

意思決定支援ガイドラインのための基礎研究報告

関西学院大学 小西加保留（第1部）

日本福祉大学 田中千枝子（第2部）

はじめに

I 権利擁護における意思決定支援の重要性

昨今の権利擁護およびその支援の実践領域では、成年後見および地域生活支援事業などで、社会福祉や法律等の領域を超えた専門家が多く活動するようになった。権利擁護とは「何らかの事情によって自分の思いや考えを他の人に伝えることができず、また伝え方が弱いため、その結果社会日常的に不利な立場におかれている人たちを支援する活動」であり、意思決定支援はその活動の中核となる考え方であり、手法でもある。

意思決定支援に携わる支援者側にとって、目前の大きな課題は支援の質の向上や均質化を図ることであり、そのために「意思決定支援ガイドライン」の作成が必要である。しかし多様な条件を持つ対象者と支援内容であるために、個別性が高く、ガイドラインに盛り込むべき項目が整理しきれていない実態がある。そこで本研究ではひとつの試みとして、支援ガイドラインの枠組みおよび構成要素を整理し提示することで、実際の事例から意思決定支援の内実と文脈を抽出し一般化を図る、ガイドライン作成に向けての基礎研究を行った。

II 意思決定支援の構造と支援プロセス 研究の目的と方法

意思決定支援の枠組みを構造とプロセスにとり、支援対象者別に支援の視点と内容、留意点等ガイドラインにつながる要素について述べる。本報告は2部構成になっており、対象者とのマトリックスで整理している。

第1部では、意思決定支援の基盤と展開として、1) 意思形成、2) 意思確認、3) 意思実現の3つの段階のプロセスの展開に影響する要因を提示することを目的にした。それによって、支援の視点と方法論を検討した。また第2部では「構造」とのマトリックスの内実と文脈を読み解くことを目的にした。それによって支援の視点と方法論を明確にした。

研究方法は3名の社会福祉の領域から意思決定支援に携わって10年以上のかたがたに対して、支援対象別に1事例の提示を依頼し、振り返りおよび相互検討をしてもらうフォーカスグループインタビューを試みた。各事例2時間程度のディスカッションであり、提示事例の分析から展開・派生したさまざまな体験や知恵を出し合いながら、支援を一般化することを志向した。このフォーカスグループによるインタビューは逐語におこされて、その内容をさらに分析するための検討が行われた。

ガイドラインに貢献する枠組みとして、そこで事例として選ばれた支援対象は、想定される全7型（①認知高齢者 ②精神障害者 ③知的障害者 ④重度心身障害者 ⑤医療依存度の高い者 ⑥未成年 ⑦その他）のうち、1)「人生」の総決算課題を扱う一認知症高

年齢 2)「生活」の多彩な課題に即時に対応することの多い—精神障害者 3)「生命」の変動性の高い課題に医療との異文化連携を行う—医療依存度の高い者 の「L I F E」の各層を、支援の中核に置く3型の対象者であった。

その支援対象別3事例の分析をもとに、第1部で小西が基本と意思決定プロセスとの、第2部では田中が意思決定支援行為の構造とのマトリックス形式で報告する。

第1部 意思決定支援プロセスの分析

第1部では、意思決定支援の前提となる基礎的な枠組みを踏まえて、意思決定支援のプロセスを事例に基づいて分析する。まず、意思決定支援を構成する要素として、意思決定支援者と当事者の関係性、意思決定支援のプロセス、連携について解説する。次に具体的な事例を基に、意思決定支援プロセスについて、それぞれのエピソードを軸として支援の内実を解明することによって、可能な限りその全体像を浮かび上がらせることを目的とする。

I. 意思決定支援の前提となる基礎的枠組み

1. 意思決定支援者と当事者の関係性

意思決定支援を可能な限り被後見人にとって適した形で遂行するには、基本的に意思決定支援者と当事者の関係の相互作用の中で樹立される信頼関係が何よりもベースとなる。

意思決定支援者が支援の場面に登場するタイミングは多様であり、一定の支援者との信頼関係が既に形成されている経過の中で後から登場する場合もあれば、そうした関係のない中で、他人である支援者として初めて接点を持つ場合もある。またそのタイミングや導入の経過も多様である。第1部で述べたように、そこにいる当事者の状況も周りの支援の状況も何一つとして同じ事例はない。その中で当事者の意思決定に向き合うことは、医療現場で医師が診断を下す過程や、法律家が例えば民事裁判においてクライアントから情報収集をしてアドボケイトの役割を果たす過程とはかなり異なるものがあるといえる。その基本となるのが信頼関係の樹立、臨床心理学やソーシャルワークの分野でいうラポールの形成であり、それを基底として展開される支援の内容はまた非常に個別性の高いものともなる。勿論、医療や弁護士による活動においてもクライアントとの信頼関係は必要とされるが、意思決定を支援するプロセスにおいては、相互作用としての信頼のベースがないと成り立たないところにその特徴があるといえる。また医師の診断は一定の枠に当てはめることで治療の方向を定めるのが目的であるのに比べて、意思決定支援の内容は一般化されにくい側面があることも否めない。さらには意思決定支援が成功したか否かを客観的な指標で測ることも困難で、主観的な評価にしか委ねられない面が大きいのも事実である。

また信頼関係ができるということは、基底に当事者の持つストレスを後見人が観察できる、実感することができるのが重要となる。ストレスとは、精神障害者支援に

において Rapp (=江畑ほか 1998) により提示された概念であり、例えばクライアントの能力、熱望、自信、資産等の資源、社会関係、機会、仕事や仲間等の生活空間、生活の質など多彩なものが含まれる。これらを意思決定支援者が活用して、周囲の支援者と共にその過程を共有していくことが円滑な支援を推し進める要素となり得る。

一方で、信頼関係といっても、例えば全て意思決定支援者に依存してしまうような関係であれば、そこには意思決定支援は成立しなくなる。従って、意思決定支援者は、当事者に対する自らの立ち位置を常に感じながら、それを自覚しつつ、当事者ならびに周囲の環境を俯瞰して対応できることが望ましいといえる。そのことがまた、当事者だけでなく、周囲の支援者との関係に好循環を生むことに繋がる。つまり、適切な距離感が当事者との間には必要とされる。但し、中には相性も含めてより良い信頼関係の樹立のために、場合によっては、例えば法人後見であれば役割を交代する等が必要となる場合も想定できる。

2. 意思決定支援のプロセス

意思のあり様は当然ながら人様々である。判断能力が低下している人はその背景となる疾患や障害だけでなく、その発症の時期や経過、置かれている環境等によって個別に大きく影響される。

石川(2009 : 10-12)は、自己決定を論じるに際し、決定する主体の内的能力を検討することを目的として「自律」の能力の再構成を試みている。それによれば、自律の能力は、行為主体性(agency)、選好形成 (preferences)、合理性 (rationality)、表出(expression)の4つの能力で構成される。行為主体性とは、前提条件としての存在者として主体性、人権の意味を込めたもの。選好形成は、対立する複数の欲求のどれを優先するかを決める選好を形成する能力であり、情報や過去の経験、状況等から優先順位をつける能力である。合理性とは、選好の実現に対して考察する能力であり、一貫性を持つ合目的性と社会規範や社会通念上の価値に対する一致性により構成される。表出は、自身の意思を表出する能力、ならびに他者の理解を得るためのコミュニケーション、交渉能力を含むとしている。またこれらの能力に影響を与える環境要因として、社会や文化を支配する価値観に基づく存在の否定、イデオロギーを含む外的な誘導、社会通念に照らした抑圧等を抽出している。また表出については自律の必要条件であっても、単独では十分条件でないことを強調している。

意思決定支援は、本報告書では意思形成、意思表示、意思実現の3つのプロセスによって構成されると仮定している。しかしながら、意思の対象となる事柄は小さなことから大きなことまで、また居所、金銭、医療の課題等が様々に絡む中で、これらのプロセスは固定的一方向的なものではなく、時には行きつ戻りつしつつ、また循環しながら動いていくと捉えている。また意思を形成し、それを表明することには当然に個別性があるが、意思を実現するプロセスにおいても、当事者側と支援者側の要因のみならず、制度やシステムなども含め、様々な要因に左右されることは必然といえる。他方でまたプロセスを構成す

る要因には、疾病や障害の類型によって何らかの共通する特性があることも想定されると考えている。

従って意思決定支援は、当事者側、支援者側の多様な状況の中で、環境要因に影響されながら、それらの相互作用の中で個々のライフヒストリー、ライフストーリーに基づく支援が展開されることになるといえよう。このように、意思決定支援は一般化することが困難な側面も多く有している。しかしながらここでは事例を分析することによって、意思決定支援者による支援を一般化できる枠組みを視野に具現化することを目指したいと考えている。

3. 連携

意思決定能力、判断能力に何らかの障害をもつ当事者を支援する際に、様々な課題への対処に支援者が一人で対応することには限界があり、多くの人々との連携が必要であることは、その命、生活、人生を支えるということを考えると必然といえることができる。そこに関わる人は、医療・介護・福祉に関する官民の専門職、地域の市民、家族など、フォーマル、インフォーマルに多彩である。意思決定支援者の考えと周囲の支援者の考え方や支援の方向性や見立てに相違がある場合、それらを調整し、同じ方向を向いて支援することが、当事者の特に意思実現を左右する重要な要素となる。またそもそもの意思形成や表明においても、こうした周囲の環境は様々に影響するといえる。

今回取り上げた3つの事例からも窺えるように、病気や障害等を背景に意思決定に困難がある当事者の意思を実現するには、意思決定支援者にとって多大なエネルギーを要求される局面が頻回に起こっている。現行の成年後見制度における身上監護の内容が不明確な中で、その役割を周囲の支援者に伝えること自体が困難な状況において、当事者の意思を徹底して支える局面における周囲とのジレンマ、コントロールの困難な行動を伴う当事者の生活支援、そして特に医療を取り巻く環境要因に振り回されつつ意思形成に困難が伴う場合等、いずれも周囲の支援者との波長を合わせていくことが当事者の意思決定支援を支える大きな要素となっている。

その基底には、当事者の意思を実現するための、いわば先入観のない徹底した価値観に基づいて行う周到的環境整備があり、周囲の状況への適切なアセスメントによる繋がり形成がある。そのことが周囲の支援者との信頼関係の樹立、安心と安全の意識の共有、支援者への支援にも繋がることによって、結果として当事者の意思決定支援がなり立つといえる。

II. 事例による意思決定支援プロセスの分析

認知症、精神障害、医療依存度の高い者の3事例を取り上げ、事例毎に概要を整理した上で、エピソードを軸にそれぞれの意思形成、表明・実現のプロセスの観点から解釈を試みる。その後、事例毎に全体を通した評価と課題について考察する。

1-1. 事例概要1 (認知症)

