令和6年度 顔の見える関係づくり交流会

開催日時：令和６年７月１６日（火）１８：００～２０：３０
場　　所：山梨県立図書館　イベントスペース
テ ー マ：身寄りがない方への意思決定支援のあり方
～専門職の立場からどのような支援ができるのかを考える～
講　　師：山縣然太朗　医師（山梨大学大学院特任教授）

次 第

1．**開会**
2．**あいさつ**（甲府市長　樋口雄一）
3．**【講義】身寄りがない方が亡くなったときの対応**（甲府市生活福祉課　中澤圭輔 係長）
4．**【講義】身寄りがない方への意思決定支援のあり方**（山縣然太朗 医師）
5．**【グループワーク】①身寄りがない方への支援で困ったことの共有**
②各機関の立場、専門性からどのような支援ができるのかを考える
6．**発表**
7．**まとめ**

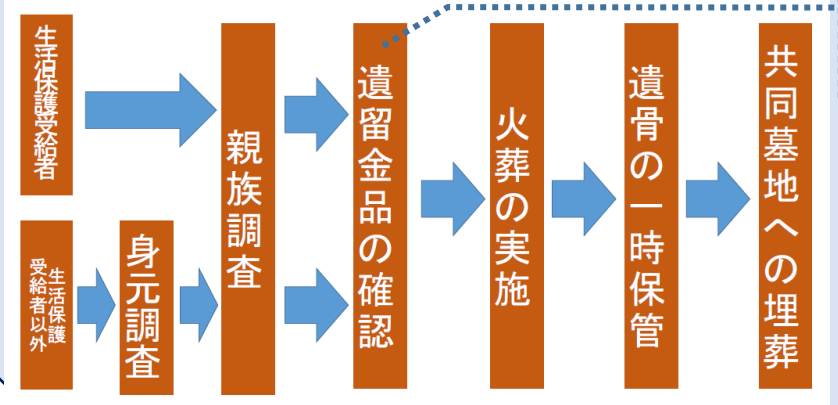
♪内 容

【身寄りがない方が亡くなったときの行政対応について】

・甲府市の生活保護世帯数は 2,327 世帯であり、その内高齢者単身世帯は 56.4%と、半分以上が高齢者であり年々増加傾向にある。（R6.3.31 時点）

・本市の福祉事務所における、身寄りのない方が亡くなった時の対応件数は毎年 40～50 件ほどで、年々増加傾向にある。また、身寄りのない高齢者が抱える問題は全国的な課題となっており、課題解決のためには医療・介護関係者との連携が必要である。

身寄りのない方が亡くなった場合の主な対応フロー　資料4



遺留金品は生活保護法第 76 条にて、葬祭扶助を行う場合のみに充当することができると規定されているため、一旦福祉事務所で遺留金品を預かると各種支払に充てることができません。

★**本人が元気なうちに金銭管理サービスや成年後見制度などの各種制度を利用したり、「わたしの想いノート」などを使用しあらかじめ自分の想いを周りの大切な人や医療・介護関係者と共有する備えが大切**である。

【身寄りがない人への医療のあり方】

・日本で考えられる「身寄りがない人」という定義は「家族や親類へ連絡がつかない人、家族の支援を得ることができない人」とされている。

・ガイドライン*1では「①判断能力の程度や家族関係にかかわらず本人の意思・意向を確認し尊重する原則」「②家族がない人への具体的な対応の明記」「③成年後見等に期待される具体的な役割の明記」がポイントであり、事例を元に支援方法の説明がされている。事例集*2では「本人の意思の尊重を原則としながら、『身寄りがない人』の家族への望ましい対応方法を、法律の観点と倫理の観点を踏まえ示されている」。

