

豊田市版 意思決定支援をサポートするポイント集



はじめに

本市では、団塊の世代がすべて75歳以上となる、いわゆる2025年問題に関連する様々な課題やニーズに対応するため、医療・福祉関係者等との連携のもと、対象を限定することなく、在宅での生活を希望するすべての市民を支えていくことを目的に、「豊田市在宅医療・福祉連携推進計画(以下、「推進計画」という。))を平成30年3月に策定し、今後の目指す姿や方針、事業等を取りまとめました。

また、国では、本人の意思決定を支援するための「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」をはじめとする、各種ガイドライン(認知症対策・障がい福祉サービス・身元保証のない方等)が策定されており、対象を限定しない意思決定支援への取組を進めていくことが重要視されています。

そのような中、本市では、推進計画や国の動向を踏まえ、対象を限定しない「意思決定支援」をテーマにして、様々な多職種が参加する合同研修会やシンポジウムを開催するとともに、多職種で構成されるワーキンググループを設置し、意思決定支援に関するニーズや課題等の把握と必要な取組みについて検討を進めてきました。

ポイント集は、このような経緯のもと制作をした、医療・福祉専門職の方が意思決定支援に関わる際のサポートをするためのものです。

ポイント集を活用する際の留意事項

- ポイント集は、市民の皆様が意思決定支援に携わる医療・福祉関係者の方を支援するツールです。意思決定支援における対応方法等の詳細を記載している専門書ではありません。
- ポイント集に記載の「10項目の心がけ」(P7)をチェックすることが目的ではありません。意思決定支援の場面に応じて、本人の意思を引き出す際の支援ツールとしてご活用ください。

● 意思決定支援が何かを知りたい

- 1 ポイント集が示す意思決定支援とは・・・・・・・・・・・・・・・・ P 3
 - (1) なぜ意思決定支援が重要なのか
 - (2) 意思決定支援とは何か
 - (3) 対象とする範囲
- 2 意思決定支援で陥りがちな対応・・・・・・・・・・・・・・・・ P 4
- 3 ポイント集の役割・・・・・・・・・・・・・・・・ P 5

● 実践で活用できる内容を知りたい

- 4 10項目の心がけ・・・・・・・・・・・・・・・・ P 6
 - (1) 10項目の心がけの活用方法
 - (2) 10項目の心がけ
- 5 心がけを活用した参考事例集・・・・・・・・・・・・・・・・ P 8
- 6 意思の記録・共有ツール・・・・・・・・・・・・・・・・ P 12

● 参考にできる事例を探したい

- 7 意思決定支援の取組事例集・・・・・・・・・・・・・・・・ P 16

● その他

- 8 コラム・・・・・・・・・・・・・・・・ P 25

参考文献等

1 意思決定支援とは

(1) なぜ意思決定支援が重要なのか

- 普段から、自分で意思を形成し、それを表明でき、その意思を尊重され、日常生活・社会生活を決めていくことが重要であることは誰もが認識しています。
- それは、認知症や障がい者、終末期など医療・福祉サービスを受けているの人においても同様です。
- そのため、誰しもが自らが望む生活を送ることができるようにするため、意思決定に支援が必要な人に対しては、支援することが重要です。

(2) 意思決定支援とは何か

- 「どんな人にも意思があり、意思を決定する能力がある」と考え、本人主体の意思決定を支援すること。
- 市民の皆様が、その能力を最大限活かして、日常生活や社会生活、そして終末期等の様々な状況に関して自らの意思に基づいた生活を送ることができるよう、支援者(家族、医療・福祉関係者等)による本人支援をいう。

(3) 対象とする範囲

「医療や福祉など何らかの支援を受けるすべての人」及び「すべての世代・場面」を対象とします。

【参考：日本老年医学会「ACP推進に関する提言」より】

- ◇ACPの主体は医療・ケアを受けるすべての人であり、すべての世代を対象としている。(中略)要介護の段階や健康段階を問わず、できるだけ早めに、可能な場合は壮年期からACPを開始することが推奨される。疾患や障がいによっては小児期や青少年期から行う場合もある。

2 意思決定支援で陥りがちな対応

- 意思決定支援は「『どんな人にも意思があり、意思を決定する能力がある』と考え、本人主体の意思決定を支援すること。」としています。
- この考えに基づいて、本人の意思決定を支援する際に、つい、以下のような対応をしていないか確認してみましょう。

<意思決定支援でついでにしまいそうな対応>

▼支援者側の価値判断が先行していませんか？

- ・「自分ならこうする」、「この方法の方が本人のためだ」という判断で、結論を出していませんか？

▼決断を迫るあまり、本人を焦らせていませんか？

- ・意思決定において、特に重要な判断を必要とする際は時間を要します。また、時間の経過や置かれた状況の変化で意思は変わり得るものです。状況に合わせて時間をかけてコミュニケーションをとりましょう。

▼最初から「本人には決められない」と判断し、本人に問いかけることをやめ、他の人に決めてもらおうとしていませんか？

- ・意思決定支援の定義にあるように、どんな人にも意思があり、意思を決定する能力があることを前提に、本人の意思決定の支援者は、可能な限りの工夫を続けましょう。

3 ポイント集の役割

意思決定支援の普及促進

○ポイント集により、医療・福祉専門職の皆様が、本人・家族と接する場面で「常に意思決定支援を意識し、行うことが大切」であることについて専門職に広く普及され、実践されることを期待しています。

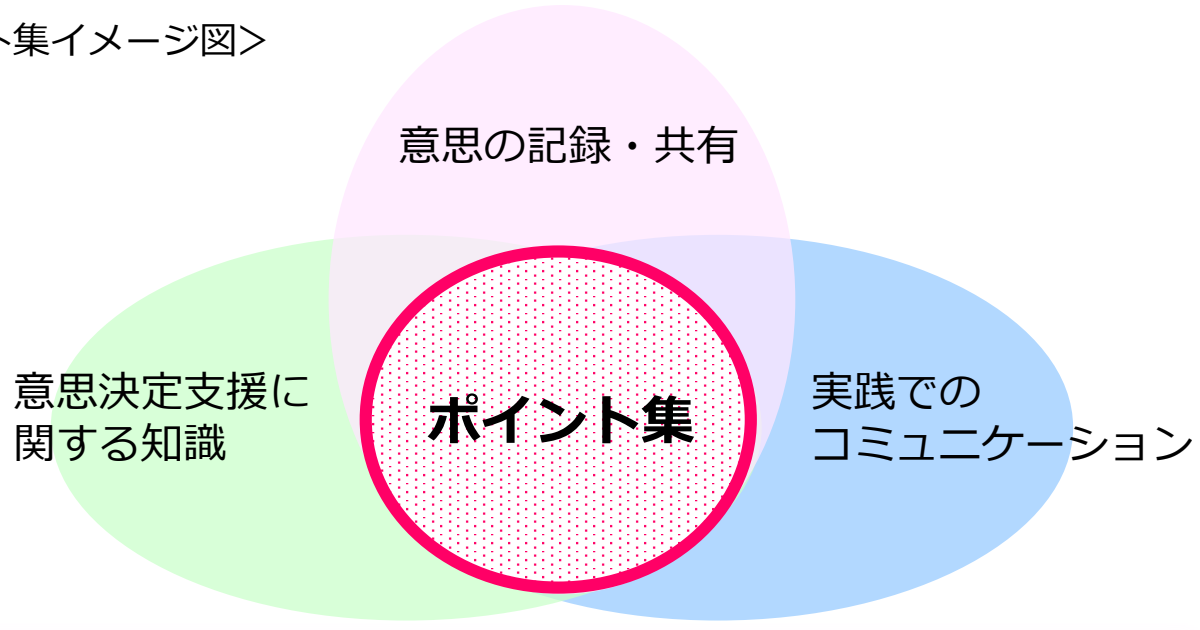
意思決定支援の学び・取組をサポート

○意思決定支援に関する事項（意思決定支援に関する知識・実践でのコミュニケーション・意思の記録・共有）のうち、10項目の心がけなど大切な一部分をまとめたものがポイント集です。ポイント集により、意思決定支援の基本的事項について共通理解が図られ、実践に役立てられることを期待しています。

～あくまで参考書～

ポイント集はあくまで一部分を記載する参考書であり、意思決定支援の詳細を記載するものではないことに留意しなければなりません。更なるスキルアップや理解を深めるためには、厚生労働省が策定したガイドラインについて理解を深めるほか、意思決定支援に関する研修会や勉強会に参加することが大切になります。

