



身元保証がない方の 入退院支援ガイドブック



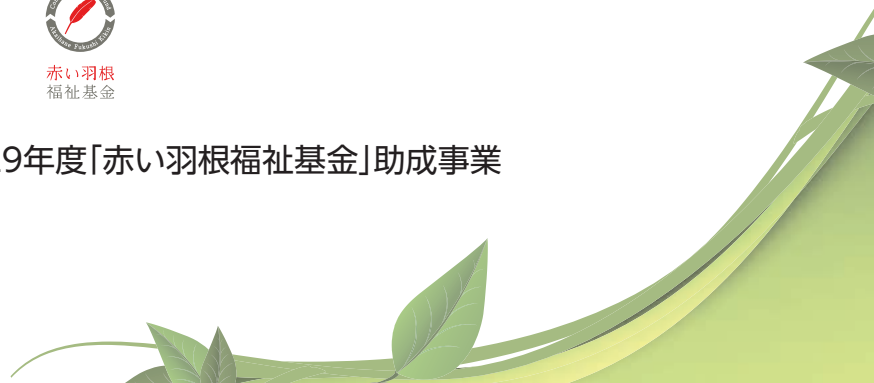
公益社団法人 日本医療社会福祉協会 社会貢献部身元保証担当チーム 編

社会を良くするたしかな一歩。



赤い羽根
福祉基金

中央共同募金会 平成29年度「赤い羽根福祉基金」助成事業



はじめに

医療ソーシャルワーカーは、医療の場で患者の生活問題の相談にのる専門職である。2002年11月の厚生労働省健康局通知による「改正業務指針」に基づき主に医療機関で業務を行うものであるが、その業務指針の一番目に「療養中の心理的・社会的問題の解決、調整援助」がある。それゆえ入院時に求められる家族機能（金銭管理、必要物品調達、身元保証）について、家族が登場しない患者に対し家族探しを含めたその代理人としての役割を求められてきた。

金銭管理については、数十年前から家族とのかかわりが見えない単身の生活保護受給者の入院中の保護費である「日用品費」の管理を、医療ソーシャルワーカーが行わざるを得ないことが多い。生活保護受給者でなくても家族機能のない単身者の入院費支払い等のために預金を下ろす業務を依頼されることがある。必要物品調達についても、本人が自分で売店等へ行けない場合には入院病棟から依頼されることもある。入院申し込み用紙にある「身元保証人欄」が空白の場合にも、医療ソーシャルワーカーに空欄を埋める業務の依頼が出される。生活保護の担当ケースワーカーに依頼して断られるという経験は多くのソーシャルワーカーが経験しているのではないだろうか。身元保証人がいるかないは、その後、転院が必要になった患者の受け入れに大きな影響があるともいわれてもきた。

近年、家族規模の縮小や家族機能の低下が進み、金銭管理に対する市区町村事業や成年後見人制度に加え、民間事業者等を利用する人が増加している。医療ソーシャルワーカーもこれら事業によって家族機能のない患者の不利益が軽減することを喜び、情報提供を行っていた。しかし、2016年3月18日大手民間事業者であった「公益財団法人日本ライフ協会」が内閣府から公益認定を取り消され同年3月末日で破綻した。

「公益財団法人日本ライフ協会」の破綻後、医療機関における身元保証人問題に関して、身元保証問題に詳しい医療ソーシャルワーカーへの取材依頼がマスコミから複数寄せられることとなった。しかし、ほとんどの医療ソーシャルワーカーがこの問題に関わっているにもかかわらず退院支援業務等に忙殺される中、まとまった取材要請に応えられるという人はきわめて少数であることがわかり、職能団体として当協会は改めて組織としてこの問題に取り組む必要を感じるに至った。

幸い、平成29年度「赤い羽根福祉基金」に「身元保証がない患者の金銭管理・医療同意等に関する医療ソーシャルワーカーの支援の実態を調査し問題点を共有した上で、いかなる制度があれば身元保証のない患者が安心して医療を受けられるか研究する事業」として応募した結果、助成が認められ、当協会の社会貢献事業部担当事業とし、担当理事およびこの問題に長年取り組んできた会員を中心に後見人問題に詳しい専門職を委員にお願いし、会員へのアンケートを皮切に検討を進めてきた次第である。

事業の最終目標は事業名にもあるように「身元保証のない患者が安心して医療を受けられる」ことにあるが1年目は先行事例等に学び、ガイドブックにまとめることに目標を置いた。

(坪田まほ)

身元保証がない方の入退院支援ガイドブック

目 次

はじめに

第1章 身元保証のない人に対する支援の現状と課題	3
1 身元保証のない人に対する支援の現状	
2 今後の課題	
第2章 調査分析報告	6
1 調査対象・方法	
2 調査データの集計・分析結果	
添付資料 「入院患者の金銭管理等実態調査」調査票	
「入院患者の金銭管理用実態調査アンケート集計」	
第3章 身元保証のない人に対する取り組み	16
1 「法的立場から見た」入院・入所における身元保証の現状と課題	
2 領域別実践事例の紹介	
2-1 愛知県半田市における取り組み（市町村レベル）	
2-2 一般社団法人石川県医療ソーシャルワーカー協会の取り組み（職能団体レベル）	
2-3 医療法人名南会名南ふれあい病院における取り組み（ソーシャルワーク部門レベル）	
2-4 医療法人尚仁会真栄病院における取り組み（病院レベル）	
3 身元保証人が用意できない患者・利用者に対するマニュアルの整備について	
第4章 医療ソーシャルワーカーの身元保証に対する取り組みへの期待	50
1 一般病床①②	
2 回復期リハビリテーション病棟	
3 介護老人保健施設	
第5章 身元保証がない人でも安心して入退院できる社会を目指して	54

第1章 身元保証のない人に対する支援の現状と課題

本章では、身元保証のない人に対する支援の現状を示した上で、どのような課題があるのかについて言及する。

1 身元保証のない人に対する支援の現状

医療現場において、身寄りがいないために、身元保証を付けることができない入院患者の転院先や施設入所先が制約され、患者の権利が侵害されている現状がある。転院先や施設入所先が、受け入れに際して保証人を求めることで、このような事態が生じているわけであるが、「転院のための医療機関、退院・退所後の介護保険施設、社会福祉施設等利用可能な地域の社会資源の選定を援助すること」¹⁾を業務とする医療ソーシャルワーカーがこうした場面に遭遇することが少なくない。

他方、転院先や施設入所先が保証人を求める理由は、多岐にわたっているのが実情である。林²⁾によれば、病院・施設側が保証人に求める主な役割は、以下の6点だとしている。①医的侵襲行為（検査、投薬、注射、手術等）の同意、②入院・入所費用の未収金に対する責任、③身の回り支援（日用品の購入など）、④次の転院・転所先の確保、⑤葬儀や遺留金品処理、埋葬といった死後対応、⑥緊急連絡先。

そのため、地域によっては、病院・施設側が保証人に求める役割に対応することを目的として、保証人の代行を有償で行っている民間団体（以下、身元保証代行団体）が増えてきている。月刊ケアマネジメント編集部³⁾によれば、こうした団体は「全国で100社ほどにのぼるとみられて」おり、「今のところ、全容は不明だ」とされている。ただし、身元保証代行団体の最大手の1つである公益財団法人日本ライフ協会の経営破綻事件をきっかけに、厚生労働省が身元保証代行団体の実態調査を行うとされており、2018年3月末には調査報告書が提出される予定である⁴⁾。さらに、身元保証代行団体については、「契約内容が煩雑」、「監視・監督者の不在」、「預託金保全の不完全」等の問題点を抱えていることも指摘されている⁵⁻⁹⁾。加えて、経済的な事情で、身元保証代行団体との契約金等が捻出できず、利用できない人も存在する。

こうした動向を踏まえて、社会福祉協議会や市が中心になって、身元保証を付けることができない人の転院先や施設入所先が制約されている現状の打開を目指した取り組みがなされている。例えば、伊賀市社会福祉協議会（三重県）による取り組みが、先進的なものとしてあげることができる。これは、社会福祉協議会がコーディネーター的な役割を担い、地域関係機関の役割分担によって、問題の解決を図ろうというものである^{10,11)}。さらに、足立区社会福祉協議会（東京都）では、保証人がいない高齢者のための取り組みとして、高齢者あんしん生活支援事業を行っている¹²⁾。加えて、本冊子の24～38頁でも紹介しているが、愛知県半田市では、入院や入所の際、保証人以外の手段で不安を減らし、入退院・入退所しやすい環境をつくる取り組みも始まっている³⁾。

一方で、医療ソーシャルワーカーによる取り組みもなされている。例えば、本冊子の45～49頁でも紹介しているが、林¹³⁾は、自院（回復期リハビリテーション病棟）の入院時に保証人がいなかった患者についての実態調査を行った上で、「身寄りのいない患者用チェックリスト」を作成している。さらに、同調査からは、こうした患者の特徴として、「生活保護受給者あるいは低所得層が多く、インフォーマル・ネットワークが乏しいために、MSW（医療ソーシャルワーカー＝林）の支援内容は多岐にわたっており、退・転院するにあたっては様々な関係機関が関わっていた」ことが示されている。また、上記内容等を踏まえて、「一病院・施設の取り組みでは限界がある」と述べた上で、「まずは同じ問題意識を持つ

MSWが集団化することから始める必要がある」としている。さらに、医療ソーシャルワーカーが集団化した取り組みとしては、石川県医療ソーシャルワーカー協会や愛知県医療ソーシャルワーカー協会が、こうした患者に対する支援方法をまとめたマニュアル冊子を作成しており、注目に値する。身元保証を付けることができない入院患者への支援方法を可視化することで、同患者の受け入れに難色を示している転院先や施設入所先の不安軽減につながる可能性があると思われるからである。なお、石川県医療ソーシャルワーカー協会のマニュアル冊子については、本冊子の39～44頁でも紹介している。

2 今後の課題

ここまで、身元保証のない人に対する支援の現状について、社会福祉協議会や市および医療ソーシャルワーカーによる現状の打開に向けた取り組みを中心にみてきた。しかし、こうした取り組みは、一部にとどまっているのが現状である。

取り組みがなかなか進まない理由として、まず考えられるのが様々な要因によって生じているという点である。林¹⁴⁾は、愛知県医療ソーシャルワーカー協会会員への調査から、「保証人問題が生じている最大の原因について、SW（ソーシャルワーカー）によって見解が分かれている」とした上で、以下の4点に集約している。①制度・政策の不備、②退・転院の受け入れ先の問題、③地域関係機関の認識不足、④法律上の不備。そのため、林¹⁴⁾が指摘するように、「様々な要因が複合的に絡み合っている問題である以上、多方面への働き掛けが不可欠であり、今後はこれらをいかに具体化していくかが課題」であり、「医療・福祉・法律の専門家および機関による学際的な取り組みが欠かせない」といえる。

一方で、上述したように、地域によっては身元保証代行団体が増えているために、こうした団体へつなげることに終始している医療ソーシャルワーカーがいることも予想される。しかし、いくつかの問題点が指摘されている中で、患者等に対して身元保証代行団体のメリットだけでなく、デメリットをどこまで伝えることができているのか、医療ソーシャルワーカーには説明責任が問われているといえる。さらに、医療ソーシャルワーカーとして、身元保証代行団体につなげるかどうかの適切なアセスメントができているのか、あるいはこうした団体以外の方法（公的な制度・社会資源や地域福祉ネットワークの活用）も検討しているのかといった、技術的な側面も問われることになる。

また、2016年には、兵庫県内において医療ソーシャルワーカーによる身元保証がない患者の現金着服事件が発生している。本来、入院患者の財産管理を行う際には、1人の医療ソーシャルワーカーのみで管理することは様々なリスクが伴うため、複数人体制で管理することが望ましいとされている。しかし、こうした財産管理方法の規定を定めている病院・施設はどの程度存在するのか、全国的なデータが存在しないのも事実である。

そのため、身元保証を付けることができない入院患者の転院先や施設入所先が制約されている現状もさることながら、そもそも医療ソーシャルワーカー自身がこうした患者に対して適切な関わり方ができているのかという点にも、今後注視していく必要がある。

世帯主が65歳以上の世帯数について、2035年にかけて「単独世帯」が1.53倍（2010年：498万世帯→2035年：762万世帯）に増加するという推計がなされている¹⁵⁾。このような世帯の増加に伴い、保証人を誰にも依頼できない人の増加が予想される。特に、大都市部を中心に、インフォーマルなサポートを得られない低所得高齢者の増大が懸念されており、「経済的貧困と関係的貧困が複雑な形で入り交じっているのが、大都市部における高齢化問題の特徴」¹⁶⁾であることが指摘されている。さらに、成年後見制度の市区町村長申立の事例件数が、23件（2000年4月～2001年3月実績）から6,466件（2016年1月～12月実績）まで急増しており、身寄りがいないかつ判断力の低下がみられる人が増えてきている状況がうかがえる^{17,18)}。

以上の内容を踏まえると、身元保証や身寄りのない人への対応は、これまで以上に需要が高まることが予想され、喫緊に取り組むべき課題だといえる。とりわけ、社会経済的な面で支障が生じやすい身元保証のない患者に対する適切な支援方法を検討・開発していくことは、医療ソーシャルワーカーにとって重要な使命であると考ええる。

(林祐介)

【文献】

- 1) 厚生労働省：医療ソーシャルワーカー業務指針
(http://www.jaswhs.or.jp/upload/Img_PDF/183_Img_PDF.pdf?id=1205170209, 2017.12.17参照), 2002.
- 2) 林 祐介：病院・施設が求める保証人に関する一考察, 医療と福祉, Vol.45, No.1, pp.42-47, 2011.
- 3) 月刊ケアマネジメント編集部：身元保証サービスにご用心, 月刊ケアマネジメント, Vol.28, No.5, pp.8-29, 2017.
- 4) 厚生労働省医政局総務課・老健局高齢者支援課・老健局振興課：「身元保証等高齢者サポート事業に関する消費者問題についての建議」に係る実施状況について
(http://www.cao.go.jp/consumer/iinkai/2017/254/doc/20170822_shiryoul_4.pdf, 2017.12.17参照), 2017.
- 5) 内閣府消費者委員会事務局：身元保証等高齢者サポート事業にかかる調査審議, 実践成年後見, No.65, pp.11-16, 2016.
- 6) 太田達男：日本ライフ協会事件と高齢者等支援事業, 実践成年後見, No.65, pp.17-24, 2016.
- 7) 池田敏史子：民間保証業務の実態と課題, 実践成年後見, No.65, pp.25-33, 2016.
- 8) 山本幸則：成年後見人等の視点からみた事業の問題・課題, 実践成年後見, No.65, pp.34-40, 2016.
- 9) 熊田 均：身元保証等生活サポート事業の法的問題, 実践成年後見, No.65, pp.41-48, 2016.
- 10) 伊賀市社会福祉協議会：地域福祉の推進における「保証機能」のあり方に関する研究事業報告書, pp.1-121, 2009.
- 11) 伊賀市社会福祉協議会：「地域福祉あんしん保証システム」構築事業報告書, pp.1-60, 2010.
- 12) 足立区社会福祉協議会権利擁護センターあだち：保証人がいない高齢者のための取り組み, 月刊国民生活, No.30, pp.28-29, 2010.
- 13) 林 祐介：保証人問題の解決に向けた取り組み, 医療と福祉, Vol.46, No.1, pp.68-75, 2012.
- 14) 林 祐介：保証人問題の現状と解決法に関する一考察, 医療と福祉, Vol.48, No.2, pp.67-75, 2015.
- 15) 国立社会保障・人口問題研究所：『日本の世帯数の将来推計（全国推計）』
(http://www.ipss.go.jp/pp-ajsetai/j/HPRJ2013/hhprj2013_honbun.pdf, 2017.12.17参照), 2013.
- 16) 高橋鉦士：老人福祉法から「高齢者生活支援法」へ, 社会福祉研究, No.119, pp.20-28, 2014.
- 17) 最高裁判所事務総局家庭局：成年後見関係事件の概況
(http://www.courts.go.jp/vcms_lf/20512001.pdf, 2017.12.17参照), 2001.
- 18) 最高裁判所事務総局家庭局：成年後見関係事件の概況
(http://www.courts.go.jp/vcms_lf/20170324koukengaikyoku_h28.pdf, 2017.12.17参照), 2017.

第2章 調査分析報告

（公社）日本医療社会福祉協会では、近年の高齢化の進展や家族の「絆」の薄れなどに伴い、身元保証がない患者の入院が増加している現状を踏まえ、ひとり暮らしの高齢者等を支えるしくみづくりを考えることを目的に、「身元保証がない患者の金銭管理と退・転院に関する実態調査」を実施した。ここでは、同調査の概要と集計分析結果を中心に報告する。なお、本調査では、身元保証がない患者を、以下のように定義している。「身寄りのない独居または家族支援が受けられない方で、入院・入所時に身元保証人や身元引受人の欄に親族等の氏名の記入がない患者」。

1 調査対象・方法

調査は、（公社）日本医療社会福祉協会会員のうち、病院または介護老人保健施設に所属しているソーシャルワーカーを対象に、郵送方式による質問紙調査を行った。調査用紙は平成29年4月20日付けで発送し、回答締切日を同年5月8日とした。

調査用紙は、回答者が所属する病床種別（介護老人保健施設を含む）とその内訳、ソーシャルワーカー配置数および所属先・氏名・電話番号・FAX番号を尋ねた後、以下の7つの質問で構成されている（調査用紙の原本は本冊子12～13頁に掲載）。

- Q1. 平成29年4月1日～4月15日までの間でソーシャルワーカーが関わった入院（入所）中の患者で、「身元保証」がない患者は何名入院していましたか。
- Q2-1. 「身元保証がない」方が入院した際に、貴院ではソーシャルワーク部門に当該患者が入院したことを報告・連絡する仕組みはありますか。
- Q2-2. （②の問いに「ある」と回答した方にお伺いします。）報告・連絡を受けたソーシャルワーク部門において、具体的にどのような支援が発生していますか。
- Q3. 貴院（施設）には、入院患者に対する金銭管理業務に院内規定等を設けていますか。
- Q4. 身元保証がない患者の退・転院先は制約されていると思いますか。
- Q5. 身元保証がない患者の退・転院について、保証人不在でも受け入れてもらえる退・転院先は貴院の周辺にどの程度存在していますか。
- Q6. 貴院（施設）で実施する身元保証人がいない患者への対応等について、特筆することがあれば下記にご記入ください。

なお、本調査を実施するにあたっては、調査用紙の内容に倫理的な問題が含まれていないかといったことを含めて、日本医療社会福祉協会の倫理審査会（平成29年3月）の承認を得た上で行った。さらに、質問紙には、調査の趣旨、回答者が特定化されないようにすること、調査協力しないことで不利益が生じないこと、データは厳重管理することを明記した。

調査で得られたデータ（回答者が所属する病床種別とソーシャルワーカー配置数およびQ.1～Q.5）は単純集計した後、いくつかの仮説を立てた上で、それを検証するための分析を行った。Q6（自由回答欄）については、回答内容の全体的な傾向を分析した上で、興味深いコメントを中心に抽出した。

2 調査データの集計・分析結果

1 回答者が所属する病床種別とソーシャルワーカー配置数およびQ.1～Q.5の集計結果

今回送付したのは、全部で2,016名であり、そのうち回答があったのが700名（回答率：34.7%）であった。回答者が所属する病床種別、ソーシャルワーカー配置数、Q.1～Q.5の集計結果については、本冊子の14～19頁に掲載している。

病床種別（複数回答）については、医療法等による区分と施設基準による病床区分の2つを尋ねており、医療法等による区分では、一般病床が55.6%と最も多く、次いで療養病床、精神病床、介護老人保健施設、感染症病床、結核病床の順であった。一方、施設基準による病床区分では、地域包括ケア病棟と回復期リハビリ入院料が3割強、障害者施設等入院基本料と緩和ケア入院料が1割強を占めており、それ以外は数%程度にとどまっていた。ソーシャルワーカー配置数については、常勤（社会福祉士資格保持者）が84.9%で最も多く配置されており、次いで常勤（非保持者）、非常勤（社会福祉士資格保持者）、非常勤（非保持者）の順であった。

平成29年4月1日～4月15日までの間でソーシャルワーカーが関わった入院（入所）中の患者で、「身元保証」がない患者が1,511名であったのに対して、こうした患者が入院（入所）していないところも41.1%存在した。ソーシャルワーク部門に「身元保証」がない患者が入院したことを報告・連絡する仕組みの有無については、「ある」と答えたのが7割強であった。さらに、このような仕組みがある病院・施設におけるソーシャルワーク部門の支援の発生状況をみると、保険加入手続き、限度額適用認定申請手続き、身元保証できる人の搜索、成年後見制度の活用と退院先で必要な手続き等の代行の5点が、7割強を占めていた。入院患者に対する金銭管理業務の院内規定等の有無については、「院内規定あり」が35.5%であったのに対して、「院内規定なし」が64.5%であった。

身元保証がない患者の退・転院先が制約されていると思うかどうかについては、「とても思う」が7割弱を占めており、「やや思う」と合わせると9割強であった。保証人不在でも受け入れてもらえる退・転院先の有無については、全ての病院・施設種別で「あまりない」の割合が最も高く、次いで「全くない」の順であった。とりわけ老人保健施設でのこれらの割合が高く、身元保証がない患者の受け入れが制約されている現状がうかがえる。

2 仮説の設定と検証

本調査のデータを分析するにあたって立てた仮説は、以下の3点である。①地域によって、身元保証がない患者の退・転院先が制約されている程度が異なる。②ソーシャルワーカーが所属する病院・施設機能によって、身元保証がない患者への支援内容に違いがみられる。③ソーシャルワーカー配置数が少ない病院・施設ほど、金銭管理業務に関する院内規定等が設けられていない。以下、①～③の仮説内容に沿って、結果を示していくこととする。

① 地域によって、保証人不在者の退・転院先が制約されている程度が異なるか

本調査では、回答者の病院・施設の所在地までの確認は行っていない。しかし、幸いにも電話番号の確認はされており、市外局番等で所在県を特定することは可能である。そこで、電話番号の記載のあるデータ（n=669）全ての所在県を調べ、地域格差がみられるのか分析を試みた。

Q4で、「身元保証がない患者の退・転院先は制約されていると思いますか」という問いがあり、5件法で回答を得ている。「とても思う」と「やや思う」を制約あり群とし、「どちらでもない」と「あまり思わない」および「思わない」をそれ以外の群とした。しかし、それ以外の群の数自体が少ないこともあり、同群が統計分析に耐えうるデータ数＝5以上であったのは北海道のみであり、次いで東京が多く、

表1 北海道と東京都および大阪府の比較

(%)

	北海道	東京都	大阪府
制約あり群	106 (91.4)	68 (94.4)	31 (93.9)
それ以外の群	10 (8.6)	4 (5.6)	2 (6.1)
合 計	116 (100)	72 (100)	33 (100)

表2 北海道と北海道以外の都道府県の比較

(%)

	北海道	北海道以外
制約あり群	106 (91.4)	531 (96.0)
それ以外の群	10 (8.6)	22 (4.0)
合 計	116 (100)	553 (100)

