参考資料３

事　務　連　絡
令和２年５月１日

意思決定支援チームメンバー各位

神奈川県福祉子どもみらい局意思決定支援担当課長
（　公　印　省　略　）

「津久井やまゆり園利用者意思決定支援における意思決定支援に係る
手掛かり・ヒアリングシートの記載留意点」の改訂について（通知）

津久井やまゆり園利用者の意思決定支援につきましては、日頃格別の御理解と御協力をいただき、厚くお礼申し上げます。

このことについて、別添のとおり改訂しましたのでお知らせします。

問合せ先
共生社会推進課　意思決定支援グループ
大田、熊岡、佐藤、長谷川
電　話　045-285-0554（直通）
ＦＡＸ　045-210-8868

＜新旧対照表＞

4　項目別 記載留意点

項目	留意事項	
	新	旧
⑰　手掛かり・ヒアリングエピソード	・　ヒアリングエピソードは、⑱「好き・喜び・楽しみ」、⑲「嫌い・苦手・不快」、⑳「意思能力・表現方法等」の根拠となるものです。より多くのヒアリングエピソードから、利用者の意思表示の方法を理解し、表情、感情、行動から意思の読み取り等を行うようにしてください。	・　ヒアリングエピソードは、⑰「好き・喜び・楽しみ」、⑱「嫌い・苦手・不快」、⑲「意思能力・表現方法等」の根拠となるものです。より多くのヒアリングエピソードから、利用者の意思表示の方法を理解し、表情、感情、行動から意思の読み取り等を行うようにしてください。
⑱　好き・喜び・楽しみ	・　⑰ヒアリングエピソードから明らかになった本人の「好き・喜び・楽しみ」に関わることを記載してください。	・　⑯ヒアリングエピソードから明らかになった本人の「好き・喜び・楽しみ」に関わることを記載してください。
⑲　嫌い・苦手・不快	・　⑰ヒアリングエピソードから明らかになった本人の「嫌い・苦手・不快」に関わることを記載してください。	・　⑯ヒアリングエピソードから明らかになった本人の「嫌い・苦手・不快」に関わることを記載してください。
⑳　意思能力・表現方法等	・　⑰ヒアリングエピソードから明らかになった本人の「意思能力・表現方法等」について記載してください。	・　⑯のヒアリングエピソードから明らかになった本人の意思能力・表現方法等について記載してください。
《ヒアリングシート別紙の使い方》	現在、別紙に記載されている新たなエピソードについては、ヒアリングシートを会議の場で有効に活用するため、原則ヒアリングシート１枚（表・裏面）に最新の情報を集約させてください。 ・　ヒアリングシート裏面⑰の欄に、⑱、⑲、⑳の根拠となる主要なエピソードを整理して記載してください。 ・　それ以外のエピソードについては、別紙１枚に整理して記載してください（可能な限り表面で記載できるよう工夫してください）。	ヒアリングエピソードが蓄積され、現在、別紙に新たなエピソードを記載していると思います。ヒアリングシートを会議の場で有効に活用するためにも、ヒアリングシート１枚（表・裏面）に最新の情報を集約させていきたいと考えています。そこで、今後は次のような整理をお願いします。 ・　ヒアリングシート裏面⑯に欄に、⑰、⑱、⑲の根拠となる主要なエピソードを整理して記載してください。 ・　それ以外のエピソードについては、別紙に記載してください。

津久井やまゆり園利用者
意思決定支援に係る
手掛かり・ヒアリングシートの
記載留意点

〔参考資料〕

参考資料１　津久井やまゆり園利用者意思決定支援実施要領

参考資料２　障害福祉サービス等の利用等にあたっての意思決定支援ガイドラインについて（平成 29 年３月厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部長通知）

参考資料３　ジェノグラム・対人関係マップの作り方
（国立武蔵野学院作成「育てノート」作成マニュアルより抜粋）

参考資料４　「意思決定支援に係る手掛かり・ヒアリングシート」確認ポイント

令和２年４月版

神奈川県福祉子どもみらい局
共生社会推進課

１　手掛かり・ヒアリングシートについて

○　厚生労働省から示された「障害福祉サービス等の提供に係る意思決定支援ガイドライン（平成29年３月）」において、「意思決定支援を進めるためには、本人のこれまでの生活環境や生活史、家族関係、人間関係、嗜好等の情報を把握しておくことが必要である。家族も含めた本人のこれまでの生活の全体像を理解することは、本人の意思を推定する手がかりとなる。」と規定されています。

○　また、「本人の日常生活における意思表示の方法や表情、感情、行動から読み取れる意思について記録・蓄積し、本人の意思を読み取ったり推定したりする際に根拠を持って行うことが重要である。本人が意思決定支援することが難しい場合でも、「このときのエピソードには、障害者の意思を読み取る上で重要な『様子』が含まれている」という場合がある。そういった、客観的な整理や説明できないような「様子」を記録に残し、積み上げていくことは、障害者の意思決定支援を支援する上で重要な参考資料になる。」と規定されており、ヒアリングエピソードはこの記録を集めたものになります。

○　手掛かり・ヒアリングシートは、上記の情報等をまとめ、チームメンバーでの情報共有や意思決定支援検討会議での資料として活用するために作成したものです。

２　手掛かり・ヒアリングシートの作成

○　１回目のヒアリングシートの作成後、利用者本人の意思確認や担当者会議等の実施のたびに、必ず作成（更新）してください。

○　２回目以降の作成（更新）について、前回からの変更箇所が分かるように、追記・変更した箇所に下線を引いてください。

○　手掛かり・ヒアリングシートの管理については、その時点の状況が分かるよう、次のようにバージョン管理をしてください。

＜例＞　Ａ氏_手掛かり・ヒアリングシート（平成30年４月５日ヒアリング実施後）
　　Ａ氏_手掛かり・ヒアリングシート（平成30年６月10日ヒアリング実施後）
　　Ａ氏_手掛かり・ヒアリングシート（平成30年７月７日担当者会議実施後）

３　その他

○　手掛かり・ヒアリングシートは、利用者本人や家族をはじめ、多くの関係者が目を通す可能性がある書類ですので、内容や表現等には十分注意してください。

4　項目別 記載留意点

（表面）

意思決定支援に係る手掛かり・ヒアリングシート

平成 31 年4月〇日 ver

利用者名：　　様

作成日：

①作成者：

②第　　版

第●　期

※項目としては残りますが、使用しません。

望む生活	
ご本人の意思：	③
ご家族の意向：	④

基本情報（生活史、学校及び福祉サービス等利用歴（教育・支援経過）等）

生年月日：

援護地：

現居住地：

⑤主たる障害：

療育手帳：

⑥その他手帳

障害基礎年金：

⑦その他収入：

障害支援区分：

現在の支援目標

（サービス等利用計画）⑧

（個別支援計画）

生活史

（出生時～学齢期）⑨

学齢期以降）

障害福祉サービス等の利用状況）

生活環境

（現在の生活環境、日中の過ごし方）⑩

（必要な環境への配慮、医療情報等）⑪

家族関係

家族構成（ジェノグラム）

⑫

主たる家族等氏名・続柄

成年後見人の氏名・類型　⑬

社会関係図（エコマップ）

⑭

友達

ADL

食事：

排せつ：

睡眠：

入浴：

整容：

更衣：

移動：

起居・移乗：

その他：

（IADL）⑮

食事の準備：

買物：

掃除：

洗濯：

金銭管理：

服薬管理：

交通機関の利用：

電話の使用：

書類の記入：

趣味：

余暇活動：

その他：⑯

意思決定支援に係る手掛かり・ヒアリングシート作成にあたり、以下の点に留意して記載してください。

項　　目	留意事項
①　作成者	・　チーム責任者である相談支援専門員（セルフプランの場合は、チーム責任者となるサービス管理責任者）が記載してください。 ・　津久井やまゆり園支援担当職員等、利用者本人の情報を持つチームメンバーが記載しても構いませんが、内容の確認、必要な情報収集、情報整理等は、相談支援専門員が、ストレングスアセスメントの視点から行ってください。
②　第　版	・　今回作成したヒアリングシートが第何版なのかを記載してください。（例、１回目の場合は第１版） ・　２回目以降は、前回からの変更箇所が分かるように追記・変更した箇所に下線を引いてください。 ・　利用者本人の意思確認や担当者会議等の実施のたびに必ず作成（更新）してください。
③　ご本人の意思	・　本人の言葉なのか、会議の中で推定された本人の意思なのかについても記載してください。 ・　担当者会議等で確認された、あるいは推定された本人の意思（望む生活）について、随時、反映させてください。
④　ご家族の意向	・　最新の家族の意向を記載してください。
⑤　主たる障害	・　診断名を記載してください。
⑥　その他手帳	・　身体障害者手帳、精神障害者保健福祉手帳の取得状況を記載してください。
⑦　その他収入	・　障害厚生年金、障害共済年金、作業収入等を記載してください。
⑧　現在の支援目標	・　サービス等利用計画及び個別支援計画で定めた目標を転記してください。
⑨　生活史	・　単なる履歴ではなく、本人の出生時から現在までどのような生活を送り、今に至っているのかについて、読んでイメージが湧くように記載してください。 ※　例えば、利用者本人のこれまでの生活環境や生活史の状況整理する際は、いつ卒業したのかという情報だけでなく、「利用者が小学校、中学校、高校とどんな生活をしていたのか、何に楽しんで、何に喜んで、何に悲しんでいたか」「どういうものに興味を持って、その興味を持ったのは何故か、興味のあるものに対してどんな表情をしていたのか」「学齢期以降は、それぞれの入所施設でどんな経験をしてきたのか、入所していた施設の資源の概要、その施設の生活の中で何に興味を持って、その興味に対して具体的にどう支援して、その結果どうだったのか、旅行に行ったらどんなことが楽しかったのか」など、その方の生活しているイメージが伝わるよう、十分工夫して記載してください。

