

平成27年度老人保健事業推進費等補助金（老人保健健康増進等事業分）
「権利擁護人材育成・活用のための都道府県の役割と事業化に関する調査研究 報告書」

第Ⅱ部

意思決定支援に配慮した成年後見制度活用 のための手引き策定に関する研究

報告書

2016年3月

公益社団法人日本社会福祉士会

目 次

第1章 研究の枠組み	1
I 目的	1
II 委員会の設置	1
III 研究の方法	2
第2章 本研究の視座	3
I 本研究の基本姿勢	3
1 障害者権利条約と法定後見制度	3
2 法定後見人と意思決定支援	5
II 本研究の特質と成果	6
1 概要	6
2 二種のツールの意義	7
3 波及効果	8
第3章 意思決定支援に配慮した成年後見活動のためのツール開発	10
I 開発したツールの趣旨	10
II 成年後見活動におけるソーシャルサポート・ネットワークの分析マップ (「ネットワーク分析マップ」)	11
1 目的	11
2 「ネットワーク分析マップ」の様式と使用方法	12
3 実際の活用例	15
III 成年後見活動における意思決定支援のためのアセスメントシート	19
1 目的	19
2 アセスメントシート様式と使用方法	20
3 活用上の留意点—本人主体・本人中心を基盤とした意思決定に至るプロセスの 重視	26
第4章 ツールの活用例	28
I 認知症高齢者の自宅での独居生活支援を経て施設入所を支援した事例	28
【場面①】成年後見制度申立ての必要性の判断	28
【場面②】自宅へ退院後の居宅サービス利用契約	33
【場面③】グループホーム入居の決定	38
【場面④】特別養護老人ホーム入居契約	43
【事例Ⅰのまとめ】	47
II 家族状況の変化にともない生活の基盤を整える支援をした知的障害者の事例	48
【場面①】グループホーム入居契約、就労継続支援B型事業所利用契約の追認	49
【場面②】日用品(加湿器)の購入を本人参加でどう進めるか	53
【場面③】家族状況の変化に伴う支援内容の見直しと住民票移動の検討	57
【場面④】QOL向上の取り組み・家族関係の再構築	64
【事例Ⅱのまとめ】	65
III 意思決定支援に配慮した権利侵害からの救済事例	66
【場面①】携帯電話契約の名義貸しの誘いにどう対応するか	67
【事例Ⅲのまとめ】	74
第5章 本研究のまとめ—意思決定支援に配慮した成年後見活動の確立のために—	77
I 本研究の成果	77
II 今後の課題	79

1 ツールの活用に向けた取り組み	79
2 「意思決定支援」の概念整理と実践の統合	80
3 意思決定支援に配慮した成年後見活動の確立のために社会福祉士が果たす役割	81
4 結びにかえて	82
参考文献一覧	83
委員名簿	87

第1章 研究の枠組み

I 目的

本会は、平成 26 年度老人保健健康増進等事業「認知症高齢者に対する意思決定支援としての成年後見制度の利用促進の政策的課題と活用手法に関する実証的研究」を行い、意思決定支援のプロセスを、「個別ニーズや地域課題の発見と支援へのつなぎ」「本人意思の引き出し」「表明された意思の実現」の3段階に整理した。そして、意思決定支援の全ての段階に共通して、以下の①から⑥の意思決定プロセスが必要であることを指摘した¹。

- ①わかりやすい情報を受けられる環境の整備
- ②意思の表出が困難な場合のコミュニケーションの支援
- ③アセスメントにおけるニーズ判定への利用者参加
- ④サービス決定過程における本人の同意と選択の尊重
- ⑤苦情を申立てる権利の尊重と環境整備
- ⑥苦情に対する説明と具体的な対応

さらに提言として、「本人の意思決定支援の段階とそれぞれの立場での役割を共有すること、すなわち、意思決定のレベルを整理し、意思決定に至るプロセスを重視すること、意思決定に至るプロセスにはどのような人が関わり、どのような方法で本人の意思を把握し、どのように決定されたのかを客観的に示すことが必要であると述べた²。また「権限行使の際の判断基準や根拠を明確にする」必要性についてもふれ、「専門職、親族、市民、法人等どのような人が成年後見人等になったとしても活用できるようなツール」の開発を今後の課題とした³。

昨年度の研究成果と課題をふまえ、今年度の本研究第Ⅱ部では、意思決定支援に配慮した成年後見制度の活用を地域で進めるために、専門職後見人・市民後見人の活動上の手引きとして有効なものは何かを検討し、意思決定支援にはどのような人が関わったのか、どのようなプロセスを経たのか、成年後見人等が権限行使に至る根拠が何かを可視化でき、専門職でも市民でも活用できるツールを開発することを目的とした。

意思決定のレベルは日常的事項から法律行為に至るまで多様であり、本人意思の引き出しと表明された意思の実現には様々な関係者が関わる。市民後見人の活用のためには、システムの整備とともにノウハウの構築も重要となる。ツールという形でノウハウを具体的に示すことで、意思決定支援に配慮した成年後見制度の活用と成年後見人等の活動のあり方を専門職後見人・市民後見人で共有することができる。また、意思決定支援に関わる全ての関係者がツールを共有し活用することで、地域における権利擁護の推進が期待できる。

Ⅱ 委員会の設置

本研究を進めるため、「意思決定支援に配慮した成年後見制度活用のための手引き策定委員会」を設置した。

¹ 公益社団法人日本社会福祉士会 平成 26 年度老人保健健康増進等事業「認知症高齢者に対する意思決定支援としての成年後見制度の利用促進の政策的課題と活用手法に関する実証的研究」報告書 平成 27 年 3 月 p25、p38

² 前掲 1 p59

³ 前掲 1 p60

委員は、障害者権利条約、意思決定支援と後見実務に知見を有する識者、社会福祉士 6 名で構成した。

Ⅲ 研究の方法

事例の分析を通じて、意思決定支援に配慮した成年後見活動のあり方を「可視化」するツールを検討した。検討は以下の手順で行った。

- (1) 第1回委員会 2015年7月20日(月)
意思決定支援と成年後見制度の活用をめぐる最新動向をふまえた本研究の立脚点を整理した(第2章)。
- (2) 第2回委員会 2015年8月20日(木)
有効な手引きのあり方に関する検討と、事例の分析方法を検討した。
- (3) 第3回委員会 2015年9月20日(日)
実践事例に基づき、成年後見人等としての活動プロセスにそって「本人の状況」「家族の状況」「関係者の状況」「後見人の行動と判断根拠」「支援のキーワード、手引きへの項目」の項目に分けて表にまとめて実践を検証した上で、有効なツールのあり方を検討した。
- (4) 第4回委員会 2015年11月3日(火)
第3回委員会での検討をふまえ、先行研究を参考に、意思決定支援に配慮した成年後見活動に有効と考えられる以下のツールを検討した(第2章、第3章)。
 - ①本人を巡る全ての関係者を「ネットワーク」としてとらえ、支援者と成年後見人等の役割分担と連携のあり方を可視化するツール
 - ②本人参加を前提とした関係者の話し合いで、本人にわかりやすく情報提供を行い、本人の同意と選択を尊重した意思決定支援が可能となるよう、話し合いのプロセスを可視化するツール
- (5) 第5回委員会 2016年1月24日(日)
- (6) 第6回委員会 2016年2月11日(木)
- (7) 第7回委員会 2016年2月28日(日)
実践をふまえた創作事例を作成し、成年後見人等が行う意思決定支援の場面について第4回委員会で検討したツールを用いて整理し、ツールの項目や構成の検証と有効な活用方法及び課題の検討を行った(第4章、第5章)。

第2章 本研究の視座

I 本研究の基本姿勢

1 障害者権利条約と法定後見制度

(1) 条約第 12 条の本来的射程

認知症高齢者、知的障害者、精神障害者等の判断能力不十分者の権利擁護を目的とした法的な支援スキームを構築していくうえで、障害者権利条約との整合性に関する考慮は、現在、必須の視点である。

周知のように、わが国の法定後見制度は、法定代理権制度と制限行為能力制度から構成された「他者決定型」の仕組みである。このため、「代行意思決定 (substituted decision-making) から支援付き意思決定 (supported decision-making)」へのパラダイム転換を掲げる障害者権利条約、とりわけ「法律の前にひとしく認められる権利」を規定する条約第 12 条との整合性が厳しく問われることになる。この点について、締約国に対する国際モニタリングを所管する国連障害者権利委員会は、少なくとも現在のところ、先のパラダイム転換をきわめて厳格に貫徹する姿勢を明確にしておき、障害者の法的な権利擁護の仕組みから法定代理権制度を含む他者決定型の要素を完全に排除する方向で、条約第 12 条を解釈しているように思われる。たとえば、2014 年 4 月 11 日に採択された同条の公式の解釈指針である「一般的意見第 1 号 (General comment No. 1)」は、補充的な形で他者による代理・代行決定の仕組みを並置する法形態であっても条約違反になるとしたうえで、第 12 条は市民的・政治的権利に関する規定であるから、締約国は意思決定支援体制への即時転換を図る必要があると指摘している (代行決定完全禁止説)。実際、2015 年末までに既に 33 の国と地域に関する総括所見 (Concluding observations) が同委員会から公表されているが、この全てにおいて、対象国の法定後見制度が条約第 12 条に違反する旨の勧告が出されている⁴。いわゆる「必要性の原則」を貫徹する形で法制化されたドイツの法定後見制度 (法的世話制度・Rechtliche Betreuung)⁵についてすら、条約第 12 条に不適合であるとの判定を下した委員会の姿勢からすれば、わが国の法定後見制度もまた、成年後見・保佐の二類型はもとより、必要性の原則に立脚した補助類型まで含めて、すべて条約に違反する旨の烙印を押される蓋然性が残念ながら非常に高い。仮にこうした理解を所与の前提とした場合、本研究が掲げる「意思決定支援に配慮した成年後見活動」という表現は、ある種の論理矛盾であるように受け止められるかもしれない。

しかし、成年後見制度の骨格である代理・代行決定型の支援手法 (典型的には法定代理権) と自己決定支援型の支援付き意思決定の仕組みを単純な二項対立の枠組みで捉えたいうえで、判断能力不十分者に対する法的支援のスキームから前者を完全に排斥して、後者に一元化しようとすることは現実的ではないし、かえって判断能力不十分者の安心・安全な

⁴ これまでの総括所見の概要とその問題点については、上山泰「障害者権利条約の国際モニタリングにみる成年後見制度の評価」週刊社会保障 2851 号 48-53 頁 (2015 年) を参照されたい。

⁵ 法的世話制度では、「必要性の原則」と「補充性の原則」の 2 つの基本原則から、法定後見人である「世話人 (Betreuer)」に対して付与される権限は、当該事案において本人を支援するために必要最小限の範囲での法定代理権のみである。法的世話が開始されても、本人の法的能力は原則的には制約されない。ただし、例外的に「同意権留保 (Einwilligungsvorbehalt)」が世話裁判所によって命じられた場合のみ、この範囲内で本人の法的能力が制約されることになる。必要性の原則から、同意権留保の対象行為も当該事案における本人の保護に必要最小限の範囲に留められている。

生活を脅かす恐れがあるだけでなく、その社会的統合を阻害するリスク⁶さえもあることに留意する必要がある。加えて、私見⁷によれば、そもそも条約第 12 条の本来の射程は、最後の手段としての代理・代行決定の可能性を排除するものではない（代行決定許容説）。たしかに、同条が「支援手法としての意思決定支援の原則性と代理・代行決定に対する優先性」を明確にしたことは間違いない。しかし、国連の特別委員会での審議過程を含めた同条成立の沿革からみても、条約第 12 条の射程は代行決定許容説の立場から理解することが正当である⁸。本研究もまた、こうした視点を踏まえて、わが国の法定後見人が代理・代行決定型の法的権限を持つという一事のみによって、ただちに条約違反の仕組みであると考えるのではなく、これらの代行決定権限を最後の手段として謙抑的に用いるとともに、支援の中心手法を条約が求める意思決定支援に置き換えていくことで、条約の趣旨にある程度親和的な運用が可能となるという認識に基づいて実施されたものである。

(2) わが国の法定後見制度の課題

さて、条約第 12 条の射程を代行決定許容説から理解して、本人保護のための最後の手段として必要最小限の範囲での代理・代行決定の可能性を認めるという私見の立場からしても、わが国の現行制度に重大な欠陥があることは否定できない。本稿の性質上、詳述は避けるが、定型的な行為能力制限を伴う後見及び保佐の類型には本人の現有能力に釣り合わない過剰な干渉の要素があり、条約第 12 条に明らかに違反したものとみるべきであろう。他方、補助類型については、必要性の原則を厳格に遵守した運用が実務上保障されていれば、第 12 条と整合した仕組みとして評価できる可能性がある。補助の評価に当たっては、制度上、法定代理権と同意権＝取消権の補助人への付与が本人意思の関与（本人による請求、もしくは、権限付与への本人の同意）を条件としている点にも留意する必要がある。補助における法定代理権の成立根拠とその範囲は、その構造上、即効型任意後見契約における代理権に近似するうえ、家庭裁判所の後見的関与による真意の保障機能が組み込まれている点では、むしろ即効型任意後見契約よりも優れた自己決定支援の仕組みとして評価できる可能性を持っている。他方、同意権＝取消権は、たしかに形態的には本人の行為能力を制限する仕組みである。しかし、①代理権と同様、その成立根拠と範囲の確定に自己決定の要素があること（少なくとも本人意思の関与があること）、②法定代理権も同意権＝取消権も、共に他者による本人の自己決定に対する法的干渉を正当化する仕組みという点では同質性があることを重視すれば、後見・保佐類型とは異なり、少なくとも補助における同意権＝取消権については、条約第 12 条と整合する自己決定支援の仕組みとして位置づけ直すことも可能であるように思われる⁹。もちろん、後見・保佐の両類型が現存している

⁶ 民法学の視点から言えば、意思無能力無効の主張を恐れる取引相手に対して、法定代理人による取引の可能性を提示することで、判断能力不十分者の実質的な取引社会への統合が担保されていることを見落とすべきではなからう。

⁷ 上山泰「現行成年後見制度と障がいのある人の権利に関する条約 12 条の整合性」菅富美枝編『成年後見制度の新たなグランド・デザイン』39-116 頁（2013 年、法政大学出版局）参照。

⁸ 川島聡「障害者権利条約 12 条解釈に関する一考察」実践成年後見 51 号 71-77 頁（2014 年）も同旨。

⁹ ただし、消費者保護法制における取消権やクーリングオフといった、本人に対する制約がより少ない法的手段（いわば、ユニバーサル・デザイン型の法的救済手段）が現存する以上、必要性の原則による審査を法定代理権の付与に際してよりも厳格に行う必要があるかもしれない。

以上、条約第 12 条との完全な整合性を語ることは難しく、最終的には立法的な対応が必要である。しかし、他方において、現行制度の運用を補助中心に変更していくことによって、制度の実態を条約の要請に近づけていくという、堅実な努力も怠るべきではないだろう。

2 法定後見人と意思決定支援

上述のように（1（1））、本研究は、条約第 12 条の本来の趣旨を踏まえて、「法定後見人が持つ代行決定権限を原則的に最後の手段として位置づけ直し、通常権利擁護活動は意思決定支援の手法によって行われるべきである」という前提にたつものである。もっとも、法的に制度化された意思決定支援のスキームは、カナダの一部の州やチェコなどにその萌芽がみられるとはいえ、国際的に見ても確立したものとはいえない（少なくとも、伝統的な法的スキームである法定代理権制度と比較できるほどの基本的枠組みがあるとは、到底いえない状況のように思われる）。また、わが国に視野を限っていえば、いうまでもなく法的な意味における意思決定支援「権」者なるものが存在するわけではないし、そもそもそれ以前に、法的な意味における意思決定支援の概念について、具体的なイメージが確立しているわけでもない。したがって、まずは意思決定支援の概念、特に法定後見人に期待される意思決定支援の概念を整理しておく必要がある。

ここで留意すべきは、次の 2 点である。第 1 に、少なくとも、現行法上、意思決定支援は何らかの特定の法的権限に基づいて行われる性質のものではない。むしろ、社会的包摂の理念等に基づき、判断能力不十分者に関わる者一般が広く共有すべき「かかわり方の基本理念ないし基本姿勢」として捉えるべきものであろう（理念としての意思決定支援）。この限りでは、意思決定支援を行う主体は、当然、成年後見人等に限定されるわけではなく、家族、知人、ケアマネジャー、福祉サービス提供者、医療関係者等、本人と関わるすべての人が対象となるべきものである。しかし、第 2 に、法定後見人には本人の自己決定に干渉できる強力な法的権限（代理・代行決定権限：法定代理権、取消権等）が与えられているため、法定後見人の行う意思決定支援には他の者が行う意思決定支援とは異質な側面も存在している。すなわち、法定後見人も、まずは他の者と同様に、本人自身による自己決定を支援する活動を行うべきことになるわけだが（民法第 858 条の本人意思尊重義務に基づく「支援の第一ステージ（自己決定支援型）」）、当該事案において、この方法による本人の権利擁護が不可能もしくは不適切となった時点において、支援のステージを第二段階（民法第 858 条の身上配慮義務に基づく「支援の第二ステージ（他者決定型）」へと切り替えて、最後の手段としての法的な代理・代行決定権限（法定代理権、取消権等）を行使して、本人の権利擁護を図るべきことになるからである。もっとも、この「支援の第二ステージ」においても、成年後見人等による他者決定の指針はあくまでも本人の意向や主観的価値観に原則として求められるべきであり¹⁰、成年後見人等自身の主観的価値観や当該社会の客観的価値観などに基づいて、成年後見人等がフリーハンドの裁量を行使して意思決定を行うことは許されないと考えるべきである（成年後見人等が本人の推測的意思等の主観的価値指針に拘束されるという限りで、なお民法第 858 条の本人意思尊重義務の拘束を受けて

¹⁰ 菅のいう「主観的ベスト・インタレスト主義」の発想である。たとえば、菅富美枝「「意思決定支援」の観点からみた成年後見制度の再考」前掲菅編『成年後見制度の新たなグランド・デザイン』223 頁以下参照。

いることにもなる)。なお、このように、成年後見人等による代理権行使が、本人の意思・意向・推測的意思（過去に本人が表明した意思やそこから推測される意思も含む）に拘束されたものである点を強調して、こうした形で行われる法定後見人の意思決定は条約第12条が禁じている意味での代行決定の形態には当たらないとの有力な理解¹¹も存在する。きわめて示唆に富む見解ではあるが、先述のように、私見は、支援の第二ステージで行われる成年後見人等の法定代理権等の行使は、意思決定支援の枠組みを超えたものであり、あくまでも最後の手段として条約に許容された「代行決定＝他者決定」であると位置づける方がよいと考えている。このように理解することによって、①第二ステージにおける成年後見人等の活動（形式的には本人の自己決定を侵害する活動）に対する規制をより厳格に制御することを正当化できるとともに、②そこでの意思決定があくまでも代理人の責任において行われたものであること（したがって、そこでの瑕疵は本人の自己責任としてではなく、代理人の法的責任の範疇で理解されるべきこと）がより明確になると解するからである¹²。特にわが国の場合、法定後見人の権限行使が、同時に本人の自己決定権という重要な人権を侵害する性質を持っていること（まさに両刃の剣であること）が、欧米と比して見落とされがちであることを考えると、「本人の意思に沿った代理権行使」を直ちに「（意思決定支援を受けたものであるとはいえ）本人自身による自己決定」と同視するという誤謬に陥りやすい論理構成は採用すべきでないように思われる。

II 本研究の特質と成果

1 概要

さて、本研究では、以上のような理論的分析を背景として、現行の法定後見制度を前提に、法定後見人が「意思決定支援に配慮した成年後見活動」を促進していくために実用的な二種類のツールの開発を行った。すなわち、①「成年後見活動におけるソーシャルサポート・ネットワーク分析マップ」と、②「成年後見活動における意思決定支援のためのアセスメントシート」である。これらツールの詳細や、その活用の意義については、次章以下において、具体的な活用例も示しながら詳述されることになるが、その主眼を端的にまとめるならば、「成年後見人等による意思決定支援活動（支援の第一ステージ）と代理・代行決定活動（支援の第二ステージ）の可視化」にある。

既述のように、構造的な欠陥を抱える現行制度を前提にせざるを得ない現状では、法定後見人の実務上の喫緊の課題は、現行制度の運用を通じて、後見実務の実情を、いかに障害者権利条約の要請に近づけていけるかにあるとあってよい。すなわち、条約が示した「支援手法としての意思決定支援の原則性と代理・代行決定に対する優先性」という基準を真摯に受け止めて、成年後見実務のあり方を、従来の伝統的な（客観的保護目線での）代理・代行決定型中心から、本人を中心に置いた自己決定支援（意思決定支援）型中心へと転換

¹¹ ドイツの世話人に関する議論だが、たとえば、フォルカー・リップ（新井誠訳）「支援および成年者保護」成年後見法研究13号154頁以下（2016年）参照。

¹² さらにいえば、最重度の知的障害者の事案のように、そもそも本人の意向や価値観を外部から確認することがきわめて困難な場合も、レアケースではあるが存在すると思われる。こうした場合は、本人の推測的意思のフィクション性がより明瞭になるといえ、無理に本人意思に引き付けた説明を行うよりも、端的にまさに最後の手段として、後見人による他者決定が本人の客観的利益保護のために行われるという説明（パターンリズムによる正当化）を行う方が好ましいのではないだろうか。

させていかねばならない。平たく言えば、たとえ法定代理権を持つ成年後見人等であっても、まずは本人自身の意思決定による契約締結の実現可能性を意思決定支援の手法を駆使して、ぎりぎりまで模索することが必要であり、法定代理権の行使による契約締結という代理・代行決定型の支援手法は、本人保護のための最後の手段として、必要やむを得ない場合に限って行使するという姿勢を基本に据えるべきことになる。こうした理解は、あるいは伝統的な価値観を持つ法律家にとっては異質に感じられるかもしれない。しかし、専門職後見人の現場においては、法律系の専門職後見人を含めて、既に一定の理解が共有されつつあるとあってよい。たとえば、2014年5月15日付で発表された、成年後見センター・リーガルサポートの「後見人の行動指針」¹³は、イギリスの意思決定支援能力法やこれを詳細に分析した菅の見解¹⁴等に依拠する形で、意思決定支援中心の後見実務のための行動指針を明確に打ち出している。同様の姿勢は日弁連にも見受けられる¹⁵。

このように、判断能力不十分者への支援手法の意思決定支援型への原則的転換の必要性自体は、既に抽象的な理念のレベルでは、専門職後見実務の関係者らにかなり浸透してきているかに思われる。したがって、問題となるのは、その手法の具体化である。本研究では、この点について、従来から社会福祉士が専門的に用いてきたソーシャルワーク手法の活用という視点に立って、意思決定支援と代理・代行決定支援のプロセス（最も重要な両ステージの切り替えのタイミングと切り替えの根拠の提示も含む）を可視化するツールの開発に取り組んだ点に、最大の特徴がある。特に意思決定支援の場面は、固有の法的な権限の行使である代理・代行決定支援の場面とは異なり、まさに社会福祉援助技術による支援との親和性が高いといえ、社会福祉系の専門職後見人の専門知識とスキルがこうしたツール開発にきわめて有効であったといえるだろう。

2 二種のツールの意義

まず、①ソーシャルサポート・ネットワーク分析マップは、本人の意思決定支援に関わる周辺の関係者の状況をソーシャルサポート・ネットワークとして捉えたうえで、本人との関係性を三重の同心円上に配置する形式で図示したものである。法定代理権等の法的権限を持つ成年後見人等は、こうしたソーシャルサポート・ネットワークの司令塔的機能を求められる場面も多いだろう。このとき、各関係者のある時点での布置関係をマップ上で一望できることによって、適正な支援体制の再構築等の青写真を描くことが容易になるはずである（共時的分析機能）。他方、成年後見実務のあり方を意思決定支援型中心に移行させていく以上、状況しだいでは、成年後見人等が特定の事項については一歩身を引く形をとって（たとえば、関係者への間接的な働きかけに留める等）、そこでの意思決定支援者の役割に最適な人物等に現実の支援を委ねるべき場面も多くなることが予想される（意思決定支援は特別の法的権限に基づいて行われるものでない点に留意が必要である）。こうした、個々の場面における自分のあるべき役割の判断資料としても、マップは有効に活用できる

¹³ 詳細については、成年後見センター・リーガルサポート『これからの後見人の行動指針』（日本加除出版、2015年）参照。

¹⁴ 菅富美枝『イギリス成年後見制度にみる自律支援の法理』（ミネルヴァ書房、2010年）参照。

¹⁵ 2015年10月1日に開催された、日本弁護士連合会第58回人権擁護シンポジウム第2分科会の「「成年後見制度」から「意思決定支援制度」へ」では、現行実務の運用改善の可能性のみならず、「意思決定支援法」の立法提言を含めた包括的な議論が行われている。

だろう。さらに、具体的なアプローチ（本人への直接的な意思決定支援の働きかけ、関係者への働きかけ、法定代理権行使等）の前後のマップを比較することによって、当該アプローチの成果を客観的に検証することが可能となるはずである（通時的分析機能）。強力な法的権限を与えられている法定後見人の場合、特にその権限の行使もしくは不行使の正当性を、本人に対してはもとより、裁判所等に対しても、客観的に説明できることが必要である。ネットワーク分析マップと後述のアセスメントシートはいずれも、自らの行為の妥当性を事後的に自己検証する場面と、これを対外的に説明していく場面でのきわめて重要な根拠資料として活用できることが期待される（対外的説明責任の根拠資料としての機能）。

②アセスメントシートは、ある特定の事項（検討課題）に対する、本人を中心とした多数関係者による協働的な意思決定のプロセスを可視化する機能を持つ。意思決定支援型の成年後見活動においては、本人をめぐる重要な意思決定に際して、成年後見人等の恣意的な代行決定が許されないことはいまでもない。特に、「支援の第二ステージ」である法定代理権行使の際には、本人の意向等を適正に反映させた内容となっていることを担保するために、本人はもとより、本人の支援に関わる、できる限り多数の関係者からの情報を収集することが必要である。そこでは、イギリス意思決定能力法が取るインクルーシヴ・アプローチ¹⁶の導入が有益であろう。アセスメントシートには話し合いに参加した各当事者の意見が記載されるため、これを利用することで、こうしたインクルーシヴ・アプローチに基づく意思決定のプロセスを可視化できることになるし、万が一、のちに何らかのトラブルが生じた際には、当該意思決定の妥当性・正当性を客観的に証明することも可能となる。さらに重要なことは、話し合いで決まった「誰が・いつまでに・何を・やるのか」という各決定項目について、「本人確認欄」が設けられているため、この記載を通じて、本人の意思の関与を保障できることに加えて、本人の意思・意向がどこまで反映された意思決定であったのかを事後的に検証可能となっている点である。

3 波及効果

本研究によって開発された二種のツールは、ソーシャルワークの技法からヒントを得たものであるため、法律系の専門職後見人や社会福祉に関する専門知識を持たない市民後見人等にとっては、あまりなじみのないものであるかもしれない。しかし、いずれのツールも記載自体には特別な知識を要せず、比較的容易に作成できるし、完成されたマップ及びシートは共に一覧性が高く、第三者からの事後的検証にも適した形になっている。既に触れたように、少なくとも熱意のある専門職後見人の間では、意思決定支援の優先性の理念が共有されつつあることからすれば、社会福祉系の専門職後見人の枠を超えて、広く二種のツールが活用されていく土壌はあるといえるだろう。

何よりも特筆すべきは、「本人に関わる意思決定の場面ごとに、ネットワーク分析マップに基づいて決定に関与させるべき関係者を選択したうえで、本人を交えた支援会議を開き、そこでの議論の内容をアセスメントシートの書式に従って記載していく」という、この一連のプロセスそれ自体が、同時に本人に対する適正な意思決定支援（場合によっては、最後の手段としての代理・代行決定権限の行使）のプロセスにもなりえるという点である

¹⁶ この手法については、前掲菅（注14）51頁以下を参照。

う。意思決定支援や最後の手段としての代行決定の方向性は、個別的な本人の意思・意向という主観的価値によって示されることになるため、あるべき客観的な方向付けを実体的な価値の形式で一般的に示すことはそもそも困難である。したがって、そこでの正当性は、主として手続的正義の観点から裏付けられるべきことになる。つまり、特定の支援者の専断的な決定を排して、本人はもとより、本人を知る複数の関係者の目線を交えて、本人の主観的価値判断が丁寧に追求されたという、ある種の協働的意思決定のプロセスが適正に踏まれた事実こそが重要なのである。本研究が開発した二種のツールの活用によって、自然と、こうしたプロセスを保障することができるだろう。

わが国の現行法定後見制度が重大な構造的欠陥を抱えていることは繰り返し触れたとおりであるが、仮に法律上の制度が意思決定支援型の仕組みへと全面改正されたとしても、それだけで意思決定支援型の権利擁護の実務が当然に実現するわけではない。その実現には、実際の支援を担う人々の意識（さらには、これを背後で支える社会全体の意識）が、判断能力不十分者を単なる保護の客体としてしか見ないというスタンスから脱して、彼ら・彼女らを他の者と平等な意思決定の主体として理解するという方向へと大きく舵を切ることが必要である。なぜなら、意思決定支援型の権利擁護は、従来型の後見の仕組みのように単に特定の法的権限者のみが担えばすむという仕組みではなく、本人の生活に様々な形で関わるすべての人が、本人に対してひとしく意思決定支援の理念に基づいた応接をすることではじめて実現できるものだからである。こうした社会意識の土壌を醸成していくうえでも、二種のツールの活用は重要な役割を果たしうるものとなっている。というのも、いずれのツールも、正式な成年後見人等ではなくとも、本人の意思決定に何らかの形で実際に関与する人であれば、誰でも利用することができる形となっているからである。本研究に携わった一人として、二種のツールが、単に成年後見人等のみならず、広く権利擁護の様々な場面で活用されていくことを期待したい。