注) 有意差なし (統計: χ^2 検定)。

同群のデータ数が4であった。一方、この仮説を立てたのは、大阪府の何人かの医療ソーシャルワーカーより、「大阪では身元保証がない患者の問題はさほど認識されていない」という情報を得ていたためである。

そこで、北海道と東京都および大阪府のデータを用いて、比較分析を行った(表1)。北海道の制約あり群の割合が多少少ないものの、3つの都道府県の差は3%ポイント内にとどまっている。念のため、北海道と北海道以外の都道府県で比較分析したものの、統計的な有意差は確認できなかった(表2)。そのため、本調査では、「地域によって、身元保証がない患者の退・転院先が制約されている程度が異なる」というところまではいえない。ただし、地域格差が確認できなかったということは、逆に言えば、全国各地の問題になっている実態を示している可能性があるといえる。

② ソーシャルワーカーが所属する病院・施設機能によって、保証人不在者への支援内容に違いがみられるか

調査冒頭で、病床種別を確認しており、一般病床あり群となし群に分けることにした。一般病床の方が、救急患者も含め多様なケースに対応しているために、支援内容が幅広いのではないかと考えたためである。一方、身元保証がない患者に対して、「ソーシャルワーク部門において、具体的にどのような支援が発生していますか」(Q2-2)という問いがあるため、この質問項目とのクロス集計をすることで、ソーシャルワーカーが所属する病院・施設機能による支援内容に違いがあるかどうかの検証を試みることにした。

表3は、上記分析結果をまとめたものである。③必要物品の準備実施と④金銭や所持品管理の実施および⑥成年後見制度活用支援の実施については、一般病床あり群となし群の両群でほとんど差がみられない。しかし、①保険加入手続き実施と②限度額手続き実施および⑤身元保証人搜索の実施、⑧葬儀手配の実施については、10~20%ポイント強の差がみられる。そのため、本調査では、「ソーシャルワーカーが所属する病院・施設機能によって、身元保証がない患者への支援内容に違いがみられる」という仮説は支持されたといえる。今後、この問題についてソーシャルワーカー集団に働き掛けていく、あるいはマニュアル等を作成していく際には、こうした違いを念頭に置く必要があると思われる。

表3 一般病床あり群となし群の支援内容の比較

(%)

	①保険加入 手続き実施	②限度額申請 手続き実施	③必要物品の 準備実施	④金銭や所持品 管理の実施
一般病床あり群 n = 583	348 (59.7)	324 (55.6)	248 (42.5)	241 (41.3)
一般病床なし群 n = 117	45 (38.5)	46 (39.3)	51 (43.9)	48 (41.0)
	⑤身元保証人 搜索の実施	⑥成年後見制度 活用支援の実施	⑦退院先で必要な 手続き実施	⑧葬儀手配の 実施
一般病床あり群 n = 583	318 (54.5)	314 (53.9)	305 (52.3)	251 (43.1)
一般病床なし群 n = 117	42 (35.9)	63 (53.8)	53 (45.3)	35 (29.9)

表4 SW配置数による院内規定等の有無

(%)

	ソーシャルワーカー配置数 4人以上群	ソーシャルワーカー配置数 4人未満群
院内規定等あり	154 (40.7)	91 (29.2)
院内規定等なし	224 (59.3)	221 (70.8)
合 計	378 (100)	312 (100)

注) 有意確率 $p < 0.01$ (統計: χ^2 検定)。

③ ソーシャルワーカー配置数が少ない病院・施設ほど、金銭管理業務に関する院内規定等が設けられていないか

2016年、兵庫県内において医療ソーシャルワーカーによる身元保証がない患者の現金着服事件が発生しており、本事件が、第65回公益社団法人日本医療社会福祉協会全国大会の中で保証人問題について取り上げる1つの契機になったとうかがっている。金銭管理業務に伴う不正は、密室性から生じやすい面があり、特に1人ワーカー（あるいは少数部署）となると、ソーシャルワーカー同士でチェックする機能が乏しく、不正の温床になりやすいと思われる。一方、ソーシャルワーカーの配置数が少ないところほど、ソーシャルワーク部門でこうした院内規定等を作成しようとする動きになりにくいことも考えられる。そこで、本仮説を立てた経緯がある。

冒頭で、ソーシャルワーカー配置数（常勤）を確認しており、中央値が4人であったことから、ソーシャルワーカー配置数4人以上群と4人未満群に分けて、金銭管理業務に関する院内規定等の有無について分析することにした。ソーシャルワーカー配置数4人以上群と比較すると、4人未満群で院内規定等が存在しない割合が有意に高かった（表4）。そのため、本調査では、「ソーシャルワーカー配置数が少ない病院・施設ほど、金銭管理業務に関する院内規定等が設けられていない」という仮説は支持されたと見える。今後、こうした少数部署に対して、院内規定等の作成をどのように促していくのが重要になってくるとと思われる。

3 Q6（自由回答欄）の傾向と興味深いコメント

全コメントにおいて、内容的に最も多かったのは、成年後見制度の市長村長申立に関するものであった。身寄りがおらず、本人の判断能力が低下している場合、現状では同制度しか活用できるものがなく、制度へのアクセスの悪さが支援の手詰まりになりやすいためだと考えられる。一方、興味深いコメント

が多数掲載されており、それらを表5にまとめた。中には、身元保証がない患者を支える仕組みづくりを考える上で、参考になる内容も含まれている。

(林祐介)

表5 自由回答欄のコメント（一部抜粋）

・一番長く勤務しているソーシャルワーカーが独断で行っているものが多く、それが慣習と化してしまっているところがある。病院としての対応を考える必要があり、院内規定について提言をしている段階。病院の未収を防ぐ目的で本人の同意、契約書なしに金銭管理を行っているソーシャルワーカーへの罰則規定も院内になく、そのまま野放しになっている現状がある。
・医療同意の確認方法や、金銭管理、医療費の支払い等について、どう対応すべきかという院内の規程やマニュアルが無く、SWに判断を委ねられる。役割分担も明確にされていないため、他部署や関係機関との力関係によっては、SW部門に過度な負担がかかる。SWは患者の権利や生活の保障といった観点から試行錯誤して動き回っている。SW部門を管理している院長や事務長に相談・確認しても、明確な回答は得られず、組織的介入は回避され、現場で個人の判断で対応せざるを得ない場面が多いため、SWのバーンアウトにつながる要素が高いと思われる。
・役所や後見人などが介入しても、延命処置の実施や緊急時の対応について等、本人の意思確認が取れない場合の対応に悩むことがある。
・最近では身元保証人のいない患者が増加している。リスクの大きい治療をどこまで行うかという病院本来の目的が果たせなくなる懸念があります。本人同意のみで手術を行うか否か、人道的な問題にもなりかねない。社会全体としてその様な方々を支援する仕組みが必要と考えます。
・成年後見制度における市町村申立てで後見人がつくのに、1年程度かかり機能していない。その間、転院支払い等で全て動けない状況になるケースがある。
・成年後見制度首長申立てを行政に依頼しても、中々受け付けてもらえない。申立までに半年かかる等、常態化している。「必要とする人が大勢いるのにこの程度の人は受け付けない」と行政担当者が平然と言うような状況。死亡時の対応を渋る市町村もある。
・未収のリスクなどがあるのは理解できますが、病院（療養など）が中々受け入れてくれません。施設は金銭管理してくれる所もありますが、適正な管理になっているのか不安も残ります。荷物を持ってくる、ストーブや冷蔵庫を止めるのは誰がするかなど課題が多いです（勝手に家に入れませんし、弁護士に相談すると成年後見が決まるまで家に入れないと言われます。本人が外出できればいいのですが）。市長申請では成年後見手続きに時間がかかりすぎます。
・当院のように、山間地域（郡部）で、身内や地域の助け合いが比較的強い地域でも、身寄りのいない方への対応が増えているように感じます。現在はケースバイケースで様々な対応をしていますが、苦慮することも多々あります。また、医療関係者、行政関係者の理解や関わりも差があり、権利擁護も含めて資源不備も感じています。
・救急病院と違い、身元保証人がいない方が初めて入所する時は、急変時の対応などでスタッフの抵抗が強かったが、何度かの利用や、新たなケースを受け入れることで少しずつスタッフ側も受け入れてもらった。ケース数が少ない分、スタッフへの周知が必要と感じた。

・ 当院は身元保証人のいない患者の受入をしていない状況ですが、現在倫理委員会でどこまで受入拡大できるのか検討中です。
・ 社会福祉法人立なので、社会福祉法に則り、身元保証人無しでも対応するケースが多いです。
・ 本来社会的問題を抱えているからこそ、積極的に関与してほしい社会福祉法人の協力が得られにくく、社会福祉法人の存在意義を改めて問い直してほしいと感じている。
・ 受け入れを検討する側はソーシャルワークで解決できる課題なのであれば、積極的に検討してもらいたい。MSWのうでの見せどころ（専門性の発揮）だと思います。
・ 地域の会議で弁護士を講師によんで、身元保証人がいないという法律的な意味や、金銭管理をそれぞれ関わる人が代行することの法律的な問題について話し合いをしている。
・ 市内7病院地域連携連絡会を設立し、行政を交えた話し合いを2ヶ月に1回実施している。市内統一ルールを検討、対応困難事例集積を行っている。
・ 医療連携の充実した地域であるため、ある程度の方角付けをすれば全ての問題が解決に至っていない場合でも後方支援病院に受け入れをして頂いています。 我々は後方連携機関にご迷惑がかからないよう、行政等へ支援協力を依頼します。
・ 身元保証人のいない方は行政に身元保証人を代行していただき、退・転院、転所調整している。 行政介入がなければ受入先はない。
・ 行政によっては、今後を考え、対応を検討しはじめているところもある。

入院患者の金銭管理等実態調査

貴院・施設の基本情報			
病床種別 (医療法等に よる区分)	①一般病床 (床)	④結核病床 (床)	(床)
	②療養病床 (床)	⑤感染症病床 (床)	(床)
	③精神病床 (床)	⑥介護老人保健施設 (床)	(床)
内訳 (施設基準よ る病床区分)	①緩和ケア入院料 (床)		
	②地域包括ケア病棟 (床)		
	③障害者施設等入院基本料 (床)		
	④回復期リハビリ入院料 (床)		
	⑤特殊疾患入院料 (床)		
	⑥精神科救急入院料 (床)		
	⑦精神科急性期治療入院料 (床)		
	⑧精神療養入院料 (床)		
	⑨認知症治療入院料 (床)		
ソーシャルワ ーカー配置数	常 勤 () 名 (うち、社会福祉士資格保持者 (名)		
	非常勤 () 名 (うち、社会福祉士資格保持者 (名)		
ご記入者名	所属: 氏名:		
電話番号	() () - () () FAX 番号 () () - () ()		

* 本調査は病院または老健施設における実態を把握することを主たる目的としており、上記種別に該当しない施設(地域包括支援センター、居宅介護支援事業所等)は、本調査の対象からは除外とさせていただきます。

貴病院・施設での現状をお聞きます

Q 1. 平成29年4月1日～4月15日までの間でソーシャルワーカーが関わった入院(入所)中の患者で、「身元保証」がない患者は何名入院していましたか。

* 本調査における「身元保証がない患者」とは、「身寄りのない施設」または「家族支援が受けられない」方で、入院・入所時に「身元保証人」や「身元引受人」の欄に親族等の氏名の記入がない患者をいいます。

() 人

Q 2-1. 「身元保証がない」方が入院した際に、貴院ではソーシャルワーク部門に当該患者が入院したことを報告・連絡する仕組みはありますか? 次のいずれかに○を付けてください。

・ある ・ない

Q 2-2. (Q 2-1の問いに「ある」と回答した方にお伺いします。) 報告・連絡を受けたソーシャルワーク部門において、具体的にどのような支援が発生していますか? 当てはまるものすべてに○を付けてください。

①保険加入手続き(生活保護申請を含む)
②限度額適用認定申請手続き
③入院に必要な物品の準備
④金銭や所持品の管理

⑤身元保証できる人の捜索

⑥成年後見制度の活用

⑦退院先が必要な手続き(介護サービス利用、施設入所)等の代行

⑧お亡くなりになられた際の葬儀手配

⑨その他(具体的に記入ください)

()

Q 3. 貴院(施設)には、入院患者に対する金銭管理業務に院内規定等を設けていますか。次のいずれかに○を付けてください。

・院内規定あり

Q 4. 身元保証がない患者の退・転院についてお伺いします。身元保証がない患者の退・転院先は制約されていると思いますか? 次のうち最も当てはまるものに○を付けてください。

・とても思う ・やや思う ・どちらでもない ・あまり思わない ・思わない

Q 5. 身元保証がない患者の退・転院について、保証人不在でも受けてもらえる退・転院先は貴院の周辺にどの程度存在していますか? 各項目で最も当てはまるものに○を付けてください。

①回復期リハ病院	・多くある ・それなりにある ・あまりない ・全くない
②療養型病院	・多くある ・それなりにある ・あまりない ・全くない
③老人保健施設	・多くある ・それなりにある ・あまりない ・全くない
④特別養護老人ホーム	・多くある ・それなりにある ・あまりない ・全くない
⑤有料老人ホーム	・多くある ・それなりにある ・あまりない ・全くない
⑥グループホーム	・多くある ・それなりにある ・あまりない ・全くない

Q 6. 貴院(施設)で実施する身元保証人がいない患者への対応等について、特筆することがあれば、下記にご記入ください。以下の欄は、今後の参考とさせていただきます。

ご回答いただきありがとうございました。

2017年5月2日までに下記住所までご返信ください。

返送先: (公社) 日本医療社会福祉協会 事務局

〒162-0065 東京都新宿区住吉町 8-20 四谷ザンゴビル2F

問い合わせ先: TEL 03-5366-1057

- 12 -

基本情報 (病床種別)

入院患者の金銭管理等実態調査アンケート集計

今回は700施設からのアンケート回答の集計です(各設問ごとに、有効回答のみを対象としています)。

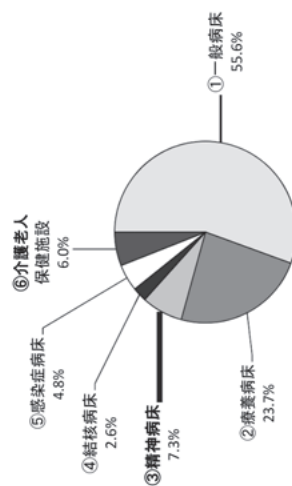
【基本情報】

【病床種別（医療法等による区分）】（複数回答による）

病床種別	該当施設数※1	割合※2
①一般病床	583	55.6%
②療養病床	249	23.7%
③精神病床	77	7.3%
④結核病床	27	2.6%
⑤感染症病床	50	4.8%
⑥介護老人保健施設	63	6.0%
合計	1,049	100.0%

※1 病床の数に関係なく、回答のあった施設数

※3 回答のあった施設の合計病床数



-1-

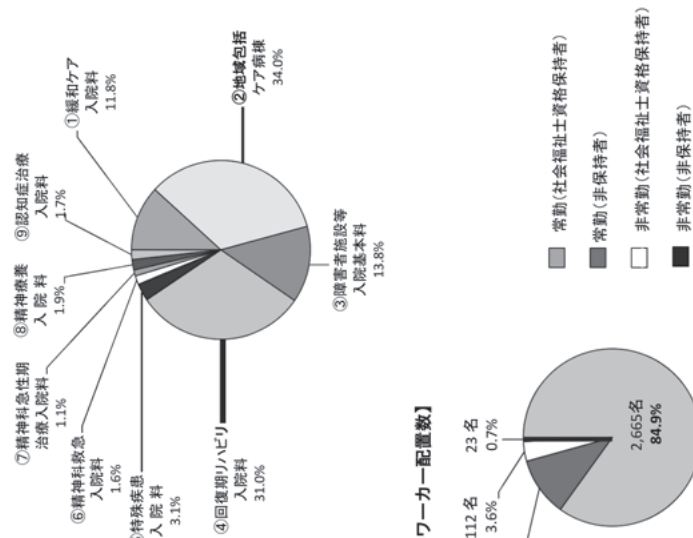
基本情報 (内訳)・SW配置数

【内訳（施設基準による病床区分）】（複数回答による）

病種別	該当施設数:1	割合:2
①緩和ケア入院科	75	11.8%
②在宅包括ケア病棟	216	34.0%
③障害者施設等入院科	88	13.8%
④回復期リハビリ入院科	197	31.0%
⑤特殊英専入院科	20	3.1%
⑥精神科救急入院科	10	1.6%
⑦精神科急性期治療入院科	7	1.1%
⑧精神療養入院科	12	1.9%
⑨認知症治療入院科	11	1.7%
合計	636	100.0%

