追加 [1]: 様式4及び様式5の記入例は、「参考事例」とは別の事例を前提としたものです。具体的には、本人が半壊状態となった自宅への帰宅願望が強く、支援者らが一連の意思決定支援を行ったものの、本人の意思を実現すると、本人にとって見過ごすことができない重大な影響が生じるおそれがあると考えられたため〔様式4〕、最終的に、本人にとっての最善の利益に基づく代行決定を行った〔様式5〕という事例です。実際には、様式1を作成したのち、様式4及び様式5を作成する流れとなりますが、様式1の記載例は省略しています。

I. 概要 □【様式1】と同じにつき記載省略

本人	△△ △△	記入者	×× ××	本人との関係	成年後見人○○ ○○
テーマ (課題となる意思決定)	居所の決定(肺炎の治療で入院中、土砂崩れにより自宅が半壊状態になった。本人の帰宅願望が強いが、修繕費用を出すことが経済的に困難。本人は入院中に認知症が進行している。外出許可をとって本人に半壊状態の自宅を見てもらったり、修繕費用の見積もりを見てもらったりして帰宅が困難であることを理解してもらうもの、記憶保持が難しく「うちに帰りたい」と発言している。)				
過去の支援状況	■【様式1】添付 □【様式2】添付 □【様式3】添付				
実施日	○年 ○月 ○日 ○時 ○分～ ○時 ○分 場所(○○病院相談室)				
検討メンバー	成年後見人、医療ソーシャルワーカー、民生委員、ケアマネジャー、ホームヘルパー、姪の子				

II. 本人の示した意思(推定意思)の実現は、本人にとって見過ごすことができない重大な影響を生ずるかどうかの検討

本人が他に採り得る選択肢と比較して、明らかに本人にとって不利な選択肢といえるか。	■はい⇒根拠 □いいえ 今の状態の家に住むことについて、役所の建築指導相談課に相談したところ、「柱や壁が傾いているため、倒壊のおそれが高く、危険」との回答であった。
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。	■はい⇒根拠 □いいえ 自宅に戻り、家が倒壊した場合、逃げ遅れて本人の命が失われるという重大な影響を生じうる。
その発生の可能性に確実性があるか。	■はい⇒根拠 □いいえ 役所の建築指導相談課の回答によれば、通常レベルの台風や地震であっても一旦発生すれば「倒壊のおそれは高く」、高齢の本人が逃げ遅れて本人の命が失われるとの結果が発生する確実性がある。

コメントの追加 [2]: この場面では、本人の自己決定権の不当な侵害とならないように、3つの要件がそれぞれ満たされるかどうかを慎重に検討する必要があります。

たとえ周りからは不合理に見える内容だとしても、本人の示した意思(推定意思)を実現した場合に、「取り返しがつかないような結果がほぼ確実に生じる」とまでは言えないならば、本人なりの価値観に基づいた意思決定と考え、本人の意向に寄り添った支援を試みる事が望まれます。

他方、「取り返しがつかないような結果がほぼ確実に発生する」場合、例えば、自宅での生活を続けることで本人が日常生活すら維持できない場合などは、本人を保護するという観点から、本人の意思とは異なる代行決定を行うことが許容されることもあります。

その場合、チームによる複数の視点から検討することが大切です。

- ⇒上記検討の結果、
- すべて「はい」に該当する
 - ⇒以下の方法につき検討
 - 本人の意思決定に同意しない(同意権・代理権を行使しない)
 - 本人の示した意思とは異なる形での代行決定(代理権、取消権の行使)を検討する
 - ⇒様式5(本人にとっての最善の利益に基づく代行決定の検討)へ
 - 上記以外
 - ⇒意思又は推定意思の実現へ

【基本原則】

- 第3 一見すると不合理に見える意思決定でも、それだけで本人に意思決定能力がないと判断してはならない。
- 第5 ①本人の意思推定すら困難な場合、又は②本人により表明された意思等が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には、後見人等は本人の信条・価値観・嗜好を最大限尊重した、本人にとっての最善の利益に基づく方針を探らなければならない。
- 第6 本人にとっての最善の利益に基づく代行決定は、法的保護の観点からこれ以上意思決定を先延ばしにできず、かつ、他に採ることのできる手段がない場合に限り、必要最小限度の範囲で行われなければならない。

【様式5】 本人にとっての最善の利益に基づく代行決定に関するアセスメントシート

記入例・解説

この様式は、①本人の意思の推定すら困難な場合（様式2・様式3）か、②本人の示した意思等の実現が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（様式4）にのみ、最後の手段として使用します。

また、「最善の利益に基づく代行決定」の対象範囲は、後見人等の権限が及ぶ意思決定に限定されています（ガイドライン参照）。

I. 概要 ■【様式4】と同じにつき記載省略

本人	記入者	本人との関係
テーマ (課題となる意思決定)		
過去の支援状況	□【様式1】添付 □【様式2】添付 □【様式3】添付 □【様式4】添付	
実施日	年 月 日 時 分～ 時 分 場所 ()	
検討メンバー		

II. 検討

<p>本人にとっての最善の利益を検討するための前提条件 ※すべての条件を満たしている必要があります。</p>	<p>■意思決定の期限が迫っており、これ以上決定を先延ばしできない。 ⇒期限：○年 ○月 ○日まで</p> <p>■後見人等による代行決定が及ぶ意思決定である。</p> <p>■本人の好み・価値観その他本人にとって重要な情報が十分に得られている。</p> <p>■本人が最善の利益の検討過程に参加・関与できる機会が考慮されている。</p>								
<p>代行決定に当たっての留意事項 ※チェックできない項目がある場合には、第1～第3原則に沿った支援ができていたかどうか、チームで再度検討してください。</p>	<p>■結論が先にありきになっていない。 本シートが結論の後付けの根拠資料として使われていない。</p> <p>■本人以外の関係者の問題を本人の問題としてすり替えていない。</p> <p>■支援のしやすさを優先していない。 支援者のための根拠付けになっていない。 (サービスの利用を検討している場合のみ)</p> <p>■サービス利用ありきになっていない。</p>								
<p>本人にとっての最善の利益の検討 考えうる選択肢の提示と比較検討 (本人の好み・価値観に近い順、自由の制約がより少ない選択肢から順に、本人の視点を踏まえてそれぞれの要素を検討してください。)</p>	<p>選択肢1：自宅近くのグループホームに入所する</p> <table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <th>選択することのメリット</th> <th>選択することのデメリット</th> </tr> <tr> <td>自宅や庭を見に帰ることができる。 近隣に住んでいる友人や民生委員、介護サービス事業者等が面会にくることができる。</td> <td>本人の厚生年金では、グループホームの利用料を支払うことができず、預金を崩しながら生活することになる。7年暮らしたところで、赤字にはならない入所施設への切り替えをしなければならない。</td> </tr> </table> <p>選択肢2：県外(姪の娘がいる地域)の特別養護老人ホームに入所する</p> <table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <th>選択することのメリット</th> <th>選択することのデメリット</th> </tr> <tr> <td>最期まで、過ごすことができる。 姪の娘がいる地域なので、姪が面会することができる。</td> <td>自宅や庭を見に帰ることができない。 近隣の友人が面会に来ること</td> </tr> </table>	選択することのメリット	選択することのデメリット	自宅や庭を見に帰ることができる。 近隣に住んでいる友人や民生委員、介護サービス事業者等が面会にくることができる。	本人の厚生年金では、グループホームの利用料を支払うことができず、預金を崩しながら生活することになる。7年暮らしたところで、赤字にはならない入所施設への切り替えをしなければならない。	選択することのメリット	選択することのデメリット	最期まで、過ごすことができる。 姪の娘がいる地域なので、姪が面会することができる。	自宅や庭を見に帰ることができない。 近隣の友人が面会に来ること
選択することのメリット	選択することのデメリット								
自宅や庭を見に帰ることができる。 近隣に住んでいる友人や民生委員、介護サービス事業者等が面会にくることができる。	本人の厚生年金では、グループホームの利用料を支払うことができず、預金を崩しながら生活することになる。7年暮らしたところで、赤字にはならない入所施設への切り替えをしなければならない。								
選択することのメリット	選択することのデメリット								
最期まで、過ごすことができる。 姪の娘がいる地域なので、姪が面会することができる。	自宅や庭を見に帰ることができない。 近隣の友人が面会に来ること								

【基本原則】

第5 ①本人の意思推定すら困難な場合、又は②本人により表明された意思等が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には、後見人等は本人の信条・価値観・嗜好を最大限尊重した、本人にとっての最善の利益に基づく方針を採らなければならない。

第6 本人にとっての最善の利益に基づく代行決定は、法的保護の観点からこれ以上意思決定を先延ばしにできず、かつ、他に採ることのできる手段がない場合に限り、必要最小限度の範囲で行われなければならない。

第7 一度代行決定が行われた場合であっても、次の意思決定の場面では、第1原則に戻り、意思決定能力の推定から始めなければならない。

コメントの追加 [1]: まずは、代行決定に安易に進まないように、これらの前提条件を満たしているかを確認しましょう。

コメントの追加 [2]: これらの留意事項が踏まえられているかどうかについても確認しておきましょう。

コメントの追加 [3]: 「本人が選択しそうな選択肢」を複数挙げ、本人の立場に立って考えられるメリット、デメリットを可能な限り示した上で、比較検討してみましょう。

また、選択肢が両立するかどうか、本人の自由の制約が最も少ない選択肢はどれかを吟味しましょう。大切なのは、後見人等は本人の信条・価値観・嗜好を最大限尊重した、本人にとっての最善の利益に基づく方針を採ることです。これは、「これが本人にとっていい選択だろう」と後見人等の価値観に基づき判断するものではありません。

なお、意思推定の場面と同様、チームによる複合的な視点で吟味しましょう。

		はむずかしく、これまでの人間関係が切れてしまう。
	※選択肢はできる限り多く検討してください。	
結論：最善の利益に基づく代行決定の内容及びその理由	代行決定の内容：自宅近くのグループホームに入所する。 理由：本人は、姪の娘のことを覚えておらず、姪の娘の面会があっても喜ぶことはない。これまでの本人の生活を考えても、友人が面会に来ることが出来るGHの利用が望ましいということになった。	
モニタリング実施時期	■3か月後 □6か月後 □その他（ ）	

コメントの追加 [4]: 代行決定の後、今回の支援の結果についてモニタリングを実施する時期を決めておきましょう。具体的には、その時期に、改めて本人の状態を把握した上で、もう一度意思決定支援をし直すべきか、あるいは代行決定した選択肢と別の選択肢を用意すべきか等について検討します。

なお、代行決定はその場限りの介入であり、別の課題における意思決定の機会においては、ガイドライン第1原則（全ての人には意思決定能力があると推定されること）に立ち戻って、様式1による本人の意思決定支援を改めて展開します。

【基本原則】

第5 ①本人の意思推定すら困難な場合、又は②本人により表明された意思等が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には、後見人等は本人の信条・価値観・選好を最大限尊重した、本人にとっての最善の利益に基づく方針を採らなければならない。

第6 本人にとっての最善の利益に基づく代行決定は、法的保護の観点からこれ以上意思決定を先延ばしにできず、かつ、他に採ることのできる手段がない場合に限り、必要最小限度の範囲で行われなければならない。

第7 一度代行決定が行われた場合であっても、次の意思決定の場面では、第1原則に戻り、意思決定能力の推定から始めなければならない。

【様式2】 個別課題発生時における意思決定能力のアセスメントシート

I. 概要

本人		記入者		本人との関係	
テーマ (課題となる意思決定)					
過去の支援状況	<input type="checkbox"/> 【様式1】添付				
実施日	年 月 日 時 分～ 時 分 場所 ()				
検討メンバー					

II. 意思決定能力アセスメント

前提 (決定期限)	意思決定の期限が迫っており、これ以上延長できない状態か？ <input type="checkbox"/> 延長できない (期限： 年 月 日まで) <input type="checkbox"/> 延長できる ⇒ 【様式1】へ戻る。
A 意思決定を行う場面で通常必要と考えられる4要素につき満たされないものがあるか？	<input type="checkbox"/> 本人が関連情報について理解できなかった <input type="checkbox"/> 本人が関連情報について記憶保持できなかった <input type="checkbox"/> 本人が関連情報について比較検討できなかった <input type="checkbox"/> 本人が意思を表現できなかった 根拠：
B 支援者側が上記期限までに実行可能な意思決定支援を尽くしたか？	<input type="checkbox"/> 期限までに可能な支援は全て尽くした 支援内容：
	<input type="checkbox"/> 実行可能な支援が残されている ⇒ 【様式1】へ戻る。

⇒上記アセスメントの結果、

- A・Bいずれも当てはまる (支援を尽くしても、意思決定を行う場面で通常必要と考えられる4要素のうち満たされない要素がある)
 ⇒本人は、その時点で、その課題について意思決定をすることが困難と評価される
意思推定アプローチ (様式3) へ
- それ以外
 ⇒意思決定支援に戻る (様式1)

【様式3】

意思推定に基づく代行決定に関するアセスメントシート

I. 概要 【様式2】と同じにつき記載省略

本人		記入者		本人との関係	
テーマ (課題となる意思決定)					
過去の支援状況	<input type="checkbox"/> 【様式1】添付 <input type="checkbox"/> 【様式2】添付				
実施日	年 月 日 時 分～ 時 分 場所 ()				
検討メンバー					

II. 意思推定に基づく代行決定を行うにあたっての検討

前提 (決定期限)	意思決定の期限が迫っており、これ以上延長できない状態か？ <input type="checkbox"/> 延長できない (期限: 年 月 日まで) <input type="checkbox"/> 延長できる → 【様式1】へ戻る。
本人が自ら意思決定をすることができたとすれば、どのような意思決定を行うかを推定できるか？	<input type="checkbox"/> 推定可 → <u>推定意思の内容</u> <input type="checkbox"/> 推定困難 → <u>理由</u>
本人の意思推定のために明確な根拠となり得るエピソード、情報提供者、関連資料など	
代行決定に当たっての留意事項 ※チェックできない項目がある場合には、第1～第3原則に沿った支援ができていたかどうか、チームで再度検討してください。	<input type="checkbox"/> 結論が先にありきになっていない。 本シートが結論の後付けの根拠資料として使われていない。 <input type="checkbox"/> 本人以外の関係者の問題を本人の問題としてすり替えていない。 <input type="checkbox"/> 支援のしやすさを優先していない。 支援者のための根拠付けになっていない。 (サービスの利用を検討している場合のみ) <input type="checkbox"/> サービス利用ありきになっていない。

⇒上記検討の結果、

- 推定意思の実現を支援する。
- 推定意思を実現すると本人にとって見過ごすことができない重大な影響が懸念される
⇒本人にとって見過ごすことができない重大な影響が懸念される場合の検討 (様式4) へ
- 意思の推定すら困難
⇒最善の利益に基づく代行決定の検討 (様式5) へ

【様式4】 本人にとって見過ごすことができない重大な影響に関するアセスメントシート

I. 概要 【様式 〇】と同じにつき記載省略

本人		記入者		本人との関係	
テーマ (課題となる意思決定)					
過去の支援状況	<input type="checkbox"/> 【様式1】添付 <input type="checkbox"/> 【様式2】添付 <input type="checkbox"/> 【様式3】添付				
実施日	年 月 日 時 分～ 時 分 場所 ()				
検討メンバー					

II. 本人の示した意思（推定意思）の実現は、本人にとって見過ごすことができない重大な影響を生ずるかどうかの検討

本人が他に採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。	<input type="checkbox"/> はい⇒根拠	<input type="checkbox"/> いいえ
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。	<input type="checkbox"/> はい⇒根拠	<input type="checkbox"/> いいえ
その発生の可能性に確実性があるか。	<input type="checkbox"/> はい⇒根拠	<input type="checkbox"/> いいえ

⇒上記検討の結果、

すべて「はい」に該当する

⇒以下の方法につき検討

本人の意思決定に同意しない（同意権・代理権を行使しない）

本人の示した意思とは異なる形での代行決定（代理権、取消権の行使）を検討する

⇒様式5（本人にとっての最善の利益に基づく代行決定の検討）へ

上記以外

⇒意思又は推定意思の実現へ

【様式5】 本人にとっての最善の利益に基づく代行決定に関するアセスメントシート

I. 概要 【様式1】と同じにつき記載省略

本人		記入者		本人との関係	
テーマ (課題となる意思決定)					
過去の支援状況	<input type="checkbox"/> 【様式1】添付 <input type="checkbox"/> 【様式2】添付 <input type="checkbox"/> 【様式3】添付 <input type="checkbox"/> 【様式4】添付				
実施日	年 月 日 時 分～ 時 分 場所 ()				
検討メンバー					

II. 検討

<p>本人にとっての最善の利益を検討するための前提条件 ※すべての条件を満たしている必要があります。</p>	<p><input type="checkbox"/>意思決定の期限が迫っており、これ以上決定を先延ばしできない。 ⇒期限： 年 月 日まで</p> <p><input type="checkbox"/>後見人等による代行決定が及ぶ意思決定である。</p> <p><input type="checkbox"/>本人の好み・価値観その他本人にとって重要な情報が十分に得られている。</p> <p><input type="checkbox"/>本人が最善の利益の検討過程に参加・関与できる機会が考慮されている。</p>								
<p>代行決定に当たっての留意事項 ※チェックできない項目がある場合には、第1～第3原則に沿った支援ができていたかどうか、チームで再度検討してください。</p>	<p><input type="checkbox"/>結論が先にありきになっていない。 本シートが結論の後付けの根拠資料として使われていない。</p> <p><input type="checkbox"/>本人以外の関係者の問題を本人の問題としてすり替えていない。</p> <p><input type="checkbox"/>支援のしやすさを優先していない。 支援者のための根拠付けになっていない。 (サービスの利用を検討している場合のみ)</p> <p><input type="checkbox"/>サービス利用ありきになっていない。</p>								
<p>本人にとっての最善の利益の検討 考えうる選択肢の提示と比較検討 (本人の好み・価値観に近い順、自由の制約がより少ない選択肢から順に、本人の視点を踏まえてそれぞれの要素を検討してください。)</p>	<p>選択肢●：</p> <table border="1"> <tr> <td>選択することのメリット</td> <td>選択することのデメリット</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> </tr> </table> <p>選択肢●：</p> <table border="1"> <tr> <td>選択することのメリット</td> <td>選択することのデメリット</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> </tr> </table> <p>※選択肢はできる限り多く検討してください。</p>	選択することのメリット	選択することのデメリット			選択することのメリット	選択することのデメリット		
選択することのメリット	選択することのデメリット								
選択することのメリット	選択することのデメリット								
<p>結論：最善の利益に基づく代行決定の内容及びその理由</p>	<p>代行決定の内容：</p> <p>理由：</p>								
<p>モニタリング実施時期</p>	<p><input type="checkbox"/>3か月後 <input type="checkbox"/>6か月後 <input type="checkbox"/>その他 ()</p>								

2. 「意思決定支援を踏まえた後見事務のガイドライン」を公表しました

▶ ガイドライン作成の背景・経緯

どのような経緯で、ガイドラインが作成されることになったのですか？

成年後見制度利用促進基本計画では、後見人が本人の特性に応じた適切な配慮を行うことができるよう、意思決定支援の在り方についての指針の策定に向けた検討を行うこととされています。利用者がメリットを実感できるような制度・運用となるには、後見人がその裁量において行う後見事務が意思決定支援の考え方に沿って行われる必要がありますが、専門家会議においても、そのためには、後見人による意思決定支援の在り方について、具体的で実践可能な指針が策定される必要があるという認識が共有されてきました。

これを受け、最高裁判所、厚生労働省及び専門職団体（日本弁護士連合会、成年後見センター・リーガルサポート、日本社会福祉士会）をメンバーとするワーキング・グループを開催し、令和元年5月以降、それぞれの知見を活かして意見交換を重ね、本人の視点を踏まえた指針の策定に向けた検討を進め、利用者の立場を代表する団体からのヒアリング等を行った上で、令和2年10月30日、ガイドラインの公表に至りました。

▶ 当事者の関与

作成に当たって、当事者は関与したのですか？
一般の方から意見募集はされたのでしょうか？

作成過程において、令和元年11月に開催された専門家会議第3回中間検証ワーキング・グループの場で、検討状況を報告するためにガイドラインの概要を説明し、基本的な方向性について了承を得ています。さらに、令和2年2月には当事者団体（※）からのヒアリングを実施した上で、そこで頂いた意見を踏まえた修正案をさらに当事者団体に送付し、内容を再度確認してもらうというプロセスを経ました。ヒアリングの際にも、ガイドラインの基本的な考え方については理解を得られたものと認識しています。

※当事者団体

(公社)全国精神保健福祉会連合会 (みんなねっと)
全国手をつなぐ育成会連合会
(一社)日本発達障害ネットワーク (JDDnet)
(一社)日本メンタルヘルスピアサポート専門員研修機構
(公社)認知症の人と家族の会 人権擁護専門員会委員

また、ガイドラインの公表に先立って、令和2年5月末、ガイドラインの基本的な考え方を、ワーキング・グループに参加する各団体のウェブサ

イト上で公表し、約1か月の期間を設けてこれに対する意見を募集しました。ガイドラインや基本的な考え方は、そこで寄せられた意見も踏まえたものとなっています。

▶ ガイドラインの対象

ガイドラインは誰を対象にしていますか？

このガイドラインは、専門職後見人だけでなく、親族後見人や市民後見人を含めて、後見人、保佐人、補助人に就任した方（以下、後見人等）を広く対象とするものです。また、何が後見人等に求められているかについての具体的なイメージを示しているため、中核機関や自治体の職員にとっても、業務の参考となるものとなっています。

▶ ガイドラインの内容

ガイドラインはどのような内容になっていますか？

本人の意思決定に必要な情報を提供したり、本人の意思や考えを引き出ししたりして、本人が「自分で決める」ことを支援することを「意思決定支援」と言います。このガイドラインは、後見事務において、意思決定支援を踏まえた後見事務を行う際のプロセスや、意思決定支援を尽くしたけれども本人が意思を決定することが困難な場合などに行う「代行決定」のプロセスを示したものです。

ガイドラインの全体像を把握するには、まず「基本的考え方」や「チャート図」を見て下さい。

▶ ガイドラインを使用する場面

どのような場面で使うガイドラインなのでしょう？

後見人等として意思決定支援を行う場面での使用を想定しています。本人にとって重大な影響を与えるような契約等をする場合は、後見人等も意思決定支援をすることになります。例えば、施設に入所するかどうかなど、本人の住む場所を決める場合や、自宅や高額の資産を売却する場合などが考えられます。その他の場面でも、後見人等として、周囲の支援者が意思決定支援を適切に行っているかどうかを確認することが求められます。

▶ 後見人等の事務への統一的な基準？

ガイドラインは、後見人等の事務に対して全国一律の基準を定めるものなのでしょうか？

後見人等による意思決定支援の在り方については、様々な考え方がある上、実際の事案においては、本人の状況も含め、関連する事情は千差万別で、その全てを網羅する指針を示すことは、現実的でも相当でもないと思われます。そのようなことを踏まえ、このガイドラインは、最高裁判所、厚生労働省及び専門職団体がそれぞれの知見を活かした意見交換を行い、共通の認識が得られた内容を前提として、読み手である後見人等において、いわば意思決定支援の勘所をイメージできるように考え方をまとめたものとなっています。後見人が意思決定支援を踏まえた後見事務を行う上で、このガイドラインが参考にされ、意思決定支援についての共通理解が深まること、後見人等において、このガイドラインや既存のガイドライン等を参考として、本人・支援者らの状況や各地の実情等に応じた後見事務が行われることが、期待されます。

▶ 報酬との関係？

ガイドラインができたことによって、後見人等の報酬に影響はあるのでしょうか？

このガイドラインは、後見人等に選任された方が、本人の意思を尊重した後見事務を実践するために参考とするためのものです。後見人等の報酬は、事件を担当する家裁の裁判官が個別の事案ごとに判断すべき裁判事項であり、このガイドラインは裁判官の判断を拘束するものではありませんが、後見人

等は本人の意思を尊重して後見事務を行うべき義務を負っており、後見人等の後見事務の遂行が裁量の濫用・逸脱にあたる場合に報酬が減額され得ることはこれまでと変わらないと思われま

▶ 他のガイドラインとの関係性

他の意思決定支援に関するガイドラインとはどのような関係でしょうか？

意思決定支援に関する他のガイドラインとは、対象者や使用する場面が異なります。成年後見制度利用促進室のホームページでは、これらの[ガイドラインの比較表](#)を掲載していますので、くわしくはそちらを御確認ください。

▶ ガイドラインの研修

このガイドラインについての研修が実施されますか？

今年度、来年度の2年間をかけて、全都道府県において、厚生労働省の委託事業として、研修を実施します。詳細が決定したら、ニュースレターでも御案内します。

▶ ガイドラインの入手先

ガイドラインはどこで手に入れることができますか？

[裁判所ウェブサイト「後見ポータル」](#)や、[成年後見制度利用促進室のホームページ](#)で入手可能です。

意思決定支援を踏まえた後見事務のガイドライン 目次（抄）

- | | |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> 第1 はじめに <ul style="list-style-type: none"> 1 ガイドライン策定の背景 2 ガイドラインの趣旨・目的等 第2 基本的な考え方 <ul style="list-style-type: none"> 1 本ガイドラインにおける意思決定支援の定義 2 本ガイドラインにおける意思決定能力の定義 3 本ガイドラインにおける意思決定支援及び代行決定のプロセスの原則 4 後見人等として意思決定支援を行う局面 第3 意思決定支援における後見人等の役割 <ul style="list-style-type: none"> 1 関連する基本原則の確認 2 意思決定支援のための環境整備（事前準備） 3 後見人等の関与する意思決定支援の具体的なプロセス（個別課題が生じた後の対応） | <ul style="list-style-type: none"> 第4 意思決定や意思確認が困難とみられる局面における後見人等の役割 <ul style="list-style-type: none"> 1 関連する基本原則の確認 2 意思決定や意思確認が困難とみられる局面とは 3 意思決定能力アセスメントの方法 4 本人の意思推定（意思と選好に基づく最善の解釈）アプローチ 第5 本人にとって見過ごすことができない重大な影響が懸念される局面等における後見人等の役割 <ul style="list-style-type: none"> 1 関連する基本原則の確認 2 本人にとって見過ごすことができない重大な影響が生じる場合等 第6 本人にとっての最善の利益に基づく代行決定 <ul style="list-style-type: none"> 1 関連する基本原則の確認 2 本ガイドラインにおける「最善の利益」に基づく代行決定 3 本人にとっての「最善」を検討するための方法 4 検討結果に基づく後見人等としての行動原則 5 アセスメントシートへの記録 |
|---|---|

どう考える？

どう動く？

ご本人らしい生き方にたどり着く

意思決定支援 のために



障害や認知症により、一人で物事をうまく決められない方と共に歩み、考え、

ご本人の意思を尊重した明るい未来を築いていく「意思決定支援」。

いろいろな支援現場の実例から学ぶ、そのポイントとは？

こんな時、あなたなら、 どうしますか？

知的障害があり、グループホームに暮らすFさんは、
ある日突然、「犬を飼いたい」と訴えてきました。

Fさんの気持ちを考えた時、
あなただったら、どのように対応しますか？

このグループホームは、
ペットを飼うことを禁止しています。



- ①グループホームでは犬を飼えないことを説明し、説得する
- ②グループホームにお願いして、犬を飼えるようにしてもらう
- ③「犬を飼いたい」真意を探り出して、それに合った対応をする

Fさんの場合、

③の対応をしたことで、解決できました

実は、Fさんは趣味で犬を飼いたかったわけではなく、
自分の居所に他人が勝手に入ってくるのが怖くて、
「犬を飼いたい」と訴えていたのです。

その後、居所の入り口にしっかりと扉をつけて施錠することで
Fさんは満足し、もう「犬を飼いたい」とは言わなくなったそうです。



この場合、もし①や②の対応をしていたら、どうなっていたでしょう。「犬を飼えない」ことを説得されても、Fさんが抱える根本的な不安はなくなりません。「犬を飼う」ことになっても、犬の世話をすることがFさんの本心ではないために、可愛がらず、「せっかく思いをかなえてあげたのに、世話もしないで、わがままな人」と思われてしまうかもしれません。また、同じような事例であっても、Fさん以外の人の場合は、①や②が解決策になることもあります。

これから取り上げる事例も、「〇〇さんの場合、こうしてうまくいきました」という一例です。

同じような課題でも、環境や対象者によって、違う解決策があるかもしれません。

“正解がないのが正解”というのが**意思決定支援**。そのことを心に留めて、この小冊子を参考にして、よりご本人の気持ちに添った支援を考えていただけると幸いです。

障害や加齢による症状などの程度にかかわらず、
誰もが心の中にはしっかりとした意思をもっています。
判断できないのではなく、思いを形にするのが苦手なのかも。
うまく伝えられないだけなのかも。

時間がかかるからといって、第三者の思いや考えを押し付けない。
「今は決められない」という選択肢も大切にする。
表層的なことだけで判断せずに、
言葉にできないことがあるということも考える。
周りにいる人や地域が連携し、工夫すれば、
きっとその人の中にある真の思いに行き着くことができるはずです。
わたしたち一人ひとりが、意思決定支援のポイントを身につけて、
誰もが笑顔で暮らせる地域社会をみんなで作っていきましょう。

覚えておきたい 意思決定支援のポイント

ご本人が黙ったまま! ▶ 意思と選好についての情報収集と分析(アセスメント)…P.4～P.7

- 黙っているから意思がないわけじゃない。環境設定で、選びやすくなることもある。
- 意思決定する時の状況だけで判断しない。その人の経験や歴史、日々の生活スタイル等からの選択肢も用意する。
- 「こんなはずじゃなかった」と思われることを怖れて、何もしないで良い?
- その人の好きなこと、嫌いなことを知らないと、意思決定支援は始まらない。

言っていることが実現不可能! ▶ 意思決定支援のプロセス…P.8～P.11

- 言っていることが、その人の思いの全てではない。
- 意思決定する時の状況だけで判断しない。その人の経験や歴史、日々の生活スタイル等からの選択肢も用意する。
- 自分で選んだことが実現されると、それは力になる。

一人の判断で決めて良い? ▶ チームによるアプローチ…P.12～P.15

- 重要なことは何度も確かめる必要がある。
- 「ご本人が不安になっちゃうから、伝えないで」で、良い?
情報を伝える伝えないということも含めて、みんなで悩むことが大切。その上でご本人に相談する。
- 重要なことが分からない時、みんなで決める必要がある。

なんでも代わって決めて良い? ▶ 意思の推定と代行決定…P.16～P.19

- ご本人に代わって決めるのは、最後の手段。推定意思による決定が原則。
- ご本人の意思に基づいた決定がその人自身や他者を傷つける時には、異なる決定がされることがある。
- ひとつの課題に対して代行決定が必要となったとしても、次の意思決定の際には、「決める力がある前提」に戻る。

こんなことがありました

統合失調症があり、施設入所していたAさん。足を骨折したことから、リハビリも兼ねて、施設で行う体操教室に熱心に参加していました。

ある時、入所者を対象に、施設外に出かけるレクリエーションが催されることになり、新人の職員は骨折でしばらく外に出られなかったAさんに、外出の機会を作ってあげようとレクリエーションへの参加を促しました。しかし、レクリエーションの日程を確認しても、Aさんは黙り込んでしまうばかり。「きっと意味が分からないんだ」と考え、新人の職員はそれ以上Aさんに聞くことをやめてしまいました。



どう考える？

黙っているAさんは、
何も考えていなかったのでしょうか？

Aさんは、自分が言いたいことを
話しやすい環境だったのでしょうか？

もし、あなたがAさんと同じように、「どうせ分からないから」、
「後でこんなはずじゃなかったと言われるのが嫌だから」
と、何もしてもらえないとしたら、どう思うのでしょうか？

どう動く？

**黙っているから意思がないわけじゃない。
環境設定で、選びやすくなることもある。**

どれが正解か分からない時に、思っていることを最初から選ぶことは誰だって難しい。ましてや、障害のある人の場合、どうしたいか、うまく言葉にできないから黙っていることもあります。話しやすい場所を選んだり、言葉で伝えきれない場合は身振りや絵を使うなど、ご本人が意思を表しやすいように、工夫やサポートをしましょう。

**意思決定する時の状況だけで判断しない。
その人の経験や歴史、日々の生活スタイル等からの
選択肢も用意する。**

「家に帰りたい」と訴えていても、実は「家にある仏壇を放っておけない」ということが真意だったということもあります。また、ご本人なりの選択肢があっても、遠慮して伝えないことだってあります。ご本人から出てくる情報や新しく得た経験、これまでの意思決定の仕方なども踏まえ、発想を豊かに選択肢を用意しましょう。

**「こんなはずじゃなかった」と思われることを怖れて
何もしないで良い？**

「それって失敗しちゃうよね？」と思える選択だとしても、ご本人にとっては大切な経験になり、次の意思決定の機会に生かされることもあります。支援に関わる皆さんで話し合い、取り返しのつかないことにならないと考えられるのであれば、ご本人のチャレンジを支援するというのも選択のひとつと考えましょう。

**その人の好きなこと、嫌いなことを知らないと
意思決定支援は始まらない。**

元々ある好き嫌いの中に、答えが潜んでいることもままあります。日々のコミュニケーションの中から、まずそこを理解することがスタートラインと考えましょう。

Aさんの場合、その後は…

別の職員が、改めてAさんに「レクリエーションのことをどう思っているのか」を、**開かれた形で尋ね、思っていることを順序立てて確認。身振りや表情も気をつけて見ていくと、「体操教室を1回休むことで、また歩けなくなるのではないかと怖い」と思っていたことが分かってきました。**そこで、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提示したり、大事な点を紙に書き出したりしながら繰り返し説明**していくと、Aさんは、体操教室を1回休んでも、歩けなくなるような日常生活の変化がないことを理解して、レクリエーションに参加しました。



意思決定支援にあたってのポイント①

意思と選好についての情報収集と分析(アセスメント)

具体的な方法について書かれている「障害福祉サービス等の提供に係る意思決定支援ガイドライン」をご紹介します。

●意思決定支援の対象者

知的障害、精神障害、発達障害のある人など、障害福祉サービスを必要とする人

●意思決定支援の担い手

事業者、家族、成年後見人等

必要に応じて、教育関係者、医療関係者、福祉事務所、市区町村の保健所などの行政関係機関、障害者就業・生活支援センターなどの就労関係機関、ご本人の知人などの関係者、関係機関など障害者に関わる人々

●対象となる主な場面

- ①食事、衣服の選択、外出、排せつ、整容、入浴などの基本的な生活習慣に関する場面
- ②施設などで日常提供されるプログラムへの参加を決める場面
- ③自宅からグループホームや入所施設、ひとり暮らしなどに住まいの場を移す場面
- ④どのような福祉サービスを選ぶか決める場面 等

●情報収集とアセスメントの方法

必要な情報の説明は、ご本人が理解できるように工夫して行う。

工夫例

- ・意思を表出しやすい日時や場所を設定する
- ・絵カードの活用等、本人とのコミュニケーション手段を工夫する 等

ご本人の意思や選好、判断や自己理解する力、心理的状況、これまでの生活史など、ご本人の情報や人的・物的環境などを適切にアセスメントする。

そのために…

- ・ご本人から直接話を聞く
- ・日常生活の様子を観察する
- ・関係者から情報を収集する(日記や記録等も含む)
- ・意思決定の参考となる体験を提供して本人の意思を確認する 等

ご本人の自己決定や意思確認が困難な場合は、ご本人をよく知る関係者が集まって様々な情報を把握し、根拠を明確にしながらかご本人の意思や選好を推定する。

情報例

- ・ご本人の日常生活の場面や事業者のサービス提供場面における表情や感情
- ・行動に関する記録などの情報
- ・これまでの生活史、人間関係

▶意思の推定について、詳しくはP.18、19で

情報収集ツールの例

ご本人の意思形成を サポートするツール

好き嫌いや価値観を把握するための
写真や絵等が描かれたカード

もし時間があったら、どちらを優先する？



大切にしているのは、どんな生活？



ご本人の“好き嫌い” 確認シート

〇〇〇〇さんの好きなこと、嫌いなこと

選好 (preferences、好き嫌い) は、好きな食べ物や芸能人だけでなく、食べ方、場所、散歩ルート、におい、味、音、音楽、しぐさ、ことば、支援者、刺激、ほめられ方、温度、家族、住まい、旅行、店に入ったときにすること、などいろいろあります。
また、嫌いなこともたくさんありますが、上手く見つけられないこともあります。

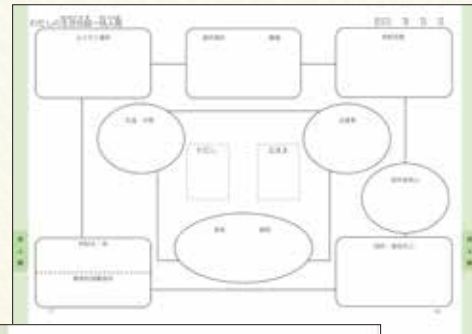
好きなもの・好きなこと

- ① 自然と触れ合うこと
- ② 体のケア、ラジオ体操、散歩
- ③ 読書、クイズ、刺繍
一人のできる趣味
- ④ ファッション、化粧
- ⑤

嫌いなもの・嫌いなこと

- ① 他人とのコミュニケーションが
苦手
- ② 身体が動かなくなること
- ③ 自分と違う考えを
押しつけられること
- ④
- ⑤

ご本人のことを家族と共に 記録する情報ノート



参照: 東京生活支援ノート つなぐ
(社会福祉法人 東京都知的障害者育成会)

関係者による ご本人の記録

〇〇〇〇さんの記録 (抜粋、括弧内は記録者)

日付	記録	選好の抽出と記述の検討
4月10日	ビンゴ大会でビンゴしたが景品を全く欲しがらずでした。Tシャツがあり、出品した方が説明してくださり、そのTシャツを気に入りgetできました。(齊川)	そのTシャツを気に入りgetできました。「これ好き」と言っていました。白地に〇〇(キャラクター)のプリント柄でした。〇〇が好きだったのかもしれませんが、今度話題にしてみようと思います。(齊川)
4月11日	午前、午後共に眠気に見舞われていました。食事の進み具合もあまり順調ではなく、食欲が無い様子でした。お茶タイムのコーヒーは好んで飲んでいました。(江島)	お茶タイムは紅茶、日本茶、コーヒーの中から、自分でコーヒーを選んで平井に淹れてもらっていました。おかわりもコーヒーでした。好きなようですが、眠気覚ましと思っていたのかもしれませんが。(江島)
6月3日	チョコ作りの班になり話し合いを始めたのですが、誕生日が近いから食べたい!!と希望。作りたいより食べたいかなと感じました。(田中)	
6月14日	チョコ作りを楽しみにして自宅より、フッキーの型を持って来て下さいました。(江島)	

参照: 令和2年度 サービス管理責任者・児童発達支援管理責任者指導者養成研修公開資料 (引用: 名川勝・延原稚枝, 2020)

詳しくは、「障害福祉サービス等の提供に係る
意思決定支援ガイドライン」をご覧ください。



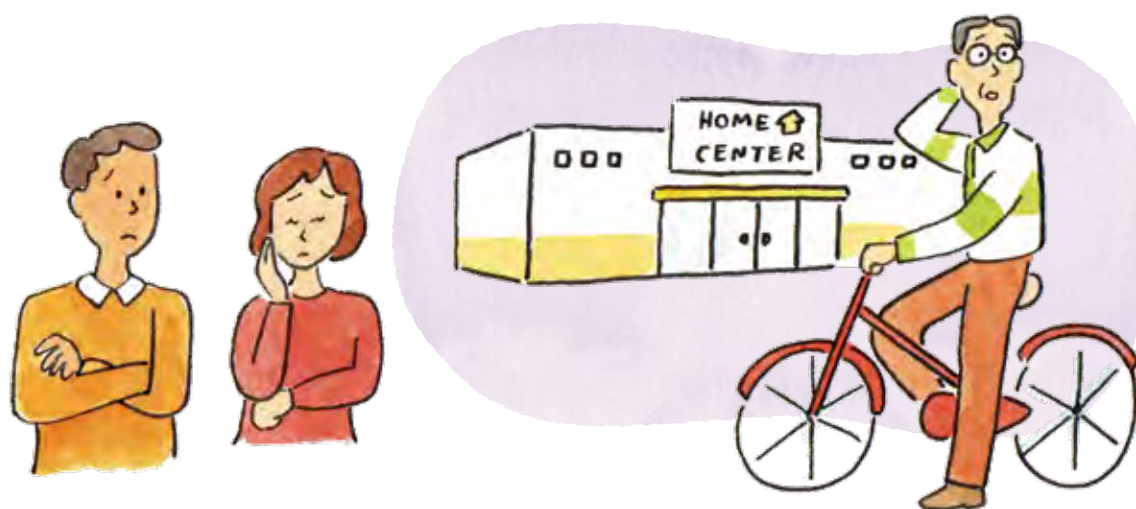
2 本人の言っていることは、本当の思い？ 伝えたいことは他にない？

こんなことがありました

認知症があり、要介護1のBさん。日曜大工が趣味で、自転車に乗ってよく近所のホームセンターに買い物に行っていました。

しかし、事故や途中で道に迷うことを心配した家族は、ケアマネジャーに鍵を取り上げて自転車を処分したいと相談。「必要なものは買ってきてあげるから、もうやめて」と、Bさんに詰め寄ると、「もういい、分かった」と言い残して、Bさんは部屋を出て行ってしまいました。

家族はBさんが納得してくれたと喜んでいましたが、ケアマネジャーには、Bさんがとても元気がないように見えました。



どう考える？

Bさんが言葉にしたことは、
Bさんの思いの全てなのでしょうか？

どうしてBさんは、
元気がなくなってしまったのでしょうか？

難しいことを決められる時って、どういう時でしょうか？
一般論で正しいと思えることだけが、正解でしょうか？

どう動く？

言っていることが、その人の思いの全てではない。

「こう言わないと迷惑かけちゃうから」、「今決めないといけない雰囲気だから」といった理由でその場限りのことを言ってしまうたり、本当に伝えたいことは言っていることの奥に潜んでいるということもあります。ご本人の言葉の向こう側にあることを理解しないと、不当に誘導することにもつながりかねません。ご本人が受ける歴史的・社会的影響や、ご本人を取り巻く環境・背景なども考えて、「言葉の奥にある本当の気持ちをつかめたらいいね」という姿勢で常に向き合い、ご本人の思いがどこにもない決定を強制しないように気をつけましょう。

意思決定する時の状況だけで判断しない。 その人の経験や歴史、日々の生活スタイル等からの 選択肢も用意する。

物事を決める時、特に大事なことを決める時には、これまでのご本人の経験や興味・関心を踏まえた選択肢を提示できると選びやすい、決めやすいということがあります。ご本人から出てくる情報や新しく得た経験、これまでの意思決定の仕方なども踏まえ、発想を豊かに選択肢を用意しましょう。

自分で選んだことが実現されると、それは力になる。

壊れた椅子に大切な思い出があることが分かり、ご本人がよく見えるところに移したことによって、椅子を家の前に放置して起きていた近隣とのトラブルを解決。ご本人も喜んで、その後、積極的に人と接するようになったという話があります。自分の真意を理解してもらえて、そこで決めたことが実現されると、自分の力を信じられるようになるものです。たとえ、ご本人の意思が合理的ではないと思えても、その意思の実現を支援することを大切に考えましょう。

Bさんの場合、その後は…

Bさんが言っていることは真意じゃないのでは？と考えたケアマネジャーは、改めていろいろな角度からBさんに聞いたところ、「ホームセンターでは自分の目で選びたい」、「買い物の帰りに一人で喫茶店に寄ることも楽しみ」、「でも、家族に心配や迷惑はかけたくない」ということが分かってきました。そこでケアマネジャーは、ホームセンターまでは家族がクルマで送って一度降ろし、時間を決めて、Bさんが買い物帰りに寄る喫茶店に迎えに行ってはどうかということをご提案。家族もそれが負担ではないことをBさんに説明したところ、自分の気持ちに添った提案をしてもらえたBさんは元気を取り戻し、自転車に乗ることを控え、今まで以上に日曜大工と喫茶店のコーヒーを楽しんでいます。



意思決定支援にあたってのポイント②

意思決定支援のプロセス

具体的な方法について書かれている「認知症の人の日常生活・社会生活における意思決定支援ガイドライン」をご紹介します。

●意思決定支援の対象者

認知症の人(認知機能の低下が疑われ、意思決定がうまくできない人を含む)

●意思決定支援の担い手

認知症の人を支える周囲の人

ケアを提供する専門職種や行政職員、家族、成年後見人等、地域近隣において見守り活動を行う人、ご本人と接しご本人をよく知る人など

●対象となる主な場面

- ①食事、衣服の選択、外出、排せつ、整容、入浴などの基本的な生活習慣に関する場面
- ②施設等で日常提供されるプログラムへの参加を決める場面
- ③自宅からグループホームや入所施設、ひとり暮らしなどに住まいの場を移す場面
- ④ケアサービスの選択や、財産を処分する場面 等

●意思決定支援の具体的なプロセス

人的・物的環境の整備：支援者の態度、ご本人との信頼関係や関係性、意思決定の場所・時間などへの配慮等

意思形成の支援：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

意思表明の支援：形成された意思を適切に表明・表出することへの支援

意思実現の支援：ご本人の意思を生活に反映することへの支援

各プロセスで困難や疑問が生じた場合は、支援チームでの会議も併用・活用する。

▶チームによるアプローチについて、詳しくはP.14、15で

ご本人の意思は揺れることもしばしばあるため、意思決定の結果だけでなく、そのプロセスを意識的に記録しておくことが重要。

いつ
記録を取る？

意思決定が行われる時に加え、日常生活におけるご本人の意思決定に着目した情報も収集し記録しておく。

その際、些細な変化を見逃さないように注意。

どのような
記録を取る？

意思決定の結果に加え、日々のご本人の生活上の意向や選好(好き嫌い、優先順位等)、価値観が表れるようなご本人の言動を記録しておく。

その際、事実と評価を書き分けておくと、振り返りの際に活用しやすい。

意思決定支援のプロセスにおけるチェックポイント

※これらの支援に順番はなく、必要な時に行きつ戻りつ、その都度チェックする。

人的・物的環境の整備

- ご本人の意思を尊重し、安心できるような態度で接しているか。
- ご本人のこれまでの生活史を家族関係も含めて理解しているか。
- 丁寧にご本人の意思を、その都度確認しているか。
- ご本人との信頼関係に配慮しているか。
- ご本人は、立ち会う人との関係性から、自らの意思を十分に表明できているか。
- ご本人は、初めての場所や慣れない場所で、緊張・混乱していないか。
- ご本人を大勢で囲んでいないか。
- 集中できる時を選んだり、疲れている時を避けているか。
- 支援者は、支援のプロセスを記録し、振り返っているか。

意思形成の支援

- ご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。
- ご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。
- ご本人が理解している事実に誤りがないか。
- ご本人が何を望むかを、オープンな形で尋ねているか。
- 説明した内容を忘れてしまうこともあるので、都度、丁寧に説明しているか。
- 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を分かりやすく示しているか。
- 言葉だけではなく、文字にして確認できるようにしたり、図や表を使って説明しているか。
- 理解している反応でも、実際は理解できていない場合があるので、本人の様子を見ながら確認しているか。

意思表明の支援

- ご本人と時間をかけてコミュニケーションを取っているか。決断を迫るあまり、焦らせていないか。
- 時間の経過やご本人が置かれた状況等によって意思は変わることもある。最初に示された意思にこだわらず、その意思を確認しているか。
- 重要な意思決定の際には、表明された意思を、時間をおいて確認しているか。複数の意思決定支援者で確認しているか。
- ご本人の表明した意思が、ご本人の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、ご本人の意思を形成するプロセスを振り返り、改めて、ご本人の意思を確認しているか。

意思実現の支援

- 適切に形成され、表明されたご本人の意思を、ご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ているか。
(支援チームが多職種で協働し、利用可能な社会資源等を用いて、反映させているか)
- ご本人の意思が合理的でない時でも、その意思の実現を支援すべきことを理解しているか。
(同時に、ご本人の意思を実現することが、他者を害する場合やご本人にとって見過ごすことができない重大な影響がある場合は、その限りでないことを理解しているか)
- ご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、意思が変わることもあるので、ご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ことを理解しているか。



意思決定支援のプロセスの記録、確認、振り返り

参照: 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 読み方と活かし方

詳しくは、「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」をご覧ください。



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

こんなことがありました

84歳のCさんは、子供の頃から低肺機能状態で軽度の心不全も合併。70代で脳梗塞、80代になって変形性膝関節症で介護が必要になり全人工関節置換術を経験。手術後に誤嚥性肺炎も発症し、食が細って声をかけても返事をしないことが多くなってきました。担当医は「今後肺炎を繰り返したり、脳梗塞や心不全の可能性もある」と判断しているのですが、Cさんの家族は、「本人を不安にさせたくない」と言い、伝えられないままになっていました。担当医はCさんに伝えるべきか、伝えないでいくべきか、日々悩んでいるのですが…



どう考える?

Cさんの状態や環境が変わっているのに、大切なことや難しい問題に対して、いつも同じ決定で良いのでしょうか?

あなたがCさんの立場だったら、命に関わる問題を、「あなたが不安になるから知らせなかった」と言われて納得できるのでしょうか?

ご本人の決定を確認しづらい時、あなたが家族や支援する立場だったら、誰か一人の推測に任せてしまって安心できるのでしょうか。また、あなたがご本人だったら、自分のことを理解していない人に、「この人はきっとこうだから」と、一方的な推測で決められて嬉しいのでしょうか?

どう動く？

重要なことは何度も確かめる必要がある。

大切なことだからこそ、時期や体調、心の状態によって、考えが変わってしまうことがあります。聞く相手によっても、ご本人の決定が変わってしまうことがあります。重要なことは、その都度、繰り返しご本人に確かめたり、ご本人をよく知る人などから必要な情報を集めたりしましょう。

「ご本人が不安になっちゃうから、伝えないで」で、良い？ 情報を伝える伝えないということも含めて、 みんなで悩むことが大切。その上でご本人に相談する。

情報を知りたい、知りたくないは、ご本人の生き方にも関わってきます。それを伝えることによって、なんらかの意思決定が必要となるのであれば、ご本人に確認をした上で伝えることが必要です。その際、ご本人にいろいろ説明する前に、どんな選択肢を用意できるか、ご本人の気持ちをどう読み解くか、その選択肢を選んだ時にご本人にどんな影響を与えるかなどを支援チームで点検し合う、事前準備のためのミーティングを持ちましょう。

重要なことが分からないとき、 みんなで決める必要がある。

支援する側の人の多くは、失敗を怖れてご本人に大切な機会（経験）を失わせてしまわないか、逆に、失敗させてしまったら自分の責任にならないかという葛藤と、日々戦っているのではないかと思います。そんな葛藤こそ、支援チームで共有し、ご本人の過去の言葉、記録、今までの状況や表現などから、疑問や気づきを話し合うことで、解決の糸口が見えてくるはずです。チームで協力し合って、意思決定を支援していきましょう。

Cさんの場合、その後は…

以前Cさんを見たことのある別の医師から「支援チームで考えましょう」と提案があり、今の担当医と看護師、ケアマネジャー、以前担当した医師やソーシャルワーカー等と家族が集まりミーティングを開催。各々の立場でCさんに関する情報を出し合い、話し合ったところ、「気が小さいけど意地っ張りなところもある」、「まだ切実ではないと思っている」、「自分のこと以上に家族のことを心配している」などが分かってきました。その情報を元に、伝えるメリットやデメリットについてチームで検討を重ね、ゆっくり時間をかけてCさんに確認した上で、今の状態を伝えることにしました。Cさんは現実を知って、ショックを受けた様子も見られましたが、その後、今後の治療や自分にもしものことがあった場合について、家族や支援チームと一っしょに決め、今は安心して療養しています。



意思決定支援にあたってのポイント③

チームによるアプローチ

「人生会議(ACP)」の一例を参考に、具体的な方法についてご紹介します。

関連するガイドライン

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

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」は、既存の制度やサービスの利用など、医療現場において医療機関や医療従事者が対応を行う際の対応方法を示したものです。ガイドラインのP.25からは、ご本人が医療における意思決定が困難な場合の、成年後見人等に期待される具体的役割が掲載されています。

●意思決定支援の対象者

医療に係る意思決定が難しい人

●意思決定支援の担い手

担当の医師と看護師及びそれ以外の医療・介護従事者

ソーシャルワーカーなど社会的な側面に配慮する人、ご本人の心身の状態や社会的背景に応じてケアに関わる関係者(ケアマネジャー、介護福祉士)なども想定

●対象となる主な場面

①病状の進行や身体機能の低下が見られる場面

②治療の変更が求められる場面

●チームによるアプローチの方法

ご本人をもっともよく知っている医療・介護従事者が話し合いを始めることが望ましい。

▶ 病状や今後の経過の話が必須であり、それが良いきっかけとなるため。

ご本人や家族、ご本人の意思を理解している人とは、礼儀正しく丁寧に話をする。

- ・ご本人・家族等の不安を考慮して、コミュニケーションはやさしく分かりやすい言葉で。
- ・ご本人の感情(表情・視線・しぐさ)に気づいたら、感情への対応を優先する。
- ・最善を期待して、最悪に備える。ともに希望を持ち、ともに心配する。という姿勢で。

事前にできる限りの範囲で、ご本人の気持ちや心構えを確認する。

- ・病状や今後の医療・ケアについて理解しているか。
 - ・「病状が進んだ時」について考えたことがあるか、考えたことがなくても考えることに抵抗はないか。
 - ・療養や生活での不安や疑問、希望、大切にしていること、してほしくないこと、治療の選好 等
- ▶ ご本人の気持ちの柔軟性をあらかじめ確認しておくことで、ご本人の意思の推定を試みる関係者やチームの苦悩も軽減する。

ご本人の意思を理解して共有している人とともに

医療・ケアチームで繰り返し話し合い、意思決定を共有する。

- ・記録や録音を残し、共有する。

家族も支援チームの一員と考え、協力し合う。

支援チームによる話し合いのチェックポイント

- ☑ ご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、ご本人の意思を実現した場合に、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、共同して考えているか。
- ☑ 意思決定支援の話し合いでは、参考となる情報や記録が十分に収集されているか。ご本人の意思決定能力が踏まえられているか。参加者の構成は適切かなど、意思決定支援のプロセスを確認しているか。
- ☑ 意思決定支援の話し合いへのご本人の参加を検討しているか。
- ☑ 意思決定支援の話し合いの開催は、意思決定支援チームの誰からも提案できるようにし、話し合いでは、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しているか。
- ☑ 話し合った内容は、その都度文書として残し共有されているか。
- ☑ 意思決定プロセスを踏まえた支援を提供するとともに、その過程や結果をモニタリング・記録し、評価を適切に行っているか。

参照:認知症の人の日常生活・社会生活におけるの意思決定支援ガイドライン 読み方と活かし方

ご本人と支援チームによる話し合いの記録の例(ホワイトボード)

音田さんの退院調整会議
2019.1.20

出席者 音田さん
NS 加藤、有藤、水島
SW 飯田
介護人 森本さん

テーマ 退院後の生活場所について

〈現状〉

- ・自宅の場所が分らなくなった
- ・旅をしたい(どこか? → 有人介護施設)
- ・「近所の人のお金を持っていく、
- ・要介護を出ている
- ・見当識の課題 → 院内活動も出来なくなっている
- ・「家に帰りたい、いそいでほしい → 生活場所は負担が大きい!
- ・男性職員が来てほしい
- ・病棟から出ていくためのメリットがある?
- ← 入居後の拒否率も、リスク軽減の困難

ルール

- ① 音田さんの思いが一番大切に。
- ② 支援しての根拠の価値感を押さえない。

	メリット	デメリット
自宅に居る	<ol style="list-style-type: none"> 1. 慣れ親しむ 2. 24時間有人介護がほしい 3. 自立したい 4. 誰かいてほしい 5. 生活リズムが保てる 6. 在宅サービス利用 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 食事水分不足 2. 服薬管理不安 3. 生活環境、衛生状態悪化 4. 道迷い、転倒のリスク 5. 孤独感による不安の増大 6. 家族のサポートがほしい
入居する	<ol style="list-style-type: none"> 1. 日中の水分・食料の提供 2. 服薬管理 3. 24時間 4. 安全な環境 5. 退院のハードル 6. 緊急対応がほしい 7. 見守りや声かけがほしい 8. 男性職員がほしい 9. 24時間退院相談 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 「家ではない」という思いの影響 → 家に帰りたい、苦痛を感じる! 2. 24時間依存してしまう → 24時間有人介護がほしい! 3. 入居後の混乱、騒音 → 入居後の生活がほしい! 4. 退院後のケアがほしい → 退院後の生活がほしい!