第3章 意思決定支援に配慮した成年後見活動のためのツール開発

I 開発したツールの趣旨

開発したツールは二種類である。一つは、「成年後見活動におけるソーシャルサポート・ネットワーク分析マップ」(以下「ネットワーク分析マップ」と表記する)、もう一つは「成年後見活動における意思決定支援のためのアセスメントシート」(以下「アセスメントシート」と表記する)である。

ソーシャルワークの専門職である社会福祉士の成年後見実践事例の分析から、意思決定支援に配慮した成年後見活動には、ソーシャルワーク手法を活用することが有効であると考えた。

ソーシャルワークの展開過程として、インテーク→アセスメント→計画→介入→モニタリング→評価→終結というプロセスがあると説明される。今回提示するツールは、この中のアセスメントと計画に焦点をあてている。アセスメントとは、情報の収集及び整理、分析を通して、本人のニーズを明確にし、問題解決のための計画段階へ導くプロセスである。情報の収集、整理、分析には、しばしば標準化されたアセスメントシートや、エコマップやジェノグラムといった社会資源や家族関係を図示する技法が用いられる¹⁷。

本研究で開発したツールは、社会福祉士が用いるソーシャルワーク手法を基本にしつつ、社会福祉士以外の成年後見人等にも活用が可能となるよう、成年後見活動における意思決定支援の場面で何が起きているのか、何を検討しなければならないのかを、分かりやすく提示するための可視化ツールである。検討に際しては、①本人を中心としたネットワークの活用と、②意思決定支援のプロセスの可視化と③成年後見人等が権限行使する場合の根拠の明確化について、本人参加を前提とした関係者の話し合いで行うことを想定した。

「ネットワーク分析マップ」は、本人の意思決定支援に関わる周辺の関係者の状況を「ソーシャルサポート・ネットワーク」として捉え、本人との関係性を図示するツールである。成年後見人等もソーシャルサポート・ネットワークを構成する一員であり、本人の意思決定支援には誰がどのように関わっているのか、本人や他の関係者との関係性を分析し、ネットワークにおける成年後見人等の役割を明確にするために用いるものである。

「アセスメントシート」は、本人参加を前提とした関係者の話し合いで用いることができるよう、意思決定支援のプロセスを明確にし、成年後見人等の権限行使の要否を検討することができるよう、「何をどのように検討しなければならないのか」の枠組みを示したものである。

次項以下、各ツールの詳細を説明する。

¹⁷ 北川清一他 『社会福祉の支援活動 ソーシャルワーク入門』, ミネルヴァ書房, 2008年, 第8章(金田知子)を参照した。

Ⅱ 成年後見活動におけるソーシャルサポート・ネットワークの分析(「ネットワーク分析マップ」)

1 目的

ソーシャルサポート・ネットワークとは、「個人を取り巻く家族、友人、近隣、ボランティアなどによる援助(インフォーマル・サポート)と公的機関や様々な専門職による援助(フォーマル・サポート)に基づく援助関係の総体を示す」とされている¹⁸。1980年代より、住民福祉活動の見守り・助け合いなど小地域ネットワーク活動が社会福祉協議会を中心に実践され始めた。フォーマルやインフォーマルなネットワークを統合して援助活動を展開していく技術として、ソーシャルワークに必要な理論のひとつと考えられている。

河野聖夫は、「ソーシャルサポート・ネットワークの分析(マップ)」(以下、「マップ」と表記する)ツールを提案し、ソーシャルサポート・ネットワークというネットワーク分析、すなわち「様々な関係のパターンをネットワークとしてとらえ、その構造を記述・分析する方法」が重要であると述べている¹⁹。ネットワーク分析は、本人が生活している環境全体に眼を向ける見方に立って、人と環境が相互に補い合っていることを認め両者の関係を強めていくために、その活動の展開で、フォーマルなサービスだけではなく、インフォーマルな援助も含め理解し活用していく方法のひとつでもある。

意思決定支援においても、インフォーマル・サポートとフォーマル・サポートの連携は重要である。この「マップ」の特徴は、「支援ニーズと支援者の役割に着目」しながらフォーマルである公的資源とインフォーマルな資源(家族・友人知人・地域)が書き込めるようにした点である。本研究で提示するのは、あくまでも実践レベルの活用例であり、利用方法は本研究の独自理解による試行段階である。また、本論の主旨に従って「マップ」の表記に一部修正を加え、「成年後見活動におけるソーシャルサポート・ネットワーク分析マップ」(以下、「ネットワーク分析マップ」と表記する)としていることをお断りしておく。

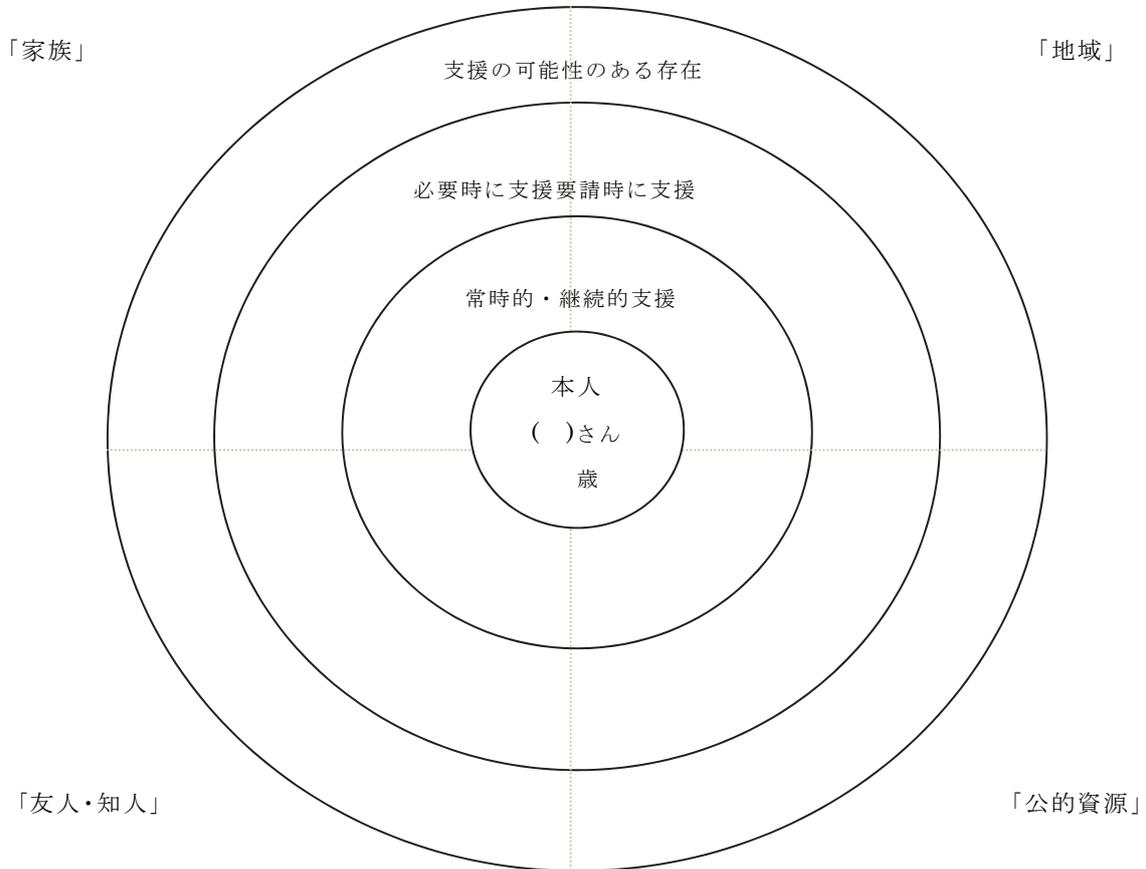
この「ネットワーク分析マップ」は、本人の意思決定支援に関わる周辺の関係者の状況をソーシャルサポート・ネットワークとして捉えたうえで、本人との関係性を三重の同心円上に配置し図示するものである。本人を支援する支援者や支援機関をマップ上で確認することによって、潜在的な支援体制の再構築など、本人の持っているリソースを最大限に生かすことができるようにしていく。また、成年後見実務を意思決定支援中心において実践していくうえでは、時には成年後見人等が前面に出るのではなく、分析結果を通じて関係者への間接的な働きかけに資することも必要になる。今後の支援に最適な支援者との関係構築をイメージすることに役立つものになっている。このように個別の意思決定支援場面において、チームアプローチの中で自身のあるべき役割を確認するものとしても有効に活用できるものとする。さらに、「支援ニーズと支援者の役割に着目」しながら役割分析をすることで、関係者への働きかけもより具体化されるのではないか。本論は「ネットワーク分析マップ」を活用することで、本人を支える支援者を全体でとらえ、有効な支援体制を構築・再構築して、本人の意思決定支援に役立ててもらうことを目的としている。

¹⁸ 渡辺晴子「ソーシャルサポートネットワークづくり」日本地域福祉学会編『新版 地域福祉辞典』中央法規出版,2006,pp422-423

¹⁹ 河野聖夫「ソーシャルサポート・ネットワークの分析(マップ)と役割分析図」(神奈川県主任介護支援専門員研修,事例研究事例検討指導方法資料),河野は,L・マグワイアによる「ソーシャル・サポート・ネットワークを示すマップ」を基に,役割分析の観点から追加改変行い分析マップ(ツール)を作成したとしている。

2 「ネットワーク分析マップ」の様式と使用方法
 ソーシャルサポート・ネットワーク分析マップ様式

作成日 年 月 日



家族○、友人・知人、地域、公的資源は個人を△印、組織を□印

役割分析

必要な支援 (意思決定支援)	誰が(社会的存在)	引き受けている・期待されている役割

*河野聖夫氏の許諾の下に、一部改変の上で使用している

「ネットワーク分析マップ」の使用方法

＜マップ作成の作業手順＞

- ①三重の同心円の真ん中に本人を書き
- ②支援が日常に近い人ほど円の中心になるように
「常時的・継続的支援」ができる人、
「必要時に支援要請時に支援」ができる人、
「支援の可能性のある存在」というように書いていく。
家族は○印、友人・知人、地域、公的資源は個人を△印、組織を□印で表す。
(記入例では、メリハリを持たせるために○印△印を塗りつぶして表示している。)
- ③その際、「家族」、「友人・知人」、「地域」、「公的資源」というように、円を四分割にした各象限に書くことを意識する。
- ④その中で、今よりもっと支援が強くなる(近くなる)と好ましいと思う人がいたら、どのくらいの位置まで支援があったらよいかを矢印で書いて示してみる。反対に、支援が遠ざかってしまった人なども矢印で示すことができる。

マップにプロットする作業を通して、ソーシャルサポート・ネットワークの分析をすることが重要である。「本人はどんなニーズをもつのだろうか?」という問いを常に念頭に置きつつ、例えば高齢者の場合であれば、認知症の程度や進行状況、あるいは施設入所といった環境変化などによってどんなサポートを喪失し、その結果どんなことが生じやすいかを知り、代替りのサポートを支援するためにはどうすればよいかを検討する。個人のニーズと可能なサポートをマッチングすることが必要である。ネットワークの中では、個人は何らかの役割をもっている。本人にはどんな潜在的サポートがあるのかを同定し認識されたら、新たなサポートを見出すことも可能である。

＜役割分析表の活用方法＞

ソーシャルサポート・ネットワークの分析マップに示した人たちの中で、意思決定支援に関するそれぞれの場面(ニーズ)で、実際に誰がどのような役割を引き受けているのか、また今後の可能性を確認するものである。

- ①分析の場面を特定する。
- ②誰にどのような役割が期待できるのか、社会的存在を意識しながらチームメンバーに加えていく。潜在する支援ネットワークを可視化し、ニーズごとに支援者を確認する。
- ③支援者ごとに、現在引き受けている役割と期待される役割を記述する。

役割分析表を活用することによって、本人にとっての公的サービスや周囲にいる人々の私的な支援の適切さを判断することが可能となり、その時に最適なソーシャルサポート機能を考えながら支援ができるようになっていく。そして、同時に「今、私たちが行っている支援は本人にとって、どのような役割を果たしているのか」を確認することでもあり、支援をする側が常に自らの行っている支援の意味を問いかけ、ネットワークにおける自らの役割(ソーシャルサポート)を自覚し、仕事を行っていくうえでの、その重要性を確認していくことができる。

意思決定支援の役割を分析するには、ソーシャルサポートの6つの機能が有効である。以下に、支援のスキルとしてのソーシャルサポートについて説明する。

<支援のスキルとしてのソーシャルサポート>

意思決定支援には、単に情報提供をするだけではなく、本人から発せられるメッセージを、全身の表情と言葉から受け止めなくてはならない。本人が生きている世界で感じ、本人の目線で考えてみる共感的理解が必要となる。応答、明確化、観察ということをしながらか、情緒面での手当てをし、アセスメントを行う。そして、問題の本質をとらえていくことが必要である。問題の本質を理解しないで、一方的に情報を与えても情報提供を通じて相手をサポートしたことにはならない。このように、他者から得るサポートとしてのソーシャルサポートが必要となる。

渡部律子は、ソーシャルサポートの6つの機能²⁰を示している。

表1:ソーシャルサポート6つの機能

サポート機能	サポート機能の説明	必要な技術
自己評価サポート	自分の能力・社会的価値・仕事での能力に疑いをもったときに有効に働く。自分がマイナスに考えていた自己像の側面を打ち明けることで、自分の評価を再度高めることが出来る	<ul style="list-style-type: none"> 相手の話を注意深く聞くこと（傾聴） 相手の話に、感情・事実の反射 共感、安心、愛着、尊敬の提供 再保証 自己開示 非審判的態度の保持
地位のサポート	自分が何等かの役割を果たしていることで得られるサポート	<ul style="list-style-type: none"> 相手に役割を与えること 役割を果たしている相手を認めること
情報のサポート	問題の本質、問題に関係している資源に関する知識、代替的な行動に至る道筋に関する情報を提供すること	<ul style="list-style-type: none"> 適切な情報ネットワークを持っていること 相手のニーズに見合った情報を見つけだすこと
道具的サポート	実際的な課題に対する援助の提供	<ul style="list-style-type: none"> 相手に必要な具体的な援助力を持っていること（お金・労働力・時間等）
社会的コンパニオン	共にいる、出かけるなどの社会活動のサポート	<ul style="list-style-type: none"> コンパニオンとして使える時間の所有 相手にとって重荷にならないこと
モチベーションのサポート	根気よく何かを継続したり、解決に向かって進んでいけるようにモチベーションを高めるサポート	<ul style="list-style-type: none"> 励まし 努力の結果と予測との再保証 将来の希望を見つけ相手に伝えること フラストレーションの対処の方法 共に頑張ろうというメッセージの伝達

出典:渡部律子「高齢者援助における相談面接の理論と実際第2版」p.43

第1は、「自己評価のサポート」である。これは、人が自分自身を価値ある存在であることを確認させてくれるようなサポートを意味する。

第2は、「地位のサポート」である。社会生活をする私たちにはいろいろな役割がある。人は役割を持ち集団に属していることで、社会から承認されていることを感じ取ることができる。

第3は、「情報のサポート」である。自分が必要としている情報を提供してもらうことである。情報は資源に関するものだけではなく、問題の本質、問題に関係している資源、代替的なやり方等に関する情報を得た時に、それらが情報サポートになる。

第4は、「道具的サポート」である。このサポートは物資サポートとも呼ばれ、労働力、

²⁰ 渡部律子「ソーシャルサポート理論の応用」『高齢者援助における相談面接の理論と実際第2版』, 2011, pp40-56, 参照, 一部引用

金銭などの実際に必要な目に見える種類のサポートを意味する。

第5は、「社会的コンパニオン」とよばれるサポートである。買い物に行く、市役所に行く、病院に行くなど、私たちは「誰かと一緒に行く」というそれだけのことで、「誰かが一緒にいてくれる」という安心が得られるというものである。

第6は、「モチベーションのサポート」である。私たちは、その行動をやろうとする意欲の強さの程度によって、ある行動を始めたり継続するということがある。できたことを認める、努力が報われるというような再保証してくれる、将来に希望を見出すようなサポートがモチベーションを高める。

このソーシャルサポート機能は、意思決定支援で、誰がどのような役割を担うかを検討するうえでも重要な示唆となる役割分析の支援スキルである。

3 実際の活用例

「ネットワーク分析マップ」の記入方法と役割分析の意義を説明するために、実際に成年後見人が関与して「ネットワーク分析マップ」が変化した例を作成した。記入例1（成年後見申立時）と記入例2（成年後見人就任後）として例示する。

「ネットワーク分析マップ」記入例の事例の紹介

障害のある60代前半のAさんの事例です。

Aさんは、父親を早くに亡くし、在宅で母親と二人暮らしをしていました。母親(83歳)は要支援1で、週1回デイサービスを楽しみに通っていましたが、自宅で転倒し骨折をしたため入院し、その後、老人保健施設へ入所することになりました。そのためAさんは、ショートステイを利用するとともに、就労継続支援B型のサービス管理責任者が、本人や母親、かかりつけ医、社会福祉協議会に相談して、Aさんに成年後見人選任の申立てを行うことになりました。

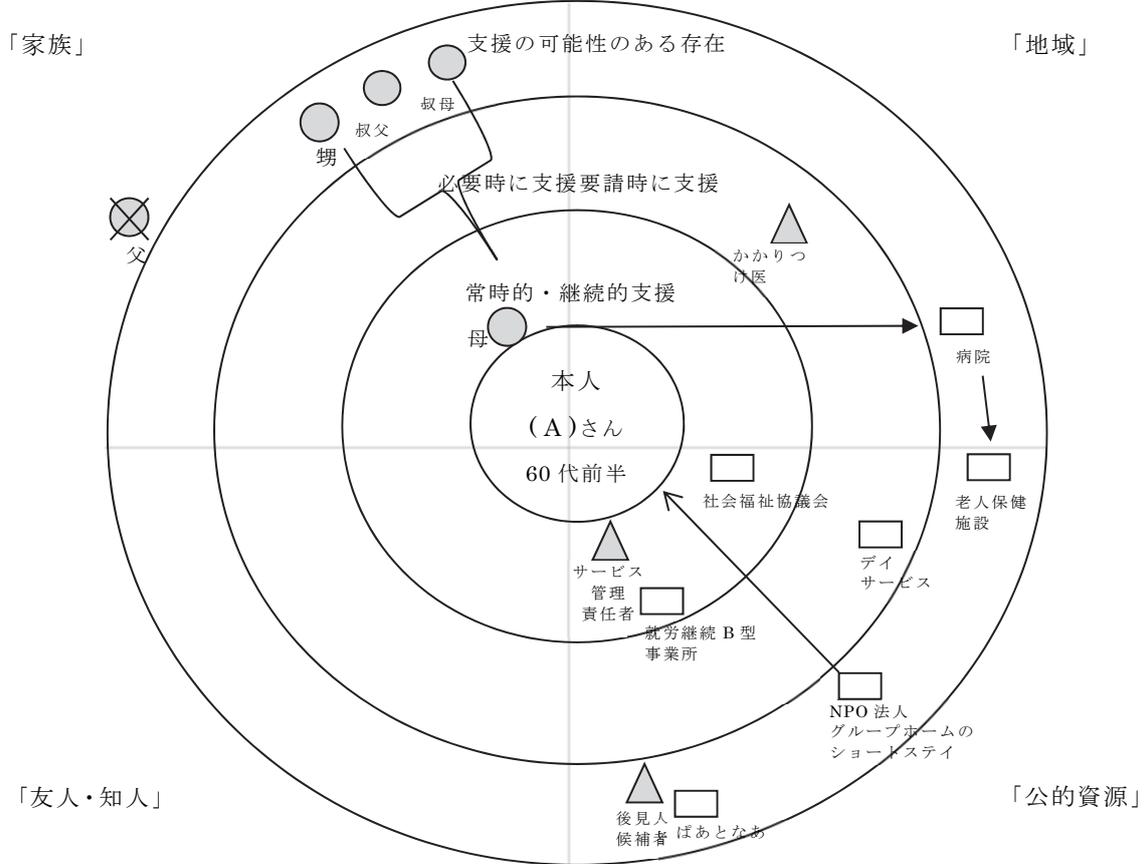
→記入例1(2016年1月〇日:成年後見申立て時)

社会福祉協議会の申立支援を受け、母親が申立てを行い、ばあとなあ社会福祉士が成年後見人に選任されました。その後、Aさんは、緊急で入ったグループホームのショートステイ、体験入所を経てグループホームに入居することになりました。母親は在宅復帰を目標にリハビリをしていますが、無理ができない状況です。母親の妹夫婦が、母親の郷里である〇〇県に住んでいます。母親の骨折時には、妹夫婦とその長男が来てくれましたが、高齢のため、いざというとき以外はなかなか来ることができなとのことでした。成年後見人は、今後は、母親や就労継続支援B型のサービス管理責任者、グループホーム世話人等と連携しながら支援を行っていく予定です。

→記入例2(2016年4月〇日:成年後見人就任後)

ソーシャルサポート・ネットワークの分析マップの記入例1

作成日 2016年1月〇日
母親の骨折、成年後見申立時



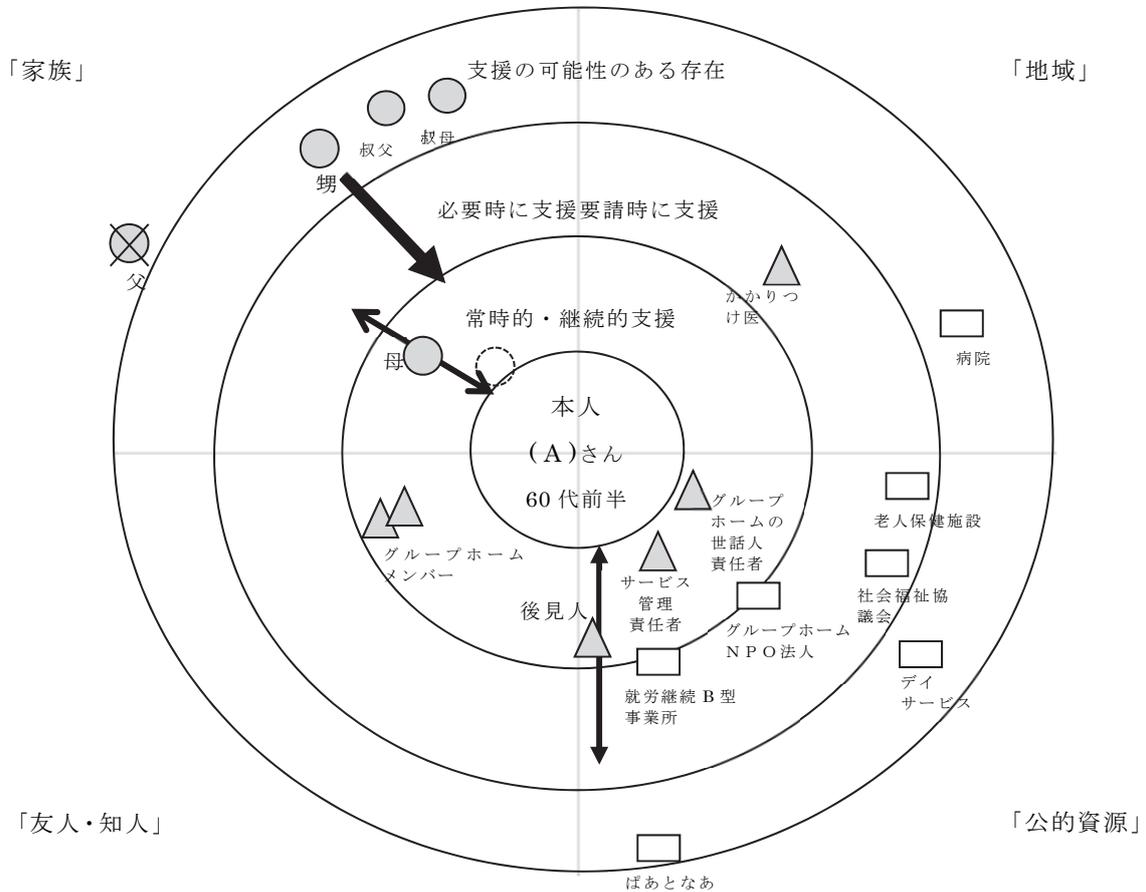
家族○、友人・知人、地域、公的資源は個人を△印、組織を□印

役割分析

必要な支援 (意思決定支援)	誰が (社会的存在)	引き受けている・期待されている役割
成年後見の申立て	就労継続B型サービス管理責任者	社会福祉協議会への相談、社協と協力して本人と家族への成年後見制度利用の情報提供、本人への説明→情報のサポート、モチベーションのサポート
	社会福祉協議会	親族申立支援、候補者紹介依頼 →モチベーションのサポート
	かかりつけ医	成年後見診断書の作成 →モチベーションのサポート
	ばあとなあ社会福祉士	成年後見人等候補者 →自己評価のサポート
	NPO法人 (ショートステイ)	ショートステイの提供 (道具的サポート) →自己評価のサポート
	本人	成年後見制度の理解、利用の同意
	母親	申立人、キーパーソン、本人の支え
	妹夫婦・甥	母親の支援、本人の支え

ソーシャルサポート・ネットワークの分析マップの記入例2

作成日 2016年4月〇日
成年後見人就任後



家族○、友人・知人、地域、公的資源は個人を△印、組織を□印

役割分析

必要な支援 (意思決定支援)	誰が (社会的存在)	引き受けている・期待されている役割
グループホーム入所	就労継続支援B型サービス管理責任者	本人と家族への説明、本人への情報提供、意思の確認、モニタリング
	グループホーム世話人	体験入所の提供、入居支援、入居意思の確認、モニタリング
	グループホーム責任者	本人と母親への情報提供、契約締結
	母親	本人へ生活支援、意思決定支援 →地位のサポート
	甥	本人の支え、意思決定支援
	成年後見人	意思確認、入居契約、金銭管理、モニタリング →自己評価のサポート、情報のサポート

<記入例の解説>

成年後見の申立て（記入例1）や、グループホーム入所（記入例2）の意思決定支援には、本人との関係性がすでに構築されている就労継続支援B型のサービス管理責任者が支援の中心となって関わっていることがわかる。

申立てについては、就労継続支援B型のサービス管理責任者が中心となって関係機関に働きかけを行い、本人、母親への情報提供と同意を得て、社会福祉協議会が母親を申立人として申立て支援を行うことになった。また、母親の骨折という緊急事態に対して、入院、入所については、親族が手続きを行ってくれている。また、本人のショートステイの利用や体験入所の手続きは、母親が行っていた。

成年後見人就任時には、本人はグループホームの体験入所中であり、実際的な課題に対する援助の提供（道具的サポート）がグループホーム世話人や責任者によって提供され、グループホームから就労継続支援B型に通所し毎日の生活を送っていた。成年後見人には、グループホームとの入所契約や、母親が担っていたキーパーソンとしての一部の役割を担うことが期待されている。成年後見人は、施設入所や福祉サービスの導入などの必要時には、積極的に本人とかかわりながら契約を締結することになる。また、施設入所という環境変化によってどんなサポートを喪失し、その結果どんなことが生じやすいかを知り、代わりのサポート（母親に代わる甥の支援など）を考えなければならない。

本人の環境が大きく変化する時には、成年後見人は「常時・継続的な支援」を意識して本人に寄り添いながらかかわりを深めなければならないが、契約締結後は「常時・継続的な支援」を提供してくれる支援者と本人の関係構築を支援していくことが求められ、「必要時に支援要請時に支援」という役割に距離を移していく。必要に応じて、「常時・継続的な支援」と「必要時に支援要請時に支援」という二つの同心円の中を「入ったり・出たり」することが必要である。それが双方向の矢印である。母親も同居していた時のような具体的な援助から、自立に向かう本人を支える役割として、離れていても見守っているという「地位のサポート」を担うということを双方向の矢印で表現した。

成年後見活動においても、ソーシャルワークの基本的な対人援助の視点から、本人との信頼関係の構築（自己評価のサポート）をベースにして、個々の場面における支援を通じて、本人をエンパワメントしていく実践が共通の基盤となる。そのためには、成年後見人が単独で判断するのではなく、関係機関と常に連携できるように、本人を中心に置いたソーシャルサポート・ネットワークを確立し、本人が参加できるケース会議やサービス担当者会議等の環境を整えることが重要になる。個別の意思決定支援に合わせたソーシャルサポート・ネットワークのチームで、それぞれの支援者の役割を確認し実践し、時々刻々と変化する可能性のある必要なサポートを把握し、提供できることが必要である。

特に成年後見人等には、本人に合わせた情報のサポートが求められ、必要に応じて有する権限行使を行うことになる。その場合、権限行使の根拠を明らかにして関係者と共有する必要がある。その一助として、この「ネットワーク分析マップ」が利用できる。また、このようなツールを利用することは、住み慣れた地域で生活を継続するために権限行使が、本人の意思を尊重するうえで重要な役割を果たしていることを確認することができる一つの方法と考える。

