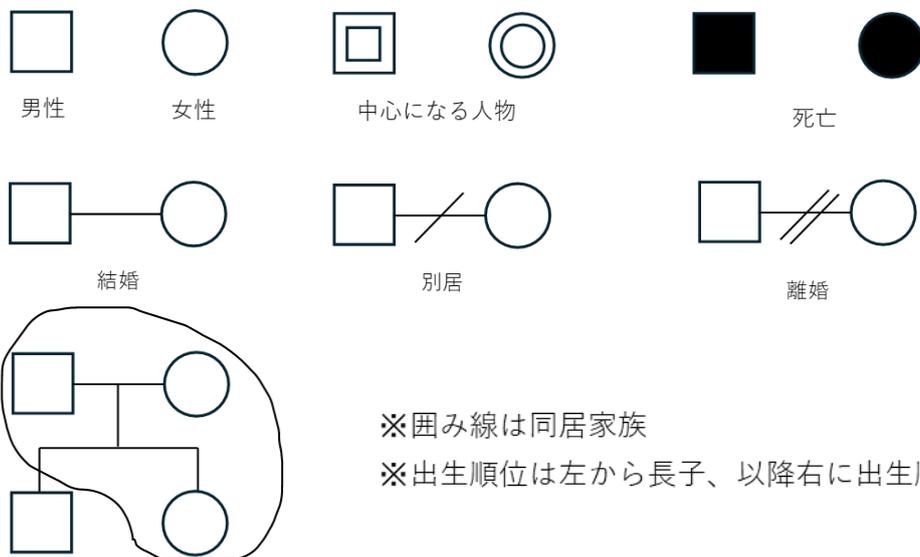


長岡市身寄りのない人への支援に関するガイドライン
事例集

令和8年3月

長岡市

【ジェノグラム】



【エコマップ】

[環境と結合の表記]

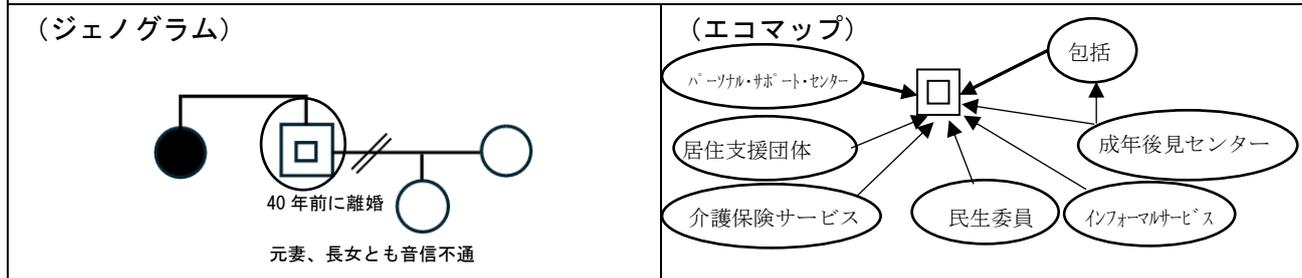
←→	実践の太いものほど重要、もしくは強い関係
+++++	ストレスのある、又は葛藤のある関係
-----	希薄な関係
→	資源・エネルギー・関心のフロー

名前	Aさん	性別・年齢	男性・90歳代	病名	アルツハイマー型認知症	介護度	介護度1
----	-----	-------	---------	----	-------------	-----	------

事例テーマ 身寄りなし高齢者の転居に伴う法定後見制度の申立て事例

事例の概要

高齢で身寄りが薄い男性。交友関係は宗教の関わりがありそうだが詳細は不明。もともと金銭管理が苦手で、高度な難聴もあり、契約や金銭管理について他者の言葉がよく理解できないまま物事を進めてしまう傾向があったためパーソナル・サポート・センターによる支援が行われていた。本人が居住するアパートが老朽化のため撤去されることとなり、住み替えにあたり保証人がいないと手続きが難しく、本人の希望により法定後見制度の申立てを進めた。



