

身寄りのない患者を取り巻く 社会的課題についての研究

報告書

2025 年 9 月

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

目 次

I	調査の目的・背景	1
1	本調査の目的	1
2	本調査の背景	1
3	本調査で用いる用語の定義	2
II	調査の方法	3
1	調査対象	3
2	調査期間	3
3	調査方法	3
4	回収状況	3
5	調査結果の表示方法	3
6	調査実施体制	4
III	調査結果	5
1	回答者と所属機関の状況および周辺状況	6
2	入院申込書の様式と保証人がいない場合の運用状況	15
3	臨床倫理委員会等の設置状況と活用状況	19
4	身寄りのない患者の通帳・キャッシュカードの保管・管理状況および金融機関に対する要望・認識	28
5	自治体の親族情報照会への対応状況、成年後見制度の申立てや死後対応の状況	36
6	高齢者等終身サポート事業者の活用状況と同事業者に対する認識	42
IV	調査結果からみえてきたこと	45
1	院内マニュアル・規則の有無	45
2	医療同意を得る理由	46
3	入院申込書における保証人の数と求めている理由	46
4	保証人がいないかつ意思決定が困難な患者の入院受け入れ	46
5	臨床倫理委員会・コンサルテーションチームの設置・活用状況	47
6	通帳・キャッシュカードの保管・管理	48
7	金融機関に求める仕組みと連携課題	48
8	自治体の対応状況	49
9	高齢者等終身サポート事業者の活用状況と認識	49
10	調査結果全体を振り返って	50
V	調査票	52

I 調査の目的・背景

1 本調査の目的

本調査では、全国の病院（精神科病院を含む）を対象に質問紙調査を行い、身寄りがない患者への対応状況およびその際課題に感じていることを把握しつつ、身寄りのない患者を取り巻く社会的課題の実態を示すことを目的とする。併せて、病床・病棟の規模や種類、ソーシャルワーカーの配置人数、身寄りのない患者に対応するための院内マニュアルの有無によって、対応状況などが異なっている可能性も考えられるため、この点についての検証も試みることにする。

2 本調査の背景

医療・介護現場では、身寄りがなく保証人を準備できない、または保証人の役割を果たす親族等がいないために、入院・入所先が制約されているといった困難に陥っている状況（以下、保証人問題）が生じている。保証人がいないと、病院・施設側が対応に困ることが少なくないことから、大半の病院・施設は保証人を求めており、中には保証人がいないことを理由に入院・入所の受け入れを断っているところがある。上記以外にも、身寄りや保証人の役割を果たす人がいない場合、医的侵襲行為を受ける際に困難が生じやすい、通帳から金銭を引き出すことができず費用の支払いができない、死後対応が不十分になりやすいなど病院・施設側は様々な課題に直面している。

さらに、このような背景から、親族等に代わって保証人の役割を有償サービスで提供する高齢者等終身サポート事業者が台頭してきている現状がある。しかし、こうした事業者については、「倒産のリスクに加え、権利侵害の事案が多数報告されており、監督官庁による監督も確保されていない状態」とであるとされている（出所：永田祐（2024）「『身寄りのない人』を地域で支えるために」『月刊福祉』107（6）、17-21）。

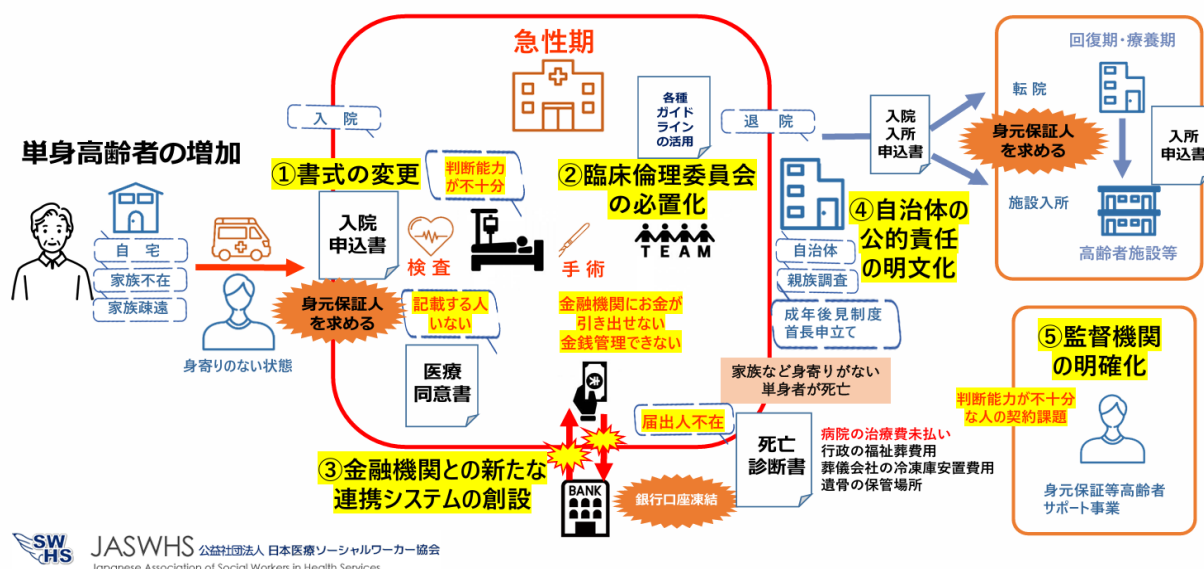
上記の流れを踏まえて、厚生労働省は2019年に「身寄りがない人の入院及び医療に係る意思決定が困難な人への支援に関するガイドライン」（以下、ガイドライン）を出している。2022年には、『身寄りがない人の入院及び医療に係る意思決定が困難な人への支援に関するガイドライン』に基づく事例集」（以下、事例集）を発出している。

一方、日本医療ソーシャルワーカー協会は、106人の医療ソーシャルワーカーからのアンケート結果を踏まえて、ガイドラインと事例集だけでは解決が難しい社会的課題を以下の5つに整理している（図1）。「①入院・入所時に身元保証人を書面で求めないための具体的な手続き形式の提示および通知、②医療機関における臨床倫理委員会等の必置化、③金融機関との新たな連携システムの創設、④自治体の公的責任の明文化、⑤身元保証等高齢者サポート事業の監督機関の明確化」。その上で、同協会は2024年3月に、①～⑤を含めた「身寄りのない状態で意思決定が困難な人に生じる社会的課題に関する要望書」を厚生労働省医政局長へ提出している。しかし、①～⑤に関わる全ての内容について、病院側がどのように対応・認識しているのか、全国の病院を対象に調査した先行研究は見当たらないため、本調査を実施した。

図1 ガイドラインと事例集だけでは解決が難しい社会的課題

身寄りのない状態で意思決定が困難な人に生じる社会的課題

2024.03.22



出所：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）「『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の支援に関するガイドライン及び事例集』をふまえた医療現場からのコメント集」, 2024.

3 本調査で用いる用語の定義

(1) 身寄りのない患者

本調査では、「連絡可能な親族がいないまたは連絡可能な親族がいても協力が得られない患者」を、身寄りのない患者とし、質問紙の表紙（p. 52）にもその旨記載している。なお、連絡可能な親族がいても、患者本人より「迷惑を掛けたくない」ので協力依頼をしてほしくない」と申し出があり、親族の連絡先を教えてもらえない場面も増えてきている。このような場合は、「連絡可能な親族がいても協力が得られない患者」に含まれることになる。ただし、「連絡可能な親族がいても協力が得られない」という文言からは、親族に連絡しても「こちらでは協力できない」と返答があり、協力が得られないというイメージが一般的かもしれないため、今振り返ると、調査依頼時に上記内容を補足すべきだったと考える。

(2) 高齢者等終身サポート事業

本調査では、高齢者等終身サポート事業を以下のように定義している。「高齢者等に対して身元保証や死後事務、日常生活支援等のサービスを行う事業」（出所：内閣府・金融庁・消費者庁・ほか（2024）「高齢者等終身サポート事業者ガイドライン」）。なお、「身寄りのない状態で意思決定が困難な人に生じる社会的課題に関する要望書」（日本医療ソーシャルワーカー協会）では、高齢者等終身サポート事業と同じ意味で、身元保証等高齢者サポート事業という用語が使用されているため、このような場合には原文のまま掲載している。

II 調査の方法

1 調査対象

地方厚生局が公開している医療機関一覧表より区分が「病院」のものを抽出し、その中からランダムサンプリングにより 3,000 件の施設を抽出した。

2 調査期間

2025 年 2 月 14 日～2025 年 3 月 21 日 ※3 月末日到着分まで集計対象とした。

3 調査方法

郵送調査／日本医療ソーシャルワーカー協会の倫理審査委員会の了解を得た上で実施（承認番号：第 24-RE01-A 号）

4 回収状況

配布数	有効回答数	有効回答率
3,000 件	1,518 票	50.6%

※問 2 以降については、問 1 の本調査への協力について「同意する」と回答した 1,480 票を有効回答として集計を行っている。

5 調査結果の表示方法

- ・回答は各質問の回答者数（n）を基数とした百分率（%）で示している。また、小数点以下第 2 位を四捨五入しているため、内訳の合計が 100.0%にならない場合がある。
- ・複数回答が可能な設問の場合、回答者が全体に対してどのくらいの比率であるかという見方になるため、回答比率の合計が 100.0%を超える場合がある。
- ・問 24 については、単一での回答を求めたものの、複数回答が多かったため、回答のあった全てのデータを含めて集計した。ただし、複数回答のものを「無回答」とし、単一回答のみ集計を行った結果も、参考値として掲載している。
- ・本報告書では、調査目的に鑑み、単純集計結果だけでなく、クロス集計の結果を掲載している。具体的には、病床・病棟の規模や種類、ソーシャルワーカーの配置人数、身寄りのない患者に対応するための院内マニュアルの有無との関連を確認するために、該当する質問項目についてクロス集計を行っている。クロス集計の場合、無回答を排除しているため、クロス集計の有効回答数の合計と単純集計（全体）の有効回答数が合致しないことがある。なお、クロス集計とは、複数項目の組み合わせで分類した集計のことで、複数の質問項目を交差して並べ、表やグラフを作成することにより、その相互の関係を明らかにするための集計方法のことである。

- ・問 34 では、「身寄りのない患者を支援する中で、自治体に求めることや期待することがあれば、自由にお書きください」としており、記載内容に沿って分類・集計し、主な回答を掲載した。1 回答の中に複数の内容が含まれていた場合には、それぞれの内容に沿って分類した。

6 調査実施体制

研究責任者

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
林 祐介（日本福祉大学）

研究分担者

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
坪田 まほ（大和市下鶴間つきみ野地域包括支援センター）
野田 智子（JA 愛知厚生連 江南厚生病院）
對馬 清美（愛知医科大学病院）
増田 由美（磐田市立総合病院）

研究協力者

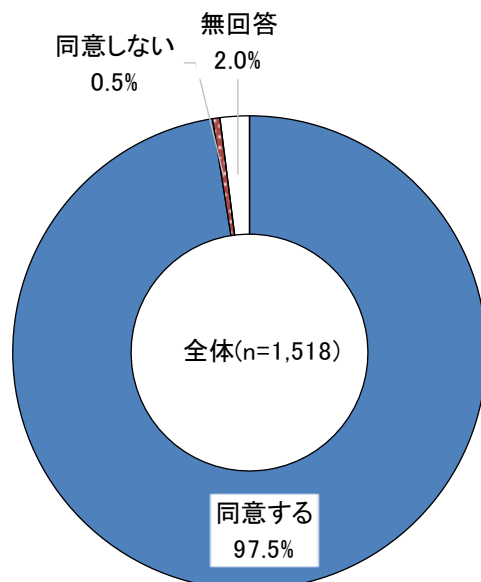
日本医療ソーシャルワーカー協会 社会貢献事業部 身元保証人問題チーム
熊田 均（熊田法律事務所）
南本 宜子（京都済生会病院）
佐野 晴美（JCHO 横浜中央病院）
中本 雅彦（介護老人保健施設リゾートヒルやわらぎ）
伍賀 道子（金沢市地域包括支援センターかみあらや）
不動 宏平（真栄病院）

注）研究責任者は、研究計画書や質問紙のベースの作成、データ分析、本報告書の作成といった中心的な役割を担った。研究分担者は、質問項目の検討や質問紙発送に向けた準備、データ分析の補助、本報告書の内容確認といった役割を担った。研究協力者は、完成した質問紙や調査結果に対して意見を出してもらうなどの役割を担った。

Ⅲ 調査結果

問 1. 本調査の協力に同意いただけますか。 (n=1,518)

全体では、「同意する」が 97.5%、「同意しない」が 0.5%であった。

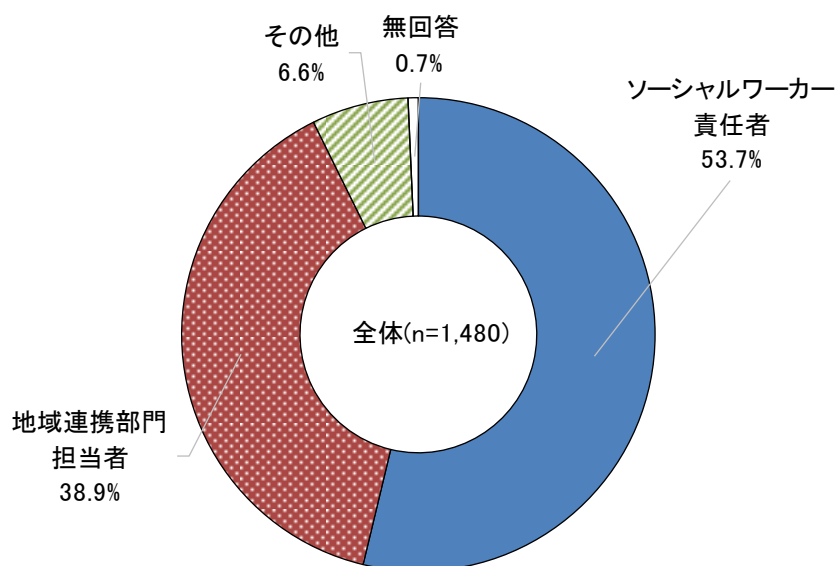


※問 2 以降については、問 1 で「同意する」と回答した 1,480 票を有効回答として集計を行っている。

1 回答者と所属機関の状況および周辺状況

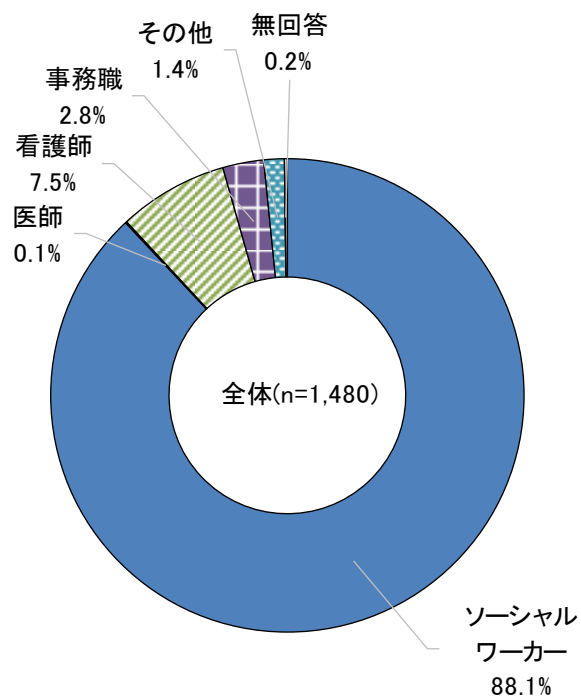
問2. あなたの役職を教えてください。(n=1,480)

全体では、「ソーシャルワーカー責任者」が 53.7%、「地域連携部門担当者」が 38.9%であった。



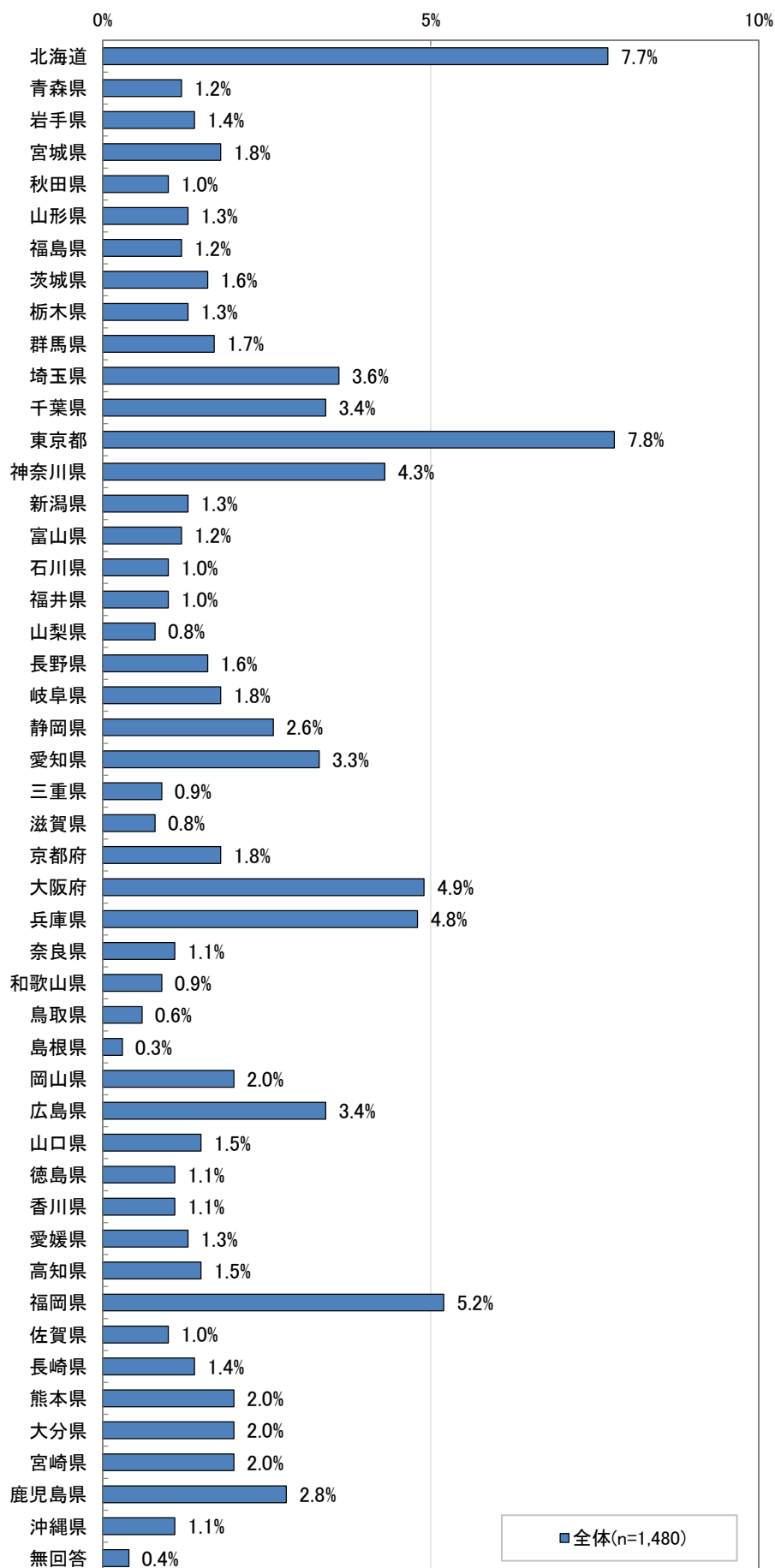
問3. あなたの職種を教えてください。(n=1,480)

全体では、「ソーシャルワーカー」が 88.1%、「医師」が 0.1%、「看護師」が 7.5%、「事務職」が 2.8%であった。



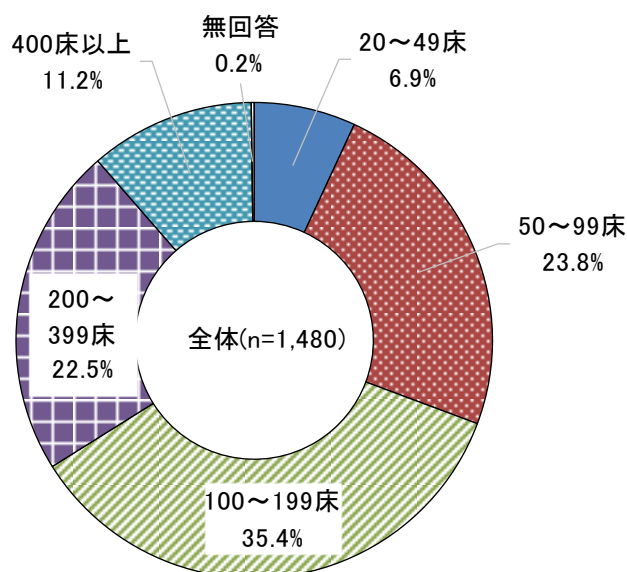
問 4. あなたの所属機関の都道府県をご記入ください。 (n=1,480)

全体では、「東京都」が7.8%と最も高く、「北海道」が7.7%、「福岡県」が5.2%であった。



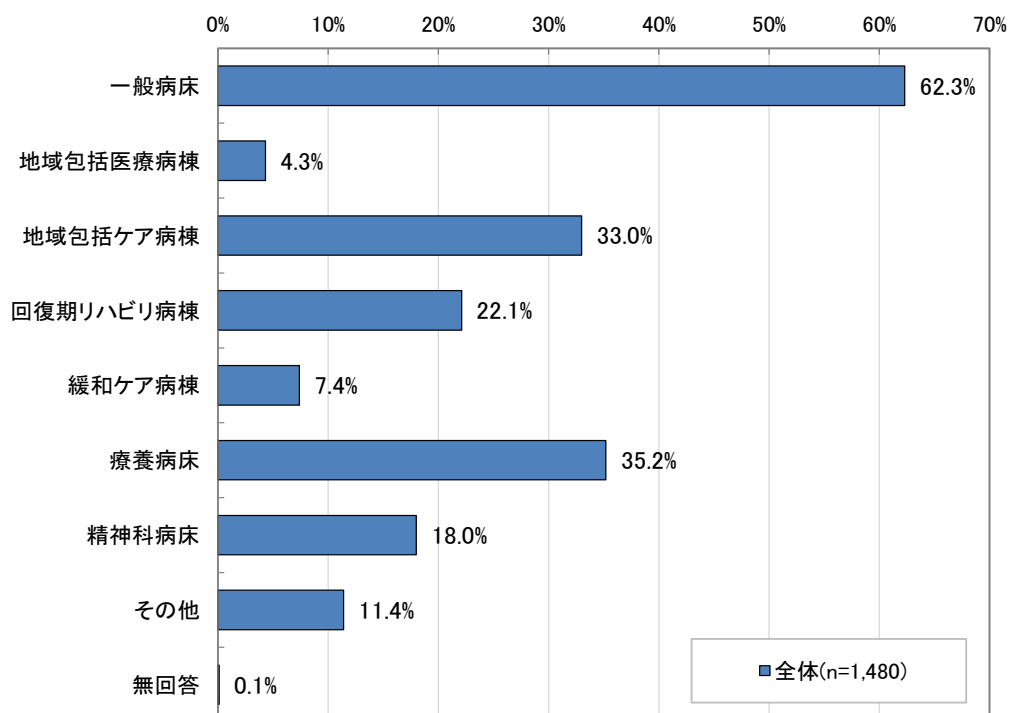
問 5. あなたの所属機関の全病床数をお答えください。 (n=1,480)