Ⅲ 成年後見活動における意思決定支援のためのアセスメントシート

1 目的

本研究で提示する「アセスメントシート」は、判断能力が不十分な人の意思をどのように把握し、本人の意思決定のために誰がどのような支援をしたのか、方法を尽くしても本人の意思の把握が困難である、あるいは本人の意思が表示されたとしても、それを実行することが本人の権利侵害につながるおそれがある場合、何を根拠に誰が何を決定したのか、これら一連のプロセスを可視化するために開発したものである²¹。

可視化することで、本人及び関係者が情報を共有し、意思決定に至るプロセスを確認することが可能となるのはもちろんのこと、「アセスメントシート」に言語化するという作業自体が、関係者に気付きを促す契機となる。すなわち、認識はしていなかったが当たり前と考えていることや、あまり意識はしていないが実際はやっていることが明確になることで、関係者が自らの行為の意味を振り返り、権利擁護の意義を深く理解することにつながる。また、実践を記録し事例として蓄積することで、権利擁護活動としての意思決定支援が普遍化されることが期待できる。

「アセスメントシート」は、本人参加を前提とした関係者の話し合いで活用することを想定している。そのため、何を話し合うのかを分かりやすく提示する枠組みを意識した。話し合う事柄は何か、その事柄について本人はどのように考えているのか、あるいは本人の意思をどのように確認したのか、話し合いで何をどのように決めたのか、そして成年後見人等が代理権等の権限を行使しなければ本人の権利を擁護できないと判断した場合、その根拠が明確になることを目的としている。

成年後見人等の権限行使の根拠が明らかになることで、成年後見人等が自らの成年後見活動を客観的に検証することができる。また、家庭裁判所をはじめ関係者に対して、自己の成年後見活動の妥当性を説明する際の根拠資料としても有効に活用できる。

現在の我が国の成年後見制度では、成年後見人等には大きな権限が付与されており、特に本人の財産状況は生活の方針を決める際の重要な要素になるため、財産管理を担う成年後見人等の意思決定支援における影響力は大きい。また、本人の意思決定に成年後見人等がどのように関わっているのかを検証することは、障害者権利条約第12条及び一般的意見第1号の指摘に応えるための喫緊の課題でもある。すなわち、「アセスメントシート」を用いて実践事例を丁寧に分析することで、成年後見人等は「代理意思決定者」ではなく「意思決定支援者」の一人として機能していることを証明できるのではないかと。また、「代理意思決定者」として機能しなければ本人の権利を擁護できない場合とは、具体的にどのような場合で、どのような情報に基づき、どのような手順を経て行ったのかを明確にすることで、最終的手段としての「代理意思決定」の必要性と適正性が明らかにできるのではないかと。さらに、「法的能力の行使を支援するシステムになくってはならない保護措置」として機能しうる成年後見制度とはどうあるべきか等、成年後見制度の代替措置を検討する上でも、「アセスメントシート」を用いた実践事例の分析が役立つものと考えられる。

²¹ 本研究におけるアセスメントシートは、西原留美子「成年後見活動における「ベスト・インタレスト」判断過程の可視化の検討—「障害者の権利に関する条約」第12条の論点整理をふまえて」『東海大学健康科学部紀要』第21号, 2016年3月発行の研究成果を発展させたものである。

2 アセスメントシート様式と使用方法

「成年後見活動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】

このアセスメントシートは、ご本人の意思を確認し、ご本人の希望をどうすれば実現できるかを話し合うために使います。話し合う時には、以下の点に注意してください。

- 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か
- 本人の言葉をそのまま本人の自己決定と捉えていないか、本人の自己責任に帰していないか
- 支援のしやすさを優先していないか、支援者のための根拠付けになっていないか
- サービス先にあきになっていないか、ケアプラン作成になっていないか
- 結論が先にあきになっていないか、後付けの根拠資料として使われていないか

このシートのテーマまたは検討課題 第 回	通算シートNo.
----------------------	----------

シート作成者(職名及び氏名) _____

今日の話し合い 年 月 日 時 ~ 時 場所 _____

今日の参加者名 _____

●●さんの考え(このシートのテーマまたは検討課題に関する本人の意見や希望)

--

意見を言った人	このシートのテーマまたは検討課題についての意見

今日これから話し合うことは、●●さんの〇〇について

●●さんの〇〇がどうすればできるか、その方法と誰ができるかを考える

考えられる方法	その方法の良いところ	その方法の難しいところ	誰が
1			
2			
3			
4			
5			

●●さんはどうしたいか、どの方法が一番良いか

--

●●さんが自分で決めるのが難しい場合の状況

--

●●さんの〇〇について、いつまでに決める必要があるか

--

●●さんの〇〇について、後見人等が代理権等を行使する必要があるか。ある場合、その理由は何か。

--

●●さんの〇〇について、今日決まったこと

	本人確認
--	------

誰が	いつまでに、何をやるのか	本人確認

やってみてからもう一度考えるのは 年 月 日 時 ~ 時

実施結果

課題

⇒再アセスメントの必要性 有り なし

ご本人の意思を確認し、ご本人の希望をどうすれば実現できるか話し合いができましたか？
 最後にもう一度、以下のような話し合いになっていないか、確認しましょう。

- 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か
- 本人の言葉をそのまま本人の自己決定と捉えていないか、本人の自己責任に帰していないか
- 支援のしやすさを優先していないか、支援者のための根拠付けになっていないか
- サービス先にありきになっていないか、ケアプラン作成になっていないか
- 結論が先にありきになっていないか、後付けの根拠資料として使われていないか

「成年後見活動における意思決定支援のためのアセスメントシート」【使用方法】

このアセスメントシートは、ご本人の意思を確認し、ご本人の希望をどうすれば実現できるかを話し合うために使います。話し合う時には、以下の点に注意してください。

- 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か
- 本人の言葉をそのまま本人の自己決定と捉えていないか、本人の自己責任に帰していないか
- 支援のしやすさを優先していないか、支援者のための根拠付けになっていないか
- サービス先にありきになっていないか、ケアプラン作成になっていないか
- 結論が先にありきになっていないか、後付けの根拠資料として使われていないか

このシートのテーマまたは検討課題 第 回 通算シートNo.

テーマまたは検討課題は、本人の意思決定支援の観点から設定することが重要である。プロセス重視の観点から、同一テーマ・課題を複数回かけて検討する場合もあるため、同一テーマ・課題で何回目の検討なのかを記入する。通算シートNo.は「その人」の作成シートの通し番号を記入する。関わる支援者がある程度固定している場合、通し番号を記入しておくことで支援プロセスの継続記録となる。

シート作成者(職名及び氏名) 成年後見人等に限らず、支援者、また支援を受けて本人もなりうる。

今日の話し合い 年 月 日 時 ~ 時 場所

今日の参加者名

●●さんの考え(このシートのテーマまたは検討課題に関する本人の意見や希望)

【主観的意見】本人の希望、願いを確認する。確認した方法と確認できない場合はその理由を書く。

意見を言った人	このシートのテーマまたは検討課題についての意見
	<p>【客観的意見】</p> <p>このシートのテーマまたは検討課題に関して、関係者の意見や、収集した情報を記入する。関係者には、家族、福祉関係者、医療関係者、行政、友人・知人、成年後見人等、このシートのテーマまたは検討課題に関連して、本人に関わる人すべてを含む。本人が誰の意見を聞きたいかも尊重する。家族は本人の利害関係者にもなりうるが、本人に関する情報を持っているため除外しない。</p> <p>本日の話し合いに参加していない人の情報でも、重要な情報であれば、誰の意見なのか、誰からの情報なのか、誰が聴き取ったのかを明確にする。特に本人の考えと意見が異なる場合は、その理由となる具体的事実を根拠として記入する。代弁者としての発言も、なぜそう言えるのか根拠を記入する。意見の根拠として、今までどのような方法をとってきたのか、本人の側にたった決定のために何をしたのかを記録する。</p>

今日これから話し合うことは、●●さんの〇〇について

今日これから検討することは何かを、本人の意思決定支援の観点から明確にする。
必ずしも一度の話し合いで結論を出す必要はない。

●●さんの〇〇がどうすればできるか、その方法と誰ができるかを考える

考えられる方法	その方法の良いところ	その方法の難しいところ	誰が
1	<p>「今日これから話し合うこと」について、どうすれば実現が可能か、何を検討する必要があるのか、考えられるあらゆる方法の選択肢をあげ、メリットとデメリットを本人に分かりやすく提示する。</p> <p>リスクも含めて検討する。やってみる、様子を見る、違うやり方を試すことも検討する。本人が情報を得てチャレンジできる可能性を考える。</p> <p>本人が決められるように、本人と一緒に考える。</p> <p>関係者の能力や知識、社会資源の状況等により方法にも違い(限界)が生じるが、それをどう検討したかを記録する。</p>		
2			
3			
4			
5			

●●さんはどうしたいか、どの方法が一番良いか

	<p>本人の自己選択、自己決定を支援する。 今日決める必要があるか、決めるのが難しい場合、今後の方針を確認する。</p> <p>「今のままがいい」「想定された選択肢以外の選択肢を選ぶ」「分からない」という結論も大切にする。 分からないことが明確になることにも意味がある。</p>
●●さんが自分で決めるのが難しい場合の状況	

●●さんの〇〇について、いつまでに決める必要があるか

	<p>緊急度を確認する。 代理権等の行使の必要性を確認する。成年後見人等としての権限行使が必要という判断にいたる協議のプロセスが、ここまでに記載されているか、確認する。</p>
●●さんの〇〇について、後見人等が代理権等を行使する必要があるか。ある場合、その理由は何か。	

●●さんの〇〇について、今日決まったこと

<p>今日決まったことを明確にする。今日決める必要があるかどうか確認する。 今日決められない時はこれからどうするか、次の方法を確認する。 本人の意向にそうよう合意が得られたかどうか確認する。 今日決まったことを本人に分かりやすく説明する。本人に説明して確認するという手順を怠ることがないよう、本人以外の作成者が自らの行為を確認するために本人確認欄を設けた。本人に説明し内容を確認した場合は、チェックマークを記入する。 本人の了解が得られた場合は署名等をもらうことも、本人参加の意思決定支援を担保する上では重要であるが、署名等を強要したり形式的にもらうような関わりは意思決定支援に反するので留意する。 本人が決めるのが難しい場合、最終的に誰が何をどのように決めたのか、協議の結果としての合意であることに関係者は責任をもつ。</p>	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;">本人確認</div>
---	--

誰が	いつまでに、何をやるのか	本人確認
<p>「今日決まったこと」について、いつまでに誰が何をやるのか、役割分担を確認する。本人に説明して確認するという手順を怠ることがないよう、本人以外の作成者が自らの行為を確認するために本人確認欄を設けた。本人に説明し内容を確認した場合は、チェックマークを記入する。 本人の了解が得られた場合は署名等をもらうことも、本人参加の意思決定支援を担保する上では重要であるが、署名等を強要したり形式的にもらうような関わりは意思決定支援に反するので留意する。</p>		

やってみてからもう一度考えるのは 年 月 日 時 ~ 時

実施結果

課題

「今日決まったこと」について、役割分担に沿って実施した結果を、次の話し合いの時に確認する。
 または、実施し終了となった場合、結果を記載する。

⇒再アセスメントの必要性 有り なし

ご本人の意思を確認し、ご本人の希望をどうすれば実現できるか話し合いができましたか？
 最後にもう一度、以下のような話し合いになっていないか、確認しましょう。

- 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か
- 本人の言葉をそのまま本人の自己決定と捉えていないか、本人の自己責任に帰していないか
- 支援のしやすさを優先していないか、支援者のための根拠付けになっていないか
- サービス先にありきになっていないか、ケアプラン作成になっていないか
- 結論が先にありきになっていないか、後付けの根拠資料として使われていないか

3 活用上の留意点—本人主体・本人中心を基盤とした意思決定に至るプロセスの重視

「アセスメントシート」は、本人の意思を確認し、どうすれば本人の希望を実現できるかを検討するための、本人主体・本人中心の話し合いに用いるものである。本来目的に沿って用いられるよう、冒頭と末尾にチェック項目を掲げた。チェック項目は、しばしば陥りやすい、「アセスメントシート」の趣旨が反映されていない誤った使い方である。

□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か

□本人の言葉をそのまま本人の自己決定と捉えていないか、本人の自己責任に帰してないか

□支援のしやすさを優先していないか、支援者のための根拠付けになっていないか

□サービス先にありきになっていないか、ケアプラン作成になっていないか

□結論が先にありきになっていないか、後付けの根拠資料として使われていないか

これらチェック項目を冒頭と末尾にあえて掲げたことも、「アセスメントシート」の目的を誰にとっても分かりやすく可視化する工夫の一環である。

「アセスメントシート」は三部構成になっている。

1 頁目は本人及び関係者の意見を確認する部分である。話し合う事柄に関する現状認識を共有する部分であり、本人及び関係者がそれぞれの立場から意見を表明できることが重要である。話し合いでは、誰もが安心して意見が表明でき、否定しない・されない、認め合うという姿勢が求められる。特に本人が意見を表明できるような促しや、本人の意見に関係者が真摯に耳を傾ける姿勢がなければ、意思決定支援は成り立たない。またここでは意見に違いがあっても、その違いが明確になることが重要である。

2 頁目は「今日話し合うこと」を明確にして、検討した内容を記録する部分である。ここでの最大のポイントは、まず意思決定支援の観点から「今日話し合うこと」が何かを明確にすることである。早計に結論を出すことのないよう、今日は何を話し合うのかを噛み砕いて設定することである。次に考えられるあらゆる選択肢を検討することであり、本人に分かりやすく選択肢の情報を提供することである。一方で、緊急度の判断や成年後見人等の権限行使の要否についても、どのような情報を検討した結果なのかを記録しておく。

3 頁目は「今日決まったこと」を記録し、本人及び関係者で確認する部分である。本人に分かりやすく説明し確認するという、意思決定支援において不可欠な手順を怠ることがないように、本人以外の作成者が自らの行為を確認することを第一義的な目的として「本人確認」欄を設けた。シートを本人に提示し、「本人に確認した」ことを確認するためにチェックマークを入れながら説明すると、本人にも分かりやすい。また、可能な限り本人に署名等をもらうことも、本人主体の意思決定支援につなげる工夫である。しかし言うまでもないが、署名や捺印をもらうことが目的ではない。本人に内容を強要することも趣旨に反する。もし本人が納得できないという意思を表明したのであれば、内容を再検討しなければならない。次に、本人も含む関係者が、いつまでに何をするのかを明確にし、それぞれの役割分担を確認し、次の話し合いに向けて役割を果たすことが重要である。

意思決定を要する事柄にもよるが、一度の話し合いで全てを決めることは想定していない。小さなステップを重ね、行きつ戻りつしながら意思決定に至るプロセスを重視する。そのため、一つの事柄について複数回アセスメントシートを作成することも想定される。

「アセスメントシート」の作成者は、成年後見活動に関わる意思決定支援であるならば、

成年後見人等がなることは当然考えられる。しかし、作成者は成年後見人等に限定されるわけではない。成年後見人等以外の関係者が話し合いの場を設定して作成したり、本人が支援を受けながら、本人主体で作成することも考えられる。作成者が誰であれ、本人の希望実現のために、本人参加で用いることが「アセスメントシート」を作成する目的である。

本人参加を前提とした話し合いで用いることを想定しているため、項目の表現は出来る限り分かりやすい平易な言葉遣いとした。さらに本人の障害特性に合わせた「分かりやすい版」を検討する余地もあるが、障害特性は多様なため、まずは支援者が本人の障害特性や判断能力の程度に配慮しながら、本人に分かりやすく噛み砕いて説明をして活用してもらいたい。また、当然のことながら、記載した内容は本人に開示することが基本である。そのため、常に本人に説明できる、あるいは本人が読んで理解できるような分かりやすい表現で記載することが必要である。

他方、「アセスメントシート」は、本人参加を前提とした話し合いで活用することを意図しているものの、本人が大勢の中で意思表示をすることは難しい場合もあるため、配慮は必要である。大勢の中では意思表示が難しくても、信頼のおける関係者とは意思疎通ができる場合もある。また信頼関係を構築するためには時間を要する場合もある。このような場合は、それぞれの場面で「アセスメントシート」を作成したり、本人の意思を聴き取った関係者からの情報を「アセスメントシート」に記載するなどして、本人の意思をより正確に把握し、本人の意思を尊重する方法を見出すために活用してもらいたい。

意思決定をする主体はあくまでも本人であるが、本人の意思決定には本人を取り巻く関係者が多かれ少なかれ関与しており、成年後見人等もその関係者の一員である。意思決定支援は、本人との関係性や関係者同士の関係性に大きく左右されるものである。同じような事柄について意思決定支援をする場合でも、関わる関係者によってプロセスや導き出された結論には相違があろう。信頼関係があること（またはないこと）も、本人の意思決定支援には良くも悪くも影響を及ぼしていることを自覚したい。

また、関わる関係者によって、意思決定支援の質には差が生じることも想定される。往々にして判断能力が不十分な人の意思は蔑ろにされがちで、本人不在のまま保護偏重で物事が決定されることが多い。「アセスメントシート」は、今ある枠組みの中でのやりくりを考えたり、予定調和的に暗黙の了解のもとに想定された結論の理由を書き連ねるためではなく、本人の意思を引き出し、本人の意思を尊重し、本人の希望をどうすれば実現できるかを考えるためのものである。関係者はとにかく安全策に流れがちであるが、本人の側に立ち、本当に選択肢はそれだけかを考えるために用いて欲しい。

しかし、そうは言っても、本人の願いと客観的にみた保護の必要性とのジレンマや、本人の側に立ち切るのは難しいといったジレンマは生じる。だからこそ、「アセスメントシート」を用いて情報を整理することで、なぜジレンマが生じているのか、そのジレンマはどうすれば解消できるのか、何を根拠に保護の必要性を判断したのか、決定は本人参加のもとに行われたかを検証するツールとしてもらいたい。

「アセスメントシート」に記載することで、「今起こっていること」が可視化され、関係者の認識が高まることを期待する。「アセスメントシート」によって可視化された実態を直視し、成年後見活動における意思決定支援はどうあるべきかという議論に資する貴重な実践の記録となることを期待したい。

第4章 ツールの活用例

実践事例を複数組み合わせ合わせた創作事例を作成し、「ネットワーク分析マップ」と「アセスメントシート」の活用例を作成した。ここに示すのはあくまでもツールの活用例であり、意思決定支援の模範例、推奨例ではない。意思決定支援として十分とは言えない点多々含まれていると考える。意思決定支援はどうあるべきか、考えながら読んでいただきたい。

I 認知症高齢者の自宅での独居生活支援を経て施設入所を支援した事例

事例の概要

Aさん。80代後半・女性。アルツハイマー型認知症の診断があり、要介護2、認知症自立度Ⅱbの判定である。

財産状況は厚生年金が12万円（月額）の他、預貯金は500万円程度である。

学校卒業後、会社勤めをして定年まで働いた。結婚歴はあるが1年足らずで離婚、子どもはいない。離婚後は実家で母親と同居する。途中、別居の兄と母が死亡し、実家の不動産を相続して一人で生活していた。

地域包括支援センターが高齢者単身世帯訪問で本人の生活状況を把握し、介護保険の申請を勧めた。訪問介護サービスの利用が始まるが、約束の日時に自宅にいないことがある。自宅不動産は所有しているものの、年金収入を適切にやりくりすることが困難で、社会福祉協議会の日常生活自立支援事業を利用したが、預貯金は目減りしている。道に迷い、近隣の住民に助けを求めることも増え、地域から不安の声も出てきていた。

【場面①】成年後見制度申立ての必要性の判断

20XX年6月

介護保険サービス提供事業所や近隣住民からの不安の声を受けて、ケアマネジャーは地域包括支援センターに成年後見制度の申立ての必要性をどう判断したらよいか、相談を行った。そこで、地域包括支援センターの社会福祉士は、関係機関を招集し、サービス担当者会議を開催した。会議の参加者は、本人、地域包括支援センター社会福祉士、社会福祉協議会日常生活自立支援事業専門員（以下社協専門員と記載）、ケアマネジャー、訪問介護サービス提供責任者である。

Aさんは日常生活の金銭管理が難しく、またケアプランに組み込まれたサービスを利用することができないことがあり、関係者が関わりに苦慮していることだけではなく、訪問販売員の立ち寄りや、不要な自宅の修理業者の出入りがあったことが判明した。

成年後見制度のことや、その必要性についてAさんに説明したところ、「今まで信頼していた社協の人が勧めるのならやってみようか、でも誰がやるの?」と不安そうになった。また、手続について社協が説明を行うと「私は頭が変だから、あなたがやって」といって途中から話を聞こうとしなくなった。

サービス担当者会議では、以下のことが決定された。

- ①本人の申立てが難しいと判断されるため、行政の担当者に市町村長申立てを依頼する。
- ②社協が成年後見人等候補者の推薦依頼を社会福祉士会に行う。
- ③次の面接時には、行政担当者や成年後見人等候補者にも参加してもらう。

【場面①】「成年後見活動における意思決定支援のためのアセスメントシート」

このアセスメントシートは、ご本人の意思を確認し、ご本人の希望をどうすれば実現できるかを話し合うために使います。話し合う時には、以下の点に注意してください。

- 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か
- 本人の言葉をそのまま本人の自己決定と捉えていないか、本人の自己責任に帰していないか
- 支援のしやすさを優先していないか、支援者のための根拠付けになっていないか
- サービス先にありきになっていないか、ケアプラン作成になっていないか
- 結論が先にありきになっていないか、後付けの根拠資料として使われていないか

このシートのテーマまたは検討課題 第 1 回

通算シートNo. 1

成年後見制度の申立ての必要性の判断

シート作成者(職名及び氏名) 地域包括支援センター社会福祉士

今日の話し合い 20XX年 6月 △日 14時～15時 場所 本人自宅

今日の参加者名 Aさん、地域包括支援センター社会福祉士、社会福祉協議会(社協)専門員、ケアマネジャー、訪問介護サービス提供責任者

Aさんの考え(このシートのテーマまたは検討課題に関する本人の意見や希望)

自分の家で今までのようにサービスを使って、生活していきたい。
ヘルパーや、お金を持って来てくれる人がいるのは安心。頼りにしている。

意見を言った人	このシートのテーマまたは検討課題についての意見
ケアマネジャー	ヘルパーが訪問したら外出していることがあり、予定していたサービスが使えないことがある。自宅の鍵を失くして困ったことがあった。訪問販売員の立ち寄りがしばしばあるようだ。屋根の修理業者にお金を払おうとしていた。近くに住んでいた義理の姉(本人の兄の妻)が3ヵ月前に亡くなったため、身寄りはいない。
(病院の医療ソーシャルワーカー)	(ケアマネからの報告) 担当医からは受診時に付添いの人がいないと、話が伝わらないと言われている。
(近隣の人)	(ケアマネからの報告) 心配している。いつも一人で買い物に行くが、歩行もふらつきがみられる。
社協専門員	現在2週間に1度の支援だが、お金を計画的に使えない。1週間でなくなってしまう。これ以上の支援回数の増加は難しい。電化製品の故障などで臨時の出金が必要とヘルパーから言われるが、社協では判断ができない。社協の支援の限界と考えている。
地域包括支援センター社会福祉士	実態をはじめて聞いた。今後成年後見制度申立ての検討が必要と考える。市町村長の申立てが必要となるのではないかと。

今日これから話し合うこと

Aさんが自分の家で生活する方法を考える。

成年後見制度の利用について、Aさんへ説明し意向の確認を行う。

Aさんの希望する生活がどうすればできるか、その方法と誰ができるかを考える

考えられる方法	その方法の良いところ	その方法の難しいところ	誰が
1 生活費の管理方法の見直し:社協生活支援員の訪問を1週間に1回とし、ヘルパー訪問日の直前に設定する。	2週間分の生活費を1週間で使ってしまう可能性が低くなる。	Aさんにはヘルパーが買い物をするためにお金が必要という認識がない。1回の金額が少なくなりAさんが不満を感じる。利用料が高くなる。	社協(生活支援員)
2 買い物の方法の見直し:買い物をヘルパーに任せのではなく、Aさんが主体的に買い物できるように支援を行う。	現在はヘルパーが買い物をしているが、ヘルパーがAさんと同行すれば、Aさんの意向に沿って買い物ができる。	Aさんには何が必要なのか判断が適切にできず、限られた金額がうまく使えない。ヘルパーがなぜ来るのか理解が難しい。	ケアマネ 訪問介護 (サ提供責任者・ヘルパー)
3 ケアプランの見直し:訪問介護だけでなく、通所介護や配食サービスを取り入れる。	Aさんが希望する自宅での生活の継続が可能となる。	新たに組み込むサービスがAさんの希望に沿っているか分からない。Aさんの意識と支援者のサービスの必要性の意識とにずれが生じる。	支援者全員
4 契約の取消しができる人をつける	訪問販売被害の防止ができる。	Aさんが理解できるかどうか分からない。	成年後見人等
5 申立ての準備をする ①診断書の作成依頼 ②Aさんの意向の確認 ③候補者紹介依頼	医学的診断が得られる。 Aさんの意向を尊重して候補者を探せる。	受診が負担である。Aさんが必要性を理解することが難しい。	①包括・医療機関②社協・ケアマネ③社協

Aさんはどうしたいか、どの方法が一番良いか

今まで通りお金を届けてほしい。家に入れないときは困った。屋根の修理代を払わなくて済んでよかった。「体は大丈夫だけど、頭が変みたい」

Aさんが自分で決めるのが難しい場合の状況

今まで信頼していた社協が勧めるのでやってみようか、でも誰がついてくれるのか不安、「あなた(社協)じゃないでしょう」と言った。社協が申立て手続を説明するが、「私は頭が変だから、あなたやって」と言って途中から目をそらした。

Aさんの成年後見制度の利用について、いつまでに決める必要があるか

成年後見制度の利用についてAさんに説明をしたが、Aさんは理解するのは難しいと判断した。介護サービスの利用契約について、Aさんの立場で判断して契約をしたり、訪問販売被害を防止する必要がある。1週間以内に再度Aさんに説明し、Aさんが嫌でなければ、出来るだけ速やかに申立て準備を進める。

Aさんについて、後見人等が代理権等を行使する必要があるか。ある場合、その理由は何か。

該当なし

Aさんの成年後見制度の利用について、今日決まったこと

Aさんが、安心して自宅での生活を継続できるようにするためには、介護サービス利用について代理したり、訪問販売の被害に遭わないように取消しすることができる人をお願いする。そのために、成年後見制度の申立てについて準備を進めていく。

本人確認

✓

誰が	いつまでに、何をやるのか	本人確認
地域包括支援センター 社会福祉士	(1週間以内に) 行政に申立てを依頼、病院MSWを通じて主治医に診断書の作成を依頼する。	✓
社協専門員	(1週間以内に) Aさんにもう一度成年後見制度の話をして、意向を確認する。社会福祉士会に候補者の推薦依頼をする。	✓

やってみてからもう一度考えるのは 20XX年 6月 ○日 時 ~ 時 (1週間後)

実施結果

主治医の診断書では「保佐相当」であった。

社会福祉士会から候補者が推薦された。

課題

Aさんへの代理権や取消権の説明を誰がどのように行うか。

候補者と本人との面談場面の設定をどうするか。

⇒再アセスメントの必要性 有り なし

ご本人の意思を確認し、ご本人の希望をどうすれば実現できるか話し合いができましたか？

最後にもう一度、以下のような話し合いになっていないか、確認しましょう。

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か

本人の言葉をそのまま本人の自己決定と捉えていないか、本人の自己責任に帰していないか

支援のしやすさを優先していないか、支援者のための根拠付けになっていないか

サービス先にありきになっていないか、ケアプラン作成になっていないか

結論が先にありきになっていないか、後付けの根拠資料として使われていないか

【場面①】アセスメントシートを作成した成果

場面①のアセスメントシートは、成年後見人等選任前の成年後見制度利用支援を行う関係者が、申立ての必要性について検討した場面を想定した。このように、支援関係者が支援方針を検討する会議の場面でも活用できることの例示である。

ケアマネジャーや社協専門員から相談を受けた地域包括支援センターの社会福祉士は、本人の金銭管理能力や判断能力の不安定さから、成年後見制度の必要性を意識していたが、なぜ成年後見制度が必要なのかを本人に説明する根拠が持てなかった。このアセスメントシートを活用することで、本人にとってなぜ成年後見制度が必要なのかを、支援者側の都合ではなく、本人を主体的にとらえて説明することが可能になった。また、訪問介護事業所は、金銭管理の支援であれば、社協の日常生活自立支援事業で可能なのではないかと考えていたが、このアセスメントシートを用いながら協議したことで、金銭管理の前提となる介護サービスの必要性や契約の重要性について、改めて理解が深まった。

保佐開始の審判の申立てと保佐人の選任

20XX年7月

行政は、市町村長申立てを行うことを決定した。Aさんの了解のもと、主治医に診断書を依頼したところ、「保佐相当」との見解であった。社協が社会福祉士会ぱあととなあへ候補者推薦依頼の相談を行った。社会福祉士候補者が、行政担当者、社協とともに本人と面談し、その後、家庭裁判所調査官面談に同席し、2週間後に保佐開始の審判が下りた。

<付与された代理権>

申立てに際し本人と話し合い、以下の代理権を保佐人に付与することを本人が同意した。

1. 不動産に関する契約の締結・変更・解除
2. 預貯金に関する金融機関等との一切の取引
3. 定期的な収入の受領及びこれに関する諸手続
4. 定期的な支出を要する費用の支払及びこれに関する諸手続
5. 介護契約その他の福祉サービス契約の締結・変更・解除及び費用の支払
6. 要介護認定の申請及び認定に関する不服申立て
7. 福祉関係施設への入所に関する契約の締結・変更・解除及び費用の支払
8. 医療契約及び病院への入院に関する契約の締結・変更・解除及び費用の支払
9. 税金の申告・納付
10. 以上の各事務の処理に必要な費用の支払
11. 以上の各事務に関連する一切の事項