課題となること

- ・アパートの取り壊しにかかる住み替えの支援
- ・収入の範囲での生活支援
- ・体調悪化時の入退院の支援や緊急時の対応
- ・宗教の関係の出費も見受けられるが詳細は不明
- ・施設入所となれば、入所の手続き、アパート退去の事務
- ・親族との連絡
- ・死後の事務

支援の方法

- ・高齢者基幹包括支援センターと法定後見制度の市長申立ての相談を行い、保佐類型の診断がされ、本人の申立てで進めることになった。申立て書類の作成を地域包括支援センターがサポートし、成年後見センターが後方支援を行った。
- ・並行して、パーソナル・サポート・センターと居住支援団体が住み替え先を探した。
- ・結果として、法定後見制度の申立てが進んでいることもあり、住み替え先が先に見つかり、転居を行うことができた。
- ・十分な食事、入浴、着替え等ができておらず、支援が必要だったため、介護保険の申請も行う。
- ・近所の民生委員による見守りやコミュニティセンターが行う配食サービスなどのインフォーマルなサービスも活用した。
- ・要介護1の認定を受けケアマネジャーが決定した。さらに社会福祉士が保佐人として選任され、必要な福祉サービスの契約も締結された。

事例のポイント

- きっかけは住み替えであったが、本人が元気なうちに、意思や希望を確認しながら申立てを進めることができた。
- 90歳代と高齢で、身体的に不安な面もあるが、「本人がどのように生活したいか」を大切に、様々な関係機関と保佐人が連携と役割分担を行いながら、チームで支援を行っている。

残された課題

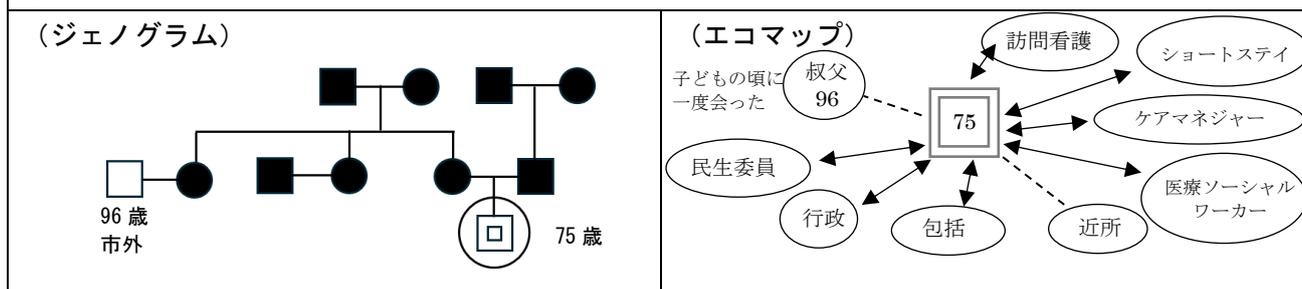
- 別れた妻との間に子はあるが、過去に子を置いて家を出たことを本人は後ろめたく思っており、関わりを拒んでいる。「もしものとき」の検討を行っていく必要がある。

名前	Bさん	性別・年齢	男性・75歳	病名	胃がん	介護度	要介護2
----	-----	-------	--------	----	-----	-----	------

事例テーマ	両親死去後、兄弟、親戚、友人も居なく、近所付き合いもなく孤独となった事例
-------	--------------------------------------

事例の概要

両親死去後、一人暮らしとなった。自宅が傾き倒壊の恐れがあり緊急的に住宅を変更する必要があった。本人が衰弱していたため受診し癌が見つかり、介護保険申請を行いサービス開始。亡くなる直前まで入院せずに地元で過ごしたが、入院手続き、住まいの確保、介護保険サービス利用などにあたり保証人や緊急連絡先が無く、倒壊寸前となった空き家の問題など、本人を交えて関係者の連携が必要となった。



