

令和5年度 老人保健事業推進費等補助金

老人保健健康増進等事業

認知症の人の日常生活・社会生活における意思決定支援
ガイドラインの活用及び意思決定支援・権利擁護推進の
あり方に関する調査研究事業

令和6（2024）年3月

みずほリサーチ&テクノロジーズ株式会社

目 次

第1章 事業の概要	1
(1) 事業の目的.....	1
(2) 事業で検討を行う範囲について.....	1
(3) 想定される本事業の成果物（報告書）の読者.....	2
(4) 本事業を実施するにあたっての留意点.....	2
(5) 実施した調査.....	3
(6) 本調査結果のサマリー	4
(7) 事業の実施体制	6
第2章 アンケート調査の概要.....	7
(1) アンケート調査の目的	7
(2) 調査対象、回収数について	7
(3) 結果をみる際の留意点	7
(4) 調査方法	7
(5) 調査実施時期.....	7
(6) 3つの横断アンケート調査の項目	8
第3章 都道府県・指定都市アンケート調査の結果	9
(1) 意思決定支援に関する研修の実施の有無	9
(2) 「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」にかか る『独立型』研修の実施について	12
(3) 「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」にかか る『組み込み型』研修の実施について.....	18
(4) 自由記述欄.....	25
第4章 3つの横断的なアンケート調査の結果	31
(1) 概要（属性）	31
(2) 認知症の人数について	54
(3) 意思決定支援に関する研修の実施について	62
(4) 意思決定支援に関する研修を実施していない理由	72
(5) 意思決定支援に関する研修の参加について	74
(6) 意思決定支援に関するガイドライン等の認知・周知・啓発の状況.....	83
(7) 意思決定支援、権利擁護に関する取組みの現状について.....	101
(8) 国がガイドラインを策定する意義・課題	117
(9) ケアマネジメントにおける意思決定支援の取組みと課題.....	124
(10) 回答者の保有資格	180
(11) 各クロス集計	182
(12) 独自の取り組み、国・都道府県に望む支援等	190

(13) その他自由記述欄	207
第5章 好事例調査の概要と結果	225
(1) 好事例のヒアリング調査・文献調査の概要	225
(2) ヒアリング調査：京都府	227
(3) ヒアリング調査：品川区	232
(4) ヒアリング調査：JA 愛知厚生連江南厚生病院	239
(5) 文献調査：株式会社ベネッセスタイルケア	245
第6章 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の活用及び 意思決定支援・権利擁護推進のあり方について	249
(1) 都道府県・指定都市の医療・介護等専門職向けの意思決定支援ガイドラインにか かる研修の実施について	249
(2) 市町村、地域包括支援センターの意思決定支援に関するガイドライン等の研修の 実施について	251
(3) ガイドライン等の周知・啓発への取組み（市町村、地域包括支援センター）	252
(4) 認知症の高齢者等に対する意思決定支援に関する研修の参加について（地域包括 支援センター、介護施設・事業所）	252
(5) 「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」の認知 度について（市町村、地域包括支援センター、介護施設・事業所）	252
(6) 「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」の活用 について（地域包括支援センター、介護施設・事業所）	253
(7) 国が「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」を 策定することの意義と課題	253
(8) 要介護者、要支援者、事業対象者の日常生活・社会生活における意思決定支援の 必要性の状況	254
(9) 「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」が推奨 する取組みのケアマネジメントにおける実践状況	255
(10) まとめ ～「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」の活用及び意思決定支援・権利擁護推進に向けて	257
資料編	261
○都道府県・指定都市票	資料編- 1
○市町村票	資料編- 4
○地域包括支援センター票	資料編-10
○介護施設・事業所票 ※「介護事業所票」として実施	資料編-20

第1章 事業の概要

(1) 事業の目的

高齢化の進展や一人暮らし高齢者の増加などを背景に、地域で生活する高齢者等の意思決定の支援や、権利擁護の重要性はますます高まると考えられ、高齢者等の医療や介護に携わる方々が、意思決定支援・権利擁護推進を効果的に実践できる環境を整備する必要がある。

本事業では、

① 平成30年に策定した「認知症の人の日常生活・社会生活における意思決定ガイドライン」(以下、ガイドラインと略)の介護施設や事業所等現場での活用状況や意思決定支援・権利擁護推進に関する取組状況を調査し、課題を把握するとともに、

② 高齢者等の医療や介護に携わる方々が、意思決定支援・権利擁護推進を実践するための効果的な方策を検討し、地域包括ケアシステムとの関係性を含めて報告書にまとめた。

(2) 事業で検討を行う範囲について

現在、国の意思決定に関するガイドラインは、対象、利用場面等により、複数、作成されている。

前述の①「認知症の人の日常生活・社会生活における意思決定ガイドライン」の他にも、下記の4つのガイドラインがある。「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」に関連して、「アドバンス・ケア・プランニング(通称:人生会議)」の取組みも推進されている。

②「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」

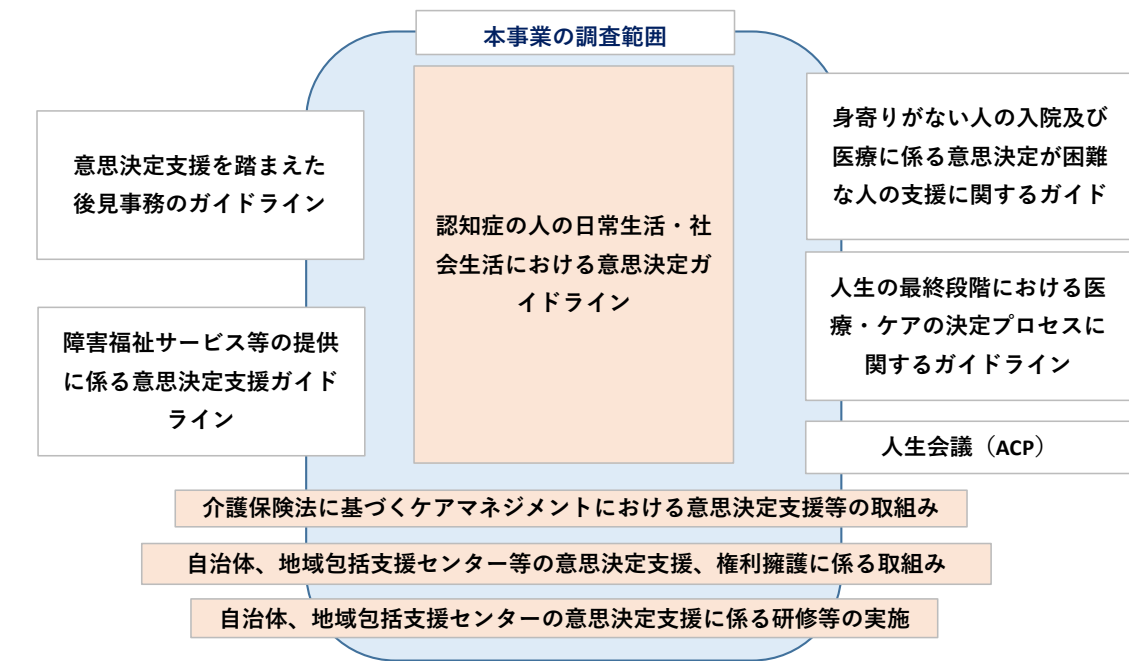
③「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」

④「身寄りがいない人の入院及び医療に係る意思決定が困難な人の支援に関するガイドライン」

⑤「意思決定支援を踏まえた後見事務のガイドライン」

本調査事業では、特に「認知症の人の日常生活・社会生活における意思決定ガイドライン」に着目し、他ガイドラインについては関係する範囲で触れる扱いとする。

図表 1 本事業の調査範囲



（３）想定される本事業の成果物（報告書）の読者

本事業の成果物（報告書）の読者は、下記を想定している。

- ・ 地域で高齢者等の医療・介護に携わる行政職員、専門職、後見人等
- ・ 認知症共生に携わる企業やボランティア等の方々
- ・ 認知症の当事者、家族 等

（４）本事業を実施するにあたっての留意点

ケアマネジメントは、介護保険制度の要であることから、本事業においては、ケアマネジメントにおけるガイドラインの活用や意思決定支援の取組みの現状を把握することを目的とした。

ケアマネジャーは、利用者の希望だけでなく、家族の希望や地域の体制も勘案して、利用者、家族の課題に対応するケアプランを作成することが求められる。

高齢者等の医療・介護に携わる方々の参考となるよう、ケアマネジメントのケアマネジャーの実務を踏まえるよう留意しながら、アンケート調査、ヒアリング調査を行った。

【参考】指定居宅介護支援等の事業の人員及び運営に関する基準

(厚生省令第三十八号)

第十三条 指定居宅介護支援の具体的取扱方針

八 介護支援専門員は、利用者の希望及び利用者についてのアセスメントの結果に基づき、利用者の家族の希望及び当該地域における指定居宅サービス等が提供される体制を勘案して、当該アセスメントにより把握された解決すべき課題に対応するための最も適切なサービスの組合せについて検討し、利用者及びその家族の生活に対する意向、総合的な援助の方針、生活全般の解決すべき課題、提供されるサービスの目標及びその達成時期、サービスの種類、内容及び利用料並びにサービスを提供する上での留意事項等を記載した居宅サービス計画の原案を作成しなければならない。

(注) 下線は事務局による。

(5) 実施した調査

意思決定支援・権利擁護推進に関わる機会が多い自治体、地域包括支援センター、ケアマネジャー（居宅介護支援専門員）を人員配置要件とする「居宅系事業所」、「介護保険施設・住まい系事業所」にアンケート調査を実施した。両者を合わせ、本報告書では、「介護施設・事業所」と呼ぶこととする。なお、アンケート調査票では、名称が長いこと等から簡易に「介護事業所」と表記して調査を実施した。

- ① 都道府県・指定都市調査 67 件（医療・介護等の専門職向けの各種研修を実施）
- ② アンケート調査 1（1,741 自治体）
- ③ アンケート調査 2（1,734 地域包括支援センター。②にて無作為抽出となるように 1 カ所を選定）
- ④ アンケート調査 3〔4,000 件。ケアマネジャーが人員配置要件の「居宅系事業所（居宅介護支援事業所等）」、「介護保険施設・住まい系事業所」の 2 群比較を想定〕

具体的には、「居宅系事業所（居宅介護支援事業所等）」は、居宅介護支援、小規模多機能型居宅介護、看護小規模多機能型居宅介護の 3 サービスである。「介護保険施設・住まい系事業所」のサービスは、介護老人福祉施設、介護老人保健施設、介護療養型医療施設、介護医療院、特定施設入居者生活介護、認知症対応型共同生活介護、地域密着型特定施設入居者生活介護、地域密着型介護老人福祉施設の 8 サービスである。

本報告書においては、以降、「居宅系事業所」を「居宅」、「介護保険施設・住まい系事業所」を「施設・住まい」と表記を省略する。

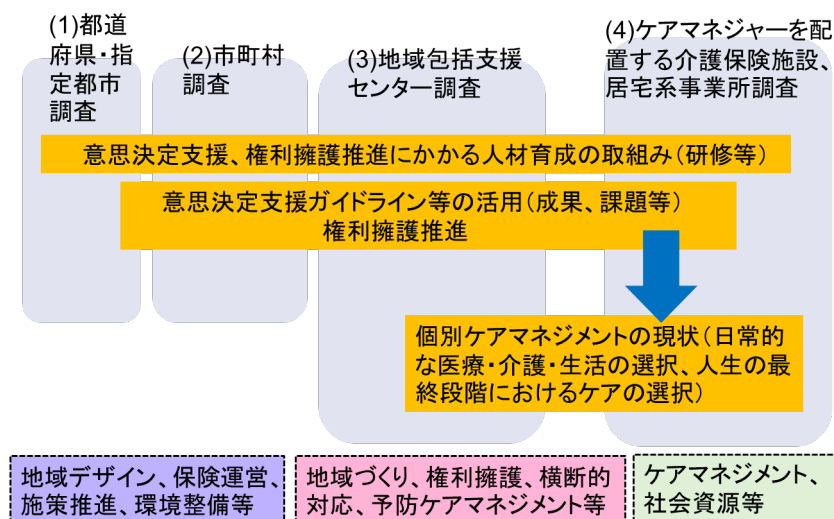
※個別ケアマネジメントについては、「地域包括支援センター」、「居宅系事業所」、「介護保険施設・住まい系」の 3 群比較を試みる）

- ⑤意思決定支援・権利擁護推進の先進事例のヒアリング・文献調査 4 件。

委員会での協議、文献調査等から対象を抽出した。

図表 2 アンケート調査の範囲と抽出対象

群	サービス	介護施設・事業所数	割合	割当	計
群 1 :	地域包括支援センター (5280カ所)	1741市町村から各 1 カ所を無作為抽出			
群 2 :	居宅介護支援	39,047	47.8%	1,910	2,225
居宅	小規模多機能型居宅介護	5,614	6.9%	275	
45,478	看護小規模多機能型居宅介護	817	1.0%	40	
群 3 :	介護老人福祉施設	8,421	10.3%	412	1,775
	介護老人保健施設	4,285	5.2%	210	
	介護療養型医療施設	432	0.5%	21	
	介護医療院	618	0.8%	30	
	特定施設入居者生活介護	5,610	6.9%	274	
	認知症対応型共同生活介護	14,085	17.2%	689	
	地域密着型特定施設入居者生活介護	365	0.4%	18	
	地域密着型介護老人福祉施設	2,474	3.0%	121	
	合計	81,768	100.0%	4,000	4,000



(6) 本調査結果のサマリー

①都道府県・指定都市の医療・介護等の専門職向けに実施するガイドラインに関する研修の実施割合は低い

都道府県・指定都市の医療・介護等の専門職向けに実施するガイドラインに関する研修の実施状況をみると、『ガイドライン研修(独立実施型)』の実施は9.3%、『ガイドライン研修(組み込み型)』の実施は64.8%で、合わせても100%には届いていない。『組み込み型』『独立型研修』の研修の早期の全国での実施が望まれる。

②国が「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」を策定していることへの評価は高い

国が「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」を策定していることについては、「良い」と「とても良い」の回答の合計は市町村 90.1%、地域包括支援センター85.0%、介護施設・事業所 82.4%（うち居宅：83.0%、施設・住まい：81.8%）と評価は高かった。

③「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」の認知度は高いが「内容まで把握している」の割合は1～2割合にとどまる

「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」の認知度については、「ガイドラインがあることを知っていた」は市町村 61.3%、地域包括支援センター 72.2%、介護施設・事業所 65.5%（うち居宅：65.0%、施設・住まい：66.0%）と6割を上回っており認知度は高かった。しかし、「ガイドラインの内容まで把握している」は、市町村 26.3%、地域包括支援センター18.4%、介護施設・事業所 14.9%（うち居宅：17.1%、施設・住まい：12.1%）と1～2割台にとどまる。

④意思決定支援に関する研修の効果

研修受講は、受講者が知識等を獲得し、確認する機会となる。さらに、意思決定支援に関する研修を受講した事業所と受講していない事業所では、意思決定支援に関する具体的な取組みの多くの項目で差が見られる等、実践面においても研修の効果がうかがえた。医療・介護等の専門職に対しては、積極的に研修を受講することが望まれる。研修は、「暗黙知」を「形式知」として、専門職の意識と行動を変容させることが期待できる。コロナ禍において、意思決定支援に関する映像等を含むデジタルのコンテンツも増えていることから、活用が期待される。

⑤意思決定支援は重度者だけでなく軽度者であっても必要とする人がいる

意思決定については、重度者だけでなく軽度者であっても支援を必要とする人がいることが確認された。軽度の場合、重度者に比べ、本人ができることも多く、多様であることから、本人の意思を尊重し、「できることまで奪わない」医療・ケアが望まれる。「日常生活・社会生活」の範囲や内容は多様であるが、ガイドラインの内容を習得して、多職種連携や意思決定支援チームで意思決定支援に取り組むことが望まれる。

⑥共生社会の実現を推進するための認知症基本法の施行を踏まえた国の取組みの推進

国は、共生社会の実現を推進するための認知症基本法の施行を踏まえ、引き続き、自治体、地域包括支援センター、介護施設・事業所等への研修の実施・参加への支援、周知の他、ガイドラインの改訂の支援等を行うことが望まれる。事例集やマニュアル等の作成への要望もみられる。

また、認知症はだれもがなりうること、認知症の有無にかかわらず、地域で暮らす仲間として支えあうこと、認知症のケアは医療・介護等の専門職だけではなく地域ぐるみで行うといった意識の醸成と知識やスキルについて、国民に普及啓発していくことが期待される。

(7) 事業の実施体制

委員会 委員名簿

(敬称略、◎委員長、委員は 50 音順)

氏名	所属・役職
◎ やましろ かず ま 山城 一真	早稲田大学法学学術院 教授
あいた かおるこ 会田 薫子	東京大学大学院人文社会系研究科 特任教授
あんどう みつのり 安藤 光徳	公益社団法人認知症の人と家族の会 常任理事
いしやま れいこ 石山 麗子	国際医療福祉大学大学院 教授
いまむら ひでひと 今村 英仁	公益社団法人日本医師会 常任理事
えぐち ようこ 江口 洋子	慶應義塾大学医学部 精神・神経科学教室 特任助教
なるもと じん 成本 迅	京都府立医科大学 教授 一般社団法人日本意思決定支援推進機構 代表理事
みうら ひさゆき 三浦 久幸	国立研究開発法人国立長寿医療研究センター 在宅医療・地域医療連携推進部 部長

【オブザーバー】

厚生労働省 老健局 認知症施策・地域介護推進課

社会・援護局 地域福祉課 成年後見制度利用促進室

【事務局】

羽田 圭子 みずほリサーチ&テクノロジーズ(株) 社会政策コンサルティング部

田中 宗明 同 上

小佐野 有紀 同 上

出原 幹大 同 上

嘉藤 曜子 同 上

【WEB 会議にて開催】

第1回委員会	令和5年10月4日(水) 15:00~17:00
第2回委員会	令和6年2月27日(火) 18:00~20:00
第3回委員会	令和6年3月12日(火) 18:00~20:00

※その他、対面、オンライン、メール、電話等にて委員よりご意見を伺いながら実施した。

第2章 アンケート調査の概要

（１）アンケート調査の目的

認知症の人の支援に係る自治体、地域包括支援センター、介護事業所における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の活用及び意思決定支援・権利擁護推進の現状を把握し、今後の在り方を検討するための基礎データの収集を行うことを目的とする。

（２）調査対象、回収数について

調査対象、回収数は下記のとおりである。

図表 3 調査対象と回収状況

	①都道府県・指定都市	②市町村	③地域包括支援センター（注）	④介護施設・事業所
配布数	67	1,741	1,734	4,000
回収数	54	617	539	828
回収率	80.6%	35.4%	31.1%	20.7%

（注）複数市町村で運営している地域包括支援センターがあるため、市町村数より少ない。

（３）結果をみる際の留意点

- ・ n：当該設問の回答数
- ・ SA（該当する選択肢に単一回答する設問）、MA（該当する選択肢に複数回答する設問）
- ・ 百分率、数値記入設問は、四捨五入を行っている。四捨五入により、百分率は合計すると100.0%にならない場合がある。

（４）調査方法

	①都道府県・指定都市	②市町村	③地域包括支援センター（注）	④介護施設・事業所
配布・回収方法	メールで調査票送付・回収。	郵送で依頼状を送付。固有のID、パスワードを付与し、調査専用サイトによるWEB調査より回収。		

（５）調査実施時期

	①都道府県・指定都市	②市町村	③地域包括支援センター（注）	④介護施設・事業所
実施期間	2024年1月～2月	2023年12月～2024年2月		

(6) 3つの横断アンケート調査の項目

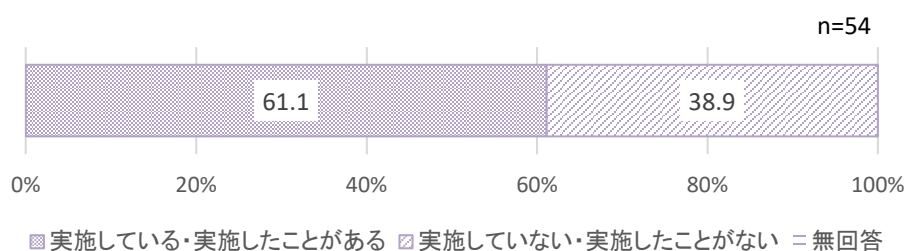
アンケート項目		市町村	地域包括支援センター	介護事業所
概要（属性）	設置主体・数		1-問1	
	類型		1-問2	
	運営		1-問3	
	担当圏域		1-問4	
	実施業務		1-問5	
	実施サービス			1-問1
	実施サービスの定員数・実利用者数ほか			1-問2
	職員数		1-問6	1-問3
	基本情報	1-問1(1)～(6)	1-問7(1)～(6)	
	地域包括支援センター数	1-問3		
認知症人数	65歳以上人数	1-問2	1-問8	1-問4
	うちⅡa以上	1-問2	1-問8	1-問4
	40歳以上65歳未満	1-問2	1-問8	1-問4
	うちⅡa以上	1-問2	1-問8	1-問4
意思決定支援に関する研修の参加	参加の有無		3-問11	3-問7
	研修の種類		3-問11 付問11-1	3-問7 付問7-1
	研修に参加した職種		3-問11 付問11-2	3-問7 付問7-2
	研修に参加した職員数		3-問11 付問11-3	3-問7 付問7-3
	研修に参加した効果		3-問11 付問11-4	3-問7 付問7-4
意思決定支援に関する研修の実施	実施の有無	2-問4	4-問12	
	実施した研修の種類	2-問4 付問4-1	4-問12 付問12-1	
	外部の協力団体	2-問5 付問5-1	4-問13 付問13-1	
	研修の時間	2-問5 付問5-2	4-問13 付問13-2	
	研修の形態	2-問5 付問5-3	4-問13 付問13-3	
	研修の講師の職種	2-問5 付問5-4	4-問13 付問13-4	
	研修の受講者	2-問5 付問5-5	4-問13 付問13-5	
	研修の教材	2-問5 付問5-6	4-問13 付問13-6	
	研修後の効果など	2-問5 付問5-7	4-問13 付問13-7	
	研修の課題	2-問5 付問5-8	4-問13 付問13-8	
研修を実施していない理由	研修実施検討の有無	3-問6	5-問14	
	実施していない理由	3-問6 付問6-1	5-問14 付問14-1	
意思決定支援に関するガイドライン等の認知・周知・啓発の状況	ガイドライン等の認知	4-問7(1)～(6)	2-問9(1)～(6)	2-問5(1)～(6)
	ガイドラインの活用方法		2-問10(1)～(6)	2-問6(1)～(6)
意思決定支援、権利擁護に関する取組みの現状	ガイドライン等の周知・啓発への取組み	5-問8-1	6-問15-1	
	周知・啓発への取組み内容	5-問8-2(1)～(7)	6-問15-2(1)～(7)	
	取組みを行っていない理由	5-問8-3	6-問15-3	
国がガイドラインを策定する意義・課題	国が策定することに対する考え	6-問9	7-問16	4-問8
	国が策定する意義	6-問10	7-問17	4-問9
	ガイドラインの分かりづらいつとところ	6-問11	7-問18	4-問10
	ガイドライン普及への課題	6-問12	7-問19	4-問11
ケアマネジメントにおける意思決定支援の取組みと課題	ケアプラン作成の有無		8-問20	5-問12
	ケアマネジャーの役割			5-問13
	認知症の人に対するガイドラインの活用		8-問21	5-問14
	ケアマネジメントの取組み		8-問22	5-問15
	ケアマネジメントの取組みの対象人数		8-問22 問22-1	5-問15 問15-1
	ケアマネジメント対象者の居所別割合		8-問22 問22-2	5-問15 問15-2
	意思決定支援対象者の有無		8-問22 問22-3	5-問15 問15-3
	認知症の人への意思決定支援における対応		8-問23(1)～(11)	5-問16(1)～(11)
	認知症の人への意思決定支援における課題		8-問24	5-問17
回答者の保有資格		7-問14	9-問26	6-問19

第3章 都道府県・指定都市アンケート調査の結果

(1) 意思決定支援に関する研修の実施の有無

令和元年度～令和5年12月までに、認知症の高齢者等に対する意思決定支援について、医療・介護等専門職向けの研修や勉強会を実施しているか尋ねたところ、「実施している・実施したことがある」が61.1%、「実施していない・実施したことがない」が38.9%であった。

図表 4 医療・介護等専門職向けの研修や勉強会の実施

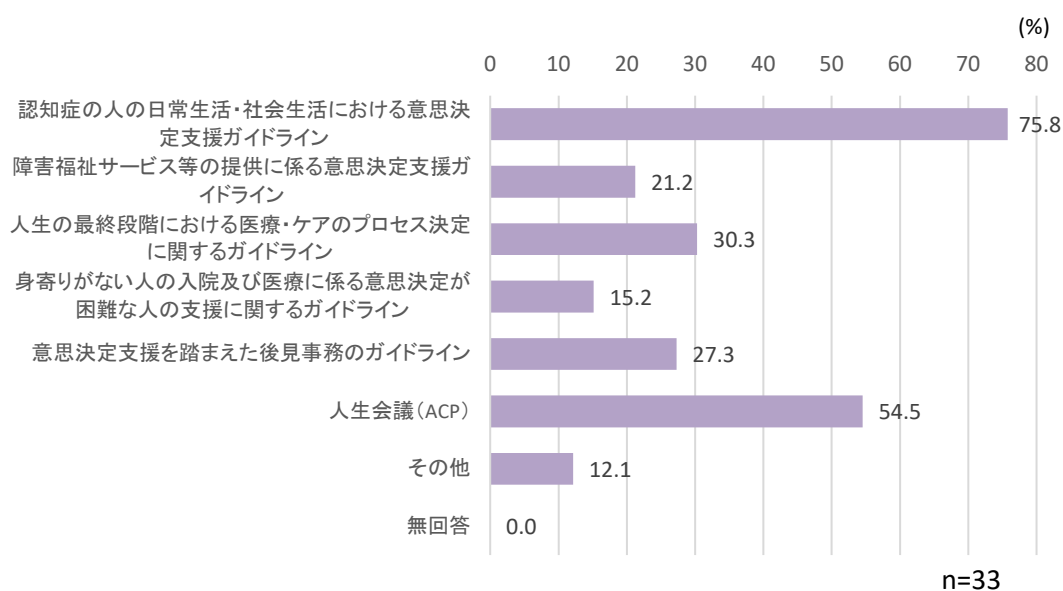


問1-1. 令和元年度～令和5年12月までに、認知症の高齢者等に対する意思決定支援について、医療・介護等専門職向けの研修や勉強会を実施していますか。…(S A)

No.	選択肢	n	%
1	実施している・実施したことがある	33	61.1
2	実施していない・実施したことがない	21	38.9
	無回答	0	0.0
	全体	54	100.0

問 1-1 で「1. 実施している・実施したことがある」と回答した場合、研修の内容として、どのようなものが含まれているかについては、「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」が最も多く、75.8%、次いで、「人生会議（ACP）」が 54.5%、「人生の最終段階における医療・ケアのプロセス決定に関するガイドライン」が 30.3%であった。

図表 5 研修の内容

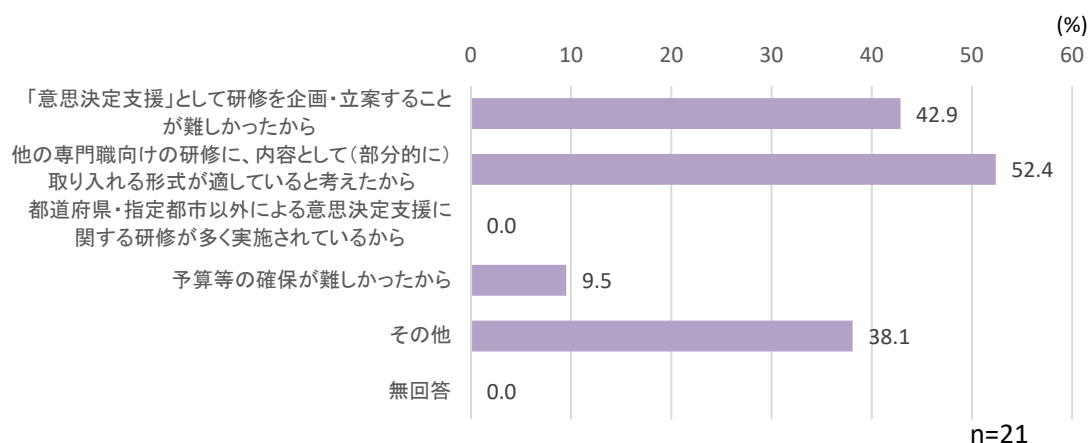


問1-2. 問1-1で「1. 実施している・実施したことがある」と回答した場合、研修の内容として、どのようなものが含まれていますか。... (MA)

No.	選択肢	n	%
1	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	25	75.8
2	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	7	21.2
3	人生の最終段階における医療・ケアのプロセス決定に関するガイドライン	10	30.3
4	身寄りがない人の入院及び医療に係る意思決定が困難な人の支援に関するガイドライン	5	15.2
5	意思決定支援を踏まえた後見事務のガイドライン	9	27.3
6	人生会議 (ACP)	18	54.5
7	その他	4	12.1
	無回答	0	0.0
	非該当	21	
	全体	33	

問 1-1 で「2：実施していない・実施したことがない」と回答した場合、意思決定支援に関する専門職向けの研修を実施していない理由について尋ねたところ、「他の専門職向けの研修に、内容として（部分的に）取り入れる形式が適していると考えたから」が 52.4%、「『意思決定支援』として研修を企画・立案することが難しかったから」が 42.9%であった。

図表 6 研修を実施していない理由



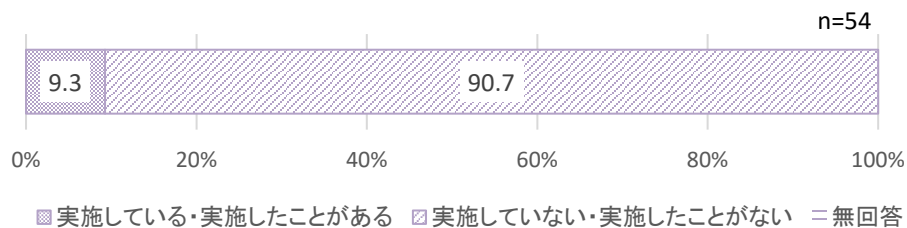
問1-3. 問1-1で「2：実施していない・実施したことがない」と回答した場合のみ、ご回答ください。意思決定支援に関する専門職向けの研修を実施していない理由はどのようなものですか。 ... (MA)

No.	選択肢	n	%
1	「意思決定支援」として研修を企画・立案することが難しかったから	9	42.9
2	他の専門職向けの研修に、内容として（部分的に）取り入れる形式が適していると考えたから	11	52.4
3	都道府県・指定都市以外による意思決定支援に関する研修が多く実施されているから	0	0.0
4	予算等の確保が難しかったから	2	9.5
5	その他	8	38.1
	無回答	0	0.0
	非該当	33	
	全体	21	

(2)「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」にかかる『独立型』研修の実施について

研修に「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」の内容を含む場合、国から提供されている『ガイドライン研修（独立実施型）』のカリキュラム教材を利用して実施したかについて尋ねたところ、「実施していない・実施したことがない」が90.7%、「実施している・実施したことがある」が9.3%であった。

図表 7 教材の利用実施

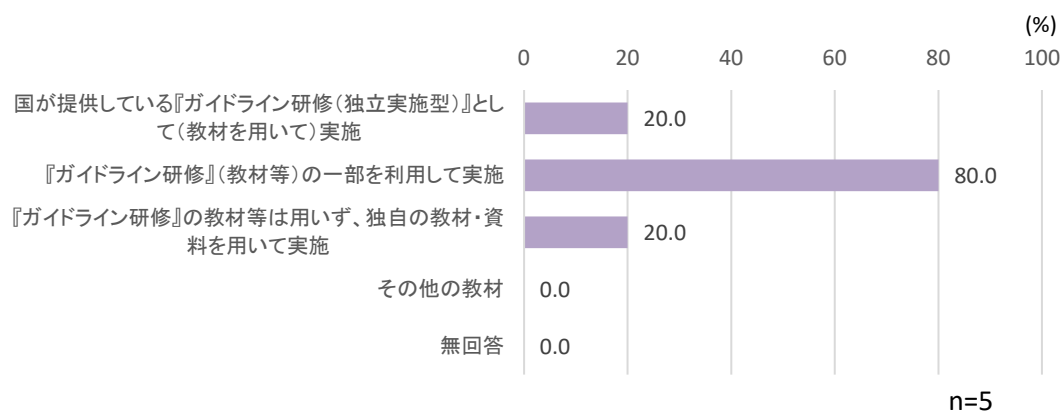


問2-1. 研修に「認知症の人の日常生活・社会生活における意思決定支援ガイドライン」の内容を含む場合、国から提供されている『ガイドライン研修（独立実施型*1）』のカリキュラム教材を利用して実施しましたか。... (SA)

No.	選択肢	n	%
1	実施している・実施したことがある	5	9.3
2	実施していない・実施したことがない	49	90.7
	無回答	0	0.0
	全体	54	100.0

問 2-1 で、「実施している・実施したことがある」と回答した場合、教材の種類については、『ガイドライン研修』（教材等）の一部を利用して実施」が 80%、「国が提供している『ガイドライン研修（独立実施型）』として（教材を用いて）実施」、『ガイドライン研修』の教材等は用いず、独自の教材・資料を用いて実施」が 20%であった。

図表 8 教材の種類

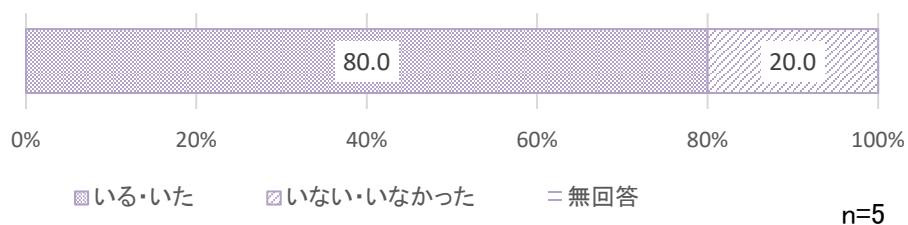


問2-2. 問2-1で、「1：実施している・実施したことがある」と回答した場合、教材の種類をご回答ください。... (MA)

No.	選択肢	n	%
1	国が提供している『ガイドライン研修（独立実施型）』として（教材を用いて）実施	1	20.0
2	『ガイドライン研修』（教材等）の一部を利用して実施	4	80.0
3	『ガイドライン研修』の教材等は用いず、独自の教材・資料を用いて実施	1	20.0
4	その他の教材	0	0.0
	無回答	0	0.0
	非該当	49	
	全体	5	

研修の企画立案・実施にあたって相談者はいるか尋ねたところ、「いる・いた」が80%、「いない・いなかった」が20%であった。

図表 9 研修の相談者

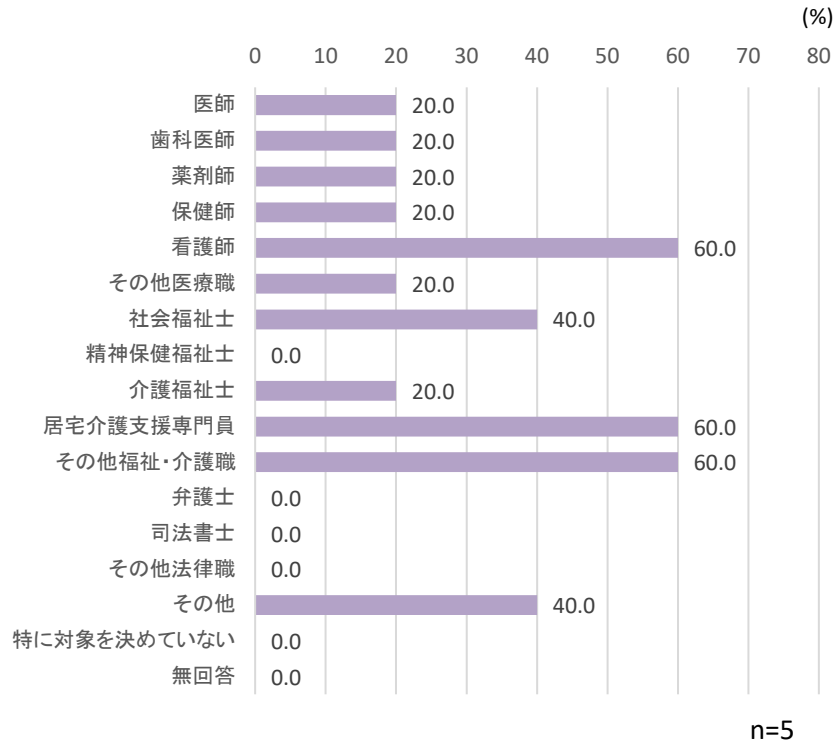


問2-3. 研修の企画立案・実施にあたって相談者はいますか。…(S A)

No.	選択肢	n	%
1	いる・いた	4	80.0
2	いない・いなかった	1	20.0
	無回答	0	0.0
	非該当	49	
	全体	5	100.0

受講対象（研修を案内した職種）については、「看護師」、「居宅介護支援専門員」、「その他福祉・介護職」が60%、「社会福祉士」、「その他」が40%であった。

図表 10 受講対象者

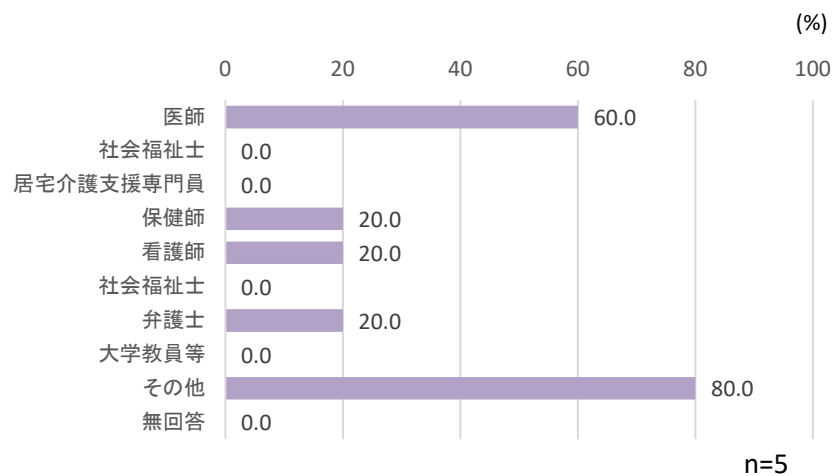


問2-4. 受講対象（研修を案内した職種）はどなたですか。... (MA)

No.	選択肢	n	%
1	医師	1	20.0
2	歯科医師	1	20.0
3	薬剤師	1	20.0
4	保健師	1	20.0
5	看護師	3	60.0
6	その他医療職	1	20.0
7	社会福祉士	2	40.0
8	精神保健福祉士	0	0.0
9	介護福祉士	1	20.0
10	居宅介護支援専門員	3	60.0
11	その他福祉・介護職	3	60.0
12	弁護士	0	0.0
13	司法書士	0	0.0
14	その他法律職	0	0.0
15	その他	2	40.0
16	特に対象を決めていない	0	0.0
	無回答	0	0.0
	非該当	49	
	全体	5	

講師については、「その他」が 80.0%、「医師」が 60.0%、「保健師」、「看護師」、「弁護士」が 20.0%であった。

図表 11 講師

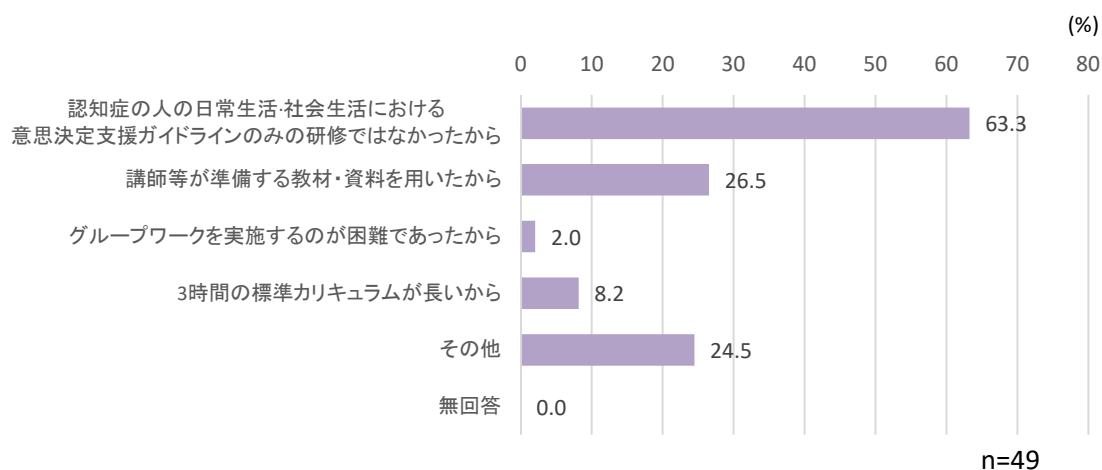


問2-5. 講師（研修の講義等を担当した講師の職種）はどなたですか。…（MA）

No.	選択肢	n	%
1	医師	3	60.0
2	社会福祉士	0	0.0
3	居宅介護支援専門員	0	0.0
4	保健師	1	20.0
5	看護師	1	20.0
6	社会福祉士	0	0.0
7	弁護士	1	20.0
8	大学教員等	0	0.0
9	その他	4	80.0
	無回答	0	0.0
	非該当	49	
	全体	5	

『ガイドライン研修（独立実施型）』として実施しなかった主な理由について尋ねたところ、「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のみの研修ではなかったから」が 63.3%、「講師等が準備する教材・資料を用いたから」が 26.5%であった。

図表 12 『ガイドライン研修（独立実施型）』として実施しなかった理由



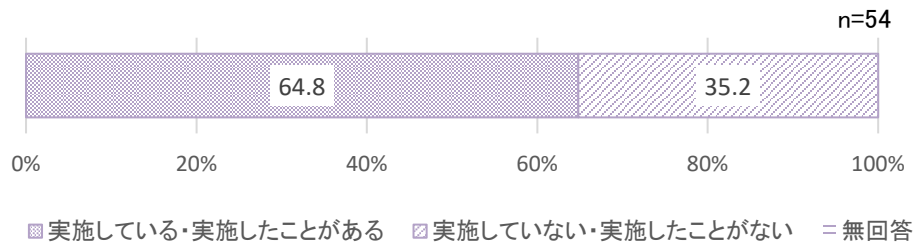
問2-7. 『ガイドライン研修（独立実施型）』として実施しなかった主な理由はどのようなものですか。…(MA)

No.	選択肢	n	%
1	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のみの研修ではなかったから	31	63.3
2	講師等が準備する教材・資料を用いたから	13	26.5
3	グループワークを実施するのが困難であったから	1	2.0
4	3時間の標準カリキュラムが長いから	4	8.2
5	その他	12	24.5
	無回答	0	0.0
	非該当	5	
	全体	49	

(3)「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」にかかる『組み込み型』研修の実施について

問2にある3時間の標準カリキュラム『ガイドライン研修（独立実施型）』とは別に、『ガイドライン研修（組み込み型）』を実施しているか尋ねたところ、「実施している・実施したことがある」が64.8%、「実施していない・実施したことがない」が35.2%であった。

図表 13 『ガイドライン研修（組み込み型）』の実施有無

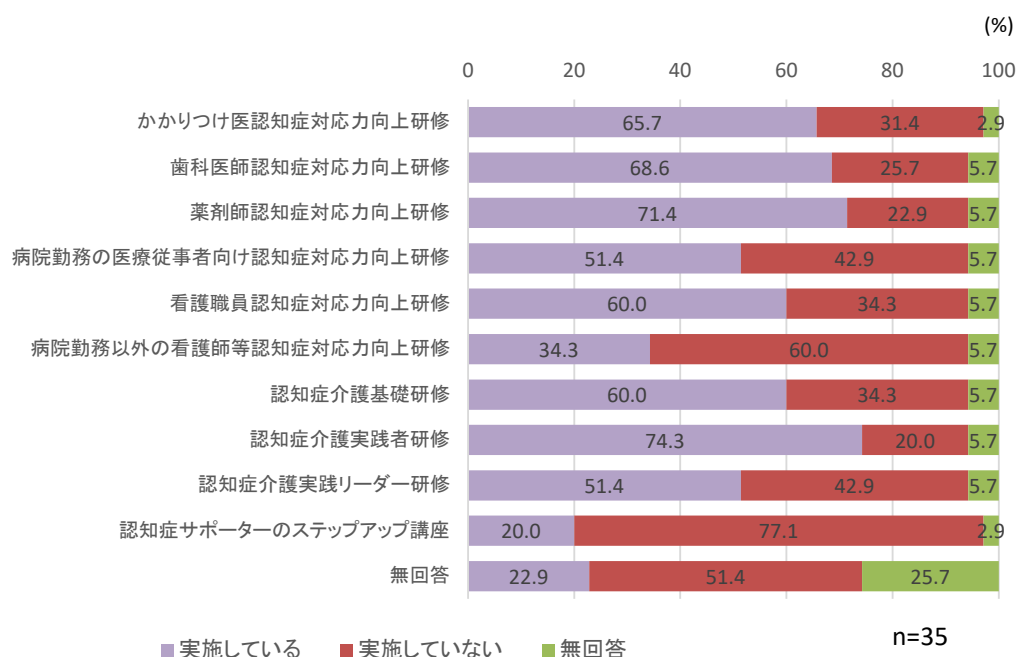


問3-1. 問2にある3時間の標準カリキュラム『ガイドライン研修（独立実施型）』とは別に、ガイドラインの概要や基本的な支援プロセス等の重要部分を15分程度の動画にまとめた『ガイドライン研修（組み込み型*2）』の教材が国から提供されています。貴自治体では、『ガイドライン研修（組み込み型）』を実施（他の研修に教材を提供）していますか。...（SA）

No.	選択肢	n	%
1	実施している・実施したことがある	35	64.8
2	実施していない・実施したことがない	19	35.2
	無回答	0	0.0
	全体	54	

『ガイドライン研修（組み込み型）』を実施している（実施したことがある）場合、下記の専門職向け研修のうち、どの研修において実施しているかについては、「認知症介護実践者研修」が最も多く、74.3%、次いで、「薬剤師認知症対応力向上研修」が71.4%、「歯科医師認知症対応力向上研修」が68.6%であった。

図表 14 専門職向け研修実施有無

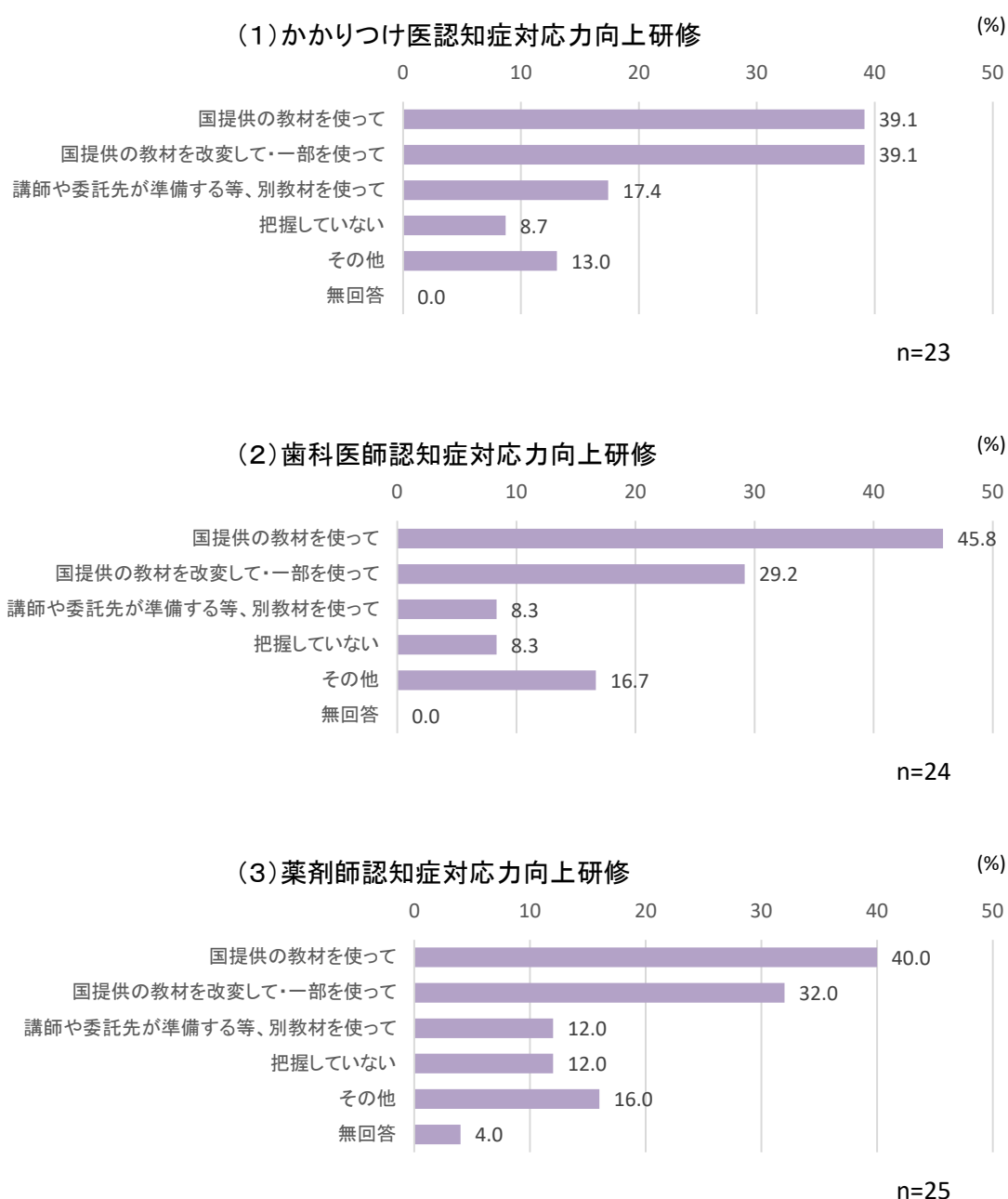


問3-2. 「実施したことがある・実施している」場合、下記の専門職向け研修のうち、どの研修において実施していますか。研修ごとに研修の実施の有無を回答してください。... (SA)

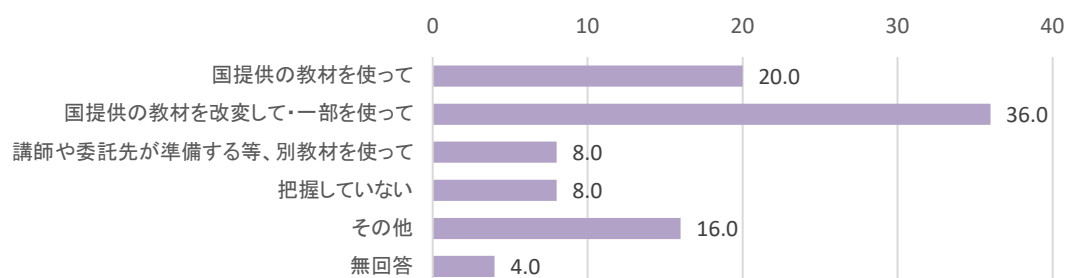
No.	選択肢	1: 実施している		2: 実施していない		無回答		非該当	合計	
		n	%	n	%	n	%	n	n	%
1	かかりつけ医認知症対応力向上研修	23	65.7	11	31.4	1	2.9	19	35	100.0
2	歯科医師認知症対応力向上研修	24	68.6	9	25.7	2	5.7	19	35	100.0
3	薬剤師認知症対応力向上研修	25	71.4	8	22.9	2	5.7	19	35	100.0
4	病院勤務の医療従事者向け認知症対応力向上研修	18	51.4	15	42.9	2	5.7	19	35	100.0
5	看護職員認知症対応力向上研修	21	60.0	12	34.3	2	5.7	19	35	100.0
6	病院勤務以外の看護師等認知症対応力向上研修	12	34.3	21	60.0	2	5.7	19	35	100.0
7	認知症介護基礎研修	21	60.0	12	34.3	2	5.7	19	35	100.0
8	認知症介護実践者研修	26	74.3	7	20.0	2	5.7	19	35	100.0
9	認知症介護実践リーダー研修	18	51.4	15	42.9	2	5.7	19	35	100.0
10	認知症サポーターのステップアップ講座	7	20.0	27	77.1	1	2.9	19	35	100.0
11	その他	8	22.9	18	51.4	9	25.7	19	35	100.0

実施した研修ごとに具体的な実施方法（組み込み型）として、「かかりつけ医認知症対応力向上研修」では、「国提供の教材を使って」「国提供の教材を改変して・一部を使って」が39.1%、「歯科医師認知症対応力向上研修」では、「国提供の教材を使って」が45.8%、「薬剤師認知症対応力向上研修」では「国提供の教材を使って」が40.0%であった。その他の研修では、「国提供の教材を使って」は0%であった。

図表 15 実施方法（組み込み型）

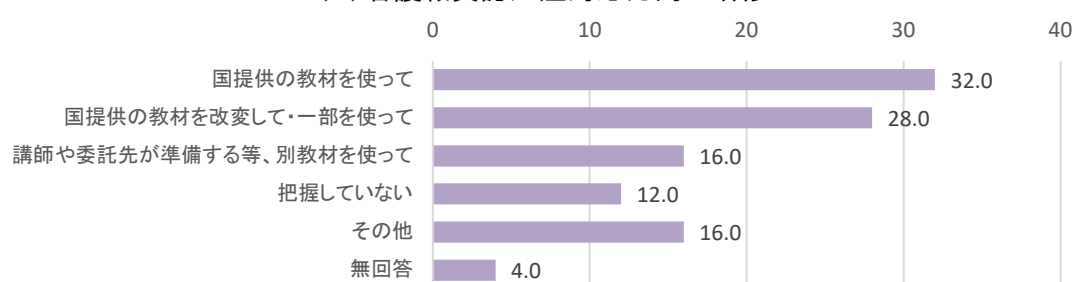


(4) 病院勤務の医療従事者向け認知症対応力向上研修 (%)



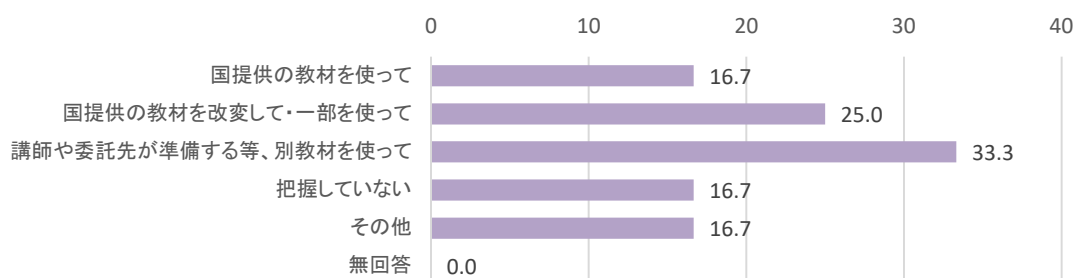
n=18

(5) 看護職員認知症対応力向上研修 (%)



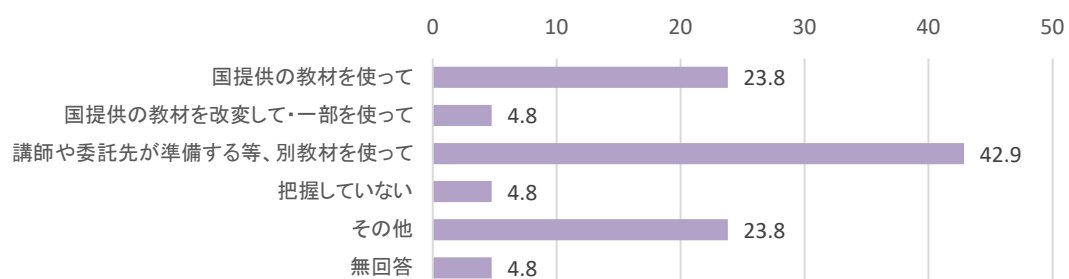
n=21

(6) 病院勤務以外の看護師等認知症対応力向上研修 (%)

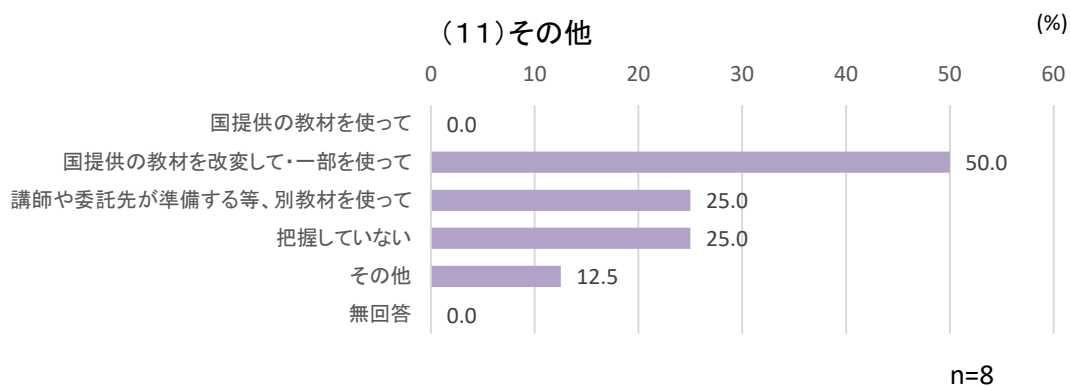
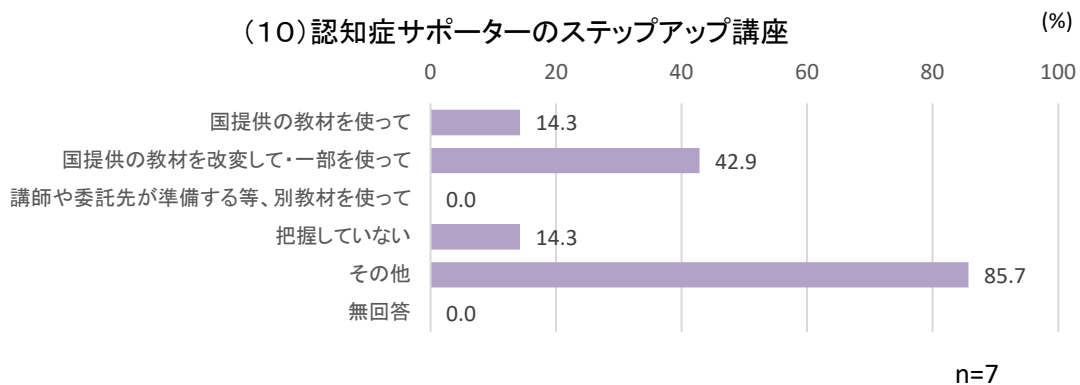
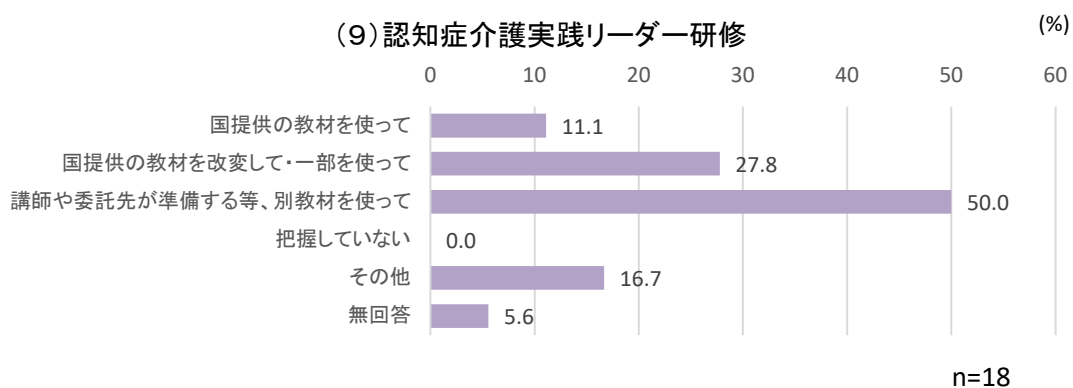
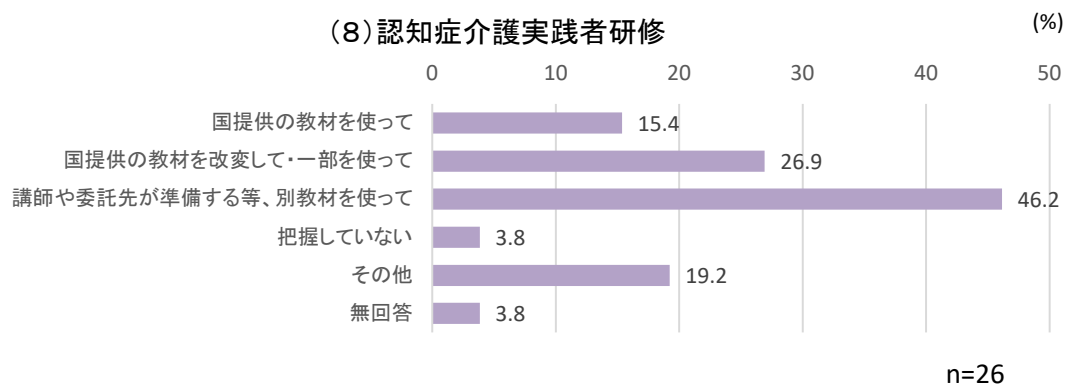


n=12

(7) 認知症介護基礎研修 (%)



n=21

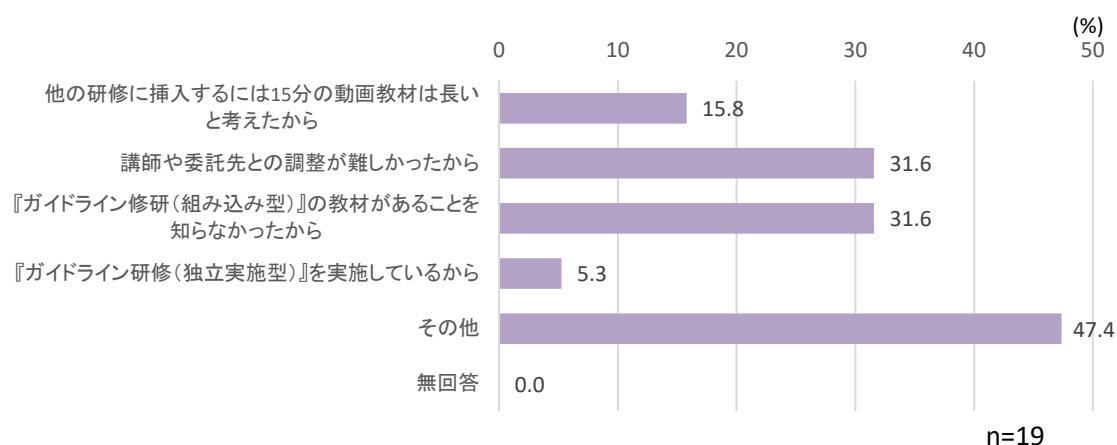


また、実施した研修ごとに具体的な実施方法（組み込み方）として、あてはまるものを全てを回答してください。…（MA）

No.	選択肢	1：国提供 の教材を 使って	2：国提供 の教材を 変更し て・一部 を使って	3：講師や委 託先が準備 する等、別 教材を使っ て	4：把握し ていない	5：その 他	無回答	非該当	合計
1	かかりつけ医認知症対応力向上研修	9 39.1	9 39.1	4 17.4	2 8.7	3 13.0	0 0.0	31	23
2	歯科医師認知症対応力向上研修	11 45.8	7 29.2	2 8.3	2 8.3	4 16.7	0 0.0	30	24
3	薬剤師認知症対応力向上研修	10 40.0	8 32.0	3 12.0	3 12.0	2 8.0	1 4.0	29	25
4	病院勤務の医療従事者向け認知症対応力向上研修	5 27.8	9 50.0	2 11.1	2 11.1	2 11.1	0 0.0	36	18
5	看護職員認知症対応力向上研修	8 38.1	7 33.3	4 19.0	3 14.3	4 19.0	1 4.8	33	21
6	病院勤務以外の看護師等認知症対応力向上研修	2 16.7	3 25.0	4 33.3	2 16.7	2 16.7	1 8.3	42	12
7	認知症介護基礎研修	5 23.8	1 4.8	9 42.9	1 4.8	5 23.8	1 4.8	33	21
8	認知症介護実践者研修	4 15.4	7 26.9	12 46.2	1 3.8	5 19.2	1 3.8	28	26
9	認知症介護実践リーダー研修	2 11.1	5 27.8	9 50.0	0 0.0	3 16.7	1 5.6	36	18
10	認知症サポーターのステップアップ講座	1 14.3	3 42.9	0 0.0	1 14.3	6 85.7	0 0.0	47	7
11	その他	0 0.0	4 50.0	2 25.0	2 25.0	1 12.5	0 0.0	46	8

『組み込み型』の研修を実施していない・実施したことがない場合、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『組み込み型』研修を実施していない理由について尋ねたところ、「その他」が 47.4%、「講師や委託先との調整が難しかったから」、「『ガイドライン研修（組み込み型）』の教材があることを知らなかったから」がそれぞれ 31.6%であった。

図表 16 『組み込み型』研修を実施していない理由



問3-4. 問3で「2. 『組み込み型』の研修を実施していない・実施したことがない」と回答した場合のみ、ご回答ください。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『組み込み型』研修を実施していない理由はどのようなものですか。.. (MA)

No.	選択肢	n	%
1	他の研修に挿入するには15分の動画教材は長いと考えたから	3	15.8
2	講師や委託先との調整が難しかったから	6	31.6
3	『ガイドライン研修（組み込み型）』の教材があることを知らなかったから	6	31.6
4	『ガイドライン研修（独立実施型）』を実施しているから	1	5.3
5	その他	9	47.4
	無回答	0	0.0
	非該当	35	
	全体	19	

(4) 自由記述欄

原則として匿名化の上、一部を掲載。同一・類似意見等は1回のみ掲載。

図表 17 問 4.自由意見

記載内容
行政担当者向けの意思決定支援に関する研修を開催してほしい。
短縮版の組み込み型があるが、もう少しコンパクトになった資料があるとよい。※組み込み型の動画内の講師が話している部分をカットした、当事者の方のインタビューのみの動画資料など。
現行のガイドラインは、内容が専門職向けであるため、市民向けに分かりやすい研修資料等があると良い。
認知症の方の意思決定支援で課題となる例の一つに、診断後の車の運転のことも挙げられる。現場で課題となっていることが多いため、ガイドラインに参考例として盛り込まれるとよい。
様々な分野で「意思決定支援」の取組が進められている中で、「認知症の意思決定支援ガイドライン研修（独立型）」を県で実施していくことが難しい。また県内の専門職に幅広く普及展開していくためには独立型研修を複数地域で複数回実施する必要があるが、予算やマンパワーの都合上、困難と感じている。以上の理由から、国で独立型の研修動画作成や配信をしていただくことが効果的だと感じる。
医療・保健・介護・福祉・教育などいろいろな場面において、非常に大事な取組だとは思いますが、個々に取り組んでいても効果は期待できないのではないかと考えている。共生時代における取り組み方を、国も県も市町村も横断的かつ柔軟に考え抜本的な改革を期待しております。
既に研修テキスト内で意思決定支援の内容が含まれているものもあり、それらについては、講義の中で説明しているが、組み込み型研修（15分）を更に追加する時間的余裕がない。 各種ガイドラインを丁寧に作っていただいているが、関連の研修会の中で、十分に活用できていない現状がある。
意思決定支援ガイドライン研修（独立実施型、組み込み型）についてそういった教材があることを認識していなかった。今後は研修の企画の際に検討していきたい。
意思決定支援に関する研修を実施する必要性は感じているが、研修を企画・立案するにあたり難しさを感じている。今後認知症の人の意思決定支援の取組みを推進するために、実際に開催されている研修の例や依頼できる講師の情報がほしい。
組み込み用資料として、専門職向けの教材は準備されているが、一般住民へ理解を促す教材がリーフレットのみではないかと思う。リーフレットについても、用語の説明は理解できるが、住民が具体的な行動へとうつすことがイメージできるような内容であると良いと思う。

図表 18 問 1-2.研修の内容

記載内容
エンディングノートの紹介・書き方支援。
認知症セミナーにて、意思決定支援の概要説明と模擬の事例検討をテーマに開催（令和3年度、4年度）。
有識者による講演や市町、医療、介護等関係者間の意見交換等。
上記1、3、4、5に関連した研修会は実施しているが、ガイドラインを活用したかは不明。

図表 19 問 1-3.実施していない理由

記載内容
認知症対応力向上研修の中で部分的に触れたり、「認知症」に絞ってはいないが、医療介護連携の研修の中で「意思決定支援」について取り上げているため。
コロナ禍で研修自体の開催が滞っていたから。
単独研修での企画実施困難であり（予算、業務量、時間等）、R1 かかりつけ医認知症対応力向上研修にて「本人の意思決定支援」をテーマに研修企画をしたが、新型コロナウイルスの影響により、開催できていないため。
「認知症」に限らず、広く市民に ACP を普及する研修実施に取り組んでいるため。
現在は、介護専門職向けの研修で、意思決定支援について少し触れている状況である（今後、『独立実施型』で行うか、他の専門職向けの研修に内容として取り入れるのかについては未定）。
市町村職員向けに、成年後見制度利用促進に係る意思決定支援研修を実施している。研修対象や内容は今後の検討課題となっている。
各職種向け研修に意思決定支援の内容が含まれているから。
講師等の人材確保が困難なため。

図表 20 問 2-3.相談者

記載内容
研修の委託先
弁護士、社会福祉事業団研修指導センター
認知症サポート医
病院在宅医療推進室長

図表 21 問 2-4.受講対象

記載内容
市町村高齢介護担当者、地域包括支援センター職員
歯科衛生士

図表 22 問 2-5.講師

記載内容
介護福祉士
介護福祉士
理学療法士
歯科医師、薬剤師、行政担当者

図表 23 問 2-6①.工夫した点

記載内容
認知症介護研修の一コマとして実施。
弁護士による動画の講義後を視聴した後に、講義 60 分、演習 120 分の研修を実施して、内容理解が深まるように工夫している。
講義後にファシリテーターによるグループワークを行い、意見交換をした。
<ul style="list-style-type: none"> ・意思決定支援は「誰のための・誰による・支援なのか」にポイントをおいて研修を実施した。 ・老人看護専門看護師および認知症認定看護師に、講師選定と演習方法について相談している。 ・法制度の変遷に沿って、対応の方法にも変化があるため、受講済みの薬剤師にも最新の話を聞いてもらえるように基礎＋アドバンスドの内容でご講演いただけるように講師選定を行っている。

図表 24 問 2-6②.課題と思う点

記載内容
様々な認知症に関する研修がある中、それぞれの研修のカリキュラムの中に意思決定支援ガイドラインに基づく研修が組み込まれているため、「独立実施型」単体での研修実施は重複感があり困難である。
<ul style="list-style-type: none"> ・意思決定支援や ACP の具体的な実践について説明が必要と考える。 ・講師選定と演習方法など研修企画を、上記専門看護師と認定看護師に一任しており、主催者側と協議が必要である。 ・現在の想定されている研修カリキュラム、スキームでは実態にそわない。 ・標準プログラムの想定時間が長い。 ・繰返し履修するプログラムになっていない。

図表 25 問 2-7.実施しなかった理由

記載内容
専門職向けの研修に意思決定支援についての内容を取り入れているため。
カリキュラム教材を知らなかったため。
後見事務のガイドラインの研修であったため。
長期的に考えたとき、県が独立型研修を実施する意義が整理できなかった。
単独研修での企画実施困難であり（予算、業務量、時間等）、R1 かかりつけ医認知症対応力向上研修にて「本人の意思決定支援」をテーマに研修企画をしたが、新型コロナウイルスの影響により、開催できていないため。

「認知症」に限らず、広く市民に ACP を普及する研修実施に取り組んでいるため。
現在は、介護専門職向けの研修で、意思決定支援について少し触れている状況である（今後、『独立実施型』で行うか、他の専門職向けの研修に内容として取り入れるのかについては未定）。
他の専門職向けの研修に、内容として取り入れる形式が適していると考えたから。
市町村職員向けに、成年後見制度利用促進に係る意思決定支援研修を実施している。研修対象や内容は今後の検討課題となっている。
各職種向け研修に意思決定支援の内容が含まれているから。
医療・介護従事者向けの研修に組み込んで実施したため。
問 1-3 の理由のとおり。

図表 26 問 2-8.改善していきたい点

記載内容
まず、関係者のガイドラインへの認知度がどれほどあるかを把握するところからの様に感じる。必要性は認識しているものの、新たに研修を増やすことが難しいため、既存の研修会に組込む等検討が必要。
まずは担当職員が意思決定支援について理解を深め、身に着けた知識を研修の企画・立案に生かしていくことが必要と考える。
各専門職が意思決定支援ガイドラインに基づき、認知症の人の意思をできるかぎりくみ取れるよう、ガイドライン等の改正状況等をふまえつつ、研修を改善しながら実施していきたい。
意思決定支援に係る研修等を検討していきたい。
「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」に関する研修の充実を図りたい。
独立型の研修の持ち方については、県としてどのように展開するか悩んでいた。ガイドラインの内容は、理念は理解でき、大事なことであるが、現場でどのように活用するのか具体的なイメージがわきにくい。市町村の認知症施策担当者や認知症の人と接している医療や介護現場の課題を把握しながら、その課題解決に向けた研修を企画立案したいと考えている。
全てのセンターで実施できるようセンター職員のスキルアップが必要となる。
他の研修との同日開催など、効果的な展開について検討が必要と考える。
毎年、情報をアップデートした研修としていきたい。
開催方法について、オンライン形式や動画配信形式が良いと考えている方が多い一方、「集合形式でないと集中できない」という意見もあり、ハイブリッド形式を検討するなど、研修後のアンケートの意見をもっと活用すべきと考える。

図表 27 問 3-2.具体的な実施方法（1.かかりつけ医認知症対応力向上研修）

記載内容
講師による追加資料。
市内認知症疾患医療センター 6 か所で実施している。センターによっては、倫理的配慮・対応方法の内容の一部として実施。
動画教材を使わず、認知症対応力向上研修の標準スライドと県独自作成のスライドを用いて実施。

図表 28 問 3-2.具体的な実施方法（2.歯科医師認知症対応力向上研修）

記載内容
講演形式での研修のため、講師により内容が変わる
行政からの講義の一部として、意思決定支援やガイドラインに関する講義を実施。
歯科医師会で国基金を活用し、実施しているので、内容までは把握していない。
動画教材を使わず、認知症対応力向上研修の標準スライドと県独自作成のスライドを用いて実施。

図表 29 問 3-2.具体的な実施方法（3.薬剤師認知症対応力向上研修）

記載内容
行政からの講義の一部として、意思決定支援やガイドラインに関する講義を実施。
動画教材を使わず、認知症対応力向上研修の標準スライドと県独自作成のスライドを用いて実施。

図表 30 問 3-2.具体的な実施方法（4.病院勤務の医療従事者向け認知症対応力向上研修）

記載内容
GW参考資料を元に改変。
動画教材を使わず、認知症対応力向上研修の標準スライドを用いて実施。

図表 31 問 3-2.具体的な実施方法（5.看護職員認知症対応力向上研修）

記載内容
一部改変。
倫理的配慮や対応方法の一部として、講師独自の資料を使用して実施。
認知症に特有な倫理的課題と意思決定支援。
動画教材を使わず、標準スライドと県独自作成のスライドを用いて実施。

図表 32 問 3-2.具体的な実施方法（6.病院勤務以外の看護師等認知症対応力向上研修）

記載内容
講師による追加資料。
市内認知症疾患医療センター 3 か所で実施。センターによっては、倫理的配慮等の内容の一部として実施。

図表 33 問 3-2.具体的な実施方法（7.認知症介護基礎研修）

記載内容
認知症介護研究・研修センターが提供している e ラーニング研修の意思決定支援のパートにおいて実施。
認知症介護研究・研修センターを実施機関に指定し、e-ラーニングによる。
研修センターe ラーニングで実施。
e ラーニング（全国共通の内容）。
意思決定支援とは、意思を尊重する支援方法とは。 （認知症介護研究・研修センター e ラーニングシステムを利用）

図表 34 問 3-2.具体的な実施方法（8.認知症介護実践者研修）

記載内容
指定した実施機関で実施しているが、実施方法までは把握していない。
認知症ケアの理念・倫理と意思決定支援（180 分）。
厚生労働省 HP に掲載されているガイドラインの内容を研修資料の一部に組み込んでいる。
意思決定支援における基本視点や支援のポイントについて。
シラバスとテキストを使用し講師資料を作成。

図表 35 問 3-2.具体的な実施方法（9.認知症介護実践リーダー研修）

記載内容
指定した実施機関で実施しているが、実施方法までは把握していない。
厚生労働省 HP に掲載されているガイドラインの内容を研修資料の一部に組み込んでいる。
シラバスとテキストを使用し講師資料を作成。

図表 36 問 3-2.具体的な実施方法（10.認知症サポーターのステップアップ講座）

記載内容
ステップアップ講座の市販テキストには、内容として記載しているが、実際に実施するかは各地域ケアプラザ（※市独自施設、チームオレンジコーディネート機能を担っている）に委ねている。
市が独自に作成した教材。
当該講座について府では主催しておらず、市町村が行っているが、内容は把握していない。
認知症サポーター養成講座標準教材（新版）使用。
各市町村で実施しており、内容までは把握していない。
講師から独自の資料を用い意思決定支援についての講義を実施し、独立実施型研修用資料事例①を使用しグループワークを行った。

図表 37 問 3-2.専門職向け研修（11.その他）

記載内容
認知症地域支援推進員（チームオレンジコーディネーターなど）等の連絡会など。
市民後見人の養成研修。
法人後見・権利擁護センター職員研修。
開設者、管理者、小多機型サービス等計画作成担当者研修。
推進員と市町村職員を対象とした意思決定支援に係る研修（集合型研修を実施し、さらに講義内容をeラーニングコンテンツとして利用）・市町村管理職合同研修。
法人後見支援員（市民後見人）養成研修。

図表 38 問 3-2.具体的な実施方法（11.その他）

記載内容
動画教材を使わず、認知症対応力向上研修の標準スライドと県独自作成のスライドを用いて実施。

図表 39 問 3-3①.工夫した点

記載内容
認知症対応力向上研修では、委託事業者への打ち合わせ時にカリキュラム内で、動画教材活用への理解を得よう説明した。必要に応じて行政説明として実施している。
国が指定したカリキュラムにそって実施。
（当課実施分について）ガイドラインの紹介だけでなく、限られた時間ではあるが認知症の人の意思決定支援に関する概要や要点を説明に入れている。
実際にケースに関わる方がイメージしやすいように質問形式で参加者が考える時間を用い、また、参加者と実際のケースの質疑応答の時間も十分にとった。
医療従事者向けの認知症対応力向上を委託している機関に対し、組み込み型研修の実施を依頼した。
講義科目の流れにそったテキスト使用。（看護職員認知症対応力向上研修） 基礎研修では認知症専門医を招聘し、実践研修では他県から専門的な知識を有する薬剤師を招聘することで、知識の共有を図ることができた。（薬剤師認知症対応力向上研修） カリキュラム上の動画等を用いて、受講生に実体験をしてもらう内容となっているため、動画等に絡めて講師の実体験を踏まえた内容を伝えている。（認知症介護基礎研修）
標準スライドに独自スライドを追加することで、よりガイドラインの内容が伝わるよう工夫を行った。
約1ヶ月と長めの期間を設けて、都合のいい時間に何度でも視聴できるよう動画配信形式を採用した点。
専門職以外の住民を対象とする研修（講座）であったため、住民にとって身近な事例を紹介している国提供の教材を一部使用した。講師に国提供の教材について説明をもらった後、グループワークの時間を設けた。

図表 40 問 3-3②.課題と思う点

記載内容
研修カリキュラム時間内では、15 分間の動画視聴確保することが難しい。
他研修等の中に組み込んで実施しているが、動画等の視聴が長いことから、本体の研修実施時間を押してしまうこと。
研修時間の確保、講師との調整。
研修自体が認知症に関する基礎理解から対応等の幅広い内容を実施しているため、タイトなスケジュールとなっており、認知症の人の意思決定支援に関する内容に配分できる時間が限られている。少ない時間の中で、認知症の人の意思決定支援について、各研修の対象ごとに理解してもらえるような内容にすることは課題であると思う。
教材の視聴だけでは、一方通行になるので、受講者の特色や、対象にあった内容とするための工夫が必要。講師と参加者でやりとりできる時間があつた方が、研修の効果が高くなると思われる。
動画教材の使用に限らずいろいろな実施方法があつてよいと思います。
動画教材をすべて視聴する時間が足りない。
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『組み込み型』研修のみの内容でないため、時間配分が難しい。
毎年アップデートした教材としていただきたい。（看護職員認知症対応力向上研修）

県内では認知症に特化した薬剤師の人材が少なく、基礎研修では、国テキストの読み合わせに留まることが多いため、それ以上の習得に繋がりにくい。実践研修は他県の薬剤師に頼っている点も今後の課題。（薬剤師認知症対応力向上研修）
シラバスに基づき研修組み立てを行っているが、制度改定などがシラバスにはないため、その都度ブラッシュアップしている。（認知症介護実践者研修・認知症介護リーダー研修）
国から提供された動画教材が長いため、既存の研修に組み込みづらい。また、動画中で独立型研修の受講を勧奨しているため、独立型未実施の本県では利用しづらい。
スライドによりガイドラインの内容について説明している研修においても、動画（15分）の組み込みについては時間の確保が難しい状況である。
住民が内容を十分に理解し、新たな気づきや行動変容に繋がれるよう、住民同士が話し合うグループワーク等の時間確保が重要だと考えているが、意思決定支援についてのみの研修ではないため、時間を十分に確保することができない点。

図表 41 問3-4.実施していない理由

記載内容
講師の説明により対応しているから
委託先で研修内容を企画検討するため把握していない。
他の内容を重視したため。
R6 研修内容を検討していく為、現在はまだ検討していない
研修テキストの内容に意思決定支援の内容が盛り込まれているため
現在は、介護専門職向けの研修で、意思決定支援について少し触れている状況である（今後、『独立実施型』で行うか、他の専門職向けの研修に内容として取り入れるのかについては未定）。
認知症介護実践者研修については指定機関が厚労省の教材を一部活用して実施している
医療従事者向け認知症対応力向上研修については、主に国の標準テキストにより研修を実施しているため。なお、介護従事者向け研修については、指定先実施機関が実施していることから内容を把握していない。
多くの研修における国の標準的カリキュラムに「意思決定の支援」に係る内容が含まれているから。

第4章 3つの横断的なアンケート調査の結果

(1) 概要 (属性)

①自治体について

自治体については、市町村では「北海道」が8.6%、「愛知」が4.7%となっており、地域包括支援センターでは、「北海道」が9.5%、「福岡」が4.8%であった。

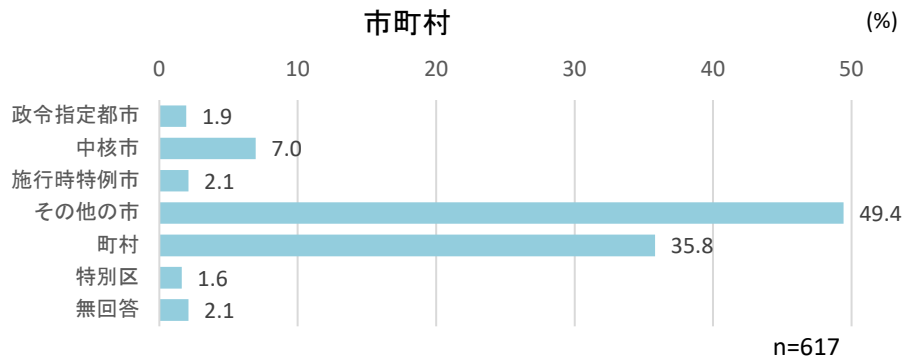
図表 42 自治体

自治体名... (S A)					
No.	選択肢	市町村		地域包括	
		n	%	n	%
1	北海道	53	8.6	51	9.5
2	青森県	18	2.9	12	2.2
3	岩手県	11	1.8	10	1.9
4	宮城県	13	2.1	13	2.4
5	秋田県	12	1.9	8	1.5
6	山形県	12	1.9	14	2.6
7	福島県	15	2.4	15	2.8
8	茨城県	19	3.1	22	4.1
9	栃木県	12	1.9	11	2.0
10	群馬県	11	1.8	12	2.2
11	埼玉県	25	4.1	21	3.9
12	千葉県	27	4.4	15	2.8
13	東京都	23	3.7	17	3.2
14	神奈川県	14	2.3	8	1.5
15	新潟県	15	2.4	12	2.2
16	富山県	9	1.5	7	1.3
17	石川県	4	0.6	1	0.2
18	福井県	6	1.0	4	0.7
19	山梨県	12	1.9	7	1.3
20	長野県	13	2.1	13	2.4
21	岐阜県	19	3.1	16	3.0
22	静岡県	14	2.3	15	2.8
23	愛知県	29	4.7	18	3.3
24	三重県	9	1.5	9	1.7
25	滋賀県	7	1.1	3	0.6
26	京都府	7	1.1	7	1.3
27	大阪府	20	3.2	14	2.6
28	兵庫県	13	2.1	11	2.0
29	奈良県	9	1.5	17	3.2
30	和歌山県	10	1.6	8	1.5
31	鳥取県	5	0.8	5	0.9
32	島根県	4	0.6	3	0.6
33	岡山県	10	1.6	7	1.3
34	広島県	6	1.0	6	1.1
35	山口県	7	1.1	4	0.7
36	徳島県	7	1.1	7	1.3
37	香川県	5	0.8	10	1.9
38	愛媛県	9	1.5	11	2.0
39	高知県	3	0.5	7	1.3
40	福岡県	25	4.1	26	4.8
41	佐賀県	5	0.8	8	1.5
42	長崎県	10	1.6	11	2.0
43	熊本県	16	2.6	13	2.4
44	大分県	7	1.1	6	1.1
45	宮崎県	10	1.6	9	1.7
46	鹿児島県	14	2.3	9	1.7
47	沖縄県	13	2.1	6	1.1
	無回答	0	0.0	0	0.0
	全体	617	100.0	539	100.0

②地方公共団体の種類について

地方公共団体の種類については、「その他の市」が 49.4%、「町村」が 35.8%であった。

図表 43 地方公共団体の種類



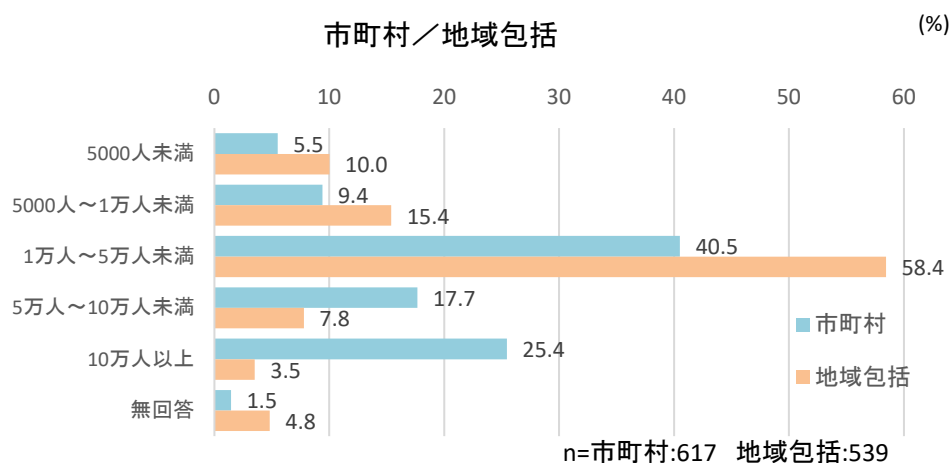
地方公共団体の種類 ... (S A)

No.	選択肢	市町村	
		n	%
1	政令指定都市	12	1.9
2	中核市	43	7.0
3	施行時特例市	13	2.1
4	その他の市	305	49.4
5	町村	221	35.8
6	特別区	10	1.6
	無回答	13	2.1
	全体	617	100.0

③人口について

人口の平均については、市町村では 112,295 人、地域包括支援センターでは 30,611 人であった。

図表 44 人口



人口... (数量)

	市町村	地域包括
合計	68,275,632	15,703,302
平均	112,295	30,611
標準偏差	265,768	54,998
最大値	3,768,664	647,000
最小値	679	291
無回答	9	26
全体	608	513

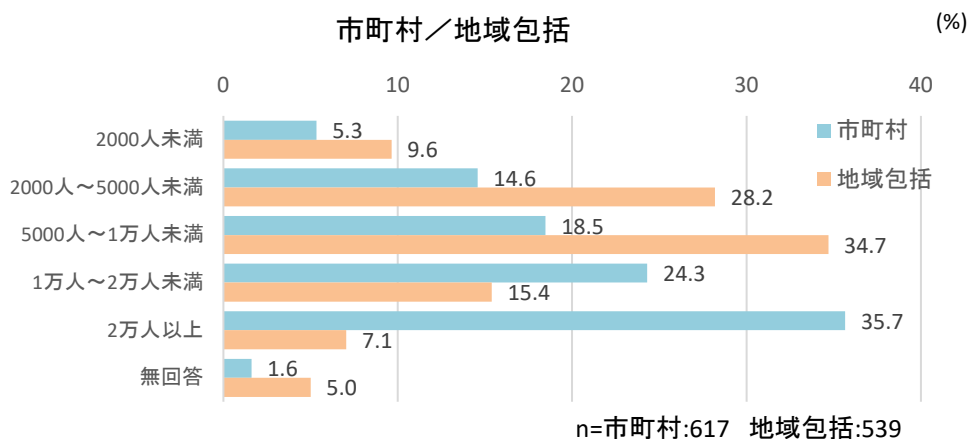
人口... (カゴライズ)

No.	選択肢	市町村		地域包括	
		n	%	n	%
1	5000人未満	34	5.5	54	10.0
2	5000人～1万人未満	58	9.4	83	15.4
3	1万人～5万人未満	250	40.5	315	58.4
4	5万人～10万人未満	109	17.7	42	7.8
5	10万人以上	157	25.4	19	3.5
	無回答	9	1.5	26	4.8
	全体	617	100.0	539	100.0

④65 歳以上の高齢者人口について

65 歳以上の高齢者人口の平均については、市町村では 31,914 人、地域包括支援センターでは 9,166 人であった。

図表 45 65 歳以上の高齢者人口



65歳以上の高齢者人口... (数量)

	市町村	地域包括
合計	19,372,062	4,693,222
平均	31,914	9,166
標準偏差	67,598	13,569
最大値	934,039	155,345
最小値	181	57
無回答	10	27
全体	607	512

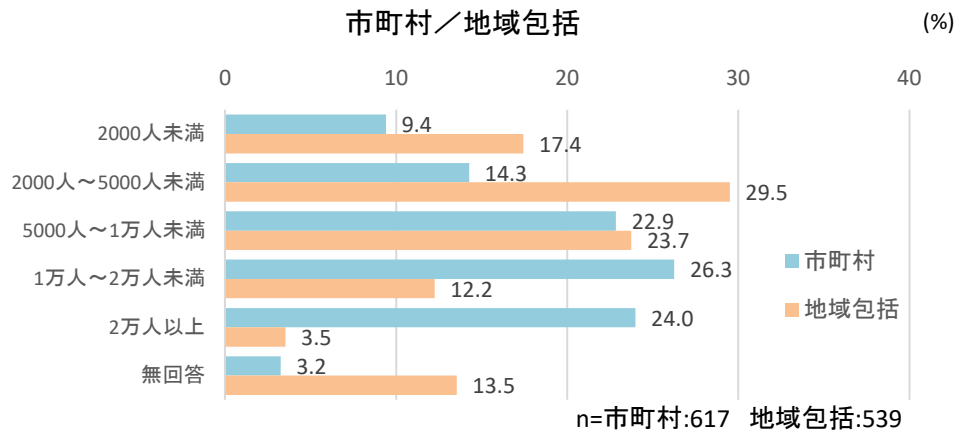
65歳以上の高齢者人口... (カテゴリー)

No.	選択肢	市町村		地域包括	
		n	%	n	%
1	2000人未満	33	5.3	52	9.6
2	2000人～5000人未満	90	14.6	152	28.2
3	5000人～1万人未満	114	18.5	187	34.7
4	1万人～2万人未満	150	24.3	83	15.4
5	2万人以上	220	35.7	38	7.1
	無回答	10	1.6	27	5.0
	全体	617	100.0	539	100.0

⑤65 歳以上の要介護認定者数について

65 歳以上の要介護認定者数の平均については、市町村では 5,379 人、地域包括支援センターでは 1,645 人であった。

図表 46 65 歳以上の要介護認定者数



65歳以上の要介護認定者数... (数量)

	市町村	地域包括
合計	3,211,022	766,727
平均	5,379	1,645
標準偏差	12,511	3,333
最大値	179,236	49,968
最小値	21	20
無回答	20	73
全体	597	466

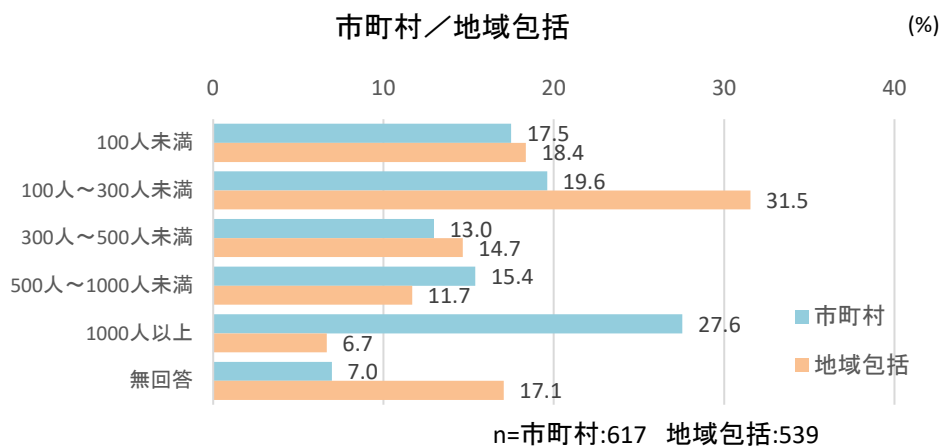
65歳以上の要介護認定者数... (カテゴリー)

No.	選択肢	市町村		地域包括	
		n	%	n	%
1	500人未満	58	9.4	94	17.4
2	500人～1000人未満	88	14.3	159	29.5
3	1000人～2000人未満	141	22.9	128	23.7
4	2000人～5000人未満	162	26.3	66	12.2
5	5000人以上	148	24.0	19	3.5
	無回答	20	3.2	73	13.5
	全体	617	100.0	539	100.0

⑥65 歳以上の総合事業・介護予防給付対象者について

65 歳以上の総合事業・介護予防給付対象者の平均については、市町村では 1,775 人、地域包括支援センターでは 438 人であった。

図表 47 65 歳以上の総合事業・介護予防給付対象者



65歳以上の総合事業・介護予防給付対象者... (数量)

	市町村	地域包括
合計	1,018,730	195,838
平均	1,775	438
標準偏差	5,465	832
最大値	66,316	10,083
最小値	0	0
無回答	43	92
全体	574	447

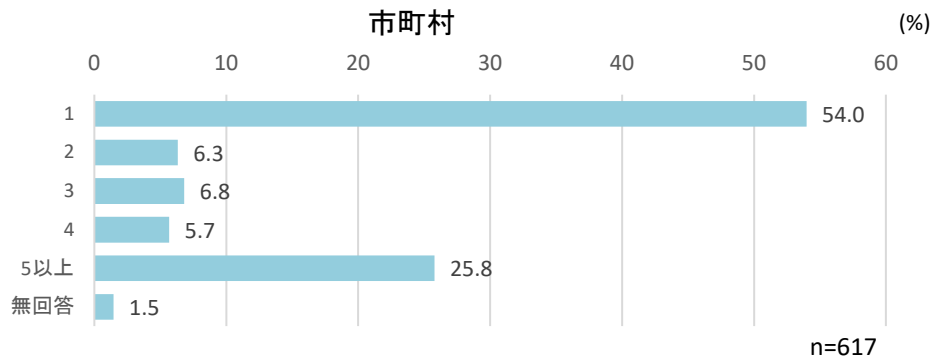
65歳以上の総合事業・介護予防給付対象者... (カゴ`ライス`)

No.	選択肢	市町村		地域包括	
		n	%	n	%
1	100人未満	108	17.5	99	18.4
2	100人～300人未満	121	19.6	170	31.5
3	300人～500人未満	80	13.0	79	14.7
4	500人～1000人未満	95	15.4	63	11.7
5	1000人以上	170	27.6	36	6.7
	無回答	43	7.0	92	17.1
	全体	617	100.0	539	100.0

⑦地域包括支援センター数について

市町村における地域包括支援センター数について尋ねたところ、「1」が 54.0%、「5以上」が 25.8%であった。

図表 48 地域包括支援センター数



地域包括支援センター数を数値で入力ください。... (数量)

	市町村
合計	2,689
平均	4.4
標準偏差	8.8
最大値	146
最小値	1
無回答	260
全体	357

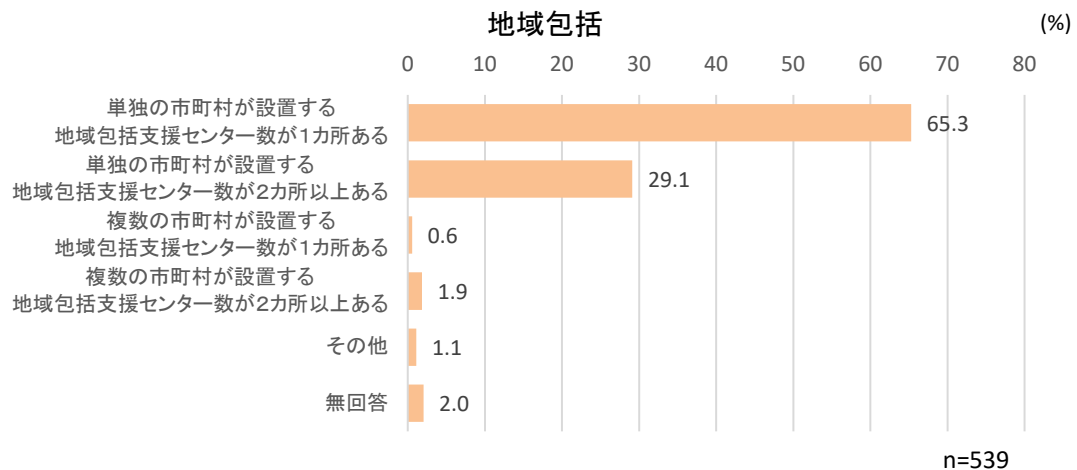
地域包括支援センター数... (カテゴリ)

No.	選択肢	市町村	
		n	%
1	1	333	54.0
2	2	39	6.3
3	3	42	6.8
4	4	35	5.7
5	5以上	159	25.8
	無回答	9	1.5
	全体	617	100.0

⑧設置主体・数

地域包括支援センターの設置主体とセンター数について尋ねたところ、「単独の市町村が設置する地域包括支援センター数が1カ所ある」が65.3%、「単独の市町村が設置する地域包括支援センター数が2カ所以上ある」が29.1%であった。

図表 49 設置主体・数



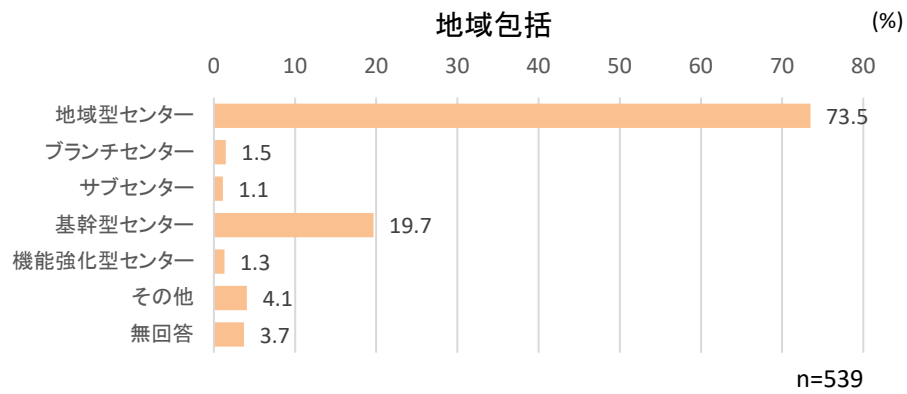
貴地域包括支援センターの設置主体とセンター数をご回答ください。... (S A)

No.	選択肢	地域包括	
		n	%
1	単独の市町村が設置する地域包括支援センター数が1カ所ある	352	65.3
2	単独の市町村が設置する地域包括支援センター数が2カ所以上ある	157	29.1
3	複数の市町村が設置する地域包括支援センター数が1カ所ある	3	0.6
4	複数の市町村が設置する地域包括支援センター数が2カ所以上ある	10	1.9
5	その他	6	1.1
	無回答	11	2.0
	全体	539	100.0

⑨類型

貴センターの「類型」については、「地域型センター」が73.5%、「基幹型センター」が19.7%であった。

図表 50 類型



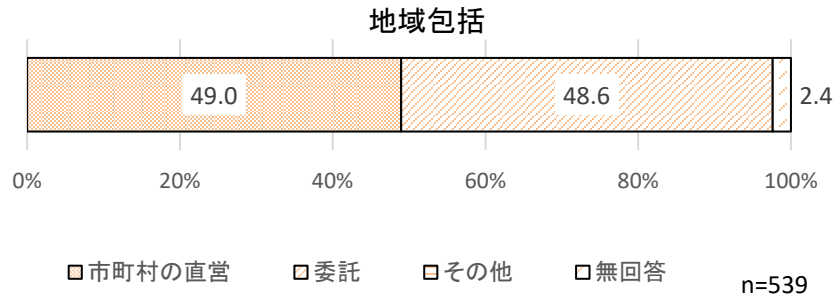
貴センターの類型... (MA)

No.	選択肢	地域包括	
		n	%
1	地域型センター	396	73.5
2	ブランチセンター	8	1.5
3	サブセンター	6	1.1
4	基幹型センター	106	19.7
5	機能強化型センター	7	1.3
6	その他	22	4.1
	無回答	20	3.7
	全体	539	

⑩運営

貴センターの「運営」については、「市町村の直営」が49.0%、「委託」が48.6%であった。

図表 51 運営



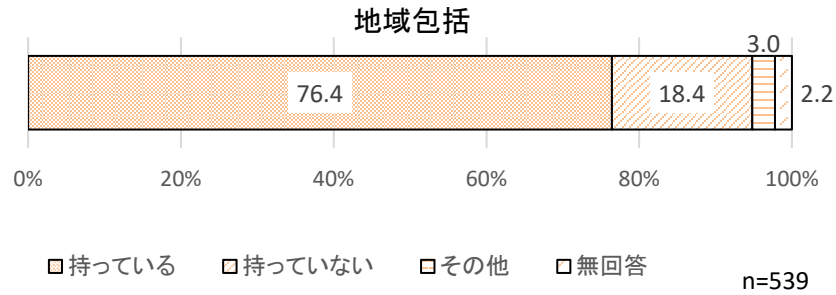
貴センターの運営... (S A)

No.	選択肢	地域包括	
		n	%
1	市町村の直営	264	49.0
2	委託	262	48.6
3	その他	0	0.0
	無回答	13	2.4
	全体	539	100.0

⑪担当圏域

貴センターの「担当圏域」については、「持っている」が 76.4%、「持っていない」が 18.4%であった。

図表 52 担当圏域



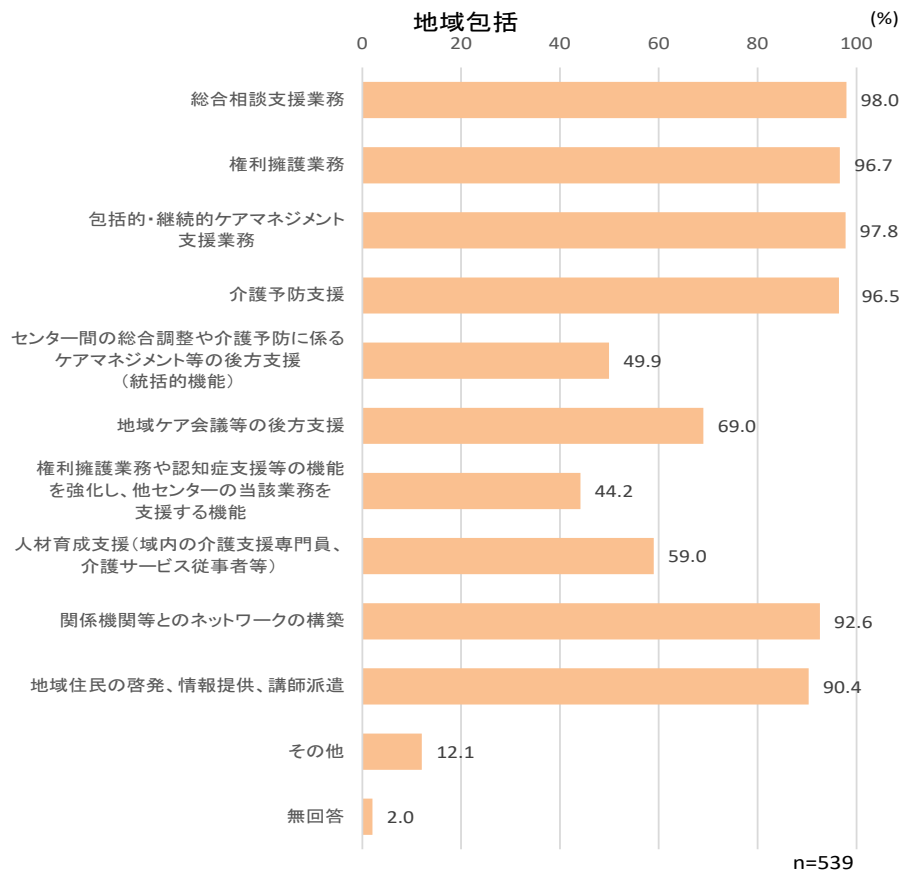
貴センターは担当圏域を持っていますか。... (S A)

No.	選択肢	地域包括	
		n	%
1	持っている	412	76.4
2	持っていない	99	18.4
3	その他	16	3.0
	無回答	12	2.2
	全体	539	100.0

⑫実施業務

貴センターの「実施業務」については、「総合相談支援業務」が98.0%、「包括的・継続的ケアマネジメント支援業務」が97.8%、「権利擁護業務」が96.7%であった。

図表 53 実施業務



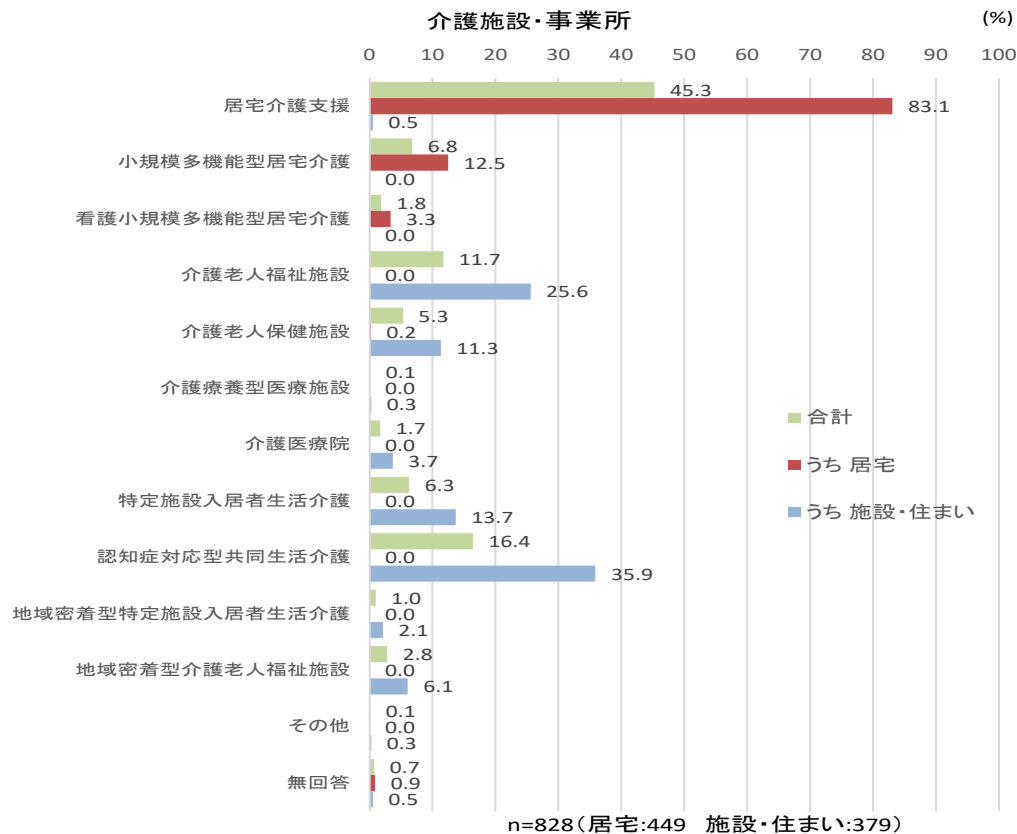
貴センターが実施している業務をご回答ください。…（MA）

No.	選択肢	地域包括	
		n	%
1	総合相談支援業務	528	98.0
2	権利擁護業務	521	96.7
3	包括的・継続的ケアマネジメント支援業務	527	97.8
4	介護予防支援	520	96.5
5	センター間の総合調整や介護予防に係るケアマネジメント等の後方支援（統括的機能）	269	49.9
6	地域ケア会議等の後方支援	372	69.0
7	権利擁護業務や認知症支援等の機能を強化し、他センターの当該業務を支援する機能	238	44.2
8	人材育成支援（域内の介護支援専門員、介護サービス従事者等）	318	59.0
9	関係機関等とのネットワークの構築	499	92.6
10	地域住民の啓発、情報提供、講師派遣	487	90.4
11	その他	65	12.1
	無回答	11	2.0
	全体	539	

⑬介護保険サービス

貴介護施設・事業所が実施している介護保険サービスについては、「居宅介護支援」が45.3%、「認知症対応型共同生活介護」が16.4%であった。

図表 54 介護保険サービス



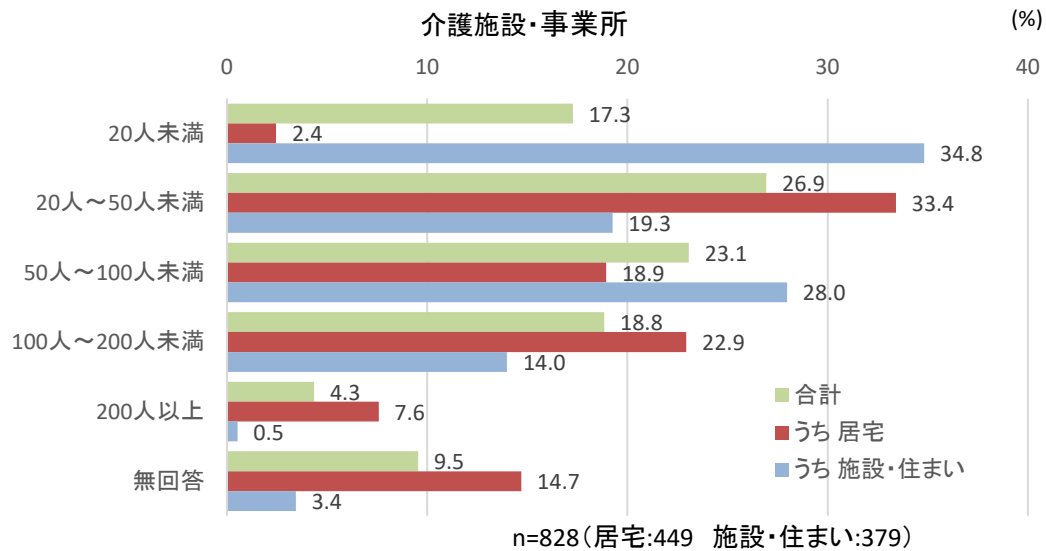
本調査の宛名に記載された、貴事業所が実施している介護保険サービスをご回答ください。...(SA)

