

## 第2回那覇市地域包括支援センターと急性期病院 退院支援部門との連携研修会 ～身寄りがない方への支援の連携～



### ①『身寄りがない方の意思決定支援のあり方』

ゆいま～る法律事務所 弁護士 寺田 明弘 氏

### ②『入退院における身寄りがない方の意思決定支援』

沖縄県社会福祉士会 成年後見権利擁護委員会 委員長 宮田 英治 氏

### ③『成年後見制度（市長申立）について』

那覇市ちゃーがんじゅう課 包括支援グループ 新垣 優香 氏

○日 時：令和7年3月25日（火） 午後7時00分～9時00分

○場 所：沖縄県医師会・3階ホール

○参加者：39名

{ 急性期病院 退院支援部門・那覇市内：6名、  
急性期病院 退院支援部門・那覇市外：7名、  
那覇市地域包括支援センター：20名、  
居宅介護支援事業所：5名、その他（傍聴）：1名 }

【目的】①地域包括支援センターと急性期病院 退院支援部門（MSW、退院支援看護師、医師）の連携強化を図り、患者を中心に切れ目ない在宅移行ができる。

②身寄りがないことを理由に、入退院において不利益にならない体制を整える。

【対象】地域包括支援センター、急性期病院退院支援部門（MSW、退院支援看護師、医師）、介護支援専門員

#### サマリー

参加者アンケート回収率は87.2%、主に介護支援専門員の参加が多かった。

参加者より、「本人が意思決定できない場合、家族とのやりとりがどうしても増えてしまうが、必ずしも家族が親しい関係性とは限らず、その場合は友人や知人にも範囲を広げて意思決定の支援が必要だと感じた」、「問題が解決したから終わりではなく、継続支援が必要だと感じた」などの感想があり、研修会を通して、本人の気持ちを置き去りにしないサポート体制づくりをしていくとの意識の変化が見られた。また急性期病院より、「独居高齢者の支援について包括に訪問依頼をしているが、身寄りがない方の支援について行政も参加してほしい」とのご意見もあったことから、どの研修会にも共通する課題として『医療・福祉・介護・行政』が一体となった“真の多職種連携”が重要である。次年度は行政（関連部署）にも参加してもらえるような研修会を企画していきたい。



パネリスト：寺田 明弘 氏、宮田 英治 氏、新垣 優香 氏



## 第2回那覇市地域包括支援センターと急性期病院 退院支援部門との連携研修会 ～身寄りがない方への支援の連携～

日 時：令和7年3月25日（火）19:00～21:00

場 所：沖縄県医師会・3階ホール 参加者：39名

### 急性期病院 退院支援部門：

<那覇市：6名> 大浜第一病院、沖縄協同病院、那覇市立病院

<那覇市外：7名> 友愛医療センター、浦添総合病院

### 那覇市地域包括支援センター：かなぐすく、安謝、高良、国場、識名、小禄、城岳

<20名> 新都心、石嶺、古波蔵

居宅介護支援事業所：<5名> care management office花、ケアセンターしんらい那覇、有料老人ホーム松風邸、介護センターすみか、居宅介護支援事業所ライラック

その他（傍聴）：<1名> 那覇市役所 ちゃーがんじゅう課

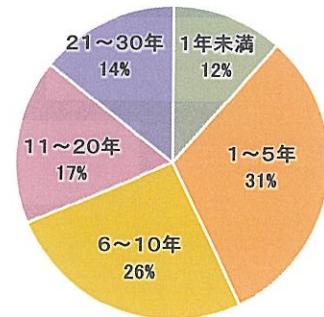
アンケート回答者：35名（回収率：87.2%）※その他1名は除いてます

### 1. 職種

選択肢	人数	割合
M S W	6	17%
看護師	5	14%
保健師	1	3%
ケアマネジャー・ケアプランナー	15	43%
社会福祉士	6	17%
その他	2	6%
合計	35	100%