⑩　現在の生活環境、日中の過ごし方	・　項目の表記を変更（「日中の過ごし方」を追加しました）。 ・　物理的な環境だけではなく、日中どのように過ごしているのか（平日・休日）等も記載してください。
⑪　必要な環境への配慮、医療情報等	・　項目の表記を変更（「医療情報」を追加しました）。 ・　本人の障害特性等を考慮し、本人が望む生活を送る場合に必要な生活環境上の配慮を記載してください。 ・　医療情報（病名、医療的な対応、通院先等）についても記載してください。
⑫　家族構成	・　参考資料３を参照して、ジェノグラムを記載ください。
⑬　成年後見人	・　氏名、類型に加えて、いつから関わっているのか記載してください。
⑭　社会関係図	・　参考資料３を参照して、エコマップを記載してください。 ・　家族、後見人等の交流状況について、エコマップの中に記載してください（例、月１回面会、年に１回外泊等）。 ・　「友達」については、氏名ではなく、関係性を記載してください（例、同室の男性、他施設の女性等）。
⑮　IADL	・　それぞれの項目について、作業工程を細かく見て、本人一人でどこまでできるのか、どのような支援があれば可能なのか等について記載してください。 （例）買い物：陳列棚からほしい物を選ぶ、レジで物の受け渡しはできるが、支払いは支援員が行う等 洗　濯：支援員が指差しでタンスの場所を示せば片づける、一人で衣類をたたむ等 ※　「電話の使用」については、電話だけではなく、スカイプや手紙、メール等の手段による間接的な交流が可能かという視点で記載してください。 ※　利用者本人のできることや興味関心のあることを通じて、生活の幅は広がっていきます。これまでの記録やアセスメントシートを基に、利用者本人のできることや興味関心のあるところなどの利用者本人の強み（ストレングス）に力点を置いて再アセスメントし、追記・変更等があれば、随時、更新してください。
⑯　その他	・　事件に関する情報について、「受傷の有無」「入院の有無」を記載してください。 ・　詳細を記載する必要はありませんが、事件当時のご本人の状況等について尋ねられた場合に、説明できるようにしておいてください。

参 考

～意思決定支援は、本人のライフストーリー（物語）づくりからはじまる～

状況把握の要点

1．総合的な把握
→　本人に関する情報の整理が行われている。

2．本人主体のアセスメント
→　本人中心のアセスメントが行われている。

3．アセスメントにおけるリフレーミング
→　価値ある存在としての把握がなされている。

4．ストレングスアセスメント
→　本人及び環境の強みの観点が反映されている。

※　平成 30 年 5 月 11 日実施
上智大学大塚晃教授研修資料より抜粋

ストレングスモデルアセスメント

〇「ストレングス（Strength）」とは、個別支援計画を作成するときにポイントになる、本人と環境の両方にある強さのこと。
〇ストレングスモデルとは、全ての人やその人を取り巻く環境には、強さであるストレングスがあるので、それを中心にアプローチしていこうとする考え方。

ストレングスモデル

- チャールズ・A・ラップ等は、「全ての人にはストレングス（強さ）があり、生活に抱く願望や抱負、個人の素質、特質、技術、才能、そして環境の中に、ストレングスがある。」としている。
- 本人のストレングスは、人柄（個性）、才能、技能、生活に抱く願望や抱負、興味、良い生活習慣の継続、経験、経験からくる自負など。
- 環境のストレングスは、年金受給や保険利用ができるなどの制度的環境、家族仲が良い、近隣に知人が住んでいるなどの人的環境、持ち家である、一階に住んでいる、道路が広い、駅に近い、スーパーが近いなどの住環境など。

（裏面）

領域別のアセスメント

手掛かり・ヒアリングエピソード

⑰

（出生時～学齢期）

（学齢期以降） ※自宅、学校など障害福祉サービス利用時以外のエピソード

※以前利用していた障害福祉サービス利用時のエピソード

※現在利用している障害福祉サービス利用時のエピソード

※エピソードが右記のどの項目の根拠となっているかがわかるように、次のとおり文頭に記号（複数の項目の根拠となる場合は複数の記号）を付してください。

好き・喜び・楽しみ：○ 、 嫌い・苦手・不快：× 、 意思能力・表現方法等：■

※スペースが足りない場合は、別紙に記載してください。

好き・喜び・楽しみ

⑱

嫌い・苦手・不快

⑲

意思能力・表現方法等

⑳

主張：

拒否：

柔軟性：

言語的理解：

視覚的理解：

表情：

言語：

表現：（表情・言語以外）

コミュニケーション手段：

言葉等への反応：

その他：

上記のことから、推定されるご本人の意思（望む生活）

㉑

意思決定支援に係る手掛かり・ヒアリングシート作成にあたり、以下の点に留意して記載してください。

項　　目	留意事項
⑰　手掛かり・ヒアリングエピソード	・　ヒアリングエピソードは、⑱「好き・喜び・楽しみ」、⑲「嫌い・苦手・不快」、⑳「意思能力・表現方法等」の根拠となるものです。より多くのヒアリングエピソードから、利用者の意思表示の方法を理解し、表情、感情、行動から意思の読み取り等を行うようにしてください。 ・　ヒアリングエピソードについては、文頭に記号（〇：好き・嫌い・楽しみ、×：嫌い・苦手・不快、■：意思能力・表現方法等）を付して、記載してください。 ・　ヒアリングエピソードは情報が多くなるため、項目ごとに整理・分類し、記載するなどの工夫をしてください。
⑱　好き・喜び・楽しみ	・　⑰ヒアリングエピソードから明らかになった本人の「好き・喜び・楽しみ」に関わることを記載してください。
⑲　嫌い・苦手・不快	・　⑰ヒアリングエピソードから明らかになった本人の「嫌い・苦手・不快」に関わることを記載してください。
⑳　意思能力・表現方法等	・　⑰ヒアリングエピソードから明らかになった本人の「意思能力・表現方法等」について記載してください。
㉑　上記のことから推定されるご本人の意思（望む生活）	・　ヒアリングシートの情報をもとに、担当者会議等で話し合った本人の意思（望む生活）、あるいは、本人からヒアリングした意思（望む生活）について記載してください。 ・　次に、ヒアリングシートを更新する場合は、ここに記載された内容について、③「ご本人の意思」に反映するようにしてください。

《ヒアリングシート 別紙の使い方》

現在、別紙に記載されている新たなエピソードについては、ヒアリングシートを会議の場で有効に活用するため、原則ヒアリングシート１枚（表・裏面）に、最新の情報を集約させてください。

・　ヒアリングシート裏面⑰の欄に、⑱、⑲、⑳の根拠となる主要なエピソードを整理して記載してください。
・　それ以外のエピソードについては、別紙１枚に整理して記載してください（可能な限り表面で記載できるよう工夫してください）。
・　別紙に記載する際は、読み手が読みやすいように、別紙を縦に二段組みにしてください。

参考資料１

津久井やまゆり園利用者意思決定支援実施要領

１　目的

津久井やまゆり園再生基本構想（平成 29 年 10 月）に基づき、津久井やまゆり園利用者（以下「利用者」という。）の今後の生活の場の選択について、利用者一人ひとりの意思を尊重するとともに、その実現に向け、厚生労働省から示された「障害福祉サービス等の提供に係る意思決定支援ガイドライン（平成 29 年３月 31 日付け厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部長通知）」を参考に、丁寧に、かつ、適切な手続きによる意思決定支援に取り組むことにより、もって利用者の今後の生活の場についての利用者の選択の幅を広げ、かつ、その意思を可能な限り反映できるよう複数の選択肢を用意し、一人ひとりがその人らしく暮らすことができる環境を提供することを目的とする。

２　実施主体

神奈川県

３　対象者

利用者（平成 28 年７月 26 日時点で、津久井やまゆり園に入所していた者に限る。）

４　基本的な考え方

意思決定支援とは、自ら意思を決定することに困難を抱える障害者が、日常生活や社会生活に関して自らの意思が反映された生活を送ることができるように、可能な限り本人が自ら意思決定できるよう支援する仕組みである。

利用者の意思決定支援に当たっては、次のことに留意して手続きを進める。

(1)　本人への支援は、利用者一人ひとりの自己決定の尊重に基づき行うことが原則である。本人の自己決定にとって必要な情報の説明は、絵カードや具体物の活用、体験の機会の提供など、本人が理解できるよう工夫して行う。

(2)　本人の自己決定や意思確認が困難な場合は、本人の日常生活における表情、感情、行動に関する情報や、これまでの暮らしにおける様々な情報を把握し、根拠を明確にしながら、利用者一人ひとりの意思及び選好を推定する。

(3)　職員等の価値観からは不合理と思われる決定でも、他者への権利侵害がなければ、その選択を尊重する。

(4)　本人の意思を推定することがどうしても困難な場合は、本人にとっての最善の利益を判断する。その場合は、

- 複数の選択肢について本人の立場に立って、メリット・デメリットを可能な限り挙げた上で比較検討すること
- 一見、相反する二者択一が求められる場合でも、両立の可能性について十分に考慮し、本人の最善の利益を追求すること
- 自由の制限を最小化すること

などを考慮する。

(5)　意思決定支援を進める上では、サービスを提供している事業者だけでなく、幅広い関係者から、本人の立場に立った客観的な意見を求めるなど、多様な視点から本人の意思決定支援を進める。

5　利用者等の個人情報の利用及び収集の同意

県等の関係者が、津久井やまゆり園に保有しているサービス等利用計画書や利用調査票など、利用者等の個人情報が記載された書類の閲覧等の利用及び新たな個人情報の収集に関して家族等の同意を得る。