<保佐人がたてた初回の方針>

支援関係者は、本人がうまく居宅介護サービスを活用できないことから、自宅ではなくグループホームの入居が適切と考えており、本人にも説明し既に見学もしていた。保佐人は本人の意向を尊重し、グループホーム入居ありきではなく、居宅介護サービスの利用の仕方を見直し、自宅での生活の継続の可能性も視野に入れて対応していきたいと考えた。

緊急入院後の退院先の判断

20XX年8月

夏場の暑さに伴う脱水から緊急入院した。原因はエアコンをうまく操作できないことと、水分量の減少であった。入院後すぐに回復し、病院の医療ソーシャルワーカーからは、入院期間は1か月が限度との通達があった。

自宅へ戻るか、見学したグループホームへの入居を勧めるか、サービス担当者会議が開催された。

居宅サービス提供事業所等は、本人の能力から体制を整えれば自宅での生活が可能ではないかという見解であった。病院の医療ソーシャルワーカーは、入院期間が1日でも延びることは許されないことや、本人がまた同じような状況になることを懸念し、すぐにグループホーム入居が決定できないのであれば、老人保健施設への入所が適当であり、すぐに調整に入るべきであるという意見であった。

本人は会議の場面では、ニコニコとして皆の話にうなずき、「どちらでもよい、やりやすいようにしてください」という。

しかし会議終了後、保佐人とケアマネジャーが本人に改めて説明と確認を行ったところ、「老健ってどんなところ？自由に買い物に行けますか？今、小銭も持つことができなくて不便なんです。これまで通り一人で暮らしていきたい」という発言があった。

保佐人は、居宅サービス提供事業所等が自宅での生活が可能であるという見解を示していることから、具体的な居宅介護サービスの利用について提案を受け、自宅での生活を希望する本人の意向を尊重する方針で自宅へ退院することを決めた。

【場面②】自宅へ退院後の居宅サービス利用契約

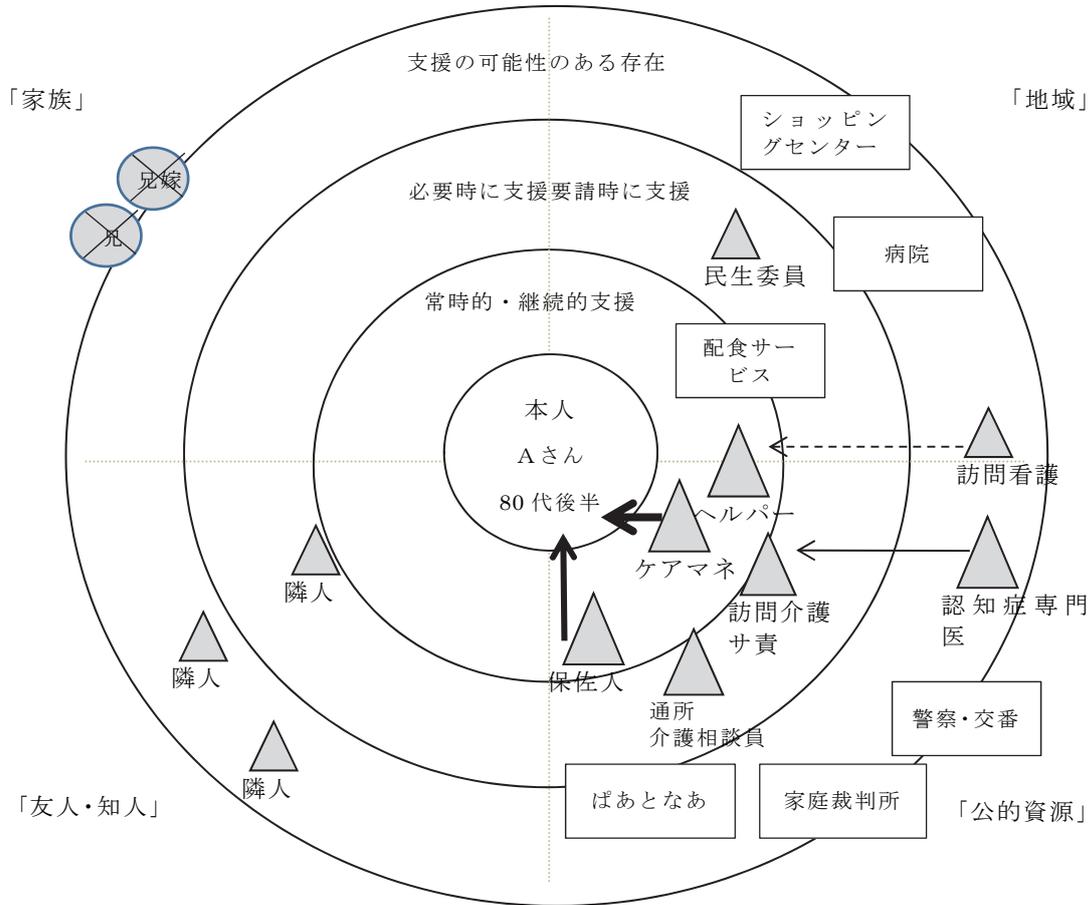
20XX年9月

本人は退院し自宅に戻る。入院前よりも手厚く、居宅介護サービスを組み込む。具体的には、週3回の通所介護、通所介護のない日は訪問介護、夕食は配食サービスを受け、見守りも行う。

しかし本人は、自分の好きな時間に散歩に行ったり、自宅近くのショッピングセンターに行くことを好み、通所介護の朝の迎えは受け入れるものの、訪問介護の約束の時間にヘルパーが訪問したときに不在であることが続く。

保佐人は、入院前の契約については、本人の意思に基づく代行に近い代理であったが、退院後の現時点では、本人の意向には合致していない部分があるが必要性から保佐人が代理で契約を行っていることを意識した。

その後の細かいサービス調整についても、本人にその都度説明をしたり、本人の意向を確認しながら変更が繰り返されるが、本人は表面的には「いいですよ」とは言うが、実際にはサービスに合わせた生活を行うという意向はなかったと思われる。



家族○、友人・知人、地域、公的資源は個人を△印、組織を□印

役割分析

必要な意思決定支援	誰が(社会的存在)	引き受けている・期待されている役割
生活実態と意向に沿ったプランの組み立て	ヘルパー (訪問介護事業所)	Aさんと同行しての買い物支援(道具的サポート) →自己評価のサポート、情報のサポート
	通所介護相談員 (デイサービス)	デイサービスの提供(道具的サポート) →自己評価のサポート、地位のサポート
	ケアマネジャー (居宅介護支援事業所)	Aさんの再アセスメント、認知症専門医の情報収集と情報提供 →自己評価のサポート、モチベーションのサポート →ケアプランの作成(道具的サポート)
	保佐人	医療(認知症専門医)受診のための情報サポート →受診同行(道具的サポート)
	認知症専門医	認知症の診断
	訪問看護	服薬の管理
	配食サービス業者	夕食の確保、見守り
	民生委員、隣人	見守り

※自宅に復帰したこの時期には、ケアマネジャーと保佐人は、本人の再アセスメントのために本人と密接にかかわる必要があり、本人の問題の本質に迫るべく情緒面での手当てを行っていくこと(自己評価のサポート)が求められる。また地域でも見守りのための支援が必要となっていることが見えてくる。

【場面②】「成年後見活動における意思決定支援のためのアセスメントシート」

このアセスメントシートは、ご本人の意思を確認し、ご本人の希望をどうすれば実現できるかを話し合うために使います。話し合う時には、以下の点に注意してください。

- 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か
- 本人の言葉をそのまま本人の自己決定と捉えていないか、本人の自己責任に帰していないか
- 支援のしやすさを優先していないか、支援者のための根拠付けになっていないか
- サービス先にありきになっていないか、ケアプラン作成になっていないか
- 結論が先にありきになっていないか、後付けの根拠資料として使われていないか

このシートのテーマまたは検討課題 第 1 回

通算シートNo. 3

Aさんの退院後ケアプランを見直したが、居宅介護サービスの利用がAさんの意向にあっているのか見直したい。

シート作成者(職名及び氏名) 保佐人

今日の話し合い 20XX年 9月 ○日 11時～12時 場所 本人自宅

今日の参加者名 Aさん、ケアマネジャー、訪問介護事業所サービス提供責任者、通所介護事業所相談員、保佐人

Aさんの考え(このシートのテーマまたは検討課題に関する本人の意見や希望)

ケアマネが、「何か困っていることはないか」と聞くと、「大丈夫です」と答える。「今のままでよいか」という問いかけには「いいですよ」と答える。

意見を言った人	このシートのテーマまたは検討課題についての意見
ケアマネジャー	ケアプラン通りにサービス提供ができないことがある。 配食サービスが訪問すると不在の時があったとの報告を受けている。
訪問介護事業所 サービス提供責任者	ヘルパーの訪問時にAさんが出かけている頻度が増えている。
通所介護事業所 相談員	朝、迎えに行くと「あら、行くのね」と言いながら車に乗る。通所後は他の利用者や職員と楽しく過ごしている。
(病院ソーシャルワーカー)	(ケアマネからの報告) 受診時、付添いのヘルパーの報告では残薬が合わず、自己判断で飲んでいると思われる。受診は予約通りできている。
(近隣の人)	(訪問介護事業所からの報告) ヘルパーの報告によると、隣人が、「夜間に家がわからなくなっている本人を家まで送って行ったことがあり、心配している」と気遣っていたとのこと。
保佐人	2週間に1回、生活費を届けるため自宅を訪問している。2週間たたない間にAさんから「お金がない」と電話が入ることがあった。 今のケアプランがAさんの意向に沿ったものになっているかどうか。

今日これから話し合うこと

Aさんの生活実態と意向に沿ったケアプランをどのように組み立てるか。

Aさんの生活実態と意向に沿ったケアプランがどうすればできるか、その方法と誰ができるかを考える

考えられる方法	その方法の良いところ	その方法の難しいところ	誰が
1 Aさんが一人での買い物を継続する。	Aさんが自分でできることを自由にできる。	迷子になったり、お金が足りなくなる場合がある。	Aさん
2 通所介護サービスに行く理由を尋ねてみる。	Aさんがサービスが必要か意識することができる。 不満がある場合は発言することができる。	Aさんが自分の意見とて言わない可能性がある。	保佐人 ケアマネ ヘルパー
3 ヘルパーが来なかったらどうなるか尋ねてみる。	Aさんがサービスが必要か意識することができる。 不満がある場合は発言することができる。 関係性の確認ができる。	ヘルパーの必要性を理解した場合、Aさん自身が自分ではできないという事実と直面させてしまう結果にならないか。	保佐人 ケアマネ (通所介護 相談員)
4 一対一で話をしてみる。	緊張や遠慮をしないで話をすることができる。	場面や相手によって話す内容が異なるかもしれない。	全員がそれぞれ
5 認知症の専門医を受診する。	認知症の進行状況を客観的に把握し、本人の状態にあった対応ができる。	Aさんにとって制限的、保護的になる可能性がある。	医療機関 保佐人
6 訪問看護の利用を検討する。	服薬管理がある程度可能となり心身状態が安定する。	Aさんが受け入れないかもしれない。	保佐人 ケアマネ

Aさんはどうしたいか、どの方法が一番良いか

「この家でずっと暮らしていけるかな」「ヘルパーさんが来てくれるのに出かけてしまっていてごめんなさい、忘れちゃうのよね」「朝早い時間に来てくれれば家にいると思うんだけど」との発言から、まわりに迷惑をかけずに家で暮らしていきたいと考えていると考えられる。

Aさんが自分で決めるのが難しい場合の状況

Aさんの発言は、Aさんが自分の変化に気づけず、まわりの支援者に迷惑をかけたくないので相手を気遣う言葉になっているのではないだろうか。Aさんに負担をかけずに在宅生活を継続できるサービスの利用方法を考えることが必要である。
言葉では否定的・拒否的な発言はないが、見当識障害・短期記憶障害の進行は認められる。医療面も含めての見極めが必要である。

Aさんの意向に沿ったケアプランについて、いつまでに決める必要があるか

ケアプランありきではなく、Aさんの心身状態や意向に基づくサービス利用になっているのかを3ヵ月以内に確認する。

Aさんの意向に沿ったケアプランについて、後見人等が代理権等を行使する必要があるか。その理由。

新たに必要なサービスが考えられる場合は代理権を行使して契約を行う。
現在考えられる新たなサービスは、認知症専門医の受診と服薬管理のための訪問看護の利用である。

Aさんの意向に沿ったケアプランの見直しについて、今日決まったこと

まわりの支援者を気遣うAさんの気持ちを大事に受け取りながらも、Aさん自身が望む自宅での生活を気兼ねなく送ることができるよう、現在のサービス提供体制を再確認していく。期間は3ヵ月以内。

また、Aさんに説明し了解が得られれば、現在通院している病院ではなく、専門の医師の診察を受けるために受診に保佐人が同行する。

本人確認



誰が	いつまでに、何をやるのか	本人確認
全員	(1ヶ月以内に) それぞれ個別にAさんと話をする機会をとらえ、Aさんから話を聞く。	✓
ケアマネジャー	(1週間以内に) 地域包括支援センターに相談し、認知症専門医の情報を保佐人に提供する。 訪問看護事業所の情報収集と選定のための準備をする。	✓
保佐人	(2ヶ月以内に) Aさんに、専門医の受診についてわかりやすく説明する。受診できるのであれば、ケアマネジャーに受診の手配を依頼し、初回受診時には同行する。 医師の見立てとAさんへの説明と同意のもとで、訪問看護の利用契約が必要となれば代理権に基づき契約をする。	✓

やってみてからもう一度考えるのは 20XX年 10月 ○日 時 ~ 時

実施結果

認知症専門医の受診について、保佐人およびケアマネジャーがAさんに説明を試みた。明確な拒否はなかったものの、Aさんが気のりしない様子であることを支援者全員が共通の印象として受け取ったことから、専門医の受診は行わなかった。

課題

Aさんの肯定的な言葉と実際の行動の差異が何に起因するものなのか、医療面からの判断が難しい状況のままとなった。現在の受診と服薬のままでよいのか、支援者の間では疑問が残る形となった。

⇒再アセスメントの必要性 有り なし

ご本人の意思を確認し、ご本人の希望をどうすれば実現できるか話し合いができましたか？
最後にもう一度、以下のような話し合いになっていないか、確認しましょう。

- 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か
- 本人の言葉をそのまま本人の自己決定と捉えていないか、本人の自己責任に帰していないか
- 支援のしやすさを優先していないか、支援者のための根拠付けになっていないか
- サービス先にありきになっていないか、ケアプラン作成になっていないか
- 結論が先にありきになっていないか、後付けの根拠資料として使われていないか

【場面②】アセスメントシートを作成した成果

保佐人や支援提供者が「必要ではないだろうか」と考えてケアプランを組み立て、それが履行されるよう保佐人が代理権を行使するが多い。その際に、本人にその都度説明したり、「気になることがあれば言ってください」という言葉はかけるとしても、本人の言葉や行動から本人の意思がどこにあるのか、探ることをしていただろうか。

今回、このアセスメントシートを活用することで、「ケアプランに合わせた本人の生活」ではなく、「本人の生活の仕方に合わせたケアプラン」という意識を支援関係者全員が持つことができたといえる。

また、担当者会議という全体の場面だけではなく、支援者がそれぞれの場面において個別に本人から話を聞く場を持ち、それを共有することで、本人の本当の希望や意向に近づくことが可能となる。ソーシャルサポート・ネットワークの中で、本人に近い位置にいる人だけが必ずしも本人の真の意向を聞けるわけではない。近くにいるからこそ、本人が本当の気持ちを話せないこともあるのである。

今回、課題として残されたことについては、今後、本人の状況の変化とともに改めてもう一度見直す必要がある事柄として、記録に残すことが重要であるとする。

金銭管理の方法の見直し

保佐人が選任されるまでは、本人の金銭管理は社会福祉協議会の日常生活自立支援事業が担っていた。年金が入る本人の通帳を管理し、月に2回、本人に生活費を渡す方法であった。しかし、そのやり方では1週間で手持ちのお金がなくなってしまい、ヘルパーが買い物に行くときに、お金がないということが多かった。

保佐人選任後、お金の管理について、本人と保佐人、訪問介護事業所で話し合い、ヘルパーが生活のために買い物に使用する金銭は、1か月分を保佐人からヘルパーに預けておくこと、これまではヘルパーが使うお金が優先的に考えられていたが、そうではなく本人が使いたいお金は自由に使えるよう、その金額がいくらぐらいでやっていくかを本人と決めることができた。また、日常的な買い物は、毎回は無理でも、本人にヘルパーが同行して行けるようなケアプランを依頼した。

【場面③】グループホーム入居の決定

20XX年9月～10月

ケアプランを見直して居宅サービスの体制を手厚くしても、実際には本人は自宅に不在のことが多く、ヘルパーは訪問しても計画された支援が実行できず、本人の安否確認のための連絡調整で時間を費やすことになった。

また、本人も、これまでは道に迷うことがなかったが、目的をもって外出したものの、どこに行こうとしていたのか、また、家に帰る道がわからなくなり、警察に保護されることが数回起こった。その都度、保佐人、ケアマネジャー、地域包括支援センター等で本人を迎えに行った。ケアマネジャーからは「本人の在宅生活を支える方針を立てたのだから、警察に保護されることも想定内です。警察や地域の人にも本人の状況を理解してもらい、これまで通りの支援体制を継続していきましょう」という力強い言葉をもらう。

しかし、実際には本人の気持ちの変化が起こっていた。これまで出来ていたことが少しずつ出来なくなることを本人なりに実感し、警察に保護され迎えが来るまでしばらく待たなければならない、あるいは警察官に送られて自宅に戻るといったことが起こるたびに、不安な気持ちが芽生えてきた。

そんな時に、以前見学したところとは別のグループホームの空きが出たという情報が、地域包括支援センターからケアマネジャーに入った。そのグループホームは、自宅のすぐ近くで、本人がいつもいくショッピングセンターからも近い。保佐人と本人がそのグループホームを見学に行ったところ、本人から「こんなところがあるんですね。一人暮らしではなく、ここで皆さんと一緒に生活できるとよい」の言葉が聞かれる。

10月にグループホーム入居となる。本人の自己決定を法的にも有効にするため、保佐人が代理人として契約を行った。

【場面③】アセスメントシートは次頁以降を参照

【場面③】アセスメントシートを作成した成果

本人の自宅での生活が様々な場面から困難となっているところへ、施設の空き情報が入ってくると、「この選択しかない」という気持ちにどうしてもなるものである。そして、その決定までの時間は限られている場合が多い。

そのような場面であっても、このアセスメントシートを活用することで一旦立ち止まって考え、誰の意向に沿おうとしているのか、なぜ、その選択に至ったのかを確認し、記録に残すことで、きちんと説明できる根拠となる。

そして、一度決められたことが最終決定ではなく、環境の変化に伴い本人も変化していくことにあわせて、あらゆる可能性を成年後見人等だけではなく、本人を支えるネットワークの中にいる支援者が共有し、変化に対応する準備ができることが大切である。

【場面③】「成年後見活動における意思決定支援のためのアセスメントシート」

このアセスメントシートは、ご本人の意思を確認し、ご本人の希望をどうすれば実現できるかを話し合うために使います。話し合う時には、以下の点に注意してください。

- 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か
- 本人の言葉をそのまま本人の自己決定と捉えていないか、本人の自己責任に帰していないか
- 支援のしやすさを優先していないか、支援者のための根拠付けになっていないか
- サービス先にありきになっていないか、ケアプラン作成になっていないか
- 結論が先にありきになっていないか、後付けの根拠資料として使われていないか

このシートのテーマまたは検討課題 第 1 回 通算シートNo. 5
 これからの居所としてグループホームへ入居することについて、Aさんはどう思うか。

シート作成者(職名及び氏名) 保佐人

今日の話し合い 20XX年 9月 ○日 16時~17時 場所 本人の自宅

今日の参加者名 Aさん、ケアマネジャー、訪問介護事業所サービス提供責任者、
 通所介護事業所相談員、地域包括支援センター社会福祉士、保佐人

Aさんの考え(このシートのテーマまたは検討課題に関する本人の意見や希望)

(道に迷い警察に保護されたところを保佐人が迎えに行くと)ほっとした顔をし、「迷惑かけてごめんなさいね。一人で家に帰れなくなっちゃった」と言った。

(2つめのグループホームを見学したとき)「こんなところがあるんですね。ここで皆さんと一緒に暮らせるんですか?」(以前に、初めて1つめのグループホームを見学したときは他人事のように見えていた。そのときとは全く異なる様子であった)

意見を言った人	このシートのテーマまたは検討課題についての意見
ケアマネジャー	Aさんの状況からは警察に保護されることも想定内である。周囲の人に状況を理解してもらい、支援体制を継続することはできると考えている。
訪問介護事業所 サービス提供責任者	訪問しても不在のときがほとんどで、Aさんの安否確認のための時間となっており、本来のプランとは異なる支援で継続が難しい。
通所介護相談員 相談員	迎えにも慣れ、喜んで参加されている。最近、自宅へ送り、スタッフが引き上げるときに不安そうな表情をされるので気になっている。
(病院医療ソーシャルワーカー)	(ケアマネからの報告) 受診状況、服薬状況に大きな変化はない。グループホームへの入居申込みに必要な診療情報提供書はすぐに書いてもらえるよう医師に打診している
(近隣住民)	(地域包括支援センターからの報告)「先日も夜間に警察官に送られて帰ってきた。たまたま顔を出したら、警察官に注意してあげてくださいと言われたが、そんな責任はもてない、行政で何とかしてください」と連絡があった。
地域包括支援センター 社会福祉士	近隣の住人からの連絡もあったので、グループホームの空き情報については注意してみた。最近空きがでたグループホームが見つかったので声をかけた。2週間程度で決めてほしいと言われたので、ケアマネジャーから保佐人に連絡してもらった。
保佐人	夜間に警察官に送られたときは、夜が遅く、保佐人が迎えに行くのに時間がかかってしまうため事情を説明し、警察官に依頼した。そのことで近隣の方に不安感を持たせてしまったと思う。グループホームについては期限の制約もあり、今回はAさんと二人で見学したが(1つめのときは、Aさん、ケアマネジャー、保佐人の3人で見学した)空いている個室をみせてもらったりして、Aさんは自分がここに住んだらどうなるだろうと、主体的に見学していた様子だった。

今日これから話し合うことは、Aさんのこれからの居所について

訪問介護サービスの継続提供が困難になりつつあり、自宅での生活が厳しくなっている。また、近隣の住民から地域包括支援センターにも連絡がきている。Aさんの意向を尊重しながら、これからの居所をどうするか検討する。

Aさんのこれからの居所の決定がどうすればできるか、その方法と誰ができるかを考える

考えられる方法	その方法の良いところ	その方法の難しいところ	誰が
1 これまでの支援体制で、自宅での生活を継続する。	Aさんにとって大きな変化がなく、受け入れやすい。	訪問介護の支援がなりたない。保護されることが増え、近隣の住民からの不安の声もあり、そのことがAさんの精神面にも悪影響を及ぼすことが懸念される。	ケアマネ サ提供者 保佐人 近隣住民
2 これまでのプランを見直し、新たなプランのもとに自宅での生活を継続する。	新たな契約を行うことでAさんの生活の安定を目指すことができる。	Aさんが希望しているサービスではない場合、プランを見直してもニーズとマッチしないのではないかと。経済的負担がどこまでできるか。	ケアマネ サ提供者 保佐人
3 Aさんの認知症の客観的状況から、主治医から意見をもらう。	方針を決定する際に、客観的な根拠となる。	医学的診断が前面に出てしまうと、Aさんのできることを制限してしまう危険性がある。	主治医 医療SW ケアマネ
4 グループホームでの生活を選択する。	支援者としては、Aさんが安心安全な生活が確保できると考える。 見学したときのAさんの意向に沿っていると考えられる。	見学時の印象と実際に入居した場合とはAさんの考え方は変わることもある。Aさんが「やはり自宅がよかった」ということもあり得る。 経済的には、入居継続可能な年数は1年程度なので、自宅不動産売却の検討が必要となる。	ケアマネ グループホーム管理者 保佐人

Aさんはどうしたいか、どの方法が一番良いか

1 回目に見学したグループホームのことはまったく覚えていない。先日行った2つめのところは自宅から近く、いつも買い物に行くショッピングセンターのそばなので、「そこに住むようになったら買い物に行けるといい」と言う。言葉では「そこに住む」とははっきりとは言わないが、見学したグループホームに移ることを前提とした発言になっていることを支援者全員が感じた。

Aさんが自分で決めるのが難しい場合の状況

グループホームの評判については、地域包括支援センターから「まだ開設して1年たっていないが、運営推進委員会でも家族の参加が多く取り組みも熱心で、今回空きが出ておさえてもらったのはタイミングがよかった」との情報をもらった。Aさんの現状から考えて、今回の機会を活かしてグループホームに入居した方が、安心・安全な生活が送れる可能性は大きい。

Aさんのグループホーム入居について、いつまでに決める必要があるか

2週間以内に希望するかどうかを決めてほしいということなので、今日の話し合いで決定する必要がある。現在の情報から総合的に考えて、グループホームへの入居申し込みをする方針とする。

Aさんのグループホーム入居について、後見人等が代理権等を行使する必要があるか。その理由。

グループホーム入居申込みについて、保佐人からグループホーム管理者へ入居したいという意思を伝える。契約手続きについてAさんが理解するのは難しいので、契約にあたっては保佐人が代理権を行使する。

Aさんのこれからの居所について、今日決まったこと

グループホームへの入居の希望を保佐人から伝える。
 必要な準備を今後支援関係者で役割分担のもとに決定していく。
 入居日が決まったとしても、Aさんの気持ちに変化があれば、また話し合う。
 グループホーム入居以外の方法を選ぶこともできるので、Aさんの気持ちの変化があれば、また話し合う。

本人確認



誰が	いつまでに、何をやるのか	本人確認
Aさん	グループホーム入居に備えて、ヘルパーとともに持ち込む荷物の整理をする。足りない物品の購入について保佐人と相談しながらヘルパーに依頼する。	✓
ケアマネジャー	どの段階であってもAさんから自宅へ帰りたいという希望が出た場合を想定し、従前のサービスが利用できるよう関係者に了解をとる。	✓
病院医療ソーシャルワーカー	保佐人からの依頼をして、診療情報提供書の作成を主治医へ手配する。	✓
地域包括支援センター	担当エリアのグループホームなので、定期的に訪問する機会がある。入居後もAさんと話をしたり状況を確認していく。	✓
グループホーム管理者	Aさんが希望している買い物を、ケアプランに取り入れるようグループホーム内で検討していく。	✓
保佐人	グループホーム管理者へAさんの入居の意思を伝え、契約を行う。大型家具など荷物の搬送を業者に依頼する。ケアプランの説明に立ち会う。入居後は機会を見て、通常より頻回に訪問して、Aさんの生活が快適かどうか確認する。	✓

やってみてからもう一度考えるのは 20XX年11月

実施結果

グループホームに入居して2週間くらいは、「やることがないのよね」と所在なさげだったが、1か月近くたった頃から、食器の片づけや室内の掃除など、役割意識をもって生活できていることが確認できた。

課題

自宅にいるときは散歩や買い物に毎日行っていたが、グループホームでは週1回くらいが限度であり、Aさんにとっては不満があると思われる。

1か月問題なく入居が継続しているため、ケアマネジャーと話し合い、自宅へ戻ることの準備はなくなったという判断をしたが、それでよかったのかどうか疑問が残る。

⇒再アセスメントの必要性 有り なし

ご本人の意思を確認し、ご本人の希望をどうすれば実現できるか話し合いができましたか？

最後にもう一度、以下のような話し合いになっていないか、確認しましょう。

- 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か
- 本人の言葉をそのまま本人の自己決定と捉えていないか、本人の自己責任に帰していないか
- 支援のしやすさを優先していないか、支援者のための根拠付けになっていないか
- サービス先にありきになっていないか、ケアプラン作成になっていないか
- 結論が先にありきになっていないか、後付けの根拠資料として使われていないか

自宅(居住用不動産)の売却の判断

20XX年4月

グループホームに入居し半年が経過した。年金額で不足するグループホームの入居費用は預貯金を取り崩して充てているが、いずれ負担ができなくなるため自宅不動産の処分を検討しなければならない。

本人はグループホームで安定して生活をしているが、認知症も進行した。自宅を処分して入居費用を捻出しなければならないという説明を何度か繰り返すが、本人の理解力は著しく不十分であり、すでに自宅を所有していることもはっきり理解できない状態となった。そこで主治医に相談し「後見相当」という診断を受け、後見類型への変更の申立てを行い後見人となる。

地元の不動産会社3件に売却の見積もりを依頼し、売却先の選定も含め1社を選択し、家庭裁判所に「居住用不動産処分の許可申立て」を行い、自宅不動産を売却した。今後、グループホームへの入居費用の支払いは、最低でも10年は可能となった。

脳梗塞の発症と転倒事故による入院

20XX年11月

認知症は進行しながらも、グループホームで穏やかに生活は継続していたが、ある夜、職員の見守り直後にベッドから転倒した。見守り直後だったこともあり、しばらく気付かれることなく居室で放置された状態となった。発見され救急搬送されたが、脳梗塞を起こしたことによる転倒と分かった。