※1 病床の数に関係なく、回答のあった施設数

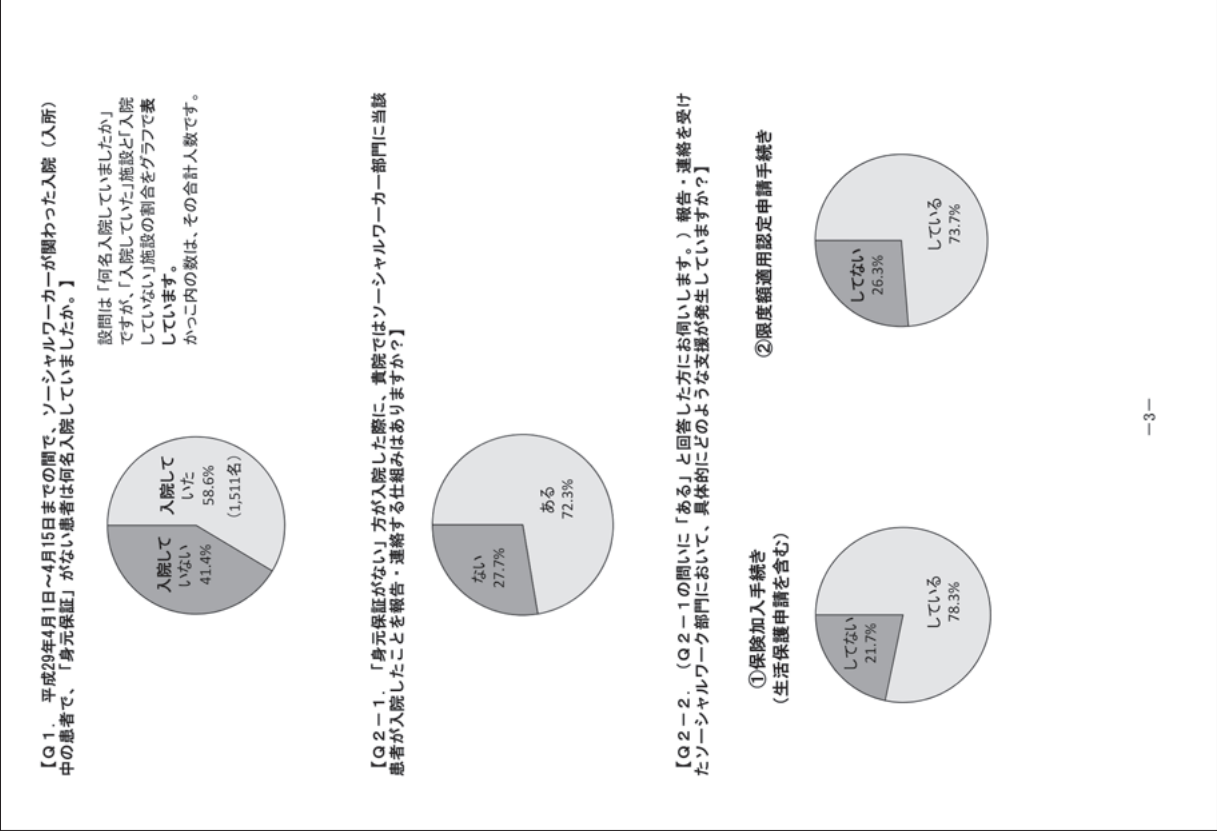
※2 該施設敷合計を100とした割合



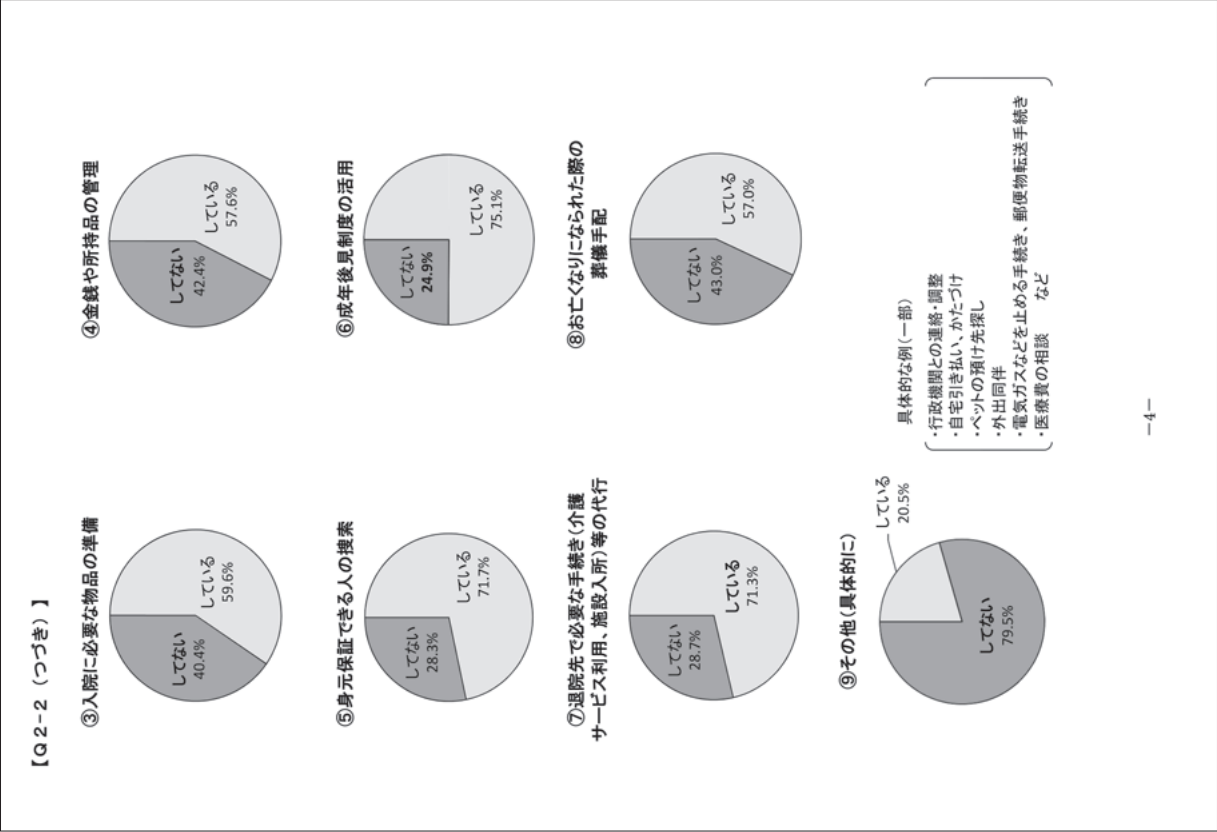
【ソーシャルワーカー配置数】

-2-

Q1～Q2-1・2-2

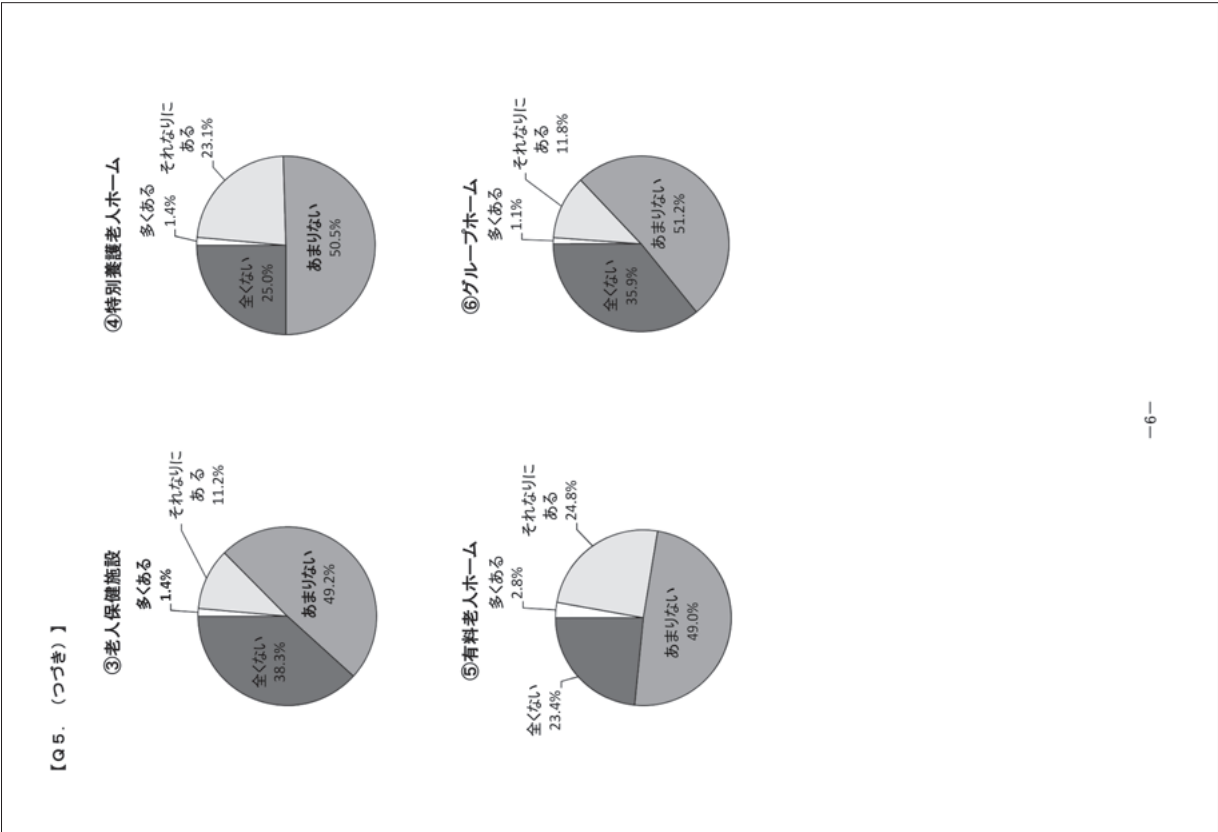
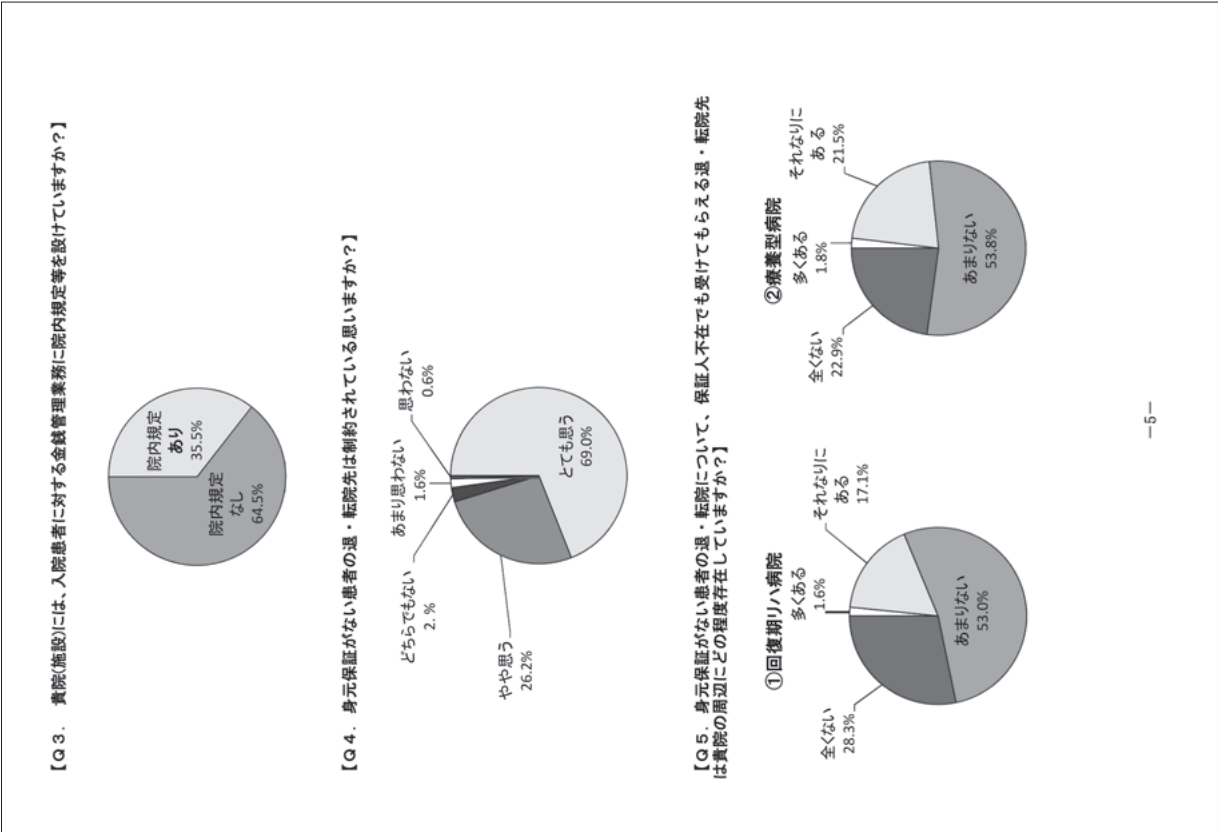


Q2-2 (つづき)



Q3・Q4・Q5

Q5 (つづき)



第3章 身元保証のない人に対する取り組み

1 「法的立場から見た」入院・入所における身元保証の現状と課題

1 はじめに

「身元保証」の内容については、必ずしも共通の意味をもって使われているものではないが、病院・施設等が保証人に求める役割によれば、○入院費・施設利用料の支払○債務（損害補償等）の保証○本人生存中の退院・退所の際の居室等の明渡し、原状回復義務の履行○緊急の連絡先○本人の身柄の引取り○入院計画書やケアプラン等の同意○医療行為（手術・予防接種等）の同意○遺体・遺品の引取り、葬儀等、とされている（平成29年1月内閣府消費者委員会建議書）。

筆者は、以前、社会福祉法人伊賀市社会福祉協議会の研究事業（厚生労働省社会推進事業）に参加し、法律実務家の立場から、当時全国各地で萌芽が見られた身元保証事業の法的問題について検討したことがあるが、当時に比べ、よりいっそう高齢化・少子化・核家族化が進み、身近に支援者を求めることができない高齢者等が増大し、一方で身元保証事業を行う身元保証代行団体が破綻し、多くの被害者が発生する等、身元保証に関する問題点は、ますます顕在化しているといえる。

以下、身元保証事業の内容をふまえ、当時なした伊賀委託事業での法的整理に若干付加した上で、必要とされる場面の分類等を順次整理することとする。

2 身元保証に関する視点

始めに、病院や施設が入院・入所の際に、身近な親族に身元保証を求めること自体は、否定するものではないと考える。長年の付き合いを通して本人の考え方を最も知っており、本人が病気等で判断能力が不十分になっても、本人の意思を引き出すこと、場合によってはその意思を推測して種々支援するためにも必要と言えるからである。特に昨今の認知症高齢者や障害者に対する本人の意思決定の支援を重視する立場からしても、本人と深い関係にある親族等に関わって頂き本人の意思を確認することができることのメリットは大きい。しかしながら一方で、このような身近な親族等がいない高齢者・障害者の方が確実に増加しているとの現実がある。このような身元保証人を用意できない入院者・入所者に対して、医療現場としてどのように対応していくかが大きな課題となっている。

まず、前提となる現行法について整理する。医師法19条1項は、「診療に従事する医師は、診察治療の求めがあった場合には、正当な事由がなければ、これを拒んではならない」と規定する。これは、医師に医業の独占が認められていること等により、医師が負担する公法上の義務と解されている（応召義務）。そして、この「正当な事由がある場合」とは医師の病気により診察が不可能な場合等、社会通念上妥当と認められる場合に限るとされており、身元保証人がいないことを理由に医療を拒むことはできないと解されている（内閣府消費者委員会等の見解）。

同様に、介護保険施設への入所についても、各介護保険施設の基準省令においても「正当な理由なくサービスの提供を拒んではならないとされており、同じく、身元保証人がいないことは、この福祉サービスを拒む正当な理由には該当しないとされている（厚生労働省平成28年3月7日全国担当課長会議配布資料）。

以上をふまえるならば、身元保証の有用性をふまえつつも、法令上身元保証人がないことにより医療・介護サービスの提供を拒むことができないことを前提に対応することが求められる。

今後、身元保証人がいない患者・利用者が増大することをふまえて、より一層医療関係者は、身元保

証人がいない患者・利用者に対して、適切な取り組みが必要となる。

3 身元保証人に求められる機能の代替方法について

冒頭において、病院・施設が求める身元保証人への役割を整理したが、この中で手術等に関する「医療行為の同意」については、身元保証人等に求められる大きな役割とされていることが、各種調査から明らかになっている。しかしながら、「医療行為の同意」の問題は、身元保証人に求められる他の役割と質的に異にすることに留意する必要がある。他の機能、例えば入院費用を本人に代わって身元保証人が支払うとの契約は、入院機関と身元保証人の両者の契約によって成立可能である。しかしながら、本人に関する医療同意については、入院機関と身元保証人が合意しても、本人に代わって身元保証人が原則行うことはできないとの本質を有する。本人自身に対する医療の決定権は、本人に一身専属的に帰属し、代理・代行になじまないものであるからである。本人に代わり家族が、医療の同意ができる場面があると一般に言われている（なお、成年後見人は被後見人についての医療同意権を有していない）が、これは家族が本人の意思を「推測する」ことが可能であるとの理由に基づくものである。言い換えれば身元保証人だから医療同意ができるのではなく、本人の意思が推定できる家族が身元保証人になっているから医療同意が可能とされるのである。どのような家族であっても、家族であるからとの理由だけで当然に医療同意権を有するものではないとされることはこのためである。従って、医療同意の問題は、身元保証人との地位では原則有していないことを前提に考える必要がある。医療同意の問題は、身元保証人の有無によって解決される問題ではない。本人が判断できない場合に誰が代わって医療同意できるかの問題は、未だ法的に確立された見解はない。従って、以下の記述においては、医療同意の問題を除き整理することとする。なお、医療同意の問題は、当面、次のガイドラインが参考になる。

平成19年5月に公表された厚生労働省「終末期医療の決定プロセスに関するガイドライン」（以下、「ガイドライン」と略する）は次の通り規定する。

- イ) 家族が患者の意思を推定できる場合には、その推定意思を尊重し、患者にとって最善の治療方針をとることを基本とすること
- ロ) 家族が患者の意思を推定できない場合には、患者にとって何が最善であるかについて家族と十分に話し合い、患者にとっての最善の治療方針をとることを基本とすること
- ハ) 家族がいない場合及び家族が判断を医療・介護チームに委ねる場合には、患者にとっての最善の治療方針をとることを基本とすること

なお、この医療同意の問題における身元保証代行団体との関係において付言する。身元保証代行団体が本人の判断能力が聡明な状況において本人と十分に話し合いをなし、本人の医療に関して、本人の意思を推定できる家族と同様の地位にある場合はあり得る。しかしながら、特に入院・入所の際に、身元保証人がいないとの理由で病院・施設等の求めに応じて新たに結ばれる本人と身元保証代行団体との契約には、本人の判断能力が低下している場合が多く、会話等を通して本人の意思がどこまで推定できるのか疑わしい場合もあり、このようなケースで身元保証事業者である身元保証人に医療に関する権限を与えることは、本人に対する重大な権利侵害を生じさせる可能性があることに留意する必要がある（この点については後述する）。むしろ、医療・入所契約が新たに結ばれる際に本人の医療に関する意思が確認できるのであれば、その段階で病院・施設側が先に述べた通り、わかりやすく説明し、本人の医療に関する考え方の聴取も可能なはずであり、身元保証事業者をあえて求めることが必要な場面なのか疑問があるとも言える。

4 各場面の考え方

イ) 本人が賃料・入所費用・入院費用を支払わない場合の備え

本人が賃料や入所費用、入院費用を支払わない場合に備えて、代わって支払う人を求めるために身元保証人を利用している場合がある。その場合は、まず「原因は何だろう」ということを考える必要がある。もし、判断能力が不十分でちゃんと金銭管理ができないために支払いが滞ってしまったというケースや、その年金を親族の誰かが使っている、いわゆる経済的虐待であれば、第三者が管理し、本人の年金を本人が使えるよう「成年後見制度」を利用することで身元保証事業に代えることが可能である。

なお本人の年金額や財産が足りないために不払いが生ずる問題は、本来、生活保護等公的援助等でその軽減を図るべきであり、身元保証で解決できる問題ではない。同様に本人の年金や資産不足のため第三者後見人の利用が困難である問題も、その受け皿費用に対する公的支援により解決される問題である。

ロ) 本人に万一のことがあった時の葬儀や残置物の引取りに対する備え

入院・入所中に死去した場合、相続が生じ、葬儀や残置物の引取りに関し、法的には病院等は相続人との対応を迫られることになる。例えば、入所者が亡くなられた時に、施設が預貯金を預かっていた場合は誰に返せばいいのか、葬儀はどうすればいいのか、また、大家さんも入居者が万一の時にはどうすればいいのかの問題である。これに備えて身元保証人を求めることがある。このような場合、いわゆる「死後事務委任契約」の利用が考えられる。本人に頼まれた第三者（片付け業者、葬儀業者等）がこの対応を行うことになる。また、本人の判断能力が不十分な状態になった時には、成年後見人等がこれらを締結することで、同様の効果がもたらされるはずである。なお、平成28年4月に成年後見の事務の円滑化を図るための民法及び家事事件手続法の一部を改正する法律が成立した。平成28年10月より施行され、部分的にはあるが、成年後見制度を利用することで、死後事務について一定の解決がなされた。

ハ) 本人が他の入所者や施設・病院に損害を与えた時の備え

本人が他の入所者（殴って怪我をさせた場合）や施設・病院（器具や窓ガラスを壊した場合）に損害を与えた場合についても、本人に代わり損害の負担をしてくれる身元保証人等を求めるニーズはある。しかしながら、例えば、高齢者施設に認知症の方が入所されて、施設の備品等を破損してしまった場合、身元保証人に施設が損害賠償を請求したとしても、法的に認められるかということ自体に留意すべきである。例えば、判断能力が不十分な高齢者等が施設等に損害を与えたとしても、本人に責任能力がなければ本人が損害賠償の責任を負うことはなく、その結果、身元保証人等も責任を負わないと解されるからである。すなわち、身元保証人等はあくまで本人が責任を負担する場合に、本人に代わって責任を負担するものであり、本人の責任を離れて身元保証人等が責任を負担することにはならないものと考えられる。さらに、仮に、本人に一定の責任能力が残存していたとしても、判断能力が不十分な方々の支援をするという施設・病院の立場上、それらは施設・病院側のケア体制の結果生じたものであると考えるべきであり、その損害を身元保証人等に転嫁することが困難な場合があることも念頭に置くべきである。平成28年3月1日のJR東海事件最高裁判決の趣旨からすれば、本人が施設等に損害を与えた場合の、家族、身元保証人等への損害賠償責任を抑制的に解していると考えられる。また、さらにこのような場合にも身元保証人に対して責任を負担すべきとの特約を設けたとしても、消費者契約法上その特約の効力には疑義があるといわざるを得ない。

二) 本人が入院・入所した場合の身の回り品の準備の備え

入院・入所の際、身の回りの備品や消耗品を手配する人を病院等から求められることがあり、家

族等がない場合には、身元保証人が要求され、身元保証人がこの手配を行うことになり、この点の負担を委ねられることになる。しかしながら、この求められる内容は、医療・福祉サービス契約に付随するものであるとも考えられ、病院・施設側の相談支援業務の中で行ったり、出入りの業者に委託したり、通信販売を利用したりすることで支援が可能であり、また、判断能力が不十分な本人に成年後見人等が就任し本人の財産を管理しておれば、これらの支払いは確保されるものである。

5 身元保証代行団体を利用することによる問題点

イ) 契約の締結の際の問題点

(1) 本人に判断能力がある場合

提供されるサービスと対価の整合性の問題がある。すなわち、多くの場合、種々の事業を受け際に、会員料等の名目の漠然とした内容で対価が払われており、さらには、それとは別にサービスごとの対価も支払われている。従って、全体として、サービスと対価の関係が不明瞭であるといわざるを得ない。

(2) 判断能力が不十分な場合

判断能力が不十分な時に締結された場合にはより深刻である。身元保証代行団体との契約は、本人が入所・入院・アパート契約の際に求められるものであることから、現実にはそのような状況になった時、判断能力も不十分な状態で急遽締結されることが多い。しかしながら、身元保証等契約は、契約内容が複雑で理解するのに相当の判断能力が必要とされるものであることに加え、金額も高額にわたるものもあり、サービスと対価の整合性の理解も求められる。判断能力が不十分な場合にこれらの内容をどこまで理解できるか疑問がある。

ロ) 契約履行中の問題点

次に、身元保証契約等の履行中の問題点について述べる。

契約が履行されている途中において、本人に判断能力が存する間は、本人がその履行状況を監視・監督することが可能であるので、形式的には問題は生じにくいと言い得る。しかしながら、本人の判断能力が不十分になった以降においては、本人による契約履行の監視・監督が不可能になるので、別の状況が発生することとなる。ここで問題となるのは、第一に契約の履行状況について、監視・監督者が全く存在しないことである。第二に、預けた金員についての保全義務の不完全さである。以下、整理する。

(1) 監視・監督者の不在

第一の問題点として、本人以外に監視・監督する人がいない場合においては、身元保証代行団体が提供している福祉サービス（財産管理・見守り等）が本人のために適切に提供されているかどうかを検証することができない状況となっていることである。これら身元保証代行団体を監督する監督官庁は現行法制度上存在しておらず、いわゆる業界団体としての自主基準さえ存在していないようである。法定成年後見制度や任意後見制度が関わっている状況であるならば、家庭裁判所による一定の監督権が行使される可能性があるが、その手続きに乗らない場合には、何らの監督者等がないまま放置していかという問題である。日本ライフ協会の例を見るまでもなく、公的な監視・監督体制の創設が不可欠と解される。

(2) 預託金保全の不完全

今まで述べてきた通り、身元保証代行団体は事前に一定の財産を預かるとの仕組みをとる。従ってこの預かった財産、いわゆる預託金の保全が必要となる。身元保証事業者の本来の財産と分けて管理（分別管理）されることが不可欠である。（熊田均）

2 領域別実践事例の紹介

2-1 愛知県半田市における取り組み（市町村レベル）

1 保証人に頼らない地域づくり

入院や入所の際、保証人以外の手段で不安を減らし、入退院・入退所しやすい環境をつくる目的で、半田市版地域ケア会議である「半田市地域包括ケアシステム推進協議会」（以下、システム推進協議会）で半田市版『身元保証等』がない方の入院・入所にかかるガイドライン」（以下、ガイドライン）を作成した。また、ガイドライン作成と同時に本人が「どう生きたいか」（終末期医療に望むこと等）を書き記す「半田市版 事前指示書」（以下、事前指示書）の作成も行った。

2 取り組みのきっかけ

「病院への入院、施設への入所の際、保証人がいないことで入院・入所を拒まれる事例が増えてきている」という居宅介護支援事業所の介護支援専門員（以下、ケアマネジャー）の声、「身寄りのない人の入退院に支障が出ている」という急性期病院の医療ソーシャルワーカーからの声が増えていると地域包括支援センターのソーシャルワーカーは常々感じており、ケアマネジャーや医療ソーシャルワーカーの相談内容から支援困難となっている要因を質的に分析することとした。質的に分析を試みた結果、身元保証がないことが特に急性期病院から自宅へ退院することが困難で次の病院へ入院や入所をする際の阻害要因となっている可能性が高いことが確認できた。

「身寄りのない人の入退院に支障が出ている」、「一人暮らしの人が救急搬送されるとケアマネジャーが病院で何時間も拘束される」といった支援困難となっている要因の分析結果を地域課題として捉え、システム推進協議会の中で対応策を検討することを地域包括支援センターから提案した。システム推進協議会の中に「身元保証部会」・「リビングウィル部会」（ともに作業部会）を立ち上げ、この地域課題への対応策を具体的に検討していくこととなった。

3 半田版ガイドラインの作成

課題への具体的な取り組みとして、半田版のガイドラインを作成することとなった。これは、半田市が愛知県の地域包括ケアモデル事業（平成25年度から平成27年度の3か年）の認知症対応モデルに採択されていたことも背景にある。半田市の地域福祉計画の理念は「誰もが自分らしく暮らせる町半田」であり、「認知症になっても自分らしく暮らせる町」を目指し、上記モデル事業に取り組むこととなった。

自分らしく生活ができる地域とは、判断能力が低下する認知症になっても、身寄りがいなくても必要な医療や介護が適切に受けられる地域でなくてはならないのではないかと。保証人がいなくても、判断能力が低下しても適切な医療・介護が受けられるような半田市の指針（基本的な方針）をつくる必要性があるとの考えからガイドライン作成に取り組んだ。

ガイドライン作成に当たっては、行政職員、居宅介護支援事業所のケアマネジャー、急性期病院の地域医療連携室の看護師・医療ソーシャルワーカー、介護老人保健施設の支援相談員、地域包括支援センター社会福祉士が身元保証部会の委員となり、ガイドラインの内容を検討するために1か月に1度行政主導で会議を開催した。

最初に取り組んだことは、身元保証に求められている内容を具体的にするために実際の事例を丁寧に分析し、身元保証についての現状と課題を整理することであった。

分析した事例は2事例である。1つは、急性期病院から自宅退院できず、施設入所が必要であるが身元保証人不在が理由で転帰先が中々見つからなかった事例。もう1つは、身元保証人不在でも介護老人

保健施設への入所が可能となった事例である。2事例の共通点を抽出したところ、①独居高齢者②在宅生活が難しい③転院、施設入所が必要④経済的に余裕がない⑤民間の保証会社を利用した身元保証が難しい⑥身元保証人になる人がいない⑦転帰先が身元保証を求めている、以上7つの共通点を抽出することができた。

事例の共通点を整理する作業の中で見えてきたことは、「身元保証」という言葉を病院や施設等の関係者がそれぞれの理解で使用しているという現状であった。また、契約社会の漠然とした不安の中で慣習的に保証人を求めている場合が多いという現状も浮かびあがった。