全体では、「20～49 床」が 6.9%、「50～99 床」が 23.8%、「100～199 床」が 35.4%、「200～399 床」が 22.5%、「400 床以上」が 11.2%であった。



問 6. あなたの所属機関の病床・病棟等、該当するものすべてに○をつけてください。
(複数選択) (n=1,480)

全体では、「一般病床」が 62.3%と最も高く、「療養病床」が 35.2%、「地域包括ケア病棟」が 33.0%、「回復期リハビリ病棟」が 22.1%、「精神科病床」が 18.0%、「緩和ケア病棟」が 7.4%、「地域包括医療病棟」が 4.3%であった。



問 7-1. 常勤：あなたの所属機関のソーシャルワーカーの勤務人数をお答えください。
(数字を記入) (n=1,465)

全体では、「平均」が 3.9 人、「中央値」が 3.0 人、「最小値」が 0 人、「最大値」が 26 人であった。

	調査数	平均	中央値	最小値	最大値
全体	1465	3.9	3.0	0	26

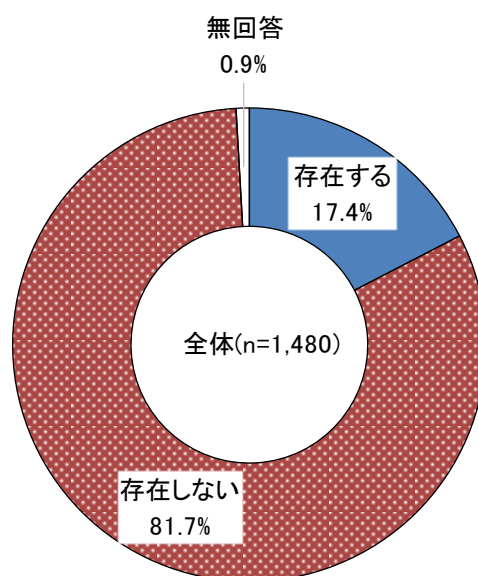
問 7-2. 非常勤：あなたの所属機関のソーシャルワーカーの勤務人数をお答えください。(数字を記入) (n=761)

全体では、「平均」が 0.5 人、「中央値」が 0.0 人、「最小値」が 0 人、「最大値」が 20 人であった。

	調査数	平均	中央値	最小値	最大値
全体	761	0.5	0.0	0	20

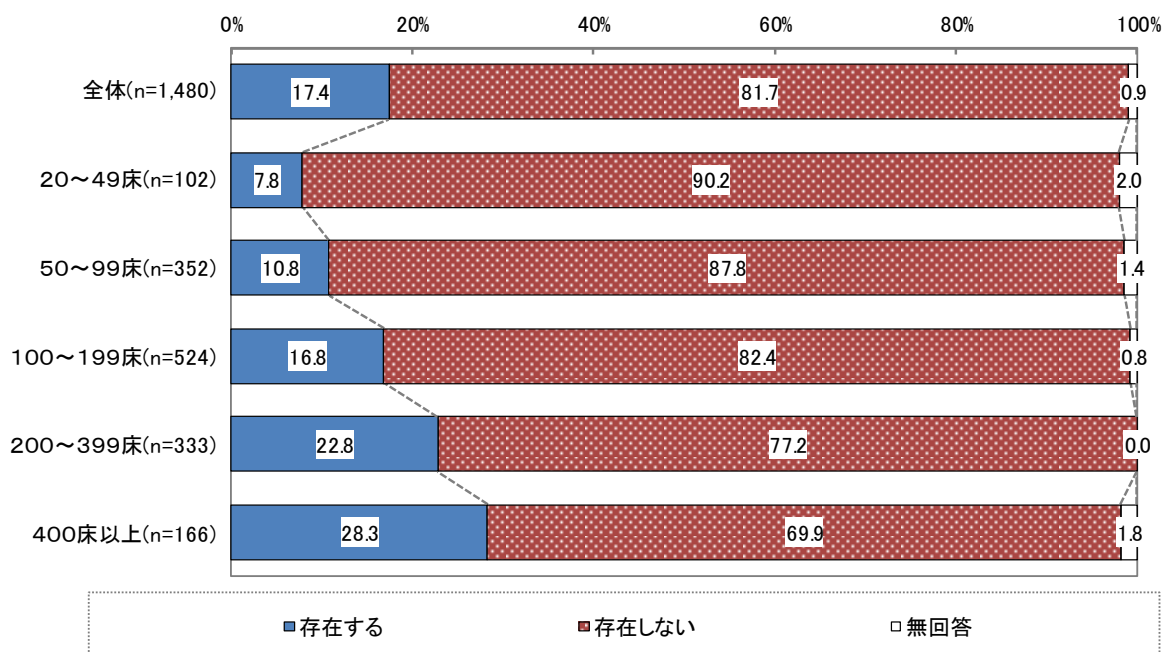
問 8. あなたの所属機関には、身寄りのない患者に対応するための院内マニュアルは存在していますか。(n=1,480)

全体では、「存在する」が 17.4%、「存在しない」が 81.7%であった。



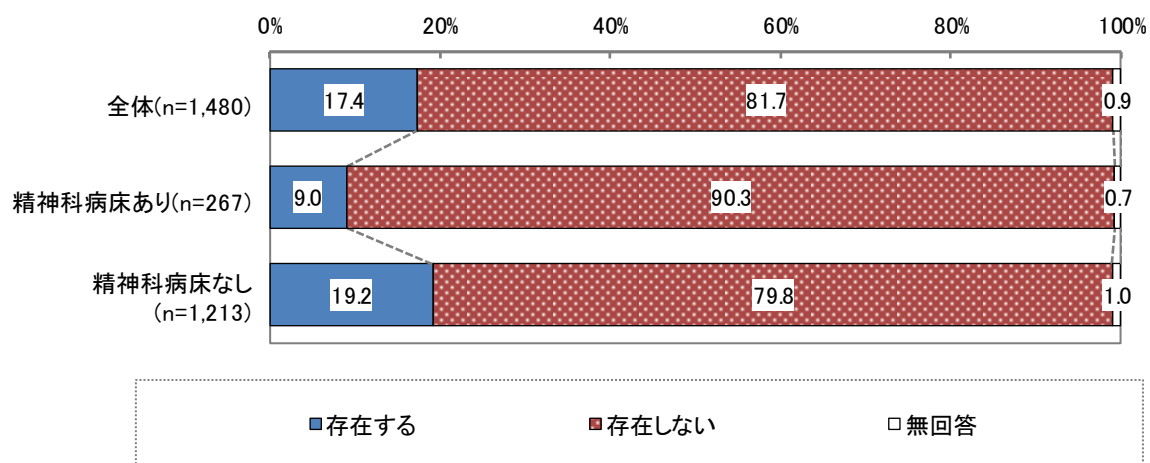
a) 病院・病床の規模と身寄りのない患者に対応するための院内マニュアルの有無

回答病院の病床数ごとに、身寄りのない患者に対応するための院内マニュアルの有無を集計した。病床数が多いほど、院内マニュアルが「存在する」割合は高くなっていた。「存在する」と答えた割合は、「20～49床」では7.8%、「50～99床」では10.8%、「100～199床」では16.8%、「200～399床」では22.8%、「400床以上」では28.3%であった。



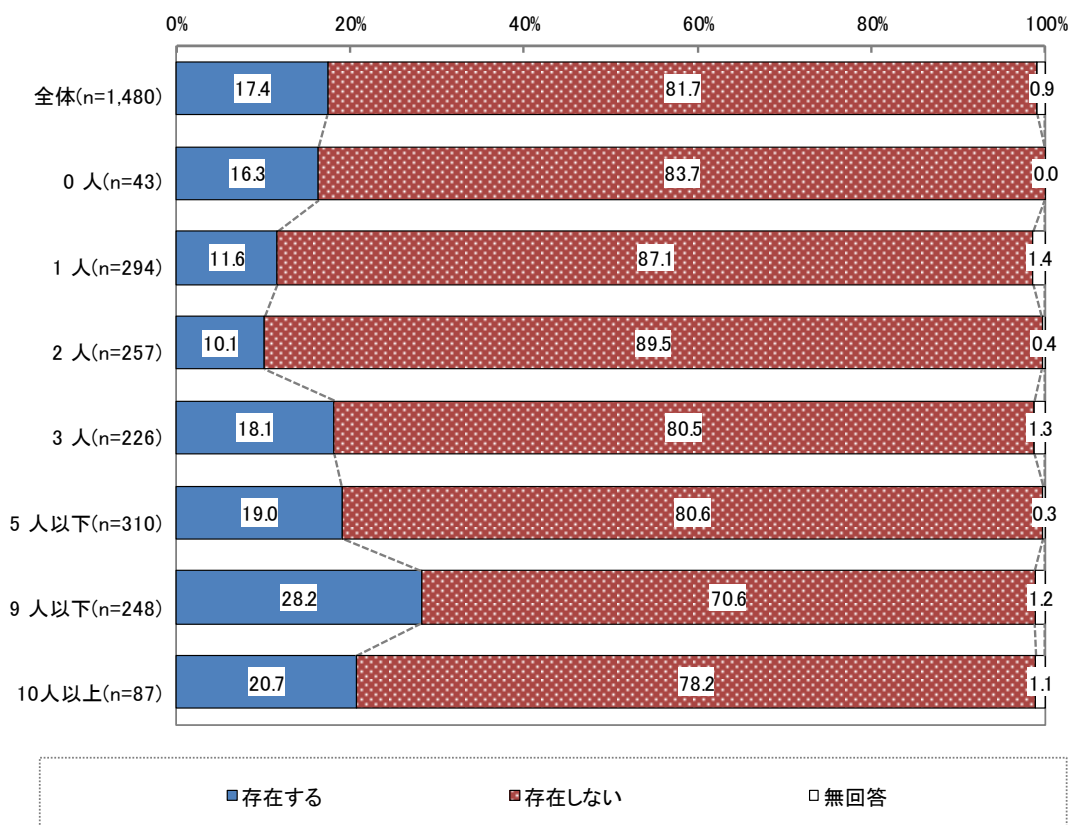
b) 病院・病床の種類と身寄りのない患者に対応するための院内マニュアルの有無

回答病院の精神科病床の有無と、身寄りのない患者に対応するための院内マニュアルの有無でクロス集計を行った。院内マニュアルが「存在する」と答えた割合は、「精神科病床あり」では9.0%であったのに対して、「精神科病床なし」では19.2%であった。



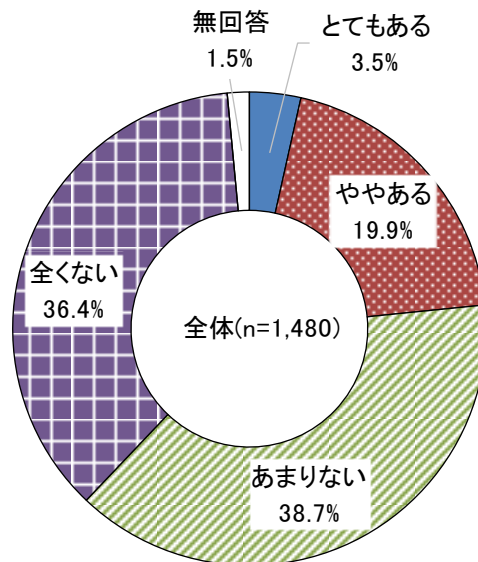
c) ソーシャルワーカーの配置人数と身寄りのない患者に対応するための院内マニュアルの有無

回答病院のソーシャルワーカー常勤人数ごとに、身寄りのない患者に対応するための院内マニュアルの有無を集計した。ソーシャルワーカー常勤人数が多いほど、院内マニュアルが「存在する」割合は高くなっているわけではなかった。「存在する」と答えた割合は、「0 人」では 16.3%であったのに対して「1 人」では 11.6%、「9 人以下」では 28.2%であったのに対して「10 人以上」では 20.7%であった。



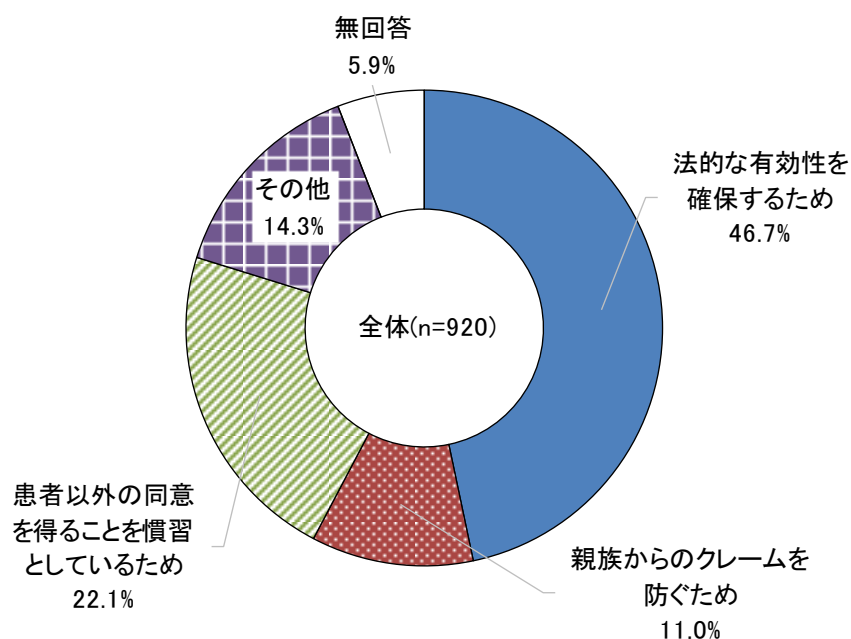
問 9. あなたの所属機関では、身寄りのない患者の医療同意を得る際に、10 年以上音信不通だった親族を呼び出して同意をもらうことはありますか。 (n=1,480)

全体では、「とてもある」が 3.5%、「ややある」が 19.9%、「あまりない」が 38.7%、「全くない」が 36.4%であった。



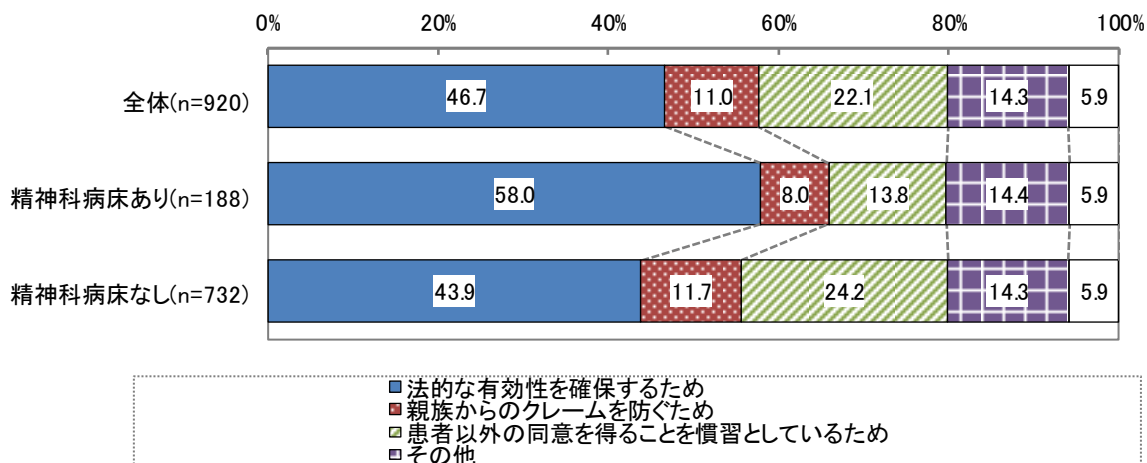
問 10. 【問 9 で「1）とてもある」「2）ややある」「3）あまりない」と回答された方のみにおたずねします。】身寄りのない患者の医療同意を得る際に、10 年以上音信不通だった親族を呼び出して、医療同意を得る理由を教えてください。最もあてはまるものに○をつけてください。 (n=920)

全体では、「法的な有効性を確保するため」が 46.7%と最も高く、「患者以外の同意を得ることを慣習としているため」が 22.1%、「親族からのクレームを防ぐため」が 11.0%であった。



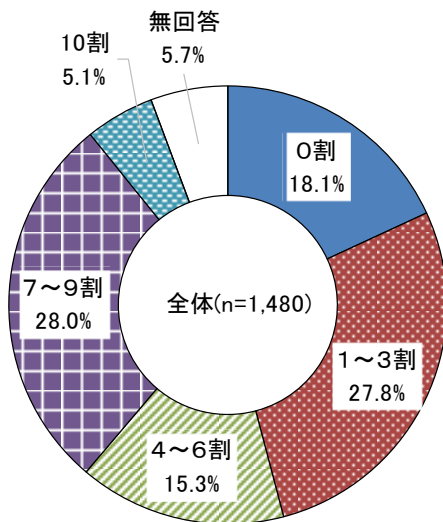
病院・病床の種類と10年以上音信不通だった親族を呼び出して医療同意を得る理由

回答病院の精神科病床の有無と、10年以上音信不通だった親族を呼び出して医療同意を得る理由でクロス集計を行った。「法的な有効性を確保するため」と答えた割合は、「精神科病床あり」では58.0%であったのに対して、「精神科病床なし」では43.9%であった。



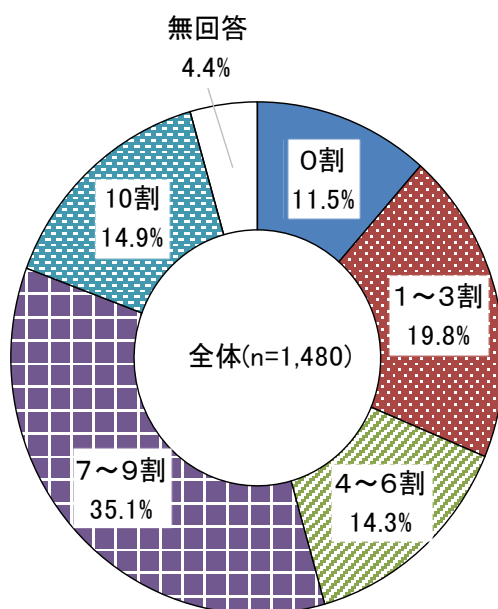
問 11. あなたの所属機関から、所属機関以外の病院へ転院相談をした際に、保証人がいないことを理由に受け入れてもらえない病院のおおよその割合を教えてください。(n=1,480)

全体では、「0割」が18.1%、「1～3割」が27.8%、「4～6割」が15.3%、「7～9割」が28.0%、「10割」が5.1%であった。



問 12. あなたの所属機関から、介護保険施設へ入所相談をした際に、保証人がいないことを理由に受け入れてもらえない施設のおおよその割合を教えてください。
(n=1,480)

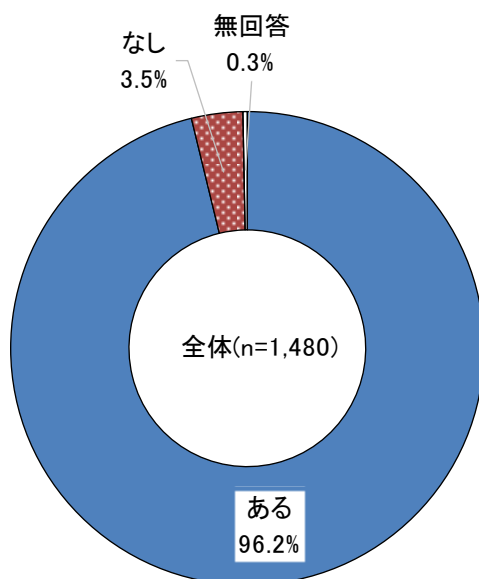
全体では、「0割」が 11.5%、「1～3割」が 19.8%、「4～6割」が 14.3%、「7～9割」が 35.1%、「10割」が 14.9%であった。



2 入院申込書の様式と保証人がいない場合の運用状況

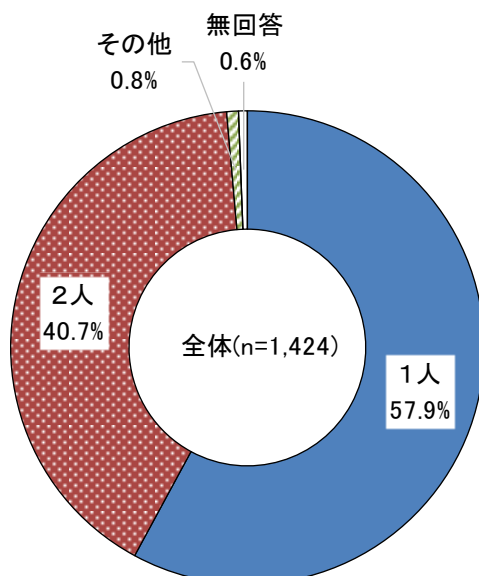
問 13. 入院申込書の中に、保証人の記入を求める箇所はありますか。 (n=1,480)

全体では、「ある」が 96.2%、「なし」が 3.5%であった。



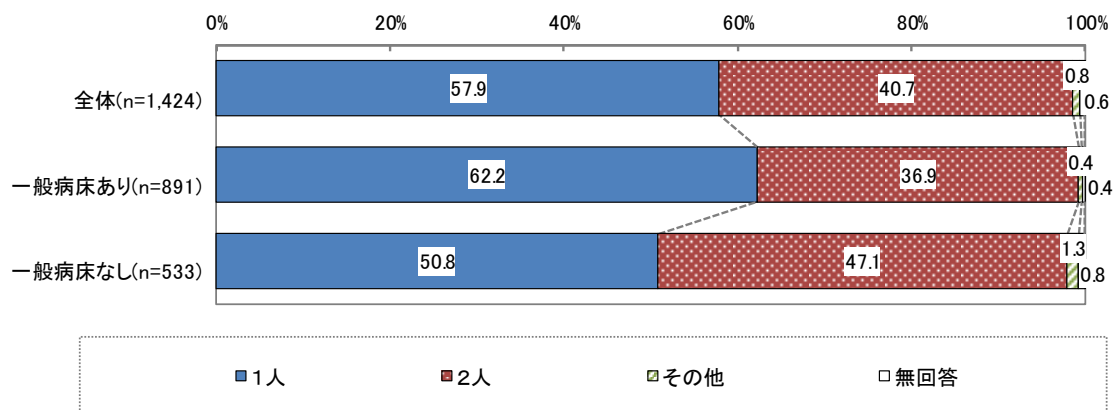
問 14. 【問 13 で「1) ある」と回答された方のみにおたずねします。】入院申込書の中では、何人以上の保証人を求めていますか。 (n=1,424)

