

第2章

身寄りのない高齢者の入院、入所に係る 支援の取組事例集



(目 次)

はじめに2-1

取組事例の紹介2-4

- 1 緊急の連絡先に関する事..... 2-4
- 2 入院計画書、ケアプラン等に関する事..... 2-9
- 3 入院、入所中に必要な物品の準備に関する事..... 2-18
- 4 入院費、入所費に関する事..... 2-29
- 5 退院支援、退所支援に関する事..... 2-34
- 6 死亡時の遺体・遺品の引取り、葬儀等に関する事..... 2-43
- 7 医療行為（手術、延命治療など）の同意に関する事..... 2-58
- 8 病院、施設におけるマニュアルの作成..... 2-80
- 9 行政機関における取組..... 2-87

❖ 本章に掲載した各種様式やマニュアル等は、病院・施設等から提出された資料に基づき、当局において関係部分の抜粋や固有名詞の削除など一部加工しています。



はじめに

事例集の目的

現在、多くの病院や介護保険施設（以下「施設」といいます。）では、入院や入所時に身元保証人を求めており、当局が実施したアンケート調査では、身元保証人がいない場合、入院や入所を受け入れないとするところもありました（注1）。

厚生労働省は、身元保証人がいないことのみを理由に入院や入所を拒むことがないように、都道府県に対して通知を発出していますが（注2）、病院や施設の側でも、様々なリスクを回避するために身元保証人を必要としているものとみられます（注3）。

従来、入院や入所の際には、本人の家族や親族等が身元保証人になり、身元保証人に求められる全ての機能・役割（後述）を担うケースが多かったと考えられます（注4）。

しかし、社会状況の変化に伴い、それらの役割を担う家族や親族等のいない高齢者が増え、そうした方に対する入院や入所の際の対応は、高齢者本人と病院・施設の双方にとって大きな課題となっています。

このような身寄りのない高齢者は今後も増加するとみられることから（注5）、当局では、身元保証人に求められる主な身元保証の機能・役割を7項目に区分し、「全ての機能・役割を総合的に担える人」に限らず、個々の役割であれば担える人や機関等がないか、そのような役割を担う取組を行っている事例がないかを幅広く調査しました。

本事例集で収集した事例は、個々の役割ごとの取組事例になりますが、これらを組み合わせることで、身元保証人に求められる機能・役割を少しでもカバーできるのではないかと考えました。

この事例集が、身寄りのない高齢者がスムーズに入院、入所するための、また、病院・施設が身寄りのない高齢者を安心して受け入れるためのヒントになれば幸いです。

事例集の構成

本事例集は、厚生労働省の「身寄りがい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」といいます。）を参考に、病院・施設が身元保証人に求める主な機能・役割を7項目に分け、それぞれの項目ごとに、ガイドラインで示されている具体的対応の概要と、当局の調査で収集した病院、施設、行政機関等における実際の支援事例の概要を紹介しています。

ガイドラインは医療機関での活用を想定したものです。施設においても共通する対応が多いと考えられるため、本事例集でもその概要を紹介することにしました。

身元保証人に求める主な機能・役割

ガイドラインでは、身元保証人に求める主な機能・役割を、次の6項目に区分しています。

医療機関が「身元保証・身元引受等」に求める機能や役割としては、主に次のような事項であると考えられます。

- ① 緊急の連絡先に関する事
- ② 入院計画書に関する事
- ③ 入院中に必要な物品の準備に関する事
- ④ 入院費等に関する事
- ⑤ 退院支援に関する事
- ⑥ (死亡時の) 遺体・遺品の引き取り・葬儀等に関する事

(注) ガイドラインから抜粋

本事例集では、上記6項目に「医療行為の同意」を加え、身元保証の主な機能・役割を7項目としました。

ガイドラインでは、医療行為の同意は、本人の一身専属性がきわめて強く、身元保証人等の第三者に同意の権限はないと考えられると指摘しています。

しかし、当局のアンケート調査では、身元保証人に求める機能・役割として、医療行為の同意を挙げる病院や施設も多くみられたことから、身寄りのない高齢者に係る医療行為の同意に関し、あらかじめ高齢者本人の意思を確認している事例などを紹介しています。

また、ガイドラインでは、身寄りのない高齢者への具体的対応を、次の三つのケースに分けて記載しています。

- ① 判断能力が十分な場合
- ② 判断能力が不十分で、成年後見制度を利用している場合
- ③ 判断能力が不十分で、成年後見制度を利用していない場合

このうち②は、本人の意向を確認しつつも、基本的には、成年後見人と連絡をとりながら支援を進めることになるため、本事例集では、「①判断能力が十分な場合」と「③判断能力が不十分で、成年後見制度を利用していない場合」における支援事例を中心に紹介します。

さらに、本事例集では、上記の7項目の事例に加え、「病院、施設におけるマニュアルの作成」と、「行政機関における取組」の事例についても紹介しています。

(注)

- 1 当局が実施したアンケート調査（令和3年10月～12月）では、「入院、入所時に身元保証人等を求めている」との回答が、全体の9割以上（回答があった1,198件のうち1,107件）を占め、また、身元保証人が用意できなければ「入院、入所をお断りする」との回答が189か所（28病院、161施設）から寄せられました。
- 2 平成30年4月27日付け医政局医事課長通知、同年8月30日付け老健局高齢者支援課・振興課通知
- 3 当局の調査結果報告書「高齢者の身元保証に関する調査（行政相談契機）－入院、入所の支援事例を中心として－」（令和4年3月）の第1章参照（結果報告書は、当局ホームページに掲載）
[URL: <https://www.soumu.go.jp/kanku/kanto/kanto08.html>]
- 4 ガイドラインでは、「これまで多くの医療機関では、家族等がいることを前提として、（中略）入院費等の支払い、緊急時の連絡等の役割を果たす、いわゆる「身元保証・身元引受等」を求めてきた現状があります。」としています。
- 5 「超高齢社会を支える債務保証システムとは－求められる個人保証からの脱却－」（令和2年6月日本総研調査部レポート）では、「2040年には、単身高齢者の増加などにより、身寄りから身元保証人を立てることの難しい高齢者が1,000万人以上となる見込み」と推計しています。

【本事例集で使用している略語等】

身元保証人： 「保証人」、「身元保証人」、「身元引受人」、「連帯保証人」など名称のいかんを問わず、病院・施設で慣習的に用いられている「身元保証人」を指します。

身寄りのない高齢者： 家族や親族の有無を問わず、様々な事情により入院・入所の際に身元保証人が立てられない高齢者を指します。

ガイドライン： 「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」（令和元年5月、医療現場における成年後見制度への理解及び病院が身元保証人に求める役割等の実態把握に関する研究班）

(https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryuu/iryuu/miyorinonaihitohenotaiou.html)

1 緊急の連絡先に関すること

ガイドラインでは

- ❖ 本人の判断能力がある場合、本人から親族や友人知人の有無等を確認し、本人の意向を確認した上で、緊急連絡先となれる人がいるかを確認します。
 - ⇒ 親族や友人知人がいる
その方に緊急連絡先として求める役割を説明し、協力を仰ぎます。
 - ⇒ 行政の支援、社会福祉協議会や民間の身元保証サービス等を利用
担当者に連絡し、緊急時の対応について相談します。
 - ⇒ 連絡先が全くない
その旨をカルテ等に記録の上、支援シート（様式はガイドライン42ページ参照）などを活用し、考えられる緊急時の対応について本人の意思決定を支援します。
- ❖ 本人の判断能力が不十分で、成年後見制度を利用していない場合も、同じように緊急連絡先となれる人がいるかを確認します。該当する人が全くいない場合、市区町村又は地域包括支援センターに相談することとされています。

当局の調査結果

当局が調査した病院・施設では、緊急連絡先を確認する主な目的として、患者の容態急変時の連絡先のほか、医療行為の同意や死亡時の対応を担う人の確保を挙げるところが多くみられました。

このうち、複数の病院・施設から、医療行為の同意や死亡時の対応等、考えられる緊急時の対応について、事前に対応者・対応方法が整理されていれば、「緊急連絡先」に代えることができるとする意見もありました。

具体的には、身寄りのない高齢者に関して、医療行為の同意や死亡時の対応の担い手を確保する手段として、次のような取組を行っている事例がありました。

取組事例の紹介

- ✦ 病院が、入院時に調査表を作成して、緊急時の対応者、対応方法等を把握している例
※ 2病院（事例1-1:2-5ページ）
- ✦ 緊急時の対応者、対応方法等について、行政や福祉サービス担当者と連携している例
※ 桶川市及び3病院2施設（事例1-2:2-8ページ）

事例の詳細

事例1-1 病院が、入院時に調査表を作成して、緊急時の対応者、対応方法等を把握している例

1. 「入院時間診票」を作成している例

【入院時間診票の概要】

- ◇ 作成時期： 入院時
- ◇ 対象者： 全入院患者
- ◇ 作成方法： 入院時に、看護師が患者から聞き取り、カルテに掲載し関係者に共有している。
- ◇ 聴取事項：
 - ・病気や命に対する考え方
 - ・最も頼りにしている方
 - ・入院中の緊急連絡先 など
- ◇ その他： 緊急連絡先については、死亡時の引取り等を含め、事前に対応者が決まっていれば親族である必要はなく、実際に、葬儀会社と契約済みの患者が、当該葬儀会社を緊急連絡先とし、死亡時に引取りに来てもらったことがある。

※ 『入院時間診票』は2-6ページをご覧ください。

2. 「フェイスシート」を作成している例

【フェイスシートの概要】

- ◇ 作成時期： 入院時
- ◇ 対象者： 全入院患者
- ◇ 作成方法：
 - ・入院時に看護師が患者から聞き取り
 - ・電子カルテ内の機能の一部であり、関係者に共有している。
- ◇ 聴取事項：
 - ・家族構成
 - ・協力者の連絡先及び各役割分担 など
- ◇ その他： 実際の身元保証人がいない場合の連絡先としては、知人・友人、仕事関係者、元配偶者、施設長、民生委員等を記入したことがあり、分担した役割としては、病状説明への同席、入院日用品の調達、金銭管理、医療費の支払、後方施設への入所相談、死後対応等があった。

(注) 上記は、当局の照会に対する病院からの回答を取りまとめたものです。

事例 1-1-1 『入院時間診票』

入院時間診票

記載日 令和 年 月 日

| | | | |
|--------------------|-----------|--------------|--------|
| 入院年月日 | 年 月 日 | 入院診療科名 | |
| 患者氏名（自署） | | 生年月日 （和暦） | 年 月 日生 |
| 記入者（患者本人以外が記入した場合） | 続柄 （ ） | | |

※記入方法：該当する項目の□に✓を入れるか該当する数字を○で囲んでください。また、____（下線部分）や空欄に記述してください。

1. あなたの病気について教えてください。

(略)

2. あなたの生活について、教えてください。

(略)

3. あなたの病気や命に対する考え方を教えてください。ご家族が記入する場合は、ご本人の意思を推定して記載してください（現在の考えであり、状況により変更可）。

●私の病気に対する向き合い方は、

- 自分で説明を受け意思決定したい 説明は受けたいが方針は家族や医療者に決めてほしい
わからない

その他（具体的に希望することなど）

●回復の見込みがない状態での延命治療については、

- 長く生きるための延命治療をしてほしい 延命治療は受けたくない
苦痛を減らす程度の治療を受けたい 決められない

その他（具体的に希望することなど）

●私の最期の療養の場所は、

- 自宅で過ごしたい 病院や介護施設等で過ごしたい
家族や医療者に任せたい 決められない

その他（具体的に希望することなど）

●臓器提供の意思表示について（「提供する」だけでなく、「提供しない」の意思も含みます）

- 意思表示している 意思表示していない 決められない

↳ 表示しているものすべてに○をつけてください

【健康保険証・運転免許証・マイナンバーカード・臓器提供意思表示カード・インターネット】

4. あなたが最も頼りにしている方は、どなたですか？

お名前 _____ ご本人との関係 _____

電話番号 _____ 病院までの到着時間 _____ 分

5. 入院中の緊急連絡先：ご本人以外で

●緊急連絡先（2名以上の連絡先記入をお願いいたします。）

平日日中

| 連絡先順 | 名前 | 続柄 | 電話番号 | 市町村名 | 主な面会者に○ |
|-------|----|----|------|------|---------|
| 連絡先 1 | | | | | |
| 連絡先 2 | | | | | |

夜間休日（夜間：午後 時 分 ～ 翌日午前 時 分）

| | | | | | |
|-------|--|--|--|--|--|
| 連絡先 1 | | | | | |
| 連絡先 2 | | | | | |

6. 社会保障制度、在宅サービスを利用していますか？

●特定疾患受給者証：□なし □あり

●身体障害者手帳：□なし □あり・・・ _____ 級 _____ 障害

●要介護認定：□なし □あり・・・要支援（1・2），要介護（1・2・3・4・5）
□申請中●ケアマネジャー：□なし □あり・・・事業所名 _____ 電話番号 _____
担当者名 _____

●利用中の医療・介護サービス（利用中のものにチェックしてください）

□訪問診療【診療所名 _____ 利用頻度 _____ 回 _____ 週または月】

□訪問看護【事業所名 _____ 利用頻度 _____ 回 _____ 週または月】

□訪問介護 □訪問リハビリ □訪問薬剤 □デイケア・デイサービス □ショートステイ

□施設【施設名 _____】 □その他【 _____】

7. (70歳未満の方のみ)「限度額適用認定証」はお持ちですか？

(略)

8. レンタルパジャマ（病衣）の貸与を希望されますか？

(略)

9. 入院にあたり、ご心配なことやご要望はありますか？

(略)

10. 退院するときに、気がかりなことはありますか？

(略)

事例1-2 緊急時の対応者、対応方法等について、行政や福祉サービス担当者との連携している例

1. 病院が、ケアマネジャーや生活保護担当者に今までの生活について確認している例

- ◇ 本人のことを理解するため、ケアマネジャーや生活保護担当者に連絡をとり、どのような人物であるのか、今までどのような暮らしをしていたのか、関わりがあった人がいないかを確認している。
また、ケアマネジャーは介護サービス利用時に身寄りを把握しているため、併せて確認している。
- ◇ ケアマネジャー、訪問看護の担当看護師・主治医に連絡をとり、今までの状況を把握する。ケアマネジャーは、家族関係を把握していることが多く、また、医師等には医療的なことを確認する。

2. 病院が、市町村に介入の有無を照会している例

- ◇ 救急車で搬送され、本人が意思表示できない場合は、どこから搬送されたかで住所が推測できるため、居住地と思われる市役所等の担当課（関与している可能性がある高齢者支援担当課、生活保護担当課、地域包括支援センター等）に連絡し、行政等の介入の有無を確認する。
- ◇ 本人が意思表示できず、介護サービス等の利用状況が不明な場合は、市町村の高齢者支援担当課に担当ケアマネジャーがいるか照会する。いない場合は、民生委員との関わりがないかを同課に確認し、民生委員から話を聞いている。

3. 病院が、生活保護受給者の緊急時対応について事前に市町村に相談している例

本人が、生活保護を受給している場合は、死亡時の対応方法（葬儀会社の手配等）について、事前に市町村の生活保護担当課と相談している。

4. 施設が、入所までに関わった人から本人の情報を集めている例

入所時に既に本人が意思表示できない場合は、今まで本人と関わった地域包括支援センターや病院等の担当者から、出自等を含む本人の情報を聴取し、その情報を基に本人がどのような介護を望むか、部署内で検討した上で対応している。

5. 施設から地域包括支援センターに相談し、地域ケア会議で対応を検討している例

身元保証人がいない方が入所するなど、対応に悩むケースがある場合、地域包括支援センターに相談すると、地域ケア会議を開催してくれる。行政、社会福祉協議会、民生委員、地域の方などの関係者が出席し、情報を共有すると共に、施設でできること・できないこと、行政が対応すること等を整理している。

6. 市が、病院に担当職員の連絡先を伝え、緊急時に相談を受けられるようにしている例

緊急連絡先が見つからない患者を受け入れた病院から、「緊急連絡先」や「保証人」欄に市職員の署名を求められた場合は、そのような対応はできないため、担当職員（ケースワーカー等）の連絡先を伝え、市役所の開庁時間中だけでなく、閉庁時であっても連絡がとれる体制を整えている。（桶川市）

（注）上記1-2-6は、桶川市の担当者による説明です。

その他は、当局の照会に対する病院及び施設からの回答を取りまとめたものです。

2 入院計画書、ケアプラン等に関すること

ガイドラインでは

- ❖ 本人が理解できるように分かりやすく説明します。本人の身の回りの人で、本人の入院診療の説明に同席を希望する人がいる場合は、本人の意向を確認した上で情報提供を行います。
- ❖ 説明を理解できないと認められるほど判断能力が不十分な場合は、本人への説明を試みた上で、その旨をカルテ等に記載することで対応します。

当局の調査結果

当局のアンケート調査では、病院・施設の対応として、「本人の判断能力が不十分で説明を理解できないと思われる場合には、親族・知人等へ説明を行う。」「本人が理解できるよう分かりやすく説明を行い、本人との間で入院・入所の手続（重要事項の説明や契約の締結）を進める。」の順で回答が多くなっていました。

一方で、本人への説明だけでは不十分と考えられる場合や本人への説明が難しい場合に、関係機関で本人を支援する役割を分担したり、病院や施設が、市区町村や地域包括支援センター等の関係機関やケアマネジャー等の関係者に協力を依頼したりしている事例がみられました。

取組事例の紹介

- ✦ 入院・入所の際に家族等が担う役割を関係機関で分担し、入院・入所手続を支援している例
 - ※ 1市（事例 2-1：2-10 ページ）
- ✦ 病院が、地域包括支援センターにケア会議の開催を依頼し、関係機関による情報共有や協議を通じて、本人の意思を確認している例
 - ※ 1病院（事例 2-2：2-14 ページ）
- ✦ 病院・施設が、市区町村・福祉事務所・地域包括支援センター等に協力を依頼している例
 - ※ 1市5病院6施設（事例 2-3：2-15 ページ）
- ✦ 病院・施設が、行政機関以外の関係者（ケアマネジャー・知人・友人等）に協力を依頼している例
 - ※ 3病院3施設（事例 2-4：2-17 ページ）

事例の詳細

事例 2-1 入院・入所の際に家族等が担う役割を関係機関で分担し、入院・入所手続を支援している例

1. 市が、本人を支援する役割を分担するための様式を作成している例
（『魚沼市における身寄りのない人への支援に関するガイドライン・支援シート』様式 1）

取組の詳細（※ 市の担当者による説明です）

- ・ 入院や入所の際に、本来なら家族が担う役割を代わって担う、いわば「支援チーム」を作るためのツールとして『役割分担シート』を作成
本人に関係しそうな機関が参集し、本人のその後の支援をスタートさせるきっかけの一つとしての位置づけ
- ・ 厚生労働省のガイドライン資料編に掲載されている『支援シート』を参考に作成
- ・ 関係者のうちの誰か一人に役割が集中しないよう配慮、本人一人ひとりの事情が異なるので、担当者（機関）は毎回異なる。
- ・ 状況にもよるが、本人も会議に参加して作成することも想定

※ 『支援シートの表紙』及び『様式 1「役割分担シート」』は 2-11～13 ページをご覧ください。

2. 市・地域の中核病院・社会福祉協議会等の関係機関が参集し、合同でカンファレンスを実施している例

取組の詳細

入院患者について、病院からの依頼により関係機関が参集し、合同でカンファレンス（4 か月間で 3 回）を実施（魚沼市）

| 回 | 内 容 | 参集機関 |
|---|--|---|
| 1 | （入院時） <ul style="list-style-type: none"> ・ 本人に関する情報（現在の暮らしぶり、親族との関係性）の集約と共有 ・ 今後の役割分担の決定 社協：日常生活自立支援関連、金銭面の詳細確認 包括：介護保険支援関連 市（福祉）：総合窓口と調整 市（住宅）：光熱費状況の確認 病院：親族への連絡 | 病院（※） 社会福祉協議会 地域包括支援センター 在宅医療推進センター 市（保健師・福祉担当・市営住宅担当） |
| 2 | <ul style="list-style-type: none"> ・ 現状報告 ・ 支援計画の確認 | ※ 最初の 2 回は、地域医療連携室・退院支援看護師・病棟看護師・理学療法士・作業療法士・言語聴覚士が参加。3 回目は、上記の方々に加え、院長及び主治医も参加 |
| 3 | <ul style="list-style-type: none"> ・ 病状説明 ・ 現状と支援経過について説明 ・ 今後の医療について検討 ・ 生活支援について検討 | |

支援シート

(魚沼市における身寄りのない人への支援に関するガイドライン)

「身寄りなし問題」の本質は、これまでの日本の医療・介護・福祉が家族による支援を前提としてきたことと、本人の希望や“本人ならこう言うだろう”といった推定意思を伝える仕組み（これも家族の機能）がないことです。

そうした、これまで家族に求められてきた機能・役割を、本人を支えるチームで代替えることにより、身寄りがないことにより起こる問題の解決を目指すシートです。

※本人の意向を確認する際は、以下の点に留意して意思決定支援を行ってください。

- ❖ 重度の認知症や知的障害があっても、本人には意思があり、意思決定能力を有することを前提として関わります。
- ❖ 本人が判断するために必要な情報を、本人が理解できる分かりやすい言葉や文字、図や絵などで説明してください。その際、支援者側の価値判断を挟まず、本人にとっての利益・不利益を一緒に考えていく姿勢が大切です。
- ❖ 本人が安心して意思を表明できるよう、支援者の態度や人的・物的環境の整備に配慮してください。
- ❖ 支援を尽くしても本人の意思を確認できない場合は、家族等（法的な意味での親族関係のみでなく、本人が信頼を寄せ、本人の利益を考え支える人をいいます）から本人の意思を推定できる情報を収集し、それを基本として本人にとっての最善の方策を検討します。ただし、これは代理代行決定で、意思決定支援とは区別して理解すべきです。

目的に応じて以下のシートをご使用ください。

（様式1）役割分担シート

福祉サービスの利用や入院・入所の際に、本来なら家族等に依頼する役割を、本人を支える支援チームで分担することで、身元保証人等がいなくてもスムーズにサービスを利用できるようにするものです。

本人の意思に基づく支援であることが重要ですので、会議は原則本人参加で行います。聞き取った内容をまとめ、本人と支援チームに配布し共有します。

（様式2-1）“もしもの時”の意思確認シート①

事例 6-2（2-50 ページ）参照

自身が望む医療やケアについて、前もって考え、繰り返し話し合い、共有する取り組みを「人生会議（ACP：アバンス・ケア・プランニング）」と呼びます。

そうした話し合いのきっかけにするためのシートです。

（様式2-2）“もしもの時”の意思確認シート②

事例 6-2（2-52 ページ）参照

本人が亡くなった後の、葬儀や遺品の整理などについて、前もって本人の希望を聞き取り、もしもの時に葬儀を行う人（喪主等）に伝えるためのシートです。

※ここで確認する内容はとても繊細で慎重に取り扱う必要があります。中には落ち込んだり怒り出す方もいるでしょう。本人との信頼関係を築いた上で、聞き取るタイミングや環境にも配慮が必要です。

聞き取った内容をまとめ、確認のため本人署名の上、本人と支援チームに配布し共有します。

（様式3）死後事務確認シート

事例 6-1（2-46 ページ）参照

本人が亡くなった後の諸手続きについて、事前に支援チームで役割を決めておくためのものです。

亡くなった後のことについての本人の意思は、“もしもの時”の意思確認シート②（様式2-2）で確認する内容で足りると考えますので、本シート作成には本人の参加を想定していません。支援チームで情報を共有してください。

※これらのシートは、支援者の関わりが継続していることが前提です。中には一旦シートを作成しても、その後に支援者の関りがなくなる人もおり、そうした方から聞き取った意思や情報をどのように管理し、いざという時に伝えられるかは今後の検討課題です。

事例 2-1-1 『様式 1「役割分担シート」』

(様式 1)

