

## 参考資料 目次

### 【国への要望】

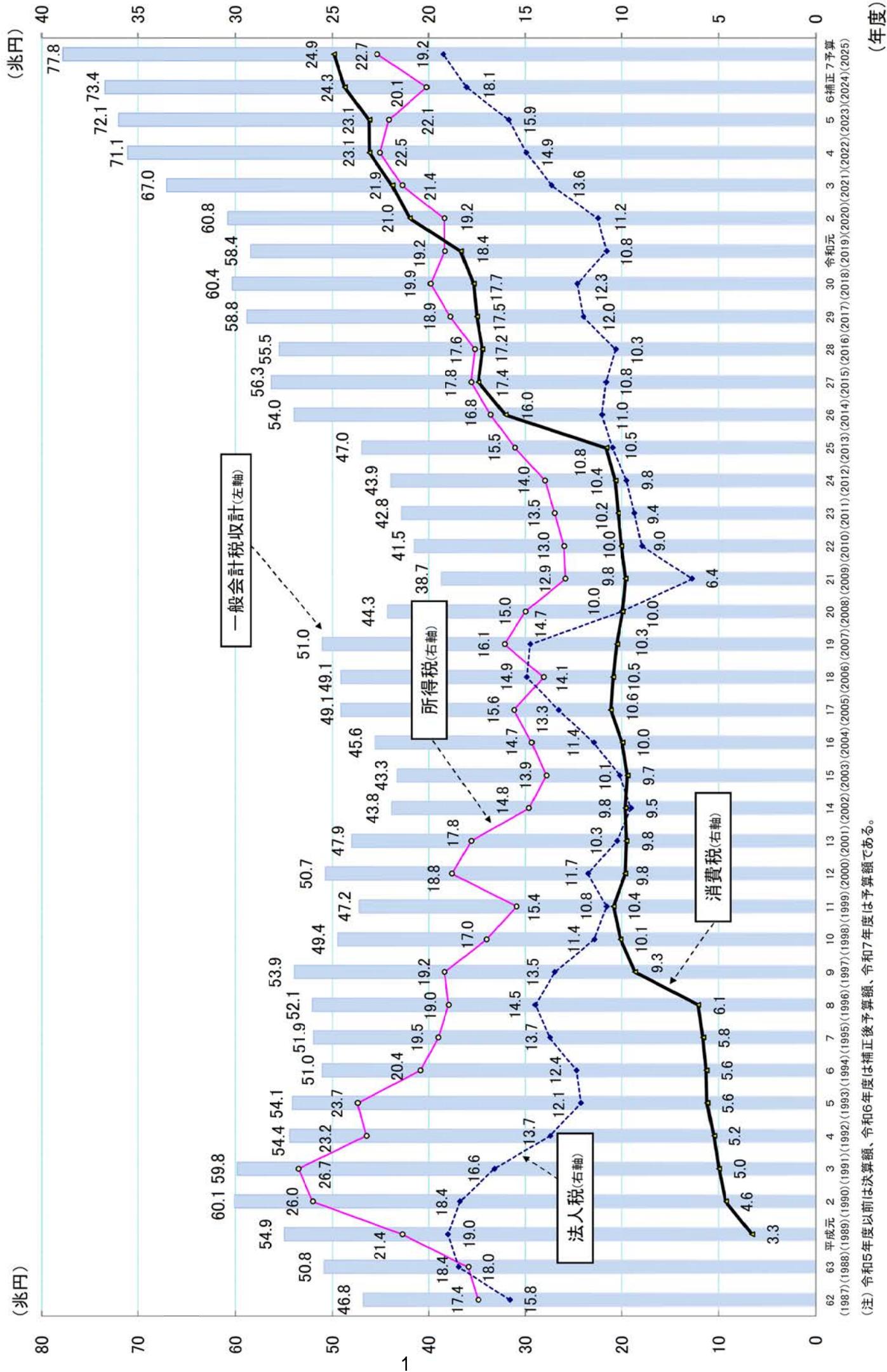
ページ	参考資料名	要望項目【要望書のページ】
1	「一般会計税収の推移」（財務省ホームページ）	1 極めて厳しい病院経営の改善を図り、持続可能な地域医療体制を構築するための社会保障関係費のあり方の見直し【1】
2	「令和7年度租税及び印紙収入予算（修正後）」（財務省ホームページ）	
3	「社会保障費の推移（内閣官房 第11回全世代型社会保障構築本部 令和6年11月8日 参考資料 ※抜粋）」	
4	「賃上げに係る評価の全体像 ベースアップ評価料」（令和6年度診療報酬改定の概要 厚生労働省※抜粋）」	2－（1）コスト上昇に見合う診療報酬への適正な反映【3】 2－（2）医療人材の確保・配置・育成への適正な評価～特に、ベースアップ評価料の問題点について～【4】
5	「医療DX推進体制整備加算及び在宅医療DX情報活用加算の見直し」（中医協総－8－3 7 1 29 ※抜粋）」	2－（3）医療DXに対応するための整備費用負担への支援【5】
6	「2024年度（令和6年度）診療報酬改定の影響等に関するアンケート結果 地域包括医療病棟への転換」（福祉医療機構（WAM） 2024年12月26日 ※抜粋）」	2－（4）地域包括医療病棟の施設基準の見直し【6】
7	「地域医療介護総合確保基金の執行状況、令和5年度交付状況等及び令和6年度内示状況について（報告）地域医療介護総合確保基金（医療分・全体）の都道府県別累積執行状況（平成26年度～令和4年度交付分）【全体】・【区分VI】勤務医の労働時間短縮に向けた体制の整備に関する事業」（第21回医療介護総合確保促進会議 令和7年3月3日 ※抜粋）」	3－（1）地域医療介護総合確保基金の抜本的な見直し【11】
9	「身寄りがなく判断能力が不十分又は喪失した人への入院中に行う相談支援（ソーシャルワーク）に関するアンケート」についての報告（第43回神奈川県病院学会誌 神奈川県医療ソーシャルワーカー協会 佐野会長 2024年9月19日発表 ※抜粋）」	3－（5）高齢単身世帯の増加など、身寄りがなく、認知症や病気や障害により判断能力が不十分又は喪失した人への医療費支払等に係る相談支援の問題解決に向けた取り組みについて【16】

### 【県への要望】

ページ	参考資料名	要望項目【要望書のページ】
9	「身寄りがなく判断能力が不十分又は喪失した人への入院中に行う相談支援（ソーシャルワーク）に関するアンケート」についての報告（第43回神奈川県病院学会誌 神奈川県医療ソーシャルワーカー協会 佐野会長 2024年9月19日発表 ※抜粋）」	2 身寄りのない人で、認知症や病気または障害により判断能力が不十分又は喪失した人への医療費等対策費（基金）の創設について【22】
18	令和6年神奈川県議会第3回定例会（前半）本会議 一般質問（知事答弁）田中信次議員（自民党、横浜市泉区）令和6年9月20日（金）「身寄りがなく、判断能力が不十分な人の成年後見制度の利用について」	



