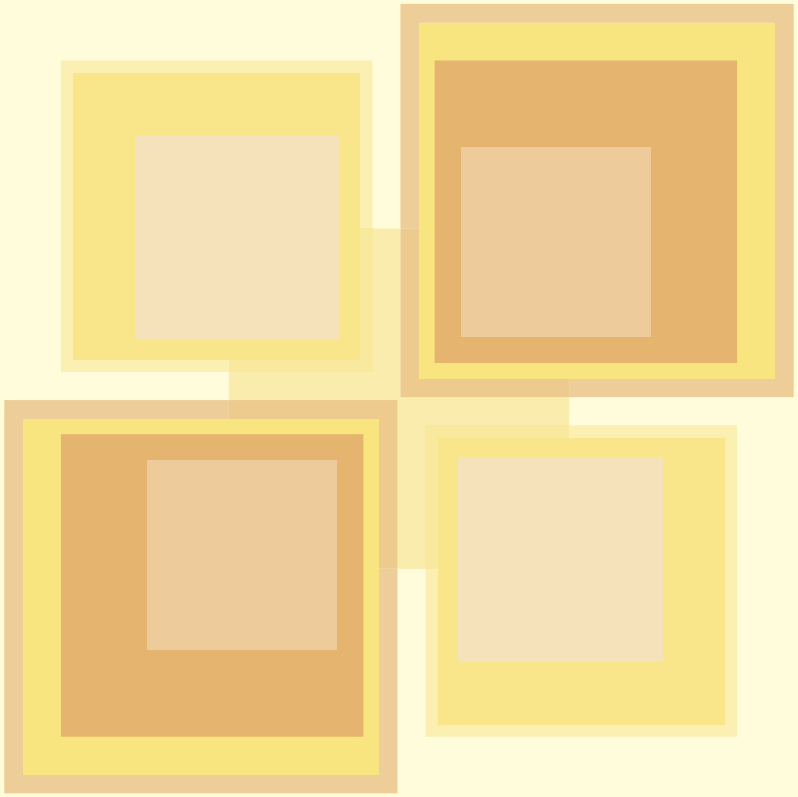
平成29年度老人保健事業推進費等補助金老人健康増進等事業

医療・介護ニーズがある高齢者の退院後の地域居住のあり方に関する調査研究事業

報 告 書



平成30年3月

一般財団法人 高齢者住宅財団
Foundation for Senior Citizens' Housing

はじめに

周知のように、診療報酬改定のなかで、病院での在宅復帰率の算定が行われるようになっている。国際比較上でも有数の長期の在院日数を短縮化し、適正な医療提供の機能を再編し、退院後は適切な住まいで生活をしてもらうようにしていくということが狙いであり、そのことによって医療資源を適正な姿で活用できるようにすることが目的である。

退院後の住まいの選択については、家族との同居を前提にしていれば、比較的話は簡単で、従前の家族のもとに戻るだけのことであった。ところが、生活能力の低下によって従前の住まいの復帰することが困難となったり、家族介護力の低下により、在宅生活継続のために必要な生活上の支援を得ることが困難だったり、また、そもそも家族との同居が難しく単身生活をおくっていた、また、支援をしてくれる家族がそもそも存在しないというケースも益々増大し、今後さらにこのような状況があたり前になっていく。

このような状況に対して、周辺の環境が未整備であったこともあり、病院での入院を継続させることが常態化してきた。このような入院の状況について「医療の必要がないにもかかわらず入院が継続する」という意味で「社会的入院」と呼ばれてきた。この社会的入院はいわゆる「低密度医療」の象徴として批判を浴びてきたが、病院資源の有効活用と医療費の適正化の推進のなかで、病院への長期の不必要とされる入院の抑制基調は今後も進行する。

このような事態のなかで、本人の選択をふまえた「住まいと住まい方」のあり方こそ、地域包括ケアシステムの基盤となることは言うまでもない。その意味で医療機関からの退院患者がどのような住まいの状況にあるかを把握することは、これからの居住支援のあり方と考え、さらに退院支援のなかに住まいの要素をどのように織り込んでいくかは、退院された方々の生活の質を考える上で重要な要因である。

高齢者住宅財団ではこのような問題意識をふまえ、平成27年度から老人保健事業推進費等補助金によって「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」を実施してきた。平成27年度は急性期病院からの退院患者の調査を通じて、在宅復帰かその他の居住の場への入居が身体的状況と同時に経済的条件が規定していること、また、家賃の支払い能力がないことによる「やむを得ない在宅」という状況が存在することが明らかになった。平成28年度には地域での看取りの状況を明らかにし、地域での看取りを可能にするための条件を探った。また、同年に行った「未届け有料老人ホーム」の調査では、医療機関からの紹介が入所ルートとして大きな比率を占めていることが明らかになった。

本年度は、一昨年度の急性期病院の状況の調査に引き続き、地域包括ケア病棟（床）における退院支援の状況について、退院後の住まいの選択の課題について明らかにすべく調査を実施した。その結果を第２章に収録した。

地域包括ケア病棟（床）は多様な存在形態があり、退院支援における居住場所の選択も多様な姿があることが予想され、このような調査としては初の試みであり、今後の退院支援に関わる居住支援の位置づけについて検討するにあたり、基礎的なデータを明らかにすることができたと考えている。

この調査の前提と背景についての理解を深めるために、地域包括ケア病棟（床）の現状と課題について、医療介護連携にもとづく継続的ケアマネジメントの課題、さらに地域の支援の現場からみた高齢者の地域居住に関する課題について、レクチャーをいただきその記録を第１章に収録した。

さらに地域包括ケア病棟（床）における退院支援と住まいの支援についての取組事例の報告をいただき第３章にその内容も収録した。

今回の診療報酬改定では、退院支援業務への評価は益々強調されたところでもあり、また住宅政策においても、住宅セーフティネット制度の大幅な制度改正が行われるとともに、福祉政策においても、生活困窮者自立支援制度の改正のなかで、居住支援が法定化され、また、地域での孤立のおそれのある者に生活困窮の概念が拡大された。

在宅医療および、居宅介護サービスそして、生活支援の協働の進展をふまえ、退院後、地域生活に復帰する可能性や必要性の拡大のなかで、在宅の選択肢を拡げることを目的とした「住まいの支援と退院支援」との連携が大きな課題として浮上している。そのような問題意識から、「高齢者が住み慣れた地域で、自分らしい暮らしが継続できることを目指して」という副題を冠した「入退院支援における「住まいと住まい方」支援に向けた連携・協働の手引き」を作成し巻末に収録した。この手引きは独立して研修などで使用できるよう念頭において編集した。

願わくは、この手引きが地域包括ケア病棟（床）の退院支援担当の方々だけではなく、広く関連の業務に携わる方々に繙かれ、退院支援と居住支援の連携が実のあるものになることに裨益し、活用されことを期待している。