入居後の地域へ移す → 退院前に見学、体験入居の機会を設ける、必要、大切!

※イメージです

詳しくは、「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」(解説篇)

<https://www.mhlw.go.jp/file/04-Houdouhappyou-10802000-Iseikyoku-Shidouka/0000197702.pdf>



「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」をご覧ください。

<https://www.mhlw.go.jp/content/000516181.pdf>



4 ご本人に代わって決めてしまってもいい？ その前にできることは無い？

こんなことがありました

てんかんがあり、要介護1で成年後見制度を利用しながら一人暮らしをしていたDさん。

通っていたデイサービスでは「動けなくなったら、飼っているインコとっしょにここに来るかな」などと周りの人に言っていました。

ある時、脳梗塞を起こし、入院。重度の麻痺が残り、歩くことができなくなったばかりか、保佐人は主治医から「言語障害や認知症の可能性もある」と告げられました。その後、容態は少しずつ回復。保佐人は退院に向けて、「退院後の暮らし方」についてDさんに確認しようとしたのですが、Dさんは全く反応してくれません。退院の期限は近づいてきています。



どう考える？

ご本人に尋ねても、返事ができない状態にある時、
あなただったらどうするでしょうか？

Dさんは、「インコとずっといっしょにいたい」と思っていたようですが、
あなたがDさんの今後の暮らし方について意見を求められたら
どうするでしょうか？

Dさんに代わって保佐人が退院後の暮らし方を決めた場合、
この後もずっと全てを保佐人が決めていってよいのでしょうか？
あなたがDさんだったら、どうしてほしいのでしょうか？

どう動く？

ご本人に代わって決めるのは、最後の手段。 推定意思による決定が原則。

ご本人が言葉で伝えることが難しい場合でも、表情や身振り、感情などから、意思を読み解く工夫をまずしましょう。さらに、ご本人なら、どのような意思決定をするかを、それまでの言動や行動の記録、生活史、人間関係など様々な情報に基づいて、成年後見人等を含めた支援チームで推定を試みましょう。その際、成年後見人等は、権利擁護者として、十分な根拠に基づいて意思の推定がされているか、関係者による勘違いや一方的な推定がされていないかどうかを注視することが重要です。

ご本人の意思に基づいた決定がその人自身や他者を傷つける時には、異なる決定がされることがある。

チームで推定した意思が、他の選択肢と比べて明らかにご本人にとって不利益な選択肢となる場合や、一度実現してしまうと回復困難なほど重大な影響をご本人に及ぼす場合があります。また、第三者への重大な権利侵害を生じさせる可能性もあります。その時は、「ご本人にとって見過ごすことのできない重大な影響」を及ぼすかどうかをチームで慎重に検討し、「ご本人にとっての最善の利益」に基づく決定もあり得ると考えましょう。

ひとつの課題に対して代行決定が 必要となったとしても、次の意思決定の際には、 「決める力がある前提」に戻る。

代行決定は、これ以上先延ばしできない、判断が迫られている場面での、その場限りの支援です。また、違う状況や場面では、ご本人が意思決定できないと評価されるとは限りません。一度、意思決定支援を経験したことで、ご本人の決定する力が甦ったり、支援する側にも新しい力が蓄積できたりします。新しい課題が生じた時には、常に「ご本人には自分で決める力がある」という前提に立ち返って考えましょう。

Dさんの場合、その後は…

保佐人は、療養型病院への入院、特別養護老人ホームへの入所、在宅での生活の選択肢を用意して、絵や写真、文字ボードを使ってDさんの意思表示を何度も試みましたが反応はなく、医師や他の支援者に相談しても、別の支援手段は見当たりませんでした。保佐人は、Dさんの情報や様々な記録、ケアプラン、インコの写真等を用意して、支援チームで話し合いました。Dさんが「インコといっしょにここに来るかな」と言っていたことなどから、通い慣れて、インコも預かってくれていたデイサービスに併設の特別養護老人ホームへの入所契約をDさんに代わってすることにしました。退院後、無事に入所したDさんは、言葉での表現はうまくできないものの、指をさして「インコのところに行きたい」といった意思を表現できるようになりました。



意思決定支援にあたってのポイント④

意思の推定と代行決定

具体的な方法について書かれている「意思決定支援を踏まえた
後見事務のガイドライン」をご紹介します。

●意思決定支援の対象者

被補助人、被保佐人、成年被後見人など、成年後見制度を利用する人

●意思決定支援の担い手

補助人、保佐人、成年後見人、中核機関、自治体の職員 等

必要に応じて、医療関係者、福祉事務所、ケアマネジャー、ヘルパーなど、
ご本人の日々の暮らしを支援している人

●対象となる主な場面

ご本人にとって重大な影響を与えるような法律行為や、それに付随した事実行為の場面

- ・施設入所契約など、本人の居所に関する重要な決定をする場面
- ・自宅や高額な資産の売却など、法的に重要な決定をする場面
- ・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言い難い支出をする場面 等

●意思推定と代行決定の方法

意思決定支援を尽くしても意思の決定や確認が困難な場合、成年後見人等を含めた
支援チームで、ご本人であればどのような意思決定をしていたのかを推定する。

- ・日常生活や福祉サービスの提供時の表情や感情、行動に関する記録やこれまでの生活史、
人間関係などの情報を集め、信頼できる情報を適切に選別する。
- ・事実関係を整理し、明確かつ合理的な根拠に基づいて、ご本人の意思や選好、価値観を
推定する。

ミーティングの結果、ご本人の意思が推定できる場合には、
「ご本人にとって見過ごすことのできない重大な影響」に該当しない限り、
ご本人の信条・価値観・選好に基づいて支援を展開する。

意思の推定が困難な場合や、ご本人の表明意思・推定意思を実現すると
「ご本人に見過ごすことができない重大な影響」が生ずる場合などには、
ご本人にとっての最善の利益に基づき、成年後見人等による代行決定を行う。

- ・ご本人の意思よりも他者の判断が優越し得る場合がある（ご本人の意思や推定意思とは
異なる他者決定があり得る）ということに留意が必要。

代行決定に移る際のチェックポイント

第三者から見れば、必ずしも合理的でない意思決定であったとしても、「ご本人にとって見過ごすことのできない重大な影響」（明らかな不利益、取り返しのつかない結果、発生の確実性）が発生する可能性が高いとまでは評価できない場合

▶ ご本人の意思（推定意思も含む）に基づいて支援を行うことが期待される

意思決定支援の結果、ご本人が意思を示した場合や、ご本人の意思が推定できた場合でも、その意思をそのまま実現させてしまうと、「ご本人にとって見過ごすことができない重大な影響」が生じるような場合

▶ 法的保護の観点から、同意しない、又は、「最善の利益」に基づいてご本人の意思とは異なる形での代行決定を行うことが許される

「ご本人にとっての最善の利益」を検討するための前提条件

- 意思決定支援が尽くされているか否かを吟味したか。
- その結果、ご本人の意思決定や意思確認がどうしても困難であり、意思推定すら困難といえるか。
- これ以上決定を先延ばしできない場面と評価できるか。（意思決定をしないことも、また決定）
- 身分関係の変動、身体への侵襲を伴う医療に関する意思決定など、成年後見人等が代行決定することができない意思決定には当たらないことの確認をしたか。
- 他の法律による介入が必要な場合、所管する関係機関に対して会議への同席を求めたか。
- 意思決定に関与するご本人の支援者から、ご本人の嗜好や価値観、その他ご本人にとって重要な情報が十分に得られているか。
- ご本人が最善の利益の検討過程に参加・関与できる機会が考慮されているか。

「ご本人にとっての最善の利益」を検討する際の協議事項

- ご本人の立場に立って考えられるメリット、デメリットを可能な限り挙げた上で、比較検討する。（バランスシートなどの表に記録することが望ましい）
- 相反する選択肢の両立可能性があるかどうかを検討する。二者択一の選択が求められる場合においても、一見相反する選択肢を両立させることができないか考える。
- ご本人にとっての最善の利益を実現するにあたり、ご本人の自由の制約が可能な限り最小化できるような選択肢はどれかを検討する。

※無意識のうちに支援のしやすさを優先していないか、最初から結論を決めており、代行決定を後付けの根拠としようとしていないかといった点に注意する。

異なる時点・場面における意思の推定と代行決定について

場面が変われば、ご本人の意思決定能力は変化し得ることから、再び何らかの意思決定が課題となる場合には、改めて「本人には自分で決める力がある」という前提に立ち戻って支援が展開される必要がある。

参照：意思決定支援を踏まえた後見事務のガイドライン

詳しくは、「意思決定支援を踏まえた後見事務のガイドライン」をご覧ください。



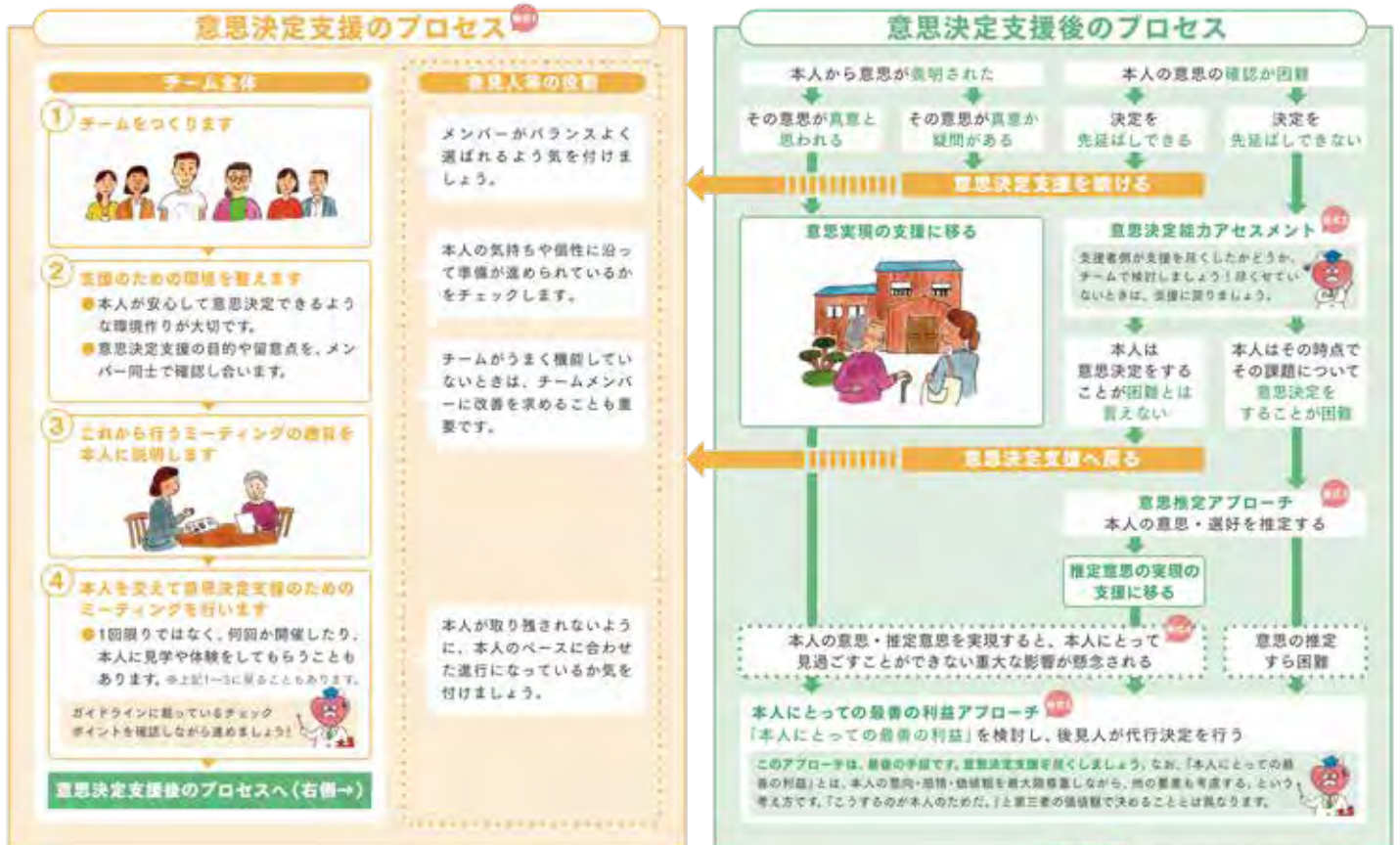
<https://guardianship.mhlw.go.jp/common/uploads/2021/02/guardian03.pdf>

意思決定支援は、一度決定したことでも、
 また次の段階に移行する際には、最初に戻って考え、
 関係するみんなで話し合っていくことが基本です。
 以前行った決定に縛られることなく、
 常にご本人の気持ちになって考え、支援していきましょう。

後見人等として意思決定支援を行う場面とは？
 本人にとって重大な影響を与えるような
 契約等をする場合は、意思決定支援が必要です。

- 例
- 施設への入所など、本人の住む場所に関する決定を行う場合
 - 自宅や高額な資産を売却する場合
 - 特定の親族に対する贈与を行う場合 など

すべての人には、自分のことを決める力があるとい
 うのが支援の出発点です。意思決定支援は、後
 見人ひとりで行うのではなく、チームで行います。



※「様式1～5」は、対応するアセスメントシートの様式です。

出典:意思決定支援を踏まえた後見事務のガイドライン 添付資料
<https://guardianship.mhlw.go.jp/common/uploads/2021/02/guardian03.pdf>



意思決定支援について、もっと詳しく知ることができます。
 こちらのURLで、ぜひ検索してください。

<https://guardianship.mhlw.go.jp/guardian/>



ひとりで決めることが心配な人の
 その人らしい生き方と安心を支える



私のことは、 私とともに 決めてほしい

～意思決定支援をふまえた
後見事務のガイドラインを学ぶ～

研修の目的と目標

.....

研修の目的

被後見人等が本人らしい生活を送れるように、チームによる意思決定支援をふまえた後見事務（本人のための財産管理・身上保護）の取組を進める。

研修の目標

- 代行決定から意思決定支援へのパラダイムシフトを踏まえた“気づき”を得る。
- 後見人等が、意思決定支援を踏まえた後見実務にやりがいや達成感を感じ、前向きに取組めるきっかけ作り。
- 意思決定支援の実施において必要不可欠となる考え方及び知識について習得する。

目次

.....

1 意思決定支援と代行決定

2 後見事務における意思決定支援

3 意思決定支援を踏まえた後見事務のガイドライン

4 Q&A

3

アイスブレイク

自己紹介をしましょう。

- 氏名
- 所属
- 最近行きたいと思っているところ



- グループに分かれる際に、画面に「ルーム○（○は数字）」と表示されます。表示された数字をメモしておいてください。
- グループ（4～5人）に分かれます。（運営側で操作します）
- グループに分かれたら、「マイクミュートを解除」「ビデオオン」を押してください。
- zoom画面にある名前の横で右クリックすると、「名前の変更」をすることができます。名前の前にルーム番号を入力してください。 例)「3 みずほ太郎」

4

1

意思決定支援と代行決定

5

1 意思決定支援と代行決定

なぜ、意思決定支援なのか

意思決定支援についての動向

国の成年後見制度利用促進基本計画

- 第三者が後見人になるケースの中には、**意思決定支援や身上保護等の福祉的な視点に乏しい運用がなされているものもあると指摘されている。**
- これまでの成年後見制度の運用では、財産の保全の観点のみが重視され、本人の利益や生活の質の向上のために財産を積極的に利用するという視点到に欠けるなどの硬直性が指摘されてきた。
- 後見人は、本人の自己決定権の尊重を図りつつ、身上に配慮した後見事務を行うことが求められており、後見人が本人を代理して法律行為をする場合にも、**本人の意思決定支援の観点から、できる限り本人の意思を尊重し、法律行為の内容にそれを反映させることが求められる。**
- 後見人が本人の特性に応じた適切な配慮を行うことができるよう、今後とも意思決定の支援の在り方についての指針の策定に向けた検討等が進められるべき。



意思決定支援を踏まえた後見事務のガイドラインの策定

意思決定支援とは…

Supported Decision-Making
支援を受けて意思決定をすること



6

後見人等として意思決定支援を行う局面

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

1 施設への入所契約など本人の居所に関する重要な決定を行う場合。

2 自宅の売却、高額な資産の売却等、法的に重要な決定をする場合。

3 特定の親族に対する贈与・経済的援助を行う場合など、直接的には本人のためとは言い難い支出をする場合。



7

意思決定支援が指すもの

後見人等のみではなく、さまざまな事業者や地域住人を含めた社会全体によって、判断能力が不十分な方の意思を尊重し、権利を擁護する地域共生の取組みを全国的に進めていくもの。



8

ロールプレイ -体験から考えよう①-

自分の意思を確認してもらえない、表明しても無視されるロールプレイ

【あなたの状況】（設定）

- あなたは80代で、脳梗塞の後遺症により失語症を発症しています。
- 有料老人ホームに入所中ですが、家に帰りたと思っています。
- 有料老人ホームは、居心地が良いわけでもなく、食事も美味しくないと感じています。
- 孫のような若い職員に生意気な口をきかれ、バカにされているような気持ちになります。
- そんな中、今日久しぶりに後見人が面会に訪れました。



動画

- あなたは、言葉をうまく発することができません。
- あなたは、首をうまく動かせないなので、話しかけられても、頷くことすらできません。

ロールプレイ -体験のフィードバック-

memo

ロールプレイ -体験から考えよう②-

自分の意思を確認してもらえない、表明しても無視されるロールプレイ その2

【あなたの状況】（設定）

- あなたは50代で自閉症です。
- グループホームへ入居し、作業所へ通っています。
- 趣味は傘を集めることです。傘は、幼い頃に雨のなか母親と楽しく遊んだ思い出のあるものであり、楽しい子ども時代の象徴です。
- 集めてきた傘に囲まれているととても落ち着いた気分になります。一方で、傘が無くなると、自分の居場所が無くなってしまいうような気持ちになり、不安になります。
- そんな中、今日久しぶりに後見人が面会に訪れました。



動画

- あなたは、言葉をうまく発することができません。
- あなたは、気持ちを外に表現することができません。

ロールプレイ -体験のフィードバック-

memo

当事者の言葉から ①

● 後見人は月1回程度しか面談しないため、本人のことをあまり知ることができない。そのため普段から本人と関わりのある支援者の視点も大切にして、本人の意思を汲み取ることができるよう活動して欲しい。

(障がい者団体)

● 障害を持つ場合、本人との意思疎通を取ることが難しいため、後見人は施設職員等と連携を取ることが多くなるが、本人の代弁者という意識をもって、支援してほしい。

(障がい者団体)

● 特に後見類型の場合は、包括的代理権が後見人に与えられるため、本人が不在(の代行決定)なことがある。後見類型であっても本人に意思を確認の上、常に本人中心の支援をして欲しい。

(障がい者団体)

当事者の言葉から ②

● 本人の意思を尊重した結果、多くの人を選択しない方法を実現しようとする、「責任が負えない」という後見人がいる。逆に、後見人が代理代行決定したこと(の結果責任)にどのような責任を負っているのか。

(障がい者団体)

● (意思決定による)将来の結果を引き受けるのは本人である。チームで決めたから免責になる(共同決定したからよい)ということではない。とにかく後見人や周囲の人は、緊張感を持って取り組んでほしい。

(障がい者団体)

● 与えられた権限について、裁量があるからといって無限定に行使して良いわけではない。意思決定支援のプロセスを常に意識し、まずは、チーム全体で、本人による意思決定のベストチャンス(最適な環境)を整えるための努力を忘れないでほしい。

(障がい者団体)

本人と支援者の本質的な関係 ①

本人（支援の受け手）は、支援者との関係において、対等な立場に立ちにくい心理的制約を抱えている。

「おそれ」

こんなこと言ったら、
〇〇してもらえなくな
るかも…。

「あきらめ」

言っても
しょうがない…。

「自己抑制」

お世話になっているのに、
わがまま言えない…。

本人と支援者の本質的な関係 ②

支援者の価値観による…

- 利益
- 保護
- 安全

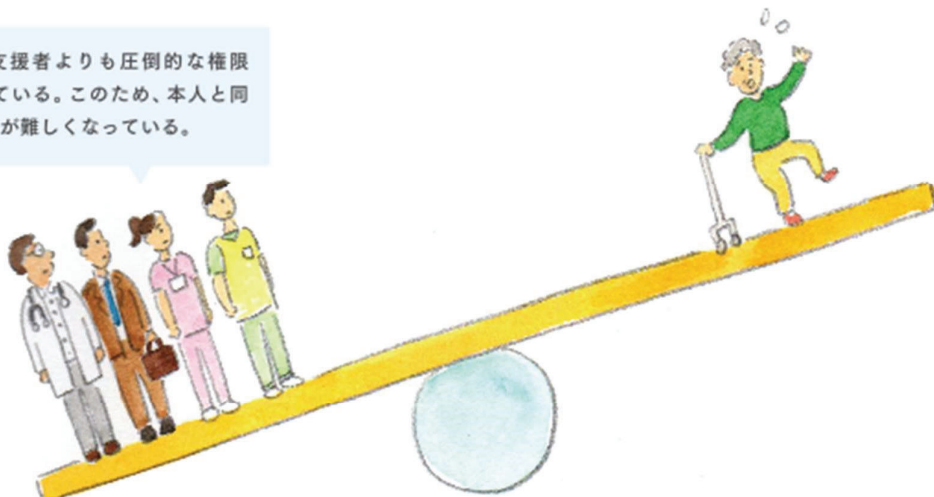
緊張関係

目的の非対称性

本人の・人間としての…

- 個人の自由
- 尊厳
- 生き方の選択

後見人等は、他の支援者よりも圧倒的な権限（代理権等）を有している。このため、本人と同等の立場に立つことが難しくなっている。

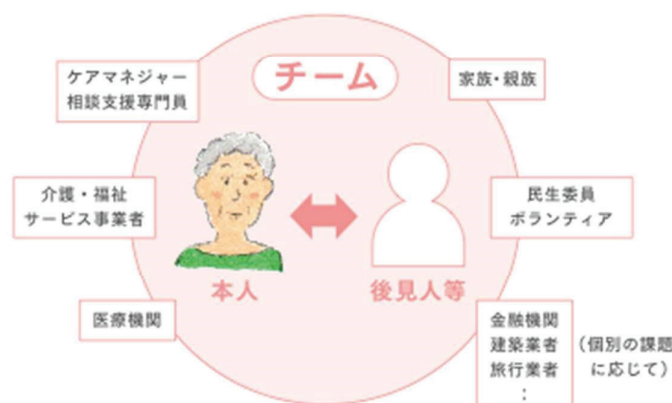


チームとは

本人に身近な親族、福祉・医療、地域等の関係者と後見人等がチームとなって、日常的に本人を見守り、本人の意思や状況を継続的に把握し、必要な対応を行う仕組み。

必ずしも新規に作る必要は無く、ケアマネジャーや相談支援専門員等が作っている既存チームに後見人等が加わることが多い。話し合う課題に応じて、チーム編成は変化する。

メンバー例：ケアマネジャー、相談支援専門員、生活保護ケースワーカー、保健師、精神保健福祉士、入所先社会福祉施設、入院先医療機関、認知症初期集中支援チーム、認知症疾患医療センター、介護サービス事業所、障害福祉サービス事業所、訪問看護ステーション、家族・親族、民生委員、金融機関、市町村窓口、専門職、建築業者、旅行業者等



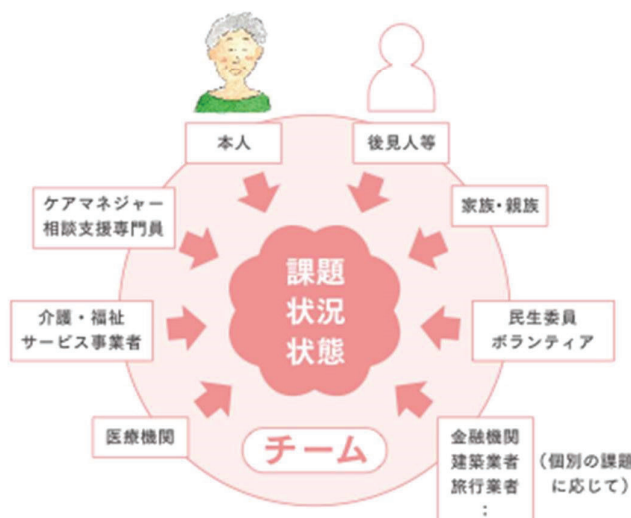
後見人等は、一人で決めず、本人や、本人をよく知るチームの人の話を良く聞いて欲しい。

でも、チームが揃えばいいというものでなく、かえって言いづらくなることもある。

(当事者の声より)

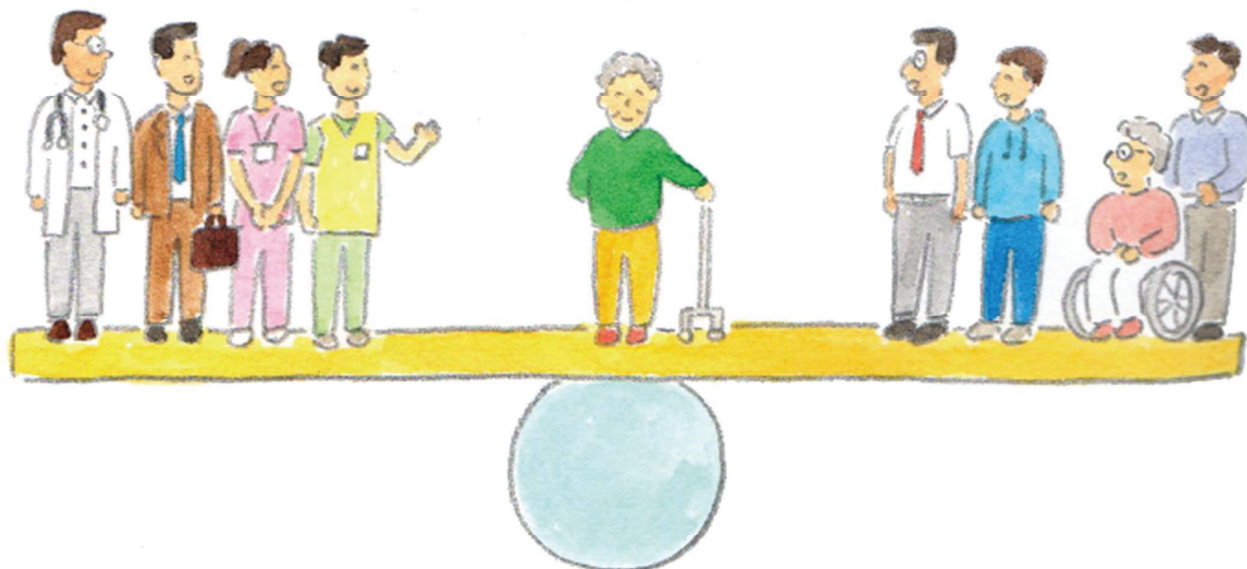
本人とともに課題を解決していくチーム像

「本人は意思決定支援を受ける対象(客体)である」から、「本人は支援を受けて意思決定を行う主体である」という視点への転換。



チームの弊害を意識した支援

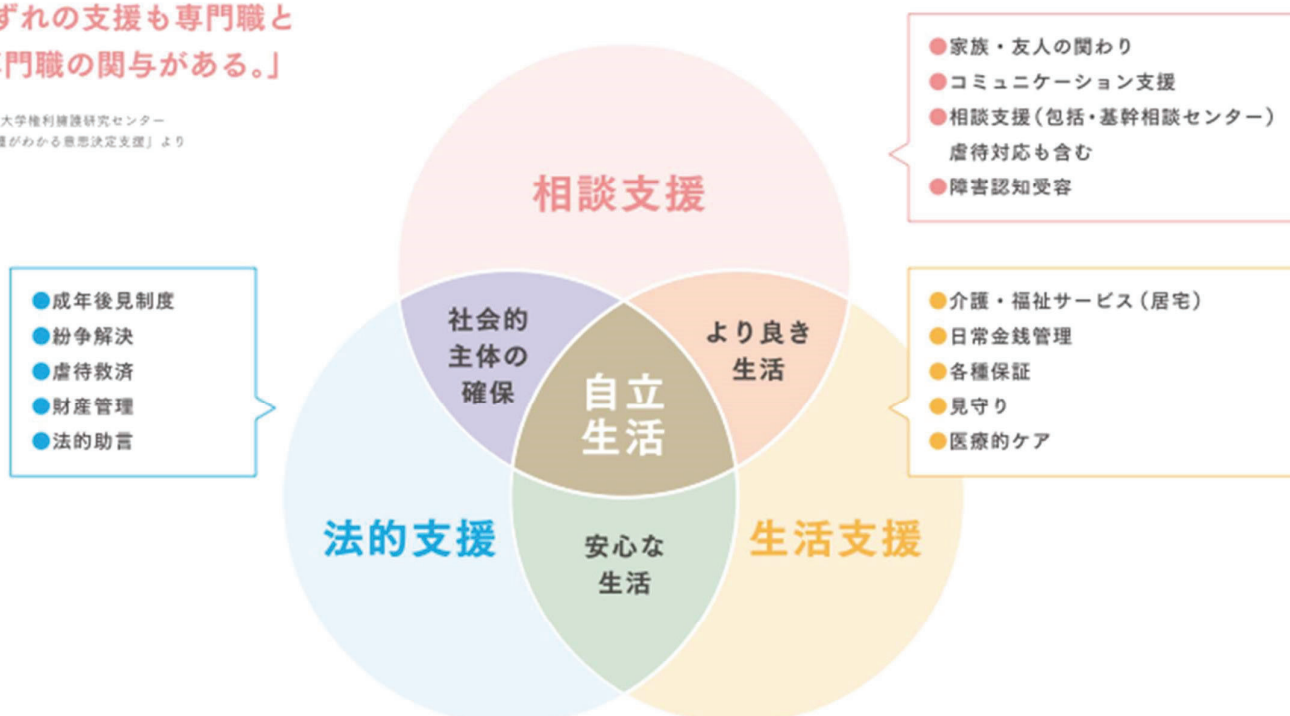
関係のバランスがとれた状態。



権利擁護を考える際の支援の3つの輪

「いずれの支援も専門職と非専門職の関与がある。」

日本福祉大学権利擁護研究センター
「権利擁護がわかる意思決定支援」より



意思について考えよう ①

正反対の気持ち、矛盾する気持ち、
さまざまな気持ちが両立することもある。



痩せたい
⇕
食べたい

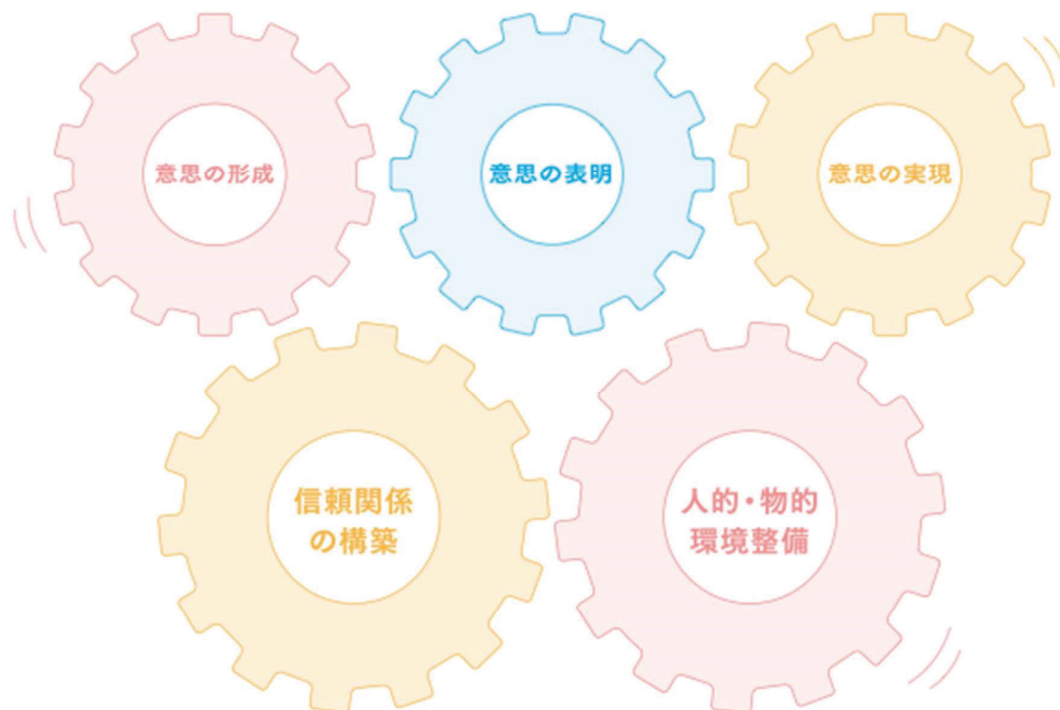
意思について考えよう ②

言葉で表現していることと、
本当の思いが異なっている
(うまく表現できていない、自分でも
本心に気づいていない) こともある。



そっとしておいてほしい
⇕
放っておいてほしい？

意思決定支援の主要素



23

信頼関係の構築 / ①本人を知る

● 定期的な面談等により、本人とよくコミュニケーションをとる。

● 周囲の支援者から、本人にとって最適なコミュニケーション方法及び本人の過去、現在について情報収集した上で、本人がこれからどのように生活したいと考えているのか等について話し合う。

● 本人の表情、感情に関する記録、生活史、人間関係、価値観や健康観の情報から、本人の好き嫌い等を知ることができる。



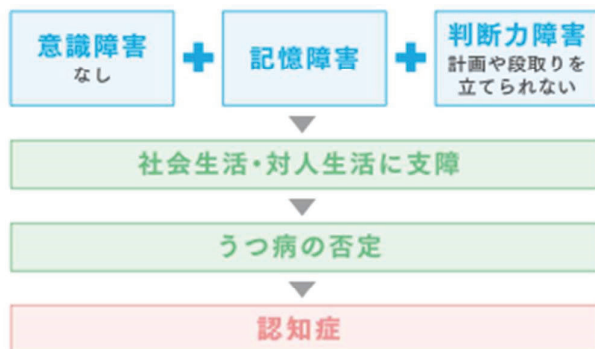
24

-102-

信頼関係の構築 / ②特性を知ろう：認知症

●認知症とは？

「認知症」とは老いにもなって増えてくる病気の一つです。さまざまな原因で脳の細胞が死んだり働きが悪くなることによって、記憶・判断力の障害などが起こり、意識がはっきりしているときでも、社会生活や対人関係などを含めた日常生活に支障が出ている状態(およそ6か月以上継続)です。



●意思決定支援を行う上で留意すべきことは？

「覚えていない」(記憶障害の存在)からといって、意思決定ができないわけではありません。意思決定に必要な情報をそのつど提供するなどの支援を行う必要があります。

●詳しく知りたいときは？

■政府広報オンラインHP

<https://www.gov-online.go.jp/useful/article/201308/1.html#section1>

■厚生労働省 認知症施策HP

<https://www.gov-online.go.jp/useful/article/201308/1.html#section1>

信頼関係の構築 / ③特性を知ろう：知的障害

●知的障害とは？

知的障害は、知的機能の発達が遅れる障害です。知的機能の障害のために、複雑な判断や計算、お金の管理、身の回りのことなどを行うために、支援や指導が必要となります。

【主な特徴】

話の内容を理解できなかったり、自分の考えや気持ちを表現することが難しく、コミュニケーションを上手に取れないことがあります。複雑な話や抽象的な概念の理解が不得意な人もいます。

●意思決定支援を行う上で留意すべきことは？

目の前にある具体的なことについては理解できても、見たこともないこと、聞いたこともないことを理解することは苦手です。

わかりやすい言葉を使い、具体的な例をあげたり、絵やカードを利用するなど、本人が具体的なイメージを抱けるように話す必要があります。

●詳しく知りたいときは？

■厚生労働省 e-ヘルスネットHP

<https://www.e-healthnet.mhlw.go.jp/information/heart/k-04-004.html>

■国土交通省 発達障がい、知的障害、精神障害のある方とのコミュニケーションハンドブック

<https://www.mlit.go.jp/common>

信頼関係の構築 / ④特性を知ろう：精神障害

●精神障害とは？(代表例)

統合失調症	「幻覚」や「妄想」が特徴的な症状だが、その他にも様々な生活のしづらさが障害として表れることが知られている。
気分障害	気分の波が主な症状として表れる病気。うつ状態のみを認める時はうつ病と呼び、うつ状態と躁状態を繰り返す場合には、双極性障害(躁うつ病)と呼ぶ。
てんかん	何らかの原因で、一時的に脳の一部が過剰に興奮することにより、発作が起きる。発作には、けいれんを伴うもの、突然意識を失うもの、意識はあるが認知の変化を伴うものなど、様々なタイプのものがある。
依存症	特定の行為を繰り返さないと満足できない状態となり、自らの力では止めることができなくなった結果、心身に障害が生じたり家庭生活や社会生活に悪影響が及ぶに至る。(アルコール、薬物およびギャンブル等がある)
高次脳機能障害	記憶障害・注意障害・推察機能障害・社会的行動障害・病識欠如。失語症等を伴う場合もある。

●意思決定支援を行う上で留意すべきことは？

病状が不安定になると病気の症状に判断や行動が左右されます。病状の安定を図るためには、継続的に適切な医療を受けていることが重要です。高次脳機能障害の人については、認知症の人と同様の配慮が必要です。

●詳しく知りたいときは？

■厚生労働省 精神・発達障害者しごとサポーター養成講座 HP

https://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/koyou_roudou/koyou

■厚生労働省 みんなのメンタルヘルス HP

<https://www.mhlw.go.jp/kokoro/specialty/detail.html>

27

信頼関係の構築 / ⑤特性を知ろう：発達障害

●発達障害とは？

発達障害者支援法第二条では、発達障害は「自閉症、アスペルガー症候群その他の広汎性発達障害、学習障害、注意欠陥多動性障害、その他これに類する脳機能障害であってその症状が通常低年齢において発現するもの」と定義されています。同じ診断名でも一人ひとりその特徴はさまざまです。また障害ごとの特徴が重なり合っている場合もあるので、一人ひとりの特性に合った支援が必要です。

●意思決定支援を行う上で留意すべきことは？

知的障害のある自閉スペクトラム症の人では、オウム返しが見られることがあります。

自閉スペクトラム症の人では、知能が高くても、比喩やたとえ話がわからなかったり、話の文脈が理解できないことがあります。

アスペルガー症候群

- 基本的に言葉の発達の遅れはない
- コミュニケーションの障害
- 対人関係・社会性の障害
- パターン化した行動、興味・関心の偏り
- 不器用(言語発達に比べて)

自閉症
広汎性発達障害(PPD)
アスペルガー症候群
自閉スペクトラム症*

●このほか、トレット症候群や吃音(症)、発達性協調運動障害(不器用さ)なども発達障害に含まれる。
●発達障害の人には、感覚の過敏や鈍麻が見られることもあります。

学習障害(LD)

- 読む、書く、計算する等の能力が全体的な知的発達に比べて極端に苦手
- 限局性学習症*

注意欠陥多動性障害(ADHD)

- 不注意(集中できない)
- 多動・多弁
- (じっとしてられない)
- 衝動的に行動する(考えるより先に動く)
- 注意欠陥・多動症*

*はDSM-5の診断名

●詳しく知りたいときは？

■発達障害情報・支援センターHP

http://www.rehab.go.jp/ddis/index.php?action=pages_view_main

■厚生労働省 発達障害支援施策HP

https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo

28

信頼関係の構築 / ⑥コミュニケーションの前提

●コミュニケーションの特性は、疾患や障害の種類だけでなく、個人によっても大きく異なります。

●本人をよく知る人（身近な家族等、支援者、主治医など）に、本人にとって適切なコミュニケーションの取り方について情報収集し、本人の表情等を観察しながら関わることが求められます。

例1 「Aしたい？」→ 本人「うん、Aしたい」
「Bしたい？」→ 本人「うん、Bしたい」

●AかBを選んで答えているのではなく、尋ねている人（の思い）に合わせて話をしていることがある。

例2 「〇〇するのはどうですか？」
→ 「…」

●「〇〇したい」という思いが心の中にあっても、それを言葉で表現することが困難で沈黙していることがある。



29

信頼関係の構築 / ⑦コミュニケーションの手法の例

様々なコミュニケーション手法の中から、本人に適したものを選択します。

- 表情、ボディランゲージ、身ぶり手ぶり
- 文字、絵、写真、イラスト
- コミュニケーションボード、カード
- 音（録音）



本人用のコミュニケーションツールを、ご家族や支援者が作成していることがあります。

「わかりやすさ」を意識してコミュニケーションをとります。

point 文章の書き方

- 簡単に具体的に
- 複雑な表現を避ける
- シンプルな構文にする
- なじみのない外来語は避ける

point 視覚的な見せ方

- 文字は大きめに
- 写真やイラスト、絵文字などを使う
- 意味のまとまりを意識して区切る

詳しくは「わかりやすい情報提供に関するガイドライン」をご覧ください。

https://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/shougaihashukushi/dl/171020-01.pdf

30

環境整備 / ①人的環境整備

周囲の人の態度や関係によって、
本人の意思決定は影響を受けます。

● 尊重する態度

本人の意思を尊重する態度、本人が安心できるような態度で接することが基本です。

これまでの生活や、家族関係を知った上で接することがポイントとなります。

● 信頼関係

本人との間に信頼関係があると、本人は安心して思いを表現しやすくなります。

● 関係性への配慮

立ち会う人への遠慮などから、本人は思いを十分に表現できない場合もあるため、関係性への心配りが必要となります。



環境整備 / ②物的環境整備

物理的環境や時間帯等によっても、
本人の意思決定は影響を受けます。

● 慣れた場所で

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したりします。

このような場合は、本人の意思を十分に表現できないことがあるため、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れます。

● 一番力を発揮できる時間帯で

時間的ゆとりを確保し、緊張や混乱がなく、本人が一番力を発揮できる時間帯で意思決定支援を行うことが望まれます。



意思の形成への支援

適切な情報、環境、認識の下で、
意思が形成されることを支援します。

意思を決定するためには、その内容についての適切な情報が必要となります。

例1 メニューから注文しようとしても、
メニューが読めなければ選べない。

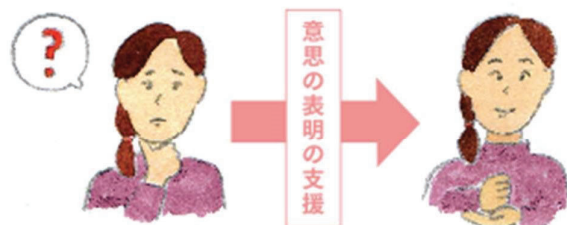
- 本人に伝わる説明が必要。
- 短く、ゆっくりと、分かりやすく。

例2 メニューが読めたとしても、
食べたことがない料理を選ぶことは難しい。

- 「冷やし中華」「麻婆豆腐」が何か知らない人は、それを選ぶことができない。理解できる説明が必要。
- 絵や写真、実物を見せる、試食することによって、何を食べるか（食べないか）、決めることができる。

例3 考えを邪魔するような働きかけがあると、
決めることは難しい。

- 「冷やし中華」か「麻婆豆腐」か食べるものについて悩んでいるのに、ずっと「飲み物を何にするか」の決断を迫られると、考えがまとまらない。



形成支援のチェックポイント

 支援者の**価値判断**が先行していないか？

- 本人の希望に着目し、「開かれた質問」で尋ねる。
開かれた質問で尋ねることで、本人の心からの希望、意思の真意を知ることが可能となる。

例 (外出が困難な状況にて) 本人「外に行きたい」→
「外出できる訳がない」という思い込みを排除する。

- ✕ 「本当に外出したいですか？」(「はい」「いいえ」等、限られた回答で答えるような質問)
- 「どんなふうに過ごしたいですか？」(「○○したい」等、自由に答えられる質問)

 本人の「理解」と支援者の「理解」に相違はないか？

- 同じ趣旨の質問を、時間をおいて、違う角度から行ってみる。
- 説明された内容を忘れてしまうことがあるため、その都度説明する。 ● 本人に説明してもらう。

 選択肢を提示する際の**工夫**ができていないか？

- 文字にする。図や表、絵や写真を使う。 ● ホワイトボード等の活用。
- 選択肢の比較ポイント、重要ポイントをわかりやすく示す。

 他者からの「**不当な影響**」はないか？

意思の表明の支援

形成された意思を適切に表明・表出することを支援します。

心の中で決めていても、それを表明・表出するには、適切な環境が必要となります。環境整備が重要となります。

例1 「今すぐ決めて！」など、決断を迫る態度で支援者が接すると、本人は心からの希望を表明しにくい。

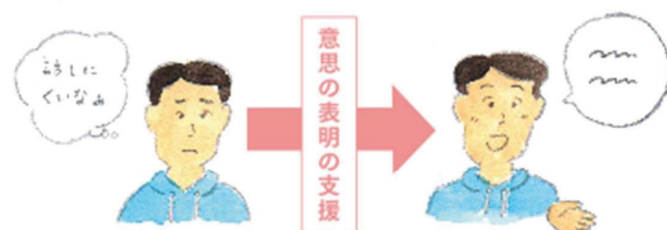
● 本人と時間をかけてコミュニケーションをとることが重要です。

例2 「前、〇〇って言ったでしょう？今更変えないで」など、本人の以前の発言の責任を問う態度で支援者が接すると、本人は心からの希望を表明しにくい。

● 本人の示した意思は、時間の経過や本人がおかれた状況等によって変わりうるということを許容し、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します。

例3 本人「〇〇」→「あれ？」

● 本人の表明した意思が、本人の信条や生活歴、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、再度意思を確認する。



表明支援のチェックポイント

決断を迫るあまり、本人を焦らせていないか？

- 時間をかけてコミュニケーションを取る。
- 重要な意思決定の場合には、時間をおいて、再度、意思を確認する。
- 時間の経過や置かれた状況によって意思は変わりうることを許容する。

本人の表明した意思が、これまでの本人の生活歴や価値観等から見て整合性があるか？

- これまでと異なる判断の場合には、より慎重に本人の意思を確認する。
- 表面上の言葉にとらわれず、本人の心からの希望を探求する。

意思を表明しにくい要因や他者からの「不当な影響」はないか？

- 意思決定支援者の態度や、人的・物的環境に配慮する。
時には、いつものメンバーとは異なる支援者が意思を確認してみることも必要。

意思の実現の支援

本人の意思を日常生活・社会生活に反映することを支援します。

表明された本人の意思を実現し、生活に反映することの支援です。

例1 本人の意思が無視されたり否定されたりすることが続くと、本人の意思形成、意思表示の意欲は弱まる。

● 「〇〇したい」ということを無視され続けると、何を言わなくなる。

例2 意思実現のプロセスにおいても、本人がその能力を最大限に活用して参加することが、エンパワメントとなる。

● 「〇〇を食べたい」という意思が表明された場合、支援者が料理をして食事介助をしてしまわず、可能な限り、本人が買い物や調理から参加したり、自分の力で食事を取ったりすることで、本人が自分自身の力を感じることができる。



実現支援のチェックポイント

- 本人の能力を最大限活用できているか？
- 意思決定支援チームが協働できているか？
- 活用可能な社会資源を適切に利用できているか？



実現それ自体より、本人と一緒に実現を目指していく過程が重要。

本人を抜きにして、何でも「やってあげる」という姿勢は実現支援ではなく「代行決定」となる。

※他者から見て合理的かどうかを問うものではない。

※体験（小さな実現支援）を通じて意思形成され、過去の表明内容が変更されることもある。

ブレイク

陥りがちなミス・誤り

- 話せなければ言葉がないと思ってしまう。
- 言葉がなければ、意思がないと思ってしまう。
- 意思が現れていても、障害や過去の「失敗」等を理由に、意思を決める能力はないと判断してしまう。



本人の可能性を信じていけない理由は？

サービス提供機関の
事情・利益優先

安全を保障できない
責任を持ちかぬる
(リスク回避)

実は
支援者側の
問題？

情報・経験の
不足

逆に先回りして
代行してしまう
(バタナリズム)

ブレイク

試してみることによる意思の形成支援/
体験利用の活用

● 「試すこと」で選びやすくなる
経験してないことは、選びにくい。
体験利用を活用する等、「お試し体
験」をしてみることは有効な支援
となる。

● リスクにも備えられる
試してみることで、どのようなリ
スクがあるかを知り、それに備え
ることもできる。



意思決定支援及び代行決定のプロセスの原則

1. 意思決定能力の存在推定
2. 本人による意思決定のための実行可能なあらゆる支援の必要性
3. 不合理にみえる決定≠意思決定能力がない
-
4. 本人の推定意思に基づく代行決定
-
5. 本人にとっての最善の利益に基づく代行決定
6. 代行決定の限定行使
7. 第1原則へ戻る

この原則は、意思決定支援と代行決定の考え方の1つとして示しているものです。第4原則については、成年後見人等に広い法的代理権(権限)を持つ存在であることから、より慎重な対応が求められる代行決定の領域に位置付けています。

意思決定能力

意思決定能力=本人の個別能力+支援者側の支援力

意思決定能力は、本人の個別能力だけでなく、支援者側の支援力によって変化します。

意思決定能力

本人の個別能力

- 意思決定に関する情報について、本人が理解すること
- 必要な情報を、本人が記憶すること
- 本人が、選択肢を比較検討すること
- 意思決定した内容を、本人が他者に伝える(表現する)こと



支援者側の支援力

- 上記意思決定に必要な4要素につき、以下の点を踏まえ、実践上可能な工夫、努力を尽くす。
- 能力は、あるかないかという二者択一的なものではなく、少しずつ変化するものである。
- 本人の心身の状況や、環境によって、変化する。
- 「何を決めるか」という内容によっても、変化する。