No.	選択肢	介護施設・事業所					
		合計		うち 居宅		うち 施設・住まい	
		n	%	n	%	n	%
1	居宅介護支援	375	45.3	373	83.1	2	0.5
2	小規模多機能型居宅介護	56	6.8	56	12.5	0	0.0
3	看護小規模多機能型居宅介護	15	1.8	15	3.3	0	0.0
4	介護老人福祉施設	97	11.7	0	0.0	97	25.6
5	介護老人保健施設	44	5.3	1	0.2	43	11.3
6	介護療養型医療施設	1	0.1	0	0.0	1	0.3
7	介護医療院	14	1.7	0	0.0	14	3.7
8	特定施設入居者生活介護	52	6.3	0	0.0	52	13.7
9	認知症対応型共同生活介護	136	16.4	0	0.0	136	35.9
10	地域密着型特定施設入居者生活介護	8	1.0	0	0.0	8	2.1
11	地域密着型介護老人福祉施設	23	2.8	0	0.0	23	6.1
12	その他	1	0.1	0	0.0	1	0.3
13	無回答	6	0.7	4	0.9	2	0.5
	全体	828	100.0	449	100.0	379	100.0

⑭貴介護施設・事業所が実施している介護保険サービスの定員、利用者数について

令和5年4月時点での介護保険サービスの定員数の平均は70.3人であり、そのうち居宅の平均は91.0人、施設・住まいの平均は48.7人であった。

図表 55 定員数



定員数... (数量)

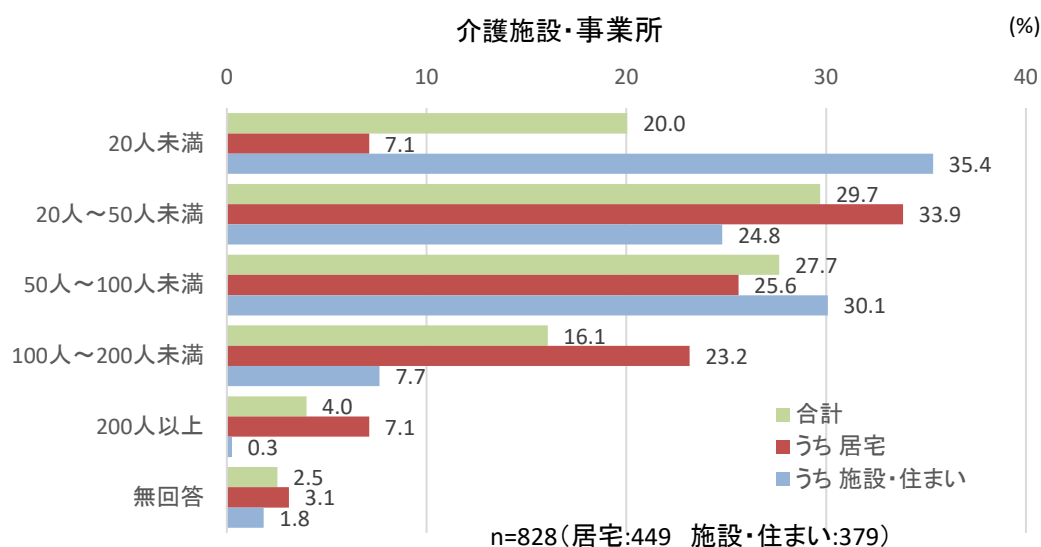
	介護施設・事業所		
	合計	うち 居宅	うち 施設・住まい
合計	52,675	34,865	17,810
平均	70.3	91.0	48.7
標準偏差	64.6	76.5	38.8
最大値	595	595	276
最小値	0	0	6
無回答	79	66	13
全体	749	383	366

定員数... (カゴライズ)

No.	選択肢	介護施設・事業所					
		合計		うち 居宅		うち 施設・住まい	
		n	%	n	%	n	%
1	20人未満	143	17.3	11	2.4	132	34.8
2	20人～50人未満	223	26.9	150	33.4	73	19.3
3	50人～100人未満	191	23.1	85	18.9	106	28.0
4	100人～200人未満	156	18.8	103	22.9	53	14.0
5	200人以上	36	4.3	34	7.6	2	0.5
	無回答	79	9.5	66	14.7	13	3.4
	全体	828	100.0	449	100.0	379	100.0

介護保険サービスの実利用者数合計の平均は 65.9 人であり、そのうち居宅の平均は 83.2 人、施設・住まいの平均は 45.7 人であった。

図表 56 実利用者数合計



実利用者数合計... (数量)

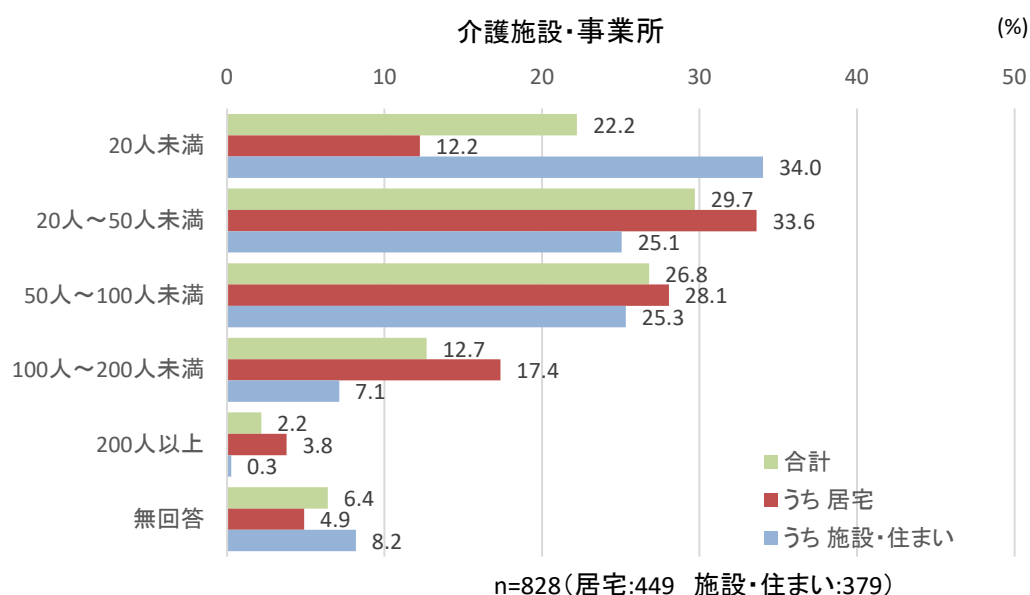
	介護施設・事業所		
	合計	うち 居宅	うち 施設・住まい
合計	53,206	36,196	17,010
平均	65.9	83.2	45.7
標準偏差	60.2	70.0	37.0
最大値	524	524	299
最小値	0	0	5
無回答	21	14	7
全体	807	435	372

実利用者数合計... (加コライズ)

No.	選択肢	介護施設・事業所					
		合計		うち 居宅		うち 施設・住まい	
		n	%	n	%	n	%
1	20人未満	166	20.0	32	7.1	134	35.4
2	20人～50人未満	246	29.7	152	33.9	94	24.8
3	50人～100人未満	229	27.7	115	25.6	114	30.1
4	100人～200人未満	133	16.1	104	23.2	29	7.7
5	200人以上	33	4.0	32	7.1	1	0.3
	無回答	21	2.5	14	3.1	7	1.8
	全体	828	100.0	449	100.0	379	100.0

介護保険サービスの実利用者数（うち 65 歳以上の要介護認定者数）の平均は 57.2 人であり、そのうち居宅の平均は 68.3 人、施設・住まいの平均は 43.7 人であった。

図表 57 実利用者数（うち 65 歳以上の要介護認定者数）



うち65歳以上の要介護認定者数... (数量)

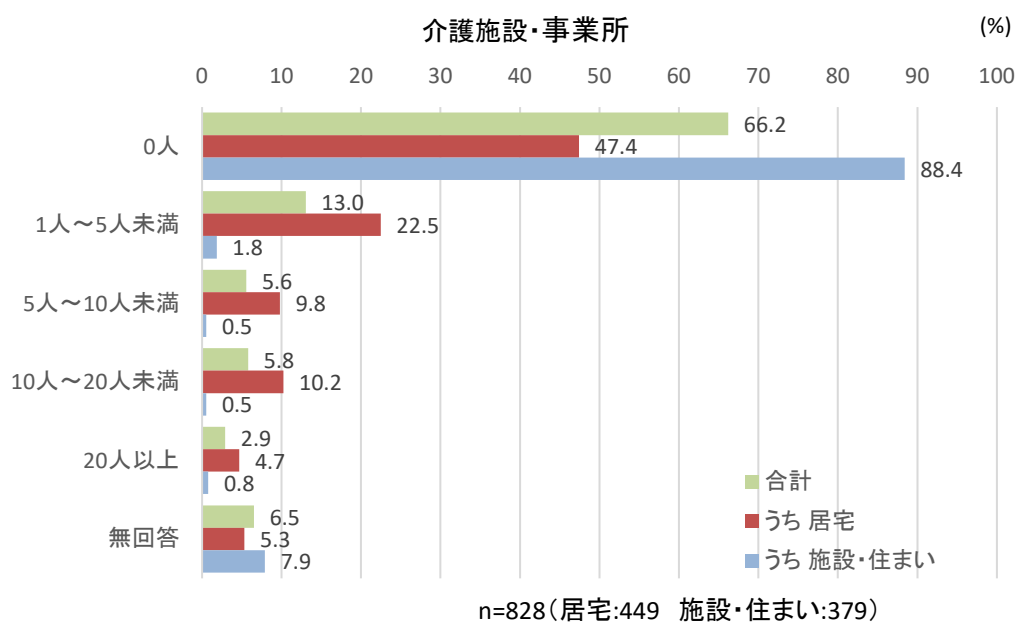
	介護施設・事業所		
	合計	うち 居宅	うち 施設・住まい
合計	44,352	29,160	15,192
平均	57.2	68.3	43.7
標準偏差	52.0	59.6	36.7
最大値	497	497	299
最小値	0	0	0
無回答	53	22	31
全体	775	427	348

うち65歳以上の要介護認定者数... (カテゴリー別)

No.	選択肢	介護施設・事業所					
		合計		うち 居宅		うち 施設・住まい	
		n	%	n	%	n	%
1	20人未満	184	22.2	55	12.2	129	34.0
2	20人～50人未満	246	29.7	151	33.6	95	25.1
3	50人～100人未満	222	26.8	126	28.1	96	25.3
4	100人～200人未満	105	12.7	78	17.4	27	7.1
5	200人以上	18	2.2	17	3.8	1	0.3
	無回答	53	6.4	22	4.9	31	8.2
	全体	828	100.0	449	100.0	379	100.0

介護保険サービスの実利用者数（65歳以上の総合事業対象者）の平均は2.5人であり、そのうち居宅の平均は4.1人、施設・住まいの平均は0.7人であった。

図表 58 実利用者数（65歳以上の総合事業対象者）



65歳以上の総合事業対象者... (数量)

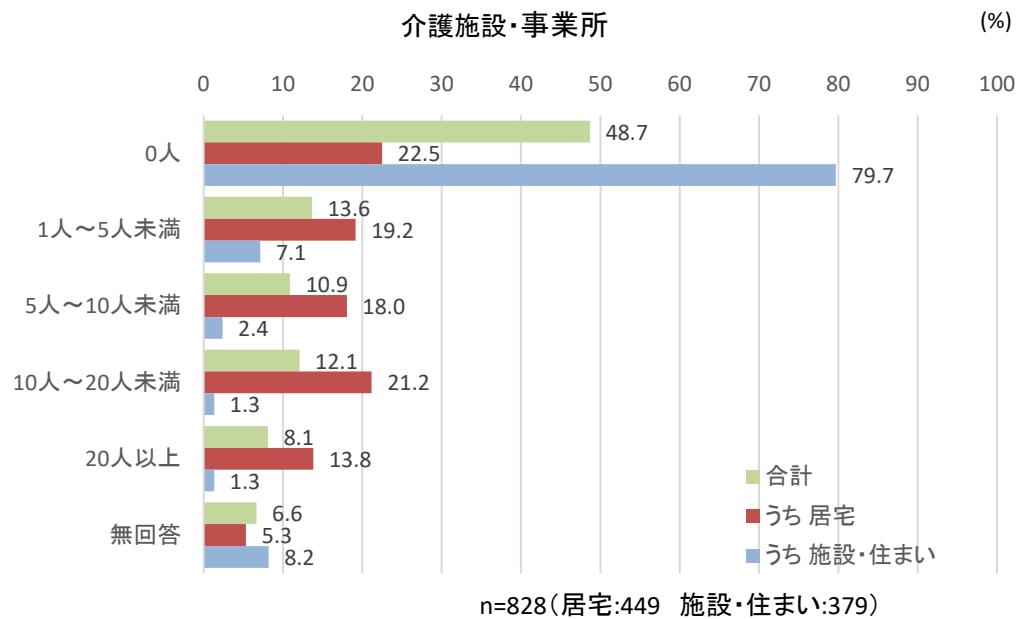
	介護施設・事業所		
	合計	うち 居宅	うち 施設・住まい
合計	1,971	1,731	240
平均	2.5	4.1	0.7
標準偏差	7.2	7.7	6.2
最大値	78	67	78
最小値	0	0	0
無回答	54	24	30
全体	774	425	349

65歳以上の総合事業対象者... (割合・%)

No.	選択肢	介護施設・事業所					
		合計		うち 居宅		うち 施設・住まい	
		n	%	n	%	n	%
1	0人	548	66.2	213	47.4	335	88.4
2	1人～5人未満	108	13.0	101	22.5	7	1.8
3	5人～10人未満	46	5.6	44	9.8	2	0.5
4	10人～20人未満	48	5.8	46	10.2	2	0.5
5	20人以上	24	2.9	21	4.7	3	0.8
	無回答	54	6.5	24	5.3	30	7.9
	全体	828	100.0	449	100.0	379	100.0

介護保険サービスの実利用者数（65歳以上の介護予防給付対象者）の平均は5.6人であり、そのうち居宅の平均は9.4人、施設・住まいの平均は0.9人であった。

図表 59 実利用者数（65歳以上の介護予防給付対象者）



65歳以上の介護予防給付対象者... (数量)

	介護施設・事業所		
	合計	うち 居宅	うち 施設・住まい
合計	4,332	4,011	321
平均	5.6	9.4	0.9
標準偏差	10.15	11.9	4.2
最大値	98	98	52
最小値	0	0	0
無回答	55	24	31
全体	773	425	348

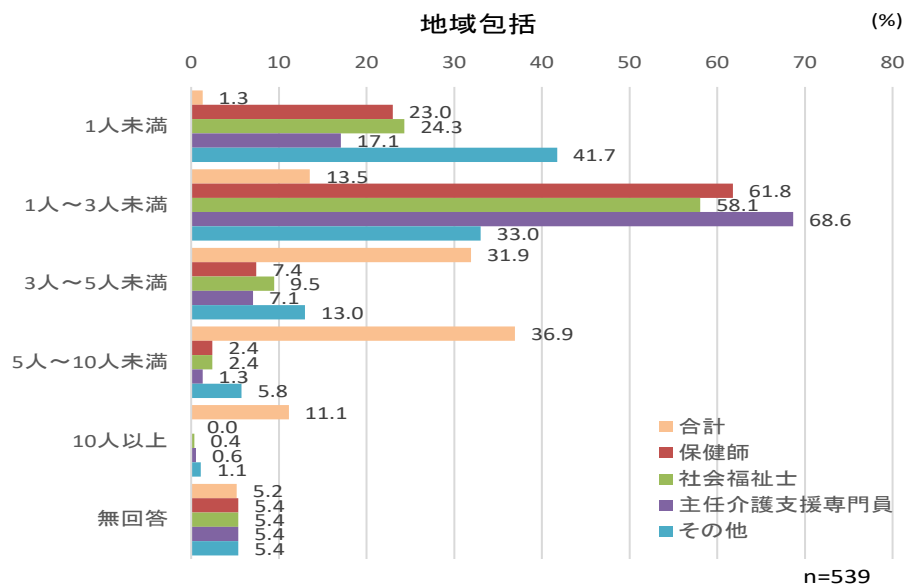
65歳以上の介護予防給付対象者... (割合・率)

No.	選択肢	介護施設・事業所					
		合計		うち 居宅		うち 施設・住まい	
		n	%	n	%	n	%
1	0人	403	48.7	101	22.5	302	79.7
2	1人～5人未満	113	13.6	86	19.2	27	7.1
3	5人～10人未満	90	10.9	81	18.0	9	2.4
4	10人～20人未満	100	12.1	95	21.2	5	1.3
5	20人以上	67	8.1	62	13.8	5	1.3
	無回答	55	6.6	24	5.3	31	8.2
	全体	828	100.0	449	100.0	379	100.0

⑮地域包括支援センターの職員数（常勤換算）について

令和5年4月時点での地域包括支援センターにおける職員数（介護予防支援）の平均は5.6人であり、そのうち、保健師の平均は1.3人、社会福祉士の平均は1.4人、主任介護支援専門員の平均は1.4人、その他の平均は1.5人であった。

図表 60 職員数（介護予防支援）



介護予防支援... (数量)

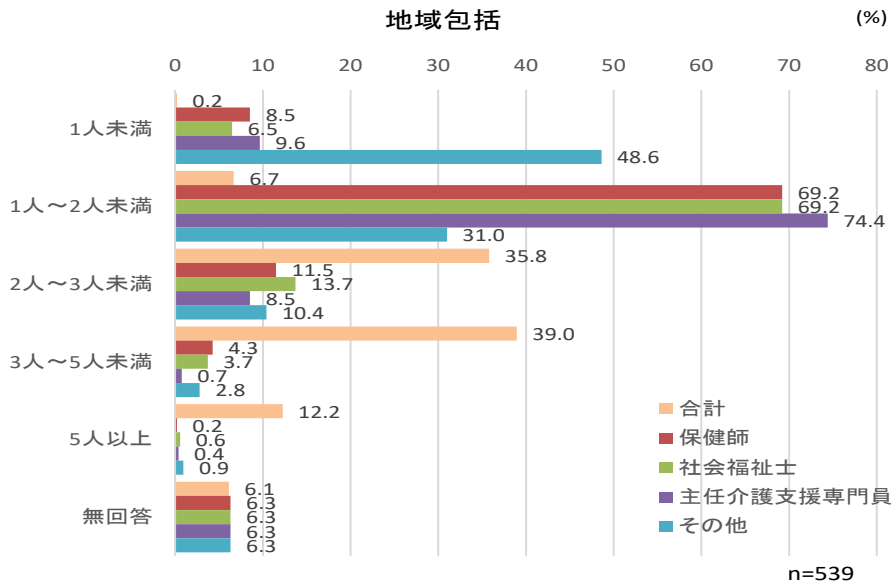
	地域包括				
	合計	保健師	社会福祉士	主任介護支援専門員	その他
合計	2,878.0	649.4	731.5	697.9	761.1
平均	5.6	1.3	1.4	1.4	1.5
標準偏差	4.7	1.2	2.0	1.6	2.2
最大値	70.6	7.0	33.5	25.0	20.0
最小値	0	0	0	0	0
無回答	28	29	29	29	29
全体	511	510	510	510	510

介護予防支援... (割合・%)

No.	選択肢	地域包括									
		合計		保健師		社会福祉士		主任介護支援専門員		その他	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
1	1人未満	7	1.3	124	23.0	131	24.3	92	17.1	225	41.7
2	1人～3人未満	73	13.5	333	61.8	313	58.1	370	68.6	178	33.0
3	3人～5人未満	172	31.9	40	7.4	51	9.5	38	7.1	70	13.0
4	5人～10人未満	199	36.9	13	2.4	13	2.4	7	1.3	31	5.8
5	10人以上	60	11.1	0	0.0	2	0.4	3	0.6	6	1.1
	無回答	28	5.2	29	5.4	29	5.4	29	5.4	29	5.4
	全体	539	100.0	539	100.0	539	100.0	539	100.0	539	100.0

職員数（包括的支援事業）の平均は 6.2 人であり、そのうち、保健師の平均は 1.7 人、社会福祉士の平均は 1.9 人、主任介護支援専門員の平均は 1.4 人、その他の平均は 1.2 人であった。

図表 61 職員数（包括的支援事業）



包括的支援事業... (数量)

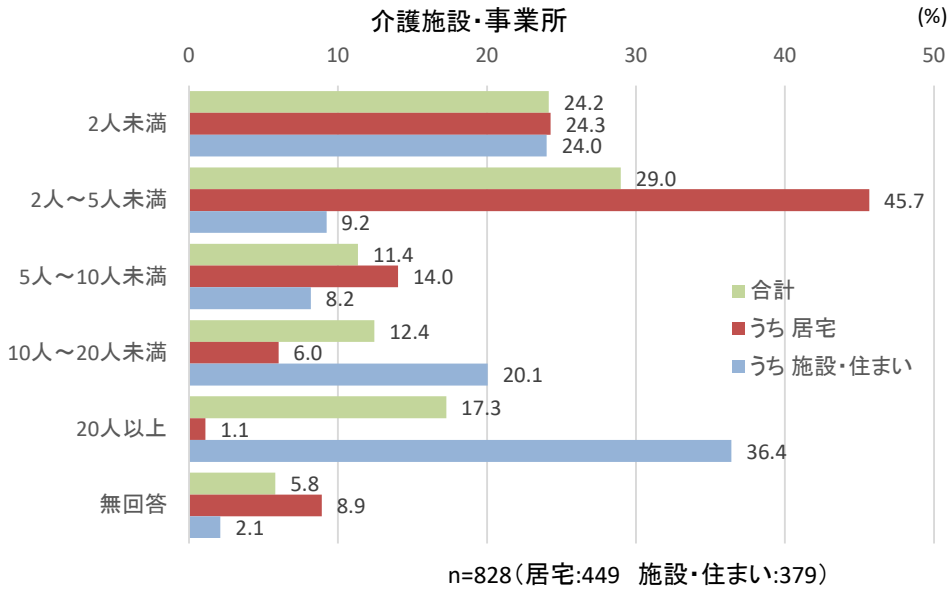
	地域包括				
	合計	保健師	社会福祉士	主任介護支援専門員	その他
合計	3,157.0	849.0	946.9	728.4	589.4
平均	6.2	1.7	1.9	1.4	1.2
標準偏差	6.4	1.6	2.5	1.6	2.2
最大値	98.2	23.0	47.1	25.0	20.9
最小値	0.5	0.0	0.0	0.0	0.0
無回答	33	34	34	34	34
全体	506	505	505	505	505

包括的支援事業... (割合)

No.	選択肢	地域包括									
		合計		保健師		社会福祉士		主任介護支援専門員		その他	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
1	1人未満	1	0.2	46	8.5	35	6.5	52	9.6	262	48.6
2	1人～3人未満	36	6.7	373	69.2	373	69.2	401	74.4	167	31.0
3	3人～5人未満	193	35.8	62	11.5	74	13.7	46	8.5	56	10.4
4	5人～10人未満	210	39.0	23	4.3	20	3.7	4	0.7	15	2.8
5	10人以上	66	12.2	1	0.2	3	0.6	2	0.4	5	0.9
	無回答	33	6.1	34	6.3	34	6.3	34	6.3	34	6.3
	全体	539	100.0	539	100.0	539	100.0	539	100.0	539	100.0

介護施設・事業所における職員数（合計）の平均は 12.4 人であり、そのうち、居宅の平均は 3.9 人、施設・住まいの平均は 21.9 人であった。

図表 62 職員数（合計）



合計... (数量)

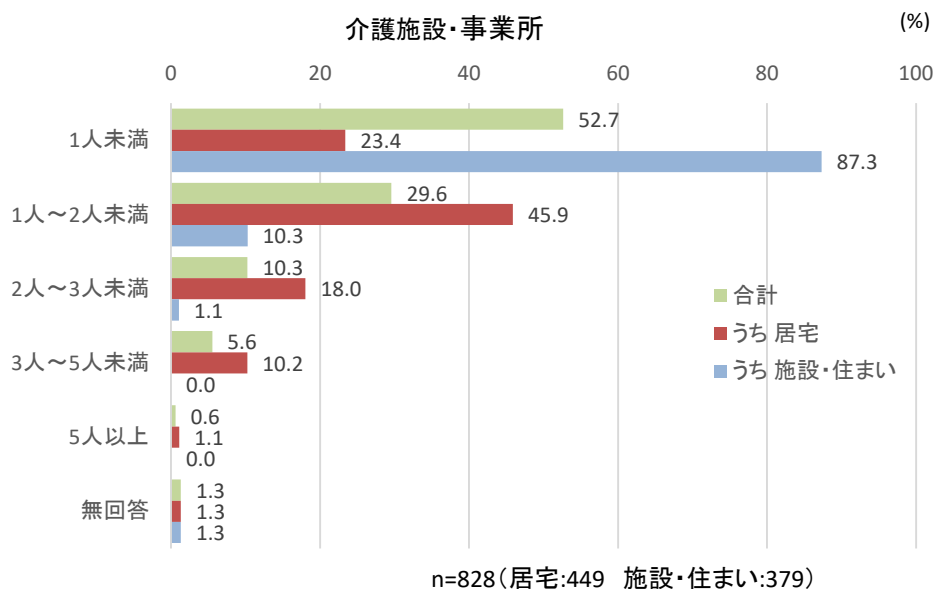
	介護施設・事業所		
	合計	うち 居宅	うち 施設・住まい
合計	9,701	1,593	8,108
平均	12.4	3.9	21.9
標準偏差	20.2	3.9	26.0
最大値	129.5	24.0	129.5
最小値	0.5	0.5	0.5
無回答	48	40	8
全体	780	409	371

合計... (カテゴリー)

No.	選択肢	介護施設・事業所					
		合計		うち 居宅		うち 施設・住まい	
		n	%	n	%	n	%
1	2人未満	200	24.2	109	24.3	91	24.0
2	2人～5人未満	240	29.0	205	45.7	35	9.2
3	5人～10人未満	94	11.4	63	14.0	31	8.2
4	10人～20人未満	103	12.4	27	6.0	76	20.1
5	20人以上	143	17.3	5	1.1	138	36.4
	無回答	48	5.8	40	8.9	8	2.1
	全体	828	100.0	449	100.0	379	100.0

介護施設・事業所における職員数（主任介護支援専門員）の平均は 0.7 人であり、そのうち、居宅の平均は 1.2 人、施設・住まいの平均は 0.1 人であった。

図表 63 職員数（主任介護支援専門員）



主任介護支援専門員... (数量)

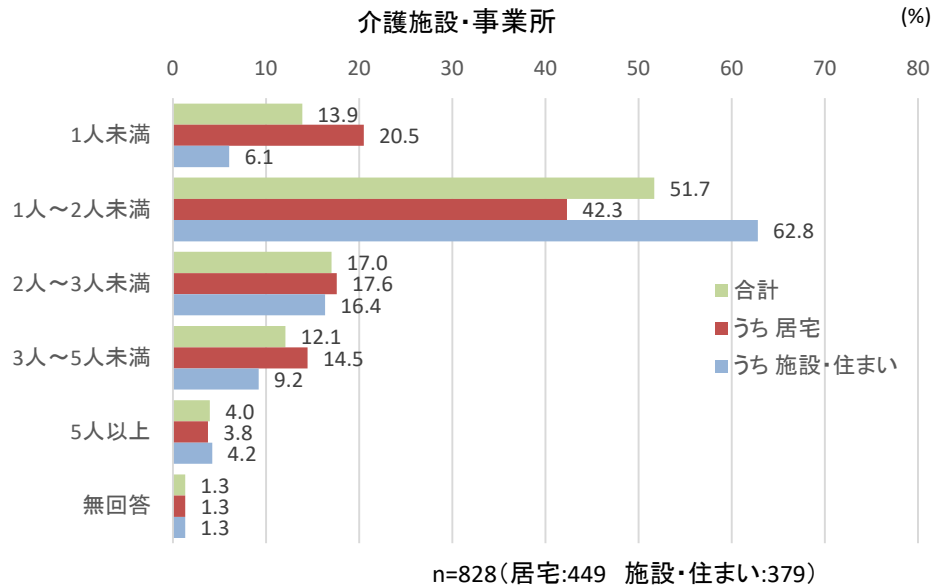
	介護施設・事業所		
	合計	うち 居宅	うち 施設・住まい
合計	598.9	550.9	48.0
平均	0.7	1.2	0.1
標準偏差	1.0	1.1	0.4
最大値	7	7	2
最小値	0	0	0
無回答	11	6	5
全体	817	443	374

主任介護支援専門員... (カゴライズ)

No.	選択肢	介護施設・事業所					
		合計		うち 居宅		うち 施設・住まい	
		n	%	n	%	n	%
1	1人未満	436	52.7	105	23.4	331	87.3
2	1人～2人未満	245	29.6	206	45.9	39	10.3
3	2人～3人未満	85	10.3	81	18.0	4	1.1
4	3人～5人未満	46	5.6	46	10.2	0	0.0
5	5人以上	5	0.6	5	1.1	0	0.0
	無回答	11	1.3	6	1.3	5	1.3
	全体	828	100.0	449	100.0	379	100.0

介護施設・事業所における職員数（介護支援専門員）の平均は 1.5 人であり、そのうち、居宅の平均は 1.5 人、施設・住まいの平均は 1.6 人であった。

図表 64 職員数（介護支援専門員）



介護支援専門員... (数量)

	介護施設・事業所		
	合計	うち 居宅	うち 施設・住まい
合計	1266.1	674.4	591.7
平均	1.5	1.5	1.6
標準偏差	1.5	1.5	1.5
最大値	18	14	18
最小値	0	0	0
無回答	11	6	5
全体	817	443	374

介護支援専門員... (カテゴリー別)

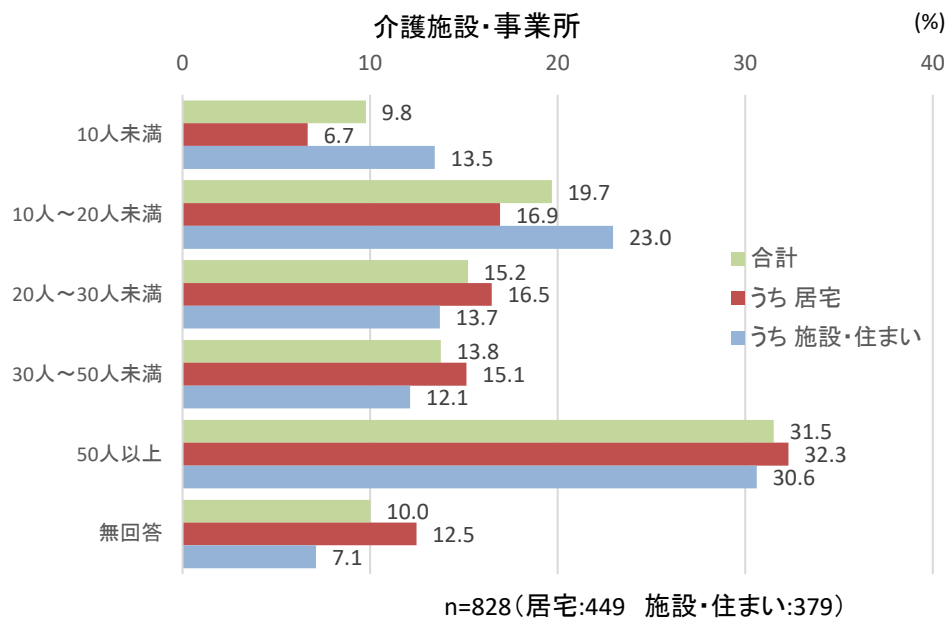
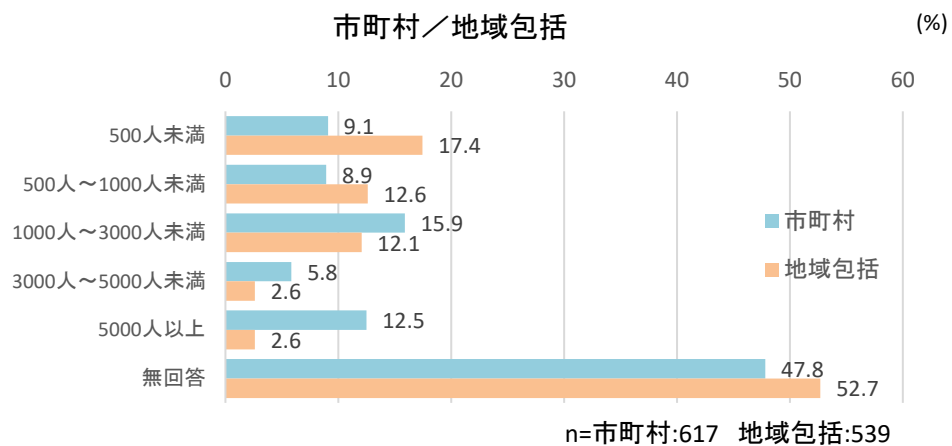
No.	選択肢	介護施設・事業所					
		合計		うち 居宅		うち 施設・住まい	
		n	%	n	%	n	%
1	1人未満	115	13.9	92	20.5	23	6.1
2	1人～2人未満	428	51.7	190	42.3	238	62.8
3	2人～3人未満	141	17.0	79	17.6	62	16.4
4	3人～5人未満	100	12.1	65	14.5	35	9.2
5	5人以上	33	4.0	17	3.8	16	4.2
	無回答	11	1.3	6	1.3	5	1.3
	全体	828	100.0	449	100.0	379	100.0

(2) 認知症の人数について

①令和5年4月時点での認知症（65歳以上・合計）の人数について

令和5年4月時点での認知症（65歳以上・合計）の人数について尋ねたところ、市町村が約4,385人、地域包括支援センターが約1,456人、介護施設・事業所の合計は約47人、うち居宅は約52人、うち施設・住まいは約42人であった。「無回答」も市町村47.8%、地域包括支援センター52.7%あり、認知症の人の人数の把握は難しいことがうかがえる。

図表 65 認知症の人数（65歳以上・合計）



合計（65歳以上）...（数量）

	市町村	地域包括	介護施設・事業所		
			合計	うち 居宅	うち 施設・住まい
合計	1,411,914	371,292	35,180	20,568	14,612
平均	4,384.8	1,456.0	47.2	52.3	41.5
標準偏差	8,139.6	2,599.1	45.1	52.5	34.2
最大値	98,759	23,505	395	395	248
最小値	1	0	0	0	2
無回答	295	284	83	56	27
全体	322	255	745	393	352

※「合計」、「ランクⅡa以上」共に回答があるものが対象

合計（65歳以上）...（カテゴリー）

No.	選択肢	市町村		地域包括	
		n	%	n	%
1	500人未満	56	9.1	94	17.4
2	500人～1000人未満	55	8.9	68	12.6
3	1000人～3000人未満	98	15.9	65	12.1
4	3000人～5000人未満	36	5.8	14	2.6
5	5000人以上	77	12.5	14	2.6
	無回答	295	47.8	284	52.7
	全体	617	100.0	539	100.0

※「合計」、「ランクⅡa以上」共に回答があるものが対象

合計（65歳以上）...（カテゴリー）

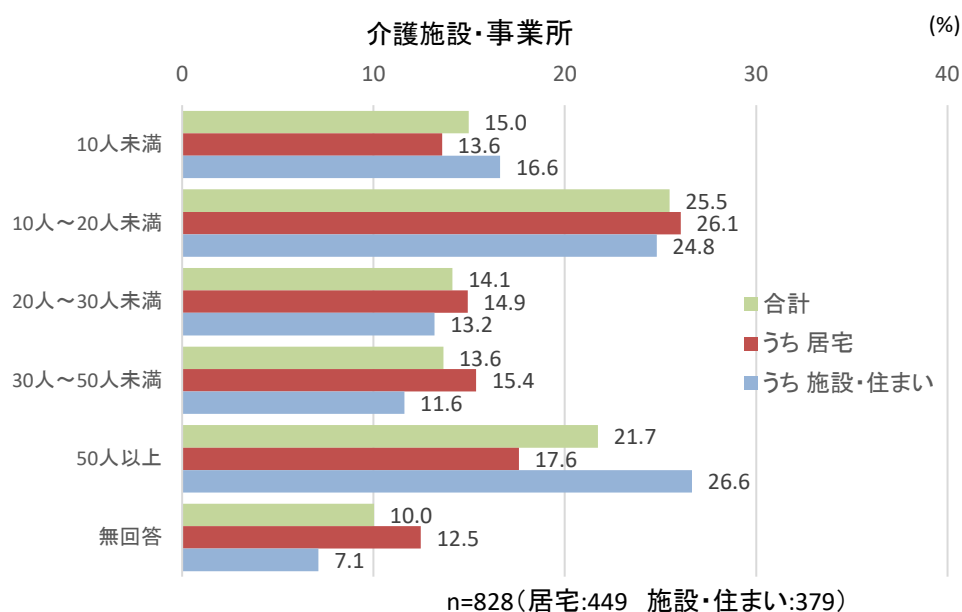
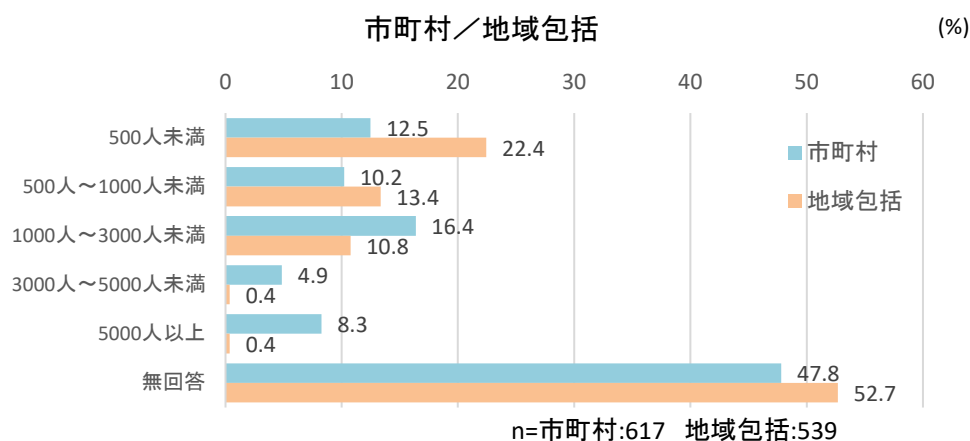
No.	選択肢	介護施設・事業所					
		合計		うち 居宅		うち 施設・住まい	
		n	%	n	%	n	%
1	10人未満	81	9.8	30	6.7	51	13.5
2	10人～20人未満	163	19.7	76	16.9	87	23.0
3	20人～30人未満	126	15.2	74	16.5	52	13.7
4	30人～50人未満	114	13.8	68	15.1	46	12.1
5	50人以上	261	31.5	145	32.3	116	30.6
	無回答	83	10.0	56	12.5	27	7.1
	全体	828	100.0	449	100.0	379	100.0

※「合計」、「ランクⅡa以上」共に回答があるものが対象

②（65 歳以上）日常生活自立度別の認知症のランクⅡ a 以上の人数について

令和 5 年 4 月時点での認知症（65 歳以上）の人数のうち日常生活自立度別の認知症のランクⅡ a 以上の人数について尋ねたところ、市町村が平均約 2,957 人、地域包括支援センターが約 774 人、介護施設・事業所の合計は約 35 人、うち居宅は約 33 人、うち施設・住まいは約 37 人であった。「無回答」も市町村 47.8%、地域包括支援センター 52.7%あり、認知症の人の人数の把握は難しいことがうかがえる。

図表 66 認知症の人数（65 歳以上・ランクⅡ a 以上）



ランクⅡ a 以上（65歳以上）…（数量）

	市町村	地域包括	介護施設・事業所		
			合計	うち 居宅	うち 施設・住まい
合計	952,231	197,321	26,025	13,006	13,019
平均	2,957.2	773.8	34.9	33.1	37.0
標準偏差	4,767.4	914.5	33.7	35.3	31.8
最大値	39,255	8,707	293	293	214
最小値	1	0	0	0	2
無回答	295	284	83	56	27
全体	322	255	745	393	352

※「合計」、「ランクⅡ a 以上」共に回答があるものが対象

ランクⅡ a 以上（65歳以上）…（カテゴリー）

No.	選択肢	市町村		地域包括	
		n	%	n	%
1	500人未満	77	12.5	121	22.4
2	500人～1000人未満	63	10.2	72	13.4
3	1000人～3000人未満	101	16.4	58	10.8
4	3000人～5000人未満	30	4.9	2	0.4
5	5000人以上	51	8.3	2	0.4
	無回答	295	47.8	284	52.7
	全体	617	100.0	539	100.0

※「合計」、「ランクⅡ a 以上」共に回答があるものが対象

ランクⅡ a 以上（65歳以上）…（カテゴリー）

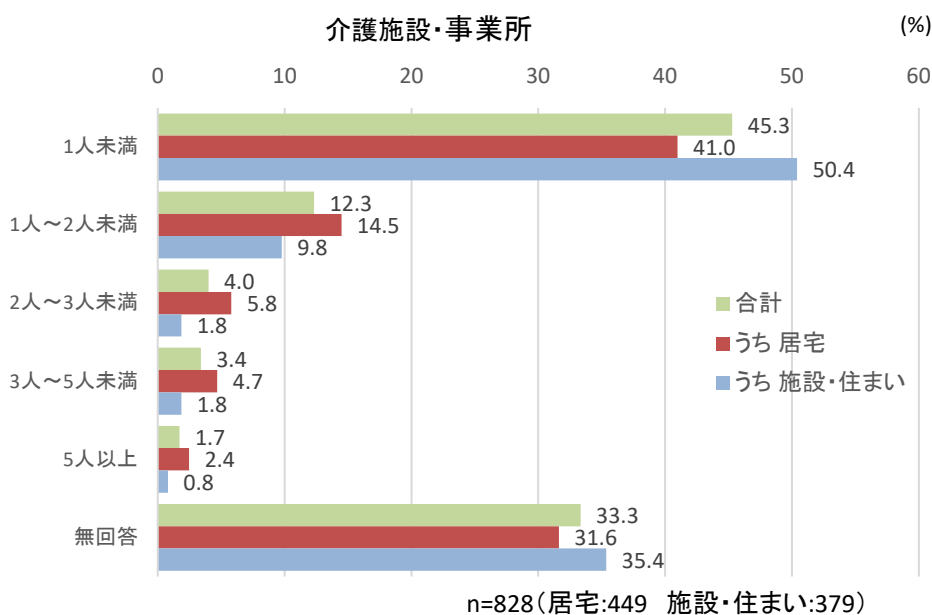
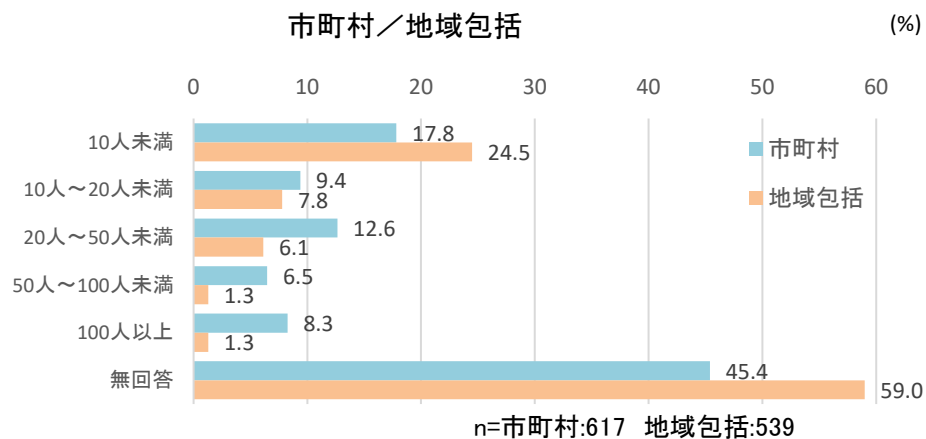
No.	選択肢	介護施設・事業所					
		合計		うち 居宅		うち 施設・住まい	
		n	%	n	%	n	%
1	10人未満	124	15.0	61	13.6	63	16.6
2	10人～20人未満	211	25.5	117	26.1	94	24.8
3	20人～30人未満	117	14.1	67	14.9	50	13.2
4	30人～50人未満	113	13.6	69	15.4	44	11.6
5	50人以上	180	21.7	79	17.6	101	26.6
	無回答	83	10.0	56	12.5	27	7.1
	全体	828	100.0	449	100.0	379	100.0

※「合計」、「ランクⅡ a 以上」共に回答があるものが対象

③認知症（40 歳以上 65 歳未満・合計）の人数について

令和 5 年 4 月時点での認知症（40 歳以上 65 歳未満・合計）の人数について尋ねたところ、市町村が約 58 人、地域包括支援センターが約 20 人、介護施設・事業所の合計は 0.8 人、うち居宅は 1.0 人、うち施設・住まいは 0.6 人であった。

図表 67 認知症の人数（40 歳以上 65 歳未満・合計）



合計（40歳以上65歳未満）…（数量）

	市町村	地域包括	介護施設・事業所		
			合計	うち 居宅	うち 施設・住まい
合計	19,686	4,370	435	295	140
平均	58.4	19.8	0.8	1.0	0.6
標準偏差	114.6	51.8	3.0	2.4	3.5
最大値	942	460	53	30	53
最小値	0	0	0	0	0
無回答	280	318	276	142	134
全体	322	221	552	307	245

※「合計」、「ランクⅡa以上」共に回答があるものが対象

合計（40歳以上65歳未満）…（カテゴリー）

No.	選択肢	市町村		地域包括	
		n	%	n	%
1	10人未満	110	17.8	132	24.5
2	10人～20人未満	58	9.4	42	7.8
3	20人～50人未満	78	12.6	33	6.1
4	50人～100人未満	40	6.5	7	1.3
5	100人以上	51	8.3	7	1.3
	無回答	280	45.4	318	59.0
	全体	617	100.0	539	100.0

※「合計」、「ランクⅡa以上」共に回答があるものが対象

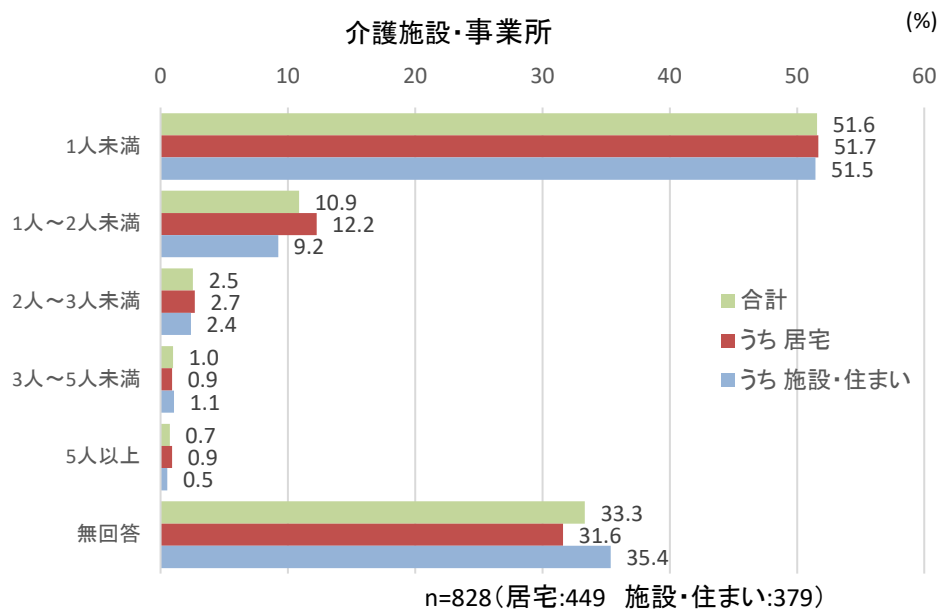
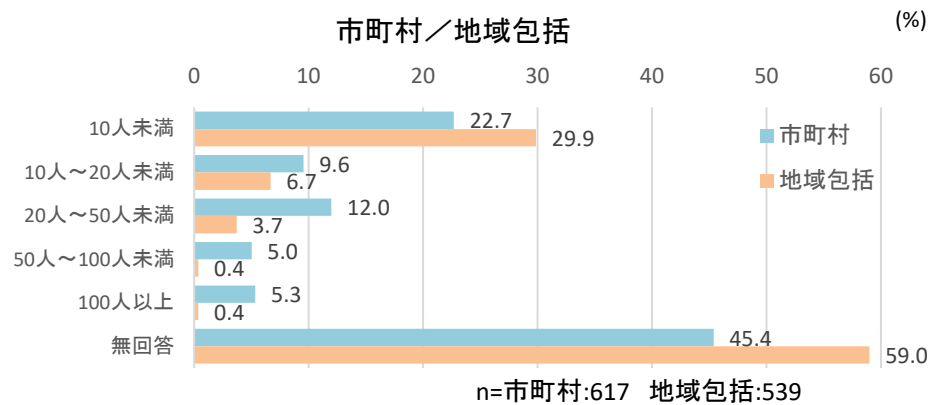
合計（40歳以上65歳未満）…（カテゴリー）

No.	選択肢	介護施設・事業所					
		合計		うち 居宅		うち 施設・住まい	
		n	%	n	%	n	%
1	1人未満	375	45.3	184	41.0	191	50.4
2	1人～2人未満	102	12.3	65	14.5	37	9.8
3	2人～3人未満	33	4.0	26	5.8	7	1.8
4	3人～5人未満	28	3.4	21	4.7	7	1.8
5	5人以上	14	1.7	11	2.4	3	0.8
	無回答	276	33.3	142	31.6	134	35.4
	全体	828	100.0	449	100.0	379	100.0

※「合計」、「ランクⅡa以上」共に回答があるものが対象

④（40 歳以上 65 歳未満）の日常生活自立度別の認知症のランクⅡ a 以上の人数について
 令和 5 年 4 月時点での認知症（40 歳以上 65 歳未満）の人数のうち日常生活自立度別の認知症のランクⅡ a 以上の人数を尋ねたところ、市町村が 38.9 人、地域包括支援センターが 8.9 人、介護施設・事業所の合計は 0.4 人、うち居宅は 0.4 人、うち施設・住まいは 0.5 人であった。

図表 68 認知症の人数（40 歳以上 65 歳未満・ランクⅡ a 以上）



ランクⅡ a 以上（40歳以上65歳未満）…（数量）

	市町村	地域包括	介護施設・事業所		
			合計	うち 居宅	うち 施設・住まい
合計	13,105	1,976	247	122	125
平均	38.9	8.9	0.4	0.4	0.5
標準偏差	83.2	15.3	2.4	1.1	3.4
最大値	845	128	53	10	53
最小値	0	0	0	0	0
無回答	280	318	276	142	134
全体	337	221	552	307	245

※「合計」、「ランクⅡ a 以上」共に回答があるものが対象

ランクⅡ a 以上（40歳以上65歳未満）…（カテゴリー）

No.	選択肢	市町村		地域包括	
		n	%	n	%
1	10人未満	140	22.7	161	29.9
2	10人～20人未満	59	9.6	36	6.7
3	20人～50人未満	74	12.0	20	3.7
4	50人～100人未満	31	5.0	2	0.4
5	100人以上	33	5.3	2	0.4
	無回答	280	45.4	318	59.0
	全体	617	100.0	539	100.0

※「合計」、「ランクⅡ a 以上」共に回答があるものが対象

ランクⅡ a 以上（40歳以上65歳未満）…（カテゴリー）

No.	選択肢	介護施設・事業所					
		合計		うち 居宅		うち 施設・住まい	
		n	%	n	%	n	%
1	1人未満	427	51.6	232	51.7	195	51.5
2	1人～2人未満	90	10.9	55	12.2	35	9.2
3	2人～3人未満	21	2.5	12	2.7	9	2.4
4	3人～5人未満	8	1.0	4	0.9	4	1.1
5	5人以上	6	0.7	4	0.9	2	0.5
	無回答	276	33.3	142	31.6	134	35.4
	全体	828	100.0	449	100.0	379	100.0

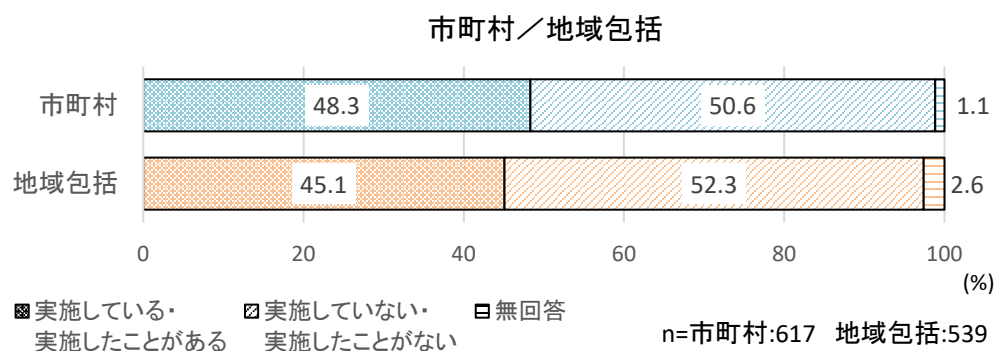
※「合計」、「ランクⅡ a 以上」共に回答があるものが対象

（３）意思決定支援に関する研修の実施について

①認知症の高齢者等に対する意思決定支援の研修や勉強会について

令和元年度～令和５年１２月までに、認知症の高齢者等に対する意思決定支援について、医療・介護等の専門職や地域住民向けの研修や勉強会を実施しているか尋ねたところ、市町村では、「実施していない・実施したことがない」が５０．６％、「実施している・実施したことがある」が４８．３％となっており、地域包括支援センターでは「実施していない・実施したことがない」が５２．３％、「実施している・実施したことがある」が４５．１％であった。

図表 69 研修や勉強会の実施有無



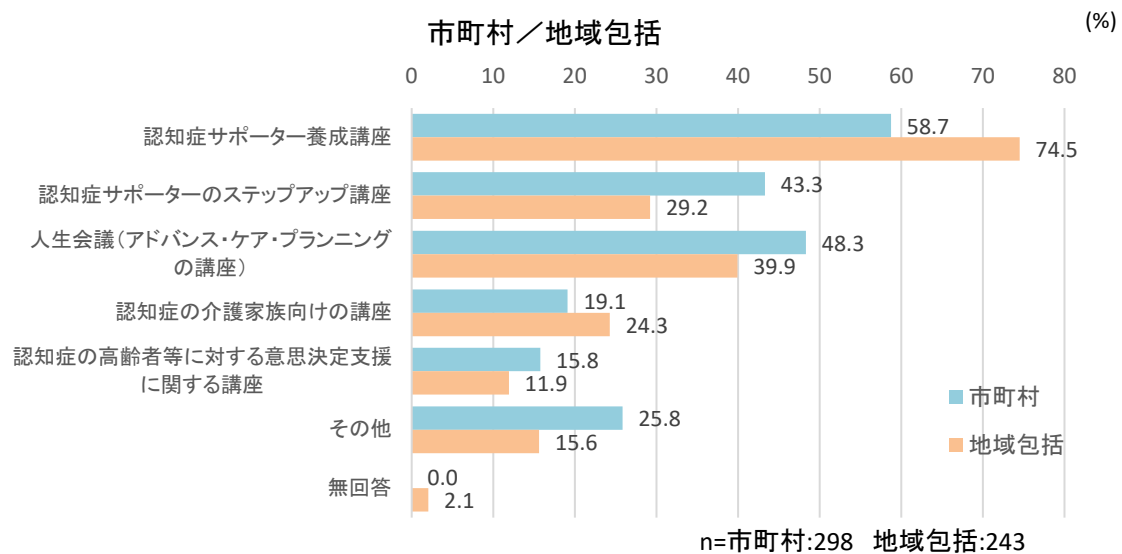
令和元年度～令和５年１２月までに、認知症の高齢者等に対する意思決定支援について、医療・介護等専門職や地域住民向けの研修や勉強会を実施していますか。…（ＳＡ）

No.	選択肢	市町村		地域包括	
		n	%	n	%
1	実施している・実施したことがある	298	48.3	243	45.1
2	実施していない・実施したことがない	312	50.6	282	52.3
	無回答	7	1.1	14	2.6
	全体	617	100.0	539	100.0

②実施した研修の種類について

「実施している・実施したことがある」場合、実施した研修の種類について尋ねたところ、市町村では、「認知症サポーター養成講座」が 58.7%、「人生会議（アドバンス・ケア・プランニングの講座）」が 48.3%となっており、地域包括支援センターでは「認知症サポーター養成講座」が 74.5%、「人生会議（アドバンス・ケア・プランニングの講座）」が 39.9%であった。

図表 70 実施した研修の種類



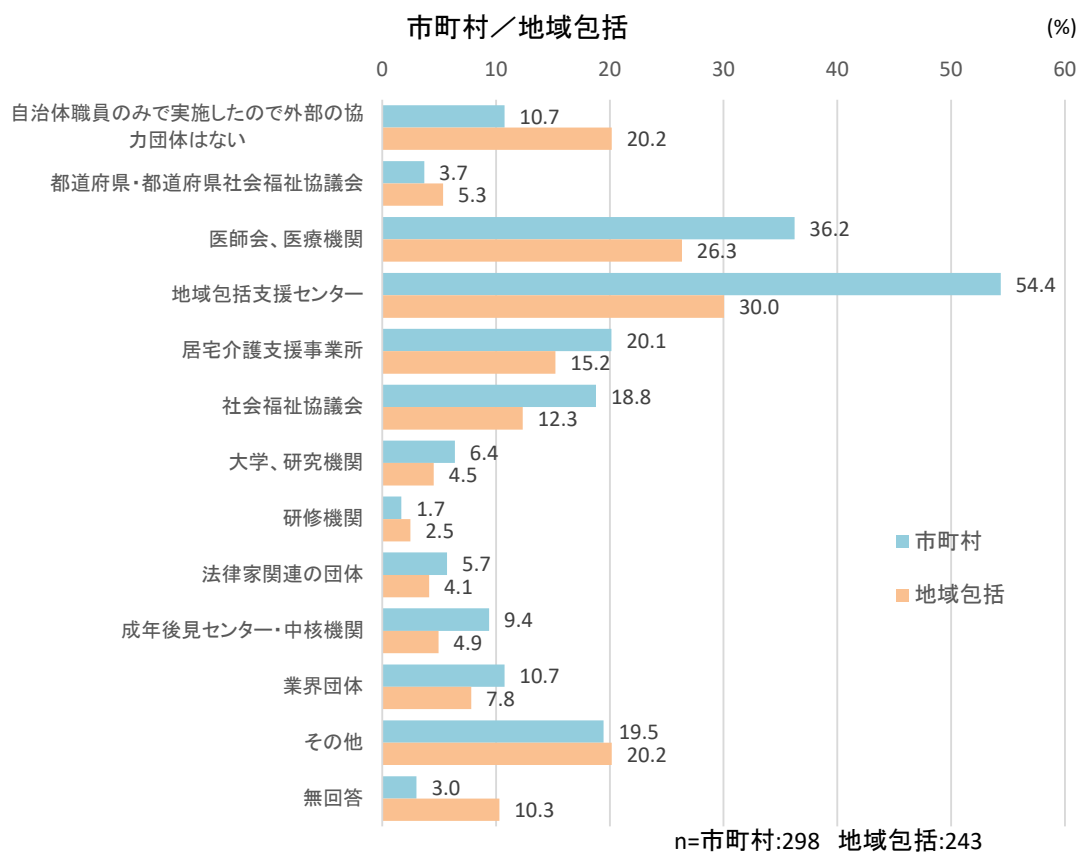
「1. 実施している・実施したことがある」と回答した場合、研修の類型をお読みいただきご回答ください。... (MA)

No.	選択肢	任意の1回							
		市町村		地域包括		市町村		地域包括	
		n	%	n	%	n	%	n	%
1	認知症サポーター養成講座	175	58.7	181	74.5	83	27.9	88	36.2
2	認知症サポーターのステップアップ講座	129	43.3	71	29.2	31	10.4	14	5.8
3	人生会議（アドバンス・ケア・プランニングの講座）	144	48.3	97	39.9	63	21.1	31	12.8
4	認知症の介護家族向けの講座	57	19.1	59	24.3	8	2.7	9	3.7
5	認知症の高齢者等に対する意思決定支援に関する講座	47	15.8	29	11.9	21	7.0	5	2.1
6	その他	77	25.8	38	15.6	47	15.8	12	4.9
	無回答	0	0.0	5	2.1	45	15.1	84	34.6
	非該当	319		296		-		-	
	全体	298		243		298	100.0	243	100.0

③外部の協力団体について

外部の協力団体について尋ねたところ、市町村では、「地域包括支援センター」が 54.4%、「医師会、医療機関」が 36.2%となっており、地域包括支援センターでは「地域包括支援センター」が 30.0%、「医師会、医療機関」が 26.3%であった。

図表 71 外部の協力団体



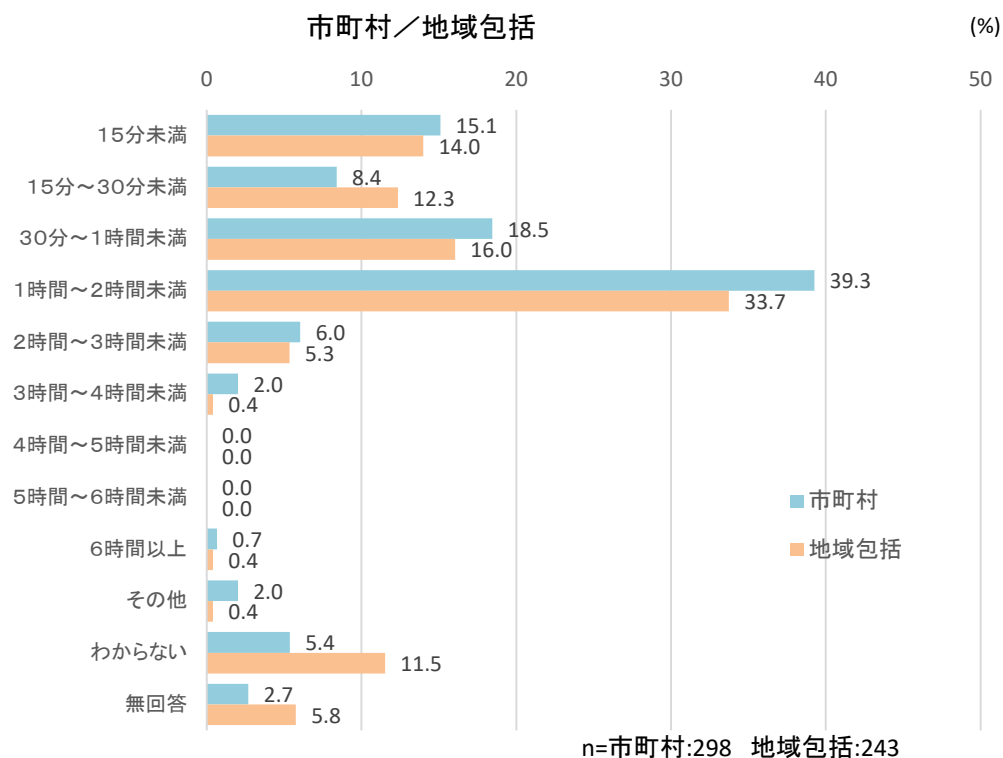
外部の協力団体をお答えください。... (MA)

No.	選択肢	市町村		地域包括	
		n	%	n	%
1	自治体職員のみで実施したので外部の協力団体はない	32	10.7	49	20.2
2	都道府県・都道府県社会福祉協議会	11	3.7	13	5.3
3	医師会、医療機関	108	36.2	64	26.3
4	地域包括支援センター	162	54.4	73	30.0
5	居宅介護支援事業所	60	20.1	37	15.2
6	社会福祉協議会	56	18.8	30	12.3
7	大学、研究機関	19	6.4	11	4.5
8	研修機関	5	1.7	6	2.5
9	法律家関連の団体	17	5.7	10	4.1
10	成年後見センター・中核機関	28	9.4	12	4.9
11	業界団体	32	10.7	19	7.8
12	その他	58	19.5	49	20.2
	無回答	9	3.0	25	10.3
	非該当	319	-	296	-
	全体	298		243	

④研修の時間について

研修の時間について尋ねたところ、市町村では、「1時間～2時間未満」が39.3%、「30分～1時間未満」が18.5%となっており、地域包括支援センターでは「1時間～2時間未満」が33.7%、「30分～1時間未満」が16.0%であった。

図表 72 研修の時間



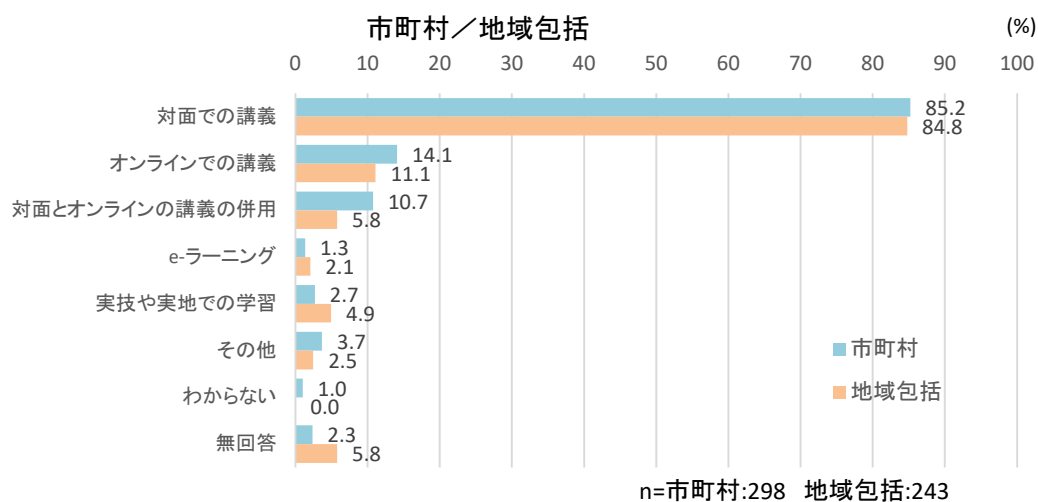
研修の時間をお答えください。... (S A)

No.	選択肢	市町村		地域包括	
		n	%	n	%
1	15分未満	45	15.1	34	14.0
2	15分～30分未満	25	8.4	30	12.3
3	30分～1時間未満	55	18.5	39	16.0
4	1時間～2時間未満	117	39.3	82	33.7
5	2時間～3時間未満	18	6.0	13	5.3
6	3時間～4時間未満	6	2.0	1	0.4
7	4時間～5時間未満	0	0.0	0	0.0
8	5時間～6時間未満	0	0.0	0	0.0
9	6時間以上	2	0.7	1	0.4
10	その他	6	2.0	1	0.4
11	わからない	16	5.4	28	11.5
	無回答	8	2.7	14	5.8
	非該当	319	—	296	—
	全体	298	100.0	243	100.0

⑤研修の形態について

研修の形態について尋ねたところ、市町村では、「対面での講義」が85.2%、「オンラインでの講義」が14.1%となっており、地域包括支援センターでは「対面での講義」が84.8%、「オンラインでの講義」が11.1%であった。

図表 73 研修の形態



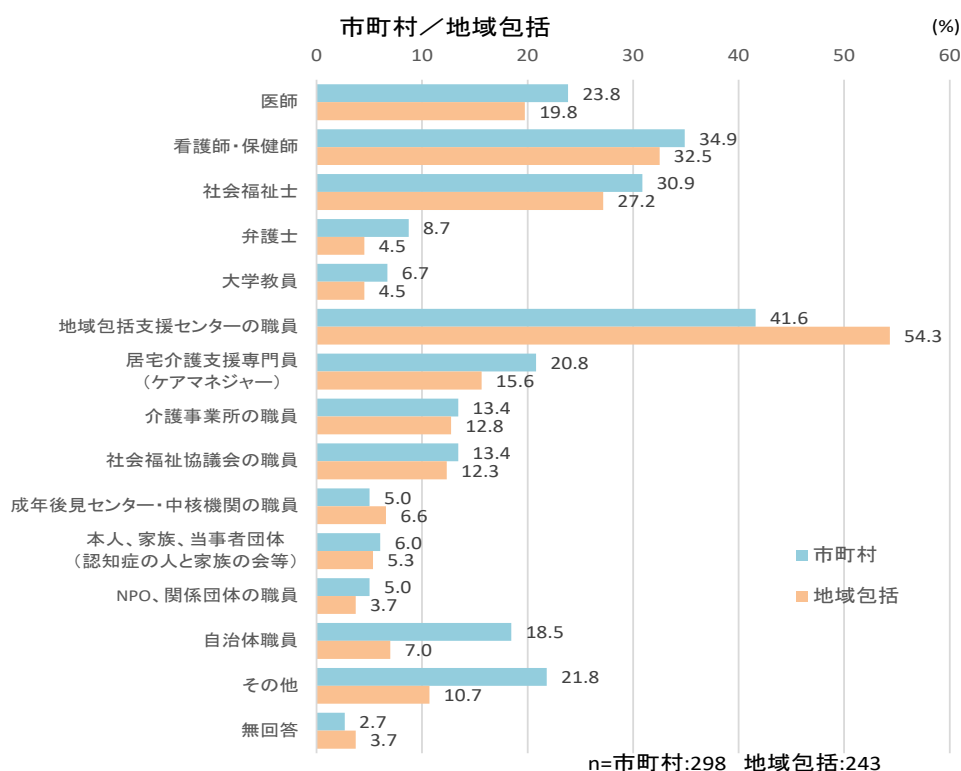
研修の形態をお答えください。... (MA)

No.	選択肢	市町村		地域包括	
		n	%	n	%
1	対面での講義	254	85.2	206	84.8
2	オンラインでの講義	42	14.1	27	11.1
3	対面とオンラインの講義の併用	32	10.7	14	5.8
4	e-ラーニング	4	1.3	5	2.1
5	実技や実地での学習	8	2.7	12	4.9
6	その他	11	3.7	6	2.5
7	わからない	3	1.0	-	-
	無回答	7	2.3	14	5.8
	非該当	319	-	296	-
	全体	298		243	

⑥研修の講師の職種について

研修の講師の職種について尋ねたところ、市町村では、「地域包括支援センターの職員」が41.6%、「看護師・保健師」が34.9%となっており、地域包括支援センターでは「地域包括支援センターの職員」が54.3%、「看護師・保健師」が32.5%であった。

図表 74 研修の講師の職種



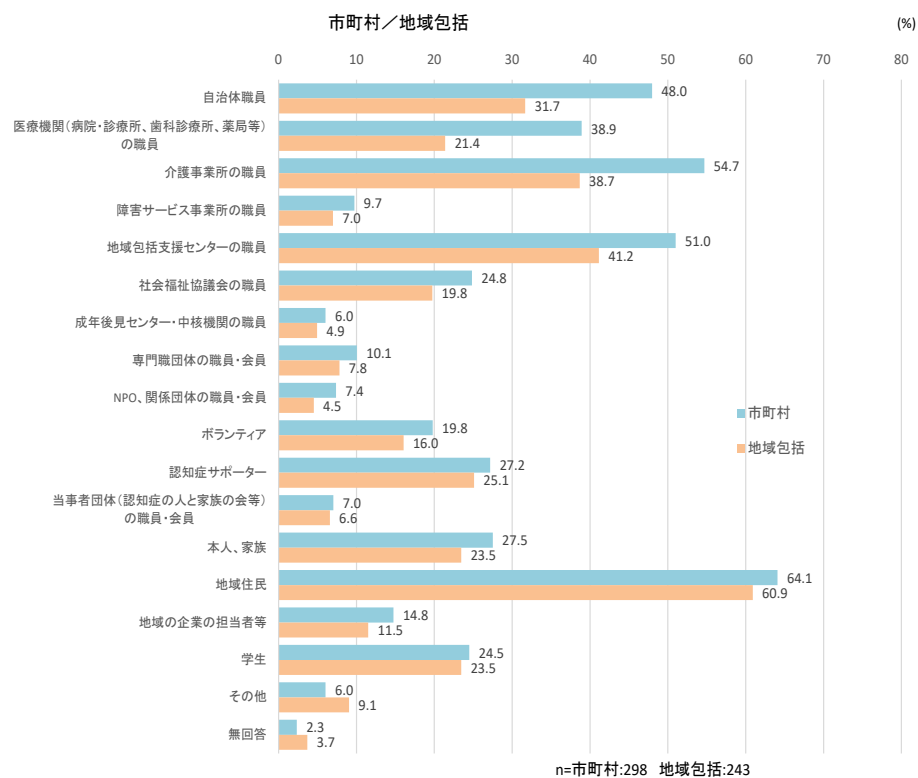
研修の講師の職種をお答えください。... (MA)

No.	選択肢	市町村		地域包括	
		n	%	n	%
1	医師	71	23.8	48	19.8
2	看護師・保健師	104	34.9	79	32.5
3	社会福祉士	92	30.9	66	27.2
4	弁護士	26	8.7	11	4.5
5	大学教員	20	6.7	11	4.5
6	地域包括支援センターの職員	124	41.6	132	54.3
7	居宅介護支援専門員（ケアマネジャー）	62	20.8	38	15.6
8	介護事業所の職員	40	13.4	31	12.8
9	社会福祉協議会の職員	40	13.4	30	12.3
10	成年後見センター・中核機関の職員	15	5.0	16	6.6
11	本人、家族、当事者団体（認知症の人と家族の会等）	18	6.0	13	5.3
12	NPO、関係団体の職員	15	5.0	9	3.7
13	自治体職員	55	18.5	17	7.0
14	その他	65	21.8	26	10.7
	無回答	8	2.7	9	3.7
	非該当	319	-	296	-
	全体	298		243	

⑦研修の受講者について

研修の受講者について尋ねたところ、市町村では、「地域住民」が64.1%、「介護事業所の職員」が54.7%となっており、地域包括支援センターでは「地域住民」が60.9%、「地域包括支援センターの職員」が41.2%であった。

図表 75 研修の受講者



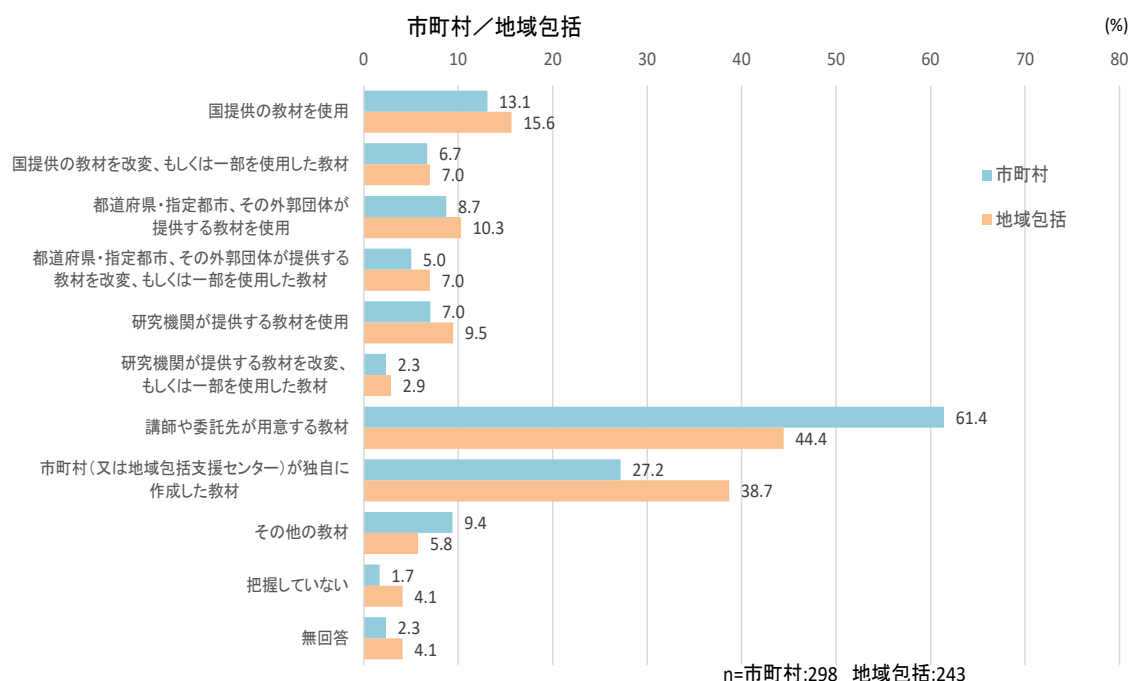
研修の受講者はどなたですか。... (MA)

No.	選択肢	市町村		地域包括	
		n	%	n	%
1	自治体職員	143	48.0	77	31.7
2	医療機関（病院・診療所、歯科診療所、薬局等）の職員	116	38.9	52	21.4
3	介護事業所の職員	163	54.7	94	38.7
4	障害サービス事業所の職員	29	9.7	17	7.0
5	地域包括支援センターの職員	152	51.0	100	41.2
6	社会福祉協議会の職員	74	24.8	48	19.8
7	成年後見センター・中核機関の職員	18	6.0	12	4.9
8	専門職団体の職員・会員	30	10.1	19	7.8
9	NPO、関係団体の職員・会員	22	7.4	11	4.5
10	ボランティア	59	19.8	39	16.0
11	認知症サポーター	81	27.2	61	25.1
12	当事者団体（認知症の人と家族の会等）の職員・会員	21	7.0	16	6.6
13	本人、家族	82	27.5	57	23.5
14	地域住民	191	64.1	148	60.9
15	地域の企業の担当者等	44	14.8	28	11.5
16	学生	73	24.5	57	23.5
17	その他	18	6.0	22	9.1
	無回答	7	2.3	9	3.7
	非該当	319	-	296	-
	全体	298		243	

⑧研修の教材について

研修の教材について尋ねたところ、市町村では、「講師や委託先が用意する教材」が 61.4%、「市町村が独自に作成した教材」が 27.2%となっており、地域包括支援センターでは「講師や委託先が用意する教材」が 44.4%、「市町村が独自に作成した教材」が 38.7%であった。

図表 76 研修の教材



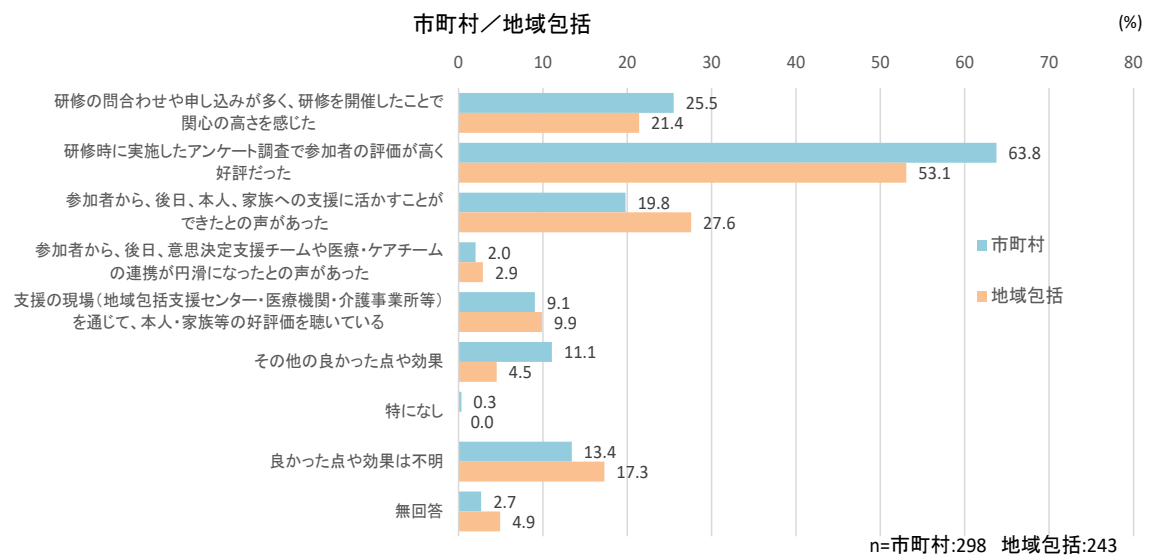
研修の教材は何を使いましたか。…(MA)

No.	選択肢	市町村		地域包括	
		n	%	n	%
1	国提供の教材を使用	39	13.1	38	15.6
2	国提供の教材を改変、もしくは一部を使用した教材	20	6.7	17	7.0
3	都道府県・指定都市、その外郭団体が提供する教材を使用	26	8.7	25	10.3
4	都道府県・指定都市、その外郭団体が提供する教材を改変、もしくは一部を使用した教材	15	5.0	17	7.0
5	研究機関が提供する教材を使用	21	7.0	23	9.5
6	研究機関が提供する教材を改変、もしくは一部を使用した教材	7	2.3	7	2.9
7	講師や委託先が用意する教材	183	61.4	108	44.4
8	市町村(又は地域包括支援センター)が独自に作成した教材	81	27.2	94	38.7
9	その他の教材	28	9.4	14	5.8
10	把握していない	5	1.7	10	4.1
	無回答	7	2.3	10	4.1
	非該当	319	-	296	-
	全体	298		243	

⑨研修後の効果について

研修後の効果について尋ねたところ、市町村では、「研修時に実施したアンケート調査で参加者の評価が高く好評だった」が63.8%、「研修の問い合わせや申し込みが多く、研修を開催したことで関心の高さを感じた」が25.5%となっており、地域包括支援センターでは「研修時に実施したアンケート調査で参加者の評価が高く好評だった」が53.1%、「参加者から、後日、本人、家族への支援に活かすことができたとの声があった」が27.6%であった。

図表 77 研修後の効果



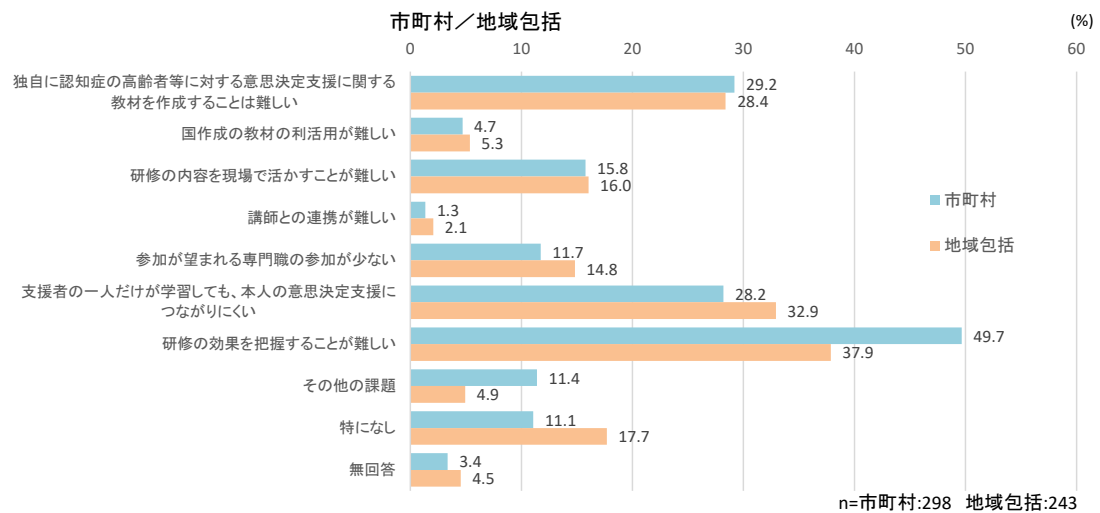
研修を実施して良かった点や効果がみられた点を教えてください。... (MA)

No.	選択肢	市町村		地域包括	
		n	%	n	%
1	研修の問い合わせや申し込みが多く、研修を開催したことで関心の高さを感じた	76	25.5	52	21.4
2	研修時に実施したアンケート調査で参加者の評価が高く好評だった	190	63.8	129	53.1
3	参加者から、後日、本人、家族への支援に活かすことができたとの声があった	59	19.8	67	27.6
4	参加者から、後日、意思決定支援チームや医療・ケアチームの連携が円滑になったとの声があった	6	2.0	7	2.9
5	支援の現場（地域包括支援センター・医療機関・介護事業所等）を通じて、本人・家族等の好評価を聴いている	27	9.1	24	9.9
6	その他の良かった点や効果	33	11.1	11	4.5
7	特になし	1	0.3	0	0.0
8	良かった点や効果は不明	40	13.4	42	17.3
	無回答	8	2.7	12	4.9
	非該当	319	-	296	-
	全体	298		243	

⑩研修の課題について

研修の課題について尋ねたところ、市町村では、「研修の効果を把握することが難しい」が49.7%、「独自に認知症の高齢者等に対する意思決定支援に関する教材を作成することは難しい」が29.2%となっており、地域包括支援センターでは「研修の効果を把握することが難しい」が37.9%、「支援者の一人だけが学習しても、本人の意思決定支援につながりにくい」が32.9%であった。

図表 78 研修の課題



研修の企画・実施を通じて課題と感じた点を教えてください。... (MA)

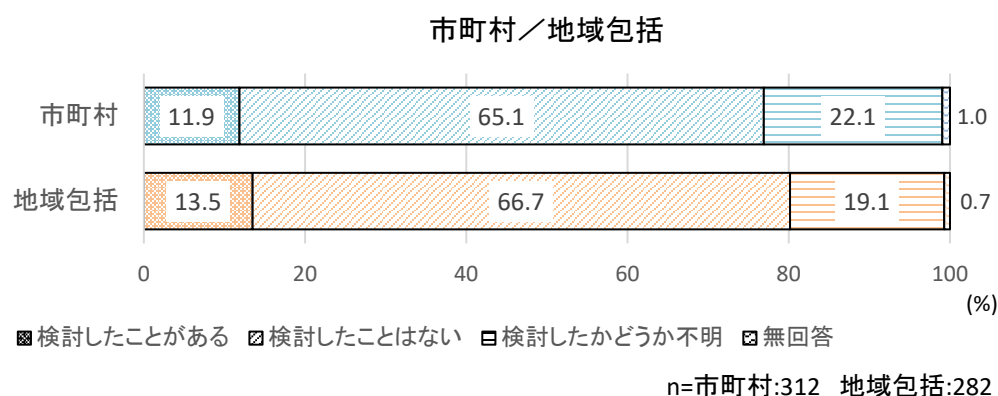
No.	選択肢	市町村		地域包括	
		n	%	n	%
1	独自に認知症の高齢者等に対する意思決定支援に関する教材を作成することは難しい	87	29.2	69	28.4
2	国作成の教材の利活用が難しい	14	4.7	13	5.3
3	研修の内容を現場で活かすことが難しい	47	15.8	39	16.0
4	講師との連携が難しい	4	1.3	5	2.1
5	参加が望まれる専門職の参加が少ない	35	11.7	36	14.8
6	支援者の一人だけが学習しても、本人の意思決定支援につながりにくい	84	28.2	80	32.9
7	研修の効果を把握することが難しい	148	49.7	92	37.9
8	その他の課題	34	11.4	12	4.9
9	特になし	33	11.1	43	17.7
	無回答	10	3.4	11	4.5
	非該当	319	-	296	-
	全体	298		243	

(4) 意思決定支援に関する研修を実施していない理由

①意思決定支援に関する研修の実施を検討したかについて

認知症の高齢者等に対する意思決定支援について、医療・介護等専門職や地域住民向けの研修や勉強会を実施していない場合、令和元年度～令和5年12月までに、意思決定支援に関する研修の実施を検討したことがあるか尋ねたところ、市町村では、「検討したことはない」が65.1%、「検討したかどうか不明」が22.1%となっており、地域包括支援センターでは「検討したことはない」が66.7%、「検討したかどうか不明」が19.1%であった。

図表 79 研修実施検討の有無



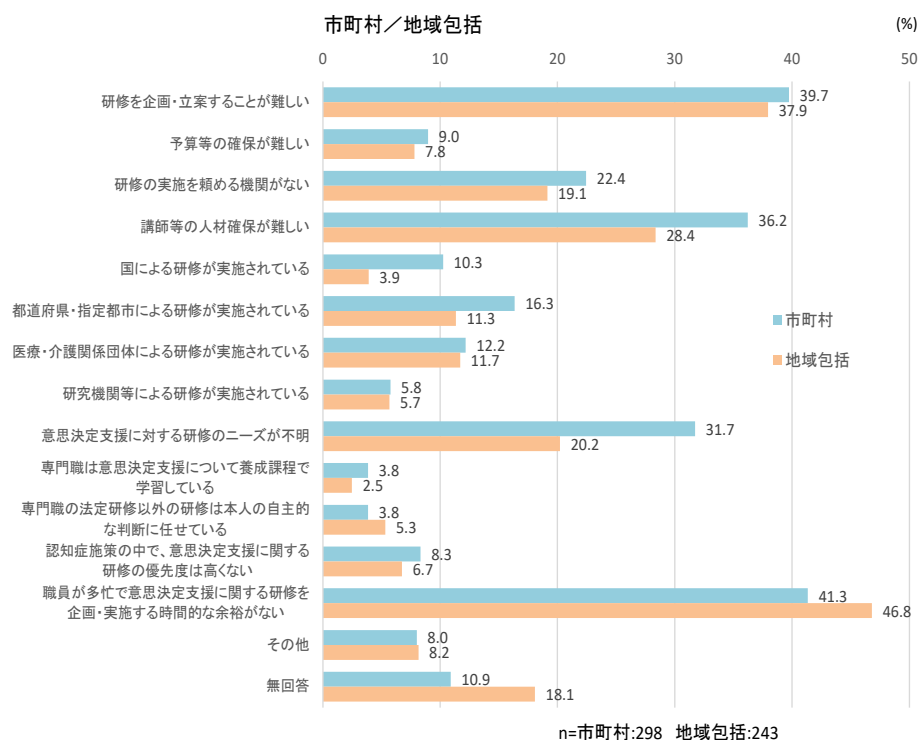
「2. 実施していない・実施したことがない」と回答した市町村において、令和元年度～令和5年12月までに、意思決定支援に関する研修の実施を検討したことがありますか。...(SA)

No.	選択肢	市町村		地域包括	
		n	%	n	%
1	検討したことがある	37	11.9	38	13.5
2	検討したことはない	203	65.1	188	66.7
3	検討したかどうか不明	69	22.1	54	19.1
	無回答	3	1.0	2	0.7
	非該当	305		257	
	全体	312	100.0	282	100.0

②医療・介護等専門職や地域住民向けの研修や勉強会を実施していない理由について

医療・介護等専門職や地域住民向けの研修や勉強会を実施していない理由について尋ねたところ、市町村では、「職員が多忙で意思決定支援に関する研修を企画・実施する時間的な余裕がない」が41.3%、「研修を企画・立案することが難しい」が39.7%となっており、地域包括支援センターでは「職員が多忙で意思決定支援に関する研修を企画・実施する時間的な余裕がない」が46.8%、「研修を企画・立案することが難しい」が37.9%であった。

図表 80 実施していない理由



その理由を教えてください。... (MA)

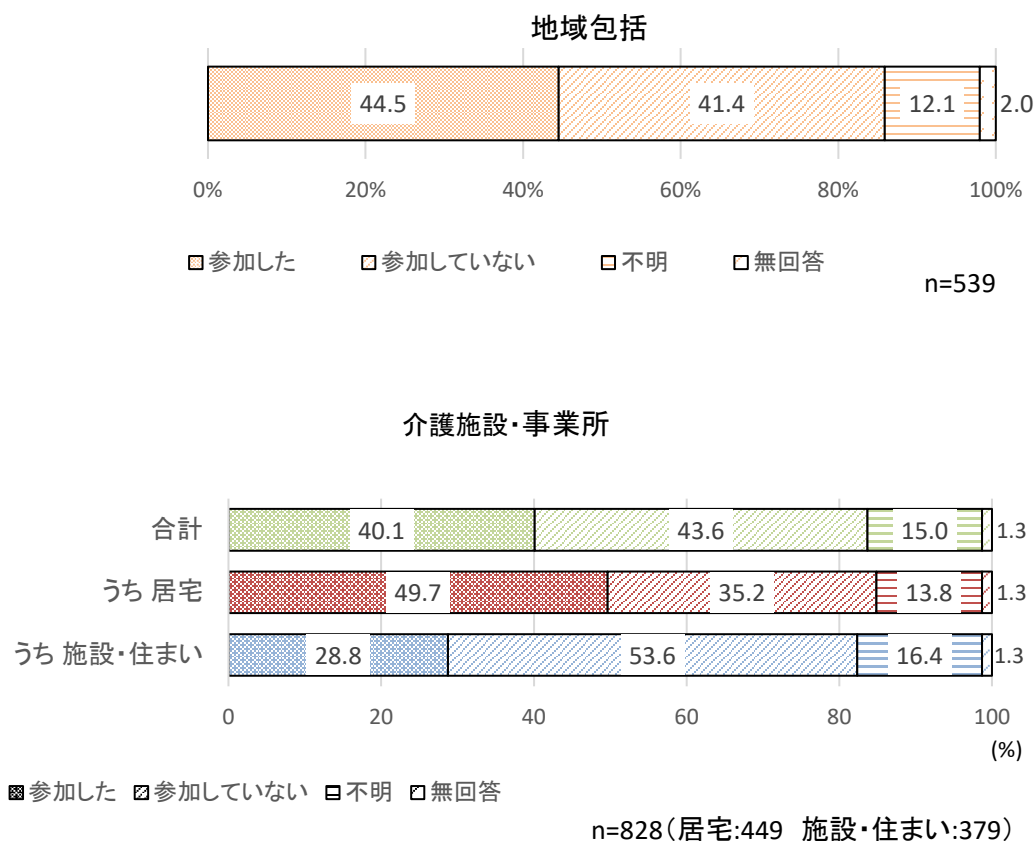
No.	選択肢	市町村		地域包括	
		n	%	n	%
1	研修を企画・立案することが難しい	124	39.7	107	37.9
2	予算等の確保が難しい	28	9.0	22	7.8
3	研修の実施を頼める機関がない	70	22.4	54	19.1
4	講師等の人材確保が難しい	113	36.2	80	28.4
5	国による研修が実施されている	32	10.3	11	3.9
6	都道府県・指定都市による研修が実施されている	51	16.3	32	11.3
7	医療・介護関係団体による研修が実施されている	38	12.2	33	11.7
8	研究機関等による研修が実施されている	18	5.8	16	5.7
9	意思決定支援に対する研修のニーズが不明	99	31.7	57	20.2
10	専門職は意思決定支援について養成課程で学習している	12	3.8	7	2.5
11	専門職の法定研修以外の研修は本人の自主的な判断に任せている	12	3.8	15	5.3
12	認知症施策の中で、意思決定支援に関する研修の優先度は高くない	26	8.3	19	6.7
13	職員が多忙で意思決定支援に関する研修を企画・実施する時間的な余裕がない	129	41.3	132	46.8
14	その他	25	8.0	23	8.2
	無回答	34	10.9	51	18.1
	非該当	305		257	
	全体	312		282	

（５）意思決定支援に関する研修の参加について

①意思決定支援に関する研修や勉強会への参加について

令和元年度～令和５年１２月までに、認知症の高齢者等に対する意思決定支援に関する研修や勉強会に参加したか尋ねたところ、地域包括支援センターでは、「参加した」が 44.5%、「参加していない」が 41.4%、介護施設・事業所では、「参加した」が 40.1%（うち居宅：49.7%、施設・住まい：28.8%）、「参加していない」が 43.6%（うち居宅：35.2%、施設・住まい：53.6%）であった。

図表 81 参加の有無



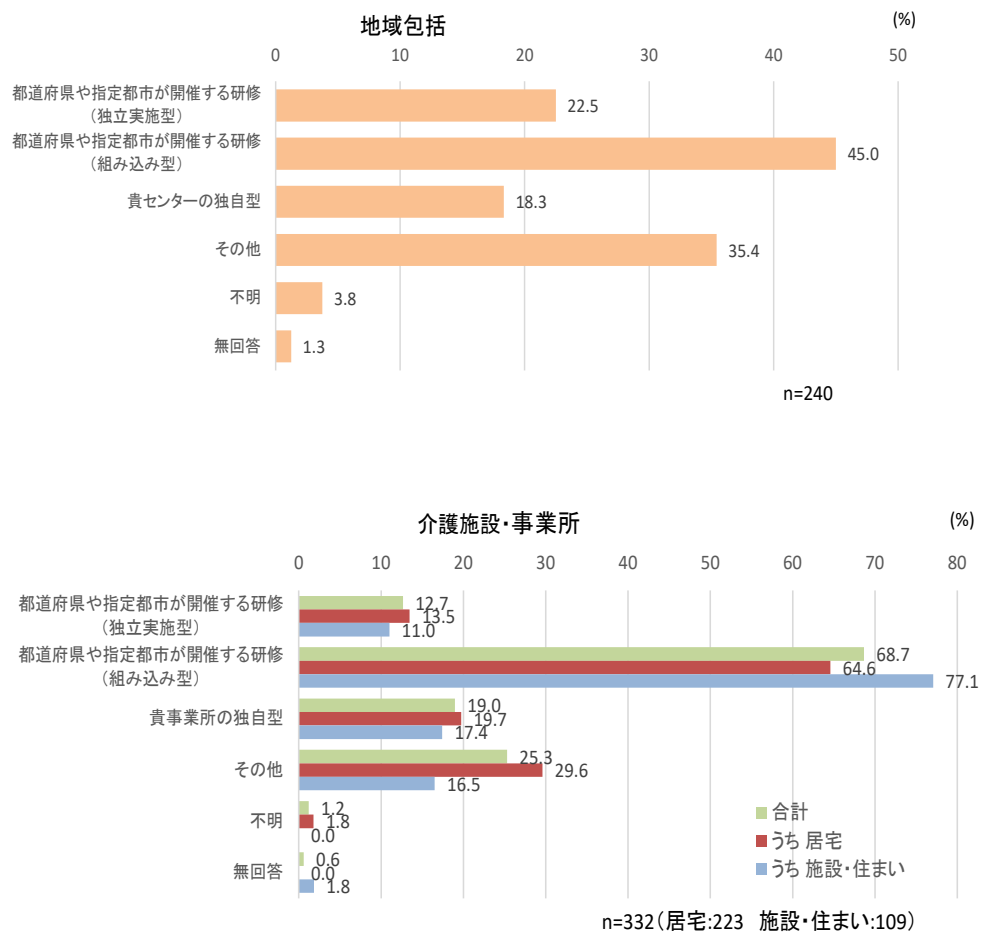
令和元年度～令和５年１２月までに、貴センターの職員は、認知症の高齢者等に対する意思決定支援に関する研修や勉強会に参加しましたか。あなた以外の職員等も含めてご回答ください。…(S A)

No.	選択肢	地域包括		介護施設・事業所					
				合計		うち 居宅		うち 施設・住まい	
		n	%	n	%	n	%	n	%
1	参加した	240	44.5	332	40.1	223	49.7	109	28.8
2	参加していない	223	41.4	361	43.6	158	35.2	203	53.6
3	不明	65	12.1	124	15.0	62	13.8	62	16.4
	無回答	11	2.0	11	1.3	6	1.3	5	1.3
	全体	539	100.0	828	100.0	449	100.0	379	100.0

②意思決定支援に関する研修や勉強会の種類について

令和元年度～令和5年12月までに参加した、認知症の高齢者等に対する意思決定支援に関する研修や勉強会の種類について尋ねたところ、地域包括支援センターについては、「都道府県や指定都市が開催する研修（組み込み型）」が45.0%、「その他」が35.4%、介護施設・事業所については、「都道府県や指定都市が開催する研修（組み込み型）」が68.7%（うち、居宅：64.6%、施設・住まい：77.1%）、「その他」が25.3%（うち、居宅：29.6%、施設・住まい：16.5%）であった。

図表 82 研修等の種類



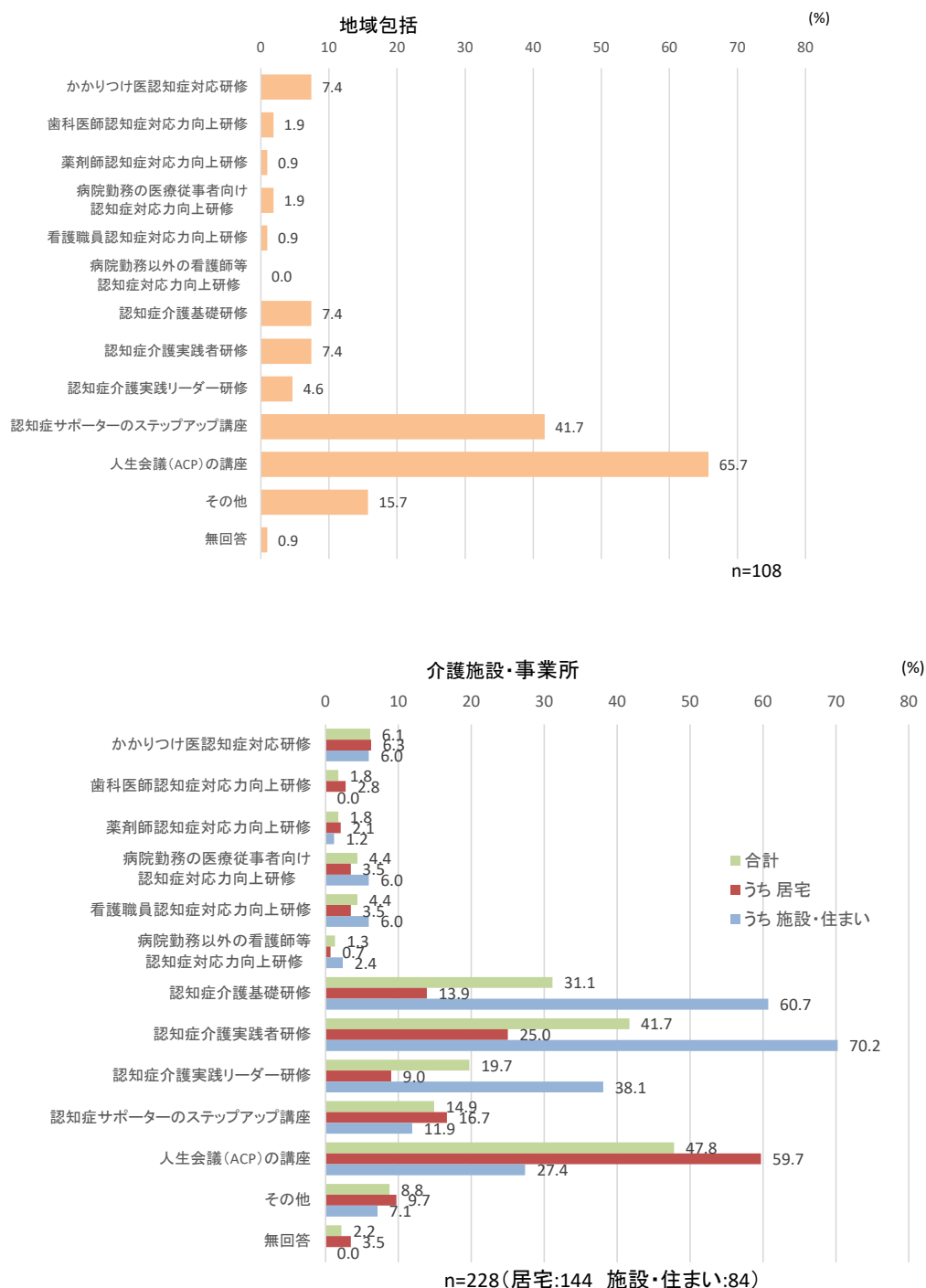
「1. 参加した」と回答した場合、研修等の種類を教えてください。... (MA)

No.	選択肢	地域包括		介護施設・事業所					
				合計		うち 居宅		うち 施設・住まい	
		n	%	n	%	n	%	n	%
1	都道府県や指定都市が開催する研修（独立実施型）	54	22.5	42	12.7	30	13.5	12	11.0
2	都道府県や指定都市が開催する研修（組み込み型）	108	45.0	228	68.7	144	64.6	84	77.1
3	貴事業所の独自型	44	18.3	63	19.0	44	19.7	19	17.4
4	その他	85	35.4	84	25.3	66	29.6	18	16.5
5	不明	9	3.8	4	1.2	4	1.8	0	0.0
	無回答	3	1.3	2	0.6	0	0.0	2	1.8
	非該当	299	-	496	-	226	-	270	-
	全体	240		332		223		109	

③都道府県や指定都市が開催する専門職研修（組み込み型）の具体的な種類について

令和元年度～令和5年12月までに参加した、都道府県や指定都市が開催する専門職研修（組み込み型）の具体的な種類について尋ねたところ、地域包括支援センターについては、「人生会議（ACP）の講座」が65.7%、「認知症サポーターのステップアップ講座」が41.7%、介護施設・事業所については、「人生会議（ACP）の講座」が47.8%（うち、居宅：59.7%、施設・住まい：27.4%）、「認知症介護実践者研修」が41.7%（うち、居宅：25.0%、施設・住まい：70.2%）であった。

図表 83 研修等の種類（都道府県や指定都市が行う、医療・介護等の専門職研修）



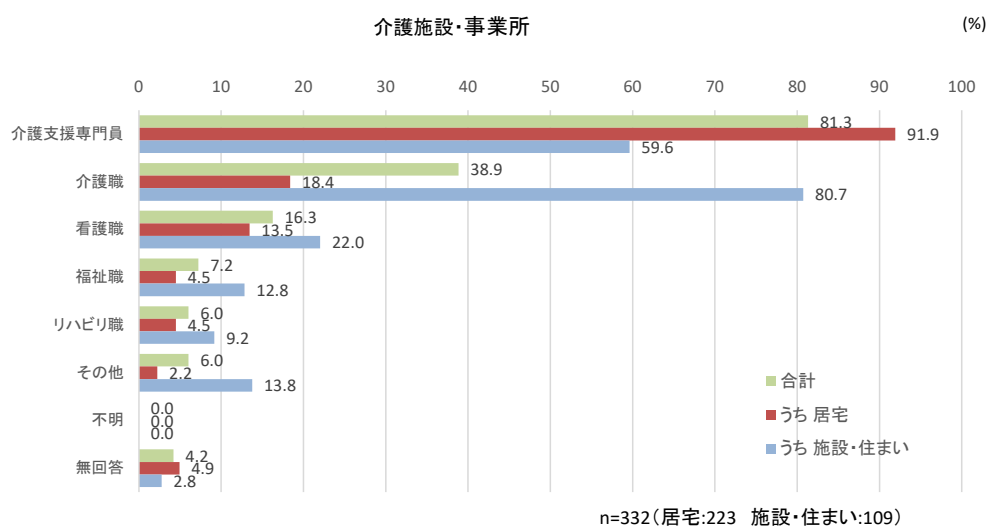
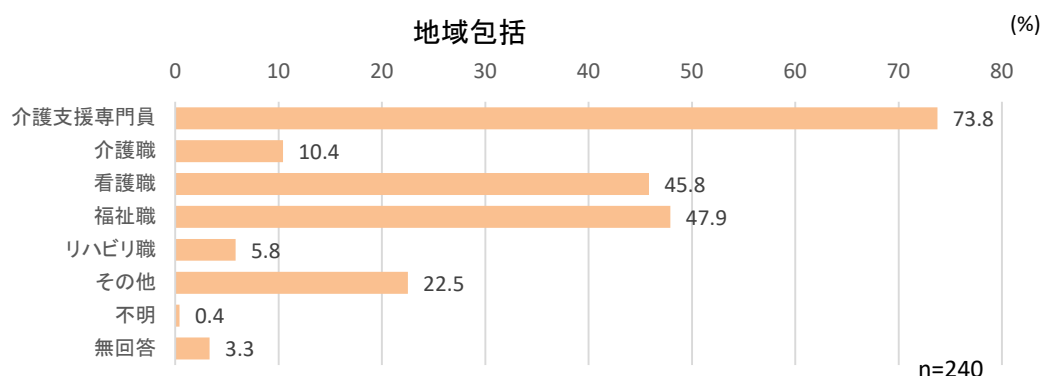
※（「2：都道府県や指定都市が開催する研修（組み込み型）」を選択した場合）都道府県や指定都市が行う、医療・介護等の専門職研修を選択
... (MA)

No.	選択肢	地域包括		介護施設・事業所					
				合計		うち 居宅		うち 施設・住まい	
		n	%	n	%	n	%	n	%
1	かかりつけ医認知症対応研修	8	7.4	14	6.1	9	6.3	5	6.0
2	歯科医師認知症対応力向上研修	2	1.9	4	1.8	4	2.8	0	0.0
3	薬剤師認知症対応力向上研修	1	0.9	4	1.8	3	2.1	1	1.2
4	病院勤務の医療従事者向け認知症対応力向上研修	2	1.9	10	4.4	5	3.5	5	6.0
5	看護職員認知症対応力向上研修	1	0.9	10	4.4	5	3.5	5	6.0
6	病院勤務以外の看護師等認知症対応力向上研修	0	0.0	3	1.3	1	0.7	2	2.4
7	認知症介護基礎研修	8	7.4	71	31.1	20	13.9	51	60.7
8	認知症介護実践者研修	8	7.4	95	41.7	36	25.0	59	70.2
9	認知症介護実践リーダー研修	5	4.6	45	19.7	13	9.0	32	38.1
10	認知症サポーターのステップアップ講座	45	41.7	34	14.9	24	16.7	10	11.9
11	人生会議（ACP）の講座	71	65.7	109	47.8	86	59.7	23	27.4
12	その他	17	15.7	20	8.8	14	9.7	6	7.1
	無回答	1	0.9	5	2.2	5	3.5	0	0.0
	非該当	431	-	600	-	305	-	295	-
	全体	108		228		144		84	

④意思決定支援に関する研修や勉強会に参加した職種について

認知症の高齢者等に対する意思決定支援に関する研修や勉強会に参加した職種について尋ねたところ、地域包括支援センターについては、「介護支援専門員」が73.8%、「福祉職」が47.9%、「看護職」が45.8%、介護施設・事業所については、「介護支援専門員」が81.3%（うち、居宅：91.9%、施設・住まい：59.6%）、「介護職」が38.9%（うち、居宅：18.4%、施設・住まい：80.7%）であった。

図表 84 研修に参加した職種



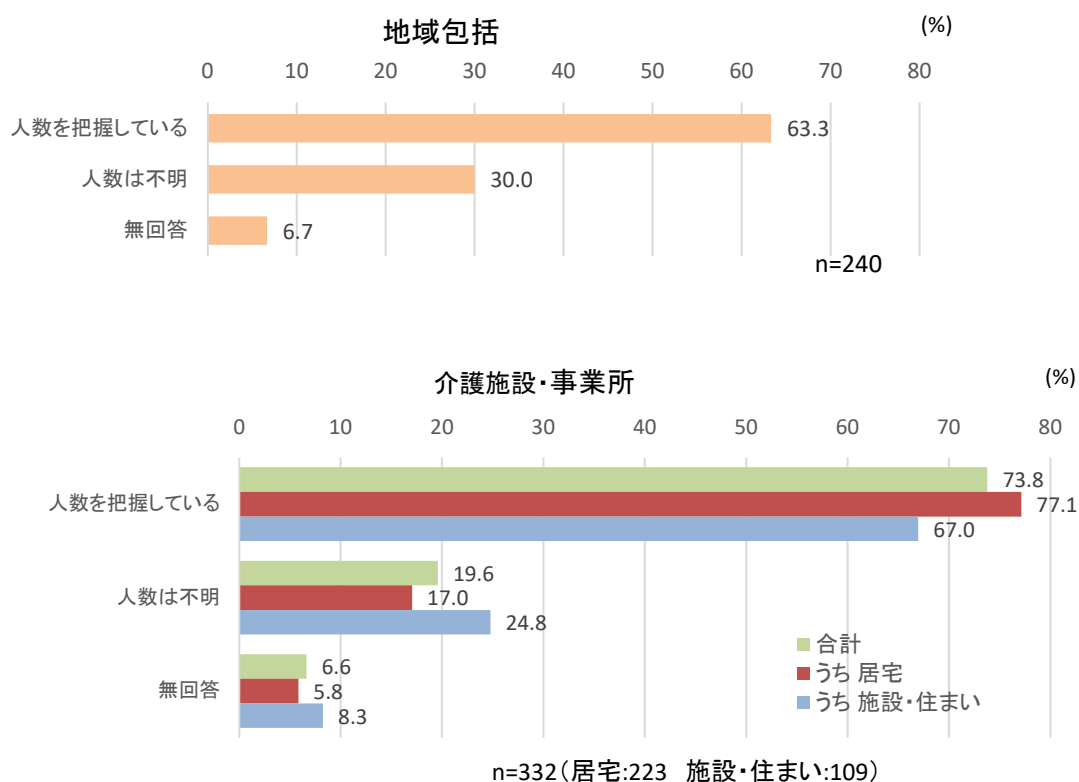
「1. 参加した」と回答した場合、参加した職員の職種を教えてください。... (MA)