# 一般会計税収の推移

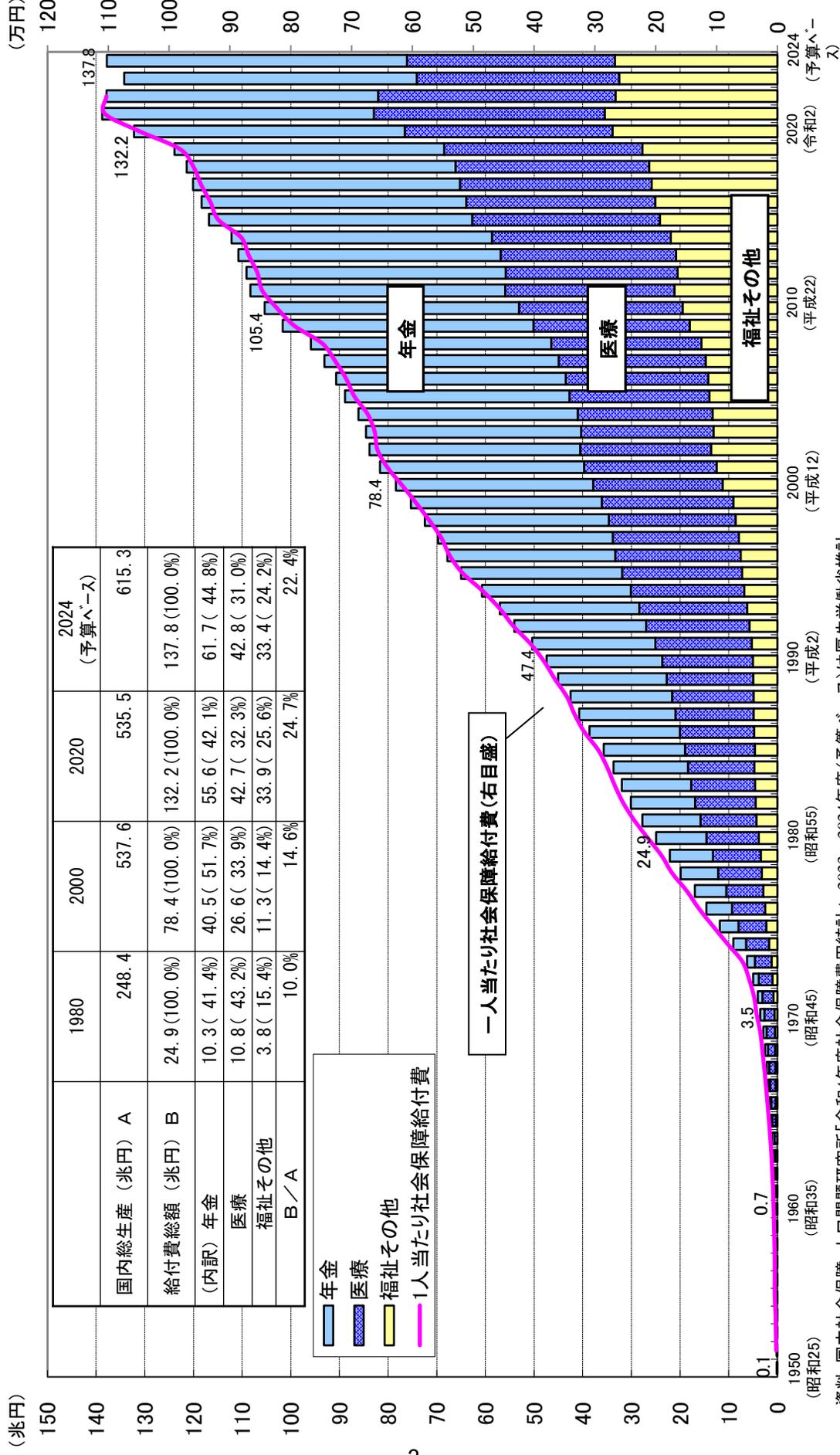


令和7年度租税及び印紙収入予算(修正後)

(単位:億円)

税目	前年度予算額		令和7年度			対前年度増減額	
	当初 (A)	補正後 (B)	予算額 (政府案) (C)	予算額 (修正後) (D)	対予算額(政府 案)増減額 (D-C)	対当初予算額 (D-A)	対補正後予算額 (D-B)
源泉所得税	141,600	157,920	188,080	182,290	△ 5,790	40,690	24,370
申告所得税	37,450	43,170	44,790	44,370	△ 420	6,920	1,200
(所得税計)	(179,050)	(201,090)	(232,870)	(226,660)	(△ 6,210)	(47,610)	(25,570)
法人税	170,460	180,540	192,450	192,450	—	21,990	11,910
相続税	32,920	33,870	34,610	34,610	—	1,690	740
消費税	238,230	243,430	249,080	249,080	—	10,850	5,650
酒税	12,090	12,090	11,740	11,740	—	△ 350	△ 350
たばこ税	9,480	9,480	9,530	9,530	—	50	50
揮発油税	20,180	20,180	19,760	19,760	—	△ 420	△ 420
石油ガス税	40	40	40	40	—	0	0
航空機燃料税	320	320	400	400	—	80	80
石油石炭税	6,060	6,060	6,010	6,010	—	△ 50	△ 50
電源開発促進税	3,110	3,110	3,070	3,070	—	△ 40	△ 40
自動車重量税	4,020	4,020	4,070	4,070	—	50	50
国際観光旅客税	440	440	490	490	—	50	50
関税	9,170	9,170	9,890	9,890	—	720	720
とん税	90	90	90	90	—	0	0
印紙収入	10,420	10,420	10,300	10,300	—	△ 120	△ 120
一般会計分計	696,080	734,350	784,400	778,190	△ 6,210	82,110	43,840

# 社会保障給付費の推移



資料：国立社会保障・人口問題研究所「令和4年度社会保障費用統計」、2023～2024年度(予算ベース)は厚生労働省推計、2024年度の国内総生産は「令和6年度の経済見通しと経済財政運営の基本的態度(令和6年1月26日閣議決定)」

(注) 図中の数値は、1950,1960,1970,1980,1990,2000,2010,2020及び2024年度(予算ベース)の社会保障給付費(兆円)である。

# 賃上げに係る評価の全体像

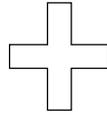
## ベースアアップ評価料

看護職員、病院薬剤師その他の医療関係職種（40歳未満の勤務医師・勤務歯科医師・勤務薬剤師・薬局の勤務薬剤師、事務職員、事務職員、歯科技工所等で従事する者を除く）について賃上げを実施していくための評価

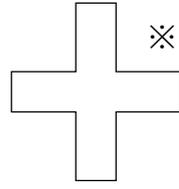
### ① 外来・在宅医療の患者に係る評価、訪問看護ステーションの利用者に係る評価

外来・在宅ベースアアップ評価料(I)、歯科外来・在宅ベースアアップ評価料(I)、訪問看護ベースアアップ評価料(I)  
 ・ 届け出が必要、初再診料等に評価を上乗せ（区分は設けない）

**(新) 外来・在宅ベースアアップ評価料 (I) 初診時 6点 再診時 2点 等**



※ ①による対象職員の賃上げが、一定の水準（給与総額の1.2%増）に達しないと見込まれる無床診療所、訪問看護ステーションのみ



※ 入院に携わる職員のための評価

病院、有床診療所

### ①' 賃金増率が低い場合の①への上乗せ評価

外来・在宅ベースアアップ評価料(II)、歯科外来・在宅ベースアアップ評価料(II)、訪問看護ベースアアップ評価料(II)  
 ・ 一定の水準（対象職員の給与総額の1.2%）に達するため、評価の区分（8区分）を計算し、届出を行った施設について、①の評価へ上乗せ

**(新) 外来・在宅ベースアアップ評価料(II) 等**

### ② 入院患者に係る評価

入院ベースアアップ評価料

・ 必要な評価の区分（165区分）を計算し、届出を行った施設について、入院料等に評価を上乗せ

**(新) 入院ベースアアップ評価料（1日につき）**

1	入院ベースアアップ評価料1	1点
2	入院ベースアアップ評価料2	2点

↓  
**165 入院ベースアアップ評価料165 165点**

・ 対象職員の賃上げの計画及び実績について、毎年報告

・ ベースアアップ評価料においては、算定した評価は、対象職員の賃上げ（ベースアアップ等）に用いる必要（令和6年度から令和7年度への繰り越しは可）

## 初再診料、入院基本料等の引き上げ

40歳未満の勤務医師・勤務歯科医師・薬局の勤務薬剤師、事務職員、歯科技工所等で従事する者の賃上げに資する措置

・ 賃上げの計画及び毎年の実績（各年）についてベースアアップ評価料①～②に伴う報告や抽出調査等により把握

# 医療DX推進体制整備加算及び在宅医療DX情報活用加算の見直し

## 令和6年10月 ～ 令和7年3月

- 医療DX推進体制整備加算1 11点
- 医療DX推進体制整備加算1 (歯科) 9点
- 医療DX推進体制整備加算1 (調剤) 7点

(※) 初診時に所定点数を加算  
 [施設基準 (医科医療機関)] (要旨)  
 (4) 電子処方箋を発行する体制を有していること。  
 (経過措置 令和7年3月31日まで)

