

平成 27 年度老人保健事業推進費等補助金老人保健健康増進等事業

**医療・介護ニーズがある高齢者等の
地域居住のあり方に関する調査研究事業**

報告書

平成 28 年 3 月

一般財団法人高齢者住宅財団

はじめに

■本調査研究事業の課題

高齢者住宅財団ではこれまで、低所得、低関係資本の高齢者の地域居住の条件を検討してきた。その中から、低所得者の地域居住を妨げている要因として、居住継続が可能となる住まいの確保のための居住支援と同時に、生活継続のための支援を同時におこなうことのできる態勢を地域に構築する必要があるということを示してきた。その結果を踏まえて、厚労省では平成26年度から「低所得高齢者等住まい・生活支援モデル事業」を予算化し、全国でモデル事業を展開してきた。

われわれはこれに「地域善隣事業」という通称を与え、全国に普及を試みてきた。平成27年度には全国12カ所でモデル事業が実施され、その成果の一端は本研究報告書に第2章「地域居住の整備手法調査」で、実践の状況を報告するとともに、その課題について論じている。

ところで、高齢者ケアにおいては、できる限り生活の中でケアが提供されることが望ましく、それが高齢者の地域居住の条件整備が必要とされる所以であるが、そのなかでも急性期ケアを提供する必要も生じうる。その場合、長谷川敏彦の指摘に従えば、ケアのサイクルを円滑につなげていく必要があり、主要なケアの場は生活・地域であることが望ましい。地域での生活の継続こそが、地域居住（ケア・イン・プレイス）の意義であり目標である。そのことによって、生活の質を維持するとともに、本人の生活意欲の低下を防ぎ、自立した尊厳ある生活を実現することに関わる。さらに、高コストの病院や施設利用は、医療及び介護の制度の持続可能性にも大きな影響を与える。

医療及び介護を一体的に進めるための根拠法である「地域における医療及び介護の総合的な確保の促進に関する法律（平成26年6月最終改正）」において、「地域包括ケアシステム」を「地域の実情に応じて、高齢者が、可能な限り、住み慣れた地域でその有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、医療、介護、介護予防（要介護状態若しくは要支援状態となることの予防又は要介護状態若しくは要支援状態の軽減若しくは悪化の防止をいう。）、住まい及び自立した日常生活の支援が包括的に確保される体制をいう。」と定義し、医療介護にまたがる政策推進の鍵概念として、位置づけた。

その中で、「住まい及び自立した日常生活の支援」が包括的に確保されるためには、どのような条件が必要となるか。改めてその内実を問うことが求められている。

このことと関連して、高齢者ケアのプロセスにおいて、急性期ケアを終えて在宅復帰するための条件は何か、実態を踏まえて検討する必要がある。これは、医療制度および診療報酬改定において、入院期間の短縮を目指した政策が導入され、退院促進態勢の強化が図られている現状も踏まえて、急性期病院への入院患者の退院先をどのような条件が規定しているか、あらためて実態把握に基づく検討が求められている。

このような問題意識によって、本報告書の第1章「退院調整・支援に関する実態調査」では、急性期病院の入院患者が退院先として、従前の自宅に復帰したケースと自宅に復帰しなかったケース事例を収集し、その実態の分析を行うこととした。

■調査の分析枠組と調査内容

本調査研究の課題設定を図1に示した。

何らかの事由で、入院した高齢の患者が退院先として、従前の自宅に復帰した事例と自宅以外の居住場所に退院した事例の比較検討を行い、これを規定している要因の検討を本調査研究で行った。多面的に調査項目を設定しこの課題に接近を試みた。

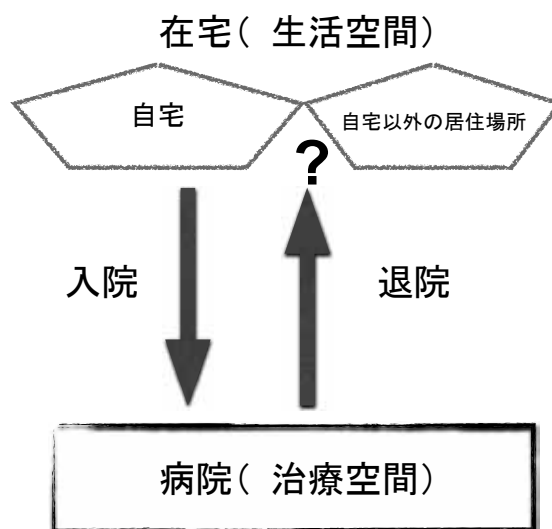


図1 調査の問題意識

図2は本調査研究のフレームを図示したものである。

本調査の対象は、東京及び大阪（周辺自治体を含む）の急性期病院の退院支援担当者である。調査票は病院の医療の実施状況に関するA票と、直近の退院者のうち、自宅に退院した者と自宅以外の居住場所に退院した者をそれぞれ二票ずつ抽出して、退院先選択の実態と規定要因を把握するため、本人の属性等の基礎情報、疾病の状況、生活能力の状況および家族環境、経済状況等について調査項目を設定したB票。また、当該病院の退院支援態勢についての調査をC票として調査を行った。また、退院支援の現況について、二つの病院の退院支援担当者にヒアリングを実施した。

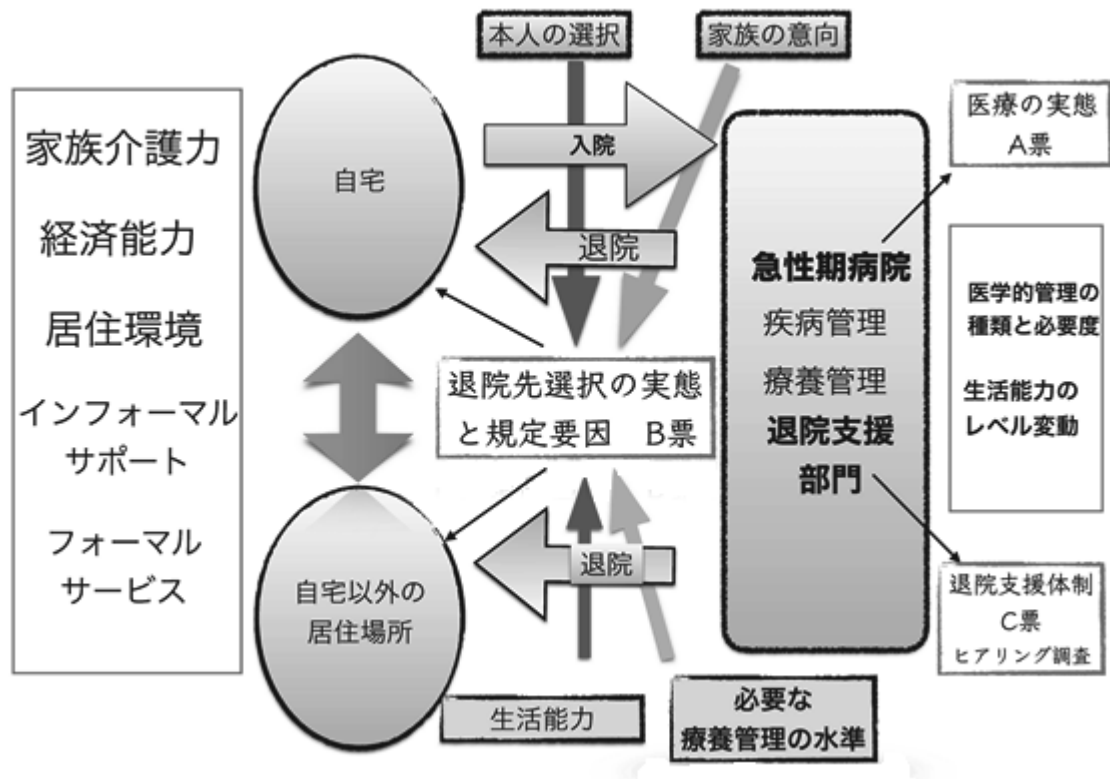


図2 本調査研究のフレーム

仮説としていえるのは、退院場所の決定要因として、退院後の生活能力のレベルの変動がどの程度であるか。疾病による医学的管理の必要度などの、医療の必要度からみた要因、本人の主体的選択と家族の意向などの、本人の主体的要因、これを規定する家族の介護力、居住環境の要件、在宅療養と介護を支えるフォーマルサービス、および、日常生活支援などのインフォーマルサポートの状況などがあげられるであろう。

■調査結果が意味するもの

その結果については以下の章で分析記述を行っているが、これらをおおまかに整理し、図示すると次の図3のとおりである。

まず退院先については、自宅に復帰する場合にどのような要件が整うことが必要だろうか。まずあげられるのは、本人の疾病の状況がもたらす要因である。また、病院での療養のなかで、どの程度生活能力に変動があったか、また、認知症の程度の悪化の状況がある。これらに加え家族介護力の状況、バリアフリーなどの自宅の居住環境、様々な互助や近隣からの援助の欠如などの社会関係の欠如など、阻害要因ともいえるものがある。これを裏返せば、自宅復帰のための必要十分条件ともいえる要因群が想定できる。

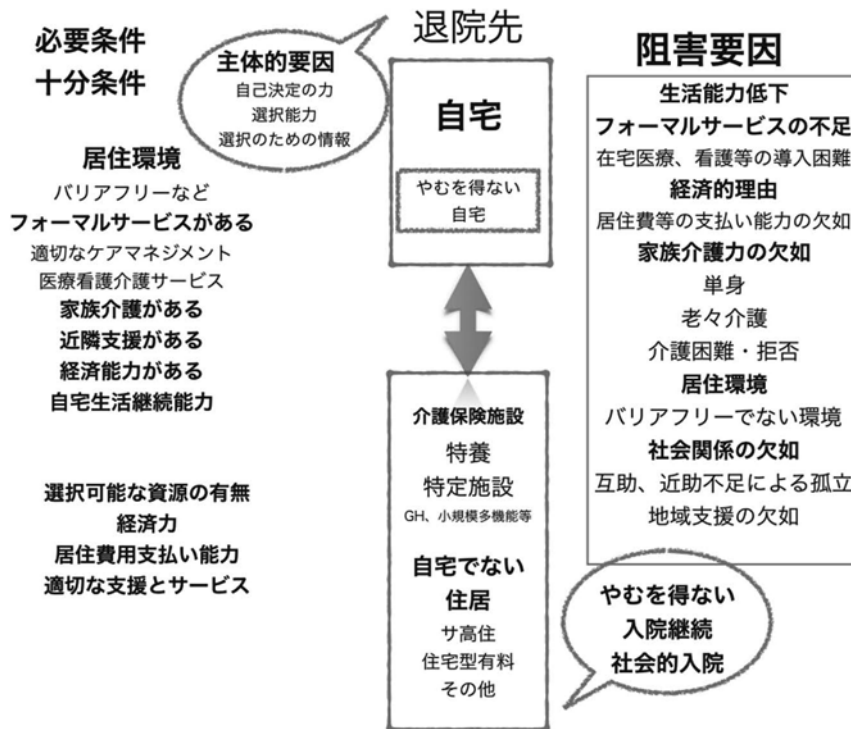


図3 調査分析の体系図

経済的な余裕があると、自宅ではなく、特定施設等の介護付有料老人ホームやサ高住も選択されている。また、特別養護老人ホームは居住費用の支払いが可能で空きがある場合、退院先となる。低所得層の場合、住宅型有料老人ホームが選ばれることもある。

今回の調査で、ヒアリングからも指摘があったことは、経済的な事情によって「やむを得ない在宅」ともいべき自宅への退院が存在することである。これらの層の人々を支援する態勢の確立は政策的にも大きな課題となるであろう。地域居住を推進する観点からは、自宅への退院がどのような支援の態勢が整えば、「望ましい自宅への退院」となるかの条件を明らかにすることが重要となる。

なぜならば、ケアサイクルの視点からいえば、生活の質を担保するには生活の継続性を保ち、自立心が損なわれないような形で居住の安定を図る必要があるからに他ならない。経済格差がケアの格差につながり、生活の質が維持できないようなことを防ぐための取組として、あらためて、居住支援と生活支援の包括的取組の態勢が、今回の調査対象地域である大都市部でも大きな課題である。すなわち、「低所得高齢者等住まい・生活支援モデル事業」が目的とする地域居住支援は、退院支援においても有効かつ必要となる事業であることが明らかになったと考える。

これらについて大略を把握するために図式化すると、次の図4に整理できるであろう。

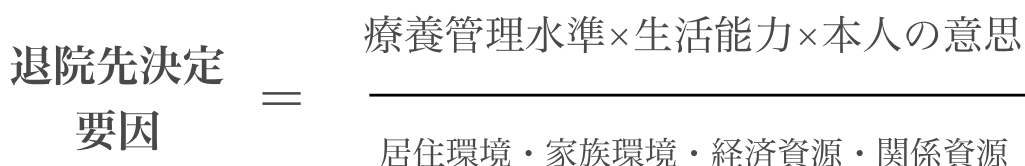


図4 退院先決定要因の諸要因の構造

なお、第3章には、本調査研究の中間報告および地域善隣事業の状況などについて報告をするために開催したシンポジウムの記録を収録した。このシンポジウムでは、併せて厚労省老健局、社会・援護局、医政局及び、国交省住宅局から関連する政策動向の解説に加えて、全国在宅療養支援診療所連絡会会長新田國夫医師から「あなたは、どこまでひとりで暮らせますか」という題で記念講演をいただいた。本調査研究の問題意識と背景を明らかにしていただく講演となった。

本調査研究報告書は、現在の時点での退院状況のベンチマークとして意味もあり、今後の研究調査にとっての第一歩になったといえる。

最後に、調査にご協力を頂いた、調査対象となった医療機関の退院調整担当者の皆様に深く感謝するとともに、調査実施にあたってご協力を頂いた関係団体の皆様に御礼を申しあげる。

平成28年3月

一般財団法人高齢者住宅財団 理事長
高橋紘士

「医療・介護ニーズがある高齢者等の地域居住のあり方に関する調査研究事業」

報告書 目次

はじめに

序章 調査の実施目的と内容、検討体制

1. 調査の目的.....	1
2. 調査体制.....	2
3. 検討経過.....	2

第1章 退院調整・支援に関する実態調査

1. 調査方法・実施手順.....	5
2. アンケート調査結果.....	9
(1) アンケート調査の実施概要.....	9
(2) アンケート調査集計結果.....	11
3. ヒアリング調査結果.....	52
(1) ヒアリング調査の実施概要.....	52
(2) ヒアリング調査の結果と考察.....	53
4. 調査結果からみた現状と課題.....	63
(1) 考察.....	63
(2) 調査委員会委員からのコメント.....	66

第2章 地域居住の整備手法調査

1. 調査の背景と目的.....	73
2. 実施自治体の進捗状況.....	75
(1) 実施自治体の概要（全12自治体）.....	75
I.本別町 II.雫石町 III.横浜市 IV.川崎市 V.京都市 VI.天理市 VII.福岡市	
VIII.豊後大野 IX.岩沼市 X.横手市 XI.和光市 XII.うきは市	
(2) 実施自治体意見交換会.....	117
3. 詳細分析.....	134
(1) 公営住宅での地域善隣事業の可能性と課題（横浜市）.....	134
(2) 住まいとケアの連携モデル構築と成果（京都市）.....	142
4. モデル事業の成果と可能性.....	148

第3章 シンポジウム「医療と住まいの新しい関係」

1. 記念講演「あなたは、どこまでひとりで暮らせますか」	157
全国在宅療養支援診療所連絡会 会長／医療法人社団つくし会 理事長 新田國夫	
2. パネルディスカッション～これからの医療と住まいの新しい関係～	166
3. 高齢者等の住まい・医療・ケアに係る施策動向	174
(1) 療養病床・慢性期医療の在り方	174
(2) 生活困窮者自立支援制度について	177
(3) 低所得高齢者等住まい・生活支援モデル事業について	178
(4) サービス付き高齢者向け住宅及び居住支援に関する施策動向	180
4. 「低所得高齢者等住まい・生活支援モデル事業」の成果・展望	183
5. 退院支援・調査の実態調査（中間報告）	187

資料編

・委員会の主な意見（第1～3回）	191
・シンポジウム開催資料等	197
・アンケート調査票等	200
・アンケート単純集計結果	214
・アンケート自由記載一覧	235

序章 調査の実施目的と内容、検討体制

1. 調査の目的

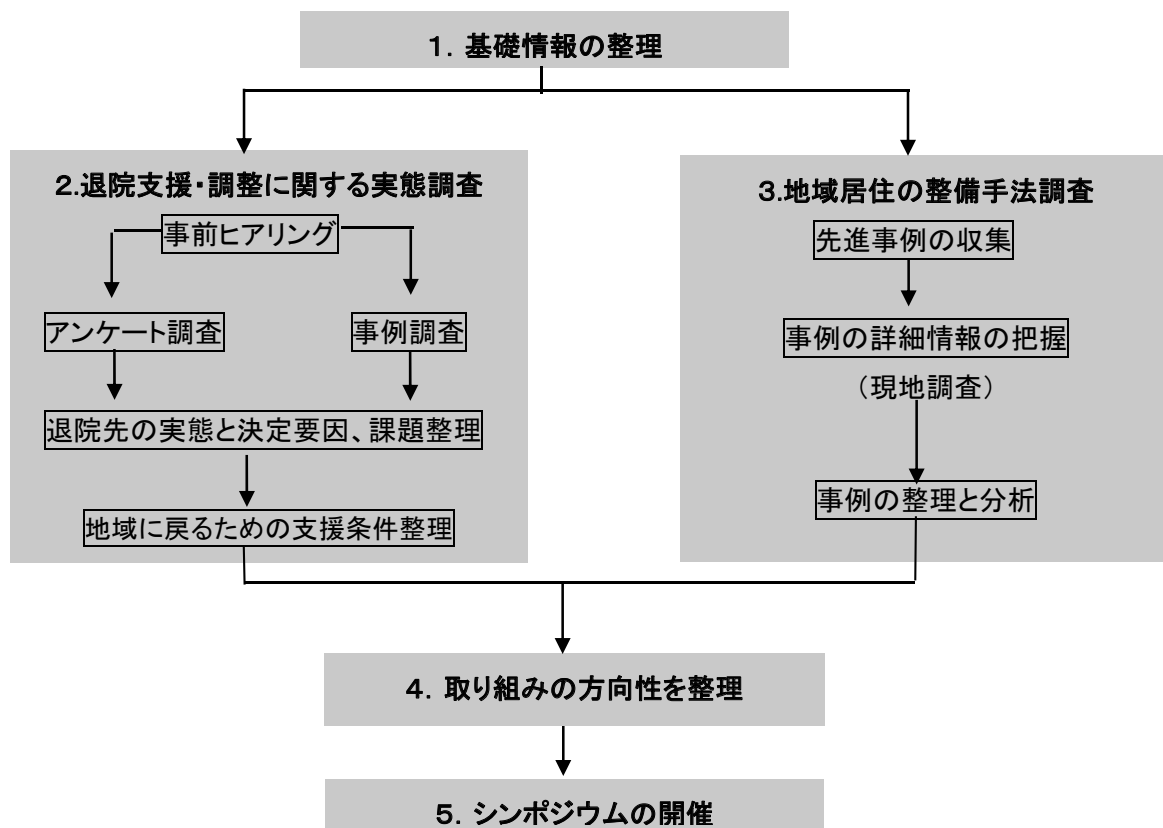
退院後の高齢者の居住の場の決定要因・背景について実態把握を行うとともに、
医療・介護と連携した地域居住の整備方策を事例をもとに整理

在院日数の短縮化、施設入所の重点化等により、退院直後の生活基盤の弱い高齢者の住まいの問題が顕在化しつつある。自宅に介護力がなく、サービス付き高齢者向け住宅や有料老人ホームの費用負担が困難な高齢者が、病院や施設から円滑に住み慣れた暮らしの場に移行でき、また今後需要が増える在宅看取りにも対応ができるような方策を具体的に示す必要がある。

そこで、本調査では、退院後の、医療・介護ニーズを抱えた生活基盤の弱い高齢者の住まいの決定要因・背景の実態把握を行った（「退院支援・調整に関する実態調査」）。

また、そういった高齢者を地域で受け止めるための居住の場を検討することを目的に、生活支援サービスの充実を図り、医療・介護と連携をしながら低負担の住まい確保を行っている先進事例の調査を実施した（「地域居住の整備手法調査」）。

以上により、今後、ますます増加する医療・介護ニーズを抱えた高齢者等が、地域で安定的に居住継続を図るための住まいや支援体制のあり方について整理を行った。



※「2. 退院支援・調整に関する実態調査」実施にあたって、委員会・作業部会を設置し、調査の方向性については委員会の承認を得つつ、作業部会で実質的な作業を行った。

2. 調査体制

<委員会委員> (五十音順)

宇都宮 宏子	在宅ケア移行支援研究所 代表・聖路加看護大学 臨床教授
佐藤 好美	産経新聞社編集局 論説委員・文化部編集委員
白川 泰之	東北大学公共政策大学院 教授
園田 眞理子	明治大学理工学部建築学科 教授
高橋 紘士	一般財団法人高齢者住宅財団 理事長
野中 博	医療法人社団博腎会野中医院 院長・東京都医師会前会長
武藤 正樹	国際医療福祉大学大学院 教授

<作業部会委員> (五十音順)

後藤 光世	国際医療福祉大学大学院武藤正樹研究室 研究員
佐方 信夫	医療経済研究機構研究部 研究員
白川 泰之	東北大学公共政策大学院 教授
猿渡 進平	日本医療ソーシャルワーク学会白川病院医療ソーシャルワーカー (現・厚生労働省社会・援護局障害福祉課地域生活支援推進室)

<オブザーバー>

厚生労働省老健局高齢者支援課
厚生労働省保険局医療介護連携政策課
国土交通省住宅局安心居住推進課

<事務局>

落合 明美	一般財団法人高齢者住宅財団調査研究部 部長
荒木 知佳子	一般財団法人高齢者住宅財団調査研究部調査課兼研究課 主任
梅本 哲	株式会社医療産業研究所 代表取締役
伊藤 志津加	株式会社医療産業研究所
高橋 麻莉子	株式会社医療産業研究所

3. 検討経過

主な経過

【平成 27 年】

6 月 22 日	第 1 回作業部会 ・調査全体の枠組みについて検討 ・作業部会での検討内容、進め方、役割分担について検討
7 月 1 日	専門家ヒアリング① 宇都宮宏子氏 (在宅ケア移行支援研究所)

- ・「東京都退院支援マニュアル」により退院支援・調整のプロセスとポイント、及び東京都の退院支援の現状について解説
- 7月6日 専門家ヒアリング② 筒井孝子氏（兵庫県立大学教授）
 - ・医療体制の再編等による医療機関の最近の動向を踏まえ、調査方法等に関して助言
- 7月15日 第2回作業部会
 - ・アンケート調査の実施目的・内容等について検討
- 8月6日 第3回作業部会
 - ・アンケート調査票について検討
- 専門家ヒアリング③ 医療ソーシャルワーカー（都内病院中心に9名）
 - ・調査票の内容を中心にヒアリング
- 8月26日 アンケート調査票作成ワーキング①（作業部会委員）
- 9月7日 アンケート調査票作成ワーキング②（作業部会委員）
- 9月11日 第1回委員会
 - ・アンケート調査の実施方法、調査票について検討
 - ・モデル事業について報告
- 10月30日 現地調査：大分県豊後大野市
- 11月5・6日 現地調査：北海道本別町
- 12月11日 現地調査：奈良県天理市
- 12月18日 第4回作業部会
 - ・アンケート調査の回収状況について
 - ・単純集計等結果について報告
- 12月25日 モデル自治体中間報告会
 - ・先行8自治体、新規参入4自治体（進捗状況と課題、意見交換）

【平成28年】

- 1月8日 現地調査：福岡県福岡市
- 1月15日 病院ヒアリング①
 - 第5回作業部会
 - ・調査の概要とアンケート調査結果
 - ・病院ヒアリング結果について報告
- 1月21日 現地調査：岩手県雫石町
- 1月29日 第2回委員会
 - ・アンケート調査結果について報告・議論
- 2月8日 第6回作業部会
 - ・アンケート調査集計結果分析、病院ヒアリング①調査分析について
 - ・報告書の構成・執筆分担について検討

- 2月18日 病院ヒアリング②
- 3月11日 第3回委員会
 - ・アンケート分析結果、ヒアリング分析結果について報告
 - ・報告書の構成について
- 3月14日 報告会（シンポジウム）

※以上は今年度のおもな動きである。

	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月
(委員会)	第1回委員会			第2回委員会			第3回委員会			
(WG)	WG第1回	WG第2回	WG第3回				WG第4回	WG第5回	WG第6回	
退院支援・調整に関する実態調査	① 専門家等ヒアリング ●専門家 ●MSW			② アンケート調査の実施・集計・分析 設計⇒確定⇒配布⇒(督促)⇒締切⇒単純集計結果⇒詳細分析			③ 事例の整理と分析 ●病院ヒアリング ●病院ヒアリング			
							④ 退院先の実態と規定要因の整理			
地域居住の整備手法調査				① モデル事業自治体のモニタリング ● ● ● ● ●			② 事例の整理と分析			
まとめ							中間報告会開催		シンポジウム開催	
							取組の方向性を整理		報告書の作成	

第1章 退院調整・支援に関する実態調査

1. 調査方法・実施手順

(1) 調査実施体制

退院支援・調整実態調査については、作業部会メンバーが調査の実務を行った。

<作業部会委員>

後藤 光世	国際医療福祉大学大学院武藤正樹研究室 研究員
佐方 信夫	医療経済研究機構研究部 研究員
白川 泰之	東北大学公共政策大学院 教授 (◎作業部会主査)
猿渡 進平	日本医療ソーシャルワーク学会白川病院医療ソーシャルワーカー (現・厚生労働省社会・援護局障害福祉課地域生活支援推進室)

(2) 専門家・実務家ヒアリングの実施

退院支援・調整の現状・課題を把握し、調査目的・調査対象・調査項目等を整理するため、専門家及び実務家に対するヒアリングを行った。

● 在宅ケア移行支援研究所 代表 宇都宮宏子氏 (7月1日)

「東京都退院支援マニュアル」により退院支援・調整のプロセスとポイント、及び東京都の退院支援・調整の現状についてレクチャー。

● 兵庫県立大学 教授 筒井孝子氏 (7月6日)

医療提供体制の再編等による医療機関の最近の動向を踏まえ、調査方法等に関して助言。

● 医療ソーシャルワーカー (8月6日)

調査票のたたき台をもとに、主として東京都内の急性期病院に勤務する9名の医療ソーシャルワーカーにグループインタビュー。

(3) アンケート調査の実施概要

上記のヒアリング、及び第1回委員会での意見を踏まえ、調査票を設計。

① アンケート調査の主眼と設計の要点

- ・ 地域包括ケアシステムのキーコンセプトである「できるだけ住み慣れた地域で暮らし続ける」、「時々入院、ほぼ在宅」を踏まえ、自宅から入院した高齢患者が退院後自宅復帰できたケースとできなかったケースを対象に、患者の状態像、退院支援・調整の体制・プロセス等を分析し、自宅復帰できなかった要因を調査する。
- ・ 病院・病床の種別によって退院支援・調整業務の困難度が異なることが想定されるため、こうした「変数」を減らす観点から、急性期病院・急性期病棟を対象に実施する。

背景：在院日数の短縮化と特養入所の重点化等により、特に単身高齢者の多い大都市部の急性期病院・病棟において、医療・介護ニーズを抱えた高齢退院患者の住まい・住まい方の

問題が顕在化。

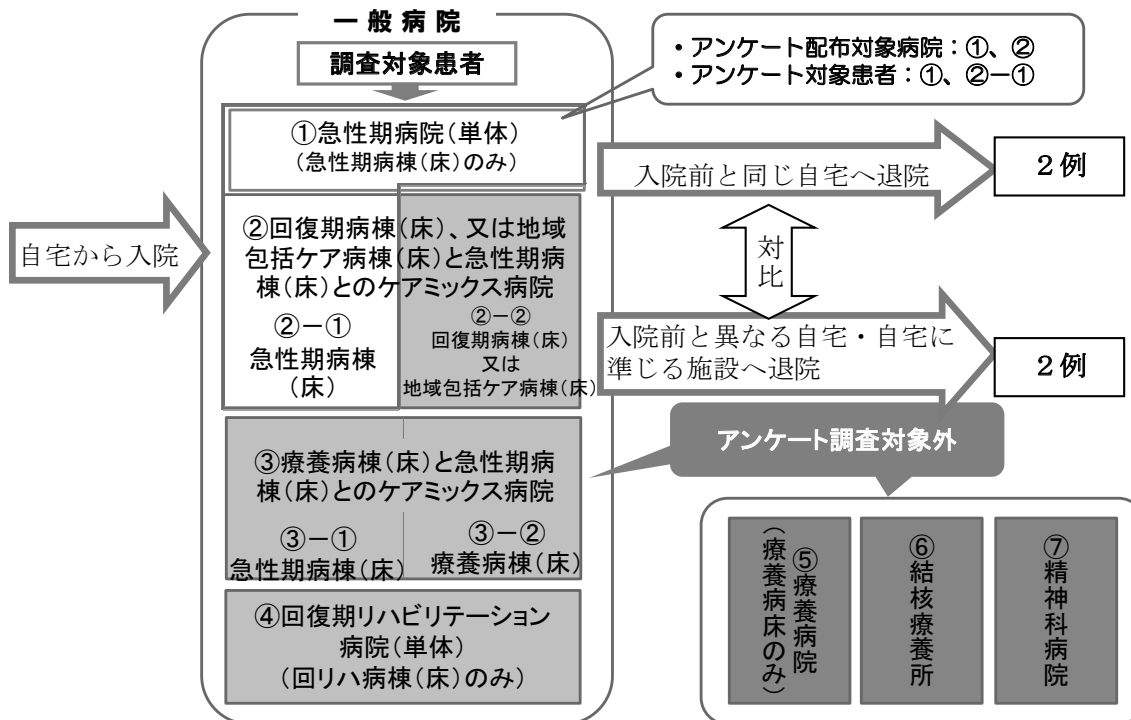
- ・ 任意のアンケート調査であることから、回収率を上げるため、できるだけポイントを絞ることによって記入に当たっての負担に配慮する。

②アンケート調査の実施方法

1) 調査対象

<対象医療機関>

- ・ 東京圏（東京都、神奈川県、埼玉県、千葉県）、及び大阪圏（大阪府、京都府、兵庫県）の急性期病院 → 東京圏 649 病院、大阪圏 443 病院 計 1,092 病院



- ・ なお、本調査における急性期病院とは、一般病棟入院基本料を算定し、かつ、療養病床・精神病床の届出を行っていない病院。かつ、回復期リハ専門病院、療育センター、産婦人科・小児科・眼科・放射線科の単科病院を除いた病院。
- ・ データソース：平成 26 年度版『全国保険医療機関（病院・診療所）一覧』（各厚生局が公表する医療保険機関の全国データを医療経済研究機構が一覧化したもの）から上記条件により抽出。

<対象患者>

- ・ 以下のいずれも満たす者とする。
 - ア. 自宅（本人又は家族の持ち家・賃貸住宅）から入院した 75 歳以上の者
 - イ. ア.のうち以下の退院患者
 - *入院前と同じ自宅に退院した者：2名
 - *入院前と異なる自宅・自宅に準じる施設に退院した者：2名

- ・自宅に準じる施設とは、グループホーム、サービス付き高齢者向け住宅、軽費老人ホーム（ケアハウス）、有料老人ホーム等を指す。

2) 調査方法

- ・郵送により調査票を送付・回収
- ・各病院の「病院長」宛てに送付。病院長から、調査票を「退院支援・調整部署」に回し、返送担当は、「退院支援・調整業務統括者」とした。

③調査票の構成

- ・調査基準日：平成 27 年 9 月 1 日

年間の実績等を問う場合は、平成 26 年 4 月 1 日～平成 27 年 3 月 31 日

調査票	記入者	概要
【A票】 医療機関情報	退院支援・調整業務 の統括者	<ul style="list-style-type: none"> ・病床数(診療報酬上のカテゴリー) ・平均在院日数・1日平均入院患者数 ・退院支援・調整部門の体制 等
【B票】 退院患者	該当患者の退院支 援・調整担当職員	<p>4例全て</p> <ul style="list-style-type: none"> ・主傷病名、手術の有無 ・居住・生活環境 ・要介護認定の状況 ・退院後も必要な医療 ・経済状況 等 <p>入院前と異なる自宅等への退院事例2例</p> <ul style="list-style-type: none"> ・入院前の自宅に戻れなかった要因 (医療、介護、家族の意向、住環境等) ・退院先の選定方法 ・担当ケアマネジャーとの連携状況
【C票】 退院支援・調整者	退院支援・調整担当 職員全員	<ul style="list-style-type: none"> ・年齢、保有資格、経験年数 ・退院支援・調整の介入時期 ・院内の協力体制 ・退院先の施設の把握(見学の有無) ・医療・介護サービス以外に把握している情報 ・退院支援・調整が困難と感じる事例 等

(4)ヒアリング調査の実施

回収できたアンケート調査票のうち、C票で個別ヒアリング対応可の記載があった退院支援・調整担当者がある医療機関の中で、退院支援・調整を実施した患者数、退院支援・調整担当職員数が

多く、退院支援の介入時期が早い、院内の協力体制等、質の高い退院支援を実施していると想定される2病院に、ヒアリング調査を実施した。

2. アンケート調査結果

(1) アンケート調査の実施概要

調査票配布・回収状況、及び調査対象の概要などについて

① 調査対象病院について

東京圏（東京都・埼玉県・千葉県・神奈川県）と大阪圏（京都府・大阪府・兵庫県）の一般病棟入院基本料を算定し、療養病床を算定していない病院 1092 病院（関東 649 病院・関西 443 病院）を対象に、10 月上旬に発送した。

11 月上旬にまだ返送のない 1035 病院に対し、督促のためのはがきを郵送した。

また、公益社団法人全日本病院協会、及び一般社団法人日本病院会を訪問し、調査趣旨の説明と、協力依頼をおこなった。

② 回収状況について

回収率

- ・有効病院（A票有効票）回収率…27.3%

回収数 詳細

	回収枚数	無効票	有効票
A票	312	14	298
B票	1,060	143	917
C票	1,594	181	1,413

③ 無効票理由

A票

- ・療養病床がある病院
- ・障害者施設等入院基本料のみ算定している病院
- ・回復期リハビリテーション入院基本料のみ算定している病院

B票

- ・A票が無効票となった病院の調査票
- ・問1-① 患者年齢が74歳以下と回答した調査票
- ・問3 退院先【入院前と同じ】【入院前と異なる】が判断できない調査票
- ・問3-② 【その他】にて転院または介護老人保健施設と回答があった調査票

C票

- ・A票が無効票となった病院の調査票
- ・1病院149票回答があったため、問1-⑥にて【専任】以外を選択している調査票（144票）

④有効票地域情報について

	発送 病院数	A票	B票	C票
全体	1,092	298	917	1,413
東京圏	649	178	553	849
大阪圏	443	120	364	564

また、本調査で使用した日常生活自立度の定義は下表のとおりである。

表 1. 障害老人の日常生活自立度定義表

障害老人の日常生活自立度	
自立	障害を有さず、日常生活において自立している。
J 1	何らかの障害等を有するが、日常生活はほぼ自立しており交通機関等を利用して外出する独力で外出する。
J 2	何らかの障害等を有するが、日常生活はほぼ自立しており隣近所へなら独力で外出する。
A 1	屋内での生活は概ね自立しているが、介助なしには外出をせず、日中はほとんどベッドから離れて生活する。
A 2	屋内での生活は概ね自立しているが、介助なしには外出をせず、また、外出の頻度が少なく、日中も寝たり起きたりの生活をしている。
B 1	屋内での生活は何らかの介助を要し、日中もベッド上での生活が主体であるが、座位が保て、車いすに移乗し、食事、排泄はベッドから離れて行う。
B 2	屋内での生活は何らかの介助を要し、日中もベッド上での生活が主体であるが、座位が保て、介助により車いすに移乗する。
C 1	1日中ベッド上で過ごし、排泄、食事、着替えにおいて介助を要し、自力で寝返りをうつ事ができる。
C 2	1日中ベッド上で過ごし、排泄、食事、着替えにおいて介助を要し、自力では寝返りもうてない。

表 2. 認知症高齢者の日常生活自立度定義表

認知症高齢者の日常生活自立度	
自立	認知症を有さず、日常生活において自立している。
I	何らかの認知症を有するが、日常生活は 家庭内及び社会的にほぼ自立している。
II a	家庭外で日常生活に支障を来たすような症状・行動や意思疎通の困難さが多少見られても、誰かが注意していれば自立できる。
II b	家庭内でも日常生活に支障を来たすような症状・行動や意思疎通の困難さが多少見られるが、誰かが注意していれば自立できる。
III a	日中を中心として日常生活に支障を来たすような症状・行動や意思疎通の困難さが見られ、介護を必要とする。
III b	夜間を中心として日常生活に支障を来たすような症状・行動や意思疎通の困難さが見られ、介護を必要とする。
IV	日常生活に支障を来たすような症状・行動や意思疎通の困難さが頻繁に見られ、常に介護を必要とする。
M	著しい精神症状や問題行動あるいは重篤な身体疾患が見られ、専門医療を必要とする。

※統計上の処理等により、本報告書における図表の値（比率）を足し上げても文書内の数値や「全体」の比率と一致しない場合がある。

(2).アンケート調査集計結果

①医療機関の属性等

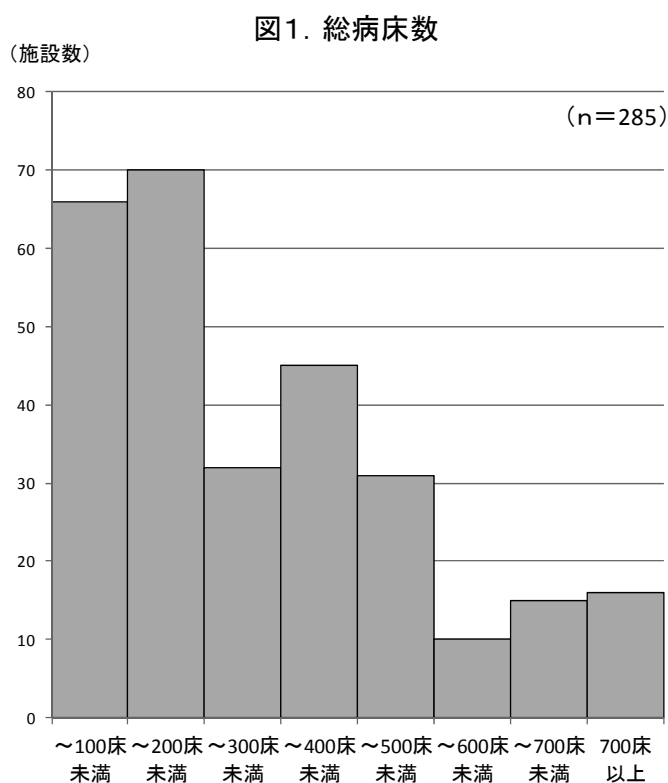
平成 27 年 10 月に東京圏（東京・埼玉・千葉・神奈川）と大阪圏（京都・大阪・兵庫）の一般病棟基本入院料（特定機能病院入院基本料・専門病院入院基本料を含む）を算定し且つ、療養病床を有さない医療施設を対象に郵送にてアンケート調査を行った。

回答のあった医療施設の内、有効であった 298 施設の集計結果が以下のとおりである。

1) 病床数

今回の調査で回答のあった医療施設の属性等は以下のとおりであった。

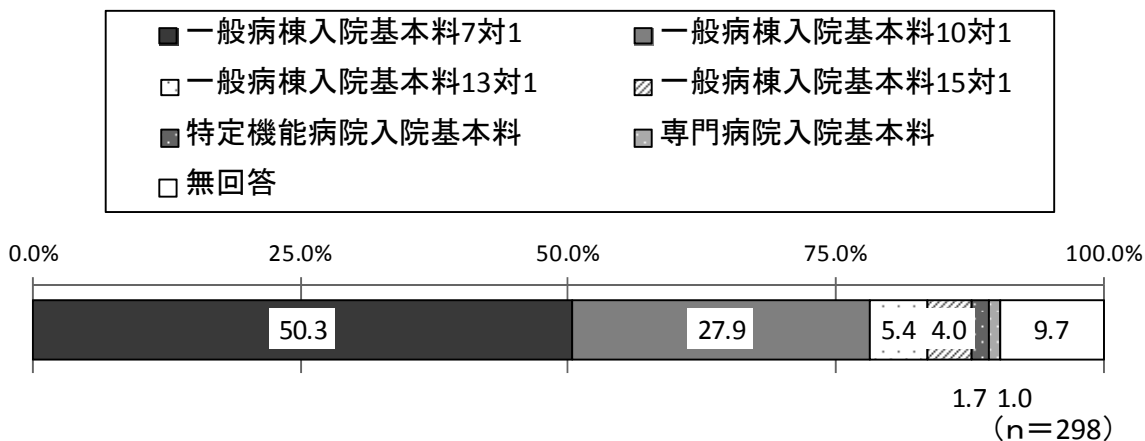
病床数は「100～200 床未満」が最も多く 24.6%であり、次いで「～100 床未満」が、23.2%で多かった。



2) 入院基本料

回答医療機関の入院基本料については、50.3%が一般病棟入院基本料 7 対 1 を算定しており、次いで一般病棟入院基本料 10 対 1 が 27.9%と多かった。

図2. 入院基本料

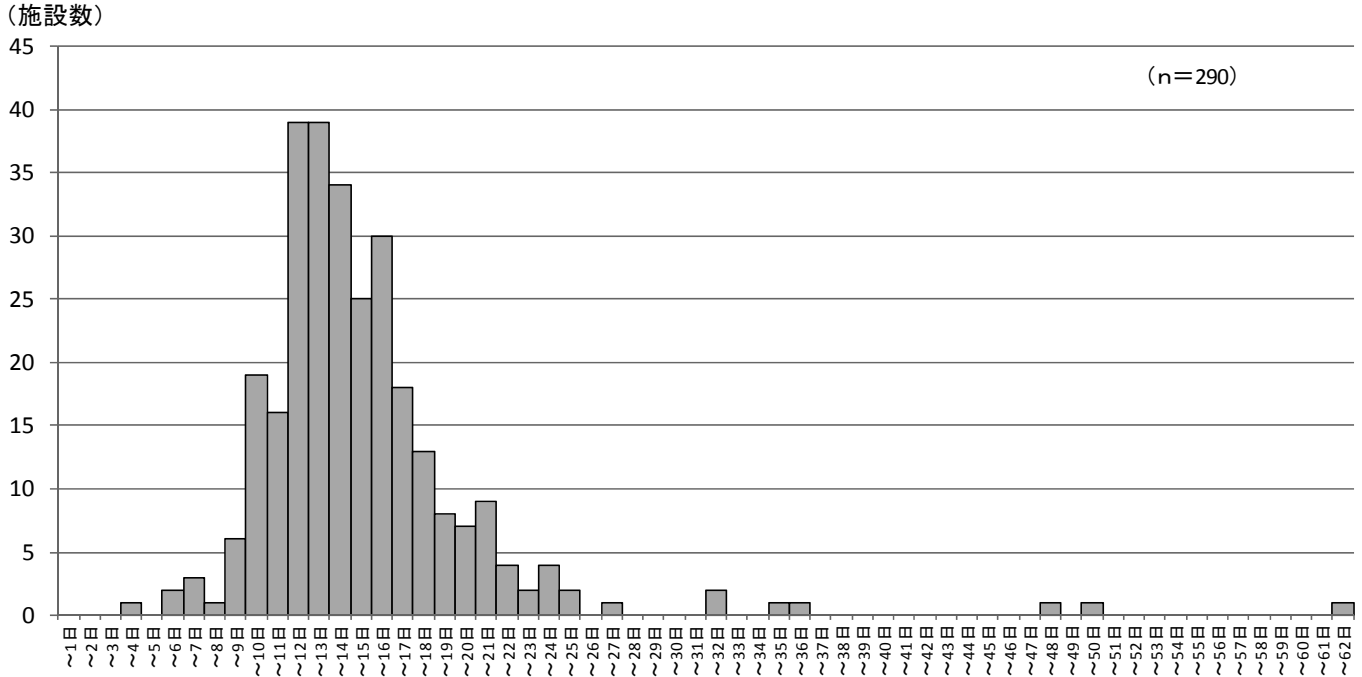


※入院基本料…特定機能病院・専門病院を統合

3) 平均在院日数

回答した医療機関の平均在院日数は平均 14.8 日で（中央値 13.9 日）、最小値が 3.4 日、最大値が 61.9 日であった。

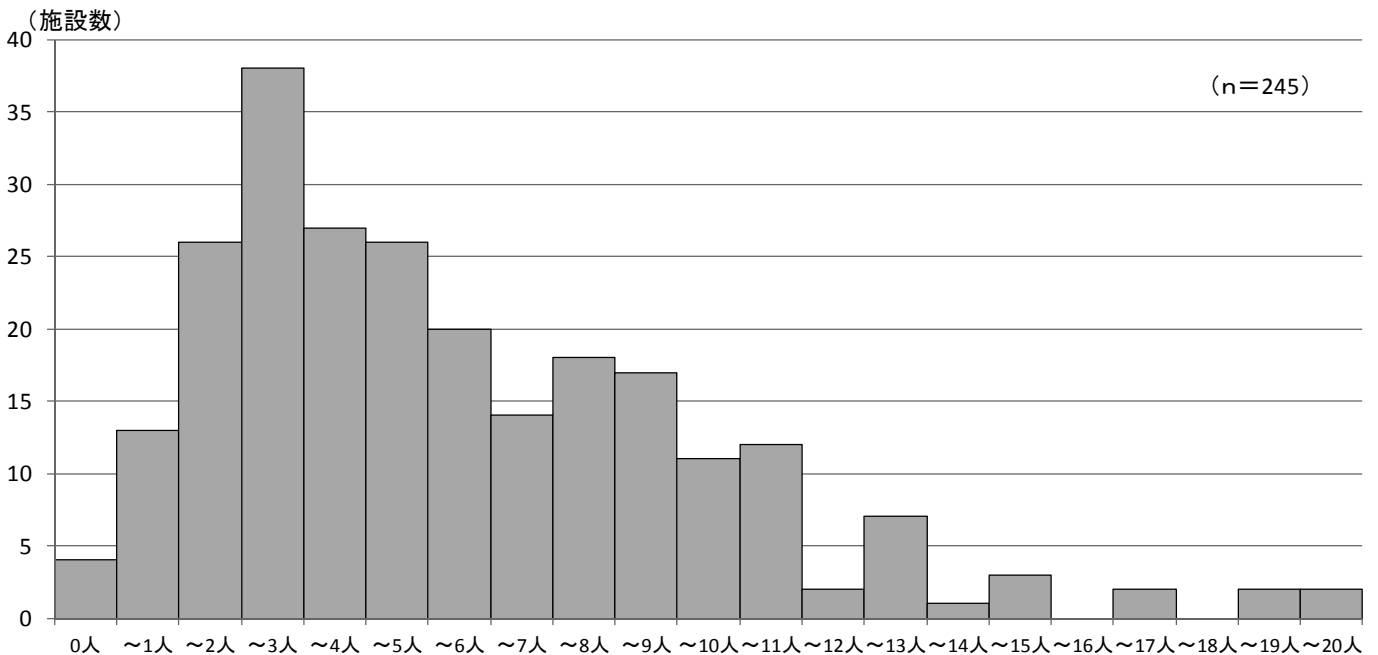
図3. 平均在院日数



4) 退院調整職員

退院調整に従事する職員の数は、「～3人」がもっと多く、平均 5.9 人（中央値 5 人）であった。

図4. 施設別退院調整職員数



※回答の中に職員総数に比して著しく大きい値を記入した医療機関が認められた。少しでも退院調整業務に関わった職員を全て含めたものと考えられる。このため集計では 21 人以上と回答した病院は本項目の集計からは除外している。

②退院先の異同と各要素について

平成 27 年 10 月に行ったアンケート調査に回答のあった医療施設 298 施設に入院した患者のうち、入院前は本人・家族の持家や賃貸を居住地とし、状態像が悪化した状態で退院した 75 歳以上の「入院前と同じ居住地に帰った」患者 2 名と「入院前と異なる居住地に移った（転院・介護老人保健施設は含まず）」患者 2 名を直近データより選出し、回答してもらった。

得られた患者データは 917 名分であり、集計結果は以下のとおりである。なお、表記の簡略化のため、次のとおり略する。

入院前と同じ居住地に退院した人の群＝【入院前と同じ群】

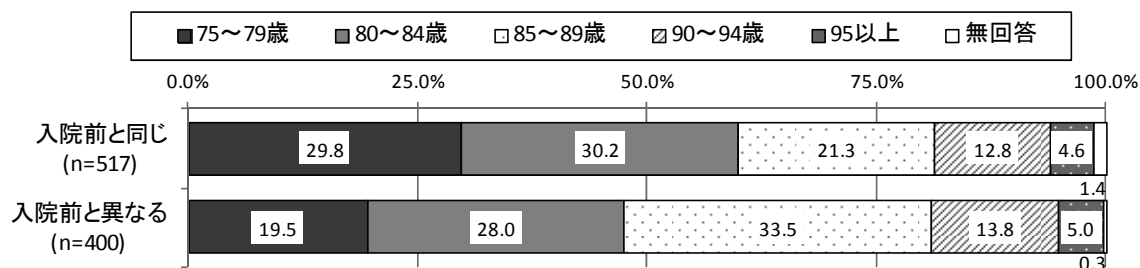
入院前と異なる居住地に退院した人の群＝【入院前と異なる群】

1) 患者の属性等

i) 年齢

調査対象者の平均年齢を退院先で分けてみると、【入院前と同じ群】では 83.6 歳、【入院前と異なる群】で 84.7 歳であった。入院前と異なる退院先の人では、特に 85 歳～89 歳の割合が高かったが、加齢に伴い認知症や ADL の低下を認めることから、これらの要素が退院先の結果に反映された可能性がある。

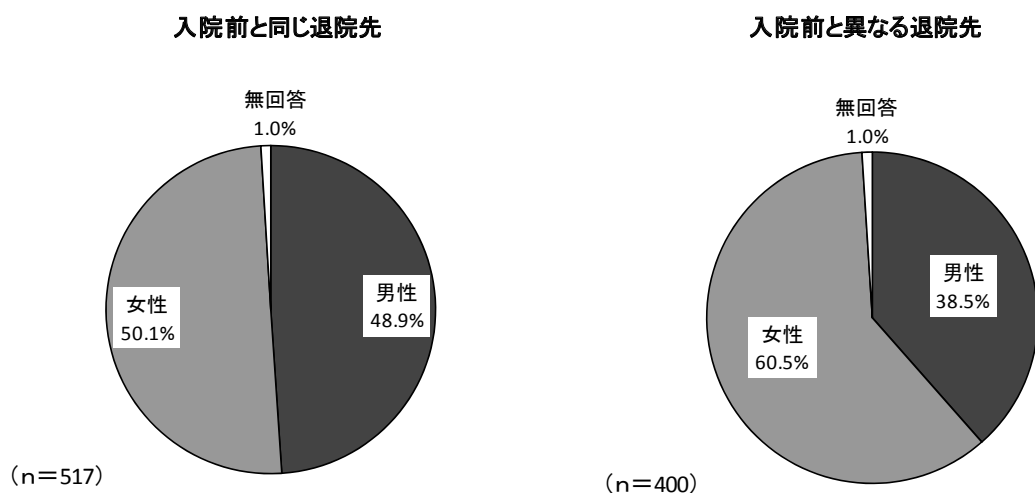
図5. 退院先の異同×対象者年齢



ii) 性別

男女の割合では【入院前と異なる群】で女性の割合が高いが、高齢になるにつれて女性の人口割合が増すため、平均年齢の高い同群において女性の割合が高くなったと考えられる。

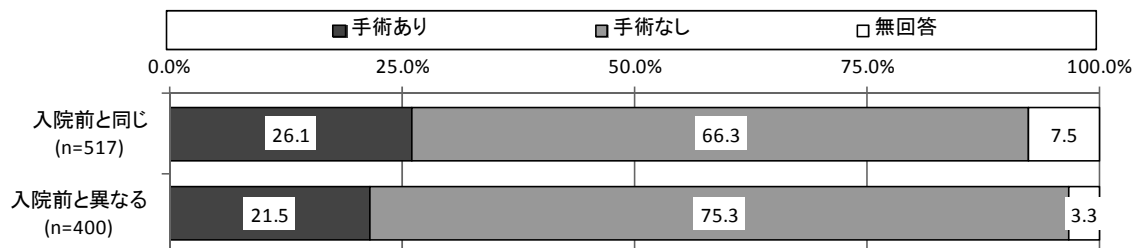
図6. 退院先の異同×対象者性別



iii) 手術の有無

手術の有無については、【入院前と同じ群】は26.1%、【入院前と異なる群】では21.5%が手術を受けており、手術の有無と退院先の明らかな関連は認められなかった。

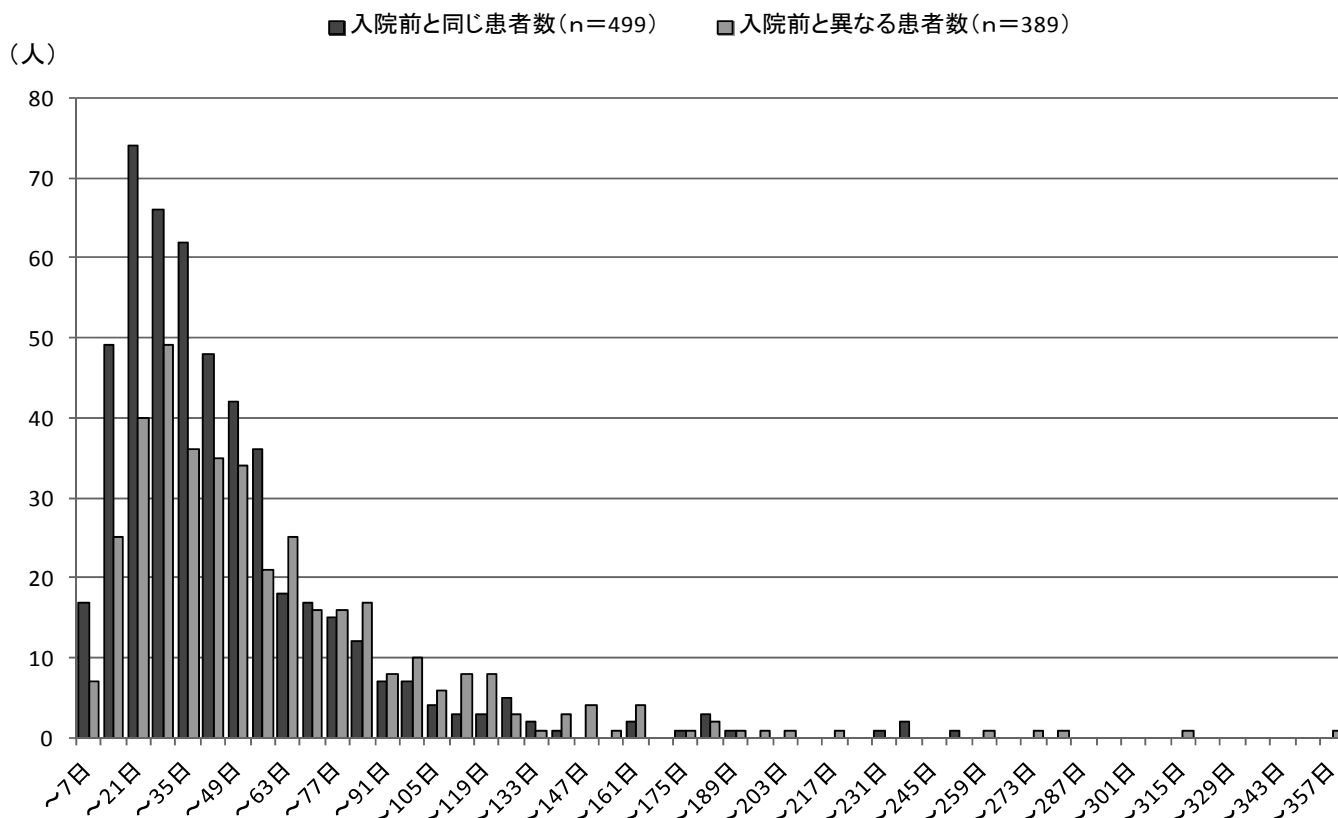
図7. 退院先の異同×手術の有無



iv) 平均在院日数

平均在院日数については、【入院前と同じ群】が42.3日、【入院前と異なる群】が55.6日であり、【入院前と異なる群】の方が在院日数はやや長い傾向が認められた。

図8. 退院先の異同×入院日数(ヒストグラム)



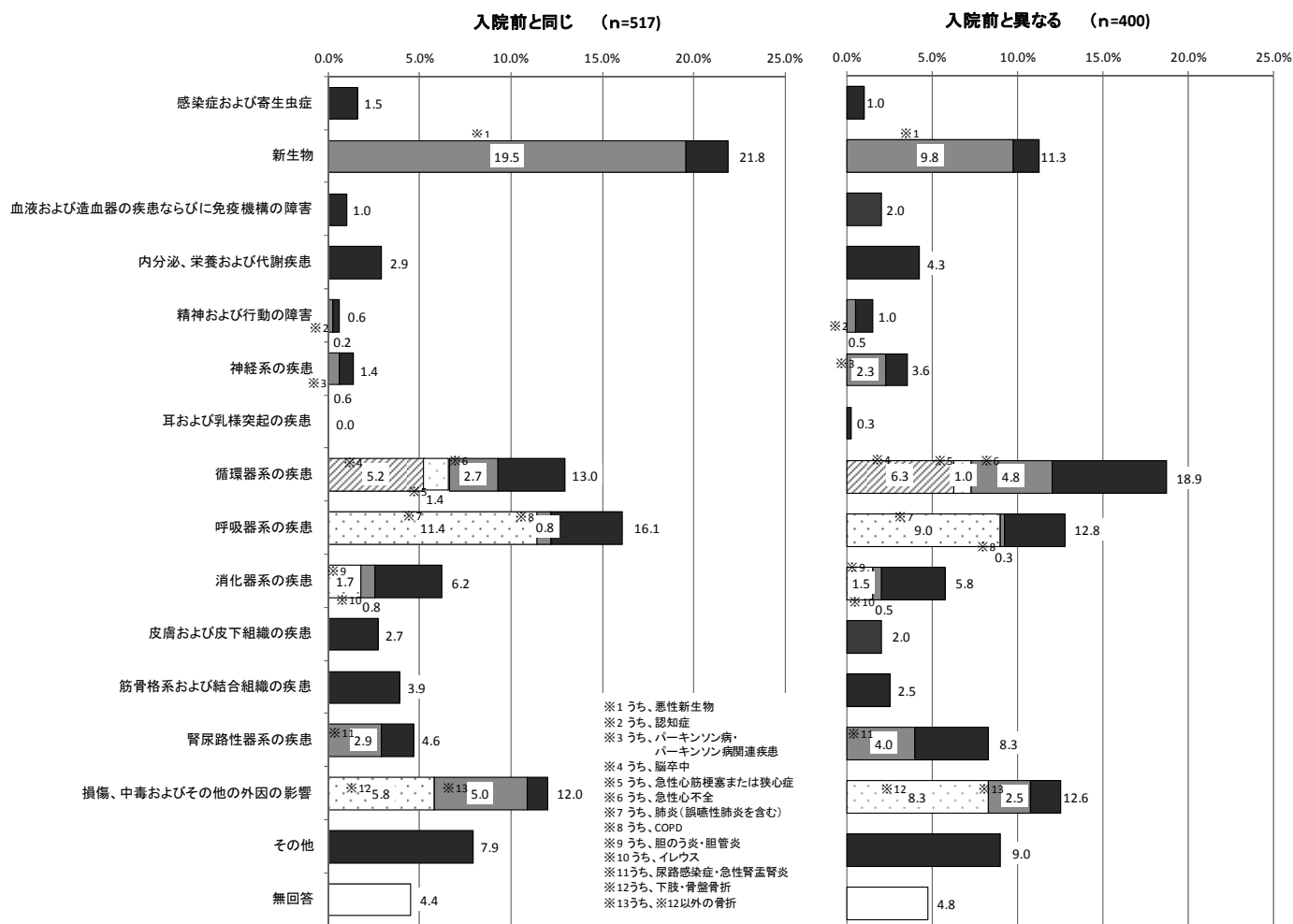
※また、365日(1年)以上の日数を回答している対象者については外れ値として集計より除外した。

v) 入院時の主傷病名

入院時の主傷病名をみると、【入院前と異なる群】では循環器系の疾患で入院した人が最も多かった(18.9%)。一方で、【入院前と同じ群】では悪性新生物の割合が高く(19.5%)、次いで呼吸器系の疾患、特に肺炎が多かった(11.4%)。

また、眼および付属器の疾患で入院した該当患者は今回の調査ではいなかった。

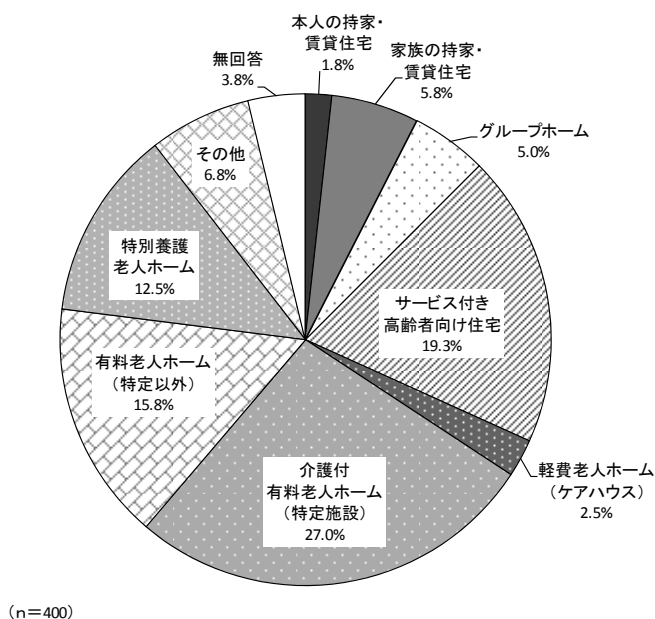
図9. 退院先の異同×主疾患



2) 入院前と異なる退院先の種別について

【入院前と異なる群】で最も多かったのは介護付有料老人ホーム（特定施設）27.0%で、次いでサービス付き高齢者向け住宅 19.3%、有料老人ホーム（特定以外）15.8%であった。入院前の居住地とは異なる賃貸住宅や家族の住居に退院する人も少ない割合ではあるが存在した。

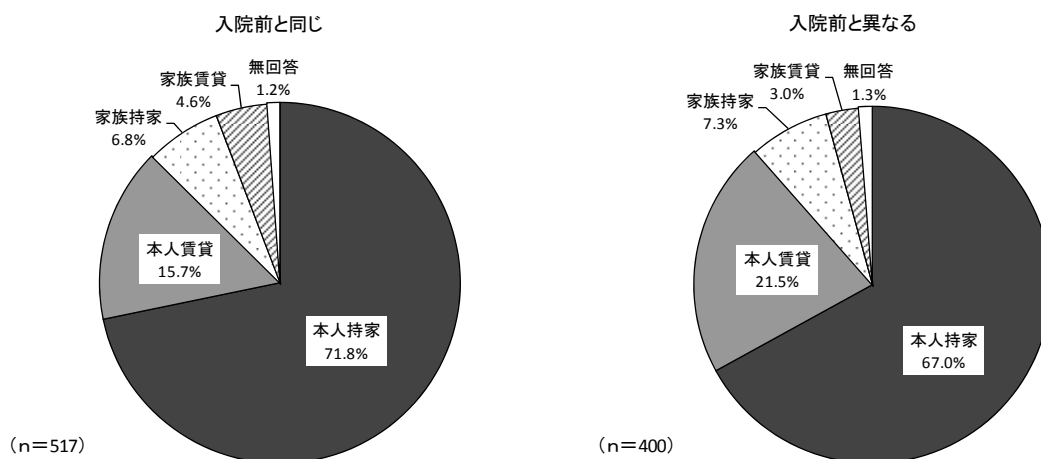
図 10. 入院前と異なる退院先



3) 入院前の居住地

入院前の居住地についてみると、【入院前と同じ群】、【入院前と異なる群】のいずれの場合も入院前は本人の持家に住んでいた人が最も多いが、【入院前と同じ群】の方がその割合がやや高かった (71.8%)。一方で、入院前に賃貸住宅に住んでいた者（「本人賃貸」）の割合は、【入院前と異なる群】の方が高かった。

図 11. 退院先の異同×入院前居住地

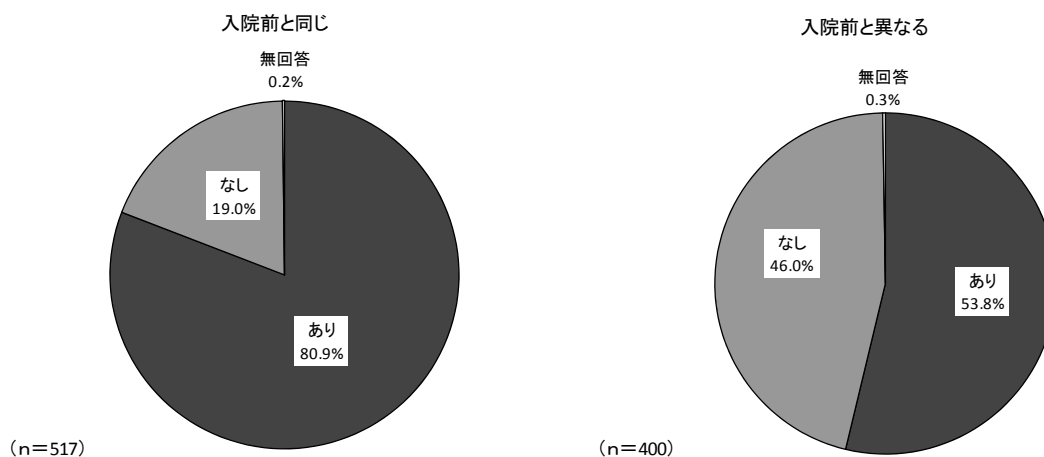


4) 入院前の同居者

i) 同居者の有無

入院前の同居者の有無についてみると、【入院前と同じ群】は 80.9%が同居者がいる一方で、【入院前と異なる群】で同居者がいる人は 53.8%であり、明らかな差を認めた。

図 12. 退院先の異同×同居者の有無

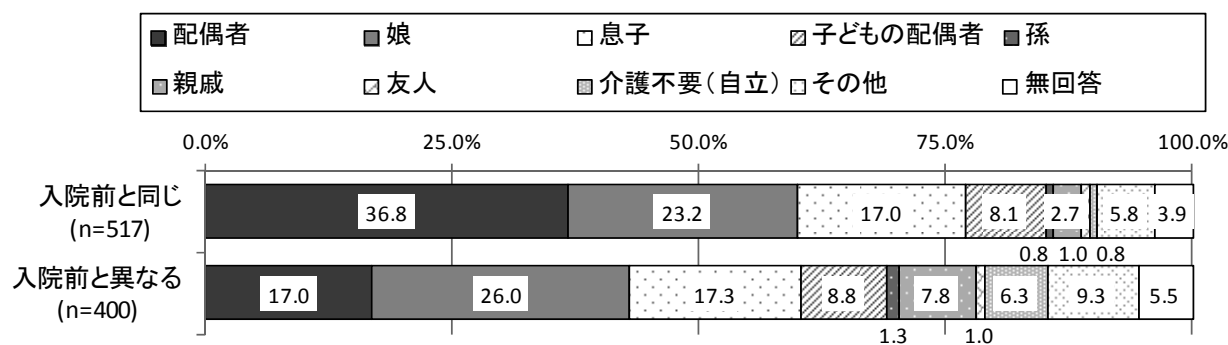


ii) 主たる介護者

主たる介護者についてみると、【入院前と同じ群】は、【入院前と異なる群】に比べて、配偶者が主たる介護者となっている例が多く認められた (36.8% vs 17.0%)。

また、「介護不要 (自立)」の者と「親戚」が主たる介護者になっている者の割合についてみると、【入院前と同じ群】でそれぞれ 0.8%、2.7%であったのに対し、【入院前と異なる群】では同じく 6.3%、7.8%とその割合が高かった。自分の子供やその配偶者 (「娘」、「息子」、「子供の配偶者」) が主たる介護者になっている者の割合は、退院先の異同に関わらず同程度であった (48.3% vs 52.1%)。

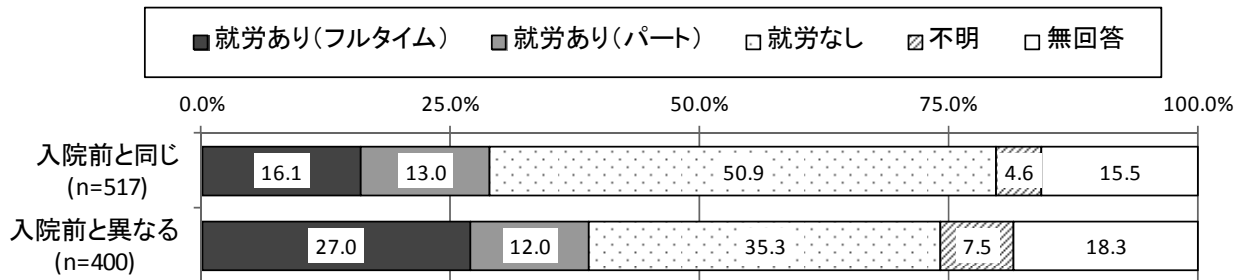
図 13. 退院先の異同×主たる介護者



iii) 主たる介護者の就労状況

主たる介護者の就労については、【入院前と同じ群】では、50.9%の主介護者が「就労なし」の回答で、「就労あり（フルタイム）」の回答は16.1%であった。一方で、【入院前と異なる群】では、「就労なし」の回答の割合は35.3%とやや低下し、「就労あり（フルタイム）」の回答が27.0%と高くなった。

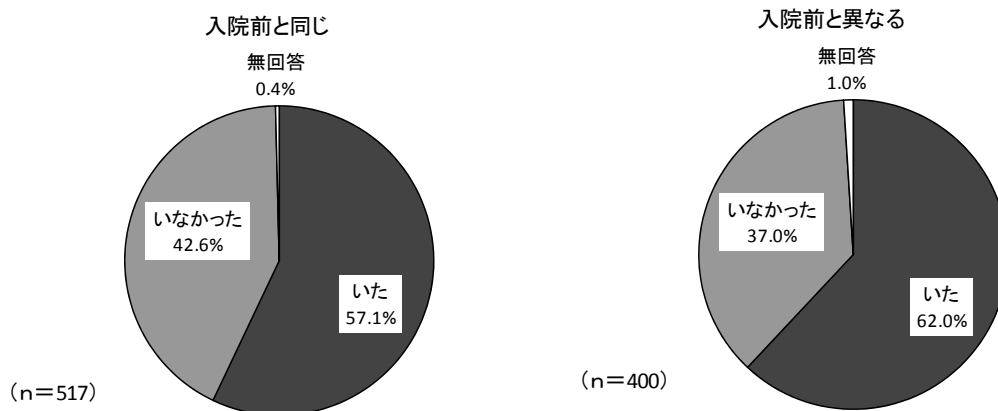
図 14. 退院先の異同 × 主たる介護者の就労状況



5) ケアマネジャーの有無

入院前のケアマネジャーの有無については、【入院前と同じ群】では 57.1%、【入院前と異なる群】では 62.0%にケアマネジャーが決まっており、その割合に明らかな違いを認めなかった。

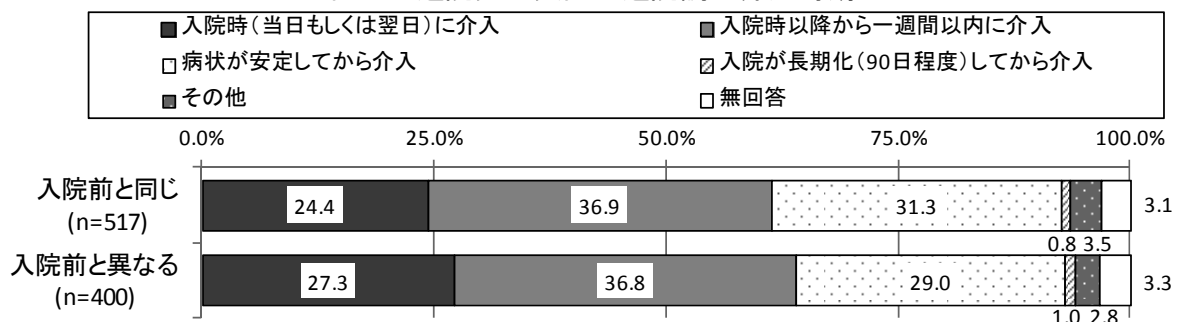
図 15. 退院先の異同 × 入院前ケアマネジャーの有無



6) 退院調整

退院調整の介入をした時期については、「入院時に介入」、「入院時から1週間以内に介入」等、いずれの割合も退院先の異同で明らかな違いを認めなかった。

図 16. 退院先の異同 × 退院調整介入時期

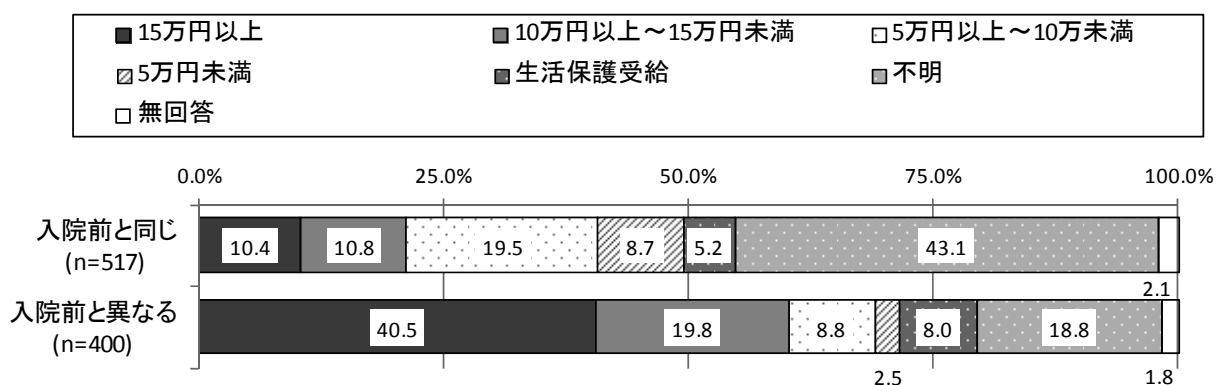


7) 毎月負担可能な金額

毎月負担できる金額の関係をみると、【入院前と異なる群】では「月に15万円以上負担可能」と回答した割合が40.5%と最も高く、「10～15万円負担可能」とした回答も19.8%であった。一方、【入院前と同じ群】のうち最も多かった回答は「10～15万円未満」(19.5%)であり、「5万円未満」の回答も8.7%であった。これより、【入院前と異なる群】では毎月負担可能な額が多い、すなわち経済状況が良い傾向があるといえる。

ただし、入院前と同じ退院先の人では「不明」の回答が43.1%と最も多いため注意が必要である。この回答は退院調整時に自宅に帰ることが明らかに見込まれており、退院調整職員が特に経済状況を聞く必要がなかったものと考えられる。

図 17. 退院先の異同×毎月負担可能な額



8) 入院中のADL および認知症の悪化

障害老人の日常生活自立度（以下「ADL」と表記。）と認知症高齢者の日常生活自立度（以下「認知症」と表記。）について、入院前と退院時の状態を退院先の異同別に集計を行った。

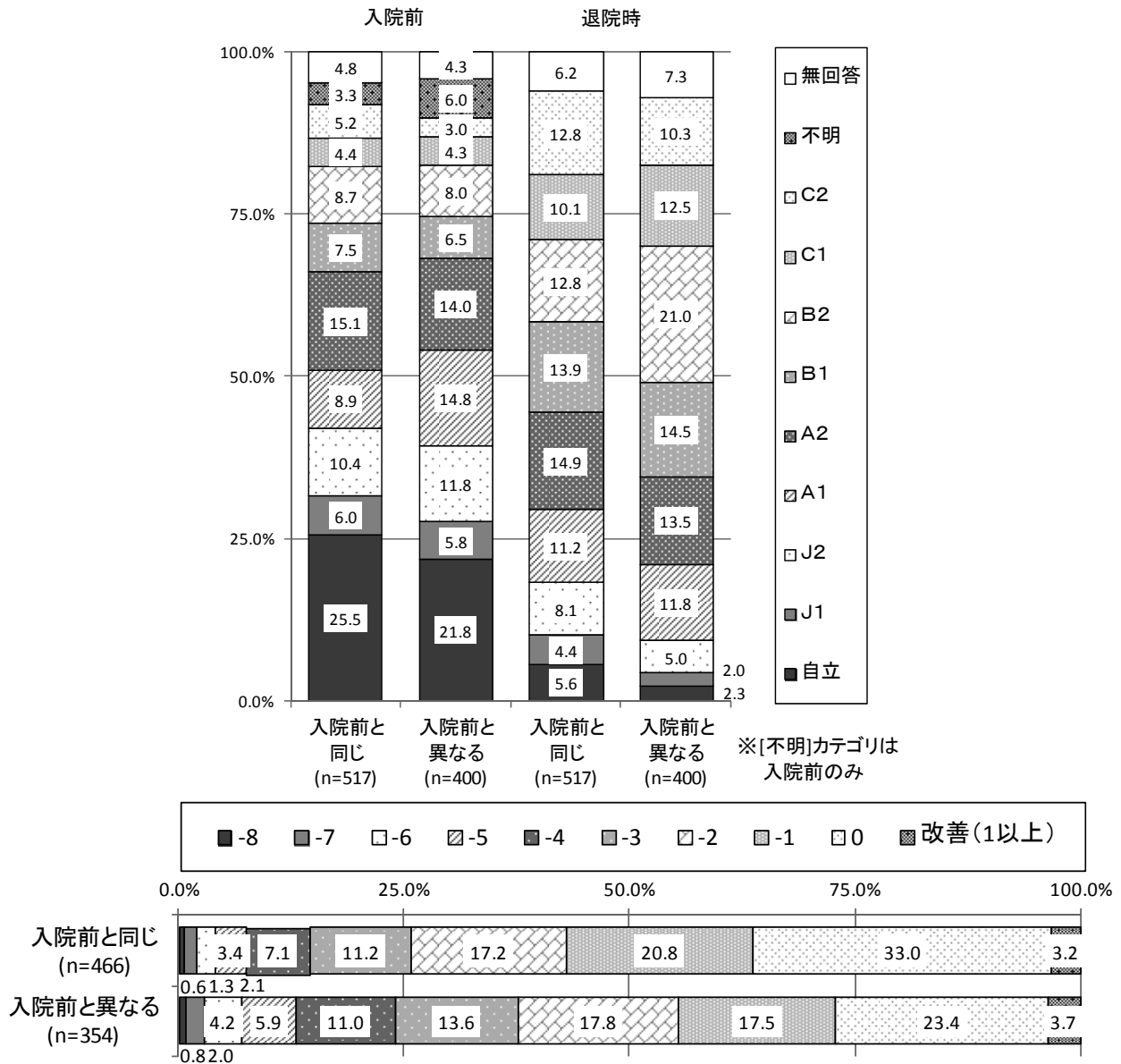
i) ADL

入院前のADLについては、軽度ADL低下している人が【入院前と異なる群】で多いものの、概ね差は認めなかった。

退院時にADLの状態がB2であった人が、【入院前と同じ群】では12.8%であったのに対し、【入院前と異なる群】では21.0%であり、入院前（それぞれ8.7%、8.0%）から大幅に増加していた。

退院時のADLについては、2段階以上ADLが低下した者の割合が【入院前と異なる群】で55.3%、【入院前と同じ群】の42.9%と比べて高かった。

図 18. 退院先の異同×障害老人の日常生活自立度(入退院時)



※上記横棒グラフにおいては障害老人の日常生活自立度の入院前と退院時の状態双方を回答した対象者のみで集計を行った。

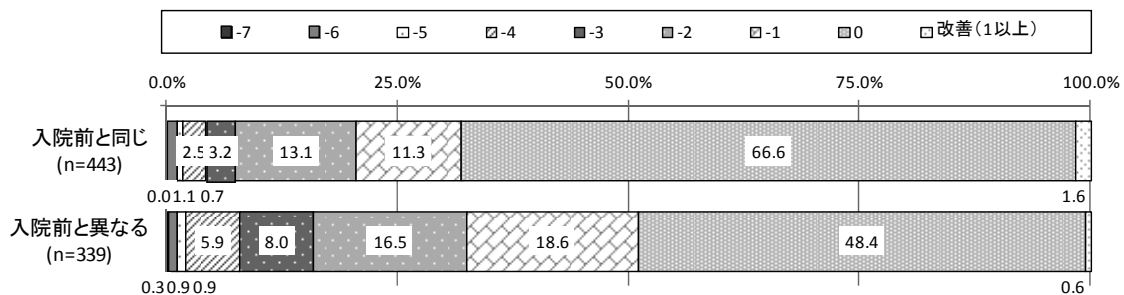
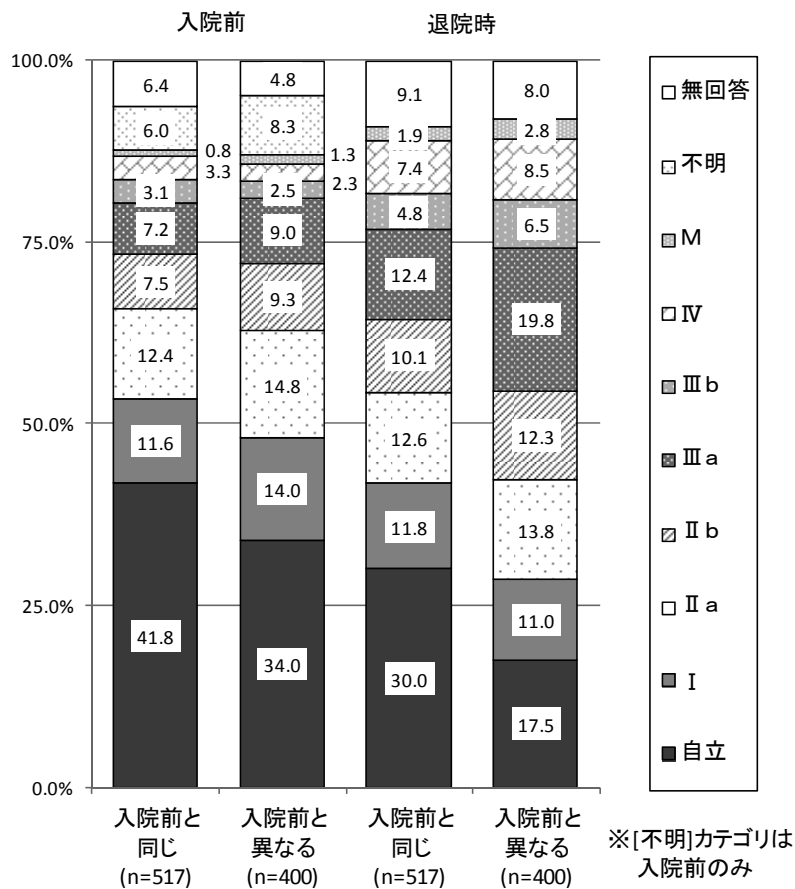
ii) 認知症

入院前の認知症の状態については、【入院前と異なる群】の方が、認知症の症状を有している者がやや多く、退院時には悪化している者が51.1%であった。

【入院前と同じ群】でも、入院前に何らかの認知症の症状が軽度認められる者が半数以上であったが、68.2%は悪化することなく退院することができていた。

退院時に認知症の状態がⅢaであった人が、【入院前と同じ群】では12.4%であったのに対し、【入院前と異なる群】では19.8%であり、入院時（それぞれ7.2%、9.0%）から大幅に増加していた。

図 19. 退院先の異同×認知症高齢者の日常生活自立度(入退院時)



※上記横棒グラフにおいては認知症高齢者の日常生活自立度の入院前と退院時の状態双方を回答した対象者のみで集計を行った。

iii) ADL の詳細

ADL の詳細では、食事を除く全ての項目で入院前より悪化している事例が半数を超えていた。また、【入院前と異なる群】で悪化した者の割合が高かった。

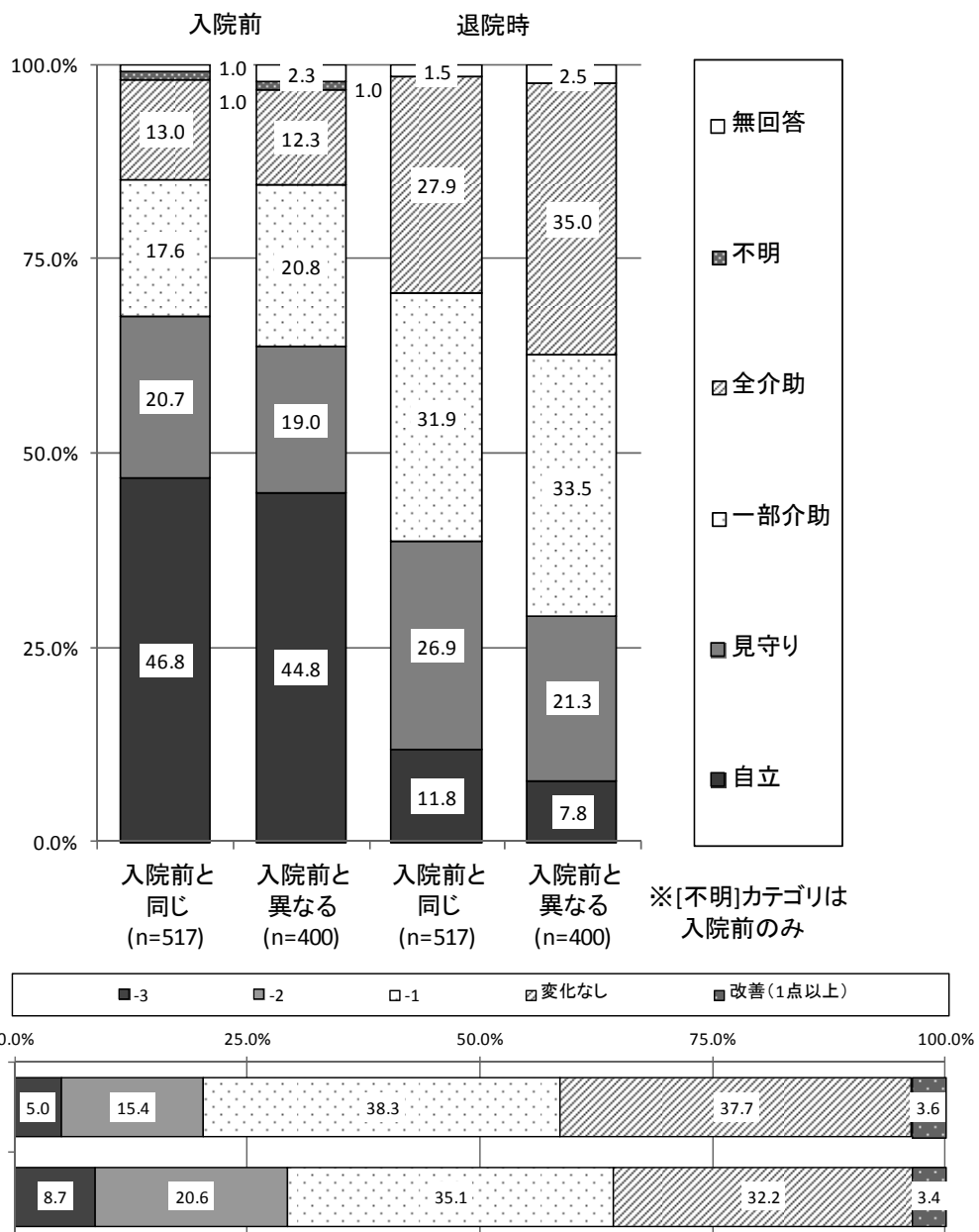
①移動能力

移動能力については、入院前においては退院先の異同両群で概ね同じであった。

退院時においては、【入院前と同じ群】では 41.3%が「変化なし又は改善」であったのに対し、【入院前と異なる群】では 35.6%であった。特に 2 段階以上、移動能力が落ちたものが 29.3%あり、これは【入院前と同じ群】に比べて 8.9 ポイント高かった。

また、両群とも退院時には自立であった者の割合が著しく低下しており、入院中に移動能力が低下して、見守りや介助が必要な状態になったことが分かる。

図 20. 退院先の異同×A. 移動(入退院時)



※上記横棒グラフにおいては ADL の A. 移動について入院前と退院時の状態双方を回答した対象者のみで集計を行った。

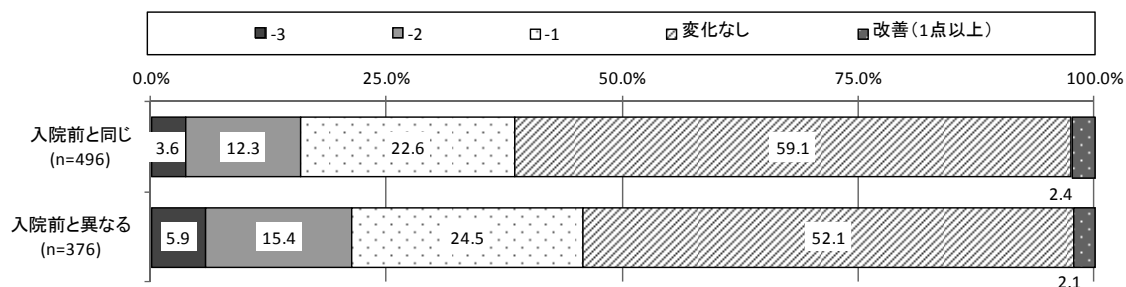
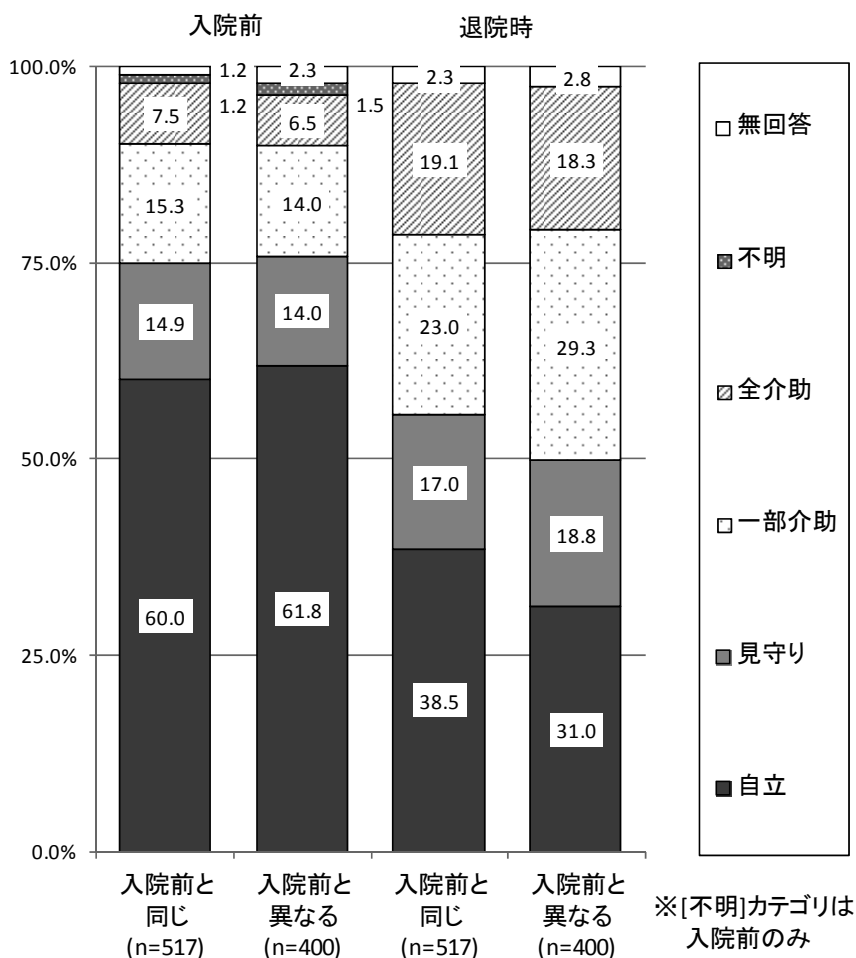
②食事

食事の能力については、入院前においては退院先の異同両群でほぼ違いはない。

退院時における悪化の程度については、【入院前と同じ群】では1段階以上悪化した者が38.5%であったのに対し、【入院前と異なる群】では45.8%であった。

退院時の状態では、移動能力の場合と同様に自立であったものが、食事に何らかの見守り・介助が必要になっている例が多く認められ、【入院前と同じ群】では21.5ポイント(60.0%→38.5%)、【入院前と異なる群】では30.8ポイント(61.8%→31.0%)低下している。

図 21. 退院先の異同×B. 食事(入退院時)



※上記横棒グラフにおいてはADLのB. 食事について入院前と退院時の状態双方を回答した対象者のみで集計を行った。

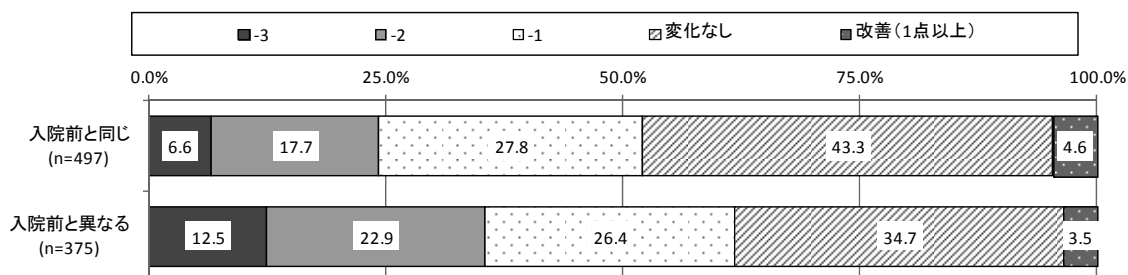
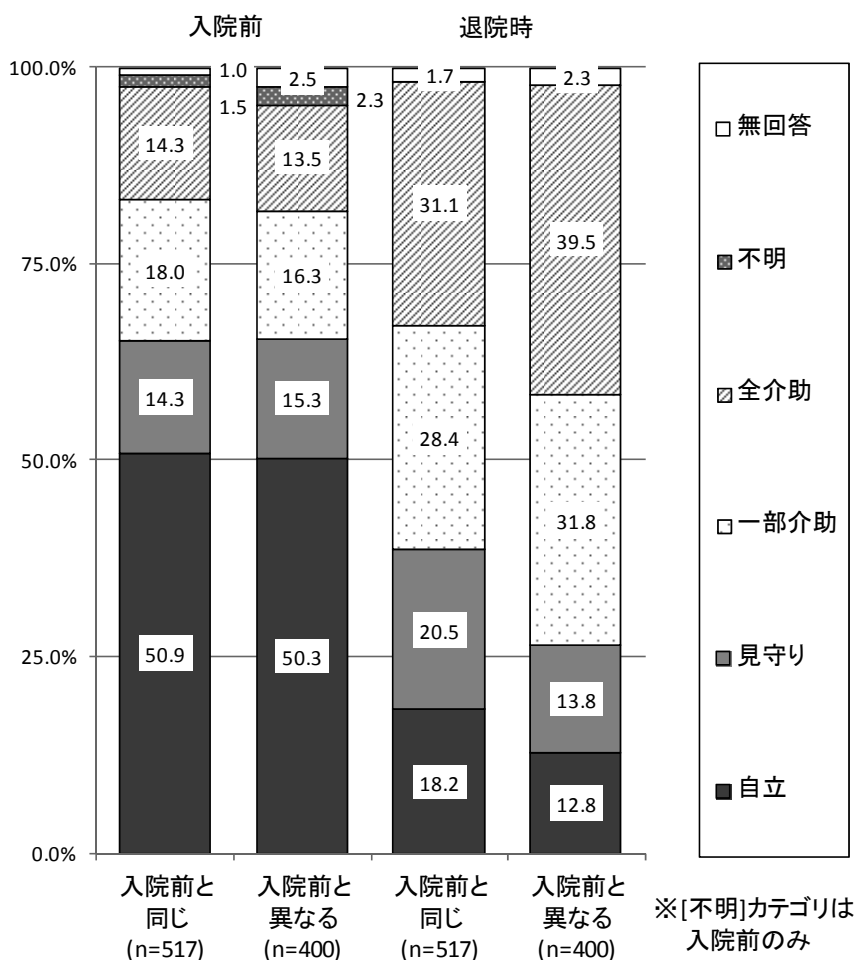
③排泄

排泄の能力については、入院前においては退院先の異同両群でほぼ違いはない。

退院時における悪化の程度については、【入院前と同じ群】では1段階以上悪化した者が52.1%であったのに対し、【入院前と異なる群】では61.8%であった。

入院前に自立であったものが、退院時に排泄で何らかの見守り・介助が必要になっている例が多く認められ、【入院前と同じ群】では32.7ポイント(50.9%→18.2%)、【入院前と異なる群】では37.5ポイント(50.3%→12.8%)低下している。また、退院時に排泄で一部介助が必要となったものは、【入院前と同じ群】で10.4ポイント(18.0%→28.4%)、【入院前と異なる群】で15.5ポイント(16.3%→31.8%)増加していた。

図 22. 退院先の異同×C. 排泄(入退院時)



※上記横棒グラフにおいてはADLのC. 排泄について入院前と退院時の状態双方を回答した対象者のみで集計を行った。

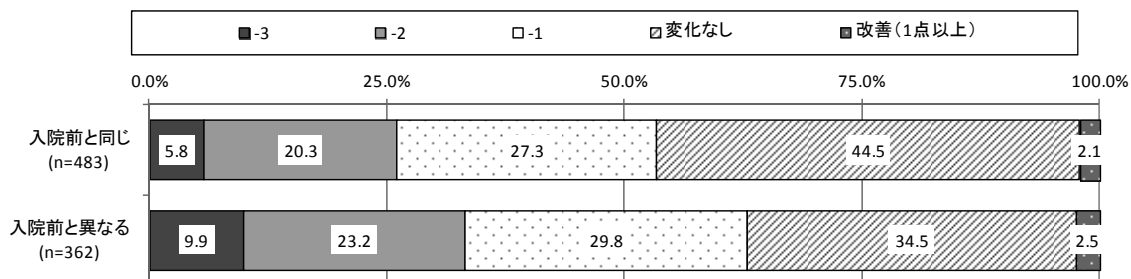
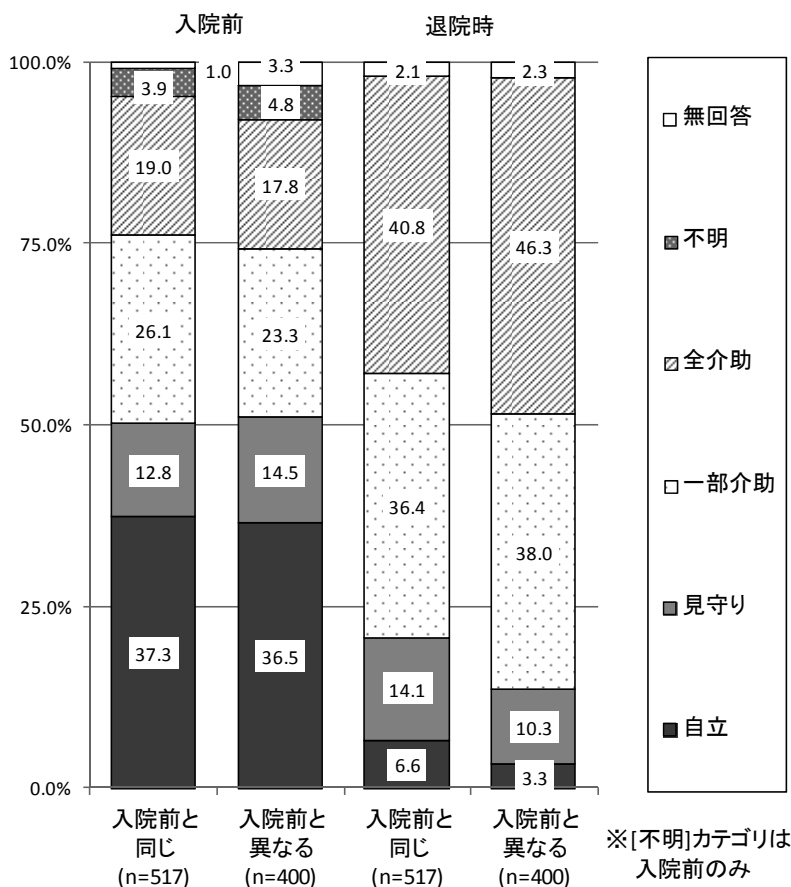
④入浴

入浴の能力については、入院前においては退院先の異同両群でほぼ差は認めなかった。

退院時における悪化の程度については、【入院前と同じ群】では1段階以上悪化した者が53.4%であったのに対し、【入院前と異なる群】では62.9%であった。

入院前に自立であったものが、退院時に入浴で何らかの見守り・介助が必要になっている例が多く認められ、【入院前と同じ群】では30.7ポイント(37.3%→6.6%)、【入院前と異なる群】では33.2ポイント(36.5%→3.3%)低下している。また、退院時に入浴で一部介助が必要となったものは、【入院前と同じ群】で10.3ポイント(26.1%→36.4%)、【入院前と異なる群】で14.7ポイント(23.3%→38.0%)増加していた。

図 23. 退院先の異同×D. 入浴(入退院時)



※上記横棒グラフにおいてはADLのD.入浴について入院前と退院時の状態双方を回答した対象者のみで集計を行った。

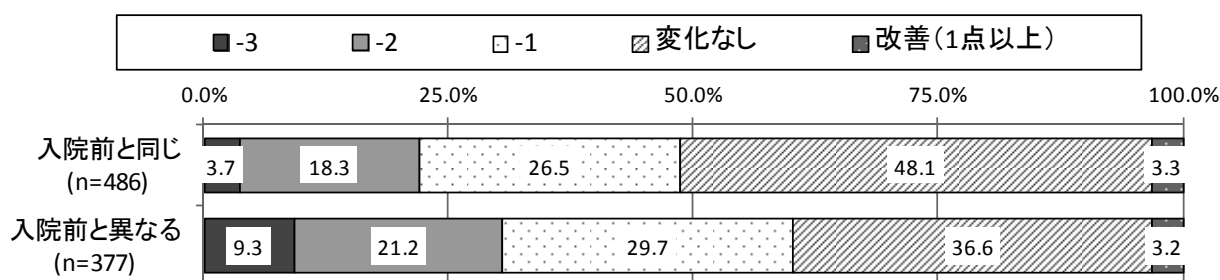
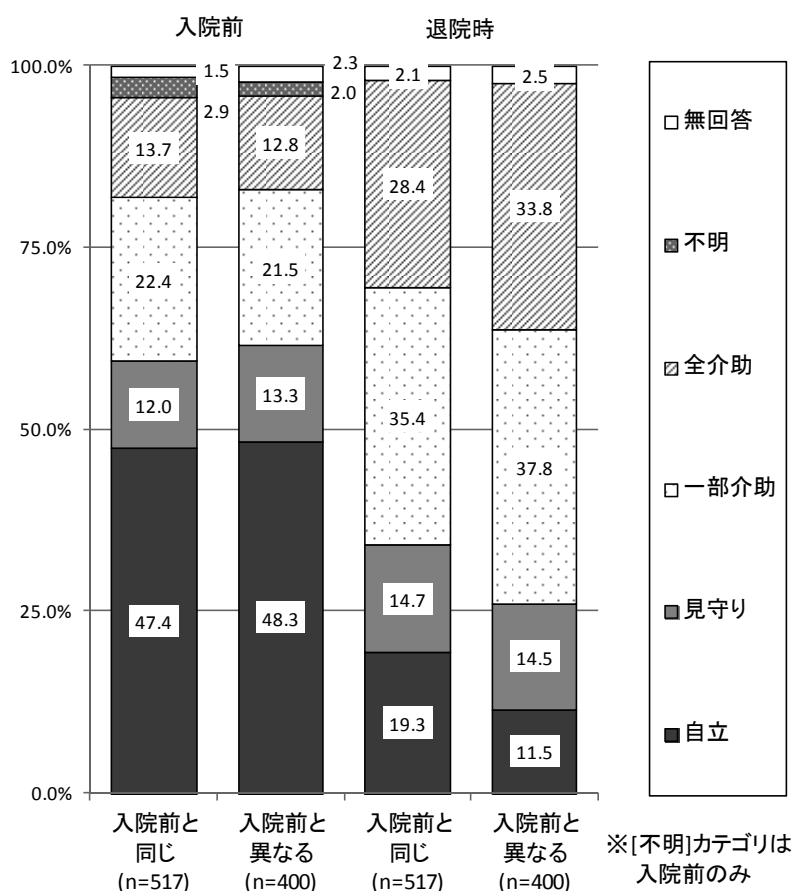
⑤着替え

着替えの能力については、入院前においては退院先の異同両群でほぼ違いはない。

退院時における悪化の程度については、【入院前と同じ群】では1段階以上悪化した者が48.5%であったのに対し、【入院前と異なる群】では60.2%であった。

入院前に自立であったものが、退院時に着替えで何らかの見守り・介助が必要になっている例が多く認められ、【入院前と同じ群】では28.1ポイント(47.4%→19.3%)、【入院前と異なる群】では36.8ポイント(48.3%→11.5%)低下している。また、退院時に排泄で一部介助が必要となったものは、【入院前と同じ群】で13.0ポイント(22.4%→35.4%)、【入院前と異なる群】で16.3ポイント(21.5%→37.8%)増加していた。

図 24. 退院先の異同×E. 着替え(入退院時)



※上記横棒グラフにおいてはADLのE.着替えについて入院前と退院時の状態双方を回答した対象者のみで集計を行った。

【小括①】

- 入院前と同じ自宅（本人の持家・賃貸又は家族の持家・賃貸）に退院できた人は、全体の 56.4%であった。
- 入院前と異なる退院先の種別としては、介護付有料老人ホーム（特定施設）（27.0%）、サービス付き高齢者向け住宅（19.3%）、有料老人ホーム（特定以外）（15.8%）の順に多かった。
- 入院前の同居者については、【入院前と同じ群】は 80.9%が同居者有り、一方、【入院前と異なる群】は同じく 53.8%にとどまり、同居者の有無が大きな要因となっている。
- 入院前の介護者の属性については、【入院前と同じ群】は 36.8%が配偶者であり、一方、【入院前と異なる群】は 17.0%にとどまる。
- 【入院前と異なる群】の場合、40.5%と多数の者が毎月 15 万円以上の負担が可能な者であった。
- ADL、認知症の双方について、【入院前と異なる群】において、入院前・退院時ともに相対的に自立度が低く、かつ、悪化の程度が大きい人の比率が高い。
- ADL の詳細を見ると、
 - ・ 特に、「移動能力」と「入浴」について、退院先の異同両群において、「自立」の人の構成比が大きく低下している。
 - ・ 【入院前と異なる群】の方が【入院前と同じ群】に比べ、退院時に全ての項目で「一部介助」と「全介助」の人の割合が高いが、特に「排泄」で比較的両者の差が大きい（11.8 ポイント差）。
 - ・ 退院時において 1 段階以上悪化した人の割合は、全ての項目で、【入院前と異なる群】の方が【入院前と同じ群】に比べて高い。
 - ・ 1 段階以上の悪化の割合の差で見ると、「着替え」（11.7 ポイント差）、「排泄」（9.7 ポイント差）、「入浴」（9.5 ポイント差）で相対的に差が大きく、また、このうち 2 段階以上の悪化で見ると「排泄」（11.1 ポイント差）、「移動能力」（8.9 ポイント差）、「着替え」（8.5 ポイント差）で相対的に差が大きい。
- 認知症については、
 - ・ 入院前においては、【入院前と異なる群】の方が【入院前と同じ群】よりも認知症の症状を有している者がやや多かったが、退院時にはその差が大きくなっていった。
 - ・ 認知症の悪化については、【入院前と同じ群】の方が【入院前と異なる群】に比べ、症状を維持・改善している者の比率が 19.2 ポイント高かった。

③経済状況と退院先の異同について

第1章②7) 毎月負担可能な金額と退院先の異同の集計で、入院前と異なる退院先の方が負担可能な金額が大きい傾向が認められた。この傾向について、同居者の有無や入院前の住まいの状況などの影響がどの程度であるか検討するため下記の集計を行った。

1) 毎月負担可能な額と入院前の住居の状況について

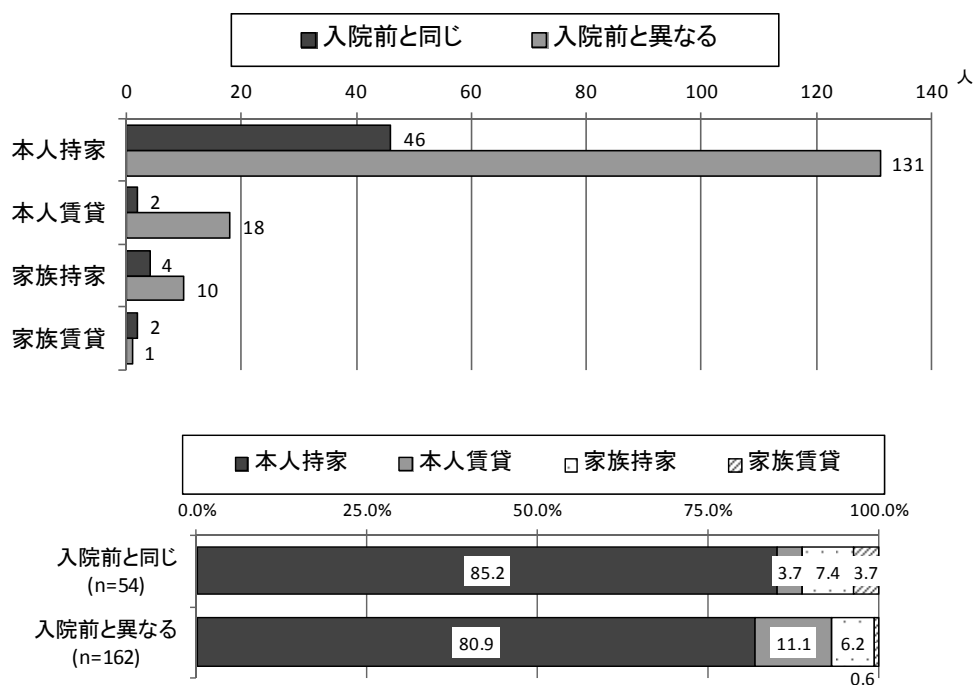
毎月負担可能な額ごとに入院前の住居の状況を集計して、住居の形態別に退院先の異同を検討した。

i) 毎月負担可能額【15万円以上】

毎月15万円以上負担可能な人では、入院前に「本人持家」に居住している人が177人おり、そのうちの46人(26.0%)が元の持家に退院している。これに対して、「本人賃貸」の住宅に住んでいた人は20人で、そのうち2人(10.0%)が元の賃貸住宅に退院している。

また、【入院前と同じ群】と【入院前と異なる群】に分けて、入院前の居住地をみると、「本人持家」がそれぞれ85.2%、80.9%であり、「本人賃貸」が同じく3.7%、11.1%となっている。

図 25. 毎月負担可能額【15万円以上】×入院前の居住地×退院先の異同



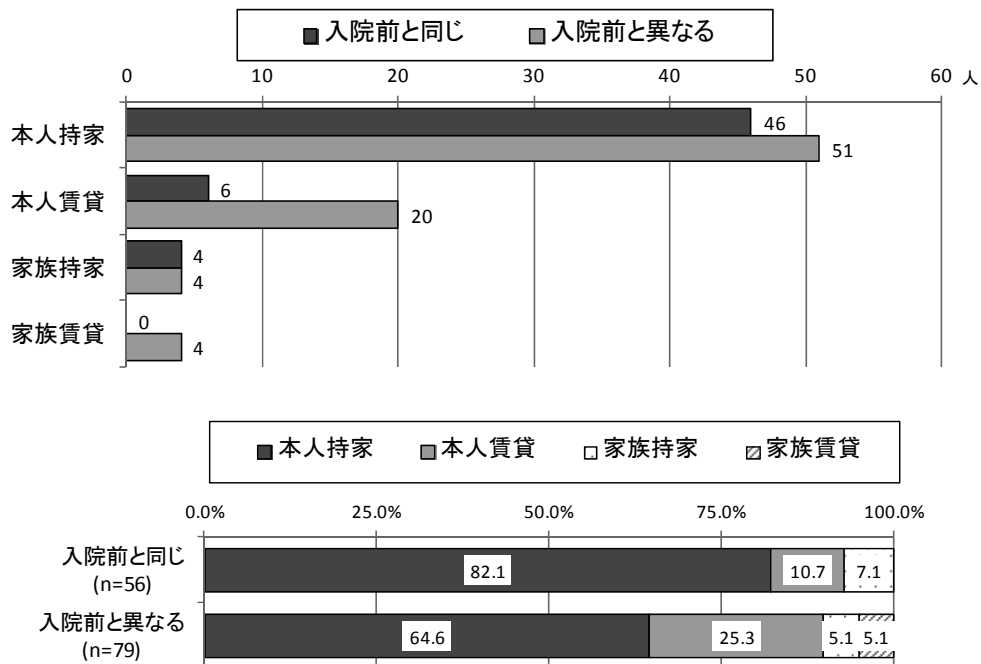
※各カテゴリについて、戸建と集合住宅の区別はない条件で集計を行っている。

ii) 毎月負担可能額【10万円以上～15万円未満】

毎月10万円以上～15万円未満負担可能な人は、入院前に「本人持家」に居住している者が97人おり、そのうちの46人(47.4%)が元の持家に退院している。これに対して、「本人賃貸」の住宅に住んでいた人は26人で、そのうち6人(23.1%)が元の賃貸住宅に退院している。

また、【入院前と同じ群】と【入院前と異なる群】に分けて、入院前の居住地をみると、「本人持家」がそれぞれ82.1%、64.6%であり、「本人賃貸」が同じく10.7%、25.3%となっている。

図 26. 毎月負担可能額【10万円以上～15万円未満】×入院前の居住地×退院先の異同



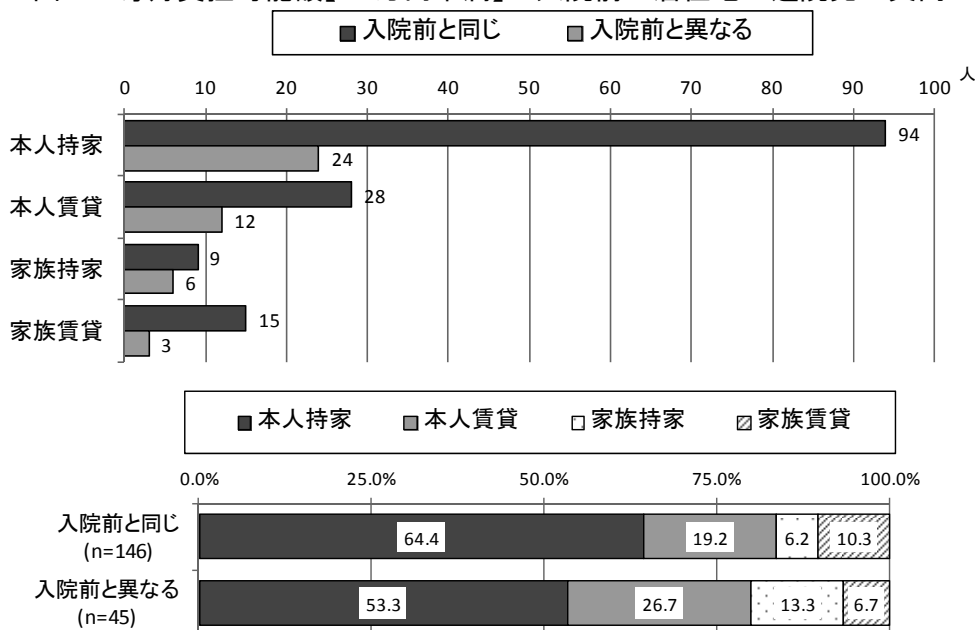
※各カテゴリについて、戸建と集合住宅の区別はない条件で集計を行っている。

iii) 毎月負担可能額【10万円未満】

毎月10万円未満負担可能な人は、入院前に「本人持家」に居住している人が118人おり、そのうちの94人(79.7%)が元の持家に退院している。これに対して、「本人賃貸」の住宅に住んでいた人は40人で、そのうち28人(70.0%)が元の賃貸住宅に退院している。

また、【入院前と同じ群】と【入院前と異なる群】に分けて、入院前の居住地をみると、「本人持家」がそれぞれ64.4%、53.3%であり、「本人賃貸」が同じく19.2%、26.7%となっている。

図 27. 毎月負担可能額【10万円未満】×入院前の居住地×退院先の異同

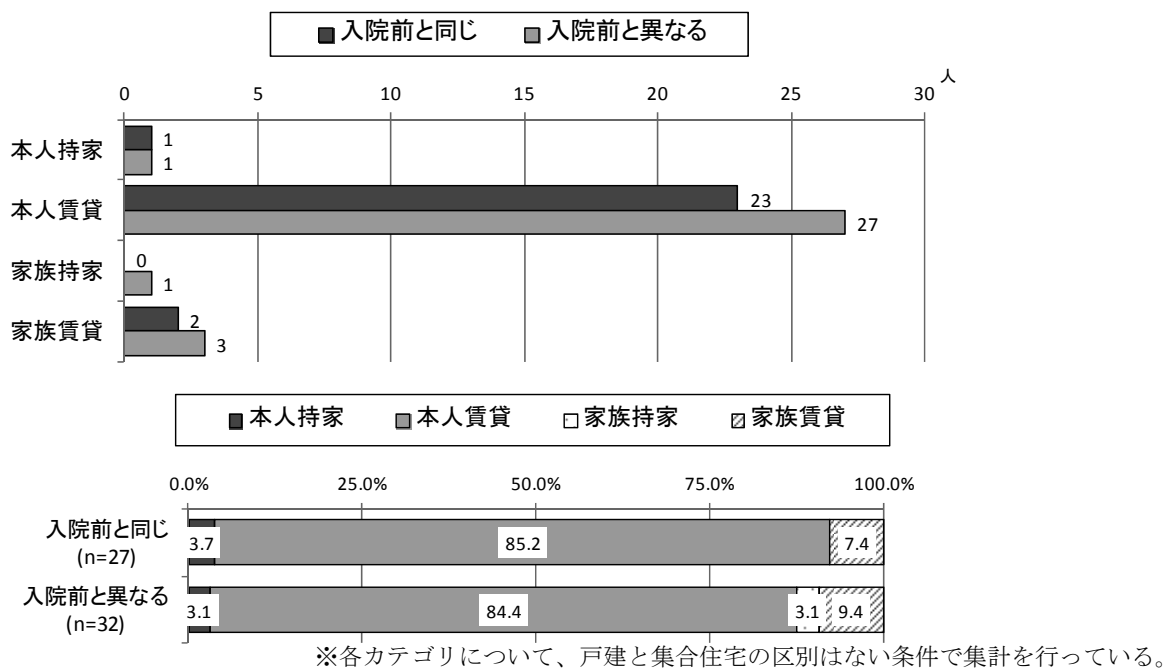


※各カテゴリについて、戸建と集合住宅の区別はない条件で集計を行っている。
また、以降「10万円未満」カテゴリとは「5万円未満」と「5万円以上～10万円未満」のカテゴリを統合したものである。

iv) 毎月負担可能額【生活保護受給】

生活保護受給の群では「本人賃貸」の住宅に居住している人が50人で大半を占めており、そのうち23人(46.0%)が元の賃貸住宅に退院している。入院前と同じ「本人賃貸」に退院した人の割合は、毎月負担可能額が10万円未満の群よりも低かった。

図 28. 毎月負担可能額【生活保護受給】×入院前の居住地×退院先の異同



2) 毎月負担可能な額と退院先について

【入院前と異なる群】について、その退院先の種別を毎月負担可能な金額別に集計した。

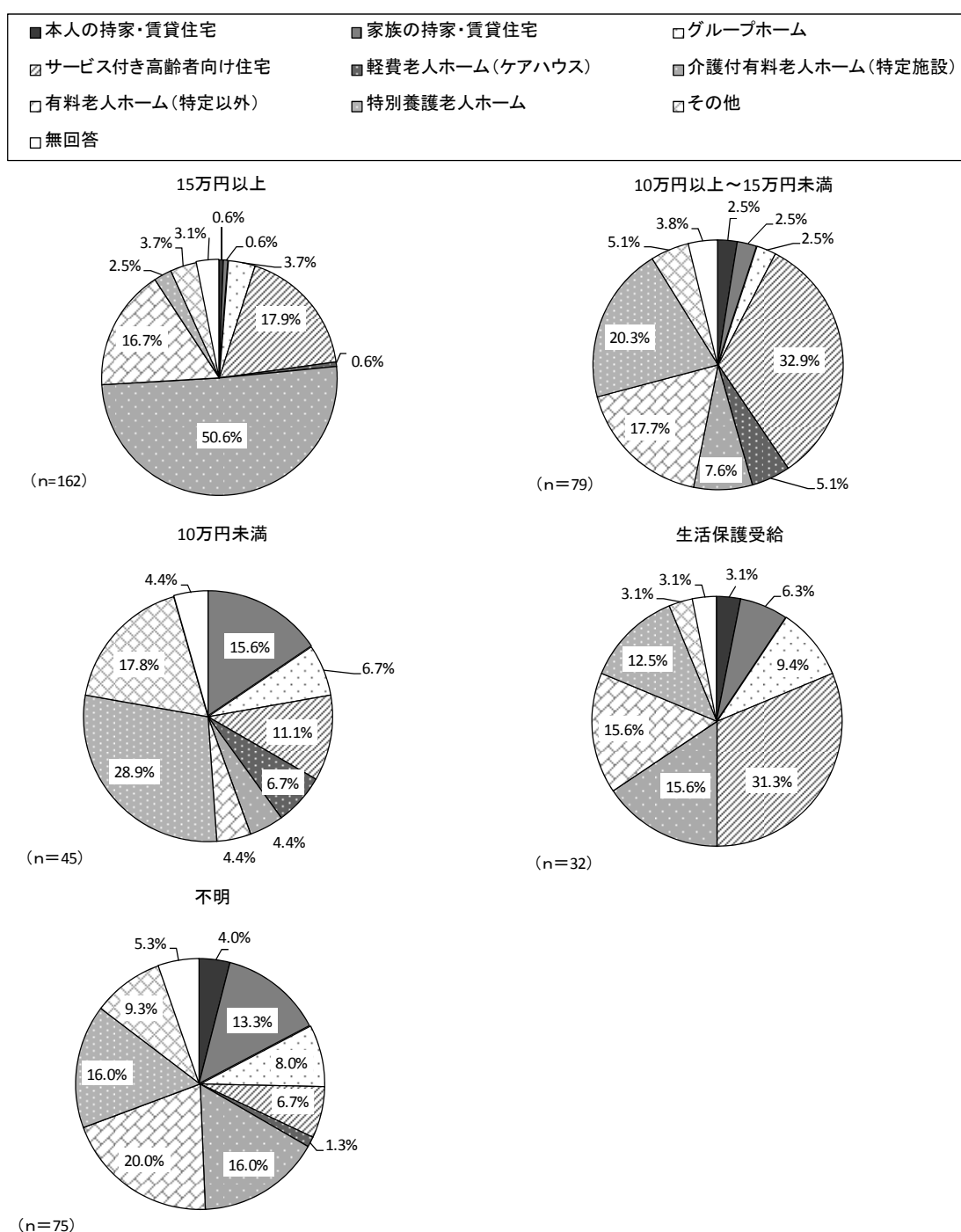
毎月負担可能額が15万円以上の群では介護付有料老人ホーム（特定施設）が50.6%と最も高く、次いでサービス付き高齢者向け住宅が17.9%であった。

毎月負担可能額が10万円以上15万円未満の群ではサービス付き高齢者向け住宅が32.9%と最も高く、次いで特別養護老人ホームが20.3%、有料老人ホーム（特定以外）が17.7%であった。

毎月負担可能額が10万円未満の群では特別養護老人ホームが28.9%と最も高く、次いで入院前とは異なる家族の持家・賃貸住宅が15.6%であった。

生活保護受給の群ではサービス付き高齢者向け住宅への退院が最も多く31.3%であり、次いで介護付老人ホーム（特定施設）15.6%、有料老人ホーム（特定以外）15.6%であった。

