

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】

〇年 〇〇で生まれる。2人兄弟の弟。

〇年（本人33歳）に父病死。

〇年（本人34歳）～自宅に母と二人暮らし。

〇年（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「〇〇権利擁護センター」（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、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、よろしくお願いしますよ！」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った「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、本人が通いナ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。