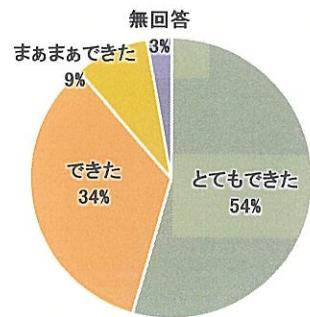
### 2. 現在の業務の経験年数

選択肢	人数	割合
1年未満	4	12%
1～5年	11	31%
6～10年	9	26%
11～20年	6	17%
21～30年	5	14%
31年以上	0	0%
合計	35	100%



### 3. 『身寄りがない方の意思決定支援のあり方』 寺田 明弘 氏は理解できましたか。

選択肢	人数	割合
とてもできた	19	54%
できた	12	34%
まあまあできた	3	9%
できなかった	0	0%
無回答	1	3%
合計	35	100%



#### 【ご意見・ご感想について】

##### ◆ 地域包括支援センター

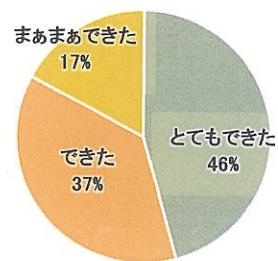
- ・為になりました。ありがとうございます。
- ・とても良かった。
- ・家族はあくまでも本人の代弁者であること。関わりに気を付けたいと思った。
- ・毎回、寺田先生の話は身近に感じ理解できる。
- ・本人の意思をまず尊重する。確認の質問はしない。心に留めたいと思います。
- ・支援者の目線になってしまって、本人の意向をしっかり聞いていないんじゃないかと考えさせられました。時間をかけても、本人に向き合うのが大切、チームで支援するのが大切と感じました。
- ・本人を不在にしないよう気を付けたい。
- ・この支援は本人が望んでいるのか考えることが必要だと知った。
- ・勉強になった。
- ・本人が意思決定できない場合、家族とのやりとりがどうしても増えてしまうが、必ずしも家族が親しい関係性ではなく、その場合は友人や知人にも広げて意思決定の支援が必要だと感じた。
- ・同意は本人から。必ず家族がやることではない（等があるのが良かったと思う）。客観的に不合理に見えて、本人の意向としてまず現実を目指す、その姿勢が大切！！
- ・事前質問への回答のお話のところが早く聞き取るのが大変でした。テーマに沿ったお話をもう少し聞ければ良かったと思いました。自由契約（？）なので病院は身寄りがない方の入院を断つていけないわけではないというお話は衝撃でした。
- ・事例をお話いただき、とてもわかりやすかったです。
- ・日々自分の支援に疑問を持ちながら支援することが重要ということが印象的でした。

##### ◆ 急性期病院 退院支援部門

- ・もう少し時間をとって話が聞きたかった。
- ・沢山情報を持ち帰ることができました。
- ・沢山の有益な情報が聞けて勉強になりました。もっと時間があると良いと思いました。
- ・サービス担当者会議、カンファレンスで本人そっちのけなことってあるあるだと感じました。本人を中心に！！大切です。医療同意、拘束同意などは課題に感じます。本人以外の人にも同意を得ても法的には意味がないことを考える必要があります。もっと話聞いたかったです。ありがとうございました。
- ・意思決定支援の場面に参加する場合が多くあります。常に本人の意見を大事にすることを忘れずに行っています。

## 4. 『入退院における身寄りがない方の意思決定支援』宮田 英治 氏は理解できましたか。

選択肢	人数	割合
とてもできた	16	46%
できた	13	37%
まあまあできた	6	17%
できなかった	0	0%
合計	35	100%



## 【ご意見・ご感想について】

## ◆ 地域包括支援センター

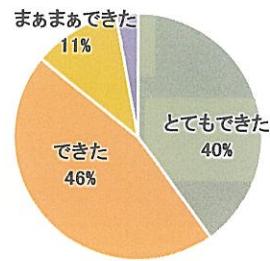
- ・とても良かった。
- ・本人の意思決定が大切で、チームで「こんな風に思っているんではないか？」と本人が表現できなくても、一つ一つ本人の思いを考えることが大切なのかを感じた。
- ・意思決定は、本人はもちろん家族がいない場合は、その人を良く知っている人が代弁できることも大切。
- ・問題解決したから終わりではなく、継続が必要だと感じた。伴奏型支援は必要だと思います。
- ・インターネットで成年後見人をわかりやすく調べられるのを知ったので、家に帰ってみてみたいと思いました。伴奏型支援の大切さを考えさせられました。
- ・成年後見制度のはやわかりを確認し学びます。
- ・本人、関係機関も含め、各々出来る事、出来ないことを共有する話し合いが必要だと知った。
- ・後見人のできること、できないことがわかった。
- ・身寄りのない方は本人の意思を確認するしかないですよね。意思決定支援は、ご家族がいると逆に本人を置き去りにしてしまう可能性があり、気を付けなければいけないといつも思っています。生保、後見制度被対象者、保証人なし→医療機関への説明が必要とのことでしたが、説明しても保証人欄の記載なしでは入院不可と言われたらどうしたら良いのだろうと思ってしまいました。