図 29. 毎月負担可能な額×入院前と異なる退院先



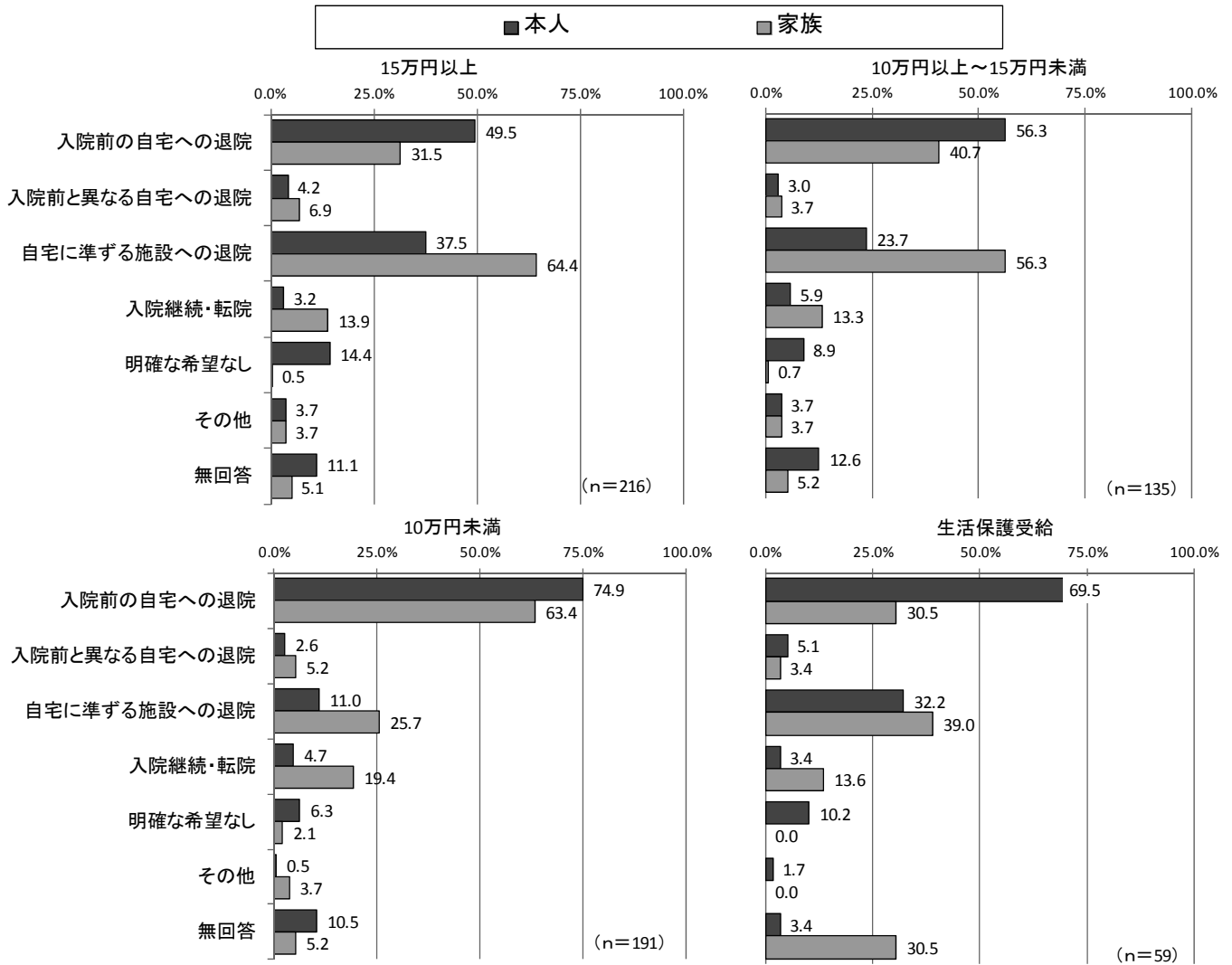
3) 毎月負担可能な額と家族の退院先の希望について

毎月負担可能な金額別に本人と家族の退院先の希望を集計した。

毎月15万円以上負担可能な群では「自宅に準ずる施設」への退院希望が、他の群よりも多かった。

実際の退院先の結果と同様に、10万円未満の群では「自宅に準ずる施設」への退院を希望する割合が低く、生活保護受給の群になるとこれが増加する。また、毎月10万円未満負担可能な群は他の群に比べて、「入院前への自宅への退院」を希望する割合が最も高かった。

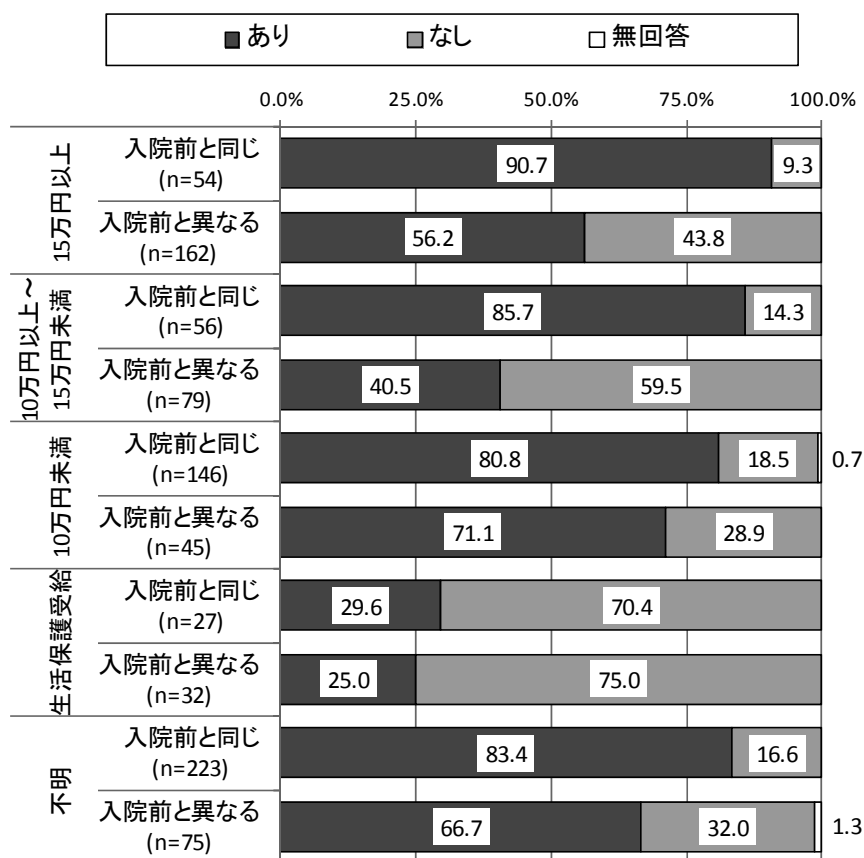
図 30. 毎月負担可能な額×退院先希望(本人・家族)



4) 毎月負担可能な額と同居人の有無について

同居人の有無と退院先の異同について、毎月負担可能な金額別に集計したところ、負担可能な金額により割合は異なるものの、全ての金額帯で同居人有りの場合の方が無しの場合に比べて、入院前と同じ住まいへ退院している割合が高かった。ただし、10万円未満の群と生活保護受給の群では、それ以外の群に比べて同居人の有無による退院先の異同の差は小さかった。

図 31. 毎月負担可能な額 退院先異動×同居人の有無



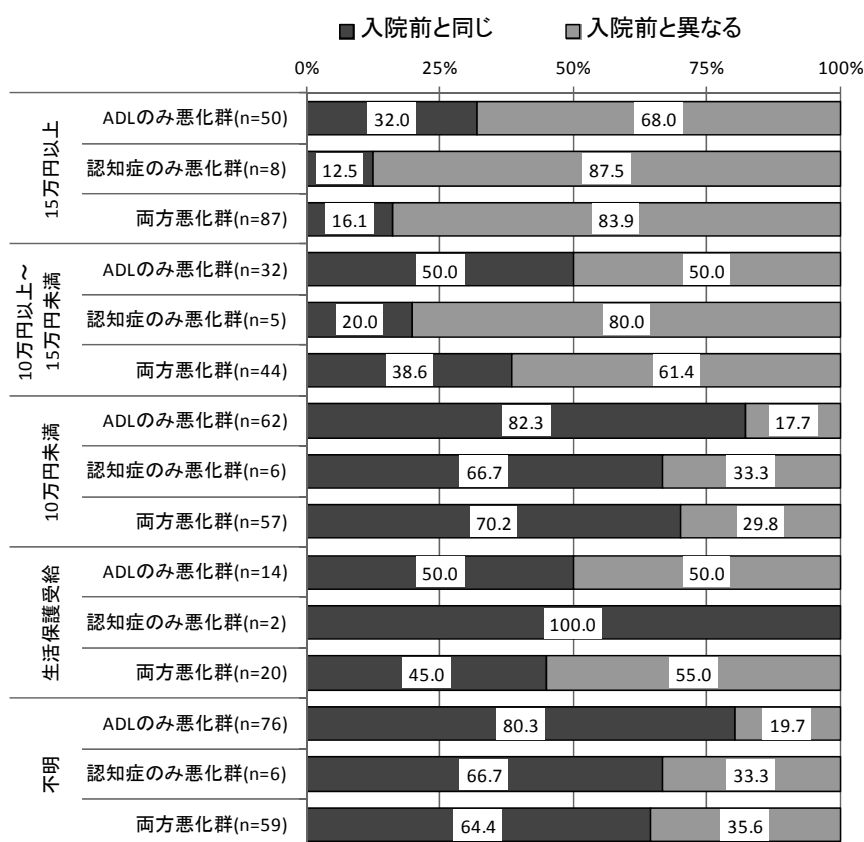
5) 毎月負担可能な額と入院後の状態悪化について

毎月負担可能な金額別に入院後の状態の悪化と退院先について集計した。

負担可能な金額によって入院前と同じ退院先の割合は異なるものの、生活保護受給の群を除いて、ADLのみ悪化した人の方が認知症のみ悪化した人に比べて入院前と同じ住まいへ退院できる割合が高い傾向が認められた。

ただし、負担可能額が10万円未満の群ではADLのみ悪化群と認知症のみ悪化群の退院先の異同の差は小さかった。

図 32. 毎月負担可能な額 × 悪化群 (-1ポイント) × 退院先異同



6) 毎月負担可能な額・入院時からの変化と退院先の異同

i) ADL の変化

以下で述べられる「中等度悪化群」とは ADL もしくは、認知症のどちらかが、入院前と比べ退院時に 2 段階以上悪化している患者グループを指す。

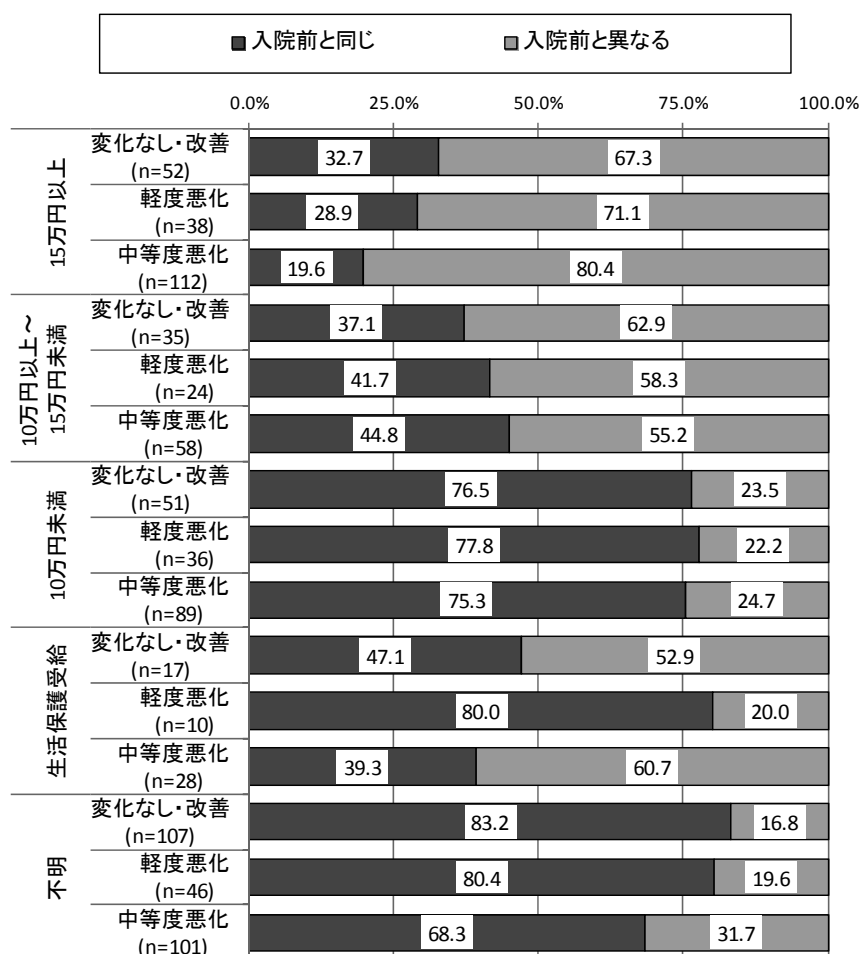
また、「軽度悪化群」とは「中等度悪化群」に該当しない患者グループを指す。

ADL と認知症の両方において無回答などで悪化度を点数化できない患者については母数から除外した。

毎月負担可能な額が 15 万円以上の群では、ADL の悪化の程度が高いほど、入院前と異なる退院先となる比率が高くなるが、同じく 10 万円以上 15 万円未満の群及び 10 万円未満の群では、ADL の変化と退院先の異同に大きな差は認められない。また、生活保護受給の群では、「変化なし・改善」及び「中等度悪化」に比べて「軽度悪化」の者が入院前と同じ退院先となる比率が顕著に高かった。

このように、ADL が悪化するほど入院前と同じ自宅に退院しにくくなるという傾向は、毎月負担可能な額別に見ると明らかではなかった。

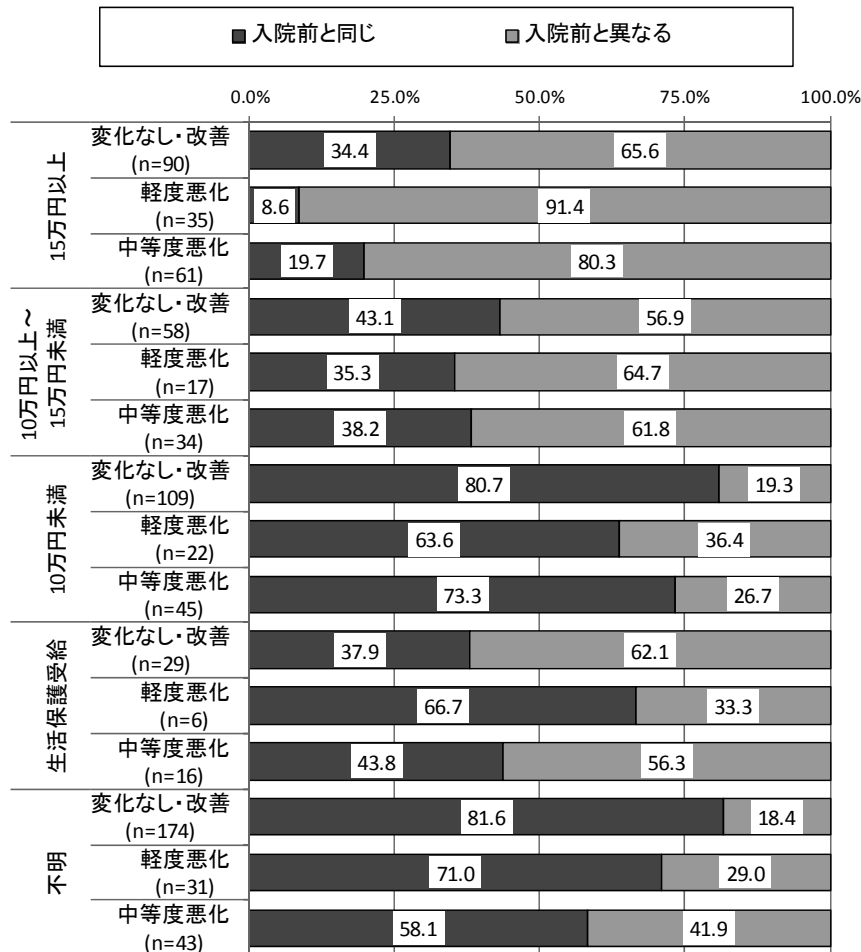
図 33. 毎月負担可能な額別 ADL の悪化の程度 × 退院先異同



ii) 認知症の変化

母数の少ない生活保護受給の群と不明の群を除き、毎月負担可能な額の多寡にかかわらず、「変化なし・改善」の者が「軽度悪化」及び「中等度悪化」に比べて入院前と同じ自宅に退院している比率は高い。毎月負担可能な額別に見ても、認知症の悪化の程度が大きいほど、入院前と同じ自宅に退院しにくくなるという傾向は明らかではなかった。

図 34. 毎月負担可能な額別 認知症の悪化の程度 × 退院先異同



【小括②】

- 入院前に居住していた「本人持家」に退院する人の割合は、母数の少ない生活保護受給の階層を除き、毎月の負担可能額が高い階層の方が低くなる傾向にあった。
- 【入院前と異なる群】の退院先の種別をみると、毎月負担可能な額の階層によって、以下のような特徴がある。
 - ・ 毎月負担可能な額が15万円以上の階層では、介護付有料老人ホームへの退院が約半数（50.6%）と顕著に多い。
 - ・ 同じく10万円以上15万円未満の階層では、サービス付き高齢者向け住宅が約三分の一（32.9%）を占める。
 - ・ 同じく10万円未満の階層では、特別養護老人ホームが最も多く（28.9%）、他の階層に比べると、入院前とは異なる家族の持家・賃貸の比率が高い（15.6%）。
 - ・ 生活保護受給の階層では、サービス付き高齢者向け住宅が最も多く（31.3%）、他の階層に比べると、グループホームの比率が高い（9.4%）
- 毎月負担可能な額が15万円以上の階層では、本人、家族ともに他の階層よりも「自宅に準ずる施設への退院」を希望する割合が高い。また、入院前と同じ自宅への退院を希望する割合は、本人・家族ともに毎月負担可能な額が10万円未満の階層で最も高い。
- 毎月負担可能な額の全ての階層で、【入院前と同じ群】と【入院前と異なる群】を比較すると、前者の方で同居人がいる割合が高い。
- 母数の少ない生活保護受給の階層を除き、ADLのみ悪化の方が認知症のみ悪化に比べ、入院前と同じ自宅へ退院できる割合が高い。

④要介護度・認知症の状態と退院先について

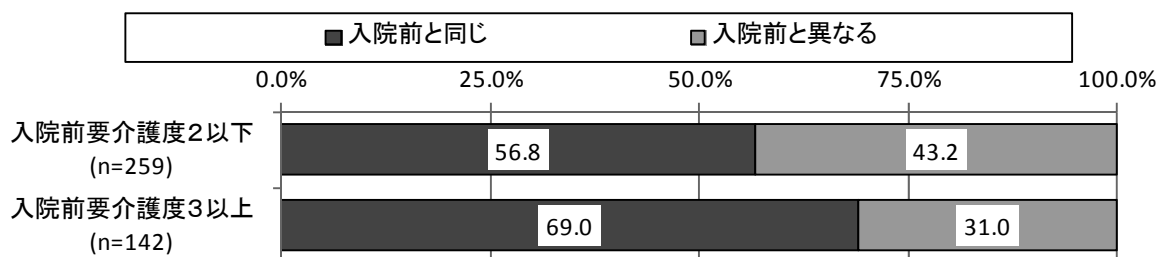
入院前の要介護度および認知症の有無が、悪化の程度により退院先に影響しているかを検討するため集計を行った。

1) 入院時からの変化と退院先の異同

i) ADL の変化

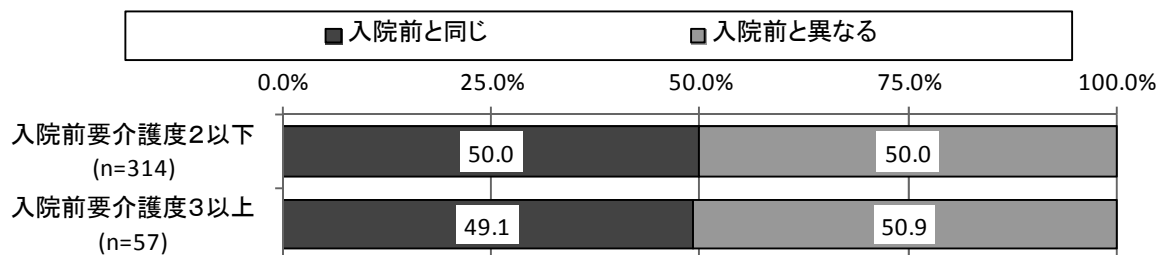
ADL の軽度悪化群では、入院前の要介護度が高い（要介護度3以上）群の方が入院前と同じ住まいに退院する割合が高かった。中等度悪化群では、入院時の要介護度による差はなく、入院前と同じ自宅に退院する割合は約50%であった。

図 35. 入院前要介護度 × 退院先異同(軽度悪化群)



※悪化の程度は1段階以下（変化なし・改善を含む）

図 36. 入院前要介護度 × 退院先異同(中等度悪化群)

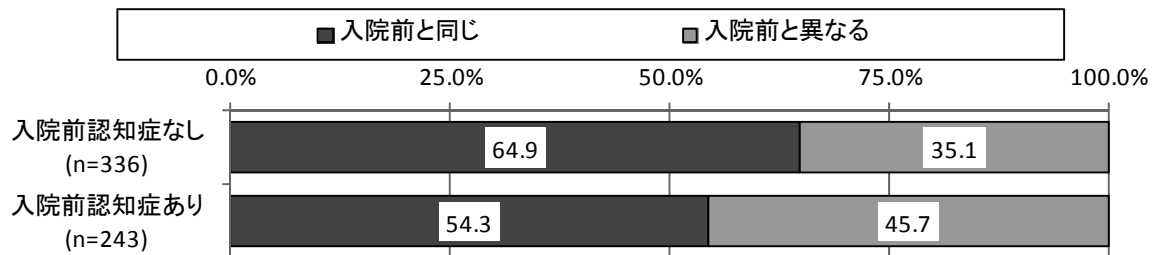


※悪化の程度は2段階以上

ii) 認知症の変化

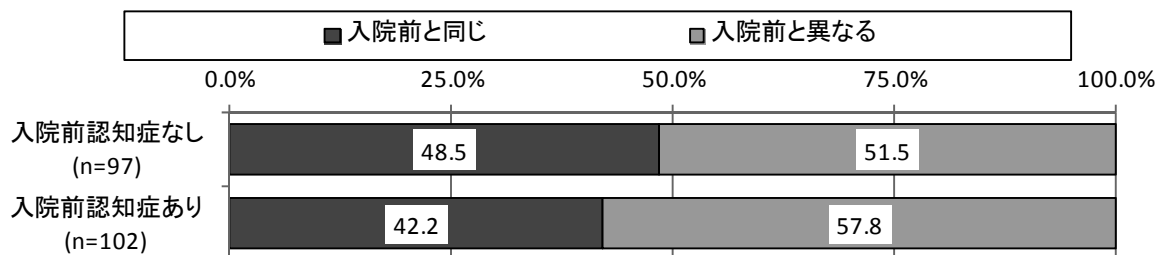
認知症の変化については、軽度悪化群、中等度悪化群とも入院前に認知症がなかった群の方が認知症があった群に比べて、入院前と同じ住まいに退院する割合が高く、軽度悪化群の方が中等度悪化群よりも入院前と同じ退院先に戻る割合が高かった。

図 37. 入院前認知症の有無×退院先異同(軽度悪化群)



※悪化の程度は1段階以下(変化なし・改善を含む)

図 38. 入院前認知症の有無×退院先異同(中等度悪化群)



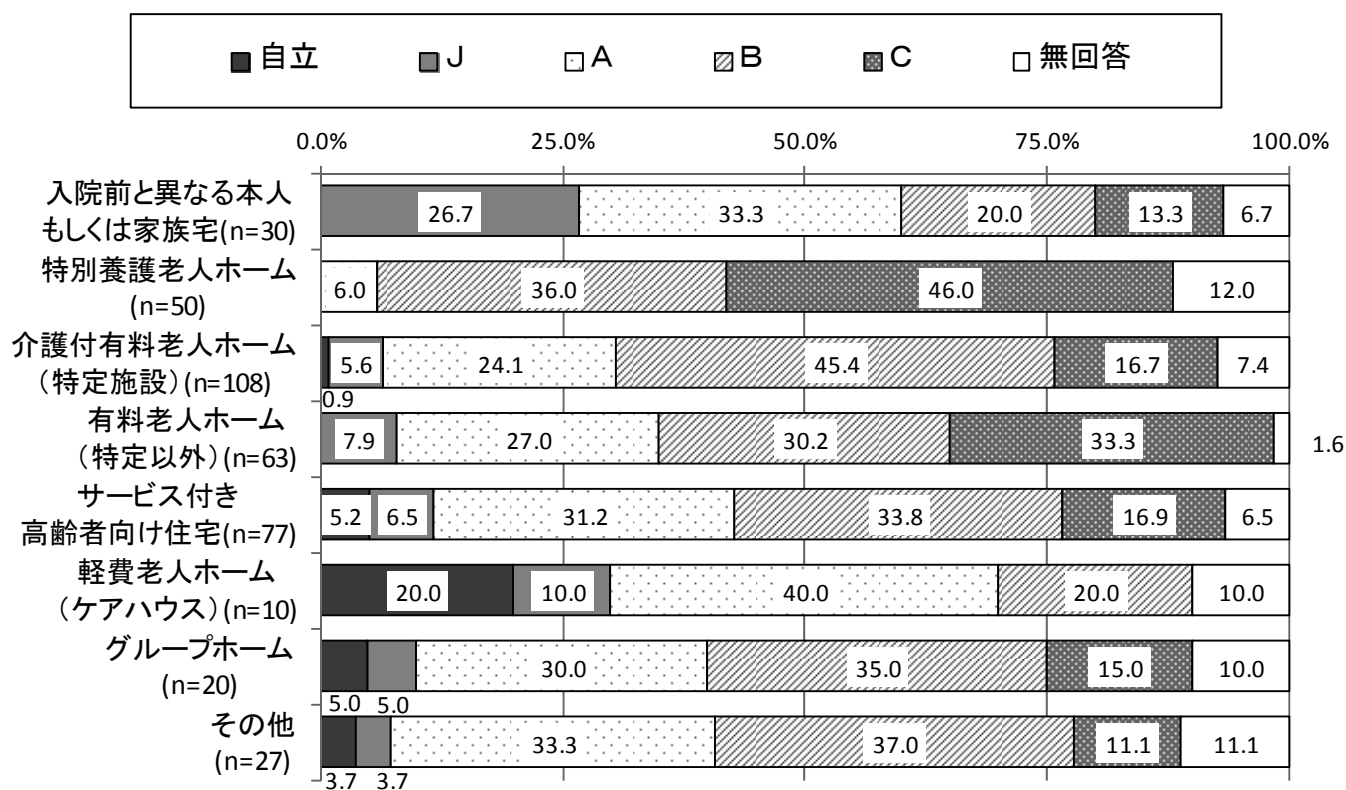
※悪化の程度は2段階以上

2) 退院時 ADL・認知症の程度と入院前と異なる退院先

i) 退院時 ADL

退院時の ADL の程度と入院前と異なる退院先の種別についてみると、特別養護老人ホームでは ADL が低い者 (B 1 + B 2 : 36.0%、C 1 + C 2 : 46.0%) を多く受け入れていた。また、有料老人ホーム (特定以外) の方が介護付有料老人ホーム (特定施設) やサービス付き高齢者向け住宅よりも ADL が特に低い者が多く退院先としていた (C 1 + C 2 : 33.3%)。

図 39. 退院先 × 退院時 ADL



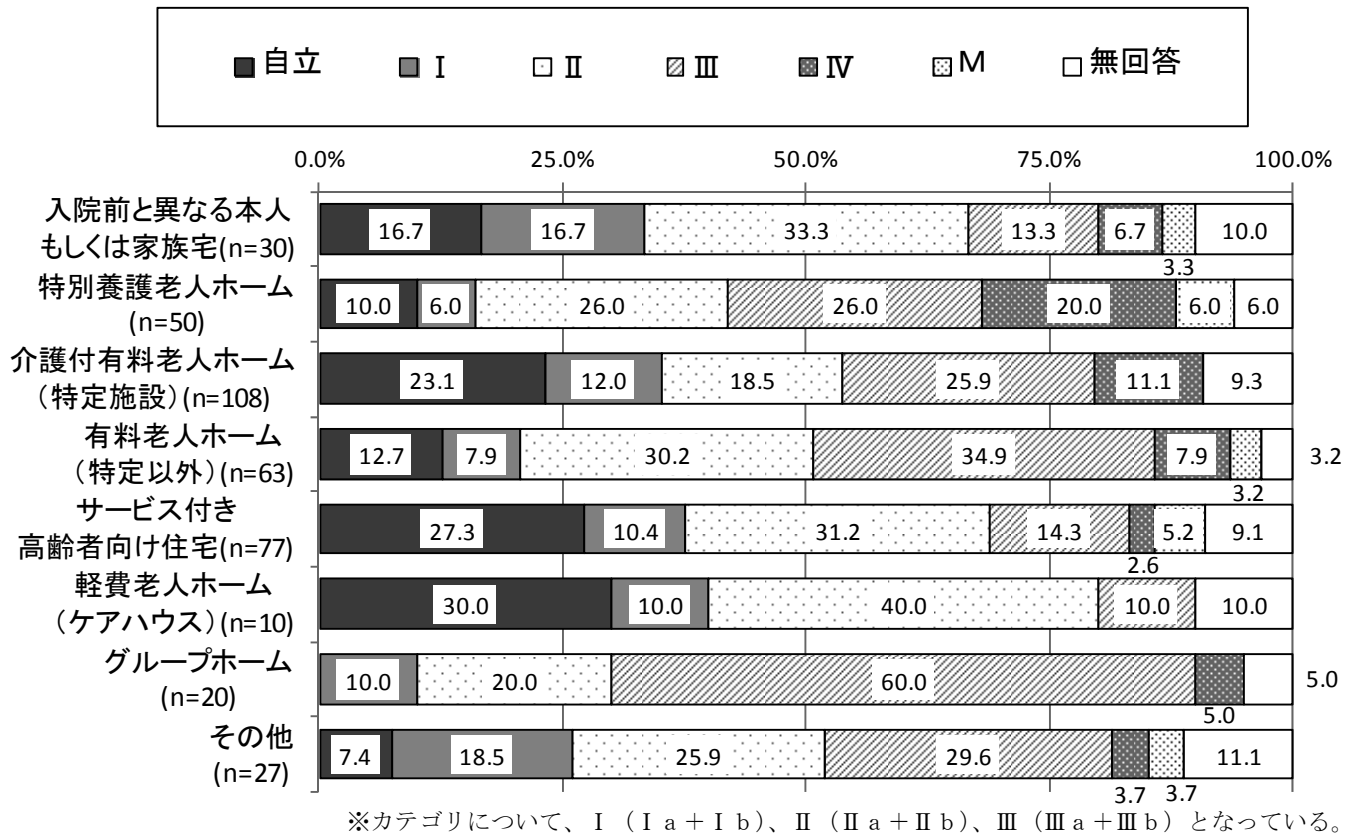
※カテゴリについて、J (J 1 + J 2)、A (A 1 + A 2)、B (B 1 + B 2)、C (C 1 + C 2) となっている。
また、「入院前と異なる本人もしくは家族宅」カテゴリは「本人の持家・賃貸住宅」と「家族の持家・賃貸住宅」カテゴリを統合したものである。

ii) 退院時認知症

退院時の認知症の程度と入院前と異なる退院先の種別についてみると、本人もしくは家族宅、介護付有料老人ホーム（特定施設）、サービス付き高齢者向け住宅の三者の間では、退院時の認知症の程度別の割合はあまり差を認めなかった。

グループホームでは認知症が進行した者の割合は高いが（Ⅲ a + Ⅲ b : 60.0%、Ⅳ : 5.0%）、特別養護老人ホームほど（Ⅳ : 20.0%）重度の認知症の割合は高くなかった。

図 40. 退院先×退院時認知症



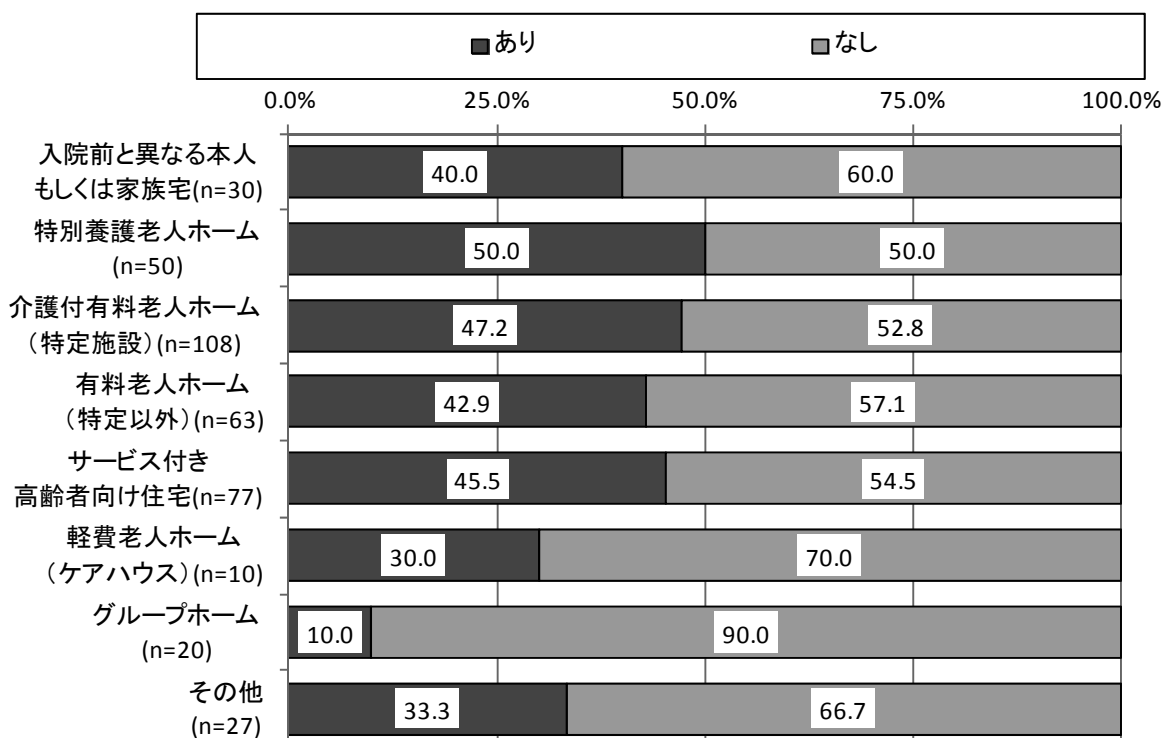
⑤医療処置と退院先について

退院を見込む者の医療処置の有無と退院先にどのような関係があるのか検討するため集計を行った。

1) 医療処置の有無と自宅以外の退院先

退院後の医療処置の有無と入院前と異なる退院先の種別については、グループホームや軽費老人ホームで医療処置有りの割合が低いが、その他の施設については、医療処置有りの割合が最も高い特別養護老人ホームで50.0%、有料老人ホーム（特定以外）では42.9%、サービス付き高齢者向け住宅で45.5%と大きな差は認めなかった。

図 41. 入院前と異なる退院先 × 退院後の医療処置有無



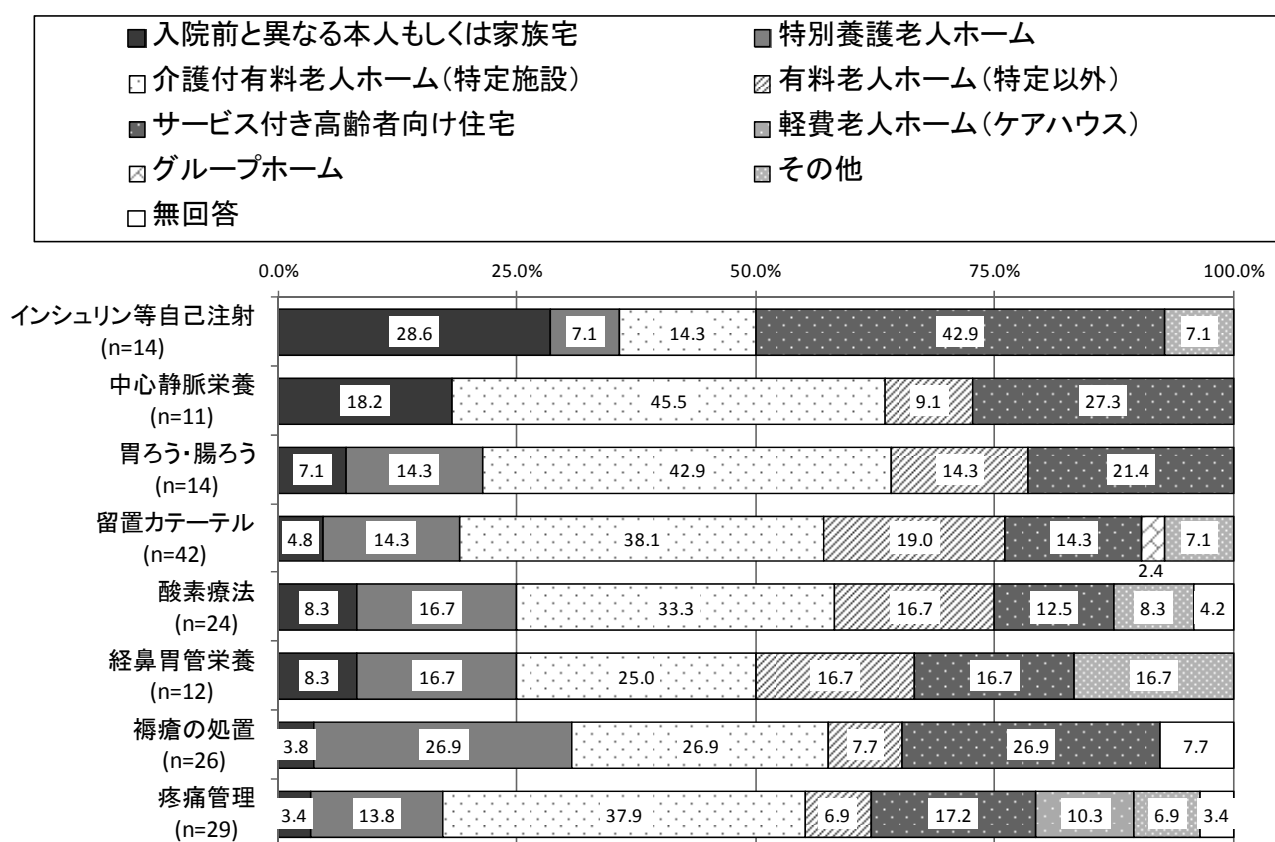
2) 医療処置の種類と退院先について

退院後の医療処置の種類と入院前と異なる退院先の種別についてみると、対象者の数が少ないため解釈に注意が必要であるが、中心静脈注射や留置カテーテル、酸素療法などを介護付有料老人ホーム（特定施設）が多く受け入れていた。

また、サービス付き高齢者向け住宅においてもインスリン等自己注射や胃ろう・腸ろう、褥瘡処置などに比較的多く対応していた。

特別養護老人ホームでは中心静脈栄養を受けている者の受け入れはできず、褥瘡処置を要する者については多く対応している。

図 42. 入院前と異なる退院先 × 退院後の医療処置詳細



※各医療処置について、「継続」と「新規追加」の区別なく集計を行っている。

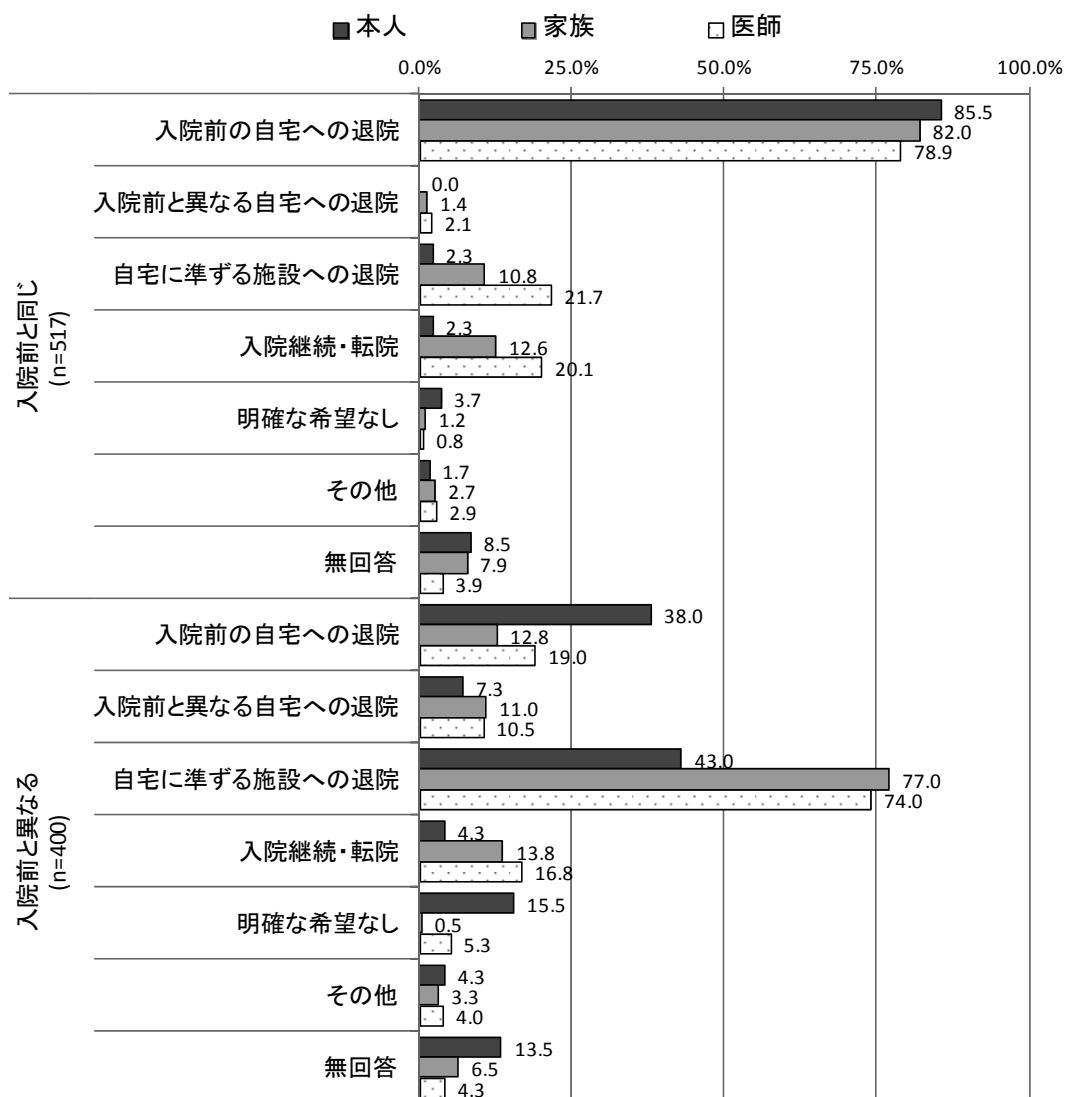
⑥本人・家族の希望と退院先について

1) 退院先の異同と本人・家族の希望および医師の見立てについて

本人・家族の希望および医師の退院先の見立てについて、【入院前と同じ群】では三者とも8割程度が自宅への退院を見込んでいたが（本人85.5%、家族82.0%、医師78.9%）、「自宅に準じる施設への退院」又は「入院継続・転院」を選択肢として検討していたのが家族で1割程度（10.8%、12.6%）、医師は2割程度（21.7%、20.1%）であった。

一方で、【入院前と異なる群】では、本人は入院前の自宅への退院を38.0%希望していたのに対し、家族の希望では12.8%、医師の見立ては19.0%と大きな差を認めた。また、家族は77.0%、医師は74.0%が「自宅に準ずる施設」への退院を見込んでいたのに対し、本人は43.0%であった。さらに、本人の「明確な希望なし」という回答が15.5%認められた。

図 43. 退院先の異同×退院先希望・見立て(医師・家族・本人)



2) 自宅退院の希望と異なる退院先について

本人が自宅への退院を希望していた 594 人（退院先希望の 64.8%）のうち、入院前と同じ住まいに退院した者は 442 人（74.4%）であった。

本人が自宅への退院を希望していたが入院前と異なる退院先となった 152 人（25.6%）についてみると、家族の 72.4%が「自宅に準ずる施設」への退院を希望していた。

希望していたが入院前と同じ自宅に退院できなかった理由を抽出すると、「家族の介護力がないため」が最も多く、次いで「独居または近隣に家族がいない」が多かった。また、「家族が同意しない」と回答した内訳としては、「家族による介護等の負担に対する不安」や「家族の目が行き届かないためケガ等が起こる不安」を理由とした回答が多かった。

図 44. 本人が自宅退院希望をしているか否か(単数回答)

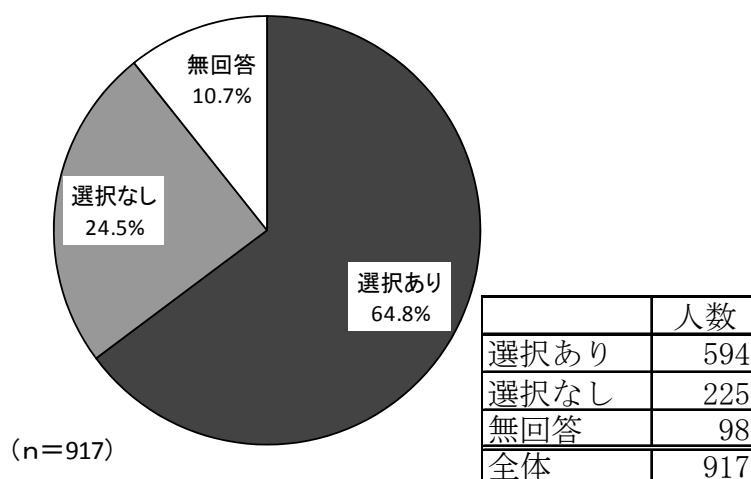


図 45. 本人が自宅退院希望×退院先の異同+家族の退院先希望(複数回答)

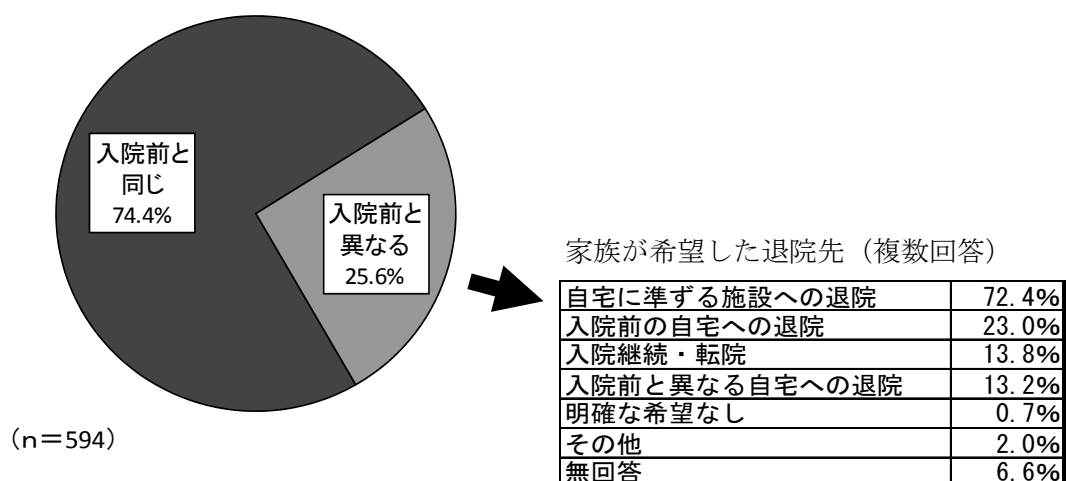


表3. 自宅復帰が出来なかった理由(順位)+家族が同意しなかった理由

	1 番目	2 番目	3 番目		n	
家族の介護力がないため	49	26	19	家族が同意しなかった理由		
独居又は近隣に家族がない	37	8	7		家族による介護等の負担に対する不安	20
家族が同意しなかったため	19	22	16		家族の目が行き届かないためケガ等が起こる不安	19
居宅介護サービスでは対応できない状態のため	10	16	20		同居人がいない	1
その他	8	3	5		入院前から家族関係の不和	5
住環境（バリアフリー等）に問題があったため	5	15	10		その他	3
医療が必要なため	3	12	6		無回答	9
家族に替わる、生活支援サービスの不足	2	16	24			
本人が希望しなかったため	1	2	3			
経済的な問題	0	5	2			
居宅介護サービスの不足	0	5	4			
賃貸住宅の大家の反対	0	0	0			
身元保証人がいない	0	1	2			

⑦退院調整職員について

平成 27 年 10 月に行ったアンケート調査について回答のあった有効施設 298 施設の内、退院調整支援業務に携わっているスタッフ全員を対象にアンケート調査を行った。1,413 名のスタッフの回答を有効とし、集計した結果が以下のとおりである。

1) 回答した退院調整職員の属性

回答した退院調整者の年齢は 35～44 歳が最も多く（34.5%）、退院調整業務の平均経験期間は 77.2 ヶ月（中央値：54 ヶ月）であった。退院調整者のうち 37.8%が看護職資格を有しており、54.7%が社会福祉士の資格を有していた。

雇用形態は 92.9%が常勤で、59.1%が当該業務に専任の職員であった。

図 46. 年齢カテゴリ別ヒストグラム

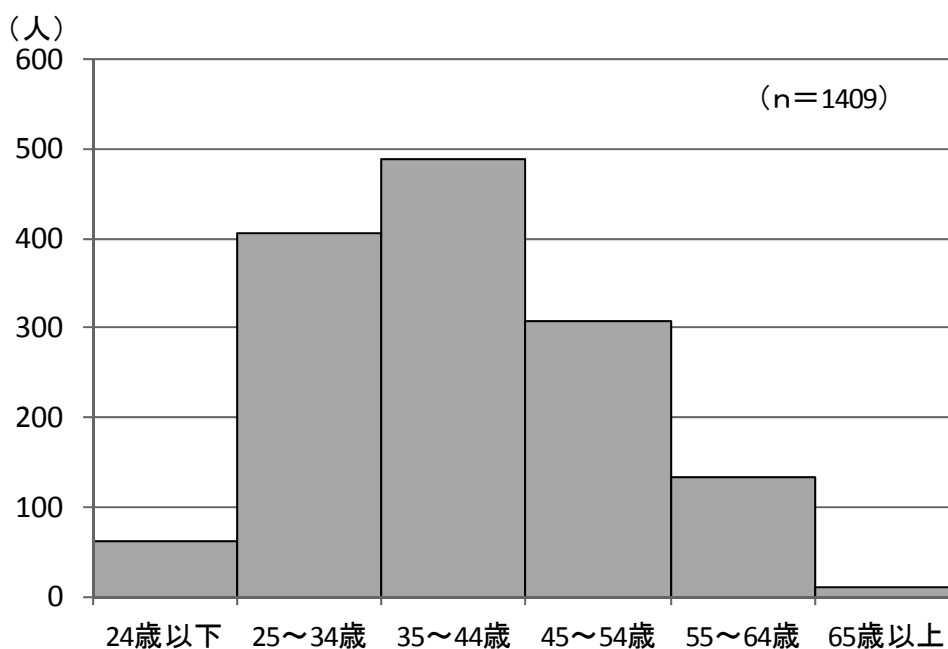


図 47. 経験期間ヒストグラム

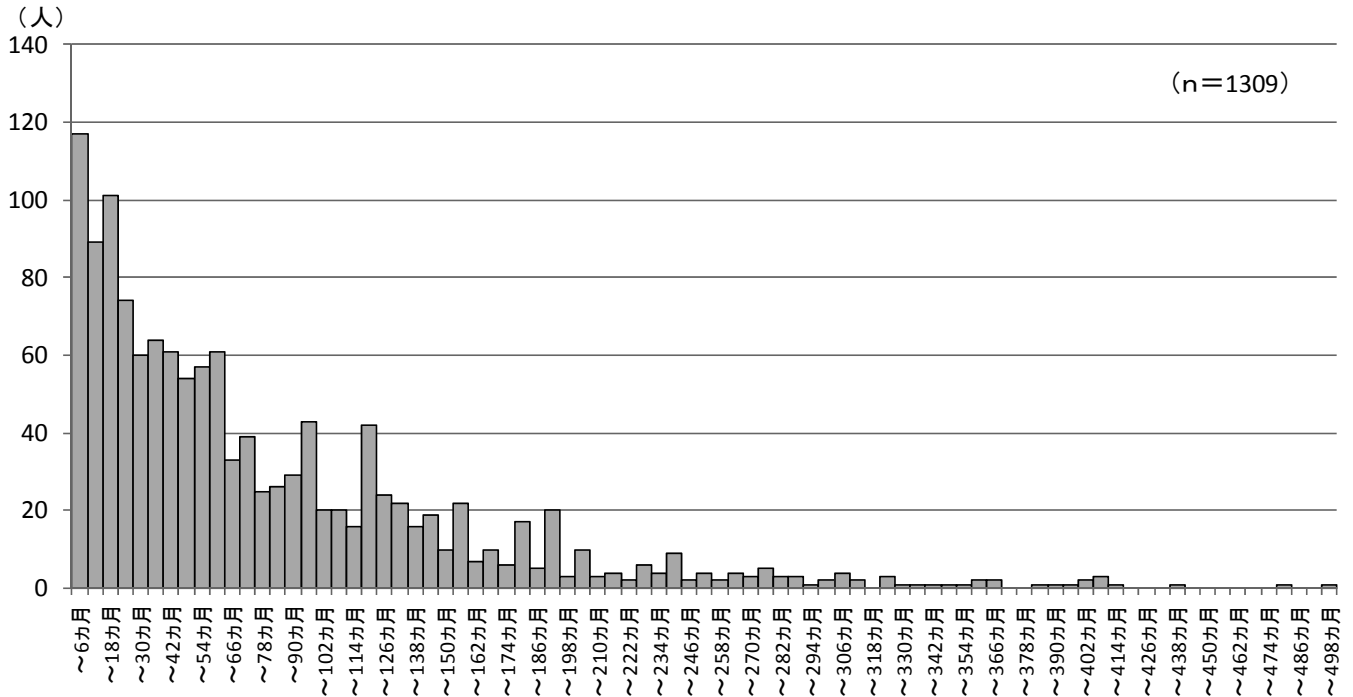


表4. 保有資格(複数回答)

	n	%
看護職	534	37.8
社会福祉士	773	54.7
介護支援専門員	310	21.9
その他	275	19.5
無回答	45	3.2
全体	1413	100.0

精神保健福祉士
 介護福祉士
 社会福祉主事
 等

図 48. 雇用形態(C問 1-⑤)

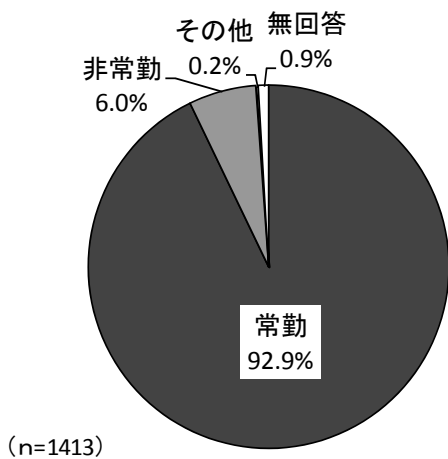
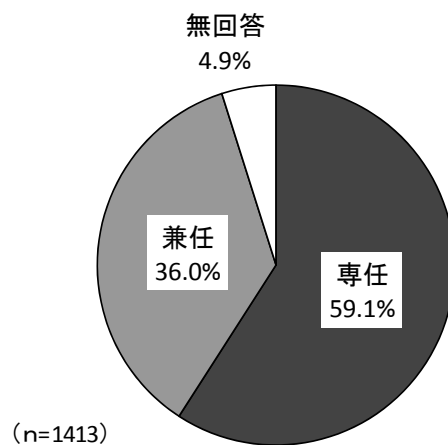


図 49. 退院調整業務について雇用形態(C問 1-⑥)



2) 退院調整の業務について

退院調整業務については、入院時に介入と回答した者が 13.7%、1 週間以内に介入と回答した者が 39.1% であったが、一方で 33.5% が「病状が安定してから介入する」と回答した。担当患者数は「ちょうど良い」と回答した者が 43.9% と最も多く、「やや多い」が 32.3% で続いた。院内で相談・協力する環境は「定期的にそのような機会がある」が 58.6% で、フィードバックの機会としては「毎月 1 回以上ある」と回答した者が 28.9% であった。一方で、フィードバックの機会は全くないと回答した者も 28.1% あり、一人体制で退院調整業務を行っている病院や自分から求めなければフィードバックの機会がない病院もあると考えられる。

図 50. 退院調整介入時期

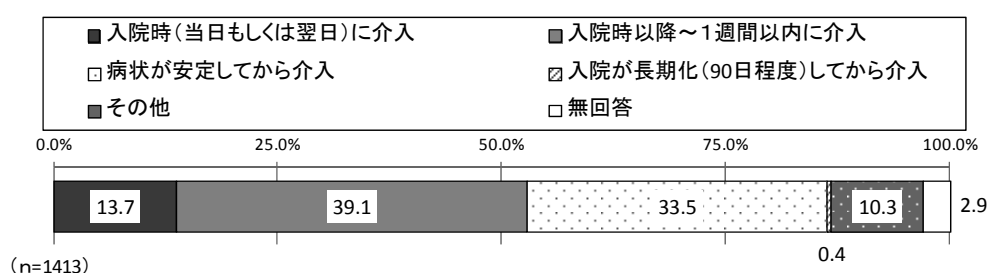


図 51. 担当している退院支援・調整患者数

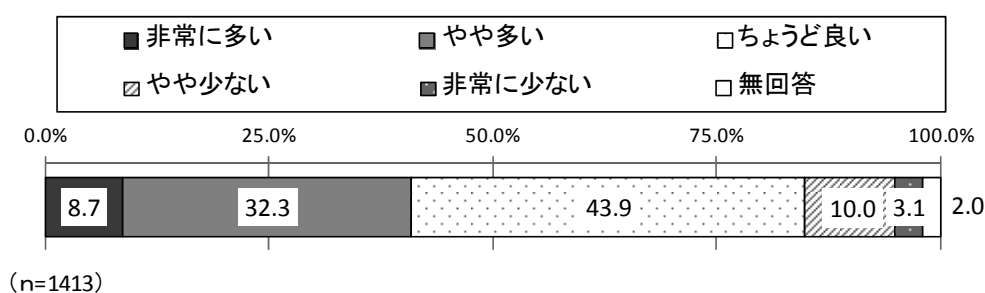


図 52. 相談・協力できる環境について

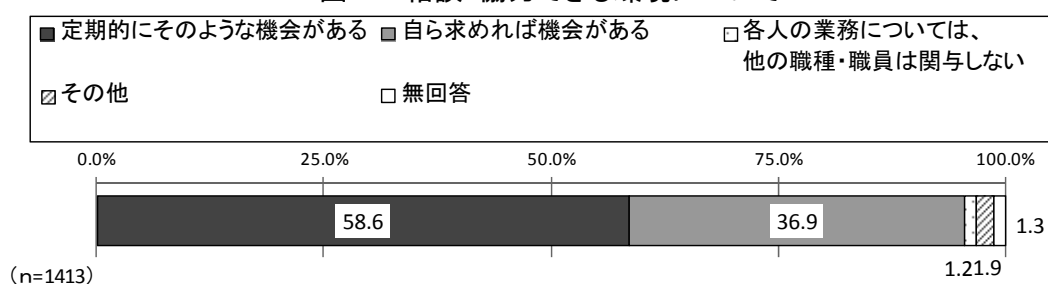
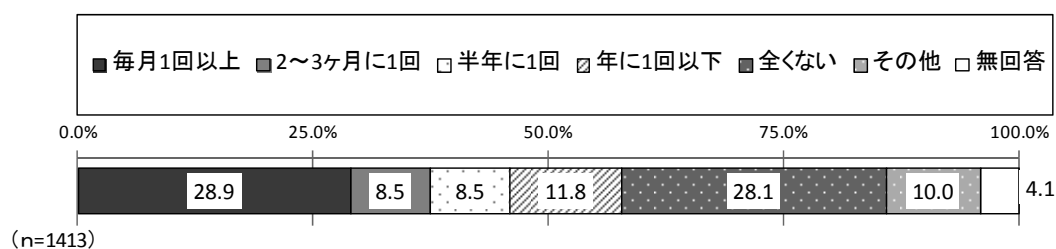
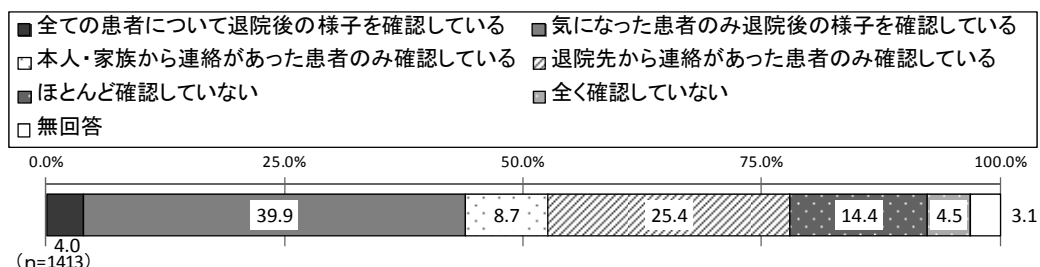


図 53. フィードバック開催頻度



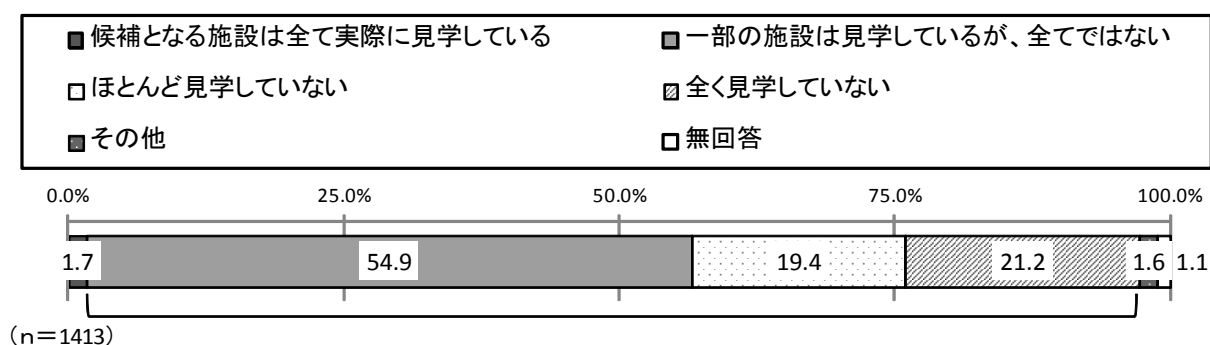
退院後の担当患者については、全例様子を確認しているのは4.0%、気になった患者のみが39.9%であった。ほとんど確認していない、全く確認していないという回答も認められた(14.4%、4.5%)。

図 54. 担当患者の退院後の状況確認について



退院の候補施設については、全て見学していると回答した者は1.7%で、ほとんど見学していない又は全く見学していないと回答した者が合わせて4割程度であった(19.4%、21.2%)。この理由としては、「業務が多忙で時間がとれない」が最も多く、次いで「遠方の施設だから」が多かった。

図 55. 候補施設見学の有無と見学をしていない理由(n表)



※うち、全て見学している・その他以外を選択した回答者1350名

	1 番目	2 番目	3 番目
業務が多忙で時間がとれない	811	180	115
遠方の施設だから	84	379	196
院内の信頼出来る人からの紹介だから	95	171	160
院外の信頼できる人からの情報だから	38	179	187
公的機関からの紹介で信用できるから	23	80	88
必要性を感じないから	27	46	89
その他	171	69	109

表5. 把握しているサービス内容(C問9)

	人数	%
生活保護、自治体などが行う公的な経済的支援体制	1189	84.1
介護保険法の地域支援事業による生活支援等	1098	77.7
自治会、老人クラブなどの地域の団体による支援活動	212	15.0
民間企業による見守り、緊急通報などのサービス	697	49.3
その他	103	7.3
上記いずれも把握していない	52	3.7
無回答	14	1.0
全体	1413	100.0

退院調整業務の上で困難と感じる理由としては、「経済的な問題」と「独居又は近隣に家族がいない」ことを選択した者が多く、これらに次いで「家族関係や家族と本人の意向の食い違い」、「身元保証人がいない」を選択した者が多かった。一方で「介護施設の不足」や「在宅医療を提供する医療機関の不足」の回答は少なかったが、これは大都市圏で調査が行われたことも影響している可能性がある。

表6. 退院調整困難事由(C問 11)

	1 番目	2 番目	3 番目
経済的な問題	350	336	232
独居又は近隣に家族がいない	308	292	217
家族関係や家族と本人の意向とのくい違い	206	188	195
家族の介護負担が重い	63	86	120
医療の必要度が高い	67	89	111
在宅医療を提供する医療機関の不足	22	25	37
介護施設の不足	11	22	51
居宅介護サービスの不足	5	13	25
家族に替わる、生活支援サービス不足	20	60	74
身元保証人がいない	209	154	131
自宅の住環境	3	14	28
院内における自宅退院に関する意識不足	41	51	75
その他	63	30	37

3. ヒアリング調査結果

(1) ヒアリングの実施概要

本研究では、退院支援・調整を主体に行う職員の視点から地域居住（自宅へ退院）にあたり必要であると認識した事、地域居住（自宅へ退院）にあたり課題と認識した事の内容を取り出し、性質の類似性によって分類し、地域居住（自宅へ退院）にあたり必要であると認識した3点と、課題と認識した3点を、カテゴリー化し整理した。

「地域居住（自宅へ退院）にあたり必要であると認識したカテゴリー」については、①一貫したシステム化された退院支援調整の対応、②プロセスを展開していくための管理要素、③住みやすい居場所と住環境の条件の3点であり、「地域居住（自宅へ退院）にあたり課題と認識したカテゴリー」については、①医療機関・入所施設が患者を選ぶ、②待機期間が長い、③家族が阻害要因の3点であった。

本稿は、本調査研究事業で平成27年10月に実施したアンケート調査に協力が得られた医療機関の中から、2つの三次医療機関の各2名計4名の医療ソーシャルワーカーに実施したグループインタビューのテキストである。インタビューは、平成28年1月にA病院、2月にB病院のそれぞれの医療機関の面談室において実施した。KJ法を用いたインタビュー・テキストの重層化プロセスによって、急性期病院の退院支援・調整に係わる職員が、75歳以上の高齢者が退院後の居住を選択するために必要と考える要素、その関連性からの構造化と課題を明らかにした。

① 方法

本調査研究事業の平成27年10月に実施したアンケート調査に協力が得られた医療機関の中から、2つの三次医療機関の各2名計4名の医療ソーシャルワーカーに実施したグループインタビューのテキストである。在宅療養に先駆的に取り組んでいる地域・医療機関へのヒアリング調査を実施した。

研究参加者：2つの医療機関からソーシャルワーカー4名（男1名、女3名、計4名）

調査時期：2016年1～2月

② データ収集法

インタビューは、平成28年1月にA病院、2月にB病院のそれぞれの医療機関の面談室において実施した。質的研究の質を高めるため、データを複眼的に収集して分析データとした。

事前にインタビューガイドを作成（参考資料1参照）し送付、インタビュー協力者の自由な語りを促す形での半構造化インタビューを行った。記録はインタビュー協力者の許可を得てICレコーダー録音し、インタビュー時間はおおよそ90分であった。守秘義務に関して十分に配慮し、個人情報を含む語りについては、個人の特定をさけるため、語りの本質に影響しない程度に改変した。

③ テキスト化と分析方法

テキスト化と分析方法は、テキスト重層化プロセスを用いた。分析に当たっては、以下の一次テキストから三次テキストまで作成した。

一次テキストとは、インタビューの録音データを言語化したプロトコルである。二次テキストとは、一次テキストを意味内容のまとまりによって段落分けしたものであり、大量のデータをできるだけ単純化した。三次テキストとは、二次テキストをKJ法、二次テキストをカードに印字したものである。最後に、類似した意味内容の要素を探し、一行見出し（KJ法のエッセンスを抜き出したもの）及び重要と思われる文章を選択し、それらをまとめて一文にする。その上で、それらを的確に表す表現へ置き換えた。

テキスト重層化プロセス

一次テキスト（音声記録をプロトコルに起こしたもの）

二次テキスト（一次テキストを意味のまとまりごとに区切ったもの）

三次テキスト（KJ法 二次テキストをカードに印字したもの）

一行見出し（KJ法のエッセンスを抜き出したもの）重要と思われる文章を選択し一文に

(2)ヒアリング調査の結果と考察

① 地域居住（自宅へ退院）にあたり必要であると認識した事項

地域居住（自宅へ退院）にあたり必要であると認識した事項のカテゴリについては、①一貫したシステム化された退院支援調整の対応、②プロセスを展開していくための管理要素、③住みやすい居場所と住環境の条件の3点がある。それぞれについて、必要と認識している要素を整理する。

1) 一貫したシステム化された退院支援調整の対応

一貫したシステム化された退院支援調整の対応のカテゴリでは、特に「スクリーニングとアセスメントの早期介入」、「入院後48時間以内の介入、効率的退院・転院の動機付け」、「依頼プロセスの一元化と患者の割り振りは科別各担当制の採用」の3要素が必要と認識されていた。スクリーニングと入院前アセスメントの早期介入、退院支援・調整担当制・役割分担、入院後48時間以内の介入は、効率的退院・転院の動機付けになる。依頼プロセスの一元化と患者の割り振りは科別各担当制の採用による調整で効率化している。退院支援調整担当者は、依頼前から担当する可能性のある患者の病識理解と情報収集に取り組んでいた。

2) プロセスを展開していくための管理要素

プロセスを展開していくための管理要素のカテゴリーでは、「情報の収集・提供・共有、コミュニケーションのとりやすい関係・環境」と「仲介業者」が必要と認識されていた要素であった。情報共有の場と機会の確保（事例検討会・研修会等）、コミュニケーションの構築、適切な時期に必要なかつ正確な情報収集・提供で効率的な連続性のある連携・ケア提供である。病院へ多数の紹介センターから案内などがあり、民間の紹介サービスや地域の民生委員の活用がされていた。

3) 住みやすい居場所と住環境の条件

住みやすい居場所と住環境の条件のカテゴリーでは、「問題発生時の解決能力」、「経済性：年金・貯金・財産」、「機能性：ADL・生活機能低下への対応可能な住環境」、「供給力：介護力・介護サービス・生活サポート」、「退院先の住環境」の5つが必要と認識されている要素として挙げられた。住環境とのミスマッチでは、退院時のADLと住宅の環境が合わず、本人リハビリだけではなく住宅改修等が必要など、複雑な必要要素が絡みあっていた。

表7 地域居住(自宅へ退院)にあたり必要と認識した事項

	必要と認識していること	抽出内容
一貫したシステム化された退院調整の対応	スクリーニングとアセスメントの早期介入	<p>「（語り）入院前のアセスメント、退院ニーズのスクリーニングという試みではあるが、全診療科ではできていない」「入院前の生活状況が分からない時は民生委員の・・・」</p> <p>「（語り）入院アセスメント、退院ニーズのスクリーニングでできるだけ早期に調整しようという試み。一部の診療科のみ」</p> <p>「（語り）入院前面接の退院支援は予定入院のみ・・・緊急入院・救急入院は入院面接の対象外」</p> <p>「（語り）・・・依頼が来る前に、救急に入院している患者の全カルテは毎日みる・・・大体の予測がつく。病状を理解していることで・・・」</p>
	入院後48時間以内の介入、効率的退院・転院の動機付け	<p>「（語り）最初の時点で、家族が病院から移らなければならないことをどういう形で認識するか重要」「（語り）何で病院から動かなければ（退院）ならないのか、という説明をすることが減った」</p> <p>「（語り）最初の時点で、家族が病院から移らなければならないことをどういう形で認識するかが重要。調整しながら決めていくのではなく・・・1年先の未来予測も含めて、認識し合う作業が必要。」</p> <p>「（語り）入院期間が長くなったからといって、充実した退院調整ができるというわけではなく・・・家族とのコミュニケーションを早くからしっかりしておくことで、短期間でも同じ効果が上げられる」</p>

	<p>依頼プロセスの一元化と患者の割り振りは科別各担当制の採用</p>	<p>「（語り）退院調整依頼の割り振りは、4年前から科別担当制を採用し、その科SWが担当する。看護師も今年度から科別担当制」</p> <p>「（語り）・・・面接目的を病棟と主治医である程度家族に伝えてもらい、IC・病状説明が終わったタイミングで面接に来ていただく。この面接はだいたい1回で終わらせる」</p> <p>「（語り）在宅医療は、ケア相談は担当看護師がいて病診連携、訪問連携との連携は看護師が一本化して、MSWが主ではない」</p> <p>「（語り）（退院後に在宅で）訪問看護師を使用する場合は、MSWが調整して一元管理している看護師へバトンタッチするか、2職種で調整する。転院や施設入所の調整は、看護師からMSWか、2職種で調整する。」</p> <p>「（語り）在宅ナースは、訪問看護指示書が出た人の管理をし、担当性。急に明日、或いは今日退院となった場合に、『明日、すぐいきます』となる強み」</p> <p>「（語り）一方で、退院支援・調整は、様々な職種が関係し、やり方がそれぞれで、担当者のスキルや経験に左右される部分がある」</p> <p>「（語り）面談で1時間かかる人もいれば30分位で・・・」</p> <p>「（語り）（退院調整介入）発信は病棟の師長経由、退院スクリーニングは病棟がやり、師長が承認する」</p> <p>「（語り）病院が単独と偏見で新規の相談を別区の医師にダイレクトにやらない整理の仕方が始まっている。かかりつけ医師がいない場合は区の医師会立の相談室を通す」</p>
<p>プロセスを展開していくための管理要素</p>	<p>情報の収集・提供・共有 コミュニケーションのとりやすい関係・環境</p>	<p>「（語り）定期的なカンファレンスがあるかどうか大きい。毎週1回開催のところもあれば、月に1回のところもある」</p> <p>「（語り）難しい診療科、・・・英語、難しい薬剤名があったりして、病態認識が難しい」</p> <p>「（語り）タイムラグ、外来中・オペ中ですとか、どんどんリアルタイムで（情報）つかんでいくのが難しい」</p> <p>「（語り）病棟と主治医が同じ情報を持っていない」</p> <p>「（語り）・・・共通言語を持って家族を支援していくってことこの私たちの伝え方とあちらの受け取り方について、まだまだ、連携を強化していく余地がある・・・そういったことへアプローチで研修会をやったりして」</p> <p>「（語り）急性期病院と施設、大学病院と療養病棟の間、救命の医師が「落ち着いた状態」というのと受け入れ病棟の認識、または家族が納得する状態との落差」</p> <p>「（語り）入院期間が長くなったからって、充実した退</p>

		<p>院調整ができるというわけではなく・・・家族とのコミュニケーションを早くからしっかりしておくことで、短期間でも同じ効果が上げられる」</p> <p>「（語り）入院前の生活状況が分からない時は民生委員の・・・」</p> <p>「（語り）地域向けの退院研修、特に医療処置や医療器具を福祉関係の方に見て触ってもらう機会の確保」</p> <p>「（語り）診療報酬の連携（パス）で、病院に関して転院調整が年間500件ぐらい、施設が150件、自宅が900少し超。一番連携数が多い病院とは、年間で80件ぐらい」</p>
	仲介業者	<p>「（語り）紹介センターに、こういう患者でこういう状況ということを個別に相談したとき、どういう資料を持ってくるかで、選ぶ・・・」</p> <p>「（語り）一度相談したらずっと追いかけてくるような押し付けがましい（紹介センター）はダメ。」</p> <p>「（語り）昔のような、情報と中身が全然違うことは少なく、信頼できる業者（紹介センター）は、施設等の会社本体の人と会い、施設の中もみる。その評価をSWが聞く。」</p> <p>「（語り）怪しい物件もあるが、紹介センターも当然それは知っている。」</p> <p>「（語り）・・・有料老人ホームはネット検索してもあまり出てこない、内情不明。紹介センターが入ることでチェックが入る」</p> <p>「（語り）仲買業者をいくつか紹介し不動産屋で借りるのと同じイメージで自身で相談いただく・・・直接やりとりして、そのなかで医療情報や必要なことは手伝う」</p>
住みやすい居場所と住環境の条件	問題発生時の解決能力	<p>「（語り）キーパーソンが全くいなくてもしっかりしている人は案外いい・・・（キーパーソン）いてもあまり動けない人がいるっていうのはとても困る」</p> <p>「（語り）一人だと自立していても返せないとなる」</p>
	経済性：年金・貯金・財産	<p>「（語り）お金が生保ならあまりかからない・・・生保にならない年金だけの収入者が一番ご苦労されているかもしれない」</p> <p>「（語り）お金がないから自宅に帰らざるを得ないことも多い、在宅復帰しか選べないこともある」</p> <p>「（語り）自宅に戻るしかないケースもある、経済的問題が大きい。療養病床の費用は保険外リース代やおむつ代など、平均的額は20～25万円」</p> <p>「（語り）年金収入の夫婦、介護力がなく、やる気もないが、戻すしかない自宅に戻る。在宅復帰率は97・98%（月）・・・」</p>

機能性：ADL・生活機能低下への対応可能な住環境	<p>「（語り）骨折とか脳梗塞で出血してしまった人は、ダイレクトに自宅ではなく、大体、回復リハか地域包括に連携・・・家族が負担に思うのは、階段・段差問題」</p> <p>「（語り）食事がとれるか、動けるか。独居だと難しい。家族がいて食事提供といったカバーがあれば、本人が最低限の状態でも帰れる人もいる」</p>
供給力：介護力・介護サービス・生活サポート	<p>「（語り）病状の進行があっても、看取りであっても、戻る意思がある家族なら、今は看取り（在宅で）可能。医療依存度の高い低いではなく、医療フォローアップで成り立つ」</p> <p>「（語り）階段・段差問題だが、それイコール家に返せないかっていうと、代替手段がある」</p> <p>「住環境よりは、人的環境、介護環境が大きい」</p> <p>「（語り）単身高齢者で末期がんの患者は、自宅へ帰れる」</p> <p>「（語り）少数だがSWが主でやっている人で介護力に問題があるとみなした場合は、患者と一緒に家庭訪問をするケースがある」</p> <p>「（語り）入院前の介護が大変（危機状態）であれば、退院への不安はより大きくなる。介護負担・危機状態と退院への阻害の大きさが比例・・・」</p> <p>「（語り）家族がいて食事提供といったカバーがあれば、本人が最低限の状態でも帰る人もいる」</p> <p>「（語り）要介護5、自宅で独居生活していた。入院したくないという本人の希望があり、サービスを使って、時々家族が見に行くことで自宅へ戻った。」</p> <p>「（語り）サービスを入れ、人の目が入ることで家庭内に風通しがよくなる（虐待があっても自宅へ返した）。」</p> <p>「（語り）地域の中、・・・もともとあるものを活用。下階の人に食事を運んでもらう人。近所や地元の高齢者声かけ運動や、・・・地域活動が根差している地域の方が帰る場合は、地域へ連絡すれば見守りしてもらえる。</p> <p>「（語り）地域包括、地域行政にお願いすると、民生委員と連絡して家を見に行ったり、交番のおまわりさんが生活状況を確認したりなどはある。」</p>
退院先の住環境	<p>「（語り）」簡易宿泊街（ドヤ街）があって、在宅酸素を入れてそこで療養しますとか、あと、お風呂がないところが多いんで、そういうサービスがうまくパッケージが組めれば帰れるんですけど、医療ケアと住宅問題って結構密接かもしれませんね」</p> <p>「（語り）退院前に療養環境の整備（住宅改修、ゴミ屋）・・・SWが実際に見に行き、それを整備してから返すことはある。行政と一緒に提供し、お金は本人が出し、</p>

	<p>業者を頼む形で大がかりな整理をする。」</p> <p>「（語り）退院時のADLと住宅の環境が合わず、本人リハビリだけではなく住宅改修なども含め必要。」</p> <p>「（語り）心疾患の悪化、4階まで上り下りは病的に難しくて帰れない・・・」</p> <p>「（語り）退院先選びは、紹介センターを利用、選択肢が拡大してきている」</p> <p>「民間の有料と怪しげな無届け介護ハウスの区別があまりわからない」</p> <p>「（語り）数年前には、選択肢がなく、無届け介護ハウスのようなところを利用していただけの方もいた」</p> <p>「（語り）単身者の場合は、ほぼ一人で身の回りのことができるが、危なっかしい・・・本人が望んでも安心安全な住宅環境がつかれるかが疑問となり、院内討議で難しいと判断が出てしまう」</p>
--	--

② 地域居住（自宅へ退院）にあたり課題であると認識した事項

地域居住（自宅へ退院）にあたり課題と認識した事項カテゴリーについては、①医療機関・入所施設が患者を選ぶ、②円滑な連携体制の欠如、③家族が阻害要因の3点があった。それぞれについて、課題と認識している要素を整理する。

1) 医療機関・入所施設が患者を選ぶ

「医療機関・入所施設が患者を選ぶ」のカテゴリーで課題と認識されている要素では、「行き先がない」、選ばれる選ばれない患者の背景は経済力、ADL、医療処置、家族などが関係していた。医療的ケア、腸・腎ろうや感染症がある、抗結核薬・抗ガン剤等の使用では療養型には入院できない。施設から入院した人が、退院時に施設に戻れない。行き先が無い場合、自宅を選択するしかない。対策として、入院前に医療処置を減らす・変更などの対処はするが、限界がある。

2) 円滑な連携体制の欠如

「円滑な連携体制の欠如」のカテゴリーでは、4つ要素が課題と認識されていた。「待機時間が長い」、「個人情報保護法」、「転院・入所先の確保が困難」、「意識差・温度差」であった。急性期病院での治療のスピード化、早期退院後の回復リハ病院・緩和病棟・療養への円滑な連携体制がない。回復リハ病院の数も少ない。急性期病院からの退院と地域（施設）のスピードが違う。成年後見申請に時間が2カ月間かかり、その間の行き先がない。

3) 家族が阻害要因

「家族が阻害要因」のカテゴリーでは、「本人と家族の意向が一致しない」、「家族が非協力的」、「虐待」、「独居・家族がいない（いなくなった）」の4つ要素が課題と認識されていた。家族関係が複雑、家族がどう理解・認識するかが重要、病識欠如や不安、入院前の介護負担などが関係する。家族の選択肢がないと、自宅へ戻れない場合が多い実態であった。

表8 地域居住(自宅へ退院)にあたり課題と認識した事項

	課題と認識していること	抽出内容
医療機関・入所施設が患者を選ぶ	行き先がない	<p>「(語り) 住宅型施設に(入院前)入っていて、(退院時) 医療的なケアがついてしまってそこでは対応困難といわれ帰れないということは多い」</p> <p>「(語り) 実質、状態をみて、医療機関が受け入れるか受け入れないか、患者を選んでいる。選択肢が狭まり、お金がなければ、仕方がなく家に連れて帰る図式。選ばれる要因として、お金、ADL、医療処置以外に家族がある。・・・希望が高い家族の方はお断りしますとはっきり言われる・・・。」</p> <p>「(語り) 経鼻経管栄養を3回必要な人を胃ろうにし1日2回注入にとか、インスリン注射が必要だった人を内服でなど」</p> <p>「(語り) 抗がん剤や抗結核剤の治療が続く場合、腸ろう・食道ろう・腎ろうは、受け入れ先がない、療養型には行けない。HIVは受け入れ先も社会資源もない」</p> <p>「(語り) 家族関係が悪かったり、医療処置が病院のその時の看護体制に合わなければ断られる。」</p>
円滑な連携体制の欠如	待機時間が長い	<p>「(語り) 急性期病院での治療がスピード化し在院日数短縮・早期退院しているが、回復リハ病院・緩和病棟・療養への円滑な連携体制がつくれていない」</p> <p>「(語り) 成年後見申請に時間が2カ月間かかる、その2ヶ月・・・」</p> <p>「(語り) 公営住宅は転居に時間がかかり、すぐに転出できない」</p>
	個人情報保護法	<p>「(語り) ケアマネが来ても個人情報だから患者の家族と一緒に来ないと・・・」</p> <p>「(語り) 看護サマリーはステーションには出すが、ケアマネには出さない」</p>
	転院・入所先の確保が困難	<p>「(語り) 数年前には、選択肢がなく、無届け介護ハウスのようなところを利用した方もいた」</p> <p>「(語り) 家族からは、無届けのお泊りデイを使わざるを得なかった状況があると聞いていたことはある。小規模多機能で少し問題ありというところもある」</p> <p>「(語り) 民間の有料と、怪しげな無届け介護ハウスの区別があまりわからない。ファックス等で様々な施設のチラシなどは来る」</p> <p>「(語り) 経済的理由で圏外を探す・・・人工呼吸器使用で長期入院希望となるとかなり資源が少ない」</p> <p>「(語り) 入院すると、老健なら空きがなくなるし、特養なら3ヶ月以内に戻れば良いといった情報を見誤ると時間がかかる」</p>

		<p>「（語り） 当院近辺の回復リハ病院の不足、地方なら3日後に移れる地域もあるが、東京近辺では2週間から1ヶ月は待たされる」</p> <p>「（語り） 救命救急センターで治療後の受け皿整備が必要」</p> <p>「（語り） 治療のスピードと回復期リハが始まるまでの間にタイムラグがある」</p> <p>「（語り） 大学病院と療養病棟の間、家族や家族が納得いく妥協点まで見てくれる病院がリハビリも含めて少ない」</p> <p>「（語り） 都心の病院はどこも高いため、・・・方面等、境をまたいで相談」</p> <p>「（語り） 古くて小さい（療養）病院が多く、費用が高く急変時対応はほとんどできない、DNARで家族承諾がないと受け取らない。」</p> <p>「（語り） ほとんど皆 介護保険は申請し持っているが、介護療養に行けるかという、かなり難しい。」</p> <p>「（語り） 医療区分がつかない「1」だと、療養型は難しい・・・介護療養は数が少ない。都内の場合は、三次から二次のところ非常に弱く、都心だと療養型を探すのが大変である。」</p>
	<p>意識差・温度差</p>	<p>「（語り） 急性期病院と施設、大学病院と療養病棟の間、救命の医師が「落ち着いた状態」というのと受け入れ病棟の認識、または家族が納得する状態との落差、納得できない家族の気持ちの不全感がある」</p> <p>「（語り） 三次救急のスピード感と地域のスピード感は違うということ。」</p> <p>「（語り） 治療のスピードと回復期リハが始まるまでの間にタイムラグがある」</p> <p>「（語り） 医療職は100かゼロ、安全か安全ではないかという判断。その人がどれだけ頑張れるかという評価尺度がない。看護師も手技ができるかで決めるため、できなければ安全が保たれないとなり、自宅は無理という判断になる。」</p> <p>「（語り） 病識欠如、患者たちが回復を期待している部分と、回復し得ない部分との落差が大きい。あるいは家族が状況を基本的に認識できない」</p> <p>「（語り） 突然の発症のためADLの落差に、本人、家族がついていけない」</p> <p>「（語り） 単身者の場合は、ほぼ一人で身の回りのことができるが、危なっかしい・・・本人が望んでも安心安全な住宅環境がつかれるかが疑問となり、院内討議で難しいと判断が出てしまう 」</p>

		<p>「（語り）本人の意に沿わない形で施設入所や、あるいは考える時間を与えるために、ワンクッションで病院や老健施設を使う形にならざるを得ない状況がある」</p> <p>「（語り）関わる人の気持ちの温度差・・・（ケアマネ）『こんなの（尿カテ）を付けていて帰れるんですか』ケアマネが言うから家族が心配になり在宅へ帰れない。医療処置がある方でも在宅に帰れる・帰させる。」</p>
家族が阻害要因	本人と家族の意向が一致しない 家族が非協力的	<p>「（語り）本人と家族の意向が必ずしも一緒ではない。非常に重要なファクター。本人は帰りたいが、家族が帰ってきて欲しくない。主張の強い家族に病院側が折れる」</p> <p>「（語り）行き先を選ぶのは家族だが・・・」</p> <p>「（語り）なぜか病院側が本人を説得し、家に帰らないみたいな結果になることが往々にしてある。どちらにしても家族の協力がないと、転院も退院もできない。」</p> <p>「（語り）入院前にどれだけ介護負担があり大変だったか・・・」</p> <p>「（語り）介護負担とっているが、家族関係が複雑なケース、家族には歴史があり・・・入院で立場が逆転」</p> <p>「（語り）家族間の交流度合いが少なく、日中のケアが手薄になり住宅が難しい」</p>
	虐待	<p>「（語り）本人が帰りたがるが返せない場合がある」</p> <p>「（語り）医師も看護師も、余り踏み込めない。入院期間を長くしたりして等、調整する時間を作ってもらおう」</p>
	独居・家族がいない (いなくなった)	<p>「（語り）高齢者で身寄りがなく、本人の意識がなかったとき。お金があっても動かせないといった問題がある」</p> <p>「（語り）単身者の場合は、ほぼ一人で身の回りのことができるが、危なっかしい・・・」</p> <p>「（語り）食事がとれているかいないか、動けるか動けないか、独居だと難しい」</p>

急性期病院 退院支援・調整ご担当者様 ヒアリング事項について

一般財団法人高齢者住宅財団

- ◆退院支援・調整業務の詳細につきまして、お教え下さい。
- ◆退院調整に関して感じる問題点を、お教え下さい。
- ◆困難事例の具体的なケース及び、困難である要因や対応例を、お教え下さい。
- ◆自宅に戻れるケースと戻れないケースについて、お教え下さい。
- ◆現在の退院調整で住環境が問題になるケースについて、お教え下さい。
- ◆数年前と現在の退院先の変化があれば、お教え下さい。
- ◆地域包括ケアシステムを構築していく上での課題、問題点で感じるものがあればお教え下さい

(その他)

- ★可能であれば、安価な退院先の宣伝チラシなどを幾つか拝見できればと思います。

以上、何卒、宜しくお願いいたします。

4. 調査結果からみた現状と課題

(1) 考察

アンケート調査及びヒアリング調査の結果から、自宅復帰に影響する主な要因として、①経済的要因、②家族要因、③心身の状態要因、の3つを挙げる事ができる。

① 経済的要因＝「やむを得ない自宅復帰」の可能性

毎月負担可能な額と退院先の関係を見ると、「本人持家」への復帰は、母数の少ない生活保護受給者を除き、毎月の負担可能額が高い階層の方が低くなる傾向にあった（図 25～28）。こうした傾向は、実際の退院先だけではなく、本人及び家族の入院中の希望の段階から表れていたものである（図 30）。

毎月負担可能な額が高い場合、介護付有料老人ホーム（特定）、サービス付き高齢者向け住宅、有料老人ホーム（特定以外）などの選択肢の幅が広いが、その中で、希望としても現実的な退院先としても相対的に自宅復帰は低い比率に止まっている。「支払可能であれば自宅より世話付きの居住施設・住宅」という意識が推察される。

逆に、毎月負担可能な額が低い場合、経済的問題から退院先の選択肢が限られ、自宅復帰するしかないという「やむを得ない自宅復帰」が存在する可能性がある。この「やむを得ない自宅復帰」の存在は、病院へのヒアリング調査でも聞かれた話である。こうした「やむを得ない自宅復帰」のうち、高齢者本人の心身の状況からは他の施設等への入所が望ましいにもかかわらず、経済的な理由からやむなく自宅に復帰したケースについては、家族、高齢者本人の双方に対して生活や就労などの面でどう支えるかが重要になってくる。

② 家族要因

1) 同居家族への依存

同居家族の有無が自宅復帰の大きな要因となっている。これは、毎月負担可能な額の多寡にかかわらず見られる傾向である。

本人が自宅復帰を希望しても叶わなかった理由は、「家族の介護力がないため」が最も多く、次いで「独居または近隣に家族がいない」となっている。また、自宅復帰に家族の同意が得られない場合も「家族による介護等の負担に対する不安」や「家族の目が行き届かないためケガ等が起こる不安」を理由とした回答が多い（B票問4-①）。さらに、退院調整職員へのアンケートでも退院困難事由として「独居又は近隣に家族がいない」を挙げる回答は多い（C票問11-①）。

今後、独居又は高齢夫婦のみ世帯の増加が見込まれる中で、日常生活支援などの「家族的支援」をいかに充実させるかが自宅復帰の大きなポイントとなるものと考えられる。

2) 本人及び家族の希望

まず、本人及び家族に対し、退院先の希望聴取の有無については、本人の希望を聞いたとするものが78.5%（B票問3-11①）、家族の意向を聞いたとするものが92.0%（B票問3-12①）となっている。これらの設問について、それぞれ「本人との意思疎通が不可」、「身寄りがないなど聞く家族がいない」という希望の聴取自体ができないものを除くと、本人への聴取有りが

92.0%、家族への聴取ありが95.0%となり、差は縮まるものの、家族の希望聴取の方が多い。この背景については、ヒアリング調査で「家族の協力がないと、転院も退院もできない」という発言があったが、自宅復帰には家族の理解と協力が必要という状況があるものと考えられる。

また、本人が自宅復帰を希望していて、結果として入院前と異なる退院先となった事例では72.4%が「自宅に準ずる施設」を希望している（図45）。自宅復帰ができなかった理由としては「家族が同意しなかったため」は上位にあるが、その背景には「家族による介護等の負担に対する不安」、「家族の目が行き届かないためケガ等が起こる不安」がある（表3）。一方で、ヒアリング調査では、

- ・家族が自宅復帰に反対する理由として介護力を挙げてもそれが本当の理由でない場合も多く、真の意図をどれだけ汲み取れるかが重要。
- ・それまでの家族の関係性があり、本人、家族の意見のどちらがいいか悪いかは一概に言えない部分もある。
- ・病院側の退院に向けたスピード感と家族が状況を受け止め判断するスピード感に違いがある。

という発言があり、こうした側面にも留意する必要がある。いずれにしても、本人の希望と家族の希望の相違が退院先の決定において影響を与える重要な要因であると言える。

③ 心身の状態要因

患者本人の入院前の状態や病状等に左右される部分もあり、また、入院中に提供される（又は提供可能な）医療・看護の中で、どの程度状態・症状の維持、悪化防止のためのコントロールが可能かという問題はあるが、以下に自宅復帰に関連すると思われる主要なポイントを挙げておきたい。特に、「排泄」については自宅復帰の可否において比較的差が大きく出ている項目であり、入院中に自立のための排泄ケアに意識的に取り組むことが求められる。

1) ADL（図20～24）

入院時のADLは、【入院前と同じ群】と【入院前と異なる群】で概ね差は認められなかったが、退院時には、全ての項目で【入院前と異なる群】の方が【入院前と同じ群】よりも「一部介助」及び「全介助」の比率が高く、特に「排泄」で比較的差が大きかった。

また、ADLの悪化については、両群ともに、「移動能力」で退院時に1段階以上悪化している者の比率が他の項目に比べて高く、「食事」で少ない。全ての項目で【入院前と異なる群】の方が【入院前と同じ群】よりも1段階以上悪化している者の比率が高く、相対的に見ると、1段階以上の悪化では「着替え」、「排泄」、「入浴」で差が大きく、うち、2段階以上の悪化で見ると、「排泄」、「移動能力」、「着替え」で差が大きい。なお、「着替え」については、失禁等の「排泄」に関連する場面もありうるのではないかと考えられる。

2) 認知症（図19）

入院時において既に【入院前と異なる群】の方が【入院前と同じ群】よりも認知症の症状を有している者がやや多かったが、退院時にはその差が大きくなっていた。

認知症の悪化については、【入院前と同じ群】の方が【入院前と異なる群】に比べ、症状を維持・改善している者の比率が約 19.2 ポイント高いという差があった。

以上の3つの主な要因のほか、アンケート調査では明らかになっていないが、地域資源との連携についても留意する必要がある。地域包括ケアシステムにおいては、医療、介護等の専門的なケアのほか、地域でのインフォーマルな支援も含めて高齢者の生活を支える仕組みをつくることが求められている。インフォーマルな支援も含めた「地域の支える力」は、今後独居又は高齢夫婦のみ世帯の増加していく中で、退院先を決定する1つの要因になる可能性もある。

今回のアンケート調査で明らかになったことは、高齢者本人が関わりを持つインフォーマルな地域資源の把握があまり進んでいない状況にあるということである。入院時に本人が関係を有していた機関・団体の把握については、「不明」が一番多く 39.1%にのぼり、把握できているものの中では、地域包括支援センターが 18.6%と最も多かった（B票問2-5）。これは、退院支援職員へのアンケートでも同様の傾向となっており、医療、介護サービス以外に把握している情報として、公的な経済的支援制度や地域支援事業による生活支援等といった制度による福祉は比較的高い割合にあるが、「自治会、老人クラブなどの地域による支援活動」については 15.0%と低い割合にとどまっている（C票問9）。

ヒアリング調査では、本人が自宅での最期を望むのであれば、どうにか対応しようということで、ケアマネジャー、訪問看護師、訪問診療医に依頼し、本人がもともと持っていたインフォーマルな支援を活用しながら「地域で最終的に支えてもらう」との発言があった。自宅復帰と「地域の支える力」の関係性を考えるうえで、示唆に富む発言ではないだろうか。

(2)調査委員会委員からのコメント(50音順)

① 宇都宮宏子委員(在宅ケア移行支援研究所 宇都宮宏子オフィス 代表)

Aging in place(地域居住の継続)とは、老いても、病気になっても、暮らしづらさを抱えながらも、その人が暮らしてきた地域で生きることが出来る社会を目指すものである。

訪問看護や病院での退院支援看護師として活動する中で、病院医療から、暮らしの場(自宅やそれに代わる住まいの場)への移行支援が、とても重要であると考えてきた。

入院医療を受けたけれども、入院前(発症前)のように自立した生活が送れない患者には、退院支援が必要である。全国で主に看護師やMSWを対象に「退院支援研修」を行っているが、実際には長期入院患者の収容先探しになっている現状が見えてくる。

「調査票B票」は、一般病棟で退院支援に関わった事例4名を様々な視点で調査したもので、退院支援・退院調整のプロセスをもとに、「自宅以外の住まいを選択した要因」の分析につながった。

参考として

退院支援・退院調整のプロセス

「退院支援」は、患者・家族がこの先、病気や老いによる変化を持ちながら、どのように生きていけばよいのかといった状況下で、生活の仕方を変えたり、工夫したり、時には住まいを変える事も合わせて、決断する事を余儀なくされている人々を包括的に支援するという機能である。また、その方向性を決めながら、社会保障制度、適切な在宅医療・ケアにつなぐ事が「退院調整」である。

- ・ **退院支援**：患者が自分の病気や障害を理解し、退院後も継続が必要な医療や看護を受けながらどこで療養するか、どのような生活を送るかを自己決定するための支援。「受容支援・自立(自律)支援」を、特に病棟看護師の重要な役割として位置付け、研修等がすすめられている。
- ・ **退院調整**：患者の自己決定、願いを実現するために、患者・家族の意向を踏まえ、環境・ヒト・モノを社会保障制度や社会資源につなぐなどのマネジメントの過程。MSW・退院調整看護師等、退院調整部門の機能。

1) 急性期治療と同時に「ADL低下予防」の看護・リハビリ提供の必要性

入院病態から、入院環境や治療優先のための安全管理、抑制が重視されることにより、寝たきりを作っている状況がある。

- ・ 食事や入浴時のサポート：サービス提供者側の事情に合わせる事が可能、デイサービスやヘルパーによるケアプランが組み立てやすい。
- ・ 排泄：「自分でトイレに行く」事は人としての尊厳であり、認知機能が低下しても尿意・便意が残存している場合、本人は動こうとする。そのため病院では、「in out 確認」のためのバルーンカテーテル留置や、「転倒転落防止」のため、排泄自立を阻害している。介助でポータブルト

イレに移乗させる、おむつを当てるといった急性期のケアから、「自立のための看護・ケア」へ転換する意識を持たせることが重要である。先駆的な病院では「排泄自立」に入院早期から取り組み、自宅退院を可能にしている。

・骨折・脳血管疾患等は、回復期リハビリ病棟へ転院をする選択肢がある。

2) 「入院前からケアマネがいる 62%」(図 15) ⇒でも帰せない？

入院時、治療期から「退院時に目指すゴール」の共有ができているか？患者のそれまでの暮らしや、思い、家族状況を把握しているケアマネジャーとの早期の連携・協働が、その人の人生や暮らしを遮断しないためには重要である。

在宅療養者にとっては、ケアマネジャーは重要な役割を担う。介護保険サービスにとどまらず、「家族的支援」について把握しているか、地域に資源が少なければ、地域包括支援センター等と共に、資源を作る事や、その必要性などを発信してほしい。

これらの解決のためには、入院から1週間以内に病院関係者と「方向性共有のカンファレンス」を開催(入院時連携)し、退院に向けての心づもり・療養環境の準備を始めることが重要である。

【3/14 開催シンポジウム「医療と住まいの新しい関係」*にて、退院支援・調整の実態調査報告を受けてのコメント】

実際に急性期病院で、いわゆる退院支援が必要になる、あるいは退院困難になる患者は、入院医療を受けたがADLが落ちてしまった方などである。

高齢の方にとって入院環境というのは非日常であり、1週間入院しているだけで、動けなくなったり、環境の変化によってせん妄を起こしたり、初期の認知症が悪化するものもある。

今回の調査で問題と感じたのは、病態からADLが落ちる、いわゆる脳卒中や骨折等の場合は、恐らく急性期病院から回復期リハビリ病棟に一旦転院し、そこから暮らしの場に向けた準備ができる。しかし、今回の対象はそういう方ではなく、悪性新生物が見つかったり、肺炎や心不全を繰り返し、いつか入院はするがなるべく早く暮らしの場に帰ろうという方に対して、どのような支援が行われ、どういう場面で元いた住まいに帰ることを断念しているのかということ。そういった事例から、いろいろと見えてきたものがある。

病院のMSW、特に私のような退院支援のナースたちは、介護保険制度といったフォーマルなものには知識としては大体知っているが、自宅にかわる、より住まいの場に近いところや生活支援サービスといったものを知らずに、すぐ地域に帰すことを諦めてしまっている部分もあるのではないか。

今回の調査にかかわり、このようなモデル事業(「低所得高齢者等住まい・生活支援モデル事業」)が少しずつ広がり、自宅ではないが住まいに近い、その人が住んでいた地域に帰せる退院支援をしていかなければいけないと感じた。

(*医療・介護ニーズがある高齢者等の地域居住のあり方に関する調査研究事業 報告会)

② 佐藤好美委員（産経新聞社編集局 論説委員・文化部 編集委員）

人々の暮らしぶりが、端々から垣間見えるような調査結果だった。

理由の一つは、「毎月負担できる収入」を聞くことができたからだろう。所得層によって、移転先はきれいに分かれた。「入院前と違う場所」に移った人の内訳をみると、収入が15万円以上では介護付有料が圧倒的に多く、15万円未満ではサービス付き高齢者住宅が多く、10万円未満では特別養護老人ホーム、5万円未満は数が少ないので統計的には語れないが、サービス付き高齢者住宅とグループホームに一定数が移っている。賃貸住宅に帰れなかったせいかもしれないし、生活保護を受けて退院したのかもしれない。そのプロセスには知るべき何かがありそうな気がする。移り住む先は介護の必要性によってではなく、所得の多寡で決まることを示している。

介護が必要になって移り住む先は、豊かさと密接に関係する。

調査結果からは離れるが、同じことが認知症の人の行き先にも言える。家族が自宅で介護しきれなくなったとき、認知症の人が、グループホームに行くか、療養病床に行くか、精神科病院に行くかは、症状の度合いによってよりも、豊かさで決まるという取材実感がある。いずれ、何かの機会に調査対象に取り上げていただけると嬉しい。グループホームも療養病床も精神科病院も、介護保険か医療保険の対象施設である。それなのに、医療や介護の必要性よりも豊かさで行き先が決定されるとしたら、それは保険制度とは言わないと思う。

調査では、家族の希望が居所の決定に大きく影響することも分かった。入院前と異なる居所に戻った人で、家族が「自宅に準じる施設への退院（すなわち自宅以外の場所）」を希望している人は8割に迫る。

「家族がいないと帰れない＝独居だと帰れない」と、しばしばいわれる。家族の有無は、家に帰れるか帰れないかの大きな要素とされる。そういう面はあるが、同時に家族の反対で帰れないことも、ままある。取材実感として感じていたことが、データで確認できた気がする。「家族の持ち家」に帰れないという人も一定数いた。「家」という空間の力を感じる。

入院後に追加された医療ニーズが中心静脈栄養、酸素療法、疼痛管理、留置カテーテルの場合、入院前と同じ居所に帰った人が多い。これらの医療ニーズのある人を受け入れる施設は少ない。居所や居所に準じる場所で帰れるところは「家しかなかった」ということではないだろうか。

逆に、このデータに表れていない層に思いをはせる。中心静脈栄養、酸素療法、留置カテーテルが新たに必要になった人は、家以外には、どこへ移ったのだろう。こうした医療の必要性があっても、帰ってこられる住まいの整備は長年の課題だが、解決されない。

退院調整をする側に目を転じる。退院調整で困難と感じる事柄のトップには、「経済的な理由」が挙がる。だが、「(患者が) 毎月負担できる金額」を「不明」と答えている割合が3割に上る。貯蓄を「不明」とする割合は8割を超える。

把握するのが困難なのだろう。だが、それによって行先は変わりうる以上、どう把握していくべきかが課題になる。どんな環境整備をして医療職を支援していくべきか、周囲も問われる課題だと思う。

③ 園田真理子委員（明治大学理工学部建築学科 教授）

「医療・介護」と「住まい・住環境」の関係性について

1) 建築空間とは何か

人間とは、全くの自然環境の中でその命を維持していくことができないため、人工的な空間を自然環境の中に構築する。その行為を「建築」といい、それによって達成された空間を「建築空間」という。なお、空間という意味は、人間にとって客体ではなく、人間が生きていくために必要な3次元の広がりを含み、さらに時の流れとしての時間がこれに交わる。

したがって、人間が人工的に空間をつくり出す際には、自分たちの置かれた文化・文明的な状況や社会・経済的な状況、換言すればその時々々の社会の価値観が反映される。ところが、一旦その空間が実現されると、それは人間をとりまく「環境」になり、人間はその「環境」に従って生活、行動し、価値観さえもそれに拘束されるという二重構造になっている。

一方、「街」は建築の集合体であると同時に、建築のあり方を決めるフレームでもある。

2) 医療・介護と住まいの関係図式の変遷

我が国における「住まい」に対する医療・介護の関係がどのようなものであるかを、大胆に俯瞰し整理してみたのが表9である。近世以来、国民皆保険制度が開始される前年の1960年までが<近世モデル>である。病気になると、家の中の部屋内で床(とこ)に着き、家族の看病を経て亡くなる。近代化とは、家あるいは家族の中に凝縮されていた機能が社会的に分化していくことである。病気になった時には「病院」に入院し、元気になれば退院する。1970年代頃までは、死ぬ場所は家が一般的であった。1980年代になると、今でいう介護も病院が引き受け、そのままそこで死ぬことが一般的になる。<社会的入院の時代>である。そうなった理由は様々に考えられるが、家族機能の低下と社会保険の充実があいまってだといえよう。こうした状況は、2000年4月に始まった介護保険制度により革命的に変化した。介護は「施設」が引き受け、医療は「病院」が引き受けるという機能分化が起きた。この背景には、「家」の主体である家族のサイズの縮小（近代化による）と、機能の衰え（高齢化）がある。その結果、介護施設が数多く建築された。<介護保険・施設の時代>である。しかも、分化をモットーとする近代思想に拍車がかかり、施設も病院も、その範疇でさらに機能分化が進み、かつ規模の経済を求めて巨大化した。ところが、こうした機能分化、巨大システムを維持するにはもはや財源も人材も枯渇し、新たな構造転換が求められた。2015年4月から本格化した<地域包括ケアシステム>とは、“街”に存在する建築資源と、“まち”に存在する人材・組織の関係を縦横無尽につなぎ合わせることによって、「家」と「施設」と「病院」の関係性を根本から組み換えようとする試みである。

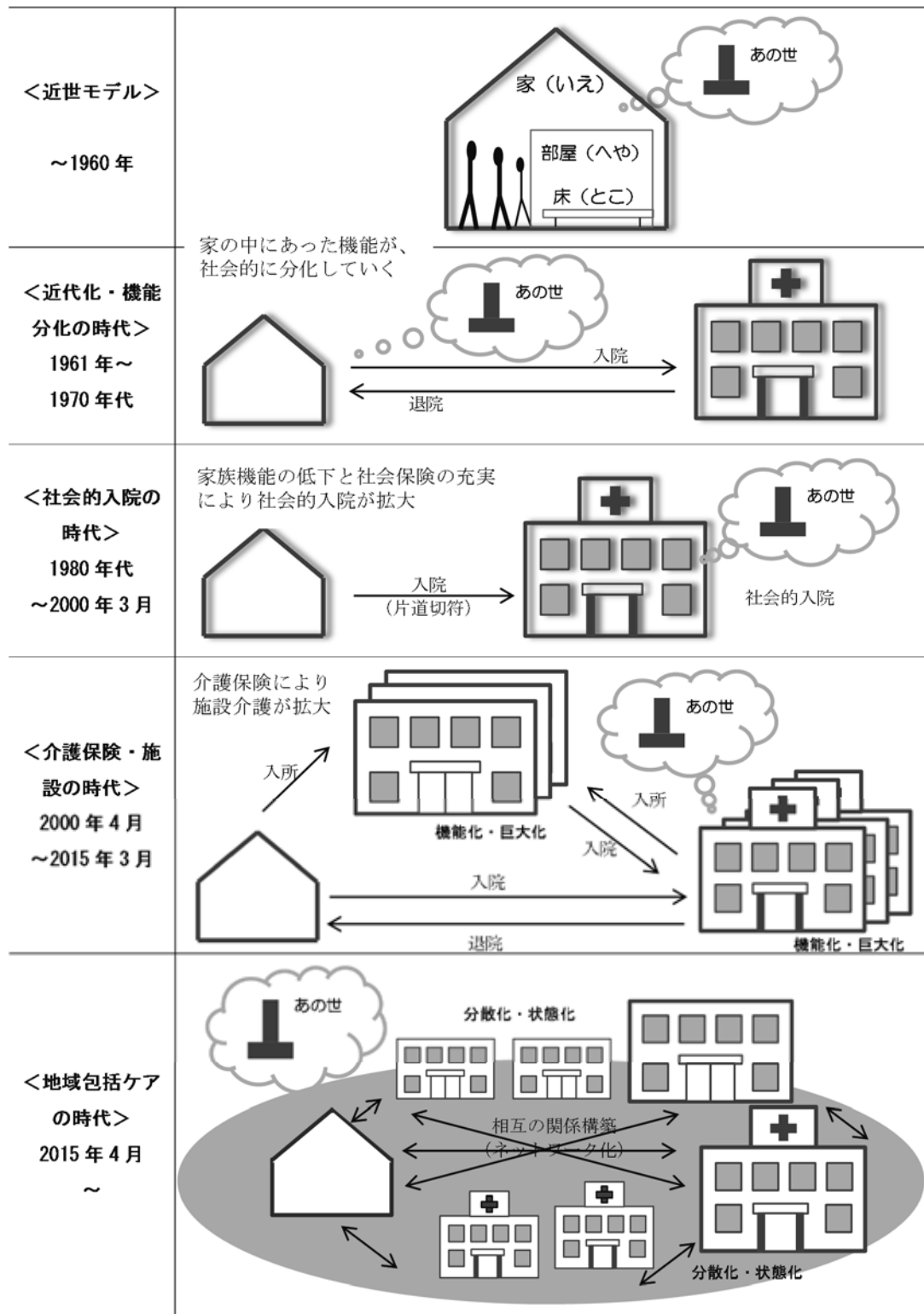
今般の本調査結果は、<介護保険・施設の時代>の入院後の在宅復帰等がどのようなものであるかを、本人、家族の条件別に精緻に分析したものだといえよう。

3) “Quality of Living & Quality of Dying”の価値観の変革

<地域包括ケアシステム>が成就し得るかどうかは、まだ予断を許さない。しかし、我が国の現状ではこの方法によるしかない。それに際して重要になってくるのは、社会の価値観、国民一人一人の価値観である。私たちはこれまでの近代化のプロセスで、社会が豊かになることを謳歌してき

た。しかし、誰しも 90 歳以上まで生きる可能性がある長寿と、単身世帯が割合として最も多いという家族サイズの縮小、そして人口減少の社会にあって、「生き行くための環境」と「死に逝くための環境」がどうであってほしいかを根本的に問い直す必要がある。

表9 医療・介護と住まいの関係図式の変遷



④ 野中博委員（医療法人社団博腎会野中医院 院長）

今回の医療・介護ニーズのある高齢者に対する退院調整・支援における調査報告（特に急性期病院）から纏められた課題は実態を反映している状況と考える。

地域で在宅医療を展開している診療所の立場から考えても、自宅復帰は目標とすべき事ではあるが、本人そして家族が納得して選択されるのであれば問題は少ない。しかしながら、この本人そして家族が納得して選択できる状況には様々な課題がある。まずは本人の生活機能、経済負担、家族の負担、そして住まい等の課題が存在する。在宅医療の現場では、患者本人からは「家族に迷惑をかけられない」、家族からは「本人を大切にしたいが負担が大きい」の声を聞く事が多い。

退院調整は、病気の治療を終了しあるいは今後も治療の継続は必要であるが病状の安定した患者の退院後の医療の安心と生活の安定を図るために実施されるべき活動である。しかし、今回の報告では医療機関の在院日数の短縮のために実施されている状況も伺えた。今回は急性期病院での退院調整の調査であったが、今後は様々な医療機関が連携して一体となって治療のみならず患者の生活機能改善も含めたケアマネジメントが実施され実行される必要がある。この様な退院調整による退院支援が実施される事により、現状の問題解決の糸口があると考え。転居先の住まいとして自宅をはじめ特別養護老人ホーム、介護付き有料老人ホーム、介護老人保健施設、サービス付き高齢者向け住宅等の多様な選択肢が存在するが、地域から見れば一応収容はされるが、中身の医療やケアに対する評価はまだまだ不十分であり、各々の施設の機能が十分発揮されている状況とは言えない。今後、医療・介護ニーズのある高齢者が適切な選択が出来る状況の為には、様々な多様な住まいの機能を再検討する必要があると考える。

報告書の冒頭「はじめに」の図3にあるように、医療機関からの退院には様々な必要条件・十分条件そして阻害要因が存在している。これらは医療や介護だけでは解決できず、経済力もその大きな課題であるが、長い時間を必要とするが社会関係の欠如の克服こそ重要であると考え。

⑤ 武藤正樹委員（国際医療福祉大学大学院 教授）

著者は2012年より、中医協の入院医療等調査評価分科会の座長として、2014年、2016年診療報酬改定における「入院医療」の検討を行ってきた。その中で、2014年改定においてはじめて急性期病床7対1入院基本料の要件に「在宅復帰率」を導入し、在宅復帰率の基準値を退院患者の75%以上と設定した。さらに同年の改定では、ある種の疾患で90日超の長期入院患者は、これまでは7対1入院基本料の要件である平均在院日数のカウントから除外するという特例措置を行っていたが、これを2014年改定で廃止した。この結果、7対1病床からの長期入院患者の自宅への退院が進んだ。

こうした在宅復帰を促進する診療報酬上の措置は、2016年改定でも継続して行われている。具体的には、7対1入院基本料における在宅復帰率の基準値が、これまでの75%から80%以上に引き上げられた。また、今回改定では退院支援加算が新設され、病棟ごとに退院調整の専任職員を配置することを義務づけるなど、在宅復帰支援へ向けての病棟体制の強化が行われている。さらに、急性期病院の入院早期からのリハビリを促進するために、ADL維持向上体制加算も今回の改定で増点した。そして退院直後の在宅療養の支援のため、7対1病棟から医療従事者を在宅に派遣することも、今回の報酬改定から新たにスタートする。

このように、在宅復帰について診療報酬上からこれまで見てきたが、今回の研究事業で在宅復帰に係る諸要因を包括的にレビューすることができ、大変参考になった。特に経済的要因としての「やむを得ない在宅復帰」の可能性があること、家族要因としての同居家族の有無、本人や家族の希望など、ADLや認知症など患者の心身状態の要因など、複合的要因が在宅復帰を左右していることがよく判った。

また、今回の調査研究事業から、低所得者向けの居住系施設の必要性を改めて感じた。現在、2017年に廃止期限が決まっている「療養病床の在り方等に関する検討会」（医政局・老健局・保険局合同開催）にも係っている。今年1月に提出された同検討会の報告でも、2017年に廃止予定の介護療養病床6.3万床、25対1医療療養病床8万床の転換先モデルが大きな話題を呼んだ。同報告書では、療養病床の転換先モデルを二つの類型に分けた。一つは医療機能を内包した施設系サービス、もう一つは医療サービス外付け型の居住系サービスとした。検討会でも議論となったのが、本人負担額の少ない居住系サービスをどのような形態にすべきかという議論である。

今後、こうした診療報酬や療養病床の問題も念頭に置きつつ、本調査研究事業に引き続き参加したいと考えているところだ。

第2章 地域居住の整備手法調査

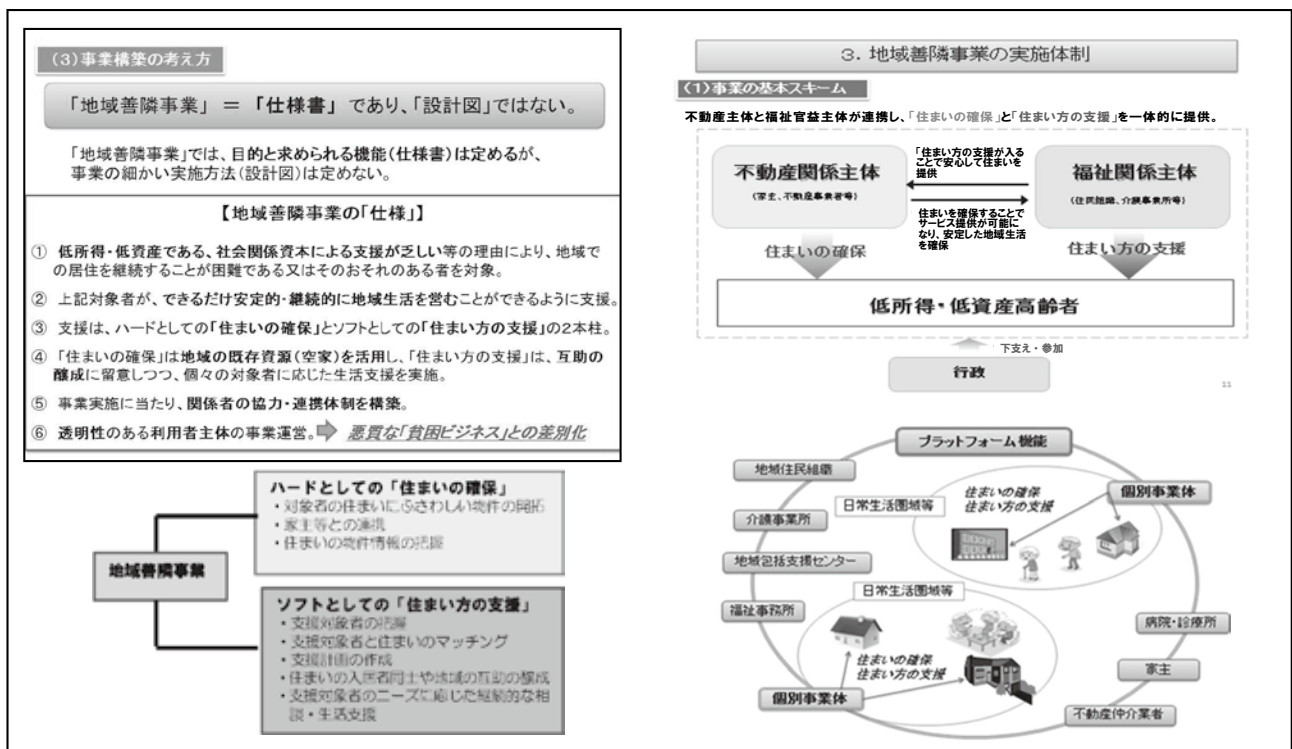
1. 調査の背景と目的

第1章で、都市部の急性期病院における退院支援・調整の実態調査から、医療・介護ニーズのある生活基盤の弱い高齢者等の、退院後の住まいの現状と課題を整理した。

本章では、そういった高齢者を地域で受け止めるための、住まい整備のあり方について、先駆的な実践事例を踏まえながら検討を行うこととした。

都市部を中心に急速に進行する高齢化・単身化に伴い、既存の制度では対応が困難な低所得・低資産高齢者の住宅確保の問題について、高齢者住宅財団では、平成23年度から、内外の社会保障制度や福祉・住宅施策に詳しい専門家、社会福祉法人やNPO法人等の実践家の方々とともに、調査・検討を行ってきた。

住宅困窮リスクを抱える低所得高齢者は、経済的困窮だけでなく、さまざまな社会関係・人間関係からの排除による社会関係資本の欠乏状態にあることを明らかにし、関係性の構築や家族的な支援（インフォーマル・サポート）が必要であると分析した。そして、既存資源の有効活用を図ったより普遍的で根本的な方策として、地域社会の中で、空家を活用した「住まいの確保（ハード）」と「住まい方の支援（ソフト）」を一体的に提供することにより、地域での居住継続を保証するという「地域善隣事業」という新しい事業スキームを構想した。



地域善隣事業について

「低所得・低資産高齢者の住まいと生活支援のあり方に関する調査研究」報告書(平成26年3月)より抜粋

この地域善隣事業にはモデルがある。「山谷」を中心にホームレス支援を行ってきた NPO 法人ふるさとの会と、大牟田市白川校区の実践事例である。

このうち、大牟田市白川校区の事例では、医療法人の MSW が中心になって住民による支え合いのための NPO 法人を組織化し、医療・介護とも連携することにより、退院患者の在宅復帰が促進された。また、住民組織と専門職の連携により大家の信頼も得て、地域の空き賃貸住宅に、認知症の高齢者と知的障害のある高齢者が、退院後、共同居住を実現した例もある。まさに、医療・介護ニーズがある高齢者の退院後を受け止めるための住まい・地域づくりの先進モデルである。

この地域善隣事業の普遍化をめざし、厚生労働省は平成 26 年度から、「低所得高齢者等の住まい・生活支援モデル事業」を開始した。

平成 26 年度は全国 8 自治体が実施し、平成 27 年度にはさらに 4 自治体が増え、12 自治体となった。1 年目の体制整備を経て、2 年目で住まいと生活支援を一体的に提供するスキームが機能し始め、目に見える成果が出始めている。

地域善隣事業も「低所得高齢者等住まい・生活支援モデル事業」も、地域の多様な社会資源・人的資源のつながりのなかで低所得・低資産高齢者の居住を支えようとするものであり、地域の互助を鍛え、地域の再生にも資することが期待される。その目指すところは、地域包括ケアシステムの構築であり、地域づくりそのものである。また、施設・病院から在宅への流れが本格化するなか、地域での安定居住の場の整備手法を広く示していくことは急務である。

そこで、本章では、全国 12 自治体で展開されている「低所得高齢者等住まい・生活支援モデル事業」の詳細調査・分析を行い、様々な条件や地域資源が異なる自治体や主体が実践する手がかりとなるように、具体的、かつ多様な取り組みの方策を提示することとした。

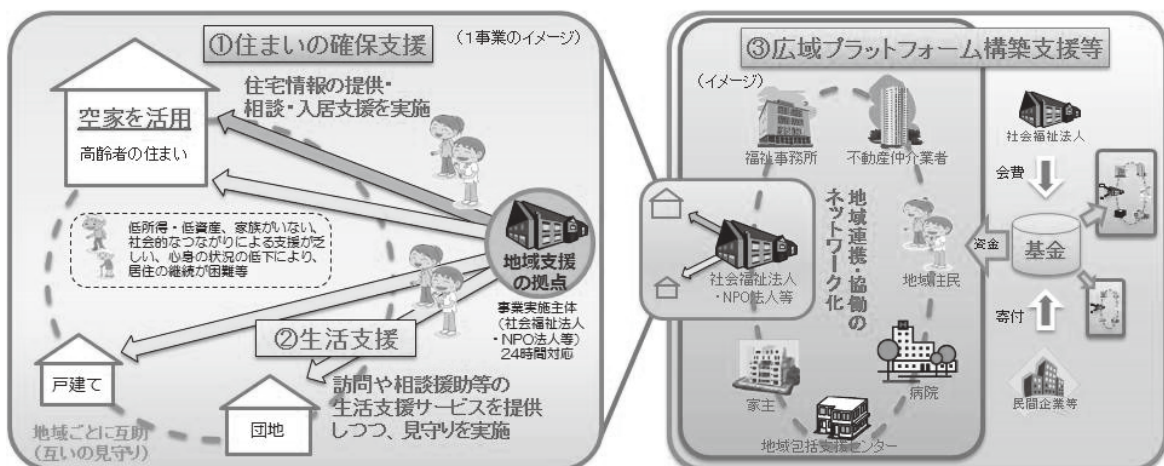
「低所得高齢者等住まい・生活支援モデル事業」の概要

1. 事業概要

- 自立した生活を送ることが困難な低所得・低資産高齢者を対象に、社会福祉法人やNPO法人等が、地域支援の拠点となること等を通じ、
 - ①既存の空家等を活用した住まいの確保を支援するとともに、
 - ②日常的な相談等(生活支援)や見守りにより、高齢者が住み慣れた地域において継続的に安心して暮らせるような体制を整備することについて、国としても支援する。
- また、③これらの事業を継続的に実施していくために必要な、地域連携・協働の持続的なネットワークとなる広域的プラットフォームの構築支援に対する支援も併せて行う。