【役割分担シート】

このシートは、福祉サービスの利用や入院・入所の際に、本来なら家族等に依頼する役割を、本人を支える支援チームで分担するものです。

| | | | | |
|-------|--|-------|-------|-----|
| 会議の日 | 令和 年 月 日 | 本人の氏名 | 様 | |
| 本人の参加 | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし | 氏 名 | 所属・関係 | 連絡先 |
| 参集者 | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

| 役割項目 | 窓口となる者 | 支援内容 |
|-------------------|--|--|
| 緊急連絡先に関する事 | 担当者名： 電話番号： 関係・所属： (補足) ※「うおぬま・米ねっと」の登録 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし | 緊急時の連絡を受ける。 ※内容に応じて、それぞれの窓口になる者に連絡をする |
| サービスの方針に関する事 | 担当者名： 電話番号： 関係・所属： (補足) | サービスの調整に関する相談及びケアプラン等への署名 |
| 利用料の支払い等金銭管理に関する事 | 担当者名： 電話番号： 関係・所属： (補足) | 本人の預貯金から利用料等の支払いを行う |
| 入院・入所の準備に関する事 | 担当者名： 電話番号： 関係・所属： (補足) | 入院・入所の際に必要な物品の購入等 |
| 退院・退所に関する事 | 担当者名： 電話番号： 関係・所属： (補足) | 居室の明渡しや退院・退所先の確保 |

令和 年 月 日

本人署名

事例 2-2 病院が、地域包括支援センターにケア会議の開催を依頼し、関係機関による情報共有や協議を通じて、本人の意思を確認している例

(1) 取組の詳細

患者への支援を検討する際、市区町村の福祉担当者、地域包括支援センターや介護支援専門員などの支援者等が参加するケア会議の開催を、地域包括支援センターに依頼することがある。

この会議では、本人が従前話していた希望等を関係機関で共有し、本人の意思を確認する。これら関係機関から聴取した本人の希望をよりどころとし、ケアプラン作成の参考とすることがある。

(2) 「身寄りのない方」に特化した内容・テーマ

この会議では、その他医療や介護に関する様々な事柄についても、情報交換が行われることがあるが、身寄りのない方について多い内容としては、「お金の管理や支払」「契約・保証人」「成年後見制度の利用」などといったものがある。

(3) その他の交流の機会

上記会議以外にも、特定の疾患に係る専門科で集まる協議会の開催やケアマネジャーが中心となって開催される連絡会議などに参加し、日頃から、行政や他病院・施設等関係者と情報交換を行っている。

(注) 上記は、当局の照会に対する病院からの回答を取りまとめたものです。

事例 2-3 病院・施設が、市区町村・福祉事務所・地域包括支援センター等に協力を依頼している例

1. 市が、病院と連携して、関係機関との調整を行っている例

病院から入院手続等の相談を受けることがあるほか、高齢介護課のケースワーカー等が家族の代わりとしてカンファレンスに呼ばれ、関係機関との調整を行うケースがある。

平成 30 年に、鴻巣保健所が管内の市区町村及び主要な医療機関を集めて開催した「身寄りのない高齢者等への円滑な医療・保健・福祉サービス提供体制の整備検討会」への参加を契機に、地域の基幹的な病院との間で関係者名簿を作成したことから、人事異動等で職員が変わっても、お互いに必要な連携をとりやすくなった。(桶川市)

2. 病院が、関係者に声掛けし、合同カンファレンスを行っている例

情報共有を目的に、地域包括支援センターの職員、ケアマネジャー、施設職員（施設からの入院の場合）等に声掛けし、カンファレンスを実施。対象者の病状や人柄、生活状況、家族状況に加え、今後の医療に対する意向など、できるだけ多くの情報を収集している。

3. 病院が、患者への説明の際に、市区町村職員等に同席を依頼している例（認知症等のケース）

患者が認知症又は精神疾患である場合に、市区町村の生活保護担当者、ケアマネジャー、相談支援専門員などに、入院手続や病状説明の場に同席してもらうこととしている。

多職種で、本人の意思を始めとする様々な情報を共有しておくことに加え、説明内容を共有し、本人が病院以外の人に何度質問しても、適切な対応ができるようにしておくということが目的である。

4. 病院が、市区町村や入所施設等に声掛けして、入院時の説明を行っている例

病状について関係者に説明したいという主治医の希望もあり、生活保護担当のケースワーカーやケアマネジャー、担当訪問看護師、入所していた施設の施設長などに、入院時と入院後に説明を行ったことがある。

5. 病院が、市区町村に関係手続を依頼している例

市区町村の福祉担当課に対象者の金銭状況を確認してもらい、必要に応じて生活保護の手続を進めてもらう（これにより、親族調査に取り掛かれるというメリットあり）。また、場合によっては、成年後見（市区町村申立て）の手続を要請している。

市区町村からは、必要な情報の提供があり、病院が作成したマニュアルを市区町村にも共有してもらっているなど、これまでの長い関わりの中で関係は良好である。

6. 病院が、関係者から本人の意思を推定する情報を収集している例

市区町村の担当者や施設の相談員等で、一定期間本人と関わりがあり、今後についての本人の意向（退院できない場合の希望、危篤時に知らせてほしい人、死後の対応など）を聴取している場合、これら担当者から得られる情報は、本人の意思を推定するよりどころとなる。

また、i) 様々な発想や視点に気づくことにつながる、ii) 担当医の心理的な孤立を防ぐことにつながるといった利点もある。

7. 施設が、本人と関わりのある行政機関に支援を求め、連携している例

本人を支える近親者がおらず、市区町村の高齢者福祉課や生活福祉課（生活保護担当）の職員が、日常的に生活の支援を行い、本人の情報に精通しているようなケースでは、これらの職員に支援を求めることがある。

役所に出向いたり、また、当施設にも市区町村職員に来所してもらったりするなどして打ち合わせを重ね、入所の準備を整えている。

8. 施設が、市区町村や以前入所していた施設に連絡し、情報を収集している例

市区町村の高齢担当課職員や入所前に担当していたケアマネジャー、地域包括支援センターの職員に加え、以前入所していた施設職員に協力をお願いすることがあるが、過去に入所していた施設での様子を確認できることで、入所に当たっての準備を適切に行うことができる（病状の確認、症状に応じた対応など）。

当施設を運営している法人が、地域包括支援センター業務を受託していることから、行政、社会福祉協議会、ケアマネジャーとは日頃からつながりがあるが、スタッフの入れ替わりや異動があるため、定期的に顔を合わせる機会は必要と考えている。

また、多職種連携の機会として、行政と地域包括支援センターが協力して開催している医療・介護業種が集まる会合に参加したり、地域ケア会議などに参加したりするなどして連携を図っている。

9. 施設が、市区町村担当者やケアマネジャーに、ケアプランを説明している例

本人の判断能力が不十分な上、説明できる親族・知人等がない場合、行政の担当者や在宅で関わっていたケアマネジャーにケアプランを説明する。そういった方がいない場合には、施設で責任を持って、その利用者に適切なプランを提供することとしている。

10. 施設が、市区町村に随時相談し、情報共有を行っている例

市区町村には、身寄りがない人の入退所や途中入退院に関しての相談を行っているほか、常日頃から判断に迷うケースがあった際には、随時相談を行っている。様々な情報を市区町村と共有しておくことで、公平性や透明性を担保できると考えている。

11. 施設が、市区町村に入院時や終末期の対応について相談している例

介護保険の保険者となっている市区町村の福祉担当課に対し、入院時や終末期の対応に関して相談している。色々と判断が難しいため、対応についての助言を受けているが、行政に参与してもらえらることに安心感がある。

12. 施設が、市区町村等から収集した情報を、ケアプランに反映させている例

身寄りがない方で、入所前に、市区町村の担当者や担当のケアマネジャーから本人の生活環境や周辺状況を聞き取り、ケアプランに反映させていったことがあるが、市区町村担当者もケアマネジャーも本人の経緯を把握・理解していたので、協力を得やすかった。

(注) 上記事例 2-3-1 は、桶川市の担当者による説明です。

その他は、当局の照会に対する病院及び施設からの回答を取りまとめたものです。

事例 2-4 病院・施設が、行政機関以外の関係者（ケアマネジャー・知人・友人等）に協力を依頼している例

1. 病院が、ケアマネジャーや施設関係者に、情報提供や説明への同席を依頼している例

◇ ケアマネジャーや訪問看護等の在宅サービス提供者が、入院前の本人との関わりの中で本人の意向を確認しているケースや、施設入所者の場合、施設入所前に治療や延命について、本人の希望を確認しているケースでは、これらの方々から情報を収集している。

また、本人一人での手続や判断が難しいケースでは、当院のソーシャルワーカーからケアマネジャーや施設の職員等に依頼し、本人への説明・入院手続の場に同席してもらう。

◇ 既に支援者として介入しているケアマネジャーやケースワーカー、保健師などから、これまでに本人から聞き取っている情報を収集し、それに基づいて手続を進めている。

また、情報提供ということで、これらの方々には説明の場等に同席してもらい、状況を確認してもらうことも依頼している。

◇ 入所している施設の職員やケアマネジャー、成年後見人、訪問診療医・看護師などに、本人が以前話していた内容や希望していたことがあったのかどうかを確認、その情報を関係者間で共有し、手続を進めている。

また、これらの方々には説明の場に同席することについて本人の意向を確認し、同意を得られた場合には、治療や今後の方針についての説明の場への同席も依頼している。

2. 施設が、ケアマネジャーや知人に、同席を依頼している例

入所前、知人やケアマネジャー等に、身元保証人になっていただけるかどうかを確認する。仮に、身元保証人になっていただけない場合でも、施設入所についての説明を聞いてもらったり、契約書・承諾書への署名又は代筆、ケアプランへのサインをお願いしたりすることがある。

3. 施設が、ケアマネジャーや知人から、情報を収集している例

担当ケアマネジャーや知人など、より最適と思われる方に相談して、今までの経過などの情報を把握している。これらの方々に関与してもらうことで、それまでの生活状況や本人の意向、ADL（日常生活動作）等を把握できる上、本人の趣味や生き方なども把握でき、施設でのケアの提供や支援の方向性について参考になっている。

これらの方々とは定期的に連携しているわけではなく、個別のケースがある場合にそれぞれ関与してもらうこととなるが、身寄りのない方を受け入れてくれる施設が少ないということもあってか、特にケアマネジャーについては、入所時に協力を得やすい状況にある。

4. 施設が、入所者の福祉サービス契約の相手方である社会福祉協議会に協力を依頼している例

入所者が社会福祉協議会と契約を結び、福祉サービスの利用に当たって必要な援助や金銭管理を依頼している場合、社会福祉協議会の職員から本人の意思を確認してもらい手続を行うケースがある。

また、本人の判断能力が十分でない場合には、担当ケアマネジャーに対して、入所時の説明への同席を求めたこともある。

(注) 上記は、当局の照会に対する病院及び施設からの回答を取りまとめたものです。

3 入院、入所中に必要な物品の準備に関すること

ガイドラインでは

本人の意向を確認します。自分で入院中に必要な物品を準備できない場合、緊急連絡先で確認した身近な存在の人がいるときは、その人が物品の準備等を行ってくれるかどうか相談してみます。また、有償のボランティア団体やリース等の利用も考えられます。

当局の調査結果

当局のアンケート調査では、病院・施設の対応として、「入院・入所に必要な物品（日用品等）について、購入や貸出しができる環境を整えている。」「物品の準備等を自分でできない場合、親族、知人などの身の回りの人に準備を依頼する。」との回答が多くなっており、特に病院において、病衣・タオルなどの有償レンタルサービスを利用しているところが多い状況がみられました。

具体的には、身寄りのない高齢者が入院時などに必要となる物品の準備について、以下のような方法で支援している事例がみられました。

取組事例の紹介

【病院】

※ 6病院（事例3-1：2-20ページ参照）

- ✦ 入院セットなどのレンタルサービスを導入したことで病院職員の負担が軽減されたとする例
- ✦ 移動困難な患者について、院内売店の移動販売を利用している例
- ✦ 移動困難な患者について、院内売店のデリバリーを利用している例
- ✦ 外部業者の買物代行サービスを利用している例
- ✦ 預かり証・出納帳等を活用し、病院職員が買物を代行している例
- ✦ 外出可能な患者について、病院職員がリハビリを兼ねて自宅まで付き添っている例

【施設】

※ 5施設（事例3-2：2-24ページ参照）

- ✦ 日用品等のセットをレンタルできる環境を整えている例
- ✦ 消耗品代（日額）を入所費に加算し、口座から引き落としている例
- ✦ 施設に保管している消耗品を提供し、代金は口座から引き落としている例
- ✦ 施設職員が買物を代行し、代金は口座から引き落としている例
- ✦ 金銭・貴重品等の管理について、施設と管理委託業務を締結している例

なお、物品の調達は、基本的には有償の契約となるため、病院の対応マニュアルの中には、本人の意思が確認できない場合は、成年後見制度の利用を検討すると記載している例もあります。

参 考

成年後見人には、入院に必要な物品の購入自体を行う義務はありません。

しかし、有償サービスの手配などは可能な場合もあるため、ガイドラインでは、本人が成年後見制度を利用している場合、まずは依頼したい具体的な内容を成年後見人に相談することとしています。

事例3-1 病院における、入院中に必要な物品の準備に関する対応例

1. 入院セットなどのレンタルサービスを導入したことで病院職員の負担が軽減されたとする例

入院セットのレンタル契約

今年度から入院セット（病衣、タオル、オムツ、日用品等）をレンタルできるサービスを導入した。

以前は、所持金がないまま入院してきた場合など、売店で必要物品を購入できない患者については、病院職員からの寄付で対応していたが、当該サービスを契約することで、物品の準備が可能となり、状況が改善された（費用については、翌月請求、コンビニ払い）。

なお、必要に応じて、看護師判断でレンタルを開始することができるが、退院までに本人と契約できない場合は、業者が本人に費用を請求できない等の課題が生じている。

レンタルで不足する物品がある場合

i 院内売店の利用

ii 病院職員による寄付

身寄りがなく、救急搬送された場合は、その際の衣類を着て帰れないことがあり、病院職員から寄付を募って、その中から帰りの衣類を提供するケースもある。

2. 移動困難な患者について、院内売店の移動販売を利用している例

入院セットのレンタル契約

レンタルで不足する物品がある場合

支払が困難でレンタル契約ができない場合

i 院内売店の利用

本人が移動可能な場合は、院内の売店を利用する。

ii 移動販売の利用

本人が移動困難な場合、意思表示が可能で、所持金があれば、院内売店の移動販売が病室を巡回しているため、これを利用する。

支払困難な理由の整理、解消

支払が難しくレンタル契約ができない場合は、ソーシャルワーカーが介入し、支払困難な理由（経済的に困窮しているのか、年金を受給しているが現金を引き出せないのか）を整理し、利用できる社会資源がないか検討する。

3. 移動困難な患者について、院内売店のデリバリーを利用している例

入院セットのレンタル契約

レンタルで不足する物品がある場合

支払が困難でレンタル契約ができない場合

i 院内売店の利用

本人が移動可能な場合は、院内の売店を利用する。

ii デリバリーの利用

本人が移動困難な場合は、欲しい物を院内売店に注文すると、翌日には病室まで配達してくれる。その場で患者本人が支払をしている。

病院職員による買物代行、寄付

経済的に困窮しており、レンタルや売店の利用が難しい場合は、病院職員が本人に代わって、外部店舗で安価な物を購入することもある。

また、救急搬送された場合の衣類をそのまま着て帰れないことがあり、病院職員から寄付を募って、その中から帰りの衣類を提供するケースもあり、対応に苦慮している。

4. 外部業者の買物代行サービスを利用している例

病衣のレンタル契約

レンタルで不足する物品がある場合

院内売店の利用

院内売店で不足する物品がある場合

外部業者の買物代行サービスを利用

院内売店で購入できない物については、外部業者の買物代行サービスを利用している。サービスの利用に当たっては、患者又は病院から業者に依頼の連絡をし、代金及び利用料は、患者が当日、退院時又は退院後に現金で支払う（患者から現金を預かり、病院が支払うこともある。）。利用料は、30分、1時間単位で発生するが、安価である。

なお、当該サービスを導入したことで、入院中の物品の準備に関して、病院職員の負担は軽減された。

5. 預かり証・出納帳等を活用し、病院職員が買物を代行している例

入院セットのレンタル契約

レンタルで不足する物品がある場合、
支払が困難でレンタル契約ができない場合

病院職員が買物を代行

レンタルで足りない物（コップ、ひげそり、履物等）がある場合や、経済的にレンタル契約が困難な場合は、院内に売店がないため、相談員が本人の所持金を預かり、院外の店舗で必要なものを購入している。

金銭を取り扱う際は、預かり証、出納帳等の様式を活用し、相談員及び事務職員の2人体制で管理している。

仕事の合間に外出する必要がある、また他人の金銭を取り扱うことに責任や重圧を感じる。

※ 『預かり証』は2-23ページをご覧ください。

6. 外出可能な患者について、病院職員がリハビリを兼ねて自宅まで付き添っている例

入院セットのレンタル契約

レンタルで不足する物品がある場合

支払が困難でレンタル契約が
できない場合

i 院内売店の利用

所持金がある場合は、院内の売店を利用する。

一人での移動が難しい場合は、車椅子を利用したり、病棟看護師が売店まで付き添う。

病院による日用品の提供、生活保護

経済的に困窮しており、レンタルや売店の利用が難しい場合や、意識がない患者の場合は、病院の持ち出しで日用品を提供しているのが実態である。

また、併せて生活保護の申請も検討している。

ii リハビリを兼ねて自宅まで付き添う

外出許可が下りた場合は、ソーシャルワーカーやリハビリ担当者が付き添い、自宅まで必要な物品を取りに行くケースもある。

(注) 上記は、当局の照会に対する病院からの回答を取りまとめたものです。

預かり証

_____様

預かり金 _____円

預かり品 _____

預かり日時 _____年 _____月 _____日 _____時 _____分

※上記預かり金（品）に相違ないことを確認いたします。

_____ (印)

| 日付 | 出金 | 入金 | 残額 | 確認印 | |
|-----|----|----|----|-----|--|
| 月 日 | | | | | |
| 月 日 | | | | | |
| 月 日 | | | | | |
| 月 日 | | | | | |

【 病 院 名 】

事務部担当 _____

預かり証（控）

_____様

※預かり金（品）は患者様の便宜上お預かりしているものです。

金品盗難等の責任は負いかねますのでご承知おき下さい。

※この控えは返却時及び金品の出し入れの際に必要なとなりますので、保管して下さい。

※取り扱い時間 平日 8:30~17:00

上記時間帯以外は、お取扱いできませんのでご注意ください。なお、入金の際には、
経理課担当者又は事務担当者にお声掛けいただきますようお願い致します。

【 病 院 名 】

事務部担当 _____

事例 3-2 施設における、入所中に必要な物品の準備に関する対応例

1. 日用品等のセットをレンタルできる環境を整えている例

- ・ 衣類・タオル・日用品等のレンタル契約が可能
- ・ 支払は、基本的に口座振替
- ・ 年に1、2回衣類の移動販売を実施

2. 消耗品代（日額）を入所費に加算し、口座から引き落としている例

- ・ ティッシュ、歯磨き等の消耗品代（日額）を入所費に加算
- ・ 支払は、口座振替
- ・ 月に数回、隣接する病院の売店が施設にも移動販売を実施

3. 施設に保管している消耗品を提供し、代金は口座から引き落としている例

- ・ 本人の使用具合に応じ、備品庫に保管している消耗品を提供
- ・ 支払は、入所費と併せて口座振替
- ・ 口座振替であれば、支払が滞ることもなく、日常生活において、入所者が現金を必要とすることは少ない。

4. 施設職員が買物を代行し、代金は口座から引き落としている例

- ・ 身元保証人がいない場合は、施設職員が外部店舗で日用品、衣類等を購入
- ・ 代金は、施設が立て替え、後日入所費と併せて口座振替
- ・ 口座振替であれば、入所者と施設職員間で現金のやりとりをする必要がなく、通帳に明細が残るため、お金の流れが明確化できるメリットがある。

5. 金銭・貴重品等の管理について、施設と管理委託業務を締結している例

- ・ 施設職員が外部店舗で必要物品を購入
- ・ 身元保証人がおらず、金銭・貴重品管理委託契約を締結している入所者の場合は、預金通帳から現金を引き出し、代金を支払
- ・ 金銭・貴重品管理については、規程を定め、契約書を作成
- ・ 預金通帳からの出金の際は、出金依頼書、出金伝票、出納帳を作成し、相談員及び事務長の2人体制で対応

※ 『入所利用者貴重品管理等規程』、『金銭・貴重品管理委託契約書』、『出金依頼書』、『出金伝票』、『現金出納帳』は2-25～28ページをご覧ください。

(注) 上記は、当局の照会に対する施設からの回答を取りまとめたものです。

入所利用者貴重品管理等規程

第1～5条 (略)

(通帳からの出金)

第6条 利用者等と委託契約を結んでいる「預金通帳からの出金」は、次の手続により出金を行なうこととする。

- (1) 相談員は、説明した上で利用者から自署した出金依頼書を徴し、相談員は、事務員に回付する。
※ 利用者が自署できないときは、利用者氏名欄は相談員が代筆し、代筆の旨を依頼書に記載し、その上立会った別の職員が自署押印する。
- (2) 事務員は、出金伝票および金融機関所定の払戻請求書を作成し、出金依頼書と通帳を添えて事務長に回付する。
- (3) 事務長は、出金伝票に決裁し、払戻請求書に保管している印鑑を押したのち、関係書類を事務員に返戻する。
- (4) 事務員は、出金事務を行ったのち、通帳預かり出納台帳に必要事項を記載し、出金に関わる関係書類を整理保管する。

第7～10条 (略)

事例 3-2-5 『出金依頼書』

出金依頼書（預金通帳用）

令和 年 月 日

【施設名】様

入所利用者氏名 _____

(自署) ※代筆の際はその旨を記載する事

(自署不可能のときは)

相談員氏名 _____ 印

(自署)

立会職員名 _____ 印

(自署)

私の預貯金口座から下記の金額を出金してください。

¥ _____ 円

| | | |
|-----|-----|-----|
| 事務長 | 事務員 | 相談員 |
| | | |

3 入院、入所中に必要な物品の準備に関する事

事例 3-2-5 『出金伝票』

出金伝票

令和 年 月 日

利用者氏名 _____

| 摘 要 | 金 額 |
|-----|-----|
| | |
| | |
| 合 計 | |

| | | |
|--------|-----|-----|
| 決 裁 | 事務長 | 事務員 |
| | | |

事例 3-2-5 『現金出納帳』

現金出納帳

| 様 | | | | | | |
|-------|------|-----|------|-----|-------|--|
| 年 月 日 | 収入金額 | 摘 要 | 支払金額 | 残 高 | 確 認 欄 | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

3 入院、入所中に必要な物品の準備に関すること

4 入院費、入所費に関する事

ガイドラインでは

- ❖ 本人の判断能力があり、入院費等の支払が可能な場合、原則本人が支払います。
- ❖ 本人の判断能力が不十分で、成年後見制度を利用していない場合は、可能な限り、本人に対して普段どのように金銭の出し入れや管理をしていたのか聞き取ります。
金銭管理のみ関わっていた人がいることもあるので、その場合は本人の意向を確認した上で、その人に連絡をとります。

入院費等の未払を防ぐ工夫

入院時に、本人の保険証の有効期限を確認します。

- 短期被保険者証や被保険者資格証明書の場合、保険料の納付が滞っていることが考えられるので、保険料の納付状況も含めて自治体に相談します。
- 保険証を持っていない、生活費等に困窮していると考えられる場合、自治体の生活困窮者や生活保護の相談窓口への相談も必要です。

また、社会福祉協議会が実施している「日常生活自立支援事業」の利用や、日常的な金銭管理が今後も難しいと判断される場合は、成年後見制度の利用も視野に入れ、市区町村（権利擁護担当）や地域包括支援センターに相談します。