- 医療DX推進体制整備加算2 10点
- 医療DX推進体制整備加算2 (歯科) 8点
- 医療DX推進体制整備加算2 (調剤) 6点

[施設基準 (医科医療機関)] (要旨)  
 (4) 電子処方箋を発行する体制を有していること。  
 (経過措置 令和7年3月31日まで)

- 医療DX推進体制整備加算3 8点
- 医療DX推進体制整備加算3 (歯科) 6点
- 医療DX推進体制整備加算3 (調剤) 4点

[施設基準 (医科医療機関)] (要旨)  
 (4) 電子処方箋を発行する体制を有していること。  
 (経過措置 令和7年3月31日まで)

### 医療DX推進体制整備加算

## 令和7年4月 ～

- 医療DX推進体制整備加算1 (医科) 12点 (歯科) 11点 (調剤) 10点
- 医療DX推進体制整備加算2 (医科) 11点 (歯科) 10点 (調剤) 8点
- 医療DX推進体制整備加算3 (医科) 10点 (歯科) 8点 (調剤) 6点

[施設基準 (医科医療機関)] (要旨)  
 (4) 電子処方箋管理サービスに処方情報を登録できる体制 (原則として院外処方を行う場合には電子処方箋又は引換番号が印字された紙の処方箋を発行すること) を有していること。

- 医療DX推進体制整備加算4 (医科) 10点 (歯科) 9点
- 医療DX推進体制整備加算5 (医科) 9点 (歯科) 8点
- 医療DX推進体制整備加算6 (医科) 8点 (歯科) 6点

[施設基準 (医科医療機関)] (要旨)  
 (※) 電子処方箋要件なし

### マイナ保険証利用率 (注) 利用率は通知で規定

適用時期	令和6年10～12月	令和7年1～3月	令和7年4～9月
利用率実績	令和6年7月～	令和6年10月～	令和7年1月～ <sup>※2</sup>
加算1・4	15%	30%	45%
加算2・5	10%	20%	30%
加算3・6	5%	10%	15% <sup>※1</sup>

※1 小児科外来診療料を算定している医療機関であって、かつ前年 (令和6年1月1日から同年12月31日) の延外来患者数のうち6歳未満の患者の割合が3割以上の医療機関においては、令和7年4月1日から同年9月30日までの間に限り、「15%」とあるのは「12%」とする。  
 ※2 適用時期の3月前のレセプト件数ベースマイナ保険証利用率を用いる。  
 ※3 令和7年10月以降のマイナ保険証利用率の実績要件は、附帯意見を踏まえ、本年7月を目的に検討、設定。

## 令和6年6月 ～ 令和7年3月

- 在宅医療DX情報活用加算 (※) 10点
- 在宅医療DX情報活用加算 (歯科訪問診療料) 8点

(※) 在宅患者訪問診療料 (I) の1、在宅患者訪問診療料 (I) の2、在宅患者訪問診療料 (II) 及び在宅がん医療総合診療料を算定する患者が対象  
 [施設基準 (医科医療機関)] (要旨)  
 (4) 電子処方箋を発行する体制を有していること。  
 (経過措置 令和7年3月31日まで)

### 在宅医療DX情報活用加算

## 令和7年4月 ～

- 在宅医療DX情報活用加算1 (医科) 11点 (歯科訪問診療料) 9点

[施設基準 (医科医療機関)] (要旨)  
 (4) 電子処方箋管理サービスに処方情報を登録できる体制 (原則として院外処方を行う場合には電子処方箋又は引換番号が印字された紙の処方箋を発行すること) を有していること。

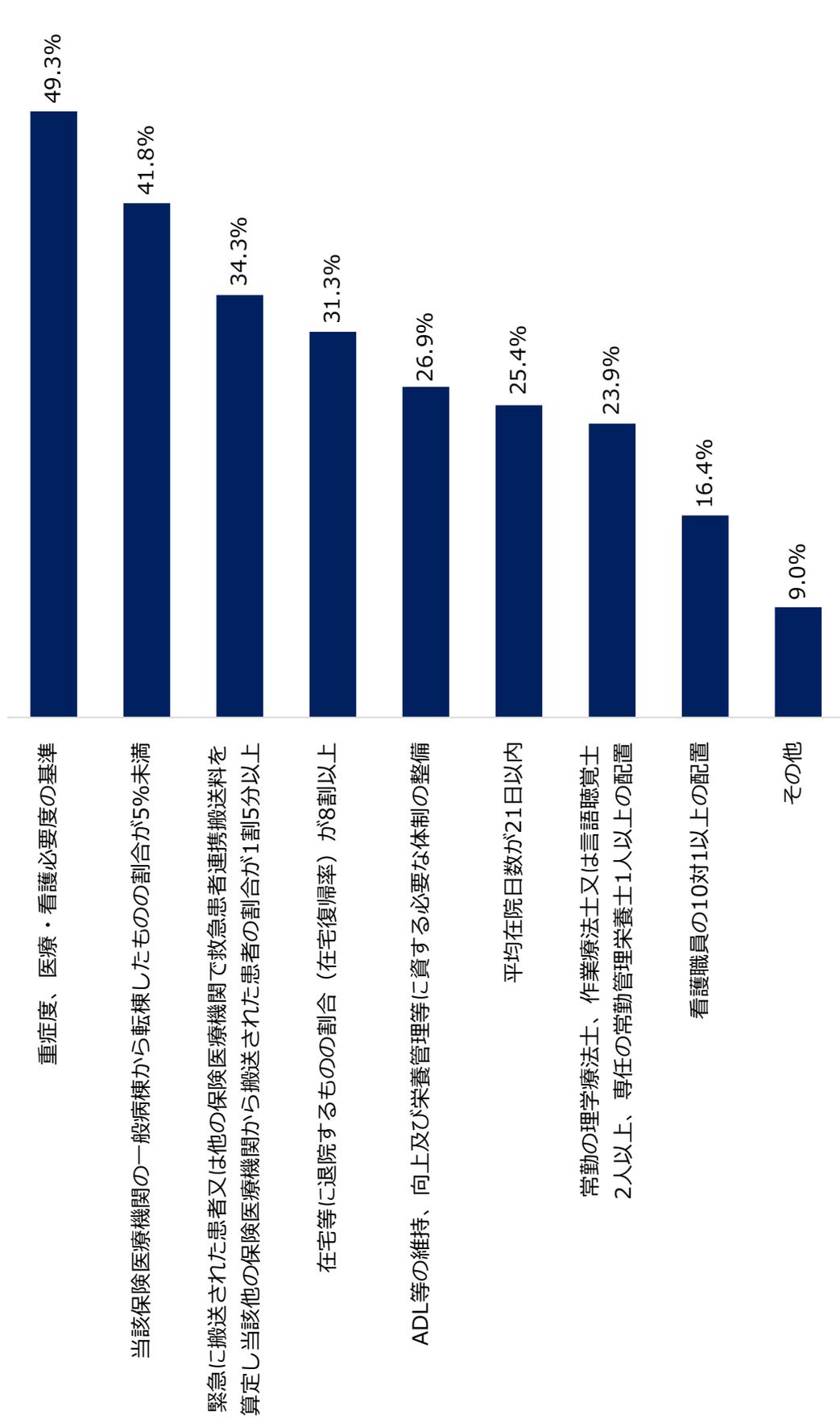
- 在宅医療DX情報活用加算2 (医科) 9点 (歯科訪問診療料) 8点

[施設基準 (医科医療機関)] (要旨)  
 (※) 電子処方箋要件なし

# 地域包括医療病棟への転換

(地域包括医療病棟へ「今後転換する予定」・「転換を検討しているが、満たすことが難しい施設基準がある」・「転換に関心はあるが、具体的な計画はしていない」と回答した病院)  
(最大3つまで選択 | n=67)