2. 実施主体

- ①、②市区町村(社会福祉法人、NPO法人等への委託可能) ③都道府県(社会福祉法人、NPO法人等への委託可能)



2. 実施自治体の進捗状況

(1) 実施自治体の概要

平成 27 年 12 月 25 日に、モデル事業実施自治体による中間報告会を開催。

全 12 自治体の中間報告会における発表を中心に、その後の進捗状況を加え、各自治体の概要として掲載する。

また、自治体の規模別等に 3 グループに分かれて行われた意見交換・ワークショップの概要、及び、委員長による全体のまとめも併せて掲載する。

<平成 26 年度から実施自治体>

北海道本別町、岩手県雫石町、神奈川県横浜市、神奈川県川崎市、京都府京都市、奈良県天理市、福岡県福岡市、大分県豊後大野市

<平成 27 年度から実施自治体>

宮城県岩沼市、秋田県横手市、埼玉県和光市、福岡県うきは市

1. 北海道本別町

本別町総合ケアセンター高齢者福祉担当 主査 木南 孝幸

1. 概要

- 本別町は現在 (H27.9)、人口が約 7,500 人、世帯数は 3,700 程度 (うち、高齢者のいる世帯約 1,900 世帯)。(図表 I-1)

◎人口 7,571人 ◎世帯数 3,729世帯
 うち、高齢者のいる世帯 1,981世帯
 高齢単身世帯 767世帯 高齢夫婦世帯 717世帯
 ◎高齢者数 2,848人 高齢化率 37.6%
 ◎面積 392 km²(東西 31.8 km 南北 16.5 km)
 ◎介護保険料 5,770円(第6期基準額)

図表 I-1 本別町の概要

2. 所得段階別介護保険料

- 今回の第 6 期計画の中で低所得と言われる層は、非課税層が 45%、課税層が 55%という状況。(図表 I-2)
- 恐らく、モデル自治体の中でも生活困難者が一番多いと思われるが、北海道内の人口 1 万人未満の自治体では大体似たような状況である。

所得段階別介護保険料(平成27~29年度)

※ ①はH27.4~H29.3 ②はH29.4~H30.3

年収80万円以下の人(第1、第4段階)=35.5%(1,011人)
 うち、生活保護受給者=60人

保険料段階	世帯の課税区分	本人の課税区分	構成割合	基準額に対する割合	保険料(月額)円	第5期との比較(月額)円
第1段階	非課税	生活保護・高齢福祉年金受給者、課税年金収入額と合計所得額の合算額が80万円以下	23.3%	①0.45	2,600	410
		課税年金収入額と合計所得額の合算額が80万円以下	11.7%	②0.3	1,730	▲460
第2段階	44.8%	課税年金収入額と合計所得額の合算額が120万円以下	9.8%	①0.75	4,330	1,050
第3段階		課税年金収入額と合計所得額の合算額が120万円以上	9.8%	②0.7	4,040	760
第4段階	55.2%	本人非課税～公的年金等収入額+合計所得金額が80万円以下	12.2%	0.875	5,050	1,230
第5段階		本人非課税～公的年金等収入額+合計所得金額が80万円以上	9.6%	1	5,770	1,400
第6段階	課税	本人課税者(合計所得金額120万円未満)	15.0%	1.2	6,920	2,000
第7段階		本人課税者(合計所得金額190万円未満)	8.6%	1.3	7,500	2,040
第8段階		本人課税者(合計所得金額290万円未満)	5.4%	1.5	8,660	2,100
第9段階		本人課税者(合計所得金額500万円未満)	2.5%	1.7	9,810	3,250
第10段階		本人課税者(合計所得金額500万円以上)	1.7%	1.9	10,960	3,310

66.6% (第1-5段階)
33.4% (第6-10段階)

図表 I-2 所得段階別介護保険料(H27-29 年度)

3. 日常生活圏域と

介護サービス基盤

- 図表 I-3 は町中の圏域とサービス図を示したもの。
- 3 つに分かれた学校区の中で、平成 17 年頃から介護基盤等を含め地域福祉計画の中で整理し、どの圏域に住んでいても等しく介護サービスが受けられるよう基盤づくりを進めている。

日常生活圏域と介護サービス基盤

本別町全図

本別地区 (H26.10)
 人口 5,908 人 (高齢者 2,193 人)
 ◎特養 (50 人)、老健 (80 人)
 ○養護 (45 人)、グループホーム (9 人)
 ●共生型共同生活住宅 (20 人)
 ★高齢者共同生活住宅 (8 人)
 ●小規模多機能型居宅介護 1ヶ所
 ●介護予防拠点 17ヶ所

勇足地区 (H26.10)
 人口 901 人 (高齢者 289 人)
 ●小規模多機能型居宅介護 1ヶ所
 ●介護予防拠点 4ヶ所

仙美里地区 (H26.10)
 人口 968 人 (高齢者 340 人)
 ●小規模多機能型居宅介護 1ヶ所
 ●介護予防拠点 6ヶ所

○自治会: 76 ○選挙投票所: 13
 ○郵便局: 4 ○保育所・小学校: 3
 ○中学校: 2 ○高校: 1

図表 I-3 日常生活圏域と介護サービス基盤

4. 福祉に関する総合相談体制

- 総合ケアセンターには、行政の福祉部署、地域包括支援センター、社会福祉協議会 (以下、社協) も入っている。(図表 I-4)
- 社協の事務局の中に、平成 25 年 3 月にあんしんサポートセンターが開設。モデル事業の中で、地域支援拠点機能と位置づけられている機関。

5. 継続的な生活支援機能

- あんしんサポートセンターでは、様々な困りごとの相談を開始。今までなかった金銭管理等の相談を受ける機能をつけ加えた。(図表 I-5)
- 「あんしんお預かりサービス事業」では、日常生活自立支援事業や後見非該当の方々の金銭管理を行うことで生活の立て直しをサポート。現在 10 件程度の利用がある。
- モデル事業での住み替え支援実施の際にも、こうしたサービスとセットで継続的に支援を実施。入居時契約や保証人確保において、金銭面のサポートがなければ、すぐに生活が成り立たない状況がある。

6. 高齢者向け住まいの場

- 町から社協に依頼し、賃貸住宅を整備。町からの全額補助であり、最終的には本人の所得に応じて家賃ゼロ円での住宅として位置づけ進めている。サービス付き高齢者向け住宅と非常に近い類型だが、その中でも低所得者層にターゲットを絞った住宅。農村地区にも同様のものを 2 か所設置する予定。

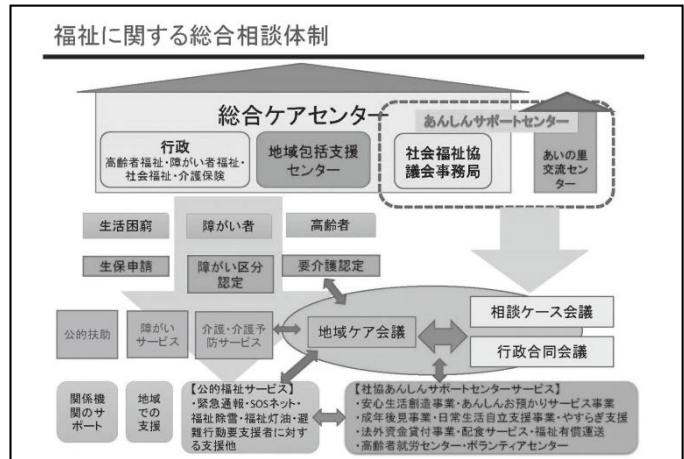
7. 高齢者等住まい・生活支援検討委員会等概念図

生活支援検討委員会等概念図

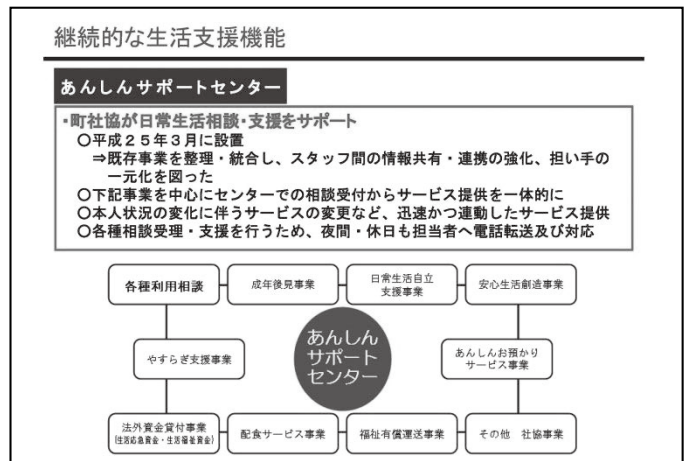
- 空き家のみならず、重要な生活課題の解決も図ろうと、昨年度に高齢者等住まい・生活支援検討委員会を立ち上げ、庁内推進会議は関係部局で構成。3 部会の担当者クラスで様々な協議をしながら進めている。(図表 I-6)

8. 空家等実態調査

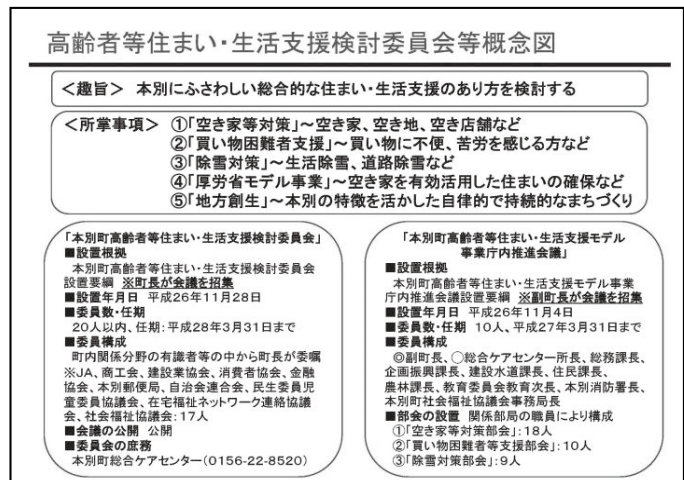
- どれぐらい空き家があるのか不明という状況下で、一次調査では自治会長、民生委員の協力を得た。地図と調査票を渡し、各々で記入を依頼し、悉皆で調査した。
- その調査をもとに、二次調査は(株)ゼンリンに依頼。(株)ゼンリンが持っている空き家情報



図表 I-4 福祉に関する総合相談体制



図表 I-5 継続的な生活支援機能



図表 I-6 高齢者等住まい・生活支援検討委員会等概念図

と一次調査で得た情報を突合せ、空き家のデータベース化を図った。その結果をもとに、空き家特措法に基づき固定資産税情報を収集。課税の下限額までいかない空き家も見受けられ、そういった家に限って管理不全状態となっている。

- 次年度に四次調査として、三次調査で回答者の中から利活用を図りたい方に現地調査を実施。また、五次調査で住み替え意向を持つ方に対してアンケートや聞き取りを行い、借り手側のデータベースを構築。空き家バンクで貸し手と借り手のマッチングを図る予定。(図表 I-7)

空家等実態調査

調査の概要
 調査地域：本別町全域（76自治会中、4自治会をのぞく）
 調査対象：①住宅、②共同住宅、③店舗、④倉庫・物置、⑤空き地
 調査対象住宅戸数：3, 267戸（町全体の住宅戸数）

一次調査
 ・調査担当：市街地区は自治会長、農村地区は児童民生委員
 ・調査内容：地域の空き物件調査（ゼンリン地図にも記入）
 ・調査期間：平成26年11月～12月

二次調査
 ・調査機関：ゼンリン(株)北海道
 ・調査内容：一次調査結果をもとにゼンリン調査員が空家の外観調査を実施。空き家台帳を作成し、ゼンリン地図上に台帳・家屋等写真を表示するデータベースシステムを開発
 ・調査期間：平成27年1月～3月

三次調査
 ・調査内容：空家所有者に対して、空家の管理状況や利活用についての意向調査（アンケート）
 ・調査期間：平成28年11月

四次調査
 ・調査内容：空き家利活用調査
 ・調査方法：三次調査結果により利活用を図りたい所有者に対して、所有者立会により詳細な現地調査を実施
 ・調査期間：平成29年4月～

五次調査
 ・調査内容：住み替え意向調査（住重要確保配慮者、住み替え意向を持つ方等）
 ・調査方法：住み替え意向を持つ方に対して、立地条件、家賃、間取り等の希望をアンケートや現場窓口において実施。借り手側のデータベースを整備し、マッチングを促進
 ・調査期間：平成29年度

一次→五次調査により
 空き家バンク（貸し手・借り手）
 でのマッチングを促進

図表 I-7 空き家等実態調査

9. 空家等実態調査結果（一次～三次）の概要

- 一次調査結果で350件の空き家、71件の空き地を把握。二次調査結果でゼンリン調査員が物件の外観調査を行い、空き家数が373件となった。
- 二次調査結果を基に空き家データベースを構築。マップでは、赤が空き家で、緑が空き地としている。(図表 I-8)
- 図表 I-9 の左側が空き家の台帳。写真と地図を押すと、1枚ずつ展開する形になっている。空き地についても同様の形で展開される。

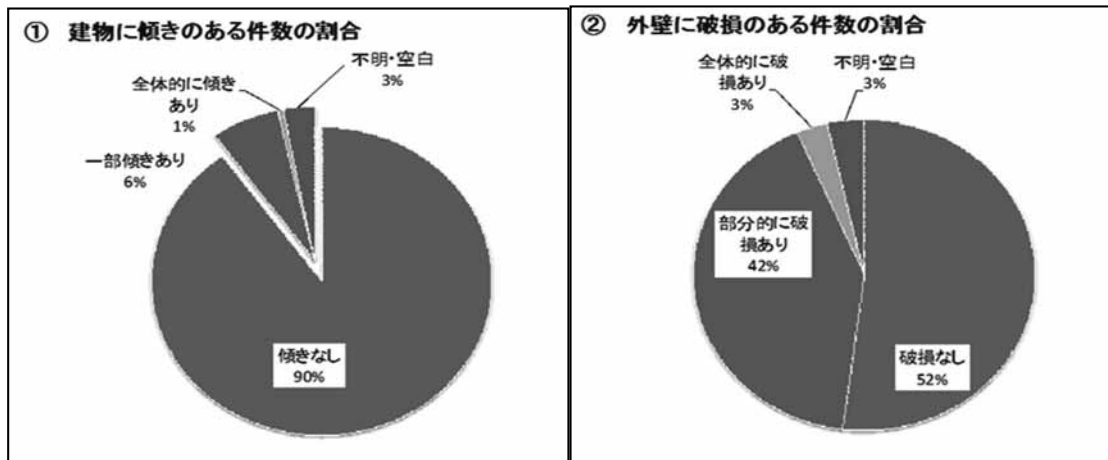


図表 I-8 空家等実態調査結果(マップ)



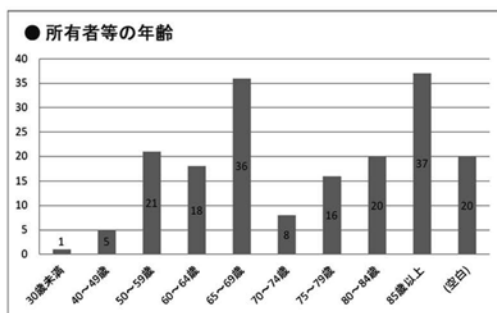
図表 I-9 空き等実態調査(台帳)

- 二次調査結果のまとめ
 - ・ 用途別では専用住宅が大半で構造別では木造が多い。
 - ・ 外観からの目視で今後利活用可能と推定される空き家は120件程度。
 - ・ 建物に全体の傾きがある等の特に管理が不良な空き家は30件程度。(図表 I-10)
- 二次調査結果を不良度判定表に当てはめて分析し、町の空家対策の観点から空家等の管理の良・不良の状態・概数等を把握。外観から利活用可能性のある空家は全体の3分の1程度。



図表 I-10 外観調査結果(二次調査)

- 三次調査までに1年を要し、アンケート送付時には空き物件が入居済、恒常的に近い状況で使用、既に解体済などがあつた。
- 調査前の集計では、最終的に空き物件が374軒、うち21軒が入居。その中にアパートの空室9軒、使用中が11軒、解体済が14軒、解体予定が1件で、三次調査で配布した軒数が306世帯となった。
- 三次調査の質問項目は、「所有者等の年齢・世帯構成等」、「空家の原因・空家で困っている事項」、「維持管理の状況や空家の状態」、「利活用の希望や自由意見」など。
- 三次調査結果のまとめ
 - ・ 空家の所有者には高齢者が多く、維持管理が困難な状況。(図表 I-11)
 - ・ 利活用の条件となるのは、改修工事費の負担や家財の処分等。
 - ・ 売却支援や業者の紹介・必要な手続きについての希望も多い。



● 空家等の所有者等の年齢・世帯構成

所有者等の年齢	件数	割合
30歳未満	1	0.5%
40~49歳	5	2.7%
50~59歳	21	11.5%
60~64歳	18	9.9%
65~69歳	36	19.8%
70~74歳	8	4.4%
75~79歳	16	8.8%
80~84歳	20	11.0%
85歳以上	37	20.3%
(空白)	20	11.0%
	182	100.0%

所有者等の世帯	件数	割合
夫婦のみの世帯	46	25.3%
単身世帯	41	22.5%
親と子供の世帯	35	19.2%
その他	13	7.1%
親子、孫の3世代	5	2.7%
(空白)	42	23.1%
	182	100.0%

図表 I-11 空き家所有者の年齢等(三次調査)

- 三次調査結果のまとめ
 - ・ 適正管理に関すること
 - 危険と思われる空き家は今後も増加し、町内の高齢化を踏まえた管理に関する意識の涵養・啓発等が必要。
 - 維持管理・除却等・利活用等のための所有者等の費用面への支援や、単身高齢者等への相談窓口の設置や関連業者の紹介等も必要。(図表 I-12)
 - ・ 利活用に関すること
 - 売却・賃貸等の利活用を希望する所有者もあることから、流通の促進(市場とのマッチング)

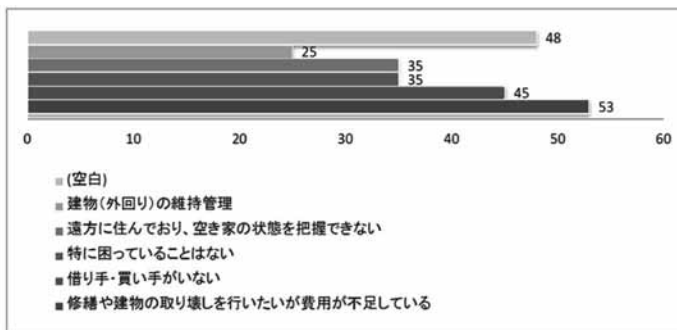
と高齢者等への住み替え支援の促進が課題。

- ▶ 住宅需要の停滞が予想されることから、空き家バンク等や不動産業者の紹介などの空き家の流通化支援・需要の喚起等についても検討が必要。
- ▶ 回答者のうち、利活用の希望については「利活用したい」「条件次第で考えたい」方の割合は3割以上。(図表 I-13)
- ▶ 利活用の希望の内容は売却・賃貸が多かった。(図表 I-14)
- ▶ 利活用の条件は、改修費や維持管理費の負担を挙げる方が多かった。(図表 I-15)

- 利活用が見込まれる物件
- ▶ 二次(外観)調査から利活用可能性があると推定される空き家のうち、三次調査で利活用を希望された方の件数は合計24件。(図表 I-16)

利活用の希望	空家の管理状態	
	外観から管理に問題がない	
利活用(貸し出し、売却、寄贈)したい	12件	
条件次第で利活用を考えたい	12件	
合計	24件	

図表 I-16 利活用が見込まれる物件数



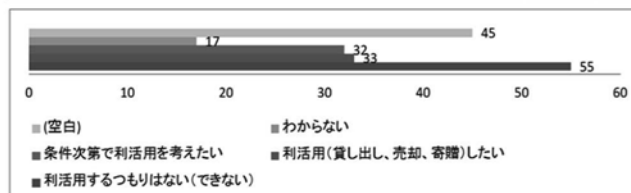
図表 I-12 空き家で困っていること(三次調査)

● 利活用の希望の内容

	回答数	割合
建物・土地を売却したい	31	17.0%
賃貸住宅として貸し出した	15	8.2%
自らの所有物の保管場所としたい	5	2.7%
建物・土地を欲しい方(近隣の方は子育て中の世帯の方など)に寄贈したい	4	2.2%
商店・事業所として貸し出した	3	1.6%
自らの居住のために使用したい	2	1.1%
(空白)	138	75.8%

図表 I-13 利活用希望の有無(三次調査)

	回答数	割合
利活用するつもりはない(できない)	55	30.2%
利活用(貸し出し、売却、寄贈)したい	33	18.1%
条件次第で利活用を考えたい	32	17.6%
わからない	17	9.3%
(空白)	45	24.7%



図表 I-14 利活用の希望の内容(三次調査)

● (利活用をしたい方に対して) どのような条件であれば利活用を行いたいか

	回答数	割合
家財道具の処分など、貸し出しできる状態になれば利活用したい	10	5.5%
希望する賃料であれば利活用したい	6	3.3%
希望書がいて、改修費用や維持管理費用を負担してくれるなら利活用したい	25	13.7%
期間限定で貸し出し、期間終了後は自分または家族が利活用したい	2	1.1%
建物の改修費用の目処が立てば利活用したい	6	3.3%
不動産業者が仲介や手続きをしてくれるなら利活用したい	12	6.6%
(空白)	140	76.9%

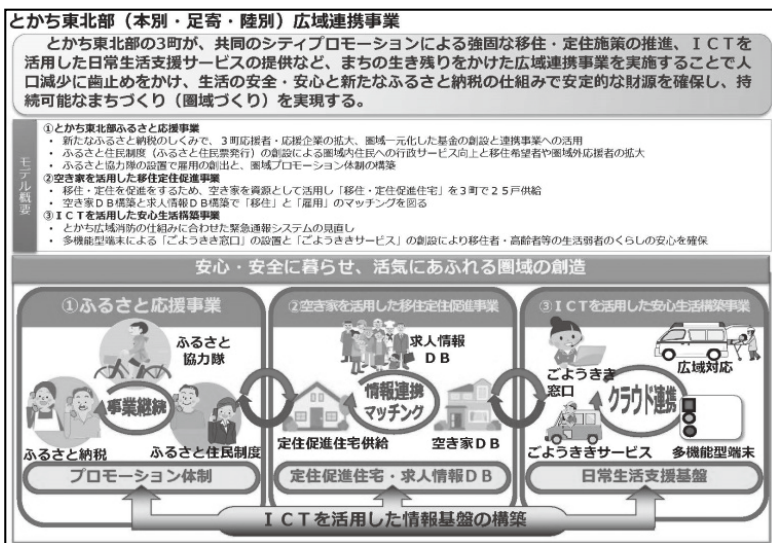
● (利活用をしない・できない方に対して) どのような条件であれば利活用を行いたいか

	回答数	割合
家財道具が片付けられないため、利活用できない	11	6.0%
改修費用や取り壊し費用が無いため、利活用できない	27	14.8%
権利者等が複数いるため、利活用できない	4	2.2%
資産として保有していたい	1	0.5%
取り壊し、建て替え、売却が決まっている(または、予定がある)	6	3.3%
将来使用する予定がある	9	4.9%
他人に貸し出ししたくない	4	2.2%
(空白)	136	74.7%

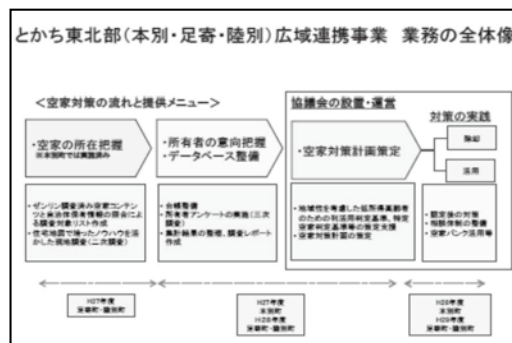
図表 I-15 利活用の条件(三次調査)

10. とち東北(本別・足寄・陸別)広域連携事業

- 今、地方創生の広域連携の観点で、北海道の補助事業(市町村連携地域モデル事業)を利用し、3町(本別町、足寄町、陸別町)連携を進めている。(図表 I-17、18)



図表 I-17 とちかち東北(本別・足寄・陸別)広域連携事業



図表 I-18 とちかち東北(本別・足寄・陸別)広域連携事業 業務全体像

11. 居住支援協議会の設立

- 高齢者等住まい・生活支援検討委員会の委員を中心に、居住支援協議会設立準備会を11月に開催。(2回の会議)
- 本別町における福祉の向上と豊かで住みやすい地域づくりに寄与することを目的に、「本別町居住支援協議会」を平成28年2月15日に設立。空き家特措法に基づく空き家対策協議会機能を併せ持ち、空き家対策計画の策定等も行う。(図表 I-19)
- 町内に不動産関係団体がないことから、不動産事業者等により協議会を構成した。
- また、本町が日頃からご指導いただいている団体にオブザーバーとしての参画を要請し、専門的な観点から助言をいただく。(図表 I-20)
- 協議会の現段階での活動内容は以下のとおり。
- とりわけ、本別町社協「あんしんサポートセンター」機能を活かした関係企業等との連携強化、家財整理等に関する新たなサービスの創設に向けた協議を進めていく。(図表 I-21)

設立の目的

「本別町居住支援協議会」は、次に掲げる事項について協議することにより、本別町における福祉の向上と豊かで住みやすい地域づくりに寄与することを目的とする。

(1) 住宅確保要配慮者に対する賃貸住宅の供給の促進に関する法律(平成19年7月6日法律第112号)に基づく、低所得者、被災者、高齢者、障がい者、子どもを育成する家庭その他住宅の確保に特に配慮を要する者(以下「住宅確保要配慮者」という。)の民間賃貸住宅への円滑な入居の促進

(2) 空家等対策の推進に関する特別措置法(平成26年法律第127号)に基づく、空き家等の適正管理及び有効活用、管理不全が原因で周囲に著しい影響を及ぼしている特定空家等に関する対策を総合的かつ計画的に実施

(3) その他、「住宅」と「福祉」に関係する団体のネットワーク化及び連携による「地域包括ケアシステム」の向上、いつまでも安心して暮らし続けることのできる地域づくり

図表 I-19 本別町居住支援協議会(設立の目的)

構成団体	団体(事業所)名
不動産関係団体	本別建設業協会、本別建築士会、本別金融協会、平田不動産連絡所
居住支援関係団体	社会福祉法人 本別町社会福祉協議会、本別町自治会連合会、本別ひまわり基金法律事務所
行政(事務局)	本別町(建設水道課、企画振興課、住民課、総合ケアセンター)
オブザーバー	北海道建設部住宅局建築指導課、一般財団法人 高齢者住宅財団、一般社団法人 全国住宅産業協会、一般社団法人 家財整理相談窓口、一般財団法人 日本不動産研究所、株式会社 ゼンリ旭川営業所

図表 I-20 本別町居住支援協議会(構成団体)

- ① 住宅確保要配慮者等に対する情報の提供等に関すること
 - ・居住支援協議会活動内容に関するチラシ等の作成、「空き家バンクシステム」の再構築及び共同運用、「家賃債務保証制度」の普及等
- ② 住宅確保要配慮者等に対する相談対応に関すること
 - ・本別社協「あんしんサポートセンター」と町内不動産事業者等の連携による相談対応システムの構築、「住まい相談会」の開催等
- ③ 住宅確保要配慮者等の円滑な入居の促進及び居住の安定方策に関すること
 - ・本別社協「あんしんサポートセンター」による入居契約支援、金銭管理及び日常生活支援サービスの提供、本別社協「あんしんサポートセンター」と町内事業者の連携による遺品整理、家財整理等に関する新たなサービスの創設に向けた検討・実施
 - ・国土交通省が実施する「住宅確保要配慮者あんしん居住推進事業」の実施に向けた検討及び、本事業に対する本別町の上乗せ支援策(補助金)の検討
- ④ 空家等の適正管理及び有効活用、特定空家等に関する対策に関すること
 - ・空家等対策計画の策定及び変更、空家等の適正管理、空家等が特定空家等に該当するかどうかの判断(特定空家等判定基準)、空家等の調査及び特定空家等に対する立入調査の方針、特定空家等に対する措置の方針、
 - ・空家等の利活用に向けた判断(空家等利活用判定基準)等
- ⑤ 「住宅」と「福祉」に関係する団体のネットワーク化及び連携による「地域包括ケアシステム」の向上に関すること
 - ・本別町住宅改修支援チームに対する研修会の開催等

図表 I-21 本別町居住支援協議会(活動内容)

II. 岩手県雫石町

社会福祉法人江刺寿生会 養護老人ホーム松寿荘 施設長 高橋 昌弘

1. 概要

- 雫石町は、盛岡市の西方 16km に位置し、面積は 608.82 平方 km、人口は約 17,000 人、世帯数は約 6,200 世帯 (H28.1)。(図表Ⅱ-1)
- 高齢化率は 3 割を超え、町民の 3 人に 1 人は高齢者である。
- 岩手山をはじめ、1,000km 以上の山が連なる山岳や高原が総面積の大部分を占めている。
- 2040 年の将来目標人口を 15,700 人と定め、今後 5 年間で「社会増減±0 人」と「岩手県平均以上の合計特殊出生率」を目指し、誰もが住みやすいまちづくりに挑戦しながら、町の活力を維持できるよう「みんながいきいきと活躍し、雫石に暮らす幸せを実感できるまちづくり」を推進している。



図表Ⅱ-1 雫石町地図

2. 平成 26 年度の実施状況

- 低所得と環境的要因で地域生活が困難な人が措置入所する養護老人ホームは、入所後 1～2 年で、入所原因になった課題が解決され、地域に戻れる方も多い。しかし、入所時に住む場所をなくしているため、地域に戻したくても戻せない状況があった。
- 松寿荘は、入所者の地域移行を念頭におき、敷地内にある職員宿舎を活用して、独自の「自活訓練事業」を H23 から実施。生活能力の回復等の実績もあった。
- 養護本来の生活支援と自活訓練事業で蓄積したノウハウを生かし、本モデル事業の実施に向けて雫石町と協議。町も、人口減少による空き家対策と単身・低所得高齢者への生活支援の必要性を感じており、取り組みを推進。
- 10 月 1 日に、雫石町からモデル事業を受託し開始。11 月 1 日付で住居 2 棟を確保し、受け入れの準備をするとともに、担当職員 2 名を雇用し支援体制をつくった。(図表Ⅱ-2、Ⅱ-3)
- 約 1 年前の 12 月 18 日に、87 歳の男性利用者が事業用住居に入居、支援を開始。
- その後 3 月に、76 歳の女性と息子 (55 歳、脳梗塞等の後遺症で障害が残る)、2 人で事業用住居に入居、支援を開始。



図表Ⅱ-2 住居2棟

3. 平成 27 年度の実施状況

- 27 年度に入り、6 月に 80 歳の女性利用者が新たに支援の対象として事業用住居に入居。この方は、1 カ月の収入が 3 万円しかないという状態で生活していた。事業利用と前後して生活保

護を受給し、事業利用以降はある程度普通の生活ができている状況。

- 9月に、町の中心街でたまたま空き家になっていた古民家を見つけ確保。以前は駄菓子屋として使用されており、町民の人たちにも非常になじみ深い物件であった。道路に面した広い店舗スペースがあり、その後ろに約20畳の部屋が2つ続く、昔ながらの古民家。いろいろもあり、当時使っていた足踏みミシンや、炭を入れて使うアイロンといったものも残っていた。
(図表Ⅱ-4)

- 地域の方たちと話した際に、認知症の人たちの回想法にも使えるかもしれないということなり、地域みんなで利用して使ってみよう話し合っている。もちろん、事業利用者のたまり場としても利用できればと思っている。ただ、本事業単独での家賃等の負担は難しいため、そこに居宅介護支援事業所を移転させ、共同で使用することとした。

- 10月に入り、全国老人福祉施設協議会と、今年(27年)からモデル自治体となった、横手市の社会福祉法人横手福寿会と社会福祉法人一真会の2つの法人が見学にきた。

- 事業を始める際に、民生委員にはいろいろな形で説明し協力を依頼したが、今年も10月の末の民生委員全体協議会にて、64～65名の民生委員に当事業の説明、協力をお願いしている。

- 11月に入り、宮城県からこの事業についての調査依頼が来たということで、宮城県老人福祉施設協議会から仙台市周辺の特に市町村の法人理事長や施設長が6名ほどで見学にきた。
- 岩手県から町にも、当事業についての問い合わせがあった。本事業に対する関心が高まってきているように思われる。

雫石町高齢者 生活支援モデル事業 のお知らせ

社会福祉法人江刺寿生会
養護老人ホーム松寿荘


雫石町内に住む、おおむね60歳以上の方で、町県民税が非課税で、現在の住居で心身の健全な状態を損なう恐れがある方が安全で健康な地域生活を送る事が出来る様、地域の関係機関や、地域住民の方々の協力いただきながら自立した日常生活を営めるよう、専門のスタッフが生活に関する相談や見守り等の生活支援サービスをおこないます。
バックアップ施設として、「養護老人ホーム 松寿荘」が24時間365日対応します。

- 1. 事業概要**
雫石町より、「低所得高齢者等住まい・生活支援モデル事業」の委託を受け、平成26年10月1日より事業を開始しています。
※この事業は、厚生労働省のモデル事業で全国8か所の市町村で実施されています。
- 2. 業務内容**
 - ・町内の空き家等を活用した住居の提供
 - ・日常生活の支援
 - ・健康管理（通院・入院等）
 - ・生活等に関する相談及び支援
 - ・関係機関との連絡、手続きの支援

※事業のご利用に関しては、運営規程に該当する方が対象となります。
(非課税の方で、生活環境上の理由により現在の住居での生活をする事が困難な方)
- 3. 御利用者の負担費用**
 - ・住居の家賃は、3分の1の負担でご利用頂けます。
 - ・食費、光熱水費等の生活費については自己負担となります。
(共同でお住まいの場合、光熱水費は折半となります。)

※現在、雫石町内の町中に程近い住宅街に低家賃の貸家(3k)を二棟借入れました。(家賃:32,000円、家賃負担額12,000円)
一棟に2名の方が入居し、一人一部屋を確保し一部屋は共同スペースに活用します。

お問い合わせ
社会福祉法人 江刺寿生会 養護老人ホーム松寿荘
(担当者 泉、渡邊、横手) 電話番号: 0196-71-7171



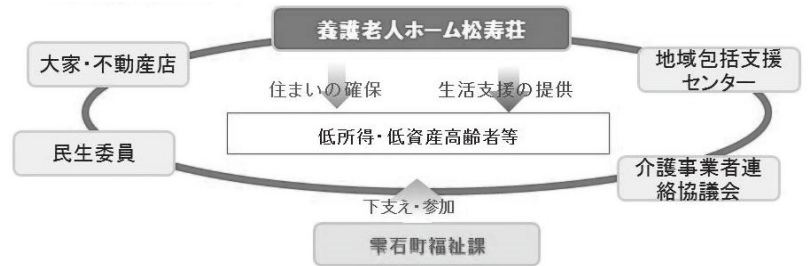
図表Ⅱ-3 モデル事業のお知らせ



図表Ⅱ-4 古民家を活用した拠点・たまり場

4. 支援体制等

- 2名の支援員体制。そのほかに養護老人ホーム（以下、養護）本体の事務職員、あるいは生活相談員等がいろいろな面でバックアップしながら協力している。（図表Ⅱ-5）
- 具体的な内容としては、担当の支援



図表Ⅱ-5 事業構成

員は平日勤務のため、土日以外は毎日朝晩の安否確認をしている。土日・夜間は、養護の日直職員が電話で安否を確認し、何かあった場合には支援員につなぐという体制をとっている。

5. 支援内容

- 安否確認のほか、利用者からの要請による買い物支援や通院補助、また、よく依頼があるのは、前住居の片づけ。その他、役場、郵便局、銀行などへの諸手続や、地域行事に関する情報の提供、および、行事に参加する場合の支援を行っている。1人の利用者には、調理についての支援も行っている。
- どうしても畑仕事をしたいという方もおり、たまたま当養護の敷地が広く畑もあるため、月水金で通ってもらい一緒に畑仕事をし、昼御飯を食べ、お風呂に入って帰ってもらうといった支援もしている。食事代はもらうが、それ以外は当事業でのサービスとしている。

6. 今後の利用見込み

- 1名の利用見込みがある。交通事故により高次脳機能障害となってリハビリ中の50代男性。養護老人ホーム入所の相談があったが、年齢で不可。松寿荘の職員宿舍の空き部屋で自活訓練し、地域に移すことを想定。働きたいという希望もあるため、施設の清掃など就労支援も行う予定。
- また、昨年度も一部で実施したが、民生委員を個別訪問し、利用者の掘り起しも行っていきたい。

7. 課題-空き家の活用について

- 地域にある空き家の活用による事業として取り組んではいるが、町や村という規模の中では、不動産業者を介さず個人の所有者との貸借関係となりやすい。そのため、非常に借りにくい状況があり、不動産業者を介したアパートの空き室や貸家を中心とした事業展開とならざるを得ない。
- また、リフォームを要する場合は個人所有の物件について、困難を感じている。

8. 課題-今後の事業展開について

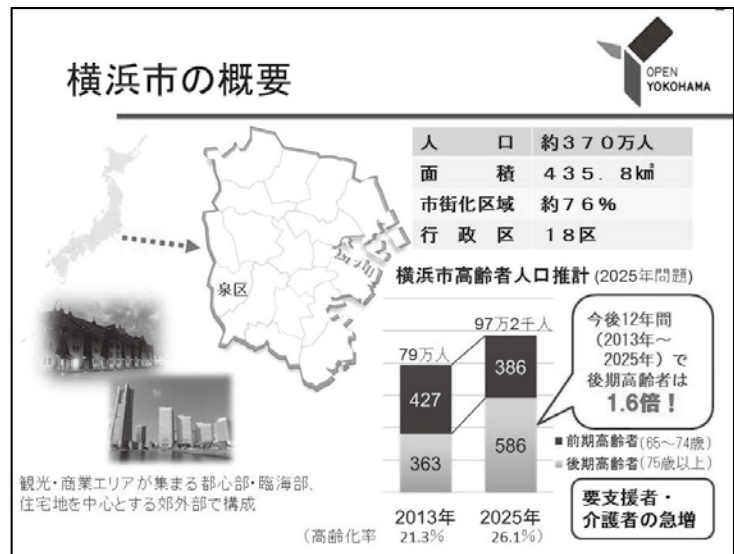
- モデル事業としての期間を過ぎた場合、考えられるのは、介護保険事業の改正による総合支援事業の中で本事業を位置づけること。そのことに関し、厚労省として一定の方向を示すことになるのか、自治体の判断で実施していくことになるのか、又は、現在の事業名から「モデル」を外し単独の事業としての継続を考えているのかについて、承知しておきたい。

III. 神奈川県横浜市

横浜市健康福祉局福祉保健課 担当係長 近藤 崇
 泉区福祉保健センター高齡・障害支援課 高齡者支援担当係長 廣沢 大輔

1. 横浜市の概要

- 横浜市は人口約 370 万人、面積 435.8 平方 km、18 の行政区がある。全体の高齡者人口は、2013 年時点で 79 万人、高齡化率 21.3%。10 年後の 2025 年には高齡者人口が約 100 万人弱、高齡化率は 26.1%と推計されている。
 (図表Ⅲ-1)
- モデル事業を実施している泉区は、市の南西に位置する郊外部の区。横浜市の取り組みの特徴は、主に市営住宅に入っている方の生活支援に重きを置いていることである。



図表Ⅲ-1 横浜市の概要

2. 事業の概要

- [目的] 行政サービスや地域の取組等の網の目から抜け落ち『孤立』する可能性がある人に対し、個別訪問を行うことにより実態を把握し、相談支援や必要なサービスに結び付け、漏れのない地域での見守り体制を構築する。
 - [対象エリア] 高齡化率の高い大規模団地からモデル1地区を選定。
 - ・ 泉区の市営上飯田団地 (横浜市内の市営住宅の中で一番高齡化率が進んでいるところ)
 - ・ 今年度 H27 からは、近接する県営いちょう上飯田団地でも実施。
- [内容] ①75 歳以上の高齡者等を対象として、地域包括支援センター (以下、包括) 職員等が訪問し相談等を行う。②必要に応じて公的サービス等に結びつけるとともに、その後のフォローも検討する。③関係機関 (健康福祉局、泉区福祉保健センター、包括のほか、建築局や地域の見守り活動の取組主体 (自治会、地区の社会福祉協議会 (以下、社協)、民生委員等) 等によるネットワークの構築。④①～③の取組の検証により、効果的な支援策の検討を行い、他の地区への拡大を図る。
- [対象者] ①特にリスクが高いと思われる 75 歳以上の高齡者 (後期高齡者) がいる低所得世帯で、介護保険サービスの未利用者及び医療機関未受診者 (生活保護受給者等を除く)。②その他、行政等が把握しており、特に見守り等が必要な人。
 - [取組主体] 行政 (健康福祉局福祉保健課、泉区福祉保健センター) と事業者 (横浜市上飯田地域ケアプラザ) の 3 者体制。

3. モデル地区(泉区市営上飯田団地、県営いちょう上飯田団地)の概要

- 市営上飯田団地は戸数が1,404戸。昭和41年から42年に管理を開始した非常に古い住宅。H27年2月時点で人口は2,119人、高齢者数は1,207人。高齢化率が56.9%と非常に高く、ひとり暮らし高齢者世帯は744世帯ある。(図表Ⅲ-2)
- 今年度から事業を始めた県営いちょう上飯田団地は、戸数が2,238戸。昭和45年に管理を開始後約40年を超える団地。H27年3月時点で人口は4,476人、高齢者数は1,527人、高齢化率は34.1%。先ほどの市営に比べると少し低いものの30%を超えており、非常に高い高齢化率となっている。ひとり暮らし高齢者世帯は539世帯ある。

	市営上飯田団地	県営いちょう上飯田団地
戸数など	42棟、1,404戸	48棟、2,238戸
管理開始年度	昭和41～42年度	昭和45年度
人口など	<ul style="list-style-type: none"> ・人口 2,119人 ・65歳以上 1,207人 ・高齢化率 56.9% ・ひとり暮らし高齢者 744世帯 (H27.2現在) 	<ul style="list-style-type: none"> ・人口 4,476人 ・65歳以上 1,527人 ・高齢化率 34.1% ・ひとり暮らし高齢者 539世帯 ・外国籍住民 32.5% (H27.3現在)

図表Ⅲ-2 モデル地区の概要

4. モデル地区(市営上飯田団地)の今までの取り組み

- 当事業の取り組みに先行して、平成22年度から24年度にかけ、セーフティネット支援対策等事業費補助金を活用し、地域の見守りネットワーク構築支援事業という横浜市独自の事業を展開していた。
 - 住民団体等による見守り推進会議の組織化(年4回)
 - 階段単位による見守り(定期清掃時、回覧板受け渡し時等)、見守りサロンの実施
- これによる成果と課題が出てきた。
 - 住民同士の見守り合いの意識が向上(異変があるとすぐに自治会、ケアプラザ等へ連絡)
 - 支援が必要な人の多様化(50～60代男性、精神疾患のある人への対応、新規入居者など)
 - 緊急時の対応(鍵の管理)、住宅管理との連携

5. 実施に向けたプラットフォームづくり(1)推進体制

- 行政：横浜市健康福祉局福祉保健課、モデル地区：泉区福祉保健センター
- 委託事業者：横浜市上飯田地域ケアプラザ(地域包括支援センター) H26.10より専任非常勤職員1名配置(※地域ケアプラザ＝横浜市独自の施設、包括の機能を持つ)
- プラットフォーム構成員：健康福祉局、泉区福祉保健センター、地域ケアプラザ、建築局、泉区社協、地域の見守りネットワーク(民生委員、自治会等)

6. 実施に向けたプラットフォームづくり(2)課題共有

- 連絡会を実施：これまで2回開催(H26.11.12/H27.11.9)
 - 事業の概要の説明、モデル地区に関する課題共有、地域の見守り活動の課題への対応策を検討
- 他団地との課題共有(H27.1.7)
 - 市営ひかりが丘団地の取り組みと連携

- 旭区（ひかりが丘団地）、泉区（上飯田団地）、健康福祉局、建築局で課題共有、ほかの団地との課題共有、対応策の検討

7. 対象者の訪問実施状況(1)

- 訪問対象者の健康状態や困りごと、親族や近所との交流状況等を把握し、相談支援を行っている。また、その際にさまざまなキットや安心カード等を配布し、緊急連絡先を確認した。
- 市営上飯田団地では、新規入居者に対し早く地域に慣れてもらうように、地域の情報が載ったファイルを配布し情報提供を行っている。

8. 対象者の訪問実施状況(2)市営上飯田団地

- もともと市営上飯田団地では、住民同士の見守りは機能していた。そのため対象を絞り、①75歳以上の介護保険・医療保険未利用者、②新規入居者、と大きく2つに分けた。
- 75歳以上の方、新規入居者の方の状況は図のとおり。新規入居世帯は近所、親族等との交流が少なく、孤立しやすいことが課題と考えている。

(図表Ⅲ-3)

調査対象	対象者数	実施期間	訪問結果	*①は26年度分
①75歳以上 介護保険・ 医療保険 未利用者	26年度: 14人	26.11~12	・必要なサービス受けていない人:なし ・見守り必要:1人 ・家族親族や近所等との交流あり (以下、26年度分) ・単身世帯5割、夫婦のみ・親子5割 ・外出頻度週1回未満:2人	
	27年度: 15人	27.10		
②新規入居 世帯	26年度: 40世帯	27.5~10	・9割が単身世帯。65歳以上は4割 ・必要なサービス受けていない人:なし ・見守り必要:6世帯 ・近所との交流なし41%、家族親族 及び近所等の交流なし15% ・家族等との交流ありでも、交流の頻 度が低い世帯が約半数	
	27年度 (~9月): 21世帯	28.1~2		

図表Ⅲ-3 訪問実施状況(2)

9. 対象者の訪問実施状況(3)県営いちょう上飯田団地

- 県営いちょう上飯田団地は今年度から開始。まだ集計できる状況ではないが、実施状況として示す。
- 調査対象は、75歳以上の介護保険・医療保険未利用者で対象は21人。支援を必要とする人が多く居住するため、75歳以上の介護保険未利用者を抽出して訪問することとし、対象者が420人と大きな数になっている。順次、状況を確認して進めていく予定。

(図表Ⅳ-4)

調査対象	対象者数	実施期間
①75歳以上介護保険・ 医療保険未利用者	27年度:21人	27.11~実施中
②75歳以上介護保険 未利用者	27~28年度: 420人	27.11~実施中

図表Ⅳ-4 訪問実施状況(3)

10. 課題と今後の展開 市営上飯田住宅

- 個別訪問してきた結果
 - 新規入居者の9割が単身。家族や親族、近郊との交流がなく、孤立している人も多い
 - ・継続的な見守りを実施
 - ・H28年1月から、交流の機会、日常的な相談の場を設けようと、団地内の集会所で試験的にコミュニティカフェを実施している
- 現在も活発に活動している地域住民による見守り活動の支援
 - ・住宅部局と連携し、緊急時の対応等の仕組みづくり
 - ・精神疾患がある方への対応を検討

IV. 神奈川県川崎市

NPO法人楽 理事長 柴田 範子

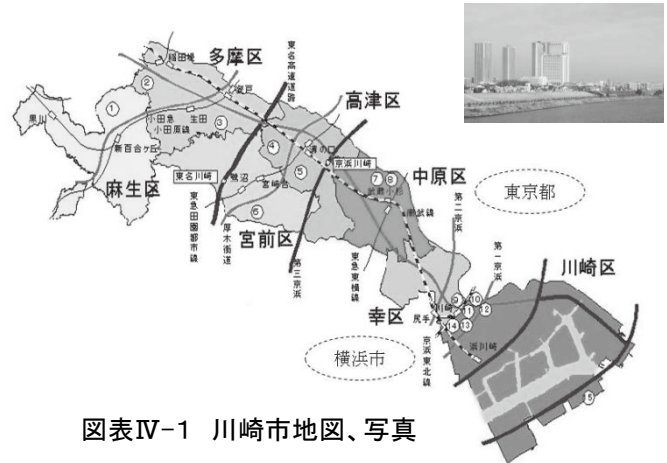
NPO法人楽 坂詰 馨

中高年事業団やまて企業組合 倉重 敦子

中高年事業団やまて企業組合 柳澤エンドゥル

1. 概要

- 川崎市の人口は約 145 万人、面積は 143 平方 km で 7 つの行政区に分かれている。
- 高齢化率は 18.9% と全国平均に比べ非常に若い。要介護認定者数は約 47,000 人。
(H27. 4 川崎市資料より (住民基本台帳ベース)) (図表Ⅳ-1)



図表Ⅳ-1 川崎市地図、写真

2. NPO法人楽

- 川崎の駅前で NPO 法人楽を立ち上げ 12 年。
小さな法人だが、地域の方々との長い付き合いがあり、この事業に応募した。

(1). これまでの経緯①

- 昨年度 (26 年度) 末での報告では、地域の町内会長や民生委員から、地域善隣事業に対する理解が得られず、状況によってはどなられてしまうということもあった。しかし、27 年度に入り様々な関係者 (行政、地域包括支援センター (以下、包括)、町内会長、民生委員等) への説明を終え、おつき合いが進む中、地域の方々の理解が随分進んできた。
- 地域善隣事業にかかわっている不動産会社社長と共に、病院、包括へ説明に回った際、包括で住まいの相談に繋がる案件が一件あった。包括では相談者の対応に苦慮していた。
 - 70 歳代後半の男性、転居の必要性があり、包括に度々足を運んでいたようだが、聞くことに徹していただけで対応策が見つかっていなかった。不動産会社と楽が相談にのり、物件等も決まった。話を何度か聞く過程で生まれ故郷の電話番号を思い出し電話。郷里の親戚に帰ってくることを勧められ郷里に戻るようになった。

(2). これまでの経緯②

- 入院中の患者 (50 歳代) の住まいのことで、病院から相談。
 - 派遣会社との契約者。都内でアパート暮らしだが仕事は大方が川崎。退院後、川崎に住まいを決めたい。住まいの契約時、派遣会社との契約が切れる時期であったが、延長してもらえた。暫くの間は、家賃を支払える預貯金がある。7 月 26 日転居完了。10 月末、派遣会社との契約終了。11 月 9 日病院側から本人の再就職に関して問い合わせ。再就職先が決まらない。職場の変更に伴い、緊急連絡人の変更が必要となり、NPO 法人楽 ひつじ雲と職員を当てる。再入院のため、退院に当たり本人・病院・ひつじ雲とで支援体制について話し合う予定。

- 病院からの紹介。
 - 立ち退きを求められていた対象者は、生活保護受給の対象者であったが、対象者が収入のある姉との生活を強く希望しているため生活保護受給に繋がらなかった。家主から住まいの紹介を受け生活が可能になったようだ。今後も、NPO 法人楽も相談者も病院との繋がりはあるため、いつでも相談にのれる体制を作っておきたい。

(3). これまでの経緯③

- 地域善隣事業そのものを理解していただくのに時間を要することが分かった。
 - 住まいについての実質的相談は2件のみ。相談者の発掘に苦慮している。これまでの経緯から、地域の情報が交わされる場が必要だと思った。
 - 昨年度末、使用していない病院を借りる準備をしていたが諦めざるを得なかった。再度、不動産会社社長の力を借り川崎駅西口のひつじ雲に近い古い工場（約30坪）を借りる。川崎市と相談し、地域善隣事業の委託費を改修費に充てる。
- 職員、男性利用者のペンキ塗りの協力を得て、手作り風ひつじ cafe を7月21日オープン。



改装前



改装後のひつじcafe

(4). これまでの経緯④

- 27年度に入っても幸町の町内会長や老人会長に挨拶回りをしたことにより、理解が得られてきた。
 - 幸町の町内会長、老人会長宅に挨拶まわり。
 - 町内会の掲示板に貼らせてもらう。
 - 以前からの付き合いのある地域の方々が、ひつじ cafe の広報を自主的にしてくれた。
- 徐々に足を運んでくださる方が増えている。さまざまな方々の協力があっでできている。



ひつじ cafe の中

(5). 食事会とバザー

- 10月の食事会は、管理栄養士や歯科衛生士、包括の方々との協力を得ながら行った。ここでは約40名近い方が参加した。
 - これまであまり関わってこなかった老人会の方々が、閉じこもっている方々を誘って来てくれたこともあり、改めて様々な方々との顔見知りの関係ができた。恐らくここから、生活支援という相談が出てくる可能性は大きいと思っている。
 - 9月のバザーでも、地域の方々からの協力が非常に大きく、商品の殆どが地域の方々からの寄付。おかげで盛大に開催できた。



食事会の様子



バザーの様子

(6). 認知症サポーター養成研修・ひつじCAFEクリスマス会

- 認知症サポーター養成研修では、27名の参加者があった。ここからボランティアな方々を連れてくることのできるのではと思っている。(図表IV-2)



図表IV-2 認知症サポーター養成研修



図表IV-3 ひつじCAFEクリスマス会

- ひつじ cafe のクリスマス会開催時も、地域の方々の協力を得ることができた。(図表IV-3)

(7). その他の取組

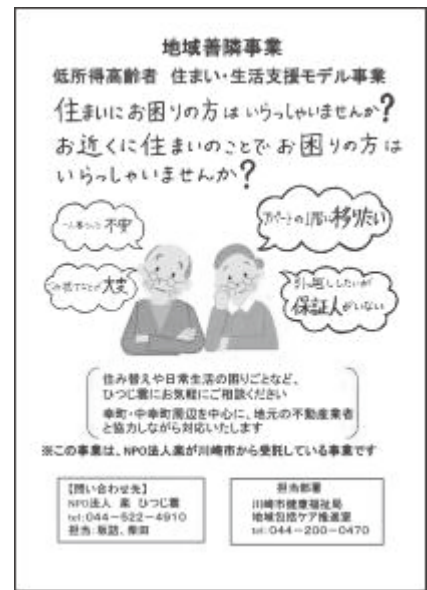
- 広報の仕方に悩み、手作りチラシを作成し、大手新聞に入れてもらった結果、相談が数件寄せられ、現在住まいさがしを進めている。(図表IV-4)
- 昨年、全国の実践報告がされた中に、生活保護課との調整をしている事例があった。そこで、川崎市幸区の生活保護係長 10 名と話し合いの場を持たせてもらい情報交換をした。顔合わせができ、足を運びやすい環境作りができた。

(8). 今後の方向性

- これからすべきことは、地域のひつじ cafe で得られる情報を収集し、対象かもしれない方の住まいに足を運び、生活の不自由な点などについて話を伺い、その対象となると思われる方々に対して支援を行っていくこと。
- そして、住まいのことは不動産会社の社長の協力を得て、住まいが必要な方々の暮らしの質が向上する支援を積み重ねていきたい。

3. 中高年事業団やまて企業組合

- 平成 18 年よりホームレスの方等のための自立支援施設を運営するほか、生活困窮者自立支援法に基づく相談支援センターの管理・運営を川崎市より受託しており、地域に根ざした相談支援を得意としている。本事業では法人後見制度の活用を目指す。(図表IV-5)



図表IV-4 NPO 法人楽 チラシ



図表IV-5 やまて企業組合 チラシ

(1). 取り組みについて

- 平成 26、27 年度の取り組みは、町内会への説明会開催や地域包括センターへの説明。その結果、数名の方の転居の相談や具体的な転宅とその後の生活支援の実施に至った。
- 地域に住まい続けたいと考えているが色々な生活不安を持つ人たちに、どうこのサービスを知ってもらえるか・利用につなげるか、周知と地元からの紹介が課題。

(2). 取り組み事例の紹介

<Aさん(58歳単身男性)>

幸区役所高齢・障害課からの紹介。脳梗塞予後。不完全左片麻痺、杖歩行。要介護1、身障手帳1種2級。80代寝たきりの実母と留守がちな兄(61)と同居。年金収入があるが、兄が本人の病気を理由に通帳を管理し、自由に使っている。世帯分離し、年金収入などで自立したいと希望していた。本ケースでは市社会福祉協議会あんしんセンターと契約、Aさんの通帳を預け金銭管理を利用してまず転居のための費用を積み立てるところからスタート。その後、不動産業者を複数社紹介し物件の内見に同行、時間をかけて「病院・作業所・買い物」に便利な住まいと出会うことができた。賃貸契約にあたり緊急連絡先として、やまて企業組合川崎支店の携帯電話番号を記載。管理会社にとっての「安心」を約束し契約に至った。引越を手伝い、新居に移ってからは住民票手続き等の生活支援の定期訪問を継続。兄との関係性も以前よりよくなり、「元気になってまた働くことができるようになりたい。」と話す。鍵の紛失や間違い電話などがあり、機能の回復に向け、その過程を見守りつつ支援を継続する。

<Bさん(69歳単身女性)>

駅ビルやマンションなどの清掃業で長く働いている。低収入。長く疎遠だった夫が急に亡くなり、居候宅から夫が生活していた市営住宅にもどることになった。相談者は現在の生活もあり、どうしたらよいかわからない様子で不安感が強く、やまて企業組合には知人の紹介でつながった。夫は電気工務店を自営していた時期もあったが、近年は「ひとり親方」として細々と仕事を受けていた。まずは、法的手続きを相続から支援。遺族年金を受給できるようになり、市営住宅の賃貸契約者となった。相談者には3人の子どもがいるが、いずれも疎遠。子ども自身やその家族に障害を持つ人がいるなど心配が絶えない。一方で、相談者の自分本位な生活習慣を変えられず就労支援もとん挫することが多い。面談することにより落ち着きを取り戻し、生活を維持することができている。継続的な支援が必要な方。

＊上記のほか、複数の希望者に住宅確保のための情報提供、内見等の支援を実施している。

(3). 今後の方向性

- 住まいの確保について、賃貸契約時、法人として緊急連絡先となることを継続。
- 住まいや生活の確保ができた後は、各種社会保障や福祉制度の利用を紹介。相談者とともに検討し申し込みなどを支援。
- 法人後見の体制を整える。適法、また透明性の担保されたサービスを相談者との契約に基づき提供し、よりよい生活設計のための支援を生涯にわたり継続できるようにする。

V. 京都府京都市

一般社団法人京都市老人福祉施設協議会 顧問 山田 尋志

1. 京都市の概要

- 京都市の人口は約 147 万人、やや減少傾向にある。高齢化率は 26.7%。11 の行政区があり、この内の 5 つの行政区、東山区・伏見区・北区・右京区・南区で、8 つの社会福祉法人（以下、社福）がモデル事業を実施している。

2. 事業概要

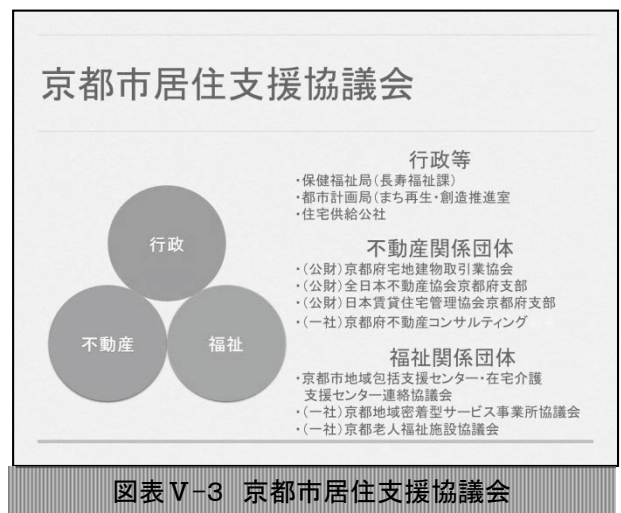
- 図表 V-1 のパンフレットは京都市が作成。8 つの社福の名称、電話番号、事業概要が掲載されている。
- 全体概要は、低廉な「住まい」確保と社福による「見守り」を一体的に提供、福祉×不動産の協働で独居高齢者と空き家をマッチング、住み替え後は社福による見守りサービスを実施。対象は市内在住の 65 歳以上の方。（図表 V-2）
- プラットフォームは京都市居住支援協議会（H24.9 スタート）。ここに福祉団体の代表として参加したことで、不動産業界が空き家が多いにもかかわらず高齢者を拒んでいる状況を初めて知った。そこで福祉と住宅関係で協働すれば事業ができるのではと考えていたところ、このモデル事業が始まる話を聞き京都市と相談、市が応募し京都市老人福祉施設協議会が受託した。協議会が会員にモデル事業への参画を募ったところ、8 つの社福が応じ、現在 5 つの行政区でモデル事業を実施。（図表 V-3）
- 紹介する住まい（民間賃貸住宅）は、すこやか賃貸住宅という高齢者を拒まない住宅登録をしている不動産業者の中で、この事業を実施する社福と常に協働している不動産業者から紹介。例えば、北区では、不動産事業者が 2 つ、見守り事業をしている社福が 2 つあり、この 4 者で毎月集まり協議を開催。
- 利用者負担金は 1,500 円。これは見守り契約をしたときの月額費用で、市民税非課税の方は無料。
- 住み替え後に社福が提供するサービスは、定期



図表 V-1 モデル事業パンフレット

事業概要	
実施主体	京都市
プラットフォーム	京都市居住支援協議会
事業受託者	(一社)京都市老人福祉施設協議会 ※同協議会により、見守りサービス等を提供する社会福祉法人を別途選定
対象となる方	原則として概ね65歳以上の一人暮らしの方で、地域での継続的な生活の確保に向けて、見守り・生活相談等の支援を必要としていて、住み替えを希望している方
紹介する住まい (民間賃貸住宅)	京都市居住支援協議会の「すこやか賃貸住宅協力店※」に登録する不動産事業者が取り扱うモデル地域内の民間賃貸住宅 ※すこやか賃貸住宅(高齢を理由に入居を拒まない賃貸住宅)の登録促進や高齢者の住まいさがしに協力いただく不動産事業者の登録制度
住み替え後に 社会福祉法人が 提供するサービス	○定期的な安否確認 ○保健・福祉等に関する相談 ○緊急時における親族等への連絡及びその他の援助 ○保健福祉等の関係機関への連絡 ○その他
利用者負担金	市民税非課税の方:無料 課税の方:1,500円/月 ※家賃・共益費等は別途必要

図表 V-2 事業概要



図表 V-3 京都市居住支援協議会

的な安否確認が週に2回。電話による安否確認と訪問による確認を各1回ずつ行う。

- こうした契約を結ぶことを前提に、家主が賃貸契約を結ぶという、この2つの契約がセットで行われている。

3. 問題意識

- 居住者を求める空き家が増加する一方で、不動産業界は高齢者の入居に消極的である。
 - 京都市の空き家率 14.0% > 全国 13.5% (平成 25 年住宅・土地統計調査)
 - [消極的な理由] ①家賃滞納 ②孤独死等 ③残置物処理
- 高齢期における住み替えニーズが増加する一方で、住み替えに課題を抱える高齢者がいる。
 - [増加理由] ①退職による収入減 ②住宅の維持・管理負担 ③立ち退き ④相談者 ⑤住宅の老朽化
 - [課題理由] ①年齢によるスティグマ ②連帯保証人の確保困難 ③住み替えにかかるエネルギー

4. モデル事業開始までの経緯

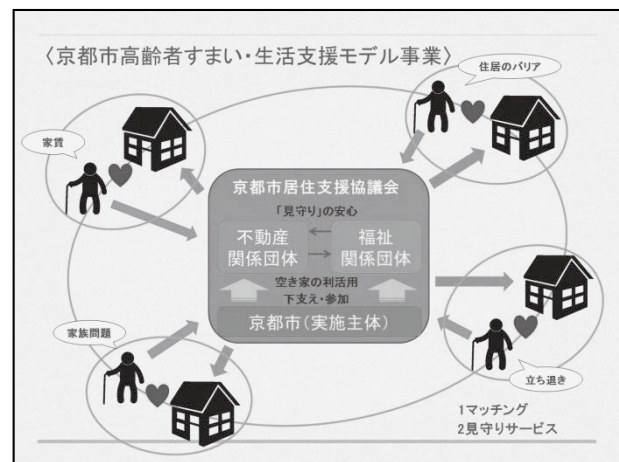
- 2012 年京都市居住支援協議会発足 (保健福祉局・都市計画局・住宅供給公社・不動産関係団体・福祉関係団体)
- 2014 年 2 月市老協施設長会でモデル事業参加を問いかけ
 - 市内 4 行政区 6 法人が参加を表明 (現在 5 行政区 8 法人)
- 2014 年 11 月「京都市高齢者すまい・生活支援モデル事業」開始

5. 京都市高齢者すまい・生活支援モデル事業

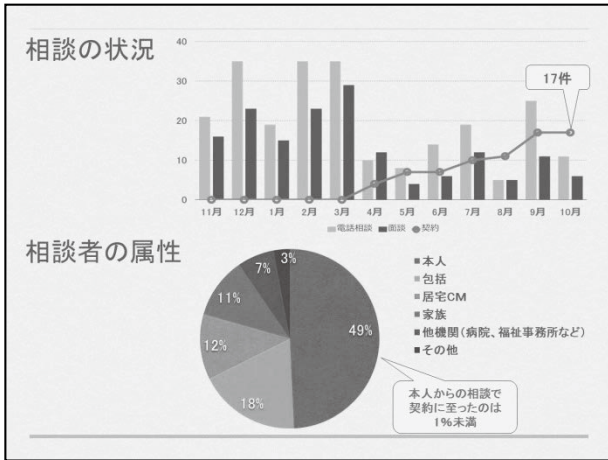
- 見守りと生活支援の契約をした高齢者と、家主が入居契約をする。(図表 V-4)

6. 相談の状況／相談者の属性

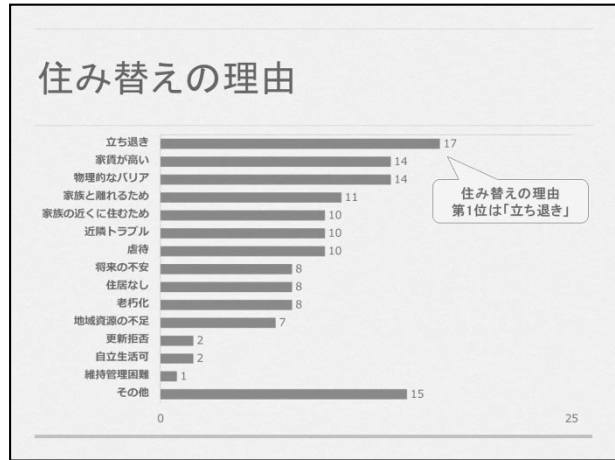
- 平成 26 年 11 月に事業がスタート、丸 1 年 2 カ月近くが経過。最初は京都市が様々な方法で広報し相談件数も多かった。その効果が 4 月辺りから徐々に減り、8 つの法人が受けている相談を合計すると、月に平均 10 件から 20 件。
- 事業開始から 1 年間で 17 件の住み替えが実現。一番多い法人の契約は 8 件。
- 契約件数が増えてくると、週に 2 回の安否確認があるため、今後の人員体制や財源についても、整備を始めるべきではという問題意識を持っている。(図表 V-5)
- 相談は本人からが一番多いが、そこから契約に至るケースは少ない。一方で、契約に至る可能性が高いのは、地域包括支援センターや居宅 CM からの相談という結果が出た。



図表 V-4 京都市高齢者すまい・生活支援モデル事業



図表 V-5 相談の状況／相談者の属性



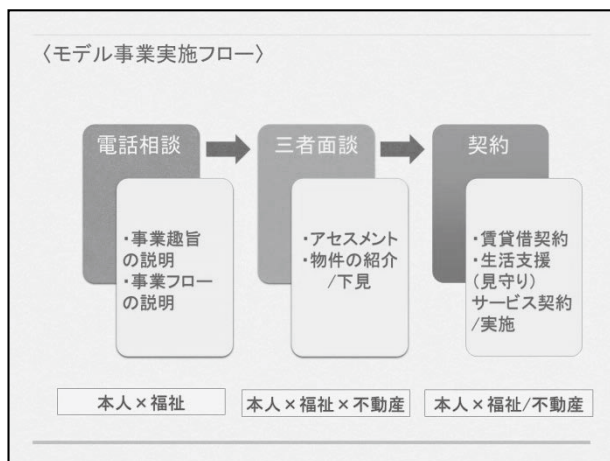
図表 V-6 住み替えの理由

7. 住み替えの理由

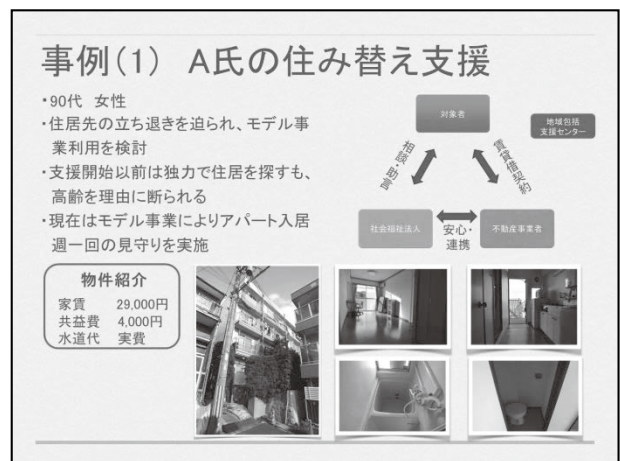
- 住み替え理由は、「立ち退き」「家賃が高い」が圧倒的に多いと予想していたが、驚くほど様々なニーズがあることが判明。福祉関係団体が大きくかかわるべきであろう。(図表 V-6)

8. モデル事業実施フロー

- 不動産業者と福祉団体、実際に入居したい高齢者との「三者面談」を行う。
- それぞれの社福に、連携している不動産業者から家賃や場所、バリアフリー等の情報がおおよそリアルタイムで届いている。(図表 V-7)
- 最初は、包括からの相談に合う物件を社福がマッチングし紹介する想定であった。ところが、家主や不動産業界の考える高齢者は70歳くらいまで、実際にニーズが高いのは80代、90代。そこで、三者面談により家主に高齢者と実際に会ってもらい、90代でもこんなに元気だということを知っていただく機会をつくった。
- このようにお互いの意識を変えていくということが大きなポイントではないかと思う。



図表 V-7 モデル事業実施フロー



図表 V-8 事例(1)A氏の住みかえ支援

9. 事例(1)A氏の住み替え支援

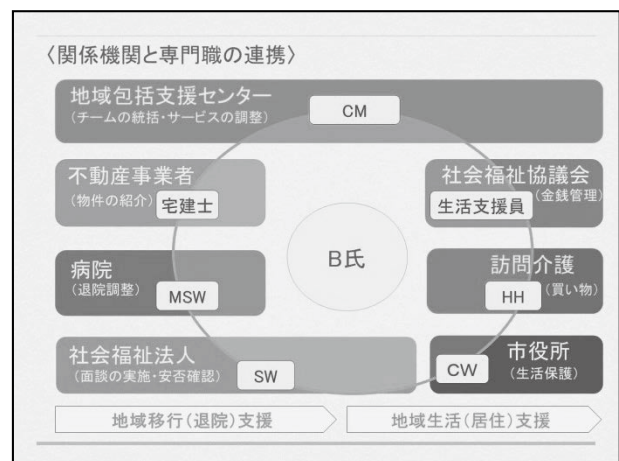
- 図表V-8はA氏の事例、これが三者面談のきっかけになった。

10. 事業の成果と学び

- 事業開始から1年間で17名の方が住み替えを実現。
- 三者面談により不動産事業者との協力体制を構築。
- 「“公的”な見守りサービス」による家主の安心＝貸し手の負担減を実現。
- 高齢期における潜在化された多様な住生活ニーズを発掘。(経済状況、家主の理解、生活支援サービス等)
- 関係機関との協働で地域での見守り体制を整備。

11. 関係機関と専門職の連携／事例(2)B氏の退院支援

- 関係機関と専門職の連携。(図表V-9)
- B氏は60代男性。白血病の治療で市内の病院に長期入院していたが、家賃トラブルにより入院前の住居(市外)は強制立ち退きになった。外来治療に移行可能となり、モデル事業の利用を検討。



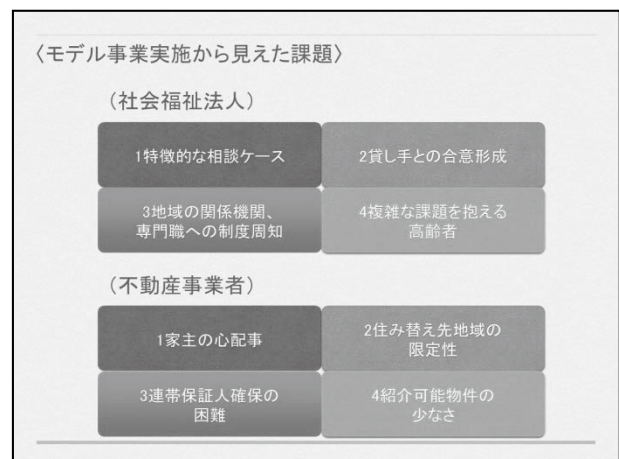
図表V-9 関係機関と専門職の連携

12. モデル事業実施から見えた課題

- 相談内容は、生活保護、若しくは要介護・要支援認定を受けているケースが多い。
- また、家族から離れたい、あるいは家族の近くに行きたいという、相反するような理由もある。(図表V-10)

13. モデル事業の今後・拡大への課題

- 今後、事業を拡大していく上で、病院や養護老人ホーム、あるいはケアハウスからの地域移行も、わずかだが出始めている。
- 空き家の問題を、さらに多様なマッチングにつなげていきたい。今は空き家と高齢者をマッチングしたケースのみの見守り支援だが、このモデル事業経過後は、空き家とのマッチングとは無関係に、各圏域の高齢者からニーズがあれば、社福がどの圏域でも見守りできるような事業に発展していこうというイメージを持っている。
- 京都市内には76の日常生活圏域があり、各圏域でこの事業ができるかどうかも課題である。



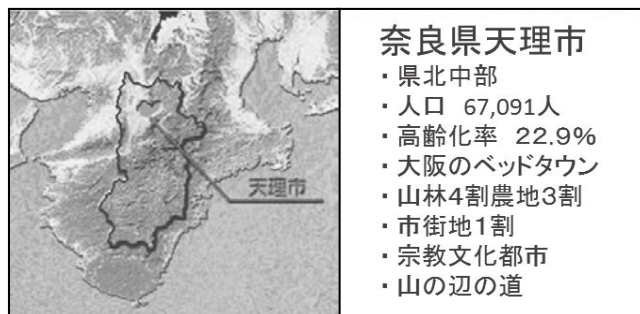
図表V-10 モデル事業実施から見えた課題

VI. 奈良県天理市

天理市健康福祉部介護福祉課 主事 小林 敦行
社会福祉法人やすらぎ会 低所得高齢者等住まい・生活支援モデル事業 吉田 真哉

1. 概要

- 天理市の面積は約 86 平方 km。人口は約 6 万 7 千人で、平成 7 年の約 7 万 4 千人をピークに減少傾向にある。一方で、高齢者人口は今後も増える見込みで、現在の高齢化率約 23.0%から、平成 37 年には 26.9%に至ると見込まれている。(H27. 3 天理市資料より) (図表 VI-1)



図表 VI-1 天理市 地図・概要

2. 昨年度からの経緯

- 社会福祉法人やすらぎ会（以下、やすらぎ会）は天理市と協働し、このモデル事業を平成 26 年 10 月から開始。当初、住まいの確保が一番の課題で、奈良県には居住支援協議会の設置がなかったことから、やすらぎ会と天理市で奈良県に働きかけ、住宅課と日本賃貸住宅管理協会とで調整し、協議会設立に向け前向きに進んでいた。
- 平成 27 年 5 月に入り行政の方向転換があり、居住支援協議会立ち上げの方向性はあるものの、県としては積極的にこのモデル事業との連携は難しいという結論に至った。当初予定していたものが全て白紙に戻り、5 月から全く新しいモデル事業の体系を構築すべく、見直しを行いながら事業を進めた。

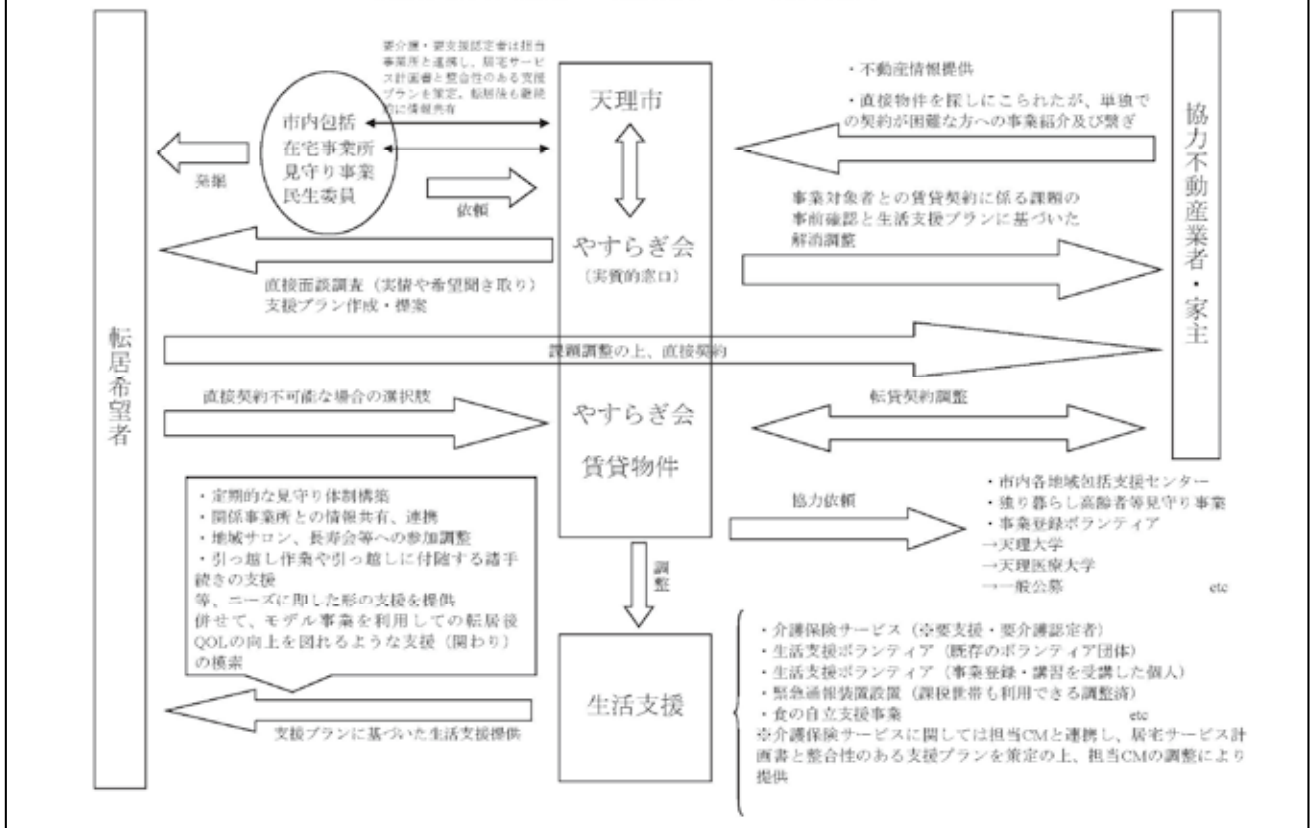


やすらぎ会の生活支援拠点

3. モデル事業相関図

- まずは住宅の確保に関し、やすらぎ会の担当者が市内全ての不動産業者を回り、このモデル事業の趣旨説明と協力依頼を行った。その結果、天理市内の全不動産業者 18 社のうち、6 社から賛同を得て、このモデル事業の登録協力店として登録を行った。
- また、不動産業者との情報交換の中で、昨今言われている高齢者に対する拒否感や不安感を持っている家主、不動産業者が大変多いという話を聞いた。具体的な問題としては、孤独死や、亡くなった後の残置物の処理、家賃滞納等、様々な理由があるが、いずれも一般的で漠然としたものであった。
- さらに、高齢者によって抱えている課題は 1 つ 1 つ違うため、各転居希望者に対しアセスメントを行い、課題を明確にした上で、その方に必要なアプローチをプラン化することとした。(図表 VI-2)

低所得高齢者等住まい・生活支援モデル事業相関図



図表VI-2 低所得高齢者等住まい・生活支援モデル事業相関図

4. 転居支援委員会の設置

- H28年2月に法人内で転居支援委員会を立ち上げた。
 - 第一回として、同委員会の趣旨説明及び今後の流れについて共有。
 - H27年12月時点で転居の実績はまだないものの、規模が小さい最初の間は、実際にソーシャルワークを専門職域とする職種が集り、アセスメントを実施した高齢者に対する必要な支援をプラン化する予定。
 - 今後の開催は必要に応じて適宜召集・開催する。

5. 今後の予定

- 支援プランは幾つかの側面を持っている。
 - 登録協力店の不動産業者で直接高齢者が転居できるようにすること。相談者の課題を明確にした上で、支援内容の契約というハードルを越えること。
 - 転居後のQOLの向上を図ること。目標や生きがいを明確に持ち、前向きに生きていけるようなプランを策定する。
 - これらのプランだけで直接契約できない転居希望者には、やすらぎ会で希望に合うような物件を借り転賃することも想定。
 - 社会福祉協議会の地域福祉権利擁護事業の活用により利用者の金銭管理を行う事も可能。

- 金銭的な補助は難しい部分があり、例えば、引っ越しの保証金負担はできないため、費用をできるだけ抑えるために、学生ボランティアを使った引っ越し作業も想定している。
 - 天理市という土地柄、地元には大学、医療大学、専門学校と様々な学校があり、協力依頼を募る想定。
- 上記の関係から、天理大学に引っ越しの手伝いを依頼した際、社会福祉学科の先生から以下の声掛けを頂いた。
 - 「実際に転居された後の生活の支援にはどういうものがあるのか、一緒に考えていきませんか」との提案。
 - その先生が主宰している高齢者元気創出プロジェクトとも協力し、転居後のQOLの向上が図れる支援の体系づくりも考えていく予定。
- 実績として、相談はH27.12月時点で6件であったが、転居には至らず。しかしその後、相談件数は増加傾向であり、実際に成約に至りそうな案件も出てきている。
 - 現在の相談件数は12件となっている。
 - 相談内容としては、高齢者の対応に困った不動産業者からの仲介依頼や、精神疾患専門病院に医療保護入院されている方の在宅復帰に関する相談(対応継続中)等様々な内容の相談が寄せられている。
- 先述した経緯からどうしても体系構築に奔走し時間がとられたこともあり、広報活動が足りていないことが課題であった。
 - 作成したパンフレットを1,700部ほど配布済。今後、広報活動を進め相談実績を上げることにより、課題がいろいろと出てくると思っている。
 - 事業広報と共に、社会資源ストックの発掘も行っている。
 - 広報活動に使用しているパンフレット・チラシは数種類ある。(図表VI-3、4)

図表VI-3 モデル事業ポスター

図表VI-4 モデル事業パンフレット(三折り)

VII. 福岡県福岡市

福岡市住宅都市局住宅部住宅計画課 居住支援係長 岳本 美保

福岡市住宅都市局住宅部住宅計画課居住支援係 帆足 崇

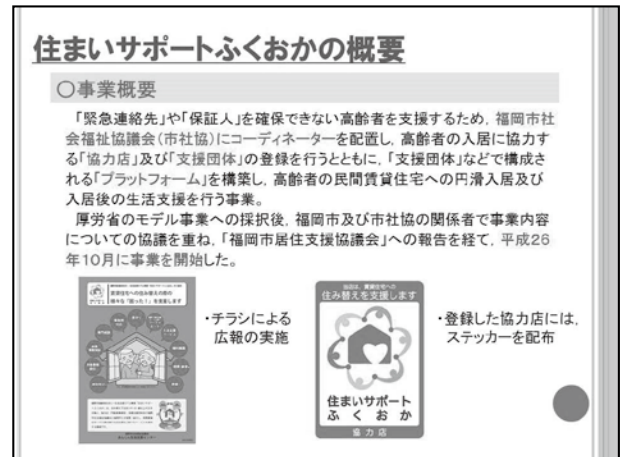
(社福) 福岡市社会福祉協議会地域福祉部地域福祉課 事業開発担当 主査 栗田 将行

1. 概要

- 福岡市の面積は 343 平方 km、人口は約 150 万人。高齢化率は 20.2%で、2025 年には約 25%、2040 年には約 31%になると推定されている (H27. 9)。

2. 住まいサポートふくおかの概要

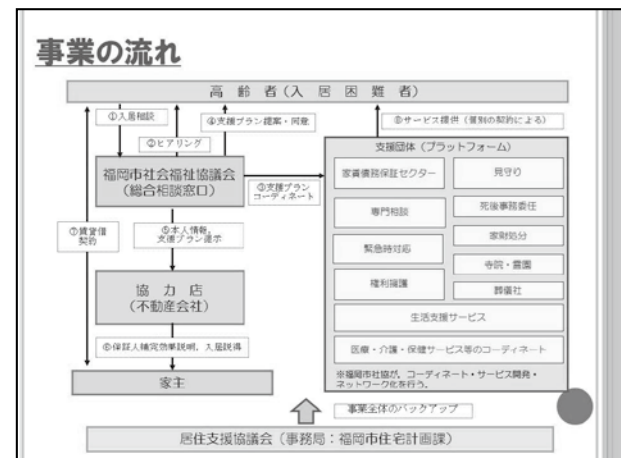
- 「住まいサポートふくおか」という名称で、緊急連絡先や保証人を確保できない高齢者等を支援するため、市の社会福祉協議会（以下、社協）にコーディネーターを配置。高齢者の入居に協力する協力店（不動産会社）や、様々な生活支援を行う支援団体の登録を行う。
- その支援団体などで構成されるプラットフォームを構築し、高齢者の民間賃貸への円滑入居及び入居後の生活支援を行うという事業スキームである。(図表VII-1)



図表VII-1 住まいサポートふくおかの概要

3. 事業の流れ

- まず社協が、高齢者から住み替え希望の理由、希望される物件の家賃、広さ、エリア、あるいは本人の経済状況、身体状況、また親族との関係性等をヒアリングしながら、相談を受ける。
- 本人に必要となりそうなサービスを、支援団体で構成されるプラットフォームから調整していく。(図表VII-2)
- そのニーズを協力店（不動産会社）に流し、本人の希望する物件があるかを確認、あれば本人と一緒に内覧する。
- 本人が気に入れば、協力店から家主に対し、独居高齢者で保証人なしだが、こういった支援体制があるため入居を認めてもらえないかと投げかける。家主から承諾が得られた方から賃貸借契約を交わす。この全体の仕組みを居住支援協議会がバックアップしている。



図表VII-2 事業の流れ

4. 事業の進捗状況

- 現在、協力店・支援団体の登録数は、協力店 20 社、支援団体 15 団体。提供サービス数は、1

団体につき複数のサービス提供をしている場合もあるため、合計で18サービスとなる。(図表Ⅶ-3)

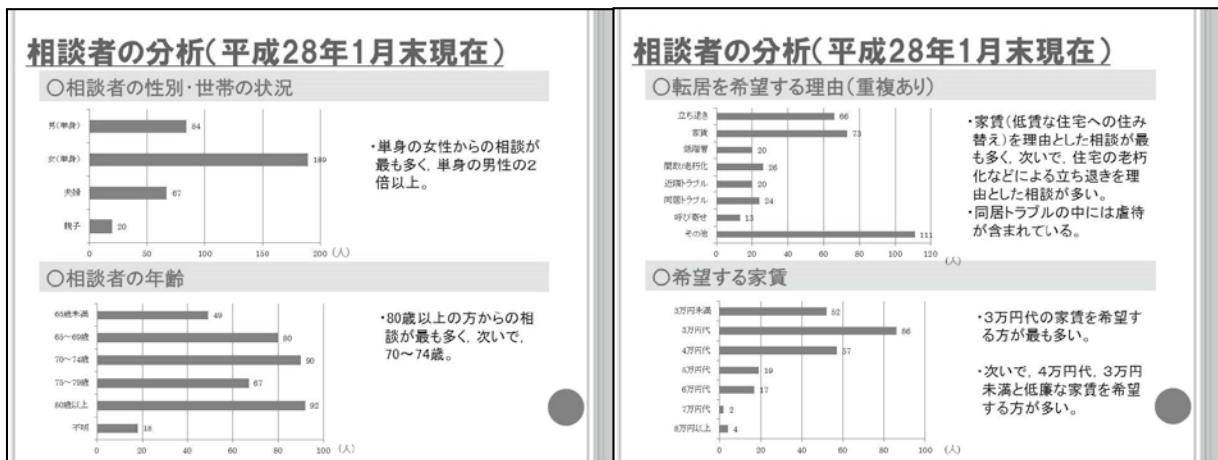
- 事業開始から2月末現在までの相談総件数は361件で、賃貸借契約が成約したのは72件。そのうち、協力店を通じたものも38件。
- この事業の財源を確保するため、協力店などから寄付を依頼している(2月末時点766,010円)。
- また社協にて、「寄付つき商品事業」として、その会社の商品やサービスの売り上げの一部を寄付いただく仕組みを実施。現在、応援していただける企業1社と覚書を締結している。

事業の進捗状況(平成28年2月末現在)	
○協力店・支援団体の登録数	
【協力店】	20社
【支援団体】	15団体
【提供サービス数】	18サービス
提供サービスの分類	登録数
見守り	2
緊急時対応	3
委任契約による死後事務	2
家財処分	2
寺院・霊園	2
葬儀社	1
家賃債務保証セクター	1
専門相談(弁護士、司法書士、行政書士)	4
権利増進	1
合計	18

※1つの支援団体が、複数のサービスを登録している場合があるため、支援団体の登録数とは合致しない。

図表Ⅶ-3 事業の進捗状況

5. 相談者の分析



図表Ⅶ-4 相談者の分析

- 圧倒的に単身女性からの相談が多く、単身の男性の2倍以上。年齢は、80歳以上の方からの相談が最も多く、次いで70～74歳と、高齢の方からの相談が非常に多い。(図表Ⅶ-4)
- 転居を希望する理由として、「家賃を下げたい」「立ち退き」が圧倒的に多い。希望する家賃は、最も多いのが3万円台、次いで4万円台、3万円未満と続く。低家賃を希望される方が中心。

6. 事例紹介①

- 女性Aさん、89歳(図表Ⅶ-5)。まず、家賃の支払いを担保する家賃債務保証をつけ、毎日、電話による安否確認「声の訪問」という福岡市のサービス、「ふれあいネットワーク」によるボランティアの定期訪問(近隣住民による安否確認、見守り活動)の調整を行った。さらに「緊急通報システム」による緊急時の備えとして、胸から下げたペンダントを押すと24時間対応可能なコールセンターにつながる仕組みを導入。また、プラットフォーム上の家財処分業者による不要な家財の処分と引っ越しの支援、あるいはストックしてある家具、家電の寄付も受けている。地域包括支援センターには、介護保険サービスの福祉用具貸与の利用調整を図り、浴室

の段差解消を行った。

- ここまでサービスを入れることによって、家主の納得も得られ、転居が実現した。

7. 事例紹介②

- 女性Bさん、80歳（図表Ⅶ-6）。見守り、転宅費としての生活福祉資金の貸し付け、生協「グリーンコープ」が行う家計相談の利用、家財処分業者や民生委員と調整を図り入居が実現した。

事例紹介①(女性Aさん 89歳)

○相談者の状況

- ・住まい—アパート2階での一人暮らし
- ・親族—妹がいるが高齢、姪は東京とアメリカに住む
- ・疾患—特になし
- ・収入—生活保護受給
- ・課題—家主から、今住んでいるアパートを立ち退くよう言われた。高齢ではあるが、在宅生活がまだ十分可能なので、住み替えをしたい。

○入居に至った経緯

以下のサービスをプラットフォームからコーディネート

- ・家賃債務保証—家賃の支払いを担保
- ・見守り—「声の訪問」による日々の安否確認
「ふれあいネットワーク」によるボランティアさんの定期訪問
- ・緊急対応—「緊急通報システム」による緊急時への備え
- ・家財処分—不要な家財の処分と引越支援
- ・地域包括支援センター—介護保険サービスの福祉用具貸与の利用調整

図表Ⅶ-5 事例紹介①

事例紹介②(女性Bさん 80歳)

○相談者の状況

- ・住まい—マンション4階(エレベーターなし)での一人暮らし
- ・親族—弟がいるが高齢、甥は遠方に住む
- ・疾患—心疾患(ペースメーカー植え込み)
- ・手帳—身障1級
- ・収入—年金月215,000円
- ・債務—家賃3ヶ月分(180,000円) 社会保険料等(200,000円程度)
- ・課題—階段からの転落による骨折後心筋梗塞を発症し、治療費がかさんだことで家賃を滞納してしまい、所有者から退去を命じられた。自身で不動産会社をまわすが部屋を借りることができなかった。

○入居に至った経緯

以下のサービスをプラットフォーム内外からコーディネート

- ・見守り—「ふれあいネットワーク」によるボランティアさんの定期訪問
- ・貸付—生活福祉資金「転宅費」の利用
- ・家計相談—生協が行う家計相談を利用
- ・家財処分—不要な家財の処分と引越支援
- ・手続支援—民生委員さんによる引越前のフォロー

図表Ⅶ-6 事例紹介②

8. 事業の課題

- 当初、自社保証方式という新しいビジネスモデルを提案し、そこから財源を生んでいく方針で実行してきたが、なかなか難しく、実現に至っていない。

➤ 自社保証方式は、どうしても立て替えリスクが不動産会社に残ってしまう。管理戸数が何千とあるような不動産会社であればそのリスクも解消されるが、協力店に登録している20社は、地域に密着した小規模な家族経営のような会社が多いため、リスクが気になり自社保証方式の導入に至っていない。そのため、本事業での家賃債務保証制度のあり方は、今後の検討課題の1つとなっている。（図表Ⅶ-7）

- もう1つの課題として、死後事務の仕組みがある。家主が高齢者に安心して賃貸を行うためには、葬儀や家財処分等の死後事務の実行を担保する必要がある。

➤ 社協では「ずーっとあんしん安らか事業」を実施。葬儀代、納骨費用、家財処分費用等として事前に50万円預託してもらおう仕組みとしている。しかし、引っ越しの際に50万円の捻出は難しいという声も非常に多く、現在、少額短期保険を扱う会社と、毎月、3,000～4,000円程度の保険料を納めることにより、いざというときは保険金により死後事務を実施するという仕組みを構築する協議を続けている。

事業の課題

○家賃債務保証制度及び財源確保手法の見直しについて

- ・協力店に、自社で保証料を積み立て、滞納督促等のオペレーション業務を外注する「自社保証方式」を採用してもらい、そこから生まれる収益の一部を寄付してもらうことにより、本事業の事業財源を確保することを目指していた。
- ・しかし、「自社保証方式」については、立替リスクが協力店に残ることなどから採用に至らず、寄付金の確保に繋がっていない。
- ・そのため、本事業での家賃債務保証制度の在り方は、今後の検討課題である。
- ・また、国の補助金が平成28年度で終了する予定であることから、その後、市社協が自主運営を行うための、新たな財源確保の手法を確立することが課題である。

図表Ⅶ-7 事業の課題

VIII. 大分県豊後大野市

豊後大野市高齢者福祉課 主幹 横田 昭洋
社会福祉法人偕成会 養護老人ホーム常楽荘 施設長 浅倉 句子

1. 概要

- 豊後大野市は大分県の南西部に位置し、総面積は県下で3番目に広い。現在（H27.11）の人口は38,106人、高齢化率は約40%。介護保険料は県下で最も高く、全庁挙げて健康寿命を延ばす取り組みが随所で実施されている。（図表Ⅷ-1）
- 過疎高齢化の進行とともに、既存の制度では対応が困難な低所得高齢者の住宅確保の問題が顕在化しつつある。そのため、既存の養護老人ホーム（以下、養護）を運営する社会福祉法人（以下、社福）と議論を重ね、養護の近くの空き家を活用した住宅の確保と生活支援を一体的に提供し、住みなれた地域で生活できるよう、昨年10月からこのモデル事業に取り組んでいる。



図表Ⅷ-1 豊後大野市 地図

2. 地域の課題・背景

- 自宅で生活している高齢者等で対応が難しいのは、低所得者や病弱者の在宅生活計画である。
- 中山間で暮らす単独、あるいは高齢者世帯は、代々続いた古い家屋に住み、交通の便に供しないところで、「できるだけ人様のお世話にならないこと」を信条に生活している。都市部に生活する子供たちは、ふるさとに暮らす親に対し地域で見守る仕組みづくりを期待している。
- 複数の介護保険適用施設のほかに、生活困窮者の緊急受け入れを目的に掲げる措置入所施設の養護がある。

3. 地域の目指すもの・くすのきハウスの目指すもの

- 地域包括ケアシステム構築を推進するための1つの手段として、この事業を位置づけたい。
- くすのきハウスの誕生は、新しい地域力を創り育てることを目指したものである。困っている“今”に対応できる生活支援のあり方をより実効的なものにし、施設依存型や介護保険だけではなく、社福だからできる新しい社会支援として地域に根付かせたい。

4. くすのきハウスの軒数

- 事業の開始から1年経過。初年度に民家の借り上げが2軒（くすのきハウス1・2）、養護の空き部屋活用が1軒、合計3軒となっている。しかしながら、事業に見合った空き家がなかなか見つからず、軒数をふやせずにいる。（図表Ⅷ-2）



図表Ⅷ-2 くすのきハウスの軒数

5. くすのきハウスの利用状況

- 昨年10月から今年9月までの1年間
 - ▶ くすのきハウス1：利用者7名、延べ日数636日／くすのきハウス2：利用者2名、延べ日数633日／くすのきハウス3：利用者18名、延べ日数753日。

6. 入居の理由

- 家族による介護放棄、社会的・経済的破綻（借金・アルコール依存等）、介護者による虐待、認知症・体調不良によるひとり暮らしの困難、介護者の急な入院等、さまざまな理由があった。

7. 入居後の状況

- 本人の状態に応じた施設へ入所された方。
 - ▶ 有料老人ホーム、グループホーム、養護老人ホーム等
- 入居の際の問題が解決し在宅へ戻られた方、残念ながらまだ行き場がなく軽就労を行いながら入居を継続されている方もいる。

8. 入居者の地域との交流

- くすのきハウス2の居住者が、今年の9月に地元の敬老会に呼ばれた。
- 養護で行われた運動会や地域の軽スポーツ大会でも、地域の方と交流。写真の車椅子の方は地元の民生委員で、養護の運動会に参加された。その他、くすのきハウス1で行われているサロンにも参加し交流している。（図表Ⅷ-3）



図表Ⅷ-3 入居者の地域との交流

9. 軽就労

- 常楽荘で行っている配食サービスのお手伝い、草取り、ニワトリや山羊の世話、畑の管理など。高齢者の方に役割を与えることで本来の生活を取り戻し、ほとんどの方は、入居前は暗かった表情が明るくなってきた。（図表Ⅷ-4）



図表Ⅷ-4 軽就労の様子

10. 東京に行って「はとバス」に乗ろう！ツアー

- 世話をしているニワトリの卵を販売して得た収入などで、くすのき貯金を実施。この資金を一部使い、今年 11 月に東京へ旅行した。これは、軽就労を行う利用者の方の「飛行機に乗ったことがない」「東京へ旅行に行ったことがない」という声に法人が応えたもの。(図表Ⅷ-5)
- この旅行をきっかけに入居者の就労意欲がさらに高まり、今回旅行に行けなかった入居者も、「どうしたら連れていってもらえるのか」と考え、自ら進んで軽就労を行うようになった。



図表Ⅷ-5 東京に行って「はとバス」に乗ろう！ツアー

11. 現時点でのまとめと課題

- 昨年 10 月から駆け足で事業を進め、必要な方の要望に応えることに傾倒していた。そのため、入居の仕組みづくりが少し遅れている。今年度中には、入居指針や入居判定の仕組みづくりを完成させたい。
- 市で行っている空き家バンクとあわせ、地域の方との交流で得たネットワーク等を生かし、事業に見合った空き家がないか、今後も探したい。

12. 平成 28 年度に向けて・第2の在宅「くすのきハウス4(仮称)」について

- くすのきハウスが新たな局面へと向かおうとしている。
 - 平成 27 年 11 月に市所有の福祉施設譲渡の募集（指定管理している法人が今年度で経営から手を引くため）に応募した。その施設は、デイサービスセンターとグループホーム、現在は廃止となった保育園が一体となった施設。
 - 正式に譲渡の許可が出れば、平成 28 年度に改修を行う予定。その一部分を第2の在宅「くすのきハウス4（仮称）」として利用したいと計画している。
- 「くすのきハウス4（仮称）」は、社福の地域貢献という視点から見ると、介護保険にとらわれず生活支援ができることが理想的である。
 - 個々の住居と共有スペースが組み合わされた集合住宅で、生活支援をタイムリーに届けることが必須となる。
- 既存の建物を利用するという趣旨からいくと、民家にこだわらなくてもよいのではないかという思いもある。
 - 高齢化率は高くなっても、高齢者自身の数が減っていく過疎地においては、閉鎖しなければならない福祉施設も出てくる。その建物に息吹を吹き込んで拠点をつくる計画。
 - 新しい拠点は整備を行い花木に囲まれた場所にし、地域の方も、さらには観光客も、気軽に立ち寄れるところをしたい。
- 山羊もニワトリも、花木に囲まれた、くすのきハウス4（仮称）へ引っ越しを予定している。

IX. 宮城県岩沼市

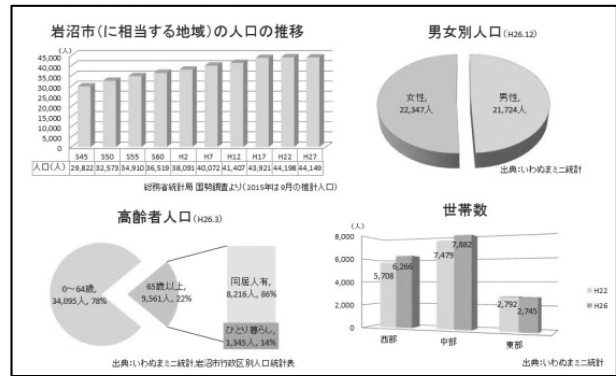
岩沼市健康福祉部被災者生活支援室 生活支援係長 佐藤 俊輔
 (公社) 青年海外協力協会 (JOCA) 仙台事務所 松尾 洋子

1. 概要

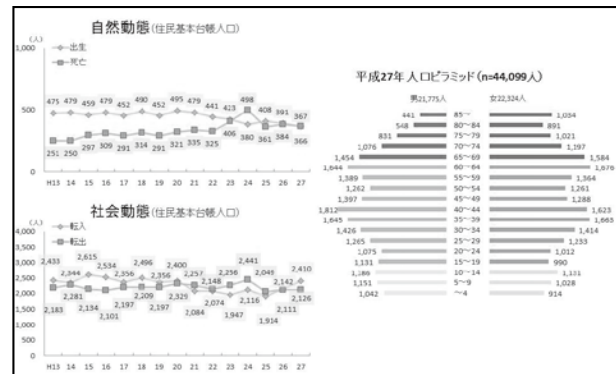
- 岩沼市の現在 (H27. 11) の人口は 44,055 人。宮城県の東南部に位置し、仙台市中心部からは南へ 18 キロ。西の丘陵地帯から東の太平洋沿岸までなだらかな平野で、東北では比較的温暖な都市。国道 4 号、6 号、JR 東北本線、常磐線の合流点であり、仙台空港や仙台東部道路、岩沼インターチェンジの所在など、東北における交通の要衝となっている。(図表 IX-1)
- 岩沼駅を中心に住宅地が広がり、周囲に農業、工業地域を展開している。岩沼市は被災した地域であり、太平洋沿岸部には、津波よけを兼ね備えたメモリアルパーク「千年希望の丘」が整備されている。
- 世帯数は、平成 22 年と 26 年を比較すると増加しているが、人口は平成 17 年よりほぼ横ばい状態で、1 世帯当たりの人員数が減少していることが分かる。平成 25 年時点では 1 世帯当たり 2.65 人。65 歳以上の高齢者は 22%、そのうち独居の高齢者は 14%であった。(図表 IX-2)
- 自然動態は、平成 24 年で出生数と死亡数が逆転したが、震災の影響かと思われる。その後もとに戻るも徐々に近づき、平成 27 年以降、緩やかに逆転していくと考えられる。(図表 IX-3)
- 各小学区の高齢者の分布には特徴がある。85 歳以上の高齢者が多い学区は、岩沼小学校区と玉浦小学校区。玉浦小学校区は高齢者が最も多く、閉じこもりや要介護認定者も最も多い。生産年齢人口が最も多い学区は岩沼西小学校区。(図表 IX-4)
- 要介護高齢者の実績値は、着実に増加傾向に



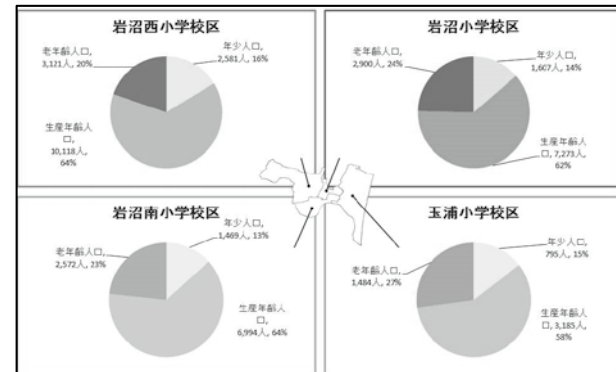
図表 IX-1 岩沼市の概要



図表 IX-2 人口統計と世帯数の推移



図表 IX-3 人口動態/人口ピラミッド



図表 IX-4 小学校区別 世帯別人口構成

あり、平成 26 年度の認定者数は 1,740 人。5 年前と比べると 312 人増加している。(図表Ⅸ-5)

福祉・社会保障等									
福祉施設	保育所	【施設数】11(市立4 私立7) 【定員】701人(市立226人 私立476人)				【平成26年4月】			
	児童館	【施設数】4【年間延べ利用者数】89,574人				【平成25年度】			
	その他施設	【障害者地域活動支援センター】1施設 20人 【心身障害者通園施設】1施設 12人				【平成26年3月末】			
		区分	要支援	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	計
介護保険事業		要介護(支援)	438人	282人	356人	254人	232人	178人	1,740人
		認定者数							
障害者(15歳未満)		居宅介護サービス	323人	208人	272人	169人	106人	74人	1,152人
障害者(15歳以上)		施設介護サービス	【介護老人福祉施設】110人 【介護療養型医療施設】13人		【介護老人保健施設】112人				
生活保護		生活保護世帯数	216世帯		生活保護人員 316人				
障害者福祉		【雇用手帳交付者数】	295人		【身体障害者手帳交付者数】1,512人				
					【精神保健福祉手帳交付者数】182人				
					【平成26年3月末】 【平成26年3月末】				

※H21年度末要介護(支援)認定者数:1428人
4年で312人増加

図表Ⅸ-5 福祉・社会保障等

2. 岩沼市の現状

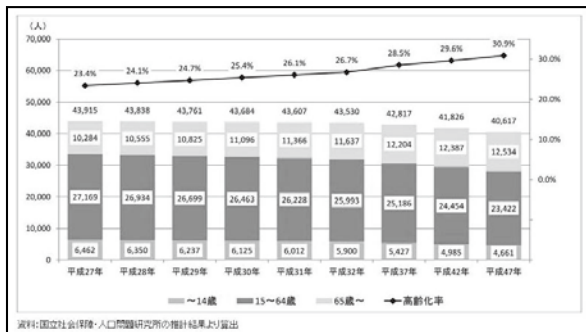
- 以前に実施した高齢者向けアンケート調査の結果を盛り込みながら、高齢者の現状を5つの項目に分けて紹介する。

➤ ①高齢者と高齢者世帯の増加

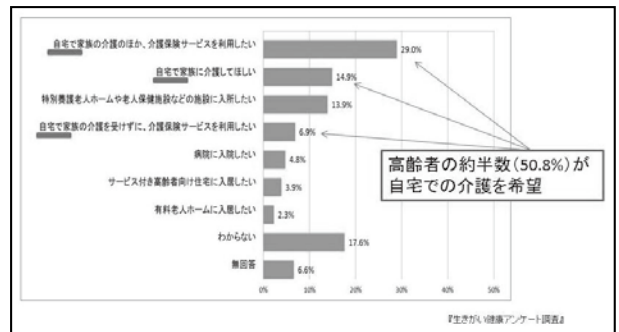
高齢化率と高齢者人口はともに増加。特に、1世帯当たりの人員が減少し、単独世帯や夫婦のみ世帯が増加していく傾向にある。高齢者世帯が住みなれた地域で暮らし続けられるために、生活支援の担い手として元気な高齢者の活力を生かした多様な支援の仕組みづくりが重要となる。(図表Ⅸ-6)

➤ ②高齢者の希望は『自宅で家族介護+介護保険サービス』

住みなれた自宅での生活を希望する方の合計は50.8%。将来の住まい方と介護保険サービスの利用を希望する人が多い。生活支援・介護予防サービスによる新たな支援策の検討も重要となる。(図表Ⅸ-7)



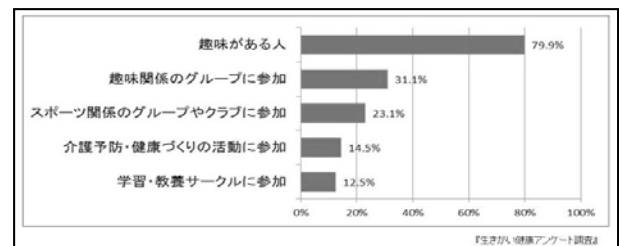
図表Ⅸ-6 高齢者と高齢者世帯の増加



図表Ⅸ-7 高齢者の希望するサービス形態

➤ ③高齢者の社会参加活動への参加が少ない

調査結果では約8割の高齢者が「趣味がある」と回答するも、活動の8割が個人で取り組む内容。趣味活動や自治会等の集会に参加する人ほど、介護状態になりにくいという効果があるため、外出の機会や交流の場づくりが重要である。(図表Ⅸ-8)



図表Ⅸ-8 高齢者の社会参加活動

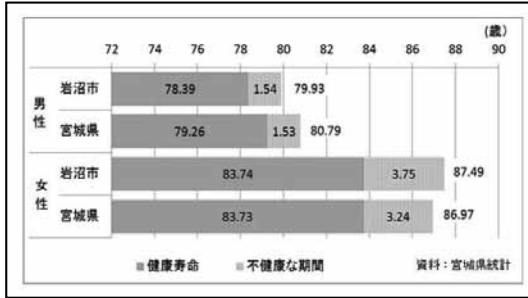
➤ ④女性の健康寿命が短く不健康な期間が長い

宮城県の平均に比べ不健康な期間が女性は長い。健康寿命を延ばすことは性別に関係なく取り組む必要があるが、女性の平均寿命が長いことから、高齢者世帯や単独世帯の増加に伴い、介護予防、地域支援事業が重要になってくる。(図表Ⅸ-9)

➤ ⑤『福祉用具貸与』『住宅改修費』の増加

図表Ⅸ-10で、介護保険事業の実績を計画値との比較で見ると、介護予防福祉用具貸与、住

宅改修費が計画値より多くなっている。図表右側の介護保険事業の利用の推移を見ると、濃い色の網掛け部分の利用が伸びており、特に住みなれた自宅での生活環境を整える福祉用具貸与、住宅改修費が顕著に伸びている。可能な限り自宅で日常生活を送るというスタイルへ移行しつつあるのではないかと考えられ、在宅サービスのより一層の充実が求められる。



図表Ⅸ-9 健康・不健康寿命

在宅サービス(介護給付)利用者数見込みに対する達成率	達成率		利用の推移 (単位: 件)				
	平成24年度	平成25年度	H21	H22	H23	H24	H25
①介護予防訪問介護	94.9%	97.9%	3,264	3,326	3,135	3,685	3,733
②介護予防訪問入浴介護	-	-	455	383	363	306	372
③介護予防訪問看護	33.3%	33.3%	650	690	604	605	687
④介護予防訪問リハビリテーション	200.0%	150.0%	222	203	171	160	146
⑤介護予防居宅介護指導	75.0%	175.0%	901	1,000	1,333	1,582	1,833
⑥介護予防通所介護	118.1%	121.4%	5,235	5,274	5,456	6,327	7,616
⑦介護予防通所リハビリテーション	107.0%	112.5%	2,727	2,533	2,589	2,804	2,801
⑧介護予防短期入所生活介護	75.0%	112.5%	1,835	1,821	1,545	1,783	1,729
⑨介護予防短期入所療養介護	0.0%	0.0%	322	282	365	315	307
⑩介護予防福祉用具貸与	141.2%	176.9%	4,551	4,768	4,981	5,744	6,241
⑪特定介護予防福祉用具購入	92.3%	64.1%	118	123	113	140	149
⑫住宅改修	148.4%	129.0%	1	1	1	1	1
⑬特定施設入居生活介護	85.7%	100.0%	180	345	419	457	614
⑭介護予防支援	108.5%	110.9%	10,782	10,495	10,489	11,590	12,565

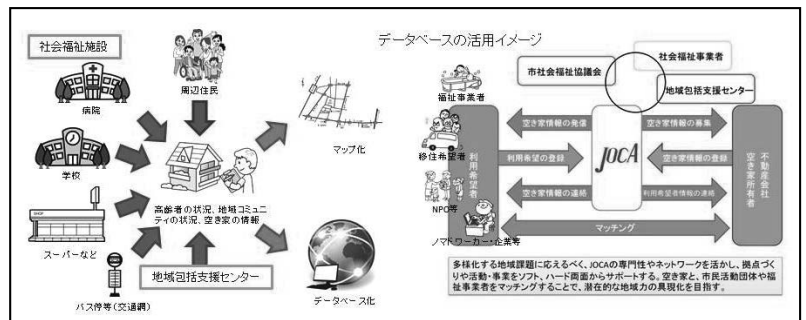
図表Ⅸ-10 介護保険事業の実績を計画値

3. 岩沼市の課題

- 高齢者・高齢者世帯の増加に伴う住民参加による地域福祉の充実。
- 認知症も含めた自宅での介護環境の整備。
- 医療との連携による健康寿命の増進とケア体制の構築。
- 高齢者福祉・介護保険事業の各種サービスの適切な利用促進。

4. モデル事業のイメージ

- 地域の高齢者等の状況把握を行い、空き家等を活用した住まいの確保と、居場所と役割を創出し、地域コミュニティづくりの協力者等の支援が得られるような仕組みを構築。
- 地域型のプラットフォーム構築を担いつつ、日常的な相談や見守りにより、低所得高齢者等が住みなれた地域において継続的に安心して暮らせるような体制を整備。
- 明るく活力に満ちた高齢化社会を確立していくために、地域資源である空き家や人、技術を活用し、人と人とのつながりや関係機関との連携が継続的に拡大していくような地域づくりを確立。(図表Ⅸ-11)



図表Ⅸ-11 モデル事業のイメージ

5. 岩沼市の事業内容と当面の予定

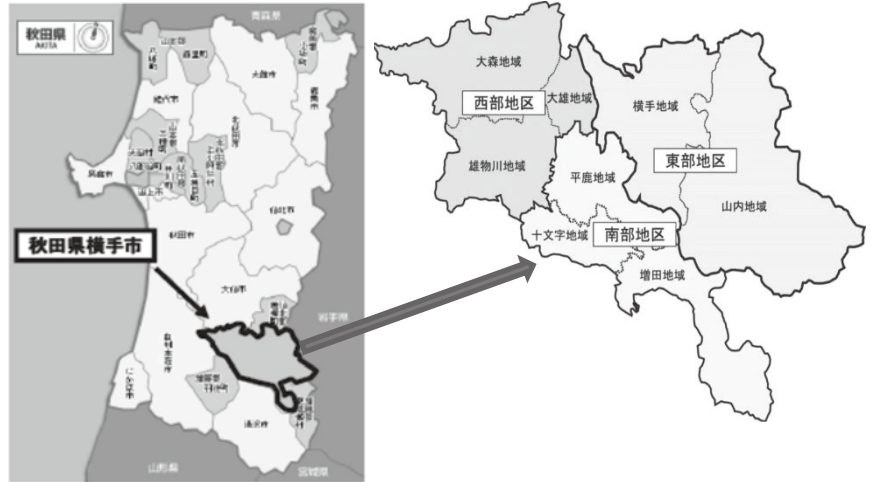
- 空き家調査では、空き家の実態把握や物件の開拓、確保等を目指す。
- 対象世帯の現状を調査する。課題抽出のために、世帯別にアンケートを実施する。
- 家主・不動産業者との連携、地域の関係者に対する本事業の周知等を行い、プラットフォームを構築する。
- 住まい相談窓口を開設し、空き家情報の提供、住まいの相談対応を行う。

X. 秋田県横手市

横手市健康福祉部高齢ふれあい課 高齢福祉係 佐々木 恵
 社会福祉法人一真会 松川 俊之
 社会福祉法人横手福寿会 菊地 浩記

1. 概要

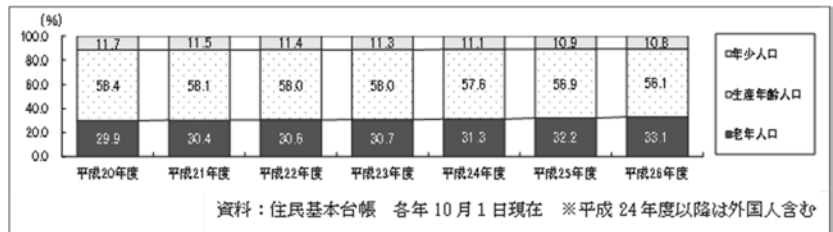
- 横手市は、秋田県南部に位置する農村部で、冬場の積雪が2メートルを超えることもある豪雪地帯。(図表X-1)
- 現在の人口は約9万4千人(H28.2)、平成17年の市町村合併時の10万人から年々減少を続けている。
- 横手市では持ち家率が高く、高齢者においては90%を超える。長年住んだ家も、高齢者が施設入所することで空き家が増えているという現状にある。
- 市民の意識としては、保守的な傾向が強い。困り事は行政が解決すべきという風潮がまだあり、ボランティアやNPO法人がなかなか普及しないという地域性がある。



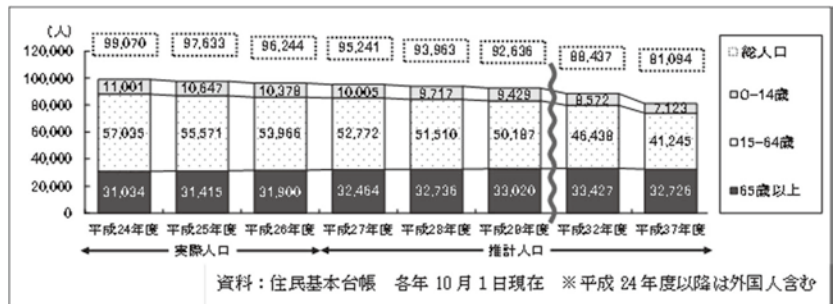
図表X-1 横手市地図

2. 事業実施の契機

- 少子高齢化という課題に直面している。また、町内会の機能の低下が著しく、地域のつながりが希薄になってきている。(図表X-2、3)
- 横手市は比較的所得の低い層が多く、高齢者全体の75.8%が住民税非課税である。
- 市内には介護が必要な方の施設はほぼ充足している一方、自立から軽度の方が入居できる施設は少なく、養護老人ホームやケアハウスの待機者は多い。
- 家屋の除排雪や移動手段の問題で高齢者の住み替えニーズはあり、有料老人ホームやサービス



図表X-2 横手市の実際人口と将来推計



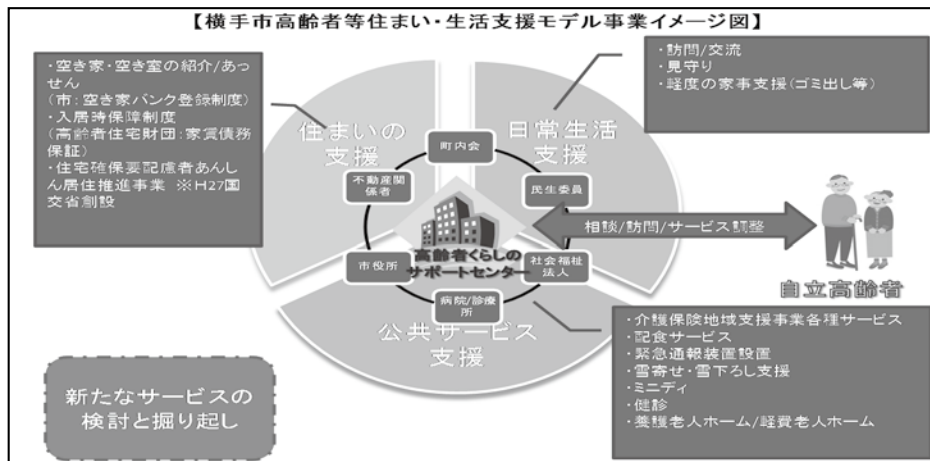
図表X-3 横手市の年齢3区分割合

付き高齢者向け住宅は年々増えている。

- 第5期高齢者福祉計画（平成24年策定）では、低所得向けの居住施設として軽費老人ホームの整備を検討することになった。しかし、平成32年以降高齢者の数は減少に転じるため、大規模な施設整備については、介護に携わる職員の雇用問題や莫大な建設・維持費用を考えると、現実的ではなく、第6期計画ではこのモデル事業に取り組むよう決定している。住み慣れた地域で暮らし続けることができることと、薄れてきている地域のつながりも再生できるのではないかとの希望を込めてのことだった。
- さらに、ここに住む子供たち、孫たちの世代になったとき、このままでいいのだろうかという危機感と、子供たちが横手市に生まれたことを悔やむことがないようにしたいという使命感があった。
- 昨年度は、市内での調整不足により応募を見合わせたが、今年度は2つの社会福祉法人（以下、社福）の協力を得て、この事業に取り組み始めた。

3. 実施に向けた基盤(プラットフォーム)づくり

- 平成27年12月に開催した第1回目の検討会には、市役所内の住宅部局と福祉部局、さらには町内会、民生委員、警察署、開業医、不動産関係の方々が集まり、意見交換を行った。今後もお互いの立場から、様々な議論をしていこうという認識の共有化を図った。（図表X-4）



図表X-4 横手市高齢者等住まい・生活支援モデル事業イメージ図

4. 事業概要

- [目的] 地域包括ケアシステムの実現を目指し、対象者が可能な限り住み慣れた地域で安定的・継続的に生活を営むことができるように支援する。
- [対象者] 所得や資産が乏しい、社会関係資本による支援が乏しい等の理由により、地域での生活を継続することが困難である、または、そのおそれの有る概ね60歳以上の方。おおよその目安として、年金収入で80万円以下。資産がある場合はその利活用を優先に考える。
- [支援の内容] 地域の既存資源である空き家・空きアパートを活用して住まいを確保しやすくするとともに、空き家を管理する不動産会社関係者と医療・福祉関係団体、及び行政との連携体制を構築する。また、対象者の自助・互助を優先し、その上で身体・精神・生活上の困難を軽減できるよう、住まい方の支援をする。

5. 経過

- 平成 27 年
- 3 月 地域善隣事業全国大会参加、先進地視察（横浜市）
 - 4 月 市内 8 社会福祉法人への事業委託ヒアリング
 - 5 月 庁内担当課との打合せ（生活環境課・高齢ふれあい課）
 - 6 月 庁内会議（建築住宅課・生活環境課・社会福祉課・高齢ふれあい課）
庁外打合せ（宅建業協会、生活環境課・高齢ふれあい課）
 - 7 月 補助金内示、委託法人募集、市民アンケート実施
宅建協会横手地区協議会研修会に参加しモデル事業について説明
 - 8 月 委託先法人決定、担当者会議（地域局市民サービス課、社協）
 - 9 月 高齢者くらしのサポートセンター開設（2カ所）、市報折り込み
地域ケア会議参加、民生委員定例会参加
 - 10 月 委託先法人と地縁組織等との勉強会開催
 - 11 月 委託先法人との打合せ
 - 12 月 秋田県居住支援協議会設立
庁外打合せ（全国賃貸住宅経営者協会連合会副会長、委託先法人、
建築住宅課、高齢ふれあい課）
モデル事業検討委員会（プラットフォーム関係者 27 名）

6. 実績

- 75 歳以上の医療機関未受診者を訪問し、実態調査を行った。
- ひとり暮らし高齢者や高齢者世帯宅を週 1 回程度訪問し、安否確認、相談等を行い不安感や孤独感を軽減する事業を実施。（増田地区）
- 76 歳・男性。他県から移り住むことを希望し実家を頼ってやってきたが、家族関係が悪く住むところが見つからず市に相談。センターが介入しアパートに住むことが決まった矢先、身体状況が悪化、有料老人ホームへの住まいの支援を行った。
- 76 歳・女性。病気から一人暮らしに不安を抱き、住み替えを希望。低家賃の空きアパートへ住み替えの斡旋をし、生活支援を行っている。
- 70 代夫婦。生活支援ハウスに長期間住み続けているため、住み替えの支援中。