## ◆ 急性期病院 退院支援部門

- ・成年後見はやわかりポータルサイトを教えて下さりありがとうございます。じっくり読みます。
- ・質問の回答が聞けて良かったです。質問項目が見える形だとより理解できたかもしれません。
- ・2050年は5世帯に1世帯が独居高齢者と言われていますが、成年後見にも高齢化が課題と聞き、県の将来が不安になりました。医療同意については課題に感じています。ありがとうございました。
- ・急性期病院でもACPに取り組んでいますが難しいです。

## 5. 『成年後見制度（市長申立）について』新垣 優香 氏は理解できましたか。

選択肢	人数	割合
とてもできた	14	40%
できた	16	46%
まあまあできた	4	11%
できなかった	0	0%
無回答	1	3%
合計	35	100%



### 【ご意見・ご感想について】

#### ◆ 地域包括支援センター

- ・ とても良かった。
- ・ 市長申立について良く理解できた。
- ・ 時間がかかるのは、調査が多いことを知りました。その中でも優先順位を決めて進めてくれて良かったと思いました。
- ・ 「申し立てできる人」を知ることができたので参考にさせて頂きます。しかし、申し立てに時間がかかるので、少し悩ましいと感じています。
- ・ 市長申立の流れと時間を要することがわかった。
- ・ 時間がかかることはわかるが、もう少し早く出来るようには出来ないのかな？書類の簡素化など。
- ・ もう少しテーマに沿ったお話が聞けるのかと期待していました。身寄りがない方→成年後見？後見該当しない方はどうなるのか・・・
- ・ 質疑応答もプリントアウトして頂き手元にあるともっと分かりやすかったかと思いました。
- ・ 重層的支援もぜひ進めて頂きたいです。
- ・ 後見制度がもっと早く手続きが進めることができたらいいなと思いました。

#### ◆ 急性期病院 退院支援部門

- ・ 時間がかかる理由がわかりました。でも必要な人に早く使えるようにお願いしたい。
- ・ 那覇市の現状を知ることができて良かったです。那覇市を中心に、病院・地域でもっと身寄りのない方を支える仕組みが作れると良いと思います。
- ・ 具体的な流れの内容がわかりました。決定まで時間がかかることを全国的にも課題とされているとのことですですが、何か国の対策など動きはあるのでしょうか。また、早く決定を出しているような県があるのかも気になりました。ありがとうございました。
- ・ 病院、行政、地域包括支援センターの特色をいかして連携できたらいいなと思いました。どうしても互いに自分達の困りごとを押し付けていたる感じがしました。地域包括支援センターに介護保険申請（身寄りなし）を代理でお願いしたら、自分達の仕事ではないと断られたことがあり、もっと連携が必要ではないでしょうか。
- ・ 独居高齢者の支援について、地域包括支援センターに訪問依頼している。身寄りがない方の支援について行政も参加して欲しいです。