対象者	Aさん 女性 88歳
相談者	ケアマネージャー
申立人	市長
類型	後見
ADL	自立 ふらつきはあるが独歩 / 障害者手帳なし
疾患・既往歴	アルツハイマー型認知症 要介護3 (1分前の事も忘れる)
経済状況	遺族年金 約10万円/月 預貯金約100万円
親族	子どもなし 夫は平成X年6月逝去 親族とは疎遠
関係機関	ケアマネ・ヘルパー事業所・デイサービス・医師・民生委員・妹 姪・有償ヘルパー・傾聴ボランティア・寿司屋・訪問看護
居所	在宅 (独居) 築50年以上の長屋
本人の意向	歳に不足はないから早くお父さんのところに行きたいけど、猫がいるからうちは何処にも行かんよ。この家にいる。
ケースの概要	<ul style="list-style-type: none"> ・本人は夫と二人で暮らしていた。夫も認知症のためケアマネや事業所がプランのことや契約について、不安を抱えており、また必要なサービスの導入が出来なかった。(夫は保佐類型) ・年金支給月に全額引出し、本人が管理していたが、あちこちに隠しては場所を忘れてしまう。 ・審判書が送達された翌日、夫が浴室で急逝したため独居となる。 ・本人は夫が亡くなったことも理解できなかった。 ・親族および福祉関係者は、施設入所を強く勧めたが、本人は頑なに自宅で暮らすことを主張した。
課題と対応	<p>1. 居所についての本人の意向と関係者の意見の相反 エピソード①</p> <p>ケース会議を夫の葬儀翌日に緊急開催 参加者/本人、医師、妹、姪、ケアマネ、地域包括、市役所、ヘルパー管理者、担当ヘルパー、デイサービス管理者、福祉用具事業所、民生委員 後見センター 合計13名</p> <ul style="list-style-type: none"> ・近所に暮らす妹、ケアマネはじめ全ての福祉関係者が施設入所を主張。 「何かあったら誰が責任をとるのか。騙してでも、施設へ連れて行って入所させることが本人のため」 本人：「うちは絶対にどこにもいかんよ。猫と一緒にこの家で暮らす」 本人の主張が強いので、民生委員が本人の意向に同意して、在宅でやってみてはどうかと言ってくれた。 ・認知症専門医を受診して服薬開始、ヘルパーが服薬確認 エピソード⑦

3. 金銭管理について

エピソード②

- ・年金月に夫に払戻伝票を書いてもらい銀行窓口で出金していた。
- ・現金を家中に隠してその場所を忘れてしまう。
- ・お金への執着が強い。通帳は後見人に渡してくれたが、毎日30回以上確認の電話が入る。電話には毎回丁寧に対応、また頻回に訪問して通帳のコピーをノートに貼りヘルパーと確認する。
- ・夫の相続財産は約80万円。後見人が相続人に相続放棄を依頼して了承を得て本人が受領し在宅生活の資金とした。

4. 自宅の生活環境等について

・住宅改修について

エピソード③

自宅は段差が多く、トイレは電気もつかず、くみ取り式便所。改修にはあと何年生きるかわからないので、もったいないと拒否が強い。→ デイサービス利用中に、段差やトイレに手すりを数カ所設置、トイレの電気工事实施。(在宅で暮らすために必要と後見人が判断。結果的には抵抗もなく便利に使っている。)

- ・猫のノミやダニについてもデイサービス利用時にバルサンで駆除。皮膚科も受診。

・たばこや、お湯を沸かすので火災の心配

エピソード⑥

本人の習慣で、灰皿には必ず水を沢山入れ確実に火を消すので大丈夫だとヘルパーの証言。

電気ポットの導入。

・夫との暮らしでは寿司屋の出前を取る習慣

エピソード⑥

一人になっても8000円分ほど注文し、寿司がタンスに入っている。馴染みの寿司屋で大切な見守りの一員。2000円程度の本人の好きな穴子を注文が来たら配達してもらうよう依頼。

5. 本人からの寂しさの訴え

エピソード⑥

- ・毎日電話が30回以上センターに入る。通帳、印鑑の預かり確認だが寂しい、早く夫のところへいきたい。今度いつ来てくれるの?と。
- ・介護保険サービス以外に、有償サービスで夜間の見守りヘルパー1時間利用(20時から1時間、話し相手)
- ・傾聴ボランティア、民生委員、地域包括職員の訪問

6. ショートステイの試行

エピソード④

- ・ケアマネが施設入所を視野にショートステイを予約

試すが、本人の帰宅願望が強く利用不可能

ショートステイ利用が妥当か判断するよう一緒にケアマネとショート先へ出向き、本人の様子を確認してする。

本人の帰宅願望が非常に強く利用は無理だと判断に至る。

1年後の状況	<p>夫が亡くなったことを受け入れ、穏やかに暮らしている。</p> <p>1日30回以上の電話も今では数日に数回程度</p> <p>本人：「みんなのお陰でこうして暮らせている。早くお父さんのところへ行きたいけど、猫がいるから頑張ってる。なんだかんだ言って幸せ。」</p> <p>妹：「あんな姉でも家にいれるなんて羨ましい。私も死ぬまで家にいたい」</p> <p>関係者「本人にとって家にいるのが一番いい。重度の認知症の方でもなんとか自宅で暮らすことも可能。本人が落ち着いて暮らせてよかった。今の状態をできる限り継続できるよう支援したい。」</p>
2年後の状況	<p>平成X+2年8月 体調を崩し入院（救急搬送）脱水症状</p> <p>治療の説明をされてもすぐに忘れる。点滴抜去、ベットから下りようとするため、自宅で水分摂取と食事ができればよいと退院を促される。</p> <p>今後の方針 エピソード⑤</p> <p>主治医：入院しても病院では治療ができない。何かあれば主治医に連絡して救急搬送しなくてよい。（24時間対応 訪問看護導入）</p> <p>平成X+2年9月担当者会議 本人：「入院しなくていい。家で死にたい」</p> <p>今後は在宅でターミナルを迎えることで関係者の合意形成（親族にも同意を取っておく）</p> <p>課題：訪問看護 週3回追加利用（水分点滴）その他サービス利用料や保険外サービスにより収支がかなり赤字になっている。</p> <p>本人の預金と収支のバランス。必要なサービスの取捨選択</p>
3年経過	<ul style="list-style-type: none"> ・心身状態は安定しているため訪問看護は中止 ・デイサービス週2回利用している。外出、入浴の確保 ・自宅での入浴は本人が入りたがらないので中止 ・サービスを本人の状態に合わせて減らし赤字は解消している ・妹が脳梗塞により入院治療後、施設入所となったが本人なりに理解して受け入れている。 ・時々昼夜逆転し、夜間～夜中に何度か電話が入る
本人の ストレングス	<ul style="list-style-type: none"> ・誰に何を言われても自分の主張を曲げない（死ぬまで家にいる） ・夫が亡くなったことを受け入れて悲しみを乗り越える ・寂しい、悲しいと泣くことができる（誰かに伝えることができる） ・サービスを受け入れることができる ・環境の変化に対応できる（手すりの設置や電気ポットの利用） ・だれかにお願いをして、助けてもらうことができる ・笑顔がすてきで、ユーモアがある ・毎日小銭を勘定して、通帳残高を確認しお金の感覚を忘れない ・猫を家族のように可愛がり大切におもう

	<ul style="list-style-type: none"> ・他者に対して気遣いがあり、感謝して毎日を過ごすことができる ・トイレの失敗が殆どない（自尊心がつよい） ・食事は小食だが食べる努力をしている ・渡された薬はきちんと服薬できる ・洋服を自分で選んでおしゃれができる ・独歩で歩くことができる（徘徊はしない） ・誰とでも会話ができる。他者を受け入れる
今後の課題	<p>本人の認知症状が更に進行した場合の施設入所のタイミング</p> <ul style="list-style-type: none"> ・居場所が分からない・徘徊による交通事故のリスク・異食行為などターミナルについて ・本人の在宅希望に対する関係者の意思統一を図る 親族の同意、医師および訪問看護の体制 ・緊急搬送、延命治療はしない→本人の意思表示 ・何かあった時／サービス等の際間時間 発見の遅れ 最大 11 時間

1-2. エピソードを軸とした支援プロセスの解釈

以下の内、★のマークは、特に対立やせめぎあいが生じていると思われる局面であることを示す。

エピソード① 居所選択

☆意思形成 ☆意思表示 = 明確

一人暮らしの寂しさはあるが、「絶対に施設になんか行かない」 在宅を譲らない
こだわり・愛着（猫）

★意思実現 = 従来の支援者との対立から、本人の意思尊重へ

（夫の死という危機状況・支援者側の危機意識の活用によるカンファレンスの招集）
従来からの支援者による「絶対施設」という主張（何かあった時の責任取りたくない）
民生委員の「こんなに言うんだったら、一辺家でやる方向で考えてみたらどうか」という発言を契機に流れが変わる。

寂しさへの対応としての傾聴ボランティアの導入や包括や民生委員の協力

◎背景にあるアセスメント

在宅への意思の強さの確認 背景に夫との良い関係

◇連携

家族のフォローも役割分担

支援者による連絡ノートの活用

エピソード②金銭管理

☆意思形成 = 委任による安心

生前は夫が伝票を書いて本人が引き出していた

「お父さんがそう言うならいいよ」みたいな感じ

夫の死による寂しさや喪失感と不安が金銭管理の委任による安心に繋がる

☆意思表示 = 預かる人への信頼と確認

大事なお金と印鑑を預かる人 (=後見人) という思いが強い

タンスのお金をヘルパーと3人で全部一緒に探して確認

日に30回も確認の電話が入る

お金への執着 (ぼけ防止にと硬貨を毎日数える)

☆意思実現

管理の工夫(通帳をコピー・ノートに貼る)

「通帳置いて行っても良いよ」といっても「あんたに預ける」という

親族への相続放棄依頼 (80万円)

◎背景にあるアセスメント

夫との良い関係と危機の活用

大事なお金を預かる人という信頼関係

お金への執着をストレングスと捉える

◇連携

お金の管理の工夫に関するヘルパーの協力と負担軽減

エピソード③住宅改修

☆意思形成 ☆意思表示=明確

住宅改修しない (段差、手すり、トイレ電気無等)

いつ死ぬか分からない、1万円でもいや

★意思実現 = やってみて反応を見る

法人による合意

ディサービスに行っている間に改修

すつつかまったので、「何かいいものあるね」というと「これ便利だわ」と

「転んだら家におれなくなるから申し訳ないけどつけさせてもらった」というと、「本当ありがとね」と (⇔信頼関係)

金額にも「ほんならええな」

◎背景にあるアセスメント

在宅(優先)意思を支えるための住宅改装の判断 (ベストインタレスト)

予防的アセスメント(転倒予防等)

