

令和6年度 集団指導

〔全サービス共通〕

身寄りがいない判断能力が不十分である者が
介護保険サービスを利用するための
居宅サービス計画書等の利用者同意について

日向市 健康長寿部
高齢者あんしん課 介護認定係

1. 身寄りがいない判断能力が不十分である者で、 成年後見制度を利用していない場合。 または、成年後見制度を申立手続き中の場合。

※以下の取り扱いは、何らかの支援・制度(親族の対応・日常生活自立支援事業・成年後見制度等)を活用するまでの期間限定の手続きであることが前提です。

(1) ケアの方針の決定手続

① 意思決定が必要な場面

・サービスの選択 ・居住の場の選択等が考えられる。

図表 121 高齢期の環境の変化や問題解決に必要なことの例



② 本人が自ら意思決定できるよう支援

(1) 本人が意思を形成することの支援 (意思形成支援)

○ まずは、以下の点を確認する。
・本人が意思を形成するのに必要な情報が説明されているか。
・本人が理解できるよう、分かりやすい言葉や文字にして、ゆっくりと説明されているか。
・本人が理解している事実認識に誤りがないか。
・本人が自発的に意思を形成するに障害となる環境等はないか。

○ 認知症の人は説明された内容を忘れてしまうこともあり、その都度、丁寧に説明することが必要である。

○ 本人が何を望むかを、開かれた質問で聞くことが重要である。(脚注xi)

○ 選択肢を示す場合には、可能な限り複数の選択肢を示し、比較のポイントや重要なポイントが何かをわかりやすく示したり、話して説明するだけでなく、文字にして確認できるようにしたり、図や表を使って示すことが有効な場合がある。(脚注xii)

○ 本人が理解しているという反応をしていても、実際は理解できていない場合もあるため、本人の様子を見ながらよく確認することが必要である。

〈脚注xi〉開かれた質問とは、例えば、「外出しますか」という質問ではなく、「今どんなことをしたいですか」というものなどを用いる。

〈脚注xii〉その他、音、写真、動画、絵カードやアプリケーションを示すことも考えられる。

(2) 本人が意思を表明することの支援 (意思表明支援)

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

○ 本人と時間をかけてコミュニケーションを取ることが重要であり、決断を迫るあまり、本人を焦らせるようなことは避けなければならない。
○ 複雑な意思決定を行う場合には、意思決定支援者が、重要なポイントを整理してわかりやすく選択肢を提示するなどが有効である。

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

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

○ 本人の表明した意思が、本人の信条や生活歴や価値観等から見て整合性がとれない場合や、表明した意思に迷いがあると考えられる場合等は、本人の意思を形成するプロセスを振り返り、改めて適切なプロセスにより、本人の意思を確認することが重要である。

(3) 本人が意思を実現するための支援 (意思実現支援)

○ 自発的に形成され、表明された本人の意思を、本人の能力を最大限活用した上で、日常生活・社会生活に反映させる。

○ 自発的に形成され、表明された本人の意思を、意思決定支援チームが、多職種で協働して、利用可能な社会資源等を用いて、日常生活・社会生活のあり方に反映させる。

○ 実現を支援するにあたっては、他者を害する場合や本人にとって見過ごすことのできない重大な影響が生ずる場合でない限り、形成・表明された意思が、他から見ても合理的かどうかを問うものではない。

○ 本人が実際の経験をする(例えば、ショートステイ体験利用)と、本人の意思が変更することがあることから、本人にとって無理のない経験を提案することも有効な場合がある。

『自ら意思決定することが困難な場合』

③ 本人の意思決定に関する情報の把握方法を検討

- ・関係者からの情報収集

④ アセスメント

- ・本人の意思確認
- ・日常生活の様子を観察
- ・本人の判断能力、自己理解、心理的状況等の把握
- ・本人の生活歴
- ・緊急連絡先となれる親族・友人・知人の確認 等

⑤ 意思決定支援会議の開催(サービス担当者会議と兼ねて開催可)

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サービス担当者会議出席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(※1)仕組み。

・サービス担当者会議出席者が本人の意思を推定できる場合(※2)には、その推定意思を尊重し、本人にとって一番望ましいと思われるケアの方針をとることを基本とする。

・サービス担当者会議出席者が本人の意思を推定できない場合には、本人にとって一番望ましいと思われるケアの方針をとることを基本とする。

(※1) 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

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。

(※2) 身寄りがない判断能力が不十分である者の意思決定の考え方

「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(P. 5抜粋)