なお、この報告書で、三年にわたった「医療･介護ニーズがある高齢者の退院後の地域居住のあり方に関する調査研究事業」についての調査研究は本年度で一区切りであるが、地域包括ケアシステム構築の進化と一般化のなかで、医療と福祉そして住まいの連携協働が必要となることが必然であり、本研究がそのような地域包括ケアシステムの発展の礎石として貢献することを願ってやまない。

最後に、本調査研究にご尽力いただいた検討委員会の委員各位、ワーキングループのメンバーの皆さん、そして、繁忙の業務のなかで、調査に回答いただいた退院支援担当の皆さんに深く感謝を申し上げたい。

平成３０年３月

一般財団法人高齢者住宅財団
特別顧問　高橋紘士

「医療・介護ニーズがある高齢者の退院後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．調査フロー 1
３．調査体制 2
４．検討経過 2

第１章　医療・介護ニーズがある高齢者の退院後の地域居住のあり方
１．委員会の概要 5
２．「最大で最強の地域包括ケア病棟」
地域包括ケア病棟協会　会長・医療法人社団和楽仁　理事長　仲井培雄 6
３．「医療・介護連携に基づく継続的ケアマネジメントの実現に向けた課題」
兵庫県立大学大学院　教授　筒井孝子
国立保健医療科学院　主任研究官　大夛賀政昭 21
４．「高齢者の地域居住に関する諸課題」
社会福祉法人立川市社会福祉協議会　地域福祉推進課長　山本繁樹 31

第２章　地域包括ケア病棟（床）における退院支援に関する実態調査
１．アンケート調査の概要 37
（１）調査の目的とフレーム 37
（２）実施状況 38
（３）集計の基本的な考え方 39
２．調査結果の概要 40
（１）医療機関の調査結果の概要 40
（２）退院支援・調整担当者の調査結果の概要 40
（３）住まいの確保を必要とする退院支援困難ケースの調査結果の概要 42
３．医療機関調査の分析結果 44
（１）地域包括ケア病棟（床）がある医療機関が所属する法人について 44
（２）地域包括ケア病棟（床）がある医療機関について 46
（３）地域包括ケア病棟（床）について 48
（４）地域包括ケア病棟（床）・病棟１について 51
（５）地域包括ケア病棟（床）における退院支援・調整担当者について 58

（６）地域包括ケア病棟（床）の退院支援について……60
４．退院支援・調整担当者の調査結果……68
（１）退院支援・調整担当者の属性……68
（２）退院支援・調整担当者の退院支援業務歴等……72
（３）地域包括ケア病棟（床）における退院支援の状況……75
（４）地域包括ケア病棟（床）の「住まいの確保」の支援の状況……82
（５）「住まいの確保」の支援における施設などの居住先に関する情報把握……88
５．住まいの確保を必要とする退院支援の困難ケースに関する調査結果……98
（１）困難ケースの患者の状況……98
（２）困難ケース患者の地域包括ケア病棟（床）入院（棟）経緯……104
（３）困難ケース患者の地域包括ケア病棟（床）入院前と退院時の状態の変化……108
（４）困難ケース患者の地域包括ケア病棟（床）における退院支援状況……117
（５）困難ケース患者の入院前の「元の住まい」に退院が出来なかった理由
について……128

第３章　地域包括ケア病棟における退院支援と住まいの支援に関する取組

１．事例からの示唆～「入退院支援における住まいと住まい方支援に向けた
連携・協働の手引き」づくりに向けて～……131
２．個票
①医療法人社団永生会永生病院　総合支援室副主任　木下由香……133
②愛媛県社会医療法人石川記念会 HITO 病院　看護師長　青木由美……137
③神奈川県川崎医療生活協同組合川崎協同病院
地域連携室相談課長　高橋靖明……142
④独立行政法人 地域医療機能推進機構 JCHO 東京新宿ﾒﾃﾞｨｶﾙｾﾝﾀｰ
地域連携・総合相談ｾﾝﾀｰ　山﨑まどか……146

資料編

・アンケート調査票等……151
・アンケート単純集計……193
・アンケート自由記載一覧……233
・入退院支援における「住まいと住まい方」支援に向けた連携・協働の手引き……279

序章　調査の実施目的と内容、検討体制

１．調査の目的

医療・介護ニーズがある高齢者の地域居住の成立要件を
退院支援を行う医療・看護の観点から整理

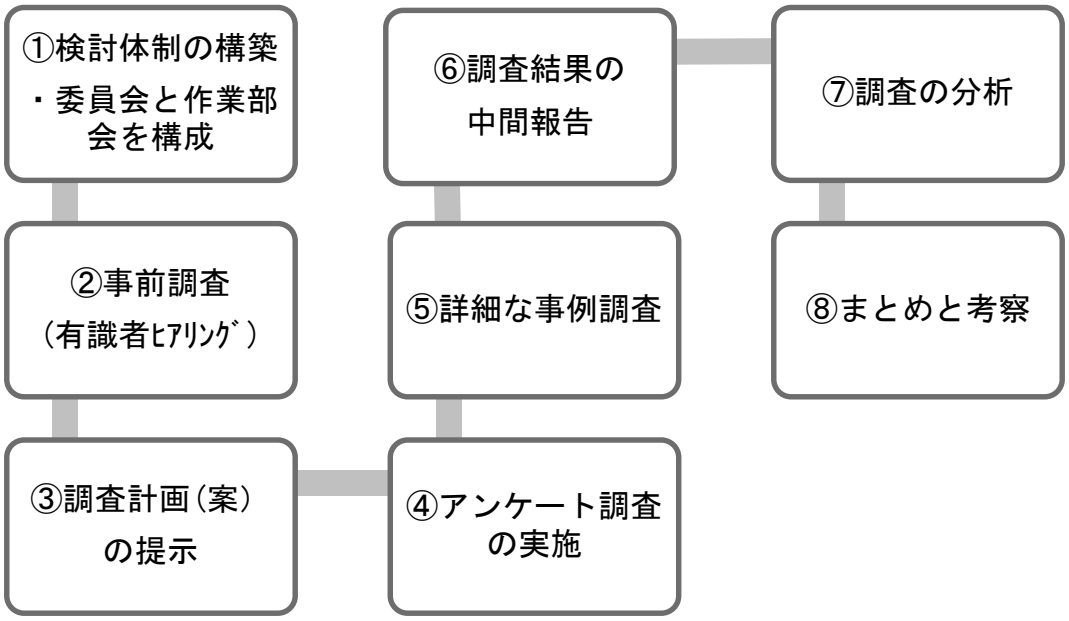
医療・介護ニーズがある高齢者が退院後、地域に戻るためには、在宅医療・介護が受けられる住まいの選択肢を増やすことと、医療機関と在宅側の連携強化と協働関係の構築、及び地域・住民の側でも病院・施設依存を脱して、在宅療養を当然のことと受け止められるような文化の醸成や地域での互助の力を強化する必要がある。