当局の調査結果

病院・施設にとって、身寄りのない高齢者を入院・入所させる場合の大きな懸念材料の一つとして、死亡後に入院・入所費が回収できないなどの未収金の問題が挙げられます。

未収金が発生した場合は、民事的に解決せざるを得ませんが、未収金の発生を予防するため、次のような対策をとっている事例がみられました。

取組事例の紹介

- ✦ 病院が、入院時に保証金を要請している例
※ 3病院（事例4-1：2-31ページ）
- ✦ 口座振替の手続を実施している例
※ 2病院2施設（事例4-2：2-32ページ）
- ✦ 病院が、入院費の支払が困難な患者に個別に対応している例
※ 4病院（事例4-3：2-33ページ）

参 考

社会福祉協議会の日常生活自立支援事業については、契約までに時間を要するため、特に急性期病院においては、入院中に契約を締結した事例は少ないですが、当該事業の契約者が入院・入所した場合は、入院・入所費は問題なく支払われており、職員の事務負担軽減、未収防止につながっているとする病院・施設もありました。

当局のアンケート調査では、入院・入所費に関する対応について回答があった病院の約6割に当たる258病院が入院時に保証金を預かっているとしていました。

そのうち、当局が聞き取りを行った病院からは、保証金の預かりに関して、次のような例がみられました。

事例4-1 病院が、入院時に保証金を要請している例

1. 未収金への対策のため保証金を要請している例

身元保証人がいない場合は、保証金を求めている（50,000円）。退院時、入院費が支払えない場合は、本人の了承を得た上で、保証金から支払っている。また、死亡退院時、相続人が不在の場合も同様である。

保証金の受領は、未収金を防ぐに当たって有効な手段であると考えている。

2. 入院時に保証金を要請することで、経済状況を確認している例

身元保証人の有無にかかわらず、入院手続きの際に保証金を求めており（20,000～100,000円）、退院時に入院費が支払えない場合は、保証金から支払っている。

入院時に保証金を求めることで、あらかじめ経済状況を確認することができ、保証金の預け入れが難しい場合は、生活保護や限度額適用認定証の申請の案内につなげている。

3. 保証金を預かっておくことで、滞納金に対する猶予を確保している例

身元保証人の有無にかかわらず、入院手続きの際に保証金を求めており（100,000～300,000円）、保証金は、退院時に返金している。

当院は、長期入院が多い病院であり、当初は問題なく入院費を支払っていたが、途中で滞納するケースもある。その場合も、保証金を預かっていることで、すぐには未収にならず、なぜ滞納したか等、本人の置かれた状況を確認し、対応する猶予ができる。

(注) 上記は、当局の照会に対する病院からの回答を取りまとめたものです。

当局のアンケート調査では、入院・入所費に関する対応についての回答があった病院・施設の約5割に当たる486か所（41病院、445施設）が、口座振替による入院・入所費の支払が可能であるとしていました。

そのうち、当局が聞き取りを行った病院・施設からは、口座振替による入院・入所費の支払に関して、次のような例がみられました。

事例4-2 口座振替の手続を実施している例

1. 病院が、本人等が希望した場合に口座振替の手続を実施している例

本人や家族が希望した場合は、入院費の支払について、口座振替の手続を行っている。なお、手続に時間を要するため、入院初月の支払は間に合わず、翌月から口座振替になることが多い。

口座振替の場合は、残高があれば、確実に入院費が支払われるため、未収金対策として有効な手段であると考えている。

2. 病院が、入院費の滞納が発生した場合等に口座振替の手続を実施している例

入院中に、医療費の支払が滞っている場合や分割払いとなった場合に口座振替の手続を行っている。多くの場合は、退院時に口座振替について案内し、外来受診時に手続をしている。

なお、手続をしても、残高がなく引き落とせないケースがあり、課題と感じている。

3. 施設が、年金受取口座から入所費を引き落としている例

入所費の支払は、基本的に口座振替としている。

年金の受取口座を入所費の支払用口座とすれば、未収になるリスクが低く、ほぼ確実に支払われるため、施設としては安心である。

4. 施設が、入居者の外出が困難であることから口座振替の手続を行っている例

入所費の支払方法は①口座振替、②銀行振込又は③施設窓口での支払から選択できる。

施設の入所者は、介護を必要としているため、基本的に外出は困難である。そのため、自身で①口座振替に行くことは難しく、特に身元保証人がいない場合は、②銀行振込又は③施設窓口での支払は難しい。口座振替であれば、外出する手間や介助も不要であるため、利用者本人、施設側双方にメリットがある。

(注) 上記は、当局の照会に対する病院及び施設からの回答を取りまとめたものです。

事例 4-3 病院が、入院費の支払が困難な患者に個別に対応している例

1. 生活困窮者自立支援制度につないだ例

入院費の支払が困難であることが判明した場合は、生活保護の申請を検討している。
年金等の資産があり、生活保護が受給できない場合は、本人の生活費など金銭管理に問題がある可能性が高いため、生活困窮者自立支援制度につなぎ、市で家計改善支援を行った事例があった。

2. 行政に急迫保護の適用を相談している例

預貯金等があっても直ちに活用できず、本人に意識がない場合は、生活保護（急迫保護）の適用を行政に相談している。

3. 預貯金があるにもかかわらず引き出せない場合はその原因を解消している例

預貯金がある場合は、引き出せない原因（キャッシュカードが見つからない等）を解消する。
本人の了承を得て、複数の病院職員で自宅に行き、キャッシュカード、通帳、銀行印を探した事例があった。

4. 預貯金がある場合は、院内の ATM で現金を準備してもらっている例

入院費の支払が困難であることが判明した場合は、生活保護の申請を検討し、生活保護が受給できない場合は、退院時に分割払いの手続を行う。
本人に預貯金がある場合は、院内に ATM があるため、急な支払に対応できるように、必要に応じて現金を用意してもらおう（患者の状況に応じて、車椅子で介助するなどの支援を行う。）。

（注）上記は、当局の照会に対する病院からの回答を取りまとめたものです。

5 退院支援、退所支援に関すること

ガイドラインでは

- ❖ 本人の判断能力がある場合、退院先や退院後の生活等について本人に相談します。その際に、[ケアマネジャー、相談支援専門員、任意後見契約、高齢者サポートサービス契約] の関わりの有無を確認します。
 - ⇒ 関わりあり：本人の意思や意向を確認しながら関係者と退院先の選択や手続の分担を決めます。
 - ⇒ 関わりなし：市区町村の相談窓口や地域包括支援センターに相談し、本人をサポートする新たなチーム作りが必要となります。
- ❖ 本人の判断能力が不十分で、成年後見制度を利用していない場合も、基本的には、本人の判断能力がある場合と同じです。

成年後見制度の利用準備を含めた退院支援によってスムーズに進むケースもあるため、同制度の相談窓口への相談も必要とされています。

当局の調査結果

当局のアンケート調査では、病院・施設の対応として、「家族、友人・知人等、本人の身の回りの人に対し、退院・退所支援に関する協力を求める。」「入院・入所前まで関わりのあったケアマネジャー等、専門職等の関係者と、退院・退所支援を行う。」との順で回答が多かったものの、特に病院からは、退院後の受入先を見つけるのに苦慮しているとの回答も多くみられました。

そのような中、次のような方法で、退院後の支援に当たったり、入所先の確保に取り組んだりしている事例がみられました。

取組事例の紹介

- ✦ 退院後も必要なサービスが継続して提供できるよう、病院が医療関係者や介護支援専門員向けに、入退院支援の手引となる資料を作成している例
 - ※ 1 病院（事例 5-1：2-35 ページ）
- ✦ 病院・施設間の転院・転所に当たっての引継ぎを円滑化している例
 - ※ 1 市 5 病院 5 施設（事例 5-2：2-39 ページ）
- ✦ 自宅への退院を支援するために、病院が外部機関等と連携している例
 - ※ 10 病院（事例 5-3：2-41 ページ）

事例 5-1 退院後も必要なサービスが継続して提供できるよう、病院が医療関係者や介護支援専門員向けに、入退院支援の手引となる資料を作成している例

取組の詳細

令和2年5月、病院内外の医療・介護関係者向けに以下の資料を作成

①『入退院支援連携ガイド』

入退院における医療関係者と介護支援専門員の役割を記載したもので、患者の身寄りの有無にかかわらず利用している。

②『入退院時の医療・介護連携に関する報酬』

入退院時に関係機関等で連携を図ることにより、医療・介護双方の報酬加算があるということを知ってもらう意味で掲載している。

施設からの入院、病院から施設への入所のいずれにおいても報酬加算がある。

③『日常生活や身の回りのことで、困りごと・手助けが必要なことはありませんか』

本人と面接を行いながら一緒に記入するチェックシート。今後どんな支援が必要なのかを一目で判断することが可能で、ケアマネジャー等も利用している。

※ 『入退院支援連携ガイド』、『入退院時の医療・介護連携に関する報酬』、『日常生活や身の回りのことで、困りごと・手助けが必要なことはありませんか』は2-36~38 ページをご覧ください。

(注) 上記は、当局の照会に対する病院からの回答を取りまとめたものです。

事例5-1 『入退院時の医療・介護連携に関する報酬』

入退院時の医療・介護連携に関する報酬

平成30年度介護報酬・診療報酬改定による
令和2年度診療報酬改定追加

入院時支援加算 1 (230点) 2 (200点)

- 入院時支援加算を算定する患者に対し、①入院前に以下のアからクを行い②患者及び入院予定先の病棟職員と共有する【ア、イ、クは必ず実施】
- ア 身体的・社会的・精神的背景を含めた患者情報の把握
- ウ 入院前に利用していた介護サービス・福祉サービスの把握
- ウ 褥瘡に関する危険因子の評価
- エ 栄養状態の評価
- オ 服薬中の薬剤の確認
- カ 退院困難な要因の有無の評価
- キ 入院中に行われる治療・検査の説明
- ク 入院生活の説明

入院支援加算

退院困難な要因を有する患者に対し、退院支援を行った場合に算定

- 1 (一般600点、療養1200点)
 - 3日以内に退院困難な患者抽出。7日以内に本人・家族と面談、カンファレンス実施
- 2 (一般190点、療養635点)
 - 7日以内に退院困難事例抽出。早急に本人・家族と面談、カンファレンス実施

介護支援等連携指導料 (2回まで) (400点)

- 入院中の医療機関の医師等が、入院前から担当していた介護支援専門員等と共同して、退院後に利用が望ましいサービス等について説明及び指導を行った場合

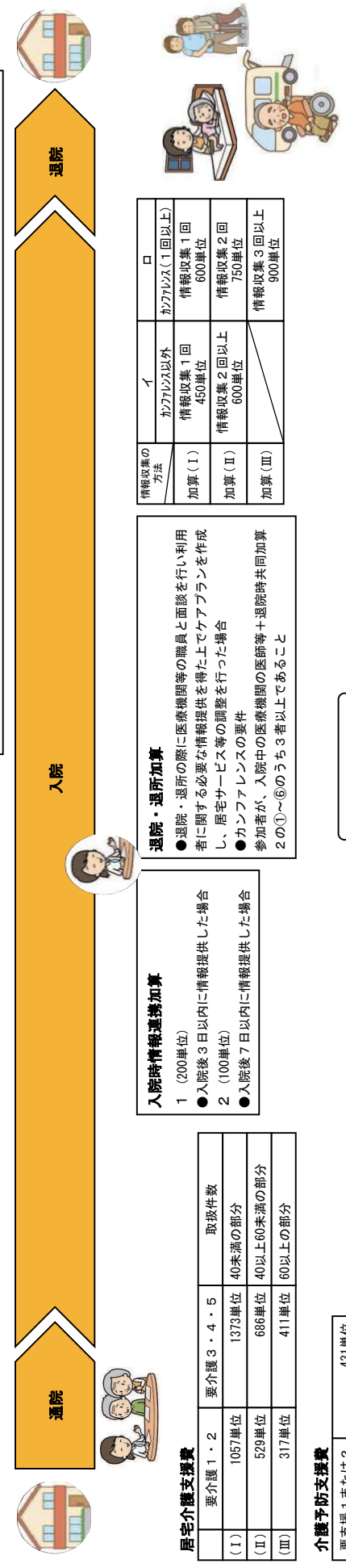
診療情報提供料 I (250点)

- 退院日の前後2週間以内の期間に診療情報を提供
- 介護支援等連携指導料を算定した患者には、退院前の診療情報提供は算定不可

退院前在宅療養指導料 (120点)

- 退院前訪問指導料 (580点)
- 退院時リハビリテーション指導料 (300点)
- 退院時連絡情報管理指導料 (90点)
- 退院後訪問指導料 (580点+加算20点)

【新】退院時連絡情報連携加算 (60点)
【改】①薬剤総合評価調整加算 (100点)
②薬剤調整加算 (150点)
【新】栄養情報提供加算 (50点)



居宅介護支援費

| 要介護1または2 | 要介護3・4・5 | 取扱い数 |
|-------------|----------|-------------|
| (I) 1057単位 | 1373単位 | 40未満の部分 |
| (II) 529単位 | 686単位 | 40以上60未満の部分 |
| (III) 317単位 | 411単位 | 60以上の部分 |

入院時情報連携加算

- 1 (200単位)
 - 入院後3日以内に情報提供した場合
- 2 (100単位)
 - 入院後7日以内に情報提供した場合

退院・退所加算

- 退院・退所の際に医療機関等の職員と面談を行い利用者に関する必要な情報提供を得た上でケアプランを作成し、居宅サービス等の調整を行った場合
- カンファレンスの要件

参加者が、入院中の医療機関の医師等+退院時共同加算2の①~⑥のうち3者以上であること

介護予防支援費

| | |
|----------|-------|
| 要支援1または2 | 431単位 |
|----------|-------|

在宅者の緊急時におけるカンファレンス報酬

| | |
|-------------------------------|-------|
| ●医科診療所 在宅患者緊急時等カンファレンス料 | 200点 |
| ●歯科診療所 | 200点 |
| ●保険薬局 在宅患者緊急時等共同指導料 | 700点 |
| ●訪問看護ステーション 在宅患者緊急時等カンファレンス加算 | 2000円 |
| ●居宅介護支援事業所 緊急時等カンファレンス加算 | 200単位 |

自宅または患者等が希望する場所でカンファレンスを共同で実施

在宅者の緊急時となる患者

- 悪性腫瘍、認知症または脳梗塞肺炎等の急性呼吸器感染症のいずれか
- 緊急入院
 - 入院を繰り返している
 - 退院後に医療処置が必要
- 要介護認定が未申請
- 生活困難者
 - 排泄に介助を要する
- 虐待を受けているまたはその疑いがある
- 入院前に比A/DLが低下し、退院後の生活様式の再編が必要
- 同居者の有無にかかわらず、必要な養育又は介護を充分に提供できない状況にない

退院・退所時連携加算 (246単位/日: 6日限度)

- 退院後の再入居の受入れ体制を整えている場合

初期加算 (30単位/日: 30日間)

- 30日を超えて病院等へ入院した後の再入居も算定可

退去時相対支援加算 (400単位)

- 過去後居宅サービス等を利用する場合、相談援助を行い、地方包括支援センター等に情報を提供した場合

特定施設

- 病院等から入居した場合、30日以内の期間算定可
- 30日を超えて病院等へ入院した後の再入居の場合も同様

退院・退所時連携加算 (30単位/日)

- 病院等から入居した場合、30日以内の期間算定可
- 30日を超えて病院等へ入院した後の再入居の場合も同様

初期加算 (30単位/日: 30日間)

- 入所生活に慣れるための支援に係る費用

再入所時栄養連携加算 (400単位/回)

- 施設と病院の管理栄養士が連携して、再入所後の栄養管理に関する調整を行った場合

退院時共同指導料 1

- 病院後の在宅療養を担う医療機関が入院中に1回算定在宅療養支援診療所の場合 1500点
- 上記以外 900点

特養・老健・介護医療院

初期加算 (30単位/日: 30日間)
再入所時栄養連携加算 (400単位/回)
施設と病院の管理栄養士が連携して、再入所後の栄養管理に関する調整を行った場合

診療所

退院時共同指導料 1
●病院後の在宅療養を担う医療機関が入院中に1回算定在宅療養支援診療所の場合 1500点
●上記以外 900点

事例5-1 『日常生活や身の回りのことで、困りごと・手助けが必要なことはありませんか』

<高齢者編>

日常生活や身の回りのことで、困りごと・手助けが必要なことはありませんか

あなたについて

ひとり暮らし

高齢者のみ世帯

子ども等家族と同居

もしもの時の連絡先

| 連絡先 | 名前 | 電話番号 |
|-----|----|------|
| | | |
| | | |

どんな困りごとですか

体調がすぐれない

病気について相談したい

認知症の疑い

手伝ってほしいのはどんなことですか

足腰が弱くなった

転びやすい

トイレが困る

入浴

通院

日用品の買い物

外出の機会が少ない

食事づくり

掃除・片付け

ゴミ出し

洗濯

草むしり

日常のちょっとしたこと

経済的なこと

預貯金の出し入れ

物忘れが多くなった

周囲とのトラブル

その他 ()

手伝ってほしいのはどんなことですか

困りごとの相談をしたい

手すりを付けたい

ベッドを借りたい

ポータブルトイレの購入

トイレ介助

入浴介助

通院の付き添い

日用品の買い物

外出の手助け

食事作り

掃除・片付け

洗濯

草むしり

日常のちょっとしたこと

経済的な相談

預貯金の出し入れ

その他 ()

まず、かかりつけ医に相談してください

専門医

介護保険サービスの種類

- 居宅サービス
 - 地域密着型サービス（一部）
 - 通所介護
 - 通所リハビリ
 - 訪問介護
 - 訪問リハビリ
 - 訪問看護
 - 短期入所
 - 住宅改修
 - 福祉用具貸与・購入
- 施設サービス（一部）
 - 特別養護老人ホーム
 - 老人保健施設

介護サービスを希望しますか

はい → 要介護認定を申請してください

いいえ →

介護認定がなくても受けられるサービス

| | |
|---|---|
| <p>自治体事業</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 家族介護用品（紙おむつ）支給事業 ● 寝たきり老人等介護手当支給事業 ● 緊急通報体制等整備事業 ● 配食サービス ● 外出支援サービス事業 ● 若返りトレーニング教室 ● 生きがい活動支援通所事業 ● 軽度生活支援事業（ヘルパー派遣） ● 生活管理指導短期宿泊事業 ● 高齢者生活支援ハウス ● 転倒骨折予防教室 ● いきいき元気教室 | <p>社会福祉協議会事業</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 地域の茶の間事業 ● 福祉資金の貸付 ● ふれあい配食サービス ● ふれあいサポート事業 <p>介護保険では対応できない日常生活上のお手伝い</p> <ul style="list-style-type: none"> ● あいほうし隊 ● 日常生活上の「ちょっとした困りごと」のある人に対して、ご近所さん同士が助け合う活動 |
| <p>成年後見制度</p> | |
| <p>民間サービス</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 軽費老人ホーム ● サービス付高齢者住宅 | |

認知症などにより、自分ひとりの判断で行うことに不安がある場合、社協の生活支援員がお手伝いします。

- 福祉サービス利用のお手伝い
- 日常的なお金の出し入れ
- 書類等の預かり

成年後見制度に関する相談・支援や、社協が法人として後見人等になり、財産管理や介護サービス等の契約を行います。

困りごと、手伝ってほしいことの相談窓口

- 介護や困っていることなど、高齢者のよろず相談
- 地域包括支援センター
- 要介護認定の申請・相談
- 自治体介護福祉担当課
- ちよっとした困りごと・手伝ってほしいこと
- 社会福祉協議会
- シルバー人材センター
- 人権擁護・成年後見制度
- 自治体介護福祉担当課
- 社会福祉協議会

| | |
|-------|--|
| 記入年月日 | |
| お名前 | |
| 住所 | |

事例5-2 病院・施設間の転院・転所に当たっての引継ぎを円滑化している例

1. 市が、病院・施設と連携して、カンファレンスを行っている例

市のケースワーカー、地域包括支援センターの職員、ケアマネジャー、病院や施設の担当者等が集まってカンファレンスを実施。その際にどの機関が集まり、誰が中心的な役割を果たすかは、対象者のケースに応じてその都度決定している。（桶川市）

2. （病院）施設担当者等と合同で退院前カンファレンスを行っている例

◇【 病院→施設 】

退院前合同カンファレンスを開催し、退院後の留意点などについて話し合っている。この時、退院後の主治医の確認を行い、当院が主治医となる場合には再入院は必ず受け入れることとしている。また、身寄りのない方の場合にはこれと合わせて、以下の方法を取っている。

- i) 市区町村と相談の上、成年後見人を選任してもらう。
- ii) 社会福祉協議会の支援が受けられるよう手配する。
- iii) 民間の保証会社等に支援を依頼する。

【 施設→病院 】

施設管理者や担当相談員を確認し、入院前の生活がわかる書類（施設サマリー等）の提示を依頼している。このほかに、家族関係や過去の就労の状況についての情報も可能な限り入手し、併せて、施設へ退院する際の条件等を確認しておく。

◇【 病院→施設 】

施設によっては、実地調査に来る場合があるが、自宅で生活できるか、地域のサポートがどの程度得られるか、本人も交えて、関係者でカンファレンスを行っている。

【 施設→病院 】

施設側から提供される情報のうち、本人の容体や施設での生活状況以外で提供してもらえると助かる情報は、今後の医療や死後対応への本人意思に関する情報と、施設に入所した際の状況や経緯に関する情報である。仮に入所当時と現在の状況が異なっても、関わっていた方の情報等少しでも把握したいと考えている。

3. （病院）施設入所の際、後見人の選任や生活保護等の手続等を実施している例

当院は、救急患者の受入れが多く、家族関係や金銭面などに不安を抱える方が多い状況にある。そのため、成年後見人の選任手続等を含むキーパーソンの選定や生活保護申請による医療費捻出の支援など、当院でクリアできる問題にできるだけ対応した上で、施設への受入れをお願いしている。

その際は、患者の病状に加え、生活背景や家族関係・金銭関係など、できる限りの情報を提供することとしている。

4. （病院）施設入所の際、容体急変時の対応を明確に伝えている例

施設に対し、身寄りのない方の受入れをお願いする場合には、入所後、容体が悪化・急変した際の対応（搬送するのか、そのまま看取りとするのか）を明確に伝え、このほか、今後の治療の方針やその他病院で確認している情報、特に家族関係・親族関係の状況（実際に家族・親族がいる場合にはその距離感など）を可能な限り伝えている。

5. (病院) 施設入所の際、過去の対応を参考に情報を提供している例

施設への入所の場合、以下の対応等を取りながら受入れをお願いしている。

- ・ 過去、当院で身寄りのない方が死亡した場合の対応例を示す。
- ・ 本人に協力者がいる場合はそのことを積極的に伝える。
- ・ 当院での対応や支援内容をまとめたサマリーを提供する。

6. (施設) 受入れの際、容体急変時の対応を明確にしている例

◇ 特に急性期系の病院を中心に、身寄りなしの患者の受入れを要請されることが多いが、受入れ前には病院からの依頼により合同のカンファレンスに参加し、その時点で病院が把握している情報を収集している。また、施設で一旦受け入れてから方針を決めるケース（成年後見人の手続、生活保護の申請など）もある。

病院から施設への入所の際には、病院と施設のそれぞれの役割を明確にしておくことが重要で、特に、入所中に容体が急変したような場合には、速やかに病院が責任を持って受け入れる取り決めをしておく。

一旦施設に入所したら、その施設だけの問題とするのではなく、病院・施設が一体となって対応していく体制を作ることが大事で、そのことがお互いにとってメリットとなるのではないかと考える。

◇ 身寄りのない方の新規入所、入所中の入院の際には、病院のMSWとの調整が主であるが、このほか、市区町村担当課、地域包括支援センター、生活保護の担当ケースワーカーを含めて、その前後で合同カンファレンスを行うことが多い。

新規入所の場合には、病院が把握している範囲でこれまでの情報を提供してもらった上で、急変した際の受入れ確認や、今後の治療の方向性等を確認する。入院の場合には、病状が改善したら再度当施設で入所調整ができることを伝えている。