病院や施設等の漠然とした「不安」を解消するために、まずは用語の意味をきちんと理解し、「身元保証」がない方に対してどのような保証を求めているかを整理する必要があること、そして、その内容に対して誰がどのように支援していくか等、具体的な支援内容をガイドラインに盛り込む必要があることを確認し、ガイドラインの具体的な内容を決定した。

ガイドラインは、1. 分析した2事例、2. 「身元保証等」がない方の定義（ガイドラインの対象者の設定）、3. 身元保証に求められることを7つに整理。7つに対する具体的な対応内容、4. 身元保証がない方が施設を利用する際の支援シートの4部構成とした。

4 ガイドライン作成後の課題

平成26年9月に半田市役所のホームページにガイドラインを掲載し、誰でもガイドラインにアクセス可能としたり、事前指示書を医師会の協力を得て市内の医療機関においていただき受診の際に手に取れるようにしたりするなど、医療や介護の専門職はじめ半田市民への啓発活動を行ったものの、身元保証のない方の転院や施設入所がスムーズになったかといえばそうではなかった。身元保証がない方の入院・入所に関する地域包括支援センターへの相談は継続的にある状況が続いた。

ガイドライン作成後2年半が経過したころ、居宅介護支援事業所のケアマネジャーから地域包括支援センターへ、本人の粗暴行為により入所している施設より退所勧告を受け対応に苦慮しているという内容の「支援困難事例」の相談があった。ケアマネジャー支援を行う中で、本人の施設からの退所勧告にどう対応するのかよりも、契約能力のない本人（知的障害があり要介護4の認定を受けている）が身元保証代行団体と契約し、施設入所をしており、身元保証代行団体の金銭管理が不透明であることが一番の課題であることが分かった。

事例の本人にかかわる医療・福祉の専門職がガイドラインの存在はもとより、成年後見制度の活用もよくわからず支援を行っていたこと、また、病院や施設の都合を最優先にしたことにより本人の「権利」を著しく侵害する事態となっていたことを、ケア会議を重ねる中で確認することができた。

この事例には、急性期病院の医療ソーシャルワーカー、知的障害者入所施設の社会福祉士、住宅型有料老人ホームの管理者（看護師）、居宅介護支援事業所の主任介護支援専門員等の様々な専門職が関わっていた。多くの専門職が関わっていたものの、専門職自体が制度の利用方法がわからないまま支援していたことや医療・福祉の地域間連携ネットワークが構築できなかったことが本人の権利を守ることができなかった大きな原因であることについて地域ケア会議を通して再確認した。この事例を通しケアチームで共有したことを地域の課題としてガイドラインに反映させることはガイドラインの活用にも繋がると考え、この事例と事例から学んだことをガイドラインに追加することとした。

具体的な追加内容は、事例3と「身元保証代行団体を利用する場合に気をつけること」という身元保証代行団体を利用する際の留意点についてである。

事前指示書やガイドラインを作成しただけで課題は解決しない。半田市では、上記のようにガイドラインを作成したものの事前指示書や半田版のガイドラインがあること自体を知らない医療・介護の専門職が多く、まずは、支援をする専門職が事前指示書をどのように使用するのか、また、ガイドラインの

存在を知る機会をどのようにつくっていくかが作成後の大きな課題となった。

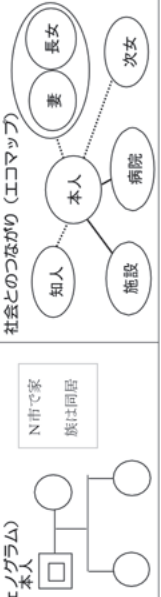
個別の事例を通し事前指示書やガイドラインを普及啓発することには限界があるかもしれない。ただ、個別の事例を丁寧に分析する事を積み重ねていくことで見えてくることも沢山ある。講演会等で多くの市民や専門職に普及啓発をするとともに、個別事例から地域課題を抽出できるようなケア会議を継続して行っていきたいと考える。そして、事例から学ぶべき点をガイドラインに反映し、高齢者でも障害者でも身寄りがなくても「誰もが自分らしく暮らせる町 半田」を目指し、これからも当事者を含めた現場の声をガイドラインに反映できるような取り組みを行っていきたいと思う。

(對馬清美)

目 次	
1	ガイドラインの目的
2	身元保証に関する現状と課題
3	「身元保証等」がない方の定義（ガイドラインの対象者）
4	身元保証に求められること
5	支援シートの活用
6	おわりに
【資料編】	
(1)	用語の説明
(2)	近隣病院へのアンケート結果
(3)	施設利用時の保証人に関するアンケート結果
(4)	半田市立半田病院の倫理指針
<引用文献>	
医療同意能力がない者の医療同意代行に関する法律大綱	2011.12
日本弁護士連合会	
患者の権利に関する法律大綱案の提言	2012.9
日本弁護士連合会	
医療ソーシャルワーカーのための保証人不在者対応マニュアル	2015.8
一般社団法人	
愛知県医療ソーシャルワーカー協会	
終末期医療の決定プロセスに関するガイドライン	2007.5
厚生労働省	

「身元保証等」がない方の入院・入所にかかるガイドライン	
平成26年9月作成	
平成29年2月改訂	
半田市地域包括ケアシステム推進協議会	

【1】ガイドライン作成の目的 1 ガイドラインの目的 医療・介護の現場において、病院の転院や退院、施設利用等の際に「保証人」がいな いことで、必要な医療や介護サービスの利用に時間を要するなど、市民にとって「保証 人」が足かせになっている事例があります。 本ガイドラインは、医療・介護の現場で必要とされる「身元保証」について、半田市 における定義や考え方、具体的な対応方法等の指針を示し、「身元保証等」がない方でも 必要な医療や介護がスムーズに受けられるよう作成いたしました。	
2 身元保証に関する現状と課題	医療・介護の現場では、身元保証人や身元引受人など、さまざまな「保証人」が求め られていますが、その内容は施設・病院ごとに違っていたり、明確でないのが現状です。本 市の急性期病院・入所施設での事例を通して、医療・介護の現場での身元保証につ いて、現状と課題を整理していきます。※事例は2～3ページ掲載 【事例の共通点】 ① 独居高齢者 ② 在宅生活が困難 ③ 転院もしくは、施設入所が必要 ④ 経済的に余裕がない ⑤ 民間の保証会社を利用した身元保証が難しい ⑥ 身元保証人になる人がいない ⑦ 転院先（施設）が身元保証を求めている 事例を整理して見えてくことは、「身元保証」という言葉を病院や施設、関係者が、 それぞれの理解の中で使用していることです。例えば、本来ならば「連帯保証人」という 言葉を用いるべき「金銭保証」についても、「身元保証人」に求めている場合があります。 これは、契約社会の中で、漠然とした「不安」に対して慣習的に保証人等を求めている側面も あるのではないのでしょうか。 病院や施設等の漠然とした「不安」を解消するためには、まずは、用語の意味をきち んと理解し、「身元保証」がない方に対して、どのような保証を求めているかを整理する必 要があります。そして、その内容に対して、誰がどのように支援していくかを明確にしていく 必要があります。

【事例1】	
名前 Aさん（仮名） 性別・年齢 65歳 男 病名、介護度等 くも膜下出血 要介護1	事例テーマ 高次脳機能障がいにより施設入所が必要だが、家族は遠慮で身元保証等は拒否、経済困難もある。
家族構成（ジェノグラム）  社会とのつながり（エコマップ） 	事例の概要 10数年前にN市の自宅を出て、本市のアパートで一人暮らし、その間は家族と疎遠であった。自宅で倒れた際、友人が救急車を呼び、病院（急性期病院）へ救急搬送となった。病院のMSW（医療ソーシャルワーカー）から家族に連絡をとるが、入院中や退院後の世話など、関わりは全て拒否される。現在は介護度1、ADL（日常生活動作）は自立しているが、高次脳機能障がいが出現する。今後の療養の希望など意思表示ができず、自宅アパートでの独居生活は困難である。経済面は発症後に仕事を退職、無収入である。貯蓄は少なく、今後の生活は年金6～7万円が中心である。住民登録は自宅のあるN市であった。 転院・入所に関して課題となった事 ADL（日常生活動作）は自立しているものの、高次脳機能障がいによって、今後の生活の希望や自己判断が不可能である。また、家族は全ての関わりを拒否し、身元保証人がいないため、介護施設等の入所相談が難しい。NPO法人の身元保証も検討したが、そんなことにお金をつかいたくないという拒否する。また、年金内では入所施設が限られるため生活保護も検討するが、住民票のあるN市と居住地である本市との調整が必要であった。 見立て・支援方針 - 急性期病院は退院の時期を迎えているが、自宅アパートでの在宅は難しい。 - 高次脳機能障がいの評価をするため、リハビリ病院等への転院も検討したが、身元保証等や経済面が課題となる。 - 成年後見制度の利用を検討する。 事例のポイント（今後の課題） - 病後の障がいにより、自分の将来や今後の生活に関する意思表示ができない。 - 生活保護の申請も考えたが、申請先等の調整が必要であった。 - 自宅での独居生活も困難な上、家族等の身元保証等がない場合は、転院や施設入所の受け入れが難しい場合が多い。 - 転院や施設入所の身元保証等の内容について具体的に整理し、身元保証がない人でも必要なサービスを受けられる、地域の基盤整備が重要である。

【事例2】

名前	Bさん（仮名）		性別・年齢	90歳 女	病名、介護度等	慢性心不全 要介護2
事例テーマ	夫、娘と死別し身寄りがない、要介護状態となり施設生活となったが家族支援が得られ ない。					
家族構成（ジェノグラム） 社会とのつながり（エコマップ）						
事例の概要						
見立て・支援方針						
事例のポイント（今後の課題）						

【事例3】

名前	Cさん（仮名）	性別・年齢	59歳 女	病名、介護度等	脳梗塞 要介護4
事例テーマ	知的障がいがあり障がい者施設に入所中。脳梗塞後遺症により入所中の施設へ戻れなくなっ たため、新たな施設に入所をするための「身元保証」が必要となった事例。				
家族構成（ジェノグラム）					

3 「身元保証等」がない方の定義（ガイドラインの対象者） 本ガイドラインで示す支援方法の対象者となる「身元保証等」がない方の定義については、次の2つの場合とする。 ① 身寄りのない独居の方 ② 家族支援が受けられない方	4 身元保証に求められること (1) 現在、病院や施設で「身元保証等」に求められる内容一般的には次にあげるような事項が求められていると考えられます。 ① 緊急の連絡先 ② 入院費・施設利用料の支払い代行 ③ 本人が生存中の退院・退所の際の居室等の明け渡しや、退院・退所支援に関すること ④ 入院計画書やケアプランの同意 ⑤ 入院中に必要な物品を準備する等の事実行為 ⑥ 医療行為（手術や検査・予防接種等）の同意 ⑦ 遺体・遺品の引き取り・葬儀等 （※①～④については成年後見人等が出来る事） (2) 「身元保証等」が対応する具体的内容 ① 緊急の連絡先について (1) 成年後見制度を利用している場合 後見人等が緊急連絡先になります。 (2) 成年後見制度を利用していない場合 【緊急レベルA（本人死亡の場合）】 →⑦ 遺体・遺品の引き取り・葬儀等を参照して下さい。 【緊急レベルB（本人の意識レベルが悪く、本人が医療同意できない場合）】 →⑥ 医療行為の同意を参照して下さい。
---	--

【緊急レベルC（施設入所中の急変時）】 →契約の内容などによりますが、支援シート（7ページ参照）を利用している場合は該当する方へ連絡してください。支援シートを利用していない場合や連絡先がない場合は各施設の相談員へ相談してください。 ② 入院費・施設利用料の支払い代行について (1) 成年後見制度を利用している場合 後見人等が支払代行をします。 後見人等は、「後見によって生じる費用は本人の財産から支弁」します。後見人等が入院費・施設利用料を保証人として、負担はしません。（責務の保証はしません。） (2) 成年後見制度を利用していない場合 本人の判断能力があり、本人が支払可能な場合は本人が支払います。 本人の判断能力が低下しており、金銭管理が難しくなっている場合は、成年後見制度や日常生活自立支援事業等の活用を考えましょう。日常生活自立支援事業の窓口は社会福祉協議会です。 ※もし、入院費の支払いが難しい時は、まず医療ソーシャルワーカー（以下、MSW）に相談しましょう。	■ 入院費の未払いを防ぐために、病院スタッフがができること ■ 本人の医療保険証を確認する。 【あり】→保険証の有効期限確認→短期保険証の場合→医療費支払い確認 （短期保険証の場合は保険料の支払いが滞っていることが考えられます。本人が窓口で支払う医療費負担を軽減するための限度額負担認定証を出してもらえない場合があります。） →通常保険証の場合→限度額負担認定証の申請手続 【なし】→保険証再発行・保険加入手続き支援（生活保護申請を含む） ③ 本人が生存中の退院・退所の際の居室等の明け渡しや、退院・退所支援に関することについて (1) 成年後見制度を利用している場合 まずは後見人等に相談しましょう。たとえば、退院・退所に当たり、病室や居室の現状回復する必要がある場合は、本人の財産管理をしている後見人等が、本人の財産
---	---

の範囲で支払いをします。

- (Ⅱ) 成年後見制度を利用していない場合
本人に判断能力がある場合は、本人に相談しましょう。
本人に判断能力がない場合は、まず、担当のソーシャルワーカーに相談しましょう。入
院中であればMSW、入所中であれば施設相談員が窓口となります。

■■ 身元保証代行団体を利用する場合に気をつけること ■■

「身元保証」について、成年後見制度・日常生活自立支援事業の活用や地域福祉ネ
ットワークの活用を検討するも、制度の利用ができない・地域福祉ネットワークでは対
応できない等の理由から身元保証代行団体との契約を検討する場合があります。

身元保証代行団体の利用を検討する際には、その団体の詳細な情報収集が必要です。
具体的には、身元保証代行団体を利用する際の料金が明確に定められているのか、団
体に定款や倫理綱領があるのか、役員名簿等の情報を公開しているのか、契約の解除につ
いて具体的に契約書に記載されているか、また、契約時に支払った契約金等の返還条件を
明示しているのか等の情報収集です。

利用を検討する前の情報収集はもちろんですが、「身元保証代行団体の利用ありき」
ではなく、公的な制度や地域資源の活用をまずは考えるということが大切です。
【参考：医療ソーシャルワーカーのための保証人不在者対応マニュアル
2015. 8月 一般社団法人 愛知県医療ソーシャルワーカー協会】

④ 入院計画書やケアプランの同意について

- (Ⅰ) 成年後見制度を利用している場合
後見人等が行います。

- (Ⅱ) 成年後見制度を利用していない場合

本人に判断能力がある場合は、本人が行います。
本人の判断能力がない場合は、まず、担当のソーシャルワーカーに相談しましょう。
入院中であればMSW、施設入所中であれば施設相談員が窓口になります。

⑤ 入院中に必要な物品を準備する等の事実行為について

- (Ⅰ) 成年後見制度を利用している場合

まず後見人等に相談してみましょう。

後見人等は、事実行為を行う義務はありません。身上監護・財産管理等、後見人の職
務を行う一連の流れの中で事実行為も同時に行わざるを得ない場合は多々あります。事
実行為の具体的な内容を後見人等に伝えましょう。

- (Ⅱ) 成年後見制度を利用していない場合

本人の判断能力がなく、かつ本人が出来ない場合は、まずMSWに相談しましょう。

⑥ 医療行為の同意について

- (Ⅰ) 成年後見制度を利用している場合

成年後見人等は医療行為の同意は出来ません。

医療を受けることに関する決定権は、医療を受けるもの（つまり患者本人）が有し
ています。医師が医療行為を行うには、原則としてその具体的な医療行為について患
者から同意を得る必要があります。一般的には、家族には医療行為に対して同意
する権限があると理解されていますが、家族の同意権限ですら、法上明確な根拠が
あるわけではありません。

ただし、本人や家族の医療同意がなければ一切の医療行為ができないかと言えばそ
うではありません。緊急時には同意がなくても医療行為を行い得るとされていますし、明
示の同意が得られない場合でも推定的承諾が認められる場合、同意は不要とされていま
す。

医療同意をするべき者がいない場合には、医療機関の判断で医療行為を行うか否か
を決定する事が必要となります。（本人が同意できない状態にあるとしても、医療行為
に対して推定的承諾があることが考えられる場合は多いのではないのでしょうか。推定
的承諾に基づいて医療行為を行っても違法とはなりません。）

- (Ⅱ) 本人の判断能力がない等、医療行為の同意がとれない場合

医療・ケアチームが医療の妥当性・適切性を判断して、患者にとって最善な治療方
針をとることを基本とします。

【参考：終末期医療の決定プロセスに関するガイドライン 2007. 5月 厚生労働省】

⑦ 遺体・遺品の引き取り・葬儀等について

成年後見制度を利用されている場合でも、後見人等は遺体・遺品の引き取りは出来

操の支援シート

この書類は、施設利用にあたり保証人の確認が順しく行向けに作成しました。支援を分限することで本人契約のみで施設利用ができるように希った書類です。利用者様がある程度の判断能力を有している場合と想定しておりますので、判断能力が不十分になった場合は成後後援制度を活用してください。

[illegible]

-10

ません。

「身元保証等」がない方がなくなれた場合には、半田市役所地域福祉課に連絡し、地域福祉課で相續人に該当する方を探し、連絡を取る等、必要な対応をします。

(生活保護を受給されている方については、生活保護課に連絡をしてください。)

5 支援シートの活用

施設利用にあたり保証人の確保が難しい方の支援時に活用できるよう「支援シート」を作成しました。支援を分担することで本人契約のみで施設利用ができるように考えました。

【参考：「支援シート」様式】※10ページ掲載

6 おわりに

このガイドラインは、医療・介護の多職種で構成される「半田市地域包括ケアシステム推進協議会身元保証部会」で、半田市における「身元保証」に関する定義や考え方をまとまりを整理し、指針として作成したものです。

病院や施設、事業所などに強制するのではなく、「身元保証」について対応が必要になった場合の参考として活用していただきたいと思います。

2-2 一般社団法人石川県医療ソーシャルワーカー協会の取り組み（職能団体レベル）

1 はじめに

一般社団法人石川県医療ソーシャルワーカー協会では4年にわたる「身寄りのない患者支援に関する研究事業」（以下、研究事業）の成果として、平成27年2月「身寄りのない患者支援における手引き」を当協会会員向けに発行した。研究事業を始めた当初は手引きの発行までを想定してはいなかったが、様々な取り組みの中で、協会会員間の身元保証に関わる問題意識の共有化と、身寄りのない患者に対する協会会員の支援の質的向上を図ることを目的に、手引きを発行するに至った。ここでは、石川県医療ソーシャルワーカー協会の研究事業の経過と職能団体としての取り組みについて振り返り、今後に向けた課題について報告したい。

2 身寄りのない患者支援に関する研究事業の経過について

当協会は、正会員295名（平成30年1月1日現在）が所属する石川県における医療ソーシャルワーカーの職能団体であり、平成27年6月に一般社団法人化し、事務局のほか、研修委員会、ソーシャルワーク支援委員会、広報・調査研究委員会、災害支援・一般社団法人整備委員会の4つの委員会で構成されている。研究事業の主体となった広報・調査研究委員会（以下、委員会）は、理事含め約8名の委員を中心に、ソーシャルワーク実践の普及及び質の向上を図ることを目的に、協会会報誌の発行やソーシャルワーカーデーの企画運営を行っている。

本研究事業は、平成22年にNHKで放映された「無縁社会」の番組を視聴した委員による何気ない問題認識から、「身元保証人がいない患者が増えている」「アパート入居の保証人がおらず、契約が難航した」「身元保証人がいない場合に施設調整が難航することが多い」など、委員会内にて多くの意見が出されたことが契機となった。無縁社会が象徴とする関係性の貧困から生み出される患者の困難さに対し、関わる医療ソーシャルワーカー自身もその支援の在り方に戸惑いを感じている実態が表面化し、委員会内で問題認識を共有化できたことが、研究事業の出発点となったといえよう。

4年にわたる研究事業は、計31回の委員会開催と6回の手引き編集会議開催の中で進められ、その経緯については以下の6点にまとめることができる。①研究テーマの検討、②実践における課題抽出と整理、③外部講師を招いた学習会、④協会会員向け集いの開催、⑤成年後見制度の制度改善に対する取り組み、⑥協会会員向け手引きの発行。それぞれの経過について、以下に振り返りを行う。

① 研究テーマについて

研究テーマは先述した経過のとおりであるが、特に医療機関における入退院を中心とした身寄りのない患者支援の在り方を研究課題として設定した。そしてその目標は、①身寄りのない患者が排除されず安心して治療が受けられるよう支援すること、②身寄りのない患者に対し適切な支援が行うことができる方法を学び獲得すること、③問題を可視化し職能団体として社会的発信を行うことにあった。

研究テーマの対象に取り上げた「身寄りのない患者」については、①家族や知人で支援をしてくれる人が不存在の状態にある、②成年後見制度などの法的手続きを取ることができていない状態にある者と定義づけた。入院時の身元保証人等欄への記入については特に規定はしなかったが、日本医療社会福祉協会が行った「身元保証がない患者の金銭管理と退・転院に関する実態調査」で定義した「身元保証がない患者」（本冊子12頁）と、ほぼ同一の意味をもつものといえる。

また、研究事業を進めるにあたり、開かれた研究事業であることを意識して、協会会員に対し研究事業協力員募集の呼びかけを行った。

② 実践における課題抽出と整理

身寄りのない患者が抱える課題を抽出するために、まずは委員会内でKJ法を用いたグループワークを行い、課題の整理を試みた。その中で、①入院時契約、②入院中の必要物品の準備、③医療同意、④金銭管理、⑤療養・退院調整、⑥死亡時対応の6つの場面に着目し、患者側と医療機関側がそれぞれ直面する課題を詳細に検討した。課題抽出作業において、特に意思決定能力が不十分な患者に対する自己決定の尊重と権利擁護を要する場面で医療ソーシャルワーカーのジレンマが生じやすいことや、医療ソーシャルワーカー自身の知識不足から派生する困難さが混在していること、現行の医療制度やシステムに合わせた問題解決を図ろうとする中での困難さが生じることなどが明らかとなった。

③ 外部講師を招いた学習会

委員会内で課題を整理する中で、通常用いられる用語の定義（身元保証、身元引受、連帯保証など）を適切に理解せずに現場で運用していることも明らかとなり、研究事業を進めていく上で、委員会内での学習企画も並行して行った。リーガルサポートセンター石川支部に協力を要請の上2名の司法書士を講師に招き、用語の定義だけでなく、扶養義務や家族の法的責任に関すること、成年後見制度の実際場面について理解を深める学習会を設けた。この学習会は、身寄りのない患者を取り巻く課題の理解を深めるだけでなく、他団体と連携していくことの重要性を感じる機会ともなった。

また、石川県内でも先進的に取り組みをしている自治体の動向を学ぶことを目的に、自治体直営の地域包括支援センター所長を招き、成年後見制度市町村申立てを中心とした成年後見制度利用支援事業に対する学習会も行い、権利擁護に重点をおいた制度上のあるべき姿とともに、自治体間の対応の相違などについても共有を図った。