75 歳以上単身高齢者の増加が見込まれる中、家族がおらず、医療・介護ニーズがあっても、急性期の治療を終えたあと、住み慣れた地域に戻って自分らしい暮らしが継続できるような環境整備は急務である。

現在、急性期治療後は、病状が安定している場合には在宅へ、そうでない場合には地域包括ケア病棟（床）や回復期リハビリテーション病棟へという流れが主流の中、地域包括ケア病棟（床）における退院支援の実態の把握も必要との観点から、本調査においては地域包括ケア病棟（床）の在宅復帰支援を担当する職員を対象に、在宅への退院を促進している要因および、阻害している要因についての実態調査を行った。

あわせて、地域包括ケア病棟（床）における退院支援と住まいの支援に関する、モデル的な好事例を把握し、医療機関からみた高齢者の住まいの現状と課題、及び居住支援のあり方について整理を行った。

２．調査フロー



３．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･聖路加国際医療大学　臨床教授
大夛賀　政昭	国立保健医療科学院　主任研究官
髙橋　紘士	一般財団法人高齢者住宅財団　特別顧問
筒井　孝子	兵庫県立大学大学院　教授
仲井　培雄	地域包括ケア病棟協会　会長・医療法人社団和楽仁　理事長
武藤　正樹	国際医療福祉大学大学院　教授
山本　繁樹	社会福祉法人立川市社会福祉協議会　地域福祉推進課長

＜作業部会委員＞（五十音順）

青木　由美	社会医療法人石川記念会　ＨＩＴＯ病院　師長
宇都宮　宏子	在宅ケア移行支援研究所　代表･聖路加国際医療大学　臨床教授
大夛賀　政昭	国立保健医療科学院　主任研究官
木下　由香	医療法人社団永生会　永生病院　総合支援室　副主任
榊原　次郎	医療法人真正会　霞ヶ関南病院　医療福祉相談部　部長
高橋　靖明	川崎医療生活協同組合　川崎協同病院　地域連携室相談課　課長
山﨑　まどか	ＪＨＣＯ東京新宿メディカルセンター　地域連携・総合相談センター

＜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

村山　浩和	一般財団法人高齢者住宅財団　専務理事

＜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
小川　麗子	一般財団法人高齢者住宅財団　調査研究部　課長代理
川村　静香	株式会社日本能率協会総合研究所　福祉・医療政策支援部　主任研究員
布施　和美	株式会社日本能率協会総合研究所　福祉・医療政策支援部　主任研究員

４．検討経過

主な経過

【平成 29 年】

6 月 21 日　　有識者ヒアリング①　筒井教授（兵庫県立大学大学院）

・調査方法等に関する助言

7月5日　　有識者ヒアリング②　仲井会長（地域包括ケア病棟協会）
・調査方法等に関する助言

9月6日　　有識者ヒアリング③　宇都宮代表（在宅ケア移行支援研究所）
・調査方法等に関する助言

9月8日　　第１回作業部会
・アンケート調査の実施方法、調査票について検討

9月21日　　第１回委員会
・地域包括ケア病棟の現状について
・アンケート調査の実施方法、調査票について検討

9月27日　　第２回作業部会
・アンケート調査の実施方法、調査票について検討

11月8日　　アンケート調査の実施
・調査対象：地域包括ケア病棟1953病棟（悉皆）

【平成30年】

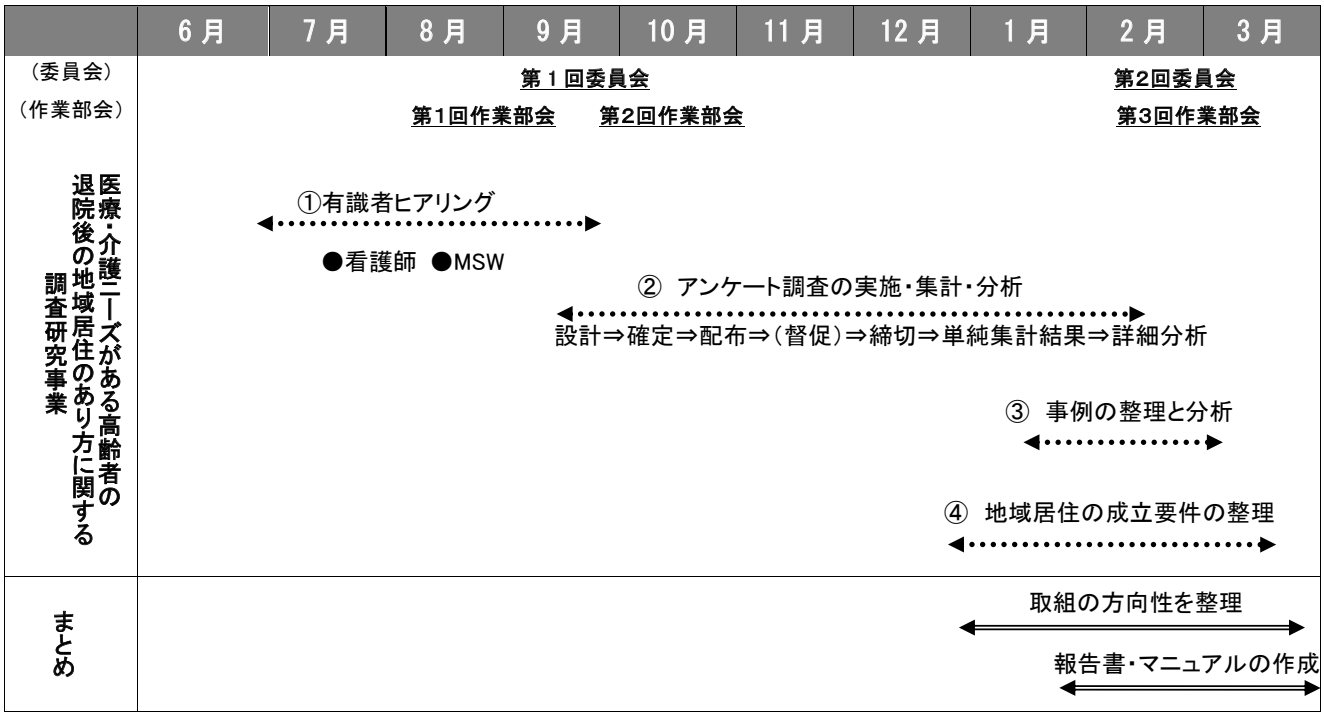
2月2日　　有識者ヒアリング④　宇都宮代表（在宅ケア移行支援研究所）
・退院支援時の住まい方の支援について