6　意思決定支援の仕組みと手続き

(1)　津久井やまゆり園職員による状況整理

事件前、事件後の利用者の様子、これまでの生活史、日常生活における利用者の意思表示の状況などについて、津久井やまゆり園職員が整理する。

(2)　意思決定支援チームの設置

利用者本人の意思を確認するため、利用者一人ひとりに意思決定支援チームを設置する。チームの構成員は次のとおりとする。

ア　相談支援専門員（チーム責任者）

本人が利用する障害福祉サービスの内容を定めるサービス等利用計画の作成者であり、サービス内容の決定に最も深く関わる者として意思決定支援チームを主宰する。

イ　津久井やまゆり園支援担当職員

津久井やまゆり園において、利用者の支援を担当している職員として、利用者の様子について報告するとともに、支援担当職員としての意見を述べる。

ウ　津久井やまゆり園サービス管理責任者

津久井やまゆり園において、利用者の障害福祉サービスに係る個別支援計画を作成している職員として、利用者の様子や家族の状況等を踏まえた支援の考え方について説明するとともに、サービス管理責任者としての意見を述べる。

エ　市町村障害福祉主管課職員

利用者に係る障害福祉サービスの支給決定を行う機関として参加する。

オ　県障害福祉主管課職員

意思決定支援の取組みを統括する立場として参加する。

(3)　意思決定支援チームに対する研修の実施

意思決定支援チームの構成員が、意思決定支援の趣旨、手続き等について十分な理解を得られるよう、障害者の権利擁護・地域生活支援の専門家等による研修会を継続的に実施する。

(4)　利用者への説明や見学、体験の機会の提供

利用者の一人ひとりに対して、分かりやすい意思決定支援の説明を行う。また、グル

ープホーム等での生活に関する見学や体験の機会を適宜設け、丁寧に、必要であれば繰り返しながら、意思決定支援を進める。

(5)　家族等への説明や見学、体験の機会の提供

家族等の理解を得ながら意思決定支援を進めるため、意思決定支援の趣旨や手続きの説明を行うとともに、グループホーム等の生活に関する説明会を実施し、見学、体験の機会を提供するなど、丁寧な対応を行う。

(6)　利用者の意思の確認

利用者の意思の確認に当たっては、意思決定支援チームが利用者からヒアリングを実施する。ヒアリングは、必要に応じて、複数回実施するなど、丁寧に進める。

また、家族からは、入所に至るまでの生活の状況、帰宅中の様子、家族としての思い等についてヒアリングを行うなど、本人の意思決定支援に必要な情報収集を行う。

なお、ヒアリングは、利用者や家族、職員等に過度の負担が生じないよう配慮するとともに、地域生活移行又は施設入所を強いることがないよう進める。

(7)　意思決定支援検討会議の設置

意思決定支援チームが行った意思決定支援の内容を確認した上で、利用者一人ひとりについて、暮らしのあり方や居住の場の選択の方向性を検討し決定するために、意思決定支援検討会議を設置する。

会議の構成員として、第三者の立場、専門家の立場からの意見を反映させるため、意思決定支援チームメンバーに加えて、意思決定支援専門アドバイザーを置く。意思決定支援専門アドバイザーは、相談支援に精通する実践的な指導者、法律の専門家、障害者の権利擁護・地域生活支援に関する専門家とする。

意思決定支援検討会議は、本人の明確な意思の確認が困難な場合には、本人の意思を推定する。

なお、意思決定支援検討会議は、利用者・家族等の出席を基本とし、必要に応じ、関係事業者等の参加を可能とする。

(8)　意思決定支援検討会議の結果に基づく調整

意思決定支援検討会議において、地域生活への移行の意思が確認された場合には、関係者はそれぞれ地域生活移行に向けた支援を開始する。支援に当たっては、意思決定支援チームメンバーを中心に、必要に応じて関係事業者が協力しながら、また、必要に応じて知的障害関連団体などの事業者団体等とも連携しながら、地域生活移行の実現に向けた取組みを行う。

(9)　検討方法及び検討結果の見直し

利用者の心身の状況の変化や、これに伴う意思の変化等に対応するため、継続的に意思決定支援を行う。

7　利用者の意思決定支援の流れ

利用者の意思決定支援の流れは、別図のとおりとする。

附　則

1　この要領は、平成 29 年 10 月 14 日から施行する。

2　「津久井やまゆり園利用者の地域生活移行（居住の場の選択）に係る意思決定支援について」は、廃止する。

別図

津久井やまゆり園利用者の意思決定支援の流れ

意思決定支援の概要について本人や家族等への説明

↓

趣旨、具体の手続き等について家族等への説明会の実施

↓

津久井やまゆり園職員による状況整理 ※1

○　次の状況を記録
・津久井やまゆり園での様子（生活上の希望、一時帰宅から戻った様子等）
・これまでの生活史　　・本人の意思表示の状況

↓

モニタリング

意思決定支援チームによる利用者の意思確認

○　メンバー ※2
・相談支援専門員　・津久井やまゆり園支援担当職員　・同園サービス管理責任者
・市町村障害福祉主管課職員　・県障害福祉主管課職員

○　ヒアリング
・本人や家族等への説明や見学、体験の場の提供
・津久井やまゆり園職員が作成した記録等を資料とし、利用者へのヒアリングを実施（メンバーに対する事前の研修を実施）

↑　↓

意思決定支援検討会議の開催
（サービス担当者会議・個別支援会議と兼ねて開催可）

○　メンバー ※2
・相談支援専門員　・津久井やまゆり園支援担当職員　・同園サービス管理責任者
・市町村障害福祉主管課職員　・県障害福祉主管課職員
・意思決定支援専門アドバイザー
（利用者、家族等の出席を基本とし、必要に応じて関係事業者等の参加）

○　検討
・利用者の意思確認の結果等を踏まえ、最善の利益を判断

↓

意思決定の結果を反映したサービス等利用計画・個別支援計画の作成と
サービスの提供、支援結果等の記録

支援から把握される表情や感情、行動等から読み取れる意思と選好等の記録

意思決定支援に関する記録のフィードバック

※1　他の施設を利用されている方は、当該施設の職員が状況整理を行う。
※2　当該施設の支援担当職員及びサービス管理責任者がメンバーとなり、必要に応じて津久井やまゆり園担当職員等も加わる。

参考資料２

障発 0331 第 15 号
平成 29 年３月 31 日

都道府県知事
各　指定都市市長　殿
中核市市長

厚生労働省社会・援護局
障害保健福祉部長
（　公　印　省　略　）

障害福祉サービスの利用等にあたっての意思決定支援ガイドラインについて

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

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

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

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

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

障害福祉サービス等の提供に係る意思決定支援ガイドライン

Ⅰ．はじめに

１．ガイドライン策定の背景

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

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

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

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

５．障害者の意思決定支援・成年後見制度の利用促進の在り方について

（２）今後の取組

（基本的な考え方）

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

（意思決定支援ガイドライン）

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

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

（障害福祉サービスにおける意思決定支援）

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

２．ガイドラインの趣旨

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

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

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

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

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

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

Ⅱ．総論

１．意思決定支援の定義

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

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

２．意思決定を構成する要素

障害者の意思決定を構成する要素としては、次の三つが考えられる。

（１）本人の判断能力

本人の障害による判断能力の程度は、意思決定に大きな影響を与える。

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

（２）意思決定支援が必要な場面

意思決定支援は、次のような場面で必要とされることが考えられる。

① 日常生活における場面

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

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

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

② 社会生活における場面

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

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

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

（３）人的・物理的環境による影響

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

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

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

３．意思決定支援の基本的原則

意思決定支援の基本的原則を次のように整理する。

（１）本人への支援は、自己決定の尊重に基づき行うことが原則である。本人の自己決定にとって必要な情報の説明は、本人が理解できるよう工夫して行うことが重要である。また、幅広い選択肢から選ぶことが難しい場合は、選択肢を絞った中から選べるようにしたり、絵カードや具体物を手がかりに選べるようにしたりするなど、本人の意思確認ができるようなあらゆる工夫を行い、本人が安心して自信を持ち自由に意思表示できるよう支援することが必要である。

（２）職員等の価値観においては不合理と思われる決定でも、他者への権利を侵害しないのであれば、その選択を尊重するよう努める姿勢が求められる。

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

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

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

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

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

本人のこれまでの生活史を家族関係も含めて理解することは、職員が本人の意思を推定するための手がかりとなる。

４．最善の利益の判断

本人の意思を推定することがどうしても困難な場合は、関係者が協議し、本人にとっての最善の利益を判断せざるを得ない場合がある。最善の利益の判断は最後の手段であり、次のような点に留意することが必要である。

（１）メリット・デメリットの検討

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

（２）相反する選択肢の両立

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

例えば、健康上の理由で食事制限が課せられている人も、運動や食材、調理方法、盛り付け等の工夫や見直しにより、可能な限り本人の好みの食事をすることができ、健康上リスクの少ない生活を送ることができないか考える場合などがある。

（３）自由の制限の最小化

住まいの場を選択する場合、選択可能な中から、障害者にとって自由の制限がより少ない方を選択する。

また、本人の生命または身体の安全を守るために、本人の最善の利益の観点からやむを得ず行動の自由を制限しなくてはならない場合は、行動の自由を制限するより他に選択肢がないか、制限せざるを得ない場合でも、その程度がより少なくてすむような方法