「有難う」が言える=ストレングス

エピソード④ショートステイの利用

☆意思形成 = 場面なし

ケアマネが予約し、試してみる

もしかしたらやれるかもしれないという思い

★意思表示 = やってみて反応を見る

夕方には大暴れして帰る

デイも嫌だが、皆への感謝の気持ちから行っている

☆意思実現

ショートは無理という判断

1回で中止

◎背景にあるアセスメント

ケアマネのタイプをアセスメントすることにより、任せず一緒にする

ディサービス（風呂とお出かけの機会作り）も嫌だが、支援者への感謝の気持ちから利用していることの評価

◇連携

結果と評価の共有

エピソード⑤救急時の対応

☆意思形成 = 場面無

脱水時の救急入院

★意思表示 = 帰る

病院拒否

☆意思実現

今後はかかりつけ医を中心に救急搬送の判断をし、延命治療はしないことへの合意

◎背景にあるアセスメント

明確な意思表示に基づくアセスメントの強化

◇連携

在宅での看取ることを引き受けてくれる医師の存在と支援者との合意

エピソード⑥嗜好への対応

☆意思形成 ☆意思表示 = 従来からの習慣

喫煙の習慣

お寿司を 8000 円も注文し、タンスの中にしまう

☆意思実現

大きな皿に水を貼って火を消す習慣を、支援者が共通評価をすることによる実現

お寿司屋さんとの申し合わせ（好きな穴子ずしを 2000 円程度配達）

エピソード⑦認知症に対する受診

☆意思形成 = 病状への自覚

物忘れの自覚

☆意思表示 = 受診・治療への同意

年齢もあるしと、受診への働きかけに同意

☆意思実現

受診・治療の継続

◎背景にあるアセスメント

本人自身が感じている不安のアセスメントと働きかけ

1-3. 評価と課題

1. 金銭

金銭管理の後見人への委託は、夫が急死したという危機的な状況における不安や夫との関係性を背景にケアマネとは違う「大事なお金を預かる人」としての強い思いを持って、同意している。

その後の通帳の管理については、本人の不安を軽減させる工夫と支援者による方法の共有、また寂しさのアセスメントを背景に傾聴ボランティア(有償)を導入するなどによってサポートすることで、間接的にも不安に答える体制を創っている。

サービス利用と金銭管理のバランスについては、例えば有償ボランティアへの評価が支援者間で分かれた場合、本人にとっての意義を再評価することで合意するなど、支援者間で継続的に共通認識を持って対応するようにしている。

また本人の意思に反していた住宅改修にも費用を要したが、法人での合意を経て実施し、結果的に本人の満足・安心に繋がったことが評価できている。

2. 居場所

居所については、本人の強い意思が終始示されていた事例である。従来からの支援者側のリスク予測、責任論に基づく強い反対に対しても、絶対に屈しない意思を背景に、「一度やってみよう」という民生委員の提案を受けて、意思実現支援が始まった。夫の急死、一人暮らしの開始という支援者側の危機意識を受けて、葬儀の翌日に全員の招集をかけたことは、状況へのアセスメントとしての意義も大きいといえる。

その後の支援の過程においても、ショートステイの試行も含めて本人の意思は変わらないことが確認され、また幾つものエピソードを経過する中で、支援者側の安心・理解による共通認識が生まれ、支援者側のモチベーションを高め、良い相互作用が生まれていることが確認できる。また当事者の行動においても格段の変化、落ち着きが実現できている。すなわち意思実現への支援が、形成・表明された意思をサポートしている好事例といえる。その基底には常に意思決定支援者による当事者の不安を始めとする、生活や心理的背景へのアセスメントと共に、ストレングスの活用への視点と、そこから紡ぎだされる信頼関係があったと評される。またその信頼関係は後見人と被後見人だけの関係に止まらず、家族も含めた支援者側にも波及し、エンパワメントに繋がったといえる。

3. 医療

医療については、特に今後の認知症の悪化や救急事態と延命治療に関して取り上げられている。本事例においては夫の主治医でもあった、かかりつけ医の存在が大きいといえる。脱水による入院時の本人の反応の観察に基づき、救急事態の際には医師の判断を仰ぎ、延

命治療に関わる事態が発生した折にはそれをしないという支援者側の合意を得ている。

2-1. 事例概要2 (精神障害)

対象者	Aさん 男性 保佐人選任時60歳代前半、終了時60歳代後半) Aさん 女性 88歳
相談者	市役所
申立人	姉
類型	保佐
ADL	自立
疾患・既往歴	本人は、昭和53年に躁鬱病を発症し精神病院に入退院を繰り返していた。 選任時は入院中。
経済状況	年金 139,000円
親族	子 B (遠方に在住、交流無) 子 C (遠方に在住、交流無) 母 D (要介護状態、隣市に住む姉Eが介護) 姉 E (隣の市に在住、本人を支援してきたが、自身が重い病を患う) 叔父 F (本人宅近くに住む。本人を支援してきたが、高齢となり支援困難となる) 元妻 G (遠方に在住、Cと同居、交流無)
関係機関	市役所 ヘルパー事業所 病院 地域包括支援センター 民生委員
居所	自宅
職歴	大学卒業後、公務員になるが、病状悪化のために定年前に退職。
生活歴 申し立てに至る経過	結婚後、二人の男子を儲けるが、精神症状の悪化もあり離婚、二人の男子の親権は妻となり、以後、交流は無い。 退職後は、自宅にて一人で生活し、隣の市に住む姉E、近所に住み叔父Fの支援を受けて生活していた。但し、本人は学歴を重視し、プライドが高く、大学を卒業していないEとFを軽蔑する傾向にあった。金銭管理は殆ど出来ず、現金が手元に入ると、本を注文するか飲食店で使ってしまい日常生活に支障が生じていた。 Eが癌を患ったこと、Fが高齢となり支援が困難となったことからEによる保佐人選任申立に至る。 自宅は死亡した父名義。
課題と対応	1. 金銭管理 エピソード① 退職金は1ヵ月で使い果たすなど、金銭管理できず、姉と叔父が管理していた。社会学の本を買いまくる、嘘をついてお金を要求するなどの行動あり。選任時には、「年金管理のために選任された、話し合っただけで年金範囲で自由に使えるように動く」と伝える。週2~3回に分けてお金を手渡す。状況確認を頻回に行い、法人内で意

	<p>見を統一させておく。</p> <p>2. 退院後の生活 エピソード②</p> <p>選任時当初に入院していた病院の主治医から、任意入院であり、本人が退院を希望しているため、退院を考えたいと言われる。しかし急な退院は本人が問題行動をおこすだけと思えるため、外泊を繰り返して、その結果がよければ退院を考えることを後見人が提案し、導入するサービスを調整する。</p> <p>ヘルパーの導入については、当初プライドが許さなかったが、現状ではまずは日常の支援が必要であり、このままでは「社会的にも適切でない」と誘導すると、「まあそうやな」と同意した。</p> <p>3. アクティングアウト エピソード③</p> <p>落ち着いているときは、自分の行動に自覚があるが、調子が悪くなると、頻回の電話、コンビニのものを盗む、図書館の本を盗む、台風の日にデートに出かける、裸で走り回る、自殺企図等の行動を起こす。それぞれの行動に対処し、コンビニには謝りに行く、タクシーで帰るよう促すなどし、また必要時は入院を支援する。</p>
経過の概要	<p>平成×年2月8日</p> <p>本人が入院中のG病院（自宅より自動車で1時間以上）に訪問し、相談員・主治医と一緒に面会。急いで退院すると後で苦しくなるので、主治医と相談しながら治療と退院を決めたいと説明。</p> <p>2月28日</p> <p>主治医より、任意入院であるが、本人が退院を希望しているとので退院をとの連絡あるが、自宅で一泊・三泊・五泊の外泊を行い、その結果がよければ退院を考えることを提案。</p> <p>< その後外泊時、何度も立ち会い、主治医にも報告 ></p> <p>地域包括支援センターの会議に出席。</p> <p>退院の準備をしていることを説明。民生委員H氏より地域の不安を考えない無責任な判断との意見を受け、任意入院であり退院を拒み本人や病院との関係を壊すことは得策と思えない、不適切な行為をした場合には警察に連絡いただく様に話す。</p> <p>3月30日 退院。</p> <p>主治医からWクリニック（自宅から公共交通機関で1時間程度）を紹介される。</p> <p>ヘルパー（2人体制）週3回家事援助、宅配夕食毎日導入。</p> <p>平成×+1年8月5日</p> <p>昏睡状態にあり救急車でK（総合）病院へ。処方された薬を一度に飲んで自殺を図ったと本人が話しているとの説明を受ける。</p> <p>< その後、K病院（総合病院）から、S病院（精神病院）へ転院 ></p> <p>< 包括支援センター、保健所、保健センター、ヘルパーと退院後のサービスについて相談 ~福祉サービス利用調整会議に出席。ヘルパー2人対応を1人にする提</p>

案を受け、本人の意思を確認、「仕方がない」と。>

< 古くから付き合いのある恩師に大阪まで会いに行きたいと何度も電話。交通費15,000円を渡す。以後、この様な主張が続く。「親戚が死亡し、叔父Fより、香典20万円払えと言われた」と。Fに確認、誰も死亡していないとのこと。

「金を持ってこなければ薬を全部飲んで自殺してやる」等の電話が何度か入る。本人が受診しないため、Wクリニックに電話で報告。>

平成X+3年3月20日

警察より、本人がコンビニで万引きをしたとの連絡が入る。現場検証に立ち会い、本人の身柄を引受け、病院への保護入院を支援。5月退院。

<本人が、官能小説家になると宣言する。訪問の際、性の話ばかりする。>

<毎日何度もいつも以上に支離滅裂な電話。駅前の証券会社で居座っているとの連絡を受け、タクシーでの帰宅を手配する。本人の行動を主治医に報告>

平成X+2年6月23日

警察より、本人が図書館にて本を窃盗したとの連絡が入る。S病院への任意入院を支援。看護師より、本人の支援について打合わせをしたいとのことで訪問。同室の入院患者のお金が無くなり、本人が盗んだ可能性が高いようであった。9月退院。

<「余分に生活費を持って来て欲しい。持ってこなければ自殺する。保佐人をやめる」等の発言が続く。>

平成X+4年4月7日

本人が入院を希望、S病院からの紹介でO病院（精神病院）へ医療保護入院となる。6月退院。7月再入院。9月退院。

<台風の中、入院中に知り合った女性に会いに出かけ、帰宅困難に。タクシーで帰宅させる>

平成X+4年12月20日 本人希望で入院 29日退院

平成X+5年

<退院後も不安定であったので状況の把握を続けていると、ヘルパーより、元民生委員から本人の状態が悪いのでヘルパーは訪問しない方がよいとの連絡が入ったため訪問は危険と判断し今後のサービスの提供を中止するとの連絡が入る。本人の様子をヘルパー事業所が確認したかを質問すると訪問等はしていないと話されたため中止とするのであればヘルパー事業所として本人を確認して欲しかったと伝える。

<本人宅訪問時、意味不明のことを話す。H氏も訪問され、H氏は「本人と一番話ができる」と主張されたが会話が成立していなかった。>

S病院に電話で状況を報告し、本人を自動車に乗せ入院の支援をする。

3月30日

入院中に脳梗塞を発症。K病院に搬送。深刻な状態であったため、子Bに報告。

4月12日

本人死亡。子Bに連絡、Bが死後の対応をする。

2-2. エピソードを軸とした支援プロセスの解釈

以下の内、★のマークは、特に対立やせめぎあいが生じていると思われる局面であることを示す。

エピソード① 金銭管理

☆意思形成 = 委任に至るまでの環境

これまでの叔父や姉の金銭管理に対する本人の受け止めが背景

☆意思表示 = 行動レベル (→対処)

委任への了承←「年金を管理できるように選任された、話し合っただけであなたが自由に使えるように動くつもり」と伝える

(← 叔父さんとお姉さんに管理されるよりいいと思ったのだろう

親族だと過去があるから感情が出る)