2月9日　　実務家ヒアリング①　山﨑医療ソーシャルワーカー（JCHO東京新宿メディカルセンター）
・退院支援時の住まい方の支援について

2月23日　　第２回委員会
第３回作業部会
・アンケート調査の結果について
・地域包括ケア病棟における退院支援と「住まいの支援」に関する取組

※以上は今年度のおもな動きである。

事業実施スケジュール表



第１章　医療・介護ニーズがある高齢者の退院後の地域居住のあり方

第１章　医療・介護ニーズがある高齢者の退院後の地域居住のあり方

本章では、検討委員会において、有識者からの本調査の対象とした地域包括ケア病棟の現状と課題についての報告を収録した。

また、有識者の立場から、医療・介護連携に基づく継続的ケアマネジメントの実現に向けた課題や高齢者の地域居住に関する諸問題についての報告があり、本事業の方向性を決める、重要な委員会となった。

１．委員会の概要

（１）目的

本研究事業実施にあたっては、地域の関係資源からみた住まいの現状と課題、及び居住支援のあり方について検討し、在宅医療・看護からみた高齢者の住まいの医療・ケア・住環境の課題とあり方を示し、退院支援にあたっての居住支援の必要性を明らかにする。そこで、在宅医療や高齢者の住まいに詳しい有識者、関係団体、実務家による委員会を設置した。

（２）各回開催概要

第１回委員会

日時：平成 29 年 9 月 21 日（木）　15:00～17:00

場所：東京国際フォーラム G605

議事：①本事業の概要について

②最大で最強の地域包括ケア病棟

・地域包括ケア病棟協会　会長　仲井培雄

③課題提起

・兵庫県立大学大学院　教授　筒井孝子

・国立保健医療科学院　主任研究官　大夛賀政昭

・社会福祉法人立川市社会福祉協議会　地域福祉推進課長　山本繁樹

④アンケート調査について

⑤今後の進め方について

第２回委員会

日時：平成 30 年 2 月 23 日（金）　15:00～18:00

場所：東京国際フォーラム G408

議事：①アンケート調査結果について

②地域包括ケア病棟における退院支援と住まいの支援に関する取組

③報告書の構成について

２.「最大で最強の地域包括ケア病棟」

地域包括ケア病棟協会　会長／医療法人社団和楽仁　理事長　仲井培雄

地域包括ケア病棟協会ではさまざまな調査をしている。平成 27 年度はピンク、28 年度はグリーン、29 年度はブルーのタグをつけてあるので、詳しくはホームページをご覧いただきたい。また、厚労省の医療課と老健局老人保健課に提出した要望にもこのタグをつけている。（資料１）



資料１

人口減少、少子化、超高齢社会、認知症高齢者の激増により、地域間格差の時代になった。地域医療構想策定と地域包括ケアシステムの構築による効率化と質の担保をしなければならないが、それと同時にまちづくりも必須であり、地域包括ケア病棟の出番となる。

資料２のように、特定入院料を算定する病棟はたくさんあり、それぞれが高度急性期、急性期、回復期、慢性期の機能を持っている。この図からは、回復期リハビリテーション病棟であれば回復期、ＩＣＵであれば高度急性期のように、１つの特定入院料では１つの病床機能となっている。

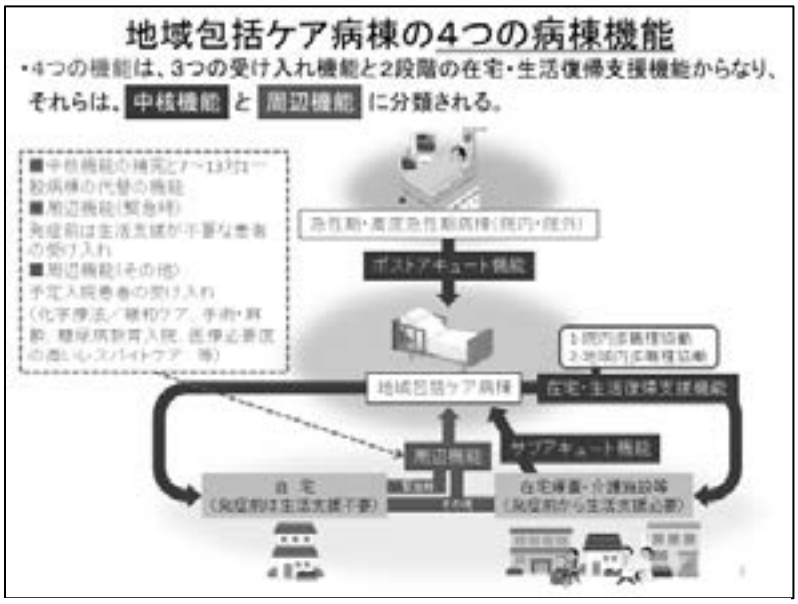


資料２

しかし、地域包括ケア病棟だけは３つの機能があり、矢印で急性期、回復期、破線の矢印で慢性期を指している。３つの機能は、それぞれの病院の裁量で自由に使えるようになっている。他の特定入院料と比べると複数の病床機能があるため機能がわかりにくいのだが、言い換えれば、使い勝手がよくて懐が深いということになる。

病棟機能は４つある。

まず３つの受け入れ機能について説明する。ポストアキュート機能は急性期・高度急性期病棟から来て、院内外を問わない。サブアキュート機能は在宅療養・介護施設等で、発症前から生活支援を要する方々の緊急の受け入れである。周辺機能は中核機能であるポストアキュート機能、サブアキュート機能の補完と、７対１、13 対１一般病棟の代替の機能となっている。これら３つの受け入れ機能と、在宅・生活復帰支援機能の４つの機能を持っている。赤色の背景のポストアキュート機能、サブアキュート機能、在宅・生活復帰支援、これらは厚生労働省がもともと提唱している機能で、中核機能と呼んでいる。周辺機能は、当協会が提唱しているものである。



資料３

周辺機能には、緊急の受け入れとその他の受け入れの２つがある。緊急の受け入れがサブアキュート機能とどう違うのかというと、サブアキュート機能は発症前から生活支援が必要な方々の緊急の受け入れで、周辺機能はもともとは元気な人の緊急の受け入れとなる。疾患はほとんど同じである。

その他の周辺機能の受け入れについては、予定入院患者であり、緊急ではない。例えば化学療法、緩和ケア、手術・麻酔、糖尿病の教育入院、医療必要度の高いレスパイトケアなどである。これらの機能をどう使うかは、それぞれの施設に任されている。（資料３）

院内多職種協働の力とは、できるだけ早く、在宅・生活復帰ができるまで回復しているかということである。太陽のような絵の青色が患者と家族、周りの黄色が専門職、真ん中の赤色が「患者・家族が抱える問題」となっている。つまり、入院してからのチーム医療においては、患者・家族をチームの輪