担当医からは入院加療が必要であると説明がなされ、Aさんは入院となった。右半身麻痺により歩行はできず車いす対応となったため、グループホームでの生活が事実上困難な状況となった。そのため後見人は、Aさんに特別養護老人ホームの入居申し込みをすることを説明した。Aさんは、入院当初は「早く戻りたい」とグループホームへ帰ることを希望していたが、入院期間が長くなってくると後見人の説明を黙って聞くのみとなっていた。

【場面④】特別養護老人ホーム入居契約

20XX年1月

入院期間が2ヵ月を経過し、担当医からは「必要な治療は終わったので、いつでも退院できる状態である」と説明を受けた。偶然にも新規開設の特別養護老人ホームから入居が可能となったという連絡が入り、相談員の面談を受けることになった。

Aさんの退院後の居所をこのまま決めてしまっただけでよいのか後見人は悩み、病院の医療ソーシャルワーカーに担当者会議の開催を依頼した。本人に特別養護老人ホームの説明をし、本人の希望を確認すると、本人は「この病院は、みんな忙しいみたいで、呼んでもすぐに来てくれない」「食事をもっとゆっくり食べたい」というような話をした。しかし、自分がこれからどこで生活することになるのか理解は難しく、また、自分の希望を伝えることも難しい状況であった。担当者会議での検討の結果、グループホームの入居契約は解除することとなり、新しく開設される特別養護老人ホームへの入居に向けて準備をすることになった。

【場面④】「成年後見活動における意思決定支援のためのアセスメントシート」

このアセスメントシートは、ご本人の意思を確認し、ご本人の希望をどうすれば実現できるかを話し合うために使います。話し合う時には、以下の点に注意してください。

- 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か
- 本人の言葉をそのまま本人の自己決定と捉えていないか、本人の自己責任に帰していないか
- 支援のしやすさを優先していないか、支援者のための根拠付けになっていないか
- サービス先にありきになっていないか、ケアプラン作成になっていないか
- 結論が先にありきになっていないか、後付けの根拠資料として使われていないか

このシートのテーマまたは検討課題 第 1 回

通算シートNo. 7

退院後の居所の決定について

シート作成者(職名及び氏名) 後見人

今日の話し合い 20XX年1月○日 14時～15時 場所 入院先の病室

今日の参加者名 Aさん、グループホーム管理者、病院医療ソーシャルワーカー、特別養護老人ホーム相談員、後見人

Aさんの考え(このシートのテーマまたは検討課題に関する本人の意見や希望)

(入院当初)「早く(グループホームに)戻りたい」

(入院後2ヵ月) 問いかけには頷くのみで、はっきりとした意思を表示することが困難となる。グループホームに戻れない可能性が高くなったため、特別養護老人ホームの入居申し込みを行う必要があると説明をするが、ただ頷いているのみで内容を理解しているとは思えない。

(特別養護老人ホーム相談員の問いかけに)「ここ(病院)はみんな忙しそうにしている。呼んでも誰も来てくれない」「食事をもっとゆっくり食べたい」と言う。

意見を言った人	このシートのテーマまたは検討課題についての意見
グループホーム管理者	せっかく入居して馴染んでいたのに、退院後は戻ってきてほしい。しかし、車いす対応となり、エスカレーターで2階の居室の出入りは可能だが、浴室の状況からAさんにとって必要な介護を提供することが難しい。医療面でも不安があり、戻ってこられても、またすぐに再入院となってしまうのではないかと危惧する。
病院医療ソーシャルワーカー	入院してそろそろ3ヵ月になる。主治医からは退院可能な状態と伝えられている。今後の居所が決まったら医療面での連携はしっかりとっていきたい。また、再入院の場合も、可能な限り受け入れしていく。もし福祉施設への退院が難しい場合は、系列の療養型病院を紹介することができる。
特別養護老人ホーム相談員	病院からの医療情報では、積極的治療も終わり安定している様子である。こちらで十分生活していただけるのではないかと考えている。Aさんの希望に沿った対応を考えていきたい。今月、1室空きが出る予定なので、よければ入居に向けての準備に入っていきたい。
後見人	入院当初は、Aさんはこれまで暮らしていたグループホームに戻ることを目標に頑張ってきた。面会するたびに意向を読み取ることが難しくなっている。特別養護老人ホーム入居申し込みはAさんに説明してきたが、はっきりとした意思表示が確認できないので、本当に理解して望んでいるとは言い切れない。また、見学や体験利用も難しい現状では、言葉での説明では限界がある。Aさんが表出できる希望に添える可能性がある場所を、今後の居所として決定したいと考えている。

今日これから話し合うこと

Aさんの意向に沿って退院後の居所を決めるためにはどうすればよいか。

Aさんの意向に沿った退院後の居所の決定はどのようにできるか、その方法と誰ができるかを考える

考えられる方法	その方法の良いところ	その方法の難しいところ	誰が
1 グループホームに戻る。	Aさんにとってなじみの場所で生活できる。安心できる。	Aさんの状態が入院前とは大きく変化しており、グループホームでの対応（特に入浴介助）が難しい。医療ニーズが高くなり、緊急時の対応が課題となる。グループホームでの生活が難しくなったときに、すぐに特別養護老人ホームに入居することは困難。	グループホーム管理者 医療機関 後見人
2 特別養護老人ホームに入居する。	Aさんにとって必要な介護サービスを受けることができる。 経済的に安定する。	Aさんはその施設がどのような場所か、理解できない状況で決定することになる。 もし、入居後にAさんが異なる希望を示した場合、次の選択肢がない。	特養相談員 介護職員他 全スタッフ、 後見人 (状況により、 第三者的立場の人)
3 療養型病院へ転院する。	医療的ニーズが充足され、生命の危機に陥る可能性は軽減される。	Aさんが望む生活ではないのではないか。 医療費が高額になる。	病院医療SW

Aさんはどうしたいか、どの方法が一番良いか

「呼んだらすぐに人がきてほしい（一人でベッドに寝ているのは不安なときがある）」

「食事をゆっくり食べたい」

「ここは病院なの？ もう病院はいいわ。早く帰りたい」→療養型病院という選択肢は外す

Aさんが自分で決めるのが難しい場合の状況

これまで暮らしていたグループホームに戻ることに難しいのはなぜか、理解が難しい。また、新たな選択肢としてあがっている特別養護老人ホームとはどのようなところなのか、知ることができない。

Aさんの退院後の居所について、いつまでに決める必要があるか

病院側からは、3ヵ月を経過するまでには決めてほしいとの話である。具体的な方針が立っていれば、3ヵ月を過ぎても大丈夫であるとのこと。特別養護老人ホームは、退去者が出た場合、1か月以上空いてしまうことは避けたいので、1月中に決めてほしいという。

Aさんの退院後の居所決定について、後見人等が代理権等を行わせる必要があるか。その理由。

Aさんが自分の意思で決定することが困難であるため、総合的に判断してグループホーム入居契約の解除と、特別養護老人ホーム入居契約の締結の代理権を行わせる必要がある。その場合、その後のAさんの身上に配慮し、変更することもあることに留意する。

Aさんの退院後の居所について、今日決まったこと

Aさんの体調との兼ね合いもあるが、1月中に外出を試み施設の見学を行い、Aさんの様子も確認した上で、特別養護老人ホームに入居希望の意思を伝える。
グループホーム入居契約の解除と、特別養護老人ホームの入居契約を行う。
その後のAさんの様子を見守り、Aさんに適した生活の場となっているか状況の確認を行っていく。必要に応じて、第三者的立場の人の意見も聞く。

本人確認
確認不能

誰が	いつまでに、何をやるのか	本人確認
特別養護老人ホーム相談員	医療情報提供だけではなく、生活の場面における本人のアセスメントを実施する。	確認不能
病院医療ソーシャルワーカー	退院後の医療について、特養医療職と連携をとる。	確認不能
後見人	施設への見学のための外出について、介護タクシーや有償ヘルパーの手配をし、同行する。	確認不能

やってみてからもう一度考えるのは 20XX年1月 ○日 時 ～ 時

実施結果

1月○日に、Aさんとともに短時間であったが施設を見学できた。ちょうどレクリエーションの時間で、Aさんはにこにこしながら参加した。「ここがいい」という言葉はでなかったが、職員の声かけににこにこした表情を見せ、帰るときには「もう帰るの」という言葉があった。Aさんにとっては心地よい場であると認識できたため、Aさん同席のもと、特別養護老人ホーム相談員に「入居を希望する」旨を伝えた。

課題

実際に退院して入居した後の課題がまだ見えていない。Aさんがはっきりと意思を表示することが困難であるため、入居後は注意深くより頻回に見守っていく体制を、後見人だけではなく、他の支援者にも担ってもらう必要がある。実際に特別養護老人ホームに入居した後に継続的定期的に関わりを持てる社会資源がほとんどない。

⇒再アセスメントの必要性 有り なし

ご本人の意思を確認し、ご本人の希望をどうすれば実現できるか話し合いができましたか？
最後にもう一度、以下のような話し合いになっていないか、確認しましょう。

- 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か
- 本人の言葉をそのまま本人の自己決定と捉えていないか、本人の自己責任に帰していないか
- 支援のしやすさを優先していないか、支援者のための根拠付けになっていないか
- サービス先にありきになっていないか、ケアプラン作成になっていないか
- 結論が先にありきになっていないか、後付けの根拠資料として使われていないか

担当者会議での検討をふまえ、本人が望む、「呼んだらすぐに人が来てくれる（人の目があるところにいることが安心する）」や「食事をゆっくり自分のペースで食べたい」という希望を考慮した介護をお願いし、後見人として特別養護老人ホームの入居契約を行った。本人は病院を退院と同時に、特別養護老人ホームへの入居となった。

【場面④】アセスメントシートを作成した成果

心身状態が悪化し、入院となって治療を受け、回復したときにどこで生活をするか、後見人として判断が求められる場面である。

本人の意思を尊重した対応をしたいと考えていても、現実の問題として可能かどうかの判断を、どこに重きをおくかで結論が異なってくる。この事例の場合、仮に本人が強くグループホームへ戻ることを希望した場合はどうであろう。あるいは、本人や関係者全員が施設がよいと判断して決定したとしても、入所した施設で不適切な介護を受けることになった場合はどうだろう。

居所をどこに選定するかは重い判断である。現実的には選択可能な選択肢の中から選ばれるを得ない。しかし、唯一絶対、これで間違いはないという判断は誰にもできない。重要なことは、選択決定をしたのちに、それがどのようなプロセスを経て決定されたものであったかが可視化できることである。また、予測できない事態が発生することを認識し、どのようにその事態を早期発見する仕組みをつくっておくかが問われると考える。その発見の仕組みは、後見人だけでは困難であり、本人をとりまくソーシャルサポート・ネットワークの活用が求められる。

【事例Ⅰのまとめ】

場面①は成年後見人等選任前に、支援関係者が成年後見制度の必要性を検討する場面である。「認知症で支援が必要な状況なので成年後見制度も必要」という認識を、「どんな支援を提供するために成年後見制度が必要」なのかを本人に説明できるように検討した。

場面②は緊急入院後の退院先として自宅を決定し、関わる支援関係者と成年後見人等（保佐人）の役割を「ネットワーク分析マップ」で確認した。場面③は行方不明が頻回となり自宅での生活が困難を来した状況をふまえグループホームへの入居を、場面④は脳梗塞発症後の後遺症がある状況での生活の場として特別養護老人ホームへの入居を決定した。

本人の生活状況や身体状況をふまえ、本人の安心・安全が担保できる生活の場を確保することは、成年後見人等の責務である。その際、本人の意向をどのように把握し、どのような手順を経たのかが問われる。場面②③④のそれぞれの「アセスメントシート」には、そのプロセスが記録されている。どうすれば本人の意思を確認できるのか、本人が意思決定したと言えるのかという課題に、真摯に向き合おうとした支援内容が記録されている。同時にそれは、本人が適切な判断をするのが難しいことも確認している。その際、誰がどのような根拠に基づき何を決定したのかという責任の所在を明確にし、成年後見人等に権限行使が要請される理由も示さなければならない。これら一連の過程を可視化することで、成年後見人等が本人不在の代行意思決定をしているのではないこと、安心・安全な生活の場の確保という目的実現のための手段として、権限行使が要請されることがわかる。

Ⅱ 家族状況の変化にともない生活の基盤を整える支援をした知的障害者の事例

事例の概要

Bさん。50代後半・男性。知的障害があり、療育手帳B1（愛の手帳3度）を所持しており、障害支援区分は4である。

経済状況は障害基礎年金の他、預金が20万円程度である。

特殊学級（現・特別支援学級）終了後、知的障害者更生施設（現・障害者支援施設）に入所する。本人の施設入所時から、母親と姉妹は家族会などに熱心に関わり支援しており、指導員等との信頼の絆は大変深い関係性を持っていた。

母親が8年前に他界し、その半年後に父親の判断で自宅（公営住宅）に引き取られる。作業所（現在の就労継続支援B型事業所）へ通所しながら父親と二人で自宅での生活を続けていた。本人の意思疎通の困難さからか、家出やハンガーストライキなど、親子関係の間にも福祉関係者の支援が必要となることも多かった。

2年前、父親の入院に伴い、ショートステイの利用など更なる支援が必要となり、成年後見制度の利用が検討される。父親が申立人となり、社会福祉協議会が関わり申立支援が行われた。社会福祉士会に候補者紹介依頼があり、事前に後見人候補者と本人との面談が行われた。面談で後見人候補者は本人に、「お金のことや、これから生活する場所（グループホーム）のことをお手伝したい」ことを伝え、本人の了承を得ることができた。面談場所は自宅ではなく、本人が一番信頼している支援者のいる就労継続支援B型事業所で行なわれ、面談環境に配慮された初回面談が準備された。

その後、本人の父親とも面談を行い後見人候補者となることが決定し、後見人選任の審判がなされたが、審判までに時間がかかったこともあり、グループホームの体験入所も終わり、父親によってグループホームへの入所契約手続きが既に行われていた。家族の状況は、父親は入院と加齢による判断能力の低下がみられ、近居に住む姉や隣の市の妹は、親や家族の介護が必要で介護負担が大きく、それぞれにストレスを抱えていることがわかった。

<後見人が立てた初回の方針>

20XX年12月

後見人は、就任後、グループホームでの生活が本人に合っているのか、就労継続支援B型事業所での作業は本人にとって適切なものか、月1回の訪問を続けながら本人の生活を見守るための支援計画を作成した。課題は本人とのコミュニケーションの確保と、関係機関との連携を図ることと意識した。

訪問は、就労継続支援B型事業所での作業終了後の午後5時から午後6時の時間とし、グループホームの本人の居室で行うことになった。グループホーム世話人や管理者、就労継続支援B型事業所の職員にもできるだけ同席してもらい、本人とのコミュニケーションをとりながら情報を収集し、本人の生活状況を共有できるようにした。また、関係者も後見人との関係性について、後見人は何をどのように支援していくのか、後見人のかかわり方等を確認していった。後見人は、本人の年金・工賃・障害者手当などの収入と日用品費・本人の小遣い・積立金の出納の確認を行った。旅行費用はこれまで通り就労継続支援B型事業所の工賃から積立を継続してもらおうとし、日用品費と小遣いは、グループホームの預り金でその都度対応してもらい、1か月ごとに補充し確認することとした。また、年2

回のグループホームの家賃助成などの申請手続き、利用料の支払いの確認など、本人の金銭管理と生活状況の把握を丁寧に行った。

就任後、後見人は、父親の本人に対する「男だったら働いてしっかりしろ」という気持ちや、姉妹の「これまでの施設のほうが本人にとっての最善」との思いの強さを知ることになった。

また関係機関からは、本人が自室での生活を楽んでいること、おこったり、わがまま言ったり自分を解放して表現してきていることなどから、父親から離れて自由になっていること、少しずつではあるが自立に向かっていることなどが話された。利用者同士の多少のトラブルはあっても「生活実習」ととらえ、本人に寄り添いながら支援関係を作っていることが見えてきた。関係機関と連携をとりつつ、本人の意向を確認し支援していくことを第一としながらも、家族との連携を大切にしていこうと考えた。

【場面①】グループホーム入居契約、就労継続支援 B 型事業所利用契約の追認

20XX 年 12 月～20XX 年 7 月

後見人は、本人が現行のサービス（グループホーム、就労継続支援 B 型事業所）についてどう思っているかを知るために、支援者の同席による毎月の訪問を繰り返した。

本人はグループホームで、テレビや DVD・雑誌を見たりして、自室での一人の時間を楽んでいる様子がわかってきた。DVD の操作もグループホームの世話人のサポートで、自分でできるようになることを目標としており、「できる」と本人が実際に DVD 操作を見せてくれた。本人には、自宅かグループホームかのどちらを選ぶかという選択をすることは難しいが、グループホームでの生活を楽んでいることは伝わってきた。訪問の度に、今のグループホームに満足している様子や、自分の空間であることを意識していることが感じられ、「ここはいい？」と聞くと「いいよ」話してくれた。

就労継続支援 B 型事業所へ訪問した時は、清掃の仕事やポスティング作業をやっていると、仲間と一緒に説明してくれた。事業所のメンバーから「お客さんだよ」と言われ、後見人が訪問したことで照れている様子もうかがえた。本人は、音楽クラブではパーカッションを担当していること、今度演奏会をすること、頑張っていることを話してくれた。そして、「NO」の時には話をしなくなり、黙ってしまうということも分かってきた。

その後、本人の様子の確認と合わせ、それぞれの支援関係者との話し合いを継続した上で、就任から 8 か月たったところでグループホームの入居契約と就労継続支援 B 型事業所との利用契約の追認を行った。

【場面①】「成年後見活動における意思決定支援のためのアセスメントシート」

このアセスメントシートは、ご本人の意思を確認し、ご本人の希望をどうすれば実現できるかを話し合うために使います。話し合う時には、以下の点に注意してください。

- 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か
- 本人の言葉をそのまま本人の自己決定と捉えていないか、本人の自己責任に帰していないか
- 支援のしやすさを優先していないか、支援者のための根拠付けになっていないか
- サービス先にありきになっていないか、ケアプラン作成になっていないか
- 結論が先にありきになっていないか、後付けの根拠資料として使われていないか

このシートのテーマまたは検討課題 第 1 回 通算シートNo. 1

グループホーム入居契約、就労継続支援B型事業所利用契約の追認を検討するために、Bさんが現在の生活やサービス（受けている支援）についてどう思っているかを知る。

シート作成者(職名及び氏名) 後見人

今日の話し合い 20XX年 7月 ○日 17時 ~ 18時 場所 グループホーム

今日の参加者名 Bさん、グループホーム（以下GH）管理者、GH世話人、就労継続支援B型事業所サービス管理責任者（以下B型事業所サ責）、後見人

Bさんの考え(このシートのテーマまたは検討課題に関する本人の意見や希望)

GHについては「一人がいい」、就労継続支援B型事業所については「掃除は寒い。仕事はやるよ」と話す。支援計画にある通り「親孝行がしたい」かを聞くと、黙ってテレビの方を向いた。家に帰りたいか聞くと、「行ってもいいよ」との返事だった。

意見を言った人	このシートのテーマまたは検討課題についての意見
GH管理者	支援計画では、週末には家に帰って「親孝行ができるようにしたい」としている。自室ではフィギュアやカードなどを箱の中に並べている。Bさんのためには、生活保護の検討も考えたほうがいいのかと考える。
GH世話人	一人の時間を楽しんでいる。
B型事業所サ責	作業が終わるとGHに帰ると言っている。家はこっち（GH）になっているようである。
(友人知人)	(B型事業所サ責からの報告) 事業所のメンバーZさんは、Bさんを頼りに仕事している。Bさんは頼られている。Yさんのことは、Bさんは苦手のようだ。
(父、姉)	(後見人からの報告) 父親は「自分では世話ができないのでGHでお願いしたい。今の環境を継続してほしい」と話していた。 姉は「施設が一番良いと思うが、父のためにGHで仕方ない。亡くなった母も施設の方が良いと言っていた」と話していた。姉は以前に入所していた施設の先生を信頼しており、「今から戻れないか」とも言っていた。
後見人	現状では、GHやB型事業所でなじんでいる様子だが、しばらく様子を見てもう一度Bさんの意向を確認したい。 B型事業所を訪問したとき、友人から「Bさんを訪ねてきてくれる人いて、いいな」と言われ、Bさんは照れていた。

今日これから話し合うこと

Bさんが現在の生活をどう思っているかを知るには、どうすればよいか。

- ①GH、B型事業所の利用（契約）を継続するかどうか確認するため。
- ②現在の支援内容について見直す必要があるかどうかの判断するため。
- ③確認したBさんの気持ちを、支援者全員が共有できるようにするため。

Bさんが現在の生活をどう思っているかがどうすればわかるか、その方法と誰ができるかを考える

考えられる方法	その方法の良いところ	その方法の難しいところ	誰が
1 後見人と一対一でゆっくり話す場面をつくる。	周囲の人の意向に左右されずに、Bさんの思いが確認できる。	後見人との関係性がしっかりと作られていないため、Bさんが話をできるか分からない。	後見人
2 Bさんとのコミュニケーションに慣れた人に同席してもらい、Bさんの意向を確認する。	Bさんが安心して話せる。Bさんのコミュニケーションの特徴を、後見人が理解することができる。	同席する人の意向に誘導されてしまい、Bさんが自分の思いを話せないことも考えられる。	後見人 B型サ責
3 B型事業所で、今の仕事以外に合う仕事があるか、他の仕事をやってみる。	仕事ぶりで、具体的に判断できる。変わることで、今までと異なる気持ちが引き出せる。選択肢が増える可能性がある	試すことで本人が混乱することもある。工賃が減ることもある。工賃が下がり小遣い等が減ると、意欲が下がるかも知れない。	B型サ責
4 土日に帰宅し、家に帰った時の様子を、Bさんと父、姉から聞く。	Bさんが家ででの生活をどう思ったか知ることができる。父との自宅での生活を体験できる。本人の気持ちに変化が生じる可能性がある。	漫然とした帰宅ではなく、意図的に帰宅する必要がある。父の負担やBさんに与える影響に配慮が必要である。土日の手配等GHの支援体制に影響がある。	家族(父、姉) GH世話人 GH管理者 B型サ責 後見人
5 GHの生活について、 ①Bさんの思いを聞く。 ②様子を観察する。 ③メンバーに聞く。	Bさんの気持ち（主観）と、周りの人からみた様子（客観的情報）を比較して知ることができる。	Bさんがうまく話せないことも考えられる。 関係者が受け止めることができない場合もある。	①後見人 GH世話人 ②GH世話人 ③GH世話人
6 過去の入所施設での生活について、 ①Bさんの気持ちを聞く ②父・姉妹の意見を聞く ③施設の職員の話聞く	Bさんと家族の気持ちを知ることができる。 施設でどのような生活をしてきたかを知ることができる。	Bさんの気持ちよりも、家族の意見が出やすい。Bさんは、楽しい思い出しか言わないかもしれない。以前の施設職員とは関係が取れていないので難しい。	①後見人 GH世話人 ②後見人 ③GH管理者

Bさんはどうしたいか、どの方法が一番良いか

Bさんとのコミュニケーションに慣れた人に同席してもらいたい。

「作業所（B型事業所）は楽しい」「パーカッションが好きだ」。

Bさんが自分で決めるのが難しい場合の状況

施設とGHのどちらがよいかと尋ねると、別の方を向いて黙った。どちらかを選ぶという判断は、Bさんには難しいことではないかと考えられた。GHやB型事業所での様子を観察して確認する。

Bさんの契約追認について、いつまでに決める必要があるか

現在の契約は1年間でまだ契約期間が残っているので、次の契約更新日までに確認できれば良い。

Bさんの契約追認(変更・解除)について、後見人等が代理権等を行わせる必要があるか。その理由。

現時点では、BさんがGHやB型事業所になじまない様子や、「嫌だ」という意向はないため。

Bさんが「現在の生活をどう思っているか」を知ることについて、今日決まったこと

後見人は、Bさんとのコミュニケーションに慣れた人に同席してもらい、Bさんの思いを確認する。

後見人の定期訪問時に、GH世話人とB型事業所サ責も一緒にBさんの生活の様子を観察し、Bさんの生活状況について情報交換をする。

本人確認

✓

誰が	いつまでに、何をやるのか	本人確認
後見人	次の契約更新時まで、契約の更新について判断する。	✓
GH世話人	後見人の定期訪問時に、Bさんの生活状況を確認し、情報交換をする(日用品費の確認とあわせて)。	✓
GH管理者	後見人の定期訪問時に、Bさんの生活状況を確認し、GHのサービス計画書に反映する。	✓
B型事業所サ責	後見人の定期訪問時に、Bさんの事業所での生活状況や作業状況を観察し、情報交換をする(工賃の支払いと経費の確認と合わせて)。	✓

やってみてからもう一度考えるのは 年 月 日 時 ~ 時

実施結果

定期訪問の都度、Bさんの生活状況が確認でき、翌日からの支援に生かすことができた。B型事業所サ責の訪問できる時間が送迎後18時頃となるため、定期訪問の時間帯が遅くなり、夕食の準備をするGH世話人には負担をかけることもあったが、調理メニューを調整することで実現でき、支援関係者間の連携が深まった。

課題

支援者関係者間の情報共有はできてきたが、父親や姉の意見を聞く機会が少なくなってしまう、情報の伝達など家族との関係づくりが不十分となってしまった。Bさんの思いも尊重しながら、家族とどのように関係づくりをしていくかが課題となった。

⇒再アセスメントの必要性 有り なし

ご本人の意思を確認し、ご本人の希望をどうすれば実現できるか話し合いができましたか？
最後にもう一度、以下のような話し合いになっていないか、確認しましょう。

- 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か
- 本人の言葉をそのまま本人の自己決定と捉えていないか、本人の自己責任に帰していないか
- 支援のしやすさを優先していないか、支援者のための根拠付けになっていないか
- サービス先にありきになっていないか、ケアプラン作成になっていないか
- 結論が先にありきになっていないか、後付けの根拠資料として使われていないか

【場面①】アセスメントシートを作成した成果

契約の追認では、本人の意向はもちろんのこと、後見人が一人で判断するのではなく、複数の目で判断することが必要である。ケース会議の記録としてアセスメントシートを利用することで、どのような視点で、本人に寄り添うかが確認できることがわかった。また、アセスメントシートは、実践の振り返りにも利用できることもわかった。

後見人だけでなく、入居してまだ日が浅いグループホーム世話人や管理者も、本人とのコミュニケーションの取り方など手探り状態だったが、かかわりの長い就労継続支援B型事業所のサービス管理責任者が毎回参加してくれたことで、本人とのコミュニケーションの取り方や特徴などを知ることができた。

キーパーソンが父親から後見人へと交代する中で、支援関係機関も後見人とどのように関わればよいのか、後見人がどこまで関わってくれるのかなど不安な面もあり、後見人の定期訪問時に積極的に参集してくれたため、後見人の定期訪問が本人参加のケース会議と同様な役割を持つこととなった。本人のグループホームや事業所での生活状況や就労状況、趣味や好み、収支状況など情報共有することができ、アセスメントを深めることができた。本人は自室でテレビをつけて見てはいるが、自分を取り巻く支援者が集まり、自分のことを考えてくれていることは伝わっている様子であった。

後見人にとっては、この就任から約1年間の定期訪問は、本人理解のための貴重な時間となった。一回一回の訪問は、一期一会の貴重な機会であり、丁寧に積み重ねていくことが信頼関係の構築には欠かせないことを実感した。

【場面②】日用品(加湿器)の購入を本人参加でどう進めるか

20XX年8月～20XX年3月

本人は小遣いをもらうと、世話人と一緒に近くのレンタルビデオ店に行き、興味のある戦隊物のDVDをレンタルしたり、外出支援を利用して戦隊物フィギュアを購入することを楽しみにしていた。箱いっぱいに入ったフィギュアは丁寧に並べられている。

ある時、カセットデッキが壊れてしまい、新しいものを購入することになった。マイクがつくものがほしいとの希望があり、カタログをもらってきて一緒に購入するものを選択し、予算とのすり合わせをした。近くの電気店に世話人と一緒に行き、本人が決めたものを購入することができた。しかし、季節に合わせた衣服の購入などは、本人に購入のモチベーションがないため、生活の中で必要があることを伝えていくことが求められていた。

冬に入って乾燥による咳の症状があり、医師の助言もあって世話人から加湿器購入の提案があった。加湿器の必要性を理解してもらい、本人に購入のモチベーションを持ってもらうことから始めることにした。カタログで選ぶ、実際に電気店で見学するなど、乾燥を防ぐと居室が快適になることを伝えていった結果、本人は当初計画していた霧のでない最新式で高価なものではなく、昔ながらの加湿器（霧が出るもの）を選好した。世話人と一緒に大型電気店に行き、自ら財布からお金を払って購入した。購入する頃には暖かい時期を迎えており、途中発熱して事業所を休むこともあったことから、時期を逸した感があったが、訪問した時には部屋の隅で加湿器が動いていた。本人が自ら購入したいと思うまで多くの時間を要することになったが、日用品の購入について本人とどう関わるかを、グループホームも一緒に考えてもらえるようになった。

【場面②】「成年後見活動における意思決定支援のためのアセスメントシート」

このアセスメントシートは、ご本人の意思を確認し、ご本人の希望をどうすれば実現できるかを話し合うために使います。話し合う時には、以下の点に注意してください。

- 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か
- 本人の言葉をそのまま本人の自己決定と捉えていないか、本人の自己責任に帰していないか
- 支援のしやすさを優先していないか、支援者のための根拠付けになっていないか
- サービス先にありきになっていないか、ケアプラン作成になっていないか
- 結論が先にありきになっていないか、後付けの根拠資料として使われていないか