大学の同級生に電話をかけまくる・社会学の本を買いまくる

大阪に行きたい(15,000円) → 騙そうとしている ← 騙されてあげた

(皮膚感覚で嘘だと分かる=友人に会いに行くような生活をしていない・根性も合いもない・友人が彼を受け入れるような環境にない)

病院で知り合った女性とデートに行く → 台風の日だったし、止めたが出かける

自分の都合で迎えに来い → 迎えに行かないが、タクシー代を払った

親族の香典として20万円要求 → 叔父に確認し、払わず

金持って来なければ死んでやる → お金は払わず病院に連絡し、FAX(電話だと抹殺される)で状況を知らせる。(日常把握しているのは支援者)

☆意思実現 = 対応の内容

お金を週2~3回に分けて渡す

本人の状況確認を頻回に行い、悪くなれば次のサービスに繋げる

法人もほぼ同じ方向での考えを持ち、ケース検討会も毎月開く

問題が起きるごとにスタッフと話し合う いざというとき動けるように、相談員レベルでは交代で行く

◎背景にあるアセスメント

役所から本人は「話の通じない人」と聞いていた

考え方の基準：法律違反や迷惑でない、大きな負債や生活保護にならないという範囲ではOKとする。愚行権ありと考える。収入の範囲で迷惑かけないようにやっと思っただけ。

エピソード② 入退院・医療契約

☆意思形成 = 被該当：病理

☆意思表示 = 状態と対処

入院時、比較のおとなしい → 無理やりの時もあるが、嫌がっているのに入れるのは、悪い事と自覚してする

☆意思実現

当初の退院時に、数回の外泊を提案、その後退院へサービスを導入してから退院するように調整

◎背景にあるアセスメント

これまでサービスの導入なく、スタートラインにたってから退院を考えるべきと判断
悪くなればまた次のサービスに繋げる

入院して薬飲むと安定してくるが、今度は、地域側から帰ってくるとなる

←サービスを入れて環境を整えてから退院しないと拒絶される→叔父を納得させる
プライドから作業所に行くとかも絶対はない

やれる最善の利益をトータルで考える 本人が困らんようにすることが仕事
法人で役割分担

エピソード③ ヘルパーの導入

☆意思形成

性的関心あり

★意思表示 = 態度と対処

ヘルパーを使うのは、プライドが許さない

→ 「酒飲んで裸で走り回るのは良くない」

「社会的にも適切でない」から日常生活の支援の必要を伝える

ヘルパーを個別に指名することもある

☆意思実現 = 対応

ヘルパー導入について「まあそうやな」と同意

ヘルパー週3回 家事援助 宅配夕食毎日導入

役所との協議で2人体制の導入、その後1名体制になった

◎背景にあるアセスメント

一日中酒を飲んで歩きまわり、性的問題も多い

支援のスタートラインにたってから考えるべきで、悪くなれば次のサービスに繋げる
好きな社会学にパスを見つける

エピソード④ アクティングアウト

☆意思形成

☆意思表示 = 行動 (病理)

ファミリーマートの物を盗む

ウイスキーは空き瓶と入れ替え、AV本も差し替えてくる

警察も病院へ連れて行って入院させてという

図書館の本も盗む

病院で知り合った女性とデートに行く

薬を大量に飲んで自殺企図

落ち着いた時は、「おれもどうかしてた」というが、エンジンかかると全然利かない

事件起こした時も、「自分の取り巻く状況が」とか色々と本人が書いている

調子の良い時はすごくちゃんとした話ができるが、スイッチがはいると裸になって走り回る

☆意思実現 = 対応

電話は基本的に出る

コンビニへは謝りに行く

デートは台風の日だったし、止めたが出かける

帰りに自分の都合で迎えに来いとあったが、迎えには行かずタクシー代を払った

「自殺せんほうがいいよ」「見る方の気持ちにもなって」と伝える

2-3. エピソードに布置される関連要因

関係性・信頼関係

- ・学歴があり、元県職員で福祉担当だったため、プライドが高く、支援者を馬鹿にする
が、面白い人と思った。プライドに合う水準で話しする。相性が非常に良かった。
- ・個人的には馬鹿にされていたが、可愛がってもらった
そういう態度とる。そう思わせた方がいいなと考えた。
- ・他にこういう関係になる人がいなかった
- ・関わり続けてくれる安心感があったと思う。相性は本当にある。
- ・罵倒しても逃げない人というのが次第に伝わっていく
- ・人のことだから燃えつかない、悩んでも意味ない、ネタにする気持ち。
他人さまの人生と面白がる
- ・元気の良い時は学問的な話をしてくる
- ・改心させてやるとかは全く思っていない
← 病気のことは分からないし、医療側の提案もない
- ・嫌がっているのに無理やり病院に入れなきゃいけない時等、悪いことするときには悪い事
と自覚してする。本人にとって迷惑かもしれんことをやっていることを自覚する。
- ・精神障害の人の距離感 一生懸命になり過ぎがちで、距離の取り方が難しい
- ・苦情は裁判所へと電話番号渡しておく。やめたいと言ってくるのはしょっちゅうある
怒るときは録音している前提で怒る
あとで出されてもよい怒り方をする 損はしたくない

環境要因

- ・病院・相談員の姿勢に対するアセスメント

- 自分の視野から消えれば解決と思っている福祉関係者が多い
なぜ殴ったか理屈で考えない福祉関係者
- ・関係機関が無茶を言う、荷物は持つべき人が持てばよい、整理する必要
老人ホームを探すのが仕事ではない
- ・ACTや訪問看護もなく、PSWも役立たない
- ・大変なケースは結局在宅、病院は診ない
まともな病院はお金が余る 悪い病院は実費がすごい
- ・連れて来れば入院できますよというPSW
無理やり連れていく時もあるが、その後の関係性は様々
- ・今回の民生委員は噛み合わない、ケース引掻きまわす盲腸のような存在
- ・地域で協力してくれる人は皆無

家族要因と対応

- ・叔父さんは謝りに近所を回る
- ・叔父と姉には頻回に接触し、入退院の報告をする
見舞いに行くというのが、体調の許す範囲でよいと伝える
- ・一方で、一生病院への親族の希望があるが、それはできないと伝える
- ・亡くなる時は息子に手紙を出した→引き取りにきた

日頃の対応の仕方：

- ・疎遠になっている場合は、自分はこんな立場ですと手紙を出す
それに対するトラブルはいっぱいある
- ・早い段階で情報収集が大事
家族関係の回復は考えていないが、葬儀や遺骨、財産等の引き継ぎのために
死んだ時の相続人だけ調べておいてという
- ・最初から家族の状態のアセスメントすることは、全体の把握はケースによっては
重要（親族が一番害を及ぼすため）
- ・情報は、裁判所からの情報、役所からの情報、後は動きながら探す
- ・死亡の通知で電報打つこともある

連携

- ・チームでやると効果がある
- ・ヘルパーさんは本人に対して拒否的・慎重
ヘルパーは、事業所内でアドバイス求めており、トラブルはなし
- ・一緒に動いていることと、方向性を確認しておかないと後から協力してくれない
後見人さん何もやってくれへんという人がいる
「何も」の何は、何を指しているかと聞くと黙る
知らんぷりしているわけでないことをアピールする
本人の保護者だから説得しろと役割求めるから何もしないと云っている気がする

普段を知らなくせにとよく言われる

- ・ケアマネ部門がついているところは、別の事業者を持っていかないと意思決定できない。事業所の都合にならないために、また合わないケアマネだところから切る
- ・役所とはうまくいっている
- ・カンファレンスの持ち方
本人を入れないでやって、その後ヘルパーさんとかどで本人に会いに行く
前もって事実関係の確認と意思の確認、役割分担をした上で、本人に話す形

2-4. 評価と課題

精神障害がある場合、特に意思決定支援者と当事者との距離の取り方、周囲との関係、環境要因等が支援の在り方・内実に大きく作用することが示された事例といえる。特に本事例のように精神病理に基づく対応困難とされる行動が多様に見られる場合、意思決定支援者が常に軸のぶれない考え方や基準を持って対応することが継続的な支援にとって非常に重要となることが読み取れる。

意思決定支援者と当事者の関係性においては、当事者の基底にある「プライド」が重要なキーワードとなっており、そのことを支援者が受けとめて、本人の思考に沿ったアプローチや関係性の樹立を意識的に用いている。また病気を治す、改心させるというスタンスは一切取らず、一方で本人の意思に反して無理に入院させる時など「悪い事」をしているという自覚の上に実行する等、常に尊重する姿勢と距離感を保つ姿勢が、当事者にとって関わり続けてくれる安心感につながっていると評される。

精神障害者を取り巻く環境要因については、資源性の問題のみならず、医療機関あるいは医療従事者に内在する課題も多く示され、また地域では障害者の存在を否定するような価値観等、構造的な深い要因が影響していることも示された。そのような中で、できるだけ当事者を取り巻く支援者同士の連携やチームの動きを円滑にするために、後見人が頻回に本人の様子を見に行き他の支援者に報告している。また本人に合わせたカンファレンスの持ち方等にも工夫をしていることが示された。しかしながら一方で、現在の後見人の役割が他の支援者や周囲の人に的確に伝わるには多くの課題があることも明らかになった。

1. 金銭

本事例の後見人は、お金の使い方について「法律違反や迷惑でない、また大きな負債や生活保護にならないという範囲で愚行権あり」という考え方を示している。委任に際しては、「年金を管理できるように選任された」者であること、そして「年金の範囲であなたが自由に使えるように動くつもり」と伝えるとことで了承を得ている。本人にとってその内容はこれまでの親族の本人への対応とは違い、「親族よりはいい」と受け止めていることが分かる。

また具体的な様々な金銭的要求に対しては、その金額から内容を確認して支払わない時もあるれば、嘘を見越して「騙されてあげる」場合もあり、またお金と引き換えに自殺をほ

のめかす時は病院へ FAX して状況を知らせるなど、照準を合わしつつ柔軟に対応している様子が読み取れる。

2. 居場所と医療

本事例における当事者の居場所は、繰り返される入退院に伴う自宅と病院である。家族からは、一生入院させてほしいといわれるが、調子の良い状態の時に入院させることはできないと言明している。その一方で後見人は何の支援もない状態で退院することには反対し、医療側にストップをかけて、外泊を繰り返しながら、サービス導入を図り、本人が困らない生活を整えてから退院させている。

双極性障害を持つ被後見人は、後見人との関係性の中で、落ち着きとアクティヴアウトを繰り返しつつも、初めてとも言える、人として関わり続けてくれることの安心感を基底に、年金の範囲内で可能な限りの地域生活を営むことにおいて、自らの意思を持った自律と保護のバランスの中でその人なりの生活を営んでいるように感じられる。

課題としては、事例 1 の場合も含めて、このような役割を個々のケースにおいて一体誰が担うべきなのか、制度の整備のみならず、支援環境、ネットワークの強化、各種の専門性の向上、更には地域住民の福祉力など、様々な角度から検討されなければならない論点が重積しているといえるであろう。

3-1. 事例概要 3 (医療依存度の高い者)