7. (施設) 受入れの際、施設相談員が病院に出向いている例

入院先から依頼があった場合には、相談員が入院先に出向き本人と面談している。その際、入院先のMSWや退院支援看護師等から必要な情報を入手することとしている。

また、入院先が退院前カンファレンス等を設定している場合には可能な限り出席し、居宅ケアマネジャー、介護サービス事業者等とも面談している。

8. (施設) 入院の際、本人の状況と支援の状況をできるだけ明確にしている例

身寄りのない方が入院する場合には、金銭状況（支払能力）はどうか、医療同意に関する本人の意思や、支援が必要な場合には、どの担当者がどの程度支援できるかをできるだけ明確にしている。

一方、病院から新規受入れを行う場合には、特に、体調急変時の再受入れについて確認しており、病院側で、緊急時連絡先リスト等がある場合には、提供してもらっている。

9. (施設) 途中入院した患者が退院する際の受入れ先を病院と連携して探している例

当施設から病院に入院する場合には、退院許可が出たら当施設で受け入れることを前提に入院するが、仮に、当施設での受入れが難しい状況（医療依存度が高く、介護老人保健施設では対応できない等）になった場合には、当施設と病院とで連携して受入れ先を探している。

(注) 上記事例5-2-1は、桶川市の担当者による説明です。

その他は、当局の照会に対する病院及び施設からの回答を取りまとめたものです。

事例 5-3 自宅への退院を支援するために、病院が外部機関等と連携している例

1. 関係者とのカンファレンスの実施により、退院後の連携が取りやすいとしている例

◇ 地域包括支援センター、居宅介護支援事業所（ケアマネジャー、社会福祉士など）、相談支援事業所、市区町村職員（福祉担当課、障害福祉担当課等）など、対象となる患者に合わせて関係する機関に、カンファレンスに参加してもらっている（継続的な介入の場合と新規に関わってもらい参加してもらう場合がある。）。

当院の診療科の医師や認定看護師、入退院支援課看護師、MSWと、地域包括支援センターのケアマネジャーや訪問看護ステーション、調剤薬局等とで、WEBにより月1回、意見交換会を開催している。

現状の問題や課題、退院後に予測される問題等を共有することにより、多様な疾患・症状により入院加療となった患者が、退院した後も地域において安心して継続的な支援を受けながら療養できる環境の調整や、よりスムーズな福祉・障害サービスの利用に繋がっていると考えている。

◇ 入院前の自宅での生活に関わっていたケアマネジャーや生活保護のケースワーカーに対して、カンファレンスへの同席を依頼しているが、これらの方々との情報共有は、退院後のプラン検討に効果的である。

2. 関係者とのカンファレンスの実施により、問題解決を進めたり、情報を円滑に伝達したりしている例

◇ 身寄りのない患者について、介護支援専門員、訪問診療医や看護師、市区町村の福祉担当者等にカンファレンスに参加してもらい、当院だけでは解決できない問題について速やかに解決できるよう進めている。

これらの担当者と定期的に連絡会議等を開催しているわけではないが、適宜、市区町村や専門職団体が開催する情報交換会などへ参加し、交流を図っている。情報交換会で顔合わせができない機関とは、各個別ケースのカンファレンス開催を通じて関係を深めており、カンファレンスへの参加には積極的な機関が多い。

◇ 退院後も医療機関とのつながりが必要と判断したことから、入院前からの担当ケアマネジャーや導入予定の在宅訪問クリニックの相談員と訪問看護師に、カンファレンスに参加してもらったことがあるが、入院療養期間中の様子や、看護上の注意点なども円滑に伝達できた。

3. 市区町村・地域包括支援センター・社会福祉協議会・訪問診療等に協力を求めている例

◇ 内容に応じて以下の機関等に情報提供しながら協力や対応を依頼

- ・ 金銭面や住宅、就労：市区町村の生活保護担当者
- ・ 介護保険関係（利用可否・サービスの受入れ）：ケアマネジャー
- ・ 医療（皮膚創傷ケア、内服薬、インスリンなどの注射等）：訪問診療医・看護師

◇ 主な協力依頼先

- ・ 借金、金銭管理の課題や生活費関係：社会福祉協議会
- ・ 介護や施設入所の課題：地域包括支援センターや市区町村福祉担当課
- ・ 在宅医療：居宅ケアマネジャーや訪問看護ステーション、往診医等

これらの職種の方々とは個別に連携を図っているわけではないが、多職種が一堂に会する地域ケア会議の場を利用して交流を図っている。

◇ 高齢者の場合には、地域包括支援センターのケアマネジャーに相談し、親族・親戚等を始めとするキーパーソンを探してもらい、病院スタッフと一緒に退院支援の相談を行う。保健師が相談に乗ってくれる場合には、介入を依頼している。

また、認知機能・判断能力が低下していると判断した場合には、成年後見制度の活用を含め、弁護士等の法律家に介入を依頼している。

◇ 院内では、医師・看護師・リハビリテーション担当・栄養担当・薬剤師・MSWがチームとなって患者をサポート。院外では、必要に応じて市区町村の介護保険課や地域包括支援センターへ連絡、ケアマネジャーの選定と退院後の支援を依頼している。

4. 地域包括支援センター、介護支援事業所等と情報を共有している例

◇ 本人にどのような課題があつて、どのような意向を持っているのか、また、どのような制度を利用できるのかについて、地域包括支援センターや居宅介護支援事業所、往診事業所、訪問看護ステーション、福祉用具等の各種事業所等に連絡し、これらの担当者と退院前カンファレンスを実施するなどして、情報を共有している。

◇ 新規のケアマネジャーを選定の上、必要な介護サービスを検討し、関係事業者と支援に係る情報の共有や支援活動を行っている。ケアマネジャー選定の際は、地域包括支援センターの協力を得ることもある。

(注) 上記は、当局の照会に対する病院からの回答を取りまとめたものです。

6

死亡時の遺体・遺品の引取り、葬儀等に関すること

ガイドラインでは

親族等がない場合の遺体・遺品の引取り、葬儀等は、「墓地、埋葬等に関する法律」（昭和23年法律第48号。以下「墓地埋葬法」といいます。）に基づいて、市区町村が行うこととなります*。可能であれば窓口の部署（市区町村によって異なります。）に手順を確認しておくスムーズです。

なお、本人の意向を確認し、親族以外の人においても死亡時に立ち会って見送れる人がいれば、最期の見送りの同席について相談します。

* 墓地埋葬法第9条第1項 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。

当局の調査結果

ガイドラインのとおり、身寄りのない高齢者の遺体の埋葬等を行う人がいない場合は、墓地埋葬法に基づき、死亡地の市区町村がその対応に当たることとされています。当局のアンケート調査でも、最終的には市区町村に連絡するとの回答が全体の約8割を占めており、制度自体はおおむね周知されている状況がみられました。

なお、最終的には墓地埋葬法に基づく措置となりますが、当局の調査では、本人が亡くなる前に、あらかじめ本人の意思を確認している事例や、市区町村が葬儀会社との死後事務委任契約を支援したり、住民が葬儀等に係る生前契約先等の情報を市区町村に登録したりしている事例がみられました。

取組事例の紹介

- ✦ 死後の対応について、事前に市区町村と病院・施設の役割を整理している例
※ 2市7病院2施設（事例6-1：2-44ページ）
- ✦ 死後の対応についての本人の意思や希望を確認する様式を市区町村が示している例
※ 1市（事例6-2：2-49ページ）
- ✦ 市区町村が、住民・葬祭事業者間の死後事務委任契約締結を支援している例
※ 4市（事例6-3：2-54ページ）
- ✦ 住民が、葬儀等に係る生前契約先等の情報を市区町村に登録している例
※ 3市（事例6-4：2-56ページ）

事例6-1 死後の対応について、事前に市区町村と病院・施設の役割を整理している例

1. 市が、本人が亡くなった後の役割を分担するための様式を作成している例
（『魚沼市における身寄りのない人への支援に関するガイドライン・支援シート』様式3）

(1) 利用目的

本人が亡くなった後の諸手続について、事前に支援チームで役割を決めておく際に利用する様式として、『死後事務確認シート』を作成

(2) 今後の課題と対応策の検討

これまでに様式を利用したケースではいずれも、死後の対応だけは行ってくれる親族がいたが、今後、このような親族がいない場合に、墓地埋葬法に基づく対応は行政が行う一方で、それ以外の事柄について、具体的に誰が対応するのかが課題

その対応策として現在、本人と社会福祉協議会との死後事務委任契約を検討中。本人が意思表示できること、ある程度の費用負担ができることなどが契約の条件となるが、本人の意思や希望にできるだけ寄り添った対応が可能と思われる。

※ 『様式3「死後事務確認シート」』は2-46ページをご覧ください。

2. 病院が、身寄りのない患者が死亡退院となった際の対応フローを作成している例

※ 『身寄りなし患者死亡時の対応フロー』は2-47ページをご覧ください。

3. 病院が、身寄りがない生活保護受給者が死亡退院となった場合の院内ルールを準用している例

従前から、身寄りがない生活保護受給者が死亡退院となった場合について、その対応をルール化しているが、身寄りがなく、かつ、生活保護受給者ではない方の死亡退院の場合もこのルールの流れに基づき対応している。

※ 『身元引受人がいない生活保護受給者の死亡退院の対応』は2-48ページをご覧ください。

4. 市区町村による対応例

- ・ 身寄りのない高齢者が入院したとの連絡が病院から入った場合、患者本人の状況を確認するため、まずは連絡があった病院を訪問
- ・ 患者の意識があれば、本人から直接話を聞くが、意識がない場合には、成年後見人の申立ても視野に親族調査を開始する。また、患者が近いうちに死亡する可能性が高いようであれば、遺体の引取り手を探すための親族調査を迅速に行う。

親族調査の結果、親族の意向を確認し遺体の引取り手がないことが判明すれば、市が、墓地埋葬法に基づき火葬を実施（実際、病院では長期間遺体を安置しておけないため、葬儀会社での安置になる。親族の意向が確認できるまではできるだけ火葬は行わない。火葬後に引取り手が見つかった場合には、遺骨の引取りと火葬に要した経費を請求）

- ・ 基本的に一連の業務は、高齢介護課が葬儀等の実務を、社会福祉課が会計処理を、それぞれ分担して実施

（以上、桶川市）

5. 病院による対応例

- ◇ 墓地埋葬法の適用を市区町村に依頼し、市区町村から指定された葬儀会社に連絡して遺体の安置をお願いしている。その後、市区町村に対して死亡診断書の文書料を請求している（必要に応じて、死亡届の届出人欄に当院の院長名を記入）。
- ◇ 生活保護を受給している身寄りのない患者については、急変の可能性が高くなった時点でケースワーカーに相談し、指示を受けている。上記以外の身寄りのない患者（行旅死亡人に当たる可能性のある患者）の場合には、急変の可能性がある時点で市区町村に情報提供し、死後の対応を依頼している。
- ◇ 身寄りのない患者については、市区町村の福祉担当課に事前に相談する。葬儀会社を指定されるので、死亡確認後直接連絡をして引き取ってもらい、その後については、市区町村に対応を任せている。
- ◇ 身寄りのない患者が亡くなった場合には、MSWから市区町村に対し、入院費及び自己負担費用（エンゼルケア・死亡診断書料など）を伝える。葬儀会社は市区町村が手配している。
- ◇ 市区町村の福祉担当課から葬儀会社を指定されるので、患者死亡後に当該業者に連絡する。ご遺体を引取りに来た業者に、患者の持ち物全てを預けている。

6. 施設による対応例

- ◇ 死亡診断を医師から得て、市区町村に引き継ぐまでを施設で対応している。遺体や遺品の引渡しまでは関与しているが、その後の葬儀や葬儀費用については関与していない。
- ◇ 市区町村に対して遺体の引取りの手配を行い、当施設においてはエンゼルケアや荷物の整理を行っている。その後の葬儀等の対応は市区町村に任せている。

(注) 上記事例 6-1-1 は魚沼市、事例 6-1-4 は桶川市の担当者による説明です。

その他は、当局の照会に対する病院及び施設からの回答を取りまとめたものです。

事例 6-1-1 『様式 3「死後事務確認シート」』

(様式 3)

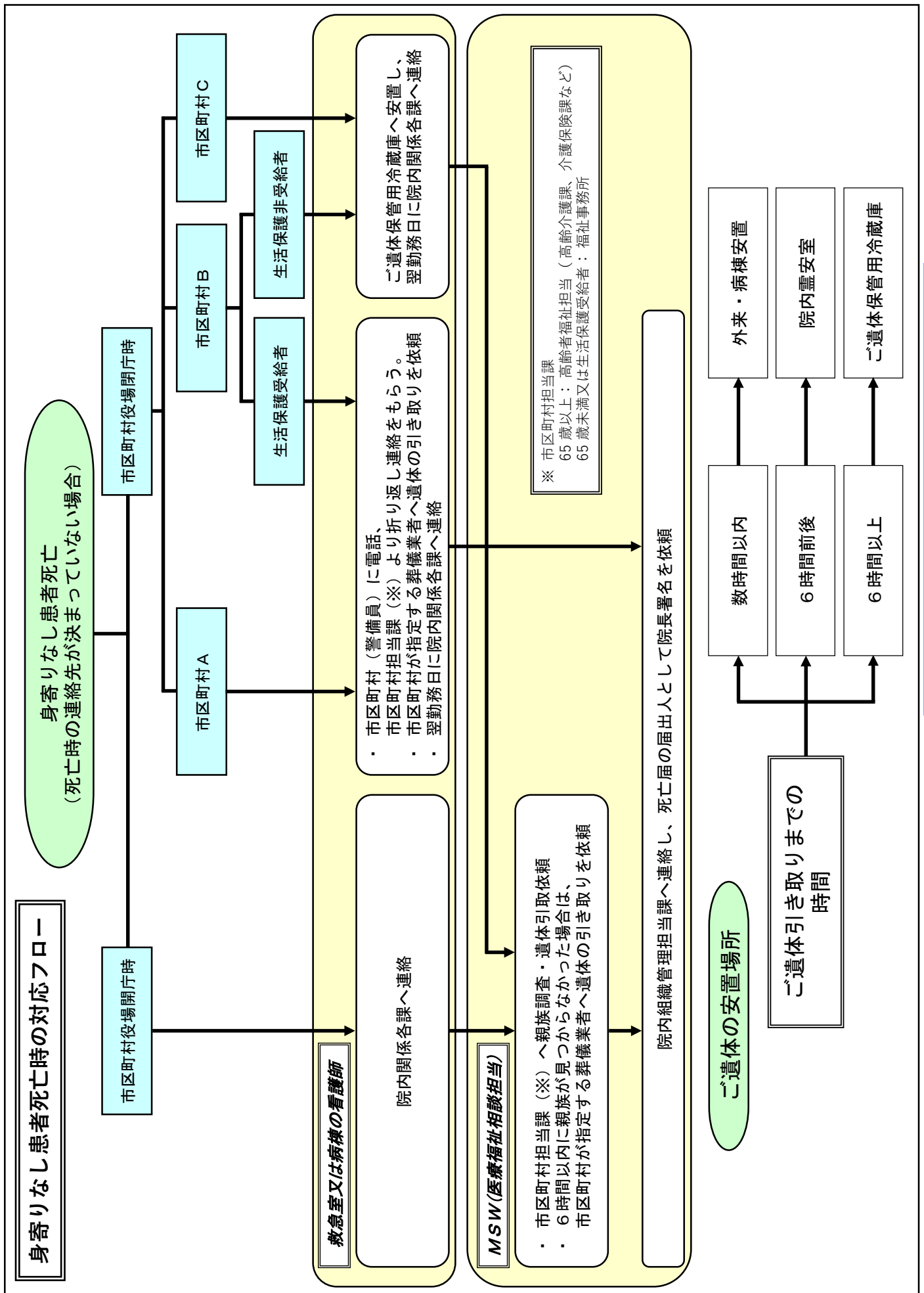
【死後事務確認シート】

このシートは、本人が亡くなった後の事務手続き等について、誰が行うかを関係者間で決めておくものです。

| | | | |
|------|----------|-------|-----|
| 会議の日 | 令和 年 月 日 | 本人の氏名 | 様 |
| 参集者 | 氏名 | 所属・関係 | 連絡先 |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

| 項目 | 支援内容 | 担当者 |
|--|--|-----|
| ①遺体や遺品の引き取り | 葬儀社に連絡をして、来てもらう | |
| ②死亡届、埋火葬許可申請 ※届出人：親族、同居人、家主、地主、成年後見人等、公設所の長 | 死亡届（死亡診断書と一対）は記入後コピーを多目にとっておく ※火葬許可証は納骨まで保管しておく | |
| ③葬儀に関する事務 | 葬儀社との打合せから葬儀費用支払いまでのやり取り | |
| ④遺骨の埋蔵 | 火葬後、納骨までの保管場所確認 納骨場所・お寺の確認、お布施の確認 | |
| ⑤入院費や公共料金等の支払い及び解約手続き | | |
| ⑥公的手続き | 健康保険の資格喪失届出や年金受給権者死亡届など | |
| ⑦相続財産の引き渡し | 預かっている預金通帳などを相続人に引き渡す | |

(メモ)



【 身元引受人がない生活保護受給者の死亡退院の対応 】

(1) 病棟から介入依頼

- (病棟への確認事項)
- ① 病状と退院の目処
 - ② 未収金の有無や病棟での貸し出し物の有無
 - ③ その他問題事項等の有無

(2) 行政(生活保護担当者)との対応協議

- ① 問題事項についての対応策を協議する。
- ② 死亡退院時の対応として、以下を確認する。
 - i 身元引受人有無の再確認
 - ii 亡くなった場合の対応は、行政手配の業者か当院の院内霊安業者か。
 - iii 遺留品、遺留金、死亡診断書の受け渡し方法
 - iv 入院費用及び死亡時の自費請求(死亡診断書等)支払い方法
 - v 死亡診断書の届出人は誰か(当院は対応不可と伝える)
 - vi 夜間や土日など閉庁時間帯に亡くなった場合の対応

(3) 行政との協議結果を病棟に報告

生活保護担当者との連絡調整は随時行う。

(4) 死亡退院時の対応

- ① 病棟への確認事項
 - i 死亡日時
 - ii 安置場所
 - iii 遺留金の有無
 - iv 遺留品の有無
- ② 医事課への確認・伝達事項
 - i 未収金の有無
 - ii 死亡診断書の受取りと自費分の支払い方法の確定(事前に行政に要確認)

(5) 行政(生活保護担当者)に連絡

上記を報告する。
(未収金に関しては、医事課・会計課と連携し対応する。)

6 死亡時の遺体・遺品の引取り、葬儀等に関する事

事例6-2 死後の対応についての本人の意思や希望を確認する様式を市区町村が示している例

市が、本人の意思や希望を確認するための様式を作成している例

(『魚沼市における身寄りのない人への支援に関するガイドライン・支援シート』様式2)

(1) 利用目的・作成の意図

a 『様式2-1「“もしもの時”の意思確認シート①』』

- ・ ACP＝アドバンス・ケア・プランニングのきっかけとなる様式で、国立大学法人神戸大学発行『これからの治療・ケアに関する話し合い－アドバンス・ケア・プランニング－』を参考に作成
- ・ 単なるマニュアルではなく、「本人の意思を尊重する」ことをベースにしたものを作成したいという関係者の思いがあり、当該様式を作成することとしたもの

b 『様式2-2「“もしもの時”の意思確認シート②』』

死亡後の葬儀や遺品整理等について、前もって本人の希望を聞き取り、葬儀を行う人（喪主等）に伝達するための様式

(2) 作成のタイミング

- ・ 当初は、入院・入所の際に記載してもらうことを想定していたが、内容が非常に繊細で、作成のタイミングが非常に難しい。入院する前・意思を示すのが困難な状況になる前に作成するのが理想
- ・ 現状では、本人の病状がある程度回復し、退院・転院・施設入所等、次の段階が見通せる状況になった時に、「次に同じような状況になった時にどうしましょうか」という聞き方で作成

(3) ケアマネジャー・民生委員に対しての周知

- ・ 身寄りのない人に関しては、これまでどう生きてきて、今後どうありたいかという本人の意思やそれが伺えるエピソードを集めるのが一番重要。ただし、医療や福祉とのつながりがないと、本人自ら話さない限りはそれらを収集するのは困難
- ・ 人となりや考え方、死生観といったものを本人が伝えられない時に、事前に地域の周囲の人がそれらを把握しておけば、病院等関係機関に伝えられるのではないかと発想から周知を実施
- ・ ケアマネジャー・民生委員を介して収集したシートは、現在、市の福祉支援課で一括管理、関係者間で情報を共有

(4) 地域医療情報連携ネットワークを利用した情報共有の検討

- ・ 「うおぬま・米ねっと」は、平成26年4月から稼働している地域医療情報連携ネットワークで、登録者の基本情報（氏名・生年月日・住所）に加え、医療機関の検査、薬剤情報や市町の住民健診情報、介護施設における介護記録を関係機関等で共有（参加市町：新潟県十日町市、魚沼市、南魚沼市、南魚沼郡湯沢町、中魚沼郡津南町）
- ・ 同ネットワーク内には、参加市町が独自に利用する情報や様式の掲載も可能で、今後、登録者が当該支援シートに記載した場合には、これを掲載することを検討している。このことにより、登録者に関係する各医療機関や薬局、介護関係機関に加え、市や社会福祉協議会、消防関係でも「本人の意思」の閲覧が可能となる。
- ・ 同ネットワークへは、年齢不問、身寄りの有無や介護申請の有無等にも関係なく登録が可能のため、様々な年齢、状況の方の「本人の意思」が共有可能となる。

※ 『様式2-1「“もしもの時”の意思確認シート①』』は2-50ページを、

『様式2-2「“もしもの時”の意思確認シート②』』は2-52ページをご覧ください。

(注) 上記は、魚沼市の担当者による説明です。

事例 6-2 『様式 2-1 「もしもの時」 の意思確認シート①』

(様式 2-1)

【“もしもの時” の意思確認シート①】

このシートは、“もしもの時”（突然の事故や病気、認知症などで、あなたが自分の意思や希望を伝えることができなくなった時）に備えて、前もってあなたの医療やケアに対する希望やお考えを、あなたの周りの人たちと話し合っていたくためのものです。

| | | | | | | |
|------|----|---|-------|---|-------|-----|
| 会議の日 | 令和 | 年 | 月 | 日 | 本人の氏名 | 様 |
| 参集者 | 氏名 | | 所属・関係 | | | 連絡先 |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

希望する治療やケアについて相談している人はいますか

- いない ※以下のような方が助言してくれます。相談してみましょう。
- いる
- 主治医 (お名前:)
- 看護師や病院の相談員 (お名前:)
- ケアマネジャー (お名前:)
- 家族や親戚 (お名前:)
- 友人 (お名前:)
- その他 (お名前:)

補足

“もしもの時” に治療やケアの判断を任せても良いと思える方はいますか

- いない
- いる

お名前と間柄を記入してください (複数でも可能)

補足

“もしもの時”のことを少し考えてみましょう。
もちろん、気持ちが変わることはよくあることです。その都度信頼できる家族や友人や医療・介護従事者と話し合しましょう。

| 回復が難しい状態になった時、どのような治療を望みますか | |
|-----------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | 延命を最も重視した治療 心肺蘇生、気管挿管、人工呼吸器の使用や、集中治療室での治療など、心身に大きなつらさや負担を伴う処置を受けても、できる限り長く生きることを重視した治療を受ける。(その中で生じる苦痛な症状については、同時にできる限りの症状緩和のための治療やケアを受ける) |
| <input type="checkbox"/> | 延命効果を伴った基本的、一般的な内科治療 集中治療室への入院や心肺蘇生、気管挿管、人工呼吸器の使用などの、心身に大きなつらさや負担を伴う処置までは希望しないが、その上で少しでも長く生きるための治療を受ける。(その中で生じる苦痛な症状については、同時にできる限りの症状緩和のための治療やケアを受ける) |
| <input type="checkbox"/> | 快適さを重視した治療 治療による延命効果を期待するよりも、できる限り苦痛の緩和や快適な暮らし(自分らしい生活)を大切にしたい治療を受ける。(苦痛な症状については、できる限りの症状緩和のための治療やケアを受ける) |
| 補足 | そう考える理由を記入してください |

(参考：神戸大学「これからの治療・ケアに関する話し合い-アドバンス・ケア・プランニング-」)