No.	選択肢	地域包括		介護施設・事業所					
		n	%	合計		うち 居宅		うち 施設・住まい	
				n	%	n	%	n	%
1	介護支援専門員	177	73.8	270	81.3	205	91.9	65	59.6
2	介護職	25	10.4	129	38.9	41	18.4	88	80.7
3	看護職	110	45.8	54	16.3	30	13.5	24	22.0
4	福祉職	115	47.9	24	7.2	10	4.5	14	12.8
5	リハビリ職	14	5.8	20	6.0	10	4.5	10	9.2
6	その他	54	22.5	20	6.0	5	2.2	15	13.8
7	不明	1	0.4	0	0.0	0	0.0	0	0.0
	無回答	8	3.3	14	4.2	11	4.9	3	2.8
	非該当	299	-	496	-	226	-	270	-
	全体	240		332		223		109	

⑤意思決定支援に関する研修や勉強会に参加した人数について

認知症の高齢者等に対する意思決定支援に関する研修や勉強会に参加した人数について尋ねたところ、地域包括支援センターについては、「人数を把握している」が63.3%、「人数は不明」が30.0%、介護施設・事業所については、「人数を把握している」が73.8%（うち、居宅：77.1%、施設・住まい：67.0%）、「人数は不明」が19.6%（うち、居宅：17.0%、施設・住まい：24.8%）であった。

図表 85 研修に参加した人数



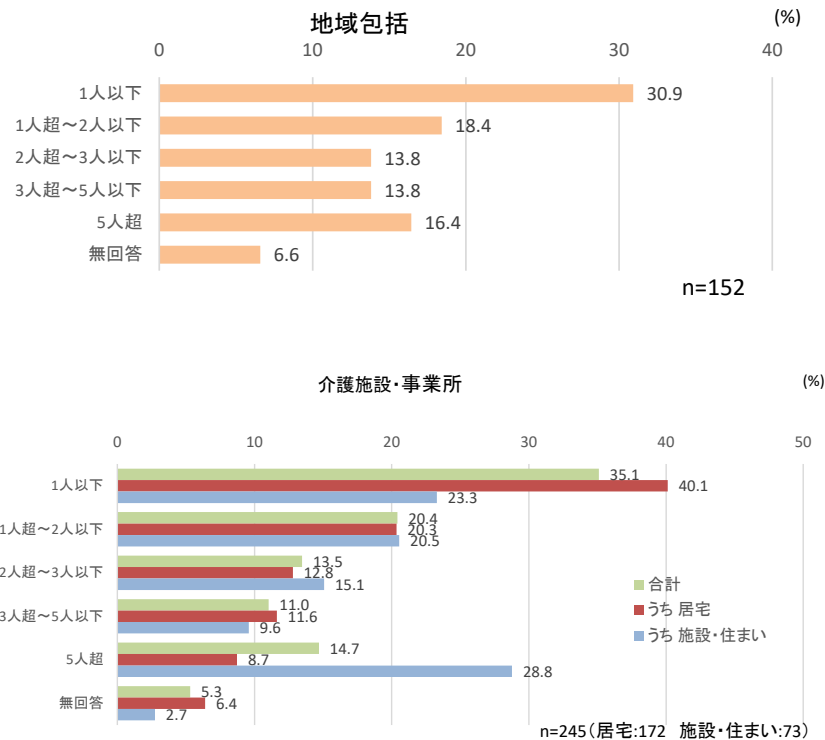
「1. 参加した」と回答した場合、参加した職員は何人でしょうか。…(SA)

No.	選択肢	地域包括		介護施設・事業所					
				合計		うち 居宅		うち 施設・住まい	
		n	%	n	%	n	%	n	%
1	人数を把握している	152	63.3	245	73.8	172	77.1	73	67.0
2	人数は不明	72	30.0	65	19.6	38	17.0	27	24.8
	無回答	16	6.7	22	6.6	13	5.8	9	8.3
	非該当	299	-	496	-	226	-	270	-
	全体	240	100.0	332	100.0	223	100.0	109	100.0

⑥研修や勉強会に参加した具体的な人数について

「研修や勉強会に参加した人数を把握している」場合、具体的な人数について尋ねたところ、地域包括支援センターでは平均 4.6 人、介護施設・事業所では平均 4.1 人となっているが、「1 人以下」の回答が最も多く、地域包括支援センターで 30.9%、介護施設・事業所で 35.1%（うち、居宅：40.1%、施設・住まい：23.3%）、「1 人超～2 人以下」が地域包括支援センターでは 18.4%、介護施設・事業所では 20.4%（うち、居宅：20.3%、施設・住まい：20.5%）であった。

図表 86 研修に参加した（具体的な）人数



人数... (数量)

	地域包括	介護施設・事業所		
		合計	うち 居宅	うち 施設・住まい
合計	652	955	504	451
平均	4.6	4.1	3.1	6.4
標準偏差	7.7	7.1	5.0	10.0
最大値	45	57	50	57
最小値	1	1	1	1
無回答	10	13	11	2
全体	142	232	161	71

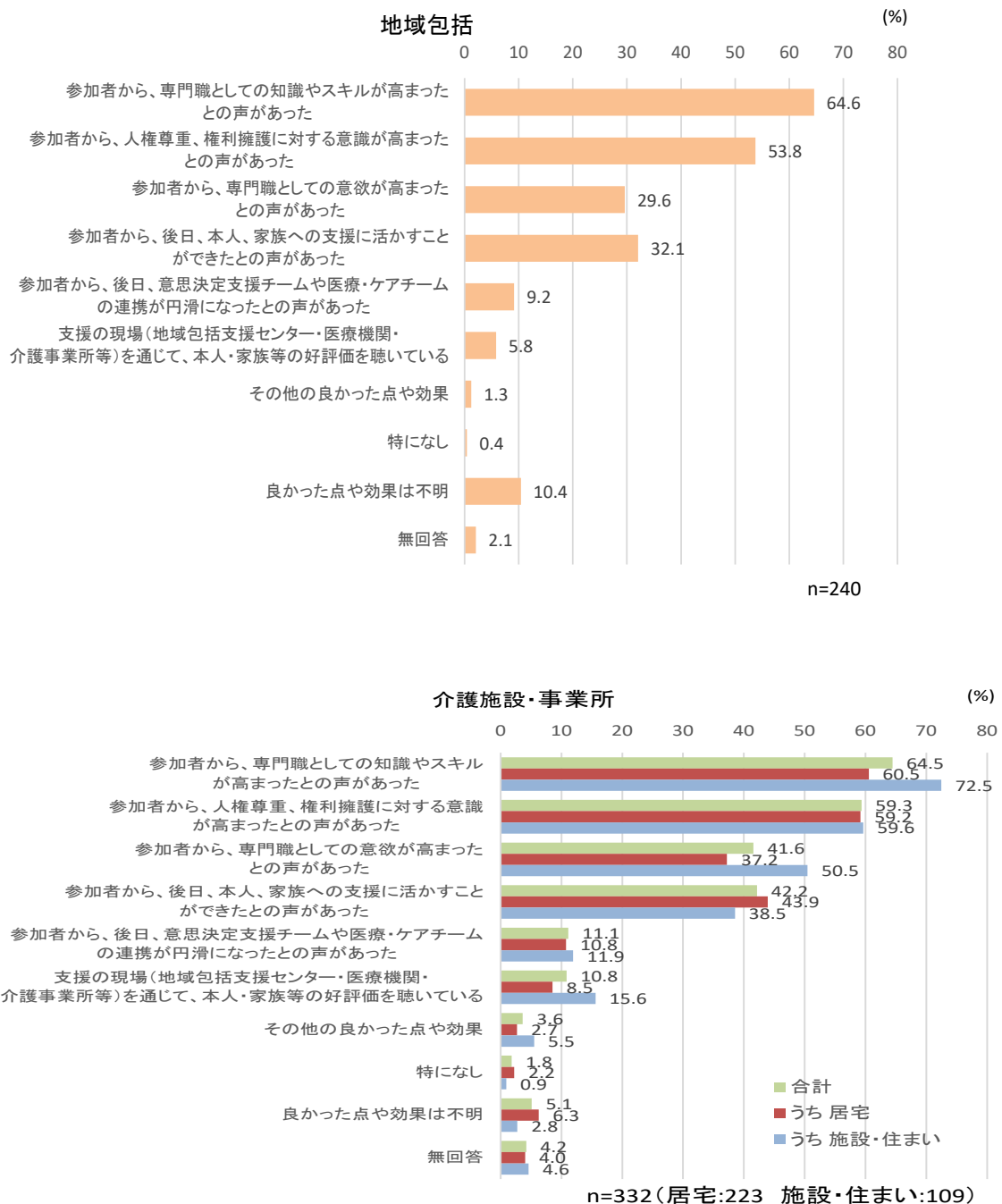
人数... (カテゴリ)

No.	選択肢	地域包括		介護施設・事業所					
		n	%	合計		うち 居宅		うち 施設・住まい	
1	1人以下	47	30.9	86	35.1	69	40.1	17	23.3
2	1人超～2人以下	28	18.4	50	20.4	35	20.3	15	20.5
3	2人超～3人以下	21	13.8	33	13.5	22	12.8	11	15.1
4	3人超～5人以下	21	13.8	27	11.0	20	11.6	7	9.6
5	5人超	25	16.4	36	14.7	15	8.7	21	28.8
	無回答	10	6.6	13	5.3	11	6.4	2	2.7
	非該当	387		583		277		306	
	全体	152	100.0	245	100.0	172	100.0	73	100.0

⑦意思決定支援に関する研修や勉強会に参加した効果について

認知症の高齢者等に対する意思決定支援に関する研修や勉強会に参加した場合、参加した効果について尋ねたところ、地域包括支援センターについては、「参加者から、専門職としての知識やスキルが高まったとの声があった」が64.6%、「参加者から、人権尊重、権利擁護に対する意識が高まったとの声があった」が53.8%、介護施設・事業所については、「参加者から、専門職としての知識やスキルが高まったとの声があった」が64.5%（うち、居宅：60.5%、施設・住まい：72.5%）、「参加者から、人権尊重、権利擁護に対する意識が高まったとの声があった」が59.3%（うち、居宅：59.2%、施設・住まい：59.6%）であった。

図表 87 研修に参加した効果



研修に参加して良かった点や効果がみられた点を教えてください。...(MA)

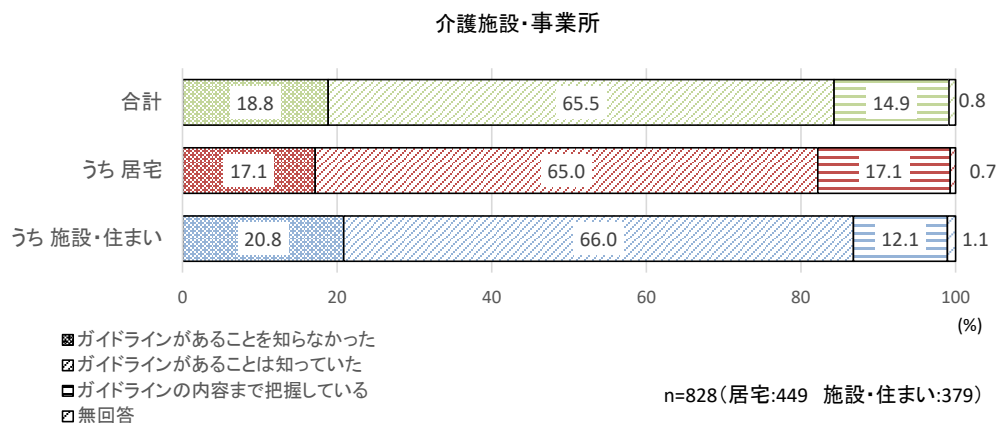
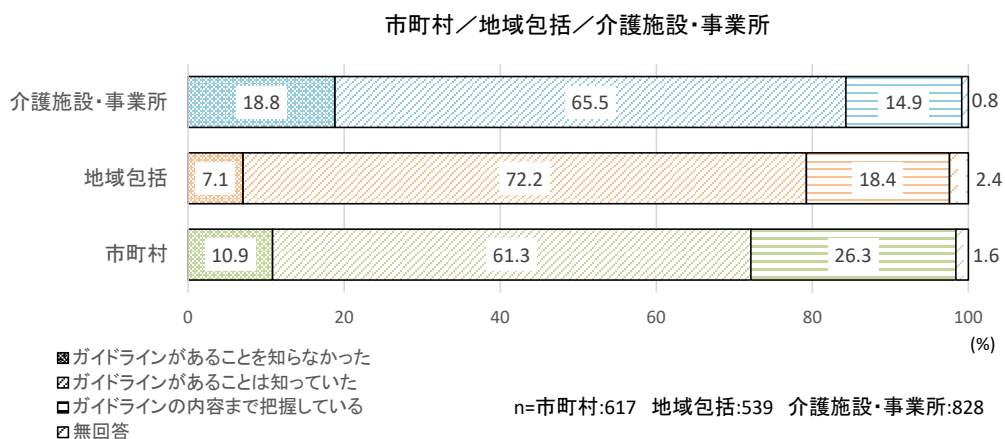
No.	選択肢	地域包括		介護施設・事業所					
				合計		うち 居宅		うち 施設・住まい	
		n	%	n	%	n	%	n	%
1	参加者から、専門職としての知識やスキルが高まったとの声があった	155	64.6	214	64.5	135	60.5	79	72.5
2	参加者から、人権尊重、権利擁護に対する意識が高まったとの声があった	129	53.8	197	59.3	132	59.2	65	59.6
3	参加者から、専門職としての意欲が高まったとの声があった	71	29.6	138	41.6	83	37.2	55	50.5
4	参加者から、後日、本人、家族への支援に活かすことができたとの声があった	77	32.1	140	42.2	98	43.9	42	38.5
5	参加者から、後日、意思決定支援チームや医療・ケアチームの連携が円滑になったとの声があった	22	9.2	37	11.1	24	10.8	13	11.9
6	支援の現場（地域包括支援センター・医療機関・介護事業所等）を通じて、本人・家族等の好評価を聴いている	14	5.8	36	10.8	19	8.5	17	15.6
7	その他の良かった点や効果	3	1.3	12	3.6	6	2.7	6	5.5
8	特になし	1	0.4	6	1.8	5	2.2	1	0.9
9	良かった点や効果は不明	25	10.4	17	5.1	14	6.3	3	2.8
	無回答	5	2.1	14	4.2	9	4.0	5	4.6
	非該当	299	-	496	-	226	-	270	-
	全体	240		332		223		109	

（６）意思決定支援に関するガイドライン等の認知・周知・啓発の状況

①ガイドライン等の認知

「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」があることを知っていたか尋ねたところ、「ガイドラインがあることは知っていた」と回答があったのは、市町村では 61.3%、地域包括支援センターでは 72.2%、介護施設・事業所では 65.5%（うち居宅：65.0%、施設・住まい：66.0%）であった。

図表 88 （１）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



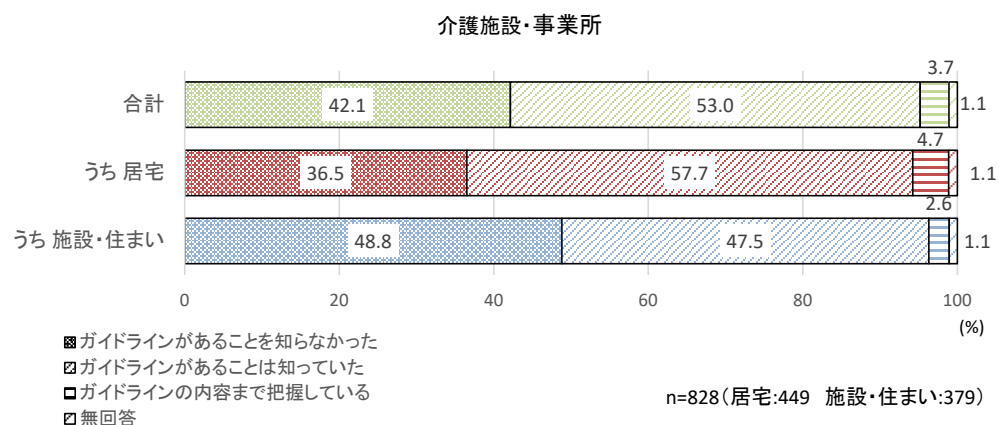
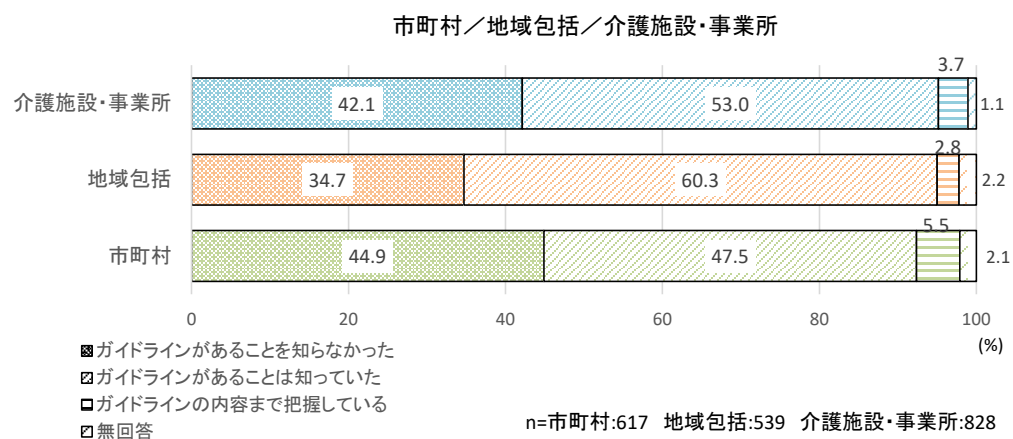
あなたは、意思決定支援に関する国のガイドライン等を知っていましたか。

（１）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 ... (SA)

No.	選択肢	市町村		地域包括		介護施設・事業所					
						合計		うち 居宅		うち 施設・住まい	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
1	ガイドラインがあることを知らなかった	67	10.9	38	7.1	156	18.8	77	17.1	79	20.8
2	ガイドラインがあることは知っていた	378	61.3	389	72.2	542	65.5	292	65.0	250	66.0
3	ガイドラインの内容まで把握している	162	26.3	99	18.4	123	14.9	77	17.1	46	12.1
	無回答	10	1.6	13	2.4	7	0.8	3	0.7	4	1.1
	全体	617	100.0	539	100.0	828	100.0	449	100.0	379	100.0

「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」があることを知っていたか尋ねたところ、「ガイドラインがあることは知っていた」と回答があったのは、市町村では47.5%、地域包括支援センターでは60.3%、介護施設・事業所では53.0%（うち居宅：57.7%、施設・住まい：47.5%）であった。

図表 89 （２）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

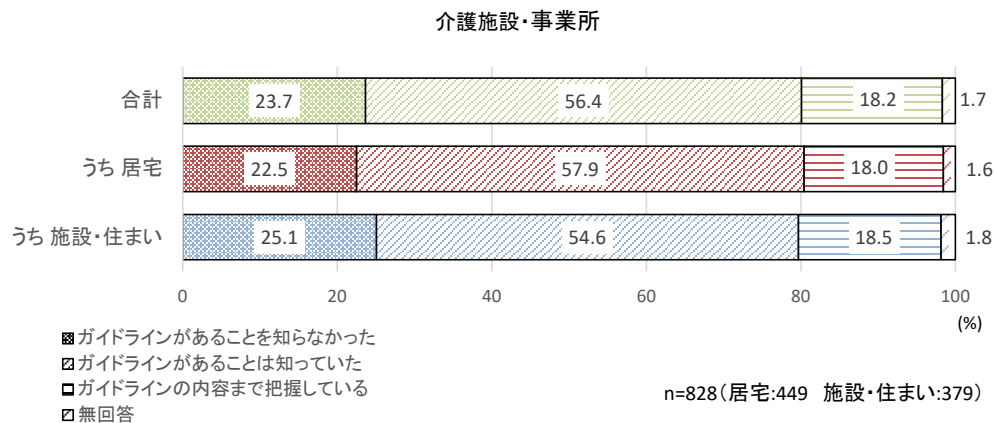
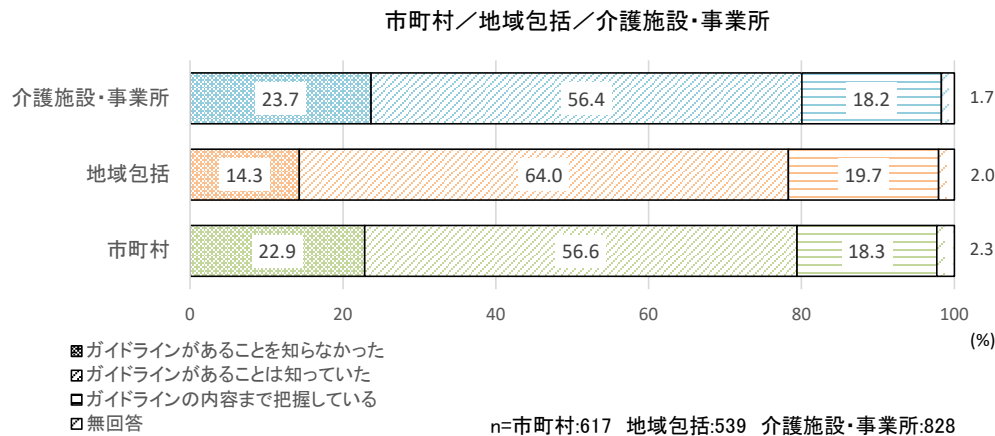


(２) 障害福祉サービス等の提供に係る意思決定支援ガイドライン ... (S A)

No.	選択肢	市町村		地域包括		介護施設・事業所					
						合計		うち 居宅		うち 施設・住まい	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
1	ガイドラインがあることを知らなかった	277	44.9	187	34.7	349	42.1	164	36.5	185	48.8
2	ガイドラインがあることは知っていた	293	47.5	325	60.3	439	53.0	259	57.7	180	47.5
3	ガイドラインの内容まで把握している	34	5.5	15	2.8	31	3.7	21	4.7	10	2.6
	無回答	13	2.1	12	2.2	9	1.1	5	1.1	4	1.1
	全体	617	100.0	539	100.0	828	100.0	449	100.0	379	100.0

「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」があることを知っていたか尋ねたところ、「ガイドラインがあることは知っていた」と回答があったのは、市町村では 56.6%、地域包括支援センターでは 64.0%、介護施設・事業所では 56.4%（うち居宅：57.9%、施設・住まい：54.6%）であった。

図表 90（3）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

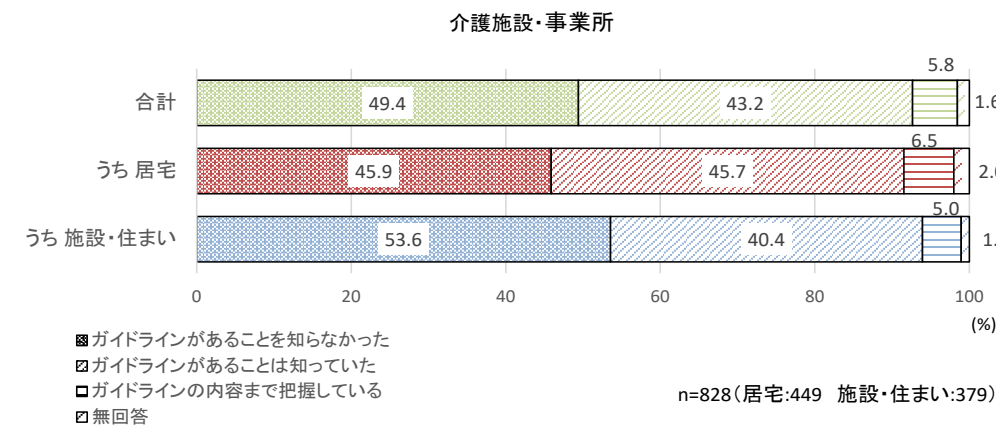
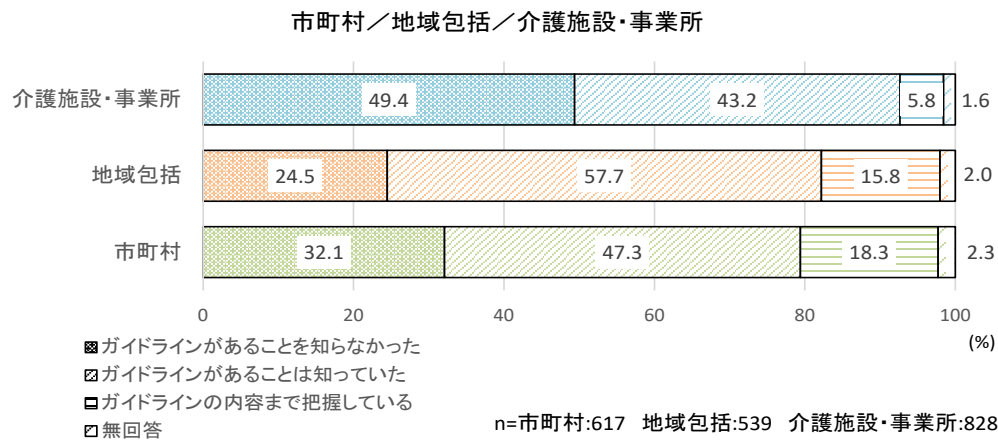


（3）人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン ... (SA)

No.	選択肢	市町村		地域包括		介護施設・事業所					
						合計		うち 居宅		うち 施設・住まい	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
1	ガイドラインがあることを知らなかった	141	22.9	77	14.3	196	23.7	101	22.5	95	25.1
2	ガイドラインがあることは知っていた	349	56.6	345	64.0	467	56.4	260	57.9	207	54.6
3	ガイドラインの内容まで把握している	113	18.3	106	19.7	151	18.2	81	18.0	70	18.5
	無回答	14	2.3	11	2.0	14	1.7	7	1.6	7	1.8
	全体	617	100.0	539	100.0	828	100.0	449	100.0	379	100.0

「身寄りがない人の入院及び医療に係る意思決定が困難な人の支援に関するガイドライン」があることを知っていたか尋ねたところ、「ガイドラインがあることは知っていた」と回答があったのは、市町村では 47.3%、地域包括支援センターでは 57.7%、介護施設・事業所では 43.2%（うち居宅：45.7%、施設・住まい：40.4%）であった。

図表 91 （４）身寄りがない人の入院及び医療に係る意思決定が困難な人の支援に関するガイドライン

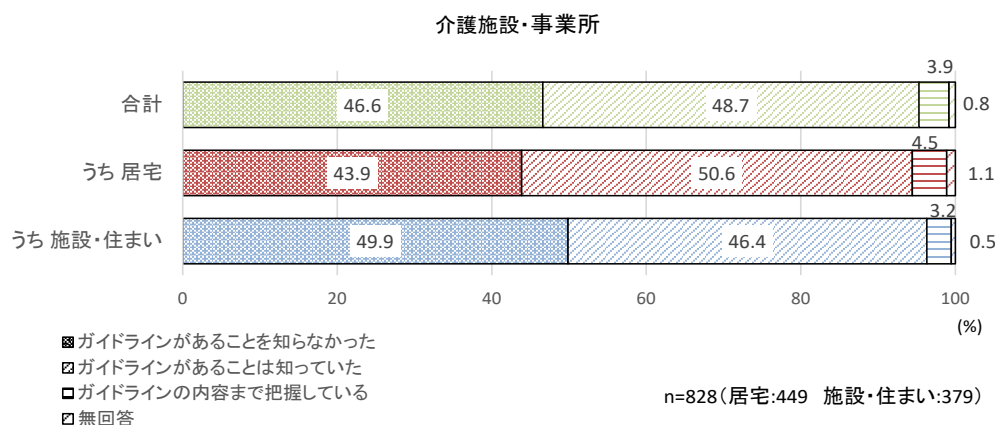
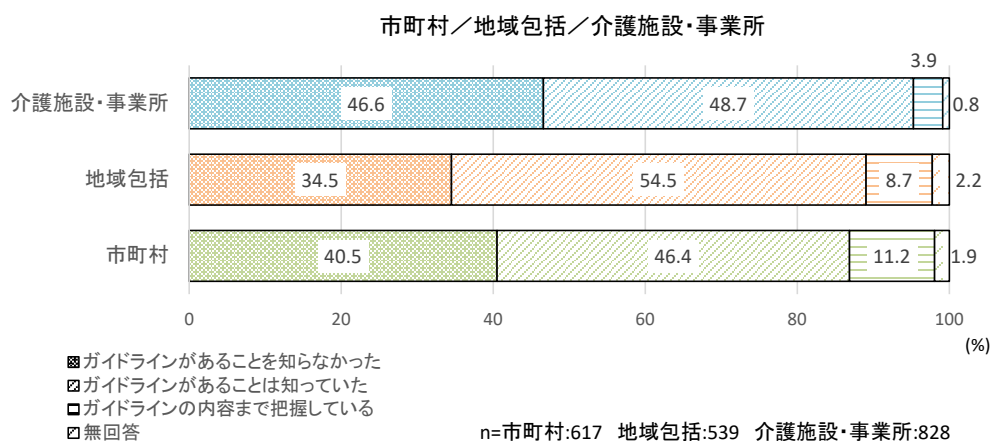


（４）身寄りがない人の入院及び医療に係る意思決定が困難な人の支援に関するガイドライン ... (SA)

No.	選択肢	市町村		地域包括		介護施設・事業所					
						合計		うち 居宅		うち 施設・住まい	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
1	ガイドラインがあることを知らなかった	198	32.1	132	24.5	409	49.4	206	45.9	203	53.6
2	ガイドラインがあることは知っていた	292	47.3	311	57.7	358	43.2	205	45.7	153	40.4
3	ガイドラインの内容まで把握している	113	18.3	85	15.8	48	5.8	29	6.5	19	5.0
	無回答	14	2.3	11	2.0	13	1.6	9	2.0	4	1.1
	全体	617	100.0	539	100.0	828	100.0	449	100.0	379	100.0

「意思決定支援を踏まえた後見事務のガイドライン」があることを知っていたか尋ねたところ、「ガイドラインがあることは知っていた」と回答があったのは、市町村では 46.4%、地域包括支援センターでは 54.5%、介護施設・事業所では 48.7%（うち居宅：50.6%、施設・住まい：46.4%）であった。

図表 92 （５）意思決定支援を踏まえた後見事務のガイドライン

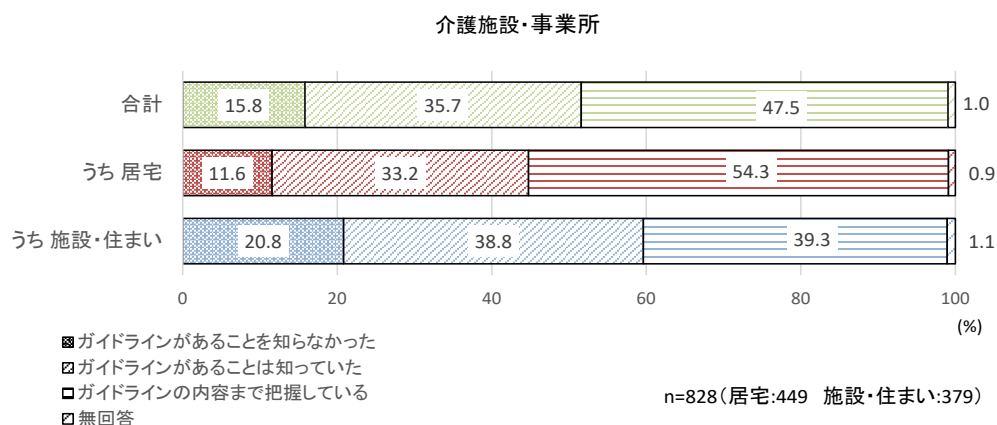
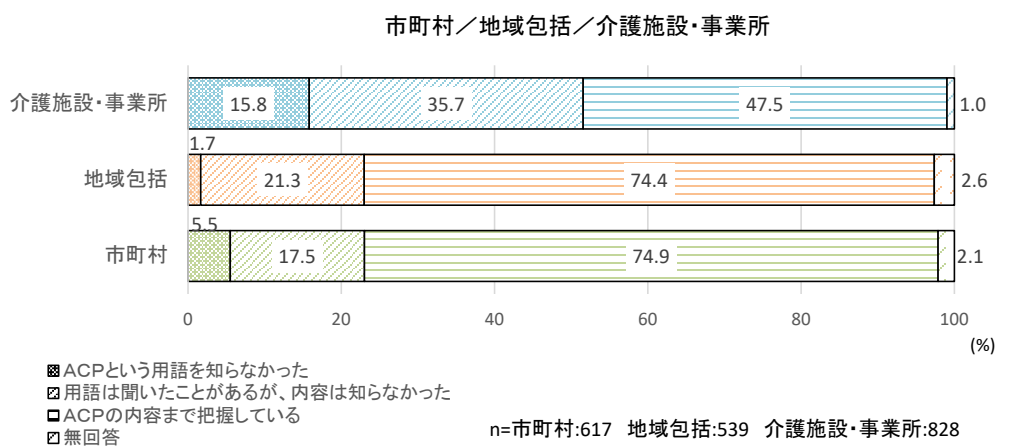


（５）意思決定支援を踏まえた後見事務のガイドライン …(SA)

No.	選択肢	市町村		地域包括		介護施設・事業所					
						合計		うち 居宅		うち 施設・住まい	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
1	ガイドラインがあることを知らなかった	250	40.5	186	34.5	386	46.6	197	43.9	189	49.9
2	ガイドラインがあることは知っていた	286	46.4	294	54.5	403	48.7	227	50.6	176	46.4
3	ガイドラインの内容まで把握している	69	11.2	47	8.7	32	3.9	20	4.5	12	3.2
	無回答	12	1.9	12	2.2	7	0.8	5	1.1	2	0.5
	全体	617	100.0	539	100.0	828	100.0	449	100.0	379	100.0

「人生会議（ACP）」があることを知っていたか尋ねたところ、「ACP の内容まで把握している」との回答が最も多く、市町村では 74.9%、地域包括支援センターでは 74.4%、介護施設・事業所では 47.5%（うち居宅：54.3%、施設・住まい：39.3%）であった。

図表 93 （６）人生会議（ACP）



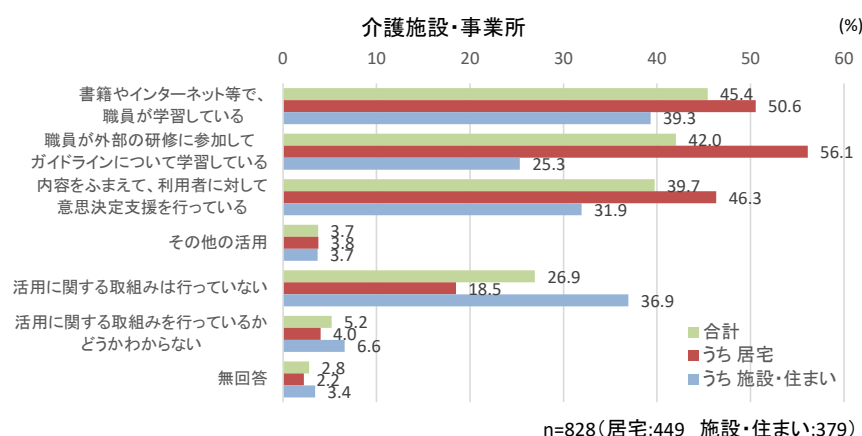
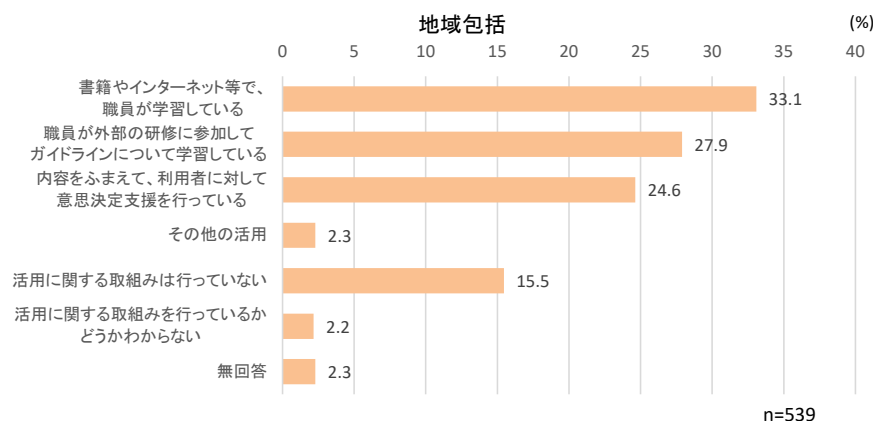
（６）人生会議（ACP） …（SA）

No.	選択肢	市町村		地域包括		介護施設・事業所					
						合計		うち 居宅		うち 施設・住まい	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
1	ACPという用語を知らなかった	34	5.5	9	1.7	131	15.8	52	11.6	79	20.8
2	用語は聞いたことがあるが、内容は知らない	108	17.5	115	21.3	296	35.7	149	33.2	147	38.8
3	ACPの内容まで把握している	462	74.9	401	74.4	393	47.5	244	54.3	149	39.3
	無回答	13	2.1	14	2.6	8	1.0	4	0.9	4	1.1
	全体	617	100.0	539	100.0	828	100.0	449	100.0	379	100.0

②ガイドラインの活用方法

「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」をどのように活用しているか尋ねたところ、地域包括支援センターでは「書籍やインターネット等で、職員が学習している」が33.1%、「職員が外部の研修に参加してガイドラインについて学習している」が27.9%、介護施設・事業所では「書籍やインターネット等で、職員が学習している」が45.4%（うち居宅：50.6%、施設・住まい：39.3%）、「職員が外部の研修に参加してガイドラインについて学習している」が42.0%（うち居宅：56.1%、施設・住まい：25.3%）であった。

図表 94 （１）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



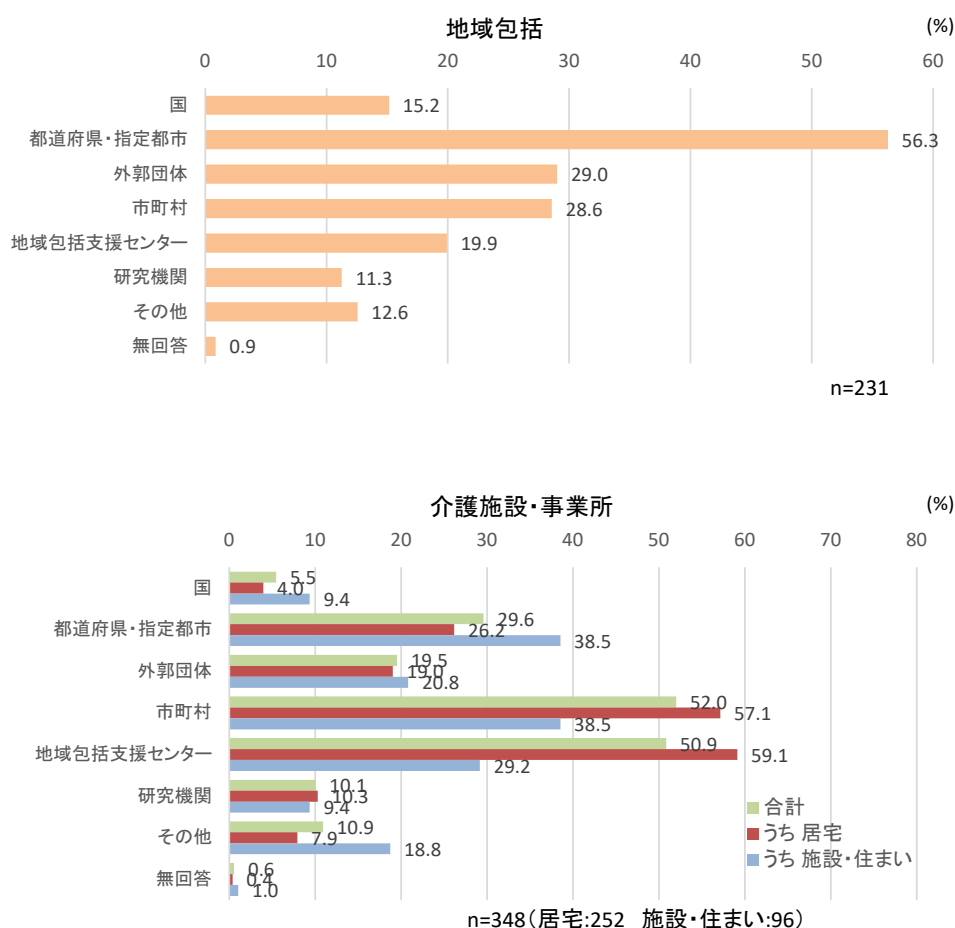
意思決定支援に関する国のガイドライン等をどのように活用していますか。あなた以外の職員等も含めてご回答ください。

(１) 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 ... (MA)

No.	選択肢	地域包括		介護施設・事業所					
				合計		うち 居宅		うち 施設・住まい	
		n	%	n	%	n	%	n	%
1	書籍やインターネット等で、職員が学習している	274	33.1	376	45.4	227	50.6	149	39.3
2	職員が外部の研修に参加してガイドラインについて学習している	231	27.9	348	42.0	252	56.1	96	25.3
3	内容をふまえて、利用者に対して意思決定支援を行っている	204	24.6	329	39.7	208	46.3	121	31.9
4	その他の活用	19	2.3	31	3.7	17	3.8	14	3.7
5	活用に関する取組みは行っていない	128	15.5	223	26.9	83	18.5	140	36.9
6	活用に関する取組みを行っているかどうか分からない	18	2.2	43	5.2	18	4.0	25	6.6
	無回答	19	2.3	23	2.8	10	2.2	13	3.4
	全体	539		828		449		379	

「2.職員が外部の研修に参加してガイドラインについて学習している」と回答した場合、研修の実施主体について尋ねたところ、地域包括支援センターでは「都道府県・指定都市」が 56.3%、「外郭団体」が 29.0%、介護施設・事業所では「市町村」が 52.0%（うち居宅：57.1%、施設・住まい：38.5%）、「地域包括支援センター」が 50.9%（うち居宅：59.1%、施設・住まい：29.2%）であった。

図表 95 ※（「2.職員が外部の研修に参加してガイドラインについて学習している」を選択した場合）研修の実施主体

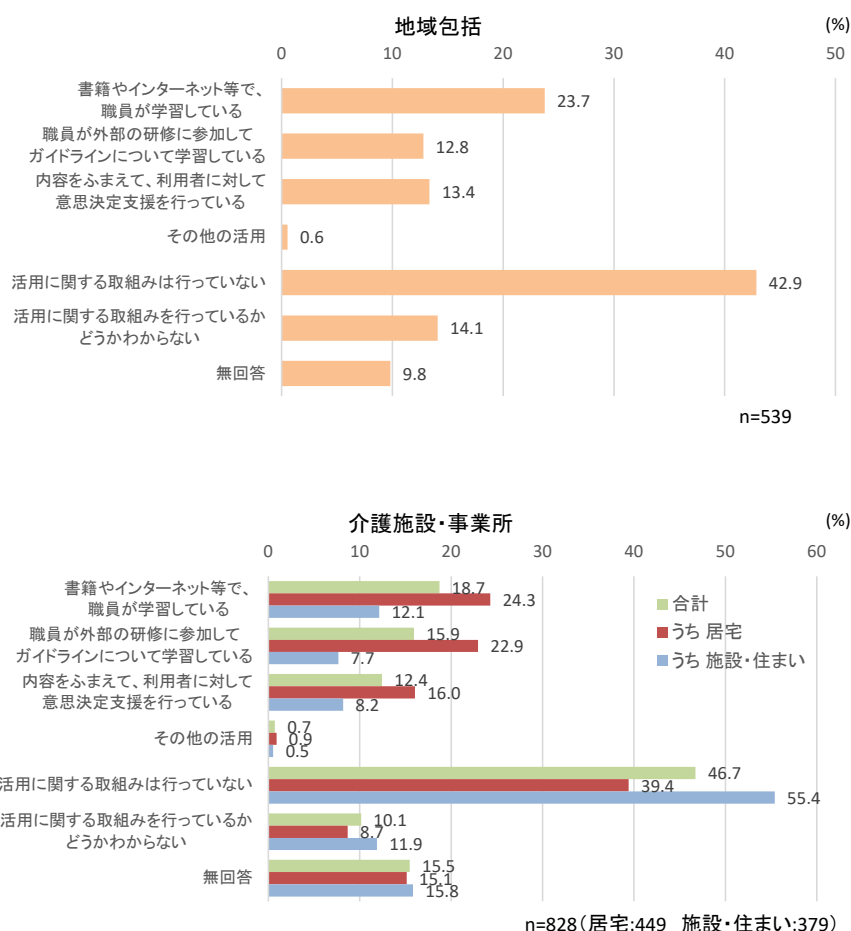


※（「2.職員が外部の研修に参加してガイドラインについて学習している」を選択した場合）研修の実施主体を選択

No.	選択肢	地域包括		介護施設・事業所					
				合計		うち 居宅		うち 施設・住まい	
		n	%	n	%	n	%	n	%
1	国	35	15.2	19	5.5	10	4.0	9	9.4
2	都道府県・指定都市	130	56.3	103	29.6	66	26.2	37	38.5
3	外郭団体	67	29.0	68	19.5	48	19.0	20	20.8
4	市町村	66	28.6	181	52.0	144	57.1	37	38.5
5	地域包括支援センター	46	19.9	177	50.9	149	59.1	28	29.2
6	研究機関	26	11.3	35	10.1	26	10.3	9	9.4
7	その他	29	12.6	38	10.9	20	7.9	18	18.8
	無回答	2	0.9	2	0.6	1	0.4	1	1.0
	非該当	308	-	480	-	197	-	283	-
	全体	231		348		252		96	

「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」をどのように活用しているか尋ねたところ、地域包括支援センターでは「活用に関する取組みは行っていない」が42.9%、「書籍やインターネット等で、職員が学習している」が23.7%、介護施設・事業所では「活用に関する取組みは行っていない」が46.7%（うち居宅：39.4%、施設・住まい：55.4%）、「書籍やインターネット等で、職員が学習している」が18.7%（うち居宅：24.3%、施設・住まい：12.1%）であった。

図表 96 （２）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

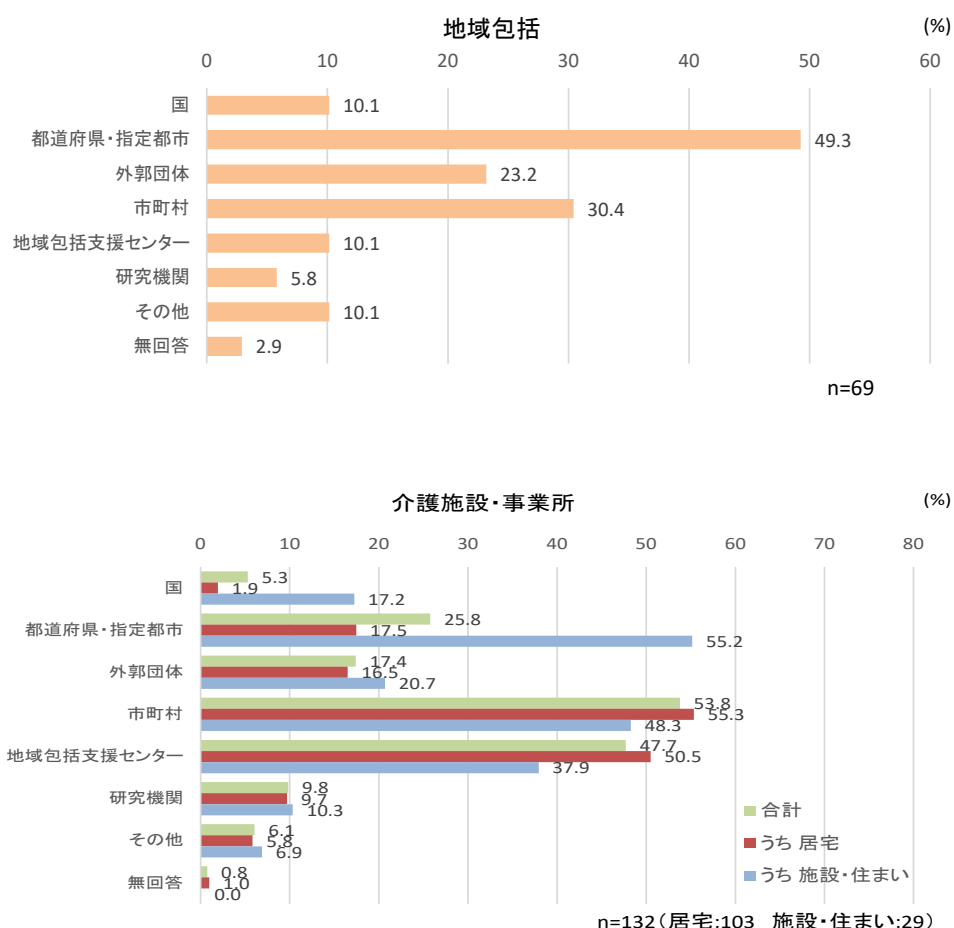


(２) 障害福祉サービス等の提供に係る意思決定支援ガイドライン ... (MA)

No.	選択肢	地域包括		介護施設・事業所					
				合計		うち 居宅		うち 施設・住まい	
		n	%	n	%	n	%	n	%
1	書籍やインターネット等で、職員が学習している	128	23.7	155	18.7	109	24.3	46	12.1
2	職員が外部の研修に参加してガイドラインについて学習している	69	12.8	132	15.9	103	22.9	29	7.7
3	内容をふまえて、利用者に対して意思決定支援を行っている	72	13.4	103	12.4	72	16.0	31	8.2
4	その他の活用	3	0.6	6	0.7	4	0.9	2	0.5
5	活用に関する取組みは行っていない	231	42.9	387	46.7	177	39.4	210	55.4
6	活用に関する取組みを行っているかどうかわからない	76	14.1	84	10.1	39	8.7	45	11.9
	無回答	53	9.8	128	15.5	68	15.1	60	15.8
	全体	539		828		449		379	

「2.職員が外部の研修に参加してガイドラインについて学習している」と回答した場合、研修の実施主体について尋ねたところ、地域包括支援センターでは「都道府県・指定都市」が49.3%、「市町村」が30.4%、介護施設・事業所では「市町村」が53.8%（うち居宅：55.3%、施設・住まい：48.3%）、「地域包括支援センター」が47.7%（うち居宅：50.5%、施設・住まい：37.9%）であった。

図表 97 ※（「2.職員が外部の研修に参加してガイドラインについて学習している」を選択した場合）研修の実施主体

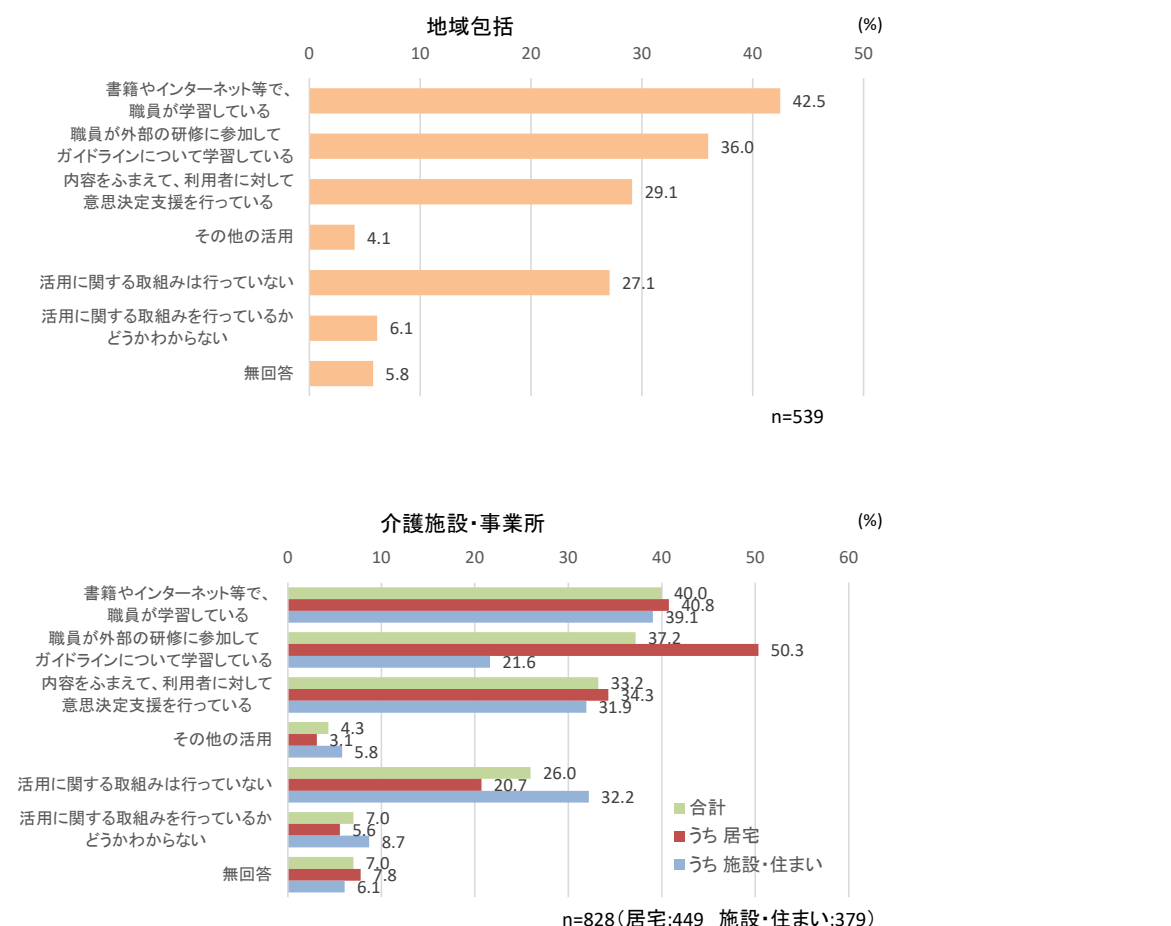


※（「2.職員が外部の研修に参加してガイドラインについて学習している」を選択した場合）研修の実施主体を選択

No.	選択肢	地域包括		介護施設・事業所					
				合計		うち 居宅		うち 施設・住まい	
		n	%	n	%	n	%	n	%
1	国	7	10.1	7	5.3	2	1.9	5	17.2
2	都道府県・指定都市	34	49.3	34	25.8	18	17.5	16	55.2
3	外郭団体	16	23.2	23	17.4	17	16.5	6	20.7
4	市町村	21	30.4	71	53.8	57	55.3	14	48.3
5	地域包括支援センター	7	10.1	63	47.7	52	50.5	11	37.9
6	研究機関	4	5.8	13	9.8	10	9.7	3	10.3
7	その他	7	10.1	8	6.1	6	5.8	2	6.9
	無回答	2	2.9	1	0.8	1	1.0	0	0.0
	非該当	470	-	696	-	346	-	350	-
	全体	69		132		103		29	

「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」をどのように活用しているか尋ねたところ、地域包括支援センターでは「書籍やインターネット等で、職員が学習している」が42.5%、「職員が外部の研修に参加してガイドラインについて学習している」が36.0%、介護施設・事業所では「書籍やインターネット等で、職員が学習している」が40.0%（うち居宅：40.8%、施設・住まい：39.1%）、「職員が外部の研修に参加してガイドラインについて学習している」が37.2%（うち居宅：50.3%、施設・住まい：21.6%）であった。

図表 98（3）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

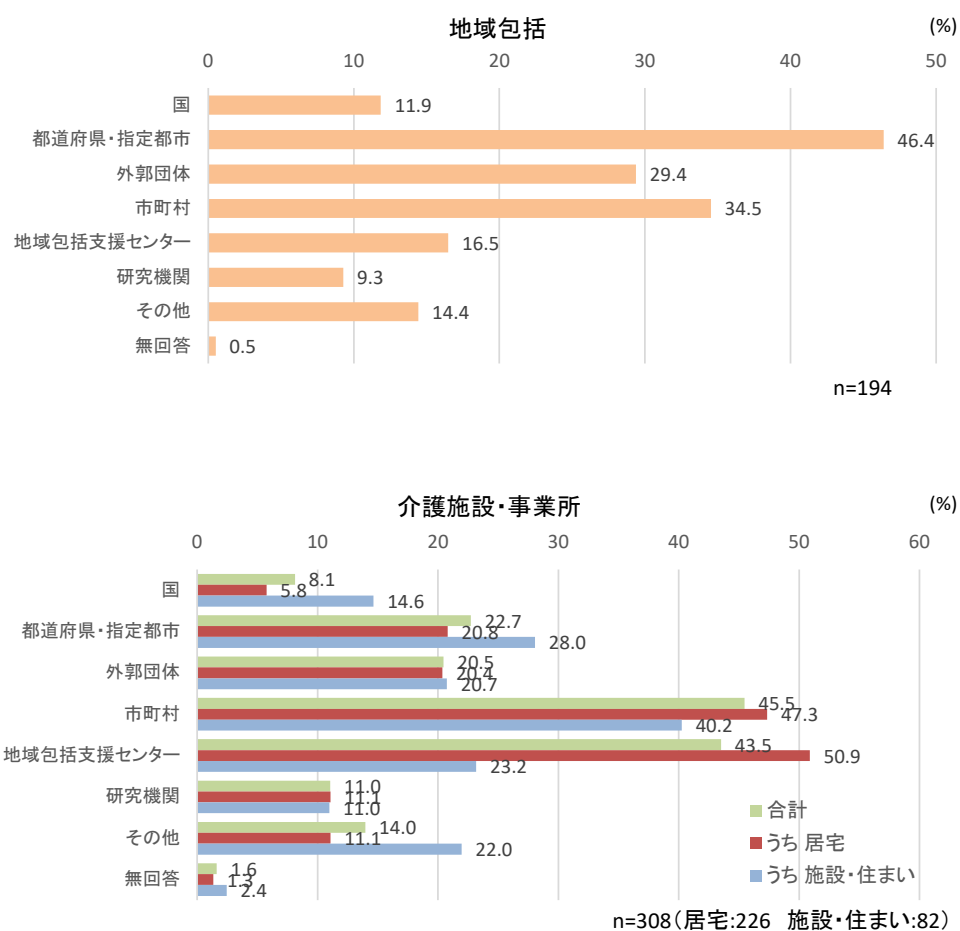


（3）人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン ... (MA)

No.	選択肢	地域包括		介護施設・事業所					
				合計		うち 居宅		うち 施設・住まい	
		n	%	n	%	n	%	n	%
1	書籍やインターネット等で、職員が学習している	229	42.5	331	40.0	183	40.8	148	39.1
2	職員が外部の研修に参加してガイドラインについて学習している	194	36.0	308	37.2	226	50.3	82	21.6
3	内容をふまえて、利用者に対して意思決定支援を行っている	157	29.1	275	33.2	154	34.3	121	31.9
4	その他の活用	22	4.1	36	4.3	14	3.1	22	5.8
5	活用に関する取組みは行っていない	146	27.1	215	26.0	93	20.7	122	32.2
6	活用に関する取組みを行っているかどうかわからない	33	6.1	58	7.0	25	5.6	33	8.7
	無回答	31	5.8	58	7.0	35	7.8	23	6.1
	全体	539		828		449		379	

「2.職員が外部の研修に参加してガイドラインについて学習している」と回答した場合、研修の実施主体について尋ねたところ、地域包括支援センターでは「都道府県・指定都市」が46.4%、「市町村」が34.5%、介護施設・事業所では「市町村」が45.5%（うち居宅：47.3%、施設・住まい：40.2%）、「地域包括支援センター」が43.5%（うち居宅：50.9%、施設・住まい：23.2%）であった。

図表 99 ※（「2.職員が外部の研修に参加してガイドラインについて学習している」を選択した場合）研修の実施主体

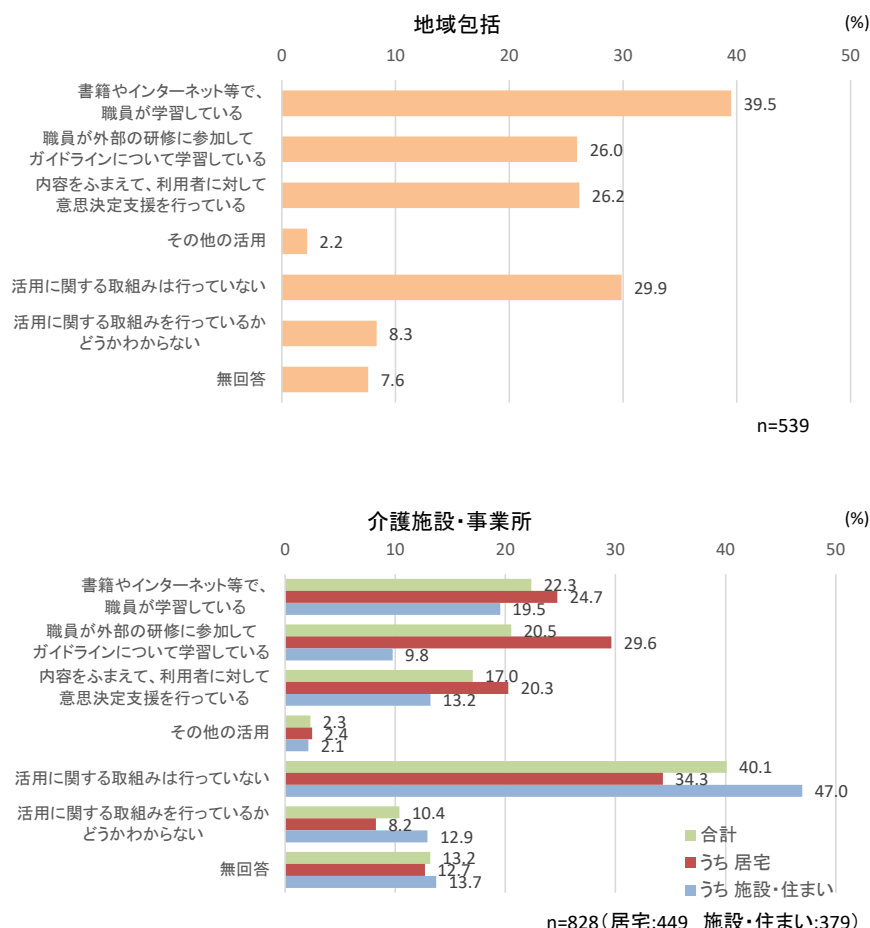


※（「2.職員が外部の研修に参加してガイドラインについて学習している」を選択した場合）研修の実施主体を選択

No.	選択肢	地域包括		介護施設・事業所					
				合計		うち 居宅		うち 施設・住まい	
		n	%	n	%	n	%	n	%
1	国	23	11.9	25	8.1	13	5.8	12	14.6
2	都道府県・指定都市	90	46.4	70	22.7	47	20.8	23	28.0
3	外郭団体	57	29.4	63	20.5	46	20.4	17	20.7
4	市町村	67	34.5	140	45.5	107	47.3	33	40.2
5	地域包括支援センター	32	16.5	134	43.5	115	50.9	19	23.2
6	研究機関	18	9.3	34	11.0	25	11.1	9	11.0
7	その他	28	14.4	43	14.0	25	11.1	18	22.0
	無回答	1	0.5	5	1.6	3	1.3	2	2.4
	非該当	345	-	520	-	223	-	297	-
	全体	194		308		226		82	

「身寄りがない人の入院及び医療に係る意思決定が困難な人の支援に関するガイドライン」をどのように活用しているか尋ねたところ、地域包括支援センターでは「書籍やインターネット等で、職員が学習している」が39.5%、「活用に関する取組みは行っていない」が29.9%、介護施設・事業所では「活用に関する取組みは行っていない」が40.1%（うち居宅：34.3%、施設・住まい：47.0%）、「書籍やインターネット等で、職員が学習している」が22.3%（うち居宅：24.7%、施設・住まい：19.5%）であった。

図表 100（４）身寄りがない人の入院及び医療に係る意思決定が困難な人の支援に関するガイドライン

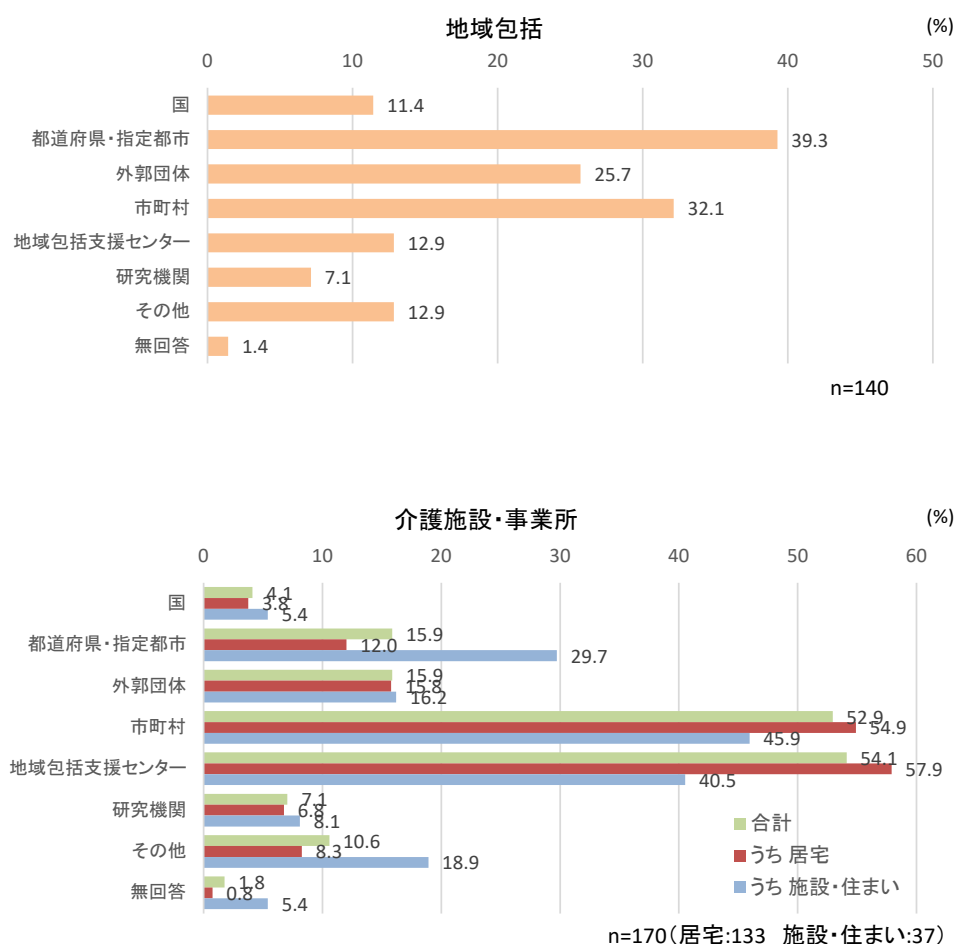


（４）身寄りがない人の入院及び医療に係る意思決定が困難な人の支援に関するガイドライン ... (MA)

No.	選択肢	地域包括		介護施設・事業所					
				合計		うち 居宅		うち 施設・住まい	
		n	%	n	%	n	%	n	%
1	書籍やインターネット等で、職員が学習している	213	39.5	185	22.3	111	24.7	74	19.5
2	職員が外部の研修に参加してガイドラインについて学習している	140	26.0	170	20.5	133	29.6	37	9.8
3	内容をふまえて、利用者に対して意思決定支援を行っている	141	26.2	141	17.0	91	20.3	50	13.2
4	その他の活用	12	2.2	19	2.3	11	2.4	8	2.1
5	活用に関する取組みは行っていない	161	29.9	332	40.1	154	34.3	178	47.0
6	活用に関する取組みを行っているかどうかわからない	45	8.3	86	10.4	37	8.2	49	12.9
	無回答	41	7.6	109	13.2	57	12.7	52	13.7
	全体	539		828		449		379	

「2.職員が外部の研修に参加してガイドラインについて学習している」と回答した場合、研修の実施主体について尋ねたところ、地域包括支援センターでは「都道府県・指定都市」が39.3%、「市町村」が32.1%、介護施設・事業所では「地域包括支援センター」が54.1%（うち居宅：57.9%、施設・住まい：40.5%）、「市町村」が52.9%（うち居宅：54.9%、施設・住まい：45.9%）であった。

図表 101 ※（「2.職員が外部の研修に参加してガイドラインについて学習している」を選択した場合）研修の実施主体

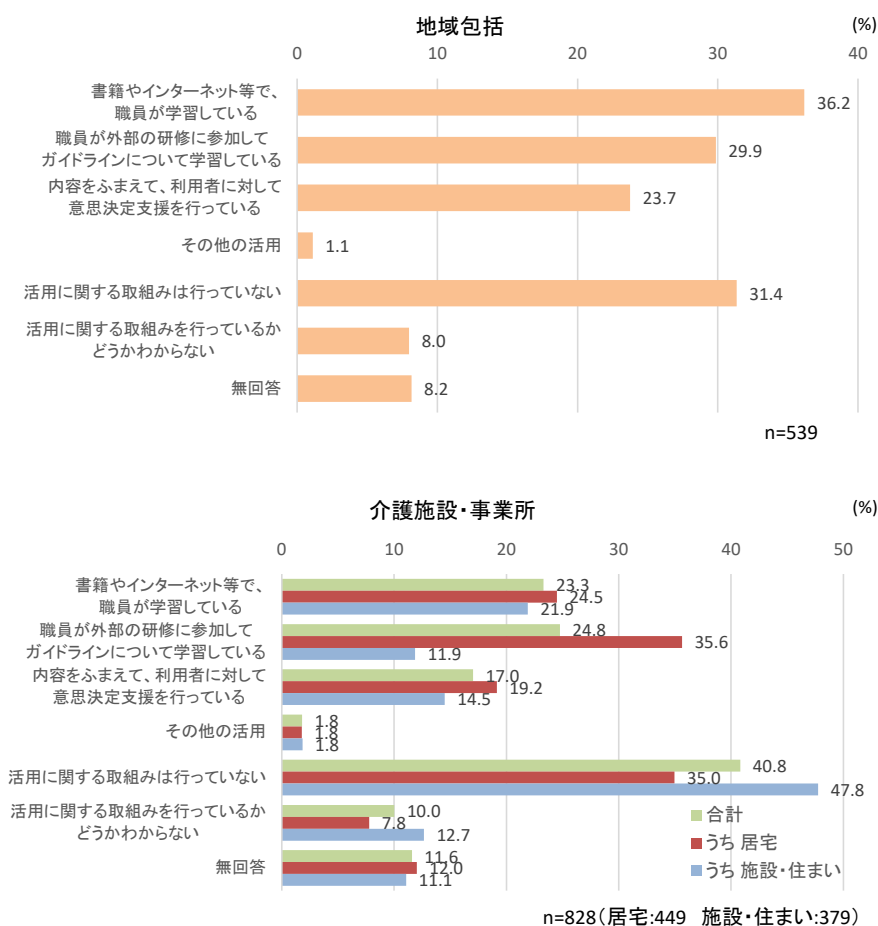


※（「2.職員が外部の研修に参加してガイドラインについて学習している」を選択した場合）研修の実施主体を選択

No.	選択肢	地域包括		介護施設・事業所					
				合計		うち 居宅		うち 施設・住まい	
		n	%	n	%	n	%	n	%
1	国	16	11.4	7	4.1	5	3.8	2	5.4
2	都道府県・指定都市	55	39.3	27	15.9	16	12.0	11	29.7
3	外郭団体	36	25.7	27	15.9	21	15.8	6	16.2
4	市町村	45	32.1	90	52.9	73	54.9	17	45.9
5	地域包括支援センター	18	12.9	92	54.1	77	57.9	15	40.5
6	研究機関	10	7.1	12	7.1	9	6.8	3	8.1
7	その他	18	12.9	18	10.6	11	8.3	7	18.9
	無回答	2	1.4	3	1.8	1	0.8	2	5.4
	非該当	399	-	658	-	316	-	342	-
	全体	140		170		133		37	

「意思決定支援を踏まえた後見事務のガイドライン」をどのように活用しているか尋ねたところ、地域包括支援センターでは「書籍やインターネット等で、職員が学習している」が36.2%、「活用に関する取組みは行っていない」が31.4%、介護施設・事業所では「活用に関する取組みは行っていない」が40.8%（うち居宅：35.0%、施設・住まい：47.8%）、「職員が外部の研修に参加してガイドラインについて学習している」が24.8%（うち居宅：35.6%、施設・住まい：11.9%）であった。

図表 102（５）意思決定支援を踏まえた後見事務のガイドライン

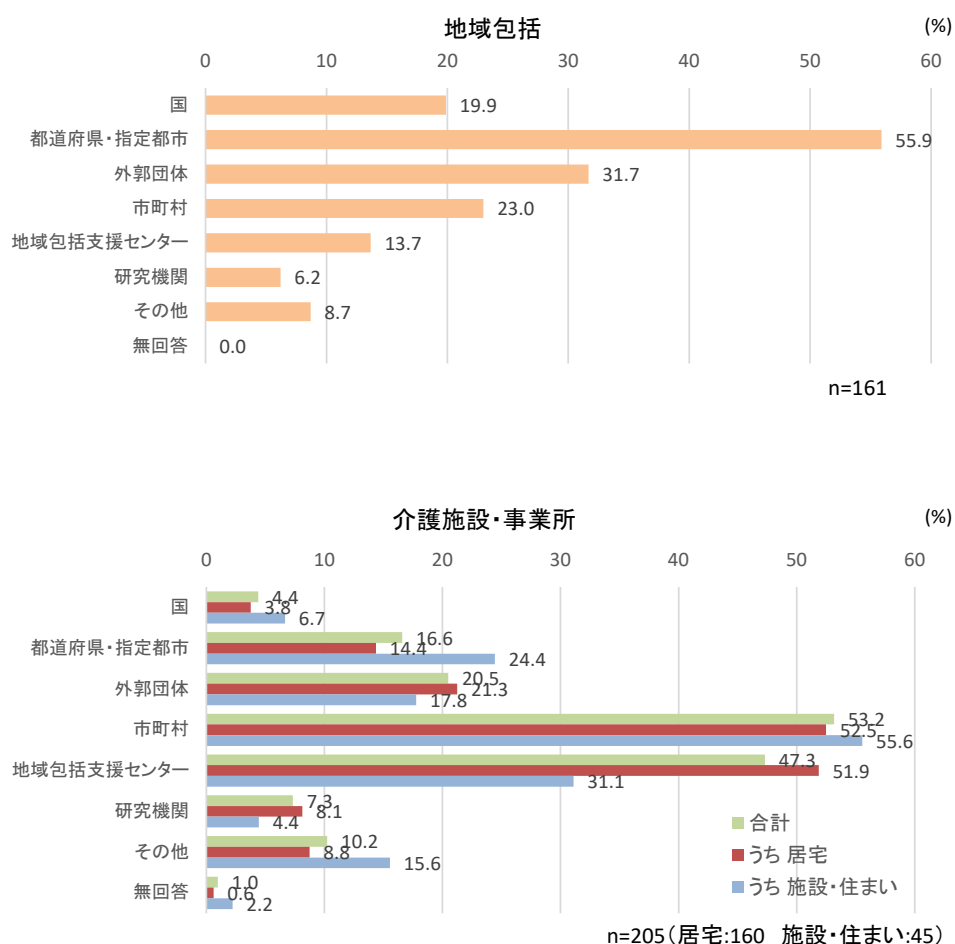


（５）意思決定支援を踏まえた後見事務のガイドライン ... (MA)

No.	選択肢	地域包括		介護施設・事業所					
				合計		うち 居宅		うち 施設・住まい	
		n	%	n	%	n	%	n	%
1	書籍やインターネット等で、職員が学習している	195	36.2	193	23.3	110	24.5	83	21.9
2	職員が外部の研修に参加してガイドラインについて学習している	161	29.9	205	24.8	160	35.6	45	11.9
3	内容をふまえて、利用者に対して意思決定支援を行っている	128	23.7	141	17.0	86	19.2	55	14.5
4	その他の活用	6	1.1	15	1.8	8	1.8	7	1.8
5	活用に関する取組みは行っていない	169	31.4	338	40.8	157	35.0	181	47.8
6	活用に関する取組みを行っているかどうかわからない	43	8.0	83	10.0	35	7.8	48	12.7
	無回答	44	8.2	96	11.6	54	12.0	42	11.1
	全体	539		828		449		379	

「2.職員が外部の研修に参加してガイドラインについて学習している」と回答した場合、研修の実施主体について尋ねたところ、地域包括支援センターでは「都道府県・指定都市」が 55.9%、「外郭団体」が 31.7%、介護施設・事業所では「市町村」が 53.2%（うち居宅：52.5%、施設・住まい：55.6%）、「地域包括支援センター」が 47.3%（うち居宅：51.9%、施設・住まい：31.1%）であった。

図表 103 ※（「2.職員が外部の研修に参加してガイドラインについて学習している」を選択した場合）研修の実施主体

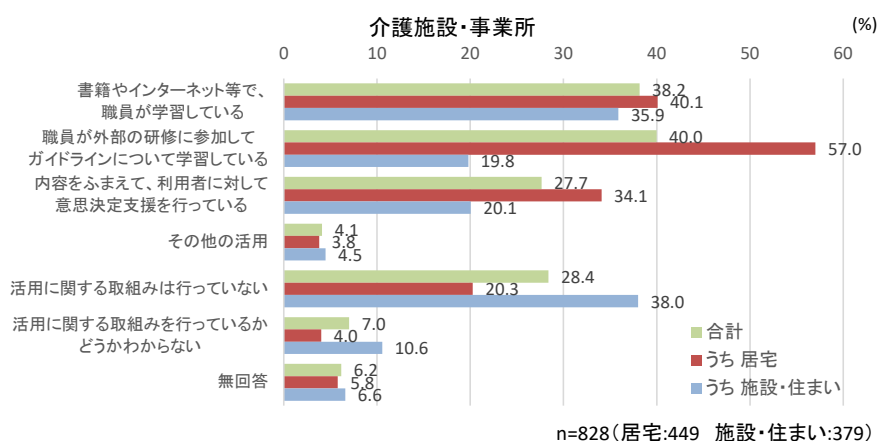
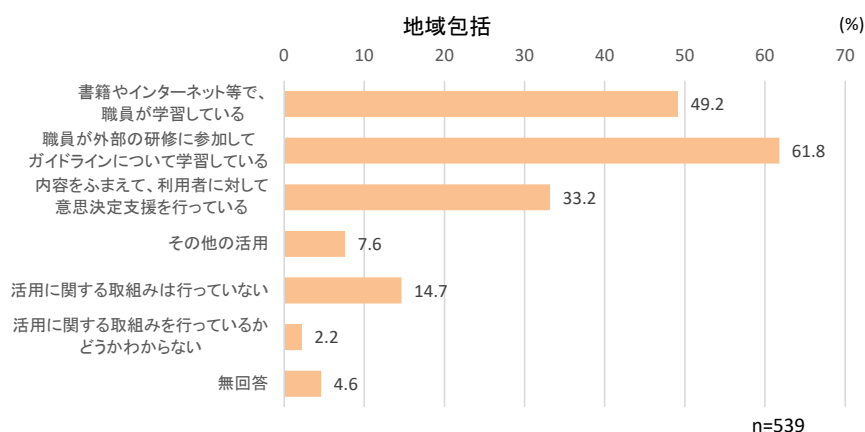


※（「2.職員が外部の研修に参加してガイドラインについて学習している」を選択した場合）研修の実施主体を選択

No.	選択肢	地域包括		介護施設・事業所					
				合計		うち 居宅		うち 施設・住まい	
		n	%	n	%	n	%	n	%
1	国	32	19.9	9	4.4	6	3.8	3	6.7
2	都道府県・指定都市	90	55.9	34	16.6	23	14.4	11	24.4
3	外郭団体	51	31.7	42	20.5	34	21.3	8	17.8
4	市町村	37	23.0	109	53.2	84	52.5	25	55.6
5	地域包括支援センター	22	13.7	97	47.3	83	51.9	14	31.1
6	研究機関	10	6.2	15	7.3	13	8.1	2	4.4
7	その他	14	8.7	21	10.2	14	8.8	7	15.6
	無回答	0	0.0	2	1.0	1	0.6	1	2.2
	非該当	378	-	623	-	289	-	334	-
	全体	161		205		160		45	

「人生会議（ACP）」をどのように活用しているか尋ねたところ、地域包括支援センターでは「職員が外部の研修に参加してガイドラインについて学習している」が 61.8%、「書籍やインターネット等で、職員が学習している」が 49.2%、介護施設・事業所では「職員が外部の研修に参加してガイドラインについて学習している」が 40.0%（うち居宅：57.0%、施設・住まい：19.8%）、「書籍やインターネット等で、職員が学習している」が 38.2%（うち居宅：40.1%、施設・住まい：35.9%）であった。

図表 104（6）人生会議（ACP）

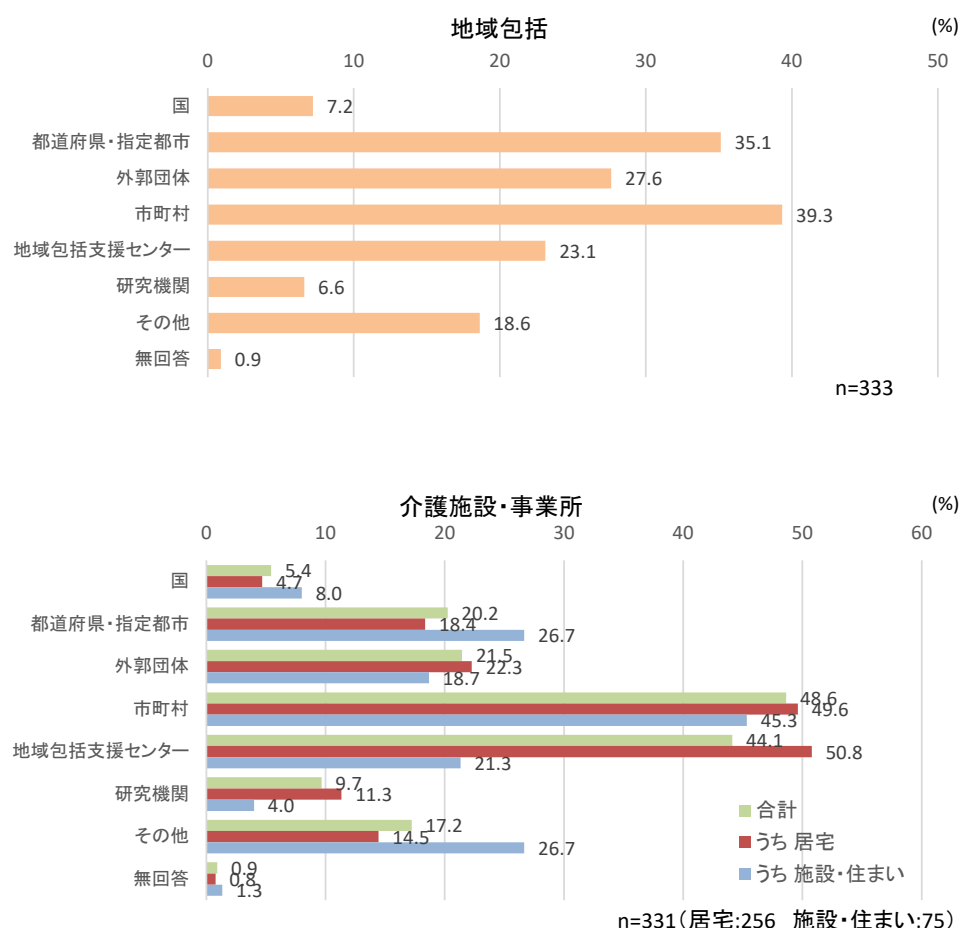


（6）人生会議（ACP）... (MA)

No.	選択肢	地域包括		介護施設・事業所					
		n	%	合計		うち 居宅		うち 施設・住まい	
				n	%	n	%	n	%
1	書籍やインターネット等で、職員が学習している	265	49.2	316	38.2	180	40.1	136	35.9
2	職員が外部の研修に参加してガイドラインについて学習している	333	61.8	331	40.0	256	57.0	75	19.8
3	内容をふまえて、利用者に対して意思決定支援を行っている	179	33.2	229	27.7	153	34.1	76	20.1
4	その他の活用	41	7.6	34	4.1	17	3.8	17	4.5
5	活用に関する取組みは行っていない	79	14.7	235	28.4	91	20.3	144	38.0
6	活用に関する取組みを行っているかどうか分からない	12	2.2	58	7.0	18	4.0	40	10.6
	無回答	25	4.6	51	6.2	26	5.8	25	6.6
	全体	539		828		449		379	

「2.職員が外部の研修に参加してガイドラインについて学習している」と回答した場合、研修の実施主体について尋ねたところ、地域包括支援センターでは「市町村」が 39.3%、「都道府県・指定都市」が 35.1%、介護施設・事業所では「市町村」が 48.6%（うち居宅：49.6%、施設・住まい：45.3%）、「地域包括支援センター」が 44.1%（うち居宅：50.8%、施設・住まい：21.3%）であった。

図表 105 ※（「2.職員が外部の研修に参加してガイドラインについて学習している」を選択した場合）研修の実施主体



※（「2.職員が外部の研修に参加してガイドラインについて学習している」を選択した場合）研修の実施主体を選択

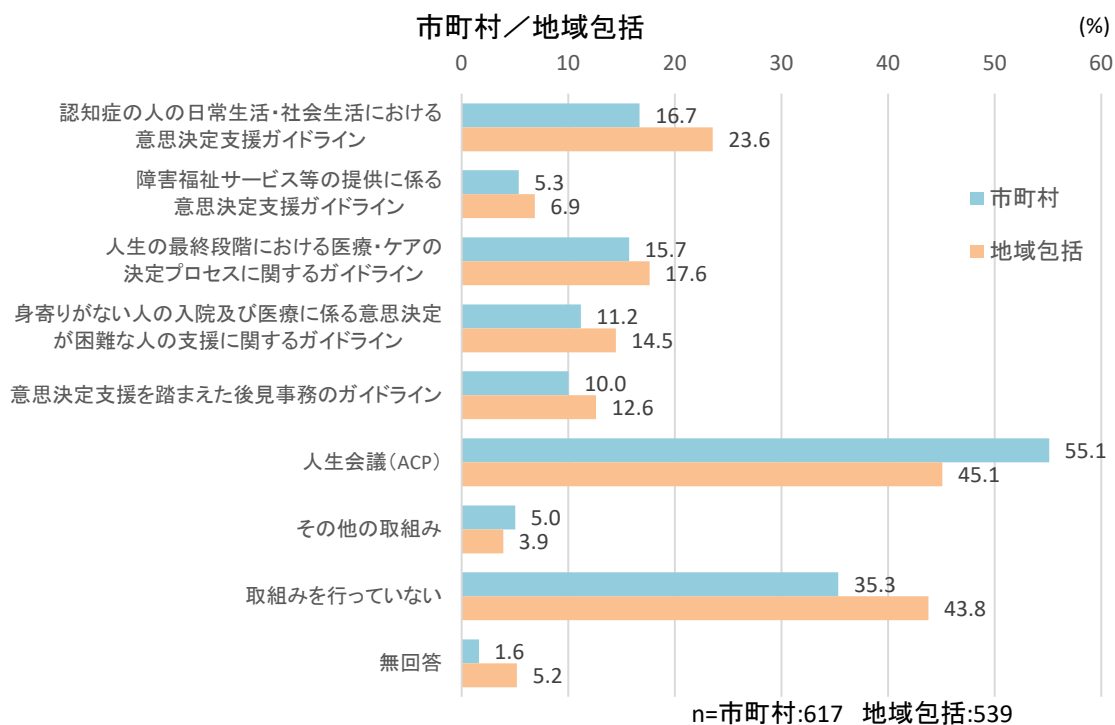
No.	選択肢	地域包括		介護施設・事業所					
				合計		うち 居宅		うち 施設・住まい	
		n	%	n	%	n	%	n	%
1	国	24	7.2	18	5.4	12	4.7	6	8.0
2	都道府県・指定都市	117	35.1	67	20.2	47	18.4	20	26.7
3	外郭団体	92	27.6	71	21.5	57	22.3	14	18.7
4	市町村	131	39.3	161	48.6	127	49.6	34	45.3
5	地域包括支援センター	77	23.1	146	44.1	130	50.8	16	21.3
6	研究機関	22	6.6	32	9.7	29	11.3	3	4.0
7	その他	62	18.6	57	17.2	37	14.5	20	26.7
	無回答	3	0.9	3	0.9	2	0.8	1	1.3
	非該当	206	-	497	-	193	-	304	-
	全体	333		331		256		75	

(7) 意思決定支援、権利擁護に関する取組みの現状について

① ガイドライン等の周知・啓発への取組み

令和元年度～令和5年12月までに、「事前に本人の意思表示を確認する取組み」として認識し、下記のガイドライン等に関する周知・啓発等の具体的な取組みを行っているか尋ねたところ、市町村では「人生会議（ACP）」が55.1%と最も高く、次いで「取組みを行っていない」が35.3%、「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」が16.7%となっており、地域包括支援センターでは、「人生会議（ACP）」が45.1%と最も高く、次いで、「取組みを行っていない」が43.8%、「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」が23.6%であった。

図表 106 ガイドライン等の周知・啓発への取組み



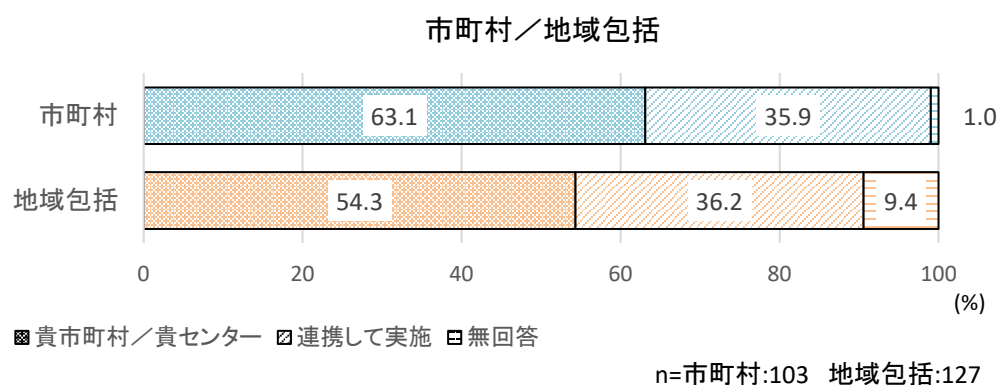
貴市町村では、令和元年度～令和5年12月までに、「事前に本人の意思表示を確認する取組み」として認識し、下記のガイドライン等に関する周知・啓発等の具体的な取組みを行っていますか。…(MA)

No.	選択肢	市町村		地域包括	
		n	%	n	%
1	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	103	16.7	127	23.6
2	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	33	5.3	37	6.9
3	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	97	15.7	95	17.6
4	身寄りがない人の入院及び医療に係る意思決定が困難な人の支援に関するガイドライン	69	11.2	78	14.5
5	意思決定支援を踏まえた後見事務のガイドライン	62	10.0	68	12.6
6	人生会議（ACP）	340	55.1	243	45.1
7	その他の取組み	31	5.0	21	3.9
8	取組みを行っていない	218	35.3	236	43.8
	無回答	10	1.6	28	5.2
	全体	617		539	

②周知・啓発への取り組み内容

「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」における実施主体について、市町村では「貴市町村／貴センター」が 63.1%、「連携して実施」が 35.9%となっており、地域包括支援センターでは、「貴市町村／貴センター」が 54.3%、「連携して実施」が 36.2%であった。

図表 107 (1) 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



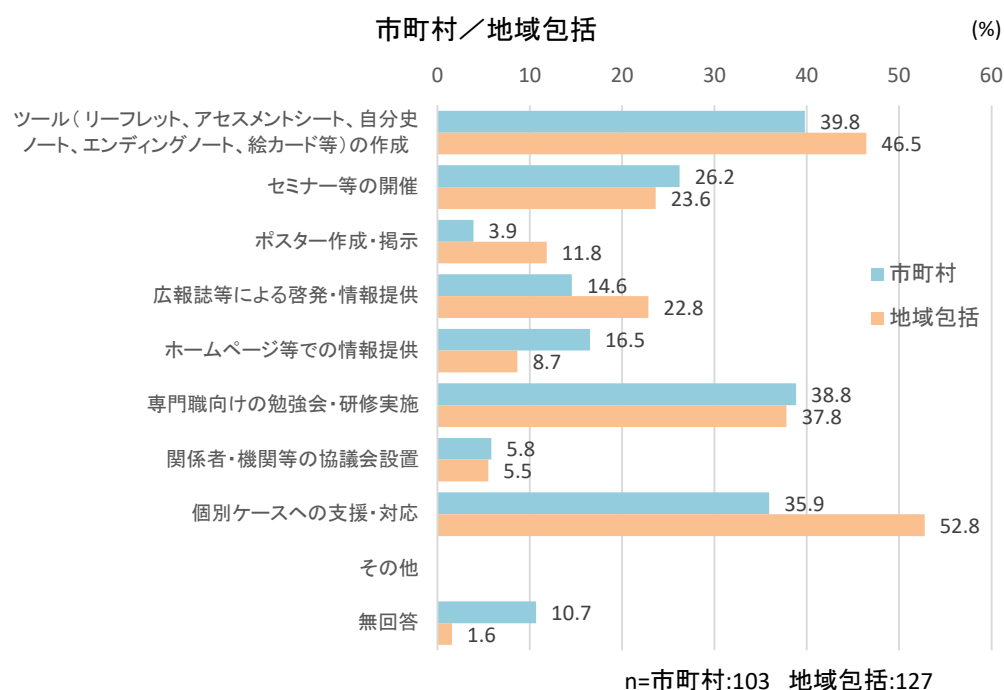
選択した項目について、実施主体としてあてはまるものを選択いただき、また、具体的な取り組み内容としてあてはまるものすべてに○をしてください

(1) 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

①実施主体 … (SA)

No.	選択肢	市町村		地域包括	
		n	%	n	%
1	貴市町村／貴センター	65	63.1	69	54.3
2	連携して実施	37	35.9	46	36.2
	無回答	1	1.0	12	9.4
	非該当	514		412	
	全体	103	100.0	127	100.0

また、取組み内容について、市町村では「ツール（リーフレット、アセスメントシート、自分史ノート、エンディングノート、絵カード等）の作成」が39.8%、「専門職向けの勉強会・研修実施」が38.8%となっており、地域包括支援センターでは、「個別ケースへの支援・対応」が52.8%、「ツール（リーフレット、アセスメントシート、自分史ノート、エンディングノート、絵カード等）の作成」が46.5%であった。

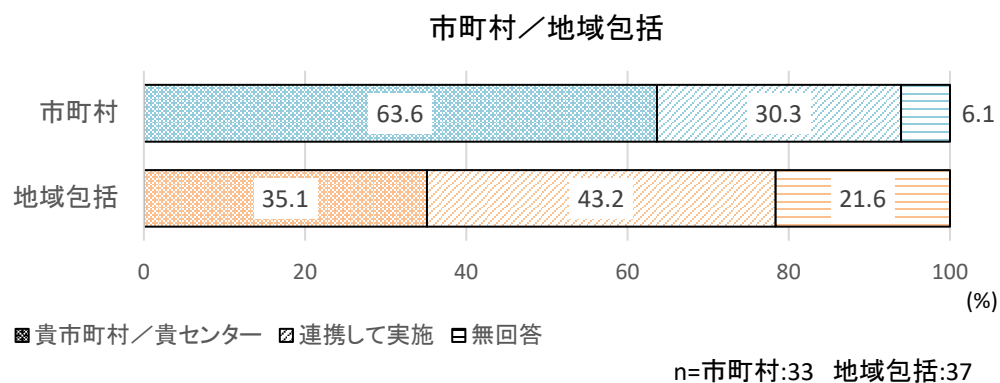


②取組み内容 … (MA)

No.	選択肢	市町村		地域包括	
		n	%	n	%
1	ツール（リーフレット、アセスメントシート、自分史ノート、エンディングノート、絵カード等）の作成	41	39.8	59	46.5
2	セミナー等の開催	27	26.2	30	23.6
3	ポスター作成・掲示	4	3.9	15	11.8
4	広報誌等による啓発・情報提供	15	14.6	29	22.8
5	ホームページ等での情報提供	17	16.5	11	8.7
6	専門職向けの勉強会・研修実施	40	38.8	48	37.8
7	関係者・機関等の協議会設置	6	5.8	7	5.5
8	個別ケースへの支援・対応	37	35.9	67	52.8
9	その他	11	10.7	2	1.6
	無回答	6	5.8	10	7.9
	非該当	514		412	
	全体	103		127	

「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」における実施主体について、市町村では「貴市町村／貴センター」が 63.6%、「連携して実施」が 30.3%となっており、地域包括支援センターでは、「連携して実施」が 43.2%、「貴市町村／貴センター」が 35.1%であった。

図表 108 (2) 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

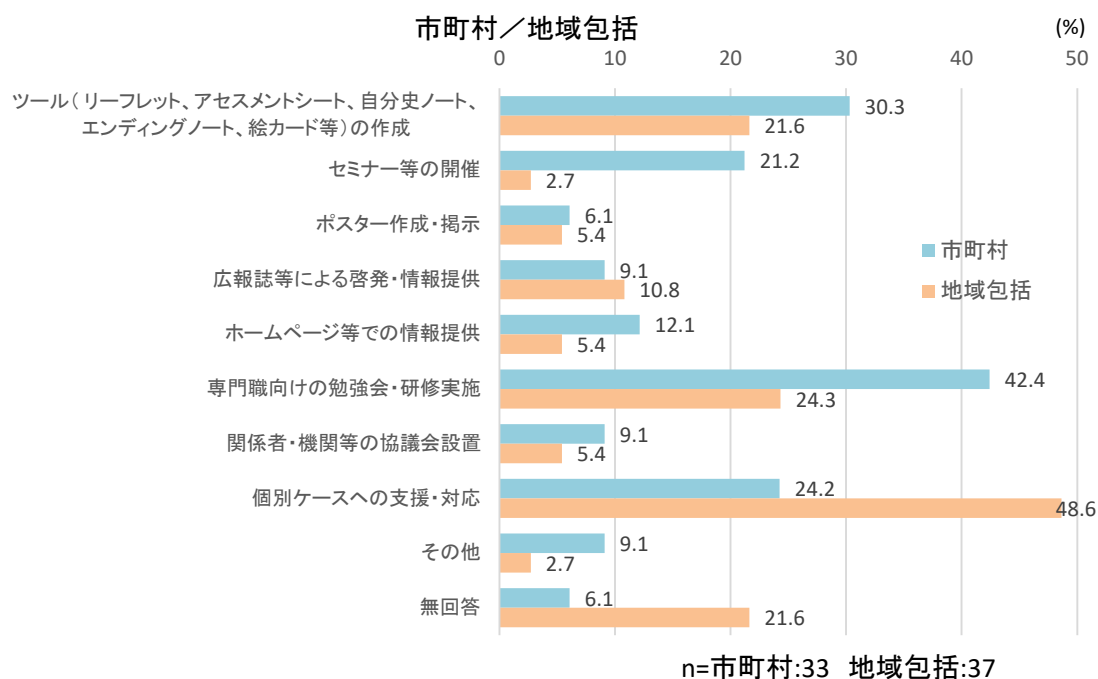


(2) 障害福祉サービス等の提供に係る意思決定支援ガイドライン

①実施主体 … (SA)

No.	選択肢	市町村		地域包括	
		n	%	n	%
1	貴市町村／貴センター	21	63.6	13	35.1
2	連携して実施	10	30.3	16	43.2
	無回答	2	6.1	8	21.6
	非該当	584		502	
	全体	33	100.0	37	100.0

また、取組み内容について、市町村では「専門職向けの勉強会・研修実施」が42.4%、「ツール（リーフレット、アセスメントシート、自分史ノート、エンディングノート、絵カード等）の作成」が30.3%となっており、地域包括支援センターでは、「個別ケースへの支援・対応」が48.6%、「専門職向けの勉強会・研修実施」が24.3%であった。

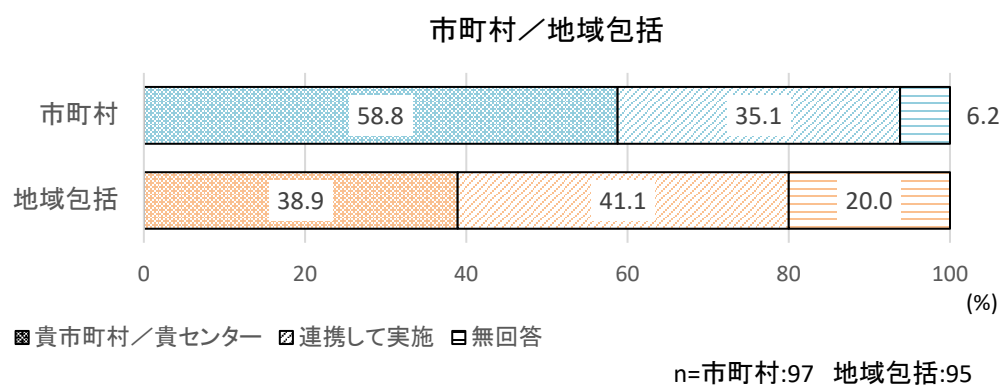


②取組み内容 … (MA)

No.	選択肢	市町村		地域包括	
		n	%	n	%
1	ツール（リーフレット、アセスメントシート、自分史ノート、エンディングノート、絵カード等）の作成	10	30.3	8	21.6
2	セミナー等の開催	7	21.2	1	2.7
3	ポスター作成・掲示	2	6.1	2	5.4
4	広報誌等による啓発・情報提供	3	9.1	4	10.8
5	ホームページ等での情報提供	4	12.1	2	5.4
6	専門職向けの勉強会・研修実施	14	42.4	9	24.3
7	関係者・機関等の協議会設置	3	9.1	2	5.4
8	個別ケースへの支援・対応	8	24.2	18	48.6
9	その他	3	9.1	1	2.7
	無回答	2	6.1	8	21.6
	非該当	584		502	
	全体	33		37	

「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」における実施主体について、市町村では「貴市町村／貴センター」が 58.8%、「連携して実施」が 35.1%となっており、地域包括支援センターでは、「連携して実施」が 41.1%、「貴市町村／貴センター」が 38.9%であった。

図表 109 （３）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

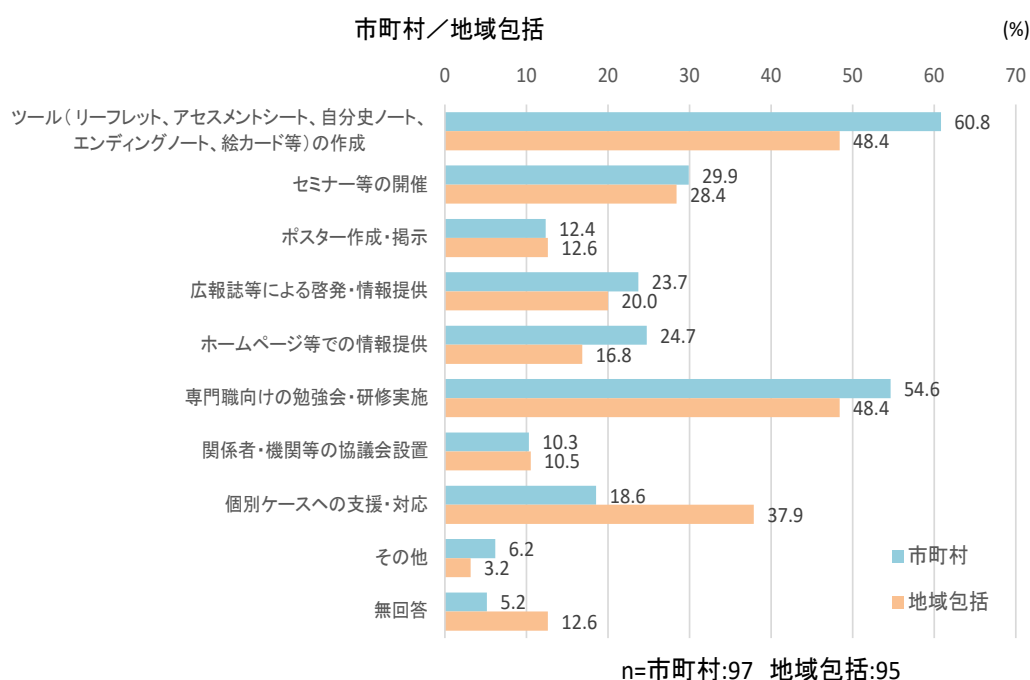


（３）人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン

①実施主体 …（ＳＡ）

No.	選択肢	市町村		地域包括	
		n	%	n	%
1	貴市町村／貴センター	57	58.8	37	38.9
2	連携して実施	34	35.1	39	41.1
	無回答	6	6.2	19	20.0
	非該当	520		444	
	全体	97	100.0	95	100.0

また、取組み内容について、市町村では「ツール（リーフレット、アセスメントシート、自分史ノート、エンディングノート、絵カード等）の作成」が60.8%、「専門職向けの勉強会・研修実施」が54.6%となっており、地域包括支援センターでは、「ツール（リーフレット、アセスメントシート、自分史ノート、エンディングノート、絵カード等）の作成」と「専門職向けの勉強会・研修実施」が同率で48.4%、「個別ケースへの支援・対応」が37.9%であった。

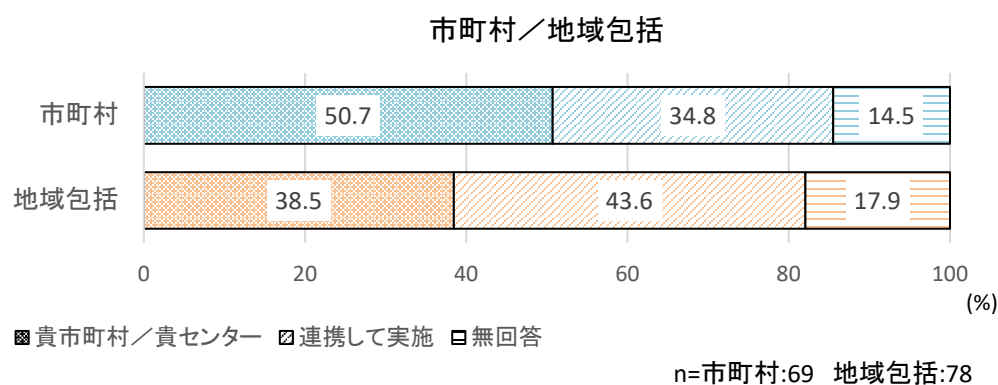


②取組み内容 … (MA)

No.	選択肢	市町村		地域包括	
		n	%	n	%
1	ツール（リーフレット、アセスメントシート、自分史ノート、エンディングノート、絵カード等）の作成	59	60.8	46	48.4
2	セミナー等の開催	29	29.9	27	28.4
3	ポスター作成・掲示	12	12.4	12	12.6
4	広報誌等による啓発・情報提供	23	23.7	19	20.0
5	ホームページ等での情報提供	24	24.7	16	16.8
6	専門職向けの勉強会・研修実施	53	54.6	46	48.4
7	関係者・機関等の協議会設置	10	10.3	10	10.5
8	個別ケースへの支援・対応	18	18.6	36	37.9
9	その他	6	6.2	3	3.2
	無回答	5	5.2	12	12.6
	非該当	520		444	
	全体	97		95	

「身寄りがない人の入院及び医療に係る意思決定が困難な人の支援に関するガイドライン」における実施主体について、市町村では「貴市町村／貴センター」が 50.7%、「連携して実施」が 34.8%となっており、地域包括支援センターでは、「連携して実施」が 43.6%、「貴市町村／貴センター」が 38.5%であった。

図表 110 (4) 身寄りがない人の入院及び医療に係る意思決定が困難な人の支援に関するガイドライン

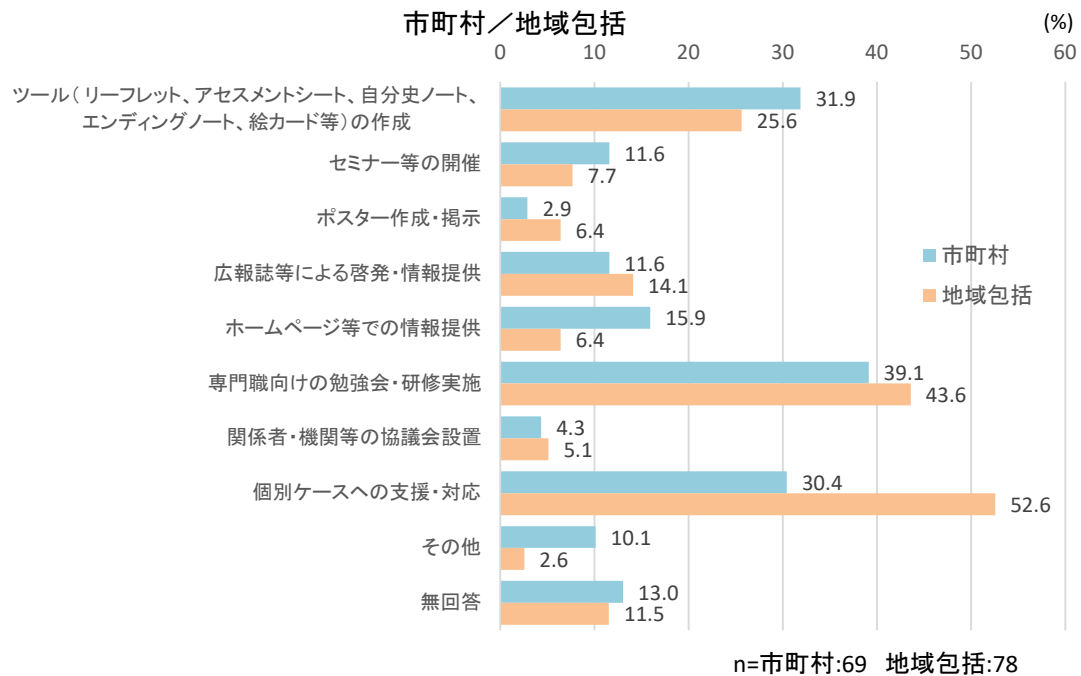


(4) 身寄りがない人の入院及び医療に係る意思決定が困難な人の支援に関するガ

①実施主体 … (SA)

No.	選択肢	市町村		地域包括	
		n	%	n	%
1	貴市町村／貴センター	35	50.7	30	38.5
2	連携して実施	24	34.8	34	43.6
	無回答	10	14.5	14	17.9
	非該当	548		461	
	全体	69	100.0	78	100.0

また、取組み内容について、市町村では「専門職向けの勉強会・研修実施」が39.1%、「ツール（リーフレット、アセスメントシート、自分史ノート、エンディングノート、絵カード等）の作成」が31.9%となっており、地域包括支援センターでは、「個別ケースへの支援・対応」が52.6%、「専門職向けの勉強会・研修実施」が43.6%であった。