対象者	Sさん 男性 73歳
相談者	病院 相談員
申立人	本人
類型	保佐
ADL	移動一部介助 あとは自立
疾患・既往歴	慢性心不全、糖尿病、高血圧、認知症（高次脳）
経済状況	厚生年金 18万円/月
親族	2人兄弟の2番目、兄は亡くなっている。甥が中国地方にいる。
関係機関	急性期の病院の相談員、医者
居所	病院→高齢者専用マンション→小規模多機能→急性期の病院→療養型病院
概要	平成X年11月から保佐人として係わる。平成X+4年3月死亡
本人の状況	本人申立。住んでいたアパートで火事を出してやけどで入院。戻る場所を失っていた。脳梗塞による認知機能の低下もあり、金銭管理が困難と判断した病院の相談員から紹介される。申し立ての準備をしているうちに、A市からB市の高齢者専用マンションに退院。その後、誤嚥性肺炎で、県境の病院に3回入退院。

	<p>本人は一貫して A 市に戻りたいと一貫して言っていた。</p>
課題と対応	<ul style="list-style-type: none"> ・誤嚥性肺炎を起こして3回目の入院になった時、親身に話を聞いてくれるドクターに出会い、A 市へ戻ることを相談。 ・症状的に誤嚥が繰り返される。 痰が多く、苦しそうで、いつ息が止まるかと思わせるような呼吸をしている。点滴対応で経口摂食を試そうとするも、痰が多く、口から食べることは困難。このためため胃ろうか、中心静脈栄養法（IVH）を提示される。 ・本人に説明はするが、不安定な返事ではっきり否定はしない。A 市に帰りたい意向は確実に示される。A 市に帰るために、施設が受けやすい胃ろうを相談。試してもらうが、逆流が起こり無理となる。IVH なら可能な療養型病院が A 市にあるため、IVH を保佐人が願う。本人にはとにかく A 市に返してあげると約束。心臓も悪いので、移動中に急変もありだと言われるが、A 市で亡くなれば本人も本望であろうと、保佐人として判断。A 市の病院へ戻る。
胃瘻か IVH の決定に作用した要因	<ul style="list-style-type: none"> ・延命について親族(甥)に尋ねたが、付き合いもあまりないので、延命は望まないと言った。遠方で自分も高齢のため十分世話は出来ないが、連絡はいつでもいいという反応であった。 ・本人は A 市（保佐人の近く）に帰りたいと言っているが、保佐人としても、何度も遠方の病院に呼ばれるのは負担であった。 ・担当の医者が事情を聞いてきた。 ・入院が長いため、今までの施設を退所になった。 ・胃瘻の受け入れ施設は比較的沢山ある。 ・IVH を受け入れ可能な療養型病院の相談員をよく知っている。
医療との関係性	<ul style="list-style-type: none"> ・医者が話の解る人で、電話で話を何度もした ・相談員につないで、本人の居場所の相談にのると医者が言った。 ・本人の意思を尊重してくれた。医者が本人の意思確認をしたが、上手く通じないので話に来てほしいと連絡してきた。 ・経口摂食に関しても、リハビリ訓練をしっかりと試みる。 ・経口摂食→胃瘻→IVH と方針が変わる中、本人に対してきちんと、丁寧に、訓練、試しを行っていた。

同意書等	<ul style="list-style-type: none"> ・保佐人は同意書をかけないことも、延命について決められないことも、話をして一応の理解は得ているつもりであった。 ・医師と保佐人で相談して決めようと言われた。 ・医師の理解があったため、保佐人が同意書を書いた。
その後の本人の様子	<p>本人は移動のタクシーの中で、認知は進んでいるものの場所は覚えていて、A市に帰る自覚はあった。戻った場所がどこであるかもわかっていて、IVHにしたことについては文句も言わないが、望んだかどうかもよくわからない。しかし、その後本人は経口摂取が普通にできるようになった。保佐人と近くなったおかげで、頻繁に（週1回ぐらい）訪問が出来るようになり、看護師や訪問する職員にセクハラするぐらい元気になった。</p>

3-2. エピソードを軸とした支援プロセスの解釈

エピソード 医療方法の選択と居場所

☆意思形成

医師と本人がうまくコミュニケーションが取れないため、保佐人に協力が求められた
うんといえないわけではないが、表情が読み取れない

うんとか嫌くらいは分かって、どこまで内容が分かったか分からない

説明するも不安定な感じ ちゃんとしゃべって見たりぼけてみたりの感じ

何もしないでくれという雰囲気ではない

友好的で安定した穏やかな感じで話を聞いている雰囲気ではある

実際に胃ろうは試してみたが、適応ではなかった

IVH しないといけないという認識を持っているのか分かりにくく、了解しているのかも分からない

☆意思表示・確認

A市へ帰りたいという意思には狂いがなかった

本人が自署できなかった

親族の甥は延命を望まない

A市へ帰るために、保佐人がIVHの同意書を書いた

☆意思実現

IVHでA市の療養型病院に転院、保佐人が同意書を書いた

病院のMSWと保佐人は知り合いだった

心臓にペースメーカーがあり、移動中に死亡のリスクも聞いていたが、無事に移動
A市に帰ることができて、確実によかった 景色や場所の認識もあった

療養型に2年間いたが、経口摂取もできるようになった

ラジオ聞きたいとか要求もしっかり言えるようになった

それに応えるように助け合いサービスを週1回入れた
看護師や職員の手を離さないくらい元気なお爺ちゃんに変化した
IVHを明確に受け入れることはなかったが、運が良かった

◎背景にあるアセスメント

親身に話を聞こうとする医師の存在があった
はっきりしている本人の「A市へ帰りたい」という意思を実現するには、IVHで受け入れてくれる病院(A市とその他に1件しかなかった)に移動するしかないという保佐人による総合的な判断、また保佐人のいるセンターにも近く、必要な回数の面会も可能になる
胃ろうだと特養で受け入れてくれるところはかなりあったが適応でなかった。
また特養は、IVHの受け入れはない
その時点で在宅の居場所(B市)の高専賃の内容がかなり悪かった

3-3. エピソードに布置される関連要因

医療側(環境)の要因

- ・医療のペースで経過が全て動かされた
- ・親身に話を聞いて、検討してくれる医師に出会ったことが大きかった
後見人の立場や親族の立場のことも話すことができた
3回目の入院の時に初めて出会った
それまでの入院はスパンが短かったから追い出されず
3回目は医師が丁寧な故に追い出されたが、渡りに船と考えた
(居場所を失ったらどっかに入れる、優先順位が上がるから)
- ・行ったら駄目な病院は沢山ある。
うるさくなければ置いておいて足が拘縮してしまう
資源(病院)のアセスメントが重要になる
- ・病院から依頼されるケースは、本人の背景が分からないことが多い

医療同意書他求められる役割

- <以下、本事例との直接の関連は無>
- ・現場にいと、にっちもさっちも行かず同意書を書いていることがある
気難しく、いくら説明しても絶対許さんという医者もいる
厚生局の指導監査が入ると指導されるため、誰でも良いと事務方は主張する
センターに帰ってから効力がないことを説明したことを記録しておく
 - ・様々な保障を要求される
お金は払うというが、身元引受人を要求されたり、通帳や戸籍・住民票を出せと言われたこともある
 - ・救急の場で延命の同意書を免罪符のように取る病院もある

- ・セクハラにも対応しろと言われる

施設側の指導の問題もあるかもしれないが、謝るしかない

3-4. 評価と課題

本事例は、当事者が医療機関の方針、都合に振り回され、申し立ての準備をしている間に居場所が点々としてしまった事例である。本例は、後見人活動としての初期の事例とのものであり、今であれば、もう少し後見人の方でリードできたとも述べられたが、医療に関わる事案は、医療側の「都合」に左右される要素が非常に多いことが示唆された。

研究会においては、医療ケアの選択の困難性について、本人の意思ではない選択や決定を求められる場面がかなりあり、実際には本人も意思決定支援者もよく分からないが、選択の決め手がないのに決定を迫られることがあるとの意見が出た。本人の意思は極めて不正確で可変的ともいえるので、本人も一緒になってどうしようという感じの時には、総合的に判断するしかない場面もありうるのではないかと、本事例は、そういう意味で医療同意というより、意思形成の要素が強い事案として、また保佐人であっても代理権行使で決めていくしかないことを示す事案と位置付けてはどうかとの考えが提示された。

参考文献

- ・ Charles A. Rapp, (1998) The Strengths Model Case Management with People Suffering from Severe and Persistent Mental Illness, (= 江畑敬介監訳 澤田龍之介・辻井和男・小山えり子・平沼郁江(1998)『精障害者のためのケースマネジメント』金剛出版)
- ・ 石川時子(2009)「能力としての自律—社会福祉における自律概念とその尊重の再検討—」『社会福祉学』 Vol.50, No.2, pp.5-17.

第2部 意思決定支援の構造

第2部では、支援の3種の対象者と意思決定支援の構造のマトリックスにおける内実と

の文脈を読み解くことを目的にした。それによって支援の視点と方法論を明確にした。意思決定支援の分析軸の一方を支援対象として 1) 認知高齢者 2) 精神障害者 3) 医療依存度の高い者とり、他方構造を構成する要素として、1) 当事者とその環境＝当事者システム 2) 支援者とその環境＝支援者システム 3) 1) と 2) のシステム内やシステム間の関係性＝対立やせめぎあい、介入による責任論や連携論 の3種類の要素があげた。意思決定支援では以上の対象者別の特徴のある3つの要素に対してどのように情報収集し、それをアセスメントし、プランニングにつなげ、効果のある介入のバリエーションを関係性の相互作用をもとに実施していくのが、ガイドラインに描かれる必要のある支援の項目と内容である。

1. 「人生」の総決算課題を扱うー認知高齢者

認知症高齢者に対する意思決定支援は、とくにその居所と生活の在り様を決めていく課題に、今までの当事者の生活/人生を踏まえて、当事者の「自己」を貫く総決算として臨んでいく支援者側の姿勢と能力が問われる。支援者はターミナル期に至る時間的経過とその状況変化を予見・予測した意思形成および意思確認（表明）のモニタリング、情報収集とリ・アセスメントを繰り返す支援をしつつ、それにもとづく意思実現支援のエンパワメントに関わることが特徴的である。

1-1 当事者とその環境＝当事者システム

1.当事者自身の人生の履歷的側面

当事者は認知症を持つ高齢者であり、長い人生の歴史の中でさまざまなものとのかかわりを持って生きてきた。その結果としての「今」そして「これから」をきちんと評価することで、当事者の意思が見えてくる、分かってくる。そしてそれを表明するためのサポートを行う。それには当事者とその環境に関する情報収集の範囲の広さや深さが確保されることが大切である。当事者のライフストーリー（人生の語り）を聞きつつラポールを深め、周辺からの客観情報を加えたライフヒストリー（歴史）を把握することは、当事者の意思形成から表明に至るプロセスを共に踏むうえでの支援者の自信にもなる。また当事者も「語る」ことで自ら人生を確認し自己肯定感が高まりエンパワメントする。その意味で意思形成から表明までの時間的空間的準備性や余裕を確保し、予防的予測的介入をすることも大切である。

2.当事者システム内のつきあいの履歷を踏まえたアセスメント

しかし深刻な虐待等、緊急の判断が支援者に提示されるような場合は、緊急介入の必要から、施設入所による「保護」というプランが先行して、当事者システム（当事者とその環境の関係性）に対するアセスメントが不十分のまま進んでしまうことがある。しかし本