## 6. グループワークはいかがでしたか。

### ◆ 地域包括支援センター

- ・いざとなったら困らないように、入院の物品や緊急連絡先を決めておくなどの準備が必要だなと思った。ACPが広く浸透したら、治療の意思決定が早く分かることが出来るかなと思いました。
- ・色々話が聞けて良かったです。
- ・とても有意義でした。チームで考えることの重要性を再確認しました。
- ・日頃それぞれの立場で仕事をしていることを、どのように工夫できたかということの意見が出て良かったです。
- ・医療現場、介護現場のジレンマ、大変なお話を伺えたのは参考になった。やはり、本人を取り巻く関わる全ての人がチームとして、情報の共有（個人情報に気を付けながら）の大切さがわかった。
- ・自分の意見を言うことが出来る場、また医療側の情報提供が大切である。
- ・それぞれの立ち位置からの意見交換ができて良かった。
- ・他職種からの意見も聞けて、とても参考になりました。
- ・色々な意見が聞けて良かったです。病院側も身寄りを探すのに必死なんだと感じた。病院と包括との連携も大切だと感じた。
- ・病院、地域それぞれの意見が聞けて良かった。
- ・今支援している事例が聞けて学びになった。病院で支援していて困ったこともあることが理解できた。
- ・色々な意見を聞いて勉強になりました。横のつながりをつくるためにも大切かと思いました。
- ・医療側の大変なことを聞けた。本人、家族が理解できるのに私が病院の相談に呼ばれて、私必要?と思いましたが、これも関係機関との共有、つながりの一つだと知れた。
- ・とても良かった。
- ・病院・施設・包括それぞれの立場からの意思決定支援の難しさ、その中で工夫していることの共有ができ、自分たちの役割について再確認できた。
- ・進行中のケースを通して連携や共有の大切さと難しさを感じた。地域支援者ができることと、知っていることと、病院が知っていること、やることの擦り合わせが大切。本人の病状説明、入院中の意向は病院からしっかり行ってほしい。地域で得たものは伝えつつ、擦り合わせができると、同じ方向性で進める一つかなと思った。
- ・医療・介護もそれぞれの枠（報酬）で業務を進めているので、お互いのことを知ることが大切という意見があり、そうだなと思いました。
- ・多職種で普段困っていることなどもお話を聞きました。急性期病院の実情も知ることができました。
- ・一つの事例に対して議論しました。困難事例で解決が難しい内容でしたが、様々な意見が出ていて良かったです。
- ・医療と地域包括支援センターとの連携は必要だと思いました。
- ・病院の方と情報を共有できて大変有意義でした。

### ◆ 急性期病院 退院支援部門

- ・話が出来て良かった。
- ・進行が上手く出来ず、メンバーの皆さんにご迷惑をかけてしまったかもしれません。病院側、ケアマネ、包括各々の立場の意見が聞けて良かった。参考になりました。

- ・急性期病院のM S W、地域包括支援センターのS Wがそれぞれの職責を果たし、相互に連携することで、入退院を通じた患者支援の質が向上すると感じた。
- ・包括支援センターや居宅の皆さまの日頃の支援の大変さを聞き、切れ目ない支援を病院側としてどのように工夫できるか考えていきたいと思いました。
- ・意見交換の時間が沢山あると嬉しい。
- ・盛り上りました。楽しかったです。研修では、理想的な対応をベースに話し合うことが多いので、実際困っていることを理想抜きに話し合う研修があるといいとグループ内で意見がありました。
- ・困難事例を聞かせて頂いたが答えが出ず。支援に繋げられない事例はまだまだ多いと思いました。
- ・他職種の意見が聞けて良かった。
- ・難しい症例について話し合った。最後まで答えを導くことはできなかったけど・・・テーマもズれたと思う。もっと時間が欲しいと感じました。
- ・本人の思いや意見を連携シートに記入し、転院時に持参、共有することは活用できたらいいと思った。他職種で問題を話し合い、それぞれの問題や課題を共有出来て良かった。
- ・それぞれの立場での意見交換ができた。

## 7. 全体を通してのご意見、また取り上げて欲しいテーマ等がありましたらお聞かせ下さい。

### ◆ 地域包括支援センター

- ・意見交換できて良かったと思います。お互いの立場や役割を理解しつつ、連携できればと思います。
- ・第3弾をしても良いのではないかと思いました。
- ・寺田先生の話しが色々考えさせられたので、もっとお話し聞いたかったです。
- ・切れ目ない支援を行うには、各機関がそれぞれの役割と専門性を把握することが必要だと感じた。
- ・病院が、「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」についてどう取り組んでいるのかを知りたい。退院支援看護師とM S Wでも対応、理解に違いがある。役割の違いがあると思うが、共有できていて欲しいなー。
- ・行政の方が関係者の会議にも参加して頂けるような話しもありましたし、困っている現状を伝えていくことも大切なかなと思いました。伴奏型支援、ガンバります。
- ・次回、医師も交えた同じテーマの研修会を行って欲しい。