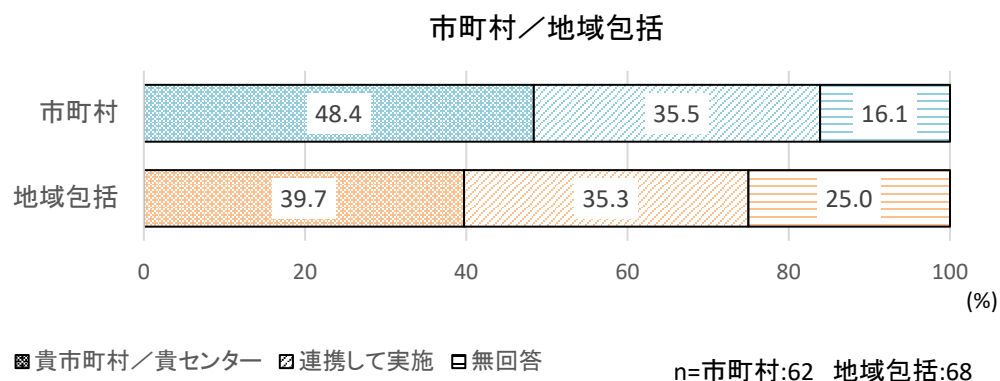


②取組み内容 … (MA)

No.	選択肢	市町村		地域包括	
		n	%	n	%
1	ツール（リーフレット、アセスメントシート、自分史ノート、エンディングノート、絵カード等）の作成	22	31.9	20	25.6
2	セミナー等の開催	8	11.6	6	7.7
3	ポスター作成・掲示	2	2.9	5	6.4
4	広報誌等による啓発・情報提供	8	11.6	11	14.1
5	ホームページ等での情報提供	11	15.9	5	6.4
6	専門職向けの勉強会・研修実施	27	39.1	34	43.6
7	関係者・機関等の協議会設置	3	4.3	4	5.1
8	個別ケースへの支援・対応	21	30.4	41	52.6
9	その他	7	10.1	2	2.6
	無回答	9	13.0	9	11.5
	非該当	548		461	
	全体	69		78	

「意思決定支援を踏まえた後見事務のガイドライン」における実施主体について、市町村では「貴市町村／貴センター」が48.4%、「連携して実施」が35.5%となっており、地域包括支援センターでは、「貴市町村／貴センター」が39.7%、「連携して実施」が35.3%であった。

図表 111 (5) 意思決定支援を踏まえた後見事務のガイドライン

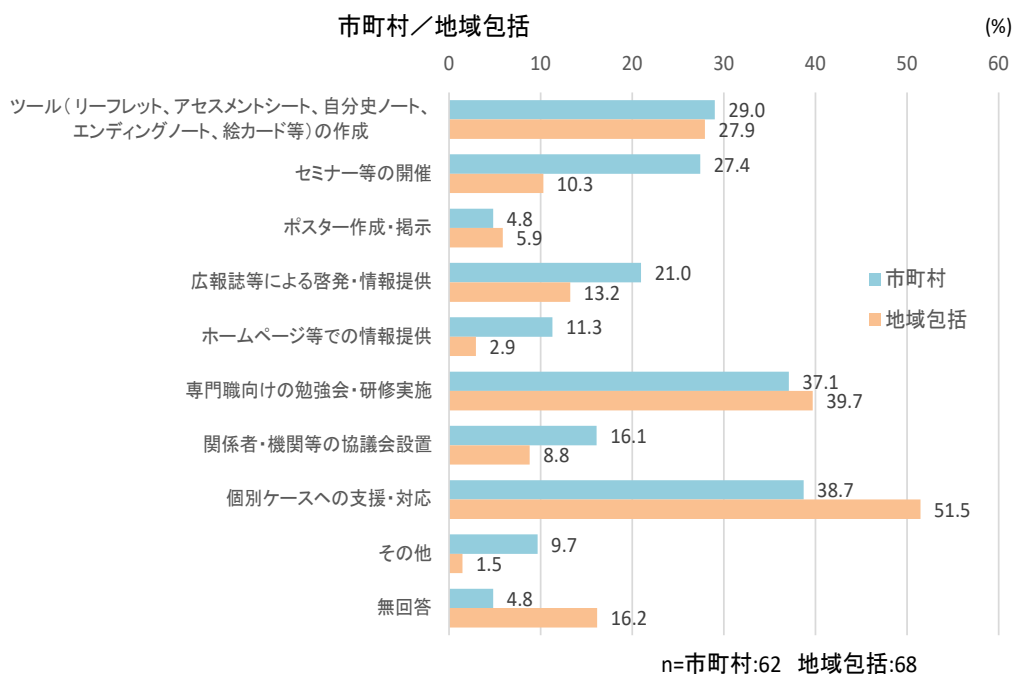


(5) 意思決定支援を踏まえた後見事務のガイドライン

①実施主体 … (SA)

No.	選択肢	市町村		地域包括	
		n	%	n	%
1	貴市町村／貴センター	30	48.4	27	39.7
2	連携して実施	22	35.5	24	35.3
	無回答	10	16.1	17	25.0
	非該当	555		471	
	全体	62	100.0	68	100.0

取組み内容について、市町村では「個別ケースへの支援・対応」が38.7%、「専門職向けの勉強会・研修実施」が37.1%となっており、地域包括支援センターでは、「個別ケースへの支援・対応」が51.5%、「専門職向けの勉強会・研修実施」が39.7%であった。

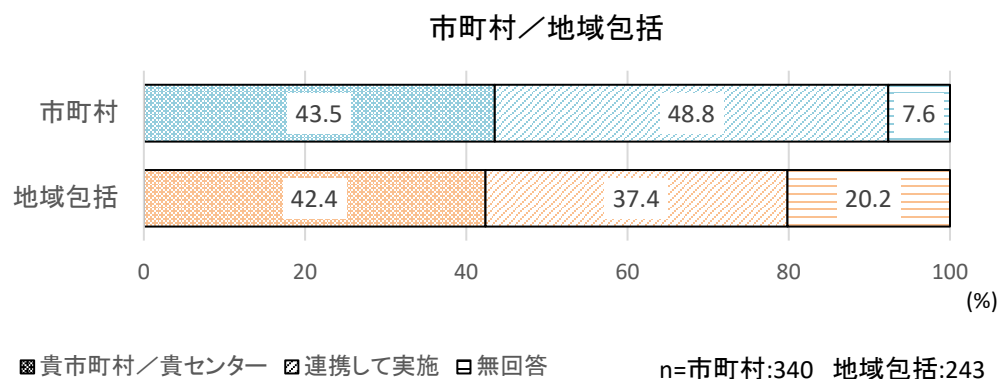


②取組み内容 ... (MA)

No.	選択肢	市町村		地域包括	
		n	%	n	%
1	ツール(リーフレット、アセスメントシート、自分史ノート、エンディングノート、絵カード等)の作成	18	29.0	19	27.9
2	セミナー等の開催	17	27.4	7	10.3
3	ポスター作成・掲示	3	4.8	4	5.9
4	広報誌等による啓発・情報提供	13	21.0	9	13.2
5	ホームページ等での情報提供	7	11.3	2	2.9
6	専門職向けの勉強会・研修実施	23	37.1	27	39.7
7	関係者・機関等の協議会設置	10	16.1	6	8.8
8	個別ケースへの支援・対応	24	38.7	35	51.5
9	その他	6	9.7	1	1.5
	無回答	3	4.8	11	16.2
	非該当	555		471	
	全体	62		68	

「人生会議」における実施主体について、市町村では「連携して実施」が48.8%、「貴市町村／貴センター」が43.5%となっており、地域包括支援センターでは、「貴市町村／貴センター」が42.4%、「連携して実施」が37.4%であった。

図表 112 (6) 人生会議

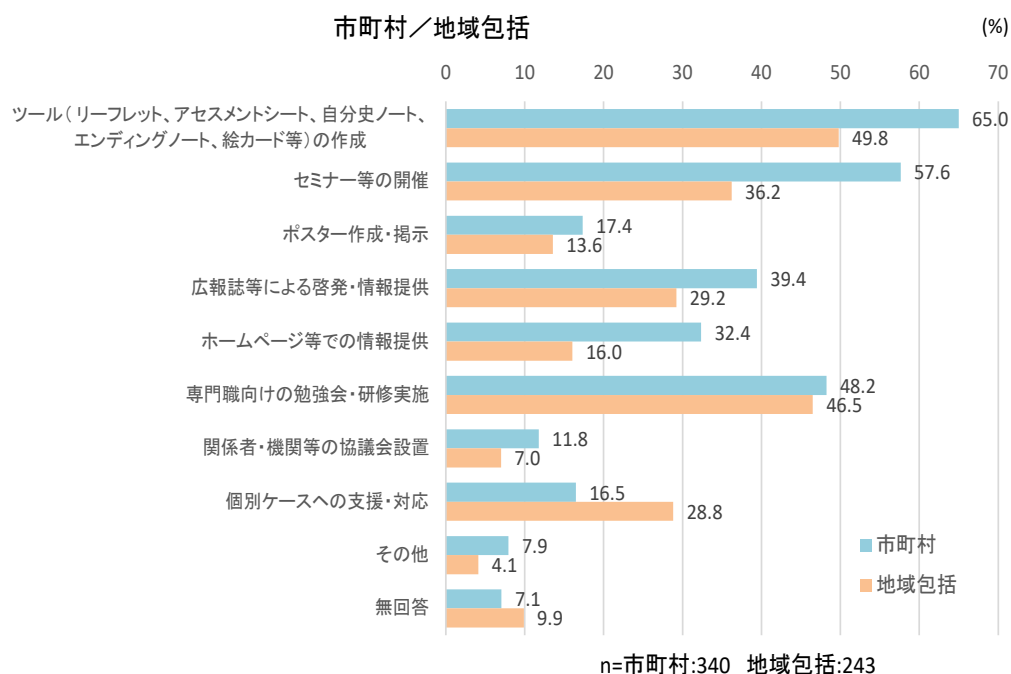


(6) 人生会議

①実施主体 … (S A)

No.	選択肢	市町村		地域包括	
		n	%	n	%
1	貴市町村／貴センター	148	43.5	103	42.4
2	連携して実施	166	48.8	91	37.4
	無回答	26	7.6	49	20.2
	非該当	277		296	
	全体	340	100.0	243	100.0

また、取組み内容について、市町村では「ツール（リーフレット、アセスメントシート、自分史ノート、エンディングノート、絵カード等）の作成」が65.0%、「セミナー等の開催」が57.6%となっており、地域包括支援センターでは、「ツール（リーフレット、アセスメントシート、自分史ノート、エンディングノート、絵カード等）の作成」が49.8%、「専門職向けの勉強会・研修実施」が46.5%であった。

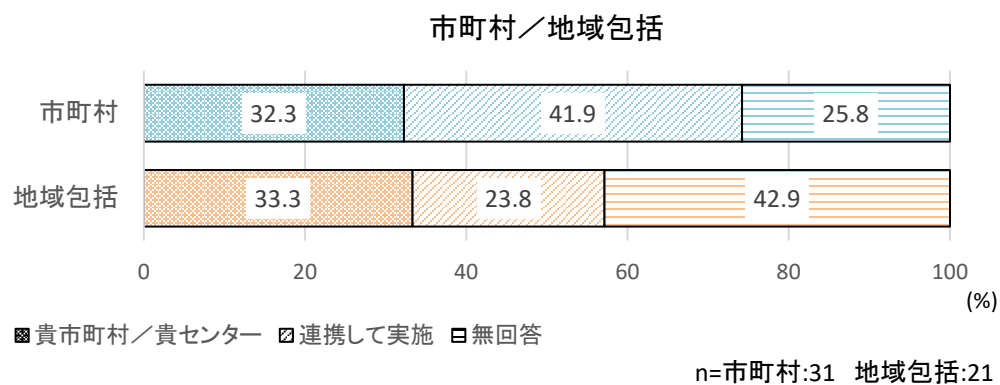


②取組み内容 ... (MA)

No.	選択肢	市町村		地域包括	
		n	%	n	%
1	ツール（リーフレット、アセスメントシート、自分史ノート、エンディングノート、絵カード等）の作成	221	65.0	121	49.8
2	セミナー等の開催	196	57.6	88	36.2
3	ポスター作成・掲示	59	17.4	33	13.6
4	広報誌等による啓発・情報提供	134	39.4	71	29.2
5	ホームページ等での情報提供	110	32.4	39	16.0
6	専門職向けの勉強会・研修実施	164	48.2	113	46.5
7	関係者・機関等の協議会設置	40	11.8	17	7.0
8	個別ケースへの支援・対応	56	16.5	70	28.8
9	その他	27	7.9	10	4.1
	無回答	24	7.1	24	9.9
	非該当	277		296	
	全体	340		243	

「その他」における実施主体について、市町村では「連携して実施」が 41.9%、「貴市町村／貴センター」が 32.3%となっており、地域包括支援センターでは、「貴市町村／貴センター」が 33.3%、「連携して実施」が 23.8%であった。

図表 113 (7) その他

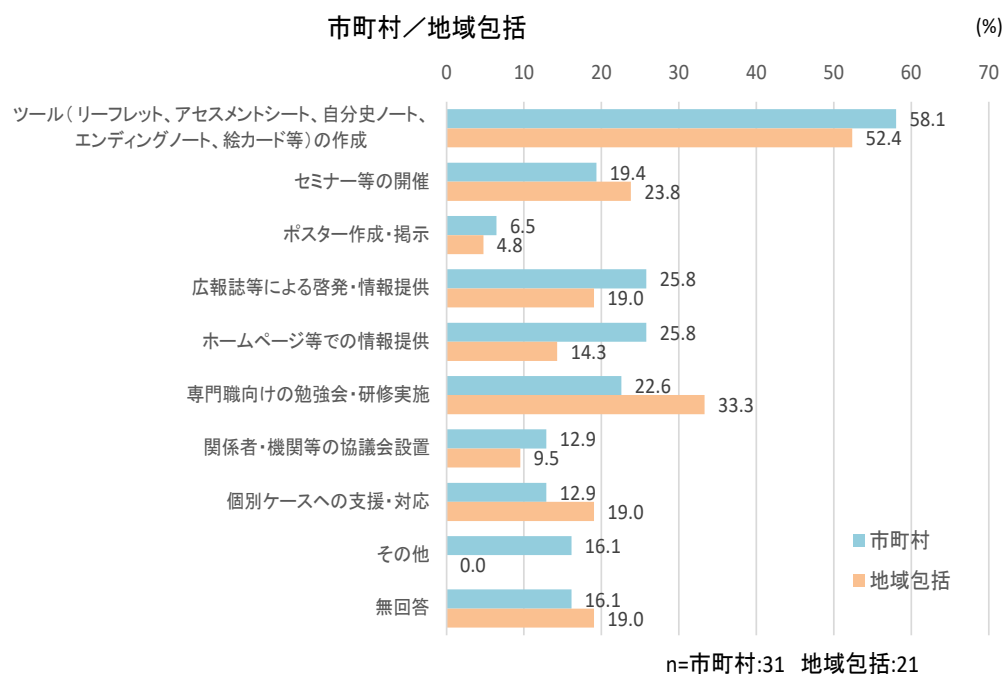


(7) その他

①実施主体 ... (SA)

No.	選択肢	市町村		地域包括	
		n	%	n	%
1	貴市町村／貴センター	10	32.3	7	33.3
2	連携して実施	13	41.9	5	23.8
	無回答	8	25.8	9	42.9
	非該当	586		518	
	全体	31	100.0	21	100.0

また、取組み内容について、市町村では「ツール（リーフレット、アセスメントシート、自分史ノート、エンディングノート、絵カード等）の作成」が58.1%、「広報誌等による啓発・情報提供」、「ホームページ等での情報提供」がそれぞれ25.8%となっており、地域包括支援センターでは、「ツール（リーフレット、アセスメントシート、自分史ノート、エンディングノート、絵カード等）の作成」が52.4%、「専門職向けの勉強会・研修実施」が33.3%であった。



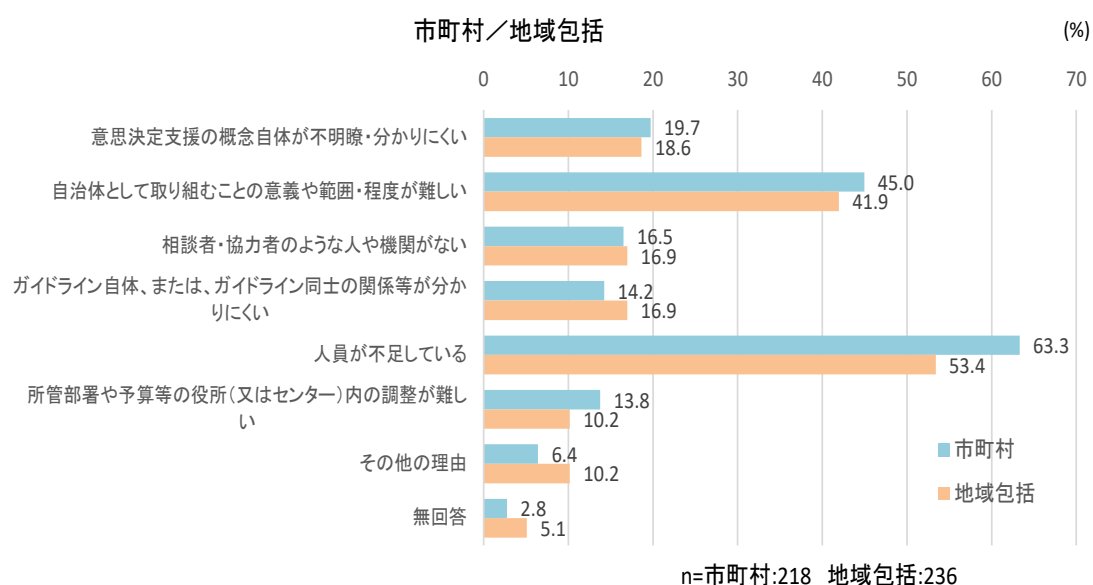
②取組み内容 … (MA)

No.	選択肢	市町村		地域包括	
		n	%	n	%
1	ツール（リーフレット、アセスメントシート、自分史ノート、エンディングノート、絵カード等）の作成	18	58.1	11	52.4
2	セミナー等の開催	6	19.4	5	23.8
3	ポスター作成・掲示	2	6.5	1	4.8
4	広報誌等による啓発・情報提供	8	25.8	4	19.0
5	ホームページ等での情報提供	8	25.8	3	14.3
6	専門職向けの勉強会・研修実施	7	22.6	7	33.3
7	関係者・機関等の協議会設置	4	12.9	2	9.5
8	個別ケースへの支援・対応	4	12.9	4	19.0
9	その他	5	16.1	0	0.0
	無回答	5	16.1	4	19.0
	非該当	586		518	
	全体	31		21	

③取組みを行っていない理由

意思決定支援に関する取組みがない場合、その主な理由について尋ねたところ、市町村では「人員が不足している」が63.3%と最も多く、次いで「自治体として取り組むことの意義や範囲・程度が難しい」が45.0%となっている。地域包括支援センターでも「人員が不足している」が53.4%、「自治体として取り組むことの意義や範囲・程度が難しい」が41.9%と回答している。

図表 114 取組みを行っていない理由



「8. 取組みを行っていない」を選択した場合、回答ください。意思決定支援に関する取組みがない場合、その主な理由としてあてはまるものすべてに○をしてください。... (MA)

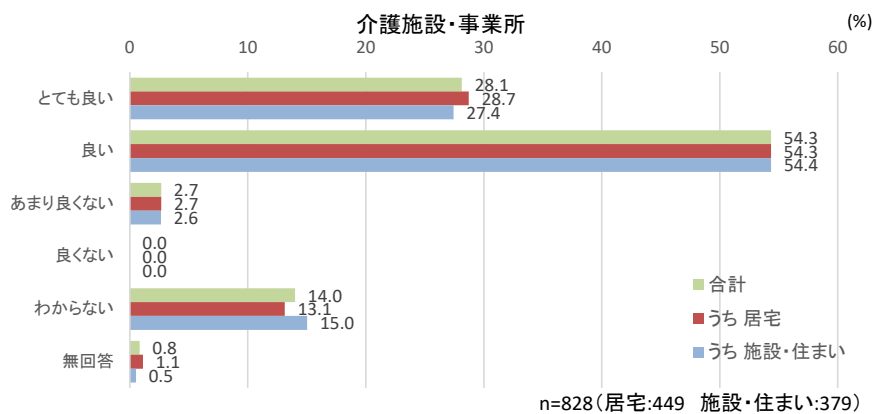
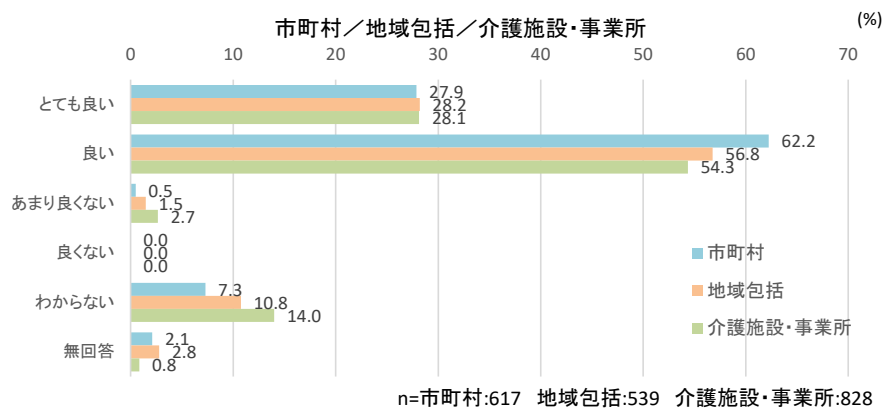
No.	選択肢	市町村		地域包括	
		n	%	n	%
1	意思決定支援の概念自体が不明瞭・分かりにくい	43	19.7	44	18.6
2	自治体として取り組むことの意義や範囲・程度が難しい	98	45.0	99	41.9
3	相談者・協力者のような人や機関がない	36	16.5	40	16.9
4	ガイドライン自体、または、ガイドライン同士の関係等が分かりにくい	31	14.2	40	16.9
5	人員が不足している	138	63.3	126	53.4
6	所管部署や予算等の役所(又はセンター)内の調整が難しい	30	13.8	24	10.2
7	その他の理由	14	6.4	24	10.2
	無回答	6	2.8	12	5.1
	非該当	399		303	
	全体	218		236	

(8) 国がガイドラインを策定する意義・課題

①国が策定することに対する考え

国が「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」を策定していることについての考えを尋ねたところ、「良い」または「とても良い」と回答したのは市町村は90.1%、地域包括支援センターは85.0%、介護施設・事業所は82.4%（うち居宅：83.0%、施設・住まい：81.8%）であった。

図表 115 国が策定することに対する考え



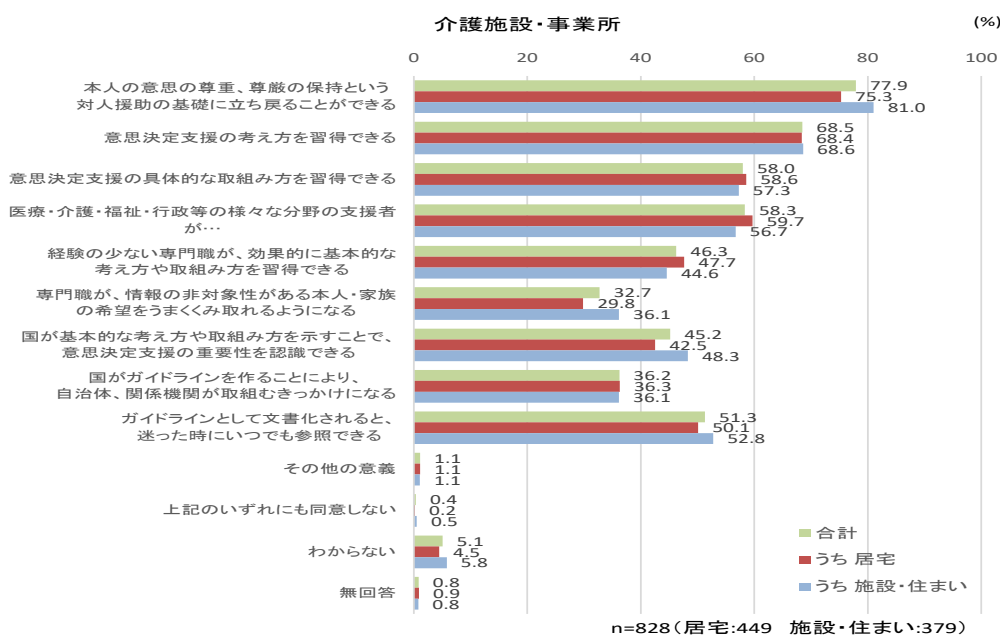
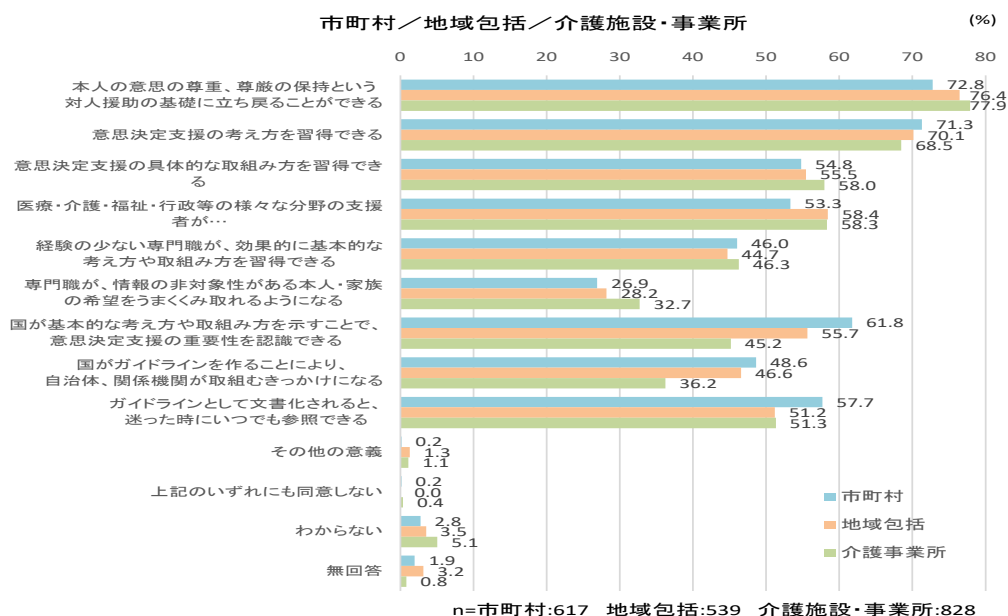
あなたは、国が「認知症の人の日常生活・社会生活における意思決定支援ガイドライン」を策定していることについて、どのようにお考えですか。..(SA)

No.	選択肢	市町村		地域包括		介護施設・事業所					
		n	%	n	%	合計		うち 居宅		うち 施設・住まい	
1	とても良い	172	27.9	152	28.2	233	28.1	129	28.7	104	27.4
2	良い	384	62.2	306	56.8	450	54.3	244	54.3	206	54.4
3	あまり良くない	3	0.5	8	1.5	22	2.7	12	2.7	10	2.6
4	良くない	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
5	わからない	45	7.3	58	10.8	116	14.0	59	13.1	57	15.0
	無回答	13	2.1	15	2.8	7	0.8	5	1.1	2	0.5
	全体	617	100.0	539	100.0	828	100.0	449	100.0	379	100.0

②国がガイドラインを策定する意義

国が「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」を策定していることについての考えを尋ねたところ、市町村では「本人の意思の尊重、尊厳の保持という対人援助の基礎に立ち戻ることができる」が72.8%、「意思決定支援の考え方を習得できる」が71.3%、地域包括支援センターでは「本人の意思の尊重、尊厳の保持という対人援助の基礎に立ち戻ることができる」が76.4%、「意思決定支援の考え方を習得できる」が70.1%、介護施設・事業所では「本人の意思の尊重、尊厳の保持という対人援助の基礎に立ち戻ることができる」が77.9%（うち居宅：75.3%、施設・住まい：81.0%）であった。

図表 116 国がガイドラインを策定する意義



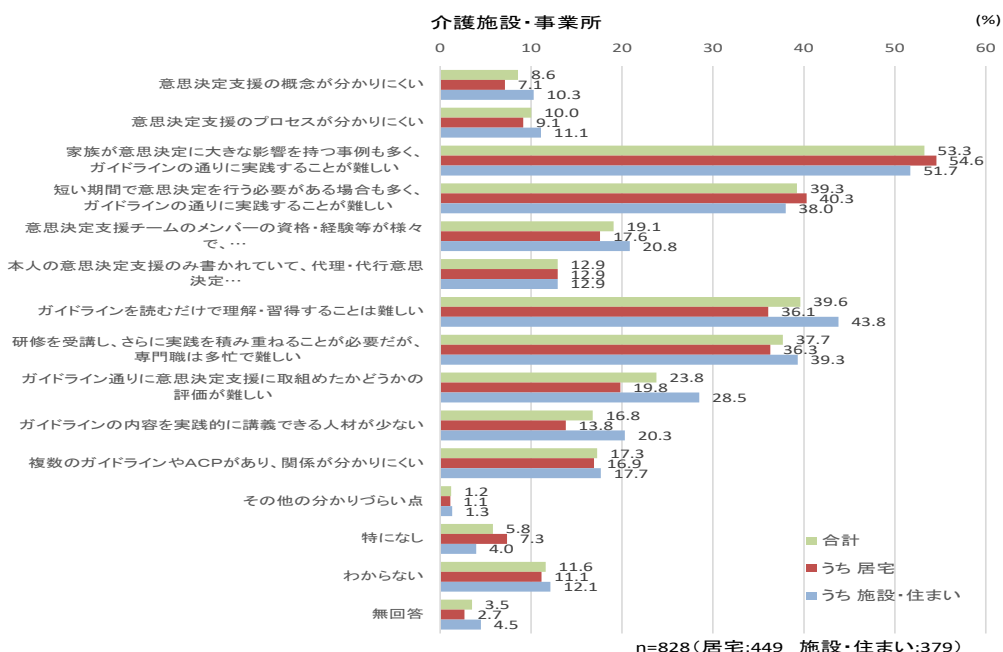
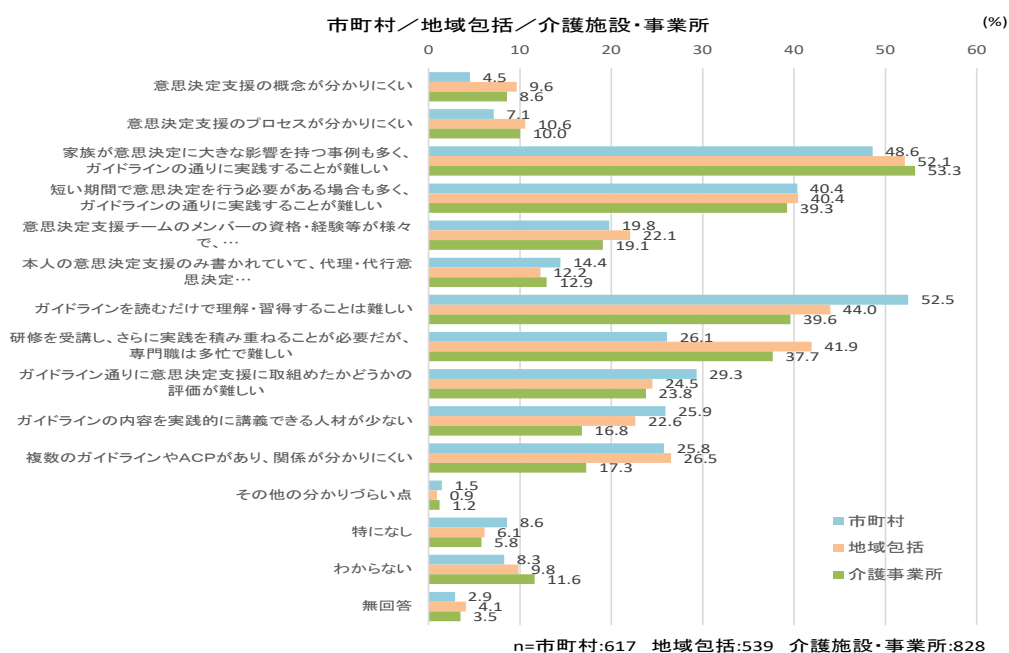
国が「認知症の人の日常生活・社会生活における意思決定支援ガイドライン」を策定することの意義として、下記の中から、貴市町村の認知症施策のご担当として、同意する事項に○をしてください。…(MA)

No.	選択肢	市町村		地域包括		介護施設・事業所					
						合計		うち 居宅		うち 施設・住まい	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
1	本人の意思の尊重、尊厳の保持という対人援助の基礎に立ち戻ることができる	449	72.8	412	76.4	645	77.9	338	75.3	307	81.0
2	意思決定支援の考え方を習得できる	440	71.3	378	70.1	567	68.5	307	68.4	260	68.6
3	意思決定支援の具体的な取組み方を習得できる	338	54.8	299	55.5	480	58.0	263	58.6	217	57.3
4	医療・介護・福祉・行政等の様々な分野の支援者がチームで本人を支援する方法を统一的に習得できる	329	53.3	315	58.4	483	58.3	268	59.7	215	56.7
5	経験の少ない専門職が、効果的に基本的な考え方や取組み方を習得できる	284	46.0	241	44.7	383	46.3	214	47.7	169	44.6
6	専門職が、情報の非対象性がある本人・家族の希望をうまくくみ取れるようになる	166	26.9	152	28.2	271	32.7	134	29.8	137	36.1
7	国が基本的な考え方や取組み方を示すことで、意思決定支援の重要性を認識できる	381	61.8	300	55.7	374	45.2	191	42.5	183	48.3
8	国がガイドラインを作ることにより、自治体、関係機関が取組むきっかけになる	300	48.6	251	46.6	300	36.2	163	36.3	137	36.1
9	ガイドラインとして文書化されると、迷った時にいつでも参照できる	356	57.7	276	51.2	425	51.3	225	50.1	200	52.8
10	その他の意義	1	0.2	7	1.3	9	1.1	5	1.1	4	1.1
11	上記のいずれにも同意しない	1	0.2	0	0.0	3	0.4	1	0.2	2	0.5
12	わからない	17	2.8	19	3.5	42	5.1	20	4.5	22	5.8
	無回答	12	1.9	17	3.2	7	0.8	4	0.9	3	0.8
	全体	617		539		828		449		379	

③ガイドラインの分かりづらいところ

「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」について、認知症施策のご担当として、分かりづらいと感じる事項について尋ねたところ、市町村では「ガイドラインを読むだけで理解・習得することは難しい」が最も多く、52.5%、地域包括支援センターでは「家族が意思決定に大きな影響を持つ事例も多く、ガイドラインの通りに実践することが難しい」が52.1%、介護施設・事業所では「家族が意思決定に大きな影響を持つ事例も多く、ガイドラインの通りに実践することが難しい」が53.3%（うち居宅：54.6%、施設・住まい：51.7%）であった。

図表 117 ガイドラインの分かりづらいところ



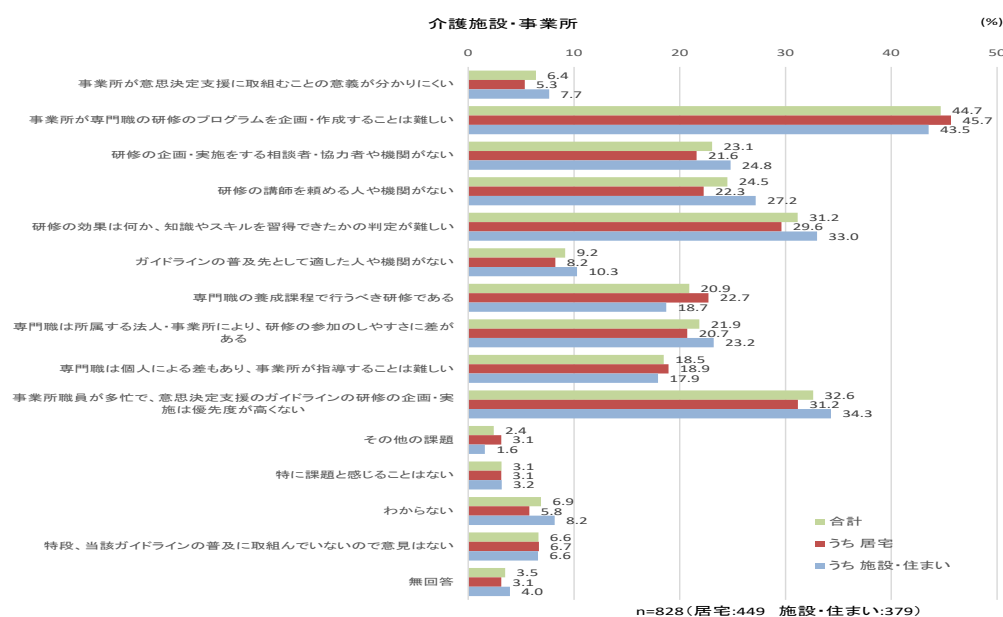
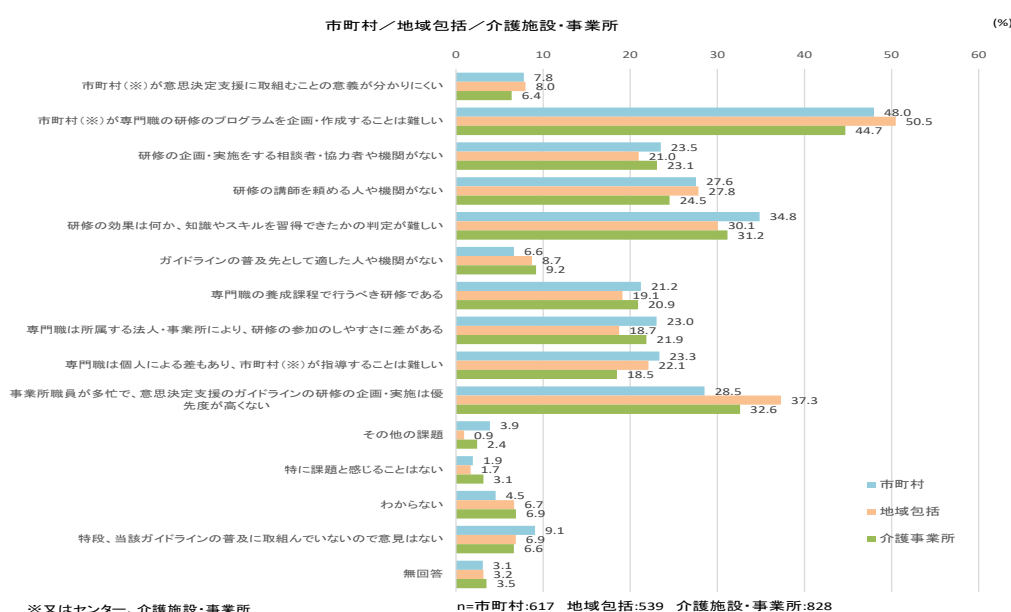
「認知症の人の日常生活・社会生活における意思決定支援ガイドライン」について、貴市町村の認知症施策のご担当として、下記の中から分かりづら
いと感じる事項があれば、○をしてください。.. (MA)

No.	選択肢	市町村		地域包括		介護施設・事業所					
		n	%	n	%	合計		うち 居宅		うち 施設・住まい	
						n	%	n	%	n	%
1	意思決定支援の概念が分かりにくい	28	4.5	52	9.6	71	8.6	32	7.1	39	10.3
2	意思決定支援のプロセスが分かりにくい	44	7.1	57	10.6	83	10.0	41	9.1	42	11.1
3	家族が意思決定に大きな影響を持つ事例も多く、ガイドラインの通りに実践することが難しい	300	48.6	281	52.1	441	53.3	245	54.6	196	51.7
4	短い期間で意思決定を行う必要がある場合も多く、ガイドラインの通りに実践することが難しい	249	40.4	218	40.4	325	39.3	181	40.3	144	38.0
5	意思決定支援チームのメンバーの資格・経験等が様々で、ガイドラインの通りに実践することが難しい	122	19.8	119	22.1	158	19.1	79	17.6	79	20.8
6	本人の意思決定支援のみ書かれていて、代理・代行意思決定が書かれておらず、内容が足りない	89	14.4	66	12.2	107	12.9	58	12.9	49	12.9
7	ガイドラインを読むだけで理解・習得することは難しい	324	52.5	237	44.0	328	39.6	162	36.1	166	43.8
8	研修を受講し、さらに実践を積み重ねることが必要だが、専門職は多忙で難しい	161	26.1	226	41.9	312	37.7	163	36.3	149	39.3
9	ガイドライン通りに意思決定支援に取り組めたかどうかの評価が難しい	181	29.3	132	24.5	197	23.8	89	19.8	108	28.5
10	ガイドラインの内容を実践的に講義できる人材が少ない	160	25.9	122	22.6	139	16.8	62	13.8	77	20.3
11	複数のガイドラインやACPがあり、関係が分かりにくい	159	25.8	143	26.5	143	17.3	76	16.9	67	17.7
12	その他の分かりづらい点	9	1.5	5	0.9	10	1.2	5	1.1	5	1.3
13	特になし	53	8.6	33	6.1	48	5.8	33	7.3	15	4.0
14	わからない	51	8.3	53	9.8	96	11.6	50	11.1	46	12.1
	無回答	18	2.9	22	4.1	29	3.5	12	2.7	17	4.5
	全体	617		539		828		449		379	

④ガイドライン普及への課題

「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」の普及に貴事業所が取組む際、課題だと感じる事項について尋ねたところ、「事業所が専門職の研修のプログラムを企画・作成することは難しい」が最も多く、市町村では 48.0%、地域包括支援センターでは 50.5%、介護施設・事業所では 44.7%（うち居宅：45.7%、施設・住まい：43.5%）となっており、次いで、市町村では「研修の効果は何か、知識やスキルを習得できたかの判定が難しい」が 34.8%、地域包括支援センターでは「事業所職員が多忙で、意思決定支援のガイドラインの研修の企画・実施は優先度が低い」が 37.3%、介護施設・事業所では「事業所職員が多忙で、意思決定支援のガイドラインの研修の企画・実施は優先度が低い」が 32.6%（うち居宅：31.2%、施設・住まい：34.3%）であった。

図表 118 ガイドライン普及への課題



「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」の普及に貴事業所が取組む際、あなたが課題だと感じる事項があれば、○をしてください。...(MA)

No.	選択肢	市町村		地域包括		介護施設・事業所					
						合計		うち 居宅		うち 施設・住まい	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
1	市町村（※）が意思決定支援に取り組むことの意義が分りにくい	48	7.8	43	8.0	53	6.4	24	5.3	29	7.7
2	市町村（※）が専門職の研修のプログラムを企画・作成することは難しい	296	48.0	272	50.5	370	44.7	205	45.7	165	43.5
3	研修の企画・実施をする相談者・協力者や機関がない	145	23.5	113	21.0	191	23.1	97	21.6	94	24.8
4	研修の講師を頼める人や機関がない	170	27.6	150	27.8	203	24.5	100	22.3	103	27.2
5	研修の効果は何か、知識やスキルを習得できたかの判定が難しい	215	34.8	162	30.1	258	31.2	133	29.6	125	33.0
6	ガイドラインの普及先として適した人や機関がない	41	6.6	47	8.7	76	9.2	37	8.2	39	10.3
7	専門職の養成課程で行うべき研修である	131	21.2	103	19.1	173	20.9	102	22.7	71	18.7
8	専門職は所属する法人・事業所により、研修の参加のしやすさに差がある	142	23.0	101	18.7	181	21.9	93	20.7	88	23.2
9	専門職は個人による差もあり、市町村（※）が指導することは難しい	144	23.3	119	22.1	153	18.5	85	18.9	68	17.9
10	市町村（※）職員が多忙で、意思決定支援のガイドラインの研修の企画・実施は優先度が低い	176	28.5	201	37.3	270	32.6	140	31.2	130	34.3
11	その他の課題	24	3.9	5	0.9	20	2.4	14	3.1	6	1.6
12	特に課題と感ずることはない	12	1.9	9	1.7	26	3.1	14	3.1	12	3.2
13	わからない	28	4.5	36	6.7	57	6.9	26	5.8	31	8.2
14	特段、当該ガイドラインの普及に取り組んでいないので意見はない	56	9.1	37	6.9	55	6.6	30	6.7	25	6.6
	無回答	19	3.1	17	3.2	29	3.5	14	3.1	15	4.0
	全体	617		539		828		449		379	

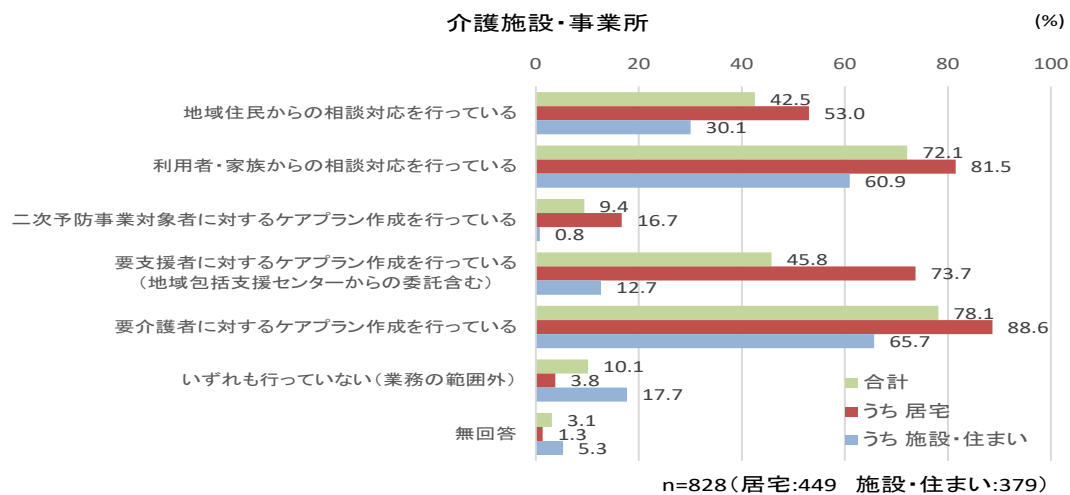
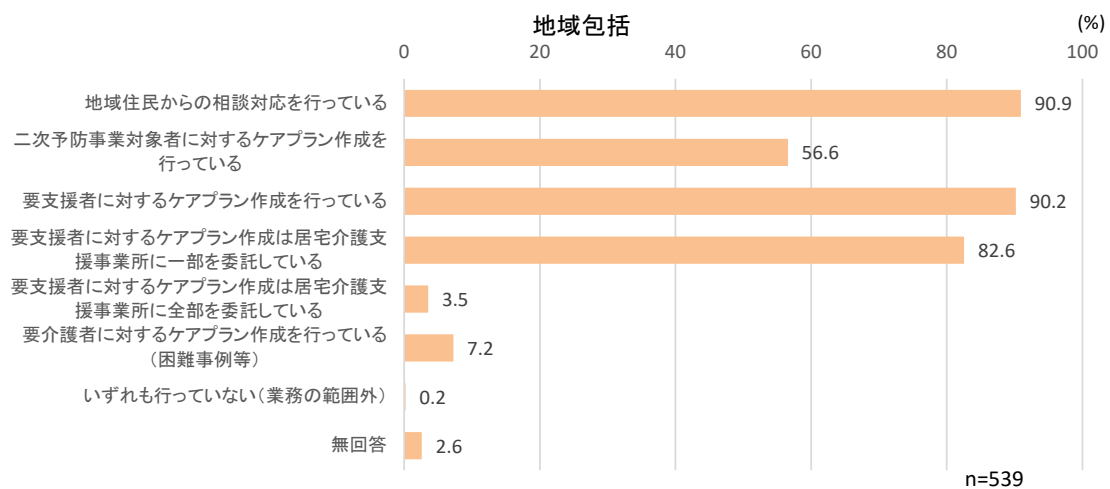
※又はセンター、事業所

（９）ケアマネジメントにおける意思決定支援の取組みと課題

①ケアプラン作成の有無

地域住民からの相談対応、二次予防事業対象者に対する介護予防ケアプラン、要支援者、要介護者に対するケアプラン作成を行っているか尋ねたところ、地域包括支援センターでは「地域住民からの相談対応を行っている」が最も多く 90.9%、次いで「要支援者に対するケアプラン作成を行っている」が 90.2%となっており、介護施設・事業所では「要介護者に対するケアプラン作成を行っている」が最も多く、78.1%（うち居宅：88.6%、施設・住まい：65.7%）であった。

図表 119 ケアプラン作成の有無



貴事業所においては、地域住民からの相談対応、二次予防事業対象者に対する介護予防ケアプラン、要支援者、要介護者に対するケアプラン作成を行っていますか？..(MA)

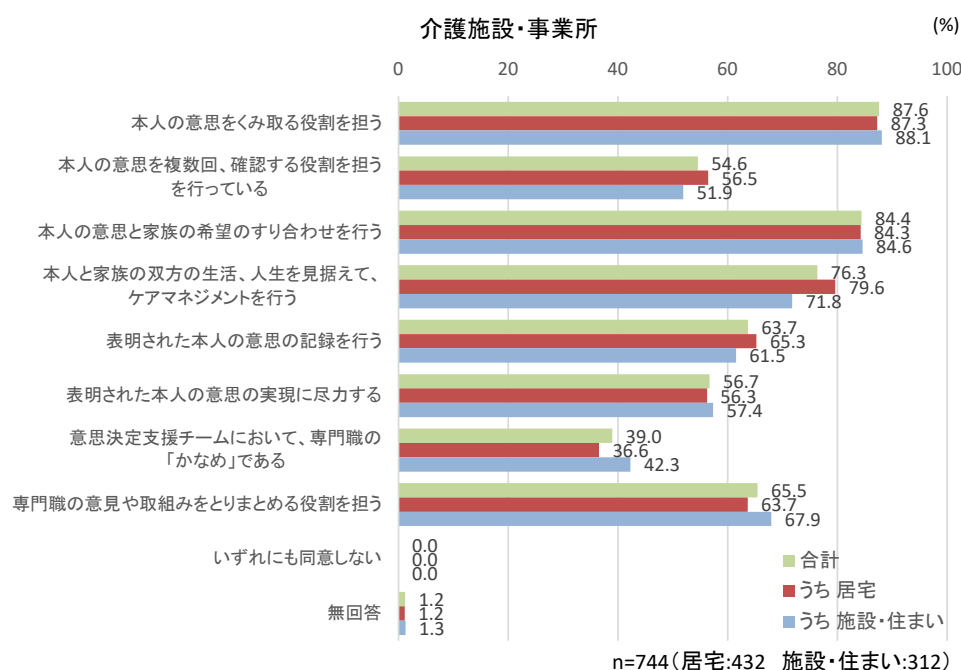
No.	選択肢	地域包括	
		n	%
1	地域住民からの相談対応を行っている	490	90.9
2	二次予防事業対象者に対するケアプラン作成を行っている	305	56.6
3	要支援者に対するケアプラン作成を行っている	486	90.2
4	要支援者に対するケアプラン作成は居宅介護支援事業所に一部を委託している	445	82.6
5	要支援者に対するケアプラン作成は居宅介護支援事業所に全部を委託している	19	3.5
6	要介護者に対するケアプラン作成を行っている（困難事例等）	39	7.2
7	いずれも行っていない（業務の範囲外）	1	0.2
	無回答	14	2.6
	全体	539	

No.	選択肢	介護施設・事業所					
		合計		うち 居宅		うち 施設・住まい	
		n	%	n	%	n	%
1	地域住民からの相談対応を行っている	352	42.5	238	53.0	114	30.1
2	利用者・家族からの相談対応を行っている	597	72.1	366	81.5	231	60.9
3	二次予防事業対象者に対するケアプラン作成を行っている	78	9.4	75	16.7	3	0.8
4	要支援者に対するケアプラン作成を行っている（地域包括支援センターからの委託含む）	379	45.8	331	73.7	48	12.7
5	要介護者に対するケアプラン作成を行っている	647	78.1	398	88.6	249	65.7
6	いずれも行っていない（業務の範囲外）	84	10.1	17	3.8	67	17.7
	無回答	26	3.1	6	1.3	20	5.3
	全体	828		449		379	

②ケアマネジャーの役割

認知症の人の日常生活・社会生活における意思決定支援における、介護支援専門員（ケアマネジャー）の役割について、どのように考えているか尋ねたところ、「本人の意思をくみ取る役割を担う」が最も多く、87.6%（うち居宅：87.3%、施設・住まい：88.1%）、次いで「本人の意思と家族の希望のすり合わせを行う」が84.4%（うち居宅：84.3%、施設・住まい：84.6%）、「本人と家族の双方の生活、人生を見据えて、ケアマネジメントを行う」が76.3%（うち居宅：79.6%、施設・住まい：71.8%）であった。

図表 120 ケアマネジャーの役割



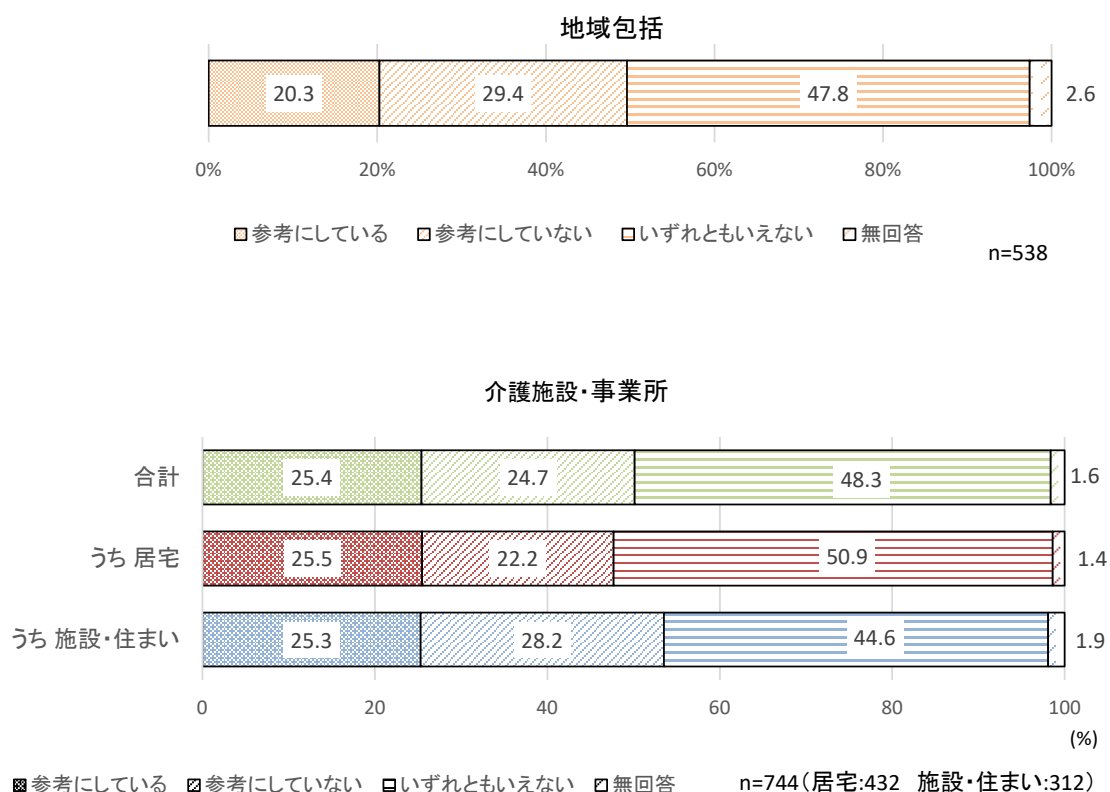
あなたは、認知症の人の日常生活・社会生活における意思決定支援における、介護支援専門員（ケアマネジャー）の役割について、どのようにお考えですか。… (MA)

No.	選択肢	介護施設・事業所					
		合計		うち 居宅		うち 施設・住まい	
		n	%	n	%	n	%
1	本人の意思をくみ取る役割を担う	652	87.6	377	87.3	275	88.1
2	本人の意思を複数回、確認する役割を担う	406	54.6	244	56.5	162	51.9
3	本人の意思と家族の希望のすり合わせを行う	628	84.4	364	84.3	264	84.6
4	本人と家族の双方の生活、人生を見据えて、ケアマネジメントを行う	568	76.3	344	79.6	224	71.8
5	表明された本人の意思の記録を行う	474	63.7	282	65.3	192	61.5
6	表明された本人の意思の実現に尽力する	422	56.7	243	56.3	179	57.4
7	意思決定支援チームにおいて、専門職の「かなめ」である	290	39.0	158	36.6	132	42.3
8	専門職の意見や取組みをとりまとめる役割を担う	487	65.5	275	63.7	212	67.9
9	いずれにも同意しない	0	0.0	0	0.0	0	0.0
	無回答	9	1.2	5	1.2	4	1.3
	非該当	84	-	17	-	67	-
	全体	744		432		312	

③認知症の人に対するガイドラインの活用

認知症の人のケアマネジメントを行う際、国の「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」を参考にしているか尋ねたところ、「いずれともいえない」が最も多く、地域包括支援センターでは 47.8%、介護施設・事業所では 48.3%（うち居宅：50.9%、施設・住まい：44.6%）となっており、「参考にしている」との回答があったのは、地域包括支援センターでは 20.3%、介護施設・事業所では、25.4%（うち居宅：25.5%、施設・住まい：25.3%）であった。

図表 121 認知症の人に対するガイドラインの活用（認知症の人）



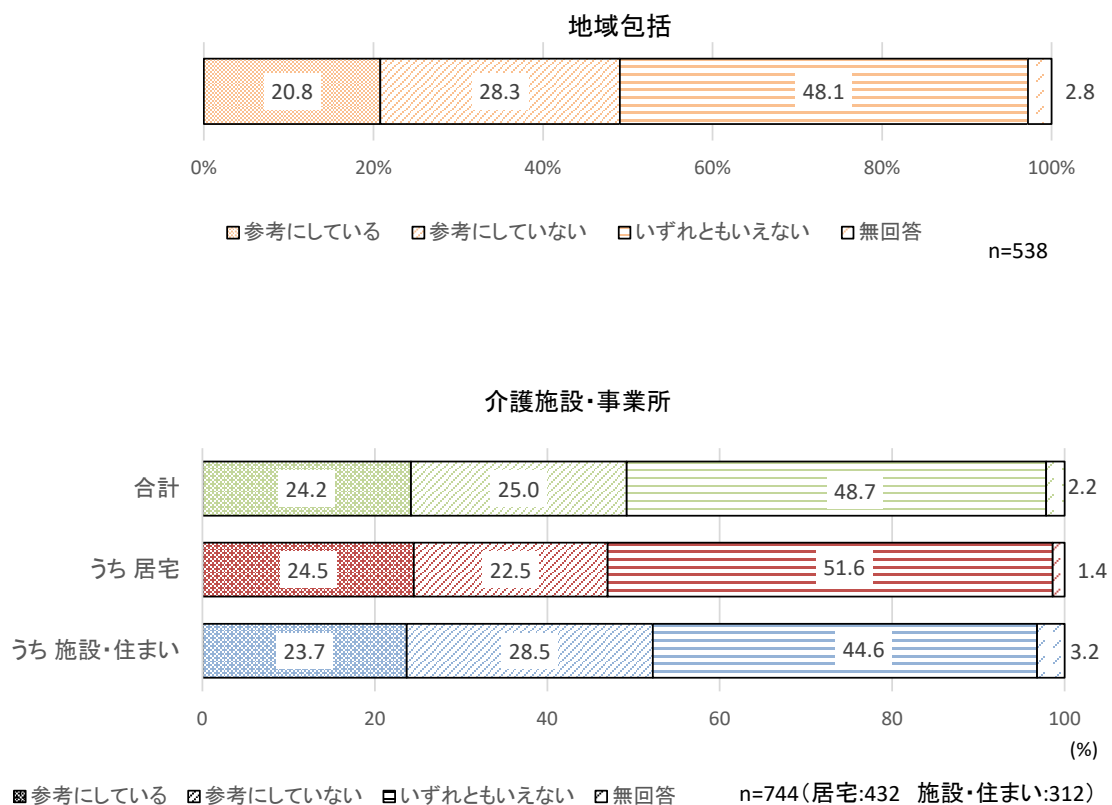
あなたは、下記のような人のケアマネジメントを行う際、国の「認知症の人の日常生活・社会生活における意思決定支援ガイドライン」を参考にしていますか…（S A）

（１）認知症の人

No.	選択肢	地域包括		介護施設・事業所					
				合計		うち 居宅		うち 施設・住まい	
		n	%	n	%	n	%	n	%
1	参考にしている	109	20.3	189	25.4	110	25.5	79	25.3
2	参考にしていない	158	29.4	184	24.7	96	22.2	88	28.2
3	いずれともいえない	257	47.8	359	48.3	220	50.9	139	44.6
	無回答	14	2.6	12	1.6	6	1.4	6	1.9
	非該当	1	-	84	-	17	-	67	-
	全体	538	100.0	744	100.0	432	100.0	312	100.0

認知症と診断された場合に限らず、認知機能の低下が疑われ、意思決定能力が不十分な人のケアマネジメントを行う際、国の「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」を参考にしているか尋ねたところ、「いずれともいえない」が最も多く、地域包括支援センターでは48.1%、介護施設・事業所では48.7%（うち居宅：51.6%、施設・住まい：44.6%）となっており、「参考にしている」との回答があったのは、地域包括支援センターでは20.8%、介護施設・事業所では、24.2%（うち居宅：24.5%、施設・住まい：23.7%）であった。

図表 122 認知症の人に対するガイドラインの活用（認知症と診断された場合に限らず、認知機能の低下が疑われ、意思決定能力が不十分な人）



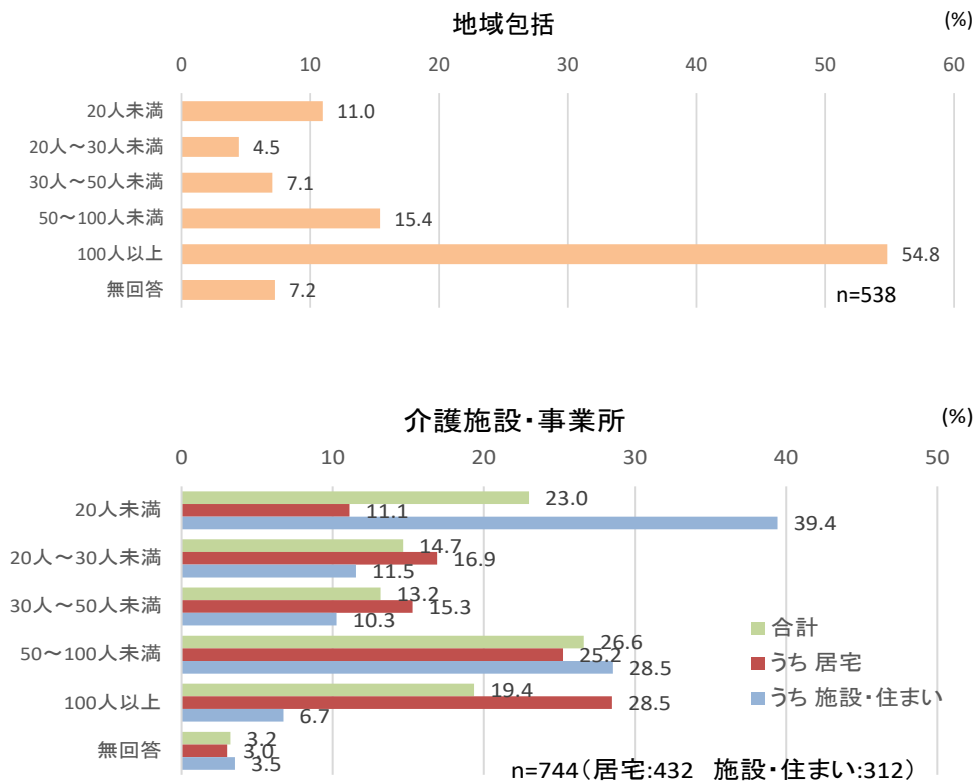
(2) 認知症と診断された場合に限らず、認知機能の低下が疑われ、意思決定能力が不十分な人

No.	選択肢	地域包括		介護施設・事業所					
		n	%	n	%	n	%	n	%
1	参考にしている	112	20.8	180	24.2	106	24.5	74	23.7
2	参考にしていない	152	28.3	186	25.0	97	22.5	89	28.5
3	いずれともいえない	259	48.1	362	48.7	223	51.6	139	44.6
	無回答	15	2.8	16	2.2	6	1.4	10	3.2
	非該当	1	-	84	-	17	-	67	-
	全体	538	100.0	744	100.0	432	100.0	312	100.0

④ケアマネジメントの取組み

令和5年12月現在、貴事業所がケアマネジメントを行う対象者の人数については、地域包括支援センターでは「100人以上」が54.8%、「50～100人未満」が15.4%、平均が246.4人となっており、介護施設・事業所では「50～100人未満」が26.6%（うち居宅：25.2%、施設・住まい：28.5%）、「20人未満」が23.0%（うち居宅：11.1%、施設・住まい：39.4%）、「20人未満」が23.0%（うち居宅：11.1%、施設・住まい：39.4%）、平均が74.6人（うち居宅：98.0%、施設・住まい：42.1%）であった。

図表 123 ケアマネジメントの取組み



令和5年12月現在、貴事業所がケアマネジメントを行う対象者の人数をご回答ください。

人数…(数量)

	地域包括	介護施設・事業所		
		合計	うち 居宅	うち 施設・住まい
合計	122,967	53,734	41,065	12,669
平均	246.4	74.6	98.0	42.1
標準偏差	946.5	312.3	406.9	35.5
最大値	17,990	8,287	8,287	186
最小値	0	0	0	0
無回答	39	24	13	11
全体	499	720	419	301

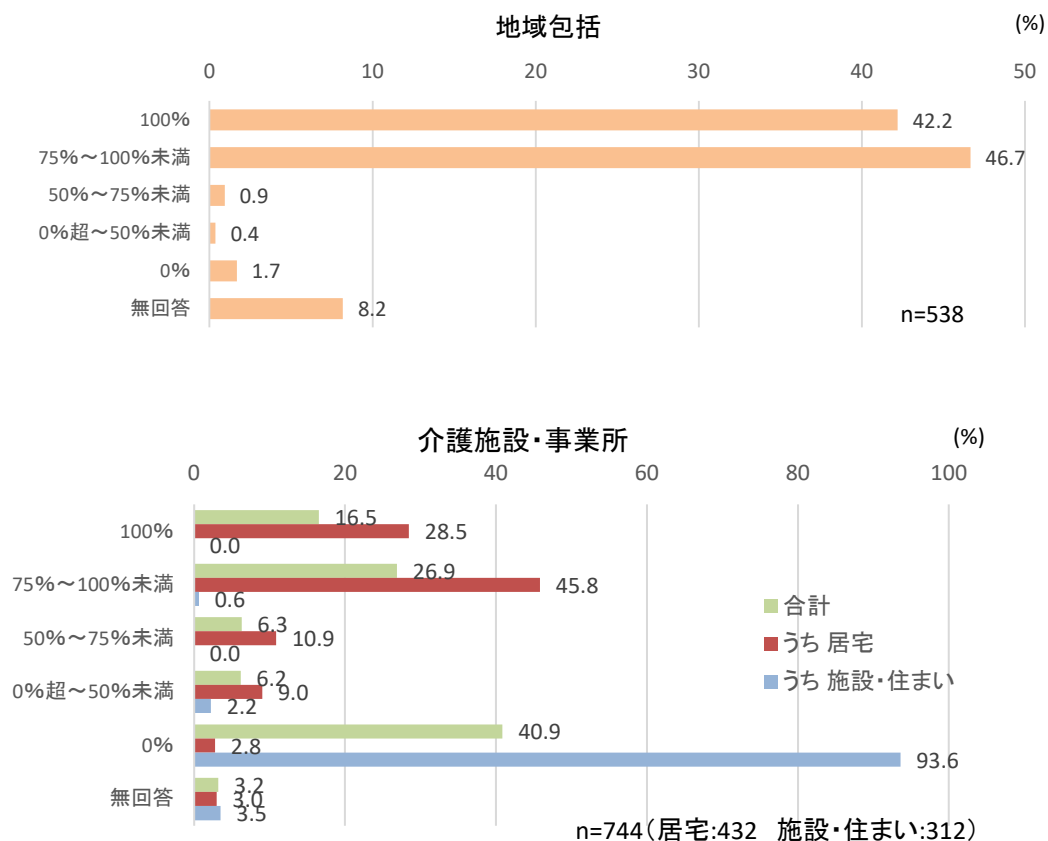
人数…(カゴライズ)

No.	選択肢	地域包括		介護施設・事業所					
				合計		うち 居宅		うち 施設・住まい	
		n	%	n	%	n	%	n	%
1	20人未満	59	11.0	171	23.0	48	11.1	123	39.4
2	20人～30人未満	24	4.5	109	14.7	73	16.9	36	11.5
3	30人～50人未満	38	7.1	98	13.2	66	15.3	32	10.3
4	50～100人未満	83	15.4	198	26.6	109	25.2	89	28.5
5	100人以上	295	54.8	144	19.4	123	28.5	21	6.7
	無回答	39	7.2	24	3.2	13	3.0	11	3.5
	非該当	1	—	84	—	17	—	67	—
	全体	538	100.0	744	100.0	432	100.0	312	100.0

⑤ケアマネジメント対象者の居所別割合

自宅における対象者の割合については、地域包括支援センターでは「75%～100%未満」が46.7%、「100%」が42.2%、平均が94.8%となっており、介護施設・事業所では「0%」が40.9%（うち居宅：2.8%、施設・住まい：93.6%）、「75%～100%未満」が26.9%（うち居宅：45.8%、施設・住まい：0.6%）、平均が47.9%（うち居宅：81.6%、施設・住まい：0.9%）であった。

図表 124 ケアマネジメント対象者の居所別割合（自宅）



上記の対象者の居所別の割合をお答えください。対象者がいない場合は「0（ゼロ）」と記入ください。

1. 自宅... (数量)

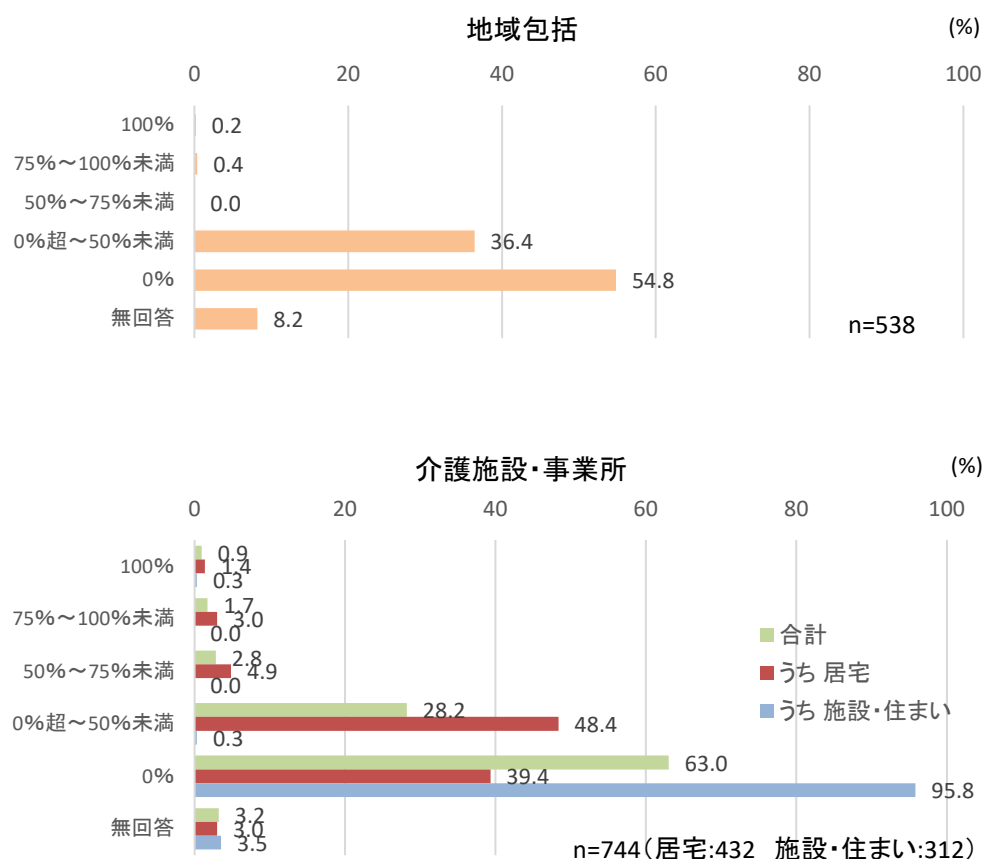
	地域包括	介護施設・事業所		
		合計	うち 居宅	うち 施設・住まい
合計	46,848	34,463	34,197	266
平均	94.8	47.9	81.6	0.9
標準偏差	14.9	45.1	27.0	7.4
最大値	100	100	100	90
最小値	0	0	0	0
無回答	44	24	13	11
全体	494	720	419	301

1. 自宅... (カテゴリー)

No.	選択肢	地域包括		介護施設・事業所					
				合計		うち 居宅		うち 施設・住まい	
		n	%	n	%	n	%	n	%
1	100%	227	42.2	123	16.5	123	28.5	0	0.0
2	75%～100%未満	251	46.7	200	26.9	198	45.8	2	0.6
3	50%～75%未満	5	0.9	47	6.3	47	10.9	0	0.0
4	0%超～50%未満	2	0.4	46	6.2	39	9.0	7	2.2
5	0%	9	1.7	304	40.9	12	2.8	292	93.6
	無回答	44	8.2	24	3.2	13	3.0	11	3.5
	非該当	1	-	84	-	17	-	67	-
	全体	538	100.0	744	100.0	432	100.0	312	100.0

特定施設入居者生活介護の指定を受けていない有料老人ホーム・サービス付き高齢者住宅における対象者の割合については、地域包括支援センターでは「0%」が 54.8%、「0%超～50%未満」が 36.4%、平均が 2.5%となっており、介護施設・事業所では「0%」が 63.0%（うち居宅：39.4%、施設・住まい：95.8%）、「0%超～50%未満」が 28.2%（うち居宅：48.4%、施設・住まい：0.3%）、平均が 8.1%（うち居宅：13.7%、施設・住まい：0.4%）であった。

図表 125 ケアマネジメント対象者の居所別割合（特定施設入居者生活介護の指定を受けていない有料老人ホーム・サービス付き高齢者住宅）



2. 特定施設入居者生活介護の指定を受けていない有料老人ホーム・サービス付き高齢者住宅…(数量)

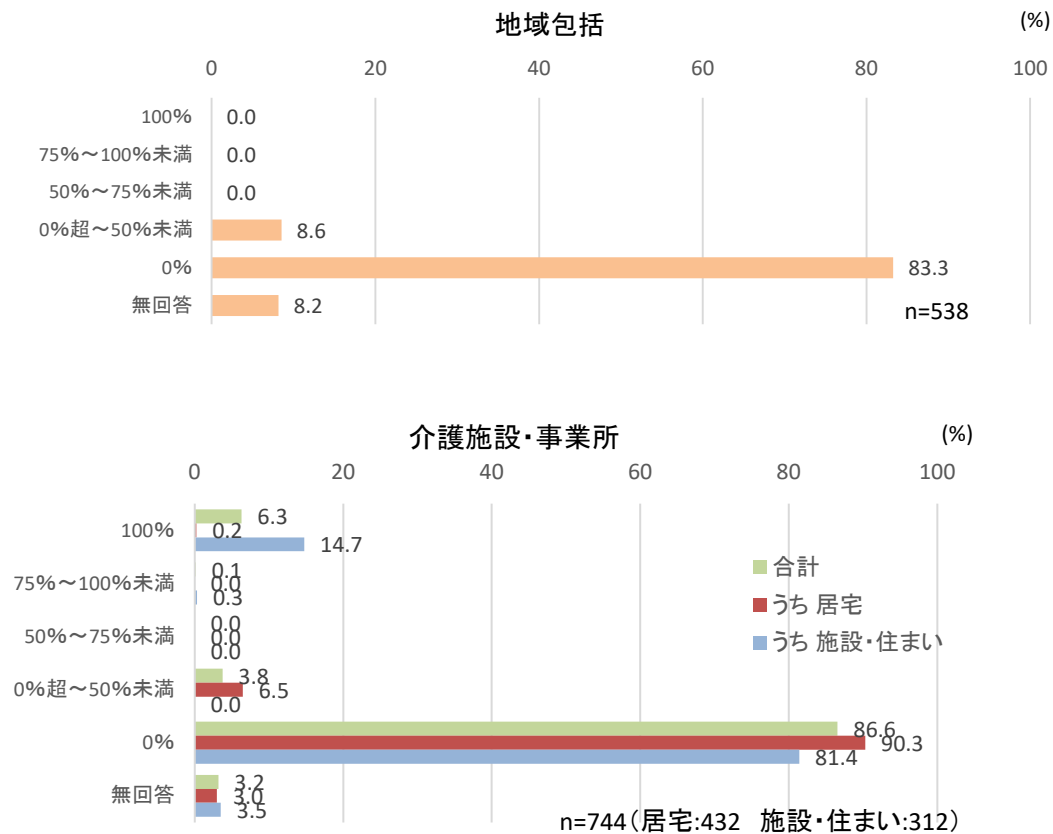
	地域包括	介護施設・事業所		
		合計	うち 居宅	うち 施設・住まい
合計	1,235	5,845	5,735	110
平均	2.5	8.1	13.7	0.4
標準偏差	8.4	19.4	23.4	5.8
最大値	100	100	100	100
最小値	0	0	0	0
無回答	44	24	13	11
全体	494	720	419	301

2. 特定施設入居者生活介護の指定を受けていない有料老人ホーム・サービス付き高齢者住宅…(カテゴリー)

No.	選択肢	地域包括		介護施設・事業所					
				合計		うち 居宅		うち 施設・住まい	
		n	%	n	%	n	%	n	%
1	100%	1	0.2	7	0.9	6	1.4	1	0.3
2	75%～100%未満	2	0.4	13	1.7	13	3.0	0	0.0
3	50%～75%未満	0	0.0	21	2.8	21	4.9	0	0.0
4	0%超～50%未満	196	36.4	210	28.2	209	48.4	1	0.3
5	0%	295	54.8	469	63.0	170	39.4	299	95.8
	無回答	44	8.2	24	3.2	13	3.0	11	3.5
	非該当	1	-	84	-	17	-	67	-
	全体	538	100.0	744	100.0	432	100.0	312	100.0

特定施設における対象者の割合については、地域包括支援センターでは「0%」が 83.3%、「0%超～50%未満」が 8.6%、平均が 0.4%となっており、介護施設・事業所では「0%」が 86.6%（うち居宅：90.3%、施設・住まい：81.4%）、「100%」が 6.3%（うち居宅：0.2%、施設・住まい：14.7%）、平均が 7.0%（うち居宅：0.7%、施設・住まい：15.6%）であった。

図表 126 ケアマネジメント対象者の居所別割合（特定施設）



3. 特定施設... (数量)

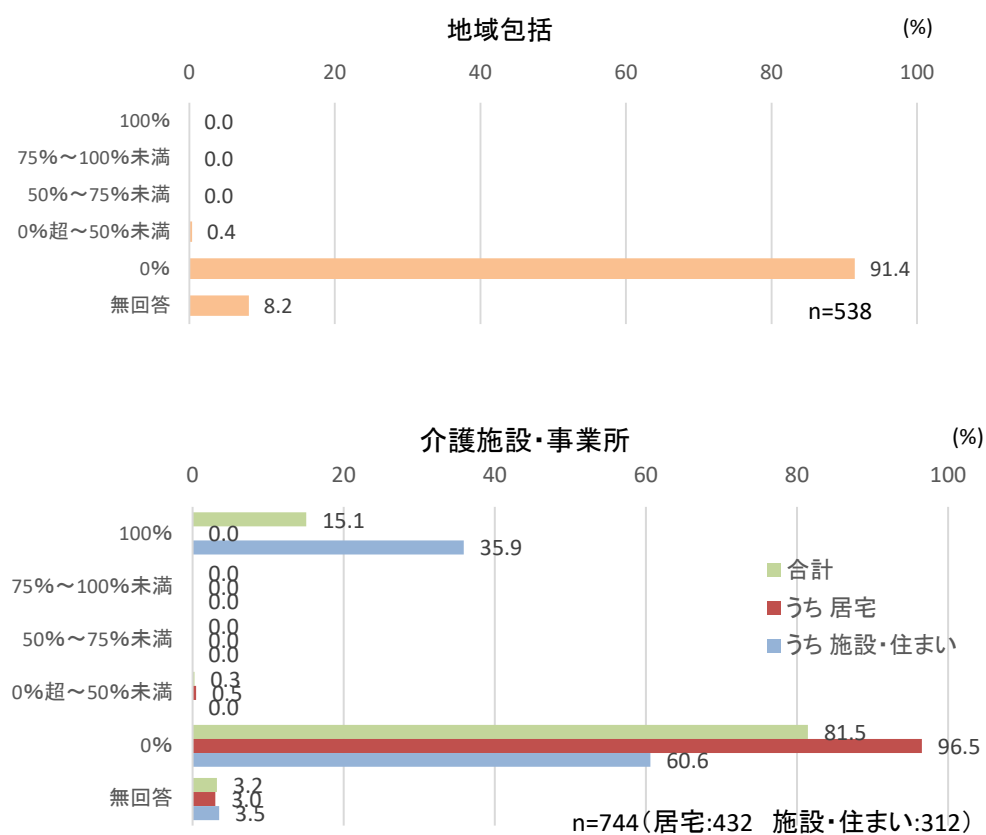
	地域包括	介護施設・事業所		
		合計	うち 居宅	うち 施設・住まい
合計	208	5,004	313	4,691
平均	0.4	7.0	0.7	15.6
標準偏差	1.9	24.9	5.7	36.3
最大値	20	100	100	100
最小値	0	0	0	0
無回答	44	24	13	11
全体	494	720	419	301

3. 特定施設... (カテゴリー)

No.	選択肢	地域包括		介護施設・事業所					
				合計		うち 居宅		うち 施設・住まい	
		n	%	n	%	n	%	n	%
1	100%	0	0.0	47	6.3	1	0.2	46	14.7
2	75%～100%未満	0	0.0	1	0.1	0	0.0	1	0.3
3	50%～75%未満	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
4	0%超～50%未満	46	8.6	28	3.8	28	6.5	0	0.0
5	0%	448	83.3	644	86.6	390	90.3	254	81.4
	無回答	44	8.2	24	3.2	13	3.0	11	3.5
	非該当	1	-	84	-	17	-	67	-
	全体	538	100.0	744	100.0	432	100.0	312	100.0

認知症対応型生活介護における対象者の割合については、地域包括支援センターでは「0%」が91.4%、「0%超～50%未満」が0.4%、平均が0.01%となっており、介護施設・事業所では「0%」が81.5%（うち居宅：96.5%、施設・住まい：60.6%）、「100%」が15.1%（うち居宅：0%、施設・住まい：35.9%）、平均が15.6%（うち居宅：0.1%、施設・住まい：37.2%）であった。

図表 127 ケアマネジメント対象者の居所別割合（認知症対応型生活介護）



4. 認知症対応型生活介護（認知症グループホーム）…（数量）

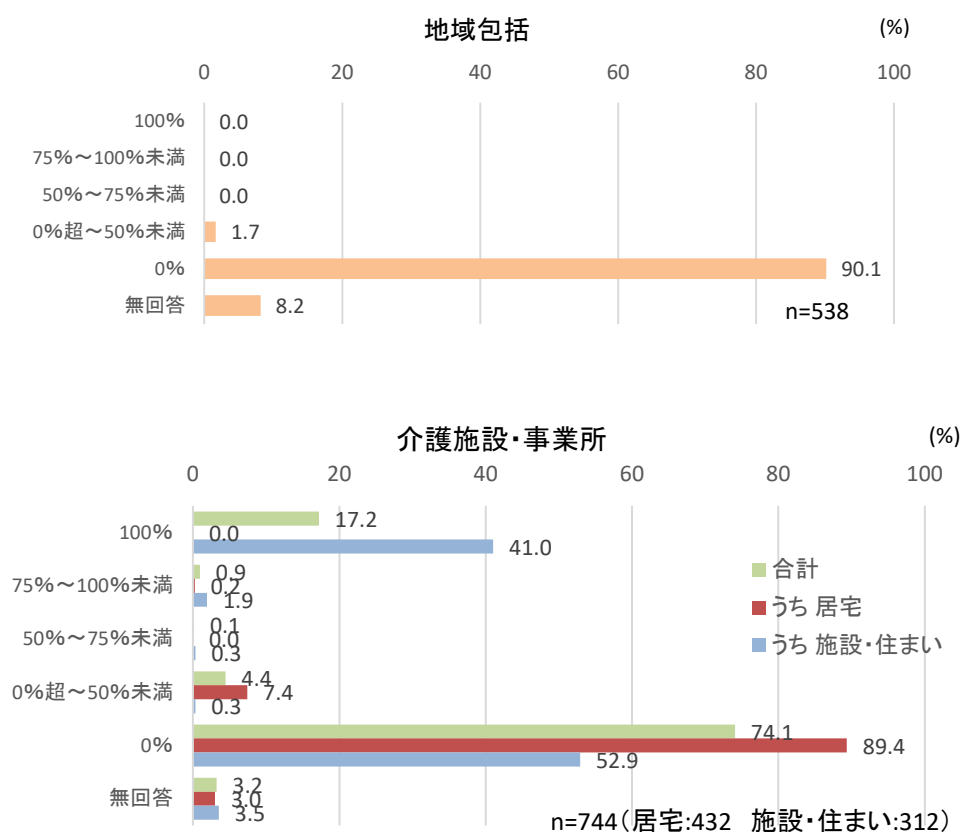
	地域包括	介護施設・事業所		
		合計	うち 居宅	うち 施設・住まい
合計	2.5	11,232	32	11,200
平均	0.01	15.6	0.1	37.2
標準偏差	0.1	36.3	1.5	48.4
最大値	2.0	100	30	100
最小値	0	0	0	0
無回答	44	24	13	11
全体	494	720	419	301

4. 認知症対応型生活介護（認知症グループホーム）…（カテゴリー）

No.	選択肢	地域包括		介護施設・事業所					
				合計		うち 居宅		うち 施設・住まい	
		n	%	n	%	n	%	n	%
1	100%	0	0.0	112	15.1	0	0.0	112	35.9
2	75%～100%未満	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
3	50%～75%未満	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
4	0%超～50%未満	2	0.4	2	0.3	2	0.5	0	0.0
5	0%	492	91.4	606	81.5	417	96.5	189	60.6
	無回答	44	8.2	24	3.2	13	3.0	11	3.5
	非該当	1	-	84	-	17	-	67	-
	全体	538	100.0	744	100.0	432	100.0	312	100.0

介護保険施設における対象者の割合については、地域包括支援センターでは「0%」が90.1%、「0%超～50%未満」が1.7%、平均が0.05%となっており、介護施設・事業所では「0%」が74.1%（うち居宅：89.4%、施設・住まい：52.9%）、「100%」が17.2%（うち居宅：0%、施設・住まい：41.0%）、平均が19.0%（うち居宅：0.7%、施設・住まい：44.5%）であった。

図表 128 ケアマネジメント対象者の居所別割合（介護保険施設）



5. 介護保険施設…(数量)

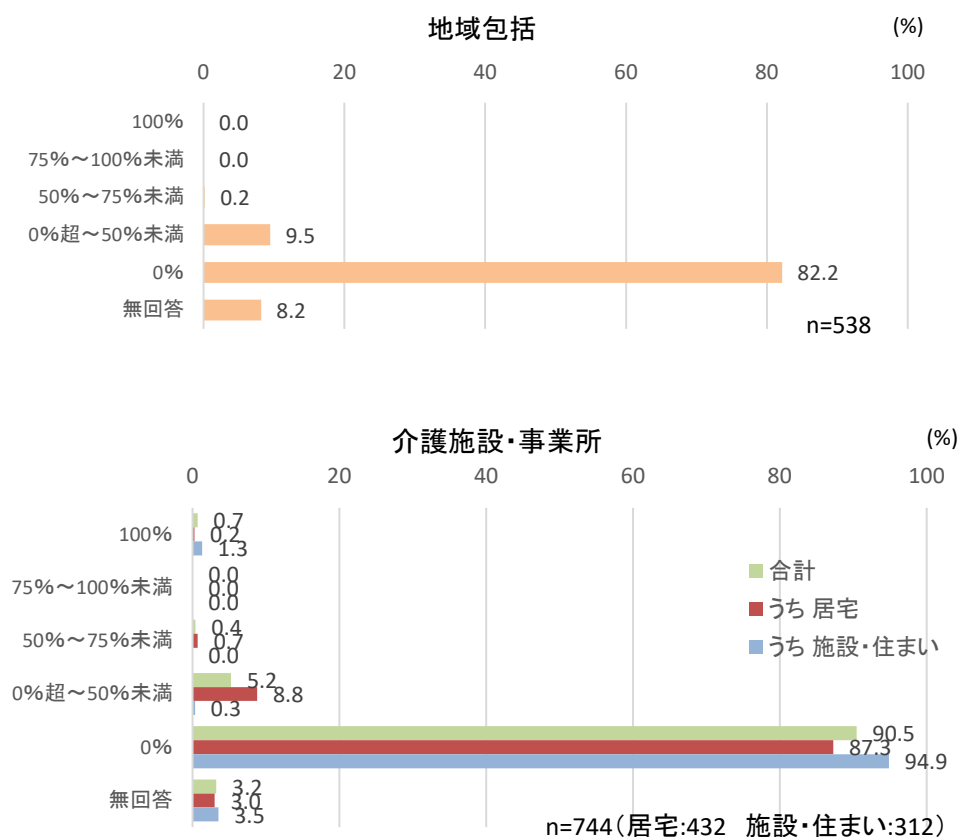
	地域包括	介護施設・事業所		
		合計	うち 居宅	うち 施設・住まい
合計	22	13,680	275	13,405
平均	0.05	19.0	0.7	44.5
標準偏差	0.4	38.7	4.7	49.4
最大値	5	100	80	100
最小値	0	0	0	0
無回答	44	24	13	11
全体	494	720	419	301

5. 介護保険施設…(カテゴリー)

No.	選択肢	地域包括		介護施設・事業所					
				合計		うち 居宅		うち 施設・住まい	
		n	%	n	%	n	%	n	%
1	100%	0	0.0	128	17.2	0	0.0	128	41.0
2	75%～100%未満	0	0.0	7	0.9	1	0.2	6	1.9
3	50%～75%未満	0	0.0	1	0.1	0	0.0	1	0.3
4	0%超～50%未満	9	1.7	33	4.4	32	7.4	1	0.3
5	0%	485	90.1	551	74.1	386	89.4	165	52.9
	無回答	44	8.2	24	3.2	13	3.0	11	3.5
	非該当	1	-	84	-	17	-	67	-
	全体	538	100.0	744	100.0	432	100.0	312	100.0

その他における対象者の割合については、地域包括支援センターでは「0%」が 82.2%、「0%超～50%未満」が 9.5%、平均が 0.7%となっており、介護施設・事業所では「0%」が 90.5%（うち居宅：87.3%、施設・住まい：94.9%）、「0%超～50%未満」が 5.2%（うち居宅：8.8%、施設・住まい：0.3%）、平均が 1.7%（うち居宅：1.9%、施設・住まい：1.4%）であった。

図表 129 ケアマネジメント対象者の居所別割合（その他）



6. その他... (数量)

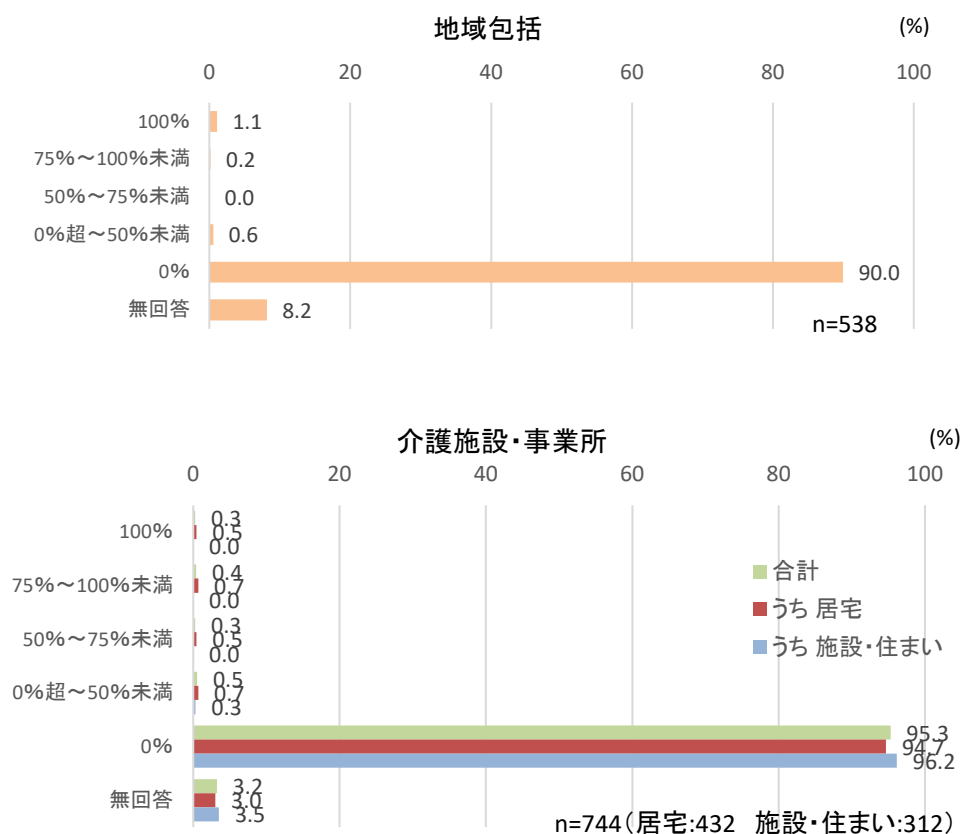
	地域包括	介護施設・事業所		
		合計	うち 居宅	うち 施設・住まい
合計	367	1,197	778	419
平均	0.7	1.7	1.9	1.4
標準偏差	4.2	10.0	8.8	11.5
最大値	70	100	100	100
最小値	0	0	0	0
無回答	44	24	13	11
全体	494	720	419	301

6. その他... (カテゴリー)

No.	選択肢	地域包括		介護施設・事業所					
				合計		うち 居宅		うち 施設・住まい	
		n	%	n	%	n	%	n	%
1	100%	0	0.0	5	0.7	1	0.2	4	1.3
2	75%～100%未満	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
3	50%～75%未満	1	0.2	3	0.4	3	0.7	0	0.0
4	0%超～50%未満	51	9.5	39	5.2	38	8.8	1	0.3
5	0%	442	82.2	673	90.5	377	87.3	296	94.9
	無回答	44	8.2	24	3.2	13	3.0	11	3.5
	非該当	1	-	84	-	17	-	67	-
	全体	538	100.0	744	100.0	432	100.0	312	100.0

ケアマネジメント対象者の居所が「不明」と回答した割合は、地域包括支援センターでは「0%」が 90.0%、「100%」が 1.1%、平均が 1.5%となっており、介護施設・事業所では「0%」が 95.3%（うち居宅：94.7%、施設・住まい：96.2%）、「0%超～50%未満」が 0.5%（うち居宅：0.7%、施設・住まい：0.3%）、平均が 0.8%（うち居宅：1.4%、施設・住まい：0.03%）であった。

図表 130 ケアマネジメント対象者の居所別割合（不明）



7. 不明... (数量)

	地域包括	介護施設・事業所		
		合計	うち 居宅	うち 施設・住まい
合計	718	580	571	9
平均	1.5	0.8	1.4	0.03
標準偏差	11.8	8.1	10.5	0.5
最大値	100	100	100	9
最小値	0	0	0	0
無回答	44	24	13	11
全体	494	720	419	301

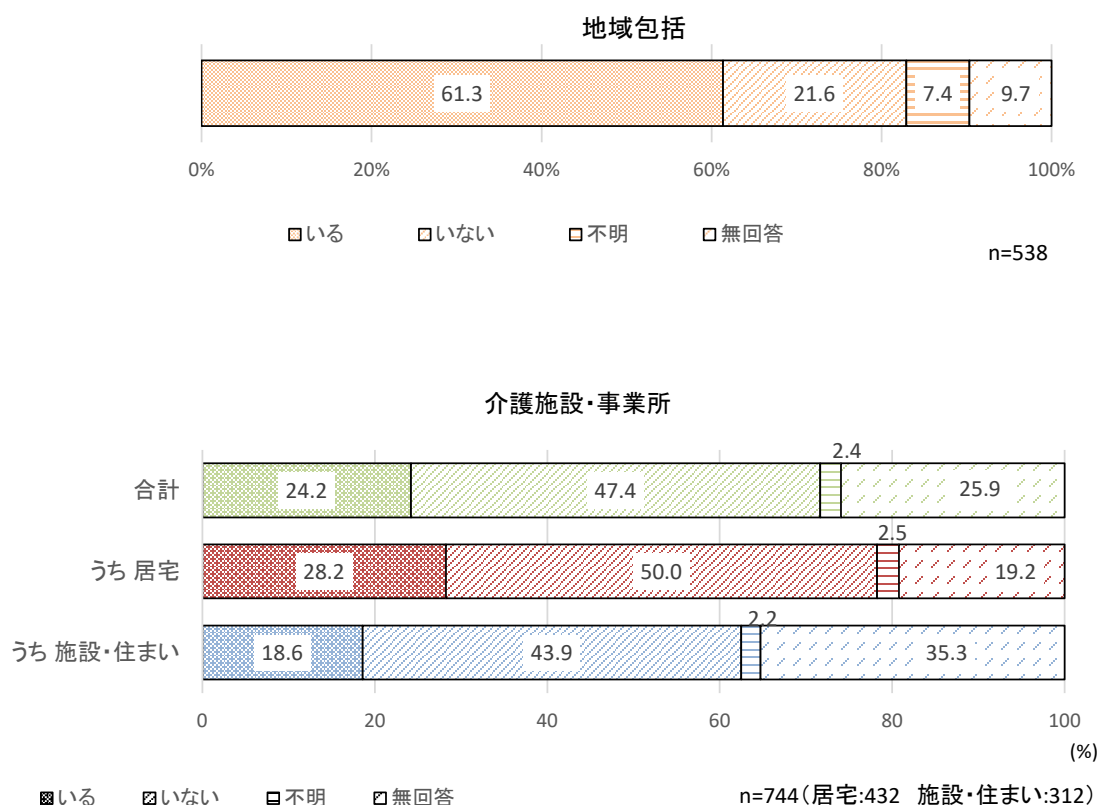
7. 不明... (カテゴリー)

No.	選択肢	地域包括		介護施設・事業所					
				合計		うち 居宅		うち 施設・住まい	
		n	%	n	%	n	%	n	%
1	100%	6	1.1	2	0.3	2	0.5	0	0.0
2	75%～100%未満	1	0.2	3	0.4	3	0.7	0	0.0
3	50%～75%未満	0	0.0	2	0.3	2	0.5	0	0.0
4	0%超～50%未満	3	0.6	4	0.5	3	0.7	1	0.3
5	0%	484	90.0	709	95.3	409	94.7	300	96.2
	無回答	44	8.2	24	3.2	13	3.0	11	3.5
	非該当	1	-	84	-	17	-	67	-
	全体	538	100.0	744	100.0	432	100.0	312	100.0

⑥意思決定支援対象者の有無

令和5年12月現在、利用者に事業対象者がいるかを尋ねたところ、地域包括支援センターでは「いる」が61.3%、「いない」が21.6%となっており、介護施設・事業所では「いない」が47.4%（うち居宅：50.0%、施設・住まい：43.9%）、「いる」が24.2%（うち居宅：28.2%、施設・住まい：18.6%）であった。

図表 131 利用者の有無（事業対象者）



令和5年12月現在、貴事業所の利用者に、事業対象者、要支援者、要介護者がいますか。
貴事業所の利用者に、事業対象者、要支援者、要介護者がいる場合、その中に日常生活・社会生活における意思決定支援の対象となる認知症の人はいますか。

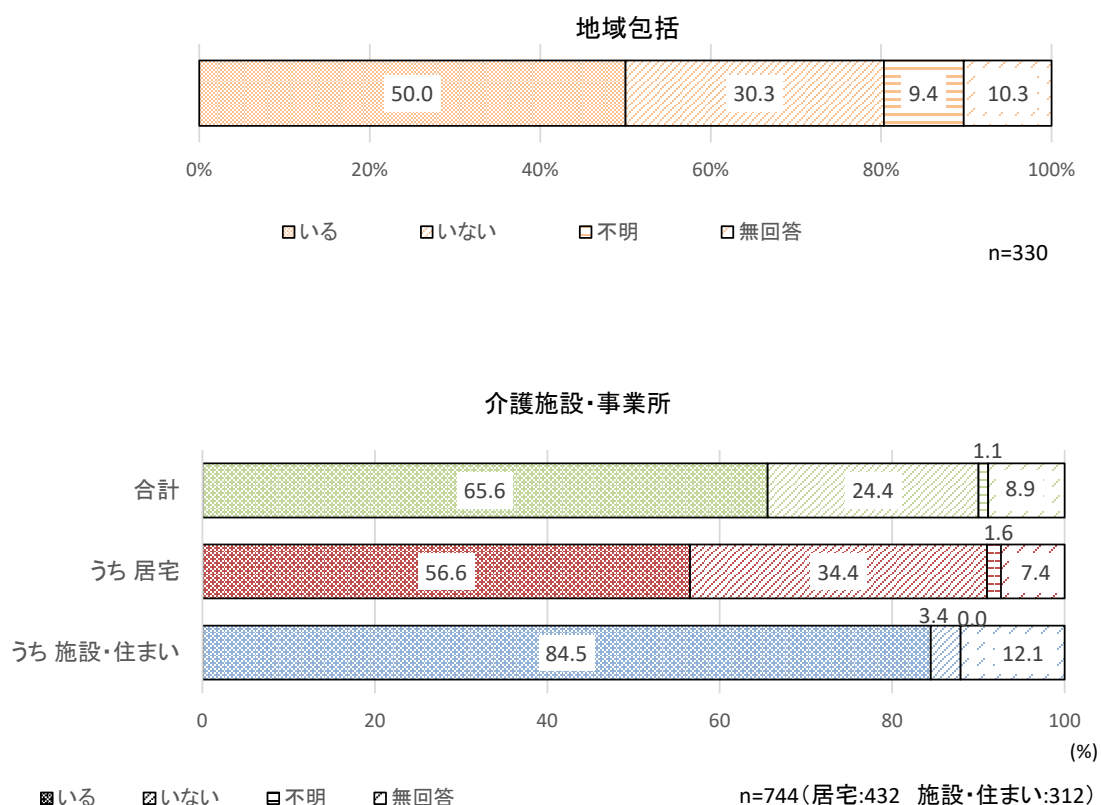
(1) 事業対象者

①利用者の有無... (SA)

No.	選択肢	地域包括		介護施設・事業所					
		n	%	合計		うち 居宅		うち 施設・住まい	
1	いる	330	61.3	180	24.2	122	28.2	58	18.6
2	いない	116	21.6	353	47.4	216	50.0	137	43.9
3	不明	40	7.4	18	2.4	11	2.5	7	2.2
	無回答	52	9.7	193	25.9	83	19.2	110	35.3
	非該当	1	-	84	-	17	-	67	-
	全体	538	100.0	744	100.0	432	100.0	312	100.0

利用者に事業対象者がいる場合、その中に「介護保険、保険外サービスの利用、ケアプラン」における意思決定支援の対象となる認知症の人がいるかを尋ねたところ、地域包括支援センターでは「いる」が50.0%、「いない」が30.3%となっており、介護施設・事業所では「いる」が65.6%（うち居宅：56.6%、施設・住まい：84.5%）、「いない」が24.4%（うち居宅：34.4%、施設・住まい：3.4%）であった。

図表 132 意思決定支援の対象となる認知症の人の有無（事業対象者
1.介護保険、保険外サービスの利用、ケアプラン）

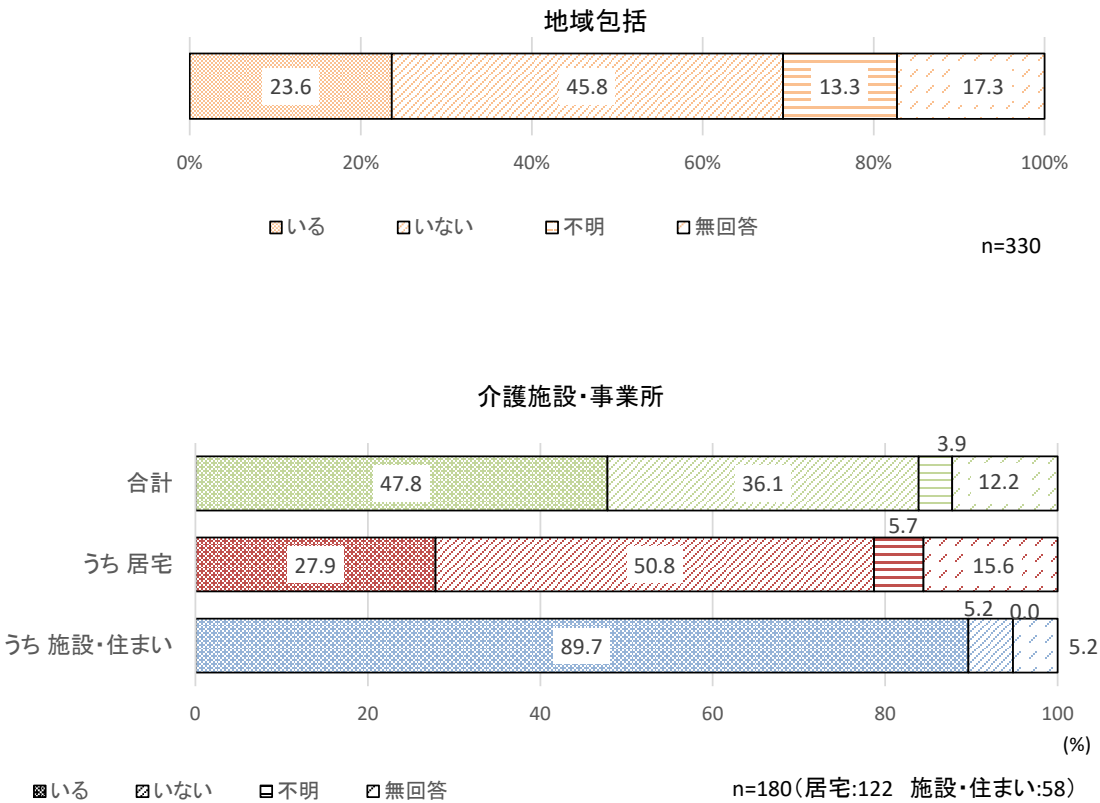


②利用者のうち、下記の意思決定支援の対象となる認知症の人がいるか... (S A)

No.	選択肢	1. 介護保険、保険外サービスの利用、ケアプラン							
		地域包括		介護施設・事業所					
		n	%	合計		うち 居宅		うち 施設・住まい	
1	いる	165	50.0	118	65.6	69	56.6	49	84.5
2	いない	100	30.3	44	24.4	42	34.4	2	3.4
3	不明	31	9.4	2	1.1	2	1.6	0	0.0
	無回答	34	10.3	16	8.9	9	7.4	7	12.1
	非該当	209	-	648	-	327	-	321	-
	全体	330	100.0	180	100.0	122	100.0	58	100.0

利用者に事業対象者がいる場合、その中に「食事・入浴・被服の好み・排せつ・整容」における意思決定支援の対象となる認知症の人がいるかを尋ねたところ、地域包括支援センターでは「いない」が45.8%、「いる」が23.6%となっており、介護施設・事業所では「いる」が47.8%（うち居宅：27.9%、施設・住まい：89.7%）、「いない」が36.1%（うち居宅：50.8%、施設・住まい：5.2%）であった。

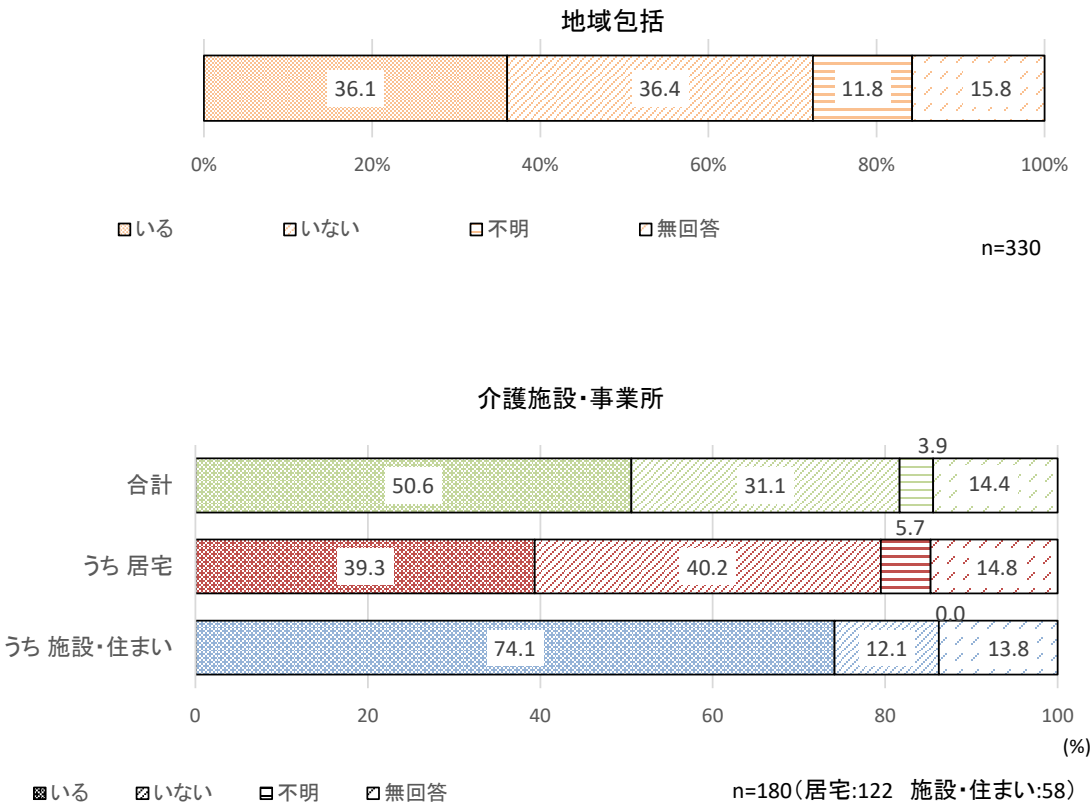
図表 133 意思決定支援の対象となる認知症の人の有無（事業対象者）
2. 食事・入浴・被服の好み・排せつ・整容）



No.	選択肢	2. 食事・入浴・被服の好み・排せつ・整容							
		地域包括		介護施設・事業所					
				合計		うち 居宅		うち 施設・住まい	
		n	%	n	%	n	%	n	%
1	いる	78	23.6	86	47.8	34	27.9	52	89.7
2	いない	151	45.8	65	36.1	62	50.8	3	5.2
3	不明	44	13.3	7	3.9	7	5.7	0	0.0
	無回答	57	17.3	22	12.2	19	15.6	3	5.2
	非該当	209	-	648	-	327	-	321	-
	全体	330	100.0	180	100.0	122	100.0	58	100.0

利用者に事業対象者がいる場合、その中に「外出、日常提供されたプログラムへの参加、社会参加」における意思決定支援の対象となる認知症の人がいるかを尋ねたところ、地域包括支援では「いない」が36.4%、「いる」が36.1%となっており、介護施設・事業所では「いる」が50.6%（うち居宅：39.3%、施設・住まい：74.1%）、「いない」が31.1%（うち居宅：40.2%、施設・住まい：12.1%）であった。