7. 今後の課題と展望

- モデル事業の成果を生かし、全日常生活圏域へのサポートセンター設置により、空き室、空き家の有効活用を図りたい。
- 支援対象者の漏れのない把握、不動産関係者との連携で、家主の不安解消による住まいの確保、日常生活上の支援、さらには、入居者同士や地域との互助をつくっていききたい。

XI. 埼玉県和光市

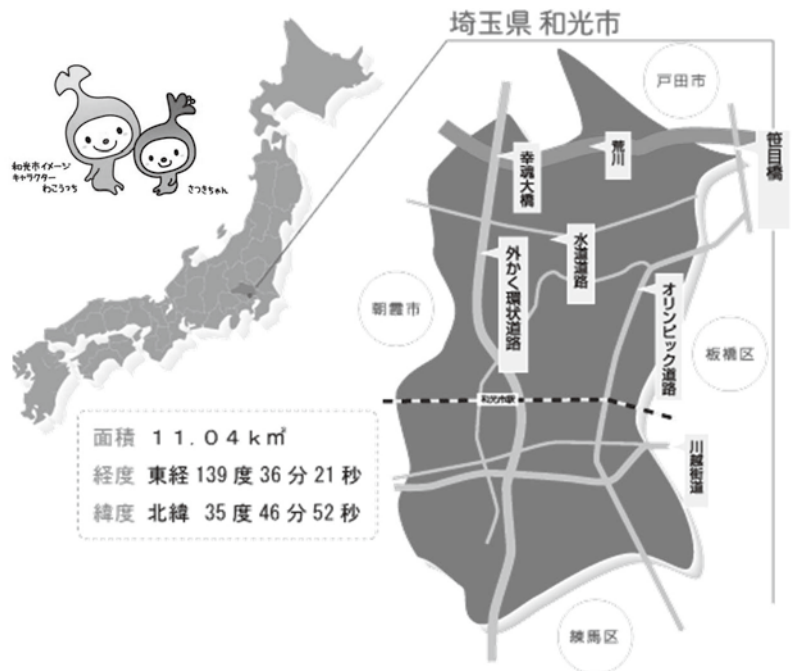
和光市保健福祉部長寿あんしん課 主事 青木 順子

和光市保健福祉部長寿あんしん課 市川 友香

和光市保健福祉部 福祉政策課長 阿部 剛

1. 概要

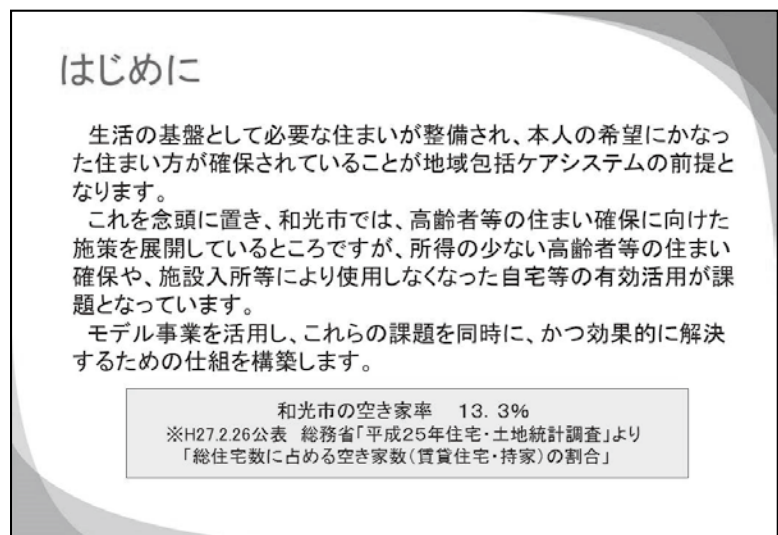
- 和光市は埼玉県南部に位置し、東京都練馬区、板橋区に隣接した、面積11.8平方キロメートルの非常に小さな市である。人口は約8万人、高齢化率は16.9%（H27.3）。埼玉県は全国的にも年齢構成が非常に若い県だが、その中でも和光市はさらに若い自治体である。
- 交通は私鉄が1本、地下鉄が複数本乗り入れており、都心へのアクセスが非常によく若年層の流入が多い。人口のボリュームが40代前後に集まっているため、高齢化率は低い。今後も高齢化は進んでいくが、子どもの数は余り減らず、生産人口がある程度同じレベルを維持することができるという強みを持った市である。（図表XI-1）



図表XI-1 和光市地図

2. 事業に応募した契機

- これまでも高齢者の住まい確保に向けた取り組みを進めてきたが、新たにバージョンアップした取り組みとして、所得の少ない高齢者等の住まい確保、あるいは施設入所等により使用しなくなった自宅等の有効活用を、同時にかつ効果的に解決できる仕組みを構築していきたいと考え応募。（図表XI-2）



図表XI-2 モデル事業応募の契機

3. 住まい確保の取り組み

- 和光市の取り組みの特徴として、「長寿あんしんランドデザイン」に基づき、介護保険事業計画の中にサービス提供基盤の整備計画も明確に位置づけている。サービスの必要量の分析から

サービスの供給量の推計を行い、必要量と供給量のバランスを見ながら事業計画を立てている。

- 施設整備等に関しても、計画的な整備をしている関係から乱立のようなことは起こっておらず、本当に必要な分を必要な場所に整備している。
- その中で、サービス付き高齢者向け住宅（以下、サ高住）やグループホームも分析をした上で整備し、住まい確保の取り組み

和光市における住まい確保の取組

○長寿あんしんランドデザインに基づく基盤整備
(サービス付き高齢者向け住宅・グループホーム)
➡ **住まい確保の取組 = 居住権保証の視点**

○グループホーム等入居家賃助成事業
→ 計画(長寿あんしんランドデザイン)に位置付けられたGH及びサ高住に入居する低所得者を対象に、入居家賃に対して一定率(35%~50%)を助成

○高齢者支援住宅家賃助成事業
→ 居宅での日常生活に支障のある高齢者に対して、管理人が安否確認等を行う支援住宅を提供し、その家賃の一部を助成
【支援住宅の基準】
・原則として3室以上10室以下の集合住宅を、1室ごとに支援住宅として指定
・支援住宅の1室に入居者の安全確認等を行う管理人等を置く
・家賃は、10万円を限度に近隣の住宅家賃を参考に設定
・助成の上限額は10万円(高齢福祉年金受給者・家賃の全額を助成)~8万円(住民税非課税者・家賃の8/10を助成)とし、市から直接運営事業者を支払う

図表 XI-3 和光市における住まい確保の取組

を進めている。また、特別養護老人ホームや大きな施設に頼らず、居住権をいかに確保するかという視点で施設整備を進めている。(図表 XI-3)

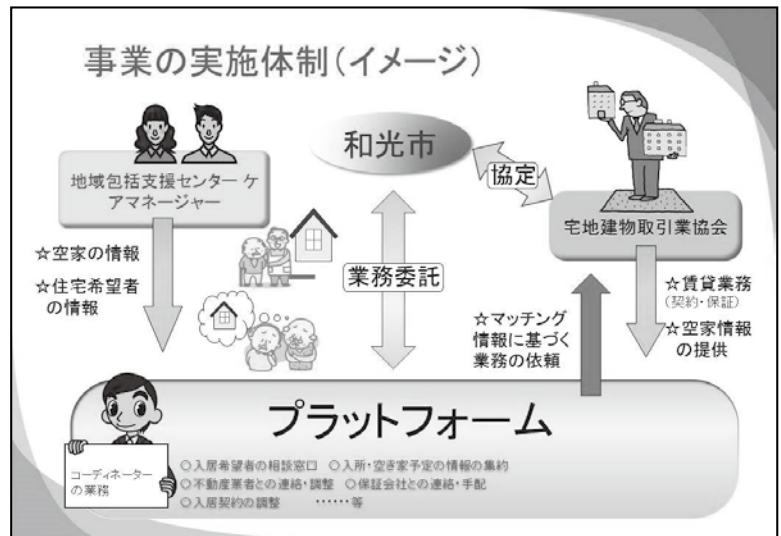
- この計画に連動する形で、それを側面から支援する制度も幾つか設けている。
 - ▶ グループホーム等入居家賃助成事業（「グループホーム等」の中にはサ高住も含まれる）
 - ・ 計画に位置づけられたグループホームやサ高住に入る低所得者の方々に対し、入居家賃に対して一定率（これは所得等によって変わる）、35%~50%を助成していく。
 - ・ 「計画に位置づけられた」ことが肝で、計画と連動した制度構築で側面から支援。
 - ▶ 高齢者支援住宅家賃助成事業
 - ・ 既存の事業であり、居宅での日常生活に支障のある高齢者に対し、管理人が安否確認を行う支援住宅を提供し、その家賃の一部を助成する。
 - ・ 支援住宅の基準は、一般的にはある程度の規模のマンションやアパートの1室ごとに支援住宅として指定。「必要な場合に1室ごとに指定していく」ことが肝のため、支援住宅として指定したが利用されていない、空きが出てしまうというロスは余りない。
 - ・ 支援住宅の1室に入居者の安否確認を行う管理人が置かれ、朝と夜、安否確認を行うサービスがある。
 - ・ 家賃は10万円を限度に近隣の住宅家賃を参考に設定。10万円~8万円を、市から直接その事業者を支払う仕組み。
- 今回のモデル事業も、一部このスキームを使って取り組んでいきたい。

4. 事業の実施体制

- 市でプラットフォームを構築し、そこで様々なコーディネート業務等を行う考えだが、業務自体はNPO法人ワーカーズコープに委託。ワーカーズコープは、既に和光市のくらし・仕事相談センターで生活困窮、就労支援の事業所を運営している。(図表 XI-4)
- まず、地域包括支援センターやケアマネジャーから空き家の情報、住宅希望者の情報をもらい、その情報をプラットフォームに寄せてもらう。特に、和光市は施設等に入る方の約7割が持ち家のため、例えば施設等に入所した方がいるので、空き家が出そうだという情報を寄せてもら

う。加えて、住宅を希望されている方の情報も得ていく。

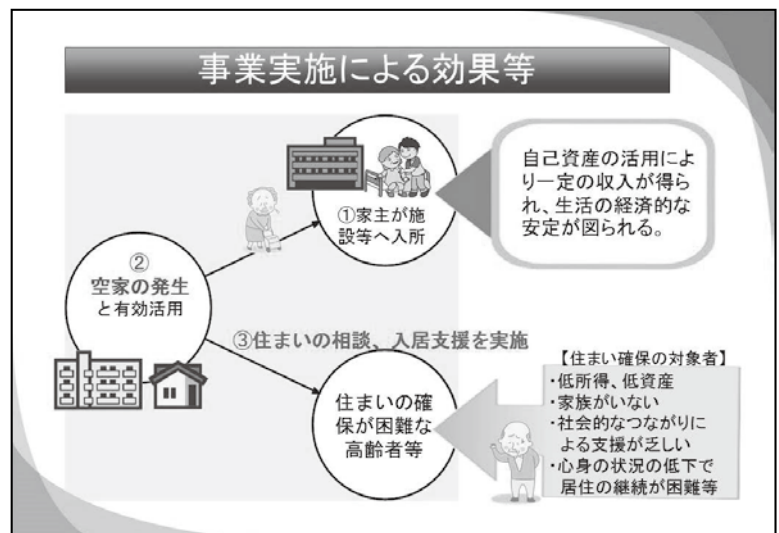
- 和光市ではニーズ調査を行っており、市内に独居で低所得の方、借家住まいの方がどれだけいるかを既にデータとして持っている。それをうまく活用していけば、マッチングがスムーズにいくと思っている。
- プラットフォームにはコーディネーターを置き、実際に空き家が発生すると、その発生した空き家を貸し家として使っていいという合意形成まで行う。
- さらには、活用当たり家財の処分、ハウスクリーニング、あるいは軽度な住宅改修も市の制度とうまく組み合わせながら支援していく。また、高齢者は入居の保証が難しいため、保証会社との調整もしている。
- 業務そのものについては、和光市と宅建取引業協会とが協定を結んでいる。この部分は、現在調整中。賃貸業務の提供や、逆にそういった趣旨に賛同したオーナーから、空き家があるからぜひ活用してくれという情報ももらえるようなスキームをつくっている。
- 業界も問題意識では共有する部分が多く、実際に「私たちがぜひ使ってください」という申し出もあった。こういった方々の協力も受けながら事業を進めていきたいと考えている。



図表XI-4 事業の実施体制(イメージ)

5. 事業実施による効果等

- 例えば、それなりの規模の一軒家が空き家になった場合。高齢者の支援住宅に使うことも1つだが、そこに地域の方が集えるような、地域交流スペースや、介護予防の拠点としての利用といった、発展的な事業への活用も今後は考えていきたい。(図表XI-5)



図表XI-5 事業実施による効果等

XII. 福岡県うきは市

うきは市保健課介護・高齢者支援係 権藤 精二
 社会福祉協議会 総務企画課長 田村 吉彦

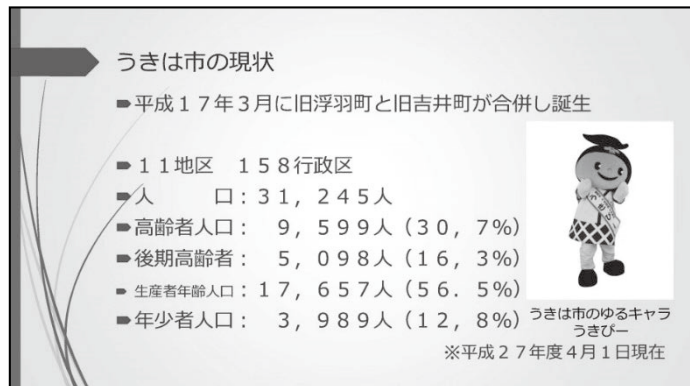
1. 概要

- うきは市は福岡県の南東部に位置し、北は朝倉市、西は久留米市、南は八女市と大分県日田市、東は大分県日田市に接している。人口は約3万1千人（H27.4）。（図表Ⅻ-1、2）
- 南に耳納連山、北に筑後川が流れ、市内部には耳納連山を源流とする巨瀬川、小塩川、隈上川が流れ、筑後川に注ぎ込んでいる。筑後川の南に広がる平坦部、平坦部と山間部との間にある山麓部、耳納連山に属する山間部に区分される。平坦部は肥沃な水田地帯が広がり、山麓部には果樹地帯が形成され、山間部は棚田などを含む森林となっている。



図表Ⅻ-1 うきは市地図

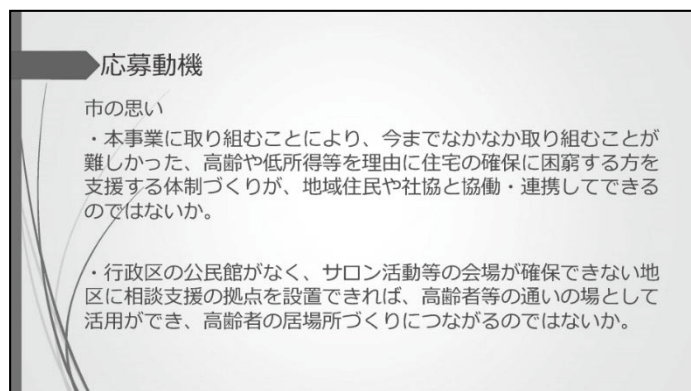
- 市域は、東西13km、南北11.8kmで、面積は117.46平方km。地目別にみると、耕地28.80平方km、宅地8.05平方km、森林59.23平方kmとなっており、約75%が森林・耕地といった自然豊かな地域である。



図表Ⅻ-2 うきは市の現状

2. 応募動機

- 市の思い（Ⅻ-3）
 - 平成26年9月の時点で高齢化率が30%を超え、平成28年4月からは総合事業に移行する。
 - 地域包括ケアシステムの構築を考えたとき、医療連携や認知症、地域づくりは現在取り組んでいるが、高齢者福祉計画作成や地域包括ケアシステムを進めていくにあたり、住宅部分の方策は何も見つからなかった。



図表Ⅻ-3 応募動機(市の思い)

➤ うきは市はとても小さい市町村であり、NPO 法人が市内に1カ所もなかった。この事業を26年度に見つけた際、市内に唯一ある社会福祉協議会（以下、社協）へ事業への協力を依頼したが、体制がとれないとの理由で断りを受けた。

➤ しかし、27年度にもう一度この事業の話が来た際、再度社協に働きかけると、今度は社協からやりたいとの申し出をもらった。

● 社協の思い（図表Ⅻ-4）

- 社協では、貸し付け事業や生活困窮者の取り組み、介護保険事業と様々な事業を行っている。ケアマネジャーからの相談内容として、住宅改修だけでなく住み替え希望として、年金生活では現在の家賃が高い、仕事ができなくなった、という話を受けることがある。しかし、住宅のことは今までなかなか手出しができなかった。
- 路上生活者の方についても支援方策を持たなかった。今回、市からの話を受けて、この事業に取り組みたいと思った。

応募動機

社協の思い

- ・貸付相談窓口で、「今の家賃が高いのもっと安いところに住み替えたい」という相談や、日常生活自立支援事業の相談窓口で相談にて、「家に一人で住むことが不安なので施設に住み替えたい」という相談、在宅福祉課の相談窓口では、「高齢者世帯で今の借家がバリアフリーではなく、住みかえしたい」といった相談があがっており、本事業を通じて何かしらの支援ができるのでは。また、この事業を機に、アンケートを実施すれば、高齢者の住まいに関する福祉課題の全体像を把握できるのでは。
- ・「福祉小座談会」で、環境問題・非行問題をはらんでいる空き家もあるとの地域からの声もあり、600程度あると推計される、うきは市内の空き家の活用などにも、つながるのではないかと。
- ・市の思いと同じく、地域支援の拠点を、地域のよりあい活動の場所としての活用もできるのではないかと。

図表Ⅻ-4 応募動機(社協の思い)

3. 福祉小座談会・よりあい活動

● うきは市には、行政区と言われる地区がある。多いところで200世帯ぐらい、小さいところで20~30世帯が集まった区の中で、担当の民生委員や社協からお願いしている福祉委員が集まり、福祉の課題について話し合う「福祉小座談会（図表Ⅻ-5）」を設けている。

● この座談会で空き家の問題が出てきた。空き家があることにより、非行の問題につながるのではという話もあった。社協としても、地区の拠点になるような空き家を生かす方法を模索していたところ、この事業の先行事例を見て、事業に取り組むこととなった。

● 生きがいの場としては、「よりあい活動（図表Ⅻ-6）」というサロン活動を既に行っている地区もあるが、集まる場がなく、活動できない地区もある。空き家を活用し、そこを拠点、憩いの場にするのができるのではと考えている。


福祉小座談会とは？

それぞれの区で、日頃から感じている「福祉課題」（お困りごと・困っている人）の情報共有と解決に向けての話し合いを行う場

メンバー：民生委員・福祉委員・区長など

話し合った内容は・・・

- ①近所の皆さんの協力による支援
- ②公的制度（福祉サービス）による支援
- ③福祉活動以外の専門的支援への取り次に分類して解決方法を検討していく。




H26年度：75行政区で開催

図表Ⅻ-5 福祉省座談会

よりあい活動とは？

よりあい（サロン活動）



民生委員が声かけ訪問する中で、人との交わりが少なくなったとの高齢者の声により、高齢者の孤立防止を目的に始まる。

よりあい開催時には、民生委員・福祉委員・区長・地域のボランティアがお世話役として運営している。

H26年度：81か所 284回開催（助成申請地区のみ）

図表Ⅻ-6 よりあい活動

4. 事業構想

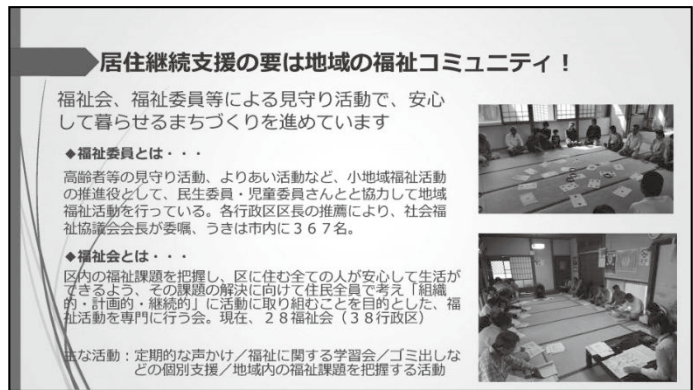
- 入居支援、生活支援を行う団体によるネットワーク、いわゆるプラットフォームの構築として、行政、住宅関連事業者、福祉関係団体と協議・連携、会議を開催していく。
- 相談窓口を開設し、高齢者の住み替えや住まいに関する相談の受け付け、情報提供を行う。
- コーディネート業務では、実際にマッチング等を行う。
- 相談支援の拠点を運営し、集いの場を確保する。この事業は12月に市の議会を通り、社協もやっと理事会を通り、評議員会をやっている。拠点は、既に空き家を探して準備済。あとは契約を済ませるだけといった状況。契約を済ませればいつでも使える空き家で、そこを拠点に相談業務等も行う予定。
- 事業の周知を行う。拠点は一般の住宅でモデルハウスではないが、福祉用具等も設置し見学もできるようにしたいと、この企画をした職員と話している。

5. 居住支援について

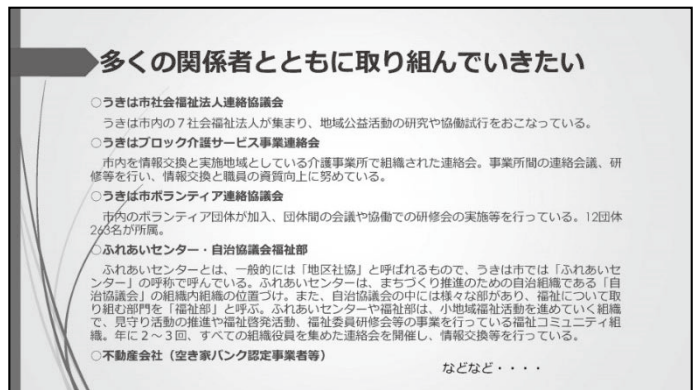
- 福祉会、福祉委員が一緒に見守り活動をするにより、安心して暮らしていけるまちづくりができると考えている。(図表Ⅻ-7)

6. 今後の取り組み

- うきは市にはいろいろな関係団体がある。その中で、社会福祉法人の連絡協議会も昨年立ち上がり、地域貢献事業の勉強会を行っている。現場の職員が集まって何ができるかを、施設の空き室活用も含め検討している。(図表Ⅻ-8)
- 介護保険の事業者には、ほぼ全ての事業者が集まる連絡会があるため、そこでも協議し、この事業への周知を図りたい。困っていることなど、様々な情報をもらいたいと思っている。
- ボランティア団体の連絡協議会にも協力を仰ぎ、地域支援事業につなげていきたい。
- 全部の地区ではないが、ふれあいセンターという、一般的には地区社協と言われているものがあり、自治協議会が新しくできている。そういった地域組織との連携も図っていきたい。
- プラットフォームづくりの要になる不動産会社は、実際にはまだ話をしていない。たまたま社協の理事で関連者もいるため、うまく活用していきたい。
- 将来的には、居住支援協議会のようなものができればと思いつつ、事業を展開していく予定。民生委員に依頼し、アンケートも行う予定である。



図表Ⅻ-7 居住継続支援



図表Ⅻ-8 多くの関係者、団体とともに

(2)実施自治体意見交換会

①意見交換会 大都市グループ(横浜市・川崎市・福岡市・和光市)

【進行】明治大学理工学部建築学科 教授 園田眞理子

1)意見のまとめ

- ➡ 本グループの4市のうち、和光市は本年度からの参加で、人口的には大都市とは言えないが、東京圏にあり先進的な取組や事例も多く、他大都市にとっても参考になるため当枠で参加。
- ➡ 主に、大都市ならではの問題が話し合われ、他都市の事例を聞くことで、それぞれの課題解決の糸口を見出し、互いに刺激を受けていた。
- ➡ 住まいに困窮している高齢者の発掘方法が、大都市では鍵である。福岡市は、相談員常駐の窓口の他、市広報への掲載等告知活動を強化し、320件の相談実績を上げている。
- ➡ 利用者増に対する見守り体制も、今後の大きな課題である。福岡市は、既存の緊急通報の仕組みや社協の活動等を上手く結びつけ活用。横浜市は、地域の人が参加する共助の見守り活動を活用、和光市は、要介護認定者は軽度でも定期巡回・随時対応型訪問介護看護サービスを利用可能としている。
- ➡ 誰かが異変に気付いた時の対応について話し合われた。川崎市では、異変察知の地域の目の一つとして、新聞販売店とのつながりをいかした見守りの可能性の話があった。横浜市では、地域ケアプラザが身近な窓口として機能し、相談対応が可能。福岡市は、見守りダイヤルで市で一元的に相談を受け、対応が可能。和光市は、悉皆調査で高齢者像を把握、アンケート未返信者にアウトリーチし、問題解決に取り組んでいる。
- ➡ 特に、現実的にあらゆる問題を果敢に解いている和光市の様々な取り組みに、大都市でも実施できることがあるのではと、他自治体も大いに刺激を受けた。

2)意見交換(詳細)

○園田 今までの活動の中で、手ごたえがあったことや、悩んでいることなど、自由闊達に質問や意見をぶつけてもらいたい。

○川崎市 住まいの困窮者になかなか出会わない。どのように探したらいいのか。

○福岡市 直接、社会福祉協議会(以下、社協)に相談に来る人は少ない。市役所や地域包括支援センター(以下、包括)、近隣の民生委員からの紹介もあり、約1年で320件ほど集まった。ニーズは随分眠っていると思う。

○園田 人口が川崎市と同じぐらい(150万人前後)の福岡市は、320件の相談件数がある。和光市(人口約8万人)は住まい困窮者をどうやって発掘しているか。

○和光市 介護保険事業計画の中でも、その問題の重要性を謳っている。和光市では、65歳以上の高齢者(約1万6,000人)に対し、日常生活圏域ごとのニーズ調査を3年間かけて実施、全数を網羅して状況把握をしている。意向調査だけではなく、その人の状態像、経済状況や住居の所有形態も全て見てクロス集計し、まとめている。例えば、認知症リスクの属性では、独居、低所得、かつ賃貸住宅に住む人の人数が見えてくる。このような人に認知症のリスクが出てしまうと、自宅で暮

らし続けることが難しいため、例えば、定期巡回・随時対応型訪問介護看護（以下、定期巡回）を入れていくといった対応に結びつける。このように、様々なことをクロス集計していくと大体見えてくる。そのデータが強み。

○園田 有名ないわゆる和光市方式だ。悉皆調査で、アンケートの返送がある人は心配ないが、返送がない人にはアウトリーチしている。横浜市（人口約 370 万人）では「地域ケアプラザ（市が委託している地域包括支援センター）」がしっかりしていると思うが、この事業で展開されているのは市営住宅と県営住宅が主対象である。住まいの困窮者に会う場や発掘する場はあるか。

○横浜市 他部局では、高齢者への住まい提供、もしくは情報提供をする窓口はあり、本事業と直接的ではないが連携はしている。当事業では、住宅が確保されている市営住宅の低所得者、もしくは高齢者に向けて、市営住宅が担うべき責務の中から、特に生活支援に力を入れている。

○園田 日本の住宅政策にはすごく誤解がある。今までは市営住宅に住んでいる人が一番困窮世帯だった。しかし現実には、民間の賃貸住宅でひとり暮らし、身元保証もなく、場合によっては生活保護の住宅扶助で住んでいる人がいて、特に川崎市は多い。北九州市も有名だが、福岡市も多いのか。また、社協で 320 件の相談があったというのは、市の立場からは、どのようにしてその情報を得ているのか、何か仕組みがあるのか。

○福岡市 福岡市もそういった人は多い。また、仕組みとしては、住宅計画課にある「住宅相談コーナー」で、常駐する専門の相談員（市の OB）が住宅全般のいろいろな相談を受けている。その中で、当事業に該当するようなものは社協に相談しているが、それ以外のは相談員が受けているため、ニーズの把握はできている。しかし、相談窓口があるということすら知らない人が結構いる。一度この事業の広報を市政日より（全世帯に配布している市の広報誌）に載せたら、その後の相談件数がぐっとふえた。その時は、1 カ月で 100 件弱ぐらいあり、相談したくてもできなかった人もいるのではないか。

○園田 川崎市も同じぐらいの人口規模、そのようにすれば相談が寄せられそうだが。

○川崎市 なかなかリーチできないということが川崎市の悩み。

○福岡市 住宅相談コーナーでも全てを解決できないが、どこに行ってもいいかわからない人へ窓口を 1 つにすることで、まずここに来てもらって案内するという役割がある。相談内容を全て聞き、この相談とこの相談は別といったように、問題を整理することをメインとしている。

○川崎市 ニーズの掘り起こしのために、まずは市の広報に載せてもらう。それは高齢者だけでなく、どの世帯にも配られているため、この事業を知ってもらえるいい機会になると思った。この地域善隣事業は 2 年目だが、行政からのそういった広報活動はまだしていないので、すごく可能性があると思った。和光市のような調査が計画の中でできると、一番いいとは思っている。

○和光市 この調査は、住宅に限らずいろいろなことが見えてくる。クロスすれば様々な分析も可能になる。

○園田 先程、公営住宅は最下層でないと大胆なことを言ったが、そうはいつでも、市営住宅はとても重要な資源。市営上飯田団地は 42 棟 1,440 戸のうち、ひとり暮らしの高齢者が半分以上を占めていることに驚いた。公営住宅は 2 人以上の人が住むことを前提にしており、間取りは 2DK、そしてエレベーターはついていない。上飯田団地では、エレベーターがつけられるところには設置し改善が見受けられたが、2 人以上の世帯用につくった市営住宅にひとり暮らしの高齢者が半分以上

というのは、住宅政策、福祉政策として問題がないのか。

○横浜市 建築局が住宅政策の中で募集をかける。母子世帯であれば何倍とか高齢者であれば何倍と、抽選が当たりやすくなっている。外れると優遇率が上がり、自然とそういう人々が集まるということもある。また、簡易宿泊所から転居されて来る人も多い。

○園田 通常、市営住宅の管理をしている住宅部局の人たちが想定していた入居者の状況と、現在の入居者の状況が大きくずれている。孤独死が発生すると、福祉部局だけでなく住宅部局にも関係するが、両者の連携は上手くとれているか。

○横浜市 当事業がきっかけとなり連携を始めた。高齢化が高まり問題も頻繁に起きている。例えば、入居しても死後3日以上たつて発見され事故住戸になってしまったり、普通の生活の中で老衰によって亡くなる高齢者がいたり、建築部局と福祉部局との連携がこれまで以上に重要となっている。市営上飯田団地では階段ごとの見守り事業を実施している。平成22~24年度のモデル事業の際、その見守りを住民皆でやった。共助していかないとだめだろうということから始まり、かなりそれが根づいている地域。それでも、例えば3日間新聞がたまっているので行ってみると、亡くなっていたということは年に数件起きている。そこで、鍵の管理問題や、もっと早く住居の中に入れる状況をつくるべきではないかということが課題になっている。鍵を壊すことは、依頼者がその費用を負担しなければという問題がある。設置は建築部局で指定管理は住宅供給公社のため、安否が危ない方がいれば連絡をもらうことで、孤独死の早期発見や未然防止につながるのではないか。建築部局にもそのような認識を持ってもらうため、連絡会を立ち上げた。見守り活動を行っている地域住民も含め、既に2回実施。

○園田 その問題は公営住宅だけではない。福岡市ではどのように対応しているのか。

○福岡市 プラットフォームのメニューに見守りがある。その中に、民間のガス会社がセンサーを使った安否確認のシステムを構築し、本人が希望すれば鍵も預かるという事業をしている。家主に安心してもらうため、そのような事業を紹介することもある。ただ、その見守りを使った人はまだいない。使用するには月額が2,000円程度。予め鍵を預かり、センサーの反応がない場合は鍵をあけて確認する。

○園田 ふれあいネットワークや声の訪問は、そもそも社協メニューにあったものか。

○福岡市 社協が昔から進めている助け合い活動の中であった、住民同士のインフォーマルなもの。それ以外の声の訪問や緊急通報システムは市の施策。本人負担なしで使える見守りもある。

○園田 どの市でも、「家」があっても「生活」が成り立たないところが問題。和光市はフォローの仕組みをどのようにしているか。

○和光市 事業計画の中で、定期巡回をうまく入れている。重度の要介護者だけでなく、ある程度軽度の人でも定期巡回は非常に有効だということが見えている。全員ではないが、軽度の認知症の人、見守りのような形で利用することが出来る。定期的に訪問することによって生活リズムが整い、頻回のコールがほとんどなくなり生活が落ちついてくる人もいる。また、実際に定期巡回を入れる前には、ケア会議で話し合う。例えば、この人はある程度期間を限定し、経過観察も含めて入れてみようといったパターンもある。また、地域支援事業の任意事業で実施している緊急通報システムを市が設置する場合は全額公費で本人負担はない。それは、センサー式の会社もあれば、実際に人が見守りに行く会社もある。例えば、通報できない人にはセンサー式にするなど、本人の状況

に合わせて選択できる。

○**園田** 横浜市はどうか。

○**横浜市** 公営の高齢者用住宅があり、そこに任意事業の予算で緊急時通報装置を入れている。

○**園田** シニア・りぶいん（高齢者向けに配慮された民間住宅を横浜市が市営住宅として借上げた住宅）でセンサーをつけているのと、巡回型にしているということ。介護保険で、必要によって使うというのであれば、どこに住んでいても関係ないということか。

○**和光市** 市役所のすぐ近くにUR都市機構の西大和団地という、昭和40年前後にできたエレベーターなし5階建ての古い住宅があり、高齢化率が三十数%と非常に問題になっている（市全体の高齢化率は約17%）。そこで、UR都市機構と組み、定期巡回の事業者を誘致。住戸の1つを事業所にして、団地の中だけでなく近隣の地域へも定期巡回をしている。今、和光市では在宅を重視しており、大きな施設に余り頼らないスタイルで、団地の街区全体が1つの施設、街区の道路が病院の廊下ようになる。連携している開業医もおり往診も可能なので、医局とナースセンターがそこにあるようなイメージで定期巡回をする仕組みをつくっている。その他、同じように一団地化した高層住宅や、他にも2つぐらいの分譲マンション群があり、同じように定期巡回をうまく使えるように、公募をかけ事業所を整備することが今後の取り組みである。

○**園田** やまて企業組合が川崎市に関わるようになった理由は、生活困窮者に対する内容だと聞いている。川崎市では生活困窮者支援と高齢者支援をはっきり区別していると思っているが、生活困窮者支援の中にも65歳以上の人が多くいると思う。実際はどのようにしているのか。

○**川崎市** 指摘のとおり。和光市のお話を聞いていると、それぞれのスキームが別のように見えて、実は非常に連携している実態を感じた。我々が困っているのは、それぞれの社会資源が別個にあるため、各窓口を総ざらいで回らなければならないこと。今後はその辺りをどういう制度にしていけるか、行政としっかり話をしていかなければならない。

○**園田** 川崎ではドヤ街を縮小していくため、相当住民の住み替えを行ったと聞いた。やまて企業組合も関わっていたのであれば、先ほど住み替え希望者になかなか出会わないと言っていたが、そこにはたくさん需要者がいる気がする。

○**川崎市** やまて企業組合もその住み替えに関わっており、粛々と進めているところ。しかし、ドヤ街での生活が長くなればなるほど、地域に戻りたがらない人が多く、中にはそのまま入院しなければならない程に、病気や認知症が進んでいる人も一定割合必ずいる。その1人1人に対しての聞き取りは大変な手間暇がかかる。出身地や出生、年金手帳に関わることまで全てやらなければいけない。

○**園田** 福岡市では、社協がとても頼りになりそうだが、どうか。

○**福岡市** 社協では、生活困窮者支援にはなかなか取り組めておらず、生活福祉資金の貸し付け程度。この事業とは別に、学習支援や子どもの居場所づくりを、空き家を活用して手がけ始めたところ。これからの課題だと思っている。

○**園田** 本日の発表で、規模が小さな市や町では、様々な支援を区別せずにまとめて面倒見ようという所があり感動したが、大都市では同じことはできない。何か方法はあるか。

○**横浜市** 「地域ケアプラザ」で地域の生活支援や相談窓口の機能も持っている。区役所以外の地域で一番近くにある相談窓口として、コーディネーターがおり、それぞれの問題の相談先を案内し

ている。

○**川崎市** やまて企業組合に委託している「だい JOB センター（川崎市生活自立支援センター）」がある。そこに相談に来た人を地域の区役所につなぐケースもある。

NPO 法人楽が聞いた話で、新聞配達員に「新聞のたまり具合から死亡者を発見することがある。地域の人の目がなくても、我々をインフォーマルなところで活用してもらえたら、ネットワークの中で強みが出てくるのではないか」と言われたと。大事にしたいと思っているが、なかなか実現していない。

○**福岡市** 市の事業で、新聞配達員等から新聞がたまっている等の異変を見つけたら、電話をしてもらい見守りダイヤルを設けている。NPO 法人に委託し、電話があれば駆けつけ現場に鍵屋を呼んだり、オーナーに連絡したりと、安否確認を行っている。その法人も当事業のプラットフォームに参画している。このような仕組みができれば、新聞配達員等の気づきを拾い上げることが出来るのではないか。

○**園田** 福岡市では、死後事務や残置物処理については対応できそうか。

○**福岡市** 死後事務の契約書の中で、残置物処理について本人が承諾し委任したことを謳っているが、委任の終了事由が死亡のため民法上の争いがある部分ではある。裁判の判例としては、死後事務の契約が認められているため、本人が希望して行ったことは相続人から訴えられても委任契約の方が有効であり、先に約束をしておけば処分しても問題はない。

○**園田** 他に聞いておきたいことはないか。

○**福岡市** 和光市のプラットフォームの中にある「保証会社との連絡・手配」は、具体的にどのようなことを想定しているのか。

○**和光市** 要は、高齢であるがゆえに保証がつけられない、難しいというところで、ある程度、市の保証というか、「市が入ってしている事業なので大丈夫です」といったコーディネートの部分。保証をつけられない人に保証までをコーディネートすることを想定している。

○**園田** 福岡市の現場を回すエンジンの役割は社協なのか。その場合、事業全体のバックアップをする居住支援協議会とこの事業との関係はどのようなものか。また、居住支援協議会は、この地域善隣事業以外のことも検討しているのか。

○**福岡市** 実際に事業を回すのは社協だが、例えば、事業の課題の洗い出しや見直し等の仕組みづくりに関しては、居住支援協議会のメンバーで検討していく。また、居住支援協議会は、現在は当事業に注力している。

○**園田** 和光市では、居住支援協議会の設立は考えてはいないのか。

○**和光市** 考えていない。課題をいかに解決するかというところに視点を置いている。プラットフォームがエンジンのような役割を果たし、事業展開やコーディネートをしているが、さらにその下に審査会のようなものを置く予定。ただ、それはあくまでも事業の公平性を担保するためのもの。

○**川崎市** エンジンの役割を果たすプラットフォームはNPO 法人1カ所だけなのか。

○**和光市** 1カ所だけ。NPO 法人ワーカーズコープは、市内に2カ所ある生活困窮者の支援事業所のうちの1つ。もう一つは社協。

②意見交換会 中規模都市グループ(京都市・天理市・岩沼市・横手市)

【進行】京都府立大学大学院生命環境科学研究科 准教授 鈴木健二
一般財団法人高齢者住宅財団 理事長 高橋紘士

1)意見のまとめ

- ✚ 京都市は人口 100 万人を超える大都市だが、きたおおじのある北区は人口約 12 万人で同じ中規模の都市として見てもらえたらという前提でスタート。
- ✚ 主に新規参入の 2 自治体（横手市・岩沼市）に対してのアドバイスが行われた。（例：事業立上げのプラットフォーム構築については、地域性が大きいという点等）
- ✚ 地域的な独自の問題として、横手市の積雪と岩沼市の被災者に関する問題が出てきた。中でも、被災者関係に関する保証人や家賃保証、残置物、あるいは亡くなった後の対応に関しては、全自治体に共通の課題と認識された。
- ✚ 今後のモデル事業持続可能性に向けては、規模や圏域はあまり大きくしすぎず、地域密着で様々な方に参画いただくことが重要、また天理市や京都市のように、大学、学生等との連携で参画者の裾野を広げていく取り組みも大事との意見があった。
- ✚ 異なる職種間や他の事例同士での情報共有も重要であり、京都市の作業部会、連絡会の開催や三者面談の実施のように、他所の法人の良いところを吸収し改善しながら、一緒に取り組んでいく機会をつくることも大切等の意見があった。

2)意見交換(詳細)

○鈴木 本日の発表を聞いた感想や聞いてみたいこと、今直面している課題や、他自治体の対応事例、経験等、聞きたい質問があれば。

○横手市 庁内の関係性の問題。12月に秋田県で居住支援協議会が立ち上がり、その影響で住宅部局も変化しはじめているが、関係部の連携の困難をどのように克服したか天理市に伺いたい。

○天理市 昨年度末には、補助金を得るために必要な居住支援協議会を立ち上げ、その1,000万円をもとに空き家の改修をしようと考えていた。しかし、最終的に県でも市でも立ち上げが難しくなり、現在は法人で転居支援委員会をつくり、そこをプラットフォームにして進めていこうと考えている。

○高橋 補助金は県レベルでの基準額が1,000万円だが、今後、市町村で居住支援協議会をつくろうという場合にどういう助成措置を国交省が考えているか、調べてみる。

○鈴木 天理市の場合は独力で動いている。京都市の場合は、先に居住支援協議会が立ち上がり、その後今回の事業に参加した。プラットフォームがあったメリット、やりやすかったところはあるか。

○京都市 京都市が枠組みをつくっていたが、居住支援協議会の中で前に進まない期間が2年ほど続いた。当初不動産業界は、空き家は解消したいが高齢者の入居に対しては拒否的という感触であった。我々から少し球を投げたことで動き出したが、居住支援協議会があったことによりうまく進んだという側面は確かにあるかもしれない。

○鈴木 私も京都市に参画しているが、見ていると福祉業界と不動産業界の方々の出会う場、接点が非常に少ない。プラットフォームをつくることで互いが顔見知りになる機会ができ、意見交換がなされるようになった。意思の疎通を図る素地ができたことが一番大きかったと感じている。すぐに物事が進んだわけではなく、議論がかみ合わない状況が長くあった中、居住支援協議会で低所得高齢者のためのサ高住のようなものができないかという議論があり、その時に今回のモデル事業の話が出てきたことで、タイミング的にもうまく流れに乗ることが出来た。

○高橋 京都市の不動産業者と社会福祉法人（以下、社福）の話は、不動産業者が考え方を考える契機になったような事例。とりわけ地域の不動産業者は、上手な仕掛けをすればこの事業に飛びつくのではと思う。

○鈴木 私も初めて知ったが、京都市のモデル事業に参画している不動産業者の中には、高齢者施設への入居を支援する部署を持つ会社もある。不動産業者だから土地や建物だけしか取り扱わないのではなく、物件を調達するために高齢者施設への入居支援に関与している事業者も出始めてきていると感じた。

岩沼市も今回の発表の中で、今後の課題の1つにプラットフォーム構築を掲げていた。進捗状況、手応え、またそれに向けて困っていること、聞いてみたいことがあれば伺いたい。

○岩沼市 モデル事業の採択を受け、予算の関係上これから事業に着手する。プラットフォーム構築も事業の中でやっていく方向性は持っているが、まずは福祉関係の部局、社福や社会福祉協議会（以下、社協）と高齢者の住まいにかかわる情報共有を進めていきたい。岩沼市は人口約4万4,000人程度の小さい自治体、不動産業者は地域に根づいた小さいところが多い。そういった会社と住まいの情報を共有しないと、なかなか対応できないと感じている。被災者の再建先の確保ということもある。直近で応急仮設住宅の供用期間も終わる予定。様々な相談対応をするなか、高齢者の住まいを確保できないケースも出てきている。その中では、連帯保証人や身元引受人の部分で、身寄りが近くにいない、親族がいないという方が一番厳しい状況。出来るだけ公営住宅などで対応したいと考えているが、実際にそのようなケースに当たった場合、どのような制度でどのような対応をしているかお聞きしたい。

○鈴木 被災者対応の部分で保証人になれる方がいない、なかなか住まいを確保することができないという問題を今抱えていると。被災者という部分は岩沼市独自の問題かと思うが、保証人の確保に関しては他の自治体も含め、対応すべき問題。

○京都市 身元引受人や保証人の問題は、結局、孤独死と残置物の問題。空いた部屋が次の人に貸せるかどうかもあるが、京都市でも家主や事業者によっては解決できない課題になっている。しかし、身元保証人は何を保証するのかを分解していけば、例えば、緊急時に連絡先がないと困るなら、社福の見守りや生活支援がその役割を果たせるので問題ない。また、孤独死、安否確認も問題ない。結局、家賃滞納と残置物の処理の2つに行き着く。その辺りは福岡市の取り組み事例があったが、これからの課題ではないかと。それ以外の部分はこの事業で解決されていく印象はある。

○鈴木 京都市では、実際の契約件数がある程度出てきたが、保証人のいるの方が3分の2ぐらいで、この場合はどちらかという話が進みやすい。保証人のない3分の1ぐらいの方は、不動産業者の方を説得したり、たまたま意欲と理解のある家主に当たり入居に至ったケース。ただ、もっと紹介してくれという家主の声も出ている状況。そういう声がもう少し広がれば、家主や不動産業者の

方々の理解ももっと出てくるのではないかと思う。

次に天理市から、全体に対する感想、ご質問、ご意見等を伺いたい。

○天理市 保証人がいなければ基本的に不動産は借りられないと思っていたが、今回市内の不動産業者を回り協力店を6社得ることができた。不動産業者内に保証制度があり、それを使うことで緊急連絡先が確保できれば入居も可能という仕組みがあるようだ。小さいすき間に入り込む余地はあると思う。孤独死に関しても、緊急通報装置がありボタンを押すだけで孤独死が防げるということで、入居者に紹介し、市と契約している業者と直接契約してもらう形で防止していけるようになったと思う。今一番の課題は利用者がなかなか出てこないこと。どのように利用者の掘削作業をしていくか。利用者の掘り起こし、情報と言った部分を京都市にご教示頂きたい。

○京都市 相談件数の増減と行政による広報の関係は参考になると思う。去年の11月に事業をスタートし、京都市がプレス発表。その後、各行政区の市民新聞等で広報を実施したため、11月から3月までは相談件数が多かった。ところが4月ぐらいからガタンと落ちている。広報がとまると相談が減る。7月からまた上がり始めるのは、8つの社福が各行政区の民生委員の協議会や、地域包括支援センター（以下、包括）の協議会で情報を発信し始めたから。広報活動をする、包括などから一気に需要が出てくる印象はある。やはり、行政による広報は効果的。相談は本人からが49%、包括からが18%、ケアマネジャー（以下、ケアマネ）からが12%、家族からが11%。残りの7%は福祉事務所、病院、3%はそれ以外となっている。本人からの相談は契約には結びつきにくい。包括、ケアマネのような専門職が住まいの問題も含めコーディネートしているケースは、最後まで行き着くという印象。

○鈴木 補足すると本人からの相談の場合、「この事業はどんなものか」「まだ必要ないが先々のためにちょっと教えて」など、興味半分相談も多い。

○京都市 家賃が無料になると思ったなど、誤解に基づく問い合わせもある。

○鈴木 緊急性がそれほど高くないという理由で、契約に結びつかないケースも少なからず見られる。住み替え理由が立ち退きや契約更新拒否の場合、例えば1カ月、2カ月後など期限が決まっており、それまでに住まいを探さなくてはならない高齢者の場合は、物件が少し遠かったり部屋が若干狭かったとしても、その辺りは妥協して住み替えているのではないか。逆に緊急性がそれほど高くない場合は、希望に合う物件が出てくるまで待ったり、そういった物件がなかなか出てこないの結局住み替え自体を見合わせた、という話も京都市ではよく聞く。

○京都市 天理市の人口と包括の数はいくつか。

○天理市 人口は6万7,000人、包括は4カ所。

○京都市 京都市北区の包括は、事業を一緒に推進し当事者意識が大変強い。ところが、隣の日常生活圏域の包括は余り知らない。その圏域の利用者があっても、包括が情報を知らないため戸惑ってしまう。だから、包括に対する情報の周知は大きな課題。包括との関係はどうか。

○天理市 現在4法人あるが、東部の包括はやすらぎ会に委託している。他の包括に「こういう事業をしている」と言っても、こちらでは何のメリットもないといい、積極的な協力が得られていない。もちろん行政や法人からもPRはしているが、パンフレットを置くぐらい。どちらかという、生活保護を扱う社会福祉課が隣にあり、そちらからの情報の方が多い。また、実動として始めてみると、真っ先に上がってくるのは包括で抱える超困難事例。相談には乗るが、実際に転居まで行き

着かず。そういった相談実績が何件かあった後、とまっている状態。

○京都市 横手市の包括は何カ所あるか。また、この事業と連携しているか。

○横手市 市直営で3カ所。告知はなかなか弱い。今相談が上がっているのは、包括や生活保護の担当を通じて。

○鈴木 横手市の場合、今回既に2つの社福が手を挙げ協力いただいているということだが、2法人が参加し、ほかの6法人は参加していない理由はどのあたりにあるのか。

○横手市 4月の時点で全法人を直接回り事業の説明をした。その上で手を挙げたのは2つのみ。もしかするとイメージをうまく伝えきれていなかったのかもしれないが、手を広げられないという現状も訴えられた。特養を持っておりそれで手いっぱい、いずれ予算がなくなるのがわかっていながら手をかけることはできないとも。補助事業がなくなった後も継続していける仕組みづくりに困っている。

○京都市 京都市では、各法人は、補助事業がなくなった後も継続することを前提で参加していると思う。そうでないと、利用者や地域に対して信頼を失うこともあるが、この事業による各圏域での見守り資源の普遍化も視野に入れたいという思いもある。そのため現在、補助金がなくなった後のシステム、人材や財源の部分を、並行して検討し始めているところ。

○鈴木 京都市は、全ての行政区でサービス提供が行われているわけではない。きたおおじの場合は、3件の内、1件は本来の圏域とは異なる別の行政区でサービス提供が行われているため、職員も離れた場所まで出かけていくのが負担とのこと。近くだと自転車などで回れるが、片道30分となると法人側の負担も大きくなる。

○京都市 きたおおじでは今月で契約が4件。1件は、入居した空き家がある隣の地域の法人に移行してもらった。見守りや生活支援は短時間でないとコストも含め大変。近隣の事業所が参加してくれ、そこへ振りかえていくことも考え始めている。

○鈴木 横手市の場合、今回の4つの新規自治体の中では、大きな問題として雪の問題がある。冬期移住の話が今回の資料にはあるが、そういったニーズについて聞きたい。地域の中では結構根強くあるのか。

○横手市 冬期間だけショートステイを使うというニーズはすごくある。ただ、ショートステイも使えない人はどうするのか。家を空けると、その家に積もった雪の処理の問題がある。住んでいると少しはいいが、空き家になった場合に潰れてしまうため、なかなか家から出てこない。需要は沢山あるが、ではこの家をどうするとなり進まない状況。物件も結構あるが、空き家の活用を考えたとき、正直その雪おろし費用をどうするかという問題に直面する。空き家を共同住宅、シェアするというのが一番安価に済むだろうが、改装してとなると冬場の雪おろし費用を家賃に転嫁するのか。雪おろしの1人1日当たりの人件費は、1万5,000円から2万円ぐらい。一冬で多い年で3回として、1回当たり4~5万円、計15万円ぐらいかかる計算。そう考えると、空き家にまだ少し足踏みしている状態。現在、アパートの空き家物件を利用し、利用対象になる方とやりとりをしている。その家主も古いアパートで入居者を探していたため、そういう意味ではよくマッチングしているが、雪に関する実情が課題。

○京都市 岩沼市にもお聞きしたい。包括は何カ所あるか。また、この事業と連携しているか。

○岩沼市 4カ所ある。連携についてはこれからであるが、特に被災した地域の包括とは今までか

なり密接に生活支援等に取り組んできた。住まいの情報共有もかなりしやすい。我々は被災者生活支援室なのだが、介護福祉課と社協と同じ施設で活動している。そこの関係や社協の包括も別にあるため、介護関係の部分では密接に連携した形で事業展開できると思う。

○京都市 今、京都市は人口が約 147 万人で包括が 61 カ所、1 包括当たり 2 万 5,000 人ぐらいが対象となる。1 包括に小学校区 3 つぐらいが標準。見守りのコストを考えると自らの事業所のある圏域内に限定しないと、余り遠くまで出かけるのは色々な意味で不具合が生じる。事業の実施主体も、76 の日常生活圏域の全てでこの事業ができるかどうか心配している。今のところ実施している行政区は 6 つだが、圏域は恐らく 20 ぐらいある。76 圏域のうち 3 割ぐらいの圏域はモデル事業でカバーしているが、どう拡大していくのか。見守り、生活支援のコストを考えると、せいぜい 10 分以内で行けるところでないと持ち出しの事業になる可能性がある。財源と人材の面で、そこが 1 つの課題。地域密着型事業所協議会をつくっているが、各圏域に地域密着の事業所があり、最終的には老人福祉施設協議会からそちらへ一部移行していく可能性も選択肢として考えられる。また、現在きたおおじでは、同志社大学の学生に見守り事業の手伝いを依頼している。そういった地域の方々と連携し、活躍していただくことが、結果的にはコストにも影響する。学生はいいパートナーかもしれないと思っている。

○鈴木 大学との連携という意味では、天理市も天理大学との連携、協力という話が出ていた。

○天理市 天理大学の学生は筋肉マンが多いので、初めは引っ越しの手伝いを依頼しようと思っていた。教授に知り合いがおり、その方の授業の一環として、例えば学生たちに定期的な見守りやお茶会の開催などで高齢者と触れ合ってもらえればと考えている。理想型は、シェアハウスの 1 階に高齢者、2 階に学生が住み、常に交流ができるようなところ。

○高橋 京都市では、若者の寮に入った 90 歳の高齢者の事例があった。先ほど豊後大野市の話聞き、元気になる要素はすごく重要だという気がした。地域で自分の居場所になる住居で生活すると元気になる、それからできるだけ自分でやらなければという気持ちが出てくる。そういう意味では、いろいろな可能性があるような気がする。

○鈴木 京都市の場合は複数法人がモデル事業に参加していることもあり、月に 1 度、全法人と市の担当者、最近では不動産業者も入り作業部会を開催。1 カ月間の進捗状況を全法人が発表する会議を、11 月まで毎月開催していた。先ほど三者面談という話があったが、最初から実施していたわけではない。各法人が、地区ごとにバラバラのやり方で、あるところは高齢者と法人の二者だけだった。そこから、「うちはその二者に不動産業者の方にも来てもらっている」など他法人の話聞き、「ではうちも来てもらおう」となった。他の事例取組のいいところを皆が真似し、うまく軌道修正しながら改善していく方向につながってきた。小さい規模だとこうした取り組みは難しいところもあるが。

○京都市 相談の 1 例目から、それが契約に至った例を全部時系列で記入した資料を各法人に毎月必ず出してもらい、これに基づき報告してもらおう。これで、自分のところにはない事例を学ぶことが結構ある。鈴木先生や行政、不動産業者、行政は住宅部局も福祉部局も出席していて、大体 30 人ぐらいの集まり。ここが大きな勉強の場になっている。

○鈴木 最初から事例数が出てくるため、かなり事例が蓄積されてきている。前はなかなか進まなかった方がこういう形で進みましたとか、前はこうなっていた方が最近変わりましたとか。成約に

至った方でも、今はこういうサービスで訪問に行っているなど。

○**天理市** その会議で、ケース1例ずつ全部開示するのか。

○**京都市** 全ケース、悉皆ケースが出ている。成約に至らなかったケースがほとんどだが、とりあえず相談件数分は、去年の11月の当初から全部時系列で出ている。

○**鈴木** 動きがあるのは1カ月で大体4～5件ぐらい、多くてもせいぜい7～8件。法人によっては、今月はなしもある。今は8法人だが、昨年から事業に参加している6法人では、11月末でやっと全法人が1件以上サービス契約に至った。それまでは1件も成約に至らなかったところもある。

○**京都市** 月に大体10～20件、1法人当たり1～2件ぐらいが新規という感じ。資料のコードナンバーが新しいものほど新規で、全て会議の中で説明している。

○**鈴木** 問題や対応の仕方の共有に加え、義務付けていた週1回の訪問に関しても、割と元気な方には逆に負担感があることも分かり、家主と本人の了承の上で2週間に1回の訪問でもよしとした。また、デイサービスで施設に来ている期間は月1回の訪問でも可としたり、柔軟な仕組みも並行した形をとって、徐々に改善している。山田顧問（京都市）が実際にこの事業をされ、利用者の実態や状況について当初の想定との違い、地域の中での様々な要望を感じたところはあるか。

○**京都市** 要介護認定を受けている方が5割を超えているため、ケアマネ経由のケースが多いこと。また、80代、90代の利用者が5割を超えている。後期高齢以降の方は拒否されやすいのだろうが、こういう仕組みがあるから転居できる。一方で、お金はあるが寂しいという方もいる。京都市の事業の場合、低所得者に限定していない。裕福な方でも、大きなお屋敷で高齢者がひとり暮らしで困っているケースもある。そういう方の場合、高額なところでも移り住める。いろいろなケースに対応している。まだ1年少しの経過のため、試行錯誤段階。今のところ、一番問題になっているのは残置物。家賃滞納はまだ仕組みが探せそうだが、残置物の処理が課題になっている。

○**鈴木** 死亡時の対応や、葬儀はどのように取り仕切るのか。そのあたりは今後の大きな課題でもある。まずは住まいの確保で困っている方に住まいを提供するというのを重視して、これまで活動を進めてきた。京都市でも住み替え先の物件を確保するのに苦労している状況だが、こうした課題がうまく解決していけば、なかなか理解いただけない家主や不動産業者の方にも説明し、安心して物件を提供してもらえるような状況に繋がっていくかと思う。

○**京都市** 我々が意識しているのは、養護老人ホーム（以下、養護）。養護の入居者の一定数の方は地域移行できる可能性があると思っている。養護は身寄りのない方が亡くなっても、葬儀も含めて全て対応している。そういう施設機能も地域に移行していこうという問題意識を持っている。

○**鈴木** 1件だけ、このモデル事業を利用し養護から地域の住まいに移行を検討された方がいた。最終的に市営住宅の応募が当たりそちらに入居されたが、そういった養護から出て地域移行という事例も実際に出てきている。先日の作業部会では、他の養護の施設から「実際に地域移行された方ご本人に講演に来てほしい」という話も出た。養護から出ると、こういう生活が待っているということを入所している方々に向けて話していただきたいと。在宅で暮らす方々だけでなく施設で暮らす方々からも、来年以降、地域生活に戻るといった動きが少し広がっていけばいいと思っている。

③意見交換会 地方都市グループ(本別町・雫石町・豊後大野市・うきは市)

【進行】東北大学公共政策大学院 教授 白川泰之

【オブザーバー】厚生労働省老健局高齢者支援課 課長補佐 里村浩

1)意見のまとめ

- ✚ うきは市が新たに加わり、新規参入の視点から基本的な問題に対してディスカッションをした。
- ✚ 主に、地方都市ならではの共通の課題や状況を取り上げ、情報を共有。
- ✚ 住宅の確保について、豊後大野市、雫石町では、不動産流通物件が少なく、活用可能な物件確保に苦労している。利用者の口コミ情報で見つけることも多い。うきは市は行政の空き家バンクがあり、市内の約半数の不動産業者が登録している。本別町を含め、物件としては一軒家が主。各不動産市場の規模に応じて工夫している。
- ✚ 家賃の問題について、地方都市ではそもそも流通が少なく相場が不明。戸建て空き家をシェアする場合の家賃や、金銭管理、滞納についての問題は常にある。
- ✚ 地域との関係では、地方都市ならではの人間関係の濃さがある。地区ごとの行事等に可能な限り参加することで、地域との良好な関係を築けるので、抵抗は少ない。
- ✚ モデル期間終了後の法律や制度上の整理の仕方としては、このモデル事業は前例のないサービス事業であり、その後の事業形態によって位置づけが難しい。

2)意見交換(詳細)

○白川 うきは市が新しく加わったので、前半は取り組みの中で困っている、悩んでいる部分に対し、先行している自治体からのアドバイスを。後半は先行している自治体から、現在の課題について話し合いたい。

○うきは市 予算が通るのを待っている状態。既に空き家は見つけており、そこを拠点に事業を開始しようとしている。その拠点は、一時的な住まいとしても貸そうという構想もあり、家主との契約を正式に決めないといけない。また住宅関係の人達とは、まだ接触したことが無く、どのようにすればよいか不安がある。

○白川 住宅確保という点では、雫石町ではアパート等の賃貸物件が余り流通していないのか。

○雫石町 余り流通はなく、利用者からの情報が多い。

○白川 うきは市は不動産業者が物件情報を多く持っているのか。

○うきは市 今、行政が空き家バンクをもっており、それに加入している業者が9カ所で、全体の半分ぐらいと聞いている。ただ、持ち家率はかなり高いが、ひとり暮らしになり住み替えが必要だという話はある。そういう人と住宅関連業者とのつなぎは必要になってくると思っている。

○白川 本別町は相当緻密に空き家情報を集めているが、空き物件はアパートよりも一軒家の方が多いか。

○本別町 一軒家が多いので、雫石町と同じだと思う。空き家情報の集計も進み、300軒の空き家のうち2割ぐらいが使えるような住宅。地方部だと家屋や土地は資産のようで資産でないというところ

るもあり、所持することによって逆にお金がかかってしまう。無償を含め、使用してもいいと言ってくれる家主が結構いる。今後、四次調査で利活用の判断基準もつくる予定で、使える物件、使えない物件もきちんと整理していく必要がある。そこで初めてストック数が見えてくる。

○雫石町 平屋の一戸建て3軒を活用している。町での空き家についての調査は実施済み。資料もあるが、使用可否については調査していない。活用している物件のうち、2軒は不動産業から、1軒は民生委員から情報を得た。

○白川 豊後大野市の場合は、2軒ともロコミだったのか。

○豊後大野市 活用している物件は、法人の委員から情報を得た。周辺には不動産業者はない。

○うきは市 今回1軒借りたところと、賃貸契約を結ばないといけない。国土交通省で賃貸住宅標準契約書のひな形をとったら、「転貸しないこと」という文があったため、転貸はしてはいけないと思っていた。

○豊後大野市 これはただの住まいだけではなく、生活支援もプラスしているということに特徴がある。

○雫石町 転貸にはならないと思う。法人が借りて、家賃を入居者何人かで分割したものを法人がまとめて支払う。障がい系のグループホームは全てこのタイプ。

○白川 福祉の世界だと転貸ではなく、法人が経営する形で、賃貸契約ではなく利用契約となっている。

○本別町 家主と利用者は面会するのか。

○豊後大野市 面会する。しかし、直接契約するのは当法人である。ただ、こういう人が住んでいるというのは、家主も承知の上。

○白川 大体、家賃は相場より少し低いぐらいか。相場といっても、そもそも賃貸市場がないから相場がわからないかもしれないが。

○うきは市 今回、家具や冷蔵庫が全部ついた物件を貸してくれるという話だった。高いのか安いのかよくわからないのが、妥当だろうという額で話をした。

○白川 市場家賃が余りはっきりしないと、何となくこれぐらいでとなる。恐らく、家主からすると固定資産税が払えて少し余る位になればと思っているかもしれない。

○うきは市 家主と実際に会い話した中で、維持にはやはり税金の支払いがあると。なので、幾らでもいいと言われたが、余り安い金額もどうかと思い金額を設定した。

○白川 雫石町は、家賃はどうやって決めたのか。

○雫石町 家主になるべく安くしてほしいと依頼して、直接相談した。

○うきは市 家賃については、今後不動産業者と接触していく中で、大体の相場などがわかってくると思う。どうしても、住める範囲での住宅の提供という話になってくるため、その中で、もっと低額に抑えるのかどうかなど、皆さんのアドバイスを受けながら判断したい。

○雫石町 新しい住宅でない限りは、家主もなるべく貸したいため、多少の値下げは出来るようだ。

○本別町 低所得高齢者が果たして3万円や4万円の家賃を支払えるのか。生活していく上では、難しいと思い、2万円や1万円ぐらいの物件を調べているが、使用できそうな物件は本当に少ない。あとは、町で寄贈を受け、改修して活用するといった施策をするのかどうか。そういう方向、選択肢しか残っていないのではと感じている。

○雫石町 2万円台ぐらいの家賃物件は、風呂なしや共同トイレ等で、高齢者が暮らすには難しいものばかり。雫石町では、3万2,000～3万3,000円ぐらいの物件だが、それでも年金だけでは生活できず、3世帯のうち2世帯は生活保護を受給している。そうすると、家賃が3万5,000円ぐらいまで出るので十分生活できる。「生活保護＝この事業」とはしたくないが、家賃の支払いを考えるとやむを得ない。

○うきは市 生活保護受給者はいいが、高齢者の中には自分のプライドで生活保護は絶対に受けないという人が結構いる。そういう人たちの家賃設定は、100円でも高いと感じたら高い。そこも踏まえて家賃を考えるべきかと思う。

○本別町 退去理由の中にあつたが、滞納や金銭管理の問題は、必ずついてくると思う。そのような根本の問題にメスを入れた生活支援体制ができないと、転々とせざるを得ない。住み替えたとしても、継続的に誰かが見ていくような仕掛けがないと難しい。

○白川 生活困窮者支援法の中にある、家計相談支援事業は任意事業だが実施しているか。

○うきは市 うきは市では実施している。ただ、相談には来るが契約に行き着かない。完全に破綻しているような状況に近く、相談してもどうしようもない状況に陥っていることが多い。生活保護に頼るようになったり、いわゆる家計相談では自分で計画どおりできず、そのまま通帳を預かったりということになる。

○白川 特に、地方都市でこのモデル事業を展開しようとした時、地域の人たちとの関係が非常に重要だと思うが、何か苦労していることはあるか。

○雫石町 小さな町なので、遠くに離れて暮らす人も皆、町なか買い物に来る。今回、住み替えた人も少し遠いところから町なかに住み替えたが、既に皆知り合いで、昔からの付き合いもあり助かっている。

○うきは市 地元の人なら大体受け入れができる。他のところから来た人でも、地区の決まり事に参加すれば受け入れられる。また、例えば80歳以上なら、決まり事でもこれは免除といったことを地区で決めているため、条件の中でできることに参加していけば受け入れられるようだ。市内に住んでいれば、そのような地域特性があることを皆が知っており、そこまで抵抗はないと思う。

○白川 豊後大野市では、長く住むのか一時的な通過施設としての利用かは、実際に入居してからの結果論的なところもある。

○豊後大野市 くすのきハウス2に長く住む仲のいい2人を見ると、この2人は家族同然で離れないが、一方は認知症がひどくなってきて、このままこの家で2人で暮らしつづけることは難しい。友達同士、隣同士で暮らしたいが、一方が施設に入ると自分だけ取り残されたといったケースは多い。そこで、今回そのようなケースでも対応できるような展開を検討している。本人たちはどうしても介護も必要になってくるが、この強いきずなで結ばれた2人の関係を壊さないために、今やっている仕事や場所を変えてでも継続しないと、環境や仕事、人間関係がADLで左右されるようなことでは、今やっているモデル事業の意味がない。生涯サポートというか、高齢者でも互助の関係を築いていく発想が大事だと思う。

○うきは市 実際にうきは市内でも、市営住宅に母子2人が住んでいる。息子は障害があり、母は介護が必要になって、この家では住めなくなったため、サービス付き高齢者向け住宅に住み替えた事例がある。息子はまだ若かったが母の世話をすることを含め、無理を言ってその施設と一緒に入

居できた。今、豊後大野市の話聞きながら、同じ場所は無理でも隣同士で、安心感を持って暮らせるということも必要だと思った。

○白川 このモデル事業は来年度まで。その後の道筋のつけ方についての話が出てくる。この前、豊後大野市で話したことは、今やっていることは、既存のサービスのどこにも当てはまらない。長い目で見たときに、それが社会福祉事業なのか、今なら公益事業などという話になるのか。その部分の整理の仕方を考えていかないと、経営側からすると説明が難しい。介護保険法や老人福祉法というより、社会福祉法などの話になってしまうかもしれないが。

○豊後大野市 モデル事業が終わる3年後にも何らかの形で事業として残したいが、市の担当者がかかわると方針が変わることもある。そこで、法人が独自でやれるように、この事業が開始するとき、市が1日1,900円の料金を設定した。1,900円のうち、1日500円の家賃相当で、残りの1,400円分が食費を含めた生活支援。その500円分を、社福が家賃証明と書いて書面を出し、本人に振り込んでもらっている。

○白川 この事業そのものを制度的にどう表現するかという問題かもしれないが、モデル事業期間が終わる（約1年後）までに、何らかの実施要綱等で整理し、法人でもこういう根拠を持つ事業と理事会等で説明し、きちんと運営しているということが言えるようにすることが求められるのではないか。

○豊後大野市 無料低額宿泊所との関係では整理できないか。

○白川 無料低額宿泊所の実態も詳しく聞いてみると、一時的に預かることもあれば、結果的にずっと住んでいるということもあるようだ。

○豊後大野市 その通り。期限を設定しても、その先を社会福祉法が社会貢献とすれば、無料低額宿泊所でもずっと住み続けられるという話も聞く。

○里村（厚生労働省） 無料低額宿泊所に位置づけてしまうと、単に箱物を借り受けて既存事業に使っているだけになってしまい、何となくモデル事業ではなくなってくる印象がある。

○白川 今は「モデル事業」という1つのパッケージがあるからいいが、数年後、今ある法律や制度を前提にするとどうなるか。枠組みは枠組みとして残っているが、1つ1つのパーツについて法的な根拠を整理する必要がある。例えば、これは有料老人ホームで、これは無料低額宿泊所、これは何々相談事業でというように根拠を明確化していかないと、モデル事業が終わった後に説明が難しくなってしまう。

○栗石町 モデル事業そのものがどういう形で残るかにより、やり方が変わってくる。自治体の事業としてやるのであれば、自治体が考えればいい。厚労省が単独事業でやるのなら、それなりのやり方もあると思う。モデル事業開始から3年後、次にどうなるかという時に、真剣に考えないといけないかもしれない。

○白川 その通りで、国の要綱ではなく、例えば実施市町村で内容をそろえ、事業実施要領をつくり、国のモデル事業を引き継いだ自治体の独自事業として標準化されたもの、という説明をしてもらうやり方はあるかもしれない。

④意見交換会 全体のまとめ

一般財団法人高齢者住宅財団 理事長 高橋紘士

居住支援協議会については、国交省住宅局の安心居住推進課が都道府県だけではなく、できるだけ市区町村といった基礎自治体に立ち上げてほしいという方針を出している。リフォームについては、国交省住宅局の補助制度が、居住支援協議会が都道府県や市町村に設置されていれば対象になるので、活用していただきたい。

また、地域の現場の様々な悩みがある時、自治体等の担当責任者にどう理解してもらうかが重要である。もっとも自治体は人事異動があるので、しっかり連携をとって、人事異動があっても申し送りをしてくれる関係を構築する必要があるだろう。一方で、社会福祉協議会が大きな役割を果たす可能性がある。中には大牟田市のように居住支援協議会の事務局を担当しているところもでてきているが、まだ、居住支援について福岡市社協のように積極的にとりくんでいるところは、例外かもしれない。しかし、今後社協へのアプローチも重要で、是非、福岡市社協の事例などを紹介していただき、社協の取り組みを促していただきたい。

有名な地域包括ケアの鉢植え図の中で、一番下に、本人の地域で住みたいという願いがある。その上に住まいがあり、さらにその上に生活支援と福祉サービスがある。介護や医療などの制度によるサービスは、その上で初めて緑色の葉っぱになる。住まいと生活支援がなければ、制度も枯れてしまう。そう考えると、この事業の実績を踏まえて、このモデル事業をどう持続させて、一般的な取り組みにしていくかという課題がある。

地域支援事業を使えるようにするのは、相当に現実的な選択肢といえる。その理由は、検証すべきテーマではあるが、地域居住を継続することは、病院や施設の介護サービス利用を遅らせる可能性がある。また、居宅サービスにより、地域の中で介護の社会保障費が回っていく効果がある。施設や、特に医療法人の施設に入ると、法人が全部を抱え込んでしまうが、地域に住めば食材を買ったり地域のお店を使うため、年金も地域で回る。勿論このような事業を必要としているのは、高齢者に限られない。障害者、子育て世帯、シングルファミリー、また、生活困窮者自立支援法の対象になる方々も含めて、対象を広げる必要もある。このモデル事業でも、高齢者等という言い方をしているのはそのような趣旨であるが、今後地域包括ケアの包括化のなかで、居住支援と生活支援をセットで行う必要や、保証人やあるいは死後の管理まで含めた事業内容の拡大も課題となるだろう。やはり地域に住んでもらい、元気になってもらう。豊後大野市の事例で、旅行に行きたいから軽就労に積極的に参加するという話があったが、今や施設は利用者を囲い込み、措置費や介護給付費をとるだけのものではない。地域の中で利用者に元気になってもらうような貢献ができる。

社会福祉法人とさまざまな関連団体で、地域で展開しているこの事業は、社会福祉法の改正で予定されている地域公益事業の重要な柱になるべき事業である。

いわゆる、“無届け介護ハウス”の問題も、低所得ひとり暮らしの高齢者を狙ったビジネスだが、行政職員は現実的に地域で起こっている問題に対処する必要があるのに、従来の制度を優先して、なかなか現場の問題の解決をはかるという体質になっていない。

このモデル事業では、行政や地域の方々と連携し、プラットフォームをつくりながら本当の課題は何かを共有し合える。行政とそれぞれの実施主体でパートナーを組む共同作業である。それは、

単なるモデル事業から、本当に根づいた継続的な事業をしていく上で、随分大きな意味を持つであろう。

低所得高齢者等住まい・生活支援モデル事業は、地域善隣事業というニックネームをつけて全国展開を図りたいと考える。地域創生事業が始まっているが、手づくりの内発的な地域の実情に応じた地域善隣事業こそ、地域創生の大きな柱に居続けるべき事業と考えている。

3. 詳細分析

(1) 公営住宅での地域善隣事業の可能性と課題(横浜市)

東京大学大学院人文社会系研究科・文学部 准教授 祐成保志

① はじめに

横浜市泉区の市営上飯田住宅（以下「上飯田団地」）は、2014年度、厚生労働省「低所得高齢者等住まい・生活支援事業」のモデル地区の1つに選ばれた。横浜市健康福祉局を中心に、高齢者の居住継続に関わる課題の把握と、関係機関・団体等の連携を図る「孤立し困難を抱える高齢等訪問・相談モデル事業」が実施されている。2015年度、東京大学文学部社会学研究室では、同団地において社会調査実習を行った。本稿は、公営住宅での地域善隣事業の可能性と課題というテーマに絞った形で、その結果の一端を紹介したい。

公営住宅法（第1条）は、「国及び地方公共団体が協力して、健康で文化的な生活を営むに足る住宅を整備し、これを住宅に困窮する低額所得者に対して低廉な家賃で賃貸し、又は転貸することにより、国民生活の安定と社会福祉の増進に寄与することを目的とする」と謳っている。しかも「住宅困窮者」「低額所得者」や「低廉な家賃」の定義は時期によって異なる。近年では公営住宅の増設は抑制され、入居のための基準はより厳しくなり、より困窮の度合いの高い人しか入居できなくなっている。

住宅・土地統計調査によれば、公営住宅居住者の高齢化は他の住宅タイプよりも早く進んでおり、高齢単独世帯が2割をこえている（表1）。

表1 住宅所有形態別の高齢単独世帯率(%)

年	全普通世帯	持家	公的賃貸住宅		民間賃貸住宅		給与住宅
			公営	公団・公社	木造	非木造	
1998	5.5	6.0	10.7	5.9	7.6	2.1	0.5
2003	7.2	7.7		10.3	9.9	3.3	0.5
2008	8.3	8.8	19.4	13.3	10.8	4.4	0.8
2013	10.6	11.3	24.5	20.0	12.9	6.3	1.2

筆者は、地域善隣事業について以下のように理解している。

- I 地域における、より多くの資源を所有・利用しうる主体が
- II 地域で活動する諸団体が形成するプラットフォームに媒介されつつ
- III より少ない資源しか所有・利用できない住民のために
- IV みずからの余裕・遊休資源を持続的に投資することを通じて
- V 地域における生活の質、さらには住民にとっての地域の価値を向上させる取り組み

これらの要素は、以下のように具体化できるのではないだろうか。

- I 家主（資産保有層）
- II 行政、居住支援協議会の構成団体、不動産業者など

- Ⅲ 生活困窮者、低所得者
- Ⅳ 空き家、改修・生活支援・管理コスト
- Ⅴ 空き家の解消、生活困窮者の居住の安定化

この理解に照らし合わせるとき、公営住宅は地域善隣事業にとって有利ともいえるし、不利ともいえる。家主である自治体が主体となって住宅の改修や生活支援の提供をおこなうという点では、公営住宅は有利である。しかし、ほとんどの自治体は公営住宅への新たな投資に消極的である。また、公営住宅における住戸や共用部分の使用には厳しい制約が設けられている。そして、生活に困難をかかえる人が集住する公営住宅では、住民間の支え合いが成り立ちにくい。こうしたことを考えると、公営住宅は不利である。

上飯田団地は、高度成長期に開発された郊外型の公営住宅である。横浜市中心部から電車で約 20 分、最寄り駅からバスで 10 分ほどの場所にあり、南北に細長い敷地に 5 階建て階段室型の南向き住棟が 42 棟配置され、2K、2DK タイプを中心とする約 1,400 戸からなる。1965 年前後に入居が始まり、2005 年にはエレベーターの設置、間取りの変更、水回り設備の更新など、大規模改修が行われた。

同団地では 2010～2012 年度にも、泉区の自主企画事業として、「一人暮らし高齢者等地域見守りモデル事業」が進められた。同団地が「モデル事業」の実施地区に選ばれる第一の理由は、その年齢構成である（表 2）。若年層が少なく、入居者 1,891 名の約 3 分の 2（68.2%）が 60 歳以上となっている（なお、65 歳以上は 60.5%、75 歳以上は 31.8%）。60 歳以上の単身世帯は 784 世帯にのぼり、全世帯数(1,324)の半数をこえる。こうした人口データは、この地域に生活支援に対する大きなニーズが存在することを示唆している。

もう一つの理由は、自治会による主体的な取り組みの蓄積である。上飯田団地は住民自身が見守り活動や交流のためのサロンを運営し、孤立を防ぐ態勢を整えてきた歴史がある。このことは、この地域の住民がニーズへの一定の対応能力を有することを示唆している。

表 2 上飯田団地入居者の年齢構成
(2016 年 1 月現在)

年齢層	人数	%
0～9 歳	37	2.0
10～19 歳	59	3.1
20～29 歳	72	3.8
30～39 歳	80	4.2
40～49 歳	182	9.6
50～59 歳	174	9.2
60～69 歳	387	20.5
70～79 歳	601	31.8
80～89 歳	264	14.0
90 歳～	35	1.9
合計	1,891	100.0

出典：横浜市建築局市営住宅課提供資料

② 調査の概要

1) 住民活動調査

私たちは、横浜市内で最も高齢化が進んだ公営住宅とされる上飯田団地において、住民自身の手で地域生活を支える活動が展開されていることに注目した。そこで、活動の様子を見学させていただくとともに、担い手の方々への聞き取り調査を行った。

5月21日	団地地区連合自治会役員への趣旨説明
6月10日	ふれあいサロン
6月28日	ペタンク大会（前期）
7月8日	ふれあいサロン／連合自治会役員6名（聞き取り調査）
7月25日	さわやか脳トレーニング
7月27日	カワセミサークル
10月12日	連合自治会運動会
11月15日	ペタンク大会（後期）
11月22日	ふれあい団地まつり
12月15日	連合自治会長（聞き取り調査）

2) 住民意識調査

2,000人近い住民をかかえる大規模集合住宅には、さまざまな方が居住されている。できるかぎり多くの方々の暮らしの状況を把握したいと考え、60～84歳（2015年9月1日現在）のすべての方を対象とするアンケート調査（郵送形式）を実施した。また、アンケート調査とあわせて聞き取り調査への協力を依頼し、承諾された方に聞き取り調査を行った。

アンケート調査に際しては、住民基本台帳から1,198名を抽出し、10月中旬、転居先・宛名不明等の46名を除く1,152名にアンケート調査票を発送した（受け取り拒否は3件）。回収数は12月2日までに452通となった。対象者に到達したと考えられる1,149通を基準とすると、回収率は39.3%となる（表3）。

回収率は棟ごとに大きく異なる。最も高い棟では29通中19通（65.5%）だったが、最も低い棟では18通中3通（16.7%）だった（表省略）。上飯田団地の連合自治会は11自治会（単位自治会）から構成されており、連合に加入していない自治会が1つある。各単位自治会は基本的に複数の棟からなる。回収率を12の自治会ごとにみると、やはり52.0%から27.0%までの幅がある（表3参照。なお、A～Lの記号は回収率の順につけたもので、自治会の名称とは無関係）。こうした回収率の差は、自治会をふくむ地域活動・交流の活発さの表われなのかもしれない。

表3 上飯田団地の単位自治会ごとのアンケート回収率

単位自治会	到達数	回収数	回収率
A	25	13	52.0
B	85	41	48.2
C	118	54	45.8
D	133	60	45.1
E	103	46	44.7
F	120	51	42.5
G	85	35	41.2
H	108	36	33.3
I	132	43	32.6
J	99	32	32.3
K	102	31	30.4
L	37	10	27.0
全体	1,149	452	39.3

3) 機関調査

上飯田団地には複数の行政部局が関わっている。とくに高齢者・障害者福祉、住民活動支援、住宅管理の連携が重要であると考え、市役所のなかでそれぞれを担当する部署、そして地域ケアプラザ（社会福祉法人に委託）、および精神障害者生活支援センター（NPO法人に委託）にも聞き取り調査を行った。

7月8日	上飯田地域ケアプラザ（社会福祉法人公正会）職員
7月22日	泉区役所高齢・障害支援課・高齢者支援担当係長
12月14日	泉区役所高齢・障害支援課・障害者支援担当係長
12月21日	泉区役所地域振興課長・区政推進課地域力推進担当係長
12月22日	泉区生活支援センター（NPO 法人四季の会）施設長
1月26日	横浜市建築局住宅部市営住宅課管理係長・指導担当係長

③ 住民の多様性

1) 孤立状況の分類

今回のアンケート調査の回収率は約4割である。運動会など、連合自治会主催の大規模イベントには、回答者のうち3～5割の人が「いつも・たまに参加する」と回答している。それらのイベントでは、参加者は300名前後（団地住民の2割程度）だった。住民のなかでもとくに地域活動に積極的な人が、アンケートにも回答する傾向があるとみられる。

とはいえ、このアンケートの回答からも、団地住民の多様性を把握することは可能である。そのなかでも特に重要と思われるのは、孤立の状況である。今回の調査では、孤立の指標として対面的な接触と非対面的な連絡の両側面について、「別居家族・親族」「団地内の知人・友人」「団地外の知人・友人」との接触頻度をたずねた（問4）。そして、いずれの相手とも、接触および連絡が週1回未満の人を孤立状態にあると定義した。

ただし、この質問項目では、同居家族・親族との接触・連絡の頻度は分からない。そこで、同居人数（問24）をもとに独居／非独居（ほとんどが2人世帯）という区分を設けた。問4と問24の双方に回答した338名を、「独居・孤立」（56名、16.6%）「独居・非孤立」（152名、45%）「非独居・孤立」（32名、9.5%）「非独居・非孤立」（97名、29.0%）の4つのカテゴリーに分類した（表4）。

2) 性別・年齢・居住年数・交友関係

性別について、各カテゴリー別の男性の割合をみると、「非独居・孤立」（20名、62.5%）＞「独居・孤立」（34名、60.7%）＞「非独居・非孤立」（36名、37.1%）＞「独居・非孤立」（48名、32.0%）の順に高い（表省略）。この結果は、独居か非独居かにかかわらず、男性は女性に比べて孤立している人が多いことを示している。

表4 孤立状況カテゴリー別 年齢・居住年数・交友関係

		年齢	居住年数	話す人数 (団地内)	話す人数 (団地外)
独居・孤立	平均値	69.9	10.9	1.5	1.9
	N	56	56	54	51
独居・非孤立	平均値	72.7	17.6	5.4	5.1
	N	152	152	148	146
非独居・孤立	平均値	72.9	24.5	1.7	3.1
	N	32	32	29	31
非独居・非孤立	平均値	73.2	33.5	8.6	5.9
	N	97	95	97	95
合計	平均値	72.4	21.7	5.4	4.7
	N	337	335	328	323

平均年齢は、「独居・孤立」の人がやや低い他は、ほとんど変わらない。しかし、居住年数はカテゴリーごとに大きく異なる。「非独居・非孤立」は30年を超えているのに対し、「独居・孤立」は10年ほどである。交友関係についても、この二つのカテゴリーは対照的である。ここで注目すべきは、「非独居・孤立」の人である。団地内の交友関係は「独居・孤立」と同程度に乏しい状態にある。

3) 主観的幸福感・健康状態

次に、孤立状況ごとに主観的幸福感と健康状態の違いをまとめたのが表5である。主観的幸福感とは、「1とても不幸せ」から「5とても幸せ」までの点数の平均値であり、数字が大きいほど幸福感が高い。一方、健康状態は身体および精神の6つの側面からたずねたが、いずれも「1とても感じる」から「5感じない」までの点数の平均値であり、数字が大きいほど健康状態が良い。

あくまで相対的な傾向ではあるが、「非独居・非孤立」の人は幸福感が高く健康状態が良い。「独居・孤立」の人は、身体的な健康状態は必ずしも悪くはないが、幸福感が最も低く、憂うつ・孤独感が最も強い。また、「非独居・孤立」の人は身体的な健康状態が悪く、主観的幸福感が低く、精神的な健康状態も良くない。

表5 孤立状況カテゴリー別 主観的幸福感・健康状態

		主観的 幸福感	体調不良 (持病)	体調不良 (老化)	体調不良 (その他)	けが等 不調	憂うつ	孤独感
独居・孤立	平均値	3.22	2.93	2.85	3.32	3.80	3.28	3.33
	N	54	55	55	53	54	54	54
独居・非孤立	平均値	3.46	2.85	2.64	3.44	3.79	3.67	3.60
	N	147	150	151	149	146	150	150
非独居・孤立	平均値	3.35	2.61	2.50	2.93	3.48	3.52	3.43
	N	23	28	28	28	27	27	28
非独居・非孤立	平均値	3.77	3.03	2.79	3.48	3.81	3.74	4.10
	N	88	90	92	91	91	91	91
合計	平均値	3.50	2.89	2.71	3.39	3.77	3.61	3.68
	N	312	323	326	321	318	322	323

以上の簡単な集計から分かるのは、団地住民のなかの多様性である。団地は一見すると物理的条件や人口統計的な分布は均質化されているが、社会的条件の異なる世帯を含んでいる。とくに独居世帯で孤立状態の人（「独居・孤立」）の年齢が比較的 low、独居ではないが世帯外の社会関係が乏しい人（「非独居・孤立」）で健康状態が悪い点には注意が必要である。これらの状況は年齢や世帯人員といった外形的な指標では把握しにくい。

④ 自治会活動の担い手

1) 自治会役員経験の分類

団地を何度か訪れるうちに気づかされたのは、自治会活動の活発さである。運動会、ペタンク大会、団地まつりのように、会場設営、進行、撤収などに際してかなりの労力を伴う年中行事的・大

規模イベントが、役員を中心に、かなり組織的に運営されている。長年にわたる人間関係と知識の蓄積のもと、作業の分担と協力がおこなわれている。

自治会およびその周辺にはさまざまな団体・役職があるが、主要なメンバーが重なっている。例えば、団地の地区社協の会長は泉区スポーツ推進委員連絡協議会会長を兼ねており、連合自治会長は地区の民生委員のリーダーも兼ねている。70歳前後で居住年数が長い方が多い。各役職には年齢上限があるものの、上限をこえた継続が常態化している。

ここでは、アンケート調査から、自治会役員がどのような人たちから構成されているのかを定量的に概観してみたい。「上飯田団地内で行ったことのある役職」をたずねた問8のうち、「自治会長・副会長」と「連合自治会の役員」の回答を組み合わせると、「両方経験あり」は34名(7.5%)、「連合自治会の役員のみ経験あり」は44名(9.7%)、「(単位)自治会長・副会長のみ経験あり」は51名(11.3%)、「両方経験なし・無回答」は323名(71.5%)に分類できる。どちらか、または両方を経験した人は回答者の約3割を占めている。

2) 性別・年齢・居住年数・交友関係

性別については、男性の割合をみると、「単位のみ」(31名、63.3%) > 「両方あり」(15名、44.1%) > 「連合のみ」(16名、38.1%) > 「両方なし」(120名、37.7%)の順に高い(表省略)。平均年齢は、どのカテゴリーでも70代前半である。居住年数には大きな違いがある。「両方あり」が最も長く40.0年、「両方なし」が最も短く18.8年。交友関係を示す「よく話しをする相手の人数」は、「両方あり」が最も多く(15.1人、9.3人)、「両方なし」が最も少ない(3.4人、3.9人)(表6)。

表6 役職経験カテゴリー別 年齢・居住年数・交友関係

		年齢	居住年数	話す人数 (団地内)	話す人数 (団地外)
両方あり	平均値	73.4	40.0	15.1	9.3
	N	34	33	33	32
連合のみ	平均値	72.3	22.0	7.2	5.4
	N	43	43	38	39
単位のみ	平均値	73.5	28.5	6.0	3.9
	N	51	51	49	46
両方なし	平均値	73.0	18.8	3.4	3.9
	N	321	318	306	291
全体	平均値	73.0	21.8	4.9	4.5
	N	449	445	426	408

3) 子どもの数と居住地

子どもがいる人の割合は、「両方あり」(28名、84.8%) > 「単位のみ」(37名、80.4%) > 「連合のみ」(29名、72.5%) > 「両方なし」(200名、69.2%)の順に高い(表省略)。子どもがいる人について居住地(時間距離)と人数をたずねた問25について、カテゴリー別の平均値を算出したところ、それらの合計(「子ども総数」)には大きな差がないが、「連合のみ」と「両方あり」は、同居・団地内・30分未満の場所に住んでいる子どもの数(「同居・近居子ども数」)が比較的多い(表7)。

表7 役職経験カテゴリ別 子ども数(平均値)

		同居・ 団地内	30分未 満	30分～ 1時間	1時間 以上	子ども 総数	同居・近居 子ども数
両方あり	(N=28)	0.36	0.61	0.71	0.75	2.43	0.96
連合のみ	(N=28)	0.43	0.68	0.54	0.68	2.32	1.11
単位のみ	(N=37)	0.16	0.24	0.84	0.95	2.19	0.41
両方なし	(N=191)	0.35	0.41	0.49	1.01	2.25	0.75
全体	(N=284)	0.33	0.43	0.56	0.94	2.27	0.76

4) 50歳時点の職業・勤務先規模

50歳時点で常勤職についていた人の割合は、「単位のみ」では58.1%、「両方あり」も50.0%と半数を占めている(表8)。また、勤務先の規模をみると(表省略)、「両方あり」は他のカテゴリに比べて1000人以上が多い(24.1%)。一方、「連合のみ」は1～29人が多い(55.9%)。

表8 役職経験カテゴリ別 50歳時点の職業

		無職	専業 主婦	経営 役員	常勤	臨時 パート	自営	家業 手伝い	その他 不明	合計
両方あり	(人)	1	3	0	16	7	2	1	2	32
	(%)	3.1	9.4	0.0	50.0	21.9	9.3	3.1	6.3	100.0
連合のみ	(人)	2	2	1	7	18	7	0	2	39
	(%)	5.1	5.1	2.6	17.9	46.2	18.0	0.0	5.1	100.0
単位のみ	(人)	1	1	0	25	11	4	0	1	43
	(%)	2.3	2.3	0.0	58.1	25.6	9.3	0.0	2.3	100.0
両方なし	(人)	15	27	5	98	89	27	5	17	283
	(%)	5.3	9.5	1.8	34.6	31.4	9.5	1.8	6.1	100.0
全体	(人)	19	33	6	146	125	40	6	22	397
	(%)	4.8	8.3	1.5	36.8	31.5	10.1	1.5	5.5	100.0

連合自治会役員と単位自治会長・副会長の両方を経験してきた人々は、際だった特徴をもっている。居住年数が長く、団地内外に豊富な交友関係を持ち、同居・近居の子どもが比較的多く、大企業の常勤職についていた人も少なくない。彼(女)らを地域における一種の資産保有層とみなすことができる。なお、その多くが90年代の入居要件厳格化以前に入居していることは、その再生産が今後難しくなることを暗示する。

⑤ まとめ

上飯田団地の自治会役員は、活動を維持するとともに運営を改善し、一定の成果を上げてきたとの自負をもっている。今年もケアプラザでカフェ形式の居場所づくりが始まった。そして、自治会活動の存続の困難についても鋭い問題意識を有している。上飯田団地の自治会の高い問題対応能力については、行政担当者への聞き取りでも指摘された。

ただし、地域が抱える問題は複雑さを増している。アンケートでは、「決まりを守らない住民」に

困っている人が約6割に達する。聞き取り調査、そしてアンケートの自由記述欄での複数の記載からうかがえるのは、そこに単なるライフスタイルの違いとは異質の、精神障害に起因するトラブルが含まれていることである。自治会は、区役所や団地内に拠点を置く区精神障害者生活支援センターの協力も得ながら、こうしたトラブルに対応しようとしているものの、恒常的な連携にまでは至っていない。

公営住宅は、公式には自治体／指定管理者によって維持・管理される。ただし、「住まい」としての団地の生活環境の維持・管理には、さまざまな主体が関わっている。とくに、住民組織とその活動が重要な役割を担っている。公営住宅の地域善隣事業の中心的な課題は、こうした役割を正に評価するとともに、その持続可能性と対応能力を高めるため、制度を横断した支援を図ることではないだろうか。

(2) 住まいとケアの連携モデル構築と成果 (京都市)

京都府立大学大学院生命環境科学研究科 准教授 鈴木健二

① はじめに

地域善隣事業の考え方にに基づき、京都市では 2014 年 11 月から「京都市高齢者すまい・生活支援モデル事業（以下、京都市モデル事業と略）」が実施されている。住まいとケアが連携したモデルを構築しているという点では、モデル事業を実施している他自治体と同様だが、京都市では特に「高齢者施設を母体とした社会福祉法人が見守りの担い手である点」、「複数の社会福祉法人が連携して事業が面的に展開されている点」に、大きな特徴があると考えられる。京都市モデル事業の開始から約 1 年半が経過したが、本稿ではこれまでの進捗状況とその成果に加えて、今後の課題についても整理したい。

② 京都市モデル事業の概要

高齢者の地域居住を実現させる 2 本柱として、地域善隣事業では「住まいの確保」と「生活支援の提供」が挙げられているが、京都市モデル事業ではこれに倣う形で、「住まいとケアの連携モデル」が構築されている。「住まいの確保」は空き家となっている民間の賃貸住宅（主にアパートやマンション）を活用し、「生活支援の提供」は高齢者施設を母体とする社会福祉法人が定期的（原則として週に 1 回の電話連絡と訪問）な見守りや支援を行うこととなっており、これら 2 つを一体的に提供することが契約上でも定められている。したがって、見守りを必要としない住み替えについては不動産事業者を紹介しているものの、事業の対象とはしていない。その他の事業の概要は、表 1 の通りである。「見守り等の支援が必要」

「概ね 65 才以上の 1 人暮らし」「住替えを希望」の方を対象者としており、利用者負担は市民税非課税の方は無料、課税対象の方でも 1,500 円/月に留められている。

「生活支援の提供」を行っている社会福祉法人の概要は表 2 の通りである。2014 年度は 4 行政区で 6 つの社会福祉法人の体制であったが、2015 年度は参加法人も増え、5 行政区で 8 つの社会福祉法人の体制へと拡充された。古くから養護老人ホームや特別養護老人ホーム等の大規模施設を運営してきた実績を持つ社会福祉法人が多く参加しているが、各法人の拠点施設を中心に近隣の 3～8 学区が事業の実施地域に設定されており、2015 年度時点では京都市内 166 の小学校区の内、合計で 42

表 1 京都市モデル事業の概要

実施主体	京都市
プラットフォーム	京都市居住支援協議会
対象者	・原則として概ね 65 才以上の 1 人暮らしの方 ・見守り等の支援を必要とし、住替えを希望している方
社会福祉法人により提供されるサービス	・定期的な安否確認 ・保健・福祉などに関する相談 ・緊急時における親族などへの連絡その他の援助
利用者負担	市民税非課税の方：無料 市民税課税の方：1,500 円/月

表 2 事業を担当する社会福祉法人の概要

行政区	担当法人	対象学区数	主な運営施設
北区	A 法人	3 学区	特養、デイ、包括支援センター
北区	B 法人	3 学区	小規模特養、小規模多機能
右京区	C 法人	8 学区	養護、包括支援センター
右京区	D 法人	5 学区	養護、特養、デイ、包括支援センター
東山区	E 法人	7 学区	養護、特養、デイ、包括支援センター
南区	F 法人	4 学区	特養、デイ、軽費老人ホーム
南区	G 法人	7 学区	特養、ケアハウス
伏見区	H 法人	5 学区	養護、特養、デイ、包括支援センター

学区がカバーされている（ただし対象地域以外でも一部実施されている例がある）。

京都市の空き家数は、平成20年住宅・土地統計調査によると約11万戸（空き家率は14.1%）で（図1）、空き家の中でも「賃貸用住宅」が5.7万戸で最多だが、「普通・良質な空き家」が約3/4の4.3万戸を占めている。つまり空き家の中でも不良ではない、「普通・良質」なものもかなり存在しており、これを住宅ストックとして上手く活用していくことが期待されている。

こうした空き家を京都市モデル事業の中で取扱う不動産業者は、2014年度は全体で3社に限定され、1社会福祉法人につき不動産業者1社が担当する体制であった。しかし、単身高齢者の居住を受け入れる物件の提供が少ない状況が続いたことから、2015年度からは新たに不動産業者3社を公募で追加し、1社会福祉法人につき不動産業者2社が担当するという体制で事業が進められている。

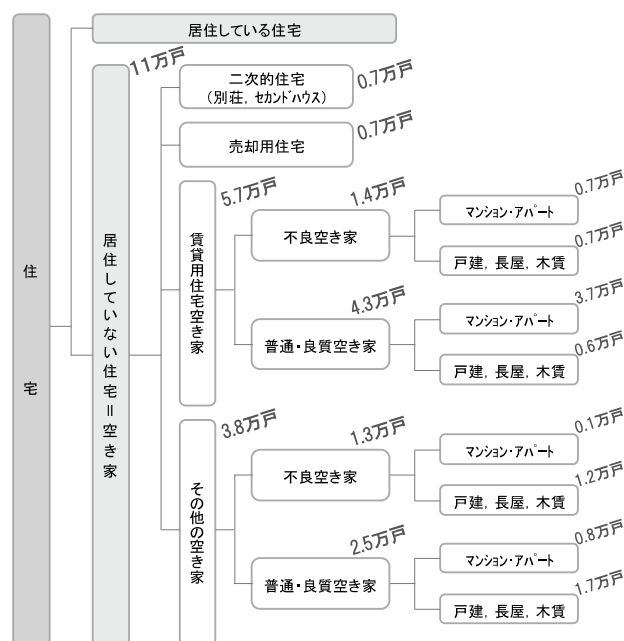


図1 京都市における空き家数の内訳
 （出典）京都市空き家対策検討委員会資料

③ 京都市モデル事業開始後の実績

モデル事業の開始から、2016年1月末までの事業の実績（市老協事務局把握分）を図2に示す（住み替えのみの事例は含まず）。2014年度は比較的数量多く電話相談・面談が行われたものの実際に契約に至った事例は無かったが、2015年度に入ってから徐々に増加し、2016年1月は成約件数が24件となっている。電話相談・面談の件数は時期によってかなりのバラツキがあるが、これは事業についての広報活動が少なからず影響しているかもしれない。特に事業開始前後の2014年10・11月に区民新聞やミニコミ誌などで京都市モデル事業についての紹介がなされたため、2014年11月～

2015年3月頃までは電話相談が30件を超えることもある等、相談件数は多かった。しかし、その後はあまり広報活動がなされなかったため、2015年4・5月頃は相談件数も10件前後と大幅に減少している。こうした状況に危機感を感じた各社会福祉法人が、それぞれの地

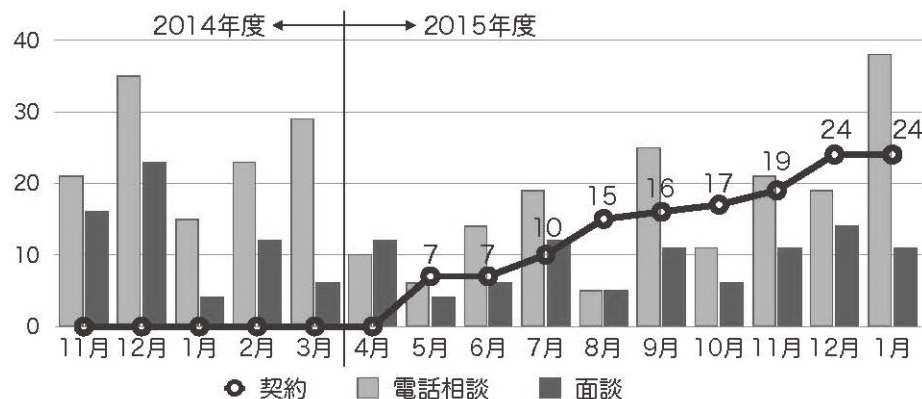


図2 京都市モデル事業開始後の実績

域で広報活動を行ったことで若干の改善が見られたが、区民新聞で再度広報がなされた 2016 年 1 月は件数が大幅に増加している。一般の方々に対する、定期的かつ継続的な広報活動が必要であることが良く示されている。

相談者全体の属性は図 3（上）の通りである。「本人」からの相談が全体の約半分を占めており、地域包括支援センター、ケアマネ、家族・知人が続く。同様に、実際に成約に至った事例の相談者を見たのが図 3（下）のグラフである。図 3（上）のグラフと比較すると、実際に成約に至った事例では、「本人」や「家族・知人」の占める割合が減少し、代わりに地域包括支援センター、ケアマネ、他施設・行政の占める割合が増加している。特に「本人」の割合が成約に至った事例で少なくなっている要因としては、「この事業はどんなものか?」「まだ必要は無いが

先々のために教えて欲しい」といった問合せもなされており、「本人」からの相談では緊急性・必要性がさほど高くないケースも数多く含まれていると考えられる。むしろ、地域包括支援センターやケアマネ経由で相談に至った事例の方が、専門職が介在している事で緊急性・必要性の高いケースが多くなりやすいのかもしれない。

次に、2016 年 1 月末時点で契約に至った 24 件の概要について整理する。まず利用者の年齢については（図 4）、60 代が 3 名、70 代が 9 名、80 代が 8 名、90 代が 3 名（1 名は不明）であり、70 代の方が最多であるが、80 代や 90 代の方でも利用者が比較的多く見られる。本モデル事業に参画している不動産事業者ですら、当初は今回のモデル事業の対象者を「せいぜい 70 代までで、80 代以上は無理では?」と想定していたように、単身の後期高齢者の方が通常部屋を借りるのは、一般的にはなかなか難しいと考えられるが、社会福祉法人が生活支援を行うことで、単身の後期高齢者の方でも住み替えに至っている事例が 14-15 件と、全体の約 6 割を占めていることが分かる。

要介護度については（図 5）、自立・未申請が 10 名、要支援が 8 名、要介護が 6 名（要介護度の最も高い方で要介護 3 が 2 名）であり、自立・未申請の方よりも、要支援・要介護の方が若干多い。要支援・要介護の方で介護保険サービスを利用している場合は、社会福祉法人の負担が大きくなると思われやすいが、ケアマネや介護職員などが関わることになるため、本人を取り巻く関係者の輪

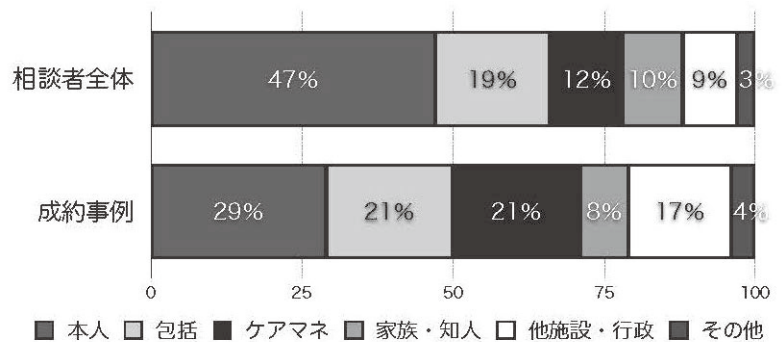


図3 相談者の属性: 全体と成約事例の比較

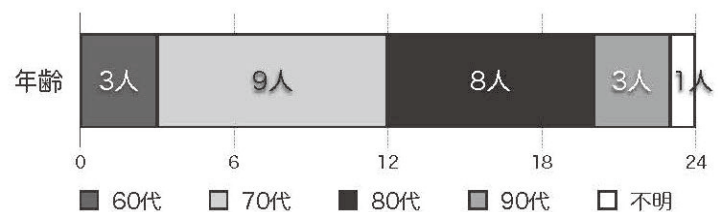


図4 モデル事業契約者の年齢

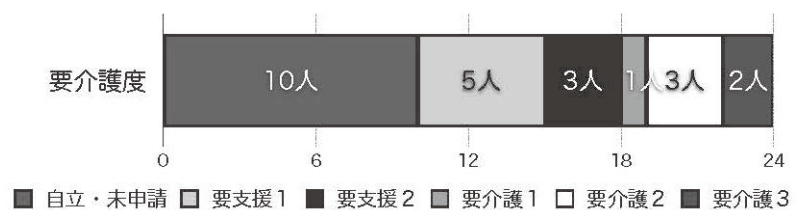


図5 モデル事業契約者の要介護度

が広がり、必ずしも社会福祉法人のみに負担が集中する状況とはなっていない。むしろ、自立・未申請や介護保険サービスを利用していない方の場合に、社会福祉法人の担当者だけが本人を取り巻く関係者になる事もあり、社会福祉法人にかかる負担が大きくなるケースも見られるようだ。

また、住み替えに至った理由については、細かく見ると本当に様々なものがあるが、大雑把に分類すると、生活環境に関連するものが15件（建物の老朽化、低層階への転居希望、立ち退きなど）と、家族関係に関連するものが6件（同居家族との折合い悪化、家族の引越しに伴う独居、家族の近くへの転居希望など）で、全体の約9割がこの2つに該当する。中でも前者に関しては、立退きや契約更新拒否、現住居無し、といった住み替えの緊急性・必要性の高い事例が15件中8件と約半分を占める。こうした住み替えの緊急性・必要性の高い事例では、「1ヶ月後・2ヶ月後までに」などと住み替えの期限が具体的に設定されているため、要望に多少そぐわない点があっても本人が妥協して住み替えに至っているケースもあると思われる。逆に、緊急性・必要性がさほど高くないケースでは、希望に合う物件が出てくるまで保留したり、要望にあった物件がなかなか出てこないで住み替え自体を諦めてしまったという例も一部見られる。「周辺の相場からみても高齢者の要望が高望みしている」という場合もあるようだが、空き家の物件を十分に提供できる状況までには至っておらず、今後は高齢者の要望にある程度見合った物件を、更に確保していくことが必要であろう。

少数ではあるがその他の理由として、家賃の安い住居への転居（生活保護・住宅扶助減額への対応含む）、養護老人ホーム入居者の地域移行等の事例が見られた。養護老人ホームからの地域移行の事例は、現時点では1事例に留まるが、養護老人ホームの運営法人が4法人参加しており、「前向きに検討したい」と考えている法人も見られることから、今後増えていく可能性も十分に考えられる。

④ モデル事業実施によって見えてきた成果と課題

最後に、京都市モデル事業の実施によって見えてきた成果と課題について整理したい。

まずは成果についてだが、ここでは3点を取り上げたい。

1点目は、24名の高齢者の住み替えを実現させたこと、それ自体である。住み替えをした方の属性や住み替え理由は様々であるが、柔軟な対応により大半の方が相談開始から1～2ヶ月程度で住み替えへと至っている。特に、通常であれば単身で部屋を借りるのは難しい状況だったと思われる、後期高齢者の方が全体の約6割を占めている。しかし、住まい

とケアの連携モデルが構築されたことで貸し手である家主側の不安も軽減され、こうした方々の「住まいの確保」へと繋がっている。そして「生活支援の提供」も併せてなされることによって、地域での居住が実際に可能となることを示している点は大きな成果であろう。

2点目は、住まいとケアの連携モデルを構築していく上で、2つの枠組みの有効性が示された点である。1つ目の枠組みは、「生活支援の提供」を行う社会福祉法人と、「住まいの確保」を行う不



図6 作業部会の様子

動産業者との連携体制である。従来は両者が顔を合わせる事は殆ど無く、当初は仕事の進め方や意識にも違いが見られた。しかし1年以上共にモデル事業を進めてきた事で、業務の進め方のルール化（高齢者との面談には社会福祉法人と不動産会社の担当者が共に立会う等）や定期的な会合の開催等、社会福祉法人と不動産業者の間の距離は縮まってきており、「住まいの確保」と「生活支援の提供」の担い手の連携体制が整えられつつある。そして2つ目の枠組みは、異なる法人間での横断的な連携体制である。京都市では各法人の担当者や行政担当者が一堂に会して（最近では不動産業者も参加）、進捗状況の報告・議論を行う「作業部会」が毎月実施されている（図6）。ほぼ全ての事例について報告を行うことで、各法人の取組み状況を関係者全員で共有する場でもあるが、重要な問題や今後の課題への対応策についても議論する場ともなっており、継続的な改善を進める枠組みとしても非常に重要な役割を果たしている。人口規模の比較的大きな都市で、複数の法人が連携をしながら面的に事業を展開する場合には、有効な枠組みになるとと思われる。

3点目は、各社会福祉法人のソーシャルワーク機能の向上や福祉資源の地域展開にも繋がりうる点である。実際に事業を始めてみると、対象者の生活を安定させるには住まいと生活支援の提供だけでは十分ではなく、住み替えの背景に複合化した多様な理由が存在している場合も少なくない。経済的な問題や虐待などの問題を抱えているケースや、医療・介護サービスと見守りとの調整が求められるケースなど、他の制度・サービスの活用や他機関との連携が必要となる事例が数多く見られる。こうした方々への対応を積み重ねていくことで、法人側にとってはソーシャルワーク機能の向上という成果が得られているのではないだろうか。またこのような対応を行っていくには従来以上に他機関や地域との連携・協力が不可欠となることから、施設内に留まりがちであった各法人の福祉資源を地域へと展開させていく大きな契機にもなっていると考えられる。

最後に、課題についても触れておきたい。まず1点目は、住み替え先となる「物件の更なる確保」である。事業の開始から約1年半が経過し、住み替えの実績は一定数見られつつあるが、住み替え先の物件が十分に確保されている訳では無く、高齢者の要望に沿った物件がどの地域でもすぐに提供できている訳ではない。「高齢者が希望する1階の空き物件がやや少ない」という状況も京都市内ではあるようだが、それと共に大きな問題はやはり「家主の理解不足」である。高齢者の入居を強く拒んでいる家主も少なくはなく、現状では数少ない「理解ある家主」に頼らざるをえない状況である。本事業の内容を丁寧に説明していく周知活動や継続的な広報活動の他、協力的な家主を表彰する制度の実施など、「理解ある家主」を増やしていくための取り組みが必要だと考えられる。

2点目は、「保証人無しの高齢者への対応」である。京都市のモデル事業でも、成約に至った24件の内、保証人ありの事例が16件、無しの事例が6件であり（不明2件）、保証人無しの事例は全体の約1/4に留まる。これまでは保証会社の利用や、理解ある家主の物件利用により何とか契約にこぎつけているが、これは契約時だけの問題に留まらず、特に高齢者が亡くなられた場合には居室内の残置物の処理や葬儀の対応など、労力的な負担に加えて金銭的な負担が発生する可能性もある。こうした時にどのように対応していくのかは明確には定まっておらず、現在でも少額短期保険の活用等が検討されているが、対処の仕方・仕組みを作り上げていく事が不可欠だと思われる。

3点目は、モデル事業終了後も本事業を継続的に進めていくための「持続可能な実施体制の構築」であろう。本モデル事業では住み替えをすることが見守り提供の条件となっているが、「住み替えは必要無いが見守りをしてほしい」という声は多く挙げられており、モデル事業期間終了後はこう

した要望への対応も検討されている。しかし、見守りを行う社会福祉法人側から見れば全ての要望に応えていくことは困難な面もあり、「どのような形で」「どの程度まで」対応が可能なのか、を考えていく必要があるだろう。特に、収支的な観点からみた「人員配置コストの再検討」と、提供圏域を最小限に留めるための「参加法人の拡大」が、2つの大きな課題ではないだろうか。

4. モデル事業の成果と可能性

東北大学公共政策大学院 教授 白川泰之

(1) 入居実績の着実な増加

「低所得高齢者等住まい・生活支援モデル事業」は、本年度で二年度目を迎えた。モデル自治体によって、取組の方法及び進捗状況に違いがあるが、本年度に入り徐々に入居実績をあげてきている。以下に主なモデル自治体の実績と現時点で考えられるモデル事業の意義を紹介する。

① 京都市

京都市では、不動産事業者との連携によって民間賃貸住宅（主にアパート、マンション）の空室を活用し、生活支援については社会福祉法人が実施する体制となっている。平成 26 年度からモデル事業をスタートさせたが、同年度中は電話相談、面談の実績は多数あったものの、成約件数は 0 件という結果であった。

二年度目に入り、徐々に成約件数が伸びていき、平成 28 年 1 月現在で、合計 24 件の住宅が確保されている。このうち、一般的には民間賃貸住宅への入居が困難と考えられる 80 代（8 名）、90 代（3 名）の入居が実現している点は、「住まい」と「生活支援」をワンセットで提供する本モデル事業の意義を顕著に表している。

② 福岡市

福岡市では、不動産事業者との連携によって民間賃貸住宅の空室を活用し、福岡市社会福祉協議会が中核となって多様な支援団体から家賃保証、生活支援、死後事務委任などの幅広い支援が提供される体制となっている。平成 26 年度からモデル事業をスタートさせ、同年度中、早くも 12 件の成約という成果を出していたが、その後、急激に実績を伸ばしていき、平成 28 年 2 月現在で 72 件の成約に至っている。月ごとにばらつきはあるものの、これまでコンスタントに成約実績をあげている。

福岡市の長所は、上記のとおり、幅広い支援が可能である点にある。福岡市社会福祉協議会自身が実施する事業のほか、民間事業者や法律等の専門家、寺院・霊園も含めたトータルなサポート体制が構築されている。これが大きく実績を伸ばした一因と考えられる。京都市同様、都市部において民間賃貸市場から住まいを調達する場合に、「生活支援」とのワンセットが効果的であることが明らかになった。

③ 豊後大野市

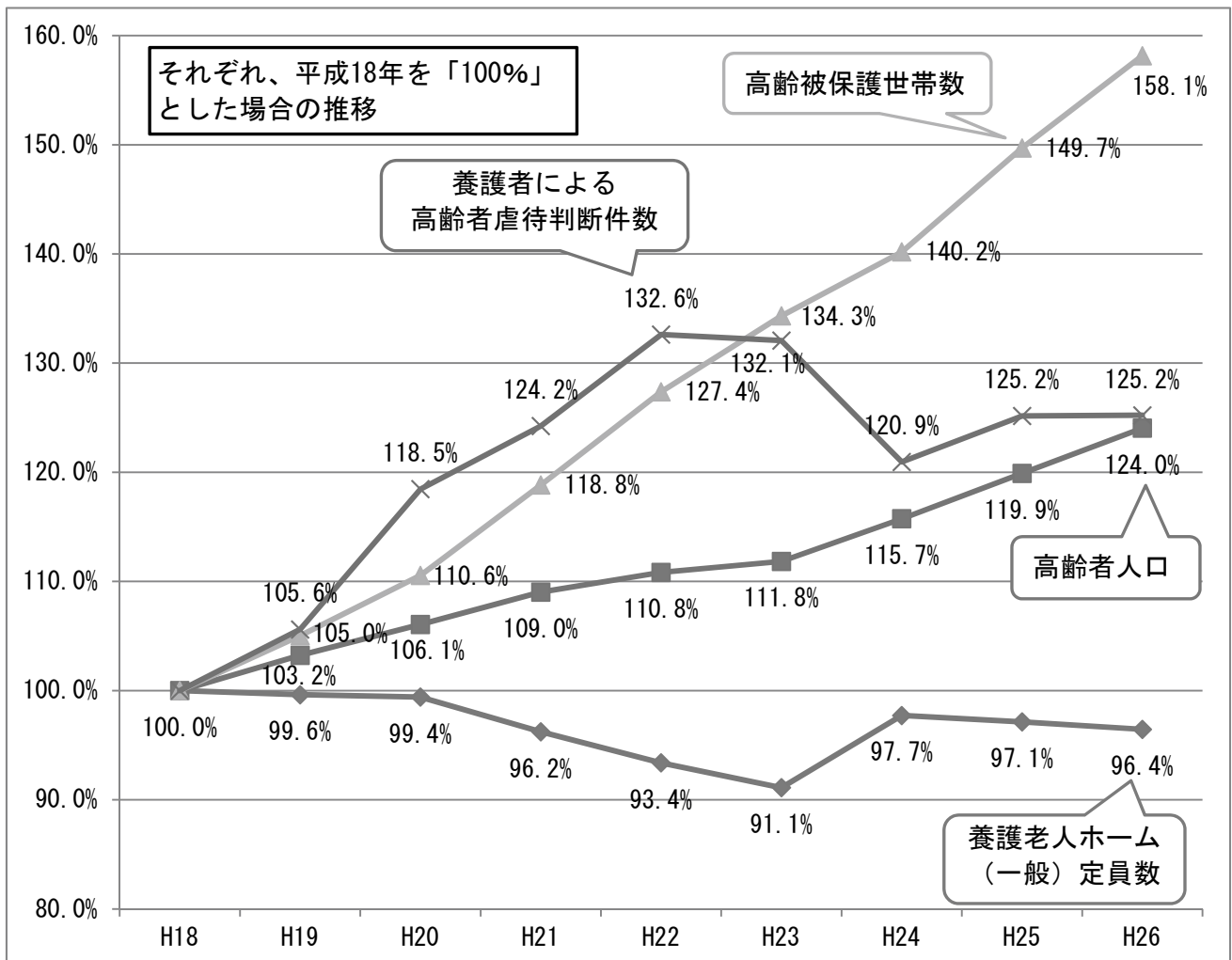
豊後大野市では、民間賃貸住宅がほとんどなく、空き家となった一軒家 2 軒と養護老人ホームの空床を活用し、当該養護老人ホームが生活支援を実施する体制となっている。特徴的なのは、長期的な住まいだけでなく、短期的・中期的なニーズにも対応している点にある。

3 件の実績をトータルで見ると、平成 28 年 2 月現在で、延べ 3,461 人日の利用実績があがっている。この中には、上記のとおり、長期的に居住している者もあれば、短期・中期的に利用する期間内に生活面での課題解決等により、転居に至った者もある。

利用者には、本来的には養護老人ホームへの措置入所が適当と考えられる者もある。その意味で、養護老人ホームに相当する事業を地域の空き家を活用して実施し、かつ、条件を整えば地域移行も可能にするという新たな養護老人ホームの在り方を示唆する。

(2)事業コストの視点

本モデル事業で入居に至った事例について、新たな住まいを必要とした理由は様々であるが、経済的破綻や家族問題（虐待等）といった養護老人ホームの入所対象となりうるケースが少なからず存在する。高齢者の増加、生活保護を受給している高齢世帯の増加や養護者による高齢者虐待判断件数（施設入所者を除く）の動向を踏まえると、実際に養護を必要とする高齢者は増加傾向にあると考えられるが、その一方で、養護老人ホームの定員は減少の傾向にある（図1）。



〔出典〕厚生労働省各年度「社会福祉施設等調査」、「福祉行政報告例」、「被保護者調査」、高齢者虐待の防止、高齢者の養護者に対する支援等に関する法律に基づく対応状況等に関する調査結果」より作成。

図1 高齢者人口、高齢被保護世帯、養護老人ホーム定員数、高齢者虐待件数の推移

以上のことから、本モデル事業は、潜在的に存在するであろう養護老人ホームの入所ニーズについて一定程度代替・補完していると評価することができる。こうした「潜在的」ニーズは、やがて、野宿生活者という形で「顕在化」したり、あるいは、いわゆる悪質な「貧困ビジネス」へと流れたりという問題を引き起し、別の形で行政や地域住民が「コスト」を負担することになる可能性も軽視できない。

ここで、豊後大野市を例にとって、仮に、養護老人ホームへの入所措置を行った場合、どの程度の措置費がかかるかを粗く試算してみる。

① 措置費

【前提】

- 月間平均利用者数
3,461人(延べ人日) / 19月(平成26年10月～平成28年2月) / 30日 ≒ 6人
- 試算は、「老人福祉法第11条の規定による措置事務の実施に係る指針について」(平成18年1月24日・老発第0124001号)による。
- 加算については、一般的に適用されるものに限り算定する。
- パターンAとパターンBの違いは、以下のとおり。
「パターンA」: 新規に養護老人ホームを建設する。措置費の単価は、最小規模の定員20人の区分を使用する。
「パターンB」: 支援を実施している養護老人ホーム(常楽荘)を増築することとし、その現定員が70人であることから、上記6人を加え定員76とした場合の単価を使用する。

【試算】

内訳	金額	備考
一般事務費	(パターンA) 199,800円×6人×12月 =14,385,600円	
	(パターンB) 96,400円×6人×12月 =6,940,800円	
一般生活費 (パターンA・B共通)	50,210円×6人×12月 =3,615,120円	乙地の金額適用
期末加算 (パターンA・B共通)	4,510円×6人=27,060円	毎年12月1日現在の被措置者への加算 乙地の金額適用
被服費加算 (パターンA・B共通)	1,000円×6人=6,000円	毎年4月1日現在の被措置者への加算 乙地の金額適用
地区別冬季加算 (パターンA・B共通)	1,880円×6人×5月 =56,400円	11月から3月に加算。VI区を適用
年額合計	パターンA	18,090,180円
	パターンB	10,645,380円

② 建設費

【前提】

- 養護老人ホームの建設費の平米単価に係る統計が見当たらないため、特別養護老人ホームの定員1人当たりの建設費で試算する。
- なお、養護老人ホーム、特別養護老人ホームでは設備に違いはあるが、1人当たりの居室面積は、

ともに、10.65 m²である。

- データは、独立行政法人福祉医療機構の「平成26年度福祉施設の建設費について」による⁽¹⁾。
- パターンA・Bの区分は、(i)措置費と同様である。

【試算】

<パターンA>

$$12,009 \text{ 千円 (定員 1 人あたり単価)} \times 20 \text{ 人 (最低定員)} = 240,180 \text{ 千円}$$

<パターンB>

$$12,009 \text{ 千円 (定員 1 人あたり単価)} \times 6 \text{ 人 (定員増分)} = 72,054 \text{ 千円}$$

③ 総額

以上のとおり、養護老人ホームへ入所措置を行った場合の年間の措置費は、パターンAで約1,800万円、パターンBで約1,000万円を必要とすることが分かる。

建設費については、どの程度公費からの補助が行われるかは県の判断となるが、総額ではパターンAで約2億4,000万円、パターンBで約7,200万円を必要とすることが分かる。

一方で、豊後大野市に対するモデル事業の事業費（交付決定額）は、平成26年度が5,334,000円、平成27年度が5,299,000円となっており、措置費だけと比べてみても、1/2から1/3の規模となっており、養護老人ホームへの入所措置との比較で、極めて費用対効果が高いといえる。今後、一層の高齢化の進展に伴い、経済的・社会的要因により養護を必要とする高齢者やその他の要因により地域居住が困難な者も増加していくことが懸念される。財政面にも配慮しながらこうした事態に対応するためには、今後のモデル事業の定着は有力な選択肢になると考える。

(3)事業内容における発展

このモデル事業のベースとなった「地域善隣事業」においては、それぞれの地域において多様な取組を進めることが前提となっていたが、モデル事業においても、まさに既存の事業に収まらない新しい事業が開花しつつある。現時点において、本モデル事業の事業内容として特に注目し得る点として挙げられるのは、主に以下の三点にあると評価している。