### ◆ 急性期病院 退院支援部門

- ・病院と包括の相互理解が進むようなテーマ。
- ・課題が沢山見えてきたので、職場で持ち帰り検討したいと思いました。とても勉強になりました。
- ・身元保証業者のガイドラインをどう読むか等、身寄りなし問題に関連したテーマ。
- ・A C P→本人が話したいときに、たまたまでも話しを聞いた人がつなげる方法を考えた方がいいのかなあ。
- ・今日の目標であれば、回復期や包括ケア病棟もいた方が良かった。
- ・A C Pや身寄りがない方への勉強会は続けて欲しい、連携について話したい。

令和6年度 在宅医療・介護連携推進事業  
第2回那覇市地域包括支援センターと急性期病院 退院支援部門との連携研修会

日時:令和7年3月25日(火) 19時00分~21時00分  
場所:沖縄県医師会・3階ホール

**A グループ**

〈テーマ〉切れ目のない支援のためにはどのような工夫が必要か。

○連携（多職種）が一番大切ではないか。

○連携室（MSWより）

- ・地域包括支援センターの協力が大切（情報提供など）。時間が少ない。  
医療的な部分が優先になってしまい（浦添）。
- ・身のまわり全般的にMSWが対応している。相談先によっても対応が難航する事がある。転院先も「身寄りがいる」前提でしか受けないところもあるのが現状（那覇）。

○地域包括支援センターより

- ・連携室との情報のやり取りを早いうちから行なう。細かい情報を頂けること（区分変更など）でとても助かった事（着替えを取りに行くなど）、どこまで支援するかを考える事もあるが、必要な支援を行なうことも必要ではないか（事業所でも検討を行なう）。
- ・しっかりと連携し病院と共有できれば助かる。
- ・日頃から包括やケアマネジャーが、その方の周りのつながり関係を把握している必要があるのではないか。
- ・イレギュラーの緊急対応もあるが、何も情報がない場合はいかに本人の意思を尊重するか（緊急医療情報キット、緊急電話などの活用）。活用できる制度を把握しておく必要がある。
- ・それぞれの職種で何ができるかを、それぞれが考えて行動し、次へバトンタッチをする。

＜まとめ＞

- ・本人の意思決定の大切さを伝えたいが、現実的には家族の意見も大切にしたい。
- ・家族と本人の意見が違った時も難しい。
- ・チームで目指すところがはっきりしておく必要があると思う。
- ・カンファレンスが大切だと思う。しかし患者数が多く、対応は困難な時がある。

## B グループ

- 急性期→転院や入所の調整難航。後見人付けないと進まない（時間がかかる）、入院期間を長期にできるといい。＊課題  
    申立…調整中に引き受けてくれる先があるとありがたい。
- 移住者も大変。行政も動いて欲しい。（支援チームシステム）があると良い。  
    移住者は県外家族の情報も不明で関わりも拒否の方もいる。
- 医療・介護・行政  
    報酬をもとに動く、それぞれの機関がある中で、分からないと通じない。お互い分かった上で支援を考えていかないといけないと思う。
- 身寄りがない方→ケアマネジャーに振ってくる。ケアマネジャーが判断することでもないと思うが…。
- 事例共有の場…実務的に困っている課題を解決する場があると良い。
- 医療機関へガイドラインの周知も大切。
- （後見制度利用まで）とりあえず誰が何をやるか共有できると安心。

## C グループ

- 身寄りなし、意思が聞けない、生保  
    →急変時の対応、治療方針が定まらずチームで困るケースが多い。
- 本人の意思を予想し、意思決定を行うが、病院のガイドラインがない。  
    →本人の意思が本当に反映できているのか？＊ここが大事！
- 急性期で対応しきれない（時間的に）場合、包括と連携
- 医師から「後見人付けて早く退院させて」と言われるが、実際はそううまくいかない。
- お金を正しく使えない（使い切ってしまう）→精神科へ入院
- 入院時に本人の思いを病院で聞き取り→在宅へも引き継ぐ  
    →こういうのを続けて本人の意思疎通が困難になった際に活かせる  
        ＊個人情報の取り扱いに注意が必要！
- 病院は退院させないと…地域は準備できていない…。