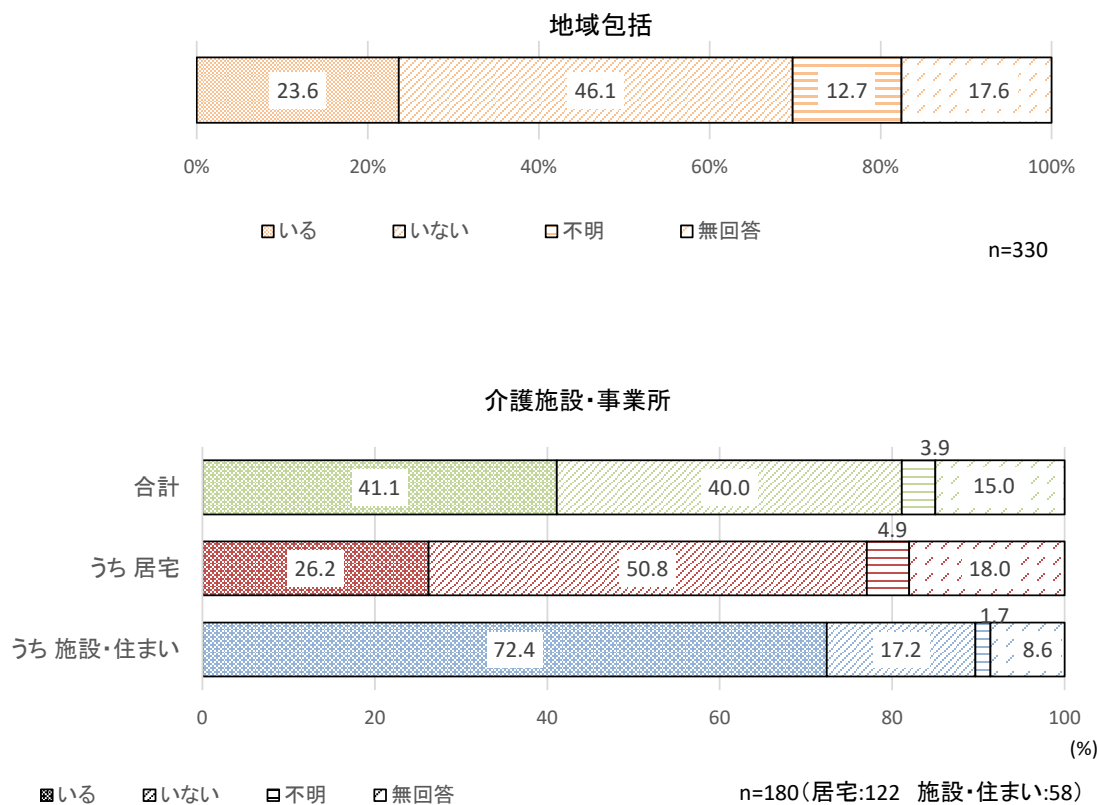
図表 134 意思決定支援の対象となる認知症の有無（事業対象者）
3. 外出、日常提供されたプログラムへの参加、社会参加



No.	選択肢	3. 外出、日常提供されたプログラムへの参加、社会参加							
		地域包括		介護施設・事業所					
				合計		うち 居宅		うち 施設・住まい	
		n	%	n	%	n	%	n	%
1	いる	119	36.1	91	50.6	48	39.3	43	74.1
2	いない	120	36.4	56	31.1	49	40.2	7	12.1
3	不明	39	11.8	7	3.9	7	5.7	0	0.0
	無回答	52	15.8	26	14.4	18	14.8	8	13.8
	非該当	209	-	648	-	327	-	321	-
	全体	330	100.0	180	100.0	122	100.0	58	100.0

利用者に事業対象者がいる場合、その中に「住まいの移動（自宅、高齢者住宅、グループホーム、施設）」における意思決定支援の対象となる認知症の人がいるかを尋ねたところ、地域包括支援センターでは「いない」が 46.1%、「いる」が 23.6%となっており、介護施設・事業所では「いる」が 41.1%（うち居宅：26.2%、施設・住まい：72.4%）、「いない」が 40.0%（うち居宅：50.8%、施設・住まい：17.2%）であった。

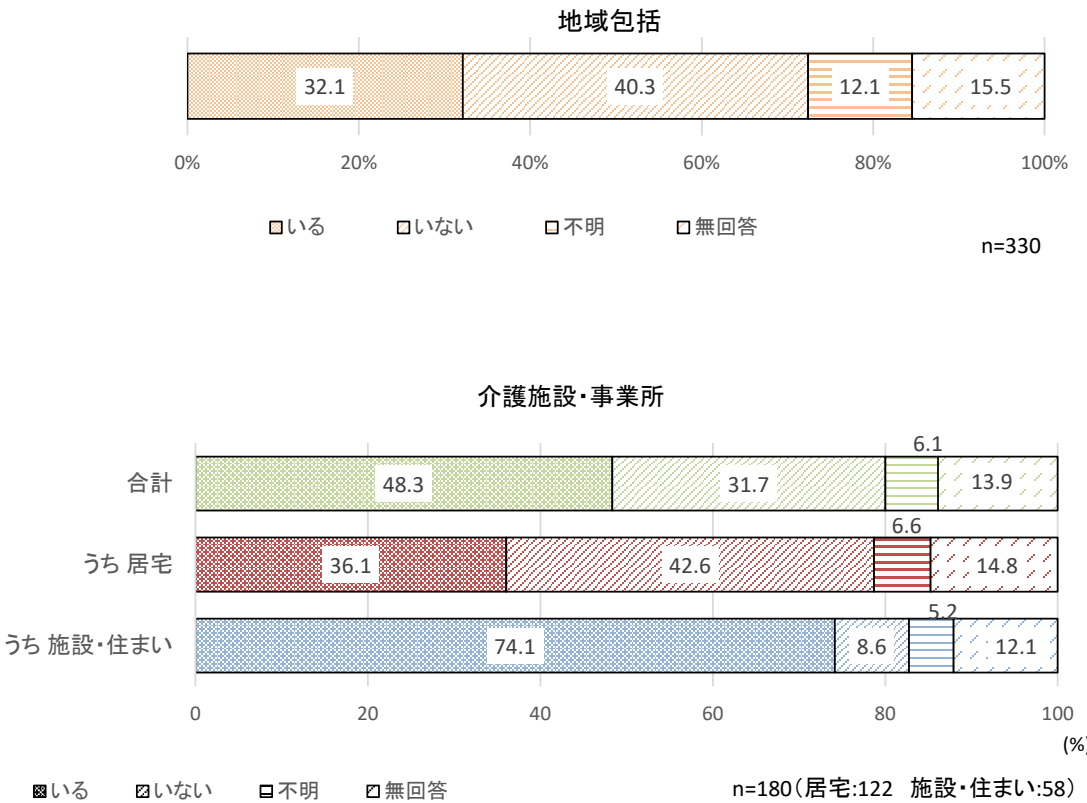
図表 135 意思決定支援の対象となる認知症の人の有無（事業対象者_4. 住まいの移動）



No.	選択肢	4. 住まいの移動（自宅、高齢者住宅、グループホーム、施設）							
		地域包括		介護施設・事業所					
		n	%	n	%	n	%	n	%
1	いる	78	23.6	74	41.1	32	26.2	42	72.4
2	いない	152	46.1	72	40.0	62	50.8	10	17.2
3	不明	42	12.7	7	3.9	6	4.9	1	1.7
	無回答	58	17.6	27	15.0	22	18.0	5	8.6
	非該当	209	-	648	-	327	-	321	-
	全体	330	100.0	180	100.0	122	100.0	58	100.0

利用者に事業対象者がいる場合、その中に「日常的な医療の選択（医療機関、療養場所、治療、予防等）」における意思決定支援の対象となる認知症の人がいるかを尋ねたところ、地域包括支援センターでは「いない」が 40.3%、「いる」が 32.1%となっており、介護施設・事業所では「いる」が 48.3%（うち居宅：36.1%、施設・住まい：74.1%）、「いない」が 31.7%（うち居宅：42.6%、施設・住まい：8.6%）であった。

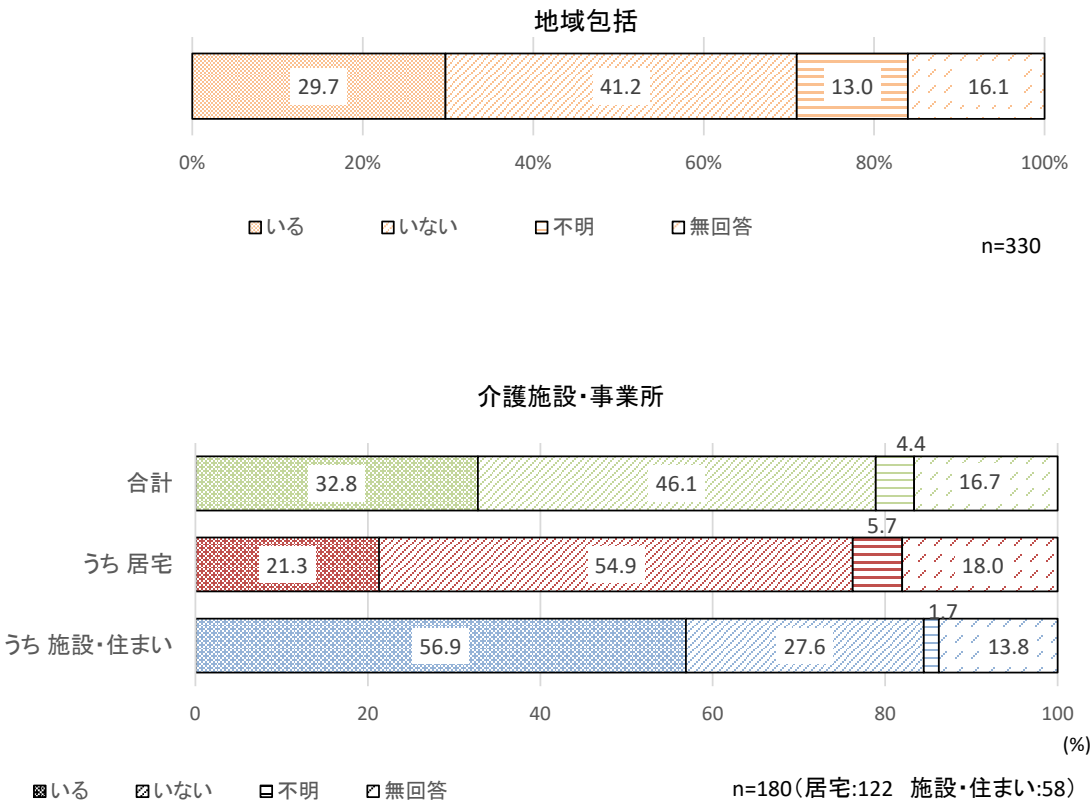
図表 136 意思決定支援の対象となる認知症の人の有無（事業対象者
5. 日常的な医療の選択）



No.	選択肢	5. 日常的な医療の選択（医療機関、療養場所、治療、予防等）							
		地域包括		介護施設・事業所					
				合計		うち 居宅		うち 施設・住まい	
		n	%	n	%	n	%	n	%
1	いる	106	32.1	87	48.3	44	36.1	43	74.1
2	いない	133	40.3	57	31.7	52	42.6	5	8.6
3	不明	40	12.1	11	6.1	8	6.6	3	5.2
	無回答	51	15.5	25	13.9	18	14.8	7	12.1
	非該当	209	-	648	-	327	-	321	-
	全体	330	100.0	180	100.0	122	100.0	58	100.0

利用者に事業対象者がいる場合、その中に「日常的な金銭管理（成年後見制度利用の薦めを除く）」における意思決定支援の対象となる認知症の人がいるかを尋ねたところ、地域包括支援センターでは「いない」が41.2%、「いる」が29.7%となっており、介護施設・事業所では「いない」が46.1%（うち居宅：54.9%、施設・住まい：27.6%）、「いる」が32.8%（うち居宅：21.3%、施設・住まい：56.9%）であった。

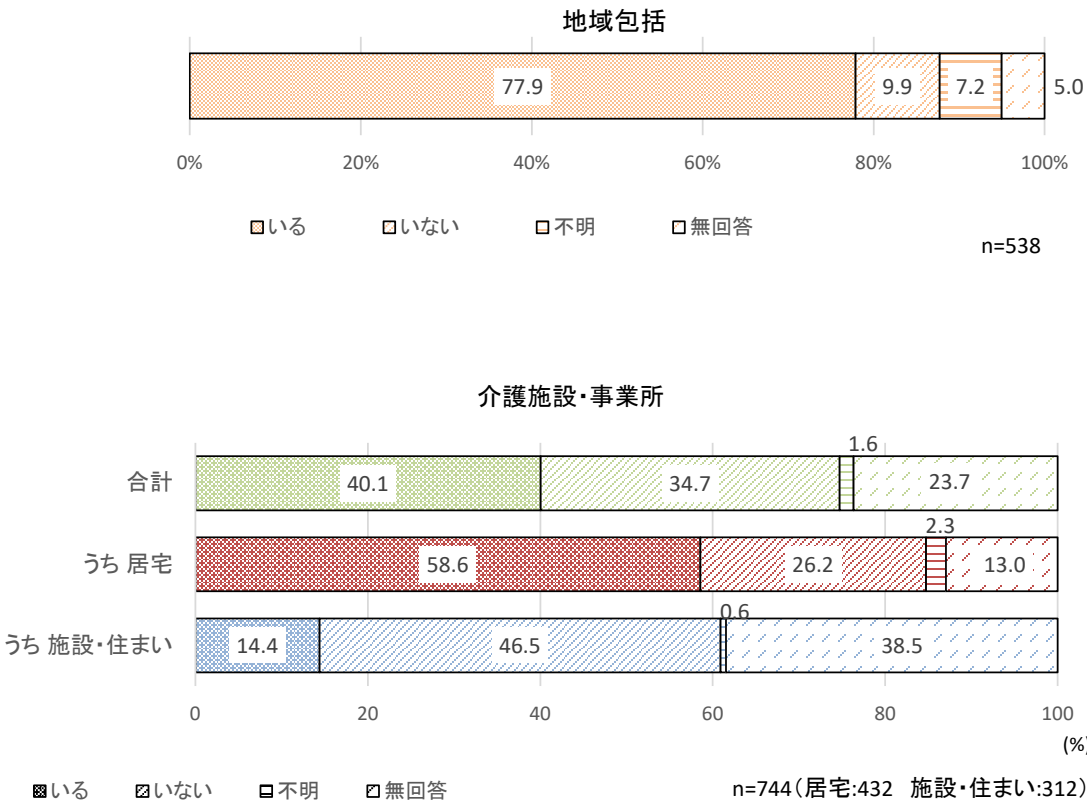
図表 137 意思決定支援の対象となる認知症の人の有無（事業対象者）
6. 日常的な金銭管理



No.	選択肢	6. 日常的な金銭管理（成年後見制度利用の薦めを除く）							
		地域包括		介護施設・事業所					
				合計		うち 居宅		うち 施設・住まい	
		n	%	n	%	n	%	n	%
1	いる	98	29.7	59	32.8	26	21.3	33	56.9
2	いない	136	41.2	83	46.1	67	54.9	16	27.6
3	不明	43	13.0	8	4.4	7	5.7	1	1.7
	無回答	53	16.1	30	16.7	22	18.0	8	13.8
	非該当	209	-	648	-	327	-	321	-
	全体	330	100.0	180	100.0	122	100.0	58	100.0

令和5年12月現在、利用者に要支援者がいるかを尋ねたところ、地域包括支援センターでは「いる」が77.9%、「いない」が9.9%となっており、介護施設・事業所では「いる」が40.1%（うち居宅：58.6%、施設・住まい：14.4%）、「いない」が34.7%（うち居宅：26.2%、施設・住まい：46.5%）であった。

図表 138 利用者の有無（要支援者）



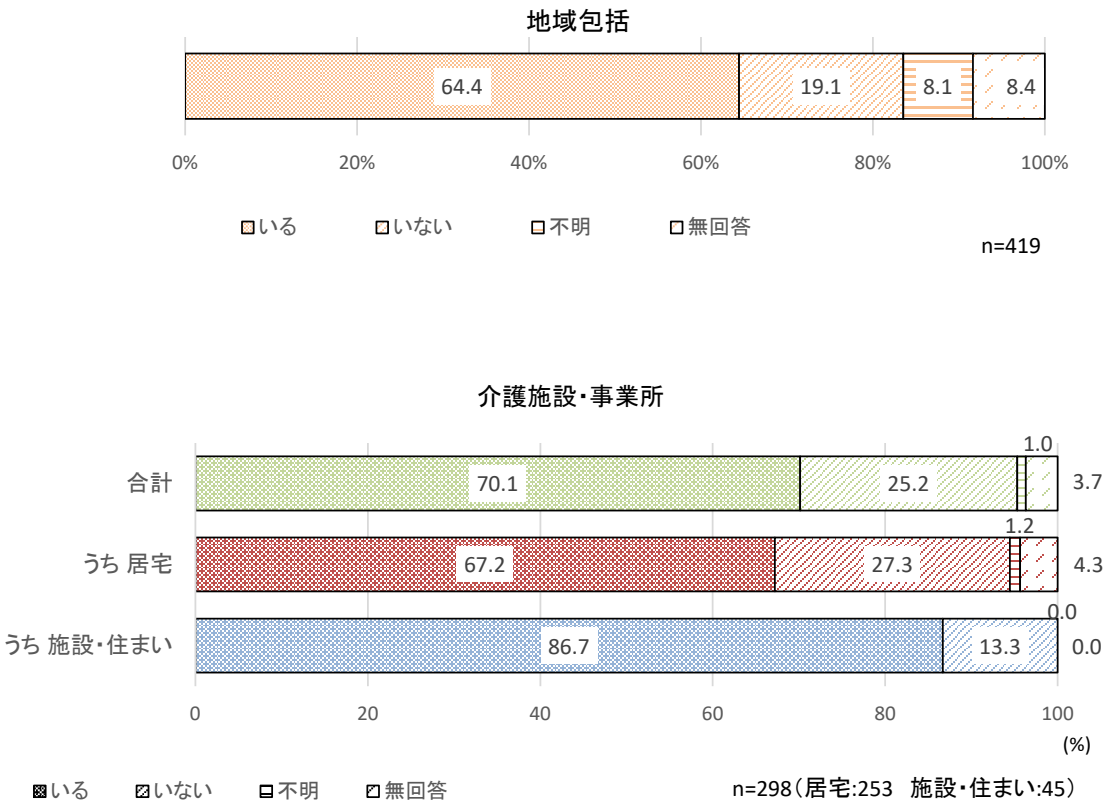
(2) 要支援者

①利用者の有無 ... (S A)

No.	選択肢	地域包括		介護施設・事業所					
		n	%	合計		うち 居宅		うち 施設・住まい	
				n	%	n	%	n	%
1	いる	419	77.9	298	40.1	253	58.6	45	14.4
2	いない	53	9.9	258	34.7	113	26.2	145	46.5
3	不明	39	7.2	12	1.6	10	2.3	2	0.6
	無回答	27	5.0	176	23.7	56	13.0	120	38.5
	非該当	1	-	84	-	17	-	67	-
	全体	538	100.0	744	100.0	432	100.0	312	100.0

利用者に要支援者がいる場合、その中に「介護保険、保険外サービスの利用、ケアプラン」における意思決定支援の対象となる認知症の人がいるかを尋ねたところ、地域包括支援センターでは「いる」が64.4%、「いない」が19.1%となっており、介護施設・事業所では「いる」が70.1%（うち居宅：67.2%、施設・住まい：86.7%）、「いない」が25.2%（うち居宅：27.3%、施設・住まい：13.3%）であった。

図表 139 意思決定支援の対象となる認知症の人の有無（要支援者）
1. 介護保険、保険外サービスの利用、ケアプラン）

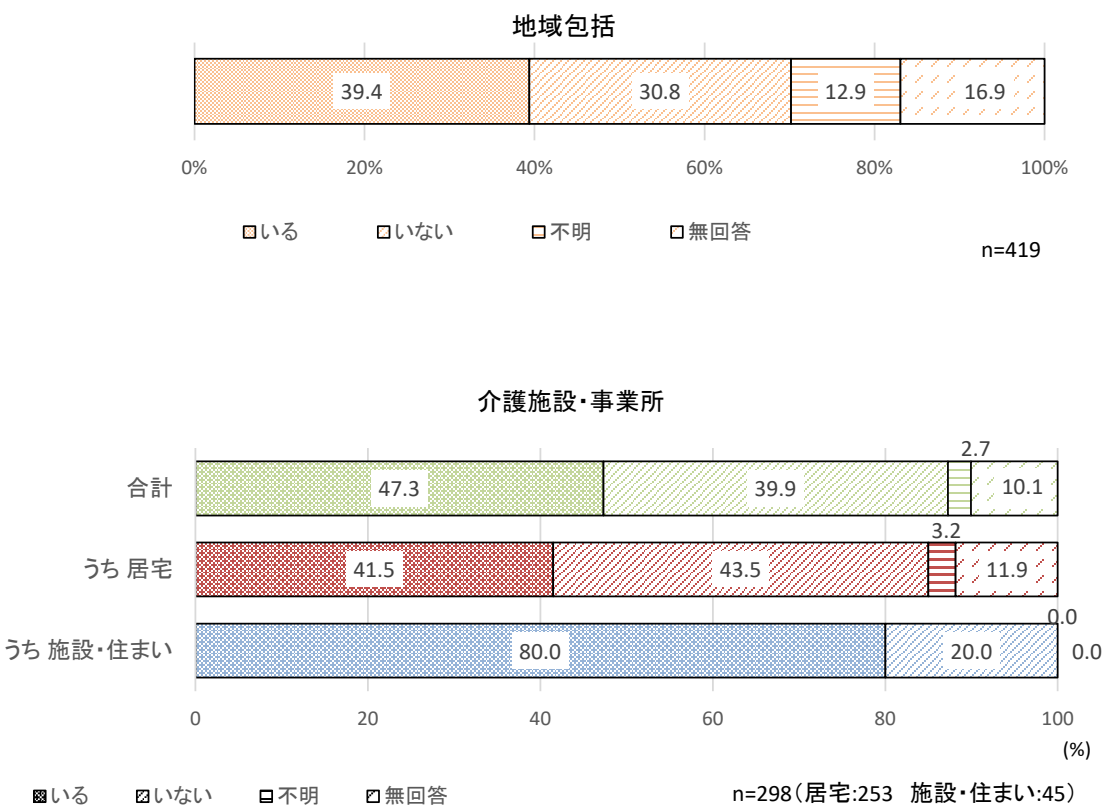


②利用者のうち、下記の意思決定支援の対象となる認知症の人がいるか... (S A)

No.	選択肢	1. 介護保険、保険外サービスの利用、ケアプラン							
		地域包括		介護施設・事業所					
				合計		うち 居宅		うち 施設・住まい	
		n	%	n	%	n	%	n	%
1	いる	270	64.4	209	70.1	170	67.2	39	86.7
2	いない	80	19.1	75	25.2	69	27.3	6	13.3
3	不明	34	8.1	3	1.0	3	1.2	0	0.0
	無回答	35	8.4	11	3.7	11	4.3	0	0.0
	非該当	120	-	530	-	196	-	334	-
	全体	419	100.0	298	100.0	253	100.0	45	100.0

利用者に要支援者がいる場合、その中に「食事・入浴・被服の好み・排せつ・整容」における意思決定支援の対象となる認知症の人がいるかを尋ねたところ、地域包括支援センターでは「いる」が39.4%、「いない」が30.8%となっており、介護施設・事業所では「いる」が47.3%（うち居宅：41.5%、施設・住まい：80.0%）、「いない」が39.9%（うち居宅：43.5%、施設・住まい：20.0%）であった。

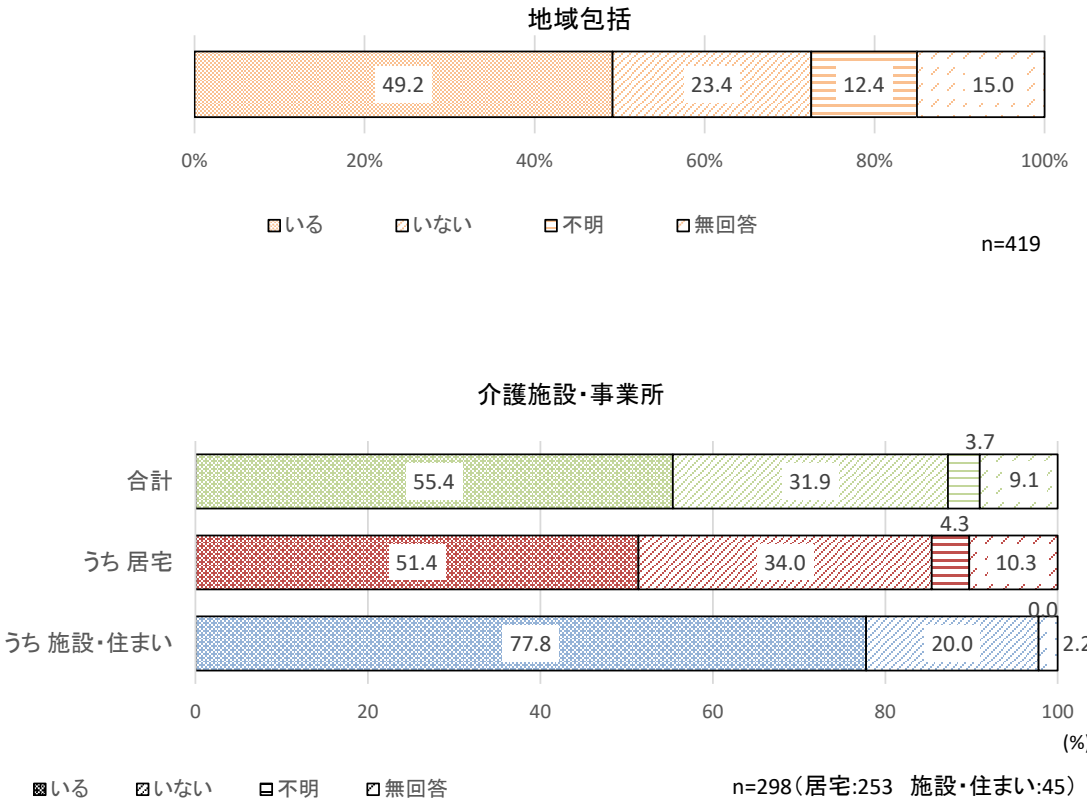
図表 140 意思決定支援の対象となる認知症の人の有無（要支援者）
2. 食事・入浴・被服の好み・排せつ・整容



No.	選択肢	2. 食事・入浴・被服の好み・排せつ・整容							
		地域包括		介護施設・事業所					
		n	%	合計		うち 居宅		うち 施設・住まい	
1	いる	165	39.4	141	47.3	105	41.5	36	80.0
2	いない	129	30.8	119	39.9	110	43.5	9	20.0
3	不明	54	12.9	8	2.7	8	3.2	0	0.0
	無回答	71	16.9	30	10.1	30	11.9	0	0.0
	非該当	120	-	530	-	196	-	334	-
	全体	419	100.0	298	100.0	253	100.0	45	100.0

利用者に要支援者がいる場合、その中に「外出、日常提供されたプログラムへの参加、社会参加」における意思決定支援の対象となる認知症の人がいるかを尋ねたところ、地域包括支援センターでは「いる」が49.2%、「いない」が23.4%となっており、介護施設・事業所では「いる」が55.4%（うち居宅：51.4%、施設・住まい：77.8%）、「いない」が31.9%（うち居宅：34.0%、施設・住まい：20.0%）であった。

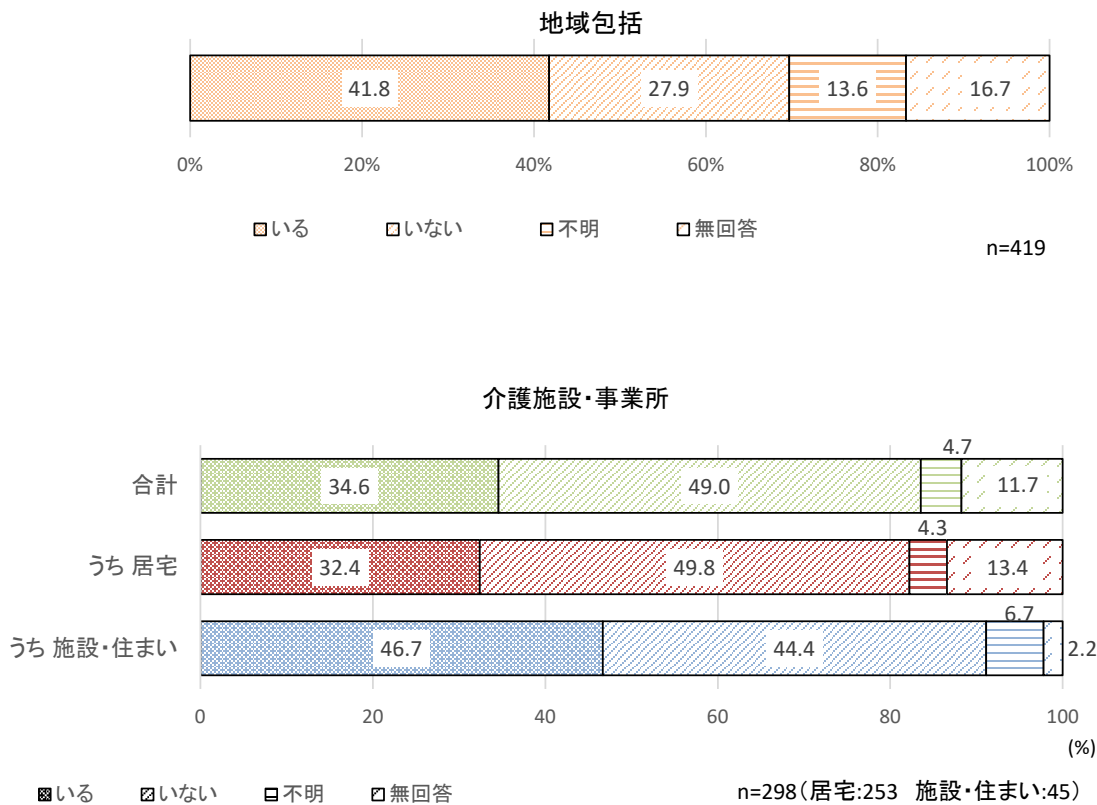
図表 141 意思決定支援の対象となる認知症の人の有無（要支援者）
3.外出、日常提供されたプログラムへの参加、社会参加



No.	選択肢	3. 外出、日常提供されたプログラムへの参加、社会参加							
		地域包括		介護施設・事業所					
				合計		うち 居宅		うち 施設・住まい	
		n	%	n	%	n	%	n	%
1	いる	206	49.2	165	55.4	130	51.4	35	77.8
2	いない	98	23.4	95	31.9	86	34.0	9	20.0
3	不明	52	12.4	11	3.7	11	4.3	0	0.0
	無回答	63	15.0	27	9.1	26	10.3	1	2.2
	非該当	120	-	530	-	196	-	334	-
	全体	419	100.0	298	100.0	253	100.0	45	100.0

利用者に要支援者がいる場合、その中に「住まいの移動（自宅、高齢者住宅、グループホーム、施設）」における意思決定支援の対象となる認知症の人がいるかを尋ねたところ、地域包括支援センターでは「いる」が41.8%、「いない」が27.9%となっており、介護施設・事業所では「いない」が49.0%（うち居宅：49.8%、施設・住まい：44.4%）、「いる」が34.6%（うち居宅：32.4%、施設・住まい：46.7%）であった。

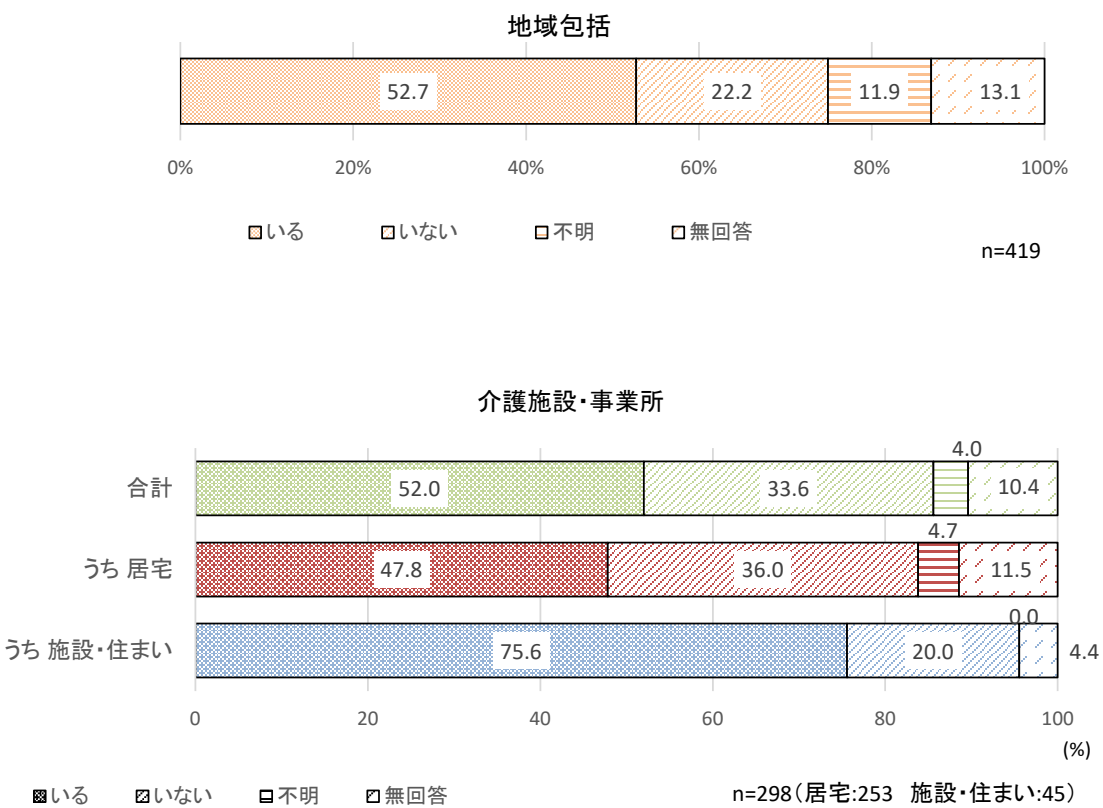
図表 142 意思決定支援の対象となる認知症の人の有無（要支援者_4. 住まいの移動）



No.	選択肢	4. 住まいの移動（自宅、高齢者住宅、グループホーム、施設）							
		地域包括		介護施設・事業所					
		n	%	n	%	n	%	n	%
1	いる	175	41.8	103	34.6	82	32.4	21	46.7
2	いない	117	27.9	146	49.0	126	49.8	20	44.4
3	不明	57	13.6	14	4.7	11	4.3	3	6.7
	無回答	70	16.7	35	11.7	34	13.4	1	2.2
	非該当	120	-	530	-	196	-	334	-
	全体	419	100.0	298	100.0	253	100.0	45	100.0

利用者に要支援者がいる場合、その中に「日常的な医療の選択（医療機関、療養場所、治療、予防等）」における意思決定支援の対象となる認知症の人がいるかを尋ねたところ、地域包括支援センターでは「いる」が 52.7%、「いない」が 22.2%となっており、介護施設・事業所では「いる」が 52.0%（うち居宅：47.8%、施設・住まい：75.6%）、「いない」が 33.6%（うち居宅：36.0%、施設・住まい：20.0%）であった。

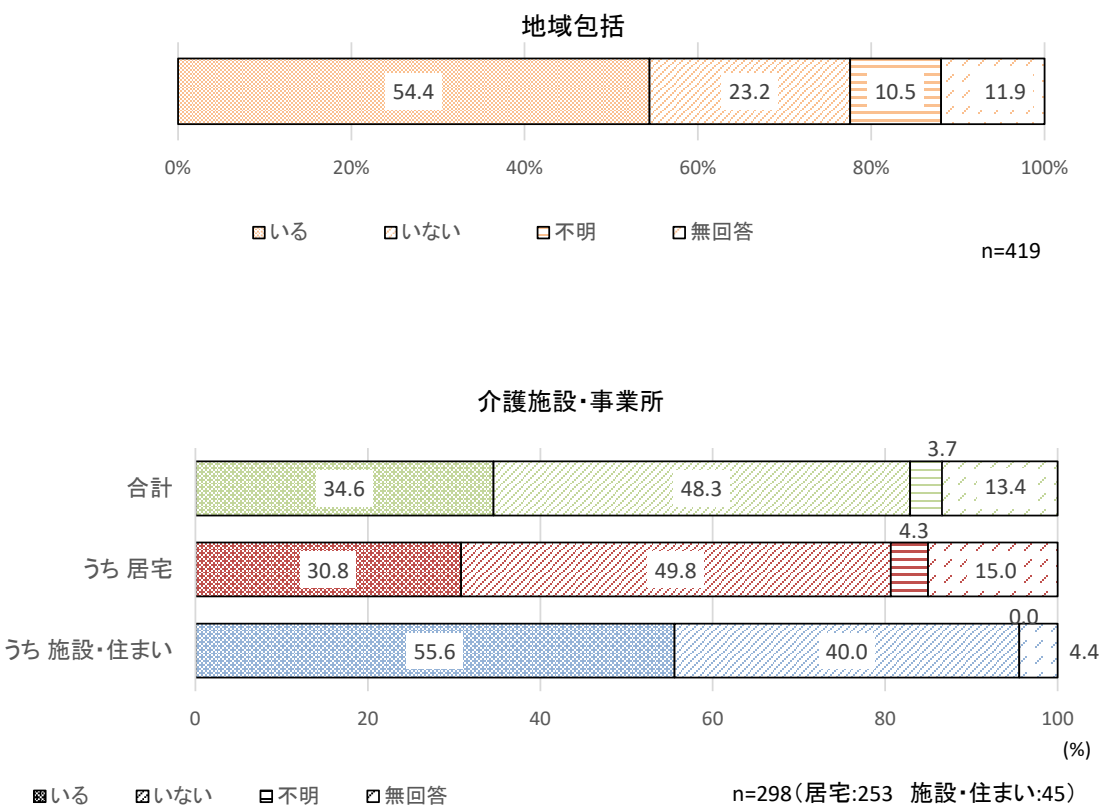
図表 143 意思決定支援の対象となる認知症の人の有無（要支援者
5. 日常的な医療の選択）



No.	選択肢	5. 日常的な医療の選択（医療機関、療養場所、治療、予防等）							
		地域包括		介護施設・事業所					
				合計		うち 居宅		うち 施設・住まい	
		n	%	n	%	n	%	n	%
1	いる	221	52.7	155	52.0	121	47.8	34	75.6
2	いない	93	22.2	100	33.6	91	36.0	9	20.0
3	不明	50	11.9	12	4.0	12	4.7	0	0.0
	無回答	55	13.1	31	10.4	29	11.5	2	4.4
	非該当	120	-	530	-	196	-	334	-
	全体	419	100.0	298	100.0	253	100.0	45	100.0

利用者に要支援者がいる場合、その中に「日常的な金銭管理（成年後見制度利用の薦めを除く）」における意思決定支援の対象となる認知症の人がいるかを尋ねたところ、地域包括支援センターでは「いる」が54.4%、「いない」が23.2%となっており、介護施設・事業所では「いない」が48.3%（うち居宅：49.8%、施設・住まい：40.0%）、「いる」が34.6%（うち居宅：30.8%、施設・住まい：55.6%）であった。

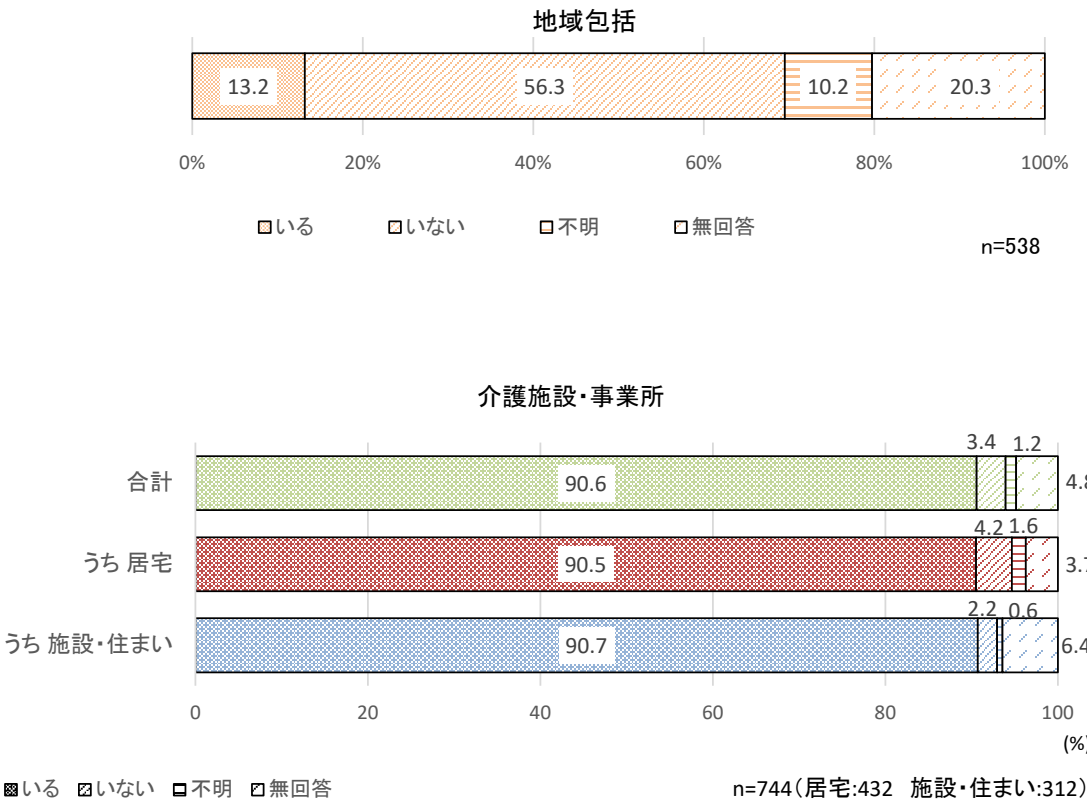
図表 144 意思決定支援の対象となる認知症の人の有無（要支援者）
6. 日常的な金銭管理



No.	選択肢	6. 日常的な金銭管理（成年後見制度利用の薦めを除く）							
		地域包括		介護施設・事業所					
				合計		うち 居宅		うち 施設・住まい	
		n	%	n	%	n	%	n	%
1	いる	228	54.4	103	34.6	78	30.8	25	55.6
2	いない	97	23.2	144	48.3	126	49.8	18	40.0
3	不明	44	10.5	11	3.7	11	4.3	0	0.0
	無回答	50	11.9	40	13.4	38	15.0	2	4.4
	非該当	120	-	530	-	196	-	334	-
	全体	419	100.0	298	100.0	253	100.0	45	100.0

令和5年12月現在、利用者に要介護者がいるかを尋ねたところ、地域包括支援センターでは「いない」が56.3%、「いる」が13.2%となっており、介護施設・事業所では「いる」が90.6%（うち居宅：90.5%、施設・住まい：90.7%）、「いない」が3.4%（うち居宅：4.2%、施設・住まい：2.2%）であった。

図表 145 利用者の有無（要介護者）



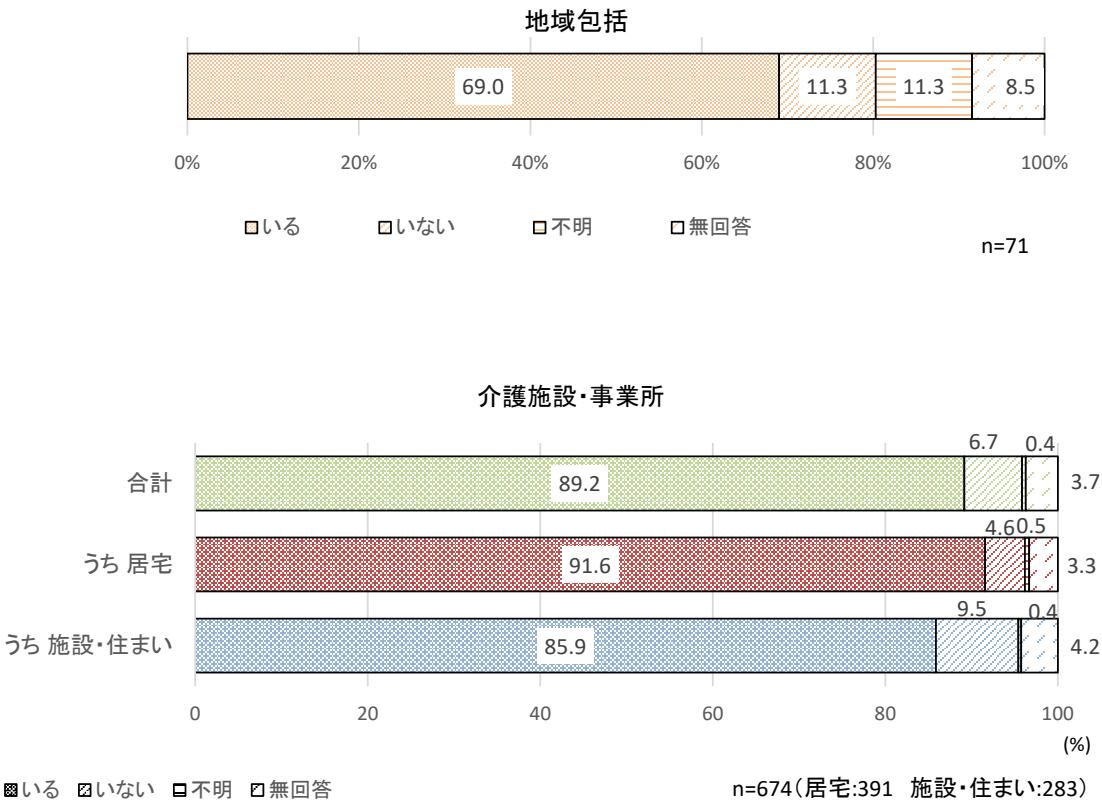
(3) 要介護者

①利用者の有無 ... (S A)

No.	選択肢	地域包括		介護施設・事業所					
		n	%	合計		うち 居宅		うち 施設・住まい	
				n	%	n	%	n	%
1	いる	71	13.2	674	90.6	391	90.5	283	90.7
2	いない	303	56.3	25	3.4	18	4.2	7	2.2
3	不明	55	10.2	9	1.2	7	1.6	2	0.6
	無回答	109	20.3	36	4.8	16	3.7	20	6.4
	非該当	1	-	84	-	17	-	67	-
	全体	538	100.0	744	100.0	432	100.0	312	100.0

利用者に要介護者がいる場合、その中に「介護保険、保険外サービスの利用、ケアプラン」における意思決定支援の対象となる認知症の人がいるかを尋ねたところ、地域包括支援センターでは「いる」が69.0%、「いない」が11.3%となっており、介護施設・事業所では「いる」が89.2%（うち居宅：91.6%、施設・住まい：85.9%）、「いない」が6.7%（うち居宅：4.6%、施設・住まい：9.5%）であった。

図表 146 意思決定支援の対象となる認知症の人の有無（要介護者）
1. 介護保険、保険外サービスの利用、ケアプラン）

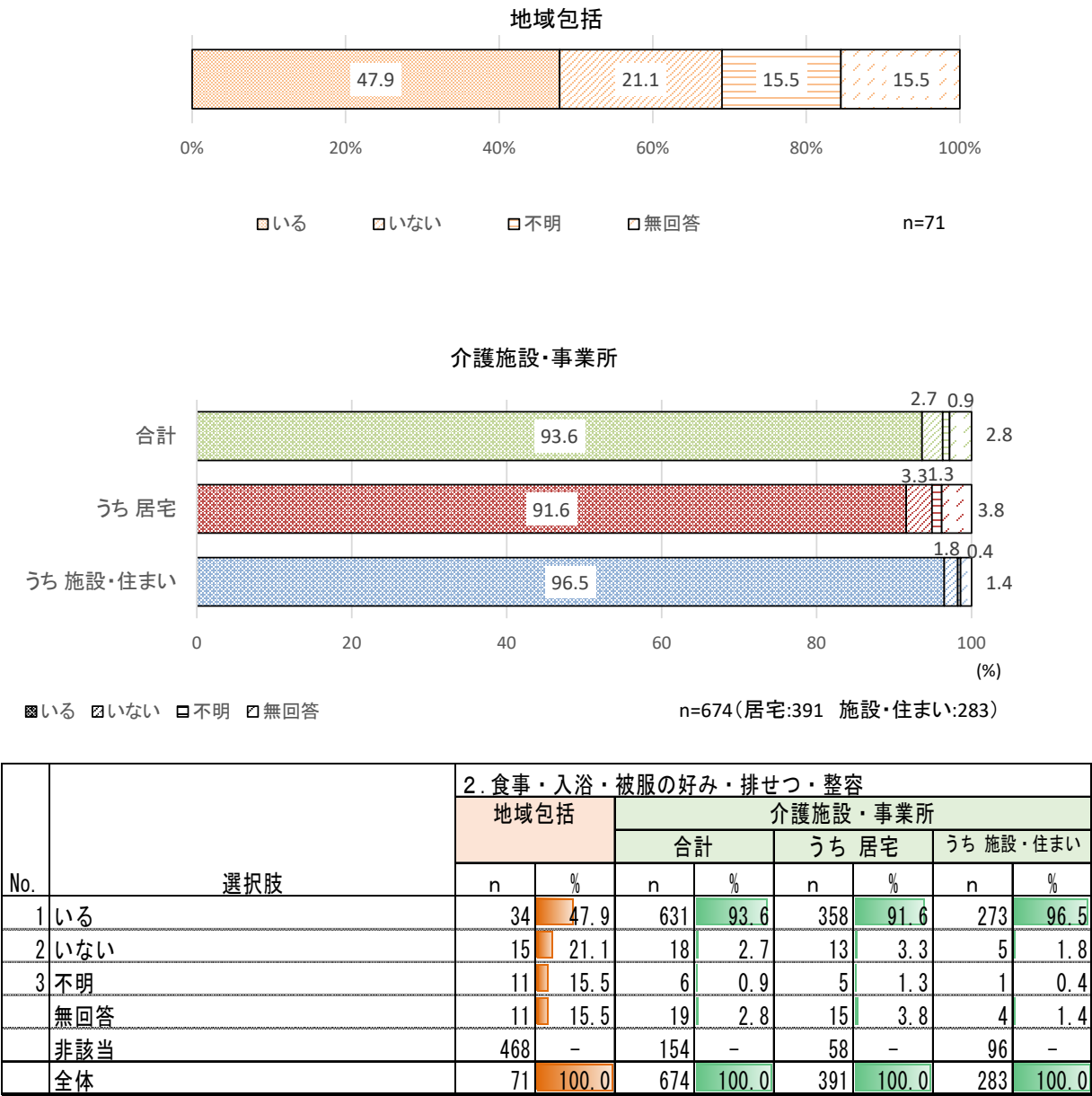


②利用者のうち、下記の意思決定支援の対象となる認知症の人がいるか... (S A)

No.	選択肢	1. 介護保険、保険外サービスの利用、ケアプラン							
		地域包括		介護施設・事業所					
				合計		うち 居宅		うち 施設・住まい	
		n	%	n	%	n	%	n	%
1	いる	49	69.0	601	89.2	358	91.6	243	85.9
2	いない	8	11.3	45	6.7	18	4.6	27	9.5
3	不明	8	11.3	3	0.4	2	0.5	1	0.4
	無回答	6	8.5	25	3.7	13	3.3	12	4.2
	非該当	468	-	154	-	58	-	96	-
	全体	71	100.0	674	100.0	391	100.0	283	100.0

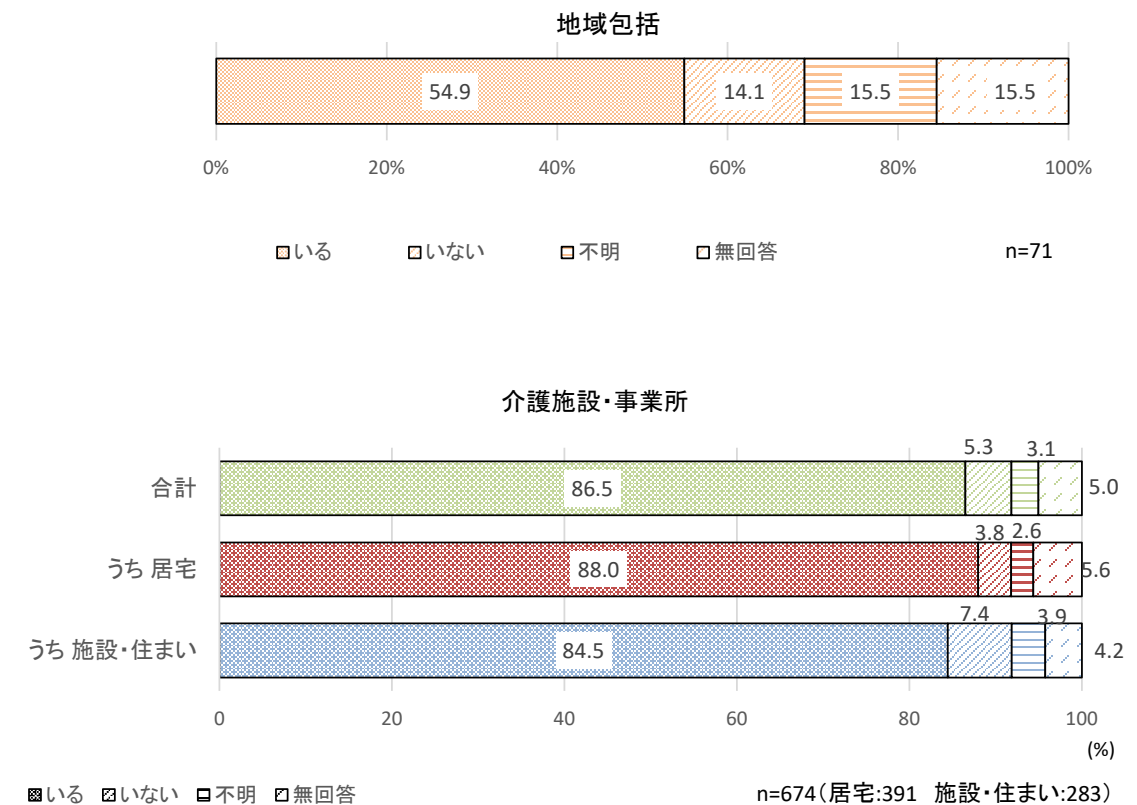
利用者に要介護者がいる場合、その中に「食事・入浴・被服の好み・排せつ・整容」における意思決定支援の対象となる認知症の人がいるかを尋ねたところ、地域包括支援センターでは「いる」が47.9%、「いない」が21.1%となっており、介護施設・事業所では「いる」が93.6%（うち居宅：91.6%、施設・住まい：96.5%）、「いない」が2.7%（うち居宅：3.3%、施設・住まい：1.8%）であった。

図表 147 意思決定支援の対象となる認知症の人の有無（要介護者）
2. 食事・入浴・被服の好み・排せつ・整容



利用者に要介護者がいる場合、その中に「外出、日常提供されたプログラムへの参加、社会参加」における意思決定支援の対象となる認知症の人がいるかを尋ねたところ、地域包括支援センターでは「いる」が54.9%、「不明」が15.5%となっており、介護施設・事業所では「いる」が86.5%（うち居宅：88.0%、施設・住まい：84.5%）、「いない」が5.3%（うち居宅：3.8%、施設・住まい：7.4%）であった。

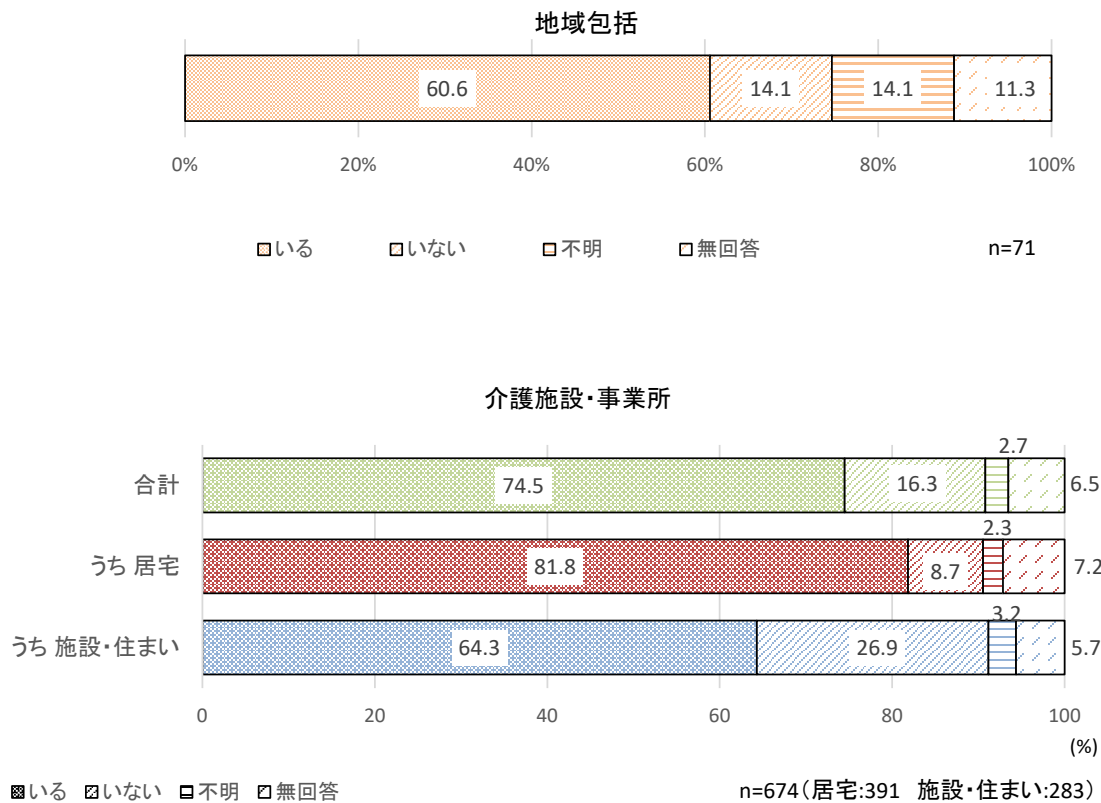
図表 148 意思決定支援の対象となる認知症の人の有無（要介護者）
3. 外出、日常提供されたプログラムへの参加、社会参加



No.	選択肢	3. 外出、日常提供されたプログラムへの参加、社会参加							
		地域包括		介護施設・事業所					
				合計		うち 居宅		うち 施設・住まい	
		n	%	n	%	n	%	n	%
1	いる	39	54.9	583	86.5	344	88.0	239	84.5
2	いない	10	14.1	36	5.3	15	3.8	21	7.4
3	不明	11	15.5	21	3.1	10	2.6	11	3.9
	無回答	11	15.5	34	5.0	22	5.6	12	4.2
	非該当	468	-	154	-	58	-	96	-
	全体	71	100.0	674	100.0	391	100.0	283	100.0

利用者に要介護者がいる場合、その中に「住まいの移動（自宅、高齢者住宅、グループホーム、施設）」における意思決定支援の対象となる認知症の人がいるかを尋ねたところ、地域包括支援センターでは「いる」が60.6%、「いない」が14.1%となっており、介護施設・事業所では「いる」が74.5%（うち居宅：81.8%、施設・住まい：64.3%）、「いない」が16.3%（うち居宅：8.7%、施設・住まい：26.9%）であった。

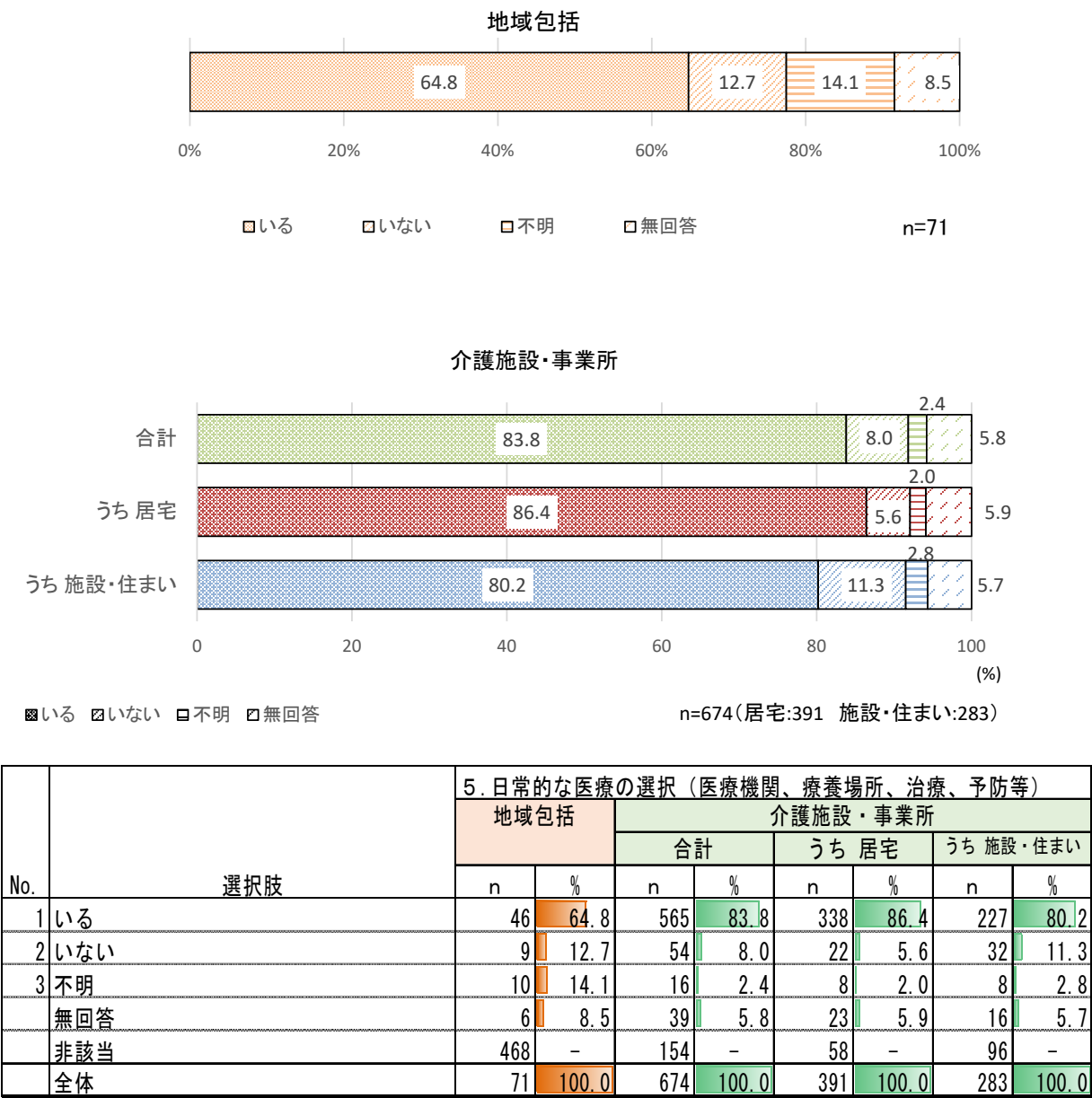
図表 149 意思決定支援の対象となる認知症の人の有無（要介護者_4. 住まいの移動）



No.	選択肢	4. 住まいの移動（自宅、高齢者住宅、グループホーム、施設）							
		地域包括		介護施設・事業所					
				合計		うち 居宅		うち 施設・住まい	
		n	%	n	%	n	%	n	%
1	いる	43	60.6	502	74.5	320	81.8	182	64.3
2	いない	10	14.1	110	16.3	34	8.7	76	26.9
3	不明	10	14.1	18	2.7	9	2.3	9	3.2
	無回答	8	11.3	44	6.5	28	7.2	16	5.7
	非該当	468	-	154	-	58	-	96	-
	全体	71	100.0	674	100.0	391	100.0	283	100.0

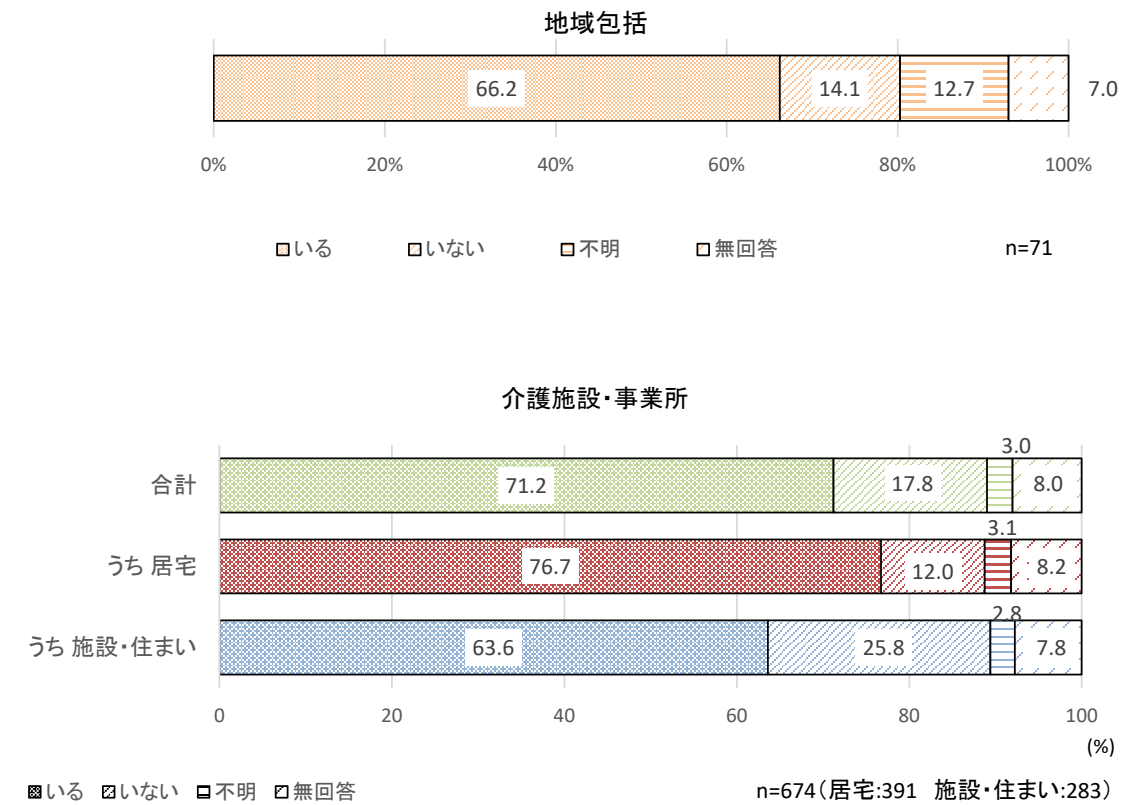
利用者に要介護者がいる場合、その中に「日常的な医療の選択（医療機関、療養場所、治療、予防等）」における意思決定支援の対象となる認知症の人がいるかを尋ねたところ、地域包括支援センターでは「いる」が64.8%、「不明」が14.1%となっており、介護施設・事業所では「いる」が83.8%（うち居宅：86.4%、施設・住まい：80.2%）、「いない」が8.0%（うち居宅：5.6%、施設・住まい：11.3%）であった。

図表 150 意思決定支援の対象となる認知症の人の有無（要介護者
5. 日常的な医療の選択）



利用者に要介護者がいる場合、その中に「日常的な金銭管理（成年後見制度利用の薦めを除く）」における意思決定支援の対象となる認知症の人がいるかを尋ねたところ、地域包括支援センターでは「いる」が66.2%、「いない」が14.1%となっており、介護施設・事業所では「いる」が71.2%（うち居宅：76.7%、施設・住まい：63.6%）、「いない」が17.8%（うち居宅：12.0%、施設・住まい：25.8%）であった。

図表 151 意思決定支援の対象となる認知症の人の有無（要介護者）
6. 日常的な金銭管理

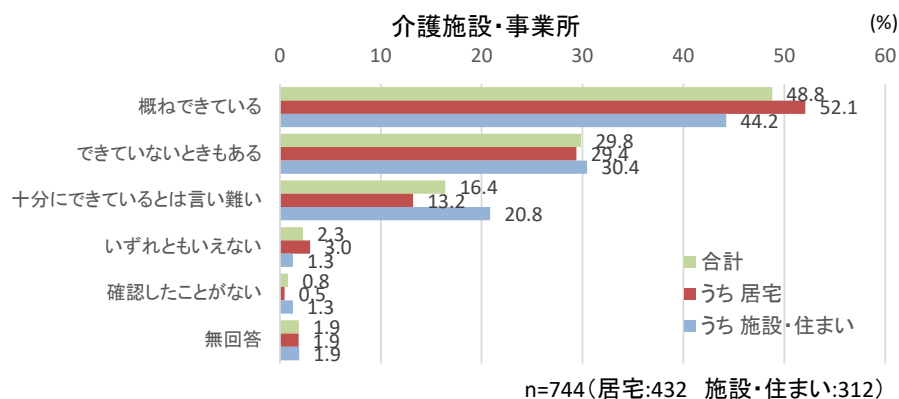
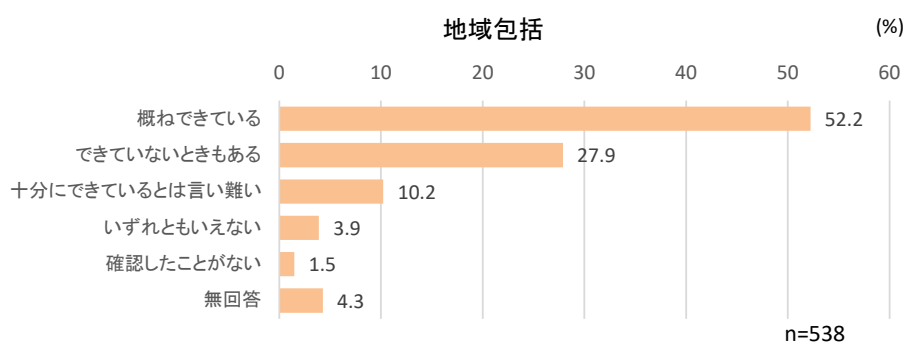


No.	選択肢	6. 日常的な金銭管理（成年後見制度利用の薦めを除く）							
		地域包括		介護施設・事業所					
				合計		うち 居宅		うち 施設・住まい	
		n	%	n	%	n	%	n	%
1	いる	47	66.2	480	71.2	300	76.7	180	63.6
2	いない	10	14.1	120	17.8	47	12.0	73	25.8
3	不明	9	12.7	20	3.0	12	3.1	8	2.8
	無回答	5	7.0	54	8.0	32	8.2	22	7.8
	非該当	468	-	154	-	58	-	96	-
	全体	71	100.0	674	100.0	391	100.0	283	100.0

⑦認知症の人への意思決定支援における対応

ケアマネジメントにおいて、認知症の人の日常生活・社会生活における意思決定支援について、「本人が安心できる静かな落ち着いた環境で意思決定支援を行っている」かを尋ねたところ、地域包括支援センターでは「概ねできている」が52.2%、「できていないときもある」が27.9%となっており、介護施設・事業所では「概ねできている」が48.8%（うち居宅：52.1%、施設・住まい：44.2%）、「できていないときもある」が29.8%（うち居宅：29.4%、施設・住まい：30.4%）であった。

図表 152 認知症の人への意思決定支援における対応
(1.本人が安心できる静かな落ち着いた環境で意思決定支援を行っている)

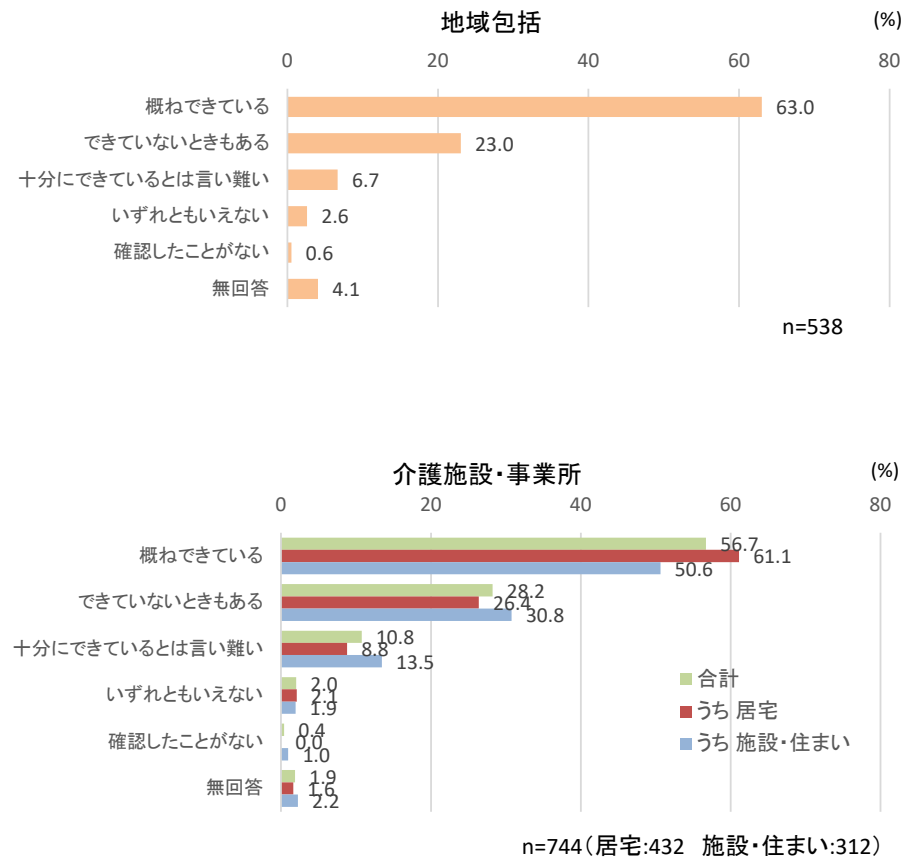


あなたは、ケアマネジメントにおいて、認知症の人の日常生活・社会生活における意思決定支援について、下記のような対応を行っていますか。... (S A)

No.	選択肢	(1) 本人が安心できる静かな落ち着いた環境で意思決定支援を行っている							
		地域包括		介護施設・事業所					
				合計		うち 居宅		うち 施設・住まい	
		n	%	n	%	n	%	n	%
1	概ねできている	281	52.2	363	48.8	225	52.1	138	44.2
2	できていないときもある	150	27.9	222	29.8	127	29.4	95	30.4
3	十分にできているとは言い難い	55	10.2	122	16.4	57	13.2	65	20.8
4	いずれともいえない	21	3.9	17	2.3	13	3.0	4	1.3
5	確認したことがない	8	1.5	6	0.8	2	0.5	4	1.3
	無回答	23	4.3	14	1.9	8	1.9	6	1.9
	非該当	1	-	84	-	17	-	67	-
	全体	538	100.0	744	100.0	432	100.0	312	100.0

ケアマネジメントにおいて、認知症の人の日常生活・社会生活における意思決定支援について、「急かさず、本人の意思を尊重する態度で接している」かを尋ねたところ、地域包括支援センターでは「概ねできている」が63.0%、「できていないときもある」が23.0%となっており、介護施設・事業所では「概ねできている」が56.7%（うち居宅：61.1%、施設・住まい：50.6%）、「できていないときもある」が28.2%（うち居宅：26.4%、施設・住まい：30.8%）であった。

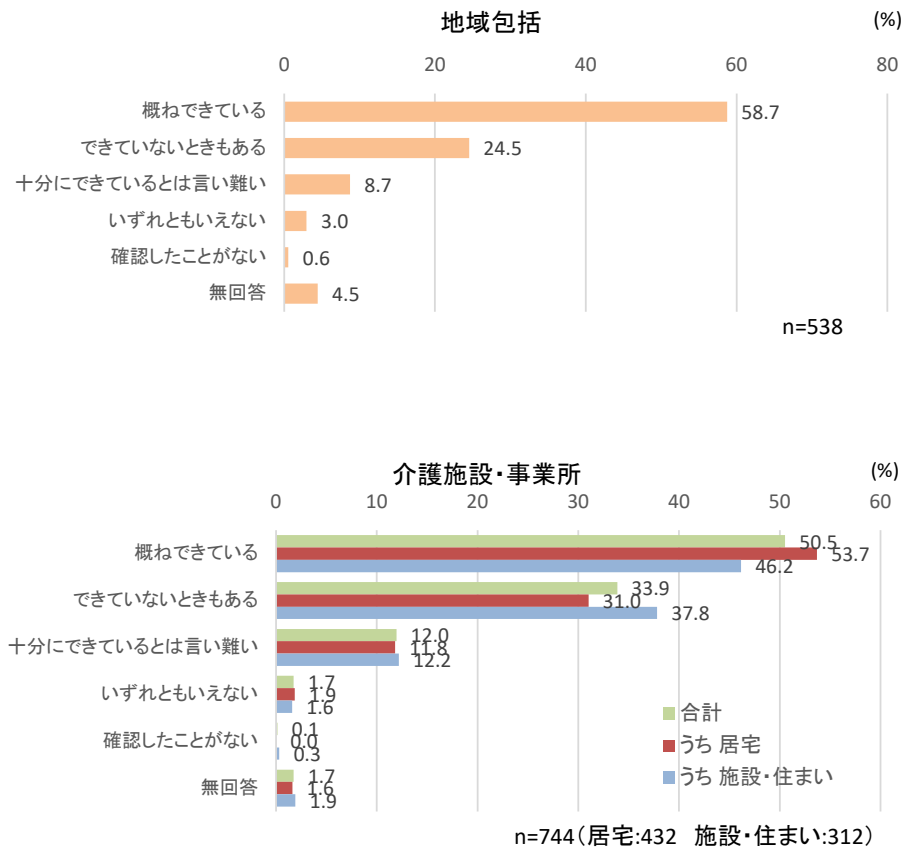
図表 153 認知症の人への意思決定支援における対応
(2. 急かさず、本人の意思を尊重する態度で接している)



No.	選択肢	(2) 急かさず、本人の意思を尊重する態度で接している							
		地域包括		介護施設・事業所					
				合計		うち 居宅		うち 施設・住まい	
		n	%	n	%	n	%	n	%
1	概ねできている	339	63.0	422	56.7	264	61.1	158	50.6
2	できていないときもある	124	23.0	210	28.2	114	26.4	96	30.8
3	十分にできているとは言い難い	36	6.7	80	10.8	38	8.8	42	13.5
4	いずれともいえない	14	2.6	15	2.0	9	2.1	6	1.9
5	確認したことがない	3	0.6	3	0.4	0	0.0	3	1.0
	無回答	22	4.1	14	1.9	7	1.6	7	2.2
	非該当	1	-	84	-	17	-	67	-
	全体	538	100.0	744	100.0	432	100.0	312	100.0

ケアマネジメントにおいて、認知症の人の日常生活・社会生活における意思決定支援について、「とりつくろい等から、本人が本心と違うことを言う場合もあるが、本当の意思を把握するよう努めている」かを尋ねたところ、地域包括支援センターでは「概ねできている」が58.7%、「できていないときもある」が24.5%となっており、介護施設・事業所では「概ねできている」が50.5%（うち居宅：53.7%、施設・住まい：46.2%）、「できていないときもある」が33.9%（うち居宅：31.0%、施設・住まい：37.8%）であった。

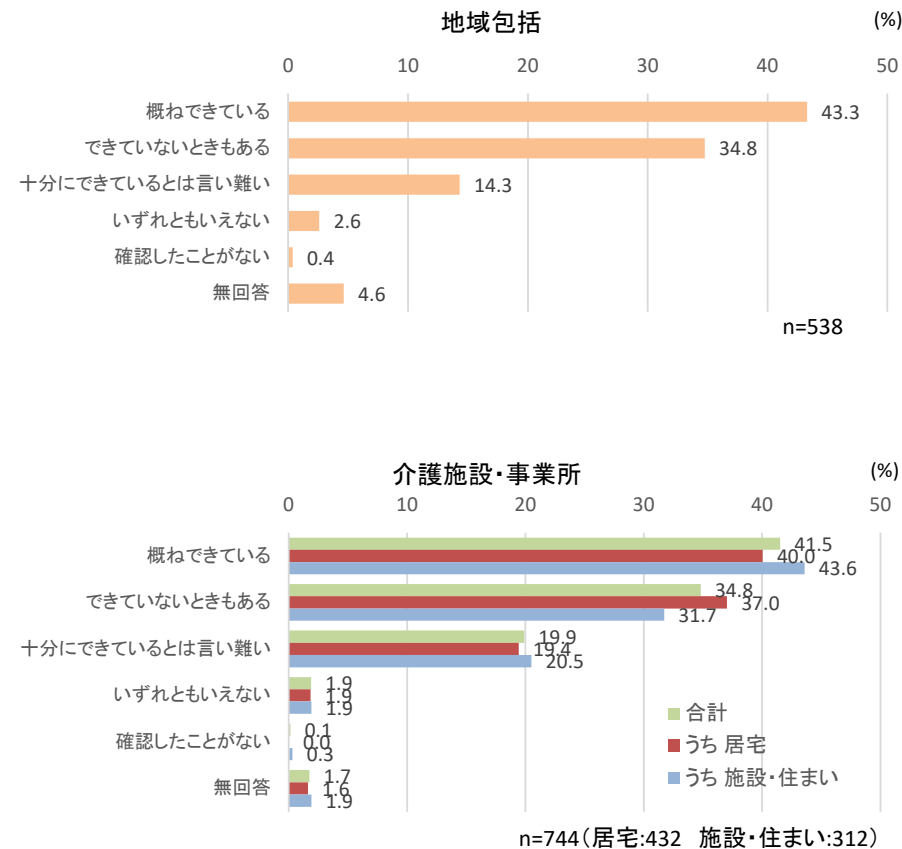
図表 154 認知症の人への意思決定支援における対応（3. とりつくろい等から、本人が本心と違うことを言う場合もあるが、本当の意思を把握するよう努めている）



No.	選択肢	(3) とりつくろい等から、本人が本心と違うことを言う場合もあるが、本当の意思を把握するよう努めている							
		地域包括		介護施設・事業所					
				合計		うち 居宅		うち 施設・住まい	
		n	%	n	%	n	%	n	%
1	概ねできている	316	58.7	376	50.5	232	53.7	144	46.2
2	できていないときもある	132	24.5	252	33.9	134	31.0	118	37.8
3	十分にできているとはいえない	47	8.7	89	12.0	51	11.8	38	12.2
4	いずれともいえない	16	3.0	13	1.7	8	1.9	5	1.6
5	確認したことがない	3	0.6	1	0.1	0	0.0	1	0.3
	無回答	24	4.5	13	1.7	7	1.6	6	1.9
	非該当	1	-	84	-	17	-	67	-
	全体	538	100.0	744	100.0	432	100.0	312	100.0

ケアマネジメントにおいて、認知症の人の日常生活・社会生活における意思決定支援について、「意思決定に関わる本人の生活史や家族関係を理解している」かを尋ねたところ、地域包括支援センターでは「概ねできている」が43.3%、「できていないときもある」が34.8%となっており、介護施設・事業所では「概ねできている」が41.5%（うち居宅：40.0%、施設・住まい：43.6%）、「できていないときもある」が34.8%（うち居宅：37.0%、施設・住まい：31.7%）であった。

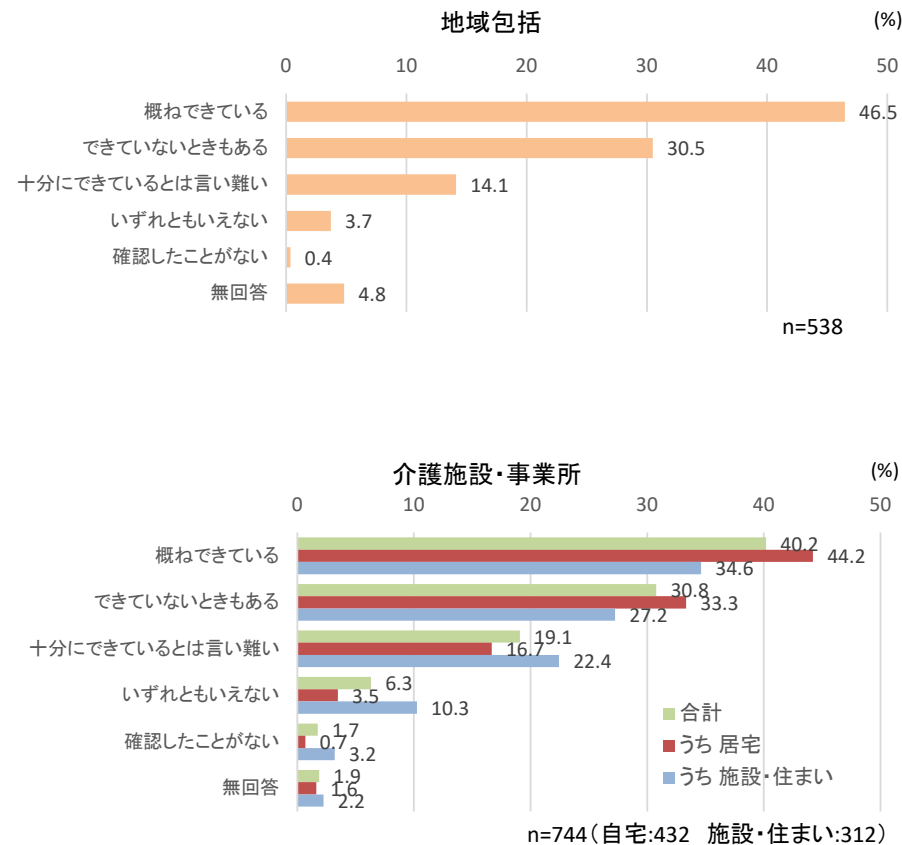
図表 155 認知症の人への意思決定支援における対応（４．意思決定に関わる本人の生活史や家族関係を理解している）



No.	選択肢	(４) 意思決定に関わる本人の生活史や家族関係を理解している							
		地域包括		介護施設・事業所					
		n	%	合計		うち 居宅		うち 施設・住まい	
				n	%	n	%	n	%
1	概ねできている	233	43.3	309	41.5	173	40.0	136	43.6
2	できていないときもある	187	34.8	259	34.8	160	37.0	99	31.7
3	十分にできているとは言い難い	77	14.3	148	19.9	84	19.4	64	20.5
4	いずれともいえない	14	2.6	14	1.9	8	1.9	6	1.9
5	確認したことがない	2	0.4	1	0.1	0	0.0	1	0.3
	無回答	25	4.6	13	1.7	7	1.6	6	1.9
	非該当	1	-	84	-	17	-	67	-
	全体	538	100.0	744	100.0	432	100.0	312	100.0

ケアマネジメントにおいて、認知症の人の日常生活・社会生活における意思決定支援について、「意思決定を行う事項に応じて、適切な人に立ち会いを依頼している」かを尋ねたところ、地域包括支援センターでは「概ねできている」が46.5%、「できていないときもある」が30.5%となっており、介護施設・事業所では「概ねできている」が40.2%（うち居宅：44.2%、施設・住まい：34.6%）、「できていないときもある」が30.8%（うち居宅：33.3%、施設・住まい：27.2%）であった。

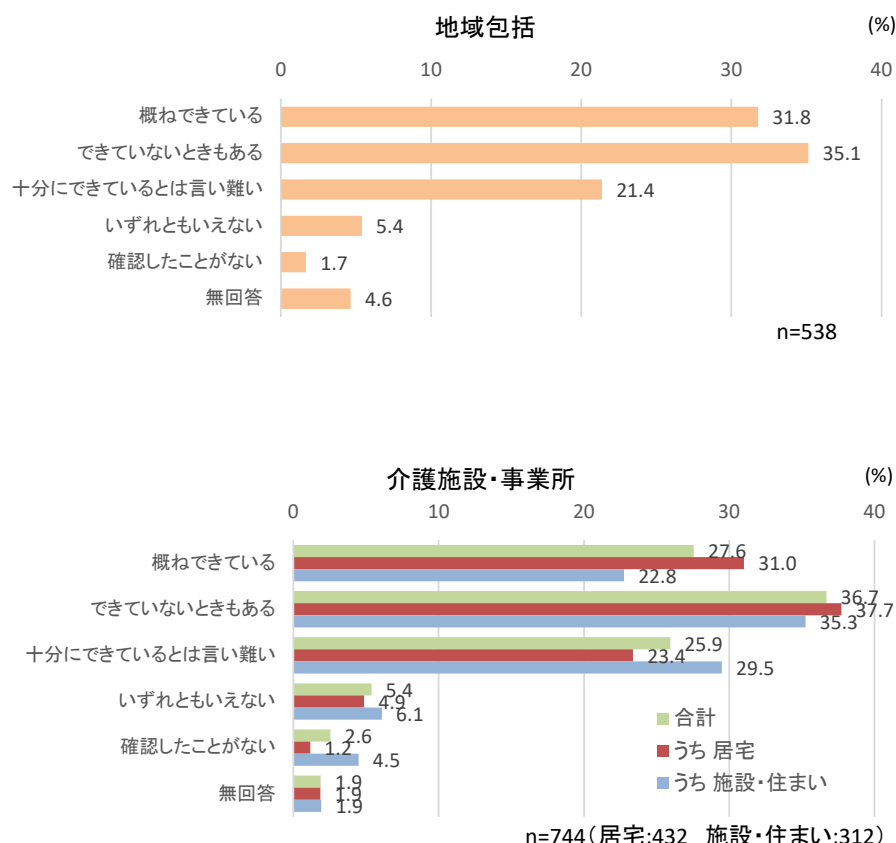
図表 156 認知症の人への意思決定支援における対応（5. 意思決定を行う事項に応じて、適切な人に立ち会いを依頼している）



No.	選択肢	(5) 意思決定を行う事項に応じて、適切な人に立ち会いを依頼している							
		地域包括		介護施設・事業所					
		n	%	合計		うち 居宅		うち 施設・住まい	
				n	%	n	%	n	%
1	概ねできている	250	46.5	299	40.2	191	44.2	108	34.6
2	できていないときもある	164	30.5	229	30.8	144	33.3	85	27.2
3	十分にできているとはいえない	76	14.1	142	19.1	72	16.7	70	22.4
4	いずれともいえない	20	3.7	47	6.3	15	3.5	32	10.3
5	確認したことがない	2	0.4	13	1.7	3	0.7	10	3.2
	無回答	26	4.8	14	1.9	7	1.6	7	2.2
	非該当	1	-	84	-	17	-	67	-
	全体	538	100.0	744	100.0	432	100.0	312	100.0

ケアマネジメントにおいて、認知症の人の日常生活・社会生活における意思決定支援について、「日時を変えたり、複数人で聴く等、繰り返し意思に変わりが無いか確認を行っている」かを尋ねたところ、地域包括支援センターでは「できていないときもある」が35.1%、「概ねできている」が31.8%となっており、介護施設・事業所では「できていないときもある」が36.7%（うち居宅：37.7%、施設・住まい：35.3%）、「概ねできている」が27.6%（うち居宅：31.0%、施設・住まい：22.8%）であった。

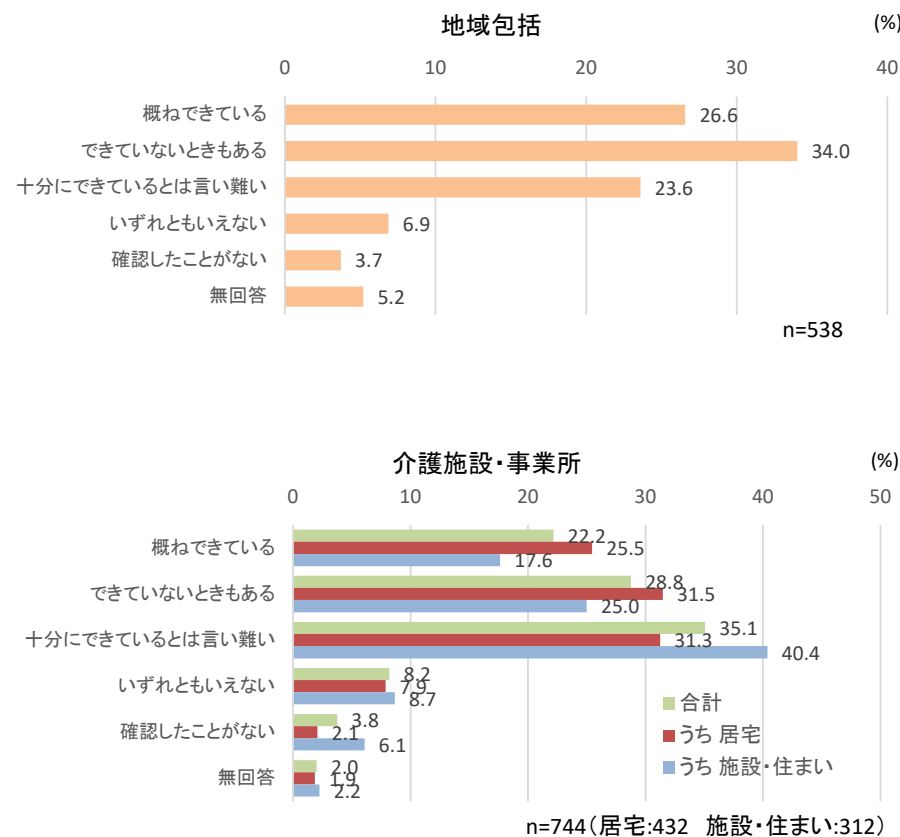
図表 157 認知症の人への意思決定支援における対応（6. 日時を変えたり、複数人で聴く等、繰り返し意思に変わりが無いか確認を行っている）



No.	選択肢	(6) 日時を変えたり、複数人で聴く等、繰り返し意思に変わりが無いか確認を行っている							
		地域包括		介護施設・事業所					
				合計		うち 居宅		うち 施設・住まい	
		n	%	n	%	n	%	n	%
1	概ねできている	171	31.8	205	27.6	134	31.0	71	22.8
2	できていないときもある	189	35.1	273	36.7	163	37.7	110	35.3
3	十分にできているとは言い難い	115	21.4	193	25.9	101	23.4	92	29.5
4	いずれともいえない	29	5.4	40	5.4	21	4.9	19	6.1
5	確認したことがない	9	1.7	19	2.6	5	1.2	14	4.5
	無回答	25	4.6	14	1.9	8	1.9	6	1.9
	非該当	1	-	84	-	17	-	67	-
	全体	538	100.0	744	100.0	432	100.0	312	100.0

ケアマネジメントにおいて、認知症の人の日常生活・社会生活における意思決定支援について、「選択をした場合のメリット、デメリットを本人の言葉で説明してもらう等、理解度を確認している」かを尋ねたところ、地域包括支援センターでは「できていないときもある」が34.0%、「概ねできている」が26.6%となっており、介護施設・事業所では「十分にできているとは言い難い」が35.1%（うち居宅：31.3%、施設・住まい：40.4%）、「できていないときもある」が28.8%（うち居宅：31.5%、施設・住まい：25.0%）であった。

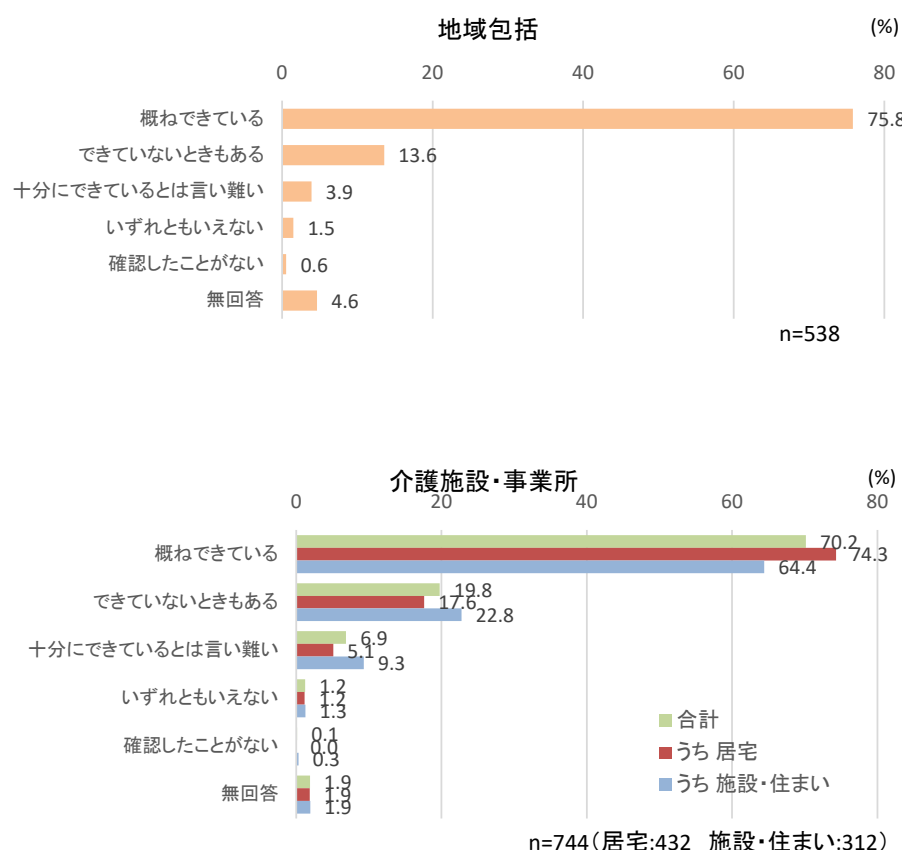
図表 158 認知症の人への意思決定支援における対応（7. 選択をした場合のメリット、デメリットを本人の言葉で説明してもらう等、理解度を確認している）



No.	選択肢	(7) 選択をした場合のメリット、デメリットを本人の言葉で説明してもらう等、理解度を確認している							
		地域包括		介護施設・事業所					
				合計		うち 居宅		うち 施設・住まい	
		n	%	n	%	n	%	n	%
1	概ねできている	143	<div><div></div></div> 26.6	165	<div><div></div></div> 22.2	110	<div><div></div></div> 25.5	55	<div><div></div></div> 17.6
2	できていないときもある	183	<div><div></div></div> 34.0	214	<div><div></div></div> 28.8	136	<div><div></div></div> 31.5	78	<div><div></div></div> 25.0
3	十分にできているとは言い難い	127	<div><div></div></div> 23.6	261	<div><div></div></div> 35.1	135	<div><div></div></div> 31.3	126	<div><div></div></div> 40.4
4	いずれともいえない	37	<div><div></div></div> 6.9	61	<div><div></div></div> 8.2	34	<div><div></div></div> 7.9	27	<div><div></div></div> 8.7
5	確認したことがない	20	<div><div></div></div> 3.7	28	<div><div></div></div> 3.8	9	<div><div></div></div> 2.1	19	<div><div></div></div> 6.1
	無回答	28	<div><div></div></div> 5.2	15	<div><div></div></div> 2.0	8	<div><div></div></div> 1.9	7	<div><div></div></div> 2.2
	非該当	1	－	84	－	17	－	67	－
	全体	538	<div><div></div></div> 100.0	744	<div><div></div></div> 100.0	432	<div><div></div></div> 100.0	312	<div><div></div></div> 100.0

ケアマネジメントにおいて、認知症の人の日常生活・社会生活における意思決定支援について、「相手と視線を合わせ、理解できるよう説明をしている」かを尋ねたところ、地域包括支援センターでは「概ねできている」が75.8%、「できていないときもある」が13.6%となっており、介護施設・事業所では「概ねできている」が70.2%（うち居宅：74.3%、施設・住まい：64.4%）、「できていないときもある」が19.8%（うち居宅：17.6%、施設・住まい：22.8%）であった。

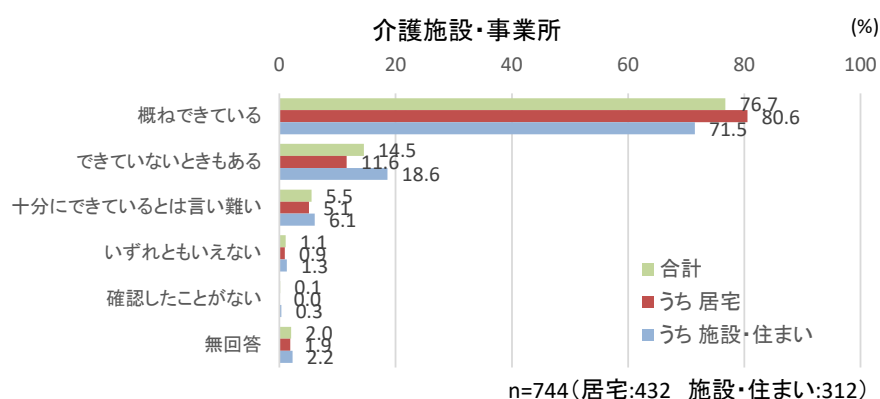
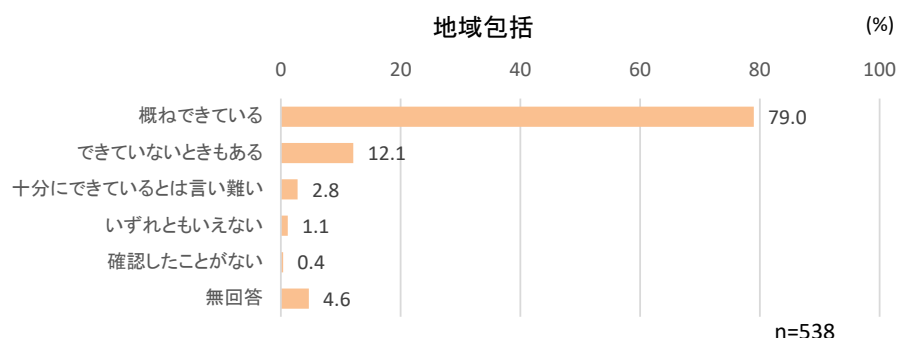
図表 159 認知症の人への意思決定支援における対応
(8. 相手と視線を合わせ、理解できるよう説明をしている)



No.	選択肢	(8) 相手と視線を合わせ、理解できるよう説明をしている							
		地域包括		介護施設・事業所					
		n	%	合計		うち 居宅		うち 施設・住まい	
				n	%	n	%	n	%
1	概ねできている	408	75.8	522	70.2	321	74.3	201	64.4
2	できていないときもある	73	13.6	147	19.8	76	17.6	71	22.8
3	十分にできているとはいえない	21	3.9	51	6.9	22	5.1	29	9.3
4	いずれともいえない	8	1.5	9	1.2	5	1.2	4	1.3
5	確認したことがない	3	0.6	1	0.1	0	0.0	1	0.3
	無回答	25	4.6	14	1.9	8	1.9	6	1.9
	非該当	1	-	84	-	17	-	67	-
	全体	538	100.0	744	100.0	432	100.0	312	100.0

ケアマネジメントにおいて、認知症の人の日常生活・社会生活における意思決定支援について、「相手が不安等を感じていないか、表情を確認している」かを尋ねたところ、地域包括支援センターでは「概ねできている」が79.0%、「できていないときもある」が12.1%となっており、介護施設・事業所では「概ねできている」が76.7%（うち居宅：80.6%、施設・住まい：71.5%）、「できていないときもある」が14.5%（うち居宅：11.6%、施設・住まい：18.6%）であった。

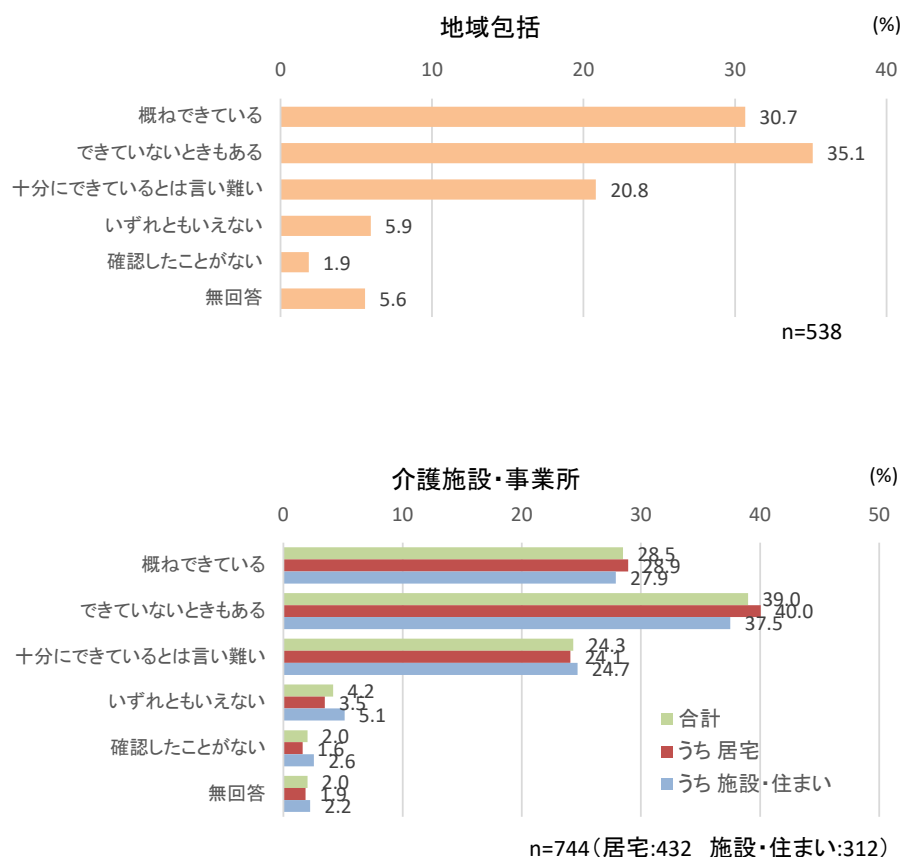
図表 160 認知症の人への意思決定支援における対応
(9. 相手が不安等を感じていないか、表情を確認している)



No.	選択肢	(9) 相手が不安等を感じていないか、表情を確認している							
		地域包括		介護施設・事業所					
				合計		うち 居宅		うち 施設・住まい	
		n	%	n	%	n	%	n	%
1	概ねできている	425	79.0	571	76.7	348	80.6	223	71.5
2	できていないときもある	65	12.1	108	14.5	50	11.6	58	18.6
3	十分にできているとは言い難い	15	2.8	41	5.5	22	5.1	19	6.1
4	いずれともいえない	6	1.1	8	1.1	4	0.9	4	1.3
5	確認したことがない	2	0.4	1	0.1	0	0.0	1	0.3
	無回答	25	4.6	15	2.0	8	1.9	7	2.2
	非該当	1	-	84	-	17	-	67	-
	全体	538	100.0	744	100.0	432	100.0	312	100.0

ケアマネジメントにおいて、認知症の人の日常生活・社会生活における意思決定支援について、「本人が表明した意思の合理性や整合性を複数人で確認している」かを尋ねたところ、地域包括支援センターでは「できていないときもある」が 35.1%、「概ねできている」が 30.7%となっており、介護施設・事業所では「できていないときもある」が 39.0%（うち居宅：40.0%、施設・住まい：37.5%）、「概ねできている」が 28.5%（うち居宅：28.9%、施設・住まい：27.9%）であった。

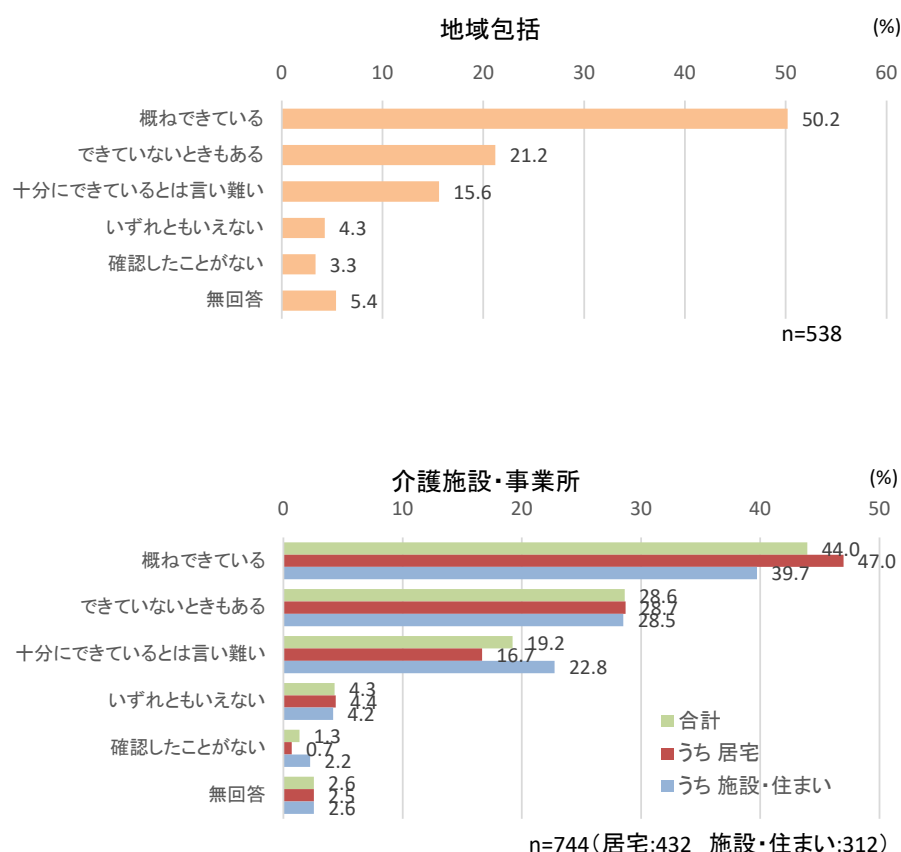
図表 161 認知症の人への意思決定支援における対応
(10. 本人が表明した意思の合理性や整合性を複数人で確認している)



No.	選択肢	(10) 本人が表明した意思の合理性や整合性を複数人で確認している							
		地域包括		介護施設・事業所					
		n	%	合計		うち 居宅		うち 施設・住まい	
				n	%	n	%	n	%
1	概ねできている	165	30.7	212	28.5	125	28.9	87	27.9
2	できていないときもある	189	35.1	290	39.0	173	40.0	117	37.5
3	十分にできているとはいえない	112	20.8	181	24.3	104	24.1	77	24.7
4	いずれともいえない	32	5.9	31	4.2	15	3.5	16	5.1
5	確認したことがない	10	1.9	15	2.0	7	1.6	8	2.6
	無回答	30	5.6	15	2.0	8	1.9	7	2.2
	非該当	1	-	84	-	17	-	67	-
	全体	538	100.0	744	100.0	432	100.0	312	100.0

ケアマネジメントにおいて、認知症の人の日常生活・社会生活における意思決定支援について、「意思決定支援のプロセスを相談記録、アセスメント票等に記録し、後で確認できるようにしている」かを尋ねたところ、地域包括支援センターでは「概ねできている」が50.2%、「できていないときもある」が21.2%となっており、介護施設・事業所では「概ねできている」が44.0%（うち居宅：47.0%、施設・住まい：39.7%）、「できていないときもある」が28.6%（うち居宅：28.7%、施設・住まい：28.5%）であった。

図表 162 認知症の人への意思決定支援における対応（11. 意思決定支援のプロセスを相談記録、アセスメント票等に記録し、後で確認できるようにしている）



No.	選択肢	(11) 意思決定支援のプロセスを相談記録、アセスメント票等に記録し、後で確認できるようにしている							
		地域包括		介護施設・事業所					
				合計		うち 居宅		うち 施設・住まい	
		n	%	n	%	n	%	n	%
1	概ねできている	270	50.2	327	44.0	203	47.0	124	39.7
2	できていないときもある	114	21.2	213	28.6	124	28.7	89	28.5
3	十分にできているとはいえない	84	15.6	143	19.2	72	16.7	71	22.8
4	いずれともいえない	23	4.3	32	4.3	19	4.4	13	4.2
5	確認したことがない	18	3.3	10	1.3	3	0.7	7	2.2
	無回答	29	5.4	19	2.6	11	2.5	8	2.6
	非該当	1	-	84	-	17	-	67	-
	全体	538	100.0	744	100.0	432	100.0	312	100.0

