日時：令和８年１０月７日・東部医師会館（ZOOM ﾊｲﾌﾞﾘｯﾄﾞ）

令和８年度第２回　東部地区在宅医療介護連携推進協議会（次第）

１．開　会

２．協議会会長あいさつ

３．報告・協議事項

（１）在宅医療・介護連携「相談支援」の概要　・・・・・　資料　１

※保険者機能強化推進交付金に係る評価指標に基づく報告：Ⅲ－２－イ①②

（２）在宅医療介護スタッフを対象としたアンケート調査結果　・・・・・　資料　２

（３）身寄りのない高齢者等の支援に関する事例集の作成　・・・・・　資料　３

（４）ＡＣＰセミナーの開催　・・・・・　資料　４

（５）その他　・・・・・　資料　５

・住民啓発の状況

・多職種研修会の予定

４．その他

５．次回開催予定　　■　令和８年度 第３回協議会　令和９年２月３日（水）１９時～

「在宅医療・介護連携」に関する相談と回答

資料－1

R8-No.1

第２回協議会報告分（令和8年4月～令和8年9月）

番号	相談種別	相談者	相談内容	回答内容
08001	医療機関との連携	包括支援センター	診療報酬の「地域包括診療加算」の施設基準に地域ケア会議に出席の要件があるが、包括から案内（R8.4.8医師会員メール送信済み）があった自立支援型地域ケア会議への参加がこの要件に該当するか？（診療所より包括に問い合わせ有り）	厚生労働省の「基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取り扱いについて」（R6.3.5及びR8.3.5）通知による、「地域包括支援センターの設置運営について」（平成18年10月18日付老計発1018001 号・老振発 1018001 号・老老発 1018001 号厚生労働省老健局計画課長・振興課長・老人保健課長通知）に規定する地域ケア会議であれば、該当。 届出書添付書類に参加が確認できる資料の写しを添付する必要があるので、地域包括支援センターの参加証明書、会議の議事録（参加医師の氏名が明記されているもの）等の発行が必要では。 ※追記6/3：中四国厚生局見解、医師会あての通知文でよい（個別機関名なしでもOK）。鳥取市中央包括支援センター問い合わせ。
08002	医療機関との連携 行政内連携	保健所	独居高齢者等の飼っているペットについて、入院時に困ったケースがどのくらいあるか知りたい。 お話が聞ける機会がないか？	東部の一般病院（10病院）の地域連携室による「東部地域医療連携協議会」が年3回開催されている。 とうぶざいたくと、鳥取市長寿社会課も参加しているので、市長寿社会課からの行政案件として議題提出してはどうか。 ※R8.5.20開催の第57回東部地域医療連携協議会にて議題提出、各病院よりご意見をいただきました。
08003	ACPの取組み	行政（包括）	取組みの参考としたくACPノートのデータが欲しい	了承。 本事業は行政施策のため、行政や医師会等の医療介護連携関係者には情報提供することとしている。
08004	特定行為研修	介護事業所の看護師	特定行為（在宅パッケージ）の内容等が知りたい （来年度受講を考えている）	特定行為研修機関、実習先や研修内容について、既知の情報を提供。

資料－２



鳥取県東部
在宅医療介護スタッフを
対象とした現状調査報告

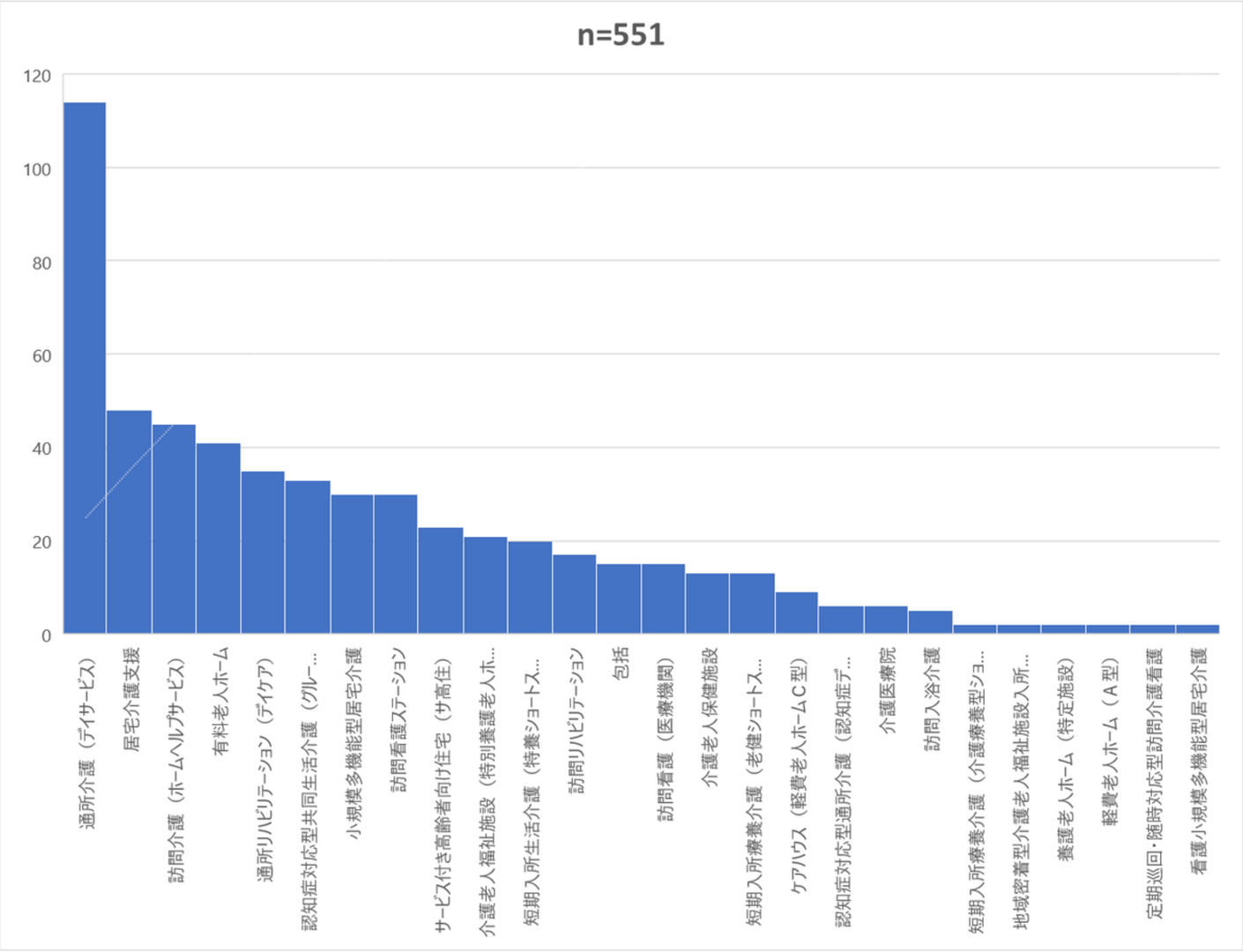
鳥取県東部医師会 在宅医療介護連携推進室
（とうぶざいたく）

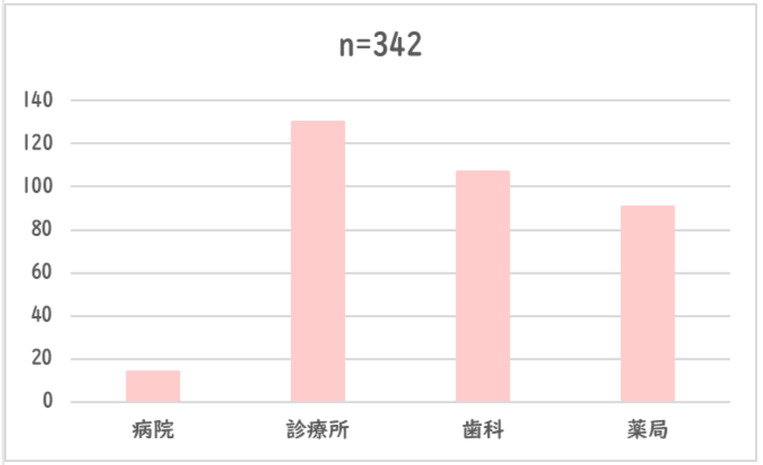
2026年度調査

Table of Contents

00 鳥取県東部圏域医療介護施設・事業所
01 調査概要
02 年齢・経験年数
03 所属機関・職種
04 在宅医療・ケアの現場で働く中で、課題や困っている事
05 どの年代が最も強く課題を感じるか
06 経験年数ごとの課題の特徴
07 所属施設別の課題の特徴
08 職種別の課題の特徴
09 介護保険事業所における医療・介護連携について
10 「多職種との連携」において課題と感じるものは？
11 所属施設別「多職種連携」における課題の捉え方
12 職種別「多職種連携」における課題の捉え方
13 希望する研修・自己研鑽は？
14 各職種別の希望する研修
15 課題の根底にあるもの
16 改善に向けた方向性（提案）
17 まとめ

00 鳥取県東部圏域医療介護施設・事業所





- 全施設・事業所　：893件
- 総スタッフ(従事者数)不明

01 調査概要

調査対象

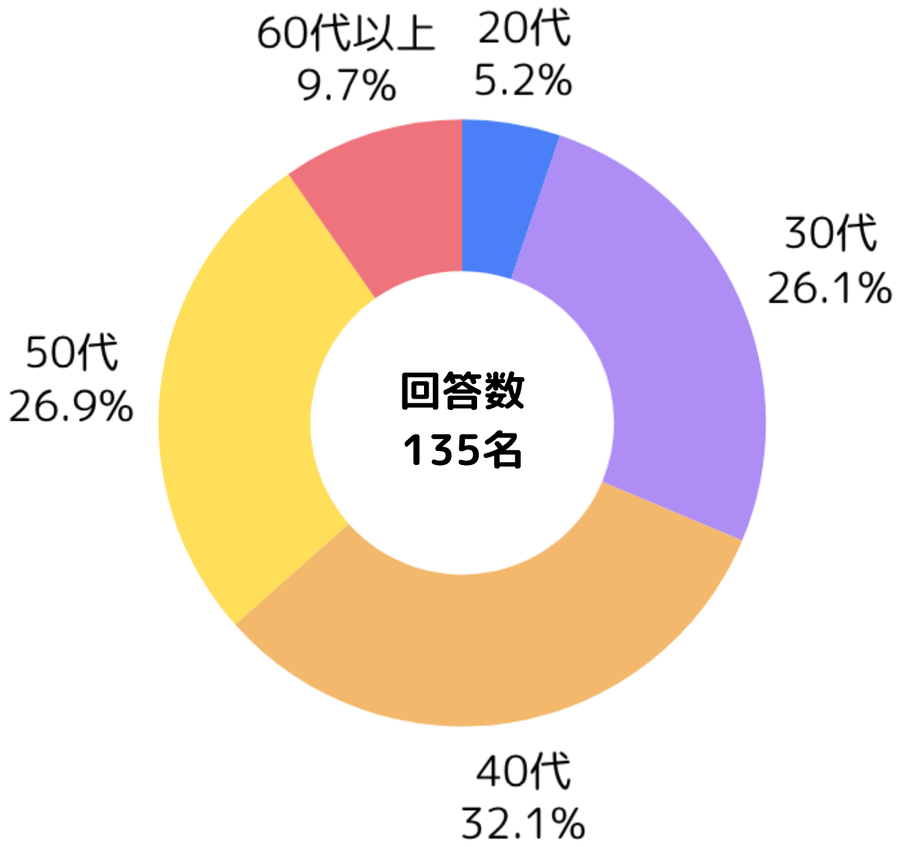
	対象	鳥取県東部在宅医療介護スタッフ(個人)：看護師・介護福祉士・介護士・PT・OT・ST・ケアマネジャー・その他(管理職・行政など含む)
	調査期間	2026年4月29日～6月30日
	回答数	135名

調査項目

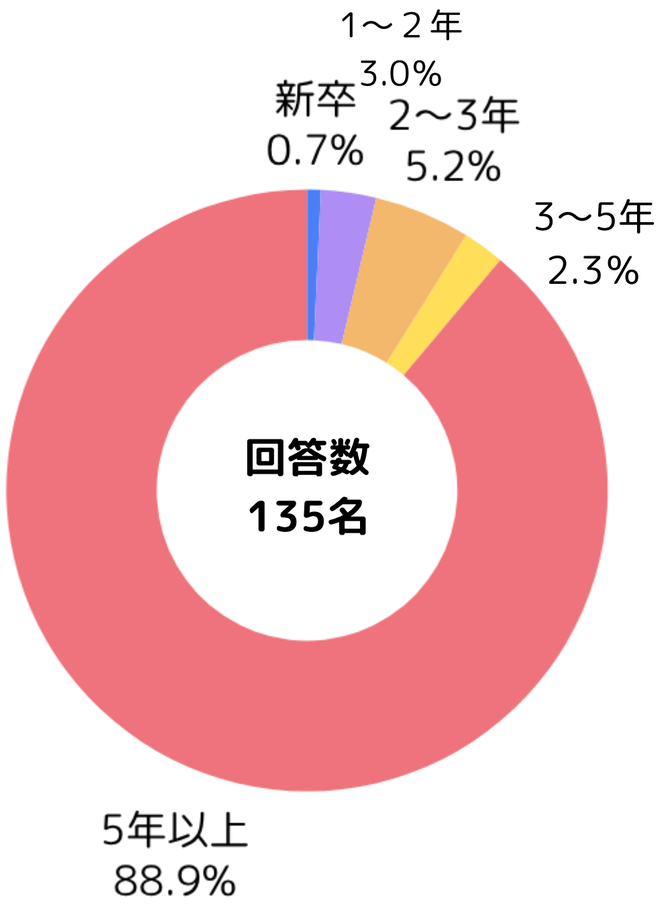
	年齢	対象者の特性に合った支援や体制の評価
	経験年数(職種での)	ライフステージの評価
	職場環境(所属機関)	サービス形態による「課題の違い」を評価
	職種	職種を把握することで「専門的な困りごと・ニーズ」を評価
	現場で困っている事	職場環境・業務負担・利用者への影響を正しく把握し、改善すべき点を明確にする
	多職種連携において課題と感じている事	職種間の連携不足や認識のズレを正しく把握し、協働を円滑にするための改善点を明確にする
	希望する研修・自己研鑽	今後の『人材育成方針』と『支援の優先順位』を把握する