事例のように介護者である夫の急死により、施設入所の方針が、周囲によって「仕方がない」と決定されそうになったときに、意思決定支援者が踏みとどまることができるかどうかは、時間的余裕と関係なく、当事者およびその環境における「その時」の情報の質にかかっている。良質な情報を得るためには、環境側と当事者との間の関わりの履歴とその経緯におけるアセスメントを踏まえて、判断・実行する必要がある。

その話し合いの中で、当事者システムにおけるキーパーソンが誰であるのか、その人に流れを変える発言をしてもらうというプランを実行するための方策をたてた。そのことは当事者とその人との関わりの履歴を踏まえて、話し合いの中で当事者との関係を振り返ることで、出てくるものと考えられる。本事例では、施設入所一辺倒の話し合いの流れを変えたのは民生委員であった。当事者と意思決定支援者以外の13人も集まった関係者たちは、皆措置による施設入所を主張した。それに対して入所の権限を持つ行政は「措置しないために後見人に依頼した」とお互い言いあって堂々巡りであった。そこから、「それほど言うのならば」と根負けしたように意見が変わったのは、亡くなったご主人と当事者の関係を公的サービスや人が入る前からよく知っていて、身内に近い立場で心配し、「好きなお風呂の時に亡くなって幸せだった」とメンバーと言いあえた地域住民に近い民生委員であった。老夫婦とのつきあいの歴史や自宅にいたがる当事者への理解とシンパシーの深さが、他の介護保険の専門職とは異なっていたのではないだろうか。そうした当事者システムにおける民生委員の代弁者的意識と市民的スタンスをアセスメントし、そこに働きかけていくことは重要であろう。

3.当事者の「意思」は専門職の目や判断が入った「ニーズ」よりも、最初は要求「ダイヤモンド」として現れる～生活モデルや憲法13条自由権や民法858条意思尊重義務に立脚した視点

また本事例においては、夫亡き後、当事者の在宅意思の源は2匹の猫であった。しかし当事者は猫のせいで皮膚炎にもなり、糞尿で布団や畳は汚れて不衛生であった。こうした猫を原因とした健康への脅かしを、支援者側がそれを「問題」として猫を排除すれば、在宅の意思や理由もなくなると判断することもできた。しかし当事者主体の生活モデルで考えれば、猫が大切→猫と一緒に自宅で暮らしたい→猫のせいで皮膚炎治らず→猫の糞尿で不衛生→不衛生でも自宅で暮らしたい→猫が大切だから と悪循環の問題状況がある。それに対応して、「猫が大切で自宅で一緒にくらしたい」というダイヤモンドを充足するために、治らない皮膚炎に対応して塗り薬をきちんと塗れる人的環境を整え、不衛生な布団やマットなどの環境を変更することに本人の同意を得て、新しいものを購入するといった資源の投入による介入を行い、夫亡き後猫の居る生活や人生の継続を達成している。

このことは猫という「問題」を排除すべき原因とは見ず、当事者の憲法13条自由権に立脚した「意思表示」として見ることができる。人生の最終局面における猫との同居生活を実現するため、健康状態の悪化という悪循環に介入することで良循環に至るための自由権

の具体的な保証を行っているとは理解できる。つまり「意思」へのアプローチの仕方は、専門職が判断するニーズではなく、憲法 13 条後段の生命自由幸福追求権「自己人生創造希求権」すなわち「どの具体的人間・個人もかけがえのない人間存在として、自己の人生をつくりあげるべく、模索、希求する権利」（竹中 2013）をもとに、当事者の価値観であり、要求（ディマンド）として理解できる。そして支援技術としては、問題状況に対して取り除くべき原因を探ることから始めるのではなく、意思実現に向かった時の悪循環状況に対する、生活モデルによる戦略的介入を行うことが必要である。

1-2 支援者とその環境＝支援者システム

1. 支援者システムへの加入と動かし方

支援者システムの形成過程を考えると、意思決定支援者は、従来の介護保険の関係者や役所の職員の後に参加する最後のチームメンバーになることが多い。そこには一定の考え方によるルールや役割分担や支援風土が前もってあって成り立っている。意思決定支援者は従来の支援者システムの成り立ちを把握した上で、自分が加入してどのような役割や方向性の変化をもたらすのかについて、自覚することが必要である。事例によっては今までのシステムを機能させることがよいと判断することもあるであろう。その場合は支援者が必ずしもチームの目標を定め、計画を推進するリーダーにならずともよい。またシステムを変革することが必要と判断した場合は、システム内のどの支援者のどの役割や考えの変更介入するかについて、戦略をねるための情報収集とアセスメントを行う。

本事例でも以前からこのご夫婦の生活をケアマネジメントしていた介護支援専門員が、施設入所を勧めたいとのことで、お試しのショートステイを実行しようとした。そのときに意思決定支援者は当事者の様子をアセスメントし、おそらく入所を受け入れることはできないであろうと考えた。同時にまた自分のアセスメントに反して、当事者が宿泊することが気に入って、入所にむすびつくようになることがあってもよしと考えた。そして計画を進めることは拒まないという判断をした。それによって支援システムの方向性を確認・修正する機会になるという判断があった。このことは場面によっては、計画推進のためには必ずしも意思決定支援者自身がリーダー役をしないことにも意味があるということを示す。

2. お金を扱う支援のあり方

認知症高齢者にとってお金の管理・運営は生活の重要事項であり、支援システムにとってもそこが安定することによって、チームがよく機能する意味合いを持つ。そのための後見人の役割は重要である。高齢者の遺産や財産の管理に関するものから、日々の出金の配慮や手間、何度でも繰り返される当事者の確認行動に対する細やかな対応を経て、預かってもらっているという当事者の安心感に至るまで、お金を扱う支援者の存在は重要である。支援システムはその支援者を支援する方向で働くように、機能できそうであるかを見てい

くことが必要である。その荷の重い、判断の責任が伴うお金を扱う支援においては、支援者側の当事者に対するストレングス視点に基づくアセスメントができるかどうか重要となる。

本事例では当事者のストレングスとして毎日小銭を1円玉、5円玉、10円玉 各500枚を積み重ねて計算し、「全部で〇〇円あるので銀行に持って行ってもらわないといかん」といいつつ、また巾着袋に入れていったん片付けて、また数えることを繰り返していることに対して、支援者側のアセスメントはお金を数えることは健康のバロメーターとしてみている。さらにそれを繰り返すことはお金の感覚を忘れていないことにつながっているとかがえている。預かった通帳が手垢で真っ黒なのをみても、以前から「子供がいない分お金が頼り」としきりにいていた認識を忘れていないとアセスメントしている。こうしたストレングス視点に立ったアセスメントが支援のあり方を決めている。

さらに本事例のように人生の残り少ない日々の中で、豊富とは言えない財産を家屋改修に使うかどうかの意思決定に関して当事者との間で齟齬があった場合、支援システム内で協議・支持を取り付けることが重要になる。当事者のそのときの意思とは異なる決定をすることになるので、決定過程及び決定後の当事者の反応の予測を、支援システム内で行っておくことが必要である。またそれをすることによって、支援者側は自信・安心を得、支援者チーム、システムはよく機能するようになる。

3. 結果を予測しつつ介入し、さらに様子を見る支援者側の動き方

支援システム内では、支援の方向性や当事者の意思に関する支援方針について、常に揺れ動きがある。支援者ごとの認識の相違、また判断の背景となる専門性の相違、チーム内力動の在り様、所属機関の方針の影響等から定まりにくいまま、支援方針や内容が検討される。認知症高齢者の場合はとくに支援者側の関係者が多くそれぞれの意向が異なるので、チームでやってみた結果をもって、次を考える手法がとられやすい。またこの支援者側の予測を持つての試行錯誤、トライ&エラーが、認知症高齢者にとっては生活破綻に結びつきにくくするという意味でも、支援システム内で施行後の予測およびその後のフォローアップができることを見込んで、支援を試行することを多用する。

本事例でも当事者の拒否で失敗することを予測しての、ケアマネジャー主導のショートステイ利用への意思決定支援者の同意や、当事者の形成意思とはあえて違えても、最終的な意思・賛意を得られることを見越した、当初は掘り出せない当事者の家屋改修への出金ニーズに対してあえて出金する決意の根拠など、予測とモニタリングの繰り返しに関する利用の幅は広いことが示されている。

1-3 システム内やシステム間の関係性＝対立やせめぎあい、介入による責任論や連携論の出現

1. 人権をコアにした自律性オートノミー 対 自己加害阻止原理パターンリズム

認知症高齢者にとって、当事者システム内でも支援者システム内でも、またシステム間でも意思決定支援に関わるシステム内や間での対立やせめぎあいによる摩擦はつきものである。「認知症高齢者には建設的な主張ができない」「本人の言う通りにすれば、自身に害を及ぼすことになるので、あえて意思には沿わない」など、虚弱高齢者に対する社会の高齢者観や社会的保護イメージが支援者システム内に存在するために、支援者は自らの自己加害阻止原理（パターナリズム）を自覚しないで、しかし実際はそれを強く発揮することで支援者システム側「皆がよかれ」とする意思決定場面になりやすい。しかしそのことは人権の中心にある、その人の「リスクを冒す権利」を侵害することであるという認識も重要である。

当事者自身も自己主張をすることをあきらめていたり、周囲からできないと頭から判断されていて、意思を表明する機会をもてなかったりする。支援者側も意思の声聞こえない、掘り出せない、すべて代わりに考えて判断してあげることが支援だと思いがちになる。そのために支援者側は職業的パターナリズムと人権をコアにした自律性の摩擦やせめぎあいに敏感になり、意思決定支援になっているのかどうか、再度当事者の意思形成からの経過を見直すことを始める必要がある。

本事例では意思決定支援者が「家にいたい」という当事者の声を粘り強く取り上げなければ、支援者システム内では本人の意思を取り上げずにより援助をしたと思いかねない状況にあった。本事例では当事者の声は強く、意思を曲げずに大きかったが、それでも説得、納得させようとするパターナリズムの力はかなり強かった。ほかの事例では当事者のつぶやきのような声なき声を拾うことを意識する必要がある。また「住み慣れたところに住む権利」という自由権が根本に保証されるべきであるという認識は、再度支援者システム内でも確認する必要性が高い。その際当事者のつぶやきと意思形成に至るプロセスへ意思決定支援者の同行がなければ、自由権を体現する自律性は、支援チームの中で尊重されず、パターナリズムの声に押されて発揮されない。

2. 対立やせめぎあいが責任論に集約される

対立やせめぎあいは意思決定支援にとって重要な要素である。これらがあって初めて効果的に当事者の意思に沿おうとする支援体制形成場面・継続的支援経過をつくることができる。意思決定支援者は当事者の呟きを自由権に基づく自律性の主張としてとらえ、本事例では「住み慣れたところに住む権利がある」という自己人生創造希求権（自由権）を基盤に、またそこから力を得て支援者システムの自己加害阻止原理としてのパターナリズムに対抗していく。しかし対立やせめぎあいの摩擦の関係を支援者システム内で継続し維持することは苦しいことでもある。