第1原則 / 意思決定支援の原則①

意思決定支援については様々な考え方があります。
考え方の1つとして紹介するものです。

第1原則 意思決定能力の存在推定

全ての人は意思決定能力があることが推定される。

どのような人であっても、本人には意思があり、
決める力があるという前提に立って、意思決定支援をします。



本人には決める力がある
という前提で関わる

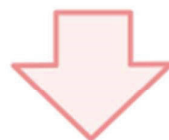


第2原則 / 意思決定支援の原則②

第2原則 本人による意思決定のための実行可能なあらゆる支援の必要性

本人が自ら意思決定できるよう、実行可能なあらゆる支援を
尽くさなければ、代行決定に移ってはならない。

意思決定のための最適な環境（ベストチャンス）を整えるための
支援をし尽くさなければ、代わりに決めることはできません。



あらゆる支援をし尽くして

実行可能なあらゆる支援のチェックポイント

- 本人にとって意思が表出しやすい又は意思決定がしやすくなる日時・場所の設定がなされている。
- 本人の意思形成に不当な影響を与えないように、面談・会議等における参加者の構成を工夫している。(利益相反を避けるようなメンバー構成、複数人体制等)
- 本人が意思決定をするために十分な時間、情報(メリット、デメリット、結果の見通しを含む)、選択肢が与えられている。
- 本人にとってわかりやすい言葉遣いの工夫がされている。
- 写真や映像、タブレット、絵カード等を用いるなど、本人が理解しやすい形で情報が提供され、かつ、意思疎通手段の工夫がされている。
- 体験の機会等を提供し、本人の意思形成支援や意思確認を試みている。
- 本人、関係者からの情報収集を通じて、本人の価値観、意思及び選好、心理的状況、これまでの生活史等、本人の情報や人間関係・物理的環境等を把握するよう努めている。
- 「意思決定支援」に関する実践記録を積極的に残している。

第3原則 / 意思決定支援の原則③

第3原則 不合理にみえる決定≠意思決定能力がないということ
 一見すると不合理にみえる意思決定でも、
 それだけで本人に意思決定能力がないと判断してはならない。

後見人等からみて、合理的とはいえない判断をしたとしても、
 それだけで意思決定能力がないと考えてはいけません。



不合理にみえる決定も
 尊重されるべき

第4原則 / 代行決定の原則①

後見人等には法的代理権が付与されていることから、代行決定の原則として整理しています。

第4原則 推定意思に基づく代行決定

意思決定支援が尽くされても、どうしても本人の意思決定や意思確認が困難な場合には、代行決定に移行するが、その場合であっても、後見人等は、まずは、明確な根拠に基づき合理的に推定される本人の意思（推定意思）に基づき行動することを基本とする。

どうしても本人の意思決定や意思確認が困難な場合には、推定意思に基づく代行決定に移行します。この場合、明確な根拠に基づき、本人の意思を推定します。



〇〇だから、この人ならば、
〇〇を選ぶはず

推定意思をとらえるには？

本人の意思の推定（本人の意思と選好に基づく最善の解釈）を行うには、以下の方法があります。

- 本人のこれまでの生活環境や生活史、家族関係、人間関係、好き嫌い等の情報を把握する。
- 本人の日常生活における意思表示の方法や表情、感情、行動から読み取れる意思について記録・蓄積する。
- 本人をよく知る関係者（支援チーム）が、関連情報を複合的視点で評価する。

関連情報の発見・収集

- 生活環境
- 他者との関係性
- 意思表示方法
- 本人の表情・感情・行動



関連情報の評価（信頼性）

- 情報の確かさ
- 情報の新鮮さ
- 事実の詳しさ
- 複合的視点による吟味

本人の
意思を
推定

第5原則 / 代行決定の原則②

第5原則 本人にとっての最善の利益に基づく代行決定

①本人の意思推定すら困難な場合、又は②本人により表明された意思等が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には、後見人等は本人の信条・価値観・選好を最大限尊重した、本人にとっての最善の利益に基づく方針を採らなければならない。

- ①本人の意思が推定できない場合や、
- ②表明されている意思が本人にとって見過ごすことができないような重大な影響を生じるものである場合には、



(本人にとっての)最善の利益に基づく方針を採ります。
この場合、本人の信条・価値観、選好を最大限尊重します。



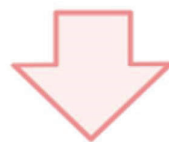
この人にとっての、一番よいことは？

第6原則 / 他者が決定する場合の原則

第6原則 代行決定の限定行使

本人にとっての最善の利益に基づく代行決定は、法的保護の観点からこれ以上意思決定を先延ばしにできず、かつ、他に採ることのできる手段がない場合に限り、必要最小限度の範囲で行われなければならない。

本人を護るためにこれ以上先延ばしにできない場合で、さらに他に手段がない場合には、代わりに決めることになります。代わりに決める際も、本人にとって最も制限が少ない方法を検討します。



どうしても必要なときは、
もっとも制限が少ない方法で

本人にとっての最善の利益を考える際のポイント

最後の手段として、関係者が協議し、本人にとっての最善の利益を判断せざるを得ない場合がある。

1. (本人の立場からみた) メリット・デメリットの検討

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

2. 相反する選択肢の両立可能性の模索

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

3. 自由の制限の最小化

行動の自由を制限することが本人にとっての最善の利益であるとしても、他に選択肢がないか、制限せざるを得ない場合でも、その程度がより少なくすむような方法が他にないか慎重に検討し、自由の制限を最小化する。その場合、本人が理解できるように説明し、本人の納得と同意が得られるように、最大限の努力をすることが求められる。

第7原則 / 意思決定支援の原則へ

第7原則 第1原則へ戻る

一度代行決定が行われた場合であっても、次の意思決定の場面では、第1原則に戻り、意思決定能力の推定から始めなければならない。

代わりに決めなければならなかったとしても、ずっと代わりに決め続けることはできません。次の意思決定の場面では、「決める力がある」という前提で関わりを始めます。



本人には決める力があるという
前提に戻る

意思決定支援及び代行決定のプロセスの原則

1. 意思決定能力の存在推定
 2. 本人による意思決定のための実行可能なあらゆる支援の必要性
 3. 不合理にみえる決定≠意思決定能力がない
-
4. 本人の推定意思に基づく代行決定
-
5. 本人にとっての最善の利益に基づく代行決定
 6. 代行決定の限定行使
 7. 第1原則へ戻る

この原則は、意思決定支援と代行決定の考え方の1つとして示しているものです。第4原則については、成年後見人等に広い法的代理権(権限)を持つ存在であることから、より慎重な対応が求められる代行決定の領域に位置付けています。

本人にとって見過ごすことができない重大な影響が懸念される局面等

●意思決定支援の結果、本人が意思を示した場合や、本人の意思が推定できた場合であっても、その意思をそのまま実現させてしまうと、本人にとって見過ごすことができない重大な影響が生じるような場合等。

➡ 法的保護の観点から、最善の利益に基づいた代行決定を行うことが許容される

●重大な影響といえるかどうかについての判断要素。

- ①本人が他に採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。
- ②一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。
- ③その発生に確実性があるか。

I. 第三者からみれば必ずしも合理的でない意思決定であったとしても、本人にとって見過ごすことのできない重大な影響が発生する可能性が高いとまでは評価できない場合
本人の意思(推定意思)に基づいて支援を行うことが期待される。

II. 重大な影響が発生する可能性が高いと評価される場合

法的保護の観点から、以下の判断を行うことがある。

- ①本人の意思実現について同意しない。
- ②最善の利益に基づく代行決定(代理権、取消権の行使) … * 4

法的保護・権利擁護の観点から介入せざるを得ない場面

以下のような状態が生ずる可能性が高い場合又は現に発生している場合で、かつ、これ以上決定を先延ばしできない場合には、第三者が介入せざるを得ないこともあります。

- 他者を害する状態（例：意図的かつ重大な^{※1}権利侵害・犯罪行為）
- 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状態（例：深刻なセルフネグレクト、他者からの虐待、自殺未遂の反復）等



行政機関・司法機関・医療機関等による法的保護・権利擁護のための「介入」もありうる^{※2}

※1 他者の権利との緊張関係があることのみをもって、直ちに「他者を害する」と安易に解釈すべきではない。

※2 刑法、刑事訴訟法、精神保健福祉法、高齢者虐待防止法、障害者虐待防止法等の各法令要件に該当するか否かによって判断される。ただし、意思決定支援・代理代行決定のプロセスは可能な限り尊重されるべき。

気づいたことを共有しよう

- グループ（4～5人）に分かれます。（運営側で操作します）
- グループに分かれたら、「マイクミュートを解除」「ビデオオン」を押してください。

memo

2

後見事務における「意思決定支援」

57

2 後見事務における「意思決定支援」 事例及び関連法令の紹介

ガイドラインにおける基本的な考え方 ①

本ガイドラインの背景・趣旨・目的

●後見人を含め、本人に関わる支援者が常に、全ての人には、自分のことを決める力があるという前提に立ち、後見人等に就任した者が、意思決定支援を踏まえた後見事務等を適切に行うことができるように、何が後見人等に求められているかの具体的なイメージを示すもの。

後見人として意思決定支援を行う場面…*1

●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
(例)施設への入所契約など本人の居所に関する重要な決定を行う場合 など
(ただし、その他の場面においても、意思決定支援が適切にされているかについて、後見人としてチェック機能を果たすことが求められる…*2)

意思決定支援のプロセス

支援チームによる対応

【意思決定支援のための環境整備】

日常的な事務につき本人が意思決定をすることができる支援がされているという環境の整備が必要。

- 本人のエンパワメント
本人が、自らの意思を他人に尊重されたという経験を得て、自頃から自尊心や達成感が満たされていることが重要。
- 支援者側の共有認識・基本的姿勢
各支援者が、本人の意思決定を尊重する基本的姿勢を身に付けておくことが必要。

【意思決定支援の具体的プロセス】

- ①支援チームの編成と支援環境の調整
 - I.支援チームの編成
 - 福祉関係者の責任において行うことを想定
 - 本人の思いや意思が反映されやすいチームとする(メンバーには、本人の意思を汲みとる姿勢が求められる)
 - II.支援環境の調整・開催方法等の検討
 - メンバーは、ミーティングの趣旨や留意点を理解する
 - 本人にとって適切なミーティングの在り方を検討する(日時・場所や参加者等)
 - III.本人への趣旨説明とミーティング参加のための準備
 - IV.ミーティングの招集
 - 進行管理に責任を持つ者が関係者を招集
- ②本人を交えたミーティング
 - 主催者は、事前的調整を踏まえて設定されたテーマやルールに沿って会議を進行。
 - 本人に対し、本人の特性を踏まえつつ、状況を分かりやすく説明しながら、本人の意思や考えをできる限り引き出す。
 - 誘導にならないよう気を付けながら、本人が現在採り得る選択肢を示す。
- ③意思が表明された場合
 - 意思決定能力について特設疑問がない限り、本人の意思決定に沿った支援を行う。
 - 意思決定能力：個別の意思決定に際し、支援を受けて自らの意思を自分で決定することのできる能力。

後見人等の関与の仕方・役割

※後見人としてのチェック機能…*2

本人が日常生活を送るに当たって、支援者により適切な意思決定支援がされているかや、表明された意思が尊重されているかどうかを把握する。

- 留意点
 - 定期的に本人と話をしたり、本人の意思を把握することや、本人と信頼関係を構築することが重要。
 - なるべく早期に本人・支援者と接触し、支援者の輪に参加することや、本人の意思が十分に尊重されていない場合には、環境の改善を試みる。

※後見人としての意思決定支援…*1

ミーティング主催者とともに、支援チームのメンバー選定も含め主体性を持って関わっていくことが望ましい。

- チームが機能している場合
 - チームが機能していない場合
 - 他の支援者が本人の意思や特性を尊重しながら適切に準備を進めているのかチェックし、問題がある場合には注
 - 中核機関等の支援を受け、支援者らの意識の改善やチームの再編成を試みたりするなど、主体的に関与することが望ましい。
 - 後見人は、自分の価値観が決定に影響しないよう気を付け意を促すことが求められる。
 - 必要がある。

※後見人としての意思決定支援…*1

本人の権利擁護者として、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・参加者に促していくことが期待される。

58

ガイドラインにおける基本的な考え方 ②

代行決定のプロセス(支援チームによる) 本人が自ら意思決定できるよう、実行可能なあらゆる支援を尽くさなければ、代行決定に移ってはならない。

意思決定や意思確認が困難とみられる局面

- 意思決定支援を尽くしたにもかかわらず、本人の意思や意向を把握することが困難であり、かつ、決定を先延ばしにすることができない場合。

➡意思決定能力アセスメント(評価)

支援者が意思決定支援を尽くしているか併せ、対象となる意思決定に関し、①理解、②記憶保持、③比較検討及び④表現の4要素を検討し、その時点で本人が意思決定をすることが困難かどうかを判断する。
 ※支援を尽くしたと言えるかどうかについても、チーム内で適切に検討する。
 ※全ての人は意思決定能力があることが推定される。
 ※決定を先延ばしにすることができる場合には、改めて意思決定支援を行うことになる。

- アセスメントの結果、本人の意思決定がその時点でどうしても困難と評価された場合。

➡意思推定に基づく代行決定

根拠を明確にしなが、本人の意思及び嗜好の推定を試みる。

I. 本人の意思が推定できる場合

本人にとって見過ごすことのできない重大な影響が生じない限り、推定意思に基づいて支援を行う。

II. 意思推定すら困難な場合 最善の利益に基づく代行決定…*3

本人にとって見過ごすことのできない重大な影響が懸念される局面等

- 意思決定支援の結果、本人が意思を示した場合や、本人の意思が推定できた場合であっても、その意思をそのまま実現させてしまうと、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ような場合等。

➡法的保護の観点から、最善の利益に基づいた代行決定を行うことが許容される

- 重大な影響といえるかどうかについての判断要素。

- ①本人が他に採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。
- ②一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。
- ③その発生に確実性があるか。

I. 第三者からみれば必ずしも合理的でない意思決定であったとしても、本人にとって見過ごすことのできない重大な影響が発生する可能性が高いとまでは評価できない場合 本人の意思(推定意思)に基づいて支援を行うことが期待される。

II. 重大な影響が発生する可能性が高いと評価される場合

- 法的保護の観点から、以下の判断を行うことがある。
- ①本人の意思実現について同意しない。
 - ②最善の利益に基づく代行決定(代理権、取消権の行使)…*4

本人にとっての最善の利益に基づく代行決定

- 後見人等が、本人にとっての最善の利益に基づく代行決定を行う場合。

- ①意思決定支援を尽くしても本人の意思が明確ではなく、かつ、意思を推定することさえできない場合…*3
- ②本人が表明した意思や推定される本人の意思を実現すると、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てしまう場合…*4

※本ガイドラインにおける最善の利益とは、本人の意向・感情・価値観を最大限尊重することを前提に他の要素も考慮するという考え方。客観的・社会的利益を重視した考え方は採用していない。
 ※最善の利益に基づく代行決定は、最後の手段として慎重に検討されるべき(検討を誤ると本人の自己決定権の侵害となる可能性もある。支援のしやすさを優先していないか、経験ありの検討になっていないかにつき注意が必要である。)
 ●一度代行決定が行われた場合であっても、次の意思決定の場面では、意思決定能力があるという前提に立って、再び意思決定支援を行わなければならない。

事例紹介 ①



1. 自宅が壊れていて住めない…。周囲は本人を気遣って施設入所を強く薦める。本人はショックにより元気がなく言葉も出ない。

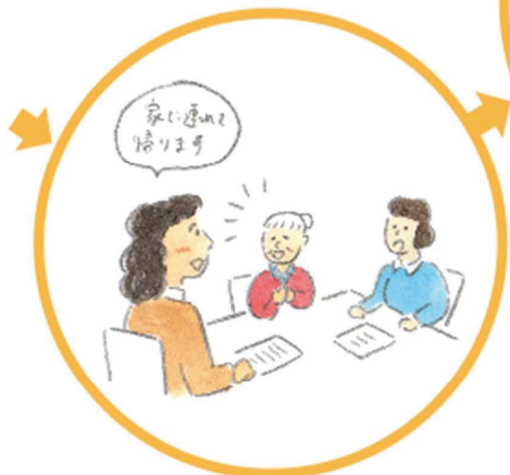
2. 「本当はどうしたいの？」
「私は壊れていても家にずっといたい」



3. 「仏壇壊れてなかった」
自宅に一時帰宅すると見違えるほど元気に。

事例紹介 ②

4. 周囲の理解を得て
在宅生活再開へ。



5. 雨漏りする箇所だけ修理。



6. 自宅でやっと落ち着けるね。



法令・条文紹介

【憲法】

- 13条 すべて国民は、個人として尊重される自由や幸福追求に対する国民の権利は、立法その他の国政の上で、最大の尊重を必要とする
- 14条 すべて国民は、法の下に平等であって、差別されない
- 22条 何人も居住・移転の自由を有する
- 25条 すべて国民は、健康で文化的な最低限度の生活を営む権利を有する

【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。

法令・条文紹介

障害者権利条約第12条 法律の前にひとしく認められる権利

- 1 締約国は、障害者が全ての場所において法律の前に人として認められる権利を有することを再確認する。
- 2 締約国は、障害者が生活のあらゆる側面において他の者との平等を基礎として法的能力を享有することを認める。
- 3 締約国は、障害者がその法的能力の行使に当たって必要とする支援を利用する機会を提供するための適当な措置をとる。(略)

障害者権利条約第19条 自立した生活・地域社会への包容

この条約の締約国は、全ての障害者が他の者と平等の選択の機会をもって地域社会で生活する平等の権利を有することを認めるものとし、障害者が、この権利を完全に享受し、並びに地域社会に完全に包容され、及び参加することを容易にするための効果的かつ適当な措置をとる。(略)

法令・条文紹介

障害者基本法

第3条 第1条に規定する社会の実現は、全ての障害者が、障害者でない者と等しく、**基本的人権を享有する個人としてその尊厳が重んぜられ、その尊厳にふさわしい生活を保障される権利を有することを前提としつつ、次に掲げる事項を旨として図られなければならない。**

一 全て障害者は、**社会を構成する一員として社会、経済、文化その他あらゆる分野の活動に参加する機会が確保されること。**全て障害者は、可能な限り、どこで誰と生活するかについての選択の機会が確保され、**地域社会において他の人々と共生することを妨げられないこと。**

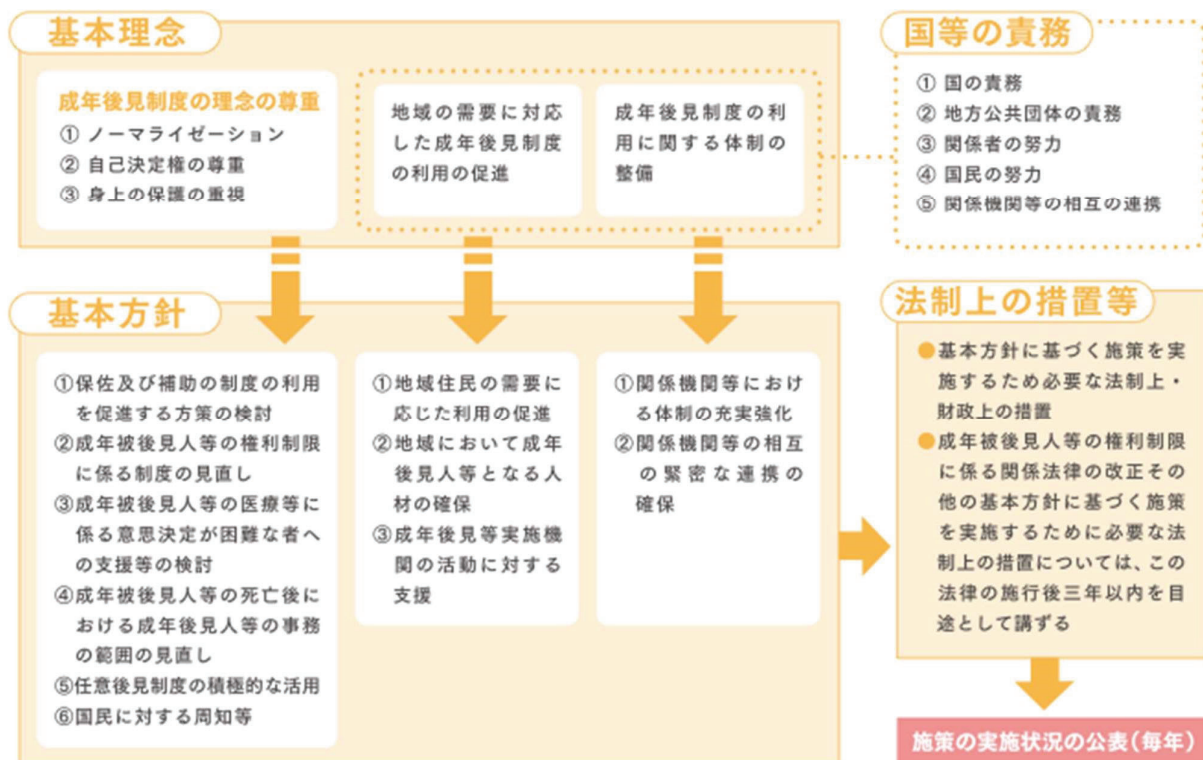
三 全て障害者は、可能な限り、言語（手話を含む。）その他の意思疎通のための手段についての選択の機会が確保されるとともに、情報の取得又は利用のための手段についての選択の機会の拡大が図られること。

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

二 国及び地方公共団体は、障害者及びその家族その他の関係者からの各種の相談に総合的に応ずることができるようにするため、関係機関相互の有機的連携の下に必要な相談体制の整備を図るとともに、障害者の家族に対し、障害者の家族が互いに支え合うための活動の支援その他の支援を適切に行うものとする。

成年後見制度の利用の促進に関する法律①

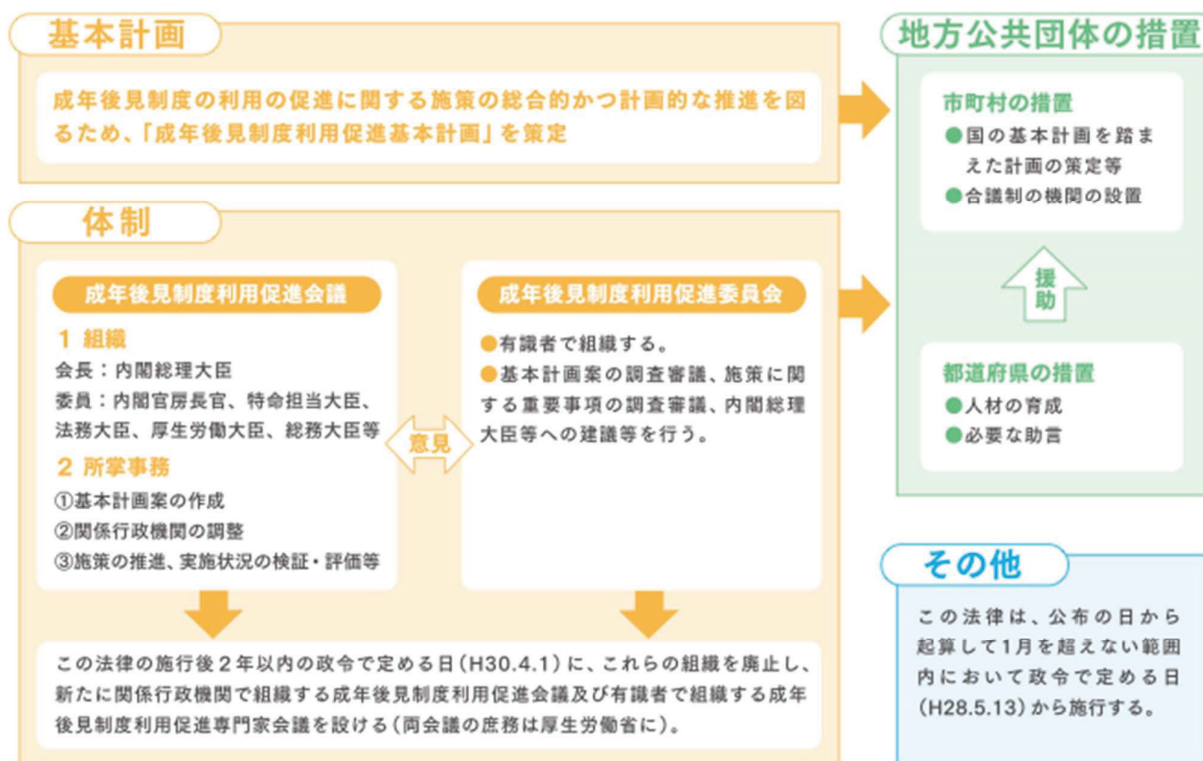
(平成28年4月13日公布、5月13日施行)



65

成年後見制度の利用の促進に関する法律②

(平成28年4月13日公布、5月13日施行)



66

成年後見制度利用促進基本計画について

【経緯】

- H28.5 「成年後見制度の利用の促進に関する法律」施行
- H28.9 「成年後見制度利用促進会議」（会長：総理）より「成年後見制度利用促進委員会」に意見を求める（基本計画の案に盛り込むべき事項について）
- H29.1 「委員会」意見取りまとめ
- H29.2 パブリックコメントの実施
- H29.3 「促進会議」にて「基本計画の案」を作成の上、閣議決定

【計画のポイント】^{※1}

1. 利用者がメリットを実感できる制度・運用の改善
 - ▶ 財産管理のみならず、意思決定支援・身上保護も重視した適切な後見人の選任・交代。
 - ▶ 本人の置かれた生活状況等を踏まえた診断内容について記載できる診断書の在り方の検討。
2. 権利擁護支援の地域連携ネットワークづくり
 - ▶ ①制度の広報②制度利用の相談③制度利用促進（マッチング）④後見人支援等の機能を整備
 - ▶ 本人を見守る「チーム」、地域の専門職団体の協力体制（「協議会」）、コーディネートを行う「中核機関（センター）」の整備
3. 不正防止の徹底と利用しやすさとの調和
 - ▶ 後見制度支援信託に並立・代替する新たな方策の検討。^{※2}

※1 計画対象期間：概ね5年間を念頭。市町村は国の計画を勘案して市町村計画を策定。

※2 預貯金の払戻しに後見監督人等が関与。

	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 身寄りがい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 <small>※身寄りがいない場合の医療機関等の対応等に係る部分を除く</small>	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 策定期間	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 <small>※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。</small>	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、成年被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。	成年被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職務の参考となるよう、成年被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 身寄りがい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 <small>※身寄りがいない場合の医療機関等の対応に係る部分を除く</small>	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	<p>①日常生活における場面</p> <p>●食事、衣服の選択、外出、排溺、整容、入浴等の基本的な生活習慣に関する場面。</p> <p>②社会生活における場面</p> <p>●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す等の場面。</p>	<p>①日常生活における場面</p> <p>●例えば、食事・入浴・排泄の好み、外出、排せつ、整容などの基本的な生活習慣や、日常生活提供されたプログラムへの参加を決める場合等。</p> <p>②社会生活における場面</p> <p>●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。</p>	<p>人生の最終段階における医療・ケアの場面</p> <p>●「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。</p> <p>●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。</p>	<p>医療に係る意思決定の場面</p> <p>●主に、本人の意思決定が困難な場合について記述。</p>	<p>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</p> <p>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自宅や高額の資産の売却等、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えない支出をする場合等。</p>	<p>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。</p>
5 意思決定支援等のプロセス等	<p>可能な限り本人が自ら意思決定できるよう、以下の仕組みで支援する。</p> <p>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。</p>	<p>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。</p> <p>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。</p>	<p>本人意思が確認できる場合、次の手順によるものとする。</p> <p>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情報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するため、家族等も含めて繰り返し話し合うことが必要。</p>		<p>本人が自らの価値観や嗜好に基づく意思決定ができるように以下の活動を行う。</p> <p>①支援チームの編成、本人への説明説明とミーティングの開催等。 ②本人を交えたミーティングの開催等。 ③本人の意思決定に沿った支援を展開。</p>	<p>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。</p>

	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 身寄りがい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 <small>※身寄りがいない場合の医療機関等の対応に係る部分を除く</small>	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 <small>※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。</small>	<p>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、根拠を明確にしたが本人の意思・嗜好を推定。 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。</p>	<p>●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・発生の顕著性の観点から判断）</p>	<p>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）</p> <p>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。</p>		<p>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逃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。</p>	<p>●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。</p>
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	<p>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産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。</p>	<p>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。</p>		<p>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。</p> <p>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。</p>	<p>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。</p>	<p>●後見人等については、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。</p>

財産管理における意思決定支援の視点

- 本人の望む生活が実現できるよう、後見人等は、本人の意思や心身の状態、生活の状況に配慮しつつ、財産管理においても意思決定支援ガイドラインをふまえて、本人の財産・資産状況に応じた後見事務を行う必要がある。
- どのようなことにお金を使いたいかは、人それぞれ違うという前提に立ち、その人の特徴に応じた財産管理をする必要がある。（例：旅行に行きたい人もいれば、お中元やお歳暮を送りたい人もいる）
- 財産管理を検討する際には、1年間の収支のみでなく中長期的な視点を持つ必要がある。また、中長期的な財産管理の計画は、固定的なものではなく本人の状態に応じて変わっていくものである。
- 後見人等は、本人とよくコミュニケーションをとり、本人がこれから財産をどのように使いたいと思っているか、話し合う必要がある。（特に、本人にとって特別な出来事があった場合（本人の家族の死や、本人自身の体調の変化等）、「どのようなことにお金を使いたいか」は変化することがある。後見人等は、意思が変化しているかどうか、確認をする必要がある。）
- 本人とのコミュニケーションに当たっては、1年で活用が可能な限度額を示したり、本人が自由に使える割合を示したりしながら話し合いをすることが考えられる。
- 本人が自由に使える限度額や割合を考える場合、本人の生活基盤を支えるために必要な金額は確保したうえで設定する必要がある。また、本人の生活基盤を支えるために必要な金額は、本人の心身や生活の状態、扶養義務のある家族構成等によって違ってくるため、よく情報収集する必要がある。
- 財産管理における意思決定支援においては、選択肢それぞれのメリットとリスクについて説明しながら、話し合いをする必要がある。
- 本人やチームとの話し合いや裁判所とのやり取り等を、適切に記録に残しておくことが重要と考えられる。

参考事例 ①

【高額なスニーカー購入の検討】

- 本人（47歳、中度知的障害）は、グループホームを利用し、就労A型に通っている。本人へ世話をしていた母親が亡くなり、祖父が申立を行った。保佐類型。
- 本人はスニーカーを集めることを趣味としている。これまで、障害年金と就労工資の中から購入してきた。
- 今回、一足二万円のスニーカーを購入したいと希望したところ、保佐人が「高すぎる」と却下した。この判断により、本人が調子を崩す事態となり、担当者会議を開催（関係者で状況を共有）した。
- 本人の意思確認の上で、本人を交えた会議を行った。スニーカーを集めるということが、本人にとって生活の原動力になっており重要であること。さらに、購入の過程に参加することも本人へのエンパワメントの上で重要であることを共有した。



当事者の言葉から(残念な事例) ①

● スマホを選びにヘルパーと一緒にショップまで行って、欲しいものを何時間もかけて決めたのに、後見人に契約を依頼したら、(何の相談もなく) 黒のガラケーが郵送されてきて、本人はとても悲しんだ。

(障がい者団体)

● 本人のために日用品や嗜好品の購入をしたが、後見人より「必要ない」「お金を使いすぎ」との話があった。施設側の説明不足もあったが生活状況等をまったく確認もしていない状況であり疑問に感じた。

(障がい者施設)

● 本当は、施設から出たいと思っているのに、職員は取り合ってくれない。後見人に連絡しようにも、年に1、2回しか施設に来てくれず、いざ相談しても「施設の人とよく話し合ってください。」と言われてしまった。話を聞いてもらえない。

(被保佐人・電話相談)



当事者の言葉から(残念な事例) ②

● 関係者全員で施設入所の検討を始めたところ、後見人は本人の意思を確認することなく、特別養護老人ホーム以外の選択肢を認めない。また、本人の意思を確認した上で他の選択肢を提案しても、後見人は聞く耳を持たず、ケア会議への参加を拒否し欠席した。

(障がい者支援団体)

● サービス担当者会議において、本人がどのようなサービスを利用したいか、発言しようとしているのに、「時間がないから」「現実的ではないから」といって後見人が決めてしまった。

(障がい者支援団体)

● 「面会に来ない」「面会に来ても聴聞するのみ」「本人のための積極的なサポートがまったくない」「管理のみ」「施設任せ」

(本人のご家族)



3

意思決定支援をふまえた 後見事務のガイドライン

75

後見人等として意思決定支援を行う場面とは？
本人にとって重大な影響を与えるような
契約等をする場合は、**意思決定支援が必要**です。

例

- 施設への入所など、本人の住む場所に関する決定を行う場合
- 自宅や高額な資産を売却する場合
- 特定の親族に対する贈与を行う場合 など

すべての人には、自分のことを決める力があるというのが支援の出発点です。意思決定支援は、後見人ひとりで行うのではなく、**チームで行います**。

意思決定支援のプロセス

チーム全体

1 チームをつくります



2 支援のための環境を整えます

- 本人が安心して意思決定できるような環境作りが大切です。
- 意思決定支援の目的や留意点を、メンバー同士で確認し合います。

3 これから行うミーティングの趣旨を本人に説明します



4 本人を交えて意思決定支援のためのミーティングを行います

- 1回限りではなく、何回か開催したり、本人に見学や体験をしてもらうこともあります。※上記1～3に戻ることもあります。

ガイドラインに載っているチェックポイントを確認しながら進めましょう！

意思決定支援後のプロセスへ(右側→)

後見人等の役割

メンバーがバランスよく選ばれるよう気を付けましょう。

本人の気持ちや個性に沿って準備が進められているかをチェックします。

チームがうまく機能していないときは、チームメンバーに改善を求めることも重要です。

本人が取り残されないように、本人のペースに合わせた進行になっているか気を付けましょう。

意思決定支援後のプロセス

本人から意思が表明された

その意思が真意と思われる

本人の意思の確認が困難

その意思が真意か疑問がある

決定を先延ばしできる

決定を先延ばしできない

意思決定支援を続ける



意思実現の支援に移る

意思決定能力アセスメント

支援者が支援を尽くしたかどうか、チームで検討しましょう！尽くしていないときは、支援に戻りましょう。

本人は意思決定をすることが困難とは言えない

本人はその時点でその課題について意思決定することが困難

意思決定支援へ戻る

意思推定アプローチ

本人の意思・嗜好を推定する

推定意思の実現の支援に移る

本人の意思・推定意思を実現すると、本人にとって見過ごすことができない重大な影響が懸念される

意思の推定すら困難

本人にとっての最善の利益アプローチ

「本人にとっての最善の利益」を検討し、後見人が代行決定を行う

このアプローチは、最後の手段です。意思決定支援を尽くしましょう。なお、「本人にとっての最善の利益」とは、本人の意向・感情・価値観を最大限尊重しながら、他の要素も考慮する、という考えです。「こうするのが本人のため。」と第三者の価値観で決めることは異なります。

※「様式1～5」は、対応するアセスメントシートの様式です。

意思決定支援のための環境整備（事前準備）

課題が生じてから、
いきなり意思決定支援を実施するのは難しい。

後見人等も含めた支援者らが協力して、
日頃から意思決定支援を行う環境が整備されている必要がある。

●本人のエンパワメント

「自分の意思が尊重されている」という日頃の経験が大切。

●支援者側の共通認識・基本的姿勢

後見人等を含めた支援者らが共通して、
本人意思を尊重する基本的姿勢を身につけておく必要がある。

●本人との信頼関係

本人が安心して自分の意思を伝えることができ、
意思決定に意欲を持てるよう信頼関係を構築しておくことが望まれる。

環境整備に対する後見人等の役割・関与

【役割】

権利擁護者として、適切に意思決定支援がなされ、
本人意思が十分に尊重されているかどうかを確認・チェックする役割。

【関与】

- 後見人等が関わるときには、既にチームによる支援を受けていることが多い。
- 選任時では本人に関する情報が圧倒的に少ないことを自覚し、意識的に本人のことを知ろうと努めることが重要となる。

具体例

- 就任後、すみやかに本人や支援者らと面談等を実施する。
- 支援状況や本人状況を把握し、支援チームの輪に参加すること。
- 本人意思が十分に尊重されていないと考えられる場合には、環境の改善を試みることを。

※なお、支援チームが編成されていない場合や、チーム編成を変更する場合には、地域包括支援センターや障害者基幹相談支援センター、中核機関等のサポートを受けながら働きかけを行うことが望ましい。

ガイドラインにおける意思決定支援の具体的なプロセス

意思決定支援のプロセス

- 支援チームの編成と支援環境の調整
- 本人への趣旨説明と
ミーティング参加のための準備

- 本人を交えたミーティング

● 意思決定支援プロセスを丁寧に踏むという意識を持つことが重要である。

● 後見人等には意思決定支援プロセス実施に積極的に関わることも望まれる。

※本人意思が明らかであり、支援者においても本人意思に沿うことで異論がないような場合には、このプロセスを必ずしも全て経る必要はない。

演習事例の登場人物

北川 太郎さん … 66歳、自宅に独居。てんかんがあり、療育手帳を所持。年金と生活保護を受給。要介護1。家の近くにあるデイサービスを週2回利用する契約をしているが、ほとんど利用出来ていない。しかし、デイサービスに朝夕、顔を出しに来ている。



山村さん …… 北川さんの保佐人
杉田さん …… 市の権利擁護センター担当者(中核機関)
東条さん …… ケアマネジャー
西野さん …… デイサービス相談員
南さん …… 北川さんが利用しているデイサービスの看護師
松本さん …… 北川さんが以前利用していた訪問サービスのヘルパー

※本演習はガイドラインの参考事例として掲載されている「居所の決定における意思決定支援」をもとに作成しています。

演習映像（場面1）



動画

81

演習（場面1）

視聴した場面1について、以下の点を話し合ってみましょう。

- Q1. 北川さん本人の意思を汲み取れていると思いますか？
なぜそのように感じたのかについても考えてみましょう。
- Q2. あなたがこの会議に出席しているとしたら、本人を交えたミーティングに向けて、他にどのようなことを話し合いますか？

82

-131-

グループワーク1

【準備】

- グループ(4~5人)に分かれます。(運営側で操作します)
- グループに分かれたら、「マイクミュートを解除」「ビデオをオン」を押してください。

【グループワーク】

- 氏名のあいうえお順に、Q1、Q2について考えたことを話します。
- 右上に、演習の残り時間が表示されますので、全員が話せるように、工夫して話をしてください。
- 時間になると、自動的にメインルームに戻ります。

グループワーク1

memo

演習映像（場面2）



動画

演習（場面2）

視聴した場面2について、以下の点を話し合ってみましょう。

- Q1. なぜ北川さんの好きなこと・嫌いなことを確認したのだと思いますか？
意思決定支援とどのように関わるのかを考えてみましょう。

グループワーク2

【準備】

- グループ(4~5人)に分かれます。(運営側で操作します)
- グループに分かれたら、「マイクミュートを解除」「ビデオをオン」を押してください。

【グループワーク】

- 先ほどとは逆の順番に、Q1について考えたことを話します。
- 右上に、演習の残り時間が表示されますので、全員が話せるように、工夫して話をしてください。
- 時間になると、自動的にメインルームに戻ります。

グループワーク2

memo

ミーティングの招集

ミーティングの進行管理者において、関係者を招集する。

- 参考事例の場合は、中核機関職員が、関係者を招集しました。

演習映像（場面3）



動画

演習（場面3）

視聴した場面3について、以下の点を話し合ってみましょう。

- Q1.** 映像の中ではどのような場面で
“会議のルール”を活用していましたか。
- Q2.** ガイドラインの11ページと12ページには、意思形成支援、意思表示支援におけるポイントが書かれています。
映像の中では、北川さん本人が自分の気持ち、意見を言えるように、どのような工夫を採用していましたか。気づいたことを挙げてください。
また、これからの実践で参考に出来そうなことを挙げてください。

グループワーク3

【準備】

- グループ(4~5人)に分かれます。(運営側で操作します)
- グループに分かれたら、「マイクミュートを解除」「ビデオをオン」を押してください。

【グループワーク】

- 氏名のあいうえお順に、Q1、Q2について考えたことを話します。
- 右上に、演習の残り時間が表示されますので、全員が話せるように、工夫して話をしてください。
- 時間になると、自動的にメインルームに戻ります。

グループワーク3

memo

本人を交えたミーティング

後見人等は、権利擁護者として…

- ルールに沿った意思決定支援プロセスが行われているか注視する。
- 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主催者・参加者に促す。

【配慮するポイント】

- 本人の特性を踏まえつつ、本人の置かれている状況について分かりやすく説明できているか。
- 意思決定事項に関連する本人の意思や考えを十分に引き出せているか。
- 本人のペースに合わせた進行となっているか。

意思決定や意思確認が困難とみられる局面

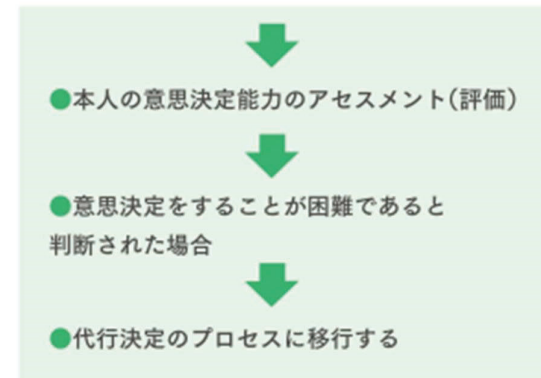
意思決定支援を尽くしたにもかかわらず…

● 本人の意思や意向を把握することが困難な場合

- 本人とのコミュニケーションが困難である場合。
- 本人の意思の揺らぎが大きい場合。 など

さらに…

● 法的保護の観点から決定を先延ばしにすることができない場合



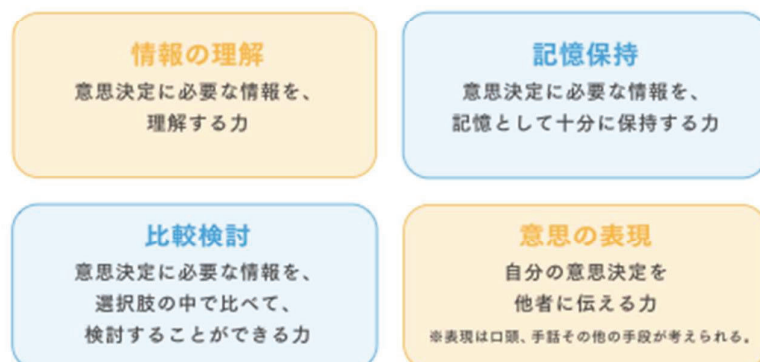
※「しばらくこのまま」で良いのであればあえてここで決めずに、積極的に見守り、タイミングを待つということも十分考えられる。

意思決定能力アセスメントの方法

- 支援を尽くしたといえるかどうか、チーム内で検討。
- 意思決定能力は、あるかないかという二者択一的なものではない。
- 意思決定能力は、支援の有無や程度によっても変動する。
- 本人に意思決定能力がないと決めつけることなく、意思決定に必要な4つの要素を満たすことができるように、後見人等を含めたチーム全体で支援をすることが必要。

意思決定能力の4つの要素

意思決定能力は、あるかないかという二者択一的なものではなく、支援の有無や程度によって変動するもの。4要素を満たすことができるように、チーム全体で支援をすることが必要。



これらの4つの要素について、実践上可能な工夫・努力を尽くしたかどうかをチーム内で検討チェックした上で、意思決定能力のアセスメントを行い、アセスメントシート様式2に記録する。

演習事例のその後

【状況の変化】

- 3年が経過。訪問看護師や主治医の助言を聞き入れ、本人は週2回、デイサービスで昼食をとるようになった。
- 施設併設のデイサービスにおいて、「俺も爺になって歩けなくなった、インコと一緒にここにくるかな」と言うようなこともあった。
- ある時、脳梗塞を起こして入院、重度の麻痺が残り、歩くことができなくなった。保佐人は主治医から、「言語障害、脳血管性認知症もある」と告げられた。



【意思決定のためのあらゆる支援】

- 退院に向け、医療ソーシャルワーカーや保佐人が本人の退院後の意向を確認しようとしても、本人は全く答えることがなかった。
- 療養型の病院に入院するか、特別養護老人ホームに入所するか、在宅での生活を試みるか、選択肢は3つあり、本人に対して絵や写真を使って説明し、文字ボードを使って意思の表明ができるよう試みた。
- しかし、本人は目は開けているものの、反応がなかった。1週間おきに時間帯を変えて同様の試みを行ったがうまくいかなかった。医師や言語聴覚士、他の支援者にも助言を求めたが、現時点では他の支援手段が見当たらないとのことであった。唯一、インコの写真を見せたところ、本人は目を見開き、声を挙げた。

様式2 記入例の確認

【様式2】 個別課題発生時における意思決定能力のアセスメントシート
記入例・解説

この様式は、①本人の意思決定や意思確認が困難とみられ、かつ、空決定をこれ以上延ばしにすることができない場合に使用します。

1. 概要

本人	〇〇〇〇	記入者	〇〇〇〇	本人との関係	母
テーマ	通院費にどこまで生活費を充てるか				
課題となる意思決定	■【様式1】選択				
経過の支援状況	〇年 〇月 〇日 〇時 〇分 〇秒 〇分 〇秒 (〇×病院のアドレス)				
実施日	中核機関、地域福祉支援センター、ケアマネジャー、医療ソーシャルワーカー、看護員、保士				
検討メンバー					

2. 意思決定能力アセスメント

前提 (決定困難)

意思決定の前提が揃っており、これ以上延長できない状態か？
延長できない (期間: 〇年 〇月 〇日まで)
延長できる ⇒ 【様式1】へ戻る。

A 意思決定を行う時点で通常必要と考えられる4要素につき満たされないものがあるか？

■本人が意思決定について理解できなかった
本人が意思決定について記憶保持できなかった
本人が意思決定について利益維持できなかった
本人が意思決定について意思確認できなかった
本人の意思決定が通常必要と認められなかった
 理由: 医療ソーシャルワーカー、医師らが意思決定を促し、意思決定を促す役割を担ったが、本人は拒否しなかった。医師からは言語障害、認知症等の診断がなされたことによる。

B 支援者が上記期間までに実行可能な意思決定支援を尽くしたか？

■期間までに可能な支援は全て尽くした
 支援内容: 本人に絵や写真、文字が一つ使って説明や意思表明の支援を試みながら、本人は目を閉じているものの成長がなかった。1週間おきに時間を定めて理解の試みを行ったが変化がなかった。医師の言語聴覚士、他の支援者にも助言を求めながら、現時点では他の支援手段が見当たらないことになった。
実行可能な支援が提供されている ⇒ 【様式1】へ戻る。

※全体的なアセスメントの結果

■A・Bのいずれも当てはまる (支援を尽くしても、意思決定を行う時点で通常必要と考えられる4要素のうち満たされない要素がある)
 ⇒本人は、その時点で、その課題について意思決定をすることが困難と評価される
 意思決定アプローチ (様式3) へ
それ以外
 ⇒意思決定支援に戻る (様式1)。

意思決定能力
アセスメント
が記載されます。

本人の意思推定アプローチ

本人ならば、どのような意思決定をしていたのかを推定する

- 後見人等を含めたチームで実施。
- 表情や言動、行動に関する記録、生活史、人間関係等様々な情報を把握。
- 根拠を明確にしなが本人の意思及び嗜好を推定。

後見人等は、権利擁護者として、十分な根拠に基づいて意思推定が行われているか、関係者による恣意的な意思推定が行われていないかどうか等を注視

- 本人意思が推定できる場合には、本人の信条・価値観・嗜好に基づいて支援を展開。

本人意思とは異なって解釈される可能性があることから、慎重な取扱いが求められる

- アセスメントシート様式3 (意思推定に基づく代行決定に関するアセスメントシート) に記録。

演習事例のその後

【意思推定に基づく代行決定の検討】

- 本人の意思推定のための明確な根拠となる関連資料として、ケアプラン、訪問介護記録、サービス実施記録表、本人情報シート、インコの写真を用意し、それらを見ながらチームで話し合った。
- 本人がデイサービスで、「俺も爺になって歩けなくなってきた、インコと一緒にここにくるかな」とたびたび言っていたことや、インコの写真を見せた際に本人が目を見開き声を挙げたことが確認できたため、本人が通い慣れており、インコも預かってくれていたデイサービスに併設の特別養護老人ホームへの入所の契約をすることとした。
- 本人の状態像から、後見類型に移行する方がよいかどうかの検討も行ったが、「今後の刺激によって、本人のコミュニケーション力に変化していく可能性がある」という医師の見解があり、これから入所するホームでの生活を見守ってから、類型変更については再検討することとした。

【その後】

- 退院後、入院時からインコを預かってくれていたデイサービス併設の特別養護老人ホームに、本人は入所した。本人は、「だからさ」「あれだよ」という言葉以外に言葉を発することはできないが、表情豊かに喜怒哀楽を示すようになった。また、指を指したりしながら、「外に出たい」「インコのところに行きたい」といった内容を、表現できるようになってきた。



様式3 記入例の確認

【様式3】 意思推定に基づく代行決定に関するアセスメントシート 記入例・解説		
この様式は、意思決定能力アセスメント（様式2）の結果、「本人は、課題について意思決定することが困難と見られる場合」において使用します。		
1. 概要 ■【様式2】と同じにつき記載省略		
本人	記入者	本人との関係
テーマ (課題となる意思決定)		
過去の文書状況 <input type="checkbox"/> 【様式1】適用 <input type="checkbox"/> 【様式2】適用		
実施日 年 月 日 時 分～ 時 分 場所 ()		
検討メンバー		
II. 意思推定に基づく代行決定を行うにあたっての検討		
前提（決定前提）	意思決定の前提が満たされており、これ以上延長できない状態か？ ■延長できない（期間） ○年 ○月 ○日まで ○期間や状況による【様式2】へ移行	
本人が自ら意思決定をすることができたとすれば、どのような意思決定を行うかを決定できるか？	■解説例 → 意思決定の困難 【決定内容】今までは一緒に通っていたインコと共に、デイサービスと同じような環境で暮らしたい。 「理由」これまで本人は自宅で生活を継続しており、ヘルパーやデイサービスの支援を受けていた。本人のことは自分でできるという意識が強く、介護職や介護職員の自己決定の意思を押し通してあり、他者からの介入や制約には従順することが多かった。他者（ヘルパー）からの介入や制約を受けると本人は非常に不安を感じる。インコとの関係は本人の生活の一部であり、重要な物類として認識しているように思われる。入所から体調の悪化を自覚しており、「歩けなくなると、インコと一緒にここ（ホーム）に度々来たい」といっている。今なお自宅で生活を希望する以上インコを預かってほしい。デイサービス併設の特別養護老人ホームへの入所を希望することが合意前提で決定された。今も特別養護老人ホームへの入所を希望するが、入所に不満を抱くやうな状態からすると、施設より自宅の制約が大きい。後見者（病院）での生活を希望しないことが合理的に決定される。 なお、施設では、本人の自己意思のやり取りを尊重しながらのケアが求められるから。	
本人の意思決定のために必要な理由となり得るエピソード、情報提供者、関連資料など	○解説例 → 理由 「インコと一緒にここ（ホーム）に度々来たい」といっている。インコと一緒にここ（ホーム）に度々来たいという発言は、本人の意思決定の意思を示している。インコと一緒にここ（ホーム）に度々来たいという発言は、本人の意思決定の意思を示している。インコと一緒にここ（ホーム）に度々来たいという発言は、本人の意思決定の意思を示している。	

本人の意思決定
アプローチ
が記載されます。

本人にとって見過ごすことができない重大な影響が懸念される局面等

● 意思決定支援の結果、本人が意思を示した場合や、本人の意思が推定できた場合であっても、その意思をそのまま実現させてしまうと、本人にとって見過ごすことができない重大な影響が生じるような場合等。

➡ 法的保護の観点から、最善の利益に基づいた代行決定を行うことが許容される

● 重大な影響といえるかどうかについての判断要素。

- ① 本人が他に採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。
- ② 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。
- ③ その発生に確実性があるか。

I. 第三者からみれば必ずしも合理的でない意思決定であったとしても、本人にとって見過ごすことのできない重大な影響が発生する可能性が高いとまでは評価できない場合
本人の意思（推定意思）に基づいて支援を行うことが期待される。

II. 重大な影響が発生する可能性が高いと評価される場合

法的保護の観点から、以下の判断を行うことがある。

- ① 本人の意思実現について同意しない。
- ② 最善の利益に基づく代行決定（代理権、取消権の行使）…*4

留意点

● 第三者からみれば必ずしも合理的でない意思決定であったとしても、「本人にとって見過ごすことのできない重大な影響」が発生する可能性が高いとまでは評価できない場合には、後見人等も含めた支援者らは、本人の信条・価値観・選好に基づいて支援を実施します。

参考事例 ②

- 肺炎の治療で入院中、土砂崩れにより自宅が半壊状態になった。本人の帰宅願望が強いが、修繕費用を出すことが経済的に困難。本人は入院中に認知症が進行している。



- 外出許可をとって本人に半壊状態の自宅を見てもらったり、修繕費用の見積もりを見てもらったりして帰宅が困難であることを理解してもらうものの、記憶保持が難しく「うちに帰りたい」と発言している。



