

令和6年度 認知症ステップアップ研修

「身寄りがない認知症のある高齢者への支援を考える」

～成年後見制度を利用していない場合の対応を振り返って～

から何を学ぶか？

令和7年3月18日
谷川社会福祉士事務所
谷川ひとみ

事例の理解を深めて行きたいと思います。

- 谷川から事例提供者 川原さんに質問をさせていただきます。
- みなさんは必要に応じてメモを取ってください。

=== メモ ===

本事例を通して考えられること

- 身体能力の低下、認知機能の低下に伴って、様々な支援が必要となるが、必要な支援を活用することに対して、本人の判断が難しくなり、結果として支援が得られにくい状態となる。
- 時として権利侵害状態や被害を被る状態にもなる。
- そのような場面に備えて、支援者としてリスク回避の視点、迅速な権利救済の視点で、どのようなアプローチをすることが求められるのか。
- 課題の整理、支援方針・具体的支援内容を検討するのは**チーム会議の場のみ**。会議開催のタイミング、会議の**ねらいの明確化**、**参集メンバーの選定**、**必要な情報の整理**、**協議を深めることと合意に基づく協議結果の確定**によって**支援を前進させていくこと**が唯一の**解決手段**。
- 今後問題は更に深刻化する見通し。

グループワーク

①グループメンバーの自己紹介

- ・ 所属、名前とこの研修会に参加した動機・理由等についてご紹介ください。1人30秒程度

②役割分担

- ・ 進行：
- ・ 記録（発表）：

※後で回収しますので、グループ番号を右肩に書いておいてください。

③話し合う内容

- ・ どのようなニーズや将来リスクに対して、どの段階でどのような対応が考えられるかについて意見交換します。
- ・ 気づいたことや、疑問も出してみましよう。

④全体共有

- ・ いくつかのグループに発表をしていただきます。

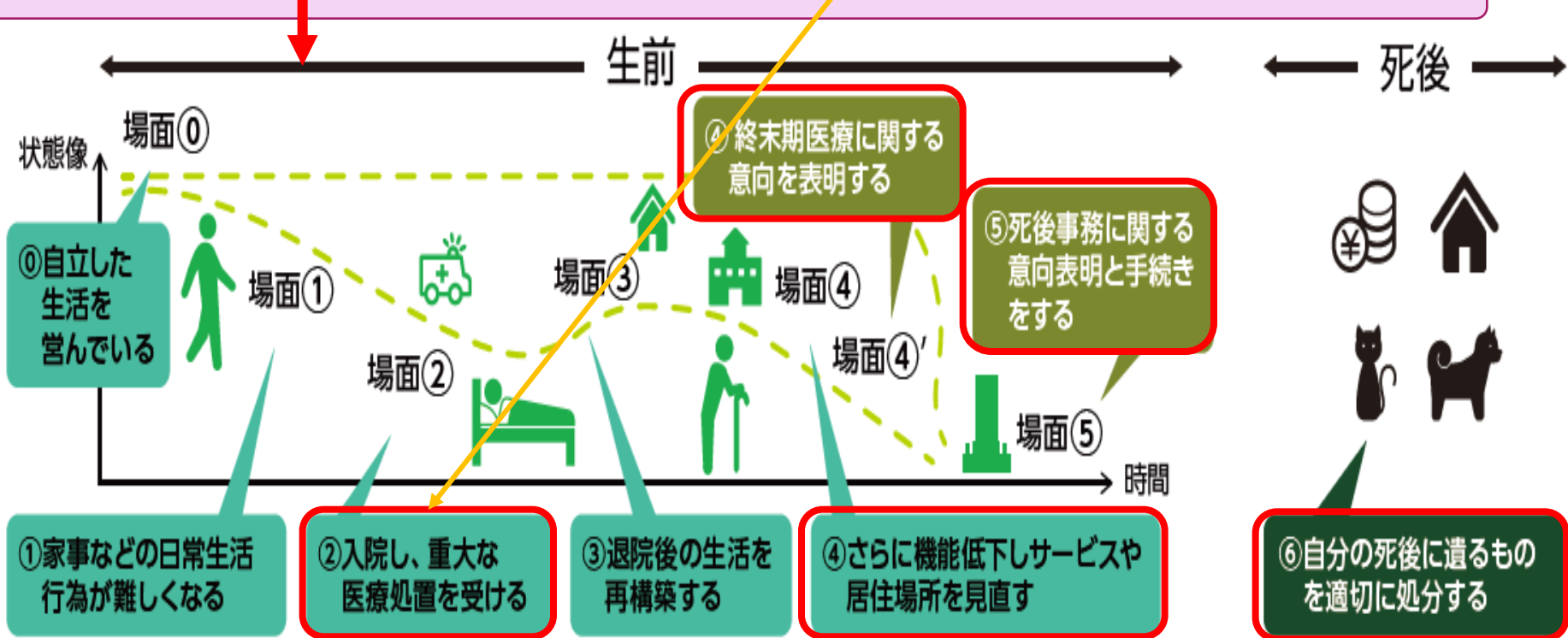
- ◆ 医療が高度化し、長寿化していく中で、高齢期の道のりは更に長くなる。
- ◆ 各種機能が低下していく中で、これまで経験したことのない出来事が増えてくる。
- ◆ 自らの力だけでは対応不可なことも多くなる