02

年齢

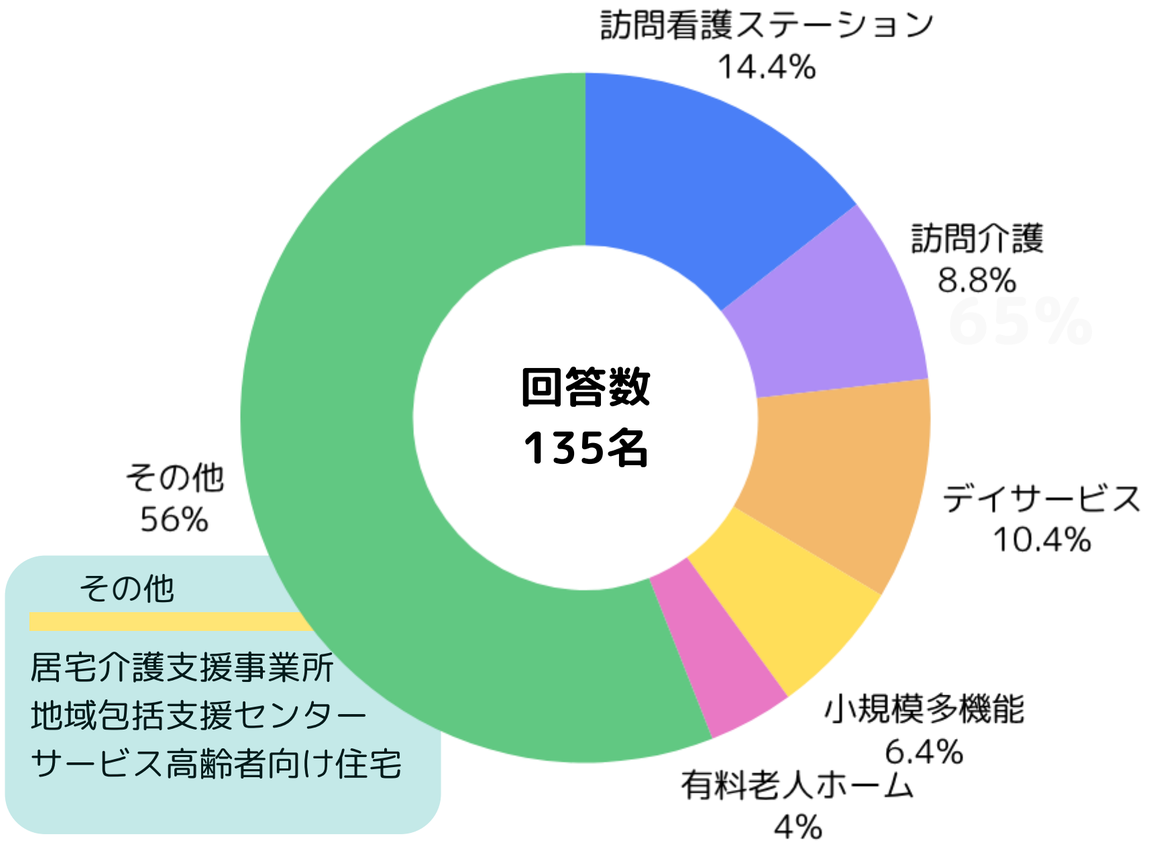

60代以上
9.7%
20代
5.2%
30代
26.1%
50代
26.9%
回答数
135名
40代
32.1%

経験年数

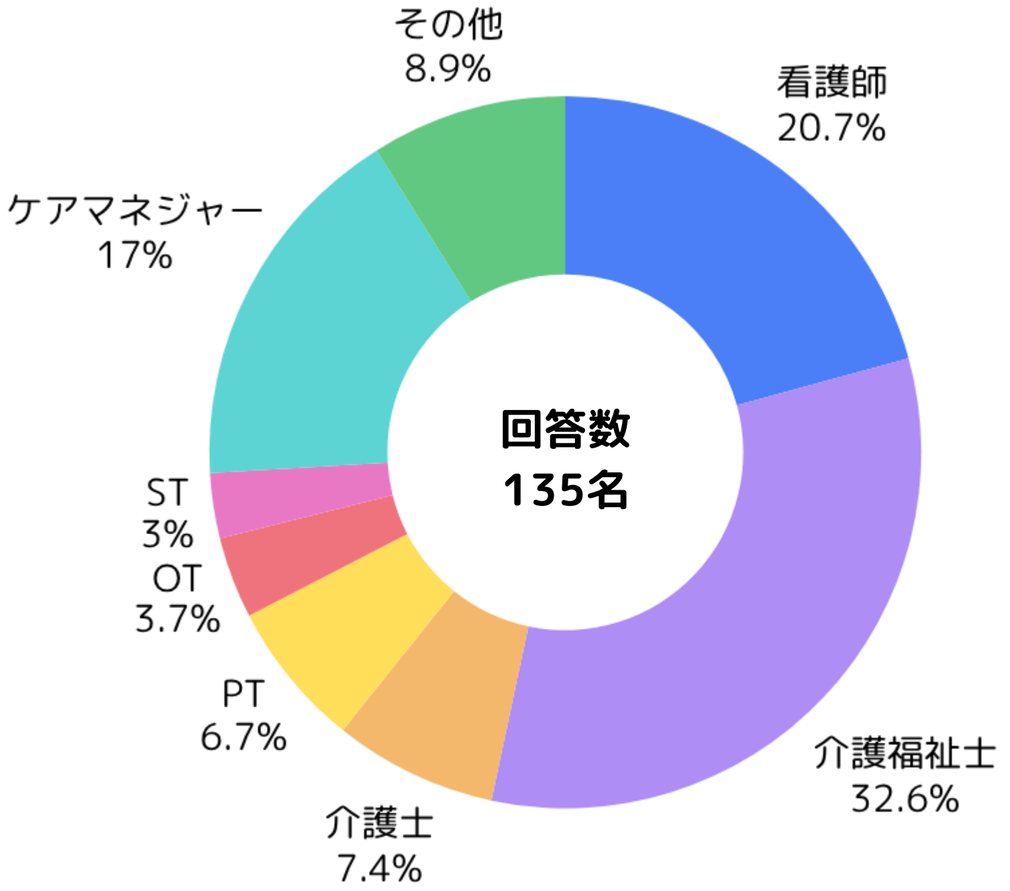

1～2年
3.0%
新卒
0.7%
2～3年
5.2%
3～5年
2.3%
回答数
135名
5年以上
88.9%

03

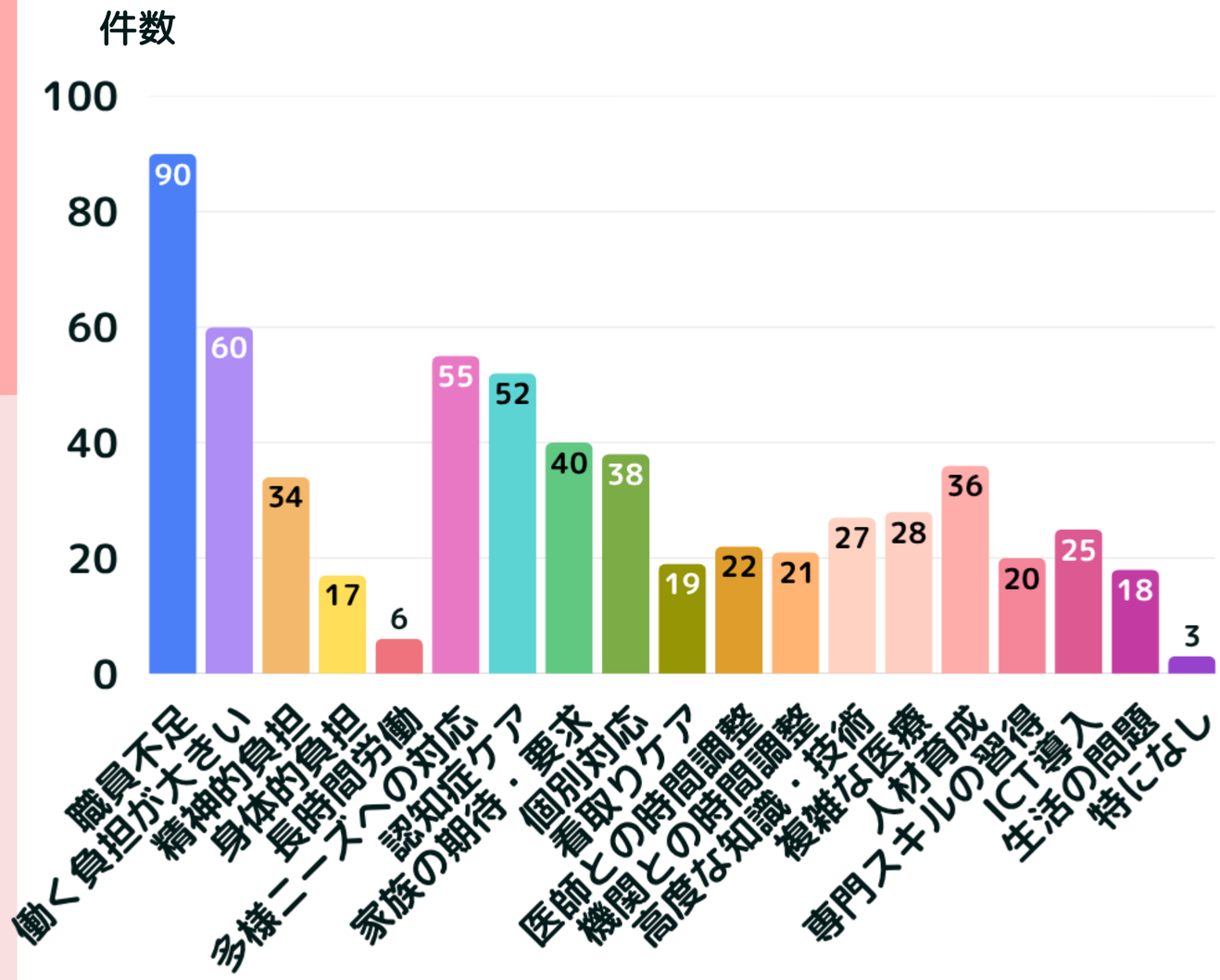
所属機関


訪問看護ステーション
14.4%
訪問介護
8.8%
デイサービス
10.4%
小規模多機能
6.4%
有料老人ホーム
4%
その他
56%
回答数
135名
その他
居宅介護支援事業所
地域包括支援センター
サービス高齢者向け住宅

職種


その他
8.9%
看護師
20.7%
ケアマネジャー
17%
ST
3%
OT
3.7%
PT
6.7%
介護士
7.4%
介護福祉士
32.6%
回答数
135名