様式4 記入例の確認

【様式4】 本人にとって見過ごすことができない重大な影響に関するアセスメントシート
記入例・解説

この様式は、本人の表明された意思又は推定意思を實現しようとする「本人にとって見過ごすことができない重大な影響が懸念される局面」において利用します。
本人に当該意思決定に関する意思決定能力が十分であると認められる場合でも、本人を保護するという観点から、本人の意思決定に介入する必要性があるかどうかを吟味します。

1. 概要 【様式1】と同じにつき記載省略

本人	△△ △△	記入者	×× ××	本人との関係	成年後見人 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
テーマ (課題となる意思決定)	肺炎の治療(肺炎の治療で入院中、土砂崩れにより自宅が半壊状態になった。本人の帰宅願望が強いが、修繕費用を出すことが経済的に困難。本人は入院中に認知症が進行している。外出許可をとって本人に半壊状態の自宅を見てもらったり、修繕費用の見積もりを見てもらったりして帰宅が困難であることを理解してもらうものの、記憶保持が難しく「うちに帰りたい」と発言している。)				
過去の文脈状況	■【様式1】適用 <input type="checkbox"/> 【様式2】適用 <input type="checkbox"/> 【様式3】適用 <input type="checkbox"/>				
実施日	<input type="checkbox"/> 年 <input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 日 <input type="checkbox"/> 時 <input type="checkbox"/> 分 <input type="checkbox"/> 時 <input type="checkbox"/> 分 場所 <input type="checkbox"/> (<input type="checkbox"/> 病院棟5階)				
検討メンバー	成年後見人、医師(精神科/内科)、ケアマネジャー、ケアヘルパー、福祉の士				

2. 本人の示した意思(推定意思)の實現は、本人にとって見過ごすことができない重大な影響を及ぼすかどうかの検討

本人が他に降り得る選択と比較して、明らかに本人にとって不利な選択といえるか。	■はい <input type="checkbox"/> 理由 今の状態の家に住むことについて、医師の建築指導協議に相談したところ、「柱や壁が壊れているため、雨後のおそれが高く、危険」との回答であった。	□いいえ
一旦放棄してしまえば、回復困難なほど重大な影響を及ぼすといえるか。	■はい <input type="checkbox"/> 理由 自宅に寄り、気が散る場合、逃げ遅れて本人の命が危ないという事実が影響を及ぼす。	□いいえ
その発生の可能性に現実性があるか。	■はい <input type="checkbox"/> 理由 医師の建築指導協議の結果によれば、通常レベルの台風や地震であっても一旦発生すれば「倒壊のおそれは高く」、高齢の本人が逃げ遅れて本人の命が危れるとの結果が懸念される現実性がある。	□いいえ

■上記検討の結果、
すべて「はい」に該当する
⇒以下の方法につき検討
本人の意思決定に同意しない(同意権・代理権を行使しない)
■本人の示した意思とは異なる形での代行決定(代理権、取消権の行使)を検討する
⇒様式5(本人にとっての最善の利益に基づく代行決定の検討)へ
上記以外
⇒意思又は推定意思の實現へ

本人にとっての最善の利益に基づく代行決定

1

意思決定支援を尽くしても本人の意思が明確ではなく、かつ、本人の意思を推定することさえできない場合。

2

本人が表明した意思や推定される本人の意思を実現すると本人にとって見過ごすことができない重大な影響が生じてしまう場合。



後見人等は、「本人にとっての最善の利益」に基づく代行決定を行うことが許容される。

●本人にとっての最善の利益とは、「この方が本人のためだ。この人はこういうふうに行動すべきだ。」と第三者の価値観で決めるものではない。

●本人の意向・感情・価値観を最大限尊重し、最後の手段として検討する。

- ①本人の立場に立って考えられるメリット、デメリットを可能な限り挙げた上で、比較検討する。(バランスシート表)
- ②相反する選択肢の両立可能性があるかどうかを検討する。
- ③本人にとっての最善の利益を実現するに当たり、本人の自由の制約が最小化できるように検討する。

●アセスメントシート様式5に記入。

参考事例 ②-2

【本人にとっての最善の利益に基づく代行決定】

- 自宅近くのグループホームに入所するか、県外（姪の娘がいる地域）の特別養護老人ホームに入所するかを注意深く検討し、メリットデメリットを整理した。
- 本人は、姪の娘のことを覚えておらず、姪の娘の面会があっても喜ぶことはない。これまでの本人の生活を考えても、友人が面会に来ることが出来るGHの利用が望ましいということになった。



Q1. このガイドラインはなぜ作成されたのですか？

A. 平成29年3月に閣議決定された「成年後見制度利用促進基本計画」は、補助人、保佐人、後見人（以下「後見人等」といいます。）が、本人の財産を管理するだけでなく、本人の意思を尊重した支援をすることを求めています。意思決定支援の考え方を踏まえてどのような事務を行えばよいかについて後見人等に具体的なイメージを持ってもらうためにこのガイドラインが作成されました。

Q2. 意思決定支援とは何でしょうか？

A. このガイドラインは、判断能力が低下した本人であっても、「自分のことは自分で決める」ことができるという考えに立っています。意思決定支援とは、支援者らが、本人に必要な情報を提供したり、本人の意思や考えを引き出したりして、本人が「自分で決める」のを支えるための実践のことをいいます。

Q3. 後見人等は、どのような場合に意思決定支援を行うのでしょうか？

A. 本人にとって重大な影響を生じるような契約をする場合などに、意思決定支援をすることになります。例えば、施設に入所するかどうかなど本人の住む場所に関する決定を行う場合や、自宅や高額の資産を売却する場合、特定の親族に多額の贈与をする場合などが考えられますが、一般的には大きな影響のなさそうな事柄であっても、本人にとっては一大事であるということもありますので、ケースバイケースで判断する必要があります。

Q4. 後見人等は、意思決定支援プロセスにどのように関わることを求められるのでしょうか？

A. 後見人等としては、本人を支援するチーム全体が意思決定支援のプロセスを丁寧に踏んでいるかに気を配ることが重要です。具体的には、支援チームのメンバーがバランスよく選ばれているか、本人がミーティングに安心して参加できる環境（時間、場所、方法）が整えられているか、本人の気持ちや個性に沿った工夫がされているか等をチェックします。また、実際のミーティングの場面では、本人が取り残されることがないように、本人のペースに合わせた進行がされているかに気を付ける必要があります。

Q5. 支援チームには、どのような人に参加を求めればいいのでしょうか？

A. 支援チームには、本人の日常的なコミュニケーションの方法をよく知っている方、専門的なアドバイスができる方、本人に適切な選択肢を示すことができる方などがバランス良く加わっていることが望まれます。また、本人が希望する場合には、本人が信頼する方（例えば友人）が加わることもあります。

Q6. 本人を交えたミーティングでは、多くの人に囲まれると本人が気後れしないのでしょうか？

A. ミーティングを行う前に、本人に予めミーティングの趣旨を説明しておくことが大事です。その際に、ミーティングのメンバーや日時、場所などのほか、「自分で自分のことを決める」ことが大切であること、そのために参加者ができる限り協力すること、参加者は本人の気持ちを第一に考えるので安心して話をしてほしいことなどを伝えます。本人が委縮することが予想される場合は、メンバーを分け、ミーティングを何回かに分けて行うなどの工夫をすることもあります。

Q7. 本人がうまく言葉を話せないとき、どうやって意思の確認をすればよいのでしょうか？

A. 本人の特性を踏まえながら、例えば、タブレット端末、パンフレット、写真、絵カードなどを用いたり、施設を実際に見学するなどの体験をしてもらったりするなど、本人が理解しやすいような工夫をしてコミュニケーションをとることが大事です。言葉を話せなくても、身振り、表情、目の動きやまばたきなどで意思を表現できる方もいらっしゃいます。また、日時や場所、同席する相手などの環境を変えることで、本人が意思を表現することもあります。

Q8. いろいろと工夫して支援をしましたが、本人が意思決定することが困難です。しかし、決定をこれ以上先延ばしにできないときには、どうすればいいのでしょうか？

A. まず、支援チームが本当に本人への支援を尽くしたといえるかどうかについて、十分に振り返る必要があります。その上で、本人の意思決定や意思確認がその時点ではどうしても困難であり、これ以上決定を先延ばしにできない場合には、後見人等が本人に代わって決定を行うことがあります（これを「代行決定」と言います）。この代行決定のプロセスは慎重に進める必要があるため、ガイドラインをよく読みながら対応してください。

Q9. 意思決定支援や代行決定のプロセスは記録する必要がありますか？

A. 意思決定支援や代行決定が適切に行われたかどうかを後見人自身や支援者らが把握するためにも、記録しておく必要があります。ガイドラインには、場面に応じた「アセスメントシート」が掲載されていますので、こちらもご活用ください。

障 発 0331 第 15 号
平成 29 年 3 月 31 日

都道府県知事
各 指定都市市長 殿
中核市市長

厚生労働省社会・援護局
障害保健福祉部長
(公 印 省 略)

障害福祉サービスの利用等にあたっての意思決定支援ガイドラインについて

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

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

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

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

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

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

I. はじめに

1. ガイドライン策定の背景

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

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

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

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

5. 障害者の意思決定支援・成年後見制度の利用促進の在り方について

(2) 今後の取組

(基本的な考え方)

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

(意思決定支援ガイドライン)

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

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

(障害福祉サービスにおける意思決定支援)

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

2. ガイドラインの趣旨

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

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

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

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

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

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

II. 総論

1. 意思決定支援の定義

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

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

2. 意思決定を構成する要素

障害者の意思決定を構成する要素としては、次の三つが考えられる。

(1) 本人の判断能力

本人の障害による判断能力の程度は、意思決定に大きな影響を与える。

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

(2) 意思決定支援が必要な場面

意思決定支援は、次のような場面で必要とされることが考えられる。

① 日常生活における場面

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

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

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

② 社会生活における場面

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

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

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

(3) 人的・物理的環境による影響

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

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

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

3. 意思決定支援の基本的原則

意思決定支援の基本的原則を次のように整理する。

- (1) 本人への支援は、自己決定の尊重に基づき行うことが原則である。本人の自己決定にとって必要な情報の説明は、本人が理解できるよう工夫して行うことが重要である。また、幅広い選択肢から選ぶことが難しい場合は、選択肢を絞った中から選べるようにしたり、絵カードや具体物を手がかりに選べるようにしたりするなど、本人の意思確認ができるようなあらゆる工夫を行い、本人が安心して自信を持ち自由に意思表示できるように支援することが必要である。
- (2) 職員等の価値観においては不合理と思われる決定でも、他者への権利を侵害しないのであれば、その選択を尊重するよう努める姿勢が求められる。

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

それらに対しては、食事制限されている食べ物は、どれぐらいなら食べても疾病に影響

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

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

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

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

4. 最善の利益の判断

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

(1) メリット・デメリットの検討

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

(2) 相反する選択肢の両立

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

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

(3) 自由の制限の最小化

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

また、本人の生命または身体の安全を守るために、本人の最善の利益の観点からやむを得ず行動の自由を制限しなくてはならない場合は、行動の自由を制限するより他に選択肢がないか、制限せざるを得ない場合でも、その程度がより少なくてすむような方法

が他にないか慎重に検討し、自由の制限を最小化する。

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

5. 事業者以外の視点からの検討

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

6. 成年後見人等の権限との関係

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

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

Ⅲ. 各論

1. 意思決定支援の枠組み

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

(1) 意思決定支援責任者の役割

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

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

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

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

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

(2) 意思決定支援会議の開催

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

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

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

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

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

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

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

(4) モニタリングと評価及び見直し

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

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

2. 意思決定支援における意思疎通と合理的配慮

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

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

3. 意思決定支援の根拠となる記録の作成

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

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

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

4. 職員の知識・技術の向上

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

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

5. 関係者、関係機関との連携

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

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

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

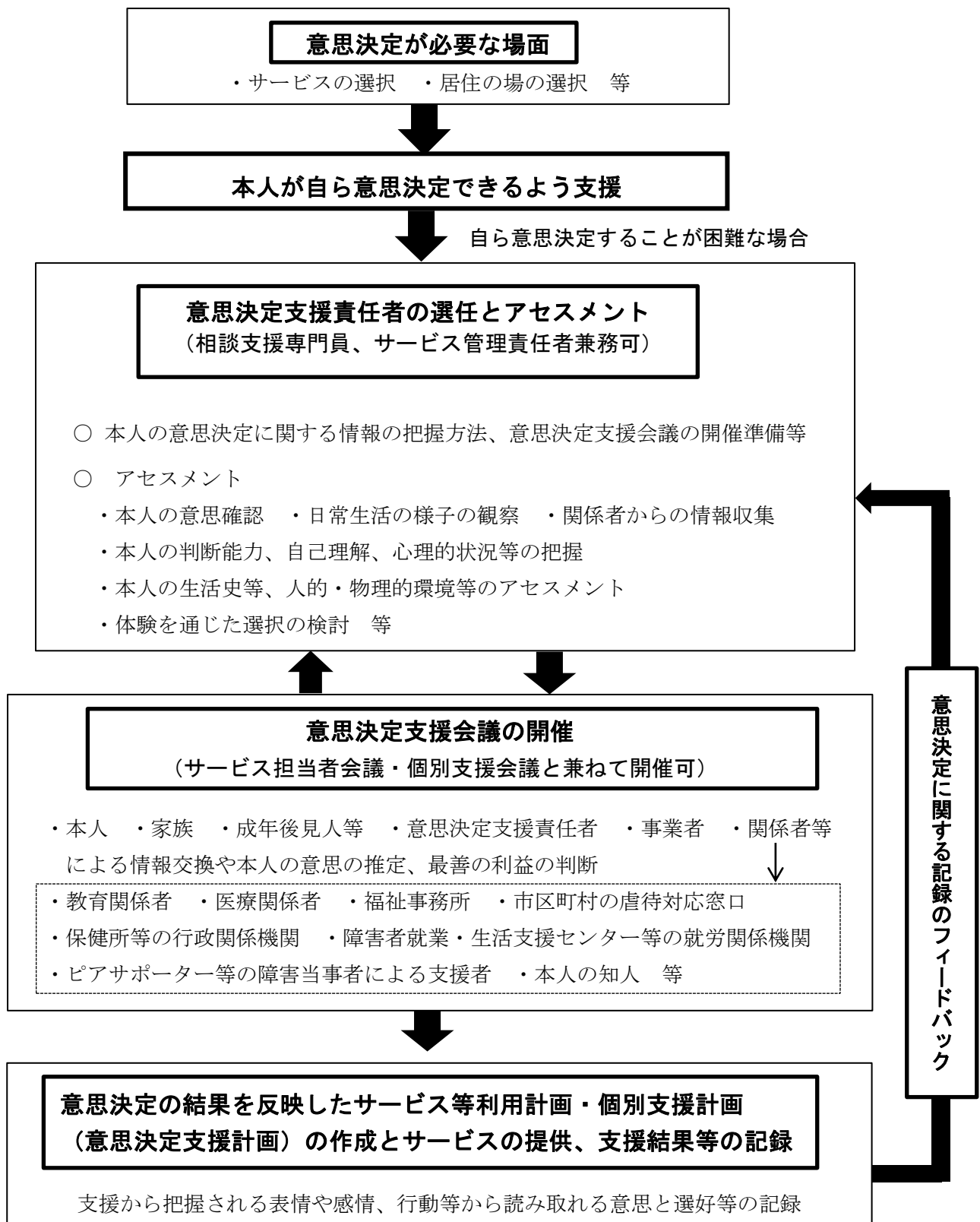
6. 本人と家族等に対する説明責任等

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

いるところである。意思決定支援に関する苦情についても、苦情解決規程に従った対応を行い、意思決定支援責任者は、苦情受付担当者、苦情解決責任者、第三者委員と協働して対応に当たることが必要である。

意思決定支援に関わった事業者、成年後見人等や関係者等は、職を辞した後も含めて、業務上知り得た本人やその家族の秘密を保持しなければならない。

(図1) 意思決定支援の流れ



IV. 意思決定支援の具体例

1. 日中活動プログラムの選択に関する意思決定支援

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

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

意思決定支援責任者は、これらの情報を整理し、日中活動のプログラムを検討した。その結果、まずはAさんにとって生活介護事業所が居心地の良い場所であることを知ってもらうため、Aさんの日中活動を、静かな音楽が流れる部屋でパンやクッキー、饅頭を作る活動や、紙と絵の具でペインティングする活動、森の中の散歩道を鳥のさえずりを聞きながら数人で歩く活動等から始めることとし、また、そうした日中活動の中でのAさんの表情に注目し、Aさんの意思表示の手がかりを記録に残し、今後の意思決定支援のための情報を蓄積することとなり、意思決定支援計画と個別支援計画を一体的に作成した。また、これらの取組を行ってから3ヶ月後に、見直しのための会議を開くこととした。

2. 施設での生活を継続するかどうかの意思決定支援

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

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

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

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

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

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

3. 精神科病院からの退院に関する意思決定支援

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

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

病院のソーシャルワーカーが「退院後生活環境相談員¹」となり、熱心に退院に向けた働きかけを行ったが、Cさんは黙り込んでしまうだけだった。退院支援委員会は、入院中の障害者や家族からの相談に応じ、必要な情報提供等を行う地域援助事業者として、委託相談支援事業所に参加してもらうことにした。

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

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

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

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

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

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

意思決定支援のためのアセスメント表

<p><意思決定支援が必要な項目></p> <p>Aさんが取り組みたい日中活動プログラムは？</p>	<p><これまでの生活史></p> <p>○Aさんは1歳6ヶ月の検診で知的な発達の遅れが指摘され、知的障害があることが分かりました。両親と3歳年上の姉、そして父方の祖母との5人暮らしでした。穏やかで人なつこい性格であったAさんは特に祖母に可愛いがられて育てられました。祖母が得意であった饅頭作りをうれしそうに手伝ったり、祖母と一緒に歩いたりしました。そのときに人から喜んでもらえたとAさんもとてうれしそうに表情を見せていたそうです。</p> <p>○学校は小学校から特別支援学校に通いました。学校では友人と関わることが好きで、いつも仲間と一緒に過ごしていました。でもたくさんの人で行動が集まったり、運動会などで大きな音がする場面などでは少しいらいりする様子が見られました。</p> <p>○言葉では意思を伝えることが難しいAさんでしたが好きな物には自ら積極的に取り組み、豊富な表情で周囲に気持ちを伝えることができました。</p> <p>○休日は家族と一緒に出かけることがありますが、お父さんとお母さんが自営業をされていたこともあり、Aさんのお出かけをしたいという気持ちに応えられない日も多くなってきたことから移動支援を利用して、ヘルパーと出かけるようになりました。</p> <p>○特別支援学校卒業後の進路は、就労継続支援B型事業所や生活介護事業所など3回の実習を重ねた結果、生活介護事業所を利用することになりました。</p>	<pre> graph TD Grandmother((祖母)) --- Father[父] Mother((母)) --- Father Mother --- A[Aさん] Sister((姉)) --- Father </pre>
<p>意思決定支援会議のまとめ</p>		
<p><関係者から提供されたAさんの意思を判断するための手がかりとなる情報></p> <p>(家族)</p> <p>○Aさんは、祖母に可愛いがられて育った。</p> <p>○祖母が得意だった饅頭作りをうれしそうに一緒にしていた。</p> <p>○饅頭を近所に配ることに付き、人から喜ばれるとうれしそうだった。</p> <p>(学校の教員)</p> <p>○友だちと関わることは好きだった。</p> <p>○静かな音楽を好んで聴いていた。</p> <p>○紙に絵の具で色を塗ることは好きで、集中して取り組んでいた。</p> <p>○ペットボトルのキャップの分類のような作業的なことはすぐ飽きてイスから立ち上がってしまった。</p> <p>(移動支援ヘルパー)</p> <p>○森の中を散歩して、鳥のさえずりを聞くとうれしそうにしていた。</p> <p>○人混みなど雑音の多い場所は苦手なようで表情が陰しくなったりイライラした感じになってしまふ。</p>	<p><手がかりとなる情報から推定される本人意思></p>	<ul style="list-style-type: none"> ・かわいがってくれる祖母のような人が好きだよ。 ・祖母のような人と一緒に饅頭などをつくるのが好きだよ。 ・作った饅頭などを配り、人から喜ばれることがうれしいよ。 ・友だちと関わることは好きだよ。 ・静かな音楽を好むよ。 ・紙に絵の具を塗るなど、創作的な活動は好きだよ。 ・ペットボトルのキャップの分類のような作業的なことはすぐ飽きてしまふよ。 ・森の中を散歩して、鳥のさえずりを聞くとうれしそう。 ・人混みなど雑音が多い場所は、イライラして苦手なよ。

(参考) 意思決定支援を反映した個別支援計画(意思決定支援計画)の作成例

利用者名 A 作成年月日 年 月

本人(家族)の希望	お菓子などを作ったりそれをあげたりすることで、いろんな人に喜んでもらえたりうれしい絵を描いたり、静かな音楽を聴いたり、静かな場所で過ごすことが好き、騒がしい場所は嫌い		
長期目標(内容、期間等)	Aさんが日中活動をもっと楽しめたり、新たな楽しみを見つけれられる。(6ヶ月)		
短期目標(内容、期間等)	Aさんにとって生活介護事業所が居心地の良い場所になる(3ヶ月)		

□ 支援目標及び支援計画等

優先順位	サービス提供機関(提供者・担当者等)	支援期間(頻度・時間・期間等)	具体的取組(内容・留意点等)
—	生活介護事業所 Cグループ 調理活動担当D	月・水・金 AM活動時・3ヶ月	<ul style="list-style-type: none"> Aさんが安心してできるスタッフとお菓子作りの活動に参加する 本人が作業に取り組みやすいように行程や補助具などに工夫する 必要に応じて指示や介助を行う 騒がしくならないように配慮する
—	生活介護事業所 Cグループ 創作活動担当E	火・木 AM活動時・3ヶ月	<ul style="list-style-type: none"> 紙に絵の具を塗りやすいように、素材や道具を工夫する 部屋に飾り的な音楽を流す 絵の具以外の創作活動も試してみる
—	生活介護事業所 Cグループ 散歩活動担当F	月・水・金 PM活動時・3ヶ月	<ul style="list-style-type: none"> 事業所近くの森林公園内を散歩する 一緒に散歩が楽しめる友だちをみつける

□ 支援開始後の見直しのための観点

目的	内容	意思決定支援会議参加者	サービス提供機関(提供者・担当者等)
意思決定支援が必要な項目	内容	意思決定支援会議参加者	サービス提供機関(提供者・担当者等)
活動がAさんの意思を反映しているか、検討するとともに、支援開始後の様子から、Aさんの意思について新たに気づいたことがないか情報を共有する。	<ul style="list-style-type: none"> 生活介護事業所や自宅、移動支援事業所利用中などにおけるAさんの様子を記録に基づき共有する。 共有した情報に基づき、意思決定支援計画・個別支援計画を見直す。 	<ul style="list-style-type: none"> Aさんと家族 生活介護事業所Cグループ担当者 相談支援専門員 移動支援事業所 意思決定支援責任者(サービス管理責任者) 	<ul style="list-style-type: none"> 生活介護事業所 Cグループ 各活動担当者 サービス管理責任者

平成 年 月 日 利用者名 A 印 サービス管理責任者(意思決定支援責任者) B 印

意思決定支援のためのアセスメント表

<p><意思決定支援が必要な項目></p> <p>Bさんがこれからどのような場所でのような生活をしていきたいのか？</p>	<p><これまでの生活史></p> <p>○Bさんは会社員のお父さん(当時35歳)と専業主婦のお母さん(当時30歳)との間に昭和〇年に生まれました。また、Bさんには5歳年下の弟がいます。特に重い病気にかかることなく育ちましたが、2歳になっても言葉を話せませんでした。そして3歳児健診で知的な発達に障害があることがわかりました。その後、Bさんはお母さんと一緒に地域の障害児通園施設に通って、言葉を出やすくするよう療育活動に参加したりしましたが、自分のやりたいことができなかつたりするときにパニックになって大きな声をだしたり、周囲の人に噛みついたりしてしまったりすることが増えていきました。その後、小学生になりましたが、地域の学校ではなく特別支援学校にバスに乗って通うようになりました。特別支援学校でも次にすることがよくわからなかつたり、自分のしたいことができなかつたりしていました。その時は先生と一緒に校庭を散歩すると気持ちが落ち着きました。学校では先生が工夫して次の行動がわかりやすいうように説明してくれるようになりました。それで、次に何をすればいいのかを少しずつ分かるようになりました。パニックになることも少なくなりました。中学校と高校も特別支援学校に通いました。小さい頃から身の回りのことはお母さんが手伝ってくれました。服などはお母さんが表裏がわかりやすいようにおいてくれるので、間違えないように着ることができました。食事などはすべてお母さんが準備してくれましたが、中学生ぐらいになると好きな音がしたり、人が多すぎるとパニックになることがあったので、ドライブに行くことがだんだん多くなりました。ドライブも同じコースでない不安になりました。ドライブの途中でコンビニエンスストアによって好きなお菓子が買えるのが楽しみでした。Bさんが18歳になった時お父さんが病気で亡くなりました。そのため、お母さんが働かなくてはならなくなりました。Bさんは特別支援学校の高等部を卒業する時、お母さんの介護負担を心配した進路指導の先生から入所施設利用を勧められました。お母さんはなんとかBさんと一緒に暮らせるように色々と考えましたが、年少の弟の世話や仕事をしながら私の身の回りの世話までできないので、Bさんは入所施設を利用することになりました。</p>
<p>意思決定支援会議のまとめ</p> <p><関係者からの情報></p> <p>○日常的なスケジュールが変わると落ち着きがなく不安そうにしていた。(家族)</p> <p>○自宅では自分でお湯を沸かしてカップラーメンを作って食べる事がある。(家族)</p> <p>○施設では自分でお湯を沸かしたりカップラーメンを作る場面がなかった。(入所施設職員)</p> <p>○目の前にある洋服や食べ物の中から自分が気に入った物を選んだり、絵カードや写真カードを見て、その日に行う活動を選ぶ。(入所施設職員)</p>	<p><推定される本人意思></p> <p>○生活場面が変わると不安定な状態になる恐れがあるので、このままの生活を続けたいのではないか。</p> <p>○自分で食べたいものを調理して作れるような暮らしがしたいのではないか。</p> <p>○今は入所施設での生活しか経験がないので、他にどのような暮らしがあるか知らないで決められないのではないか。</p>

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

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

利用者氏名(児童氏名)	B	障害程度区分	4	相談支援事業者名	C
障害福祉サービス受給者証番号	〇〇〇〇〇〇〇〇	利用者負担上限額	0	計画作成担当者	D
地域相談支援受給者証番号		通所受給者証番号		意思決定支援責任者	
計画作成日	〇年〇月〇日	モニタリング期間(開始年月)	1ヶ月	利用者同意署名欄	B

利用者の生活に対する意向
 慣れて落ち着いた今の施設での生活の場を変えずに、落ち着きがなく不安定になってしまいかもれないので、生活の場を変えたくないと思う一方、自分でお湯を沸かしてカップラーメンを食べたりなど、自分でできる事をしながら、より自由を広げて生活したいという思いもある。目の前にある洋服や食べ物の中から気に入った物を選んだり、絵カードや写真カードを見て、その日に行う活動を選んだりできるの、経験したことがないグループホームの生活も実際に経験してみること、施設の生活と比べて選ぶことができるのではないだろうか。

総合的な援助の方針
 グループホームの体験利用により、本人が今の施設での生活とグループホームでの生活を比べて、体験的に選ぶことができるよう意思決定を支援する。

□意思決定支援内容

意思決定支援が必要な項目	到達目標	支援内容	本人の役割	支援担当者(機関)
1 今の施設での生活を変えずに、落ち着きがなく不安定になってしまいかもれないので、生活の場を変えたくないと思う一方、自分でできる事をしながら、より自由を広げた生活したいという思いもある。グループホームの生活を実際に経験してみること、施設の生活と比べて選ぶことができるのではないかと。	体験利用を通じて、グループホームの生活を試し、今の施設での生活と比べてどちらで生活することが本人の意思なのか決めることができる。	①グループホームの体験利用についてBさんに分かりやすい方法で説明する。 ②施設で使っている絵カードやスケジュールをグループホームでも使い、混乱しないよう配慮する。 ③体験時の様子について記録する。 ④グループホーム体験利用後、意思決定支援会議を開催して本人の意思について確認する。	グループホームを体験利用し、より自由を広げて生活できるか試してみる。その結果、今の施設での生活とグループホームの生活を比べて、生活の場としてどちらが良いか意思を表明できる。	①相談支援専門員、サービス管理責任者(グループホーム) ②グループホームのサービス管理責任者、生活支援員 ③グループホームの生活支援員 ④本人、成年後見人、相談支援専門員 グループホーム関係者、施設関係者

□サービス等利用内容

優先順位	解決すべき課題(本人のニーズ)	支援目標	達成時期	福祉サービス等		課題解決のための本人の役割	評価時期	その他留意事項
				種類・内容・量(頻度・時間)	提供事業者名(担当者名・電話)			
1	グループホームを体験利用し、より自由を広げて生活できるか試してみること、施設での生活とグループホームの生活を比べて、本人の意思なのか決めることができるよう意思決定支援を行う。	体験利用を通じて、グループホームの生活を試し、今の施設での生活と比べてどちらで生活することが本人の意思なのか決めることができるよう意思決定支援を行う。	1ヶ月後	共同生活援助(体験利用) 30日	グループホーム〇〇	グループホームを体験利用し、より自由を広げて生活できるか試してみる。その結果、今の施設での生活とグループホームの生活を比べて、生活の場としてどちらが良いか意思を表明できる。	1ヶ月後	生活の中で本人の様子、特に表情などについて詳細に記録し、本人の生活の場への希望を確認する。施設で使っている絵カードやスケジュールをグループホームでも使い、混乱しないよう配慮する。
2								
3								

医政総発0603第1号
令和元年6月3日

各

都道府県
保健所設置市
特別区

 衛生主管部（局）長 御中

厚生労働省医政局総務課長
（ 公 印 省 略 ）

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
ガイドラインの発出について（通知）

近年、少子高齢化が進展し、単身の高齢者が増加している中、主にこうした方等を対象として、身元保証・身元引受等や日常生活支援、死後事務等を担う民間サービス（以下「身元保証等高齢者サービス」という。）が生まれている。

今後、こうしたサービスの需要が一層高まっていくことが見込まれる中、消費者被害を防止する観点から、内閣府の消費者委員会において、平成29年1月に、「身元保証等高齢者サポート事業に関する消費者問題についての建議」（以下「建議」という。）が取りまとめられた。建議においては、高齢者が安心して病院に入院することができるよう、病院が身元保証人等に求める役割等の実態を把握すること等が求められている。

また、成年後見制度の利用の促進に関する法律（平成28年法律第29号）に基づき、平成29年3月に閣議決定された「成年後見制度利用促進基本計画」（以下「基本計画」という。）において、「成年被後見人等の医療・介護等に係る意思決定が困難な人への支援等」について、医療・介護等の現場において、関係者が対応を行う際に参考となるような考え方を指針の作成等を通じて社会に提示し、成年後見人等の具体的な役割等が明らかになっていくよう検討することが求められている。

厚生労働省は、建議及び基本計画を踏まえ、平成29年度厚生労働科学特別研究事業「医療現場における成年後見制度への理解及び病院が身元保証人に求める役割等の実態把握に関する研究」において、医療現場における成年後見制度への理解及び病院が身元保証人に求める役割等の実態把握を行った。

また、平成29年度の研究の成果を踏まえた上で、平成30年度厚生労働行政

推進調査事業費補助金（地域医療基盤開発推進研究事業）「医療現場における成年後見制度への理解及び病院が身元保証人に求める役割等の実態把握に関する研究」において、医療機関に勤務する職員を対象とする「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」（以下「ガイドライン」という。）が取りまとめられたところである。

については、別添のガイドラインについて、貴管下医療機関へ周知し、活用を促していただくなど、関係部局・関係機関と十分連携の上、身寄りがない人や判断能力不十分で医療に係る意思決定が困難な人が安心して医療を受けられる環境の整備に努めていただくようお願いする。

また、ガイドラインについては、社会・援護局地域福祉課、同局保護課、同局障害保健福祉部障害福祉課及び老健局振興課より、各都道府県等の福祉部局にも周知しているところであり、貴部局におかれては、特にこれらの部局とも連携して対応いただくようお願いする。

なお、本通知は、地方自治法（昭和 22 年法律第 67 号）第 245 条の 4 第 1 項に規定する技術的な助言である。

【別添】

- 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

【参考】

- 「「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」について（周知依頼）」（令和元年 6 月 3 日付け厚生労働省社会・援護局地域福祉課長・保護課長・障害保健福祉部障害福祉課長・老健局振興課長通知）
- 「身元保証人等がないことのみを理由に医療機関において入院を拒否することについて」（平成 30 年 4 月 27 日付け厚生労働省医政局医事課長通知）

（照会先）

厚生労働省医政局総務課

電話：03-5253-1111（内線）4158

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

平成 30 年度厚生労働行政推進調査事業費補助金（地域医療基盤開発推進研究事業）
「医療現場における成年後見制度への理解及び病院が身元保証人に求める役割
等の実態把握に関する研究」班

研究代表者
山梨大学大学院総合研究部医学域 社会医学講座
山縣 然太郎

はじめに

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は、平成 29 年度厚生労働行政推進調査事業費補助金（厚生労働科学特別研究事業）および、平成 30 年度厚生労働科学研究費厚生労働行政推進調査事業補助金（地域医療基盤開発推進研究事業）「医療現場における成年後見制度への理解及び病院が身元保証人に求める役割等の実態把握に関する研究」班が、その研究成果をもとに策定しました。

平成 29 年 1 月に、内閣府成年後見制度利用促進委員会がとりまとめた「成年後見制度利用促進基本計画の案の作成に当たって盛り込むべき事項」及び内閣府消費者委員会が発出した「身元保証等高齢者サポート事業に関する消費者問題についての建議」を踏まえ、病院が成年後見人や身元保証人に求める役割や支援の実態、病院職員の制度理解の状況といった実態把握することを目的に本研究班が発足しました。本研究班では、全国約 6000 施設に対して調査を実施して現状を把握して、多くの現場で対応に苦慮していることがわかりました。さらに、現場での対応についてのヒアリング調査を行って好事例を集めました。これらを整理して、各分野の専門家による検討を経て、本ガイドラインを作成しました。

ガイドラインの策定にあたっては、関係者、関係団体各方面からのご意見を賜りましたことをあらためて感謝申し上げます。

本ガイドラインが、身寄りがない場合にも医療機関や医療関係者が患者に必要な医療を提供することができるように、また、患者も身寄りがなくとも安心して必要な医療を受けられるようにご活用いただければ幸いです。

2019 年 5 月

「医療現場における成年後見制度への理解及び病院が
身元保証人に求める役割等の実態把握に関する研究」

研究代表者 山縣 然太郎

内容

1. ガイドラインの背景・目的	4
2. ガイドラインの基本的な考え方	6
(1) ガイドラインの支援の対象者	6
(2) ガイドラインにおける「身元保証・身元引受等」の機能・役割	6
(3) 身寄りがいない人への対応において考えられる支援	7
(4) 本人の意思・意向の確認と尊重	7
(5) 成年後見制度と「身元保証・身元引受等」	8
①成年後見制度の相談窓口	10
②社会福祉協議会の日常生活自立支援事業の相談窓口	11
3. 医療機関における身寄りがいない人への具体的な対応	11
(1) 本人の判断能力が十分な場合	12
①緊急の連絡先に関する事	12
②入院計画書に関する事	12
③入院中に必要な物品の準備に関する事	13
④入院費等に関する事	14
⑤退院支援に関する事	15
⑥（死亡時の）遺体・遺品の引き取り、葬儀等に関する事	15
(2) 判断能力が不十分で、成年後見制度を利用している場合	16
①緊急の連絡先に関する事	16
②入院計画書に関する事	16
③入院中に必要な物品の準備に関する事	16
④入院費等に関する事	17
⑤退院支援に関する事	17
⑥（死亡時の）遺体・遺品の引き取り・葬儀等に関する事	17
(3) 判断能力が不十分で、成年後見制度を利用していない場合	19
①緊急の連絡先に関する事	19
②入院計画書に関する事	20
③入院中に必要な物品の準備に関する事	20
④入院費等に関する事	21
⑤退院支援に関する事	22
⑥（死亡時の）遺体・遺品の引き取り、葬儀等に関する事	22
4. 医療に係る意思決定が困難な場合に求められること	23
(1) 医療・ケアチームや倫理委員会の活用	23
(2) 成年後見人等に期待される具体的な役割	25

5. 事例集.....	28
6. おわりに.....	34
7. 資料編.....	34
(1) 用語の説明.....	34
(2) 支援シートの活用.....	41

1. ガイドラインの背景・目的

我が国では、少子高齢化が進展する中、認知症等により判断能力が不十分な人が増加するとともに、単身世帯の増加や頼れる親族がいない人の増加といった状況がみられます。今後、一層の少子高齢化の進展が予想される中、その人の判断能力や家族関係がどのような状態となっても、一人の個人としてその意思が尊重され、医療が必要なときは安心して医療を受けることができるようにしていくことが重要です。

これまで多くの医療機関では、家族等がいることを前提として、判断能力が不十分な人の手術等について家族等に同意書へのサインを求める運用や、入院費等の支払い、緊急時の連絡等の役割を果たす、いわゆる「身元保証・身元引受等」を求めてきた現状があります。

このような中、一人暮らしの高齢者等を対象とした、いわゆる「身元保証・身元引受等」や日常生活支援、死後事務等に関するサービス（以下、これらのサービスを総称して「身元保証等高齢者サポートサービス」¹という。）が増えていきます。しかし、身元保証等高齢者サポートサービスを提供する事業については、指導監督に当たる行政機関が必ずしも明確ではなく、利用者からの苦情相談についてもほとんど把握されていないとの指摘があります。

こうした状況を踏まえ、この度、本研究班では、多くの医療機関が求めている「身元保証・身元引受等」の機能や役割について整理を行い、既存の制度やサービスの利用など、「身元保証人・身元引受人等」がいないことを前提とした医療

¹ 身元保証等高齢者サポートサービスについて

成年後見制度・日常生活自立支援事業の利用や地域福祉ネットワークの協力を検討するも、制度の利用ができない等の理由から身元保証等高齢者サポートサービスの契約を検討する場合があります。当該サービスは、日々の見守りや医療機関への入院等の際の「身元保証・身元引受等」、亡くなった後の葬儀の手配等について、有償でこれらに対応するサービスです。

契約の形態は様々で、経営の主体や運営の方法、料金も様々な団体があります。医療機関において、「身元保証人・身元引受人等」ありきでこうしたサービスを提供する団体を勧めることについては、団体選びやサービス契約の内容など慎重にチェックして検討する必要があります。必要性を見極め、まずは公的な制度や地域資源の活用を検討することが大切です。

なお、本ガイドラインにおいて、「身元保証」という文言を用いていますが、これは「身元保証ニ関スル法律」に規定される雇用契約上の「身元保証」ではなく、医療機関で慣習的に用いられているいわゆる「身元保証」を指しています。

機関の対応方法を示すことによって、身寄りがいない場合にも医療機関や医療関係者が患者に必要な医療を提供することができるよう、また患者側も身寄りがなくても安心して必要な医療を受けられるよう、ガイドラインをとりまとめました。

認知症等により判断能力が不十分な人については、成年後見制度を利用している場合がありますが、一部の医療機関において、成年被後見人等であることのみをもって本人の意思は確認できないものとして取り扱われ、本人への説明がなされないことや成年後見人等が代理して締結することができる診療契約そのものを拒否されてしまうなどの不適切な事案も確認されています。²

そのため、本ガイドラインでは、医療の現場における成年後見人等の役割とその関わり方についても整理しており、医療機関や医療従事者に向けてそれらを周知することも目的として作成しています。

² 日本弁護士連合会、日本司法書士連合会・成年後見センターリーガル・サポート、日本社会福祉士会の各会員を対象とした内部調査における実際の事例提供

2. ガイドラインの基本的な考え方

(1) ガイドラインの支援の対象者

本ガイドラインの支援の対象となる人は、身寄りがない人に加えて、例えば、次のような人も対象になりうると想定されます。

- ① 家族や親類へ連絡がつかない状況にある人
- ② 家族の支援が得られない人

(2) ガイドラインにおける「身元保証・身元引受等」の機能・役割

医療機関が「身元保証・身元引受等」に求める機能や役割としては、主に次のような事項であると考えられます。³

- ① 緊急の連絡先に関すること
- ② 入院計画書に関すること
- ③ 入院中に必要な物品の準備に関すること
- ④ 入院費等に関すること
- ⑤ 退院支援に関すること
- ⑥ (死亡時の) 遺体・遺品の引き取り・葬儀等に関すること

なお、上記の他に「身元保証・身元引受等」に対して医療行為の同意をする役割を期待している事例もありますが、医療行為の同意については、本人の一身専属性がきわめて強いものであり、「身元保証人・身元引受人等」の第三者に同意の権限はないものと考えられます。その上で、医療行為の同意に関する考え方や対応については、「4. 医療に係る意思決定が困難な場合に求められること」に詳述しています。

そのため、本ガイドラインにおいて、「身元保証・身元引受人等」とは上記①～⑥のいずれかの役割を指し、「身元保証人・身元引受人等」とはその役割を期待されている人又は団体を指すこととします。

³ 平成 29 年度厚生労働科学特別研究事業「医療現場における成年後見制度への理解及び病院が身元保証人に求める役割等の実態把握に関する研究」。事項の順番や表現については、研究班がガイドラインの内容に併せて、一部改変。

(3) 身寄りがない人への対応において考えられる支援

身寄りがない人への対応については、本人の判断能力の程度や入院費用等の資力の有無、信頼できる家族等の有無等に応じて、様々な支援が考えられますが、主に以下の支援について検討されるものと考えられます（具体的な対応については、「3. 医療機関における身寄りがない人への具体的対応」を参照）。

- 医療・ケアチームとの連携
- 当該患者の状況に応じた介護・福祉サービスの相談
- 一部負担金の減額・免除・支払猶予や無料定額診療事業、生活困窮者自立支援制度、生活保護制度等の行政サービスへの相談
- 支払い方法の相談
- 成年後見制度や日常生活自立支援事業等の権利擁護の制度の利用相談

(4) 本人の意思・意向の確認と尊重

通常時は判断能力が十分な人であっても、疾病・障害、環境の変化によるストレス等で一時的に意思決定能力が低下することがあります。このような場合にも、本人が安心できるように働きかけ、本人の意思を尊重し、その決定を支援する対応を行うこととなります。

判断能力が不十分な人であっても、本人には意思があり、意思決定能力を有するということが前提にして、本人の意思・意向を確認し、それを尊重した対応を行うことが原則です。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）、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考えられ、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ことが求められています⁴。

本ガイドラインが対象とする「医療に係る意思決定が困難な人」への支援においても、まずは本人の意思の尊重に基づき行います。この場合、意思決定能

⁴ 平成30年度厚生労働省「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」

このガイドラインは、意思決定支援のプロセスについて、意思形成支援、意思表明支援、意思実現支援とし、各プロセスのポイントや注意点を示しています。

力を固定的に考えず、病状や状況、行為内容によって変化するものにとらえ、その時点の意思決定能力の状況に応じて支援をします。⁵

成年後見制度の利用相談によって本人を支援する場合も、成年後見人等には本人の意思を尊重しながら業務をおこなう義務があること⁶、ある程度の判断能力がある補助、保佐類型の場合には、本人の同意が無ければ補助人、保佐人に代理権が与えられないことを理解しておく必要があります。本人の意思を尊重した対応として、医療の提供に当たり、本人が記した、いわゆる「事前指示書」の内容を尊重することも考えられます。本人が「事前指示書」や「エンディングノート」などを記載していないか確認します。

(事例6「医療機関の「身元保証・身元引受等」問題について取り組んだ市の事例」)

各市町村の社会福祉協議会や、成年後見センター、権利擁護センターでは、介護や医療、葬儀やお墓、遺言、成年後見制度等について学び、いざという時にどう備えるかを考える「終活セミナー」等を実施している場合があります。

例えば、本ガイドラインの作成にあたって参考にした愛知県半田市における取組として、NPO法人知多地域成年後見センターが、自分らしい生き方・老い方（老）と、生活を守るための制度や法律（Law）を学ぶ「知多半島ろうスクール」を実施しているほか、市が作成している事前指示書の説明会を行う等の活動を行なっています。

地域でどのような実践が展開されているかを確認し、希望する人に対し、医療機関からセミナーや説明会を周知・紹介することも考えられます。

(5) 成年後見制度と「身元保証・身元引受等」

認知症、知的障害、精神障害などの理由で判断能力が不十分な人は、不動産や預貯金などの財産を管理したり、必要な介護・福祉サービスや施設への入所契約を結んだりすることが難しい場合があります。

成年後見制度は、このような判断能力の不十分な人を保護し、支援することを目的としており、判断能力が不十分になってから利用する法定後見制度⁷と、判断能力が十分な時から判断能力が不十分になった時に備えておく任意後見制

⁵ 平成30年度厚生労働省「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」【再掲】

⁶ 「本人意思尊重義務」（民法858条）

⁷ 判断能力の程度によって補助・保佐・後見類型があり、類型や本人の同意の有無によって後見人等に与えられる権限が違います。家庭裁判所に申立てを行い、家庭裁判所が後見人等を選任します。申立てが出来る人は、本人、配偶者、四親等内親族、市町村長等です。詳しくは用語の説明を参照して下さい。

度⁸があります。本人や家族等が家庭裁判所への申立てを行うことで成年後見人等が選任されます。

成年後見人等は、民法の規定により、本人の財産管理や、本人に代わって、医療・介護・福祉サービス等の契約の締結を行うことができます。また、成年後見人等は本人の法定代理人に当たるため、契約締結をするために必要となる本人の個人情報についても医療機関から成年後見人等へ情報提供が可能です。⁹

＜成年後見人等かどうかの確認について＞

成年後見人等は、成年後見に係る「登記事項証明書」¹⁰と身分証明書を提示して業務を行います。補助人、保佐人の場合は、家庭裁判所から補助人、保佐人に与えられている権限についても後見登記事項証明書に記載があります。

「後見人」と名乗っている人の中には、「事実上、本人の世話をしている人」という意味で、この名称を用いている場合もあります。

医療機関としては、後見登記事項証明書の提示を求め、補助人、保佐人の場合には「医療契約及び病院への入院に関する契約」に関しての代理権の記載があるかを確認してから個人情報の提供をする等、適切な取り扱いをすることが求められます¹¹。

「身元保証・身元引受等」に求めている役割や機能のうち、成年後見人等の対応によってカバーされるものもあるため、医療機関としても身寄りがない人の支援を行う場合、成年後見制度を利用しているかどうかを確認し、成年後見人等と連絡を取ることで解決できる課題があることを知っておくことが大切です。

身寄りがない人で成年後見制度を利用していない場合に、成年後見制度につ

⁸ 判断能力が十分な時に、判断能力が不十分になった時に備えて、予め成年後見人等をお願いしたい人（任意後見受任者という）に、お願いしたいことを決めておく仕組みです。公証役場で任意後見契約を締結して、判断能力が不十分になった際に、任意後見受任者等が診断書等を添付の上、家庭裁判所に対し「任意後見監督人選任の申立て」を行って、任意後見契約を発効させます。詳しくは用語の説明を参照して下さい。

⁹ 「個人情報の保護に関する法律についてのガイドライン（通則編）」（平成28年11月（平成31年1月一部改正）個人情報保護委員会）において、「個人情報の取扱いに関して同意したことによって生ずる結果について、未成年者、成年被後見人、被保佐人及び被補助人が判断できる能力を有していないなどの場合は、親権者や法定代理人等から同意を得る必要がある。」とされています。

¹⁰ 後見登記等に関する法律（平成11年法律第152号）第10条第1項第2号における「自己を成年後見人等・・・とする登記記録」を指します。

¹¹ 成年後見に係る登記事項証明書と身分証明書の写しを保存する等、運用の工夫をしている医療機関があります。

いて説明¹²し、その相談窓口を紹介することも考えられます。

なお、親族ではなく専門職等の第三者が成年後見人等に選任されている場合¹³、成年後見人等が本人の債務の保証人等になることは、一般的に適切でない¹⁴とされています。

①成年後見制度の相談窓口

成年後見制度の利用については、以下の相談窓口にご相談することになります。¹⁵

65 歳以上の高齢者の場合

…地域包括支援センター又は市町村の介護保険・高齢者担当部署

18 歳以上 65 歳未満の場合

…基幹相談支援センター、市町村の障害担当部署等

上記の相談窓口が、本人の状態に応じ、申立てできる親族への連絡や申立てる親族がない等の場合には「市町村長申立て」が可能かどうかを検討します。成年後見人等の選任まで時間がかかり、その間に本人の生活や財産管理のために必要がある場合には、「後見開始の審判前の保全処分の申立て」¹⁶を検討する場合があります。

¹² 法務省や最高裁判所が作成した成年後見制度について説明するパンフレットをホームページ上からダウンロードできます。

¹³ 弁護士、司法書士、社会福祉士等が成年後見人等に選任されている場合や、自治体等が養成した市民後見人が成年後見人等に選任されている場合、NPO団体や一般社団法人などの法人が成年後見人等に選任されている場合があります。

¹⁴ 成年後見制度では、成年後見人等が後見等の事務を行うために必要な費用は、被後見人等の財産の中から支弁することとされています（民法第 861 条第 2 項等）。また、成年後見人等が本人の債務の保証人となり、これを弁済した場合、成年後見人等が本人に対して求償権をもつことになるため、支払を請求する人と支払を決定する人が同一という、利害が対立する関係になります。

¹⁵ 各市町村では、成年後見制度利用促進基本計画に基づき権利擁護支援の地域連携ネットワークの中核機関の設置を進めており、この中核機関は成年後見制度に関する広報・相談機能等を備えることとされています。中核機関として、権利擁護センターや成年後見センターが社会福祉協議会やNPO法人等に設置されていることもありますので、市町村にご確認下さい。

¹⁶ 成年後見制度では、申立人が家庭裁判所に申立てを行ってから、成年後見人等が選任されるまで数ヶ月かかることもあり、成年後見人等が選任されるまでの間の金銭管理や入院

②社会福祉協議会の日常生活自立支援事業の相談窓口

判断能力が不十分な場合でも、自身の契約について理解でき、在宅生活を継続している人を対象に、社会福祉協議会が日常生活自立支援事業を実施し、利用者の権利擁護支援を実施しています¹⁷。この事業の対象となる判断能力が不十分な人とは、認知症と判断された高齢者、療育手帳や精神障害者保健福祉手帳を有する人に限るものではありません。在宅生活を継続する人で、日常的な金銭管理の支援が必要と思われる人については、退院にあたって、日常生活自立支援事業の利用について社会福祉協議会に相談することを勧めるという方法もあります。(事例3「転院時の課題を解決した事例」参照)

3. 医療機関における身寄りがいない人への具体的対応

ここでは、(1) 本人の判断能力が十分な場合、(2) 本人の判断能力が不十分で成年後見制度を利用している場合、(3) 本人の判断能力が不十分で成年後見制度を利用していない場合、に分けて対応を示します。

どの場合でも、本人の意思を確認・尊重しながら支援を行なっていくことが原則です。

ここでは、「身元保証・身元引受等」の機能の①～⑥の対応を解説します。

- ① 緊急の連絡先に関する事
- ② 入院計画書に関する事
- ③ 入院中に必要な物品の準備に関する事
- ④ 入院費等に関する事
- ⑤ 退院支援に関する事
- ⑥ (死亡時の) 遺体・遺品の引き取り・葬儀等に関する事

の対応に困るケースがあります。

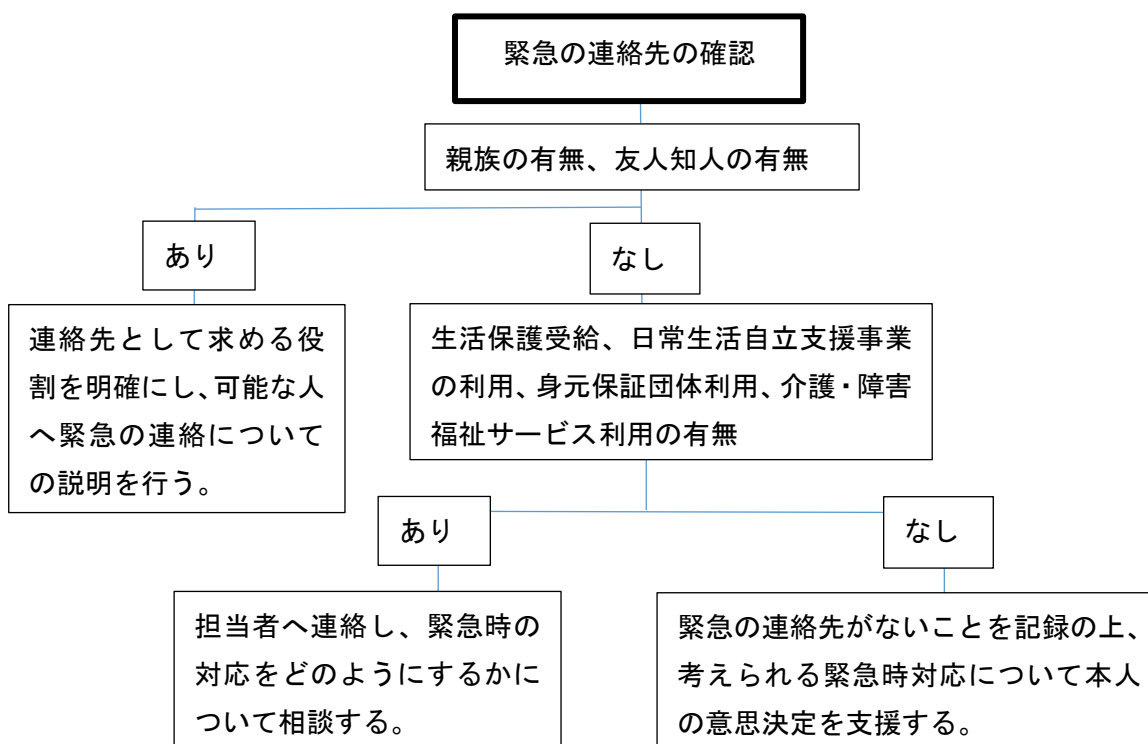
この場合、「後見開始の審判前の保全処分」の申立てをすることができます。これは、申立てから後見開始の審判の効力が発生するまでの間の財産の管理者を選任するものです。財産管理者は本人の財産を保全するのが仕事ですが、必要に応じて家庭裁判所の許可を得ながら医療費を支払う場合があります。各地域の家庭裁判所の運用状況について、成年後見制度の相談窓口にご相談下さい。