入院・入所で親族に求められる役割

- ①規則の遵守
- ②退院・退所時の行き先確保
- ③意思の代弁・情報伝達
- ④死後の対応

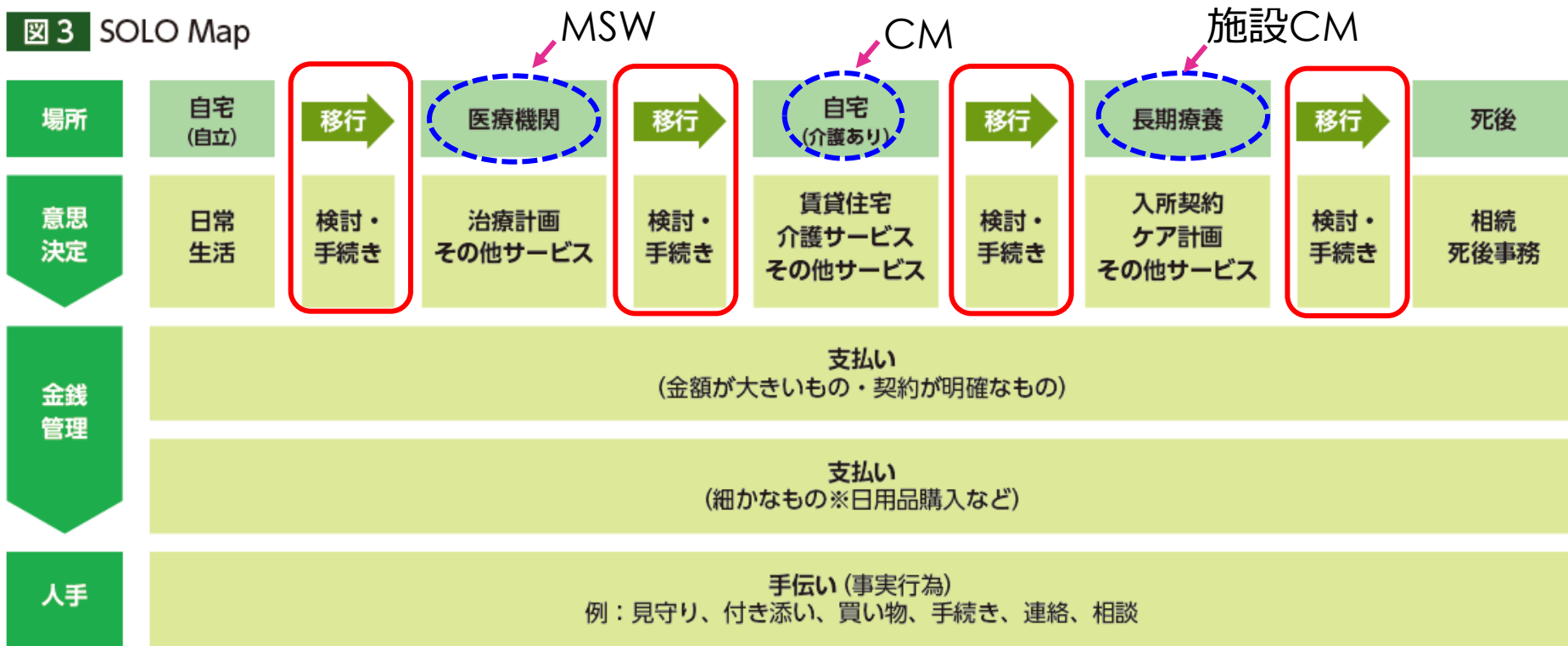
図1 高齢期から死後のプロセスに起こること

このプロセスに寄り添う仕事をしているのが、**ケアマネジャーや包括支援センター**



日本総合研究所「個・孤の時代の高齢期」P.6 より転記
執筆団体 「おひとりさま高齢者」の自立的な生活支援の研究会

図3 SOLO Map



日本総合研究所「個・孤の時代の高齢期」P.21より転記

出典：日本総研作成

※ この文書において「おひとりさま」が高齢となってから最期を迎えるまでのプロセスを SOLO Mapと呼んでいる。

SOLO Map からわかること

- ・心身の状態の変化に伴い、医療機関や長期療養施設への入院入所、あるいは心身の状態に合わせた住宅への転居、など**場所の移動（移行）**が生じる
- ・常に何らかの**意思決定・金銭管理・人手が発生**する
- ・**移行期を中心に、多くのタスク（支払い、手伝いなど）が発生**する

★ 支援者は「場所」と結びついている → 支援者不在の「移行」期の調整が必要



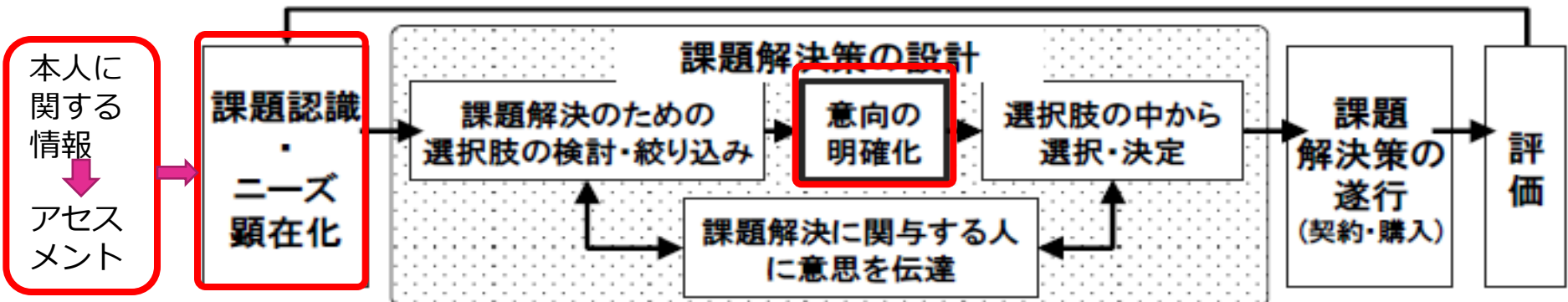
| | 場面0 | 場面1 | 場面2 | 場面3 | 場面4 | 場面5 | | |
|--------|-----------------------|------------------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|-------------------------|--|----------------------------------|
| 課題 | 自立した生活をしている (課題なし) | 自立した生活の継続の危機を感じる | 自立した生活が危うくなっている | 重大な医療処置を受ける | 重大な医療処置が終わり退院する | IADL・ADLの低下で日常生活の再構築が必要 | 死亡が予見され対応する | 死亡した後で対応する |