全体では、「1 人」が 57.9%、「2 人」が 40.7%であった。



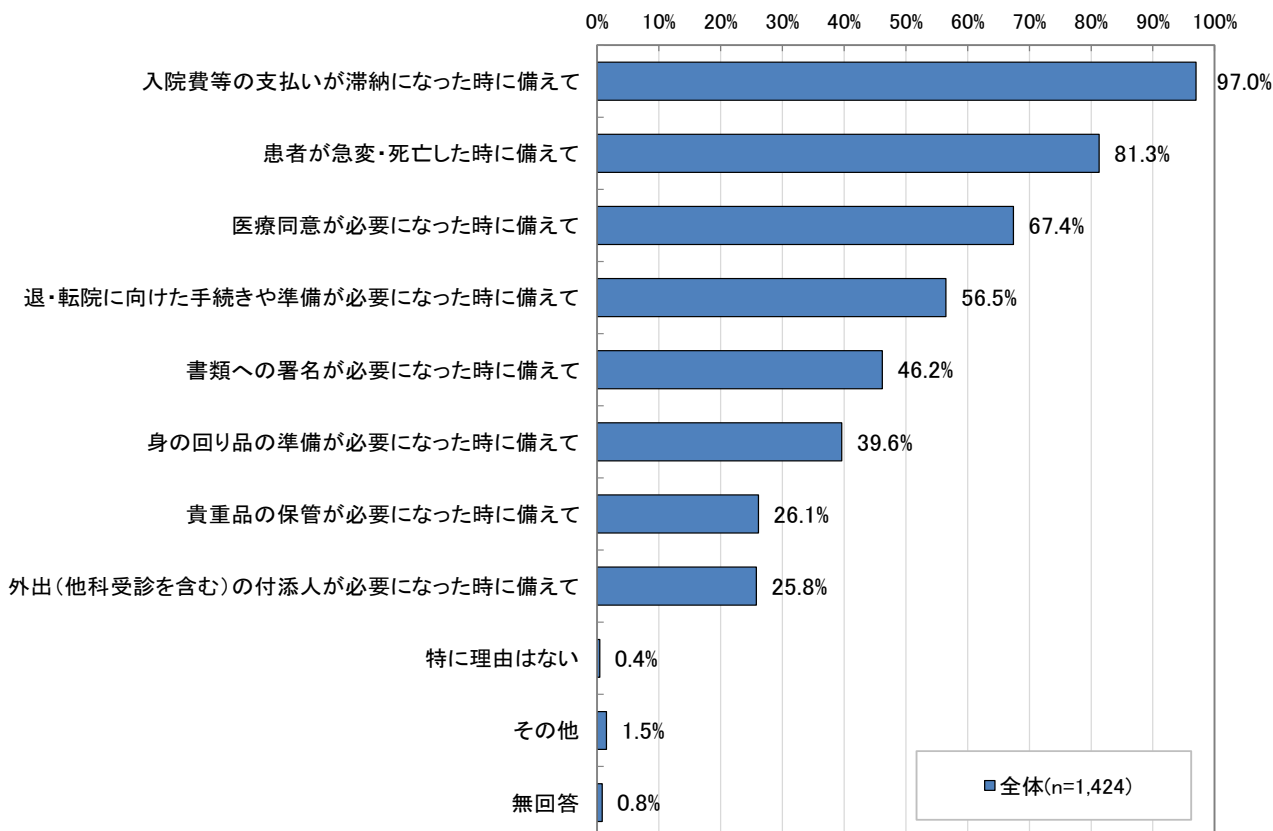
病院・病床の種類と入院申込書の中で求めている保証人の数

回答病院の一般病床の有無と、入院申込書の中で求めている保証人の数でクロス集計を行った。「2人」以上の保証人を求めていると答えた割合は、「一般病床あり」では36.9%であったのに対して、「一般病床なし」では47.1%であった。



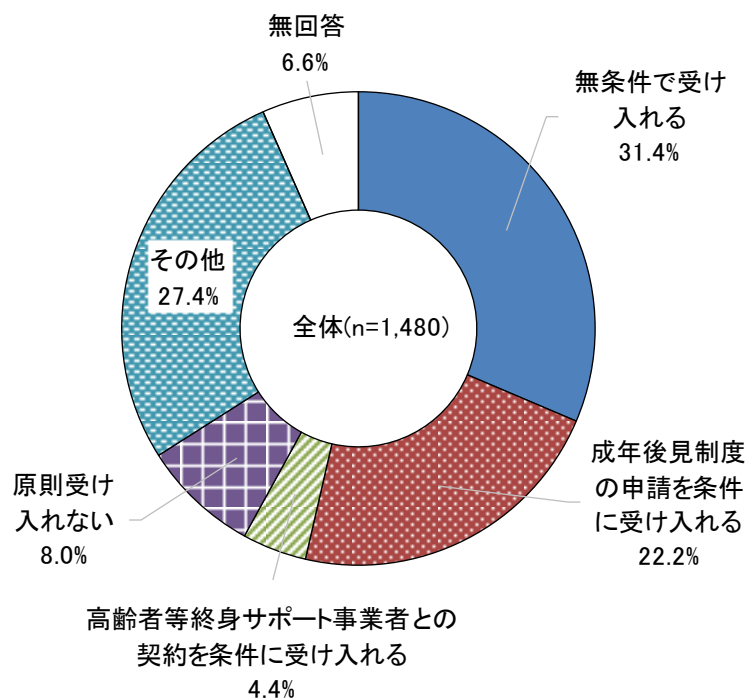
問 15. 【問 13 で「1) ある」と回答された方のみにおたずねします。】入院申込書の中に、保証人の記入を求めている理由を教えてください。(複数選択) (n=1,424)

全体では、「入院費等の支払いが滞納になった時に備えて」が97.0%と最も高く、「患者が急変・死亡した時に備えて」が81.3%、「医療同意が必要になった時に備えて」が67.4%、「退・転院に向けた手続きや準備が必要になった時に備えて」が56.5%であった。「特に理由はない」は0.4%であった。



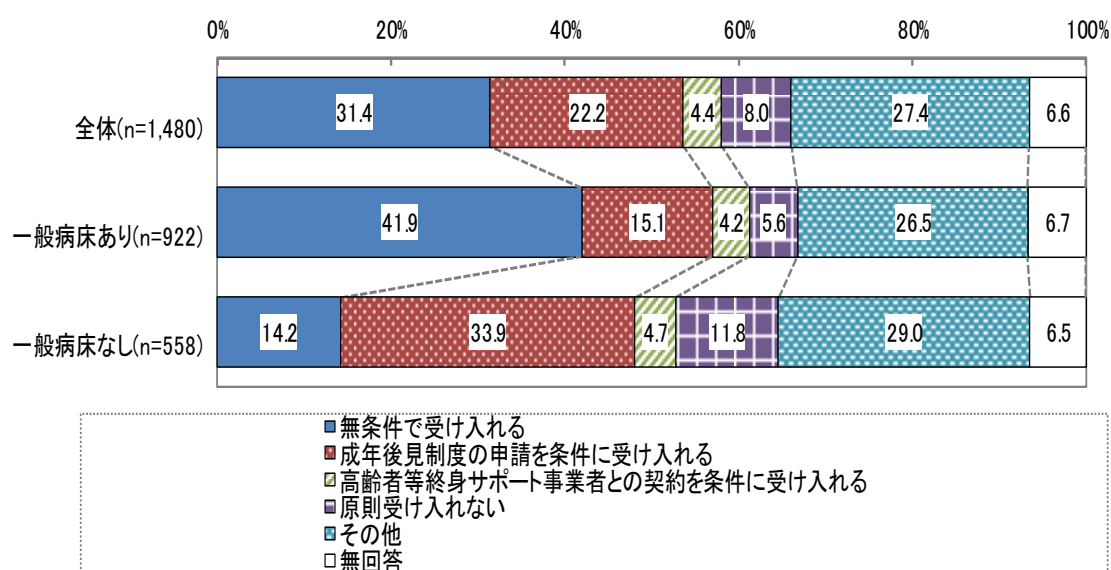
問 16. 保証人がいないかつ意思決定が困難な患者の入院受け入れの相談があった場合、
どのように対応しますか。最もあてはまるものに○をつけてください。 (n=1,480)

全体では、「無条件で受け入れる」が 31.4%、「成年後見制度の申請を条件に受け入れる」が 22.2%、「高齢者等終身サポート事業者との契約を条件に受け入れる」が 4.4%であった。逆に「原則受け入れない」が 8.0%であった。



病院・病床の種類と保証人がいないかつ意思決定が困難な患者の入院受け入れの相談があった場合の対応内容

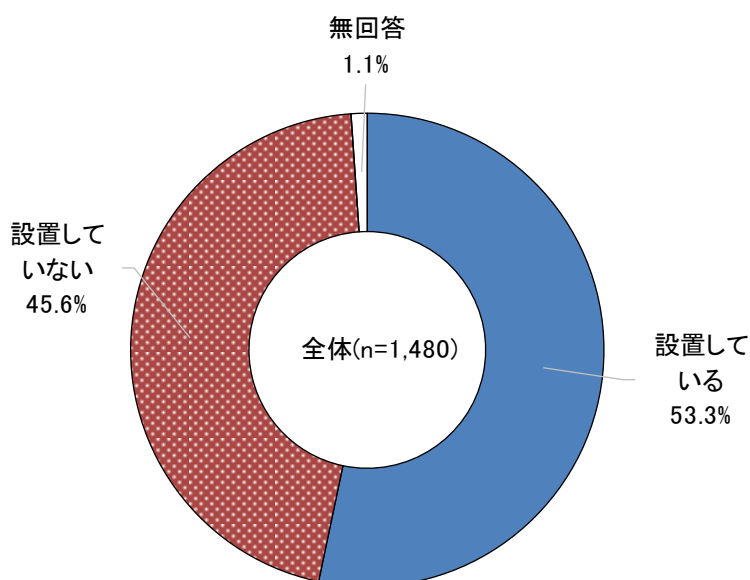
回答病院の一般病床の有無と、保証人がいないかつ意思決定が困難な患者の入院受け入れの相談があった場合の対応内容でクロス集計を行った。「無条件で受け入れる」と答えた割合は、「一般病床あり」では 41.9%であったのに対して、「一般病床なし」では 14.2%であった。「成年後見制度の申請を条件に受け入れる」と答えた割合は、「一般病床あり」では 15.1%であったのに対して、「一般病床なし」では 33.9%であった。「高齢者等終身サポート事業者との契約を条件に受け入れる」と答えた割合は、「一般病床あり」では 4.2%であったのに対して、「一般病床なし」では 4.7%であった。



3 臨床倫理委員会等の設置状況と活用状況

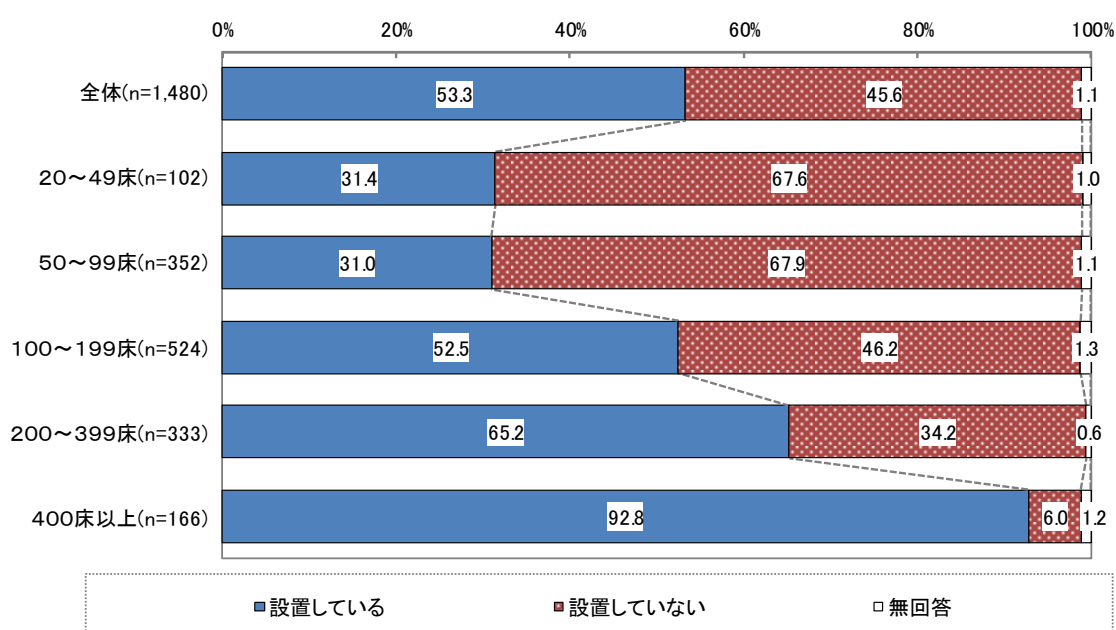
問 17. 院内に臨床倫理的な課題を話し合う委員会（臨床倫理委員会）を設置していますか。 (n=1,480)

全体では、「設置している」が 53.3%、「設置していない」が 45.6%であった。



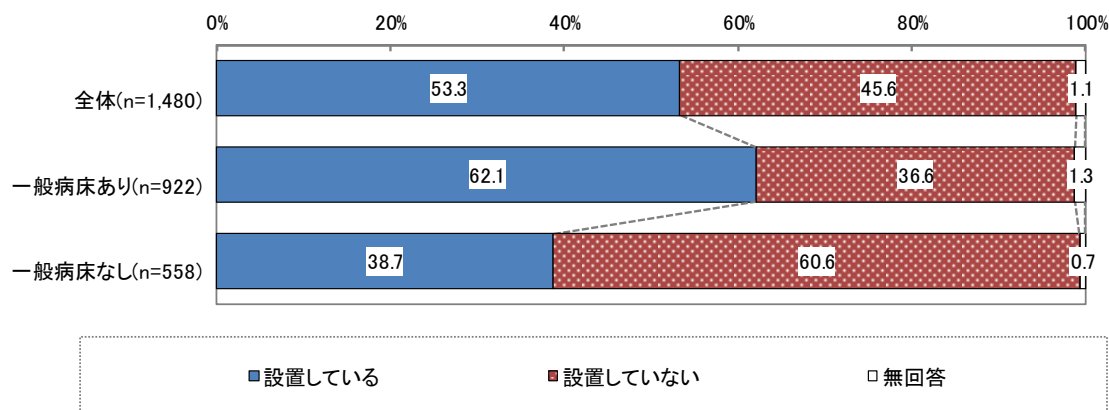
a) 病院・病床の規模と臨床倫理委員会の設置状況

回答病院の病床数ごとに、臨床倫理委員会の設置状況を集計した。「20～49 床」を除くと、病床数が多いほど、臨床倫理委員会を「設置している」割合は高くなっていった。「設置している」と答えた割合は、「50～99 床」では 31.0%、「100～199 床」では 52.5%、「200～399 床」では 65.2%、「400 床以上」では 92.8%であった。



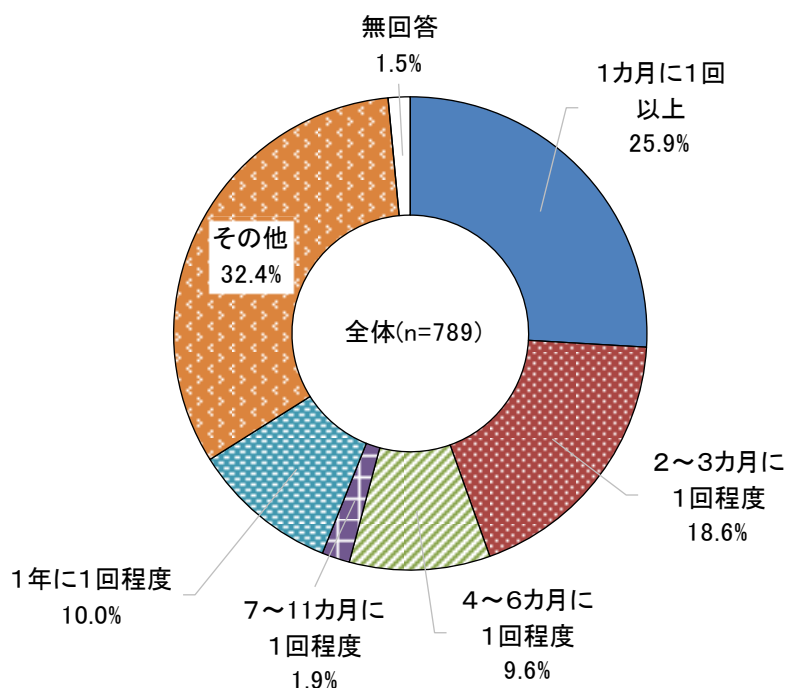
b) 病院・病床の種類と臨床倫理委員会の設置状況

回答病院の一般病床の有無と、臨床倫理委員会の設置状況でクロス集計を行った。「設置している」と答えた割合は、「一般病床あり」では 62.1%であったのに対して、「一般病床なし」では 38.7%であった。



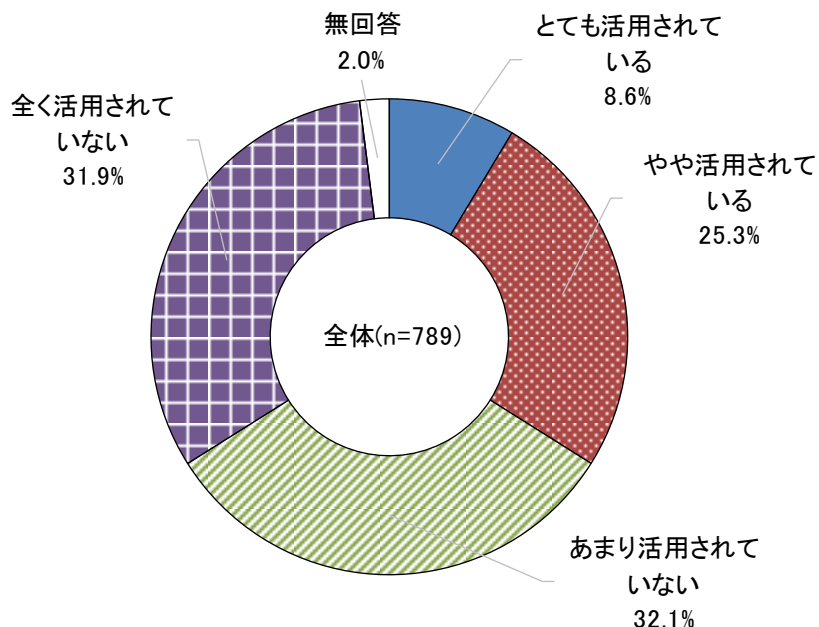
問 18. 【問 17 で「1) 設置している」と回答された方のみにおたずねします。】臨床倫理委員会の開催頻度を教えてください。(n=789)

全体では、「1カ月に1回以上」が 25.9%、「2～3カ月に1回程度」が 18.6%、「4～6カ月に1回程度」が 9.6%、「7～11カ月に1回程度」が 1.9%、「1年に1回程度」が 10.0%であった。



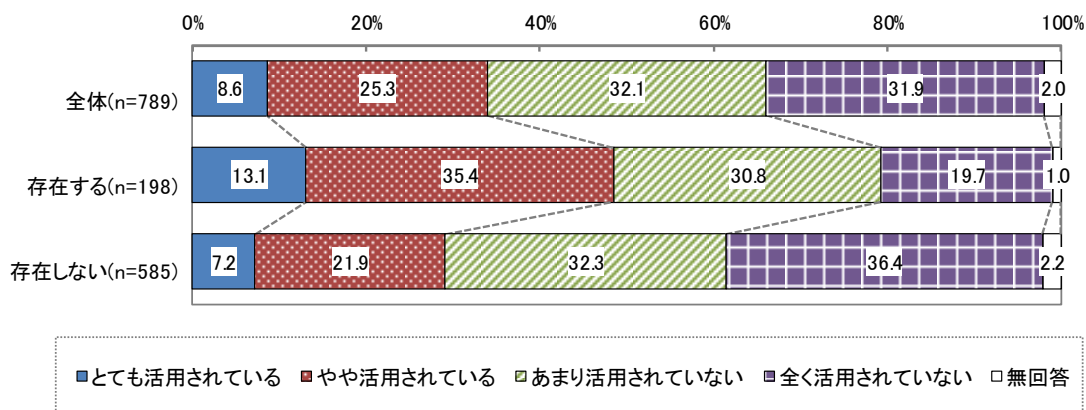
問 19. 【問 17 で「1) 設置している」と回答された方のみにおたずねします。】身寄りのない患者の対応で困った際に、臨床倫理委員会がどの程度活用されていますか。
(n=789)

全体では、「とても活用されている」が 8.6%、「やや活用されている」が 25.3%、「あまり活用されていない」が 32.1%、「全く活用されていない」が 31.9%であった。



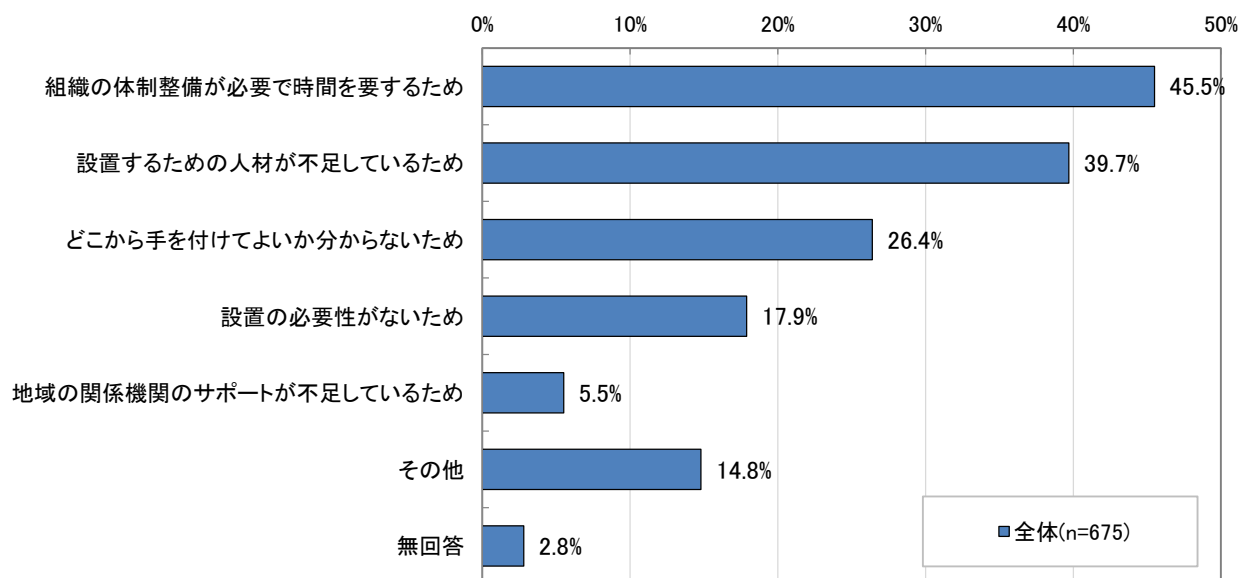
身寄りのない患者に対応するための院内マニュアルの有無と臨床倫理委員会の活用状況

回答病院の身寄りのない患者に対応するための院内マニュアルの有無と、臨床倫理委員会の活用状況でクロス集計を行った。「とても活用されている」と「やや活用されている」を合わせた割合は、院内マニュアルが「存在する」病院で 48.5%であったのに対して、「存在しない」病院では 29.1%であった。