<ポイント集イメージ図>



ポイント集は、意思決定支援に関する大切な一部分をまとめた参考書です。ポイント集により、大切な事項について共通理解が図られ、実践で役立てられることを期待しています。

4 10項目の心がけ

(1) 10項目の心がけの活用方法

活用する際のポイント

○意思決定支援の場面で大切な事項として理解を図る。

10項目の心がけは、医療・福祉関係者によるこれまでの経験や議論から取りまとめたもので、豊田市が定めるルールや義務ではありません。

意思決定支援を行う際の大切な心がけとして多職種で共通理解が図られることを期待しています。

○意思を引き出す際のきっかけづくりとして活用する。

10項目の心がけは、本人の意思を引き出す際のきっかけ・導入を支援するもので、コミュニケーションツールの一つとして活用されることを期待します。

○意思決定支援の振り返りに活用するツールとして活用する。

自身の行った意思決定支援を振り返り、意思決定支援の新たな気づきを発見する際の振り返りツールとして活用されることを期待しています。

意思決定支援のタイミング

○意思決定支援は、専門職ひとりひとりが必要なタイミングについて考え、多職種と相談することが必要です。

【タイミングの参考】



本人・家族が今後のことや不安に思うことを意思表示した際

医師から病状に関する説明があった際
や本人の病状が変化した際



定期的な面談等の際

医療・介護・障がい福祉等のサービスについて話し合う際



入院・在宅・施設入所など、生活が変化する際

～多職種の役割について～

意思決定支援に関わる医療・福祉専門職の役割については、豊田市HPに掲載されている「多職種連携ポイント集」をご覧ください。

豊田市 多職種連携ポイント集

検索

4 10項目の心がけ

(2) 10項目の心がけ

意思決定支援の基本

1. 本人の意思は環境や状態によって変化しやすいため、意思決定支援は繰り返し行いましょう。
2. 専門職ひとりひとりが多様な価値観を理解・尊重し、専門職同士や本人・家族等との信頼関係の構築に努めましょう。
3. 支援者間（専門職及び家族等）で情報の記録と情報共有が円滑に行える環境を構築し、本人が自分らしい意思決定をできるよう、チームで支える意識や支援の目標を共有しましょう。
4. 本人が意思を伝えられない場合に備え、本人・家族等と十分な話し合いや情報共有(※1)を行うことが大切であることを理解してもらい、それらの話し合いのサポートをしましょう。

※1：急変時の救急搬送における本人の希望、本人の意思を推定する者の確認、本人にとって何が最善かなど。

本人の生活情報

5. 本人や家族、友人等からの情報収集を通じて、本人の情報(※2)を把握するよう努めましょう。

※2：価値観、意思、選好、心理的状況、これまでの生活史、人間関係、物理的環境、今後の目標等

本人・家族等への接遇

6. 本人・家族等が安心できるような環境(態度・時間・場所等)で接しましょう。
7. 本人の意思決定に不当な影響を与えないように、面談・会議等への参加者や参加人数の工夫(※3)をしましょう。

※3：利益相反を避けるようなメンバー構成、複数人体制等

本人への情報提供

8. 写真や映像、絵カード等を用いたり、体験の機会を設けるなど、意思決定に必要な情報を本人・家族等が理解しやすい形で丁寧に提供・説明をしましょう。
9. 選択肢がある場合、比較のポイント(メリット・デメリット・結果の見通しを含む)や各選択肢の重要なポイントなどを分かりやすく説明しましょう。

本人を支える家族等への支援

10. 家族等の意思・意向についても確認し、家族等の感情を支えながら、本人にとって最善の支援の話し合いをサポートしましょう。

5 心がけを活用した参考事例集

事例

<前提>

1. 本人の意思は環境や状態によって変化しやすいため、意思決定支援は繰り返し行いましょう。
2. 支援者が多様な価値観を理解・尊重し、支援者間や本人・家族等との信頼関係の構築に努めましょう。
3. 支援者間で情報の記録と情報共有が円滑に行える環境を構築し、本人が自分らしい意思決定をできるよう、チームで支える意識や支援の目標を共有しましょう。

<本人の生活情報関係>

5. 本人や家族、友人等からの情報収集を通じて、本人の情報（価値観、意思、選好、心理的状況、これまでの生活史、人間関係、物理的環境、今後の目標等）を把握するよう努めましょう。

<本人への情報提供>

8. 写真や映像、絵カード等を用いたり、体験の機会を設けるなど、意思決定に必要な情報を本人・家族等が理解しやすい形で丁寧に提供・説明をしましょう。

1 事例の概要

○70代男性。妻とのふたり暮らし。長男家族は市内在住。入院中に幻視がみられ、退院後にももの盗られ妄想出現し警察対応となったため、家族が本人に内緒でかかりつけ医に相談。かかりつけ医からもの忘れ外来を紹介され受診。本人は、何のために病院受診をするかの理解ができないまま、「認知症」と診断されたため、「認知症ではない」と内服・継続受診を拒否。以後、暴言・暴力が続き、困った家族から今後の対応方法について相談

2 こんな対応をしました

○地域包括支援センターと認知症初期集中支援チームと家族で面談。本人の性格や人生史、家族の関係性、家族の思いについて確認。
○その後、認知症初期集中支援チームと本人で面談。数回の面談で本人の思いを丁寧に聴きとり、信頼関係を構築。セカンドオピニオンを受けることを提案し、本人が希望したため、他院を同行受診

3 当項目に対して、こんな配慮をしました

○本人が自分でどうしたいか決定できるように、また、決定を焦らせないように支援をした。
○本人のことは、本人が決めることが大切であることを家族に理解してもらい、本人の思いや支援目標を認知症初期集中支援チームと家族で共有した。

4 対応した結果

○自分で受診先の病院を決定。距離をおいていた長男が同行することで、家族の関係が改善。暴言、暴力がなくなった。
○認知症の初期との診断を本人が受け入れ、内服・継続受診が可能になった。また、これからやりたい事や支援して欲しい事の話ができるようになった。

5 振り返り

○もともと家族の関係が良かったため、「本人のことは本人が決める」を理解した家族は、少しの助言で、本人への関わり方を工夫できるようになった。家族が変わることで、本人の状態が良い状態へと変化した。

5 心がけを活用した参考事例集

事例

<本人の生活情報関係>

5. 本人や家族、友人等からの情報収集を通じて、本人の情報（価値観、意思、選好、心理的状況、これまでの生活史、人間関係、物理的環境、今後の目標等）を把握するよう努めましょう。

<本人・家族等への接遇関係>

6. 本人・家族等が安心できるような環境(態度・時間・場所等)で接しましょう。

1 事例の概要

- 10数年前にトラック運転中の交通事故で高次脳機能障がいが残った事例。
- 精神保健福祉手帳所持、リハビリ病院を経て生活訓練、就労移行支援を受け就労継続支援A型、B型と利用されるが、人間関係等で行くことができなくなり、2年間自宅でどこにも出ない日々を送る。
- 姪（小学生）におじさんは何をしている人？と聞かれて「はっ」とした。このままではいけないと奮起し、相談支援に相談し、思い切って再度B型から社会復帰に向けてチャレンジを再開。

2 こんな対応をしました

- 本人へは積極的にかかわることはせずに、間接的に状況の把握を行った。

3 当項目に対して、こんな配慮をしました

- 本人には時折連絡を入れ、関係を継続をすること、無理に提案をするのではなく、通院時に医師や高次脳機能障がい支援Coとの面談の中から、本人の気持ちが高まるタイミングを計った。事前に情報をキャッチして通所先への調整も開始した。

4 対応した結果

- 以前とは違う就労継続支援B型の事業所に通所開始、1年間をめどに生活のリズム、働くことができる体と気持ちを作ることを目標として通所での支援開始した。

5 振り返り

- 高次脳機能障がいのある方の特性の理解を踏まえ、その方に合う形での支援を検討する。
- ご本人さんがご自身で動き出すタイミングを待つ。

5 心がけを活用した参考事例集

事例

<本人・家族等への接遇関係>

6. 本人・家族等が安心できるような環境(態度・時間・場所等)で接しましょう。
7. 本人の意思決定に不当な影響を与えないように、面談・会議等への参加者や参加人数の工夫をしましょう(利益相反を避けるようなメンバー構成、複数人体制等)。