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(「ケア」に読み替える。)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(「利用者」に読み替える。)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(「利用者」に読み替える。)と意思疎通を図りながら将来の医療(「ケア」に読み替える。)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(「介護支援専門員等」に読み替える。)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。

⑥ 意思決定支援の結果を反映したサービスの利用開始

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居宅サービス計画等を作成し、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。

※意思決定支援会議(サービス担当者会議)での協議の結果、「サービスを利用しなければ、最低生活を維持することができない状況である」とサービス担当者会議出席者で判断した場合は、以下の取り扱いとする。

指定居宅介護支援等の事業の人員及び運営に関する基準(内容及び手続の説明及び同意)

第4条 指定居宅介護支援の提供の開始に際し、あらかじめ、利用申込者又はその家族に対し、運営規程の概要その他の利用申込者のサービスの選択に資すると認められる重要事項を記した文書を交付して説明を行い、当該提供の開始について利用申込者の同意を得なければならない。

〔本市の見解〕

・利用申込者には、内容及び手続の説明を運営規定の概要その他の利用申込者のサービスの選択に資すると認められる重要事項を記した文書を用いて説明を行い、居宅介護支援における契約の署名は求めない。

※形だけの居宅介護支援における契約締結は、何の意義もない。

・居宅介護支援における契約時の説明は、複数人で対応することが望ましい。

・居宅介護支援における契約時の説明の経緯は、支援経過記録にまとめておくこと。

⑦ 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居宅サービス計画等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。

※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、ケア(意思決定支援)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。

(1)居宅介護支援における契約時の説明について

(指定居宅介護支援等の事業の人員及び運営に関する基準 第4条)

居宅介護支援の提供に際し、あらかじめ利用申込者又はその家族に対し、運営規定の概要その他の利用申込者のサービスの選択に資すると認められる重要事項を記した文書を交付して説明を行い、利用申込者の同意を得なければならない。

<本市の見解>

利用申込者が身寄りがいない判断能力が不十分であっても、居宅介護支援の提供に際し、あらかじめ利用申込者に対し、説明を行う。

(2) サービス計画書等の取り扱いについて

(第1表) 居宅サービス計画書

【利用者同意欄】

- 年月日欄: 意思決定支援会議(サービス担当者会議)開催日
(※年月日欄の記入は、介護支援専門員等が代筆する。)

- 署名欄: 判断能力が不十分である利用者の署名や専門職種等の支援者(地域包括支援センター職員・施設長等)の代筆署名は求めない。

※介護支援専門員は、署名欄に以下のように朱書きで記載しておくこと。

(記入例) 意思決定支援の結果を反映した居宅サービス計画書

※モニタリングにおいて、サービスの利用継続・変更の可否について関係機関に聴取する。
聴取内容を居宅介護支援経過記録にまとめておくこと。

(第6表) サービス利用票・別表

【利用者同意欄】

- 年月日欄: モニタリング実施日 (※年月日欄の記入は、介護支援専門員等が代筆する。)

- 署名欄: 「判断能力が不十分である利用者の署名」や「専門職種等の支援者(地域包括支援センター職員・施設長等)」の代筆署名は求めない。

※介護支援専門員は、署名欄に以下のように朱書きで記載しておくこと。

(記入例) モニタリングの結果、利用継続が望ましいと判断した。

2. 成年後見制度を利用する場合。

(1) 居宅介護支援における契約時の説明について

成年後見人等選任後、成年後見人等に対して、運営規程の概要その他の利用申込者のサービスの選択に資すると認められる重要事項を記した文書を交付して説明を行い、当該提供の開始について利用申込者の同意を得る。

◆**契約日**: 成年後見人等に上記内容を説明し、同意を得た日

◆**居宅サービス計画書の利用者同意**:

「成年後見人等選任後の契約締結月」の居宅サービス計画書の「余白」に以下のとおり、成年後見人等に同意を得る。

●**年月日欄**:

利用者(成年後見人等)と介護支援専門員等(援助者)との間で、居宅サービス計画書原案について説明・同意(共通認識)がなされた日

●**署名欄**: 利用者氏名 (代筆) 成年後見人 □□ □□

2. 成年後見制度を利用する場合。

(2) サービス計画書等の取り扱いについて

(第1表) 居宅サービス計画書

【利用者同意欄】

●年月日欄:

利用者(成年後見人等)と介護支援専門員等(援助者)との間で、居宅サービス計画書原案について説明・同意(共通認識)がなされた日

●署名欄:利用者氏名 (代筆)成年後見人 □□ □□

(第6表) サービス利用票・別表

【利用者同意欄】

●年月日欄:

利用者(成年後見人等)と介護支援専門員等(援助者)との間で、居宅サービス計画書原案について説明・同意(共通認識)がなされた日

●署名欄:利用者氏名 (代筆)成年後見人 □□ □□

※成年後見制度を活用している被保険者の「居宅サービス計画書」や「サービス利用票・別表」の説明・同意を被保険者本人に行っている事例が見受けられます。

成年後見制度を活用している被保険者の「居宅サービス計画書」や「サービス利用票・別表」の説明・同意は、成年後見人等に依頼してください。

3. 備考

繰り返し述べますが、「誰かに責任を負わせる」という考え方ではなく、個々のケースに応じて、関係者を交えて多職種で話し合いを行い、身寄りがなくても安心して必要なケアを受けられるように、本人にとって一番望ましいと思われるケアの方針を決定した過程を、きちんと支援経過記録に記録しておくことが重要です。

判断に迷う場合は、高齢者あんしん課に相談をしてください。

参考までに、次ページ以降に「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（厚生労働省）」を掲載しています。



意思決定支援等に係る各種ガイドラインの比較について

令和2年10月

	A 障害福祉サービス等の提供に係る意思決定支援ガイドライン	B 認知症の人の日常生活・社会生活における意思決定支援ガイドライン	C 人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン	D 身寄りがない人の入院及び医療に係る意思決定が困難な人への支援に関するガイドライン <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	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、成年後見人等に期待される具体的な役割について整理するもの	成年後見人等 が意思決定支援を踏まえた後見事務を適切に行うことができるように、また、中核機関や自治体の職員等の執務の参考となるよう、 成年後見人等に求められている役割の具体的なイメージ(通常行うことが期待されること、行うことが望ましいこと) を示すもの	各ガイドラインの趣旨は様々であるが、いずれのガイドラインにおいても、 本人への支援は、本人の意思(自己決定)の尊重に基づいて行う旨が基本的な考え方として掲げられている

	A 障害福祉サービス等の提供に係る意思決定支援ガイドライン	B 認知症の人の日常生活・社会生活における意思決定支援ガイドライン	C 人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン	D 身寄りが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
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> <ul style="list-style-type: none"> ・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 <p>②社会生活における場面</p> <ul style="list-style-type: none"> ・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>①日常生活における場面</p> <ul style="list-style-type: none"> ・例えば、食事・入浴・被服の好み、外出、排せつ、整容などの基本的な生活習慣や、日常提供されたプログラムへの参加を決める場合等 <p>②社会生活における場面</p> <ul style="list-style-type: none"> ・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>人生の最終段階における医療・ケアの場面</p> <ul style="list-style-type: none"> ・「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>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> <ul style="list-style-type: none"> ・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難しい支出をする場合等 	<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に、以下の枠組みで支援する。</p> <ol style="list-style-type: none"> 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>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> <ol style="list-style-type: none"> 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>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> <ol style="list-style-type: none"> ①医療従事者からの適切な情報提供と説明 ②本人と医療・ケアチームとの合意形成に向けた十分な話し合い ③時間の経過や心身の状態の変化等に応じて本人の意思は変化しうるため、家族等も含めて繰り返し話し合うことが必要 	<p>本人が自らの価値観や選好に基づく意思決定ができるように以下の活動を行う。</p> <ol style="list-style-type: none"> 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>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>	<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 (※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	主な共通点・相違点等
<p>6. (代理) 代行決定 (※)について</p> <p>※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>①本人の自己決定や意思確認がどうしても困難な場合、本人をよく知る関係者が集まって、根拠を明確にしながら本人の意思・選好を推定</p> <p>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)</p> <p>(※なお、本人の意思は、それが他者を害する場合や本人にとって見過ごすことのできない重大な影響が生ずる場合でない限り、尊重される(「重大」か否かは、明確な不利益性・回復困難な重大性・発生の蓋然性の観点から判断))</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</p> <p>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</p> <p>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契約の締結等(受診機会の確保・医療費の支払)</p> <p>②身上保護(適切な医療サービスの確保)</p> <p>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</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</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、<u>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</u>についても記述</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>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</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>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>(記述なし)</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</p> <p>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</p> <p>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、<u>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</u></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⑥関わり方を詳細に記載</p>