問 20. 【問 17 で「2) 設置していない」と回答された方のみにおたずねします。】臨床倫理委員会を設置していない理由を教えてください。（複数選択）（n=675）

全体では、「組織の体制整備が必要で時間を要するため」が 45.5%と最も高く、「設置するための人材が不足しているため」が 39.7%、「どこから手を付けてよいか分からないため」が 26.4%、「設置の必要性がないため」が 17.9%、「地域の関係機関のサポートが不足しているため」が 5.5%であった。



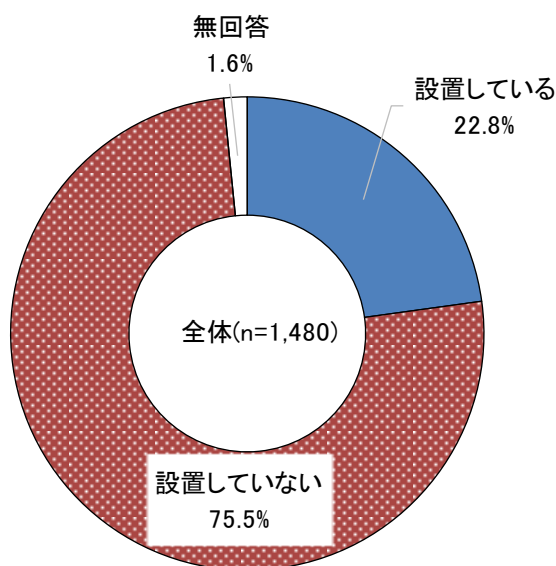
病院・病床の規模と臨床倫理委員会を設置していない理由

回答病院の病床数ごとに、臨床倫理委員会を設置していない理由を集計した。「20～49 床」を除くと、病床数が多いほど、「設置するための人材が不足しているため」を理由にあげている病院の割合が高くなっていった。「設置するための人材が不足しているため」と答えた割合は、「50～99 床」では 51.0%、「100～199 床」では 34.3%、「200～399 床」では 28.1%、「400 床以上」では 10.0%であった。

	調査数	設置の必要性がないため	どこから手を付けてよいか分からないため	組織の体制整備が必要で時間を要するため	設置するための人材が不足しているため	地域の関係機関のサポートが不足しているため	その他	無回答
全体	675	17.9%	26.4%	45.5%	39.7%	5.5%	14.8%	2.8%
20～49床	69	14.5%	26.1%	36.2%	43.5%	8.7%	21.7%	—
50～99床	239	16.7%	28.0%	51.0%	51.0%	4.6%	10.5%	2.1%
100～199床	242	19.0%	24.0%	43.4%	34.3%	4.5%	16.9%	3.7%
200～399床	114	19.3%	29.8%	46.5%	28.1%	7.0%	12.3%	4.4%
400床以上	10	20.0%	10.0%	20.0%	10.0%	10.0%	50.0%	—

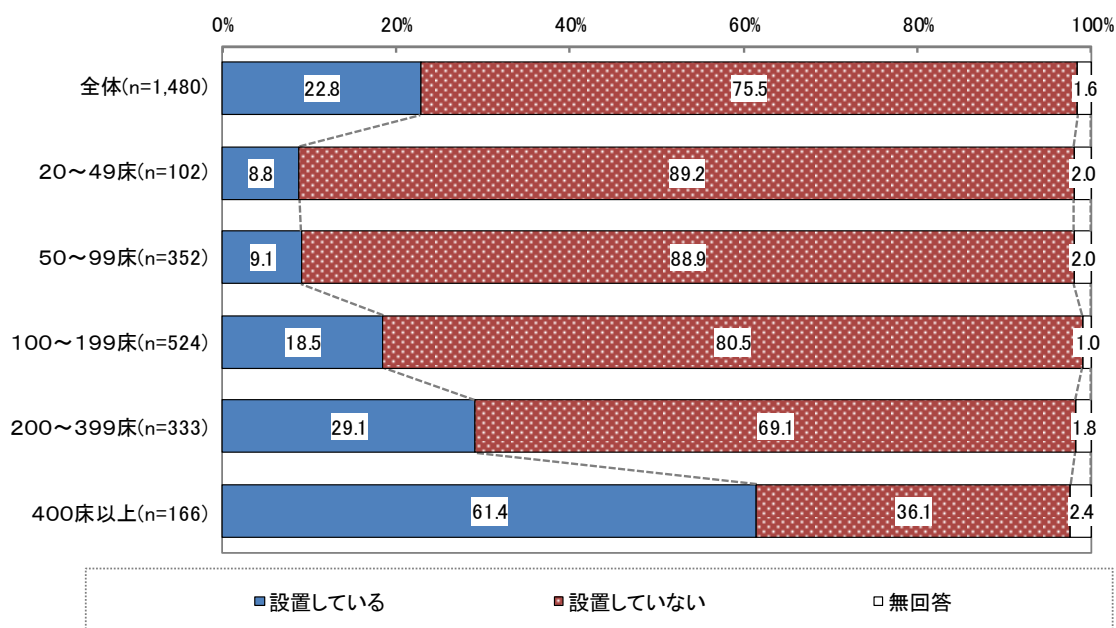
問 21. 院内に臨床倫理的な課題を多職種で話し合うチーム（臨床倫理コンサルテーションチーム）を設置していますか。（n=1,480）

全体では、「設置している」が 22.8%、「設置していない」が 75.5%であった。



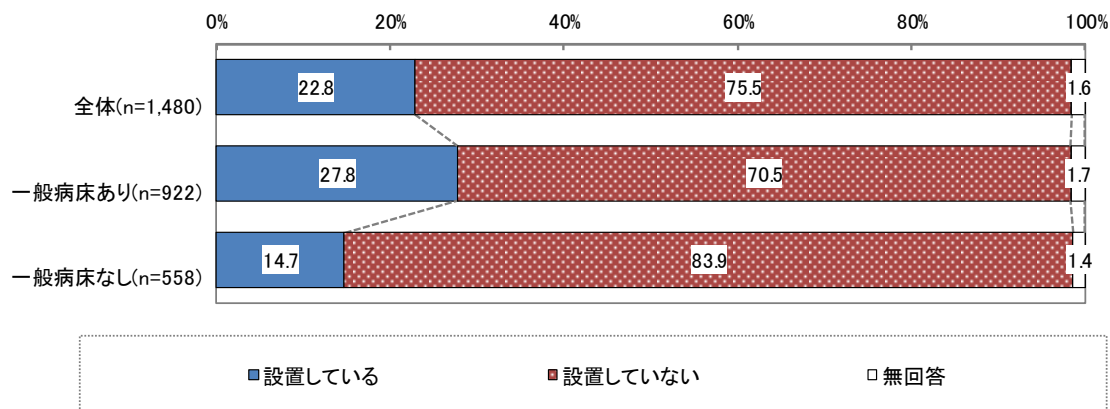
a) 病院・病床の規模と臨床倫理コンサルテーションチームの設置状況

回答病院の病床数ごとに、臨床倫理コンサルテーションチームの設置状況を集計した。病床数が多いほど、臨床倫理コンサルテーションチームを「設置している」割合は高くなっていった。「設置している」と答えた割合は、「20～49床」では 8.8%、「50～99床」では 9.1%、「100～199床」では 18.5%、「200～399床」では 29.1%、「400床以上」では 61.4%であった。



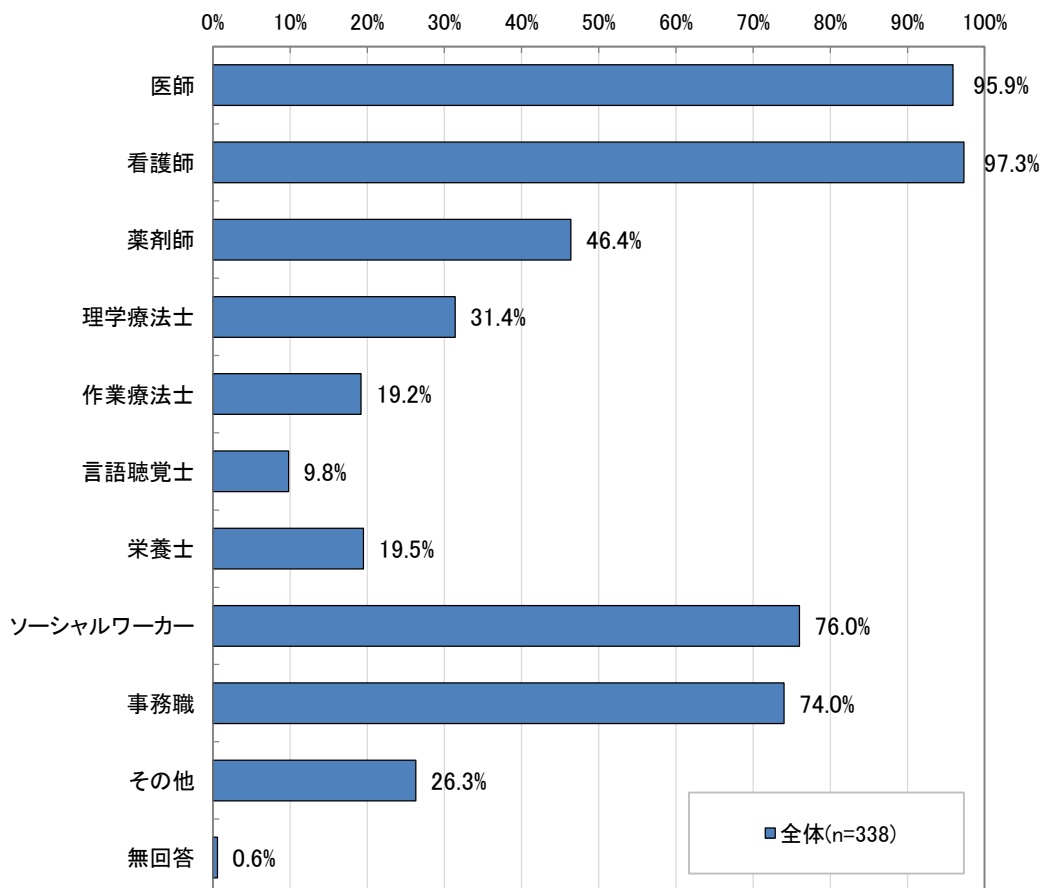
b) 病院・病床の種類と臨床倫理コンサルテーションチームの設置状況

回答病院の一般病床の有無と、臨床倫理コンサルテーションチームの設置状況でクロス集計を行った。「設置している」と答えた割合は、「一般病床あり」では 27.8%であったのに対して、「一般病床なし」では 14.7%であった。



問 22. 【問 21 で「1) 設置している」と回答された方のみにおたずねします。】臨床倫理コンサルテーションチームに含まれている職種を教えてください。(複数選択)
(n=338)

全体では、「看護師」が 97.3%と最も高く、「医師」が 95.9%、「ソーシャルワーカー」が 76.0%、「事務職」が 74.0%、「薬剤師」が 46.4%、「理学療法士」が 31.4%であった。



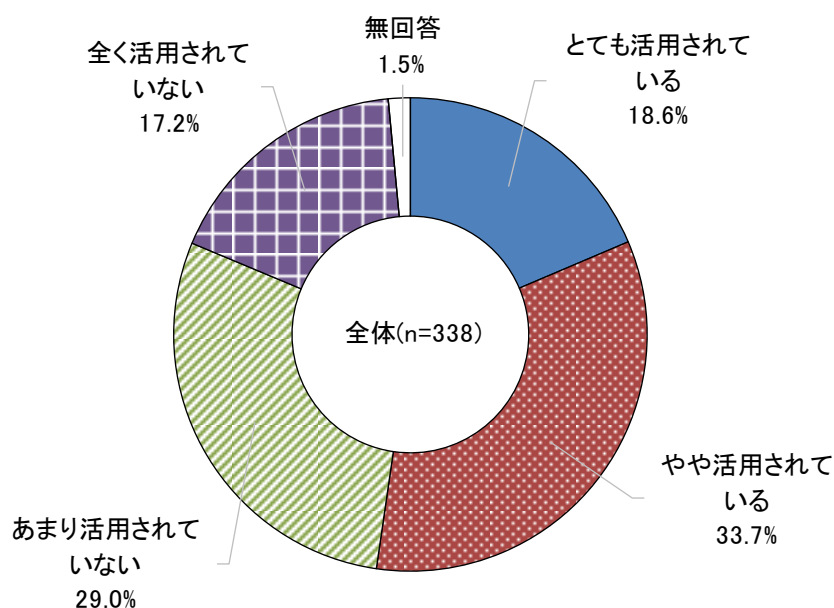
病院・病床の種類と臨床倫理コンサルテーションチームに含まれている職種

回答病院の一般病床の有無と、臨床倫理コンサルテーションチームに含まれている職種でクロス集計を行った。「一般病床あり」と比べてみると、「その他」を除いて、どの職種も「一般病床なし」で含まれている割合が高かった。10%ポイント以上差があったのは、「作業療法士」「栄養士」「ソーシャルワーカー」の3職種であった。

	調査数	医師	看護師	薬剤師	理学療法士	作業療法士
全体	338	95.9%	97.3%	46.4%	31.4%	19.2%
一般病床あり	256	95.3%	96.9%	44.1%	29.7%	11.3%
一般病床なし	82	97.6%	98.8%	53.7%	36.6%	43.9%
		栄養士	ソーシャルワーカー	事務職	その他	無回答
		19.5%	76.0%	74.0%	26.3%	0.6%
		14.1%	71.9%	72.3%	28.9%	0.4%
		36.6%	89.0%	79.3%	18.3%	1.2%

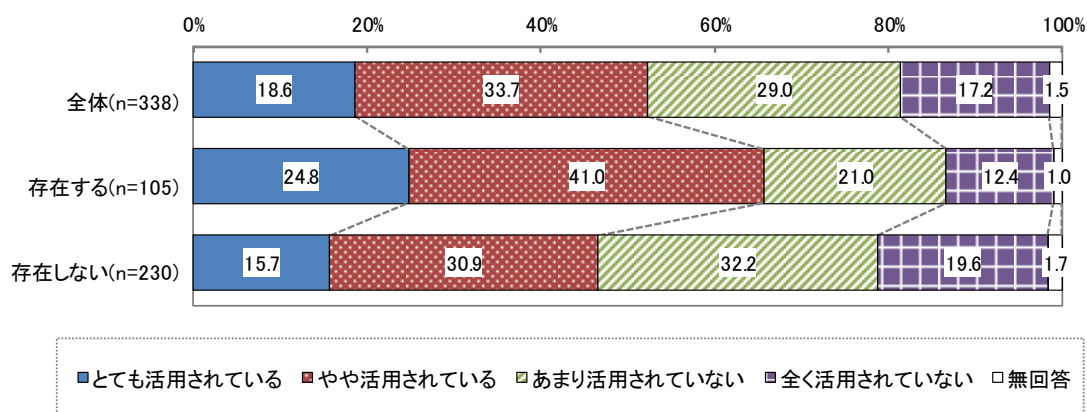
問 23. 【問 21 で「1) 設置している」と回答された方のみにおたずねします。】身寄りのない患者の対応で困った際に、臨床倫理コンサルテーションチームがどの程度活用されていますか。 (n=338)

全体では、「とても活用されている」が 18.6%、「やや活用されている」が 33.7%、「あまり活用されていない」が 29.0%、「全く活用されていない」が 17.2%であった。



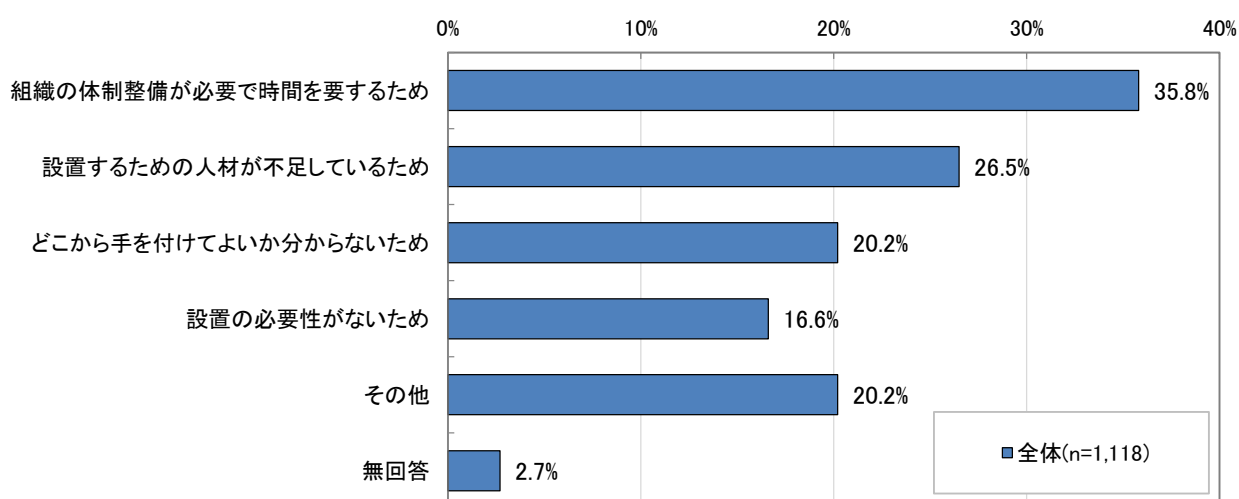
身寄りのない患者に対応するための院内マニュアルの有無と臨床倫理コンサルテーションチームの活用状況

回答病院の身寄りのない患者に対応するための院内マニュアルの有無と、臨床倫理コンサルテーションチームの活用状況でクロス集計を行った。「とても活用されている」と「やや活用されている」を合わせた割合は、院内マニュアルが「存在する」病院で 65.8%であったのに対して、「存在しない」病院では 46.6%であった。



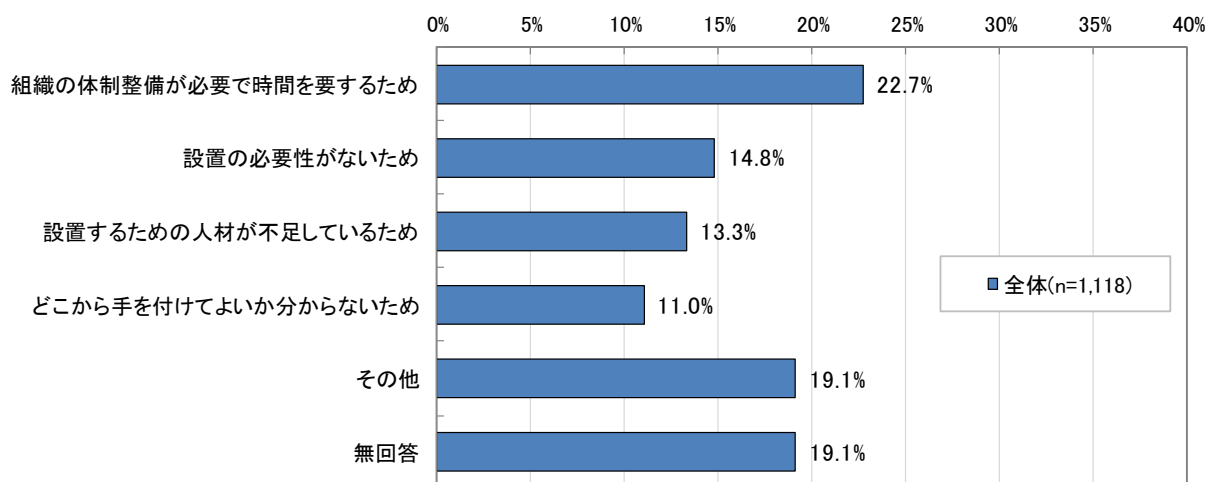
問 24. 【問 21 で「2) 設置していない」と回答された方のみにおたずねします。】臨床倫理コンサルテーションチームを設置していない理由を教えてください。(複数選択)
(n=1,118)

全体では、「組織の体制整備が必要で時間を要するため」が 35.8%と最も高く、「設置するための人材が不足しているため」が 26.5%、「どこから手を付けてよいか分からないため」が 20.2%、「設置の必要性がないため」が 16.6%であった。



参考：

複数回答のものを「無回答」とし、単一回答のみ集計を行った結果は下記の通りである。



病院・病床の規模と臨床倫理コンサルテーションチームを設置していない理由

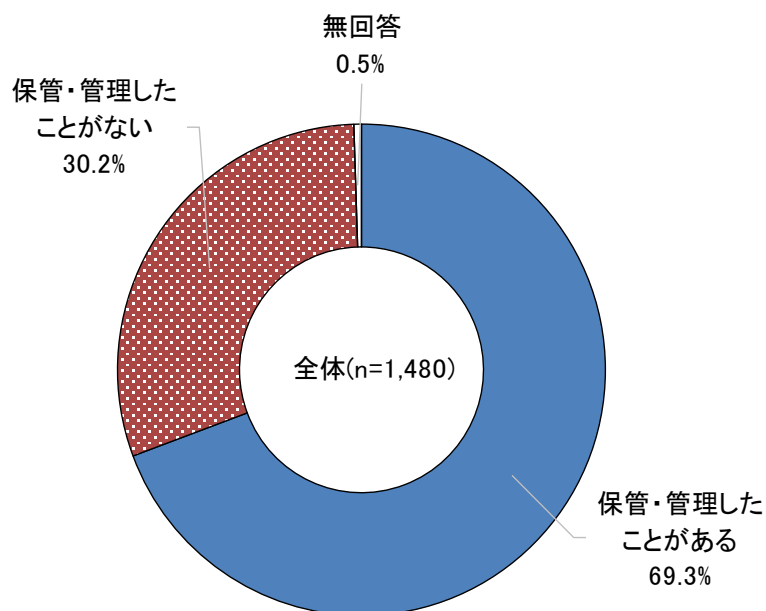
回答病院の病床数ごとに、臨床倫理コンサルテーションチームを設置していない理由を集計した。「20～49 床」を除くと、病床数が多いほど、「設置するための人材が不足しているため」を理由にあげている病院の割合が高くなっていた。「設置するための人材が不足しているため」と答えた割合は、「50～99 床」では 38.7%、「100～199 床」では 22.7%、「200～399 床」では 18.3%、「400 床以上」では 8.3%であった。