1 事例の概要

- レビー小体型認知症と診断された方で、妻と二人暮らし。長男、次男は盆、暮れ、正月に遊びに来るくらい。本人、家族ともに自宅での療養を希望。しかし今後の病状の進行が不安
- もともとパーキンソン病にて受診後に薬局に薬をもらいに来ていた。ご夫婦とも、普段からコミュニケーションは取れていた。しかし、重大な病名が発覚後、幻覚等が本人に出現。奥様とともに今後の生活に不安があった。

2 こんな対応しました

- 自宅に息子さん夫婦を呼び、食事をしながら、病気のこと、今後の予想される症状や出来事について、基幹病院の専門医の講演内容等、経験等を交えてお話しした。家族同士の思いを素直に話すことをお勧めした。

3 当項目に対して、こんな配慮しました

- まずは病気について、主治医に心配なこと、小さなことまでお聞きくださるよう（本人家族が納得して治療に向かい合えるよう）お伝えしました。

4 対応した結果

- 本人の希望する施設への早期の入所が決まった。本人は家族の負担に対しての心配が軽減。家族は、介護に対する不安、心労が軽減。現在、同居時よりも、それぞれが前向きで穏和な顔立ちになった。

5 振り返り

- なかなかタイミングは難しいと思うが、今回のように何かの時に受け入れてもらうためには、日頃より家族等の支援者とコミュニケーションを取る必要がある。

5 心がけを活用した参考事例集

事例

<本人への情報提供>

8. 写真や映像、絵カード等を用いたり、体験の機会を設けるなど、意思決定に必要な情報を本人・家族等が理解しやすい形で丁寧に提供・説明をしましょう。
9. 選択肢がある場合、比較のポイント(メリット・デメリット・結果の見通しを含む)や各選択肢の重要なポイントなどを分かりやすく説明しましょう。

<本人を支える家族等への支援>

10. 家族等の意思・意向についても確認し、家族等の感情を支えながら、本人にとって最善の支援の話し合いをサポートしましょう。

1 事例の概要

○現在、6歳女児。重症心身障がい児。常時人工呼吸器を装着し、胃ろう、吸引など医療的ケアが常に必要。現在は体調を考慮しながら週2日程度、児童発達支援センターに通園している。就学を迎えるにあたって、本児の健康状態等も考慮する中で、特別支援学校に通学をするか、訪問教育(週3回、1時間程度の個別教育)にするかを検討した事例

2 こんな対応をしました

- 言葉を話すことができないため、本人の意思、希望を言葉で伝えることができない。どうしても保護者や支援者の意向を優先しがちになってしまう。保護者の意向を十分に聞き、心配事を解決していけるような対策を考えた。
- 具体的には、集団と個別、それぞれの教育の場面を体験してもらい、表情や目線、バイタル等で本人がより楽しめている、心地よく過ごしている場面を推測した。

3 当項目に対して、こんな配慮をしました

- 本人が好きなおことや、楽しめることを選択できるように、児童発達支援センターの療育でいろいろな遊びや活動を経験し、経験の幅を広げてもらった。

4 対応した結果

- 本人が自ら希望する進路を表明できるよう支援することは困難であったが、集団のにぎやかな雰囲気の中で過ごしている時に、笑顔が見られたり、声が出たりする姿が多く見られた。このような状況から訪問教育よりも特別支援学校への通学を本人は希望するのではないかと推定された。保護者としても、本人の推定される希望を踏まえ、本人が刺激を受けながら楽しめる特別支援学校への通学を選択するに至った。

5 振り返り

- 言葉以外での、意思表出を十分に汲み取っていけるように工夫をしていく。
- 障がいがある、ないに関わらず「子ども」「児童」としての姿を第一優先に考え、本来の子どものあるべき姿、楽しめること、経験してもらいたいことを大切にしていく。

6 意思の記録・共有ツール

- 本人の意思の実現に向けて多職種が連携する際に、意思が多職種で共有されることが重要です。
- その際、次に紹介する記録・共有ツールを適宜ご活用下さい。
- こちらで紹介した記録・共有ツールは一部であり、各事業所等で活用されているものも適宜ご活用下さい。

(1) わたしのノート（スタート編）

医療・福祉関係者によるこれまでの経験や議論から作成した記録ツールです。

ノートに記述した「自分の想いや夢」、「こうして生きていきたい」という本人意思を、家族や専門職等に対して伝える参考材料として活用することができます。

※わたしのノート（スタート編）の特徴※

- 全ての方を対象とした共通の記録ツール
- 記録のきっかけづくり（入り口）として適度な項目数とサイズ感
 - ・「希望や夢」、「将来に不安なこと」など人生観についての大事な項目を掲載
 - ・誰しにも起こり得ることでACPの中でも重要な項目である延命治療について掲載
 - ・個人の状態に応じた必要な情報を記録できる、フリースペースを掲載
 - ・本人だけの意思でなく、本人を最も近くで支える家族など支援者の想いを掲載

次ページに、わたしのノートの記載例を掲載しています。

様式（原本）は、豊田市HP、豊田加茂医師会HPからダウンロードください。

豊田市 意思決定支援

検索

(2) 豊田みよしケアネット（ICTツール）

- ・多職種で利用者（患者）情報を共有する際に活用できるICTツールです。
- ・セキュリティの問題で、FAXやメールによる多職種での共有ができなかった情報が、豊田みよしケアネットを用いることにより、データでの情報共有が可能となります。意思の変化に関する様々な情報について、自由な記録・共有ができます。

6 意思の記録・共有ツール

わたしのノート（スタート編）



書けるところから書いていきましょう。

● わたしの想い・夢（ありたい自分、叶えたい夢、希望、家族への想いを記載しましょう）

♪理由やエピソードはあ

一方で、不安に思っ

★Point★

- ☞初めから書けない場合は、「わたしのこと」などから書き始め、自分の想いを整理してから書いていきましょう。
- ☞「わたしの想い・夢」を書いた特別な理由や想いがあるはず。自分の想いや人生観を表すキーワードになるため、エピソードや理由を書いてみましょう。
- ☞「わたしの夢・想い」がある一方で、不安に思っていることや心配なことなどを書いてみましょう。

★記載例★

- ・人に迷惑をかけずに自立して生きていきたい。
- ・家族との思い出の場所の〇〇へ行きたい。
- ・□□を経験・体験してみたい。
- ・足腰が弱り、歩けなくなってしまわないか不安。
- ・介護が必要になった場合に、ひとり暮らしでも暮らしていけるかが不安。

● わたしに対する家族の想い

★Point★

- ☞ご本人をケアすることへの想いや、「わたしの夢・想い」に対する想い、ご本人に対してどのような生き方をしてほしいかなど、ご家族の方がご本人に対する想いを書きましょう。

● わたしのこと

趣味

日課

大切な場所

好きな色

★Point★

- ☞生活・療養をし続けたい場所
療養中の場合…どこで過ごしながら療養したいか。
- 療養中でない場合…疾病を患った場合に、どこで過ごしながら療養したいか。

楽しみなこと

嫌いなこと

療養・生活し

自宅

病院

老人ホームなどの施設

続けたい場所

障がい児・者などの施設

その他 ()

● 健康状態などについて

かかりつけ医

有

★Point★

- ☞かかりつけ医
自分の健康に異変を感じた場合に相談をする医療機関がかかりつけ医です。
- ☞連携先病院
かかりつけ医とは別の病院で検査などを行っていることがあれば、その病院を書いてください。

連携先病院

有

疾病名

介護認定

無 /

障がい手帳

無 /

特定疾患受給者証

有 ・ 無 ・ 申請中

生活保護

有 ・ 無 ・ 申請中

6 意思の記録・共有ツール

● 治療について（万が一に備えて…）

治療について
 ……
 最期に過ごしたい
 場所

★Point★
 ☞どんな人にも万が一は起こりうる話です。自分に万が一のことが起こった時に、どのような治療をしてほしいか、どこで最期を過ごしたいか、整理をしてみましょう。

障がい児・者などの施設 その他（ ）

● 意思決定が困難な治療や日常的なケア

ふりがな
 氏名 ……

★Point★
 ☞意思決定が困難になった場合でも意思は存在するため、まわりの支援者はわたしの意思を推定し、十分に話し合ったうえで最善の方針をとります。その際に、わたしの意思を推定する人を前もって定め、その人と治療や日常的なケアを含め、繰り返し話し合うことで、意思が推定しやすくなります。