※あなたが大切にしていることや望んでいることを、まずは自分自身で考え、周囲の信頼する人たちと話し合い、共有することが重要です。そうした取り組みを「人生会議（ACP：アドバンス・ケア・プランニング）」と呼びます。
あなたの考えに沿った治療やケアを受けるためにも、今から話し合いを始めませんか。

令和 年 月 日

本人署名

Ⓔ

事例 6-2 『様式 2-2 「もしもの時」 の意思確認シート②』

(様式 2-2)

【“もしもの時” の意思確認シート②】

このシートは、あなたが亡くなった後のことに対する
 思いや希望を伺って記録しておき、葬儀等を行う人（喪主等）にお伝えするためのものです。

| | | | | | | |
|------|----|---|-------|---|-------|---|
| 会議の日 | 令和 | 年 | 月 | 日 | 本人の氏名 | 様 |
| 参集者 | 氏名 | | 所属・関係 | | 連絡先 | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

どのような葬儀を希望しますか

| | |
|--------------------------|-----------------------------|
| <input type="checkbox"/> | 一般葬（大規模に行う葬儀） |
| <input type="checkbox"/> | 家族葬（近親者だけで行う葬儀） |
| <input type="checkbox"/> | 一日葬（通夜を行わず、火葬の日に告別式のみを行う葬儀） |
| <input type="checkbox"/> | 直葬（通夜や告別式を行わず火葬のみを行う葬儀） |
| 補足 | 葬儀会社が決まっていれば記入してください |

お寺や教会（菩提寺や宗派）・・・ある ない

| | |
|-----|--|
| 名称 | |
| 所在地 | |
| 連絡先 | |
| 補足 | |

お墓はありますか・・・ある ない（共同墓に申し込む／申し込まない）

| | |
|-------|--|
| 霊園・墓地 | |
| 所在地 | |
| 補足 | |

訃報を知らせてほしい人

| 氏名 | 連絡先 | 関係 |
|----|-----|----|
| | | |
| | | |
| | | |
| 補足 | | |

遺品の整理について

| | |
|--------------------------|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | すべて処分してほしい |
| <input type="checkbox"/> | 希望の方法がある (具体的な希望を記入してください) |
| 補足 | |

遺言書はありますか

| | |
|---|----|
| <input type="checkbox"/> | ある |
| <input type="checkbox"/> 自筆証書遺言 <input type="checkbox"/> 公正証書遺言 <input type="checkbox"/> 秘密証書遺言 | |
| <input type="checkbox"/> | ない |
| 補足 | |

死後事務委任の契約はありますか ※死後事務委任契約とは、前もって信頼できる人に、あなたが亡くなった後の諸手続きを依頼しておくものです。

| | |
|--------------------------|----|
| <input type="checkbox"/> | ある |
| <input type="checkbox"/> | ない |
| 補足 | |

令和 年 月 日

本人署名 _____ (印)

事例 6-3 市区町村が、住民・葬祭事業者間の死後事務委任契約締結を支援している例

市が、身寄りのない住民を対象として、葬祭事業者との死後の葬儀・納骨等に関する死後事務委任契約の締結を支援する事業を実施

神奈川県横須賀市「エンディングプラン・サポート事業」

(1) 事業の仕組み

一定の要件を満たす市民（下記「(2)利用できる市民」参照）に対し、死後の葬儀、納骨、死亡届出人の確保等や、生前の安否確認訪問、死後の葬祭事業者による契約履行確認について、以下の事業を行うもの

- 市は、利用希望の市民に対し、葬儀・納骨・死亡届出人の確保、及び希望すればリビングウィルに関する相談も受け、対象となる市民（以下「利用市民」という。）に協力葬祭事業者を紹介する。また、必要に応じて、専門家相談も案内する。
- 利用市民は、自身が選んだ葬祭事業者（以下「契約葬祭事業者」という。）と葬儀・納骨に関する死後事務委任契約（一定の費用制限（注）あり）を締結し、葬儀等に係る費用を当該事業者へ預託する。
（注：原則として、葬儀・火葬・納骨費用の総額は、当該年度の生活保護法（昭和 25 年法律第 144 号）による葬祭扶助基準額に低額の納骨費用（5 万円程度）を加えた額以内。参考：令和 3 年度は 26 万円以内）
- 利用市民は、リビングウィルを市と契約葬祭事業者に登録することもできる。リビングウィルは、市が保管し医療機関等からの緊急問合せに回答するとともに、契約葬祭事業者も市と同様に保管することで、医療機関等からの緊急問合せに 24 時間応答可能としている。
- 市は利用市民に対し、市の連絡先、緊急連絡先、かかりつけ医師、契約葬祭事業者等の問合せ先を記載した大小のカード 1 枚ずつを交付する（小カードは常時携帯用、大カードは玄関等目立つ場所への配架用）。
- 契約葬祭事業者に対しては、年に最低 1 回、預託金の保全確認を行う。
- 市は、安否確認として、利用市民に対して毎月最低 1 回は架電し、入院入所者を除く在宅者に対しては、3～4 か月に 1 回実地訪問する。また、契約葬祭事業者も年に最低 1 回は実地訪問する。
- 利用市民の死後、契約葬祭事業者は契約内容に基づき葬儀等を実施。市は、葬儀・納骨を見届け、死後事務委任契約の履行を確認する。

(2) 利用できる市民（※ 生活保護受給者を除外していない）

原則として、以下の要件全てに該当する市民（放置すれば墓地埋葬法第 9 条の適用が見込まれるか否かを重視。各要件とも柔軟に対応）

- ひとり暮らしであること（夫婦等でも高齢で両名に身寄りがなければ利用可能な場合あり）
- その世帯以外に頼れる身寄りがいないこと（戸籍上の親族がいる場合であっても、長期にわたり交流が皆無である等、事実上頼ることができる親族がいない場合を含む。）
- 月収額が概ね 18 万円程度以下、預貯金及び手持金の合計額が 225 万円程度以下であること
- 本人の所有する不動産がないか、固定資産評価額の合計が 500 万円以下程度の不動産しか所有していないこと（要保護者向けリバースモーゲージ制度を参考に決定）
- 本人の意思を示すことができること

(3) 事業開始時期

平成 27 年 7 月

(4) 事業の利用実績

（単位：人）

| 年度 | 平成 27 年度 | 28 年度 | 29 年度 | 30 年度 | 令和元年度 | 2 年度 |
|------------------|----------|-------|-------|-------|-------|------|
| 相談者数 | 113 | 93 | 93 | 70 | 100 | 248 |
| 登録者数 | 5 | 9 | 12 | 14 | 16 | 22 |
| 実施件数 （登録者死亡数） | 1 | 1 | 2 | 6 | 5 | 10 |

(5) 実施することとした契機（※ (5)から(8)までは市の担当者による説明です。）

以前、墓地埋葬法第9条の対象となる遺骨は、ごく少数の身元不明者によるものに限られていた。しかし、平成5年頃からは、身元が判明している市民によるものが急増してきており、生前に死後に係る意思を確認しておけば、本人の生前の意思を反映させることができると考えたことが契機である。

(6) 今後の取組予定

当該事業の利用率を向上させるため、『終活情報登録伝達事業「わたしの終活登録」』（2-56ページ、事例6-4『住民が、葬儀等に係る生前契約先等の情報を市区町村に登録している例』参照）の利用相談に来た市民の中で、当該事業の対象となり得る場合には、これまで以上に積極的に利用案内を行う。

(7) 実施上の課題

事業の実効性を高めるためには、医療機関等に対する周知が重要と考え、地域医療情報連携ネットワークの導入を模索しているが、予算上の制約により実現には至っていない。

(8) その他

- ・ 身寄りのない市民の入院が円滑化する例が増えている。事業を承知している病院からは、患者が横須賀市民で身寄りがない場合には事業の利用を勧める例もあり、また、隣接市区町村の病院からは、患者が横須賀市民の場合は、事業利用の有無について、もう一つの「わたしの終活登録」事業を含め、照会を多数受けている。
- ・ 警察や医療機関等の関係機関の理解・協力が不可欠なため、年1回関係機関に事業への協力を求めている。特に警察に対しては、身元不明者の連絡先等を市が把握している可能性がある点を十分説明し、警察にとっても利点のある事業であるということを理解してもらうよう努めている。
- ・ 納骨先について、市が直接特定の寺院・宗派に納骨受入れを依頼することはないが、各葬祭事業者において、協力関係にある寺院がそれぞれ多数あるため、希望の宗派の合葬墓に埋葬してもらうことが可能となっている。
- ・ 民業圧迫を防止する観点から、事業の利用要件に所得制限を設けている。また、利用市民及び契約葬祭事業者に対する金銭補助は一切実施していない。
- ・ そもそも対象者の条件は、放置すれば、いずれは墓地埋葬法第9条が適用されてしまうことを配慮し設定してある。したがって、契約葬祭事業者が倒産した場合には、市が、契約内容と同等の葬儀等を墓地埋葬法により実施する。
- ・ 今後、類似の制度を導入する場合には、関係機関における情報共有体制の整備が重要と考える。

(9) 担当部署

民政局福祉部地域福祉課終活支援担当（正職員2名、非常勤職員1名）

神奈川県横須賀市『エンディングプラン・サポート事業』

<https://www.city.yokosuka.kanagawa.jp/3014/syuukatusien/endingplan-support.html>

※1 神奈川県鎌倉市でも、横須賀市と同様の事業を実施しています。詳細はホームページをご確認ください。

- ・ 神奈川県鎌倉市『エンディングプラン・サポート事業』
https://www.city.kamakura.kanagawa.jp/koureisya/sonota_ending.html#plansurpport

※2 このほか、神奈川県大和市及び綾瀬市でも、死後事務委任契約の締結を支援する事業を実施しています。事業の内容等は各市で異なりますので、詳細はホームページをご確認ください。

- ・ 神奈川県大和市『おひとり様などの終活支援事業』
<https://www.city.yamato.lg.jp/seniorsite/ohitorisama/16656.html>
- ・ 神奈川県綾瀬市『葬儀生前契約支援事業』
<https://www.city.ayase.kanagawa.jp/hp/page000032100/hpg000032098.htm>

事例 6-4 住民が、葬儀等に係る生前契約先等の情報を市区町村に登録している例

希望する住民が、葬儀等に係る生前契約先・墓の所在地・緊急連絡先及びリビングウィルやエンディングノートの保管場所等の情報を市に登録、市は関係機関からの照会に対してこれらの情報を開示

神奈川県横須賀市『終活情報登録伝達事業「わたしの終活登録」』

(1) 事業の仕組み

緊急連絡先やお墓の所在地等の終活関連情報を、生前、本人の希望に基づき市に登録し、本人が意識障害に陥ったりした場合、又は死亡した場合に、特定の者からの照会に対して、それらの情報を限定して開示する。

a 本人の希望と選択により登録できる情報

- ① 本人の氏名、本籍、住所、生年月日
- ② 緊急連絡先
- ③ 支援事業所等や所属グループ等
- ④ かかりつけ医師やアレルギー等
- ⑤ リビングウィルの保管場所・預け先
- ⑥ エンディングノートの保管場所・預け先
- ⑦ 臓器提供意思
- ⑧ 葬儀や遺品整理の生前契約先
- ⑨ 遺言書の保管場所とその場所を開示する対象者の指定
- ⑩ 墓の所在地
- ⑪ 本人の自由登録事項

b 個人情報の開示内容（登録者からは生前に各項目について同意を得る。）

① 生前開示

生前、当事者が認知症や意識障害、あるいは重度の障害のために、登録内容を伝えられなくなり、なおかつ、本人の身体、生命、財産を保護する必要があると認められた場合で、医療機関、消防署、警察署、福祉事務所、及び本人が指定した者から照会があった時は、その者に対し、上記 a の⑨と⑩を除く登録情報を開示する。

② 死後開示

i 遺言書の保管先

登録情報のうち、上記 a の⑨遺言書の保管場所については、本人の死後、本人が指定した者から照会があった時に、その指定した者に対してのみ開示する。

ii 墓の所在地

登録情報のうち、上記 a の⑩墓の所在地の情報については、本人の死後、納骨又は墓参を希望する全ての第三者の照会に対し、開示する。

③ 登録情報の保持期間

照会または情報提供により、登録者本人の死亡の事実が確認された場合、原則としてその死亡日から起算し 33 年を経た前日までを登録情報保持期間とする（期間延長も可）。

(2) 利用できる市民

① 対象者

登録を希望する全ての市民（年齢を問わない）

② 登録者

原則として本人又は後見人とする。ただし、本人に疾病や障害があるなど特別な場合には、その事情に応じ、親族も登録することを可とする。なお、知人については一部の項目についてのみ登録を可とするが、その場合、知人自身が緊急連絡先になることを必須とする。

(3) 事業開始時期

平成 30 年 5 月

(4) 事業の利用実績

（単位：人）

| 年度 | 平成 30 年度 | 令和元年度 | 2 年度 |
|------|----------|-------|------|
| 相談者数 | 322 | 326 | 291 |
| 登録者数 | 118 | 115 | 183 |
| 開示件数 | 1 | 0 | 1 |

(5) 実施することとした契機（※ (5)から(8)までは市の担当者による説明です。）

市民から、死後事務委任契約自体は個人で行うので、契約内容を市に登録できないかという相談があり、亡くなった時に「連絡先が分からない」「墓の場所が分からない」といった市民が、今後増えるのではないかと考えたことが契機

元々、当該事業は、平成 27 年に『エンディングプラン・サポート事業』（2-54 ページ、事例 6-3 『市区町村が、住民と葬祭事業者との死後事務委任契約締結を支援している例』参照）と同時に開始予定だったが、利用要件に所得制限を設け、対象者を限定している『エンディングプラン・サポート事業』の開始を優先させたため、約 3 年遅れて開始

(6) 現在の取組と今後の取組予定

- ・ 市内 46 か所の郵便局に、事業のチラシの設置を依頼し、周知を図っている。
- ・ 事業の利用率を向上させるため、『エンディングプラン・サポート事業』の利用相談に来た市民に対し、これまで以上に積極的に利用案内を行う。
- ・ 登録に係る住民の負担軽減を目的に、電話による登録も可としたほか、令和 4 年 3 月からはインターネットによる電子登録システムを導入
- ・ リビングウィルに関する登録内容は、その保管場所のみであったが、迅速性を重視し、簡易なりビングウィル（延命治療及び緩和治療の可否）の登録ができるよう改定した。

(7) 実施上の課題

- ・ 事業の実効性を高めるためには、医療機関等に対する周知が重要と考え、地域医療情報連携ネットワークの導入を模索しているが、予算上の制約により実現には至っていない。
- ・ 登録の際の記載用紙「登録カード」の項目数が多く（前記「(1) 事業の仕組み a 本人の希望と選択により登録できる情報」参照）、辞退されてしまうことがある。全項目記載（登録）しなくても良い旨伝えて対応している。

(8) その他

- ・ もう一つの『エンディングプラン・サポート事業』と合わせ、身寄りのない市民の入院が円滑化する例が増えている。隣接自治体の病院からも、患者が横須賀市民の場合は、事業利用の有無について、照会を多数受けている。
- ・ 警察や医療機関等の関係機関の理解・協力が不可欠なため、年 1 回関係機関に事業への協力を求めている。特に警察に対しては、身元不明者の連絡先等を市が把握している可能性がある点を十分説明し、警察にとっても利点のある事業であるということを理解してもらうよう努めている。
- ・ 電話登録及びインターネット登録手続の際の本人確認方法として、登録カードを親書にて送付し、到達することをもって本人確認に代えている。
- ・ 今後、類似の制度を導入する場合には、関係機関における情報共有体制の整備が重要と考える。

(9) 担当部署

民政局福祉部地域福祉課終活支援担当（正職員 2 名、非常勤職員 1 名）

神奈川県横須賀市『終活情報登録伝達事業』、通称『わたしの終活登録』

<https://www.city.yokosuka.kanagawa.jp/3014/syuukatusien/syuukatutourouku.html>

※ 神奈川県鎌倉市及び逗子市でも同様の事業を実施しています。事業の内容等は各市で異なりますので、詳細はホームページをご確認ください。

- ・ 神奈川県鎌倉市『終活情報登録事業』
https://www.city.kamakura.kanagawa.jp/koureisya/sonota_ending.html#syukatu_joho
- ・ 神奈川県逗子市『終活情報登録事業』
<https://www.city.zushi.kanagawa.jp/syokan/houkatsu/sonota/p11005-copy.html>

7

医療行為（手術、延命治療など）の同意に関すること

ガイドラインでは

医療行為の同意は、本人の一身専属性がきわめて強く、身元保証人等の第三者に同意の権限はないと考えられます。

一方で、現実の医療の現場では、本人の意思が確認できない場合も多くみられ、そのような場合における第三者の決定・同意については、社会通念や各種ガイドラインに基づき、個別に判断されているものと考えられます。

(注) ガイドラインにおいて、医療・ケアチームや臨床倫理委員会等の活用など医療機関としての対応を示すとともに、医療に係る意思決定の場面で、成年後見人等に期待される具体的な役割について整理しています。

当局の調査結果

当局のアンケート調査では、緊急連絡先に求める主な役割の一つとして、延命治療などの医療行為の同意を挙げる病院や施設が多くみられました。

本人の同意が得られないときは、病院が医療行為の判断を行うこととなりますが、特に身寄りのない高齢者の場合、本人がどのような医療やケアを希望していたかを親族等から聞き取ることが難しいため、次のとおり、病院や施設が、事前に本人の希望を確認したり、関係者からの情報を参考にして医療行為を決定したりしている事例がみられました。また、住民が市区町村にリビングウィルを登録している事例などもありました。

取組事例の紹介

- ✦ 市区町村が、入院中の医療行為について、本人の意思や希望を確認する様式を作成している例
 - ※ 1市（事例7-1：2-59ページ）
- ✦ 入院中の医療行為について、入院時に本人の意思や希望を確認している例
 - ※ 2病院（事例7-2：2-60ページ）
- ✦ 施設における看取り^みに関して、入所時に本人の意思や希望を確認している例
 - ※ 9施設（事例7-3：2-63ページ）
- ✦ 院内カンファレンスに病院外の関係者の参加を依頼している例
 - ※ 6病院（事例7-4：2-77ページ）
- ✦ 住民が、事前にリビングウィルを市区町村に登録している例
 - ※ 3市（事例7-5：2-78ページ）
- ✦ 住民が、リビングウィルを市区町村と葬祭事業者に登録している例
 - ※ 2市（事例7-6：2-79ページ）

事例 7-1 市区町村が、入院中の医療行為について、本人の意思や希望を確認する様式を作成している例

市が、本人の意思や希望を確認するための様式を作成している例
（『魚沼市における身寄りのない人への支援に関するガイドライン・支援シート』様式 2）

※ 詳細は事例 6-2（2-49 ページ）をご覧ください。

6 死亡時の遺体・遺品の引取り、葬儀等に関する事

事例 6-2 死後の対応についての本人の意思や希望を確認する様式を市区町村が示している例

市が、本人の意思や希望を確認するための様式を作成している例
（『魚沼市における身寄りのない人への支援に関するガイドライン・支援シート』様式 2）

事例 7-2 入院中の医療行為について、入院時に本人の意思や希望を確認している例

1. 終末期医療についての基本方針を取りまとめ、延命治療について、入院時に本人の意思を確認している例

平成 19 年に厚生労働省が、「終末期医療の決定プロセスに関するガイドライン」を取りまとめたのを契機に、終末期医療についての基本方針を病院として取りまとめている。

その中で、患者本人の意思を尊重するため、入院時に、主治医から本人又は代理人に対して、延命治療に関する方針や内容等を詳細に説明し、納得していただいた上で、別紙『延命治療行為に関する希望・意思表示「事前要望書及び同意書」』に記名していただき（複写式、病院・患者双方で保管）、方針を明らかにしておくよう規定している。

身寄りのない方を含め、本人の意識がはっきりしている場合には、本人の意思を確認する。ただし、本人が自筆できない場合は、相談員が代筆で対応したり、施設入所者だった場合は、施設関係者（主に施設長など）に代筆をお願いしたりするケースもある。

※ 『延命治療行為に関する希望・意思表示「事前要望書及び同意書」』は 2-61 ページをご覧ください。

2. 入院時に本人の「病気や命に対する考え方」について聴取している例

入院時、『入院時間診票』を用いて、本人の体調や病状、生活状況と合わせて、本人の「病気や命に対する考え方」を聴取している。（同票の質問 3 「あなたの病気や命に対する考え方を教えてください。ご家族が記入する場合は、ご本人の意思を推定して記載してください。」が該当します。）

運用に当たっては以下の点に留意しているが、考え方を聴取することは、本人にとって、「命を見つめるきっかけ」になると考えている。

- ・ 必ずしも答えられる患者、家族ばかりではないので記載を強いることはしない。
- ・ あくまで入院時の考え方であり、治療を決定づけるものではない。
- ・ 化学療法の複数回入院等、短期間で状況変化のある方の場合には、再度確認が必要

※ 『入院時間診票』は 2-6 ページ（事例 1-1-1）をご覧ください。

（注）上記は、当局の照会に対する病院からの回答を取りまとめたものです。

延命治療行為に関する希望・意思表示「事前要望書及び同意書」

病院長 様

当院の延命治療に関する方針・内容・行為について、十分な説明を受けましたので、以下のように要望します。

| 1) 治療行為 | 希望される治療に☑チェックしてください。 | | |
|---------------|-----------------------------|-------------------------------|--------------------------------------|
| ①心臓マッサージ | <input type="checkbox"/> 行う | <input type="checkbox"/> 行わない | <input type="checkbox"/> 現時点では判断できない |
| ②昇圧剤投与 | <input type="checkbox"/> 行う | <input type="checkbox"/> 行わない | <input type="checkbox"/> 現時点では判断できない |
| ③輸血 | <input type="checkbox"/> 行う | <input type="checkbox"/> 行わない | <input type="checkbox"/> 現時点では判断できない |
| ④末梢点滴 | <input type="checkbox"/> 行う | <input type="checkbox"/> 行わない | <input type="checkbox"/> 現時点では判断できない |
| ⑤中心静脈栄養 | <input type="checkbox"/> 行う | <input type="checkbox"/> 行わない | <input type="checkbox"/> 現時点では判断できない |
| ⑥酸素療法 | <input type="checkbox"/> 行う | <input type="checkbox"/> 行わない | <input type="checkbox"/> 現時点では判断できない |
| ⑦鼻チューブによる栄養補給 | <input type="checkbox"/> 行う | <input type="checkbox"/> 行わない | <input type="checkbox"/> 現時点では判断できない |
| ⑧その他 | | | |
| ⑨医師の判断に任せる | <input type="checkbox"/> はい | | <input type="checkbox"/> 希望を優先 |

《署名欄》

| | | | | | |
|--------|-------|----|------|---|---|
| 記載年月日 | | 令和 | 年 | 月 | 日 |
| 患者名 | (氏 名) | | | | |
| 代理人 | (氏 名) | ⑩ | (続柄) | | |
| その他の事項 | | | | | |

【 病 院 名 】

主治医： _____ 看護師： _____

- * この同意書は、状態の変化に応じて、患者様・ご家族様および医療者のどちらからでも、いつでも内容の修正・撤回・停止をすることができます。
- * この同意書の有効期限は、本人（家族）の求めにより修正・撤回されるまでの期間とします。

延命治療行為の用語説明

当院では、延命処置について、ご本人の意思を尊重するために、以下の治療行為について事前にご本人、または代理人(*1)の間で話し合い、確認しておく必要があります。

- *1 「代理人」とは、患者様本人の意思表示が困難なとき、ご本人の気持ちを最もよく理解し、代弁できるに足りると判断される方です

(1) 心臓マッサージ(心肺蘇生術)

- ① 心停止または有効な拍出ができない状態となった時、救命処置として選択されます。
- ② 胸の強い圧迫を繰り返して治療を行いません。
- ③ もとの病気が重症の場合は、延命効果は限られます。
- ④ 心臓マッサージをしても改善しない場合は、その時点で中止させていただきます。
- ⑤ 強い圧迫により骨折することが多くあります。