	調査数	設置の必要性がないため	どこから手を付けてよいか分からないため	組織の体制整備が必要で時間を要するため	設置するための人材が不足しているため	その他	無回答
全体	1118	16.6%	20.2%	35.8%	26.5%	20.2%	2.7%
20～49床	91	14.3%	19.8%	28.6%	35.2%	17.6%	1.1%
50～99床	313	19.2%	23.0%	37.4%	38.7%	11.8%	2.6%
100～199床	422	18.0%	18.5%	37.4%	22.7%	20.4%	3.3%
200～399床	230	12.6%	22.2%	36.1%	18.3%	26.5%	2.6%
400床以上	60	11.7%	11.7%	26.7%	8.3%	41.7%	1.7%

4 身寄りのない患者の通帳・キャッシュカードの保管・管理状況および金融機関に対する要望・認識

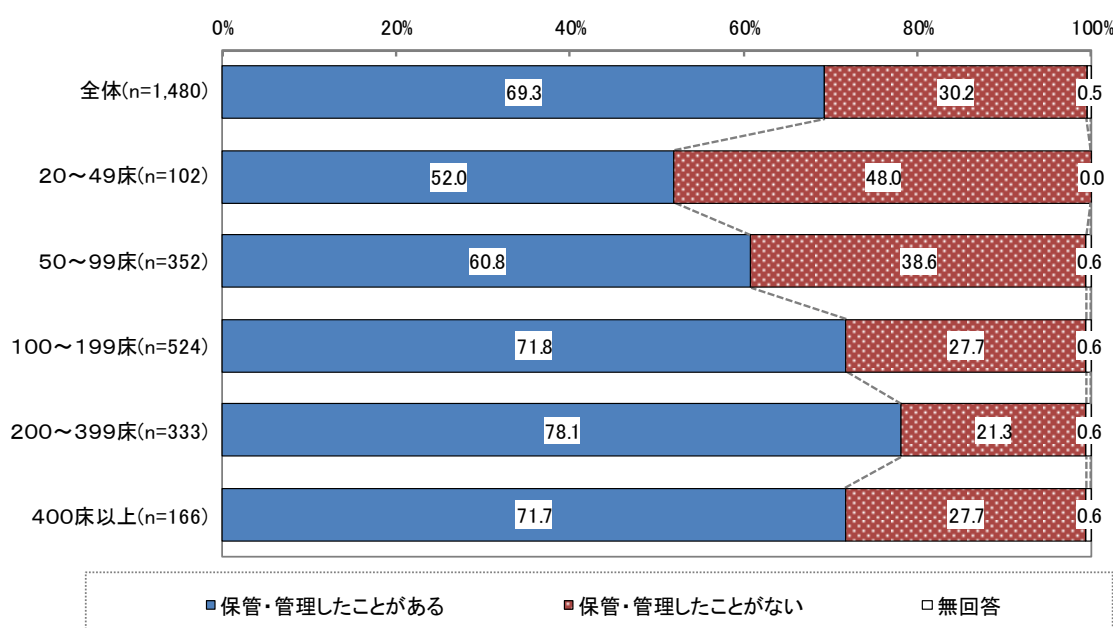
問 25. 身寄りのない患者の通帳・キャッシュカードを、病院が患者本人に代わって保管・管理したことがありますか。 (n=1,480)

全体では、「保管・管理したことがある」が 69.3%、「保管・管理したことがない」が 30.2%であった。



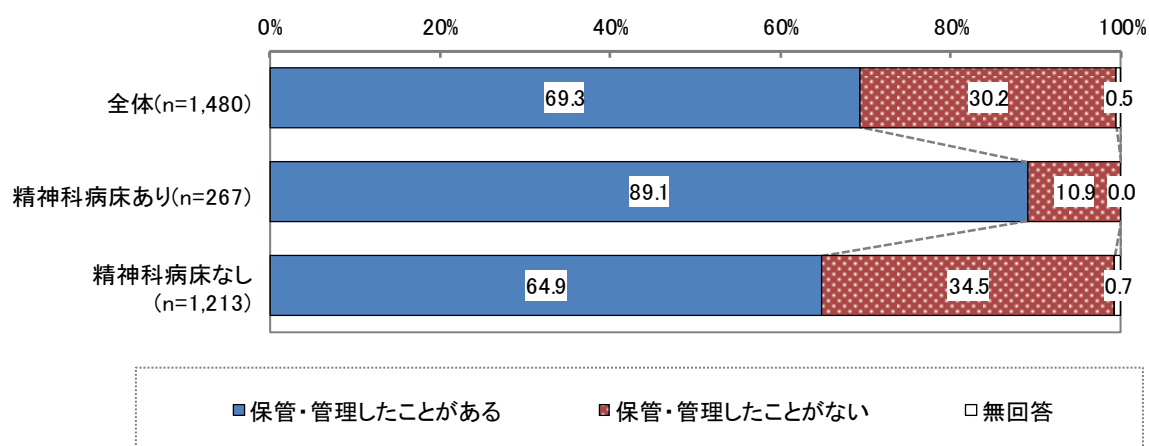
a) 病院・病床の規模と病院が身寄りのない患者本人に代わって通帳・キャッシュカードを保管・管理した経験の有無

回答病院の病床数ごとに、病院が身寄りのない患者本人に代わって通帳・キャッシュカードを保管・管理した経験の有無を集計した。「400床以上」を除くと、病床数が多いほど、「保管・管理したことがある」の回答割合が高くなっていた。「保管・管理したことがある」と答えた割合は、「20～49床」では52.0%、「50～99床」では60.8%、「100～199床」では71.8%、「200～399床」では78.1%であった。



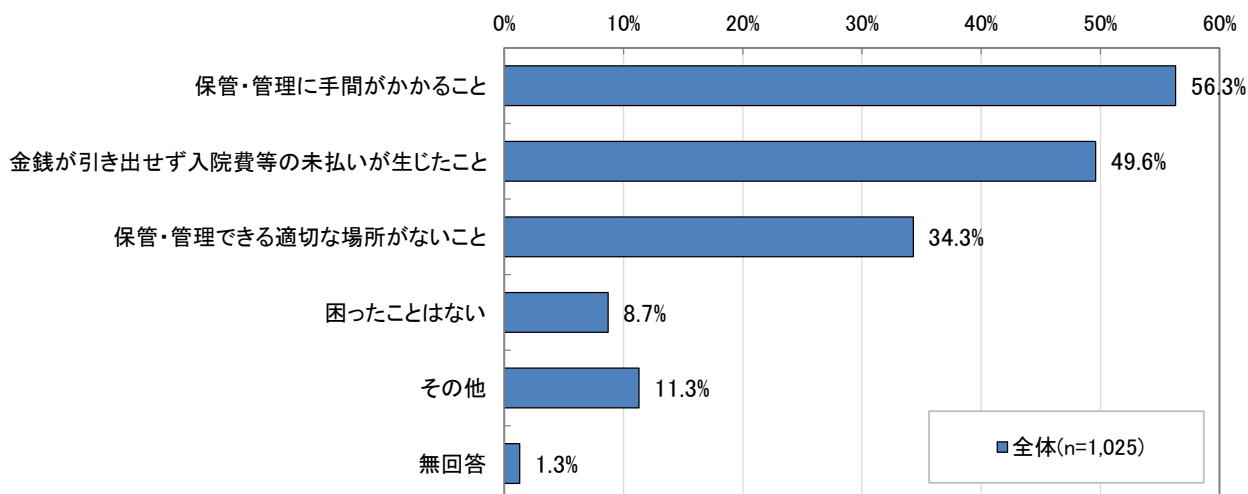
b) 病院・病床の種類と病院が身寄りのない患者本人に代わって通帳・キャッシュカードを保管・管理した経験の有無

回答病院の精神科病床の有無と、病院が身寄りのない患者本人に代わって通帳・キャッシュカードを保管・管理した経験の有無でクロス集計を行った。「保管・管理したことがある」の回答割合は、「精神科病床あり」では89.1%であったのに対して、「精神科病床なし」では64.9%であった。



問 26. 【問 25 で「1) 保管・管理したことがある」と回答された方のみにおたずねします。】身寄りのない患者の通帳・キャッシュカードを、病院が患者本人に代わって保管・管理した際に、困ったことがあれば教えてください。(複数選択) (n=1,025)

全体では、「保管・管理に手間がかかること」が 56.3%と最も高く、「金銭が引き出せず入院費等の未払いが生じたこと」が 49.6%、「保管・管理できる適切な場所がないこと」が 34.3%であった。逆に「困ったことはない」が 8.7%であった。



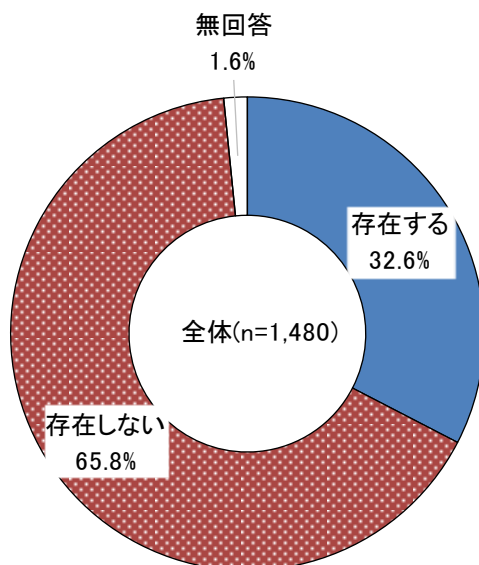
病院・病床の規模と病院が身寄りのない患者本人に代わって通帳・キャッシュカードを保管・管理した際に困ったこと

回答病院の病床数ごとに、病院が身寄りのない患者本人に代わって通帳・キャッシュカードを保管・管理した際に困ったことを集計した。病床数が多いほど、「金銭が引き出せず入院費等の未払いが生じたこと」の割合が高くなっていた。「金銭が引き出せず入院費等の未払いが生じたこと」と答えた割合は、「20～49床」では 35.8%、「50～99床」では 41.6%、「100～199床」では 47.9%、「200～399床」では 52.7%、「400床以上」では 68.9%であった。

	調査数	保管・管理できる適切な場所がないこと	保管・管理に手間がかかること	金銭が引き出せず入院費等の未払いが生じたこと	困ったことはない	その他	無回答
全体	1025	34.3%	56.3%	49.6%	8.7%	11.3%	1.3%
20～49床	53	41.5%	50.9%	35.8%	13.2%	7.5%	1.9%
50～99床	214	32.7%	53.7%	41.6%	10.7%	9.8%	0.5%
100～199床	376	32.7%	57.4%	47.9%	8.0%	10.9%	1.3%
200～399床	260	30.0%	58.8%	52.7%	8.5%	11.5%	1.9%
400床以上	119	49.6%	53.8%	68.9%	5.9%	16.0%	0.8%

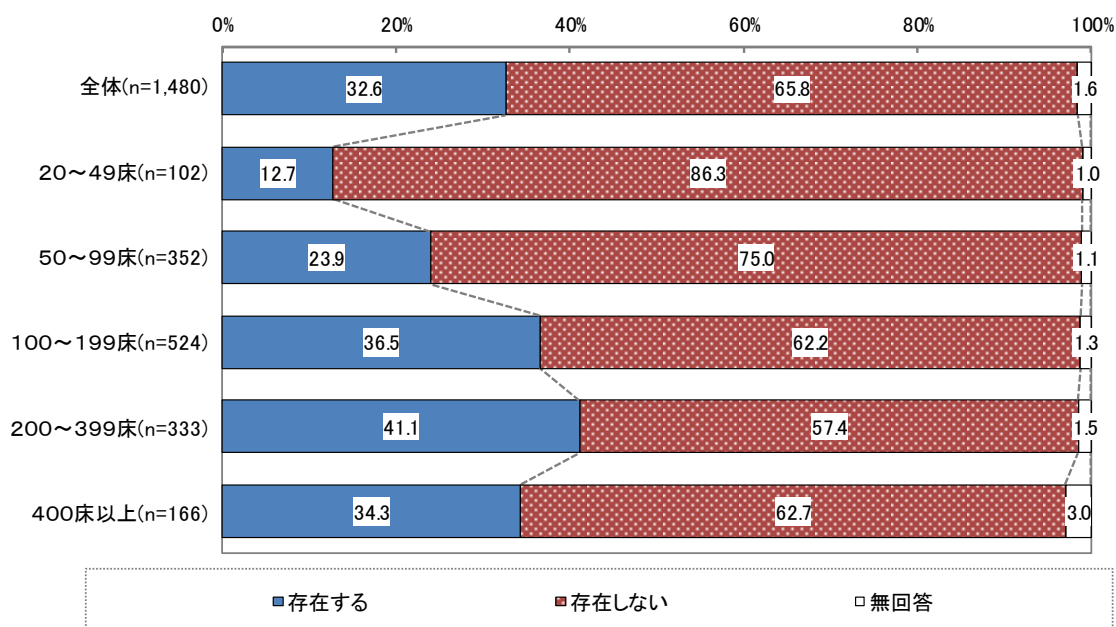
問 27. 身寄りのない患者の通帳・キャッシュカードを患者本人に代わって、病院が保管・管理する際の院内規則は存在しますか。 (n=1,480)

全体では、「存在する」が 32.6%、「存在しない」が 65.8%であった。



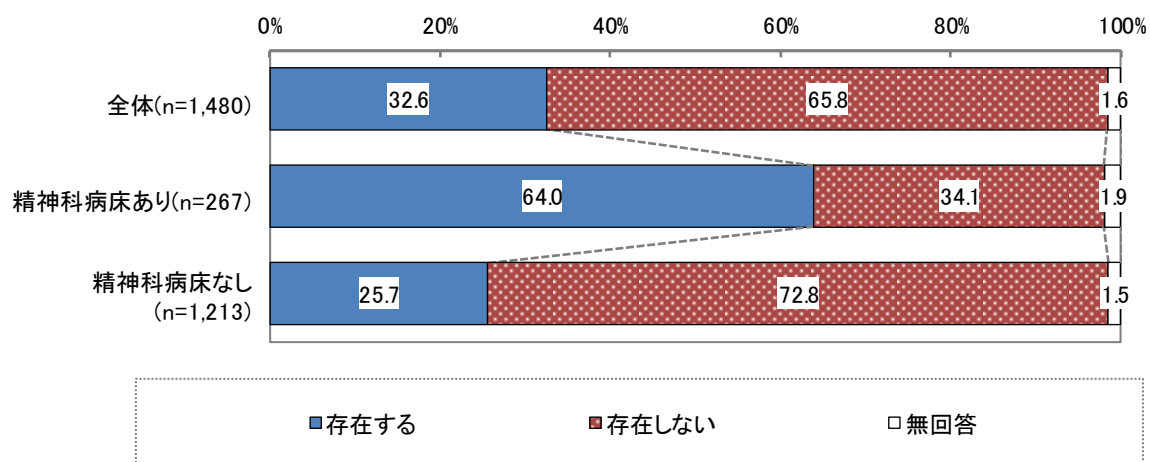
a) 病院・病床の規模と病院が身寄りのない患者本人に代わって通帳・キャッシュカードを保管・管理する際の院内規則の有無

回答病院の病床数ごとに、病院が身寄りのない患者本人に代わって通帳・キャッシュカードを保管・管理する際の院内規則の有無を集計した。「400 床以上」を除くと、病床数が多いほど、院内規則が「存在する」割合は高くなっていった。「存在する」と答えた割合は、「20～49 床」では 12.7%、「50～99 床」では 23.9%、「100～199 床」では 36.5%、「200～399 床」では 41.1%であった。



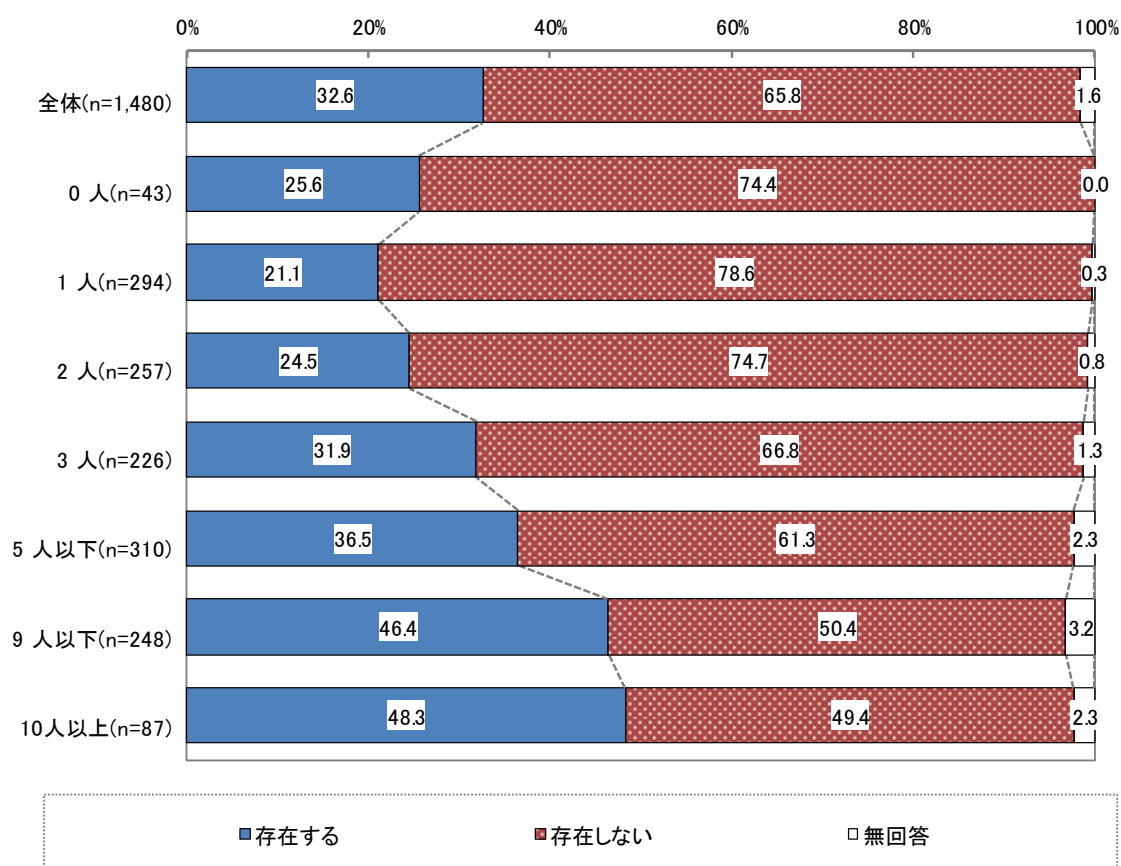
b) 病院・病床の種類と病院が身寄りのない患者本人に代わって通帳・キャッシュカードを保管・管理する際の院内規則の有無

回答病院の精神科病床の有無と、病院が身寄りのない患者本人に代わって通帳・キャッシュカードを保管・管理する際の院内規則の有無でクロス集計を行った。院内規則が「存在する」と答えた割合は、「精神科病床あり」では 64.0%であったのに対して、「精神科病床なし」では 25.7%であった。



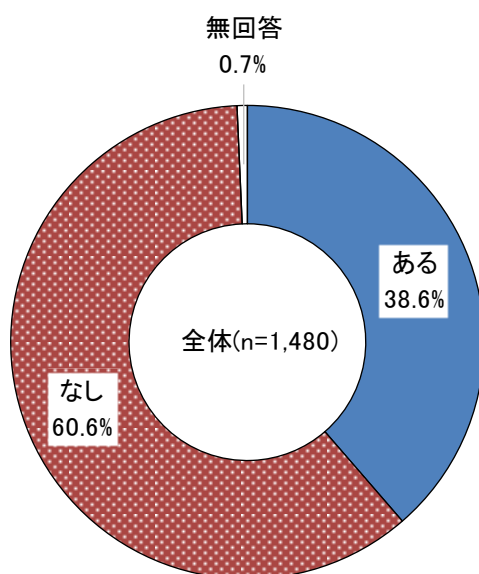
c) ソーシャルワーカーの勤務人数と病院が身寄りのない患者本人に代わって通帳・キャッシュカードを保管・管理する際の院内規則の有無

回答病院のソーシャルワーカー常勤人数ごとに、病院が身寄りのない患者本人に代わって通帳・キャッシュカードを保管・管理する際の院内規則の有無を集計した。「0 人」を除けば、ソーシャルワーカー常勤人数が多いほど、院内規則が「存在する」割合が高くなっていた。「存在する」と答えた割合は、「1 人」では 21.1%、「2 人以下」では 24.5%、「3 人」では 31.9%、「5 人以下」では 36.5%、「9 人以下」では 46.4%、「10 人以上」では 48.3%であった。



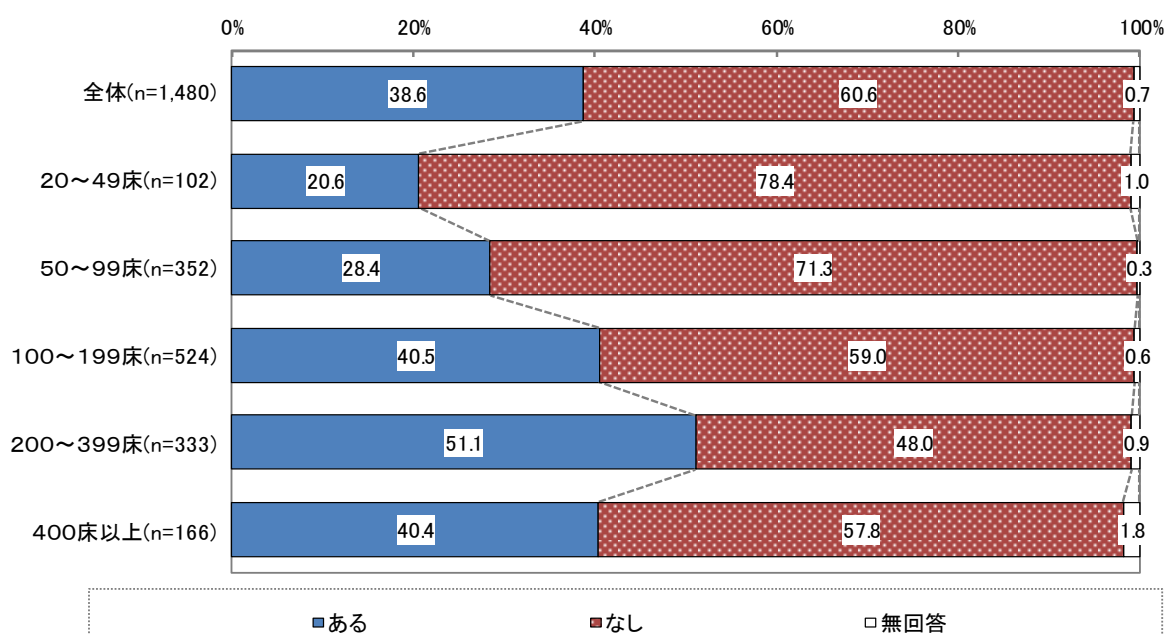
問 28. 身寄りのない患者の通帳・キャッシュカードからの金銭の引き出しを、病院が患者本人に代わって行うことはありますか。(n=1,480)