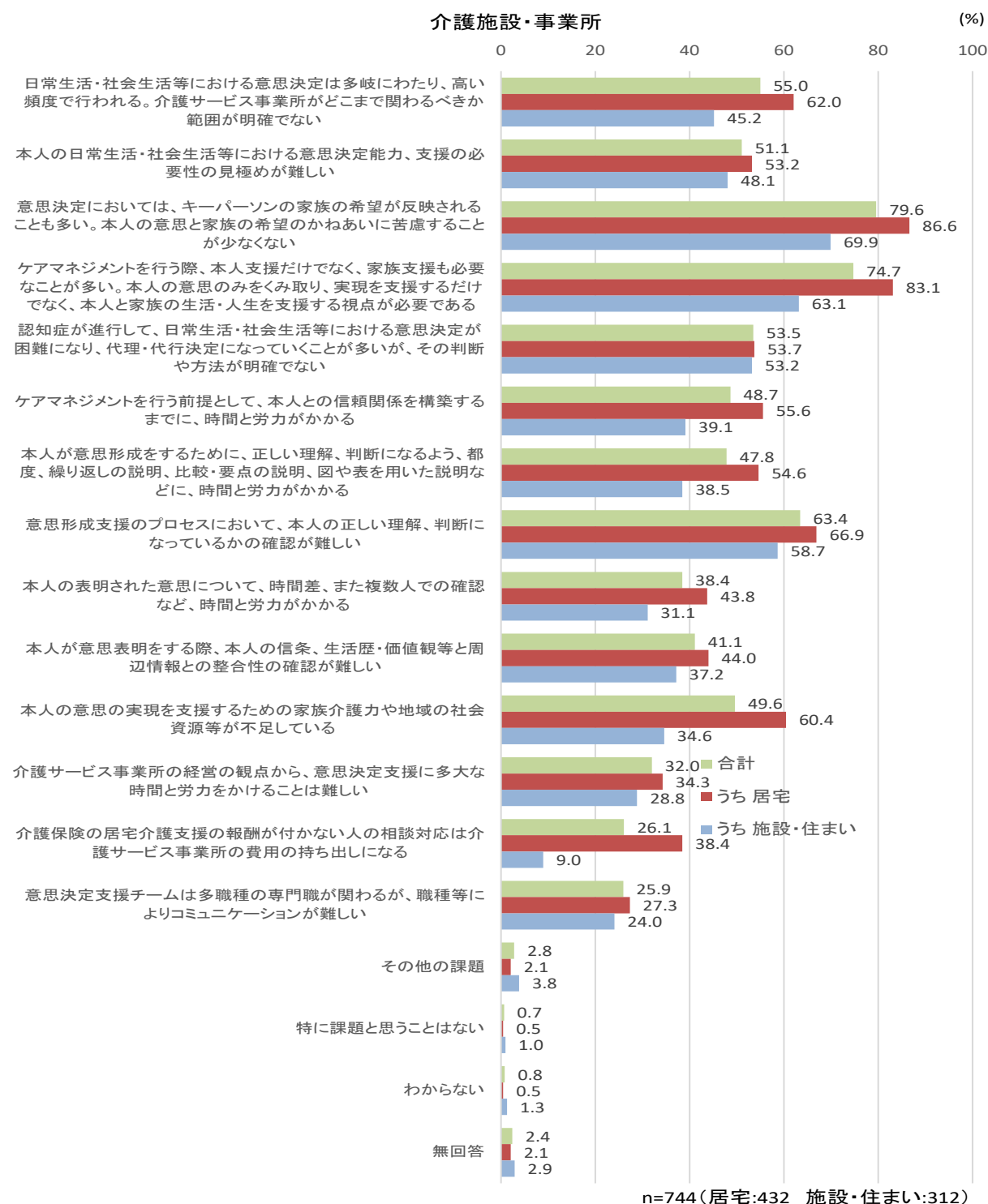
⑧認知症の人への意思決定支援における課題

ケアマネジメントの一環として、「認知症の人の日常生活・社会生活における意思決定支援」に取り組む際、あなたが課題だと考えることについて尋ねたところ、地域包括支援センターでは「意思決定においては、キーパーソンの家族の希望が反映されることも多い。本人の意思と家族の希望のかねあいに苦慮することが少なくない」が最も多く、83.3%、次いで、「ケアマネジメントを行う際、本人支援だけでなく、家族支援も必要なことが多い。本人の意思のみをくみ取り、実現を支援するだけでなく、本人と家族の生活・人生を支援する視点が必要である」が79.0%であった。

図表 163 認知症の人への意思決定支援における課題



介護施設・事業所では「意思決定においては、キーパーソンの家族の希望が反映されることも多い。本人の意思と家族の希望のかねあいに苦慮することが少なくない」が79.6%（うち居宅：86.6%、施設・住まい：69.9%）、「ケアマネジメントを行う際、本人支援だけでなく、家族支援も必要なことが多い。本人の意思のみをくみ取り、実現を支援するだけでなく、本人と家族の生活・人生を支援する視点が必要である」が74.7%（うち居宅：83.1%、施設・住まい：63.1%）であった。



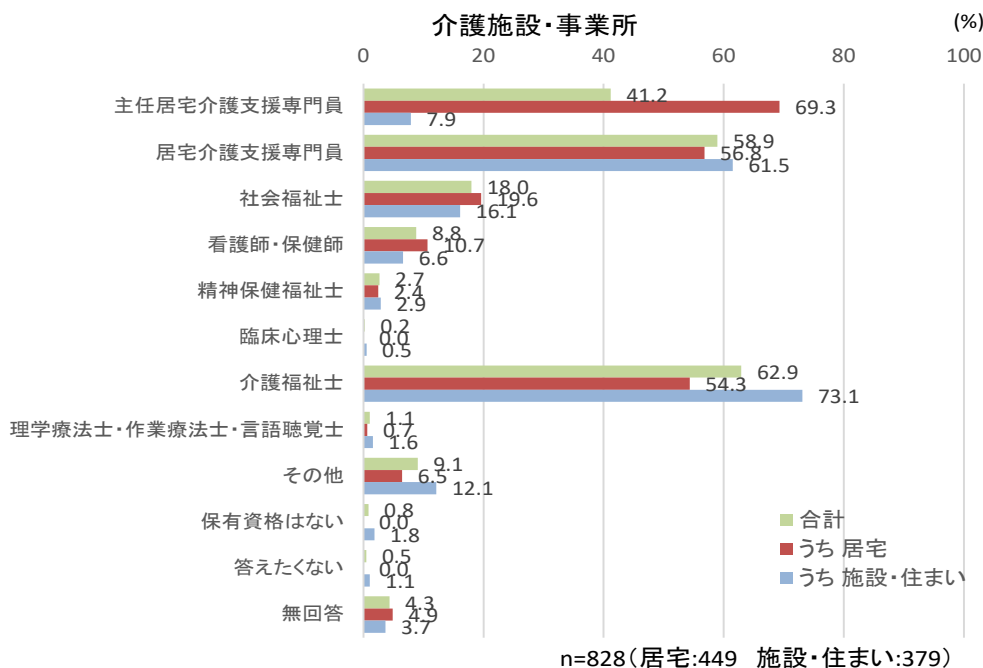
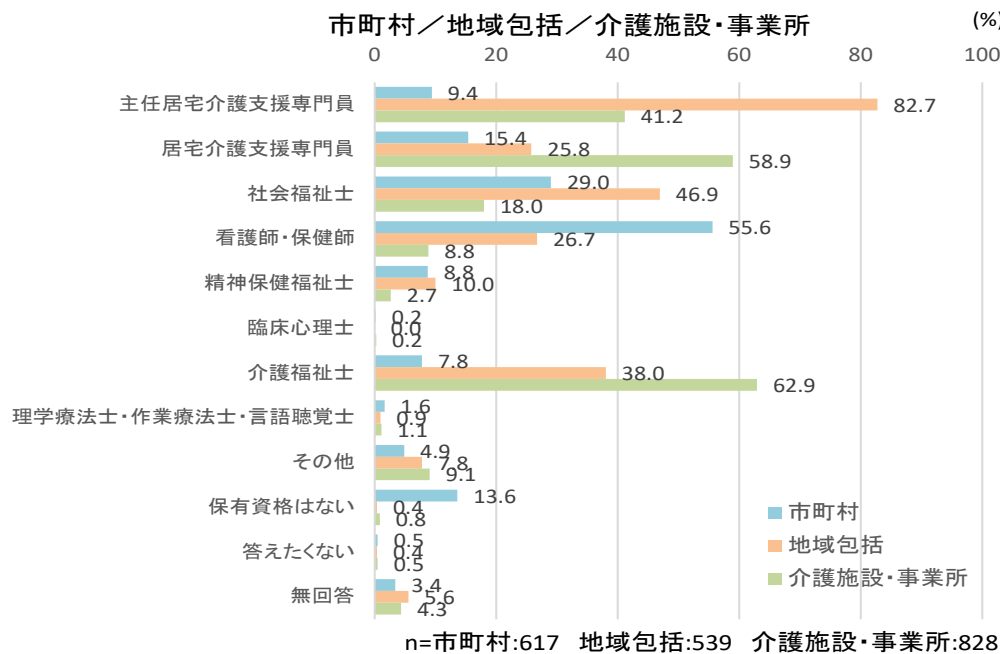
貴事業所が、ケアマネジメントの一環として、「認知症の人の日常生活・社会生活における意思決定支援」に取り組む際、あなたが課題だと考えることに○をしてください。…(MA)

No.	選択肢	地域包括		介護施設・事業所					
				合計		うち 居宅		うち 施設・住まい	
		n	%	n	%	n	%	n	%
1	日常生活・社会生活等における意思決定は多岐にわたり、高い頻度で行われる。介護サービス事業所がどこまで関わるべきか範囲が明確でない	291	54.1	409	55.0	268	62.0	141	45.2
2	本人の日常生活・社会生活等における意思決定能力、支援の必要性の見極め	280	52.0	380	51.1	230	53.2	150	48.1
3	意思決定においては、キーパーソンの家族の希望が反映されることも多い。本人の意思と家族の希望の兼ね合いに苦慮することが少なくない	448	83.3	592	79.6	374	86.6	218	69.9
4	ケアマネジメントを行う際、本人支援だけでなく、家族支援も必要なことが多い。本人の意思のみをくみ取り、実現を支援するだけでなく、本人と家族の生活・人生を支援する視点が必要である	425	79.0	556	74.7	359	83.1	197	63.1
5	認知症が進行して、日常生活・社会生活等における意思決定が困難になり、代理・代行決定になっていくことが多いが、その判断や方法が明確でない	260	48.3	398	53.5	232	53.7	166	53.2
6	ケアマネジメントを行う前提として、本人との信頼関係を構築するまでに、時間と労力がかかる	259	48.1	362	48.7	240	55.6	122	39.1
7	本人が意思形成をするために、正しい理解、判断になるよう、都度、繰り返し説明、比較・要点の説明、図や表を用いた説明などに、時間と労力がかかる	251	46.7	356	47.8	236	54.6	120	38.5
8	意思形成支援のプロセスにおいて、本人の正しい理解、判断になっているかの確認が難しい	313	58.2	472	63.4	289	66.9	183	58.7
9	本人の表明された意思について、時間差、また複数人での確認など、時間と労力がかかる	215	40.0	286	38.4	189	43.8	97	31.1
10	本人が意思表明をする際、本人の信条、生活歴・価値観等と周辺情報との整合性の確認が難しい	202	37.5	306	41.1	190	44.0	116	37.2
11	本人の意思の実現を支援するための家族介護力や地域の社会資源等が不足し	301	55.9	369	49.6	261	60.4	108	34.6
12	介護サービス事業所の経営の観点から、意思決定支援に多大な時間と労力をかけることは難しい	142	26.4	238	32.0	148	34.3	90	28.8
13	介護保険の居宅介護支援の報酬が付かない人の相談対応は介護サービス事業所の費用の持ち出しになる	71	13.2	194	26.1	166	38.4	28	9.0
14	意思決定支援チームは多職種の専門職が関わるが、職種等によりコミュニケーションが難しい	70	13.0	193	25.9	118	27.3	75	24.0
15	その他の課題	3	0.6	21	2.8	9	2.1	12	3.8
16	特に課題と思うことはない	2	0.4	5	0.7	2	0.5	3	1.0
17	わからない	9	1.7	6	0.8	2	0.5	4	1.3
	無回答	16	3.0	18	2.4	9	2.1	9	2.9
	非該当	1	-	84	-	17	-	67	-
	全体	538		744		432		312	

(10) 回答者の保有資格

回答者の保有資格については、市町村では、「看護師・保健師」が最も多く 55.6%、次いで、「社会福祉士」が 29.0%、「居宅介護支援専門員」が 15.4%、地域包括支援センターでは「主任居宅介護支援専門員」が最も多く、82.7%、次いで、「社会福祉士」が 46.9%、「介護福祉士」が 38.0%となっており、介護施設・事業所では「介護福祉士」が 62.9%（うち居宅：54.3%、施設・住まい：73.1%）、「居宅介護支援専門員」が 58.9%（うち居宅：56.8%、施設・住まい：61.5%）、「主任居宅介護支援専門員」が 41.2%（うち居宅：69.3%、施設・住まい：7.9%）であった。

図表 164 回答者の保有資格



お差し支えなければ、本調査にご回答頂いた方の医療・介護・福祉関連の保有資格をお答えください。...(MA)

No.	選択肢	市町村		地域包括		介護施設・事業所					
						合計		うち 居宅		うち 施設・住まい	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
1	主任居宅介護支援専門員	58	9.4	446	82.7	341	41.2	311	69.3	30	7.9
2	居宅介護支援専門員	95	15.4	139	25.8	488	58.9	255	56.8	233	61.5
3	社会福祉士	179	29.0	253	46.9	149	18.0	88	19.6	61	16.1
4	看護師・保健師	343	55.6	144	26.7	73	8.8	48	10.7	25	6.6
5	精神保健福祉士	54	8.8	54	10.0	22	2.7	11	2.4	11	2.9
6	臨床心理士	1	0.2	0	0.0	2	0.2	0	0.0	2	0.5
7	介護福祉士	48	7.8	205	38.0	521	62.9	244	54.3	277	73.1
8	理学療法士・作業療法士・言語聴覚士	10	1.6	5	0.9	9	1.1	3	0.7	6	1.6
9	その他	30	4.9	42	7.8	75	9.1	29	6.5	46	12.1
10	保有資格はない	84	13.6	2	0.4	7	0.8	0	0.0	7	1.8
11	答えたくない	3	0.5	2	0.4	4	0.5	0	0.0	4	1.1
	無回答	21	3.4	30	5.6	36	4.3	22	4.9	14	3.7
	全体	617		539		828		449		379	

(11) 各クロス集計

図表 165 意思決定支援に関する研修の参加の有無 × 意思決定支援対応

◆意思決定支援に関する研修の参加の有無 × 意思決定支援対応(1)

		合計	意思決定支援対応（１）本人が安心できる静かな落ち着いた環境で意思決定支援を行っている					
			1. 概ねできている	2. できていないときもある	3. 十分にできているとは言えない	4. いずれともいえない	5. 確認したことがない	無回答
地域包括	全体	538	281	150	55	21	8	23
		100.0	52.2	27.9	10.2	3.9	1.5	4.3
	1. 参加した	240	133	68	21	9	3	6
		100.0	55.4	28.3	8.8	3.8	1.3	2.5
	2. 参加していない	223	117	63	26	8	4	5
	100.0	52.5	28.3	11.7	3.6	1.8	2.2	
	「参加した」－「参加していない」		3.0	0.1	-2.9	0.2	-0.5	0.3
介護事業所（合計）	全体	735	362	220	120	17	6	10
		100.0	49.3	29.9	16.3	2.3	0.8	1.4
	1. 参加した	310	163	92	41	9	0	5
		100.0	52.6	29.7	13.2	2.9	0.0	1.6
	2. 参加していない	314	148	99	53	4	6	4
	100.0	47.1	31.5	16.9	1.3	1.9	1.3	
	「参加した」－「参加していない」		5.4	-1.9	-3.7	1.6	-1.9	0.3
介護事業所（うち 自宅）	全体	426	224	126	56	13	2	5
		100.0	52.6	29.6	13.1	3.1	0.5	1.2
	1. 参加した	217	114	66	25	8	0	4
		100.0	52.5	30.4	11.5	3.7	0.0	1.8
	2. 参加していない	149	78	44	23	2	2	0
	100.0	52.3	29.5	15.4	1.3	1.3	0.0	
	「参加した」－「参加していない」		0.2	0.9	-3.9	2.3	-1.3	1.8
介護事業所（うち 施設・住まい）	全体	309	138	94	64	4	4	5
		100.0	44.7	30.4	20.7	1.3	1.3	1.6
	1. 参加した	93	49	26	16	1	0	1
		100.0	52.7	28.0	17.2	1.1	0.0	1.1
	2. 参加していない	165	70	55	30	2	4	4
	100.0	42.4	33.3	18.2	1.2	2.4	2.4	
	「参加した」－「参加していない」		10.3	-5.4	-1.0	-0.1	-2.4	-1.3

◆意思決定支援に関する研修の参加の有無 × 意思決定支援対応(2)

		合計	意思決定支援対応（２）急かさず、本人の意思を尊重する態度で接している					
			1.概ねできている	2.できていないときもある	3.十分にできているとは言えない	4.いずれともいえない	5.確認したことがない	無回答
地域包括	全体	538	339	124	36	14	3	22
		100.0	63.0	23.0	6.7	2.6	0.6	4.1
	1.参加した	240	154	59	15	5	1	6
		100.0	64.2	24.6	6.3	2.1	0.4	2.5
	2.参加していない	223	145	50	17	6	1	4
	100.0	65.0	22.4	7.6	2.7	0.4	1.8	
	「参加した」－ 「参加していない」		-0.9	2.2	-1.4	-0.6	0.0	0.7
介護事業所 （合計）	全体	735	418	209	80	15	3	10
		100.0	56.9	28.4	10.9	2.0	0.4	1.4
	1.参加した	310	192	81	27	6	0	4
		100.0	61.9	26.1	8.7	1.9	0.0	1.3
	2.参加していない	314	168	90	41	7	3	5
	100.0	53.5	28.7	13.1	2.2	1.0	1.6	
	「参加した」－ 「参加していない」		8.4	-2.5	-4.3	-0.3	-1.0	-0.3
介護事業所 （うち 自宅）	全体	426	261	114	38	9	0	4
		100.0	61.3	26.8	8.9	2.1	0.0	0.9
	1.参加した	217	137	57	15	5	0	3
		100.0	63.1	26.3	6.9	2.3	0.0	1.4
	2.参加していない	149	91	35	20	3	0	0
	100.0	61.1	23.5	13.4	2.0	0.0	0.0	
	「参加した」－ 「参加していない」		2.1	2.8	-6.5	0.3	0.0	1.4
介護事業所 （うち 施設・住 まい）	全体	309	157	95	42	6	3	6
		100.0	50.8	30.7	13.6	1.9	1.0	1.9
	1.参加した	93	55	24	12	1	0	1
		100.0	59.1	25.8	12.9	1.1	0.0	1.1
	2.参加していない	165	77	55	21	4	3	5
	100.0	46.7	33.3	12.7	2.4	1.8	3.0	
	「参加した」－ 「参加していない」		12.5	-7.5	0.2	-1.3	-1.8	-2.0

◆意思決定支援に関する研修の参加の有無 × 意思決定支援対応(3)

		合計	意思決定支援対応(3) 意思決定に関わる本人が本心と違うことを言う場合もあるが、本当の意思を把握するよう努めている					
			1. 概ねできている	2. できていないときもある	3. 十分にできているとは言い難い	4. いずれともいえない	5. 確認したことがない	無回答
地域包括	全体	538	316	132	47	16	3	24
		100.0	58.7	24.5	8.7	3.0	0.6	4.5
	1. 参加した	240	151	56	20	5	2	6
		100.0	62.9	23.3	8.3	2.1	0.8	2.5
	2. 参加していない	223	130	60	20	7	0	6
		100.0	58.3	26.9	9.0	3.1	0.0	2.7
介護事業所 (合計)	「参加した」－ 「参加していない」		4.6	-3.6	-0.6	-1.1	0.8	-0.2
	全体	735	372	252	89	12	1	9
		100.0	50.6	34.3	12.1	1.6	0.1	1.2
	1. 参加した	310	173	99	31	3	0	4
		100.0	55.8	31.9	10.0	1.0	0.0	1.3
介護事業所 (うち 自宅)	2. 参加していない	314	145	116	41	7	1	4
		100.0	46.2	36.9	13.1	2.2	0.3	1.3
	「参加した」－ 「参加していない」		9.6	-5.0	-3.1	-1.3	-0.3	0.0
	全体	426	229	134	51	8	0	4
		100.0	53.8	31.5	12.0	1.9	0.0	0.9
介護事業所 (うち 施設・住 まい)	1. 参加した	217	125	66	20	3	0	3
		100.0	57.6	30.4	9.2	1.4	0.0	1.4
	2. 参加していない	149	74	50	21	4	0	0
		100.0	49.7	33.6	14.1	2.7	0.0	0.0
	「参加した」－ 「参加していない」		7.9	-3.1	-4.9	-1.3	0.0	1.4
介護事業所 (うち 施設・住 まい)	全体	309	143	118	38	4	1	5
		100.0	46.3	38.2	12.3	1.3	0.3	1.6
	1. 参加した	93	48	33	11	0	0	1
		100.0	51.6	35.5	11.8	0.0	0.0	1.1
	2. 参加していない	165	71	66	20	3	1	4
		100.0	43.0	40.0	12.1	1.8	0.6	2.4
	「参加した」－ 「参加していない」		8.6	-4.5	-0.3	-1.8	-0.6	-1.3

◆意思決定支援に関する研修の参加の有無 × 意思決定支援対応(4)

		合計	意思決定支援対応(4) 意思決定に関わる本人の生活史や家族関係を理解している					
			1. 概ねできている	2. できていないときもある	3. 十分にできているとは言い難い	4. いずれともいえない	5. 確認したことがない	無回答
地域包括	全体	538	316	132	47	16	3	24
		100.0	58.7	24.5	8.7	3.0	0.6	4.5
	1. 参加した	240	105	87	36	4	1	7
		100.0	43.8	36.3	15.0	1.7	0.4	2.9
	2. 参加していない	223	95	82	35	5	0	6
		100.0	42.6	36.8	15.7	2.2	0.0	2.7
介護事業所 (合計)	「参加した」－ 「参加していない」		1.1	-0.5	-0.7	-0.6	0.4	0.2
	全体	735	307	259	145	14	1	9
		100.0	41.8	35.2	19.7	1.9	0.1	1.2
	1. 参加した	310	142	100	59	5	0	4
		100.0	45.8	32.3	19.0	1.6	0.0	1.3
介護事業所 (うち 自宅)	2. 参加していない	314	123	121	59	6	1	4
		100.0	39.2	38.5	18.8	1.9	0.3	1.3
	「参加した」－ 「参加していない」		6.6	-6.3	0.2	-0.3	-0.3	0.0
	全体	426	171	160	83	8	0	4
		100.0	40.1	37.6	19.5	1.9	0.0	0.9
介護事業所 (うち 施設・住 まい)	1. 参加した	217	96	74	40	4	0	3
		100.0	44.2	34.1	18.4	1.8	0.0	1.4
	2. 参加していない	149	54	60	31	4	0	0
		100.0	36.2	40.3	20.8	2.7	0.0	0.0
	「参加した」－ 「参加していない」		8.0	-6.2	-2.4	-0.8	0.0	1.4
介護事業所 (うち 施設・住 まい)	全体	309	136	99	62	6	1	5
		100.0	44.0	32.0	20.1	1.9	0.3	1.6
	1. 参加した	93	46	26	19	1	0	1
		100.0	49.5	28.0	20.4	1.1	0.0	1.1
	2. 参加していない	165	69	61	28	2	1	4
		100.0	41.8	37.0	17.0	1.2	0.6	2.4
	「参加した」－ 「参加していない」		7.6	-9.0	3.5	-0.1	-0.6	-1.3

◆意思決定支援に関する研修の参加の有無 × 意思決定支援対応(5)

		合計	意思決定支援対応(5) 意思決定を行う事項に応じて、適切な人に立ち会いを依頼している					
			1. 概ねできている	2. できていないときもある	3. 十分にできているとは言い難い	4. いずれともいえない	5. 確認したことがない	無回答
地域包括	全体	538	316	132	47	16	3	24
		100.0	58.7	24.5	8.7	3.0	0.6	4.5
	1. 参加した	240	118	71	34	9	1	7
		100.0	49.2	29.6	14.2	3.8	0.4	2.9
	2. 参加していない	223	103	71	37	6	0	6
介護事業所(合計)		100.0	46.2	31.8	16.6	2.7	0.0	2.7
	「参加した」－「参加していない」		3.0	-2.3	-2.4	1.1	0.4	0.2
	全体	735	297	228	141	47	12	10
		100.0	40.4	31.0	19.2	6.4	1.6	1.4
	1. 参加した	310	137	95	53	19	2	4
介護事業所(うち 自宅)		100.0	44.2	30.6	17.1	6.1	0.6	1.3
	2. 参加していない	314	119	95	70	18	7	5
		100.0	37.9	30.3	22.3	5.7	2.2	1.6
	「参加した」－「参加していない」		6.3	0.4	-5.2	0.4	-1.6	-0.3
	全体	426	189	144	71	15	3	4
介護事業所(うち 施設・住まい)		100.0	44.4	33.8	16.7	3.5	0.7	0.9
	1. 参加した	217	102	76	26	9	1	3
		100.0	47.0	35.0	12.0	4.1	0.5	1.4
	2. 参加していない	149	64	45	35	4	1	0
		100.0	43.0	30.2	23.5	2.7	0.7	0.0
介護事業所(うち 施設・住まい)	「参加した」－「参加していない」		4.1	4.8	-11.5	1.5	-0.2	1.4
	全体	309	108	84	70	32	9	6
		100.0	35.0	27.2	22.7	10.4	2.9	1.9
	1. 参加した	93	35	19	27	10	1	1
		100.0	37.6	20.4	29.0	10.8	1.1	1.1
介護事業所(うち 施設・住まい)	2. 参加していない	165	55	50	35	14	6	5
		100.0	33.3	30.3	21.2	8.5	3.6	3.0
	「参加した」－「参加していない」		4.3	-9.9	7.8	2.3	-2.6	-2.0

◆意思決定支援に関する研修の参加の有無 × 意思決定支援対応(6)

		合計	意思決定支援対応(6) 日時を変えたり、複数人で聴く等、繰り返し意思に変わりがないか確認を行っている					
			1. 概ねできている	2. できていないときもある	3. 十分にできているとは言い難い	4. いずれともいえない	5. 確認したことがない	無回答
地域包括	全体	538	316	132	47	16	3	24
		100.0	58.7	24.5	8.7	3.0	0.6	4.5
	1. 参加した	240	83	85	48	15	2	7
		100.0	34.6	35.4	20.0	6.3	0.8	2.9
	2. 参加していない	223	66	86	52	7	6	6
介護事業所(合計)		100.0	29.6	38.6	23.3	3.1	2.7	2.7
	「参加した」－「参加していない」		5.0	-3.1	-3.3	3.1	-1.9	0.2
	全体	735	204	270	193	40	18	10
		100.0	27.8	36.7	26.3	5.4	2.4	1.4
	1. 参加した	310	103	114	73	13	3	4
介護事業所(うち 自宅)		100.0	33.2	36.8	23.5	4.2	1.0	1.3
	2. 参加していない	314	75	111	92	21	10	5
		100.0	23.9	35.4	29.3	6.7	3.2	1.6
	「参加した」－「参加していない」		9.3	1.4	-5.8	-2.5	-2.2	-0.3
	全体	426	133	161	101	21	5	5
介護事業所(うち 自宅)		100.0	31.2	37.8	23.7	4.9	1.2	1.2
	1. 参加した	217	78	81	43	10	2	3
		100.0	35.9	37.3	19.8	4.6	0.9	1.4
	2. 参加していない	149	40	54	44	9	1	1
		100.0	26.8	36.2	29.5	6.0	0.7	0.7
介護事業所(うち 施設・住まい)	「参加した」－「参加していない」		9.1	1.1	-9.7	-1.4	0.3	0.7
	全体	309	71	109	92	19	13	5
		100.0	23.0	35.3	29.8	6.1	4.2	1.6
	1. 参加した	93	25	33	30	3	1	1
		100.0	26.9	35.5	32.3	3.2	1.1	1.1
介護事業所(うち 施設・住まい)	2. 参加していない	165	35	57	48	12	9	4
		100.0	21.2	34.5	29.1	7.3	5.5	2.4
	「参加した」－「参加していない」		5.7	0.9	3.2	-4.0	-4.4	-1.3

◆意思決定支援に関する研修の参加の有無 × 意思決定支援対応(7)

		合計	意思決定支援対応(7) 選択をした場合のメリット、デメリットを本人の言葉で説明してもら う等、理解度を確認している					
			1. 概ねできて いる	2. できていな いときもある	3. 十分にでき ているとはい えない	4. いずれとも いえない	5. 確認したこ とがない	無回答
地域包括	全体	538	316	132	47	16	3	24
		100.0	58.7	24.5	8.7	3.0	0.6	4.5
	1. 参加した	240	60	89	61	14	8	8
		100.0	25.0	37.1	25.4	5.8	3.3	3.3
	2. 参加していない	223	64	75	52	14	11	7
		100.0	28.7	33.6	23.3	6.3	4.9	3.1
	「参加した」－ 「参加していない」		-3.7	3.5	2.1	-0.4	-1.6	0.2
介護事業所 (合計)	全体	735	165	212	259	61	27	11
		100.0	22.4	28.8	35.2	8.3	3.7	1.5
	1. 参加した	310	72	101	107	19	7	4
		100.0	23.2	32.6	34.5	6.1	2.3	1.3
	2. 参加していない	314	71	85	108	31	13	6
		100.0	22.6	27.1	34.4	9.9	4.1	1.9
	「参加した」－ 「参加していない」		0.6	5.5	0.1	-3.7	-1.9	-0.6
介護事業所 (うち 自宅)	全体	426	110	134	134	34	9	5
		100.0	25.8	31.5	31.5	8.0	2.1	1.2
	1. 参加した	217	58	73	66	15	2	3
		100.0	26.7	33.6	30.4	6.9	0.9	1.4
	2. 参加していない	149	41	41	48	14	4	1
		100.0	27.5	27.5	32.2	9.4	2.7	0.7
	「参加した」－ 「参加していない」		-0.8	6.1	-1.8	-2.5	-1.8	0.7
介護事業所 (うち 施設・住 まい)	全体	309	55	78	125	27	18	6
		100.0	17.8	25.2	40.5	8.7	5.8	1.9
	1. 参加した	93	14	28	41	4	5	1
		100.0	15.1	30.1	44.1	4.3	5.4	1.1
	2. 参加していない	165	30	44	60	17	9	5
		100.0	18.2	26.7	36.4	10.3	5.5	3.0
	「参加した」－ 「参加していない」		-3.1	3.4	7.7	-6.0	-0.1	-2.0

◆意思決定支援に関する研修の参加の有無 × 意思決定支援対応(8)

		合計	意思決定支援対応(8) 相手と視線を合わせ、理解できるよう説明をしている					
			1. 概ねできて いる	2. できていな いときもある	3. 十分にでき ているとはい えない	4. いずれとも いえない	5. 確認したこ とがない	無回答
地域包括	全体	538	316	132	47	16	3	24
		100.0	58.7	24.5	8.7	3.0	0.6	4.5
	1. 参加した	240	190	26	14	3	1	6
		100.0	79.2	10.8	5.8	1.3	0.4	2.5
	2. 参加していない	223	172	36	6	2	1	6
		100.0	77.1	16.1	2.7	0.9	0.4	2.7
	「参加した」－ 「参加していない」		2.0	-5.3	3.1	0.4	0.0	-0.2
介護事業所 (合計)	全体	735	518	147	51	8	1	10
		100.0	70.5	20.0	6.9	1.1	0.1	1.4
	1. 参加した	310	220	62	20	4	0	4
		100.0	71.0	20.0	6.5	1.3	0.0	1.3
	2. 参加していない	314	221	59	25	3	1	5
		100.0	70.4	18.8	8.0	1.0	0.3	1.6
	「参加した」－ 「参加していない」		0.6	1.2	-1.5	0.3	-0.3	-0.3
介護事業所 (うち 自宅)	全体	426	318	76	22	5	0	5
		100.0	74.6	17.8	5.2	1.2	0.0	1.2
	1. 参加した	217	159	41	10	4	0	3
		100.0	73.3	18.9	4.6	1.8	0.0	1.4
	2. 参加していない	149	114	24	9	1	0	1
		100.0	76.5	16.1	6.0	0.7	0.0	0.7
	「参加した」－ 「参加していない」		-3.2	2.8	-1.4	1.2	0.0	0.7
介護事業所 (うち 施設・住 まい)	全体	309	200	71	29	3	1	5
		100.0	64.7	23.0	9.4	1.0	0.3	1.6
	1. 参加した	93	61	21	10	0	0	1
		100.0	65.6	22.6	10.8	0.0	0.0	1.1
	2. 参加していない	165	107	35	16	2	1	4
		100.0	64.8	21.2	9.7	1.2	0.6	2.4
	「参加した」－ 「参加していない」		0.7	1.4	1.1	-1.2	-0.6	-1.3

◆意思決定支援に関する研修の参加の有無 × 意思決定支援対応(9)

		合計	意思決定支援対応(9) 相手が不安等を感じていないか、表情を確認している					
			1. 概ねできて いる	2. できてい ないときも ある	3. 十分にでき ているとはい えない	4. いずれとも いええない	5. 確認したこ とがない	無回答
地域包括	全体	538	316	132	47	16	3	24
		100.0	58.7	24.5	8.7	3.0	0.6	4.5
	1. 参加した	240	196	26	10	1	1	6
		100.0	81.7	10.8	4.2	0.4	0.4	2.5
	2. 参加していない	223	182	28	5	2	0	6
		100.0	81.6	12.6	2.2	0.9	0.0	2.7
	「参加した」－ 「参加していない」		0.1	-1.7	1.9	-0.5	0.4	-0.2
介護事業所 (合計)	全体	735	567	107	41	8	1	11
		100.0	77.1	14.6	5.6	1.1	0.1	1.5
	1. 参加した	310	250	39	15	2	0	4
		100.0	80.6	12.6	4.8	0.6	0.0	1.3
	2. 参加していない	314	238	44	21	4	1	6
		100.0	75.8	14.0	6.7	1.3	0.3	1.9
	「参加した」－ 「参加していない」		4.8	-1.4	-1.8	-0.6	-0.3	-0.6
介護事業所 (うち 自宅)	全体	426	345	50	22	4	0	5
		100.0	81.0	11.7	5.2	0.9	0.0	1.2
	1. 参加した	217	176	26	10	2	0	3
		100.0	81.1	12.0	4.6	0.9	0.0	1.4
	2. 参加していない	149	122	15	9	2	0	1
		100.0	81.9	10.1	6.0	1.3	0.0	0.7
	「参加した」－ 「参加していない」		-0.8	1.9	-1.4	-0.4	0.0	0.7
介護事業所 (うち 施設・住 まい)	全体	309	222	57	19	4	1	6
		100.0	71.8	18.4	6.1	1.3	0.3	1.9
	1. 参加した	93	74	13	5	0	0	1
		100.0	79.6	14.0	5.4	0.0	0.0	1.1
	2. 参加していない	165	116	29	12	2	1	5
		100.0	70.3	17.6	7.3	1.2	0.6	3.0
	「参加した」－ 「参加していない」		9.3	-3.6	-1.9	-1.2	-0.6	-2.0

◆意思決定支援に関する研修の参加の有無 × 意思決定支援対応(10)

		合計	意思決定支援対応(10) 本人が表明した意思の合理性や整合性を複数人で確認している					
			1. 概ねできて いる	2. できてい ないときも ある	3. 十分にでき ているとはい えない	4. いずれとも いええない	5. 確認したこ とがない	無回答
地域包括	全体	538	316	132	47	16	3	24
		100.0	58.7	24.5	8.7	3.0	0.6	4.5
	1. 参加した	240	87	82	48	13	3	7
		100.0	36.3	34.2	20.0	5.4	1.3	2.9
	2. 参加していない	223	61	81	54	12	6	9
		100.0	27.4	36.3	24.2	5.4	2.7	4.0
	「参加した」－ 「参加していない」		8.9	-2.2	-4.2	0.0	-1.4	-1.1
介護事業所 (合計)	全体	735	211	287	180	31	15	11
		100.0	28.7	39.0	24.5	4.2	2.0	1.5
	1. 参加した	310	102	123	66	10	5	4
		100.0	32.9	39.7	21.3	3.2	1.6	1.3
	2. 参加していない	314	79	121	86	14	8	6
		100.0	25.2	38.5	27.4	4.5	2.5	1.9
	「参加した」－ 「参加していない」		7.7	1.1	-6.1	-1.2	-0.9	-0.6
介護事業所 (うち 自宅)	全体	426	124	171	104	15	7	5
		100.0	29.1	40.1	24.4	3.5	1.6	1.2
	1. 参加した	217	73	87	45	5	4	3
		100.0	33.6	40.1	20.7	2.3	1.8	1.4
	2. 参加していない	149	37	56	46	7	2	1
		100.0	24.8	37.6	30.9	4.7	1.3	0.7
	「参加した」－ 「参加していない」		8.8	2.5	-10.1	-2.4	0.5	0.7
介護事業所 (うち 施設・住 まい)	全体	309	87	116	76	16	8	6
		100.0	28.2	37.5	24.6	5.2	2.6	1.9
	1. 参加した	93	29	36	21	5	1	1
		100.0	31.2	38.7	22.6	5.4	1.1	1.1
	2. 参加していない	165	42	65	40	7	6	5
		100.0	25.5	39.4	24.2	4.2	3.6	3.0
	「参加した」－ 「参加していない」		5.7	-0.7	-1.7	1.1	-2.6	-2.0

◆意思決定支援に関する研修の参加の有無 × 意思決定支援対応(11)

		合計	意思決定支援対応（１１）意思決定支援のプロセスを相談記録、アセスメント票等に記録し、 後で確認できるようにしている					
			1. 概ねできている	2. できていないときもある	3. 十分にできているとは言い難い	4. いずれともいえない	5. 確認したことがない	無回答
地域包括	全体	538	316	132	47	16	3	24
		100.0	58.7	24.5	8.7	3.0	0.6	4.5
	1. 参加した	240	132	52	34	5	10	7
		100.0	55.0	21.7	14.2	2.1	4.2	2.9
	2. 参加していない	223	111	41	42	14	6	9
	100.0	49.8	18.4	18.8	6.3	2.7	4.0	
	「参加した」－ 「参加していない」		5.2	3.3	-4.7	-4.2	1.5	-1.1
介護事業所 （合計）	全体	735	326	212	140	32	10	15
		100.0	44.4	28.8	19.0	4.4	1.4	2.0
	1. 参加した	310	156	91	53	6	0	4
		100.0	50.3	29.4	17.1	1.9	0.0	1.3
	2. 参加していない	314	130	85	64	19	7	9
	100.0	41.4	27.1	20.4	6.1	2.2	2.9	
	「参加した」－ 「参加していない」		8.9	2.3	-3.3	-4.1	-2.2	-1.6
介護事業所 （うち 自宅）	全体	426	202	123	71	19	3	8
		100.0	47.4	28.9	16.7	4.5	0.7	1.9
	1. 参加した	217	115	64	31	4	0	3
		100.0	53.0	29.5	14.3	1.8	0.0	1.4
	2. 参加していない	149	68	37	27	11	2	4
	100.0	45.6	24.8	18.1	7.4	1.3	2.7	
	「参加した」－ 「参加していない」		7.4	4.7	-3.8	-5.5	-1.3	-1.3
介護事業所 （うち 施設・住 まい）	全体	309	124	89	69	13	7	7
		100.0	40.1	28.8	22.3	4.2	2.3	2.3
	1. 参加した	93	41	27	22	2	0	1
		100.0	44.1	29.0	23.7	2.2	0.0	1.1
	2. 参加していない	165	62	48	37	8	5	5
	100.0	37.6	29.1	22.4	4.8	3.0	3.0	
	「参加した」－ 「参加していない」		6.5	-0.1	1.2	-2.7	-3.0	-2.0

図表 166 意思決定支援に関する研修の参加の有無 × 意思決定支援課題

◆意思決定支援に関する研修の参加の有無 × 意思決定支援課題

		合計	意思決定支援課題						
			1.日常生活・社会生活等における意思決定は多岐にわたり、高い頻度で行われる。センサーがどこまで関わるべきか範囲が明確でない	2.本人の日常生活・社会生活等における意思決定能力、支援の必要性の見極めが難しい	3.意思決定においては、キーパーソンの家族の希望が反映されることも多い。本人の意思と家族の希望の兼ね合いに苦慮することが少なくない	4.ケアマネジメントを行う際、本人の支援だけでなく、家族支援も必要となることが多い。本人の意思のみをくみ取り、実現を支援するだけでなく、本人と家族の生活・人生を支援する視点が必要である	5.認知症が進行して、日常生活・社会生活等における意思決定が困難になり、代理・代行決定になっていくことが多いが、その判断や方法が明確でない	6.ケアマネジメントを行う前提として、本人との信頼関係を構築するまでに、時間と労力がかかる	7.本人が意思形成をするために、正しい理解、判断になるよう、都度、繰り返し説明、図や表を用いた説明などに、時間と労力がかかる
地域包括	全体	527	291 55.2	280 53.1	448 85.0	425 80.6	260 49.3	259 49.1	251 47.6
	1.参加した	240	134 55.8	132 55.0	210 87.5	202 84.2	123 51.3	120 50.0	124 51.7
	2.参加していない	223	117 52.5	110 49.3	185 83.0	175 78.5	105 47.1	112 50.2	99 44.4
	「参加した」－「参加していない」		3.4	5.7	4.5	5.7	4.2	-0.2	7.3
介護事業所 (合計)	全体	744	409 55.0	380 51.1	592 79.6	556 74.7	398 53.5	362 48.7	356 47.8
	1.参加した	310	188 60.6	159 51.3	266 85.8	252 81.3	173 55.8	167 53.9	171 55.2
	2.参加していない	314	158 50.3	149 47.5	238 75.8	218 69.4	164 52.2	136 43.3	127 40.4
	「参加した」－「参加していない」		10.3	3.8	10.0	11.9	3.6	10.6	14.7
介護事業所 (うち 自宅)	全体	432	268 62.0	230 53.2	374 86.6	359 83.1	232 53.7	240 55.6	236 54.6
	1.参加した	217	141 65.0	116 53.5	194 89.4	187 86.2	121 55.8	126 58.1	125 57.6
	2.参加していない	149	87 58.4	76 51.0	127 85.2	119 79.9	79 53.0	75 50.3	70 47.0
	「参加した」－「参加していない」		6.6	2.4	4.2	6.3	2.7	7.7	10.6
介護事業所 (うち 施設・住まい)	全体	312	141 45.2	150 48.1	218 69.9	197 63.1	166 53.2	122 39.1	120 38.5
	1.参加した	93	47 50.5	43 46.2	72 77.4	65 69.9	52 55.9	41 44.1	46 49.5
	2.参加していない	165	71 43.0	73 44.2	111 67.3	99 60.0	85 51.5	61 37.0	57 34.5
	「参加した」－「参加していない」		7.5	2.0	10.1	9.9	4.4	7.1	14.9

意思決定支援課題										
8. 意思形成支援のプロセスにおいて、本人の正しい理解、判断になっているかの確認が難しい	9. 本人の表明された意思について、時間差、また複数人での確認など、時間と労力がかかる	10. 本人が意思表明をする際、本人の信条、生活歴・価値観等と周辺情報との整合性の確認が難しい	11. 本人の意思の実現を支援するための家族介護力や地域の社会資源等が不足している	12. 地域包括支援センターの経営の観点から、意思決定支援に多大な時間と労力をかけることは難しい	13. 介護保険の居宅介護支援の報酬が付かない人の相談対応はセンターの費用の持ち出しになる	14. 意思決定支援チームは多職種の専門職が関わるが、職種等によりコミュニケーションが難しい	15. その他の課題	16. 特に課題と思うことはない	17. わからない	無回答
313 59.4	215 40.8	202 38.3	301 57.1	142 26.9	71 13.5	70 13.3	3 0.6	2 0.4	9 1.7	5 0.9
157 65.4	104 43.3	99 41.3	141 58.8	65 27.1	37 15.4	32 13.3	2 0.8	1 0.4	2 0.8	1 0.4
121 54.3	87 39.0	80 35.9	128 57.4	60 26.9	26 11.7	28 12.6	1 0.4	0 0.0	6 2.7	4 1.8
11.2	4.3	5.4	1.4	0.2	3.8	0.8	0.4	0.4	-1.9	-1.4
472 63.4	286 38.4	306 41.1	369 49.6	238 32.0	194 26.1	193 25.9	21 2.8	5 0.7	6 0.8	18 2.4
220 71.0	144 46.5	141 45.5	172 55.5	103 33.2	97 31.3	82 26.5	8 2.6	1 0.3	1 0.3	3 1.0
177 56.4	102 32.5	118 37.6	140 44.6	97 30.9	68 21.7	77 24.5	13 4.1	2 0.6	5 1.6	10 3.2
14.6	14.0	7.9	10.9	2.3	9.6	1.9	-1.6	-0.3	-1.3	-2.2
289 66.9	189 43.8	190 44.0	261 60.4	148 34.3	166 38.4	118 27.3	9 2.1	2 0.5	2 0.5	9 2.1
156 71.9	105 48.4	103 47.5	135 62.2	75 34.6	86 39.6	57 26.3	4 1.8	1 0.5	1 0.5	2 0.9
90 60.4	54 36.2	58 38.9	88 59.1	50 33.6	57 38.3	44 29.5	5 3.4	1 0.7	1 0.7	3 2.0
11.5	12.1	8.5	3.2	1.0	1.4	-3.3	-1.5	-0.2	-0.2	-1.1
183 58.7	97 31.1	116 37.2	108 34.6	90 28.8	28 9.0	75 24.0	12 3.8	3 1.0	4 1.3	9 2.9
64 68.8	39 41.9	38 40.9	37 39.8	28 30.1	11 11.8	25 26.9	4 4.3	0 0.0	0 0.0	1 1.1
87 52.7	48 29.1	60 36.4	52 31.5	47 28.5	11 6.7	33 20.0	8 4.8	1 0.6	4 2.4	7 4.2
16.1	12.8	4.5	8.3	1.6	5.2	6.9	-0.5	-0.6	-2.4	-3.2

(12) 独自の取り組み、国・都道府県に望む支援等

図表 167 自由意見（1. ガイドラインについての意見）

調査種別	記載内容
市町村	ガイドラインについて認識しているが、実際にうまくいくケースは少ない。軽度～中等度の認知症であれば病気の認知と受け入れが本人・家族ともに困難であり、意思決定以前に取り組む課題がある。重度になっても同様の課題がある場合が多く、「意思決定」よりも「危険回避・安全確保」が優先される場合もある。 そういったことから、広く一般的な知識として認知症に関して普及する必要があると考え、取り組みをしている。
	この調査を通じて「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」を読み、本人の意思を確認しながら、支援しておく必要性が認識できた。まずは認知症の事業を委託する地域包括支援センターや介護保険者にガイドラインの共有を図りたい。
	国や都道府県が作成したガイドラインなどがあるのであれば、こういったガイドラインがあるのかなど用途によってまとめていただき一覧などでいいので周知をしていただきたいです。認知症に携わる担当職員も異動があり、担当職員の知識のリセットがあります。その中で、こういったガイドラインを知らずに引き継がれる場合があります。できれば、毎年ガイドラインの周知をしていただけると幸いです。
	当ガイドラインを把握していなかった点を反省しております。このようなガイドラインが国から県、そして市町村へ伝達される手段、周知等について事務連絡のみで済まされていることはないでしょうか。実際、住民への周知や現場の相談業務は市町村レベルがほとんどです。特に都道府県については、市町村職員への後方支援を最大限にお願いしたいと思えます。
	国がガイドラインを示してくれることの意義があると思うが、数多くのガイドラインがあり、それをどのように活用して、実際にどのような好事例があったのか、具体的に知ることができる場が欲しい。
	コロナ禍の影響もあるかとは思われますが、H30年度に策定されてから、おそらく定期的な研修の実施等はなく、職員の定期的な異動もある中、把握している職員（認知症施策担当）もいない状況です。 国や県からの通知も単発的な周知のみだけでなく、日ごろから現場が活用できるよう実用的なガイドラインの充実を希望します。
	現時点で独自に取り組んでいることはありません。アンケートの内容から外れるかもしれませんが、身寄りがいない方が年々多くなっていることを実感しているため、各自治体で対応に困った際に参照できるガイドラインを充実していただくと大変ありがたいと感じております。
	「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」の周知や実践に向けた研修等の開催の必要性は感じているが、意思決定が難しい状況になった時に、ガイドラインに沿った意思決定支援を進めていくにあたっては、それまでに日常の中で本人の声をしっかり聴いていることや、日頃から本人の生活のあらゆる場面での身近な意思決定をどれだけ尊重しているのかがベースにあるからこそガイドラインが効果的な活用につながるものであると考えている。
地域包括支援センター	認知症の人の意思決定支援等ガイドラインは多くあるが、実践する際には多くの課題があると思う。また、必要性の認識についても専門職の間での温度差がある。
	意思決定支援ガイドラインを、関係者・支援者が知っており共通認識していくことが、必要だと思います。 介護予防支援、包括的支援事業は全職員兼務して対応しています。
	ガイドラインがない時から意思決定を尊重して対応しています。ガイドラインに色々書いていますが元々やっている事かなと思います。
	一人ひとりが自分で意思を形成し、それを表明できること、その意思が尊重され、日常生活・社会生活を決めていくことはとても重要なことですが、認知症などにより十分に行うことが出来ない人が増えてきているように感じます。

	<p>認知症の人であっても、その能力を最大限活かして、日常生活・社会生活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にしていく事が大切だと思います。</p> <p>そのためにも、「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」がより一層周知される必要があると思います。</p>
	<p>身寄りが無く認知機能面の低下がうかがわれるケースにおいて、初回介入時、成年後見申立・居所変更・受診勧奨・自己の財産の処分など、日常生活や社会生活において大きな変更を伴う際、ガイドラインを活用しています。また包括職員が主導的に意思決定支援を行うのではなく、意思決定支援の考え方と支援方法を、ケース対応を通して利用者支援に携わる方へ伝えていきます。今後、国・都道府県・市町村に望む事は、認知症の方の支援に携わる介護支援専門員の方々を中心に、①意思形成支援・②意思表明支援・③意思実現支援の内容、適切な意思決定プロセスを確保して意思決定支援に携わるという考え方を普及・啓発して頂けたらと思います。介護支援専門員の法定研修にその内容を組み入れるなど、権利擁護の視点を持って介護支援専門員がケース対応に携わることが出来るように取り組みを進めて頂けたらと思います。</p>
	<p>認知症の自覚（病識）が無い方は少なくない。心穏やかに過ごされている方は比較的に支援もしやすいが、ご近所トラブルやセルフネグレクトがあるケースの場合は支援が非常に難しいことも多い。キーパーソンの有無でも左右されるが、ご本人の人権を尊重すべきか周り（ご近所など）の人権（生活権）を尊重すべきか非常に判断が難しい。中立的立場の行政（包括）としては（事件性がなければ）直接介入も難しいケースも散見している。意思決定ガイドラインを否定するつもりは毛頭ないが、机上論だけでは進まないという現場の声があるということも分かってほしい。認知症といっても千差万別であり、画一的な支援では立ち行かない。</p>
	<p>「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」を常に活用しているわけではないが、認知症総合支援事業を進める中で取り組んでいる。</p>
	<p>担当職員により支援内容に差が出ないよう、ガイドラインも理解した上で支援できるようにしている。</p>
	<p>現状では特に取り組んでいることがないため、今後意思決定ガイドラインの詳細について確認していきたい。</p>
	<p>ガイドラインについて、種別や項目が細分されすぎており、情報が多く取り組みにくく感じます。項目・要点を絞り情報量を精査して扱いやすい書式にすべきと考えます。</p>
	<p>活用しやすいように、分かりやすく、使いやすいものがあると、とても助かります。</p>
	<p>意思決定支援の必要性や取り組み方について参考にはなるが実際にはどうやってこの体制を構築するのかといった実現可能性が示されていない様に感じる。意思決定支援及び意思実行に即した行動をとった事業所等にはしっかりと報酬が入るような体制が必要と考える。</p>
	<p>認知症を抱えるご家族様の支援を一番に考えたほうがいい。認知症の方を尊重するという事は支援する側が相当な理解と余裕をもたないと、つぶれてしまう。在宅での介護（認知症介護）は余裕などない。ガイドライン通りにいかない現実を国は把握すべき。もう少し、支える側に利点のある内容を盛り込んだほうがいい。支える家族にとってプレッシャーを与えることとなるガイドラインにしか思えません。</p>
介護施設・事業所	<p>ガイドラインを確認し、事業所で勉強し取り組んでいこうと思います。</p>
	<p>意思決定支援ガイドラインに関係なく、たとえ認知症であっても障害を抱えていたとしても当事業所の理念の中にある、その人の権利・主張・人間としての尊厳・誇りを守り常に24時間側に居ますよという姿勢の保持やその人の思いに沿うように係わるということを実践できていればガイドラインが目指していくベクトルにあっているように感じました。</p>
	<p>身寄りのない生活保護受給者の入院時の意思決定を行うケースがあり、その際にガイドラインを参考にしたとしても、結局のところ本人の立場に立って主体的に考える人間の不在という点において、結局は事業所に最終的な判断がゆだねられることになり、本人の意思に沿ったものかは疑問が残った。</p>
	<p>本当に事実起っている事とガイドラインは違いすぎます。尊厳とか意思とかそんなところではない生活に直面している出来事を解決すべきなのでは？例えば生活保護の方でしょっちゅうケースワーカーになんだかんだ電話しているのは本当にケースワーカーさんも大変だと思います。お金がないからおむつ代を支給してくださるのは良いのですが、毎月おむつを買う度に訪問してレシートをもらって申請書を作成して区役所に持参しています。そんな方は一人ではありません。Ⅱaがついているような認知症の方でもそうでなくてもこれがいつからケアマネジャーの仕事になってしまったのかこれはほんの一例です。意味不</p>

	明でしょうが「お金が無い。」を繰り返す認知症の方どれだけ居ると思いますか。こんな解決方法をしているから十分満足して生活していない。
	介護事業所に必要なガイドラインの取りまとめ、そこから認知症の人、障害福祉、人生の最終段階、身寄りがいない人、と分岐した構成でわかりやすく作成して欲しい。相談窓口の設立。
	取り組みについて実施の必要性を感じてはいるが、日常の業務に追われることもあり実践できていない。ご入居者は程度の違いはあるが認知症の方がほとんどであるため、意思決定支援のガイドラインに関する事項に取り組んでみたいと感じているのだが実際の取り組んでおられる事業所の方々がどのように実践しているのかを知り参考にしたいと思う。
	私だけかも知れませんが、ガイドラインがあることを知らないケアマネもいるかと思います。会社によっては、このような意思決定支援があることを、しっかり伝えているところもあると思いますが、どの施設も新しく着任したケアマネには、周知して欲しいと思います。
	ガイドラインについて不勉強でした。今後、認知症の理解とともに、意思決定についても職員全体で学んでいく方法を検討していきたいと思いました。現在も、継続的にこなっている、認知症の理解については継続して行っていきたいと思います。
	身寄りがいない入居者の終末期の対応に関して、ガイドラインを基に倫理委員会を開催して意思決定支援を行った事例がある。ガイドラインの中に「本人にとっての最善の方針」とあるが、抽象的すぎて難しかった。特別養護老人ホームに入居する時点で本人の意思確認はできず、家族・親戚等も全く把握できない際は生活歴等も不明の方も少なくない。「看取り」という選択肢は上がるものの、現状ではそれを選択することはとても難しくジレンマを感じている。「本人にとっての最善の方針」がどんな選択肢があるのか、具体的な提示があると選択肢が広がるのではないかと思う。
	ガイドラインを参考に、意思決定支援が必要と思われる方の場合、キーパーソン、ご家族、関係者の立ち合いの中で説明・同意確認等に勤めている。 未だ人権（権利擁護）意識（社会通念を逸脱しすぎる過剰反応を含めて）の感度が不安定な社会と思われる中でガイドラインの策定啓発普及は必要なことだと思う。但し、人権（権利擁護）そのものを考えず、ガイドラインを守ることが目的となってしまうと本末転倒だと考える。 啓発・普及・学びの機会提供には引き続き尽力して欲しいと考える。但し、人権（権利擁護）のガイドラインを行政（体制側）で決めていくという流れだけになっては危険もあると考える。
	意思決定支援ガイドラインが支援を要する方々にとって広く認知され、適切に活用されるよう呼びかけられることを、国・都道府県・市町村に望みます。
	以下の点について指針の検討をしていただきたい。 意思決定のために理解力や判断力以外にもそれを行う意欲が必要。ご本人やご家族の意思決定の「意味がわからない」「どうでもよい」という点にガイドラインは触れていない。前提が意思決定をしようと思っていることとなっている点が非常に気になる。 ご本人の思いを前提にしていることは大切なことである。しかし、ご本人の意向に影響を受ける一緒に暮らす人や関わる人たちの思いについても配慮が必要である。範囲設定は難しいが、関わる人たちが思いを共有していることが意思決定実現の前提になるのではないかと思う。

図表 168 自由意見（2. 研修についての意見）

調査種別	記載内容
市町村	<p>市町村や地域包括支援センターでは、認知症サポーター養成講座の開催、認知症カフェやチームオレンジの運営など、地域における認知症の理解者を増やし、認知症の人やその家族が住みやすい地域づくりで精一杯な所がある。</p> <p>認知症の人やその家族と接する機会は、医療機関や通所・訪問サービス等の介護事業所が多いと思われるため、その職員対象に国・県が「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」に関する研修を実施することで、受講した職員が認知症の人やその家族へ意思決定支援について助言が可能となり、本人や家族が意思決定や権利擁護について選択しやすくなると考える。</p> <p>認知症の人への意思決定支援ガイドラインは知っているが、実践することが難しい。研修を受ける機会が少ないと感じています。</p>

	オンラインも含む研修機会を県の方で主催いただけると幸いです。 地域包括支援センターとも今後協議していききたいと思います。
	市町村担当者に対し、認知症の人の意思決定支援に関する研修をさらに増やしていただきたい。
	認知症に関して取り組むべき施策が多く、意思決定支援に関する部分まで取り組むことが困難な為、国や県で時間や実施方法、実施内容等参加しやすい研修を開催してほしい。
	地域住民への啓発方法やガイドラインについて学ぶ研修会を開催していただきたいです。
	自治体における認知症施策の取り組みはかなり多い。市では地域住民へは「認知症の理解」を推進していくところであり、「意思決定支援」に特化した研修までは難しい。できれば、国や県で研修等実施し、専門職や地域住民が利用できるようにしてほしい。
	国または都道府県で、ぜひ研修会を開催してほしい。
	ガイドラインの理解を深めるため、研修の開催をしてほしいです。
	専門職には、養成課程で学習できるように制度を整えていただければと思います。 小規模な自治体では、特に、医師・歯科医師・薬剤師に対する研修はハードルが高いのが現実です。これらの3師職は、受講者というよりも、講師として参加していただいている状況です。県主催や保健所主催でオンライン実施も含めて実施していただけるとよいのではないかと考えます。
	意思決定支援に関する研修を実施する必要性は感じているが、研修を企画・立案するにあたり難しさを感じている。今後、認知症の人の意思決定支援の取組みを推進するために、実際に開催されている研修の例や依頼できる講師の情報がほしい。
	認知症等の高齢者に関わる意思決定支援の研修会実施（市民向け、専門職向け） ＜望む支援＞意思決定支援の重要性が理解できる一方で、成年後見制度の文脈では本人の意思や判断能力が欠けると捉えられることも多いと感じる。支援に関わる専門職を中心に、研修等の実施が必要ではないか。
地域包括支援センター	研修機関主催の研修実施する上で必要な実践的支援方法についての伝達研修機会を望む。
	小さい自治体であるため、都道府県で一括して実施してほしい。
	意思決定支援の研修会が少なく、参加したくても機会がない。研修会はオンライン参加だと参加しやすい。
	認知症の人への意思決定支援ガイドラインは知っているが、実践することが難しく、研修を受ける機会が少なく感じています。 オンラインも含む研修機会を県の方で主催いただけると幸いです。
	事業所内での研修の有無や専門職を指導する立場の方のスキルで所属する職員の理解度が様々となるため、グループワークを主とした研修や事例検討会等の開催において、指針とは逆方向の話し合いにならないため、一定の研修を受けたファシリテータが必要と感じる。
	「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」の研修会があれば、参加できればと思います。
	研修等で学ぶ機会がありますが、まだ実践まで行えていないのが現状です。
	一自治体で研修の機会を設けるのは難しいので、都道府県単位で開催していただけるとありがたいです。
	地域ケア圏域会議で意思決定支援をテーマに開催する。地域の方の要望があれば、繰り返し開催したい。
	できるだけご家族と連絡を取り、本人の意思の確認をするようにしているが、ご家族に十分な理解力がない等、支援する側が苦慮することが多い。 今後も引き続き必要な情報の収集や研修等でスキルアップを図りたい。
	ガイドラインについての研修や取り組みが行われていない状況なので、今後は研修等に取り組んで行こうと思います。
	煩雑業務の中で、予防支援も同時に実施しながら様々な施策への企画、運営も行っている。 新規の相談も年々増え、さらに事業対象者や要支援認定者も多くなっている。民間のケアマネが担当している。 要介護者の中にも、意思決定支援が必要な方は多く包括が相談に乗る場面が多い。 一般の地域住民には、在宅医療介護推進事業の一環として ACP 含め包括の機関誌に掲載して普及の機会は設けてはいるが効果までは把握できていない。

	必要性を感じて、それぞれスタッフが個々の対応として意識はしているが、それを周知するなど研修等はとても出来る状況ではないため、国や県、各種組織（例：ケアマネ協会など職種の団体）で取り組んでほしい。
	勉強会は何年か前に行いましたが、自分の知識に自信がありません。包括の立場での意思決定ガイドライン研修用の資料を配布してほしい。当事者と家族向けの動画など、シリーズとして勉強会用の資料と使用するための研修を開催してほしい。
	研修した内容が実務で活かせるよう今後も研修を重ねていけたらと思います。
	当センター独自に取り組んでいる事はありません。色々な研修がありましたら参加していきたいと思います。
	各種ガイドラインの存在は知っているが、意識的には活用できていない。 支援者の意識が権利擁護・意思決定支援に向かっていない場合には研修が必要かと思うが、その場合、講師はどこに依頼したら良いかなど、問い合わせに関する窓口が明確化されているとありがたい。
	認知症等の高齢者に関わる意思決定支援の研修会実施。（市民向け、専門職向け）
介護施設・事業所	まだまだ認知症の理解が進んでいない。コロナ禍で、対面の研修や集まりの機会がなくなった影響か、認知症の理解そのものが地域の中で薄くなったように感じる。
	包括支援センターの主催する研修。
	理解を深めるために、これからも研修の場を設けていただきたいと思います。
	社会福祉協議会の勤務歴があり取り組みをしたことでもあり、理解は難くないとは思いますが、施設（看護小多機）職員に浸透させるには多大な時間が必要と感じます。
	入所利用者が高齢になり 認知症の進行と共に意思確認が難しい現状での家族との相談や意思確認には苦慮しているが、現在のところ問題なく何とか支援が円滑に行えている状態。もっと携わる自分を含めた職員の知識向上の為の研修が必要である。
	ジョブモデルアカデミーといった外部の研修機関の研修を実施しています。 高齢者の権利擁護の為、虐待防止のための研修を定期的に開催しています。 新入社員に対し、認知症への理解を深めるようオリエンテーションを実施しています。
	勉強不足です。
	介護支援専門員だけでなく、多方面で研修が必要。法定研修や事例検討などで意思決定支援に着目しても良いと思います。（主任介護支援専門員）
	介護支援専門員の必須研修事項として認知症についての研修が義務付けられています。研修は受ける機会を年々多くしていますが、介護支援専門員が中心的な役割を担うことについて負担に思います。都道府県・市町村に専門チームなどがあれば紹介していただきたい。
	施設での研修（勉強会）の数は多いが、勉強会に充てる時間が短い、参加者がいつも同じメンバー、離職率が高いため基礎教育が主となってしまう、企画する人材が乏しいなどの課題に行き詰まりを感じる。現場で働く人材確保も難しくなっている現状で、意欲的に研修に取り組んでくれる職員は少ない。意欲的な職員も協力者が少ない中で、前向きに取り組みを続けられずにストレスに負けてしまうこともある。
	研修に参加したいので、必須として施設に情報を流してほしい。
	施設で生活されておられる全ての方の意思決定を尊重することは非常に重要であり、マネジメントを行う際の大前提と思っています。ご入居される時にご本人、家族を交えてこれまで歩まれた人生背景を含め、認知症に共に向き合ってきた経緯をお聞きする機会もあります。現在取り組み実行している「認知症介護基礎研修」、また法人として定期的に全体研修会を開催、外部研修としてはオンラインを利用した地域包括主催や介護付ホーム協会が扱う研修に参加しています。
	ケアプラン作成時は、具体的な内容を反映させる為、2名の職員が時間を変えご本人様の意向を伺い、反映させている。意思表示が難しい方は、生活歴や過去の発言、普段のお話の内容から汲み取り、ご家族と相談の上作成している。 比較的状态の軽い方の多いグループホームでは専門職がいない為、一般介護職としてのケアを提供しているが、良いケアの提供に繋がる為、今回のガイドラインは是非職員への学習に繋げたいものの、中々研修環境が整っていない現状があるので、国・都道府県・市町村による出張研修、DVDの配布等、職員が集まるタイミングや自宅での研修が出来る素材があると助かります。
	まだ周知されていない部分も多いので、研修企画を増やし周知していくようにしてほしい。

	意思決定支援に関する研修があった時は極力、参加するようにしている。
	ガイドライン周知のための研修会やフォローアップ研修を行ってもらいたい。
	地域の中で、認知症の方が生き生きと生活することが出来るよう意思決定支援を行った事例を聞かせて頂く機会がほしい。地域の中での取り組み等も知りたいし社会資源の活用にも繋げていきたい。
	認知症の人の意思決定や身よりのない高齢者の支援を行う上で、入院した医療機関・介護事業者から、本人の意思決定について、家族でもないケアマネに決定権があると思われるか、ケアマネに要請されることがある。医療機関や地域・介護事業者には多職種連携にて意思決定支援を行って行くことの重要性についての研修をしっかりと行っていくことが必要。
	「認知症」の進み具合などにより、意思決定支援が困難になっている。また、認知症の方を支える家族環境等も考慮しながら取り組むのに困難が生じることがある。そのような時は、研修や事例検討会を開催しています。
	当施設はユニット型の特養。なかなか外部研修機会を持つことができないので zoom など利用しながら、認知症の方の日常のケアについて学び、個別ケアに繋がれるようにしています。

図表 169 自由意見（３．地域包括ケアシステムの構築と認知症の人等の意思決定支援）

調査種別	記載内容
市町村	広義では『エンディングノートの作成配布』も一部と思います。意思の明瞭な時期から作成する試みが私達 “認知症になる得る自分・認知症になった自分” の意思決定支援に繋がると考えます。またケアマネに対し『認知症相談』を常時 FAX で受付し精神科サポート医の指導を受けられる環境を整えています。在宅では家族の困り事に引っ張られがちです。この事業は、本人本位の視点・本人の意思を意識するマネジメントに一役担っています。国・県に望む支援は、エンディングノートの前段階である「自分の取説」を書き出す事を教育課程から実践・習慣づける検討をお願いします。小学生～社会人・定年後など人生の節目節目に自分の得手不得手・どんな人生を望み何を大切に生きるか自覚し文書に残すのは先行き意思決定の指針になります。根底からの意識改革なくして即席の外部者支援での意思決定支援は本人の本心に沿うものか心配です。
	「認知症とともに生きる希望条例（令和２年 10 月施行）」の基本理念に従い、「世田谷区認知症とともに生きる希望計画」において、「本人発信・社会参加の推進」（認知症の本人が自らの思いや体験、希望を発信したり、自分の可能性や個性を発揮して地域社会に参画し、活躍できる場や機会を一層広げる取組みの推進）を、取組み方針の要として、地域共生社会の実現に向けた、地域包括ケアシステムの推進に取り組んでいる。
	「意思実現支援」として本人の声を反映させた施策につなげるため、介護事業所の利用者数名に対して「やりたいこと」などを聞き取る調査をした。今後これらの結果を活かし、本人や家族に参画していただけるような取組みを考えていく。 誰でも立ち寄れてつながることができる居場所作りができたかと考えており、認知症の人でもそうでない人も関係なく交流できるよう取り組んでいきたいが、居場所作りをするのにも初期費用や運営面等で課題があり、実現化しづらい現状がある。地域の力で永く継続できるように、初期的な支援や運営面での知識的なサポート等利用しやすいものがあると推進できると考える。
	チームオレンジの位置づけを行い、認知症の方が「〇〇したい」という希望に対し町も関わりを持っている。
	エンディングノートの周知、普及。
	初期集中支援チームの支援対象者では本人の意思決定の部分に注力して会議を進め、認知症ケアパスで本人の意思表示に関する記載を設けている。
	在宅医療・介護連携推進事業の一環として ACP 普及に取り組むなか、認知症の人の意思決定支援が課題として浮上し、今後検討を進める予定です。しかし、構成員が医療や介護の専門職であり、専門分野以外の法制度の知識が乏しいことが課題として感じています。
	人生会議のツールを使用した在宅での看取りの講演会や人生会議のツールの使用方法を住民が集まる場所で実施しながら広報等して本人の意思決定の大切さ等を学ぶ機会を作ってきた。同時に認知症にならないように介護予防という考えだけでなく、「認知症ケアパス」を作成して認知症になったとしても大丈夫という安心な情報も作り、危機感と安心感

	を同時に表しながらどちらにしても自分の意思決定や本人を尊重した意思決定が大切という事を示している。
	意思決定支援ガイドラインを主とした研修は実施できていないが、認知症施策推進大綱にも示されているように、本人や家族の視点を重視するという点においてガイドラインの普及、啓発は重要だと感じた。本人の意思決定支援の一環として、本人や家族が集える場や意見交換できる場、声を発信できる機会を設けている。
	認知症に対する正しい理解を普及させることが、住み慣れた場所で望む暮らしを続けられることに不可欠だと考えています。サポーター養成講座では、包括保健師がオリジナルで作成した教材も使用し、地域での『かわらぬお付き合い』を続けていくことの効果、当事者の思いや残存する力に注目した普及啓発に努めています。
	また認知症ケアパスを改訂して一般的な内容からオリジナル版へ変更しました。当事者の気持ちを掲載したり、予防という言葉を削除し、家族だけでなく当事者も目を通して不快な思いをしないよう配慮しています。
	関係者や専門職への普及啓発も重要ですが、同時に一般市民への普及啓発も必要と考えます。
	本市では、ACP に関する専門職向け研修等を実施しているが、講師依頼が困難なことも多い（予算、講師依頼先選定等）。今後、専門職向けだけでなく、市民向けにも積極的に取り組んでいきたいと考えている。
	現在実施している認知症施策（サポーター事業や初期集中、医介連携にかかるもの等）以外の、上記に特化した独自の取組はないが、認知症基本法に基づいた国基本計画が令和5年度内に策定予定の為、その計画との整合性を図った都道府県や各自治体が計画策定する必要がある、その際に独自の取組を含めて検討したい。
	意思決定支援に関しては、十分に取り組みを行っていない。研修等の際に、認知症の当事者の考えや思い、住み慣れた地域で尊厳をもって生活をするために、どんなことが必要かという視点は念頭にしているが、意思決定支援ということが上記で十分とは言えないと考える。
	今後、関係機関とも意思決定支援という考えを深めていく必要があると感じる。
	「身寄り」がなくても安心して暮らすためのガイドライン」を策定し、普及を行っている。
	「私のアルバム」（市独自で作成。これまでの人生、これからの望む暮らしについて記入するツール）を、出前講座やアルツハイマー月間で普及を行っている。
	次期介護保険福祉計画に意思決定支援の文言を入れる予定である。
	チームオレンジや認知症カフェ・本人ミーティングにおいて、本人の意思決定を支援している。
	他の取組について、全市ではありませんが、各行政区の中には、区医師会等と連携して専門職や地域住民に向けた啓発を実施されています。本市で作成している本人の意思表明ツール「わたしのケアノート」は冊子化し、各区保健福祉センターや地域包括支援センターに配架、配布しています。
地域包括支援センター	望む支援については、今後家族支援の望めない認知症高齢者が増加するにあたり、介護系職員や地域包括支援センター職員などが代理意思決定を余儀なくされている現状があり、第三者の代理意思決定において、ガイドラインにとどまらず、責任の所在のルール化など、本人、支援者双方を護る対策を講じていただきたいと思います。
	特に取り組みは行っていないが、意思決定支援において、広く専門職等に理解してもらいたいと感じている。
	市独自のエンディングノート(わたしノート)の作成。
	ACP に関する劇動画を作成、活用し市民に向け広く周知を行っている。
	医療介護の連携の取り組みとして、認知症高齢者への支援について部会を設置している。
	認知症の方への理解を広く地域全体で構築していくために、年1回認知症映画上映会を参加無料で実施。
	ドキュメンタリー映画を主に選定しており、ドキュメンタリーは浸透力が高いため、より身近なこととして捉えてもらう機会を作っている。
	令和5年度から、市で独自に作成した「エンディングノート」を市民に配布し、普及啓発しながら活用を促しているため、認知症の方に特化しているわけではないが、人生の最終段階に向けた意思決定プロセスを促す支援を行っている。

	<p>他事業にて推進されている部分もあり、ガイドラインを具体的に活用するまではいかないですが、認知症家族と本人の一体的支援、認知症カフェ、通常の支援や多職種連携の中で本人の意思や自立を尊重した取り組みは行っています。</p> <p>認知症の方への意思決定支援の推進には、対象者の層に応じた研修や現場の実情に当てはめた分かりやすい資料等があるといいと思います。また、住民啓蒙においては、手に取って分かりやすい冊子、チラシ等の媒体やマスメディアや SNS 等を通じた啓蒙を推進していただくいいと思います。住民と個別の地域ケア推進会議や協議体を行う上でも住民が読んで認知症に優しいまちづくりを進めたいとなるような資料などあるといいと思います</p>
	<p>要望として、地域包括支援ケアシステムの深化・推進と認知症の意思決定支援、ガイドラインがあまり結びついている気がしません。2025 地域包括ケアシステムの完成に向けて、市町村の実態調査をすべきではないかと。防災に関しても包括ケアシステムの上で、大切なポイントと思いますが、全く地域にこのシステムのワードすら浸透していないのが現状ではないかと。</p>
	<p>離島である為、医療・介護サービスの限界がある。取り組みという程ではないが、認知症になると自宅で最期までの生活は難しく、医療や介護の限界については予めお話する必要があると介護支援専門員の間では実感している。</p>
	<p>特にありません。包括の対象となる高齢者に対して意思決定支援の必要性が高い方は複数おられますが、国の施策として必要な補助がないことから判断し、介護予防マネジメントにおける意思決定支援の優先順位は低いと感じています。</p>
	<p>独自に取り組んでいることはありません。</p> <p>重要な場面での意思確認は複数職員が聞くようにしたりしていますが、本当に本人の意思かを迷う事がよくあります。意思は変化する物でもあり、その時その時の場面、ご本人の様子から判断していくことも必要になります。</p> <p>本人の意思と、支援者側が思う状況に合わせた妥当な決定がぶつかることもあり、折り合いにも悩みます。</p> <p>本人の意思を尊重すると、健康、命が脅かされるまではいかなくても、状態が悪くなるのにとすると優先が分からなくなる時もあります。</p>
	<p>意思決定の支援に時間をかけなければならないことは承知の上であるが、認知症に限らず 65 歳以上であれば精神疾患を抱える方など多様に渡るため職員の人員的に一人一人に時間を費やすことが難しい。</p> <p>本人の意思決定により予後が本人にとって不利益になるとわかっていても、本人がその意思表示を望む場合その後の支援が本当に本人の意思を尊重しているのかわからないが、聞くところが無い。</p>
	<p>意思決定支援は認知症の人でもそうでない人でも同じと思っている。</p>
	<p>意思決定支援については利用者の尊厳を守るためにも大切な事柄ではあるが、現在直営包括の専門職は分かるが、居宅介護支援事業所の介護支援専門員にも必要な事柄であり、ケアマネへの負担が増し、ますます従事者が少なくなるのではないかと危惧している。</p>
	<p>認知症の人に限らず、いい看取りができるよう、元気なうちから ACP の取り組み方について、住民啓発、医療介護事業者と内容を検討中。</p>
	<p>認知症という疾患の周知や対応の周知で精いっぱい意思決定支援までたどり着けていない感がある。(包括、行政ともに)</p>
	<p>認知症でもなくても活動できる社会資源の創出。</p>
	<p>意思決定支援だけでなく、認知症などによる判断力が低下している人の支援について、関係機関やサービス提供事業者それぞれが主体となっているかという点に関し、まだまだ主導者（主体）は誰かを求めている状況にあると思われる。主体ではなく指示されたからという意識が強いと思われます。</p>
	<p>本人の希望と家族の希望が合わないことが多く、本人の安全を考えると施設入所になることが多い。社会資源や地域の見守りがあれば自宅で生活できると思われる。</p>
	<p>認知症カフェやチームオレンジ、家族会などで対応している。</p>
	<p>意思決定支援において一人ひとり丁寧に接していきたいですが、とにかくこなさなければならない業務が多く、自治体は時に臨時給付金未申請のアポ電話や訪問の仕事も包括に依頼してくるので、意思決定の様に時間がかかるものに対する時間が確保できる様、協力してもらいたい。</p>
	<p>高齢になって、周囲が意思決定支援をするのではなく、60歳代くらいから、市町村が講座等開いて意思決定支援等の勉強会を開催してほしい。</p>

	<p>人材不足のため、なかなか思うようにいかない。</p> <p>要介護にならないための予防や、共助でできるようへの促し。(介護予防教室、移動手段のための「ノッカル〇〇〇〇〇」、デジタルへの取組み、等)</p>
	<p>サロンや居場所等での認知症講座などを開催し、地域で認知症を考える機会を作るよう取り組んでいる。一般介護予防事業の一環としても、認知症出張講座等に取り組む予定。</p>
	<p>認知症地域支援推進員にも意思決定の支援について確認しながら支援をおこなっていききたい。</p> <p>また介護日常生活等の初期相談対応機関として、面談場所の環境などに配慮し、相談者だけでなく相談対象者に対しても意見を表出しやすい雰囲気が作れるように心がけている。</p>
	<p>認知症当事者の想いも、人により様々です。10人いれば10通り、1,000人いれば1,000通りと言っても過言ではないと思います。ガイドラインは、あくまでもガイドラインであり、参考にはしますが、やはり、1人ひとりに真摯に向き合う姿勢が大切だと感じています。多忙な日々の業務の中で、それを実践することは、本当に大変なことだと思いますが、専門職として少しでも地域の皆様のお役に立てればと思いながら職務を遂行しています。設問とは違う内容になってしまうかもしれませんが、1つ気になることとして、「認知症の人」という言葉についてです。我々は、「認知症の人」に対して支援をしている訳ではなく、その方自身を支援しているのです。その方が認知症を患いながらも本人らしく生きようとしていることに思いを馳せ、寄り添いながら支援することが大切なのではないかと思っています。「癌の人」「風邪の人」という表現はしませんよね。「認知症の人」という表現そのものについて考えることが、より良い支援を考えることに繋がると嬉しいです。</p>
	<p>認知症基本法が成立し、県および市町の方針もまだ決定していない。今後早急に進める必要があると感じている。まだまだ周知されていないため、広報が必要と感じている。</p>
	<p>家族や周りの声だけにひっぱられることなく、本人の意向をしっかり聞き、周りの人や地域の方に発信していく。本人や家族が意向が言える地域づくりや場を作る。通常の包括業務も限られた人数で何とか対応している状況で、沢山の細かい質問があるアンケートが複数くる部分は負担に感じます。平常にもう少し余裕があれば、意思決定支援も含めてもう少し学び、資質向上、必要な事の普及啓発等も行えるかと思っています。</p>
	<p>保健師、社会福祉士が主になり認知症支援に取り組んでおります。回答者は令和5年度より包括支援センター勤務で、認知症の方に関する積極的な取り組みはできていない状況です。</p>
	<p>認知症の方の相談は多く判断能力が低下している方の真意を引き出したり、家族がいたら家族の意思も加わるため迷うことも多いです。</p> <p>基本に戻るために個別課題発生時における意思決定支援のためのアセスメントシートを使用し、その方の想いをくみとるようにしています。</p>
	<p>地域包括ケアシステムが深化・推進される前に、人材不足で崩壊し兼ねない状況だと思います。意思決定支援はおろか、以前なら採用されない人まで雇用されることで虐待事案が全国的に後を絶たず、人権保護もままならない惨憺たる状況でもあります。介護報酬を上げる事だけで問題が解決されるとは考えていませんが、賃金が向上することで採用に一定の選別が行えるものと考えます。一定のレベルの多職種が出揃った上で、意思決定支援については話し合うべきと考えます。</p>
	<p>ゆっくり時間をかけて経過をたどれる方については、意思決定に迷いがあるが本人と話をしながら決めていくようにしている。急激な変化のある方については本人、家族となるべく時間をかけて話し合いをするように取り組んでいる。</p>
介護施設・事業所	<p>地域包括や在宅医療ケア等、地域の取り組みが行われるようになったが、地域の理解度はまだまだ低い。家族が認知症になって関わりが始まる。</p>
	<p>そもそも地域包括ケアの枠組みが本当に今のままでよいのかという事に目を向けてください。社会資源の開発は一事業所の主任ケアマネだけでは荷が重く、必要な社会資源がないのに地域包括ケアの概念だけが独り歩きをしている現状があるように感じます。認知症の方だけでなく生活保護や低所得者層に対する生活を支えるサービスが十分ではなく、自費サービスや介護保険を使いたくてもお金がない人達がセーフティから漏れつつあることもよく目にします。</p>
	<p>特に取り組みはしていない。一人ケアマネで対応が困難。</p>
	<p>本人が在宅で生活したいと言われたとき、その望みをかなえたいのは在宅ケアマネジャー全員が当然に思うもの。しかし、家族や地域、地域包括支援センター、医療職の理解が乏しいのが現状。リスクを極端に嫌い、とにかく施設入所が安心という考えがまん延してい</p>

	<p>る以上、フォーマルサービスでカバーしきれないところを家族や地域、包括でお願いしたいところだが、それができないのが現状。安心は本人の安心ではなく、家族や近隣、地域や支援者にとっての安心であるため、いくらケアマネジャーが本人の代弁者として訴えたところで数にはかなわず、担当交代の申し出が出るのが現状。その現状をまずは市町村、県、国が把握することから始めてください。</p>
	<p>前の項目でも書きましたが、とにかく認知症の方が多く、本当に〇〇したいということは答えられない。簡単なこと、お風呂入る入らない。ご飯食べたい食べたくない。散歩したいしたくない。買い物に行きたい行きたくない等の簡単なことは答えられることは多いが、自分のやりたい事とか行きたいところとか、聞いても答えが返ってこない。支援の方や要介護1の方で、答えられる方もいる。</p>
	<p>地域包括ケアシステムの構築から、今後深化、推進になっているが現状地域との繋がりを構築することも難しいなか、本当に地域包括ケアシステムが確立できるのかが疑問。認知症の方は増えていく中、介護サービスだけでは支えることは出来ないの、国民全体でもっと認知症の理解を深めることと地域で支えるシステム作りが必要になってくるのではないと思われるので、国や都道府県で支える仕組み作りを構築してもらいたい。介護人材に関しても、足りない状況の中、求められることが大きすぎると感じる。</p>
	<p>研修等で話題になる問題点は、本人の意向を探るうえで重要となる「元気な頃、認知症状を発症する以前の本人のことを良く知る人物」の存在が少ないことだという意見が良くあがります。考察したくても情報が無い。情報収集したくても情報提供者がいないなど。たとえば家族、身内であったとしてもはっきりとした意向確認をしているわけではなく、想像の範囲で本人に代わって判断する事の難しさ、荷の重さを感じられる方も多いです。専門職以上に、各年代に合わせた一般市民向けの人生会議、ACP 普及の機会が増えればと思います。</p>
	<p>施設ケアマネは業務兼務の割合が高いうえ、担当できる人数が100人と多大なため、一人ひとりのこまやかな意思決定に割くことができる労力・時間に限りがあります。実態として事業所がそのコストを良しとしない事も多く、密な支援に繋がらない事をご理解いただきたいと思います。</p>
	<p>居宅と施設入居者、特に認知症対応型共同生活介護では認知症の利用者様のみが入居できる施設であり本人の意思よりもご家族の都合により入居決定することが多い為意思決定ができなくなりご本人が独居の場合など生命に危険がある為入居される場合もある。そのため本人の意思としては入居したくない等の場合でも入居となってしまうこともある為本人の意思の尊重と生命どちらを優先しどのタイミングでの入居を決定するのが難しい場合もある。</p>
	<p>本人は色々な事を感じながら生活している。自分の意見を言うのは「わがまま」と考えている方もある。結果的に本人の思うようになるかどうかは別として、本音を聞き出す事は大切と考えている。最後は家族の意向が優先される事が多いと感じる。</p>
	<p>事業所で開催している『認知症家族等交流会 家族のつどい』を定期的に行っている。認知症サポーター養成講座も年に1回実施。『家族のつどい』参加者の中には、認知症の方をみている家族、看取った家族の方なども参加しており、会話の場を設けたりしている。</p>
	<p>①地域包括支援センターと協力し、ACPの冊子を作成し、活用。 ②支援している高齢者と同居している家族が、精神的な病気である場合等、その家族の支援に、行政として、もっと積極的に関わり、支援して欲しい。行政が、地域包括支援センターに「丸投げ」するケースはある。</p>
	<p>みんなで集まり担当者会議を開いて、いざスタートをしても、すぐに気持ちが変わってしまったりされて、やり直しになることが多い。中に入り過ぎてしまうと、的になってしまったりするのでその間を取るのが難しく感じている。</p>
	<p>認知症利用者や、精神面の疾病のある利用者が増えている、と感じています。地域住民の理解を進めていければと思います。</p>
	<p>本人の意思を確認する事は難しく、家族の意見に重きを置くことができるができるだけ本人の希望を汲み取り、支援できる環境を整えていきたい。家族の介護負担も増大するため、軽減できる支援を検討して行きたい。</p>
	<p>地域包括ケアシステムが声高に言われているが、現実には発見されず、埋もれている対象者も多い。個人情報保護の観点から、介入できないケースも有り、又発見されても介入が難しいケースも多い。</p>

	<p>担当している利用者で、認知症進行からライフライン管理も出来なくなっている人に後見制度の申し立てを行った。幸い、その利用者は判定が下りたが、申請から判定が下りる迄1年かかった。その間、その利用者に変化なく過ごす事ができたが、関わっているケアマネは本来の業務ではない、ライフライン管理等も担った。</p> <p>慎重に取り組まないとならない事案だと理解しているが、迅速な対応を取って欲しいと痛感した。</p>
	<p>小規模多機能型居宅という事業所形態から、利用者様の意思決定にかかわることも多いです。独居でご家族様のいない利用者様についてはなかなか本人の意思を尊重したケアが出来ないことも多く専門職としてジレンマを抱える場面も多いです（例 金銭面的な側面から 住環境の側面から 地域の福祉資源が不足している側面から）</p> <p>援助者からすると本人の決定が、時には不適切だと感じたり危険だと感じるケースもあります。現状では「心身の安全の確保の為」などと名目を打って本人の意思を尊重できない場面があります。今後は、どんなケースであっても、どんな意思決定の結果であっても受け入れられる、また受け入れる姿勢のある社会となってほしいです。意思決定についての流れだけでなく、決定した内容についての責任の持ち方についても社会全体で検討して受け入れるような働きかけをしてもらいたいです。</p>
	<p>初期の認知症の場合は比較的本人の希望や意思を把握しやすいが、中重度となると把握が難しくなる。</p> <p>そのため初期から関わる際は本人に何度も確認を取れ、修正等も可能であるが、中重度からの関わりではどうしても本人よりも家族の意思が中心となり、本人の思いというものが反映されにくい。</p> <p>できる限り本人と家族から複数回および違う場所等で意思決定の確認を行い、すり合わせて支援につなげている。</p>
	<p>入居のお申し込みをいただいた時点で人生会議のパンフレットをお渡しし、ご本人様の望まれる生活はどのようなものか話し合うきっかけを持っていただくように呼びかけている。</p>
	<p>ご入所された時点でご本人様の意思確認が難しい方も多くおられます。出来るだけご本人様への意思確認を行いながら、ご家族様、関係者への聞き取りもしながら、ガイドラインにそった支援を実施しています。</p>
	<p>本当に望んでいることを、認知症の方から聞き取りをするのが困難。聞き取りをしようとするとうと家族よりの聞きとりになり意思決定は家族の意向となっている。例えば、同じ施設職員でも考えが違い、意見がまとまらない事例も多く、解決しないという場合がある。</p>
	<p>会議等で支援に迷った場合などは、「本人に聞く」ことを大切に支援するように職員へ周知に努めている。日頃のケアで、今は〇〇する時間という感覚が抜けきれていない職員が多い。そこに利用者の意思はないのかと思うこともある。人と人のつながりの中で、意思決定支援は大切なことだと感じるが、制度が壁になっていることもある。認知症になっても働きたいが、施設に入居して介護保険を利用しているとお手伝いができても稼ぐことができない。また、認知症が進行してからの聞き取りでは若い時の様子がわからない為、限界がある。高齢化が進む中、地域包括ケアシステムで、電子カルテのように情報が、その利用者が関わる全ての施設や病院で共有できるシステムを作りたいと感じる。アセスメント業務も、情報共有も便利になると感じる。施設に入居前に聞き取りができていた内容等も把握できるため、意思決定支援にも役立つと感じる。</p>
	<p>ＡＣＰの普及に努める必要があると考える→利用者よりも職員やデイサービス利用者に概念を広める必要があると考える。講師の派遣など支援してもらえると嬉しい。人生会議手帳置いてあります。。などアピールできる支援をしてもらえたら嬉しい。</p>
	<p>認知症や障害があっても在宅生活が送れることの周知が進んでいけば良い。本人が在宅生活を希望しても近隣住民や友人、知人がダメだよと言われる事が多い。</p>
	<p>身寄りのいない方や認知症の方などの個々のケアマネジャーだけでは対応が困難な方の支援について、地域のランチのケアマネ支援の担当の方と支援体制の構築に取り組んでいます。</p>
	<p>認知症の方が社会の中で役割を持ちながら暮らすという概念にむけ、通所介護事業所の方や、認知症のひとと家族の会の世話人の方と連携して認知症の方が行える作業訓練などに取り組んでいた。</p>
	<p>認知症の方に対して、地域の方から「施設に入れた方が良い」「施設に泊めてほしい」等の排除するような発言を多々聞いている。認知症になっても住み慣れた地域で暮らして</p>

	いけるように、地域住民の方々に認知症の理解、見守りや声掛け等の支援に協力してもらえ体制作りに力をいれてほしい。各自治会への周知活動や地域住民を集めて講演をする等を積極的にしてもらい、認知症の方に優しいと感じられる町作りをしていてほしい。ケアマネだけの力では難しいと感じている。
	地域包括ケアシステムの推進において、在宅復帰が重要視されているが、特別養護老人ホーム側からすると利用者のADLや認知機能の向上を進めた結果、在宅復帰や退所（要介護3以下になる）となるとご家族やご本人から嫌がられる場合もある。在宅復帰がすべての方の幸せにつながるとは限らない。これはケアマネジャー研修にもいえることで、在宅生活（在宅復帰）優先の考えだけではまかなえないことも理解してほしい。まあ現場で働いていないお偉いさん方が理想論で話していれば理解もされないとは思いますが。
	意思表示や伝達が難しい方は表情や声で汲み取ることでしかできません。ケアプランには「意向を汲み取る」との文言を使用していますが、現場の職員が各利用者ごとに工夫しながら汲み取りを行っている状態です。
	なかなか独自で取り組むことはできていない。人手不足と他の書類作成などにおわれているところがあるので、もう少し優先順位を考えて利用者様の事を考えて取り組んでいかなくてはならないと思う。
	ご本人が行動を起こす際、介護者の考えを押し付けることのないように、意思を伺っている。
	認知症カフェなど地域を巻き込んだ取り組みや講習会などの参加。
	認知症の人の家族様に意思決定の支援について、市町村などが周知をしてくださるなど、家族支援が必要かと思います。主治医からの話があるなど。いろんな方面から知って頂けたら、支援が入りやすいです。
	必要であると思いつつも中々取り組みができずにいる。このアンケートをきっかけに検討をしていきたい。
	食事の選択式献立
	入所時に必要に応じて「ライフヒストリーカルテ」を活用させてもらっている。家族に極力本人様の生活歴を聞き出して傾聴などの参考にさせてもらっている。
	ご入居者様家族が面会に来やすい施設作りを行い、ご本人様・家族・職員にて包括的に認知症の方の意思を引き出しやすい環境作りを行う。 他機関（薬局・往診・買い物スーパー）などを取り入れ、地域の方とも交流できるよう心掛けている。
	認知症の人（本人）だけでなく、家族の意向を踏まえ支援に取り組んでいるが、双方の意見が食い違ふとなかなか擦り合わすことができずに難しさを感じることもある。
	グループホームにご自宅より移り住まれ、本来であれば自宅での生活を望まれていると考えております。しかし、認知症という病気でさまざまな症状がでます。しかしながら、生まれ育った地域でその方が、どのような生活を送ってこられたか、そして、今後どのような生活をお望みか一緒になって考えております。決して答えはないと思いますが、その入居者の方が笑顔で心配なことがなくゆっくりとご自分のペースで生活を送って頂けるよう環境作りに努めております。特段、変わったことはしておりませんが、お一人お一人に合わせた生活の場の提供を今後もスタッフ一同、情報共有していきます。そのことが、近い将来、私たちも同じような環境で生活を送ることになると思われますので、将来の自分のためということも考えていきたいと思っています。
	生活歴の聴取、援助者によって引き出せる情報の違いを共有するなど。
	ケアマネとしては、基本的ケア（新しい課題分析標準項目）をもとに、アセスメントを行い、ご本人を尊重したケアプラン及び施設内ケア実践に向けて取り組もうと思っています。

図表 170 自由意見（４．成年後見、障害者福祉、権利擁護に関する意見）

調査種別	記載内容
市町村	後見人を推奨するならば、後見人の支援する実務を見直してほしい（その人の個性を重視した柔軟な支援対応）。死後の支援を申し立てなくできるようにしてほしい。
	身寄りのない認知症の方で、元気な時から今後について意思を確認しても、「野垂れ死にしてもいいからほかっておいて！」とかかわりを拒否する方がいた。伴走型支援を行った。現在は症状が進み、入院され、成年後見人の申請を行っている。
	独居、特に後期高齢者の方には個別訪問をし、身寄りがあれば定期的に連絡し、つながりを持つよう話している。また、エンディングノートを渡す場合もある。
	現時点での意思決定支援に関する取組はないが、今後後見事務における意思決定支援の研修会を実施し、専門職や住民の方に対して意思決定支援の理解を深める予定。
地域包括支援センター	当センターは社会福祉協議会に委託となっており、社会福祉協議会に町からの委託で中間機関を設置している。
	社会福祉協議会が中心となって司法書士と連携をとりながら成年後見制度に繋いだり、住民啓発、研修等に取り組んでいる。
	法定後見等の対応経験が殆どなく、対応に不安がある。事例を用いての研修があるとよい。
	当包括エリアは高齢化率が高く、虐待や成年後見制度の相談が年々増え、対応が難しくなっている。
介護施設・事業所	やまゆり園虐待事件へ適切な対応をしてほしい。被害者の立場を慮って対応してほしい。

図表 171 自由意見（５．医療介護・多職種連携に関する意見）

調査種別	記載内容
市町村	認知症等の判断能力の低下について、医療機関等は本人の意思決定支援よりも成年後見制度の利用に着目し、優先順位が高くなりがちである。厚生労働省や東京都から、医療機関等への周知の強化を要望します。
	問４のとおり、医療・介護関係者が在宅医療・介護連携推進協議会の認知症連携部会で集まり、ACPに関する意見交換会を実施した。
	認知症だけでなく身寄りなしが増えてきているため、全体的に意思決定支援が必要となってきた。介護と医療で協働していかなければならないが、連携が進まない。
	市（担当課）が意思決定支援推進の必要性を認識していても、関係機関や実際に支援に携わる機関がその必要性を感じていない場合がある。意思決定支援を念頭において家族支援を実施されているのかについて具体的に評価することは難しいと感じる。また、必要とは思っていても優先度でいうと後回しになるという実情がある。国や県から、意思決定支援推進について広く国民に周知いただきたい。そうすることで興味が広がり、支援が広がると考える。
地域包括支援センター	認知症の人の意思決定支援は医療現場で求められることが多いと思うので、医療機関への周知を深めて欲しいです。
	生活支援コーディネーターと認知症支援コーディネーターの連携。
	認知症の診断を受けている方もあれば受診していない方もある。独居で身寄りのない場合にはなかなか支援が思うように進まない場合もある。センター独自では難しいが地域で取り組んでいることがあれば参加させてもらったりして連携を取れるようにして方向性を見つけているところである。
	随時、職員が研修内容や必要な情報をミーティング等で他の職員全員に周知・情報共有、意見交換をしています。そのことで、職員全員が必要な情報の獲得、理解を深めることができており、認知症の人でも、自らの意思に基づいた日常生活・社会生活を送れるように努めています。（意思形成、意思表示、意思実現）
	意思決定支援が必要になる段階や状況の前に、本人が意思表示できるように、高齢者であれば自立している段階からの普及啓発が必要と思う。支援が必要な段階になった時に意思確認しても、それが本当なのか否か疾病、環境等でバイアスがかかっている状態ではむずかしい。市も高齢化率も年々高くなっているの、医療と連携して取り組んでもらいたい。

介護施設・事業所	市町村のケアマネ会の活動で、考える機会を設けている。
	ケアマネや多職種の専門の意見を聞く会議を開いて本人の意思を聞くことが大切である。そのためにはケアマネだけの考え方だけでは偏ることがあるのでチームで取り組んでいくことが必要である。
	認知症の方の意思決定支援の場合必ず携わる多職種の方に相談し繰り返しご本人にも確認し生活歴にも注視しながら意思決定支援について慎重に取り組むようにしています。もっと認知症の方に対する理解が一般の方にも広がるようにすればもっと自宅で長く住みやすくなるかと思っています。

図表 172 自由意見（6. 介護保険制度等に関する意見）

調査種別	記載内容
市町村	認知症の方が増加をたどる一方で、認知症の人に対する意思決定支援が重要であることは普段の相談業務の中でひしひしと感じているところです。ただ、現状の地域包括支援センターの業務内容や配置人数に市町村によってばらつきがあり、直営の小規模市町村であるほど業務が増大し、また専門職の確保も難しい、各個人の認知症対応力にもばらつきがあることから十分に時間を割いた意思決定の場を作ることが難しいと感じます。ガイドラインがあること自体は知っています。知っていてもうまく生かしきれない現場の現状をご理解いただきたいと思います。すでに、わが町では医療・介護・福祉のどの現場でも人材不足が顕著になってきており、現状の介護サービスの仕組みの維持が難しくなっており、一部介護難民もできてきている現状です。
	まずは、国からガイドラインを読み、実施することの必要性を医療機関や専門職育成機関、介護保険施設等に周知をしてほしい。医療・介護現場は人手不足の中、事故なく運営することに必死で、研修に時間や人手を回すことは難しい。それでも必要なのだということ国が周知しなければ、市町村単位で呼びかけても多くの専門職の参加は望めない。専門職だけが知っていても、実践になかなかつながらないのではないかな。認知症の有無に限らず、意思決定支援については国民が年代問わずに知っておくべきことであることから、国が広く周知していく必要性が強いのではないかな。
地域包括支援センター	給付管理がない居宅介護支援事業所の相談や時間をかけた利用促進などにも報酬算定の位置づけが出来ると、包括からの相談もしやすい。
	地域包括支援センターの業務が多岐にわたり、多忙なため独自に取り組むまでには至っていない。
	日常業務多忙でマンパワー不足もあり、具体的な取り組みに着手できない。
	意思決定支援において一人ひとり丁寧に接していきたいですが、とにかくこなさなければならぬ業務が多く、自治体は時に臨時給付金未申請のアポ電話や訪問の仕事も包括に依頼してくるので、意思決定の様に時間がかかるものに対する時間が確保できる様、協力してもらいたい。
	必要な支援者に対する絶対的な人員不足により最低限の業務しかできていない現状。
	意思決定支援を含む権利擁護関係の人員配置を拡充できる予算措置をお願いいたします。
	包括支援センターが担う業務があまりにも多すぎます。相談支援業務の充実を図るために予防プランを外してもらえたら地域包括ケアシステムの推進がもっと進むと思います。
介護施設・事業所	特別養護老人ホームへの入所希望の方が増えているが、待機者の受け皿が非常に少なく、申し込み希望されているご家族様へ不安と負担を大きく掛けている。自施設に入居が繋がらなくても他施設と連携し紹介をしている状況。入居希望者と施設とのバランスが悪すぎると感じている。入居するまでの待機できる場所をもう少し検討していただきたい。
	現在就業している医療・福祉事業者全般がより一層この仕事を続けられるよう、まずは大幅な医療・介護報酬の見直しと職員の給与水準の見直しが必要不可欠です。ただでさえ人員不足が続いている中で、国が見直しに関して消極的過ぎて、いずれは高齢者を支える日本人自体がいなくなってしまう。医療・介護職で安心して生活を送れるようお願いします。そうする事で人気のない医療・介護へも必然的にニーズが高まり、若者が集まってくると思います。
	介護福祉関係の人材確保、育成への支援。
	意思決定支援に本来は時間をかける部分であるが、それ以外の書類作成・調整、業務内容に追われてしまい、マニュアル化した動きしか出来なくなってしまう。意思決定支援を学び、実践するにはマニュアル自体は必要である。しかし、本来は、一人一人に合わせた方

	<p>法・時間・内容で行うものとするが、実際はそこに介護報酬等がなければ、事業所としては時間を割くのは難しい。</p>
	<p>介護保険で行えない見守りサービス等、利用者家族の負担軽減が可能なサービスの種類を増やしてほしい。</p>
	<p>地域での暮らしを継続していくために国・道・市町村での補助等の充実が小規模多機能型の事業所の開設を後押しするのではと考えています。施設希望者はもちろん相当数いるのとは別で在宅を希望される高齢者も多数おり、今後も増加傾向であるにも関わらず介護職員の担い手問題もあり、１０年前よりは介護の処遇は改善されたとしてもあの時より介護離れは深刻である。そのため、まずは介護職員の確保、介護職員の処遇の大幅な改善を通して人材の拡充が安定が最優先なのではないかと考えます。現状の介護施設は疲弊した職員も多数おり、経営状態が悪化している事業所も多いとメディアでも報道されている通り、未来の介護を守るためにも介護現場の負担になることばかり素早い対応にならないよう、見極めて頂きたいと考えています。</p> <p>当施設では入所者は人生の先輩として敬う気持ちと質の高いケアの提供のため、利用される方の過去の生活習慣や性格にも目を向け、『普通』な暮らしの提供を行うために家族とも連携しながら取り組んでおります。</p>
	<p>数十年前から包括ケアのうたい文句はあるが、誰が主となり実施する定義がないため、集まり協議を行いシステムの構築を図ったとしても、形ばかりの集まりと報告会が多いように感じる。国、行政がきちんと予算を使い政策形成するのであれば、そこで責任の所在を明らかにし、とりまとめを行い包括ケアの実践評価をして頂きたい。予算を使いたく集まって報告するだけの物であれば、利用者相談に赴く時間を費やしたい。</p>
	<p>認知症の方の意思決定支援について、居宅介護支援事業所のケアマネジャーとしては、支援チームの要となって利用者の意思を尊重した関わりができればいいとは考えていますが、ケアマネジャーに課せられる課題が山積する現状に疲弊している事実もあります。アンケートでいただいた研修等についても参加が望ましいと思いつつ、日々の業務に追われる現状です。地域包括ケアシステムの推進のためにケアマネジャーの関わりは必須と思いますので、処遇の改善や業務効率化のさらなる推進を希望いたします。</p>
	<p>介護支援専門員が様々な事象に対する要となることを期待されていることは重々理解出来、またそのような研修プログラムや制度変遷、社会的風潮等も強く感じます。ですが、そのことから専門外の重圧や軋轢が生じ、根本的な成り手不足を招いていることも事実としてであると強く感じます。今殆どの介護、医療、福祉の専門職、または行政の窓口が、言葉的に迷った際に『取りあえずケアマネさんに相談して下さい』が一つのキャッチフレーズになっている様に思い、専門外の労務や責務が介護支援専門員にのしかかる場面がとて増えています。介護支援専門員が為さないといけない業務に集中や研鑽が出来るよう、行政からも各分野の専門員に相応に『考え実行する』行動を啓発して頂き、合わせて介護支援専門員を適切に補助できる新たな制度や機関、窓口等を設けて頂きたく切に思います。</p>
	<p>居宅、包括と経験し、現在施設ケアマネとして働いています。特養はある程度施設内で完結できるため、在宅程 8050 問題や、金銭面、家族が障害などの、支援の悩みは少ないですが、職員が外部に目を向ける意識が低いと感じています。ガイドラインは在宅向けには浸透するかもしれませんが、国が進めている包括ケアシステムよりも、入所施設にとっては人材の確保、育成が重要なのだと思います。</p>
	<p>取り組みたい事が多くある。熱量もある。しかし、度重なる人員配置緩和と介護報酬削減により、継続的な経営や働く方の将来性が消えた。この業界で働き、自分の家族を支える事はできない。会社に入る収入には上限があるのに、被保険者の負担だけが増加し、利用側から見れば利用料金のみがうなぎ上りという印象が多い。しかし現実、月に１６万円の手取りで家族四人を養う介護員が多くいる。資格を取ったとしても高々１８万円。職員平均年齢男性４５歳の十分な収入と言えるだろうか。地方ではこれがスタンダード。全国平均値など雲の上過ぎて霞も見えない。この先の地方では質の悪い介護が加速する。そしてその改悪された環境で介護を受けるのは現在の決定機関の方々となる事を忘れないでほしい。介護は人生の終末を彩る仕事である。死に際の生活を軽視しているゆえのこの対価であるとする。ここ１０年以上の改定を見ると、策定者が自分の受ける介護を想像できているとは思えない。机上の空論であることを再認識願いたい。</p>

	介護支援専門員に求められることが多すぎて完結できることが少なくなる。社会的地位もあまりないケアマネジャーに高齢者全体のケアマネジメントを要求するのは少し違うと考える。
	望むことはケアマネジャーの業務改善が必要。書類作成が多いので、出来る限り、ペーパーレスや業務の簡略化を進めてほしい。
	総合・統合的な支援体制の構築のため、国・都道府県・市町村の関係機関や専門家、地域の施設などが連携するためのプラットフォームの整備が必要だと思います。
	人材確保のための処遇（介護、看護ともに）
	自治体によってサービスの格差があります。特に特別地域加算算定の地域等の過疎地区については高齢化率が高いにも関わらず課題点が多くあります。新改定で見送りになった内容でも今後の将来において国は過疎地区や生活困窮者への軽視な姿勢と思わざるを得ないと判断してしまいます。認知症の人もそうではない人も一緒になって将来、誰もが暮らせる生きやすい社会の実現を審議などの会議での検討ではなく、本質を体感して検討して頂きたいと常に思う所存です。

図表 173 自由意見（7. 国、都道府県への要望、その他）

調査種別	記載内容
市町村	都道府県単位でガイドラインの作成や、研修・勉強会をしてもらえるとありがたいです。
	こういったガイドライン策定は必要なことと思ひ、市町村が指導権限を持つ範疇においては、研修や会議を経てある程度浸透していると感じるが、医療機関や入所、入居施設に関しては行き届いていないと感じる。それぞれの指定権者による遵守指導をお願いしたい。
	小さい自治体であるため、都道府県で一括して実施してほしい。
	市町村実施主体での取り組みが多すぎて、市町村専門職まではとても手が回らない状況にあります。せめて、専門職への普及啓発・研修実施は、県主体で取り組んでももらいたい。
	職種間の連携強化は市町の役割であることは認識しているが、基礎となる各職能団体の資質向上（意思決定支援に限らず）は、本来、養成している国や県が担う役割であると考え（市が行う研修はあくまでも自己研鑽の意識がある人しか参加しない。各職種を養成している国や県であれば、更新研修を行うなど、最低限の知識、スキルを身につける仕組みが可能。）
	末端の自治体では、人事の配置で専門的な知識がないままに高齢者支援の業務に携わっている職員も多いと思います。 そんな職員が負担少なく日々の業務に取り組めるような仕組み等を考えていただきたいです。
	本村は財源が厳しく人員を確保できない事情があるため、財源支援を検討してほしい。
	意思決定は人権にも関わる重要な課題であるが故に、制度を理解し利用に至るまでのハードルが非常に高い。 全国的に高齢者人口が増加しているので、国や都道府県でも有効的な周知啓発の取り組みを願いたい。
地域包括支援センター	地域ケア会議や、サービス担当者会議を活用した意思決定支援者会議があると聞いているが、具体的な取り組みを行っている自治体を紹介してもらいたい。
	当事者にもわかりやすいガイドラインのパンフレットなどの作成を希望します。 厚労省が作成されている講義動画の存在など知らなかったため、もっとアピールしていただけたらと思いました。
介護施設・事業所	その部分の取り組みについては、十分に行えているとは言えない。しかし、支援の現場においては、適切に意思決定をしてもらえるような働きかけが行えているのかについても、検証が必要な時期に来ていると考えている。今後の課題として、検討はしていきたい。先駆的な取組等あれば、公表してもらいたい。
	保険者は、定期的に移動が生じる。現場は常に変化が生じている。何かあればすぐにケアマネに連絡いただくのはいいが、実情対応できない内容もある。もっと現場を理解し、指導力を発揮してほしい。 ＜取り組み＞ 事業所併設認知症カフェでの啓発。 多職種勉強会内で地域のケアマネとも独自実践的勉強会。 ＜国・都道府県・市町村に望むこと＞

	認知症介護指導者の有効活用を期待したい。(事業所に指導に来てくれるなど)
	日本版BPSD改善プログラムを在宅版でも有効活用させてほしい。
	統一化して欲しい。国や都道府県、市町村が積極的にかかわってほしい。

(13) その他自由記述欄

原則として匿名化の上、一部を掲載。同一・類似意見等は1回のみ掲載。

図表 174 保有資格

調査種別	記載内容
市町村	認知症地域支援専門員・認知症初期集中支援チーム員・生活支援コーディネーター
	管理栄養士
	公認心理士
地域包括支援センター	認知症ケア専門士
	歯科衛生士
	社会福祉主事
	管理栄養士
	栄養士
	相談支援専門員
	保育士
	福祉住環境コーディネーター
介護施設・事業所	福祉用具専門相談員
	旧ヘルパー2級、福祉用具専門相談員、福祉住環境コーディネーター2級
	柔道整復師・鍼灸師
	公認心理師
	社会福祉主事
	認知症ケア専門士
	保育士・幼稚園教諭
	社会福祉主事
	認知症ケア専門士
	ホームヘルパー2級
	社会福祉主事
	准看護師
	歯科衛生士

図表 175 設置主体

調査種別	記載内容
地域包括支援センター	単独の市町村が委託する地域包括支援センターが1か所ある。
	社会福祉法人
	単独市町村の地域包括1ヵ所、ランチ2ヵ所
	単独の市が設置する基幹型地域包括支援センターが1か所と委託型地域包括支援センターが8か所
	単独の市町村が社会福祉法人に委託 1ヵ所
	社会福祉法人が設置した地域包括が町内に当包括を含めて2つある。

図表 176 類型

調査種別	記載内容
地域包括支援センター	市町村が社会協議会へ委託基幹型
	保健福祉センター
	市町村の直営（圏域なし）
	通常型
	市町村直営
	業務委託型
	サテライト