が他にないか慎重に検討し、自由の制限を最小化する。

その場合、本人が理解できるように説明し、本人の納得と同意が得られるように、最大限の努力をすることが求められる。

5．事業者以外の視点からの検討

意思決定支援を進める上で必要となる本人に関する多くの情報は、本人にサービス提供している事業者が蓄積している。しかし、事業者はサービスを提供する上で、制度や組織体制による制約もあるため、それらが意思決定支援に影響を与える場合も考えられることから、そのような制約を受けない事業者以外の関係者も交えて意思決定支援を進めることが望ましい。本人の家族や知人、成年後見人等の他、ピアサポーターや基幹相談支援センターの相談員等が、本人に直接サービスを提供する立場とは別の第三者として意見を述べることにより、様々な関係者が本人の立場に立ち、多様な視点から本人の意思決定支援を進めることができる。

6．成年後見人等の権限との関係

法的な権限を持つ成年後見人等には、法令により財産管理権とともに身上配慮義務が課されている。一方、事業者が行う意思決定支援においても、自宅からグループホームや入所施設等への住まいの場の選択や、入所施設からの地域移行等、成年後見人等が担う身上配慮義務と重複する場面が含まれている。意思決定支援の結果と成年後見人等の身上配慮義務に基づく方針が齟齬をきたさないよう、意思決定支援のプロセスに成年後見人等の参画を促し、検討を進めることが望ましい。

なお、保佐人及び補助人並びに任意後見人についても、基本的な考え方としては、成年後見人についてと同様に考えることが望まれる。

Ⅲ．各論

１．意思決定支援の枠組み

意思決定支援の枠組みは、意思決定支援責任者の配置、意思決定支援会議の開催、意思決定の結果を反映したサービス等利用計画・個別支援計画（意思決定支援計画）の作成とサービスの提供、モニタリングと評価・見直しの５つの要素から構成される。このようにして作成されたサービス等利用計画・個別支援計画（意思決定支援計画）に基づき、日頃から本人の生活に関わる事業者の職員が、全ての生活場面の中で意思決定に配慮しながらサービス提供を行うこととなる。

（１）意思決定支援責任者の役割

意思決定支援を適切に進めるため、事業者は意思決定支援責任者を配置することが望ましい。意思決定支援責任者は、意思決定支援計画作成に中心的に関わり、意思決定支援会議を企画・運営するなど、意思決定支援の枠組みを作る役割を担う。

具体的には、意思決定支援責任者は、本人の希望するサービスを提供するためのサービス等利用計画や個別支援計画を作成する前提として、意思決定支援を適切に進めるため、本人の意思の確認・推定や本人の最善の利益の検討の手順や方法について計画する。

また、本人の意思決定支援に参考となる情報や記録を誰から収集するか、意思決定支援会議の参加者の構成、意思を表出しやすい日時や場所の設定、絵カードの活用等本人とのコミュニケーション手段の工夫等、意思決定支援を進める上で必要となる事項について検討する。

さらに、意思決定支援責任者は、意思決定を必要とする事項について本人から直接話しを聞いたり、日常生活の様子を観察したり、体験の機会を通じて本人の意思を確認したり、関係者から情報を収集したりすることを通じて、本人の意思及び選好、判断能力、自己理解、心理的状況、これまでの生活史等本人の情報、人的・物理的環境等を適切にアセスメントする。

上記のような役割を担う意思決定支援責任者については、相談支援専門員又はサービス管理責任者とその役割が重複するものであり、これらの者が兼務することが考えられる。

（２）意思決定支援会議の開催

意思決定支援会議は、本人参加の下で、アセスメントで得られた意思決定が必要な事項に関する情報や意思決定支援会議の参加者が得ている情報を持ち寄り、本人の意思を確認したり、意思及び選好を推定したり、最善の利益を検討する仕組みである。意思決定支援会議は、本人の意思を事業者だけで検討するのではなく、家族や、成年後見人等の他、必要に応じて関係者等の参加を得ることが望ましい。

意思決定支援会議については、相談支援専門員が行う「サービス担当者会議」やサービス管理責任者が行う「個別支援会議」と一体的に実施することが考えられる。

また、障害者総合支援法第 89 条の３第１項に規定する協議会（(以下「協議会」とい

う。）においては、地域の事業者における意思決定支援会議の開催状況等を把握し、取組を促進することが望まれる。

（３）意思決定が反映されたサービス等利用計画や個別支援計画（意思決定支援計画）の作成とサービスの提供

意思決定支援によって確認又は推定された本人の意思や、本人の最善の利益と判断された内容を反映したサービス等利用計画や個別支援計画（意思決定支援計画）を作成し、本人の意思決定に基づくサービスの提供を行うことが重要である。

体験を通じて本人が選択できたり、体験中の様子から本人の意思の推定が可能となったりするような場合は、そのようなアセスメント方法を意思決定支援計画の中に位置付けることも必要である。例えば、長期間、施設や病院に入所・入院しており、施設や病院以外で生活したいと思っていても、何らかの理由でそれをあきらめて選択に消極的になっていたり、施設や病院以外で生活する経験がなくて選びようがなかったりしている障害者に対し、必要に応じて地域移行支援の利用やグループホーム等の体験利用を通じて、実際の経験等を通じた意思決定支援を行うような場合が考えられる。

（４）モニタリングと評価及び見直し

意思決定支援を反映したサービス提供の結果をモニタリングし、評価を適切に行い、次の支援でさらに意思決定が促進されるよう見直すことが重要である。モニタリングと評価及び見直しについては、意思決定の結果を反映したサービス等利用計画や個別支援計画に基づくサービス提供を開始した後の本人の様子や生活の変化について把握するとともに、その結果、本人の生活の満足度を高めたか等について評価を行うことが必要である。それらのモニタリング及び評価の情報を記録に残すことで、次に意思決定支援を行う際の有効な情報となり、見直しにつながる。

意思決定支援は、Plan（計画）、Do（実行）、Check（評価）、Act（改善）で構成されるいわゆるＰＤＣＡサイクルを繰り返すことによって、より丁寧に行うことができる。

２．意思決定支援における意思疎通と合理的配慮

意思決定支援を行うにあたっては、意思決定に必要だと考えられる情報を本人が十分理解し、保持し、比較し、実際の決定に活用できるよう配慮をもって説明し、決定したことの結果起こり得ること等を含めた情報を可能な限り本人が理解できるよう、意思疎通における合理的配慮を行うことが重要である。

本人との意思疎通を丁寧に行うことによって、本人と支援者とのコミュニケーションが促進され、本人が意思を伝えようとする意欲が高まり、本人が意思決定を行いやすい状態をつくることができる。

３．意思決定支援の根拠となる記録の作成

意思決定支援を進めるためには、本人のこれまでの生活環境や生活史、家族関係、人間関係、嗜好等の情報を把握しておくことが必要である。家族も含めた本人のこれまでの生活の全体像を理解することは、本人の意思を推定するための手がかりとなる。

また、本人の日常生活における意思表示の方法や表情、感情、行動から読み取れる意思について記録・蓄積し、本人の意思を読み取ったり推定したりする際に根拠を持って行うことが重要である。本人が意思決定することが難しい場合でも、「このときのエピソードには、障害者の意思を読み取る上で重要な『様子』が含まれている」という場合がある。そういった、客観的に整理や説明ができないような「様子」を記録に残し、積み上げていくことは、障害者の意思決定を支援する上で重要な参考資料になる。

また、意思決定支援の内容と結果における判断の根拠やそれに基づく支援を行った結果がどうだったかについて記録しておくことが、今後の意思決定支援に役立つため、記録の方法や内容について検討することが有用である。

４．職員の知識・技術の向上

職員の知識・技術等の向上は、意思決定支援の質の向上に直結するものであるため、意思決定支援の意義や知識の理解及び技術等の向上への取組みを促進させることが重要である。

そのためには、ガイドラインを活用した研修を実施するとともに、意思決定支援に関する事例検討を積み重ねることが重要である。また、書籍による文献学習、内部の勉強会、実地研修（ＯＪＴ）、外部研修の受講等、具体的な研修計画を立案し、進めることが効果的である。

５．関係者、関係機関との連携

意思決定支援責任者は、事業者、家族や成年後見人等の他、関係者等と連携して意思決定支援を進めることが重要である。

関係者等と連携した意思決定支援の枠組みの構築には、協議会を活用する等、地域における連携の仕組みづくりを行い、意思決定支援会議に関係者等が参加するための体制整備を進めることが必要である。

意思決定支援の結果、社会資源の不足が明らかとなった場合等は、協議会で共有し、その開発に向けた検討を行ったり、自治体の障害福祉計画に反映し、計画的な整備を進めたりするなど、本人が自らの意思を反映した生活を送ることができるよう取り組みを進めることが求められる。