(2) 昇圧剤投与

- ① 血圧低下による臓器不全予防のために投与します。
- ② 持続点滴により投与します。
- ③ 重篤な原疾患がある場合は、短期的な延命効果となります。

(3) 輸血

- ① 貧血による症状の改善を目指します。(一時的な改善のことが多い)
- ② 点滴により投与します。
- ③ 輸血による副作用を起こす可能性があります。
- ④ 重篤な原疾患がある場合は、短期的な延命効果となります。

(4) 末梢点滴

- ① 経口摂取の減少による低栄養状態や、全身状態の改善を目指します。
- ② カテーテルやチューブの挿入時に合併症が起きる可能性があります。
- ③ 異物を挿入し続けるため、感染症などの合併症が起きることがあります。

(5) 中心静脈栄養

- ① 末梢点滴の項目①～③同様。
- ② 通常よりも、やや太い管を血管の奥まで入れて、末梢点滴より高カロリー点滴をします。太い管を入れるために、肺や血管を傷つけたり、感染を起こす危険があります。

(6) 酸素療法

- ① 呼吸状態が低下し、身体に酸素を取り込むのが困難と判断された場合、マスクや鼻からのチューブにより、酸素を投与します。
- ② この処置による苦痛は少なく、低酸素状態に伴う苦痛の緩和が期待できます。
- ③ 継続して酸素を投与することにより、レベルの低下や皮膚障害が起こる可能性があります。

(7) 鼻チューブによる栄養補給

- ① 経口摂取が困難な場合、鼻から管を入れ、胃に直接、栄養食品を入れます。
- ② 鼻からの管は継続して入っているため、自己抜去の危険性がある場合には、抑制させていただきます。
- ③ 栄養食品が食道を逆流して誤嚥してしまう重症の肺炎や、チューブが長期に入っていることにより、皮膚障害を起こす可能性があります。

注1) 年齢・予後などの状況判断により、看取りを優先させていただくことがあります。

注2) (2) から (5) については、点滴開始が困難な場合、処置が開始できないことがあります。

注3) ただし、延命治療を行わない場合でも、医師の判断により、治療を変更する場合があります。

事例 7-3 施設における^み看取りに関して、入所時に本人の意思や希望を確認している例

1. ^み看取り介護に対する考え方（指針）を入所時に説明の上、本人の意思を確認している例

^み看取り介護について、施設としての考え方（指針）をまとめ、入所時に説明を行っており、その際、書面で本人の意思を確認している（入所途中でも随時確認）。

また、入所途中、本人の容体に応じて、IC（インフォームド・コンセント）に関する会議を開催の上、本人・家族に今後の方針案を提示している。

※ 『^み看取り介護についての考え方（指針）（要約版）』、『^み看取り介護説明書』、『^み看取り介護についての同意書』は 2-64～66 ページをご覧ください。

2. 本人の意思を入所時に書面で確認し、本人に身体的状況低下の兆候が見られるようになった際に、再度確認している例

◇ 身寄りのない方について、終末期を理解できる認知能力を本人が保っている場合には、『緊急時・終末期の対応に関する覚書』を使用して、入所時に意思確認を行う。その後も、身体的状況低下の兆候が見られた段階で可能な限り、医師との面談により確認を行っている。

なお、その兆候がなければ、入所中に施設側から意思確認することはないが、本人から意思表示があった場合には、その意思を反映させている。

入所途中に入院が必要となった際には、入所契約書に記載した個人情報の利用根拠（診療にあたり外部の医師・看護師等に対する状況説明、相談等の場合）に基づき、これらの情報を入院先等に提供している。

※ 『緊急時・終末期の対応に関する覚書』は 2-67 ページをご覧ください。

◇ 入所時には、急変時の心肺蘇生、点滴の実施、入院の意向程度の意思確認を行い、その後、身体的状況低下の兆候が見られるようになった際に改めて、『終末期医療に関するご確認』を利用して、^み看取りに関する意思確認を行っている。

これらの情報は、関係する部署・職員間で共有し、仮に入院することとなった場合には、入院先に対して、把握している基本情報・生活歴・病状・薬剤・連絡先などと共に情報提供している。

※ 『終末期医療に関するご確認』は 2-68 ページをご覧ください。

3. 入所時に書面で本人の意思を確認している例

入所契約時に本人の意思を書面にて確認している。契約書の『医療同意に関する事前調査及び承諾書』に本人の意思を記入（必要があれば代筆）してもらい、施設内関係各課で共有している。

なお、入所途中の入院の際には、入院先の求めに応じて、これらの情報を提供することとしている。

※ 『医療同意に関する事前調査及び承諾書』は 2-69 ページをご覧ください。

（注）上記は、当局の照会に対する施設からの回答を取りまとめたものです。

※ この他、^み看取りに関して本人の意思や希望を確認している施設で使用している様式は、2-70 ページ以降をご覧ください。

看取り介護についての考え方（指針）

1. はじめに（略）
2. 基本姿勢（略）
3. 具体的な流れ（一部抜粋）

（3.1 開始時期）

医師が一般的に認められる医学的見地から回復の見込みがないと判断し『看取り介護に関する考え方（指針）』に基づく施設で行われる看取り介護について、本人または家族が確実な説明を受け、これに本人はまた一定の合意形成がなされた家族が合意した時を看取り介護の開始時期とします。

（3.2 医師の説明）

看取り介護を開始したとき、施設は本人の状態について説明を行います。このとき、一般的な医学的見地から、救命措置を行なったときと延命措置を行ったとき、それぞれの回復の見込み・余命・痛み・その他のリスクについて説明を行います。

（3.3 計画書の作成）

施設では、本人や家族の意向を踏まえて医師や看護職員、介護職員、リハビリ療法士、管理栄養士、薬剤師、介護支援専門員等で共同して『看取り施設サービス計画書』（以下計画書）を作成します。

（3.8 看取り施設サービス計画書）

| | |
|-------------|--|
| ① 身体的ケア | 栄養供給と食べる楽しみの可能性、水分補給、入浴や清拭、排泄 |
| ② 医療的ケア | 定期的なバイタルサイン（呼吸・血圧・発熱等）の確認とその間の対応、点滴や酸素吸入、発熱や疼痛への対応方法 |
| ③ 精神的ケア | — |
| ④ 疼痛ケア | 疼痛ケアの方法、疼痛ケアのリスク |
| ⑤ 環境整備 | 生活空間としての居室～絵画や植物・音楽など、プライバシーの確保 |
| ⑥ 緊急時の連絡体制 | 連絡網、判断順位とルール |
| ⑦ 計画の変更条件 | 本人の意思で変更、家族の意思で変更するとき、施設で変更するとき |
| ⑧ 臨終時と死後の対応 | エンゼルケア、死亡診断書の作成等、手続きに関する理解、儀礼上の留意点、造留品や金品の引き渡しに関して |

（3.4 居室について）

看取り介護は原則個室で行います。

（3.5 ご家族の対応について）

原則配偶者及び一親等の方までは、施設の承認を受けて本人の居室に泊まり介護を行うことができます。

（3.6 尊厳）

施設及び全職員は、死を迎えようとしている本人が尊厳を持つ一人の人間あることを改めて確認し、敬意をもって接し、安らかなる時を過ごすことが出来るように真心のある介護をさせていただき、ご本人だけでなく家族の皆様の精神的な支えになれるよう努めます。

（3.7 臨終を迎えるにあたって）

医師不在時に、心肺停止状態となった場合は医師が出勤してからの死亡診断となります。

4. 看取り介護に関する料金説明（略）

看取り介護説明書

令和 年 月 日

施設利用者様 _____様

身元引き受け人兼看取り介護判断家族責任者 _____様
利用者本人との続柄 ()

看取り介護についての考え方（指針）・看取り介護に関する料金について、別紙のとおりご説明申し上げます。

【施設名】 施設長 _____

施設職員説明者 役職 _____

職員氏名 _____

看取り介護についての同意書

令和 年 月 日

(施設名)

施設長

【施設名】 (以下施設) 利用者 _____ の看取り介護について、看取り介護についての考え方 (指針) と看取り介護についての料金に対して説明を十分に受け、指針が本人の意向に沿ったものであることを確認しましたので、下記について同意します。

1. 令和 年 月 日を持って、看取りを開始させていただきます。ご本人の苦痛を伴う積極的な医療 (延命医療) を行わず、重篤に陥った場合でも病院へ搬送せず、施設での最後を看取ります。
2. 看取り介護にあたっては『看取り介護についての考え方 (指針)』 に定めるとおりにします。
3. この同意を取り消すことが出来ることについて説明を受けましたが、『看取り介護についての考え方 (指針)』にある基本姿勢(10、取り消しについての条項) により必ずしも看取り介護が中止されない場合があることを理解しています。

【当事者の表示】

施設利用者 (看取り介護をされる人)

住 所 :

氏 名 :

生年月日 :

身元引受人 兼 看取り介護判断責任者

住 所 :

氏 名 :

連 絡 先 :

関 係 :

同席者

住 所 :

氏 名 :

連 絡 先 :

関 係 :

緊急時・終末期の対応に関する覚書

令和 年 月 日

ご利用者 様について

いずれかに○印をお願いします。

・急変時

() 救急搬送を望む。

() 救急搬送を望まない。

・延命治療

() 救急搬送を望む。

() 救急搬送を望まない。

・急性期後（治療後）

() 胃瘻等経管栄養での対応を希望します。

（胃瘻は状態によっては、当施設で対応可能な場合があります。

他の経管栄養につきましては当施設では対応しておりませんので、
退所の対象となります。）

() 経管栄養は希望しません。

・受診の際、医師に処置方法等の判断を求められる場合、ご家族の同行が必要になる時があります。入院時は、手続き等必ずご家族の対応が必要となります。

・お考えが変わった場合はご連絡いただければその都度変更いたします。

・ご連絡がない場合は、最後の覚書をもって継続しているものとします。

身元引受人

(続柄)

説明者

事例 7-3-2 『終末期医療に関するご確認』

終末期医療に関するご確認（令和 年 月 日）

1. 説明内容

2. ご確認内容

- (1) 食事
 - ①経口のみ むせて食事がとれないようなら中止
 - ②経管栄養 必要時抑制の許可を頂きます
 - ③胃ろう
- (2) 酸素療法 ④使用しない ⑤使用する
- (3) 輸液
 - ⑥使用しない
 - ⑦使用する 末梢（血管確保難しい場合はしない）必要時抑制の許可を頂きます
 - ⑧使用する IVH（中心静脈栄養）→入院
- (4) 延命に通ずる昇圧剤その他注射薬
 - ⑨使用する→入院
 - ⑩使用しない
 - ⑪保留（令和 年 月 日 使用しない 使用する）
- (5) 気管内挿管
 - ⑫しない
 - ⑬する→入院
 - ⑭保留（令和 年 月 日 しない する）

説明 令和 年 月 日

医師サイン（ ）

ご本人サイン（ ）

ご家族・親類サイン（ ） ご本人との関係（ ）

同席者サイン（相談員 介護員

同席者サイン（看護師 その他

7 医療行為の同意に関する事

～ 医療同意に関する事前調査及び承諾書 ～

この事前調査及び承諾書は、【施設名】（以下、施設という）をご利用中の利用者が、突然の疾病、急変などにより状態が悪化し、ご自身で意志判断ができなくなった場合及び、医師より医学的見地から判断して回復の見込みが薄く、かつ医療機関での対応が困難と判断された場合に、『どのような対応を望まれるか』というご意向を確認するものです。当施設の方針といたしましては、ご本人の意思を第一に尊重した対応をさせていただきます。また「苦痛を伴い回復改善の可能性が低い延命行為・治療について」はお勧めしておりません。尊厳のある死を穏やかに迎えるケアを目標としておりますので、ご理解の程をお願い申し上げます。

なお、医師が医学的見地から判断した終末期において、積極的な医療を希望する場合、またはそれ以外の局面において嘱託医判断ではなく、本人・家族希望において『積極的な医療（入院加療等）』を選択する場合は、お早目にご相談ください。

◇ 状態変化時の対応について ◇

- ① () 医療機関へ入院して出来る限りの救命・延命措置を行う。
- ② () 嘱託医判断に任せる。
終末期は入院せずに施設で出来る範囲の苦痛緩和介護を行い看取り介護を希望する。
- ③ () ご自宅にて最後を迎えたい（迎えさせたい）。

◇ 確認事項 ～ ②を選択された方へ ～ ◇

- ・ () 経口摂取が困難な場合は、無理をせず自然な経過での対応を承諾します。
- ・ () 酸素マスク使用、点滴処方などは嘱託医の指示に従うことを承諾します。
- ・ () 逝去時は新品の浴衣を着用することを承諾します。
(希望衣類がある場合は事前にお預けください)

◇ 救急搬送時の選択確認 ◇

搬送先の担当医師から医療説明がございしますが、その際にご本人・身元引受人さまが、連絡（携帯通話含む）がつかない場合の判断根拠となりますのでご承諾ください。

- () 延命治療を望む（気管挿管・脳死状態が予見される治療も含む）
- () 延命治療を望まない（上記以外の治療は希望）

| 記載日 | | 令和 | 年 | 月 | 日 |
|-------|------|----|---|---|---|
| ご本人 | (氏名) | | | | |
| | (住所) | | | | |
| 身元引受人 | (氏名) | | | | |
| | (住所) | | | | |

ことばの解説

・延命治療

生命維持装置を施すことによって、生命の延長を図る治療・処置のことをいいます。主な延命治療には、心臓マッサージや人工呼吸器の装着などによる心肺蘇生や経管栄養・中心静脈栄養などがあります。

・心臓マッサージ

心肺停止などの時に、胸部を圧迫することによって血液を心臓から押し出す処置のことをいいます。また、除細動（AED）を行うこともあります。

・気管内挿管

自力で呼吸を行えなくなった時、呼吸ができるように口または鼻から直接に気管内にやわらかい管を入れる装置です。

・人工呼吸器

呼吸が充分できない場合に、人工的に機械を使って呼吸を助ける方法です。

・昇圧剤、強心剤

血圧を上げるために使う薬で、主に点滴で入れます。血圧を上げて脳や心臓など重要な臓器に血液を送り、機能を保つことを目的としています。

・点滴

腕や足の静脈から入れる方法と太い静脈から入れる方法があります。食べたり飲んだり出来ない場合に適応になり、主に水分を補給します。腕や足の静脈から入れる方法は、一般的で簡便ですが、十分な栄養を投与することは出来ません。

・中心静脈栄養

鎖骨の下・首・太ももの太い静脈にカテーテル（管）を入れ、点滴を行う方法で、局所麻酔下で医師が管を入れます。点滴と違い長い間、栄養を入れることができます。また、皮下にポート（注射針挿入口）とカテーテルを埋め込み、薬剤や栄養を入れる方法（CV ポート）もあります。小手術が必要ですが、外見上も目立たず日常生活にほぼ支障がありません。

・経管栄養（経鼻/胃ろう）

食べ物を飲み込めなくなったり、必要な栄養や水分を口から取れなくなった場合に使用する方法です。長時間の栄養と水分の補給が可能ですが、チューブによる違和感があります。

* 経鼻経管栄養：鼻から胃にチューブを入れる方法

* 胃ろう：皮膚から胃に直接チューブを入れる方法（違和感は少ない）

治療行為に関する希望・意思表示「事前要望書」（説明と同意書）

「事前要望書」は、将来自分が回復の見込みがない状態になり、自分の意思を伝えられなくなったような時に受ける治療行為について、ご本人または代理者にあらかじめ希望を文書化しておいていただくものです。もしも実際にそのような状態になられた場合に、本人または代理者の要望を尊重し、人権と生命の尊厳に配慮した医療行為を行うためのものです。

- 事前要望書は、ご入居者の意思に基づく希望を医療者側に伝えておく手続きです。ご入居者またはご入居者の代理者によって、ご入居者本人の意思を確認したり、または推定しながら、人権を尊重した人道的な医療を進めるためのものです。
- 事前要望書の有無によってご入居者が有利になったり、不利になることはありません。記入した内容はいつでも修正・撤回できます。また、定期的に見直すことも重要です。変更したい時は、その日付を必ず記入してください。
- 作成の際は、医師やご家族、親しい人と相談の上で行うとともに、この書面の存在を、医師やご家族、親しい人と共有してください。

※回復の見込みがないときなどの治療行為について、以下のように要望します。

1) 要望される治療にチェックしてください。

ご本人の意思表示が困難な場合、代理者がご記入ください。

| | | | |
|------------------|----------------------------------|--------------------------------|--------------------------------------|
| ① 心臓マッサージなどの心肺蘇生 | <input type="checkbox"/> してほしくない | <input type="checkbox"/> 積極的治療 | <input type="checkbox"/> 現時点では判断できない |
| ② 気管挿管 | <input type="checkbox"/> してほしくない | <input type="checkbox"/> 積極的治療 | <input type="checkbox"/> 現時点では判断できない |
| ③ 人工呼吸器の装着 | <input type="checkbox"/> してほしくない | <input type="checkbox"/> 積極的治療 | <input type="checkbox"/> 現時点では判断できない |
| ④ 気管切開 | <input type="checkbox"/> してほしくない | <input type="checkbox"/> 積極的治療 | <input type="checkbox"/> 現時点では判断できない |
| ⑤ 昇圧剤の使用 | <input type="checkbox"/> してほしくない | <input type="checkbox"/> 積極的治療 | <input type="checkbox"/> 現時点では判断できない |
| ⑥ 輸血・血液製剤の使用 | <input type="checkbox"/> してほしくない | <input type="checkbox"/> 積極的治療 | <input type="checkbox"/> 現時点では判断できない |
| ⑦ 人工透析の実施 | <input type="checkbox"/> してほしくない | <input type="checkbox"/> 積極的治療 | <input type="checkbox"/> 現時点では判断できない |
| ⑧ 鼻チューブによる栄養補給 | <input type="checkbox"/> してほしくない | <input type="checkbox"/> 積極的治療 | <input type="checkbox"/> 現時点では判断できない |
| ⑨ 中心静脈による栄養補給 | <input type="checkbox"/> してほしくない | <input type="checkbox"/> 積極的治療 | <input type="checkbox"/> 現時点では判断できない |
| ⑩ 胃ろうによる栄養補給 | <input type="checkbox"/> してほしくない | <input type="checkbox"/> 積極的治療 | <input type="checkbox"/> 現時点では判断できない |

2) 上記以外の要望（ご自由に記入ください）

※判断できない場合は、治療が必要になった際に改めて確認を取りますが、緊急時や確認が取れない場合は、これらの治療が行われることがあります。

（署名欄）

| | | | |
|----------|------|------|--------------|
| 記載年月日 | 年 | 月 | 日 |
| ご入居者氏名 | (氏名) | 印 | (年 月 日生) |
| 代理者（続柄） | (氏名) | 印 | (続柄：) |
| 代理者（住所等） | 〒 | (電話) | — — (携帯) — — |

治療行為の用語説明

1) 心臓マッサージなどの心肺蘇生

心臓マッサージとは心臓が停止した際に、胸の上から心臓付近を強く圧迫して心臓を動かす手技です。この手技によって心臓が一時的に動き出すことがあります。

※心肺蘇生：死が近づいた時に行われる心臓マッサージ、人工呼吸などの行為です。

2) 気管挿管

呼吸ができなくなった時、口から気管に管（挿管チューブ）を入れて、肺に強制的に空気を送り込みます。その後人工呼吸を行うこともあります。

3) 人工呼吸器の装着

自分の力では呼吸することができなくなったとき、気管に挿入した管に人工呼吸器をつけると延命されることがあります。一方で、回復の見込みがない状態で装着すると、その後人工呼吸器を外すことは家族が要望されてもできません。なぜなら、外した医師は殺人罪に問われることがあるからです。

4) 気管切開

死が近づくと痰の量が増加し、窒息の危険性が高くなるために、のど仏の下の部分に手術で穴を開けて、直接気管に管を入れて痰を取ったり、気道を確保したり、人工呼吸などをします。この処置を行うと声を出せなくなります。

5) 昇圧剤の使用

死が近づくと心臓の動きが悪くなり血圧が低下します。昇圧剤という薬を点滴（静脈注射）から入れると心臓に作用して血圧が上がるがあります。しかし回復の見込みがない状態では多くの場合効果は一時的なものになります。

6) 輸血・血液製剤の使用

死が近づくと消化管などからも出血しやすくなり、貧血や血圧低下をきたしやすくなります。輸血・血液製剤は献血者の善意の血液から製造されたものですから、回復の見込みがない状態では使用されないのが一般的です。

7) 人工透析の実施

腎不全に陥った場合に尿毒症になるのを防止するため、透析回路を用いて血液の老廃物除去・電解質の維持・体液量調節を行う目的で、延命のため生命維持装置として装着します。

8) 鼻チューブによる栄養補給

鼻からチューブを胃まで入れて、流動物を流し込んで栄養補給をすることです。味はわかりません。栄養剤が肺に逆流して重症の肺炎を起こすこともあります。

9) 中心静脈による栄養補給

高カロリーの点滴だけで栄養補給することです。通常よりもやや太い管を奥まで入れて、普通より濃度の濃い点滴をします。太い管を入れるために肺や血管を傷つけたり、感染を起こす危険はあります。

10) 胃ろうによる栄養補給

内視鏡を使った小手術によって、腹壁から直接胃の中にチューブを留置して身体の外から栄養剤を入れるものです。

「終末期」＝致死的で重篤な状態におちいり死期が数週間ないし数ヶ月にせまり、現在の医学では回復の見込みなくなった状態を広義の「終末期」といい、これに対して死が切迫した状態（臨死状態）を狭義の「終末期」といいます。

「延命治療」＝回復が見込めないと判断されている状態で、中心静脈栄養や心肺蘇生によって少しでも永く存命していただく治療です。

看取りについての事前確認書

当施設では、ご希望される方には、看取り介護を行っています。利用者の方の容体が悪くなった時には、倫理的に問題のない範囲で、ご自身のご要望をできる限り反映させていただきたいと考えております。

つきましては、以下の質問の項目により、利用者の方が看取りケアに対してどのようなお考えをお持ちでいらっしゃるのか、可能な範囲で結構ですので、ご回答いただきますようお願い致します。

1. 終末期を迎えたい場所はどこですか？

(老衰によること)

- 施設で最期を迎えたい
- 自宅に戻って最期を迎えたい
- 入院を希望する
- 今はわからない

2. 終末期には、積極的な延命治療を希望しますか？

(老衰によること)

- 望む
- 望まない
- 今はわからない

3. その他 (ご希望、ご要望があればご記入ください)

注) 上記の内容は、変更することが可能ですので、いつでも申し付けください。

令和 年 月 日

利用者 氏名 Ⓜ

家族代表者 氏名 Ⓜ (続柄)

立会い職員名 Ⓜ

急変時・終末期に関する意思確認書

ご家族の皆様へ

当施設では、ご利用者様に尊厳ある安らかな最期を迎えていただきたいと思います。希望される方には看取り介護を実施しております。

人生の最期をどのようにしたいか、出来る限りご本人の意思やご家族のご意向にそって支援させていただき、以下の質問にご回答をお願いいたします。なお、看取り介護実施中においても、やむを得ず入院していただく場合もございますのでご承知おきください。

1. 急変時における意思確認

- | | |
|---|---|
| ① 急変により心停止・呼吸停止状態になった場合、 心臓マッサージによる心肺蘇生を希望されますか？ | <input type="checkbox"/> 希望する <input type="checkbox"/> 希望しない |
|---|---|

- * 蘇生を希望する場合は、気管挿管、人工呼吸器装着等の延命処置が行われる可能性があります。
- * 蘇生を希望しない場合は、嘱託医により看取りを行います。
- * 判断が難しい場合には、救急対応をする場合もあります。

② その他（ご希望、ご要望があればご記入ください）

2. 終末期（老衰等）における意思確認

- | | |
|----------------------------|---|
| ① 終末期を迎えられる場所は、どちらをお望みですか？ | <input type="checkbox"/> 当施設で最期を迎えてもらいたい <input type="checkbox"/> 自宅に戻って最期を迎えてもらいたい <input type="checkbox"/> 病院で最期を迎えてもらいたい |
|----------------------------|---|