¹⁷ 詳しくは用語の説明(P37「日常生活自立支援事業」)を参照して下さい。

(1) 本人の判断能力が十分な場合

①緊急の連絡先に関すること

下記のフローチャートを参考に親族や友人知人の有無等を確認し、本人の意向を確認した上で、緊急連絡先となれる人がいるかを確認します。



②入院計画書に関すること

本人が理解できるようわかりやすく説明を行います。家族、ケアマネジャー、相談支援専門員や友人・知人など、本人の身の回りの人で、本人の入院診療についての説明に同席を希望する人がいる場合は本人の意向を確認した上で、情報提供を行います。¹⁸

¹⁸ 「基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」（平成30年3月5日保医発0305第2号厚生労働省保険局医療課長通知）別添2 入院基本料等の施設基準等（抄）

1 入院診療計画の基準

- (1) 当該保険医療機関において、入院診療計画が策定され、説明が行われていること。
- (2) 入院の際に、医師、看護師、その他必要に応じ関係職種が共同して総合的な診療計画を策定し、患者に対し、・・・文書により病名、症状、治療計画、検査内容及び日程、手術内容及び日程、推定される入院期間等について、入院後7日以内に説明を行うこと。
- (3) 入院時に治療上の必要性から患者に対し、病名について情報提供し難い場合において

③入院中に必要な物品の準備に関すること

医療機関としては、病衣やタオル、洗面用具等の入院に必要な物品について購入や貸し出しができる環境にあることが望ましいです。

本人の意向を確認した上で、自分で入院中に必要な物品の準備等が出来ない方の場合、①緊急の連絡先の確認時に確認した身近な存在の人がいるときは、物品の準備等を行ってくれるかどうか相談して下さい。¹⁹有償のボランティア団体の利用やリース等の利用も考えられます。

は、可能な範囲において情報提供を行い、その旨を診療録に記載すること。

(4) 医師の病名等の説明に対して理解できないと認められる患者（例えば小児、意識障害患者）については、その家族等に対して行ってもよい。

(5) 説明に用いた文書は、患者（説明に対して理解できないと認められる患者についてはその家族等）に交付するとともに、その写しを診療録に貼付するものとする。

(6) 略

¹⁹ 参考：入院中の生活保護日用品費について

生活保護を受給している人の保護費は原則ご自身の口座に振り込まれますが、支給の方法を相談することで、例外的に入院患者が重症であること等のため保護費（入院患者日用品費）の受領が事実上困難な場合には、病院長等が被保護者である入院患者の委任を受けて代理人として保護費を受領できる場合があります。

④入院費等に関すること

本人に判断能力があり、入院費等の支払いが可能な場合は、原則本人が支払います。

入院費等の未払いを防ぐ工夫として、入院時に本人の保険証を確認することが必要です。

保険証の有効期限を確認し、短期被保険者証（有効期限の短い保険証）が交付されている場合や被保険者資格証明書になっている場合には、保険料の納付が滞っていることが考えられますので、保険料の納付状況も含めて自治体に相談します。

保険料の未納がある場合、窓口での自己負担が自己負担限度額までとなる限度額適用認定証を発行してもらえない場合がありますので、この場合も入院費等の支払いや保険料の納付も含めて自治体との相談が必要になる場合があります。

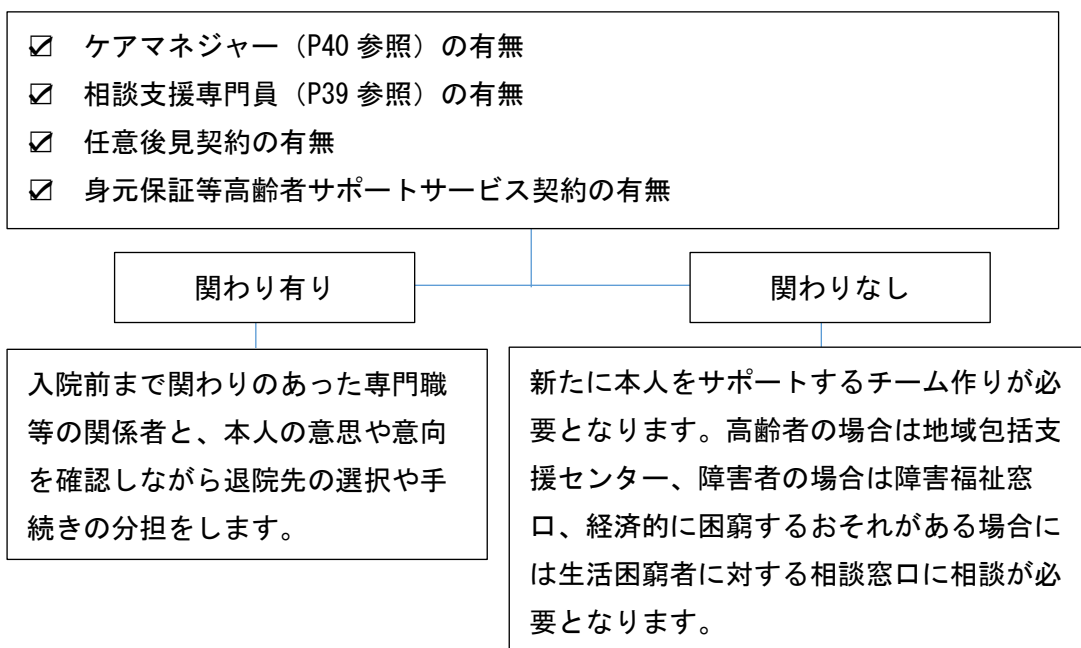
本人が保険証を持っていない場合や生活費等に困窮していると考えられる場合には、自治体の生活困窮者に対する相談窓口や生活保護の相談窓口への相談も必要です。

なお、生活保護の開始時期は、急迫保護²⁰の場合を除き、原則として申請のあった日以降において要保護状態であると判定された日となるため、入院時の初期対応が重要になります。（事例2「保険証から生活困窮を発見し公的扶助となった事例」参照）

²⁰ 生活保護制度は、本人からの申請に基づくことを原則としています（申請主義）が、重篤な状態で生命の危機にある等、本人からの申請が難しい場合には、申請がなくとも役所の職権で保護を決定します。これを急迫保護といいます。

⑤退院支援に関すること

退院支援が必要な場合は、退院先や退院後の生活等について本人に相談します。その際、下記の項目を確認しておいて下さい。(事例3「転院時の課題を解決した事例」参照)



⑥(死亡時の) 遺体・遺品の引き取り、葬儀等に関すること

親族等がない場合の遺体・遺品の引き取り・葬儀等²¹については市町村が行うこととなります。²²²³

可能であれば窓口となっている課や部など(市町村によって違います)に手順

²¹ 病院からの搬送は葬儀の専門会社が行うことが多くあり、その連絡先も予め市町村に確認をしておくこととスムーズです。その際、死亡届の死亡届出人を医療機関の長等に求められることがあります。公立病院の場合は公設長、私立病院の場合は家屋管理人となります。

²² 墓地、埋葬等に関する法律(抄)

第9条 死体の埋葬又は火葬を行う者がいないとき又は判明しないときは、死亡地の市町村長が、これを行わなければならない。

2 前項の規定により埋葬又は火葬を行つたときは、その費用に関しては、行旅病人及び行旅死亡人取扱法(明治32年法律第93号)の規定を準用する。

²³ 行旅病人及び行旅死亡人取扱法(抄)

第7条 行旅死亡人アルトキハ其ノ所在地市町村ハ其ノ状況相貌遺留物件其ノ他本人ノ認識ニ必要ナル事項ヲ記録シタル後其ノ死体ノ埋葬又ハ火葬ヲ為スベシ
墓地若ハ火葬場ノ管理者ハ本条ノ埋葬又ハ火葬ヲ拒ムコトヲ得ス

を確認しておくスムーズです。

なお、本人の意向を確認し、親族以外の人においても死亡時に立ち会って見送れる人がいれば、最期の見送りの同席について相談します。

（２）判断能力が不十分で、成年後見制度を利用している場合²⁴

①緊急の連絡先に関すること

成年後見人等に、緊急連絡先となるかどうかについて確認します。

成年後見人等が選任されていても、緊急連絡先となりうる親族等がいる場合もあり、この場合には誰が緊急連絡先となるか、親族や成年後見人等の間で確認が必要です。

なお、成年後見人等が緊急連絡先とならない場合でもあっても、その後の医療費等の支払いや見守り体制に関わるため、緊急時の対応が終了したのちに本人の状況等や治療の経過等について成年後見人等に伝えます。

②入院計画書に関すること

本人が理解できるようわかりやすく説明を行うとともに、家族、ケアマネジャー、相談支援専門員や友人・知人など、本人の身の回りの人で、本人の入院診療についての説明に同席を希望する人がいる場合は本人へ意向を確認した上で、情報提供を行います。

また、医療機関が提供する診療の内容を説明しているものとして、診療契約の代理権をもつ成年後見人等にその内容の確認を求めます。本人や家族等だけでなく、成年後見人等にも説明します。

③入院中に必要な物品の準備に関すること

医療機関としては、病衣やタオル、洗面用具等の入院に必要な物品について購入や貸し出しができる環境にあることが望ましいです。

入院に必要な物品を準備する等の事実行為は成年後見人等の業務として行うものではありません。しかし、これらを行う有償サービスを手配するのは成年後見人等の業務に含まれます。

また、身上保護・財産管理等、成年後見人等の一連の業務にあわせて、成年後見人等自らが入院中に必要な物品を準備している場合もあります。依頼したい具体的な内容を成年後見人等に伝え、相談します。

²⁴ 本人に適切な医療が提供されることが重要です。場合によっては成年後見人等が不在でも、本人を取り巻く関係者がそれぞれの役割を分担すること等で適切な医療が提供されるよう調整をお願いします。

④入院費等に関すること

成年後見人等が支払代行をしますので、成年後見人等に相談します。

成年後見人等は、後見によって生じる費用は本人の財産から支弁します。なお、成年後見人等が保証人として、入院費を負担することはありません。（詳細は2.（5）参照）

⑤退院支援に関すること

本人の意向を確認した上で、成年後見人等に相談します。

転院・退院する場合の医療・介護・福祉サービスの契約は成年後見人等の業務となります。退院後、本人にどのようなサービスが必要と考えられるのか、どのような選択肢がありうるのかについて、成年後見人等に説明します。

なお、成年後見人等は、居室の明け渡しや転院・退院の付き添いのような事実行為を成年後見人等の業務として行うものではありません。しかし、必要に応じてこれらを行うサービスを手配するのは成年後見人等の業務に含まれます。

また、医療機関への入院費の支払いや新しい介護・福祉サービス契約の締結にあわせて、成年後見人等自らが契約の締結のために付随する事実行為を実施する等の対応を行っている場合もあります。依頼したい具体的内容を伝え、成年後見人等に相談します。

⑥（死亡時の）遺体・遺品の引き取り・葬儀等に関すること

後見、保佐、補助類型のうち、後見類型については、家庭裁判所の許可の上、成年後見人が一部の死後事務を行うことができるため、後見類型の場合には成年後見人に相談します。²⁵

²⁵成年後見の事務の円滑化を図るための民法及び家事事件手続法の一部を改正する法律（平成28年法律第27号）により、相続財産の保存行為、弁済期が到来した相続債務の弁済、火葬又は埋葬に関する契約の締結等といった一定の範囲の死後事務については、成年後見人の権限に含まれることとされました（平成28年10月13日施行）。

成年後見人は下記の死後事務を行うことができます。なお、「葬儀」に関する権限については、成年後見人としての事務に含まれていません。

(1)個々の相続財産の保存に必要な行為

（具体例）

- ・ 相続財産に属する債権について時効の完成が間近に迫っている場合に行う時効の中断（債務者に対する請求。民法第147条第1号）
- ・ 相続財産に属する建物に雨漏りがある場合にこれを修繕する行為

(2) 弁済期が到来した債務の弁済

なお、補助人、保佐人の場合も、本人の個別の死後事務委任契約（P37参照）を把握している場合があるため、相談します。

また、死亡診断書は死亡届とともに本人の死亡地、本籍地又は届出人の住所地の市町村へ提出します。²⁶死亡届の提出は成年後見人等でも行うことができます。

²⁷（事例1「成年後見人による医療に関する意思決定支援事例」参照）

（具体例）

- ・ 成年被後見人の医療費、入院費及び公共料金等の支払
- (3) 家庭裁判所の許可の上、その死体の火葬又は埋葬に関する契約の締結その他相続財産全体の保存に必要な行為（(1)(2)に当たる行為を除く。）

（具体例）

- ・ 遺体の火葬に関する契約の締結
- ・ 成年後見人が管理していた成年被後見人所有に係る動産の寄託契約の締結（トランクルームの利用契約など）
- ・ 成年被後見人の居室に関する電気・ガス・水道等供給契約の解約
- ・ 債務を弁済するための預貯金（成年被後見人名義口座）の払戻し

²⁶ 戸籍法（抄）

第25条 届出は、届出事件の本人の本籍地又は届出人の所在地でこれをしなければならない。

第86条 死亡の届出は、届出義務者が、死亡の事実を知った日から七日以内(国外で死亡があつたときは、その事実を知った日から三箇月以内)に、これをしなければならない。

2 届書には、次の事項を記載し、診断書又は検案書を添付しなければならない。

- 一 死亡の年月日時分及び場所
- 二 その他法務省令で定める事項

3 略

第88条 死亡の届出は、死亡地でこれをすることができる。

2 略

²⁷ 戸籍法（抄）

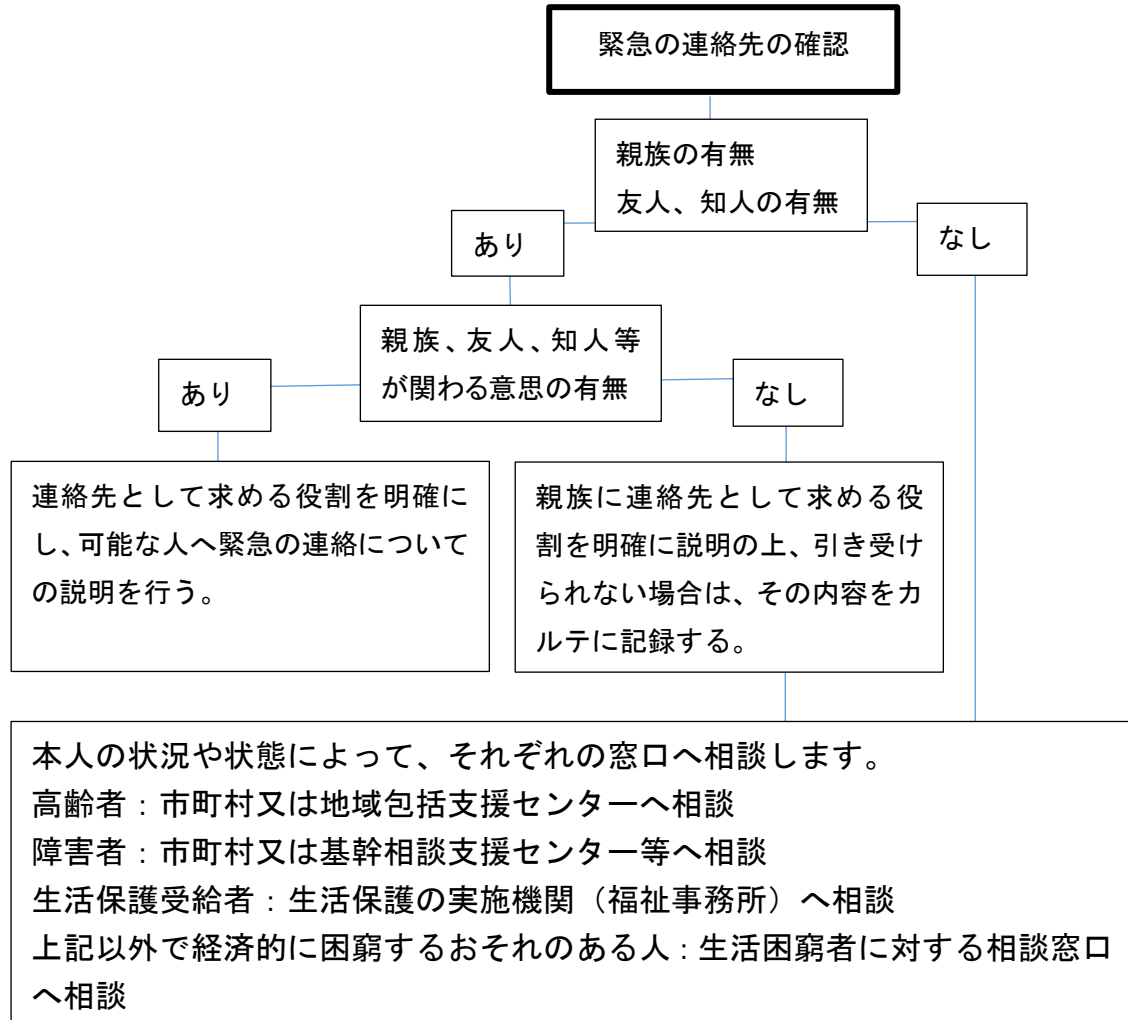
第87条 略

2 死亡の届出は、同居の親族以外の親族、後見人、補佐人、補助人及び任意後見人も、これを行うことができる。

(3) 判断能力が不十分で、成年後見制度を利用していない場合

① 緊急の連絡先に関すること

下記のフローチャートを参考に親族や友人知人の有無等を確認し、本人の意向を確認した上で、緊急連絡先となれる人がいるかを確認します。



地域包括支援センター等が介護予防の事業や民生委員等からの情報で本人の暮らしを把握していることもあります。本人と相談の上、地域包括支援センターや市町村と連絡を取ります。

本人が、緊急の連絡先やかかりつけ医などを予め記載した書類等を救急搬送時に持ってきている場合があります。救急要請から搬送までの経過を救急隊員より聞き取りをして、本人が予め記載した書類や搬送前に立ち会った人などから情報を得ます。

②入院計画書に関すること

本人が理解できるようわかりやすく説明を行うとともに、家族、ケアマネジャー、相談支援専門員や友人・知人など、本人の身の回りの人で、本人の入院診療についての説明に同席を希望する人がいる場合は、本人の意向を確認した上で、情報提供を行います。

また、説明に対して理解できないと認められるほど判断能力が不十分な場合には、家族等への説明を行うことで対応します。²⁸

なお、説明できる家族等がないときは、本人への説明を試みた上で、その旨をカルテに記載することで対応²⁹します。

③入院中に必要な物品の準備に関すること

医療機関としては、病衣やタオル、洗面用具等の入院に必要な物品について購入や貸し出しができる環境にあることが望ましいです。

本人の意向を確認した上で、自分で入院中に必要な物品の準備等が出来ない人の場合、①緊急の連絡先の確認時に確認した身近な存在の人がいるときは、物品の準備等を行ってくれるかどうか相談してみます。有償のボランティア団体の利用やリース等の利用も考えられます。

²⁸ 注 18 参照

²⁹ 疑義解釈資料の送付について（その7）（平成19年4月20日厚生労働省保険局医療課事務連絡 別添【9 入院基本料等の施設基準（入院診療計画）】）

（問32）入院診療計画書は、文書により作成後、入院後7日以内に患者に対して説明をしなければならぬが、患者が昏睡状態であるなど、入院後7日以内に患者に説明ができなかった場合には、当該患者の入院に係わる入院基本料又は特定入院料の全てが算定できないのか。

（答）医師の病名等の説明に対して理解ができないと認められる患者については、その家族等に対して説明を行えば算定できる。

また、説明できる家族等もない場合には、その旨カルテに記載して算定できる。なお、患者の状態が改善し説明が行える状態になった場合又は家族等が現れた場合等には、速やかに説明を行い、その旨カルテに記載すること。

④入院費等に関すること

可能な限り、本人に対して普段どのように金銭の出し入れや管理をしていたのか聞き取りをします。金銭管理のみ関わっていた人がいることもあります。その場合は本人の意向を確認した上で、その人に連絡を取ります。

入院費等の未払いを防ぐ工夫として、入院時に本人の保険証を確認することが必要です。

保険証の有効期限を確認し、短期被保険者証（有効期限の短い保険証）が交付されている場合や被保険者資格者書になっている場合には、保険料の納付が滞っていることが考えられますので、保険料の納付状況も含めて自治体に相談します。

保険料の未納がある場合、窓口での自己負担が自己負担限度額までとなる限度額適用認定証を発行してもらえない場合がありますので、この場合も入院費等の支払いや保険料の納付も含めて自治体との相談が必要になります。

本人が保険証を持っていない場合や生活費等に困窮していると考えられる場合には、自治体の生活困窮者に対する相談窓口や生活保護の相談窓口への相談も必要です。

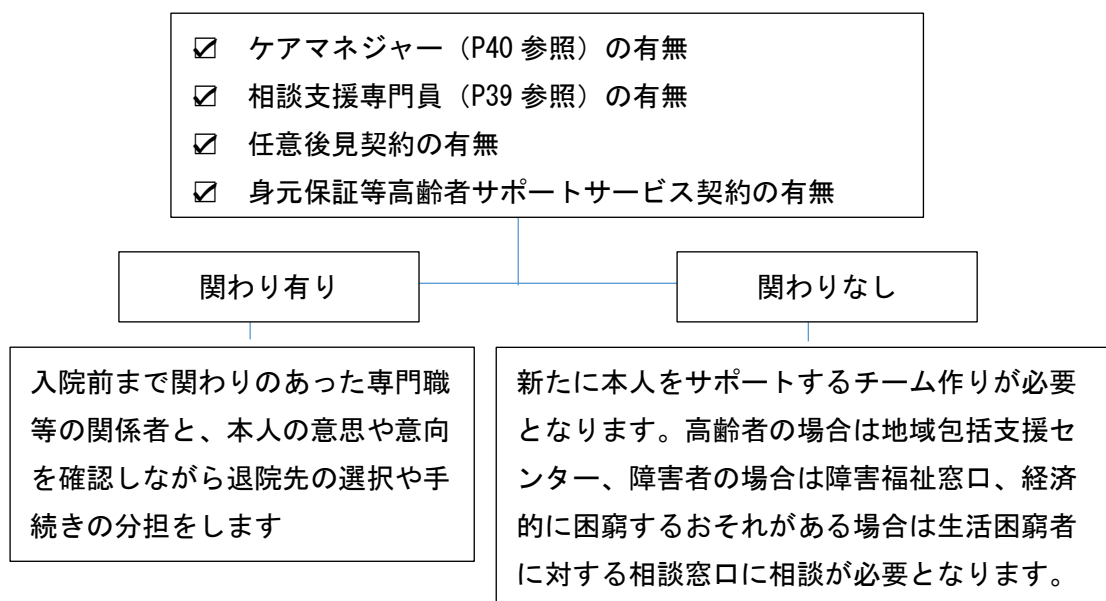
なお、生活保護の開始時期は、急迫保護の場合を除き、原則として申請のあった日以降において要保護状態であると判定された日となるため、入院時の初期対応が重要になります。

また、社会福祉協議会が実施している日常生活自立支援事業（P37 参照）では、ある程度の契約能力があつて在宅生活の継続が可能な場合には、日常的な金銭管理の相談をすることもできます。

判断能力が不十分な場合で日常的な金銭管理が今後も難しいと判断される場合は、成年後見制度の利用も視野に入れて、本人の住所地の地域包括支援センター（P39 参照）や市町村の障害福祉の権利擁護担当に相談します。（事例2「保険証から生活困窮を発見し公的扶助となった事例」参照）

⑤退院支援に関すること

成年後見制度の利用準備を含めた退院支援によってスムーズに進むケースもありますので、本人をサポートするチーム作りをしていく過程で、成年後見制度の相談窓口への相談も必要です。(事例4「施設入所時の課題を解決した事例」) 参照)



⑥ (死亡時の) 遺体・遺品の引き取り、葬儀等に関すること

親族等がない場合の遺体・遺品の引き取り・葬儀等³⁰については市町村が行うこととなります。

可能であれば窓口となっている課や部など(市町村によって違います)に手順を確認しておくこととスムーズです。³¹³²

なお、本人の意向を確認し、親族以外の人においても死亡時に立ち会って見送れる人がいれば、最期の見送りの同席について相談します。

³⁰ 注 21 参照

³¹ 注 22 参照

³² 注 23 参照

4. 医療に係る意思決定が困難な場合に求められること

医療法第1条の4第2項では、「医師、歯科医師、薬剤師、看護師その他の医療の担い手は、医療を提供するに当たり、適切な説明を行い、医療を受ける者の理解を得るよう努めなければならない。」とされており、本人の判断能力の程度にかかわらず、医師等の医療従事者から適切な情報の提供と説明がなされ、本人による意思決定を基本とした上で適切な医療提供を行うことが重要です。

一方で、現実の医療の場面では、一時的に意識を失った患者など本人の意思が確認できない場合も日常的に多くみられます。現時点では、このような場合における本人以外の第三者の決定・同意について、法令等で定められている一般的なルールはなく、社会通念や各種ガイドライン³³に基づき、個別に判断されているものと考えられます。

成年被後見人等の認知症や精神障害・知的障害により判断能力が不十分な人についても、成年後見人等の第三者が医療に係る意思決定・同意ができるとする規定はなく、成年被後見人等に提供される医療に係る決定・同意を行うことは後見人等の業務に含まれているとは言えません。

ここでは、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出来るよう、「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」（平成30年3月改訂 厚生労働省）（以下「プロセスガイドライン」という。）の考え方も踏まえ、医療・ケアチームや臨床倫理委員会等の活用など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しています。

（1）医療・ケアチームや倫理委員会の活用

意思決定が求められる時点で本人の意思が確認できない場合、「プロセスガイドライン」の考え方を踏まえ、関係者や医療・ケアチームの中で慎重な判断を行う必要があります。なお、直ちに救命措置を必要とするような緊急の場合には、柔軟に対応する必要があります。

（プロセスガイドライン抜粋）

- ① 家族等が本人の意思を推定できる場合には、その推定意思を尊重し、本人にとっての最善の方針をとることを基本とする。
- ② 家族等が本人の意思を推定できない場合には、本人にとって何が最善であるかについて、本人に代わる者として家族等と十分に話し合い、本人にとつ

³³ 慣習的に家族による決定・同意が行われているほか、近年は厚生労働省や各学会によるガイドラインが公表されている。

での最善の方針をとることを基本とする。時間の経過、心身の状態の変化、医学的評価の変更等に応じて、このプロセスを繰り返し行う。

- ③ 家族等が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には、本人にとっての最善の方針をとることを基本とする。
- ④ このプロセスにおいて話し合った内容は、その都度、文書にまとめておくものとする。

医療に関する意思決定においては、病院の医療職だけでなく、成年後見人等やケアマネジャー、ホームヘルパーなど患者に係わる人が、繰り返し最善の方法に関して話し合いを行うことが必要となります。

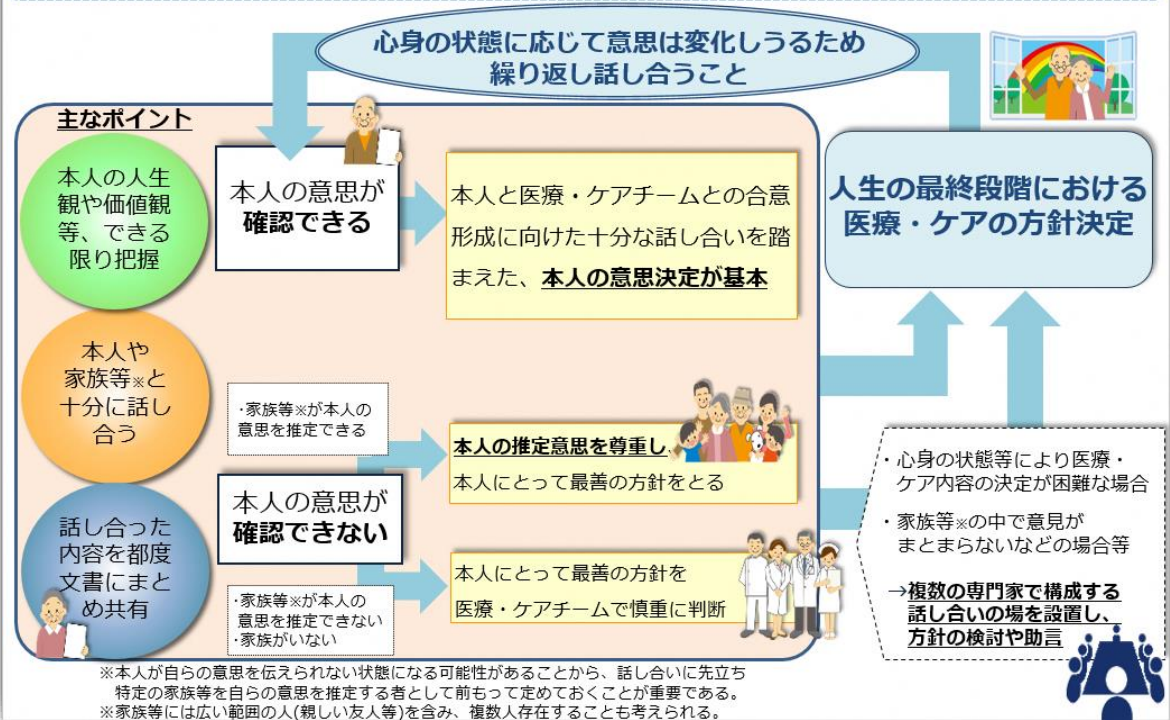
医療機関においては、身寄りがない人へのマニュアル作成、院内および地域での倫理カンファレンスの実施、臨床倫理委員会の設置などの体制整備を行うことも有効です。(事例1「成年後見人による医療に関する意思決定支援事例」及び事例5「身寄りがない人への院内マニュアル作成等の取組事例」参照)

なお、日常的な場面での意思決定支援に関するものとして、「認知症の人の日常生活・社会生活における意思決定支援ガイドライン」(平成30年6月厚生労働省)、「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」(平成29年3月厚生労働省)³⁴が示されています。

³⁴ 障害福祉サービス事業者が障害福祉サービスを提供する際に行う意思決定支援についてまとめられているものです。

「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」 における意思決定支援や方針決定の流れ（イメージ図）（平成30年版）

人生の最終段階における医療・ケアについては、医師等の医療従事者から本人・家族等へ適切な情報の提供と説明がなされた上で、介護従事者を含む多専門職種からなる医療・ケアチームと十分な話し合いを行い、本人の意思決定を基本として進めること。



（２）成年後見人等に期待される具体的な役割

本人の意思決定が困難な場合において、成年後見人等が以下の役割を果たすことで、円滑に必要な医療を受けられるようにしていくことが重要です。

各医療機関からも、このような関わりが可能かどうか、成年後見人等に相談しましょう。

契約の締結等

＜必要な受診機会の確保・医療費の支払い＞

- 本人の健康状況に応じた医療サービスが受けられるよう、必要な診療契約を締結するとともに、それに伴う診療費・入院費について、医療機関からの請求に応じて本人の資産の中から支払いを行う。

身上保護（適切な医療サービスの確保）

＜本人の医療情報の整理＞

本人に必要な医療が円滑に実施されるよう、治療方針の決定に役立つような医療情報（例：既往歴、服薬歴等）を本人の家族等から収集するとともに、

集約された医療情報について主治医を始めとする医療機関に提供する。また、医療機関から提供された本人の医療情報（おくすり手帳等）を適切に管理する。

※ なお、本人の権利擁護の観点から、成年後見人等は本人に提供される医療の内容が適切かどうか確認するために医療機関に対して説明を求めることができると考えられます。このため、医療機関は成年後見人等から求めがあった場合には適切に説明を行うことが求められます。

本人意思の尊重

<本人が意思決定しやすい場の設定>

- 医療についての説明を本人が理解しやすいよう、本人が信頼している介護福祉関係者等がいる場合には、説明の場への同席の依頼を行う。
- 成年後見人等が医療についての説明の場に同席し、本人に分かりやすい言葉で伝える等、本人の理解を支援する。
- その他必要に応じて本人とのコミュニケーションを支援するサービスを手配したり（例：筆記通訳者の派遣依頼など）、説明の場を本人の慣れ親しんだ環境に設定する等の検討を行う。

<本人意思を推定するための情報提供等>

- 本人がどのような医療を受けたいと表出していたのか、何を好んでいたのか等本人の意思を推定する際に材料となる個人情報収集し、医療機関に対してその提供を行う。
- 関係者の招集など本人意思を推測するためのカンファレンスの開催依頼を行うとともに、成年後見人等多職種連携チームの一員として意思決定の場に参加する。

<退院後、利用可能なサービスについての情報提供>

- 本人がどのような施設やサービスと契約しうるのか、財産状況も踏まえて主治医や医療機関に説明する。

その他

<親族への連絡・調整（親族の関与の引き出し）>

- 本人に親族がいる場合には、関わりの薄くなっていた親族への連絡、情報提供、関与を依頼するとともに、親族との役割分担を行い必要に応じて意見調整等を行う。

＜緊急連絡先、入院中の必要な物品等の手配、死亡時の遺体・遺品の引き取り＞

- 本ガイドラインの3. で示している業務について医療機関やその他の関係者と連携しながら対応を行う。(P11 参照)

※ 医療機関としての留意点

現行制度では、成年後見人等の役割としていわゆる医療同意権までは含まれないことについて十分留意し、成年後見人等に同意書へのサインを強要することがないように注意して下さい。医療機関が成年後見人等に対して説明を行った旨を、医療機関と成年後見人等の間で事実確認として残したい場合には、例えば「成年後見人として担当医の説明を受けました」等の記載とすることで対応するという方法もあります。

※ 成年後見人等の業務についての相談窓口

成年後見人等との連携の仕方が分からなかったり、成年後見人等の業務に疑問が生じたりする場合には、下記に相談することが考えられます。

○ 成年後見制度利用促進基本計画に基づく中核機関等

市町村ごとに社会福祉協議会やNPO団体が、「成年後見センター」や「権利擁護センター」等を設置している場合があります。市町村に対し、どこが窓口になっているか確認して下さい。

○ 専門職団体の相談窓口

専門職が成年後見人等になっている場合には、専門職団体ごとに相談窓口を設けています。各専門職団体のホームページ上で調べて連絡して下さい。

※ なお、成年後見人等の業務に明らかな不正があると疑われる場合には、本人の住まいを管轄する家庭裁判所の成年後見担当部署に連絡して下さい。

5. 事例集

事例 1							
名前	Aさん	性別・年齢	男性 70歳	病名	脳梗塞	介護度	要介護2
事例テーマ	成年後見人による医療に関する意思決定支援事例 ～入院中に成年後見人やケアマネジャーの関わりが必要となった事例～						
事例の概要							
<ul style="list-style-type: none"> ・3年前よりサービス付き高齢者住宅に入居。入居前から成年後見人あり。兄弟などの親族の居所や連絡先が不明で、施設との契約やケアプランは成年後見人の支援を受けている。 ・明け方に自室にて倒れているのに訪問介護員が気づき救急要請。A病院に搬送され保存的治療を受けたが重度の意識障害が遷延している。 							
入院中において課題となりがちな事							
①医療行為に関する意思決定の方法 ②治療後の転帰先や施設への再入所等の調整 ③入院中の日用品管理方法 ④死亡時の対応							
見立て・支援の方法							
①「成年後見人は医療同意が困難である」ことをA病院の医療チーム内で共有。その上で、成年後見人より、ご本人に関わりのあるケアマネジャーや訪問介護員などへ意思決定支援に関与してもらうように依頼。 ②治療後の転帰についても、①と同様にA病院の医療チームと協議をしていく。 ③金銭管理を行っている成年後見人とA病院事務職員が協議し病衣のリース、タオルを使用しても支払いが可能な額であること、紙おむつの月使用量が考え得る最大量であったとしても支払い可能であることを確認の上、使用することとなった。 ④A病院が入院時に急変時の連絡先は成年後見人であることを確認。死亡後の葬儀社連絡や死亡届出について、成年後見人が予めAさんと話合いをして確認をしていた。							
事例のポイント（今後の課題）							
<ul style="list-style-type: none"> ・医療に関する意思決定には、入院前のかかりつけ医や医療・介護関係者の情報、成年後見人を含めた関係者が最善の選択を目指して意思決定支援をすることが必要となる。医療機関側は親類・血縁者がいない場合にも、患者の生活の歴史も含めて最善の選択ができる話合いの場を作っていくことが大切である。 ・医療機関においては、身寄りのない方へ必要な医療が提供できるよう、予めマニュアルの作成や医療機関内で協議できる場が必要となる。 							

事例 2							
名前	B さん	性別・年齢	男性 63 歳	病名	糖尿病	介護度	なし
事例テーマ	保険証から生活困窮を発見し公的扶助となった事例 ～国民健康保険証短期被保険者証・生活保護～						
事例の概要							
<ul style="list-style-type: none"> ・半年前より倦怠感あったが未受診。手足の感覚障害を自覚しクリニックを受診したところ、糖尿病を指摘され、クリニックより病院に紹介受診。初回外来時に入院となった。 ・1年前に退職後は3日/週でアルバイトをしていた。姉は幼少期より会っていない。 							
入院中において課題となりがちな事							
①緊急の連絡先について ②入院費の支払いについて							
見立て・支援の方法							
①医療に関する意思決定はご本人に情報提供。緊急時の連絡は、Bさんより友人にして欲しいと希望された為、予め友人に来院してもらい、Bさんと病状説明に同席してもらい緊急連絡先について確認をした。 ②Bさんは通院の必要性は感じていたが、保険料の滞納により、入院時の国民健康保険証が短期被保険者証であることや、窓口負担を支払うことが難しいといった経済的理由で通院できなかった、という事情を入院時に聞き取りをした看護師に話しをした。それにより、入院日当日に居住の市役所生活保護担当に連絡し、市役所生活保護担当課と病院にて面談。生活保護の申請をすることとなった。申請後、資産調査、病状調査、扶養義務者への調査が市役所によって行われ、調査終了後に生活保護受給開始となり医療扶助での入院、その後通院となった。							
事例のポイント（今後の課題）							
①身元保証人・身元引受人、キーパーソンなどの用語に固執せず、患者本人の関係性の中で担って貰える役割があればその役割を調整していく必要がある。 ②入院時又は入院前の情報収集において支払いの方法も確認することで、身寄りの有無に固執せずに結果的に根本的な課題解決を達成できるケースもある。また、入院により単に支払う為の銀行預金引き出しができない状態であった場合においても、クレジットカードの活用や、入院前の支払い等の生活行動の聞き取りで柔軟な対応が可能となる。							

事例 3							
名前	Cさん	性別・年齢	女性 80歳	病名	右大腿部頸部骨折 右橈骨遠位端骨折	介護度	2
事例テーマ	転院時の課題を解決した事例 ～成年後見利用の申立てをしてサポートした事例～						
事例の概要							
<ul style="list-style-type: none"> ・ 自宅（戸建て）居間に転倒し入院となり、入院2日後に手術となった。 ・ 1年程前かかりつけ医より認知症の診断を受けている。術後は自宅での生活を希望しており、回復期リハビリ病棟への転院を希望されている。 ・ 急性期治療後の転院先として検討している回復期リハビリテーション病院より、転院後の入院と退院後の生活調整にサポートがない状態での受け入れが難しいと言われている。 							
入院中において課題となりがちな事							
①入院費支払い方法について ②退院支援について ③入院中に必要な物品を準備する事実行為について							
見立て・支援の方法							
①入院費の支払い等も含めてケアマネジャーに相談。ケアマネジャーより地域包括支援センターに相談が入り、病院にてご本人と地域包括支援センター、ケアマネジャーが転院後の金銭管理も含めて話し合うこととなった。日常生活自立支援事業の利用を検討したが、一定の契約に必要な判断力が不十分であるため、成年後見制度の申立てをすることとなり、申立人となる親族が不在なため地域包括支援センターのサポートによって、居住の市の市長申立てを行った。 ②・③転院を検討している回復期リハビリテーション病院からは、退院後の方向性と緊急時の連絡先について整理されれば転院できるが、全くないようであれば転院が難しいと指摘されている。地域包括支援センターとCさんの相談により、市長申立てから成年後見人が決定するまでの間、審判前の保全処分の申立てを実施し、緊急の連絡先については平日日中とその他の時間に分けて関係者で分担をすることとした。財産管理者（保全処分で決定した者）と地域包括支援センター同行にて回復期リハビリテーション病棟へ転院。約70日のリハビリ後自宅への復帰となった。							
事例のポイント（今後の課題）							
①判断能力が不十分で、入院中の支払いや退院後の日常生活上の判断に課題がある場合は成年後見申立ての検討が必要な場合がある。地域包括支援センターや成年後見制度の相談窓口が相談先となり、申立てをする親族がない等の場合は市区町村長が申立てを行う。申立てには診断書が必要になり、医療機関には診断書の作成を求められることがある。 ②・③医療機関において、身寄りがないことによって治療や療養を拒むことに正当な理由は無く、必要な医療を提供できる支援チームを作ることによって、その周囲の人が医療機関が求める役割を担うことができる。短期的な対応として、成年後見人として活動するまでの間「後見開始の審判前の保全処分」という申立てをしてもらい、申立てから後見開始の効力が発生するまでの間の財産の管理者を選任してもらうことで、求められている役割の担い手が増え、患者さんの利益を護ることも繋がる可能性がある。							

事例 4							
名前	Dさん	性別・年齢	女性 92歳	病名	慢性心不全	介護度	要介護2
事例テーマ	施設入所時の課題を解決した事例 ～日常生活自立支援事業を利用してサポートした事例～						
事例の概要							
<p>・ 姉が他界後は一人暮らしをされていたDさん。自宅にて明け方に強い呼吸苦を自覚して緊急通報用のボタンを押し、近隣の大家さんが救急要請。搬送後心不全にて入院となった。</p> <p>・ 入院中に退院先を施設入所として自宅は引き払いたいと希望。退院調整にて老人保健施設や有料老人ホーム等への入居相談を進めているが、近親者などが不在であることよって、入所への調整が必要となっている。</p>							
入院中において課題となりがちな事							
①入院費支払い方法について ②退院支援について							
見立て・支援の方法							
<p>介護予防事業から関わりのあった地域包括支援センターへ相談。地域包括支援センターより緊急通報システムで関わりのある社会福祉協議会と一緒に相談することとなり、社会福祉協議会より日常生活自立支援事業の利用説明を受け、申請手続きを進めることとなった。申請後、入居を希望している施設相談員と地域包括支援センター、社会福祉協議会、日常生活自立支援事業担当者がご本人と協議。日常生活自立支援事業申請相談時の聞き取りから、入院前もクレジットカードで公共料金等の支払いをしており、施設料金に関しては請求内容をご本人に確認してもらいカード又は銀行口座引き落としとした。</p> <p>②Dさんの意向に添って、ケアマネジャー、地域包括支援センター、社会福祉協議会と医療機関が退院支援を進める。日常的な金銭管理、福祉サービスの利用援助が日常生活自立支援事業の利用でサービスが受けられること、地域包括支援センターや民生委員等が継続して関わっていくことによって、希望していた施設側も「身元保証人・身元引受人等」としての指定がない状況での入所を受け入れることとなった。</p>							
事例のポイント（今後の課題）							
<p>①入院費の支払いに関して、一律に保証人を求めている場合は保証人を提示できないことそのものが課題となってしまう可能性がある。また、入院時の預かり金（保証金等）や松葉杖貸与などの預かり金が直ぐに用度できない場合も同様であるが、医療機関側からクレジットカード支払いやデビットカード支払い等の支払い方法の選択、それをサポートする日常的な金銭管理サービスの利用などで支払いの課題を解決することができる。</p> <p>②日常生活自立支援事業は「身元保証人・身元引受人等」として契約はできない。併せて、受け入れ側の施設においても、介護保険施設に関する法令上は身元保証人等を求める規定はなく、各施設の基準省令において、正当な理由なくサービスの提供を拒否することはできないこととされており、入院・入所希望者に身元保証人等がないことは、サービス提供を拒否する正当な理由には該当しない。とされている。「身元保証人・身元引受人等」の有無を課題点とせず、必要なサポートの体制を作っていくことが退院支援のポイントとなる。</p>							

事例 5	
事例テーマ	身寄りがない人への院内マニュアル作成等の取組事例
病院概要	医療法人〇〇会 一般病棟 240床 年間救急車受け入れ台数 3,600件 平均在院日数 11日
自治体概要	人口 230,000人 高齢化率 26%
課題	<ul style="list-style-type: none"> ・親族、近親者のいない患者の増加。 ・それに伴い、身寄りがない人の意思決定と入院中の必要日用品などの提供方法などについて、検討する必要性が増していた。また、入院時に必要とされる誓約書、承諾書、同意書他の枚数が増し、診療や看護に支障が出ていた。
検討方法	<ul style="list-style-type: none"> ・院内において共有されたこの課題について、医師、看護師、社会福祉士で課題の共有を行い、診療や入院の具体的な場面で課題があるか整理をした。 ・その整理を元にして、課題に対する対応をマニュアル化することで、院内多職種がそれぞれの診療や検査他の場面で対応できることを目標とした。
マニュアル作成方法と内容	<ul style="list-style-type: none"> ○外来・入院において使用している承諾書、同意書等を収集し、説明同席者がいない場合の対処方法を検討し、診療録や同席者記録などの方法を整理した。 ○医療費の支払いについて、保険証の確認と限度額適用認定証の確認をきめ細かく実施することとして、医療機関で解決出来ない場合の相談先を一覧化した。 ○一律に入院誓約書や保証人を求めることを廃止し、入院費の支払い方法の選択肢を増やすとともにカード番号の登録でのカード払いの導入を行った。 ○保険証確認や支払い方法の確認をチャート式のチェック表を作成、夜間・休日の入院時でも対応出来るようにマニュアル化した。 ○入院時の聞き取りや予定入院前の聞き取り時において、緊急時の連絡先や普段の金銭管理、日常生活自立支援事業や任意後見人、法定後見人の有無などをチェックできるようにアセスメントシートを作成。 ○救急搬送時に何も持っていない状況を想定した、入院中の日用品や衣類リースの整備を行った。 ○成年後見人の役割と医療者側の対応方法について、外来・入院に分けて記載 ○身寄りがない人の医療に関する意思決定について、法的な背景と最善の方針をとるための倫理カンファレンスの開催、倫理カンファレンスの開催方法などを記載。 ○急変、死亡時の対応を想定ケース毎に整理し、想定ケースに応じた連絡先と対応方法をマニュアル化した。 ○年間2回の院内勉強会と毎年のマニュアル更新を規定した。
取組のポイント	<ul style="list-style-type: none"> ・平成29年国民生活基礎調査では、単独世帯や夫婦のみ世帯を合わせると50%を超え、65歳以上の者のいる世帯の割合は全世帯の47.2%に達している。家族、親族の存在を前提とした病院診療、療養のシステムである場合、地域の実情にあったシステム変更や人の養成が必要となる。 ・医療機関において、倫理カンファレンスの開催や身寄りがない人へのマニュアル作成、臨床倫理委員会の設置など病院の体制を整備することが有効である。

事例 6	
事例テーマ	認知症対応の取組として、医療機関の「身元保証・身元引受等」問題について取り組んだ市の事例
自治体概要	人口 110,000 人 高齢化率 27%
取組の経緯	<ul style="list-style-type: none"> ・市内の多職種（医師、歯科医師、薬剤師、訪問看護師、医療機関、ケアマネジャー、助け合い事業の団体、NPO法人、地域包括支援センター、行政）での協議の場にて、ケアマネジャーが医療機関から医療同意を求められる場面が増えているということが話題となった。 ・一方、予め自分がどのような医療を受けたいのかということを考えておいてもらうことも必要だということになり、車の両輪として、身元保証部会と ACP の両部会にて検討を進めることとなった。
検討方法	<ul style="list-style-type: none"> ・身元保証部会において、認知症があっても身寄りのない人でも必要な医療やケアが受けられることが部会の目的であることを共有した。包括支援センターが高齢者世帯を全戸把握していることを基礎として、病院、介護施設、助け合い団体等と協議をしながら医療機関、介護施設向けの身寄りがいない人の受け入れのためのガイドライン作成に着手することとなった。
取組の経過	<ul style="list-style-type: none"> ・病院でケアマネジャーが医療同意などを求められるということ、地域の課題と捉えた上で、各医療機関において「身元保証人・身元引受人等」として求めている役割やキーパーソンとして求めている役割を整理した。 ・施設においては、「身元保証人・身元引受人等」がいないことによって入所受け入れができない理由を整理し、医療機関、施設とも求めている役割を既存の機関で分担して整理していった。そのプロセスにおいて、行政や各団体が分担をすることで、「身元保証人・身元引受人等」がいない場合でも、必要な医療を受けることができ、施設サービスも受けられることがわかった。
取組のポイント	<ul style="list-style-type: none"> ・医療機関と地域包括支援センター、自治体他が課題を共有することによって街の取組に発展させることができたことがポイントである。 ・同じ課題を多くの機関が抱えており、その課題を地域の課題や街の課題として解決していくことによって、より多くの人や機関が必要な医療を受け、提供することに繋がる。

6. おわりに

本ガイドラインは、特定の職種や資格、または医療機関の機能等を対象として限定せず、より多くの方々や機関が使用できるよう作成されています。

各医療機関等で使用する際には、より多くの職種や部署で共有していただき、さらには地域での取組に広げていただくことによって、必要とされている医療や介護が遍く提供されることを願っております。

7. 資料編

(1) 用語の説明

成年後見制度とは

①成年後見制度はどんな制度か？

認知症、知的障害、精神障害などの理由で判断能力の不十分な方々は、不動産や預貯金などの財産を管理したり、身のまわりの世話のために介護などのサービスや施設への入所に関する契約を結んだり、遺産分割の協議をしたりする必要があっても、自分でこれらのことをするのが難しい場合があります。また、自分に不利益な契約であってもよく判断ができずに契約を結んでしまい、悪徳商法の被害にあうおそれもあります。このような判断能力の不十分な方々を保護し、支援するのが成年後見制度です。成年後見制度は、大きく分けると、「法定後見制度」と「任意後見制度」の2つがあります。

②法定後見制度について

法定後見制度は、「補助」「保佐」「後見」の3つに分かれており、判断能力の程度など本人の事情に応じた制度を利用できるようになっています。

法定後見制度においては、家庭裁判所によって選ばれた成年後見人等（補助人、保佐人、成年後見人）が、本人の利益を考えながら、本人を代理して契約などの法律行為をしたり、本人が自分で法律行為をするときに同意を与えたり、本人が同意を得ないでした不利益な法律行為を後から取り消したりすることによって、本人を保護・支援します。

③任意後見制度について

任意後見制度は、本人が十分な判断能力があるうちに、将来、判断能力が不十分な状態になった場合に備えて、あらかじめ自らが選んだ代理人（任意後見人）との間で、自分の生活、療養看護や財産管理に関する事務について代理権を与える旨の契約（任意後見契約）を公証人の作成する公正証書によって締結す

るというものです。そうすることで、本人の判断能力が不十分な状態になった場合に、任意後見人が、任意後見契約で決めた事務について、家庭裁判所が選任する「任意後見監督人」の監督の下、本人を代理して契約などを行うことによって、本人の意思にしたがった適切な保護・支援をすることが可能になります。

	後 見	保 佐	補 助
対象となる方	判断能力が欠けているのが通常の状態の方	判断能力が著しく不十分な方	判断能力が不十分な方
申立てをすることができる方	本人、配偶者、四親等内の親族、検察官、市町村長など（注1）		
成年後見人等（成年後見人・保佐人・補助人）の同意が必要な行為	（注2）	民法13条1項所定の行為 （注3）（注4）（注5）	申立ての範囲内で家庭裁判所が審判で定める「特定の法律行為」（民法13条1項所定の行為の一部）（注1）（注3）（注5）
取消しが可能な行為	日常生活に関する行為以外の行為（注2）	同上 （注3）（注4）（注5）	同上 （注3）（注5）
成年後見人等に与えられる代理権の範囲	財産に関するすべての法律行為	申立ての範囲内で家庭裁判所が審判で定める「特定の法律行為」（注1）	同左（注1）
制度を利用した場合の資格などの制限	医師、税理士等の資格や会社役員、公務員等の地位を失うなど（注6）（注7）	医師、税理士等の資格や会社役員、公務員等の地位を失うなど（注7）	