## 地域包括医療病棟へ転換するにあたり、満たすことが難しい施設基準



# 地域医療介護総合確保基金（医療分・全体）の都道府県別累積執行状況 （平成26年度～令和4年度交付分）

## 【全体分】

※括弧内は国費

都道府県	a. 交付額	b. 執行額	執行率 b/a	参考：執行（予定）額	都道府県	a. 交付額	b. 執行額	執行率 b/a	参考：執行（予定）額
01 北海道	289.1 (195.8)	259.5 (175.5)	89.8%	289.3 (195.9)	25 滋賀県	85.4 (57.0)	76.5 (51.0)	89.6%	85.5 (57.0)
02 青森県	137.4 (92.3)	77.4 (52.3)	56.4%	136.5 (91.7)	26 京都府	193.0 (128.7)	155.3 (103.5)	80.5%	193.0 (128.7)
03 岩手県	106.0 (70.7)	97.3 (64.9)	91.8%	104.6 (69.7)	27 大阪府	468.4 (315.2)	327.5 (219.0)	69.9%	468.4 (315.2)
04 宮城県	126.3 (84.7)	104.5 (70.2)	82.8%	125.5 (84.2)	28 兵庫県	356.4 (241.7)	281.0 (191.4)	78.9%	356.5 (241.7)
05 秋田県	145.3 (97.2)	101.3 (67.7)	69.7%	141.1 (94.5)	29 奈良県	81.5 (54.7)	64.9 (43.4)	79.6%	81.5 (54.7)
06 山形県	94.2 (62.9)	62.7 (41.8)	66.5%	91.4 (61.0)	30 和歌山県	77.3 (52.3)	44.4 (30.0)	57.4%	76.6 (51.8)
07 福島県	142.9 (95.7)	117.3 (78.6)	82.1%	135.5 (90.7)	31 鳥取県	102.1 (68.0)	80.9 (53.9)	79.3%	100.8 (67.2)
08 茨城県	242.2 (161.8)	165.1 (110.3)	68.2%	231.8 (154.9)	32 島根県	124.5 (83.2)	104.7 (70.0)	84.1%	124.5 (83.2)
09 栃木県	118.6 (79.6)	108.2 (72.4)	91.3%	112.5 (75.2)	33 岡山県	115.3 (77.2)	77.3 (51.9)	67.1%	115.4 (77.3)
10 群馬県	116.6 (78.4)	97.2 (65.3)	83.4%	113.6 (76.3)	34 広島県	191.9 (129.9)	149.2 (101.4)	77.7%	191.9 (129.9)
11 埼玉県	220.8 (147.2)	183.7 (122.5)	83.2%	218.4 (145.6)	35 山口県	122.3 (83.2)	100.6 (68.6)	82.2%	122.3 (83.2)
12 千葉県	268.1 (180.1)	219.3 (147.3)	81.8%	260.5 (174.8)	36 徳島県	148.5 (96.2)	117.6 (79.3)	79.2%	148.5 (99.9)
13 東京都	636.1 (425.0)	411.4 (274.7)	64.7%	586.3 (391.3)	37 香川県	85.5 (57.0)	67.8 (45.2)	79.4%	81.8 (54.6)
14 神奈川県	265.7 (177.1)	214.6 (143.1)	80.8%	265.8 (177.2)	38 愛媛県	164.8 (110.2)	97.1 (65.1)	58.9%	164.9 (110.3)
15 新潟県	163.8 (111.1)	126.9 (86.5)	77.5%	154.8 (105.1)	39 高知県	95.9 (64.6)	90.6 (61.1)	94.5%	95.2 (64.2)
16 富山県	88.7 (59.1)	60.9 (40.6)	68.7%	86.5 (57.7)	40 福岡県	296.1 (198.6)	236.3 (158.7)	79.8%	272.7 (183.1)
17 石川県	74.6 (49.7)	48.8 (32.5)	65.4%	74.2 (49.5)	41 佐賀県	72.7 (48.4)	54.1 (36.0)	74.4%	66.0 (44.0)
18 福井県	93.3 (62.4)	82.2 (55.0)	88.1%	90.2 (60.3)	42 長崎県	99.6 (68.0)	65.4 (45.2)	65.7%	99.6 (68.0)
19 山梨県	91.3 (61.0)	53.3 (35.6)	58.4%	87.0 (58.0)	43 熊本県	158.1 (106.8)	144.8 (98.0)	91.6%	158.1 (106.8)
20 長野県	102.0 (68.0)	90.8 (60.5)	89.0%	100.7 (67.2)	44 大分県	88.7 (60.0)	65.5 (44.3)	73.8%	81.5 (54.9)
21 岐阜県	113.8 (76.4)	108.2 (72.2)	95.0%	112.0 (75.0)	45 宮崎県	124.6 (83.6)	86.3 (57.9)	69.3%	124.6 (83.6)
22 静岡県	205.9 (137.7)	163.5 (109.4)	79.4%	206.0 (137.7)	46 鹿児島県	99.2 (68.0)	75.5 (52.2)	76.1%	98.8 (67.7)
23 愛知県	293.0 (196.5)	174.6 (117.4)	59.6%	293.0 (196.5)	47 沖縄県	124.5 (83.0)	102.9 (68.6)	82.7%	120.9 (80.6)
24 三重県	127.2 (85.5)	114.4 (76.6)	90.0%	115.6 (77.8)	合計	7,739.2 (5,195.4)	5,909.2 (3,968.7)	76.4%	7,562.0 (5,075.5)

※計数は、それぞれ四捨五入によっているので、端数において合計と合致しないものがある。

※執行額及び執行（予定）額には運用益が含まれている。

※執行率は公費ベースで計算している。

単位：億円

# 地域医療介護総合確保基金（医療分・区分VI）の都道府県別累積執行状況 （令和2年度～令和4年度交付分）

## 【区分VI】勤務医の労働時間短縮に向けた体制の整備に関する事業

都道府県	※括弧内は国費			参考：執行（予定）額	都道府県	※括弧内は国費			参考：執行（予定）額	単位：億円
	a. 交付額	b. 執行額	執行率 b/a			a. 交付額	b. 執行額	執行率 b/a		
01 北海道	2.2 (1.5)	1.8 (1.2)	79.4%	2.2 (1.5)	25 滋賀県	0.8 (0.5)	0.0 (0.0)	0.0%	0.8 (0.5)	
02 青森県	2.6 (1.7)	1.7 (1.1)	65.9%	1.7 (1.1)	26 京都府	5.8 (3.9)	2.7 (1.8)	46.0%	5.8 (3.9)	
03 岩手県	2.3 (1.5)	2.0 (1.3)	85.2%	2.0 (1.3)	27 大阪府	21.2 (14.2)	10.7 (7.1)	50.2%	21.2 (14.2)	
04 宮城県	1.2 (0.8)	1.1 (0.7)	96.0%	1.1 (0.7)	28 兵庫県	9.0 (6.0)	2.4 (1.6)	27.0%	9.0 (6.0)	
05 秋田県	1.0 (0.7)	0.0 (0.0)	0.0%	1.0 (0.7)	29 奈良県	0.5 (0.3)	0.5 (0.3)	100.0%	0.5 (0.3)	
06 山形県	0.4 (0.3)	0.1 (0.1)	34.7%	0.1 (0.1)	30 和歌山県	1.2 (0.8)	0.0 (0.0)	0.0%	1.2 (0.8)	
07 福島県	2.7 (1.8)	0.9 (0.6)	34.3%	0.9 (0.6)	31 鳥取県	1.1 (0.7)	1.0 (0.7)	90.9%	1.1 (0.7)	
08 茨城県	8.9 (6.0)	1.8 (1.2)	20.5%	1.8 (1.2)	32 島根県	2.1 (1.4)	0.7 (0.4)	31.1%	2.1 (1.4)	
09 栃木県	0.6 (0.4)	0.2 (0.2)	38.8%	0.2 (0.2)	33 岡山県	1.6 (1.0)	1.0 (0.6)	61.3%	1.6 (1.0)	
10 群馬県	0.9 (0.6)	0.3 (0.2)	28.2%	0.3 (0.2)	34 広島県	3.2 (2.2)	2.8 (1.9)	87.0%	3.2 (2.2)	
11 埼玉県	0.4 (0.3)	0.3 (0.2)	62.0%	0.4 (0.3)	35 山口県	0.6 (0.4)	0.2 (0.1)	28.0%	0.6 (0.4)	
12 千葉県	3.1 (2.1)	2.4 (1.6)	77.3%	2.4 (1.6)	36 徳島県	0.9 (0.6)	0.1 (0.1)	9.7%	0.9 (0.6)	
13 東京都	2.6 (1.7)	1.6 (1.0)	60.9%	1.6 (1.0)	37 香川県	1.5 (1.0)	0.6 (0.4)	41.0%	1.1 (0.7)	
14 神奈川県	8.8 (5.9)	2.9 (1.9)	33.2%	8.8 (5.9)	38 愛媛県	0.4 (0.3)	0.1 (0.1)	34.2%	0.4 (0.3)	
15 新潟県	1.0 (0.7)	0.4 (0.3)	39.3%	0.4 (0.3)	39 高知県	3.0 (2.0)	3.0 (2.0)	100.0%	3.0 (2.0)	
16 富山県	2.9 (2.0)	1.8 (1.2)	60.1%	1.8 (1.2)	40 福岡県	17.6 (11.7)	8.9 (5.9)	50.4%	8.9 (5.9)	
17 石川県	- (-)	- (-)	-	- (-)	41 佐賀県	0.7 (0.5)	0.3 (0.2)	38.5%	0.3 (0.2)	
18 福井県	0.4 (0.3)	0.1 (0.0)	13.9%	0.3 (0.2)	42 長崎県	0.7 (0.5)	0.3 (0.2)	42.0%	0.7 (0.5)	
19 山梨県	0.2 (0.1)	0.2 (0.1)	96.8%	0.2 (0.1)	43 熊本県	2.4 (1.6)	2.1 (1.4)	85.6%	2.4 (1.6)	
20 長野県	1.6 (1.0)	1.3 (0.9)	82.0%	1.3 (0.9)	44 大分県	2.1 (1.4)	1.3 (0.9)	62.3%	1.3 (0.9)	
21 岐阜県	- (-)	- (-)	-	- (-)	45 宮崎県	1.6 (1.1)	0.6 (0.4)	38.9%	1.6 (1.1)	
22 静岡県	6.4 (4.3)	3.9 (2.6)	60.5%	6.4 (4.3)	46 鹿児島県	2.0 (1.4)	2.0 (1.3)	98.7%	2.0 (1.3)	
23 愛知県	10.1 (6.7)	4.3 (2.9)	42.4%	10.1 (6.7)	47 沖縄県	0.4 (0.3)	0.0 (0.0)	0.0%	0.0 (0.0)	
24 三重県	0.2 (0.2)	0.1 (0.1)	42.4%	0.1 (0.1)	合計	141.1 (94.1)	70.2 (46.8)	49.8%	114.8 (76.6)	