その摩擦は本事例では「在宅を支持した意思決定支援者の責任」に集約された。「せっかくの施設入所を辞退するようなことをして、もし自宅で亡くなってしまったら責任がとれるのか。」「いざ施設入所をしようとするときに、入りたいときに入れなくなる」と結果責

任を問われる中で、身動きがとれなくなる支援者も少なくないと思われる。それが対立構造の極みの責任論になるといえる。しかし本事例の検討において『「とれない責任はとれない」から連携はスタートする」「あえてとれない責任を、連携して皆でとりあげる」「皆で支援した夫が『好きなお風呂でなくなって良かった』』と言っている支援者システムが、『自宅で死んでしまったときの責任』を問うことのおかしさを取り上げる」などの方法が提示された。まずあえてそこで責任論を自らとりあげることで、システム内での認識変容を狙う意思決定支援者の姿勢が重要であることが分かる。そして「もし～と決定」した事後責任は誰にもとれないことの自らの自覚から、「失敗したらそのときはそのときのこととして、今は皆で一緒に」とシステム内に連携の課題を浸透させることが重要となることを示す。

3. 支援者システムは当事者システムに対する新たな認識を元に新たな連携へ

意思決定支援において当事者と支援者の各システム間にせめぎあいや対立が生じること、当事者の自律性を支持する意思決定支援者 1 人に責任論として集中・帰結しがちであることを述べた。その対策や解決のためには、閉じた責任論に対して、新たな認識枠組みを当事者・支援者システム間でもつ必要がある。「住み慣れたところに住む権利」を侵害するわけには行かない。この「権利の意味」を問い直し「当事者にとって大切なものを大切にす」という支援者システムに姿勢の共有ができれば、支援する目的が変化し、支援者システムにおける連携につながる道を作ることができる。とくに認知症高齢者は、当事者システム内の安定した環境に暮らす中で、支援者システムに対して本来の、力強く生きていくサインを出せる。そして安全や責任を懸念している支援者システム側も、それを大きな安心のサインとして受け取ることができる。支援者システム内で支援の時間が経過し、さまざまな事態を切り抜けていく、お互いの調整や話し合いの体験の中で、当事者システムへの信頼や認識の見直しを順次行う。本事例でも自宅で生活するために支援者システムに新しい支援者や支援メニューを増やし、チームメンバーが考えるさまざまな予期される事態とその対策を練ることを経て、その中で連携を強化された。その連携の経過でシステム内の認識が変化したのが分かる。無理だと思っていた当事者の意思に沿った在宅生活ができることが分かって、当事者システムへの認識と支援者システム自身の認識も両方が変化した。

本事例は、認知症高齢者に対する人生への伴走として、終末期に向かう身体的な変化と予後に対するサポート体制を、医療との連携の中で考え構築していく必要があった。従来の支援者システム内の対立やせめぎあいの体験を経て、当事者システムと支援者システム双方の認識の変容が、それ以後の医療との新たな連携のあり方に進ませたと考える。「とれない責任はとれない」「その中で予期することで万全の対応を考え」「その認識を支援者システム内で共有する」である。こうしたシステム内・間の認識の変容をもたらしたのは、意思決定支援の価値にもとづく権利性の共有による認識の変容と、チームで連携するその実践への目的の再考と再統一、予期した事態に対応するため工夫をしあうチームのプロセ

スを実践に歩むこと、その意思実現プロセスの繰り返しにある。

2. 「生活」の多彩な課題に即時に対応することの多い—精神障害者

精神障害を持つ当事者に対する意思決定支援は、様々多様な生活の問題が次々生じることが多いという特徴を持つ。知的障害を持つ当事者も生活問題を中心に解決をしていくが、精神障害の方がより問題の現れ方に病状が絡み、重層的で連続的な問題として生じて、環境的な強い圧力によって、即時の解決が意思決定支援者側に求められる。

2-1 当事者とその環境＝当事者システム

1. 病状の安定と変化の幅に関するアセスメントの重要性

精神障害者の支援の場合、当事者の病状の安定予測とその変化の幅を見極めることが重要である。そのためには当事者と精神疾患との歴史を押さえた中で、生活にその病状がどのように影響してきたのか、そしてそれをどのように解決してきたのかをアセスメントをすることで、当事者とその環境の関係性を把握する。そのアセスメントをするには、地域生活は病状の安定の状況を把握してからスタートする。また病状の幅を予測しながら、生活の困難に対処していく。

意思決定支援は病状が落ち着いた時点で、次の生活をどのように送るつもりなのかについて生活の仕切り直しとして関係を始めることが望ましい。本事例では最初のスタート場面において、本人の退院希望を医師が通そうとしたときに、その前に外泊を繰り返し、その結果がよければ退院するという案を支援者側が通した。

病状の安定を確認し、今までの病状の波や幅、発病や再発の契機や時間的経過を把握することで、今後の病気とのつきあい方が予測できる。本事例では、意思決定支援者は、当事者の多彩な生活上の困難に対して現実的に対処をしつつも、その病状の悪化の程度がどのくらいになるか、再入院が必要な状況になるか否か、目前の問題に振り回されつつも再入院のタイミングや病院の受診に時期についても判断していることに言及している。

さらに医療との関係については、病気の現状報告を常に形に残るようにファックスで行う様にするコツと、病院によってバラバラな対応であることと、精神科病院ごとのアセスメントの必要性について話した。

2. お金をめぐる問題と支援観

精神障害を持つ当事者の方は、お金の管理・運営が偏っている場合が多く、お金の使い方に関して当事者とそのシステムとの間で軋轢が生じる。認知高齢者の金銭管理は、支援者システムでの管理が課題であったが、この場合は当事者自身が様々なトラブルの果て、自分のお金がひとに管理され意思が通らない状況があり、当事者システム内で葛藤が生じ

る。本事例もこの保佐人が入る以前は身内の通帳管理でトラブルが存在していた。そこにこの支援者が入ってくる中で、「あなた自身が年金をうまく管理できるように専任された」と、年金の小さな金額について管理することを同意した。

さらに本事例の金銭管理については、大阪に行くのに1万5千円が欲しいという当事者に対して、大阪には行かないなと感じてもその額であれば出すという。一定の枠組＝個人的基準のなかで自由さを保証することに金銭面でも意味を持たせている。その個人的基準をきちんと説明し共有理解することが重要であろう。

3. 人間関係をめぐる問題と支援観

当事者によって人間関係の取り方は様々であるが、様々な当事者のアクティングアウトに当事者と支援者との人間関係をどのように考えて行くかについては、何らかの指針が必要と考える。

当事者のライフストーリーおよび他からの情報に基づくヒストリーを聞く中で、人間関係のアセスメントに価値観・支援観を合わせていくことになる。

本事例では図書館やコンビニでの何回も大量の窃盗をして警察に捕まったエピソードに対して、謝りに行くという支援者側の行為をどのように考えるのか、本人は悪いと考えていない中で、当事者の環境に向けて謝っていくことになる。しかし支援者の考えの方向性は、当事者の反省や謝罪行動を促すことではなく、むしろ当事者が捕まってもその図書館に毎日通い続けていることや、コンビニも出入り禁止にはならず、かえって寛大にも「気がつかなくてごめんなさい」と謝られたエピソードに展開している。このことは「問題」としてそれらを罰したり排除するというのではなく、ストレングス視点として、当事者の強みを見つけようとしたり、環境のやさしさを言い立てていくような方向で動くことが強調された。

またこの心的方向性は、「困難事例としてみない、おもしろいおじさんとして見る」「マイナス30位で来た人なんだから、マイナス10でもよくやったってなもの」「しかられるだろうけど、支援は一生懸命やるけれど所詮ひとごと」といった困難感の外在化など、実際の問題をリフレイミングすることができていた。そしてそうした支援観の方針は1人の考え方ではなく、同一法人の中で共有できるようにケース検討会などを通じて伝えられているものであった。

2-2 支援者とその環境＝支援者システム

1. 支援者システム内での精神障害者の理解の有り様

精神障害を持つ当事者に対して、地域で支援体制を組む場合、その症状や行動傾向から支援者側の抵抗が現れることがよくある。本事例でも性的傾向によりヘルパー派遣を2名体制にすることを役所側から申し出てきた。そしてそれでやってみて、しばらくして落ち着いていることを確認し、ケース検討会を開いたのちに、1名にすることを当事者に了解

をとった。という形にした。本事例はサービス供給上の問題に対して、対処方法の提示が有り実行された。しかしこうした手立ての提示がなく、サービス拒否になる場合もある。前もって事情を説明し、ケア方針等を決定するためのカンファレンスを特に要求することが大切になる。

また本事例ではヘルパーさんの必要性を当事者が意識していないことで、もういいと派遣を当事者が断ってしまうのではという予測から、ヘルパーさんと当初から一緒に動いている感覚を持ってもらう事に気がつけたとのことであった。様々な精神障害を持つ事例で、暴力等のケアしにくい状況が出現したときに、即サービス中止になることがある。しかしそのケアしにくい状況が出現した背景や対策について話し合う雰囲気はないということで、そうしたとくに生活支援に携わる支援者システムに対する理解を求める働きかけが課題である。

2. 精神科医療との連携について

精神障害者の安定した生活を支援するためには、精神科医療との連携が重要である。しかしもともと退院支援・地域移行については制度上の助成金がでるので、病院組織に担当のPSWが居るなど、担当が明確にある。しかし意思決定支援に関してはそのようなものはないために、医師をはじめ、PSWも担当する状況が作れていないのがほとんどであるという指摘がある。

本事例では精神科医療との兼ね合いでも、こまめにカンファレンスを開いている。しかし開くことで何の目的で開いているのかが、会議の開催目的と意思決定支援の関連について語れるものとはなっていなかった。このことについては精神科医療のスタッフと意思実現支援の考え方を共有できていないことが語られた。個別の熱心な医師がいればできることもあるが、チームとして、共通の目標と役割分担で関わるものとしては課題がある。

3. 支援者システムにおける意思決定支援者の役割

精神障害を持つ当事者の意思決定支援の段階のうち、意思実現支援の段階では地域における多職種連携がとくに必要になる。その際支援システムの組み方が課題となる。当事者の意思に沿った支援をする意思決定支援の論理と、サービスをマネジメントするチームの側の論理が食い違うことがある。意思決定支援者は当事者の意思をチームに伝え、チームでそれが叶うようにすることを志向する。ケアマネジャーの方はチーム側の運営を調整し、バランスや連携を重視するものになる。意思決定とケアマネジメントは相反する考え方として、対立することがある。

本事例でも地域のヘルパーやその他のサービスを調整するケアマネジャーの選定には、意思決定支援者が決める形をとっているとして、ケアマネジャーとその他のサービス事業所は同じ法人でまとめて採用しないと言うことを気をつけているという。認知症高齢者に対する意思決定支援者は最後に登場する支援職として、リーダー役はあえてとらなくとも

良い場合があるという考え方が示された。しかし精神障害者の場合は、その後の生活問題がめまぐるしい出現する可能性が高いため、意思決定支援者が中心となった支援がより現実的に考えられると思われる。