● そのほか、支援者に知っておいてほしいことや配慮してほしいこと

……

★Point★
 ☞周りのかたに対して、知っておいてほしいことを書きましょう。

★記載例★

- ・自分には○○といったこだわりがある。
- ・自分が混乱しているときは、落ち着いてから話をしてほしい。
- ・身体手帳は持っていないが足が不自由。
- ・耳が遠く聞き取りづらいことが多いため、大きな声で話してほしい。
- ・認知機能が低下しているため、記憶を繰り返し振り返るように心がけてほしい。
- ・（終末期の方で）状態が急変した場合は、救急車を呼ばないでほしい。

● 緊急連絡先

1 ふりがな
 氏名 …… 関係 …… 連絡先 ……

2 ふりがな
 氏名 …… 関係 …… 連絡先 ……

● このノートと一緒に作った人

家族の構成図

氏名 …… 関係 ……

氏名 …… 関係 ……

氏名 …… 関係 ……

氏名 …… 関係 ……

★Point★
 ☞家族の構成図

- ・ご本人と一緒に暮らしている方など、ご本人との家族の関係性を図で表します。
- ・ご本人・ご家族では書くことが難しいため、専門職の方が書いても良いです。

このノートに記載する情報がケアに反映されます。自分の望む生活を送るため、このノートを、医師や看護師、ケアマネジャーなどの専門職（支援者）と共有しましょう。また、意思が変わったと感じた際には、積極的にこのノートを更新していきましょう。

※専門職など一緒に作った人からの一言メッセージ

作成日 令和 年 月
 ふりがな
 本人氏名 ……
 住所 ……

★Point★
 ☞一緒に作成した専門職などから本人に対する一言メッセージを書きましょう。
 ☞作成日に加えて、どのような場面で作成したのか書きましょう。（例）入院時、退院時、ケアマネジャーとの初めての面談時など
 ☞次に作成するときは、今の内容から変わっていることもあるため、次の作成予定日（半年後・1年後など目安）を書きましょう。

作成：豊田市在宅医療福祉連携推進会議(令和3年3月) 次回作成予定日 令和 年 月 日

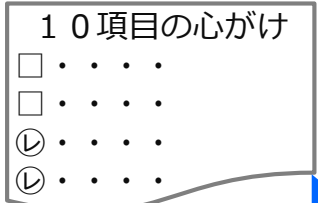
6 意思の記録・共有ツール

豊田みよしケアネットの活用方法

- 本人の意思を記録し、その内容を多職種で共有する際に活用できるツールです。
- 豊田みよしケアネットを活用することで、データとして本人の意思を記録することができ、意思の変化を効率的に多職種で確認・共有することができます。

活用イメージ

①本人の意思を確認



豊田みよし
ケアネット

②確認した意思を

◆◆さんの意思決定情報
○●●●●●●●●●●

患者タイムライン

○意思決定支援に関して投稿した記載には、「ACP」のタグ付けを行う。

○前回訪問時から変化した本人の意思を記載
○前回の本人の意思に関する対応、その対応に対する反応や新たな意思等を記載

○本人の意思を記載
○また、訪問時や面談する際に気づいたことを記載
○本人の意思に対する家族の反応を記載 等

7 意思決定支援の取組事例集

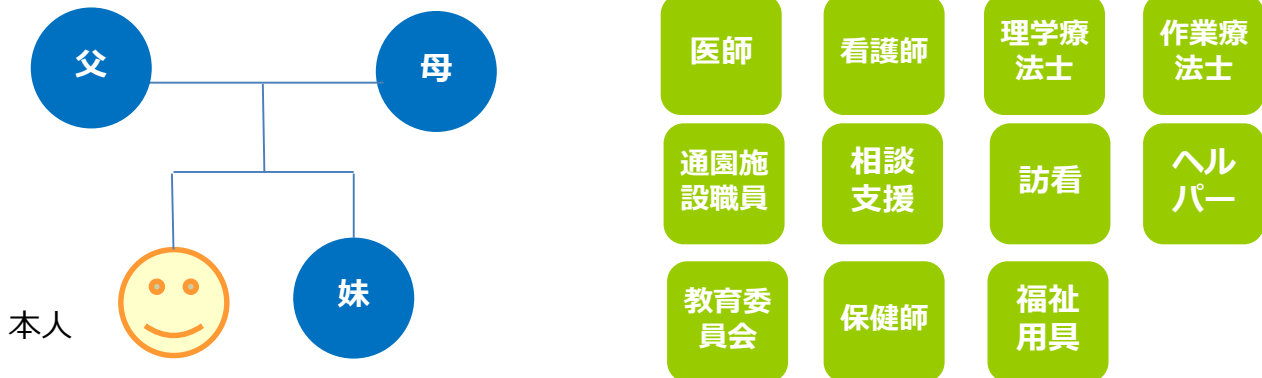
◆留意事項

・これ以降の事例の中には、本人による意思決定が困難とみられる状態で、可能な限り本人の意思を推定することを試みた事例や他者決定の事例も含まれています。

事例の概要

○現在、6歳女児。重症心身障がい児。常時人工呼吸器を装着し、胃ろう、吸引など医療的ケアが常に必要。現在は体調を考慮しながら週2日程度、児童発達支援センターに通園している。就学を迎えるにあたって、本児の健康状態等も考慮する中で、特別支援学校に通学をするか、訪問教育（週3回、1時間程度の個別教育）にするかを検討した事例。

本人・家族・関係者の関係図



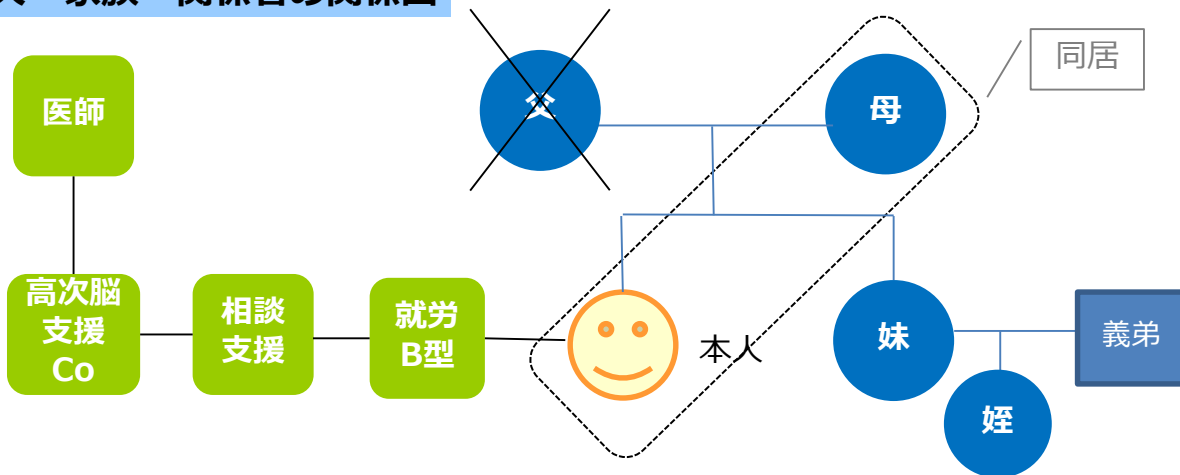
意思決定支援を開始・リードした職種	意思決定支援を開始したタイミング
○通園施設職員、相談支援専門員	○就学に向けて準備を始める時期
本人の希望・目標(実現したいこと)	本人の状況
○楽しいことをたくさん経験したい	○常に医療的ケアが必要で、健康状態は安定しにくい。身障手帳1種1級、療育手帳A
意思決定支援の経過	○就学先の選択に向けての話し合いを行う中で、最初は健康状態のみを第一優先に考えていた。しかし、本人の意思を汲み取ったり、本人にとっての楽しみを大切にしながらも、健康で安全に過ごせる方法を検討する流れへととなった。
意思決定支援において困った事 それに対する対応	○言葉を話すことができないため、本人の意思、希望を言葉で伝えることができない。どうしても保護者や支援者の意向が優先しがちになってしまう。保護者の意向を十分に聞き、心配事を解決していけるような対策を考えた。
意思決定支援において特に工夫・配慮した点	○集団と個別、それぞれの教育の場面を体験してもらい、表情や目線、バイタル等で本人がより楽しめている、心地よく過ごしている場面を推測した。 ○本人が好きなおことや、楽しめることを選択できるように、児童発達支援センターの療育で色々な遊びや活動を経験し、経験の幅を広げてもらった。
参考となる10項目の心がけ	○6、8、9
本人の希望・目標の実現における最終結果	○集団のにぎやかな雰囲気でも過ごしている時に、笑顔が見られたり、よく声が出たりする姿が多く見られたことから、本人が刺激を受けながら楽しめる、特別支援学校への通学を選択するに至った。
事例を通じて次の機会に配慮したいポイント	○言葉以外での、意思表示を十分に汲み取っていけるように工夫をしていく。 ○障がいがある・ないに関わらず「子ども」「児童」としての姿を第一優先に考え、本来の子どものあるべき姿、楽しめること、経験してもらいたいことを大切にしていく。