※計数は、それぞれ四捨五入によっている。端数において合計と合致しないものがある。

※執行額及び執行（予定）額には運用益が含まれている。

※執行率は公費ベースで計算している。

## 「身寄りがなく判断能力が不十分又は喪失した人への入院中に行う相談支援（ソーシャルワーク）に関するアンケート」についての報告

◎佐野 晴美（JCHO横浜中央病院 一般社団法人神奈川県医療ソーシャルワーカー協会会長）  
 神奈川県医療ソーシャルワーカー協会「身寄りのない人への支援に関する実態調査」プロジェクトチーム  
 （福田 美香（東名厚木病院） 高橋 恭子（神奈川県立保健福祉大学）  
 宮原 学（横浜掖済会病院） 石川 綾子（綾瀬厚生病院））  
 神奈川県病院協会（会長 吉田 勝明 副会長 窪倉 孝道 常任理事 篠原 裕希）

### 【はじめに】

神奈川県医療ソーシャルワーカー協会は、神奈川県内の保健医療機関で働くソーシャルワーカーの会で、会員の資質向上と地位の確立を図ると共に、すべての人々の社会福祉の増進に寄与する事を目的として創設された。主な事業は、研修・研

究事業をはじめ6事業を行っている。毎年、研修事業の一つである「医療福祉講座」は、神奈川県病院協会の後援や共催を頂き開催している（資料1）。2021年度と2022年度の「医療福祉講座」は、身寄りがない人の急増にともない、「身寄りのない人への支援」をテーマにWEB研修を実施した。

### はじめに

一般社団法人 神奈川県医療ソーシャルワーカー協会とは  
 創設：1954年10月 一般社団法人化：2016年5月  
 目的：保健・医療・福祉分野におけるソーシャルワークの発展を期するため、保健医療機関で働くソーシャルワーカーを中心とする会員の資質の向上と地位の確立を図ると共に、すべての人々の社会福祉の増進に寄与する。  
 主事業：研修・研究事業、広報・出版事業、社会活動事業、公益活動推進事業、渉外活動、委員会活動

神奈川県病院協会  
 1980年～ 研修「医療福祉講座」の後援や共催

資料1

昨今、厚生労働省は、身寄りがないことを理由に入院や入所の拒否がないよう求める通知や通達を出し（資料2）、さらに、身寄りのない人への

支援に関するガイドラインを発出している（資料3）。

**身寄りがない人（身元保証人がいない人）に関する  
厚生労働省通知について**

2018年4月  
「**身元保証人がいないことのみを理由に**医療機関において入院を拒否することについて」入院による加療が必要にもかかわらず身元保証人がいないことのみを理由に、**医師が入院を拒否することは、医師法第19条第1項に抵触すると通知**

2018年8月  
「入院・入所希望者に**身元保証人等がないことは、サービス提供を拒否する正当な理由には該当しない**」介護施設等に対し通達

資料2

**厚生労働省が示しているガイドライン**

「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」  
2019年6月厚生労働省発出

「ガイドラインに基づく事例集」2022年8月厚生労働省発出

「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」抜粋

多くの医療機関が求めている「身元保証・身元引受等」の機能や役割（①緊急の連絡先に関すること②入院計画書に関すること③入院中に必要な物品の準備に関すること④入院費等に関すること⑤退院支援に関すること⑥（死亡時の）遺体・遺品の引き取り・葬儀等に関すること）について整理を行い、既存の制度やサービスの利用など「身元保証人・身元引受人等」がいないことを前提とした医療機関の対応方法を示すことによって、身寄りがいない場合にも医療機関や医療関係者が患者に必要な医療を提供することができるよう、また患者側も**身寄りがなくても安心して必要な医療を受けられるよう、ガイドラインをとりまとめました。**

ガイドラインでは、医療の現場における**成年後見人等の役割とその関わり**の方法についても整理しており、医療機関や医療従事者に向けてそれらを周知することも目的として作成しています。

資料3

こうした通知・通達やガイドラインも踏まえ、神奈川県医療ソーシャルワーカー協会と神奈川県病院協会は、「身寄りがなくとも、安心して必要な医療や福祉サービスを受けることができる」「判断能力や家族関係がどのような状態となっても、一人の個人としてその意思が尊重され、安心して必要な医療や福祉サービスを受けることができる」神奈川を目指していきたいと考えている。しかし、2021、2022年度の医療福祉講座「身寄りのない人への支援」研修では、実際の支援で医療機

関やソーシャルワーカーは大変苦慮していることが明らかになった。特に認知症や病気、障害により「判断能力が不十分又は喪失した人」への支援は非常に難渋しているのが現状である。

こうした現状を受け、神奈川県医療ソーシャルワーカー協会と神奈川県病院協会は、「身寄りがなく判断能力が不十分又は喪失した人への入院中に行う相談支援（ソーシャルワーク）に関するアンケート」を実施した。本発表では、このアンケート結果の報告と、結果から見えてきた課題に対す

る今後の取り組みについて報告する。(本発表に  
関連して開示すべきCOIは無い)

### 【目的】

身寄りがなく、認知症や病気、障害により判断能力が不十分又は喪失した人(以下、「身寄りのない人」と表す)が増加しており、神奈川県内の医療機関や医療ソーシャルワーカーから、こうした方への権利擁護、退院や経済的問題などへの支援に困難を感じているとの声が多く聞かれた。そこで、その実態を明らかにするとともに、救済制度創設等を提言するための基礎資料とすることを目的としてアンケート調査を実施した。

### 【方法】

調査期間は、2024年3月中旬～5月31日。調査対象は、神奈川県病院協会会員285病院で、各機関の代表者1名の医療ソーシャルワーカーに、2023年1年間の状況の回答を求めた。調査項目は、基本情報、身寄りのない人の受け入れ、身寄りのない人の相談・支援、法定後見制度の活用、医療費の支払いに関する30項目とした。分析方法は、単純集計とクロス集計を行い、自由記載については質的分析を行った。本発表は、単純集計とクロス集計のみの報告とする。