このシートのテーマまたは検討課題 第 1 回 通算シートNo. 3
加湿器を購入して利用することについて B さんに説明して、B さんの意思で購入をしてもらうにはどうすればよいか。

シート作成者(職名及び氏名) GH世話人

今日の話し合い 20XX年12月○日 17時～18時 場所 グループホーム

今日の参加者名 Bさん、グループホーム(以下GH)世話人、後見人

Bさんの考え(このシートのテーマまたは検討課題に関する本人の意見や希望)

「加湿器は、そんなにほしくない。」
(乾燥のためか、肌はかゆいとかいており、咳もでていますが、加湿器購入のモチベーションはない様子)

意見を言った人	このシートのテーマまたは検討課題についての意見
(姉)	(GH世話人からの報告) 風邪を引かせないように注意してほしい。季節感のある服装をさせてほしいとの要望がある。
(主治医)	(GH世話人からの報告) 通院時、主治医より、寝る時はタオルなどをつるして乾燥しないようにとの助言があった。
GH世話人	Bさんは、乾燥した自室で咳が出ている。加湿器は風邪の予防や、皮膚のかゆみなどに効果があるのではないかと。タオルなどをつるしているが、あまり効果がない。Bさんが片付けてしまう。GHメンバーの中で風邪をひいている人がいるので、Bさんにもうつるのではないかと心配している。
後見人	Bさんの部屋は確かに乾燥している。加湿器があるとBさんの健康にも良いと思う。置く場所はあるか、安全な場所に置けるか。使い方の支援は受けられるか。危険性はないか。

今日これから話し合うこと

加湿器の必要性をBさんが理解するには、どうすればよいか。

加湿器を購入するかどうかをBさんに決めてもらうためには、どうすればよいか。

Bさんが加湿器を購入するかどうかをどうすれば決めることができるか、方法と誰ができるかを考える

考えられる方法	その方法の良いところ	その方法の難しいところ	誰が
1 必要性を理解するために ①受診時に主治医から説明してもらう。 ②他のメンバーが使っているものを見る。	①健康に必要なものの理解につながる。 ②具体的なイメージがわく。自分も欲しいと思える。	①説明が難しく理解しにくい。 ②メンバーのものは新式（霧が出ないタイプ）なので、加湿器の理解につながらない可能性がある。	①主治医 ②メンバー GH世話人 後見人
2 カタログを集める。	目で見てわかりやすい。	健康との関係や、どのような機能なのかわかりにくい。	移動支援 世話人
3 実際に電気店などで、どのようなものか見る。	実際に目で見てわかりやすい。 体験できる。 専門家の説明で理解がしやすい。	高いものを押しつけられるという気持ちになるかもしれない。 同行者や、説明を行う支援が必要である。	電気店 移動支援
4 借りる場合に考えられることを知る。	経済的に割安な場合がある。 管理、修理が楽である。	適切なレンタル店が直ぐに見つからない。	世話人 後見人
5 居室内にタオルなどを干す。	経費がかからない。 直ぐにできる。	Bさんが嫌がる。意味が分からない。 効果が薄い。	世話人
6 購入しない場合に考えられることを知る。	Bさんの今の考えにそっている。	健康を損なう心配が続く。 必要性がわからないままになる。	
7 購入した場合に考えられることを知る。	健康面に良い影響が期待できる。 毎年使える。 自分のものという意識ができる。	メンテナンスが必要である。 操作がうまくできない心配がある。	移動支援 世話人 後見人

Bさんはどうしたいか、どの方法が一番良いか

「電気店に行って見たい」（楽しみがある、外出ができる）

Bさんが自分で決めるのが難しい場合の状況

「電気店に行って見たい」と自分で決めることができた。ただし、加湿器について分かりやすく説明するための支援が必要なので、一緒に行く人を頼む。

Bさんが加湿器を購入するかどうかについて、いつまでに決める必要があるか

乾燥シーズン中に利用したいので一か月以内（できるだけ早く）。

Bさんの加湿器購入について、後見人等が代理権等を行わせる必要があるか。ある場合の理由。

代理権行使は必要ない。

Bさんが、日常生活費から支出できる範囲である。最新のものを購入すると高価であるが、予算内で購入するための金額として15,000円～20,000円を予定する。

Bさんが加湿器を購入するかどうか決めるために、今日決まったこと

Bさんが電気店に加湿器を見に行き、実物を見てお店の人から説明を聞いて、自分で購入するかどうかを決める。	本人確認 ✓
---	-----------

誰が	いつまでに、何をやるのか	本人確認
Bさん	電気店に行き、加湿器を見てくる。 お店の人から説明を聞いてくる。 カタログを持ち帰る。 気に入ったものがあれば自分で購入する。	✓
移動支援事業者	電気店に同行して、Bさんが理解できるように手伝う。 カタログを持ち帰る。	✓
GH世話人	加湿器の必要性を説明する。 Bさんが持ち帰ったカタログを一緒に見て、購入するかどうか、購入する場合はどれがよいかを一緒に考える。 購入したいものを決めたら、予算内で近くの電気店で購入する手伝いをする。	✓
後見人	日用品費を補充する。	✓

やってみてからもう一度考えるのは 年 月 日 時 ~ 時

実施結果

Bさんが自分で購入することを決めて、新式のものではなく霧の出る旧式のタイプを選んで購入した。

課題

Bさんが買いたいと思うまでに時間がかかり、購入までに一か月以上の時間がかかってしまった。

⇒再アセスメントの必要性 有り なし

ご本人の意思を確認し、ご本人の希望をどうすれば実現できるか話し合いができましたか？
 最後にもう一度、以下のような話し合いになっていないか、確認しましょう。

- 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か
- 本人の言葉をそのまま本人の自己決定と捉えていないか、本人の自己責任に帰していないか
- 支援のしやすさを優先していないか、支援者のための根拠付けになっていないか
- サービス先にありきになっていないか、ケアプラン作成になっていないか
- 結論が先にありきになっていないか、後付けの根拠資料として使われていないか

【場面②】アセスメントシートを作成した成果

アセスメントシートに記入することで、本人が購入したいと思い、自ら購入するという経験を積むことが大切であることを確認できた。加湿器を購入する前のカセットデッキの購入は、すぐに本人も購入することを同意し、実際に購入する体験を持つことができた。自分が欲しいものであったため購入意思をすぐに確認できたが、加湿器については必要性を理解することは難しい商品であった。電気店への外出を自分で決めたものの、本心は自分の欲しいもの、好きなものを見たいという気持ちもあったようで、他の物にも目移りし、加湿器には関心がなかなか湧かなかったようだった。

それでも、支援を受けながら、目に見える霧が出るものを選んだことは、本人が加湿器の実用性を理解して選択したと考えられる。本人には、自室の生活環境をよくする、健康管理をするという認識は、加湿器購入後も少ない様子だったが、乾燥を防ぎ居心地のいい空間を提供できたことは、グループホームの職員には納得のいく結果となったようだった。そういう意味では、支援者主導の関わりだったと言えるかもしれない。また、本人に参加を促さずとも、世話人や後見人が加湿器を購入することも可能であったかもしれない。

しかしこのように、日常に起きる大小様々な、一つ一つの具体的な意思決定の経験を積み重ねていくことが、本人の体験の幅を広げ社会の中で生きる力を引き出すことにつながる。同時に、支援者が意思決定支援を意識して丁寧に関わることで、支援者にとっても支援の仕方を考える機会になり、本人をより理解していくことにつながる。

【場面③】家族状況の変化に伴う支援内容の見直しと住民票移動の検討

20XX年1月

本人は、月2回土日に1泊2日で父親が住む自宅に戻り、父親との交流を図っていた。グループホームの当初の支援計画には「親孝行をする」と記載されていた。

父親は、要介護1で訪問介護などの支援を受けている。本人の食事の支度はできないため、本人が自宅に戻ったときは弁当やカップラーメンが食事となっていた。また、自宅ではすることもなく過ごしているため、父親は本人の様子を見て「ゴロゴロするな」と声を荒げることも多くなった。本人は、近くにいる姉の家へ助けを求めに行った様子だが、気持ちをうまく伝えることができなかつたようであった。後日、姉からは「もっと仕事をさせてほしい。ボランティア活動などでもいいので計画してほしい」と電話があった。

その後、本人も自宅へ帰ることを嫌がるようになった。「いつもカップラーメンだけ、おこる」と言う。「お父さんのところへ行く？」と尋ねると、「いい・・・」と口ごもり、以前のような積極的に行きたいという意向には思えない返事だった。後日、姉からも父親が負担になっているので、そろそろ帰宅は考えてほしいとの依頼があった。

そのため、土日の支援体制についてグループホームの世話人と管理者に相談をして、自宅に戻ることをしばらく中止することになった。また帰るときは、支援者を付けて外出支援を組み込むということになった。親の高齢化と本人加齢により、グループホームの支援体制を見直すことや、余暇活動や一人での自宅での過ごし方など、新たな生活面での支援や習慣の獲得などの支援が必要となっていた。

また、グループホームへ入居した際には住民票は移動していなかったが、父親から住民票を移してほしいといわれた。これまで自宅である公営住宅の手続きについて、家賃の減免申請などで本人の非課税証明を取り寄せるなどの手続きがあり、父親から申し入れられていた。そのため、父親をサポートして後見人が手続きの支援を行っていた。

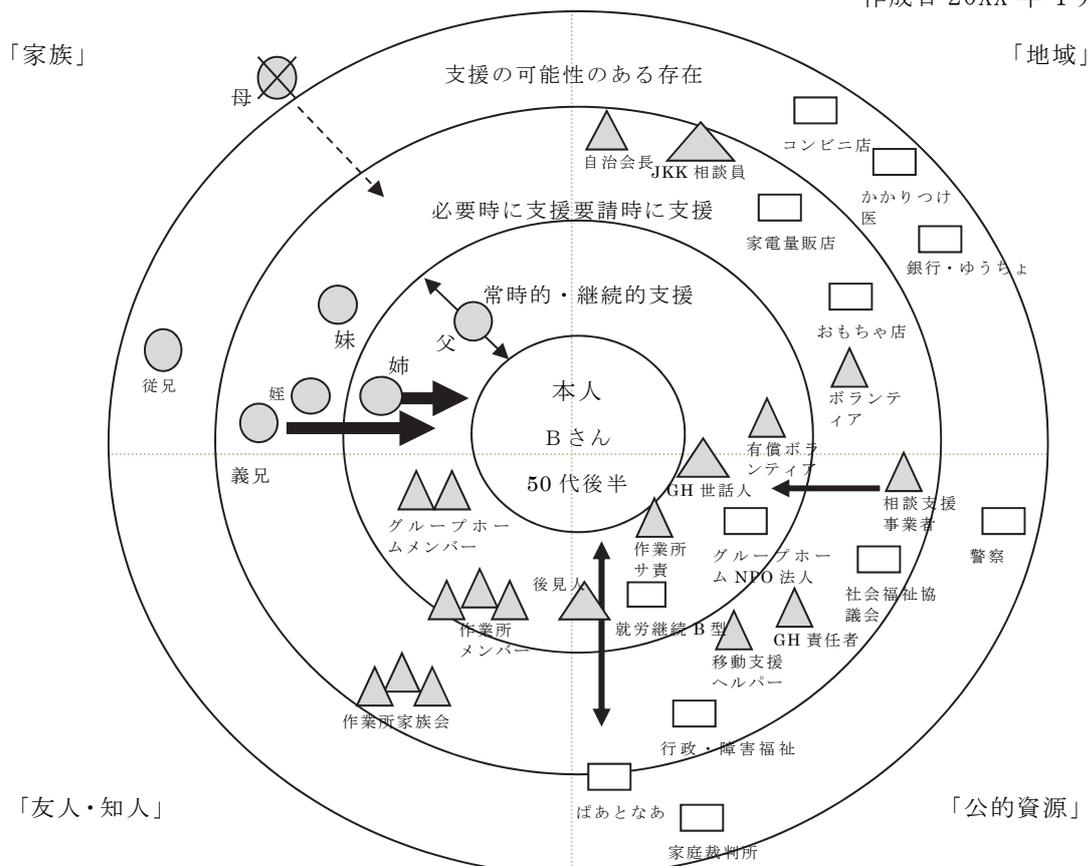
最近になり父親の郵便物や本人の郵便物が見つからないことがあり、この機会に本人の住民票をグループホームに移動する手続きを検討することにした。そのため、将来的に住宅の継承が必要か、一人暮らしが可能であるかなど関係者と話し合った。その結果、本人には一人暮らしは困難ではないか、見守りがある生活環境が必要ではないかと判断された。

また、郵便物などを直接管理することは本人の自立支援にも資すると判断し、住民票の移動を行うこととした。事前に父親の了解とグループホーム管理者の確認をとり、本人には今までどおり自宅にも行けて、グループホームでの生活を続けることができることなどを世話人と一緒に説明した。本人は途中黙ってしまうこともあり、住民票の移動について理解が難しかったようだが、父親のところに行くことを聞くと「行っても・・・いい」と話してくれた。

後日、今後の公営住宅家賃の減免手続きは、姉に引き継ぐことができた。

【場面③】ソーシャルサポート・ネットワークの分析マップ

作成日 20XX年1月×日



家族○、友人・知人、地域、公的資源は個人を△印、組織を□印

役割分析

必要な意思決定支援	誰が(社会的存在)	引き受けている・→期待されている役割
土日の支援の見直しと 住民票の移動	父(家族)	場の提供、住民票移動の了解 →心の支え →地位のサポート(息子として認める)
	姉(最も身近な親族)	住民票移動の了解、減免手続きの引継、帰宅時の見守り →本人のキーパーソン →モチベーションのサポート
	義兄	姉のサポート、帰宅時の見守り →本人とのかかわりの強化 →自己評価のサポート(メンタル面の支え)
	妹、姪	本人の話し相手 →自己評価のサポート(メンタル面の支え)
	グループホーム世話人 (サービス提供者)	本人のアセスメント(将来の見立て)、実際の課題 に対する援助の提供(郵便物の受取、保管) →道具的サポート
	グループホーム管理者	本人のアセスメント(将来の見立て)、土日の体制の 確保 →家族への自己評価のサポート →本人への地位のサポート
	就労継続支援B型事業 所サービス管理責任者	本人のアセスメント(将来の見立て)生活援助・就 労支援の継続 →自己評価のサポート・モチベーションのサポート →地位のサポート
	移動支援ヘルパー	自宅への移動支援、外出時の移動支援(社会的コン パニオン) →情報のサポート
	相談支援事業者 (今後かかわり予定の 相談支援)	計画相談の実施、今後の支援計画の中心を担う →家族との連携を含むソーシャルサポート・ネット ワークの形成と活用 →家族への情報のサポート(本人の現況の報告)
	後見人	本人への説明、公法上の手続き行使、重要書類の保 管 →定期訪問によるサービスのモニタリング、情報の サポート

<解説>

この家族の人生周期を考えてみる。

本人は50代後半の年齢で、事業所でも体力の低下により仕事を減らすことも考慮されている。加齢に伴い、休日は実家でゴロゴロするのやむを得ないことでもある。しかし、高齢の父親にとって本人はいつまでも子どものままで、還暦を迎えようとする本人をイメージできない。そして本人も、父親が年を取るということを理解できず、いたわることや思いやるという気持ちが表現できない。そのため、父親の晩年とどう向き合っていくのかという支援が必要になってきている。大きな家族関係の変化の時である。

家族によるインフォーマルな支援では、父親の直接的な支援や本人のキーパーソンとなっていた役割を、近所に住む姉と一部を後見人に引き継いでもらうことが必要となっている。その姉を支えてもらうために、姉の夫(義兄)や、本人が好意的に思っている妹の娘(姪:小学生)への役割期待も大きくなっている。本人の居室には、母親の遺影が飾ってあり、訪問時には、よく母親のことを話してくれる。母親は本人の自慢である。身近な親

族の支援は、直接的な支援だけではなく、精神的な支援（支え）として本人の中で受け止められている。

実際的な課題に対する援助の提供（道具的サポート）は、グループホームの利用により世話人や、就労継続支援B型事業所の利用、移動支援、後見人が選任されていることで確保されている。フォーマルな支援者は、具体的な支援とともに寄り添う、一緒にいるだけという支援（社会的コンパニオン）や、本人の自己評価サポートができるようコミュニケーション技術を獲得し、共感、安心、尊敬の提供や再保証により自己評価を高めていくことが必要であり、時には励まし、将来の希望を見つけ一緒に頑張ろうと支えていくモチベーションのサポート、役割を与えるなどの地位のサポートが求められている。

後見人は、この中で施設入所や、福祉サービスの導入などの必要時には、積極的に本人とかかわりながら、契約を締結する。また、施設入所という環境変化によってどんなサポートを喪失し、その結果どんなことが生じやすいかを知り、代替りのサポートに何を支援したらよいかを考えなければならない。このような時には、本人に寄り添いながらかかわりを深めなければならないが、契約締結後は、具体的に支援を提供してくれる関係者を全面的に後押しするようにして、自らは引いていくことが求められる。「常時・継続的な支援」と「必要時に支援要請時に支援」という距離感を行ったり来たり、入ったり出たりすることが求められる。それが双方向の矢印である。

ソーシャルサポート・ネットワークの中では、これまでに役割を任ってきたこと、これから担うべきことなど、個人は果たすべきいくつかの役割をもっている。「今、私たちが行っている支援は本人にとってどのような役割を果たしているのか」というように、常に自らの行っている関わりの意味を問いかけながら支援を行っていく。家族に対しては、本人の状況を報告していくことが大切である。そして、これまで担ってきた役割を尊重しつつ、これからのためにどのように関わってもらおうのかということと一緒に考えていくことが必要である。支援者も、家族との絆をつなぐという目に見えない支援を担うように変化し、人生周期に見合った支援ができるように成長しなければならないことが確認できる。

【場面③】「成年後見活動における意思決定支援のためのアセスメントシート」

このアセスメントシートは、ご本人の意思を確認し、ご本人の希望をどうすれば実現できるかを話し合うために使います。話し合う時には、以下の点に注意してください。

- 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か
- 本人の言葉をそのまま本人の自己決定と捉えていないか、本人の自己責任に帰していないか
- 支援のしやすさを優先していないか、支援者のための根拠付けになっていないか
- サービス先にありきになっていないか、ケアプラン作成になっていないか
- 結論が先にありきになっていないか、後付けの根拠資料として使われていないか

このシートのテーマまたは検討課題 第 1 回	通算シートNo.7
住民票を移動することについて、Bさんの理解が得られるかどうか確認する。	
住民票を移動することが、Bさんにとって不利益にならないか検討する。	
後見人が住民票を移動する手続を行う（代理権を行使する）必要性について判断する。	

シート作成者(職名及び氏名) _____ 後見人 _____

今日の話し合い 20XX年1月 ○日 17時～18時 場所 グループホーム _____

今日の参加者名 Bさん、グループホーム（以下GH）世話人、GH管理者、
就労継続支援B型事業所サービス管理責任者（以下B型事業所サ責）、後見人 _____

Bさんの考え(このシートのテーマまたは検討課題に関する本人の意見や希望)

（住民票を移動しても今までどおり自宅に行けて、グループホームでの生活を続けることができることなどを世話人と一緒に説明したところ）Bさんは聞いてはいるものの、何も言わず黙ってしまった。
（父のところに行くことを聞くと）「行っても・・・いい」と言った。

意見を言った人	このシートのテーマまたは検討課題についての意見
(父)	(後見人からの報告) 父親は、公営住宅の職員から同居者がいなくなったので「住宅世帯員変更届」を提出するようと言われており、Bさんについて「早くグループホームに住所を移してもらいたい」と言っている。父親には「月に2回、Bさんが自宅に戻っているので大丈夫です」と伝えてきたが、父親の負担感が大きい。
(行政)	(後見人からの報告) 現在は世帯分離がされていない。健康保険料は父親が負担している。
GH世話人	Bさんには一人暮らしは難しい。日常生活には声かけや促しが必要である。
GH管理者	メンバーで住所を移した人はいないので初めてだが、グループホームに住所を移動することは問題ない。
B型事業所サ責	Bさんが自宅で一人暮らしをするのは無理である。 近所に姉がいるが、同居者がいないと生活維持は難しい。
後見人	父親は住宅の手続きなどに支援が必要となっている。 住民票の移動により、本人に不利益が生じることがあるかどうか。 公営住宅の継承は、原則として「同居している配偶者及び高齢者、障害者等で特に居住の安定を図る必要がある者」とするよう指針が示されている。

今日これから話し合うこと

住民票を移動することで、Bさんに生じる利益と不利益は何か。
住民票の移動について、Bさんに何を説明する必要があるか。
Bさんが理解できるようにするには、どうすればよいか。

Bさんの住民票の移動に伴って考えられることを検討する

考えられる方法	その方法の良いところ	その方法の難しいところ	誰が
1 現在のまま住民票を移動しない。	公営住宅の継承ができる可能性がある。	生活実態と合っていない。父親の精神的負担が大きくなっている。	
2 住民票をGHに移す。	生活実態に合っている。 世帯分離ができる。 健康保険の世帯主になる。 郵便物を確実に受け取ることができる。父親の負担が減る。	公営住宅を継承することができない。 父親の手続きの支援(減免手続き)が必要になる。減免手続きなどは姉に依頼する必要がある。	後見人 父 姉
3 郵便物の確保のため転送届を提出する(一部手続き済み)。	郵便物をGHで受け取ることができる。 父親の保管時間がなくなるため、紛失がなくなる。	転送ができないものがある。 住民票の移動ではないため、父親の精神的負担が減らない。	後見人
4 住民票の移動手続をBさんに自分でしてもらう。	父親と別々に生活することが理解できる。生活状況が変わったことを確認できる。自立につながる。手続きについて学べる。	住民票の理解ができない。 手続きの意味が理解できない。 不安になる。	Bさん GH 責 後見人
5 後見人が手続をする。	手続が迅速、確実にできる。 父親の負担が減る。	Bさんが学習できない。	後見人

Bさんはどうしたいか、どの方法が一番良いか

「住むところはここ(GH)がいい」と言っている。

Bさんが自分で決めるのが難しい場合の状況

説明は試みたが、目に見えない決まり事について理解することは難しい。
後見人が判断して公法上の手続を行う必要がある。

Bさんの住民票移動について、いつまでに決める必要があるか

できるだけ速やかに決めることが望ましい。

Bさんの住民票移動について、後見人等が代理権等を行使する必要があるか。ある場合、その理由。

Bさんが手続を理解することは難しい。
Bさんに不利益になることはほぼないと判断した。
Bさんの理解が不十分であっても、行政手続を行う(代理権を行使する)。

Bさんの住民票移動について、今日決まったこと

住民票をグループホームに移す。
 父親の負担を軽減するとともに、親子の絆が切れないような支援を考えていく。

本人確認



誰が	いつまでに、何をやるのか	本人確認
Bさん	毎月2回週末に実家に帰っていたが、父の負担が大きくなっているため1回に減らす。 実家に帰っているときも、移動支援ヘルパーなどを利用して外出できるようにする。	✓
GH世話人	Bさんの郵便物を受け取る。 後見人の定期訪問時に必要なものを手渡す。誰が管理するか確認する。必要に応じて預かり証などで確認する。 父親のことをねぎらう言葉かけを行う。	✓
後見人	住民票移動手続きを行う。 必要に応じて住所変更の手続きを行う。 3か月に一度程度、定期訪問の帰りに父親にBさんの近況を報告する。報告は、Bさんが頑張っていることなど具体的な出来事を伝える。	✓

やってみてからもう一度考えるのは 年 月 日 時 ~ 時

実施結果

住民票の移動を後見人が行った。事前に、父と姉へ相談し、報告した。
 マイナンバー通知カードの受取など、GHの昼間の時間帯に届いた配達物について、再配達を依頼して受け取ることができた。

課題

昼間の時間は受取人がいない。

⇒再アセスメントの必要性 有り なし

ご本人の意思を確認し、ご本人の希望をどうすれば実現できるか話し合いができましたか？

最後にもう一度、以下のような話し合いになっていないか、確認しましょう。

- 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か
- 本人の言葉をそのまま本人の自己決定と捉えていないか、本人の自己責任に帰していないか
- 支援のしやすさを優先していないか、支援者のための根拠付けになっていないか
- サービス先にありきになっていないか、ケアプラン作成になっていないか
- 結論が先にありきになっていないか、後付けの根拠資料として使われていないか

【場面③】アセスメントシートを作成した成果

住民票の移動は、グループホームで生活をしているため本来は実態に合った手続きであるが、グループホームの利用者は自宅に住民票を置いたまま利用している場合も多い。週末は自宅へ戻る（実家へ帰る）という考え方で、自宅へ行くという考え方ではない。

今回は、公営住宅（自宅）の減免手続きをするにあたって、本人の非課税証明書が必要となること、それに伴い住民税申告など行政手続きを行うことが求められる。必要な郵便物の送付先を後見人あてに変更はしているが、住民票先が指定される郵便物もある。

父親から住民票を移してほしいといわれたことを契機にして、本人の居所について公営住宅の継承を視野に入れて将来の生活基盤の検討をした。現在のように、見守りがある中での暮らしが本人にとってのニーズ（必要性）ではないかとの結果となった。住民票の移動については、本人へ説明をすることはできたが、理解してもらったかどうかは不明である。しかし、健康保険料の支払いや住宅の手続きなど父親に負担をかけてきたことに感謝しつつ、本人がすべきことは引継いでいくこととし、世帯分離を図り住民票の移動という公法上の手続きを後見人が行うことになった。

【場面④】QOL向上の取り組み・家族関係の再構築

<旅行の実現>

定期訪問時に一緒にテレビを見ていると、CMで流れる“魚を抱えてブルブル”している動作をして、その旅館に泊まるのが夢だと言う。後見人は「一回の旅行は100の生活訓練より多くの学びがある」という言葉を思い出し、旅行を実現してほしいと考えた。そこで本人とともに検討し、趣味の買い物を減らして少しずつお金を貯め、事業所の工賃や預金も充当し、旅行に必要な小遣いを確保することにした。本人の誕生日に合わせて旅行を計画し、世話人やメンバーと3人で念願の旅行に行くことができた。旅行のためにお金を貯めるという目標を達成し、旅行を実現したことは、本人の大きな生活体験となった。

<個展の開催>

本人の描く絵は独得の色遣いがあり、色や形にこだわりがある。姉妹からも以前から絵を描くのが上手なので、ぜひ続けさせてほしいという要望もあり、スケッチブックや色鉛筆などの差し入れもある。その様子を見たグループホームの管理者から、個展をしてはどうかとの提案があり、本人もまんざらでもない様子であった。

その後、地域の交流広場の壁面を利用した個展ができることになり、絵を選び額縁を購入する予算を預金から捻出して準備をした。本人は描いた絵の説明をしてくれ、個展を開くという気持ちが形成されているようであった。

個展では、父親は本人に金一封のお祝いをくれた。姉妹も見に来てくれ、グループホーム管理者の発案であったことがわかり、現在の支援を好意的に受け入れた様子だった。

何よりも、本人が一番気に入っている絵を選んで額縁に入れ、父親にプレゼントしたことは意味がある出来事であった。それは実家の玄関に飾ってあると、後日本人が話してくれた。このことは、父親が本人を認めてくれた証のように思えた。

（場面④「アセスメントシート」は省略）

【事例Ⅱのまとめ】

事例Ⅱでは、知的障害がある50代男性の事例を検討した。高齢の父親との自宅での生活が困難になりグループホームへ入居したが、姉妹は入所施設が最適であると考えている。

場面①では、後見人が就任した後、グループホームが本人の意向にそった生活の場であるのかを、支援関係者とともに時間をかけて検証した。とりわけ後見人は、本人との関係構築に重点を置き、本人とのコミュニケーションを円滑にするために、既に信頼関係が構築されている事業所等の支援者の力を借り、時間をかけて関係を構築している。

場面②は加湿器という日用品の購入の検討であり、後見人の権限が及ばない例ではあるが、日常生活の小さな一つ一つの意思決定支援の積み重ねが、本人の意思決定能力を開発することを示している。ここでの後見人の役割は、直接的な支援者の後方支援である。

場面③は「住民票の移動」という、一見すると単なる行政手続きの検討のようにも思えるが、その背景には父親から独立した生活基盤を構築する、家族からの独立・自立という大きな意味合いがあることに着目しなければならない。

また、後日談として示した旅行の実現は、本人の何気ない行動から本人の思いを汲み取り、実現に向けて検討し実行することの重要性が見て取れる。個展の実現は、本人の持てる能力が評価され、社会生活の幅を広げる機会となったと同時に、家族との関係性を再構築する機会にもなった。家族も本人の自立を評価し、入所施設ではない地域での暮らし方があることを知り、家族の安心にもつながる機会を提供したと言える。

グループホーム入居当初の支援計画には、「週末には家に帰って親孝行がしたい」と記載されていた。これは、父親との自宅での生活が継続できなくなり、グループホームへの入居に至った本人の生活状況に配慮した支援者側の思いを、本人の言葉として置き換えたものであったと考えられる。本人には、「親孝行」の意味は理解できないかもしれない。しかし、どんな家族であっても、その家族ならではの歴史と、その家族ならではの関係性や思いが存在し、支援者はそれを尊重することが求められる。

