

「身寄りがない人の入院及び医療に係る意思決定が  
困難な人への支援に関するガイドライン」  
に基づく事例集

医療現場からのコメント集  
2023年10月

公益社団法人 日本医療ソーシャルワーカー協会  
身元保証人問題チーム

## はじめに

「身寄りがない人の入院及び医療に係る意思決定が困難な人への支援に関するガイドライン」が2019年6月に厚生労働省医政局総務課長通知にて周知されました。このガイドラインが発出されたことで、各地域の医療現場でこのガイドラインを活用した実践に取り組んでいるところも多数あります。また、2022年7月にはこのガイドラインに基づく「事例集」が作成されました。この事例集では、ガイドラインでは対応が難しい困難事例に対して「医療面の課題」「法律的・倫理的懸念事項」「法律・倫理の観点」を踏まえた対応案、対応案について留意すべき事項が整理されています。

これらの「身寄りがない人の入院及び医療に係る意思決定が困難な人」への支援については、医療現場で実際の支援を担当する全国の医療ソーシャルワーカーたちは、制度政策的な課題を感じながらその狭間の中で支援をしていることから、「事例集」の中に含み切れない部分へのコメントを整理することで、制度・政策を担当する厚生労働省および関係団体、関係専門職団体および対象者の支援に関わる医療現場とも共有をしたいと考えました。

2023年2月に全国の医療ソーシャルワーカーを対象とした研修会の中で得た意見および日本医療ソーシャルワーカー協会の社会貢献事業部身元保証人問題担当チームが検討してきた内容をふまえて、事例をさらに深くみていくことで、現場での実務的な対応の実際と残される課題をまとめました。

実践現場の課題は当事者の課題であることを念頭におくとき、目指すべき目標は、本人に判断能力が不十分またはない状態に陥ることがあったとしても、本人の意向や所有する資産が本人のために活用されるしくみです。本人に代わって対応する人がいないことを理由に、生活の場の選択や死後の対応が本人に不利益のある選択肢にならないことです。我が国の人口動態は、ひとり暮らし世帯今後ますます増加する予測となっており、身寄りのない状態の人の増加も同時に推測されます。身寄りのない状態は、国民すべての人たちに関わる問題であることをふまえ、不足する制度・政策の中で議論され、解決に向けた新たな取り組みにつながるよう、ソーシャルワークの専門職団体である当協会として尽力してきたいと思えます。

2023年 10月

# 身寄りがない人への支援の基本的な考え方

## 医療ソーシャルワーカーの実践現場からのコメント

### ■身寄りがない人の定義

- ・身寄りがない人
- ・家族や親族の連絡のつかない人
- ・家族の支援が得られない人（虐待されている疑いのある人、虐待されている人も含む）

<コメント>

\*医療提供において、本人にとって不利益な選択肢を希望する家族がいる場合は、家族の支援が得られない人として、身寄りがない人の定義の中に含めて考えていく必要がある。

例：「今まで散々苦勞させられてきたので、もうなにもしてもらわなくていいです」

「これ以上高額な治療を続けると相続する財産が減るのでお金のかかる治療はしないでください」

\*本人の意思を推定している立場の家族か、本人の最善を考える立場の家族かどうかを見極めるポイントになり、かつ、特定の専門職だけで判断せず、複数の専門職が参加する医療・ケアチームで判断するしくみが必要になる。

\*身寄りがない人、という表現は当事者にとって適切な表現とはいえないのではないかと。家族不在者などの適切な表現を検討するとよい。

### ■本人の意思の尊重の原則

<コメント>

○医療現場では、疾患や認知症など認知機能の低下により、本人の意思が明確といえるのかどうか判断に迷う場合が生じやすい。また、本人と対話する時期や職種によっても、本人の意思に対する評価は様々になりやすい。このため、本人の表明した意思がガイドラインの中にある「判断能力が十分」「不十分」「ない」という判断をする根拠に不安が生じる。こうした不安に対応するためには、判断能力に関する「評価指標」と「判断する場面の設定」が重要になる。

\*参考にしてできる指標としては

○医学的評価：脳の画像、認知機能評価など医療現場で実施したもの

○意思決定をする力の評価：

厚生労働省委託事業 人生の最終段階における医療体制整備事業本人の意向を尊重した意思決定のための研修会「Education For Implementing End-of-Life Discussion」の中で「意思決定する力を構成する4つの要素」が示されている。