図表 177 担当圏域

調査種別	記載内容
地域包括支援センター	市内全域
	市の直営包括のため、全区域を担当している。
	町内全域

図表 178 実施業務

調査種別	記載内容
地域包括支援センター	生活支援体制整備事業・一般介護予防事業・在宅医療介護連携推進事業・認知症総合相談支援事業・地域ケア会議推進事業・任意事業
	地域ケア会議の開催
	地域課題から地域で自主グループの設立支援
	障害者等に係る相談支援業務等
	認知症相談や個別対応、重層的支援、介護医療連携
	生活支援コーディネーターの配置
	地域支援事業統括
	地域ケア会議、介護者教室の企画、運営
	認知症カフェ 家族交流会 健康教室
	障がい者支援、妊娠、出産、子育て支援、生活困窮者自立支援事業、認知症施策推進事業
	地域住民への居場所作り
	包括的支援事業（社会保障充実分）の業務
	認知症サポーター養成講座
	5の後方支援は1事業所直営のためないが、権利擁護業務、認知症支援等機能強化は行っている。
	在宅医療・介護連携に関する協働や会議・研修会開催支援
	福祉的支援業務（身寄りのいない方へのサポート）
	認知症支援コーディネーター（保健師）
	認知症地域支援推進員の業務
	地域ケア会議の実施。認知症初期集中支援チーム。認知症地域支援推進員。介護予防教室の実施。
	包括的支援事業、任意事業等
	虐待対応
	障害者調査・相談、重層的体制整備事業、行政（事務）、認知症事業全般（初期集中、推進員、カフェ等）、在宅介護連携推進事業、成年後見市町村長申立て、その他）
	地域のサロン活動、地域づくり
	生活支援体制整備事業 一般介護予防事業
	認知症総合支援事業、地域ケア会議推進事業、多職種協働による地域ケアネットワークの構築
	行政等関係機関と連携し、認知症への理解・啓発のための社会資源の開発
	地域の体操の居場所・認知症初期集中支援会議・認知症カフェ等実施、キャラバンメイト連絡事務局、チームオレンジ事務局等。
	終活事業
	後期高齢者保健事業
	介護予防ケアマネジメント

図表 179 介護保険サービス

調査種別	記載内容
介護施設・事業所	軽費老人ホーム・外部サービス利用型

図表 180 研修の種類(組み込み型)

調査種別	記載内容
地域包括支援センター	地域ケア推進会議・地域包括支援センター運営委員会
	認知症地域推進員
	キャラバンメイト養成講座
	在宅医療 介護連携推進事業での「多職種研修」について
	認知症初期集中支援チーム員研修
	キャラバンメイト、認知症推進委員研修
	人生最終段階における意思決定支援
	虐待研修
	チームオレンジコーディネーター研修
	全国地域包括・在宅介護支援センター研修
	多職種協働による意思決定支援の推進研修会
	認知症介護指導者養成研修
	地域支援関係者認知症対応力向上研修
	日本意思決定支援推進機構主催（都道府県共催）の研修
	市町村主体
介護施設・事業所	介護支援専門協議会関係
	若年性認知症講座
	特養などの施設が開催した研修
	介護支援専門員の為の認知症対応力向上研修
	認知症ケア専門士
	介護支援専門員協会
	地域包括センター主催の研修
	主任介護支援専門員研修
	市町村が講師を招き開催
	認知症ケア学会に参加
	介護支援専門員更新研修
	介護支援専門研修（地域包括支援センター主催）
	主任介護支援専門員更新研修
	介護支援専門研修Ⅰ、Ⅱ

図表 181 研修の種類(市町村の独自型)

調査種別	記載内容
地域包括支援センター	自己決定・意思決定支援について
	ACP に関する講座
	ケアマネジャーの会においての研修
	4 包括が共催し、地域のケアマネ向けに成年後見制度の学習会を開催
	「本人の思いを ACP につなげるために」の研修にて意思決定支援を講義
	大阪弁護士会協力で、ケアマネ、相談支援専門員向けに研修
	事例検討会や成年後見制度にからめた研修
	令和 2 年度 3 市 2 町合同研修会 在宅生活を支えるための意思決定支援
	ACP とは
	弁護士による意思決定支援の研修会
	地域ネットワーク会議（地域のケアマネ対象とした会議）に講師を依頼。
	医師会在宅医療支援センターと共同開催の ACP に関する勉強会
	人生会議（ACP）の講座
	事例検討会で意思決定支援について勉強
	介護支援専門員等向け研修会開催しての学習
	認知症サポーター養成講座
	認知症サポーターステップアップ講座
	在宅医療講演会 もしもの時に備えて

介護施設・事業所	認知症の人の意思決定支援について「意思決定支援って何？」のテーマで研修
	多職種での研修会、認知症サポーターステップアップ講座
	運営法人本部の行なう職員研修
	地域ケア会議で研修を行った。
	県の社会福祉士会より講師派遣し実施を行う。
	医師会による認知症・在宅ケア推進研修会事例検討会
	「在宅医療と人生会議」について医師の講演、「明日からできる人生会議」についての講演
	在宅介護医療連携推進事業多職種連携研修会・市民講演会
介護施設・事業所	研修機関ネット配信サービスを活用。
	書籍やインターネット等の資料で社内研修を行った。
	疾患の理解と対応方法、コミュニケーション支援についての研修
	事業所内で時間外に WEB 研修を行っている。
	職員会の中で 30 分程度の研修を数回実施している。
	身体拘束委員会等で認知症の方の特性などの勉強会を実施している。
	ジョブメドレーアカデミー、事業所内での研修
	認知症介護に関する法人内研修
	講師となる職員がインターネットや研修など参加で教材を作成する。
	家族のつどい開催 認知症サポーター養成講座
	1 年に 1 回行っている
	参加した研修資料もとに社内にて実施。
	認知症について法人の内部研修等
	地域の多職種での認知症に関する勉強会
	定期的な認知症ケアの学習会、虐待・身体拘束の禁止要綱の作成研修
	若年認知症者の動画を見たり、書物の抜粋による研修
	施設勉強会及び新人研修にて実施
	社の研修として新規入職時と在職者に年 2 回の認知症対応研修を実施。
	人権擁護として、OJT を実施
	人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスのガイドラインに沿った研修
	インターネットで研修資料を出力し研修している。
	社内研修において若年性認知症患者本人やその家族の講義を聞いた。
	人生の最終段階における医療ガイドラインを用いてのディスプレイ
	認知症ケア、権利擁護
	歴代使用している研修内容及び、ユーチューブなど視聴。
	認知症ケア、介護老人保健施設の役割（ACP とは）
	権利擁護として事業所の研修会に参加。
	担当している困難事例を基に。
	法人内複数事業所にて在宅福祉課合同研修として事例検討を交えて実施。
	担当職員が調べた資料など共有し研修を行った。
	独自で勉強会
	認知症の理解、意思決定支援
	毎年、実施する内部研修の一つとして必修的に行っている。

図表 182 研修の種類(その他)

調査種別	記載内容
介護施設・事業所	認知症専門病棟が主催する認知症研修
	県協会支部による任意後見・成年後見・貢献事業の実践について
	精神科、認知症専門の病院が行う研修や、外部機関が行う後見人制度の研修
	介護支援専門員研修
	多職種連携会議における人生会議
	居宅介護支援事業所協議会研修
	後見事務における自己決定支援

	地域包括支援センター主催の研修
	東京社会福祉士会研修
	e ラーニングによる講座
	地域包括ケア研修会のテーマとして
	感染症に関する事、災害時の対応の件
	認知症ケアの実践・チームで取り組む個別ケア（動画研修）
	ケアマネ協会、一般財団法人福祉協会
	社会福祉人材センター、介護福祉士会、労働安定センター
	民間のオンライン研修や事例会、大学教授の研究への協力参加など
	高齢者住まい看取り研修（VR）
	認知症介護実践者研修

図表 183 研修に参加した職種

調査種別	記載内容
地域包括支援センター	医師等
	社会福祉士、保健師、認知症初期集中支援チーム員
	栄養士
	認知症地域支援推進員
介護施設・事業所	福祉用具専門相談員
	管理職
	管理栄養士
	施設長
	社会福祉士
	統括責任者
	事務職、歯科衛生士
	厨房職員、環境員
	管理者・事務職員
	支援相談員、事務職、薬剤師、栄養士
	生活相談員
	介助員、清掃員

図表 184 研修に参加した効果（効果）

調査種別	記載内容
地域包括支援センター	研修後、職員全体で共有し、全体のスキルアップにつながった。
	自分たちの町でも研修会を開催することとなった。
	実際に必要があった時に情報整理や連携する機関がわかった。
介護施設・事業所	職員全体の研修に活かし、スキルアップが職員全体でできた。
	復習の機会になった。
	権利擁護についての専門家による研修で、まだ世間では権利擁護の考えが行き渡っておらず、自分たちがどのように権利を守っていく手助けをしなければならないかがイメージできるようになった。
	日常の支援の中での対応について勉強になった。
	認知症の理解が深まり、日常ケアに活かすことができた。
	多職種と連携し、情報共有や協働が円滑に行えるようになった。
	支援の方向性が見えた。
	本人が最後にどのようにして迎えたいか、本人の意思が解った。
	本人にしっかりとスポットを当てる意識が芽生えた。
	入居者様の立場になり、常に意思の確認を口頭で行う。
	研修に参加することにより新たに気づかされることがある。
	実際に支援する時の表現の種類が増え、より思いに寄り添うことが出来るようになった。

図表 185 研修に参加した効果（特になし）

調査種別	記載内容
介護施設・事業所	一人事業所の為客観的評価が難しい。
	意義のある研修であると思うが、実際の業務が多忙で理想とされる支援に至らない。
	利用者に対して実践していない。

図表 186 実施した研修の種類

調査種別	記載内容
市町村	認知症サポート医フォローアップ研修、認知症疾患医療センター研修
	介護支援専門員研修会
	医療介護連携による権利擁護の重要性に関する研修会
	関係機関が出席するネットワーク連絡会議
	一般市民向けの認知症全般に関する講座
	市民後見人フォローアップ研修
	成年後見制度研修会
	初期集中支援チーム員研修
	在宅医療・介護連携推進事業の医療・介護職研修会
	地域包括支援センター、居宅介護支援事業所等
	認知症介護実践者研修、認知症対応力向上研修（医師、歯科医師、病院職員、薬剤師、看護師）
	出張認知症 VR 体験
	キャラバンメイトフォローアップ研修、市内 MSW 協会の研修
	市民（認知症高齢者含む）向けの ACP に関する公開講座
	認知症サポーターフォローアップ講座
	専門職対象の認知症アセスメント力向上研修
	認知症カフェ
	権利擁護講座、介護予防講座の中で実施
	多職種連携研修会、成年後見制度利用促進シンポジウム、成年後見支援員養成講座、市民後見人養成講座
	認知症ライフサポートワーカー養成研修（専門職向けの研修）
	身寄りがない方への意思決定支援研修会～身寄りがない人の入院及び医療に係る意思決定が困難な人への支援に関するガイドラインについて～
	権利擁護フォーラム
地域包括支援センター	地域ケア推進会議・包括運営委員会
	包括主催での合同研修会
	高齢者の通いの場での住民学習会
	介護従事者等スキルアップ研修会
	当事者の声（当事者が講師）
	包括含む他事業所の協賛で終活勉強会を開催
	市民後見人養成フォローアップ研修、ケアマネジャー研修
	中核機関の成年後見利用促進事業の一貫として
	地域の出前講座時の講話内容に盛り込んでいる
	スキルアップのための講師依頼し専門職向け研修会
	認知症カフェ
	認知症事例検討会
	キャラバンメイト
	市民公開講座
	虐待研修の中で実施

図表 187 外部の協力団体(業界団体)

調査種別	記載内容
地域包括支援センター	認知症の人と家族の会
	介護事業所
	健康の駅
	特定非営利活動法人
	認知症介護指導者
	在宅医療介護連携支援センター
	介護支援専門協会
	行政・保健所
	訪問看護・福祉施設
	医療ソーシャルワーカー協会
	薬剤師会、歯科医師会
	社会福祉士会

図表 188 外部の協力団体(その他)

調査種別	記載内容
市町村	キャラバンメイト
	地域医療支援センター
	介護事業所、訪問看護ステーション
	在宅医療・介護連携支援センター
	司法書士
	消防本部、薬剤師会
地域包括支援センター	弁護士会、司法書士会、社会福祉士会
	ボランティア団体
	地区社会福祉協議会
	防犯協会・消防団・育成会・小中のPTA・民生委員・交通安全母の会・体協・JA女性部・婦人会
	グループホーム、社会福祉法人、通所介護事業所
	キャラバンメイト
	認知症の人とその家族の会
	自主グループ
	認知症看護認定看護師
	弁護士、司法書士
	認知症カフェサポーター
	チームオレンジ
	介護施設・自治体・学校
	中学校、金融機関、行政
	司法書士
	在宅介護支援センター
	消防本部

図表 189 研修の時間

調査種別	記載内容
市町村	認知症ケア研修として12回の研修が組まれ、体系づけて学べる体制。 各講義ごとの内容に盛り込まれている。
	1時間～1時間30分の講話の中に含まれており具体的な時間は不明。
	対象に合わせて、30分～2時間で実施している。
地域包括支援センター	講座により異なる。

図表 190 研修の形態

調査種別	記載内容
市町村	グループワーク
	ケーブルテレビでの放送、YouTube で動画配信
	対面と動画の貸し出し
	ACP に関する DVD を放映
	動画の視聴、カードゲームの実施
地域包括支援センター	個別事例を使用し検討した。
	スライドを使用

図表 191 研修の講師の職種

調査種別	記載内容
市町村	介護経験のある著名人
	認知症疾患医療センターの精神保健福祉士
	指定相談支援事業所 職員
	家庭裁判所
	行政書士
	作業療法士
	認知症介護指導者
	認知症在宅生活サポートセンター（区委託事業者）、 若年性認知症総合支援センター（都委託事業者）、 認知症施策評価委員
	認知症地域支援推進員
	司法書士
	僧侶、葬儀屋
	ソーシャルワーカー
	傾聴ボランティア
	行政書士
	キャラバンメイト
	臨床倫理士
	公証役場公証人
	認知症介護指導者、認知症サポート医、薬剤師、歯科医師
	訪問看護ステーション
	理学療法士、介護用品販売業者職員
	認知症本人が出てくる動画
	国立長寿医療センター職員
	在宅医療介護連携推進センター職員
	司法書士
	認知症疾患医療センター
	薬剤師、公認心理士
	県外先進地の社会福祉協議会の職員
	病院のソーシャルワーカー
	認知症ボランティア団体、認知症地域推進委員
	認知症カフェ主催者（地域住民）
	日本意思決定支援ネットワークの理事
	介護福祉士
	認知症当事者とその家族
	臨床倫理士（倫理コンサルタント）
	当事者
	認知症の人と家族の会から推薦された講師

地域包括支援センター	チームオレンジ
	認知症介護研究研修センター

図表 192 研修の受講者

調査種別	記載内容
市町村	市民後見人、介護支援専門員
	弁護士事務所
	老人クラブ、民生委員
	動画配信のため不明
	市民後見人、後見支援員、実習生
	通いの場で実施しており、参加者の中には軽度 MCI など認知機能低下がみられる方もいる。
	生活支援コーディネーター
	消防士
	小学生、小学生と保護者
	区内在勤者、区内在学者
	認知症初期集中支援チームに所属する医療機関のチーム員
	看護大学
	企業、郵便局
	民生委員、消防団員、高齢者サロン等
地域包括支援センター	民生委員・金融機関職員
	認知症カフェサポーター
	小学5年生
	認知症地域支援推進員
	民生委員 町内会長
	民生委員 保健推進員
	看護大関係者
	企業（金融機関）
	教師
	商業施設の職員
	食生活改善推進員・生活研究グループ

図表 193 研修の教材

調査種別	記載内容
市町村	実際の事例を基に作成したグループワーク資料
	講師作成の資料
	全国キャラバンメイト連絡協議会の作成した資料
	事例提供者が作成したフェイスシート等
	認知症サポーター養成講座標準テキスト
	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
	エンディングノート
	市町・医療・介護職員が参加する協議会が作成
	講師と主催者の話し合いで考えた教材
	認知症地域支援推進委員会で作成した教材
	もしバナゲーム
	自作の ACP に関する劇動画
	全国国民健康保健診療施設協議会
	教材ではないかもしれないが、人生会議についての動画を活用
地域包括支援センター	全国キャラバンメイト連絡協議会 標準テキスト、DVD

図表 194 研修後の効果など(効果)

調査種別	記載内容
市町村	友人、家族で人生会議開催の支援依頼が複数あった。
	それぞれの業種の立場や考え方、問題点がわかった。
	ボランティアやサポーターへの普及啓発に役立った。
	主訴を明確にしていくためのアプローチについて引き出しが増えた。
	講演会に繰り返し参加してもらえるようになるなど、市民の意識が徐々に高まっているように感じた。
	ガイドラインの存在を知らなかった受講者が多く今後の活用が期待される。
	認知症の本人の声を聴くことの大切さを伝えていくことが重要と考えている。
	「認知症の先入観が少なからずあった。その人となりを理解し、本人の意向を大切にしたい」との声があった。
	講座後に個別相談に応じることで支援者との繋がりができていた。
	必要性が共通認識できた。
	往診で使用する簡易的な意思確認様式を使用するようになった。
	関係者、支援者間で顔の見える関係づくりができた。
	地域住民に ACP の普及啓発を行うことができた。意思決定する過程での繰り返しの話し合いが大切。
	アンケート調査で、今後の支援に活かせるという方が多くいたこと。
	入退院時など医療と介護の連携強化。
	当事者の話が参考になった。
	地域住民に認知症についての知識の普及と取り組みの啓発ができた。
	その方の人生観や思いを知るきっかけにもなる。
	意思決定支援に関わる支援はチームで行うものという意識づけができた。
	本人と話し合う大切さに改めて気づく参加者が多く、今後に活かせる内容だった。
	①推進の必要性について再確認した。②案内チラシを見た聴力障がいのある方が視聴したいと市の手話担当者に相談。また、知的障害者の通所施設でも利用者に視聴して頂けた。
	企画に携わった包括職員の、意思決定支援に係る意識に変化が見られ、チームオレンジの創生に繋がった。
	意思決定支援の大切さを理解されていた。
	チームオレンジの活動について自分の地域でも取り組みたいとの声があった。
	認知症の人について正しい理解ができた、助け合いの心が大切と学んだ等の意見があった。
	参加者が、早速エンディングノートを書いたと聞いた。
	入院及び医療に係る意思決定支援ガイドラインの周知や必要の理解が深まった。
地域包括支援センター	郵便局職員や行政職向けの研修会では、対住民の支援の場面で活用できているとの声があった。
	認知症の症状を小さいうちから教えることで理解の種付けができる。
	自分ごととして考える機会となった。
	他の福祉分野に関する説明会の依頼が老人クラブや集落から依頼があった。
	今年から始まったばかりで、まだ効果を確認するまでに至っていない。ただステップアップ講座に行政・専門職・各種団体・地域住民が参加し、町内の認知症施策を共有・広報し必要な研修を行いながら認知症に関する正しい理解を深め、それぞれの活動がつながり・支え合いながら一緒にまちづくりに取り組んでいければ考える。そのような効果が得られるよう、地道に活動を続けていきたい。

図表 195 研修後の効果など(特になし)

調査種別	記載内容
市町村	意思決定支援をメインで開催したものではないため。

図表 196 研修の課題

調査種別	記載内容
市町村	繰り返し行うことが大切と感じた。
	より多くの市民への普及啓発。
	受講希望のニーズが分からない。
	研修時間に限りがあり概要しか伝えられない。
	現場で実践するために継続的な学びが必要。
	受講してほしい対象の参加が得られない。
	参加が望まれる介護者の参加が少ない。
	今後、意思決定支援の内容を取り入れた研修会等実施予定。
	意思決定支援に特化した内容で実施は難しいため、養成講座に盛りこんでいる。どんな内容を盛りこんだ方が良いかご教示いただけると良い。
	記載方式のため、記入できる人または代筆者がいる人に限る。
	研修の場に足を運んでもらうことが難しい。
	ケースに合った適切な支援方法の選択。
	研修を企画しても、参加者が少ない。
	①認知症高齢者に限らず、市民に将来への準備として理解していただき行動を起こしてもらうこと。
	②安心して利用できる保証人等の民間サポートサービス事業者の存在。
	③②について確実な社会資源情報の把握。
	市民だけでなく、支援者にも広く研修する必要がある。
	理想と現実の乖離が大きい。
	研修受講団体や受講者が低調。
地域包括支援センター	講師、教材の活用方法等、詳細な把握が出来ていない。
	開催時間や人数・時間の調整が難しい。
	家族や地域に理解してもらうのが難しい。
	参加者間の認識の温度差がある。
	認知症のマイナスイメージを拭い去ることが難しかった。
	頻回な関係者との話し合い等が必要。
	若い世代へ伝える機会がない。
	それぞれの団体活動の中で、認知症の人やその家族の声をひろい、地域で安心して参加・利用できる体制作りが必要だと感じている。そのためにも研修の場に代表の方だけでなく、所属されている多くの会員の方に参加してもらえるような働きかけが今後必要である。

図表 197 研修を実施していない理由

調査種別	記載内容
市町村	意思決定支援への取り組みは行っているが、認知症に特化して行う余裕はない。
	厚労省が YOUTUBE 動画を配信している。
	認知症施策全体のなかでの位置づけ等の検討ができていない。
	来年度以降、成年後見に関する講演会で実施を検討する。
	どのような内容を企画すれば良いか、具体的なイメージがわからない。
	「認知症の人」と限定しない意思決定支援を行っている。
	障害関係の意思決定支援研修に介護職も門を開き、法定外研修ともしている。認知症という枠に注視した意思決定研修を行うかは今後検討案件。
	認知症についての理解の周知を行っている段階であるため。
	本市が現在実施している認知症関連の講座・研修内容には、意思決定支援に関する内容が反映されていない。
	基礎的な研修が中心。意思決定支援の研修には至っていない。
	令和6年度に実施できないかを検討した。
	「認知症」に限らず広く市民に ACP を普及する研修実施に取り組んでいるため。
	研修の必要性は感じているが、どのような形の研修が効果的なのか分からない。

	認知症推進員活動のなかで常に意識している。
	認知症に関わる課題は多岐に渡るため、意思決定支援に着目した取り組みは実施できていない。
地域包括支援センター	在宅医療介護連携推進事業の中で医師会が実施。
	センターが主体となって研修を行うべき機関だとは思わない。
	高齢者の意思決定支援研修会を開催。認知症のみを扱っていない。
	意思決定をピンポイントとしての研修にはなっていない。
	市の医療と介護の連携の研修で実施。
	委託先が実施する事業と一緒に企画提案。
	研修には一部参加しているが、活用までには至っていない。
	先に行わなければいけない認知症施策があるため（初期集中、チームオレンジ等）。
	令和6年3月に実施予定。
	意思決定支援について研修の必要性の認識遅れ。
	コロナの影響もあり、研修会の開催を見合わせていた。
	法人内の他部署で実施しているため。

図表 198 ガイドライン等の周知・啓発への取り組み

調査種別	記載内容
市町村	認知症ケアパスや高齢者虐待に関する内容の普及啓発等。
	エンディングノート配布、終活セミナー開催。
	地域ケア会議において、意思決定支援をテーマに検討した。
	急変時においても本人の表明した医療等への意思が反映できるよう救急連携シートを作成し、運用に向けた準備を進めているところ。
	認知症の人の意思表示ツール（わたしメモ）の普及啓発。
	圏域でガイドラインを元に、実際の対応例を集めてフロー図化した手引きが作成された。
	これからノートの発行、市民への普及啓発のための出前トーク実施。
	老いじたく支援。
	終活べんり帳（エンディングノート）。
	メッセージノートの作成。
	認知症ケアパスに意思決定についての内容を掲載し周知している。
	いきかたノート。
	エンディングノートの作成、普及啓発。
	霧島市「身寄り」がなくても安心して暮らすためのガイドライン。
	相談協力員研修（終活講座）。
	終活についての出前講座（もしばなカードを活用）。
	意思決定支援を踏まえた成年後見人等の事務に関するガイドライン。
	本人ミーティング。
	孤独・孤立による支援課題を抱える人の支援ハンドブックの作成
地域包括支援センター	庁舎内にガイドラインを設置。
	自立支援型地域ケア会議やケアプラン点検などでの助言の時。
	認知症サポーター養成講座、家族介護教室。
	あんしんカード・絆（エンディング）ノートの作成・普及啓発。

図表 199 連携先（１）認知症の人の日常生活・社会生活

調査種別	記載内容
市町村	認知症相談支援センター、認知症疾患医療センター、中核機関
	地域包括支援センター、成年後見支援センター、在宅医療・介護連携支援センター
	サブセンター
	医師会、介護支援専門員協議会、介護保険事業者連絡協議会
	在宅医療・介護連携推進協議会委員（ケアマネ）

地域包括支援センター	中核機関
	近隣市町村
	精神科病院
	基幹型包括
	認知症の人とその家族の会
	居宅介護支援事業所
	行政、社会福祉協議会 他
	市町村
	医師会
	介護連携相談センター
	県、市、ボランティア
	認知症初期集中支援チーム員会議

図表 200 取組み内容_（１）認知症の人の日常生活・社会生活

調査種別	記載内容
市町村	ボランティア等へのステップアップ講座
	認知症サポーターのステップアップ講座にて啓発。
	医療・介護の専門職を対象とした多職種連携研修会がコロナ禍で開催できない時に通信を発行し、その中でガイドラインの周知を行った。
	包括・介護事業所への周知。
	運営推進会議
	包括へ情報提供。
	認サポ
	地域包括・在宅介護支援センターの会議にて説明会を実施。
	認知症サポーター対象の交流会での講義を組み込んでいる。
地域包括支援センター	CM へ ICT システムで周知。
	ケアマネジメントについて包括主催研修を実施した際に紹介した程度。

図表 201 連携先_（２）障害福祉サービス等の提供

調査種別	記載内容
市町村	中核機関
	基幹相談支援センター
	基幹相談支援センター、障害サービス事業所
地域包括支援センター	市の障害福祉担当部署
	保健センター

図表 202 取込み内容_（２）障害福祉サービス等の提供

調査種別	記載内容
市町村	包括・介護事業所への周知。
	市民向け研修
	県が研修を行うため、市内指定事業所へ、周知分を通知。
地域包括支援センター	CM へ ICT システムで周知。

図表 203 連携先_（３）人生の最終段階における医療・ケア

調査種別	記載内容
市町村	地域包括支援センター
	市医師会、中核機関
	医療機関

	在宅医療と介護の連携検討会
	在宅医療・介護連携推進協議会委員（訪問看護）
	社会福祉協議会
	医師会、在宅医療介護連携推進センター
	医師会、訪問看護連絡協議会、ケアマネ協会等
地域包括支援センター	保健所・生命保険会社
	（任意団体）みんなで介護を考える会
	病院
	市、医師会地域連携室
	基幹型包括
	医療機関相談室等
	介護連携相談センター
	医療機関、介護事業者
	在宅医療支援コーディネーター
	在宅医療介護連携推進会議

図表 204 取組み内容（３）人生の最終段階における医療・ケア

調査種別	記載内容
市町村	市民後見人勉強会
	高齢者の保健事業と介護予防の一体化事業のポピュレーションアプローチで、通いの場を活用し実施している。
	包括・介護事業所への周知。
	市民向け研修
地域包括支援センター	CM へ ICT システムで周知。
	研究機関への協力。

図表 205 連携先（４）意思決定が困難な人の支援

調査種別	記載内容
市町村	地域包括支援センター
	中核機関
	医師会
	在宅医療・介護連携推進協議会委員（MSW）
	成年後見支援センター
	厚生病院
	社会福祉協議会
	「身寄り」がなくても安心して暮らすためのガイドライン策定委員会
	成年後見人等、中核機関、医療福祉関係機関など
	社会福祉協議会
	医療機関・福祉関係機関
	地域包括支援センター、在宅介護支援センター、社会福祉協議会
地域包括支援センター	弁護士会
	医師会との調整機関と市役所と協働で研修開催。
	行政、医療機関相談室等
	市町村
	医療介護連携相談室
	行政、公立医療機関等
	在宅医療介護連携推進会議
	医師会

図表 206 取組み内容_（４）意思決定が困難な人の支援

調査種別	記載内容
市町村	このガイドラインを元に、圏域の在宅介護連携部会で、実際の対応例を収集しフロー図が作成された。
	医療機関との情報連携。
	会議での情報共有。
	医療機関におけるガイドラインの作成。
	包括・介護事業所への周知。
	町独自のガイドライン作成中。
地域包括支援センター	CM へ ICT システムで周知。

図表 207 連携先_（５）意思決定支援を踏まえた後見事務

調査種別	記載内容
市町村	成年後見支援センター
	弁護士会
	中核機関、家庭裁判所
	地域包括支援センター
	権利擁護支援センター
地域包括支援センター	行政、社会福祉協議会等
	市町村
	医療機関
	他の地域包括支援センター
	リーガルサポート

図表 208 取組み内容_（５）意思決定支援を踏まえた後見事務

調査種別	記載内容
市町村	市民後見人向けの研修実施。
	包括・介護事業所への周知。
	市民向け研修
地域包括支援センター	CM へ ICT システムで周知。

図表 209 連携先_（６）人生会議（ACP）

調査種別	記載内容
市町村	地域包括支援センター、社協
	在宅介護支援センター
	坂井地区在宅ケアネット
	加茂地域包括ケアネットワーク推進協議会
	市医師会
	医療機関 外
	地域包括支援センター、在宅医療介護連携支援センター、医療機関、認知症患者医療センター
	医師会、介護支援専門員協議会、介護保険事業者連絡協議会
	社会福祉協議会、民間企業
	認知症サポート医
	「身寄り」がなくても安心して暮らすためのガイドライン策定委員会
	医療介護関係者、司法関係者
	保健所

地域包括支援センター	行政
	医療機関
	訪問看護
	市町村
	都道府県

図表 210 取組み内容_（６）人生会議（ACP）

調査種別	記載内容
市町村	民間企業と連携協定を結び、人生会議ノート（手帳）を作成。
	ACP ワーキング
	出前講座
	イベントで普及啓発の動画を放映。
	認知症ケアパス、認知症カフェ
	高齢者の保健事業と介護予防の一体化事業のポピュレーションアプローチで、通いの場を活用し実施している。
	保健福祉課窓口にてリーフレットを配布。
	県作成のチラシを配布
	研修や高齢者の相談窓口等で ACP のパンフレット等を配布。
	在宅療養に関する動画作成。
	住民への周知・啓発
	図書館で啓発イベント。
	認知症カフェでの講座と、もしバナゲーム。
地域包括支援センター	ラジオ放送
	東京都作成の「私の思い手帳」を配布。

図表 211 連携先_（７）その他

調査種別	記載内容
市町村	地域包括支援センター（認知症地域支援推進員）
	社会福祉協議会（成年後見支援センター）
	株式会社鎌倉新書
	（一社）日本意思決定支援ネットワーク、（公財）日本財団
	地域包括支援センター、生命保険会社
	「身寄り」がなくても安心して暮らすためのガイドライン策定委員会
	意思決定支援研究会、家庭裁判所、弁護士会、社会福祉士会、司法書士会・リーガルサポート）
	権利擁護支援センター
地域包括支援センター	生活支援体制整備事業（協議体）

図表 212 取組み内容_（７）その他

調査種別	記載内容
市町村	持続可能な権利擁護支援モデル事業実施
	関係者向け研修会
	出前講座
	パンフレットの配布協力

図表 213 取組みを行っていない理由

調査種別	記載内容
市町村	次年度に向けて取り組み検討中。
	ガイドラインの存在を知らなかった。
	人員不足・予算不足（優先順位が低いとは思っていない）。
	地域包括ケア推進条例を策定し課題として検討を行っている。
	必要性はわかるが他事業優先となり、手が回らないため。
	権利擁護勉強会やケアマネジメント研修会などその他の研修の時に一部学習する機会があり、意思決定に特化した内容のものは企画していない。
地域包括支援センター	市民後見人養成講座のカリキュラムに取り入れているため。
	認識不足、意識が低かった。
	意思決定支援は行っているが、ガイドラインを網羅できていない。
	他機関で研修が行われているため。
	今後実施していく予定。

図表 214 国が策定する意義_(10)その他の意義

調査種別	記載内容
市町村	国の認知症の人の意思決定支援イメージが共有できる。
地域包括支援センター	ガイドラインが広がると、関係機関の一般的な知識として共通化される。
	関係機関が逃げ腰にならないよう予防できる。
	当事者やその家族、支援者がより自分らしく生きやすくなる。
	身元保証人がいないと入院・入所できないという状況に風穴を開けるきっかけになる。
介護施設・事業所	チームアプローチがしやすい。
	支援者の苦悩が軽減できる。
	同じ目的が持ち支援が行える。
	尊厳を守ることにつながると思う。
	技術として「ここまではできて欲しい」という目安となる。

図表 215 国が策定する意義_(11)同意しない

調査種別	記載内容
市町村	意義があるものだと思うが、ガイドラインを読み込む時間が無い。
介護施設・事業所	本人の意思の尊重と、尊厳のある生活が必ずしも一致はしないから。
	介護医療院という施設がⅢ以上Ⅳの人が圧倒的に多く、意思決定困難者がほとんどだが意思決定できる方には定期的に意思確認は行っている。本人と家族の意思が相反する時ガイドラインがあればそれに沿うことが出来るが、綺麗ごとだけで作成するのであればなんの役にも立たない。
	国ではなく、医療、介護、福祉などの現場のことがわかる専門職がガイドラインを作るほうが良い。

図表 216 ガイドラインの分かりづらいところ

調査種別	記載内容
市町村	分かりやすい内容が示されており、支援を学ぶ導入としてよいと思う一方、より具体的な支援や方法も記載されているとよいと思った。
	「本人にとって見過ごすことができない重大な影響が生ずる場合」が具体的にどういう場面なのか？
	専門職の倫理観が実践に大きく影響する。
	認知症が進行してから支援をスタートした場合や、家族など身近な支援者がいない場合に本人の意思決定を支援することが難しい場合の対応が知りたい。
	講師、教材の活用方法等把握しづらく、研修の企画が難しい。

地域包括支援センター	最初は文字ベースの表現が多く読むまで至らない専門職が多いのでは。 全体的に情報量が膨大。
介護施設・事業所	専門職が関わる段階で既に意向確認困難である場合、本人の意向を推測できる身内や第三者があればまだ可能性はあるが、探る手立ての無い場合も存在する。 情報発信が足りておらず、旧世代的な考え方からの転換がされていない。 様々なケースがあるので一概にガイドライン通りにはいかない。 重度の認知症の方の意思決定を汲み取り方が難しい。 策定、連携などの各専門職の役割が曖昧で活用が難しいケースがある。

図表 217 ガイドライン普及への課題

調査種別	記載内容
市町村	ケースごとにその都度検討を行う。研修だけでは対応困難。 専門職も通常の業務のほか研修等も多くあるので優先度は高くないのではないかと。 繰り返して普及に取り組まないと、多くの専門職への定着が難しい。 認知症に関する研修会テーマは多岐に渡るため、2回目・3回目の開催が難しい。 専門職や担当者によって認知症支援や意思決定支援等の必要性や携わる姿勢、学習することに対する姿勢や認識の差が大きく、みんなで学びを深めたり、体制構築を図ることが難しい。 在宅医療・介護連携推進事業で今後取り組もうと考えているが、専門分野以外の権利擁護等に係る法制度の知識も必要であり、その部分をカバーできる人材が乏しい。 現場ではガイドラインどおりに進めることに苦慮している。 在宅での意思決定支援についてチームでかかわる事は難しい。 一般市民に対しては、まずは認知症を正しく理解してもらえるよう啓発することが優先されると考える。意思決定支援については、一つ理解が進んだ方へ向けた内容になるため、現行では認知症サポーターのステップアップ講座のみでの取り組みとなっている。 必要性は感じていても専門職は複合的な事例対応に追われ多忙で余裕がない。 本ガイドラインの普及について市町村がどの程度関与すべきか。 研修や会議が多く、取捨選択が難しい。専門職団体内での現任者向けの研修があると良いのでは？
地域包括支援センター	継続した普及啓発や学習の機会が必要。 包括支援センターの業務が多すぎる。
介護施設・事業所	意思決定支援に関わる専門職種が同レベルの共通理解が必要。 専門職だけでなく、家族や取り巻く地域住民の理解も同様に必要。 スキルにバラつきが有り統一した支援が出来る迄時間を要す。 業務時間以外の研修が多く参加したくない。 人員基準緩和により従業員が減り、研修に出せる要員がいない。 どこの機関が率先して策定するのか曖昧であり、手を付けにくい。

第5章 好事例調査の概要と結果

(1) 好事例のヒアリング調査・文献調査の概要

- 実施方法：訪問・WEBにて、対象機関の認知症の人の意思決定支援に係る研修、其他のご担当者にヒアリングを実施した。1カ所は、文献調査にて実施した。日常生活、社会生活における意思決定支援は幅広い分野に係り、関連する仕組み、システム、研修等も様々な取組みがあるが、本調査では、意思決定支援に関するガイドラインに対する意見、研修・普及啓発の取組みを中心に取組みの情報を収集した。そのため、本報告書で記載している取組みは、対象機関の取組みの一部であることを付記する。
- 実施時期：2024年2月～3月

図表 218 調査対象機関

主な調査方法	機関名	種別
WEB 調査	京都府	都道府県
訪問調査	東京都品川区	特別区
WEB 調査	JA 愛知厚生連江南厚生病院	医療機関
文献調査	株式会社ベネッセスタイルケア	介護事業者

■先進的な事例調査から得られた主な結果

- ・本調査で取り上げた先進的な好事例においては、認知症の人の日常生活・社会生活における意思決定支援、権利擁護について、自治体であれば、介護保険、高齢者福祉担当、認知症施策担当、障害者福祉担当、保健医療担当、成年後見担当、重層的支援体制整備事業担当等、様々な部署等が連携して業務にあたっていた。
- ・先進的な事例においては、自治体、医療機関、介護事業者等、団体の種類は異なっても、対象や事業ごとの縦割りにとどまらず、自組織の「枠」を超え、地域や関係業界等に向けた統合的なしくみをつくりながら意思決定支援、権利擁護に取り組んでいた。
- ・認知症の人の意思決定支援については、生活に係る関係者は、専門職から地域住民、企業関係者まで幅広いため、様々な生活場面で本人の意思を尊重した支援を行えるよう、関係者に対して実践的な研修の実施や普及啓発に取り組んでいた。
- ・意思決定支援について学ぶ際は、日常業務を離れ、質の高い研修プログラムで学習することが有効である。先進事例においては、研修の目的に応じ、実施機関、講師、方法、内容等において工夫を凝らしていた。リーダー的な人材が研修を企画し、質の高い研修を実施できる機関・講師と連携し、専門職、関係者、地域住民等を対象に研修を複数年にわたり実施している。
- ・研修参加が「任意」のため、関心の高い事業者・専門職・地域住民は何回も受講するが、研修があることを知らない、多忙である等の理由で研修を受講する機会が無

い人も多いことが課題である。

- ・国のガイドラインの内容を踏まえ、さらに地域や実務で求められる内容を盛り込んだ研修を企画・実施する、地域・組織のガイドラインやツールを作成するなど、実際の業務で活用できるよう工夫をしていた。多職種連携においては情報共有、介護技術の向上等も重要なため、標準化等の取組みも併せ行われている。
- ・人生会議（ACP）、エンディングノート等の取組みも挙げられ、認知症になる以前の本人の生活や意思の表明と共有が今後の課題として挙げられた。

図表 219 ヒアリング調査の項目

1. 国のガイドライン、人生会議（ACP）について

※特に、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について

※「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」、「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」、「身寄りがない人の入院及び医療に係る意思決定が困難な人の支援に関するガイドライン」、「意思決定支援を踏まえた後見事務のガイドライン」「アドバンス・ケア・プランニング（通称：人生会議）」

2. 高齢者等の医療や介護に携わる方々が、意思決定支援・権利擁護推進を実践するための環境整備、効果的な方策

※研修、プログラム・教材、普及啓発、本人支援・家族支援等

※工夫されている点、役割

※取組みの効果

3. 意思決定支援、権利擁護に関する取組みの経緯、内容、今後の展開

4. 認知症の人の日常生活・社会生活における意思決定支援、権利擁護の取組みと課題

5. 地域包括ケアシステム、共生社会との関係性

6. 国、都道府県・市町村についての要望や意見

7. その他

(2) ヒアリング調査：京都府

○ 団体名、担当課	京都府 京都府健康福祉部高齢者支援課 京都府健康福祉部障害者支援課 京都府障害者・高齢者権利擁護支援センター
-----------	---

①国のガイドライン、人生会議(ACP)について

- 「さいごまで自分らしく生きる」を支える京都ビジョン（H26）の中で、看取りの場所に焦点を置き、アドバンス・ケア・プランニングの普及啓発や人材育成の方針を定めた。基本的には当該ビジョンに沿って施策を推進しており、国の計画ありきのものではない。
- 看取りにおける ACP に関しては、国のガイドラインを参考にしつつ、京都府で普及啓発を進めている。（京都府のガイドラインを見直す予定は今のところない。）
- 京都府障害者支援課において、自治体職員が国のガイドラインに対する理解を深めることを目的に、ガイドライン制定の経緯等に関する講義・演習（身寄りがない人のケースの模擬検討、1 時間程度）を含む研修を行った。
 - 国が様々なガイドラインを作成しているが、現場レベルでは読み込まれてないのが実情であることが多い。本来、現場職員が普段の取組みの自己評価を行う上でガイドラインを参照できると良いと考えているので、制定の経緯も踏まえてガイドラインの中身を学ぶ研修機会が必要と考える。

②意思決定支援、権利擁護に関する取組みの経緯、内容、今後の展開

- H24 年度、国のオレンジプラン策定を受けて、H25 年度に京都式オレンジプランの策定を行った。（～H29 年度）
 - 認知症の人と家族がのぞむ「10 のアイメッセージ」を作成した。
 - H26 年度、国の新オレンジプラン策定を受けて、H30 年 3 月に新・京都式オレンジプランの策定を行った（～R5 年度）。今年度、第 3 次京都式オレンジプランの策定を行った（～R11 年度）。
 - 10 のアイメッセージの普及による当事者視点の浸透を目指した。
 - 新・京都式オレンジプランの策定時に認知症の人と家族がのぞむ「10 のアイメッセージ」のうち、「②私は、症状が軽いうちに診断を受け、この病気を理解し、適切な支援を受けて、将来について考え決めることができ、心安らかにすごしている。」と「⑦私は、自らの思いを言葉でうまく言い表せない場合があることを理解され、人生の終末に至るまで意思や好みを尊重されてすごしている。」の満足度が低いことに着目。この項目を意識しつつ、高齢者の意思決定支援を行うことが大きなテーマになった。

新・京都式オレンジプランの概要

策定年	2018年(平成30年)3月
検討メンバー	医療・福祉・介護・当事者団体から構成
実施主体	府・市町村・団体(医療・介護・福祉)・府民
計画期間	2018年度～2023年度(6年間)



【共通施策】

1. **10のアイメッセージの普及による当事者視点の浸透**
2. **認知症に関する情報発信の充実**
3. **地域の特性に応じた取組の推進**

【個別施策】

1. すべての人が認知症を正しく理解し適切に対応できる環境づくり
2. <早期発見・早期鑑別診断・早期対応>ができる体制づくり
3. とぎれない医療・介護サービスが受けられる仕組みづくり
4. 地域での日常生活や就労、社会参加等の支援の強化

【新規】医療・福祉、成年後見、企業等、認知症の人の生活に関わる関係者の意思決定支援
スキルの向上

5. 家族・介護者等への支援の強化
6. 若年性認知症施策の強化

資料：京都府提供資料

認知症の人と家族がのぞむ「10のアイメッセージ」

- ① 私は、周囲のすべての人が、認知症について正しく理解してくれているので、人権や個性に十分な配慮がなされ、できることは見守られ、できないことは支えられて、活動的にすごしている。
- ② 私は、症状が軽いうちに診断を受け、この病気を理解し、適切な支援を受けて、将来について考え決めることができ、心安らかにすごしている。
- ③ 私は、体調を崩した時にはすぐに治療を受けることができ、具合の悪い時を除いて住み慣れた場所で終始切れ目のない医療と介護を受けて、すこやかにすごしている。
- ④ 私は、地域の一員として社会参加し、能力の範囲で社会に貢献し、生きがいをもってすごしている。
- ⑤ 私は、趣味やレクリエーションなどしたいことをかなえられ、人生を楽しんですごしている。
- ⑥ 私は、私を支えてくれている家族の生活と人生にも十分な配慮がされているので、気兼ねせずにごしている。
- ⑦ 私は、自らの思いを言葉でうまく言い表せない場合があることを理解され、人生の終末に至るまで意思や好みを尊重されてすごしている。
- ⑧ 私は、京都のどの地域に住んでいても、適切な情報が得られ、身近になんでも相談できる人がいて、安心できる居場所をもってすごしている。
- ⑨ 私は、若年性の認知症であっても、私に合ったサービスがあるので、意欲をもって参加し、すごしている。
- ⑩ 私は、私や家族の願いである認知症を治す様々な研究がされているので、期待をもってすごしている。

資料：京都府提供資料

- 京都府立医科大学の成本先生のご尽力により、京都市に一般社団法人日本意思決定支援機構が立ち上がった影響で機運が高まり、京都府主催で意思決定支援研修を開始（H30年開始、以来年4回実施）。
 - 一般社団法人日本意思決定支援機構に委託。研修の内容は当該団体が作成し、講

師も務めている（成年後見以外）。集客についてもノウハウを有している。


- 1回50～100名程度の規模で、毎年計200名程度の参加者を得ている（ひとりの人が複数回受けることも可能）。最初の頃は平日も研修を行っていたが、最近は土日・半日での実施に集約されつつある。
- 認知症の人の生活に関わる関係者（医療・福祉関係者、成年後見制度関係者、集合住宅関係者、法律関係者、金融機関等）が、様々な生活場面（受診、サービスの利用、金融取引、成年後見制度の利用等）で本人の能力に合った説明ができるよう、関係者向けに研修を実施してきた。
- 国の「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」についてもポイントを解説するスライドを盛り込み紹介している。
- コロナ禍においてもオンラインで実施。現在はハイブリッド開催（対面のものは、京都市内・中北部・南部の3エリアに分けて実施）を基本としている。
- これまで受講者は医療・福祉関係者が多かった。今年度からは、参加者の属性を広げるため、より一般向けのテーマで研修を企画し、参加者の職業等も限定しない形としている。例）「認知機能障害が疑われるお客さまへの接客サービスの充実」

認知症の人の意思決定支援研修（平成30年度～）

認知症の人の生活に関わる関係者（医療、福祉・介護、法曹、金融機関等）が、様々な生活場面（受診、サービス利用、取引、成年後見制度利用等）で本人の能力に合った説明ができるよう、係者向けに「認知症の人の意思決定支援研修」を実施
 ※一般社団法人日本意思決定支援推進機構へ委託して実施

＜令和4年度＞

対象	日程	場所・開催方法	テーマ
医療・福祉関係者向け（第1回）	8/28（日）	京丹後市	意思決定支援カンファレンスを学ぶ
全職種向け（第1回）	9/19（月・祝）	オンライン	意思決定支援の基本を学ぶ
医療・福祉関係者向け（第2回）	12/11（日）	宇治市	意思決定支援の現場を知る
全職種向け（第2回）	2/4（土）	キャンパスプラザ京都	意思決定支援にかかわる制度・法律を知る




研修の参加申し込みは、下記のサイトから行っていただけます。
 ■日本意思決定支援推進機構サイト
<https://www.dmsoj.com/ivent>



資料：京都府提供資料

③高齢者等の医療や介護に携わる方々が、意思決定支援・権利擁護推進を実践するための環境整備、効果的な方策

【京都府による意思決定支援研修】

- 民間事業者（商店・銀行・郵便局等）も含め、認知症の人に関わる全ての人に知識をもってほしいというスタンスで研修を行っている。
- 意思決定支援の課題は高齢者支援全体の課題とリンクするものとして認識されており、「意思決定支援の仕方が分からない」という質問を受けることはない。ただ、BPSDがある、本人・家族に精神的な不調があるなど、複層する問題への対処策として意思決定支援を実践し始めるケースが多いと認識している。意思決定支援は、問題解決の方策となりうる。

【京都高齢者あんしんサポート企業】

- 高齢者が安心して暮らし続けられる地域づくりのため、高齢者へのお声掛けや買い物支援のほか、必要に応じた相談窓口の紹介、地域における高齢者向けの情報発信拠点などを行う、高齢者にやさしいお店・企業が登録。京都地域包括ケア推進機構が行う研修を受講後、登録、活動していただく。
- 接客業を行う事業者に対して、認知症の人の特徴や困りごとを解説し、どんな接客を行うと良いか提案している。

【京都府内での市町村レベルでの取り組み】

- 市町村に対しても、意思決定支援研修の案内はしている。広報等で市町村と連携するなどはしていない。
- 成年後見制度の利用を促進するため、住民向けに認知症の理解、高齢・障がいの理解の内容を含む研修会を行う市町村も出てきており、横展開が起きている。

【京都府障害者支援課による、市町村・地域包括支援センター等向け研修】

- 障害者支援課は権利擁護と深いかわりがあり、成年後見の利用促進を目指している。また、虐待等、権利侵害ケースにおける意思決定に関する相談を受けることもある。そのため、高齢者支援課の支援を得て、市町村・地域包括支援センター・相談支援事業所に対する研修を行っている。
- 講師は弁護士の水島先生、若年性認知症当事者 等

【京都府高齢者支援課による、高齢者の看取りに関する専門職向けの研修】

- 京都府内の専門職団体（一般社団法人 京都府老人福祉施設協議会・一般社団法人京都市老人福祉施設協議会・公益社団法人 京都府看護協会・公益社団法人 京都府介護支援専門員会）それぞれが、京都府の補助事業として看取りサポート、専門人材養成研修、施設における看取りケア人材養成研修を実施している。資料作成・講師選定等もそれぞれの団体が行っている。

④認知症の人の日常生活・社会生活における意思決定支援、権利擁護の取り組みと課題

- 居宅事業所や介護施設は人手不足で、効率重視・ベーシックなルーティン以外の対応は困難というのが現状であると思う。しかし、職員が普段のルーティンに流されず、適宜立ち止まり、「高齢者の意思（求めていること・したいこと）を聴く」にはどうしたらよいのか、意思決定支援研修や認知症研修の演習を通じて考えてもらっている。日常を振り返り、学びを得る機会を持つことは重要であると思う。
- 現在の意思決定支援研修は、意識の高い人が休日に参加する形となっているが、認知症研修は参加率が事業費に影響するため、居宅事業所や介護施設の職員全体が参加することが多く、それにより職員のレベルの底上げを図ることができていると感じる。
- 高齢者介護施設では、職員同士の介護の方針の違いで職員がストレスを抱えていることが多い（先輩だから意識が高いとは限らず、「そんなこと（意思決定支援）しなくてよい」と言われるなど）。その状況を変えるためにも、一部の人が意思決定支援研修に参加した場合であっても、その結果を居宅事業所や介護施設に持ち帰ることは必要だと思う。
- 本人と家族の意思が相反する時、どちらを尊重するかが一番難しい（支援者は家族の意向を無視できない）。また、本人の意思と安全性とを天秤にかけた時、どちらを尊重するかはケースごとにその都度議論がある。
- 成年後見制度の活用等、高齢者の権利擁護を実践するうえでも認知症専門医による診

断は重要であり、支援者は、認知症に対する理解がある精神科受診を薦めるが、本人や家族にとってはハードルが高い。

⑤地域包括ケアシステムとの関係性

- 認知症の人・家族が医療機関を受診した段階で、すぐに当事者団体（認知症の人と家族の会等）につなぐ仕組みが必要であると考えており、広報に力を入れている。
- 認知症の人を初期に発見することはとても難しく、認知症初期集中支援チームにとっても課題である。現状の認知症初期集中支援チームは、認知症に起因する複雑な課題の対応チームになっている。
- 一方で、認知症初期集中支援チームで対応できたケースは圧倒的に在宅率が高く、この点を切り口にした啓発活動が必要だと考えている。

⑥国、他都道府県・他地域についての要望や意見

- 身寄りのない方の支援は、医療・介護・福祉の現場における大きな課題であり、市町村から府に対しても相談が来ている。まだまだ検討が必要なトピックであると思うが、国の方で何らかの介入基準等を示してほしい。
- 小さい市町村であればあるほど、担当の負担が重くなっている。負担を軽減してほしい。
- チームオレンジの取組み、重層的支援体制整備事業、成年後見の利用促進等はすべて地域共生社会を目指すものであり、重複がある。目指すことが一緒だが施策が複数ある時、現場は優先順位づけや実施方法に苦慮している印象があるので、国に整理してもらえると良いのではないかな。
- 医療・介護分野では市町村レベルで様々な取組みがされている。その中で都道府県が広域的に取り組むべきモデルメニュー（求められる役割）はどのようなものなのかを国に示してほしい。

⑦その他

- 意思決定支援研修を受けた結果、職員のレベルが上がったことを示す個別の事例は特に把握できていない。
- 京都府では研修自体は諸々あるが、それを受けた方の地域での活躍が今後の課題である。

(3) ヒアリング調査：品川区

○ 団体名	品川区福祉部
○ 先方出席者	高桑様(高齢者福祉課支援調整係長) 野口様(同上・高齢者支援第一係長) 荒様(高齢者地域支援課・認知症サポート係長) 鈴木様(福祉計画課・介護医療連携担当係長(保健師))

① 品川区の高齢者医療・介護・福祉に関する取組みの経緯

- 品川区は、平成3年から地縁でつながるコミュニティブロック単位が4～6つあり、さらに細かく13地区に行政・区役所の出張所機能の窓口と、在宅介護支援センター・老人介護支援センターを整備してきてきた。地区の高齢者人口に応じて、現在20カ所の在宅介護支援センターを整備している。在宅介護支援センターの運営は、地元の社会福祉法人や民間企業が行っている。
- 全ての在宅介護支援センターは、区役所の高齢者福祉課とオンラインでつながっている。区民からの相談は、区の高齢者福祉課の窓口でも受付けるが、在宅介護支援センターのケアマネジャーが対応した相談内容や記録もシステムで管理し、すべてが登録されているので、本庁にいても把握できる。複雑な案件、重要案件は区が日々チェックしている。直接的な支援は、在宅介護支援センターが対応するが、本庁（高齢者福祉課を中心として）も後方支援をしている。
- 介護保険制度施行前、行政が措置で訪問介護等のサービス派遣やその量を決定していたが、在宅介護支援センターが担当するようになり、平成12年度以降は居宅介護支援事業所も対応している。民間で対応が困難なケース等、問題が発生したときには、区の高齢者福祉課が対応・調整にあたる。
- 平成18年の制度改革で地域包括支援センターが制度化された際も、同センターに求められる機能に加え重度化防止の観点からも、要支援・要介護ともに自治体・保険者が責任をもって適切なケアマネジメントを行うよう指導している。地域包括支援センターは区高齢者福祉課1カ所とし、在宅介護支援センター20カ所をサブセンターとして位置づけ総合的な支援体制を構築している。
- 権利擁護などは、老人福祉法に基づく老人介護支援センターの関与が求められている中で、平成12年度の介護保険制度の創設によって居宅介護支援事業所業務が中心となり、その役割が十分に果たされていない状況があった。平成18年度以降は保険者の機能として、軽度者支援、地域支援の把握、介護保険制度適用以外の人もケアできるように、虐待を含む権利擁護の事業を行う必要があることから、地域包括支援センターの機能が公的にも位置付けられるようになったと認識している。
- 品川区は、平成3年の在宅介護支援センターを創設時から、総合相談や継続的マネジメントの把握など必要な支援が届けられるように運営していたため、地域包括支援センターをあえて各地区に置くことはせず、13地区の全20カ所の在宅介護支援センターが従来通りのことが行うこととして、今に至る。
- 在宅介護支援センターに求められていることは、地域包括支援センターの求められている機能と一致している。居宅介護に限れば、要支援はほぼすべてのケアプラン在宅介護支援センターが作成している。要介護1～5の支援を必要とする人の6割以上

のケアプランについても、在宅介護支援センターが作成し、残り4割を民間の居宅介護支援事業者で作成している。区内には在宅介護支援センターのほかに24カ所の居宅介護支援事業所がある。トータルでは70～80%のケアプランを在宅介護支援センターが作成している。その他の区内の居宅介護支援事業所ほとんどはケアマネジャーが少人数の小規模事業所である。

- 在宅支援の中には看取りの問題もある。近年、虐待事例も出てきているので、事前に防止するためにも、事前の手当て、万一起きた場合にも早急に対応できるしくみをつくるべく、事案ごとに虐待対応チームをさまざまな職種が関わって対応している。

②認知症高齢者のケアにおける本人・家族の意思の反映に資する生活支援記録法(F-SOAIIP)の区全域での導入

- 区と20カ所の在宅介護支援センターはオンラインで相談記録システムを運用しており、日々の相談支援内容やイベント等の記録は高齢者福祉課でも在宅介護支援センターでも相談記録または支援経過記録として蓄積されていく。特に留意する必要のあるケースは、高齢者福祉課が後方支援にあたっている。
- この相談記録システムは外部の事業者から閲覧等はできない。システムの導入を希望した一部の民間居宅介護支援事業所とは共有できる。今は3カ所となっている。(ただし、外部事業者のうち、生活支援体制整備事業における「支え愛・ほっとステーション」では閲覧・入力を可能としている。後段項目9を参照)
- この相談記録や支援記録の記載において、本人・家族の意思をどう反映していくかに寄与しているのは生活支援記録法(F-SOAIIP)という記録手法を用いていることに特徴がある。具体的には、一般的な叙述式から、項目別に本人・家族の意向、支援や対応内容を記録する。本人・家族が発した言葉をそのまま記録することが重要。
- 本人・家族の言葉を聞き取りながら、ケアマネジャーがその方に合う支援方法を考え、適切なサービスを提案して実践していく。その段階で「見える化」できるので、後々、ご本人の意思を確認することにも役立ち、本人・家族の意思を最大限に反映させたケアプラン作成に寄与している。
- 区としては、この記録法を令和3年4月から公式に採用し、庁内、介護支援施設、20カ所の在宅介護支援センターに導入し、ほぼ100%この方式により記録されている。ケアプランの相談があった方に対しては、相談・支援の記録は支援経過記録の中で書かれる。
- 品川区ではF-SOAIIPの普及を進めていて、ケアマネジャーの任意職能団体と連携し、積極的に研修を進めている。それにより区内で実働しているケアマネジャーはほぼ100%が活用していると認識している。今後、多職種連携を考えたときにも、情報基盤となるものができてきた。共有の仕方は、今後も引き続きさらに整理が必要だが、情報過多の業界なので、現在、必要な情報を整理している。

③品川介護福祉専門学校における介護福祉士、社会福祉士等の養成の取組み

- 品川区は、平成7年に介護福祉士、社会福祉士を養成する学校(品川介護福祉専門学校)を創設した。当時、行政は学校を運営できないという法制度だったので、品川区社会福祉協議会を学校の設置責任者として、区は公有財産の無償譲渡、公的資金の投入(補助金交付)により運営している。
- 人材不足でここ数年定員割れをしている。経営的には厳しいが、品川区内も人材不足

なため、介護事業所、施設をフォローするためにも学校を維持することは必要だと感じている。人材育成において、自立支援、意思決定支援、権利擁護のスキルについても介護福祉士、社会福祉士等の資格を取る前に周知教育を行う必要があり、その体制は整えている。

- 介護保険制度、法制度、社会経済、住民の意識や暮らし方等も変わっていく中で、従来と同じサービスに安住してはだめで、利用者に選択されるようなサービスを実現するためには、現場のスキルを上げていく必要がある。そのため、品川介護福祉専門学校を活用する形で「品川福祉カレッジ」（実質的な教育研修センター）を創設し多様な研修事業を実施している。

④給付適正化事業におけるケアプラン点検

- 介護保険制度施行が大きな契機だった。介護保険制度も措置から契約に変わり、区としては、利用者本位であるべきことを基本に置き、保険財源に公的資金が入るため、その運用に公平性公正性が求められる中で、現在の体制に至っていることが背景にある。
- それまで一方向で自治体がやっていた流れが、ケアマネジメントとして民間にゆだねる部分が大きくなったことから、質を担保するしくみとして、事業者評価や利用者アンケート評価を行うなど、この取組みは今のサービス情報公表制度にもつながっていると認識している。しくみや内容も絶えず見直しを行っている。
- 平成18年度以降は、給付費の適正化が言われるようになり、ケアプラン点検で過剰なサービスの確認等が求められるようになった。区では要支援1、2のほぼ100%、要介護も含めると平均7割強のケアプランを把握できている。高齢者福祉課では、制度開始当初から積み重ねてケアプラン点検を実施してきているので、給付の段階から妥当性のあるプランなのかがわかっている。つまり、適正なプランが行われていると考えている。区の判断のもとにケアプランを作ってきている。入り口のところでしっかり見ているので、ケアプランの点検というよりは質を上げていくことに軸足を置いているものである。区の給付適正化事業におけるケアプラン点検では、自身が作ったケアプランを自分で研修の場に持ってきて点検し、区内外の講師の指摘や指導・助言を受け、改めて自分のケアプランを見直す。対象は区内の居宅介護支援事業所（在宅介護支援センターと民間居宅介護支援事業所）としていて、基本的に参加者は手上げ。年2回、時間は13時半開始で3時間。1回あたり定員20名×2回、ケアマネジャーが研修を受けている。
- 国の給付適正化事業のケアプラン点検は3年間で一つの区切りなので、3年間の中で必ず1度受講するように推奨している。研修後、ケアプランを見直した結果について年度末にアンケートを取っている。より自立支援に資するケアマネジメントの実現に寄与し、利用者・家族への在宅介護・生活の支援が良い方向に変わった等、概ね好評価を頂いている。

⑤ケアマネジャーの法定外研修の取組みの経緯と内容 ～ 倫理と基本ケアの研修

- 令和2年度、「適切なケアマネジメント手法の普及推進に向けた調査研究事業（令和2年度老人保健健康増進等事業）」（株）日本総合研究所）の「手引き」が出された。
- その流れで、品川区は、倫理と基本ケアの研修として、石山麗子先生（国際医療福祉大学大学院 教授）と遠藤征也先生（元厚生労働省老健局総務課 介護保険指導室長）

に法定外研修をお願いしている。ケアマネジャーの質の向上に取り組んでいる。

- 石山先生には基本ケアや疾患別のケア・研修を主に担当して頂いている。遠藤先生には倫理をお願いしている。実践的なケアマネジメントだけではなく、理念的な原理原則をケアマネジャーに理解してもらう。
- 施設等の限られた資源を最大限有効に使うために、在宅生活支援を軸足に置いてきた。在宅生活を重視する必要がある。
- ケアマネジャーの質の向上では、倫理を認識することに加え、テクニカルな部分、例えば体調変化にいち早く気づいて行う水分補給の方法等も教育している。確実にケアマネジメントの実施により介入のタイミングを逸することなく必要な状況には必要な支援を行っていくことに重点を置き、ケアマネジャーのサポート体制を整えてきた。
- 研修は、品川区介護支援専門員協議会（任意団体、区内会員 230 人）に補助金（所属事業所に受講者 1 人につき 1 万円を補助）を出して、推進に努めてもらっている。
- ケアマネジャーの任意団体に取り組んでもらった倫理と基本ケアの研修は、適切なケアマネジメント手法を実施していくための基盤整備として絶対的に必要。通常業務がひっ迫しているケアマネジャーのためにも、環境は相当整備していかないとはいえないと考えている。更新時だけの研修では賄いきれないので、法定外研修として積み重ねていくことで、ようやくここで成果が見えてきた。
- 2 年前から品川区が実施主体となり、専門学校の「福祉カレッジ」として現役向けの研修を行う体系に変えた。任意団体ではさらに発展した研修、疾患別の研修や記録法の研修を継続して実施している。任意団体でも、独自にヤングケアラーの支援や ACP など、個別の研修を行っている。

⑥国のガイドライン、人生会議(ACP)について

- ガイドラインはあった方がいいことは確かだが、意識して支援活動することはほとんどない。
- 医療と福祉の文化は違うので、そこに共通するものがないと同じ土俵に上がれない。医療は生命の維持が第一義だが、その先はどうするのかきちんとしたものがないと今の時代コンプライアンスが重要視されているので、責任の所在が明確ではないと動けないところがある。医療にとってもガイドラインはあることはいいと思うが、もう一歩踏み込んだ書き方になると福祉側としてはありがたい。
- 医療機関、介護施設から、本人の意思確認が確実にできない時、キーパーソンを強く求められ、いないと入院入所が出来ない。現実にはガイドライン通りにはなっていない。

⑦医療介護連携・多職種連携

- 認知症では、日頃の対応や好きなことを知るなど、アセスメントをしっかりしていこうと確認している。一方、情報を継続的に経年で共有していくことは本質であるが、多職種連携においては個人情報問題が生じる。
- 医療サイドでは、包括的な同意が可能となっていると理解しているが、介護福祉業界ではまだそのような簡便な同意の取り方に至っておらず、壁がある。
- F-SOAP は医療の SOAP をベースにしているので、医療関係者が見ても分かりやすい。目の前の課題は何か、長期的な課題は何か、それぞれを明確に分けて整備したのが今の段階。全職種で共有するのはこれからである。

- 医療連携を進めるための口腔ケア研修を年1回、リハビリなどを含めた医療研修を年2回、計3回行っている。一部、区民を入れた公開講座のような研修もここで行っている。認知症に特化したセンター方式を全施設にやってもらっていたが、人材不足もあり、研修に時間をかける余裕が施設になくなっている。



資料：品川区「よくわかる在宅医療&介護」

⑧成年後見制度の利用促進

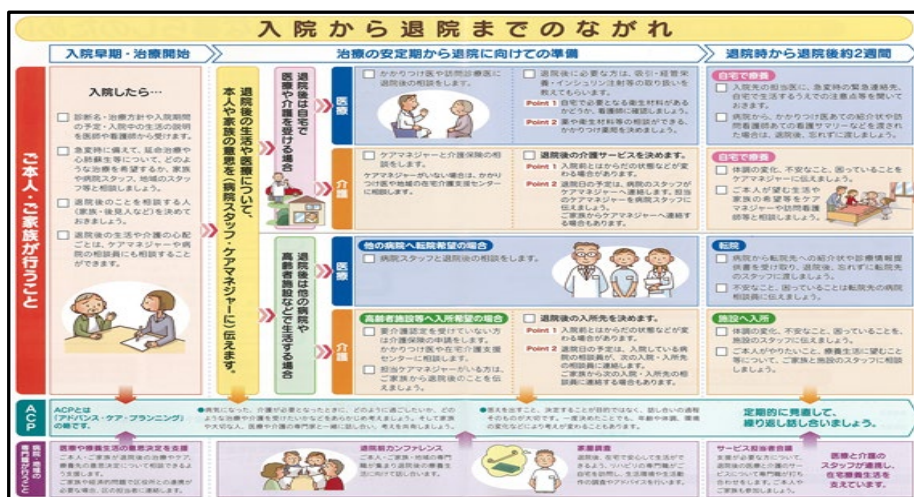
- 周知をする区民の対象を広げていかないといけない。重層的支援体制整備事業や共生社会の構築は、当事者だけではなく、その周りも係ってくる。
- 非日常の段階からではなく、日常から自らの尊厳を守るという意識を若い世代から皆さんに持っていただきたい。
- 認知症になる前から、もっと言えば学童期から、自分の意思を表明する意識を醸成し、保存するしるみを構築し普及させていきたい。

⑨生活支援体制整備事業の取り組み

- 地域包括ケアシステム構築の観点から、生活支援体制整備事業として、生活支援コーディネーターを配置した生活支援体制整備が言われてきた。品川区では在宅介護支援センターで対応していくことも検討したが、現在、確実に支援が必要な人と軽度で支援が必要な人では支援のあり方が違うと考え、社会福祉協議会に相談した。13の地域センターに、あえて社会福祉協議会から社会福祉資格を持った者を配備してもらい、生活支援の拠点として、「支え愛・ほっとステーション」と名付け整備した。現在、全13地区に2名ずつの生活支援コーディネーターを配置している。ちょっとした困りごとへの対応は、地域の中でも社会福祉協議会が地域支援員を集めて準ボランティア活動としてやっている。
- 地区ごとにある民生委員協議会に、地域センターの生活支援コーディネーターも参加して、最近の事例やイベントを報告し、民生委員にも協力を要請している。形ができつつあり、そこに蓄積された情報が生活支援コーディネーターから上がってくるようになれば、連携の層が厚くなると期待されている。
- 生活支援コーディネーターも、在宅介護支援センターと同様に前述の相談システムを共有し入力・閲覧できるようにしている。在宅介護支援センターと同様に、区役所でも直ぐに情報が把握できるしるみとしている。

⑩元気な高齢者、若い世代へのアプローチ、地域包括ケアシステムとの関係性

- 品川区では、早期発見・早期対応につなげるため、令和4年度から認知症検診をスタートした。登録した医療機関で無料検診を受けられる。有病率が上がるのが75歳以上を対象に実施。受診率はまだ一桁台で、上げていくことが課題。高齢者クラブにも協力をいただき、受診を薦めてもらっている。
- 認知症は耳の聴こえが大きく作用するため、補聴器の購入費助成事業（35,000円上限）も昨年7月から始めて、非課税の方を対象に実施している。来年度からは所得制限も撤廃する予定である。耳の聴こえや補聴器に対する正しい知識の普及啓発のために、言語聴覚士による講話も開催している。
- 23区においては独居が増えており、包括的に対応していくための方策も検討している。区民は、これから要介護認定の段階ではなく、もっと早くから自分のことを考えて、備えていかなければいけない。
- 認知症の講演会は多数の参加者があり、元気な高齢者も参加されている印象が強い。2040年に向け、介護世代の40～60代等も参加して、早くから自身の意思を考え、話し合い伝え、備えをしていってほしい。
- ACPでは簡易なパンフレットを作り、研修を企画している。ACPに関しては、一つの成果として動画（eラーニング）で研修を受けられるように整備して、来年度からは一般区民にも見てもらえるように計画中である。
- 入退院時支援は、区内4地区で、有床病院のあるところを起点とした検討会を行い、相互で連携するための課題などを整理し、当事者である区民に示していく為の方法として、在宅医療・介護に関する冊子を作った。
- 第7次医療計画時から、在宅療養について、4つの視点（入退院支援、日常の療養支援、急変時の対応、看取りのテーマ）で話し合ってきた。ACPが出てきたが、一般の方にはわかりにくいところも多い。介護する世代の人たちにも伝わるように、講演会も考えたが、コロナ禍で人を集められなかった。そこで基本的な周知をするための方策を現在、企画している。
- 医療側は入退院時に予後を含め、きちんと説明したつもりでいるが、理解しているのかを確認する機会がない。ターミナル期の場合は、在宅療養が入ることが多いため確認できるが、心疾患や糖尿病等の生活習慣病など慢性疾患の人は介護や行政では把握が難しい。ACPについて話をしても、患者側（聞く側）が「縁起でもない」「まだ死ぬには早い」などと否定してしまう。



資料：品川区「退院後の安心な暮らしのために」

⑪国、他都道府県・他地域についての要望や意見

- 法人が研修等に積極的に係るという理念を持つ施設、事業所もある。従事者自身の取組まなければいけないという思いから、人材を研修に送り出す施設、事業所もある。しかし、そうでない施設、事業所もあり、研修や質の向上に対する意識は二極化している。
- 品川区では、ケアマネジメント関連の研修には、研修受講者が自事業所内で他の従事者に研修報告をしたり、ファシリテーターとなり研修を実施するなど、事業所内研修を行った場合に受講修了者1人1万円を基礎として事業所に対し補助金を出すインセンティブを設けている。研修は、国レベルで、全サービスについて、インセンティブがないと進んでいかないと感じる。
- 施設や事業所、職員の教育・研修に対する意識や取組みには格差があるが、人材不足で多忙なことも事実。国は、介護報酬の基本報酬アップや加算で研修受講を要件にする等、質の高いサービスに向けた取組みに報酬の評価をつけてほしい。
- 2040年に向けて、在宅が増えていくことを国が伝えていかないと、現場がいくらがんばって説明しても理解してもらえない。自分のことを自分はどう思っているのか、終末期をどうしていきたいのかは、若いうちから考えていかないといけない。若い世代を含めてACPを周知させていかないと認知症になってからでは遅いことをもっと国が周知してほしい。

⑫その他

- 囲い込みで利用者にケアマネジャーや医療機関等の選択に制限をかけるというより、施設基準、施設の入居要件として定まっていると、医療機関等を指定されることはあるようだ。区内の医療機関、施設においては、元のかかりつけ医を利用される方もいると聞いており、現状、重大な課題とは認識していない。
- 従前、かかりつけ医がついていたが、退院時にかかりつけ医を変えられてトラブルになることもある。かかりつけ医が訪問診療に対応していない等の理由から変えることもあるが、ケアマネジャー等に勝手に変えられたと元のかかりつけ医が思ってトラブルになることはあるようだが、行政では、個々のケースの事実関係の確認、妥当か否か等の判断は難しい。
- 訪問看護ステーション事業所の選択について、利用者から相談が寄せられることもある。訪問診療を行っている医療機関が、連携しやすい訪問看護を選択することもある。訪問看護事業所で看取りまでやるところはあるが、看護師の人数がいないとできない。区民はどこがいいとはわからないため、使ってみて合う、合わないがわかることもある。

(4) ヒアリング調査：JA 愛知厚生連江南厚生病院

○ 団体名	JA 愛知厚生連江南厚生病院
○ 先方出席者	野田様(患者支援室室長) 森田様(認知症看護認定看護師)

①国のガイドライン、人生会議(ACP)について

【ガイドライン全体について】

- 当院では、国のガイドラインはすべて配布しており、倫理的な検討が必要なケースカンファレンスを行う際には、ガイドラインを根拠にして話し合うようにしている。多職種間で認識すり合わせを行う上で有用である。院内では、医師の意見が強くなってしまうことがあるが、ガイドラインがあることにより、ガイドラインを根拠にすることで対応を揃えることができる。また、病院内の倫理委員会が根拠のあるワーディングで説明を行えるようになったと感じている。
- 国と地域の２段階のガイドラインを設置し、住んでいるところによる格差を減らすことは大切だと考える。

【「人生の最終段階における医療の決定プロセスに関するガイドライン」について】

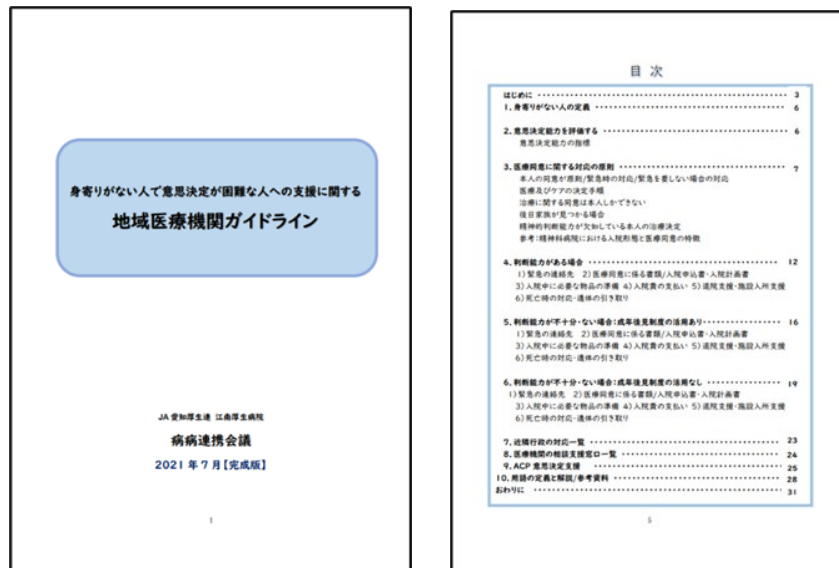
- 「人生の最終段階における医療の決定プロセスに関するガイドライン」が展開されたことを受けて、当院でも研修を始めた。その際、当院の倫理委員会を中心にマニュアルを作成した。
- 当院は、2018～2020 年（最後の 1 年のみコロナ禍）に国立長寿医療研究センターの「あいち ACP プロジェクト」に参加し、尾張北部医療圏における ACP 推進拠点病院となった。これをきっかけに、もともとあった倫理委員会を中心に意思決定支援推進委員会をつくり、さらに取組みを進めた。
- 「あいち ACP プロジェクト」の一環として実施されていた ACP 講師養成人材研修には、当院の MSW 2 名と、医師会・薬剤師会・栄養士会・医療ソーシャルワーカーの団体・介護支援専門員の団体等の有志が参加していた。これらの人が講師となり、愛知県内 10 拠点での人材育成に尽力した。当院の所属する尾張北部医療圏では、この研修に 3 年間で計 70 名弱が参加し、現在は 45 名程度がエリアリーダーとして活動している。その後、当院を拠点に、5 市 2 町の医師会と医療機関や在宅支援機関に対して、6 つの研修動画を配信する研修を実施し、計 180 人程度が受講し、120 人程度が終了した。なお、研修修了者であることを示す名札用シールと終了証が配布されており、受講者がステータスを持って活動できるようにしている。
- ACP のエリアリーダーおよび研修修了者を対象として昨年より交流会を実施して、今年も実施する。広域での交流会は相互の取組みを学ぶことができ有益である。また、一緒に取り組むべき方向性も確認できるというメリットもある。全体と各地域、という 2 つの側面での推進は意味があると思う。

②意思決定支援、権利擁護に関する取組みの経緯、内容、今後の展開

- 「身寄りがいない人の入院及び医療に係る意思決定が困難な人への支援に関するガイドライン」が国から出されたことをきっかけに、普及啓発を行うようになった。救急病院である当院では、後方連携病院 10～12 件と一緒に病病連携会議（病院長・看護部長・相談部門職員で構成）を開催し、ガイドラインの周知を図っている。

- 判断能力が不十分な患者に関しては、医療・ケアチーム内で丁寧な話し合いを行うことはもちろん、意思決定支援マニュアルを各病院レベルで作成・運用することが必要だと考えた。そのため、尾張北部医療圏の11病院に対して、当院の倫理マニュアルを展開したが、1年後、結果的には2病院にしか横展開しなかった。原因を調査したところ、特に個人病院・小さな病院の場合、リーダーがいない・手が足りない・新しい委員会が立てられない・医師の考え方などの課題から実現が難しいことが明らかになった。院内の権限として、相談員（医療ソーシャルワーカー・看護師等）がマニュアルを作成することは難しいこと等であった。
- そうした経緯から、当院がエリア共通の「地域医療機関ガイドライン」をつくった。国の「身寄りがいない人の入院及び医療に係る意思決定が困難な人への支援に関するガイドライン」を根拠に、現場ニーズの高い下記の情報を追記した形とした。
 - 「同意者がいない場合の考え方」については、愛知県が弁護士会と協力して医療同意に関する研修会を行っていたため、そちらを参考にしつつ、当院で実際に行っている対処方法を解説し、病院長同士でコンセンサスをとったうえで共有した。
 - 本人の判断能力の見極め方については、国のガイドラインの記述を参照しつつ、判断能力が不十分であったとしても本人の意思はあることなどを記載した。
 - 本人死亡時の行政対応に苦労している病院が多い。特に、当院は複数の市町村から患者が来る・複数の市町村の施設につなぐことが多いため、自治体担当者の経験値等で対応が異なることを日々感じていた。そこで、医師会と相談の上、在宅医療介護連携の文脈で行政関係者が集まる会議において、成年後見の首長申し立て・親族調査のやり方を整理したいと相談し、行政側も病院ごとに考えが違うことに戸惑っていること・首長申し立ての主体が行政であることを踏まえた言葉の表現をしてほしいことなどについて行政側から意見をもらった。64歳以下・65歳以上の窓口、平日時間内・時間外・休日それぞれの対応フロー・連絡の在り方を定めた。
 - 行政からも、「無理な連絡」「行っても何もできることが無いと明らかな呼び出し」が減ったと評価されている。病院の夜間当直・事務担当者の対応がスムーズになったとの声が聴かれた。
- 3市2町の行政と共有しているため、医療機関と行政に対してアンケート調査を2回実施し、地域医療機関ガイドラインの効果と課題を明らかにしている。課題に対して今後も地域で取り組んでいく。
- 国のガイドラインに沿って「地域医療機関ガイドライン」を作成したため、名称は「ガイドライン」としているが、地域で活用する際にどのような名称を使うかは検討課題だと思う。ただ、マニュアルが「守らなくてはならない手順を示すもの」であるのに対し、ガイドラインは「指針」なので、地域で展開する際にはそちらの方が良かった。

「地域医療機関ガイドライン」の表紙と目次



資料：<https://konankosei.jp/assets/documents/network/chiikiiryouguidelines.pdf>

- 「地域医療機関ガイドライン」の周知にあたって、2021・2022年にオンライン研修を行った（オンデマンド配信も実施）。2023年は実施しなかったが、別途、行政と協力して実施した調査の結果、毎年周知を行う必要があると結論付けられた。2024年からは、ガイドラインの内容を説明した15分くらいの動画資料を作成し、病院や行政に展開しようと考えている。職場内の研修もやりやすくなると見込まれている。

③高齢者等の医療や介護に携わる方々が、意思決定支援・権利擁護推進を実践するための環境整備、効果的な方策

- 医療機関は個人情報保護意識が高く、医療・介護の多機関連携による意思決定支援・権利擁護推進の壁になることがある。
- 当院の場合、本人同意の有無を明らかにしたうえで対応することを指針としている。また、「同意がない」ことの理由にも着目しなくてはならない。同意が「取れない」状況なのに情報提供を拒めば、ケアマネジャー等による支援の妨げになってしまう。
- 個別事例について問い合わせが入った場合、当院ではいったん相談部門に集約し、よく検討したうえで情報提供を行うようにしている。
- 病院によって対応の仕方がまちまちで、問い合わせには全く対応しないところもあるため、具体的な対応方法まで踏み込んだ、標準的な個人情報の取り扱いに関するガイドラインがあると良い。

④認知症の人の日常生活・社会生活における意思決定支援、権利擁護の取組みと課題

【ガイドラインの周知について】

- ガイドラインの周知は短いスパンで定期的に行わなくてはならない。
- ガイドラインの解説の動画など、国が作成し、地域で活用できるものがあるとよいかもしれない。また、すでに作成された良いツールがあっても、現場になかなか知らされないこともあるので、周知方法が大事。

【認知症の人の権利擁護について】

- 現在の医療現場では、「本人の権利を大切にするための具体的な手順」を定めたものや、「患者の権利を大切にしなければならない」ことの法律的な根拠がない。そのため、認知症の人に対して病状説明がなされず、本人の意向が置き去りになる傾向があった。特に、自分の意思を表しきれない患者の権利は護られきれないところがある。そのような状態を防ぐため、当院では、看護師等が本人の意思を聞き取り、医師等に伝え、医師は本人にとって理解しやすい言葉で本人に説明するようにしている。また、認知症の人は忘れてしまうので、何度も説明する必要がある。
- 今後は、医療基本法など患者の権利を守るための根拠の枠組みが患者の視点で定められることが待たれる。
- 本人中心を病院の理念として掲げていても、家族が強い意向を持っているとそちらが優先されてしまうことは多い。ただ、重要な意思決定の場面に複数の職種が関わる仕組みを作っておくことで、本人の意向を尊重しやすくなるのではないかと考えている。
- 現状では、入院前の本人がどういう人だったのか、どのような価値観を持っていたのかに関する背景情報はいまだに不足しており、ACPを行ううえで支障がある。本人が地域でどのような人生を送って来たのかをより深く知ることができるとよい。
- 医師は患者と接する時間が限られているので、看護師がケアマネジャー等を通じて入院前の情報を把握し、今の本人の判断能力の状態を見極め報告したり、相談員が活動するなかで得た情報を適宜伝えたりすることが大切である。ただ、ケアマネジャーからは、「具体的に何を事前に把握しておけばよいのかわからない」という声が聞かれる。必要な項目を網羅したフォーマットがあれば、イメージしやすくなるだろう。

【身元保証人の必要性について】

- 当院が実施した調査の結果、入院申込書において身元保証人に関する情報を求めている病院がほとんどである（当該情報がなくても入院は可能）。また、医療費支払いの見込みがない場合は受け入れを断っている実態が明らかになった。身元保証人に関する情報を求める理由としては、「病院から施設へ移動する際、福祉施設側が求めるから（ないと受け入れてもらえないから）」などが挙げられた。
- 一方、福祉施設への調査結果からは、「身元保証人は同世帯で1人・別世帯の場合2人必要」とされることが多いことが分かったが、その理由は「もともとそういうルールになっているから」等根拠に欠けるものであった。また、「入院の際に病院側が求めるから、緊急入院を想定して必要だ」と説明するところもあった。
- 入院の際に定まっていると良い情報項目は、「金銭管理者」「（洗濯など）身の回りのことの管理者」「医療費等の支払者」である。身元保証人の有無よりも、これらの点を確認することを重視すべきである。医療・福祉・行政の間で合意をとったフォーマットがあると良いのではないかと。名古屋市においてはすでに ACP としてその案が作成されており、当地域でも 2024 年 4 月から関係者による協議を行いながら、入院・入所時に必要な情報シートを作成していきたいと考えている。
- 精神科病棟での入院歴が長い人が身体症状で一般科の病院に入院する場合がある。精神科入院中においては金銭管理や身の回りのサポートを受けて問題なく過ごせていたものの、救急病院ではこのような支援が受けられないことになり、判断能力が不十分またはない場合は、身寄りのない人と同じ状態になることがある。医療費の支払い、死後の事務処理に手間取るケースも多い。精神科病院においても、上記項

目の事前把握を行っておくこと、すなわち成年後見制度の申請手続きも含めて、もしものことを考えた準備としての ACP の推進ができれば、本人の不利益を減らすことができるだろう。精神科医療機関に対する ACP の普及啓発が遅れていると感じる。当地域では一緒に取り組んでいこうと考えている。

⑤地域包括ケアシステムとの関係性

- 医療機関への入退院・福祉施設への入退所の際に起きる問題は、医療機関・福祉施設だけの問題ではない。行政が設定する介護保険事業計画・地域福祉計画は、地域の医療機関・福祉施設等の実態を踏まえて作成する必要があると思う。行政は在宅介護に注意を向けがちであるため、医療機関・福祉施設の中で起きていることを知らず、本人の意思決定・権利擁護上問題のある運用を行っている施設があること等を十分に把握していない印象がある。
 - 生活保護受給者等で、本人のお金の使い道が最初から決められている福祉施設もある。「そうしないと入れないから」と言われたら、本人は同意するほかない。
 - 施設によっては、提携病院としか連携を行わない、緊急搬送はしない等、契約書や重要事項説明書に書いているところもある。医療機関の判断なしに、施設で不適切に「看取り期にある」と判断した事例もある。病院としては、「囲い込み」的なことを行う施設に患者・家族を紹介できない。福祉施設の在り方が十分に統制されていない現状において、施設紹介を行うことにはリスクがあると感じる。
- 地域の医療機関・福祉施設における身寄りのない人の実態および本人の意思決定・権利擁護にかかる情報を数値レベルで行政に報告することを義務化し、地域における高齢者・介護保険・障害者の事業計画策定の会議等で、在宅以外の地域の療養者は居住者の実態を把握する事、分析を行うことができれば、行政の会議がより地域課題を可視化できるのではないかなと思う。今は、在宅系のサービスとりわけ介護保険や障害のサービス利用の観点からの数字だけで地域の計画を作っている。実際に傷病者になった場合に生じている課題にこれまで着目することが、その地域の課題ではないだろうか。
- 大きな病院の役割として、自院のマニュアルやガイドラインをもう一段階一般化したエリア共通のガイドラインを作成し、地域で共有することは、他の地域でも実施できると良いと思う。それが地域包括ケアシステムを実現するためのひとつの方法なのではないか。

⑥国、他都道府県・他地域についての要望や意見

- 認知症の人の発言をもっと重みあるものとして扱うよう、「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」に追記してもらいたい。
- 「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」を含む複数のガイドラインに、「合議で決めましょう」という旨の記載があるが、特に在宅で行われる話し合いなど、中立的な立場の第三者が参加しない場合においては、「合議」の結果、本人の意向が無視されてしまう場面も多く見受けられる。ボトルネックの問題は、合議に参加する人の構成だと考える。普段、支援に関わる人だけではなく、認知症看護の認定看護師や倫理研修を受けた人等の、本人と強い利害関係を持つ人以外を入れて合議することなど、中立性を意識した形を推進できると良い。
- 地域レベルのガイドラインが無いことが問題だと考える。法的責任に関わるものに関しては、都道府県・医療圏・医師会の在宅医療・介護サポートセンター等の地域ネッ

トワークのレベルで一定のガイドライン・マニュアルを示すべきではないか。日常生活自立支援事業など、都道府県ごとに運用が異なるものもあるため、国のガイドラインがあるだけでは足りない。

- 例えば行政における親族調査から市長申立てまでにかかる時間が長すぎるケースもある。親族調査に区切りをつけるタイミングが示されるべきではないかと感じる。この点、会議等でいったんの結論を出しても、担当者が代わると振出しに戻ることもある。
- 市町村レベルで作成された決まり事を他市町村が確認できるように、都道府県の HP に集約して公開してはどうか。行政間の連携にも力を入れてほしい。

（５）文献調査：株式会社ベネッセスタイルケア

株式会社ベネッセスタイルケアについては、下記の文献により、同社の認知症ケアにおける意思決定支援に人財育成に係る取組みについてとりまとめ、紹介する。

資料：「国民の介護白書 2023 年度版 幸せな長寿社会を実現する『介護の教育』（2023 年 11 月 26 日、発行所：株式会社 日本医療企画）の 128 頁～134 頁。第 2 部 社会における介護の教育「年をとればとるほど幸せになる社会」の実現に向けて」
株式会社ベネッセスタイルケア ベネッセ シニア・介護研究所 主任研究員 福田亮子
株式会社ベネッセスタイルケアのサイト。具体的な箇所で URL を掲載。

①「年をとればとるほど幸せになる社会」の実現に向けて

- 教育事業を起点とするベネッセは、介護事業（1995 年～）・保育事業（1994 年～）を開始した。
- 介護の仕事には高い専門性が求められるが、その専門性の裏付けとなる知見の体系化や共有はまだ道半ばであるとの認識から、2015 年には、社内シンクタンク「ベネッセ シニア・介護研究所」を設立した。エビデンスに基づく介護現場における知見の集約と体系化・横展開を中心に「年をとればとるほど幸せになる社会」の実現に向け、介護職の育成に取り組んでいる。

②ベネッセ シニア・介護研究所の取組み

- 研究所は、「高齢者・介護に関する未解決のテーマに取り組む」「現場の実態や利用者・家族・介護スタッフの声を発信する」「介護人材の成長とキャリアにフォーカスした研究を行う」という 3 つの軸で調査・研究を行っている。
- 同社は、354 の高齢者向けホームを運営しており（2023 年 9 月 1 日現在）、これらのホームはエリアごとに事業本部に分けられている。研究所は、どの事業本部にも属さず、全国のホームのデータや事例の分析によって、社内の知見を整理・集約し横展開している。外部機関と連携した調査・研究も行っている。

③データの利活用：サービスナビゲーションとマジ神 AI

- 同社の介護事業運営においては、介護記録データプラットフォーム「サービスナビゲーション」が大きな役割を果たしている。個々の入居者に提供すべき介護サービスの予定と実績を一目で把握できる。パソコンやスマートフォン等の複数のデバイスからアクセスが可能で、情報の記録・確認・共有が簡単にでき、職員間の引継ぎや情報共有を効果的かつ効率的に行うことができるようになった。
- 「マジ神」は、高い専門性と実践力を持つ介護の匠を認定する社内資格制度である。「マジ神」には「認知症ケア」「安全管理と再発防止」「介護技術」「医療連携 & ACP（アドバンス・ケア・プランニング）」の 4 つがある。
- 「認知症ケア」については、蓄積される入居者の様々なデータを利活用し、マジ神が日々、効果的かつ効率的に質の高い介護サービスを提供する際のノウハウを利活用し、経験の浅い介護職であっても質の高い介護サービスの提供を可能にすることを目指している。

- 2021年度からは、「マジ神A I」の開発を進めている。「マジ神AI」は機械学習により、入居者の状況観測データを可視化し、適切なケアのフィードバックを行うデジタルツールである。具体的には、マジ神たちの経験や知識をデータベース化してAI学習させ、介護記録やセンサーが観測したデータを見える化し、睡眠やバイタルサイン（体温、血圧等）の情報から普段の傾向と異なる日を判定（異常検知）できるようにしている。見える化にとどまらず、例えば、BPSD（認知症に伴う行動・心理症状）など専門性の高い領域のデータから入居者に認知症の傾向があるかどうか予測可能になる。その要因に対する適切なケアを提示するので、マジ神認定にはいたっていないスタッフも入居者様の助けとなるヒントが得られる。
- 「マジ神A I」については、研究所が多角的に導入効果の検証を行い、その結果を「マジ神A I」を活用しやすくするためのユーザーインターフェースの改善や活用促進のための研修に活かすなどしている。

④「認知症ケアで大切にしたい7つのこと」に示された40のコツ

- 同社は「その方らしさに、深く寄り添う」を実現した事例を数多く集め、それらを比較分析することにより、様々な共通のパターンを見出し、「認知法ケアメソッド」として、『あなたと生きる世界をつくることば』を言語化した。
- 40のコツを分類して、「認知症ケアで大切にしたい7つのこと」にまとめている。一つ目の「その方らしさを知る」では8つのコツが紹介されている。
- 一例であるが、5つの目のコツは、『『どちらかといえば』からはじめる』である。介護職は入居者が本当に願っていることを叶えたいと思って、やりたいことや意見を聴いても、そのことを想像することが難しい、意欲がわからない等から、入居者は「何でもいい」「わからない」ということがある。そうした場合、スタッフから2つか3つ選択肢を提案して、入居者の様子を注意深くみながら、会話を進め、意見交換することを薦めている。
- 現場の介護職が悩んだ時に、状況を打開するヒントとなるよう、平易かつ親しみやすい言葉で起こりがちな問題と解決策を具体的に記述している。「認知法ケアメソッド」を同社が運営する全ホームに配布し、活用促進のためのオンライン講座等も実施することにより、成功事例が次々と生まれ、職員の意識にも変化がみられる。





資料：株式会社ベネッセスタイルケア HP（2024 年 3 月 22 日閲覧）

<https://www.benesse-style-care.co.jp/method03/>

⑤介護の専門性を高める研修

- 従来、介護職のキャリアアップは、介護福祉士等の資格取得やチームリーダーになること等が一般的であった。さらにケアマネジャーや生活相談員等の職種に転身するケース、管理者や施設長等のマネジメント職になるケースが挙げられるが、介護の専門性をさらに高める研修を個々の介護事業者が提供する例は多くはない。
- そうした中、同社は人財育成の担当部署が中心となって高い専門性の習得を目指した研修体系を構築し、「研修」による人財育成にも注力している。
- 介護の仕事の基本的な知識やスキルを習得するための入社時研修に始まり、「認知症ケア」「介護技術」「事故の再発防止」の3つの分野について3ステップの研修により、介護のプロフェッショナルとしての専門性を高めていく。

- 前述の「マジ神」は、一人ひとり異なる入居者の「ありたい姿・状態」を把握し、常に変動する状態を見極めてありたい姿・状態に近づけるような関わりをすることで、QOLを実現していく。「マジ神」は、高い専門性を持つだけでなく、それを実践の場で発揮している。さらに多くの「マジ神」を育成するため、「マジ神」が培った知見を言語化した前述の4つの分野での研修を実施する他、前述の「マジ神AI」の活用を図っている。
- 同社が提唱する介護の専門性において、「認知症ケア」は柱の一つとされている。「その方らしさに深く寄りそう」上で、意思決定支援は重要であるが、同社は介護の実践の中から多数の知見を蓄積し、職員に「仕組み」、「メソッド」、「研修」を通して効率的、効果的に伝えている。

⑥情報発信を通じた介護業界への貢献

- 同社が開発してきた人材育成メソッドや知見を社会へ発信するウェブサイトを開設している。現場の実践により積み重ねた実践のコツや育成のポイントを発信し、広く介護業界への貢献も行っている。



「ベネッセスタイルケア アカデミー」 ウェブサイト（2024年3月22日閲覧）

<https://www.benesse-style-care.co.jp/academy/>

第6章 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の活用及び意思決定支援・権利擁護推進のあり方について

本事業では、認知症施策推進大綱（2019～2025 年）の期間を踏まえ、令和元年度～令和5年12月の期間における自治体（都道府県・指定都市、市町村）、地域包括支援センター、介護施設・事業所（ケアマネジャーが人員配置基準となっている11の介護保険サービス）の取組みの現状について4種類のアンケート調査を実施した。そのほか、意思決定支援のガイドラインや研修等において先進的な取組みを行っている好事例にヒアリング調査・文献調査を行った。

調査結果を踏まえ、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の活用及び意思決定支援・権利擁護推進とあり方について、以下に提言をとりまとめる。

（1）都道府県・指定都市の医療・介護等専門職向けの意思決定支援ガイドラインにかかる研修の実施について

①都道府県・指定都市の医療・介護等専門職向けの意思決定支援ガイドライン等の研修の実施状況

現在、国の意思決定支援に関するガイドラインは、対象、利用場面等により5つがある。さらにアドバンス・ケア・プランニング（通称：人生会議）の取組みも推進されている。

令和元年度～令和5年12月において、認知症の高齢者等に対する意思決定支援についての医療・介護等専門職向けの研修や勉強会を実施した割合は61.1%と6割を超えていた。研修の内容は、「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」が75.8%、「人生会議（ACP）」が54.5%、「意思決定支援を踏まえた後見事務のガイドライン」、「人生の最終段階における医療・ケアのプロセス決定に関するガイドライン」がそれぞれ30.3%であった。

実施していない理由としては、「他の専門職向けの研修に、内容として（部分的に）取り入れる形式が適していると考えたから」が52.4%、「『意思決定支援』として研修を企画・立案することが難しかったから」が42.9%であった。

②国補助事業等による「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」にかかる研修教材等のツールの作成

本事業では、特に、国の意思決定支援に関する5つのガイドラインの中でも、「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」に着目している。

平成27年度から、厚生労働省の老人保健事業推進費等補助金により、国立長寿医療研究センターにて、「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」にかかる取組みがスタートした。

その後も調査や検討が積み重ねられ、医療・介護等専門職向けの研修については、『ガイドライン研修（独立実施型）（以降、『独立型研修』という）』と『ガイドライン研修（組み込み型）（以降、『組み込み型研修』という）』の双方について、研修教材（テキスト、動画、小冊子、リーフレット等）が作成された。

☆ 『ガイドライン研修（独立実施型）』とは、講義（60分）と演習（2編120分：グ

ループワーク①日常生活編・②社会生活編)から構成され、3時間程度のカリキュラムを標準として実施される研修である。

- ◇ 『ガイドライン研修(組み込み型)』とは、ガイドラインの概要や基本的な支援プロセス等の重要部分を15分程度の動画にまとめた『ガイドライン研修(組み込み型)』の教材等が国から提供されており、他の研修に『ガイドライン研修(組み込み型)』教材を組み込んで行う研修である。

もともと、『組み込み型研修』は、認知症の人の日常生活・社会生活における意思決定支援に関する最初の学びの機会に位置付けられ、次に『独立型研修』を受講することを想定して開発された研修である。医療・介護等の専門職は、『組み込み型研修』で、意思決定支援の基本的な考え方や技術を学んだ後、実践に取り入れながら、さらに『独立型研修』で学習し、定着や応用につなげていくことが期待される。

さらに、各職種向けの「認知症対応力研修」、「認知症介護基礎研修」、「認知症介護実践者研修」、「認知症介護実践リーダー研修」、「認知症サポーターのステップ講座」の各研修の講義スライドや講義テキストにも意思決定支援の内容が盛り込まれるようになった。

③都道府県・指定都市アンケート調査結果にみる「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」にかかる研修の実施状況

都道府県・指定都市の医療・介護等の専門職向けに実施するガイドラインの実施状況をみると、『ガイドライン研修(独立実施型)』の実施は9.3%と低かった。『独立型』として実施しなかった理由としては、「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のみの研修ではなかったから」が63.3%、「講師等が準備する教材・資料を用いたから」が26.5%等であった。

一方、『組み込み型』の実施は64.8%と6割を超えていた。「認知症介護実践者研修」74.3%、「薬剤師認知症対応力向上研修」71.4%、「歯科医師認知症対応力向上研修」68.6%、「かかりつけ医認知症対応力向上研修」65.7%、「看護職員認知症対応力向上研修」60.0%、「認知症介護基礎研修」60.0%と、多職種について60%以上で実施されていた。実施していない理由としては、「その他」が47.4%、「講師や委託先との調整が難しかったから」、「『ガイドライン研修(組み込み型)』の教材があることを知らなかったから」がそれぞれ31.6%等であった。

都道府県・指定都市においても、意思決定支援の重要性や普及啓発等に取り組む必要性は認識されており、前述した研修教材が整備されたこと等を背景に、組み込み型研修は取組みが進んでいると考えられる。

④考察

高齢化により認知症の人の増加が見込まれることから、認知症施策において大きな役割を担う医療・介護等の専門職の認知症に対する知識や対応力の向上は喫緊の課題となっている。地域による研修の機会の格差は望ましくないことから、研修を未実施の都道府県・指定都市においては、上記のツール等を活用して、早期の実施が望まれる。

しかし、自治体の職員は、実務経験のある医療・介護専門職ばかりではないこと、様々な業務を担当し、多忙で異動もある。ガイドラインや研修のプログラムや教材が作られた経緯や内容等を十分に把握した上で、専門職向けの研修の企画・開催をすることは容易ではないという意見もみられた。

国や都道府県・指定都市は、こうした現状を踏まえつつ、共生社会の実現を推進するため

の認知症基本法（以降、認知症基本法という）の施行を受け、より効果的な認知症施策の推進、認知症と認知症の人に対する正しい理解の普及啓発、都道府県・指定都市への研修実施の推奨、研修機関・講師や研修教材等の情報提供、研修教材の改訂支援等に、継続して取り組むことが期待される。認知症基本法の施行を受け、関係者の意思決定支援に対する関心は高まっていることから、国や都道府県・指定都市は、重要な事項や情報を体系的に整理して、適宜、更新して最新の情報を自治体、関係者・関係団体等に周知することが望まれる。

（２）市町村、地域包括支援センターの意思決定支援に関するガイドライン等の研修の実施について

①市町村、地域包括支援センターの意思決定支援に関するガイドライン等の研修の実施状況

認知症の高齢者等に対する意思決定支援について、医療・介護等の専門職や地域住民向けの研修や勉強会の実施については、「実施していない」が市町村 50.6%、地域包括支援センターが 52.3%と過半数であった。「実施している」は市町村 48.3%、地域包括支援センターが 45.1%で、「実施していない」が上回るものの、「実施している」と拮抗している。

実施していない理由は、「職員が多忙で意思決定支援に関する研修を企画・実施する時間的な余裕がない」が市町村 41.3%、地域包括支援センター46.8%で最も多かった。「研修を企画・立案することが難しい」が市町村 39.7%、地域包括支援センターは 37.9%であった。

実施した研修の種類について尋ねたところ、「認知症サポーター養成講座」が市町村 58.7%、地域包括支援センター74.5%、「人生会議（アドバンス・ケア・プランニングの講座）」が市町村 48.3%、地域包括支援センター39.9%で多かった。「認知症の高齢者等に対する意思決定支援に関する講座」も、市町村 15.8%、地域包括支援センターは 11.9%で実施されており、意思決定支援に対する関心や期待が高いことがうかがえる。

②考察

市町村、地域包括支援センターにおいても、医療・介護等の専門職や地域住民向けの意思決定支援に関する研修等が実施されている現状が明らかとなった。「認知症サポーター養成講座」、「人生会議（アドバンス・ケア・プランニングの講座）」等、一定の認知や普及が進んでいる、標準的なテキストや研修資料がある、企画立案や実施が行いやすい研修が実施されている。

地域で、専門職、地域住民、企業、自治体や地域包括支援センターの職員等が、研修の場で意思決定支援やガイドラインについて学び合うことは、個別の事例等への対応力が向上するとともに、地域包括ケアシステムの構築、共生社会を構築するための基盤づくりとして有効だと考えられる。

本調査結果から、意思決定支援やガイドラインの研修については、都道府県・指定都市のみならず、市町村、地域包括支援センターなども実施しており、様々な主体が様々な目的で取り組んでいることが明らかになった。

一方で、意思決定支援やガイドラインの研修を実施していない市町村が過半数という現状がある。自治体や地域包括支援センターの職員は多忙なため、ガイドライン等の研修の企画・実施は優先度が低い場合もあるという意見もみられた。

国は、認知症施策を俯瞰しながら推進する立場にあることから、意思決定支援やガイドライン等の研修の位置付けや役割分担を明確にして、効率的、効果的に各主体を支援すること

が期待される。

（３）ガイドライン等の周知・啓発への取組み（市町村、地域包括支援センター）

令和元年度～令和５年１２月までに、「事前に本人の意思表示を確認する取組み」として認識し、実施したガイドライン等に関する周知・啓発等の具体的な取組みについては、「人生会議（ACP）」が市町村 55.1%、地域包括支援センター45.1%と最も高かった。「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」は市町村 16.7%、地域包括支援センター23.6%にとどまっていた。

現在、市町村、地域包括支援センターには、取り組まなくてはならない認知症施策、その他の関連する施策が多数ある（例：介護予防、通いの場事業、介護予防・日常生活支援総合事業、認知症総合支援事業、認知症初期集中支援チーム、認知症検診、認知症地域支援推進員、「徘徊」探索、若年性認知症の方の就労サポート、認知症サポーター養成講座、チームオレンジ、本人発信支援、本人ミーティング、ミーティングセンター、認知症カフェの支援、成年後見制度の利用促進、日常生活自立支援事業、生活支援体制整備事業、重層的支援体制整備事業、生活支援コーディネーター、見守り、孤独・孤立防止、虐待予防、官民連携等）。

認知症施策を行う上で、意思決定支援は基本であり、その重要性は認識しつつも、地域のニーズや実情等にあわせ、施策の優先度をつける必要があることから、「ガイドラインの周知・啓発の取組み」に特化した取組みを実施する市町村、地域包括支援センターは少ないという現状が確認された。しかし、認知症基本法が施行され、意思決定支援や権利擁護の推進が基本的施策として位置づけられたことから、今後、自治体や地域包括支援センターではこうした取組みがさらに推進されていくものと考えられる。

（４）認知症の高齢者等に対する意思決定支援に関する研修の参加について（地域包括支援センター、介護施設・事業所）

令和元年度～令和５年１２月の間の認知症の高齢者等に対する意思決定支援に関する研修等への参加については、「参加した」が地域包括支援センター44.5%、介護施設・事業所40.1%（うち居宅：49.7%、施設・住まい：28.8%）であった。「参加していない」が地域包括支援センター41.4%、介護施設・事業所43.6%（うち居宅：35.2%、施設・住まい：53.6%）であった。現状、認知症の人の相談や介護を業務とする地域包括支援センター、介護施設・事業所においても、意思決定支援に関する研修の参加率は半数以下となっている。

医療・介護はチームケアが基本であるが、意思決定支援も支援者がチームで取り組むことが基本とされている。関心のある一部の専門職、一部の地域包括支援センターや介護施設・事業所だけが研修を受講して、知識やスキルを高めても、本人の意思の尊重、意思決定支援にはつながりにくいことが指摘されている。意思決定支援に関する研修等の企画・開催については、「点（個人・個々の地域包括支援センターや介護施設・事業所）」に留まらず、「線（連携）」から「面（地域）」へと普及するよう、なるべく多くの人、地域包括支援センターや介護施設・事業所が参加しやすい開催方法・内容等が望まれる。

（５）「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」の認知度について（市町村、地域包括支援センター、介護施設・事業所）

「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」の認知度について

では、「ガイドラインがあることを知っていた」は市町村 61.3%、地域包括支援センター 72.2%、介護施設・事業所 65.5%（うち居宅：65.0%、施設・住まい：66.0%）といずれも 6 割を上回っており、認知度は高いことが明らかとなった。

しかし、「ガイドラインの内容まで把握している」は、市町村 26.3%、地域包括支援センター 18.4%、介護施設・事業所 14.9%（うち居宅：17.1%、施設・住まい：12.1%）と 1～2 割台にとどまっており、今後は内容の理解、習熟度を高めることが課題と考えられる。

近年、コロナ禍で対面形式での研修開催が困難だったことから、オンライン・オンデマンドの研修プログラムも開発され、意思決定支援に関するデジタルのコンテンツも増え、それぞれの事情に合わせた使い分けや活用が可能となっていることも、本調査から明らかとなっており、こうしたデジタルコンテンツも有効に活用し、ガイドラインの内容の理解、習熟度を高めることが重要である。

（６）「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」の活用について（地域包括支援センター、介護施設・事業所）

「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」の活用（複数回答）については、「書籍やインターネット等で、職員が学習している」が地域包括支援センター 33.1%、介護施設・事業所 45.4%（うち居宅：50.6%、施設・住まい：39.3%）であった。「職員が外部の研修に参加してガイドラインについて学習している」は地域包括支援センター 27.9%、介護施設・事業所 42.0%（うち居宅：56.1%、施設・住まい：25.3%）であった。

「内容をふまえて、利用者に対して意思決定支援を行っている」は、地域包括支援センター 24.6%、介護施設・事業所 39.7%（うち居宅：46.3%、施設・住まい：31.9%）であった。書籍やインターネット、外部の研修参加等により学習し、得られた知識や技術を実際の意思決定支援につなげていることがうかがえる。特に介護施設・事業所の「うち居宅」は、ガイドラインを実務に活かしていることがうかがえる。

この点、介護施設・住まい系施設の入所・入居者は、ある程度、入所・入居先により決められたルーティンに従って生活をしているが、居宅の人の日常生活・社会生活は多様であり、本人の意思決定を支援する機会が多いためではないかと考えられる。また、介護施設・住まい系施設の入所・入居者の方が、在宅の人よりも要介護度等の心身状況がより重度であることも予想される。軽度の人の方が自身でできることも多いことから、居宅の方が意思決定支援の内容も広範囲で選択肢が多いなど、意思決定支援の内容が異なる可能性も考えられる。

（７）国が「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」を策定することの意義と課題

国が「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」を策定していることについては「良い」と「とても良い」の回答の合計は市町村 90.1%、地域包括支援センター 85.0%、介護施設・事業所 82.4%（うち居宅：83.0%、施設・住まい：81.8%）と、ガイドラインの評価は高い。

ガイドラインの意義については、「本人の意思の尊重、尊厳の保持という対人援助の基礎に立ち戻ることができる」が市町村 72.8%、地域包括支援センター 76.4%、介護施設・事業所 77.9%（うち居宅：75.3%、施設・住まい：81.0%）であった。「意思決定支援の考え方を習得できる」が市町村 71.3%、地域包括支援センター 70.1%、介護施設・事業所 68.5%（うち居宅：68.4%、施設・住まい：68.6%）であった。

その他、「意思決定支援の具体的な取り組み方を習得できる」「国が基本的な考え方や取り組み方を示すことで、意思決定支援の重要性を認識できる」「医療・介護・福祉・行政等の様々な分野の支援者がチームで本人を支援する方法を統一的に習得できる」「ガイドラインとして文書化されると、迷った時にいつでも参照できる」「医療・介護・福祉・行政等の様々な分野の支援者がチームで本人を支援する方法を統一的に習得できる」等も、意義として評価する割合が4割以上と高く、ガイドラインの意義については多くの点で評価されている。