④ 協会会員向け集いの開催

これまでの委員会内での議論の中で、身寄りのない患者支援の課題がより明確化したことにより、多くの協会会員が抱える悩みや疑問に対し解消を図り、今後の支援に活かしていくことを目的にして、協会会員対象の集いを2回開催した。1回目は、委員会内の学習会でも協力いただいた2名のリーガルサポートセンター石川支部の司法書士をゲストに招き、入退院を中心とした様々な身寄りのない患者支援に関する日常実践を協会会員同士で語り合い、ゲストとともにディスカッションを行った。そして2回目は、上記の司法書士に加え、ぽあとなあ石川、金沢市社会福祉協議会権利擁護センターからもゲストに招き、成年後見制度にかかわる実務担当者とともに、経済的に余裕のない患者の制度利用や、成年後見制度市町村申立てに関して意見交換を行った。

2回の集いをとおして、身寄りのない患者支援に関する協会会員の関心の高さがうかがえるとともに、課題解決の手立てが分からず、多くの協会会員が孤独に、そして時には重圧の中で悩む姿が浮き彫りとなった。ゲストと参加者との双方向の活発な意見交換による集いは、直面する課題へのアプローチや他の医療ソーシャルワーカーの経験値を共有できる機会となり、協会会員にとっても新たな学びを得る満足度の高い企画となったといえる。

⑤ 成年後見制度の制度改善に対する取り組み

平成17年7月29日付厚生労働省通知¹⁾では、「4親等以内の親族の有無確認作業がきわめて繁雑であることも要因となって、市町村申立てが十分に活用されていない状況にあった」ことにより、「市町村申立てに当たっては、市町村長は、予め2親等以内の親族の有無を確認すること」と基準緩和された。しかしながら、平成25年時点の金沢市においては、4親等内の親族調査を要件とする事務取扱要領が変更されておらず、審判請求に至るまでに1年以上も要することも多く、何とか改善が図られないかと委

員会内でも意見交換を行っていた。

研究事業の集いとおして、リーガルサポートセンター石川支部やばあとなあ石川の担当者らともこの問題の共有を図ってきた経緯もあり、平成25年9月石川県成年後見制度連絡協議会にて、成年後見制度と市長申立てをテーマに金沢市担当者を招いた意見交換会が開催されるに至った。協議会では、個別に依頼された協会会員が市長申立に関する事例報告を行い、権利擁護の視点から速やかに後見人選任の審判請求が行われることを訴える機会を得ることとなった。これらの経過を経て、その後平成26年12月に金沢市の事務取扱要領は変更され、2親等以内の親族調査の基準緩和とともに、以前よりも迅速な審判請求が行われる運用に改善してきている。

⑥ 協会会員向け手引きの発行

これまでの3年間の研究事業の経過を踏まえ、協会会員に対し身寄りのない患者支援における制度上適切な知識や情報を提供するとともに、協会会員の支援の質の向上を図るサポートツールとして、「身寄りのない患者支援における手引き」を発行することとなった。

入院時、療養中、退院時に遭遇する可能性が高い9つの場面について、Q&A方式で実践における対処方法や基礎的な制度や法文を解説するとともに、医療ソーシャルワーカーの経験から生み出される支援における実用的なヒントについては「経験の知恵袋」として掲載し（資料①）、巻末には関係機関の掲載も行うなどの工夫も図った。また、手引きの発行にあたっては、リーガルサポートセンター石川支部の司法書士の方に監修協力を依頼した。

3 本研究事業を職能団体が取り組む意義と今後の課題

手引き発行後、協会会員からは、「身寄りのない患者が死亡した際に法的根拠を理解した上で、自治体担当者との連絡調整を行うことができた」「相続財産管理人の申立て調整を行うきっかけとなった」「多額の財産を所持して入院した患者に対し、弁護士との財産管理契約を行うことができた」など、手引きを参考にして新たな制度利用につながるなどの意見が寄せられている。

職能団体として発行した手引きにより、協会会員向けに身寄りのない患者支援における基礎的な知識や制度を示すとともに、これまで経験のない医療ソーシャルワーカーに対しても、適切な支援に接近するための手段や情報を得る機会を提供できたといえる。また、手引き発行の過程から、身寄りのない患者を取り巻く様々な課題の所在やその課題によって患者にもたらされる不利益について、職能団体として真摯に向き合い、問題提起や解決に向けた取り組みを継続していく必要性を認識することができた。

一方で、地域に潜在化する課題に対して、所属機関を超えた他機関との連携や地域システムへのアプローチは決して十分とはいえない。身寄りが無いことを理由に患者を排除しない所属機関の土壌の形成は、それぞれの協会会員の実践や改善に向けた取り組みに一定委ねる必要がある。職能団体としては、所属機関外や他の職能団体も含めた経験値の蓄積と共有を図りながら、さらに協会会員が適切な知識や情報をもとに実践的な活用ができるよう支援していくとともに、地域社会における共通する困難な課題を明らかにし、改善に向けた取り組みを行う必要がある。

（伍賀道子）

【文献】

- 1) 平成17年7月29日障発第0729001号、障精発第0729001号、老計発第0729001号通知「「民法の一部を改正する法律の施行に伴う関係法律の整備等に関する法律による老人福祉法、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律および知的障害者福祉法の一部改正について」の一部改正について」

資料① 一般社団法人石川県医療ソーシャルワーカー協会「身寄りのない患者支援における手引き」より抜粋

3. 退院時

Q8. 身寄りのない人が亡くなった場合、ご遺体の引き取りをどのようにしたらよいでしょうか

A

身寄りのない方が亡くなり、かつ葬祭を執行する者がいない場合、まずは市町村の担当課（生活保護、老人福祉、障害福祉の担当課のいずれか）に連絡を入れ、身寄りのない方が亡くなった旨の報告をおこなう必要があります。担当課では、対象者の親族調査を行い、連絡が取れる可能性があるか、親族による葬祭執行が可能かどうか、確認がおこなわれます。

親族等による葬祭執行が困難と判断した場合は、墓地、埋葬等に関する法律第9条に基づき、本人の死に地の市町村長が葬祭の執行をおこない、墓地、埋葬等に関する法律により、火葬許可を出し、法務局長の許可を得て、葬儀で戸籍に死亡の記載を行うこととなります。ご遺体については、医療機関から市町村長に死体引渡書を提出し、市町村長から死体受領書を受け取ることにあります。その後、市町村がご遺体を引き取り葬祭の執行をおこなった上、ご遺骨を納めることとなります。

その際の葬祭にかかる費用は、行旅病人及び行旅死に人取法の規定を準用し、第一に亡くなった方の遺言金、第二に遺留物品の売却代金から充当することになりますが、その不足額は葬祭の執行をおこなった市町村が立て替え、最終的には都道府県が負担することになります。また、自宅で加死死した状態で発見された場合には、警察による検死が行われた後、身寄りがいないと判断されれば、市町村がご遺体を引き取り、上記対応を行うこととなります。

なお、路上及び旅行中に死亡した場合、また亡くなった方の身元が判明しない場合等については、行旅病人及び行旅死に人取法に基づき、ご遺体の所在地の市町村が本人の認識に必要な事項を記録した後、葬祭の執行を行うこととなります。

生活保護受給者が亡くなった場合は、葬祭を行う扶養義務者がいない、かつ亡くなった方の遺留した金品で葬祭をおこなうために必要な費用を充当することができない際には、葬祭扶助の申請を行い、葬祭扶助の範囲内で葬祭が執行されることとなります。

身寄りのない方が生前に献体の希望を示した場合には、献体事務局に入会手続きをおこなっていただくことをお勧めします。基本的に解剖には遺族の同意が必要ですが、死亡後30日が経過しても遺族が現れない場合は、死体解剖保存法により、大学長は解剖用死体交付申請書を市町村に提出し、その申請に基づき市町村は親族を捜すこととなります。解剖に関する同意が得られない遺族がいないことを確認できた場合は、市町村は解剖用死体交付証明書を大学長へ発行し、その後大学側は解剖を行う手続に入ります。また、市町村長が死体交付を拒否した場合は、墓地、埋葬等に関する法律第9条に基づき、市町村が葬祭の執行をおこなうこととなります。

墓地、埋葬等に関する法律 昭和23年5月31日 法律第48号

第1条 墓地、納骨又は火葬場の管理及び埋葬等が、国民の宗教的感情に適合し、且つ公衆衛生その他公共の福祉の見地から、支障なく行われることを目的とした法律。

第5条 埋葬、火葬又は改葬を行おうとする者は、厚生労働省令で定めるところにより、市町村長（特別行政区の区長を含む。以下同じ。）の許可を受けなければならない。

2 前項の許可は、埋葬及び火葬に係るものにあっては死亡若しくは死産の届出を受理し、死亡の報告若しくは死産の通知を受け、又は船舶の船長から死亡若しくは死産に関する航海日誌の原本の送付を受けた市町村長が、改葬に係るものにあっては死体又は焼骨の現に存する地の市町村長が行うものとする。

第8条 市町村長が、第五条の規定により、埋葬、改葬又は火葬の許可を与えるときは、埋葬許可証、改葬許可証又は火葬許可証を交付しなければならない。

第9条 死体の埋葬又は火葬を行う者がいないとき又は判明しないときは、死亡地の市町村長が、これを行わなければならない。

2 前項の規定により埋葬又は火葬を行ったときは、その費用に関しては、行旅病人及び行旅死に人取法（明治32年法律第93号）の規定を準用する。

行旅病人及び行旅死に人取法 明治32年3月28日 法律第93号

※ 行旅人（身寄りを持たない場合やホームレス状態にある場合などに解釈されることが多い）が病氣になったり、死亡した場合の取り扱いに関して定めている法律。所在地の市町村が対応を行うこととされている。

死体解剖保存法 昭和24年6月10日 法律第204号

第7条 死体の解剖をしようとする者は、その遺族の承諾を受けなければならない。ただし、次の各号のいずれかに該当する場合においては、この限りでない。

1 死亡確認後30日を経過しても、なおその死体について引取者のない場合
2 二人以上の医師（うち一人は歯科医師であってもよい）が診療中であった患者が死亡した場合において、主治の医師を含む二人以上の診療中の医師又は歯科医師がその死因を明らかにするため特にその解剖の必要を認め、かつ、その遺族の所在が不明であり、又は遺族が遠隔の地に居住する等の事由により遺族の諾否の判明するのを待っていてはその解剖の目的がほとんど達せられないことが明らかな場合

3 第2条第1項第3号、第4号又は第7号に該当する場合

4 食品衛生法第59条第2項の規定により解剖する場合

5 検疫法第13条第2項後段の規定に該当する場合

第12条 引取者のない死体については、その所在地の市町村長（特別行政区の区長を含むものとし、地方自治法（昭和22年法律第67号）第252条の19第1項の指定都市にあっては区長とする。以下同じ。）は、医学に関する大学の長（以下学長と称す。）から医学の教育又は研究のため交付の要求があつたときは、その死亡確認後、これを交付することができる。

第13条 市町村長は、前条の規定により死体の交付をしたときは、学校長に死体交付証明書を交付しなければならない。

2 前項の規定による死体交付証明書の交付があつたときは、学校長の行う埋葬又は火葬については、墓地、埋葬に関する法律（昭和23年法律第48号）第5条第1項の規定による許可があつたものとみなし、死体交付証明書は、同法第8条の規定による埋葬許可証又は火葬許可証とみなす。

第14条 第12条の規定により死体の交付を受けた学校長は、死亡の確認後30日以内に引取者から引渡の要求があつたときは、その死体を引き渡さなければならない。

【参考文献】

- ・小嶋正『身寄りのない高齢者への支援の手引き』p.184,185、東京都社会福祉協議会（2008）
- ・鳥取市公式ホームページ
〈<http://www.city.tottori.lg.jp/www/contents/1197246852346/>〉（2014.1.5閲覧）

経験の知恵袋

- ・身寄りのない方がなくなる可能性が高い場合、どのように対応したらよいかわからない際には、あらかじめ担当課に対応方法を確認しておくといでしょう。
- ・親族等の存在の有無については、地域包括支援センターをとおして、市町村の高齢福祉担当課に問い合わせしてもらうのもよいかもしれません。
- ・葬祭業者によっては身寄りのない方の葬祭を多く執りおこなっているところもあり、葬祭業者に対応方法についての経験を聞いてみるのもよいでしょう。
- ・予期せぬ状況で週末や夜間帯に身寄りのない方がなくなった場合、現場のスタッフはどのように対応したらよいが困惑するかもしれません。そのような場合の対応を念頭において、あらかじめ個別対応方法や対応マニュアルなどを定めておくのも一案かもしれません。

2-3 医療法人名南会名南ふれあい病院における取り組み（ソーシャルワーク部門レベル）

名南ふれあい病院（愛知県名古屋市）は、回復期リハビリテーション病棟60床と介護療養型医療施設60床を有する病院である。同病院は、困難な状態に置かれている人々の命と人権を守る立場から、「いのちの平等」、「無差別・平等」の医療と福祉を目指して活動している¹⁾。例えば、身元保証を付けることができない入院患者の転院先や施設入所先が制約されている中、同病院ではこうした患者の受け入れを基本的には断らないようにしている。

ただし、患者の受け入れにとどまらず、後述するように、医療ソーシャルワーカーが中心になって、身元保証不在の患者支援にも力を入れている。ここでは、同病院における医療ソーシャルワーカーの取り組み内容を報告する。なお、本取り組みについては、すでに林²⁾の中で紹介されていることから、その内容を踏まえて記載することとする。

同病院では、急性期病院より身元保証を付けることができない入院患者が紹介され、とりわけ回復期リハビリテーション病棟でこうした患者を多く受け入れていることもあり、以下の取り組みを行っている。具体的には、回復期リハビリテーション病棟で受け入れした時点で保証人がいなかった患者群（以下、保証人なし群）とそれ以外の患者群（以下、保証人あり群）のデータ比較をしつつ、保証人なし群のデータ分析を中心に行うことで、これらの患者の特徴を示すことである。

上記取り組みから示された、保証人なし群の特徴は以下の5点である。第1に、保証人なし群は、保証人あり群と比べて、50代と60代男性の占める割合が高いことである。一方、藤森³⁾でも、1985年から2005年にかけての単身世帯の増加状況を分析した結果、50代と60代男性で単身世帯が大きく増加していることが明らかにされている。第2に、保証人なし群は、保証人あり群と比べて、脳梗塞・脳出血の割合が高いことである。厚生労働省⁴⁾によれば、「要介護度別にみた介護が必要となった主な原因」の第2位が脳血管疾患（脳卒中）である。再発のリスクも併せて考えると、要介護状態に陥りやすい患者群であるといえるのかもしれない。

表1 生活保護受給の有無

(%)

	保証人なし群	保証人あり群
生活保護受給あり	25 (67.6)	20 (8.1)
生活保護受給なし	12 (32.4)	226 (91.9)
合 計	37 (100)	246 (100)

注) 有意差 $p<0.001$ (統計: χ^2 検定)。

出所: 林 祐介: 保証人問題の解決に向けた取り組み, 医療と福祉, Vol.46, No.1, p.70, 2012.

表2 患者世帯の課税状況

(%)

	保証人なし群	保証人あり群
住民税課税世帯	8 (21.6)	146 (59.3)
住民税非課税世帯	29 (78.4)	100 (40.7)
合 計	37 (100)	246 (100)

注) 有意差 $p<0.001$ (統計: χ^2 検定)。

出所: 林 祐介: 保証人問題の解決に向けた取り組み, 医療と福祉, Vol.46, No.1, p.70, 2012.

第3に、保証人なし群は、保証人あり群と比べて、低所得世帯の占める割合が高いことである。表1は生活保護受給の有無をまとめたものであり、保証人なし群の67.6%が受給しているのに対して、保証人あり群での受給割合は8.1%である。表2は患者世帯の課税状況をまとめたものであり、保証人なし群の78.4%が住民税非課税世帯であるのに対して、保証人あり群では40.7%にとどまっている。

第4に、保証人なし群では、医療ソーシャルワーカーによる支援内容が非常に多岐にわたっていることである。具体的には、入院中に医療ソーシャルワーカーが患者に行った支援内容を分析し、以下の7つに分類している。①金銭管理支援、②家賃支払い支援、③水道光熱費等に関わる支援、④借金に関わる支援、⑤身の回り支援、⑥社会資源へのつなぎ、⑦退・転院に関わる支援（院内他職種および地域の関係機関との連絡・調整を含む）。

第5に、保証人なし群では、退・転院に至るまでに多種多様な関係機関が関わっていることである。例えば、役所については、大半が生活保護ケースワーカーであるが、総務課や保険年金課もわずかながら含まれている。社会福祉協議会については、日常生活自立支援事業を接点に関わっていたものが多くみられる。弁護士については、法的な債務整理の必要性を機に関わるようになったものが含まれている。一方、自宅退院に伴い、ケアマネジャーまたは地域包括支援センターと介護保険サービス提供事業所の組み合わせが多くみられるが、障害者地域生活支援センターと障害福祉サービス提供事業所の組み合わせもみられる。加えて、不動産屋、リサイクルショップ（家財道具を購入するために利用）、ハウスクリーニング業者が関わっているのは、いずれも住環境に関わる支援が必要なケースである。

以上の内容を踏まえると、保証人なし群の特徴として、生活保護受給者あるいは低所得層が多く、インフォーマル・ネットワークが乏しいために、医療ソーシャルワーカーの支援内容が多岐にわたっており、退・転院するにあたっては様々な関係機関が関わっていることがあげられる。さらに、上記内容を踏まえて、身寄りのない患者用チェックリスト（以下、チェックリスト）を作成するに至っている。身元保証不在の患者支援を行う際、経験の浅い医療ソーシャルワーカーだと十分に対処しきれない可能性があり、業務の均質化を図る必要があると考えたためである。

図1は、名南ふれあい病院で実際に使用しているチェックリストである。これは、身元保証を付けることができない入院患者の特徴を踏まえたものになっており、大項目を以下の7つに分類している。1）経済状況、2）金銭・貴重品の管理、3）家賃・水道光熱費・電話料金の支払い、4）代行申請が必要な社会資源、5）入院中の必要物品、6）緊急連絡先・関係機関連絡先、7）退・転院時の確認事項。

1）は、保証人なし群の大半が生活保護受給者あるいは低所得層であり、詳細な経済状況の確認が必要不可欠なことから設定している。また、借金に関わる支援を行ったケースが一定数存在していたことを踏まえて、収入状況だけでなく、借金の有無を確認する欄も設けている。

2）は、保証人なし群の半数強が金銭管理支援を要していたことから設定している。入院患者の財産は自己管理が原則である。しかし、入院患者による自己管理が不適切な場合などに限って、患者本人と病院が預かり金等の管理委託契約を締結し、病院による管理がなされることがある。そのため、病院で管理する際の注意事項は、弁護士による法的な見解に基づいて執筆されている『身寄りのいない高齢者への支援の手引き』⁵⁾等を参考に記載している。

3）は、保証人なし群の約3割が家賃支払いおよび水道光熱費等に関わる支援を要していたことから設定している。家賃、水道光熱費、電話料金それぞれの支払い方法を確認できるようにしただけでなく、電気・ガス・水道・電話の使用状況を確認する欄も設けている。入院中は電気・ガス・水道・電話を使用しないために、それらを停止できないか相談を受けたケースが何例かみられたからである。

図1 身寄りのない患者用チェックリスト②

	身寄りのない患者用チェックリスト②		
	【代行申請が必要な社会資源】 □生活保護移送費 □生活保護オムツ代 □医療保険減額証 □介護保険減額証 □障害者手帳 □その他（ ）		
入	【入院中の必要物品】 ＜必要物品の確認＞ ＊不足品に○をつける 活動着・パジャマ・下着・歯ブラシセット・コップ・ひげそり・洗剤・その他（ ） ＜不足品の手配方法＞ □自宅へ取りに行く □新た購入 □病衣申請 ＊衣類の場合は、病衣申請も視野にいれて検討します。 ＜自宅へ取りに行く場合の同席者＞ □患者本人 □生活保護担当者 □大家・管理人 □その他（ ） ＊患者本人の自宅へ行く時は、必ず誰か同席者（立会人）を立てるようにします。 絶対に一人では行かないようにします。		
院	【緊急連絡先・関係機関連絡先】		
中	氏名	続柄	連絡先
退	【退・転院時の確認事項】 □退・転院日が確定したら、緊急連絡先および関係機関へ連絡します □これまでの入院費用の支払い状況を確認します ⇒ 未払い分の支払い方法（ ） □電気・ガス・水道・電話を停止した場合、再開の手続きをします □生活保護受給者が自宅退院する際には、退院月の生活保護費の受け取り方法を役所に確認します ⇒ □患者本人が役所へ取りに行く □生活保護担当者が自宅へ届ける □その他（ ） □預かり物品がある場合、預かり証と引き替えに患者本人へ預かり物品をお返しします ＊患者本人が預かり証を紛失した場合には、その旨をカルテに記載し、預かり物品をお返しします。 □病院で金銭管理をしていた場合には、個人別出納台帳の原本をお返しします ＊預かり証原本と個人別出納台帳のコピーは、MSWファイルへ保管します。		
院			
時	【特記事項】		

Vol.46, No.1, p.73, 2012.

4) は、医療ソーシャルワーカーが社会資源へつなぐ過程の中で、申請に行っていただける家族等がおらず、医療ソーシャルワーカーによる代行申請が必要だったケースが多数みられたため設定している。ここでは、代行申請することが比較的多いと思われる社会資源を中心に列記している。

5) は、保証人なし群の6割強が衣類等の入手といった身の回り支援を要していたことから設定している。身元保証を付けることができない入院患者は、急性期病院では病衣で過ごしていることが多い。しかし、回復期リハビリテーション病棟では、病衣だと何かと不都合が生じるため、普段着等を何らかの方法で入手する必要性が出てくる。そのため、それらをどのように手配するのかを確認する欄を設け、衣類等を患者宅へ取りに行く際の注意事項も明記している。

6) は、保証人なし群においては、退・転院に至るまでに多種多様な関係機関が関わっていたことから設定している。また、平時の関わりはないものの、緊急時には連絡してほしいところがあると言われることがあるため、緊急連絡先・関係機関連絡先としている。

7) には、退・転院日が確定し、これまで行っていた支援を終結するにあたって必要な確認事項を中心に列記している。具体的には、緊急連絡先・関係機関への連絡、電気・水道・ガス・電話の再開手続き、預かり金等の返却方法などを明記している。

以上、名南ふれあい病院における患者実態分析とチェックリスト作成の取り組みについて紹介した。ただし、一病院・施設の取り組みでは限界があるのも事実である。今後は、本取り組みで得た知見を踏まえて、他の病院・施設や地域の関係機関を巻き込んだ動きにいかにつなげていけるかが重要になってくると思われる。他の病院・施設や地域の関係機関それぞれが、「自分たちのやれることを出し合うことが、解決に向けた第一歩になる」、「解決のキーワードは『役割分担』である」と考えるためである⁶⁾。

(林 祐介)

【文献】

- 1) 林 祐介：病院・施設が求める保証人に関する一考察，医療と福祉，Vol.45, No.1, pp.42-47, 2011.
- 2) 林 祐介：保証人問題の解決に向けた取り組み，医療と福祉，Vol.46, No.1, pp.68-75, 2012.
- 3) 藤森克彦：単身急増社会の衝撃，pp.23-62，日本経済新聞社，2010.
- 4) 厚生労働省：平成28年国民生活基礎調査の概況
(<http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/k-tyosa/k-tyosa16/dl/05.pdf>, 2017.12.19参照)，2017.
- 5) 小嶋 正：身寄りのいない高齢者への支援の手引き，pp.91-123，東京都社会福祉協議会，2008.
- 6) 林 祐介：保証人問題の現状と解決に向けた取り組み，医療アドミニストレーター，Vol.4, No.43, pp.58-61, 2013.