- 意思表明する力：自分の考えや結論を伝える能力
- 理解する力：意思決定のために必要な事項を理解している
- 認識する力：病気、治療、意思決定を自分の問題としてとらえている
- 論理的思考：決定内容は選択肢の比較や自分自身の価値判断に基づいている

これらの4つの要素を、本人と意向を確認した専門職が、どれくらい力があつたと感じたかを評価しておくことが大切。

## \*判断する場面の設定

大切な意思決定の場面の前に、本人の意向を確認する専門職は、人や時間を変えて複数で対応し、上記評価をしておくといよい。その内容を、医療・ケアチームで判断する場合は、情報共有し、本人の意思の尊重につなげていけるとよい。

## ■身寄りがない人の支援の流れ

### 家族等の有無を確認

親族の有無

成年後見人等の有無

成年後見制度の活用

<コメント>

### ○行政の公的責任としての役割の標準化が必要

行政の公的責任として、医療機関から身寄りがない状態の患者の相談をする場合、以下の点を含む行政担当者側のガイドラインがあるとよい。

現在の行政対応の課題は、公的責任を具体的に示す指標がないことに起因しているといえる。

#### ① 行政の相談窓口相談時間帯

- ・年齢に応じた窓口が1つなのか、複数なのかを医療機関及び支援機関側に示しておくこと
- ・発生は24時間にわたるので、平日時間内と休日時間外の対応についても示しておくこと

#### ② 発生時の行政の役割の標準化

- ・個人情報保護法の枠を超えた対応であることの認識をもっていること。医療機関側で急変死亡の場合もありえることから、行政は速やかに住民の情報を収集し、必要時には消防や警察と連携し、医療機関側に協力すること
- ・①-⑤までのながれを明文化し、担当者が変わっても、対応が変わらないように体制整備をすること

#### ② 親族調査の速やかな実施体制

- ・親族調査に時間を要する場合があるが、住民の支援に速やかにつながるためにも、期限を決めて次のステップに移れるようにする。特に成年後見制度の首長申し立てに速やかにつながるように体制整備をするとよいと考える。令和3年11月26日厚労省・障障発1126第1号、障精発1126第1号・老認発1126第2号で市町村申立について一応の整理がされているが行政担当者への周知不足がみられる。

1度も首長申し立てをしたことがない行政は、実施したことのある行政から情報を収集し、発生時に備えておくこと。

#### ③ 成年後見制度の首長申し立ての役割

成年後見制度首長申し立て決定までに時間がかかりすぎている。方針決定後の書類作成等1か月以内での決定をめざしていけるとよい。

- ・方針決定後の申し立て書類の作成については、関係機関の協力を得て申請の準備を行うこと
- ・成年後見センター中核機関と連携し、協力・支援を受けること

- ・成年後見人決定までの相談窓口になること
- ・成年後見人選任後も、成年後見人の相談窓口になること
- ・申し立て手続きを行う際に専門職の支援が必要な場合の費用について、行政が予算化、特に「国」として補助金等の手当の検討があるとよい

### ⑤死亡時の対応

- ・成年後見人選任までの死亡時対応は主として行政が行うこと
- ・医療機関とあらかじめ、死亡時の対応を決めておき、行政と連携する葬祭業者とも協力すること

## 本人の意思決定を支援する仕組みの活用

### ACP

#### <コメント>

- ・ひとり暮らし高齢者が増えることは、緊急入院時に家族等が不在になる可能性が高いことを示している。本人に判断能力が不十分またはない状態のことを想定し、医療現場の対応として「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセス」に関するガイドラインを踏まえての対応、また、緊急入院した場合の身の回りの物の準備や費用の支払いをどうしたらよいかなども、あらかじめ本人の意向を表明してもらうような地域の取り組みが、医療や介護の現場で本人の意向を尊重した対応の一步につながるといえる。ACPの地域推進は必須であり、学校教育などの中にも必要な視点と考える。