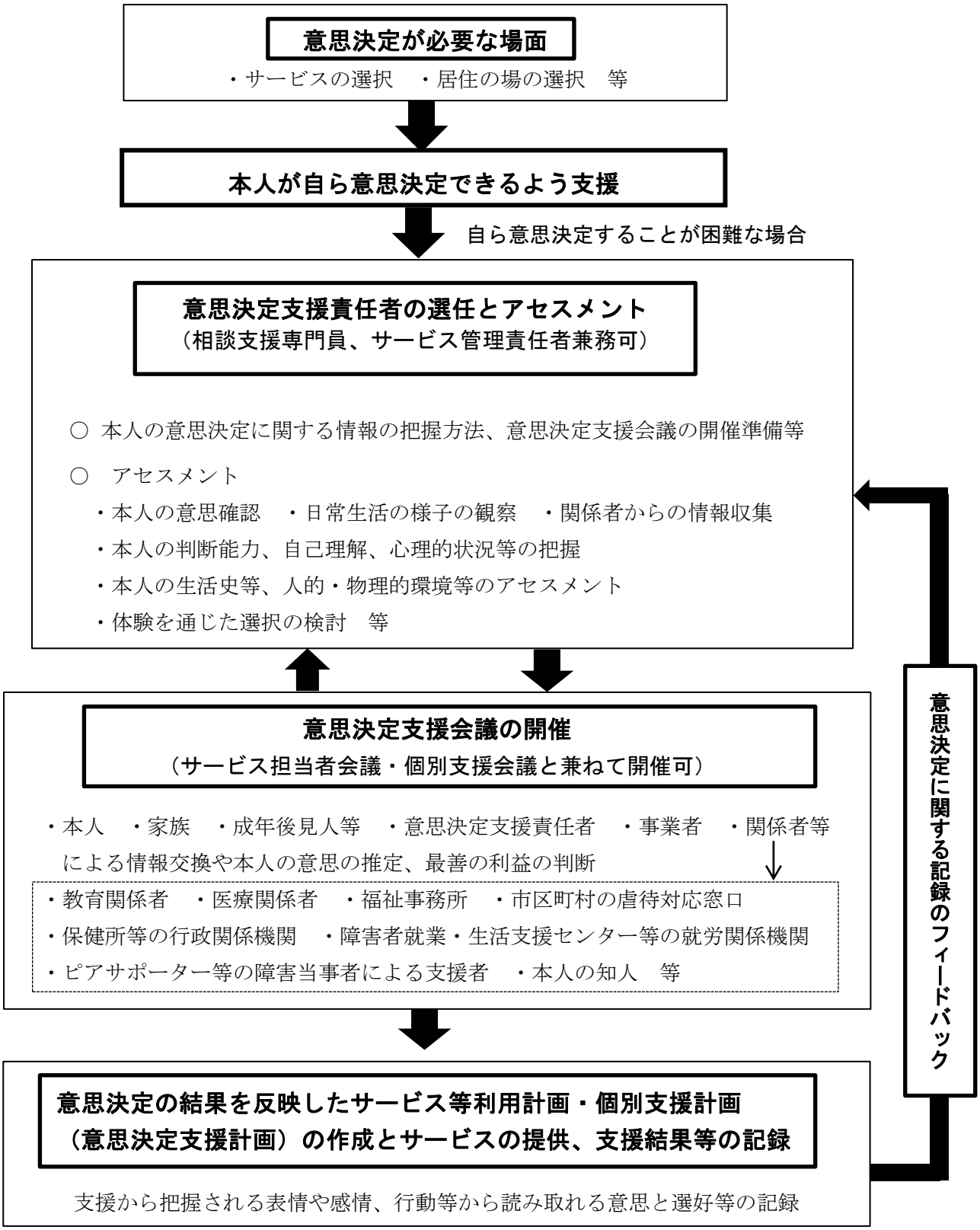
６．本人と家族等に対する説明責任等

本人と家族等に対して、意思決定支援計画、意思決定支援会議の内容についての丁寧な説明を行う。また、苦情解決の手順等の重要事項についても説明する。事業者においては、本人や家族等からの苦情について、迅速かつ適切に対応するために、苦情解決規程を定めた上で苦情を受け付けるための窓口の設置や第三者委員の配置等の必要な措置を講じて

いるところである。意思決定支援に関する苦情についても、苦情解決規程に従った対応を行い、意思決定支援責任者は、苦情受付担当者、苦情解決責任者、第三者委員と協働して対応に当たることが必要である。

意思決定支援に関わった事業者、成年後見人等や関係者等は、職を辞した後も含めて、業務上知り得た本人やその家族の秘密を保持しなければならない。

（図１）意思決定支援の流れ



Ⅳ．意思決定支援の具体例

１．日中活動プログラムの選択に関する意思決定支援

重度の知的障害があり、言葉で意思を伝えることが難しいAさんが、生活介護事業所を利用することになった。生活介護事業所のサービス管理責任者は、Aさんの日中活動プログラムをどのように考えたら良いか悩んでいた。そこで、Aさんの日中活動を決めるために、意思決定支援会議を開くことにした。意思決定支援会議には、Aさんと家族、Aさんをよく知る学校の先生、移動支援事業所の支援員、生活介護事業所の担当職員、Aさんを担当する相談支援専門員が参加し、サービス管理責任者が意思決定支援責任者となって会議を進めることになった。

意思決定支援責任者は、会議の参加者にAさんの日頃の様子から読み取ることができる意思や好み、それらを判断するための手がかり等の情報を報告してもらった。Aさんは、家族や顔見知りの人がいるため、安心しているように感じられた。家族からは、Aさんが祖母にかわいがられて育ち、祖母が得意だった饅頭作りをうれしそうに一緒にしていたことや、沢山作った饅頭を近所に配ることにも付いていき、人から喜ばれるとうれしそうだったこと等が話された。学校の先生からは、Aさんは友だちと関わることが好きだったことや、静かな音楽を好んで聴いていたこと、紙に絵の具で色を塗ることが好きで、机に向かって集中して取り組んでいたが、ペットボトルキャップの分類のような作業的なことはすぐに飽きてイスから立ち上がってしまったことが話された。移動支援事業所の支援員からは、Aさんは森の中を散歩して、鳥のさえずりを聞くと耳を澄ましてうれしそうにしているが、人混み等雑音が多い場所は苦手なようで表情が険しくなったり、イライラした感じになったりしてしまうことが話された。

意思決定支援責任者は、これらの情報を整理し、日中活動のプログラムを検討した。その結果、まずはAさんにとって生活介護事業所が居心地の良い場所であることを知ってもらうため、Aさんの日中活動を、静かな音楽が流れる部屋でパンやクッキー、饅頭を作る活動や、紙と絵の具でペインティングする活動、森の中の散歩道を鳥のさえずりを聞きながら数人で歩く活動等から始めることとし、また、そうした日中活動の中でのAさんの表情に注目し、Aさんの意思表示の手がかりを記録に残し、今後の意思決定支援のための情報を蓄積することとなり、意思決定支援計画と個別支援計画を一体的に作成した。また、これらの取組を行ってから3ヶ月後に、見直しのための会議を開くこととした。

２．施設での生活を継続するかどうかの意思決定支援

施設入所支援を利用して15年になるBさんは、知的障害と自閉症があり、言葉によるコミュニケーションが難しい状態であった。また、家族が亡くなり、成年後見人が選任されていた。担当の相談支援専門員は、継続サービス利用支援によるモニタリングで、今後も引き続き施設入所支援を利用するのか、グループホーム等に生活の場を移行するのか、Bさんの意思決定支援が必要であると考えていた。

そこで、担当の相談支援専門員が意思決定支援責任者となり、Bさんと成年後見人、施設入所支援のサービス管理責任者とBさんの担当職員、グループホームのサービス管理

責任者の参加により、B さんの意思決定支援会議を開くこととなった。B さんは、いつものスケジュールとは違う会議への参加となり、落ち着きがなく不安そうにしていた。その様子を見ていた成年後見人は、B さんが施設に慣れて落ち着いた生活を送れているのに、生活の場を変えることで B さんが不安定な状態にならないか不安であると話した。意思決定支援責任者が、自宅での B さんの様子について成年後見人に尋ねると、帰省した時は、自分でお湯を沸かしてカップラーメンを作って食べていること等が話された。施設入所支援のサービス管理責任者と担当職員はその話を聞いて、施設では自分でお湯を沸かしたり、カップラーメンを作って食べたりする場面がなかったため、施設の環境が B さんの本来できることを狭めてしまっているのではないか、B さんにとってよりよい生活の場について考えることが必要ではないかと思った、と話した。

B さんは、目の前にある洋服や食べ物の中から自分が気に入った物を選んだり、絵カードや写真カードを見て、その日に行う活動を選んだりはできるが、経験したことがないグループホームの生活と今の施設の生活を比べて選ぶことは難しかった。そこで、グループホームのサービス管理責任者は、空き部屋のあるグループホームがあるので、体験利用をしてみて、その様子から B さんの意思を確認してはどうかと提案した。成年後見人も、「体験してみた結果が B さんのためになるなら」という意見であった。

意思決定支援責任者である相談支援専門員は、意思決定支援会議の結果を踏まえてサービス等利用計画を変更し、地域移行支援に基づくグループホームの体験利用を行う内容に見直した。また、1 ヶ月後に再度意思決定支援会議を開き、B さんの体験利用の様子を共有し、B さんが今後の生活の場について施設の利用を継続したいのか、グループホームで生活したいのかについて確認することになった。B さんがグループホームで混乱しないように、施設で使っていた絵カードやスケジュールをグループホームでも使うことにした。人数の少ないグループホームの環境は、B さんにとって落ち着けるようだった。近くのコンビニエンス・ストアに買い物に行ったり、カップラーメンを作ったり、冷凍食品を電子レンジで温めて食べたりと、B さんは生活を主体的に広げていった。

1 ヶ月後に、意思決定支援会議が開かれ、グループホームでの体験利用の様子が報告された。その内容から、B さんの意思がどこにあるのか、成年後見人も含めた誰にとっても明らかであった。

3．精神科病院からの退院に関する意思決定支援

65 才の女性 C さんは統合失調症で、引きこもりがちで軽度の知的障害がある 32 才の息子 D さんと二人暮らしをしていた。自宅は持ち家で、C さんの老齢年金と遺族年金で生計を立てていたが、生活は苦しかった。C さんは、数年前に交通事故に遭ってから家事が難しくなり、D さんが買い物や掃除、洗濯、調理を行っていた。ところが、1 年前に D さんが家出をしてから不穏になり、近隣宅に上がり込む等の行為が度々起こるようになり、医療保護入院となった。家出していた D さんは、C さんが入院した後、自宅に戻ってきた。D さんの家出の原因は、病状が不安定な C さんの面倒をみることに疲れてしまったためであったが、C さんが退院した後は、一緒に生活することを希望していた。