| 意思決定 | | 将来自分では暮らせないと 誰にどう頼るか | 誰にどのような支援を受けるか 制度を利用するか | 医療処置を受けるかどうか | どこに退院するか 誰にどのような支援を受けるか | ここで生活するか | ここで死を迎えるか どう死を迎えるか 誰に死後の手続きを任せるか | 葬儀・火葬 埋葬 財産処分 |
| 解決策 | | 任意後見契約 財産管理委任契約 死後事務委任契約 | 介護保険サービス 生活支援サービス | 入院契約 治療方針の決定 | 医療・介護サービス 日常生活自立支援事業 | 転居・入所 成年後見制度 | エンディングサポート 事業 死後事務委任契約 遺言作成 | 相続人探索 自治体による 火葬・埋葬 遺品整理 |
| ケア | | | 介護保険ケアマネジャー 医療機関MSW | | 介護保険ケアマネジャー | | 医療機関MSW | |
| 金銭 | | 日常生活自立支援事業の担当者※認知機能が不十分だが、欠けていない場合 | | | | | | |
| | | 生活保護のケースワーカー※経済状態がよくない場合 | | | | | | |
| 関与できる人 | 法律専門職 | 任意後見契約・財産管理委任契約 | | | | 成年後見 | 死後事務委任契約 | |
| | 身元保証等高齢者サポート事業者 | 任意後見契約・財産管理委任契約 生活支援 | | 身元保証人 | 身元保証人 生活支援 | 身元保証人 生活支援 成年後見 | 生活支援 成年後見 | 死後事務委任契約 |
| | 親族 | 契約なし・全般 | 契約なし・全般 | 契約なし・全般 | 契約なし・全般 | 契約なし・全般 | 契約なし・全般 | 契約なし |
| | 知人・友人 | | | 契約なし・全般 (インフォームド・コンセント) | 契約なし・全般 | 契約なし・全般 | 契約なし・全般 | 契約なし |