## 日常生活自立支援事業

#### <コメント>

- ・社会福祉協議会が実施する事業。たいへん有効な事業ではあるが、各地社会福祉協議会の地域でのマンパワーや予算の関係から、地域により利用に関して格差が生じている。また、この制度の活用ができる対象者はかなり限定的でかつ利用できる場合でも申請に時間を要するため、実際に利用が困難な地域が多くみられる。その理由としては、判断能力がある人が対象になること、サービスの利用をする予定がある人などを条件としているため、一時的な金銭管理を必要とする人へのサポートができない実態がある。緊急入院などの場合で金銭管理を必要とする場合に、この事業では対応できないのが実態である。
- ・この事業は、本来、判断能力が不十分な方の日常生活支援であるはずだが、主として簡易な金銭管理に特化して利用される傾向があり、今重要視されている意思決定支援等のサポートができていないと感じる。

### ■臨床倫理の観点からの検討

### ■臨床倫理の4分割法

### ■共同意思決定と意思決定支援

## <コメント>

事例集で倫理的視点が整理されていることは、現場の根拠になる。

課題は、この根拠をもとにした医療機関への啓発研修が行われていないことである。職能団体や地域によって、取り組まれているところもあると思うが、病院機能評価の評価対象や病院機能評価を受けていない医療機関への必須事項としての政策提示がないと、取り組まれない医療機関は多く存在することが課題。

## 事例Ⅰ：患者本人の意思が確認できない状況での対応

### 【身寄りの確認と治療の決定】

#### 医療ソーシャルワーカーの実践現場からのコメント

#### ○所持品の確認・行政への情報提供

- ・人の生命、身体または財産の保護のために必要があり同意を得ることが困難な状態」の場合個人情報保護法上も問題はないこと。本人の利益のために必要な行為として考えること。
- ・問い合わせる行政は、本人の住民票所在地または、本人が救急搬送された場所の住所地の行政になる。

#### ○行政との情報連携の方法

- ・医療機関は、本人の意思の確認できない場合でも、緊急で医療を提供する義務がある。このような場合に備え、行政等と医療機関の間で、本人に関する情報等に関して日頃より、①患者本人の年齢による窓口の確認 ②時間帯による連絡方法の違い ③必要な情報 についてあらかじめ話し合っておき、明文化されていることがのぞましい。
- ・個人情報保護法上問題がない事例についても医療機関と行政で共通認識を持つことが必要。医師会や保健所を交えて、こうした場合の連携方法を地域できめておくといよい。
- ・医療機関側が第三者として住民票や戸籍を取り寄せることはしないため、行政側の親族調査として実施される事項と認識している。
- ・民生委員・町内会長等行政と連携している組織の有する情報は、行政を通じて取得することが困難であり、より行政の役割が大きいと考える。

#### ○警察への相談も考慮する

- ・身元を確認できる所持品がない場合は、警察も相談先のひとつとして考えられる。このような患者の場合は、救急搬送時に救急隊から警察に連絡をしている場合もあるので、救急隊の情報も十分確認する。

#### ○MSW の役割は、家族探しという目的だけではない

- ・家族と本人の生活歴の背景や、家族の思いを通して、本人の考え方や治療に関連する情報を入

手できるように努めることが大切。

- ・疎遠な家族である場合は、家族としての役割を一律に求めるのではなく、死亡時の遺体の引き取り、お骨の引き取りなど、どこまでかかわれるかの気持ちを確認することで、全ての対応をするかしないかではなく、一部でも担えるように支援することも、本人の利益につながると考える。

## ○在宅支援機関も含めた医療・ケアチームで話し合うこと

- ・常に意識することと、その内容を記録することはその場の支援の根拠が残せるので重要。
- ・在宅支援機関がいる場合は、チームとしての参画を求めることが本人の意向を知る手掛かりになる場合がある。

## ○患者本人の意識が回復した場合の対応

- ・事例集の通り。  
患者本人に対して経過経緯を説明する義務があることと、その後のサポートを行う。

## ○死亡時の対応

- ・本人の死亡した住所地の行政に相談する（行政との連携方法と同じ）。
- ・死亡届は、死亡した場所が病院の場合は「家屋管理人」という位置づけで、病院長名を記載することになるので、病院内でも時間帯に応じて事務レベルで対応できるように体制を整備しておくことが望ましい。病院長名、病院の住所の記載でよい。
- ・遺体の引き取りに関しては、行政担当者との連絡時間や、夜間などは行政と連携する葬祭業者をあらかじめ確認しておき、病院から葬祭業者への連絡で速やかに遺体が引き取られるような体制をとれるように準備することも地域の中で話し合っておくとよい。