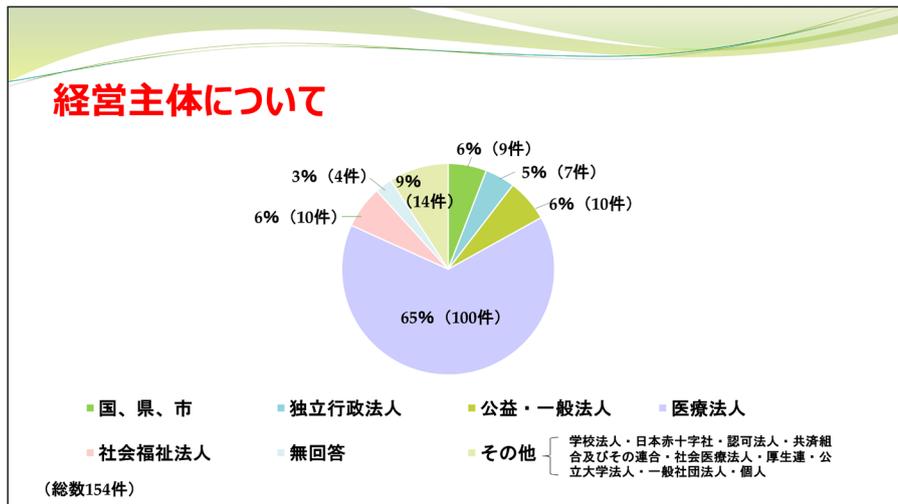
### 【結果】

155機関から回答があり、回収率は54.4%、有効回答数は154件であった。設問別に見ていくと、「経営主体別」では医療法人が最も多く65%(資料4)。「医療法の病床区分別」では一般が最も多く114件、次いで療養57件。「医療法の医療機能別」では急性期機能が最多で88件、慢性期機能が50件、回復期機能が39件(資料5)であった。「身寄りのない人への入院中の支援について」は、経験が有るとの回答は93%、その内「身寄

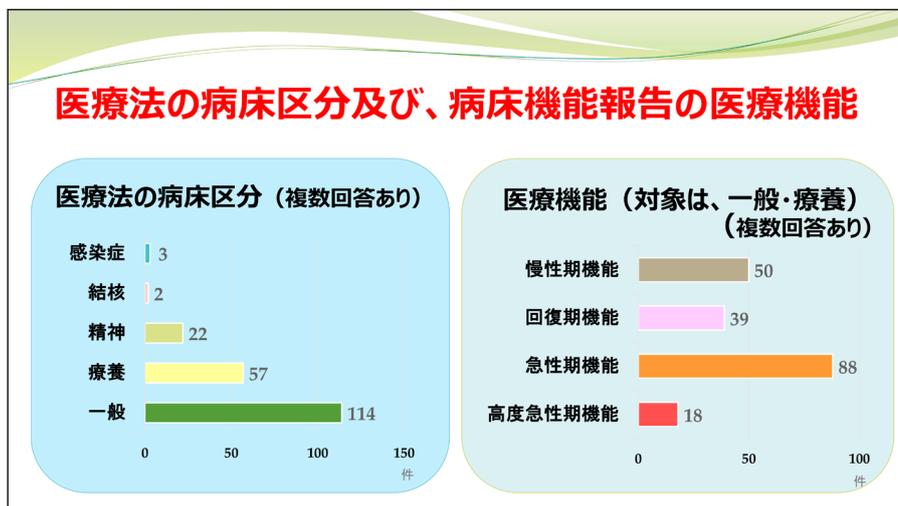
りのない人への入院中の支援件数」は、1～10件が47%、11～30件が35%と大半を占めていた(資料6)。「身寄りのない人への入院中の支援内容について」(複数回答有り)は、回答が多かった順に、自宅以外への退院、入院費等の支払い、生活保護法、法定後見制度、自宅退院支援、であった(資料7)。「入院中の身寄りのない人の預貯金等、資産活用ができず困ったことがあるか」では、困ったことが有るが91%、「困った内容について」(複数回答有り)は、入院費の支払い、入所先の施設確保、必要物品の用意、転院先の確保、の順に多かった(資料8)。「資産活用で困った時に生活保護申請支援をした経験について」では、生活保護申請支援経験が有るが79%。「生活保護の適用になったかどうか」(複数回答有り)については、預貯金や年金等の収入があり活用はできなかったが生活保護適用にはならなかったが50件あった(資料9)。「資産活用ができず、生活保護にもならず入院費が未払いになったケースについて」は、未払いケースが有るが56%、未払いの件数は1～5件が多く71%、未払いの金額は50万円以下が41%、51～100万円が19%、101～300万円が9%、300万円以上が7%であった(資料10)。「身寄りのない人の法定後見制度の申立て支援について」申し立て支援を行ったことが有る85%、申し立て支援の件数では、1～5件が多く、首長申し立てが62件と最も多い(資料11)。「身寄りのない人の法定後見制度の申立て準備から、成年後見人等の選任(決定)までの期間について」は、首長申し立てでは6カ月以上が最多である(資料12)。「成年後見人等の選任(決定)まで入院費が未払いだった件数」は1～5件が多く、「成年後見人等の選任まで未払いだった合計金額」は50万円以下が多かった(資料13)。「成年後見人等が選任(決定)される間の退院支援への影響について」では、影響が有った84%、「影響があった内容」

(複数回答有り)は、多い順に、入所先の施設確保、医療費の支払い、転院先の確保、であった(資料14)。「法定後見制度の申立て支援に関わった患者の、申立て中の死亡について」は、申立て中に死亡した人がいるが25%、そのほとんどが医療費は未払いで(資料15)、未払いだった合計金額は50万円以下が多かった(資料16)。「回復期機能・

慢性期機能病院での身寄りのない人の入院受け入れについて」は、入院受け入れを行っているが94%で、77%が入院受け入れには条件があると回答(資料17)。その「受け入れ条件」(複数回答有り)は、回答が多かった順に「成年後見人等または任意後見人がいる」「医療費の支払いが可能」「生活保護受給者」であった(資料18)。

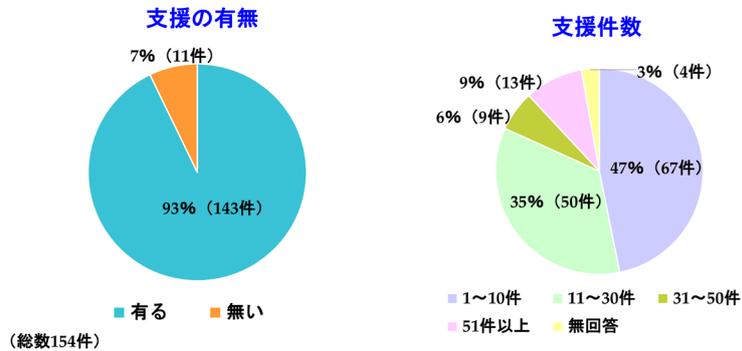


資料4



資料5

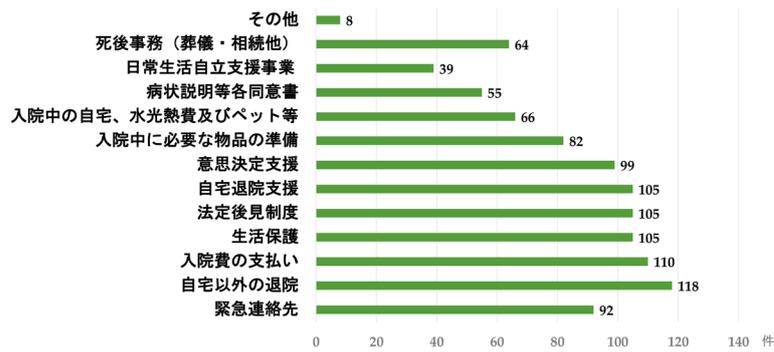
## 身寄りのない人への入院中の支援について



資料6

## 身寄りのない人への入院中の支援内容について

(複数回答有り)