7 意思決定支援の取組事例集

事例の概要

○10数年前にトラック運転中の交通事故で高次脳機能障がいが残った事例、精神保健福祉手帳所持、リハビリ病院を経て生活訓練、就労移行支援を受け就労継続支援A型、B型と利用されるが、人間関係等で行くことができなくなる。2年間自宅でどこにも出ない日々を送るが、思い切って再度B型から社会復帰に向けてチャレンジを再開した事例

本人・家族・関係者の関係図



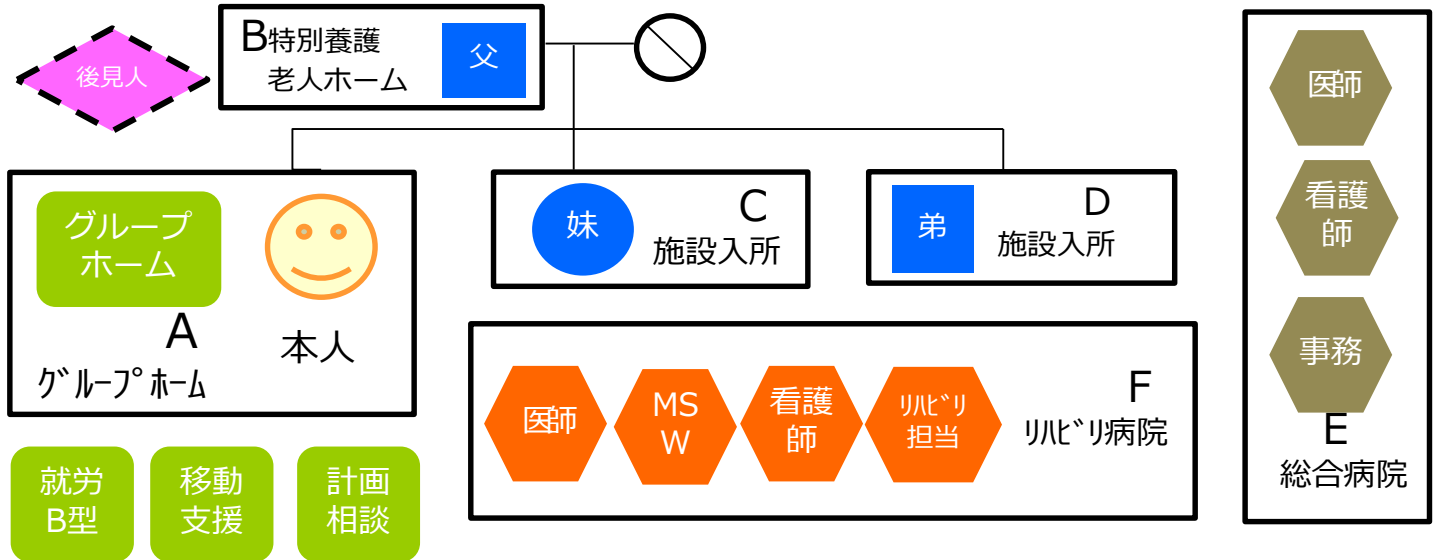
意思決定支援を開始・リードした職種	意思決定支援を開始したタイミング
○相談支援専門員・高次脳機能障がい支援Co	○就労継続支援A型利用時（支援開始時）
本人の希望・目標(実現したいこと)	本人の状況
○社会に出て働きたい、小学生の姪に胸を張って、仕事していると言いたい	○記憶等は比較的保たれているが、遂行機能に障がいがあり、細かい仕事や順序だてて行うことに難しさあり。また左側に若干の麻痺が残る。気さくに話せるが、思慮深く踏み出すのに時間等を要する。手続きや段取りが苦手で、待てない面もあり。
意思決定支援の経過	○リハビリ終了後、就労継続支援A型、B型と人間関係等の難しさで利用継続することができずに利用中断する。以降2年以上自宅で仕事に向かうことができずに過ごしていた、姪（小学生）におじさんは何をしている人？と聞かれて「はっ」とした。このままではいけないと奮起し相談支援に相談した。
意思決定支援において困った事 それに対する対応	○本人は積極的にこちらにかかわることはしなかったが、間接的に状況の把握を行った。
意思決定支援において特に工夫 及び配慮した点	○時折連絡を入れ、関係を継続をすること、無理に提案をするのではなく、通院時にDrや高次脳機能障がい支援Coとの面談の中から、本人の気持ちが高まるタイミングを計った。事前に情報をキャッチして通所先への調整も開始した。
参考となる 10項目の心がけ	○3、5、6
本人の希望・目標の 実現における最終結果	○以前とは違う就労継続支援B型に通所開始。1年間をめどに生活のリズム、働くことができる体と気持ちを作ることを目標として、通所での支援開始した。
事例を通じて次の機会 に配慮したいポイント	○高次脳機能障がいのある方の特性の理解を踏まえ、その方に合う形での支援を検討する。 ○ご本人さんがご自身で動き出すタイミングを待つ。

7 意思決定支援の取組事例集

事例の概要

- 50代・男性・盲腸がんステージ1。父は認知症で特養入所、母は亡くなっている。
2人の兄弟は施設入所している。頼れる親類はいない。
- グループホーム、就労継続支援B型、移動支援、計画相談利用中
- かかりつけ医でがん検診を受け盲腸がんが発覚。入院し、患部の切除手術が必要となる。
- 手術・入院生活により体力・ADLが低下、元の生活に戻るためにリハビリが必要となる。