04 在宅医療・ケアの現場で働く中で、課題や困っていることは？



スタッフの声：量と質のバランスが問題…

今回の設問では原因不明だが、職員不足が他の課題につながっている と推測する

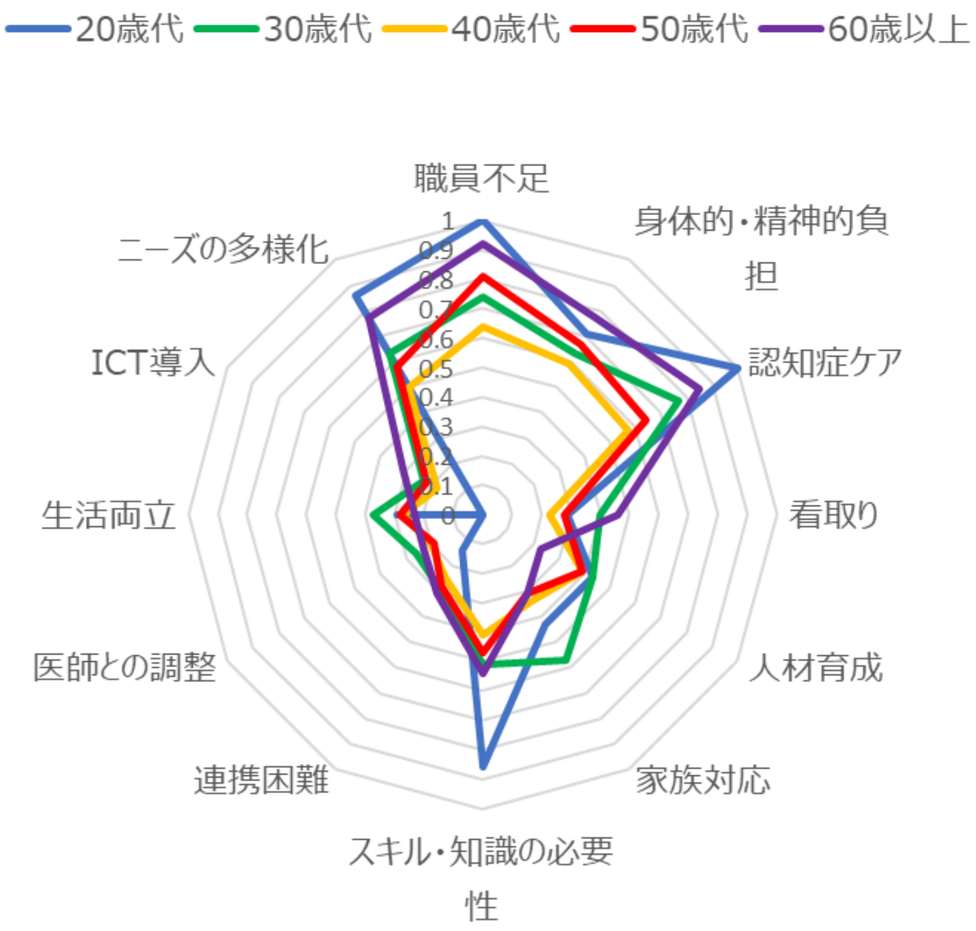
① 人手不足がすべての負担が出発点
② 利用者ニーズの多様化で仕事が複雑化
③ 専門性の要求が高まるが、育成の余裕がない



人手不足の中で、世の中はケアの質と専門性がどんどん求められ、現場が追いつけなくなっている傾向にある



05 どの年代が最も強く課題を感じているか？



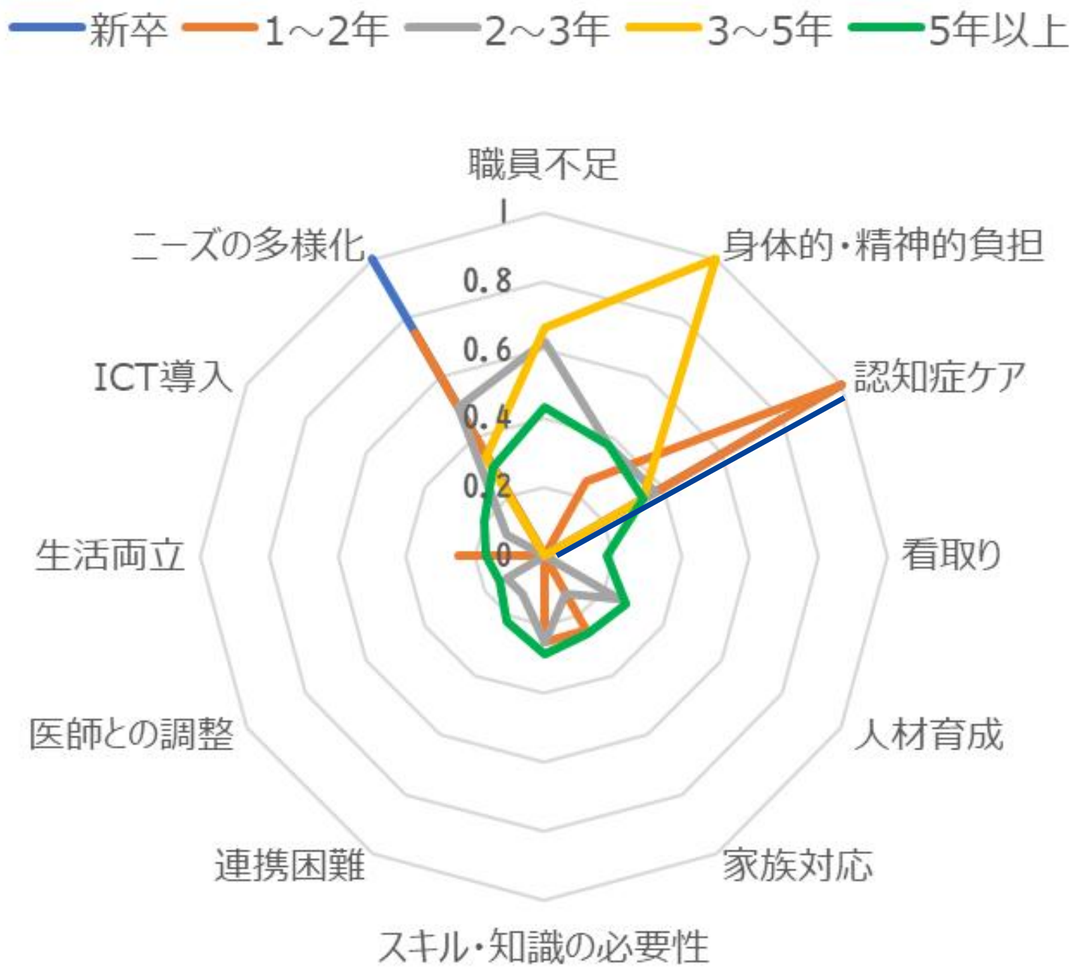
🔍 年代別の特徴

- 若年層は、「業務量・専門性・多様化」に苦しむ
  → 経験不足と高い要求のギャップが負担を増大
- 中堅層は、他年代と比べて負担が低く比較的安定している傾向
  → 経験と体力のバランスが良く、課題の数値が全体的に低い。
- 50代以降は、「体力負担・複雑化するケア」が負担と感じている傾向
  → 高齢者ケアの高度化によりベテランでも負担が増加
- 60代は、ICTや多様化への対応に課題が出やすい傾向
  → デジタル化やニーズの変化が負担として顕在化している

💡 分析

- **世代間で課題の"質"が異なる —**
  若年層は「成長の壁」、ベテランは「責任の重さ」
- **職員不足は全世代共通 —**
  レーダーグラフ上部が全線で高い値を示している
- **世代に応じた支援策が必要 —**
  一律の研修や対策では不十分であることを示唆

06 経験年数ごとの課題の特徴



🔍 分析

✔ **新卒・1～2年：**「認知症ケア」「ニーズ多様化」が突出
→ 経験が浅いほど対応の難しさを感じやすい

✔ **2～3年：**「業務量の増加」を感じ始める
→ 業務に慣れつつも課題を実感し始める

✔ **3～5年：**「責任と業務量のピーク」
→「身体的・精神的負担」が高く離職リスクが高まる

✔ **5年以上：**「組織的課題・対人関係の負担」が増える
→ 経験豊富な層は幅広い課題を感じているが
人材育成・家族対応・職員不足など組織運営に
関わる負担が増加

🌱 新卒が「職員不足」や「負担」を感じにくい理由

✔ 責任の中心に立っていない

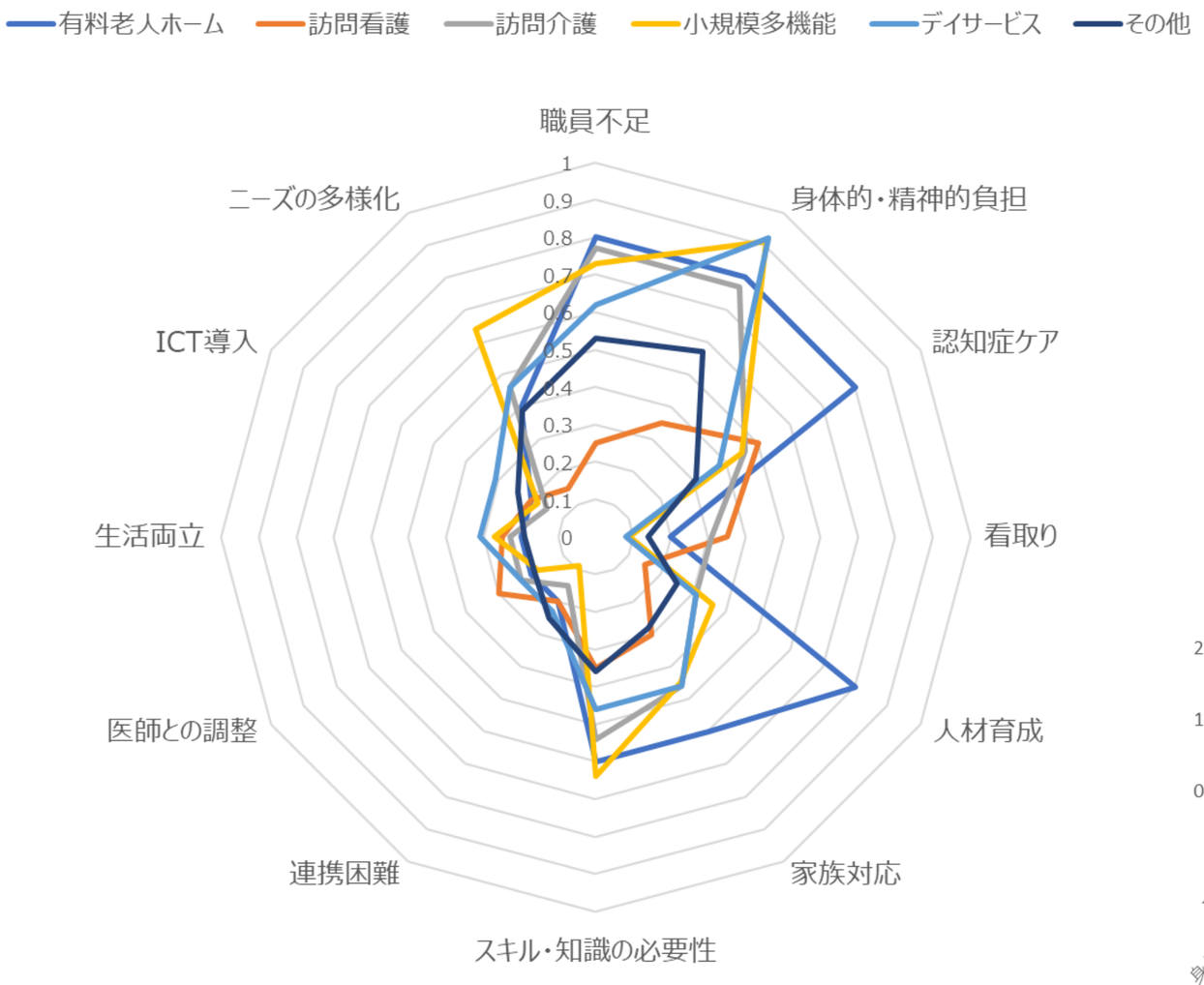
✔ 周囲が守ってくれる構造がある

✔ 自分の課題が「技術習得」に集中している

✔ 比較対象がなく、現状を“普通”と感じる

✔ 周囲が負担をかけないように調整している

07 所属施設種別の特徴



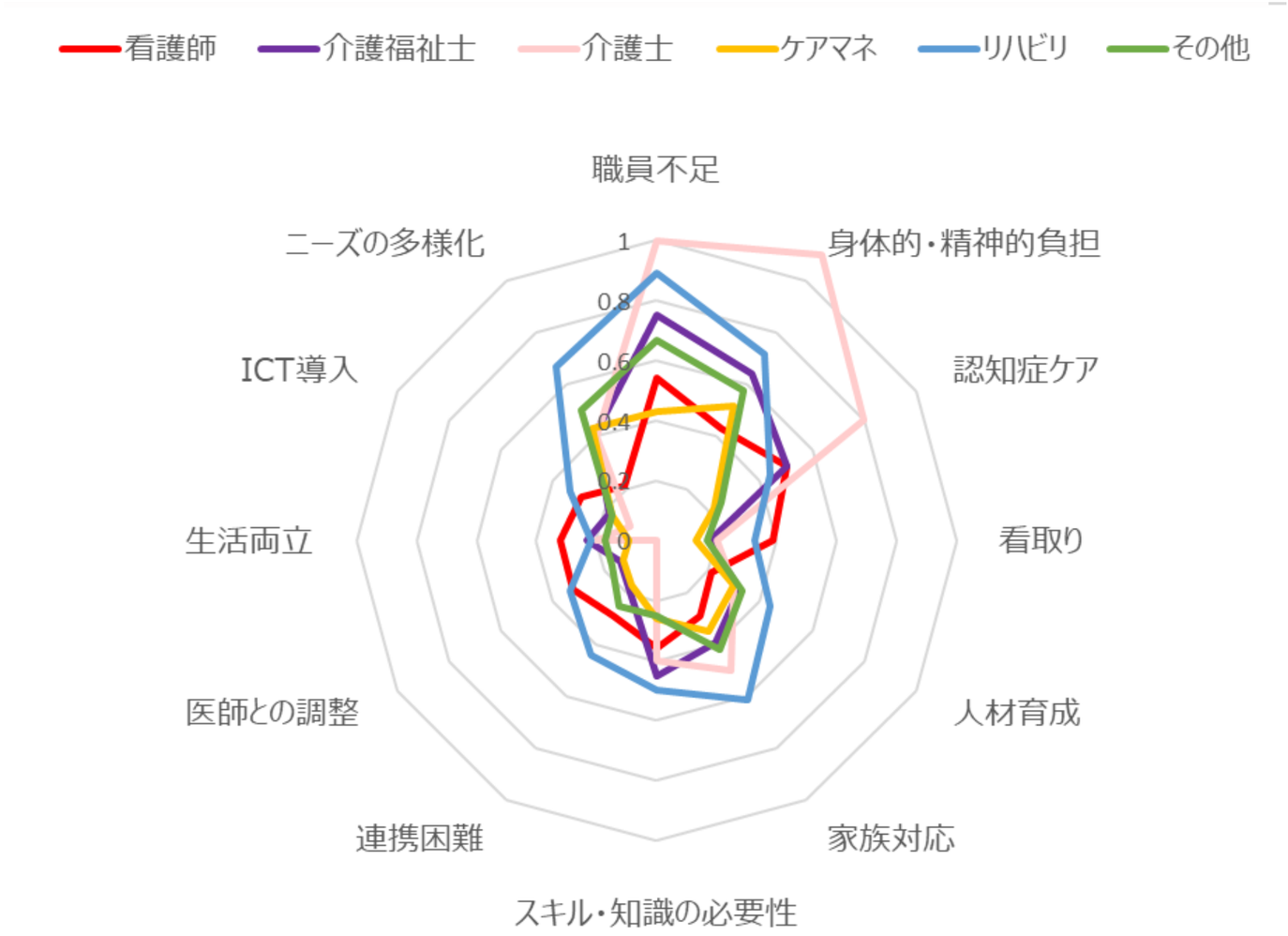
🔍 分析

有料老人ホーム：24時間対応が必要なため、業務量・
専門性・育成負担が重い。
訪問看護： 医療的ケアや看取り対応が中心で、
専門性の高い領域が負担になりやすい。
訪問介護：個別支援・移動・身体介助が多く、
体力負担と人員不足が大きい。
小規模多機能： 通い・泊まり・訪問の複合サービスで
業務が複雑化し、負担が突出。
デイサービス：多人数対応・時間管理の厳しさから
身体精神負担が最も高い。