C さんは、入院して 3 か月で病状が安定した。しかし、自発的な意思の表明が乏しく、意欲の低下もあり「もう自宅へは帰れない」と退院をあきらめてしまっているようだった。

病院のソーシャルワーカーが「退院後生活環境相談員[1]」となり、熱心に退院に向けた働きかけを行ったが、C さんは黙り込んでしまうだけだった。退院支援委員会は、入院中の障害者や家族からの相談に応じ、必要な情報提供等を行う地域援助事業者として、委託相談支援事業所に参加してもらうことにした。

委託相談支援事業所の相談員は、地域移行支援の利用を念頭に、意思決定支援責任者として意思決定支援会議を開いた。参加者は、病院の主治医と退院後生活環境相談員、病棟受け持ち看護師、役所の障害福祉担当職員、保健所の保健師、息子の D さんであった。C さんは、参加したくないとのことだった。

役所の障害福祉担当職員と D さんによれば、C さんは、一家を支えるしっかり者だったが、発病後、金銭をだまし取られる等の苦労をしてから不安が強くなり、同じことの確認を何回もすることもあったが、丁寧な説明があれば理解できる力をもっていること、入院前には、服薬の中断や減薬により怒りやすく命令口調となり、近隣住民への被害妄想もあったことが話された。病院の主治医と退院後生活環境相談員からは、入院中の C さんは、陰性症状のため自発的な意思の表明が乏しく、人に対する警戒心もあってほとんど話しをすることがないという状況が報告された。意思決定支援会議では、C さんが「もう自宅へは帰れない」と言った背景を理解し、C さんの意思を確認する手がかりを得るために、意思決定支援責任者である相談員が C さんを伴って自宅に行ってみることになった。

自宅は老朽化が進んでおり、D さんが家出をしていた 1 年間でゴミ屋敷のような状態になっていた。自宅に戻った D さんも交えて、C さんの話しを聴いた。C さんは、家事全般をしてくれていた D さんが家出をしたことはショックだったこと等を話し始めた。C さんは、趣味だった手芸品や書道作品、賞状等を見せてくれた。昔の写真には、流行の服を着て笑顔でポーズをとる姿が写っていた。実家は立派な透かし彫りの小壁がある自慢の家だったという。C さんは、自宅に帰りたい気持ちはあるが建物が老朽化してゴミ屋敷の状態であり、入院生活での足腰の筋力の低下により自宅の和式トイレを使うことができないため生活できないと考えていたこと、引っ越すとしても、お金をだまし取られたため資金がないこと、生活費が苦しいこと等問題が山積みで、「もう自宅へは帰れない」とあきらめていたと話した。

相談員は、C さんの所得状況だと生活保護の申請ができること、そのための手続やアパート探しの仕方等をわかりやすく説明し、自宅以外の暮らしもできることを丁寧に伝えた。息子の D さんは、それにできる限り協力することを C さんに伝えた。

相談員は、再度意思決定支援会議を開いた。今回は C さんも参加し、生活保護を受けてアパートを借り、息子と生活したいという意思を伝えることができた。C さんは、退院後も、日常生活の様々な場面で意思決定支援を受けながら、本人らしい生活を送っている。

---

[1] 精神保健福祉法では、病院は個々の医療保護入院者が早期に退院できるよう支援するための取組において中心的役割を果たす退院後生活環境相談員を選任することが義務づけられています。退院後生活環境相談員になれるのは、精神保健福祉士、保健師等であって、精神障害者に関する業務の経験がある方、もしくは上記職種以外であって厚生労働大臣が定める研修を修了した方です。

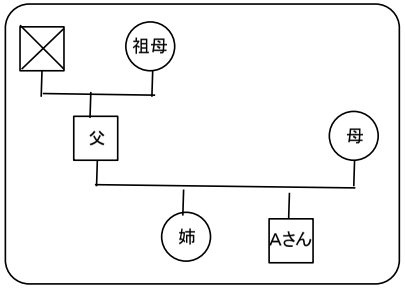
意思決定支援のためのアセスメント表

＜意思決定支援が必要な項目＞

Aさんが取り組みたい日中活動プログラムは？

＜これまでの生活史＞

○Aさんは1歳6ヶ月の検診で知的な発達の遅れが指摘され、知的障害があることが分かりました。両親と3歳年上の姉、そして父方の祖母との5人暮らしでした。穏やかで人なつこい性格であったAさんは特に祖母にかわいがられて育ちました。祖母が得意であっ
た饅頭作りをうれしそうに手伝ったり、祖母と一緒に近所に配って歩いたりしました。そのときに人から喜んでもらえるとAさんもとてもうれしそうな表情を見せていたそうです。
○学校は小学校から特別支援学校に通いました。学校では友人と関わることが好きで、いつも仲間と一緒に過ごしていました。でもたくさんの人で行動に集まったり、運動会などで大きな音がする場面などでは少しいらいらする様子が見られました。
○言葉では意思を伝えることが難しいAさんでしたが好きな物には自ら積極的に取り組む姿や、豊かな表情で周囲に気持ちを伝えることができました。
○休日は家族と一緒に出かけることもありましたが、お父さんとお母さんが自営業をされていたこともあり、Aさんのお出かけをしたいという気持ちに応えられない日も多くなってきたことから移動支援を利用して、ヘルパーと出かけるようになりました。
○特別支援学校卒業後の進路は、就労継続支援B型事業所や生活介護事業所など3回の実習を重ねた結果、生活介護事業所を利用することになりました。



意思決定支援会議のまとめ

＜関係者から提供されたAさんの意思を判断するための手がかりとなる情報＞	＜手がかりとなる情報から推定される本人意思＞
（家族） ○Aさんは、祖母にかわいがられて育った。 ○祖母が得意だった饅頭作りをうれしそうに一緒にしていた。 ○饅頭を近所に配ることについて行き、人から喜ばれるとうれしそうだった。	・かわいがってくれる祖母のような人が好きなようだ。 ・祖母のような人と一緒に饅頭などをつくることが好きなようだ。 ・作った饅頭などを配り、人から喜ばれることがうれしいようだ。
（学校の教員） ○友だちと関わることは好きだった。 ○静かな音楽を好んで聴いていた。 ○紙に絵の具で色を塗ることは好きで、集中して取り組んでいた。 ○ペットボトルのキャップの分類のような作業的なことはすぐ飽きてイスから立ち上がってしまった。	・友だちと関わることは好きなようだ。 ・静かな音楽を好むようだ。 ・紙に絵の具を塗るなど、創作的な活動は好きなようだ。 ・ペットボトルのキャップの分類のような作業的なことはすぐ飽きてしまうようだ。
（移動支援ヘルパー） ○森の中を散歩して、鳥のさえずりを聞くと耳を澄ましてうれしそうにしていた。 ○人混みなど雑音の多い場所は苦手なようで表情が険しくなったりイライラした感じになってしまう。	・森の中を散歩して、鳥のさえずりを聞くとうれしいようだ。 ・人混みなど雑音が多い場所は、イライラして苦手なようだ。

（参考） 意思決定支援を反映した個別支援計画（意思決定支援計画）の作成例

利用者名　A　　作成年月日　年　月

本人（家族）の希望	お菓子などを作ったりそれをあげたりすることで、いろんな人に喜んでもらえるとうれしい 絵を描いたり、静かな音楽を聴いたり、静かな場所で過ごすことが好き、騒がしい場所は嫌い

長期目標（内容、期間等）	Aさんが日中活動をもっと楽しめたり、新たな楽しみを見つけられる。（6ヶ月）
短期目標（内容、期間等）	Aさんにとって生活介護事業所が居心地の良い場所になる（3ヶ月）

□支援目標及び支援計画等

推定される本人の意思	支援内容	具体的取組 （内容・留意点等）	支援期間 （頻度・時間・期間等）	サービス提供機関 （提供者・担当者等）	優先順位
かわいがってくれる祖母のような人と一緒に饅頭などをつくることが好き。 作った饅頭などを配り、人から喜ばれることがうれしい	Aさんが安心できるスタッフとお菓子作りを行い、できたお菓子を配りることを通じて人と関わる機会をつくる。	・Aさんが安心できるスタッフとお菓子作りの活動に参加する ・本人が作業に取り組みやすいように行程や補助具などに工夫する ・必要に応じて指示や介助を行う ・騒がしくならないように配慮する	月・水・金　AM活動時・3ヶ月	生活介護事業所 Cグループ　調理活動担当D	－
静かな音楽を聞いたり、紙に絵の具を塗るなど、創作的な活動が好き。	静かな音楽が流れる部屋で、紙に絵の具を塗るなど、創作活動を行う。	・紙に絵の具を塗りやすいように、素材や道具を工夫する ・部屋に鈴かな音楽を流す ・絵の具以外の創作活動も試してみる	火・木　AM活動時・3ヶ月	生活介護事業所 Cグループ　創作活動担当E	－
友だちと関わることが好き。 森の中を散歩して、鳥のさえずりを聞くとうれしい。	友だちと一緒に、鳥のさえずりを聞きながら森の中を散歩する。	・事業所近くの森林公園内を散歩する ・一緒に散歩が楽しめる友だちをみつける	月・水・金　PM活動時・3ヶ月	生活介護事業所 Cグループ　散歩活動担当F	－

□支援開始後の見直しのための観点

意思決定支援が必要な項目	目的	内容	意思決定支援会議参加者	サービス提供機関（提供者・担当者等）	
活動がAさんの意思を反映しているか、検討するとともに、支援開始後の様子から、Aさんの意思について新たに気づいたことがないか情報を共有する。	意思決定支援会議を開き、生活介護利用後のAさんの様子について関係者で情報交換し、共有するとともに、Aさんの意思の推定を進め、活動内容を見直す。	・生活介護事業所や自宅、移動支援事業利用中等におけるAさんの様子を記録に基づき共有する。 ・共有した情報に基づき、意思決定支援計画・個別支援計画を見直す。	・Aさんと家族 ・生活介護事業所Cグループ担当者 ・相談支援専門員 ・移動支援事業所 ・意思決定支援責任者（サービス管理責任者）	生活介護事業所 Cグループ　各活動担当者 サービス管理責任者	－