本人・家族・関係者の関係図



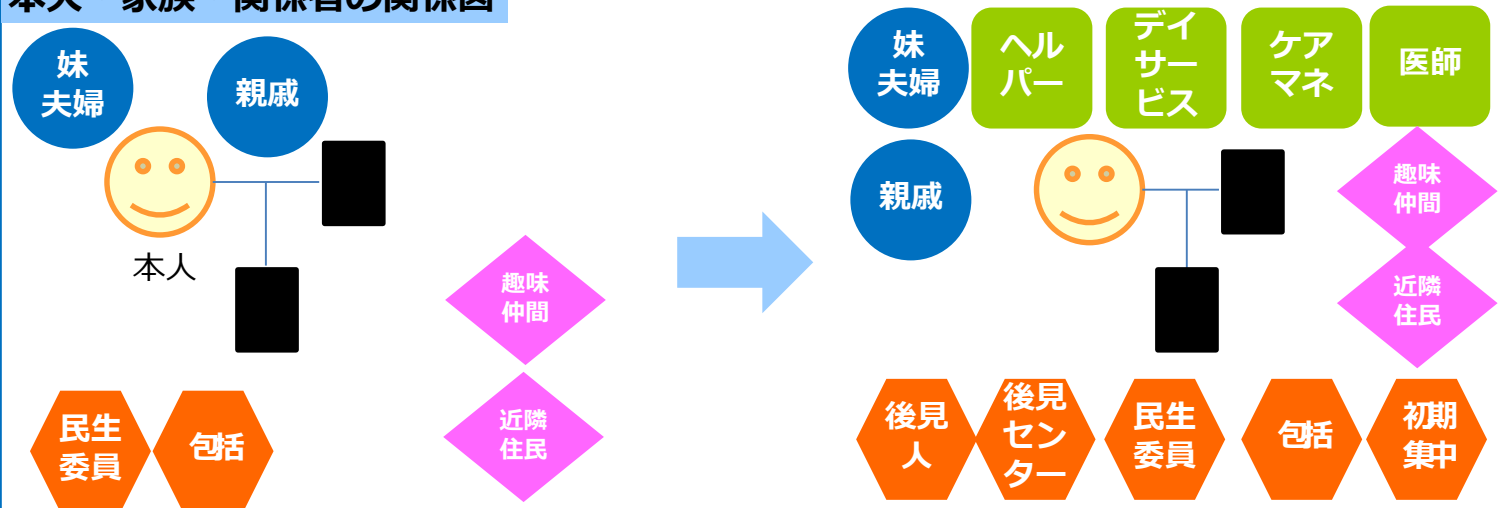
意思決定支援を開始・リードした職種	意思決定支援を開始したタイミング
○グループホーム支援員	○がん検診にて精密検査が必要になった時
本人の希望・目標(実現したいこと)	本人の状況
○がん治療後、元の生活に戻ること	○手術説明の理解、入院用意は本人のみでは難しい。援助を受けることが出来る身寄りはいない。
意思決定支援の経過	○検査支援→入院説明同行→入院支援→手術付き添い→再手術付き添い→転院支援→退院支援（随時入院中の支援）
意思決定支援において困った事 それに対する対応	○生命に係わる重大な決定が多い（手術の方法、退院の時期）。 →単独で支援を行わない。病院、支援機関と情報共有（ケース会議、TEL、訪問）し、本人の最善を検討した。 ○判断する項目が多い、日々ある。 （検査・手術の日程、日々の着替え、病室の形態、急な退院日の決定） →本人の日常を知る支援者が交代で、細目に本人の意思を確認した。
意思決定支援において特に工夫・配慮した点	○入院した総合病院では、関係職種が多く（医師、看護師、介護士、リハビリ担当、事務）細目にそれぞれに本人の決定した意思が、それぞれの職種に伝わるように配慮した。 →処置などについて理解し難い用語が多いため、本人がどこまで理解出来ているか、常に確認するようにした。 ○入院支援と並行して、成年後見制度利用に向けての支援を行った。
参考となる10項目の心がけ	○3、4、8
本人の希望・目標の実現における最終結果	○入院から2カ月後にグループホームでの生活に戻る。併せて就労B型へ復帰。
事例を通じて次の機会に配慮したいポイント	○医療支援の場合、通常的意思決定支援に加えて、本人の体調面の不調によって、より意思決定が難しくなる時があった。極力不測の事態（再度の手術、入院の延長）に備えて、不調になる以前より、決定の支援を行うのが良い。

7 意思決定支援の取組事例集

事例の概要

- 80代 女性 ひとり暮らし
- 家族 夫・長男他界 弟他県在住・電話連絡のみ 妹市内在住・交流あり
- 支援者 地域包括支援センター、民生委員、近隣住民、趣味仲間
- 近隣住民や趣味仲間が、買い物支援や地域の交流活動を支援していた。しかし、固定資産税の滞納や通帳の紛失がはじまり、財産管理が難しくなってきた。同時期、地域の支援者からは、「地域のみで支えるのが難しくなってきた」と包括に相談がきた。

本人・家族・関係者の関係図



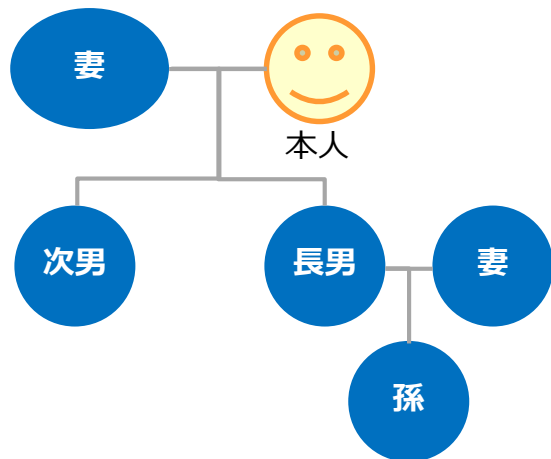
意思決定支援を開始・リードした職種	意思決定支援を開始したタイミング
○初期集中支援チーム（看護師）	○初期集中支援チーム介入開始時
本人の希望・目標(実現したいこと)	本人の状況
○愛着のある自宅で、庭の手入れをしながら暮らし続けたい。財産管理は専門家をお願いしたい。	○ADL自立。掃除、洗濯自立。調理はせず弁当を注文。買い物、金銭引き出し支援は妹夫婦。毎日、探し物をしている。受診、サービス利用拒否。
意思決定支援の経過	○地域包括支援センター・初期集中支援チーム・成年後見支援センターで自宅訪問。本人・妹夫婦から、本人の生活史を聞き、在宅生活を継続するうえで必要な要素についてアセスメント ○アルツハイマー型認知症と診断を受けた。介護保険サービスの再導入に抵抗があったため、デイサービスの見学同行をしたところ利用承諾。
意思決定支援において困った事 それに対する対応	○受診拒否に関して、信頼している妹夫婦同席のもと、「健康診断をする決まりになっているので、一緒に受診に行きましょう。」と説明し承諾。
意思決定支援において特に工夫・配慮した点	○信頼関係の構築。本人の希望を確認するときは、オープンクエスチョンとし、言いやすいように配慮。デイサービスやヘルパーの導入をするときは、体験をしてから判断してもらう。
参考となる10項目の心がけ	○2、3、8
本人の希望・目標の実現における最終結果	○初期集中支援チームが介入した当初は、妹夫婦が対応に疲れていたため、「在宅生活は限界」と考えており、施設入所前提の相談であった。同行受診や生活支援のアセスメントの為に訪問を繰り返す中で、本人の強みやできていることを妹夫婦に伝えたところ、在宅生活を承諾された。
事例を通じて次の機会に配慮したいポイント	○いずれ、在宅生活の限界がくると思われる。事前に、「どのような状態になった時に施設入所とするか」を本人、妹夫婦、後見人、ケアマネジャー等で相談しておき、書面に記載しておくことと良い。

7 意思決定支援の取組事例集

事例の概要

- 101歳の男性で、肺炎の疑いにて入院された方で、最期を特別養護老人ホームで迎えたいとの家族からの希望を踏まえて対応した事例
- BPSD著明、リクライニング車いす使用、生活動作全般全介助、単独行動頻回

本人・家族・関係者の関係図



意思決定支援を開始・リードした職種	意思決定支援を開始したタイミング
○生活支援相談員 兼 介護支援専門員	○入院中の退院調整の際
本人の希望・目標(実現したいこと)	本人の状況
○誤嚥してでも最期まで経口摂取したい。 ○抑制されることなく自由に生活したい。	○言語聴覚士の見解では、経口摂取は困難だが、食に対する意欲が非常に強く、昼夜問わず食事等を催促される。
意思決定支援の経過	○退院前の病院にて、MSW・家族・施設職員で状態確認及び施設での対応可能な支援について共通認識のうえ、本人及び家族の意向を確認。主治医からICの際に改めて施設での生活について説明し、同意をいただく。家族から「本人の希望どおりの対応をお願いします。」との依頼
意思決定支援において困った事 それに対する対応	○施設職員は、経口摂取困難な方への食事介助に不安がある中で、施設内で支援を統一。併せて、本人の生活歴・要望、家族の意向を周知 ○施設の役割と責任、緊急時の対応等を確認し、意思決定支援の必要性と重要性、緊急対応の確認を行い不安を軽減
意思決定支援において特に工夫 ・配慮した点	○施設での支援統一に向け、職員間(介護士・看護師・管理栄養士・PT・生活相談員・介護支援専門員)で目標共有。 ○家族との連携(差し入れ内容により施設でミキサーにかけ、とろみをつける等)し、状況に応じて相談を実施
参考となる 10項目の心がけ	○3、4、5
本人の希望・目標の実現に おける最終結果	○施設で提供する食事と家族の差し入れを最期まで経口摂取することができた。 ○結果、家族も望んでいた本人の希望通りの生活となり、感謝の言葉をいただくことができた。
事例を通じて次の機会に配慮 したいポイント	○本人・家族の希望・意向を事前に確認しておく。 ○デスカンファを実施し、最期まで意思を尊重する事、その人を知ることの重要性を施設として再認識し、また意思を尊重した対応を実施するにあたり、それに伴うリスク等についても事前に説明と同意を必ずいただく。

7 意思決定支援の取組事例集

事例の概要

- 72歳女性・要介護度：4。夫と義母(要支援2)と3人暮らし。3年前から脳の悪性リンパ腫の診断
- 抗がん剤投与、放射線治療を行うが改善せず、余命2か月の宣告。A病院緩和病棟へ入院
- しかし、入院可能な期限が近づき、転院か在宅介護の選択を迫られる。家族は転院を希望する。