「※サ高住は回答者1名のため別途掲載」

08 職種別の特徴



🎯 分析

- 介護士：身体的・精神的負担が最も高いと感じている
- 介護福祉士：介護現場の中心であり業務量の多さが負担に直結している。
- 看護師：医療的判断や看取りなど精神的負担が中心。
- ケアマネ：調整業務・家族対応・ニーズ多様化が負担の中心。
- リハビリ職（PT・OT・ST）：職員不足と家族対応の負担が大きい

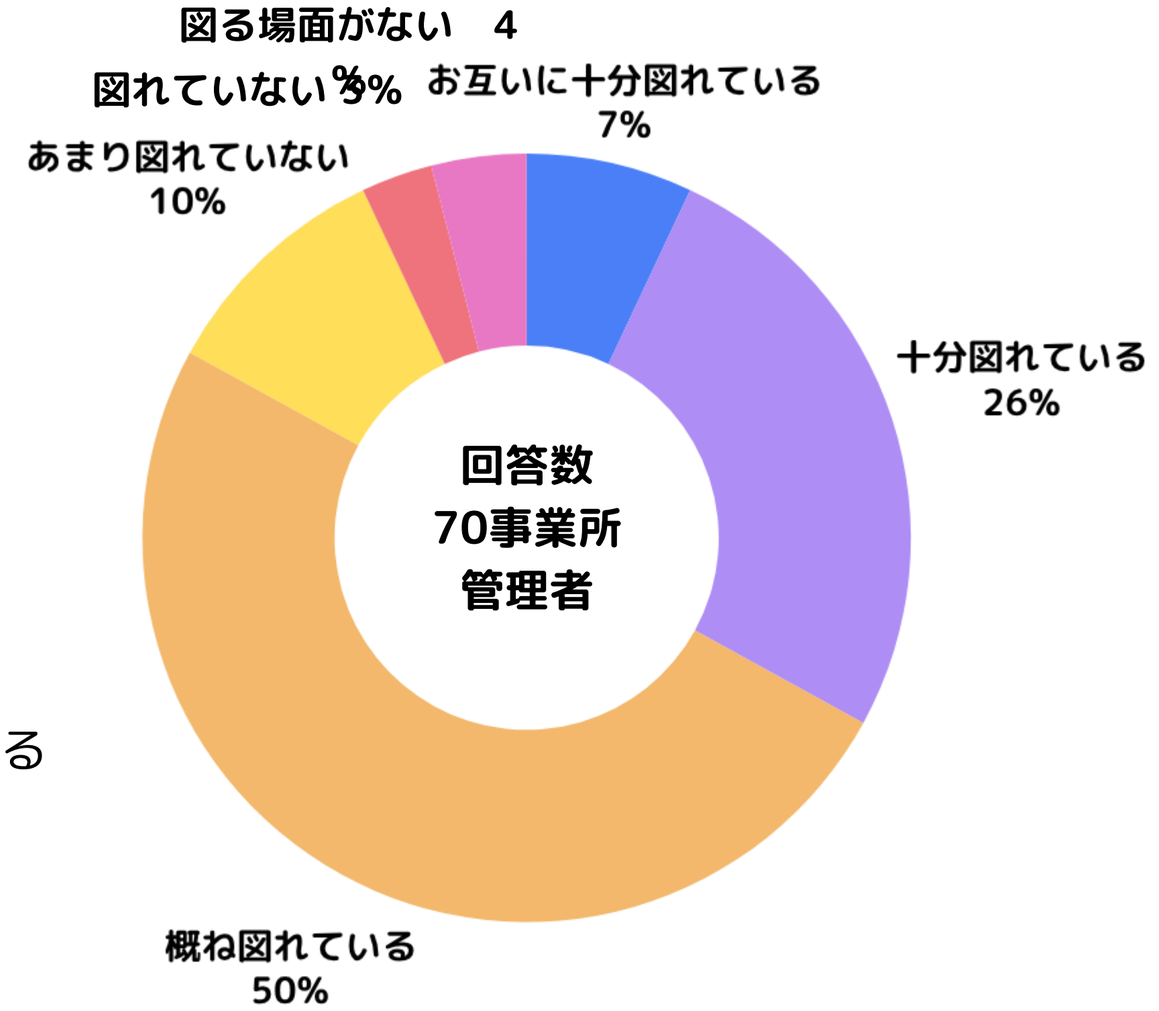
09 介護保険事業所における医療と介護の連携について

★　**連携できていると肯定的…　83%**

- 「全体として機能しており、一定の信頼関係が構築されている」と事業所自体は評価している。
  → 多くの事業所が医療と介護の連携を肯定的に捉えている

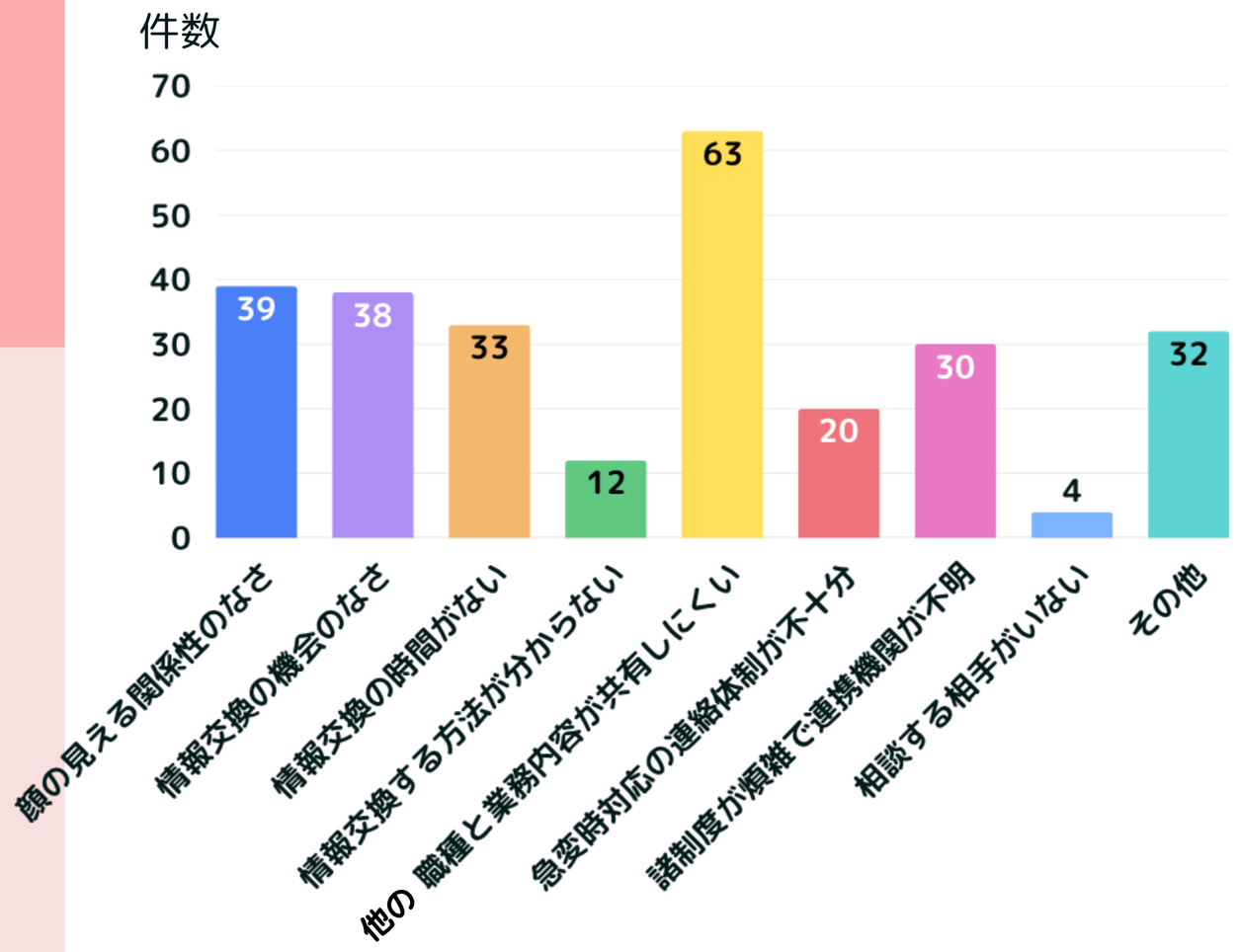
- 約2割は連携に課題または不足を感じている。
  → 連携の質や頻度には、事業所間でばらつきがある