① 多様なニーズへの対応

モデル事業のこれまでの入居・支援実績を見たときに、対象者がモデル事業を利用することになった理由、心身の状態や社会的要因といった利用者像は多岐にわたる。

利用することになった理由としては、1つには、虐待、介護放棄などの家族関係の破綻、低年金かつ公租公課の滞納などの経済的破綻がある。これらは、本来的には養護老人ホームの入所対象者になりうる理由と言える。このほか、病院からの退院や借家からの退去といったその後の生活の目途を立てる必要があるケース、低層階への転居といった住み替えニーズ、年末年始の孤独感の解消などの理由が挙げられる。

また、利用者像についても、比較的健康的な者もいれば、要支援・要介護者、持病や依存症のある者、

¹ <http://hp.wam.go.jp/Portals/0/docs/gyoumu/keiei/pdf/2015/research%20team/151019kensetsu.pdf>

65 歳未満の者など、現行の対象者別の制度で対応しようとするれば、1つの事業には収まらない多様性がある。

このように、「1つの事業」でありながら、様々な事由・対象者への支援について出番がある事業へと発展を遂げつつある（図2）。

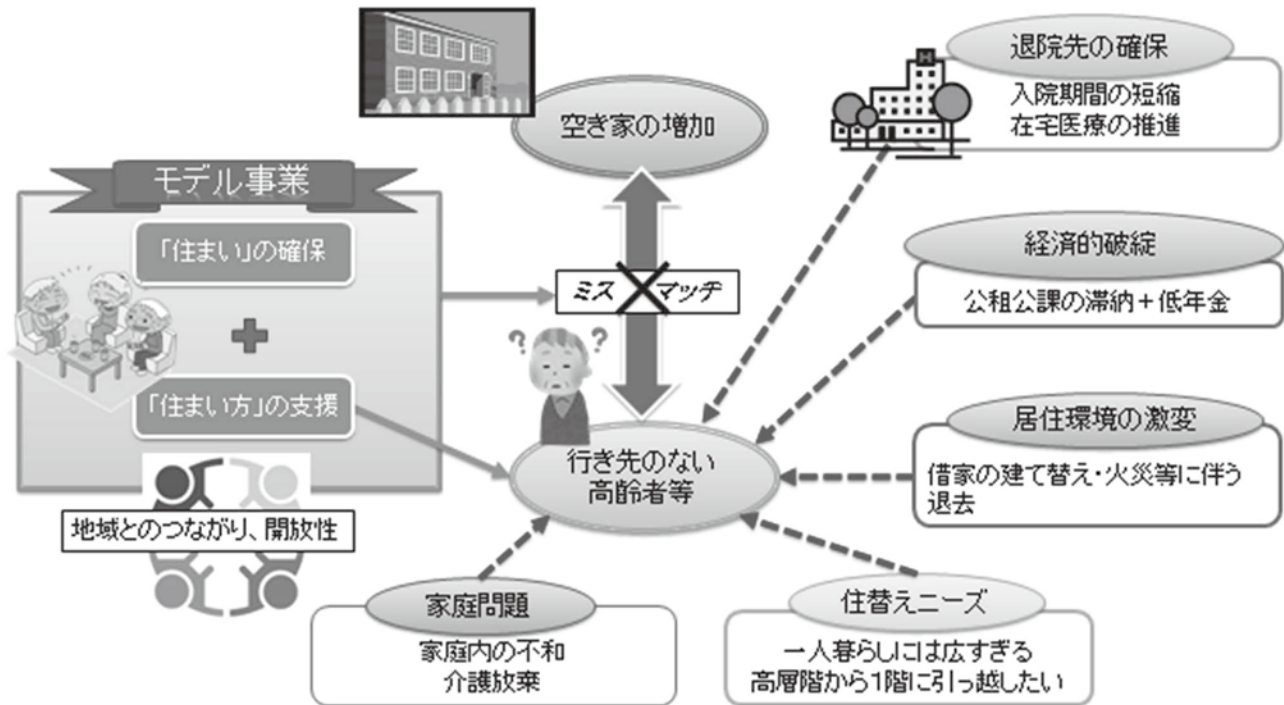


図2 モデル事業の「出番」

② 柔軟な事業運営

上記①とワンセットの話になるが、多様なニーズへの対応を進める中で、柔軟な事業運営が展開されてきている。特にこれが顕著に現れているのが、豊後大野市の取組である。年末年始の孤独感の解消に対応する場合には数日間の利用に止まるが、退院患者の受け入れと転居先の確保、家族問題への対応とその後の住宅と暮らしの確保など、課題解決や関係者・関係機関との連絡調整を要するケースについては、週や月単位に及ぶ利用となってくる。さらに、住まいを失い継続的な居住を確保する必要があるケースについては、長期間の利用になってくる。

以上のように、数日間や週単位の「ショートステイ」、月単位に及ぶ「ミドルステイ」、さらには長期的な居住に対応する「住居」というように、「住宅」という器は同じでも、事業として見れば複数のメニューを提供していることになる。これは、現行制度のように事業・施設類型ごとに対象者を設定する方式ではなく、対象者の居住ニーズや課題ごとに支援が行われた結果である。つまり、「先に事業・施設類型ありき」ではなく、「先に対象者のニーズありき」になっているのである。これは、対象者ごとに事業・施設類型を設定し、その枠にはまる対象者のみに支援を行う硬直的な手法よりも、はるかに効果的・効率的という捉え方もできる。

③ 自立の「意識」と「行動」

「施設然」とした入所型の施設や世話付き住宅の場合、入所（入居）者は「お客様」として受け身の立場に置かれる。一方で、モデル事業の場合、一般的な住宅の「住人」となり、その住まいで自らができるだけ自分の生活をデザインする「主^{あるじ}」となる。

これは、地域善隣事業の構想段階から提示してきた重要な要素の1つであるが、モデル事業でもこうした入居者の自立に向けた意識と行動が発揮されてきている。事業による自立の効果を数値化したエビデンスとして明示することは困難であるが、「引っ越して前より元気になった」という声は、モデル事業で実際に支援に当たっている職員から多く聞かれた。

この場合の「自立」を大別すると、1つは日常生活面での自立である。これには、「家」という空間がもたらす心理的な影響もうかがわれる。すなわち、「家」は、あらかじめ誰かしらの手厚い支援がワンセットになっている施設等とは異なり、まずは自分で生きていく空間なのである。

もう1つの「自立」は、社会生活面の自立である。これは、地域における「自分の役割」又は「自分の居場所」と換言できる。支援実施団体が一定の仕掛けを用意することも必要になるが、それが支援実施団体が予め用意された定型的なプログラムに半ば義務的に参加するようなものとは異なる点が、モデル事業の特長と言える。むしろ、入居者が生活の安定により自分がやりたいことに目を向け、できることに取り組むことができるように誘導するという、本人の意識と行動を「引き出す支援」になっている。

(4)今後の可能性

モデル事業の実施期間は来年度で三年度目を迎えることから、モデル事業期間終了後の事業の在り方についても一定の方向性を見出していくべき時期を迎えつつある。そこで、ここでは「ポスト・モデル事業」の在り方について、いくつかの方向性を提示してみたい。

① 介護保険制度との関係

1) 介護予防・日常生活支援事業とのリンク

モデル事業において、支援実施団体が担う具体的な支援の中には、声かけや日常生活におけるちょっとした手助け、地域における交流といった必ずしも専門性を必要としないものもある。これらについては、平成26年の改正介護保険法に基づく「介護予防・日常生活支援総合事業」（以下「総合事業」という。）との親和性が高いと言える。モデル事業が地域とのつながりの中で展開していくものである以上、入居者の関係性は、支援実施団体の職員との間だけに閉じるのではなく、地域の活動に従事する者、すなわち「隣人」にも開かれた多様性が求められる。このような「地域居住」の視点から、「ポスト・モデル事業」と住民主体の訪問型サービス、通所型サービスをリンクさせて実施していくことが考えられる。

2) LSA 事業とのリンク

介護保険法の地域支援事業のうち、任意事業として「高齢者の安心な住まいの確保に資する事業」が位置付けられている。この事業は、「市町村が運営する高齢者世話付住宅（シルバーハウジング）や、サービス付き高齢者向け住宅、多くの高齢者が居住する集合住宅等を対象に、日常生活上の生活相談・指導、安否確認、緊急時の対応や一時的な家事援助等を行う生活援助員を派遣し、関係機関・関係団体

等による支援体制を構築する等、地域の実情に応じた、高齢者の安心な住まいを確保する」ものとされている⁽²⁾。

経緯的には、公営住宅を活用したシルバーハウジングプロジェクトの流れを汲むものであるが、サービス付き高齢者向け住宅等への適用も可能となっている。基本的には集合住宅を想定しているものと考えられるが、事業の目的、支援体制の構築、支援の方法・内容が共通するものであることから、コンパクトなエリア内であれば集合住宅に準じて「ポスト・モデル事業」においても適用していくことも考えられる。

② 社会福祉法人改革との関係

第 189 回（平成 27 年）の国会に提出され、継続審議とされた「社会福祉法等の一部を改正する法律案」においては、社会福祉法人改革が 1 つの柱とされ、いわゆる「内部留保」に絡んで、「社会福祉充実残額」を保有する社会福祉法人は、社会福祉事業又は公益事業の新規実施・拡充に係る「社会福祉充実計画」を作成し、所轄庁の承認を受けることが盛り込まれている⁽³⁾。

粟石町、京都市、豊後大野市のように、既に社会福祉法人の地域貢献としてモデル事業に取り組んでいる法人もあり、このような改革の流れに先行しているということができる。「ポスト・モデル事業」においても、同様の取組を社会福祉法人の公益事業の 1 つとして実施していくことが考えられる。「社会福祉法人の在り方について」では、検討委員会の現状認識として、「社会福祉法人は、社会福祉事業を主たる事業とする非営利法人であり、制度や市場原理では満たされないニーズについても率先して対応していく取組（以下「地域における公益的な活動」という。）が求められている」としている⁽⁴⁾。法案が成立した場合には、本モデル事業で見えてきた「多様なニーズへの対応」や「柔軟な事業運営」を活かしていく上で、モデル事業と同様の取組を「社会福祉充実計画」へ位置付けることは、社会福祉法人に求められる役割を果たしていく上で有力な選択肢となりうるものと考えられる。

③ 養護老人ホーム「機能」の面的展開

モデル事業では、養護老人ホームが支援の主体となり、ソーシャルワークや日常生活の支援といった機能を果たしている事例も見られる。文字通り養護老人ホームは施設であり、居住機能と支援機能を一体的に内在化させているものである。具体的には、環境上の理由及び経済的理由により居宅で養護を受けることが困難な高齢者に対し、養護を行うとともに、自立した日常生活を営み、社会的活動に参加するために必要な指導及び訓練等の援助を行うものとされている⁽⁵⁾。モデル事業では、養護老人ホームの対象となりうる者に対し住まいを提供し、ソーシャルワーク、自立支援、社会参加の支援を行っているケースもある。これは、従来、養護老人ホームという施設に内在化していた機能が、地域に面的に展開されたことを意味すると言える。地域包括ケアシステムにおける「地域居住」は、要介護者だけの問題ではなく、環境的、経済的理由により地域居住が困難な者にとっても重要な要素である。

² 介護保険法第 115 条の 45 第 3 項第 3 号、「地域支援事業の実施について」（平成 18 年 6 月 9 日・老発第 0609001 号・各都道府県知事あて厚生労働省老健局長通知）別記 6、3（3）カ①

³ 執筆時（平成 28 年 3 月 22 日）現在。

⁴ 「社会福祉法人の在り方について」（平成 26 年 7 月 4 日、社会福祉法人の在り方等に関する検討会）p. 20

⁵ 老人福祉法第 11 条第 1 項第 1 号、第 20 条の 4

「ポスト・モデル事業」においては、養護老人ホームを本体施設とし、「住まい」を「サテライト」と位置付けることによって、養護老人ホームの機能を地域に面的に展開して地域居住を実現していくことも考えられるが、いくつかの課題がある。1つは、現行制度上、養護老人ホームのサテライト施設自体は認められてはいるものの、本体施設は老人保健施設、病院又は診療所に限られている⁶⁾。このため、養護老人ホームを本体施設とする類型を可能にする基準の見直しがまずは必要になってくる。また、措置費については全額市町村負担となるため、定員を純増することには財源の増額も必要になってくる。この点については、本体施設の定員の一部を切り出して、その定員分をサテライト施設の定員に振り向けることにより、全体としての定員増を緩和することができるだろう。その上で、サテライト施設の類型として長期に入居する「居住型」と、現在の入所者の地域移行や生活上の課題を解決し転居する一時養護のような「通過型」の2つを設定することが考えられる。後者については、順次、入居者が通過型サテライト施設から退去することにより、新規に対応が必要な者の受け入れも可能になり、より多くの者に対応することが可能になる(図3)。

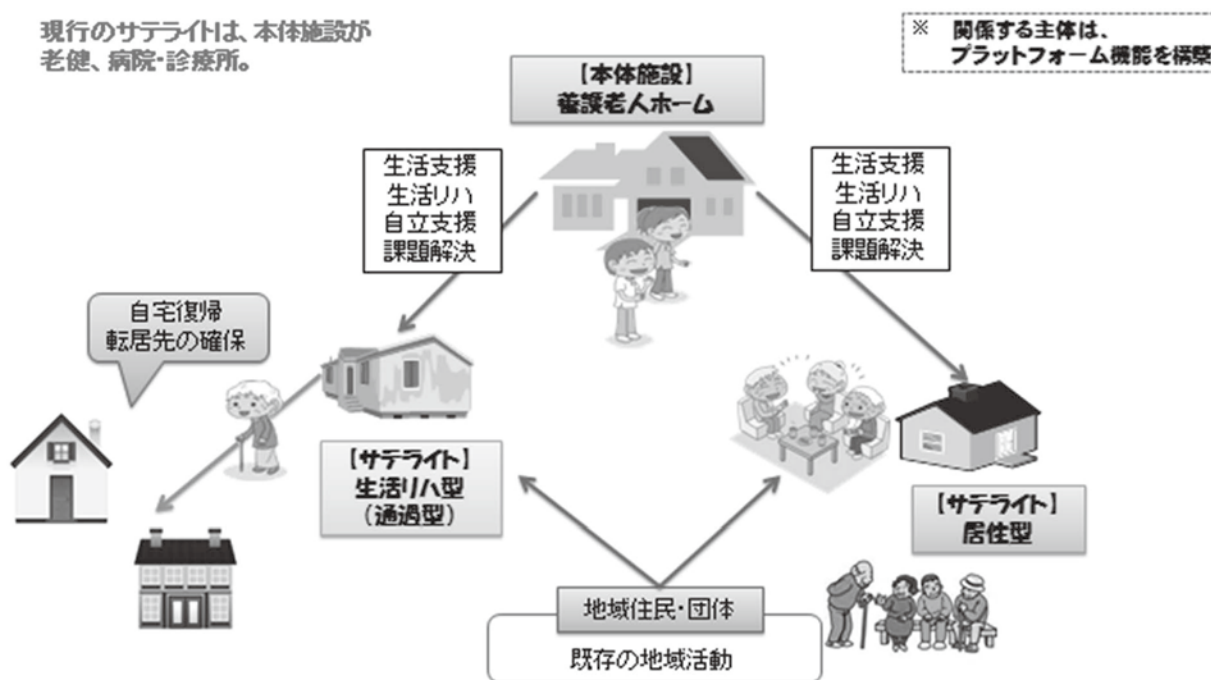


図3 サテライトによる養護老人ホーム機能の面的展開(イメージ)

(5)その先の展望—地域包括ケアシステムの「包括化」

以上は、「低所得高齢者等」というモデル事業の枠組みの中で「ポスト・モデル事業」について考察したものであるが、その先にある展望についても触れておきたい。

地域包括ケアシステムにおいては、「住まい」と「住まい方」が基盤的要素になっていると言える。このような「住まい」と「住まい方」、換言すれば「地域居住の確保」は、高齢者のみに必要とされるものではない。障害福祉の分野でも、施設や精神科病院からの地域移行が推進されている。また、居住支援協議会の担当者からは、ひとり親家庭、特に母子世帯からの住宅相談が多数寄せられているとの声

⁶⁾ 養護老人ホームの設備及び運営に関する基準(昭和41年厚生省令第19号)第12条第6項

も聞く。さらに、生活困窮者についても住居確保給付金が法定化されたところである。

住宅政策においても、いわゆる「住宅セーフティネット法」では、「低額所得者、被災者、高齢者、障害者、子どもを育成する家庭その他住宅の確保に特に配慮を要する者」を「住宅確保要配慮者」としている⁷⁾。これらの者は、「住宅だけ」に困窮しているのではなく、同時に生活上の課題を抱えている場合も多いと想定される。つまり、「住まい」と「住まい方」の双方からアプローチして生活の基盤を整えていくことが求められる。

以上のとおり、地域居住を前提として、その基盤の上に専門的なケアや支援が成り立つという図式は、社会福祉全般に通じるものである。これが現在、どの程度政策的に意図されているかは不明であるが、地域居住について、地域包括ケアシステムにとどまらず、社会福祉の共通基盤として明確化し、意識的に捉えて推進していくという「地域包括ケアシステムの『包括化』」の道筋を探る時期に来ているものとする（図4）。

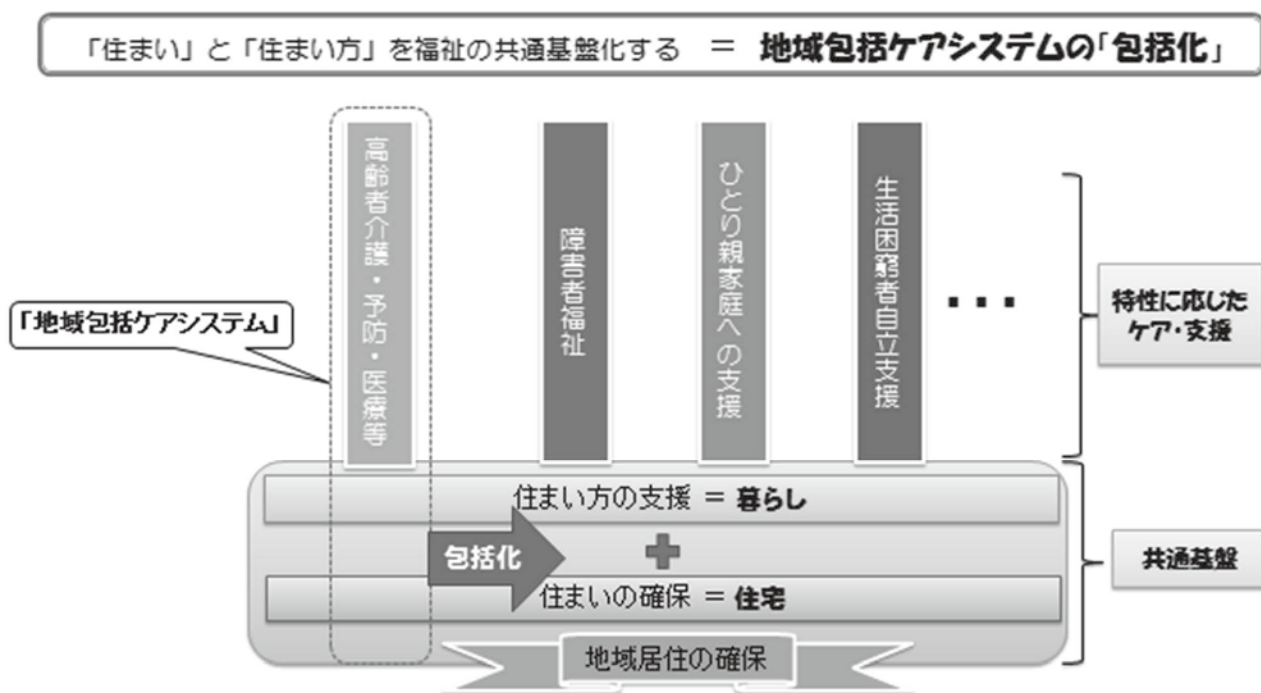


図4 居住の確保の共通基盤化による地域包括ケアシステムの「包括化」

⁷⁾ 住宅確保要配慮者に対する賃貸住宅の供給の促進に関する法律（平成19年法律第112号）第1条

第3章 シンポジウム「医療と住まいの新しい関係」
(平成28年3月14日実施)

1. 記念講演 「あなたは、どこまでひとりで暮らせますか？」

全国在宅療養支援診療所連絡会 会長／医療法人社団つくし会 理事長 新田國夫

私は考えてみると、外科医という仕事をしなげらざつと住居や住まい方にかかわつてきた。

ある例で、1985年に手術した胃がんの女性は、障害のある家族を抱えて大変な思ひをしており、キッチンドリソカーになつてしまった。夜も眠れず、昼間お酒に手を出すようになった。彼女が1人で家族の面倒を見ることはできないと思ひ、同じく障害のある家族をもつ母親を集めて話をし、結果10名の母親で「障害者の家」をつくつた。

1990年から在宅も始め、がん患者を家で看取りたいが、何か方法がないかと模索していた。当時は在宅医療ではなく病院医療が中心であり、例えば、中心静脈栄養で1,500 cal/日から2,000 cal/日の栄養で、まだ生きるための医療をしていた。そのとき、たまたま1人の患者に出会つた。「私は何も医療を必要としない。家で死にたいので協力してほしい」といい、家族も同意だつた。外来の看護師の協力もあり、結局その人を家で看取ることができた。2例目の患者は、その当日はまだわからなくて輸液をしたまま在宅に帰つた結果、大変な苦しみの中で亡くなつた。3例目の患者は、たまたま輸液ゼロで帰り、容態は楽になつた。そこで気付いたことがある。まだ緩和ケアという言葉やモルヒネもなく、痛み止めは外来の看護師が在宅に行き注射している時代だつた。単純にはいれないが、医療行為を出来る限りおさえる事が、がん患者にとって一番楽であり、平穩にできる医療だということがわかつた。輸液が要らないということは、末期のがん患者にとって体が非常に楽になる。私たちの医療は、命を助けるために必要なカロリーを提供するが、その提供するカロリーが、末期のがん患者にとって大変な負荷になつていた。

私は国立市という東京の郊外で活動しているが、大きな家にひとりで暮らしている人たちがいかに多いか。1990年はまだ介護保険がなく措置の時代。ひとりで暮らすということは、要介護になりサービスが入り、ずっと家にいることになる。大きな家で子どもたちは高等教育を受け、大体が家を出て海外や都心でエリート官僚等になつている。子どもたちに、その家に父親や母親をひとりにしておくよりは、もう少し人が入つて同居したり、グループリビングのようなサロン化の提案等をしてきたが、失敗に終わった。なぜなら彼らはまだ、定年後にこの家に帰つてきて、自分の住む場所を確保したいと思つている世代だつたので、同意を得られなかつたのだ。

また、認知症の問題もあつた。認知症の人が家の中に押し込められ、大量の向精神薬を飲みながらも、夜中に大声を出したり、いろいろな行動心理症状が出現したりしていた時代に、グループホームの前身である福岡の宅老所に行つた。そこでは、重度の認知症の方でも、とても

私の履歴書	
1967	早稲田大学第一商学部卒業
1979	帝京大学医学部卒業
1981	大学病院救命救急センター
1983	消化器外科
1990	国立市に新田クリニック開設 在宅医療を開始
1996	医学博士
1997	つくしの家(宅老所)開設
1998	通所リハビリテーション(デイケア)開設
2000	居宅介護支援事業所開設
2004	認知症グループホームのかわ開設(2ユニット)、 ケア付有料老人ホームコミュニティホームのかわ (特定施設入居者生活介護)開設
2008	認知症グループホームやかわ、 認知症やかわデイサービスセンター開設
2011	つくし会訪問看護ステーション開設



資料1

いい顔をして暮らしていた。これは何なのだろうか。心地よい居場所にいることで、認知症の方がその人らしく生活できるのだと気付かされた。

認知症の方が行動・心理症状を起こす理由の大半、約 60%は環境要因である。環境には、例えば家族の問題も含まれる。施設だと、施設職員や施設の環境かもしれない。2 番目に、我々医者が出す薬、そして身体といった要因がある。その環境をきちんと考えることを目的として、1997 年につくしの家（宅老所）を開設した。市役所に家探しを頼み、たしか 100 万円ぐらいお金を出して、車椅子でも動ける場所に作り替えた、本当に普通の家である。そして、「この指とまれ」と言って声をかけたら、時給 200 円で 10 人ぐらいの女性が来てくれた。まだ介護保険が始まる前で、1 日 3,000 円から 4,000 円の利用料金だった。当時、オーストラリアでグループホームという話が出ていて、人が暮らすには 8 名から 9 名以内がベスト、それを超えるといろいろな問題があるとされていたので、人数を 8 名以内にした。つくしの家は今も NPO 法人として続いているが、6 名以内である。ここは、当たり前前の生活をする場所。普通に来て、認知症の方がそこで暮らす。そうすると、私自身も最初は使っていた向精神薬が、生活を変えるだけでほとんどゼロになった。

2000 年になると介護保険ができ、今度は地域型、密着型のサービスに移行していく。

もう 1 つ重要なことは、リハビリである。私の診療所の隣の焼き鳥屋がたまたま空いたので、その 2 階を改築してつなげ、リハビリセンターにした。1 階は普通の住居である。小さいが、階段の上り下りも含めてリハビリだと勝手に称し、動けない人が階段を使うように作った。

しかし、そのうち老々介護になったり、家族の中の介護が大変な状況をむかえる方もいて、やはり近くて、別の居場所が必要ということで、グループホームをつくらざるを得なくなった。そうすると、家族と一緒に住むと大変な人が、グループホームへ行くともとの生活に戻る。私のグループホームでは、向精神薬を使っている人はゼロに近い。もっと言うと抗認知症薬もゼロにしたい。

またさらに、特定施設をつくった。これも巨大なものではなく、グループホームの下に空いていた 2 ユニットを使った。家にいられない人が住む場所は何かということで、今で言うサービス付き高齢者向け住宅（以下、サ高住）に近いものをつくった。18 の居室とリビングがあるが、東京都にどこかの制度に入れてほしいと言われ、18 床の特定施設にし、家で看取れない方も看取るようにした。本当に最後にひとりで、家で看取れない人はいる。しかし居心地がいいのか、あっという間に埋まってしまい、誰かが亡くならないと空かないという状況である。ここの看取り率は 100%、グループホームの看取り率も 100%である。

そして、今度は看護小規模多機能型居宅介護を開設準備中である。これはとてもすぐれたものだと思う。在宅にいて昼間はデイのようにして、その中に 9 床の部屋があり、必要に応じてそこで医療も行う。実は、私は高齢者の世界に病院は少なくても良いと思っている人間だが、こうすればその世界をつくることができる。私の履歴書から、そういう歴史があると思ってほしい（資料 1）。

次に、資料 2 は古いデータだが、空き家の話である。別の見方をすると、日本は 40 代で 70%の人が家を持つとわかり、改めて感心した。これは日本の住宅政策の基本として私たちの人生があるということ。30 代でも 43%で、今もそうかは不明だが、家のために私たちは全生涯をかけて借金する。それが、結果的に空き家になる。改めて見ると、これは何なのだろうと思う。

結果として9割が在宅である。いろいろな新しい住居の政策があるが、考えてみると要介護の高齢者も8割が在宅。しかし、認知症の方は要介護3で80%、要介護4になると50%から60%、要介護5はさすがに43%と在宅が減ってくる。ただし、要介護、認知症でない方は、基本80%が在宅だということが、事実として重要である。

第一号被保険者は2,750万人とあるが、もっと増えている。このうち、在宅の要支援・要介護者が348万人、そして施設等を合わせると、わずか4%で計12%と、多くの方が在宅で暮らしているという状況がある。この4%のセーフティーネットとして施設をつくることも重要だが、実を言うと、ほとんどの方が在宅で暮らしている。先ほどの中間報告の統計にもあったが、在宅で暮らす最後のポイントとして、家族負担が大変、ひとり暮らしである、家族の了承、といったものがあつた。

しかし、考えてみてほしい。今の時代、老老世帯が60%。単身世帯が30%。家族負担どころではない。そうすると、家族負担や単身、独居とかいう言葉は、もうやめたほうがいい。それによって在宅でいられないと言っていたら、全て施設化する必要がある。もう、そういう世界ではないだろう。私たちはひとり暮らしでも、老老世帯でも、家に住める世界を基本とし、そこが当たり前となる世界をつくっていかねばいけない。最終的に、そこでセーフティーネットとしてどうするか。もちろん家としてのあり方は、自分の家でなくてもいい。ただ、なぜサ高住なのか。今までの広い住居から1部屋しかない狭い住居へ行く。私は嫌だが、皆さんはどうか。せめて2部屋ぐらいあって、寝るところと居場所は違う世界に老いても住みたいと思う。国土交通省がそういうサ高住の計画をするならいいとは思うが。

いわゆる地域包括の話になるが、本来は地域できちっとした保険者機能を発揮し、住宅政策として居場所として、その人が一番満足する場所を考えなければいけないが、今の20万戸のサ高住のうち、満足する住宅はどれぐらいあるのだろうか。私が見る限りほとんどない。あつたとしても、10%以下というのが現状であると思う。

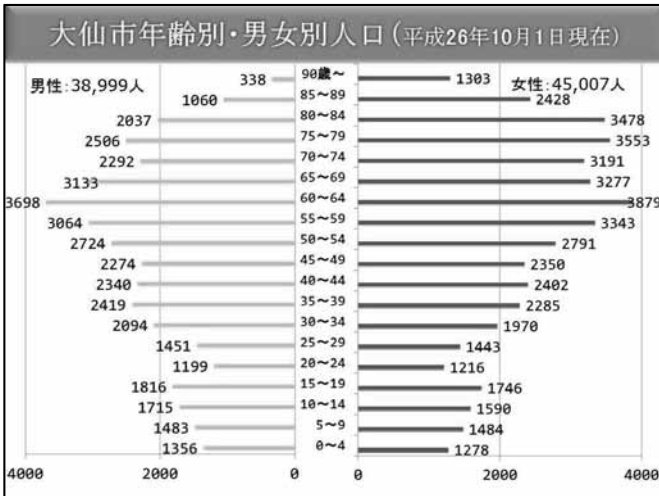
国立市のある団地では、1階の玄関に行くまでに5段の階段があり、これが大変である。管理会社に交渉したところ、きちんと対応したところもあつたが、全く機能しなかったところもあつた。階段室の裏にエレベーターをつくるといった外づけエレベーターは、実は大変な工事である。もう1つ、移住権の自由を主張したが、本人たちがなかなか同調しなかった。例えば、住居との関係でも、1階をバリアフリーにして階段差をなくし自由に出入りできる場所をつくれれば、4階の方が動けなくなったら1階に行くだけで、介護保険を使わなくて済むのである。

資料3は、秋田県大仙市大曲の年齢別・男女別人口の構図で、既に2060年日本の人口ピラミッド(資料4)と同じ、60代、70代が主体の構造となっている。

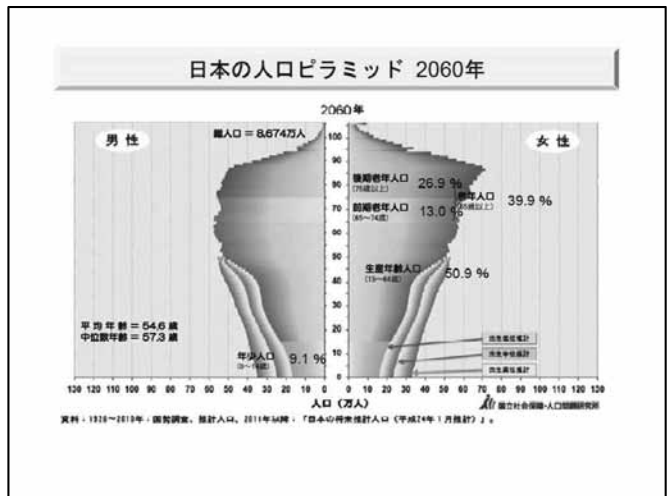


資料2

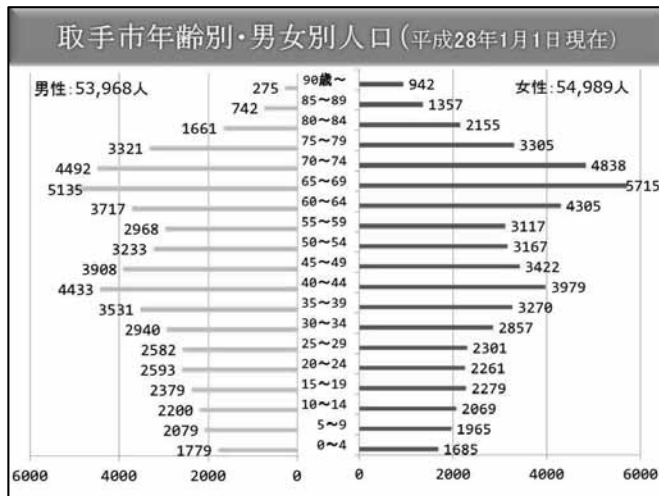
そして、東京近郊の取手市（資料5）は、まさに今、都会型で考える 2030 年の人口構造（資料6）で、40代と65歳ぐらいを中心としている。



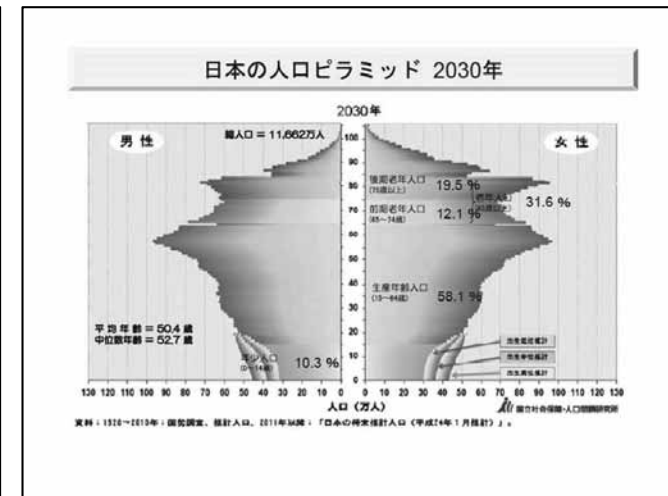
資料3



資料4



資料5



資料6

私たちが一番考えるのは 75 歳以後で、もう少し言うと、あと更に 2~3 年は元気な世界。しかし、ここから後が問題である。日本の高齢化問題というのは、園田先生の言葉をかりれば、このあと 15 年が勝負だということだろう。

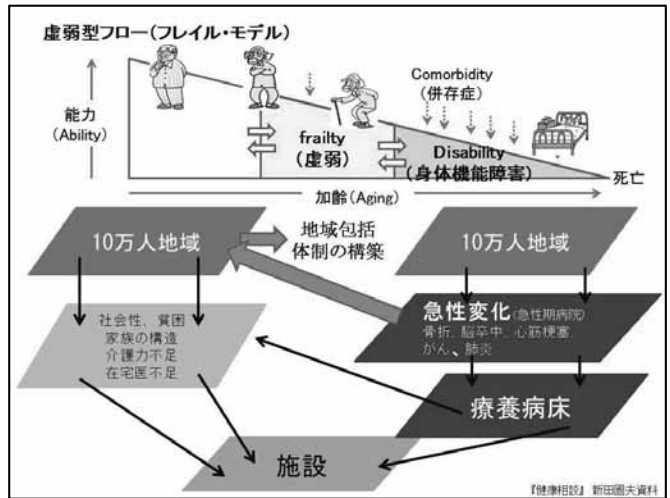
虚弱型モデルというものがある。東京大学の秋山弘子先生が調査したものでは、例えば 62~63 歳で一度 ADL、IADL 能力が落ちる割合は、男性で 19%、女性で 17.5%。これは病気、例えば心筋梗塞、脳梗塞、あるいはがんといった急性変化によるものが多い。多くの方が 75~76 歳ぐらいで虚弱になり、能力が落ちていく。ここをどう支え、いかに健康を維持するか。これは重要な話で、総合支援事業もここが焦点となっている。高齢期に入り一旦虚弱になってしまうと、もとに戻る筋力はない。それを示す実験がある。若年者も高齢者も同じように自由に食事を食べてもらい、あるときから 1,000 カロリーに制限する。それを 1 カ月続けた後、もう一回普通に食べてもらう。そうすると若年者は筋力が戻ったが、75~80 歳以上の方は、もう筋力が戻らなかった。

私たちは70歳を過ぎると、能力が1.5%ずつ落ちる。入院すると、1日2%落ちる。だから、入院しても、能力を落とさない入院が必要なのである。例えば、肺炎治療、がん治療、何でも結構。がん治療を行ったところで、翌日から動けばいい。心筋梗塞になり、寝たきりの状態でも、足を動かすような適当な運動計画を立てればいい。心臓が治っても寝たきりではどうしようもない。私たちの望みは臓器を治すことではなく、健康をもとに戻すこと。そういう医療への転換が徹底して必要となる。今、退院支援の中で徹底してやっているのはそこである。病院の生活モデル、医療モデルから、3日後には生活モデルへ変えようというのは、そういうことが原点にある。

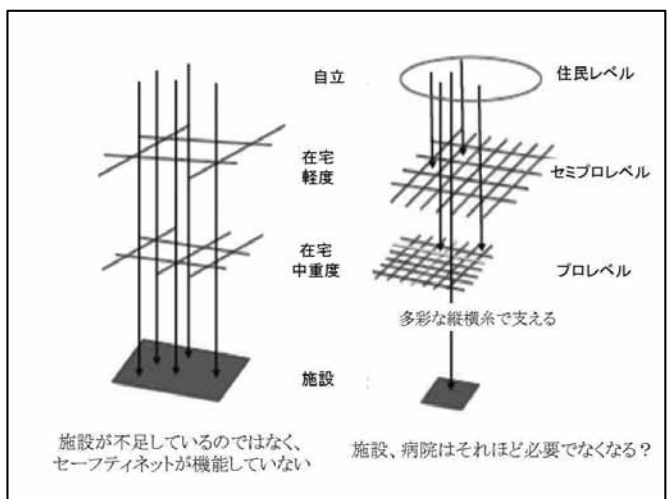
そこで、こういった構造をつくった(資料7)。今後は10万人地域を基本とし、75歳以上を対象としていく。10万人地域で急性変化を放っておくと、療養病床へ行ってしまふ。療養病床へ行かせないために、地域に戻るための体制が必要である。なぜ療養病床へ行くかという、対象者がかつての75歳以下ならば、病院の立場で言うと放置しておいても元気になった。今はそういう時代ではないので、そこはきちんと地域で頑張ろうということ。そうしないと、療養病床、施設は幾らあっても足りない。今後はそういう時代である。

今の時代は、資料8の左図である。残念ながら、住民レベル、軽度、中度までがまだまだ機能していない。今、総合支援事業が始まっているが、住民がセミプロ化し、さらにプロレベルが密にやる。右図は宮島渡先生の構図である。彼は、真田町で大規模特養を廃止し頑張っている。特養を経営している人が、もう施設は要らないと言っている。真田町では施設の入居の待ち率はゼロだが、隣の上田市は違うと聞く。真田町と上田市、隣同士でも全く違う構図を持っているという日本型構図がこれだろう。

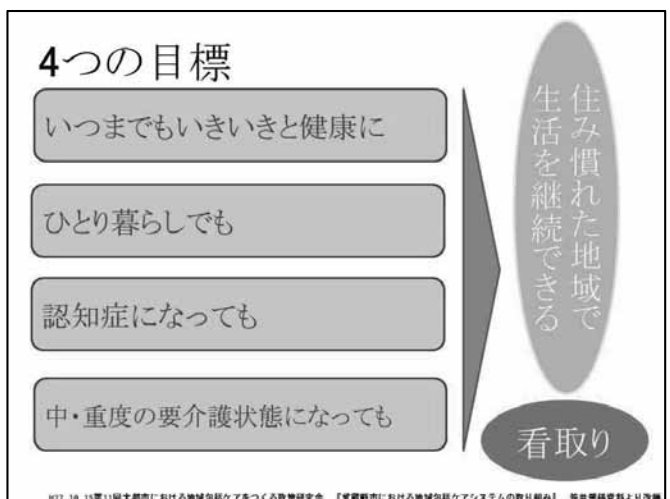
資料9は武蔵野市の取組みである。「いつまでもいきいきと健康に」「ひとり暮らしでも」「認知



資料7



資料8



資料9

症になっても」「中・重度の要介護状態になっても」「住み慣れた地域で生活を継続できる」ということを、まちの規範にしている。これは国立市も同じようにやっていて、最後の看取りまでできるということを規範にすれば、病院も全てそのように動いて政策づくりも行うだろうと思っている。

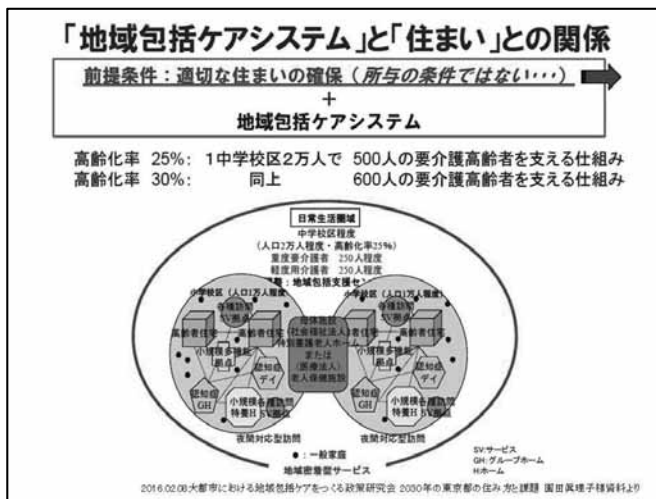
資料 10 は園田先生の図で、高齢化率が 25% というのは、中学校域 2 万人で 500 人、30% では 600 人の要介護高齢者が出現し、その人達を支えるということ。例えば要介護 3、4、5 を対象とすると、200 人から 250 人を支えるということになるだろう。その 200 人余りをどうするかということは、明確な数字として出てくるはずである。その人たちが医療が必要な状況になったときに、どうするかを考えていけばよい。

資料 11 は、施設ケアから地域ケアへという今までは縦軸のところを、ケア集積、建物型、要介護高齢者を全部集めたネットワーク型、地域型にしようという素晴らしい構図だと思う。それから、かあさんの家の市原氏の言った、「家」というのは人と人のつながり。「家」はハードではなく、生活の中身。」という言葉がある。

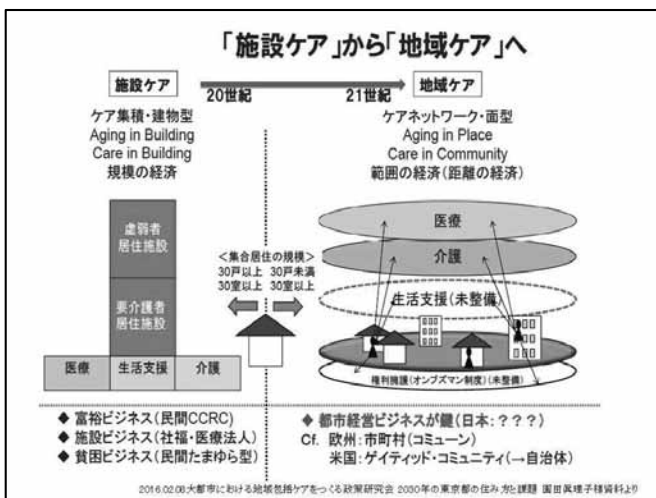
「住まい」というのは生活のにおいと音があって、人の気配が感じられる空間、地域住民にとっても、なじみの地域にあるということ。そして、心地よい空間であるからこそ、意欲があり、生きがいがあり、最後まで暮らし続ける場所となる。どんなにきれいなものをつくっても、これがないと意味がない。住居というのは、そういうことだろう。

結果としてそこでの「暮らし」は、本人が持てる力を発揮でき、本人の生活を支える医療がもちろんあり、そして希望をかなえて、本人にとっての最善を優先する。最善の医療というのは、本人にとって最善の選択ではないかもしれない。最善の医療とは何か、本人にとって何が最善かを考える。そして、個別の生活習慣やスタイルを尊重するのは、恐らく「暮らし」を守る場所である。

そして、市原氏のつくったかあさんの家は、結果として、重篤な病や認知症を抱えて行き場を失い、人生の最期に途方に暮れている人を見ごぞせなかった人、生活の視点を取り入れた看護の必要を感じた人、病院で最後の最期まで治療を受けて亡くなる死が違ふと感じていた人、看取りの文化を地域に取り戻したいと思った人、その誰もが制度の限界を感じて真摯に模索し、一步踏み出すことにつながった。その「家」の住民一人ひとりに生活を取り戻し、最後の日まで彼らの日常を大切



資料 10



資料 11

に守っていく、その先に看取りがある。

例えば、昨年行ったフランスのパリでは、基本はひとり暮らしである。なぜかという、子供が20歳になると、皆外へ出ていく。スウェーデン、デンマークは18歳で出ていく。そうすると、結果としてひとりになる。そこで日本の介護保険の話をする、「日本人はそんなにさみしいのですか」と看護師に聞かれた。これはどういうことだろう。私はその言葉で、年齢層が違うのかと思ったが、同じであった。日本は、ヨーロッパの先進国より、3倍も介護保険料を使っている。それでも日本人は満足せず、まだまだ足りないという。政府に期待するのは、もうやめたほうがいい。私たち自身が、私たちできちんと意思決定することも重要である。その「家」の住民一人ひとりに生活を取り戻し、最後の日まで彼らの日常を大切に守っていく。その先に看取りがある。

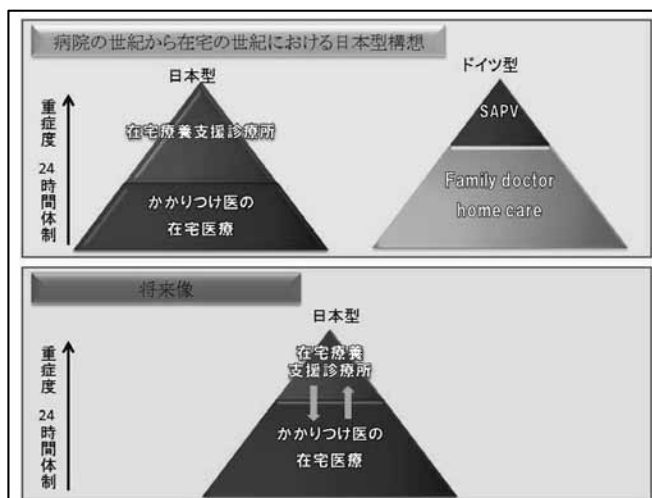
地域のつくり方には、ドイツ型、フランス型、いろいろな在宅のシステムがある（資料12）。

ドイツ型は、平均25万人に一つのSAPVというチームがある。例えば、重度、24時間体制が複

雑になればなるほど難しくなるため、そこは医師4名と看護師等4名でできたチームが責任を持つ。普通は、月単位で余り変化のない人はファミリードクターが診る。これがドイツ型。フランス型は、在宅入院制度といって、急性期は病院の医師、看護師が診て、治ったらファミリードクターが診る。日本は、在宅療養支援診療所が診療報酬制度で診ているから、4対1の建物の話になった。どういうことかという、サ高住等いろいろな建物をつくったが、重度の人もいれば医療は全く必要ない人もいる。在宅医療の必要のない人まで診ていたから、これは減らそうということで4分の1論が出た。これは当たり前の話で、通院が必要な人は通えるだけ通う、必要な在宅医療は行うという話である。

そういう状況の中で、今回、診療報酬も非常に整備され、2年後にまたさらに整備される。基本はかかりつけ医が在宅医療を行い、さらに複雑なものは在宅療養支援診療所等が診る。かかりつけ医はなかなか24時間診ることができないため、地域に合わせて地域ごとにつくる。もしかすると中小病院かもしれない。そのようにつくっていくことが、これからの在宅の中身である。

従来の医療の考え方は、病気は部分の傷害であり、今の検査技術からすると、その部位を確定することは非常に易しい（資料13）。それを治すということは、その部分に介入すれば全身の生命予後やQOLに直結するという。私も外科であったので治療すればよくなった。なぜ外科をやめた



資料 12

従来の医療の考え方

- 1 正常とは完成された個体を対象として数値化、画像化したものである
- 2 正常とは部分(臓器・細胞・遺伝子等)の機能や構造をもって決定したものである
- 3 全体は部分の集積で説明が可能な体系である
- 4 病気は部分の傷害(一臓器、一傷害)という形で発症する
- 5 傷害の原因と部位の特定は可能である
- 6 部位への技術の介入によって、治癒・回復を目指す
- 7 部分への治療の結果は全身の生命予後、QOLに直結する
- 8 特定病因論、古典力学、要素分解主義の因果律で説明が可能である

資料 13

かという、その当時進行がんを幾ら手術しても再発するだけで、ほとんど意味がなく必要な介入ではなくなったからである。

今の高齢者の問題をどうするか。1つは、正常というのはどういうことかを考える。部分は傷害されても全く構わない、脳梗塞を起こしたって大丈夫。ではどうするか、調和を考えましょうということ。例えば、心不全でも、心臓を治しながら生活を維持する方法はある。がんであれば、手術は行っても抗がん剤はしない、あるいは放っておく方法もある。いろいろな意味で、その人それぞれにあった調和の方法が、これからの医療のあり方だろうと思う。

次に認知症について、新オレンジプランは、「認知症の容態に応じて切れ目なく提供できる循環型システム」という表現を使っている。循環型というのは、認知症の人にとって居場所がいい場所。精神病院の入院は、当初発表では平均 270 日。それもアルツハイマーが 14%から 17%にふえている。アルツハイマーというのは普通の生活者位であって、これはあり得ないこと。それではいけないということで、その人に応じた場所にいていただこうと。そのような方向で、優しい地域づくりに向けて省庁横断的、総合的な戦略とする新オレンジプランは、非常にすぐれものだと思っている(資料 14)。

我が国の認知症施策を加速するための新たな戦略の策定について

～認知症サミット日本後継イベント(11/6)における安倍総理大臣の挨拶より～

そこで、私は本日ここで、我が国の認知症施策を加速するための新たな戦略を策定するよう、厚生労働大臣に指示をいたします。我が国では、2012年に認知症施策推進5か年計画を策定し、医療・介護等の基盤整備を進めてきましたが、**新たな戦略は、厚生労働省だけでなく、政府一丸となって生活全体を支えるよう取り組むもの**とします。

～認知症サミット日本後継イベント(11/6)における塩崎厚生労働大臣の挨拶より～

【新たな戦略の策定に当たっての基本的な考え方】

- ① 早期診断・早期対応とともに、医療・介護サービスが有機的に連携し、認知症の容態に応じて切れ目なく提供できる循環型のシステムを構築すること
- ② 認知症高齢者等にやさしい地域づくりに向けて、省庁横断的な総合的な戦略とすること
- ③ 認知症の方御本人やその御家族の視点に立った施策を推進すること

資料 14

認知症の人の特性(性別、年齢階級別)

○認知症自立度Ⅱ以上(以下、認知症)を性別にみると、「女性」が70.8%を占めていた。
○年齢階級をみると、「85歳以上」が56.0%と最も多く、次いで「75～84歳」34.1%の順であった。
○40～64歳の認知症の人は60人であった。

図2. 性別年齢階級別にみた認知症の人数 (n=3,110)

ア) 性別

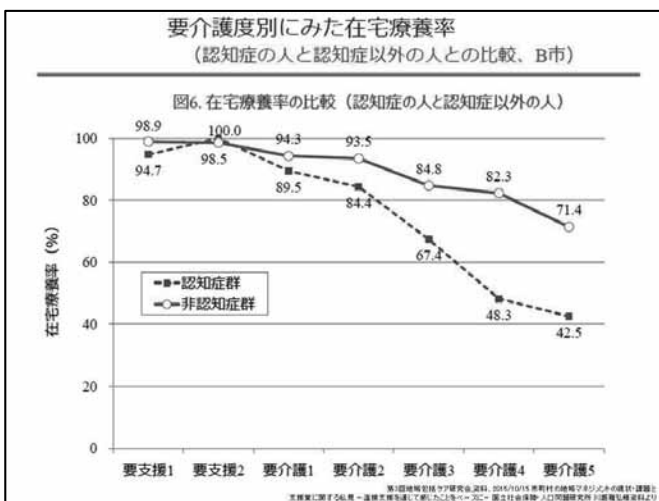
性別	人数	割合
男性	908人	29.2%
女性	2,202人	70.8%

イ) 年齢階級

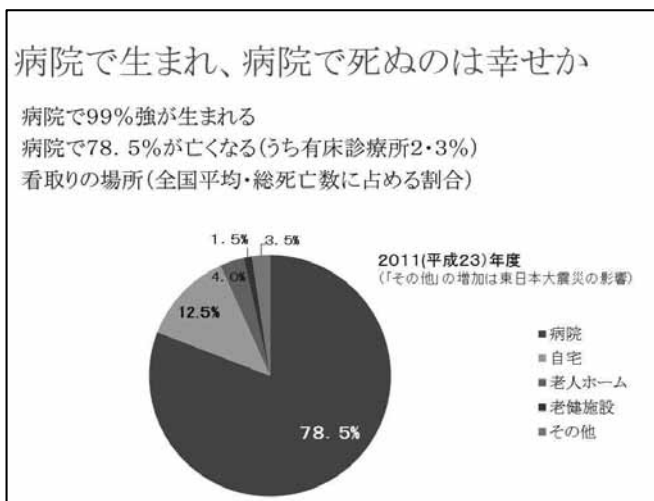
年齢階級	人数	割合
40-64歳	60人	1.9%
65-74歳	249人	8.0%
75-84歳	1,060人	34.1%
85以上	1,741人	56.0%

第3回認知症サミット研究報告資料、2015/10/15 東京都の認知症サミット本部の検討・議論に基づき策定された。→連絡先情報提供先: 認知症サミット本部(〒100-0001 東京都千代田区千代田1-1-1) 厚生労働省(〒100-0001 東京都千代田区千代田1-1-1) 国立認知症研究センター(〒100-0001 東京都千代田区千代田1-1-1)

資料 15



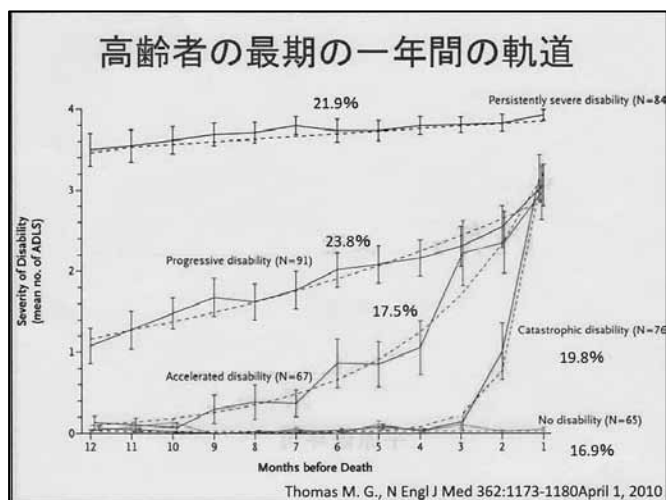
資料 16



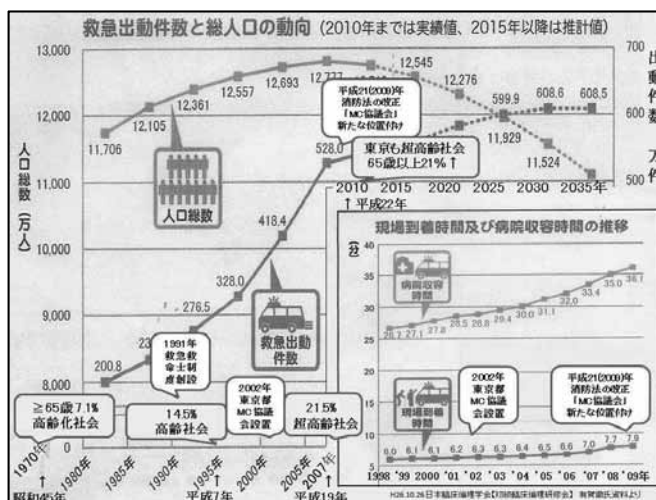
資料 17

認知症の人は、ほとんどが高齢者である（資料 15）。75 歳から 84 歳で 34%、85 歳以上で 56%、つまり 90%は 75 歳以上の後期高齢者医療で、高齢者の生活である。若い人の話ではない。75 歳以上の人の居場所をどこにするのか。認知症になって、そこで暮らせないことはあり得ない。地域で暮らし続けられるまちをつくるのが、私たちの役割だろうと思う（資料 16）。

結果として、病院で生まれて病院で死ぬのは幸せかという話になると思う（資料 17）。病院ほどの孤独死はない。誰もいないところで、いろいろつけられて病室で死ぬ。家で誰もいなくて孤立死のほうが、私は裕福な死だと思っている。孤立死は悪くない。東京で孤立死が一番多いのは、60 代の男性で 60%。ひとりでも十分に満足死となる。東京は大体 48 時間以内に見つかる。その時間内に見つかる死は、まあまあいい死であるといえる。病院は朝には見つかるが、24 時間違うだけぐらいに思ってもらえたらいいのではないかな。死は、どこにいてもひとりで死ぬものである。



資料 18



資料 19

私たちの終末期は、施設でも住宅でも、どこにおいても資料 18 のような最期をたどる。ここで、救急車をいかに呼ばないか。19.8% (Catastrophic disability) が突然死に近いが、70%は予測される死である。予測される死においては、予測される医療、人生の最終段階の医療がある。そうすると、ほとんどそこで看取ることが可能になる。ただ、19.8%に関しては、予測できない死もある。例えば、100 歳の方で大腿骨骨折が起こった。認知症は軽度。どうするか。救急車は呼ばない。これは当たり前のコンセンサスを得られる。しかし、肺梗塞は、突然死がある。2 人ばかり経験したが、3 日後に朝起きたら亡くなっており、肺梗塞だった。これは予測される死である。そのように、私たち医療者がきちっと予測する死を含めて考えていけば、高齢になっても住みなれたところで最期まで住み続けられる。

ただし、現在は救急車の出動件数がふえている（資料 19）。救急車は、ほとんどが要介護者であり、この部分の無駄もある。急性期病院、救命救急センターで特養等から要介護 4～5 を迎えた場合に、医者としてどうするのだろうか。救命救急へ送るときは、何歳でも助けられる人は送る。救命救急の医師に、この人はもう無駄だということは思わせない。やはり、病院の医師はきちんと医療を行う場所をつくっていくということが、在宅と病院の違いだろうと思う。

2. パネルディスカッション～これからの医療と住まいの新しい関係～

明治大学理工学部建築学科 教授 園田真理子
全国在宅療養支援診療所連絡会 会長／医療法人社団つくし会 理事長 新田國夫
内閣官房 社会保障改革担当室長 宮島俊彦
厚生労働省老健局 高齢者支援課長 佐藤守孝
【コーディネーター】一般財団法人高齢者住宅財団 理事長 高橋紘士

○高橋理事長 本日は急遽、宮島俊彦さんにご登壇いただいた。宮島さんは、病院数の将来推計や地域医療構想などについてのプロジェクトをやっておられる。あわせて、地域善隣事業の出発点となった調査は、老健局長時代の宮島さんの発意で始まった。この事業は、本当は全国 47 都道府県全てで実施してほしいが、この種のモデル事業は市町村が補助の受け手で、財源の裏打ちのない3年で切れてしまうものであり、市町村がなかなかやりたがらない。このモデル事業（「低所得高齢者等住まい・生活支援モデル事業」）が終わってからどうするかという課題も含め、所管している佐藤課長に後でご発言をいただきたい。

本日は、住まい・医療・ケアということで多方面のお話をいただいた。これを少し焦点化する必要があると思っている。1つのアプローチとしては、先ほど新田先生が、医師という仕事を通じて住まいとずっとかかわり続けてきた立場での話をされた。本日の講演を最初から聞いていただいている園田先生から、少し皆様の頭の整理のお手伝いも兼ねて、ご発言いただきたい。

○園田 医療と住まい、また、住まいと生活支援といった話を聞いてきたが、私自身はバックグラウンドが住まい、建築のため、その視点から少し問題提起をしたいと思う。

従来からQOL（Quality of Life）という言葉があったが、ここでは Quality of Life ではなくて、あえて Quality of Living といいたい。そしてもう1つ、Quality of Dying ということがとても重要ではないか。先ほど新田先生が「環境」ということを言われた。私が今言っている Quality of Living というのは、生き行くための環境、Quality of Dying というのは死に逝くための環境で、それぞれのプロセスでいろいろなことが繰り広げられる。今、ここは舞台の上だが、舞台とはいわば家や町のようなもので、この舞台の状況や環境によって、「空間」と「主体」の関係、人間の振る舞い方も違う。

私が建築にかかわってきた中で住宅というとき、例え1人暮らしでも、資料にはあえて「家族」と書いたが（「世帯」というほうが正確かもしれないが）、そういう存在である。マイハウス、マイホーム、自分はその主であり、ひとり暮らしでも、先立った夫や、あるいは家から出ていった子どもたちのことを思いながら暮らしているという状況がある。

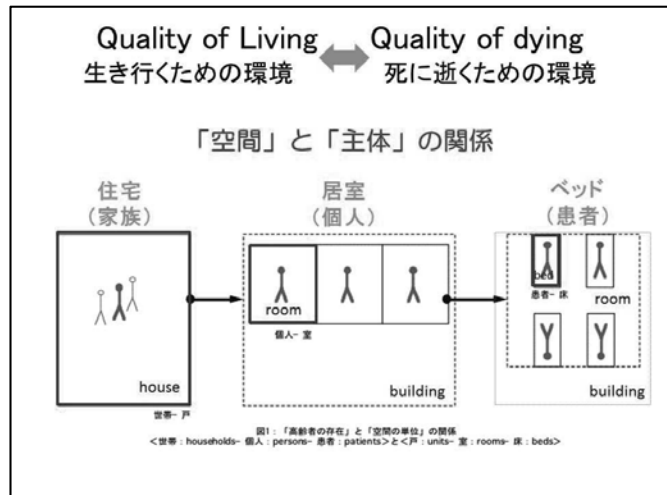
しかし、片や施設となると、「部屋」が数える対象となる。家は1軒、2軒であったのが、介護関係では1室、2室となる。介護関係者は、うちの施設は50室ですという。ルームというのが1つの基本単位になっている。そのルームでの主体は、「個人」といえるが、こうした状況を住むと言っているのかどうかは微妙である。実は施設というのは、マイルームはあるが、ハウスではない。ビルディングの中のルームが構成要素であり、マイルームになっている。

一方、これが入院ということになると、マイベッドという言い方はしないかもしれないが、医者は自分の病院の規模をいうときに何床、例えば100ベッドと表現する。主体は「患者」であり、ある意味モノになって、私を治してくださいという状況になる。つまりその空間は、「ベッド」を単位として、建物があるということである（資料1）。

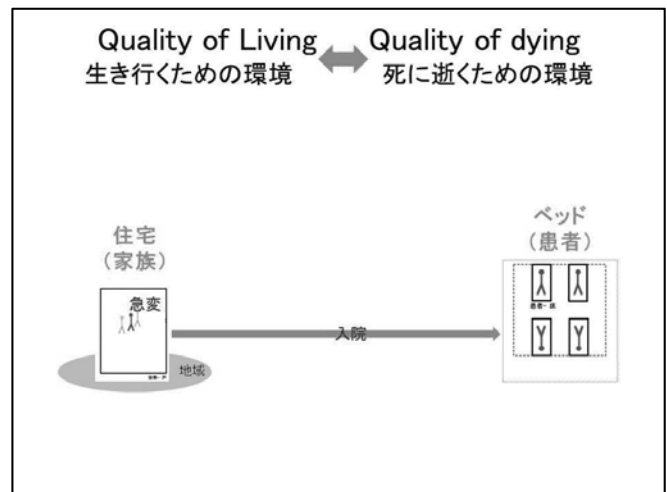
本日の様々な話を聞いていると、普通の状態ではマイハウス、マイホームで、地域の中にある自分の家に住んで、そこで様態などが急変すると、日本は医療が発達しているため思わず救急車を呼び、病院に入院となる。そうすると、ついさっきまでは家族、人だったのに、患者というモノになって治してくださいとなる（資料2）。

まだ中間報告ではあるが、本日の退院支援の報告でいうと、その状態から退院していく際にどうなるのかといった、いろいろなことがわかってきた。地域の中に根づいている家族のもとに帰れる人は、経済条件によって左右されるということ。本日も紹介のあった、医療も介護も含んだ地域包括ケアシステムや、白川先生が言われた「これからは地域包括ケアシステムの包括が必要」という基盤の上に住まいがあって、家族がいれば退院できる。しかし、例えば、新田先生の話にもあったような富裕な教育程度の高い家ほど、地域との関係が希薄になり、家族はいるが別のところにおいて、地域との関係がないがゆえに、経済力による解決をする。それにより、施設やサ高住に入り自宅に帰れない状態、あるいは非常に孤立した状態ということもある。さらに、全く家族がいない、地域との関係がなく経済的にも困窮しているということになると、資料にもある「福祉による解決」となる。これらのことが、調査から見てきたかと思う（資料3）。

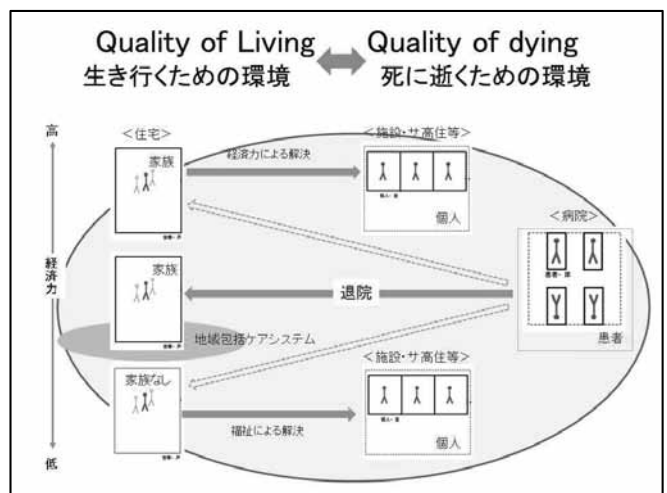
問題提起としては、この状況はどうすれば変わるのだろうかということ。私は、全てのものが地域



資料1(園田氏資料より)



資料2(園田氏資料より)



資料3(園田氏資料より)

の中に含まれて、大きな地域包括ケアシステムが本当に実現できれば、私たちの未来もそんなに捨てたものではない明るい構図になると思っている。では、どうすれば実現できるのか。

本日は全国の様々な自治体からの事例報告があった。「善隣事業」と「医療と住まい」の問題は無関係ではなく、実は繋がっている。どうすればこの輪っかが広げられ、これまで考えてきたこと、これから考えていくことが、本当にうまくいくようになるのだろうか。誰もが、できれば家に帰りたいたいと思っている。本日、新田先生が言われた家の力、家の環境力というのはすごく強いベースとしてのパワーがある。それを使わない手はないのではということ、建築側から問題提起したい。

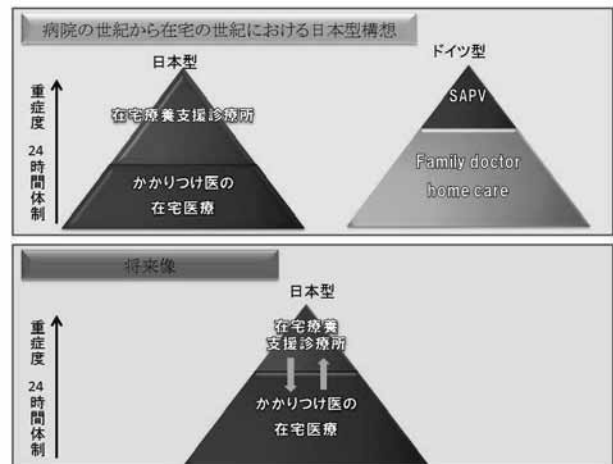
○高橋理事長 例えば、特別養護老人ホームは昭和 38 年にできた制度。最初は 6 人部屋から出発した。38 年時点では、多分誰もこれほど日本人が長生きするはずはないという前提で、言ってみれば低所得者の措置の仕組みでやってきたため、どうしても病院モデルになる。ところが、非常に不幸なのは老人ホームという言葉がついてしまった。要するにホームでないものをホームと呼ぶ。これはドイツ語でも「アルテスハイム」というが、ハイムはハウスという意味で、ホームとは言わない。その意味を、もう一度再定義しないとイケない。

本日の新田先生の話でもあったが、実は日本はかかりつけ医と在宅療養支援診療所の仕切りが非常にわかりにくくなっている。病院の時代が終わった場合に、在宅療養支援診療所とかかりつけ医の関係の三角のグラフが、本来は三角形下のベースとしてかかりつけの医者がいて、その頂点にかなり機能化した、多様な 24 時間の療養の管理を受け持つ部分と、一般のかかりつけ医のネットワークといったものに移行する(資料 4)。あるシンクタンクが大変面白いデータを出した。それは、一般病院、医療法人の経営シミュレーションをしたもので、それらを全部解体し在宅療養に特化すると、むしろ医療法人の収益は向上するという結果が出た。それを見て大変感心した。

それからもう 1 つ、最近世の中を騒がせている有料老人ホームの事件。入居費用を安くする戦略で急展開した介護事業所のビジネスモデルは、いわゆるサブリースという方法で地主に家を建ててもらい、毎月家賃保証をし施設をつくった。そうすると、入居費用を安くするために、結局人件費を圧縮しないとビジネスモデルが成り立たない。ケアサービスも病院サービスもそうだと思うが、荒っぽい言い方だが装置産業系とサービス産業系があって、日本の場合はずっと装置産業に附帯してサービスが展開する、施設、病院の典型的なモデルである。

しかし、考えてみると装置というのは、1 つつくると 40 年から 50 年経営を規制する。サービス産業の場合、サービス化すれば需要の増大と縮小にフレキシブルに対応し、しかもコストについて平等化した対応ができる。それが、先ほどの医療法人のモデルと関係があると思う。

ところが、我々は過去の慣性に引っ張られ、その転換が物すごく難しくなっている。いろいろな絵が描かれていても、それを具体化する上で、ステークホルダーが非常に大きな抵抗力にならざるを得ないし、サービス付き高齢者向け住宅の大問題は、やはり効率性の原理、採算をとるために住居環境を非常に圧迫している



資料4(新田氏講演資料より)

ことである。

どうも基本的なパラダイムのところで、大きな考え方の転換、ビジネスモデルの転換につなげるようなイノベーションが必要なのではないかと思う。かなり荒い整理ではあるが、園田先生のコメントをいただきたい。

○園田 とても大きな話なので的確に回答できるが不明だが、20世紀後半の日本というのは、「大きいことはいいことだ」と、「量をふやす」ということでやってきて、それは間違いではなかった。人口がすごく増え、特に大都市では焼け野原の状態から、驚異的な持ち家率になった。20世紀後半の日本というのは経済力も旺盛であり、皆それをほとんど居住用不動産につぎ込んで、住宅産業もマンションディベロッパーも大きく拡大してきた。しかし、私はもう売り逃げ・建て逃げ産業の命脈はないと言っている。2008年、2009年くらいから人口や世帯数が減り始めたとき、高橋理事長が言ったようにイノベーションといえる転換をしなければならなかった。しかし、いまだに新しいものを建てている。この弊害がすごく大きいと思う。

有料老人ホームのサブリースもそうだが、サービス付き高齢者向け住宅が、先ほど新田先生が言われたように、わずか5年弱の間に20万戸にふえても、思っていたようなすばらしいものがふえなかった1つの要因に、サブリースの問題があると思う。サブリースというのは何かというと、売り逃げ・建て逃げ産業の企てだった。私の同業者なので、あえて自戒を込めて言っているのだが、サ高住の新規建設が相続税対策や土地活用になるといったトークを地主に展開していった面もなきにしもあらずである。

国交省はサービス付き高齢者向け住宅に、1戸当たりの上限額100万円の補助金を出しながら、一方で相続税対策に使われている。この国家的な矛盾はすごく大きい。私たちが20世紀の間に培った、みんなが本当に一生懸命つくった家や町や環境があり、そこが今、空き家になりはじめている。それら全てが再利用可能とまではいえないが、その中から本当にキラッと光るもの、使えるもの1つ1つを探し出し再利用する。そうすると、高橋理事長が言われたフレキシブルな使い方の可能性につながるのではないかと思う。

○高橋理事長 地域医療構想の話を少ししたい。宮島さんは病床の将来予測と2次医療圏別の将来予測も手がけられた。結局、地域医療構想というのは、医療供給体制をこれからどうするかという1つのイノベーションの導入かと思っているが、地域医療構想の狙い、展望といったところの発言をお願いしたい。

○宮島 地域医療構想自体は、高度急性期、急性期、回復期、慢性期ということで、病院の種別を分けて、高齢者の数が多くなる地域は高度急性期よりはむしろ急性期や回復期のほうが必要になるため、それらを増やそうということ。結局、病院ですっと過ごすという老人病院問題から尾を引いた問題があり、そこはそろそろ決着をつけねばならないと。医療が本当に必要な人なら病院にいたるだろうが、そうでない人が多くいるということ。そういう環境にいるのが本当にいいことなのかというのが根底にある。

療養病床の話で言うと、県ごとで最高5倍の開きがある。どういうわけか、明治維新をおこした薩長土肥は療養病床が多く、東北は少ないなどがある。認知症の話にしても高齢者のケアの話にしても、病院というのは結局治療をする、病気だと病状で判断するところであり、もともと生活やケアの世界ではない。そういうところで四六時中監視して、病状が悪くなり急に面倒を見なければな

らないからとナースステーションのそばに重症の人や病状が不安定な人を置く。所詮、生活の場所ではないところに長くいるという問題に加え、医者の人件費と看護師の人件費が余計にかかっているというお金の問題もあり、そろそろ決着をつけようというのが地域医療構想である。

○**高橋理事長** 新田先生の講演の中で大変印象深かったのは、ドクター自らが環境を変える、普通の環境にすると言われた。そのことによって、薬の処方も相当変わると。これからは医療保険がすごく難しくなっていくとすると、高齢者の医療のあり方を考える上で、先ほどのご発言を少し敷衍していただきたい。

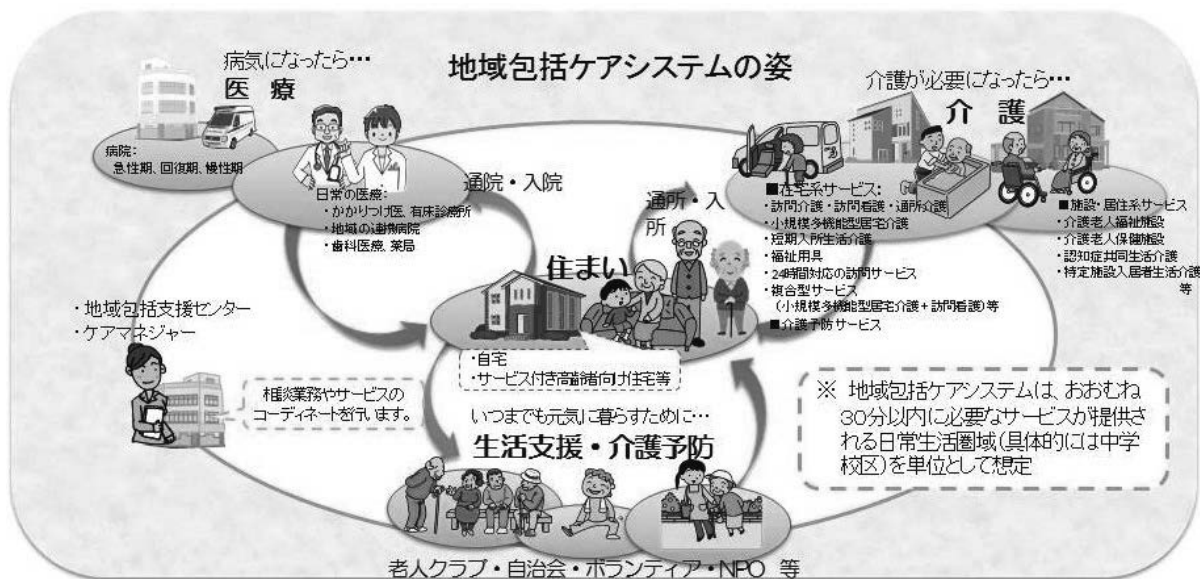
○**新田** 老人病院というのは、措置の時代に大きな役割を果たした。まず、それはそれで認める。研修医だった30年くらい前は、100床ベッドで全て点滴がついた時代だった。それは変わったわけだが、所詮その人たちは生活者にすぎなかった。先程宮島さんが言われた、疾患で分別する医療モデルではなかったという話だが、その人たちの行き場所がないまま、そのままずっと続けてきたのが日本なのだろう。今、療養病床にいる人たちの家族に聞くと、誰も引き受けたくないのが現状で、本人たちに意思決定能力がある人は40%もないという構図がある。そうすると、その前の段階から、意思決定をきちっとする。自分たちが高齢になったときの医療も含めて考える。考えるというのは、どういう形の人がどういう医療をやれば自宅に戻れるか。そういうところから基本的に考える時代になってきたということ。

○**高橋理事長** 佐藤課長は介護施設も所管しておられる。実はつい最近、教え子で東京のあるところで生活指導員をしている者が私のところにやってきた。「様子はどう？」と聞いてみたら、「特養は、結構空き始めている」と言う。介護職員がいないからというのはよく新聞が書くが、そうではなく、実は4人部屋、相部屋を中心に埋まらなくなっている。リソースは1つだけでなく、埼玉県など、要するに都市の周辺部でもそういうことが起こり始めている。今は75~80代の人がやむを得ず入るというモデルだが、これからは65歳以上の団塊の世代、明らかに家族ではなく自分の意思決定を優先する世代である彼らが対象となってくる。そうすると、この傾向は顕著になっていくのではないか。

私は、特別養護老人ホームの自己改革が非常に不徹底だったと思っている。先程の病院モデルの4人部屋に1,400日、赤の他人と一緒に生活することを「仲間がいてにぎやかだ」と言った某県知事がいたが、そういう認識の中で、結局施設は言ってみればサ高住ですらないという現状がある。

もう1つは老健施設、サ高住よりはもう少し病院に近いものが、施設という名前で日本では圧倒的なマジョリティになっている。随分前に議論をしたことがあるが、個室ユニットの議論、多床室問題で、今さらまた議論しなければいけないのかと。そういったことも含め、これからの介護施設のあり方の問題がある。

佐藤課長は、人事異動で初めてこの領域の担当になられただけに、ある意味非常に新鮮な意見というか、少なくとも正式に所管の課長の立場として、これから施設をどう見ていったらいいと考えておられるかを少し聞かせていただきたい。



資料5 (厚生労働省資料より)

○佐藤(厚生労働省) 我々が子どもだった時代は、中山間地の緑豊かな環境に老人ホームがあり、価値観として明らかに家族介護が中心だったと認識している。したがって、恐らく、施設に入ること自体が措置制度と相まって恥ずかしいという感覚があったのではないだろうか。それが、社会環境の変化等により、また介護保険制度導入から15年たち、ある意味国民一人一人が介護サービスを極めて身近なもの、当たり前ものとして捉えるようになったのではないか。そういった中で介護施設の役割も、周辺環境の変化や国民の意識とともに変わってきていると感じている。

地域包括ケアシステムという言葉は、法律にも定義されている。住まいを中心としながら、介護施設については「地域包括ケアシステムの姿」(資料5)の右上の、ちょうど端の外に出るか出ないかというところに位置している。まさに冒頭からの議論でもあるように、地域における住まい方として、本日の中心的な議論である最期まで住みなれた自宅でという取組を進めていく中で、選択肢の1つとしてある。介護施設は3類型あり、特養については生活の場、老健は復帰というそれぞれの役割があり、選択肢の1つとして位置づけられていくということ。

但し、色々言われる指摘の中には、施設に閉じこもると外との関係がなくなったり、あるいは本人のやりたいことができない、希望が実現できないというものもある。時代に即して、あるいは国民の意識に即した形に役割を一層改善していくことも必要と考えている。

特養については、先ほどミスマッチ、あるいは空き始めているという話があったが、人材や立地の問題、さらには施設経営者の努力の問題もあるかもしれない。今回の一億総活躍社会に向けた取組でも特別養護老人ホームの整備が強く打ち出されているが、厚生労働省として用意している施策は、看護小規模多機能型居宅介護、24時間対応の定期巡回・随時対応サービスなど、在宅と一体として機能し得る受け皿への支援も用意している。一億総活躍社会の取り組みも、地域包括ケアと矛盾するものではないと考えている。

なお、特養については、入所申込者が今、要介護3以上で15万人おられるが、これからもう少しきめ細かく調査し、真に必要な方々のところに手が届くようにしていきたいと考えている。

○宮島 お亡くなりになったが、こぶし園の施設長、小山剛さんが山の上の特養を解体し、町の中

に持ってきた。別に特養でなくても、普通の家で24時間ケアをやればいい。「何で小さな特養をつくったの」と聞いたことがあるが、借家で低所得者の人が要介護になって身寄りがない場合、低所得者の家賃補助をしているのは特養だけだから、小規模特養というのはやっぱり要ると。もし家賃補助をもう少し普遍的にやってくれたら、別につくらなくてもよかったと端的で明快な説明をしてくれたことがあり、なるほどと思った。

日本人は自分の家を持って持てと言われて、高齢者の8割以上は家を持っているにもかかわらず、自分の家で暮らせないというのは相当不幸なこと。しかも、サ高住や特養、老健施設や病院でもそうだが、自分の家があるのにわざわざまた家賃を払い、家は空き家になる。これはかなり変なことである。むしろ、お金を払っても自分の家でサービスしてくれるとなれば、家賃分5万円を生活支援等に使い、足りないところを補うような形で自分の家で生活できる。その組み立てをなぜ考えないのか。どうも日本人の意識が、病院に行く、施設に行くという意識になっている。

もう1つ言うと、3世代同居の多い地域がある。ところが今の3世代同居というのは、60代と30代と孫。90代のおじいちゃん、おばあちゃんは特養に入っていたりする。家族がいるから在宅サービスはしないとか余り余計なことは考えず、家族がいても60代だってまだ両親が働いていたりするし、昼間は誰もいない。昼間の独居は地域ケアの対象にするなど、もう少し考え方を現実に沿った形に持っていけないと、いつまでたっても直っていかないという感じはする。

○**高橋理事長** 実は、先ほどの中間報告である今年の調査で非常に印象深いのは、月額15万円以上のお金を割ける人が施設志向だと。これは後で新田先生にも伺いたいが、在宅生活を継続するために月15万円以上のお金を使う。我々の持っているケアの理想像としての規範モデルが、どうも焦点化されていない。

もう1つは、やむを得ない在宅と我々は言っているが、5万、10万のところで在宅を選択せざるを得ない。これは今、モデル事業でお願いしている地域善隣事業の大事なターゲットでもあると思っている。その人たちを施設に入れろと言うと新聞論調になるが、そうではなく、その人たちがきちんと支援付きの居住継続をしていけるような仕掛けづくり、これが多分、地域包括ケアであると。大都市部の自治体は相変わらず施設づくりでとんでもないお金を使っているが、そのお金をそれぞれ地域包括ケアに使うべきではないか。新田先生から少しコメントをいただきたい。

○**新田** 今、宮島さんが明確に定義したが、私も本当にそう思う。月額15万円以上の人が入るのに、誰がそれを決めるのかというと家族。本人が決めるとしたら、本人は家族に悪いという犠牲者精神がある。その二者択一でなぜそうなるかと言うと、安全性という曖昧な言葉。安全と称して、日本は病院にずっと入れてきた。また、さらに施設という問題になっている。そろそろその言葉すらもやめて、今宮島さんが言われた方向性に転換してほしいと思う。

○**園田** 今、新田先生が「安全性」と言われたが、実は私は介護を本気で1年前にやって、急性期病棟に救急車で運ばれた母をどうするかというので悩んだときに生まれたのが、Quality of Dyingということだった。私たちはどう生きるかということを生まれたときからずっと言われてきた。こんなにも高齢化してしまった日本においては、もう1つのQuality of Dyingはどうなのか。どういうふうに死んでいくのかということの価値観を、1人ずつが心の中にきちんと持たないと、「安全性」で救急車を呼んだ途端、救急救命の方や医者も命を助けることが全てになってしまう。その部分が、本人や家族と、それから医療者、あるいは介護の方々、相互に恐ろしく価値観がすれ違

っているということを実感した。

小山さんが訴え続けられたこともそういうことだと思う。生き方と同時に、どういうふう to 死んでいきたいのかを、もう少しいろんな選択肢を言語化して語ることを始める必要があるのではないかと思う。

○高橋理事長 最後に佐藤課長から一言。この「低所得高齢者等住まい・生活支援モデル事業」はなかなか周知がされていないのだが、先ほど聞いていただいたように大変興味深い事業であり、地域にストックされ、知恵として残っていく仕事である。本日は全国いろいろなところからお越しいただいているので、事業を所管しているお立場で、少しプロモーション頂ければと思う。

○佐藤（厚生労働省） 施設担当であると同時に住まい担当でもあり、したがって住まいの話をさせていただくと、まさにこのモデル事業は、これまでの様々なプレゼンにもあったように、地域で関係者がネットワークを形成し、形だけのものではなく、まさに中身の疎通を図る事業だと思っている。

私は 10 年前に自治体に出向し、高齢者の保健福祉を担当した。結局現場は 1 つで、そこで頑張る保健師がいて、行政担当者、福祉事務所、あるいは社会福祉協議会、社会福祉法人等が連携している。事業に取り組んでいるのはまだ全国 12 自治体ではあるが、福岡市では案件数が増えてきており、少しずつ現場での成果が出ている。国土交通省の支援制度など、使えるものは活用いただきたい。

一番大事なのは、地域でどうやってコミュニティをつくるか、あるいはネットワークで見守っていくか。そういった中で、1 人 1 人の高齢者の居住・生活の支援をしていく取り組みであり、ぜひ本日ご出席いただいた皆様方に、この事業をよく理解いただき、知り合いや地域の方々に、お知らせいただきたい。個別の相談があれば私ども厚生労働省高齢者支援課、あるいは高齢者住宅財団で受けさせていただく。そして、少しでも本日の議論で出たような住まい方が、当たり前ものとなっていくよう、努力してまいりたい。


○高橋理事長 「医療と住まいの新しい関係～退院先としての住まいのあり方と地域善隣事業の意義」というテーマで半日間議論をし、またそれぞれの現場から多様な方々にお越しいただいた。是非、本日の議題を皆様が現場に持ち帰って、またいろんな形で私どもにも戻して頂く。そのような相互の形で進めていただければと思う。

シンポジストの皆様、そしてご参加頂いた皆様、改めて御礼を申し上げます。本日は長時間、ありがとうございました。

3. 高齢者等の住まい・医療・ケアに係る施策動向

(1) 療養病床・慢性期医療の在り方

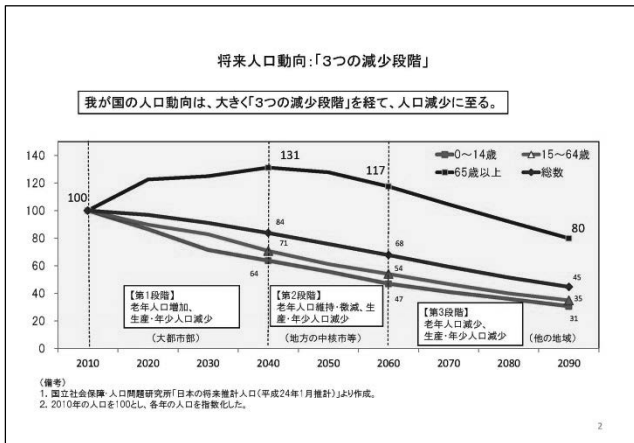
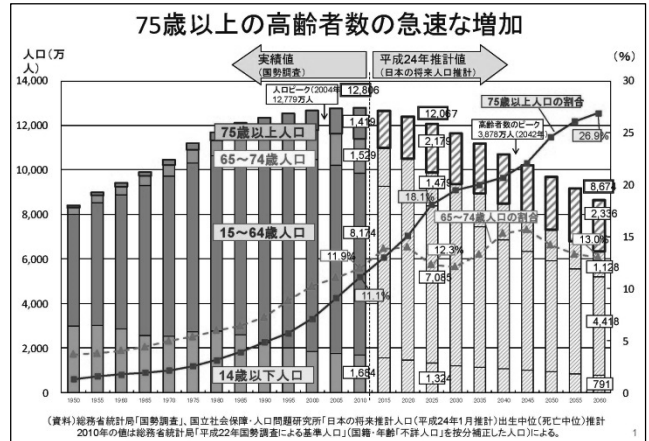
厚生労働省医政局 地域医療計画課長 迫井正深



療養病床・慢性期医療の在り方

平成28年3月14日(月)
一般財団法人高齢者住宅財団
平成27年度老人保健事業推進費等補助金老人健康増進等事業
医療と住まいの新しい関係
～退院先としての住まいのあり方と地域善隣事業の意義

厚生労働省医政局地域医療計画課長
迫井正深



地域医療構想について

- 昨年の通常国会で成立した「医療介護総合確保推進法」により、平成27年4月より、都道府県が「地域医療構想」を策定。(法律上は平成30年3月までであるが、平成28年半ば頃までの策定が望ましい。)
※「地域医療構想」は、2次医療圏単位での策定が原則。
- 「地域医療構想」は、2025年に向け、病床の機能分化・連携を進めるために、医療機能ごとに2025年の医療需要と病床の必要量を推計し、定めるもの。
- 都道府県が「地域医療構想」の策定を開始するに当たり、厚生労働省で推計方法を含む「ガイドライン」を作成し、平成27年3月に発出。

医療機能の現状と今後の方向を報告
医療機能の報告等を活用し、「地域医療構想」を策定し、更なる機能分化を推進

(「地域医療構想」の内容)

- 2025年の医療需要と病床の必要量
 - 高度急性期・急性期・回復期・慢性期の4機能ごとに推計
 - 都道府県内の構想区域(2次医療圏が基本)単位で推計
- 目指すべき医療提供体制を実現するための施策案
 - 医療機能の分化・連携を進めるための施設設備、医療従事者の確保・養成等

○ 機能分化・連携については、「地域医療構想調整会議」で議論・調整。

慢性期機能および在宅医療等の医療需要の考え方について

慢性期機能及び在宅医療等の医療需要のイメージ図※

【現状】

1. 障害者・障害児の医療需要
2. 療養病床の入院患者数
3. 一般病床で基礎未達の患者数
4. 在宅医療で訪問診療を受けている患者数
5. 現時点の老健施設の入居者数

【将来】

回復期機能

慢性期機能 及び 在宅医療等

※ このイメージ図では将来の人口構成の変化を考慮していない。実際には地域における将来の人口構成によって幅の変化が生じる。

療養病床に関する経緯①

平成28年1月15日 療養病床の在り方等に関する検討会資料

S48(1973) 老人福祉法改正
老人医療費無料化

- 「老人病院」が増加、施設代わりの病院利用が促進、併せて医師、看護師の配置の薄い病院が増加(社会的入院問題)

S58(1983) 「特例許可老人病院」制度化

- 老人病院を医療法上「特例許可老人病院」と位置づけ、診療報酬上、医師、看護師の配置を減らし介護職員を多く配置する等の介護機能等の点を評価(診療報酬は一般病院よりも低く設定)

H5(1993) 医療法改正
「療養型病床群」の創設

- 一般病院における長期入院患者の増加に対応し、主として長期にわたり療養を必要とする患者を入院させるための療養環境を有する病床として「療養型病床群」を創設(病床単位でも設置できるようにする)

H12(2000) 介護保険法施行
H13(2001) 医療法改正
「療養病床」の創設

【介護保険法施行】

- 療養病床の一部(※1)について、介護保険法上、主として長期にわたり療養を必要とする要介護者に対して医学的管理、介護などを行う「介護療養型医療施設」(※2)として位置づけ(介護療養病床)
- ※1 介護療養型医療施設(2000年)は、医療法改正までの間、療養型病床群として位置づけられていた。
- ※2 介護療養型医療施設(介護療養型)は、医療法上の認知症療養型病床(精神科病床)を併せて位置づけ。

【医療法改正】

- 療養型病床群と老人病院(特例許可老人病院)を再編し、「療養病床」に一本化

療養病床に関する経緯②

平成28年1月15日 療養病床の在り方等に関する検討会資料

H18(2006) 医療保険制度改革／診療報酬・介護報酬同時改定 介護療養病床のH23年度末での廃止決定

- 同時報酬改定に際し、実態調査の結果、医療療養病床と介護療養病床で入院患者の状況に大きな差が見られなかった（医療の必要性の高い患者と低い患者が同程度存在）ことから、医療保険と介護保険の役割分担が課題
- また、医療保険制度改革の中で、医療費総額抑制を主張する経済財政諮問会議との医療費適正化の議論を受け、患者の状況に応じた療養病床の再構成（若健施設等への転換促進と介護療養病床のH23年度末廃止）を改革の柱として位置づけ
- 同時に、療養病床の診療報酬体系について、気管切開や難病等の患者の疾患・状態に着目した「医療区分」（1～3）、食事・排泄等の患者の自立度に着目した「ADL区分」（1～3）による評価を導入

＜平成24年度～＞

医療区分2-3 ... 医師及び看護師により、常時監視・管理を実施している状態や、難病、腎臓病、肺炎、褥瘡等の疾患等を有する者
医療区分1 ... 医療区分2、3に該当しない者（より軽度な者）

療養病床に関する経緯③

平成28年1月15日 療養病床の在り方等に関する検討会資料

H23(2011) 介護保険法改正 介護療養病床の廃止・転換期限をH29年度末まで延長

- 介護療養病床の若健施設等への転換が進んでいない現状を踏まえ、転換期限をH29年度末まで6年延長（※平成24年以降、医療療養病床からの転換を含め、介護療養病床の新設は認めない）

【介護保険法改正の附帯決議】
介護療養病床の廃止期限の延長については、3年から4年後に実態調査をした上で、その結果に基づき必要な見直しについて検討すること。

＜療養病床数の推移＞

	H18(2006)3月	H24(2012)3月	<参考>H27(2015)3月
介護療養病床数	12.2万床	7.8万床 (△4.4万床)	6.3万床 (△5.9万床)
医療療養病床数	26.2万床	26.7万床 (+0.5万床)	27.7万床 (+1.5万床)
合計	38.4万床	34.5万床	34.0万床

※1 括弧内は平成18年(2006)との比較
※2 病床数については、病院報告から作成

医療・介護サービス提供における全体像(イメージ)

平成28年1月15日 療養病床の在り方等に関する検討会資料

※1 施設基準届出(平成28年7月1日現在)
※2 病院報告(平成27年8月分集計)
※3 医療療養病床(平成27年10月末集計)
※4 介護サービス施設・事業所調査(平成28年10月1日現在)
※5 介護報酬総合サービス基準より老人保健施設(平成23年3月分)
※6 老健施設調査(平成27年7月分集計)
※7 平成27年度介護サービス事業所調査(平成27年10月1日現在)
※8 サービス付き高齢者向け住宅(平成27年12月)

療養病床等の現状

平成28年1月15日 療養病床の在り方等に関する検討会資料

	一般病床	医療療養病床	介護療養型医療施設	介護老人保健施設	介護老人福祉施設
定義	病院又は診療所の病床のうち、精神科、感染症病床、結核病床以外の病床であって、主として老弱から療養を必要とする患者を入院させるためのもの	病院又は診療所の病床のうち、精神科、感染症病床、結核病床以外の病床であって、主として老弱から療養を必要とする患者を入院させるためのもの	療養病床等を有する病院又は診療所であって、当該療養病床等に入院する要介護者に対し、施設サービス計画に基づいて看護、医学的管理の下における介護及び機能訓練その他必要な医療を行うこととする施設	要介護者に対し、施設サービス計画に基づいて看護、医学的管理の下における介護及び機能訓練その他必要な医療を行うこととする施設	要介護者に対し、施設サービス計画に基づいて入浴、排せつ、食事等の介護その他の日常生活上の支援、機能訓練、健康管理及び療養上の世話を行うこととする施設
設置根拠	医療法第7条第2項	医療法第7条第2項	旧・介護保険法第9条第2項	介護保険法第8条第2項	介護保険法第8条第2項
財源	医療保険	医療保険	介護保険	介護保険	介護保険
平均的な1日当たりの費用(注)	—	入院基本料1 約58.6万円 入院基本料2 約45.8万円 (注1)	介護療養施設サービス 約35.5万円 (注2)	介護保健施設サービス 約27.2万円 (注2)	介護福祉施設サービス 約25.5万円 (注3)

(注1) 療養病床入院基本料1及び2を算定する病棟の患者1人1日当たりの7割請求金額(平成26年度入院患者等の調査)に基づき、1月を30.4日として1月の請求額を算出。
(注2) 介護サービス受給者1人当たり費用(介護給付事業費調査平成27年3月調査分)
(注3) 介護福祉施設サービス及び地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護1人当たり費用(介護給付事業費調査平成27年3月調査分)

医療療養病床(20対1・25対1)と介護療養病床の現状

平成28年1月15日 療養病床の在り方等に関する検討会資料

療養病床については、医療法施行規則に基づき、看護師及び看護補助者の人員配置は、本則上4対1（診療報酬基準でいう20対1に相当）以上とされているが、同施行規則（附則）に基づき、経過措置として、平成30年3月31日までの間は、6対1（診療報酬基準でいう30対1に相当）以上とされている。

※ 医療法施行規則に基づく人員配置の標準は、他の病棟や外来を合わせ、病院全体で満たす必要がある。

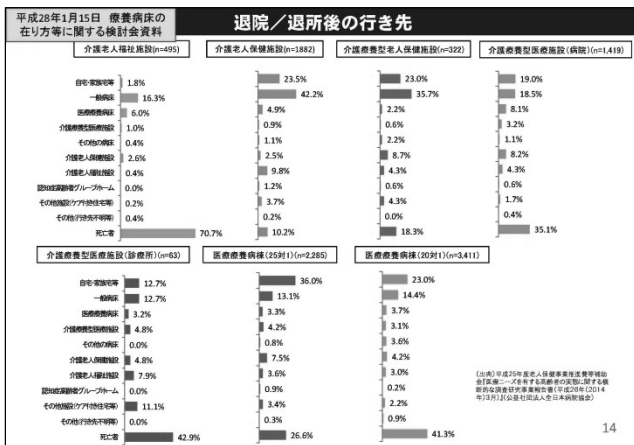
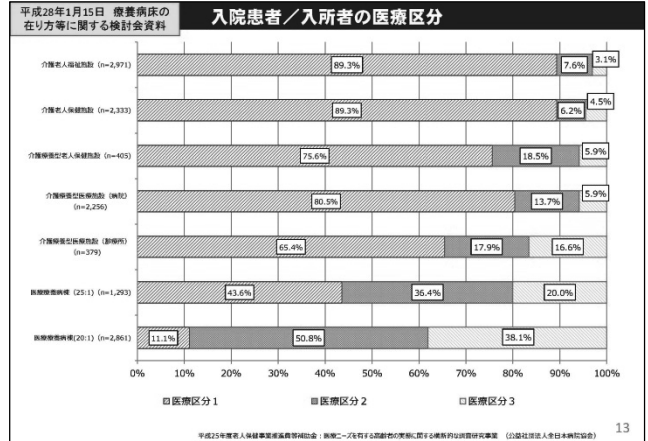
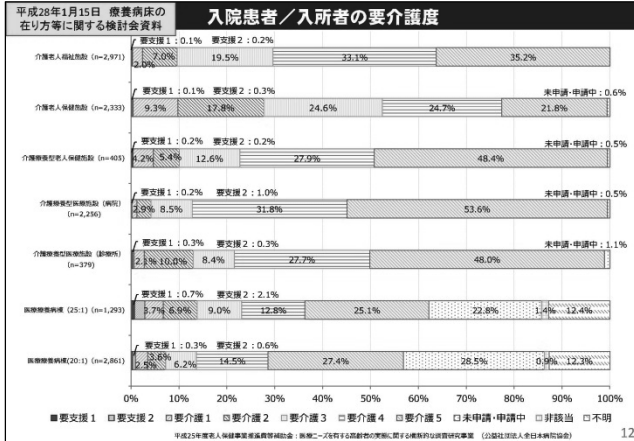
	医療療養病床	介護療養病床	
20対1	25対1	介護療養病床	
医師	48対1(3人以上)	48対1(3人以上)	48対1(3人以上)
看護師及び看護補助者	20対1 (医療法では4対1)	25対1 (医療法では、4対1が原則だが、29年度末まで経過措置の5対1が認められている。)	6対1 (診療報酬基準でいう30対1に相当) (医療法では、4対1が原則だが、29年度末まで経過措置の5対1が認められている。)
看護補助者	20対1 (医療法では、4対1)	25対1 (医療法では、4対1が原則だが、29年度末まで経過措置の5対1が認められている。)	—
介護職員	—	—	6対1
施設基準	6.4㎡以上	6.4㎡以上	6.4㎡以上
設置の根拠	医療法(病院・診療所)	医療法(病院・診療所)	医療法(病院・診療所)
病床数	約13.7万床(※1)	約7.6万床(※1)	約6.1万床(※2)
財源	医療保険	医療保険	介護保険
報酬(例)(※3)	療養病床入院基本料1	療養病床入院基本料2	療養型機能型A、療養型機能型B、その他

(※1) 施設基準届出(平成28年7月1日現在)
(※2) 病院報告(平成27年8月分集計)
(※3) 療養病床入院基本料は、医療区分・ADL区分に基づく患者分類に基づき評価。介護療養施設サービス数は、要介護度等に基づく分類に基づき評価。

平均在所・在院日数

平成28年1月15日 療養病床の在り方等に関する検討会資料

注：平均在所日数の調査が行われた年度を記載。
出典：厚生労働省「介護サービス施設・事業所調査」、病院報告(平成25年、平成22年、平成19年、平成18年)



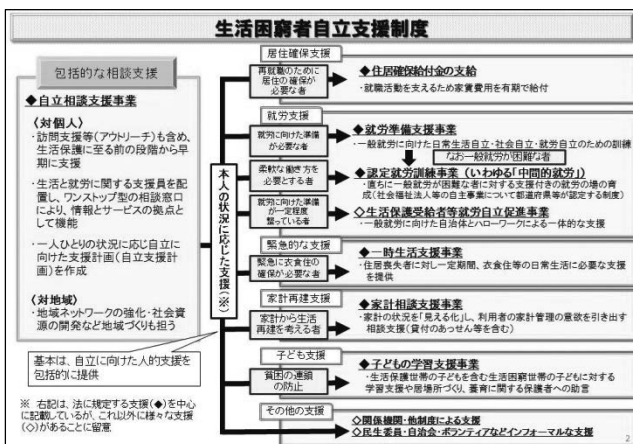
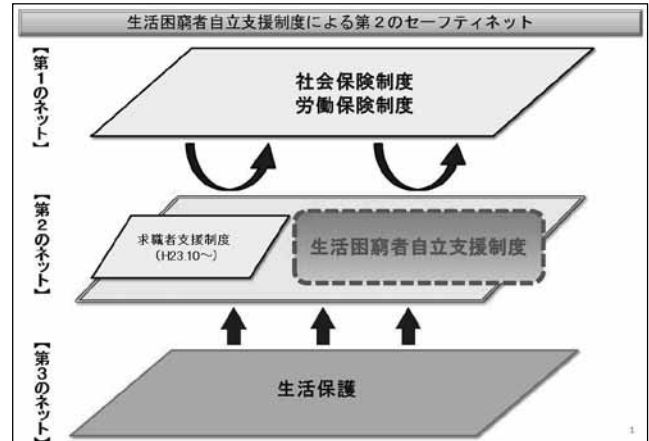
(2)生活困窮者自立支援制度について

厚生労働省社会・援護局地域福祉課 生活困窮者自立支援室長 本後健

生活困窮者自立支援制度について

平成28年3月14日
厚生労働省社会・援護局地域福祉課
生活困窮者自立支援室

生活困窮者自立支援制度ホームページ(厚生労働省)
<http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000059425.html>



住居確保給付金について

目的

- 離職等により経済的に困窮し、住居を失った又はそのおそれがある者に対し、住居確保給付金を支給することにより、安定した住居の確保と就労自立を図る。
- ※ 緊急雇用創出事業臨時特例基金（住まい対策拡充等支援事業分）事業として平成21年10月から行われていた住宅支給付事業（平成20年度末までの事業）を制度化。

住居確保給付金の概要

➢ 支給対象者

- 申請日において65歳未満であって、離職等後2年以内の者
- 離職等の前に世帯の生計を主として維持していたこと
- ハローワークに求職の申し込みをしていること
- 国の雇用施策による給付等を受けていないこと

➢ 支給要件

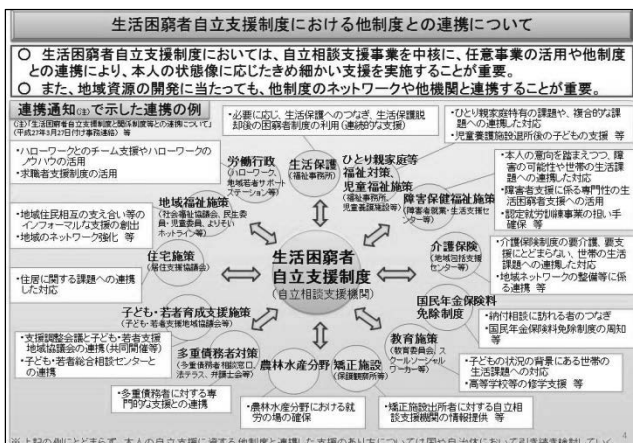
- ①収入要件：申請月の世帯収入合計額が、基準額（市町村民税均等割が非課税となる収入額の1/12）+家賃額以下であること。家賃額は、住宅扶助特別基準額が上限。
(東京都1級地の場合)単身世帯：13.8万円、2人世帯：19.4万円、3人世帯：24.1万円
- ②資産要件：申請時の世帯の預貯金合計額が、基準額×6（ただし100万円を超えない額）以下であること。
(東京都1級地の場合)単身世帯：50.4万円、2人世帯：70.7万円、3人世帯：100万円
- ③就職活動要件：ハローワークでの月2回以上の職業相談、自治体での月4回以上の面接支援等

➢ 支給額
賃貸住宅の家賃額（上限額は住宅扶助特別基準額）(東京都1級地の場合 単身世帯：53,700円、2人世帯：64,000円)

➢ 支給期間 原則3か月間（就職活動を誠実にしている場合は3か月延長可能（最長9か月まで））

期待される効果

- 有期の代理納付という仕組みの中で生活保護に至らないためのセーフティネットとして、効果を発揮。
- 自立相談支援事業や就労準備支援事業との組み合わせにより更なる効果を目指す。




生活困窮者自立支援における居住支援の観点

- 生活困窮者の支援に当たっては、自立の基盤として「居住の確保」が重要な要素。
- 居住確保・居住継続という観点から、低所得者が占める割合が高い民間賃貸住宅への着目が必要。
 - ・ 民間市場ベースであり、様々な商慣行上の「弱者」が存在。
 - （例）経済基盤の弱い人、身寄りのない人等に対する入居拒否、更新拒否等
 - ・ 家賃保証等の民間事業は、経済基盤の弱い人までカバーしきれていない。
 - ・ 生活支援や見守りが各福祉制度によって提供される人（高齢者・障害者等）は、その「安心感」により居住確保・居住継続が可能。しかし、生活困窮者のすべてをカバーしきれていない。
- 市町村の福祉部門においては、こうした居住確保・居住継続のための支援が必要であることが気付かれ始めている。

(3)低所得高齢者等住まい・生活支援モデル事業について

厚生労働省老健局 高齢者支援課長 佐藤守孝



低所得高齢者等住まい・生活支援モデル事業について

平成28年3月14日(月)

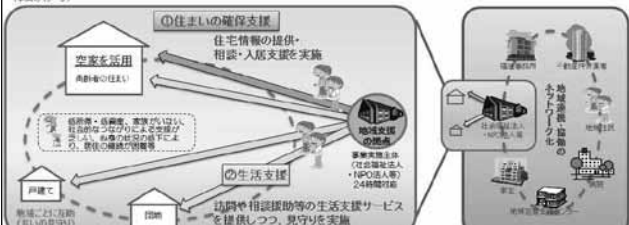
厚生労働省老健局高齢者支援課長
佐藤守孝

「低所得高齢者等住まい・生活支援モデル事業」の概要

平成28年度予算(案)
0.8億円

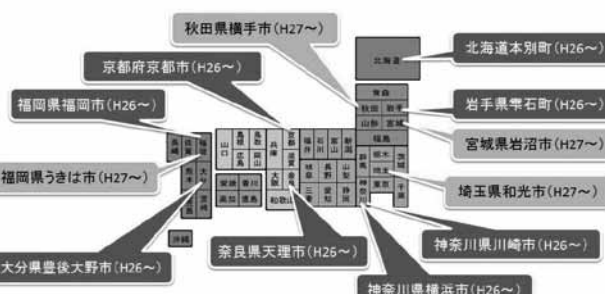
- 事業概要**
自立した生活を送ることが困難な低所得・低資産高齢者を対象に、社会福祉法人やNPO法人等が、地域連携・協働のネットワークを構築し、
①既存の空き家を活用した住まいの確保を支援するとともに、
②日常的な相談等(生活支援)や見守りなど、高齢者が住み慣れた地域において継続的に安心して暮らせるよう体制を整備すること等について、国としても支援する。
- 実施主体**
市区町村(社会福祉法人、NPO法人等への委託可能)
- 補助単価等**
1事業当たり 5,105千円(定額)※最長2か年

(事業のイメージ)



低所得高齢者等住まい・生活支援モデル事業(実施状況)

平成26年度は、全国から8自治体がモデル事業にエントリー
平成27年度は、4自治体が新たにエントリー



※平成26年度の各自治体の取組の詳細は次のURLを参照 <http://www.kojijuzai.or.jp/news/20150314/>

全国介護保険・高齢者保健福祉担当課長会議資料①(平成28年3月7日)

2. 高齢者向け住まいの適切な供給について

(5) 低所得高齢者等住まい・生活支援の推進について

平成26年度より、自立した生活を送ることが困難な低所得・低資産の高齢者を対象に、空き家等を活用した住まいの支援や見守りなどの生活支援を行う「低所得高齢者等住まい・生活支援モデル事業」を実施しており、平成27年度は12自治体において活用いただいているところである。平成28年度予算案においても引き続き、モデル事業として0.8億円を計上している。

本事業の実施に当たっては、今後、国土交通省等関係機関とも連携しながら、住まいの確保対策の強化を図っていくことを検討しているが、下記の点について留意いただき、本事業の積極的な活用に向けて検討を進めるとともに、既に本事業を実施している場合には、その支援の充実を図られるようお願いする。

(次ページに続く)

全国介護保険・高齢者保健福祉担当課長会議資料②(平成28年3月7日)

- 事業の実施に関係する地方自治体や事業者で構成する地域連携・協働のネットワークとなるプラットフォーム(地域連携・協働の仕組み)の構築に当たっては、北海道庁や市町村に設置されている居住支援協議会と連携することも有効であると考えられるが、居住支援協議会において住宅確保要配慮者への民間賃貸住宅への入居支援の取組を行う場合は、国土交通省の補助金の活用が可能であること。**
※ 国土交通省「重層的住宅セーフティネット構築支援事業(居住支援協議会活動支援事業)」平成28年度予算案2.1億円の内訳
- 事業の実施に当たり、空き家等のリフォームやコンバージョンが必要な場合は、国土交通省の補助金の活用が可能であること。**
※ 国土交通省「住宅確保要配慮者あんしん居住推進事業」平成28年度予算案25億円
- 平成28年度の事業実施については、予算の成立に合わせて事前協議書の提出を依頼する予定であり、管内の社会福祉法人・NPO法人等を通じて低所得高齢者等に対する支援を計画している市町村におかれては、準備を進めていただきたいこと。**
- 下記のシンポジウムにおいて、本事業に取り組んでいる地方自治体の実施状況等を紹介する予定であるため、積極的にご参加いただきたいこと。**
(略)

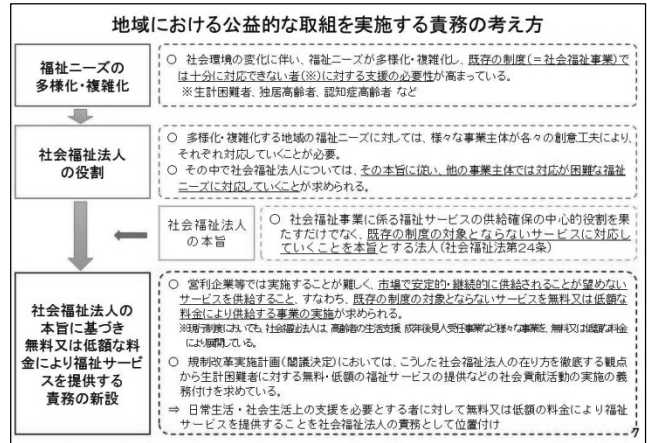
社会福祉法等の一部を改正する法律案

福祉サービスの供給体制の整備及び充実を図るため、
・社会福祉法人制度について経営組織のガバナンスの強化、事業運営の透明性の向上等の改革を進めるとともに、介護人材の確保を推進するための措置、社会福祉施設職員等退職手当共済制度の見直し等の措置を講ずる。

- 社会福祉法人制度の改革**
 - 経営組織のガバナンスの強化**
 - 議決機関としての評議員会を必須(小規模法人については特例規定の経過措置)、一定規模以上の法人への会計監理人の導入等
 - 事業運営の透明性の向上**
 - 財務諸表・経営報告書・役員報酬基等の公表に係る規定の整備等
 - 財務規律の強化(適正かつ公正な支出管理・いわゆる内部留保の明確化・社会福祉事業等への計画的な再投資)**
 - 役員報酬基準の作成と公表、役員等関係者への特別利益供与の禁止等
 - 「社会福祉充実積立(再投資財産額)」「純資産の額から事業の継続に必要な財産額(※)を控除等した額)の明確化
 - ※①事業に活用する土地、建物等②建物の修繕、修繕に要する資金③必要運転資金④基本金及び引当金等特別積立金
 - 「社会福祉充実積立」を保有する法人に対して、社会福祉事業又は公益事業の新規実施、拡充に係る計画の作成を義務付け等
 - 地域における公益的な取組を実施する責務**
 - 社会福祉事業及び公益事業を行うに当たって、無料又は低額な料金を福祉サービスを提供することを責務として規定
 - 行政の関与の在り方**
 - 所轄庁による指導監督の機能強化、国・都道府県・市の連携等
- 福祉人材の確保の促進**
 - 介護人材確保に向けた取組の拡大**
 - 福祉人材の確保等に関する基本的な指針の対象者の範囲を拡大(社会福祉事業と密接に関連する介護サービス従事者を追加)
 - 福祉人材センターの機能強化**
 - 離職した介護福祉士の届出制度の創設、就業の促進、ハローワークとの連携強化等
 - 介護福祉士の職業資格取得方法の見直しによる賃金の向上**
 - 平成29年度から職業資格卒業者に奨励金を付付し、5年間をかけて国家試験の義務付けを漸進的に導入等
 - 社会福祉施設職員等退職手当共済制度の見直し**
 - 退職手当金の支給率を長期加入者に配慮したものに見直し
 - 被共済職員が退職し、再び被共済職員となった場合に共済加入期間の合算が認められる期間を2年以内から3年以内に延長
 - 障害者支援施設等に係る公費助成を介護保険施設等と同様の取扱いに見直し

【施行期日】平成29年4月1日(1)(2)と(3)の一部(4),(5)の一部、2(1),(4)は平成28年4月1日、2(3)は公布の日

1. 社会福祉法人制度の改革	
○ 公益性・非営利性を確保する観点から制度を見直し、国民に対する説明責任を果たし、地域社会に貢献する法人の在り方を徹底する。	
1. 経営組織のガバナンスの強化 □ 理事・理事長に対する事前継続の発覚 □ 財務会計に係るチェック体制の整備	○ 議決機関としての評議員会を必要 ※理事等の選任・解任や役員報酬の決定など重要事項の決議(注)の規程法人について評議員定数に係る経過措置を設ける。 ○ 役員・理事会・評議員会の権限・責任に係る規定の整備 ○ 親族等特殊関係者の理事等への選任の制限に係る規定の整備 ○ 一定規模以上の法人への会計監査人の導入 等
2. 事業運営の透明性の向上 □ 財務諸表の公表等について法律上明記	○ 閲覧対象書類の拡大と閲覧請求者の国民一般への拡大 ○ 財務諸表、現況報告書(役員報酬総額、役員等関係者との取引内容を含む。)、役員報酬基準の公表に係る規定の整備 等
3. 財務規律の強化 ○ 適正かつ公正な支店管理の確保 ○ いわゆる内部留保の明確化 ○ 社会福祉事業等への計画的な再投資	① 役員報酬基準の作成と公表、役員等関係者への特別の利益供与を禁止等 ② 純資産から事業継続に必要な財産(※)の額を控除し、福祉サービスに再投資可能な財産額(「社会福祉事業財産額」)を明確化 ※①事業に活用する土地、建物等の賃貸、借付、心算②③必要経費④基本金、国庫補助金等特別立金 ③ 再投資可能な財産額がある社会福祉法人に対して、社会福祉事業又は公益事業の新規実施・拡充に係る計画の作成を義務づけ(①社会福祉事業、②地域公益事業、③その他公益事業の順に検討) 等
4. 地域における公益的な取組を実施する責務 □ 社会福祉法人の本旨に照し、他の主体では困難な福祉ニーズへの対応を求め	○ 社会福祉事業又は公益事業を行うに当たり、日常生活又は社会生活上支援を要する者に対する無料又は低額の料金で福祉サービスを提供することを責務として規定 ※利用者負担の軽減、無料又は低額による高齢者の生活支援等
5. 行政の関与の在り方 □ 所轄庁による指導監督の機能強化 □ 国・都道府県・市の連携を推進	○ 都道府県の役割として、市による指導監督の支援を位置づけ ○ 経営改善や法令遵守について、柔軟に指導監督する仕組み(勧告等)に関する規定を整備 ○ 都道府県による財務諸表等の収集・分析・活用、国による全国的なデータベースの整備 等



(4)サービス付き高齢者向け住宅及び居住支援に関する施策動向

国土交通省住宅局 安心居住推進課長 和田康紀

サービス付き高齢者向け住宅及び居住支援に関する施策動向

国土交通省 住宅局
安心居住推進課
平成28年3月

国土交通省
Ministry of Land, Infrastructure, Transport and Tourism

地域包括ケアシステムの構築について

- 〇 国々の世代が75歳以上となる2025年を目途に、重度な要介護状態ともなっても住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができるよう、医療・介護・予防・住まい・生活支援が包括的に確保される体制（地域包括ケアシステム）の構築を実現。
- 〇 今後、認知症高齢者の増加が見込まれることから、認知症高齢者の地域での生活を支えるためにも、地域包括ケアシステムの構築が重要。
- 〇 人口が伸びないで75歳以上人口が増える大都市部、75歳以上人口の増加は緩やかだが人口は減少する町村部等、高齢化の進捗状況には大きな地域差。
- 〇 地域包括ケアシステムは、保険者である市町村や都道府県が、地域の自主性や主体性に基づき、地域の特性に応じて作り上げていくことが必要。

スマートウェルネス住宅・シティの展開

街なかにおいて、子育て家庭や高齢者等がいざいと生活し活動できる住環境を実現するため、

- ・サービス付き高齢者向け住宅等の整備、
- ・空き家を活用した子育て世帯向け住宅やコミュニティ施設等の確保、
- ・介護・医療・子育て等のサービス拠点施設の設置

など、厚生労働省と連携し、地域包括ケアとコンパクトなまちづくりを一体的に進捗する。

サービス付き高齢者向け住宅の登録制度の概要

- 〇 バリアフリー化や居住者への生活支援の実施等の基準を満たす住宅について都道府県等が登録を実施。
- ※ サービス付き高齢者向け住宅の登録制度は、「高齢者の居住の安定確保に関する法律（高齢者住まい法）の改正により、平成28年10月に創設。
- 〇 料金やサービス内容など住宅に関する情報が事業者から開示されることにより、居住者のニーズにあった住まいの選択が可能。

【登録基準】	
ハード	〇床面積は原則25㎡以上 〇構造・設備が一定の基準を満たすこと 〇バリアフリー構造であること（廊下幅、段差解消、手すり設置）
サービス	〇必須サービス：安否確認サービス・生活相談サービス ※ その他のサービスの例：食事の提供、清掃・洗濯等の家事援助
契約内容	〇長期入院を理由に事業者から一方的に解約できないこととしているなど、居住の安定が図られた契約であること 〇敷金、家賃、サービス対価以外の金銭を徴収しないこと 等

【入居要件】
・60歳以上の者 又は 要支援・要介護認定者 等

【登録状況(1-28.2末時点)】

戸数	198,184戸
棟数	6,077棟

サービス付き高齢者向け住宅整備事業の概要

H27補正予算 189億円
H28予算案 320億円(約3割)

事業イメージ

<補助率>

住宅：
新築 1/10(上限 120万円/戸 等)
改修※1 1/3(上限 150万円/戸 等)

高齢者生活支援施設※2：
新築 1/10(上限1,000万円/施設 等)
改修 1/3(上限1,000万円/施設 等)

その他の要件

- 〇 サービス付き高齢者向け住宅として10年以上登録するもの
- 〇 入居者の家賃の額が、近隣同様の住宅の家賃の額と均衡を失しないように定められるもの
- 〇 入居者からの家賃等の徴収方法が、前払いによるものに限定されていないもの
- 〇 事業に要する資金の調達が確保であるもの 等

※1 住宅の改修は、共用部分及び加齢対応構造等(バリアフリー化)に係る工事に限る。平成27年度より、用途変更に伴い建築基準法等の法令に適合させるために必要となる構造・設備の改良に係る工事*を追加。
*…高齢者住まい法上必要となる住宅設備の設置 等

※2 高齢者生活支援施設の例：デイサービス、訪問介護事業所、居宅介護支援事業所、診療所、訪問看護事業所 等

サービス付き高齢者向け住宅の緊急整備

平成27年度補正予算 189億円

背景

- 〇 「介護離職ゼロ」や「特需待機ゼロ」の実現に向け、約1.2万人分の介護在宅・施設サービスやサービス付き高齢者向け住宅（サ高住）の追加供給が必要。
- 〇 サ高住については、約1.2万人分のうち、約2万人分の追加供給が必要。

事業内容

- 〇 約2万人分のサ高住の追加供給に向け、所要の手当を計すとともに、供給の加速を図るため、一割のサ高住や高齢者の生活に貢献する高齢者向け住宅の整備を行う。

約2万人分のサ高住の追加供給

+ 約10万人分の介護在宅・施設サービスの追加供給

家族等の介護負担の軽減 → 「介護離職ゼロ」の実現

スマートウェルネス住宅等推進事業の概要(H28年度予算案)

平成28年度予算案 220億円

○高齢者、障害者、子育て世帯等の多様な世帯が安心して健康に暮らすことができる住環境（スマートウェルネス住宅）を実現するため、サービス付き高齢者向け住宅の整備、高齢者生活支援施設や子育て支援施設等の複合施設の整備及び先導的な取組を支援。

事業内容

1 サービス付き高齢者向け住宅整備事業

○サービス付き高齢者向け住宅の供給の加速や多様な居住ニーズに応じた整備の推進を図るため、平成27年度補正予算に引き続き、住宅や宿泊備前等付住宅のサービス機能となる付随施設に係る補助を拡充するとともに、立地適正化等を推進するため、市町村のまちづくりに関するものに支援を重点化（市町村への意見聴取の義務化）。

補助率：新築1/1.0、改修1/3

【補助の取組内容】

- 付随施設10ヶ所を確保した整備住宅1戸当たりに係る補助標準額15万円以上 100万円/戸→135万円/戸
- 既存ストックを改修する高層ビル等の補助標準額15万円以上 100万円/戸→150万円/戸
- 上記以外の用途に係る住宅の補助標準額15万円以上 100万円/戸→120万円/戸
- 補助対象として高齢者向け住宅に係る補助標準額15万円以上 1,000万円/棟→1,200万円/棟

2 スマートウェルネス拠点整備事業

○住宅団地等における福祉施設の整備促進のため、整備費に対して支援を実施。

補助率：1/3 補助限度額：1,000万円/施設

【補助対象】高齢者生活支援施設、障害者生活支援施設、子育て支援施設

3 スマートウェルネス住宅等推進モデル事業

○高齢者等の居住の安定確保及び健康の維持・増進に資する先導的な事業として選定されるものに対して支援を実施。

【補助対象】高齢者向け住宅、高齢者生活支援施設

【補助率】高齢者向け住宅：新築1/1.0、改修1/3
【住宅団地等】高齢者生活支援施設：補助率1/3

サ高住整備事業の市町村意見聴取の要件化

・サ高住の整備への支援に当たって、市区町村への意見聴取を行い、立地等に関して支障がないことを要件化。

市区町村からの意見の観点例

意見聴取のスキーム

市区町村からの意見の観点例

- 地域における高齢者住宅の必要量の確保**
✓当該地域の将来における高齢者人口等を勘案して、必要な高齢者住宅が供給されているか。
- 公共交通機関へのアクセス等の立地**
✓高齢者が公共交通機関や生活利便施設等を利用しやすい立地であるか。
- 医療・介護サービスとの連携**
✓入居者の介護の重症化や医療処置が必要となった場合に備えて、必要なサービスが提供されるよう医療・介護サービスとの適切な連携が図られているか。
- その他まちづくりとの整合**