本人・家族・関係者の関係図



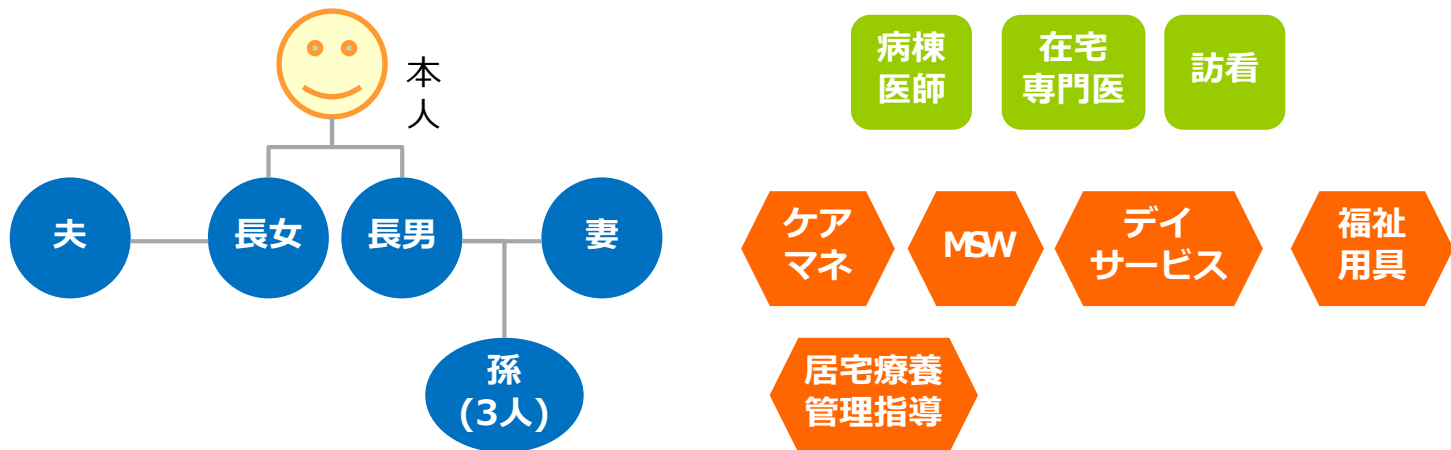
意思決定支援を開始・リードした職種	意思決定支援を開始したタイミング
○緩和病棟の医師・看護師・MSW	○転院か在宅療養の選択時
本人の希望・目標(実現したいこと)	本人の状況
○自宅に帰り、夫と暮らしたい	○放射線治療の後遺症で、失語・認知症、寝たきり(点滴・たん吸引)で24時間看護
意思決定支援の経過	<ul style="list-style-type: none"> ○失語症の本人が涙を流し、帰宅の意思を伝える。 ○夫は不安があったが本人の強い意思を尊重し、病院とケアマネに相談
意思決定支援において困った事 それに対する対応	<ul style="list-style-type: none"> ○本人が失語症であることから、意思の確認が難しい面があった。 ⇒夫及び義母からの情報を踏まえて本人の意思を確認 ○家族介護力の弱さ(知識・経験不足)、義母の介護もあり負担が大きい事への不安 ⇒義母のサービス調整
意思決定支援において特に工夫 ・配慮した点	<ul style="list-style-type: none"> ○医療(往診医・訪問)を中心に支援を展開 ○専門職それぞれが本人の意思に変化があることに気づいた時に情報共有を密に行い、対応すべきことを確認した。 ○さらに、訪問する頻度を増やすなどして情報の把握に努めた。 ○キーマンとなる夫からも情報把握を随時行った。
参考となる 10項目の心がけ	○1、2、3、5、6、8
本人の希望・目標の実現に おける最終結果	<ul style="list-style-type: none"> ○できるだけ自宅で過ごせるように支援を希望されたが、悪化の場合は、再入院の対応を行った。 ○最期は、自宅での看取りとなった。
事例を通じて次の機会に配慮 したいポイント	<ul style="list-style-type: none"> ○日頃から、医療・介護関係者などが顔の見える関係を築いておくことが重要 ○看取り支援についても継続して勉強が必要。

7 意思決定支援の取組事例集

事例の概要

- 肝臓がん、肝硬変のため余命3か月(本人には未告知)
- 退院前カンファレンスで総合病院退院後に在宅療養を希望。
- 家族が介護を強く拒んだが、最終的に予定通り在宅療養を継続中。

本人・家族・関係者の関係図



意思決定支援を開始・リードした職種	意思決定支援を開始したタイミング
○主治医とMSWと在宅専門医	○退院前カンファレンス (※家族の介護拒否の意向から、カンファレンス実施)
本人の希望・目標(実現したいこと)	本人の状況
○自宅で好きなように過ごしたい。 ○美容院と歯科医院に行きたい。	○生活支援、介護サービスと在宅医療支援チーム等を利用し、現在は落ち着いている。
意思決定支援の経過	○本人の在宅療養の意思は固いため、家族へのアプローチが大半であった。
意思決定支援において困った事 それに対する対応	○本人の介護に対する家族の不安が顕著であったことから、在宅に移行する際に本人の状態を踏まえて、どのようなことが生活上対応できるかを家族に確認してもらうようにした。
意思決定支援において特に工夫・配慮した点	○本人が何をしたいかなどをデイサービス利用時などを活用し、日常会話の中から情報を得るとともに、家族からも聞き取りを丁寧に行った。それらの行動から、この人が関わってくれるという安心感を家族と本人に行った。 ○本人と家族が共通理解を持てるよう分かりやすい言葉がけを繰り返し、安心感へ繋げた。 ○本人の現状のADLを確認してもらうことで、本人が動けること、話せることを実際に確認してもらう。 ○本人へ負担や抱えるリスク等を丁寧に説明し、本人から確認がある都度、優しく説明をするように心がけた。
参考となる10項目の心がけ	○2、6、8、9
本人の希望・目標の実現における最終結果	○本人の希望が徐々に増加している状況。 ○本人の希望をどのように実現するかについて、方法・手段を決めて役割分担をして、一つずつ対応している。
事例を通じて次の機会に配慮したいポイント	○同じパターンで対応できることはないため、本人が発する言葉や言葉に対する表情を確認し、瞬時に判断することが必要。 ○情報提供量は多ければ多いほど良いのがポイント

7 意思決定支援の取組事例集

事例の概要

- 97歳女性。認知症なし。45歳で夫と死別し、その後、親戚にいる豊田市へ移住。現在は特別養護老人ホームで生活。市内には姪がいるが、意思決定に関わることには消極的
- 慢性心不全があり、頻回に増悪し入院加療を要している。

本人・家族・関係者の関係図



意思決定支援を開始・リードした職種	意思決定支援を開始したタイミング
○生活相談員及びケアマネジャー	○特養へ入居後に慢性心不全が増悪した際の相談
本人の希望・目標(実現したいこと)	本人の状況
○現在の施設で過ごしたい	○活動体力は低下しているが、趣味の音楽鑑賞は楽しみにしている
意思決定支援の経過	○施設入所後に、心不全の増悪にて入院。姪より、看取りも視野に入れた対応をしてほしいとの希望あり。 ○その後、医師や姪と相談を行い、看取りでの対応を進めることで、本人・家族の意向を反映したケアプランを作成
意思決定支援において困った事 それに対する対応	○本人は「難しいことは姪に任せている」と主張するが、姪は「私では分からない」と主張。また、医療や福祉に対して不安もあり、意思決定支援への着手が難しい状態であった。 ○本人と姪の信頼関係構築や、医療・福祉に関する情報を分かりやすい手法で、多職種が支援する姿勢を伝えた。
意思決定支援において特に工夫・配慮した点	○医療・福祉のサービス等について、メリット・デメリットを正確に伝えることに努めた。また、二者択一ではなく複数の選択肢を用意するように努めた。 ○また、本人や家族の何気ない言動からヒントを得ることに努めた。
参考となる10項目の心がけ	○3、8、9
本人の希望・目標の実現における最終結果	○苦しい思いはしたくないとの本人の希望に沿い、平穏時は施設で、苦痛増悪時は本人と相談しながら医療機関を受診する体制を整えた。また、呼吸停止時には救急要請は希望しない意向に沿い、看取りを行った。
事例を通じて次の機会に配慮したいポイント	○本人及び家族に選択肢を複数用意すること。また、その選択肢に対して、既存の方法等に誘導するのではなく、インフォーマルサービスも含めて本人にとっての最善を多職種も含めて検討することが大切 ○意思決定は迷って当然という意識を多職種で共有することや、信頼関係のある専門職が、普段から言動を確認しながら意思決定支援のタイミングを探ることが大切 ○本人や家族が迷うことに専門職が待つ姿勢が大切