- 医療連携が不要なケースも一定数存在
  （ケースの特性：連携の不必要なケースのこと）



図：別調査で得られた鳥取県東部介護保険事業所における医療・介護連携の状況

10 「多職種の連携」において課題と感じるものは？



スタッフの声

多職種連携に課題があると回答した人が
8割（77.0%）近くにのぼった



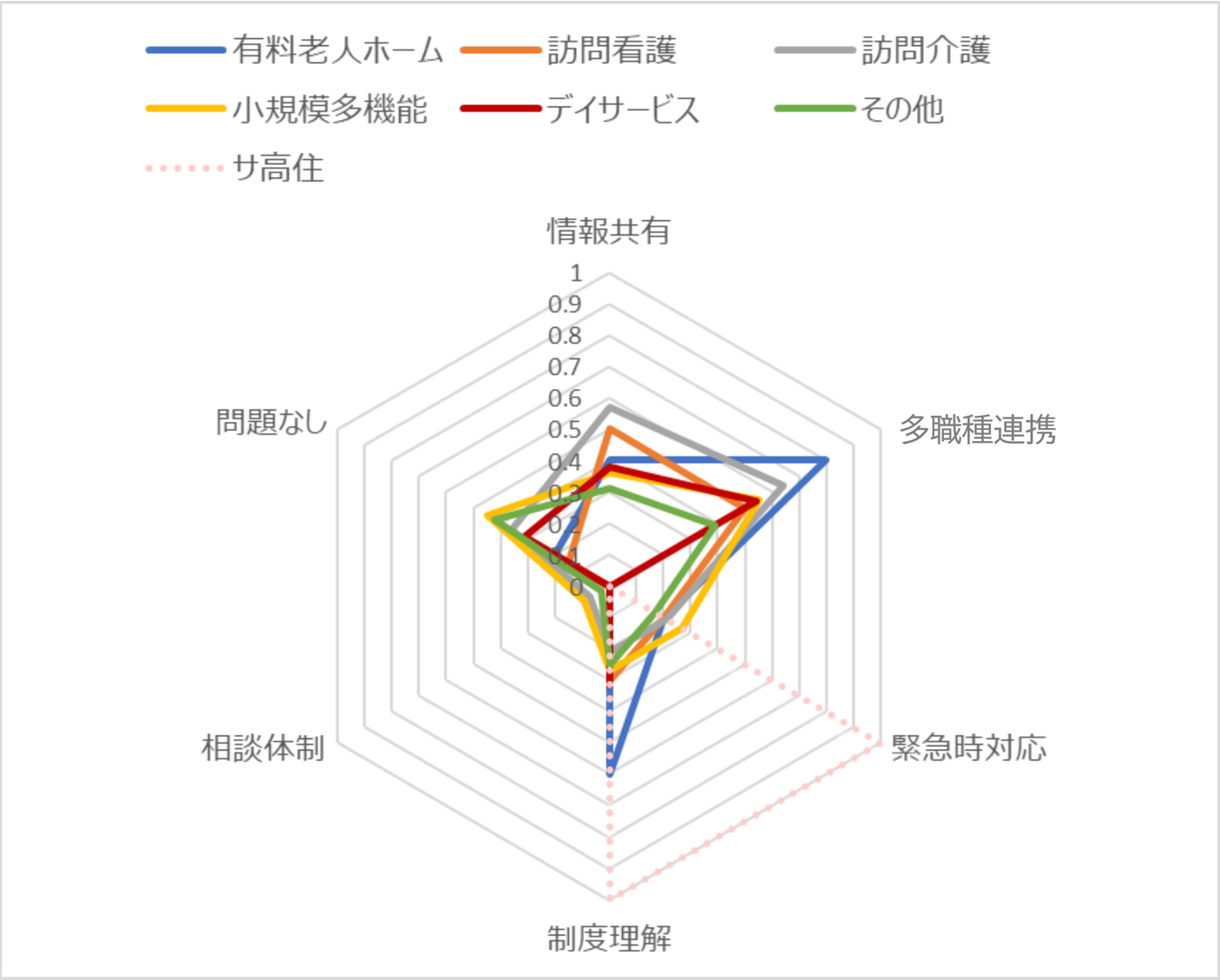


＜背景＞
職員不足・業務多忙により、日々の業務を
こなすだけで精一杯となり、連携のための
時間が確保できていない

＜結果＞
連携不足 → 認識のズレ →
利用者支援の質低下につながってくる



11 所属施設種別「多職種連携」における課題の捉え方



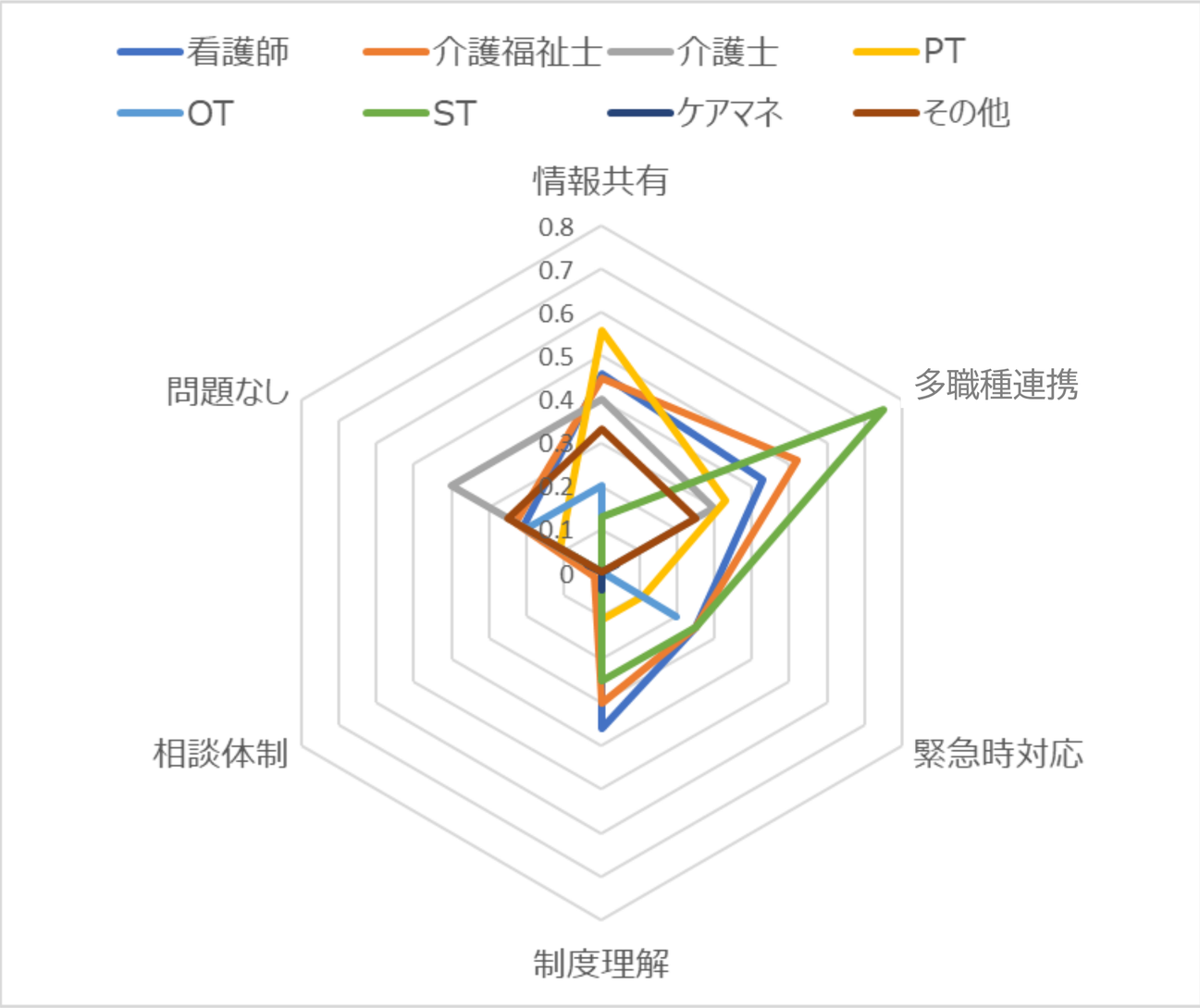
【分類詳細】

- **情報共有の問題**
  情報交換する機会がない、時間がない、方法が分からない
- **多職種連携の問題**
  他の職種の業務内容等が共有しにくい、
  顔の見える関係が作れていない
- **緊急時対応の問題**
  病状の急変時における連絡体制が不十分
- **制度理解の問題**
  諸制度が煩雑で連携する機関が分かりにくい
- **相談体制の問題**
  相談する相手がいない

🔍 総合的評価

- サ高住　：　制度と緊急対応が圧倒的な課題
- 有料老人ホーム　：　多職種連携が最大の課題
- 訪問系　：　情報共有と連携が中心課題
- 小規模多機能　：　課題が多様化
- デイサービス　：　課題感が低い

12　職種別「多職種連携」における課題の捉え方



📌 カテゴリ分類

■ 情報共有
　顔の見える関係／機会不足／方法が分からない／時間がない → 4項目の合計

■ 多職種連携
　他の職種の業務内容が共有しにくい

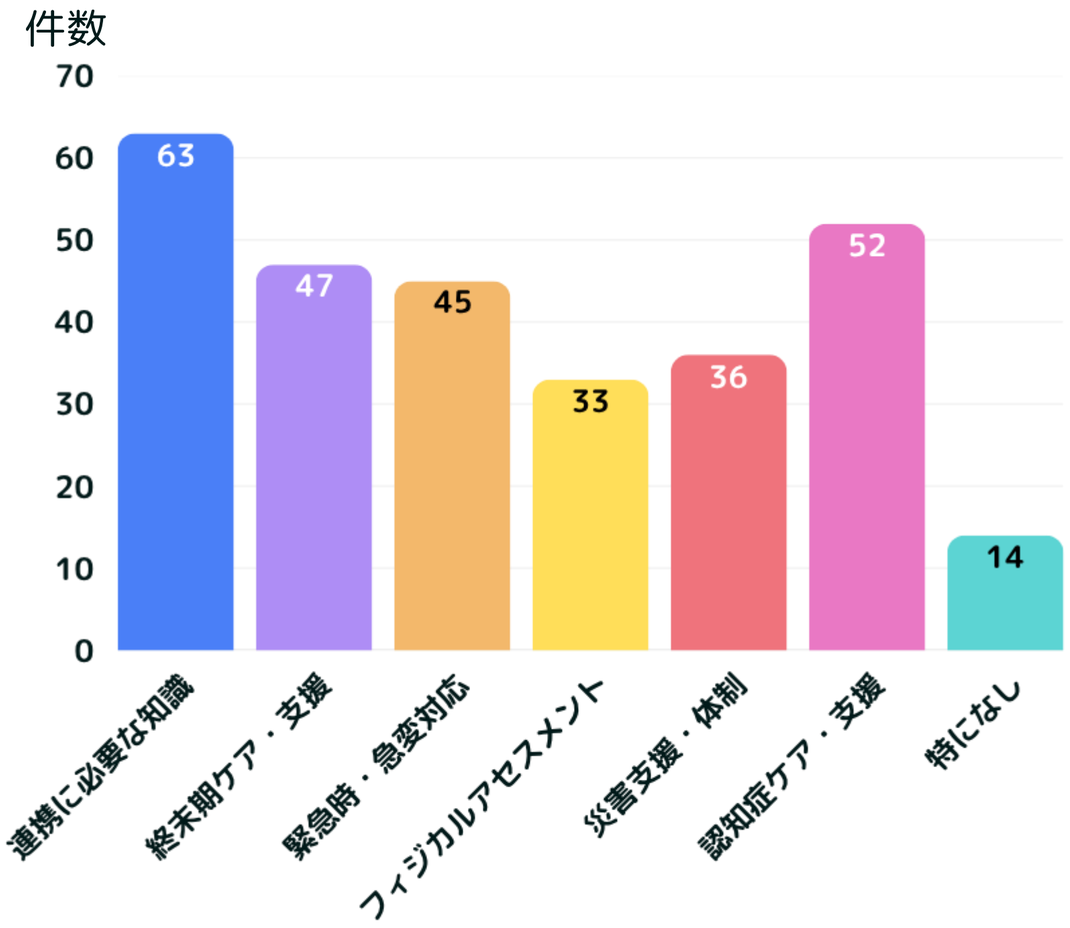
■ 緊急時対応
　病状急変時の連絡体制が不十分

■ 制度理解
　諸制度が煩雑で連携機関が分かりにくい

■ 相談体制
　相談相手がいない

■ 問題なし
　「その他」を問題なしとして扱う

13　希望する研修・自己研鑽は？



スタッフの声

「連携に必要な知識」に関する研修を希望する声が多かった



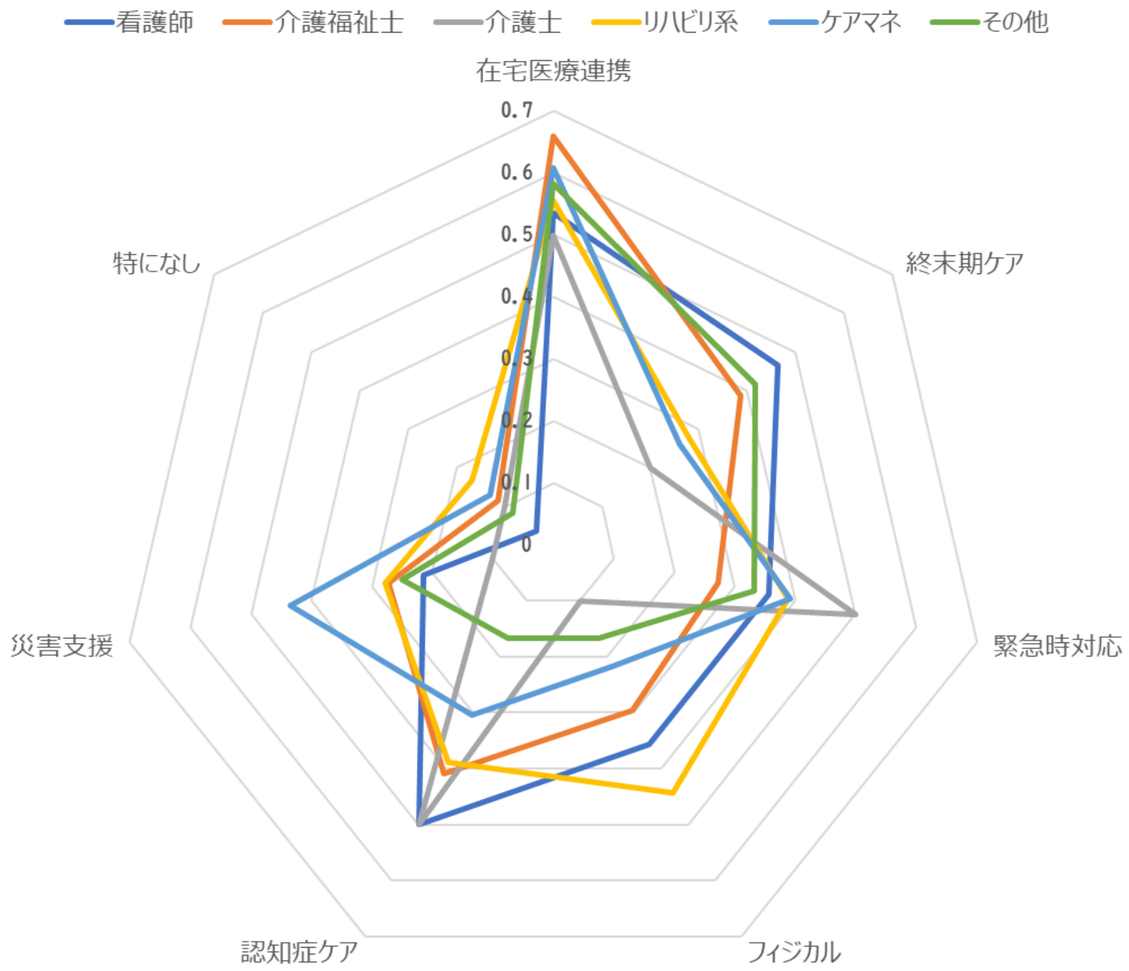


「連携に必要な知識」とは？
医療の基礎知識・介護技術・ 制度・
サービスの理解・家族支援・
意思決定支援（ACPなど）

＜背景＞
経験年数5年以上が88.6%を占め、医療・介護の基礎教育から年数が経過している職員が多く、ブラッシュアップの必要性が高いかも…



14 各職種別　希望する研修・自己研鑽は？



📌 職種ごとの特徴と傾向

- 看護師：医療判断・緊急対応・認知症ケア・在宅連携をすべて求められる“多領域型の専門職”
- 介護福祉士：介護福祉士の三本柱が強い理由は、“生活支援の専門職”として、医療・認知症・終末期の境界領域を担う
- 介護士：フィジカルアセスメントは低い ➡ 直接ケアに直結する領域が中心で、医療的判断より日常ケアが主体
- リハビリ系：身体機能評価（フィジカル）が専門性の核
- ケアマネ：「生活・医療・地域をつなぐ調整の専門家」であり、災害・緊急時の地域支援の中心的役割を担う職種
- その他（行政・管理職）：「地域包括ケアの司令塔」現場ケアよりも 地域連携・制度設計・危機管理 が中心