※政令市・中核市は都道府県を越えて、直接意見聴取

高齢者の居住の安定確保に関する法律の改正について

※地方分権一括法による改正予定

背景

- 高齢者向け住宅の供給にあたっては、介護政策との連携が不可欠。しかし、介護保険行政の主体は市町村である一方、高齢者居住安定確保計画の策定主体は都道府県となっている。
- 一部の地域では、サービス付き高齢者向け住宅が郊外に立地する傾向にあるなど、市町村のまちづくりとの連携が課題。

→ 市町村による高齢者居住安定確保計画の策定等を可能にすることが必要。

現行制度の概要

- 都道府県が、市町村と協議の上、高齢者居住安定確保計画（※）を策定（法第4条）。
- （※）計画策定により、サービス付き高齢者向け住宅の登録基準の追加、一部の登録基準の強化・緩和が可能。

改正の方向性

- 市町村も、都道府県と協議の上、高齢者居住安定確保計画の策定を可能に。
- （※）サービス付き高齢者向け住宅の登録基準の追加、強化・緩和も可能に。

【参考】高齢者居住安定確保計画

○区域内の高齢者の居住の安定確保のため、高齢者向け住宅の供給の目標や施策等を定めること

【計画の策定状況（平成27年7月時点）】

策定年度	大分県	群馬県	東京都	埼玉県	千葉県	茨城県	栃木県	新潟県	富山県	石川県	福井県	岐阜県	静岡県	愛知県	三重県	滋賀県	京都府	大阪府	兵庫県	奈良県	和歌山県	徳島県	香川県	愛媛県	高知県	福岡県	佐賀県	長崎県	熊本県	大分県	合計
～H22年度																														4	
H23年度																														19	
H24年度																														9	
H25年度																														3	
H26年度																														3	
H27年度																														2	

法改正による効果 市町村による地域の実情に応じたサービス付き高齢者向け住宅の供給促進等が可能に。

住宅確保要配慮者あんしん居住推進事業の概要

27年度予算 25億円
28年度予算案 25億円

○住宅に困窮している低所得の高齢者、障害者、子育て世帯の居住の安定確保に向け、居住支援協議会等との連携や適切な管理の下で、空き家等を活用し一定の質が確保された賃貸住宅の供給を図ると、空き家等のリフォームやコンバージョンに対して支援する。

居住支援協議会等との連携

【各施設における整備の目的】
○住宅確保要配慮者のニーズを把握し、必要な住宅供給量を把握。
○「住宅情報の登録」
○事業の実施範囲のある住宅オーナー等の連携を行い、住宅情報の登録を実施。
○「住宅情報の提供」
○入居対象者に対する登録住宅の情報提供を実施。
○「入居状況の確認」
○毎年、居住支援協議会等において、入居状況を確認。

補助の要件

<入居対象者>
○収入が住民税以下の高齢者世帯、障害者世帯、子育て世帯であって、現に住宅に困窮している（未成年者に居住する）世帯
○「住宅確保要配慮者に対する賃貸住宅の供給の促進等に関する法律」に基づき、子育て世帯の優先的な入居を認めることとする

<住宅要件>
○戸の床面積は原則として25㎡以上
○入居対象者の居住の安定確保を図るため居住支援協議会等が必要と認められる工事
○「例」設備の改善・更新、断熱改修、防犯・安全性の強化等
○一定のバリアフリー化がなされていること

<家賃>
○当該住宅の家賃に準じたもの

対象工事

- バリアフリー改修工事
- 耐震改修工事
- 共同居住のための改修工事
- 入居対象者の居住の安定確保を図るため居住支援協議会等が必要と認められる工事
（例：設備の改善・更新、断熱改修、防犯・安全性の強化等）
- 「エネルギー性能向上のための改修工事」

補助率・補助限度額

- 補助率：1/3
- 補助限度額：
（住戸）60万円（H28年度）/50万円（H29年度）
（ビル）100万円（H28年度）/80万円（H29年度）
- 事業主体：民間事業者等

※ 下部部分は平成28年度予算案の概算内容

居住支援協議会の概要

○住宅確保要配慮者の民間賃貸住宅への円滑な入居の促進等を図るため、地方公共団体、不動産関係団体、居住支援団体等が連携し、居住支援協議会（※）を設立。住宅確保要配慮者及び民間賃貸住宅の賃貸人の双方に対し、住宅情報の提供等の支援を実施。

（※）住宅確保要配慮者に対する賃貸住宅の供給の促進等に関する法律（平成27年法律第10号）に基づき

概要

(1) 設立状況
65協議会が設立（H28.2.22時点）【41都道府県・14区町村】

○設置経緯
北海道、青森県、岩手県、宮城県、秋田県、福島県、栃木県、群馬県、埼玉県、千葉県、東京都、神奈川県、新潟県、富山県、石川県、岐阜県、静岡県、愛知県、三重県、滋賀県、京都府、大阪府、兵庫県、奈良県、和歌山県、徳島県、香川県、愛媛県、高知県、福岡県、佐賀県、長崎県、熊本県、大分県、宮崎県、鹿児島県、沖縄県

○区域
北海道本庁、山形県鶴岡市、江東区、豊島区、板橋区、八王子市、調布市、岐阜市、京都市、神戸市、北九州市、福岡市、大牟田市、熊本市

(2) 居住支援協議会による主な活動内容
○メンバー間の意見・情報交換
○要配慮者向けの民間賃貸住宅等の情報提供、紹介・斡介
○住宅確保サービスの実施
○住宅確保サービスの提供
○居住支援協議会の開催、居住支援協議会の設置、サポート広域の設置等
○家賃保証保証制度、空室確保サービス等の紹介
○賃貸人/要配慮者を対象とした講演会等の開催 等

(3) 支援
居住支援協議会が行う住宅確保要配慮者に対する民間賃貸住宅等への入居の円滑化に関する取り組みを支援
○予算（例）：H23年度 民間賃貸住宅サービスネット構築支援事業（2.1億円）の内訳

居住支援協議会の取組①（鳥取県居住支援協議会）

○協議会にあんしん賃貸相談員を配置し、住宅相談から入居まできめ細やかな対応を実施。

○住宅確保要配慮者という理由では入居を拒否しないあんしん賃貸相談員について、HPで情報発信。

○更に県内を「東部・中部」「西部」に分けて、「あんしん賃貸相談員（2名）」を地区別に配置。高齢者や障がい者等の入居・住み替え相談に直接対応。

（住宅相談員）
○相談者と不動産・家主、支援団体等の間に立つ「コーディネーター」の役割を担う（宅建士等の資格を有する）

相談対応実績

	H21	H22	H23	H24	H25	H26
高齢者	21	29	26	38	60	47
障がい者	26	36	55	84	62	54
外国人	3	3	0	1	4	8
子育て	13	15	28	29	25	25
その他	12	9	16	38	43	49
合計	74	92	125	199	194	183
入居決定	17	39	74	143	127	124

（入居決定の増加要因）
○全国的な入居状況
○不動産店、現地への同行、契約等の立ち会い
○法律保証人、保証金等の確保
○生活保護申請等の必要な行政手続きの支援
○入居後の福祉、生活支援の確保

○経費・集約の確保
○4年間の報告会、困難事例の検証
○業務の集約による安心感
○記録保持の徹底
○協議会により（含）等による普及啓発の協力依頼
○協議会からの働きかけ

居住支援協議会の取組② (埼玉県居住支援協議会)

国土交通省

○地域の不動産業者と連携し、住宅確保要配慮者の入居に係るバックアップ体制を構築。

○県配業者を拒まない住宅の情報提供と住まいサポート店の設置

○住宅確保要配慮者(県の変遷に規定するものに限る)を受け入れる「あしん(賃貸住宅)についてHPで情報提供(検索サイト)

○特介や家主への「あしん(賃貸住宅)の登録呼びかけを行う「住まいサポート店(地域の不動産業者)」を、不動産関係団体の協力を得て、設置

(※) 住まいのサポート店：地域の不動産業者を住まいのサポート店と位置づけ、円滑な入居を支援

○入居支援に係る事例収集・情報提供

○地域特性の分析と多様な居住支援メニューの整理

○円滑な入居を阻害する要素の把握と分析

→事例集・支援メニュー集を作成し、宅建業者や居住支援団体等と共有し、共通認識の構築を図る。

13

居住支援協議会の取組③ (神戸市居住支援協議会)

国土交通省

○入居時の貸主・借主双方の不安を解消するため、民間賃貸住宅への円滑な入居を支援するサービス提供体制を構築。

①「さすや」賃貸住宅あしん入居制度 (H26.10運用開始) (右図)

対象者：神戸市内の民間賃貸住宅に新たに入居する世帯、または入居中の世帯

サービス提供事業者：6者

提供サービス(有償)：

- 連帯保証サービス
- 特殊家具の片付けサービス
- 安全確認サービス(追加サービス)
- 葬儀の実施、死後手続き、福祉整理

②「マイホーム借り上げ制度」の活用促進

○一般社団法人様性・住みかえ支援機構(JIT)の「マイホーム借上げ制度」の活用促進のため、不動産事業者等向けの説明会を開催。また、JITへの初年度協賛金の補助等の事業を実施。

○空き家対策の一環として、「マイホーム借上げ制度」の活用促進も含めて、地域住民に対する「すまいの相談会」を各区で実施。

14

居住支援協議会の取組④ (大牟田市居住支援協議会)

国土交通省

○地元の子供と連携し、市内全域の空き家の実態調査を実施。さらにモデル事業として、空き家を改修し、地域の交流サロンとして利用を開始。引き続き、地域包括ケアシステムの構築に向けて、住宅情報システムを構築するとともに、空き家を改修・活用できる仕組みや住宅確保要配慮者の円滑な入居のための保証に係る仕組みづくりを研究。

○空き家の利活用方法の検討

大牟田市内全域を对象とした空家実態調査<H25> (建築物の建て方・構造・建物の状態等を調査・分析) →2,800戸の空家の状態をランク付け

【活用可能性の検討】

- ・小規模多機能サービス拠点
- ・地域住民の交流サロン
- ・地域見守り付高齢者住宅
- ・グループリビング
- ・互助ハウス、障害者シェアハウス など

<H25取組>地域包括ケアシステムの構築に向けて、住み慣れた地域で安心して住み続けることができるよう、市内に存在する空き家の改修・活用方法

○地域ネットワークや住宅サービス網と連携 などを研究。

15

居住支援協議会の取組⑤ (京都市居住支援協議会)

国土交通省

○居住支援協議会を中心として、入居支援から居住の継続に関する支援を実施。

①「さすや」賃貸住宅の運営

- ・高齢者の入居を拒まない民間賃貸住宅である「さすや」賃貸住宅を運営 (HP及びスマホ版のサイト)
- 登録件数 25年度末 199棟 (3,998戸) →26年度末 235棟 (4,718戸)
- 成約実績 26年1月1日～9月30日 57戸

②高齢者の住まいの相談会等の実施

- ・高齢期の住まいに関する疑問や不安に対し、不動産・福祉・行政の各専門分野の相談員が総合的に対応する「高齢者の住まいの相談会」を定期的に実施
- ・シニア住宅を始めとする「高齢者向け住宅の見学会」の実施 等

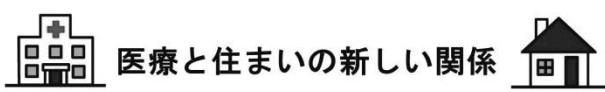
③居住の継続に関する支援事業(京都市高齢者住まい・生活支援モデル事業の検証及び検討)

・低所得高齢者等ができるだけ安定的・継続的に地域生活を営めるよう、京都市居住支援協議会が中心となり、関係者等で入居及び生活支援を行う福祉・不動産関係者等のネットワークを構築し、実施メンバー間で定期的に課題等の情報共有・交換を実施。

16

4. 「低所得高齢者等住まい・生活支援モデル事業」の成果・展望

東北大学公共政策大学院 教授 白川泰之



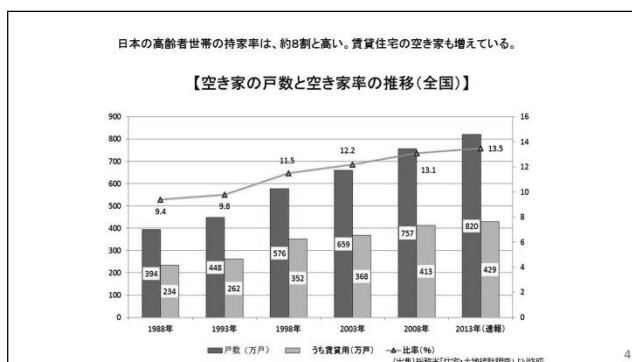
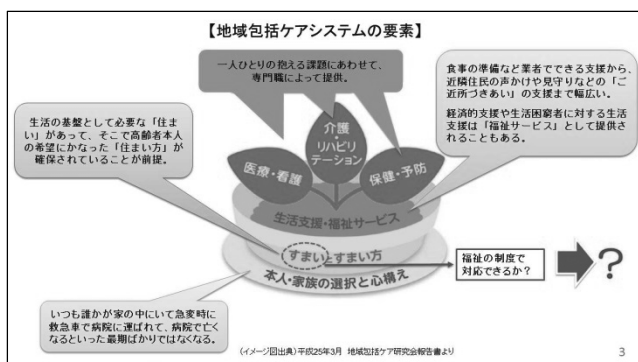
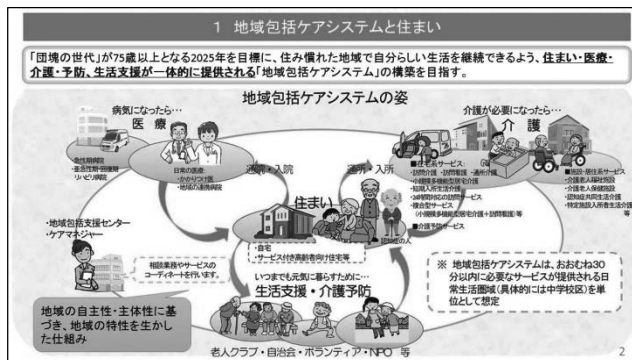
医療と住まいの新しい関係

「低所得高齢者等住まい・生活支援モデル事業」の成果・展望

平成28年3月14日

東北大学公共政策大学院
SCHOOL OF PUBLIC POLICY, TOHOKU UNIVERSITY

教授 白川 泰之



うまくやれば、「握手」ができないか？

7

2 「地域善隣事業」の構想

低所得高齢者の住まいと生活支援の在り方に関する調査研究(高齢者住宅財団・平成23～25年度老人保健健康増進等事業)において提唱。

地域善隣事業の思想

大正末期から昭和初期にかけては、社会経済状況の変動や都市化の進行によって、地域社会における生活困窮者が顕在化し、その解決が大きな社会問題となっていた。こうした中で、生活困窮者の教育、子弟の育成、生活相談等を総合的に展開する民間の拠点が設置されていくこととなった。これが「善隣館」である。

我が国における先達の努力と伝統を継承して地域の相互扶助を再構築することを目指すことが、本研究で提唱する事業の基本的な哲学である。

高齢者住宅財団 『低所得・低資産高齢者の住まいと生活支援のあり方に関する調査研究報告書』より

- 公費だけに依存しない自立的なモデルを目指す。
 - ＝ 持続可能性。カネだけで解決するか否か？
- 民間主導の事業構築。
 - ＝ 制度の隙間、硬直性の排除、行政はできない役割。

8

「地域善隣事業」＝「仕様書」であり、「設計図」ではない。

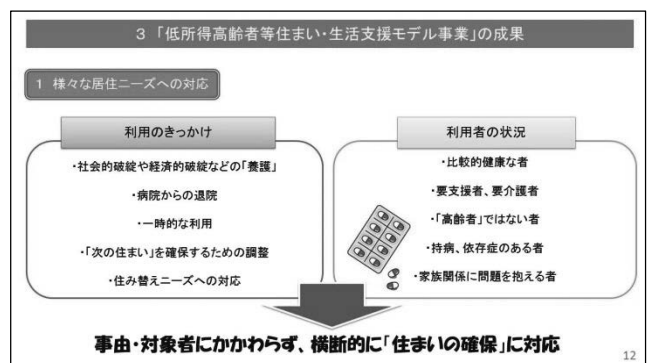
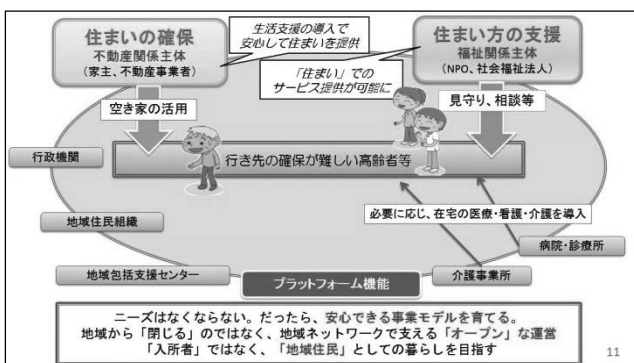
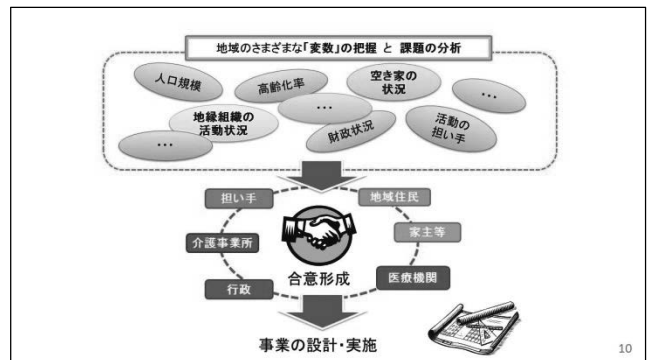
「地域善隣事業」では、目的と求められる機能・性能(仕様書)は定めるが、事業の細かい実施方法(設計図)は定めない。

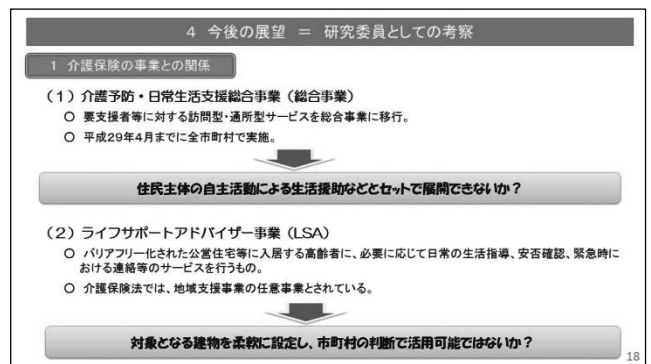
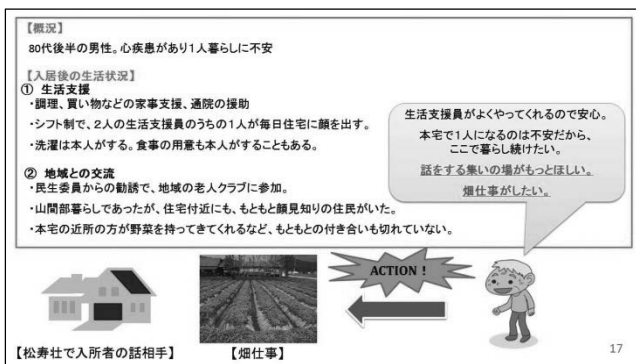
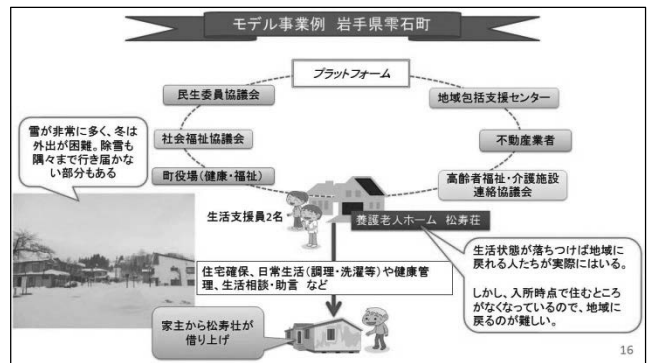
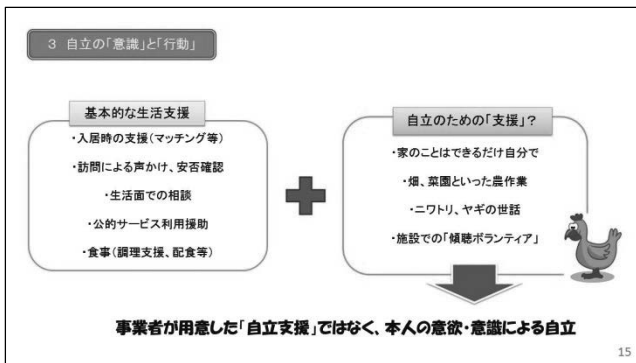
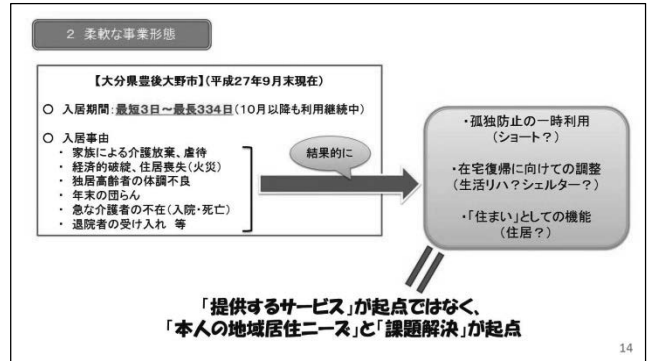
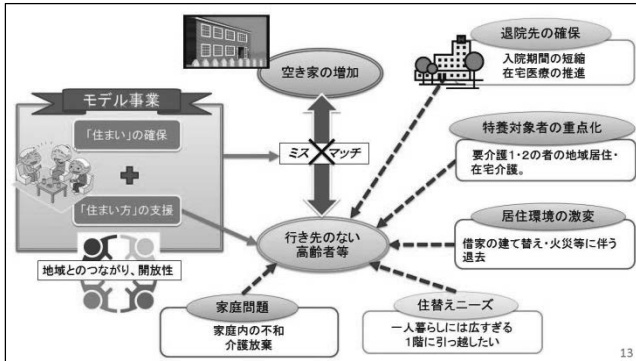
全国一律・統一的な「地域居住モデル」は成立しえない。＝ 必要なのは「**ご当地モデル**」

【地域善隣事業の「仕様」】

- ① 低所得・低資産である、社会関係資本による支援が乏しい等の理由により、地域での居住を継続することが困難である又はそのおそれのある者を対象。
- ② 上記対象者が、できるだけ安定的・継続的に地域生活を営むことができるように支援。
- ③ 支援は、ハードとしての「住まいの確保」とソフトとしての「住まい方の支援」の2本柱。
- ④ 「住まいの確保」は地域の既存資源(空家)を活用し、「住まい方の支援」は、**互助の醸成**に留意しつつ、個々の対象者に応じた生活支援を実施。
- ⑤ 事業実施に当たり、関係者の協力・連携体制を構築。
- ⑥ 透明性のある利用者主体の事業運営。 ➡ 悪質な「貧困ビジネス」との差別化

9





2 社会福祉法人改革との関係 ※ 社会福祉法等の一部を改正する法律案(昨年国会提出・継続審議中)

「社会福祉充実預積」(＝純資産の額から事業の継続に必要な財産額を引いたもの)を保有する社会福祉法人は、
 ○ 社会福祉事業又は公益事業の新規実施・拡充に係る「社会福祉充実計画」を作成し、所轄庁の承認を受ける。
 ○ 社会福祉法人は、承認を受けた計画に従って事業を行う。

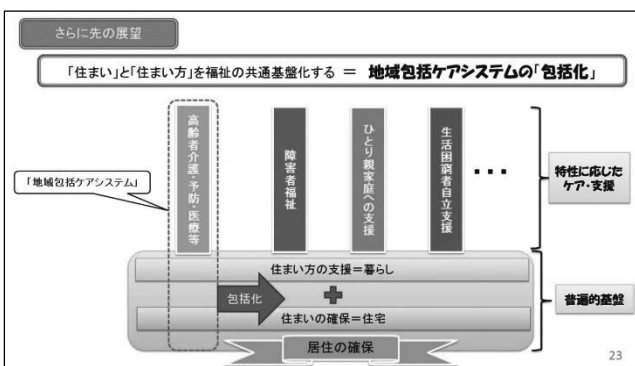
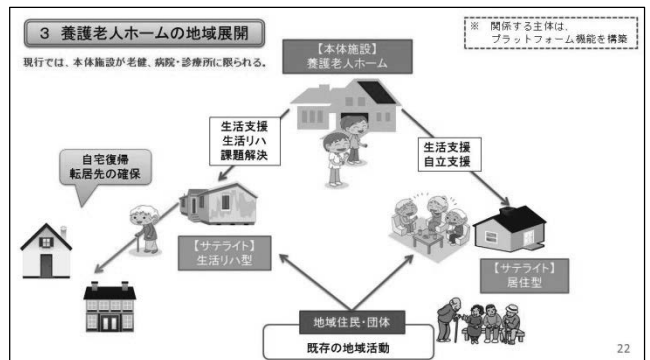
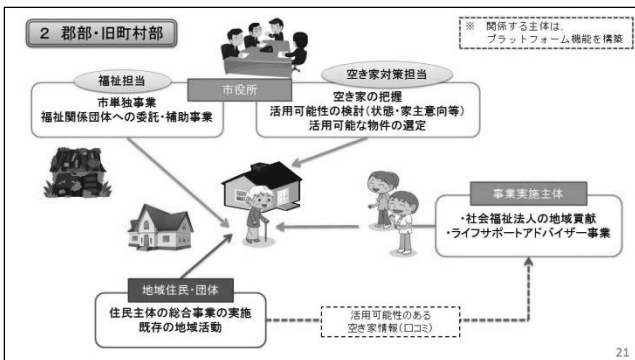
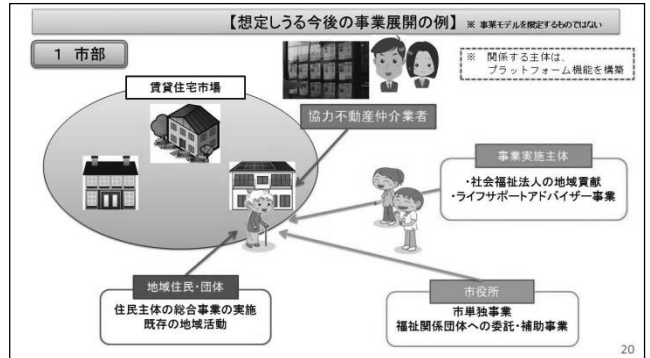
モデル事業では、既に、社会福祉法人が地域貢献として事業を実施している例もある。

改正法が成立した場合、モデル事業を「先行例」として、広く普及することが可能ではないか？

3 養護老人ホームの面的展開

○ 老人福祉法の「養護」を必要とする者を対象とするようなケースもある。
 ○ 養護老人ホームの「ソーシャルワーク機能」が発揮されている。

養護老人ホームの「ソーシャルワーク機能」を「施設」に完結させず、地域で「面的」に展開できないか。



ご清聴ありがとうございました

5. 退院支援・調整の実態調査(中間報告)

医療経済研究機構研究部 研究員 佐方信夫


退院支援・調整の実態調査 (中間報告)

医療経済研究機構研究部 佐方信夫

2016/03/14

調査の背景



- ▶ 急性期病院での早期退院の促進
- ▶ 地域包括ケアと在宅医療の推進
- ▶ 超高齢社会と核家族化



▶ 2 平成27年度老人保健健康推進事業 シンポジウム「医療と住まいの新しい関係」 2016/03/14

調査の目的


- ▶ 急性期病院から元の住まいに退院した人と退院しなかった人の中で何が違うのか？
- ▶ 退院支援・調整職員が考える問題点は何か？



▶ 3 平成27年度老人保健健康推進事業 シンポジウム「医療と住まいの新しい関係」 2016/03/14

方法

- ▶ 対象医療機関：
関東圏・関西圏の一般病棟入院基本料を算定し、療養病床を算定していない病院(1092病院)
- ▶ 調査期間： 2016年10月上旬～11月中旬
- ▶ 回答者：退院調整・支援業務を担当する職員
- ▶ 調査の対象患者：入院前は自宅に住んでいた高齢者



▶ 4 平成27年度老人保健健康推進事業 シンポジウム「医療と住まいの新しい関係」 2016/03/14

アンケート調査の内容

◆退院患者の背景について質問

- ✓ 同居人の有無
- ✓ 主たる介護者と就労
- ✓ ADLや認知症の状態
- ✓ 毎月負担できる金額
- ✓ 住居形態 など




- ▶ 312医療機関(回答率:28.4%)から917人の退院患者に関する回答

▶ 5 平成27年度老人保健健康推進事業 シンポジウム「医療と住まいの新しい関係」 2016/03/14

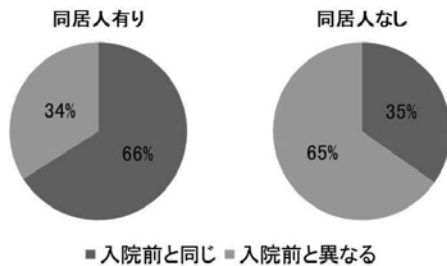
アンケート調査の結果

▶ 6 平成27年度老人保健健康推進事業 シンポジウム「医療と住まいの新しい関係」 2016/03/14

同居人の有無



同居人がいる人の方が入院前と同じ住まいに退院できる割合が高い。

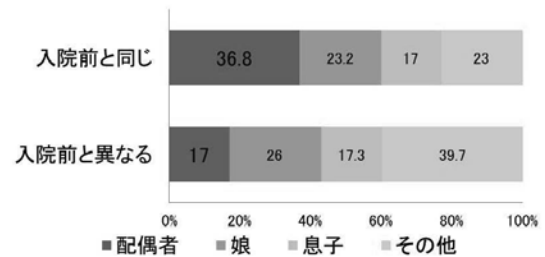


▶ 7 平成27年度老人保健健康推進事業 シンポジウム「医療と住まいの新しい関係」 2016/03/14

主たる介護者について



主介護者が配偶者である方が入院前と同じ住まいに退院する割合が高い。

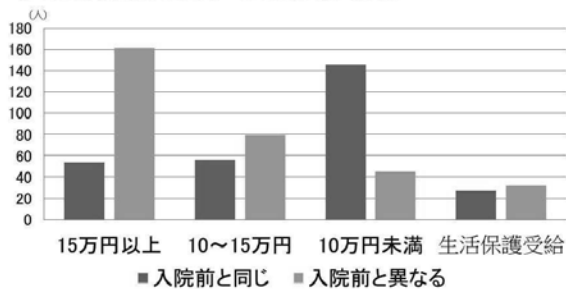


▶ 8 平成27年度老人保健健康推進事業 シンポジウム「医療と住まいの新しい関係」 2016/03/14

所得と退院先



毎月負担できる金額が多い人ほど、入院前と異なる退院先(施設など)になる傾向がある。



▶ 9 平成27年度老人保健健康推進事業 シンポジウム「医療と住まいの新しい関係」 2016/03/14

所得と退院先 その2

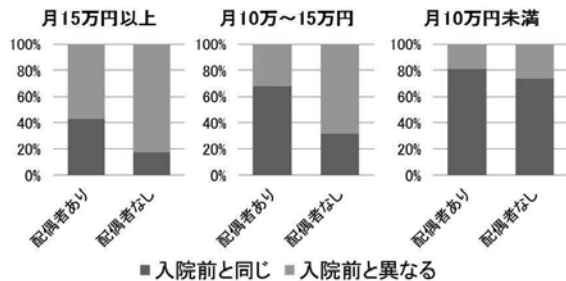
- ▶ 毎月15万円以上
 - 介護型有料老人ホーム(特定施設) 51%
 - サービス付き高齢者向け住宅 18%
- ▶ 毎月10万円~15万円
 - サービス付き高齢者向け住宅 33%
 - 特別養護老人ホーム 20%
- ▶ 毎月10万円未満
 - 特別養護老人ホーム 29%
 - 家族の持家・賃貸住宅 16%

▶ 10 平成27年度老人保健健康推進事業 シンポジウム「医療と住まいの新しい関係」 2016/03/14

所得と配偶者



所得の階層に関わらず、配偶者と同居していると自宅退院しやすい傾向がある。

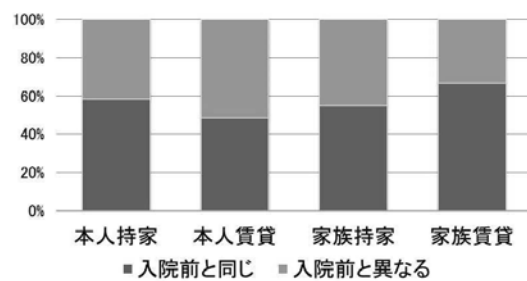


▶ 11 平成27年度老人保健健康推進事業 シンポジウム「医療と住まいの新しい関係」 2016/03/14

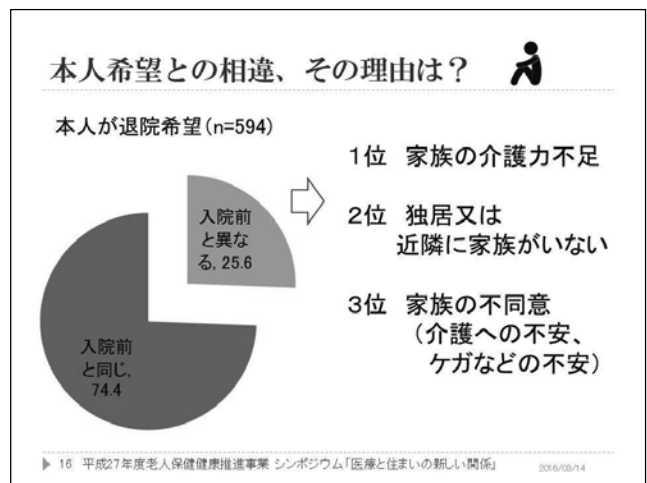
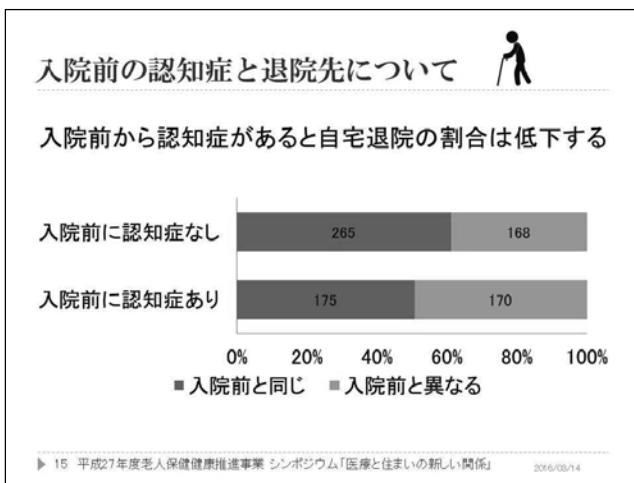
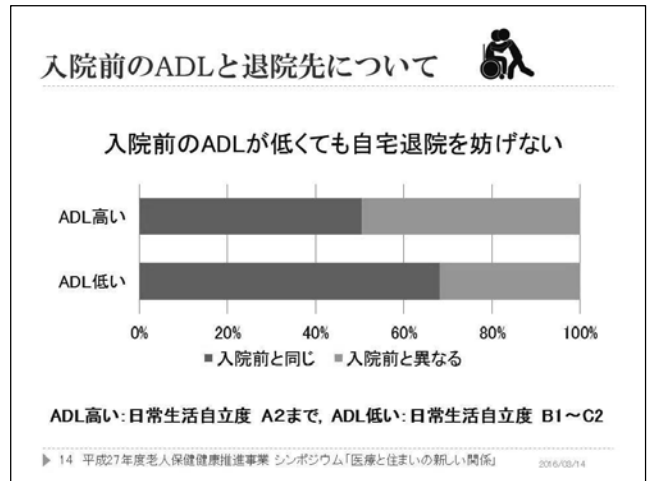
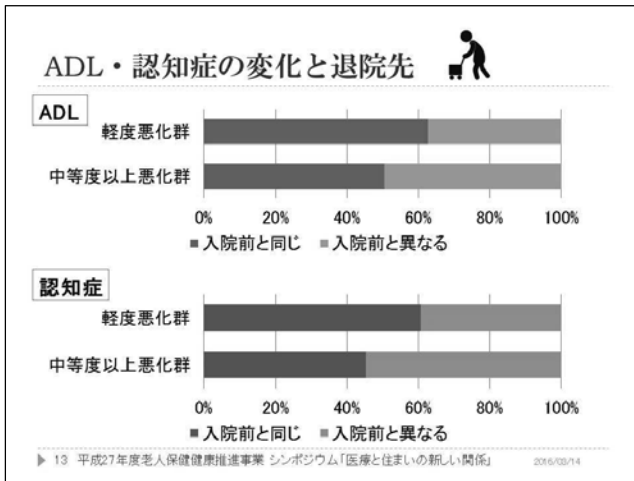
入院前の住居形態



住居が本人名義の場合、持家の方が元の自宅に戻りやすい傾向があるが明らかではない。



▶ 12 平成27年度老人保健健康推進事業 シンポジウム「医療と住まいの新しい関係」 2016/03/14



調査結果のまとめ

- ▶ 同居人がいる、特に配偶者と同居している人は自宅に戻る割合が高い。
- ▶ 月15万円以上負担可能な人では自宅ではなく、施設などに退院する割合が高くなる。
- ▶ 入院前から認知症を有する人では、元の自宅に戻る割合が低下する。

↓

同居家族による介護、認知症介護にサポートが必要

▶ 17 平成27年度老人保健健康推進事業 シンポジウム「医療と住まいの新しい関係」 2016/03/14

ご清聴ありがとうございました

▶ 18 平成27年度老人保健健康推進事業 シンポジウム「医療と住まいの新しい関係」 2016/03/14

資料編

・委員会の主な意見(第1～3回)	191
・シンポジウム開催資料等	197
・アンケート調査票等	200
・アンケート単純集計結果	214
・アンケート自由記載一覧	235

第1回委員会の主な意見

1. 本調査の目的

- 医療・介護連携政策の推進により、医療必要度の高い、生活支援が必要な人が医療機関から住まいに戻れるか、戻れないかは大きな課題になる。本事業は、地域善隣事業の応用編であり、川上の問題を明らかにするため、大都市圏の急性期病院で、退院の際にどのように自宅復帰とそうでない選択をしているのか、明らかにしようというものである。(高橋委員長)

2. 本調査の意義、問題意識

- 療養病床のあり方検討会や中医協の検討会でも、在宅圧力が非常に高まっていく方向にあり、長期入院の要因である低所得・単身高齢者の行き場が大きな問題になっている。(武藤委員)
- 医療連携は、医療提供者の論理で動いてきたが、地域包括ケアの構築が目指され、やっと地域の生活者の視点がでてきた。今こそ病院側が、独居でも、地域で病気を抱えながらどのようにして生活できるかを提案する退院調整を行わなければならない。本調査により、退院支援の中に住まいが入ってくることになればよい。(野中委員)
- 住宅は余っている。ただ、低所得・低資産で医療・介護ニーズのある単身高齢者に対し、家主は賃貸住宅を貸さないため、地域に戻るためには、血縁を超えた人間関係(ネットワーク)と住まいが結びつくことが必要。また、医療・介護・住まいをトータルに考えて、自治体経営もしくは納税者の立場から、受益と負担の関係の合理性について説明されるべき。(園田委員)
- 在宅医療・介護の取材経験から、医者が「在宅は無理」と決めつけていることが多いが、その医者が「無理」と判断している要因を知りたい。急性期病院の医師は、在宅医療の可能性を知らず、地域の在宅資源の質・量を把握していないのではないか。そのようなことが明らかになればよい。(佐藤委員)

3. アンケート調査票について

- 園田委員から以下の3点を追加。

< B票(患者情報) >

- ①「本人・家族の選択と心構え」を知るため、家族と本人の希望はどうだったのか。
- ②医師が「在宅が無理」と判断した結果はどうだったのか。
- ③自宅にいたときのケア環境(チーム)はどうだったか。自宅に戻れた人、戻れなかった人両方にきくべき。

- 宇都宮委員から以下の4点について指摘。(委員会後9/14に個別ヒアリング実施)

< B票(患者情報) >

- ①B票の対象者を、入院時より状態像が下がった人等と絞るべき。特に障害なく自宅に戻った軽い人が選ばれる可能性が高いためである。
- ②入院時情報として、要介護認定の有無と、ケアマネジャーの有無をきく。
- ③経済状況に関する質問で、「収入」と「負担できる金額」は違う。「負担できる金額」と「生活保護受給世帯」か否かを聞いたらどうか。

< C票（退院支援・調整担当者情報） >

- ① 「住まいに帰すことを前提にした医療」かどうかの選択肢を追加してほしい。

4. 本調査結果の活用法

- 本調査結果をどのような政策に結び付けたいのか。（武藤委員）
- 今年度は探索的調査。住まい側、医療側両方への学習効果も狙う。（高橋委員長）
- 後々は、退院後に特養、療養病床、サ高住、在宅のどこに行くかによって、ホテルコストと医療・介護の費用対効果を出すべき。（園田委員）

第2回委員会の主な意見

1. アンケート調査結果について（単純集計）

- 宇都宮委員から以下の2点について指摘
 - ① ADLの低下の原因に、病態からのものだけではなく医療側の安静を求める環境が影響していることに注目すべき。入院病態とADL低下部分のクロス集計や事例を追うことで出るデータ結果はないだろうか。
 - ② 患者の同居家族の有無や、別居家族は聞いているが、家族以外のサポート等インフォーマルな情報を病院側が把握していない。それが、介護が必要になった場合に自宅への復帰が無理と決定することに繋がっているのではないか。
- 佐藤委員から以下の3点について指摘
 - ① 医療側と家族側の意向が一致したところで結果が決まる。医療ニーズよりもむしろ家族の有無、及び家族が同意したか否かで「帰れる」「帰れない」が決定されている状況がある。
 - ② 自宅以外に戻ったケースでは、比較的経済的に豊かな人が快適さを求めて移動している。逆に豊かでない人がどうなったかの深堀の必要がある。また、医療側でも経済的状況が重要との認識があるものの、毎月負担できる金額の質問では3割が不明、貯蓄も把握していない結果となっている。
 - ③ 医療処置の必要性によって戻り先が左右される。医療ニーズによって、自宅へしか戻れない、自宅以外へしか戻れない、小規模多機能へなら戻れる等。別の視点で考えると、それらが本当に必要な医療であったのかという問題もある。
- 病院側の、退院後の家族の負担、住まいの状況への理解が不十分。在宅生活で何が必要か医療側が説明しきれず、家族が安心して自宅を選択出来ない。家族も病院も、もう一度本人の幸せがどこにあるのかという視点で考える第一歩になるデータ。（野中委員）
- 在宅復帰には、他に手段がない在宅復帰がある。今までは療養病床等に入院し経済的負担が少なく済んだが、現在では施設入所なども高額になり、生活保護以外の低所得層は行き場がない。今後、この問題は社会問題化していく可能性もあり、我々の調査の非常に重要なポイントになっていく。（高橋委員長）

2. アンケート調査結果について（クロス集計）

- お金がないとやむなく自宅へ戻るというデータ結果がみえている。また、ADL 変化で、入浴と排泄が悪くなると自宅に戻れないという要素もある。風呂はデイサービスや訪問入浴等である程度保てるが、特に排泄は最後まで意識でき行動するため、転倒等のリスクが高くなり、自宅で独居では難しいと判断しているのではないか。（宇都宮委員）
- 入浴と着替えは、入院前から一部介助、全介助共にある程度の割合であり、恐らく多少毀損されてもデイサービス利用などで自宅で生活が可能だろう。排泄は、入院前で自立が半分、退院時に全介助が約 35%となる。やはり排泄と移動が毀損されている度合いが大きい。宇都宮委員が言われた ADL の低下がここで大きく出ているのではないか。自宅へ帰れなかった理由として、実は ADL の低下よりも社会的要因の方が大きいのではないだろうか。（佐藤委員）
- 家族状況や単身・独居、介護者の有無等で自宅に帰る帰らないを見立てることが、果たして医療職の専門性であるのかは非常に疑問である。（佐藤委員）
- 医師が、介護のことが分からずケアマネジャーに確認し判断する場合、ケアマネジャーの質により、自宅へ帰れるか帰れないかの結果が変わってくる可能性がある。（宇都宮委員）
- 月 15 万円以上の負担が出来る経済的に豊かな方の選択では介護付き型有料老人ホームが一番目、次の所得層では、サービス付き高齢者向け住宅が一番目となっている。仮説として、お金があると（費用負担が高いため）特養に魅力を感じず、或いは手続が面倒や時間がかかる等で、敢えて有料やサ高住に入っている可能性はないか。特に、後者の場合に退院支援員が関与した時間、期間の長さを見るとデータで出てくるのではないか。（里村課長補佐）
- 退院支援員がかかわった時間の長短では、特養に敢えて入所しなかった理由には繋がりにくいのでは。もともと特養入所は要介護 3 以上。B 票事例は入院時よりも ADL の落ちた方のため、介護区分変更にかかる。また、入院前の自宅から要介護 4 で、退院時に自宅は無理と判断され特養ということもあり得る。（宇都宮）
- サ高住は、中堅所得層向けの二十数万円のもの、明らかに低所得層をターゲットにしたものと 2 極化していることは、既に昨年の老健事業分析で出ている。それが、今回の少数事例データでも、同じことが利用者側から見事に出ている。（高橋委員長）

3. 集計結果についての注意点

- 疑似相関が効いているものが相当ありそう。分析の段階での議論が必要である。（高橋委員長）
- 前提として、アンケートで取ったデータの範囲で確実に何が言えるかということを考えるべき。認知バイアス、先入観に合うデータだけを取り出し推論を裏付けることに注意しながらの議論が重要。（白川委員）
- 医師の見立てをどうとらえるべきかが難しい。医療的な部分以外も判断に加えた上で家族と同じというパターンなのか、或いは医療の見立てを家族が知りそれが影響し家族の意見となっているのか等。どこにどういう要因があるかについて、バイアスに気を付けながら分析することが必要である。（白川委員）
- 今回のアンケートは、回答者から間接的に情報を取っているため、妥当性の問題が常に起こる。だからといって他に方法があるかということ。（高橋委員長）

4. 病院ヒアリング調査について

- 次回はB病院を予定。少し質的な分析で整理ができるかも含め、検討したい。(高橋委員長)
- アンケート集計がある程度できた段階で、今回の結果資料の印象を持ってヒアリングに行ったところ、全体を通してここに出ているデータとかなり共通していた。データとして、現場の実感にかなり近いものが出てきているという感想を持った。(白川委員)

第3回委員会の主な意見

1. アンケート調査結果、ヒアリング調査結果、分析結果について

- 園田委員から以下2点について指摘
 - ① 患者とその家族の年代的な価値観のバイアスが、自宅に戻る戻らないに影響を与えている可能性がある(高齢者の医療への絶大な信頼、介護福祉への世話にならない気持ち等)。
 - ② 入院前から要介護等でケアマネジャーがついている場合、そのケアマネの判断力、情報力、価値観によっても退院先が影響される可能性がある。
- 宇都宮委員から以下の2点について指摘
 - ①ADL 変化で、入院前に要介護3以上の人が入院前と同じ住まいに帰るのがおもしろい。恐らく、ケアマネジャーが既についており、一定のサービスを使った経験をしている人が帰っていく。
 - ② 排泄自立を積極的に取り入れた病院(例:尾道市立市民病院)は、自宅退院が増えるというのが出ています。食事があまり大きく影響していないのは、経管栄養や介助でも誰かがいれば済むが、排泄は待たないでくるため、いつ起きるか分からない。本人が尿意を感じ便所へ行こうとして転倒してしまうかもといったところと繋がる。
 - ③ 医療処置のある人も自宅へ帰っている例がある。外付けサービス、または特定施設も考えられるが、母数が少なく明確ではない。
- 月額15万円以上払える方とそれ以下の方で、自宅に戻った方と戻らなかった方のADLの低下、医療管理の有無、認知症の悪化等のクロス集計が見たい。(武藤委員)
- 医療・看護・介護、及び経済的身体的な理由以外での在宅復帰に関して。ファミリーキャピタルともいえる家族力や地域力が関係している。月額15万円以上払える厚生年金層は、核家族で子供も豊かで自立し離れて暮らすことが多い。情報摂取力も高く、経済的な豊かさもあり、自宅以外の多くの選択肢が出来る。ところが、逆に地域とのつながりは低い。一方、月額15万円未満の国民年金層は、経済的には選択肢は少ないが、自営等で家族力は高く、地域との繋がりから自宅へ戻る。以上のようなストーリーに立った社会的な指標で読み解くことも必要。(園田委員)
- 宇都宮委員の話にも繋がるが、「排泄」「移動能力」「着替え」あたりが悪化した場合、自宅復帰が難しくなっている傾向がある。入院中の看護や医療において、この辺りの悪化防止を病院内ケアの視点に入れるべきと報告書で打ち出すかどうか。(白川委員)
- 悪化防止はしておくべき。排泄の自立を促すだけでも劇的な効果が見込める。着替えは入浴とセットだが、現在はあまり大学病院では風呂に入れないため、恐らく排泄とリンクしている。急性期

病棟が、回復期にいくまでの間ぎりぎりまでバルーンを入れたり、転倒・転落のリスクを避けポータブルトイレに全介助で移したり、せっかくのリハビリが病棟では継続できない状況がある。(宇都宮委員)

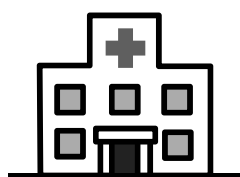
- 今まで点数の低かったADL維持加算を今回の診療報酬改定で厚くした。よって急性期病院でも入院直後からリハビリ(歩行訓練、排泄誘導等)をPTがしている。ADL維持加算を取る病院が増えてくると、少し解決できるかもしれない。(武藤委員)
- 医療ニーズよりも家族の意向が、自宅へ戻る要素として強いことに納得と衝撃を受けた。家族がなく、或いはいても支えられない人が本人の希望する在宅復帰ができるような後押しをどうしていくかが、行政的な課題。そこに、互助と専門的なサポートをどうつなげていくか。また、退院調整担当者が、地域の自治体担当者やケアマネジャー、或いは老人クラブといった地域資源の把握が出来ていない面や、どこに相談していいか分からないこともあると推測した。改めて、地域資源につなげることが出来なければ、問題の解決は難しいと思った。(和田課長)
- 調査結果から分かったこと、分からなかったことが見えてくる。今回は急性期病院からのアンケートを取ったが、内容が質的に分化してきた。早期介入の病棟では何がおこっているか、従来の安静優先では何がおこっているか、という病院側のタイポロジーの議論が出てくるはずだが、それはまだ量的には捕まえられる。(高橋委員長)

2. まとめの議論

- 入院前に施設から来た人がもといた施設に帰れないのは、その繰り返しがあるということ。病態の変化に伴い、退院するたびに前回戻れた施設には戻れず違う施設へとなり、その循環を繰り返す。終の棲家になっていない。また、入院して初めて後見が必要なことが発覚することは、非常に危険な部分。地域側での意識づけ、2、3歩先を予測したケアマネジメントが必要。(宇都宮委員)
- 施設が家族を見て入所を決めるということもある。また、引き受けない理由の一つとして、重度の人を受け入れるか否かは、施設が看取りまでできるかどうかもある。(佐藤委員)
- 地域居住にあたり課題と認識したことの中に、「待機期間が長い」とある。患者が待機期間に転院を繰り返す間、病態は悪化する。急性期治療後の居場所として、病院のそばに家族が滞在できるホスピタルホテルのような存在があれば、家族、患者共に居場所になるのではないか。(園田委員)
- 患者の状況に沿ったリハビリの継続や医療連携ができていない。急性期で心的ショックや手術によりせん妄もあるなか、やっと馴染んだと思うと回復期へ。リハビリの到達度でいうと1ヶ月で十分帰れるのに、3ヶ月いたりする。一からスタートすることもある。環境を変え続けるのはあまり良くない。(宇都宮委員)
- 退院後、在宅復帰のための役割を發揮するとすれば、老健施設は本来は大規模施設ではありえない筈だ。地域密着型老健は、経営の効率が悪いから数が少ない。しかも個室の老健は少なく、病院モデル。(高橋理事長)
- 大都市でも空き家・空き建物はいっぱいある。大牟田市のように地域の人に来てくれて「帰ろう」と言ってくれればいいが、都会は家族の抵抗など、いろいろなしがらみがある。老健を変えるのもいいが、普通の環境に近い居場所のようなものをつくらなければ地域包括ケア、地域が育ってくるまでの繋ぎがない。また「あの世」に向かっていく状況として、病院空間はあまり良くない。もと

いた、家庭的な家の雰囲気が大事。(園田委員)

- 療養病床の転換モデルで病院併設型の居住系施設が問題になっている。2017年までに介護療養病床6万床、医療療養8万床、25対1を廃止することになっている。先日高知で療養病床が余り空き療養病床がふえ、看多機(看護小規模多機能)にするという。療養病床の老健転換。もう1つは、療養病床を医療法人型の特養にするアイデアなど。(武藤委員)
- 高齢者にとって一番大事なのは、なじみの関係。病院も特養も、なじみの関係を切っている。また、短いのは良いが、患者の為ではなく、診療報酬の関係か医療機関の為の在院日数になっている。退院調整がより発展し、患者が地域での生活を実現できるマネジメントがもっと広がると変わってくるだろう。また、折角リハをやっても、病棟が変わればまた車椅子に乘せたりして無駄にするなど、排泄の自立やリハビリの重要さを皆が理解しなければ問題は解決できない。確かに、金銭の問題や住まいの問題等さまざまな要因はあるが、本人、そして家族にとって何が幸せなのかということを考えないといけない。(野中委員)
- ある中規模病院で、高齢者の転倒・転落のインシデントサポートの記入をやめたら、劇的に効果がでた。医療事故と高齢者の転倒・転落は問題が違う。転ばせたくない、レポートを書きたくないから、安全に寝かしていたという部分があった。そういった、軸をきちんと改革していくことが重要。(宇都宮委員)
- モデル事業自治体のひとつ、豊後大野市の事例で、2軒の空き家の内、1軒は長期居住型、1軒が中間施設的な感じになっている。中間施設的な役割をしている1軒は、家族虐待や経済的破綻等の社会的擁護が必要な人を一旦受け入れる。退院してきた人にも対応し、一旦受け入れ、生活の目処をつけながら次へ送り出すといったことをしている。無機質な施設ではなく、家という構えに生活の拠を持つことで、数字的には出ない気持ちの面でプラスになっているようだ。比較的自由な裁量でやっているモデル事業だが、我々の想定を超える発展を見せつつある。(白川委員)



医療と住まい の新しい関係



～退院先としての住まいのあり方と地域善隣事業^{※1}の意義

※1…地域善隣事業とは、高齢者等の地域での居住継続を支援するため、空き家等を活用した「住まいの確保」と「住まい方の支援」を一体的に提供する新しい事業スキームです。詳細は、地域善隣事業HPをご参照ください。<https://www.facebook.com/chiikizenrinjigyou>

開催日：平成 28 年 3 月 14 日（月）13:00～17:45（予定）
会場：発明会館 「地下ホール」（東京都港区虎ノ門 2-9-14）
参加費：無料（定員 200 名・先着順）

< プログラム・講師（予定・敬称略） >

1. 高齢者等の住まい・医療・ケアに係る施策動向

- ①療養病床・慢性期医療の在り方 厚生労働省医政局
 - ②生活困窮者自立支援制度 厚生労働省社会・援護局
 - ③低所得高齢者等住まい・生活支援モデル事業 厚生労働省老健局
 - ④居住支援協議会・サ高住 国土交通省住宅局
- 進行：高齢者住宅財団 理事長 **高橋紘士**

2. 「低所得高齢者等住まい・生活支援モデル事業^{※2}」の成果・展望 東北大学大学院 教授 **白川泰之**

3. 「低所得高齢者等住まい・生活支援モデル事業」の取り組み紹介

- ①北海道本別町 居住支援協議会の設立
- ②福岡県福岡市 住まいサポートふくおかの成果、課題対応等
- ③大分県豊後大野市 第2の在宅「くすのきハウス」の成果

4. 退院支援・調整に関する実態調査報告

医療経済研究機構 研究員 **佐方信夫**

5. 記念講演「在宅医療と住まい」

医療法人社団つくし会 新田クリニック 院長 **新田國夫**

6. まとめ～これからの医療と住まいの新しい関係～

明治大学 理工学部建築学科 教授 **園田真理子**
医療法人社団つくし会 新田クリニック 院長 **新田國夫**
高齢者住宅財団 理事長 **高橋紘士** 他

※2…低所得高齢者等住まい・生活支援モデル事業とは、地域善隣事業を参考に厚生労働省が予算化したもので、平成 26 年度から全国で開始されています。詳細は、当財団HPをご参照ください。<http://www.koujuuzai.or.jp/pdf/2014030503.pdf>

対 象

地方公共団体（福祉・住宅）、医療法人、居住支援協議会、
福祉系事業者（社会福祉法人、NPO 法人等）、家主・不動産関連団体及び事業者、報道関係、
学会関係者、低所得高齢者等住まい・生活支援モデル事業関係者 等

申込方法

当財団に事前申し込み。**裏面の申込書**、又は**当財団HP「イベント情報」より申込書**
（PDF版・ワード版）をダウンロードし必要事項を記入の上、FAX又はEmail
（添付ファイル）でお申込下さい。 **（財団HP⇒URL: <http://www.koujuuzai.or.jp/>）**

主催：一般財団法人高齢者住宅財団

一般財団法人高齢者住宅財団 〒104-0032 東京都中央区八丁堀 2-20-9 京橋第八長岡ビル 4 階
TEL：03-6672-7227（直通）03-3206-6437（代表）／ FAX：03-3206-5256
E-mail：zenrin@koujuuzai.or.jp 調査研究部 落合・荒木・藤井

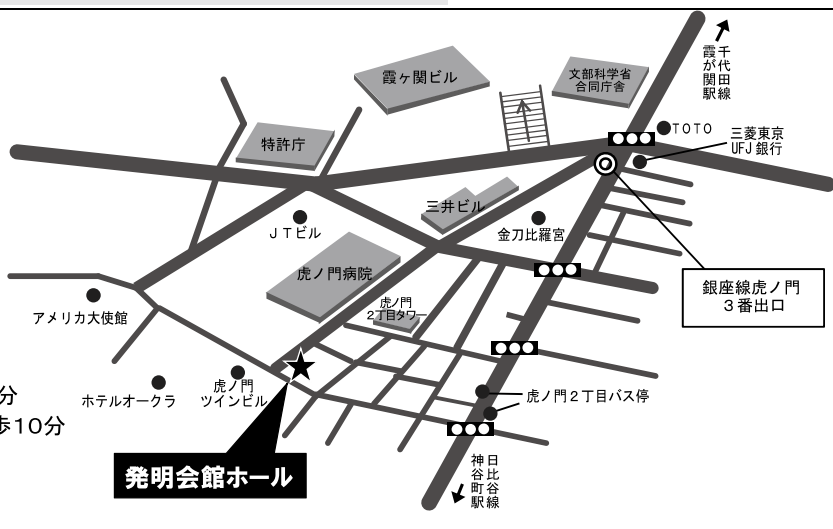
< 会場のご案内 >

発明会館
「地下ホール」
(東京都港区虎ノ門 2-9-14)

アクセス

- ・東京メトロ
銀座線 虎ノ門駅 3番出口 / 徒歩5分
日比谷線 神谷町駅 4番出口 / 徒歩6分
千代田線 霞が関駅 A13番出口 / 徒歩10分

※お車でのご来場はご遠慮願います。



< お申込み方法 >

1. 下記の申込書に必要事項をご記入の上、当財団まで FAX または Email (申込書添付) でお送り下さい。
2. お申し込み受付後、参加票を人数分お送りいたします。当日ご持参下さい。
3. お申込みから1週間以内に当財団から参加票が送られてこない場合は、お手数ですが、当財団までお問合せください。

医療と住まいの新しい関係 ~退院先としての住まいのあり方と地域善隣事業の意義

< 参加申込書 (複数名申込可) >

一般財団法人高齢者住宅財団 調査研究部 宛 (財団 URL : <http://www.koujuuzai.or.jp/>)
FAX : 03-3206-5256 / Email : zenrin@koujuuzai.or.jp

参加者 (フリガナ) 氏名	フリガナ ()	フリガナ ()
	1. フリガナ ()	2. フリガナ ()
勤務先名	3. フリガナ ()	4. フリガナ ()
	会社・団体名 ----- 所属・役職	
※複数名でお申込の方で、ご連絡代表者、または別途担当がおられる場合はご記入下さい。		
所属	氏名	様
勤務先の 住所等 連絡先	〒 —	TEL ()
	E-mail @	FAX ()
該当する 業種に○ をつけて ください	1. 医療法人 2. 社会福祉法人 3. 社会福祉協議会 4. 建設・不動産・賃貸業 5. 民間福祉・サービス事業者 6. NPO法人 7. 地方公共団体・公的団体 8. マスコミ 9. 研究者・学生 10. その他 ()	
通信欄		

※ご記入いただいた個人情報につきましては、当財団が策定しましたプライバシーポリシーに基づき適切に取り扱います。当財団の開催するセミナーやイベント等に関する情報提供等に活用させていただく場合もございます。

平成 27 年度老人保健事業推進費等補助金老人健康増進等事業
「医療・介護ニーズがある高齢者等の地域居住のあり方に関する調査研究事業」

医療と住まいの新しい関係 ～退院先としての住まいのあり方と地域善隣事業の意義

日 時 平成 28 年 3 月 14 日（月）13 時～17 時 45 分
会 場 発明会館「地下ホール」（東京都港区虎ノ門 2-9-14）
主 催 一般財団法人高齢者住宅財団

◆ ◆ ◆ プ ロ グ ラ ム （ 予 定 ） ◆ ◆ ◆

13:00～14:15 1. 高齢者等の住まい・医療・ケアに係る施策動向

①療養病床・慢性期医療の在り方

厚生労働省医政局 地域医療計画課長 迫井 正深

②生活困窮者自立支援制度について

厚生労働省社会・援護局地域福祉課 生活困窮者自立支援室長 本後 健

③低所得高齢者等住まい・生活支援モデル事業について

厚生労働省老健局 高齢者支援課長 佐藤 守孝

④サービス付き高齢者向け住宅及び居住支援に関する施策動向

国土交通省住宅局 安心居住推進課長 和田 康紀

[進行] 一般財団法人高齢者住宅財団 理事長 高橋 紘士

14:15～14:25 - 休憩（10 分間） -

14:25～14:40 2. 「低所得高齢者等住まい・生活支援モデル事業」の成果・展望

東北大学公共政策大学院 教授 白川 泰之

14:40～15:40 3. 「低所得高齢者等住まい・生活支援モデル事業」の取り組み紹介

①北海道本別町 「厚労省モデル事業」から「居住支援協議会」設立までの取組

本別町総合ケアセンター高齢者福祉担当 主査 木南 孝幸

②福岡県福岡市 福岡市高齢者住まい・生活支援モデル事業(住まいサポートふくおか)について

福岡市保健福祉局高齢社会部福祉・介護予防課地域福祉係 古賀 智子

社会福祉法人福岡市社会福祉協議会地域福祉部地域福祉課 事業開発担当 主査 栗田 将行

③大分県豊後大野市 低所得高齢者等住まい・生活支援モデル事業

豊後大野市高齢者福祉課 主幹 横田 昭洋

社会福祉法人偕成会養護老人ホーム常楽荘 施設長 浅倉 旬子

15:40～15:55 4. 退院支援・調整の実態調査（中間報告）

医療経済研究機構研究部 研究員 佐方 信夫

15:55～16:05 - 休憩（10 分間） -

16:05～16:45 5. 記念講演「あなたは、どこまでひとりで暮らせますか？」

全国在宅療養支援診療所連絡会 会長/新田クリニック 院長 新田 國夫

16:45～16:50 - レイアウト変更（5 分間） -

16:50～17:45 6. まとめ～これからの医療と住まいの新しい関係～

明治大学理工学部建築学科 教授 園田真理子

全国在宅療養支援診療所連絡会 会長/新田クリニック 院長 新田 國夫

厚生労働省老健局 高齢者支援課長 佐藤 守孝

内閣官房 社会保障改革担当室長 宮島 俊彦

[コーディネーター] 一般財団法人高齢者住宅財団 理事長 高橋 紘士

「お願い」 会場内では、携帯電話の電源をお切りになるか、マナーモードに設定願います。

一般財団法人高齢者住宅財団

TEL 03-6672-7227 FAX 03-3206-5256
〒104-0032 東京都中央区八丁堀 2-20-9 京橋第八長岡ビル 4F

「急性期病院・病棟からの退院後の住まいのあり方に関するアンケート調査」 ご協力をお願い

一般財団法人高齢者住宅財団
理事長 高橋敏士

平素より、当財団業務につきましては格別のご高配を賜り誠にありがとうございます。

平成 5 年に厚生省と建設省（当時）共管の財団として設立した高齢者住宅財団は、「高齢者の住まいとケア」に関する施策立案に資するための調査研究・情報提供事業を行ってきました。

本年度は、医療・介護の連携が進められる中で課題となりつつある「退院後の高齢患者の住まい・住まい方」に焦点を当てた標記調査研究事業を実施いたします。

本調査は、高齢者住宅財団が厚生労働省からの補助を受け実施するもので、高齢患者の自宅以外の退院先とその規定要因について実態把握を行い、今後の医療・介護ニーズを抱えた高齢者の居住のあり方を検討する際の基礎資料といたします。調査対象は、東京圏（東京都・神奈川県・千葉県・埼玉県）及び大阪圏（大阪府・京都府・兵庫県）の急性期病院・急性期病棟を中心に悉皆で行います。

頂いた回答はすべて統計的に処理いたしますので、ご回答内容が特定されることはありません。また、本調査の目的以外に使用することもございません。さらに、本調査結果は、皆様にもご報告をさせて頂き、今後の御取組みにお役立て頂きたいと考えております。

ご多忙のところ大変恐縮でございますが、本調査の趣旨をご理解いただき、ご回答くださいますよう、何卒よろしくお願い申し上げます。

平成 27 年 10 月 吉日

ご回答期限

平成 27 年 11 月 18 日（水）

※同封の返信用封筒にてご投函ください。

同封書類

- ・調査実施要領（本紙裏面）
- ・厚生労働省 事務連絡
- ・アンケート調査票（A票 1 部、B票 4 部、C票 10 部）
- ・返信用封筒

ご回答頂く方

- ①退院支援・調整部署がある場合
→**当該部署**にお渡しください。
- ②退院調整部署がない場合
→**退院支援・調整業務の統括者**にお渡しください。

調査実施主体・調査に関する問い合わせ

東京都中央区八丁堀 2-20-9 京橋第八長岡ビル 4 階
一般財団法人高齢者住宅財団 (<http://www.koujuuzai.or.jp/>)
担当：調査研究部 落合、荒木
Tel : 03-6672-7227(直通) 03-3206-6437(代表) / Fax: 03-3206-5256
E-mail: chosa2015@koujuuzai.or.jp

調査票発送・回収に関する問い合わせ先

東京都渋谷区初台 1-49-1 第 30 田中ビル 7 階
株式会社 医療産業研究所
担当：調査部 伊藤・高橋
Tel : 03-5351-3511 (平日 11:00~17:00)

調査実施要領は裏面にあります

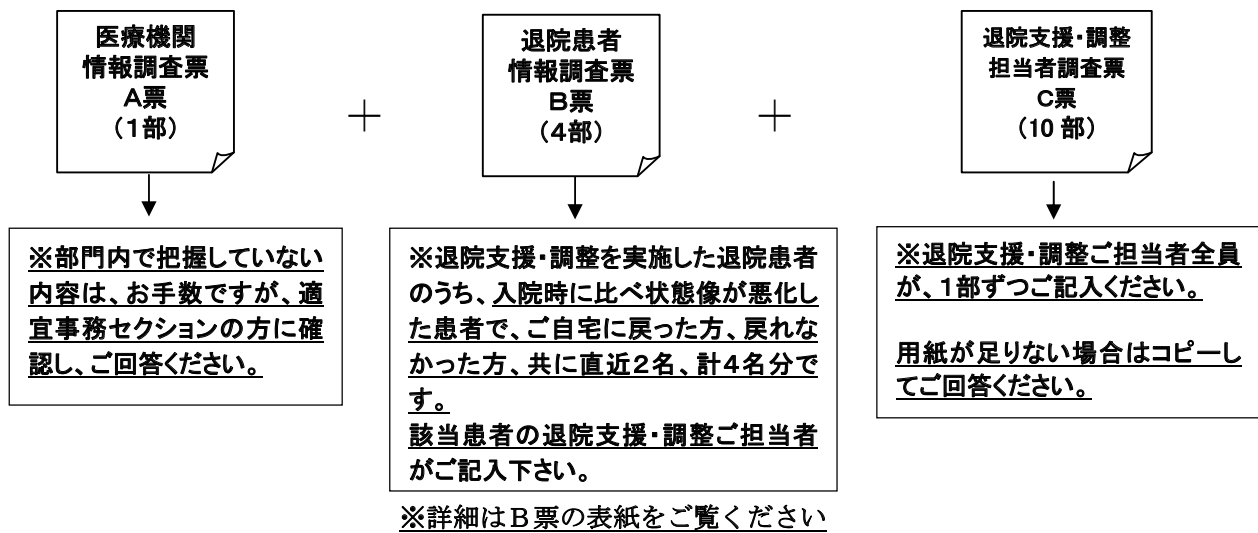
調査実施要領

1. 調査票の種類と部数

調査票は、「医療機関情報調査票（A票）」、「退院患者情報調査票（B票）」、「退院支援・調整担当者調査票（C票）」の3種類あります。送付部数は、A票が1部、B票が4部、C票が10部です。

2. 調査票の記入をお願いする方（記入者）

「医療機関情報調査票（A票）」は退院支援・調整業務の統括者、「退院患者情報調査票（B票）」と「退院支援・調整担当者調査票（C票）」は、退院支援・調整ご担当者（統括者の方もご回答ください）にご記入をお願いします。C票につきましては、退院支援・調整担当者が11名以上おられる場合は、誠に御手数ですが、コピーの上、すべての方に1部ずつ、ご記入をお願いいたします。



3. 調査票の返送期限

ご記入が済んだ「医療機関情報調査（A票）」、「退院患者情報調査（B票）」、「退院支援・調整担当者調査票（C票）」は、お手数ですが、退院支援・調整業務の統括者が一式まとめて、同封した返信用封筒で平成27年11月18日（水）までにご返送ください。

4. プライバシー・ポリシー

ご記入いただいた内容は、本調査の目的以外に使用することはありません。すべて統計的に処理をし、個別情報として取り扱うことはございませんので、正確にご記入ください。また、収集した個人情報も、当財団の個人情報保護方針に基づき、適切に取り扱います。

(http://www.koujuuzai.or.jp/html/top_privacypolicy.html)

5. その他

本調査にご回答いただけました場合には、調査結果の概要報告書を後日お送りいたします。つきましては、「医療機関調査票（A票）」の連絡先欄にご記入くださいますようお願い申し上げます。

(ご参考)

平成 27 年度 厚生労働省 老人保健事業推進費等補助金 老人保健健康増進等事業
「医療・介護ニーズがある高齢者等の地域居住のあり方に関する調査研究事業」について

1. 事業実施目的

退院後の医療・介護ニーズがある高齢者の居住の場の実態把握、
及び医療・介護と連携した地域居住の整備方策を事例をもとに整理

退院直後の生活基盤の弱い高齢者の住まいの問題が顕在化しつつある。自宅に介護力がなく、サービス付き高齢者向け住宅や有料老人ホームの費用負担が困難な高齢者が、病院や施設から円滑に住み慣れた暮らしの場に移行でき、また今後需要が増える在宅看取りにも対応ができるような方策を具体的に示す必要がある。

そこで、本調査では、退院・退所後の、医療・介護ニーズを抱えた生活基盤の弱い高齢者の住まいの実態把握を行う。その上で、地域での受け皿となる安定的な居住の場を検討するため、互助をつくりながら生活支援サービスの充実を図り、医療・介護と連携をしながら低負担の住まい確保を行っている先進事例調査を実施し、病院や施設以外の選択肢として、地域で住み続けるための住まいや支援体制の整備手法を整理する。

2. 検討体制

調査の方向性を検討するための有識者等による委員会と、調査の実施・分析を担う実務家・研究者による作業部会を設置する。

(1) 委員会委員（五十音順）

宇都宮宏子 在宅ケア移行支援研究所 代表・聖路加看護大学 臨床教授
佐藤 好美 産経新聞社編集局 論説委員・文化部編集委員
白川 泰之 東北大学大学院法学研究科 教授
園田真理子 明治大学理工学部建築学科 教授
高橋 紘士 一般財団法人高齢者住宅財団 理事長（委員長）
野中 博 医療法人社団博腎会野中医院 院長・東京都医師会 前会長
武藤 正樹 国際医療福祉大学大学院 教授

(2) 作業部会委員

白川 泰之 東北大学大学院法学研究科 教授（座長）
佐方 信夫 医療経済研究機構研究部 研究員
後藤 光世 国際医療福祉大学大学院 武藤正樹研究室 研究員
猿渡 進平 日本医療ソーシャルワーク学会、白川病院医療ソーシャルワーカー
(現・厚生労働省社会・援護局障害福祉課地域生活支援推進室)

(3) オブザーバー

厚生労働省老健局高齢者支援課、厚生労働省保険局医療介護連携政策課

(4) 事務局

一般財団法人高齢者住宅財団 調査研究部

平成 27 年度 厚生労働省 老人保健事業推進費等補助金 老人保健健康増進等事業
医療・介護ニーズがある高齢者等の地域居住のあり方に関する調査研究事業

「急性期病院・病棟からの退院後の住まいのあり方に関するアンケート調査」

一般財団法人高齢者住宅財団 調査研究部 (TEL 03-6672-7227)

調査票 A 票

医療機関情報についての調査票です。

退院支援・調整業務統括者の方がご記入ください。

※お手数ですが、部門内で把握出来ていない設問に関しては、
適宜事務局セクションに確認のうえご回答くださいますよう、
宜しくお願いいたします。

*調査基準日：特に指定がない場合は、平成 27 年 9 月 1 日時点でご回答ください。

本調査結果の概要報告書をお送りさせていただきますので、
ご連絡先を下記の通りご記入ください。

貴病院名			
ご住所	〒		
部署名		ご担当者名	
電話番号		メールアドレス	

ご回答期限：平成 27 年 11 月 18 日

医療機関情報調査票（A票）

問1. 基本情報			
①都道府県		②市区町村名	

問2. 病床数			
各病床種別・特定入院料別に病床数を記入してください。算定していないものは空欄にして下さい。			
①総病床数			_____床
一般病床数	②下記カテゴリより当てはまる算定料に一つ〇を付け、病床数を記入してください。		
	1. 一般病棟入院基本料 7 対 1	6. 特定機能病院 10 対 1	
	2. 一般病棟入院基本料 10 対 1	7. 専門病院 7 対 1	
	3. 一般病棟入院基本料 13 対 1	8. 専門病院 10 対 1	_____床
	4. 一般病棟入院基本料 15 対 1	9. 専門病院 13 対 1	
	5. 特定機能病院 7 対 1		
	③下記カテゴリより当てはまる算定料に一つ〇を付け、病床数を記入してください。 算定していない場合は空欄にして下さい		
	1. 障害者施設等入院基本料 7 対 1	3. 障害者施設等入院基本料 13 対 1	
	2. 障害者施設等入院基本料 10 対 1	4. 障害者施設等入院基本料 15 対 1	_____床
④療養病床数			_____床
⑤精神科病床数			_____床
特定入院料	⑥回復期リハビリテーション入院料 1	_____床	
	⑦回復期リハビリテーション入院料 2	_____床	
	⑧回復期リハビリテーション入院料 3	_____床	
	⑨地域包括ケア病棟入院料（入院医療管理料）1	_____床	
	⑩地域包括ケア病棟入院料（入院医療管理料）2	_____床	

問3. 平均在院日数と1日の平均入院患者数（地方厚生局届け出数）		
一般病床の平成27年4月1日～6月30日までの平均在院日数と1日平均入院患者数を小数点第1位まで記入してください。		
記入が難しい場合は、直近3ヶ月の記入可能な期間（連続した3ヶ月分）とその平均在院日数と平均入院患者数を記入してください。		
	①平均在院日数	②1日平均入院患者数
一般病床（問2. ②で回答した1～9のカテゴリ一般病床）	_____日	_____人
③※直近3ヶ月のデータでない場合、データの期間を記載	平成____年____月～平成____年____月	

問4. 入院患者情報			
問4-1. 平成26年4月～平成27年3月の間の総入院患者数とその内訳人数を記入してください。			
①年間総入院患者数	_____人	②うち、救急入院(ワークインを含む)	_____人
		③うち、転院	_____人
		④うち、紹介	_____人
問4-2. 9月1日（調査基準日）時点で90日を超えて一般病床（回復期リハ病棟・地域包括ケア病棟を除く）に入院している患者人数を記入してください。			
①90日以上入院している患者人数	_____人		

問5. 退院先別患者情報
平成26年4月～平成27年3月の間で退院した患者の人数を退院先別に記入してください。
0人の場合は「0人」、不明の場合は空欄にしてください。地方厚生局に提出したデータと同じデータをご記入ください。

①自宅・自宅に準ずる施設等	_____人
②老人保健施設	_____人
③転院	_____人
④死亡	_____人
⑤その他	_____人

問6. 退院支援・調整部門について

問6-1. 職員総人数と常勤換算人数、及び総人数の職種別内訳について記入してください。

①職員総人数 _____人	②うち、看護師総数	_____人
	③うち、社会福祉士総数	_____人
	④うち、その他()	_____人
⑤常勤換算人数		_____人

問6-2. 平成26年4月～平成27年3月の間の総退院患者数と、そのうちの退院調整加算を算定した患者数を記入してください。

①総退院患者数 _____人	②うち、退院調整加算を算定した患者数 _____人
----------------	---------------------------

問6-3. 9月1日時点で退院支援・調整業務を行っている患者数を記入してください。

_____人

問6-4. 退院支援の対象とする患者はどのように決定しているか、当てはまるもの一つに○を付けてください。

1. 医師からの依頼	3. 退院支援チームによる選別	5. その他()
2. 病棟看護師からの依頼	4. 本人・家族からの依頼	

問6-5. 通常又は多くの場合、退院支援に介入する場合のタイミングについて、当てはまるもの一つに○を付けてください。

1. 入院時(当日もしくは翌日)に介入	4. 入院が長期化(90日程度)してから介入
2. 入院時以降から1週間以内に介入	5. その他()
3. 病状が安定してから介入	

問6-6. 退院に関わる支援・調整業務の進捗はどのように把握されているか、当てはまるもの一つに○を付けてください。

1. 会議で報告して把握	3. 個人で管理しており、他の者は把握していない
2. 管理者が個々の職員の進捗を把握	4. その他()

問6-7. 退院に関わる支援・調整業務において困難な事例の場合どのように対処しているか、当てはまるもの一つに○を付けてください。

1. 個々の職員が長期にわたり対応	4. 管轄の公的機関(地域包括支援センター等)に相談
2. 他の職員も協力して対応	5. その他()
3. 上位の職員に交代して担当	

問6-8. 事例検討会についてお聞かせください。

①病院内の退院支援・調整部門で、事例検討会を実施していますか。当てはまるもの一つに○を付けてください。

1. している	2. していない
---------	----------

②. ①で「1」を選択した場合 病院内での退院支援・調整部門で、事例検討会の頻度はどのくらいですか。当てはまるもの一つに○を付けてください。

1. 毎月1回以上	2. 2～3ヶ月に1回	3. 半年に1回	4. 年1回以下
-----------	-------------	----------	----------

③. ①で「2」を選択した場合 実施していない主たる理由は何ですか。当てはまるもの一つに○を付けてください。

1. 担当職員が一人のため開催できない	3. 多忙で開催できる時間がとれない
2. 必要性がない	4. その他()

問6-9. 退院先の施設や在宅支援診療所などについての情報はどのように得ているか、当てはまるもの全てに○を付けてください。

1. 施設や診療所の自院への営業から	4. 他院の退院調整職員や部局との連絡会で情報を共有している
2. 同一法人や連携している施設・医療機関のリストから	5. 公的機関等や医師会等が発行している情報誌から
3. インターネット等で自ら情報収集して	6. その他()

・ご協力大変ありがとうございました。

「急性期病院・病棟からの退院後の住まいのあり方に関するアンケート調査」

一般財団法人高齢者住宅財団 調査研究部 (Tel. 03-6672-7227)

調査票 B 票

退院患者様についての調査票です。

退院支援・調整を行ったスタッフが
ご記入ください。

【対象患者】

以下の条件をすべて満たす方が調査対象となります。

- 退院支援・調整を実施した 75 歳以上の患者であること
- 一般病棟^{※1}から退院した患者であること
※1) 回復期リハビリテーション病棟 (床)、療養病棟 (床)、地域包括ケア病棟 (床)、緩和ケア病棟 (床) の患者は対象外です。
- 入院前に 自宅^{※2}に居住していた者であること
※2) 自宅とは本人・家族の持ち家又は賃貸を指します。グループホーム、サービス付き高齢者向け住宅、軽費老人ホーム (ケアハウス)、有料老人ホームは除きます。
- 入院時に比べ、ADL の低下、認知症の進行、医療ケアの追加など (いずれか又は複数) で、状態像が悪化した者であること
- 調査票到着時に上記の 4 条件をすべて満たす 直近の 4 名
4 名の内訳は以下のとおりです。
 - 1) 元の自宅に退院した方 2 名
 - 2) 入院前と異なる 自宅、又は 自宅に準ずる施設^{※3}に退院した方 2 名※3) 自宅に準ずる施設とは問 3-1 ②の選択肢 3~8 の施設を指します。転院は含みません。

ご回答期限：平成 27 年 11 月 18 日

問3. 退院時情報																																
問3-1. 退院先 ※当てはまるもの一つに○を付けてください。																																
①入院前との異同	1. 入院前と同じ(問3-2へ)	2. 入院前と異なる(②、③へ)																														
②入院前と異なる場合の退院先	1. 本人の持家・賃貸住宅 2. 家族の持家・賃貸住宅 3. グループホーム 4. サービス付き高齢者向け住宅 5. 軽費老人ホーム(ケアハウス)	6. 介護型有料老人ホーム(特定施設) 7. 有料老人ホーム(特定以外) 8. 特別養護老人ホーム 9. その他() ※3~8が本調査でいう「自宅に準じる施設」です。																														
③入院前と異なる場合の退院先の運営主体	1. 同一法人施設	2. 同一法人以外の施設																														
問3-2. 要介護度の変化について、それぞれ当てはまるもの一つに○を付けてください。																																
<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="3">【入院前】</th> <th colspan="3">【退院時】</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1. 要支援1</td> <td>4. 要介護2</td> <td>7. 要介護5</td> <td>1. 要支援1</td> <td>4. 要介護2</td> <td>7. 要介護5</td> </tr> <tr> <td>2. 要支援2</td> <td>5. 要介護3</td> <td>8. 非該当</td> <td>2. 要支援2</td> <td>5. 要介護3</td> <td>8. 非該当</td> </tr> <tr> <td>3. 要介護1</td> <td>6. 要介護4</td> <td>9. 申請中</td> <td>3. 要介護1</td> <td>6. 要介護4</td> <td>9. 申請中</td> </tr> </tbody> </table>			【入院前】			【退院時】			1. 要支援1	4. 要介護2	7. 要介護5	1. 要支援1	4. 要介護2	7. 要介護5	2. 要支援2	5. 要介護3	8. 非該当	2. 要支援2	5. 要介護3	8. 非該当	3. 要介護1	6. 要介護4	9. 申請中	3. 要介護1	6. 要介護4	9. 申請中						
【入院前】			【退院時】																													
1. 要支援1	4. 要介護2	7. 要介護5	1. 要支援1	4. 要介護2	7. 要介護5																											
2. 要支援2	5. 要介護3	8. 非該当	2. 要支援2	5. 要介護3	8. 非該当																											
3. 要介護1	6. 要介護4	9. 申請中	3. 要介護1	6. 要介護4	9. 申請中																											
問3-3. 認知症高齢者の日常生活自立度の変化について、それぞれ当てはまるもの一つに○を付けてください。																																
<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="5">【入院前】</th> <th colspan="4">【退院時】</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1. 自立</td> <td>3. II a</td> <td>5. III a</td> <td>7. IV</td> <td>9. 不明</td> <td>1. 自立</td> <td>3. II a</td> <td>5. III a</td> <td>7. IV</td> </tr> <tr> <td>2. I</td> <td>4. II b</td> <td>6. III b</td> <td>8. M</td> <td></td> <td>2. I</td> <td>4. II b</td> <td>6. III b</td> <td>8. M</td> </tr> </tbody> </table>			【入院前】					【退院時】				1. 自立	3. II a	5. III a	7. IV	9. 不明	1. 自立	3. II a	5. III a	7. IV	2. I	4. II b	6. III b	8. M		2. I	4. II b	6. III b	8. M			
【入院前】					【退院時】																											
1. 自立	3. II a	5. III a	7. IV	9. 不明	1. 自立	3. II a	5. III a	7. IV																								
2. I	4. II b	6. III b	8. M		2. I	4. II b	6. III b	8. M																								
問3-4. 認知症の変化について、それぞれ当てはまるもの一つに○を付けてください。																																
<table border="1"> <thead> <tr> <th>【入院前】</th> <th>【退院時】</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1. 認知症なし</td> <td>1. 入院時より悪化、または入院後に発症</td> </tr> <tr> <td>2. 認知症あり</td> <td>2. 入院時より変化なし、または入院時と同じく認知症なし</td> </tr> </tbody> </table>			【入院前】	【退院時】	1. 認知症なし	1. 入院時より悪化、または入院後に発症	2. 認知症あり	2. 入院時より変化なし、または入院時と同じく認知症なし																								
【入院前】	【退院時】																															
1. 認知症なし	1. 入院時より悪化、または入院後に発症																															
2. 認知症あり	2. 入院時より変化なし、または入院時と同じく認知症なし																															
問3-5. 障害老人の日常生活自立度(寝たきり度)の変化について、それぞれ当てはまるもの一つに○を付けてください。																																
<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="5">【入院前】</th> <th colspan="5">【退院時】</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1. 自立</td> <td>3. J 2</td> <td>5. A 2</td> <td>7. B 2</td> <td>9. C 2</td> <td>1. 自立</td> <td>3. J 2</td> <td>5. A 2</td> <td>7. B 2</td> <td>9. C 2</td> </tr> <tr> <td>2. J 1</td> <td>4. A 1</td> <td>6. B 1</td> <td>8. C 1</td> <td>10. 不明</td> <td>2. J 1</td> <td>4. A 1</td> <td>6. B 1</td> <td>8. C 1</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>			【入院前】					【退院時】					1. 自立	3. J 2	5. A 2	7. B 2	9. C 2	1. 自立	3. J 2	5. A 2	7. B 2	9. C 2	2. J 1	4. A 1	6. B 1	8. C 1	10. 不明	2. J 1	4. A 1	6. B 1	8. C 1	
【入院前】					【退院時】																											
1. 自立	3. J 2	5. A 2	7. B 2	9. C 2	1. 自立	3. J 2	5. A 2	7. B 2	9. C 2																							
2. J 1	4. A 1	6. B 1	8. C 1	10. 不明	2. J 1	4. A 1	6. B 1	8. C 1																								
問3-6. ADLの変化(入院前・退院時)について、A~Eそれぞれ当てはまるもの一つに○を付けてください。																																
<table border="1"> <thead> <tr> <th>項目</th> <th>【入院前】</th> <th>【退院時】</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>①A 移動</td> <td>1. 自立 2. 見守り 3. 一部介助 4. 全介助 5. 不明</td> <td>1. 自立 2. 見守り 3. 一部介助 4. 全介助</td> </tr> <tr> <td>②B 食事</td> <td>1. 自立 2. 見守り 3. 一部介助 4. 全介助 5. 不明</td> <td>1. 自立 2. 見守り 3. 一部介助 4. 全介助</td> </tr> <tr> <td>③C 排泄</td> <td>1. 自立 2. 見守り 3. 一部介助 4. 全介助 5. 不明</td> <td>1. 自立 2. 見守り 3. 一部介助 4. 全介助</td> </tr> <tr> <td>④D 入浴</td> <td>1. 自立 2. 見守り 3. 一部介助 4. 全介助 5. 不明</td> <td>1. 自立 2. 見守り 3. 一部介助 4. 全介助</td> </tr> <tr> <td>⑤E 着替え</td> <td>1. 自立 2. 見守り 3. 一部介助 4. 全介助 5. 不明</td> <td>1. 自立 2. 見守り 3. 一部介助 4. 全介助</td> </tr> </tbody> </table>			項目	【入院前】	【退院時】	①A 移動	1. 自立 2. 見守り 3. 一部介助 4. 全介助 5. 不明	1. 自立 2. 見守り 3. 一部介助 4. 全介助	②B 食事	1. 自立 2. 見守り 3. 一部介助 4. 全介助 5. 不明	1. 自立 2. 見守り 3. 一部介助 4. 全介助	③C 排泄	1. 自立 2. 見守り 3. 一部介助 4. 全介助 5. 不明	1. 自立 2. 見守り 3. 一部介助 4. 全介助	④D 入浴	1. 自立 2. 見守り 3. 一部介助 4. 全介助 5. 不明	1. 自立 2. 見守り 3. 一部介助 4. 全介助	⑤E 着替え	1. 自立 2. 見守り 3. 一部介助 4. 全介助 5. 不明	1. 自立 2. 見守り 3. 一部介助 4. 全介助												
項目	【入院前】	【退院時】																														
①A 移動	1. 自立 2. 見守り 3. 一部介助 4. 全介助 5. 不明	1. 自立 2. 見守り 3. 一部介助 4. 全介助																														
②B 食事	1. 自立 2. 見守り 3. 一部介助 4. 全介助 5. 不明	1. 自立 2. 見守り 3. 一部介助 4. 全介助																														
③C 排泄	1. 自立 2. 見守り 3. 一部介助 4. 全介助 5. 不明	1. 自立 2. 見守り 3. 一部介助 4. 全介助																														
④D 入浴	1. 自立 2. 見守り 3. 一部介助 4. 全介助 5. 不明	1. 自立 2. 見守り 3. 一部介助 4. 全介助																														
⑤E 着替え	1. 自立 2. 見守り 3. 一部介助 4. 全介助 5. 不明	1. 自立 2. 見守り 3. 一部介助 4. 全介助																														
問3-7. 退院後も必要な医療について、入院前からのものは「継続」、入院によって追加されたものは「追加」として、当てはまるもの全てに○を付けてください。																																
<table border="1"> <tbody> <tr> <td>1. インシュリン等自己注射</td> <td>[継続・追加]</td> <td>6. 人工肛門</td> <td>[継続・追加]</td> <td>11. 褥瘡の処置</td> <td>[継続・追加]</td> </tr> <tr> <td>2. 中心静脈栄養</td> <td>[継続・追加]</td> <td>7. 酸素療法</td> <td>[継続・追加]</td> <td>12. リハビリ</td> <td>[継続・追加]</td> </tr> <tr> <td>3. 経鼻胃管栄養</td> <td>[継続・追加]</td> <td>8. 気管切開の処置</td> <td>[継続・追加]</td> <td>13. 留置カテーテル</td> <td>[継続・追加]</td> </tr> <tr> <td>4. 透析(血液・腹膜)</td> <td>[継続・追加]</td> <td>9. 人工呼吸器の管理</td> <td>[継続・追加]</td> <td>14. その他()</td> <td></td> </tr> <tr> <td>5. 胃ろう、腸ろう</td> <td>[継続・追加]</td> <td>10. 疼痛管理</td> <td>[継続・追加]</td> <td></td> <td>[継続・追加]</td> </tr> </tbody> </table>			1. インシュリン等自己注射	[継続・追加]	6. 人工肛門	[継続・追加]	11. 褥瘡の処置	[継続・追加]	2. 中心静脈栄養	[継続・追加]	7. 酸素療法	[継続・追加]	12. リハビリ	[継続・追加]	3. 経鼻胃管栄養	[継続・追加]	8. 気管切開の処置	[継続・追加]	13. 留置カテーテル	[継続・追加]	4. 透析(血液・腹膜)	[継続・追加]	9. 人工呼吸器の管理	[継続・追加]	14. その他()		5. 胃ろう、腸ろう	[継続・追加]	10. 疼痛管理	[継続・追加]		[継続・追加]
1. インシュリン等自己注射	[継続・追加]	6. 人工肛門	[継続・追加]	11. 褥瘡の処置	[継続・追加]																											
2. 中心静脈栄養	[継続・追加]	7. 酸素療法	[継続・追加]	12. リハビリ	[継続・追加]																											
3. 経鼻胃管栄養	[継続・追加]	8. 気管切開の処置	[継続・追加]	13. 留置カテーテル	[継続・追加]																											
4. 透析(血液・腹膜)	[継続・追加]	9. 人工呼吸器の管理	[継続・追加]	14. その他()																												
5. 胃ろう、腸ろう	[継続・追加]	10. 疼痛管理	[継続・追加]		[継続・追加]																											
問3-8. おおむね毎月負担できる金額(家族による援助も含む)について当てはまるもの一つに○を付けてください。																																
1. 15万円以上 2. 10万円~15万円未満 3. 5万円以上~10万円未満 4. 5万円未満 5. 生活保護受給 6. 不明																																
問3-9. 本人の貯蓄について当てはまるもの全てに○を付けてください。																																
1. 1,500万円以上 2. 1,000万円~1,500万円未満 3. 500万円~1,000万円未満 4. 500万円未満 5. 不明																																
問3-10. 退院支援計画1回目の策定時期について当てはまるもの一つに○を付けてください。																																
1. 入院時(当日もしくは翌日)に介入 3. 病状が安定してから介入 5. その他() 2. 入院時以降から1週間以内に介入 4. 入院が長期化(90日程度)してから介入																																
問3-11. 退院先の本人の希望について																																
①聴取の有無については当てはまるもの一つに○を、②希望の内容については当てはまるもの全てに○を付けてください。																																
①聴取の有無	1. 本人の希望を聞いた	2. 本人の希望を聞いていない 3. 本人との意思疎通が不可																														
②希望の内容(複数回答可)	1. 入院前の自宅への退院	3. 自宅に準じる施設への退院 5. 明確な希望なし 2. 入院前と異なる自宅への退院 4. 入院継続・転院 6. その他()																														

問3-12. 退院先の家族の希望について
 ①聴取の有無については当てはまるもの一つに○を、②希望の内容については当てはまるもの全てに○を付けてください。

①聴取の有無	1. 家族の希望を聞いた	2. 家族の希望を聞いていない	3. 身寄りがないなど聞く家族がいない
②希望の内容 (複数回答可)	1. 入院前の自宅への退院	3. 自宅に準じる施設への退院	5. 明確な希望なし
	2. 入院前と異なる自宅への退院	4. 入院継続・転院	6. その他 ()

問3-13. 退院先に関する主治医の見立てについて当てはまるもの全てに○を付けてください。

1. 入院前の自宅への退院	3. 自宅に準じる施設への退院	5. 不明
2. 入院前と異なる自宅への退院	4. 入院継続・転院	6. その他 ()

問3-14. 退院場所の選定について当てはまるもの一つに○を付けてください。

1. 家族が自ら探してきた施設	2. 病院側が提示した施設	3. その他 ()
-----------------	---------------	------------

問3-15. 対象患者についての診療報酬で算定されたものについて当てはまるもの全てに○を付けてください。

1. 退院調整加算	2. 退院時共同指導料(ケアマネと共同した場合に限る)	3. 介護支援連携指導料	4. 退院前訪問指導料
-----------	-----------------------------	--------------	-------------

※問4以降は、入院前の元の自宅に戻れなかった事例(2例)についてご回答ください。

問4. 入院前の元の自宅に退院が出来なかった要因について

①入院前の元の自宅に退院できなかった要因として重要度が高い順に上位3位まで順位を記入してください。

1. 家族の介護力がないため (番目)	8. 家族に替わる、生活支援サービスの不足 (番目)
2. 家族が同意しなかったため (番目)	9. 居宅介護サービスの不足 (番目)
3. 独居又は近隣に家族がいない (番目)	10. 賃貸住宅の大家の反対 (番目)
4. 本人が希望しなかったため (番目)	11. 住環境(バリアフリー等)に問題があったため (番目)
5. 経済的な問題 (番目)	12. 身元保証人がいない (番目)
6. 医療が必要なため (番目)	13. その他(内容:) (番目)
7. 居宅介護サービスでは対応できない状態のため (番目)	

②①で「2」を選択した場合 家族の同意が得られれば自宅に帰る事が出来たか当てはまるもの一つに○を付けてください。

1. そう思う	2. そうは思わない	3. その他(内容:)
---------	------------	--------------

③①で「2」を選択した場合 家族が同意しなかった主な理由として当てはまるもの一つに○を付けてください。

1. 家族による介護等の負担に対する不安	4. 入院前からの家族関係の不和
2. 家族の目が行き届かないためにケガ等が起こる不安	5. その他(内容:)
3. 同居人がいない	

④①で「6」を選択した場合 在宅医療とならなかった理由を当てはまるもの全てに○を付けてください。

1. 近隣に在宅医療を行っている医療機関がないため	4. 経済的な負担が大きいため
2. 在宅医療を行っている機関に打診したが断られたため	5. その他(内容:)
3. 在宅医療では必要な医療が行えないため	

⑤①で「11」を選択した場合 住環境の問題として主な理由として当てはまるもの一つに○を付けてください。

1. 家から公道までのアクセスが不便	3. 居室が狭い	5. その他(内容:)
2. 家の気温変化等の環境が厳しい	4. 家の中のバリアフリー環境が不十分	

問5. 退院先の選定方法

問5-1. その退院先を選定した理由について重要度が高い順に上位3位まで順位を記入してください。

1. 家族の自宅から近い (番目)	5. リハビリができる (番目)
2. 安い(経済的に受け入れられる) (番目)	6. 長期入所ができる (番目)
3. 家族が見学して気に入った (番目)	7. そこしか空いていない (番目)
4. 自分(職員)が見学して良いと感じた (番目)	8. その他 () (番目)

問5-2. あなた自身がその退院先を見学した事があるかどうか、当てはまるもの一つに○を付けてください。

1. 見学したことがある	2. 見学したことはない
--------------	--------------

問5-3. 最終的な退院先について

①最終的な退院先について当てはまるもの一つに○を付けてください。

1. 初回作成時の退院支援計画と同じ	2. 初回作成時の退院支援計画と異なる
--------------------	---------------------

②①で「2」と選択した場合 退院先が異なった理由として重要度が高い順に上位3位まで順位を記入してください。

1. 病状の悪化で医療の必要度が上がったため (番目)	4. 自宅での受け入れを家族が拒否したため (番目)
2. 認知症が進行したため (番目)	5. その他 () (番目)
3. ADLが低下したため (番目)	

質問は以上です。ご協力ありがとうございました。

平成 27 年度 厚生労働省 老人保健事業推進費等補助金 老人保健健康増進等事業
医療・介護ニーズがある高齢者等の地域居住のあり方に関する調査研究事業

「急性期病院・病棟からの退院後の住まいのあり方に関するアンケート調査」

一般財団法人高齢者住宅財団 調査研究部 (TEL 03-6672-7227)

調査票 C 票

退院支援・退院調整担当者様用の調査票です。

**退院支援・退院調整を行っている
職員全員がお答えください。**

**調査票が足りない場合は、
お手数ですが、コピーしてご回答ください。**

調査基準日：特に指定がない場合は、平成 27 年 9 月 1 日時点でご回答ください。

ご回答期限：平成 27 年 11 月 18 日

退院支援・調整担当者調査票 C票

問1. 担当者情報					
①年齢	1. 24歳以下 2. 25～34歳 3. 35～44歳 4. 45～54歳 5. 55～64歳 6. 65歳以上				
②最終学歴	1. 大学院卒 2. 大学卒 3. 短大・専門学校卒 4. 高卒				
③退院支援・調整担当歴（他病院での経験年数を含む）			年	ヶ月	
④保有資格（全てに○）	1. 看護職 2. 社会福祉士 3. 介護支援専門員 4. その他（ ）				
⑤雇用形態	1. 常勤 2. 非常勤 3. その他（ ）				
⑥退院支援・調整業務について	1. 専任 2. 兼任	⑦業務時間内で退院支援・調整業務に携わる割合（兼任の方のみご回答ください）		1. 20%未満 2. 20～40%未満	3. 40～60%未満 4. 60%以上

問2. 通常又は多くの場合、担当患者への退院支援・調整に介入する時期について、当てはまるもの一つに○を付けてください。					
1. 入院時(当日もしくは翌日)に介入 3. 病状が安定してから介入 5. その他（ ）					
2. 入院時以降から1週間以内に介入 4. 入院が長期化(90日程度)してから介入					

問3. 退院支援・調整部署の中で担当する患者の割り振りについて、主に当てはまるもの一つに○を付けてください。					
1. 病棟単位で担当が決まっている 4. 順番で割り振っている					
2. 管理職員が担当を決めている 5. 受け持ち件数によって振り分けている					
3. 患者の疾患によって振り分けている 6. その他（ ）					

問4. 現在 担当している、退院支援・調整患者数についてどのように感じているか、当てはまるもの一つに○を付けてください。					
1. 非常に多い 2. やや多い 3. ちょうど良い 4. やや少ない 5. 非常に少ない					

問5. 院内の相談・協力の状況について					
①退院支援・調整業務について、医師、看護師、他の退院支援・調整業務の職員に相談できる・協力できる環境はありますか。当てはまるもの一つに○を付けてください。					
1. 定期的にそのような機会がある 3. 各人の業務については、他の職種・職員は関与しない					
2. 自ら求めれば機会がある 4. その他（ ）					
②院内で業務内容のフィードバック（症例検討会などでの振り返り）はありますか。当てはまるもの一つに○を付けてください。					
1. 毎月1回以上 3. 半年に1回 5. 全くない					
2. 2～3ヶ月に1回 4. 年1回以下 6. その他（ ）					

問6. 退院支援・調整業務の研修について ※直近1年間での研修状況をご回答ください。					
①退院支援・調整業務のスキルアップのために研修を受講しましたか。当てはまるもの一つに○を付けてください。					
1. あり 2. なし					
②. ①で「1」を選択した場合 どのような研修を受講しましたか。当てはまるもの全てに○を付けてください。					
1. 勤務する病院（法人）が実施する研修 2. 自治体や関係団体が実施する研修 3. その他（ ）					
③. ①で「1」を選択した場合 研修を受講したきっかけは何ですか。当てはまるもの全てに○を付けてください。					
1. 病院からの指示を受けた 2. 自発的にスキルアップを目指した 3. その他（ ）					

問7. 自分の担当した退院支援・調整患者について退院後の様子を確認していますか。当てはまるもの一つに○を付けてください。					
1. 全ての患者について退院後の様子を確認している 4. 退院先から連絡があった患者のみ確認している					
2. 気になった患者のみ退院後の様子を確認している 5. ほとんど確認していない					
3. 本人・家族から連絡があった患者のみ確認している 6. 全く確認していない					

問 8. 退院先の候補となる施設の把握について

①退院先への見学を行っていますか。当てはまるもの一つに○を付けてください。

- | | |
|-------------------------|--------------|
| 1. 候補となる施設は全て実際に見学している | 4. 全く見学していない |
| 2. 一部の施設は見学しているが、全てではない | 5. その他 () |
| 3. ほとんど見学していない | |

②、①で「2」～「4」を選択した場合 **施設への見学を行わなかった理由のうち重要度が高い順に上位3位まで順位を記入してください。**

- | | |
|----------------------------|----------------------------|
| 1. 業務が多忙で時間がとれない (番目) | 5. 公的機関からの紹介で信用できるから (番目) |
| 2. 遠方の施設だから (番目) | 6. 必要性を感じないから (番目) |
| 3. 院内の信頼できる人からの紹介だから (番目) | 7. その他 () (番目) |
| 4. 院外の信頼できる人からの情報だから (番目) | |

問 9. 自宅への退院に関し、医療・介護サービスのほかにどのような情報を把握していますか。
当てはまるもの全てに○を付けてください。

- | | |
|-----------------------------|---------------------------|
| 1. 生活保護、自治体などが行う公的な経済的支援制度 | 4. 民間企業による見守り、緊急通報などのサービス |
| 2. 介護保険法の地域支援事業による生活支援等 | 5. その他 () |
| 3. 自治会、老人クラブなどの地域の団体による支援活動 | 6. 上記のいずれも把握していない |

問 10. 退院先の施設や在宅療養支援診療所、訪問看護事業所などの情報はどのように得ていますか。
当てはまるもの全てに○を付けてください。

- | | |
|--------------------|---------------------------------|
| 1. 営業に来た施設や診療所の情報 | 4. 他院の退院支援・調整職員や部局との連絡会で情報を得ている |
| 2. 部署内で共有されているリスト | 5. その他 () |
| 3. インターネット等で自ら情報収集 | 6. とくに把握していない |

問 11. 退院支援・調整が困難と感じる事例について

①あなたが普段業務でかかっている退院支援・調整の事例のうち、困難と感じる事例ではどのような要因が妨げとなっていますか。**困難と感じる要因のうち重要度が高い順に上位3位まで順位を記入してください。**

- | | |
|------------------------------|------------------------------|
| 1. 経済的な問題 (番目) | 8. 居宅介護サービスの不足 (番目) |
| 2. 独居又は近隣に家族がいない (番目) | 9. 家族に替わる、生活支援サービスの不足 (番目) |
| 3. 家族関係や家族と本人の意向とのくい違い (番目) | 10. 身元保証人がいない (番目) |
| 4. 家族の介護負担が重い (番目) | 11. 自宅の住環境 (バリアフリー等) (番目) |
| 5. 医療の必要度が高い (番目) | 12. 院内における自宅退院に関する意識不足 (番目) |
| 6. 在宅医療を提供する医療機関の不足 (番目) | 13. その他 () (番目) |
| 7. 介護施設の不足 (番目) | 14. 困難事例はない |

②退院支援・調整が困難な場合にどのように対応していますか。また、今後どんな支援体制が必要と思われますか。(自由記入)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

この度は、調査票にご協力くださり、誠にありがとうございます。

今後、本調査に関してより詳しくお話をお伺いするため、
ヒアリングのご協力をお願いする場合がございます。
ご協力いただける方は、下記に連絡先をご記入いただけますと幸甚でございます。

お名前			
電話番号		メールアドレス	

ご記入頂きました個人情報はヒアリング調査以外の目的で利用することはありません。

ご協力は任意となっておりますが、何卒宜しくお願い致します。

【アンケート単純集計結果】

A票 問2病床数

①総病床数

平均	280.80床
標準偏差	216.08
最大値	1015.00床
最小値	20.00床
無回答	13病院
有効数	285病院

②-1 一般病床 算定料 病院別

	n	%
一般病棟入院基本料7対1	150	50.3
一般病棟入院基本料10対1	83	27.9
一般病棟入院基本料13対1	16	5.4
一般病棟入院基本料15対1	12	4.0
特定機能病院入院基本料7対1	5	1.7
特定機能病院入院基本料10対1	0	0.0
専門病院入院基本料7対1	3	1.0
専門病院入院基本料10対1	0	0.0
専門病院入院基本料13対1	0	0.0
無回答	29	9.7
全体	298	100.0

②-2 一般病床数 (1病院あたり)

平均	235.33床
標準偏差	196.72
最大値	988.00床
最小値	20.00床
無回答	5病院
有効数	264病院

③-1 障害者施設等入院基本料算定病院

	n	%
障害者施設等入院基本料7対1	0	0.0
障害者施設等入院基本料10対1	16	5.4
障害者施設等入院基本料13対1	3	1.0
障害者施設等入院基本料15対1	0	0.0
無回答	279	93.6
全体	298	100.0

③-2 障害者施設等入院基本料算定病床数 (1病院あたり)

平均	58.42床
標準偏差	53.94
最大値	275.00床
最小値	16.00床
無回答	0病院
有効数	19病院

④精神科病床数

平均	50.92床
標準偏差	51.66
最大値	220.00床
最小値	23.00床
算定していない	285病院
有効数	13病院

⑤回復期リハビリテーション入院料1

平均	54.42床
標準偏差	20.24
最大値	102.00床
最小値	8.00床
算定していない	274病院
有効数	24病院

⑥回復期リハビリテーション入院料2

平均	38.77床
標準偏差	10.79
最大値	56.00床
最小値	18.00床
算定していない	285病院
有効数	13病院

⑦回復期リハビリテーション入院料3

平均	38.00床
標準偏差	3.37
最大値	40.00床
最小値	33.00床
算定していない	294病院
有効数	4病院

⑧地域包括ケア病棟入院料 (入院医療管理料) 1

平均	31.72床
標準偏差	15.90
最大値	53.00床
最小値	6.00床
算定していない	251病院
有効数	47病院

⑨地域包括ケア病棟入院料 (入院医療管理料) 2

平均	39.00床
標準偏差	26.87
最大値	58.00床
最小値	20.00床
算定していない	296病院
有効数	2病院

A 票 問 3 平均在院日数と1日の平均入院患者数

①入院患者1人あたりの平均在院日数

平均	14.82 日
標準偏差	5.83
最大値	61.90 日
最小値	3.40 日
無回答	8 病院
有効数	290 病院

②1日平均入院患者数

平均	257.22 人
標準偏差	1389.06
最大値	23615.00 人
最小値	0.20 人
無回答	8 病院
有効数	290 病院

A 票 問 4 入院患者情報

問 4-1 平成 26 年 4 月～平成 27 年 3 月の間の総入院患者数とその内訳

①年間総入院患者数

平均	16053.99 人
標準偏差	39452.44
最大値	302656.00 人
最小値	56.00 人
無回答	8 病院
有効数	290 病院

②うち、救急入院（ウオーグインを含む）

平均	1913.48 人
標準偏差	1874.96
最大値	9886.00 人
最小値	0.00 人
無回答	44 病院
有効数	246 病院

③うち、転院

平均	197.67 人
標準偏差	247.99
最大値	1928.00 人
最小値	0.00 人
無回答	83 病院
有効数	207 病院

④うち、紹介

平均	1782.02 人
標準偏差	2424.93
最大値	12193.00 人
最小値	0.00 人
無回答	79 病院
有効数	211 病院

問 4-2

①90日以上入院している患者数

平均	9.71 人
標準偏差	16.94
最大値	177.00 人
最小値	0.00 人
無回答	31 病院
有効数	267 病院

A 票 問 5 退院先別患者情報

①自宅・自宅に準ずる施設等

平均	4730.10 人
標準偏差	4518.36
最大値	21393.00 人
最小値	32.00 人
不明	57 病院
有効数	241 病院

③転院

平均	292.14 人
標準偏差	279.70
最大値	1679.00 人
最小値	1.00 人
不明	55 病院
有効数	243 病院

⑤その他

平均	69.17 人
標準偏差	201.72
最大値	1837.00 人
最小値	0.00 人
不明	89 病院
有効数	209 病院

②老人保健施設

平均	115.53 人
標準偏差	785.08
最大値	12020.00 人
最小値	0.00 人
不明	64 病院
有効数	234 病院

④死亡

平均	215.98 人
標準偏差	202.03
最大値	912.00 人
最小値	0.00 人
不明	50 病院
有効数	248 病院

A票 問6 退院支援・調整部門について

問6-1 職員総人数と常勤換算人数、及び総人数の職種別内訳

①職員総数

平均	5.95人
標準偏差	3.94
最大値	20.00人
最小値	0.00人
無回答	5病院
有効数	245病院

②うち、看護師総数

平均	2.36人
標準偏差	2.49
最大値	19.00人
最小値	0.00人
無回答	36病院
有効数	209病院

③うち、社会福祉士総数

平均	3.22人
標準偏差	2.19
最大値	11.00人
最小値	0.00人
無回答	13病院
有効数	232病院

④うち、その他

平均	1.53人
標準偏差	1.56
最大値	7.00人
最小値	0.00人
無回答	114病院
有効数	131病院

⑤退院支援・調整職員部門職員 常勤換算数

平均	5.67人
標準偏差	3.85
最大値	20.00人
最小値	0.00人
無回答	38病院
有効数	207病院

※回答の中に職員総数にして著しく大きい値を記入した医療機関が認められた。少しでも退院調整業務に関わった職員を全て含めたものと考えられる。このため集計では21人以上と回答した病院は本項目の集計からは除外している。

問6-2 平成26年4月～平成27年3月の間の総退院患者数とそのうち退院調整加算を算定した患者数

①総退院患者数

平均	5700.46人
標準偏差	5376.08
最大値	26107.00人
最小値	49.00人
無回答	30病院
有効数	268病院

②うち、退院調整加算を算定した患者数

平均	1235.89人
標準偏差	10584.06
最大値	171798.00人
最小値	0.00人
無回答	34病院
有効数	264病院

問6-3 9月1日時点で退院支援・調整業務を行っている患者数

平均	54.93人
標準偏差	51.24
最大値	272.00人
最小値	0.00人
無回答	83病院
有効数	215病院

問6-4 退院支援の対象とする患者の決定方法

	n	%
医師からの依頼	90	30.2
病棟看護師からの依頼	105	35.2
退院支援チームによる選別	41	13.8
本人・家族からの依頼	8	2.7
その他	29	9.7
無回答	25	8.4
全体	298	100.0

問6-5 通常又は多くの場合、退院支援に介入する場合のタイミング

	n	%
入院時（当日もしくは翌日）に介入	37	12.4
入院時以降から1週間以内に介入	138	46.3
病状が安定してから介入	84	28.2
入院が長期化（90日程度）してから介入	0	0.0
その他	28	9.4
無回答	11	3.7
全体	298	100.0

問 6-6 退院に関わる支援・調整業務の進捗の把握

	n	%
会議で報告して把握	137	46.0
管理者が個々の職員の進捗を把握	58	19.5
個人で管理しており、他の者は把握していない	28	9.4
その他	62	20.8
無回答	13	4.4
全体	298	100.0

問 6-7 退院に関わる支援・調整業務について困難な事例の対処法

	n	%
個々の職員が長期にわたり対応	30	10.1
他の職員も協力して対応	180	60.4
上位の職員に交代して対応	8	2.7
管轄の公的機関（郵政包括支援センター等）に相談	50	16.8
その他	17	5.7
無回答	13	4.4
全体	298	100.0

問 6-8 事例検討会について

①病院内の退院支援・調整部門で、事例検討の実施の有無

	n	%
している	154	51.7
していない	140	47.0
無回答	4	1.3
全体	298	100.0

②実施している場合、事例検討会開催頻度

	n	%
毎月1回以上	96	62.3
2～3ヶ月に1回	28	18.2
半年に1回	16	10.4
年1回以下	14	9.1
無回答	0	0.0
全体	154	100.0

③実施していない場合、実施していない主な理由

	n	%
担当職員が一人のため開催できない	19	13.6
必要性がない	9	6.4
多忙で開催できる時間がとれない	67	47.9
その他	36	25.7
無回答	9	6.4
全体	140	100.0

問 6-9 退院先の施設や在宅支援診療所などの情報把握（複数回答）

	n	%
施設や診療所の自院への営業から	212	71.1
同一法人や連携している施設・医療機関リストから	152	51.0
インターネット等で自ら情報収集をして	225	75.5
他院の退院支援職員や部局との連絡会で情報共有をしている	208	69.8
公的機関等や医師会等が発行している情報誌から	115	38.6
その他	31	10.4
無回答	6	2.0
全体	298	100.0

B 票 問 1 基本情報

①年齢 (退院日時点)

平均	84.08 歳
標準偏差	5.85
最大値	104.00 歳
最小値	75.00 歳
無回答	8
有効数	909

②性別

	n	%
男性	407	44.4
女性	501	54.6
無回答	9	1.0
全体	917	100.0

③入院日数 (退院日-入院日)

平均	48.14 日
標準偏差	41.09
最大値	355.00 日
最小値	1.00 日
有効数	888

※入院日と退院日双方を回答した対象者のみで集計を行った。
また、365 日 (1 年) 以上の日数を回答している対象者については外れ値として集計より除外した。

⑤入院の原因となった主傷病名

	n	%
感染症および寄生虫症	12	1.3
新生物	18	2.0
血液および造血器の疾患ならびに免疫機構の障害	13	1.4
内分泌、栄養および代謝疾患	32	3.5
精神および行動の障害	4	0.4
神経系の疾患	12	1.3
眼および付属器の疾患	0	0.0
耳および乳様突起の疾患	1	0.1
循環器系の疾患	46	5.0
呼吸器系の疾患	34	3.7
消化器系の疾患	34	3.7
皮膚および皮下組織の疾患	22	2.4
筋骨格系および結合組織の疾患	30	3.3
腎尿路器系の疾患	32	3.5
損傷、中毒およびその他の外因の影響	13	1.4
その他	77	8.4
悪性新生物	140	15.3
認知症	5	0.5
パーキンソン病・パーキンソン関連疾患	9	1.0
脳卒中	52	5.7
急性心筋梗塞または狭心症	11	1.2
急性心不全	33	3.6
肺炎 (菌性肺炎を含む)	95	10.4
COPD	5	0.5
胆のう炎・胆管炎	15	1.6
イレウス	6	0.7
尿路感染症・急性腎盂腎炎	25	2.7
下肢・骨盤の骨折	63	6.9
28 以外の骨折	36	3.9
無回答	42	4.6
全体	917	100.0

⑥上記主傷病における手術の有無

	n	%
手術あり	221	24.1
手術なし	644	70.2
無回答	52	5.7
全体	917	100.0

B票 問2入院時情報

問2-1 居住・生活環境

①同居人の有無

	n	%
あり	633	69.0
なし	282	30.8
無回答	2	0.2
全体	917	100.0

②同居人（複数回答）

	n	%
配偶者	354	38.6
娘	148	16.1
息子	229	25.0
子どもの配偶者	115	12.5
孫	81	8.8
親戚	7	0.8
友人	3	0.3
その他	32	3.5
無回答	272	29.7
全体	917	100.0

③主たる介護者

	n	%
配偶者	258	28.1
娘	224	24.4
息子	157	17.1
子どもの配偶者	77	8.4
孫	9	1.0
親戚	45	4.9
友人	9	1.0
介護不要（自立）	29	3.2
その他	67	7.3
無回答	42	4.6
全体	917	100.0

④主たる介護者との同居の有無

	n	%
同居	560	61.1
近距離別居	167	18.2
遠距離別居	125	13.6
無回答	65	7.1
全体	917	100.0

⑤主たる介護者の就労の有無

	n	%
就労あり（フルタイム）	191	20.8
就労あり（パート）	115	12.5
就労なし	404	44.1
不明	54	5.9
無回答	153	16.7
全体	917	100.0

問2-2入院前居住地

	n	%
本人持家・戸建住宅	561	61.2
本人持家・マンション等集合住宅	78	8.5
本人賃貸・戸建住宅	14	1.5
本人賃貸・アパート等集合賃貸住宅	153	16.7
家族持家・戸建住宅	51	5.6
家族持家・マンション等集合住宅	13	1.4
家族賃貸・戸建住宅	5	0.5
家族賃貸・アパート等集合賃貸住宅	31	3.4
無回答	11	1.2
全体	917	100.0

問2-3入院経路

	n	%
救急搬送	423	46.1
紹介	191	20.8
自院外来	277	30.2
その他	19	2.1
無回答	7	0.8
全体	917	100.0

問 2-4 入院時 担当ケアマネジャーの有無

	n	%
いた	543	59.2
いなかった	368	40.1
無回答	6	0.7
全体	917	100.0

問 2-5 入院時に地域の期間・団体のうち関係があったものとして把握しているもの（複数回答）

	n	%
民生委員による訪問等を受けていた	39	4.3
地域包括支援センターによる支援を受けていた	171	18.6
福祉事務所による訪問等を受けていた	38	4.1
自治会、老人クラブ等の活動へ参加していた	23	2.5
自治会、老人クラブ等による支援（訪問、声かけ等）を受けていた	11	1.2
サロン・社会交流活動を利用していた	14	1.5
その他	131	14.3
不明	359	39.1
無回答	193	21.0
全体	917	100.0

日票 問 3 退院時情報

問 3-1 退院先

①入院前居住地と退院先の異同

	n	%
入院前と同じ	517	56.4
入院前と異なる	400	43.6
全体	917	100.0

②入院前と異なる場合の退院先

	n	%
本人の特家・賃貸住宅	7	1.8
家族の特家・賃貸住宅	23	5.8
グループホーム	20	5.0
サービス付き高齢者向け住宅	77	19.3
軽費老人ホーム（ケアハウス）	10	2.5
介護付有料老人ホーム（特定施設）	108	27.0
有料老人ホーム（特定以外）	63	15.8
特別養護老人ホーム	50	12.5
その他	27	6.8
無回答	15	3.8
全体	400	100.0

③入院前と異なる場合の退院先の運営主体

	n	%
同一法人施設	8	2.0
同一法人以外の施設	295	73.8
無回答	97	24.3
全体	400	100.0

問 3-2 要介護度の変化について

①入院前

	n	%
要支援1	75	8.2
要支援2	71	7.7
要介護1	98	10.7
要介護2	138	15.0
要介護3	88	9.6
要介護4	69	7.5
要介護5	62	6.8
非該当	184	20.1
申請中	78	8.5
無回答	54	5.9
全体	917	100.0

②退院時

	n	%
要支援1	22	2.4
要支援2	21	2.3
要介護1	73	8.0
要介護2	117	12.8
要介護3	111	12.1
要介護4	139	15.2
要介護5	128	14.0
非該当	12	1.3
申請中	258	28.1
無回答	36	3.9
全体	917	100.0

③要介護度の変化

	n	%
-7	16	2.8
-6	20	3.6
-5	28	5.0
-4	37	6.6
-3	41	7.3
-2	50	8.9
-1	26	4.6
0	342	60.7
1以上(改善)	3	0.5
全体	563	100.0

※入院前と退院時の状態双方を回答した(申請中を除く)対象者のみで集計を行った。

問 3-3 認知症高齢者の日常生活自立度の変化について

①入院前

	n	%
自立	352	38.4
I	116	12.6
II a	123	13.4
II b	76	8.3
III a	73	8.0
III b	26	2.8
IV	26	2.8
M	9	1.0
不明	64	7.0
無回答	52	5.7
全体	917	100.0

②退院時

	n	%
自立	225	24.5
I	105	11.5
II a	120	13.1
II b	101	11.0
III a	143	15.6
III b	51	5.6
IV	72	7.9
M	21	2.3
無回答	79	8.6
全体	917	100.0

③認知症高齢者の日常生活自立度の変化

	n	%
-7	1	0.1
-6	8	1.0
-5	6	0.8
-4	31	4.0
-3	41	5.2
-2	114	14.6
-1	113	14.5
0	459	58.7
1以上(改善)	9	1.2
全体	782	100.0

※入院前(不明を除く)と退院時の状態双方を回答した対象者のみで集計を行った。

問 3-4 認知症の変化について

①入院前

	n	%
認知症なし	505	55.1
認知症あり	393	42.9
無回答	19	2.1
全体	917	100.0

②退院時

	n	%
入院時より悪化、または入院後に発症	307	33.5
入院時より変化なし、または入院時と同じく認知症なし	562	61.3
無回答	48	5.2
全体	917	100.0

③認知症の変化

	n	%
認知症なし	367	42.4
入院後に発症	120	13.9
入院時より変化なし	192	22.2
入院時より悪化	186	21.5
全体	865	100.0

※入院前と退院時の状態双方を回答した対象者のみで集計を行った。

問 3-5 障害老人の日常生活自立度（寝たきり度）の変化について

①入院前

	n	%
自立	219	23.9
J 1	54	5.9
J 2	101	11.0
A 1	105	11.5
A 2	134	14.6
B 1	65	7.1
B 2	77	8.4
C 1	40	4.4
C 2	39	4.3
不明	41	4.5
無回答	42	4.6
全体	917	100.0

③障害老人の日常生活自立度（寝たきり度）の変化

	n	%
-8	6	0.7
-7	13	1.6
-6	25	3.0
-5	37	4.5
-4	72	8.8
-3	100	12.2
-2	143	17.4
-1	159	19.4
0	237	28.9
1以上（改善）	28	3.4
全体	820	100.0

※入院前（不明を除く）と退院時の状態双方を回答した対象者のみで集計を行った。

②退院時

	n	%
自立	38	4.1
J 1	31	3.4
J 2	62	6.8
A 1	105	11.5
A 2	131	14.3
B 1	130	14.2
B 2	150	16.4
C 1	102	11.1
C 2	107	11.7
無回答	61	6.7
全体	917	100.0

問 3-6 ADLの変化（入院前・退院時）について

A 移動

①入院前

	n	%
自立	421	45.9
見守り	183	20.0
一部介助	174	19.0
全介助	116	12.6
不明	9	1.0
無回答	14	1.5
全体	917	100.0