①の場面で支援策として考えられる選択肢

| 解決策 | 具体的な内容 |
|--|---|
| 日常生活を支援するサービスを利用する | <ul style="list-style-type: none"> ・介護保険サービス ・介護保険外の生活支援サービス |
| 金銭面を主に支援する制度を利用する | <ul style="list-style-type: none"> ・日常生活自立支援事業 ・生活保護受給 ※経済状況がよくない人に限る |
| 機能低下した時に支援を得られる制度・サービスを利用する(将来向け) | <ul style="list-style-type: none"> ・財産管理委任契約 ・任意後見制度 ・死後事務委任契約 |
| 機能低下した時のために情報を整理して他者が利用可能な状態で残しておく(将来向け) | <ul style="list-style-type: none"> ・エンディングノート ・エンディングプラン・サポート事業 ・遺言書 |
| 家族に代わる包括的・継続的なサービスを利用する | <ul style="list-style-type: none"> ・身元保証等高齢者サポート事業 |
| 包括的・継続的な支援が期待できる場所に転居する | <ul style="list-style-type: none"> ・介護保険施設や高齢者住宅への転居 |

「公的介護保険サービスにおける身元保証等に関する調査研究事業報告書」
 令和2年3月
 日本総合研究所
 P25～26より

場面①における課題解決の特徴



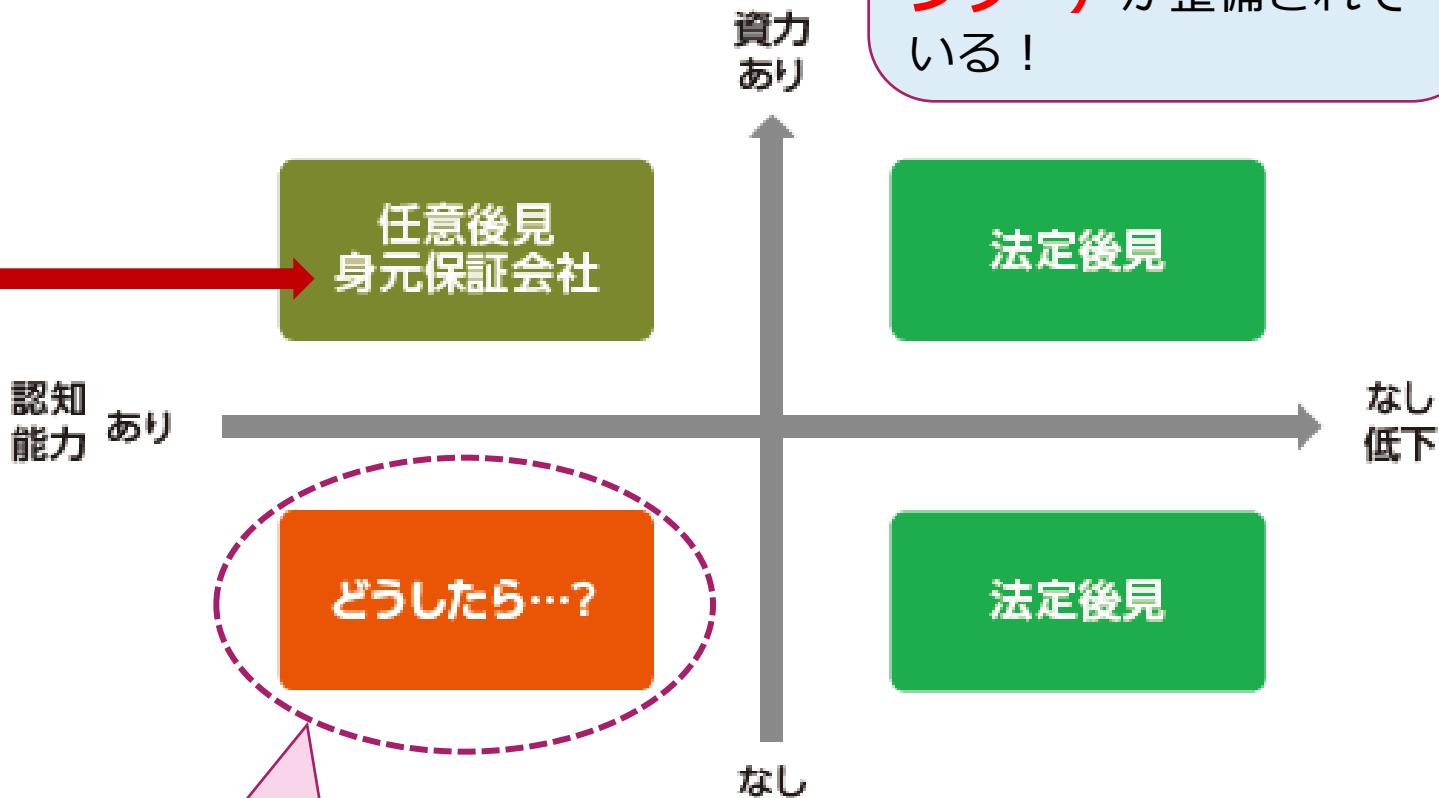
判断能力の有無や経済状況によって、高齢期の困りごとについて取り得る手段は人によって異なる