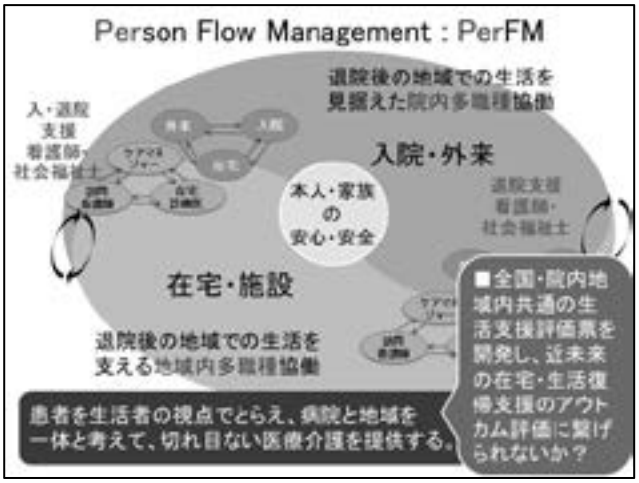
の中に入れて、その人たちが抱える問題を全員で解決するという概念が非常に重要になってくる。

治療もＥＢＭ一辺倒ではなく、ナラティブアプローチが必要となってくる。また、リハビリ、栄養、認知症、多剤投薬対策を包括的に提供し、入退院支援・調整も必要になる。

地域内多職種協働の力は、併設施設の有無を問わず、地域包括ケアシステムが構築できているかというところが重要である。かかりつけ医、医療介護福祉事業所、訪問、通所、入所、ケアマネジャー、行政、社協、保健所、まちづくりの互助組織などなど、たくさんの方々と一緒にやっていかなければならない。そこには多様な関係者を規範的に統合するためのハブとなるような医師会や自治体が必要になってくると思われる。そして、これらをつなぐのが連携の力である。院内でいえば地域連携室や入退院支援室、地域内でいえば地域包括支援センター、居宅介護支援事業所などにあたる。これらを Person Flow Management という概念で表現している。（資料４）



資料４



資料５

Person Flow Management は、患者を生活者の視点で捉え、病院と地域を一体と考える。切れ目ない医療介護を提供するものである。東海大学附属病院の田中先生が提唱されていた今までの Patient Flow Management が、入院から退院までの一方通行の矢印だとすると、これは巴（ともえ）で、ぐるぐる回るイメージである。

地域内多職種協働で地域での生活を支えてもらっていた方が入院となると、そこでの情報を院内に伝えなければならない。伝わった後には、退院後の地域での生活を見据えた院内の多職種協働が始まるわけである。そして、いざ退院となると、またそのときに情報を提供しなければならない。そのため、全国の院内・地域内共通の生活支援の評価票を開発し、近未来の在宅・生活復帰支援のアウトカム評価につなげられないかという点が今後の課題になってくると思われる。（資料５）

地域包括ケア病棟の状況について、平成 28 年度の調査における受け入れ機能別症例数を呈示する。ポストアキュートとサブアキュートの中核機能が 76%ぐらいあり、周辺機能は約 24%。

ポストアキュートが 63.5%と最も多く、そのうち院内からの転棟が 83%を占めている。

緊急時の受け入れ経路は 19%と一定の症例数に対応しており、



資料６

そのうちサブアキュートが 12.3%、周辺機能・緊急が 6.7%は、共に救急搬送が 10%超であった。この場合の救急搬送は、地域包括ケア病棟に直入する救急搬送である。一般病棟で受け入れてからの地域包括ケア病棟への転棟は、急性期からの受け入れなので、ポストアキュートになる。（資料６）

地域包括ケア病棟の受け入れの割合である。病院ごとに受け入れの割合が全然違う。症例数を平均プラスマイナスＳＤで表現すると、平均がＳＤより高いのはポストアキュートのみで、ほかはＳＤのほうが高い。表にはできないが、ばらつきが多いということである。

どうしてばらつきが多いかを考え、200 床以上と 200 床未満、



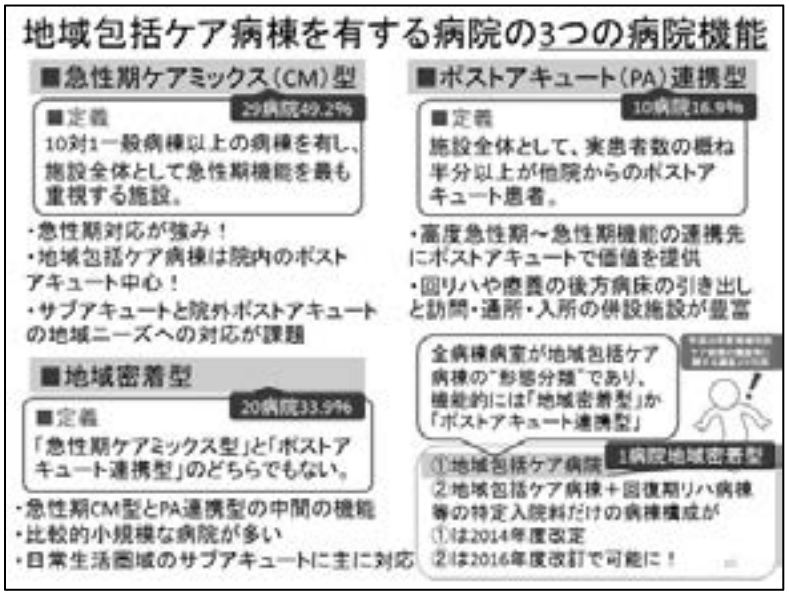
資料７

大都市、地方都市、過疎地の地域分類、10 対１以上の病棟の有無をチェックしたところ、10 対１以上の病棟の有無が一番影響を与えていることがわかった。これで見ると、10 対１以上の病棟がある場合はポストアキュートが７割以上、10 対 1 以上の病棟がない場合はポストアキュート、サブアキュート、周辺機能が３分の１ずつを占めていた。

ポストアキュートの内訳は、10 対１以上の病棟がある場合は院内から、ない場合は院外からがそれぞれ９割を超えていた。急性期に 10 対１以上の病棟があれば、まずそちらに入り、それから院内のポストアキュートで転棟してくるのが一般的である。逆に 10 対１以上の病棟がない場合は、地域包括ケア病棟が最も急性期寄りの病棟となるので、緊急の入院はほとんどそこで受け入れる。院内のポストアキュートへの転棟はほぼ生じないことになり、ポストアキュートを受け入れる場合は院外からになる。

今後、ご当地ごとの人口動態や地域医療構想の影響で、病院機能が動的になると考えられる。急性期から回復期、あるいは回復期から慢性期、慢性期から在宅というように変化がどんどん動的に起こっていく可能性があるので、次期改訂におけるポストアキュートのストラクチャー評価は好ましくないと見ている。（資料７）

地域包括ケア病棟を有する病院の３つの病院機能について。10 対１以上の有無だけでは非常にわかりにくいので、こういうタイプの病院機能であれば、地域包括ケア病棟はこういう機能を持っているだろうということを連想できないかを考え、３つに分けて検証した。アンケート調査を行ったところ、急性期ケアミックス型、ポストアキュート連携型、地域密着型に分けることができた。