## D グループ

### ○要介護度5（入院中、急性期）

支援者いない方、金銭、必要なサービスを受けられない、お金もない、認知力低下で判断能力なし、精神面症状あり。意思決定できない。

#### 【考えられる対応について】

- ① 精神疾患の診断を付けてはどうか
- ② 院内の倫理委員会を開催
- ③ 退院と同時に施設入所し生活保護を受ける

## E グループ

### ○老々介護、独居、急性期入院時、身寄りを探すことから始めるのが大変

### ○同意書を取らなきゃというジレンマがある

### ○本人の意思確認を取る→常に包括などと連携していかなきゃと思う

### ○行政や包括の力を借りて情報収集から行なう

### ○自宅退院時、社会的課題がある方は…

命じるべを活用する

包括につなぐことの連絡（TEL）をすることもある

65歳以下の場合はどうしようという課題もある

### ○浦添市包括さとん・みなとんと週1でケース会議（カンファレンス）を行うようしている。

### ○地域に戻すために、地域に戻りたい気持ちを大切にしようという動きをしている。

### ○キーパーソン在（多数在）

### ○単身の方

### ○本人の意思確認が、家族は本人に聞いてほしくない！ということが… (受診、拒薬は本人の意志)

### ○プランナーの担当の方、家族の支援は財産狙いと疑う

### ○搬送時に初めて単身と知るが、単身世帯への対策ってあるんですか？

### ○県外移住者も多い。身元保証協会等を拒否する方の対応に困っている。死後の準備は万全、入所に関する契約は…。施設長が身元保証人になってくれる施設を探すこともある。

### ○本人の意志を尊重しているが故に進まないこともある。

## F グループ

- 関係機関の立場を理解する。また、情報を共有する。

## G グループ

- 「ケアマネジャーに同伴して欲しい」

利用者：準備、意思決定できる

→ケアマネジャー：自分でできる方、同伴しなかった。

本人が伝えることができるのでケアマネジャーが呼ばれる。

家族が理解できないからか？ケアマネジャー呼ばれる。

病院が少し丁寧に？本人・MSWがケアマネジャーを呼ぶ。

本当はケアマネジャーを呼ぶ必要はないのに呼ばれた。

→切れ目ない支援をするため？

- 入院して「初めての方」なのに病院に丸投げ、情報もなし。施設は「もう知らない、丸投げ」何か起こるかもということを施設は何かできなかつたのか、ということ。

- 家族にばかり話し、本人の意見を聞きづらい。身寄りのない方が関係性出来て聞けるかも。でも本人「考えたくない」と聞けない。

- ACPについて元気な時に聞こうとしても嫌がる。聞けたとしても、文章で渡してそれでいいのか？どこまで聞けばいいのか。

- ・エンディングノート…要支援者に”今”と思って渡したら引かれた。  
(びっくりさせた)

- ・個人情報も多く、難しかった。必要なものの仕分けが必要かと思う。

- ・同意を得ている（情報共有の前に、本人・家族に確認する）

- ・病院・ケアマネジャーがお互いに家族へ承諾を得ていることを確認している。

- ・居宅は契約時に話している（個人情報について）

- ・エンディングノートの活用。ケアマネジャーが代筆。

- ・認知症になり始めの時、お金の管理のこと、ATMからおろせない等、聞いたこと、どこまで情報提供OKなのか。ケアマネジャーの思いと私の思いの差がある。

- ケアマネジャーが来てほしいと病院から依頼がある。医師の認識が必要？

→訪問看護に医療面を見てもらっている。

- ・在宅時のたくさんの情報＋病院の情報、うまく合わさったら良い支援、切れ目ない支援。

- ・ケアマネジャー・MSWとの信頼関係、情報共有、顔の見える話しやすい関係性

- ・ケアマネジャーがすることではないことでも、本人・家族の支援をした。

- 支援者がつながっておくこと、その中に本人を入れていく。病院、ケアマネジャー、包括、障害、女性支援、地域資源、業者、横に繋がっていければ周りが本人のことを気遣える。本人を中心にして…。