\*症例が発生してからの相談ではなく、こうした症例が発生した場合にどのように医療機関と行政で連携するかをあらかじめルール化しておく、ということを推奨する。このことにより、遺体が適切に管理されること、必要な支援者が必要な時間帯に動くことになり、医療機関と行政、患者側にとっての利益につながると考える。

## ○医療費の支払い

- ・本人にお金がない場合は、生活保護の申請が考えられるため、経済的事情がわからない場合は、行政に患者の存在を報告し、相談を開始しておく、連絡した時点からの費用の相談ができるので、連絡をするタイミングがポイントになる。できるだけ早期に経済的事情がわからない患者を把握し、行政へ連絡するしくみが必要。
- ・生活保護にならない場合、つまり預貯金を持っているが、その費用を支払う立場にある家族等がない場合は、医療費が支払われない状態になる。  
この場合においても生活保護の扱いとし、その後、後見制度利用し、後見人が決定された後に、後見人から生活保護への返金をとるなどの方法で対応も検討するとよい。

## 事例2：患者本人の意思決定を尊重した上での対応

### 【本人の意思を尊重した退院】

#### 医療ソーシャルワーカーの実践現場からのコメント

##### ○医師等医療従事者からの病状に関する情報提供とその支援

- ・本人の治療方針の決定は、本人が意思決定できるよう、治療に関する選択肢とそのメリット・デメリットの説明がされること。また、その治療を選択しなかった場合に生じるデメリットも患者本人が理解できるよう支援するとよい。
- ・患者の理解の程度やどのように説明したら理解できるのかを判断し、医療従事者間で共有する。
- ・本人だけでなく、本人が代弁者として望む家族や関係者にこうした場面に同伴してもらい、一緒に考える協力を得ることも考慮するとよい。

##### ○家族等の情報の確認

- ・本人が代弁者として望む家族がいた場合や、家族不明な場合には、行政や地域の相談機関に情報提供の協力を求めることも大切である。

##### ○説明の場での患者本人の反応の記録の重要性

- ・同伴した医療従事者は、どのような説明があり、本人がどのような反応をしたのかを記録することは、リスクマネジメントの観点からも必要である。

##### ○病状悪化時の対応について本人と話し合う

- ・退院前に、本人と病状悪化時の予測される症状や状態を医師から本人に話をしてもらい、本人に理解をしておいてもらう。そのうえで、こうした状態が発生した場合の対応について本人の意向を確認し、在宅での支援機関としての「訪問診療」「訪問看護」などを検討しておくことよい。
- ・通院が必要な場合は、通院方法なども話し合っておき、外来受診時の本人及び支援機関との情報連携を行える体制を整備することがポイントになる。

##### ○本人の意向を尊重し、その意向が変わってもよいことを伝えること

- ・入院中の患者の意向、退院後の患者の意向は変化することを念頭におき、継続してかかわり続ける支援体制を整えることが大切。本人の言葉が本心なのかどうか、その場面ごと応者が誰か、どのような場面かにも着目し、意思決定支援が院内及び地域で共に行えることがのぞましい。
- ・医療従事者側が最善と考える治療を強要することはできないが、それを否定する本人の心理に着目し、本人を多面的に理解する姿勢が必要である。また、健康行動の不足などセルフネグレクトの可能性が考慮される場合は、それに応じた適切な支援を行う必要がある。

## ○多職種によるカンファレンスの重要性

- ・院内での多職種のチームでのカンファレンスや倫理カンファレンス等を行える体制を整備しておく。
- ・話し合う場がない、あるいは機能していない場合は、チームが形成されるように働きかけることが患者の利益につながると考える。

## ○支援者の記録の重要性

- ・看護師や医療ソーシャルワーカーなど患者本人の意向を聴く場面がある場合は、本人が話した具体的な状況や内容をプライバシーに配慮して記録をすることは重要である。
- ・支援機関から得た情報も患者本人の同意を得ている情報とそうでないものも含めて把握し、必要な共通ツールを活用し、医療・ケアチームで共有することで、本人の意向を中心とした支援につなげる。

## ○医療同意は本人以外には求めない：医療機関の対応の標準化の必要性

- ・患者の権利擁護、一身専属性について医療現場の中で啓発していく必要がある。医療現場で働く、医師、看護師、コメディカル等に患者の権利と家族の役割に関して正しく理解できているとは限らない。このため、医療機関内で患者の意向を尊重する医療の提供の在り方を啓発する必要がある。また同様に、地域の医療・福祉・介護においても同様の考え方を普及させるための活動も必要になる。