資料８

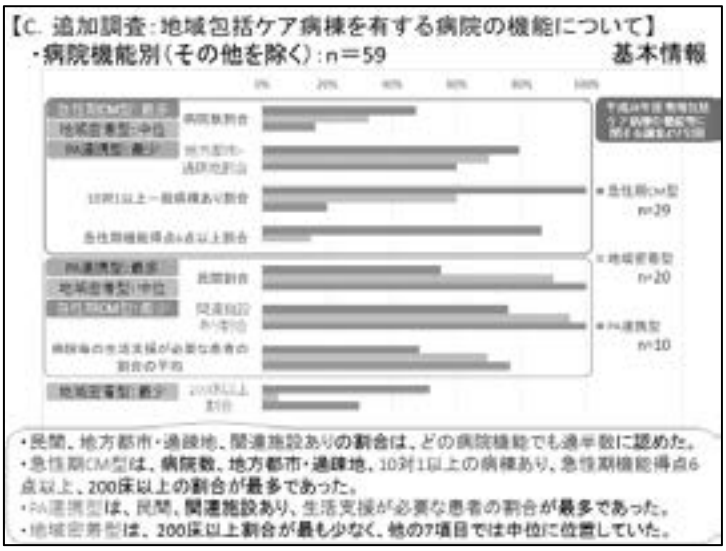
急性期ケアミックス型は、10 対１一般病棟以上の病棟を持っており、施設全体として急性期機能を最も重視する施設である。急性期の対応が強みなので、地域包括ケア病棟は院内のポストアキュートが中心となる。今後はサブアキュート及び院外ポストアキュートの地域ニーズへの対応が課題になると思われる。ポストアキュート連携型は、施設全体として、実患者数のおおむね半分以上が他院からのポストアキュート患者である。高度急性期から急性期機能の連携先にポストアキュートで価値を提供することになる。回リハや療養の後方病床の引き出しと、訪問、通所、入所の併設施設が非常に多い病院である。ちなみに、この型では、地域包括ケア病棟が必ずしもポストアキュートというわけではなく、なかにはサブアキュートをメインに見ている病院もある。

地域密着型は、急性期ケアミックス型とポストアキュート連携型のどちらでもないというものである。

中間の機能を持っていて、200 床未満の比較的小さい病院が多い。日常生活圏域のサブアキュートに主に対応するが、なかには整形外科系の手術をたくさん行っている病院もある。

地域包括ケア病院は、全病棟病室が地域包括ケア病棟の形態分類である。３つの病院機能の分類から言うと、地域密着型もしくはポストアキュート連携型に分類される。今回の調査では、１病院が地域密着型であった。急性期ケアミックス型が半分、ポストアキュート連携型が１割５分、地域密着型が３割５分ぐらいの割合となっている。（資料８）

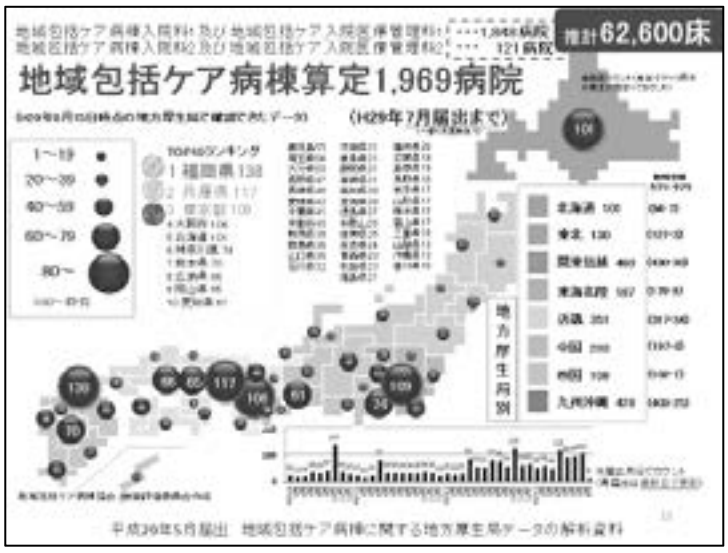
これは、病院数の割合、地方都市・過疎地の割合、10 対１一般病棟ありの割合、急性期機能得点６点以上の割合（病床機能報告制度から項目をピックアップして独自に設定。急性期ミックス型が一番多く、ＰＡ連携型が一番少ない。）、民間の割合、関連施設ありの割合、病院ごとの生活支援が必要な患者さんの割合の平均（ＰＡ連携型が一番多く、急性期ケアミックス型が一番少ない。）



資料９

地域密着型は、200 床以上の割合だけが最も少なく、あとは中間の順位であった。（資料９）

地方厚生局データを解析すると、平成 29 年７月届け出までで 1969 病院ある。推計で６万 2600 床。
最も多いのは福岡で、兵庫、東京と続く。しかし、65 歳以上の人口 10 万人当たりの病床数を評価すると、秋田、九州の南部、四国、山陰あたりが高くなっている。（資料 10）



資料 10

平成 29 年度の当協会の調査である。６月時点でわかっていた５月末届け出病院の数は、1894 病院。そこに全部発送し、616 病院、約３割から回収できた。病院基本情報を示した。開設法人だが、民間が７割。地方都市が５割強、大都市が３割、過疎地が 15%ぐらいである。許可病床の規模は、２割を超えているものが 50 床から 99 床、100 床から 149 床、150 床から 199 床。以前の調査と比べると、50 床から 99 床が増えてきているように思われる。（資料 11）



資料 11



資料 12

併設の介護サービスの状況は、訪問系が 65%、通所系が 55%、介護施設が 45%、居住施設が 35%。大まかに言うと、このようになっている。（資料 12）

転換前の病床の種類は、７対１、10 対１、亜急性期が２割を超えています。そのうち、亜急性期は、もう廃止されているので、当然、今後パーセンテージがどんどん下がってくるものと思われる。

転換前の病床の医療法上の位置づけは、一般病床が 83.4%、療養病床が 9.7%となっている。（資料 13）



資料 13

ケア病棟の運営状況を示す。開設した理由は、７割を超える病院が地域ニーズや患者の状態に即した医療を提供できることを掲げている。そして、６割を超える病院が収益の上げやすさを期待している。（資料 14）



資料 14



資料 15

院内の多職種の関係の変化は、関係が深まったというものが７割ある。
地域の他医療機関や介護施設等との交流の機会も、増えたというものが６割近くある。（資料 15）



資料 16



資料 17

診療圏の状況を示す。病棟構成を見直す際の他施設との調整は、２割５分が調整している。診療圏における在宅医療・介護機能の充足度は、３割超が充足していると回答している。この結果を小山秀夫先生に見ていただいたところ、５年前では考えられない数字だ、すごい数字ではないか、と言われた。