ガイドラインについて分かりづらいと感じる事項については、「ガイドラインを読むだけで理解・習得することは難しい」が市町村 52.5%、地域包括支援センター44.0%、介護施設・事業所 39.6%（うち居宅：36.1%、施設・住まい：43.8%）であった。「家族が意思決定に大きな影響を持つ事例も多く、ガイドラインの通りに実践することが難しい」が市町村 48.6%、地域包括支援センター52.1%、介護施設・事業所 53.3%（うち居宅：54.6%、施設・住まい：51.7%）であった。

意思決定支援を受ける本人に家族がいる場合、家族の事情や意向への対応も必要となるため、現実には、ガイドラインどおりにいかないことも少なくないとの意見もみられた。家族の事情や意向との調整等についての理解促進のため、国や都道府県・指定都市は、独立型研修の実施と受講の推奨や事例紹介を行うこと等について、今後さらなる検討が必要と考える。

（８）要介護者、要支援者、事業対象者の日常生活・社会生活における意思決定支援の必要性の状況

①要介護者、要支援者、事業対象者の日常生活・社会生活における意思決定支援の必要性

日本の介護保険制度は、原則として、地域包括支援センターが要支援者までの軽度者のケアマネジメントを行い、要介護者は居宅介護支援事業所がケアマネジメントを行う制度となっている。本調査においても、事業対象者、要支援者、要介護者と心身状況が重くなるにつれて、利用者が地域包括支援センターから、介護施設・事業所に移っている様子が確認された。

以下に、本調査で得られた「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」に示された日常生活・社会生活に関する意思決定支援の必要性に関する結果をまとめる。

今回調査をした3区分の中で、最も心身状況が重い要介護者は、主に介護施設・事業所を利用している。これを介護施設・事業所側からみると、「1.介護保険、保険外サービスの利用、ケアプラン」89.2%、「2.食事・入浴・被服の好み・排せつ・整容」93.6%、「3.外出、日常提供されたプログラムへの参加、社会参加」86.5%、「4.住まいの移動（自宅、高齢者住宅、グループホーム、施設）」74.5%、「5.日常的な医療の選択（医療機関、療養場所、治療、予防等）」83.8%、「6.日常的な金銭管理（成年後見制度利用の薦めを除く）」71.2%の6項目について、70%台から90%台の高い割合で「意思決定支援の対象となる人がある」と回答している。

要支援者は、介護施設・事業所の利用者もいるが、主に地域包括支援センターを利用していることから、ここでは地域包括支援センターの結果を紹介する。地域包括支援センター側からみると、要支援者の利用者については、「1.介護保険、保険外サービスの利用、ケアプラン」64.4%、「2.食事・入浴・被服の好み・排せつ・整容」39.4%、「3.外出、日常提供

されたプログラムへの参加、社会参加」49.2%、「4.住まいの移動（自宅、高齢者住宅、グループホーム、施設）」41.8%、「5.日常的な医療の選択（医療機関、療養場所、治療、予防等）」52.7%、「6. 日常的な金銭管理（成年後見制度利用の薦めを除く）」54.4%の6項目について、30%台から60%台の割合で「意思決定支援の対象となる人がある」と回答している。要支援の人でも、ガイドラインが規定する項目について、少なからず意思決定支援を必要としていることがうかがえる結果であった。

最も心身状況が軽度の事業対象者については、地域包括支援センターの結果を紹介する。地域包括支援センター側からみると、事業対象者の利用者については、「1.介護保険、保険外サービスの利用、ケアプラン」50.0%、「2.食事・入浴・被服の好み・排せつ・整容」23.6%、「3.外出、日常提供されたプログラムへの参加、社会参加」36.1%、「4.住まいの移動（自宅、高齢者住宅、グループホーム、施設）」23.6%、「5.日常的な医療の選択（医療機関、療養場所、治療、予防等）」32.1%、「6. 日常的な金銭管理（成年後見制度利用の薦めを除く）」29.7%の6項目について、20%台から50%台の割合で「意思決定支援の対象となる人がある」と回答している。事業対象者であっても、ガイドラインが規定する項目について、少なからず意思決定支援を必要としていることがうかがえる結果であった。

②考察

総括すると、要介護者は、日常生活・社会生活の全般にわたる幅広い意思決定支援が必要になっていることが改めてうかがえる結果であった。しかし、認知症は治療法が確立しておらず進行性のため、初期中期には要支援、事業対象者と判定されることも多く、要介護認定等においては軽度者であっても、日常生活・社会生活における意思決定支援を必要とする人が一定程度、いることが明らかとなった。なお、本調査では事例調査は行っていないため、頼れる家族の有無等の家庭環境は不明である。

軽度の場合、本人ができることが中重度者よりも多く、かつ生活様式も多様なため、本人の意思を踏まえた生活支援や介護等の介入が逆に難しい場合も考えられる。一例であるが、認知症になり、買い物をする際、品物の選択、お金の計算・支払い等が難しくなることがある。重度の人であれば、家族やヘルパーが商店・スーパーマーケット・コンビニエンスストア等に行き、買い物を代行することも多いであろう。軽度の場合、「本人が買い物を続ける」、「家族と一緒に買い物に行く」、「家族やヘルパーが買い物を代行する」等が考えられるが、本人と家族の意向が常に一致するとは限らない。認知症になって買い物が難しくなったからと家族が代行する事例等も聞かれる。

家族や支援者はともすると、安全の確保や「困っていること」の支援に目が向きがちであるが、本人の意思を汲み、できることまで奪わない支援が望まれる。しかし、認知症の人をケアする家族の心配や負担等も無視しえないところである。医療・介護等の専門職は本人の意思と家族の意向の調整を丁寧に行うべきであり、そのためにもガイドラインをしっかりと理解した上で、意思決定支援に取り組むことが望まれる。

（９）「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」が推奨する取組みのケアマネジメントにおける実践状況

本調査では、「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」が推奨する取組みのケアマネジメントにおける11個の具体的な方法の実践状況を調査した。「概ねできている」「できていないときもある」を合わせると過半数となっており、ケアマ

ネジャーを中心とする支援者は、既にガイドラインで推奨されている事項に取り組んでいることがうかがえる結果であった。

- 「本人が安心できる静かな落ち着いた環境で意思決定支援を行っている」については、地域包括支援センターは「概ねできている」が 52.2%、「できていないときもある」が 27.9%であった。介護施設・事業所は「概ねできている」が 48.8%（うち居宅：52.1%、施設・住まい：44.2%）、「できていないときもある」が 29.8%（うち居宅：29.4%、施設・住まい：30.4%）であった。
- 「急かさず、本人の意思を尊重する態度で接している」については、地域包括支援センターは「概ねできている」が 63.0%、「できていないときもある」が 23.0%であった。介護施設・事業所は「概ねできている」が 56.7%（うち居宅：61.1%、施設・住まい：50.6%）、「できていないときもある」が 28.2%（うち居宅：26.4%、施設・住まい：30.8%）であった。
- 「とりつくろい等から、本人が本心と違うことを言う場合もあるが、本当の意思を把握するよう努めている」については、地域包括支援センターは「概ねできている」が 58.7%、「できていないときもある」が 24.5%であった。介護施設・事業所は「概ねできている」が 50.5%（うち居宅：53.7%、施設・住まい：46.2%）、「できていないときもある」が 33.9%（うち居宅：31.0%、施設・住まい：37.8%）であった。
- 「意思決定に関わる本人の生活史や家族関係を理解している」については、地域包括支援センターは「概ねできている」が 43.3%、「できていないときもある」が 34.8%であった。介護施設・事業所は「概ねできている」が 41.5%（うち居宅：40.0%、施設・住まい：43.6%）、「できていないときもある」が 34.8%（うち居宅：37.0%、施設・住まい：31.7%）であった。
- 「意思決定を行う事項に応じて、適切な人に立ち会いを依頼している」については、地域包括支援センターは「概ねできている」が 46.5%、「できていないときもある」が 30.5%であった。介護施設・事業所は「概ねできている」が 40.2%（うち居宅：44.2%、施設・住まい：34.6%）、「できていないときもある」が 30.8%（うち居宅：33.3%、施設・住まい：27.2%）であった。
- 「日時を変えたり、複数人で聴く等、繰り返し意思に変わりが無いか確認を行っている」については、地域包括支援センターは「できていないときもある」が 35.1%、「概ねできている」が 31.8%であった。介護施設・事業所は「できていないときもある」が 36.7%（うち居宅：37.7%、施設・住まい：35.3%）、「概ねできている」が 27.6%（うち居宅：31.0%、施設・住まい：22.8%）であった。
- 「選択をした場合のメリット、デメリットを本人の言葉で説明してもらう等、理解度を確認している」については、地域包括支援センターは「できていないときもある」が 34.0%、「概ねできている」が 26.6%であった。介護施設・事業所は「十分にできているとは言い難い」が 35.1%（うち居宅：31.3%、施設・住まい：40.4%）、「でき

ていないときもある」が 28.8%（うち居宅：31.5%、施設・住まい：25.0%）であった。

- 「相手と視線を合わせ、理解できるよう説明をしている」については、地域包括支援センターは「概ねできている」が 75.8%、「できていないときもある」が 13.6%であった。介護施設・事業所は「概ねできている」が 70.2%（うち居宅：74.3%、施設・住まい：64.4%）、「できていないときもある」が 19.8%（うち居宅：17.6%、施設・住まい：22.8%）であった。
- 「相手が不安等を感じていないか、表情を確認している」については、地域包括支援センターは「概ねできている」が 79.0%、「できていないときもある」が 12.1%であった。介護施設・事業所は「概ねできている」が 76.7%（うち居宅：80.6%、施設・住まい：71.5%）、「できていないときもある」が 14.5%（うち居宅：11.6%、施設・住まい：18.6%）であった。
- 「本人が表明した意思の合理性や整合性を複数人で確認している」については、地域包括支援センターは「できていないときもある」が 35.1%、「概ねできている」が 30.7%であった。介護施設・事業所は「できていないときもある」が 39.0%（うち居宅：40.0%、施設・住まい：37.5%）、「概ねできている」が 28.5%（うち居宅：28.9%、施設・住まい：27.9%）であった。
- 「意思決定支援のプロセスを相談記録、アセスメント票等に記録し、後で確認できるようにしている」については、地域包括支援センターは「概ねできている」が 50.2%、「できていないときもある」が 21.2%であった。介護施設・事業所は「概ねできている」が 44.0%（うち居宅：47.0%、施設・住まい：39.7%）、「できていないときもある」が 28.6%（うち居宅：28.7%、施設・住まい：28.5%）であった。

（１０）まとめ ～「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」の活用及び意思決定支援・権利擁護推進に向けて

①国への提言：医療・介護等の専門職の養成から現任者教育について

国の主導・支援の下、医療・介護等の専門職の養成課程から現任者の研修まで、体系的に意思決定支援について倫理、基本技術、応用技術を学ぶ機会を作ることのひとつの選択肢である。資格取得・更新、医療・介護報酬と連動させる等、法定研修として組み込むことができることさらに実効性が高まるであろう。

②国、都道府県・指定都市、大学・研究機関等への提言：意思決定支援、ガイドラインの研修の推進

国がガイドラインを作成することについては、自治体、地域包括支援センター、介護施設・事業所も高く評価していた。地域格差をなるべく小さくして、ガイドラインの活用を推進するためにも、国が主導して、研修実施と受講を推奨し支援することが望まれる。時宜を見て、ガイドラインの改訂、事例集やマニュアル等の作成も望まれる。

多忙な自治体、地域包括支援センター、医療機関・介護施設・事業所等の職員が、なるべ

く多く、研修を企画・開催・参加できるよう、国、都道府県・指定都市は後方支援をすることが望まれる。

本調査で取り上げた好事例に共通する点として、研修の企画側（自治体等の研修の委託者）と実施側（研修の受託者）の双方に、熱量と力量を有し、かつバランス感覚に優れたリーダーや講師等がいることが挙げられる。優れたリーダーや講師等を有する大学や調査研究機関、団体等が、広域で研修を行う、あるいは、地域が主催する研修に受講者は広域で参加できるようにするなど、社会資源の有効活用が望まれる。オンライン・オンデマンドの学習・研修の活用も有効である。

③地域包括支援センター、介護施設・事業所への提言：積極的に意思決定支援、ガイドラインの研修等を受講する

本調査研究で、ガイドラインが推奨する 11 の具体的な取組みの実践状況について、研修を受講した事業所と受講していない事業所の比較を行ったところ、多くの項目で受講した事業所の方が実施割合が高いという傾向がみられた。

意思決定支援は、何をもって効果があったと判断すればよいのかが不明確という指摘もみられる。調査結果から、意思決定支援やガイドラインの研修は、「暗黙知」であった意思決定支援の具体的な方法を、「形式知」として文章や図表等によって目に見える形にすることで、専門職の実践や行動変容につなげる効果が期待できることが明らかになった。介護保険の利用者には認知症の人が多く、ケアマネジメントの質の向上が期待できることから積極的に研修を受講されたい。

④支援者への提言：本人の認知機能、心身状況等に合わせた適切な「日常生活」「社会生活」の意思決定支援

現在、75 歳未満の前期高齢者においては、就労・交流・趣味・社会活動・家事・孫育て等、健康でアクティブに活動する人も多い。しかし、健康づくり・介護予防につとめていても、加齢に伴い、心身機能は低下していく。75 歳以上の後期高齢者においては、複数の疾患を持ち、かつ機能の低下や障害を併せ持つ人が増え、若年世代と違って医療が日常の一部になる。本人の認知機能、心身の状況によって、「日常生活」「社会生活」の範囲や内容も異なってくる。

一例だが、近年、夏季の猛暑が厳しく、高齢者は脱水症状になりやすいため、適切な水分補給や見守りが必要である。特に、後期高齢者や認知症の人等は、暑さや喉の渇きを感じにくいと言われており、家族や医療・介護等の専門職は連携しながら、本人が脱水症状にならないよう、日常的に体調管理や水分補給等の支援を行っていると考えられる。脱水症状等になった場合、人は合理的な意思決定等が難しくなることから、意思決定を支援する際は、日頃の体調管理も含め、本人の心身状態に配慮することが求められる。

水分補給が必要だとしても、それまでの日常生活で水分補給をする習慣が無い時間帯に、苦手な物を飲むように家族や専門職に言われて、果たして本人はスムーズに飲めるだろうか。水分補給一つをとってもみても、認知症になる前のその方の生活のルーティンや好みを把握できている場合と、把握できていない場合では、前者の方が有効なケアにつながりやすい。認知症の人に好きな飲み物を選んでもらい提供することも、意思決定を支援するひとつの場面になりうる。

本人が比較的、簡単に決められる、こうした小さな意思決定支援を積み重ねていくことで、支援者との信頼関係が生まれ、心身状態も良好に保つことができ、本人が意思決定や意思

表明をしやすくなる。さらに、居所の選択や手術等の治療方法の選択等、本人に及ぼす影響が大きい意思決定の支援につなげられるよう、医療・ケアチームは意識的に情報を蓄積、共有し、連携していくことが望まれる。

また、日々の生活の中においても、本人の意思は変わりうるものである。支援者、意思決定支援チームは、一度、本人の意思を確認したからと、それでよしとせずに、本人の意思に変わりがないかをモニタリングをして、変化が見られたり、一定期間が経過したら再度確認することも重要なポイントである。

⑤自治体(都道府県・指定都市、市町村)、地域包括支援センター、介護施設・事業所への提言： 多職種連携の推進の環境整備

医療・介護等の専門職はそれぞれ職種によって養成課程や業務内容が異なるため、チームケアにおいて同じ土俵で話し合うためには、共通の言語や知識、ツール、トレーニング等が必要となる。国のガイドラインが高く評価される理由の一つに、支援者の共通の指針にできることが挙げられていた。

好事例においては、国のガイドラインを踏まえ、地域のガイドラインや組織内のマニュアル等を作り、ケアの標準化と質の向上、効率化を図る取組みがみられた。相談やケアの記録の方法や様式を地域で共通化し、オンラインで市町村、地域包括支援センター、在宅介護支援センター（ケアマネジャー）、生活支援コーディネーター等がリアルタイムで共有できるしくみを構築している地域もあった。医療・介護職は、職場や職種により記録の方法や様式が異なっていたり、記録する内容が経験年数等により熟達度に違いがみられることがある。研修によってレベルアップすることで、効率化と質の向上が期待できる。ICT化、DXを推進する際、機器・ソフト・アプリ等の操作性とあわせ、記録の技術、標準化等の教育も併せて行うことが効率的である。

専門職が支援に係る中で、日常生活、社会生活についての本人の意思、人生の最終段階の医療・ケアについての意思等の情報を得られた際は、その情報を相談やケアの記録に残すことが重要である。本人が重度化して、意思確認や意思表示が難しくなった時、過去の記録が本人の意思の「根拠（エビデンス）」となり、本人の意思の推定や実現に寄与することがある。

⑥自治体(都道府県・指定都市、市町村)、地域包括支援センター、介護施設・事業所への提言： 2040 年に向けた認知症についての普及啓発

厚生労働省「介護保険事業状況報告（暫定）令和 5 年 12 月分」によると、令和 5 年 12 月暫定版の第 1 号被保険者数は約 3,588 万人であり、要介護（要支援）認定者数は約 708 万人である。居宅（介護予防）サービスの受給者数は約 425 万人、地域密着型（介護予防）サービス受給者数は約 92 万人、施設サービス受給者数は約 97 万人である。

（資料：<https://www.mhlw.go.jp/topics/kaigo/osirase/jigyo/m23/dl/2312a.pdf>）

介護保険制度も高度化、機能分化しており、利用者は心身状況等に応じて、多職種連携の下で、介護保険の居宅サービス・地域密着型サービス・施設サービスを利用し、併せて医療サービスを受ける人も多い。認知症は、介護者の負担が大きく長期にわたる場合もあるため、介護保険施設、住まい系施設、医療機関に入院・入居する主な理由となっている。

前述したように、要支援までは原則として地域包括支援センターがケアマネジメントを行うが、要介護になると居宅介護支援事業所にケアマネジメントを担う機関が変わる。認知症の初期は要支援で、進行すると要介護になり、居宅介護支援事業所のケアマネジャーに変

わる。さらに重度化して在宅介護が困難になり、介護保険施設・住まい系施設に移ると、その段階では本人の意思確認が難しいことも多い。

利用者からすると、制度とサービスが複雑だと感じられるところである。本人をよく知るケアマネジャーが変わることへの抵抗感もある。また、病歴等と違って、本人、家族は、次に引き継ぐケアマネジャーが、日常生活や社会生活に関してどのような情報を必要としているのかわかりづらい。例えば、認知症になる前はどのような飲み物を好んでいたか、買い物はどこでどのように行っていたか等を改めて聞かれると、なぜそのようなことを聞くのかと疑問に感じたり、プライバシーの侵害ではないかと感じることもあるかもしれない。本人や家族に不安や不快感を与えず、本人の人生、生活、医療・介護に対するポイントとなりうる情報や要望等が、しっかりと引き継がれるような信頼関係の構築としくみづくりと運用が望まれる。

国は、認知症基本法の施行を踏まえ、引き続き、認知症はだれもがなりうること、認知症の有無にかかわらず地域で暮らす仲間として支えあうこと、認知症のケアは医療・介護等の専門職だけではなく地域ぐるみで行うといった意識の醸成と知識やスキルについて、国民に普及啓発していくことが望まれる。

資料編

- 都道府県・指定都市票
- 市町村票
- 地域包括支援センター票
- 介護施設・事業所票 ※「介護事業所票」として実施した。

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の活用及び意思決定支援・権利擁護推進のあり方に関する調査研究事業

【都道府県・指定都市票のご回答のお願い】

- 本アンケート調査は、貴都道府県・指定都市の「認知症施策の担当部署」にご回答をお願いいたします。
- 設問内容によって、他部署等に適宜、ご相談の上、ご回答いただいても結構です。
- 認知症の人は、認知症と診断された場合に限り、認知機能の低下が疑われ、意思決定能力が不十分な人を含みます。以下、「認知症の人でない」「本人にいます」。
- 回答にあたりましては、特に断りのない場合、**令和5年4月1日時点（もしくは近い時点）**の状況をご記入ください。**お取組みについては、認知症施策推進大綱が策定された令和元年度～令和5年12月まで**が同いする場合がありますが、**各設問の指示に従って**ご回答ください。
- 本調査において「専門職」とは、**医療・介護・福祉の資格等を保有し、当該業務に従事している人**をいいます。

都道府県名：	指定都市名：
--------	--------

1. 意思決定支援に関する研修の実施の有無

問1-1 令和元年度～令和5年12月までに、認知症の高齢者等に対する意思決定支援について、医療・介護等専門職向けの研修や勉強会を実施していますか。（1つを選択）

※研修等の実施は、直接実施の他、関係団体・機関等への委託、共同開催による場合も含みます。

1：実施している・実施したことがある	→ 問1-2へ	※ハイパーリンクで設問へ飛べます。
2：実施していない・実施したことがない	→ 問1-3へ	

問1-2 問1-1で「1：実施している・実施したことがある」と回答した場合、研修の内容として、どのようなものが含まれていますか。（当てはまるものすべてに○）

1：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
2：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
3：人生の最終段階における医療・ケアのプロセス決定に関するガイドライン
4：身寄りがいない人の入院及び医療に係る意思決定が困難な人の支援に関するガイドライン
5：意思決定支援を踏まえた後見事務のガイドライン
6：人生会議（ACP）
7：その他 ⇒（具体的に：_____）

問1-3 問1-1で「2：実施していない・実施したことがない」と回答した場合のみ、ご回答ください。意思決定支援に関する専門職向けの研修を実施していない理由は何でしょうか。（当てはまるものすべてに○）

1：「意思決定支援」として研修を企画・立案することが難しかったから
2：他の専門職向けの研修に、内容として（部分的に）取り入れる形式が適していると考えたから
3：都道府県・指定都市以外による意思決定支援に関する研修が多く実施されているから
4：予算等の確保が難しかったから
5：その他 ⇒（具体的に：_____）

2. 「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」にかか
る「独立型」研修の実施について

問2-1 研修に「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」の内容を含む場合、国から提供されている『ガイドライン研修（独立実施型＊1）』のカリキュラム教材を利用して実施しましたか。（1つを選択）

＊1 『ガイドライン研修（独立実施型＊1）』とは、講義（60分）と演習（2編120分：グループワーク④日常生活編・②社会生活編）から構成される、3時間程度のカリキュラムを標準として実施される研修です。

1：実施している・実施したことがある	→ 問2-2へ	※ハイパーリンクで設問へ飛べます。
2：実施していない・実施したことがない	→ 問2-7へ	

問2-2 問2-1で、「1：実施している・実施したことがある」と回答した場合、教材の種類をご回答ください。（当てはまるものすべてに○）

1：国が提供している『ガイドライン研修（独立実施型）』として（教材を用いて）実施
2：『ガイドライン研修』（教材等）の一部を利用して実施
3：『ガイドライン研修』の教材等は用いず、独自の教材・資料を用いて実施
4：その他の教材 ⇒（具体的に：_____）

問2-3 研修の企画立案・実施にあたって相談者はいますか。（1つを選択）

※認知症の診断・治療・意思決定支援・介護等に精通し、専門職の研修を実施する際、キーパーソンとなるような方をいいます。

1：いる・いた ⇒（具体的に：認知症疾患医療センター医師_____）
2：いない・いなかった

問2-4 受講対象（研修を案内した職種）はどのようなものですか。（当てはまるものすべてに○）

1：医師
2：歯科医師
3：薬剤師
4：保健師
5：看護師
6：その他医療職
7：社会福祉士
8：精神保健福祉士
9：介護福祉士
10：居宅介護支援専門員
11：その他福祉・介護職
12：弁護士
13：司法書士
14：その他法律職
15：その他 ⇒（具体的に：_____）
16：特に対象を決めていない

問2-5 講師（研修の講義等を担当した講師の職種）はななたですか。（当てはまるものすべてに○）
※一人の講師が複数の選択肢に該当する場合、当てはまる複数の選択肢に○をしてください。

1：医師	
2：社会福祉士	
3：居宅介護支援専門員	
4：保健師	
5：看護師	
6：社会福祉士	
7：弁護士	
8：大学教員等	
9：その他 ⇒（具体的に：_____）	

問2-6① 「独立実施型」の研修の企画立案・実施にあたって工夫した点はどのようなものですか。

--

問2-6② 「独立実施型」の研修の企画立案・実施にあたって課題と思う点はどのようなものですか。

--

→ [問2-8へお進みください。](#)

問2-7 『ガイドライン研修（独立実施型）』として実施しなかった主な理由はどのようなものですか。
（当てはまるものすべてに○）

1：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のみの研修ではなかったから	
2：講師等が準備する教材・資料を用いたから	
3：グループワークを実施するのが困難であったから	
4：3時間の標準カリキュラムが長いから	
5：その他 ⇒（具体的に：_____）	

問2-8 今後、研修の企画立案・実施するにあたって、貴自治体として改善していきたいと考える点はどのようなものですか。

--

3. 「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」にかか る『組み込み型』研修の実施について

問3-1 問2にある3時間の標準カリキュラム『ガイドライン研修（独立実施型）』とは別に、ガイドラインの概要や基本的な支援プロセス等の重要部分を15分程度の動画にまとめた『ガイドライン研修（組み込み型*2）』の教材が国から提供されています。貴自治体では、『ガイドライン研修（組み込み型）』を
実施（他の研修に教材を提供）していますか。（1つを選択）

*2 『ガイドライン研修（組み込み型*2）』とは、意思決定支援の重要性、ガイドラインの概要や背景等、また認知症のご本人の声等について、**約15分にまとめた動画教材を、他の医療・介護等の専門職研修（認知症対応力向上研修等）の中で視聴する形式で実施される研修**です。動画教材は、YouTube

1：実施している・実施したことがある	→ 問3-2へ	※ハイパーリンクで設問へ飛べま
2：実施していない・実施したことがない	→ 問3-4へ	す。

問3-2 「実施したことがある・実施している」場合、下記の専門職向け研修のうち、どの研修において実施していますか。研修ごとに研修の実施の有無を回答してください。また、実施した研修ごとに具体的な実施方法（組み込み方）として、あてはまるもの全てを回答してください。

【選択肢】	
①実施の有無	1：実施している 2：実施していない
②具体的な実施方法（組み込み方）	1：国提供の教材を使って 2：国提供の教材を改変して・一部を使って 3：講師や委託先に準備する等、別教材を使って 4：研修の委託先に依頼したか実施方法（組み込み方）までは把握していない 5：その他（具体的な内容をご記入下さい）

(1) かかりつけ医認知症対応力向上研修	
①実施の有無	1：実施している（→②を回答） 2：実施していない
②具体的な実施方法（当てはまるものすべてに○）	1 2 3 4 5 (具体的な内容を下記に記載)
(2) 歯科医師認知症対応力向上研修	
①実施の有無	1：実施している（→②を回答） 2：実施していない
②具体的な実施方法（当てはまるものすべてに○）	1 2 3 4 5 (具体的な内容を下記に記載)
(3) 薬剤師認知症対応力向上研修	
①実施の有無	1：実施している（→②を回答） 2：実施していない
②具体的な実施方法（当てはまるものすべてに○）	1 2 3 4 5 (具体的な内容を下記に記載)
(4) 病院勤務の医療従事者向け認知症対応力向上研修	
①実施の有無	1：実施している（→②を回答） 2：実施していない
②具体的な実施方法（当てはまるものすべてに○）	1 2 3 4 5 (具体的な内容を下記に記載)

(5) 看護職員認知症対応能力向上研修									
①実施の有無	1：実施している（→②を回答）					2：実施していない			
②具体的な実施方法（当てはまるものすべてに○）	1	2	3	4	5	（具体的な内容を下記に記載）			
(6) 病院勤務以外の看護師等認知症対応能力向上研修									
①実施の有無	1：実施している（→②を回答）					2：実施していない			
②具体的な実施方法（当てはまるものすべてに○）	1	2	3	4	5	（具体的な内容を下記に記載）			
(7) 認知症介護基礎研修									
①実施の有無	1：実施している（→②を回答）					2：実施していない			
②具体的な実施方法（当てはまるものすべてに○）	1	2	3	4	5	（具体的な内容を下記に記載）			
(8) 認知症介護実践者研修									
①実施の有無	1：実施している（→②を回答）					2：実施していない			
②具体的な実施方法（当てはまるものすべてに○）	1	2	3	4	5	（具体的な内容を下記に記載）			
(9) 認知症介護実践リーダー研修									
①実施の有無	1：実施している（→②を回答）					2：実施していない			
②具体的な実施方法（当てはまるものすべてに○）	1	2	3	4	5	（具体的な内容を下記に記載）			
(10) 認知症サポーターのステップアップ講座									
①実施の有無	1：実施している（→②を回答）					2：実施していない			
②具体的な実施方法（当てはまるものすべてに○）	1	2	3	4	5	（具体的な内容を下記に記載）			
(11) その他 ⇒（具体的に：成年後見人の研修）									
①実施の有無	1：実施している（→②を回答）					2：実施していない			
②具体的な実施方法（当てはまるものすべてに○）	1	2	3	4	5	（具体的な内容を下記に記載）			

問3-3 ① 「組み込み型」の研修の企画立案・実施にあたって工夫した点はどのようなものですか。

--

問3-3 ② 「組み込み型」の研修の企画立案・実施にあたって課題と思う点はどのようなものですか。

--

問3-4 問3で「組み込み型」の研修を実施していない・実施したことがない」と回答した場合のみ、ご回答ください。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『組み込み型』研修を実施していない理由はどのようなものですか。（当てはまるものすべてに○）

1：他の研修に挿入するには15分の動画教材は長いと考えたから
2：講師や委託先との調整が難しかったから
3：『ガイドライン研修（組み込み型）』の教材があることを知らなかったから
4：『ガイドライン研修（独立実施型）』を実施しているから
5：その他 ⇒（具体的に：_____）

4. 自由意見

問4 「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」、「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研修（独立実施型、組み込み型）、意思決定支援に関する取組み全般について、ご意見等がありましたら、自由にお書きください。また、地域包括ケアシステムの深化・推進に向けて、国に望む支援等があれば記入してください。

--

大変御多忙のところ本アンケート調査にご協力頂き誠に有難うございました。貴重な資料として活用をさせて頂きます。
ご回答は、2月14日（水）までに下記アドレスまで送信くださるよう、お願い申し上げます。

【本調査の問合せ先・回答送付先】

<問い合わせ先> ※平日：9：30～17：30、土日祝日：休み

みずほリサーチ&テクノロジーズ株式会社 社会政策コンサルティング部 医療・福祉政策チーム

担当：羽田、斉藤、出原、井出、田中宗明

電話番号：03-5281-5404

回答送付先（メールアドレス）：① E-mail: keiko.hada@mizuho-rt.co.jp

② E-mail: yumiko.saito@mizuho-rt.co.jp

③ E-mail: mikihito.idehara@mizuho-rt.co.jp

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の活用及び意思決定支援・権利擁護推進のあり方に関する調査研究事業

【市町村票のご回答のお願い】

- 本アンケート調査は、貴市町村の認知症施策の担当者にお願いいたします。複数人おられる場合は、**管理者や指導的立場にある方**にご回答をお願いいたします。
- 設問内容によって、管理者・責任者、他部署等に適宜、ご相談の上、ご回答いただいても結構です。
- 認知症の人とは、認知症と診断された場合に限らず、認知機能の低下が疑われ、意思決定能力が不十分な人を含みます。以下、「認知症の人はいし」本人といえます。
- 貴市町村における認知症の人の意思決定支援、権利擁護に関わるお取組みの現状やご意見を伺う設問で構成しております。選択肢の回答は質問が中心となっております。
- 回答にあたりましては、特に断らない場合、**令和5年4月1日時点（もしくは近い時点）**の状況をご記入ください。**お取組みについては、認知症施策推進大綱が策定された令和元年度～令和5年12月まで**をお伺いする場合がありますが、**各設問の指示に従ってご回答ください。**
- 本調査において**専門職**とは、**医療・介護・福祉の資格等を保有し、当該業務に従事している人**をいいます。

1. 貴市町村の概要

問1 貴自治体の基本情報をご回答ください。（令和5年4月1日時点）

(1) 自治体名	都道府県名：	市町村名：	
(2) 地方公共団体の種類	1：政令指定都市	2：中核市	3：施行時特例市
	4：その他の市	5：町村	6：特別区
(3) 人口（人）			人
(4) 65歳以上の高齢者人口（人）			人
(5) 65歳以上の要介護認定者数（人）			人
(6) 65歳以上の総合事業・介護予防給付対象者（人）			人

問2 認知症の人数と、そのうち日常生活自立度別の認知症のランクⅡa以上の人数をご回答ください。把握されている範囲で結構です。（令和5年4月現在。把握されていない場合は、直近で把握している年月でご回答ください）

	65歳以上	40歳以上65歳未満
合計	人	人
ランクⅡa以上	うち 人	うち 人

問3 地域包括支援センター数を数値で入力ください。（令和5年4月現在）

地域包括支援センター数	箇所
-------------	----

2. 意思決定支援に関する研修の実施の有無

問4 令和元年度～令和5年12月までに、認知症の高齢者等に対する意思決定支援について、医療・介護等専門職や地域住民向けの研修や勉強会を実施していますか。（1つを選択）

※研修等の実施は、直接実施の他、関係団体・機関等への委託、共同開催による場合も含まれます。

1：実施している・実施したことがある	⇒ 付問4-1へ
2：実施していない・実施したことがない	⇒ 問6へ

付問4-1 問4で「1. 実施している・実施したことがある」と回答した場合、研修等の種類をご回答ください。（当てはまるものすべてに○）

※ 次の問5の設問は、複数回答欄がある場合、任意の1回を選んで回答をお願いします。左端の欄に、お選びになった任意の1回に○をしてください。

↓ **実施したものに○、そのうち、任意の一つに「○」を入れてください。**

1：認知症サポーター養成講座
2：認知症サポーターのステップアップ講座
3：人生会議（アドバンス・ケア・プランニングの講座）
4：認知症の介護家族向けの講座
5：認知症の高齢者等に対する意思決定支援に関する講座
6：その他
⇒（具体的に： ）

※問5は、付問4-1で任意に一つ選んだ認知症の高齢者等に対する意思決定支援に関する研修等について、詳細をお伺いします。

問5-1 外部の協力団体をお答えください。（当てはまるものすべてに○）

1：自治体職員のみで実施したので外部の協力団体はない
2：都道府県・都道府県社会福祉協議会
3：医師会、医療機関
4：地域包括支援センター
5：居宅介護支援事業所
6：社会福祉協議会
7：大学、研究機関
8：研修機関
9：法律家関連の団体
10：成年後見センター・中核機関
11：業界団体 ⇒（具体的に： ）
12：その他 ⇒（具体的に： ）

問5-2 認知症の高齢者等に対する意思決定支援のパートの研修の時間をお答えください。（1つを選択）

1：15分未満	2：15分～30分未満	3：30分～1時間未満
4：1時間～2時間未満	5：2時間～3時間未満	6：3時間～4時間未満
7：4時間～5時間未満	8：5時間～6時間未満	9：6時間以上
10：その他 ⇒（具体的に）		
11：わからない		

問5－3 認知症の高齢者等に対する意思決定支援のパートの研修の形態をお答えください。
(当てはまるものすべてに○)

1：対面での講義	
2：オンラインでの講義	
3：対面とオンラインの講義の併用	
4：e－ラーニング	
5：実技や実地での学習	
6：その他 ⇒ (具体的に：)	
7：わからない	

問5－4 研修の講師の職種をお答えください。(当てはまるものすべてに○)
※「医師・介護・福祉や法律関係の資格を有する大学教員」などは、両方に○を付けてください。

1：医師	
2：看護師・保健師	
3：社会福祉士	
4：弁護士	
5：大学教員	
6：地域包括支援センターの職員	
7：居宅介護支援専門員（ケアマネジャー）	
8：介護事業所の職員	
9：社会福祉協議会の職員	
10：成年後見センター・中核機関の職員	
11：本人、家族、当事者団体（認知症の人と家族の会等）	
12：NPO、関係団体の職員	
13：自治体職員	
14：その他 ⇒ (具体的に：)	

問5－5 研修の受講者はどなたですか。(当てはまるものすべてに○)

※ 一人の人が複数の選択肢に該当する等、迷われる場合は、該当するものに○を付けてください。
おわりの範囲で結構です。

1：自治体職員	
2：医療機関（病院・診療所、歯科診療所、薬局等）の職員	
3：介護事業所の職員	
4：障害サービス事業所の職員	
5：地域包括支援センターの職員	
6：社会福祉協議会の職員	
7：成年後見センター・中核機関の職員	
8：専門職団体の職員・会員	
9：NPO、関係団体の職員・会員	
10：ボランティア	
11：認知症サポーター	
12：当事者団体（認知症の人と家族の会等）の職員・会員	
13：本人、家族	
14：地域住民	
15：地域の企業の担当者等	
16：学生	
17：その他 ⇒ (具体的に：)	

問5－6 研修の教材は何を使いましたか。(当てはまるものすべてに○)

1：国提供の教材を使用	
2：国提供の教材を改変、もしくは一部を使用した教材	
3：都道府県・指定都市、その外郭団体が提供する教材を使用	
4：都道府県・指定都市、その外郭団体が提供する教材を改変、もしくは一部を使用した教材	
5：研究機関が提供する教材を使用	
6：研究機関が提供する教材を改変、もしくは一部を使用した教材	
7：講師や委託先が用意する教材	
8：市町村が独自に作成した教材	
9：その他の教材 ⇒ (具体的に：)	
10：把握していない	

問5－7 研修を実施して良かった点や効果がみられた点を教えてください。(当てはまるものすべてに○)

1：研修の問合わせや申し込みが多く、研修を開催したことで関心の高さを感じた	
2：研修時に実施したアンケート調査で参加者の評価が高く好評だった	
3：参加者から、後日、本人、家族への支援に活かすことができたとの声があった	
4：参加者から、後日、意思決定支援チームや医療・ケアチームの連携が円滑になったとの声がいった	
5：支援の現場（地域包括支援センター・医療機関・介護事業所等）を通じて、本人・家族等の好評価を聴いている 例：「良かった」「生活の質が向上した」「笑顔が増えた」「本人の認知がわかった」	
6：その他の良かった点や効果 ⇒ (具体的に：)	
7：特になし ⇒ (理由：)	
8：良かった点や効果は不明	

問5－8 研修の企画・実施を通じて課題と感じた点を教えてください。
(当てはまるものすべてに○)

1：独自に認知症の高齢者等に対する意思決定支援に関する教材を作成することは難しい	
2：国作成の教材の利活用が難しい	
3：研修の内容を現場で活かすことが難しい	
4：講師との連携が難しい	
5：参加が望まれる専門職の参加が少ない	
6：支援者の一人だけか学習しても、本人の意思決定支援につながりにくい	
7：研修の効果を把握することが難しい	
8：その他の課題 ⇒ (具体的に：)	
9：特になし	

➡ 問7へお進みください。

3. 意思決定支援に関する研修を実施していない理由

問6 問4で「2. 実施していない・実施したことがない」と回答した市町村において、令和元年度～令和5年12月までに、意思決定支援に関する研修の実施を検討したことがありますか。(1つを選択)

1: 検討したことがある

2: 検討したことはない

3: 検討したかどうか不明

付問6-1 問4で「2. 実施していない・実施したことがない」と回答した理由を教えてください。(当てはまるものすべてに○)

1: 研修を企画・立案することが難しい	
2: 予算等の確保が難しい	
3: 研修の実施を頼める機関がない	
4: 講師等の人材確保が難しい	
5: 国による研修が実施されている	
6: 都道府県・指定都市による研修が実施されている	
7: 医療・介護関係団体による研修が実施されている	
8: 研究機関等による研修が実施されている	
9: 意思決定支援に関する研修のニーズが不明	
10: 専門職は意思決定支援について養成課程で学習している	
11: 専門職の法定研修以外の研修は本人の自主的な判断に任せている	
12: 認知症施策の中で、意思決定支援に関する研修の優先度は高くない	
13: 職員が多忙で意思決定支援に関する研修を企画・実施する時間的な余裕がない	
14: その他 ⇒ (具体的に:)	

4. 意思決定支援に関する国のガイドライン等の認知・周知・啓発の状況

問7 貴市町村の認知症施策のご担当においては、意思決定支援に関する国のガイドライン等があることを知っていましたか。(それぞれ1つを選択)

- ☐ 意思決定支援とは、「本人の意思をできるだけ取り、それを活かして支援すること」です。
- ☐ 「意思決定支援に関する取組み」は、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に関するものに限らず、他のガイドラインが対象としている人や場面における意思決定支援、また、ガイドライン以外のいわゆる「人生会議（アドバンス・ケア・プランニング、ACPと略）」なども含めてお考えください。
- ☐ 選択肢として例示しているガイドライン等について、所管部署が異なる等の場合には、貴部署で把握されている可能な範囲でのご回答を頂ければ結構です。

(1)	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	1: ガイドラインがあることを知らなかった 2: ガイドラインがあることは知っていた 3: ガイドラインの内容まで把握している
(2)	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	1: ガイドラインがあることを知らなかった 2: ガイドラインがあることは知っていた 3: ガイドラインの内容まで把握している
(3)	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	1: ガイドラインがあることを知らなかった 2: ガイドラインがあることは知っていた 3: ガイドラインの内容まで把握している
(4)	身寄りがいない人の入院及び医療に係る意思決定が困難な人の支援に関するガイドライン	1: ガイドラインがあることを知らなかった 2: ガイドラインがあることは知っていた 3: ガイドラインの内容まで把握している
(5)	意思決定支援を踏まえた後見事務のガイドライン	1: ガイドラインがあることを知らなかった 2: ガイドラインがあることは知っていた 3: ガイドラインの内容まで把握している
(6)	人生会議（ACP）	1: ACPという用語を知らなかった 2: 用語は聞いたことがあるが、内容は知らなかった 3: ACPの内容まで把握している

5. 意思決定支援、権利擁護に関する取組みの現状について

問8-1 貴市町村では、令和元年度～令和5年12月までに、「事前に本人の意思表明を確認する取組み」として認識し、下記のガイドライン等に関する周知・啓発等の具体的な取組みを行っていますか。（当てはまるものすべてに○）

○ 選択肢として例示しているガイドライン等について、所管部署が異なる等の場合には、貴部署で把握されている可能な範囲でのご回答を頂ければ結構です。	
1：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	
2：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	
3：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	
4：身寄りがいない人の入院及び医療に係る意思決定が困難な人の支援に関するガイドライン	
5：意思決定支援を踏まえた後見事務のガイドライン	
6：人生会議（ACP）	
7：その他の取組み ⇒（具体的に： _____ ）	
8：取組みを行っていない ➡ 問8-3へ	

問8-2 問8-1において、選択した項目について、実施主体として当てはまるものを選択いただき、また、具体的な取組み内容として当てはまるものすべてに○をしてください。

【選択肢】	
①実施主体	1：貴市町村 2：連携して実施（具体的な連携先をご記入下さい）
②取組み内容	1：ツール（リーフレット、アセスメントシート、自分ノート、エンディングノート、絵カード等）の作成 2：セミナー等の開催 3：ポスター作成・掲示 4：広報誌等による啓発・情報提供 5：ホームページ等での情報提供 6：専門職向けの勉強会・研修実施 7：関係者・機関等の協議会設置 8：個別ケースへの支援、対応 9：その他（具体的な内容をご記入下さい）

(1) 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										
①実施主体		1：貴市町村 2：連携して実施 ⇒ 「2」の場合（連携先： _____ ）								
②取組み内容 （当てはまるものすべてに○）		1	2	3	4	5	6	7	8	9（具体的な内容を下記に記載）
(2) 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										
①実施主体		1：貴市町村 2：連携して実施 ⇒ 「2」の場合（連携先： _____ ）								
②取組み内容 （当てはまるものすべてに○）		1	2	3	4	5	6	7	8	9（具体的な内容を下記に記載）
(3) 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										
①実施主体		1：貴市町村 2：連携して実施 ⇒ 「2」の場合（連携先： _____ ）								
②取組み内容 （当てはまるものすべてに○）		1	2	3	4	5	6	7	8	9（具体的な内容を下記に記載）

(4) 身寄りがいない人の入院及び医療に係る意思決定が困難な人の支援に関するガイドライン

①実施主体		1：貴市町村 2：連携して実施 ⇒ 「2」の場合（連携先： _____ ）								
②取組み内容 （当てはまるものすべてに○）		1	2	3	4	5	6	7	8	9（具体的な内容を下記に記載）

(5) 意思決定支援を踏まえた後見事務のガイドライン

①実施主体		1：貴市町村 2：連携して実施 ⇒ 「2」の場合（連携先： _____ ）								
②取組み内容 （当てはまるものすべてに○）		1	2	3	4	5	6	7	8	9（具体的な内容を下記に記載）

(6) 人生会議（ACP）

①実施主体		1：貴市町村 2：連携して実施 ⇒ 「2」の場合（連携先： _____ ）								
②取組み内容 （当てはまるものすべてに○）		1	2	3	4	5	6	7	8	9（具体的な内容を下記に記載）

(7) その他

①実施主体		1：貴市町村 2：連携して実施 ⇒ 「2」の場合（連携先： _____ ）								
②取組み内容 （当てはまるものすべてに○）		1	2	3	4	5	6	7	8	9（具体的な内容を下記に記載）

問8-3 問8-1で、「8. 取組みを行っていない」を選択した場合、回答ください。意思決定支援に関する取組みがない場合、その主な理由として当てはまるものすべてに○をしてください。

1：意思決定支援の概念自体が不明瞭・分かりにくい	
2：自治体として取組むことの意義や範囲・程度が難しい	
3：相談者・協力者のような人や機関がない	
4：ガイドライン自体、または、ガイドライン同士の関係等が分かりにくい	
5：人員が不足している（意思決定支援のガイドライン等の研修等の企画・実施は他の福祉施策よりも相対的に優先順位が低い）	
6：所管部署や予算等の役所内の調整が難しい	
7：その他の理由 ⇒（具体的に： _____ ）	

6. 国が「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」を策定することの意義や課題

問9 貴市町村の認知症施策のご担当においては、国が「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」を策定していることについて、どのようにお考えですか。（1つを選択）

1：とても良い	2：良い	
3：あまり良くない	4：良くない	
5：わからない		

問10 国が「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」を策定することの意義として、下記の中から、貴市町村の認知症施策のご担当として、同意する事項に○をしてください。（当てはまるものすべてに○）

1：本人の意思の尊重、尊厳の保持という対人援助の基礎に立ち戻ることができる	
2：意思決定支援の考え方を習得できる	
3：意思決定支援の具体的な取組み方を習得できる	
4：医療・介護・福祉・行政等の様々な分野の支援者がチームで本人を支援する方法を统一的に習得できる	
5：経験の少ない専門職が、効果的に基本的な考え方や取組み方を習得できる	
6：専門職が、情報の非対称性がある本人・家族の希望をうまくくみ取れるようになる	
7：国が基本的な考え方や取組み方を示すことで、意思決定支援の重要性を認識できる	
8：国がガイドラインを作ることにより、自治体、関係機関が取組むきっかけになる	
9：ガイドラインとして文書化されると、迷った時にいつでも参照できる	
10：その他の意義 ⇒ (具体的な：)	
11：上記のいずれにも同意しない ⇒ (その理由：)	
12：わからない	

問11 「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」に記載されている事項について、下記の中から、貴市町村の認知症施策のご担当として、分かりますと感じる事項があれば、○をしてください。（当てはまるものすべてに○）

1：意思決定支援の概念が分かりにくい	
2：意思決定支援のプロセスが分かりにくい	
3：家族が意思決定に大きな影響を持つ事例も多く、ガイドラインの通りに実践することが難しい	
4：短い期間で意思決定を行う必要がある場合も多く、ガイドラインの通りに実践することが難しい	
5：意思決定支援チームのメンバーの資格・経験等が様々で、ガイドラインの通りに実践することが難しい	
6：本人の意思決定支援のみ書かれていて、代理・代行意思決定が書かれておらず、内容が足りない	
7：ガイドラインを読むだけで理解・習得することは難しい	
8：研修を受講し、さらに実践を積み重ねることが必要だが、専門職は多忙で難しい	
9：ガイドライン通りに意思決定支援に取組めたかどうかの評価が難しい	
10：ガイドラインの内容を実践的に講義できる人材が少ない	
11：複数のガイドラインやA C Pがあり、関係が分かりにくい	
12：その他の分かります点 ⇒ (具体的な：)	
13：特になし	
14：わからない	

問12 「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」の普及に自治体が取組む際、貴市町村の認知症施策のご担当として、課題だと感じる事項があれば、○をしてください。（当てはまるものすべてに○）

1：市町村が専門職の意思決定支援に取組むことの意義が分かりにくい	
2：市町村が専門職の研修のプログラムを企画・作成することは難しい	
3：研修の企画・実施をする相談者・協力者や機関がない	
4：研修の講師を頼める人や機関がない	
5：研修の効果は何か、知識やスキルを習得できたかかの判定が難しい	
6：ガイドラインの普及先として適した人や機関がない	
7：専門職の養成課程で行うべき研修である	
8：専門職は所属する法人・事業所により、研修への参加のしやすさに差がある	
9：専門職は個人による差もあり、市町村が指導することは難しい	
10：市町村職員が多忙で、意思決定支援のガイドラインの研修の企画・実施は優先度が高くない	
11：その他の課題 ⇒ (具体的な：)	
12：特に課題と感じることはない	
13：わからない	
14：特段、当該ガイドラインの普及に取組んでいないので意見はない	

7. 自由意見と回答者の保有資格

問13 地域包括ケアシステムの深化・推進に向けて、認知症の人の意思決定支援や「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」に関することで、貴市町村が独自に取組んでいることがありましたら、自由にお書きください。また、国・都道府県に望む支援等があれば記入してください。

問14 お差し支えなければ、本調査にご回答頂いた方の医療・介護・福祉関連の保有資格をお答えください。主に回答いただいた方についてで結構です。

※ お一人で回答され、一人で複数の資格を保有している場合、すべての資格に○をしてください。
※ 複数人で回答され、それぞれが一つ、ないしは複数の資格を保有している場合、すべての資格に○をしてください。

1：主任居宅介護支援専門員	
2：居宅介護支援専門員	
3：社会福祉士	
4：看護師・保健師	
5：精神保健福祉士	
6：臨床心理士	
7：介護福祉士	
8：理学療法士・作業療法士・言語聴覚士	
9：その他 ⇒ (具体的に：)	
10：保有資格はない	
11：答えたくない	

大変御多忙のところ本アンケート調査にご協力頂き誠に有難うございました。貴重な資料として活用をさせていただきます。
ご回答は、1月23日（火）までにWebよりデータ送信くださるよう、お願い申し上げます。

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の
活用及び意思決定支援・権利擁護推進のあり方に関する調査研究事業

【地域包括支援センター票のご回答のお願い】

- アンケート調査は、**貴地域包括支援センターの主任介護支援専門員**にご回答をお願いいたします。複数人おられる場合は、管理者や指導的立場にある方にご回答をお願いします。
- 設問内容によって、管理者、責任者、他部署等に適宜、ご相談の上、ご回答いただいても結構です。
- 認知症の人は、認知症と診断された場合に限り、認知機能の低下が疑われ、意思決定能力が不十分な人を含みます。以下、「認知症の人でない」本人にいます。
- 貴地域包括支援センターにおける認知症の人の意思決定支援、権利擁護に関わるお取組みの現状や意見を伺う設問で構成しております。選択肢より回答頂く質問が中心となっております。
- 回答にあたりましては、特に断りのない場合、**令和5年4月1日時点（もしくは近い時点）**の状況を記入ください。**お取組みについては、認知症施策推進大綱が策定された令和元年度～令和5年12月まで**とお伺いする場合がありますが、**各設問の指示に従って**ご回答ください。
- 本調査において**専門職**とは、**医療・介護・福祉の資格等を保有し、当該業務に従事している人**をいいます。

1. 貴地域包括支援センターの概要

問1 貴地域包括支援センターの設置主体とセンター数をご回答ください。（1つを選択）

1：単独の市町村が設置する地域包括支援センター数が1カ所ある	
2：単独の市町村が設置する地域包括支援センター数が2カ所以上ある	
3：複数の市町村が設置する地域包括支援センター数が1カ所ある	
4：複数の市町村が設置する地域包括支援センター数が2カ所以上ある	
5：その他 ⇒ (具体的に：)	

問2 貴センターの類型（当てはまるものすべてに○）

1：地域型センター	
2：プランチセンター	
3：サブセンター	
4：基幹型センター	
5：機能強化型センター	
6：その他 ⇒ (具体的に：)	

問3 貴センターの運営（1つを選択）

1：市町村の直営	
2：委託	
3：その他 ⇒ (具体的に：)	

問4 貴センターは担当圏域を持っていますか。（1つを選択）

1：持っている	
2：持っていない	
3：その他 ⇒ (具体的に：)	

問5 貴センターが実施している業務をご回答ください。（当てはまるものすべてに○）

1：総合相談支援業務	
2：権利擁護業務	
3：包括的・継続的ケアマネジメント支援業務	
4：介護予防支援	
5：センター間の総合調整や介護予防に係るケアマネジメント等の後方支援（統括的機能）	
6：地域ケア会議等の後方支援	
7：権利擁護業務や認知症支援等の機能を強化し、他センターの当該業務を支援する機能	
8：人材育成支援（域内の介護支援専門員、介護サービス従事者等）	
9：関係機関等とのネットワークの構築	
10：地域住民の啓発、情報提供、講師派遣	
11：その他 ⇒ (具体的に：)	

問6 貴センターの職員数（常勤換算）（令和5年4月現在）

合計	介護予防支援		包括的支援事業	
	人数	人	人	人
保健師（準ずるものを含む）		うち		うち
社会福祉士（準ずるものを含む）		うち		うち
主任介護支援専門員（準ずるものを含む）		うち		うち
その他		うち		うち

問7 貴センターの管内（圏域）の人口（令和5年4月現在）

(1) 都道府県名	
(2) 地域包括支援センター名	
(3) 人口（人）	人
(4) 65歳以上の高齢者人口（人）	人
(5) 65歳以上の要介護認定者数（人）	人
(6) 65歳以上の総合事業・介護予防給付対象者数（人）	人

問8 貴センターの管内（圏域）の認知症の人数と、そのうち日常生活自立度別の認知症のランクⅡ a以上の人数をご回答ください。把握されている範囲で結構です。（令和5年4月現在。把握されていない場合は、直近で把握している年月でご回答ください）

合計	65歳以上	40歳以上65歳未満
人	人	人
ランクⅡ a以上	うち	うち
人	人	人

2. 意思決定支援に関する国のガイドライン等の認知・周知・啓発の状況

問9 あなたは、意思決定支援に関する国のガイドライン等を知っていますか。(それぞれ1つを選択)

- 意思決定支援とは、「本人の意思をできるだけくみ取り、それを活かして支援すること」です。
- 「意思決定支援に関する取組み」は、「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」に関するものに限らず、他のガイドラインが対象としている人や場面における意思決定支援、また、ガイドライン以外のいわゆる「人生会議（アドバンス・ケア・プランニング、ACPと略）」なども含めてお考えください。
- 選択肢として例示しているガイドライン等について、所管部署が異なる等の場合には、貴部署で把握されている可能な範囲でのご回答を頂ければ結構です。

(1)	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	1: ガイドラインがあることを知らなかった 2: ガイドラインがあることは知っていた 3: ガイドラインの内容まで把握している	
(2)	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	1: ガイドラインがあることを知らなかった 2: ガイドラインがあることは知っていた 3: ガイドラインの内容まで把握している	
(3)	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	1: ガイドラインがあることを知らなかった 2: ガイドラインがあることは知っていた 3: ガイドラインの内容まで把握している	
(4)	身寄りがいない人の入院及び医療に係る意思決定が困難な人の支援に関するガイドライン	1: ガイドラインがあることを知らなかった 2: ガイドラインがあることは知っていた 3: ガイドラインの内容まで把握している	
(5)	意思決定支援を踏まえた後見事務のガイドライン	1: ガイドラインがあることを知らなかった 2: ガイドラインがあることは知っていた 3: ガイドラインの内容まで把握している	
(6)	人生会議（ACP）	1: ACPという用語を知らなかった 2: 用語は聞いたことがあるが、内容は知らなかった 3: ACPの内容まで把握している	

問10 貴センターにおいては、意思決定支援に関する国のガイドライン等をどのように活用していますか。あなた以外の職員等も含めてご回答ください。(それぞれ当てはまるものすべてに○)

(1)	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	
1:	書籍やインターネット等で、職員が学習している	
2:	職員が外部の研修に参加してガイドラインについて学習している → 研修の実施主体を選択（当てはまるものすべてに○）	
1:	国	
2:	都道府県・指定都市	
3:	外郭団体	
4:	市町村	
5:	地域包括支援センター	
6:	研究機関	
7:	その他 ⇒ (具体的に:)	
3:	内容をふまえて、利用者に対して意思決定支援を行っている	
4:	その他の活用 ⇒ (具体的に:)	
5:	活用に関する取組みは行っていない	
6:	活用に関する取組みを行っているかどうかわからない	

(2)	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	
1:	書籍やインターネット等で、職員が学習している	
2:	職員が外部の研修に参加してガイドラインについて学習している → 研修の実施主体を選択（当てはまるものすべてに○）	
1:	国	
2:	都道府県・指定都市	
3:	外郭団体	
4:	市町村	
5:	地域包括支援センター	
6:	研究機関	
7:	その他 ⇒ (具体的に:)	
3:	内容をふまえて、利用者に対して意思決定支援を行っている	
4:	その他の活用 ⇒ (具体的に:)	
5:	活用に関する取組みは行っていない	
6:	活用に関する取組みを行っているかどうかわからない 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	
(3)	書籍やインターネット等で、職員が学習している	
2:	職員が外部の研修に参加してガイドラインについて学習している → 研修の実施主体を選択（当てはまるものすべてに○）	
1:	国	
2:	都道府県・指定都市	
3:	外郭団体	
4:	市町村	
5:	地域包括支援センター	
6:	研究機関	
7:	その他 ⇒ (具体的に:)	
3:	内容をふまえて、利用者に対して意思決定支援を行っている	
4:	その他の活用 ⇒ (具体的に:)	
5:	活用に関する取組みは行っていない	
6:	活用に関する取組みを行っているかどうかわからない 身寄りがいない人の入院及び医療に係る意思決定が困難な人の支援に関するガイドライン	
(4)	書籍やインターネット等で、職員が学習している	
2:	職員が外部の研修に参加してガイドラインについて学習している → 研修の実施主体を選択（当てはまるものすべてに○）	
1:	国	
2:	都道府県・指定都市	
3:	外郭団体	
4:	市町村	
5:	地域包括支援センター	
6:	研究機関	
7:	その他 ⇒ (具体的に:)	
3:	内容をふまえて、利用者に対して意思決定支援を行っている	
4:	その他の活用 ⇒ (具体的に:)	
5:	活用に関する取組みは行っていない	
6:	活用に関する取組みを行っているかどうかわからない	

(5)	意思決定支援を踏まえた後見事務のガイドライン 1：書籍やインターネット等で、職員が学習している 2：職員が外部の研修に参加してガイドラインについて学習している → 研修の実施主体を選択（当てはまるものすべてに○）	1：国 2：都道府県・指定都市 3：外郭団体 4：市町村 5：地域包括支援センター 6：研究機関 7：その他 ⇒（具体的に： ）	
	3：内容をふまえて、利用者に対して意思決定支援を行っている 4：その他の活用 ⇒（具体的に： ） 5：活用に関する取組みは行っていない 6：活用に関する取組みを行っているかどうかわからない 人生会議（ACP）		
(6)	1：書籍やインターネット等で、職員が学習している 2：職員が外部の研修に参加してACPについて学習している → 研修の実施主体を選択（当てはまるものすべてに○）	1：国 2：都道府県・指定都市 3：外郭団体 4：市町村 5：地域包括支援センター 6：研究機関 7：その他 ⇒（具体的に： ）	
	3：内容をふまえて、利用者に対して意思決定支援を行っている 4：その他の活用 ⇒（具体的に： ） 5：活用に関する取組みは行っていない 6：活用に関する取組みを行っているかどうかわからない		

3. 意思決定支援に関する研修の参加の有無	
問11 令和元年度～令和5年12月までに、貴センターの職員は、認知症の高齢者等に対する意思決定支援に関する研修や勉強会に参加しましたか。あなただけの職員も含めてご回答ください。（1つを選択）	
1：参加した	⇒ 付問11-1-1へ
2：参加していない	⇒ 問12へ
3：不明	⇒ 問12へ

付問11-1-1 問11で「1. 参加した」と回答した場合、研修等の種類を教えてください。（当てはまるものすべてに○）

○「独立実施型」：厚生労働省は、老人保健事業推進費等補助金等により、認知症の人の意思決定支援に関する講義スライド（パワーポイントファイル）や動画教材を作成しています。「独立実施型」とは、上記の教材を用いた講義と演習から構成される、3時間以上のカリキュラムを標準として実施される意思決定支援に特化した研修です。	
○「組み込み型」：厚生労働省は、老人保健事業推進費等補助金等により、意思決定支援の重要性、ガイドラインの概要や背景、認知症の本人の声等について、約15分にまとめた動画教材を作成し、DVDとして都道府県・指定都市に提供しています。「組み込み型」とは、他の医療・介護等の専門職研修（認知症対応力向上研修等）の中で上記のDVDを視聴する形式で実施される研修です。	
○「貴センターの独自型」：上記の厚生労働省が老人保健事業推進費等補助金等を通じて作成した講義スライド（パワーポイントファイル）や動画教材を使わずに、貴センターで独自に企画・実施した認知症の高齢者等に対する意思決定支援に関する研修です。外部団体に研修を委託したり、共同開催した場合を含みます。	
○上記の3つに該当しない研修等に参加されている場合、「その他」としてお答えください。	
市町村（指定都市を除く）、地域包括支援センター、大学、研究機関等が開催する研修、勉強会等です。	

1：都道府県や指定都市が開催する研修（独立実施型） ※都道府県や指定都市が、国の教材を使用して行う認知症の人の意思決定支援に特化した研修	
2：都道府県や指定都市が開催する研修（組み込み型） ※ 都道府県や指定都市が行う、下記の医療・介護等の専門職研修には、一部に国の教材を使用し、認知症の高齢者等に対する意思決定支援に関する研修の内容が含まれています。	
(1) かかりつけ医認知症対応研修	
(2) 歯科医師認知症対応力向上研修	
(3) 薬剤師認知症対応力向上研修	
(4) 病院勤務の医療従事者向け認知症対応力向上研修	
(5) 看護職員認知症対応力向上研修	
(6) 病院勤務以外の看護師等認知症対応力向上研修	
(7) 認知症介護基礎研修	
(8) 認知症介護実践研修	
(9) 認知症介護実践リーダー研修	
(10) 認知症サポーターのステップアップ講座	
(11) 人生会議（ACP）の講座	
(12) その他 ⇒（具体的に： ）	
3：貴センターの独自型 ※貴センターで企画・実施した認知症の高齢者等に対する意思決定支援に関する研修等 ⇒（具体的に： ）	
4：その他 ※上記1. ～3. 以外の研修等 ⇒（具体的に： ）	
5：不明	

付問 1 1－2 問 1 1 で「1. 参加した」と回答した場合、参加した職員の職種を教えてください。おわりの範囲で結構です。（当てはまるものすべてに○）

1：介護支援専門員	
2：介護職	
3：看護職	
4：福祉職	
5：リハビリ職	
6：その他 ⇒（具体的に：_____）	
7：不明	

付問 1 1－3 問 1 1 で「1. 参加した」と回答した場合、参加した職員は何人でしょうか。おわりの範囲で結構です。（1つを選択）

※ 1 人の職員が、複数の研修に参加した場合、人数は「1 人」として、数えてください。

1：人数を把握している ⇒（具体的に：_____）	2：人数は不明
---------------------------	---------

付問 1 1－4 研修に参加して良かった点や効果がみられた点を教えてください。（当てはまるものすべてに○）

1：参加者から、専門職としての知識やスキルが高まったとの声があった	
2：参加者から、人権尊重、権利擁護に対する意識が高まったとの声があった	
3：参加者から、専門職としての意欲が高まったとの声があった	
4：参加者から、後日、本人、家族への支援に活かすことができたとの声があった	
5：参加者から、後日、意思決定支援チームや医療・ケアチームの連携が円滑になったとの声があった	
6：支援の現場（地域包括支援センター・医療機関・介護事業所等）を通じて、本人・家族等の好評価を聴いている 例：「良かった」「生活の質が向上した」「笑顔が増えた」「本人の意思がわかった」	
7：その他の良かった点や効果 ⇒（具体的に：_____）	
8：特になし ⇒（理由：_____）	
9：良かった点や効果は不明	

4. 意思決定支援に関する研修の実施の有無

問 1 2 令和元年度～令和 5 年 1 2 月までに、貴センターの職員は、認知症の高齢者に対する意思決定支援について、医療・介護等専門職や地域住民向けの研修や勉強会を実施していますか。（1つを選択）
※ 研修の実施は、直接実施の他、関係団体・機関等への委託、共同開催による場合も含まれます。

1：実施している・実施したことがある ⇒ 付問 1 2－1へ	
2：実施していない・実施したことがない ⇒ 問 1 4へ	

付問 1 2－1 問 1 2 で「1. 実施している・実施したことがある」と回答した場合、研修等の種類をご回答ください。（当てはまるものすべてに○）

※ 問 1 3 の設問は、複数回実績がある場合、任意の 1 回を選んで回答をお願いします。左端の欄に、お選びになった任意の 1 回に○をしてください。

↓ 実施したものに○、そのうち、任意の一つに「○」を入れてください。

1：認知症サポーター養成講座	
2：認知症サポーターのステップアップ講座	
3：人生会議（ACP）	
4：認知症の介護家族向けの講座	
5：認知症の高齢者等に対する意思決定支援に関する講座	
6：その他 ⇒（具体的に：_____）	

※ 問 1 3 は、付問 1 2－1 で任意に一つ選んだ認知症の高齢者等に対する意思決定支援に関する研修について、詳細をお伺いします。

問 1 3－1 外部の協力団体をお答えください。（当てはまるものすべてに○）

1：センター職員のみで実施したので外部の協力団体はない	
2：都道府県・都道府県社会福祉協議会	
3：医師会、医療機関	
4：地域包括支援センター	
5：居宅介護支援事業所	
6：社会福祉協議会	
7：大学、研究機関	
8：研修機関	
9：法律家関連の団体	
10：成年後見センター・中核機関	
11：業界団体 ⇒（具体的に：_____）	
12：その他 ⇒（具体的に：_____）	

問 1 3－2 認知症の高齢者等に対する意思決定支援のパートの研修の時間をお答えください。（1つを選択）

1：1 5 分未満	2：1 5 分～3 0 分未満	3：3 0 分～1 時間未満	
4：1 時間～2 時間未満	5：2 時間～3 時間未満	6：3 時間～4 時間未満	
7：4 時間～5 時間未満	8：5 時間～6 時間未満	9：6 時間以上	
10：その他 ⇒（具体的に：_____）			
11：わからない			

問 1 3-3 認知症の高齢者等に対する意思決定支援のパートの研修の形態をお答えください。（当てはまるものすべてに○）

1：対面での講義	
2：オンラインでの講義	
3：対面とオンラインの講義の併用	
4：e-ラーニング	
5：実技や実地での学習	
6：その他 ⇒ (具体的に：)	

問 1 3-4 研修の講師の職種をお答えください。（当てはまるものすべてに○）
※「医療・介護・福祉や法律関係の資格を有する大学教員」などは、両方に○を付けてください。

1：医師	
2：看護師・保健師	
3：社会福祉士	
4：弁護士	
5：大学教員	
6：地域包括支援センターの職員	
7：居宅介護支援専門員（ケアマネジャー）	
8：介護事業所の職員	
9：社会福祉協議会の職員	
10：成年後見センター・中核機関の職員	
11：本人、家族、当事者団体（認知症の人と家族の会等）	
12：NPO、関係団体の職員	
13：自治体職員	
14：その他 ⇒ (具体的に：)	

問 1 3-5 研修の受講者はどなたですか。（当てはまるものすべてに○）
※ 一人の人が複数の選択肢に該当する等、迷われる場合は、該当するものに○を付けてください。
おわりの範囲で結構です。

1：自治体職員	
2：医療機関（病院、診療所、歯科診療所、薬局等）の職員	
3：介護事業所の職員	
4：障害サービス事業所の職員	
5：地域包括支援センターの職員	
6：社会福祉協議会の職員	
7：成年後見センター・中核機関の職員	
8：専門職団体の職員・会員	
9：NPO、関係団体の職員・会員	
10：ボランティア	
11：認知症サポーター	
12：当事者団体（認知症の人と家族の会等）の職員・会員	
13：本人、家族	
14：地域住民	
15：地域の企業の担当者等	
16：学生	
17：その他 ⇒ (具体的に：)	

問 1 3-6 研修の教材は何を使いまいしたか。（当てはまるものすべてに○）

1：国提供の教材を使用	
2：国提供の教材を改変、もしくは一部を使用した教材	
3：都道府県・指定都市、その外郭団体が提供する教材を使用	
4：都道府県・指定都市、その外郭団体が提供する教材を改変、もしくは一部を使用した教材	
5：研究機関が提供する教材を使用	
6：研究機関が提供する教材を改変、もしくは一部を使用した教材	
7：講師や委託先が用意する教材	
8：地域包括支援センターが独自に作成した教材□	
9：その他の教材 ⇒ (具体的に：)	
10：把握していない	

問 1 3-7 研修を実施して良かった点や効果がみられた点を教えてください。（当てはまるものすべてに○）

1：研修の問合わせや申し込みが多く、研修を開催したことで関心の高さを感じた	
2：研修時に実施したアンケート調査で参加者の評価が高く好評だった	
3：参加者から、後日、本人、家族への支援に活かすことができたとの声があった	
4：参加者から、後日、意思決定支援チームや医療・ケアチームの連携が円滑になったとの声があった	
5：支援の現場（地域包括支援センター・医療機関・介護事業所等）を通じて、本人・家族等の好評価を聴いている 例：「良かった」「生活の質が向上した」「笑顔が増えた」「本人の意思がわかった」	
6：その他の良かった点や効果 ⇒ (具体的に：)	
7：特になし ⇒ (理由：)	
8：良かった点や効果は不明	

問 1 3-8 研修の企画・実施を通じて課題と感じた点を教えてください。
（当てはまるものすべてに○）

1：独自に認知症の高齢者等に対する意思決定支援に関する教材を作成することは難しい	
2：国作成の教材の利活用が難しい	
3：研修の内容を現場で活かすことが難しい	
4：講師との連携が難しい	
5：参加が望まれる専門職の参加が少ない	
6：支援者の一人だけが学習しても、本人の意思決定支援につながりにくい	
7：研修の効果を把握することが難しい	
8：その他の課題 ⇒ (具体的に：)	
9：特になし	

➡ 問 1 5へお進みください。

5. 意思決定支援に関する研修を実施していない理由

問14 問12で「2. 実施していない・実施したことがない」と回答したセンターにおいて、令和元年度～令和5年12月までに、意思決定支援に関する研修の実施を検討したことがありますか。（1つを選択）

1: 検討したことがある	2: 検討したことはない
3: 検討したかどうか不明	

付問14-1 問12で「2. 実施していない・実施したことがない」と回答した理由を教えてください。（当てはまるものすべてに○）

1: 研修を企画・立案することが難しい	
2: 予算等の確保が難しい	
3: 研修の実施を頼める機関がない	
4: 講師等の人材確保が難しい	
5: 国による研修が実施されている	
6: 都道府県・指定都市による研修が実施されている	
7: 医療・介護関係団体による研修が実施されている	
8: 研究機関等による研修が実施されている	
9: 意思決定支援に関する研修のニーズが不明	
10: 専門職は意思決定支援について養成課程で学習している	
11: 専門職の法定研修以外の研修は本人の自主的な判断に任せている	
12: 認知症施策の中で、意思決定支援に関する研修の優先度は高くない	
13: 職員が多忙で意思決定支援に関する研修を企画・実施する時間的な余裕がない	
14: その他 ⇒ (具体的に:)	

6. 意思決定支援、権利擁護に関する取組みの現状について

問15-1 貴センターでは、令和元年度～令和5年12月までに、「事前に本人の意思表明を確認する取組み」として認識し、下記のガイドライン等に関する周知・啓発等の具体的な取組みを行っていますか。（当てはまるものすべてに○）

○ 選択肢として例示しているガイドライン等について、所管部署が異なる等の場合には、貴部署で把握されている可能な範囲でのご回答を頂ければ結構です。	
1: 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	
2: 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	
3: 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	
4: 身寄りがいない人の入院及び医療に係る意思決定が困難な人の支援に関するガイドライン	
5: 意思決定支援を踏まえた後見事務のガイドライン	
6: 人生会議（ACP）	
7: その他の取組み ⇒ (具体的に:)	
8: 取組みを行っていない ⇒ 問15-3へ	

問15-2 問15-1において、選択した項目について、実施主体として当てはまるものを選択いただき、また、具体的な取組み内容として当てはまるものすべてに○をしてください。

【選択肢】	
①実施主体	1: 貴市町村 2: 連携して実施（具体的な連携先をご記入下さい）
②取組み内容	1: ツール（リーフレット、アセスメントシート、自分史ノート、エンディングノート、絵カード等）の作成 2: セミナー等の開催 3: ポスター作成・掲示 4: 広報誌等による啓発・情報提供 5: ホームページ等での情報提供 6: 専門職向けの勉強会・研修実施 7: 関係者・機関等の協議会設置 8: 個別ケースへの支援・対応 9: その他（具体的な内容をご記入下さい）

(1) 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	
①実施主体	1: 貴センター 2: 連携して実施
②取組み内容 (当てはまるものすべてに○)	⇒ 「2」の場合（連携先:) 1 2 3 4 5 6 7 8 9 (具体的な内容を下記に記載)
(2) 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	
①実施主体	1: 貴センター 2: 連携して実施
②取組み内容 (当てはまるものすべてに○)	⇒ 「2」の場合（連携先:) 1 2 3 4 5 6 7 8 9 (具体的な内容を下記に記載)
(3) 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	
①実施主体	1: 貴センター 2: 連携して実施
②取組み内容 (当てはまるものすべてに○)	⇒ 「2」の場合（連携先:) 1 2 3 4 5 6 7 8 9 (具体的な内容を下記に記載)

（４）身寄りがいない人の入院及び医療に係る意思決定が困難な人の支援に関するガイドライン

①実施主体

1：貴センター 2：連携して実施

⇒「2」の場合（連携先：）

②取組み内容

（当てはまるものすべてに○）

1

2

3

4

5

6

7

8

9

（具体的な内容を下記に記載）

（５）意思決定支援を踏まえた後見事務のガイドライン

①実施主体

1：貴センター 2：連携して実施

⇒「2」の場合（連携先：）

②取組み内容

（当てはまるものすべてに○）

1

2

3

4

5

6

7

8

9

（具体的な内容を下記に記載）

（６）人生会議（ACP）

①実施主体

1：貴センター 2：連携して実施

⇒「2」の場合（連携先：）

②取組み内容

（当てはまるものすべてに○）

1

2

3

4

5

6

7

8

9

（具体的な内容を下記に記載）

（７）その他

①実施主体

1：貴センター 2：連携して実施

⇒「2」の場合（連携先：）

②取組み内容

（当てはまるものすべてに○）

1

2

3

4

5

6

7

8

9

（具体的な内容を下記に記載）

問15-3 問15-1で、「8. 取組みを行っていない」を選択した場合、回答ください。意思決定支援に関する取組みがない場合、その主な理由として当てはまるものすべてに○をしてください。

1：意思決定支援の概念自体が不明瞭・分かりにくい

2：地域包括支援センターとして取組むことの意義や範囲・程度が難しい

3：相談者・協力者のような人や機関がない

4：ガイドライン自体、または、ガイドライン同士の関係等が分かりにくい

5：人員が不足している（意思決定支援のガイドライン等の研修の企画・実施は他の福祉施策よりも相対的に優先順位が低い）

6：所管部署や予算等のセンター内の調整が難しい

7：その他の理由 ⇒（具体的に：）

13

7. 国が「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」を策定することの意義や課題

問16 あなたは、国が「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」を策定していることについて、どのようにお考えですか。（1つを選択）

1：とても良い

2：良い

3：あまり良くない

4：良くない

5：わからない

問17 国が「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」を策定することの意義として、下記の中から、あなたが同意する事項に○をしてください。（当てはまるものすべてに○）

1：本人の意思の尊重、尊厳の保持という対人援助の基礎に立ち戻ることができる

2：意思決定支援の考え方を習得できる

3：意思決定支援の具体的な取組み方を習得できる

4：医療・介護・福祉・行政等の様々な分野の支援者がチームで本人を支援する方法を统一的に習得できる

5：経験の少ない専門職が、効果的に基本的な考え方や取組み方を習得できる

6：専門職が、情報の非対象性がある本人・家族の希望をうまくくみ取れるようになる

7：国が基本的な考え方や取組み方を示すことで、意思決定支援の重要性を認識できる

8：国がガイドラインを作ることにより、自治体、関係機関が取組むきっかけになる

9：ガイドラインとして文書化されると、迷った時にいつでも参照できる

10：その他の意義 ⇒（具体的に）

11：上記のいずれにも同意しない ⇒（その理由：）

12：わからない

問18 「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」に記載されている事項について、下記の中から、あなたが分かりづらいと感じる事項があれば、○をしてください。（当てはまるものすべてに○）

1：意思決定支援の概念が分かりにくい

2：意思決定支援のプロセスが分かりにくい

3：家族が意思決定に大きな影響を持つ事例も多く、ガイドラインの通りに実践することが難しい

4：短い期間で意思決定を行う必要がある場合も多く、ガイドラインの通りに実践することが難しい

5：意思決定支援チームのメンバーの資格・経験等が様々で、ガイドラインの通りに実践することが難しい

6：本人の意思決定支援のみ書かれていて、代理・代行意思決定が書かれておらず、内容が足りないと感じる

7：ガイドラインを読むだけで理解・習得することは難しい

8：研修を受講するだけでは足りず、実践を積み重ねることも必要である

9：ガイドライン通りに意思決定支援に取組めたかどうかの評価が難しい

10：ガイドラインの内容を実践的に講義できる人材が少ない

11：複数のガイドラインやACCPがあり、関係が分かりにくい

12：その他の分かりづらい点 ⇒（具体的に：）

13：特になし

14：わからない

14

資料編-16

問19 「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」の普及に貴センターが取組む際、あなたが課題だと感じる事項があれば、○をしてください。（当てはまるものすべてに○）

1: センターが意思決定支援に取組むことの意義が分かりにくい	
2: センターが専門職の研修のプログラムを企画・作成することは難しい	
3: 研修の企画・実施をする相談者・協力者や機関がない	
4: 研修の講師を頼める人や機関がない	
5: 研修の効果は何か、知識やスキルを習得できたかの判定が難しい	
6: ガイドラインの普及先として通じた人や機関がない	
7: 専門職の養成課程で行うべき研修である	
8: 専門職は所属する法人・事業所により、研修への参加のしやすさに差がある	
9: 専門職は個人による差もあり、センターが指導することは難しい	
10: センター職員が多忙で、意思決定支援のガイドラインの研修の企画・実施は優先度が高くない	
11: その他の課題 ⇒ (具体的に:)	
12: 特に課題と感じることはない	
13: わからない	
14: 特設、当該ガイドラインの普及に取組んでいないので意見はない	

8. ケアマネジメントにおける意思決定支援の取り組みと課題

問20 貴センターにおいては、地域住民からの相談対応、二次予防事業対象者に対する介護予防ケアプラン、要支援者、要介護者に対するケアプラン作成を行っていますか。(当てはまるものすべてに○)

1: 地域住民からの相談対応を行っている

1：地域住民からの相談対応を行っている	
2：二次予防事業対象者に対するケアプラン作成を行っている	
3：要支援者に対するケアプラン作成を行っている	
4：要支援者に対するケアプラン作成は居宅介護支援事業所に一部を委託している	
5：要支援者に対するケアプラン作成は居宅介護支援事業所に全部を委託している	
6：要介護者に対するケアプラン作成を行っている（困難事例等）	
7：いずれも行っていない（業務の範囲外）	➡ 問25へ進む

問題 21 あなたは、下記のような人のケアマネジメントを行う際、国の「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」を参考していますか（それぞれ一つを選択）

	ガイドラインの活用
(1) 認知症の人	1. 参考になっている 2. 参考にしていない 3. いずれともいえない
(2)	認知症と診断された場合に限り 1. 参考になっている 2. 参考にしていない 3. いずれともいえない

問22 貴センターが実施するケアマネジメント（地域住民からの相談対応、二次予防事業対象者・要支援者・要介護者に対するケアプラン作成等）の取組みについてご回答ください。

問22-1 令和5年12月現在、貴センターがケアマネジメントを行う対象者の人数をご回答ください。
対象者がいない場合は「0（ゼロ）」と記入ください。

ケアマネジメントを行っている対象者の人数（実人数を入力ください）

問2-2 上記の対象者の居所別の割合をお答えください。対象者がいない場合は「0（ゼロ）」と記入ください。おおよそで結構ですが、合計が100%になるよう、記入ください。

ケアマネシメントを行っている対象者の居所		割合
1. 自宅		%
2. 特定施設入居者生活介護の指定を受けていない有料老人ホーム・サービス付き高齢者住宅		%
3. 特定施設		%
4. 認知症対応型生活介護（認知症グループホーム）		%
5. 介護保険施設		%
6. その他		%
7. 不明		%
合計		0 %

問 2-2-3 令和5年12月現在、貴センターの利用者に、事業対象者、要支援者、要介護者がいますか。（それぞれ一つを選択）
貴センターの利用者に、事業対象者、要支援者、要介護者がいる場合、その中に日常生活・社会生活における意思決定支援の対象となる認知症の人はいますか。（それぞれ一つを選択）
※排せつや入浴の直接的な介助、日常的な金銭管理の代行等は除き、意思決定の支援について回答ください。

【選択肢】 1：いる 2：いない 3：不明						
①利用者の有無 （「1.いる」回答の場合②を回答）		②利用者のうち、下記の意思決定支援の対象となる認知症の人がいるか				
		1.介護保険、保険外サービスの利用、ケアプランの回答	2.食事・入浴・被服の好み・排せつ・整容の回答	3.外出、日常用品の提供、高齢者の在宅、グループホーム、施設参加、社会参加	4.住まいの移動の選択（医師機関、療養場所、治療、予防等）	5.日常的な医療費管理（成年後見制度利用の有無を除く）
(1)	事業対象者					
(2)	要支援者					
(3)	要介護者					

問 2-3 あなたは、ケアマネジメントにおいて、認知症の人の日常生活・社会生活における意思決定支援について、下記のような対応を行っていますか。（それぞれ一つを選択）

【選択肢】	1：概ねできている	2：できていないときもある	3：十分にできているとは言えない	4：いずれともいえない	5：確認したことがない
-------	-----------	---------------	------------------	-------------	-------------

意思決定支援で行っていること	
(1)	本人が安心してできる静かな落ち着いた環境で意思決定支援を行っている
(2)	急かさず、本人の意思を尊重する態度で接している
(3)	とりつくり等から、本人が本心と違うことを言う場合もあるが、本人の意思を把握するよう努めている
(4)	意思決定に関わる本人の生活史や家族関係を理解している
(5)	意思決定を行う事項に応じて、適切な人に立ち会いを依頼している
(6)	日時を変えたり、複数人で聴く等、繰り返し意思に変わりが無いが確認を行っている
(7)	選択をした場合のメリット、デメリットを本人の言葉で説明してもらう等、理解度を確認している
(8)	相手と視線を合わせ、理解できるよう説明をしている
(9)	相手が不安等を感じていないか、表情を確認している
(10)	本人が表明した意思の合理性や整合性を複数人で確認している
(11)	意思決定支援のプロセスを相談記録、アセスメント票等に記録し、後で確認できるようにしている

問 2-4 貴センターが、ケアマネジメントの一環として、「認知症の人の日常生活・社会生活における意思決定支援」に取り組む際、あなたが課題だと考えることに○をしてください。（当てはまるものすべてに○）

1：日常生活・社会生活等における意思決定は多岐にわたり、高い頻度で行われる。センターがどこまで関わるべきか範囲が明確でない	
2：本人の日常生活・社会生活等における意思決定能力、支援の必要性の見極めが難しい	
3：意思決定においては、キーパーソンの家族の希望が反映されることも多い。本人の意思と家族の希望のあいまいに苦慮することが少なくない	
4：ケアマネジメントを行う際、本人支援だけでなく、家族支援も必要ことが多い。本人の意思のみをくみ取り、実現を支援するだけでなく、本人と家族の生活・人生を支援する視点が必要である	
5：認知症が進行して、日常生活・社会生活等における意思決定が困難になり、代理・代行決定になっっていくことが多いが、その判断や方法が明確でない	
6：ケアマネジメントを行う前提として、本人との信頼関係を構築するまでに、時間と労力がかかる	
7：本人が意思形成をするために、正しい理解、判断になるよう、都度、繰り返し説明、比較・要点的説明、図や表を用いた説明などに、時間と労力がかかる	
8：意思形成支援のプロセスにおいて、本人の正しい理解、判断になっているかの確認が難しい	
9：本人の表明された意思について、時間差、また複数人での確認など、時間と労力がかかる	
10：本人が意思表明をする際、本人の信条、生活歴、価値観等と周辺情報との整合性の確認が難しい	
11：本人の意思の実現を支援するための家族介護力や地域の社会資源等が不足している	
12：地域包括支援センターの経営の観点から、意思決定支援に多大な時間と労力をかけることは難しい	
13：介護保険の居宅介護支援の報酬が付かない人の相談対応はセンターの費用の持ち出しになる	
14：意思決定支援チームは多職種専門職が関わるが、職種等によりコミュニケーションが難しい	
15：その他の課題 ⇒（具体的に）	
16：特に課題と思うことはない	
17：わからない	

9. 自由意見と回答者の保有資格

問25 地域包括ケアシステムの深化・推進に向けて、認知症の人の意思決定支援や「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」に関すること、貴センターが独自に取組んでいることがありましたら、自由にお書きください。また、国・都道府県・市町村に望む支援等があれば記入してください。

問26 お差し支えなければ、本調査にご回答頂いた方の医療・介護・福祉関連の保有資格をお答えください。主に回答いただいた方についてで結構です。

※ お一人で回答され、一人で複数の資格を保有している場合、すべての資格に○をしてください。

※ 複数人で回答され、それぞれが一つ、ないしは複数の資格を保有している場合、すべての資格に○をしてください。

1：主任居宅介護支援専門員	
2：居宅介護支援専門員	
3：社会福祉士	
4：看護師・保健師	
5：精神保健福祉士	
6：臨床心理士	
7：介護福祉士	
8：理学療法士・作業療法士・言語聴覚士	
9：その他 ⇒ (具体的に：)	
10：保有資格はない	
11：答えたくない	

大変御多忙のところ本アンケート調査にご協力頂き誠に有難うございました。貴重な資料として活用をさせていただきます。
ご回答は、1月23日(火)までに
Webよりデータ送信くださるよう、お願い申し上げます。

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の
活用及び意思決定支援・権利擁護推進のあり方に関する調査研究事業

- 本アンケート調査は、**宛名に記載されたサービス・プログラムの介護事業所の介護支援専門員**にご回答をお願いいたします。複数人おられる場合は、**管理者や指導的立場にある方**にご回答をお願いします。
- 設問内容によって、管理者・責任者、他部署等に適宜、ご相談の上、ご回答いただいても結構です。
- 認知症の人とは、認知症と診断された場合に限らず、認知機能の低下が疑われ、意思決定能力が不十分な人を含みます。以下、「認知症の人でない」「本人」といいます。
- 宛名に記載されたサービスの貴事業所における認知症の人の意思決定支援・権利擁護に関わるお取組みの現状やご意見を伺う設問で構成しております。選択肢より回答頂く質問が中心となっております。
- ※ 複数の事業所がある場合、複数サービスを実施する施設・事業所の場合であっても、可能な限り、**宛名に記載されたサービスのある貴事業所における取組み**について、ご回答をお願いします。
- ※ ただし、特別養護老人ホームの空床利用で一体的にショートステイを実施している等、分けがたい場合は、あわせて取組みを回答いただいても結構です。
- 回答にあたりましては、特に断りのない場合、**令和5年4月1日時点（もしくは近い時点）**の状況を記入ください。**お取組みについては、認知症施策推進大綱が策定された令和元年度～令和5年12月まで**でお同一する場合がありますが、**各設問の指示に従ってご回答ください。**
- 本調査において「専門職」とは、**医療・介護・福祉の資格等を保有し、当該業務に従事している人**をいいます。

1. 貴事業所の概要

問1 本調査の宛名に記載された、貴事業所が実施している介護保険サービスをご回答ください。（1つを選択）

1：居宅介護支援	2：小規模多機能型居宅介護	
3：看護小規模多機能型居宅介護	4：介護老人福祉施設	
5：介護老人保健施設	6：介護療養型医療施設	
7：介護医療院	8：特定施設入居者生活介護	
9：認知症対応型共同生活介護	10：地域密着型特定施設入居者生活介護	
11：地域密着型介護老人福祉施設		
12：その他 ⇒（具体的に：_____）		

問2 本調査の宛名に記載された、貴事業所が実施している介護保険サービスの定員、利用者数（令和5年4月1日時点）。いない場合は「0（ゼロ）」と記入ください。

定員数	実利用者数	
	うち65歳以上の要介護	65歳以上の総合事業
	認定者数（人）	対象者（人）
		給付対象者（人）

問3 本調査の宛名に記載された、貴事業所の職員数（常勤換算）（令和5年4月時点）

※「合計」は介護支援専門員の他、介護・看護職、その他の職員も含めた人数を記入ください。

合計	65歳以上		40歳以上65歳未満	
	人	うち	人	うち
主任介護支援専門員				
介護支援専門員				

問4 本調査の宛名に記載された、貴事業所の利用者のうち、認知症の人数と、そのうち日常生活自立度別の認知症のランクⅡ a 以上の人数をご回答ください。把握されている範囲で結構です。（令和5年4月時点。把握されていない場合は、直近で把握している年月でご回答ください）

合計	65歳以上		40歳以上65歳未満	
	人	うち	人	うち
ランクⅡ a 以上				

2. 意思決定支援に関する国のガイドライン等の認知・周知・啓発の状況

問5 あなたは、意思決定支援に関する国のガイドライン等を知っていますか。（それぞれ1つを選択）

- 意思決定支援とは、「本人の意思をできるだけくみ取り、それを活かして支援すること」です。
- 「意思決定支援に関する取組み」は、「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」に関するものに限らず、他のガイドラインが対象としている人や場面における意思決定支援、また、ガイドライン以外のいわゆる「人生会議（アドバンス・ケア・プランニング、ACPと略）」なども含めてお考えください。

(1)	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	1：ガイドラインがあることを知らなかった 2：ガイドラインがあることは知っていた 3：ガイドラインの内容まで把握している
(2)	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	1：ガイドラインがあることを知らなかった 2：ガイドラインがあることは知っていた 3：ガイドラインの内容まで把握している
(3)	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	1：ガイドラインがあることを知らなかった 2：ガイドラインがあることは知っていた 3：ガイドラインの内容まで把握している
(4)	身寄りがない人の入院及び医療に係る意思決定が困難な人の支援に関するガイドライン	1：ガイドラインがあることを知らなかった 2：ガイドラインがあることは知っていた 3：ガイドラインの内容まで把握している
(5)	意思決定支援を踏まえた後見事務のガイドライン	1：ガイドラインがあることを知らなかった 2：ガイドラインがあることは知っていた 3：ガイドラインの内容まで把握している
(6)	人生会議（ACP）	1：ACPという用語を知らなかった 2：用語は聞いたことがあるが、内容は知らなかった 3：ACPの内容まで把握している

問6 貴事業所においては、意思決定支援に関する国のガイドライン等をどのように活用していますか。あなただけの看護・介護職員等も含めてご回答ください。（それぞれ当てはまるものすべてに○）

(1)	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	
1：書籍やインターネット等で、職員が学習している		
2：職員が外部の研修に参加してガイドラインについて学習している		
→ 研修の実施主体を選択（当てはまるものすべてに○）		
1：国		
2：都道府県・指定都市		
3：外郭団体		
4：市町村		
5：地域包括支援センター		
6：研究機関		
7：その他 ⇒（具体的に：_____）		
3：内容をふまえて、利用者に対して意思決定支援を行っている		
4：その他の活用 ⇒（具体的に_____）		
5：活用に関する取組みは行っていない		
6：活用に関する取組みを行っているかどうかわからない		

(2)	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	
	1：書籍やインターネット等で、職員が学習している	
	2：職員が外部の研修に参加してガイドラインについて学習している → 研修の実施主体を選択（当てはまるものすべてに○）	
	1：国	
	2：都道府県・指定都市	
	3：外郭団体	
	4：市町村	
	5：地域包括支援センター	
	6：研究機関	
	7：その他 ⇒（具体的に：_____）	
3：内容をふまえて、利用者に対して意思決定支援を行っている		
4：その他の活用 ⇒（具体的に：_____）		
5：活用に関する取り組みは行っていない		
6：活用に関する取り組みを行っているかどうかわからない		
(3)	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	
	1：書籍やインターネット等で、職員が学習している	
	2：職員が外部の研修に参加してガイドラインについて学習している → 研修の実施主体を選択（当てはまるものすべてに○）	
	1：国	
	2：都道府県・指定都市	
	3：外郭団体	
	4：市町村	
	5：地域包括支援センター	
	6：研究機関	
	7：その他 ⇒（具体的に：_____）	
3：内容をふまえて、利用者に対して意思決定支援を行っている		
4：その他の活用 ⇒（具体的に：_____）		
5：活用に関する取り組みは行っていない		
6：活用に関する取り組みを行っているかどうかわからない		
(4)	身寄りがいない人の入院及び医療に係る意思決定が困難な人の支援に関するガイドライン	
	1：書籍やインターネット等で、職員が学習している	
	2：職員が外部の研修に参加してガイドラインについて学習している → 研修の実施主体を選択（当てはまるものすべてに○）	
	1：国	
	2：都道府県・指定都市	
	3：外郭団体	
	4：市町村	
	5：地域包括支援センター	
	6：研究機関	
	7：その他 ⇒（具体的に：_____）	
3：内容をふまえて、利用者に対して意思決定支援を行っている		
4：その他の活用 ⇒（具体的に：_____）		
5：活用に関する取り組みは行っていない		
6：活用に関する取り組みを行っているかどうかわからない		

(5)	意思決定支援を踏まえた後見事務のガイドライン	
	1：書籍やインターネット等で、職員が学習している	
	2：職員が外部の研修に参加してガイドラインについて学習している → 研修の実施主体を選択（当てはまるものすべてに○）	
	1：国	
	2：都道府県・指定都市	
	3：外郭団体	
	4：市町村	
	5：地域包括支援センター	
	6：研究機関	
	7：その他 ⇒（具体的に：_____）	
3：内容をふまえて、利用者に対して意思決定支援を行っている		
4：その他の活用 ⇒（具体的に：_____）		
5：活用に関する取り組みは行っていない		
6：活用に関する取り組みを行っているかどうかわからない		
(6)	人生会議（ACP）	
	1：書籍やインターネット等で、職員が学習している	
	2：職員が外部の研修に参加してACPについて学習している → 研修の実施主体を選択（当てはまるものすべてに○）	
	1：国	
	2：都道府県・指定都市	
	3：外郭団体	
	4：市町村	
	5：地域包括支援センター	
	6：研究機関	
	7：その他 ⇒（具体的に：_____）	
3：内容をふまえて、利用者に対して意思決定支援を行っている		
4：その他の活用 ⇒（具体的に：_____）		
5：活用に関する取り組みは行っていない		
6：活用に関する取り組みを行っているかどうかわからない		

3. 意思決定支援に関する研修の参加の有無

問7 令和元年度～令和5年12月までに、貴事業所の職員は、認知症の高齢者等に対する意思決定支援に関する研修や勉強会に参加しましたか。あなただけ以外の看護・介護職員等も含めてご回答ください。（1つを選択）

1：参加した	➡ 付問7-1へ
2：参加していない	➡ 問8へ
3：不明	➡ 問8へ

付問7-1 問7で「1.参加した」と回答した場合、研修等の種類を教えてください。（当ではまるものすべてに○）

- 「独立実施型」：厚生労働省は、老人保健事業推進費等補助金等により、認知症の人の意思決定支援に関する講義スライド（パワーポイントファイル）や動画教材を作成しています。「独立実施型」とは、上記の教材を用いた講義と演習から構成される、3時間以上のカリキュラムを標準として実施される意思決定支援に特化した研修です。
- 「組み込み型」：厚生労働省は、老人保健事業推進費等補助金等により、意思決定支援の重要性、ガイドラインの概要や背景、認知症の本人の声等について、約15分にまとめた動画教材を作成し、DVDとして都道府県・指定都市に提供しています。「組み込み型」とは、他の医療・介護等の専門職研修（認知症対応力向上研修等）の中で上記のDVDを視聴する形式で実施される研修です。
- 「事業所の独自型」：上記の厚生労働省が老人保健事業推進費等補助金等を通じて作成した講義スライド（パワーポイントファイル）や動画教材を使わずに、貴事業所で独自に企画・実施した認知症の高齢者等に対する意思決定支援に関する研修です。外部団体に研修を委託したり、共同開催した場合を含みます。
- 上記の3つに該当しない研修等に参加されている場合、「その他」としてお答えください。

1：都道府県や指定都市が開催する研修（独立実施型）	※ 都道府県や指定都市が、国の教材を使用して行う認知症の人の意思決定支援に特化した研修
2：都道府県や指定都市が開催する研修（組み込み型）	※ 都道府県や指定都市が行う、下記の医療・介護等の専門職研修には、一部に国の教材を使用した、認知症の高齢者等に対する意思決定支援に関する研修の内容が含まれています。
(1) かかりつけ医認知症対応研修	
(2) 歯科医師認知症対応力向上研修	
(3) 薬剤師認知症対応力向上研修	
(4) 病院勤務の医療従事者向け認知症対応力向上研修	
(5) 看護職員認知症対応力向上研修	
(6) 病院勤務以外の看護師等認知症対応力向上研修	
(7) 認知症介護基礎研修	
(8) 認知症介護実践者研修	
(9) 認知症介護実践リーダー研修	
(10) 認知症サポーターのステップアップ講座	
(11) 人生会議（ACP）の講座	
(12) その他 ➡（具体的に：_____）	

3：貴事業所の独自型	
※ 貴事業所で企画・実施した認知症の高齢者等に対する意思決定支援に関する研修等 ➡（具体的に：_____）	
4：その他 ※上記1.～3.以外の研修等 ➡（具体的に：_____）	
5：不明	

付問7-2 問7で「1.参加した」と回答した場合、参加した職員の職種を教えてください。（当ではまるものすべてに○）

1：介護支援専門員	
2：介護職	
3：看護職	
4：福祉職	
5：リハビリ職	
6：その他 ➡（具体的に：_____）	
7：不明	

付問7-3 問7で「1.参加した」と回答した場合、参加した職員は何人でしょうか。おわりの範囲で結構です。（1つを選択）

※ 1人の職員が、複数の研修に参加した場合、人数は「1人」として、数えてください。	
1：人数を把握している ➡（具体的に：_____人 2：人数は不明	

付問7-4 研修に参加して良かった点や効果がみられた点を教えてください。（当ではまるものすべてに○）

1：参加者から、専門職としての知識やスキルが高まったとの声があった	
2：参加者から、人権尊重、権利擁護に対する意識が高まったとの声があった	
3：参加者から、専門職としての意欲が高まったとの声があった	
4：参加者から、後日、本人、家族への支援に活かすことができたとの声があった	
5：参加者から、後日、意思決定支援チームや医療・ケアチームの連携が円滑になったとの声があった	
6：支援の現場（地域包括支援センター・医療機関・介護事業所等）を通じて、本人・家族等の好評価を聴いている 例：「良かった」「生活の質が向上した」「笑顔が増えた」「本人の意思がわかった」	
7：その他の良かった点や効果 ➡（具体的に：_____）	
8：特になし ➡（理由：_____）	
9：良かった点や効果は不明	

4. 国が「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」を策定することの意義や課題

問 8 あなたは、国が「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」を策定していることについて、どのようにお考えですか。（1つを選択）

1：とても良い	2：良い
3：あまり良くない	4：良くない
5：わからない	

問 9 国が「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」を策定することの意義として、下記の中から、あなたが同意する事項に○をしてください。（当てはまるものすべてに○）

1：本人の意思の尊重、尊厳の保持という対人援助の基礎に立ち戻ることができる	
2：意思決定支援の考え方を習得できる	
3：意思決定支援の具体的な取組み方を習得できる	
4：医療・介護・福祉・行政等の様々な分野の支援者がチームで本人を支援する方法を統一的に習得できる	
5：経験の少ない専門職が、効果的に基本的な考え方や取組み方を習得できる	
6：専門職が、情報の非対称性がある本人・家族の希望をうまくくみ取れるようになる	
7：国が基本的な考え方や取組み方を示すことで、意思決定支援の重要性を認識できる	
8：国がガイドラインを作ることにより、自治体、関係機関が取組むきっかけになる	
9：ガイドラインとして文書化されると、迷った時にいつでも参照できる	
10：その他の意義 ⇒（具体的に：_____）	
11：上記のいずれにも同意しない ⇒（その理由：_____）	
12：わからない	

問 10 「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」に記載されている事項について、下記の中から、あなたが分かりづらいたと感じる事項があれば、○をしてください。（当てはまるものすべてに○）

1：意思決定支援の概念が分かりにくい	
2：意思決定支援のプロセスが分かりにくい	
3：家族が意思決定に大きな影響を持つ事例も多く、ガイドラインの通りに実践することが難しい	
4：短い期間で意思決定を行う必要がある場合も多く、ガイドラインの通りに実践することが難しい	
5：意思決定支援チームのメンバーの資格・経験等が様々で、ガイドラインの通りに実践することが難しい	
6：本人の意思決定支援のみ書かれていて、代理・代行意思決定が書かれておらず、内容が足りないと感じる	
7：ガイドラインを読むだけで理解・習得することは難しい	
8：研修を受講するだけでは足りず、実践を積み重ねることも必要である	
9：ガイドライン通りに意思決定支援に取り組めたかどうかの評価が難しい	
10：ガイドラインの内容を実践的に講義できる人材が少ない	
11：複数のガイドラインやA C Pがあり、関係が分かりにくい	
12：その他の分かりづらい点 ⇒（具体的に：_____）	
13：特になし	
14：わからない	

問 11 「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」の普及に貴事業所が取り組む際、あなたが課題だと感じる事項があれば、○をしてください。（当てはまるものすべてに○）

1：事業所が意思決定支援に取り組むことの意義が分かりにくい	
2：事業所が専門職の研修のプログラムを企画・作成することは難しい	
3：研修の企画・実施をする相談者・協力者や機関がない	
4：研修の講師を頼める人や機関がない	
5：研修の効果は何か、知識やスキルを習得できたかの判定が難しい	
6：ガイドラインの普及先として適した人や機関がない	
7：専門職の養成課程で行うべき研修である	
8：専門職は所属する法人・事業所により、研修への参加のしやすさに差がある	
9：専門職は個人による差もあり、事業所が指導することは難しい	
10：事業所職員が多忙で、意思決定支援のガイドラインの研修の企画・実施は優先度が低い	
11：その他の課題 ⇒（具体的に：_____）	
12：特に課題と感じることはない	
13：わからない	
14：特段、当該ガイドラインの普及に取り組んでいないので意見はない	

5. ケアマネジメントにおける意思決定支援の取組みと課題

問12 貴事業所においては、地域住民からの相談対応、二次予防事業対象者に対する介護予防ケアプラン、要支援者、要介護者に対するケアプラン作成を行っていますか？（当てはまるものすべてに○）

1：地域住民からの相談対応を行っている	
2：利用者・家族からの相談対応を行っている	
3：二次予防事業対象者に対するケアプラン作成を行っている	
4：要支援者に対するケアプラン作成を行っている（地域包括支援センターからの委託含む）	
5：要介護者に対するケアプラン作成を行っている	
6：いずれも行っていない（業務の範囲外） ➡ 問18へ進む	

問13 あなたは、認知症の人の日常生活・社会生活における意思決定支援における、介護支援専門員（ケアマネジャー）の役割について、どのようにお考えですか。（当てはまるものすべてに○）

1：本人の意思をくみ取る役割を担う	
2：本人の意思を複数回、確認する役割を担う	
3：本人の意思と家族の希望のすり合わせを行う	
4：本人と家族の双方の生活、人生を見据えて、ケアマネジメントを行う	
5：表明された本人の意思の記録を行う	
6：表明された本人の意思の実現に尽力する	
7：意思決定支援チームにおいて、専門職の「かなめ」である	
8：専門職の意見や取組みをとりまとめる役割を担う	
9：いずれにも同意しない ⇒（その理由： ）	

問14 あなたは、下記のような人のケアマネジメントを行う際、国の「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」を参考にしていますか（それぞれ一つを選択）

	ガイドラインの活用
(1) 認知症の人	1. 参考にしていない 2. 参考にしていない 3. いずれともいえない
(2) 認知症と診断された場合に限り ず、認知機能の低下が疑われ、 意思決定能力が不十分な人	1. 参考にしていない 2. 参考にしていない 3. いずれともいえない

問15 貴事業所が実施するケアマネジメント（地域住民からの相談対応、二次予防事業対象者・要支援者・要介護者に対するケアプラン作成等）の取組みについてご回答ください。

問15-1 令和5年12月現在、貴事業所がケアマネジメントを行う対象者の人数をご回答ください。

ケアマネジメントを行っている対象者の人数（実人数を入力ください）	
----------------------------------	--

問15-2 上記の対象者の居所別の割合をお答えください。対象者がいない場合は「0（ゼロ）」と記入ください。およそで結構ですが、合計が100%になるよう、記入ください。

	ケアマネジメントを行っている対象者の居所	割合
1. 自宅		%
2. 特定施設入居者生活介護の指定を受けていない有料老人ホーム・サービス付き高齢者住宅		%
3. 特定施設		%
4. 認知症対応型生活介護（認知症グループホーム）		%
5. 介護保険施設		%
6. その他		%
7. 不明		%
	合計	0 %

問15-3 令和5年12月現在、貴事業所の利用者に、事業対象者、要支援者、要介護者がいますか。（それぞれ一つを選択）

貴事業所の利用者に、事業対象者、要支援者、要介護者がいる場合、その中に日常生活・社会生活における意思決定支援の対象となる認知症の人はいますか。（それぞれ一つを選択）

※排せつや入浴の直接的な介助、日常的な金銭管理の代行等は除き、意思決定の支援について回答ください。

【選択肢】 1：いる 2：いない 3：不明					
①利用者の有無 （「1.いる」回答の場合②の回答）	②利用者のうち、下記の意思決定支援の対象となる認知症の人がいるか				
	1.介護保険、保険外サービスの利用、ケアプランの活用	2.食事・入浴・被服の好みを調整する	3.外出、日常提供されたプログラム（自宅、高齢者のグループ参加、社会参加）	4.住まいの移動	5.日常的な金銭管理（成年後見制度利用の除く）
(1) 事業対象者					
(2) 要支援者					
(3) 要介護者					

問 1 6 あなたは、ケアマネジメントにおいて、認知症の人の日常生活・社会生活における意思決定支援について、下記のような対応を行っていますか。（それぞれ一つを選択）

【選択肢】	1：概ねできている 3：十分にできている 5：確認したことがない	2：できていないときもある 4：いずれともいえない
	意思決定支援で行っていること	
(1)	本人が安心できる静かな落ち着いた環境で意思決定支援を行っている	
(2)	急かさず、本人の意思を尊重する態度で接している	
(3)	とりつくりい等から、本人が本心と違うことを言う場合もあるが、本来の意思を把握するよう努めている	
(4)	意思決定に関わる本人の生活史や家族関係を理解している	
(5)	意思決定を行う事項に応じて、適切な人に立ち会いを依頼している	
(6)	日時を変えたり、複数人で聊く等、繰り返し意思に変わりがないか確認を行っている	
(7)	選択をした場合のメリット、デメリットを本人の言葉で説明してもらおう等、理解度を確認している	
(8)	相手と視線を合わせ、理解できるよう説明をしている	
(9)	相手が不安等を感じていないか、表情を確認している	
(10)	本人が表明した意思の合理性や整合性を複数人で確認している	
(11)	意思決定支援のプロセスを相談記録、アセスメント票等に記録し、後で確認できるようにしている	

問 1 7 貴事業所が、ケアマネジメントの一環として、「認知症の人の日常生活・社会生活における意思決定支援」に取組む際、あなたが課題だと考えることに○をしてください。（当てはまるものすべてに○）

1：日常生活・社会生活等における意思決定は多岐にわたり、高い頻度で行われる。介護サービス事業所がどこまで関わるべきか範囲が明確でない	
2：本人の日常生活・社会生活等における意思決定能力、支援の必要性の見極めが難しい	
3：意思決定においては、キーパーソンの家族の希望が反映されることも多い。本人の意思と家族の希望の間にあいに苦慮することが少なくない	
4：ケアマネジメントを行う際、本人支援だけでなく、家族支援も必要なことが多い。本人の意思のみをくみ取り、実現を支援するだけでなく、本人と家族の生活・人生を支援する視点が必要である	
5：認知症が進行して、日常生活・社会生活等における意思決定が困難になり、代理・代行決定になつていくことが多いが、その判断や方法が明確でない	
6：ケアマネジメントを行う前提として、本人との信頼関係を構築するまでに、時間と労力がかかっている	
7：本人が意思形成をするために、正しい理解、判断になるよう、都度、繰り返し説明、比較・要点的説明、図や表を用いた説明などに、時間と労力がかかる	
8：意思形成支援のプロセスにおいて、本人の正しい理解、判断になっているかの確認が難しい	
9：本人の表明された意思について、時間差、また複数人での確認など、時間と労力がかかる	
10：本人が意思表明をする際、本人の信条、生活歴、価値観等と周辺情報との整合性の確認が難しい	
11：本人の意思の実現を支援するための家族介護力や地域の社会資源等が不足している	
12：介護サービス事業所の経営の観点から、意思決定支援に多大な時間と労力をかけることは難しい	
13：介護保険の居宅介護支援の報酬が付かない人の相談対応は介護サービス事業所の費用の持ち出しになる	
14：意思決定支援チームは多職種の専門職が関わるが、職種等によりコミュニケーションが難しい	
15：その他の課題 ⇒ (具体的に：)	
16：特に課題と思うことはない	
17：わからない	

6. 自由意見と回答者の保有資格

問18 地域包括ケアシステムの深化・推進に向けて、認知症の人の意思決定支援や「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」に関することで、貴事業所が独自に取組んでいることがあります。また、国・都道府県・市町村に望む支援等があれば記入してください。

問19 お差し支えなければ、本調査にご回答頂いた方の医療・介護・福祉関連の保有資格をお答えください。主に回答いただいた方についてで結構です。
※ お一人で回答され、一人で複数の資格を保有している場合、すべての資格に○をしてください。
※ 複数人で回答され、それぞれが一つ、ないしは複数の資格を保有している場合、すべての資格に○をしてください。

1：主任居宅介護支援専門員	
2：居宅介護支援専門員	
3：社会福祉士	
4：看護師・保健師	
5：精神保健福祉士	
6：臨床心理士	
7：介護福祉士	
8：理学療法士・作業療法士・言語聴覚士	
9：その他 ⇒ (具体的に：)	
10：保有資格はない	
11：答えたくない	

大変御多忙のところ本アンケート調査にご協力頂き誠に有難うございました。貴重な資料として活用をさせていただきます。
ご回答は、1月23日(火)までにWebよりデータ送信くださるよう、お願い申し上げます。

令和５年度 老人保健健康増進等事業 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の活用及び意思決定 支援・権利擁護推進のあり方に関する調査研究事業 報 告 書	
令和６（2024）年３月	
実施機関	: みずほリサーチ&テクノロジーズ株式会社 社会政策コンサルティング部
住 所	: 〒101-8443 東京都千代田区神田錦町２番地３
電 話 番 号	: 03- 5281-5404