（注1）本人以外の者の申立てにより、保佐人に代理権を与える審判をする場合、本人の同意が必要になります。補助開始の審判や補助人に同意権・代理権を与える審判をする場合も同じです。

（注2）成年被後見人が契約等の法律行為（日常生活に関する行為を除きます。）をした場合には、仮に成年後見人の同意があったとしても、後で取り消すことができます。

（注3）民法13条1項では、借金、訴訟行為、相続の承認・放棄、新築・改築・増築などの行為が挙げられています。

（注4）家庭裁判所の審判により、民法13条1項所定の行為以外についても、同意権取消権の範囲とすることができます。

（注5）日用品の購入などの日常生活に関する行為は除かれます。

(注6) 公職選挙法の改正により、選挙権の制限はなくなりました。

(注7) 第196回通常国会に提出された成年被後見人等の権利の制限に係る措置の適正化等を図るための関係法律の整備に関する法律案が成立したときには、これらの資格等の一部について制限が見直されます。

(参考：法務省民事局パンフレット「いざという時のために知って安心 成年後見制度 成年後見登記」)

財産管理

成年後見人は、財産行為に関する包括的な代理権を付与されており、これに対応して、成年被後見人の全ての財産について包括的な財産管理権を有するものとされています（民法第859条第1項）。

ここにいう財産管理とは、財産の保存・維持及び財産の性質を変じない利用・改良を目的とする行為並びに処分行為をいうものと解されています。

保佐人又は補助人も、代理権付与の審判がされた場合には、代理権の対象行為の範囲に応じて、代理権に付随する財産管理権を有するものと解されています（参考：「新成年後見制度の解説【改訂版】」小林昭彦ほか編著、一般社団法人金融財政事情研究会、2017年）。

身上監護

法律行為の中には、財産管理を主たる目的とするもののみならず、身上監護を主たる目的とするもの（介護契約、施設入所契約、医療契約等）も多く含まれており、財産管理を主たる目的とする法律行為の場合でも、何らかの形で本人の身上に関連する事項を含むのが通常です。

高齢化社会への対応及び障害者福祉の充実に対する社会的要請並びに社会の少子化・核家族化に伴い、認知症高齢者・知的障害者・精神障害者等に対する身上面の広範な支援に関する社会の需要がいつそう高まっている最近の状況に照らすと、財産管理の面のみならず、身上監護の面についても、後見事務の遂行の指針となる一般的な責務の内容として、成年後見人の「本人の身上に配慮する義務」に関する一般規定を設けることが必要であると考えられます。

そこで、民法では、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ものとされています（民法第858条）。

具体的には、同条の規定は、①介護・生活維持に関する事項、②住居の確保

に関する事項、③施設の入退所、処遇の監視・異議申立て等に関する事項、④医療に関する事項、⑤教育・リハビリに関する事項等の全てがその内容として含まれるという解釈を前提として設けられています。

すなわち、成年後見人は、前記①～⑤の各項目に関する契約の締結、相手方の履行の監視、費用の支払、契約の解除等を行う際に、本人の「心身の状態並びに生活の状況」に配慮すべき義務を負うものと解されます。

なお、保佐人及び補助人に関しても、成年後見人の身上配慮義務等に関する民法第 858 条の規定と同様の趣旨の規定が設けられています（民法第 876 条の 5 第 1 項、第 876 条の 10 第 1 項）（参考：前記「新成年後見制度の解説【改訂版】」）。

事実行為

具体的には、自ら成年被後見人の介護をする、洗濯をする、掃除をする等の法律行為でないものが事実行為に当たると考えられます。

また、事実行為は成年後見人の業務には含まれませんが、法律行為を行うにはそれに付随する事実行為が必要となる場合があります。

（参考：「法律用語辞典（第 4 版）」（有斐閣））

死後事務委任契約

いわゆる死後事務とは、例えば、遺体の引取り及び火葬並びに生前にかかった医療費、入院費及び公共料金等の支払などを指します。成年後見人が行うことができる死後事務については、P16 を参照ください。

成年被後見人以外でも、あらかじめ死後の事務についての委任契約をしている場合があります。

（参考：法務省民事局ホームページ「成年後見の事務の円滑化を図るための民法及び家事事件手続法の一部を改正する法律」が平成 28 年 10 月 13 日に施行されました。）

http://www.moj.go.jp/MINJI/minji07_00196.html#08

日常生活自立支援事業

日常生活自立支援事業とは、認知症高齢者、知的障害者、精神障害者等のうち判断能力が不十分な方が地域において自立した生活が送れるよう、利用者との契約に基づき、福祉サービスの利用援助等を行うものです。

・実施主体：都道府県・指定都市社会福祉協議会（窓口業務等は市町村の社会

福祉協議会等で実施)

- ・対象者：本事業の対象者は、次のいずれにも該当する方です。
 - ①判断能力が不十分な方（認知症高齢者、知的障害者、精神障害者等であつて、日常生活を営むのに必要なサービスを利用するための情報の入手、理解、判断、意思表示を本人のみでは適切に行うことが困難な方）
 - ②本事業の契約の内容について判断し得る能力を有していると認められる方
- ・援助の内容
 - ①福祉サービスの利用援助
 - ②苦情解決制度の利用援助
 - ③住宅改造、居住家屋の貸借、日常生活上の消費契約及び住民票の届出等の行政手続に関する援助等

※上記に伴う援助の内容は、次に掲げるものを基準とします。

預金の払い戻し、預金の解約、預金の預け入れの手続等利用者の日常生活費の管理（日常的金銭管理）、定期的な訪問による生活変化の察知

（参考：厚生労働省ホームページ「日常生活自立支援事業」）

https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/seikatsuhogo/chiiiki-fukusi-yougo/index.html

高額療養費限度額適用認定証

医療費の家計負担が重くならないよう、医療機関や薬局の窓口で支払う医療費が1か月（暦月：1日から末日まで）で上限額を超えた場合、その超えた額を支給する「高額療養費制度」があります。

制度を利用するためには、本人が加入している保険者から「限度額適用認定証」又は「限度額適用・標準負担額減額認定証」の交付を受ける必要があります。

但し、所得の申告がない場合は高額区分で発行される可能性があり、また、保険料の未納によって認定証が発行されない場合もあります。

（参考：厚生労働省ホームページ「高額療養費制度を利用される皆さまへ」

https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryuu/iryuhoken/juuyou/kougakuiryuu/index.html

無料低額診療

社会福祉法の規定に基づき、生計困難者が経済的な理由によって必要な医療を受ける機会を制限されることのないよう、無料又は定額な料金で診療を行う

事業です。

(参考：第4回医療機関の未収金問題に関する検討会(平成20年1月21日)
資料1「無料定額診療事業について」

<https://www.mhlw.go.jp/shingi/2008/01/dl/s0121-7d.pdf#search=%27%E7%84%A1%E6%96%99%E5%AE%9A%E9%A1%8D%E8%A8%BA%E7%99%82+%E5%8E%9A%E7%94%9F%E5%8A%B4%E5%83%8D%E7%9C%81%27>

地域包括支援センター

市町村が設置主体となり、保健師・社会福祉士・主任介護支援専門員等を配置して、介護予防支援や包括的支援事業(①介護予防ケアマネジメント業務、②総合相談支援業務、③権利擁護業務、④包括的・継続的ケアマネジメント支援業務)で、制度横断的な連携ネットワークを構築して実施しています。権利擁護業務の中で成年後見制度の活用促進や高齢者虐待への対応などを実施しています。

(参考：厚生労働省ホームページ「地域包括支援センターの業務」)

https://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/kaigo_kourishisa/chiiki-houkatsu/dl/link2.pdf

相談支援事業者

障害者(児)のサービス等利用計画についての相談及び情報収集を行う他、障害福祉サービスを利用するための計画の作成などの支援を行っている事業者。市町村から障害者への相談支援事業を受託し、権利擁護に必要な援助を実施している事業所もあります。

(参考：厚生労働省ホームページ「障害のある人に対する相談支援について」)

<https://www.mhlw.go.jp/bunya/shougaihoken/service/soudan.html>

相談支援専門員

障害者(児)等からの相談に応じ、必要な情報提供を行う他、障害者(児)の抱える問題の解決を適切なサービス利用に向けて、ケアマネジメント等の手法を用いて支援を行う者です。

(参考：第124回市町村職員を対象とするセミナー資料1「障害者福祉におけ

る相談支援の充実に向けた取組について」

https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12600000-Seisakutoukatsukan/0000114063_5.pdf#search=%27%E7%9B%B8%E8%AB%87%E6%94%AF%E6%8F%B4%E5%B0%82%E9%96%80%E5%93%A1+%E5%8E%9A%E7%94%9F%E5%8A%B4%E5%83%8D%E7%9C%81%27

基幹相談支援センター

市町村が実施主体となり、地域の障害者の相談支援の中核的な役割として、総合的・専門的な相談支援の実施や権利擁護・障害者虐待の防止等の取組を実施しています。

ケアマネジャー

ケアマネジャーの正式名称は「介護支援専門員」です。要介護者や要支援者の人の相談や心身の状況に応じるとともに、サービス（訪問介護、デイサービスなど）を受けられるようにケアプラン（介護サービス等の提供についての計画）の作成や市町村・サービス事業者・施設等との連絡調整を行う者とされています。特別養護老人ホームや介護老人保健施設、有料老人ホーム等の入所型施設での生活においても、ケアマネジャーが自立した日常生活を営むことができるように支援するため、解決すべき課題の把握等を行った上で、施設サービス計画等を作成します。

（参考：厚生労働省ホームページ「介護支援専門員（ケアマネージャー）」）

<https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12300000-Roukenkyoku/0000114687.pdf>

ホームヘルパー

介護保険での事業名は「訪問介護」と呼ばれ、障がい福祉サービスでは「居宅介護」と呼ばれています。訪問介護員等（ホームヘルパー）が、利用者（要介護者等）の居宅を訪問して、入浴・排せつ・食事等の介護、調理・洗濯・掃除等の家事等を提供します。

（参考：第142回介護給付費分科会（平成29年7月5日）参考資料1「訪問介護及び訪問入浴介護」）

https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12601000-Seisakutoukatsukan-Sanjikanshitsu_Shakaihoshoutantou/0000170289.pdf#search=%27%E8%A8%AA%E

保証人・連帯保証人

保証人・連帯保証人のどちらも、本人（主たる債務者）がその債務（しなければいけない義務）を履行しない（義務を果たさない）ときには、これに代わってその履行する責任を負う義務があります。（民法第 446 条）

保証人と連帯保証人の違いは、「補充性（債権者が主たる債務者から弁済を受けられないときに、初めて保証人がその補充として履行の責めに任ずるという関係）」がなく、催告の抗弁権及び検索の抗弁権（同法第 458 条）がないこととされています。

具体的には、病院等（債権者）が債務を請求する際、保証人の場合「まずは主たる債務者に請求するよう主張すること」、「主たる債務者に弁済（借りたものを返すこと）する資力がある場合、弁済が可能であることを理由に、主たる債務者から弁済をうけるよう主張すること」ができますが、連帯保証人の場合はこのような主張ができません。（本人と全く同等の立場であるので、抗弁（不服を申立てること）が出来ません。）

このようなことから、連帯保証人の責任は保証人に比べて一層重いとされています。

（参考：吉國一郎他編「法令用語辞典（第 9 次改訂版）」（学陽書房））

身元保証人・身元引受人

法令上の規定に「身元保証人」や「身元引受人」という用語はありませんが、一般的に、「本人の行為により保証を求める側が損害を受け、本人がその損害を賠償することができない場合に、その損害を担保する人」を身元保証人、病院等を退院する際に「身柄を引き受ける責任を有する人」を身元引受人という意味で使われることが多いようです。

※なお、「身元保証二関スル法律」（昭和 8 年法律第 42 号）に規定される身元保証は雇用契約上の規定であり、医療機関で使われている身元保証とは、その意味が異なります。

（2）支援シートの活用

身寄りがない人が入院する際の支援時に活用できるよう「支援シート」を作成しましたので、必要に応じて活用ください。（次ページ参照）

I D _____

氏名 _____ 様の

支援シート

役割項目	氏名・団体名・病院の担当部署など	患者との関係	連絡先 (電話番号)	備考
緊急の連絡先に関すること				
入院中に必要な物品の準備に関すること				
入院費等に関すること				
退院支援に関すること				
(死亡時の)遺体・遺品の引き取り・葬儀等に関すること				

【支援シートの使用について】

- ・身寄りがないか、他者が担いきれない人に使用するシートです。
- ・ガイドライン6ページの「身元保証・身元引受等」に求められている役割について、関係者で分担を記載します。
- ・入院時にチェックするために使用するか、又は入院中に少しずつ記載をして退院時に転院先などに伝えるためのシートとしても使用することができます。
- ・連絡先を外部機関等に提供する際には、医療機関のプライバシーポリシーに添って使用をお願いいたします。

医療現場における成年後見制度への理解及び病院が身元保証人に求める役割等
の実態把握に関する研究 研究班名簿

研究代表者

山縣 然太郎 山梨大学大学院総合研究部医学域 社会医学講座・教授

研究分担者

田宮 菜奈子 筑波大学医学医療系ヘルスサービスリサーチ分野・教授

武藤 香織 東京大学医科学研究所公共政策研究分野・教授

篠原 亮次 健康科学大学健康科学部理学療法学・教授

橋本 有生 早稲田大学法学学術院・准教授

研究協力者

齋藤 祐次郎 齋藤祐次郎法律事務所・弁護士

山崎 さやか 健康科学大学看護学部看護学科

秋山 有佳 山梨大学大学院総合研究部医学域 社会医学講座

公益社団法人日本医療社会福祉協会社会貢献部身元保証チーム

半田市福祉部高齢介護課

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について

● 背景

- 高齢化の進展により、人口減少社会に突入しており、単身世帯の増加、親族の減少、近隣関係の希薄化がみられる。
- 一人暮らしの高齢者等を対象とした、身元保証や日常生活支援・死後事務等に関するサービスを提供する新しい事業形態（以下「身元保証等高齢者サポート事業」という。）が生まれている。
- 身元保証等高齢者サポート事業については、指導監督に当たたる行政機関が必ずしも明確ではなく、実際に、身元保証等高齢者サポート事業に係る事業者の経営破綻により、サービスの提供が受けられず、預託金も返還されないという事態が生じている。

○ 「身元保証等高齢者サポート事業に関する消費者問題についての建議」（平成29年1月消費者委員会）

建議事項 2

厚生労働省は、高齢者が安心して病院・福祉施設等に入院・入所することができよう、以下の取組を行うことと。

(1) 病院・介護保険施設が身元保証人等のいないことのみを理由に、入院・入所等を拒む等の取扱いを行うことのないよう措置を講ずること。

(2) 病院・福祉施設等が身元保証人等に求める役割等の実態を把握すること。その上で、求められる役割の必要性、その役割に対応することが可能な既存の制度及びサービスについて、必要に応じ、病院・福祉施設等及び都道府県等に示すこと。求められる役割に対応する既存の制度やサービスがない場合には、必要な対応策を検討すること。

- 今後、認知症高齢者の増加や単身世帯の高齢者の増加が見込まれる中、成年後見制度の利用の必要性が高まっていくと考えられる。
- しかしながら、現在の成年後見制度の利用状況をみると、成年後見制度の利用者数は近年、増加傾向にあるものの、その利用者数は認知症高齢者等の数と比較して著しく少ない。
- 成年後見制度の利用者が利用のメリットを実感できていないケースも多いため、指摘がなされている。
- 近年、医療や救急等の現場において、認知症高齢者、知的障害者その他医療・介護等を受けるに当たり意思を決定することが困難な人に、必要な対応がなされていないケースも生じているとの指摘がある。

○ 「成年後見制度利用促進推進基本計画」（平成29年3月）

2 成年後見制度利用促進に当たっての基本的な考え方及び目標等

- (2) 今後の施策の目標等
- ② 今後取り組むべきその他の重要施策
ア) 成年被後見人等の医療・介護等に係る意思決定が困難な人への支援等
○ 成年被後見人等であって、医療・介護等を受けるに当たり意思を決定することが困難な人が、円滑に必要な医療・介護等を受けられるようにするための支援の在り方と、その中における成年被後見人等の事務の範囲について、具体的な検討を進め、必要な措置が講じられる必要がある。

3 成年後見制度利用促進に向けて総合的かつ計画的に講ずべき施策

- (6) 成年被後見人等の医療・介護等に係る意思決定が困難な人への支援等の検討
- ③ 今後の方向性
○ 今後、政府においては、このような考え方を基本として、
・ 人生の最終段階における医療に係る意思確認の方法や医療内容の決定手続きを示した「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」等の内容や
・ 人生の最終段階における医療や療養について患者・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（アドバンス・ケア・プランニング）の考え方を
も参考に、医療や福祉関係者等の合意を得ながら、医療・介護等の現場において関係者が対応を行う際に参考となるような考え方を指針の作成等を通じて社会に提示し、成年被後見人等の具体的な役割等が明らかになっていくよう、できる限り速やかに検討を進めるべきである。

医療の現場における「身元保証・身元引受等」の役割や成年後見制度について、実態把握をする必要性。

身寄りがい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について<概要>

ガイドラインの読み手

医療機関で勤務する職員の方々

ガイドラインの支援の対象者

身寄りがいない人：身寄りがいない人に加えて、
例えば次のような人を想定

- ① 家族や親類へ連絡がつかない状況にある人
- ② 家族の支援が得られない人

医療機関が「身元保証・身元引受等」に求めている機能・役割

- ① 緊急の連絡先に関すること
- ② 入院計画書に関すること
- ③ 入院中に必要な物品の準備に関すること
- ④ 入院費等に関すること
- ⑤ 退院支援に関すること
- ⑥ (死亡時の) 遺体・遺品の引き取り・葬儀等に関すること

※「身元保証・身元引受等」に対して医療行為の同意をする役割を期待している事例もあるが、医療行為の同意については、本人の一身専属性がきわめて強いものであり、「身元保証人・身元引受人等」の第三者に同意の権限はないものと考えられる（具体的な対応については、右欄「医療に係る意思決定が困難な場合に求められること」参照）。

身寄りがいない人への対応

次の(1)～(3)に分けて具体的な対応を明示。どの場合でも、**本人の意思を確認・尊重しながら支援を行うことが原則**

- (1) 判断能力が十分な場合
- (2) 判断能力が不十分で、成年後見制度を利用している場合
- (3) 判断能力が不十分で、成年後見制度を利用していない場合

医療に係る意思決定が困難な場合に求められること

(1) 医療・ケアチームや倫理委員会の活用

意思決定が求められる時点で本人の意思が確認できない場合、「人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」（平成30年3月改訂厚生労働省）の考え方を踏まえ、関係者や医療・ケアチームの中で慎重な判断を行う必要。また、医療機関においては、身寄りがいない人へのマニュアル作成、倫理委員会の設置などの体制整備を行うことも有効。なお、直ちに救命措置を必要とするような緊急の場合には柔軟な対応をする必要。

- ① 家族等が本人の意思を推定できる場合には、その推定意思を尊重し、本人にとつての最善の方針をとることを基本とする。
- ② 家族等が本人の意思を推定できない場合には、本人にとって何が最善であるかについて、本人に代わる者として家族等と十分に話し合い、本人にとつての最善の方針をとることを基本とする。時間の経過、心身の状態の変化、医学的評価の変更等に応じて、このプロセスを繰り返し行う。
- 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には、本人にとつての最善の方針をとることを基本とする。
- ④ このプロセスにおいて話し合った内容は、その都度、文書にまとめておくものとす

(2) 成年後見人等に期待される具体的な役割

本人の意思決定が困難な場合において、成年後見人等が以下の役割を果たすことで、円滑に必要な医療を受けられるようにしていくことが重要。医療機関はこのような関わりが可能か成年後見人等に相談。

- ① 契約の締結等
 - 必要な受診機会の確保・医療費の支払い
- ② 身上保護（適切な医療サービス確保）
 - 本人の医療情報の整理
- ③ 本人意思の尊重
 - 本人が意思決定しやすい場の設定
 - 本人意思を推定するための情報提供等
 - 退院後、利用可能なサービスについての情報提供
- ④ その他
 - 親族への連絡・調整（親族の関与の引き出し）
 - 緊急連絡先、入院中の必要な物品等の手配 遺体・遺品の引き取り

事務連絡
令和4年8月12日

各

都道府県
保健所設置市
特別区

 衛生主管部（局） 御中

厚生労働省医政局総務課

「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」に基づく事例集について

平素より、医療行政の推進に格別の御配慮を賜り、厚く御礼申し上げます。

身元保証人・身元引受人等がないことを前提とした医療機関の対応方法については、令和元年に「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の発出について（通知）」（令和元年6月3日付厚生労働省医政局総務課長通知）により、周知させていただきました。

今般、令和2年度及び令和3年度の厚生労働行政推進調査事業費補助金（地域医療基盤開発研究事業）「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研究」により、医療機関等を対象に実施された調査で抽出された事例に関して、医学的課題、法律的・倫理的懸念事項や対応策として考えられる内容等を整理した事例集が作成されました。

各都道府県等におかれましては、別添の事例集について、「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」とともに、貴管下医療機関へ周知し、活用を促していただくとともに、福祉部局等の関係部局・関係機関と十分連携の上、身寄りがない人や医療に係る意思決定が困難な人が安心して医療を受けられる環境の整備に努めていただくようお願いいたします。

【別添】

- 「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」に基づく事例集について

【参考】

- 「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の発出について（通知）」（令和元年6月3日付け厚生労働省医政局総務課長通知）

（照会先）

厚生労働省医政局総務課

電話：03-5253-1111（内線）4158

「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」
に基づく事例集

令和3年度厚生労働科学研究費補助金（地域医療基盤開発推進研究事業）
「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研究」班

研究代表者
山梨大学大学院総合研究部医学域 社会医学講座
山縣 然太郎

はじめに

「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」に基づく事例集は、令和 2～3 年度 厚生労働科学研究費補助金（地域医療基盤開発推進研究事業）「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研究」班が、その研究成果をもとに作成しました。

平成 30 年度厚生労働行政推進調査事業費補助金（地域医療基盤開発推進研究事業）「医療現場における成年後見制度への理解及び病院が身元保証人に求める役割等の実態把握に関する研究」班が策定した医療機関に勤務する職員を対象とする「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（以下、ガイドライン）」は厚生労働省医政局総務課長通知（医政総発 0603 第 1 号令和元年 6 月 3 日）により周知され、医療機関等でご活用いただいています。

本事例集は、ガイドラインでは対応が難しい困難事例に対して、医療面の課題、法律的・倫理的懸念事項、法律・倫理の観点を踏まえた対応案、対応案について留意すべき事項を整理しました。

本事例集において取り扱っている事例は患者が成年であることを前提としたものとなっています。このため、本事例集の活用にあたっては、小児のような年齢による特異性や LGBTQ に配慮し、個人情報保護法を遵守するなどの必要に応じた対応についてご検討いただきますようお願いいたします。その際に参考となる指針等は本事例集の参考文献をご参照ください。

事例集作成にあたっては、関係者、関係団体各方面からのご意見を賜りましたことをあらためて感謝申し上げます。

本事例集が活用されることにより、身寄りのない場合にも医療機関や医療関係者が患者に必要な医療を提供できるように、また、患者も身寄りがなくとも安心して必要な医療を受けられるようになれば幸いです。

2022 年 7 月

「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研究」

研究代表者 山縣 然太郎

目次

1. 身寄りがない人への支援の基本的な考え方	4
(1) 「身寄りがない人」はどのような人か？	4
(2) 本人の意思の尊重の原則	4
(3) 障害者権利条約の考え方と意思決定支援	4
(4) 身寄りがない人の支援の流れ	5
(5) 臨床倫理の観点からの検討	6
(6) 臨床倫理の4分割法	7
(7) 共同意思決定と意思決定支援	9
2. 事例1：患者本人の意思が確認できない状況での対応（身寄りの確認と治療の決定）	10
(1) 1-1. 医療従事者が意識のない患者の所持品（財布の中や携帯電話の連絡先等）を確認するなどして、個人情報を取得及び提供することについて、個人情報保護関連の法的な問題は問われないのか？	10
(2) 1-2. 家族等の有無の情報について確認すべき関係機関はどこか？	11
(3) 1-3. 本人が医療費を支払うことが困難な場合、誰に医療費の請求をすることができるのか？	12
(4) 1-4. 本人の生活背景を誰も知らないため本人の意思の推定が不可能である場合、何を基準に本人にとっての最善の医療を決定すればよいか？	13
(5) 1-5. 本人の意思が確認できず、医療・ケアチームで医療の決定をした場合の記録の留意点は何か？	13
3. 事例2：患者本人の意思決定を尊重した上での対応（本人の意思を尊重した退院）	14
(1) 2-1. 患者本人の意思決定を尊重した上での対応とは？	14
(2) 2-2. 病院は入院継続を勧めたが本人の希望で退院し、退院直後に状態が悪化、死亡した場合には病院の責任が問われるのか？	16
(3) 2-3. 本人の意思だけで医療を進めてよいのなら、仮に患者に家族等がいる場合であっても、その同意は不要か？	16
4. 事例3：患者本人と疎遠な家族との関わり方（家族の役割）	17
(1) 3-1. 疎遠な家族にどこまで働きかける必要があるのか？複数の家族に、どこまでどの程度連絡をするべきなのか？家族一人ひとりに意向を確認するのは大変な作業であるが連絡をとらないと法的な問題があるのか？	17
5. 事例4：絶縁状態の家族の意見の尊重（延命治療の決定プロセス）	19
(1) 4-1. 絶縁状態の家族の意向を治療に反映させてもよいのか？	19
6. 事例5：退院後の住まいを確保し生活を支援するための対応	21
(1) 5-1. 本人の住まいを確保し生活を支援するために施設へ入所してもらう制度はあるか？	21

7. 【Q&A】身寄りがない人の金銭管理の支援、制度の活用	23
（1）Q1. 相続法改正（2019年7月1日施行）により、法定相続人が個人の預金を一定額引き出すことが可能になったがその法解釈や手続きが知りたい。	23
（2）Q2. 金銭に関わることはトラブルになりやすいので、金融機関との対応方法についてのガイドラインが欲しい。	23
（3）Q3. 病院が患者の財産管理をすることに法的な問題がないのか？	24
（4）Q4. 病院が患者の財産管理をする場合の出納帳の作り方を示してほしい。	24
（5）Q5. 医療機関が財産管理をするときの注意点を知りたい。	25
（6）Q6. 予後が悪く生存中に成年後見制度の申立てを行っても審判が間に合わないと予測される患者の保全処分の適応を知りたい。	26
（7）Q7. 内縁関係にある人、友人や会社の雇用主がキーパーソンの場合、金銭管理等どこまで依頼できるのか？	26

1. 身寄りがいない人への支援の基本的な考え方

(1) 「身寄りがいない人」はどのような人か？

民法において「親族」と定義される身分関係にある者でも、その時々状況によって、法律上認められる権利や課される義務は異なる。たとえば、患者の医療費を負担する義務を負う者、患者が死亡した際にその財産的地位を相続できる者、近親者として加害者に慰謝料を請求することができる者・・・これらは重なることもあれば、そうでないこともある。また、裁判例やガイドラインには、患者が医療について決定することができない状況等において、医療機関が接触を図ることが求められる「家族等」の存在が示唆されることもあるが、ここの「家族等」と民法上の「親族」は必ずしも同義ではない¹。このような状況において、「身寄り」という言葉を定義することは困難である。

そこで、本事例集は、状況に応じて「身寄り」という言葉の指す内容は変わりうるという考えを前提にするものであることを予めお断りしておく。なお、法的に親族関係のある者が存在する場合にも、それらの者が患者との関係を拒否する場合には「身寄りがいない人」に含める。

(2) 本人の意思の尊重の原則

医療行為の決定は本人の一身専属の権利であることを前提に、本人の意思を尊重することを原則とする。

(3) 障害者権利条約の考え方と意思決定支援

2006年国連総会にて採択された障害者権利条約に、2014年、日本も批准した。障害者権利条約は、障害者の人権や基本的自由の享有を確保し、障害者の固有の尊厳の尊重を促進するため、障害者の権利を実現するための措置等を規定しているものである。これに基づき、判断能力が不十分な場合にも、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、本人に関わる支援者が、本人に必要な情報を提供し、本人の意思や考えを引き出すなどの支援をしていく意思決定支援の取組が進められている²。医療従事者に対しても、患者に提供

¹ 例えば、「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」

(平成30年3月厚生労働省)では、「家族等」に患者の意思を推定する役割を期待するが、法的な意味での親族関係のみを意味せず、親しい友人等、より広い範囲の関係者を含むことが示されている。同様の趣旨から、本事例集においても「家族等」という語を用いることがある。なお、本ガイドラインにおいて、あえて「家族」という表現にとどめる場合は、特に近親者・推定相続人等、民法上の親族にあたる者のみを指す。

² 「身寄りがい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」(令和元年5月「医療現場における成年後見制度への理解及び病院が身元保証人に求める役割等の実態把握に関する研究」班)のほか、「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」(平成29年3月31日厚生労働省)、「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月厚生労働省)、「意思決定支援を踏まえた後見事務のガイドライン」(令和2年10月意思決定支援ワーキング・グループ)がある。

する医療の質が障害の有無によって異ならないよう、意思決定支援を通じた医療の提供が求められる（同条約 25 条 d 号）。

（４）身寄りがない人の支援の流れ

1) 家族等の有無を確認

本人との意思疎通が可能である場合、親族や友人・後見人等の有無を確認し、本人の意向を尊重したうえで、緊急連絡先となれる者の有無を確認する³。これに対して、本人に身寄りの有無を尋ねても理解を得るのが難しい場合、医療機関は、患者に家族等があるかどうかを調べるために次のような方法を取りうる。

・親族の有無

市区町村の役所にて、患者の住民票や戸籍を請求して確認する（後掲 1-2 を参照）。

・成年後見人等の有無

患者との意思疎通ができず医療に関する契約が交わせない状態にある場合、代理権を有する成年後見人、保佐人又は補助人との間で契約をする必要がある。これら後見人等は、民法の規定に基づき、患者の財産管理や医療・介護・福祉サービス等の契約の締結を行うことができる⁴。

後見人等を名乗る者が現れた場合、その者に成年後見に係る「登記事項証明書」の提示を求める。保佐人・補助人については「医療契約及び病院への入院に関する契約」に関する代理権の記載があることを確認してから個人情報の提供をする等、適切な取り扱いをする（ガイドライン 9 頁参照）。これに対して、後見人等が選任されているかどうか明らかでない場合、親族に後見人の有無を確認することが考えられる⁵。適当な親族が見つからない場合、市町村長の申立による成年後見人の選任がなされている可能性があるため、市町村に相談する⁶。

2) 本人の意思決定を支援する仕組みの活用

障害者権利条約の理念に照らし、本人が自ら医療に関する決定を行うことができるよう支援する仕組みを利用していくことが求められている。そのひとつに、アドバンス・ケア・プランニング（ACP）があげられる。ACP とは、患者の将来の医療及びケアについて、本人が主体となって、その家族等や医療・ケアチームと繰り返し話し合いを行い、本人による意思決定を支援するプロセスのことである。近時は、この ACP を利用して、患者と意思疎通を図りながら将来の医療について決定していく手順をとることが望ましいとされている。医療従事者は、身寄りがない者についても、本人との間で継続的に意思確認を行う。

³ 個人情報の収集は、個人情報保護法及びガイダンスの規定に従って行う（詳しい内容については後掲 1-2 を参照）。

⁴ 他方、成年後見人等の権限にはいわゆる医療同意権までは含まれないとするのが現在の通説的見解である（ガイドライン 27 頁、28 頁）。後見人等の職務内容については、ガイドライン 34 頁以下を参照。

⁵ 後見人の選任手続の過程で親族の意向調査が行われることがあるため、親族が後見人の有無を把握している可能性がある。また、4親等内の親族であれば法務局に成年後見に係る登記事項証明書の申請を行うことができる。

⁶ 本人との契約が困難である場合は、後見人の選任が必要となるため、過去に市町村長申立がなされていない場合であってもいずれにしても市町村への相談が必要となる。

また、本人の判断能力が不十分な場合、入院費等に関することや入院中に必要な物品の準備に関する事など、医療機関としての懸念事項を解決するに当たって、本人に日常生活自立支援事業や成年後見制度等の権利擁護の仕組みを利用するよう勧めたり、本人との相談が難しい場合には市町村行政に相談することが考えられる。この場合も、できる限り、他者の代理によって決定するのではなく、本人の意思決定を支援する仕組みの利用を勧めることが望ましい。すなわち、本人が意思表示をできるような場合には、日常生活自立支援事業⁷を、事理弁識能力の低下が認められ、成年後見制度を利用する場合も、まずは保佐類型や補助類型⁸を紹介する。また、判断能力が十分な場合は、本人の意思に基づいて任意後見契約を結び、判断能力が不十分になった場合に備えることも考えられる⁹。

どのような仕組みが活用しやすいかは、地域の社会資源によって様々であるため、市町村行政または地域の中核機関に「どのような権利擁護支援が良いか」を相談することがポイントである。

(5) 臨床倫理の観点からの検討

医療行為の決定は、本人の一身専属の権利であり、本人の意思を尊重することが原則であるが、身寄りがないということは、その意思決定のプロセスを支える存在が得られにくい状態であることも意味している。

臨床倫理とは、患者ケアに関わる人々の日々の道徳的意思決定を意味する。つまり、患者の命と人生について考え、語り、話し合い、どんな選択が最善かを検討し、原則的方向性を打ち出し、実践することだと定義されている¹⁰。そして、臨床倫理は一人ひとりの患者／利用者本人に関わるすべての職種がチームで推進すべきものである¹¹。

著名な生命倫理の倫理原則として、患者にとって最善の行いをする事 (beneficence)、患者に危害を与えない事 (non-maleficence)、正義・資源配分が公正である事 (justice)、自律を尊重すること (respect for autonomy) という4つの原則がよく知られている¹²。こ

⁷ 日常生活自立支援事業は、都道府県・指定都市社会福祉協議会が、認知症高齢者、知的障害者、精神障害者等のうち判断能力が不十分な者が地域において自立した生活を送れるよう、利用者との契約に基づき、福祉サービスの利用援助等を行うもの。日常の生活費の管理や行政手続きの支援、定期的な訪問等の援助を受けることができる（ガイドライン 37-38 頁）。

⁸ 本人の同意に基づいた代理権付与の仕組みをとるため、成年後見人に対して包括的な代理権が付与される後見類型よりも、本人の意思が尊重される（ガイドライン 35 頁）。

⁹ 任意後見制度については（ガイドライン 34 頁参照）、移行型任意後見契約が締結されているケースのうち、本人の判断能力が十分でなくなり、さらにはそれを欠く等の状況に至っても任意後見監督人選任の申立てがなされず、本人の権利擁護が適切に行われない状態が継続しているような場合もあるため、役所や権利擁護支援の中核機関、地域包括支援センターなど、公的相談窓口を通じた利用であることが望ましい。

¹⁰ 浅井篤. 医療職のための臨床倫理のことば 48. 日本看護協会出版会, 2011.

¹¹ 会田薫子. 臨床倫理の基礎. 清水哲郎・会田薫子・田代志門編『臨床倫理の考え方と実践 医療・ケアチームのための事例検討法』所収. 東京大学出版会, 2022.

¹² トム・L. ビーチャム, ジェイムズ・F. チルドレス著. 立木教夫・足立智孝監訳

これらの原則をもとに、日本の臨床現場に即した臨床倫理の原則として、「人間尊重」（人として尊重した医療とケアの提供）、「予益」（相手の益になり、害とならない）、「社会的適切さ」（資源の適切な利用や配分、法令やガイドラインの遵守）という3つの原則がまとめられている¹³。

具体的な事例を検討する場合には、次の2つのアプローチによる検討を考慮することが望ましい。いずれも、今後の方針の決定のみならず、既に起こったことの見直しと今後の改善の検討においても有用である。医療・ケアチーム側での検討においては、多職種が参加するカンファレンスを通じた検討の機会を設けることが望ましい。また、これらの過程において、医療・ケアチームに属さない臨床倫理の専門家（コンサルタント、コンサルティングチーム等）から助言を受けることによって、考慮すべき視点の漏れをなくし、新たな検討の観点を入れることが期待できる。

（6）臨床倫理の4分割法（図1）

医学的適応、患者の意向、QOL（人生の質）、周囲の状況の4つの側面について、多職種で分析することによって、倫理的な対話を実現し、倫理的なジレンマの存在を見出すアプローチである。これらの4つの側面に関する情報を収集し、ワークシートに記入されたものを用いて話し合いを進め、患者にとっての最善の治療を検討するアプローチである。

医療・ケアチームは、検討する症例を決定したうえで、臨床倫理の4分割表を参考に担当者が情報を収集し、多職種が参加するカンファレンスにおいて事実関係を共有する。「医学的適応」「患者の意向」「周囲の状況」「QOL」の順で話し合いを行うことが推奨されている¹⁴。時間の余裕があれば、不足した情報を集めて再度カンファレンスを開いて議論を深めることも考慮すべきである。

（2009）『生命医学倫理 第5版』（麗澤大学出版会）。

¹³ 清水哲郎＋臨床倫理プロジェクト（2016）『臨床倫理テキスト 臨床倫理エッセンシャルズ 2016年春版』東京大学大学院人文社会系研究科死生学・応用倫理センター上廣講座。[<http://clinicaethics.ne.jp/cleth-prj/img/clethessent2016.pdf>]

¹⁴ 川口篤也。モヤモヤよさらば 臨床倫理4分割カンファレンス [https://www.igaku-shoin.co.jp/paper/series/153]

図1 臨床倫理の四分割表

<p>医学的適応 (Medical Indications)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 患者の医学的問題は何か？ 病歴は？ 診断は？ 予後は？ 2. 急性か、慢性か、重体か、救急か？可逆的か？ 3. 治療の目標は何か？ 4. 治療が成功する確率は？ 5. 治療が奏功しない場合の計画は何か？ 6. 要約すると、この患者が医学的および看護的ケアからどのくらい利益を得られるか？またどのように害を避けることができるか？ 	<p>患者の意向 (Patient Preferences)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 患者には精神的判断能力と法的対応能力があるか？能力がないという証拠はあるか？ 2. 対応能力がある場合、患者は治療への意向についてどう言っているか？ 3. 患者は利益とリスクについて知らされ、それを理解し、同意しているか？ 4. 対応能力がない場合、適切な代理人は誰か？その代理人は意思決定に関して適切な基準を用いているか？ 5. 患者は以前に意向を示したことがあるか？事前指示はあるか？ 6. 患者は治療に非協力的か、または協力できない状態か？その場合、なぜか？ 7. 要約すると、患者の選択権は倫理・法律上、最大限に尊重されているか？
<p>QOL (Quality of Life)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 治療した場合、あるいはしなかった場合に、通常の生活に復帰できる見込みはどの程度か？ 2. 治療が成功した場合、患者にとって身体的、精神的、社会的に失うものは何か？ 3. 医療者による患者の QOL 評価に偏見を抱かせる要因はあるか？ 4. 患者の現在の状態と予測される将来像は延命が望ましくないと判断されるかもしれない状態か？ 5. 治療をやめる計画やその理論的根拠はあるか？ 6. 緩和ケアの計画はあるか？ 	<p>周囲の状況 (Contextual Features)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 治療に関する決定に影響する家族の要因はあるか？ 2. 治療に関する決定に影響する医療側（医師・看護師）の要因はあるか？ 3. 財政的・経済的要因はあるか？ 4. 宗教的・文化的要因はあるか？ 5. 守秘義務を制限する要因はあるか？ 6. 資源配分の問題はあるか？ 7. 治療に関する決定に法律はどのように影響するか？ 8. 臨床研究や教育は関係しているか？ 9. 医療者や施設側で利害対立はあるか？

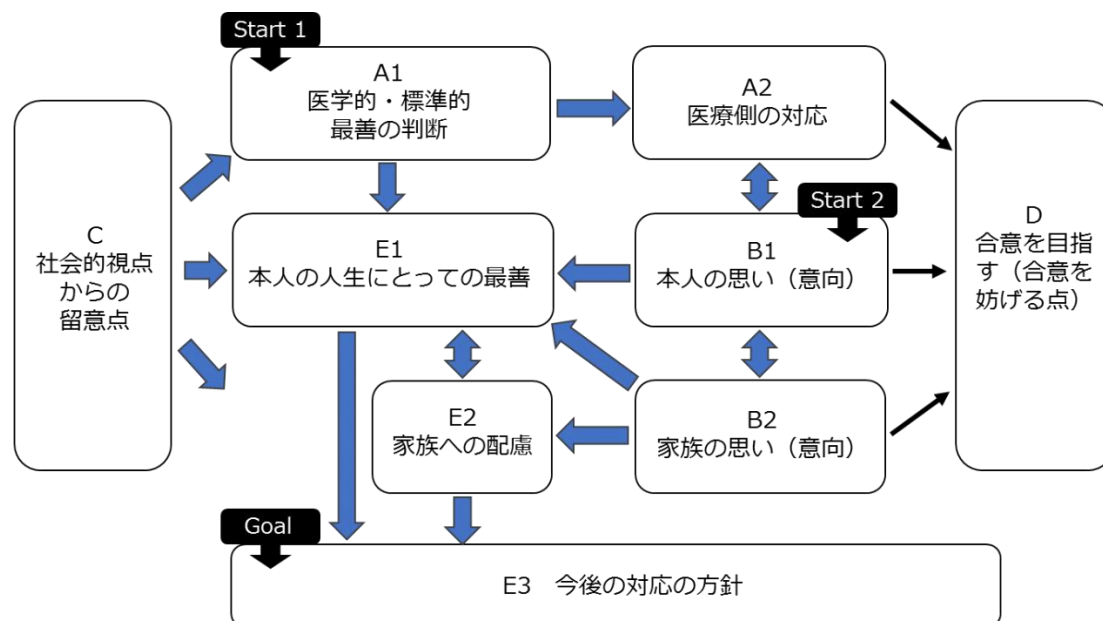
【出典】症例検討の進め方. 赤林朗・蔵田伸雄・児玉聡監訳. 『臨床倫理学 第5版』(新興医学出版社) pp.261-262, 2006.

(7) 共同意思決定と意思決定支援 (図2)

近年、治療法の意味決定に積極的に患者に加わってもらう相互参加型の医療が模索されてきており、共同意思決定 (shared decision making) も普及している。共同意思決定とは、本人、家族、医療・ケアチームがともに意思決定に関わり、本人にとって最善の治療方針を決定するアプローチである。

ここでは、清水哲郎らが提唱する<情報共有—合意モデル>について紹介する。医療・ケアチームから本人への医学的な説明と、本人側から医療・ケアチームへの物語的な説明 (価値観や死生観など) を通して、双方で情報を共有したうえで共同意思決定に至る。本人のプロフィール、経過をまとめたうえで、別の選択がありうる「分岐点」を明示したうえで、図2に示すように A から E の順に沿って検討を進める。これにより見いだされた方針は、患者との共同意思決定であり、すなわち患者へのインフォームド・コンセントの内容でもある。

図2 <情報共有—合意モデル> カンファレンス用ワークシート概念図



【出典】清水哲郎, 臨床倫理事例検討の進め方 p.19 図1. 清水哲郎・会田薫子・田代志門編『臨床倫理の考え方と実践 医療・ケアチームのための事例検討法』所収, 東京大学出版会, 2022.

タイトル：患者本人の意思が確認できない状況での対応（身寄りの確認と治療の決定）

事例 1

患者は、道で意識不明で倒れているところを発見され救急搬送されてきた。救命はできたが意識が戻ることはなく人工呼吸器管理下で経過している。所持品の中から家族等が特定できるものを探したが、情報は得られなかった。加えて、今後意識や呼吸状態が回復する可能性が極めて低く、人工呼吸器や栄養管理等の延命治療の是非を考える必要があるが、本人の生活背景を誰も知らないため本人の意思の推定が不可能である。このような場合、何を基準に本人にとっての最善の医療を決定すればよいか？また、今後の医療費の支払いは誰に請求すればよいか。

- 事例に関する医療面の課題
 - ・患者本人の意思が確認できない時の情報収集および確認すべき関係機関
 - ・患者本人の意思が推定できない時の医療の決定
 - ・患者本人の意思が確認できない時の医療費の請求

- 事例に関する法律的・倫理的懸念事項
 - 1-1. 医療従事者が意識のない患者の所持品（財布の中や携帯電話の連絡先等）を確認するなどして、個人情報を取得及び提供することについて、個人情報保護関連の法的な問題は問われないのか？
 - 1-2. 家族等の有無の情報について確認すべき関係機関はどこか？
 - 1-3. 本人が医療費を支払うことが困難な場合、誰に医療費の請求をすることができるのか？
 - 1-4. 本人の生活背景を誰も知らないため本人の意思の推定が不可能である場合、何を基準に本人にとっての最善の医療を決定すればよいか？
 - 1-5. 本人の意思が確認できず、医療・ケアチームで医療の決定をした場合の記録の留意点は何か？

1-1. 医療従事者が意識のない患者の所持品（財布の中や携帯電話の連絡先等）を確認するなどして、個人情報を取得及び提供することについて、個人情報保護関連の法的な問題は問われないのか？についての対応案

- 法律の観点を踏まえた対応案
 - ・個人情報の取得については、「偽りその他不正の手段により個人情報を取得してはならない」（個人情報保護法第 20 条 1 項）とされているところ、意識のない患者の治療に関連して家族等を特定する目的でその所持品を確認することは「偽りその他不正の手段」とはいえないと考えられる。

なお、家族の連絡先ではなく、患者の身体状況、病状、治療等の情報を取得する場合には、これらの情報は「要配慮個人情報」に該当するため、取得時に本人の同意が必要となる。ただし、本事例のように「人の生命、身体又は財産の保護のために必要がある場合であって、本人の同意を得ることが困難であるとき」は、本人の同意のな

い取得も例外的に許される。

・家族や関係機関（1-2 参照）に本人の病状に関する情報を提供する場合には、原則として本人の同意が必要となる。ただし、人の生命、身体又は財産の保護のために必要がある場合には、本人の同意がなくとも、法的な問題はない。

例えば、①意識不明で身元不明の患者について、関係機関（1-2 参照）へ照会したり、家族又は関係者等からの安否確認に対して必要な情報提供を行う場合、②意識不明の患者の病状や重度の認知症の高齢者の状況を家族等に説明する場合等が、これに該当する（厚労省・後掲ガイダンス 25 頁）。

また、本人の同意を得るために個人情報を利用すること（同意を得るために患者・利用者の連絡先を利用して電話をかける場合など）も認められる（同上 27 頁）。

・患者が成年被後見人、被保佐人及び被補助人であって判断能力を有しない場合には、法定代理人（※）から同意を得る必要がある（同上 22 頁）。

※ 保佐人及び補助人においては、上記対応における法定代理権を持っていない場合がある。

<参考>

個人情報保護法 20 条、27 条、個人情報保護委員会・厚生労働省「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイダンス」（平成 29 年 4 月 14 日、令和 4 年 3 月一部改正）

- 倫理の観点を踏まえた対応案
 - ・意識が回復した場合は、家族への連絡について本人の意思を確認する。
 - ・関係機関への個人情報の提供について、本人の意思を尊重する。

- 対応案について留意すべき事項
 - ・生命を守るための対応を尽くすべきであるが、患者本人の意識が回復した時には家族への連絡についての説明をする。
 - ・本人の意思確認ができる場合は、家族への連絡や、関係機関からの情報提供は本人と話し合っ同意を得る。

1-2. 家族等の有無の情報について確認すべき関係機関はどこか？ についての対応案

- 法律の観点を踏まえた対応案
 - ・地方自治体の窓口（例えば、市町村の戸籍住民課住民記録係）
法律上は、権利の行使又は義務の履行のために住民票や戸籍の記載事項を確認する必要がある場合には、第三者が住民票・戸籍（附票含む）を請求することができる。
 - また、患者が生活保護受給者である場合、医療扶助の受給との関係があるので、生活保護の担当窓口（当該地域の福祉事務所）に問い合わせる。

<参考>

住民基本台帳法 12 条の 3 第 1 項 1 号、戸籍法 10 条の 2 第 1 項

- ・ 患者が以前に利用したことのある病院や施設

生命、身体又は財産の保護のために必要がある場合に、本人の同意が得られないときも、以前に患者が利用したことのある病院や施設に個人データを照会することができる。ただし、照会先の病院や施設にはこの照会に応じて開示する法的な義務があるわけではない。

<参考>

個人情報保護法 27 条（第三者提供の制限）

➤ 倫理の観点を踏まえた対応案

・ 意識が回復した場合は、情報提供を受けた担当者から収集の経緯について患者本人へ説明する。

➤ 対応案について留意すべき事項

・ 適切な医療の提供のための情報は各関係機関から収集する必要があるが、患者の意識が回復した際には、情報提供を受けた担当者から収集の経緯について患者本人に説明する。

1-3. 本人が医療費を支払うことが困難な場合、誰に医療費の請求をすることができるのか？ についての対応案

➤ 法律の観点を踏まえた対応案

次の者が見つかった場合は、当該者への請求が考えられる。

・ 後見人または、医療契約及び病院への入院に関する契約に関する代理権を持つ保佐人・補助人

後見人または、医療契約及び病院への入院に関する契約に関する代理権を持つ保佐人・補助人は、患者を代理して患者本人の財産から医療費を支払う。

- ・ 配偶者

夫婦の一方が、日常の家事に関して第三者と契約をしたときは、他の一方は、これによって生じた債務について、連帯責任を負うこととされている。「日常の家事」に含まれる医療契約による債務については、配偶者に請求をすることができる。

<参考>

民法 761 条

※内縁関係にある者も含む。

- ・ 扶養義務者

請求できるような配偶者がいない場合において、本人の請求により直系血族（親子間、祖父母と孫間等）や兄弟姉妹が扶養義務を負うことがある。ただし、扶養を受ける権利は一身専属的なものであるから、扶養義務者への請求は、本人の意向がある場合に

限られるのが原則であり、医療側としてはこれら扶養義務者に本人の意向を伝え、医療費支払いの協力を求める。なお、兄弟姉妹間や子が親に対して有する義務の程度は、配偶者に比べて低いため、扶養義務者の余力の範囲における負担となる。

➤ 対応案について留意すべき事項

- ・ 家族とはいえ、法的に支払義務を負うか否かは個別事情による。

1-4. 本人の生活背景を誰も知らないため本人の意思の推定が不可能である場合、何を基準に本人にとっての最善の医療を決定すればよいか？ についての対応

➤ 倫理の観点を踏まえた対応案と留意すべき事項

- ・ 臨床倫理四分割表（図1）を活用し、医学的適応、患者の意向、QOL、周囲の状況を考慮して、患者本人にとっての最善の医療を決定する。「患者の意向」は、意識を回復した場合、発話内容のみに頼らず、表情や振舞いなどからも意向を汲み取る努力をする。「医学的適応」の観点から意識の回復が見込めない場合、苦痛や不快の軽減、尊厳ある看取りのありかたについても考慮する。
- ・ カンファレンス等の記録については、後掲 1-5 を参照。

1-5. 本人の意思が確認できず、医療・ケアチームで医療の決定をした場合の記録の留意点は何か？ についての対応

➤ 倫理の観点を踏まえた対応案と留意すべき事項

- ・ 本人にとっての最善の利益が何であると判断したのか、本人の意思が言語から確認できない場合でも表情や振舞いなどにより、本人が現在の治療内容をどのように考えていると推測できるか、あるいは何も推測できないかについても考慮する。

【カンファレンス等の記録の記載例】

- ・ 診療経過、病気の現状、必要な検査・治療の内容、認知症等により患者の理解力に疑義がある場合は、その旨も文書にまとめておく。
- ・ 臨床倫理の観点から検討した結果を文書にまとめておく。
- ・ 患者の意思確認が困難な場合でも、患者本人に病名を告知し、必要な検査や治療を伝えたかどうか、それに対する患者の反応（表情や振舞いなど）も含めて文書にまとめておく。
- ・ 患者の意思確認が困難な場合でも、決定事項について、その都度患者本人に説明をし、記録することが重要（病態が変化する場合もあるので）。患者の病態の変化に応じて検査や転院も検討し、患者に説明した時の反応（表情や振舞いなど）も文書にまとめておく。

タイトル：患者本人の意思決定を尊重した上での対応（本人の意思を尊重した退院）

事例 2

イレウスで入院した患者が治療によって回復したが、再発の可能性が高く、最悪の場合死に至る可能性があった。見舞いにくるような家族等はいないが、調査はしていない。入院を継続し人工肛門造設術を受けることを提案したが本人が拒否し退院を強く希望した。手術の必要性を説明しても「家で苦しんで死んでもいい」と話す。この意向は、医学的な説明や今後の見通しを本人が十分理解したうえでの判断なのかは分からなかったが、さしあたり身近に家族等がいなければ、本人の意思を尊重し自宅退院としてよいか？