2-3 システム内やシステム間の関係性=対立やせめぎあい、介入による責任論や連携論

1. 当事者システムと支援者システムの間に対立・せめぎあいの間に意思決定支援者が立つ

精神障害を持つ当事者の意思決定においては、当事者システム自体が当事者の病状や問題行動によって、最初から機能不全であることが多い。また支援システム側も精神障害故の偏見から、先入観を持ったチームを組みやすい。この2つのシステムの不整合を修正する要部分に意思決定支援者が働くことになる。その修復には適宜当事者を含めたお互いの理解と協働のためのカンファレンスや試み外泊、試みデイなど、一緒に試しにやっておくような機会を設定し、お互いが理解出来るようにやりとりをコーディネートする意思決定支援者の役割が重要である。

本事例ではその対立が生じる前に介入するような仕組みを設定するところがあるが、実際の精神医療そして地域生活支援の現場での協働の経験が不足していることから、意思決定支援者が単独で差配しようとしてうまくいかない場合もあるという、うまくいかない場面も語られた。今後はさらに、地域の多職種多機関での連携を、意思決定支援の考え方の枠組みをもって行う地域全体の実践が求められる。

2. 意思決定支援者が孤立する中で、責任論が浮上しやすい

当事者システムと支援者システムの間での不整合の要が意思決定支援者であるが、当事者システムに生じた問題を自ら体現する形となり、支援者システムの中で孤立してしまうことになりがちである。偏見や差別で意思決定支援から遠ざかっている支援者システムを制して、当事者システムを動かそうとすると、支援者システムの助力を受けにくくなり、その結果意思決定支援者の単独の責任が迫られることにもなる。

3. 責任を連携の中でとらえる

しかし結果責任は負えることはなく、責任を負えないと開き直ることも可能である。しかしそれが正しい選択かどうかは、前もっての準備、多方面からの指摘や支援、当事者の理解と意思等の程度や有無によって検討することなどを通じて連携することで、責任を検討することが可能であろう。連携することで、孤立することなく責任論も分散され、新たな施策を次々試せるようにすることが重要であろう。

3. 「生命」の変動性の高い課題に対し医療との異文化連携を行うー

医療依存度の高い者

医療依存度の高い当事者に対する意思決定支援は、生命の問題に左右されながら、生活/人生への支援を考えて行くことに特徴がある。生命部分に焦点化して関わるのは医療機関であり、医療職種である。意思決定支援者は医療側に家族の代わりとして受療の仕方や手術の同意等医療同意を求められることも多い。また逆に医療機関にその認識がないと全く相談されぬまま、様々な処置や対処が医療主導で行われ、当事者の意思決定支援になりにくい状況がある。

3-1 当事者とその環境＝当事者システム

1. 当事者自身の医療へのゆだね・依存

意思決定支援が必要な当事者自身が、医療を頼りにして生命/生活の基盤が成り立っているため、健康上の理由から自らの意思を表出することをあきらめていることがある。またあきらめたことさえ自覚ができないほどゆだね・依存が深い場合もある。また当事者システムに医療が深く入り込んでいるために、当事者は患者役割を遂行する上で医療との直接対立や排除は考えにくい。当事者の医療へのゆだねや依存を、意思決定支援者としてどのように考え、扱っていくのかは大きな課題である。本事例については、最初から病院を病院のみの事情で転々とし、ホームグラウンドから徐々に遠くなっていくところに意思決定支援者の介入が行われたために、はどめの異を唱える場面を設定できずにいた。医療が当事者システムの根底に存在していることを表すものであった。

2. 環境としての医療が行う家族責任志向

医療は自らの医療行為に対する説明や同意を当事者自身よりももともと家族に求める傾向が強い。その家族が機能していない当事者に対しては、自己の判断で勝手に行うか、ないしは意思決定支援者に家族の代わりを求める。それは手術や胃瘻、中心静脈栄養法、透析などの器具の埋め込みや、ターミナル時に蘇生処置を実施するか否かといった法律の医療同意に関する範囲から、入院の誓約書や医療費支払いの同意書などの事務的行為まで多岐にわたり支援者を悩ませる。

当事者に告知して同意せよとは言えないが、家族ならよしという発想は日本の医療が持つ基本的な考え方である。意思決定支援者は後見人として裁判所で認定されることで、家族に準じる形で医療にもとらえられがちである。その医療の圧力の中、できないことを説明し、できない場合の対処を相談し、当事者システムにもがっかりされ「家族ではない、では何ができる人なのか、その役割は何なのだ」を当事者システム内で示していくには当事者を通じた働きかけが必要である。本事例でも医療とは異なる意味で、胃ろうにするか、点滴にするかを意思決定するに当たって、当事者とのノンバーバル・コミュニケーションに苦勞している様子が語られた。あくまでも当事者の意思決定を支援するスタンスを、医

療に対して守ろうとするものであった。

3. 生命の問題か生活の問題か

当事者システムにおける医療の役割を考えた場合、どこまで医療がパターンリズムで決めていくのかということがある。胃ろうや中心静脈栄養（IVH）などの装着を決める場合、本事例では

誤嚥性肺炎で入退院を繰り返すことが原因で、器具を装着するための意思決定が課題となった。この課題は生命を主な対象とする医療のパターンリズムと生活を主な対象とする意思決定支援の自律性の尊重との両立である。

生命と生活は二分されるものではなく、連続性の中で展開するものである。しかしどの時点のことを決定の要素にするのであろうか。本事例で言えば、胃ろうを装着してもうまく機能せず、IVH 装着に切り替え、2年間の安定した継続的入院の後、IVH も外して経口摂取となった。結果論ではあるが、この時の決定は生命から生活に及んで影響するものであった。その意味で当事者の「生活」に基づく意思決定支援者の発言は、当事者の意向をより大事に押し立てつつ、もっと重視されるべきものであると思われる。

3-2 支援者とその環境＝支援者システム

1. 生活支援主体の地域生活を支える

医療依存度の高い者の意思決定支援に携わる支援者システム内では、医療が特別な位置を占めることはよく言われる。常に生命をもとに医療職に指示を出す医者は、生活についてもリーダーとなって指示を出す傾向がある。しかし本事例が示すように、胃ろうや IVH を装着することで、肺炎は起こさず健康になるかもしれないが、同時に装着しているが施設入所は制限されできにくくなるといった生活困難にぶち当たることは、支援者システム内の情報として共有されているだろうか。生活する上での必要な判断が地域の意思決定支援から持ち出されて、連携を模索することも必要である。

2. 医療と福祉の役割分担と連携の必要性

医療職が生命を守る場で、意思決定支援者は生活支援のために家族のように振る舞うことが要求される。本事例でも嚥下障害によりタンがたくさん排出されるために、毎日尋常ではない量のティッシュボックスをこまめに運んだというエピソードが語られた。そのことが病院でも話題になったという。細々とした日用品を届けるには、病院が意思決定支援の拠点の近くであるべきだということを受容してもらえた。当事者の身体的データで見ていく医療職に対して福祉職は、居所や社会生活に関わる「地域」アセスメントをもとに支援を組み立てていくことが多い。「あの場所は多いと思う」「この地だったら当然」等の発言から分かるものであり、各病院や施設の評価や運ばれる先に「あたり、はずれがある」とする。また地域や組織の状況を把握することによって、意思決定支援者はメゾ・マクロレ

ベルで解決を見いだすようなことも考えられる。

3. 支援者システムの評価者・改革者になる

医療依存度の高い者への意思決定支援では、地域における医療・福祉・介護事情ばかりでなく、当事者を支援する意思決定支援者システムの評価を行うことも必要である。つまりマイクロレベルのマネジメントの有り様を改善する道も探さなければならない。本事例では高専賃の丸抱えでは、よいサービスは望めないと認定したため、意思決定支援者としてサイフを握った時に、業者の総入れ替えを行ったというエピソードが語られた。

3-3 システム内やシステム間の関係性＝対立やせめぎあい、介入による責任論や連携論

1. 医療とは対立せずにやりすぎず関係性

こうした医療と福祉の関係性のなかで、医療の指示をやり過ぎというエピソードが語られた。

当事者の住所変更を求める病院側に対して、「はいやります」といってやらないという対処も行うことが話された。なぜなら生活の根拠としての住所は管轄の役所に登録されることになる。管轄が異なってくれば、相談先が変わり、支援者どうしのネットワークが壊れたり、利用できる制度が少なくなったりと、その変化が支援システムの安定性を減じることになる。医療システムに準ずることではなく、当事者のオートノミーを守るために、医療の強い影響に対して、過剰適応することなく、かつ十分な医療をもたらす考え方や手順について、学びを深めることになる。

2. 医療のなかでの味方を見つけ連携する

医療依存度が高い者への意思決定支援は、異なった文化・土壌である医療の中で連携できる相手を見つけることがとくに大切である。医療主導で流されて、病院を転々としてきた当事者にとっては、その流れをとめる必要があるが、なかなかその止めるきっかけは見つかりにくい。本事例では幸運にもいい医者と出会えたことから、あたらしい生活に向けて動き出すことができたという。その件に関して、ラッキーというよりも常に好機を求めていることから、見いだせるとの意見が聞かれた。この味方を得る感覚は連携の動機付けとして重要と考える。その際医療職が無理解なのはあきらめがつくが、同じ福祉職がそうなのはなおさら腹立たしく、連携は困難に感じるとの報告があった。そのことについても連携のあり方に対して示唆的であり、支援者側もエンパワメントされる連携環境が作られるべきと考える。

おわりに

本報告をまとめるにあたり、意思決定支援に関わる枠組みについて検討が行われた。まず支援対象者によって意思決定に関わる出来事や決定の内容に特徴があるのではということが議論された。結果当事者によってLIFEの人生・生活・生命の三層のうち、支援の焦点化のされ方が異なるということがわかり、その特徴的な様態を表すために、提示していただく対象者を選択した。しかし対象者のうち3つしか取り上げられなかったため、たとえば「生活」支援に焦点化されることが多い精神障害者の課題は、同じく生活支援に焦点化される知的障害者の課題と異なる実感はあるが証明はいまだできていないことに限界があった。

また当事者と支援者の信頼関係の構築を大前提に、意思決定支援を意思形成、意思確認、意思実現のプロセスで辿った。その結果それぞれのエピソードの中のプロセス分析が多彩であることがわかり、それは対象者の特徴で括るのではなく、人と環境との相互作用におけるソーシャルワークアセスメントが重要であるという結論に達した。その内実はアセスメントがどのようになされているかで、その一見困難な状況への関わりで支援の質が変化してくることがわかった。その点事例を提示していただき、フォーカスグループでのインタビューに参加していただいたベテランソーシャルワーカーたちの支援の質の高さに感嘆の上、感謝したい。とくに一見困難状況にある当事者システムにおいて、その人や状況をストレングス視点で捉える、当事者の意思を反映しているという正しさへの確信の強さからくる、理論的な根拠説明や信念に脱帽するものである。その強さが支援者システムを変容させる源であり、困難な事例を支え続ける支援者システムへのエンパワメントにもなることを確信できた。

この結果支援に対する特徴・キーワードやプロセス・構造は狭い範囲ながら明らかになったため、さらに対象や状況を広げて事例を分析することで、一般化に近づけていきたい。その道筋を辿ればガイドラインの作成に行き着くのではないかとの結論を得た。