## ○アドバンス・ケア・プランニング（ACP）の普及

- ・地域で生活をしている時点で、身寄りがいない状態であることがわかる場合は、医療従事者や在宅支援機関は、もしものことを考えて本人にどうした以下の意向を聞き取る場面を設定することが日常の風土となることがのぞましい。
- ・事前要望書やリビングウィルなど本人の意向ができるだけ文書で表明されることを支援し、医療でなく、住居や金銭などの対応も含めて、本人の意思が表明できないときにどうしたいのかを確認しておくことがあたりまえの支援になるとよい。こうした本人の意向を示した文書の存在は、予後の生活等をふまえ、チームで最善の治療方針を決める際、重要な参考資料となる。

## 事例3：患者本人と疎遠な家族とのかかわり方

### 【家族の役割】

#### 医療ソーシャルワーカーの実践現場からのコメント

#### ○患者本人の家族に対する意向の確認

- ・疎遠な家族への連絡は、本人の意向確認が前提になる。本人の意向が確認できない場合、本人を支援する支援機関に家族に連絡を取ることにしている本人の意向はどうであったのか、また家族の連絡先がわかるのかどうか、などの確認を行うとよい。
- ・本人の意向確認ができない場合は、本人の意識が回復した時に備えて、確認をした根拠や理由を記録に残しておき、回復時に経緯を必ず説明できるようにしておくこと。

#### ○疎遠な家族と連絡を取る場合

- ・連絡が取れた場合は、現在の状況をお話しし、家族としての意向を確認する。この場合家族に求める役割を細分化して伝え、どの部分なら関わられるのかを確認するとよい。
- ・今までの本人と家族の歴史にふれることになるため、家族側の心情にも十分配慮し、家族側が患者のために関わりたい、関わるといふ部分を探り、関与できる場合には「身寄りなし」ということにはならない場合もある。死亡時の対応が困難な場合や成年後見人の必要性がある場合は、行政との相談を行う必要がある。この場合、行政と家族との相談場面が必要になるので、医療機関と家族だけで決めてしまわないように留意する。
- ・疎遠な家族が、本人との関わりを担う部分が生じた場合は、家族と連絡の取りやすい方法も確認し、本人への支援がつながるようサポートするとよい。
- ・連絡が取れない場合は、曜日や時間帯を変えて複数回連絡を取り、記録に残す。

#### ○家族が不明の場合

- ・患者の住所地の行政に連絡を取り、患者の親族の調査を依頼することができる。医療機関の役割ではないことを念頭に置き、あらかじめ地域内でルールを明文化しておくことを推奨する。  
この場合①相談窓口 ②時間帯 ③親族調査の結果の報告 ④成年後見人の首長申し立て ⑤生活保護の検討 などいくつかの項目について事前に行政側と話し合い、こうしたケース発生時にルールに基づき問い合わせができるように地域で取り組むことが望ましい。

## 事例4：絶縁状態の家族の意見の尊重

### 【延命治療の決定プロセス】

#### 医療ソーシャルワーカーの実践現場からのコメント

##### ○絶縁状態を含む家族の探し方

- ・事例1、事例3と同じ
- ・本人の最善を考えることができる家族かどうかは、「本人の最善の利益を考えられる意欲があり、その立場にあると判断できる」ことである。

##### ○医療・ケアチームでの話し合いの最終決定は、医療機関が組織として行う

- ・医療機関はこのことが可能なように、組織内でのルールを明文化しておく必要がある。その根拠としては「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン（平成30年3月厚生労働省）」に示されている。このプロセスを記録に残すことが必要。

##### ○本人が家族への連絡を拒む場合

- ・基本的には本人の意思を尊重すべきだが、将来の医療方針や万が一の時に医療側が困ることを何度か説明し、それでも拒む場合には、医療側が困る事柄について本人と協議し、その内容を記録として残すことが大切。