📌 このデータより

- **在宅医療連携に必要な知識は、全職種で必須**
- **認知症ケアは、看護・介護職の中心スキルである**
- **リハビリは、身体評価の専門性が強い**
- **ケアマネは、災害・緊急時のスキルは重要**

15 課題の根底にあるもの

問題点

PROBLEM 1

人員・時間の不足

PROBLEM 2

関係性の希薄化

PROBLEM 3

情報共有の不十分さ

PROBLEM 4

仕組み・役割の
不明確さ

課題の根底

全体を通して見えるのは、

「人員不足」と「連携基盤の弱さ」が

ほぼすべての課題の根底にある という点。

16　改善に向けた方向性（考察）

1　人員不足の原因究明…

- なぜ、辞めてしまうのか

辞める原因を**究明する必要**があるのでは…

- なぜ、人が集まらないのか

（職員側のニーズも多様化、**ミスマッチの解消**）

2　関係性をつくる場を意図的に作る

- 週1回の短時間ミーティング

（まずは、事業所内で多職種連携）

- 既存の情報共有場面の活用

例【とうぶざいたく】主催の
とみやすベースの参加など

3　情報共有の方法を“決めて、そろえる”

- 情報を“ひとこと”にまとめる（言語化の工夫）
- 完璧に整える必要はなくて、
「困ったときに迷わない」仕組みを考える
- 情報の流れをシンプルにする
「何を・誰に・どう伝えるか」
- **「どこに相談すればいいか･･･」**
（同事業、同職種、同年齢･･･）

4　研修を「業務の一部」に組み込む

・**毎日5～10分**でもよいので、
事例を1つ共有、気づきを1つ話す、1分の振り返りなど、
これだけで“学びの空気”、仕組みの時間を確保する

・多職種を理解する継続的な仕組み化

例）終末期ケア・**認知症ケア**・緊急時対応・在宅医療介護連携など、
職種横断の**“共通言語”・“共通理解”を育てる研修**等の機会を、
圏域単位で企画・継続していく

※「認知症」は住民側も学ぶ必要がある

例）認知症は「新しい認知症観」の住民周知（教育）が必須

17 まとめ

職員不足を起点に負担が連鎖し、連携しにくい環境が課題を深刻化させている。

そのため、連携の仕組みづくり・研修への参画・業務の効率化・職員の負担軽減を組織として進めることが不可欠である。

小さな改善を積み重ねていくことで、現場の負担を減らし、連携力と専門性を高める第一歩となる。
顔の見える関係性で築いたつながりを、単なる交流にとどめず、確かな多職種連携へと発展させていくことが不可欠である。

鳥取県東部在宅医療介護スタッフ調査から見える課題と今後の取組の方向性

資料－２-２

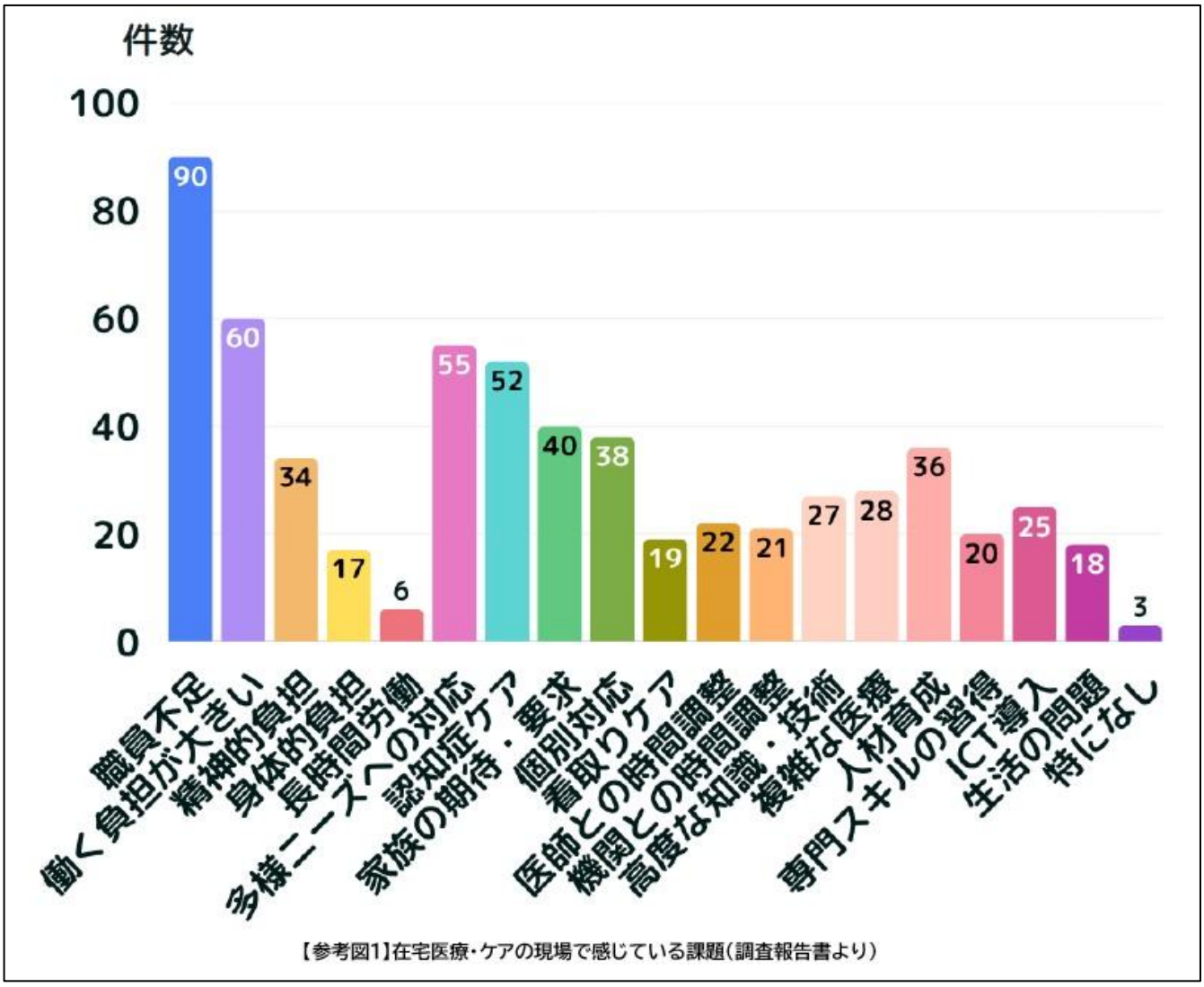
2026 年度調査（回答 135 名）を踏まえたまとめ（とうぶざいたく：田中聡恵・橋本渉）

1. 調査から見えてきたこと

今回の調査では、「職員不足」が最も大きな課題として挙げられました。

一方で、職員不足だけを課題として捉えるのではなく、限られた人員の中で生じている「連携のしにくさ」「情報共有の不十分さ」「役割や相談先の分かりにくさ」「専門性を高める機会の不足」に着目しなければいけません。

特に、多職種連携については 77.0％が課題を感じており、情報交換の機会・時間不足、顔の見える関係の不足、急変時の連絡体制、制度や相談先の分かりにくさなどが挙げられています。



【参考図1】在宅医療・ケアの現場で感じている課題（調査報告書より）

2. 職員不足以外に着目すべき課題

調査結果を踏まえると、今後の取組では、次の 4 点を重点的に整理することが考えられます。

① 情報共有のしにくさ：何を・誰に・どのように伝えるかが明確でないことや、情報交換の機会不足。

② 顔の見える関係の不足：他職種の役割や専門性を十分に理解する機会が少なく、相談しにくい場面がある。

③ 仕組み・役割の不明確さ：制度・サービスのつながりが分かりにくい、急変時の連絡や相談先が不明確なまま。

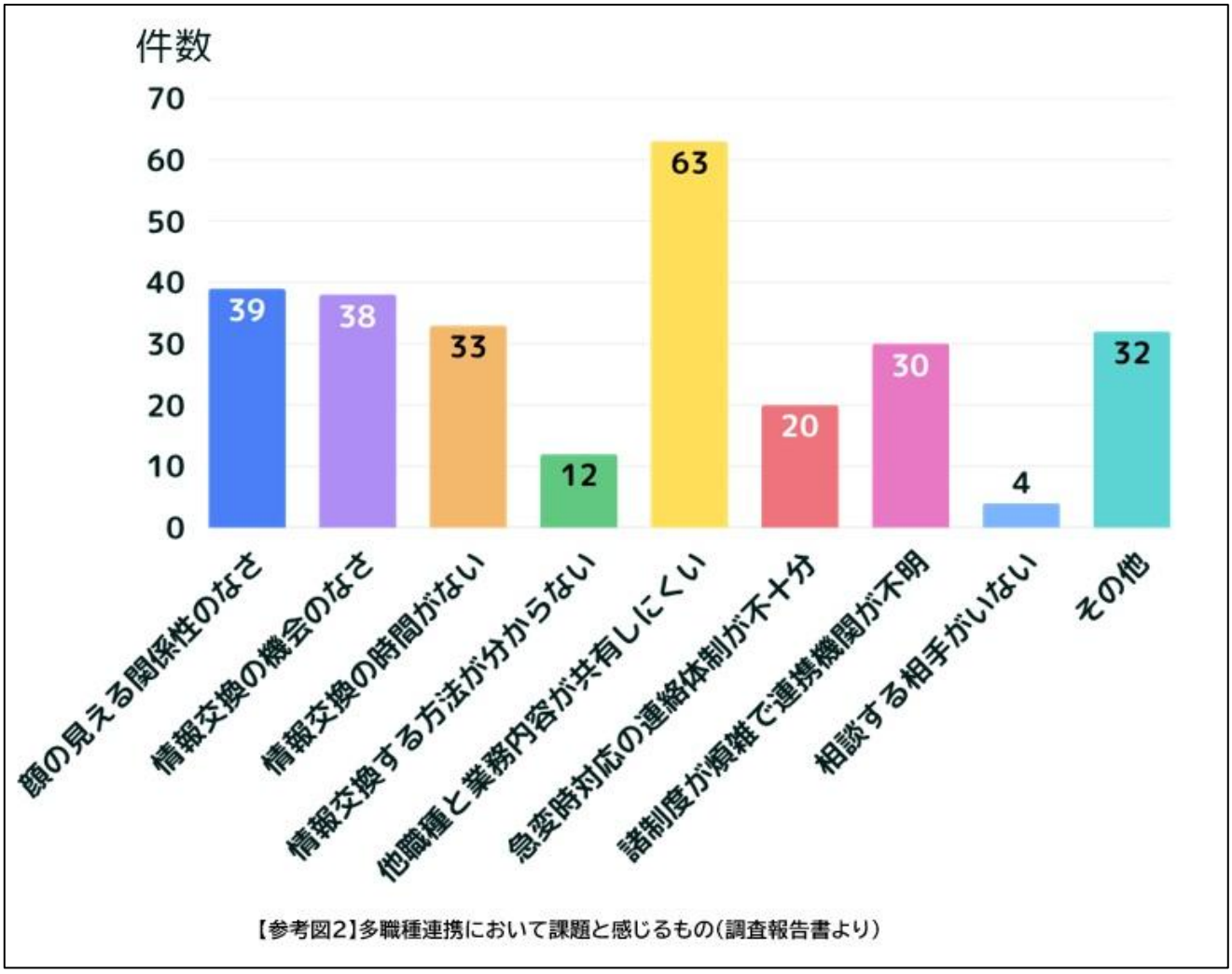
④ 学び・専門性を高める機会：認知症、緊急時対応、在宅医療、看取り、ACP 等について、多職種が共通理解を持つ機会が必要。