2-4 医療法人尚仁会真栄病院における取り組み（病院レベル）

1 はじめに

「無縁社会」という言葉を頻繁に耳にするようになって久しい。地縁・血縁などを含む「人と人との関係」が希薄化した日本社会の一面を表しているが、家族機能や自治組織の弱体化により、社会的に孤立する人達が増加している。その一方で、入院等を含む生活の様々な場面では「保証人」が当然のように求められ、いわゆる身寄りがいない人、もしくは親族関係が疎遠である人は、対処し難い課題を抱える可能性を潜在的に有している。

ところで、医療機関においても「身元保証のない人」の入院事例が増加している。入院に際して「保証人」を求めることが常態化している医療機関においては「何かあった時に誰が責任を取るのか」「必要なサポートは誰が行うのか」といった問題の発生が推測される。更に、病気の発症を契機に、患者の意思決定能力が著しく低下している場合には、「誰が物事を決定するのか」など、とりわけ結果が生死をも含む可能性がある治療方針の決定については、更に複雑な問題へと発展していく。

考え得る解決策の一つに、意思決定能力が欠如した状態にある本人を保護等するための成年後見人制度等（法定代理等）の活用が考えられるが、これらの調整には費用、労力、時間を要する場合が多いことから、医療機関には馴染まない場合も多く、更には上述した医療機関側が問題視する事項をすべて解決できるものではない。成年後見人制度等の利用が必要かどうかは、慎重に検討されるべきである。また、保証人を代行する民間企業なども出てきたが、その費用は高額であり安易に依頼できるものではない。

このように、「身元保証がない人」の入院に際しては、多様な問題の発生が予想される。なかでも最大の問題は、上述した懸念から患者の入院が拒否されるという事態だろう。医師法第19条「応召義務」や厚生労働省通知に関する議論を要する状況であるが、医療ソーシャルワーカーは、社会的排除をも生み出しかねないこの状況に対して警鐘を鳴らすべきである。

そこで、真栄病院（とりわけ地域医療連携室）では、同様の患者の入院が必要になった場合であっても、適切な医療及びケアを提供し、患者が抱える課題に対して院内全体で適切に対応出来るように、「身寄りなし・親族疎遠等ケース対応マニュアル」の作成に取り組んだ。本稿においては、当マニュアル作成に至った経緯や取り組み、マニュアルの内容や作成後の課題について報告したい。

2 用語の定義と問題の構造

混乱を避けるため、本稿で利用する用語の定義と問題の構造について簡単に整理する。最近では「身元保証のない人」といった表現が用いられることが増えてきたが、医療機関等では「身寄りがいない」「親族等の関係が疎遠・関わり拒否」「支援者不在」といった類似する用語が多々使用される。これら用語と「身元保証がない人」の関係は決してイコールではない。そもそも医療機関側が「身元保証人」となる方にどのような役割を求めているか定かではないが、いずれにせよ「身元保証がない人」というのは、一定の評価の上で使用される用語である。

つまり、「身寄りがいない」もしくは「親族等の関係が疎遠・関わり拒否」といった状態が「身元保証がない人」に直結する訳ではなく、医療機関側の求める保証機能を本人以外で担う人物がいないと判明した時点で、「支援者不在」もしくは「身元保証がない人」と表現される。そのため、正確な判断をするためには「血縁・地縁において本人をサポートしてくれる人物はいないか」「親族等はどこまで関わる事が出来るのか」といった調査が必要になってくる。なかには「〇〇という保障機能は担うことができるが、△△は出来ない」といった事例もあるだろう。

また、自立もしくは自己決定を医の倫理の中核に置く日本においては、本人に意思決定能力が欠如し

ている場合、治療方針等の決定について解決困難な課題が発生する。その際、あくまでも社会通念上として「親族等」に決定を依頼するケースが多いが、「身元保証のない人」の事例に関しては「決定者不在」という状況が発生する可能性が高い。これらを背景に、医療機関では当該患者の入院の受け入れに拒否的な反応を示すことになる。「身元保証のない人」に関する事例では、自己決定を尊重する仕組みが、逆に患者の医療を受ける権利を妨げる要因ともなり、社会的排除を生み出す構図になっている。

3 医療法人尚仁会真栄病院の紹介とマニュアル作成に至るまでの経緯

医療法人尚仁会真栄病院は、一般病棟入院基本料15:1（37床）、地域包括ケア入院医療管理料1（18床）、回復期リハビリテーション病棟入院料Ⅰ（55床）、療養病棟入院基本料Ⅰ（56床）を有する合計166床の病院である。筆者が所属する「地域医療連携室」は、医療ソーシャルワーカー6名、看護師1名で構成され、組織系統としてはいわゆる事務部門に紐づく形となっている。

当院では、外来を経由しての入院を除き、入院患者の約9割が急性期病院等からの転院患者である。ソーシャルワーカー等からの入院相談を受理した後、院内規定で定める判定会議にて入院可否を検討する仕組みが整備されている。本稿のテーマである「身元保証のない人」に関する入院相談についても、これまで数多く受理してきた。

最近では、問題意識の高まりとともに、「身元保証がない」といった理由のみで入院が拒否される事例は少なくなっている印象を受けるが、未だに「身元保証人がいない患者は入院できないと言われた」と当院への入院依頼に繋がることは少なくない。幸いなことに、当院には「身元保証がないことを理由に入院不可とすべきでない」と考える方針が以前からあり、受理した入院依頼の多くを入院に繋げることが出来ていた。

しかしながら、現場での実情は混沌としていた。院内スタッフの中には否定的見解をもつ者も多く、また当該人物・職種が院内で強い影響力をもつ場合は、入院可否にまで影響を及ぼす事態へ発展することも経験した。更に、患者が入院した後も多様な課題が発生していた（以下参照）。

- ・身元保証人／連帯保証人は誰なのか？何かあった時の責任は誰が取ってくれるのか？
- ・入院時の書類等（入院申込書、リース申込書）には誰がサインするのか？
- ・入院中の書類（各計画書、同意書、カンファレンスシート）には誰がサインするのか？
- ・入院時に持参した私物は、どこで誰が管理するのか？
- ・貴重品は、誰がどこで管理するのか？金銭管理は誰がどのように行うのか？
- ・入院費用は誰に請求すれば良いのか？誰が支払いの手続きを取ってくれるのか？
- ・郵便物の手続き、公共料金、その他現在の住まい等の解約はどうするのか？
- ・他科受診が必要になった場合はどうするのか？誰が受診同行するのか？
- ・緊急時の対応はどうするのか？誰に相談すれば良いのか？
- ・受診先で必要な書類のサイン等はどうするのか？
- ・退院時に向けての生活場所検討は誰の判断で行うのか？手続きはどうするのか？
- ・仮に入院中に患者が死亡した場合はどうするのか？葬儀、納骨、物品処分は？等々

これらの疑問と役割は、社会的課題を主に解決する医療ソーシャルワーカーに投げかけられることが多く、結果的に医療ソーシャルワーカーが多くの役割を担っていた経緯がある。そのため、該当患者を担当する医療ソーシャルワーカーには、多大な労力及び精神的負担が伴っていた。更に、随時の相談体制があったとはいえ、医療ソーシャルワーカーにとっても不明なことが多く、「本当に判断は正しいのか」

「患者の利益になっているのか」と悩み絶えない日々が続き、法的かつ組織的後ろ盾もない、いわゆる「無防備な状態」で支援を展開していたのも事実である。とはいえ、ここで我々が手を止めれば「患者の医療を受ける権利が失われてしまう」という危機感で奮闘してきた次第である。

以上から、「患者の医療を受ける権利を守ることを最大の目的に、医療ソーシャルワーカーのみではなく、病院全体として継続的に安定した入院受け、並びにその後の対応を適切に実施できるシステムづくりが必要である」と痛感し、平成28年度より地域医療連携室がマニュアル作成に着手した次第である。

4 「身寄りなし・親族疎遠ケース対応マニュアル」の作成経過及び内容について

当院で作成した対応マニュアルの全体像は、添付資料①の通りである。その他、運用管理者や各規定等を整備し製本化しているが、本稿で全ての紹介は難しいため作成経過及び内容について抜粋して提示する。ただし、先に述べるが、あくまでもマニュアルの作成は「ゴール」ではない。多少の粗削りでもあっても、組織や地域、そして社会に対して警鐘を鳴らすための「ツール」としてマニュアル作成に着手している。マニュアル自体は、病院機能や種別によって大きく異なるものだろう。

(1) 所属部署の検討

マニュアル作成に限ったことではないが、理想と掲げる医療福祉を実現するために、どの部署に所属すべきかを日々検討している。例えば、医療相談室・地域医療連携室等々の呼称で単独で存在する病院もあれば、看護部、診療部、事務部門といった枠組みの中に位置づけられる場合もあるだろう。どの部署が適しているかは所属する病院によって様々であるが、当院の場合においては、先に述べたように事務部門に位置する形が適当と判断し、病院への働きかけを実施している。

(2) ワーキンググループ立ち上げと事例分析

身元保証問題に対して強い解決意欲をもつ医療ソーシャルワーカー6名、看護師1名で構成されるワーキンググループを立ち上げ、「身元保証がない人とは？」といった議論を開始した。この結果は、先述（2.「用語の定義と問題の構造」にて）した通りである。

同時に、過去事例の入院相談受理から退院に至るまでの過程を分析したところ、発生する問題と対応に関して、大きく「入院前」「入院中」「入院後」の時系列に分けて考える必要があること、また「支援者（血縁・地縁含む）の有無」「意志決定能力の有無」、更には「（親族等による）関わり」の意思や程度から、対象者像を大きく4類型に分けて考える必要があることが見えてきた。

また、これらの分析からは、「身元保証のない人」という表現は抽象的なものであり、統一された定義（イメージ）や評価基準がない中で用いることの危険についても認識した。つまり、「身元保証がない人」と表現される状態は「支援者（地縁・血縁）の有無」や「支援者（地縁・血縁）の関わり」の程度によっても異なり、「親族関係が疎遠」などの場合においては「〇〇は担うが、△△という役割は果たせない」といった一部の保証機能を有する事例もあることから、「身元保証のない人」と一括りすることが適さない場合もあった。

その他、そもそもとして医療機関が「身元保証人」に何を求めているかが不明確であり、そのような状況にも関わらず、これを理由として入院を拒否する事態になっていることは前述した通りである。

(3) 類型振り分けと同意書の作成

ワーキンググループにおいて、時系列及び類型毎の支援内容の検討が必要であると判断した訳で

あるが、まずは類型を判断するための書式として、添付資料②を作成した。(1)で示した4類型を判断するためのフローチャートである。

同時に、親族等がいる場合については、入院中の判断事項や必要なサポートに対しての関わりの程度を確認するため、【書類作成】【金銭管理】【退院支援サポート】【私物の管理】【治療方針の決定】【緊急時対応】【身体拘束等】【臨終時の対応】の確認項目を含む同意書を作成した(添付資料③)。また、同意書については、病院としてのトラブル防止の一案で作成した理由もあり、役割及び責任の所在を明確にするという目的を含むものである。患者本人の内的資源の活用という視点や、疎遠であった親族等への支援を安易に頼ることの是非について議論を要する所ではあるが、後述するが、思わぬ効果を発揮した側面もある。

(4) 時系列・類型毎の支援内容の検討

続いて、時系列・類型毎に発生すると予想される課題、これに対する解決策を検討した。関連部署等とも協議を繰り返し、完成したものが「類型毎の支援内容(添付資料④)」である。細分化すればまだまだ課題は多く、日々更新と修正が繰り返されている状況である。

なお、類型毎の支援内容の検討段階においては、既存の院内規定で活用できるものについては存分に活用し、無い物については新たに作成を試みた。例えば、入院中の課題として金銭管理に関する課題が多く散見されたため、ワーキンググループメンバーで「金銭等管理サポートに関する指針」を作成している(添付資料⑤)。当院には、入院患者から預かった現金及び貴重品等の出納機能を果たす仕組みが以前より存在したため、当システムと連動性のある規定・指針を作成した。あくまでも大事なことは、金銭管理をクライアントの利益に即して合理的、かつ適正に行っている過程の証明であり、これを担保するための仕組みとした。その他、「他科受診時の対応等に関する規定」とも併せ、現在も試行錯誤を重ね検討を繰り返している。

(5) マニュアル全体像の可視化

冒頭でも示したが、添付資料①はマニュアル全体像である。「マニュアル」として作成するからには、一般的な手順(全体的な流れ)を可視化して示す必要があった。入院相談を受理した際に「身寄りがない等」のキーワードによりマニュアルを発生させ、それ以降の流れを示す「全体フローチャート」となっている。また、ポイント毎の解説を行い、どの職種やスタッフがみても対応できるようなものとしている。

(6) 院内での承認に向けた行動

上述した過程を経て作成したマニュアルに関して、病院全体での承認を得る作業を行った(一部、検討段階であり全体承認となっていないものもある)。具体的には、ワーキンググループから地域医療連携室会議へと報告し、その後「部」会議へ提案。必要なプレゼンテーションを実施して、最終的には院内での全体会議で検討し承認となっている。

5 マニュアル作成による利点と今後の課題

マニュアルの作成から稼働までを実現した訳であるが、様々な利点と今後の課題が明らかになってきた。

(1) 利点

① 入院受けから退院までの過程における支援の質の向上

マニュアルに基づき行動することで、迅速かつ適切な入院受け、そして退院までの過程をスムーズにサポートすることが可能となった。また、入院中にはカルテに類型が貼られ、他職種で課題を共有・意識しながら実践することが出来ている。

② 「困難ケース」という漠然としたイメージの緩和

これまで「身元保証のない人」と聞くと、医療ソーシャルワーカーには無意識的に「大変」「どうしたら良いのか」といった不安があった。しかし、当マニュアルの作成により「何を聞いて、何をしなければならないのか」ということが大枠で明確になったため、漠然とした不安が軽減している。

③ 医療ソーシャルワーカーをはじめとする職員の精神的負担の軽減

とりわけ医療ソーシャルワーカーの精神的負担が軽減している。例えば「親族等から訴訟を起こされるのではないか」「この判断は本当に患者の利益になっているのか」といった不安を抱え、いわば「無防備な状態」で支援を展開していた訳であるが、マニュアルを通してソーシャルワーカーの行動が組織的に承認され、かつ院内での役割分担や対応方針が示されたことにより、無理難題な要求、例えば「今直ぐに疎遠の家族と連絡を取って欲しい」「同意書にサインして」といったようなことは無くなっている。

④ 親族の関わる範囲の明確化と意識の変化

「すべきこと」が明確になることで、漠然とした不安が軽減されたのは親族等についても同様であった。例えば、急性期病院からの相談時において「親族は強く関わり拒否している」との事前情報があったが、同意書（添付資料③）にて確認していくと「何をしなければいけないのかが良く分かった。〇〇なら出来るが、△△についてはできない」など、意識の変化が起こることが度々発生した。親族等が、医療機関側からの漠然として責任を押し付けられることに抵抗を示しているケースは少なくない。

(2) 今後の課題

① 病院全体への周知・普及

現時点で院内スタッフがマニュアルを意識して常に動けるかと言えばそうではない。マニュアルに限った話ではないが、規定やルール作成時には周知までに時間がかかるのは常でもある。引き続き周知に向けて院内に対して働き掛けていく作業が必要である。

② 地域、社会への問題提起

マニュアル作成経過や成果物を公に報告することで、地域や社会に対して問題提起をしていく必要がある。すでに関係諸団体等での実践報告や、講演等による活動を開始しているが十分とはいえない。引き続き、地域や社会に対して問題提起をしていけるよう取り組む必要がある。

③ 継続的修正

実際に稼働すると、マニュアルでは対応できない課題が発生することも多く、日々修正をくり返している現状である。今後も継続して取り組む必要がある。

6 最後に

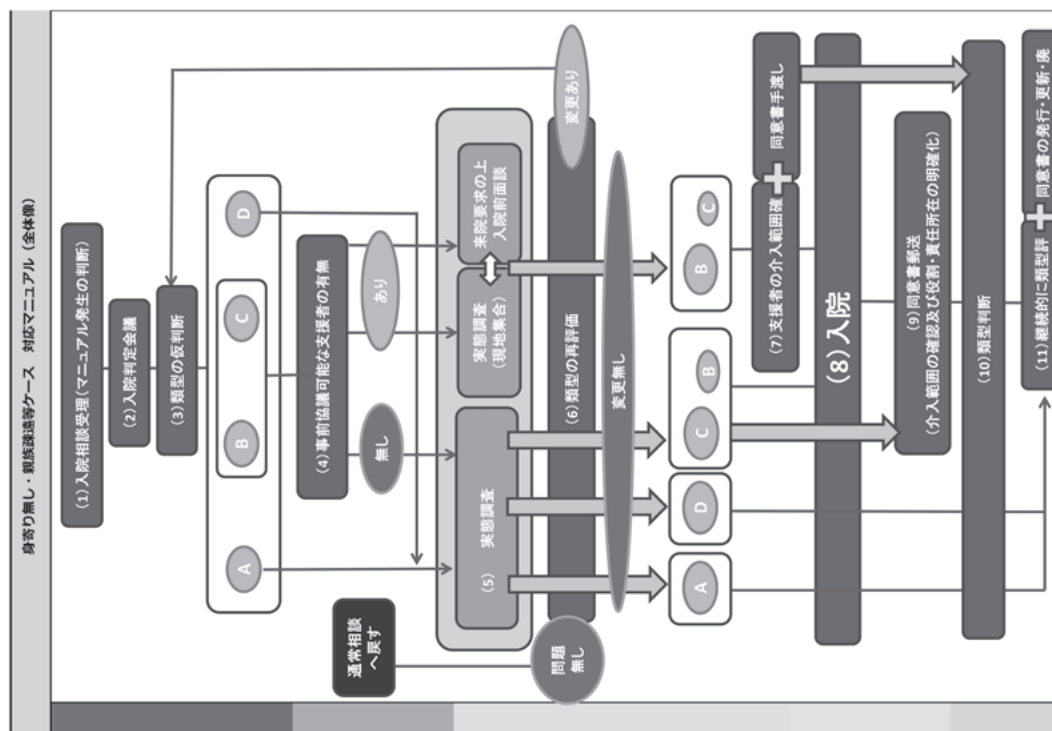
日々のケースで潜在かつ継続的な課題や患者の不利益を発見したのであれば、そのケースにおける支援のみではなく、これらの課題を解決するために病院組織や地域に働きかけていく。これにより、該当ケースの実践の質の向上のみではなく、地域の人々が抱えている潜在的な課題の予防的解決にも寄与する。

文中にも掲載したが、医療ソーシャルワーカーにとってマニュアルの作成は決して「ゴール」ではない。マニュアル自体は、病院種別や機能によっても大きく異なるはずである。大切なのは、そこにいる職員が「無縁社会」「身元保証」を取りまく問題の本質を見極め、社会的排除をも生み出しかねない状況を「問題」と認識し、適切な方向へと解決に向けて取り組めるかどうかである。「マニュアル作成」は、これらを実現するにあたっての「ツール」であり、この提示という形で警鐘を鳴らしたに過ぎない。

今後、取り組みの成果等を関連諸団体等で報告することで、問題の所存や必要性が認識され、活動の輪が広がることを期待している。おそらく、医療ソーシャルワーカーのなかには、身元保証がないことを理由にして入院を断らざるを得ないことに歯がゆい思いをしている方や、家族的役割の多くを担い「無防備な状態」で支援を展開している方々が多くいると思われる。そのような方々にとって、本稿で記載した内容が少しでも参考になれば幸いである。

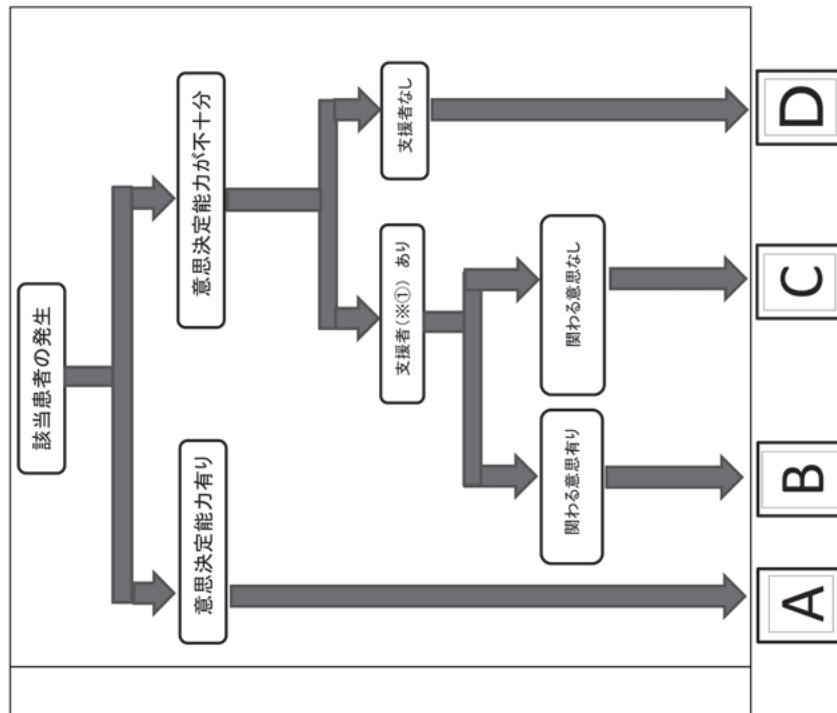
(不動宏平)