- | | |
|---------------------------|---|
| ② 終末期の医療対応はどのような形をお望みですか？ | <input type="checkbox"/> 積極的に医療を受けたい（入院対応） <input type="checkbox"/> 積極的な医療は希望しない（施設対応） |
|---------------------------|---|

* 当施設は医療施設ではないため、提供できる医療には限りがございます。

- | | |
|--|---|
| ③ 終末期の栄養摂取について、経口摂取が難しくなったときは、どのような形をお望みですか？ | <input type="checkbox"/> 経管栄養（胃ろう・経鼻）を希望する <input type="checkbox"/> 経管栄養（胃ろう・経鼻）は希望しない |
|--|---|

* 当施設は医療施設ではないため、経管栄養の方の受け入れ人数に限りがございます。あらかじめご了承のうえ、造設される際は必ずご相談ください。

④ その他（ご希望、ご要望があればご記入ください）

注) 上記の内容は、変更することが可能ですので、いつでもお申し付けください。

年 月 日

| | |
|-------|---|
| 利用者氏名 | 印 |
| 契約者氏名 | 印 |
| 職員氏名 | 印 |
| | 印 |

終末期ケアについての同意書

私は_____の終末期の医療・看護・介護について、当施設の指針に基づく対応の説明を受け、私どもの意向に沿ったものであると認め下記の内容を確認し、同意します。

記

- ① 苦痛を伴う医療処置並びに延命治療は行わず、終末期ケアを行います。
- ② 身体的ケアでは、安心できる声かけや、寄り添う介護を行い、尊厳を守る援助を行います。
- ③ 医師に相談、指示を得て当施設で出来る医療を実施します。
- ④ ご家族等の意向に添ったケアの実施状況や日々の容態・施設長による所見等、ご報告します。
- ⑤ ただし、著しい身体的・精神的苦痛が出現し施設におけるケアでは緩和できない場合、苦痛除去について医療が最適と診断された時は、医師の指示により病院対応となることもあります。
- ⑥ 御本人、並びにご家族の希望・意向に変化があった場合はその意向を確認し、ご希望に添えるよう援助します。

以上

【施設名】

施設長 様

年 月 日

利用者 住所 _____

氏名 _____

代理人 住所 _____

氏名 _____

続柄 _____

施設立会人 氏名（職種） _____

確認医師 _____

事例7-4 院内カンファレンスに病院外の関係者の参加を依頼している例

1. カンファレンスにより最善の方針を決定できるとしている例

◇ カンファレンスには、日常生活自立支援事業の専門員や生活保護の担当者、ケアマネジャー等、本人のことをよく理解し、本人も信頼している担当者に参加してもらっている。

院外関係者の参加により、重要な決定について病院が全てを背負うのではなく、関係者を含めて決定したという安心感が得られること、限りなく最善に近い方針を立てられることがメリットとして挙げられる。

これらの職種の方々と定期的な会議等を実施しているわけではないが、カンファレンスに参加していただくに当たっての苦労は特になく、必要に応じて関係者が参集して実施するこれらカンファレンスは、今日ではかなり定着している。特に行政には入院している身寄りのない方の問題を、「我が事」として対応してもらえている。

◇ 本人と入院前から関わりがある担当ケアマネジャーや成年後見人に参加を依頼する。病院関係者のみの考え方や見方だけで、今後の方針を決めるのではなく、院外関係者の意見を聞きながら話し合いを行ったその上で、最良の選択をしたというコンセンサスを得ることができる。

2. カンファレンスにより、従前の本人の考えや意思等に関する情報を収集できるとしている例

◇ 身寄りのない方については、交流があった近所の住民の方のほか、民生委員からも、日頃の本人の行動や言動について聴取したことがある。

これら地域の方から、本人がどういう生活状況だったか、どのような考え方であったか、また、どういう発言をしていたかという情報は、今後の診療をどのような方針で行っていくかを考えていく上で参考になる。

◇ ケアマネジャーや生活保護のケースワーカー、成年後見人等、入院前に本人の意思や希望の確認ができる関係者に参加していただいているが、本人の考えや価値観を代弁していただくことで、本人の意思や希望を推測することができる。また、外部の方の意見も聞くことでより多角的な判断ができる。

◇ 市区町村職員やケアマネジャー、保健師、成年後見人といった、入院前から本人を担当していた、あるいは病院からの依頼により本人に関わっている方々に参加してもらっているが、本人が入院前に他者に伝えていた考えなどを知ることができるという点や、行政や介護の立場からの意見を参考にすることができるという点で効果がある。

◇ 情報共有を目的に、地域包括支援センターの職員、ケアマネジャー、施設職員（施設からの入院の場合）等に声掛けし、カンファレンスを実施する。

このカンファレンスにおいて、対象者の病状、人柄、生活状況や家族状況、今後の医療に対する意向とそう決めた理由や背景など、できるだけ多くの情報を収集している。

(注) 上記は、当局の照会に対する病院からの回答を取りまとめたものです。

事例 7-5 住民が、事前にリビングウィルを市区町村に登録している例

希望する住民が、リビングウィルやエンディングノートの保管場所及び葬儀等に係る生前契約先・墓の所在地・緊急連絡先等の情報を市に登録、市は関係機関等からの照会に対してこれらの情報を開示

※ 詳細は事例 6-4 (2-56 ページ) をご覧ください。

6 死亡時の遺体・遺品の引取り、葬儀等に関する事

事例 6-4 住民が、葬儀等に係る生前契約先等の情報を市区町村に登録している例

希望する住民が、葬儀等に係る生前契約先・墓の所在地・緊急連絡先及びリビングウィルやエンディングノートの保管場所等の情報を市に登録、市は関係機関からの照会に対してこれらの情報を開示

事例 7-6 住民が、リビングウィルを市区町村と葬祭事業者に登録している例

市が、身寄りのない住民を対象として、葬祭事業者との死後の葬儀・納骨等に関する死後事務委任契約の締結を支援する事業を実施。その際に住民は、リビングウィルを市及び葬祭事業者に登録することもでき、市及び事業者は、関係機関からの照会に対してこれらの情報を開示する。また、市は、生前は安否を確認し、死後は葬祭事業者による死後事務委任契約の履行を見届ける。

※ 詳細は事例 6-3 (2-54 ページ) をご覧ください。

6 死亡時の遺体・遺品の引取り、葬儀等に関すること

事例 6-3 市区町村が、住民・葬祭事業者間の死後事務委任契約締結を支援している例

市が、身寄りのない住民を対象として、葬祭事業者との死後の葬儀・納骨等に関する死後事務委任契約の締結を支援する事業を実施

8

病院、施設におけるマニュアルの作成

当局の調査結果

当局のアンケート調査では、身寄りのない高齢者等の入院・入所に関する対応マニュアルを作成している病院・施設は、設問への回答があった1,216か所のうち40か所（27病院及び13施設）に限られていました。

このうち、病院や施設から提供されたマニュアルは、入院・入所中の一部の対応（金銭管理や死亡時の対応など）に関するものが多くなっていますが、病院の中には、次のとおり、身寄りのない高齢者の入院時の支援に関する全体的な対応マニュアルを作成しているところもありました。

取組事例の紹介

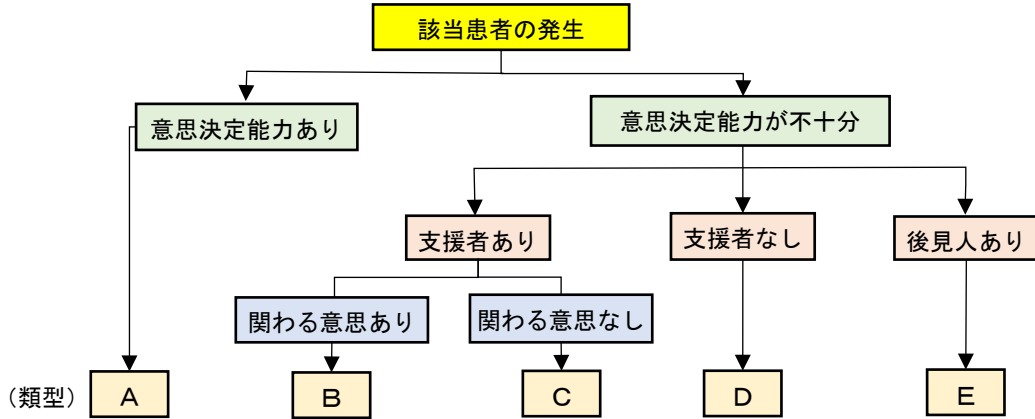
- ✦ フローチャートを使って、類型ごとに対応策を振り分けている例
※ 事例8-1：2-81ページ
- ✦ 対応事項ごとの担当を1枚に整理したマニュアルを作成している例
※ 事例8-2：2-82ページ
- ✦ 身寄りなし患者の抽出から退院支援までの流れをフロー図にまとめている例
※ 事例8-3：2-83ページ
- ✦ フローチャートやチェックリスト等を作成し、対応策を整理している例
※ 事例8-4：2-85ページ
- ✦ ガイドラインを病院の実状に合わせて書き直し、マニュアルとしている例
(マニュアルは省略)

事例8-1 フローチャートを使って、類型ごとに対応策を振り分けている例

マニュアルの例 ①

身寄りがない患者に対する対応（フローチャート）

下記のフローチャートに従ってA～Eの類型に分類し、必要な支援内容及び役割により対応する。



類型ごとの支援内容及び役割

| | 類型 | A | B C | D | E |
|-----|---|--|--|---|-----------------------------|
| 入院中 | 同意書の記入 | ・ 本人記入が原則 | ・ 支援者に依頼 | ・ 不要 | ・ 医療行為等に対する同意書以外は後見人記入が原則 |
| | 必要書類の対応 (入院申込書、診療、支援計画、医療行為等に関する同意書、病衣等のリース申込書等) | ・ 身体上の理由により署名できない場合は病院職員が代筆し、代筆者名を明記 ・ 保証人が不在の場合は、保証人欄は記入不要 | ・ 親族等の介入が可能な範囲で対応を依頼 ・ 支援者不在の場合は類型Dへ ・ 請求上やその他の理由で書面が必要なものについては、入院患者の氏名のみ記載し、「申込者不在」「同意者不在」である旨を記載 | ①患者氏名欄のみ記載し、身寄りなしケースであることを記載 ②身寄りがなく同意書を得ることができない旨を医師記録に記載 | Dの②以外は後見人記入が原則 |
| | ・ 私物管理 ・ 金銭管理 | 本人管理が原則 必要に応じて病院職員がサポート | ・ 病歴（親族等の介入が可能な範囲）の内容に沿って対応 ・ 支援者不在の場合は類型Dへ ・ 金銭管理は複数者の立会いで行う。 | ・ MSW中心に管理サポートを実施 ・ 現金その他の貴重品は、__課で管理する。 | 後見人が管理 必要に応じて類型Dに従う。 |
| | ・ 治療方針及び今後の方向性 ・ 急変時の対応 ・ DNAR、葬儀等 | ・ 本人に説明及び同意を得た上で検討 ・ 可能な限り本人に事前確認 | ・ 病歴（親族等の介入が可能な範囲）の内容に沿って対応 ・ 支援者不在の場合は類型Dへ | 医療チーム（主治医等）で検討 | 後見人に説明した上で検討 |
| | 退院時の検討 | 本人と相談し、検討 | ・ 病歴（親族等の介入が可能な範囲）の内容に沿って対応 ・ 支援者不在の場合は類型Dへ | ・ MSW中心に退院支援・調整を検討 ・ 適正、妥当性は医療チームで協議 | 後見人と医療ソーシャルワーカー中心に活用を検討 |
| 退院時 | 退院時の対応 (交通手段や引継ぎ等) | 本人と相談し、検討 | ・ 病歴（親族等の介入が可能な範囲）の内容に沿って対応 ・ 支援者不在の場合は類型Dへ | ・ MSW中心に地域関係者や入所・転院先のSWに引き継ぐ。 ・ 状態に合わせた退院時の移送手段を医療チームで協議し、MSWが対応 | 後見人と医療ソーシャルワーカー中心に活用を検討 |
| | 死亡時の対応 | ・ 事前に対応が確認できている場合は、希望どおり実施 ・ 上記以外は、類型B～Dに従う。 ・ 生活保護受給中であれば、担当ケースワーカーに連絡 ・ それ以外は、行政担当者等と協議し、確認後に葬儀社に連絡 | | MSW中心に当該管轄地域の担当課に連絡し対応 | 後見人が管理 必要に応じてDパターンに従う。対応 |

事例 8-2 対応事項ごとの担当を 1 枚に整理したマニュアルを作成している例

マニュアルの例 ②

身寄りがなく意思決定が困難な患者への支援方針

【金銭・貴重品の管理について】

- ① 入院患者の金銭・貴重品の管理は、患者自らが行うことを原則とすること。
- ② ①が難しい場合は、原則として、家族・親族等又は適当な公的制度等(成年後見制度等)を利用すること。
- ③ 身体、精神上の利用により患者自らが管理することが困難かつ社会的理由によりサポートを受けることができない状況で、当該支援を実施することが望ましい場合は、公的制度の活用を適時調整しつつ、一時的にその支援を実施すること。

| | | |
|-------------------------|----------------------------------|---|
| 入 院 中 | 入院申込書 診療・支援計画 医療行為等に関する同意書 | ・入院患者氏名欄のみ記載、身寄りなしケースであることを記載(____係長) ・「身寄りがなく同意書を得ることができない」旨の看護記録を記載(看護師) |
| | 緊急入院で衣服等が必要な場合(所持金なし) | ・MSWに連絡し、備蓄物品を利用 ・所持品の確認後は現物返却とする。 |
| | 所持品の管理 | ① 本人からの委任状があり、かつ必要がある場合(主治医が判断) ② 意思決定支援チームがあり、かつ必要性がある場合(同) → 2名で所持品を整理し、貴重品等整理簿に記載(看護師) 整理簿は____課で管理 |
| | 金銭・貴重品の管理 | ____課で管理 |
| | 私物の管理 | 病棟で管理 |
| | レンタル申込み・日用品等の購入 | 申込者氏名欄を記入(看護師) |
| | 入院費の精算 | MSW又は____係長 |
| | 治療方針及び今後の方向性、緊急時の対応方針 | 意思決定が困難な患者に対する医療ケアチームで検討 |
| 退院先の検討 必要な社会制度・資源の活用 | MSW又は退院調整の担当看護師を中心に検討 | |
| 退 院 時 | 自宅やその他施設・病院等への退院時の対応(交通手段や引継ぎ等) | 貴重品等を引き渡す(MSW又は担当看護師) |
| | 死亡退院時の対応 | ・生活保護受給者の場合は、担当CWに連絡(MSW) ・貴重品等の引渡し及びサイン等の事務手続(MSW又は担当看護師) |

事例 8-3 身寄りなし患者の抽出から退院支援までの流れをフロー図にまとめている例

取組の概要

- ◇ 約10年前から「身寄りのない患者に対する支援マニュアル」を作成し、業務に活用
- ◇ マニュアルは、ほぼ1年ごとに内容を見直し、改訂版を作成（現在も改訂中）。

マニュアル作成の経緯

（病院担当者の説明）

- ◇ 身寄りのない外来患者が受診予定日に来院せず、自宅を訪問したところ死亡していた事例があり、これを契機に、身寄りのない患者に対する「支援マニュアル」を作成することとした。
- ◇ 急増する身寄りなし患者に対する対応や支援内容を明確にすることを目的としている。
- ◇ 当初は、病院内に設置している「在宅支援委員会」で初版を作成。現在は、「身寄りなし患者への支援プロジェクトチーム」が改訂版を作成している。

マニュアルの構成

- ◇ マニュアルは、次の内容で構成されている。

1. はじめに
 - ・ 用語の定義、マニュアルの目的
2. 身寄りなし患者の抽出
 - ① 病棟・医事課・相談担当室における確認事項
 - ② 対応記録の記載について
3. 身寄りなし患者（又はその可能性が高い場合）の対応
4. 家族の協力がなく（又は協力状況が不明の）場合の対応
 - ・ 電話連絡、文書の郵送、訪問
5. 行政の介入依頼について
6. 死亡時の対応
 - ① 救急搬送のまま死亡又は事前準備ができていない場合
 - ② 入院中の場合（事前準備、死亡後の連絡）
7. 入院から退院までのフローチャート [次ページ参照]
8. 患者死亡時の対応フロー [事例 6-1-2 参照]

身寄りのない患者への支援マニュアル フローチャート

身寄りのない患者の抽出

入院

病棟看護師による確認

入院時の情報収集により、協力家族がおらず、緊急連絡先に親族の情報が記入できない場合

担当看護師から病棟所属長に報告

病棟所属長による確認

- ✓ 家族関係
- ✓ 親族を連絡先にできない理由
- ✓ 疎遠状態の場合は、連絡することは可能か
- ✓ 親族以外の協力者
- ✓ 必要時の戸籍調査の同意
 - 患者情報の「連絡先」、「役割関係」に入力

病棟所属長は医事課、MSWに報告

医事課による確認

- ✓ 保険情報
- ✓ 入院申込書の提出状況
- ✓ 入院費支払い能力の確認

MSWによる確認

- ✓ 患者状態
- ✓ 電子カルテの登録情報
- ✓ 所持品
- ✓ 関係機関・関係者からの情報収集

生活保護受給中

Y

医事課
福祉事務所に連絡

N

医事課
支払い能力の有無

あり

福祉事務所へ連絡
(生活保護の申請)

連絡票の送付
(原本は医事課保管)

なし

協力家族情報

自立した生活が困難
(重症度・看護必要度のチェック)

Y

MSWの介入依頼

家族連絡先はあるが、協力なし

家族に連絡

- ①電話・FAX受付
返答待機期間：○日
- ②文書送付
(内容証明・配達証明)
- ③訪問：1週間以内
(医事課・○課・○課の長)

家族なし
(連絡先不明の場合も含む。)

協力家族

あり

なし

身寄りなし患者への支援
非該当

通常の退院支援へ

市町村の高齢者福祉担当に
連絡、介入依頼
(高齢介護課、介護保険課など)

外来・在宅での継続療養

入院継続

Y

N

病棟所属長による評価を
原則1週間ごとに実施
(意識レベル・ADL低下時は
支援の必要性を再検討)

退院支援カンファレンス
多職種で情報共有

事例 8-4 フローチャートやチェックリスト等を作成し、対応策を整理している例

取組の概要

- ◇ 増加傾向にある身寄りのない患者等に対する適切な医療の提供等を目指し、院内のワーキンググループで対応マニュアルを作成
- ◇ ①医療同意、②必要な諸手続、③患者の生活維持に分けて対応チャートを用意
- ◇ マニュアルの構成
 - ① 医療同意に関すること
 - ・ 医療同意に関するフローチャート
 - ・ 患者の意思決定能力の評価のためのチェックリスト
 - ・ 身元保証・身元引受を担う人の役割チェックリスト
 - ・ 身寄りのない患者等への支援シート [下表「マニュアルの例④-1」参照]
 - ② 必要な諸手続、患者の生活維持に関すること
 - ・ 必要な諸手続・患者の生活維持に関することへの対応表 [次ページ「マニュアルの例④-2参照]
 - ・ 金銭に関する取り決め表

マニュアルの例 ④-1

身寄りのない患者等への支援シート

氏名 _____ 様

| 役割項目 | 氏名・団体・病院の担当部署 | 患者との関係 | 連絡先 (電話番号) | 備考 |
|---------------------------|---------------|--------|---------------|----|
| 医療同意に関すること | | | | |
| 入院中に必要な物品の準備に関すること | | | | |
| 入院費等に関すること | | | | |
| 退院支援に関すること | | | | |
| (死亡時の)遺体・遺品の引取り、葬儀等に関すること | | | | |

マニュアルの例 ④-2

身寄りがない患者が医療を受けるに当たって必要な諸手続、患者の生活維持に関することへの対応表

| 場面 | 項目 | 内容 | 判断能力がある | | 判断能力が不十分 | |
|-------|------------|--|--|--|--|---|
| | | | 支援者がいる | 支援者がいない いても関わりを拒否 | 支援者・成年後見人がいる | 支援者がいない いても関わりを拒否 |
| 外来時 | 受診支援 | 受診支援が必要な場合 | 本人・支援者と相談し、必要に応じて介護保険制度等の活用を支援 | 本人と相談し、必要に応じて介護保険制度等の活用を支援 | 支援者・成年後見人と相談し、必要に応じて介護保険制度等の活用を支援 | 関係機関に相談し、必要に応じて介護保険制度等の活用を支援 |
| | 疾病管理 | 予定外受診に備えた体制整備に関する事 | 本人だけでなく、支援者にも対応を確認 | 本人と相談し対応確認 | 本人・支援者・成年後見人と対応協議 | 本人と根気強く対応を協議 |
| | 生活支援 | 生活支援が必要な場合 | 本人・支援者と相談し、必要に応じて介護保険制度等の活用を支援 | 本人と相談し、必要に応じて介護保険制度等の活用を支援 | 支援者・成年後見人と相談し、必要に応じて介護保険制度等の活用を支援 | 関係機関に相談し、必要に応じて介護保険制度等の活用を支援 |
| 入院時 | 入院手続 | 健康保険証の確認が必要な場合 | 本人・支援者に確認 | 本人に確認 | 本人・支援者・成年後見人に確認 | 関係機関に確認(国民健康保険、生活保護等) |
| | | 入院証書 | 「連帯保証人」、「身元引受人」、「緊急連絡先」は、本人又は支援者が可能な限り記入 〔記載困難な場合は、いずれも空欄可〕 | | | 空欄で可 |
| | | レンタル申込 | 本人と契約 | 本人と契約 | 支援者・成年後見人と契約 | 必要性をチーム内で協議し、利用を決定(カルテに記載) |
| | | 入院診療計画書 退院支援計画書 その他の各種同意書 | 本人・支援者に説明し、どちらかにサインをもらう | 本人に説明しサインをもらう | 支援者・成年後見人に説明しサインをもらう | 空欄とし、その旨をカルテに記載 |
| | | 必要な物品準備 | 本人・支援者と相談し対応 | 本人と相談し対応 | 支援者・成年後見人と相談し、必要に応じて介護保険制度等の活用を支援相談し対応 | 必要性をチーム内で協議し、対応検討 |
| | | 金銭管理 | 金庫で管理できない現金の預かりについて | 可能な限り支援者に持ち帰ってもらう(困難な場合は__課金庫で預かる) | __課金庫で預かる | 支援者・成年後見人に持ち帰ってもらう |
| 入院中 | 療養生活 | 日用品の購入等 | 本人・支援者が購入 | 本人が購入 購入支援が必要な場合、__システムを利用 | 支援者・成年後見人が対応 | チームにて必要性を判断し、必要に応じて__システムを利用 |
| | 金銭管理 | キャッシュカードで現金引き出しが必要な場合 | 本人・支援者と相談し対応 | __課職員 2 名が付き添い、本人が実施 | 支援者・成年後見人に依頼 | __課職員 2 名の付き添いの下、可能な限り本人が実施 |
| | | 病棟での金銭管理 | 本人管理 | 本人管理 | 支援者・成年後見人と相談し対応 | チーム内で管理方法を協議し対応 |
| | 生活環境の維持・管理 | 自宅に保険証や貴重品を取りに行く必要がある場合 銀行等に外出する必要がある場合 | 本人・支援者と相談し対応 | 本人と相談し対応 外出時に付き添いが必要な場合や本人が行けない場合、__課から付き添い職員を選出し対応 〔関係機関にも協力を求める〕 | 支援者・成年後見人と相談し対応 支援者・成年後見人に依頼 | チーム内で対応協議 本人に代わり外出が必要な場合、__課から代行職員を選出し対応 〔関係機関にも協力を求める〕 |
| | | 入院前居所の管理が必要な場合 | | | 支援者・成年後見人と相談し対応 | |
| | | 家賃や光熱費等の支払支援が必要な場合 ペットのケアが必要な場合 | | | | |
| | 状態悪化の対応 | 死期が迫ってきている場合 | 急変時対応を本人・支援者に可能な限り事前確認し、チーム内に周知 | 急変時対応を本人・支援者に可能な限り事前確認し、チーム内に周知 | 急変時対応を支援者・成年後見人に可能な限り事前確認し、チーム内に周知 | チーム内で急変時対応について事前に協議し、周知 |
| | 退院・転院 | 退院先等の選定と契約 | 本人・支援者と相談し対応 | 本人に相談し対応 | 支援者・成年後見人に相談し対応 | チーム内で協議し選定 契約は転帰先・関係機関と要相談 |
| 退院時 | 退院準備 | 退院時のベッド周りの整理 転院時衣類の準備 医療費等の支払準備 | | | | チーム内で協議し方法を決定 |
| | 退院手続 | 退院手続、医療費支払 | | | | |
| | 退院時の同行 | 退院時の同行 | | | | 同行が必要な場合、__課から代行職員を選出し対応 |
| 死亡退院時 | 死亡退院 | 亡くなった後の対応 | 事前に本人・支援者に確認したとおりに対応 | 事前に本人に確認したとおりに対応 | | チーム内で事前決定したとおりに対応 |
| | | 医療費等の支払 | できる限り事前に本人・支援者と相談し対応 | できる限り事前に本人に相談し対応 | | できる限り事前にチーム内で協議し、方法を決定 |