平成　年　月　日　利用者名　A　印　サービス管理責任者（意思決定支援責任者）　B　印

意思決定支援のためのアセスメント表

＜意思決定支援が必要な項目＞

Bさんがこれからどのような場所でどのような生活をしていきたいのか？

＜これまでの生活史＞

〇Bさんは会社員のお父さん（当時35歳）と専業主婦のお母さん（当時30歳）との間に昭和〇年に生まれました。また、Bさんには5歳年下の弟がいます。特に重い病気にかかることなく育ちましたが、2歳になっても言葉を話しませんでした。そして3歳児健診で知的な発達に障害があること、自閉症であることがわかりました。その後、Bさんはお母さんと一緒に地域の障害児通園施設に通って、言葉を出やすくするような療育活動に参加したりしましたが、自分のやりたいことができなかったりするときにパニックになって大きな声をだしたり、周囲の人に噛みついてしまったりすることが増えていきました。その後、小学生になりましたが、地域の学校ではなく特別支援学校にバスに乗って通うようになりました。特別支援学校でも次にすることがよくわからなかったり、自分のしたいことができないときにはよくパニックになっていました。その時は先生と一緒に校庭を散歩すると気持ちが落ち着きました。学校では先生が工夫して次の行動がわかりやすいように絵などで説明してくれるようになりました。それで、次に何をすればいいのかが少しずつ分かるようになりました。パニックになることも少しづつ減ってきました。中学校と高校も特別支援学校に通いました。小さい頃から身の回りのことはお母さんが手伝ってくれました。服などはお母さんが表裏がわかりやすいようにおいてくれるので、間違えないように着ることができました。食事などはすべてお母さんが準備してくれましたが、中学生ぐらいになると好きなカップラーメンは自分でお湯を沸かして作ることもありました。休みの日はお父さんがドライブに連れて行ってくれたり、デパートに買い物に行ったりしました。でも大きな音がしたり、人が多すぎるとパニックになることがあったので、ドライブに行くことがだんだん多くなりました。ドライブもいつも同じコースでないと不安になりました。ドライブの途中でコンビニエンスストアによって好きなお菓子を買うのが楽しみでした。Bさんが18歳になった時お父さんが病気で亡くなりました。そのため、お母さんが働かなくてはならなくなりました。Bさんは特別支援学校の高等部を卒業する時、お母さんの介護負担を心配した進路指導の先生から入所施設利用を勧められました。お母さんはなんとかBさんと一緒に暮らせるように色々と考えましたが、年少の弟の世話や仕事をしながら私の身の回りの世話までできないので、Bさんは入所施設を利用することになりました。

意思決定支援会議のまとめ

＜関係者からの情報＞	＜推定される本人意思＞
〇日常的なスケジュールが変わると落ち着きがなく不安そうにしていた。（家族）	〇生活場面が変わると不安定な状態になる恐れがあるので、このままの生活を続けたいのではないか。
〇自宅では自分でお湯を沸かしてカップラーメンを作って食べる事がある。（家族） 〇施設では自分でお湯を沸かしたりカップラーメンを作る場面がなかった。（入所施設職員）	〇自分で食べたいものを調理して作れるような暮らしがしたいのではないか。
〇目の前にある洋服や食べ物の中から自分が気に入った物を選んだり、絵カードや写真カードを見て、その日に行う活動を選べる。（入所施設職員）	〇今は入所施設での生活しか経験がないので、他にどのような暮らしがあるか知らないので決められないのではないか。

（参考）Ｂさんの意思決定支援を反映したサービス等利用計画（意思決定支援計画）の作成例

（参考）意思決定支援を反映したサービス等利用計画（意思決定支援計画）の作成例

利用者氏名（児童氏名）	B	障害程度区分	4	相談支援事業者名	C
障害福祉サービス受給者証番号	○○○○○○○○	利用者負担上限額	0	計画作成担当者 意思決定支援責任者	D
地域相談支援受給者証番号		通所受給者証番号			
計画作成日	○年○月○日	モニタリング期間（開始年月）	１ヶ月	利用者同意署名欄	B

利用者の生活に対する意向	慣れて落ち着いた今の施設での生活の場を変えることで、落ち着きがなく不安定になってしまうかもしれないので、生活の場を変えたくないと思う一方、自分でお湯を沸かしてカップラーメンを食べたりなど、自分でできる事をしながら、より自由を広げて生活したいという思いもある。目の前にある洋服や食べ物の中から気に入った物を選んだり、絵カードや写真カードを見て、その日に行う活動を選んだりできるので、経験したことがないグループホームの生活も実際に経験してみることで、施設の生活と比べて選ぶことができるのではないだろうか。
総合的な援助の方針	グループホームの体験利用により、本人が今の施設での生活とグループホームでの生活を比べて、体験的に選ぶことができるよう意思決定を支援する。

□意思決定支援内容

	意思決定支援が必要な項目	到達目標	支援内容	本人の役割	支援担当者（機関）
1	今の施設での生活を変えることで、落ち着きがなく不安定になってしまうかもしれないので、生活の場を変えたくないのではないかと思う一方、自分でできる事をしながら、より自由を広げた生活をしたいという思いもあるのではないか。グループホームの生活を実際に経験してみることで、施設の生活と比べて選ぶことができるのではないか。	体験利用を通じて、グループホームの生活を経験し、今の施設での生活と比べてどちらで生活することが本人の意思なのか決めることができる。	①グループホームの体験利用についてBさんに分かりやすい方法で説明する。 ②施設で使っている絵カードやスケジュールをグループホームでも使い、混乱しないよう配慮する。 ③体験時の様子について記録する。 ④グループホーム体験利用修了後、意思決定支援会議を開催して本人の意思について確認する。	グループホームを体験利用し、より自由を広げて生活できるか試してみる。その結果、今の施設での生活とグループホームの生活を比べて、生活の場としてどちらが良いか意思を表明できる。	①相談支援専門員、サービス管理責任者（グループホーム） ②グループホームのサービス管理責任者、生活支援員 ③グループホームの生活支援員 ④本人、成年後見人、相談支援専門員 グループホーム関係者、施設関係者

□サービス等利用内容

優先順位	解決すべき課題（本人のニーズ）	支援目標	達成時期	福祉サービス等		課題解決のための本人の役割	評価時期	その他留意事項
				種類・内容・量（頻度・時間）	提供事業者名（担当者名・電話）			
1	グループホームを体験利用し、より自由を広げて生活できるか試してみる。その結果、今の施設での生活とグループホームの生活を比べて、生活の場としてどちらが良いか本人が何らかの形で意思を表明できる。	体験利用を通じて、グループホームの生活を経験し、今の施設での生活と比べてどちらで生活することが本人の意思なのか決めることができるよう意思決定支援を行う。	1ヶ月後	共同生活援助（体験利用） 30日	グループホーム○○	グループホームを体験利用し、より自由を広げて生活できるか試してみる。その結果、今の施設での生活とグループホームの生活を比べて、生活の場としてどちらが良いか意思を表明できる。	1ヶ月後	生活の中での本人の様子、特に表情などについて詳細に記録し、本人の生活の場への希望を確認する。 施設で使っている絵カードやスケジュールをグループホームでも使い、混乱しないよう配慮する。
2								
3								