添付資料①



- (1) 入院相談受理（マニュアル発生の判断）
外部医療機関から入院相談電話を受けた際、地域医療連携室マニュアル（p15～16 参照）に沿い、患者概要及び入院目的を確認する。MSW は親族連絡及び身元保証無しのケースに該当するか定分の初期判断を行う。
- (2) 入院判定会議
地域医療連携室マニュアル（p15～16 参照）に沿い、判定会議を実施する。なお、MSW は相談内容から収集した社会的情報を判定メンバーに報告し、その上で入院の可否について検討する。
- (3) 類型の判断（A～D）
「判定可」となった場合、相談受理患者の親族連絡及び身元保証なし類型を検討する。この際、様式 1（類型別分け）のフローチャートを用いて判断する。なお、当判断所は相談先医療機関からの情報提供並びに MSW が電話にて収集した社会的情報を精査し、判定会議にて実施する。
- (4) 事前協議可能な支援者の有無（B、C パターンのみ）
(3) の類型別判断にて、B もしくは C パターンに該当する可能性があれば、先方医療機関に事前協議可能な支援者の有無について確認する。
- (5) 入院前相談・実態調査の補完及び実施の有無を判断
(3) の類型の再評価、並びに (4) の事前協議可能な支援者の有無を確認した後、これに応じて入院前相談・実態調査等の補完及び実施の有無を決定する。A 及び B 類型については、実態調査を実施。B 及び C 類型については、前項 (4) の事前協議可能な人物が無ければ実態調査、有れば実態調査もしくは先方医療機関での集合を要請の上、入院前に事前相談とする。なお、必要に応じて実態調査、入院前相談の両方を実施する。
- (6) 類型の再評価（A～D）
急性期病棟より提供のあった事前情報と、実態調査もしくは入院前相談で収集した情報が異なる場合も予想されるため、実態調査もしくは入院前相談で得た情報を元に、再度様式 1（類型別分け）を用いて類型の再評価を行う。なお、当作業は実態調査・入院前相談実施中に行う。
- (7) 支援者の介入範囲確認・同意書手渡し（B、C パターンのみ）
B もしくは C パターンにおいて、事前協議可能な支援者がおり、類型の再評価においても B もしくは C パターンが該当だと判断する場合、入院前に支援者の介入範囲の確認を実施する。なお、その際同意書（様式 3）を提供し、必要事項を記入の上、入院後に持参もしくは書面の郵送を依頼する。
- (8) 入院
A・D 類型については様式 2（類型毎の支援内容及び役割について）を確認しつつ、必要な支援を展開する。B・C 類型の場合においては、後項の同意書の内容を確認して類型の最終判断とし、同じく様式 2 を基に必要な支援を展開する。なお、様式 2 については、とりわけ課題となりやすいポイントを確認したものであり、各部署の専門的知識を細目言及しているものではない。記載がない支援事項については、各部署の専門性や判断に基づき実施とし、検討事項は医療チームもしくは組織系統に従って判断とする。
- (9) 同意書郵送（B もしくは C パターンのみ）
B もしくは C 類型において、「事前協議可能な支援者」がおり、実態調査にて B もしくは C 類型であると判断する場合、支援者の関わり程度や、役割及び責任の所在を明確化するため、様式 3（同意書）を支援者宛てに郵送する。なお、その際は様式 4（縦文）を利用し、必ず印と証明付きで郵送する。
- (10) 類型判断
A・D パターンについては、入院後も経過を観察し類型に変化がないかを評価する。また、B、C パターンについては同意書をもって類型の最終判断とする。なお、同意書（様式 3）を郵送した場合は、郵送日より 2 週間が経過しても返答がない場合「一任を得た」と判断し、「C」パターンとして様式 2 に基づき必要な支援を展開する。
- (11) 継続的に類型評価・同意書の発行・更新・廃止
入院後に本人の意思決定能力向上、もしくは逆に低下するなど、入院後の類型及び支援プランの変更は十分に起こり得る。また、入院後に突然親族の存在が明らかになることや、もしくは親族等の介入に対する気持ちの変化も起こり得る。そのため、MSW は入院後も情報収集等を行い、既存のパターンが適切かを継続的に判断する。異なる事象が発生した際は、速やかにチーム内で協議し、必要な支援について再検討並びに、同意書の発行・更新・廃止について検討する。

身寄りなし・親族疎遠 類型の振り分け



※①支援者とは、民法上の親族を含め知人・友人等が本人の契約行為や金銭管理等を支援する人と定。
 ※②同意書とは、入院後に発生する契約行為や金銭管理等について当院と支援者との役割分担や責任所在を明らかにする同意書である。

〇〇 〇〇 様の真栄病院へのご入院にあたって

平成〇〇年〇〇月〇〇日

医療法人尚仁会 真栄病院 院長 小笠原 俊夫

当院では、患者様の入院生活を支援して頂ける方に対し、具体的にどのようなことを支援して頂けるのか、その意向を確認させて頂いております。

つきましては、下記に必要事項をご記入頂き、最後に署名・捺印の上、ご返送頂きますようお願い致します。

- ☐ 下記の件に関して一切の事を一任します。
(3枚目に署名と捺印をお願いします)
- ☐ 下記の件に関して、可能な限り協力をします。
(下記の件について、該当する箇所し点をご記入頂き、最後に署名と捺印をお願いします)

記

1. 入院時に必要となる書類作成について
 当院の入院時に必要となる書類は以下4点です。当書類を入院時までにご作成して頂いております。

- ① 入院申込書 集 約書
- ② 日常生活用品等リース・レンタル申込書(TV、冷蔵庫、衣類、タオル等々)
- ③ 理美容申込書
- ④ オムツ使用に関する同意書

【上述した必要書類について】

☐ 記入できる ⇒ (入院当日持参・後日持参・後日返送)

☐ 記入できない

2. 金銭管理について

入院中には、①入院費用の支払い②日常生活用品等の購入などが発生します。入院費に関しては、毎月15日に入院費用を請求させて頂き、月末までのお支払いをお願いしております。また、日常生活用品(歯ブラシ・タオル・シャンプー等)については、必要時に物品を購入して頂く必要があります。本来、病院側が患者様の金銭管理を支援することはありませんが、諸事情を鑑み必要に応じて実施する場合があります。

【上述した金銭管理について】

☐ 関わることでできる

(後日、当院の庶務課より入院費用の支払い方法や、その他必要事項をご連絡させて頂きます)

添付資料④

【類型毎の支援内容及び役割について】				
様式2		A (意思決定可)	B (意思不十分・支援者有りだが密な関わり困難)	C (意思不十分・支援者いるが関わり拒否)
入院前	入院相談			D (意思不十分・支援者なし)
	入院判定会議			
入院中	実態調査			
	同意書(様式3)の記入			
退院時	同意書(様式3)の記入	不要	同意書(様式3)の作成依頼を実施(2週間以内の返答要求、配達証明付き郵送)	不要
	署名等必要書類の対応 ①入院申込書(誓約書) ②リリース申込書 ③理美容申込書 ④カンファレンスシート ⑤各診療・支援計画 ⑥医療行為等に関する各同意書 ⑦その他同意書	※連帯保証人が不在の場合は、連帯保証人欄は記入不要。MSWより医事課へ該当患者入院の連絡 注1 身体上の理由により、本人が署名できない場合は、当院職員が代筆し、代筆者を明記する。 ↓ 代筆者についてはDパターンで役割を持つ部署とする。	同意書(親族等の介入可能範囲)の内容に沿って対応する。 ※支援者不在であれば、Dパターンに沿う。	①入院患者氏氏名欄のみ記載し、身寄り無し等ケースであることを記載(MSW) ②③申込者氏氏名欄を記載し、身寄り無し等ケースであることを記載(看護師) ④同意書欄に「同意者不在」の旨を記載する(看護師) ⑤各セクションで入院患者氏氏名を記載(各セクション毎) ⑥「身寄り無し・親族等疎遠のため同意書を得ることができない」といった趣旨を医師記録に残し、同意書類は不要とする。 ⑦記載部署は要検討。いずれにせよ同意者不在の旨を記載する(注2も参照)
入院中	私物管理			
	金銭管理 注4 金銭等管理サポートに関する指針を参照	・本人管理を原則とする ※必要に応じてMSWがサポートを実施	同意書(親族等の介入可能範囲)の内容に沿って対応する。 ※支援者不在であれば、Dパターンに沿う。	MSW中心に管理サポートを実施する(以下参照) 現金・保健証等⇒医事課へ管理依頼(預り金システムを利用) その他貴重品等⇒総務課へ管理依頼(預り金システムを利用) その他私物⇒施設連携室に管理依頼(B棟4F倉庫もしくは法人内倉庫を利用) ・MSWが転送届けを実施
入院中	郵便物管理	・本人と相談し検討	同意書(親族等の介入可能範囲)の内容に沿って対応する。 ※支援者不在であれば、Dパターンに沿う。	
	公共料金等の手続き	・本人と相談し検討	同意書(親族等の介入可能範囲)の内容に沿って対応する。 ※支援者不在であれば、Dパターンに沿う。	・病状や退院先等をふまえて必要性を判断し、MSWが可能な限り実施
退院時	他科受診の対応 ①他科受診/緊急性あり ②定期他科受診/緊急性なし 注5 他科受診時の看護師同行・車両利用に関する指針も参照		・看護師が同行し他科受診 ・当院の救急車両を利用して受診	
	治療方針及び今後の方向性について ・急変時の対応方針について(死亡含む) ※DNAR、葬儀、納骨等々	・(必要に応じて)看護師同行並びに当院車両を利用して受診 ・本人にICを実施(説明及び同意)の上で検討 ・(可能な限り)本人に事前確認をしておく	同意書(親族等の介入可能範囲)の内容に沿って対応する。 ※支援者不在であれば、Dパターンに沿う。	・看護師同行並びに当院車両を利用して受診 ・主治医及び医療チームで検討
退院時	退院先の検討 ・必要な社会制度もしくはは資源の活用	注6 MSWは患者が生活保護受給者であれば、生活保護課のケースワーカーと必ず状況を共有しておく。以外については、必要に応じて行政担当者や提携先葬儀会社と事前協議。 ・本人と相談し検討	同意書(親族等の介入可能範囲)の内容に沿って対応する。 ※支援者不在であれば、Dパターンに沿う。	MSW中心に退院調整並びに必要な社会制度・資源の活用を検討 ※適正及び妥当性については、医療チームで適宜協議
	自宅やその他の施設・病院等への退院時の対応(交通手段や引き継ぎ等)	・本人と相談し検討 ・状態によっては看護師が同行し当院車両の利用を検討	同意書(親族等の介入可能範囲)の内容に沿って対応する。 ※支援者不在であれば、Dパターンに沿う。	・状態によっては看護師が同行し、当院車両の利用を検討 ・MSWは退院先まで同行し、関係者への引き継ぎ並びに貴重品等の引き渡しを実施。
退院時	死亡退院時の対応	・事前に対応について確認できている場合は希望通り実施 ・上記以外の場合は当院が提携している葬儀会社へ連絡	同意書(親族等の介入可能範囲)の内容に沿って対応する。 ※支援者不在であれば、Dパターンに沿う。	・上記「急変時の対応」を確認し、決定されている通り対応する。 ※基本的には提携している葬儀会社への連絡となる。
	生活保護受給者であれば至急生活保護へ連絡			

添付資料⑤

金銭等管理サポートに関する指針

(目的)

第1条 この指針は、医療法人協仁会真栄病院に入院する患者が、何かしらの理由で現金及び貴重品等（以下：金銭等）の管理サポートを必要としている場合の基本的な対応について定め、適切なサポート体制の確保、並びに患者の利益に寄与することを目的とする。

(サポートに関する原則)

第2条 入院患者の金銭等の管理は、患者自ら行うことが原則である。また患者自ら管理することが難しい場合においては、家族・親族等によるサポート、もしくは適当な公的制度等（成年後見人制度等）を利用して管理を行うことが原則である。しかしながら、身体・精神上の理由により患者自らでは管理が困難、かつ社会的理由によりそのサポートを受けることが出来ない状況で、真栄病院職員が金銭等管理サポートを実施するのが望ましいと判断する場合においては、以下の定めを遵守して真栄病院職員が一時的にそのサポートを実施する。

(用語の定義)

第3条 当指針でいう「金銭等管理サポート」とは、患者もしくは家族等に代わり、現金及び貴重品等の管理、並びに受領及び支出等に関する判断や手続きをサポートすることを意味する。具体例は以下の通りである。

- (例) 医療費、社会保険料、公共料金や税金、家賃等々の支払い及び手続き
生活保護費、年金、各種手当等々の受領及び手続き
日常生活用品等の購入や手続き
これらに伴う預貯金の預入・払出
その他、貴重品等の預かり管理

(金銭等管理サポートに関する責任者)

第4条 入院患者の金銭等管理サポートに関する責任者は、原則に地域医療連携室長とする。当責任者は、ここで定める指針の他、真栄病院の「預り金等管理サービス」に関する規定を熟知し、以下に定める金銭等管理サポート者の支援過程を管理監督する。

(金銭等管理サポート者)

第5条 金銭等管理サポート者は、原則に患者を担当する地域医療連携室職員（医療ソーシャルワーカーもしくは看護師）とする。当指針の他、真栄病院の「預り金等管理サービス」に関する規定を把握し、適切なサポートを実施する。

(契機及び必要性の判断)

第6条 金銭等管理サポートの契機及びその必要性に関する判断は、次の各号に定める通りとする。

- (1) 患者・家族等からの申し出
患者・家族等から金銭等管理サポートに関する申し出があった場合、当指針第2条を鑑み、第3条で定める金銭等管理サポート責任者がその必要性の有無及び介入範囲を検討し、組織系統に従って最終的に判断する。
- (2) 病院職員による発見
病院職員により金銭等管理サポートの必要性が疑われる患者が発見された場合、当指針第2条を鑑み、第3条で定める金銭等管理サポート責任者がその必要性の有無及び介入範囲を検討し、組織系統に従って最終的に判断する。なお、この際の判断基準としては、第2条の原則で定め通り「金銭等管理サポートを実施することにより、患者の利益に繋がること明白である」と

判断できる場合とする。

(介入後の遵守事項)

第7条 次の各号の定めを遵守し、金銭等管理サポートを実施する。

- (1) 金銭等管理サポートを開始する場合は、患者を担当する地域医療連携室職員の他、更に他1名以上で患者の現金及び貴重品等に関する整理を行う。なお、整理された内容は確実に書面化し、相違ないことを両当事者間で確認の上、押印もしくは署名を残す。
- (2) 上記 (1) で整理された患者の現金及び貴重品等については、安全性および情報統制確保のため、真栄病院が提供する「患者預り金等管理サービス」を利用して保管及び管理を行う。そのため、第3条で定める金銭等管理サポート者は、速やかに必要書類（利用申し込み書）を作成し該部署に提出する。
- (3) 患者もしくは家族等と現金及び貴重品等の受け渡しが行われた場合には、必ず他1名以上の職員同席のもとと実施する。なお、出納記録とは別に発生した出来事等の記録は、連携室記録に明確に残すこととする。
(例) 預金もしくは預り金等から2,000円を払出し、患者に手渡しする必要がある場合「患者に本当に2,000円が手渡されたかどうか」の説明が必要である。「渡した」という記録だけでは不十分であるため、他職員の同席を求める。この逆も然り。
- (4) 患者に関する現金等の支出が必要と認められるには、独断的判断を防ぐためにも、以下第8条の定めるところにより、その必要有無を判断する。
- (5) 現金等の支出に関する領収書等は、第4条に定める金銭管理サポート者が厳密に管理し、「預り金等管理サービス」利用者に対して設けられている出納帳等との照合作業を毎月（1日～5日の間）で実施する。不備がある場合については、至急第3条の金銭管理サポート責任者に報告する。
- (6) 第2条で定める基本方針の通り、地域医療連携室職員による金銭管理サポートは一時的なものである。て、関係各機関と協力しながら公的制度の活用等を適宜調整していく。

(受領・支出の適正有無の判断)

第8条 入院患者に関する現金等の受領・支出が必要となった場合、以下各号で定める基準のいずれかに該当する場合において、その手続き等を実施する。当判断は、第3条及び第4条で定める金銭等管理サポート者及び責任者、その他病院長が実施する。なお、以下基準や上記メンバーをもってしても、その適正性及び妥当性が判断し難い事項については、適宜更迭にて組織系統に従って判断する。

- (1) 患者の入院生活の継続に必要な受領・支出である
 - (2) その他、社会通念上受領・支出である
- (例) 入院費の支払い、各種公料金の支払い、日常生活用品の購入、各種保険料の支払いなど

(適正サポート体制の保持)

第9条 金銭等管理サポート者は、第7条 (5) 号に従い、必要な照合作業を実施の上、金銭等管理サポート責任者は毎月（1日～5日の間）経過を報告する。金銭管理サポート責任者は、これをもって適正性あるいは妥当性などを管理監督する。なお、金銭等管理サポートがやむを得ず1ヶ月以上継続する場合においては、経過を四半期毎に地域医療連携室会議で報告し、適切なサポートが実施されているかを管理監督することとする。

(入院患者・家族等への報告)

第10条 報告すべき対象者がいる場合には、毎月の出納状況等を報告する。なお、入院患者もしくはその家族等から金銭等管理サポートに関する説明を求められたときは、速やかに説明する。

※真栄病院「預り金等管理サービス」にて定期（毎月）の報告システムあり

※説明が求められた場については、金銭等管理サポート者の他、金銭等管理サポート責任者、その他必要に応じて「預り金等管理サービス」で規定されている、該当部署の説明を実施することとする。

3 身元保証人が用意できない患者・利用者に対するマニュアルの整備について

1 はじめに

病院と患者（利用者）の関係は、口頭であるか書面であるかにかかわらず、契約関係によって律せられる（口頭による契約で足りる場面、書面による契約が義務づけられている場面の両方をふまえる必要がある）。ただ、この契約は、応召義務を前提とする契約であり、正当な理由がない限り、契約の締結を拒否できないことを前提とする契約である。このような前提の中で身元保証人が準備できる場合、準備できない場合を類型化し、それぞれについてコンプライアンスをふまえた指針を各医療機関が準備することが必要になってきている。言うまでもなく、高齢化・核家族化・少子化の中で、本人が家族と相談しながら自分の医療を決めることができない場面は増加しており、この傾向は今後も進むことは明らかである。その中で、医療機関側は、個別事情を念頭に置きつつも、一定の内部ルールを有することが不可欠と解される。

2 マニュアル整備の法的意味について

(1) リスク管理の観点から

病院と患者（利用者）との関係は、契約関係であり、その権利義務関係は、締結された契約内容によって定められることになる。その契約を締結する際に、本人の状況を把握する必要性が生ずる。この状況把握により、先に述べた種々の備えの準備が異なるものである。その準備は、医療ソーシャルワーカーが自ら行う、あるいは医療ソーシャルワーカーが助言して行うことが想定される。

身元保証人がない人を医療機関が受け入れる際に、従来身元保証人に求めていた機能を代替する準備が必要である。身元保証人がいないことによる未収金の発生は避けるべきであること、本人の生存中の退院の手配、万が一の時の遺体・遺品の引取り等の準備等、病院にとって想定されるリスク場面を念頭におくマニュアルは必要である。

今回報告されているマニュアル内容は、いずれもそれらを念頭においている。医療と福祉の連携の程度等、地域の状況は千差万別である。一方で医療の受け入れが拒否できないこと、他方で医療側のリスクを最小限にするための方策は、医療ソーシャルワーカーを中心にマニュアルを常備することが必要である。

(2) 利用者の権利擁護の観点から

本人が医療を求める場面は、本人にとって今後の生き方に関わり、場合によっては本人の生死にさえ直結する場面でもある。身元保証人が用意できない利用者は多くの場合、自分以外に自分の権利擁護を行うことができない方が多いと思われ、このような場面では、医療ソーシャルワーカーの役割が大きいと言わざるを得ない。医療に関わる本人の権利擁護は、本来、本人の意思決定によって定められるものであるが、医療側は先に述べたリスク管理との関係で本人の権利擁護を配慮しない決定をしがちである。まして、瞬時の判断が求められる医療現場においては、瞬時々の権利擁護対応は困難と思われる。その意味で、日常から本人の権利擁護（権利侵害を発生させない）を念頭においたマニュアルを常備する必要がある。

（熊田 均）

「身元保証のない方」の入院にかかるガイドラインにおける書式例

—本人に「判断能力」がある場合—

【例1】親族調査の同意書

〇〇市長
〇〇市 〇〇課 担当 〇〇〇様
〇〇病院 担当 〇〇〇様

私は、私及び私の親族の連絡先（住所・本籍等を含む）について、貴方が調査を行うことに同意します。

日
月
年

住 所

氏名

〈確認事項〉

- ☐ 本書は、貴方に調査を義務づけるものではありません。
- ☐ 本同意は、貴方が貴方の責任において権限のある第三者に調査を委任することも含みます。
- ☐ 本書は、万一、私が疾病等により自ら判断することができなくなった場合にも、その効力は継続するものとします。

【例2】代行行為等の同意書

住所 ○○
 ○○病院 担当 ○○○様
 住所 ○○ ○○○様 (本人との関係 ○○)
 ○○市長 ○○

私は、私が自分で判断することが困難になることに備えて、必要な場合に、あなたが自宅を訪問し、下記に関する事項を行うことについて、あらかじめ同意します。

ה

☐ 自宅への入室
☐ 入院生活を送るのに必要な物の持ち出し
☐ 金品の持ち出し
☐ 郵便物の持ち出し
☐ その他

〈確認事項〉

☐ 本書は、貴方に上記事項を行うことを義務づけるものではありません。

☐ 本事項を行う場合には、複数人で行うことを原則としますが、緊急の場合には、単独で行うことがあることを了承します。

☐ 本同意は、貴方が貴方の責任において第三者に委任することも含みます。

☐ 本書は、万一、私が疾病等により自ら判断することができなくなった場合にも、その効力は継続するものとします。

【例3】葬儀等の意向書

〇〇市長
〇〇市 〇〇課 担当 〇〇〇様
〇〇病院 担当 〇〇〇様

私は、私の葬儀及び遺品等について、次の通り希望します。

1. 葬儀の希望

2. 遺品・動産類の処分について

☐ 貴殿の判断で処分（他人に贈与することも含む）・廃棄をお願いします。この処分に費用が発生した場合には、私において負担します。

☐ その他 ()

年 月 日

住所

氏名

〈確認事項〉

- ☐ 本書は、貴方に弊費や運品等の処分を義務づけるものではありません。
- ☐ 本同意は、貴方が貴方の責任において第三者に委任することも含みます。
- ☐ 本書は、万一、私が疾病等により自ら判断することができなくなった場合にも、その効力は継続するものとします。

第4章 医療ソーシャルワーカーの身元保証問題に対する取り組みへの期待

この章では、病棟・施設機能ごとの身元保証問題に対する取り組みへの期待について、(公社)日本医療社会福祉協会 身元保証委員会委員による見解をまとめたので紹介する。

1-1 一般病床（急性期①）

保健医療機関の現場で働くソーシャルワーカーは、身元保証がない人とはしばしば出会う。どんな局面にあっても、倫理的に問題がない対応をしているであろうか、人権的な配慮が必要な人を守っているであろうか。

「身元保証がない患者の金銭管理と退・転院に関する実態調査」は、身元保証問題が、地域や病院施設機能やソーシャルワーカー配置数によって差はあるが、医療ソーシャルワーカーとして取り組むべき課題であることを職能団体として明確に顕在化させた。

急性期の病院では、救急搬送されてくる患者は身元保証どころか身元確認もできない場合もある。病状が入院を決め、社会背景や課題に対しては医療ソーシャルワーカーがチームの一員としてかかわっている。身元保証人等がいなかったことが入院・入所を拒む正当な理由とならないことは医療法等に規定されている。どのような状況をかかえていたとしても患者の医療を受ける権利、療養環境を確保する権利は保障されなければならない。

身元保証がない患者は、家族機能を代行する人がいないことも多く、入院に必要な物品の準備、金銭や所持品の管理、医療費や家賃・公共料金等の支払い、検査や治療の同意にも支援や配慮を要するケースが多い。ややもすると、「手間のかかる困った患者」とみなされかねない。入院時から始まる退院支援においても、保証人がないと受け入れてもらえる病院や施設や事業所等が制限される現状があり、入院期間も長期化せざるえない状況が生じることから、医療ソーシャルワーカーの負担感が増すという実情もある。