全体では、「ある」が 38.6%、「なし」が 60.6%であった。



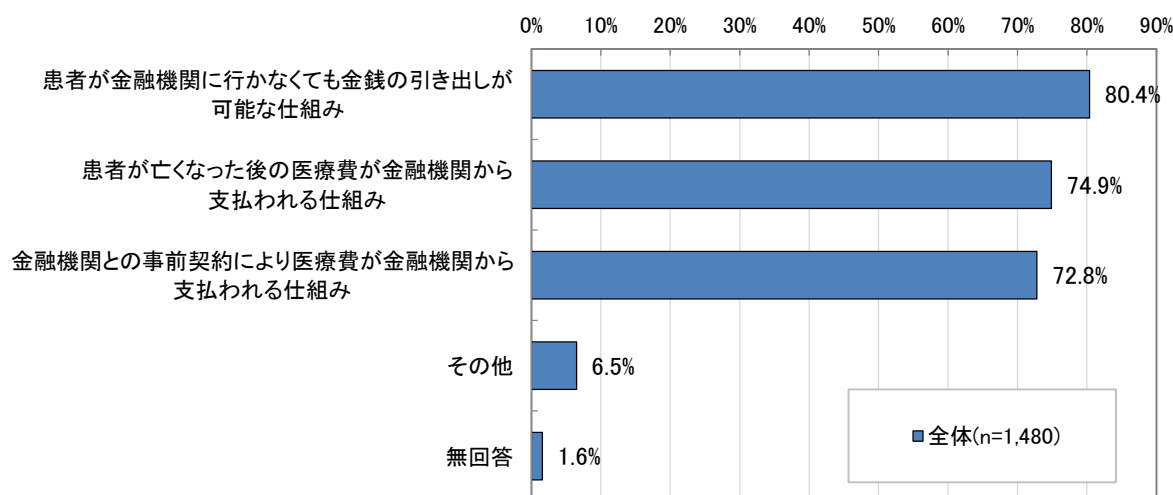
病院・病床の規模と病院による身寄りのない患者本人の通帳・キャッシュカードからの金銭引き出し経験の有無

回答病院の病床数ごとに、病院による身寄りのない患者本人の通帳・キャッシュカードからの金銭引き出し経験の有無を集計した。400 床以上を除くと、病床数が多いほど、金銭引き出し経験が「ある」割合は高くなっていた。「ある」と答えた割合は、「20～49 床」では 20.6%、「50～99 床」では 28.4%、「100～199 床」では 40.5%、「200～399 床」では 51.1%であった。



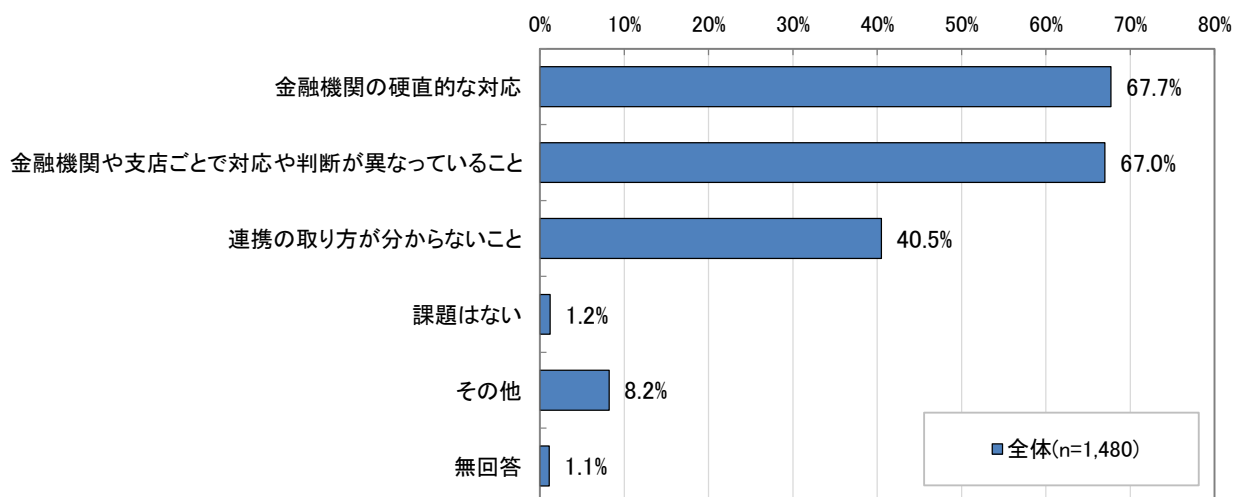
問 29. 身寄りのない患者の通帳・キャッシュカードからの金銭の引き出しや医療費の支払いにあたって、どのような仕組みがあるといいと思うのか教えてください。（複数選択）（n=1,480）

全体では、「患者が金融機関に行かなくても金銭の引き出しが可能な仕組み」が 80.4%と最も高く、「患者が亡くなった後の医療費が金融機関から支払われる仕組み」が 74.9%、「金融機関との事前契約により医療費が金融機関から支払われる仕組み」が 72.8%であった。



問 30. 病院が金融機関と連携するにあたって、どのようなことが課題になると思うのか教えてください。（複数選択）（n=1,480）

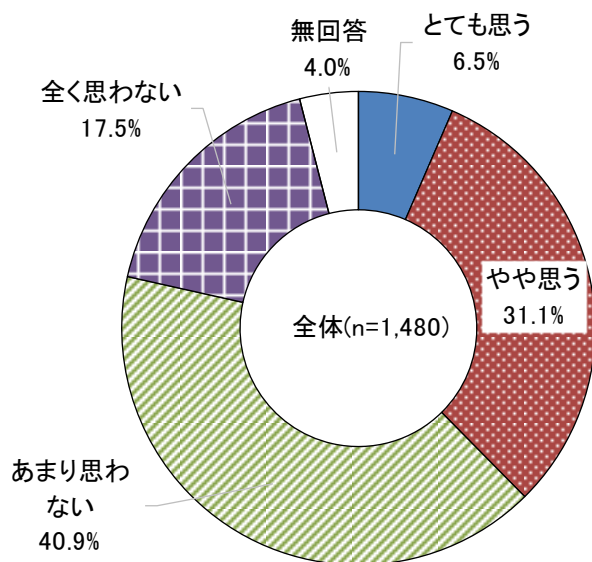
全体では、「金融機関の硬直的な対応」が 67.7%と最も高く、「金融機関や支店ごとで対応や判断が異なっていること」が 67.0%、「連携の取り方が分からないこと」が 40.5%であった。逆に「課題はない」が 1.2%であった。



5 自治体の親族情報照会への対応状況、成年後見制度の申立てや死後対応の状況

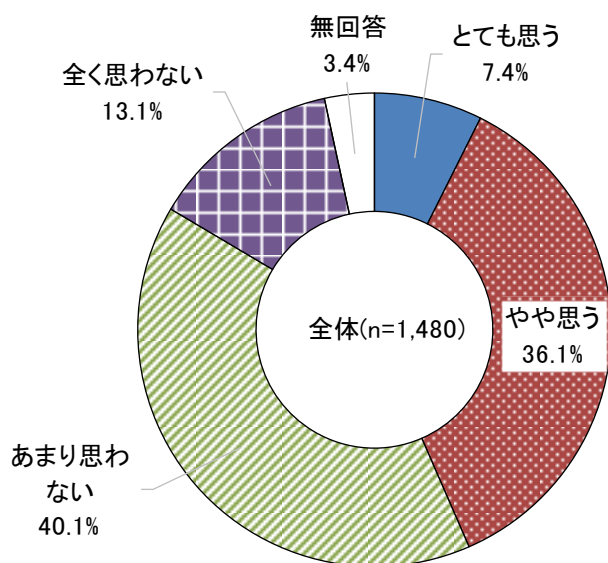
問 31. 所属機関がある自治体に身寄りのない患者の親族情報について照会すると、スムーズに対応してもらえますか。 (n=1,480)

全体では、「とても思う」が 6.5%、「やや思う」が 31.1%、「あまり思わない」が 40.9%、「全く思わない」が 17.5%であった。



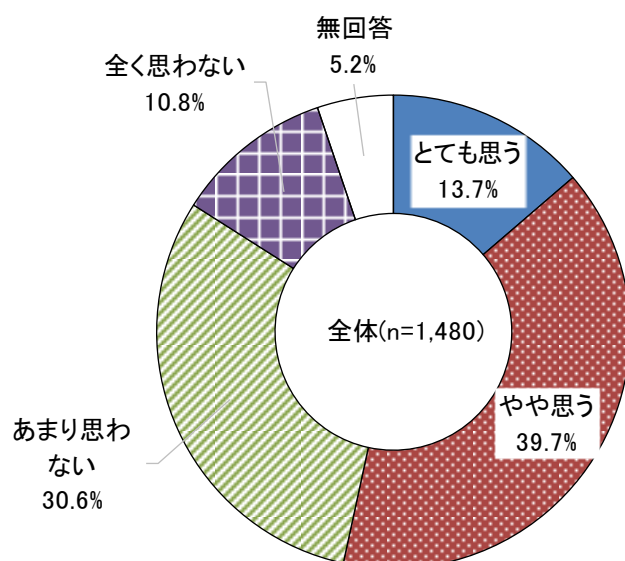
問 32. 所属機関がある自治体に身寄りのない患者の成年後見制度の市区町村町申立てについて相談をすると、スムーズに対応してもらえますか。 (n=1,480)

全体では、「とても思う」が 7.4%、「やや思う」が 36.1%、「あまり思わない」が 40.1%、「全く思わない」が 13.1%であった。



問 33. 所属機関がある自治体に身寄りのない患者の遺体の引き取りについて相談をすると、スムーズに対応してもらえますか。 (n=1,480)

全体では、「とても思う」が 13.7%、「やや思う」が 39.7%、「あまり思わない」が 30.6%、「全く思わない」が 10.8%であった。



問 34. 身寄りのない患者を支援する中で、自治体に求めることや期待することがあれば、自由にお書きください。 (n=663)

全体では、「成年後見制度の運用面の改善」が最も多く、2 番目に多かったのが「自治体の積極的な関わり」と「身寄りのない人を対象にしたサポート体制の創設」、4 番目に多かったのが「硬直的な対応の改善」であった。

「成年後見制度の運用面の改善」(n=138)

- ・成年後見制度を利用する場合、親族調査、申立て、審査に数ヶ月かかります。すでに所持金より入院費が上回っていても、所持金があることを理由に生活保護もだめでした。成年後見人が決まり所持金を支払いにあて、残金なくなり生活保護となりましたが、未納金は発生し、急性期病院に1年近く入院となりました。患者を受け入れた病院の善意で成り立つ状況を理解し、対策してもらいたい。
- ・市長申立てについて「時間がかかる」という理由で相談にも乗っていただけない。時間がかかるので早期に対応していただきたい。
- ・行政の対応は不十分です。少子高齢化が進む状況に対して問題視できません。市長申立ての成年後見は対応に時間がかかり患者さんは亡くなりました。未収金について行政は対応できないとのことでした。
- ・後から親族が現れた際にトラブルになることを避けたいために、防衛的な姿勢が伝わってきます。一緒に支援するという行動をまずしてほしい。急性期病院だけの対応では、身寄りのない患者の転退院は進みません。今後一層増えるであろう身寄りのない人の成年後見等の支援

で、急性期病院での入院期間が長期化すると、急性期病院としての機能が果たせなくなりかねません。市区町村長申立てのハードルを下げていただきたいと思います

- ・自治体のマンパワー不足のためか後見申立てまでかなりの時間を要す。急変の可能性があります、事前に伝えても対応がはっきりしないことが多い。

「自治体の積極的な関わり」(n=96)

- ・本業の役割では対応できないことも出てくるため、市町村が中心に調整することで、各々の事業所が一步踏み込んで支援できるため、市町村中心に進めてもらいたい。
- ・高齢者等終身サポート事業の利用を勧められ、自治体として関わることに抵抗する様子があからさまです。生活保護受給者だとしても拒否することもあり、時代に逆行する自治体（職員の質にもよる）があります。単身、身寄りなしが今後増加するため、自治体としてもっと真剣に取り組んでほしい。
- ・親身に対応してほしい。催促しないと動いてくれないことがあります。
- ・行政側のマンパワーの問題もあるのか、対応がスムーズでない自治体があります。身寄りのない方への対応は病院やケアマネジャーだけで進めることに困難を感じることも多く、行政も関わる必要があるということを認識してほしい。
- ・病院は基本的に治療の場であり、生活支援も病院主導で行なうと業務過多となってしまいます。自治体もしくは委託した事業所等と共同して支援を行なえば、今よりもより良い支援が展開できると思います。自治体の職員については嘱託が増えたためか質の低下がみられます。

「身寄りのない人を対象にしたサポート体制の創設」(n=96)

- ・近年、独居高齢者が増加し、認知機能低下、意識がない状態で来院し、身内の方を探す対応は困難を極めています。行政で、上記のような身寄りのない方、身内の連絡先を早急に紹介できるサービス、地域で支え合う仕組みを強化していただくことを日々の業務の中で切に願っており、私も、業務の合間に地域の行政機関と密な関係作りに務めています。早急なシステム作りをお願いします。
- ・これまで病院対応のみで病院側に負担が強いられてきた経緯があります。自治体が1つでも問題点を対応できる仕組みを作ってもらいたい。急性期病院にとっては、社会的入院を作る要因となっている点を理解してもらいたい。
- ・身寄りのない患者が自宅退院することが、難しいことがよくあります。自治体、医療機関で連携する際にスムーズに行えるような枠組みが必要だと思います。
- ・身寄りのない患者だけが問題なのではありません。いずれ身寄りがいなくなる世帯も支える体制が必要です。
- ・成年後見制度が利用できるまでの間の金銭管理等の協力支援があると助かります。

「硬直的な対応の改善」(n=85)

- ・病院への負担は多いのに、自治体が柔軟に対応してくれない。病院側が犠牲になることが多い印象を受けます。迅速な対応をお願いしたい。
- ・「行政は関係ない」「そこまでは対応できない」等の対応で、一医療機関で困っていることに協力しようとする姿勢もなく改善してほしい。

- ・当院は身寄りのない患者の救急搬送や転院してくるケースが多く、中には体動困難、認知症の方も多数入院してきます。入院した時点で行政に連絡し、生活保護等の相談をすることが多いのですが、直接窓口に来て手続きして下さいと言われますが、患者が行くことは不可能です。できれば行政の方が病院に来ていただけるとありがたいです。
- ・患者側の立場に立って、前例にこだわらず対応していただきたい。また、そのような仕組みを作っていただきたい。現在はあまりしっかりとした仕組みのない中で、担当する自治体職員の経験や力量によって対応が異なり、相談する側は戸惑います。
- ・土・日・祝など休日に緊急で入院される場合もあり、その場合、自治体への連絡が週明けになるなど対応が遅くなるので、電話受付だけでも休日体制を整えてほしい。

「死亡時・死後対応の改善」(n=70)

- ・遺体の引き取りから葬儀までを担っていただけると、保証人が不在でも受け入れする幅が広がります。入院費は最悪入らなくても、亡くなった後のフォローがあれば、対応が全く変わってくると思います。
- ・行旅病人及行旅死亡人取扱法が市の生活福祉課で対応していただきますが、事象がゴールデンウィーク中や年末年始に発生し、対応に苦慮した。ケースワーカーとの連絡がなかなかとれず、ご遺体の搬送に1日かかりました。
- ・死亡時対応を夜間でも対応できるようにしてもらいたい。
- ・生活保護受給の有無を問わず、身寄りなくお亡くなりになった場合は、ご遺体の引き取りをお願いしたい（遺留品も一緒に引き取ってほしい）。
- ・亡くなった後の対応をもっと柔軟にスムーズに行ってほしい。

「情報照会対応の改善」(n=49)

- ・行政側の立場や個人情報保護の課題がある旨は、重々理解はしています。ただ、重症で運ばれてきた患者さんと病院職員だけが困り果て、我々には何の職権もない訳です。（中略）近年、身寄りのない方が増え、医療ソーシャルワーカーも知り得る情報から探偵のようなことをしていることも多いですので、是非お力を貸して下さい。
- ・個人情報保護の問題なのは分かりますが、親族情報を教えられないなら代わりに連絡を取るなどの対応はしてもらいたい。
- ・患者が入院している病院であっても、個人情報保護の観点から介護保険の情報を教えてくれないこともあり、柔軟な対応をお願いしたい。
- ・個人情報保護の観点から簡単に判断できないことも理解していますが、入院中にした手続き（住民票、戸籍の請求、介護保険の負担額関連等）の通知を、住所地に送る運用についてはもう少し柔軟にしてほしい。市によっては対応してくれるところもあり、可能だと思います。

「相談窓口の明確化・一本化」(n=44)

- ・生活保護の場合は対応してもらえるが、そうでないと、無縁仏以外は壁が高い。身寄りのない患者が増えているので、対応してもらえる窓口をきちんと定め、ノウハウも蓄積して、自治体の対応を標準化してほしい。
- ・生前から死後まで、一貫して対応してもらえる窓口を設置してほしい

- ・複数の課をまわるのではなくワンストップ相談窓口の設置。通帳含めて、お金がなくても諸々対応してくれる公的な部門がほしい。
- ・身寄りのない患者さんの入院・入所に関して必要なことは一つではありませんが、どこに入院・入所となっても求められることはほぼ同じだと思います。それぞれの病院・施設に対応を委ねている現状では、病院・施設ごとに対応差が生じますし、病院・施設の負担も大きく、対応整備が進まず受入れに消極的とならざるを得ません。公が『身寄りのない方への対応はここに相談すれば対応してもらえる』という窓口となり各種調整してもらえると、制度としての確立や周知のスピードも速く、標準化もしやすいかと。病院や施設が受入れに躊躇しなくなることはもちろんですが、何より国民が、たとえ身寄りがなくても生活に不安を抱えなくてすむ国になると思います。今後は、医療・介護・障害・高齢・小児など各種の垣根を超えた制度、世帯や家族単位ではなく個人単位のサポートの充実が必要と感じます。簡単ではないかと思いますが、公だからこそできることに対する期待が大きいです。

「自治体間の対応や認識の違いの解消」(n=39)

- ・自治体によって対応、関わり方が違うので、病院に対して協力的であっていただきたい。
- ・自治体や担当者によって対応が異なることがあります。病院の所在地がある自治体は比較的スムーズです。
- ・自治体によって対応が違ったり、異動等で担当者が変わり連携が取りづらかったりするため、専門的な知識があり、日頃から連携の取れる職員を配置してほしい。
- ・自治体によって、認識やルールの違いがある。共通化していただけると助かります。

「身寄りのない人の対応マニュアルやガイドラインの提示」(n=26)

- ・生活保護受給者であれば、行政が全て対応してくれるが、そうでない身寄りのない患者に対しては非協力的。今後増加すると思われることから自治体で現状に即したマニュアル作成をお願いしたい。
- ・自治体には、身寄りのない方を支える地域のガイドラインの策定を義務化してでも、取り組んでもらいたいです。
- ・医療同意や書類へのサインなど、どこまで病院として求めてよいものか明確な線引きがないため分かりづらい。市町村ごとにガイドラインのようなものがほしい。

「未収金・滞納金への対応」(n=26)

- ・身寄りがなく、医療同意が取れない、金銭管理ができないという理由で必要な医療が受けられないのはあってはならないことだと思います。ただ、病院側に手間や医療費未収のリスクが発生する可能性が大きく、積極的に受ける体制が整っている状態とも言えないのが事実です。受ける病院側が不利にならないように金銭（補助）のバックアップ体制をしっかりと整えてもらおうと、医療側としては受けやすいです。
- ・身寄りのない方が亡くなった場合、年金は残っているが入院費が未収になるケースがほとんどなので、何か対策をとってほしい。請求が放置されていることがほとんどです。
- ・家賃等の支払いについて契約についての介入はできないと簡単に拒否されてしまう。入院中に家賃滞納で契約解除となってしまうケースもあるので、柔軟な対応をしてほしい。

「金融機関との連携促進に向けた取り組み」(n=13)

- ・金銭管理について、認知症の方は暗証番号を忘れてしまい銀行に行くことができず、パスワードの再設定ができない、支払いできない事案があります。預頂金があっても、支払いできないことは多い。そういった時に、自治体と銀行が連携して対応していただけると助かります。
- ・身寄りのいない人、身体が不自由な人、理解力がない人などハンディを抱えている人が、銀行取引引きのために現地に行かなくても、対応できる仕組みを作ってもらいたいです。皆が出歩けるわけでもないですし、その人に関わる職員が全部行うことは（時間やマンパワー的に）できない実情があります。

「病院・施設との連携の橋渡し」(n=7)

- ・入院の期間制限の中で退院調整できないことも多く、介護施設との連携は必須です。行政には医療と介護の橋渡し、総合的な判断と指導をお願いしたいです。
- ・身寄りのない患者さんの相談を市や地域包括支援センターにしますが、対応してもらえないことが多い。身寄りのない患者さんを転院・施設入所させることは難しいので、養護老人ホーム入所の相談をしますが、引き受けてもらえず困っています。スムーズに入所できるようにしてほしい。

「高齢者等終身サポート事業者の質担保に向けた取り組み」(n=4)

- ・身元保証会社について、自治体の指定基準をつくるなどして認可制にしてほしい。悪徳業者を排除するためにも一定水準を保てる仕組みが必要。
- ・身元保証等高齢者サポート事業の利用は増加傾向となっています。事業者によっては、対応に疑問を感じることがあります。患者の権理を侵害しないよう、監督機関による適切な管理体制を望みます。

「医療同意への関わり」(n=4)

- ・医療同意が必要な場面で行政としての対応を明確にしてほしい。「行政の仕事ではない」と言われるだけでは、医療機関として対応に困ります。
- ・今後、身寄りのない患者を支援するケースは増加の一途を辿ると予想され、寝たきりや老衰、認知症など、意思決定を自ら行えない中で、医療同意の問題、(特に終末期)が喫緊の課題と思われれます。地域包括支援センターが市町村との橋渡しとなってくれていますが、さらに協働していける仕組み作りが必要だと思います。

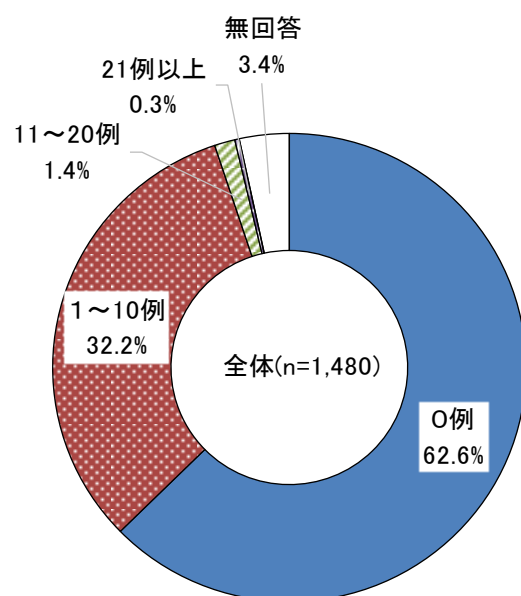
「その他」(n=55)