成年後見制度利用に関する相談受付機関として、各自治体に**中核機関（福島市権利擁護センター）**が整備されている！

図2 鎌村氏によるおひとりさま分類

2024年6月17日
遵守すべき法律上の規定や、留意すべき事項等を関係省庁横断で整理し、ガイドラインとして提示されている。

↑
内閣府 孤独・孤立対策推進室
金融庁
消費者庁
総務省
法務省
厚生労働省
経済産業省
国土交通省



最も悩ましい

出典：鎌村氏によるおひとりさま分類

成年後見人等の職務と義務

財産管理

◆ 財産の保存、財産の性質を変えない範囲での利用・改良を目的とする行為

◆ 法律行為 + それに伴って必要となる事実行為

※管理を目的とする限り、処分行為も含まれる

※保佐人・補助人については、与えられた代理権の範囲に応じた財産管理となる

毎月の収入・資産の把握・管理

毎月必要な支出の把握・計画

預貯金、年金、有価証券、保険契約等の管理

自宅不動産・収益物件等の管理

相続手続（遺産分割、相続放棄等）

訴訟（訴え提起・応訴）、和解（示談）、調停（民事・家事）等

身上保護

◆ 本人の生活、療養看護に関わる身上保護に関する事務

- ・ 介護・生活維持に関する事項
- ・ 住居の確保に関する事項
- ・ 施設の入退所等に関する事項
- ・ 医療に関する事項
- ・ 教育・リハビリに関する事項