ある県の回復期の病院のソーシャルワーカーからは、患者の正確な社会的背景や課題を伝えずに入院申込みをする急性期の病院、保証人のない患者に不必要な身元保証会社を斡旋する急性期病院があり、トラブルの対応に苦慮していると報告があった。急性期病院のあり方が問われており、急性期の病院に存在するソーシャルワーカーの立ち位置が問われている。医療ソーシャルワーカーは法律等の正しい知識やソーシャルワーカーとしての価値を身につけて業務に当たらなければならない。

医療ソーシャルワーカーの業務は、患者本人のいるところからはじまるミクロ・メゾ・マクロに循環するソーシャルワーク実践である。ソーシャルワーカーの目の前にあるひとりの患者、どのように支援したらいいだろうか、ほんとうに悩み立ち尽くしてしまう状況がある。身元保証の課題をかかえた人とともに、なんとかしたいと行動に起こした先達の歩みと英知には学ぶべきものがある。名南ふれあい病院では対応の流れや確認事項を可視化できるようチェックリストを作成し、真栄病院では院内で関わるスタッフ全員がスムーズに医療やケアを実践できるようマニュアルを作成した。また、石川県医療ソーシャルワーカー協会では身寄りのない方の支援を共通の重要課題と認識し手引書を作成し配布し活用されている。半田市では、急性期病院のソーシャルワーカー等が提示した事例を地域ぐるみで検討しガイドライン作成に至っている。ひとりの患者を中心にしたソーシャルワークの現場から、部署内で共有し、院内に働きかけ、地域に働きかけ、チームを形成しながら地域で支えるしくみを作っていく実践が求め

られている。

今こそ医療ソーシャルワーカーの取り組みが必要である。医療ソーシャルワーカーとして、自身の実践を振り返り、課題を顕在化させ、ともに行動していきましょう。

(南本宜子)

1-2 一般病床（急性期②）

私は、急性期病院のソーシャルワーカーとしてこの委員会に参加した。当院は横浜市の中心部に位置し、半径3km以内に三次救急病院、二次救急病院が各2件ある。急性期病院が軒を連ね患者獲得激戦区であるため、患者の身元保証等の社会背景などあまり気にせず要請があれば受ける風潮がある。また当院の診療圏は市内で高齢単身世帯割合が高く¹⁾、日本三大簡易宿泊所地区の一つ寿地区も隣接しており、身寄り無し又は、親族とは疎遠で身元保証人がない方が多い。また老々介護世帯、認々介護世帯や、老・認と障害世帯では、世帯員の名前が身元保証人欄にあっても、その方が期待される役割を担えきれないケースもある。そんな中、身元保証問題は普段の実践では多く、役所（生活保護課や高齢者支援課、障害支援課等）との協働や、石川県医療ソーシャルワーカー協会発行手引きにある「経験の知恵袋」のような、経験の積み重ねで何とか乗り切っている感がある。しかし、身元保証人がいない為、患者が望む療養・生活の場（住宅・施設・入院）に漕ぎつけられないこともあり、身元保証問題が患者の選択肢を狭め、自己選択・自己決定を阻害し、よって患者自身が妥協を余儀なくされている場合もある。その人らしい生活を支えていくことは、個別援助のみでは限界を感じることもある。その限界とは何か、普遍的問題ととらえ、院内、地域で問題の共有をおこない、システムや、制度の変更や設置に向け働きかけ、解決を目指す必要性も感じている。しかし、普段の忙しさにかまけ、こうした活動を行うまでに至らない自分がいるのも、また現実である。こうした中で当委員会の委員メンバーになったことは、私なりの一つのステップではあった。この委員会で後見人問題に詳しい専門職の先生方や、この問題に組んできた委員のソーシャルワーカー、社会貢献事業部担当理事と活動することで、改めて法的整理や、身元保証に期待されていることや、そのあいまいさを学び考える機会となった。そして、第3章で紹介した4機関の先駆的な取り組みに出会えたことも大きな刺激となった。今後は、この委員会の活動を続けながら、自分の地域の中でも、現状や問題点の共有研修などにも取り組んでみたいと考えている。

このガイドブックが、若いソーシャルワーカーの悩みに答える一助になり、中堅・ベテランのソーシャルワーカーには、今取り組まれている地域づくりのヒントになると幸いである。そして、各地域の研修などで採用いただき、多くの方に問題意識を持って取り組んでいただけると、身元保証がない方の不利益も減少するのではないだろうか。

平成27年度国勢調査²⁾を見ると、我が国の人口は調査開始以来、初めて減少しており、15歳未満人口の割合は世界で最も低く、65歳以上人口の割合は世界で最も高い水準である。また、一般世帯数（施設等の世帯は含まれない）の家族類型別にみると、「単独世帯」は一般世帯の34.6%で最も多く、平成22年と比べると9.7%増（「うち65歳以上は23.7%増」となっている。こうしたデータから、「単独世帯」はますます増えることが予測される。身元保証がない状況は、今や自分自身の問題ととらえていく時代がそこまで来ており、社会としての変革も必然ではないかと考えられる。倫理綱領を持つ私たち医療ソーシャルワーカーとしては、認識を高め皆で活動していく必要性を強く感じている。

(佐野晴美)

【参考資料】

1) 「統計でみる市区町村のすがた 2017」総務省統計局刊行

(<https://www.e-stat.go.jp/stat-search/files?page=1&layout=datalist&toukei=00200502&tstat=000001102475&cyc>)

le=0) (平成30年1月10日に利用)

2) 「平成27年国勢調査結果」(総務省統計局)

(<http://www.stat.go.jp/data/kokusei/2015/kekka/kihon1/pdf/gaiyou1.pdf> 3・19・33・37ページ) (平成30年1月10日に利用)

2 回復期リハビリテーション病棟

先日、札幌市内の回復期リハビリテーション（以下、回復期リハ）病院に勤務する若手ソーシャルワーカーから、当入退院状況等について情報交換の電話を頂いた。その内容は、当院の入院患者の内訳やベッド稼働率、アウトカムに対する取り組みなど多岐に渡るもので、関連施設の現状を謙虚にリサーチする姿勢に、私は感心しながら対応した。その電話の終わりに彼は、「身寄りのない患者であっても（自院では）断ることなく私たちが支援しますので、いつでもご相談ください」というPRも忘れず、何とも頼もしい印象を持ち、電話のやりとりを終えた。

電話を切って改めて考えたことがあった。彼の最後のPRは、裏を返せば「身寄りがない（本書では「身元保証がない」）患者の入院を断っている病院が現実存在する」ということである。身元保証がない患者の入院を断る病院と、彼の勤務する病院のように胸を張って「断らない」と宣言できる病院の違いは一体どこにあるのだろうか？電話を切る前に「いつ、どのような理由で身元保証のない患者の入院を受け入れるようになったのか」を聞いておくべきだったと反省した。

回復期リハ病棟は、平成12年に介護保険制度との両輪で誕生した、当時の厚労省の目玉事業であった。石川¹⁾は、この病棟を「リハ前置主義」を徹底する目的があると述べている。急性期直後の「回復期」までは病院でしっかりリハビリを行い、退院してからは在宅で介護保険サービスを利用し身体機能を維持するという、今ではスタンダードな医療介護連携の形は、21世紀に入ってから実現したものだ。創設当初の回復期リハ病棟の課題は、待機者の解消であったと記憶している。入院待機者が多く入棟期限までにリハ転院できない患者が発生したり、いくつもの病院を掛け持ちして転院打診していた時代が遠い昔のことに思えるほど、回復期リハ病棟は増えた（77,172病床、平成28年3月1日現在）。この十数年で「リハ前置主義」の課題は、「待機者問題」を解決することから、身元保証がないことで入院を断るという「不平等」を解決し、誰もが等しくリハビリが受けられる機会を提供するという使命を社会的に果たすことにシフトしたと感じている。

筆者が勤務する病院は、札幌市厚別区という札幌の東端に位置しているが、この区では昭和44年～55年にかけて市街地開発されたもみじ台地区と青葉地区の高齢化が顕著となっている。札幌市HP²⁾によると、札幌市全市の高齢化率が26.0%であるのに対し、もみじ台地区45.2%、青葉地区44.7%（いずれも平成29年10月1日現在）となっており、「都市部の高齢化」の典型例といえる。長寿は喜ばしいことであるが、かつて子どもであった世代は独立し、高齢夫婦世帯はいずれ単身世帯となる訳で、地域ケア会議等の議事は、「単身世帯に身元保証のない人への支援」が専ら議論の中心となっており、都市部で高齢化の進む地域では、身元保証問題は喫緊の課題である。

今回、本冊子の掲載にご協力いただいた愛知県半田市のような行政の取り組みが全国的に広がることを願っているが、他力本願ではいけない。医療機関における身元保証問題を個別に解決することはもちろん、私たちのフィールドで起きているこの問題を社会の問題として捉え、どのように権利擁護していくかを考えるうえで、本冊子に掲載されている先駆者らの取り組みを参考にして各地域でソーシャルアクションを展開することが、私たちソーシャルワーカーの使命であることを肝に銘じておきたい。

(上田 学)

【参考文献】

- 1) 日本リハビリテーション病院・施設協会：回復期リハビリテーション病棟，p15, 2013
- 2) 札幌市：住民基本台帳人口
http://www.city.sapporo.jp/toukei/ji_nko/juuki/juuki.html#machi-sen-5,2018.01.10参照)，2018

3 介護老人保健施設

我が国の高齢者介護サービスについては、増大する要介護高齢者と少子高齢社会の諸問題に備え、措置から契約へと制度が変わり、要介護高齢者本人の選択と自己決定の保障が原則とされる介護保険制度が導入されて久しい。しかしながらサービス利用に際して身元保証人や身元引受人等を問われることによる諸問題については、急性期・回復期・維持期の医療機関のみならず、介護保険制度下のサービス利用においても見受けられ、それは施設サービス・居宅サービス問わず共通の問題といえる。

介護保険3施設は、「正当な理由なく施設サービスの提供を拒んではならない」とされ、介護老人保健施設（以下、「老健施設」）の場合は「介護老人保健施設の人員、施設及び設備並びに運営に関する基準第5条の2」に示されている。具体的には、原則として入所申し込みに対して応じることや、特に要介護度や所得の多寡を理由にサービスの提供を拒否することは禁じられている。サービス提供を拒むことができる正当な理由としては、病状等を勘案し入院治療の必要がある場合や、その他要介護者に対し、自ら適切な介護保険サービスを提供することが困難な場合とされている。しかしながら、現状ではサービス利用申し込みから契約行為に至るまで、「身元保証人」や「身元引受人」等が当然のように求められ、そうした役割を担う人の有無により、サービス提供に支障が生じたり、また拒否されることは「正当な理由」に当たらないことは明確である。そして身元保証人等に求められる役割は、利用契約行為の代筆やケアプランの同意、急変時の対応、日常的なケアの相談や必要物品購入、衣類の洗濯対応、私物管理等々、施設により多種多様であり「何でも屋」の存在ともいえる。

平成29年6月2日、地域包括ケア強化法により介護保険法が改正され、老健施設の新たな役割が明確となった。介護保険法第8条第28項において（平成29年6月2日公布、平成30年4月1日施行）、「介護老人保健施設とは、要介護者であって、主としてその心身の機能の維持回復を図り、居宅における生活を営むことができるようにするための支援が必要である者に対し、施設サービス計画に基づいて、看護、医学的管理の下における介護及び機能訓練その他必要な医療並びに日常生活上の世話をを行うことを目的とする施設」に変わった。言い換えれば、在宅復帰、在宅療養支援のための地域の中核拠点となる施設、専門的なリハビリテーションを提供する機能維持・改善の役割を担う施設に変わり、加えて在宅支援を続けた先にある看取りケアを地域の中で担うことも求められている。

身寄りがいない単身高齢者や老々介護・認々介護が今後さらに増加していく中で、要介護高齢者のソーシャルニーズはこれまで以上の複雑化と、これまでにない様相が生まれるであろう。そうした社会において私たち老健ソーシャルワーカーは、老健施設が地域の拠点施設となり、身元保証人等の有無を問わず、すべての要介護高齢者がいつでもどこでも必要な介護サービスにつながることをめざし必要な体制を創造していかなければならないと考える。また地域の病院や診療所、各種介護事業者や行政、社協、ボランティア団体、個々の住民等と協働すること、診療報酬や介護報酬の枠にとらわれず、地域を俯瞰し自己決定が尊重された高齢者の尊厳が守られる地域づくりに向け、身元保証人等の問題の解決に取り組まなければならない。そうした私たちソーシャルワーカーの活動は、高齢者の尊厳の保持と自立生活の支援の目的のもと、可能な限り住み慣れた地域で、自分らしい暮らしを人生の最期まで続けることができる地域包括ケアシステムの構築にもつながると考える。

（中本雅彦）

第5章 身元保証がない人でも安心して入退院できる社会を目指して

本事業の目標は、「高齢化及び家族機能の縮小に伴い増加しつつある「身元保証人のない患者」が安心して治療を受けられるようになること」である。

「安心して治療を受けられること」を目指すということは、現在は身元保証人がいないと安心して治療に専念させられない・できないということを示している。

この超高齢社会において、身元保証人がいない方の増加が見込まれる中、それは患者というよりは一人の人間としての人権の保障という意味からも見直されなくてはならない。

1 身元保証は本当に必要なのか？

身元保証人という考え方は、歴史的に見れば江戸時代の人請け制度から始まり、本来は従業員が雇い主に被害を与えた際の賠償を保障する契約のことをいったものである。

「身元保証ニ関スル法律」（昭和8年）第1条「期間ヲ定メズシテ被用者ノ行為ニ因リ使用者ノ受ケタル損害ヲ賠償スルコトヲ約スル」

それがなぜ、心身の弱者であることが予想される患者等に病院や施設等が求められているのだろうか。医療機関等から求められている関わり・内容として、本文の「はじめに」に以下があげられている。

- ① 医的侵襲行為への同意
- ② 入院・入所費用の未収金に対する責任
- ③ 身の回り支援（日用品購入など）
- ④ 転院・転所先の確保
- ⑤ 葬儀や遺留金品処理、埋葬と言った死後対応
- ⑥ 緊急連絡先

しかし、この身元保証を求めることによって「身寄りや縁のない高齢者」のサービス利用からの排除の問題が浮上していることは、「身元保証等高齢者サポート事業に関する消費者問題についての建議の概要（平成29年1月：消費者委員会）でも指摘されている。

また、「必要だと言うのだからしょうがない」と、医療機関等が困って身元保証代行団体等の利用に繋いだ結果、その団体が破たんし本人の財産等が侵害された報告については周知のことと思う。

求められている支援については家族にこれまで期待されていたが、家族の不在や関わりの希薄化、家族機能の低下によって、患者が安心して治療を受け退院先を得る等の権利が侵害されたりすることは、許されるべきではない。

身元保証については、今、改めてこの超高齢社会のもと、本当に本人を支えていくために「必要なのか」を一つ一つそれぞれの現場で真剣に問いなおし、社会的に支えることを考えるべきであろう。

2 自らそして地域に問い、社会的支援につなげよう

身元保証に求められる理由、③身の回り支援と④転院・転所先確保については、自らの組織を含め地域の転所先や関係機関の理解と認識不足について医療ソーシャルワーカーが関与することで変えられる部分があると考えられる。 アンケート結果においても「病院・施設機能によって、保証人不在者への

支援内容に違いがみられ」、また、「ソーシャルワーカー配置数が少ない病院・施設ほど、金銭管理業務に関する院内規定等が設けられていない」等が明らかにされている。

医療ソーシャルワーカーは、患者本人を社会的に支える使命を持っていると考えている。今後、これらの問題はますます大きくなっていくことは間違いない。そのような中でももちろんソーシャルワーカーだけに負担を強いるものではない。根本的な解決策を探っていくことこそ重要である。医療ソーシャルワーカーは、これら患者にとって必要とする支援が他の社会的支援に替えられないのか、替えられなければ社会的にどう補完するのかを、自ら問い、実現に向けてアクションを起こすことが期待されている。第三章に熊田弁護士が明確に述べて頂いているが、医療ソーシャルワーカーを中心に本人の権利擁護を念頭に置いたマニュアルを常備することが第一歩となる。

これまで求められてきた支援の全てを家族機能だけに期待するのは、既にこの超高齢社会における地域の実情で無理があり、社会的補完を考えねばならない時に来ている。

本文中には市町村、社会福祉協議会として、また、医療機関や職能団体としての取り組みが具体的に紹介されていて大変参考になる。是非、読者の皆さんも実際に、ご自分の地域でも検討し取り組んでいただけることを願っている。

①医療同意②金銭管理⑤遺体引き取り等死後事務、これらについては、特に家族の関与が求められてきた。実は①の医療同意については、法が欠損しており家族の代理は「慣習」でしかない。②の金銭管理や⑤の死後事務に関しては既に後見人に権限が認められている。家族にしか任せられないと考えられてきたのは、実は法的にキーパーソンとなり役割を果たせるのは「家族」しかいないと考えられていたからである。

つまり求められる理由の⑥に緊急連絡先の確保が挙げられているが、実は求められてきたのは「キーパーソン」として関われる「人」の存在と考えることかできる。緊急連絡先となり、①～⑤までを本人側代理人として法的にも問題ない形で手続き等を行い動いてくれる「人」キーパーソンの不在。そのことが問題であると考えられるのである。

これらを考え合わせると、遵法（コンプライアンス）面で問題なく動ける本人側の支援者として成年後見人等を捉え、「人」を付ける制度である成年後見制度の活用を、本人の権利擁護という面からも医療ソーシャルワーカーは意識し考えるべきであろう。

3 後見制度等の法律・社会制度の改革を進め支えて、不利益を被る人をなくそう

成年後見制度はこれまで、資産家の財産管理という私的な問題と捉えられがちであった。

筆者は親族や福祉・介護サービス関係者からの相談を受ける立場にあるが、「医療同意もできず、身元保証人にもなれないのなら、後見人がいても意味がない」という成年後見制度への消極的態度やアレルギー反応が、医療・福祉・介護サービス関係者の中に蓄積し始めているように感じていた。その上自治体においては、首長申立実施の判断が知識がないなどで適切に申立てしないばかりに、人権侵害や経済搾取を受け続ける人の存在も見てきた。「市町村の境によって人権・権利の守られ方が違う」「尊厳を護られた生活が送れるかどうかが変わってくる」という市町村格差が出ていたのである。

そのような状況から、平成28年に成立した「成年後見の利用の促進に関する法律」は、第1条（目的）で「精神上の障害があることにより財産の管理又は日常生活等に支障がある者を社会全体で支え合うことが、高齢社会における喫緊の課題」として、後見の支援を全国どこにおいても受けられることを目指している。地域共生社会の実現、地域包括ケアの推進に、本人の意思決定と金銭管理を支援する成年後見制度は欠かせない制度として捉えられているのである。

課題はまだまだ残る制度ではあるが、現在、「成年後見制度利用促進基本計画」において、①利用者がメリットを実感できる制度・運用の改善、②権利擁護支援の地域連携ネットワークづくり、③不正防

止の徹底と利用しやすさの調和が目指されている。平成30年度からは、全国すべての市町村において具体的に中核機関の設置等の体制整備が推し進められることになっている。身元保証の問題だけではなく、家族等の関りが薄いため不利益を被る患者等を社会制度を利用して支えるためには、法や社会制度についてソーシャルワーカーとして人と社会の接点となる医療ソーシャルワーカーの理解と変革への関与は不可欠である。

残る「医療同意」の問題

残る医療同意の問題は、本来「一身専属的権利」として「本人の同意」によるものであるが、現実には「家族の同意」を得た上で医療行為を行う習慣になっている。実際にはその「医療同意」が得られないことにより必要な医療を提供されないということもある。本来は「医療同意する人がいないから」後見人をつけるということであるべきではなく、また反対に「医療同意ができないから」後見人はいらなくてもいいが、現実にはこの問題は大きな課題となったままであった。平成30年度には厚労省医政局で、成年後見人等による医療の同意権に関する議論が始まる。求めたいことは「何が何でも医療同意権を後見人に持たせろ」ではない。患者の権利を守り行使するために、「声なき声」になりがちな患者本人の人権・権利を法の欠損のまま無権状態にすることがあってはならない。本人側の権利を守る仕組み・形として、後見人の位置づけが必要か、ドイツ等にある医療同意の際の相談機関の位置づけ等も含め、社会的支援の在り方を議論することが重要なのだと考えている。ここにも、ソーシャルワーカーの関与は必須である。

4 さいごに

地域の現実を見れば、超高齢社会は待ったなしで、高齢者や障がい者の独居や高齢者のみ世帯、障がい者と高齢の親等の世帯もますます増え、家族機能の低下も見られる。相変わらず制度ごとに窓口は縦割り、申請や手続きを行い、医療等の社会サービスの利用契約や自己負担を考えて金銭管理は容易ではない。制度の狭間に落ちたり権利侵害を受けてもSOSを出せない者や家族の支援をあてにできない者も多いが、その存在は忘れられがちである。医療ソーシャルワーカーは、患者の権利を守り、安心して治療し生きるための社会的支援の要として、その使命を果たしてほしい。この身元保証の問題もその一つであり、それぞれの地域でのアクションを期待している。

(池田恵利子)

発行・編集・執筆者一覧

発行

公益社団法人日本医療社会福祉協会

監修

公益社団法人日本医療社会福祉協会 社会貢献部身元保証担当チーム

執筆者および執筆分担（五十音順）

池田 恵利子（いけだ えりこ）……………第5章

公益社団法人あい権利擁護支援ネット

上田 学（うえだ まなぶ）……………第4章 4-2

医療法人新さっぽろ脳神経外科病院

熊田 均（くまだ ひとし）……………第3章 3-1、3-3

熊田法律事務所

伍賀 道子（ごか みちこ）……………第3章 3-2-2

公益社団法人石川勤労者医療協会城北病院

佐野 晴美（さの はるみ）……………第4章 4-1-2

独立行政法人地域医療機能推進機構横浜中央病院

對馬 清美（つしま きよみ）……………第3章 3-2-1

社会福祉法人半田市社会福祉協議会半田市包括支援センター

坪田 まほ（つぼた まほ）……………はじめに

公益社団法人日本医療社会福祉協会

中本 雅彦（なかもと まさひこ）……………第4章 4-3

医療法人おくら会介護老人保健施設リポートヒルやわらぎ

林 祐介（はやし ゆうすけ）……………第1章、第2章、第3章 3-2-3

医療法人名南会名南ふれあい病院

不動 宏平（ふどう こうへい）……………第3章 3-2-4

医療法人尚仁会真栄病院

南本 宜子（みなもと のりこ）……………第4章 4-1-1

社会福祉法人恩賜財団済生会京都府病院

身元保証がない方の入退院支援ガイドブック

2018年4月1日

編集・発行 公益社団法人 日本医療社会福祉協会
社会貢献部身元保証担当チーム

事務所 公益社団法人 日本医療社会福祉協会
〒162-0065 東京都新宿区住吉町8-20 四谷デンゴビル2F
TEL：03-5366-1057 FAX：03-5366-1058
E-mail：jaswhc@d3.dion.ne.jp
URL：http://www.jaswhs.or.jp/

印刷 ヨシダ印刷株式会社

社会を良くするたしかな一歩。



赤い羽根
福祉基金