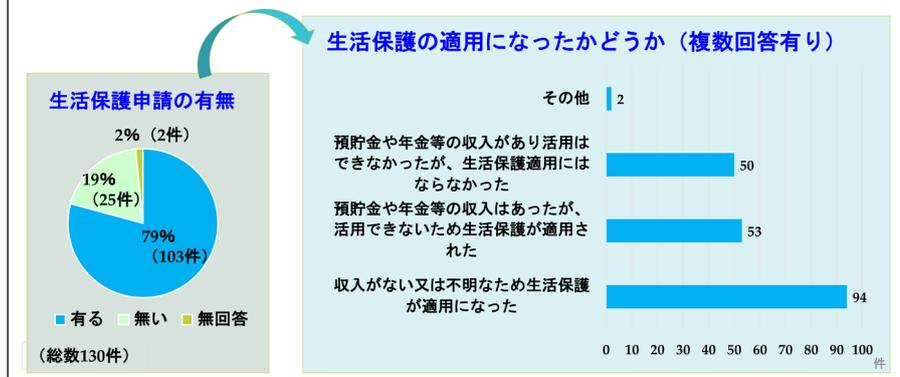
資料7

## 入院中の身寄りのない人の預貯金等、資産活用できず困ったことについて



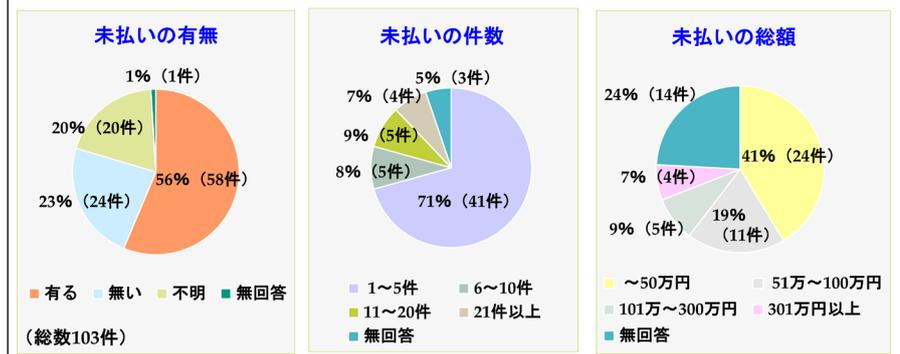
資料8

## 資産活用で困った時に、生活保護申請支援をした経験について



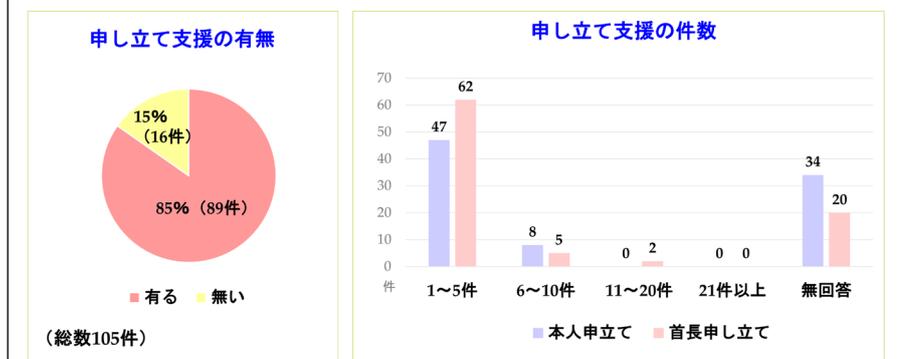
資料9

## 資産活用ができず、生活保護適用にもならず、入院費が未払いになったケースについて



資料10

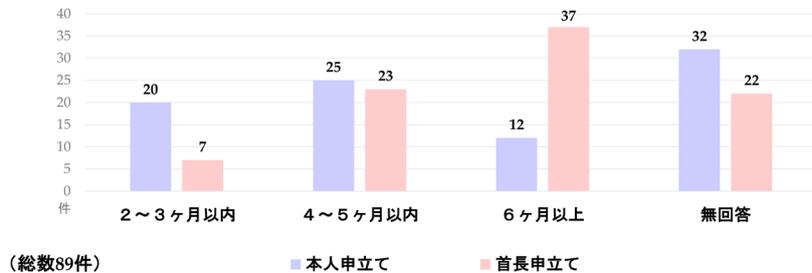
## 身寄りのない人の法定後見制度の申立て支援について



資料11

身寄りのない人の法定後見制度の申立て準備から、成年後見人等の選任（決定）までの期間について

選任までのおおよその期間



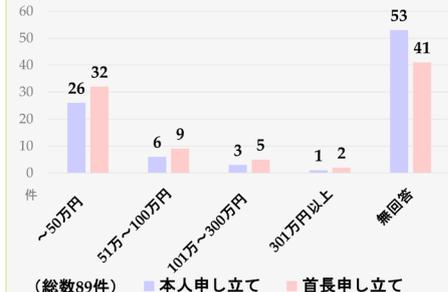
資料12

身寄りのない人の法定後見制度の申立て準備から、成年後見人等の選任までの未払件数と、合計金額について（千の位で四捨五入）

選任まで未払いだった件数



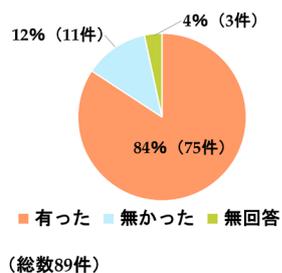
選任まで未払いだった合計金額



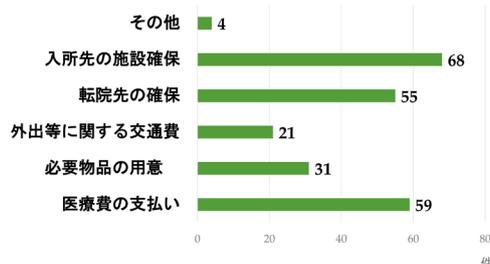
資料13

成年後見人等が選任（決定）される間の退院支援への影響について

退院支援への影響の有無

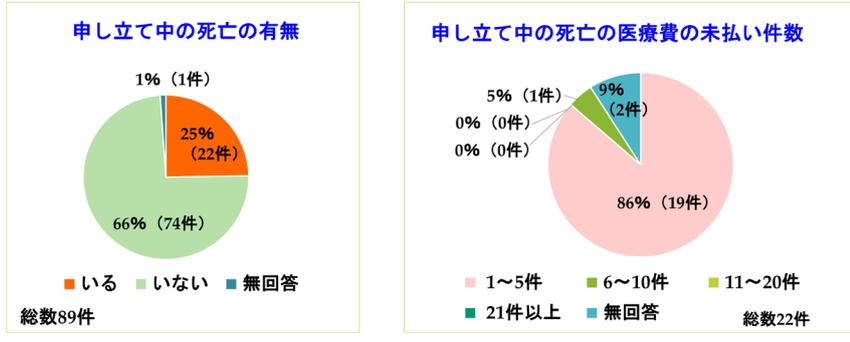


退院支援に影響の有った内容（複数回答有り）



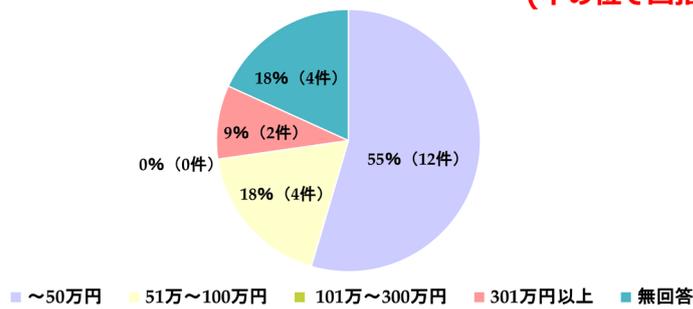
資料14

**身寄りがない人で、法定後見制度の申立て支援に関わった患者の、申立て中の死亡について**



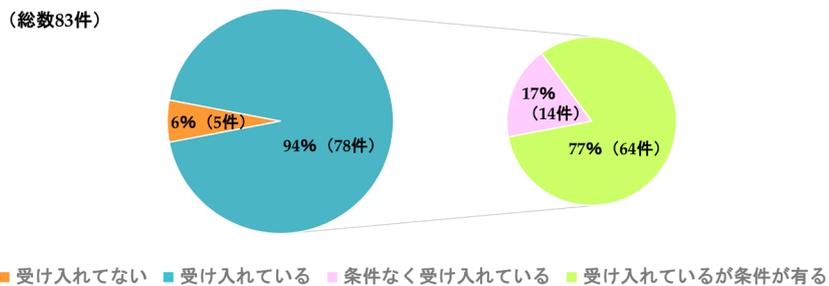
資料15

**申し立て中の死亡の、医療費が未払いの合計金額について  
(千の位で四捨五入)**



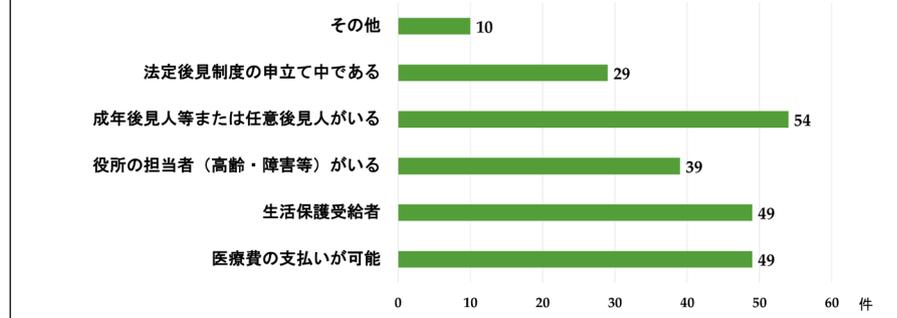
資料16

**回復期機能・慢性期機能病院での  
身寄りがない人の入院受け入れについて**



資料17

### 回復期機能・慢性期機能病院での 身寄りのない人の入院受け入れ条件について（複数回答有り）



資料18

#### 【考察・結論】

今回のアンケート結果から以下のことが言える。回答があった9割の病院で身寄りがない人への支援を行っており支援内容は多岐に渡っていた。身寄りがない人は預貯金等の資産が活用できず、医療費の未払いは6割近くの病院で発生している。さらに、成年後見人等の選任に6カ月以上と長期間かかることにより、医療費の未払いにつながっていた。そのうえ、医療費の支払いの目途が無い場合、急性期病院から、回復期・慢性期病院や介護施設への転院等が困難になり、患者の状態にあった医療・ケアを受ける権利や急性期病院の機能役割が阻害される要因になっていることがわかった。医療ソーシャルワーカーはこれらの解決を求められている。しかし、制度や仕組みが不十分なため、個々の医療ソーシャルワーカーや医療機関の努力では解決困難である。

#### 【おわりに】

上記で述べたことは、医療現場では大きな問題である。これらの問題について、「身寄りがなく

判断能力が不十分又は喪失した人への医療等に係る相談支援の問題解決案」として、神奈川県病院協会と神奈川県医療ソーシャルワーカー協会が以下のようにまとめた。

1. 医療費等自己負担分の未払いに対する補填制度の創設
2. 成年後見申し立て中に本人が死亡し、かつ相続人が存在しないことが明らかな場合は、相続財産清算人手続に移行し、速やかな「未払医療費・介護費用等の支払」を可能にすること
3. 成年後見制度中に、特定の行為に限定する「成年保護特別代理人制度（仮称）」を導入し、速やかな選任を可能とすること

このまとめを要望として、今年7月、神奈川県病院協会が、国と神奈川県の令和7年度予算の要望書の中に記載し提出している。

今後も、神奈川県病院協会と神奈川県医療ソーシャルワーカー協会は、身寄りがなく判断能力が不十分又は喪失した人への医療等に係る相談支援の問題解決に向け、協力して取り組んでいきたいと考えている。

田中 信次議員(自民党、横浜市泉区) 令和6年9月 20 日(金)

「身寄りがなく、判断能力が不十分な人の成年後見制度の利用について」

<質問(田中議員)>