課題となること

- ・身寄りがないことで緊急連絡先がしばらくなかった為、サービス利用に苦慮した。
- ・本人は現状に困っていないため、自宅の問題や介護サービスの利用を重要視していない。意向や気持ちを聞き出そうとするが、本心を話さない。
- ・血縁関係の無い遠い親戚から来ていただき、各サービスの手続きを一日で行うことになったが、連絡、調整を誰が主となり行うかを考える時間がないままだった。

支援の方法

- ・緊急連絡先が無かったことで、介護保険のサービス利用の制限があり、利用できる事業所を探した。
- ・救急搬送されて入院となったが、自宅の倒壊が有り、入院中の必要なもの、退院後の住まいなど、本人を含めて、行政と関係者が何度か病院、ショートステイ先に行き相談をした。
- ・住まいが決まり、生活する中でようやく遠方の親戚が見つかり、各サービスの手続きを行ってもらった。一日で済ませたいとの希望に添い各サービスの調整を行った。親戚の方は、病院、新しい住まい、介護サービスの手続きをしてくれたが、自身が高齢なため死亡時の対応は引き受けていただけなかった。
- ・本人に判断能力があったため、治療方針については本人と相談し決定した。
- ・受診や買い物などに行った時には介護タクシー会社から連絡を頂き、行動を把握した。体調も観察してもらい急変時に備えた。
- ・心配なこと、今後のことなど本人の意思を確認するため、訪問できる時には話し合いを行った。
- ・新しい住まいに移るまで、近隣や民生委員が心配し声をかけてくれていた。町内会長が倒壊した自宅の処分についても方法を提案してくれた。

事例のポイント

- ・ 遠方の親戚の方への説明と感謝を忘れず、無理強いはしなかった。
- ・ 本人はおっとりして、決定することに時間が掛かる性格の為、寄り添う姿勢を取った。
- ・ 何度も訪問して、本人とコミュニケーションを図り、意向の確認を行った。
- ・ 多職種、行政、地域で共有して、一人で悩まず、相談を常に行った。

残された課題

- ・ 本人の判断が低下した時に備え、成年後見制度についても検討が必要。
- ・ 親戚の方に死亡時の対応を引き受けていただくことはできなかった。本人の意思を確認し、葬儀や家財の処分等死後事務を決めておく必要がある。

名前	Cさん	性別・年齢	女性・84歳	病名	脳梗塞	介護度	要介護3
----	-----	-------	--------	----	-----	-----	------

事例テーマ	本人と息子の二人暮らし。本人が体調を崩したことをきっかけに、息子が終活を考えた事例
-------	---

事例の概要

夫死去後、自宅で息子と二人で生活をしてきたが、脳梗塞になり半身麻痺になった。息子は週に3回受診が必須。息子の受診先まで車で40分程かかる所に住んでいた。息子はこの先、身寄りが無くなるため、本人の入所の検討を機に、息子自身の終活を考え、自宅の処分、財産の管理等を準備した。

<p>(ジェノグラム)</p>	<p>(エコマップ)</p>
-----------------	----------------

課題となること

- ・頼れる親戚が近くにいない（遠方に本人の弟がいて電話で相談はできる）。
- ・自宅は物が散乱している。デイサービスやショートステイ、ヘルパーを利用しているが、息子からの介護は期待薄。
- ・本人は半身麻痺、下肢筋力の低下もあり動くことができなくなってきた。
- ・息子は定期的に受診が必要で体調がすぐれない。
- ・近くに頼れる方がいないが、本人、息子にも緊急連絡先が今後も必要。本人の緊急連絡先には息子がなれるが、息子にはいない。

支援の方法

- ・本人は自宅での生活は困難なため、施設入所の手続きをすすめた。
- ・息子は自宅で横になっていることが多く体調がすぐれないため、本人の入所の準備をしつつ、自宅で安全に過ごせるよう環境を整えた。
- ・財産は本人の年金と十分ではないが貯えがあった。今後の生活の不安を少なくできるように、財産管理と相談できる体制を整えるため、成年後見センターを紹介した。
- ・息子の体調も考慮して、弟から支援をしてもらえる部分の確認など、一緒に相談に加わった。