「ネットワーク分析マップ」では、「家族」や「友人・知人」といったインフォーマルな関係者の存在を評価することで、家族らが本人の意思決定にどのような影響を及ぼしているのか、また本人の意思決定の支援者としてどのように機能しているのかを見極めることができる。その際、成年後見人等は、あくまでも本人の立場に立って評価することが重要である。また、成年後見人等が事柄に応じて、意思決定支援における他の支援者との関係性をふまえた自らの役割を認識し、本人の代弁者として最前面に立って権利擁護者として機能しなければならないのか、あるいは直接的な支援者の後方支援が役割なのかを自覚できる。さらに全支援者が相互の役割分担を確認し、チームで支援することにも役立つ。

一般的に知的障害者への支援は、パターンリスティックに陥りやすいと指摘される。限られた生活体験の中では意思決定をする機会そのものが提供されず、したがって本人の意思決定能力が育たない。しかし、この事例のように支援者の関わり方如何によって、意思決定を支援する機会や方法は多様である。「アセスメントシート」を活用して本人としっかり向き合い丁寧に実践を検証することが、本人の意思決定能力を引き出す「エンパワメントアプローチ」となり、知的障害者の地域社会における生活支援を実現する一助になることを期待したい。

Ⅲ 意思決定支援に配慮した権利侵害からの救済事例

事例の概要

Cさん。60代前半・男性。精神保健福祉手帳2級を所持しており、障害支援区分は3である。生活保護を受給、預金は12万円程度である。現在はアパートで一人暮らしをしており、就労継続支援B型事業所に通っている。

5年前に、くも膜下出血を発症し、物忘れ、作業ミスが多い、周囲が気になって集中できないなどの後遺症が残り、高次脳機能障害と判断された。発症当時は就労していたが、発症後1年の間に復職ができず、勤務していた会社を退職となった。その後は仕事をすることもなく、遊興にふけり借金をするようになった。

借金については、本人によれば知人Dが関与しているということであった。知人Dとは幼なじみで、以前からの知り合いであったが、本人の退職後に無心やたかりを繰り返し、本人の所持金が少なくなると、知人Dの妻の医療費がいる等の理由をつけて、本人に借金の肩代わりをさせた。手続きは知人Dが同行して、本人に行かせていたようである。本人は、知人Dが責任をもって返済してくれるものであると思っていた。しかし、その後知人Dとは連絡が取れなくなり、音信不通となった。

本人は退職金を使い果たし、知人Dの借金70万円を背負うことになり、生活が維持できなくなった。困った本人は、退職した会社の同僚であった知人Eに同行してもらい、市役所に相談し生活保護を受給することになった。知人Eは退職した本人のことを気遣い、経済的な支援はできないが、時折本人の話を聞いてくれ、本人も信頼していた。

生活保護ケースワーカーや障害者相談支援担当職員より、債務の整理や今後の再発防止のため成年後見制度の利用を勧められ、本人申立てで手続きを進めることになった。本人は未婚で、両親並びに唯一の兄弟である兄は他界し、兄の妻が緊急時の連絡先にはなってくれたが、金銭支援を含め積極的な支援は望めない。社会福祉士会に候補者紹介依頼をし、事前に本人との面談をして了承を得て申立てを行い、保佐人が選任された。

<付与された代理権>

申立てに際し本人と話し合い、以下の代理権を保佐人に付与することを本人が同意した。

1. 本人の負担している債務の弁済及びその処理
2. 本人に帰属する財産に関して生じる紛争についての訴訟行為（民事訴訟法55条2項の特別授権事項を含む。）
3. 訴訟行為（民事訴訟法55条2項の特別授権事項を含む。）について、当該行為につき訴訟代理人となる資格を有する者に授権をすること
4. 不動産に関する契約の締結・変更・解除
5. 預貯金に関する金融機関等との一切の取引
6. 定期的な収入の受領及びこれに関する諸手続
7. 定期的な支出を要する費用の支払及びこれに関する諸手続
8. 介護契約その他の福祉サービス契約の締結・変更・解除及び費用の支払
9. 医療契約及び病院への入院に関する契約の締結・変更・解除及び費用の支払
10. 以上の各事務の処理に必要な費用の支払
11. 以上の各事務に関連する一切の事項

<保佐人が立てた初回の方針>

保佐人は、債務整理への対応準備をしながら、就労継続支援B型事業所での作業を見学するなど月1回訪問を行い、本人の生活を見守るための支援計画を作成した。本人との面談で、本人の生活状況を把握し、関係機関との連携を図ることを意識した。関係者も保佐人との関係性について、何をどのように支援していくのか関わり方等を確認した。

<日常生活費の管理>

日常生活費の管理について保佐人は代理権を有していたが、本人がするのか保佐人がするのかについて、生活保護ケースワーカーと障害者相談支援担当職員を交え話し合いを行った。本人は「今までやってきたから、出来るうちは自分でやりたい」とのことであった。保佐人としても本人の金銭管理能力を見極めたいと考え、また高額な財産を有していないこともあったため、日常的な生活費については本人管理を続けることにした。

保佐人は、本人の金銭管理状況と生活状況について、定期的に面会して確認することになった。家賃は、これまで同様、生活保護ケースワーカーが直接支払いを行うことになった。就労継続支援B型事業所の利用手続きや市役所への手続きなども、障害者相談支援担当職員の支援を得て引き続き自分で行い、難しい場合は保佐人が手伝えることにした。

<債務整理>

債務の概要が把握できた時点で、どのように処理をするのかを検討した。本人は、知人Dのために借りてあげたのに、なぜ知人Dではなく自分が支払わなければならないのかが納得できないようであった。本人には、契約上は知人Dではなく、Cさんに支払義務があることや、もし知人Dの行方がわかれば、その時点で知人Dに返還請求ができることを伝えた。本人は生活保護を受給しており返済能力は乏しいため、弁護士に相談することを勧め、本人と一緒に相談に行くことになった。

【場面①】携帯電話契約の名義貸しの誘いにどう対応するか

200XX年10月

弁護士の支援を受けて債務整理を進めて、3年が経過した。保佐人、支援関係機関と本人の関係も安定し、特に支障となることも起きていなかった。

そんなある日、就労継続支援B型事業所職員から保佐人に連絡が入った。その内容は、事業所の利用者ではない見知らぬ男性と本人が頻繁に出かけているとの話を、他の利用者から聞いたというものであった。保佐人が本人に確認したところ、かなり昔の職場の同僚だった知人Fとのことであった。会社を辞めてからは会うことはなかったが、街でばったり会ってから一緒に飲みに行くようになったという。知人Fも勤めていた会社からリストラにあい、現在は無職とのことであった。

その後、本人から話を聞いた知人Eから事業所の職員に連絡があり、本人が知人Fから携帯電話契約の名義貸しの誘いを受けているらしいとの話が入った。本人は既に携帯電話を所持しており、別の携帯電話を持つ必要はなく、知人Eは本人に携帯電話契約の名義貸しは危ないので辞めた方がよいと忠告したが、本人が聞き入れず困ったとの話であった。

保佐人は、本人への対応方法を検討するために、まず関係者のみを集めて会議を開催することにした。関係者間で役割分担を確認して本人と関わり、1週間後、本人も交えた話し合いを行った。

【場面①: 本人参加なし】成年後見活動における意思決定支援のためのアセスメントシート」

このアセスメントシートは、ご本人の意思を確認し、ご本人の希望をどうすれば実現できるかを話し合うために使います。話し合う時には、以下の点に注意してください。

- 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か
- 本人の言葉をそのまま本人の自己決定と捉えていないか、本人の自己責任に帰していないか
- 支援のしやすさを優先していないか、支援者のための根拠付けになっていないか
- サービス先にありきになっていないか、ケアプラン作成になっていないか
- 結論が先にありきになっていないか、後付けの根拠資料として使われていないか

このシートのテーマまたは検討課題 第1回 通算シートNo. 5

携帯電話契約の名義貸しを誘われていて、被害に合う恐れがある。
Cさんの意思を尊重しつつ、被害に遭わないようにするにはどうすればよいか。

シート作成者(職名及び氏名) 保佐人

今日の話し合い 20XX年 10月 ○日 17時～18時 場所 事業所内会議室

今日の参加者名 就労継続支援B型事業所サービス管理責任者(以下、B型事業所サ責)、生活保護ケースワーカー、障害者相談支援担当職員、保佐人

Cさんの考え(このシートのテーマまたは検討課題に関する本人の意見や希望)

(B型事業所サ責からの報告)

Cさんに聞いたところ、「知人Fが困っているので助けてあげたい。携帯電話を買ってあげれば、お金がもらえと言われた。お金をもらいたい」と言った。

意見を言った人	このシートのテーマまたは検討課題についての意見
(知人E)	(B型事業所サ責からの報告) 元同僚の知人Fから携帯電話契約の名義貸しを誘われているようだ。辞めるように言っても聞かない。最近、知人Fと飲食店でよく会っているようで、知人Fはとてもいい人だと言っている。また被害に遭うのではないかと心配している。
B型事業所サ責	Cさんは休むことなく通ってきているが、最近遅刻が目立つ。生活面での課題があるのではないかと心配している。Cさんに知人Fの話聞いたところ、Fから「私は携帯電話の購入制限があり買えない。私の代わりに携帯電話を購入してほしい。携帯電話がなくて困っているので助けてほしい。買ってもらえればCさんはお金がもらえる」と言われたという。Cさんは、知人Fが困っているので助けてあげたいと思っている。
(事業所利用者)	(B型事業所サ責からの報告) ある利用者が「事業所から帰る途中、駅で男の人がCさんを待っていて、電車に乗らないでどこかに行ってしまう」と言っている。一度ではなく頻回のようなようである。
生活保護CW	携帯電話契約の名義貸しは犯罪になるので、してはいけない。
障害者相談支援担当職員	消費生活センターに相談した方がよいのではないかと。
(義姉)	(保佐人からの報告) Cさんと話したことがないので分からない。対応は任せる。
保佐人	Cさんは知人Fさんを慕っており、心から心配している。Cさんの思いを大切にしたいが、明らかにおかしい話なので、Cさんが被害に遭わない方法を考えたい。

今日これから話し合うこと

Cさんの意思を尊重しつつ、被害に遭わないようにするにはどうすればよいか。
Cさんが携帯電話の名義貸しがどういうものかを知り、購入するかしないかを自分で決めるためにはどうすればよいか。

Cさんの気持ちを尊重しつつ、被害に遭わないようにするにはどうすればよいか。

考えられる方法	その方法の良いところ	その方法のむづかしいところ	だれが
1 Cさんにとって、知人Fさんはどんな人かを知る。 ①Cさんと話す。 ②Cさんの了解を得て知人Eさんと話す。 ③Cさんの了解を得て知人Fさんと話す。	Cさんの知人Fさんへの気持ちがわかる。Cさんがどうしたいかがわかる。 知人Fさんがどのような人かわかる。 どのようなことを頼まれているのかがわかる。	プライバシーに踏み込むことになる。話したくないことまで強要するおそれがある。 CさんとEさん、Fさんとの関係を壊すおそれがある。 冷静に話ができないかもしれない。	B型事業所 サ責 保佐人
2 消費者被害にかかわる地域の情報、携帯電話契約名義貸しの情報を集める。	客観的な情報で、違法である判断根拠が明確になる。 Cさんに分かりやすく説明できる。	一般情報しか得られないかもしれない。 保護的視点になりやすい。 Cさんの事実から離れた情報になる可能性がある。	障害者相談 支援担当職員
3 Cさんに説明する ①Cさんの収支状況 ②一緒に携帯電話ショップに行って話を聞いてみる。 ③消費者被害について説明する。	Cさんが主体的に考えることができる。 お金を何に使いたいと思っているか知ることができる。 携帯電話契約の名義貸しがどういうものか知ることができる。	言葉では了解しても、行動を変えるのは難しいかもしれない。 理解するまでに時間がかかる。 覚えていられない。 消費者被害と知人Fさんのことがつながらない。 納得できない。	①保佐人 ②B型事業所サ責 ③障害者相談支援担当職員

Cさんはどうしたいか、どの方法が一番良いか

今日は参加を要請していない。
1週間以内に方法1と3についてCさんに提案して、Cさんがどうしたかを確認する。

Cさんが自分で決めるのが難しい場合の状況

Cさんは知人Fを助けたいと思っているので、自分に不利益なことが分からないかもしれない。
お金のことについて、知られたくないことがあるかもしれない。
説明をしても、悪質なものであることの理解が難しいかもしれない。

Cさんの携帯電話の購入について、いつまでに決める必要があるか。

Cさんが携帯電話の購入契約をする前までに、Cさんに考えてもらう必要がある。

Cさんの携帯電話の購入について、保佐人が代理権等を行わせる必要があるか。その理由は何か。

悪質なものであれば、Cさんを被害から守るために購入に同意はできない。それでも購入した場合は、取消権を行わせるかどうかを検討する必要がある。しかしCさんの思いに反することになるため、購入前にCさんと良く話し合う必要がある。

Cさんが携帯電話契約の名義貸しを知り、購入するしないを自分で決めるために、今日決まったこと

Cさんにとって知人Fさんがどんな人か、何を頼まれているかを確認する。
Cさんに収支状況や携帯電話契約の名義貸しについて説明し、購入するかしないかを考えてもらう。

本人確認
後日確認

誰が	いつまでに、何をやるのか	本人確認
B型事業所サ責	(1週間以内に方法1と3を説明してCさんが希望すれば) Cさんにとって知人Fさんはどんな人か話を聞く。 Cさんの了解を得て、EさんやFさんに話を聞く。 一緒に携帯電話ショップに行って話を聞いてみる。	後日確認
保佐人	(1週間以内に方法1と3を説明してCさんが希望すれば) Cさんにとって知人Fさんはどんな人か話を聞く。 Cさんの了解を得て、EさんやFさんに話を聞く。 Cさんがお金を必要としていることを詳しく聞く。	後日確認
障害者相談支援担当職員	(1週間以内) 消費者被害にかかわる地域の情報、携帯電話契約の名義貸しの情報を集めて、Cさんが希望すれば説明する。	後日確認
Cさん B型事業所サ責 障害者相談支援担当職員、保佐人	(やってみて1週間後) Cさんを含めて話し合いの場を持つ。 Cさんの了解が得られれば、Eさんにも参加をしてもらう。	後日確認

やってみてからもう一度考えるのは 20XX年 10月 △日 (1週間後) 16時 ~ 17時

実施結果

Cさんの意思決定支援までの手順が関係者間で共有できた。

課題

Cさんへの伝え方の工夫

⇒再アセスメントの必要性 有り なし

ご本人の意思を確認し、ご本人の希望をどうすれば実現できるか話し合いができましたか？
最後にもう一度、以下のような話し合いになっていないか、確認しましょう。

- 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か
- 本人の言葉をそのまま本人の自己決定と捉えていないか、本人の自己責任に帰していないか
- 支援のしやすさを優先していないか、支援者のための根拠付けになっていないか
- サービス先にありきになっていないか、ケアプラン作成になっていないか
- 結論が先にありきになっていないか、後付けの根拠資料として使われていないか

【場面①: 本人参加あり】成年後見活動における意思決定支援のためのアセスメントシート」

このアセスメントシートは、ご本人の意思を確認し、ご本人の希望をどうすれば実現できるかを話し合うために使います。話し合う時には、以下の点に注意してください。

- 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か
- 本人の言葉をそのまま本人の自己決定と捉えていないか、本人の自己責任に帰していないか
- 支援のしやすさを優先していないか、支援者のための根拠付けになっていないか
- サービス先にありきになっていないか、ケアプラン作成になっていないか
- 結論が先にありきになっていないか、後付けの根拠資料として使われていないか

このシートのテーマまたは検討課題 第2回 通算シートNo.6
 Cさんが携帯電話の名義貸しがどういうものかを知った上で、購入するかしないかを自分で決める。Cさんの意思を尊重しつつ、今後被害に遭わないようにするにはどのような支援ができるのか考える。

シート作成者(職名及び氏名) 保佐人

今日の話し合い 20XX年 10月 △日(1週間後) 16時～17時 場所 事業所内会議室

今日の参加者名 Cさん、知人Eさん、就労継続支援B型事業所サービス管理責任者
 (以下、B型事業所サ責)、障害者相談支援担当職員、保佐人

Cさんの考え(このシートのテーマまたは検討課題に関する本人の意見や希望)

知人のFさんが困っているので助けてあげたい。
 携帯電話を買ってくれれば、お金がもらえるよと言われた。お金がもらえるならほしい。

意見を言った人	このシートのテーマまたは検討課題についての意見
B型事業所サ責	先週Cさんと話をした。 Cさんは携帯電話ショップに話を聞きに行ってもよいということだった。また、Cさんが了解をしたので、知人Eさんに連絡をした。 知人Eさんは、携帯電話ショップと一緒にいってもよいということだったので、Cさん、知人Eさんと一緒に携帯電話ショップに行った。 携帯電話ショップで具体的な危険性や犯罪につながることの説明を受けた。
知人E	私が何度もCさんに話をしたが、聞いてもらえなかったが、ようやく聞いてもらえるようになったので、よかったと思っている。 私ができることは協力したい。
障害者相談支援担当職員	消費者被害にかかわる地域の情報、携帯電話契約の名義貸しの情報を集めた。 犯罪になるので、やめた方がよい。 知人Fさんとは、つきあわない方がよいと思う。
保佐人	Cさんがお金を必要としている理由を聞きたい。 Cさんの気持ちを尊重して、出来るだけの協力はしたいが、犯罪につながることは協力できない。

今日これから話し合うこと

Cさんが携帯電話を購入するかしないか自分で決める。
Cさんの意思を尊重しつつ、今後、被害に遭わないようにするにはどうすればよいかを考える。

Cさんが携帯電話を購入するかどうか、被害に遭わないようにするにはどうすればよいか。

考えられる方法	その方法の良いところ	その方法のむづかしいところ	だれが
1 携帯電話を購入する。	お金が手に入る。	犯罪につながる。 警察に連絡をしないといけない。	Cさん 携帯電話ショップ 保佐人
2 携帯電話の購入はしない。	犯罪に巻き込まれることはない。	お金が手に入らない。 知人Fさんを助けられなくなる。	Cさん
3 Cさんにお金の使い道を相談してもらう。	何にお金を使いたいか、わかる。 そのためにはどうすればよいか、他には方法がないかを一緒に考えることができる。	言葉でうまく説明するのは難しいかもしれない。 言葉では了解しても、実際に行動するのは難しいかもしれない。	知人E 保佐人 B型事業所 サ責 障害者相談 支援担当職員
4 Cさんが困ったときに相談出来るようにする。	Cさんが主体的に考えることができる。 Cさんが何をしたいのかがわかり、どうすればよいかを一緒に考えることができる。 困った時には一緒に考えることができる。	言葉でうまく説明するのは難しいかもしれない。 言葉では了解しても、実際に行動するのは難しいかもしれない。	知人E 保佐人 B型事業所 サ責 障害者相談 支援担当職員

Cさんはどうしたいか、どの方法が一番良いか

携帯電話は買わない。
知人Fさんに断りの連絡を入れる。

Cさんが自分で決めるのが難しい場合の状況

Cさんは、自分で買わないことを決めることができた。
心配なことは、知人Fさんにどうやって断るか。また次に知人Fさんから誘われるたら、断れないかもしれないこと。

Cさんの携帯電話の購入について、いつまでに決める必要があるか。

今日、この場で決める。

Cさんの携帯電話の購入について、保佐人が代理権等を行使する必要があるか。その理由は何か。

Cさんが携帯電話を購入しないと決めた場合、権限行使は必要ない。

Cさんが携帯電話の購入をするかしないかについて今日決まったこと

<p>Cさんが今日わかったこと・決めたことは、 携帯電話ショップで自分がしようとするのは、警察につかまることになる とわかった。携帯電話の購入が悪いことならやめる。借金が増えるのはいや。 知人Fさんは、自分をだまそうとしていることがわかった。知人Fさんとは、 もうつきあわない。</p>	<p>本人確認</p> <p>✓</p>
---	----------------------

誰が	いつまでに、何をやるのか	本人確認
Cさん	<p>(1週間以内)</p> <p>携帯電話の購入はしない。 知人Fさんに連絡して、携帯電話の契約はしないと伝える。 知人Fさんに、これからはつきあわないと伝える。 困ったことがあったら、だれかに相談する。</p>	✓
保佐人	<p>(1週間以内)</p> <p>Cさんが知人Fさんに連絡するときに立ち会う。</p> <p>(1ヶ月以内)</p> <p>Cさんがお金を必要としていることを聞いて一緒に考える。</p>	✓
知人E、B型事業所サ責、障害者相談支援担当職員、生活保護ケースワーカー、保佐人	<p>(知人Fさんに連絡後)</p> <p>知人Fさんからの接触がないか、Cさんを見守る。 新たな情報があれば、共有する。 (半年に一度) Cさんが困っていることがないか、定期的にCさんと一緒に話し合いの場を持つ。</p>	✓
障害者相談支援担当職員	<p>(半年以内)</p> <p>消費者トラブルの勉強会を開催し、Cさんを含め参加を促す。 B型事業所以外に、Cさんを含めた集える場づくりを提案し、Cさんの友人作りを積極的に応援する。</p>	✓

やってみてからもう一度考えるのは 20XX年 4月 ○日 17時 ~ 18時

実施結果

Cさん自身で携帯電話の購入をするかしないかを検討し、決めることができた。
また、関係者間で今後の支援について共有できた。

課題

Cさんへの見守り体制の継続、生きがい支援が必要。

⇒再アセスメントの必要性 有り なし

ご本人の意思を確認し、ご本人の希望をどうすれば実現できるか話し合いができましたか？

最後にもう一度、以下のような話し合いになっていないか、確認しましょう。

- 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か
- 本人の言葉をそのまま本人の自己決定と捉えていないか、本人の自己責任に帰していないか
- 支援のしやすさを優先していないか、支援者のための根拠付けになっていないか
- サービス先にありきになっていないか、ケアプラン作成になっていないか
- 結論が先にありきになっていないか、後付けの根拠資料として使われていないか

携帯電話ショップで具体的な危険性や犯罪につながることの説明を受けたことが印象に残ったようで、話し合いの場で本人は「悪いことならやめる」と、渋々ながらではあったが納得して携帯電話の購入をあきらめることとなった。知人Fとは距離が離れた様子であった。この件があって以降、困ったことがあると保佐人や関係者に、その都度自分から報告をしてくれるようになった。

【事例Ⅲのまとめ】

権利侵害・消費者被害の事例では、本人自身が「なぜ危険なのか」「なぜしてはならないのか」を納得出来なければ、また同じような被害に巻き込まれてしまう恐れがある。支援者はこの事例のような場面に直面すると、いかにして「危険なこと、してはならないことをさせないようにするか」にもっぱら苦心する。それが本人の権利を擁護することであるという確固たる「答え」が、支援者側には初めからあると言ってもよい。

しかし、本人はその「答え」とは裏腹の「思い」を抱えていることもある。支援者側が一方的に「答え」を押し付けようとしても、本人の「思い」に理解を示しつつ、共に考え、本人が納得した上で自分で決めるというプロセスをふまない限り、意思決定支援にはならない。本人との信頼関係を損ねることにも繋がりがかねない。

場面①の「アセスメントシート」は、「本人参加なし」と「本人参加あり」の二つに分けて作成している。「本人参加なし」は、本人との話し合いの前に、「携帯電話契約の名義貸しの誘いを受けているらしい」という情報を得た支援者が、本人をどう支援すべきか、関係者間で支援方針と役割分担を検討する場面を想定した。関係者間で合意をし、実行することが明確になった。「アセスメントシート」は、本人参加が基本の話し合いで使用するシートとして作成しているが、本人の権利擁護のための緊急介入が必要な場合など、あえて本人の参加がない関係者のみでの検討の場で活用する場合もあり得る。しかし、その場合も、「どうやってやめさせるか」を検討するのではなく、本人の意思を尊重した意思決定支援をするために、関係者は何をすることが必要なのかという視点で検討しないと、誤った検討になる危険性がある。

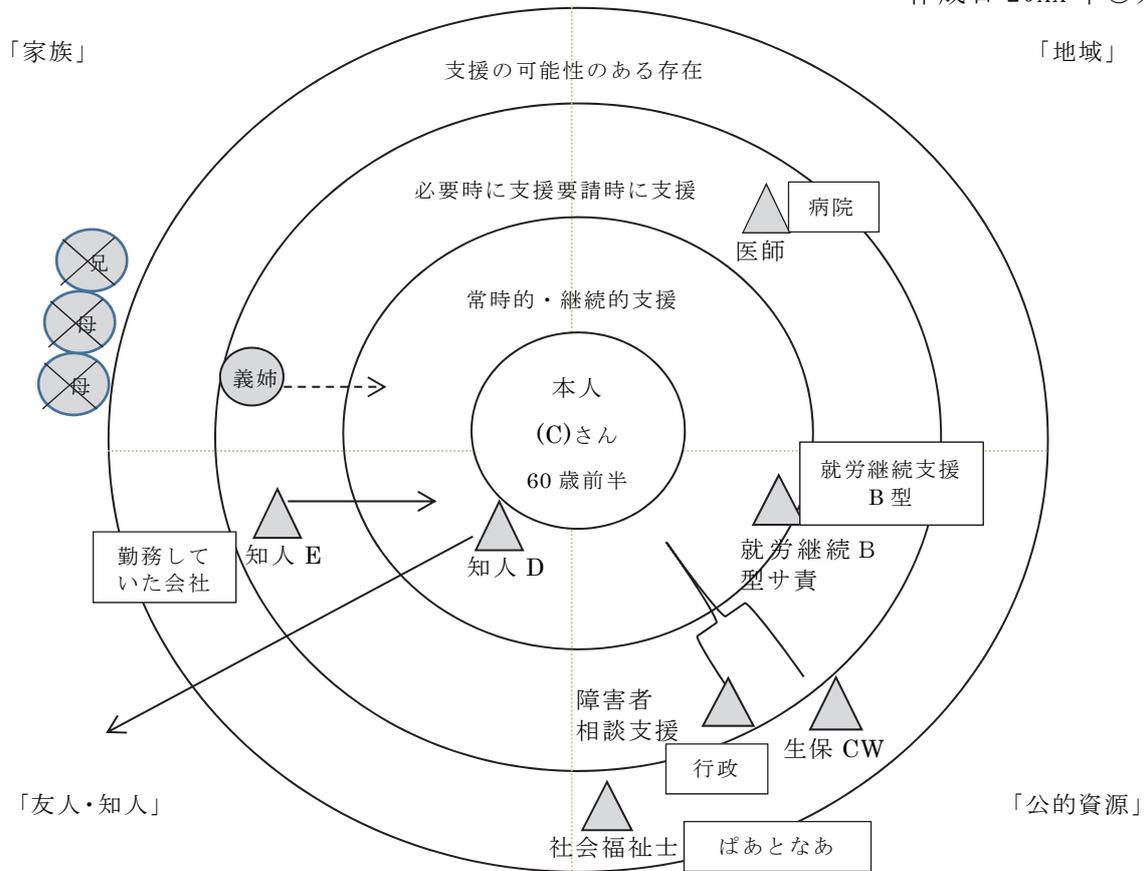
「本人参加あり」は、事前に関係者で合意をした支援内容を実施し、本人参加のもと、本人の意思決定を促す支援場面を想定した。本人が具体的に理解出来るような工夫、わかりやすい伝え方、納得しやすい提案内容を検討し、本人が意思決定をできるよう支援することにつなげている。また、この検討から、今後の生活支援の課題も明確になり、本人にとっては、自分の周りに自分のことを心配してくれる人がたくさんいることを知る経験になり、本人と関係者の信頼関係が深まった支援になったと言える。

この事例では、本人が自ら「携帯電話を購入しない」と決めたため、成年後見人等（保佐人）は取消権の行使をする必要は生じなかった。しかし、本人が「携帯電話を購入する」と決めた場合、次はどう支援をすればよいか、更なる検討をしてみてほしい。