7 意思決定支援の取組事例集

事例の概要

○91歳女性。認知症自立度Ⅳ。若い頃は洋裁の講師。夫とは死別しており、在宅時は、長男夫婦、孫夫婦の7人で生活していた。入所以前より、帰宅願望が強い方。特別養護老人ホームに入所するも帰宅願望がみられていた方の看取りについて

本人・家族・関係者の関係図



意思決定支援を開始・リードした職種	意思決定支援を開始したタイミング
○生活相談員・ケアマネジャー・看護師	○特別養護老人ホーム入所時
本人の希望・目標(実現したいこと)	本人の状況
○顔馴染みのいる施設で最期を迎えたい。	○持病の胆管炎で入退院を繰り返している。心不全も増悪。大動脈弁狭窄症(重度)で入院、余命宣告される
意思決定支援の経過	○入退院を繰り返す中で、家族内で終末期の話が出始める。看取りに関して家族内でも意見が分かれていた。看取り前約1年、心不全増悪で余命宣告された際に、家族から施設に連絡が入る。家族とMSWに、施設での看取りが可能なことを説明し、退院を提案。家族内でも終末期を自宅で過ごさせてあげたいという家族もいたが、現実的に難しいと判断し、家族も施設での看取りを受け入れる。
意思決定支援において困った事 それに対する対応	○施設職員及び施設のケアマネジャーの立場から施設での看取りか否かの二者択一しかできなかった。 ○本人の希望を踏まえ、在宅・特養・他の施設など複数の提案をする知識を当時は持ち得ていなかった。 ○帰宅願望に対し、家族は自宅で看取るのは難色を示し、施設での看取りを希望。自宅での看取りに対して、具体的にどのように介護、医療のサービスを組み合わせたらよいかなどアドバイスができなかった。
意思決定支援において特に工夫・配慮した点	○不安になる家族の心情も踏まえて、意思決定したことは、状況に応じて変化することを丁寧に説明。 ○施設での看取りになり、居室には愛犬の写真を見える位置に張ったり、音楽を流すなど本人が安心できる環境を提供できるように努める。家族が面会に来られた際は、声掛けし本人の状態のみならず家族への意思確認も併せて行った。話をする内容に応じて、相談室を活用し本人への配慮をした。
参考となる10項目の心がけ	○2、6、10
本人の希望・目標の実現における最終結果	○希望とおり施設で看取り
事例を通じて次の機会に配慮したいポイント	○意思決定支援においては、施設内で対応できるサービスの説明だけでなく、家族や病院や福祉関係の専門職などの多職種を交えながら、様々な選択肢を提示する中で意思決定支援することが大切

8 コラム

(1) 豆知識 ～望まない救急搬送を防ぐために

人生の最終段階において、本人の意思を尊重した医療・介護を行うための取組が進められている中、本人の家族等から119番通報を受けて出動した救急隊が、**救急現場において心肺蘇生を望まない意思を示される事例が発生**しています。

【イメージ】



119番通報 ＝ 救命のスイッチON

救急隊の責務は、

傷病者が明らかに死亡している場合（死後硬直が認められる場合等）又は医師が死亡していると診断した場合以外は、法に基づき、必要な応急処置を継続しながら医療機関へ搬送することです。

⇒つまり、**心肺蘇生を実施しながら搬送**しなければなりません。

救急車を呼ぶ意味をご理解いただき、急変時に本人の意思を尊重した対応が行えるように、あらかじめ話合いをしておきましょう



豊田市消防本部

Toyota City Fire Department

8 コラム

(2) 住民からの相談支援に係る豊田市の基本的な考え方と心構え

- 本市は、以下のような視点を職員一人一人が意識をし、住民からの相談支援に係る意識醸成や質の向上を図っています。
- 市内の関係機関の皆様とも下記の心構えを共有していきたいと考えています。

住民からの相談支援に係る基本的な考え方と心構え

① どこでも受け止める

- これまで培ってきた各所属・機関の専門性・専従性を生かすことを第一に、各所属・機関が「何でも」対応するわけではありませんが、市民がどの所属・機関に相談しても受け止め、各所属・機関が連動し、サービス提供や支援を漏れなく提供していくことを目指します。

② つなぎ合う

- 相談を「どこでも」受け止めた後は、地域づくりへの展開も含めて考え、自所属・機関だけで対応するという考え方を捨て去り、各所属・機関が連動するために、「つなぎ合う」ことを目指します。

③ 主導役とチーム

- 地域共生社会の実現に向けた相談支援では、1つの所属・機関が「局所的な対応を行う」のではなく、優先順位等を決めながら、各所属・機関がチームとなり、サービス提供や支援を連動させていくことを目指します。
- 主たる課題や本人との関係性から「支援を主導する」所属・機関を定めますが、チームの「主導役」は、本人の状況等により常に変わり得ることを意識します。

④ 誰もが関わる

- 上記のことから、「誰かがやる」から「誰もが関わる」へ、また、「制度での解決の支援」から「アイデアでの解決の支援」へ発想を切り替え、各所属・機関は「制度の執行者」から「制度を知った発想者」へ転換していくことを目指します。

⑤ 寄り添う伴走

- 世帯が抱える複雑かつ複合的な課題に対しては、即時的な課題解決・手法の提示だけでなく、地域や社会とのつながりへの対応や、本人を中心として伴走する意識で応対することを目指します。
- 伴走する中で課題解決のタイミングを幾度も創出していきます。

私たち誰も少しの「のりしろ」を持つことで、
支援に大きな「伸びしろ」を生み出します

参考文献等

<厚生労働省>

- 人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン
- 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
- 認知症の人の日常生活・社会生活における意思決定支援ガイドライン
- 身寄りのない人の入院及び医療に係る意思決定が困難な人への支援に関するガイドライン

<日本老年医学会>

- ACP推進に関する提言

<自治体>

- 柏市 人生の最終段階における意思決定支援 ～支援者のためのガイドライン～

<検討・製作体制>

○令和元年度

豊田市在宅医療・福祉連携推進会議

意思決定支援に関する検討WG

<メンバー構成>

- 豊田加茂医師会
- 豊田加茂歯科医師会
- 豊田加茂薬剤師会
- 豊田市介護サービス機関連絡協議会
訪問看護部会・ケアマネ部会
- 豊田市地域自立支援協議会
- 豊田市成年後見支援センター
- 豊田市基幹包括支援センター
(認知症初期集中支援チーム)
- メディカルソーシャルワーカー
- 豊田市 消防本部(警防救急課)

<オブザーバー>

- 厚生労働省
- 法テラス埼玉法律事務所

<事務局>

- 豊田市 地域包括ケア企画課
- 豊田地域医療センター 在宅医療支援センター

<事務局補佐>

- 豊田市 福祉総合相談課

○令和2年度

豊田市在宅医療・福祉連携推進会議

意思決定支援WG

<メンバー構成>

- 豊田加茂医師会
- 豊田加茂歯科医師会
- 豊田加茂薬剤師会
- 豊田厚生病院(看護師)
- トヨタ記念病院(MSW)
- 豊田市介護サービス機関連絡協議会
訪問看護部会・ケアマネ部会
- 豊田市地域自立支援協議会
- 豊田市成年後見支援センター
- 特別養護老人ホーム施設長会議協議会
- 豊田市基幹包括支援センター
(認知症初期集中支援チーム)
- 豊田市地域包括支援センター

<オブザーバー>

- 豊田市 消防本部(警防救急課)

<事務局>

- 豊田市 地域包括ケア企画課
- 豊田地域医療センター 在宅医療支援センター

豊田市版
意思決定支援をサポートするポイント集

令和2年4月 初版発行

令和3年3月 改訂

編集・発行：豊田市 福祉部 地域包括ケア企画課

〒471-8501 愛知県豊田市西町三丁目60番地

TEL：0565-34-6787