- 事例に関する医療面の課題
 - ・人工肛門造設術が必要であり、造設せずに退院した場合、退院後に状態が悪化し緊急入院となる可能性が高い。
- 事例に関する法律的・倫理的懸念事項
 - 2-1. 患者本人の意思決定を尊重した上での対応とは？
 - 2-2. 病院は入院継続を勧めたが本人の希望で退院し、退院直後に状態が悪化、死亡した場合には病院の責任が問われるのか？
 - 2-3. 本人の意思だけで医療を進めてよいのなら、仮に患者に家族等がいる場合であっても、その同意は不要か？

2-1. 患者本人の意思決定を尊重した上での対応

- 法律の観点を踏まえた対応案
 - ・患者本人の意思決定の尊重

治療方針の決定においては、本人の状態に応じた専門的な医学的検討を経て、医師等の医療従事者から適切な情報の提供と説明がなされ、本人が自らの意思をその都度示し、伝えることが出来るような支援が行われることが必要である。その上で、本人の病状、治療の方針、治療をしない場合にもたらされる結果等を真摯に説明し、本人が理解したうえで医療従事者等との相互の話し合いのもと、本人の意思に基づき方針を決定し、医療従事者等はその方針を尊重すべきである。患者の要望に応えることができないと考える場合は、その旨を説明したうえで、他の方策も含め本人にとって最善の方針を検討する。本人の意思が明確である場合、家族に相談する義務はない。しかし、本人と家族の関係に鑑みて、その協力を仰ぐことが適当であると判断されるケースにおいては、家族への説明は紛争の予防に資する（※）。

※家族（※※）への説明が望ましい場合

特に患者が認知症等により判断能力が不十分な状態にあり、自らが置かれた状況の危険性が理解できない状態にあるときや、治療の拒否によって生命・身体に重大な結果が生じるとき。

※※ここで特に相談すべき「家族」に該当すると考えられる人とは？

・近親者等

「他人の生命を侵害した者は、被害者の父母、配偶者及び子に対しては、その財産権が侵害されなかった場合においても、損害の賠償をしなければならない。」(民法711条)。また、最高裁の判例には、被害者との間に「父母、配偶者及び子」と実質的に同視する身分関係が存在し、被害者の死亡により甚大な精神的苦痛を受けた者による慰謝料請求権が認められるとしたもの¹⁵や、死亡のみならず重大な障害が残った場合にも認められるとしたもの¹⁶がある。

・推定相続人

患者への十分な説明を怠っていたようなケースにおいて、上記の近親者には該当せず固有の損害賠償請求権をもたない者も死亡した患者本人の損害賠償請求権を相続するため注意が必要である。

推定相続人とは

①配偶者、及び

②子（子がないときは孫、孫がないときは曾孫）、

③②がないとき、直系尊属のうち一番親等が近い者(父母→祖父母→曾祖父母…)

又は、

④③がないとき、兄弟姉妹（兄弟姉妹がないときは甥・姪）

➤ 倫理の観点から踏まえた対応案

・退院後であっても、いつでも意思を変更でき、その時点で人工肛門の造設を検討できることを伝える。

・退院後においても、機会があれば、入院を継続し人工肛門造設術を受ける選択肢以外にどのような選択肢があるのか、人工肛門造設をせずに退院することにより健康状態にどのような変化が生じるリスクがあるのかについて、本人が想像しやすい言葉遣いで説明し、疑問や質問に答える時間をもつ。

・本人が言語化した意思が、本人の真意と異なる可能性もあることに留意する。医師が最善と考える治療方針の選択によって、本人の人生においてより価値のあるものがどのように損なわれる恐れがあるのかについて関心をもち、本人と対話を重ねる。

・自律性を尊重するという観点から、機能や能力が喪失している、または障害があることが確認されるまでは、本人には判断能力があるものとする。

・治療方針を理性的に決定する判断能力は十分でなくても、どのような生活を望むかという本人の意向や価値観の表明は可能であれば、本人の価値観を治療方針の決定に反映することは可能であるとする。

・本人の価値観を確認したり、治療方針を話し合ったりする場合には、病院関係者だけでなく、病院関係者ではない人：後見人等、友人、ケアマネージャー等にも同席してもらう必要があることを説明する。

・患者に家族等に連絡したくないという意思がある場合は、本人の意思を尊重する。

・話し合いの内容は文書にまとめておく。

¹⁵ 最高裁昭和49年12月17日判決民集28巻10号2040頁。

¹⁶ 最高裁昭和33年8月5日判決民集12巻12号1901頁。

➤ 対応案について留意すべき事項

- ・本人の意思決定に疑問を感じた場合や、判断能力の判定が困難な場合には、主治医だけでなく複数の医療従事者（医師、看護師、MSW 等）で話し合いを行い、方針を検討する。
- ・患者が病状や治療について理解できない状態にあり、家族等に相談する場合、家族等に関する情報収集を行って家族等に対する告知の適否を検討する義務を尽くす必要がある。

2-2. 病院は入院継続を勧めたが本人の希望で退院し、退院直後に状態が悪化、死亡した場合には病院の責任が問われるのか？ についての対応

➤ 法律・倫理の観点から踏まえた対応案と留意事項

- ・説明義務を尽くし、本人が危険性も理解したうえでなお退院を希望した後の結果については、責任を負わないものと考えられる。
- ・患者本人への説明は、複数人で分かりやすく説明する。
- ・退院後も体調が悪くなればいつでも受診できることを説明する。
- ・話し合いの内容について文書にまとめておく。
- ・法的には患者本人に説明義務を尽くすことで免責されるが、家族に、丁寧に複数人に説明をして、その内容について文書にまとめておくことは紛争の予防に資する。

2-3. 本人の意思だけで医療を進めてよいのなら、仮に患者に家族等がいる場合であっても、その同意は不要か？ についての対応

➤ 法律の観点から踏まえた対応案

法的には、本人に明確な意思があるのであれば、その判断は尊重されるべきであるから家族の同意は必要ないと考えられる。むしろ、本人に判断能力があるにもかかわらず、本人への説明がなされず、家族からの同意のみを得て行った治療については、不法行為が成立するものと考えられる。

➤ 倫理の観点から踏まえた対応案

- ・本人の意思が確認できる場合、家族の同意取得は不要である。医師が推奨する治療方針を本人が選択しない場合であっても、その説得に家族を利用することは避けるべきである。
- ・意思決定までの過程において、本人が信頼し、本人の最善の利益をともに探し当てる人物として家族が選択される場合には、意思決定の支援を目的として、話し合いの場に加わってもらおう。

➤ 対応案について留意すべき事項

- ・医療の同意は本人がすることであり、それが困難な場合は家族等を含めた医療・ケアチームで本人にとっての最善の方針を検討していくことが望ましい。
- ・話し合いの内容については文書にまとめておく。

タイトル：患者本人と疎遠な家族との関わり方（家族の役割）

事例 3

胃がんで入院の患者が、手術が必要であるが、重度の認知症のため意思疎通が困難である。意思決定支援を尽くしたが本人からの同意が得られなかったため、家族にも医療の方向性について確認することになった。患者の妻は患者と5年間絶縁状態であるが、患者本人から妻の連絡先を聞くことができたので連絡したところ呼び出し音は鳴るが電話には出ない。子どもが2人おり、息子は、連絡は取れるが患者との関わりを拒否している。娘は関わりを拒否はしていないが、長く疎遠であったため患者のことはよく知らないようであり、遠方に住んでいるため来院して患者の支援をすることは不可能である。このように、複数の家族の存在が明確に確認できる場合でも、実質的な患者への支援がない場合は「身寄りなし」として、本人の意向を汲み取りつつ、医療・ケアチームが決定した方針だけで医療を進めてよいか？また後から家族の気持ちに変化して患者と関わるようになった時、家族から本人と病院（医師）が決めた医療について訴えられたりすることが心配である。

- 事例に関する医療面の課題
患者に適切な医療を提供するための疎遠な家族への支援の要請
- 事例に関する法律的・倫理的懸念事項
3-1. 疎遠な家族にどこまで働きかける必要があるのか？複数の家族に、どこまでどの程度連絡をするべきなのか？家族一人ひとりに意向を確認するのは大変な作業であるが連絡をとらないと法的な問題があるのか？

3-1. 疎遠な家族にどこまで働きかける必要があるのか？複数の家族に、どこまでどの程度連絡をするべきなのか？家族一人ひとりに同意を確認するのは大変な作業であるが連絡をとらないと法的な問題があるのか？についての対応

- 法律の観点から踏まえた対応案
 - ・ 後見人、保佐人、補助人が選任されている場合
後見人等に、家族に関する情報収集ができないか相談することが考えられる。
 - ・ 連絡をとるべき家族の範囲
医療機関が、複数の家族全員に個別に連絡をとることが困難なケースもある。そのような場合は、家族の中で意見をまとめ代表して医療機関とやりとりを行う人物（キーパーソン）を決めてもらい、その者を通じて患者の家族の意見を集約するという方法もとりうる。
 - ・ どの程度の調査が必要か
行政の助力を得て（前掲 1-2 参照）、入手した情報に基づいて連絡を試みたが、相手方から返答がないという場合は、それ以上の搜索義務はないものと考えられる。

- 倫理の観点を踏まえた対応案
 - ・臨床倫理四分割表（図1）や、〈情報共有—合意モデル〉カンファレンス用ワークシート（図2）も活用し、医療・ケアチームで話し合う。
 - ・本人が、意思決定にあたって家族に意見を求めたいという意向が含まれていると考えられる場合、家族への接触について一定の努力をしたが意見聴取は困難であったこと、医療・ケアチームで最善の意思決定をすることを、可能な限り本人が理解できる言葉や説明方法で伝える。
 - ・事後の家族への説明に備えるため、医療・ケアチームでの話し合いの経緯や結果を文書にまとめておく。

- 対応案について留意すべき事項
 - ・連絡先を把握している家族には患者の状況や治療について説明する必要があるが、家族が患者との関わりを拒否した場合は、医療・ケアチームで本人にとっての最善の決定をしていく旨を伝えて了承を得る。

タイトル：絶縁状態の家族の意見の尊重（延命治療の決定プロセス）

事例 4

身寄りがなく意識の確認がとれなくなった患者の延命治療（人工呼吸器と栄養管理）と DNAR（do not attempt resuscitation：蘇生不要）について、30年間絶縁状態の家族へ連絡を取り確認をしたところ、家族からは「（治療は）何もしないで」とだけ言われた。絶縁状態の家族の意向を治療に反映させてもよいのか？

- 事例に関する医療面の課題
絶縁状態の家族から一切の治療不要の意向
- 事例に関する法律的・倫理的懸念事項
4-1. 絶縁状態の家族の意向を治療に反映させてもよいのか？

4-1. 絶縁状態の家族の意向を治療に反映させてもよいのか？についての対応

- 法律・倫理の観点から踏まえた対応案
 - ・人生の最終段階における医療・ケアの在り方に関しては、医療・ケアチームと本人との間で話し合いを繰り返し行っておくことが重要。本人が能力を失うこともあるため、話し合いには家族等（※）の信頼できる者も参加することが望ましい（後掲ガイドライン 1 頁）。
 - ・本人の意思確認ができない場合には、絶縁状態の家族が、本人の意思の推定にふさわしいか検討するとともに、①家族等が本人の意思を推定できる場合には、その推定意思を尊重し、②そのような推定意思が明らかでない場合、医療・ケアチームは家族等と十分に話し合っ本人の最善の方針を決める。③家族等がない場合や家族等が判断を医療・ケアチームに委ねる場合は、本人にとっての最善の方針をとる（後掲ガイドライン 3 頁）。

※家族等

平成 30 年の改訂によって「家族」から範囲が拡張され、「本人が信頼を寄せ、人生の最終段階の本人を支える存在であるという趣旨」であり、「法的な意味での親族関係のみを意味せず、より広い範囲の人（親しい友人等）を含み」「複数人存在することも考えられ」とする（後掲ガイドライン解説編注 12）。したがって、法的な親族関係があるものの絶縁状態の家族以外に、本人の生活状況をよく知る親しい者がいる場合は、当該者と話しあうことも考えられる。

<参考>

厚生労働省「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」（平成 30 年 3 月改訂）

- ・絶縁状態であった家族に対して、「治療不要」という意向の理由を確認し、本人の意思の推定あるいは本人の価値観の反映の結果であるかどうかを判断する。
- ・絶縁状態であったとはいえ、家族が本人の最善の利益を考えられる意欲があり、その立場にあると判断できる場合には、治療方針の決定過程に加えることを考慮する。
- ・臨床倫理四分割表（図1）や、〈情報共有—合意モデル〉カンファレンス用ワークシート（図2）も活用し、医療・ケアチームで話し合う。
- ・「治療不要」という意向が、家族側の都合のみに基づく意見であった場合は、医療・ケアチームにより、本人にとって最善と考えられる治療方針を決定する。
- ・事後の家族への説明に備えるため、医療・ケアチームでの話し合いの経緯や結果を文書にまとめておく。

<参考> 川崎協同病院事件の控訴審判決（1995年）

倫理的に適切な代理判断者として、①家族が、患者の性格・価値観・人生観等について十分に知り、その意思を的確に推定しうる立場にある、②家族が、患者の病状・治療内容・予後等について、十分な情報と正確な認識を持っていること、③家族の意思表示が、患者の立場に立ったうえで、真摯な考慮に基づいたものである場合に、家族による代理判断が許される、と述べられている。長期にわたって絶縁状態にあった親族が、①から③を満たしているかどうか、本人にとって最善の利益が考慮された意向といえるか、本人ではなく親族の都合で治療不要という意向を示している可能性がないか等を医療・ケアチームで話し合う必要がある。

➤ 対応案について留意すべき事項

- ・家族へ医学的適応や今後の回復の見込みや回復した場合の予測される ADL（Activities of Daily Living：日常生活動作：日常生活を送るために最低限必要な日常的な動作で、「起居動作・移乗・移動・食事・更衣・排泄・入浴・整容」動作のこと）、予測される医療費等について説明を尽くす。

タイトル：退院後の住まいを確保し生活を支援するための対応

事例 5

入院前は一人暮らしで自立して生活をしてきた高齢者が脳梗塞で入院をした。脳梗塞後遺症による麻痺のため全介助が必要となった。自宅へ退院し一人暮らしをすることは困難であるが、本人が在宅復帰を強く希望し、施設入所を明確に拒否している。自宅での介護サービス利用も拒否。本人の意思の尊重をしたいが、どうしたらよいか。また、このような時に本人の生命を守るために施設へ入所してもらう制度はあるか？今後のため、成年後見制度の利用も勧めているが「自分でできる」の一点張りで制度利用を拒否している。

➤ 事例に関する医療面の課題

- ・退院後の生活に必要と思われる介護サービスの利用拒否
- ・本人の ADL を考慮した退院後の住まいが見つからない。(自宅退院が適切ではないケース)

➤ 事例に関する法律的・倫理的懸念事項

5-1. 本人の住まいを確保し生活を支援するために施設へ入所してもらう制度はあるか？

5-1. 本人の住まいを確保し生活を支援するために施設へ入所してもらう制度はあるか？についての対応

➤ 法律の観点から踏まえた対応案

本人に十分な判断能力があり、明確に施設入所を拒否している場合は、まずは十分な情報を提供し、施設入所の必要性を丁寧に説明し、同意が得られるように努める。本人が自ら入所契約を行えないような場合、下記のとおり、市町村が、入所措置により本人の身体状況等に応じた施設などのサービスを提供又は委託させることができる。なお、利用者は、基本的に 65 歳以上であるが、65 歳未満の者であって特に必要があると認められる者も含まれる（老人福祉法第 5 条の 4）。ただし、必要な説明を尽くしても、判断能力のある本人が入所を明確に拒否している場合は、実務的には入所措置による入所は困難な場合が多いと考えられる。

・ 養護老人ホームへの入所措置

利用者が、環境上の理由及び経済的理由によって居宅において養護を受けることが困難な場合、養護老人ホームに入所させることができる。

・ 特別養護老人ホームへの入所措置

利用者が、身体上又は精神上に著しい障害があるために常時介護を必要とし、かつ、居宅において介護を受けることが困難で、高齢者本人等による契約や要介護認定の

申請が困難などのやむを得ない事由（※）により介護保険法の定める施設に入所させることが著しく困難な場合、市町村の措置により特別養護老人ホームに入所させることができる。

※「やむを得ない事由」とは、事業者と「契約」をして介護サービスを利用することや、その前提となる市町村に対する要介護認定の「申請」を期待しがたいことを指す（後掲厚生労働省老健局長通知）。一部の基礎自治体が作成した「老人福祉法に基づくやむを得ない事由による措置要綱」には、例えば、①家族等から虐待又は無視を受けている者、②認知症その他の理由により意思能力が乏しくかつ適切な代理人がいない者、③その他自治体の長がやむを得ない事由と認める場合が対象とされている。

<参考>

老人福祉法第5条の4、10条の4第1項3号5号、第11条第1項1号、2号
厚生労働省老健局長通知「老人ホームへの入所措置等の指針について」平成18年3月31日付け老発第0331028号参照）、各市町村の「老人福祉法に基づくやむを得ない事由による措置要綱」

- 倫理の観点を踏まえた対応案
 - ・本人が施設での生活を具体的にイメージできるように丁寧に説明をする（厚生労働省老健局長通知「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」平成30年6月22日付け老発第0622第1号参照）。
- 対応案について留意すべき事項
 - ・入院時からの退院支援の実施。早い段階で自治体や関係機関と話し合いをする。
 - ・施設入所については本人の同意が得られるよう説明して、説明を尽くしてもなお本人が理解できない場合は自治体に相談して措置入所の適応を検討する。

【Q&A】身寄りがない人の金銭管理の支援、制度の活用

令和元年ガイドライン発出後、令和2年から3年に実施したガイドライン活用状況の調査において、特に質問が多かった事項についてはQ&Aにまとめた。

Q1. 相続法改正（2019年7月1日施行）により、法定相続人が個人の預金を一定額引き出すことが可能になったがその法解釈や手続きが知りたい。

A. 改正法の内容

改正民法909条の2は、遺産分割前において相続人が単独で行使できる預貯金債権金額の算定方法（「遺産に属する預貯金債権のうち相続開始の時の債権額」× $\frac{1}{3}$ ×共同相続人の法定相続分）を規定する。

例) 被相続人Aは、M銀行に普通預金1200万円を有していた。相続人が妻Xと子YとZであるとき、それぞれいくら払い戻すことができるか。

・900条及び第901条の規定により算定した当該共同相続人の相続分
配偶者:1/2、子:1/2を子の人数で均等に分割した値(例では子が2人いるので $\frac{1}{2} \times \frac{1}{2} = \frac{1}{4}$)

・909条の2により、相続人が遺産分割前に払い戻しできる金額は、

妻X: $1200 \times \frac{1}{3} \times \frac{1}{2} = 200$ 万円

子Y: $1200 \times \frac{1}{3} \times \frac{1}{4} = 100$ 万円

子Z: $1200 \times \frac{1}{3} \times \frac{1}{4} = 100$ 万円

上記を超える金額については、遺産分割協議の手続きを経て具体的相続分が決定したあとでなければ払い戻すことができない。

Q2. 金銭に関わることはトラブルになりやすいので、金融機関との対応方法についてのガイドラインが欲しい。

A. 本人以外の者による預金の払い出しについて

以下、2021年に全国銀行協会が公表した考え（後掲資料）を紹介する。なお、法律上確定した取扱いではなく、実務の一例にすぎないことに留意されたい。

・預金を払い出す場合には預金者本人の意思確認が必要であるため、家族といえども本人に無断で患者の預金を払い出すことはできない。本人の判断能力が低下した場合は、法定後見制度の利用が必要。

・しかし、さまざまな事情で後見制度が利用されないことがある。そのような場合において、親族等（※）が本人の医療費、施設入所費用、生活費等の支払いに充当するため、預金の払い出しを求めたとき、金融機関は本人の利益に適合することが明らかである場合に限り、極めて限定的にその依頼に応じる。

※親族等

後掲資料には「銀行は含まれない」ことは明記されているが、具体的な定義はない。

<参考>

全国銀行協会「金融取引の代理等に関する考え方および銀行と地方公共団体・社会福祉関係機関等との連携強化に関する考え方」（令和3年）<<https://www.zenginkyo.or.jp/fileadmin/res/news/news330218.pdf>>

Q3. 病院が患者の財産管理をすることに法的な問題がないのか？

A.

・本人に判断能力があり、医療機関に財産管理を委任することを希望する場合には、本人との契約により財産管理をすることができる。ただし、本人の財産の中から病院が医療費用を受け取るような両者の利益が相反する場合には、民法108条2項により、あらかじめ契約の際にこの点の許諾を得ることが必要である。委任後に本人から返還希望があれば、本人に財産を返さなければならない。なお、委任後に精神疾患などで本人の判断力が低下し、自力での財産管理は難しいと考えられるにも関わらず、（精神疾患の影響などにより）本人が医療機関からの説明や説得を理解せず、本人からの財産の返還要求が続くような場合には、成年後見制度の利用などが考えられる。

・本人の判断能力が不十分で財産管理は困難であるが、サービス提供については理解ができるような場合には社会福祉協議会の日常生活自立支援事業を用いることが考えられる。他方、サービス提供について理解ができない場合には、法定後見制度の利用が必要となるので、担当窓口¹⁷に相談する。

Q4. 病院が患者の財産管理をする場合の出納帳の作り方を示してほしい。

A.

・現金出納帳の例

下の記載例は、後見人がつける現金出納帳の例である。家族2人と同居している場合に、食費や日用品の費用などの生活費が家族全体で15万円程度かかるため、本人がその1/3を負担しているケースを想定している。

なお後見人に対して、本人の財産管理は、預貯金によって行うことを原則とし、現金による管理額が50万円を超えないようにとの注意喚起がなされている。本人との契約に基づいて病院が財産管理をする場合も、必要以上に預金の払い戻しをするべきではない。

¹⁷ 65歳以上の高齢者の場合は、地域包括支援センター又は市町村の介護保険・高齢者担当部署、18歳以上65歳未満の場合は、基幹相談支援センター、市町村の障害担当部署等（ガイドライン10頁）。

年月日	項目	収入	支出	残高(円)
令和 3. 3. 2	財産目録1記載口座より引出	50,000円		50,000円
3. 3. 3	食料品等購入		8,921円	41,079円
3. 3. 4	被後見人の衣類購入		12,890円	28,189円
3. 3. 12	食料品等購入		6,522円	21,667円
3. 3. 22	食料品等購入		6,011円	15,656円
3. 4. 2	財産目録1記載口座より引出	50,000円		65,656円
3. 4. 5	食料品等購入		8,222円	57,434円
3. 4. 10	被後見人の衣類購入		8,980円	48,454円
3. 4. 11	慶弔費用		5,000円	43,454円
3. 4. 12	食料品等購入		8,898円	34,556円
3. 4. 15	食料品等購入		7,010円	27,546円
3. 4. 18	町内会費		6,000円	21,546円
3. 4. 21	食料品等購入		8,761円	12,785円

<参考>

出典：東京家庭裁判所後見センター「成年後見人・保佐人・補助人ハンドブック（Q&A付き）」（令和3年4月）33頁<<https://www.courts.go.jp/tokyo-f/vc-files/tokyo-f/kouken/020101.pdf>>

Q5. 医療機関が財産管理をするときの注意点を知りたい。

A.

- ・医療機関が本人の財産を管理する場合、必ず本人との間で財産管理委任契約を結ばなければならない。医療機関は、その契約に基づいて授權された代理権の範囲内で財産を管理することができる。
- ・「医療費の支払い」について授權された場合は、本人に委任状を作成してもらうことで預金の払い出しが可能となる（一般に任意代理人の届出が求められるので、各銀行の規則に従って届出を行っておく）。
- ・トラブルを避けるために、通帳や印鑑等は患者が保管することとし、必要な場合にのみ預かり証と交換で受領、用事が終われば都度返却するということを徹底する。
- ・通帳記帳による入出金のチェックを欠かさない。Q4の要領で出納帳を作成し、本人には必ず代理した内容を報告する。

Q6. 予後が悪く生存中に成年後見制度の申立てを行っても審判が間に合わないと予測される患者の保全処分の適応を知りたい。

A. まもなく死亡する蓋然性が高い患者の財産を親族等の第三者が費消してしまう可能性があり、患者の財産を迅速に保全する必要があるのであれば保全処分の申立は可能。

Q7. 内縁関係にある人、友人や会社の雇用主がキーパーソンの場合、金銭管理等どこまで依頼できるのか？

A.

・本人が第三者への財産管理を希望しており、財産管理委任契約を結ぶことができれば、第三者に代理権の範囲で金銭管理を任せることができる。

・本人に判断能力がない場合は、法定後見制度の利用が必要となるので、連絡がつく親族がない場合は、担当窓口（Q3のA参照）に相談する。

「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研究」

研究班名簿

研究代表者

山縣 然太郎 山梨大学大学院総合研究部医学域 社会医学講座・教授

研究分担者

田宮 菜奈子 筑波大学医学医療系ヘルスサービスリサーチ分野・教授

武藤 香織 東京大学医科学研究所公共政策研究分野・教授

橋本 有生 早稲田大学法学学術院・教授

山崎 さやか 健康科学大学看護学部・助教

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

厚生労働省

改訂 平成30年3月

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 人生の最終段階における医療・ケアの在り方

- ① 医師等の医療従事者から適切な情報の提供と説明がなされ、それに基づいて医療・ケアを受ける本人が多専門職種の医療・介護従事者から構成される医療・ケアチームと十分な話し合いを行い、本人による意思決定を基本としたうえで、人生の最終段階における医療・ケアを進めることが最も重要な原則である。
また、本人の意思は変化しうるものであることを踏まえ、本人が自らの意思をその都度示し、伝えられるような支援が医療・ケアチームにより行われ、本人との話し合いが繰り返し行われることが重要である。
さらに、本人が自らの意思を伝えられない状態になる可能性があることから、家族等の信頼できる者も含めて、本人との話し合いが繰り返し行われることが重要である。この話し合いに先立ち、本人は特定の家族等を自らの意思を推定する者として前もって定めておくことも重要である。
- ② 人生の最終段階における医療・ケアについて、医療・ケア行為の開始・不開始、医療・ケア内容の変更、医療・ケア行為の中止等は、医療・ケアチームによって、医学的妥当性と適切性を基に慎重に判断すべきである。
- ③ 医療・ケアチームにより、可能な限り疼痛やその他の不快な症状を十分に緩和し、本人・家族等の精神的・社会的な援助も含めた総合的な医療・ケアを行うことが必要である。
- ④ 生命を短縮させる意図をもつ積極的安楽死は、本ガイドラインでは対象としない。

2 人生の最終段階における医療・ケアの方針の決定手続

人生の最終段階における医療・ケアの方針決定は次によるものとする。

(1) 本人の意思の確認ができる場合

- ① 方針の決定は、本人の状態に応じた専門的な医学的検討を経て、医師等の医療従事者から適切な情報の提供と説明がなされることが必要である。
そのうえで、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を踏まえた本人による意思決定を基本とし、多専門職種から構成される医療・ケアチームとして方針の決定を行う。

- ② 時間の経過、心身の状態の変化、医学的評価の変更等に応じて本人の意思が変化しうるものであることから、医療・ケアチームにより、適切な情報の提供と説明がなされ、本人が自らの意思をその都度示し、伝えることができるような支援が行われることが必要である。この際、本人が自らの意思を伝えられない状態になる可能性があることから、家族等も含めて話し合いが繰り返し行われることも必要である。
- ③ このプロセスにおいて話し合った内容は、その都度、文書にまとめておくものとする。

(2) 本人の意思の確認ができない場合

本人の意思確認ができない場合には、次のような手順により、医療・ケアチームの中で慎重な判断を行う必要がある。

- ① 家族等が本人の意思を推定できる場合には、その推定意思を尊重し、本人にとっての最善の方針をとることを基本とする。
- ② 家族等が本人の意思を推定できない場合には、本人にとって何が最善であるかについて、本人に代わる者として家族等と十分に話し合い、本人にとっての最善の方針をとることを基本とする。時間の経過、心身の状態の変化、医学的評価の変更等に応じて、このプロセスを繰り返し行う。
- ③ 家族等が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には、本人にとっての最善の方針をとることを基本とする。
- ④ このプロセスにおいて話し合った内容は、その都度、文書にまとめておくものとする。

(3) 複数の専門家からなる話し合いの場の設置

上記(1)及び(2)の場合において、方針の決定に際し、

- ・医療・ケアチームの中で心身の状態等により医療・ケアの内容の決定が困難な場合
 - ・本人と医療・ケアチームとの話し合いの中で、妥当で適切な医療・ケアの内容についての合意が得られない場合
 - ・家族等の中で意見がまとまらない場合や、医療・ケアチームとの話し合いの中で、妥当で適切な医療・ケアの内容についての合意が得られない場合
- 等については、複数の専門家からなる話し合いの場を別途設置し、医療・ケアチーム以外の者を加えて、方針等についての検討及び助言を行うことが必要である。

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ガイドライン 解説編

人生の最終段階における医療の普及・啓発の
在り方に関する検討会
改訂 平成30年3月

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解説編

【平成19年版ガイドライン作成の経緯】

人生の最終段階における治療の開始・不開始及び中止等の医療のあり方の問題は、従来から医療現場で重要な課題となってきました。厚生労働省においても、人生の最終段階における医療のあり方については、昭和62年以來4回にわたって検討会を開催し、継続的に検討を重ねてきたところです。その中で行ってきた意識調査などにより、人生の最終段階における医療に関する国民の意識にも変化が見られることと、誰でもが迎える人生の最終段階とはいいながらその態様や患者を取り巻く環境もさまざまなものがあることから、国が人生の最終段階における医療の内容について一律の定めを示すことが望ましいか否かについては慎重な態度がとられてきました。

しかしながら、人生の最終段階における医療のあり方について、患者・医療従事者ともに広くコンセンサスが得られる基本的な点について確認をし、それをガイドラインとして示すことが、よりよき人生の最終段階における医療の実現に資するとして、厚生労働省において、初めてガイドラインが策定されました。

本解説編は、厚生労働省において策定されたガイドラインを、より広く国民、患者及び医療従事者に理解いただけるよう、「終末期医療の決定プロセスのあり方に関する検討会」において議論された内容をとりまとめたものです。

国に対しては、本ガイドラインの普及を図るとともに、緩和ケアの充実など人生の最終段階を迎える患者及び家族を支えるため、その体制整備に積極的に取り組むことを要望します。

【平成30年版ガイドライン改訂の経緯】

平成27年3月には、「終末期医療に関する意識調査等検討会」において、最期まで本人の生き方（＝人生）を尊重し、医療・ケアの提供について検討することが重要であることから、「終末期医療」から「人生の最終段階における医療」へ名称の変更を行いました。

今回の改訂は、ガイドライン策定から約10年の歳月を経た平成30年3月には、近年の高齢多死社会の進行に伴う在宅や施設における療養や看取りの需要の増大を背景に、地域包括ケアシステムの構築が進められていることを踏まえ、また、近年、諸外国で普及しつつあるACP（アドバンス・ケア・プランニング：人生の最終段階の医療・ケアについて、本人が家族等や医療・ケアチームと事前に繰り返し話し合うプロセス）の概念を盛り込み、医療・介護の現場における普及を図ることを目的に「人生の最終段階における医療の普及・啓発に関する検討会」において、次の1）から3）までの観点から、文言変更や解釈の追加を行いました。

- 1) 本人の意思は変化しうるものであり、医療・ケアの方針についての話し合いは繰り返すことが重要であることを強調すること。
- 2) 本人が自らの意思を伝えられない状態になる可能性があることから、その場合に本人の意思を推定しうる者となる家族等の信頼できる者も含めて、事前に繰り返し話し合っておくことが重要であること。
- 3) 病院だけでなく介護施設・在宅の現場も想定したガイドラインとなるよう、配慮すること。

加えて、本ガイドラインについて、人生の最終段階における医療・ケアに従事する医療・介護従事者が、人生の最終段階を迎える本人及び家族等を支えるために活用するものであるという位置づけや、本人・家族等の意見を繰り返し聞きながら、本人の尊厳を追求し、自分らしく最期まで生き、より良い最期を迎えるために人生の最終段階における医療・ケアを進めていくことが重要であることを改めて確認しました。

国に対しては、医療・介護従事者が、丁寧に本人・家族等の意思をくみ取り、関係者と共有する取組が進むよう、また年齢や心身の状態にかかわらず、家族等との繰り返しの話し合いを通じて本人の意思を確認しておくことの重要性が、広く国民、本人、医療・介護従事者に理解されるよう、改訂された本ガイドラインの普及を図ることを要望します。

【基本的な考え方】

- 1) このガイドラインは、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ガイドラインです。
- 2) そのためには担当の医師ばかりでなく、看護師やソーシャルワーカー、介護支援専門員等の介護従事者などの、医療・ケアチームで本人・家族等を支える体制を作ることが必要です。このことはいうまでもありませんが、特に人生の最終段階における医療・ケアにおいて重要なことです。
- 3) 人生の最終段階における医療・ケアにおいては、できる限り早期から肉体的な苦痛等を緩和するためのケアが行われることが重要です。緩和が十分に行われた上で、医療・ケア行為の開始・不開始、医療・ケアの内容の変更、医療・ケア行為の中止等については、最も重要な本人の意思を確認する必要があります。確認にあたっては、適切な情報に基づく本人による意思決定（インフォームド・コンセント）が大切です。
- 4) 人生の最終段階における医療・ケアの提供にあたって、医療・ケアチームは、本人の意思を尊重するため、本人のこれまでの人生観や価値観、どのような生き方を望むかを含め、できる限り把握することが必要です。また、本人の意思は変化しうるものであることや、本人が自らの意思を伝えられない状態になる可能性があることから、本人が家族等の信頼できる者を含めて話し合いが繰り返し行われることが重要です。
- 5) 本人の意思が明確でない場合には、家族等の役割がいっそう重要になります。特に、本人が自らの意思を伝えられない状態になった場合に備えて、特定の家族等を自らの意思を推定する者として前もって定めている場合は、その者から十分な情報を得たうえで、本人が何を望むか、本人にとって何が最善かを、医療・ケアチームとの間で話し合う必要があります。
- 6) 本人、家族等、医療・ケアチームが合意に至るなら、それはその本人にとって最もよい人生の最終段階における医療・ケアだと考えられます。医療・ケアチームは、合意に基づく医療・ケアを実施しつつも、合意の根拠となった事実や状態の変化に応じて、本人の意思が変化しうるものであることを踏まえて、柔軟な姿勢で人生の最終段階における医療・ケアを継続すべきです。
- 7) 本人、家族等、医療・ケアチームの間で、話し合いを繰り返し行った場合においても、合意に至らない場合には、複数の専門家からなる話し合いの場を設置し、その助言により医療・ケアのあり方を見直し、合意形成に努めることが必要です。
- 8) このプロセスにおいて、話し合った内容は、その都度、文書にまとめておくことが必要です。

1 人生の最終段階における医療・ケアの在り方

① 医師等の医療従事者から適切な情報の提供と説明がなされ、それに基づいて医療・ケアを受ける本人が多専門職種の医療・介護従事者から構成される医療・ケアチームと十分な話し合いを行い、本人による意思決定を基本としたうえで、人生の最終段階における医療・ケアを進めることが最も重要な原則である。

また、本人の意思は変化しうるものであることを踏まえ、本人が自らの意思をその都度示し、伝えられるような支援が医療・ケアチームにより行われ、本人との話し合いが繰り返し行われることが重要である。

さらに、本人が自らの意思を伝えられない状態になる可能性があることから、家族等の信頼できる者も含めて、本人との話し合いが繰り返し行われることが重要である。この話し合いに先立ち、本人は特定の家族等を自らの意思を推定する者として前もって定めておくことも重要である。

*注1 よりよい人生の最終段階における医療・ケアには、第一に十分な情報と説明（本人の心身の状態や社会的背景に鑑み、受ける医療・ケア、今後の心身の状態の変化の見通し、生活上の留意点等）を得たうえでの本人の決定こそが重要です。ただし、②で述べるように、人生の最終段階における医療・ケアとしての医学的妥当性・適切性が確保される必要のあることは当然です。

*注2 医療・ケアチームとはどのようなものかは、医療機関等の規模や人員によって変わり得るものです。一般的には、担当の医師と看護師及びそれ以外の医療・介護従事者というのが基本形ですが、例えばソーシャルワーカーなど社会的な側面に配慮する人が参加することも想定されます。また、在宅や施設においては、担当の医師と看護師のほか、本人の心身の状態や社会的背景に応じて、ケアに関わる介護支援専門員、介護福祉士等の介護従事者のほか、他の関係者が加わることも想定されます。

*注3 医療・ケアチームは、丁寧に、本人の意思をくみ取り、関係者と共有する取組を進めることが重要です。また、本人の意思は、時間の経過や心身の状態の変化、医学的評価の変更等に応じて、大きく変化する可能性があることから、繰り返し話し合いを行うことが、本人の意思の尊重につながります。

② 人生の最終段階における医療・ケアについて、医療・ケア行為の開始・不開始、医療・ケア内容の変更、医療・ケア行為の中止等は、医療・ケアチームによって、医学的妥当性と適切性を基に慎重に判断すべきである。

*注4 人生の最終段階には、がんの末期のように、予後が数日から長くとも2-3ヶ月と予測が出来る場合、慢性疾患の急性増悪を繰り返し予後不良に陥る場合、脳血管疾患の後遺症や老衰など数ヶ月から数年にかけ死を迎える場合があります。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べき事柄です。また、チームを形成する時間のない緊急時には、生命の尊重を基本として、医師が医学的妥当性と適切性を基に判断するほかありませんが、その後、医療・ケアチームによって改めてそれ以後の適切な医療・ケアの検討がなされることとなります。

*注5 医療・ケアチームについては2つの懸念が想定されます。1つは、結局、強い医師の考えを追認するだけのものになるという懸念、もう1つは、逆に、責任の所在が曖昧になるという懸念です。しかし、前者に対しては、医療・介護従事者の協力関係のあり方が変化し、医師以外の医療・介護従事者がそれぞれの専門家として貢献することが認められるようになってきた現実をむしろ重視すること、後者に対しては、このガイドラインは、あくまでも人生の最終段階の本人に対し医療・ケアを行う立場から配慮するためのチーム形成を支援するためのものであり、それぞれが専門家としての責任を持って協力して支援する体制を作るため

のものであることを理解してもらいたいと考えています。特に刑事責任や医療従事者間の法的責任のあり方などの法的側面については、ガイドライン策定以降、このような側面から大きく報道されるような事態は生じていませんが、引き続き検討していく必要があります。

③ 医療・ケアチームにより、可能な限り疼痛やその他の不快な症状を十分に緩和し、本人・家族等の精神的・社会的な援助も含めた総合的な医療・ケアを行うことが必要である。

*注6 緩和ケアの重要性に鑑み、2007年2月、厚生労働省は緩和ケアのための麻薬等の使用を従来よりも認める措置を行いました。

*注7 人が人生の最終段階を迎える際には、疼痛緩和ばかりでなく、他の種類の精神的・社会的問題も発生します。可能であれば、医療・ケアチームには、ソーシャルワーカーなど、社会的側面に配慮する人やケアに関わる介護支援専門員などが参加することが望まれます。

④ 生命を短縮させる意図をもつ積極的安楽死は、本ガイドラインでは対象としない。

*注8 疾患に伴う耐え難い苦痛は緩和ケアによって解決すべき課題です。積極的安楽死は判例その他で、きわめて限られた条件下で認めうる場合があるとされています。しかし、その前提には耐え難い肉体的苦痛が要件とされており、本ガイドラインでは、肉体的苦痛を緩和するケアの重要性を強調し、医療的な見地からは緩和ケアをいっそう充実させることが何よりも必要であるという立場をとっています。そのため、積極的安楽死とは何か、それが適法となる要件は何かという問題を、このガイドラインで明確にすることを目的としていません。

2 人生の最終段階における医療・ケアの方針の決定手続

人生の最終段階における医療・ケアの方針決定は次によるものとする。

(1) 本人の意思の確認ができる場合

① 方針の決定は、本人の状態に応じた専門的な医学的検討を経て、医師等の医療従事者から適切な情報の提供と説明がなされることが必要である。

そのうえで、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を踏まえた本人による意思決定を基本とし、多専門職種から構成される医療・ケアチームとして方針の決定を行う。

② 時間の経過、心身の状態の変化、医学的評価の変更等に応じて本人の意思が変化しうるものであることから、医療・ケアチームにより、適切な情報の提供と説明がなされ、本人が自らの意思をその都度示し、伝えることができるような支援が行われることが必要である。この際、本人が自らの意思を伝えられない状態になる可能性があることから、家族等も含めて話し合いが繰り返し行われることも必要である。

③ このプロセスにおいて話し合った内容は、その都度、文書にまとめておくものとする。

*注9 話し合った内容を文書にまとめるにあたっては、医療・介護従事者からの押しつけにならないように配慮し、医療・ケアについての本人の意思が十分に示された上で、話し合われた内容を文書として残しておくことが大切です。

*注10 よりよき人生の最終段階における医療・ケアの実現のためには、まず本人の意思が確認できる場合には本人の意思決定を基本とすべきこと、その際には十分な情報と説明が必要なこと、それが医療・ケアチームによる医学的妥当性・適切性の判断と一致したものであること

とが望ましく、そのためのプロセスを経ること、また合意が得られた場合でも、本人の意思が変化しうることを踏まえ、さらにそれを繰り返し行うことが重要だと考えられます。

*注1 1 話し合った内容については、文書にまとめておき、家族等と医療・ケアチームとの間で共有しておくことが、本人にとっての最善の医療・ケアの提供のためには重要です。

(2) 本人の意思の確認ができない場合

本人の意思確認ができない場合には、次のような手順により、医療・ケアチームの中で慎重な判断を行う必要がある。

- ① 家族等が本人の意思を推定できる場合には、その推定意思を尊重し、本人にとっての最善の方針をとることを基本とする。
- ② 家族等が本人の意思を推定できない場合には、本人にとって何が最善であるかについて、本人に代わる者として家族等と十分に話し合い、本人にとっての最善の方針をとることを基本とする。時間の経過、心身の状態の変化、医学的評価の変更等に応じて、このプロセスを繰り返し行う。
- ③ 家族等が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には、本人にとっての最善の方針をとることを基本とする。
- ④ このプロセスにおいて話し合った内容は、その都度、文書にまとめておくものとする。

*注1 2 家族等とは、今後、単身世帯が増えることも想定し、本人が信頼を寄せ、人生の最終段階の本人を支える存在であるという趣旨ですから、法的な意味での親族関係のみを意味せず、より広い範囲の人（親しい友人等）を含みますし、複数人存在することも考えられます（このガイドラインの他の箇所でも使われている意味も同様です）。

*注1 3 本人の意思決定が確認できない場合には家族等の役割がますます重要になります。特に、本人が自らの意思を伝えられない状態になった場合に備えて、特定の家族等を自らの意思を推定する者として前もって定め、その者を含めてこれまでの人生観や価値観、どのような生き方や医療・ケアを望むかを含め、日頃から繰り返し話し合っておくことにより、本人の意思が推定しやすくなります。その場合にも、本人が何を望むかを基本とし、それがどうしてもわからない場合には、本人の最善の利益が何であるかについて、家族等と医療・ケアチームが十分に話し合い、合意を形成することが必要です。

*注1 4 家族等がない場合及び家族等が判断せず、決定を医療・ケアチームに委ねる場合には、医療・ケアチームが医療・ケアの妥当性・適切性を判断して、その本人にとって最善の医療・ケアを実施する必要があります。なお家族等が判断を委ねる場合にも、その決定内容を説明し十分に理解してもらうよう努める必要があります。

*注1 5 本人の意思が確認できない場合についても、本人の意思の推定や医療・ケアチームによる方針の決定がどのように行われたかのプロセスを文書にまとめておき、家族等と医療・ケアチームとの間で共有しておくことが、本人にとっての最善の医療・ケアの提供のためには重要です。

(3) 複数の専門家からなる話し合いの場の設置

上記（1）及び（2）の場合において、方針の決定に際し、

- ・医療・ケアチームの中で心身の状態等により医療・ケアの内容の決定が困難な場合
 - ・本人と医療・ケアチームとの話し合いの中で、妥当で適切な医療・ケアの内容についての合意が得られない場合
 - ・家族の中で意見がまとまらない場合や、医療・ケアチームとの話し合いの中で、妥当で適切な医療・ケアの内容についての合意が得られない場合
- 等については、複数の専門家からなる話し合いの場を別途設置し、医療・ケアチーム以外の者を加えて、方針等についての検討及び助言を行うことが必要である。

*注16 別途設置される話し合いの場は、あくまでも、本人、家族等、医療・ケアチームの間で、人生の最終段階における医療・ケアのためのプロセスを経ても合意に至らない場合、例外的に必要とされるものです。第三者である専門家からの検討・助言を受けて、あらためて本人、家族等、医療・ケアチームにおいて、ケア方法などを改善することを通じて、合意形成に至る努力をすることが必要です。第三者である専門家とは、例えば、医療倫理に精通した専門家や、国が行う「本人の意向を尊重した意思決定のための研修会」の修了者が想定されますが、本人の心身の状態や社会的背景に応じて、担当の医師や看護師以外の医療・介護従事者によるカンファレンス等を活用することも考えられます。

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（第2版）

厚生労働省
令和7年3月

目次

I. はじめに	1
1. ガイドラインの趣旨	1
2. ガイドライン策定・改訂の背景	1
II. 基本的考え方	6
1. 誰が意思決定支援ガイドラインを使うのか	6
2. 意思決定支援とは何か（支援の定義）	6
3. 日常生活や社会生活における意思決定支援	6
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	8
1. 本人の意思の表出	8
2. 本人の意思の尊重	8
3. 本人の意思決定能力への配慮	10
4. チームによる早期からの継続的支援	11
IV. 意思決定支援のプロセス	12
1. 意思決定支援の人的・物的環境の整備	13
(1) 意思決定支援者の姿勢	13
(2) 意思決定支援者との信頼関係と意思表示の相手方との関係性への配慮	13
(3) 意思決定支援と環境	13
2. 適切な意思決定プロセスの確保	15
(1) 本人が意思を形成することの支援（意思形成支援）	15
(2) 本人が意思を表明することの支援（意思表示支援）	15
(3) 本人が意思を実現するための支援（意思実現支援）	16
3. 意思決定支援プロセスにおける家族	17
(1) 家族も本人の意思決定支援者であること	17
(2) 家族への支援	17
4. 意思決定支援チームと会議（話し合い）	18
V. 認知症への理解、ガイドラインの普及と改訂	19
VI. 意思決定支援ガイドラインをより理解するための事例集（別冊）	19

[参考]

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活用及び 普及啓発に関する調査研究事業	20
--	----

I. はじめに

1. ガイドラインの趣旨

- 本ガイドラインは、認知症の人の意思決定を支援するものである。
- 「認知症の人」という表現については、その人の人格全体が認知症という印象を与えるということから、世界的には persons with dementia という表現が用いられるようになってきている。その日本語訳として、一部では「認知症を有する人」と記載されることもある。本ガイドラインでは、その意図を汲んだ上で、「共生社会の実現を推進するための認知症基本法」(令和5年法律第65号。以下「認知症基本法」という)の中で、「認知症の人」と表現されていることから、統一した記述とした。なお、ここでいう「認知症の人」には、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、意思決定に支援を必要とする人を含めることとしている。
- 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。
- 認知症の人を単に「支える対象」としてとらえるのではなく、認知症の人が一人の尊厳のある人として、その個性と能力を十分発揮し、経験や工夫を活かしながら、共に支え合って生きることができるようにすることが重要である。
- 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。一方で、全ての認知症の人が意思決定支援を必要としているわけではないことに留意する必要がある。

2. ガイドライン策定・改訂の背景

- 成年後見制度の利用の促進に関する法律(平成28年法律第29号)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」と指摘があった。
- 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(平成29年3月閣議決定)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。(脚注 ii)

- 令和4年3月「第二期成年後見制度利用促進基本計画」が閣議決定された。同計画では、地域共生社会の実現という目的に向け、本人を中心にした支援・活動における共通基盤となる考え方として「権利擁護支援」を位置付けた上で、権利擁護支援の地域連携ネットワークの一層の充実などの取組のさらなる推進や、様々な分野における意思決定支援の浸透を図るため、各種意思決定支援ガイドラインを継続的に研修等で活用する等、幅広く関係者に普及・啓発を行っていく必要があるとした。また、基本計画を踏まえ、本人の特性に応じた意思決定支援の取組が保健・医療・福祉・介護・金融等幅広い関係者や地域住民に浸透するよう、各種ガイドラインに共通する基本的な意思決定支援の考え方について整理した資料、「LIFE 意思決定支援の基本的考え方～私の人生の主人公は私～」を作成した。
- 令和5年6月に認知症基本法が成立、令和6年1月から施行された。認知症基本法は認知症の人が尊厳を保持しつつ希望を持って暮らすことができるよう、認知症施策を総合的かつ計画的に推進することを目的としており、認知症基本法に基づき策定された「認知症施策推進基本計画」（令和6年12月閣議決定）において、認知症になったら何もできなくなるのではなく、認知症になってからも、一人一人が個人としてできること・やりたいことがあり、住み慣れた地域で仲間等とつながりながら、希望をもって自分らしく暮らし続けることができるという考え方－新しい認知症観－に立つ必要があることを示している。こうした趣旨に鑑みれば、認知症の人ができること・やりたいことを行い、自分らしく暮らしていくためには、認知症の人の意思を尊重することが重要であり、それを具現化する一つの方法が意思決定支援であるということが出来る。認知症の人が必要な場面で適切な意思決定の支援を受け、その意思がしっかりと周囲の人に共有され、尊重されていくことが非常に重要である。
- 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 i〉 老人保健健康増進等事業による、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）、障害福祉サービス等の提供に係る意思決定支援ガイドライン（平成29年3月31日・厚生労働省）等を参考している。その他、医療等の分野では、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（平成19年5月・改訂、平成30年3月・厚生労働省）、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（令和元年5月）、法律・福祉分野では、意思決定支援を踏まえた後見事務のガイドライン（令和2年）がある。また、厚生労働省により、意思決定支援各種ガイドラインに共通する考え方として、「LIFE 意思決定支援の基本的考え方～だれもが「私の人生の主人公は、私」～」（参考1参照）や5つのガイドラインの概要（参考2参照）等がまとめられている（<https://guardianship.mhlw.go.jp/>令和5年）。