事例のポイント

- ・本人の入所手続きを行うと同時に、息子が今後も不安の少ない生活を送れるよう相談先につなぐ。
- ・息子自身にも近くに相談できる人がいないので、ケアマネジャーが寄り添い、できる部分は一緒に考える。
- ・弟の協力できる内容を確認し、支援してもらう。

残された課題

- ・自宅の処分についても引き続き考えていく必要がある。

名前	Dさん	性別・年齢	男性・70歳	病名	外傷性くも膜下出血	介護度	なし
----	-----	-------	--------	----	-----------	-----	----

事例テーマ	経済困窮のため、入院費、施設入所費の支払いに対する支援、転院・施設入所、サービス利用等に対する支援が必要な事例
-------	---

事例の概要

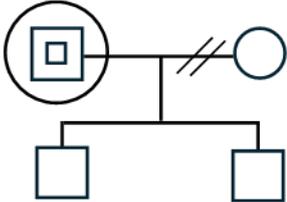
道路で倒れているところを通行人が発見し、当院に救急搬送、外傷性くも膜下出血の診断で入院。外傷性くも膜下出血に対しては保存的加療の方針。身体的機能低下に対しては、早々にリハビリが開始されたが、受傷を機に歩行が不安定となったこと、入院前から認知機能低下があったことなどが合わさり、自宅退院は困難だった。

そのため、ADL改善、今後の療養環境調整を目的にリハビリ転院の検討を行うこととなったが、親族関係が希薄であること、入院・入所等の支払いができるという確証がないことなど、いくつかの課題があり退院調整が難渋した。

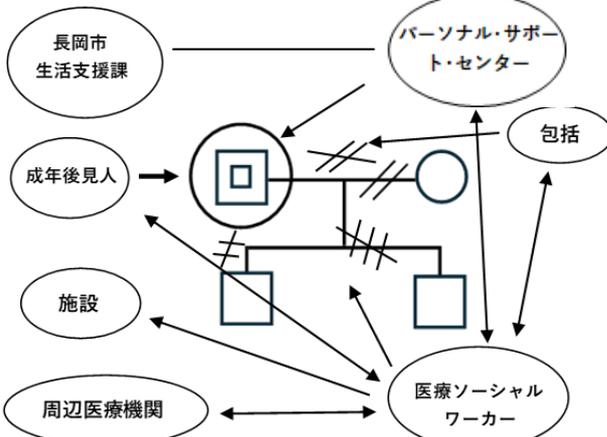
結果的には、成年後見人の申立てを行い、成年後見人決定後から具体的な転院調整（受入れ）の目途が立ち、転院の運びとなった。

(ジェノグラム)

キーパーソン：元妻



(エコマップ)



課題となること

- <本人について>
- ・本人の認知機能が低下し、理解力、判断能力がない状況となったため、本人に意向確認したり、相談して方針を決定していくことができない。
 - ・入院し退院先の調整を開始した頃、声出し、危険行動があり、多床室での療養が困難、抑制がなければ本人の安全が守れない状態。
 - ・本人の認知機能低下に加え、身体的機能が低下したことで自立した生活（一人暮らし）ができなくなった。
- <家族状況について>
- ・親族との関係性が希薄で、協力者がいない。
 - ・元妻は親族の中で唯一連絡が取れ、病院にも足を運んでいただけたが、基本的には関わりを拒否され必要最低限の対応のみ可能。
 - ・長男、次男は来院されず、元妻同様本人との関わりを拒否していたため、協力が得られない。
- <金銭管理について>
- ・お金をおろす、管理する、支払うなどの行為ができない。

- ・収入は年金のみ。
- ・入院前から税金、保険料などの滞納、借金もあり、それらを年金から捻出していたため、金銭的余裕がない。
- ・リハビリを行ったとしても、認知・身体的機能の回復は見込めず、在宅に戻れる目途が立たない。

<退院支援について>

- ・本人は金銭管理や入院、入所、その他手続きが難しいため、成年後見人の申立てが必要と思われたが、申立てから成年後見人がつくまで月単位で時間を要し、その間受け入れ先が見つからず当院で長期入院となることが見込まれる。