- ・スムーズな連携がはかれるような意見交換の場がほしい。
- ・身寄りがいないという事実が、入院時に初めて分かるケースが多い。自治体が把握していることがあれば、医療機関と情報共有の場があっても良いと思います。
- ・身寄りのない、支払い能力のない、意思確認も難しい患者が市外から救急搬送された時に、所在地の自治体へ連絡か、患者さんの住所地の自治体へ連絡か迷う時があるため、自治体同士で連携を取ったりしてくれるとありがたい。
- ・自治体ではなく、法律、国、裁判所が早く動けばすぐに解決すると思っています。

6 高齢者等終身サポート事業者の活用状況と同事業者に対する認識

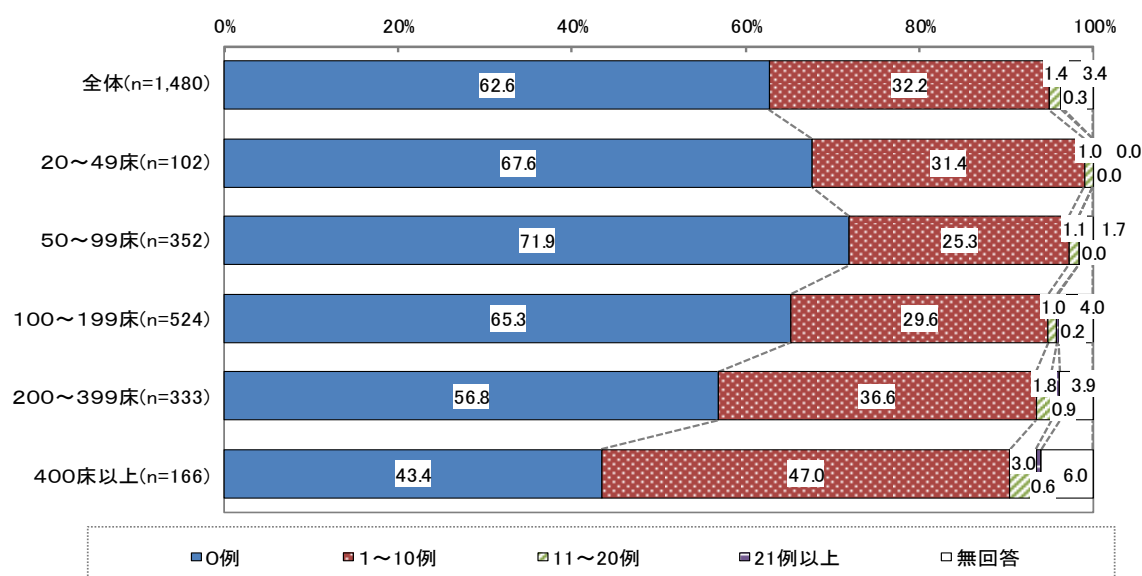
問 35. 所属機関全体で高齢者等終身サポート事業者との契約に関わった事例は、直近 1 年間で何例ありましたか。(n=1,480)

全体では、「0 例」が 62.6%、「1～10 例」が 32.2%、「11～20 例」が 1.4%、「21 例以上」が 0.3% であった。



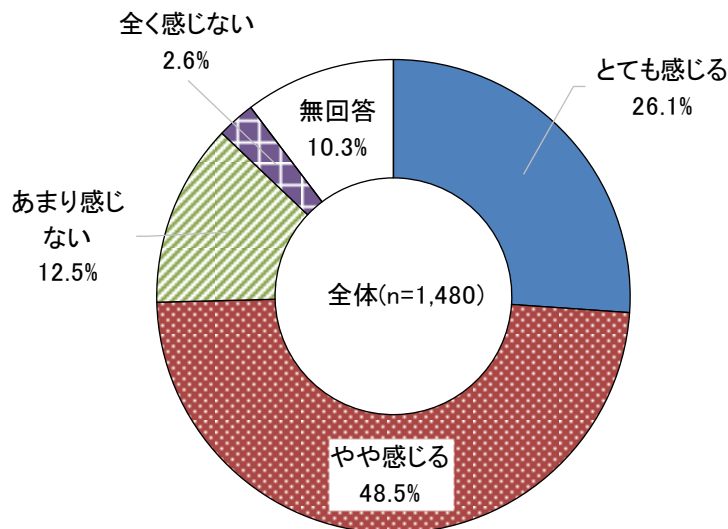
病院・病床の規模と高齢者等終身サポート事業者との契約に関わった事例数

回答病院の病床数ごとに、高齢者等終身サポート事業者との契約に関わった事例数を集計した。20～49 床以上を除くと、病床数が多いほど、「0 例」の割合が低くなっていた。「0 例」と答えた割合は、「50～99 床」では 71.9%、「100～199 床」では 65.3%、「200～399 床」では 56.8%、「400 床以上」では 43.4% であった。



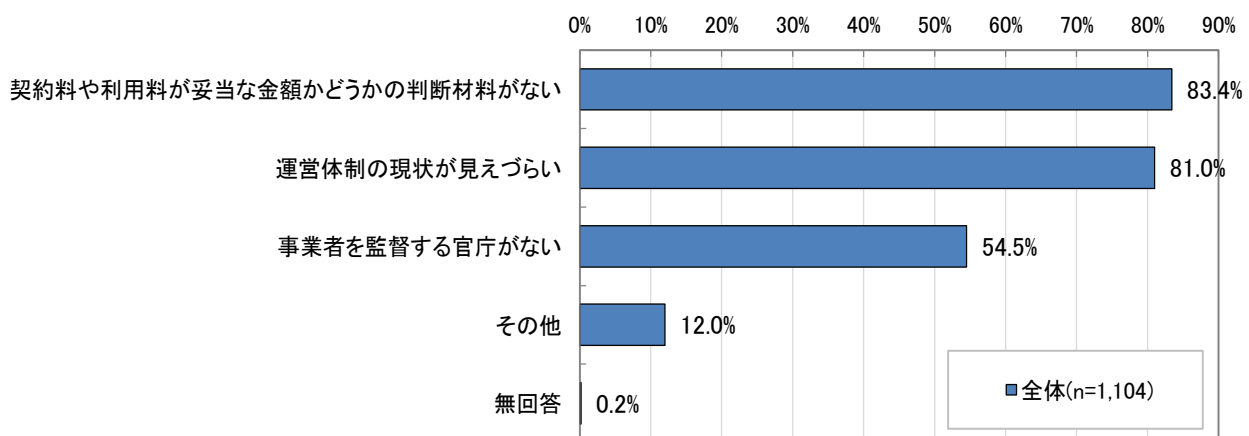
問 36. 身寄りのない患者に対して高齢者等終身サポート事業の利用を検討する時に、病院からみて不安を感じることがありますか。 (n=1,480)

全体では、「とても感じる」が 26.1%、「やや感じる」が 48.5%、「あまり感じない」が 12.5%、「全く感じない」が 2.6%であった。



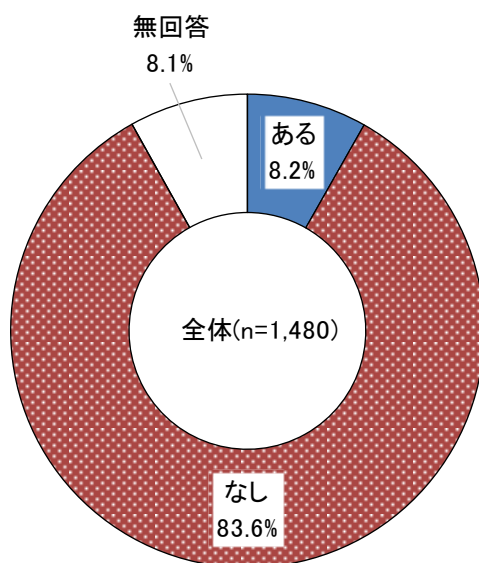
問 37. 【問 36 で「1）とても感じる」「2）やや感じる」と回答された方のみにおたずねします。】高齢者等終身サポート事業者に対して不安を感じる理由を教えてください。（複数選択） (n=1,104)

全体では、「契約料や利用料が妥当な金額かどうかの判断材料がない」が 83.4%と最も高く、「運営体制の現状が見えづらい」が 81.0%、「事業者を監督する官庁がない」が 54.5%であった。



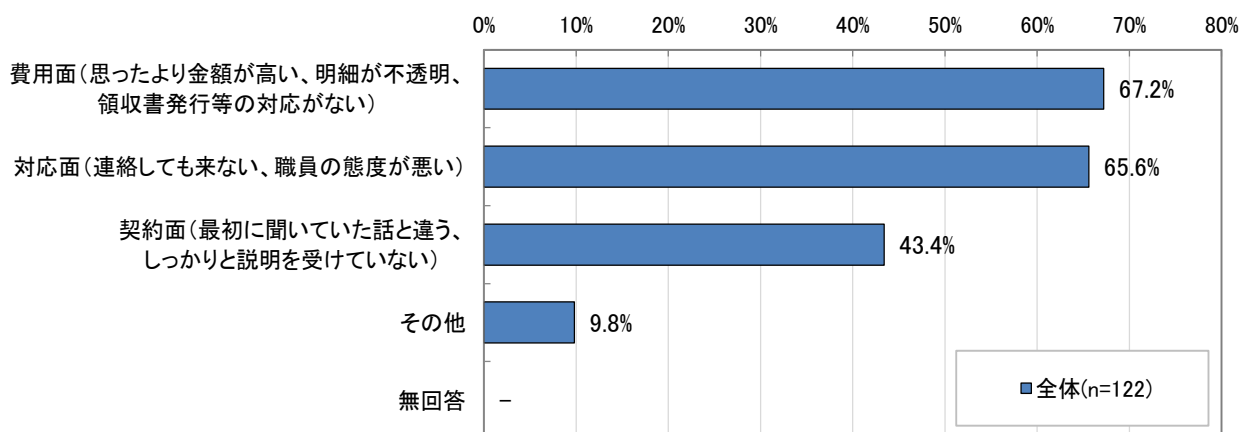
問 38. 高齢者等終身サポート事業者と新たに契約した、または契約していた患者やその親族等から、高齢者等終身サポート事業者についてのクレームを受けた経験はありますか。 (n=1,480)

全体では、「ある」が8.2%、「なし」が83.6%であった。



問 39. 【問 38 で「1) ある」と回答された方のみにおたずねします。】具体的な内容ではまるものすべてを選んでください。(複数選択) (n=122)

全体では、「費用面（思ったより金額が高い、明細が不透明、領収書発行等の対応がない）」が67.2%と最も高く、「対応面（連絡しても来ない、職員の態度が悪い）」が65.6%、「契約面（最初に聞いていた話と違う、しっかりと説明を受けていない）」が43.4%であった。



IV 調査結果からみえてきたこと

今回の調査は、全国の3,000病院を対象に実施した。3,000病院のうち、半数を超える1,518病院より回答があり、身寄りがない患者への対応に関することや保証人問題についての全国の病院の関心の高さがうかがえるものであった。

本調査の回答者は、「ソーシャルワーカー責任者」が53.7%、「地域連携部門担当者」が38.9%であった。職種の内訳をみると、「ソーシャルワーカー」が88.1%であったが、それ以外の職種からも回答が得られている。回答者の所属機関の病床数は、「100～199床」が最も多く、次いで「50～99床」「200～399床」の順であった。病床の内訳は、「一般病床」が62.3%で最も多く、「療養病床」と「地域包括ケア病棟」がそれぞれ3割強を占めていた。

回答病院が転院相談した際に、保証人がいないことを理由に受け入れてもらえない病院の割合は、「7～9割」が28.0%、「1～3割」が27.8%で、両者の割合は拮抗していた。介護保険施設へ入所相談した際に、保証人がいないことを理由に受け入れてもらえない施設の割合は、「7～9割」が35.1%で最も高く、次いで「1～3割」が19.8%であった。いずれも「7～9割」が最多であった一方で、「1～3割」が2番目であったことから、地域差が大きいことが明らかになった。

以下、身寄りがない患者への対応状況およびその際課題に感じていることについて、今回の調査結果からみえてきたことを示していくこととする。

1 院内マニュアル・規則の有無

身寄りのない患者に対応するための院内マニュアル（以下、院内マニュアル）の有無を尋ねたところ、「存在しない」という病院が81.7%であった。一方、身寄りのない患者の通帳・キャッシュカードを本人に代わって、病院が保管・管理する際の院内規則（以下、院内規則）に関して、「存在しない」という回答は65.8%であった。

身寄りのない患者対応がない病院では、「存在しない」のが一般的であり、解釈に慎重を要するのかもしれないが、約6～8割の病院がこうした院内マニュアル・規則を有していないという結果は、無視できないものである。今後、身寄りのない患者の増加が予想されることから、院内マニュアル・規則の作成・整備は、多くの病院にとって喫緊の課題であると考ええる。

一方、「存在する」割合に着目すると、院内マニュアルよりも院内規則の割合が15.2%ポイント高かったことから、院内規則の方が着手しやすいのかもしれない。ただし、院内マニュアルは、身寄りのない患者が意思決定できなくなった場合にどう対応するのかといった、意思決定支援上の問題を受けて作成されることが少なくないと思われる。このような場合、院内マニュアルは倫理的な指針に基づき作成されることになる。それに対して、院内規則は、事務的な手続きや方法を記載したものであり、組織のリスク管理の視点が反映されやすいといえる。このような視点の違いが、院内マニュアル・規則それぞれの「存在する」割合に影響を及ぼしている可能性があることには、留意する必要があるのかもしれない。

クロス集計の結果からは、病床数や精神科病床の有無が関連している可能性がうかがわれた。具体的には、病床数が多いほど、院内マニュアルが「存在する」割合は高く、院内規則についても、「400床以上」を除けば同様の傾向がみられた。一方、「精神科病床なし」群と比べて、「精神科病床あり」群で院内マニュアルの「存在する」割合が低くなっていたのに対して、院内規則の

「存在する」割合は高くなっていた。「精神科病床あり」群は、「精神科病床なし」群と比較すると、身寄りのない患者本人に代わって通帳・キャッシュカードを「保管・管理したことがある」割合が高く、通帳・キャッシュカードの保管・管理については、「精神科病床あり」群で進んでいることが考えられる。

2 医療同意を得る理由

身寄りのない患者の医療同意を得る際に、10 年以上音信不通だった親族を呼び出している理由を尋ねたところ、「法的な有効性を確保するために」という回答が 46.7%で最多であった。本来こうした事例では、法的な有効性がないにもかかわらず、最も多くなっていたことには留意する必要がある。

ただし、精神科病床では、医療保護入院で家族の同意が必要な場面があることから、精神科病床の有無でクロス集計を行った。「精神科病床なし」群に限定しても、「法的な有効性を確保するために」の割合が 43.9%で最多であった。そのため、法的な有効性がないにもかかわらず、多くの病院が 10 年以上音信不通だった親族を呼び出して、法的な有効性を確保するために医療同意を得る慣習は、今後見直していく必要があると考える。

3 入院申込書における保証人の数と求めている理由

1,480 病院中 1,424 病院が、入院申込書の中で保証人の記入を求めている。「2 人」以上求めている病院の割合が 40.7%で、思いのほか「2 人」以上の割合が高かった。クロス集計の結果からは、「一般病床あり」群と比べて、「一般病床なし」群で「2 人」以上と答えている割合が高くなっていた。「一般病床なし」群で、より多くの保証人を求めている傾向がみられた。

入院申込書の中で保証人を求めている理由は、「入院費等の支払いが滞納になった時に備えて」が 97.0%と最も高く、「患者が急変・死亡した時に備えて」が 81.3%、「医療同意が必要になった時に備えて」が 67.4%、「退・転院に向けた手続きや準備が必要になった時に備えて」が 56.5%であった。一方、「特に理由はない」はわずか 0.4%であった。入院費等の支払い、急変・死亡時の対応、医療同意がベスト3になっており、これら3点にどう対応していくのかが、今後の重要課題になってくると考える。

4 保証人がいないかつ意思決定が困難な患者の入院受け入れ

保証人がいないかつ意思決定が困難な患者の入院受け入れの相談があった場合の対応方法については、「無条件で受け入れる」という回答が 31.4%で最多であったが、「高齢者等終身サポート事業者との契約を条件に受け入れる」という回答も 4.4%あった。

「無条件で受け入れる」かどうかという点は、救急医療機能を有する病院とそうでない病院では、回答に差があるのではないかと考え、回答病院の一般病床の有無と、保証人がいないかつ意思決定が困難な患者の入院受け入れの相談があった場合の対応内容でクロス集計を行った。その結果、「無条件で受け入れる」と答えた割合は、「一般病床あり」では 41.9%であったのに対して、「一般病床なし」では 14.2%であった。救急医療の現場では、治療の必要性が最優先されること

から、仮に保証人がいなかったとしても、入院受け入れする他ない場面があるために、「一般病床あり」群での割合が高くなっていることがうかがえた。

一方、「高齢者等終身サポート事業者との契約を条件に受け入れる」と答えた割合は、「一般病床あり」では 4.2%であったのに対して、「一般病床なし」では 4.7%であった。一般病床の有無にかかわらず、少数ではあるが、患者本人の意思決定が困難な場合原則的には利用できないとされている「高齢者等終身サポート事業者との契約を条件に受け入れる」と答えている病院が存在している実態が明らかになった。そのため、「契約能力が意思決定能力にある程度直結していることを踏まえると、クライアントの状況に即した意思決定を支援する上でも、本人の契約能力について根拠に基づいて評価していく観点が欠かせない」ことを、病院関係者に対してより一層周知徹底していくことが必要である（出所：林祐介（2021）「保証人代行団体と医療ソーシャルワーカーの関わり方についての一考察」『医療と福祉』55（1）、49-56）。

5 臨床倫理委員会・コンサルテーションチームの設置・活用状況

臨床倫理委員会の設置状況は、「設置している」が 53.3%、「設置していない」が 45.6%で、両者の割合は拮抗していた。一方、臨床倫理コンサルテーションチームの設置状況は、「設置している」が 22.8%、「設置していない」が 75.5%であった。

臨床倫理委員会の活用状況を尋ねたところ、「とても活用している」と「やや活用している」を合わせた割合は 3 割強であった。一方、臨床倫理コンサルテーションチームの活用状況については、「とても活用している」と「やや活用している」を合わせた割合は 5 割強であった。

つまり、臨床倫理委員会と臨床倫理コンサルテーションチームを比較した場合、設置率は臨床倫理委員会が高いにもかかわらず、活用度は臨床倫理コンサルテーションチームが高いという点は注目に値する。臨床倫理コンサルテーションチームは臨床倫理委員会の下部組織になることが多いために、チームだけが単体で存在することは少ないと推察される。一方、臨床倫理コンサルテーションチームの機動性の高さが、活用度の高さにつながっていることが考えられる。

クロス集計の結果からは、病床数や一般病床の有無と臨床倫理委員会・コンサルテーションチームの設置状況が関連している可能性が示唆された。総じて病床規模が大きいほど、臨床倫理委員会・コンサルテーションチームの設置率が高く、病床規模が小さいほど未設置率は高い傾向があり、規模の小さい病院では設置しづらい状況が読み取れた。加えて、「一般病床なし」群と比べて、「一般病床あり」群で臨床倫理委員会の設置率が高かった。そのため、病床規模だけでなく、一般病床の有無にも着目する必要があるのかもしれない。一般病床には相対的により高度な治療を要する患者が多く入院し、それに伴い治療方針に悩むケースの増加につながりやすく、そうした状況に対応するために設置率が上がっている可能性が考えられる。ただし、臨床倫理コンサルテーションチームに含まれている職種について、「一般病床あり」群と比べてみると、「その他」を除いて、どの職種も「一般病床なし」群で含まれている割合が高かった。10%ポイント以上差があったのは、「作業療法士」「栄養士」「ソーシャルワーカー」の 3 職種であり、臨床倫理コンサルテーションチームに含まれている職種が多岐にわたっていることがうかがえた。

本調査では、臨床倫理委員会を設置していない理由も尋ねているが、「設置の必要性がないため」という回答は 17.9%であった。同様に、臨床倫理コンサルテーションチームを設置していない理由も尋ねているが、「設置の必要性がないため」という回答は 16.6%であった。いずれも「設置の

必要性がない」の割合が、2割に満たないという結果であった。設置の必要性は感じているものの、設置することができない病院が多いと考えるのが現実的ではないかと考える。

病床規模によって、設置していない理由が異なることも考えられるため、クロス集計を行った。その結果、総じて病床規模が小さいほど、「設置するための人材が不足している」ことを理由にあげている割合が高い傾向がみられた。今後、臨床倫理委員会・コンサルテーションチームの設置を促進していくのであれば、病床規模に応じた方策を検討していく必要があると考える。

さらに、院内マニュアルの有無と臨床倫理委員会・コンサルテーションチームの活用状況が関連していることがうかがわれた。なぜなら、院内マニュアルが「存在する」病院ほど、臨床倫理委員会・コンサルテーションチームの活用度が高くなっていたからである。院内マニュアルの中に、臨床倫理委員会・コンサルテーションチームを活用することが記載されていることで、活用度が向上していることが考えられる。そのため、臨床倫理委員会・コンサルテーションチームの活用度向上を目指していくのであれば、病院ごとに院内マニュアルの作成・整備を進めていくことが重要である。

6 通帳・キャッシュカードの保管・管理

「400床以上」を除くと、病床数が多くなるほど、身寄りのない患者の通帳・キャッシュカードを患者本人に代わって「保管・管理したことがある」の割合が高くなっていた。併せて、身寄りのない患者の通帳・キャッシュカードからの金銭の引き出しを、病院が患者本人に代わって行ったことが「ある」と答えた割合についても、同様の傾向を確認することができた。なお、こうした金銭の引き出し行為については、本来は望ましくない行為であるものの、やむを得ず本人に代わって、病院が対応している現状があるのではないかとと思われる。一般的には病床規模が大きいほど患者数が多いことから、このような場面に遭遇しやすいといえる。ただし、金銭引き出し経験ありの割合が、「200～399床」と比べて、「400床以上」において低くなっている理由は、現時点では定かになっていない。加えて、病床数が多くなるにつれて、「金銭が引き出せず入院費等の未払いが生じた」の回答割合が高くなっており、大規模病院ほど未収金問題に直面しやすい現状が垣間見えた。