不足している機能の記述では、訪問診療、訪問看護が若干足りないのではないかというところが目立った。（資料 16）

ケア病棟の運営状況を示す。ケア病棟への転換後の病院全体の経営の傾向については、増収増益が６割ぐらい、変化なしが２割であった。ケア病棟開設の経営状況への影響については、影響ありが４割を超えていた。（資料 17）



資料 18



資料 19

これをクロス集計してみると、増収増益、増収減益、減収増益の病院は、ケア病棟開設の影響があったと回答した割合が最多で、減収減益、変化なしの病院は、ケア病棟開設の影響がなかったと回答した割合が最多であった。ケア病棟開設の影響があったと回答した病院のうち、増収増益の割合は６割以上であった。（資料 18）

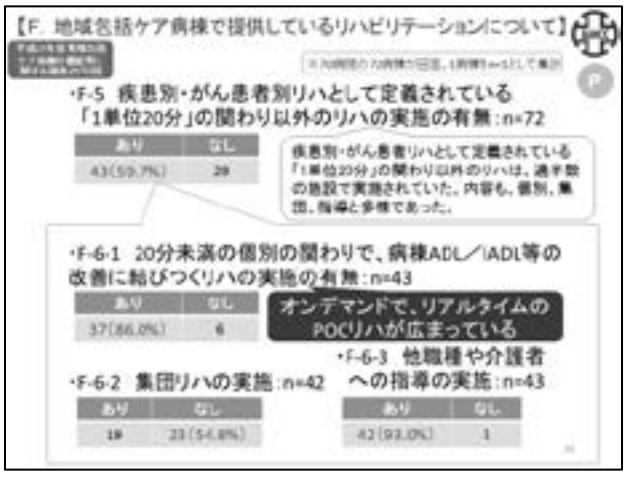
ケア病棟開設が経営状況に与えた影響の自由記述だが、「院内の機能分化が進んだ」、「他病棟との組み合わせでムダがなくなった」、「外部からの紹介が増え、連携が深まった」、「平均在院日数が短縮した」というものがある。

在宅・生活復帰支援のための取り組みは、「リハビリ」、「家族との退院調整」、「地域ケアマネとの連携」に取り組んでいる病院が８割以上と非常に多くなっている。

「院内地域内の共通のアセスメント」、「多剤投薬対策」、「リハビリ栄養」に取り組んでいるところは３割未満と少なかった。ケアマネジャーとの連携、特に入院前・入院超早期における情報交換の評価は、次期改定の焦点にもなっている。（資料 19）



資料 20



資料 21

Point of Care Rehabilitation（POC リハ）を行っている。これはスケジュールと提供量を管理された疾患別・がん患者リハ（20 分１単位）以外の取り組みとして、リハは全て包括算定になっていることを生かした、時間・単位・場所に縛られないリハを提供している。

そのうち、患者の傍らで、個別に短時間、オンデマンドでリアルタイムに直接介入するリハを POC リハと総称している。ＯＴは生活回復リハ、ＰＴは廃用・褥瘡予防と機能回復リハを主に担当している。Point of Care というのは患者さんにケアを提供する場所という意味である。ＰＯＣＴ（Point of Care Testing）、例えば妊娠反応、インフルエンザのテスト、アデノウイルス等、いろいろあるが、このテスティングをリハビリテーションに変えただけで、そういうリハがあってもいいのではないかということで始めている。提供している施設は結構多く、特に会員病院では「提供している」と「今後予定している」を合わせると過半数になる。（資料 20）平成 27 年度の調査。会員病院のみだったが、このときはもう少しパーセンテージは高かった。（資料 21）

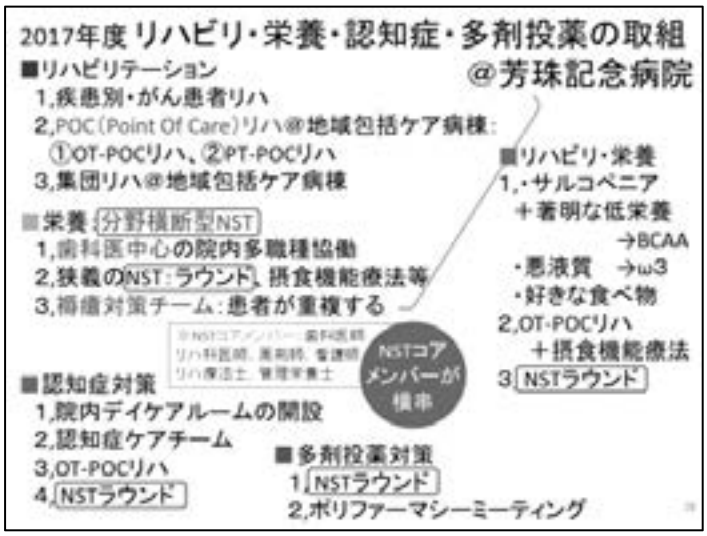
実際には、資料 22 のように移動、整容、排泄、食事、介護職員の指導、家族と一緒の訓練をやっている。いずれも平均して 12～13 分提供しているが、もともと生活支援が必要な方がしっかりリハビリを行うことは、途中で嫌になったり疲れたりするので、難しい場合もある。家族との関わりでは、家族が来院したときにあわせてリハビリを一緒にできると、患者さんは非常に喜んでいる。３人のスケジ



資料 22

ュールを合わせるのは難しいが、POC リハは、約束なしでも対応できるので、くり返し訓練できる。これで在宅復帰に対する不安を安心に変えることができる。

当院ではリハビリ・栄養・認知症・多剤投薬の取り組みを行っている。ＮＳＴのコアメンバーがそれぞれ横串を刺しているので、こういう形で包括的にいろいろな取り組みが行える。（資料 23）



資料 23



資料 24



資料 25

2014 年度と 2016 年度の地域包括ケア病棟の施設基準等を示した。手術・麻酔が出来高評価となったり、500 床以上または高度急性期病床を持つ病院は、１病棟のみ届け出可能となった。（資料 24、25）

平成 29 年度の調査から判断すると、院内・地域内の多職種協働が重要視されて、地域包括ケアが進んでいる兆しがあり、経営への期待も大きく、成果も伴っている。

一方、急性期病院が地域包括ケア病棟を開設して、院内急性期病棟から患者を受け入れることに対して、病院連携を阻害するという意見もあるが、地域ニーズに応えて、きっちり在宅・生活復帰支援をしていれば、大きな問題はないと思われる。

他の急性期病院が病床転換したことで、自院への回復期・慢性期の患者紹介が減り、地域包括ケア病棟を開設したという医療機関は非常にわずかであった。

現在、地域包括ケア病棟をとっている病院は、ある程度満足しているにもかかわらず、なぜ地域包括ケア病棟に対して不満や不安が出てくるのかを考えた結果、２つの課題が見えてきた。