支援の方法

<金銭管理について>

- ・収支の整理
パーソナル・サポート・センターと連携。
- ・生活保護の相談
パーソナル・サポート・センターから市役所へ相談。最低生活費の面で該当ならず。
- ・成年後見人申立ての相談。
家族、地域包括支援センターと連携し、親族申立てにて手続きを進めた。

<退院先について>

- ・転院相談
周辺病院（長岡・見附・三条・新潟エリア）へ連絡。
成年後見人が決まった後は、その成年後見人と調整を進めた。
- ・入所相談
特別養護老人ホーム、老人保健施設へ入所申し込みの相談。
- ・在宅相談
ショートステイの利用についてサービス事業所へ相談。

<その他>

- ・介護保険申請
家族、地域包括支援センターと相談し、手続きを進めた。

事例のポイント

- ・認知機能低下により身体抑制が必要になっていたことで退院先が絞られた。
- ・本人、家族から入院・入所費用の支払いをいただくことが困難であったため、退院先の調整に時間を要した（在院日数：195日）。
- ・関係機関と連携（役割分担）し必要な制度の手続きを進めることができた。

残された課題

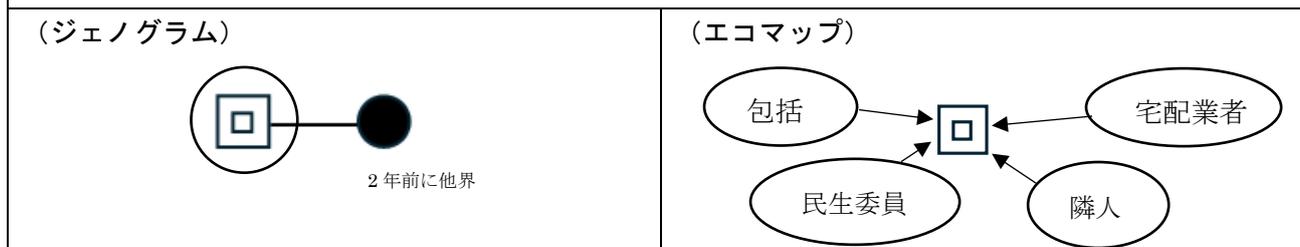
- ・高齢、単身であることから、入院前から先々のことを想定し、いざというときに誰が、何を、対応するかなど、あらかじめ決めておけるとよい。
- ・入院・入所費用の支払い等においては、（成年後見人決定までの間だけでも）成年後見制度以外にも柔軟に利用できる社会資源があるとよい。

名前	Eさん	性別・年齢	男性・90歳	病名	高血圧	介護度	なし
----	-----	-------	--------	----	-----	-----	----

事例テーマ	支援拒否が強く認知機能低下が疑われる独居高齢者の事例
-------	----------------------------

事例の概要

2年前に妻が他界。子どもはなく近隣に頼れる親族はいない。民生委員から最近会話がかみ合わなくなってきたとの情報を受け地域包括支援センターが訪問。家の中は埃がひどく尿臭あり。入浴もできておらず不衛生な状態がみられた。持病の定期受診も滞っている。長谷川式認知症スケール (HDS_R) 19点。介護申請、ヘルパー利用等勧めるが拒否が強い。



課題となること

- ・生活能力が低下しているがサービス利用を希望されず自宅での生活が維持できなくなる可能性がある。
- ・治療中断しており、高齢であることから体調変化が起こりやすく孤独死の可能性が高い。
- ・緊急時の対応や意思決定について
- ・亡くなった後の財産等の処分