次頁から、保佐人選任前と選任後のソーシャルサポート・ネットワーク分析マップを掲載した。ネットワークにおける保佐人の役割を確認してほしい。

ソーシャルサポート・ネットワーク分析マップ 成年後見申立て前

作成日 20XX年〇月



家族○、友人・知人、地域、公的資源は個人を△印、組織を□印

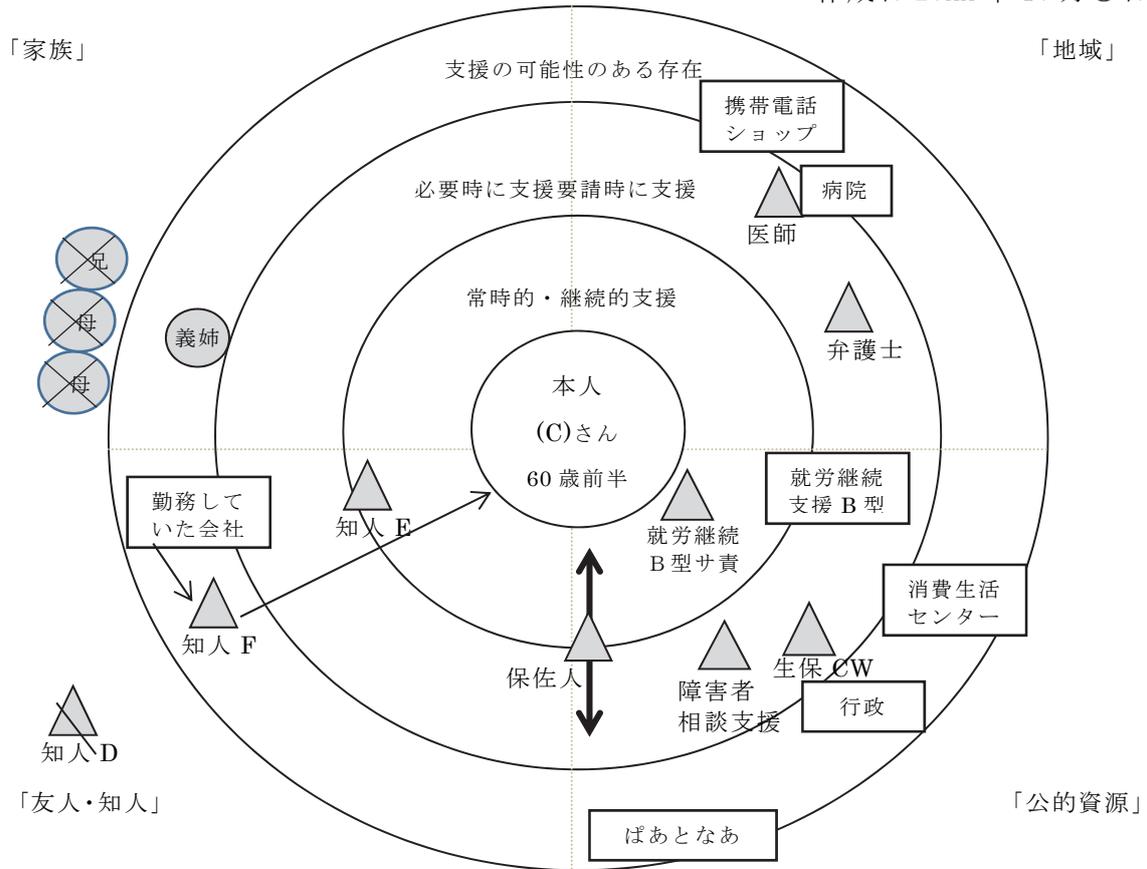
役割分析

必要な意思決定支援	誰が(社会的存在)	引き受けている・期待されている役割
成年後見申立て	義姉	緊急連絡先
	知人 E (退職した会社の同僚)	知人 D の借金の相談相手、市役所に同行 (社会的コンパニオン)
	本人 (Cさん)	申立人
	就労継続支援 B 型サ責	就労訓練等 (道具的サポート)
	生活保護ケースワーカー	生活保護費支給 (道具的サポート)
	障害者相談支援担当者	成年後見制度説明 (情報のサポート)、申立支援
	医師 (病院)	成年後見診断書の作成
	社会福祉士	成年後見人 (保佐人) 候補者

※高次脳機能障害のため、遂行機能障害や記憶障害等があり、知人 D の借金を背負うことになる。そのことを支援者には相談できず、昔の同僚 E さん (インフォーマル関係者) に相談し同行 (社会的コンパニオン) され、行政に相談でき、生活保護の受給につながった。

ソーシャルサポート・ネットワーク分析マップ 保佐人選任後

作成日 20XX年10月〇日



家族○、友人・知人、地域、公的資源は個人を△印、組織を□印

役割分析

必要な支援	誰が（社会的存在）	引き受けている・期待されている役割
日常生活費の管理	保佐人	金銭管理の確認、モニタリング→状況確認
	生活保護ケースワーカー	家賃の支払い
	障害者相談支援担当者	福祉サービス利用等行政関係の手続
債務整理	保佐人	債務整理を弁護士へ依頼の同行（社会的コンパニオン）→情報のサポート
	弁護士	債務整理 →モチベーション、情報のサポート
場面① 携帯電話契約の名貸し	本人（Cさん）	携帯電話購入の決断
	保佐人	状況確認 →自己評価のサポート、情報のサポート、Fさんへの連絡の立合、見守り
	就労継続支援B型サービス管理責任者	状況把握（携帯ショップ同行）、見守り
	障害者相談支援担当者	消費生活センターへの相談、情報収集提供
	知人E	見守り →モチベーションのサポート

※携帯電話購入の意思決定支援は、ソーシャルサポート・ネットワークの構成メンバーを活用して、本人、知人、保佐人、福祉関係者等で会議を開催し、それぞれが役割を担い支援していくことが必要。保佐人は、その会議のメンバーを特定し呼びかけ人になるなど障害者相談支援担当者と連携が求められる。

第5章 本研究のまとめ—意思決定支援に配慮した成年後見活動の確立のために—

I 本研究の成果

第Ⅱ部では、意思決定支援に配慮した成年後見制度の活用を地域で進めるために、専門職後見人・市民後見人の活動上の手引きとして有効なものは何かを検討し、専門職でも市民でも活用できるツールを開発することを目的とした（第1章）。

第2章では研究の視座として、障害者権利条約第12条の趣旨を踏まえ、「法定後見人が持つ代行決定権限を原則的に最後の手段として位置づけ直し、通常の権利擁護活動は意思決定支援の手法によって行われるべきである」という前提にたち、民法第858条の本人意思尊重義務に基づく「支援の第一ステージ（自己決定支援型）」をまず優先し、この方法による本人の権利擁護が不可能もしくは不適切となった時点において、民法第858条の身上配慮義務に基づく「支援の第二ステージ（他者決定型）」へと切り替えて、最後の手段としての法的な代理・代行決定権限（法定代理権、取消権等）を行使して、本人の権利擁護を図るべきであるという基本姿勢に立脚したことを述べた。

その上で、本研究で開発した、意思決定支援と代理・代行決定支援のプロセス（最も重要な両ステージの切り替えのタイミングと切り替えの根拠の提示も含む）を可視化するツール開発の意義と効果を述べた。すなわち、本研究で開発したツールは、「本人に関わる意思決定の場面ごとに、ネットワーク分析マップに基づいて決定に関与させるべき関係者を選択したうえで、本人を交えた支援会議を開き、そこでの議論の内容をアセスメントシートの書式に従って記載していく」という一連のプロセスを可視化するもので、①ツールを用いること自体が本人に対する適正な意思決定支援（場合によっては、最後の手段としての代理・代行決定権限の行使）のプロセスにもなり得ること、②本人はもとより本人を知る複数の関係者の目線を交えて、本人の主観的価値判断が丁寧に追求されたという、協働的意思決定のプロセスが適正に踏まれたという事実によって、手続的正義の観点から意思決定支援の正当性が裏付けられること、③自らの行為の妥当性を事後的に自己検証し、④対外的に説明していく重要な根拠資料として活用できることなどを指摘した。

第3章では、開発した二種のツール、「成年後見活動におけるソーシャルサポート・ネットワーク分析マップ」と「成年後見活動における意思決定支援のためのアセスメントシート」の詳細を解説した。二種のツールは、社会福祉士が用いるソーシャルワーク手法を基本にしつつ、社会福祉士以外の成年後見人等にも活用が可能となるよう開発された。成年後見活動における意思決定支援の場面で誰が関与して何が起きているのか、何を検討しなければならないのかを分かりやすく可視化するためのツールとした。「ネットワーク分析マップ」は、本人を中心とした全ての関係者を「ソーシャルサポート・ネットワーク」として図示し、意思決定支援における関係者と成年後見人等の役割を確認するツールである。「アセスメントシート」は、意思決定支援のプロセスと成年後見人等が権限行使する場合の根拠を明確にするために、本人参加を前提とした関係者の話し合いで活用するためのツールである。

第4章では、創作事例に基づき二種のツールの活用例を提示した。

「認知症高齢者の自宅での独居生活支援を経て施設入所を支援した事例」では、まず支援関係者が成年後見制度申立ての必要性を検討する活用例を示した（場面①）。その後、本人の生活状況や身体状況の変化に伴い、安心・安全が担保できる生活の場の確保の検討

例を示した（場面②③④）。「アセスメントシート」には、どうすれば本人の意思を確認できるのか、どうすれば本人が意思決定したと言えるのかという課題に真摯に向き合おうとした検討内容が記録された。同時にそれは、本人が適切な判断をするのが難しいことを確認することでもあり、誰がどのような根拠に基づき何を決定したのかという責任の所在を明確にし、成年後見人等の権限行使が要請される根拠にもなった。一連の過程の可視化により、成年後見人等が本人不在のなかで単独で代行意思決定という判断に至ったのではないこと、安心・安全な生活の場の確保という目的実現のための手段としては、成年後見人等の権限行使が要請されることが示された。

「家族状況の変化にともない生活の基盤を整える支援をした知的障害者の事例」では、本人とのコミュニケーションを円滑にするためには、既に信頼関係が構築されている支援者の力を借りることが有効で、後見人が本人と関係を構築し権限行使の要否を判断するためには丁寧に本人と関わる必要があること（場面①）、日常生活の意思決定支援の積み重ねが、本人の意思決定能力を開発し生活体験を広げること、後見人は事柄に応じて後方支援の役割を担うこと（場面②④）を示した。また知的障害者の支援でしばしば課題となる、親から独立した生活基盤の構築、家族からの独立・自立と家族関係の再構築という課題において、本人の意思決定支援に配慮した後見人の役割（場面③④）も取り上げた。「ネットワーク分析マップ」は、「家族」というインフォーマルな関係者の役割を見極めることや、成年後見人等が事柄に応じて他の支援者との関係性をふまえた自らの役割を認識することに役立つことが示された。パターナリスティックに陥りやすい知的障害者の支援においては、支援者の関わり方如何によって意思決定を支援する機会や方法は多様であり、「アセスメントシート」を活用して丁寧に実践を検証することが、本人の意思決定能力を引き出す「エンパワメントアプローチ」に繋がることを示した。

「意思決定支援に配慮した権利侵害からの救済事例」では、支援者が一方的にこうあるべきという方法押し付けるのではなく、本人の「思い」を理解しつつ、共に考え、本人が納得した上で自分で決めるというプロセスをふむことが意思決定支援であると指摘した。「アセスメントシート」は二段階に分けて作成し、本人との話し合いの前に、あえて本人は参加しない、支援者のみで支援方針と役割分担を検討する場面を想定した。関係者間で方針を共有し合意した上で、実行すべきことが明確になり、続く本人参加のもとに行われた本人の意思決定を促す支援場面が円滑に行われることになった。本人参加の話し合いでは、本人が具体的に理解出来るような工夫、わかりやすい伝え方、納得しやすい提案内容を検討し、本人が意思決定できるよう支援が行われた。この事例では、成年後見人等は権限行使に至らなかったが、取消権の行使の検証にも活用が可能であると考えられる。

以上のように、まず本研究の最大の成果としてあげられるのは、実践を可視化する二種のツールを開発し提案したことである。そして、三つの事例のプロセスにそってツールの活用例を作成したことで、第2章で述べたツールの意義や効果を検証できた。すなわち、ツールを用いて具体的な情報を記載することが、本人に対する適正な意思決定支援と最後の手段としての代理・代行決定権限行使のプロセスそのものになり得ること、本人と関係者による協働的意思決定のプロセスの可視化が意思決定支援の正当性を裏付ける根拠資料となること、実践が可視化されることで意思決定支援の妥当性を検証し、対外的に説明できる根拠資料としても活用可能なことを示すことができた。

Ⅱ 今後の課題

1 ツールの活用に向けた取り組み

(1) ツール活用の可能性

ツールはまず社会福祉士である成年後見人等に率先して活用してもらいたい。これは、ツールの趣旨を正しく理解し活用方法を広めていくことが期待されるためである。

ツールはソーシャルワーク手法に基づき開発したが、社会福祉士以外の専門職後見人や市民後見人にも活用できるよう、分かりやすさ、使いやすさを旨とした。ツールに記入する作業そのものは、ソーシャルワークの専門的な知識や技術がなくとも可能である。したがって、弁護士、司法書士等の法律職や他士業、法人後見担当者、市民後見人、さらには親族後見人も含め、成年後見人等として活動する全ての人、団体、及び行政、家庭裁判所等の関係機関にも活用を検討してもらいたい。

活用方法は、成年後見活動の実践で実際に使用するのはもちろんのこと、研修のプログラムに組み込み教材とする、ケース会議、事例検討会等で用いる、自己の成年後見活動の客観化、振り返りのために報告書等の様式として活用する、家庭裁判所への報告書の根拠資料として用いるなどが考えられる。そのためには、意思決定支援に配慮した成年後見活動を推進するための何等かの仕組み（研修や報告書等）の中に、ツールの活用が組み込まれることが望まれる。

また、成年後見制度との関わりの有無は問わず、高齢者・障害者の意思決定支援に関わる実践への汎用性があるものとする。高齢者・障害者の支援に関わる全ての人、関係機関、団体等の実践や研修等にも活用してもらいたい。

ツールは活用してこそ存在意義がある。活用されることで、さらに使いやすく、意思決定支援に資するものとして磨きがかかることを願う。また、ツールの有効性の検証は今後の課題である。そのためにも、まずは多方面で活用されることを期待したい。

(2) ツールを正しく活用するために

ツールは社会福祉士でなくとも活用可能となるよう開発した。とはいえ、ツールの趣旨を正しく理解し活用するためには重要なポイントがある。最大のポイントは、いかに本人主体・本人中心の検討ができるかである。

例えば、「アセスメントシート」の検討課題や今日話し合うことの設定が、本人の意思決定支援の観点から本人主体・本人中心に設定されていないと、本来検討すべき事柄との齟齬が生じる。第3章でも繰り返し述べたが、「アセスメントシート」は第一義的に、本人の意思を確認し、どうすれば本人の希望を実現できるかを検討するためのものである。再度、しばしば陥りがちな不適切な活用方法を掲げておく。

- 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か
- 本人の言葉をそのまま本人の自己決定と捉えていないか、本人の自己責任に帰してないか
- 支援のしやすさを優先していないか、支援者のための根拠付けになっていないか
- サービス先にありきになっていないか、ケアプラン作成になっていないか
- 結論が先にありきになっていないか、後付けの根拠資料として使われていないか

第4章の「アセスメントシート」の活用例では、「本人」という言葉は使わず「Aさん、Bさん、Cさん」という固有名詞をあえて記載した。これは、他の誰でもない、今、目の前にいる「Aさん」のことを話している、「Aさん」が目の前にいて、「Aさん」の話を参加者が聴き、「Aさん」と話をするということを意識するためである。また、記載した言葉も、極力専門用語や専門職同士でしか通用しない言葉は使わず、常に本人に分かりやすく説明可能であり、なおかつ本人が聞いたり読んだりしても不快にならないような配慮をした（しかし、まだまだ十分とは言えない部分も多々あるため、批判的に読んでいただき更なる工夫や提案をしてもらいたい）。このように、使う言葉一つ一つに拘ることこそが、本人主体・本人中心の意思決定支援へと関係者の意識を転換する第一歩であると考えられる。

また、本人参加の話し合いの仕方にも配慮が必要である。本人に分かりやすく伝える工夫、コミュニケーション方法の開発も、本人主体・本人中心の検討を進める上では必要不可欠で重要な要素である。合理的配慮の提供という観点からも、まず社会福祉関係者が率先して取り組まなければならない課題である。

話し合いでは、誰もが安心して意見が表明でき、否定しない・されない、認め合うという姿勢が求められる。特に本人が意見を表明できるような促しや、本人の意見に関係者が真摯に耳を傾ける姿勢がなければ、意思決定支援は成り立たない。このような話し合いが成立するよう、話し合いの進め方に関する技法についても、主催する可能性がある関係者は特に身に付けておく必要がある。

現在でも、本人参加の話し合いの機会は多数設定されている。しかし、本人の参加は形式だけで、実際にそこで交わされるやり取りは、本人の頭上を飛び越えて関係者の間だけで交わされていることも少なくない。用意された資料が、本人には全く理解不能な資料となっていることも多いのではないだろうか。話し合いの持ち方を見直すことも、本人主体・本人中心の意思決定支援につながる重要事項である。

以上のように、①ツールの趣旨を正しく理解し、②活用する際の留意事項を理解した上で実際に記入することができ、③本人参加の話し合いを運営し、④本人のコミュニケーション特性や判断能力に合わせて本人が理解できるような伝え方、コミュニケーション方法の工夫をするためには、一定の研修と技法を身に付けるトレーニングが必要である。これら研修やトレーニングプログラムの構築と実施は、次に本会が取り組むべき課題であると考えられる。

2 「意思決定支援」の概念整理と実践の統合

法的な意味における「意思決定支援」の概念が未確立であることは第2章で述べた。また社会福祉法制度における「意思決定支援」、あるいは支援方法としての「意思決定支援」についても、定義が曖昧なまま様々な文脈で用いられているのが現状ではないだろうか。「意思決定支援」とは、どのような枠組みで、誰が誰に何をすることなのかという概念整理は喫緊の課題である。「意思決定支援」とは何か定義を明確にし、基本姿勢を掲げて「意思決定支援」におけるあるべき方向性を指し示すことは、「意思決定支援」を推進する上での大前提であり、方向性を見失わず、誤った方向に進まないようにするための必須の取り組みである。それは、ガイドライン、行動指針、あるいは法制度という形式で示されるものかもしれない。

概念整理の議論と並行して、実践の分析から「意思決定支援」のあり方を模索するアプローチも重要である。なぜなら、概念整理の成果としてガイドラインや行動指針が示されたとしても、あるいは法制度に「意思決定支援」が位置付けられたとしても、それだけで実践が可能になるわけではないからである。

実践は、個別性のある目の前にいる一人一人の人に対して、その人の刻々と変化する状況に合わせて個別具体的に行われるものである。具体的な事例から理論を導き出す帰納的アプローチと、概念整理によって理論化された「意思決定支援」を実践に照らして検証する演繹的アプローチの両方が相まって、「意思決定支援」のあり方がより明確になるのではないだろうか。

本研究は、実践事例（に基づく創作事例）から「意思決定支援」のあり方を模索する帰納的アプローチであったといえる。開発したツールを用いて実践場面を記録することで見えてきたものは多い。ツールの活用例における「意思決定支援」の各場面では、判断能力が不十分な人の意思をどう引き出し、解釈し、どうすることが本人の意思を尊重したことになるのかという「意思決定支援」の困難性が描かれた。成年後見人等をはじめとする関わる支援者が、苦悩しジレンマを感じながら本人と対峙し、「意思決定支援」とはどうあるべきかという難解な課題と真摯に向き合おうとする姿が見えてきたように思う。また、成年後見人等が権限行使をする場面では、権限行使という行為の意味と正当性を問いかけながら、自身の役割を遂行する姿が浮かび上がってきた。実践がツールにより可視化されることで、「意思決定支援」の概念整理に寄与するものは多いのではないだろうか。

そして、判断能力が不十分な人の「意思決定支援」は、成年後見人等であれ専門職であれ、単独で専断的に実行すべきものではない。まして成年後見人等による権限行使に至っては、本人の代理・代行決定という重い判断を独断ですることは許されない。本研究で提示してきたように、本人を中心に据えた関係者による検討を重ねて判断が導き出されるという手順と、その根拠が明確に示された記録が不可欠であり、関係者による協働、チームアプローチの仕組みが存在することが「意思決定支援」の絶対条件と言えるのではないだろうか。

3 意思決定支援に配慮した成年後見活動の確立のために社会福祉士が果たす役割

2015年に日本弁護士連合会が成年後見等の業務に関わりのある専門職を対象に行った「専門職後見人の本人の意思の尊重に関する実態調査」結果²²では、社会福祉士の思考特性を垣間見ることができる。例えば、「後見人等が法律行為の代理をするにつき本人の意思確認を行うこと」では、弁護士、司法書士など法律職に比べて、社会福祉士では「常に本人に確認するようにしている」の回答が一番多く、日頃から本人の意思確認に配慮していることが示された。また、訪問販売による権利侵害事例への対応についても、法律職に比べて社会福祉士は「本人がどうして買いたいのか、良く本人と話し合う」という回答が高く、「販売員とまた会いたいという本人の動機について、理由を本人と話し合い、他の方法があれば決定が変わるのかを確認する」の割合が高く、「特に必要ないから買わないように本人を説得する」の割合は低かった。

²² 日本弁護士連合会 第58回人権擁護大会シンポジウム第2分科会基調報告書 2015年10月 P27-P31

この結果からも、社会福祉士は成年後見活動に際して、社会福祉士の倫理綱領と行動規範に依拠する専門性を発揮していると言える。すなわち、利用者との関係を第一に置き、「利用者の利益の最優先」「自らの先入観や偏見を排し利用者があるがままに受容する」「利用者に必要な情報を適切な方法・わかりやすい表現を用いて提供し、利用者の意思を確認する」「利用者の自己決定を尊重し、利用者がその権利を十分に理解し、活用していけるように援助する」「意思決定能力の不十分な利用者に対して、常に最善の方法を用いて利益と権利を擁護する」等の倫理基準の順守である。

意思決定支援に配慮した成年後見活動においては、社会福祉士が持つソーシャルワークの基本的な視点に基づく支援手法を率先して活用し、推進する役割が課せられている。第一に本人との信頼関係の構築をベースにして、個々の場面における支援を通じて本人をエンパワメントしていく活動、第二に関係機関とネットワークを作り、本人が参加するケース会議等で意思決定支援のあり方を体現していく活動である。そのためには、前述1(2)で述べた通り、ツールを活用する上での課題について、社会福祉士が率先して取り組まなければならない。また前述1(1)で述べたように、意思決定支援の実践に向けたツールの活用を推し進める役割を担わなければならない。社会福祉士には、地域における権利擁護の推進者としての活動が期待されており、その要請に応えることが使命である。

4 結びにかえて

オレンジプランにおいて、「意思決定支援の在り方」については議論が始まったばかりであり、政策的課題も明確になっていない。本研究におけるツールが意思決定支援に配慮した成年後見制度活用の具体的なイメージを提案することに寄与し、意思決定支援の施策化の議論の一助となることを望む。また、市民後見人の活動のサポートや、都道府県や市町村担当者、関係機関職員等の研修等でツールが活用されることを期待したい。

成年後見制度が真に高齢者・障害者の権利擁護の核となる制度として機能するためには、障害者権利条約第12条が提起する「本人中心主義」「意思決定支援」に配慮した成年後見活動の枠組みを前提に、第19条が提起する社会的包摂の理念を具現化することが求められる。判断能力が不十分な人が「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」として意思決定支援に配慮した成年後見制度のあり方が議論され、地域における権利擁護の推進と広く国民の権利擁護意識の醸成に本研究が役立つことを願う。

参考文献一覧

社会保障審議会障害者部会「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」,平成 27 年 10 月

http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12601000-Seisakutoukatsukan-Sanjikanshitsu_Shakaihoshoutantou/0000096733.pdf

社会保障審議会障害者部会「障害者総合支援法施行 3 年後の見直しについて～社会保障審議会障害者部会報告書～」,平成 27 年 12 月

http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12601000-Seisakutoukatsukan-Sanjikanshitsu_Shakaihoshoutantou/0000106993.pdf

障害者政策委員会「議論の整理～第 3 次障害者基本計画の実施状況を踏まえた課題～」,平成 27 年 9 月

http://www8.cao.go.jp/shougai/suishin/seisaku_iinkai/k_26/pdf/s1-4.pdf

「障害者の権利に関する条約第 1 回日本政府報告（案）（日本語仮訳）」,障害者政策委員会会議資料,平成 27 年 12 月

http://www8.cao.go.jp/shougai/suishin/seisaku_iinkai/k_26/pdf/s2_1.pdf

公益社団法人成年後見センター・リーガルサポート『これからの後見人の行動指針ーよりよい後見事務のみちしるべ』,日本加除出版株式会社 平成 27 年 5 月

公益社団法人成年後見センター・リーガルサポート意思能力調査委員会準備室『『生活環境調査報告書』ご利用の手引き』,2004 年 10 月

公益社団法人日本発達障害連盟 厚生労働省平成 26 年度障害者総合福祉推進事業「意思決定支援の在り方並びに成年後見制度の利用促進の在り方に関する研究」,平成 27 年 3 月

<http://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12200000-Shakaiengokyokushougaihokenfukushibu/0000099358.pdf>

公益社団法人日本社会福祉士会「生活支援アセスメントシート」,2014 年 5 月

http://www.jacsw.or.jp/15_TopLinks/seikatsu_konkyu/files/assessment/01.pdf

実践的 SDM 開発プロジェクトチーム「All About Me（すべて私のためにみんながいる）支援付き意思決定・意思決定支援（SDM）実践モデル講演会」,平成 27 年 12 月 14 日講演会資料

日本弁護士連合会「第 58 回人権擁護大会シンポジウム第 2 分科会基調報告書 『成年後見制度』から『意思決定支援制度』へ～認知症や障害のある人の自己決定権の実現を目指して～」,2015 年 10 月

日本弁護士連合会「総合的な意思決定支援に関する制度整備を求める宣言」,2015 年 10 月

http://www.nichibenren.or.jp/activity/document/civil_liberties/year/2015/2015_1.html

北川清一他『社会福祉の支援活動 ソーシャルワーク入門』,ミネルヴァ書房,2008 年,第 8 章(金田知子)

上山泰「障害者権利条約の国際モニタリングにみる成年後見制度の評価」週刊社会保障 2851 号,

2015年

上山泰「現行成年後見制度と障がいのある人の権利に関する条約12条の整合性」菅富美枝編『成年後見制度の新たなグランド・デザイン』,法政大学出版局,2013

川島聡「障害者権利条約12条解釈に関する一考察」実践成年後見51号,2014年

渡辺晴子「ソーシャルサポートネットワークづくり」日本地域福祉学会編『新版 地域福祉辞典』中央法規出版

河野聖夫「ソーシャルサポート・ネットワークの分析(マップ)と役割分析図」,神奈川県主任介護支援専門員研修 事例研究事例検討指導方法資料

柴田洋弥「意思決定支援と法定代理制度の考察(障害者権利委員会一般意見書に適合する成年後見制度改革試論)」,2015年10月

菅富美枝「「意思決定支援」の観点からみた成年後見制度の再考」菅富美枝編『成年後見制度の新たなグランド・デザイン』,法政大学出版局,2013年

菅富美枝『イギリス成年後見制度にみる自律支援の法理』,ミネルヴァ書房,2010年

名川勝「日本成年後見法学会 障害者権利条約と成年後見制度に関する連続研究会第5回」配付資料,2015年2月7日開催

西原留美子「Mental Capacity Act2005におけるベスト・インタレスト決定過程—わが国の成年後見活動への活用の可能性—」『東海大学健康科学部紀要』,第19号

西原留美子「成年後見活動における「ベスト・インタレスト」判断過程の可視化の検討—「障害者の権利に関する条約」第12条の論点整理をふまえて—」『東海大学健康科学部紀要』,第21号,2016年

フォルカー・リップ(新井誠訳)「支援および成年者保護」『成年後見法研究』,13号,2016年

宮本秀晃「特集 支援の新たな流れをよむ~第3回成年後見法世界会議から~人権はどこから始まるか」『実践成年後見』,No.53,民事法研究会,2014年

山口理恵子「成年後見制度における意思決定支援の理念を基盤にしたガイドラインの検討—イギリス2005年意思決定能力法と社会福祉士後見人による実践事例を中心に—」『社会福祉学』,Vol156-2号,通巻114号,2015年

渡部律子「ソーシャルサポート理論の応用」『「高齢者援助における相談面接の理論と実際第2版」,医歯薬出版株式会社,2011年

Where Human Rights Begin:Human Rights and Guardianship for Individuals with Developmental Disabilities

Jane Gildersleeve, Simon Azavedo, Joan Kakascik

3rd World Congress on Adult Guardianship May 30,2014 Arlington, Virginia USA

Best Interests Decision-Making: Guidance for Staff: May 2008 by The Royal Borough of

Kensington and Chelsea 2008年

ロンドンのケンジントン・チェルシー区独自の「ベストインタレスト意思決定」の職員用ガイド
ンス

Independent Mental Capacity Advocate involvement in accommodation decisions and care
reviews: December 2010 by Social Care institute for Excellence (Written by David Thomson)
SCIE (ソーシャルワークの研究機関) と成人社会福祉部長協会により出版された居住決定とケア
検討に IMCA が依頼される場合の実際的なガイダンス 2010年

委員名簿

所属は2016年3月31日現在（敬称略）

【意思決定支援に配慮した成年後見制度活用のための手引き策定委員会】

委員長	山崎 智美	社会福祉士：本会副会長
委員	大輪 典子	社会福祉士：東京社会福祉士会（スペース・輪）
委員	上山 泰	新潟大学法学部教授
委員	田邊 寿	社会福祉士：三重県社会福祉士会（伊賀市社会福祉協議会）
委員	西原 留美子	社会福祉士：神奈川県社会福祉士会（東海大学健康科学部社会福祉学科）
委員	星野 美子	社会福祉士：東京社会福祉士会（TRY星野社会福祉士事務所）
（研究協力）	河野 聖夫	新潟医療福祉大学

【事務局】

小幡 秀夫 日本社会福祉士会

報告書の執筆について

第1章	意思決定支援に配慮した成年後見制度活用のための手引き策定委員会
第2章	上山 泰
第3章	大輪 典子 西原 留美子 （執筆協力）河野 聖夫
第4章	大輪 典子 田邊 寿 星野 美子
第5章	意思決定支援に配慮した成年後見制度活用のための手引き策定委員会

平成27年度老人保健事業推進費等補助金（老人保健健康増進等事業分）
「権利擁護人材育成・活用のための都道府県の役割と事業化に関する調査研究 報告書」

第Ⅱ部

意思決定支援に配慮した成年後見制度活用 のための手引き策定に関する研究 報告書

2016年3月

公益社団法人日本社会福祉士会
〒160-0004 新宿区四谷1-13 カタオカビル2F
TEL:03-3355-6541 FAX:03-3355-6543 Email:info@jacsw.or.jp
http://www.jacsw.or.jp/01_csw/07_josei/index.html

本報告書は平成27年度老人保健事業推進費等補助金（老人保健健康増進等事業分）「権利擁護人材育成・活用
のための都道府県の役割と事業化に関する調査研究 報告書」の一部を抜粋したものです。