## 事例5:退院後の住まいを確保し生活を支援するための対応

### 医療ソーシャルワーカーの実践現場からのコメント

#### ○介護の必要な状態での居住先の確保

- ・この事例の場合は「脳梗塞後遺症による麻痺による全介助」が必要な状態であるため「介護保険施設」または「居住系施設（有料老人ホーム等）」への入所が選択肢の候補になってくる。
- ・介護保険の申請が前提となるため、最初に入院した医療機関で介護保険の申請及び結果が出てからの退院支援になると考える。
- ・脳梗塞を発症した患者は、一般にリハビリテーションを主体とした入院期間を必要とすること、診療報酬上も回復期リハビリテーション病床への入院が可能なため、まずは、医療機関での入院期間を継続する中で、患者の日常生活自立度の確保やどのようなサポートがあれば自立できるのかなどを検討する期間がもてるよう、本人と話し合う必要がある。この期間に介護保険の申請・審査・結果を確認することが妥当である。自宅で利用できるサービスについても、この結果で本人にある程度具体的イメージができるよう説明ができる。

#### ○本人の意向の尊重と判断能力

- ・「本人が希望するならばいったん自宅に退院すればよいのではないか」という見解が出る可能性がある。この場合、本人の意向を根拠に退院支援が進みがちであるが、病院内の医療ソーシャルワーカーや在宅の支援機関とも十分支援体制でできることと、できないこと、在宅に退院した場合の課題を明確にする必要がある。▽熊田 例えば、家に残され高齢配偶者の援助のため、ペットの世話のため、金銭上の問題のため等課題解決に向けて他制度の利用等も検討することが求められる。
- ・本人の意思決定をする力の評価として、医学的評価、意思決定をする力としての4つの指標での評価などを、医療・ケアチームで行うとよい。
- ・本人が「自宅に帰りたい理由」「サービスを利用したくない理由」に着目して、本人の発する言葉だけでなく、その背景となっている気持ちを受け止めて、考えていく姿勢が大切と考える。

## 身寄りがいない人の課題のまとめ

### 医療ソーシャルワーカーの実践現場からのコメント

身元保証人がいない高齢者や障害者が安心して入院、入所するためには、制度・政策的観点からのアプローチがなければ解決しないと考える以下の実態がある。

これらの課題のまとめは、2023年2月23日に日本医療ソーシャルワーカー協会が主催する研修会において、事例集にある事例を多くの医療ソーシャルワーカーで検討し、アンケート結果から抽出したものである。ガイドラインと事例集の中で解決しない課題や背景要因を実践現場からコメントすることで、身寄りのない人の問題は、さらに制度・政策的な課題への対応に取り組まなければならない問題を内包していることをコメントしておきたい。

### ひとり暮らし高齢者の増加により発生する課題のひとつ

人口減少に伴い増える高齢者の増加と対応可能な家族の減少が統計的にわかっている。身寄りのない状態の人が増えることも推測できるが、社会の体制がその状況に見合っていないものが多く存在する。

### 身元保証を求める医療機関・福祉施設の実態

上記人口動態があるにもかかわらず、入院・入所時に「2名の身元保証人」を求めたり、「別世帯でなければならない」などの実態がある。厚生労働省は、病院や介護施設等は身元保証人等がないことのみを理由に入院・入所を拒否してはならないと通知している。1名いたとしても、それだけでは条件を満たさないと、保証金を条件に加えるところもある。こうした身元保証人の条件に合わない人は入院・入所できないか、さらなる金銭的負担を求める現場の課題を解決する必要がある。

入院、入所に伴う「身元保証人」を求める書類の様式を、国がモデル様式を示し、是正する必要があるのではないだろうか。各医療機関・福祉施設任せでは解決しない。

### 医療同意は、本人以外に求めない医療機関の対応の標準化

医療機関への知識の普及啓発が必要。

### 行政における身寄りのない人の対応手順の標準化・短期間での対応

厚生労働省が過去に発出したガイドラインは、医療機関、福祉施設、後見人、在宅支援機関など実際の当事者支援に関わる専門職向けに発出されているが、行政に対するものはない。多面的な支援の中でも、行政の役割は大きく、その役割を示すことは重要である。

「身寄りのない人の対応の流れ」中に記載したとおり、各自治体まかせではなく、一定のモデルを示す必要がある。医療機関との相談に応じることができず、窓口がたらいまわしになったり、親族調査に時間がかかり、医療機関での入院期間が長期化するなど、医療の機能分化の中で、身寄りの