支援の方法

- ・地域包括支援センターの職員が定期的に訪問し、顔を覚えてもらい、困り事などを話してもらえる関係性を築いた。
- ・今後どうしていきたいか「わたしの希望のおぼえ書き」を用いて本人から聞き取りを行った。具合が悪くなったら病院に行きたい、積極的な治療は希望しないという意思が確認できた。
- ・安否確認について、民生委員と相談し、隣人からも協力が得られ、姿が見えない日が2日以上続いたら地域包括支援センターに連絡が入ることになった。
- ・新聞と牛乳の宅配を利用していたため、業者と連携し、異変があった場合には地域包括支援センターに連絡をお願いした。
- ・成年後見制度の利用を勧めていたが、診断書作成のための受診に拒否があり、手続きが滞っていた。
- ・ある日、隣人から地域包括支援センターへ新聞が2日溜まっており姿が見えないとの連絡が入った。呼び鈴に応答がなく、救急要請しドアを壊して突入したところ、自宅内で動けなくなっている状態で発見し救急搬送された。

事例のポイント

- ・地域包括支援センターが本人や近隣住民、宅配業者等との関係性を築き、見守り体制を構築できたことから、体調変化に対し早期の対応につながった。
- ・成年後見制度の申請手続きを進める上で困難が生じた場合、高齢者基幹包括支援センターや成年後見センターへ相談することも有効な場合がある。

残された課題

- ・家屋や財産等の処分について遺言書等がないと手が付けられず空き家になってしまう。生前に支援者となり得る人を見つけ、処分方法等について整理しておく必要がある。

名前	Fさん	性別・年齢	女性・94歳	病名	脳梗塞 腰椎圧迫骨折	介護度	要介護4 (特養入所時)
----	-----	-------	--------	----	---------------	-----	-----------------

事例テーマ	身寄りのない高齢者の施設入所の事例
-------	-------------------

事例の概要

身寄りがなく、友人や成年後見人等の支援を受けながら介護保険の在宅サービス利用を経て、特別養護老人ホーム入所に至ったケースである。



課題となること

- ①入所契約時の身元引受人と退所後の対応について
- ②急変時の連絡体制について
- ③看取りや経管栄養等状態変化時の意思決定について

支援の方法

<経過>

- ・夫が60代で他界後は一人暮らし。生活保護を受給し市営住宅での生活をしてきた(※特別養護老人ホーム入所後に生活保護対象外となった)。働いていた頃の友人、知人も多く、月1回昔からの友人が車で送迎を行い、お参りへ行っていた。お話好きで社交的な性格。
- ・介護保険サービス等の利用なく過ごされていたが、物忘れや妄想等の認知症症状が出現。タクシーで出かけて自宅に帰れなくなる等徐々に症状が進行していった。
- ・玄関先で転倒して以降体調が悪化。同じ月に右手首・右膝偽痛風で水を抜くも痛みが治まらず、市内特別養護老人ホームのショートステイを利用開始した。食欲不振にて医療機関に入院。身体状態が安定したことから数日で退院許可が下りるが、単身での在宅生活はリスクが大きいと、特別養護老人ホーム入所の申請を進め、複数施設のショートステイ利用を経て、特別養護老人ホーム入所を待つこととなった。

<支援>

- ・成年後見制度を申請し、成年後見人が選任される。
- ・すでに市営住宅は解約していたが、住所はそのままとし特別養護老人ホーム入所が決まり次第施設へ住所変更をすることとした。
- ・身寄りがなく在宅生活困難なことから、退院から入所までの11か月間、複数施設のショートステイを30日超えで利用した。
- ・担当ケアマネジャーと特別養護老人ホームの相談員で上記の課題について協議した。

事例のポイント

①について

- ・身寄りがないため契約書の身元引受人欄は空欄とし、代理人欄へ成年後見人より署名いただくこととした。また、成年後見人は身元引受人とはなれないが、本人の事情を考慮し、亡くなられた後の対応についても引き受けていただけることとなった。

②について

- ・第一連絡先は成年後見人とし、平日、土日ともに連絡がとれる体制を確保することとした。
- ・万が一成年後見人へ連絡が取れない場合、本人の友人の連絡先も確認してもらうこととした。

③について

- ・本人の意思確認が可能ならちに確認していくこととし、それが難しい場合は施設側と成年後見人側で協議していくこととした。

残された課題

医療同意について

- ・本人の意思確認が可能ならちに経管栄養や施設での看取り等について確認し、書面等でわかるように残しておく必要がある。