

# 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)<br>本編Ⅳ-2(3)<br>本編Ⅳ-3(1)・(2)                           | P.13<br>P.15、16<br>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<br>本編Ⅳ-1(1)<br>本編Ⅳ-2(1)                                | P.8、10<br>P.13<br>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<br>本編Ⅳ-2(1)                                              | P.8<br>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<br>本編Ⅳ-1(1)・(3)<br>本編Ⅳ-2(1)・(2)<br>本編Ⅳ-4             | P.8～10<br>P.13<br>P.15<br>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<br>本編Ⅳ-1(1)・(2)<br>本編Ⅳ-2(1)<br>本編Ⅳ-3(1)・(2)<br>本編Ⅳ-4 | P.8～10<br>P.13<br>P.15<br>P.17<br>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)<br>本編Ⅳ-2(1)・(2)<br>本編Ⅳ-3(2)                       | P.13<br>P.15<br>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<br>本編Ⅳ-1(3)<br>本編Ⅳ-2(2)<br>本編Ⅳ-3(1)・(2)<br>本編Ⅳ-4     | P.8～10<br>P.13<br>P.15<br>P.17<br>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<br>本編Ⅳ-1(1)<br>本編Ⅳ-2(2)                                  | P.6<br>P.13<br>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ることがわかった。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<sup>1)</sup>。

☞ 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<sup>2)</sup>。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<sup>3)</sup>。

☞ 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<sup>1)</sup>。

- ☞ 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、「近くに來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<sup>2)</sup>。

- ☞ 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<sup>3)</sup>。

☞ 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<sup>4)</sup>。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<sup>1)</sup>。時間をかけて本人の話を聞くと、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<sup>2)</sup>。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<sup>3,4)</sup>。

- ☞ 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<sup>1)</sup>。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<sup>2)</sup>。

- ☞ 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<sup>3)</sup>。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<sup>4)</sup>。

- ☞ 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とで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続けることを望んでいるということであった<sup>5)</sup>。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<sup>6)</sup>。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<sup>7)</sup>。

- ☞ 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。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<sup>1)</sup>。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<sup>2)</sup>。

- ☞ 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年が経ったころ、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<sup>3)</sup>。

- ☞ 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<sup>4)</sup>。

- ☞ 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はとの不安も覗かせた。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<sup>1)</sup>。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<sup>2)</sup>。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<sup>3,4)</sup>。

- ☞ 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<sup>5)</sup>。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」と励めますが、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、「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<sup>1)</sup>。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<sup>2)</sup>。

- ☞ 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<sup>3)</sup>。

- ☞ 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、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<sup>4)</sup>。

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<sup>1)</sup>。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<sup>2)</sup>。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<sup>3)</sup>。

- ☞ 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。