課題の構造と今後の対策

3. 「職員不足」だけを起点にしない取組へ

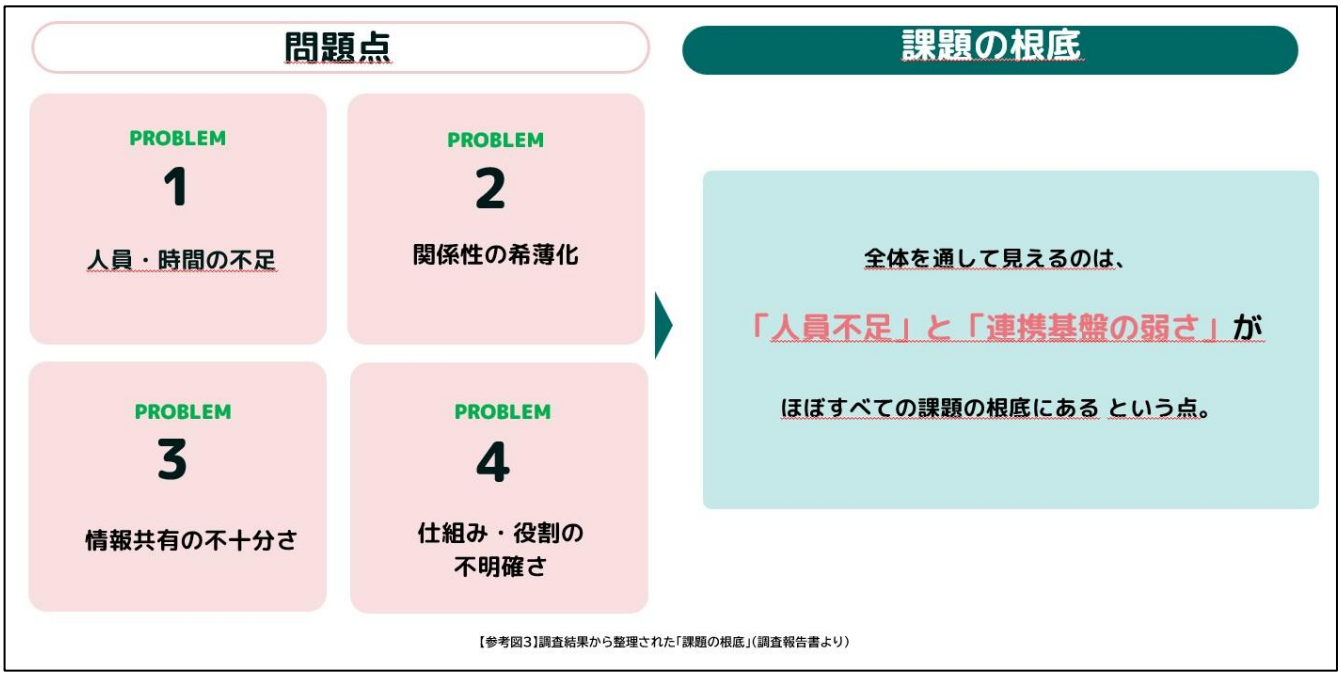
職員を増やすことだけを前提とせず、「今いる職員（人材）が、より連携しやすく、より力を発揮できる環境をつくる」ことを一つの方向性としなければいけません。

情報共有の方法を整え、多職種間の相互理解を深め、困ったときに相談できる関係や仕組みをつくることで、現場の負担感を少しでも軽減していくが必要と考えます。



【参考図2】多職種連携において課題と感じるもの(調査報告書より)

また、こうした「働きやすく、学びやすく、支え合える環境」を整えることは、現在働いている職員の離職防止や職場への満足度向上につながるだけでなく、「この職場で働き続けたい」「ここで働いてみたい」と思える職場づくりにもつながり、結果として中長期的な人材の確保・定着にも寄与すると考えられます。



【参考図3】調査結果から整理された「課題の根底」（調査報告書より）

4. 今後の取組の方向性

● 情報共有を「決めて、そろえる」――必要な情報を簡潔に共有でき、困ったときに迷わない仕組みを整える。

● 顔の見える関係を「実際に助け合える関係」へ――交流だけで終わらず、事例検討や相談につながる場を継続する。

● 多職種の共通言語をつくる――認知症、看取り、急変時対応、ACP、在宅医療・介護連携等をテーマに、職種横断の学びを継続する。

● 小さな改善を積み重ねる――5～10 分の事例共有や一言の振り返りなど、現場で無理なく続けられる取組を広げる。

5. まとめ

職員（人材）不足は短期間で解決できる課題ではありません。だからこそ、限られた人材が力を発揮できる環境を整え、連携のしやすさ、相談のしやすさ、学びやすさを高めることが重要であると思います。その積み重ねが、現場の負担軽減だけでなく、職員の定着や新たな人材を呼び込む職場の魅力にもつながるのではないでしょうか。

資料－３

（依頼文）

「身寄りのない高齢者への対応事例集」作成に係る事例提供のお願い

平素より、在宅医療・介護連携の推進にご理解とご協力を賜り、厚く御礼申し上げます。

さて、2040 年を見据え、日常生活において家族等による支援を受けることが難しい高齢者への支援体制の充実が、今後ますます重要となっています。

鳥取県東部地域においても、身寄りのない高齢者や、身寄りがあっても家族等から十分な支援を受けることが難しい方への支援において、医療・介護・福祉等の関係機関が連携して対応する場面が増えています。

こうした状況を踏まえ、東部地域の関係機関における身寄りのない高齢者等への支援について、実際の対応事例を通じて、支援上の課題や工夫、関係機関の役割分担・連携等を共有するため、鳥取市の委託事業として「身寄りのない高齢者への対応事例集」を作成することとしました。

つきましては、貴機関において経験された事例について、下記のとおりご提供くださいますようお願いいたします。

記

１．事例提供をお願いしたい内容

- 家族や親族等からの支援を受けることが難しかった事例
- 身寄りがないことにより、支援や意思決定等に困難が生じた事例
- 入院・退院、在宅療養、施設入所、転居、死亡等の場面で対応に苦慮した事例
- 医療・介護・福祉等の関係機関が連携して対応した事例
- 金銭管理、契約、医療に関する意思決定、緊急時の対応等で課題となった事例
- 成年後見制度等の制度・サービスの活用につながった事例
- 多職種・多機関で役割分担を行うことで支援につながった事例
- 対応に困ったことや試行錯誤したことなど、今後の支援の参考となる事例

なお、必ずしも「うまくいった事例」である必要はありません。

対応に苦慮したこと、連携上の課題、支援の中で感じた疑問や、後から振り返って「こうすればよかった」と感じたことなども、今後の支援を考えるうえで重要な事例としてご提供ください。

２．事例の提出について

別添の「事例集フォーマット（エクセル）」にご記入のうえ、ご提出ください。

事例集では、個々の事例を紹介することだけを目的とせず、どのような課題があったのか、どのように対応したのか、関係機関・職種がどのような役割を担ったのか、連携するうえで工夫したことや困ったこと、対応を通じて得られた気づきや今後の課題などを整理し、今後の支援に活用できる事例集とすることを目指しています。

身寄りのない高齢者への対応事例集　事例　０１

本人の「納得」を大切にした退院支援 ― 身寄りのない方の住まいと生活を支える多機関連携

相談元機関		**相談（提出）者の職種**	MSW
相談対応先	病院	**相談対応者の職種**	MSW・ケアマネジャー

●この事例のキーワード（課題）●

- □ 入退院・入退所時の身元保証人、身元引受人の不在
- □ 医療行為（手術・検査・終末期対応など）への同意
- ■ 退院・退所先（転院先・次の施設）の選定、移行手続き
- ■ 意思決定支援
- □ 在宅生活の継続
- □ 身元の不明
- □ 緊急連絡先の不在（夜間急変時などの連絡
- □ 住居の確保
- ■ 日常的な金銭管理、買い物や手続きの代行
- □ 死去時の遺体・遺品の引き取り
- □ 葬儀
- □ 遺留金品の処分
- □ その他

対象者の状況					
年代・性別	80 代　男性			本人の状況	独居
身寄りの状況	疎遠			親族以外の協力者有（関係性）	
身寄りの状況（事情等）	独身。両親、きょうだいは既に他界。親族（甥・姪など）はいるが、数十年間音信不通であり、連絡先不明かつ「関わりたくない」との意思を示している可能性が高い				
判断力	不十分	判断した根拠	長谷川式簡易知能評価スケール（HDS-R）：14点。中等度の認知症。自身の金銭管理や服薬管理が自力では困難であり、契約等の法的判断能力も十分ではない状態。		
成年後見制度等	無				
介護認定	要介護2			障がい認定	なし
その他心身の状況 サービス利用等（特記事項）	独歩可能だが、足元が不安定で転倒リスク高。過去にサービス利用歴なし				
ADL	一部介助が必要			既往歴	高血圧、2型糖尿病、軽度脳梗塞の既往（服薬管理ができていなかった）
収入・財産等	収入（万円/年）　110	預貯金（万円）　120	年金のみ		土地・建物等所有
住まい	持ち家			その他	
本人の意向	「住み慣れた自宅に帰りたい」「お世話になるつもりはない」「勝手に財産や家をどうこうされるのは許さない」				
ACP（エンディング）ノート等	無				

相談・支援のきっかけ（一連の経過）

① 自宅での転倒をきっかけに救急搬送され、当院に入院となった。

② 入院当初、本人は「すぐに家に帰る」「他人に干渉される筋合いはない」と激怒し、退院後の自宅復帰を強く主張した。

③ 元の自宅環境では生活継続が不可能であり、医療・介護スタッフだけでは退院調整が進まないため、包括支援センターへ支援を依頼した。

④

⑤

⑥

事例介入初期にまず行ったこと
（例：親族捜索、情報収集など）

・本人のプライバシーに配慮しつつ、過去の書類や本人の話から親族の手がかりを探したが、連絡先につながる情報は得られず、身寄りなしと判断した。
・本人のこれまでの生活歴や価値観（仕事に対するプライドなど）を傾聴し、まずは医療・介護スタッフへの信頼関係の構築に努めた。

解決に向けた具体的なアプローチ
どのような手続きや連携・交渉を行ったか

1.**信頼関係の構築**: 頭ごなしに入所を勧めず、安全に暮らす方法を一緒に考え粘り強く面談を重ねることで、医療ソーシャルワーカーやケアマネジャーへの警戒心を和らげた。
2.**多職種カンファレンスの開催**: 病院、包括支援センター、ケアマネジャー、行政の福祉担当者が集まり、少額の預貯金という資産状況を踏まえた現実的なプランを協議した。
3.**福祉サービスの導入と施設選定**: グループホームの空き状況を確認し、本人の拒否感が和らいだタイミングでスタッフ同伴の事前見学を行い、受け入れにつなげた。
4.**行政支援の活用**: 預貯金の枯渇や身元保証人がいない課題に対し、生活保護制度の活用を見据えつつ、身元保証人不要の地域密着型福祉施設との調整

■　連携した機関　■

□ 病院	□ 診療所	□ 老健	□ 特養	□ 介護医療院
□ 有料・サ高住	■ グループホーム	■ 居宅介護支援事業所		□ （看）小規模多機能
■ 地域包括支援センター		□ 訪問看護事業所		□ 社会福祉協議会
□ 家庭裁判所	□ 成年後見人	□ 弁護士	□ 司法書士	□ 民生委員
■ 行政	□ 警察	□ 大家さん	□ 不動産会社	
□ その他				

連携のポイント（工夫した点）
事例の結末

・**ポイント**: 本人の「自宅にいたい」という自尊心を傷つけないよう、「説得」ではなく「納得」してもらえるよう関わったこと。また、早い段階から行政や包括支援センターを巻き込み、金銭的・制度的なセーフティネットを多角的に検討できた点。
•**結末**: 時間はかかったが、本人が納得した形でグループホームへの入所が決定。退院後は徐々に新しい生活環境になじみ、表情も穏やかになった。医療・介護・行政がチームとして継続的に見守る体制が整った。

この事例からの学び
他ケースへのアドバイス

•頑なに拒否を示す身寄りのない方ほど、初期段階での「否定しない傾聴」と、本人との信頼関係づくりが成否を分ける。
•財産が少ないケースでは、民間サービスに頼れないため、行政の福祉窓口や包括支援センターとの早期の連携・情報共有が不可欠である。

連携等つながるまでに苦労した点
残った課題

•権利擁護（成年後見人等）の申し立てが必要なケースだったが、身寄りや親族からの協力が得られず、申立人の確保や費用のねん出（市町村長申立の調整）に非常に苦労した。
•本人の意思確認が難しい場面での、緊急時の意思決定ルールが明確でない点に不安が残った。

今後必要と思われる地域の仕組み（ルール）等

•親族や身寄りがいない要介護者に対して、申し立て人不在でも円滑に成年後見制度や地域ネットワークへつなげられる、行政主導の公的プラットフォームやコーディネート機能の強化。
•緊急時や契約時における身元保証・意思決定代行のハードルを下げる地域ルールの整備。