（参考1）「LIFE 意思決定支援の基本的考え方 ～だれもが「私の人生の主人公は、私」～」

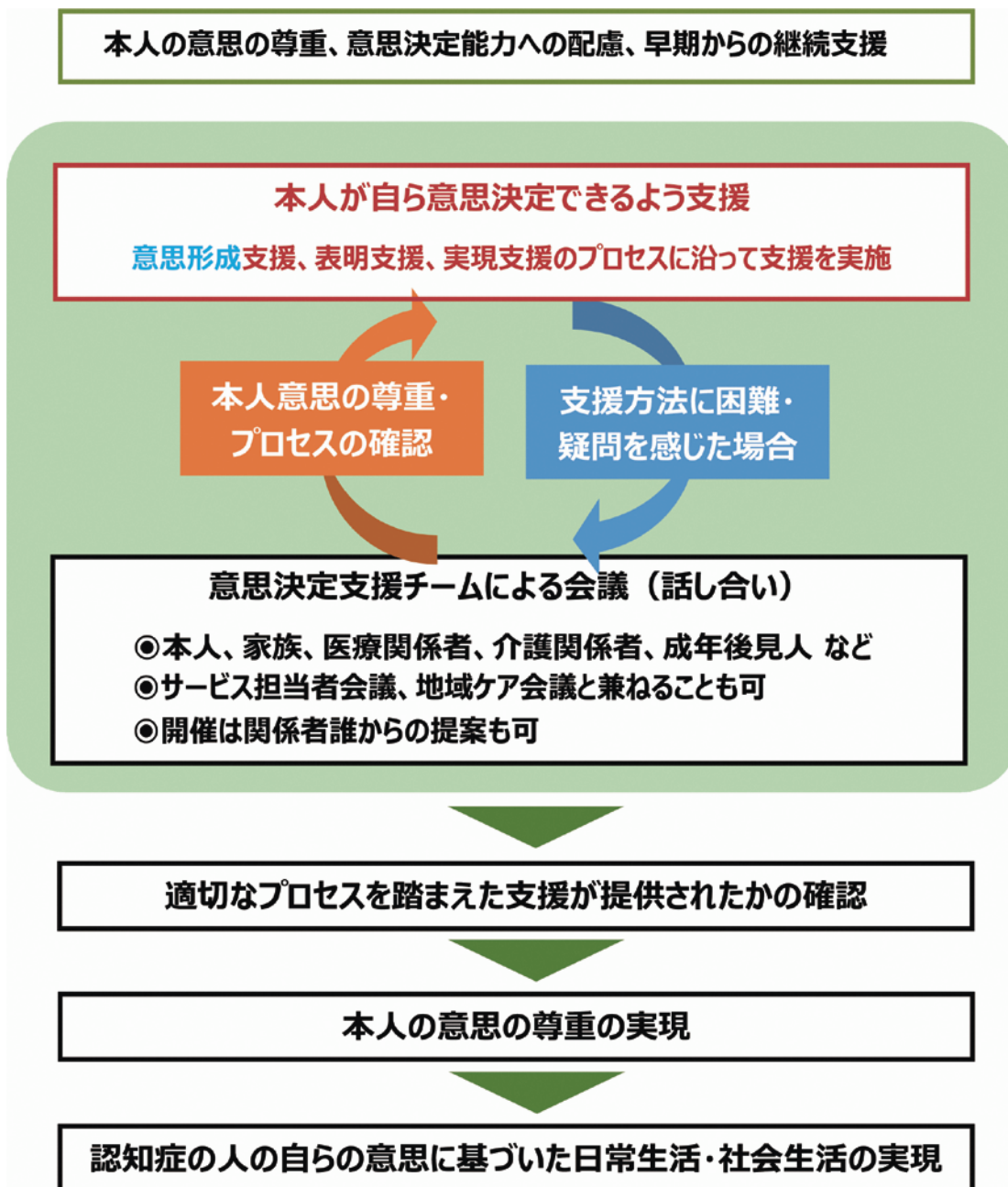


(参考2) 5つのガイドラインの概要 ※本ガイドラインでは一部改変し、引用

	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 身寄りがい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 ※身寄りがい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
だれの ために？	<ul style="list-style-type: none"> ● 障害のある人 知的障害、精神障害、発達障害の ある人など、障害福祉サービスを 必要とする人 ● 事業者等 	<ul style="list-style-type: none"> ● 認知症の人 認知機能の低下が疑われる人も 含む ● 周囲の人 	<ul style="list-style-type: none"> ● 人生の最終段階を生きる人及び その段階を見据えて生きる人 ● 医療従事者介護従事者家族等 	<ul style="list-style-type: none"> ● 身寄りのない人 医療に係る意思決定が困難な人 ● 医療従事者介護従事者成年後 見人等 	<ul style="list-style-type: none"> ● 成年後見人 ● 被保佐人 ● 被補助人
だれに？	● 事業者等	● 周囲の人	● 医療従事者介護従事者家族等	● 医療従事者介護従事者成年後見人等	● 成年後見人 ● 保佐人 ● 補助人 ● 中核機関 ● 行政職員等
どのような ときに？	日常生活・社会生活の意思決定の 場面	日常生活・社会生活の意思決定の 場面	人生の最終段階	入院・医療に係る意思決定が困難 な場面	本人にとって重大な影響を与える ような法律行為+付随した事実 行為の場面
どのような 方法（姿勢）で？	チーム+ 本人の環境調整+本人 による決定の支援	チーム+ 本人の環境調整+意思 形成・表明・実現支援	チーム+ 適切な情報提供+本人 による決定の支援	同上	チーム+ 本人の環境調整+意思 形成・表明支援 ※実質支援は、後見人等の身上保護の 一環として取り組むこととされている
本人の 意思確認が 難しいときは？	推定意思・選好の尊重(優先) →本人にとつての最善の利益の 追求 (最後の手段)	推定意思・選好の尊重 ※ 代理代行決定については本ガイド ラインの対象外とすることを明記	推定意思の尊重+ 本人にとつて の最善の方針に基づく対応	同上	推定意思・選好の尊重(優先) →本人にとつての最善の利益の 追求 (最後の手段)



【本ガイドラインの概念図】



Ⅱ. 基本的考え方

1. 誰が意思決定支援ガイドラインを使うのか

- 特定の職種や特定の場面に限定されるものではなく、認知症の人の日常生活・社会生活における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。
- その多くは支援・援助を提供する専門職や行政職員等であるが、これだけにとどまらず、家族、成年後見人等（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。
- また、ピアサポート活動を行う認知症の人本人が活用する場合も考えられる。

2. 意思決定支援とは何か（支援の定義）

- 認知症になっても、その有する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支援をいう。そして、支援する側の視点ではなく、本人の視点に立って行われるものである。
- 本ガイドラインでいう意思決定支援とは、認知症の人の日常生活・社会生活における意思決定支援のプロセスを示すものであり、そのプロセスは人的・物的環境の整備（p.12 参照）をした上で、本人が意思を形成するための支援と、本人が意思を表明するための支援を中心とし、本人が意思を実現するための支援を含むものである。
（脚注 iv）
- なお、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鑑み、その際の基本的考え方等を示すものであり、本人の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「代理代行決定」について示すものではない。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、適宜、他のガイドラインを活用することも検討すべきである。本ガイドラインでは、日常生活・社会生活における意思決定支援のプロセスは、代理代行決定のプロセスとは異なるということを中心的な考え方としている。

3. 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・衣服の好み、外出、排せつ、整容などの基本的な生活習慣や、日常のプログラムへの参加を決める場合などが挙げられるが、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やできること・やりたいことを尊重することが原則である。
- 本人の意思や好みを理解するためには、まずは本人に聴き取りを行い、必要に応じて、意思決定支援チームで、本人の自宅での日常の様子を確認したり、本人をよく

知る人に聞くなどして、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、仕事や趣味、地域での活動の確保、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などが想定されるが、これらに限るものではない。
- 認知症になってからも、一人一人が個人としてできること・やりたいことがあり、社会参加の機会（参加の例：家事や他者の世話、教育、仕事、経済生活、対人関係、地域・社会・市民生活等）を確保することが重要である。

〈脚注 iii〉 ここにいう成年後見人には、法定後見人、補助人、保佐人及び任意後見人を含む。

〈脚注 iv〉 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示支援、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. 本人の意思の表出

- 年齢や性別、病気の有無等に関わらず、誰もが日々の生活の中で多くの意思決定をしながら生活をしており、人生は意思決定の連続といえる。日常生活・社会生活の中では、何を食べるか、どのような服装にするかなどの身の回りの些細なことから、どこに誰と出かけるか、何を買うか、どのサービスを利用するかなど、1日の中でも多くの意思決定をする場面がある。
- 意思が決まる過程には、すぐに決められるものもあれば、十分な情報や時間が必要な場合もある。また、あまり多くの人に知られたくないことや、反対に、周囲の意見を聞いて決めたいこともある。
- また、自分の思いをうまく伝えることができない場合、自分をよく知り、信頼できる相手の支えが必要になる時もある。日々の生活の中で、自分自身が大切にしていることや好きな場所、今後も続けたいことやこれから挑戦したいこと、心配事や不安に感じていることなど、日頃から「自分の意志」を周囲に伝えることも大切である。

2. 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。
- 認知症の人への支援は、本人の意思を尊重するために行う。したがって、本人の意思を尊重するために、本人の認知能力に応じて理解しやすい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（脚注 v）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、日々の暮らしの中で、本人自身がどのような意思をもっているのかについて、まずは本人の表明した意思選好を確認し、本人の意思の確認がどうしても難しい場合には、推定意思・選好を確認する（脚注 vi）。
- なお、自ら意思決定できる早期の段階で、本人の意思を確認し、できる限り具体的な内容を記録として残しておくことも考えられる。
- 認知症の人は、言語による意思表示がうま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 vii）でない限り、尊重される。

〈脚注 v〉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 vi〉本人の意思決定が困難な場合に、本人の価値観、健康観や生活歴を踏まえて、関係者で推定することを指す。ただし、これまでの価値観や生活歴のみを重視するのではなく、現在の表情や本人が発する言語・非言語メッセージから得られる情報も重要である。

〈脚注 vii〉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、本人が他にと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確実性があるかといった観点から慎重に検討される必要がある。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。なお、そのような場合は、「意思決定支援を踏まえた後見事務のガイドライン」等を参照し、検討すると良い。

3. 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¹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引き出
す働きかけを行う。
- 本人の意思決定能力は、説明の内容をどの程度理解しているか（理解する力）、ま
たそれを自分のこととして認識しているか（認識する力）、論理的な判断ができる
か（論理的に考える力）、その意思を表明できるか（選択を表明できる力）によっ
て構成される。これらの存否を判断する意思決定能力の評価判定と、本人の保たれ
ている認知能力等を引き出す働きかけは、IV. p.12 で後述するプロセスに応じた意
思決定支援活動と一体をなす。
- 意思決定能力の評価は、本人の認知機能や身体及び精神の状態と本人の生活状況等
をその都度十分に把握したうえで、意思決定する行為内容に照らし合わせ、適切に
判断されることが必要である。
- 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る。（脚注 viii）
- さらに、本人の示した意思は、時間の経過や本人の置かれた状況等により変化する
ことがあるため、本人の意思を繰り返し確認することが必要である。

〈脚注viii〉 本人の意思決定能力の留意事項と意思決定支援者の支援力について掲げる。

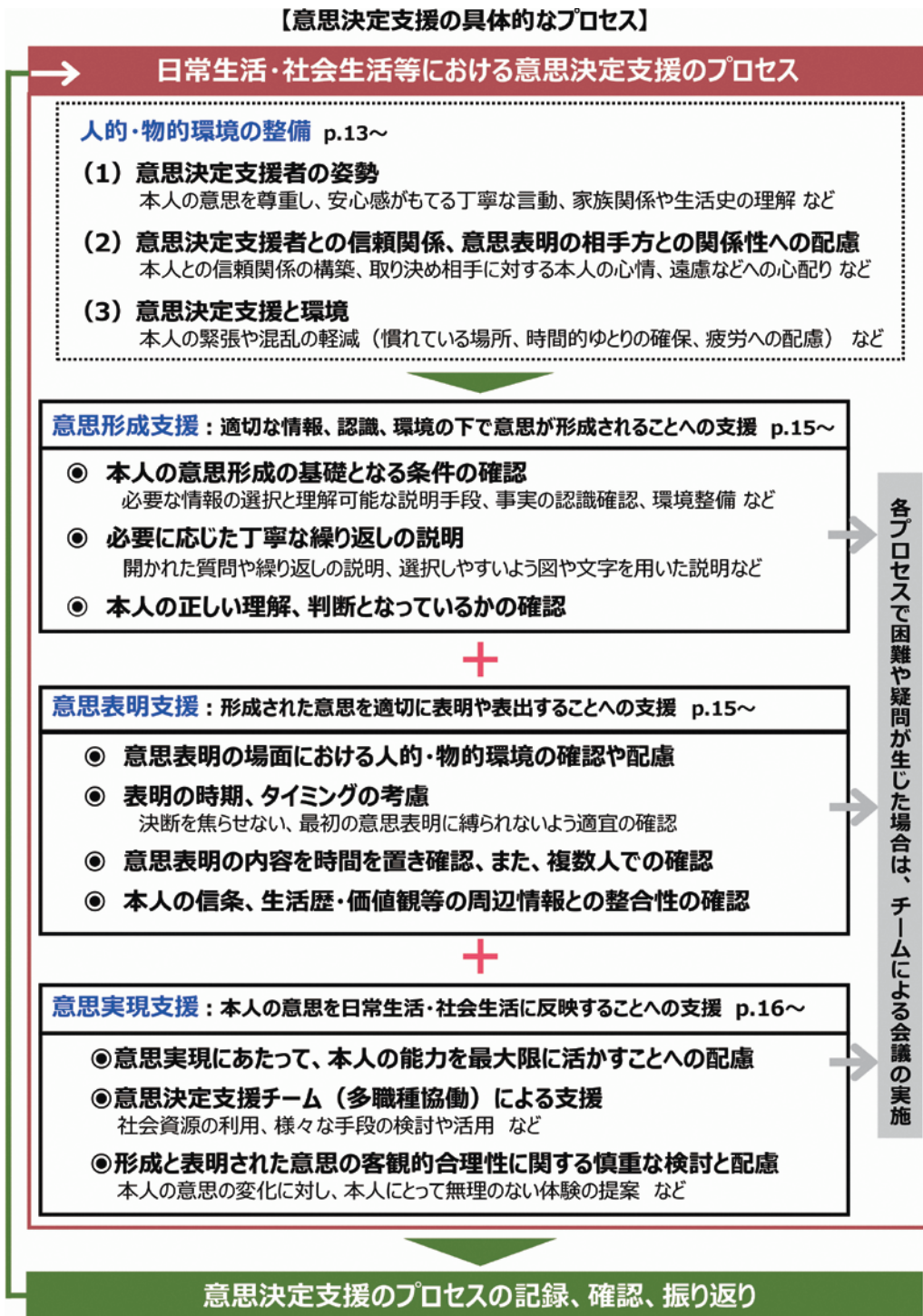
1. 本人の意思決定能力は行為内容により相対的に判断される。日常生活・社会生活の意思決
定の場面は多岐にわたり、選択の結果が軽微なものから、本人にとって見過ごすことので
きない重大な影響が生ずるものまでである。
2. 意思決定能力は、あるかないかという二者択一的ではなく（連続量）、段階的・漸次的に
低減・喪失されていることがある。
3. 意思決定能力は、認知症の状態だけではなく、本人の心身の状態や本人を取り巻く人的・
物的環境によって変化するので、より認知症の人が決めることができるように、残存能力
への配慮が必要となる。
4. 支援力とは意思決定支援のプロセスに係る意思決定支援者の姿勢や環境の設定方法、意思
の形成・表明・実現に向けて、本人の能力が最大限に発揮できるよう配慮し、本人への理
解を深め、支援する力を指す（詳細はIV. p.12 で後述）。

4. チームによる早期からの継続的支援

- 意思決定支援に当たっては、本人の意思を踏まえて、本人及び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。
- 本人が意思を表明しやすくなるよう、チームの中に本人が意思決定を支えるパートナーや伴走者を入れる。
- 本人が自ら意思決定できる早期の段階で、今後の生活等について、本人や家族、関係者等の意思決定支援チームで話し合い、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り、その際、本人の語りや表情なども含め、できる限り具体的な記録を残しておくが良い。
- 意思決定支援チームは、本人の視点に立つことが重要であり、意思決定支援をチームで検討する場合にも、本人が参画できるように配慮することが必要である。なお、本人を交えた意思決定支援のミーティングや会議に先立ち、支援チームのメンバーが、ミーティングの趣旨や留意点を理解しておく必要がある。また、本人にとってどのような形で開催することが適切であるかについても検討をしておくことが望ましい。
- 本人の意思決定能力の評価や支援方法に困難や疑問を感じた場合は、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。
- また、生活する地域で本人の見守りをしている方や日頃から本人と接している方など、日常生活において本人を良く知る人から情報を収集することで、本人を理解し、支援していくことが重要である。
- さらに、本人の示した意思は、時間の経過や本人の置かれた状況等により変化することがあるため、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。
- 本人の意思決定後、その選択肢を選んだことから生じるリスクなどについても、チームであらかじめ共有し、それぞれの立場に必要な対応について備え、必要時に連携する。

IV. 意思決定支援のプロセス

本ガイドラインでは意思決定を以下のプロセスで支援することを基本としている。本人の意思決定能力は、環境や意思決定支援者の支援力等の影響を受け、変化する。そのため、プロセスの入り口である人的・物的環境の整備については特に配慮を要する。



1. 意思決定支援の人的・物的環境の整備

- 意思決定支援は、意思決定支援者の姿勢や意思決定支援者との信頼関係、意思表示の相手方（脚注 ix）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) 意思決定支援者の姿勢

- 意思決定支援者は、本人の意思を尊重する姿勢で接す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姿勢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について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、その都度丁寧に本人の意思を確認する。
- 支援を必要としない人への介入、本人が自身で意思決定できる事項への介入等、過剰な意思決定支援を行うことがないように留意する。
- 認知症が重度であること等、症状の度合いによって、意思決定支援を行わないことがないようにする。

(2) 意思決定支援者との信頼関係と意思表示の相手方との関係性への配慮

- 意思決定支援者は、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、意思表示の相手方との関係性から、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、事前に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。
- 本人は、大勢の人に囲まれると圧倒されてしまい、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。
- 本人が急いで意思決定を行うことがないように支援の時期についても配慮し、本人が集中できる時間帯を選ぶことや、疲れている時を避けることなどにも注意が必要である。本人には意思決定をしない自由もあるので、意思決定を強制することにならないよう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 ix〉 意思表示の相手方とは、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、本人の意思決定能力を適切に評価しながら、以下の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について説明しているか。
 - ・ 本人が理解できるよう、分かりやすい言葉や文字に変えて、ゆっくりと説明しているか。
 - ・ 本人が理解していることと、意思決定支援者らの理解に相違はないか。
 - ・ 本人が自発的に意思を形成するのに障害となる環境等はないか。
- 本人は説明された内容を忘れてしまうこともあり、その都度、丁寧に説明することが必要である。
- 本人が何を望むかを、開かれた質問で聞くことが重要である。(脚注 x)
- 選択肢を示す場合には、可能な限り複数の選択肢を示し、比較のポイントや重要なポイントが何かを分かりやすく示したり、話して説明するだけでなく、文字にして確認できるようにしたり、図や表、ホワイトボードなどを活用することが有効な場合がある。(脚注 xi)
- 本人が理解しているという反応をしていますが、実際は理解できていない場合もあるため、本人の様子を見ながらよく確認することが必要である。

(2) 本人が意思を表明することの支援（意思表明支援）

- 本人の意思を表明しにくくする要因はないか。その際には、上述したように、意思決定支援者の態度、人的・物的環境の整備に配慮が必要である。
- 本人と時間をかけてコミュニケーションを取ることが重要であり、決断を迫るあまり、本人を焦らせるようなことは避けなければならない。
- 複雑な意思決定を行う場合には、意思決定支援者が、重要なポイントを整理して分かりやすく選択肢を提示することなどが有効である。
- 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、本人の状況を確認し、本人の意思として示された内容について、必要に応じて再度確認することが必要である。
- 重要な意思決定の場合には、表明した意思について、時間をおき、再度確認することや、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 x〉開かれた質問とは、聞かれたことに対して「はい」や「いいえ」では答えられない質問のことを言う。開かれた質問を使うことで、相手の話を引き出すことができ、相手が自由に感情を表現できることにもつながる。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」といったものなどをいう。

〈脚注 xi〉その他、音声、写真、動画、絵カードやアプリケーションを活用することも考えられる。

(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・社会生活に反映することを支援する。
- 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することを支援する。
- 実現を支援するに当たっては、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（例えば、ショートステイ体験利用）をすると、本人の意思が変化することがあることから、本人にとって無理のないよう留意しつつ、実際の体験を提案することも有効な場合がある。

3. 意思決定支援プロセスにおける家族

(1) 家族も本人の意思決定支援者であること

- 本人の意思決定支援をする上で、家族は同居しているか否かにかかわらず、本人を理解するための重要な存在である。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ることも考えられる。
- 家族も、本人が自発的に意思を形成・表明できるように接することを意識し、その意思を尊重する姿勢を持つことが重要である。
- 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、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・原因を十分に確認した上で、本人の意思を尊重し、家族の意思との調和を図っていく。なお、調和を図るために、社会資源等について調査検討することも考えられる。

(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、本人と家族が異なる記憶であったり、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場合は、意思決定支援者（主として専門職や行政職員等）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も必要である。

4. 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評価や、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や本人のできること・やりたいことの実現に向け、チームで情報を共有し、チームで検討する。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、本人の参加が原則である。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は適切であ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。
- 意思決定支援会議の開催は、意思決定支援チームのだれからで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視点を尊重し、根拠を明確にしながら進めていくことが必要である。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。
- 意思決定支援会議に参加する専門職や行政職員等は、適切な意思決定支援プロセスを踏まえているか確認をするとともに、プロセスごとの内容や結果を記録し、適切に評価を行い、質の向上につなげる役割もある。
- 本人の意思は変化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、本人が体験等を通して、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。

V. 認知症への理解、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、事例を用いた研修が必要である。また、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. 意思決定支援ガイドラインをより理解するための事例集（別冊）

本ガイドラインの理解促進を図ることを目的に、本編内容のポイントを示した「VI. 意思決定支援ガイドラインをより理解するための事例集」を作成した。以下より閲覧可能である。ガイドラインと合わせて活用いただきたい。



**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の活用及び普及啓発に関する調査研究事業**

	氏名	団体・所属	役職
検討委員会 外部委員	会田 薫子	東京大学 大学院人文社会系研究科	特任教授
	石山 麗子	国際医療福祉大学大学院	教授
	今村 英仁	公益社団法人 日本医師会	常任理事
	江口 洋子	慶應義塾大学医学部 精神・神経科学教室	特任助教
	岡村 毅	東京都健康長寿医療センター 認知症未来社会創造センター	副センター長
	沖田 裕子	NPO 法人 認知症の人とみんなのサポートセンター	代表理事
	上山 泰	新潟大学 法学部	教授
	志田 信也	公益社団法人 認知症の人と家族の会	理事
	成本 迅	京都府立医科大学大学院医学研究科 精神機能病態学 一般社団法人 日本意思決定支援推進機構	教授 理事長
	前田 博樹	かながわオレンジ大使 (サポート：渡辺 典子 特定非営利活動法人マイ Way)	
	三浦 久幸	国立研究開発法人 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	部長
○山城 一真	早稲田大学 法学学術院	教授	
作業部会 外部委員	安部 進矢	愛知県福祉局高齢福祉課 地域包括ケア・認知症施策推進室	室長
	進藤 由美	東京都健康長寿医療センター 健康長寿医療研修センター	副センター長
	成本 迅	京都府立医科大学大学院医学研究科 精神機能病態学 一般社団法人 日本意思決定支援推進機構	教授 理事長
	前田 博樹	かながわオレンジ大使 (サポート：渡辺 典子 特定非営利活動法人マイ Way)	
	三浦 久幸	国立研究開発法人 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	部長
	森田 英揮	JA 愛知厚生連 江南厚生病院 認知症ケアチーム	認知症看護認定看護師
	吉川 悠貴	認知症介護研究・研修仙台センター	研究部長
〔○は委員長、五十音順、敬称略〕			
事務局	鷺見 幸彦	認知症介護研究・研修大府センター	センター長
	中村 裕子	認知症介護研究・研修大府センター	研修部長
	李 相侖	認知症介護研究・研修大府センター	研究部長
	齊藤 千晶	認知症介護研究・研修大府センター	主任研究主幹
	山口 友佑	認知症介護研究・研修大府センター	研究員・研修企画係長
	下中 直実	認知症介護研究・研修大府センター	事務部長
	花井 真季	認知症介護研究・研修大府センター	総務課長補佐
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、高齢者支援課 厚生労働省 社会・援護局 地域福祉課		

令和6年度 厚生労働省老人保健健康増進等事業推進費等補助金
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活用及び普及啓発に関する調査研究事業
実施主体：社会福祉法人 仁至会 認知症介護研究・研修大府センター
令和7年3月

認知症の人の日常生活・社会生活における 意思決定支援ガイドライン（第2版）

意思決定支援ガイドラインをより理解するための事例集

厚生労働省
令和7年3月

1. 事例の概要

- 本事例は日常生活や社会生活の場面において、本ガイドラインの本編内容（Ⅲ～Ⅳ）のポイントを示すものである。
- 点線枠内に記載したコメントを参考にガイドラインとの関係について、理解促進を図ることを目的としている。
- 提供された実際の事例をもとに、ポイントを示すために必要な範囲で加工しており、実際の事例がこのようになったことを示すものではない。
- 事例の対処内容が、唯一の対応であると提示されていないことに留意が必要である。

【掲載している事例の一覧】

事例番号	ガイドライン本編	タイトル
事例 1	本編Ⅳ-1(1) 本編Ⅳ-2(3) 本編Ⅳ-3(1)・(2)	P.13 P.15、16 P.17 一人暮らしの継続に向け、生活支援と医療機関への受診 勧奨を進めた事例
事例 2	本編Ⅲ-1・3 本編Ⅳ-1(1) 本編Ⅳ-2(1)	P.8、10 P.13 P.15 時間をかけながら信頼関係を構築し、整理できていない 屋敷の片づけをともに進めた事例
事例 3	本編Ⅲ-1 本編Ⅳ-2(1)	P.8 P.15 必要な情報を工夫しながら繰り返し説明し、意思形成 支援を行った事例
事例 4	本編Ⅲ-1・2・3 本編Ⅳ-1(1)・(3) 本編Ⅳ-2(1)・(2) 本編Ⅳ-4	P.8～10 P.13 P.15 P.18 意思決定支援チームを構築し、費用捻出のため自宅売却 の検討を支援した事例
事例 5	本編Ⅲ-1・2・3 本編Ⅳ-1(1)・(2) 本編Ⅳ-2(1) 本編Ⅳ-3(1)・(2) 本編Ⅳ-4	P.8～10 P.13 P.15 P.17 P.18 意思決定支援者のサポートにより、権利擁護支援の検討 につながった事例
事例 6	本編Ⅳ-1(1)・(2) 本編Ⅳ-2(1)・(2) 本編Ⅳ-3(2)	P.13 P.15 P.17 若年性認知症の診断後、一般企業での就労の継続に向け てチーム支援を行った事例
事例 7	本編Ⅲ-1・2・3 本編Ⅳ-1(3) 本編Ⅳ-2(2) 本編Ⅳ-3(1)・(2) 本編Ⅳ-4	P.8～10 P.13 P.15 P.17 P.18 脳梗塞による入院後、在宅復帰を検討するためチームで 支援した事例
事例 8	本編Ⅱ-1 本編Ⅳ-1(1) 本編Ⅳ-2(2)	P.6 P.13 P.15 意思決定サポーターと協力し、意思決定支援を行った 事例

2. 事例の紹介

【事例1】一人暮らしの継続に向け、生活支援と医療機関への受診勧奨を進めた事例

1 事例の基本情報

- ・本人：Aさん（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を行う）
- ・意思決定支援者：近隣住民、地域包括支援センター職員（以下「包括職員」）、ケアマネジャー、長男

2 事例本文（意思決定支援のプロセス）

近隣に住む友人が、夕食の持参や買い物を手伝うなどの本人の生活の支援を行っていたが、最近、家の中の散らかりが目立つようになり、買い物を依頼する際にも必要以上の金銭を渡すなど、買い物や金銭管理に支援が必要になってきた。心配した友人より、地域包括支援センターに相談があった。

包括職員が訪問したところ、家の玄関先や屋内にはごみが散乱し、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、家の管理が困難な様子がみられた。Aさんに話を伺うと、何度も同じ話を繰り返す様子があり、日付の感覚も曖昧であることが分かった。また、持病がないこともあり、長年、医療機関への受診はない様子だった。

家族からも情報を得る必要があると判断し、Aさんから、家族の連絡先を聞き、長男に連絡をした。長男は月に1回帰省し、掃除や買い物、金銭引き出しの支援を行っていたことがわかった。長男は、最近Aさん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はいたが、遠方に住んでいるため、どう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)〉

包括職員は、Aさんに今の生活をどのように感じているか尋ねたところ、「犬や猫と一緒に自宅で暮らしたい」とのことだった²⁾。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、今は母の思いを尊重し、自宅での生活を見守りたい」とのことだった。そこで、包括職員は、改めて自宅を訪問し、自宅で暮らす上で必要なことは何か、アセスメントを実施することにした。

☞ 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)〉

訪問時にAさんには、医療機関への受診の必要性を伝え、内科的な疾患の有無やもの忘れ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。

包括職員は、Aさんの情報をまとめ、介護保険サービスを導入するため、ケアマネジャーの選定及び担当者会議を実施した。包括職員は、長男の意向も踏まえ、ヘルパーによる室内清掃を提案した。Aさんは、他人を家にあげることに抵抗があるとのことだったが、お試し利用をすることには納得した。その後、数回のヘルパーを利用後に、改めて本人の意向を確認すると、「親切な人で安心した」と導入の提案を承諾した³⁾。

☞ 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2】時間をかけながら信頼関係を構築し、整理ができていない屋敷の片づけをともに進めた事例

1 事例の基本情報

- ・本人：Bさん（70代後半、男性）、未婚、賃貸アパートに一人暮らし
- ・家族：実母が数年前に死亡。弟が近隣に在住であるが、交流は途絶えている。
- ・意思決定支援者：地域包括支援センター職員（以下「包括職員」）、民生委員、大家

2 事例本文（意思決定支援のプロセス）

数年前に実母が亡くなり、近所との関係は疎遠になっている。最近、ごみ捨てのルールが分からなくなってきたのか、家の中にごみを溜め込むようになった。また、古い家具等を拾ってきて、家屋内外に積み上げる様子がみられた。大量のごみが道にはみだし、車の通行に支障があるとのことで、苦情が大家と市役所に寄せられた。大家や市役所職員が訪問するが、Bさんは関わりを拒否した。最近、痩せが目立ち、顔色も悪いということから、民生委員が訪問し声をかけるも、Bさんは家から出てこなかった。また、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。

外で見かけた時には、話を聞いてくれることもあるとのことだったため、包括職員は、Bさんが荷物を運んでいる際に声をかけ、荷物を庭まで一緒に運んだ。その際、家の状態を確認した。息切れと痩せがみられたことから、包括職員は「最近、寒くなってきましたけど、暖かい食事がとれていますか」と声をかけ、庭先で一緒に昼食を食べた。帰る際に、「また一緒にお昼を食べてもいいですか」と言うと、本人は頷いた。包括職員は、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⁾。

- ☞ 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上で、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(1)〉

包括職員は、その後も、「近くに来たのでどうしているかと思って」と声をかけながらも、介護保険の利用なども勧めた。本人は介護保険の利用を拒否した。そのため、包括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。また、包括職員は大家にもこれまでの生活を確認した。大家からは「母親をここで看取り、長く住んでくれているけど、いろいろ不幸なことがあり、人間不信なのは」との話があった²⁾。

- ☞ 2) 時期も急がせないことが大事である。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(1)〉

夏になり、包括職員は「夏は臭いが気になりませんか。気になるようなら片付け手伝いますよ」と言ったところ、Bさんは頷きながら「大事なものは捨てない」と答えたが、手伝いについては拒否がないようだった。そのため、Bさんに確認しながら、一緒に家の中の片づけを手伝い、10袋近くのごみを捨てることができた。

包括職員は、本人の発言やしぐさから、家の中にあるものは、Bさんにとってごみではなく、大事なものと考えていることを理解した³⁾。

☞ 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〉

また、別日に、道路にはみ出している壊れた椅子について、「ちょっとスカートが引っかかった。このままだと危ないね」と言うと、「これは、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。可愛いよね」と珍しく自分から話した。

「大事な椅子なのですね。どこに置いたらいいですか」と声をかけ、片づけの支援を続けた⁴⁾。何度か一緒に片づけをする中で、Bさんは何が大事で何がいらぬものか、区別が付かない様子が見られた。片づけの際には、一つずつBさんに確認し、「穴が空いていて使えないけど、どうしますか」などと、具体的に物の状態を伝え、Bさんが判断しやすいように心がけた。数日かけて、道路にはみ出ている物を一緒に整理した。

☞ 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、支援者だけで判断しないようにする。〈本編Ⅳ-2(1)〉

最後に、大事な椅子をよく見える所におくと、「すっきりして良かった」と喜んでいた。その後も民生委員にも相談し、協力を貰いながら、定期的に訪問を続けた。次第に、怒って興奮することも少なくなり、穏やかに過ごせる日が多くなった。

【事例3】必要な情報を工夫しながら繰り返し説明し、意思形成支援を行った事例

1 事例の基本情報

- ・本人：Cさん（80代、女性）、2年前に老人ホームに入所
- ・意思決定支援者：介護職員、理学療法士

2 事例本文（意思決定支援のプロセス）

Cさんは、自宅での自立した生活が難しくなったことから、2年前に老人ホームに入所した。入所後、1年後に転倒して足を骨折したCさんは、自らのリハビリのために老人ホームで毎週開催されていた体操教室に欠かさず参加していた。ある日、レクリエーションで外出支援を予定しており、介護職員は、Cさんが骨折でしばらく外に出られなかったことから、Cさんの外出の機会を作ってはどうかと考え、Cさんにレクリエーションへの参加を勧めた。しかし、レクリエーションの日程を伝えると、Cさんは急に落ち着かなくなり、「私には行かない」との発言を繰り返した。

介護職員は、数時間後に改めてCさん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ねた¹⁾。時間をかけて本人の話しを聞くと、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不安に思っていることが分かった²⁾。そこで介護職員は、Cさんの歩けなくなる不安に寄り添い、体操教室を欠席しても歩けなくなることはないことを伝え、その日にレクリエーションと体操教室のどちらかに参加した場合の、それぞれのメリットとデメリットについて、大事なところを紙に書いて示し、Cさんの理解に沿って繰り返し説明した^{3,4)}。

- ☞ 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)〉
- ☞ 4) 本人の気持ちにより添いながら、やりたいことの真の理由を確認する。〈本編Ⅳ-2(1)〉

すぐに理解することは難いようであったため、介護職員は、老人ホームの理学療法士にも相談した。普段リハビリを担当している理学療法士が、時間をかけて数度にわたり、体操教室の参加と外出でのレクリエーションについて、それぞれの運動量の比較ができるように紙に書いて示した。比較すると、それぞれの運動量については変わらないが、レクリエーションでの歩行距離は体操教室に参加するよりも長くなることから、外出の上でのレクリエーションも転倒防止のリハビリに繋がることについて丁寧に繰り返し説明をし、Cさんの理解を慎重に確認した。最終的には、体操教室を1回休んでレクリエーションに参加することで、歩けなくなるなどの急な身体状況の悪化には影響がないことをCさんが理解し、レクリエーションにも参加することを決めた。

【事例4】意思決定支援チームを構築し、費用捻出のため自宅売却の検討を支援した事例

1 事例の基本情報

- ・ 本人：Dさん（80代、女性）、認知症、1年前より有料老人ホームに入居中。
老人ホームへの入居契約のため、成年後見が開始された。
- ・ 意思決定支援者：成年後見人、かかりつけ医、介護職員

2 事例本文（意思決定支援のプロセス）

Dさんは、1年前より有料老人ホームに入居している。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が、自宅への愛着が強く、売却については強く反対をしている。身近に信頼できる人はおらず、老人ホームの費用の捻出のために自宅を売却するかどうかの意思を確認する必要があるが、老人ホームの関係者から説明することは、不相当と考えられた。

後見人は、収入や預金などから利用料をまかなえる期間を予測し、自宅売却の意思決定をするまでに、十分な時間が確保できるかどうかを確認した。

自宅売却という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する必要があると判断し、短期間で決定しないよう配慮をした¹⁾。一方で、意思決定に時間がかかることは、自宅の管理費等も支出し続けていることになるため、その点については、本人の意向に沿っているかどうかの懸念があった。Dさんに尋ねると、後見人が自宅をきちんと守っていることを喜んでいて、Dさんの意向に沿っていることを確認し、自宅の管理費は本人にとって無駄な支出ではなく、節約するために自宅を早く売却する必要はないと後見人は判断した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する。〈本編Ⅲ-1〉

しかし、預金も多くはないため、有料老人ホームの利用を続けるためには、今後、自宅を売却する時期が必ず来るので、時間をかけて本人の意思形成をする（進める）ことが必要であると後見人は考えた。また、ぎりぎりまで売却しないか、少し余裕のある段階で売却するかという売却の時期の問題もあることに留意をしつつ、支援を進めた。

後見人は、かかりつけ医、介護職員と連絡を取った³⁾。かかりつけ医からは、Dさんは認知症があり、意思決定に支援が必要な状態であるとのことだった。自宅の売却については、重要な意思決定であるため、重要なポイントを示すなど、本人が理解をしたうえで判断できるようにするための配慮が必要であることを共有した。

また、現在は生命に関わるような重大な疾病は見当たらず、しばらくは今の生活を続けられるのではないかとのことだった⁴⁾。

- ☞ 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-4〉
- ☞ 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-4〉

介護職員が「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はどちらがいいですか」と質問したところ、Dさんはホームでの生活を気に入っており、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ことであった⁵⁾。また、自宅の管理についても、後見人が管理をしていることで安心していている旨の発言があり、現在の支援が本人の意向に沿っていることを確認することができた。

☞ 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である。〈本編Ⅲ-3〉

後見人は、Dさんに対して、今後も老人ホームで生活するためには、利用料を支払う必要があり、利用料を支払うために自宅を売却する必要があることを説明した。その上で、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⁾。Dさんからは、老人ホームでの生活に満足しているし、今の生活を続けたいとの希望が出た一方で、自宅を売却する必要があることについては理解が難しく、自宅の売却には否定的であった。また、売却をしない場合、今の生活を続けられなくなる可能性があることについても、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し、比較できるように説明した。また、時間をかけて繰り返し説明し、本人の意向を確認した⁷⁾。

☞ 6) ガイドラインで示す意思決定能力の評価をする。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、本人が把握した上で決めることが重要であり、慎重な確認が必要である。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を工夫する。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)〉

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希望した。また、そのためには、利用料を支払う必要があること、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を理解した。自宅を売却するかどうかは、改めて話し合い、その時期については、後見人に任せるといったことになった。

※財産管理をする後見人は、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しなければならないが、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。

【事例5】意思決定支援者のサポートにより、権利擁護支援の検討につながった事例

1 事例の基本情報

- ・本人：Eさん（80代後半、女性）
- ・家族：夫死亡後、弟（70代後半）と同居。
- ・意思決定支援者：地域包括支援センター職員（以下「包括職員」）、ケアマネジャー、弟、病棟看護師

2 事例本文（意思決定支援のプロセス）

本人が利用していたサロンで、「お金を盗られた」などの周囲とのトラブルが繰り返しあり、サロンでの対応は難しいと、地域包括支援センターに相談があった。

サロンからの相談の中で、Eさんにももの忘れとみられる症状があったことから、包括職員が本人と面接をした。その際、自宅での入浴や十分な食事がとれていないことが分かり、Eさんに介護保険の申請を勧めたが、拒否された。そこで、包括職員は以前、Eさんの夫を担当していたケアマネジャーに相談を依頼した¹⁾。Eさんも夫を担当していたケアマネジャーのことを覚えており、ケアマネジャーより再度、介護保険の申請を勧めた。その結果、Eさんは介護保険を申請し、近所の友人が通うデイサービスの利用を開始することになった。当初は、週1回程度の利用をしていたが、デイサービスの利用が楽しいとの意向が聞かれるようになり、次第に2～3回の利用に増えていった²⁾。

- ☞ 1) 無理強いせずに本人の意思を尊重するとともに、人的・物理的な環境の整備、信頼関係の構築が重要である。〈本編Ⅲ-1・3〉
- ☞ 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である。〈本編Ⅲ-3、Ⅳ-1(1)・(2)〉

支援開始から2年経ったころ、同居していた弟から、ケアマネジャーに連絡があり、自宅を訪問したところ、Eさんが体調を崩しており、そのまま入院となった。入院して1か月経ち、退院を検討することになった。Eさんは、自宅での生活を希望したが、一人での歩行が難しく、認知機能の低下もみられた。さらに、今後の生活の中での様々な手続きを考えると、成年後見人による支援が必要ではあるが、Eさん自身による申し立ては困難であると考えられた。そこで、同居の弟に実施してもらうことを検討したが、弟にも認知機能の低下がみられることが分かった。

病棟看護師、包括職員、ケアマネジャー間で協議をした結果、中核機関（権利擁護支援センター）にEさん及び弟の権利擁護支援の必要性について相談することを検討した³⁾。

- ☞ 3) 地域での安定した生活のため、多分野にわたるチームで情報を共有し、検討すると良い。〈本編Ⅲ-3、本編Ⅳ-4〉

ケアマネジャーがEさんと弟に中核機関に相談する旨を丁寧に説明し、同意を得た。包括職員と中核機関が連携し、まずはEさんの意思を確認しながら権利擁護支援の必要性の検討を始めることになった⁴⁾。

- ☞ 4) 本人が理解できるように分かりやすい言葉やゆっくりと説明するなどの配慮が大切である。また、家族に対しても、必要な情報を丁寧に説明し、理解を得ることが必要である。〈本編Ⅲ-2、Ⅳ-2(1)、Ⅳ-3(1)・(2)〉

【事例6】若年性認知症の診断後、一般企業での就労の継続に向けてチーム支援を行った事例

1 事例の基本情報

- ・本人：Fさん（50代、男性）、営業職、アルツハイマー型認知症
- ・家族：妻（パート勤務）、長男（高校生）、長女（中学生）と同居
- ・意思決定支援者：職場の上司・同僚、産業医、認知症疾患医療センター医師、医療ソーシャルワーカー（以下、「医療SW」）、若年性認知症支援コーディネーター（以下、「支援コーディネーター」）、地域障害職業センター職員、妻

2 事例本文（意思決定支援のプロセス）

Fさんは勤続25年の営業職であったが、お客さんへの連絡や約束を忘れるなど、これまでに見られなかったミスが目立つようになった。Fさんも忘れっぽさや疲れやすくなったことを自覚していたが、忙しさもあり、病院には行かずにいた。それから1年後、業務上のミスがさらに目立つようになり、上司や同僚との関係が悪化するようになった。Fさんの様子を心配した上司は、産業医への相談を勧めた。産業医から紹介のあった認知症疾患医療センターを受診することになり、妻が同行した。検査の結果、アルツハイマー型認知症と診断された。また、認知症疾患医療センターの医師は、今後主治医として本人の支援を行っていくこととした。

主治医は、診断結果を伝えた後、Fさんに今後の仕事や生活について尋ねたところ、子どもが学生であり、経済面での不安などから現在の職場で働きたいとの希望があった。一方で、認知症と診断されたことで、会社にも迷惑をかけることになるので、退職せざるを得ないのでこの不安も覗かせた。また、妻は、Fさんが認知症の診断を受けたことにより、今後の生活への不安などからか、混乱している様子であったため、主治医は院内の相談室に行くことを勧めた。

相談室の医療SWは、Fさんと妻の希望や不安な気持ちについて、時間をかけて傾聴した。Fさんも妻も話を親身になって聞いてもらったことで、気持ちが少し落ち着いた。その後、医療SWは改めて現在の職場で働きたいとのFさんの希望を確認した¹⁾。就労継続や経済面への支援に向け、Fさんに支援コーディネーターに相談してはどうかと勧めた。医療SWは、Fさんに了承を得た上で、支援コーディネーターにFさんに関する情報を共有し、支援を依頼した。

- ☞ 1) 予期せぬ出来事で冷静な判断が難しい場合、決断を焦らせることなく、本人や家族が安心できるよう接することが大切である。〈本編IV-1(1)、2(2)〉

後日、支援コーディネーターはFさんおよび妻と面談を行った。面談の中で、今のところ、家庭生活や通勤には問題ないが、主に記憶力の低下や遂行機能障害による業務上のミスが頻繁に起こり、次第に上司や同僚との関係が悪化していることを把握した。しかし、Fさんも働きづらさは感じているが、現在の職場で働きたい気持ちに変わりはない²⁾。妻は、子育てと仕事のバランスから、パート勤務のままで働きたいという意向であるが経済的な面で大きな不安を感じていた。支援コーディネーターはFさんと妻に、自立支援医療制度などの活用できる他の社会保障制度について説明をしたところ、安堵する様子が見られた^{3,4)}。

- ☞ 2) 本人の置かれた状況により、意思が変わることがあるため、適宜意思を確認すると良い。〈本編IV-2(2)〉

- ☞ 3) 若年性認知症の人は子どもの養育や経済面などの複合的な課題を抱えやすい。
〈本編Ⅳ-3(2)〉
- ☞ 4) 制度の内容については、本人の望むことが実現できるための選択肢を複数提示し、重要な点などを分かりやすく説明すると良い。〈本編Ⅳ-2(1)〉

また、支援コーディネーターはFさんから了承を得た上で、別日に会社を訪問し、Fさんと上司の3者で面談の機会を設けた。上司はこれまで会社に貢献してくれたFさんに、仕事を継続して欲しいと考えていた。しかし、次第に営業業務への支障が生じており、会社としても対応方法が分からず、上司も同僚も対応に苦慮している様子だった。そこで、Fさんの症状から、業務の中でできていること、苦手になっていること、手伝いが必要なことをFさんと一緒に整理し、職場の環境を見直すことを提案した。まず、治療と仕事の両立支援の観点から、Fさんの就労の状況を考慮して療養上の指導内容を整理するため、産業医と協同して勤務情報を記載した文章を作成し、主治医に渡した。主治医からは、就労の継続は可能だが、疲れやすいため、疲労に留意することが指摘された（※令和4年度より療養・就労両立支援指導料の対象疾患に「若年性認知症」が追加）。

Fさん自身、できる限り自分でできることは続けたいと考えており、上司や同僚の協力を得ながら、連絡を忘れないようにメモをする、メモをなくさないようにデスク周りを整えるなどといった工夫をした。支援コーディネーターは、可能な仕事を明確にするため、地域障害者職業センターに相談し、職業評価を行うことを提案した⁵⁾。その結果、Fさんはパソコンの入力や書類の仕分けなどの作業が得意であることが分かり、Fさんも納得した上で部署内の軽作業を担当することになった。さらに、地域障害者職業センターのジョブコーチの支援・助言で、書類の仕分けボックスを色分けし、分かりやすくするなどの工夫がされ、Fさんにとって働きやすい職場環境を整備し、働き続けることができている。

- ☞ 5) 本人の望むことを本人の自助努力だけでなく、社会資源の活用やチームを構築し、環境を整備することで実現できる可能性がある。〈本編Ⅳ-1(2)、2(1)〉

【事例7】脳梗塞による入院後、在宅復帰を検討するためチームで支援した事例

1 事例の基本情報

- ・本人：Gさん（80代、女性）、脳梗塞で入院中、入院前は長男夫婦と同居
- ・家族：長男（会社員）、長男の妻（専業主婦）
- ・意思決定支援者：医師、医療ソーシャルワーカー（以下、「医療SW」）、看護師、リハビリテーション職（以下、「リハビリ職」）、長男とその妻

2 事例本文（意思決定支援のプロセス）

Gさんは長男夫婦と同居し、近隣の友人達と趣味のカラオケや旅行を楽しむなど、活発な生活を送っていた。ある日、いつものように長男の妻と朝食を食べていたところ、急に手足に力が入らず立てなくなり、救急車にて近隣の総合病院へ搬送され、脳梗塞と診断された。右手足に軽度の麻痺と構音障害から少し言葉の出にくさはあるが、医師の診断では在宅復帰が可能であるとのことだった。

Gさんは、リハビリ目的で入院中、周囲と関わることを避けており、自室で過ごすことや自宅に帰りたいと訴えることが増えていった。面会に来た長男の妻は、入院前とは異なるGさんの様子に戸惑いながらも、「もうすぐ退院できると思いますよ」と励ますが、Gさんは感情のコントロールが上手くできない様子がみられ、すぐに怒ったり泣いたりすることが増えた。後日、病棟の看護師が長男の妻に退院時期について話をすると、「このような状況では、自宅で一緒に生活できない、施設に入所してもらいたい」と怒りながら、訴えた。看護師は医師に本人の状況や家族の気持ちを伝え、Gさんの退院後の生活について、Gさんや家族の意向を改めて聴取した上で、検討することになった。

看護師は病棟内で落ち着いて話をすることができるデイルームの一角で、Gさんの今の気持ちや今後の生活などについて、時間をかけて話を聞いた¹⁾。Gさんは手足の動かしにくさや言葉がスムーズに出ず自分が情けないと思っていること、自宅に戻り、今までどおり友人達と出かけたいたいと思っているが、長男夫婦にはこれ以上迷惑をかけられないと涙ながらに話した。看護師は改めてGさんが自宅に帰りたい意向を確認したが、家族を含めた会議の中で、Gさん自身からその希望を伝えることは負担が大きいと考えた。Gさんには、今後、退院に向けての会議が開催されることや、その際、Gさん自身に自宅に戻り、今までどおり友人達とも出かけたいたいという意向を伝えて欲しいと相談するも、Gさんは、「大勢の前で話すことは難しいと思う」と答えた。そこで、本人から了承を得た上で、看護師が会議の中でGさんの意向を代弁することとした²⁾。

- ☞ 1) 話しやすい環境設定や焦らさないようにするため時間に余裕をもつなどの工夫により、本人の保たれている能力を引き出す働きかけをすることが大切である。
〈本編Ⅲ-1・2、Ⅳ-1(3)〉
- ☞ 2) 本人の意思を表明しにくくしている要因についても配慮する必要がある。
〈本編Ⅳ-2(2)〉

医師や看護師、リハビリ職、医療SW、長男夫婦が集まり、Gさんの今後の生活について検討するため会議を開催した³⁾。

- ☞ 3) 本人の意思を踏まえて、チームで情報を共有し、本人の意思決定支援について話し合うと良い。〈本編Ⅲ-3、本編Ⅳ-4〉

会議当初、長男の妻は施設入所をして欲しいとの一点張りであった。しかし、医療SWがその理由を丁寧に聞くと、Gさんと今までのようにコミュニケーションをとることができず、急に怒られたり泣かれたりするため、どのように接していいかわからず、一緒に生活することへの不安感が強いとのことだった。そこで、医師やリハビリ職は、Gさんの症状や関わり方などについて説明し、具体的な方法については、リハビリの時間に同席することも勧めた。長男の妻は話を聞くことで、次第に安心していったようだった。また、看護師から、Gさんの思いや希望を伝えると、長男はGさんの意向について理解し、Gさんや妻に協力したいと話した。リハビリ職からは、友人との外出などには、心身機能の向上も大切であり、退院後に訪問リハビリやデイケアを利用し、継続してリハビリをすることができることを、医療SWからは、訪問リハビリやデイケアの利用をするために必要な介護保険制度について長男夫婦に説明した⁴⁾。

長男夫婦は、今回の会議の中で、Gさんの退院後の生活について具体的なイメージを持つことができた様子であった。退院後、在宅での生活も視野に入れ、Gさんと家族とで改めて話し合うことになった。

- ☞ 4) 家族も意思決定支援チームの一員になることが望ましい。そのため、家族に対して、必要な情報を丁寧に説明し、不安を抱かないように支援することが必要である。〈本編Ⅳ-3(1)・(2)〉

【事例8】意思決定サポーターと協力し、意思決定支援を行った事例

1 事例の基本情報

・本人：Hさん（70代、女性）、アルツハイマー型認知症、要介護度3
半年前に特別養護老人ホームに入所

・意思決定支援者：施設職員、意思決定サポーター（以下、「サポーター」）*

※サポーター：本人と同じ生活者の視線をもつ地域住民や当事者が、社会生活における意思決定を支援者として参画する場合がある。市民後見人養成修了者が担うことも多く、また、サポーターの養成研修等を実施している自治体もある。

2 事例本文（意思決定支援のプロセス）

Hさんには頼れる親族はおらず、自宅での一人暮らしが難しくなったことから、半年前に特別養護老人ホームに入所した。入所前より、本人は経済的に困窮している自覚があり、「お金がないから何も買えない、何もできない」が口癖であった。入所後も施設職員や自身の生き方に対して、自分の思いは叶わないと諦めており、施設職員は思いを把握できない状況が続いていた。

施設職員は、Hさんが生活の中での望むことを後押しするために何ができるか検討し、地域の情報にも詳しく、生活者としての視点を持っている身近な意思決定支援者であるサポーターに協力を依頼できないかと考えた¹⁾。そこで、地域の社会福祉協議会に相談し、サポーターを紹介してもらい、定期的な訪問が開始されることとなった。

サポーターは定期的に訪問する中で、お互いの普段の生活のこと等を話しながら、少しずつ信頼関係を構築していった²⁾。何気ない会話の中で、Hさんは地域の祭りが大好きで、昔から山車を見るのを楽しみにしていたことをサポーターに明かした。サポーターは祭りの山車が施設の近くまで来ることを知っており、そのこと伝えと、Hさんは「見に行きたい」と強く希望した。そこで、サポーターは「施設職員にそのことを話しませんか」と促したが、Hさんからは「みんな忙しそうで言いづらい」、「駄目と言われたら悲しい」との発言があり、頑なに拒否した。また、別の訪問日においても、Hさんは祭りに関する楽しい思い出話を繰り返し、山車を見に行きたい気持ちも再確認した。サポーターは傾聴しつつ、地域住民ならではの祭りの情報を加えて伝えるなどして、丁寧にその気持ちに寄り添った³⁾。

- ☞ 1) 意思決定支援者の多くは支援・援助を提供する専門職や行政職員等であるが、サポーター等の市民が参画することもある。〈本編Ⅱ-1〉
- ☞ 2) 意思決定支援を行うにあたって、信頼関係が重要である。お互いの理解を深めるために、意思決定支援者自身についても知ってもらい、ひとりの人として対等な関係構築が大切である。〈本編Ⅳ-1(1)〉
- ☞ 3) 本人の気持ちにより添いながら、焦らず本人の意思を再度確認する。〈本編Ⅳ-2(2)〉

何度か施設に足を運び、Hさんとの面会を重ねると、施設職員に祭りの話をしてもいいとHさんの気持ちが変わり、Hさんとサポーター、施設職員で話し合いの場を設けることになった。Hさんの了承のもと、サポーターから施設職員にHさんとのこれまでの経緯を話し、Hさんが祭りに参加することになった。祭り当日、山車の来る時間に合わせてHさんとサポーターは外出し、祭りを楽しむことができた。また、これをきっかけに、Hさんは、他の利用者とともに施設での外出レクリエーションにも参加するようになった。

成年後見制度

せいねんこうけんせいど



令和7年度 成年後見制度利用促進体制整備研修

意思決定支援関係資料集 (ver.1 第1刷)

令和7年10月



厚生労働省 社会・援護局 地域福祉課 成年後見制度利用促進室
〒100-8916 東京都千代田区霞が関1丁目2番2号
電話 03-5253-1111〔代表〕(内線 2228) FAX 03-3592-1459
利用促進ホームページ

厚生労働省ホームページ 成年後見制度利用促進

検索