さらに、身寄りのない患者の通帳・キャッシュカードを、病院が患者本人に代わって保管・管理した際に、困ったことを尋ねた結果は、以下の通りであった。「保管・管理に手間がかかること」が56.3%と最も高く、「金銭が引き出せず入院費等の未払いが生じたこと」が49.6%、「保管・管理できる適切な場所がないこと」が34.3%であった。逆に「困ったことはない」が8.7%であった。これらの結果からは、通帳・キャッシュカードを保管・管理することには、体制・環境上の問題とそもそも金銭の引き出しができないという2つの側面が課題となっており、病院にとっては大きな負担になっていることが読み取れる。とりわけ患者本人の判断能力が不十分または喪失状態の場合に、金銭の引き出しが困難になることは想像に難くない。

7 金融機関に求める仕組みと連携課題

「身寄りのない患者の通帳・キャッシュカードからの金銭の引き出しや医療費の支払いにあたって、どのような仕組みがあるといいと思うのか」尋ねたところ、「患者が金融機関に行かなくて

も金銭の引き出しが可能な仕組み」が80.4%と最も高く、「患者が亡くなった後の医療費が金融機関から支払われる仕組み」が74.9%、「金融機関との事前契約により医療費が金融機関から支払われる仕組み」が72.8%という結果であった。一方、金融機関との連携課題については、「金融機関の硬直的な対応」が67.7%と最も高く、「金融機関や支店ごとに対応や判断が異なっていること」が67.0%、「連携の取り方が分からないこと」が40.5%であった。

病院が金融機関に対して何かしらの仕組みを求めている割合が7～8割占めていたものの、様々な連携課題があがっていることから、金融機関との連携の難しさがうかがえる。ただし、身寄りのない患者の今後のさらなる増加が予想されていることから、金融機関との連携については、いづれ避けては通れない部分になってくると考える。

8 自治体の対応状況

「所属機関がある自治体に身寄りのない患者の親族情報について照会すると、スムーズに対応してもらえ」るかどうかを尋ねたところ、「あまり思わない」が40.9%で最多であった。「全く思わない」を合わせると58.4%で、6割強を占めていた。身寄りのない患者の成年後見制度の市区町村町申立てについて相談した場合についても、「あまり思わない」が40.1%で最も高い割合であった。「全く思わない」を合わせると53.2%で、5割強を占めていた。一方、身寄りのない患者の遺体の引き取りについては、「やや思う」が39.7%で最多で、次いで多かったのが「あまり思わない」(30.6%)であった。「あまり思わない」と「全く思わない」を合わせた割合は41.4%で、4割強であった。

以上の内容は、自治体に対してスムーズに対応してもらえないと認識している病院が少なくないことを示しており、重大な結果であると考え。身寄りのない患者に対応するにあたって、多くの病院が困難を感じていると思われるが、自治体に相談してもスムーズに対応してもらえないことが理由で、より一層困難を感じている可能性があるからである。そのため、「身寄りのない状態で意思決定が困難な人に生じる社会的課題に関する要望書」(日本医療ソーシャルワーカー協会)が求めている「自治体の公的責任の明文化」が実現すれば、病院が抱えている困難感の軽減につながることを期待できる。本調査では、身寄りのない患者を支援する中で、自治体に求めることや期待することを回答してもらっているが、「自治体の積極的な関わり」を求める声が多く出ており、「自治体の公的責任の明文化」は欠かせないと考え。

他方、親族情報の照会と成年後見制度の市区町村町申立てについては、「あまり思わない」が最多であったのに対して、遺体の引き取りについては「やや思う」の割合が最も多くなっていた点にも目を向ける必要がある。墓地埋葬法や行旅病人及行旅死亡人取扱法および生活保護法によって、自治体の役割が明確になっているところが、今回の数字の背景にあるのではないかと考える。加えて、マスメディア報道を含めて、この間の社会的な動きを受けて、遺体の引き取りについては、自治体の役割という認識が定着してきた感があり、そのことが上記のような調査結果につながった可能性があると考え。

9 高齢者等終身サポート事業者の活用状況と認識

高齢者等終身サポート事業者との契約に関わった年間事例件数を尋ねた結果、「0例」が62.6%、

「1～10 例」が 32.2%であった。事例件数は「0 例」が多く、利用していても大半は「1～10 例」にとどまっており、高齢者等終身サポート事業者との契約がメインにはなっていないことがうかがえる。

クロス集計の結果からは、「20～49 床」を除くと、病床規模が大きいほど、「0 例」の割合が低く、「1～10 例」の割合が高くなっていた。一方、「20～49 床」の「1～10 例」の割合は、「50～99 床」と「100～199 床」の割合より高くなっており、「20～49 床」の病院で高齢者等終身サポート事業者の活用がより浸透している可能性が考えられる。

さらに、「身寄りのない患者に対して高齢者等終身サポート事業の利用を検討する時に、病院からみて不安を感じることがありますか」と尋ねたところ、「とても感じる」と「やや感じる」を合わせた割合が 7 割を超えており、多くの病院が不安を感じているという結果であった。感じている不安の内容は、「契約料や利用料が妥当な金額かどうかの判断材料がない」が 83.4%と最も高く、「運営体制の現状が見えづらい」が 81.0%、「事業者を監督する官庁がない」が 54.5%であった。

高齢者等終身サポート事業者についてのクレームを受けた経験が「ある」と答えた割合は 8.2%で、1 割に満たないものであった。一方、クレームの内容は「費用面（思ったより金額が高い、明細が不透明、領収書発行等の対応がない）」と「対応面（連絡しても来ない、職員の態度が悪い）」が、それぞれ 6 割強を占めていた。「事業者を監督する官庁がない」中で、こうした事業者が抱える費用面と対応面の問題が改善されることは難しいと考える。そのため、「身寄りのない状態で意思決定が困難な人に生じる社会的課題に関する要望書」（日本医療ソーシャルワーカー協会）が求めている高齢者等終身サポート事業者の「監督機関の明確化」は、避けて通れない部分であると考えられる。

10 調査結果全体を振り返って

本調査は、身寄りがいない患者への対応状況およびその際課題に感じていることを把握しつつ、身寄りのない患者を取り巻く社会的課題の実態を示すことを目的に行ったものである。今回の調査を通じて、保証人問題の解決に向けて取り組むべき課題は、大きく病院内の課題と病院外の課題に分けることができると考える。

まず病院内の課題としては、以下の 6 点があげられる。①多くの病院が、身寄りのない患者に対応するための院内マニュアル、身寄りのない患者の通帳・キャッシュカードを本人に代わって、病院が保管・管理する際の院内規則を有していない。②法的な有効性がないにもかかわらず、多くの病院が 10 年以上音信不通だった親族を呼び出して医療同意を得ている現状がある。③ほとんどの病院が、入院申込書の中で保証人の記入を求めている（保証人を 2 人以上求めている病院も少なくない）。④少数ではあるが、患者本人の意思決定が困難な場合原則的には利用できないとされている、高齢者等終身サポート事業者との契約を条件に入院受け入れしている病院が存在している。⑤臨床倫理委員会・コンサルテーションチームが設置されていない病院が少なくなく、設置されていたとしても活用度が低い病院も少なくない。⑥身寄りのない患者の通帳・キャッシュカードを、患者本人に代わって保管・管理することが、病院にとっては大きな負担になっている。

病院外の課題としては、以下の 3 点があげられる。(1)多くの病院が金融機関に対して何かしらの仕組みを求めているものの、様々な連携課題があり、金融機関との連携が進みにくい状況になっている。(2)自治体に対してスムーズに対応してもらえないと認識している病院が少なくない。

(3)高齢者等終身サポート事業に対して、多くの病院が不安を感じながら利用を検討している。

本調査を通じて、身寄りのない患者を取り巻く社会的課題の大きさや複雑さを定量的に示すことができた。課題は多岐にわたっており、いずれも一筋縄ではいかないものばかりであり、今回明らかになったことを踏まえて、課題解決に向けてどのように動いていくのかが問われているといえる。

最後に、本調査の結果を踏まえて、医療ソーシャルワーカーとしてどのような取り組みをしていくことが求められているのかを示していきたい。「ソーシャルワーカー責任者」が、本調査の回答者の53.7%を占めており、病院の代表者としてソーシャルワーカーが多く答えていたことを考えると、とりわけ医療ソーシャルワーカーが率先して取り組むべき課題だと思われるからである。以下、「身寄りのない状態で意思決定が困難な人に生じる社会的課題に関する要望書」（日本医療ソーシャルワーカー協会）が提起している内容に沿って示していくこととする。

①入院・入所時に身元保証人を書面で求めないための具体的な手続き形式の提示および通知

⇒病院が書面で保証人を求めないようにするためには、保証人を書面で求めないための具体的な手続き形式の提示および通知が欠かせないことはいうまでもないが、同時に保証人がいないことで困っていること（「入院費等の支払いが滞納になった時に備えて」、「患者が急変・死亡した時に備えて」「医療同意が必要になった時に備えて」など）を解決できるような支援体制が欠かせない考える。そのため、保証人がいないことで困っていることについて、一病院内で抱え込むことなく、地域全体で検討・対応できるような地域連携ネットワーク構築に向けて取り組んでいくことが必要である。

②医療機関における臨床倫理委員会等の必置化

⇒多くの病院で設置されていないことから、臨床倫理委員会等の設置に向けて取り組んでいく。
一方、臨床倫理委員会等の活用度を向上させるために、院内マニュアル作成に向けて取り組んでいくことが必要である。

③金融機関との新たな連携システムの創設

⇒通帳・キャッシュカードを保管・管理することが、病院にとっては大きな負担になっていることを踏まえて、まずは金融機関との話し合いの場を設けることができないか模索していく必要がある。

④自治体の公的責任の明文化

⇒今回の調査で、自治体に求めることや期待する声が多く出ていたことから、国や自治体に対して、改めて「自治体の公的責任の明文化」を訴えていく必要がある。

⑤身元保証等高齢者サポート事業の監督機関の明確化

⇒今回の調査で、多くの病院が不安を抱えながら、身元保証等高齢者サポート事業を利用検討していることが明らかになったことから、国や自治体に対して、改めて「監督機関の明確化」を訴えていく必要がある。

とりわけ、上記の①～③についての取り組みを行った病院に対して、診療報酬で評価されることで、各病院での取り組みが促進され、身寄りのない患者に対する支援体制が整備されていくことが期待されるため、一考の余地があると考ええる。

V 調査票

身寄りのない患者を取り巻く社会的課題についての研究

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

(調査責任者：林 祐介)

メールアドレス：nihonkyoukai8@gmail.com

本調査は、全国の病院の身寄りのない患者への対応状況およびその際課題に感じていることを把握しつつ、身寄りのない患者を取り巻く社会的課題を示すことを目的としています。回答者のプライバシーの保護に配慮し、ご回答はすべて統計的に処理しますのでご迷惑をおかけすることはございません。調査結果は、協会ホームページへの掲載や学術雑誌への投稿などの対外的発表を予定しております。ぜひとも率直なご意見をお聞かせください。

お忙しいところを誠に申し訳ございませんが、ご協力をどうぞよろしくお願いいたします。

ご記入にあたってのお願い

- (1) 本調査には、ソーシャルワーカー責任者または地域連携部門担当者がご回答ください。病院全体としての回答になりますので、病院内でとりまとめていただき、ご回答ください。本調査に関わる質問がある場合には、調査責任者まで直接お問い合わせください。
- (2) 質問紙は回収後すべて整理番号に従って取り扱いますので、所属機関や回答者の名前を質問紙や返信用封筒に記入していただく必要はございません。整理番号は回答データを整理する際に活用するものであり、所属機関や回答者を特定化するものではありません。
- (3) お答えになりにくい質問や回答が不明な質問については、無記入で結構です。
- (4) 質問文の後には、(○は1つ)(○はいくつでも)(数字を記入)といった指示がありますので、この指示にもとづいて記入してください。
- (5) 質問への回答で、「その他」を選ばれた場合には、()内に具体的な内容を簡単に記入してください。
- (6) 本調査では、身寄りのない患者を以下のように定義しています。
連絡可能な親族がいないまたは連絡可能な親族がいても協力が得られない患者。
- (7) 本調査では、身元保証人、身元引受人、連帯保証人などの用語を総称して、保証人という用語を用いています。
- (8) 本調査では、高齢者等終身サポート事業を以下のように定義しています。
「高齢者等に対して身元保証や死後事務、日常生活支援等のサービスを行う事業」(出所：内閣府・金融庁・消費庁・ほか(2024)「高齢者等終身サポート事業者ガイドライン」)。
- (9) 冊子は8ページ(本ページ含む)、質問は全部で39問、回答にかかる時間はおよそ20分です。
- (10) ご記入は、鉛筆あるいは黒か青のボールペンなどをお願いします。回答を訂正する場合は、消しゴムで消すか、×印をつけるなどして、訂正したことを明示してください。
- (11) ご記入が終わりましたら、2025年3月21日(金)【当日の消印有効】までにご返送ください。

問 1. 本調査の協力に同意いただけますか。(○は1つ)

- 1) 同意する 2) 同意しない

1. あなた自身と所属機関の状況および周辺状況についておうかがいします。

問 2. あなたの役職を教えてください。(○は1つ)

- 1) ソーシャルワーカー責任者 2) 地域連携部門担当者 3) その他 ()

問 3. あなたの職種を教えてください。(○は1つ)

- 1) ソーシャルワーカー 2) 医師 3) 看護師 4) 事務職 5) その他 ()

問 4. あなたの所属機関の都道府県をご記入ください。

都・道・府・県

問 5. あなたの所属機関の全病床数をお答えください。(○は1つ)

- 1) 20～49 床 2) 50～99 床 3) 100～199 床 4) 200～399 床 5) 400 床以上

問 6. あなたの所属機関の病床・病棟等、該当するものすべてに○をつけてください。

(○はいくつでも)

- 1) 一般病床 2) 地域包括医療病棟 3) 地域包括ケア病棟 4) 回復期リハビリ病棟
5) 緩和ケア病棟 6) 療養病床 7) 精神科病床
8) その他 ()

問 7. あなたの所属機関のソーシャルワーカーの勤務人数をお答えください。(数字を記入)

常勤 人 ; 非常勤 人

問 8. あなたの所属機関には、身寄りのない患者に対応するための院内マニュアルは存在していますか。

(○は1つ)

- 1) 存在する 2) 存在しない

問 9. あなたの所属機関では、身寄りのない患者の医療同意を得る際に、10 年以上音信不通だった親族を呼び出して同意をもらうことはありますか。(○は 1 つ)

※1) 2) 3) と回答した方は、問 10・問 11・問 12 へお進みください。

4) と回答した方は、問 11・問 12 へお進みください。

1) とてもある	2) ややある	3) あまりない	4) 全くない
----------	---------	----------	---------

↓
問 10・11 へ

問 10. 問 9 で 1) 2) 3) と回答された方のみにおたずねします。身寄りのない患者の医療同意を得る際に、10 年以上音信不通だった親族を呼び出して、医療同意を得る理由を教えてください。最もあてはまるものに○をつけてください。(○は 1 つ)

1) 法的な有効性を確保するため	2) 親族からのクレームを防ぐため
3) 患者以外の同意を得ることを慣習としているため	4) その他 ()

問 11. あなたの所属機関から、所属機関以外の病院へ転院相談をした際に、保証人がいないことを理由に受け入れてもらえない病院のおおよその割合を教えてください。(○は 1 つ)

1) 0 割	2) 1～3 割	3) 4～6 割	4) 7～9 割	5) 10 割
--------	----------	----------	----------	---------

問 12. あなたの所属機関から、介護保険施設へ入所相談をした際に、保証人がいないことを理由に受け入れてもらえない施設のおおよその割合を教えてください。(○は 1 つ)

1) 0 割	2) 1～3 割	3) 4～6 割	4) 7～9 割	5) 10 割
--------	----------	----------	----------	---------

Ⅱ. 入院申込書の様式と保証人がいない場合の運用状況についておうかがいします。

問 13. 入院申込書の中に、保証人の記入を求める箇所はありますか。(○は 1 つ)

※ある場合は 1) と回答していただき、問 14・問 15・問 16 へお進みください。

ない場合は 2) と回答していただき、問 16 へお進みください。

1) ある	2) なし
-------	-------

↓
問 15 へ

問 14. 問 13 で「1) ある」と回答された方のみにおたずねします。入院申込書の中では、何人以上の保証人を求めていますか。(○は 1 つ)

1) 1 人	2) 2 人	3) その他 ()
--------	--------	------------

問 20. 問 17 で「2) 設置していない」と回答された方のみにおたずねします。臨床倫理委員会を設置していない理由を教えてください。(〇はいくつでも)

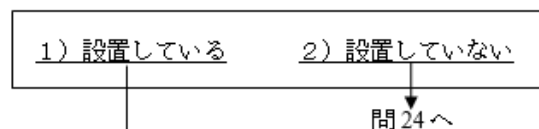
- | | |
|--------------------------|------------------------|
| 1) 設置の必要性がないため | 2) どこから手を付けてよいかわからないため |
| 3) 組織の体制整備が必要で時間を要するため | 4) 設置するための人材が不足しているため |
| 5) 地域の関係機関のサポートが不足しているため | |
| 6) その他 (|) |

→この問題(問20)が答え終わりましたら、問21へお進みください。

問 21. 院内に臨床倫理的な課題を多職種で話し合うチーム(臨床倫理コンサルテーションチーム)を設置していますか。(〇は1つ)

※設置している場合は1)と回答していただき、問22・問23へお進みください。

設置していない場合は2)と回答していただき、問24へお進みください。



問 22. 問 21 で「1) 設置している」と回答された方のみにおたずねします。臨床倫理コンサルテーションチームに含まれている職種を教えてください。(〇はいくつでも)

- | | | | | |
|-----------|--------|--------------|----------|----------|
| 1) 医師 | 2) 看護師 | 3) 薬剤師 | 4) 理学療法士 | 5) 作業療法士 |
| 6) 言語聴覚士 | 7) 栄養士 | 8) ソーシャルワーカー | 9) 事務職 | |
| 10) その他 (|) | | | |

問 23. 問 21 で「1) 設置している」と回答された方のみにおたずねします。身寄りのない患者の対応で困った際に、臨床倫理コンサルテーションチームがどの程度活用されていますか。(〇は1つ)

- | | |
|----------------|---------------|
| 1) とても活用されている | 2) やや活用されている |
| 3) あまり活用されていない | 4) 全く活用されていない |

→この問題(問23)が答え終わりましたら、問25へお進みください。

問 24. 問 21 で「2) 設置していない」と回答された方のみにおたずねします。臨床倫理コンサルテーションチームを設置していない理由を教えてください。(〇は1つ)

- | | |
|------------------------|------------------------|
| 1) 設置の必要性がないため | 2) どこから手を付けてよいかわからないため |
| 3) 組織の体制整備が必要で時間を要するため | 4) 設置するための人材が不足しているため |
| 5) その他 (|) |

IV. 身寄りのない患者の通帳・キャッシュカードの保管・管理状況および金融機関に対する要望・認識についておかがいします。

問 25. 身寄りのない患者の通帳・キャッシュカードを、病院が患者本人に代わって保管・管理したことがありますか。(○は1つ)

※ある場合は1)と回答していただき、問 26・問 27～30 へお進みください。
ない場合は2)と回答していただき、問 27～30 へお進みください。

- | | |
|-----------------|-----------------|
| 1) 保管・管理したことがある | 2) 保管・管理したことがない |
|-----------------|-----------------|

問 27～30 へ

問 26. 問 25 で「1) 保管・管理したことがある」と回答された方のみにおたずねします。身寄りのない患者の通帳・キャッシュカードを、病院が患者本人に代わって保管・管理した際に、困ったことがあれば教えてください。(○はいくつでも)

- | | |
|---------------------------|-------------------|
| 1) 保管・管理できる適切な場所がないこと | 2) 保管・管理に手間がかかること |
| 3) 金銭が引き出せず入院費等の未払いが生じたこと | 4) 困ったことはない |
| 5) その他 (|) |

問 27. 身寄りのない患者の通帳・キャッシュカードを患者本人に代わって、病院が保管・管理する際の院内規則は存在しますか。(○は1つ)

- | | |
|---------|----------|
| 1) 存在する | 2) 存在しない |
|---------|----------|

問 28. 身寄りのない患者の通帳・キャッシュカードからの金銭の引き出しを、病院が患者本人に代わって行うことはありますか。(○は1つ)

- | | |
|-------|-------|
| 1) ある | 2) なし |
|-------|-------|

問 29. 身寄りのない患者の通帳・キャッシュカードからの金銭の引き出しや医療費の支払いにあたって、どのような仕組みがあるかと思うのか教えてください。(○はいくつでも)

- | | |
|------------------------------------|---|
| 1) 患者が金融機関に行かなくても金銭の引き出しが可能な仕組み | |
| 2) 金融機関との事前契約により医療費が金融機関から支払われる仕組み | |
| 3) 患者が亡くなった後の医療費が金融機関から支払われる仕組み | |
| 4) その他 (|) |

VI. 高齢者等終身サポート事業者の活用状況と同事業者に対する認識についておうかがいします。

問 35. 所属機関全体で高齢者等終身サポート事業者との契約に関わった事例は、直近 1 年間で何例ありましたか。(〇は 1 つ)

- | | | | |
|--------|-----------|------------|-----------|
| 1) 0 例 | 2) 1~10 例 | 3) 11~20 例 | 4) 21 例以上 |
|--------|-----------|------------|-----------|

問 36. 身寄りのない患者に対して高齢者等終身サポート事業の利用を検討する時に、病院からみて不安を感じることはありますか。(〇は1つ)

※1) 2) と回答した方は、問 37・問 38 へお進みください。

3) 4) と回答した方は、問 38 へお進みください。

- 1) とても感じる 2) やや感じる 3) あまり感じない 4) 全く感じない

問 38

問 37. 問 36 で 1) 2) と回答された方のみにおたずねします。高齢者等終身サポート事業者に対して不安を感じる理由を教えてください。(〇はいくつでも)

- 1) 事業者を監督する官庁がない 2) 運営体制の現状が見えづらい
3) 契約料や利用料が妥当な金額かどうかの判断材料がない
4) その他()

問 38. 高齢者等終身サポート事業者と新たに契約した、または契約していた患者やその親族等から、高齢者等終身サポート事業者についてのクレームを受けた経験はありますか。(〇は1つ)

※ある場合は1)と回答していただき、問39へお進みください。

ない場合は2)と回答していただき、終了となります。

- | | |
|-------|-------|
| 1) ある | 2) なし |
|-------|-------|

問 39. 問 38 で「1) ある」と回答された方のみにおたずねします。 具体的な内容であてはまるものすべてを選んでください。(○はいくつでも)

- 1) 費用面 (思ったより金額が高い、明細が不透明、領収書発行等の対応がない)
- 2) 対応面 (連絡しても来ない、職員の態度が悪い)
- 3) 契約面 (最初に聞いていた話と違う、しっかりと説明を受けていない)
- 4) その他 ()

以上で終了になります。お手数ですが、記入もれがないか、今一度お確かめください。
長時間にわたり調査にご協力いただき、本当にありがとうございました。