質問の第4は、身寄りがなく、判断能力が不十分な人の成年後見制度の利用についてであります。

本県では、2025年には県民のおよそ4人に1人が高齢者となります。あわせて、核家族化や単身世帯化の進展により、身寄りがなく高齢者が増えています。中でも、自立して日常生活や健康を維持することが困難な高齢者への支援が重要です。

認知症などにより判断能力がない、又は十分でない高齢者の場合、医療・介護サービスを受ける際の契約や、医療費等を支払うための預貯金などの財産管理については、成年後見制度で支援を受けることができます。

しかし、成年後見人が選任されておらず、また、身の回りの世話をしてくれる親族等もない高齢者が、医療や介護サービスを受ける際、預貯金等の資産があつたとしても、医療費や施設サービス費の支払ができない事例があると聞きます。

2024年4月に神奈川県病院協会が神奈川県医療ソーシャルワーカー協会と共同で実施したアンケート調査では、2023年の1年間で、身寄りがなく判断能力がない、又は十分でない人の入院費の未払いがあつた病院は半数を超え、未払総額は全体で5千万円以上と想定されています。

こうしたことを受け、病院協会では医療費の補填のための基金の設置を要望しています。

支払ができないことで、急性期病院から回復期、慢性期病院への転院や、介護施設への入院、入所が困難になるなど、こうした状況は医療機関等の経営上の負担となっているだけでなく、社会全体としても、医療・介護の支援が十分に活用されていないと言えるため、行政としては、例えば、成年後見人が選任されるまでの間、金融機関によって、つなぎ融資するしくみなどを検討していくことも、必要性が生じてくるのではないかと考えております。

しかし、何より、不利益をこうむるのは転院等が困難となり、適切な医療や介護を受ける権利が阻害される高齢者本人ではないでしょうか。

少子高齢化が進展する中、今後、同様の事例が増加することは間違いなく、身寄りがなく、判断能力が十分でないの方が、安心して生活できるよう成年後見人が速やかに選任されるような環境を整えていくことが必要であると考えております。

そこで、知事に伺います。

身寄りがなく、判断能力が不十分な高齢者が、地域で安心して暮らすことができるよう成年後見制度の利用促進に、県として、どのように取り組んでいくのか見解を伺います。

<答弁(黒岩知事)>

次に、身寄りがなく、判断能力が不十分な人の成年後見制度の利用について、お尋ねがありました。

認知症の方など、判断能力が不十分な方等については、家庭裁判所により選任された成年後見人が、適切に財産管理や契約などの法律行為を行っていく必要があります。

成年後見人の選任は、親族などが家庭裁判所に申し立てることになっていますが、身寄りがないなど申し立てる方がいない場合には、市町村長が申し立てを行うことができます。

しかし、小規模自治体では、事例が少なく、ノウハウの蓄積が十分でないため、その対応に苦慮しており、市町村ごとの申し立て状況には差があるのが現状です。

また、実際の申し立ての際には、親族や財産の調査や、後見人候補者との調整などが必要のため、選任までに時間を要していることも課題です。

そこで、県では、市町村で速やかに後見人の選任申し立てが行えるよう、市町村の担当者会議や研修において、家庭裁判所職員や弁護士を講師として招き、職員の申し立てスキルを高めます。

また、市町村で設置を進めている成年後見の相談や後見人の調整などを行う機関に対し、アドバイザーを派遣して、速やかな申し立てが進むよう支援します。

こうした取組のほか、県では成年後見制度の活用を支援する「かながわ成年後見推進センター」を設置しており、市町村や医療機関等からの相談に丁寧に対応するなど、制度の積極的な活用を進め、成年後見人の選定が速やかに行われるよう取り組んでまいります。

<要望(田中信次議員)>

次に、身寄りがなく、判断能力が不十分な人の成年後見制度の利用についてです。

判断能力が不十分な方などにとっても、適切な医療・介護を受けていただくことは重要です。対象となる方には、速やかに成年後見人がつけられるよう、県としても成年後見制度の一層の利用促進に取り組んでいただきたいと思います。

一方で、医療機関や介護施設が未収金で困っている側面もあります。全国的な課題でありますから、一義的には国で検討すべきことであるかもしれませんが、適切な医療等を継続するため、例えば、県独自で、そうした医療機関等の未収金について補助する基金を創設し、成年後見人が選任されるまでの間は、基金で医療費等を立て替えるしくみなども検討していただくことを要望いたします。