平成　　年　　月　　日　　利用者名　　B　　印　　サービス管理責任者（意思決定支援責任者）　　D　　印

参考資料３

（国立武蔵野学院作成『「育てノート」作成マニュアル』より抜粋）

（別紙１）

ジェノグラムの作り方

- ジェノグラムとは、一般的に家系図のことである。
- 以下に、図式化するための表記法を挙げる。

１．家族構造

（１）性別

男性　　女性

（２）中心人物

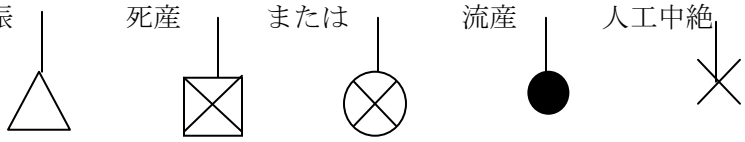
男性 IP　　女性 IP

（３）誕生年と没年

誕生年→43：62←没年

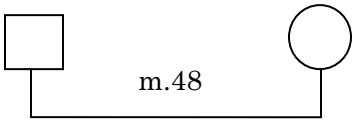
（４）妊娠、流産、中絶、死産

妊娠　　死産　　または　　流産　　人工中絶

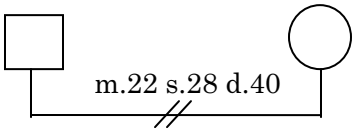


２．婚姻関係等

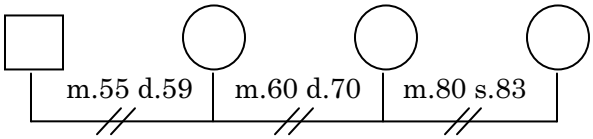
（１）婚姻関係（m=marriage：結婚）



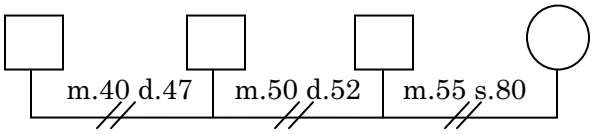
（２）別居（s=separation：別居）、離婚（d=divorce）



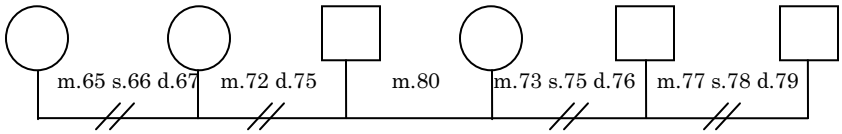
（３）何度も結婚歴のある夫



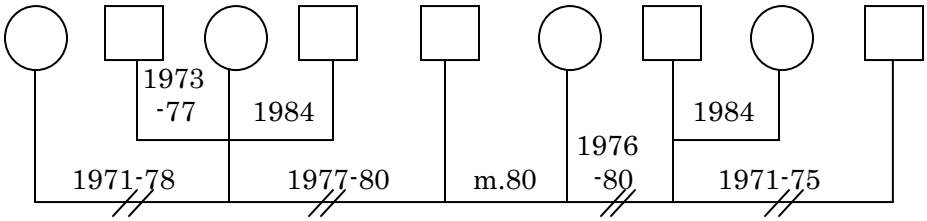
（４）何度も結婚歴のある妻



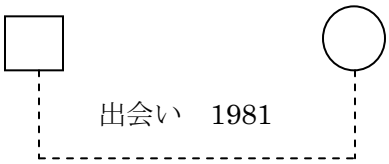
（５）共に結婚経験のある夫婦



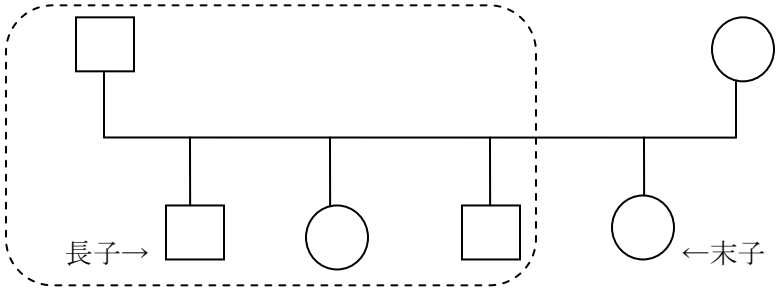
（６）過去の結婚相手もそれぞれ再婚している夫婦



（７）内縁関係



（８）同胞（きょうだい）の出生順位



（９）同居家族：点線で囲む

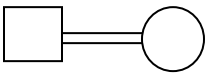
＊家族に関する情報を記載する
①年齢
②職業
③出身地
④結婚のいきさつ：見合い・恋愛・できちゃった婚　など
⑤別居の理由：夫の暴力・妻の浪費　など

⑥離婚：離婚に至ったいきさつ・協議離婚・調停離婚（主な争点・申立人・親権をめぐっての対立かどうか）　など
⑦転居
⑧収入・学歴：ローンの返済　など
⑨非行・犯罪歴：ケースによっては警察への前科紹介が重要である
⑩命日・死亡原因：事故死・自殺・病死（病名）　など
⑪子の名付け：誰が名付け親なのか、命名に込められた期待などが重要である
⑫疾病の有無

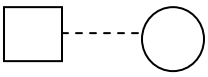
３．家族の関係性

（１）融合

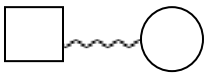
（２）親密



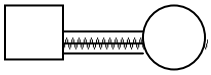
（３）疎遠



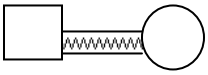
（４）敵対



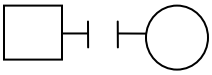
（５）融合し敵対



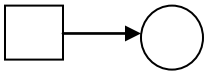
（６）親密で敵対



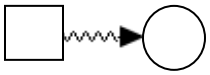
（７）遮断



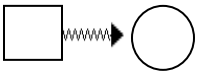
（８）強い関心／干渉



（９）性的虐待



（１０）身体的虐待



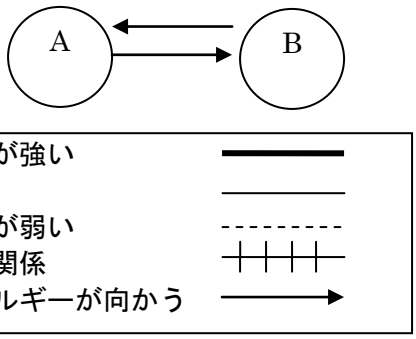
（別紙２）

対人関係マップの作り方

【参考】児童自立支援計画研究会編「子ども・家族への支援計画を立てるために」

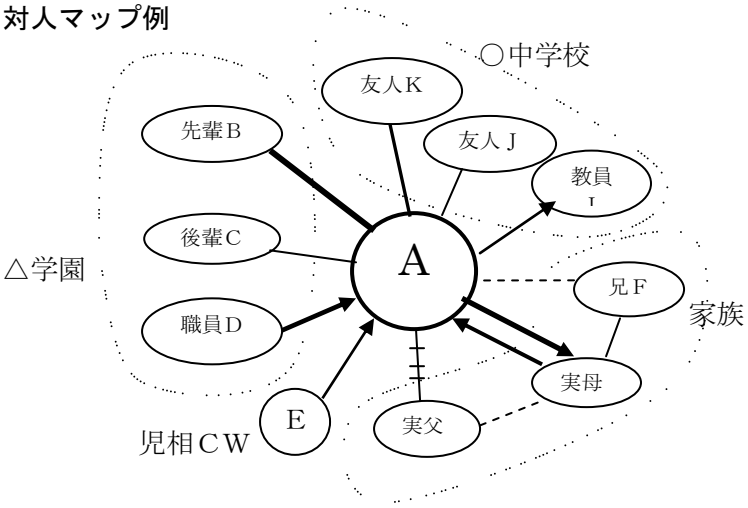
・○（円）を子ども（本人）として、中心におく。○の大きさはこだわらない。
・その周りに、子どもに影響を与えている人について記入していく。
・子どもにとって、あまり影響のないものは記入しない。
・子どもが話す人が、養育者が把握している人と異なるときには、子どもの話を優先して記入する。

例１［子ども（本人）をＡ、影響を与えている人をＢとする］



・○において、どのように→が引かれるかについては、その関係が密かどうかによる。
・関係が強いほど線を太くする。
・対人関係マップは子どもを中心にして、それぞれの人との関係性を理解するのが目的であり定期的に作成することで対人関係の変化を把握することもできる。例１のようにお互いの矢印を引くことで、子どもとＢは、お互いに意思疎通しているということを表す。

例２　対人マップ例



参考資料４

～意思決定支援は、本人のライフストーリー（物語）づくりからはじまる～

状況把握の要点

１．総合的な把握
→　本人に関する情報の整理が行われている。

２．本人主体のアセスメント
→　本人中心のアセスメントが行われている。

３．アセスメントにおけるリフレーミング
→　価値ある存在としての把握がなされている。

４．ストレングスアセスメント
→　本人及び環境の強みの観点が反映されている。

（平成 30 年５月 11 日　上智大学大塚晃教授研修資料より一部追記）

「意思決定支援に係る手掛かり・ヒアリングシート」　確認ポイント

【望む生活】

□　「ご本人の意思」について、本人の望む生活についてチームでの検討等を踏まえ更新している。

□　「ご家族の意向」について、家族が考える本人の望む生活と家族の望む生活について把握し、シートに反映している。

【基本情報】

□　本人や関係者、過去の資料等から、現時点で集めることができる情報を収集している。

□　集めた情報を整理して、シートに反映している。

【生活環境】

□　現在の生活環境を把握し、シートに反映している。

□　必要な環境への配慮（病気、健康状態、食事、ADL、障害特性、温度、音、光等）について把握し、シートに反映している。

□　事件による影響や本人の思い等について把握し、シートに反映している。

【家族関係】

□　記載留意点の参考資料４を参考に、ジェノグラムをシートに記載している。

□　家族構成や家族状況（年齢、健康状態、住まい）等を把握し、シートに反映している。

□　家族との交流状況について、本人との面会、帰宅の頻度や手段等を把握し、ヒアリングシートに反映している。
□　成年後見人に関する情報（氏名、職種、専任時期、業務範囲、面会頻度、思い）等について、把握し、ヒアリングシートに反映している。

【社会関係図】
□　記載留意点の参考資料４を参考に、エコマップを記載している。
□　本人に関わる家族や関係者等の情報について、詳細に把握し、シートに反映している。
□　本人の友達に関する情報（関係性、やりとりの方法や頻度等）を把握し、シートに反映している。

【ADL】
□　能力、支援の内容や程度、配慮事項等について把握し、シートに反映している。
□　現在は出来ない（機会がない）が、過去には出来ていた事柄等について把握し、シートに反映している。

【領域別のアセスメント】
□　収集した「手掛かり・ヒアリングエピソード」について、チームで共有し、評価し、項目ごとに整理している。
□　「好き・喜び・楽しみ」について把握し、「手掛かり・ヒアリングエピソード」にその根拠を記載し、第三者に明確に説明できる。なお、「好き・喜び・楽しみ」の内容の優先順位について、根拠を明らかにして整理している、
□　「嫌い・苦手・不快」について把握し、「手掛かり・ヒアリングエピソード」にその根拠を記載し、第三者に明確に説明できる。なお、「嫌い・苦手・不快」の内容の優先順位について、根拠を明らかにして整理している、
□　「意思能力・表現方法等」について把握し、「手掛かり・ヒアリングエピソード」にその根拠を記載し、第三者に明確に説明できる。
□　本人の家族への思いについて把握し、「手掛かり・ヒアリングエピソード」に項目立てをして反映をしている。

【全体】
□　全ての項目について、記載している。（空白がない）
□　全ての項目について、チームで再確認し、必要な事項は更新している。