9 行政機関における取組

当局の調査結果

1. 病院・施設、行政機関の意見・要望

当局のアンケート調査では、病院・施設が、身寄りのない高齢者の入院・入所に関して行政に求める支援として、「何かあったときに、一緒に考えてほしい」、「元気なうちから身元保証に関する働きかけ・案内をしてほしい」、「市区町村ごとの対応を統一してほしい」など、多岐にわたる意見要望がみられました（詳細は、結果報告書の第3章「意見要望集」に掲載）。

一方で、調査した都県や市区町村からも、次のとおり、他の市区町村における取組に関する情報の共有を求める要望がありました。

- ・ 他の市区町村の情報はあまり入ってこないで、取組内容や上手くいっている事例を参考にしたい。
- ・ 他の市区町村の取組事例（特に他の団体との連携事例）等の情報があると役立つ。

2. 行政機関(主に市区町村)の取組

調査した都県や市区町村の中には、次のとおり、身寄りのない高齢者の入院・入所に関して、関係機関や団体等と積極的に連携していたり、市区町村が主体となって独自のガイドラインの作成や会議を開催するなどの取組もみられました。

取組事例の紹介

1. 関係機関や団体等と連携し、積極的に対応している例

- 1 連絡を受けたら直ちに病院を訪問し、状況に応じて後見人選任の準備や遺体の引取り手を探すための調査を開始するなど、速やかに対応を始めている例

※ 桶川市（事例9-1：事例6-1-4（2-44ページ）参照）

- 2 体調急変時に備えて市区町村の担当者を緊急連絡先とすることで、施設が入所を認めており、早期の介護サービス提供を図っている例

※ 1市区町村1施設（事例の詳細は省略）

2. 市区町村が主体となり、ガイドラインの作成や会議を開催している例

- 1 身寄りのない人への支援に関する独自のガイドラインを作成し、関係者と連携して対応に当たっている例

※ 魚沼市（事例9-2-1：2-91ページ）

- 2 複数の市町と医療機関が定期的な連絡会を開催し、情報共有と連携強化を図っている例

※ 鴻巣保健所管内の市町など（事例9-2-2：2-93ページ）

3. 元気なうちから入院・入所や死亡後の備えを考える機会を住民に提供している例

1 入院・入所の前から、医療や介護の希望等を考える機会を提供している例

※ 上尾市（事例9-3-1：2-96ページ）

2 元気なうちから、死後の対応について本人の意思や希望を確認するための様式を市町村が作成している例

※ 魚沼市（事例9-3-2：事例6-2（2-49ページ）参照）

これらの市区町村では、身寄りのない高齢者の支援に主体的に関与していく中で、病院を始めとする関係機関等との連携体制が構築、強化されていく状況がみられました。

また、関係する病院からは、「行政機関と病院の役割をお互いに確認することができ、安心感がある。」といった声が聞かれています。

3.市区町村における相談窓口の実態調査結果

身寄りのない高齢者の入院・入所に係る対応は、本人の置かれた状況に応じて様々な法律や制度が関係するため、担当部署が複数に分かれる市区町村もあります。

このため、当局のアンケート調査では、病院・施設から、「困ったときに相談できる市町村の窓口を知りたい」、「どこへ相談すれば良いのか分からない」など、市区町村の相談窓口に関する意見要望も多く寄せられました。

医療行為への同意や金銭的なことなど行政機関の介入が困難な問題もあり、市区町村が必ずしも全ての相談に対応できるわけではありませんが、身寄りのない高齢者の入院・入所に関しては、行政機関が対応可能なことの確認も含め、まずは市区町村に相談したいと考えている病院や施設が多いことも分かりました。

このため、当局では、市町村における相談窓口の実態を把握することとし、埼玉県内の市町村に対し、身寄りのない高齢者（生活保護の受給者を除く。）の入院・入所に関して、病院や施設からの相談に対応する窓口を決めているかを聴取しました。

その結果、窓口を決めているとの回答が41市町村（65.1%）、未定が22市町村（34.9%）となっていました。

未定と回答した市町村からは、「本人の状況によって関係部署が複数にわたるため、一つに絞るのが難しい」との声が聞かれた一方で、窓口を決めているとする市町村の中には、複数の関係部署を挙げつつも、「どちらに相談しても対応可能」、「どの部署が相談を受けても部署間で情報共有することにより、たらい回しを避けている」とする回答もみられました。

参 考

上記の実態調査の結果、身寄りのない高齢者（生活保護の受給者を除く。）の入院・入所に係る対応について、病院や施設が相談する場合の窓口を決めているとの回答があった埼玉県内の市町村の窓口を以下に掲載します。

なお、前述のとおり、相談内容によっては、市町村が対応できないこともありますので、あらかじめご了承ください。

〔埼玉県内の相談窓口一覧（令和3年12月1日現在）〕

| 市町村名 | 相談窓口 | 電話番号 | 備考（対応可能な相談等） |
|------|------------------------------|------------------------------|--|
| 熊谷市 | 長寿生きがい課 | 048-524-1111 (内線272, 280) | 成年後見市長申立てに関する こと |
| 川口市 | 長寿支援課支援係 | 048-259-7652 | |
| 行田市 | 高齢者福祉課(地域包括ケア担当) | 048-556-1111 (内線278, 338) | |
| 秩父市 | 高齢者介護課 | 0494-25-5205 | |
| 所沢市 | 高齢者支援課 | 04-2998-9120 | 各圏域に設置されている地域 包括支援センターでも対応し ております。内容によっては対 応できない場合もあります。 |
| 飯能市 | 介護福祉課 地域包括ケア担当 | 042-973-3753 | |
| 加須市 | 高齢者相談センター（地域包括 支援センター）6か所 | (備考欄参照) | 各センターの担当地域や連絡 先等については、加須市ホーム ページをご確認ください。 (https://www.city.kazo.lg.jp/kurashi/soudan/shimin_soudan/13701.html) |
| 本庄市 | 地域福祉課長寿いきがい係 | 0495-25-1142 | |
| 狭山市 | 長寿安心課 福祉・いきがい支援担当 | 04-2953-1111 (内線 1571) | |
| 羽生市 | 高齢介護課 | 048-561-1121 | |
| 鴻巣市 | 福祉課（高齢者福祉担当） | 048-541-1321 (内線 2684) | |
| 深谷市 | 長寿福祉課 長寿福祉係 | 048-571-1211 | ①緊急の連絡先、②入所の手続、 ③入所中に必要な物品の準備、 ④入所の費用、⑤退所の支援、 ⑥死亡時の対応に関すること |
| 草加市 | 長寿支援課 相談支援係 | 048-922-1281 | |
| 越谷市 | 地域包括ケア課 | 048-963-9163 | |
| 戸田市 | 健康長寿課（高齢者支援担当） | 048-441-1800 | |
| 朝霞市 | 長寿はつらつ課 高齢者支援係 | 048-463-1921 (直通) | |

| | | | |
|-------|---------------------------|---------------------------|--------------------------|
| 和光市 | 長寿あんしん課 | 048-464-1111 (代表) | 施設入所に関すること |
| 新座市 | 長寿はつらつ課 安心サポート係 | 048-424-9611 | 成年後見制度 身元保証支援サービスの案内等 |
| 桶川市 | 高齢介護課 | 048-788-4940 | 65歳以上の方 |
| | 障害福祉課 | 048-788-4936 | 障害者手帳をお持ちの方 |
| | 社会福祉課 | 048-788-4933 | 上記以外の方 |
| 北本市 | 高齢介護課 | 048-594-5539 | |
| 八潮市 | 長寿介護課 地域包括ケア推進係 | 048-996-2111 (内線 448) | |
| 富士見市 | 高齢者福祉課 | 049-252-7108 | |
| 三郷市 | 長寿いきがい課 地域包括係 | 048-930-7793 | |
| 蓮田市 | 在宅医療介護課 | 048-768-3111 | |
| 幸手市 | 介護福祉課 (高齢福祉担当) | 0480-42-8438 | |
| 吉川市 | 長寿支援課 高齢福祉係 | 048-982-5118 | |
| ふじみ野市 | 高齢福祉課 地域支援係 | 049-262-9038 | |
| 伊奈町 | 福祉課 | 048-721-2111 (内線 2126) | |
| 毛呂山町 | 高齢者支援課高齢者福祉係 (地域包括支援センター) | 049-295-2112 | |
| 越生町 | 健康福祉課 高齢者介護担当 | 049-292-3121 | 介護保険に関すること |
| | 地域包括支援センター | 049-292-5505 | 高齢者の生活・介護のサービスに関すること |
| 滑川町 | 健康福祉課 高齢者福祉担当 | 0493-56-2211 (内線 264) | |
| 川島町 | 健康福祉課福祉グループ | 049-299-1756 | |
| 吉見町 | 長寿福祉課包括支援係 | 0493-53-0370 | |
| 横瀬町 | 健康づくり課 | 0494-25-0116 | |
| 皆野町 | 福祉課 | 0494-62-1233 | |
| 長瀨町 | 地域包括支援センター | 0494-66-3115 | |
| 小鹿野町 | 福祉課 | 0494-75-4421 | 入退所(院)の支援に関すること |
| 神川町 | 保険健康課 地域包括支援センター | 0495-74-1155 | |
| 上里町 | 高齢者いきいき課 地域包括支援係 | 0495-35-1221 (代表) | どちらでも対応可 |
| | 町民福祉課 社会福祉係 | | |
| 宮代町 | 健康介護課 高齢者支援担当 | 0480-34-1111 (内線 384) | |
| 杉戸町 | 高齢介護課 地域包括支援センター担当 | 0480-33-1111 | 退院、退所の支援に関すること |

(注)1 表に記載のない市町村は、調査時点において相談窓口は未定となっています。

2 この情報は、調査時点(令和3年12月1日現在)のものであり、組織改編などにより窓口が変わっている場合がありますので、詳しくは相談先の市町村に確認してください。

事例 9-2 市区町村が主体となり、ガイドラインの作成や会議を開催している例

1. 身寄りのない人への支援に関する独自のガイドラインを作成し、関係者と連携して対応に当たっている例（新潟県魚沼市）

取組の概要

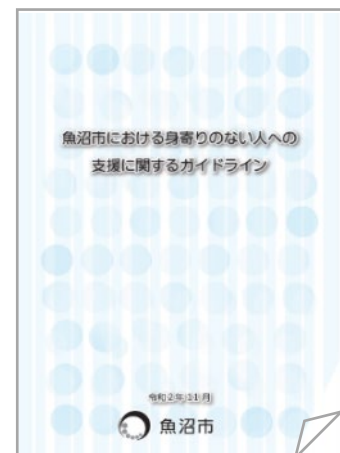
- ◇ 魚沼市（以下「市」という。）は、令和2年11月に「魚沼市における身寄りのない人への支援に関するガイドライン」（以下「魚沼市ガイドライン」という。）を作成
- ◇ 魚沼市ガイドラインの目的は、「地域の共通のルールを示すことにより、①身寄りのない人がスムーズに医療や介護、福祉、その他のサービスが受けられること、②本人の権利を擁護し、その人に関わる支援者の不安や負担を軽減すること」
- ◇ 市は、魚沼市ガイドラインを活用し、身寄りのない高齢者等への入院・入所等の際し、市と関係機関・団体等がお互いの役割を確認しながら、連携して支援を実施

ガイドライン作成の経緯

- 平成30年度 市の地域支援事業（権利擁護事業）を市社協に委託
- 平成31年2月 事業の一環として、「身寄りなし問題を考える」研修会を開催
→ 参加者から「もっと深く勉強したい」との声あり
- 令和元年度 連続勉強会を開催（全5回開催、延べ227人参加）
→ 魚沼市ガイドラインの策定へ
- 令和2年1月～ 魚沼市ガイドラインの策定開始
※ 策定には、市のほか、新潟県、市医師会及び市社協、病院、特別養護老人ホーム等、多岐にわたる関係機関・団体が参画
- 令和2年11月 魚沼市ガイドラインを発行

魚沼市ガイドラインの概要

- ・ 魚沼市ガイドラインは、次の項で構成されている。
 1. 目的
 2. 基本的な考え方
 3. 身寄りがないことで起こりうる問題
 4. 身寄りがない人への具体的な対応
 - (1) 在宅時に起こる問題
 - (2) 入院・入所から退院・退所までに起こる問題
 5. おわりに



(注) 「魚沼市における身寄りのない人への支援に関するガイドライン」から抜粋

<https://www.city.uonuma.niigata.jp/docs/2020112000031>

ガイドライン作成の効果

◇ 市担当者の見解

<作成前>

当市では、魚沼市ガイドラインの作成前から、身寄りのない高齢者等への支援が必要な場合には、ケースごとに関係者が集まって対応を検討していた。しかし、特に明文化したルールなどはなかったため、必ずしもスムーズに検討できないこともあった。

<作成後>

- ・ 魚沼市ガイドラインを作成したことで、必要な対応のイメージが明確になり、関係者の中で共通認識が持てるようになったため、スムーズに検討が進められるようになった。

<現状>

- ・ 現在、支援が必要な事例が生じたときには、関係者に「集まって役割分担を整理しよう」と声をかけ、関係者でカンファレンスを行っている。
関係者は、当市、市社協、病院、地域包括支援センターの職員が基本となり、そこに個別のケースに応じて保健師や民生委員などが加わることが多い。
- ・ 魚沼市ガイドラインが完成した際には、市社協が関係者向けに「魚沼市ガイドラインを活用した事例研修会」を開催してくれたので、関係者間の共通理解を進めることができた。
また、これまでに支援の実例が蓄積してきたため、チームとしてどう動けばいいかが具体的に
なってきた。

今後の展開（予定）

◇ 市担当者の説明

- ・ これまでは病院との連携が中心となっていたが、蓄積されたノウハウを活かし、今後は施設との連携も更に拡大していきたい。
- ・ 施設でもっと魚沼市ガイドラインを活用してもらえるように、内容や体裁の見直しを図る予定である。
- ・ 実際に使ってみて使いにくい箇所を洗い出し、修正版を作成したい。

関係者等との連携について

◇ 市担当者の見解

- ・ 身寄りのない高齢者等を支援するには、関係者がチームで対応する必要がある。そのためには、支援に関わる人と人との関係づくりが大切だと感じている。
- ・ 担当者一人ではできないことでも、関係者が皆で知恵を絞れば、その人に寄り添い、その人の希望に沿った支援を行えるのではないかと。
- ・ また、個々の担当者が、様々な研修会などに参加して知識を深め、能力向上を図ることも大事であると思っている。

2. 複数の市町と医療機関が定期的な連絡会を開催し、情報共有と連携強化を図っている例 (鴻巣保健所管内の市町など)

取組の概要

- ◇ 埼玉県鴻巣保健所管内の5市町（鴻巣市、上尾市、桶川市、北本市及び伊奈町）は、令和元年5月に「身寄りのない高齢者等への円滑な医療・保健・福祉サービス提供連絡会」（以下「連絡会」という。）の第1回会議を開催
- ◇ 連絡会は、構成員の5市町のほか、管内の中核的な2病院（地域医療支援病院）及び県の関係部局の担当者が一堂に会する会議を定期的に行い、関係市町と医療機関の情報共有や対応事案のケーススタディ等を実施

開催の経緯

1. 「身寄りのない高齢者等への円滑な医療・保健・福祉サービス提供体制の整備検討会」の開催 (平成30年3月～同年12月)

- ◇ 連絡会の設立は、平成29年度に鴻巣保健所が設立した「身寄りのない高齢者等への円滑な医療・保健・福祉サービス提供体制の整備検討会」（以下「検討会」という。）が契機となっている。
- ◇ 検討会の概要は、次表のとおり

| | 概要 |
|--------|--|
| 設立の経緯 | <ul style="list-style-type: none"> ・ 病院、市町との意見交換で、病院は、市町の権限を越える要望（入院時の保証人になってほしい等）があり、市町は、「所管以外の業務の要求を懸念」、「役所内の所管が不明」などの意見があることが判明 ⇒ 相互理解がされておらず、連携関係が作られていない状況と判断 ・ 病院と市町が共通目的を確認し、問題事例を基にケーススタディを行い、双方が、何ができるのか、何ができないのか、どうすれば問題を解決できるのかを検討する場を作ることを提案 |
| 開催時期 | 平成30年3月26日から同年12月26日まで（毎月1回開催（計9回）） |
| 出席者 | <ul style="list-style-type: none"> ・ 鴻巣保健所管内の5市町及び2病院（上尾中央総合病院及び北里大学メディカルセンター） ・ 埼玉県（医療整備課、福祉政策課、東部中央福祉事務所、鴻巣保健所） |
| 主な検討内容 | <p>出席者から提供された支援困難事例に内在する検討課題について、次回の検討会で解決策を検討</p> <p>（検討課題の例）</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 身寄りのない患者死亡時の市町村の連絡先窓口は決まっているか ・ 市町村が閉庁時の対応はどうするか ・ 身寄りがない場合でも協力が得られない場合の対応 など |
| 検討会の成果 | <ol style="list-style-type: none"> ① 検討会の内容をまとめ、平成31年3月に報告書を作成 （掲載先 https://www.pref.saitama.lg.jp/b0705/miyori.html） ② 管内の医師会あてに依頼文書（医療機関における身寄りのない高齢者等の円滑な入院措置について）を发出 ③ 連絡会の設立（後述2参照） |

（注）検討会報告書及び鴻巣保健所の調査結果に基づき、当局が作成した。

2. 連絡会の設立、開催（令和元年5月～）

◇ 検討会は平成30年12月で終了したが、会議の中で、参加者から「連携のための関係づくりの場は今後もあった方がよい」との意見が出されたことを契機に、参加5市町による連絡会を設立し、取組が継続されることとなった。

◇ 連絡会の概要は、次表のとおり

| | 連絡会の概要 |
|--------|---|
| 主な所掌事項 | ① 関係市町の関係部門と医療機関等（以下「関係機関」という。）の情報共有 ② 関係機関のそれぞれが行う取組の相互理解の推進 ③ 関係者相互による「顔の見える関係」の形成 ④ 関係機関による個別事案を踏まえたケーススタディ |
| 構成員 | 5市町の福祉部門及び保健部門、上尾中央総合病院、北里大学メディカルセンター、その他（オブザーバーとして鴻巣保健所など） |
| 運営方法 | ・連絡会の庶務は、関係市町の1年ごとの輪番制（令和3年度は桶川市） ・連絡会は、年2回程度開催 |

（注）連絡会設置趣意書案（検討会報告書に掲載）に基づき、当局が作成した。

◇ 連絡会は、令和2年度は新型コロナウイルス感染症対策の影響で未開催となったものの、3年度は令和3年4月19日に第1回連絡会を開催

第1回連絡会では、各構成員から提出された市町の対応等に関する議題について意見が交わされた。

検討会・連絡会の成果

◇ 検討会及び連絡会を開催したことの成果又は効果について、参加機関の担当者は、次表のとおり評価している。

表 検討会及び連絡会の成果（又は効果）について

| 機関名 | 担当者の見解 |
|-------|--|
| 鴻巣保健所 | （検討会報告書から抜粋（P153～）） ① 病院の負担について市町が理解できたこと ② 病院と市町の双方がお互いにできることできないことと、双方ともできないことが確認できたこと ③ 病院と市町福祉部局との「顔の見える関係」を作り始められたこと |
| 上尾市 | 関係機関との連携強化が図られた。他市町の担当者とも顔の見える関係ができ、何かあれば相談しやすいのがメリットである。 |
| 桶川市 | ・ 当市では、検討会で、「役所の中でも所管が不明」、「どこに相談したら良いかわからない」等の課題を認識したことを契機に、庁内の連携体制を見直した。 現在は、関係課のどこが高齢者本人や病院・施設からの相談を受けても良いように、部署間で情報共有と連携を図っている。 ・ 連絡会では、参加部局の名簿を作成、共有しており、担当者が代わってもスムーズな関係構築に役立っていると思う。 |

（注）1 当局の調査に基づき作成した。

2 上記のほか、関係する病院1か所は、「市町と病院の担当者が顔の見える関係になれたため、相談しやすくなり信頼関係ができた。」と評価している。

連絡会の設立・開催について

仮に、連絡会のような組織をほかの地域で設立する場合の工夫や留意点について、連絡会の構成市町のうち2市の担当者から意見を聴取した結果は、次表のとおりである。

表 連絡会を開催する際の工夫、留意点について

| | 担当者の見解 |
|-----|---|
| 上尾市 | 行政機関と医療機関がお互いできることを明確化するために、市町村だけの会にするのではなく、医療機関には必ず参加してもらった方がよい。それにより相互理解が進み、顔の見える関係が構築できると思う。 |
| 桶川市 | まずは、役場内の関係部署同士が顔の見える体制を構築することが重要であると思う。その上で、関係する医療機関等と連携していくのがスムーズで良いのではないか。 |

(注) 1 当局の調査結果に基づき作成した。

2 連絡会の構成5市町の中から、単身高齢世帯数が最も多い上尾市及び本年度の幹事である桶川市の意見を聴取した。



事例 9-3 元気なうちから入院・入所や死亡後の備えを考える機会を住民に提供している例

1. 入院・入所の前から、医療や介護の希望等を考える機会を提供している例（埼玉県上尾市）

取組の概要

上尾市では、65歳以上の単身高齢者世帯の実態調査を毎年実施しており、高齢者世帯の緊急連絡先を把握し、緊急時の見守り活動に役立てている。

令和元年度からは、当該単身高齢者など、市内在住の高齢者が安心して医療と介護が受けられるよう、自分の情報を家族や支援者と情報共有するための「わたしノート」の配布事業を実施している。



「わたしノート」の目的

「わたしノート」は、市内に在住する主に一人暮らしの高齢者が、安心して医療と介護の支援を受けるため、自分の情報を支援者などと情報共有することを目的としている。

また元気なうちから、自分らしい、自分の望む療養を受けるために家族や支援者と話し合うきっかけづくりも目的の一つとなっている。

ノートは、必要なときに医療従事者や介護関係者が確認できるように、健康保険証や診察券、介護保険証を入れるカバーとセットで配布し、携行してもらうことを想定したデザインになっている（A5判19ページ）。

「わたしノート」の内容

「わたしノート」には、「わたしのこと」として、①住所・氏名などの基本情報、②緊急連絡先、③病歴や介護サービスの状況などの記入欄のほか、「これからのこと」として、①医療介護の希望、②余命告知や延命治療に対する考えなどを記入する欄が設けられている。

また、成年後見制度の説明（コラム）も掲載されている。

市担当者のコメント

- ・ 「わたしノート」を正しく使っていただくため、地域包括支援センター又は出前講座で詳しい使い方を説明した上で配布するようにしている。
- ・ 単身高齢者の場合、同居家族がいれば知っていることも分からない場合があるので、ノートを書くことで将来を考える機会にしてもらいたい。
- ・ また上手く自分の意思を示せないときに誰に連絡を取ればよいのか、どうしてほしいのかを伝える道具としてもご活用してもらいたい。
- ・ 現在、当市の入退院支援ルールを検討中であり、将来的には「わたしノート」を支援ルールの中に組み込んでいきたいと考えている。