③変化

	n	%
-3	58	6.6
-2	155	17.6
-1	325	36.9
変化なし	311	35.3
1以上(改善)	31	3.5
全体	880	100.0

※入院前（不明を除く）と退院時の状態双方を回答した対象者のみで集計を行った。

②退院時

	n	%
自立	92	10.0
見守り	224	24.4
一部介助	299	32.6
全介助	284	31.0
無回答	18	2.0
全体	917	100.0

B 食事

①入院前

	n	%
自立	557	60.7
見守り	133	14.5
一部介助	135	14.7
全介助	65	7.1
不明	12	1.3
無回答	15	1.6
全体	917	100.0

③変化

	n	%
-3	40	4.6
-2	119	13.6
-1	204	23.4
変化なし	489	56.1
1以上(改善)	20	2.3
全体	872	100.0

※入院前（不明を除く）と退院時の状態双方を回答した対象者のみで集計を行った。

②退院時

	n	%
自立	323	35.2
見守り	163	17.8
一部介助	236	25.7
全介助	172	18.8
無回答	23	2.5
全体	917	100.0

C 排泄

①入院前

	n	%
自立	464	50.6
見守り	135	14.7
一部介助	158	17.2
全介助	128	14.0
不明	17	1.9
無回答	15	1.6
全体	917	100.0

③変化

	n	%
-3	80	9.2
-2	174	20.0
-1	237	27.2
変化なし	345	39.6
1以上(改善)	36	4.1
全体	872	100.0

※入院前（不明を除く）と退院時の状態双方を回答した対象者のみで集計を行った。

②退院時

	n	%
自立	145	15.8
見守り	161	17.6
一部介助	274	29.9
全介助	319	34.8
無回答	18	2.0
全体	917	100.0

D 入浴

①入院前

	n	%
自立	339	37.0
見守り	124	13.5
一部介助	228	24.9
全介助	169	18.4
不明	39	4.3
無回答	18	2.0
全体	917	100.0

③変化

	n	%
-3	64	7.6
-2	182	21.5
-1	240	28.4
変化なし	340	40.2
1以上(改善)	19	2.2
全体	845	100.0

※入院前（不明を除く）と退院時の状態双方を回答した対象者のみで集計を行った。

②退院時

	n	%
自立	47	5.1
見守り	114	12.4
一部介助	340	37.1
全介助	396	43.2
無回答	20	2.2
全体	917	100.0

E 着替え

①入院前

	n	%
自立	438	47.8
見守り	115	12.5
一部介助	202	22.0
全介助	122	13.3
不明	23	2.5
無回答	17	1.9
全体	917	100.0

③変化

	n	%
-3	53	6.1
-2	169	19.6
-1	241	27.9
変化なし	372	43.1
1以上(改善)	28	3.2
全体	863	100.0

※入院前（不明を除く）と退院時の状態双方を回答した対象者のみで集計を行った。

②退院時

	n	%
自立	146	15.9
見守り	134	14.6
一部介助	334	36.4
全介助	282	30.8
無回答	21	2.3
全体	917	100.0

問 3-7 退院後も必要な医療について

継続・追加

	継続 n	継続 %	追加 n	追加 %
インシュリン等自己注射	20	2.2	12	1.3
中心静脈栄養	2	0.2	44	4.8
経鼻胃管栄養	1	0.1	17	1.9
透析（血液・腹膜）	20	2.2	8	0.9
胃ろう、腸ろう	5	0.5	31	3.4
人工肛門	15	1.6	15	1.6
酸素療法	22	2.4	52	5.7
気管切開の処置	5	0.5	4	0.4
人工呼吸器の管理	0	0.0	7	0.8
疼痛管理	29	3.2	65	7.1
褥瘡の処置	23	2.5	39	4.3
リハビリ	79	8.6	145	15.8
留置カテーテル	23	2.5	86	9.4
その他	43	4.7	61	6.7
無回答	678	73.9	514	56.1
全体	917	100.0	917	100.0

退院後も必要な医療の有無

	n	%
あり（問 3-7 1 から 14 のうち 1 つ以上回答あり）	575	62.7
なし（選択なし）	342	37.3
全体	917	100.0

1 インシュリン等自己注射 必要の有無

	n	%
あり	32	5.6
なし	543	94.4
全体	575	100.0

3 経鼻胃管栄養 必要の有無

	n	%
あり	18	3.1
なし	557	96.9
全体	575	100.0

5 胃ろう、腸ろう 必要の有無

	n	%
あり	36	6.3
なし	539	93.7
全体	575	100.0

7 酸素療法 必要の有無

	n	%
あり	74	12.9
なし	501	87.1
全体	575	100.0

9 人工呼吸器の管理 必要の有無

	n	%
あり	7	1.2
なし	568	98.8
全体	575	100.0

11 褥瘡の処置 必要の有無

	n	%
あり	62	10.8
なし	513	89.2
全体	575	100.0

13 留置カテーテル 必要の有無

	n	%
あり	109	19.0
なし	466	81.0
全体	575	100.0

2 中心静脈栄養 必要の有無

	n	%
あり	46	8.0
なし	529	92.0
全体	575	100.0

4 透析（血液・腹膜） 必要の有無

	n	%
あり	28	4.9
なし	547	95.1
全体	575	100.0

6 人工肛門 必要の有無

	n	%
あり	30	5.2
なし	545	94.8
全体	575	100.0

8 気管切開の処置 必要の有無

	n	%
あり	9	1.6
なし	566	98.4
全体	575	100.0

10 疼痛管理 必要の有無

	n	%
あり	94	16.3
なし	481	83.7
全体	575	100.0

12 リハビリ 必要の有無

	n	%
あり	224	39.0
なし	351	61.0
全体	575	100.0

14 その他 必要の有無

	n	%
あり	104	18.1
なし	471	81.9
全体	575	100.0

問 3-8 おおむね毎月負担できる金額

	n	%
15万円以上	216	23.6
10万円以上～15万円未満	135	14.7
5万円以上～10万円未満	136	14.8
5万円未満	55	6.0
生活保護受給	59	6.4
不明	298	32.5
無回答	18	2.0
全体	917	100.0

問 3-9 本人の貯蓄

	n	%
1,500万円以上	30	3.3
1,000万円～1,500万円未満	9	1.0
500万円～1,000万円未満	18	2.0
500万円未満	64	7.0
不明	770	84.0
無回答	26	2.8
全体	917	100.0

問 3-10 退院支援計画 1 回目の策定時期

	n	%
入院時（当日もしくは翌日）に介入	235	25.6
入院時以降から一週間以内に介入	338	36.9
病状が安定してから介入	278	30.3
入院が長期化（90日程度）してから介入	8	0.9
その他	29	3.2
無回答	29	3.2
全体	917	100.0

問 3-11 退院先の本人の希望について

①退院先について聴取の有無

	n	%
本人の希望を聞いた	720	78.5
本人の希望を聞いていない	59	6.4
本人との意思疎通が不可	135	14.7
無回答	3	0.3
全体	917	100.0

②本人の希望内容 (複数回答)

	n	%
入院前の自宅への退院	594	64.8
入院前と異なる自宅への退院	29	3.2
自宅に準ずる施設への退院	184	20.1
入院継続・転院	29	3.2
明確な希望なし	81	8.8
その他	26	2.8
無回答	98	10.7
全体	917	100.0

問 3-12 退院先の家族の希望について

①退院先について聴取の有無

	n	%
家族の希望を聞いた	844	92.0
家族の希望を聞いていない	10	1.1
身寄りがいないなど聞く家族がいない	28	3.1
無回答	35	3.8
全体	917	100.0

②家族の希望内容 (複数回答)

	n	%
入院前の自宅への退院	475	51.8
入院前と異なる自宅への退院	51	5.6
自宅に準ずる施設への退院	364	39.7
入院継続・転院	120	13.1
明確な希望なし	8	0.9
その他	27	2.9
無回答	67	7.3
全体	917	100.0

問 3-13 退院先に関する主治医の見立て (複数回答)

	n	%
入院前の自宅への退院	484	52.8
入院前と異なる自宅への退院	53	5.8
自宅に準ずる施設への退院	408	44.5
入院継続・転院	171	18.6
明確な希望なし	25	2.7
その他	31	3.4
無回答	37	4.0
全体	917	100.0

問 3-14 退院場所の選定

	n	%
家族自らが探してきた施設	161	17.6
病院側が提示した施設	215	23.4
その他	189	20.6
無回答	352	38.4
全体	917	100.0

問 3-15 対象患者についての診療報酬で算定されたもの (複数回答)

	n	%
退院調整加算	542	59.1
退院時共同指導料 (ケアマネと共同した場合に限る)	137	14.9
介護支援連絡指導料	275	30.0
退院前訪問指導料	26	2.8
無回答	271	29.6
全体	917	100.0

Ｂ票 問４入院前の元の自宅に戻れなかった要因について

①入院前の元の自宅に退院できなかつた要因について（重要度の高い順に上位３位まで順位を記入）

１ 家族の介護力がないため

	n	%
１ 番目	138	34.5
２ 番目	61	15.3
３ 番目	46	11.5
選択なし	155	38.8
全体	400	100.0

２ 家族が同意しなかつたため

	n	%
１ 番目	34	8.5
２ 番目	59	14.8
３ 番目	36	9.0
選択なし	271	67.8
全体	400	100.0

３ 独居又は近隣に家族がいない

	n	%
１ 番目	77	19.3
２ 番目	37	9.3
３ 番目	19	4.8
選択なし	267	66.8
全体	400	100.0

４ 本人が希望しなかつたため

	n	%
１ 番目	20	5.0
２ 番目	11	2.8
３ 番目	13	3.3
選択なし	356	89.0
全体	400	100.0

５ 経済的な問題

	n	%
１ 番目	2	0.5
２ 番目	15	3.8
３ 番目	11	2.8
選択なし	372	93.0
全体	400	100.0

６ 医療が必要なため

	n	%
１ 番目	26	6.5
２ 番目	31	7.8
３ 番目	14	3.5
選択なし	329	82.3
全体	400	100.0

７ 居宅介護サービスでは対応できない状態のため

	n	%
１ 番目	21	5.3
２ 番目	52	13.0
３ 番目	48	12.0
選択なし	279	69.8
全体	400	100.0

９ 居宅介護サービスの不足

	n	%
１ 番目	1	0.3
２ 番目	11	2.8
３ 番目	16	4.0
選択なし	372	93.0
全体	400	100.0

１０ 賃貸住宅の大家の反対

	n	%
１ 番目	0	0.0
２ 番目	0	0.0
３ 番目	1	0.3
選択なし	399	99.8
全体	400	100.0

１１ 住環境（バリアフリー等）に問題があったため

	n	%
１ 番目	11	2.8
２ 番目	23	5.8
３ 番目	26	6.5
選択なし	340	85.0
全体	400	100.0

１３ その他

	n	%
１ 番目	23	5.8
２ 番目	9	2.3
３ 番目	19	4.8
選択なし	349	87.3
全体	400	100.0

②家族の同意が得られれば自宅に帰る事が出来たか。(①で「２」を選択した場合)

	n	%
そう思う	68	52.7
そうは思わない	46	35.7
その他	13	10.1
無回答	2	1.6
全体	129	100.0

③家族が同意しなかつた理由 (①で「２」を選択した場合)

	n	%
家族による介護等の負担に対する不安	58	45.0
家族の目が行き届かないためケガ等が起こる不安	33	25.6
同居人がいない	4	3.1
入院前から家族関係の不和	14	10.9
その他	6	4.7
無回答	14	10.9
全体	129	100.0

④在宅医療とならなかつた理由 (①で「６」を選択した場合) (複数回答)

	n	%
近隣に在宅医療を行っている医療機関がないため	0	0.0
在宅医療を行っている機関に打診したが断られたため	1	1.4
在宅医療では必要な医療が行えないため	25	35.2
経済的負担が大きいため	1	1.4
その他	44	62.0
無回答	2	2.8
全体	71	100.0

１２ 身元保証人がいない

	n	%
１ 番目	1	0.3
２ 番目	1	0.3
３ 番目	3	0.8
選択なし	395	98.8
全体	400	100.0

⑤住環境の問題としての理由（①で「1」を選択した場合）

	n	%
家から公道までのアクセスが不便	2	3.3
家の気温変化等の環境が厳しい	0	0.0
居室が狭い	2	3.3
家の中のバリアフリー環境が不十分	38	63.3
その他	14	23.3
無回答	4	6.7
全体	60	100.0

B票 問5 退院先の選定方法

問5-1 退院先を選定した理由について（重要度の高い順に上位3位まで順位を記入）

1 家族の自宅から近い

	n	%
1 番目	74	18.5
2 番目	62	15.5
3 番目	66	16.5
選択なし	198	49.5
全体	400	100.0

2 安い（経済的に受け入れられる）

	n	%
1 番目	51	12.8
2 番目	57	14.3
3 番目	45	11.3
選択なし	247	61.8
全体	400	100.0

3 同居人がいない

	n	%
1 番目	102	25.5
2 番目	88	22.0
3 番目	45	11.3
選択なし	165	41.3
全体	400	100.0

4 自分（職員）が見学して良いと感じた

	n	%
1 番目	4	1.0
2 番目	7	1.8
3 番目	7	1.8
選択なし	382	95.5
全体	400	100.0

5 リハビリができる

	n	%
1 番目	14	3.5
2 番目	14	3.5
3 番目	20	5.0
選択なし	352	88.0
全体	400	100.0

6 長期入所ができる

	n	%
1 番目	56	14.0
2 番目	84	21.0
3 番目	77	19.3
選択なし	183	45.8
全体	400	100.0

7 そこしが空いていない

	n	%
1 番目	12	3.0
2 番目	12	3.0
3 番目	20	5.0
選択なし	356	89.0
全体	400	100.0

8 その他

	n	%
1 番目	40	10.0
2 番目	11	2.8
3 番目	22	5.5
選択なし	327	81.8
全体	400	100.0

問5-2 退院先の見学の有無

	n	%
見学したことがある	81	20.3
見学したことはない	283	70.8
無回答	36	9.0
全体	400	100.0

問5-3 最終的な退院先について

①最終的な退院先について当てはまるもの

	n	%
初回作成時の退院支援計画と同じ	174	43.5
初回作成時の退院支援計画と異なる	175	43.8
無回答	51	12.8
全体	400	100.0

②退院先が初回作成時の退院支援計画と異なった理由

（①で「2」を選択した場合 重要度の高い順に上位3位まで順位を記入）

1 病状の悪化で医療の必要度が上がったため

	n	%
1 番目	23	13.1
2 番目	11	6.3
3 番目	15	8.6
選択なし	126	72.0
全体	175	100.0

2 認知症が進行したため

	n	%
1 番目	16	9.1
2 番目	35	20.0
3 番目	18	10.3
選択なし	106	60.6
全体	175	100.0

3 ADLが低下したため

	n	%
1 番目	59	33.7
2 番目	51	29.1
3 番目	25	14.3
選択なし	40	22.9
全体	175	100.0

4 自宅での受け入れを家族が拒否したため

	n	%
1 番目	39	22.3
2 番目	22	12.6
3 番目	31	17.7
選択なし	83	47.4
全体	175	100.0

5 その他

	n	%
1 番目	10	5.7
2 番目	2	1.1
3 番目	7	4.0
選択なし	156	89.1
全体	175	100.0

C 票 問 1 担当者情報

①年齢

	n	%
24 歳以下	62	4.4
25～34 歳	406	28.7
35～44 歳	488	34.5
45～54 歳	308	21.8
55～64 歳	134	9.5
65 歳以上	11	0.8
無回答	4	0.3
全体	1413	100.0

②最終学歴

	n	%
大学院卒	69	4.9
大学卒	776	54.9
短大・専門学校卒	518	36.7
高卒	28	2.0
無回答	22	1.6
全体	1413	100.0

③経験月数 (ヶ月)

平均	77.20 ヶ月
標準偏差	77.31
最大値	497.00 ヶ月
最小値	0.00 ヶ月
無回答	104
有効数	1309

④保有資格 (複数回答)

	n	%
看護職	534	37.8
社会福祉士	773	54.7
介護支援専門員	310	21.9
その他	275	19.5
無回答	45	3.2
全体	1413	100.0

⑤雇用形態

	n	%
常勤	1312	92.9
非常勤	85	6.0
その他	3	0.2
無回答	13	0.9
全体	1413	100.0

⑥退院支援調整業務について

	n	%
専任	835	59.1
兼任	509	36.0
無回答	69	4.9
全体	1413	100.0

⑦業務時間内で退院支援・調整業務に携わる割合 (⑥にて「2」を選択した場合)

	n	%
20%未満	143	28.1
20～40%未満	70	13.8
40～60%未満	122	24.0
60%以上	156	30.6
無回答	18	3.5
全体	509	100.0

C票 問2 担当患者への退院支援・調整に介入する時期

	n	%
入院時（当日もしくは翌日）に介入	194	13.7
入院時以降～1週間以内に介入	552	39.1
病状が安定してから介入	474	33.5
入院が長期化（90日程度）してから介入	6	0.4
その他	146	10.3
無回答	41	2.9
全体	1413	100.0

C票 問3 退院支援・調整部署の中で担当する患者の割り振り

	n	%
病種単位で担当者が決まっている	496	35.1
管理職員が担当を決めている	226	16.0
患者の疾患によって振り分けている	104	7.4
順番で割り振っている	76	5.4
受け持ち件数によって振り分けている	263	18.6
その他	226	16.0
無回答	22	1.6
全体	1413	100.0

C票 問5 院内の相談・協力の状況について

①退院支援・調整業務について、院内の他職員に相談できる・協力できる環境の有無

	n	%
定期的にそのような機会がある	828	58.6
自ら求めれば機会がある	522	36.9
各人の業務については、他の職種・職員は関与しない	17	1.2
その他	27	1.9
無回答	19	1.3
全体	1413	100.0

②院内での業務内容のフィードバックについて

	n	%
毎月1回以上	409	28.9
2～3ヶ月に1回	120	8.5
半年に1回	120	8.5
年に1回以下	167	11.8
全くない	397	28.1
その他	142	10.0
無回答	58	4.1
全体	1413	100.0

C票 問4 現在担当している、退院支援・調整患者数について

	n	%
非常に多い	123	8.7
やや多い	456	32.3
ちょうど良い	621	43.9
やや少ない	141	10.0
非常に少ない	44	3.1
無回答	28	2.0
全体	1413	100.0

C票 問6 退院支援・調整業務の研修について

①退院支援・調整業務の研修参加の有無

	n	%
あり	889	62.9
なし	518	36.7
無回答	6	0.4
全体	1413	100.0

②受講した研修について (①で「1」を選択した場合) (複数回答)

	n	%
勤務する病院(法人)が実施する研修	230	25.9
自治体や関係団体が実施する研修	735	82.7
その他	105	11.8
無回答	3	0.3
全体	889	100.0

③研修を受講したきっかけ (①で「1」を選択した場合) (複数回答)

	n	%
病院からの指示を受けた	281	31.6
自発的にスキルアップを目指した	674	75.8
その他	27	3.0
無回答	52	5.8
全体	889	100.0

C票 問7 担当した退院支援・調整患者について退院後の様子確認について

	n	%
全ての患者について退院後の様子を確認している	56	4.0
気になった患者のみ退院後の様子を確認している	564	39.9
本人・家族から連絡があった患者のみ確認している	123	8.7
退院先から連絡があった患者のみ確認している	359	25.4
ほとんど確認していない	203	14.4
全く確認していない	64	4.5
無回答	44	3.1
全体	1413	100.0

C票 問8 退院先の候補となる施設の把握について

①退院先への見学の実施

	n	%
候補となる施設は全て実際に見学している	24	1.7
一部の施設は見学しているが、全てではない	776	54.9
ほとんど見学していない	274	19.4
全く見学していない	300	21.2
その他	23	1.6
無回答	16	1.1
全体	1413	100.0

②施設への見学を行わなかった理由 (①で「2」～「4」を選択した場合 重要度の高い順に上位3位まで順位を記入)

1 業務が多忙で時間がとれない

	n	%
1 番目	811	60.1
2 番目	180	13.3
3 番目	115	8.5
選択なし	244	18.1
全体	1350	100.0

2 遠方の施設だから

	n	%
1 番目	84	6.2
2 番目	379	28.1
3 番目	196	14.5
選択なし	691	51.2
全体	1350	100.0

3 院内の信頼できる人からの紹介だから

	n	%
1 番目	95	7.0
2 番目	171	12.7
3 番目	160	11.9
選択なし	924	68.4
全体	1350	100.0

4 院外の信頼できる人からの情報だから

	n	%
1 番目	38	2.8
2 番目	179	13.3
3 番目	187	13.9
選択なし	946	70.1
全体	1350	100.0

5 公共機関からの紹介で信頼できるから

	n	%
1 番目	23	1.7
2 番目	80	5.9
3 番目	88	6.5
選択なし	1159	85.9
全体	1350	100.0

6 必要性を感じないから

	n	%
1 番目	27	2.0
2 番目	46	3.4
3 番目	89	6.6
選択なし	1188	88.0
全体	1350	100.0

7 その他

	n	%
1 番目	171	12.7
2 番目	69	5.1
3 番目	109	8.1
選択なし	1001	74.1
全体	1350	100.0

C票 問9 自宅への退院に関し、医療・介護サービスの他に把握している情報

(複数回答)

	n	%
生活保護、自治体などが行う公的な経済的支援体制	1189	84.1
介護保険法の地域支援事業による生活支援等	1098	77.7
自治会、老人クラブなどの地域の団体による支援活動	212	15.0
民間企業による見守り、緊急通報などのサービス	697	49.3
その他	103	7.3
上記いずれも把握していない	52	3.7
無回答	14	1.0
全体	1413	100.0

C票 問10 退院先の施設や在宅療養支援診療所、訪問看護事業所などの情報取得

(複数回答)

	n	%
営業にきた施設や診療所の情報	1009	71.4
部署内で共有されているリスト	1008	71.3
インターネット等で自ら情報収集	980	69.4
他院の退院支援・調整職員や部局との連絡会で情報を得ている	735	52.0
その他	166	11.7
とくに把握していない	49	3.5
無回答	7	0.5
全体	1413	100.0

C票 問11 退院支援・調整が困難と感じる事例について

①退院支援・調整の事例のうち、困難と感じる事例で妨げとなっている要因（重要度の高い順に上位3位まで順位を記入）

1 経済的な問題

	n	%
1 番目	350	24.8
2 番目	336	23.8
3 番目	232	16.4
選択なし	493	34.9
全体	1411	100.0

2 独居又は近隣に家族がいない

	n	%
1 番目	308	21.8
2 番目	292	20.7
3 番目	217	15.4
選択なし	594	42.1
全体	1411	100.0

3 家族関係や家族と本人の意向の食い違い

	n	%
1 番目	206	14.6
2 番目	188	13.3
3 番目	195	13.8
選択なし	822	58.3
全体	1411	100.0

4 家族の介護負担が重い

	n	%
1 番目	63	4.5
2 番目	86	6.1
3 番目	120	8.5
選択なし	1142	80.9
全体	1411	100.0

5 医療必要度が高い

	n	%
1 番目	67	4.7
2 番目	89	6.3
3 番目	111	7.9
選択なし	1144	81.1
全体	1411	100.0

6 在宅医療を提供する医療機関の不足

	n	%
1 番目	22	1.6
2 番目	25	1.8
3 番目	37	2.6
選択なし	1327	94.0
全体	1411	100.0

7 介護施設の不足

	n	%
1 番目	11	0.8
2 番目	22	1.6
3 番目	51	3.6
選択なし	1327	94.0
全体	1411	100.0

8 居宅介護サービスの不足

	n	%
1 番目	5	0.4
2 番目	13	0.9
3 番目	25	1.8
選択なし	1368	97.0
全体	1411	100.0

9 家族に替わる、生活支援サービスの不足

	n	%
1 番目	20	1.4
2 番目	60	4.3
3 番目	74	5.2
選択なし	1257	89.1
全体	1411	100.0

10 身元保証人がいない

	n	%
1 番目	209	14.8
2 番目	154	10.9
3 番目	131	9.3
選択なし	917	65.0
全体	1411	100.0

11 自宅の住環境（バリアフリー等）

	n	%
1 番目	3	0.2
2 番目	14	1.0
3 番目	28	2.0
選択なし	1366	96.8
全体	1411	100.0

13 その他

	n	%
1 番目	63	4.5
2 番目	30	2.1
3 番目	37	2.6
選択なし	1281	90.8
全体	1411	100.0

12 院内における自宅退院に関する意識不足

	n	%
1 番目	41	2.9
2 番目	51	3.6
3 番目	75	5.3
選択なし	1244	88.2
全体	1411	100.0

14 困難事例はない

	n	%
選択あり	2	0.1
選択なし	1411	99.9
全体	1413	100.0

【A票自由記載一覽】 ※以降すべて記載内容を原文のまま掲載

問 6-1 ④ その他

1	ケアマネ		
2	事務	17	事務
3	事務	18	主事
4	事務	19	事務
5	事務	20	事務
6	事務	21	事務
7	事務	22	事務
8	事務	23	事務
9	事務	24	事務
10	事務	25	事務
11	事務	26	事務
12	事務	27	事務
13	事務	28	事務
14	事務	29	事務
15	事務	30	事務
16	事務	31	事務
		32	臨時事務
		33	②③④以外
		34	MSW
		35	事務
		36	介福
		37	事務
		38	事務
		39	事務
		40	事務
		41	事務
		42	事務
		43	事務
		44	事務
		45	事務
		46	事務
		47	事務
		48	事務

問 6-4 その他

1	看ぶ師から依頼で介入がないか医師の治療方針を確認してから支援開始が多い
2	スクリーニング
3	MSWによる選別
4	MSW
5	Dr. N s
6	全患者スクリーニング実施
7	退院支援担当者から本人家族へアプローチ
8	カンファレンスで選別
9	基本的に全ての患者さんへ入院時面談に行く。
10	1～4のすべて
11	病棟看護師の選別
12	退院支援←アセスメント票
13	病棟とのカンファレンス
14	入院時のスクリーニング、アセスメントシートをみて判断している
15	入院決定時に面談し、アセスメントを行う。
16	退院支援スクリーニングチェックでの該当者
17	1. 2. 4があてはまる
18	1と2
19	ソーシャルワーカーの判断
20	スクリーニングシート
21	MSW申送り
22	スクリーニングシート
23	1～4全て
24	病棟N s. と退院支援部門のスタッフによる選別
25	病棟・外来N s Dr
26	病棟N sが主に実施
27	医師と病棟看護師の両者からの依頼
28	スクリーニングシート

問 6-5 その他

1	入院時2W～1M
2	カルテ上のご介入は入院1週間以内で、本人、家人との面談への介入は急性期を脱した時点
3	医師から依頼があった時
4	何らかの因子により支援が必要と認められたとき。
5	入院時以降から2～3週間後
6	スクリーニングの結果による
7	治療方針退院のたまかな目安がたつた時点
8	スクリーニングの目安がたつた時点から介入
9	治療方針が決定した時
10	入院時のスクリーニング、アセスメントシートをみて、経過をみながら必要時介入する
11	入院予約決定時
12	退院支援看護師は② MSWは③
14	病状により

15	ケースにより1週間以内、その他は依頼が出てから
16	病棟でアセスメントした結果、退院支援依頼があった時点で介入
17	安定する見込みがたつたから介入
18	医師、病棟スタッフ等と介入のタイミングを相談して介入（患者の状態や家族の状況を見極めて）
19	病棟N sからの依頼から介入
20	退院支援が必要と判断した時点で介入
21	入院1週以内でスクリーニングをかけて検討し、症状が安定する見込みのついた時点から
22	タイミングは患者さんの状況によってまちまちであるため依頼をうけてから介入
23	1～3
24	病状や家族関係により異なる
25	病棟・外来N s, Drからの介入依頼があつてから
26	医師と病棟看護師の両者が記入した退院支援依頼票を受理してから介入

問 6-6 その他

1	電子カルテ入力
2	op re後の経過状況により、又は安全確認による
3	カンファレンスにて報告し把握
4	随時病棟長、医師等と連絡
5	日誌や患者のソーシャルワーク記録
6	共有の記録用紙がある
7	カルテに記載
8	各チームで情報共有
9	前回カンファレンスと個人報告
10	院内システム画面で共有
11	個人で管理しているが、不在時引き継ぎが行われている
12	担当者が管理、部署内、病棟へ適宜報告
13	記録（電子カルテ）、シートインク
14	電子カルテに記載
15	院内LAN内について誰でも確認できる
16	連絡票で病棟と共有
17	各部署との連絡により
18	毎朝の申し送り把握
19	電子カルテで共有
20	毎朝、カンファにて情報共有
21	担当者や主治医、病棟N sの情報共有
22	申し送り等
23	随時カンファ記録ファイル
24	医師、入院部門に報告
25	病棟とのカンファレンス等
26	病棟診療科カンファレンスシートで把握
27	管理用記録と申し送り共有
28	一覧表の作成
29	病棟カンファレンスで情報共有している
30	定例ミーティング、適宜報告
31	1回/W 部署内カンファレンスで把握
32	退院支援部門全員が把握
33	スタッフ全員で情報共有
34	部署内情報・記録を共有して把握
35	退院支援専任看護師が把握
36	支援経過シート活用や各々口頭伝達
37	カンファレンス
38	システムに入力しているため他者も確認可
39	介入一覧表を作成し進捗を共有化している
40	相談室全員で把握、管理者及び関連部署把握
41	①と③に当てはまる
42	毎朝ミーティングで報告
43	電子カルテ記録、カンファレンスにて情報共有
44	会議やスーパーパービジョンで相談しながら個々の職員が対応
45	1回/週ミーティングで共有する又会議で報告
46	進捗状況を記したデータを共有
47	担当の相談員が個々に管理、情報は電子カルテ上でスタッフが共有
48	電子カルテにて情報共有
49	担当部署への通達
50	チームで情報交換している
51	当部署内と、各病棟でのカンファレンス等で把握
52	個人管理と管理者への報告による管理

53	カルテ上で随時
54	個人別の記録を作成し、情報共有
55	チームミーティング、記録での情報共有
56	退院調整記録
57	診療科カンファレンス、病棟科長カンファレンス
58	カルテに記録している
59	電子カルテ内に記入し共有
60	毎朝のミーティングおよび毎夕の報告

問 6-7 その他

1	関係部署・関係機関とのカンファレンスに他の職員も参加し協力
2	個人が受け持ちとして対応するがカンファレンス及び包括支援センター行政等との相談はよくある。
3	事例にあわせて、②や④で対応
4	個々の職員が公的、私的機関に相談
5	担当ケアマネジャーに相談
6	主に病棟看護師、医師と相談
7	院内において、退院困難部門に協力依頼
8	他施設・医療機関に協力依頼
9	月2回の困難事例検討会で話し合う 日々の情報交換で話し合う
10	調整部門の会議で相談
11	電子カルテ内に入力
12	多職種やチームで対応
13	退院困難事例対策ワーキンググループという病床管理委員会の下部組織（多職種）で話し合う。

問 6-8 ②その他

1	多職種合同カンファレンスを行っている
2	ケース終了時に振り返りを行う程度
3	未実施
4	部署内での振り返り程度の報告会は1-2Wに1回行っている。
5	退院支援調整部門に専任者がいない
6	職員が少ないため常に相談、検討する機会をもっている。
7	相談連絡、報告が適切に行われている。
8	職種別で検討会がある
9	患者支援会議でカバー
10	週1回カンファレンスとして行っている。
11	事例が殆んどないため
12	その都度、職員間で相談している。
13	実施するという風子がない
14	随時、コミュニケーションをとり、話し合いをしているため
15	別の会議が必要があれば検討している
16	障害者の生活に職員が関心を持ってない 持たない
17	朝・昼ミーティングで困難ケース検討している
18	事例は全職員が共有していること、日常的にコミュニケーションを取っていることから特別に設定していない。
19	検附中
20	システムができてない
21	システムができていない
22	事例検討をする機会をこれまでもうけていないから
23	開催はしているが未実施
24	多職種間で相談し合っている
25	タイミミングを迷っている
26	毎日のミーティングで共有
27	今までソーシャルワーカーのみで活動 今年より退院調整Ns1名配属
28	システム化されていない
29	退院調整カンファレンス開始当初で、時間をさくことが困難
30	病棟カンファ、退院前カンファを実施しており、個々のケースは担当者間で協議しているため
31	困難事例、周知が必要な患者
32	毎朝、カンファレンスで困難ケースの共有を行っている
33	事例ではなく、課題と、抽出しミーティング

問 6-9 その他

1	天々の人脈の活用
2	民を運び確認
3	訪問して実調する。FAXで空床情報もらう。
4	患者の家族から
5	ワムネット

6	在宅医療相談室（横浜市在宅医療連携拠点事業）
7	地域の在宅医療相談窓口など
8	一般の方（患者、知人側）からの情報提供
9	気になる所へはあいさつ回りをしている
10	個別に問い合わせている
11	連携機関からの情報収集
12	都度ごとの担当者から情報収集。
13	地域の在宅調整窓口
14	これまでの実践を活用して調整期間内で情報共有
15	施設訪問
16	施設退院調整をしながらの情報収集
17	施設見学
18	直接電話等で確認してみる
19	実務データの蓄積
20	訪問
21	地域包括等に直接連絡して
22	連携訪問などで直接
23	行政、介護支援専門員等との連携
24	本人、家族からの情報
25	定期訪問
26	経験と実績の積み重ねによる
27	訪問動を行い、自ら情報収集している
28	過去の連携の実践や訪問看護からの情報
29	・地域で開催される多職種の事例検討会に出席・医療機関（病院・診療所）への訪問活動
30	全てに○

【B票自由記載一覧】

問 1 ⑤ その他

1	脊柱管狭窄症	37	食欲不振
2	てんかん発作	38	栄養失調
3	腎不全	39	フルートウ症候群
4	脳卒中	40	大腸頭室炎
5	総胆管、結石、オヘ後、リハビリ	41	高血圧
6	発熱、食欲不振	42	膠原病
7	慢性腎不全	43	手術
8	陣发性心房細動 狭心症 慢性心不全、	44	脳疾患
9	脳梗塞、認知症、慢性腎不全	45	脳挫傷
10	外傷性くも膜下血腫	46	脱水
11	慢性心不全の急性増悪	47	熱中症・脱水
12	脳梗塞	48	症候性てんかん
13	熱中症、脱水	49	膀胱穿孔
14	脱水	50	両下肢筋力低下
15	DM、慢性腎不全、慢性心不全	51	脱水
16	前立腺腫瘍	52	慢性心不全増悪
17	腰部脊柱管狭窄症の急性増悪	53	右下肢脱力
18	けいれん発作	54	介護者が入院したため社会的入院
19	けいれん発作	55	透析困難症により精密加療入院
20	急性大動脈解離	56	変形性膝関節症
21	肝硬変	57	熱中症
22	慢性硬膜下血腫	58	てんかん
23	脳内出血	59	低ナトリウム血症
24	転移性脳腫瘍による筋力低下	60	胃ろう造設目的
25	暴力による全身打撲	61	頭部外傷
26	脱水症	62	腎不全（透析導入）
27	下肢脱力発作	63	食欲不振
28	廃用性症候群	64	脱水症
29	食欲不振	65	けいれん
30	慢性腎不全	66	慢性硬膜下血腫
31	慢性腎不全	67	気管支炎、認知症
32	慢性腎不全、透析導入	68	変形性腰椎症
33	CD腸炎	69	外傷性くも膜下出血
34	発熱	70	低ナトリウム血症
35	肺結核	71	右II度気胸
36	脳梗塞	72	胸水貯留
		73	急性大動脈解離

74	てんかん重積発作
75	認知症による脱水・意識レベル低下
76	下部消化管穿孔
77	正常圧水頭症
78	頭部外傷
79	嘔吐症 歩行困難
80	脱水
81	脳出血でOP后在宅療養中。 経口摂取困難で胃ろう造設で入院

82	慢性腎不全、腹膜透析導入
83	リハビリ目的
84	左内臓骨動脈瘤
85	起立性低血圧、動脈瘤
86	肝硬変
87	眼こう塞
88	食思不振
89	脱水

問 2-1 ① その他

1	兄弟
2	独居
3	内縁の妻
4	独居
5	兄弟(姉)
6	孫の配偶者
7	独居
8	独居
9	妹
10	独居
11	姉
12	弟
13	夫の弟
14	兄弟
15	息子妻
16	内縁夫
17	なし
18	元妻
19	姉、姪
20	娘むこ
21	孫の子
22	弟
23	息子の嫁
24	姪、姪の夫
25	孫の手、ひまご2人
26	きょうだい
27	姉

19	姉、姪
20	娘むこ
21	孫の子
22	弟
23	息子の嫁
24	姪、姪の夫
25	孫の手、ひまご2人
26	きょうだい
27	姉

問 2-1 ② その他

1	甥
2	介護支援専門員
3	兄弟(妹)
4	内縁の妻
5	嫁
6	なし
7	ヘルパー 住診/訪問看護
8	兄
9	内縁夫
10	隣人 ※見守り程度
11	娘連方、ケアマネ→K.P
12	弟
13	妹
14	独居のためサービスで完全補 完、ケアマネ、ヘルパーがK e.yとなつている。
15	ヘルパー
16	兄弟(姉)
17	ヘルパーサービス
18	ヘルパーサービス
19	妹
20	ヘルパー
21	介護保険サービス
22	介ゴサービス
23	弟
24	息子妻
25	なし
26	ヘルパー
27	住診/訪問看護
28	内縁夫
29	妹
30	ヘルパー
31	ヘルパー
32	ヘルパー
33	家政婦
34	なし、介護保険利用
35	弟夫婦
36	いない
37	ヘルパー
38	妹
39	妹
40	姉
41	弟

42	姪
43	ヘルパー
44	介護者なし
45	主たる介護者なし
46	弟
47	なし
48	妹
49	姪
50	後見人
51	任意後見人(弁護士)
52	従兄
53	介護 ヘルパー
54	姪
55	きょうだい
56	弟
57	姉
58	介護サービスによるヘルパー
59	独居(介助要)
60	ケアマネ、福祉のケースワ カー

問 2-3 その他

1	予定入院
2	訪問看護からの依頼
3	当院在宅
4	他院から入院再度戻ってこられる
5	救急受診
6	救急外来
7	救急外来から紹介
8	外来から経過観察目的
9	救急外来受診
10	介ゴ保険関係
11	家族送迎で救急受診
12	救急外来受診
13	救急受診
14	身寄りなし
15	介護タクシー
16	養子縁組の息子
17	救急・連絡来院
18	予定入院
19	ボランティア
20	ヘルパー、弟
21	病状悪悪
22	休日診療来院
23	救急外来受診
24	救急外来受診

問 2-5 その他

1	ヘルパーの訪問を受けていた
2	介護支援専門員の定期訪問受けている
3	介護支援専門員
4	ヘルパーによる訪問サービス、訪問不定期往診

5	ヘルパーによる訪問、訪問リハビリ、往診
6	居宅支援センター
7	DC、SS等介護施設利用
8	なし
9	開業医、居宅サービス利用、ケアマネジャー
10	友人
11	近所の友達のおつきあひあり
12	介護認定は受けていたが、サービス利用はしていなかった
13	ケアマネ
14	ケアマネ
15	介護保険サービス利用
16	介護保険サービス利用
17	特に関係しているものはなし
18	介護保険上のサービス利用のみ
19	介護保険上のサービス利用のみ
20	介護保険上のサービス利用のみ
21	介護保険上のサービス利用のみ
22	介護保険サービス利用
23	居宅のケアマネジャーによる訪問。
24	介護保険サービスを利用
25	近隣の特養のショート利用中
26	介護サービス
27	ヘルパーサービス
28	デイサービス
29	デイケア通所中
30	デイサービス通所中
31	ショートステイを利用していた(要介5)
32	小規模多機能
33	居宅介護支援事業所
34	定期巡回サービス・Dayサービス
35	妻のケアマネジャー、ヘルパー(生活援助)と会話を する
36	支援なし
37	妻のケアマネジャーが訪問していた。
38	生活保護
39	自立していた
40	介護サービス
41	訪問介護
42	訪問看護
43	居宅、訪看
44	訪問看護・訪問入浴・福祉用具貸与
45	ケアマネジャー
46	妻(配偶者に担当CMがいた)
47	通所リハビリ利用していた
48	訪問看護を利用していた
49	息子が介護士
50	居宅支援事業所の利用
51	ケアマネの介入あり。
52	なし
53	通所介護月4回
54	介護保険サービス関係者
55	大家さん
56	介護保険サービスを受けていた
57	介護保険サービスをうけていた
58	なし
59	ケアマネジャーが支援中
60	介護サービス
61	介護保険のサービス利用あり
62	なし
63	介護サービス
64	介護認定はもっていたが、サービス利用がなく、要 質的なサポートはうけていなかった
65	訪問看護
66	なし
67	会社経営、仕事に時々行かれていた。
68	職場関係
69	なし
70	CM

71	配偶者の介護保険サービス担当者	
72	いずれもなし	
73	家政婦	
74	介護申請し要支援1であったが2の訪問などはうけずいた	
75	何もなし	
76	居宅CMの介入あり。	
77	デイサービス	
78	配偶者が介護の支援を受けていた	
79	ケアマネ、ヘルパー	
80	ケアマネ、ヘルパー	
81	市の保健師が介入	
82	ケアマネ	
83	福祉用具購入	
84	近隣の知人・友人	
85	居宅ケアマネによる介護支援	
86	ボランティア	
87	就労していた	
88	自身が自営していたスナックの元常連さん	
89	なし	
90	ケアマネ・通所先の施設相談員	
91	なし	
92	介護支援事業所・訪問介護事業所	
93	なし	
94	同居の息子2名が精神疾患の為、介護保険サービス介入を拒否されていた。要介護4	
95	なし、自立	
96	訪問診療、訪問看護	
97	デイサービスを平日5日間利用	
98	訪問看護	
99	ヘルパーサービス	
100	他院訪問診療・訪問看護と訪問リハヘルパーサービス	
101	区の高齢相談係	
102	訪問診療によるサービスを受けていた	
103	デイサービス、ショートステイ・ヘルパー	
104	訪問看護	
105	体操教室に通っていた	
106	なし	
107	妻が要介護3にて、ケアマネが訪問あり	
108	すでに訪問診療、訪問看護が介入していた	
109	なし	
110	息子が精神疾患があったため、保健師。別居の娘も精神疾患があり、その作業所の相談員	
111	デイサービス	
112	訪問介護	
113	介護事業所の訪問サービスを受けていた	
114	特になし	
115	なし	
116	ケアマネジャー、ヘルパー	
117	俳句の講師をしていた1/M	
118	通所介護、訪問看護、ケアマネ	
119	訪問診療、訪問看護などデイサービス	
120	ヘルパー等	
121	なし	
122	デイサービス使用	
123	息子が通所している作業所	
124	ケアマネジャー	
125	居宅介護支援事業所、在宅支援診療所、訪問看護ステーション、通所介護。	
126	訪問診療、訪問看護	
127	ケアマネジャー	

問3-1 ② その他

1	自宅に帰る前にショートステイ利用
2	老人保健施設のショート
3	ホスピス
4	小規模多機能
5	特養ショートステイ
6	小規模多機能施設の泊まり
7	小規模多機能
8	ホームホスピス
9	お泊りデイサービス
10	ショートステイへ退院
11	ショートを経て
12	デイサービス＋ナイトケア
13	住宅型有料老人ホーム
14	お泊りデイ

15	ショートステイ専門施設
16	小規模多機能型施設
17	本人実家/おいと夫婦宅
18	住宅型有料老人ホーム
19	介護施設
20	死亡
21	小規模多機能のお泊りデイ
22	ショートステイ（介護保険）

問3-7 継続 その他

1	吸引	17	膀胱ろう
2	輸血（定期）	18	ベースメーカー
3	服薬	19	褥瘡
4	服薬	20	高腎ろう
5	末梢点滴	21	注射
6	痔瘻の精査及び外傷後の処置	22	痰吸引
7	内服管理	23	吸引
8	内服、吸入	24	自己導尿
9	内服	25	なし
10	内服	26	骨折部の固定バンド
11	内服	27	輸血
12	内服	28	腎アク、ウロストミー
13	化学療法	29	なし
14	PTCDチューブもれひくなる	30	なし
15	多発性骨腫瘍の治療	31	下腿褥瘡
16	尿管皮フろう	32	内服服用

問3-7 追加 その他

1	碎薬管理	21	正中動脈の処置
2	皮膚褥瘡部の軟こう塗布	22	吸引
3	補液、生食点滴	23	麻薬
4	点滴	24	PTCDチューブ
5	服薬管理	25	吸引
6	吸引	26	吸引
7	コルセット装着	27	胆管ドレーンの排液
8	人工膀胱	28	末梢点滴、吸引
9	たんの吸引	29	点滴
10	訪問診療と訪看	30	吸引
11	痰の吸引	31	点滴
12	腎ろう	32	吸引
13	患部消毒	33	左下顎処置
14	痰吸引 時々	34	化学療法後の副作用観察 日常生活感対策指導
15	皮膚処置	35	NSTリハビリ
16	弾カソックスの着脱	36	喀痰吸引
17	栄養剤摂取	37	吸引
18	失声	38	吸引
19	尿管皮フろう。 両側ストーマ	39	エスボール注射
20	痰吸引	40	輸血

問3-10 その他

1	1入院から1週間以降
2	入院される前に介入
3	予定なし
4	依頼が来てから
5	皮膚疾患が悪化した為
6	入院約2週間で介入
7	2週間に介入
8	入院後、2週間に
9	退院支援計画未作成
10	入院1カ月の時点で、生活の場を要したと依頼
11	方向性が決まったら

23	自宅退院予定であったが死亡退院となった
24	ショートステイ先
25	小規模多機能ホーム
26	ショートステイ有老人ホーム
27	ショートステイ（小規模多機能）

33	内服薬服用
34	ベースメーカー
35	痰吸引
36	重症筋無力症
37	特になし
38	セルフモニタリング
39	皮膚創傷処置
40	処置
41	褥瘡予防、体圧分散マット
42	内服管理
43	内服管理
44	内服
45	通尿、服薬
46	内服
47	ストマ

41	透析ルーートの消毒
42	末梢点滴
43	痰吸引
44	吸引
45	膝かしき姿観察
46	ステロイド内服
47	腎性貧血の注射
48	輸血
49	喀痰吸引
50	導尿
51	吸引
52	吸引・末梢点滴
53	排便管理
54	吸引
55	皮フ損傷処置
56	足浴、軟膏塗用
57	内服管理
58	吸引、点滴
59	PICCカテーテル

12	見直しが出てから
13	入院前の外来時より介入
14	家族が交渉していた施設に入室を断られた。
15	入院30日目から介入
16	痛診前後
17	入院前の外来から介入
18	家族が自宅退院を希望されてから
19	自宅退院になりそうとなつてから
20	治療のめどがたつた時点
21	未
22	未策定

問3-11 ② その他

1	疎通不可
2	疎通困難
3	施設入所
4	息子に迷惑をかけないよう息子の言うとおりに
5	老健
6	息子に任せる
7	不可
8	不明
9	施設入所
10	病院を出たい
11	家族より本人とはなるべく接触しないよう希望があったため、聴取できず

問3-12 ② その他

1	施設入所
2	本人に適した施設への退院
3	施設待機中
4	本人の意志尊重
5	老健
6	リハビリ病院
7	リハビリHP
8	4より1へ変化
9	リハビリ病院
10	家族が認知症
11	老健
12	老人保健施設
13	リハビリができれば

問3-13 ② その他

1	施設入所
2	施設入所
3	家族が自宅を選ばれる
4	介護老人保健施設への入所
5	緩和ケア病棟
6	介護施設
7	家族の意向に添うように
8	老人保健施設
9	老人保健施設
10	ホスピス
11	医療療養病棟
12	介護療養型病院
13	医療療養型病院
14	患者・家族の意向を元に選定
15	在宅サービスを入れたい
16	お泊まりデー

問3-14 ② その他

1	自宅
2	自宅
3	自宅へ希望
4	本人希望
5	本人、親せきケアマネの意見
6	妻、息子、ケアマネの意見
7	施設紹介会社による紹介
8	施設紹介会社による紹介
9	本人・家族同居の自宅
10	本人・家族同居の自宅
11	注射継続のため在宅
12	CM・生保ワーカーが提示
13	自宅
14	担当ケアマネジャーの提案した施設
15	自宅
16	退院後の状況確認後はケアマネが提示

12	当院での入院継続
13	在宅サービス入れたくない
14	入院継続しリハビリをつける
15	本当は息子宅
16	家人宅
17	病状の不安と見通しの不安、うつ病
18	次女宅
19	不明
20	リハビリ病院
21	確認できず
22	必要時ホスピス入院
23	有料老人ホーム
24	

14	医療療養病棟
15	在宅サービス入れたくない
16	お泊まりデーへの退院
17	家族自身で判断不可
18	自宅以外へ退院
19	自宅以外の施設
20	介護老人保健施設
21	リハビリ病院
22	緩和ケア病棟
23	一時的に自宅退院して入院希望
24	必要時ホスピス入院
25	介護型有料老人ホーム
26	在宅介護の不安

17	自宅以外
18	本人の希望に合わせる
19	本人、家族の希望に添う
20	本人の希望で
21	リハビリ病院
22	インスリン対応可能な施設
23	転院
24	転院
25	かかりつけ医の変更
26	介護型有料老人ホーム
27	本人・家族の希望にまかせる
28	家族の受け入れ状況に任せる
29	症状コントロールがつき自宅ENT希望であればENT
30	緩和ケア病棟

17	自宅退院
18	自宅
19	自宅
20	自宅
21	自宅
22	施設の詳細は名前で、自宅へ
23	自宅
24	入院前の自宅
25	自宅
26	自宅
27	施設紹介センターより紹介
28	地域包括からの紹介
29	ケアマネによる手配
30	他疾患なつかり他院への受診が必要だった為。
31	やむを得ず自宅
32	自宅

33	ケアマネが提示した施設
34	自宅
35	娘宅
36	自宅
37	自宅
38	自宅
39	地域包括で提示した施設
40	ケアマネに紹介された
41	担当CWが採入れた施設
42	ケアマネ
43	ケアマネの提案
44	自宅
45	自宅
46	家族の希望
47	自宅
48	行政介入
49	自宅
50	自宅
51	生保担当者が採入れた施設
52	ケアマネ紹介
53	自宅
54	自宅
55	自宅
56	自宅
57	行政が対応
58	行政と相談
59	包括との相談
60	ケアマネ介入
61	自宅
62	自宅
63	自宅
64	ケアマネジャーが提示した施設
65	自宅
66	妻のCMから勧められた施設
67	姉氏宅
68	自宅
69	自宅
70	生活保護担当者の提示
71	家族、ケアマネ、SWで相談
72	自宅
73	自宅
74	ケアマネからの提示
75	自宅退院希望のため施設の提供はしていない
76	行政が提示した施設
77	娘が自宅退院を希望
78	居宅ケアマネジャーより紹介
79	地域包括支援センター
80	ケアマネが選定
81	紹介センターからの紹介
82	家族の希望
83	談せず
84	自宅のためなし
85	親族宅
86	有料老人ホーム紹介センター
87	自宅、経済的理由で施設、転院は困難
88	紹介業者が仲介
89	家族の持家
90	ケアマネジャーより提案
91	自宅
92	医師、リハビリ、本人、家族、相談員にて相談
93	医師、リハビリ、本人、家族、相談員にて相談
94	自宅
95	自宅
96	紹介センター利用
97	自宅
98	紹介センターの仲介

99	自宅
100	自宅
101	自宅
102	自宅
103	家人が希望した施設へタイミンングよく空きがあつた
104	自宅
105	自宅
106	仲介業者をしている親族
107	保護のワーカーと相談
108	紹介業者からの紹介により f a と自らで検討
109	本人の希望により自宅
110	自宅
111	本人、家人の意向で自宅
112	CMより提示
113	自宅の為、選定なし
114	自宅
115	自宅
116	当初、療養HP提示するも、主介助者も認知症あり医療区分 I のため限られたHPへの転院に納得できなかつた
117	自宅
118	仲介業者の紹介
119	長男家族の自宅へ退院
120	ケアマネジャーが自宅の調整をした
121	家族希望の自宅
122	ご状態を家族と確認した結果、自宅、ケアマネ
123	自宅
124	ケアマネが探してきた
125	他の家族の家
126	患者家族の希望で自宅
127	自宅
128	自宅
129	ケアマネが提示した施設
130	入院前の自宅への退院
131	紹介所からの紹介
132	ケアマネからの情報
133	本人・家族が自宅退院希望
134	本人、家族の希望
135	紹介センターの仲介で本人・家族が決定
136	施設は希望せず
137	自宅
138	自宅
139	ケアマネによる介入
140	地域包括と保健師
141	自宅
142	自宅
143	自宅
144	自宅
145	自宅
146	CMをさがした。
147	ケアマネと相談
148	主たる介護者、本人
149	区 福祉
150	ケアマネ
151	生保WC
152	自宅希望
153	ケアマネ、F a
154	ケアマネと相談を主とした
155	自宅
156	本人・家族の希望で自宅
157	自宅
158	ケアマネが探した
159	仲介業者に依頼
160	ケアマネからの提案
161	要支援で施設入所難かしかった
162	自宅

問 4-① その他

1	「施設にあずけたい」と希望したため。
2	家族が遠方のため
3	認知症の悪化のため家族では対応が困難になったため
4	配偶者の死亡
5	本人の希望
6	ちよと引越したしをしなければいけない時だった
7	認知症の悪化
8	ADL低下。認知症悪化のため。
9	認知症の進行
10	家族の介護疲れ
11	ゴミ屋敷
12	入院によりADLが低下したため
13	心キノウ低下。心不全のコントロールが困難。外来通院の中断。内服忘れありサービスを受けても再入院のリスクが高い。
14	家族の介護疲れ
15	リハビリ病院へ転医
16	家人が精神科疾患で通院中その家人よりDVあり
17	夫による虐待
18	虐待ケース
19	認知症の進行
20	ADL、認知機能の低下
21	同居している息子が入院したため
22	主たる介護者以外が自宅を希望しなかった
23	DV
24	家族希望
25	家族の希望
26	虐待の疑いあった為

27	介護保険申請中
28	夫の介護の限界
29	余裕管理できないため
30	家族の不安
31	病状・認知面悪化のため→幻覚・妄想等の出現
32	リハビリが必要であった
33	リハビリが必要
34	認知症の著しい必要性
35	急激かつ著しい認知機能低下出現
36	回復期におけるリハビリを要する
37	生活環境
38	独居は心配
39	服薬管理が必要
40	医療者側が自宅は無理と判断
41	本人、妻ともに認知症がありサービスの受け入れが困難、拒否ある。が、サービスがないと生活できない
42	元気な時から施設見学をしていた
43	家族が充分な介護を希望した為
44	家族背景に問題あり
45	日中独居となり心配なため
46	日中独居となり心配なため
47	精神科薬必要のため
48	認知症で徘徊するため
49	虐待疑い
50	認知症
51	短期で入院をくりかえしたため
52	日星独居が心配
53	本人の不安による入院希望があった。

問 4-② その他

1	認知症についての知識が不足しているため
2	家族がどの程度協力しようと考えていたかによる
3	離しても家族の負担が大き過ぎしい
4	難しい状況、在宅でもご家族の協力なしだと不可
5	認知症の継続治療がむずかしかった
6	医療の必要度が高く衛生面、環境による症状悪化
7	近い将来、同様の結果となると予想される
8	可能ではあったが、医療行為に家族が対応できるか不安が残ります。
9	サービスしたい
10	当面は妹氏とすこし安定すれば自宅に帰る予定だった
11	家族の介護協力、在宅サービスが入れば
12	家族なし
13	資産もあり自費サービスも含めサービス導入できる
14	親族が介護に参加いただければ可能
15	わからぬ
16	多少そう思う。
17	家族間で問題が色々あり帰れる状況になかった。
18	受け入れの準備や本人のADL向上に時間がかかる。

問 4-④ その他

1	社会資源利用の説明が色々あり帰れる状況になかった。
2	主介護者が病気があるため
3	点滴が必要。経口摂取量が極めて少ない
4	認知症の進行、入院中に同居していた妻が亡くなった
5	介護者も認知症のため。
6	妻に認知症様の症状あり介護者としての条件に当てはめることが困難であった
7	ADL、認知機能の低下
8	同居ではなく15年ぶりに会った家族だったため。
9	入所希望だった為
10	高齢者夫婦である
11	独居で自己管理不可な為
12	もともと関係が希薄
13	衛生上家族が不適切と判断された

14	患者が息子へのケアギバーであり、娘からこれ以上の介護提供は患者の負担になることを危惧していた。又、本人もそう思っていた。
15	療養型病院への不信任

問 4-⑤ その他

1	施設入所を希望したため
2	ストマ交換に本人が不安を抱き医療職への依存が強い
3	家族が負担、不安と言ったため
4	介護力不足
5	介護力がないため
6	家人の受け入れが出来ていない
7	独居では点滴中の見守りがけりな為
8	協力をする同居人がいない
9	吸痰が1〜2時間ごとに必要であり家族が対応しきれないため
10	家族が看れない為
11	本人の希望
12	家族の希望
13	家族ができなと言われたため
14	独居でHD、PEGのため
15	インスリンが必要かもしれない可能性があり他の要素もあったから
16	医療行為があるCV、吸痰
17	妻が、施設希望の意思が強かった
18	家族にその気持ちがなくなかったため。
19	病状悪化が予測されたため。
20	家族が施設入所を希望していたため
21	家族の協力が望めなかった
22	肺腫もあり、下肢疼痛の為、麻薬を使用しているため、独居では管理できない
23	介護する人の時間調整ができなかったため
24	F aの拒否
25	自己管理ができなため
26	本人の希望
27	家族の介護力なし
28	担当ケアマネがおよびごし
29	妻一人では看れない
30	医療が必要で、サービスのみでなく、家族の対応も必要ケースだが家族側十分な体制がとれない為
31	医療行為に対する家族の受け入れができなかった
32	家族の協力が得られない
33	息子と2人暮らし/患者認知症 息子が患者の入院の為精神疾患で精神科病院入院
34	妻が認知症で施設入所のため ほぼ独居状態のため
35	施設希望の為
36	家族が受け入れ困難だと決断した為
37	家族が一人でいることが多いので心配
38	当院への通院が必要だったから
39	家族の協力が得られない
40	介護する娘の体力減退・体重減少があったため
41	通院困難と介護の充実のため 家族の希望
42	サ高住の系列病院があり、緊急時にはそこにかかるとため
43	家族の同意を得られなかったため
44	本人が希望しなかったため
45	ご家族が希望しなかった為
46	継続してCV管理など家族で困難
47	医療行為を行うことに家族が抵抗あるため
48	独居であり、24h見守りのある場所が必要だったため
49	本人、F a希望しなかったため
50	家族の不安が大きかったため
51	本人、家族の不安が大きかったため
52	介護の問題
53	本人、介護者の希望
54	家族問題
55	独居のため自身で管理できる状態ではない。

問 4-⑥ その他

1	階段昇降が困難
2	足の踏み場がない
3	居室が3階で昇降が必要な為

4	上下水道が使えない
5	自営をしておき、生活空間が2階である。
6	引越しが必要
7	歩行困難で居住が3Fでエレベーターがない。かいだんであったため。
8	2F・3Fが居室エレベーター等なし
9	アパートにエレベーターがない
10	階段あり
11	エレベーターのない団地の2Fだった
12	ゴミが多く生活できない
13	不衛生
14	ごみやしき
15	自営業

問5-① その他

1	常時看護師が在任している為
2	自宅(息子)
3	本人希望
4	医療面の対応が可
5	ケアマネジャーの判断
6	娘の自宅
7	本人希望
8	本人希望
9	入院前と同じ在宅医の往診が受けられる
10	カーパーソン宅に近い
11	マンションのような雰囲気
12	自分で見て
13	もともとあったデイサービスの併設施設
14	家族の知人が経営している
15	透析が近くできる
16	長年利用した介護サービス事業者と同法人=スタッフが顔見知り。
17	医療面のフォロー体制
18	必要な医療が受けられる
19	認知症のケア
20	看取りをしてもらえる
21	化学療法を当院で続けられるため
22	地域包括支援センターが手配した
23	認知症介護の質が良い
24	以前利用したことあり
25	息子家族と同居
26	娘さん宅への退院で同意したから
27	当院の送迎のコース内
28	本人が慣れた所
29	夫と2人での入所が可能
30	介護度が出るまでのワックション
31	家族がケアマネに相談した
32	医師のススメ
33	不明
34	かかりつけ医(診)自宅に近い
35	本人の希望
36	包括との相談
37	看取りまで可能
38	(入院前と)同じデイケアへ通える。
39	2・3番はない
40	看取りができる
41	緩和ケアも目的とする為
42	もともと施設利用歴あり
43	認知症対応可能
44	夫婦入居の必要性
45	行政の指示
46	在宅医療がうけられる
47	胃ろうを見られる
48	医療行為対応
49	精神的安心感
50	家族の持家でありサポートを受けられる
51	本人の希望する施設
52	通院の送迎

53	家族も利用している施設
54	看護、医療が受けられる
55	夫婦2人で入居できる所
56	本人が見学して気に入った
57	親しくしている親族とも本人の居宅とも近い
58	以前より利用していた
59	仲介業をしている親族の紹介
60	いったんお宅でひとりで施設をさがすため
61	生活保護をうけていた
62	保子の補助 見守りがあれば施設で生活
63	医療機関が付いている
64	身元保証人がいない人を受けてくれる施設がそこしかなかった
65	床留留置カテーテルに対応できた
66	死亡
67	本人の希望・立地・雰囲気
68	本人が見学して気に入った。
69	施設が新しく、職員も手厚い印象
70	腫瘍透視を受け入れてくれた
71	以前に利用したことがある
72	客人が補助に依頼
73	夫と一緒に入所できる。
74	本人、介護者の希望
75	介護面より施設入所希望
76	本人宅より近い
77	家族間に問題あっても受け入れてくれた。
78	本人が以前から希望
79	居宅に近い環境
80	一番早くに入所できた。

問5-② その他

1	同居していた家族が急に亡くなったため。
2	ご家族、ご本人の希望
3	家族が施設入所を希望した為
4	介護度が高くなったため
5	住環境の改善ができないため
6	施設入所から在宅復帰に変わった
7	家人希望
8	別の施設を検討していたがカーパーソン宅に近い施設に空きができた。
9	見守り可能な環境ができた
10	料金面
11	独居は、難しいことをご家族も理解された為
12	家族の介護力がないため
13	家族から同居はできないと拒否されたため
14	入所まで時間がかかる約1ヶ月
15	はじめは療養型を考えていたが、有料ホームでファミリーが気に入るところがあったので。
16	本人の気持ちの変化
17	独居のため
18	医療依存度が上がったため
19	なし
20	医師のススメ
21	独居の為不安である
22	家族の事情
23	本人の希望
24	2・3番はない
25	本人の希望
26	本人独居で家族の協力が得られない
27	家族意向を重視
28	独居
29	リハビリが必要になったため
30	夫婦入居の必要性あるため
31	入退院を繰り返しており、これ以上の居宅維持が困難だった。
32	施設に空きができた
33	必要な治療がうけられないため
34	家族と本人が施設希望のため
35	介護が必要となったため
36	家族の強い希望

37	同居の家族に介護を要する状態であったため
38	化学療法導入にて医療・介護の必要度があがった為
39	手術をしなかったため
40	介護力の問題
41	家族が希望したため
42	娘の体力不足
43	自宅の環境が整わなかったため
44	独居であり介護力不足
45	身元保証人不在のためリハビリ病院への転院が出来なかった(受入困難)
46	本人が施設への入所希望せずおいへ
47	本人が見守りが必要となった本人の判断力の低下
48	独居での生活に対して不安が強く自宅への退院を拒否したため
49	介護保険料の滞納によるペナルティが課され、必要なサービス量がまかなえない
50	環境の問題。昔の田の字型住宅で改修が困難
51	病態
52	主介護者の介護力と理解力が想定以上におわらなかった
53	日中独居となるため家族が心配した
54	輸血で病院対応可能な施設がないため。経済的な余裕がなかったため
55	死亡
56	本人は当初転院を希望したが、医療施設というより介護・家族の問題が主なため。
57	家族が患者不在の生活に慣れてしまっただけ
58	家族が入院前より介護負担感大
59	家族が方向性をいつまでもいわない
60	施設での見守りが必要になったため
61	世帯分離による生保受給
62	当初老健と考えていたが思ったより自立度が高かったため

【C票自由記載一覧】

問1④ その他

1	なし	精神保健福祉士
2	管理栄養士	精神保健福祉士
3	精神保健福祉士	精神保健福祉士
4	精神保健福祉士	精神保健福祉士
5	介護福祉士	精神保健福祉士
6	診療情報管理者 メダエーター	介護福祉士、介護福祉士
7	精神保健福祉士	精神保健福祉士
8	精神保健福祉士	精神保健福祉士
9	精神保健福祉士	精神保健福祉士
10	介護福祉士	精神保健福祉士
11	児童福祉士	介護福祉士
12	精神保健福祉士	精神保健福祉士
13	精神保健福祉士	精神保健福祉士
14	精神保健福祉士	精神保健福祉士
15	主事(社会福祉)	精神保健福祉士
16	介護福祉士	精神保健福祉士
17	精神保健福祉士	精神保健福祉士
18	精神保健福祉士	精神保健福祉士
19	介護福祉士	精神保健福祉士、保育士
20	保育士	精神保健福祉士
21	社会福祉主事	精神保健福祉士
22	福祉住環境コーディネーター	精神保健福祉士
23	福祉住環境コーディネーター	精神保健福祉士
24	社会福祉主事	精神保健福祉士
25	介護福祉士	精神保健福祉士
26	住居社環境コーディネーター 2級	精神保健福祉士
27	介護福祉士	精神保健福祉士
28	社会福祉主事	精神保健福祉士
29	認知症ケア専門士	精神保健福祉士
30	精神保健福祉士	精神保健福祉士
31	介護福祉士	精神保健福祉士
32	精神保健福祉士	精神保健福祉士
33	精神保健福祉士	精神保健福祉士
34	精神保健福祉士	精神保健福祉士

106	精神保健福祉士	精神保健福祉士
107	緩和ケア認定看護師	精神保健福祉士
108	精神保健福祉士	精神保健福祉士
109	精神保健福祉士	精神保健福祉士
110	保健師	精神保健福祉士
111	精神保健福祉士	精神保健福祉士
112	精神保健福祉士	精神保健福祉士
113	精神保健福祉士	精神保健福祉士
114	精神保健福祉士	精神保健福祉士
115	社会福祉主事	精神保健福祉士
116	精神保健福祉士	精神保健福祉士
117	精神保健福祉士	精神保健福祉士
118	養護教諭	精神保健福祉士
119	精神保健福祉士	精神保健福祉士
120	精神保健福祉士	精神保健福祉士
121	精神保健福祉士	精神保健福祉士
122	精神保健福祉士	精神保健福祉士
123	精神保健福祉士	精神保健福祉士
124	精神保健福祉士	精神保健福祉士
125	精神保健福祉士	精神保健福祉士
126	精神保健福祉士	精神保健福祉士
127	保育士	精神保健福祉士
128	精神保健福祉士	精神保健福祉士
129	介護福祉士	精神保健福祉士
130	精神保健福祉士	精神保健福祉士
131	精神保健福祉士、認定医療社 会福祉士	精神保健福祉士
132	精神保健福祉士	精神保健福祉士
133	精神保健福祉士	精神保健福祉士
134	保健師	精神保健福祉士
135	事務	精神保健福祉士
136	精神保健福祉士	精神保健福祉士
137	社会福祉主事任用 福祉主事	精神保健福祉士
138	福祉主事	精神保健福祉士
139	精神保健福祉士	精神保健福祉士
140	精神保健福祉士	精神保健福祉士
141	P S W	精神保健福祉士
142	精神保健福祉士	精神保健福祉士
143	精神保健福祉士	精神保健福祉士
144	社会福祉主事	精神保健福祉士
145	社会福祉主事	精神保健福祉士
146	なし	精神保健福祉士
147	なし	精神保健福祉士
148	精神保健福祉士、臨床心理士	精神保健福祉士
149	精神保健福祉士	精神保健福祉士
150	精神保健福祉士	精神保健福祉士
151	精神保健福祉士	精神保健福祉士
152	理学療法士	精神保健福祉士
153	P T	精神保健福祉士
154	O T	精神保健福祉士
155	緩和ケア認定看護師	精神保健福祉士
156	精神保健福祉士	精神保健福祉士
157	社会福祉主事	精神保健福祉士

158	精神保健福祉士	精神保健福祉士
159	精神保健福祉士	精神保健福祉士
160	精神保健福祉士	精神保健福祉士
161	進看護師	精神保健福祉士
162	社会福祉主事	精神保健福祉士
163	精神保健福祉士	精神保健福祉士
164	精神保健福祉士	精神保健福祉士
165	精神保健福祉士	精神保健福祉士
166	精神保健福祉士	精神保健福祉士
167	精神保健福祉士	精神保健福祉士
168	精神保健福祉士	精神保健福祉士
169	精神保健福祉士	精神保健福祉士
170	精神保健福祉士	精神保健福祉士
171	栄養管理士	精神保健福祉士
172	精神保健福祉士	ケアマネージャー
173	精神保健福祉士	精神保健福祉士
174	介護福祉士	精神保健福祉士
175	精神保健福祉士	精神保健福祉士
176	精神保健福祉士	精神保健福祉士
177	精神保健福祉士	精神保健福祉士
178	精神保健福祉士	精神保健福祉士
179	精神保健福祉士	精神保健福祉士
180	精神保健福祉士	保健師、C N S
181	精神保健福祉士	精神保健福祉士
182	精神保健福祉士	精神保健福祉士
183	精神保健福祉士	理学療法士
184	精神保健福祉士	精神保健福祉士
185	P S W	精神保健福祉士
186	介護福祉士	精神保健福祉士
187	精神保健福祉士	保健師
188	P S W	保健師
189	管理栄養士	介護福祉士
190	健康予防管理専門士	P S W
191	社会福祉主事	精神保健福祉士
192	P S W、介護福祉士	心理判定員
193	認定看護師	介護福祉士
194	診療放射線技師	保健師
198	P S W	精神保健福祉士
199	救急免許(中高・障害)	精神保健福祉士
200	救急救命士	精神保健福祉士
201	診療情報管理士	精神保健福祉士
202	介護福祉士	精神保健福祉士
203	精神保健福祉士	社会福祉主事
204	精神保健福祉士	事務
205	精神保健福祉士、薬剤師	社会福祉主事医療コーディネーター
206	歯科衛生士	なし
207	精神保健福祉士	精神保健福祉士
208	精神保健福祉士	精神保健福祉士
209	保健師 がん看護専門看護師	精神保健福祉士
210	精神保健福祉士	精神保健福祉士
211	介護福祉士	精神保健福祉士
212	精神保健福祉士	精神保健福祉士

1	日々雇用
2	再雇用
3	再雇用

問2⑤ その他

1	外来時より介入
2	D r、等にもよる
3	2 W ~ 1 M
4	院内、院外、患者本人家人より相談を受けた時から
5	介入が必要と考えた時

問2⑥ その他

6	入院してから1週間以降
7	リハ棟転入直後
8	依頼時のみ対応※管理職のため
9	入院前相談
10	病棟看護師から依頼あり次第

11	入院時から介入が病状が安定してから介入。
12	診療側から依頼があった時
13	依頼に応じて対応
14	依頼時
15	外来、病棟依頼からの介入
16	病状で介入を変えている
17	主治医から介入依頼があった時
18	医師、看護師からの依頼時
19	医師・病棟からの依頼時
20	支援の必要性の因子を認めたとき
21	必要に応じて
22	介入が必要とされれば随時
23	病状安定期を見越して安定期より前に介入。
24	抱えている問題が解決され、病状に問題なければ退院支援へ
25	入院前相談があればその時から
26	入院前の面談より
27	主体的に行っていない
28	様々
29	主治医から依頼で
30	治療と並行して医師等からの依頼で介入
31	オーダーがあれば介入
32	薬剤関連で問題がある場合
33	依頼書
34	方針決定時
35	必要時
36	2と3の間
37	病棟・医師等からの依頼時期による
38	患者さんによる
39	介入が必要と判断した時～
40	相談を受けた人、対応した人
41	患者の状態に応じて
42	必要に応じて介入するので時期は定まっていない
43	治療方針、退院の目的がいつからかの時点
44	病状、方針の目的が立ってから
45	治療ゴールが明確になったら
46	退院目標がたつてから
47	基本入院時からだが病状や医師・本人・家族の意向によって介入したりすることあり。
48	D r から依頼を受けて
49	治療の方向性が決まった時点で介入。
50	治療終了の目安がはっきりした時点で介入
51	方向性が決まったら
52	ケアの必要時により介入時期が違う
53	ケースバイケース
54	医師の依頼があったから
55	入院時から2W目～3W目くらい
56	2週間以内くらい
57	ケースにより当日介入
58	皮膚・排泄ケア領域に問題が発生した時
59	退院調整が開始される時
60	治療方針の目処がたった時点
61	病棟カンファレンスで把握
62	ケースバイケース
63	ケース毎にちがう。
64	ケース毎にちがう。外来からの調整もある。
65	必要に応じて
66	病棟がアセスメント后退院支援が依頼されてから
67	病状安定の早通しがついた時点
68	病棟から支援依頼を受けて介入
69	介入依頼が来たら
70	カンファレンス後
71	ケースによつて違う
72	ケースバイケース
73	相談、依頼が来た時点で介入
74	必要時

75	入院時のスクリーニングで介入が必要と判断してから介入する
76	I C 時介入
77	複合的
78	入院前より外来時点がかかわります。
79	病状を見ながら介入時期を選定
80	患者によりちがいます。早期より介入する場合もあります
81	医師の指示を受けて
82	外来
83	日数トリアージではなく方針が見えた時(状態不安定でも)
84	安定する見込みがたつてから
85	問題が明確になった時期
86	病状が安定するという意味ではなく、問題がみえた。みえそうな時なのでまちまち
87	患者状態によつてちがう
88	1週以内がほとんどだが、長期化していくから
89	医師、看護師より依頼
90	転機・転入時
91	状況に応じて
92	2と3混合
93	病棟N s からの依頼
94	前方支援
95	病棟からの依頼で介入
96	状況に応じて介入
97	当日から介入する場合と1週間以内、安定してからとケースによって異なる。
98	ケースによって異なる
99	診療科によつて異なる。
100	依頼があったから
101	医師からのコンサルテーション時
102	医師の依頼
103	科によつてまちまち
104	その人による
105	入院前より介入
106	D r . N s からの依頼で介入1W以内介入が多い
107	D r からオーダーがあった介入
108	病棟やD r からの依頼
109	病棟やD r から連絡をうけてから当日 or 翌日人によつて安定してから介入の人とちがう
110	地域包括ケア 病棟転機時
111	地域包括ケア 病棟転機時
112	ケースにより様々
113	病棟より依頼時又は症カンファレンス参加時
114	1～4全て
115	2、3の間
116	外来患者も関わります
117	D r や家族からの依頼あれば介入
118	その時、その時で
119	ケースにより介入
120	患者の背景や状態により①か②
121	医師の依頼時
122	医師から依頼が出たら介入
123	医師の依頼があったから
124	医師から依頼があった時
125	医師からの依頼があった時
126	調整依頼があったときに
127	D r . N s より介入依頼があった時点
128	入院後1ヶ月後
129	外来・病棟N s がスクリーニングした後に依頼を受けて行う
130	病棟・外来からの依頼后
131	病棟から依頼があったからの介入
132	急性期のためカンファレンスは行なうが介入はしない
133	入院時から1ヶ月以内
134	医師の指示があったから介入
135	病棟より依頼があった際に介入

136	外来患者を担当
137	医師の依頼票により介入
138	医師・看護師が必要と思つた時

問3 その他

1	全ケースを1人で担当
2	担当者1名で調整し介入
3	状況により
4	1人の為
5	1人で全て行っている
6	在宅へ戻るP r を中心に担当
7	施設系が自宅に分けている
8	診療科単位
9	在宅復帰、医療依存度のある方
10	1人のためすべて
11	1人しかいない
12	部署内協議の上で
13	部署内協議の上で
14	1人の為、基本的に全てを担当
15	医療依存度による。
16	その時に応じて
17	嚥下や症状など退院支援が必要と判断すれば介入。
18	病室担当
19	入院時担当した際
20	入院時担当になったとき
21	入院時の担当者
22	割り振っていない
23	協議によつて決めている
24	担当者間 協議の上/毎朝
25	予約時間枠で決まっている
26	担当者の面談予約わくがあり
27	予約制なので予約枠(自分の)で分けられる
28	予約制
29	予約や依頼が入ったら対応する
30	予約枠を設けて(担当者指定なし) 対応している
31	MSWの力量、選択数3・5を複合的に鑑みている
32	何が課題かで振り分けている
33	在宅か病院か、療養先を決定している
34	特に決まらず
35	特に決まらず
36	特に決まらず
37	特に決まらず
38	先生や看護師に依頼された人を担当、割り振りは決まっていない。
39	診察科担当
40	診察科担当
41	カンファレンスに参加した者
42	カンファレンスに参加した者
43	担当制になっていない
44	担当制になっていない
45	1人配置
46	1で行っている
47	施設、紹介元の医療機関、在宅等で振り分け
48	件数が少ない為振り分けている
49	病棟内でグループ別に担当を分けている
50	担当チームによつて振り分け(振り分け前に関わつた場合はその限りではない)
51	以前に入院していた人、転院相談を受けた人担当
52	ケースとして受け持つ患者に退院支援が必要であれば、引き継ぎ担当ことになる
53	入院前相談担当者
54	他院からの依頼、医師、病棟から依頼対応

139	診療科から依頼を受けてから
140	医師・看護師より依頼もらってから
57	必要に応じて、主体は部署
58	主体的に行っていない
59	全部
60	リーダーが実施
61	特になし
62	特になし
63	介入のタイミングで調整のつく担当者
64	全患者対象
65	退院調整N S は1人の為S W と相談
66	依頼を受けた者が支援する
67	初回担当者になる事が多い。
68	最初に対応した者が担当する
69	診療科単位で担当が決まっている
70	診療科で担当が決まっている
71	診療科単位で2人又は3人担当者が決まっており、受け持ち件数によつて振り分けている
72	診療科単位で振り分けている
73	管理職が実施している
74	相談受付にて
75	相談受付者が担当に
76	相談受付者が担当に
77	相談受付者が担当
78	スクリーニング結果にあわせて。
79	その都度相談にて。
80	名字で振り分け
81	名字で振り分け
82	在宅か病院か施設か今後の方向により分けていることが多い
83	全病棟を担当している。
84	支援内容
85	退院の方向性と看護医継続的予想
86	退院と転院で分かれている
87	プライマリN S と管理職者
88	受けもちが主となつて動くが、主任が相談役として介入する。
89	基本的には病棟等から依頼を受けた者が担当となる。
90	都度ごと。決まりなし
91	依頼を受けた者が対応
92	原則1だが状況によつて決める
93	全ての要因を含む
94	病棟、疾患、医療行為を含めて検討
95	依頼連絡を受けた人が受け持つ体制
96	医師・病棟からの直接連絡
97	連絡をうけたものが主に担当する
98	数だけでなく難易度も含め決めていく
99	その日の担当と決めて振り分けている
100	曜日で当番を決めている
101	おおまかに診療科担当で当日当番
102	退院支援担当者の協議で決定
103	難易度、又はそれによる合併症患者へ介入
104	在宅もどる方
105	経済的状況によって振り分けている
106	在宅と施設入所に分けている
107	一人しかいない。
108	相談して割り振る
109	内容によって
110	受け持ち件数、難易度、経験年数等考慮して
111	主治医、病棟看護師等より依頼
112	はじめに連絡をうけた人が基本担当。
113	電話を最初に受けた人

114	看護師は全病棟在宅退院患者担当。社会福祉士は各病棟担当があり施設、転医
115	担当職員が一人のため割り振りなし
116	在宅療養を希望される方
117	一人しかいなかった
118	病棟単位MSW＋医療のある場合がん、非がん別
119	ミーティング
120	疾患をみて在宅に帰れるか施設が判断して振り分けている
121	疾患、背景、状況により、相談しながら決める
122	全体統括
123	身体科に入院中の精神科、要因が強い人
124	その時の担当＋プライマリ担当
125	看護師は医療処置多い方等、社会福祉士と患者に応じて分担している
126	特になし
127	特に決まっています
128	特に決まっています
129	診療科担当
130	診療科毎
131	診療科毎
132	その時の業務量やスケジュールで
133	内科、外科ごとに
134	転院が在宅か
135	介入依頼により
136	たまたま、相談の急地域に来たり、病棟・医師からのTELをとった人が担当している
137	部署内で話し合い
138	全て
139	1人で行っている
140	退院支援が必要なのはほぼ全て
141	在宅が転院・入所を決めている
142	退院支援計画書を受けた順
143	特に決まっていない
144	業務状況や依頼内容に応じて分担している

問5 ①その他の

1	機会を求めず、常にそこにある
2	申し送り時に随時相談
3	随時（毎週1回）
4	ない
5	常に相談しながら行っている
6	適宜相談
7	病棟によって習熟度が異なる
8	ほぼ関与していない
9	主体的に行っていない
10	その都度協力しあっている

問5 ②その他の

1	適時
2	必要度によって
3	過去には行なったが現在はない
4	決まっていないができる
5	ケースにより随時
6	その時どき
7	特別のみ
8	検討すべき事例があった時
9	必要に応じて
10	連携室内で必要時に
11	委員会で毎月
12	相談員のミーティングで希望すればある
13	部署内で振り返りは行なっている
14	未経験
15	不定期

145	退院支援担当ではないため割り振りをしていない
146	担当者1名のため振り分けなし
147	在宅退院のみ
148	内容に応じて
149	すべてにかかわっている
150	科により担当者が決まっている
151	職種、ケース内容に応じて調整
152	リハ対象者全て
153	受け持ち看護師が基本、担当し、退院調整N sがフォローする
154	診療科によって振り分けられている
155	診療科ごとに担当者が決まっている
156	面談 依頼のタイミングなど
157	科で担当
158	診療科で担当が決まっている
159	診療科単位で担当が決まっている
160	自分の受け持ち患者の退院支援をする
161	継続受け持ち看護師が担当する
162	決っていない
163	病棟先によって振り分け
164	在宅は看護師
165	分からない
166	希望
167	業務量と休暇など調整している
168	2、3、5
169	担当職員一人のため基本的に全て担当
170	1名体制
171	診療科単位でのわりふり
172	診療科単位で担当が決まっている
173	病状や調整内容により
174	患者の病状や支援調整内容によって
175	該当しない
176	日々の受持ちN sが担当
177	割りふりなし
178	各病棟ごと
179	連絡を受けたものが対応

問6 ②その他の

11	適宜双方でやりとり
12	部署による
13	随時行っている。N s、セラピストに関しては、ほぼ毎日機会あり
14	お互いに相談するが解決しないこともある
15	病棟のカラールによる
16	随時、相談できる
17	機会ではなく、その都度、ミーティングなどで相談できる

問6 ①その他の

16	不定期
17	不定期
18	適宜
19	事例に応じてある
20	わからない
21	報告書
22	わからない
23	日々のミーティング
24	部署内では1回/週ある
25	毎朝ケース報告をしている
26	自ら求めれば都度
27	必要性があったとき
28	必要に応じて
29	週1回
30	必要に応じて

31	部署からの依頼が退院支援からの必要に応じて
32	必要時
33	わかりません
34	グループ内であり
35	必要時
36	緩和ケアを主としてあり
37	常時
38	常時
39	分からない
40	適宜
41	必要時に開催
42	その都度
43	その都度
44	適宜
45	そのつど
46	部署内での都度
47	必要に応じて
48	自ら求めれば実施
49	短時間で、日々
50	必要があれば開催
51	今はないが、検討中
52	必要に応じて
53	1回/1～2W 病棟カンファレンス内で報告
54	特別があれば行う
55	求めれば部署内が可能
56	カンファなどで振り返るケースはある
57	その都度
58	今後実施する予定
59	必要に応じて
60	年2回＋診療科で数回
61	週1回
62	必要があれば実施
63	必要時
64	検討中
65	希望すれば有
66	職能団体実施研修
67	必要時
68	不定期ではあるが行っている
69	週1回ケース検討あり
70	看護師長会議でしている
71	必要に応じて
72	その年による
73	随時
74	不定期で開催
75	個別に実施
76	ミーティングを毎日行ない困難事例を共有している

問6 ②その他の

1	民間の研修
2	雑誌などのセミナー
3	社協・私立病院協会
4	日本医療社会福祉協会
5	看護協会主催
6	MSW協会
7	他医療機関
8	他病院が実施する研修
9	看護協会実施する研修
10	職能団体
11	近隣の病院が実施する研修
12	看護協会
13	宇都宮先生の講演
14	MSW協会が実施する研修
15	日本医療社会福祉協会
16	個人的に受講
17	日総研

77	不明
78	年3回
79	毎日
80	必要時
81	ここ数年はない
82	必要時に機会を作ります
83	必要時
84	不定期
85	ケースによって
86	適宜
87	適宜
88	適宜
89	不定期
90	普段から不定期に話し合っている
91	都度
92	たまに、必要時
93	必要に応じて
94	必要に応じてケース相談実施
95	必要に応じて座談会
96	部署内で不定期
97	適宜
98	必要時
99	困難ケースのみ
100	わからない
101	分からない
102	適宜
103	必要に応じて
104	定例ではないがある
105	年7回
106	不定期
107	求めればある
108	不定期
109	必要時
110	分からない
111	随時
112	随時
113	随時
114	1回/W、部署内でミーティング。毎日申し送りの打ち合せ
115	適宜
116	随時
117	1週間1回 定例会
118	適宜
119	不定期
120	振り返りではなく困難症例検討
121	部署内ではある

18	Eラーニング
19	他病院の研修
20	看護協会の研修
21	業者
22	看護協会
23	職能団体による研修
24	地域病院の退院支援、看護師による研修会
25	日本看護協会主催
26	学会
27	②以外でのセミナー・研修
28	看護協会
29	日本医療社会福祉協会の研修
30	都が主体となる人材育成研修
31	資格に関する研修
32	ケアマネ研修
33	東京都退院支援強化研修
34	大学

35	大学
36	職能団体による研修
37	職能団体主催
38	国立病院機構本部
39	地域有志の集り
40	MSW協会
41	民間の研修
42	看護協会など
43	専門職団体
44	看護協会研修
45	看護協会
46	市看護協会のもの
47	看護協会
48	職能団体の研修
49	看護協会
50	職能団体の勉強会
51	看護協会
52	企業による企画
53	日本医療福祉協会
54	日本医療事業協会

55	新人研修会
56	eラーニング
57	SW協会が実施
58	大学での勉強会
59	遠隔調整看護師養成研修
60	看護協会
61	看護協会
62	看護協会
63	学会
64	看護協会
65	日本医療社会事業協会
66	研修センター
67	専門職団体の研修
68	他施設と合同
69	大阪看護協会主催の研修
70	企業主催
71	看護協会研修
72	認定N s のフォローアップ研修
73	看護協会の研修

問6 ③その他

1	支援N s としてスタッフが研修受講に伴う
2	自分の研究論文のため
3	上司から勧められた
4	興味・関心
5	上司のすすめ
6	担当になる事になった。
7	研修担当者
8	業務の一貫として
9	企画(退院)看護士だから
10	担当(退院)看護士にすすめられた。
11	他院の情報収集 自部所のみならず

12	業務にプラスになると考えた。
13	興味ある内容であったため
14	上司等も過去に参加があるため
15	ふだんの業務に役立つ
16	関係者から情報ももらう
17	関係者から情報ももらう
18	友人に誘われた
19	委員会
20	上司からすすめられた
21	上級資格取得のため一認社会福祉士

問8 ①その他

1	自宅へ帰られる方担当の為、自宅訪問はしていない
2	施設への調整はMSW
3	候補の約7割ぐらい見学してる
4	見学していないが、過去に多くの退院先へ見学した経験がある
5	数年前に見学の所もあり
6	該当なし
7	患者家族が見学している
8	近隣病院の外観は見に行っている
9	近隣の介護施設や病院はほとんど見学しているが新規開設のところ、民間有料老人ホーム、連方の施設は行ってない
10	施設退院は担当していない。
11	在宅へ退院される方のみを担当している
12	施設への退院調整は担当していない
13	機会があれば
14	施設への調整はMSWが行っているのN s の方では見学などしていません
15	施設入所は調整していない
16	在宅のみ調整
17	市内は全て、市外は一部
18	見学会が開催されている病院のみ、見学に行っている
19	併設の老健施設
20	自宅退院が主となるため行ってない
21	多くの施設は見学しているが全てではない。(特に他府県)
22	したくても、見学できる環境(体制)にはなっていない
23	基本、施設・転院はMSWが対応
24	機会をつくっていないため
25	まだ勤務を始めたばかりなのでありません
26	転院はMSWが対応している

問8 ② その他

1	実際入居された方からの情報
2	業務内容に含まれていないので。
3	紹介会社による情報が豊富のため
4	患者、家族の自己選択(見学も含めた)
5	ご家族が行くから。
6	ケアマネ(担当)、家族が決めたので
7	報告をいただいたりしているから
8	入居後間もなく機会がなかったため
9	外出機会が設けにくい
10	業務内容ではない
11	家に帰るので本人、家族の希望がなかったため
12	患者や家族に見学に行ってもらいたくないから
13	家族の希望
14	直接連絡をして情報収集しているから
15	数が多すぎて全ては見に行けない
16	家族の希望のため
17	患者、家人に見学へ行ってもらっているから
18	患者の身体状況や退院先によってもちがいがいるため
19	家族が実際に見学する
20	以前より依頼しているから
21	職員の許可
22	特定の施設ではなく、数が多くすべて見きれない
23	決めるのは患者や家族だと思うから
24	外出する機会が少ない
25	病院内の体制方針
26	院内の方針
27	透析の方が入れられる施設は、限られている為、ご家族の住所世帯から近いところを希望される方が多い。
28	家族の判断にまかせるため
29	家族の判断にまかせている
30	業務量が短いから
31	病
32	タイミングが合わないから
33	本人・家族が見に行かぬ納得しているから
34	資料を見ているから
35	本人、家族に見学してもらうから
36	患者、家族が施設を選んでる
37	家族が主体的に行っている
38	家族が探ってきているため
39	家族、ケアマネが中心になりENT先を決める
40	退院支援の業務が見学までは要求されていない
41	職員の人数が少ない為。
42	ケアマネとの調整を行っているから
43	行きたいと思っているが上司が行ったりしているから
44	システムがない
45	連携が少なく、必要に応じて、家族に直接見学に行っていたり。
46	見学のきつかけがない
47	スケジュール調整が難しい
48	自分で見学したところで確認している
49	近隣施設、又は連携施設の為
50	基本的には家族・本人の見学を勧めめるから
51	病院がかわったばかりで見学に行けていない
52	本人・家族の希望だから
53	パンフレット等の情報に頼っている
54	病院としてそのような体制がない
55	業務上の問題
56	業務の一環として行くことができないため
57	在宅療養で訪問看護、往診の利用であるため。
58	施設への調整は、MSWが担当のため
59	機会が無い
60	院内にて慣行とされていらないから
61	長年の相談回数により知った気になっているから。
62	施設の営業で案内はうけているため
63	在宅支援中心の為
64	紹介した場合、実際にご家族が見学に行くから
65	見学は業務でない

66	見学に行った人から聞いたり問合わせで対応
67	患者本人や家族が見学して決めた施設だから
68	業務としての許可がないため
69	施設の方と直接お話しできる機会があった
70	パンフレットや相談員同士で情報を得ている
71	施設担当者や連絡とつながりつつあるため
72	施設スタッフと顔合わせの機会があるから
73	職員全員が見学には行けない。順番に業務により関係する職員から行っているため。
74	職員となる資質は非常に多いので「全て」は現実的ではない。
75	まだ機会がない
76	機会がない
77	紹介患者がない
78	部署内で分かれて見学には行っている
79	1人配置のため
80	普段から情報交換を行っている。
81	家族の希望や、家族の見学が必ずある
82	理由は1のみです
83	MSWの主な業務が施設支援ではないため
84	見学だけでは情報不足だから
85	家族の希望
86	施設支援にほぼかわかわっていない為
87	機会がない
88	病院からの指示がなければ行きづらいため
89	もともと把握できている。顔の見える連携もできている。
90	公的機関からの施設見学は、公平性が重要であるため時間的余裕がない
91	連携がとれている
92	退院調整の担当になって間がない
93	今まで行っていないから
94	移動方法がない(車に乗れない)
95	業者として施設見学が認められていない
96	その様な体制ではない
97	必要性は感じているが機会を作れていない
98	役割として新規の施設入所などの調整業務をしていないため
99	家族に必ず見学に行ってもらわう為
100	元々連携が密であるから
101	きかないから
102	調整している医療機関や施設多岐に渡るため、まわりきれない
103	全国からの患者がいるので現実的に困難
104	普段から連携があるから
105	紹介元へ戻ることも多いので
106	家族が見学し、納得した施設であればOK。その時間を連う患者さんに回せる
107	数が多すぎる
108	そこまでの業務は負えない
109	施設職員と情報交換しようすを確認している
110	自施設の手続き等があるため施設等に關してはMSWが関与のため1
111	施設担当外のため
112	社会福祉法人、医療法人等ある程度公共性のある施設を案内するようにしているから
113	施設はMSWが担当し見学に行き情報を得られるため
114	勤務時間外になる為、調整が必要
115	特に理由なし
116	交通費がない
117	施設の数が多く全ては見学できていない。
118	地域内での施設だから
119	MSWの評価ではなく本人、家人の評価が重要だと考えているため
120	家族に見学してもらおう
121	電話先が多岐にわたるため、施設など数も多く、全ては行けない
122	電話で担当者に来ていただき直接確認
123	家族・本人の希望する所だから
124	担当者で直接話すから
125	今まで見学へ行くという選択がなかった
126	病棟NSにて、時間内には難しい。
127	相手の日程が合わない
128	これまでの相談員も、見学に行くという時間を特に設けていなかった。
129	施設職員と交流がある
130	公平性
131	見学に行く機会を持ちづらい

132	上司が必要性感じていない
133	自宅退院が多い
134	業務にくみこまれている
135	地域連携バスの配車HPは行ったが、施設見学は、忙しくて行けない
136	考えた事もなかった。今のPTで手いっぱい
137	殆ど在宅への支援の為
138	紹介している施設数が多い
139	ネットなどで情報収集している
140	家族での見学をすすめその選内だから
141	基本的にはご家族に行ってもらっているため
142	施設を探すとなどは、院内のMSWに任せられているから
143	外出できない
144	そのような考えに至らなかった(見学するという事)
145	相手の都合があるため
146	患者・家族で見学して決める方が良いと思うから
147	多数あるため
148	機会がない
149	施設、病院数が多い
150	手つきが必要
151	すべての施設を見学することはできないから
152	施設条件が合致する事が重要と考えているため
153	回覧が見学に行き情報があるから
154	病院として時間内(勤務内)では行えない為
155	自宅退院以外担当していない
156	施設への入所を必要とする退院調整を担当していないため
157	選択するほど、施設の数が増えれば、というところであれば、ということが多いので、その方に合う施設をどと選んでいる状況でない
158	特になし
159	選択肢に限られているため
160	MSWが2名のため勤務中に外出しにくい。
161	ソーシャルワーカーが施設について対応しているから
162	病院(施設)調整は担当していない
163	家族からのフィードバックをうけている
164	連携時の情報及びWeb上での情報で確認できるため
165	着任して間もないから
166	MSWが訪問しているため
167	毎回見学へ行くという習慣がない
168	MSWを通して確認しており信用できるから
169	興味はあるが、行動にうつしていない
170	機会がなかなかない
171	患者家族に確認していただく事になっている。
172	初めての場合は、事前に担当者が訪問に来院する事が多いので。
173	見学しても、実際には定期的、頻繁な利用の機会が少ないから。
174	直接、施設入所へつなげるケースが少ないから
175	候補が多い
176	施設情報を調査しているから
177	退院先を決めるのは本人・家族なので
178	施設に限られているから殆ど把握できている
179	見学は家族がしていくものでSWが印象をつたえるものではないから
180	地域で情報交換を行っているから
181	看護師は在宅調整のため見学していない
182	人により見学した印象も違うと思うので
183	家族が事前に家族面談してきて納得しているので必要性を感じない
184	家族が実際に見学などに行くため
185	見学を行った他の担当者や情報共有ができていない
186	役割分担があるので
187	退院先の候補となる施設数が多いため。
188	施設への調整はしていない
189	上司との相談は難しい
191	平日時間内の見学は難しい
192	わざわざ見学を申し出るのは気がひけるため
193	出る機会がない
194	必要性は感じるもの今までは外出しづらい風土があったため
195	そのような習慣がないから
196	MSWが施設の調整している

197	自宅退院の支援をしているから
198	院内ネットワークが構築されている
199	院内で認められるから不明
200	そのような決まりがない あくまでも看護業務、院内で活動。
201	本人が望まない
202	施設見学をする立場でない(看護勤務)
203	施設実態は普通に見ても知る事ができないから
204	家族が見学に行くようにしているため
205	相談員さんと連携を取っている。
206	見学しなくても頼むね何とかなるから
207	近隣で頻繁にご相談する病院
208	大部分が自宅退院のため
209	施設する患者が少ない
210	施設の数が多いため
211	施設(有料老人ホーム等の数が多い)
212	新規オープン前などに見学したいため
213	見学するというシステムがわからないから
214	入職したばかりであり事務、院内のシステムに慣れることを優先している
215	自身で情報収集、実際に家族からの意見をきいたから
216	見学を病院側に仕事として認められていく
217	ケースが少なかった
218	病院から外出する習慣がない
219	分相して見学(訪問)しているから
220	家族が見学するから
221	施設の方が営業に来る
222	部署内で行われていないため
223	見学へ行く機会がないから
224	施設が多い
225	施設対応はほとんどしなないため
226	まだ経験浅く
227	施設へ退院するP tの担当になることがほばないため
228	連携HP
229	利用頻度が少ないから
230	日常的に連携をとっている医療機関だから
231	今のところ機会がない
232	看護部より病院内に出るための申請が必要である
233	よく利用してはいるから
234	看護部としては院外は出ない方針となっている。
235	実績があるため
236	見学させてもらいたいと申出る事なく経過しているため
237	施設見学の機会がなかった
238	許可を得ることが困難
239	在宅部門であり、自宅調整しが行なっていないため
240	そういう風潮がない
241	退院先の施設を以前からよく知っている
242	家族等の判断で任せられると思っただから
243	家族、本人の強い意志で選択された施設であるため
244	施設の資料・電話等で情報を得ている
245	先方から来訪して頂けるケースが多い
246	当病院として年末に定期的にしているが、まだその機会がない
247	施設はMSW担当
248	必ず本人又は家族に見学に行っているから
249	相手の方から来られるケースが多い
250	業務の中に入っていないので
251	現在、外回りも担当しており内覧会には参加している。逆に情報を直接持つてきてくれるので見学を全てしなくても感じている
252	見学行く機会がない
253	機会をつくることができていない
254	職場が見学等を多く出来る状況でない
255	連携の会議等も多く出来る状況を確認している。
256	役割が違うため
257	どのような手順をふんで見学できるのか分からない
258	見学するという意識がなかった
259	インターネットやパンフレットの情報を活用
260	施設見学といった機会がない
261	今までの重長が外出を原則禁止していたから。(今年度からは違う)

262	研修や営業で直接会って様子を聞いているため
263	医療圏が広く対応できない
264	連携先が毎回異なるため
265	治療圏が広がるため、施設数も多く全部の見学は不可能
266	ご家族の見学が済んでいる場合が多い
267	訪問していただくことが多い
268	見学に行くにあたって事前調整が大変である。
269	タイムラグがない
270	必要性は感じるも院内ではほぼ行われていない。
271	慣例となっていない
272	数が多いので見学しきれない
273	機会や交流が少ないため
274	次の行き先はほぼ決定している為
275	関係機関が多く、見学しきれない
276	①業務時間内の見学外出は基本的に認められておらず全ての機関に行くには、土日全てをつぶさねばならぬ
277	自分の役割ではないと思っている
278	転院はMSWが担当し、在宅調整は看護師と、分相しているため
279	他施設の見学は、業務内容の中に入っていない。見学するとすれば、私的な時間を使い有責で行くことになるから
280	業務内容指示がない
281	施設への見学は、業務として認められていない
282	数が多い
283	機会がないので
284	機会がない
285	ご本人やご家族が見学に行かれるから
286	病院として見学をする体制はとっていない
287	そういう体制をとっていない
288	MSWが見学している施設もある
289	見学してよいかも不明
290	見学に行ってもよければ行ききたいがシステム上不明。
291	施設への移行は自分の担当ではないから
292	自分自身で行かなくても部署内で情報共有できているから
293	家族に見学に行ってもらっているから
294	退院先の種類が多いから
295	担当者とのやりとりにより、施設内容をアセスメントする
296	マンパワー不足。行ける時間ない
297	前勤務先のため
298	随時、交流会等で情報交換しているため
299	部署内で情報共有しているため
300	自ら見学の見学を控えている
301	元々患者が滞り込んでくることが多い(当院からの紹介は法人内が多い)
302	施設の紹介や案内業務をしていない為
303	ほとんど利用しないので
304	施設、転院はMSWが調整しているため
305	所属機関がその必要性を感じているから
306	患者、家族自身で事前見学を実施してもらっているから
307	専任ではない。基本的に見学に行ける立場でない
308	見学に行くというシステムがあるのを知らなかった
309	業務中に言うことが困難
310	情報交換する機会あり
311	行く患者が多くないため
312	担当患者の退院先がほとんど自宅であるため
313	退院患者様がほとんど在宅のため
314	そのようなシステムがない
315	担当者のやり取りにて、施設の様子や対応をやりとりしている
316	自分が施設を紹介する業務ではないため
317	実際に家族に行ってもらって判断してもらうから
318	患者、家族に見学してもらうため
319	退院先の見学という視点が無い
320	院内から出張する場合は届けが必要
321	施設見学の方法がわからない。あまり行くのは施設に迷惑かと遠慮してしまう
322	見学するシステムとなっていない
323	情報提供も最終的には家族に見学してもらい決めてもらう
324	施設側も多忙である
325	何人か入所している施設なので
326	これまで何人も退院した施設だから
327	公的出張として認められる場合のみとなり、後は私的時間にのみ行く

328	リハビリ病院など抽出できていないため
329	中々そのような機会がないから 見学に行った事例がないから
330	機会がない
331	前例がない。自宅への退院後訪問は行っているが施設へは行っていない
332	施設見学のシステムが確立していない
333	機会がない
334	・院内で紹介先が決まっている・家族の希望が多い
335	兼務で行っているから
336	施設への退院調整は行っていないため、業務の優先順位が低いため
337	見学の目的についてまともなめないとはいえずそれが作成できていないから
338	院外に出る業務を原則許されていない
339	MSWの不足により、臨時的に退院支援を行っているため。
340	勤務時間内に行けないから

問9 その他

1	社協
2	訪看、訪問リハ、かかりつけ医
3	ボランティア支援
4	必要に応じて情報確認を行う
5	障害、難病制度
6	地域民生委員の協力の有ムなど
7	患者の家族背景や地域の人たちのつながり
8	宅配食
9	訪問看護ステーションにまかせることが多い
10	障害福祉サービス
11	配食サービス(公・民)
12	ボランティア
13	生活保護等、わからないことは、その都度市の方に問い合わせる
14	NPO
15	NPOによる生活支援
16	民生委員
17	配食サービス・自費のヘルパーや福祉用具業者
18	成年後見、移送、配食
19	シルバー人材センター等
20	自治体による独自事業
21	宗教団体の関わり
22	ボランティア活動、障害福祉制度
23	身元保証人代行業者の情報
24	家族の介ゴ力
25	障害者生活サポート事業などのサービス
26	訪問看護ステーション・在宅ホスピス
27	地域包括へ問い合わせ
28	障がい福祉サービス
29	配食、配達、輸送、大型ゴミ処理等々
30	必要に応じて情報収集
31	民生委員・社協等との連携サービス
32	友人・家族のサポートや本人の生活への希望
33	公的な、通所先や電話相談先
34	社会保険制度 患者会・協会情報
35	ICの入ったポットによる遠方家族の見守り。
36	民間の老人ホーム
37	自治体ごとの支援内容
38	医療処置が必要な場合の調整と連携業務
39	児童・障害分野の公的支援制度
40	住居環境(持ち家・借家なども)、かかりつけ医
41	宅配食
42	難病、障害サービスの概要
43	在宅看護など医療的なことなど紹介
44	配食サービス
45	訪問医・訪問看護ステーション情報
46	其にはするが全ての活動内容は把握できていない
47	障害者手帳のサービス
48	家族の協力体制、関係性
49	民間企業による送迎サービス
50	インフォーマルなもの
51	市単事業・地域支援活動

52	障がい者施策など
53	把握しようと努力している段階(2、3、4について)
54	地域包括
55	成年後見申立て、手続き。
56	家族構成、家族の協力体制など
57	本人のインフォーマルな資源
58	自主研究会によるインフォーマルサービス
59	身障施策によるサービス
60	退院前訪問をして情報収集
61	社会保険制度
62	社会保険、福祉制度
63	社協などの権利擁護など
64	役所・地域包括からの家族情報
65	社会福祉協議会の介護保険外サービス
66	社会福祉協議会や行政との連携
67	民生委員
68	配食サービス
69	民間企業による訪問介護、訪問看護、宅配弁当、介護タクシーなど
70	近隣の事業所へTelして情報を得る。
71	家族や知人などのサポート体制
72	障害、サービス
73	民生委員支援
74	社協による事業
75	地域のボランティア活動
76	民間の配食サービスなど
77	市の緊急通報システム、安心サポート(金銭管理)
78	ケースワーカーが在中しているので分らない場合はよく確認できる体制にあるのでその都度そのケースの必要かサービスを確認している
79	教育機関の協力など
80	社会福祉協議会等の独自サービス
81	社会福祉協議会
82	インフォーマルな社会資源
83	いろいろ
84	ネットスーパーや宅配してくれるスーパー生協
85	NPO法人
86	社協や福祉法人、NPO等による生活支援
87	障がい者サービス、社協、権利擁護サービス
88	障害者制度、自費サービス等、制度にのらない方の対応に備えて
89	介護タクシー

問10 その他

1	系列訪問看護から聞く診療所のロコミ
2	施設紹介会社
3	MSWからの情報のみ
4	ソーシャルワーカーより得ている
5	MSW
6	学会等で情報交換をしています
7	今までの経験上人脈
8	訪看が提携している
9	地域包括、市の介護情報誌
10	足を運んで確認
11	地域の他職からの情報、自ら足を運んで情報収集
12	公的機関からの情報
13	部署内で情報交換
14	ケアマネや入所施設との面談
15	地域連携い登を通して
16	CMとの調整をしながら
17	MSWより
18	研修参加で得た情報
19	施設紹介センターの活用
20	必要時近隣の事業所・ケアマネジャー地域包括支援センター等に相談している
21	ケースを通じて
22	院内の在宅調整部門からの情報
23	市が発行するリスト
24	市外の場合、地域包括支援センター
25	職場内の人の経験をきいている。

26	有料老人ホーム仲介業者
27	訪問による情報収集
28	訪問看護ステーションに訪問し情報を得ている
29	ワムネット、ケアマネジャーより
30	・実践経験で確認できた当事者からの情報・職能団体のネットワーク、他
31	訪問看護ステーション等との会議、院内多職種より情報を得る
32	地域包括支援センター等から情報を得ている
33	包括支援よりの情報
34	知り合いから
35	ケアマネジャーからの情報
36	医師会の情報
37	連携のあった訪N s、D r、C Mから情報をもらう。
38	多種多様な方々からの口コミなど
39	該当なし
40	自治体、医師会等の刊行物等の情報や直接問い合わせ
41	地域の包括ケアマネ、生保担当からの情報
42	院外の勉強会など。
43	法人内の事業所
44	院内のMSWより。
45	当院MSWより
46	MSWより情報を得る
47	日常的な各所とのやりとり
48	自分で電話をし、その都度確認
49	院内の訪問看護ステーションに問い合わせる。
50	ケアマネジャーさんから情報を得る。区障管担当から得る
51	地域連携の会
52	連携機関からの情報
53	MSWより
54	MSWより
55	MSWからの情報
56	MSWを通して情報を得ている。
57	ワムネット、地域ケア会議
58	ケアマネジャーからの情報
59	地域包括支援センター、居宅介護支援事業所クリニック、訪問看護事業所など
60	訪問医や訪問看護師から
61	地域包括支援センターや地域の相談窓口
62	地域関係職種との情報共有
63	地域医師会や地域ケアマネとの連絡会
64	ケアマネジャー
65	有志での交友会
66	郵送・FAXで送られてくるパンフレットや空情報
67	診療所、訪問看護Stの訪問
68	在宅医療拠点へ情報を求める
69	アンケート調査
70	市町村配布資料
71	利用した方やご家族からの意見
72	ケアマネや包括からの情報
73	以前紹介したP t・f aのロコミ→退院後にどんな様子がP t、f aに聞いて訪診や訪問N S評価してる
74	地域のケアマネ、訪問看護からの情報
75	地域医師会等
76	がん拠点病院のリスト、県の医療情報リスト
77	MSWより情報をもらう
78	会議等に出席した時に情報収集
79	地域包括支援センタ、ケアマネジャーからの情報
80	交流会や研修会
81	自ら訪問、見学して
82	紹介業者
83	入院時患者さん家族から、また、院内地域医療科から
84	地域連携を通して把握
85	グループ内SW、CMより情報収集
86	川口市保健所かみん内の地域連携看護師会参加
87	MSWから情報を得ている
88	ケアマネとして業務していた時に利用して知っている
89	ロコミ
90	その地域の包括支援センターやステーションにきく
91	院内の同部署内の情報

92	ハートページ
93	患者や、家族からの情報
94	今まで連携してきた訪問医や訪問看護からの紹介
95	包括・訪看からの情報を得てファイルしている。
96	部署内の他職員との情報共有
97	必要時直接問い合わせている。
98	利用者又は利用者が利用しているサービス提供事業所又はケアマネに相談する
99	法人内のケアマネや訪問看護からの情報
100	連携したステーションや診療所、ケアマネから直接
101	地域ケア会議
102	事業所連絡会
103	元々、情報をもっている
104	こちらから出向いたり電話等で情報を得る
105	日頃連携の少ない地域の情報は地域包括支援センターから
106	部内で施設訪問した者からの情報
107	各事業所、診療所への訪問を行い情報収集している
108	患者、家族からのフィードバックで知ったこと
109	MSWより情報を得ている
110	MSWからの情報
111	社会福祉士より、情報を得ている
112	東京都医療機関名簿
113	訪問看護師、ケアマネなどのネットワークから
114	ケアマネジャー
115	ケースごとに地域関係機関に相談
116	地域包括センターやケアマネから情報収集
117	地域へ問い合わせる
118	地域包括支援センターからの情報
119	CMからの紹介
120	直接問合せ
121	CMからの情報提供
122	部署内の情報共有
123	地域包括センターや各自自治体の在宅支援情報提供窓口
124	厚労省の介護サービス情報公表システム
125	患者、家族の評判、CMや包括からの情報、在宅D rからの紹介
126	患者、家族の評判、CMや包括からの情報、在宅D rからの紹介
127	地域包括からの情報
128	院内の地域連携室のスタッフから
129	直接電話をする。
130	ケアマネさんからの情報
131	MSWからの情報
132	MSW
133	MSWより
134	ソーシャルワーカー
135	当院の訪問看護ステーション
136	地域のネットワークからの情報、医師会も含
137	行政、介護支援専門員等との連絡会などを通して
138	医師会からの情報提供
139	退院先の施設等に直接情報確認している
140	訪問看護ステーション連絡会
141	院内の交流会
142	患者、家族からの情報
143	地域との連携の中で関わりがでてる
144	患者支援センターに確認している
145	訪問して実際の様子を見学
146	訪看ステーションやケアマネジャーからのロコミ
147	地域包括支援センター、医師会
148	当院のMSWと連携し情報を得ている。
149	当院MSWから
150	電話、保健師さんが来院される。情報提供書の作成、返信
151	当院のMSW
152	MSWからの情報

問11 ① その他

1	キーパーソンの理解力
2	介護施設が出来るのが悪い
3	本人、もしくは家族とコミュニケーションが取りづらい。

4	病院と家族、親族、親族の理解の温度差
5	相談のキーパーソンが不在
6	担当振り分け時に選んでもらっていないので
7	①家族、本人が自宅に帰ることの不安が解消されない②医療が安定しない(3番目)
8	介護者がいない
9	アドリアランス不良
10	近隣に療養型病院が少ない
11	療養型病院が近くに少ない
12	本人・家族の理解
13	本人・家族の理解力不足
14	施設での対応の限界
15	家族との連絡、面談ができない
16	家族の協力が得られない
17	介護度によるサービス利用範囲の制限
18	本人、家族の治療方針に対する理解度
19	精神疾患があり、家族も周囲の交流を拒む
20	現状の認識不足(本人・家族)
21	本人と家族の関係が薄い
22	家族の理解力不足
23	家族の認識、理解不足
24	家族力がよわい
25	病気に対する偏見HIVなど
26	医療依存度が低い、在宅施設では対応困難
27	キーパーソンに問題がある場合
28	HIV感染がある
29	ほぼ支援を行っていない
30	医師からの説明不足によりP.tの理解がえられない
31	医療チームが一丸となって関わっていないこと
32	本人・家族の希望が明確でない
33	本人の意思決定能力
34	ケアマネの知識不足
35	患者と家族との関係の悪さ
36	本人が認知症
37	本人または家族によるサービス利用拒否
38	問題家族(ネグレクト、拒否、等)本人の状態が理解できない家族等。
39	家族の精神疾患
40	家族に替わる医療支援サービスの不足
41	院内MISWより
42	家族の理解不足
43	本人・家族が精神疾患で正常な支援にのらない
44	地域関係者が受け入れに拒否的。本人の理解力の低さから方針が定まらない3番目
45	家族の理解、協力が得られない
46	本人、家族が必要性を理解できていないとき。
47	患者・家族が退院を拒否。理解が得られない。
48	家族の意向、要望が強い
49	家族がいるがKPにならない場合
50	チーム内の方向性の不一致
51	老々介護状態
52	介護施設の対応力の低さ
53	患者・家族の在院希望
54	家族の理解コンプライアンスが良くない
55	本人・家族の病識が低い
56	院内の退院支援に関する意識不足
57	施設側のキャパ体制の問題
58	本人、家族の病状理解、受入
59	虐待疑事例
60	キーパーソンがいるが役割を果たしてくれない。家族関係の問題がある
61	介護力の不足
62	非協力的な家族
63	キーパーソン不在
64	F.aの希望する病院がない
65	重度認知症e.t.c.
66	チーム医療の難しさ
67	家族の理解が得られない
68	サービスが必要であるが受け入れれない
69	急性期医療からの医療依存が高い方の療養とのうけいれ幅。

70	地域側の独居高齢者、独居生活保護者等への自宅退院に対する意識不足
71	フルコース ホームレス、外国人等
72	病状に対する理解が不十分(説明不足)
73	患者、家族の理解がえられない
74	認知症同意・独居で介護難民になっている
75	本人が意志表明できず、家族関係者がいない
76	医療者と患者、家族の思いのくみ取り
77	薬師、外業通院、院内スタッフの力量。医療への期待度が高い
78	本人、家族の意識の低さ
79	転院日程調整が介入して早々である事
80	家族の理解が乏しい、得られない
81	家族や本人の意思決定が困難なこと
82	自己の知識不足
83	医師の理解が乏しい
84	理サービスで対応できない狭間のケースへの対応
85	家族が退院に協力しない
86	皮下注などの緩和医療にたけた在宅医が少ない地域への退院
87	家人の理解不足
88	家人の理解不足
89	家人の理解不足
90	ご本人の個性
91	医療者と本人・家族の意向のちがいが
92	囁る場所がなくなるケース
93	薬価が高く、包括払いで支障がある。(転院)
94	社会福祉制度利用範囲の不足
95	家族の理解不足
96	認知症で問題行動が重篤
97	サービス利用を家族・本人が拒否しているが、介護体面がととのっていない
98	地域の緊急対応先
99	精神科受診が必要
100	医療者とご家族との意向のズレ
101	医師からのICの不十分さ
102	病院の機能区分
103	在宅調整の利用制度手続きに時間を要す
104	Dr.など医療者、家族の療養型病院の役割認識不足(施設状況)
105	サービス必要であるが、どの制度も利用できない制度の狭間の支援
106	倫理的判断にまよるとき
107	家族が精神疾患、認知症を患っている
108	本人に調整の意思がない。必要性を認識できない
109	介護申請されたいがない、時間がかかる
110	意思決定支援
111	本人が意思決定できない場合
112	急性期治療後受け入れてくれる医療機関の不足
113	老老、認知介護
114	転院先として医療機関の不足
115	患者の身体状況(認知症、感染症のある方等)
116	家族の病態 受容・方針不足
117	中途半端な家族
118	院内の協力的体制がつかれない
119	認知機能の低下
120	家族の理解不足
121	家族が精神疾患
122	医師のIC不足で方向性が決まっていけないのに丸投げ。
123	医師の在宅療養に対しての認識の弱さ
124	先生とのコミュニケーション
125	精神科疾患(本人、家族も)
126	医師の説明不足
127	病状認識が不十分
128	P.t、家族の希望する転院先の選択
129	急性期で早期退院に対して本人・家族の理解が得られない
130	医師の説明に対する理解不足

問 11 ② 自由記載

1	CM事業所からの連絡が欲しい(入院前の生活確認)。患者・家族からの情報が取りにくい(外部機関(公的なもの)と連携し、対応)。もう少し行政のやりかたをのぞみます。また、事前に独居老人や身よりのない方の対応をどうしようとしているか地域包括ケアで検討してほしいです。
2	自分の行った退院支援に対して振り返りを行い良かった所、不足している所を知りたい。多忙な中、そのよう部分に時間を作れないと思う。
3	院内、院外問わず、関係者(困難を共有できる人)と協力できる様連携を図っていく。但し、その中でもそれぞれの立場や役割によって方針や方法に違いがある場合もあり、調整が必要となる場合もある。地域の中で、それぞれ役割が広く認識され、協力し合えること良いと思う。
4	記録で、現在の状況と整理し、アセスメントを慎重に行う。
5	上司、同僚に意見を求める。 ・必要に応じて、適切な機関や他職種を巻き込んで、協力体制をとる。
6	独居で家族がない場合、家族を探すのに市役所等で探してもらいたい必要があるが、その時間がかかり、退院支援が困難になる。しかし、役所に対する社会資源の活用方法などを理解して頂けると時間がかかる。後見人制度が、もっと使いたすべくないかと思う。
7	問11の3の様な事例においては、本人は在宅生活を強く希望されているがF aが介護を望まない。又、兄弟姉妹の仲間11名ありの場合に、本人の希望は無視される場合が多い。F aの話に傾聴し、どのような(介護に対する)問題があるか抽出し、それに対する社会資源の活用方法を理解して頂けると時間がかかる。後見人制度が、もっと使いたすべくないかと思う。
8	家族関係や本人の意向との違いについては、地域包括支援センターや施設紹介センターや外部の関係者を含めて話し合いを重ね、本人の退院後の生活で何が必要で何が問題となるのか、本人と家族に共通の認識を持ってもらえよう努力退院後の方向性を定めました。退院支援・調整が困難な場合には、MSWだけでなく院内の多職種や院外の関係者に相談したり、院内の色んな方と関わりを持つためのシステムな連携を取れる支援体制が必要だと思えます。
9	上司に積極的に、院内の色んな方と関わり、包括や他院の方と連携をとったりしている。訪看、他病棟の連携室相談員、ケアマネ、区役所、色々な方と顔の見えない関係作りが必要。又システム作り、流れがあると助かる(システム構築)。
10	院内、院外の関係機関へ協力してもらい、情報収集、交換を密にし、問題点を抽出、解決を早期に行う。公的機関の積極的な介入、協力体制
11	医師・看護師・ケアマネジャーと一緒に本人、家族と面談し、意向の確認、方向性の再検討を行っています。家族だけでは支えきれない問題もあり、自治会等の協力が得られるような支援体制が必要と思われれます。ただ、自治会の方も高齢者が多く、問題になっていきます。
12	患者をとりまき当院院内のスタッフ・家族と話し合い地域包括支援センター・夜所近隣の病院と連携しながらすすめていきます。在宅支援をすすめるうえでケアマネジャー各々の力量に差があるのは問題です。高齢者、独居、身寄りが少なくキーパーソンがいない認知症の患者が増えているのでケアマネジャー・介護士・司法書士等と連携する機会が増えていきます。
13	まずは、1番問題となることを挙げて、解決するためにはどうすれば良いか考える。問題にかよって(薬が管理できず、かかりつけ医と病院の薬な連携方法の確立、在宅で支えるスタッフを増員する必要がある、高令者が暮らしには、食事、浴たなどなどの家事、薬など体調管理、心身の保健と多くのことが手助けが必要・見守りサービス(生死の確認だけでもいいので)をふやして少しでも安心した環境の中に患者さんを退院させてあげたい。・独居(元々1人、家族と疎遠、家族が遠方、今後1人子供が多くなることも予測されるため)の方に対して支援や要介護1では対応しきれないことが不安
14	入院してから退院調整迄の外来でのスクリーニング、退院調整のシステムが必要と思おう
15	主治医、担当医と、MSWに相談しながら、カンファレンスを企画 ・開催して、方針を決めるようにしている。 ・地域包括支援センターの担当者が、入院中から患者・家族の支援を行える様なシステムが必要だと思います。
16	ケアマネや福祉の方々と多く連絡を取り合っています。 ・ケアマネの認定がおりるまでに日数を要する為、早めに認定が出てくれたらありがたいです。 ・介護保険の認定がおりるまでに日数を要する為、早めに認定が出てくれたらありがたいです。
17	ケアマネや福祉の方々と多く連絡を取り合っています。 ・ケアマネの認定がおりるまでに日数を要する為、早めに認定が出てくれたらありがたいです。 ・介護保険の認定がおりるまでに日数を要する為、早めに認定が出てくれたらありがたいです。
18	いつまでもその地域で、住ませたいが、高齢2人ともが要介護状態の場合夫婦どちらかが施設等の対応にならなくてしまった時の介護負担をどのようにしたいのか、地域包括支援センターとも在宅サービスを実施するようにカンファレンスをしながら支援をしています。(例)介護サービスの他に、学生ボランティア(お話しをする)、地域見守りサービス等を導入しています。
19	老若男女問わず家族の介護負担を軽減する支援体制の強化が必要と考えます。例えば夜間のサービスの充実や見守りなどほんの少しの手助けを介護保険だけでなく地域の中で支え合う土壌ができてくるといいと思います。医療と介護の必要性は別々にあるのではなく合わせもつことが高齢者の場合多いため、コーディネートの力が重要と実感しています。
20	要介護までいぬいぬい必要支援(非該当)になられる方の支援