●医療に係る意思決定が求められる時点で本人の意思が確認できない場合

①家族が本人の意思を推定できる場合は、その推定意思を尊重し、本人にとって最善の方法をとる

②家族が本人の意思を推定できない場合は、本人にとって何が最善であるか家族等と十分に話し合い、本人にとって最善の方法をとる

③家族等がいない場合及び家族等が判断を医療・ケアチームに委ねる場合は、本人にとって最善の方針をとる

④このプロセスにおいて話し合った内容は、その都度文書にまとめておく

▲山縣医師

★**どのような人（関係者）が本人のことを決めていったのか、というプロセスが大切。**

★**家族は本人の代諾をすることに戸惑うため、「あなた（家族）が決めるのではなく、『本人の気持ちを代弁する・言葉にする代弁者』である」ということを伝える。**

＊1…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

＊2…「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」に基づく事例集

グループワーク（一部抜粋）

【GW１　身寄りがない方への支援で困ったことの共有】

・親族を見つけても、本人が認知症であり介入を拒否し、孤立している。

・本人が「もうどうなってもいい」と考えていて、周囲の介入が難しい。「どうにかなった時にどうするか」も考えることができていない。

・家族の関係が希薄であり連絡が取れない。

・介護サービスで利用することができない日常生活に必要な物の購入。

・入院、施設入所時の準備（手続き・支払い等）、自宅の片づけ・郵便物の管理や返信の手配など。

・入院時の保証人、住宅の保証人等、専門職の役割でないことを求められる。

・本人が病気になり入院すると、身寄りがない、経済的に困窮しているなどの問題が表面化する。

・本人は戒名不要、葬式不要、散骨の希望はあるも、お墓があり、どのように対応するのか悩んだ。

・身寄りがない精神疾患の本人に、予後の悪い病気の告知をどのように行うか。

・身寄りがない施設入所者で、緊急時に入院となり病院で亡くなったが、本人は望んでいなかった。このような時の意思確認。

・意思決定が難しい方については誰が決めるのかグレーゾーンであり、どうしてもケアマネジャー、包括を頼ってしまう。

・支援はしているが、各職種個々に動いており、支援者が孤立している印象。支援者の誰かに偏る傾向がある。

・利用者本人の情報がない事が多く、誰に情報を聞き出せば良いのか分からず困った。

・医療行為などをどこまでするのか親族に聞くが、親族の思い＝本人の思いなのか、親族も高齢であり判断が難しい。

【GW２　事例をもとに各機関の立場、専門性からどのような支援ができるのか考える】の意見

・自宅に訪問し、顔なじみになり信頼関係を築く。
・足しげく通う（報酬はないが…）　支援者と本人の関係づくりから少しずつ進めていく。
・キーパーソンのような人を見つける。人と話をするのは嫌いではなさそうなので、何かしらの繋がりを持つ。（近隣住民、スーパーの店員や薬局など）
・自分たちの価値観を押し付けない。医療チームも本人の価値観と折り合いをつける必要がある。
・話し合いを持つ際、医療従事者の価値観を押し付けるのではなく、あくまで知識を付与して本人の意思を尊重する。
・保健師や民生委員などを通して在宅医などの受診を勧めてみる。（隠れた病気の早期発見）
・「わたしの想いノート」を活用していく（誕生日や介護保険の申請時に記載してもらう）。定期的に見直してもらい意思確認をする。
・本人がどのように暮らしてきたのか、本人の生活歴を知らないと意思決定支援ができないため、ACP を進めていく。
・本人の生活歴（仕事をしていたかなど）を聞く。年金機構からくる通知書の内容を本人から確認するなど、本人の生活の中から引き出すように情報収集を行うのが良い。
・介護保険や成年後見制度などの活用を勧める。
・入院などのタイミングで制度利用など調整することも考えられる。

♩当日の様子

今年度は、医療・介護の関係者だけでなく、弁護士・司法書士・行政職員（生活福祉課・地域保健課）と意見交換を行い、とても有意義な交流会となりました。
みなさまご参加いただきありがとうございました！！