施設の入退所その他住居の確保に関する契約

要介護認定の申請、介護サービス利用契約

医療契約

旅行等の本人の趣味に関する契約

こうした法律行為に伴って当然に必要な事実行為（契約内容の調査、本人の見守り、サービス提供状況のチェック）

意思尊重義務・身上配慮義務（民法858条）

（本人の意思を尊重し、心身の状況や生活状況に配慮して職務を行う）

善管注意義務

（後見人等の職業や社会的地位に応じた、自分のための時よりも高度なレベルでの注意をはらいながら職務を行う）

(図表 10) 一般的に身寄りが果たしてきた役割

下線項目は成年後見
制度で対応可能

| 役割 | 文脈など |
|----------------------|--|
| 制度利用の手続き | <u>制度利用の申請書類の作成をする、マイナンバーカードの申請をする</u> <u>役所や社会保険事務所等に足を運んで書類を提出する</u> <u>成年後見制度の利用申立、行方不明者の搜索願、損害賠償請求</u> |
| 身の回りの世話 育児・介護 | 家事・介護（養護老人ホームや社会的入院の文脈で）子育て（児童養護の文脈で） <u>外出支援・送迎、通院同行、入院時の必要物品の購入、金銭管理支援</u> |
| 住まいの提供・同居 | 住まいの提供（刑余者の更生支援、避難民や被災者支援などの文脈で） |
| 経済的支援 | <u>治療・入院にかかる費用、介護費用、家賃、学費等の支払いに関する保証</u> 損害を与えた際の弁済 |
| 記憶や情報の整理・ 情報の取り次ぎ | <u>「ねんきん特別便」と就業履歴・保険料納付の記憶を照合して確認する</u> 在外邦人に対する連絡の取り次ぎ、 |
| 意思決定支援 | <u>治療や手術、転居などに関する意思決定の判断材料の提供、意思決定支援、同意書</u> |
| コミュニケーション・心理的支援 | <u>相談、共感</u> ← 身上配慮義務の範囲で |
| 死後対応 | <u>遺体の引き取り、火葬・埋葬、残置物に関する判断と処分、債務の支払い、諸手続き</u> |
| 慰霊など | 亡くなった人の本人確認への協力、慰霊、墓の管理、遺骨への DNA 鑑定の協力 |

契約を通
して支援

身上配慮義務の範囲で

(資料) 日本総合研究所作成

最優先すべきは本人の 意思決定支援！

忘れがち！
見過ごされがち！

【 意思決定支援の大原則 】

①どのような人であっても、誰もが心の中にしっかりと
した意思をもっていて、決める力をもっている。このこ
とを前提として意思決定を支援する。

②時間がかかるからといって、第三者の思いや考えを押し
付けない。「今はきめられない」という選択肢も大切に
する。言葉にできないことがある、思いを形にすること
が苦手、上手く伝えられないということを理解し、本人
が自ら意思決定できるよう、実行可能なあらゆる支援を
尽くす。 ⇒ チームで支える。一緒に支える。

③不合理に見える意思決定でも、それだけで本人に決め
る力がないと判断をせず、その人の中にある思いに行
き着いたこととしての意思決定を尊重する。

「意思決定支援」を具体的に実践するために 用意された各種ガイドライン ← 活用してこそ意味がある

| ガイドライン | 特徴 | 共通項 |
|---|--|---|
| ①「 <u>障害福祉サービスの利用等に あたっての意思決定支援ガイドラ イン</u> 」 2017年 | 障害者の意思を尊重した質の高いサー ビス提供に資する 本人にとっての最善の利益の判断も意 思決定支援に含む | ・ 本人への支 援は、 本人の 意思（自己決 定）の尊重 に 基づいて行う |
| ②「 <u>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</u> 」 2018年 | 認知症の人が自らの意思に基づいた生 活を送ることを目指す 代理代行決定はガイドラインの対象外 | ・ 意思決定の 主体 は本人で ある |
| ③「 <u>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</u> 」 2018年 改訂 | 本人・家族等・医療介護従事者が最善 の医療・ケアを作り上げるプロセスを 示す | ・ 前提として の 環境整備、 チーム支援、 適切な情報提 供等 の要素を 示す |
| ④「 <u>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</u> 」 2019年 | 医療機関の対応と共に成年後見人等に 期待される具体的な役割について整理 するもの | |
| ⑤「 <u>意思決定支援を踏まえた後見 事務のガイドライン</u> 」 2020年 | 成年後見人等が意思決定支援を踏まえた後見事務を適切に行うことができるよう役割野具体的イメージを示すもの | |