ない人の課題がその連携の妨げになっている状態がある。

行政担当者も、この問題のことを熟知している立場で担当しているわけではないため、指針などがなければ、経験的な対応になってしまうことも当然である。医療現場における命に係わる本人の状態をイメージできず、医療機関側の協力やサポートという観点にならない事例もあることから、国の対応指針が必要だと考える。必要なテーマは以下にまとめてみる。

- 成年後見人首長申し立て手順の標準化・短期間での対応の明文化
- 成年後見人決定までは、行政の役割があることの明確化
- 急変対応時の対応ルール
- 死亡届に関わる対応の標準化
- 医療機関や福祉施設に対して成年後見人の役割や対応範囲の周知の必要性

## **金銭管理が安全にできるシステム**

医療機関に持ち込まれる、患者本人の通帳やカードなどを、安全に管理できるシステムがない。日常生活自立支援事業が、入院患者で金銭管理が困難な判断能力のある人に関わればよいか、実際には関与できる事例が少ない。このため、医療機関内で管理することになる場合もある。この場合の体制に対しても、指針が必要なのではないか。法律の専門家による事務委任につなぐにしても、医療機関が相談する窓口を明確にしてほしい。その対応ができるまでの短期間を医療機関が管理する、とういながれなら、可能なことが多くなると思われる。金銭管理については実際に困っている医療機関が多い。

## **預貯金を所有する人が成年後見制度につながる前に死亡する場合の支払い問題**

突然の疾患やケガによる意識不明の状態や判断能力が不十分な状態に自らがなってしまうことは避けることはできない。預貯金を管理していた一人暮らしの人が、救急搬送された時点で「身寄りのない人」となる可能性は高く、この人が成年後見人の選任をされるまでの期間の間に死亡した場合は、その人の預貯金をその人のために活用することができないのが現状である。自宅がある場合は空き家問題につながり、地域課題となっていく。本人のお金を本人のために使うことができる社会の体制になっていないことを共有しておきたい。

## おわりに

### 多面的な政策対応が必要な「身寄りのない人」の問題

厚生労働省が過去に発出したガイドラインは、医療機関、福祉施設、後見人、在宅支援機関など実際の当事者支援に関わる専門職向けに発出されているものが多くあります。これらのガイドラインが発出されたことで、ガイドラインを根拠に様々な現場の課題が解決しています。一方、この問題が多面的な政策課題を有していることから、専門職や支援機関と必ず連携する行政の役割は大きく、その行政の役割をガイドラインで示すことは重要ではないかと考えます。

医療ソーシャルワーカーは、当事者の視点で考えたときに、どのような支援体制が必要なのかを感じるポジションにいます。今回集約した意見からは、「身寄りがいない状態でも、本人の意思や能力を尊重して支援、対応される社会」「本人のお金が本人のために使われるシステムがある」「身元保証団体の監督庁をつくり、当事者の権利擁護の視点のある団体を担保してほしい」「判断能力が不十分、ない状態の当事者に身元保証団体をつなぐのではなく、成年後見制度につなぐことを原則とすべきではないか」など、身元保証を前提としたわたしたちの社会に対し様々な問題が聞こえてきます。身寄りのない人は、従来家族が担ってきた役割を準備・用意できない方々ともいえます。このことは、家族以外がその行為を行う場面が必要になってくることを示唆しています。しかしながら、家族と同じ役割を包括的に1つに集約させようとしている現在の社会体制は、身元保証団体の業務に委ねたり、特定の人々の努力に負担のかかる仕組みにより維持されんとしており、これを改めて是正していくことが急務と考えています。さらに、私たち医療ソーシャルワーカーの職能団体としては判断能力が不十分またはない方に身元保証団体につなぐのではなく、「地域連携ネットワーク構築によって、保証人がいなくても安心して入院・入所できる社会を目指していくべき」だと考えております。

以上、医療現場で身寄りのない人の支援を多く担当する医療ソーシャルワーカーたちの現場の声を拾い上げ、まとめました。貴重な事例集に、さらに実践現場での支援事例を重ねてコメントを追記させていただき、この問題の多面的な要素を改めてまとめさせていただきました。

公益社団法人日本医療ソーシャルワーカー協会

社会貢献事業部 身元保証人問題チーム

担当理事 坪田 まほ

業務執行理事 野田 智子

チーム員 伍賀 道子 佐野 晴美

対馬 清美 中本 雅彦

林 祐介 南本 宣子

不動 宏平 増田 由美

有識者 熊田 均