21	一人で抱え込まないMSWや地域支援のネットワークと連携をとる
22	周囲に聞き対応している。
23	在宅傾向に対しては各部署の意識付けを要していくこと。
24	本人、家族、医療従事者との、関係性を調整し、話し合いの場をもち上げる。 ・急性期病棟の入院期間で支援が完了することは少ないため、困難と思われる内容により相談先と早めに相談をする。 ・後見人の裁量権の見直し ・個人の課題だけではなく家族や身内にも問題がある場合、介入できる機関に限られてしまう(お、関係が重い家族問題であったり)「家族や身内の方が存在するならば行政は介入できません」など一高年齢社会、家族関係の希薄さ、経済問題など複合的な課題が絡むため、本当に支援体制の強化が望まれる。
25	関係機関と相談 ・関係機関と相談 ・身元保証支援体制が整い、使いたすたいとありがたい。 ・行政へ相談している
26	行政へ相談している
27	同じ部署内で助言をもち上げる ①経済的な問題や身元保証がない為施設や病院の受け入れが難しい。 ②医療依存症が高くて、在宅での管理等(如、薬物手配など)実施できない状態がある。後見人制度が、もっと使いたすべくないかと思う。
28	地域包括支援センターの役割、業務や役割を明確にする。支援体制については、根本の医療提供体制(急性期病棟への協力依頼や入院可能となる施設の情報提供を行う)の理解を本人、家族にしてみたいと考える。
29	上司や他職種、他機関と相談し、対応している。
30	困難なケースにてであったり必要は、職種の先輩や、他職種の力に相談をしながら対応しています。なので定期的に相談できる場を作る必要があるかと考えます。
31	民生委員、社協、保健師、近所の店など地域力を活用するため在宅支援チームを作るように考えています。地域の方と病院側の相互理解、連携体制が日々必要になるような窓口づくり、コミュニケーションが必要と思えます。
32	患者の疾患に関すること。患者の意向にそえないことが多い。(本人に頼りたいが、独居のため困難だったり)。そのように生活が困難になるパターンがある。家人が海外や遠方が多くづくにケースが動かない。
33	高齢者の患者が多いが老介介入になるため、介護力が落ちるため自宅EN Tにのみならず必要なら認知症の進行によりADL改善しても生活が困難になるパターンがある。家人が海外や遠方が多くづくにケースが動かない。
34	病棟で毎日PTやカンファレンスを行っている。その中でMSWの介入が必要な場合は依頼をかけた。週1回MSWをまじえたカンファレンスを行っている。その中で精神科のスタッフの意見を聞き、MSWのアドバイスをうけてP Tの対応にいかしている。それでも困難な場合は個人的にMSWへ相談をかけた。CMを念のため話し合いをもちうけてい
35	今後は病院と地域のCMとが、積極的に意見交換やP Tの相談等できる関係性を築いたら良いと思う。
36	同部署の他スタッフへの相談の他、院内多職種への協力を仰ぎ対応している。院内、部署内での業務内容のフィードバックを行う機会が必要と思う。
37	担当者と会議を開き他職種の意見をもち上げる。
38	家族との面談を増やす。多方面に視野を広げ情報収集し、情報提供や提案をしていく。
39	病棟からの困りごとやケアマネに相談して依頼している。
40	地域包括支援センターに相談介入依頼していることが多い ・各行政機関と連絡、相談をとりながら対応。 ・ケアマネが高くて、経済的に余裕がない認知症やADLが低い方の退院先の調整が困難。 ・在宅支援に熱意のある居宅介護事業所との連携、包括支援センターとの連携 ・特自の運営方針を持つ有料老人ホーム等に理解を求めて入所依頼、生活保護、障害者支援、等関係機関の協力体制が必要。
41	1人で抱え込まない、関係機関と共有する。成年後見人等が迅速に決定するように調整が困難。 ・介護度が高くて、経済的に余裕がない認知症やADLが低い方の退院先の調整が困難。 ・在宅支援に熱意のある居宅介護事業所との連携、包括支援センターとの連携 ・特自の運営方針を持つ有料老人ホーム等に理解を求めて入所依頼、生活保護、障害者支援、等関係機関の協力体制が必要。
42	なにかしらに頼る。先輩を本人・家族へ話し、他機関と相談している。本人・家族の理解の高める方法や支援体制
43	1人で抱え込まない、関係機関と共有する。成年後見人等が迅速に決定するように調整が困難。 ・介護度が高くて、経済的に余裕がない認知症やADLが低い方の退院先の調整が困難。 ・在宅支援に熱意のある居宅介護事業所との連携、包括支援センターとの連携 ・特自の運営方針を持つ有料老人ホーム等に理解を求めて入所依頼、生活保護、障害者支援、等関係機関の協力体制が必要。
44	1人で抱え込まない、関係機関と共有する。成年後見人等が迅速に決定するように調整が困難。 ・介護度が高くて、経済的に余裕がない認知症やADLが低い方の退院先の調整が困難。 ・在宅支援に熱意のある居宅介護事業所との連携、包括支援センターとの連携 ・特自の運営方針を持つ有料老人ホーム等に理解を求めて入所依頼、生活保護、障害者支援、等関係機関の協力体制が必要。
45	地域包括支援センターとの協力体制
46	上級職員へ相談、同部署内で検討を要し、解決策を模索する。
47	退院調整部で共有し、協議をする。 ・関連機関へ相談し、解決の糸口を探る。 ・困難事例に関して、地域単位、多職種で協議できる場があることが望ましい
48	上司に相談して指示を仰いでいる。
49	まず上司へ相談。他の院内スタッフに状況を伝え調整の時間をもちよう働きかける。施設、病院、在宅サービスなど受け皿の整備。経済的困難の方でも相談できる先を増やしたい。
50	生活保護ではなく、家族、身寄りのない高齢者の退院調整・難決する。金融機関での対応は本人しかできません。出金できなければ入院費用も高く、他院への転院や施設利用も難しくなってしまう。成年後見人には時間がかかりすぎ、急性期病棟では間に合わない。ケアマネや福祉の方々と多く連絡を取り合っています。 ・ケアマネの認定がおりるまでに日数を要する為、早めに認定が出てくれたらありがたいです。 ・介護保険の認定がおりるまでに日数を要する為、早めに認定が出てくれたらありがたいです。
51	関係機関と相談 ・関係機関と相談 ・身元保証支援体制が整い、使いたすたいとありがたい。 ・行政へ相談している
52	関係機関と相談 ・関係機関と相談 ・身元保証支援体制が整い、使いたすたいとありがたい。 ・行政へ相談している
53	関係機関と相談 ・関係機関と相談 ・身元保証支援体制が整い、使いたすたいとありがたい。 ・行政へ相談している
54	今後の要支援者に対する自治体での支援内容の明確化。要介護への移行予防のための福祉用具の利用について幅広い利用方法を検討が必要
55	最近、老介介入、独居、2世帯でも関心を持たない家族が多く、その方達にむけて支援サポートするのには、時間と労力を使います。また、制度の説明や、利用できるサービスの対応する認識のない方も多く、1ケース1ケースにかかるとなると、就業時間内に、その日予定したことが終わることはないです

56	医師の意識を上げるための研修。医師だけでなく、看護師や事務職も院内で意識統一ができるような体制が必要だと思 います。上司に相談して包括的多角的に支援、調整を行う視点を持つようにはしています。
57	退院支援、調整が困難な場合は包括支援センター、居宅支援事業所、行政施設、医療機関、訪問看護などあらゆるこ ろと連携を取り、退院後の安全な生活を確保できるように対応しています。国の方針として支援レベルの方の対応がな 変更となり、退院後の安全な生活を確保できなくなったため、介護用品のレンタルや輸入品に全額実負担になることにな り、低所得者にとっては厳しい状況となりました。住環境の整備が出来る、なんとか自宅で生活するも転倒、骨折し再 入院のリスクとならざるやと不安な様子が何とかならないか新しい支援体制を創る必要があります。
58	医師の意識
59	内部審、他部署へ相談、する。
60	院内スタッフと連携し、調整している
61	地域での連携会議や研修への参加、相談員おしとの情報共有。
62	行政を含む、関係機関との連携を取ること
63	・病院スタッフ、家族、ケアマネ、訪問看護ステーション等関連事業所の方々と合同カンファレンスをする事で、問題 の解決をスムーズに円滑にする事ができるため、その為の調整をこまめに実施するように心がけている。
64	院内、院外共に相談可能な同業者、他職種がいいます。
65	他職員より、トラブル対応のMSWなど、公的機関に相談しています
66	転院調整、在宅調整などご意思の決定支援や意向確認が必ずしもおこなわれている状況です。支援が少ない 人だからとその在宅調整であるが、在宅で十分に支援を提供できていない、意思決定できる親族を確保していないウ ェルケアを再入院をくりがいかいしていない。患者の療養生活をサポートする際のケアマネと総合診療より医師が中心に 動いて欲しい。在宅からの介入に欲しい。
67	・多職種でカンファレンスをおこなない、検討している。まずは、本人・家族の意向を確認し、希望に沿えるよう支援を 行なっている。 ・今後の支援体制については、他居、家族の関わりが、金銭的にきびしい、認知症などの理由がある場合、役所や保 健所・地域包括支援センターなどの公的機関の横のつながりが必要であり、又、地域でのサポートも重要。そのため 困難事例に関しては、関連機関が集まり協働できる支援体制の構築が必要と思われる。
68	多職種カンファレンスを行い、方向性の確認。
69	行政や社会福祉協議会等とできるだけ役割分担ができるようになっている。高齢者福祉計画や介護保険事業を担当する行政が 短い期間で配属転換となることではないようにして欲しい。(せめて2期担当できるようにすることが必要) 又、医師会 (在宅医)で訪問医療ができるような体制を作りたい。
70	便宜上、上記困難事例に単位を入れたが、私自身が、困難事例と感じるケースは、社会資源などハード面 に起因するものより、患者様・ご家族・自院スタッフ、院外関係機関との共通理解が特になかったこと に起因して生じているものが多いと感じている。対応として、退院に向けての目的や手段の統一や何年度も面談やカンファレンスを重ね、そ れぞれの立場からの情報や意向を確認し、時間を要する場合は地域包括ケア精神を生活しながら共有理解を図るよう にしている。地域で開けるべき支援体制づくりが必要である。
71	地域での協力を得る事が難しい場合、退院支援・調整が困難と感じる。院内スタッフやケアマネジャー、地域の相 談員と情報共有を行い、その場での意見交換を行い、退院後、在宅生活の場やサービスの利用を提案し、一緒に選択す るようになっている。他居の人や、家族が遠方な方、緊急時にどこに連絡をするのかなど把握できるよう な体制が必要と思う。
72	部署内でケースカンファレンスを行い、相談を行っている。部署内でも困難だと感じる場合、院外の関係機関の方へも相談して いる。今後、相談窓口が増えることがありたい。連携が必要。
73	・K.Pを1人に設定する。遠方不在の場合は行政サービスの利用を行う。 ・院内スタッフと協議を行いI.C. C.fを設定する。 ・F.a間で意見がまとまらない場合は期限を設定し、選択肢を少なくしてゆく。(今後)
74	困難事例が生じた場合、他相談員のアドバイスや相談を行い、他職種の医療スタッフと情報交換を行いながら支援を運 びたい。支援体制に必要となるものは、退院する時点の予後予測を患者本人、家族も受容できるように支援し、その 人らしい生活を支援していくことが必要となる。
75	認知症他居、行政の非協力的な対応など困難事例が増加傾向にあり、在院日数のしばりもあるため、調整に苦慮する事が増 えている。他居、行政との協力関係を築き、退院後の生活に不安を感じない(たらしまわす)事が多い。(セキチュリティ強化要)
76	経済的な問題をかかえながら身寄りのない患者さんが、外出や他院受診などの時(1人での外出が不可能で介護が必要な場 合) 付き添いを要するサービスがない。
77	医師や看護師、リハビリ等の院内スタッフの協力を求めたり、ケアマネや包摂、行政担当者などに相談して介護が必要な場 合) 付き添いを要するサービスがない。
78	他居の場合が一つの原因に過ぎない。介護保険の申請等を誰もしてくれない方が居ない方は、医療の提供が 必要なくあった時にスムーズに退院出来ない事が多く、スタッフ間と上司に相談し検討して、早くに行なう様にしたい と思っています。
79	地域全体でその人をささえていけるように体制をととのえていくしかない。支援が必要だけれど(認知症、ひとり 暮らしなどで) 介護度によりサービスがつかえなない問題があるので、地域の支援体制が重要となってきてくる と感じる。
80	入院当初より多職種と情報共有を図り、様々な選択肢等視野を広げて対応できるように院内外のシステムの構築に取り 組んでいる。地域包括ケア、在宅療養支援体制を整えるべく、当地域の特殊性をふまえた取り組みが必要であると思 います。
81	地域全体でその人をささえていけるように体制をととのえていくしかない。支援が必要だけれど(認知症、ひとり 暮らしなどで) 介護度によりサービスがつかえなない問題があるので、地域の支援体制が重要となってきてくる と感じる。
82	可能な限りの支援を調整するためにCMや福祉との相談を取りたい。
83	あらゆる資源を探して活用する。
84	・ケアマネ、地域包括とのカンファレンス実施

86	転院することに納得していない(際(本人と家族)。相談員が介介する前に、主治医より説明がされていない場合 がある。病院に対しての不信任感に繋がるため、十分な説明をお願いしたい。
87	他のMSWに相談する。
88	当院では看護師の退院調整が困難な場合には、MSWの介介を依頼して対応しています。今後は看護師の積極的な介介 のために研修や、資格など、制度があるように思っています。
89	院内で相談、公的機関に相談。他居や高令世帯に於けるように(成年後見人の業務範囲を広げる)個別の役割を作るか、 経済的に日常的な支援、入院に際する物品の準備や治療の判断を担えるための体制が必要 ・院内での困難理由の理解と協力をとおき、必要に応じてカンファレンスを行っている ・行政を含めた院外機関の協力、相談体制の強化が必要
90	行政の介入が必要
91	・院内MSWとの情報共有やスーパービジョンを受けている。また今後は地域の基幹となる機関が重要だと思 う。 ・認知症患者やケアマネ、高令世帯や高齢者、障害を有している、独身等のソーシャルヘルスマスターやヘルスマスター の支援体制が必要と感じる。
92	医師らとの協力を必要とする。
93	患者だけでなく、家族にも退院困難面を聞きとり、支援が必要な事項を明らかにし、連携機関に調整している。今後 の支援体制、精神疾患で引きこもりの患者さんの相談の対応先として保健所、相談事業所に介介依頼するが、対応が難 関からの介入は早く対応して欲しい
94	地域医療連携センターや関係機関に相談したり、以前協力依頼した事のある事業所に相談したりして、対応している。経済的な問 題がネックになるケースや、重症認知症のケース、看取り期のケース、これらの問題が重複しているケースは支援困難 なことが多々ある。経済面、医療面、介護面がバラバラでなく、複合的にサービス提供が得られるような体制作 りが必要と思う。
95	院内・院外問わず、また色々な職種の方と連携、連携をしながら1番いいと思われる退院調整、調整は出来るよう努 めている。ただ意向のくい違いはどれだけの話し合いの場をもつてもなかなか難しい。個人的には、看とりのできる施設があれば いいなと思う。また、退院調整が困難な場合、退院調整センターや、介護福祉センターに相談したい。
96	・他部署(看護士、リハ等)とカンファレンスも、話し合う。 ・退院困難な患者が増えたと予想される中、いかに早くその情報を入手し、抽出していく体制が院内でとれるか、 ・今後の支援と連携について、医療従事者が家族が介護できない患者の療養先、お金の少ない高齢者が増えていくので、リー ズアップした金額で生活できる施設を増やしたい。
97	情報収集、事業所や行政や関係機関との連携
98	まず直轄の上司に相談し対応方法検討、その案を病棟長(主治医)へ相談した上で、対応している。病院内にか からず、病外でも相談できる人がいると、どのような対応をしているかなど、勉強(参考)になっている。
99	・部署内でカンファレンスや、問題点を話し出し、対応、方向性について話し合う。 ・他部署(看護士、リハ等)とカンファレンスも、話し合う。 ・退院困難な患者が増えたと予想される中、いかに早くその情報を入手し、抽出していく体制が院内でとれるか、 ・今後の支援と連携について、医療従事者が家族が介護できない患者の療養先、お金の少ない高齢者が増えていくので、リー ズアップした金額で生活できる施設を増やしたい。
100	入院によって、他居生活で再度できないケースが多く、高齢者生活支援に対するサービスも充分とはいえない現状があ ります。介護保険申請も申請から認定までに約1ヵ月要する。現在の状態は、入院期間を短くするようになっている。急性 期病院では、時間がかかりすぎる印象です。申請後、約1週程度で、見込みの認定を行い、即介護保険が使えるよ うに制度を変更してもらえると助かります。
101	家族、本人、看護師等の医療チームより情報収集し、問題点を明らかにする。上司に判断の相談をする。一問題点をど うすればいいか、自分の考えを出す。根拠をもって。 ・先職の看護師や地域の方(地域包括支援センター、居宅、訪問看護ステーション等)に相談して対応しています。 ・先職の看護師や地域の方(地域包括支援センター、居宅、訪問看護ステーション等)に相談して対応しています。 ・先職の看護師や地域の方(地域包括支援センター、居宅、訪問看護ステーション等)に相談して対応しています。 ・先職の看護師や地域の方(地域包括支援センター、居宅、訪問看護ステーション等)に相談して対応しています。
102	・先職の看護師や地域の方(地域包括支援センター、居宅、訪問看護ステーション等)に相談して対応しています。 ・先職の看護師や地域の方(地域包括支援センター、居宅、訪問看護ステーション等)に相談して対応しています。 ・先職の看護師や地域の方(地域包括支援センター、居宅、訪問看護ステーション等)に相談して対応しています。 ・先職の看護師や地域の方(地域包括支援センター、居宅、訪問看護ステーション等)に相談して対応しています。
103	・先職の看護師や地域の方(地域包括支援センター、居宅、訪問看護ステーション等)に相談して対応しています。 ・先職の看護師や地域の方(地域包括支援センター、居宅、訪問看護ステーション等)に相談して対応しています。 ・先職の看護師や地域の方(地域包括支援センター、居宅、訪問看護ステーション等)に相談して対応しています。 ・先職の看護師や地域の方(地域包括支援センター、居宅、訪問看護ステーション等)に相談して対応しています。
104	・先職の看護師や地域の方(地域包括支援センター、居宅、訪問看護ステーション等)に相談して対応しています。 ・先職の看護師や地域の方(地域包括支援センター、居宅、訪問看護ステーション等)に相談して対応しています。 ・先職の看護師や地域の方(地域包括支援センター、居宅、訪問看護ステーション等)に相談して対応しています。 ・先職の看護師や地域の方(地域包括支援センター、居宅、訪問看護ステーション等)に相談して対応しています。
105	・先職の看護師や地域の方(地域包括支援センター、居宅、訪問看護ステーション等)に相談して対応しています。 ・先職の看護師や地域の方(地域包括支援センター、居宅、訪問看護ステーション等)に相談して対応しています。 ・先職の看護師や地域の方(地域包括支援センター、居宅、訪問看護ステーション等)に相談して対応しています。 ・先職の看護師や地域の方(地域包括支援センター、居宅、訪問看護ステーション等)に相談して対応しています。
106	・先職の看護師や地域の方(地域包括支援センター、居宅、訪問看護ステーション等)に相談して対応しています。 ・先職の看護師や地域の方(地域包括支援センター、居宅、訪問看護ステーション等)に相談して対応しています。 ・先職の看護師や地域の方(地域包括支援センター、居宅、訪問看護ステーション等)に相談して対応しています。 ・先職の看護師や地域の方(地域包括支援センター、居宅、訪問看護ステーション等)に相談して対応しています。
107	・先職の看護師や地域の方(地域包括支援センター、居宅、訪問看護ステーション等)に相談して対応しています。 ・先職の看護師や地域の方(地域包括支援センター、居宅、訪問看護ステーション等)に相談して対応しています。 ・先職の看護師や地域の方(地域包括支援センター、居宅、訪問看護ステーション等)に相談して対応しています。 ・先職の看護師や地域の方(地域包括支援センター、居宅、訪問看護ステーション等)に相談して対応しています。
108	・先職の看護師や地域の方(地域包括支援センター、居宅、訪問看護ステーション等)に相談して対応しています。 ・先職の看護師や地域の方(地域包括支援センター、居宅、訪問看護ステーション等)に相談して対応しています。 ・先職の看護師や地域の方(地域包括支援センター、居宅、訪問看護ステーション等)に相談して対応しています。 ・先職の看護師や地域の方(地域包括支援センター、居宅、訪問看護ステーション等)に相談して対応しています。
109	・先職の看護師や地域の方(地域包括支援センター、居宅、訪問看護ステーション等)に相談して対応しています。 ・先職の看護師や地域の方(地域包括支援センター、居宅、訪問看護ステーション等)に相談して対応しています。 ・先職の看護師や地域の方(地域包括支援センター、居宅、訪問看護ステーション等)に相談して対応しています。 ・先職の看護師や地域の方(地域包括支援センター、居宅、訪問看護ステーション等)に相談して対応しています。
110	・先職の看護師や地域の方(地域包括支援センター、居宅、訪問看護ステーション等)に相談して対応しています。 ・先職の看護師や地域の方(地域包括支援センター、居宅、訪問看護ステーション等)に相談して対応しています。 ・先職の看護師や地域の方(地域包括支援センター、居宅、訪問看護ステーション等)に相談して対応しています。 ・先職の看護師や地域の方(地域包括支援センター、居宅、訪問看護ステーション等)に相談して対応しています。
111	・先職の看護師や地域の方(地域包括支援センター、居宅、訪問看護ステーション等)に相談して対応しています。 ・先職の看護師や地域の方(地域包括支援センター、居宅、訪問看護ステーション等)に相談して対応しています。 ・先職の看護師や地域の方(地域包括支援センター、居宅、訪問看護ステーション等)に相談して対応しています。 ・先職の看護師や地域の方(地域包括支援センター、居宅、訪問看護ステーション等)に相談して対応しています。
112	・先職の看護師や地域の方(地域包括支援センター、居宅、訪問看護ステーション等)に相談して対応しています。 ・先職の看護師や地域の方(地域包括支援センター、居宅、訪問看護ステーション等)に相談して対応しています。 ・先職の看護師や地域の方(地域包括支援センター、居宅、訪問看護ステーション等)に相談して対応しています。 ・先職の看護師や地域の方(地域包括支援センター、居宅、訪問看護ステーション等)に相談して対応しています。
113	・先職の看護師や地域の方(地域包括支援センター、居宅、訪問看護ステーション等)に相談して対応しています。 ・先職の看護師や地域の方(地域包括支援センター、居宅、訪問看護ステーション等)に相談して対応しています。 ・先職の看護師や地域の方(地域包括支援センター、居宅、訪問看護ステーション等)に相談して対応しています。 ・先職の看護師や地域の方(地域包括支援センター、居宅、訪問看護ステーション等)に相談して対応しています。

187	<p>身元保証人がいない事例について、同意書類（医療）や身元引受、連帯保証人について苦慮する。生活保護受給者の場合は、ケースワーカーとの連携を図るが、それ以外の方に関しては対応が困難である。特に医療の同意については、法的にも早急な整備が必要であると考える。</p>
188	MSWや他の退院調整看護師に相談
189	チーム内で検討
190	Dr.、N.Sから病状や家族状況に関する情報を広くとるようにしている。
191	<p>紹介所の経験豊かな方に相談する。</p> <p>退院支援・調整が困難な場合は、上司、同僚、同専門職、その市の担当職員他、専門職に相談している。今後の体制として、病院内の退院支援プロセスについては、急性期病院からの自宅退院支援を行う際のイメージや理解（家族・本人）に気付く質の高いカンファレンスを行っていることが必要。その為にはシシエネラリストとなる退院調整看護師の役割りは重要と考えます。</p>
192	<p>地域包括支援センターへの相談。入院させた後「家はムリ」という家族、ケアマネ。問題は疾患ではなく、地域にある。入院前からの問題がある場合は事前に入院を理由に治療は早期で終了しても、家はムリという。退院支援看護師との協同で地域と連携をはかりながら支援しています。</p>
193	<p>MSW間で相談</p> <p>・地域包括支援センター。今後の支援体制について。</p> <p>・病棟や施設によって、機能分化しており、スムーズな移行支援が行えるよう他病院・施設との連携が必要だと思えます。</p>
194	<p>病棟や施設によって、機能分化しており、スムーズな移行支援が行えるよう他病院・施設との連携が必要だと思えます。</p> <p>・地域住民にも医療の現状を理解していただき、退院支援・調整の協力や意識が必要だと思えます。</p>
195	<p>退院調整看護師としてがん末期、高齢者の心不全、難病で人工呼吸器管理のある患者様の退院調整を行うことが多い。がん末期患者で本人と家族の意向が異なる時、住み慣れた家に帰れないときは、在宅ホスピスに依頼することがある。在宅ホスピスは経済的に問題がある患者は入所できない。低所得の方も入所できる在宅ホスピスが必要である。医療の必要度が高いため、家族が在宅を拒む場合がある。2,4時間対応の訪問看護ステーションはあるが、2,4時間巡回型の介護サービスが不足している。独居の方も安心して住み慣れた家に帰れるように、往診ができる医師を増やすこと、2,4時間対応のできる看護、介護の提供が必要であると感ずる。</p>
196	<p>担当による個人対応ではなく、病院として、困難事例アロジエーターチームが立ち上がり、対応する仕組みがある。プロジェクトチームは副院長（Dr.）、患者総合相談室主任（Nrs）、参事（事務）地域医療室主任、副室長（Nrs）、Pph）等がサポートして、場合によっては担当者だけでなく関係者にも参加している。</p>
197	<p>支援が困難になる場合は、一つの事例だけでなく複数合わせた事例を共有して支援を困難にしている場合が多いように感じています。複合的な結果ひとつひとつ解決する必要がありますが、急性期病院での連携と、急性期病院での連携とが重要です。そのため、退院後に支援を継続してもらえるようにインフォーマルサービスやフォーマルサービスに連携できるようにして退院を進めています。また、今後は急性期病院の立場から、超高齢社会の問題や障害福祉関係など入院前にも連携が取れるインフォーマル、フォーマルサービスの担当者との連携が取れるよう情報収集や顔が見える関係づくりをし、支援ができるシステム構築が必要であると考えています。</p>
198	<p>・本人や家族と話し合う</p> <p>・他の相談員や、地域包括担当者、ケアマネに相談する</p>
199	<p>・役員の福祉課に相談する</p> <p>・独居、身寄りがない人が増えているように思ふ。未婚率も増加する中、年金を問わす身寄りのない人が多くなると思ふように思っています。医療と介護の間の受け入れ先が多くなれば良いと思います。</p>
200	<p>できる範囲内で対応しています。老々介護、経済的問題が多、発生しております。低料金で可能な施設が増えていくように思っています。医師が介護の間の受け入れ先が多くなれば良いと思います。</p>
201	<p>老々介護として理解力がなく話し合う方が多く、地域連携の協力が得られないケースが多々ある。家族の協力が得られないことが多くても多い。</p> <p>・院内やグループ内の同職種との相談</p> <p>・介護保険認定とサービス利用をもっと利用しやすくなるようにしていく。結果が出るまで時間がかかりすぎる</p> <p>・身寄りなく生活もできない方への相談</p>
202	<p>近隣の医療機関の相談員との定期開催の会議等でも困難事例として相談。また法人内の相談員との相談。地域包括支援センターなどへの相談</p>
203	<p>院内外、問わす、協力してもらえざる機関と相談しながら支援していく。今ある、制度の中でどう支援していけば良いのか考えながらすすめていくようにしている。独居や、認知症、家族が疎遠など、様々な問題がある中で、保証人がいないと施設入居が困難であったり、成年後見人利用してもできない事があったり（対応してくれる人によつて違ったり）、少数ではあっても制度のすき間に入りまっする人をどう支援していくかが、課題となるのではと思う。入院中は、MSW、施設に入ったらその相談員、在宅はCMと、それぞれ支援者につきますが、一貫してその人を支援できるような体制は必要になってくるのではないかと感じています。</p>
204	<p>近隣の医療機関の相談員との定期開催の会議等でも困難事例として相談。また法人内の相談員との相談。地域包括支援センターなどへの相談</p>
205	<p>・まず、院内のMSW、退院支援看護師に相談し、必要であれば地域包括支援センターに相談する。地域包括支援センターとの体制がしっかりとできており円滑に行っている。事例研究会で、支援体制が整う事例は多い。</p>
206	<p>各専門職と連携し解決の方法を考える</p>
207	<p>身元保証人になってくれる会社を紹介する。地域包括支援センターに相談する</p>
208	<p>MSWへの相談、および、関係する職種と本人、家族によるカンファレンスを行い、方向性を共有しながら話し合ってもらっていただくようにしています。難しいと感じるのは、ケアパーソンになる家族がいるにもかかわらず、その方が病院に来ない、話しに応じていない（多忙を理由に）場合、他の家族に相談して一緒に動いてもらうなど提案しても、拒否される場合など方向性を決めることができない。</p>
209	<p>役所など公的機関との連携、療養型病院や施設利用の経済的支援</p> <p>・介護療養型病院の対象となる方の支援に困っています。一代わる施設</p>
210	<p>・身寄りなく生活もできない方への支援（後見人制度をもっと利用しやすくして欲しい）</p> <p>・病院の充実（医療面）</p>
211	<p>・困難な場合は、とにかく情報収集を行う</p> <p>・どのような状態でも、自宅での生活が可能になるサービス提供が必要と思ふ。</p>

165	<p>医療的な問題に対しては、院内スタッフと話しあい、在宅で可能な医療等を検討している。社会的な問題に対しては、可能な限り、地域（包括支援センター、市役所、ケアマネ、訪看等）と連絡をとるが、対応しているが、経済面、独居、家族がない、等は、対応に苦慮している。</p>
166	院内・院外との同職種、他職種に相談する。
167	<p>近隣に身寄りのない高齢者を受け取ってくれる病院があるので助けている。入院が長期になつてくると、預託金の管理をする人が必要になつてくるが、本人に変わって管理できるような支援がない。生活がままの生活をしている人も多く、費用のかかる成年後見人を立てている人は少ない。このようにない方には介護が必要になつても、受け入れてくれる施設がほとんどないので、家族医師の支援をしていく体制があればいいと思う。</p>
168	<p>院内で他の相談員や医師、看護師、理学療法士等の他の職種のスタッフと相談する。また、ケアマネジャーや院外の相談員と相談してDr.、担当看護師に相談し、対応策を検討して支援の体制作りが必要になってくるかと思っています。</p> <p>・病室内で話し合うとする。それでも困難な場合には、看護部長・主任等に相談している</p> <p>・部署内で話し合うとする。それでも困難な場合には、看護部長・主任等に相談している</p>
169	<p>・病室内で話し合うとする。それでも困難な場合には、看護部長・主任等に相談している</p> <p>・部署内で話し合うとする。それでも困難な場合には、看護部長・主任等に相談している</p>
170	<p>在宅やケアワーカーやボランティアとの協同で地域と連携をはかりながら支援しています。</p> <p>・地域包括支援センター。今後の支援体制について。</p> <p>・病棟や施設によって、機能分化しており、スムーズな移行支援が行えるよう他病院・施設との連携が必要だと思えます。</p>
171	<p>病棟や施設によって、機能分化しており、スムーズな移行支援が行えるよう他病院・施設との連携が必要だと思えます。</p> <p>・地域住民にも医療の現状を理解していただき、退院支援・調整の協力や意識が必要だと思えます。</p>
172	<p>退院調整看護師としてがん末期、高齢者の心不全、難病で人工呼吸器管理のある患者様の退院調整を行うことが多い。がん末期患者で本人と家族の意向が異なる時、住み慣れた家に帰れないときは、在宅ホスピスに依頼することがある。在宅ホスピスは経済的に問題がある患者は入所できない。低所得の方も入所できる在宅ホスピスが必要である。医療の必要度が高いため、家族が在宅を拒む場合がある。2,4時間対応の訪問看護ステーションはあるが、2,4時間巡回型の介護サービスが不足している。独居の方も安心して住み慣れた家に帰れるように、往診ができる医師を増やすこと、2,4時間対応のできる看護、介護の提供が必要であると感ずる。</p>
173	<p>担当による個人対応ではなく、病院として、困難事例アロジエーターチームが立ち上がり、対応する仕組みがある。プロジェクトチームは副院長（Dr.）、患者総合相談室主任（Nrs）、参事（事務）地域医療室主任、副室長（Nrs）、Pph）等がサポートして、場合によっては担当者だけでなく関係者にも参加している。</p>
174	<p>支援が困難になる場合は、一つの事例だけでなく複数合わせた事例を共有して支援を困難にしている場合が多いように感じています。複合的な結果ひとつひとつ解決する必要がありますが、急性期病院での連携と、急性期病院での連携とが重要です。そのため、退院後に支援を継続してもらえるようにインフォーマルサービスやフォーマルサービスに連携できるようにして退院を進めています。また、今後は急性期病院の立場から、超高齢社会の問題や障害福祉関係など入院前にも連携が取れるインフォーマル、フォーマルサービスの担当者との連携が取れるよう情報収集や顔が見える関係づくりをし、支援ができるシステム構築が必要であると考えています。</p>
175	<p>・本人や家族と話し合う</p> <p>・他の相談員や、地域包括担当者、ケアマネに相談する</p>
176	<p>・役員の福祉課に相談する</p> <p>・独居、身寄りがない人が増えているように思ふ。未婚率も増加する中、年金を問わす身寄りのない人が多くなると思ふように思っています。医療と介護の間の受け入れ先が多くなれば良いと思います。</p>
177	<p>できる範囲内で対応しています。老々介護、経済的問題が多、発生しております。低料金で可能な施設が増えていくように思っています。医師が介護の間の受け入れ先が多くなれば良いと思います。</p>
178	<p>老々介護として理解力がなく話し合う方が多く、地域連携の協力が得られないケースが多々ある。家族の協力が得られないことが多くても多い。</p> <p>・院内やグループ内の同職種との相談</p> <p>・介護保険認定とサービス利用をもっと利用しやすくなるようにしていく。結果が出るまで時間がかかりすぎる</p> <p>・身寄りなく生活もできない方への相談</p>
179	<p>近隣の医療機関の相談員との定期開催の会議等でも困難事例として相談。また法人内の相談員との相談。地域包括支援センターなどへの相談</p>
180	<p>・まず、院内のMSW、退院支援看護師に相談し、必要であれば地域包括支援センターに相談する。地域包括支援センターとの体制がしっかりとできており円滑に行っている。事例研究会で、支援体制が整う事例は多い。</p>
181	<p>各専門職と連携し解決の方法を考える</p>
182	<p>身元保証人になってくれる会社を紹介する。地域包括支援センターに相談する</p>
183	<p>MSWへの相談、および、関係する職種と本人、家族によるカンファレンスを行い、方向性を共有しながら話し合ってもらっていただくようにしています。難しいと感じるのは、ケアパーソンになる家族がいるにもかかわらず、その方が病院に来ない、話しに応じていない（多忙を理由に）場合、他の家族に相談して一緒に動いてもらうなど提案しても、拒否される場合など方向性を決めることができない。</p>
184	<p>役所など公的機関との連携、療養型病院や施設利用の経済的支援</p> <p>・介護療養型病院の対象となる方の支援に困っています。一代わる施設</p>
185	<p>・身寄りなく生活もできない方への支援（後見人制度をもっと利用しやすくして欲しい）</p> <p>・病院の充実（医療面）</p>
186	<p>・困難な場合は、とにかく情報収集を行う</p> <p>・どのような状態でも、自宅での生活が可能になるサービス提供が必要と思ふ。</p>

212	困難な場合には、所属部署内、院内において情報の共有、相談をしています。
213	独居、上司に相談し対応しています。
214	上司にも相談し対応しています。
215	目標のずれを修正していくようにしている。関係者間で共有するようにしている。
216	・上司・同僚・近隣のSWに情報収集している。 ・医療区分が1レベルで、老健の対象にもならない患者の行き先がない(介護療養型HPがなくなると困る) ・金銭管理を本人が出来ず、家族が居なくて生保でもない患者の行き先がなくなる時間がかかる。後見人もつけない時間がかかるため、もっと早く介護ケアがつければよいと思う。
217	・外来、病棟等、関係部署やカンファレンスであれば、キャンサーボードにかけられる。 ・患者・家族が退院できないと考え、要領が取り除けるよう、面接で繰り返し話し合う。 ・民間サービスの情報サイト、(安心、質等の基準がクリアされている業者) ・サービスの順に順りすぎない患者・家族の教育や指導
218	その都度ケースごとに職種間でカンファレンスや担当主科、病棟とのカンファレンスで検討し対応している。当院の特性上、全国からの患者が来て、又は疎速や遠方から任んでいる場合の金銭管理の支援(後見人の選定対象とはならない程度)が少なく、独居の方が増えている。地方に行けばいいと思う。面接で繰り返し話し合う。
219	介入、担当したケースの方も増えてきたため優先順位をつけられず。
220	包括支援センター、夜診、相談センター(例えば難病)など各専門機関に相談する。研修に行く。
221	如遇難事例については、院内での対応にとどめて地域包括支援センターや行政等々、と連携をはかり相談する。身元保証人となる親族が不在、又は疎速や遠方から任んでいる場合の金銭管理の支援(後見人の選定対象とはならない程度)の認知機能は保たれていても外出等手続きの困難な方、一般(ともに)
222	・医療上の問題、介護士の問題における整理する。医療士の問題については、適切なアドバイスと支援を考慮するために、専門チーム(NST、緩和、WOC)と連携を図っていく。介護士の問題については、適切なアドバイスと支援を考慮するために、巡回、退院前訪問を行い解決していく。
223	・本人が返すような場、どの様な風な環境でどんな生活をしていきたいのか、話をじっくり聞いていく。家人とも何度も面談をくり返していく。病院全体、(医師、病棟Ns)で在宅への退院の意向がたかまると時間がかかると感じています。又、外来通院の早期の段階からかわりが必要であると思っています。
224	情報共有の強化が必要。支援受担担当者が増加
225	①専門職でのケアムアレンスを実施し方向性を示す(複数の場合もある)②患者・家族の方々の意志決定をサポート③必要と思われるサポートについて専門職(院内及び院外)と患者・家族間で調整会議開催※但し主治医が参加する必要がある。ほとんどで事前の治療方針やIC内容が私自身が理解、把握する。
226	・単独世帯や生保が増えてくる中で、身寄りがいないと、病院からの病状説明であったり、同意書の問題が今後も増えてくると思う。現在、病院の判断だと、あいまいな形になっているので対策が必要。 ・看取り介護保険の中に入れないと、障害者施設は敷金少ないので困っている。
227	くり返しカンファレンスを行い話し合う。今後は在宅でも看取りが出切る様、訪問診療、看護などの支援が増えることと良いと思う
228	・経済的に問題があり(生活保護基準よりは少し多い程度の収入で貯金がないなど)療養先を見つけていることが難しい方がある。年金の範囲内で療養できる場が必要。 ・介護保険を申請中の方は介護度が出るまで施設検討ができない。介護度が出るまでの間完全に生活できない場が必要。 ・介護者介護施設での生活が合う方でも、薬代が高すぎたり入所できない場合がある。薬代を別にすることはできないのだろうか。 ・家族や身元保証人がいないと、療養できる場が少なく、今後増えると思われるので自治体の介入が期待される。 ・国民健康保険税を支払っていない方の入院には減額認定証が必要。病院の未収につながるため、療養先が探せない。
229	・毎週1回のグループバーベキューにおいて、部内で対応策を検討しています。 ・他職種カンファレンスにて検討。 ・関係機関を紹介するのケア会議を開催しています。 ・行政(福祉・介護保険担当)の積極的、専門的介入が必要
231	課題の整理をし、それぞれの社会資源と連携。その課題に取り組みする本人、家族の負担をアセスメントする。
232	行政、包括、ケアマネなど外部機関との連携。ケア会議へ院内他職種の出席を依頼し、協力関係を築く。
233	週一回グループバーベキューの機会を設け、SW同士で策を練っています。また、他職種とも週一回カンファレンスを行っています。特に複雑な場合は個別にケア会議を開催しております。
234	・スーパージョーや上司に相談して取り組んでいます。
235	KPとなる方が問題とならないように退院調整を確立する。→病棟スタッフ、主治医と連携をとりながら多少時間がかかっても情報共有しながら共働する。そのことと、直接関わっている方(ご本人、家族、病棟スタッフ、ケアマネ)と共有できるような心掛けを→c fの場を作れるように心がけています
236	・ご本人、ご家族の意向を確認することを大切に固める。 ・何が問題となるかを明確にする。そのことと、直接関わっている方(ご本人、家族、病棟スタッフ、ケアマネ)と共有できるような心掛けを→c fの場を作れるように心がけています
237	独居や家族が疎遠だったり、老老世帯、認認世帯の方で、退院支援をしていく場合、方向性を決めたり、お金の関わることや誰とどう進めていくか、それを本人含め高齢や認知症の家族に説明し納得してもらおうの困難を感じる。遠方のことをケアマネジャー、地域包括支援センターや市の高齢担当等と本人を支える体制を作り役割分担しながら進めたい。病院だけでは対応できない。ただ病院に入院をしていくと、入院しているからとありあらず安心と、病院任せになり相談に関わってもらえなくなったり連携が取りづらくなることもある。
238	上司に相談できる形で、割とラフに話せる関係が大切だと思います。そのために、新人教育、指導者への研修も大切だと感じています。
239	先輩方に相談して対応しています。

240	最近が高齢者の独居で入院まで家族と同居であるが日中は誰もいないということが増えている。入院すると本人は自宅退院を希望するが、実際に独居では困難な場合や入院をきかけに家族が在宅をこぼすことも多い。そのため患者さんの状況を合わせ、療養型HPや介護施設への紹介をすることが多い。今後とも受け皿を増やそうと望む。
241	当院では主治医・病棟看護責任者・関係職種へ相談したり医療連携支援センター内で相談しながら支援活動を行っておられます。
242	他ジャンマルワーカーとの情報共有、相談にて対応、地域の関係団体と相談、連携を実施。業務内容のフィードバックを定期的に実施し、ケースの共有を他機関とも行っていることが必要と思われる。
243	・又、すでにMSWの関係や上司に相談し、その内容を院内関係者と共有する。MSW一人でかかえこまないとよいにする。介入早期に困難な理由について把握し、その内容を院内関係者と共有する。MSW一人でかかえこまないとよいにする。
244	担当するケアマネジャーなど退院後に予測される医療・介護サービスの共有を行い、できる限り家族の介護負担を減らせるように努めている。医療行為に関しては、入院中に家族指導を行い、不安が少しでも緩和されればよいと病棟と協力をしている。今後は院内スタッフが地域で行われているサービスや支援体制を知り、在宅の生活に展れるように支援していきたい。
245	同居家族がない場合で患者が在宅を望む場合は、何と言っても本人の強い意志が大事だと思います。この場合地域でサポート体制を組むように調整すると私の経験上困難に生活出来る事が多い様に思います。同居家族がいる場合は、どのような家族の意向に添わせるかをえたい事かと感じています。"家には連れて来れない"の理由が不仲なのか経済的問題なのか、そこを追求する事が問題ではなく、とにかく早期退院を迫られる中で、患者家族にたいして、どの方向性に行くのが良いのか、在宅、転院などご希望。1.健診活動社会を目指すのであれば、介護職員をへらすこと、そのためには良縁をあてにしたい。介護職サービスの体制を整える事が、いいのかなーと思う今日のご希望です。
246	多職種で集まりカンファレンスを行うようにする。1人で抱えず、先輩MSWに相談したり自分以外の視点からケースを検討してもらい、多角的に見るようにする。
247	院内での対応が困難な場合、市役所などの公的機関や地域包括支援センター、ケアマネジャーなどのほか機関へ働きかけを行うようにしている。ただ、それでも対応頂けないケースも多いので、入院してからの病棟だけが抱える込む形ではなく、地域全体としての関わりが必要だと思います。また、入院前から困難な状況にあることも多いため、早期に介入し、問題の解決できるようにしたい。
248	・上司に相談する。 ・関係職員の担当者に相談する。
249	経済的問題や、患者本人の自宅退院の意志が強い時など、客観的にみて施設入所が妥当であると思われるケースでも自宅退院を優先することが増えるように感じています。そのような時は院内他部門スタッフと意思を合わせ、支援に難渋する。なぜ退院を優先した(しなければならなかったのか)を丁寧に伝える。事情を理解してもらえよう努めては、やはり住み慣れた自宅で生活したい方が多いと思うので、夜間訪問サービスの充実や小規模多機能の充実、又、入院を繰り返してはよく病棟スタッフから文句の出ない院内体制づくりが必要と感じる。
250	週1回の退院で病棟カンファレンスを開催し退院支援についての情報共有を行い、不足分については、受け持ち看護師が家族に確認し補足しますがその時点で家族の協力が得られない場合や他居の場合は、院内での合同カンファレンスで会議を行い、解決策を立てている。当院に於ける退院支援は全体的に病状が変化しにくい状態で行う事が多い為、早期介入を図る必要があると思う。
251	確実な方法を知らず、現行のやり方を聞き行っているため、家族の介護力をカバーして在宅生活に戻す調整をしている。できる範囲で整えるしかない。 ・90代でも車生活してま〜という人がとても増えている。地域の高齢者が支え合えないとならない。そのため、地域づくりが必要。 ・ミニカンファレンスを開催し常に意見交換ができる環境にしている。看護師、主治医と積極的コミュニケーションをとりよう努める。キャンサーボードの上にも、多職種で検討できる環境(チーム)が必要と思われる。
252	・ボラティアなどインフォーマルな支援 ・病状・治療方針等を担当医・看護側より確認・情報共有し、本人、家族意向を確認することで問題点を明確にしていま
253	・病状・治療方針等を担当医・看護側より確認・情報共有し、本人、家族意向を確認することで問題点を明確にしていま
254	・ボラティアなどインフォーマルな支援 ・病状・治療方針等を担当医・看護側より確認・情報共有し、本人、家族意向を確認することで問題点を明確にしていま
255	・病状・治療方針等を担当医・看護側より確認・情報共有し、本人、家族意向を確認することで問題点を明確にしていま
256	・地域包括支援センターや公的機関などに協力を仰ぎ、対応している。問題点を確認すべきことを話し合い、援助方法を検討する。それから
257	・地域包括支援センターや公的機関などに協力を仰ぎ、対応している。問題点を確認すべきことを話し合い、援助方法を検討する。それから
258	まずは同居者や近所の人等と共有し各自が持つ情報・スキルを活かして協働する。行政機関に相談窓口を見つけて介
259	・地域包括支援センターや公的機関などに協力を仰ぎ、対応している。問題点を確認すべきことを話し合い、援助方法を検討する。それから
260	・地域の補充等が必要 ・転居の紹介センターに相談する。
261	受けも一人でも考えず、チームメンバー、MSW、主治医と積極的意見交換している。カンファレンスを定期的に行い相談しやすくしている。病院のMSWの負担が大きいため、社会資源への協力をお願いしています。一人や複数人による
262	院内で在宅支援する体制ができていない。病棟より連絡があれば早期に介入する。
263	「車庫、独居、キーパーソンなし、お金がない」ケースの受け皿がなく、自分自身(MSW)もケース本人も土地勘のない遠方に行き「シミミツ」で施設や病院を探さなければならぬ。貧困世帯でも医療福祉のうらわれる場所のネットワークづくりができればいいと思う。
264	低所得者(世帯であつても保証人となりえる人がいない)の存在がない。
265	一人で抱えこまないと、チームメンバーや院外との関係機関を巻きこんで一緒に考える。地域で情報を共有し、支援し伝えるシステムが必要。
266	施設の紹介センターに相談する。
267	知り合いの退院支援、調整職員へ相談したり、同院の先輩に相談したりすることで解決している

268	上記アンケートの困難と感じるトピック3ですが介護保険ですらサービスを利用されてサービスが利用されている方は、地域包括ケアや介護事業所に連絡し、相談員さんや今後のサービスプランと相談している。相談員さんの中には、転居先については、転居先は因るのと先に転居して対応して下さいという方、入居を継続して欲しい方など対応してくれない方、退院は因るのと先に入居に来院する方もいる。そういう方達には、何回も、お話をさせていたいただき、在宅に向けて調整している。家族とお話をさせていただいた中で介護保険制度はどういうものか知らない人が多いと感じます。もっと書名にするなどメディアを通して各世帯に理解してもらえらる様働きかけたいことも大事と思う。
269	・ケアマネジャーだけではなく、包括、行政の関係者などもまよえて合同カンファレンスを行う。 退院支援が最も困難な事例は「身元保証人がいない」というものである。介護施設も医療機関もこの条件がクリアにならない限り受け入れ不可であり、患者様が1人暮らしでADLが低下し、自宅退院が難しい場合や、リハビリが必要で回復期リハビリテーション病院への転院が必要な場合なども転院できないという現状がある(生活保護者を除く)。生活保護者は医療費・介護保険の自己負担金を確実に確保できるため、受け入れがスムーズに進む現状がある) NPO法人が運営する身元保証人制度は100万円を超え、社会福祉協議会が運営する福祉サージャビルサービス利用援助事業は自宅まで生活している方が優先ということで、連携体制が作れない現状がある。こういった患者様が介護保険サービスを受ける限り使って自宅退院と支援が、自宅退院へ進むこと、自宅退院後に在宅生活でものんびり過ごすこと、急性期病棟に入院できる限り日数の壁に衝突する。適切な方に必要な身元保証人制度を確保する体制が必要と感ずる。
271	入院中に全ての課題を病院だけで解決するのは難しいと感じています。地域で継続して、その人をみていくことが必要です。地域各関係者、機関との連携が必要。
272	独居で身寄りがなく、年金生活(生保ではない)の患者が急激にADLが低下し、認識も乏しくなると、本当に退院調整が難しくなる。金銭管理、保証人の問題、入所した場合は自宅の処分、とにかか困る。
273	退院支援・調整困難事例に関しては、自分1人で抱えきれず、e、fで相談し、チームで解決してまいります。
274	精神疾患、認知症、脂血症等を併発している患者の在宅への支援
275	困、疾、市町村、医師会、看護協会と、同じ問題意識を持ちながら、バラバラに活動を展開している。もつとすべての所と協同した統一感のある退院支援、調整が必要と考える。意志決定ができるように自らに意思を書き込み、携帯できるようなfill in noteを私のノート(手帳)的なのを60才以上の方々の方が持っていると良いと思う。老後、障害発生後の自分と向き合えるような仕組みや教育が国民的レベルで必要だと思ふ。
276	主治医、病棟医、病棟長にも対してお話し、時には他部署へも支援をお願いするなど院内で困難ケースとして情報共有しながら退院できるケースも調整している。患者及び家族の必要としているニーズが多様化してきており、現在のスタッフでは対応困難となるケースもあり、スタッフのレベルアップ向上と共に専門性のあるスタッフ配置など充実した環境、体制が必要と思われ。
277	各関係機関と頻繫に連絡を取り、情報共有をしたり事情を配慮して各々協力し合っている。身元保証人がいないという経済的にも厳しい生活保護も必要と感ずる。身元保証人がいないという方が増えている。ういて、連携の方向性についても必要だと感ずる。
278	・医師、保健師とのチーム、御家族とで方向性を再検討。 ・各支援機関からの情報収集 ・過去の事例を調べる
279	院内チーム(Dr、看護師、リハ等多職種スタッフ)とカンファレンス、地域関係者チーム(ケアマネ、包括センター、高齢介護課、訪問看護、在宅ケア)と院内チームとカンファレンスを行い、問題解決にあたっています。行政(区)とも顔が見える関係作りを行い、経済面、支援への協力をしてもらい、解決に向けて連携できています。今後は、国民、地域住民に、急性期病院の役割をもっと知ってもらおうと啓蒙活動が必要と思っています。家族と連絡がとれない病院に来ないで退院支援ができないのが最も困ります。
280	・同部署、医師、看護師と連携を図っている。 ・退院後のサポート面の充実
281	家族にはわかりやすく、やるように指導を行う。介護サービスを利用するに当っては、詳細に説明する等。 同相談室内のスタッフ、上司に相談している。また、病棟スタッフとも困難となつていて原因を共有し情報・相談室、双方でどう当時者に間違っていきさかを検討する。
282	困難な理由があっても、患者本人の意向を確認し、その思いに寄り添い一緒に実現可能かどうかを考えるようにしている。社会資源の不足や病院的にどうしても難しい場合は、本人にもその理由を理解してもらった上で、自己決定を促している。
283	・保証人や経済面については役所を何回も何回も協議しながらサポート体制をとれるように努力している。生活保護にはならない経済的困窮を抱える方への連携と対応している。 先輩に相談しながら、他職種や関係者との連携に対しては、
284	多少のお金が必要なら、身元保証人がいないケースが特に難しそうです。又、病状の受け止めに時間を要する家族、医療不信で時間を要する家族等。
285	院内、外関係者に広く情報交換している。軽費の見守りサービス+通報。
286	チームカンファレンスや退院調整カンファレンスを通して、意見交換独居入院が多いので、病院と地域のつなごりを密に取る。
287	同職種間や上司と相談したり、他職種や地域の関係機関と相談して対応している。
288	・Dr、MSWと相談して、家族との面談を数回行い調整(生保)
289	・家族関係の複雑さがあり、地域包括や行政(総合包括、生活)に相談しても精神的な介入がされず、治療が終了しても自宅に戻れない、戻せぬ、戻せぬ(同居家族がネグレクト)別居家族が経済的困窮で支援ができないなど、入院して問題が表面化する家庭が多い。地域包括システム構築と言われても果して機能するのかわからない。
290	病院だけでなく、行政との連携が必要。
291	・受け持ち看護師や介護スタッフ、担当医師と方向性、対応相談・家族、本人との面談をくり返し、方向性を構築(必要時)院内、外多職種間に入って頂きカンファレンス)
292	・必要(必要時)からの病状説明を設定していく。支援体制・病院の機能分担、急性期病院の役割(長期入院はできないこと等)を行政、公的機関も理解していき、協力を得られないことがあられる。今後地域包括ケアシステムの連携拠点等との協力、支援体制ができていよと思われ。
293	

294	退院カンファレンスを活用し、医療と介護の連携を図る。地域の方々の意見も参考にしながら、一番ベストな方法を考える。
295	本人の意向を出発点に現場スタッフと、関係職種が連携し合う。
296	関係者と何かお話し合いの場をもち、最善をつくす
297	・生活保護、独居の方が、ADLが低下し在宅復帰が難しくなると時や老老介護や介護する側がADL低下し、2人共に在宅が困難になってしまったなどのケースでは、入院時からケアマネと連携をしようとしている。またMSWにも早目に連絡して情報を入れているようにしている。今後は24時間体制の見守り巡回サービス等が充実してくれば良いと思う。
298	・困窮な場合はケアマネ、サージャビル担当者だけでなく、行政にも話し合い合ってもいい検討し話し合っても何回も行った。 ・退院後のフォローをどのようにしていくか。(在宅療養が長くつづけられるように)
299	・医療機関でカンファレンスなど、情報共有を行い、解決方法を洗い出して行く。
300	・場合によっては、地域でかわるスタッフを交えてカンファレンスをする。
301	いかに早期から介入していくか。サージャビルを増やせばいいのもでもない、サージャビルを増やさずに備すためにはADLを保つことが何よりADLをとおさずに備すための要因で取り組む。
302	・院内スタッフ、関係機関と退院支援の体制を共有し、退院支援をチームで取り組んでいく。 ・社会資源の発掘(精神科)と地域でのネットワークづくりにより、退院支援の幅を広げることが必要。又、健康でいるうちから地域の方々に医療介護の状態を知っていただき、病気が確かになり、病気が確かになり生活していきたいかを考え、話し合っておける準備を整えておくことも重要だと思ふ。
303	①本人、家族、担当看護師、主治医等、関係者との情報共有、困難である内容状況について明確にし、今後の方向性を再検討する場をつくる。共通認識した方向性に向かいチームで関わられるように働きかける。
304	②情報収集、資源活用。
305	困難となる原因の解決に向け真摯に取り組む事を意識しています。又多職種にも力を借り、協力しながら取り組まなければならない。困難事例であっても特別な事はしていません。しかし各部署ごとで退院に向けた取り組みを行わなければならないという意識を持たず、更に体制は強固なものになると想います。
306	入院後家族が不信不調になる、家族が年金で生活しており入院費の支払いができない、しない、医療費の支払いをしけない、家族が転院、退院を拒否するなど患者・家族に問題がある場合病院に強制的な権力はなく泣き寝入りなので、医療機関が相談できる窓口が欲しい。
307	状況に応じ、院内の他部署とも相談しながら退院支援、調整を進めていく。
308	新部門で話し合い、病棟、主治医、他部門と話し合い、患者、家族と検討
309	多職種間におけるカンファレンスの場が必要と考えるが、時間が作れないのが現状である。しかし、まめな意見交換を共有できるように心がけている。
310	院内カンファレンスを開き、問題点の共有と役割分担を行うようにしている。MSW一人で退院支援を進めることではないという認識を考慮する。
311	困難と感じる事例については、その事例にかかわるスタッフと協議する他、部署内で他SWの意見をきいたり、上司のSVを受けた上で行っている
312	・インフォーマルな資源の活用・ケアマネジャー、訪問看護師などフォーマルなサポートの人達に少しずつ+αの力(ボランティア)を借りてサポートを確保する
313	・ある程度準備が整うまで入院延長を伴い、介護保険の申請受理、タイミングを早期化(現状は病状が安定してから申請受理してもらえない)がある、設定に必要な期間短縮化。社会的問題に対して継続支援が可能なよう地域包括支援センターとの連携を強化する
314	・短縮化。社会的問題に対して継続支援が可能なよう地域包括支援センターとの連携を強化する ・がん終末期での介入の場合、まだ幼少のお子さんがいた時のサービス(家事支援含め)がない、在宅を支える為には検討して欲しい
315	高齢者支援センター(地域包括)や市の各関係部署(高齢介護課や生活保護課、障害福祉課など)や成年後見の支援を思っている行政サービスと連携している。成年後見申立書を入院中から開始すると非常に時間がかかり大変なので対象者としておられる方への支援と早期介入を地域から開始して欲しい
316	患者情報についても、家族と信頼関係づくりが不可欠な情報も集めたい。金銭的な問題があるケース、キーパーソン不在のケースが困難になることが多いです。Dr、病棟(師長など)他コマドイカルと連携を共有し、何で支援困難とある一定の設備・体制とのつた受け入れ先の必要社会全体で、施設利用の役割、施設利用に必要経費や内容を周知できるように働きかけが必要。成年後見制度の利用しやすさを追求してもらい、認知症、管理能低下・認知症方への幅広い支援制度、窓口づくりが必要。
317	キーパーソン不在、金銭管理できない方、事業者保証人になる方がいらないケースは低退院調整に時間がかかります。生保がつながることができない、年金がきりぎりざりある方だとさらに時間がかかります。判断能力のない、法定後見を利用する場合、もう少し手続きが簡略化できたらとは思っています。
318	・1つの機関では対応できない課題の場合は、関係機関(地域、行政など)をまきこんでチームとして支援できるよな対応を心掛けています。
319	・今後により複雑な困難事例が増えることが予想されるため、上記に述べたような地域の医療、介護だけでなく司法、行政、教育など様々な領域の連携し支援する体制が必要と考ます。 ・経済面ではMSWに相談し活用できる制度の確認をおこなう ・本人、家族それぞれ思いを尊重。本人の意向を尊重できるよう、話し合いの折り合いをつけるよう働きかける。 ・他県など情報の少ない地域に対しては公的機関への問い合わせをおこなうなどして地域からの情報をできるだけ集める ・家族と本人の意向のくいつくく違いが発生する時、多くの場合、家族が介護できる体制をとることができない状況があります。経済的に、家族が仕事を継続しなければならず、本人が自宅地帯になつてしまつたので、家族として退院して、もたらしては困る、など。社会資源を活用して、家族が在宅となる時間すべてを備うことができなかったりするので、家族にかかわる介護の確保や、医療処置の確保を重視できる。ケアマネージャーに任せ、関心をもたないケースがあるので、家族が自分ごととして考えておられる、病院・ケアマネージャーに任せ、関心をもたないケースがある。在宅介護を支えていくサービスの充実、働きかたの改善、必要)の充実が必要。

320	<ul style="list-style-type: none"> MSW、同部門にまず相談し(ケースCFMしたいものを行う)。地域包括や、地区在宅医療連携部門へ積極的に相談している。 今後は、地域でのレスパイト入院をうけいれたい病院を増やすなど、もつと地域の在宅医療部門を充実させないこと。ただ在宅だけでは無理。緊急(一時的にでも)をうけ入れたら在宅医療が必要。
321	<ul style="list-style-type: none"> 身寄りがいるを前提とれないケース(生活保護でもない)の時に、経済的に余裕があれば公益財団法人のみまもり家族制度等、利用を検討できるが、多くの場合、そこまでの経済的余裕がない。今後、そのような患者が増えたら考えるため、保証人がいない場合に病院で亡くなった時の支援体制が必要。 病棟や地域との連携を密に取る。 介護保険対象外の患者(年令・病期もひつかからない)へのサービスが、もう少し充実されると良いが、ケースを担当だけで抱えずに同僚・上司・チームで相談している。 本人の意思が確認できたらその意見を尊重、家族の意思も。 上記の両者が納得できた結果になる方向に向くよう調整する 自宅退院するイメージを常に持つて接する 他職との連携を密にする
322	主治医、病棟NS、退院調整NS、ソーシャルワーカーなど院内の多職種はもちろん、地域側全員で意思を一致させること。納得、合意の元でずめていく体制が必要と思う。
323	高齢世帯、夫婦どちらかが倒れば自宅生活が成り立たないような状態が家族サポートもない、経済的余裕もない世帯、とても増加していることと感ずる。が、何かあった時の先の話を日頃々の話でできるときの先のこと、意識決定。行く先(e.g.施設など)の予測など、もう少し具体的にしていれば良いのにも感じますし、そのような厳しい背景の方が安心して行ける施設の不足も感ずります。
324	<ul style="list-style-type: none"> 上司に適宜相談 行政の柔軟な対応
325	<ul style="list-style-type: none"> 上司、部署内で共有・相談し、解決策をねる。地域に相談する 部署内で必ず共有する。一人で抱え込まないようにしている 相談室内カンファレンス、スーパーバイザーに相談 医療の機能分化による、退院・転院の必要性の理解を促進するための、院内だけでなく、地域でも、わかりやすい普及活動が必要であると感じています。患者・家族だけでなく、行政・地域・施設にも、その理解は、乏しく、地域で支えていく仕組みづくりの1つとして検討していきたい。
326	<ul style="list-style-type: none"> 院内の職種、看護師、他の医療従事者とのかんファレンス及び長寿サポートセンター、ケアマネジャー等の社会資源担当者との連携による対応を実施。現在社会の特徴から地域社会(近隣住民)による互助支援が必要であり、お互い様ではない。支援者への経済的保証が確保されることが必要であると考え。※要介護・要支援者とならないためにアクティブシニアの時代から「いきがい」「モチベーションの確保」のための活動が必要と考え。その一環として田舎暮らしでの農作業、里山復活作業や釣り、ゴルフ等のレジャーの取組みを提案する、これは個人の要介護抑制対策のみならず、地方の活性化対策への対応とも考え。 部署内で対応に相談。地域団体機関(在支など)に相談。高台独居が多いのでがん末期や医療依存度が高い人も対応し、経費差でも入り高くない施設が必要。
327	<ul style="list-style-type: none"> 経費差でも入り高くない施設が必要。 また、医療資源の配置がバラバラでいて、地域差があることで有効活用ができない場合があるとも感じています。
328	<ul style="list-style-type: none"> 退院調整のメンバーと相談して助言・アドバイスをもらう。
329	<ul style="list-style-type: none"> 同じ所属の先輩方に相談したり、外部の関係機関と連携を図ったりして、協力しながら対応する。外部とのスムーズな関係、連携を図るの支援体制が必要。
330	<ul style="list-style-type: none"> 身元保証、患者の財産管理ができる人がいない場合、退院支援のみならず、入院費用の支払い方法なども困るケースがある。後身をつけるなどが適応なのだろうが、書類を書いたり時間がかかりすぎる為、使えない時が多い。公的サービスの一貫として、一時的(後見人がつくまでの間など)に患者の身元保証、財産管理をしてくれる支援体制があれば、良いと思う。
331	<ul style="list-style-type: none"> 近隣施設の仲間と情報共有し助言を得ている
332	<ul style="list-style-type: none"> 糖尿病と併発している 糖尿病看護認定看護師をしていきます。糖尿病とそれによつた患者さんに特化して介入をしています。インスリン注射をヘルパーなどでもできるように法改正していかないと今後独居、老老介護の糖尿病患者さんたちの支援がいきづまってしまうと思います。
333	<ul style="list-style-type: none"> 病院内に様々な専門職が配置されたため、一人の患者の入院に際して、多職種で関わるようになりました。多職種チームで把握することも必要になります。看護師が病棟業務をしながら、総合的なケアマネジメントをしたり、交替勤務をしながらプロセセスを把握するのが難しいと感じています。
334	<ul style="list-style-type: none"> まずは本人がどうしたいと考えているのか、話を聞くようにしている。 MSW、退院調整看護師とケースのアセスメントをしたり、介入の方向性を検討している。 病棟看護師に、本人や家族の思いを確認するよう促すこともあります。現状では、病棟看護師が本人や家族の意向を確認することができ、あまりに促さなくてもいいのではないかと感じています。また、退院支援は動きのあるものなのでプロセセスを把握することも必要になります。看護師が病棟業務をしながら、総合的なケアマネジメントをしたり、交替勤務をしながらプロセセスを把握するのが難しいと感じています。
335	<ul style="list-style-type: none"> 面に出てくるような時もある。本人や家族がどうしたいの考えを力をつけていく必要があると考える。 支援・調整が困難な場合、私はまず院内の職員(先輩、退院支援の職員、DR等)に相談できる環境で対応をしています。場合によっては、日頃から関わりのある近隣の病院のMSWや居宅介護支援事業所、施設の担当者の方に相談をする事が多いです。今後はさらさら社会資源を把握し、インフォーマルなサービスマネジメントを共有できるように体制を整える事ができたら、支援の幅が広がるのではないかと思います。
336	<ul style="list-style-type: none"> 区役所などと相談していくしかない 無居、無居の充実(厚労省、国交省でもっと協働してほしい) 無居、なんちゃって有料、無償宿泊所を設けてほしい

344	<ul style="list-style-type: none"> 部署内で相談したり、他職種かんファレンスをするなどして、対応しています。 在宅調整：天人の場合はご本人・ご家族、小児の場合は(特に重症児用)は、ご家族の意向をもとにして、外出・外泊など同行したりしながら、調整していく。在宅でのイメージをもつと、スムーズに進むことが多いが、地域で支援の核となる方を見つけていることが大変難しいことがある。
345	<ul style="list-style-type: none"> 転院の場合：ご本人たちの思いをしっかりと受けとめたら、医療の流れの上で転院することが必要であると理解してご連絡することが多い。そこをはずして急ぐと、かえって長期化する。障害者のケアマネジメントを行う支援相談員との連携が必要。(医療について、あまり学んでおられない方が多い。) 必要・ネットワークの構築・打診先の拡大、交渉 ご家族とできるだけ多く相談する機会をつくるようにしている(電話による相談も含めて) 地区の地域包括支援センターから情報収集を行ったり、退院時、地域での見守りを依頼するために、連絡を行ったりしている
346	<ul style="list-style-type: none"> スタッフ間での相談 経済的な問題はNSにも相談(ホスピス申込の際の家人手続きの必要性をもう少し柔軟に進めていける体制が必要)
347	<ul style="list-style-type: none"> 先ずは院内スタッフにて医療的側面の検討、ケアマネからの入院前の情報追加での再アセスメントを行う。地域的に高齢・独居患者が多く、整形疾患が多いため、入院前よりADLが低下するケースが多い。幸い、ケアマネも在宅生活維持を目標として、協働を促しているが、都内にもあることから、施設サービス利用に関し、経済的ハードルが高い。当院も含めてだが、空き病床を公的に医療ソーシャルワーカーが確保できるようにしたい。
348	<ul style="list-style-type: none"> 包括支援センターや区役所に相談している。病院スタッフが退院支援に理解を深めていく事。早期より対応、又、地域でも連携しインフォーマルなサービスの充実も必要ではないか。 上司やスタッフに相談して、解決策をねる。スタッフ(そのP.Eに問わず)全員が、そのP.Eの退院に向けて協力できる雰囲気や、思いがあるといい
349	<ul style="list-style-type: none"> 相談室内で報告を行い、今後の対応について検討を行う。部署内で検討を行い、チームにフィードバックを行い支援を行っている。今後としては、外部の機関とも情報共有を行い、サポートチームを作っていく体制が必要と思われる。
350	<ul style="list-style-type: none"> 職員皆で相談、協力していくしかないでしょう。また院内だけでなく院外協力者とも相談、協力して対応していくしかないでしょう。しかし職能によってはそういった協力が望めず担当者だけが苦しんでいるところもあるのではないかと思います。国が医療費の抑制や医療資源の効率的活用のため、退院支援・調整を本気で重視するのなら、それだけの医療機関、それぞれの担当者の努力に委ねるのではなく、国としても国民への広報をすべきでしょう。そして退院支援・調整が、その側面にも対応する。皆にとつて思慮のある体制を構築すべきです。
351	<ul style="list-style-type: none"> 他の職場内の社会福祉士へ相談する。場合によっては退院調整看護師など他職種をまきこんで対応する。また当病棟では在宅支援を、看護師、転院支援を社会福祉士が分担している。方向性が変わった時に相互に頼んでいる。(現在は指導(で行う)支援体制について、分担して任せざる、というのではなく、社会福祉士も在宅支援ができるようには、共通(教育)が必要であると思う。
352	<ul style="list-style-type: none"> 関係機関との協力をし、対応している。サービス量を使えるようにすること。退院支援をしている人のスキルアップが必要。
353	<ul style="list-style-type: none"> 病院の機能分化により特定機能病院内では、その役割を担うため早期の退院支援が必要となります。病院側としては、在院日数での短縮をしないとマイナス要因が大きくなりますが、受け手側が医療依存度の高い状況で受け入れられる施設が限られていて、ソフト面共に整っていないように感じます。
354	<ul style="list-style-type: none"> 面談して困難なことを具体的に情報の詳細となり、地域包括、居宅、(ケアマネ)訪問、往診に直接話して解決策・案を包括している。特に経済的な面が強いので、社会資源をもっと活用するか、現場の方に合うことで、随分解決しています。
355	<ul style="list-style-type: none"> 問1.1.の中でも、複製の要因が重なっていること、より困難と感じる割合が大きくなります。対応としては、①事例、ケース検討を部署で行い、ひとりがかかるとまじまじにすること、②関係機関、特に役所の担当部署と出向など協力も求めること、③そのようなアクションを病院として組織的に行う必要がある、と上司が認識していることなどがあげられます。今後必要な支援体制として、院内で退院支援についての理解を高めること、院外関係機関(ケアマネジャー等)にも理解を促していくことと思います。
356	<ul style="list-style-type: none"> 院内のみならず、地域の関係者と早期に連携し情報共有と共にカンファレンスを開催し対策を検討する。 医療依存度が高い場合、家族の介護負担を軽減するためにヘルパーの医療行為、看護小規模多機能型居宅介護の充実が必要。
357	<ul style="list-style-type: none"> 院内内外の支援者、関係者とカンファレンスを組み、どうしたら病院以外の生活ができるようになるのか、話し合う。 病院だけで抱えられないよう、行政、地域を巻き込んでいく。KPや本人に主体性をもってもらえるよう支援する
358	<ul style="list-style-type: none"> 経済的課題のあるケース できるだけ費用の安い社会資源につなぐ なんとか在宅に居残るよう知恵をよぼぼって在宅調整する 病院にない在宅サービス。役所に問い合わせる。療養H:Pの自費部分を支払えない実態と、生活保護の最生活費が整合性がないので、公的に優先補助制度をつくらせてほしい
359	<ul style="list-style-type: none"> 基本面的に回復期リハビリテーション病棟専任として全患者の退院支援・調整に携わっている。今後は個別のニーズに合わせて院内および地域とも一層システムマティクな連携体制の構築による退院支援・調整の円滑化を図ることが重要と考える。 対応について：部門内、院内多職種、関係機関とのカンファレンスなどで対応策について検討する。制度の不備によつて、退院が難しい場合は、調整を含み程度解決するまで入院継続となってしまう現状
360	<ul style="list-style-type: none"> 今後支援体制について：家族を含み程度解決するまで入院継続となっている現行の制度では、対応できない人たちの存在(身元保証のない人や車身者、意思決定が難しい人(e.g.認知症など)による認知機能の低下など)が複雑に絡み合っているケースなどが増えている。現行の制度利用が難しい、時間がかかる(e.g.成年後見制度)ために、長期入院となる方が増えている。こうした方々に対してできるような利用しやすい制度への改善が必要。地域の資源側の利用担当(身元保証人がいないと可など)もある。制度改善によつた状況が避けられる可能性はあるが、資源側の意識改革も必要かと思う。 1時々入院、ほぼ在宅)と云われているが、受け皿が少ない事をどう考えるのか。在宅支援診療所・ホスピスを増えるのか、増して欲しい。
361	
362	
363	
364	
365	
366	

367	<ul style="list-style-type: none"> ・市行政、縦割りでない対応休日対応を行なって頂きたい・認知症、精神疾患への理解と、専門病院との連携支援が必要と考えられている ・疾病予防対策、国民の死生観の育成
368	医師、看護師、薬剤師、理学療法士、MSW等多職種でカンファレンスを開催し困難な内容を情報共有し、対応している。医療介護を分断せず、一体化される支援体制が必要と考えます。がん患者が増えている現状からホスピス病棟の増床を望みます。
369	とにかく患者さん、家族と向き合い、話をきき、困難な中でどうしたいか話をきき、院内の同職種や他機関の方と連携し、相談し、相談し、何かよい手はないか、協力しながら、協力しあえないかなどネットワークを活用する。困難事例の事例検討会などを実施する。⇒事例対応室のようなものをつくり、蓄積する
370	<ul style="list-style-type: none"> ・どの制度でも負担が生じる若年者の鬱疾患、障害者対策 ・金銭的に余裕のない方ほど生命倫理という観点で何らかの支援がある ・認知症対策 ・介護難職する家族があるようにならないか ・在宅調整の看護師が1人であり、入院患者のみならず外来患者のケアマネからの対応、訪看からの依頼対応がふえ、限界がある。人員配置を施設規模で決めて頂けたらと思う。
371	<ul style="list-style-type: none"> ・系列の病院や以前に困難ケアを受け入れてくれた施設や病院に依頼している ・市に介入してもらおう
372	退院介護を担当するスタッフ（社会福祉士や看護師）が少なく、件数が増えなくてもスタッフが揃っていない。件数ごと人員を定める規程が必要と考えられます。
373	・多職種カンファレンスを聞き、多職種の意見を聞きながら進めている。
374	・今後、認知症の方がますます増えると思われ。認知症、独居の方の支援等が早急に求められると思う。
375	先輩に相談したり、院内職員に相談する。地域資源に問いあわせて相談する。
376	非協力的な家族や客意識が強い家族（例：「病院側が退院までしつかりとサポートをやるのが当たり前」）「なかなか退院に促さない」「クレーム」といった人）に対して、病院がとれる措置について、明確な制度を定めて欲しい。（実際にこれこれ患者側は得をする…感が強い）
377	患者・家族のニーズが複雑化しており、ますます多職種での患者支援体制の質やシステム整備の必要性が高くなっていると感じる。
378	同僚や地域包括支援センターなど行政、他院の相談員などに相談する。症例検討会（院内、地域など）で困難事例を共有し合い、支援を考える
379	院内他職種と協議し、患者・家族へのアプローチや解決策について検討し対応している。また、院外の同職種に相談し対応している。
380	自分1人では解決できない為、誰かに相談します。相談する相手は、一緒に働くSWであったり、病棟の師長やスタッフ、医師、薬剤師、リハスタッフ、CMさん、そして家族の方などです。自分が何に困って退院支援や調整が困難となっているか伝えるようにしています。
381	ケアパーソン不在で経済的問題を抱えたクライアントについては最終的には自治体（高齢者支援課・地域包括支援センター・社会福祉課等）へ相談している。地域包括ケアシステム構築の動きの中、地域住民の支援体制において病院単独での支援は難しい為、自治体においても支援に協力してほしい。又、自治体において、支援体制の格差が生じないことが必要と考えます。
382	役所や地域中核支援センターへ相談。地域によっては役所の対応（相談してからの介入までの時間、関わり方）にばらつきが大きい。どの地域であっても対応に差が出ないようにしてほしい。
383	急性期病院などの、自法人の持つ他資源（療養病棟、回復リハビリ病棟、老健など）を使う。
384	退院調整が困難な方については院内の各職種のみなさん、地域の支援者との連携が必要で、特にケアマネや、介護保険のサービス事業者以外にも、市町村の生活保護ワーカーや、保健師、それ以外にも民間のサービス事業者（介護保険外）等との連携も必要です。将来的には、介護保険や、障害者サービス以外のサービスも複合して包括的に支援を行っていく体制を地域で作っていく必要があると思います。
385	救命センター入院の患者さまについて専従で相談を担当している。独居、身よりなしのケースについては本人が意識があれば本人の自宅へ訪問も含め生活、入院がなりたいように対応している。ENT時地域での連携が多いが、財産あり等の場合が難しく、身よりなしの場合、生活費が担当で相対しているケースが多いが、財産あり等の場合の相談が難しくなっており、対応に苦慮している。F aの希望が高いが、大学HP、一般病棟と、医療費H Pとの差がありすぎて年令の若い方の入院先についてはF aの希望になかなかそそげず苦勞している。もう少し治療してほしい、経過をみてほしいと願っており、それをかなえない一般HPがない
386	介護家族への総合的な支援策が急務。例えば、休職やリワークの保障、介護者への現金給付など。また同居家族がいて必要な家事支援が受けられるよう打って欲しい。末期がんや脳卒中後遺症（高次脳機能障害など）により資産管理が難しくなっており、対応に苦慮している。また、任意後見などもありますが、調状な資産がない高令者には毎月の支払いも負担になっており今後何らかの対策が必要だと思う
387	院内職員の意識を高めるために、面接時同席を求めたり、意見を求めたりする。
388	上司と相談の場を設ける
389	家族と本人の意向のくい違いに関しては医師から再度説明してもらったり、家族間で話し合いをしてもらったりしている。地域の方の協力を得たりしている。ただ問題が1つだけであることがほとんどなので様々な職種と協力しながら行なっている。
390	在宅日数等、国の定めている基準まで支援が間に合わない場合、他院で引き続き支援にあたって頂く等、検討し実行する。①で挙げた重度認知症では主治医と相談し、専門医に診てもらおう等、関係のあった援助者等の意見をきながら協力して支援していきます。
391	社会資源の有効利用 超高齢者や独居の方の困難事例が多く、国が定めている医療制度の仕組と現場の実情とは大きなギャップがある。急性期2週間余りの入院でこのような社会的問題の有る方の退院調整は非常にむずかしく、受け皿を考へてほしい。
392	<ul style="list-style-type: none"> ・家族は、家族の協力がない場合で、経済的にも苦しいと、どこにも養老先がない。私はがん患者担当なので、医療依存度も高く、変化も急であるため、調整も時間も勝負と、調整も時間との勝負と、本人が在宅を望むのであれば、できる限りタイムリーに時期を過ぎず調整します。その場合、頼りになるのは顔の見え、気持ちの伝わる連携が必要なので、常日頃より仲間づくりを心がけています。不具合は部署内で話し合っ、解決しています。 ・相談室内のカンファレンスを実施と院内スタッフと情報共有。個別に検証し、成功事例のポイントを関連付けるシステムの構築が必要と考え
393	<ul style="list-style-type: none"> ・理解力低下あり、金銭的に生保申請までもない身元保証人の方がいないケースの場合、成年后見や安心サポートの利用を検討するが実際にその支援を活用するのに3カ月以上かかってしまい、その間適切な機関へ移動（リハHP、施設）できない。 ・本人、家族ともにも病状活動に対する期待度が高く、現状を理解していただけない。 ・又、本人と、家族の意向があわず離れない ・訪問診療してくれるDR が少ない→DR のネットワークが必要 24h 対応してくれる訪問看護が少ない→ステーションや人員の増加 ・MSWに相談 ・担当ケアマネジャーに相談
394	成年後見人の申請ができる場合には、対応していますが、後見人となり動き出せるまでに半年〜3か月程度、時間を要します。その間、転院できない状況になっています。
395	<ul style="list-style-type: none"> ・院内外の関係者とこまめに情報共有している。 ・自宅退院での困難例では、地域の有難職等、混じえて、話し合いを行う。 ・ケアマネにより、調整、連携力の力量が違ふ。一教育
396	困難であっても解決しなくとも解決しなくともはならないため、ひたすら支援方法を考えっていきます。支援体制が必要と思われものにはケアマネや地域包括、訪問看護等と相談しながら調整をすすめています。地域における、介護サービス、訪問看護、訪問診療等のより充実（受け入れ先を増やす）が必要だと思う（上記サービスがすぐには調整できず入院が長引いている事も多々あり）。ケアマネの教育体制…ケアマネによつて全く調整期間や内容が違ってくるので
397	<ul style="list-style-type: none"> ・経験豊富な上司やMSWにアドバイスを受け対応しています。その都度相談するようにしています。 ・介護包括ケア精神、回りハなど中間施設は多くできているが、結局最終養護場所が決まっていけないと受け入れられてもならないので、急性期の調整ごとにおこる ・医療区分が1でADL区分3の人の受け入れ先がない。 ・お金があれば行き先はあるが、一般所得の人が、家族の入院費用を出せないとよく言われる。
398	部署中での情報交換、他施設への情報提供をし、解決していきよう、努力していきます。老々介護の地域での対策を踏まえていっています。
399	<ul style="list-style-type: none"> ・院内関係者とのカンファレンスによる協議 ・部署内での相談
400	<ul style="list-style-type: none"> ・患者家族との継続面談 ・院内関係者との相談 ・部署内での相談
401	<ul style="list-style-type: none"> ・お金の面で情報交換、他施設への情報提供をし、解決していきよう、努力していきます。老々介護の地域での対策を踏まえていっています。
402	<ul style="list-style-type: none"> ・高齢者のDR、男性DRの増加、婚姻外のキーパーソン増加などの社会背景の変化に対応したサービスや制度の構築が必要。 ・先輩や上司に相談している。地域の資源を把握し、相談しやすい環境作りをする。 ・アセスメントの実施 ・院内の密な情報共有 ・社会資源の適切な活用
403	<ul style="list-style-type: none"> ・外部との連携を図り、利用できるサービスを利用して退院につなげていく。 ・社会資源の活用。精神、医師、近隣の病院との連携を図る。困難ケースの対応の際、その都度何か利用出来る制度等がないか、インターネット（厚生HP、市役所HP等）でも調べ。最近の困難ケースでは、児童虐待や任意留置格のない外国人等の困難が増しているため相談のスキル上げ、迅速な判断力が必要と考え。高齢者に伴い、車身や身寄りなしの増加が見受けられるため、入院前に開いていた他機関や隣住人との密な連携・顔の見えの良好な関係を築いていく必要がある。最後に、一人一人により質の高い支援と、迅速の介入をしていくためには、MSWの増加は絶対である。
404	<ul style="list-style-type: none"> ・成年買付制度を使いやすい制度に。銀行等のサービス系を、どのように使っていくか、独居、認知症の方の場合等こまることが多い。自分のケアを、どうするか、お金の管理をどうするか、決めておくのが普通である、という、考え方の広まり。
405	<ul style="list-style-type: none"> ・経済面や、身元保証人の不在などの環境的な問題より、治療への理解や、現在の医療体制の世間での認知不足により調整が困難となるケースが多いと感じる。急性期病院で長期の入院ができないこと、療養期病院では積極的な治療がおこなえないこと、を医師、看護師など一線に語り返し説明していくしかない、それでも理解いたさない場合も多々ある。病室やMSWが追い出しているという印象をもたれることも少なくなく、対応に苦慮している。現場での対応にも限界を感じるので、もっと国をあげて国民へアピールし周知していただかないかと思う。 ・転院は望まないではないかと思う。
406	<ul style="list-style-type: none"> ・院内の密な情報共有 ・社会資源の適切な活用
407	<ul style="list-style-type: none"> ・外部との連携を図り、利用できるサービスを利用して退院につなげていく。 ・社会資源の活用。精神、医師、近隣の病院との連携を図る。困難ケースの対応の際、その都度何か利用出来る制度等がないか、インターネット（厚生HP、市役所HP等）でも調べ。最近の困難ケースでは、児童虐待や任意留置格のない外国人等の困難が増しているため相談のスキル上げ、迅速な判断力が必要と考え。高齢者に伴い、車身や身寄りなしの増加が見受けられるため、入院前に開いていた他機関や隣住人との密な連携・顔の見えの良好な関係を築いていく必要がある。最後に、一人一人により質の高い支援と、迅速の介入をしていくためには、MSWの増加は絶対である。
408	<ul style="list-style-type: none"> ・成年買付制度を使いやすい制度に。銀行等のサービス系を、どのように使っていくか、独居、認知症の方の場合等こまることが多い。自分のケアを、どうするか、お金の管理をどうするか、決めておくのが普通である、という、考え方の広まり。
409	<ul style="list-style-type: none"> ・経済面や、身元保証人の不在などの環境的な問題より、治療への理解や、現在の医療体制の世間での認知不足により調整が困難となるケースが多いと感じる。急性期病院で長期の入院ができないこと、療養期病院では積極的な治療がおこなえないこと、を医師、看護師など一線に語り返し説明していくしかない、それでも理解いたさない場合も多々ある。病室やMSWが追い出しているという印象をもたれることも少なくなく、対応に苦慮している。現場での対応にも限界を感じるので、もっと国をあげて国民へアピールし周知していただかないかと思う。 ・転院は望まないではないかと思う。
410	<ul style="list-style-type: none"> ・院内の密な情報共有 ・社会資源の適切な活用
411	<ul style="list-style-type: none"> ・外部との連携を図り、利用できるサービスを利用して退院につなげていく。 ・社会資源の活用。精神、医師、近隣の病院との連携を図る。困難ケースの対応の際、その都度何か利用出来る制度等がないか、インターネット（厚生HP、市役所HP等）でも調べ。最近の困難ケースでは、児童虐待や任意留置格のない外国人等の困難が増しているため相談のスキル上げ、迅速な判断力が必要と考え。高齢者に伴い、車身や身寄りなしの増加が見受けられるため、入院前に開いていた他機関や隣住人との密な連携・顔の見えの良好な関係を築いていく必要がある。最後に、一人一人により質の高い支援と、迅速の介入をしていくためには、MSWの増加は絶対である。
412	<ul style="list-style-type: none"> ・成年買付制度を使いやすい制度に。銀行等のサービス系を、どのように使っていくか、独居、認知症の方の場合等こまることが多い。自分のケアを、どうするか、お金の管理をどうするか、決めておくのが普通である、という、考え方の広まり。
413	<ul style="list-style-type: none"> ・経済面や、身元保証人の不在などの環境的な問題より、治療への理解や、現在の医療体制の世間での認知不足により調整が困難となるケースが多いと感じる。急性期病院で長期の入院ができないこと、療養期病院では積極的な治療がおこなえないこと、を医師、看護師など一線に語り返し説明していくしかない、それでも理解いたさない場合も多々ある。病室やMSWが追い出しているという印象をもたれることも少なくなく、対応に苦慮している。現場での対応にも限界を感じるので、もっと国をあげて国民へアピールし周知していただかないかと思う。 ・転院は望まないではないかと思う。
414	<ul style="list-style-type: none"> ・院内の密な情報共有 ・社会資源の適切な活用
415	<ul style="list-style-type: none"> ・外部との連携を図り、利用できるサービスを利用して退院につなげていく。 ・社会資源の活用。精神、医師、近隣の病院との連携を図る。困難ケースの対応の際、その都度何か利用出来る制度等がないか、インターネット（厚生HP、市役所HP等）でも調べ。最近の困難ケースでは、児童虐待や任意留置格のない外国人等の困難が増しているため相談のスキル上げ、迅速な判断力が必要と考え。高齢者に伴い、車身や身寄りなしの増加が見受けられるため、入院前に開いていた他機関や隣住人との密な連携・顔の見えの良好な関係を築いていく必要がある。最後に、一人一人により質の高い支援と、迅速の介入をしていくためには、MSWの増加は絶対である。
416	<ul style="list-style-type: none"> ・成年買付制度を使いやすい制度に。銀行等のサービス系を、どのように使っていくか、独居、認知症の方の場合等こまることが多い。自分のケアを、どうするか、お金の管理をどうするか、決めておくのが普通である、という、考え方の広まり。

417	ケースワーカーや区役所職員、訪問看護師やPT、OT、ST、医師ケアマネジャーなど院内内外の他職種と連携を密にとる。
418	多職種、関係者でディスカッション、退院支援、調整の教育システムの構築、スーパーバイズ。 困難な場合には、部署内のスタッフに相談している。またケアマネジャーや地域包括支援センターに相談している。生活保護受給者は、介護施設の認定が下りなければサービス利用できない(暫定プランは難しい)。また、介護者が高齢化しており、在宅で生活したくても困難な場合が多い。介護度が低いと施設入所も難しく、経済的理由で調整が困難となる。在院日数が短くなっていく中で、受け入れ先がなく、急性期病院で社会的入院となるケースがある。在宅での生活が困難な場合、施設等も検討していかなければいけないが、待機時間が長く、療養型病院も医療区分がとれない等があり、中間施設が必要。また在宅であれば、もっと介護サービスを受けられるようになっていくように、独り暮らしでも地域で暮らしている体制づくりが必要だと思う。又、病院・地域(ケアマネ、診療所等)の在宅の知識の向上に努める必要もあると思う。
419	家族と疎遠、認知機能の低下、金銭管理困難といった複合的問題が発生した場合、現行の制度下での限界を感じる。一方で、急性期HHPのベッドの有効活用ということを考慮すると、より一層困難さが増す。地域関係機関(公的機関含む)と協力し、対応しているが、今後、複合的問題を有する困難事例は確実に増加することが予測されるため、制度の限界、社会資源の不足に不安を感じている。
421	ソニータラワーカー間での症例検討や多職種・多機関と連携しカンファレンスを開催する等
422	その都度DR、や病棟・病棟調整部署のNSやSSWと相談し、地域担当とも連携を取りながら行っています
423	・1回のカンファレンス時、困難事例を報告し、様々なアドバイスを頂く。 ・MSWに相談し、アドバイスを受けながら調整を進め、場合によってはMSWに同席を求め、それでも困難であれば、MSWに担当を変更し、対応してもらっている。
424	医師・看護師スタッフ、家族間の調整、および当該医療相談スタッフへ対応依頼。医療相談スタッフへの情報共有。今後の支援体制は、各専門職の協力及び地域を含めたかわりがあり、重要な項目となってきていると思われる。基本的なことであるが、入院と同時に退院支援が必要か否かを確認し、必要であれば、早期に家族などと、かわりを持ち連携を図っていく。
425	患者、家族、各専門スタッフの情報を一ヶ所に集約し、全てのスタッフが情報の格差なく、共通の認識をする事が出来る様にとつとめる。
426	高齢者が多かったため、入院してきた時点で家族との関わりを深め、患者背景を知っていく必要がある。入院中、退院の目安がたつたから早急に他職種とも連絡をとっていく
427	◎入院に必要な患者への施設が少ない。また、認知症で徘徊のある患者を受け入れられる所がない。自宅での家族の認知と限界がある。他の施設に無理をお願いする場合などもあり、これらの施設の拡充が急がれる
428	・制度に該当しない虚弱患者の支援者、相談先がない一見守り等地域住民、ボランティアの育成を関係者と連携する必要がある。 要がある。 要がある。患者の重症度が高くても、在宅サポート体制の方々と、一緒によく話し合いながら、だったら、困難ではないと感じ、急性期病院の中のDR、師長クラスのNS、など、病棟の外の在宅サポート体制、在宅療養の実現、を知らなくないし、急性期病院もつきにくい。自分自身も、病院の中だけでずっと働いてきたため、この知識不足に苦しむ。もっと、退院後の生活はどうなるのか、今までの生活はどうなるのかを知る機会が欲しい。老々、認知症の背景、背景が、急性期病院ではわかりにくい。ケアマネは誰?主、介護者は誰?
430	各方面に過度な負担を強いるしかない。地域をあげてのサービスの充実の必要、能力があるサービスの向上、負担が片寄っている
431	かかわっている他職種、多職種とカンファレンスをして一緒に対応。 部署内で相談、グループ内(他事業、他職種メンバー)のミーティングで相談できる体制があり、一人でかかえ込むことは少ないようなシステムがあります。しかし、当該入院患者は在院日数が短期であり、入院期間MSWが介入できる時間が少ない。介入の必要性の有無についてのチェックリスト作成やアセスメントツールの作成をして、他職種の協力体制が必要。
432	・夜間のホームヘルパーや訪問看護などが利用出来るように、サービス体制の充実が必要だと考える。
433	各部署、自分の部署の意見や担当ながら、病院として退院調整をすすめていき、個人が進められないように心がける。
434	院内、院外の様々な職種の方々と相談しながら退院調整をすすめている。
435	部署内や病棟内で相談、検討している。
436	部署内および院内(医師、医療事務室職員、看護局等)で相談、検討している。
437	先輩MSWに相談したり、近隣HHPに相談しています。定期的な交流会や、研修で顔の見える相談ができる環境はありますが、私の勤務の都合により参加できないこともあります。
438	院内の他職種や職員に相談したり、院外の関係機関等へ相談をする。必要に応じてカンファレンスを調整し、開催する。
439	退院支援、調整には、チーム医療が大切だと思います。他職種と一緒に連携をどうやったり、スムーズにこなすので、地域のケアマネと1回/2ヶ月程度カンファレンスを実施したり、川口市保健所かんで行っている退院支援ナースの会ギに出席したりしている。地域でのコミュニケーションも大切にしている。
440	院内の自部署、他部署スタッフへ相談、ケアマネや地域包括支援センターへ相談、身よりのない、家族が疎遠などで、退院に向けて後見人申立を立てなくて必要と思われる場合、行政の協力や介入が必要だが、困難な事例は多いので対応に差がある。行政とも相談しやすき協力してくれる体制が必要と思われる。どの医療機関も困難事例はあると思うため、自院だけではなく、多くの機関と事例の共有や相談できる体制があるように思う。
441	相談室内で、事例検討したり、院内スタッフに相談したりして対応している。場合によっては、近隣の地域の相談員に相談し、活用できる社会資源について情報を得たりしている。
442	・上司、看護師等と話し合い、カンファレンス
443	・医師、看護師等に話し合い、カンファレンス
444	先輩や医師・看護師・リハビリスタッフにアドバイスを求める。
445	関係機関との連携を密にしている。
446	退院支援が困難な場合には、役所の高齢、障支支援課や地域包括支援センターと連携をとり、情報を共有しています。今後の社会資源の活用など、アドバイスも受けたいです。家族が多忙につき連絡が取りにくい場合は、Eメールなどのツールを更に活用していければと思います

447	対応・地域のサービス機関や支援者への相談、協力要請、院内他職種との相談(MSW、医事課等)。体間・地域で、在宅生活を維持していくための課題抽出や対策の検討をする場・地域と病院をまたいで双方からの相談に対応できる場など
448	できるだけ支援協力者を増やせるよう関係機関と連携をとるようになっている。 ①福祉・高齢者施設により、ケアマネや介護サービス、環境に差がある。 ②施設により介護力の差が大きい、何か、チェック機能はないものか。 ③一人の患者さんで地域の施設と、当院で連携して看ているのに、病院に対し敬視のような態度が感じられる。病院は介護サービス施設ではない、役割が異なることの認識が弱い。 ④喉吸引、食事介助の技術をもっと向上してほしい。 ⑤市の高齢福祉課等があるが、医療にもかかれず、痛るところもない高令者が多い。そういった人々の把握や支援がとってもらってほしい。 ⑥MSWが少ない。
449	自己の知識が不足していることで研修に参加したり、自己学習をしたり、相談アドバイスをもらいながらやっている。相談、アドバイスをもらっている環境にしていること 共に開くスタッフと共に検討し、案を出している。在宅サービスや在宅療養の機関については不足と感じることは少ない。病院の医師が退院支援や在宅療養について理解しておらず、スムーズに進められないことがある。そのため退院時期が遅れたり、状態が悪くなってしまっていることがある。一般の人へも退院支援などについても知ってもらいたいと思っている。院内でもこの部署が有効活用されていない。(特にMSWとの協働ができておらず非効率的。)
452	看護師、MSWと共同カンファレンスを実施しどのように調整するか意見をもらう。地域の担当者と情報交換し退院後も継続して介入してもらっている
453	自殺企図 case は困難な場合が多い。アセスメントがしっかりと出来る研修体制を整備することが肝要と考える。
454	退院調整部門、医師、精神看護師、ケアマネなど状況に応じて相談しながら対応しています。どんな支援体制が必要となるのか、思いがつかないのですが、ケース毎に必要な職種と相談しながら対応しています。
455	法曹・院内主治医やスタッフとのカンファ・退院前カンファで可否検討・インフォマーショナルな資源の開発・弁護士・司法書士等、相談・行政への介入相談 必要な体制・机上の空論ではない地域包括ケア・身よりのない人、経済的に厳しい人の成年後見以外の支援策
456	経済的に問題はないが、身よりのない方の対応、後見人など選定していかない方が多く入院となり、問題が表出される。すくみの対応が求められる為、時間をかけず、行政など、対応していきたい。
457	病院内の医療者が退院支援に関して協力的であり、職種に関係なくチームで解決しようとする姿勢と実行が必要。また、家族が協力的でない(方針を決めていくなど、から退院後のイメージを持つなど含めて)退院調整がすすめられない。家族の教育も必要と思う。
458	・サービスについての情報の不足が対象者をささえる家族に十分情報提供がされていない。この辺りのフォロー・サービス利用について介護状態になった利用する事のメリットを今から知らなくともいい事かと思う
459	もう一度、希望や要望を確かめる。他職種で今後の方針を話し合う。 ・よく話し合い、日本の医療体制の現状などを家族にわかっていたらよかったように感じています。(本人が退院したいが家族は入院継続を希望する) →まだ広まっていますが、在宅医療の体制、日本の医療の現状などもっとメディアで広めてほしい。
460	・少しハリハバリをすれば在宅生活が出来る方の場合、地域包括ケア病棟や小規模多機能など、ワンクッションおける場所が増えている。 ・退院直後が一番支援を必要とするので、退院後1ヶ月くらいは介護度の限度を少しこえても(もしくは介護度がでていなくても)密な支援が求められるシステムにしてほしい。
461	上司・同僚と相談の上、他職種とも情報共有。打診先の候補(病院・施設等)の選定に役立つ情報収集、管理がなされている意図不足については、その都度スタッフに説明している。家人へも理解できるまで医師含め説明してもらっている。当院内の意識不足については、その都度スタッフに説明している。家人へも理解できるまで医師含め説明してもらっている。当院内の意識不足については、その都度スタッフに説明している。家人へも理解できるまで医師含め説明してもらっている。当院内の意識不足については、その都度スタッフに説明している。家人へも理解できるまで医師含め説明してもらっている。
462	主治医・看護師、その他の相談員と連携をとり、必要であれば事務職の係長級にも介入していただいている。退院調整がすすんでいる。
463	院内全体で支援できる体制を整えていく必要がある。
464	院内多職種によりカンファレンスを行い、治療方針を確認、退院阻害要因を検討し、必要なサービスを確認し、本人や家族に対して説明を行う。家族と本人の意向の違いや、本人の拒否等があれば、主治医を含めた本人、家人へ再度説明を行う。サービス事業所に参加してもらい、院内も含めたカンファレンスを行う場合も多い。
465	先輩のMSWに相談する。
466	他職種や院外の機関に協力をお願いしている。役所などの公的機関に積極的に介入する意識とスキルが必要だと思ってしまう。
467	部署内で相談し、進めている。
468	・医師の都合で退院が決つてしまふことが多いが多々あり、強行な調整をしなければならぬ。医師は病状だけの説明が多く在宅療養についての知識が不足している。退院調整に力を入れた医師がいるように思う。
469	同僚に相談したから。当院には退院支援に關する専門医がいないため、後援科にまたがるかんじの支援、調整がとて困難。専門医師の必要性をかんじする。
470	経済的な不安を軽減しながらも、中長期的に気心の知れた人の中で(地域で)生活できる社会的基盤(介護施設や医療機関)が少なく、断片的な支援の中で生活せざるを得ない人が多いと感じる。それらの社会資源を整っていると、概ね「困難な場合」が減少すると思われる。
471	認知の独居、施設介護の世帯など、本人達がサービス拒否するため地域と連携を図ってもらうことが必要でないこと、概ね「困難」が多々ある。また、特養に入っているが医師の問題で施設に帰ることが出来なかったり看取ってもらえない事例も多々ある。施設側と後見人がうまく連携をとれていないこともあり、後見人にもよるが経済面だけでなく、本人の意志決定にまで関与してくる支援体制が必要と考えます。(区長申立などで時間がかかると入院しては困ります)
472	MSW、地域包括などの地域に相談する。
473	上司にまずは相談し、アドバイスをもらう。その後関係機関に相談。

474	制度1つ1つについてはあるが、それだけでは足りていない部分に苦勞する。特に後見人をつける際に区長申立てとなるケースに関しては、区長申立てするまでに時間がかり、その後も動きが速いのがない。家族が速い区に依頼して1年以上経ってこどももある。後見人を決するまで、受け入れ先も引きもたずってこれない。家族はいい、動けない家庭が増えている。これからますます増えようというところが多い。行政がもう少しきめ細やかな対応をする部署を作ってもいいのではないかなと思う。
475	生活保護の相談や、高齢福祉課、地域包括支援センター、施設制と相談し、退院先を検討している。しかし、時間がかかると問題となる。
476	1つの特例を個人で抱えてこまめに共有するようにして多角的にアプローチできる。家族関係の希薄さ、身寄りのない人が多いので、権利保護、成年後見人に準ずる、自己決定の支援の充実化が望まれる。
477	支援途中で自分が何かにつかかったり上手く進んでいないと感じた時は、まず事例を振り返りジェノグラムやエコムマップを用いて、時系列で全体を整理することが多い。また、方法が見出されない時は上司に相談や、これでもいいのかと迷った時は事前に確認をして頂くようにしている。
478	各々の施設で、対応できない患者にちがいがあがるが、必要性が生じた時に、「こういう対応はいいか。」と交渉し、費用面などとなるように働きかけている。(応じて考慮してもらえないことは少ないが。) キーパーマン不在の患者や、どのような支援にいくか、体制(ガイドライン的なもの)づくりが必要と思う。
479	KPや家族がいない場合は、主治医とのI.C時に同席を行っている。法的には同席する根拠はないが、MSWが同席して本人の利益を最優先する為に病状と一緒にことを心にかけている。身寄りがない方の対応を法律で定めてほしいと思う。
480	国民の在宅療養や転院(退院)の不安や病院においておけば安心なので、「通い出される」という意識、「死」への向き合い方の不足などがそもそも退院調整を防げる。体制以前に、老いというところ、食べられないということ、各病状が担う役割などの教育が必要と思う。(医師も含め…)
481	・経済的な問題に関してはMSWに介入してもらいたいヘルプしていただく ・早めから退院支援してもらえよう ・家族関係の問題ある際は包括などにも介入してもらい地域サポートを得られるようにする。
482	同じ部署内のスタッフに相談し、困難を感じているケースにも対応している。在宅医療を提供してもらいたい。低所得の方でも、必要なサービスを利用できるように体制を整備してもらいたい。
483	院内、院外のネットワーク。介護保険に関する介入が多いので、地域包括支援センターには大変お世話になっている。また、委託法人によって協力的でないと感じるものもある。企業が展開するサ高住に類する高齢者住宅には信頼がおけるものも多々ある。うまく紹介することで、命をおとされることもあると思う。と紹介もできる。基盤VIをまわれる施設、住宅を増やして、安全な環境が提供されることを望む。
484	色んな人が様々な事を言わないように、方針や目標を医師、看護師、リハ、MSW、ケアマネ等がチームになって患者、家族をサポートしていくことが大事だと感じます。在宅医療の理解を深められるような学習や日々のカンファレンスを行い、多角的に必要となることを大事に感じます。在宅医療の理解を深められるような学習や日々のカンファレンスを行い、多角的に必要となることを大事に感じます。在宅医療の理解を深められるような学習や日々のカンファレンスを行い、多角的に必要となることを大事に感じます。在宅医療の理解を深められるような学習や日々のカンファレンスを行い、多角的に必要となることを大事に感じます。
485	・他のMSWや上司に助言を仰ぐ ・制度上にならない方の支援体制の確立 ・社会資源の少ない地域(葉山豆丁の地域)の支援体制の確立が必要
486	キーパーマン不在で問題山積のまま緊急入院するケースでは、入院前情報収集やキーパーマン選定にエネルギーを使っています。入院前から早期で地域で介入し、その辺りの整理がなされているのでスムーズにこなされています。とにかく困った関係者皆さんで集まって情報を交換や相談を無理なく話し合いの場を持たせようになっています。山積の問題全てを入院を待たずに一気に解決する事は不可能ですが、地域と顔が合えば関係が築く事で病院だけが困ってしまうという構図にはなりに済みません。地域とのコミュニケーションが大切かと思っています。
487	困難場合には、ミーティングに事例を提示し、他の退院支援、退院調整に携さわっている社会福祉士、看護師に相談できる。多角的に事例を検討する機会があります。退院支援、退院調整に関する知識を病棟看護師により強化できることで退院調整が必要な方の把握を早期に行い、早期から退院調整部門と連携を取っていくことで早期介入、困難ケースの減少につながっていくと思います。
488	できるだけ行政の巻き込み、困難な方の居場所が確保できる支援体制が必要。また地域住民の方への啓もう活動等みんなが支え合う仕組みの早期構築が必要だと思われる。
489	医師、看護師、セラピストと具体的な支援検討し、家族、本人と関わるサービス支援関係者を含め、定期的なカンファレンス実施。明確な方向性と必要なサービス調整、家族、本人、家族の意向を踏まえ、調整、支援をすすめる。
490	・部署の職員も連携を行い困難事例について相談を行う。 ・看護師、セラピストと現状報告と今後の見通しをカンファレンス内で確認。カンファレンス内での意見や現状を家族に伝えて、今後について検討、相談を実施する。各部署が協力して退院支援、調整する体制作りが必要。転院・転入時から早期アセスメントが出来るようにしていくことも必要。
492	・車身、身よりのない方が多い。入院中の金銭管理に、安心生活サポート(権利保護事業)が利用できず困ることがある。 ・経済的にギリギリの方が多く、月額10万円も支払いが困難な事も多い。有料ホームや高車賃等でも16〜18万円以上かかるため、利用が難しい。 ・以前より、老健でのリハビリが充実したので、近隣希望の高合者のニーズに合致することもある。
493	車身の方が多く、近隣でなくとも、ご家族(せめていいお宅)でもいられればありがたいが、そのような方もおらず、又、生活保護を受給されている訳でもなく、身元保証に加えて経済的に困難な方も多く、ケアマネや包括の力を借りてやむを得ず自宅に帰る方が多い。入院中の金銭管理に安心生活サポートが利用できず困ることが多い。(支払いを病院側が待っている状態。成年後見制度もすぐには利用できないため)
494	身元保証の制度について困難なケースが多い。成年後見という制度ではないが緊急に対応する可能性のあるケースや(身元保証が)経済的に困難なケースなど連携してもどうにもならない事もある。公的な支援が必要と感じる。
495	医療機関への転院調整並びに施設への入所調整時において内服処方方の薬価が阻害要因となり支援が生じる事がよくある。診察報酬上での処方薬の削減化が問題と思われる。

496	公的な介護保険サービス以外にも費用負担が少ない有償ボランティアなど充実させていく必要があると思います。自宅退院にあたり、既存の制度・サービス・ネットワークを構築していく必要もあると思います。
497	上司・先輩職員の方に相談している。在宅が重視されていく中、家族介護の担い手が今後さらに減っていくことが予想されるため在宅サービスへの充実を図っていくべきだと感じています。
498	当院では、退院調整にかかわることが全く地域連携推進室に任されている。問題点を解決するために適切な人材に相談をする。(院内・院外含め)困難な事例を振り返りにしない(紙媒体にする)。時間的許し限り、患者様とご家族と面談する。安価な療養N.Sを配置し、ひびくばご家族様の為を考えたうえで存在が必要であるとする。
499	とにか、患者様やご家族様の為を考えたうえで存在が必要であるとする。
500	困難事例などの場合、先輩ソーシャルワーカーに相談して意見をもらったり、ケアマネだけでなく、市や高齢者支援センターなどにも意見を求め、患者とその家族をとりまわり多くとも連携しながら対応しています。
501	◎お金の(本人の年金が少ないうえ、でも家では絶対に着ないというのが1番困る。 ◎100%の生保の方で、独居、協力家族なし、認知症発症した方が社協の権利保護事業を利用できないというのがある。 ◎身寄りがない人 後見人をつけるまで長時間かかりその間はH.Pも施設もうけ入れられない。その間入院しているしかならない。お金はあるが、おろしく行く人がいないなど
502	地域包括ケアを推進するにあたり、可能な限り、本人の希望する在宅への復帰をおしすすめようとするが、家族による受け入れ拒否や理解力不足などがあり、中々達成しづらい状況である。介体の申請をお切りにして、ケアマネ等をまじえての話し合いをもつことで、どのような在宅生活が、イメージをもっていただくことで、少しずつ解決を図っている。ただ、全く、話し合いに応じられない方もおられることも事実で、進展できないこともある。
505	専任の方に相談し始めた。
506	行政と密な連携をとることにより社会資源の有効活用をしていきたい。為めにか方向性を見出すべく努力をしている。それには、社会資源がもっと身近な存在となる様、正確で密な情報の開示が必要と思われる。
507	色々な関係部署や機関と相談しながら対応している。
508	部署内の先輩や上司に相談しながら対応しています。スーパービジョンも依頼して、進ちょく状況も確認しています。
509	上記のような困難と感じる際は、地域の事業者、民生委員、役所等と情報を共有しながら多角的にアプローチするようにしている。ただ、どうしても制度等の狭間に当てはまってしまうケースもある。そのような状況に対しては、手を差し伸べられるような行政のシステムや予算が必要と思われる。
510	MSWのみでケアマネ、本人、家族、医師、看護師、関係機関などと情報共有をしている。
511	多職種とのカンファレンスで対応している。
512	困難な理由により、特養入所支援なども行っている。夫婦のうち一方が被保険者で、両者ともに施設入所が必要な場合、入所費用が支払えなくなるケースが今年度の介護保険制度の改正で出てきています。別生計でも減額されないのに対応がむずかしいです。
513	・患者や家族が自宅に退院を希望されずに、導入できるサービスや支援などにより困難な場合がある。→生活保護が利用できない ・ごの患者様が転院する先が見付からず、受け入れ困難な患者さんの転院先退院調整サービスなどリストで頂けるとありがたい
514	介護費が低く、在宅での介護に困難にもかかわらず、経済的に施設入所できない場合、繰り返して、f.a.関係者と話し合い介護サービス調整の方を一緒に考える。それが難しい場合は、施設上費用がからない老健利用することが多い。
515	区の高齢相談係や包括の方々に相談していただいている。福祉担当者の協力がないケースもあるため、もっと協力していただきたい。老健の待機の方の行ける安否施設など、必要。
516	地域連携と協力して、他院への紹介、転院の形をとることが多い。在宅が確保されれば困るケースがあると思う。まずは本人・家族の方とお話しをさせてもらい、意向の確認を行っています。意向のくいと違いの場合があれば複数回一緒に話し合う機会を取り、方向性を定めます。当院では病棟管理者やスタッフの意識も高く(もちろん差はありますが)できるだけ早期に取り組みよう、がんばっていると思います。地域横、訪問診療をお願する医師が少なく、その点からも少し充実すれば在宅療養も広がるのではないかと考えます。
517	病棟長との連絡を密にしお互いに情報を共有できるように退院支援センター他の記入もれがないようにしている。又、言葉、口答でも常にP.Tの状況や言ええているのでスムーズに動いている。その後は地域連携と情報交換ができるよう、情報交換をながしていく、その後地域連携が動いてくれるので現状はスムーズです。でも…在宅にはなかなか…施設が多いのが現状です
518	・地域包括支援センターや行政に相談する ・行政介入が必要な場合や、就業支援なども今後必要になってくるので、ハローワークとの協力や交流も必要と考えます。地域ぐるみでの支援は町づくりに大切。その町づくりを誰が主体でか、地域の取りくみ方が多い必要がある。
521	社会資源があまりない。交通手段が少ないので、高齢者や子どもにも負担が多い。孤立しやう。
522	家人・本人との面談時間や方向性、家族と本人の意向を聞きとり(朝々)、状況に応じて、医師・病棟・N.S・リハビリ担当に参加型で方向性を決定する。今後医師・リハビリ・薬剤師など参加しているカンファレンスを週1で開催して欲しい。経済的な問題や身元保証人がいない場合、生活福祉課への相談や、後見人依頼の相談先があれば助かる。市役所へ連絡しても生活保護の申請に対しての相談は、あまり受け付けてくれないので…
523	・退院支援を行う他のスタッフに相談している。 ・本人・家族の意向がまちがちな場合、本人・家族・D.P・病棟看護師などと、在宅を支えるケアマネジャーなどと、相談の機会を設ける。
524	・部署内で話し合い、主治医や病棟看護師と相談して、何が困難なのか、状況を整理して、アプローチ可能なこと、不可能なことを識別する。アプローチ可能なことについては、対応して再評価する。
525	・依頼内容に無理があると感じている場合でも、一旦、地域の関係機関に相談してみて、できることとできないことを整理。上記と同様の対応をする。
526	早期に他職種と連携を図り状況によっては、行政の助言を伺いながら対応致します。

527	院内ではDr、プライマリーNs、リハスタップとともにカンファレンスを開き、対策を検討している。また、ケアマネジャーの協力を得ることもある。
528	医療機関や地域とのネットワークを強化していく必要があると痛感しています。退院支援や調整が困難な要因は、さまざまですが、病院職員の意識改革や一般市民への、すみななれ地域で生活（療養）することへの啓もう活動などを通して、他職種でさまざまな機関で生活を支える体制を作っていく必要があると考えています。
529	・関係者を集めてカンファレンスをおこなう情報がある
530	地域包括支援センターに介入依頼をする。
531	院内の各職（Dr、Ns、PT…etc）からの情報と他機関からの情報を充分にとり、本人・家族の意向と現実的な社会資源をつなぐ。
532	社会福祉社が中心となり、地域と連携をとっている。今後は、高令者が多く、生活の再構築を促すためには、退院後の介護状況・通院手段も含め具体的な支援、地域と連携を取りながら安心を提供していくために、体制作りが必要と思う。
533	関係部署スタッフと相談、介護指導を行ってもらう必要がある。
534	院内スタッフで相談し連携をとって対応したり公的機関へ相談し協力依頼するなどしています。ただ公的機関の協力はその機関によって協力してくれたりしてくれなかったり…ということがあります。制度のほさまに必要になる方の支援体制ができるようにしたいと思います。
536	1人でかかえまなほ、組織の理解・サポート・協力、行政のサポート、共に支援するチームづくり
537	・夫婦が認知症の場、夫婦で介護が必要になった時にどうしたらいいか、自分の最期をどうするか、家族の最期をどうするかに対する広報活動。
538	地域住民に対する広報活動。（介護で必要になった時にどうしたらいいか、自分の最期をどうするか、家族の最期をどうするかを伝える場）
539	対象者に経済的問題がある場合は、ケアマネジャーと相談し、在宅での生活が可能になるよう経済面を考慮し、サービス内容を患者、家族とともに考える。家族関係や、家族と本人の意向とのくい違いについては、方向性が一致出来るよう何度も話し合いを行い決めていく。今後の支援体制として、土、日祝日のサービス提供を増す。
540	利用できる制度がないか最大限情報収集を行う。カンファレンスの場を通じて院内職員に退院支援についてのレグチャーを行ったり、勉強会を行い、意識、知識を広げてもらえるよう促している。
541	・早期介入 ・院内での方向性統一 ・家人との情報共有、状態が悪くなる前から社会資源等を知る。機会の提供
542	同職種や病棟看護師と相談し、連う角度から支援できないか検討する。困難事例を検討する会議における（地域連携係長兼病棟長、退院調整ns2人、MSW2人）ケアマネジャーや地域の開業医、病院同士の連携がスムーズになる体制
543	60歳以下急に介護が必要となる身体となり入院、身内もなく独居、治療がおえていくに当り、退院支援をはじめが申請に行く人もなく行政にサポートしてもらった。市役所の方がタイムリーに対応してくれた場合もあるが、何かしら縛りがあり対応できないと言われたこともあった。今居る居る方、身内がない方も増えることも予測されるのでタイムリーな支援ができるように考えていくことが大切と思う。
544	田舎での独居生活の方が多く、すぐ家族さまへ相談したい事などでは、また、一緒に住んでいないかわらならないなどの声が多く聞かれる。医療の必要度が高い方だと、行政の介入などでは、何も決まらなない方の中にはいるのが現状。地域医療と行政の連携的なシステム（役割分担といえはいいが）は、なかなかの妨げとなってしまうように思っています。かかりつけ医へすぐ相談できる関係やシステムがあると、在宅生活を送っておられる方の安心へつながる事と思います。（ネットワークの構築など）
545	社会的状況で仕方ない事ですが、やはり老々看護（介護）の方が多くいます。サービスを導入しても補えない切れないの、どうしても施設という傾向があります。何とか在宅方向で短期間でも家族支援者として短期の退院を取り入れていきます。外泊でもサービス利用ができるシステム。在宅療養、在宅人工呼吸機の利用可能な拡大。
546	・医師を交えた方針決定の協議を開催。 ・夜役所や、包括支援センターに介入を依頼する等。 ・本人や関係機関と集まって協議をしています。また、元々は外業業務に従事しているため、外業時から関わわり、困難そうな要因を1つ1つ相談しながら解消しています。
547	・退院調整はその場では上手くいっているように見えても、実際に退院後の生活を見ていると、定期的なフォローが必要なものもいます。外来部門にもSWの設置が必要なのではないか、と考えました。 ・お金がない、身元保証人がないというケースが大変です。サービスも制つたりして対応せざるを得ません。
548	院内、院外共に互いの役割や出来ることとの境界などについての認識が共有出来ておらず、間に挟まれ難いと感じることが多い。病院と地域とも、もう少し多機関がネットワークとして機能出来るような体制が必要ではないかと感じています。生活保護にもならず年生活のケースが多く、都内の施設や病院の費用が支払いきなない遠方まで探すことになる。（決まらなことは決まらな）が家族の負担が大きいです。医療行為が複雑あると訪問診療や訪問看護を入れたところでも家族の負担は全ては軽減されない。パケットがききんきん確保されている、ショートケアの的な体制ができることが必要であり、そのための受け皿を確保することが必要。大学や専門HPばかりにかかっている人のかかりつけやパケットヘルプを探することだけに時間がかかる。病院のMSWが少なくても、地域で国民皆かかりつけ医+パケットヘルプにして事前に決まっていること（あるいは地域で相談してもらおう）という。
550	部署内で相談したり、関係する病棟とカンファレンス等聞き解決策を検討する
551	地域でも働いていない方が入院されると、各行政ごとに対応できない状況の把握をして下さるケアマネージャーがいないことややはり退院調整も時間がかかります。医療と地域との密な情報共有が今後の退院支援には欠かせず、また2次救急の医療機関との連携も今後の社会資源の重要なネットワークと考えます。
552	同じ職場の退院支援・調整担当者へ相談、他機関へ相談しながら対応している。
553	同じ部署内で報告、相談をして対応している。自宅で1人暮らしの方や高齢夫婦が住みづづけるには、サービスや支援が少なく、結局施設になつてしまいうケースが多い。自宅サービスの充実が必要。
554	地域が病院に依存（支援者不足）

555	必要に応じて、他部署、他機関との連携、部署内でのスムーズなコミュニケーションによる振り返りをし、対応している。部署内で相談したり、専門機関へ問い合わせせたりしています。業務のフィードバックができるような機会を今後もついできたい。
557	先聲スタッフへ相談。また、院内外（他職種）と連携を重ね、多様な面からアプローチをする。
558	本人・家族の意思をはっきりと確認しつつ継続できる事業所や訪問看護などを探したりする時間を感じています。連携室メンバーと連携していますが患者さんの存在によっては遠方もあり、情報があまふりない時もある
559	不安を感じておられる家族にはF n tカンファレンスをおこなうことでも安心させることもあります。
560	Drからの依頼があり、家族面談を行う際、まずは家族の思いをなかり丁寧に聞くようにしている。初回の面談が一番大切と認識している
561	地域包括支援センター、部署内のミーティング、他職種との連携を行う。できるだけ、一人で支援を介さず、客観的な立場から、今後は、今後の支援体制では、家族がいない、在宅生活困難な患者については、他医療機関への転院となるが、念后、在院日数の短縮化等で、高齢者が医療機関を転々としなければならぬ、このような問題を、地域全体で考え、できるだけ多くの高齢者の方が、終の住処を見られるような支援体制の構築が必要。
562	身内やケアマネージャーがいない、本人に判断能力がない場合長期的に支援を要する。後見制度の利用にも時間を要し、行政も積極的に関わらうとしなかつた。権限がないなどということが多く、結果的に病院が全てを担う結果となり、長期入院を医師も嫌がる救急時の担う負担が大きくなる。これからは、これらもひとり独身者が増加する中で、こういう方たちへの支援にある程度のフォローを考へ、相談窓口が必要になると思われる。
563	困難な事例は多々あり、その人によって、要因がらがら違うので、原因がらがら違う位置までにはほぼりにくい。住んでいる場所により、⑥や⑦の関わりで、困った時は相談できる関係は、支援が行き詰まると感じている際に重要だと感じる。
564	・制度の弊害に悩んでいる方については、退院支援が困難となるケースが多い。地域によって、活用できる社会資源も異なっており、我々支援者としても、矛盾を感じることが多い。行政と密に関わることができ、制度改正等につなげていくようにもしたい。
565	・多職種カンファレンスで困難事例について話し合う ・高齢、痴愚、認知症、ケアパーソン不在等の問題が重複しているケースへの包括的な支援体制が必要だと思います。 ・制度の弊害でサービスを受けられず介護などできる（転院も難しい）ケアパーソンがない場合、本人の自立が時間がかけておこなえない場合は、長期入院で対応しています。制度弊害の患者の場合、行政と相談して、たらい回しにされ、かつどこでかおこなえないケースが多いです。そうした場合、2回目の入院で確保状態で搬入され、行政でやれと介入する状態なので、制度の弊害の対応機関があればいいと思います。
566	・成年後見制度（特に行政申し立て）の申請をした場合、1ヶ月以内など、もっと短期で後見人がつくように制度のシステム化をして欲しい。後見つづまで地域というが、地域も手一杯で対応してもらえず、
567	身内がない方が増えて来たり、絶対的な介護力の不足と身体介護の不足から制度が活用できない状況が考えられます。身寄りのない方が増えるのは、高令、いても認知や障害がある等、本人以外の意思決定者がいない場合の困難事例が増えるものもあるが、手続がはたかたかたたり費用負担の面で折り合わないことも多い。
569	A多職種チーム医療（医療・コメディカル・事務）地域との連携 B身寄りがなく、いても高令、いても認知や障害がある等、本人以外の意思決定者がいない場合の困難事例を検討する広域な連携。※成年後見人制度は、申請→届えるまでに時間がかかるため実際には有効ではありません。
570	また新入りのため、先輩と相談して対応を考える。独居で家族との関係が希薄な方が多い。今後も独居高齢者が増えることも考えらると、後見人制度の充実などがさらさら求められると感じる。
571	院内カンファレンス、地域での検討会議等と対応、地域で取りつ体制。
572	部署内でスムーズなコミュニケーションを受けている。それを受け、関係職種等と相談・協議
573	MSWや設定NS Drなどチームでかかわるようになっている。本人、家族と、話し合いを何度もち考えつづけていくことをようしている
574	本人、家族と話し、お互いの妥協点を探る。地域包括支援センターに相談する。医療の簡略化を医師と相談。ケアの簡略化を病棟看護師と相談。
575	痴愚、高齢、多様なサービス利用が必要であるが、事業所毎の保険請求であり、限られた合意の適応にならないものは全て自費となる現在の制度では、かかりつけ医と急性期病院の併用（例えば大きな検査だけ急性期病院で、というように複数のケース）は経済的に困難なので、かかりつけ医を作れない、というケースが多々あり、仕方なく面談できなくなるまで急性期病院で受診してもらうしかない、となっている。
576	退院後に開業医の主治医を利用される場合、家族や開業医、ケアマネとの連絡を行い遠方まで探さなければならぬサービスで対応している。MSW自身が院内のやり方を把握し、患者の社会的背景（痴愚、身寄りがなし、F n t精神疾患等）によって院内から発信しにくい場合、地域包括支援センターの職員の見守り事業等と連絡しながらすすめていく。
577	長年の本人治療を継続する過程で「種々の治療の中断と病状進行、療養場所の移行の意思決定を同時に病院から求められる。本人、家族ともに不安になる。主治医に「お世話になってきた」とお話しし、退院したくないと強く希望される終末期の入院の長期化事例が多い。地域のかかりつけ医が理解出来ず、病院の機能分化を理解していないか「終末期における積極的治療の利益、不利益も知識不足。緩和ケアの知識も不足。地域の住民の啓蒙活動が必要
578	①退院支援・調整・部署内で、問題解決のために、助言をしていくと伺っている。相談しながら、対応している。 ②地域包括や、ケアマネジャー、訪問看護ステーションなどの協力を得られるよう働きかけている。（どんな支援体制が必要か） ③医療、介護サービスに、地域差があり、地方に退院する場合、スムーズに行かないケースがある。地域でも、特に医療サービスへの充実を望みたい。
579	痴愚でありしかも家族が遠方であるという事で、家族さんだけのケアマネさん代行のカンファレンスをしました。その後、退院されましたが、家で倒れている所を発見されて、再入院されました。家族さんが近くにいらつづやらないケースに対してケアマネさんと連携をとって支援しましたが、なかなか難しいです。

分担執筆

- 序章 一般財団法人高齢者住宅財団
- 第1章 後藤 光世 国際医療福祉大学大学院武藤正樹研究室 研究員 (3.)
白川 泰之 東北大学公共政策大学院 教授 (2. (2) 小括①②、4. (1))
佐方 信夫 医療経済研究機構研究部 研究員 (2. (2))
一般財団法人高齢者住宅財団 (1. 2. (1)、4. (2))
(コメント：4. (2) ①宇都宮宏子、②佐藤好美、③園田真理子、
④野中博、⑤武藤正樹)
- 第2章 白川 泰之 東北大学公共政策大学院 教授 (4.)
祐成 保志 東京大学大学院人文社会系研究科・文学部 准教授 (3. (1))
鈴木 健二 京都府立大学大学院生命環境科学研究科 准教授 (3. (2))
一般財団法人高齢者住宅財団 (1. 2.)
- 第3章 一般財団法人高齢者住宅財団 (1. 2. 3. 4. 5)

平成27年度老人保健事業推進費等補助金老人保健健康増進等事業
医療・介護ニーズがある高齢者等の
地域居住のあり方に関する調査研究事業

報告書

平成28年3月

発行 一般財団法人 高齢者住宅財団
東京都中央区八丁堀2丁目20番9号京橋第八長岡ビル4階
<http://koujuuzai.or.jp/>

※無断転載厳禁