成年後見制度利用の検討に際して必要となる情報

①判断能力の低下の状態や程度、背景要因に関する情報

←成年後見制度利用の適否、どのような支援手段を活用できるか
検討する材料となる

②判断能力の低下によってもたらされている問題点（虐待が疑われる状況も含め）や今後発生すると思われる問題に関する情報

※R3年3月指定居宅サービス等に関する運営基準改正において
虐待の防止のための措置に関する事項が強化されている。

←成年後見制度利用の適否を検討する材料となる

③本人の思い（どのように生きて行きたか等）

←権利擁護支援の方針を検討する材料となる

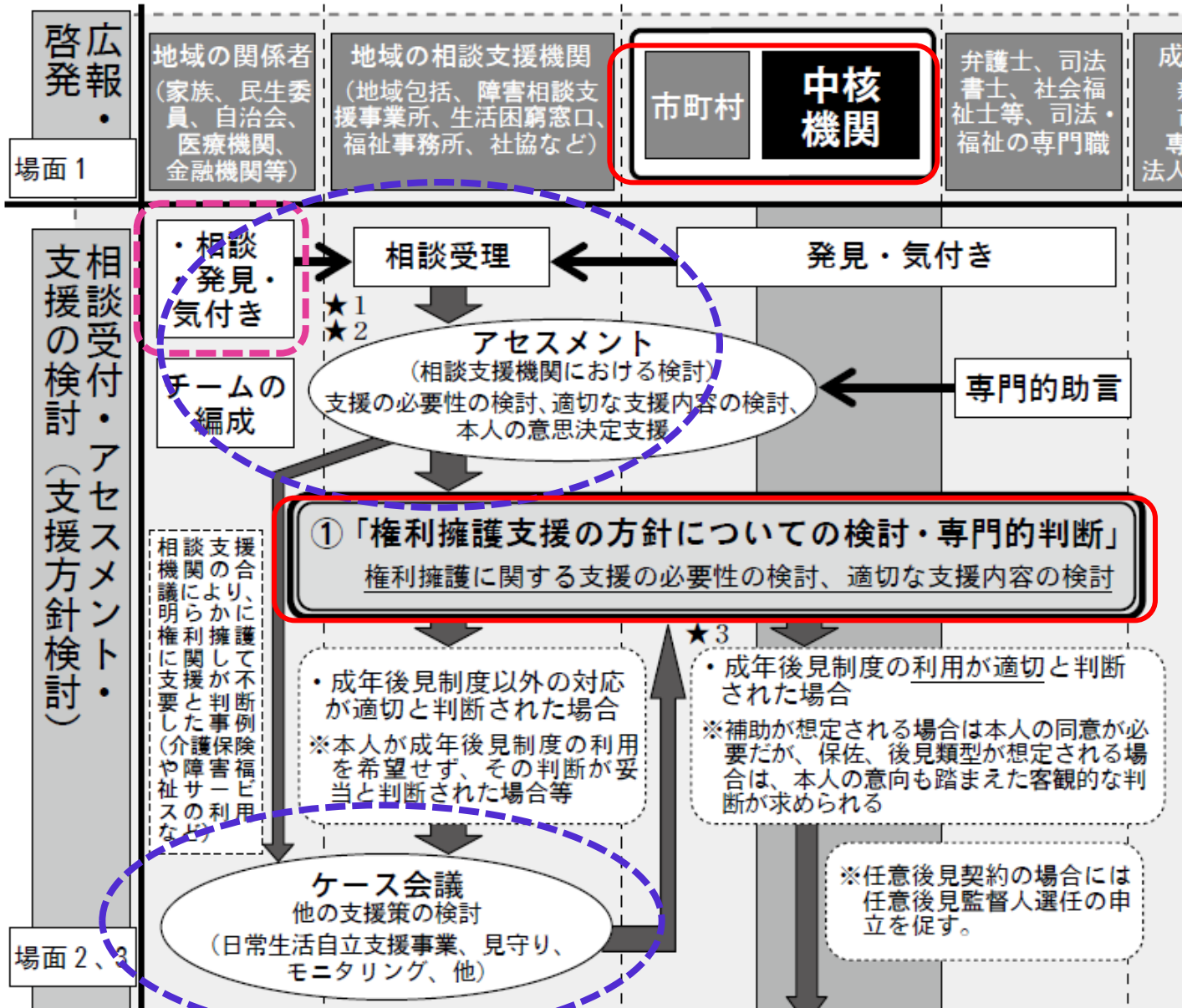
（本人の権利擁護支援にとって不可欠な情報）

④親族に関する情報

←申立人の検討に必要な情報となる

これらを整理することが、会議開催の根拠となり、会議のねらいが明確になる！

図Ⅱ－２ 中核機関の役割と支援の流れ、各主体に期待される役割



▶困りごとについて検討する会議として活用できるもの

①サービス担当者会議 (ケアマネ主催)

②地域ケア会議 (包括主催)

③権利擁護支援の方針についての検討・専門的判断会議 (権利擁護センター、県の市町村支援事業としての専門職派遣可能)

これから益々深刻化する問題に どう備えるか？！

- 現場が抱える課題、ケアマネジャーさんがやむなく引き受けざるを得ない問題は、地域課題！
- 少子高齢化社会の進展とともに、益々多様化、深刻化する課題に直面
- 一人ひとりの支援者の努力では太刀打ちできない問題



誰に対してこの問題を投げかけ
どの様な人達・どのような機関で検討していく
必要があるのか？！

これらの問題を顕在化させ、誰も取り残さない、誰も取りこぼさない地域にするための仕組みづくりに火をつけることが出来るのは、現場の第一線で課題に直面している支援者なのです。