身寄りのない高齢者への対応事例集　事例 02

自宅復帰への思いに寄り添い、新たな生活につないだ事例

相談元機関	病院	**相談（提出）者の職種**	ケアマネジャー
相談対応先	地域包括支援センター	**相談対応者の職種**	ケアマネジャー

●この事例のキーワード（課題）●

□ 入退院・入退所時の身元保証人、身元引受人の不在　□ 医療行為（手術・検査・終末期対応など）への同意

□ 退院・退所先（転院先・次の施設）の選定、移行手続き　□ 意思決定支援　■ 在宅生活の継続

□ 身元の不明　□ 緊急連絡先の不在（夜間急変時などの連絡　□ 住居の確保

■ 日常的な金銭管理、買い物や手続きの代行　□ 死去時の遺体・遺品の引き取り　□ 葬儀

□ 遺留金品の処分　□ その他

対象者の状況					
年代・性別	70 代　女性			本人の状況	独居
身寄りの状況	疎遠			親族以外の協力者有（関係性）	
身寄りの状況（事情等）	夫と死別後長年一人暮らし。近所付き合いも希薄。子・兄弟姉妹なし。遠方に従兄弟が1人いるが、数十年音信不通であり実質的に身寄り・身元保証人は一切いない。				
判断力	不十分	判断した根拠	軽度認知障害（MCI）および抑うつ傾向あり。物忘れはあるが、日常的な金銭管理や簡単な意思決定は部分的に可能。		
成年後見制度等					
介護認定	要支援1			障がい認定	なし
その他心身の状況 サービス利用等（特記事項）					
ADL	一部介助が必要			既往歴	変形性膝関節症、うつ病傾向
収入・財産等	収入（万円/年） 90	預貯金（万円） 300	年金のみ		土地・建物等所有
住まい	持ち家			その他	
本人の意向	「住み慣れた我が家を離れたくない。お隣さんに迷惑をかけたから、これ以上大げさにしたくない」「お金があまりないから、高いサービスや施設は無理」と強い在宅継続の希望。				
ACP（エンディング）ノート等	無				

相談・支援のきっかけ（一連の経過）

① 民生委員からの「一人暮らしの高齢女性と連絡が取れず、家の中でうめき声が聞こえる気がする」との通報を受け、包括職員が警察官立ち会いのもと自宅に立ち入り、脱水状態で倒れている本人を発見し緊急搬送。

② 身体の回復に伴い退院調整となったが、「自宅に戻りたいが、一人で生活に戻るのが不安。でも施設には絶対に行きたくない」と訴え、包括支援センターに支援依頼があった。

③

④

⑤

⑥

事例介入初期にまず行ったこと
（例：親族捜索、情報収集など）

•本人の生命安全の確保と、自宅の環境整備（緊急通報装置の設置検討、危険な段差の確認）。
•音信不通となっていた遠方従兄弟への安否確認と状況報告（親族としての支援継続が困難である旨の確認・同意取得）。
•本人の「自宅で暮らしたい」という意向を受け止めつつ、多職種による見守りネットワークの立ち上げ準備。

解決に向けた具体的なアプローチ
どのような手続きや連携・交渉を行ったか

・介護保険の導入とケアマネへの引き継ぎ：退院にあたり要介護認定の区分変更（要支援1→要介護2）を行い、地域の居宅介護支援事業所Ｃへスムーズに引き継ぎ。デイサービスと訪問介護を導入し、生活の基盤を整えた。
・インフォーマルサービスの活用：社会福祉協議会の見守り配食サービスや、民生委員による定期的な声かけ訪問を調整し、孤立を防ぐ地域見守り体制を構築。
・権利擁護と財産管理の備え：認知症の進行や今後の万が一に備え、市町村長申立による見守り・任意後見の可能性を視野に入れつつ、まずは日常生活自立支援事業）の利用に向けた社協との調整を実施。

■　連携した機関　■

□ 病院	■ 診療所	□ 老健	□ 特養	□ 介護医療院
□ 有料・サ高住	□ グループホーム	■ 居宅介護支援事業所		□ （看）小規模多機能
■ 地域包括支援センター		□ 訪問看護事業所		■ 社会福祉協議会
□ 家庭裁判所	□ 成年後見人	□ 弁護士	□ 司法書士	■ 民生委員
■ 行政	□ 警察	□ 大家さん	□ 不動産会社	
□ その他				

連携のポイント（工夫した点）
事例の結末

・ポイント：本人の「自宅に住み続けたい」という意向を尊重し、施設入所を無理強いせず、地域のインフォーマルサポート（民生委員・社協）とフォーマルサービスを組み合わせた「地域で見守るチーム」を作ったこと。
・結末：週3回のデイサービスと訪問介護の利用に加え、民生委員の見守り、社協の配食サービスが連動することで、身寄りがなくても安心して自宅で生活を継続できる体制が整った。本人の表情も明るくなり、安定した在宅生活を維持している。

この事例からの学び
他ケースへのアドバイス

身寄りがない高齢者が早期に発見された場合、無理に施設へ誘導するのではなく、地域住民（民生委員等）や社協などのインフォーマルな繋がりを再構築できれば、在宅での生活継続が十分に可能であるという実感を得た。

連携等つながるまでに苦労した点
残った課題

・苦労した点：本人が他者との関わりを好まない傾向があり、初期段階では民生委員や支援者の訪問に対して強い警戒心を示し、関係性構築に時間がかかった点。
・残った課題：認知症がさらに進行した際や、突発的な医療・介護の重大な意思決定が必要になった場合に、身寄りや法的代理人がいない状態でのリスク管理をどう担保するかという点。

今後必要と思われる地域の仕組み（ルール）等

身寄りや身元保証人がいない高齢者が、住み慣れた地域で最期まで安心して暮らせるよう、日常的な見守りから緊急時の対応、終末期までを地域全体で支える「地域見守り・権利擁護のワンストッププラットフォーム」の構築。

資料－４

令和8年度在宅医療･介護連携推進事業【 ACPセミナー 】

主題 ： 親も、自分も「ひとりになってからも豊かに生きるために」
～医療･介護、地域の支え合い、孤独･孤立対策から考える「これからの備え」～

（趣旨）

高齢者への啓発にとどまらず、ACP（人生会議）を地域課題の一つとして捉え、幅広い世代や立場の人にその考え方を広げていくことを目的として、本セミナーを開催する。

これまでの ACP 啓発では、「元気なうちに最期の医療やケアについて考えることの難しさ」や、「将来について一緒に話し合う家族がいない」といったことが、ACP を自分自身のこととして考え、実際の行動につなげる上での障壁となっていた。

これまで本事業では、ACP を「元気な時」「気持ちが変化した時」「人生の終盤を考える時」という時間軸で捉え、繰り返し考え、話し合うことの大切さを伝えてきた。

今年度は、これに加えて、ACP そのものを

① 人生を見つめる（自分のこれまでを振り返り、大切にしたいことを考える）
② これからを考える（自分らしく豊かに暮らしていくために、これからの人生を考える）
③ もしもの時を話し合う（医療や介護など、もしもの時に大切にしたいことを周囲と共有する）

という 3 層構造として捉える。これにより、ACP を「もしもの時の医療・ケアを決めておくこと」に限定せず、日々の暮らしや人とのつながりの中から、自分の大切にしたいことを見つめ、それをこれからの人生や、もしもの時の備えにつなげていく取り組みとして考えていく。

また、「話し合う相手」を家族だけに限定するのではなく、友人、近隣住民、地域の支援者、医療・介護関係者など、日常生活の中にあるさまざまなつながりにも目を向ける。

そこで今年度は、ACP を医療・介護分野だけの取り組みとせず、地域のつながりの中で生活に溶け込み、育まれていくものとして考える機会とする。

セミナーでは、「在宅医療・介護連携」「生活支援・地域づくり」「孤独・孤立」の 3 つの視点からミニレクチャーを行い、その後各分野の演者によるクロストークを実施する。

（演者）

・橋本　　渉（東部医師会在宅医療介護連携推進室長）
・株本　裕成（鳥取市社会福祉協議会地域支え合い推進員）
・國本あずさ（麒麟のまち地域食堂ネットワーク孤独・孤立対策推進員）

（日時）　令和８年１１月２８日（土）　１０時～１１時３０分（予定）

（場所）　鳥取県東部医師会館　３階研修室

令和8年度　ACP関連の住民啓発活動状況

資料－５

（医療介護関係者以外）　住民向け啓発の実績

※　県外（香美町・新温泉町）分を含む。

番号	月日	曜日	開始時間	内　　容	参加実績（予定）数	講師	研修時間	ACPノート	もしバナ	備考	参加実績累計
1	R8.4.15	水	10:00	鳥取医療生協　世紀湖山支部　　会場：松保公民館	18	橋本	60	○	○		18
2	R8.6.1	月	13:30	岩美町民生児童委員協議会（高齢者部会）	12	橋本	60	○	○		30
3	R8.7.4	土	9:30	相生町コスモスクラブ	12	橋本	60	○	○		42
4	R8.7.18	土	10:00	久松地区となり組福祉員・愛の訪問協力員研修会	46	橋本	90	○			88
5	R8.9.17	木	13:30	若桜氷ノ山寿大学	31	橋本	60	○			119
6	R8.9.24	木	10:15	安部地区まちづくり委員会	25	田中直	45		○		144
7	R8.10.20	火	10:00	鳥取医療生活協同組合　ボランティア委員会	（40）		90	○	○		
8	R8.10.28	水	10:00	岩美町民生児童委員協議会（高齢者部会）	（9）		60	○	○		
9	R8.11.28	土	10:00	令和8年度　ACPセミナー	（50）		90			市社協・麒麟のまち地域食堂ﾈｯﾄﾜｰｸ・連携推進室コラボ企画	
10	R9.2.3	水	14:30	中私都地区まちづくり委員会	（35）		45				
11	R9.3.17	水	10:30	城北ふらっとサロン	（30）		45				
12	R9.3.25	木	AM	オレンジカフェ（青谷）10：00～11：00のうちで30分間	（20）		30				

令和8年度　ACP関連の関係者周知活動状況

1	R8.6.5	金	13:30	八頭町包括支援センター介護支援専門員・保健師・社会福祉士ACP研修	27	橋本	120	○	○		27
2	R8.6.19	金	午後	鳥取高草圏域研修会	32	橋本	120	○	○		59
3	R8.8.5	水	13:30	湖東包括・北包括合同研修会	40	橋本	120	○	○		99
											99
											99
											99

鳥取県東部医師会　在宅医療介護連携推進室

◆ 令和８年度　研修会・講演会のスケジュール（一覧） ◆　随時更新しています

令和８年度の研修会・講演会　開催予定一覧です。　※参加申し込みがまだの分も含む
開催案内や結果は、各回の開催日をクリックするとご覧いただけます。
（ 令和７年度はこちらから ）

◎ 印は、協議会（医師会）主催及び共催の研修会です。

◆ 令和８年４月

＊ ４月１日～７月３１日　　オンデマンド「高齢者の摂食嚥下」セミナー

◆ ５月

＊ ５月　８日（金）　　◎第43回　多職種事例検討会
＊ ５月２１日（木）　　カムカム健康プログラム体験イベント（東部歯科医師会）
＊ ５月２２日（金）　　◎とみやすベース！！
＊ ５月２１・３０日　　生成ＡＩ基礎①（まなび舎オンラインセミナー）

◆ ６月

＊ ６月　２日（火）　　健康・福祉なんでも相談会（鳥取湖東地域包括支援センター）
＊ ６月２５日（木）　　◎鳥取県東部医師会学術講演会（在宅医療・認知症診療）

◆ ７月

＊ ７月１１・１２日　　ELNEC-Jコアカリキュラム看護師教育プログラム（鳥取市立病院）
＊ ７月１４日（火）　　つながりサポーター養成研修
＊ ７月１４日（火）　　◎ケアカフェ（ケアマネ協東部支部：共催 協議会）
＊ ７月２６日（日）　　◎地域包括ケア専門職"絆"研修　第１１回－①

◆ ８月

＊ ８月　７日（金）ＡＭ　◎鳥取市認知症フォーラム2026
＊ ８月　７日（金）　　◎第44回　多職種事例検討会
＊ ８月２８日（金）　　香美町認知症フォーラム

◆ ９月

＊ ９月　５日（土）　　◎ＭＣＩと認知症について深く学ぼう（住民公開講座）
＊ ９月　８日（火）　　つながりサポーター養成研修
＊ ９月１０日（木）　　◎とみやすベース
＊ ９月１４日（月）　　◎ケアカフェ（ケアマネ協東部支部：共催 協議会）
＊ ９月２６日（土）　　麒麟のまち官民連携プラットフォーム推進フォーラム '26①

◆ １０月

＊ １０月１４日（水）　麒麟のまち官民連携プラットフォーム推進フォーラム '26②

＊ １０月２１日（水）　認知症とＢＰＳＤセミナー（ＷＥＢ）

＊ １０月２５日（日）　◎地域包括ケア専門職"絆"研修　第１１回－②

◆ １１月

＊ １１月１１日（水）　◎第45回　多職種事例検討会

＊ １１月１５日（日）　◎ファシリテーター養成研修会

＊ １１月１６日（月）　◎ケアカフェ（ケアマネ協東部支部：共催 協議会）

＊ １１月１８日（水）　つながりサポーター養成研修

＊ １１月２８日（土）　◎ＡＣＰセミナー（住民対象）

◆ １２月

＊ １２月１２日（土）　◎ファシリテーターフォローアップ研修会

◆ 令和９年１月

＊ １月１２日（火）　つながりサポーター養成研修

＊ １月２４日（日）　◎ＡＣＰ実践研修会

◆ ２月

＊ ２月１８日（木）　◎ケアカフェ（ケアマネ協東部支部：共催 協議会）

＊ ２月２１日（日）　◎地域包括ケア専門職"絆"研修　第１１回－③

◆ ３月

＊ ３月　５日（金）　◎第46回　多職種事例検討会

戻る

鳥取県東部医師会 在宅医療介護連携推進室

〒680-0845　鳥取市富安１－７５ 東部医師会館４階

TEL:0857-54-1970

FAX:0857-54-1971

Copyright© 2016 Tottori Tobu Medical Association Home Medicine and Care Co-promotion Office All rights reserved.