１番目の課題は、地域包括ケア病棟を活用して地域ニーズに応えたいが、届け出ができないということ。２番目の課題は、在宅・生活復帰支援がさまざまな理由で充実していないということである。これらの背景には、多職種協働促進による人員増、ＡＬＯＳの短縮と病床稼働率低下による収支の悪化、救急・リハビリテーションの増強や減床等の自院機能の見直し、治す従来型医療から治し支える生活支援型医療への意識改革等があると思われる。そこで、この課題を掘り下げて、平成 30 年度の診療報酬改定に向けた要望と、平成 30 年度以降の同改定に向けた提言をつくった。



資料 26



資料 27

地域ニーズに応えたくても届け出が困難なケースには、救急診療や在宅・生活復帰支援のためのいろいろな充実のハードルが高く、なかなかできにくいという問題がある。これについては、「緊急時の受け入れの評価」や「在宅・生活復帰支援の強化と評価」をすればよいのではないかと思う。

また、地域包括ケア病棟と別の病棟の組み合わせや病院の規模によって、地域ニーズの変化に対応しにくくなるのは、制限があるからである。それについては「ケア病棟を持つ病院のあり方」というところで提言をさせていただいている。

２番目の課題の在宅・生活復帰支援が充実してないケースだが、これは積極的に医療資源を投入することができないからである。そうであれば、「在宅・生活復帰支援の強化と評価」をすればいいのでは

ないかということで、それぞれ提言①～⑤となっている。（資料 26、27）

提言①では、とにかく緊急の受け入れの経路をきちんと評価してもらえばいいのではないか。それもストラクチャー評価ではなくて、プロセスやアウトカム評価なので、こういった救急・在宅等支援病床初期加算の中で緊急の受け入れを評価してみたらどうかということを提言している。

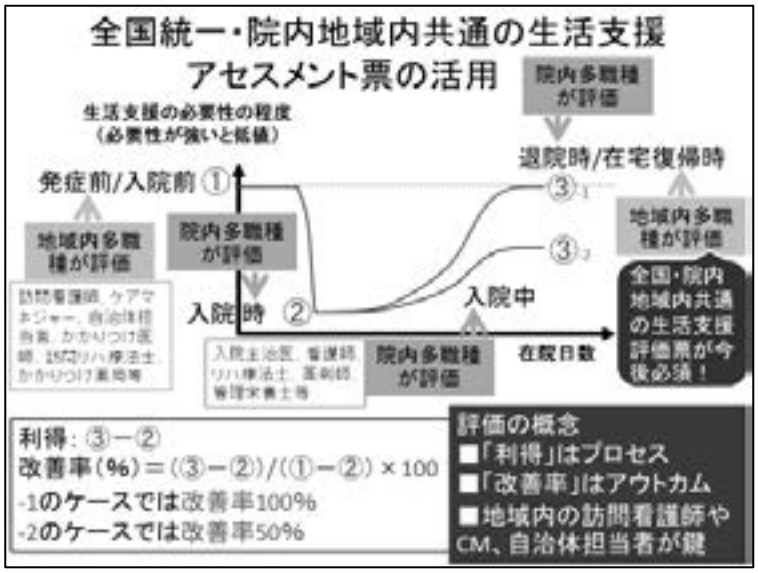
提言②「医療・介護双方からの入退院支援の取り組みを評価」では、発症前・入院前の生活状況を知ることが非常に大事であり、現場の意識も退院支援から入退院支援に向かっている。

先ほどのアンケート調査では出していないが、ケア病棟の運営状況で、発症前の日常的な生活支援の必要性を把握していると答えた割合は 74.5%もある。「一部把握している」が 22.6%なので、ほとんどの病院が把握しているという状況を捉えると、もう少し評価されてもよいのではないか。

実際に介護支援連携指導料はケアマネジャーを対象としたもので、病院には、はっきりしたものはない。唯一あるのは在宅患者緊急入院診療加算で、これも特定の限られた患者情報だけである。

医療・介護双方からの入退院支援の取り組みを評価してほしいというところで、入院前あるいは超早期から双方向の医療介護の情報共有を行ってはどうかということで、ケアマネジャーとのやりとりを評価する。提言③「在宅・生活復帰支援のアウトカム評価」を示した。院内多職種協働では、リハ、栄養、認知症ケア、多剤投薬等に対する包括的アプローチを実施しているのだが、ほとんどが包括評価である。「在宅・生活復帰支援機能が抱える問題」で、仮に入院患者像や疾患構成、生活支援の提供量がほぼ同一と仮定すると、現行の診療報酬では何もしないほうが儲かり、一生懸命頑張って退院を早めたほうが、利益が出にくいということになってしまっている。これはなかなか難しい問題で、包括のときのモラルハザードにもなってくる。この解決には、機能評価するしかない。

機能評価するときに、仮に院内だけで評価すると、利得しかわからない。退院時の評価の③と入院時の評価の②の差分が利得なので、相対的な評価しかできないからである。しかし、地域内多職種が評価に加わると、発症前と在宅復帰時についてわかるので、改善率で評価できる。これは非常に重要なことではないかと思う。そもそも利得はプロセスで、改善率が本当のアウト



資料 28

カムだと思っている。しかし、ここに至るまでには、地域内の訪問看護師やケアマネジャー、自治体担当者、かかりつけ医など、いろいろな方々に協力していただかないとできないというところに難しさがあるのではないかと思われる。（資料 28）

提言④「生活支援の程度のデータによる把握」を示した。このようなデータを把握するときは、全国統一の院内・地域内共通の生活支援の評価をするツールが必要になってくるが、現在はそれがない。しかも、データをマイニングできる形に蓄積されていないので、そのアセスメント票を開発して、データをアップロードするというプロセスを評価できるようにしてはどうか。そうすれば、ケア病棟での受け入れの実態をより精緻に分析でき、2020 年度以降の健康・医療・介護ＩＣＴによるビッグデータ解析にも活用しやすいのではないかと思う。

来年度からこのような評価票が仮にできたとすれば、２年間でビッグデータ解析に使えるようなデータがかなり集まるものと思われる。また、医療・福祉人材の最大活用のための養成課程の見直しに必要な、複数資格の共通基盤過程においても、効率的なアセスメントの履修が可能ではないかと思われる。



資料 29



資料 30

地域包括ケア病棟の入院料の質評価ということで、自分たちで考えたものである。構造（ストラクチャー）と過程（プロセス）と成果（アウトカム）がある。（資料 29）

その中で、発症前の日常的な生活支援の必要性を把握するプロセス評価はなく、データ提出やＤＰＣの様式１には、入院前の要介護度や、脳卒中の発症前の Rankin Scale など、ごくわずかな発症前アセスメントしかない。（資料 30）

最後に、提言⑤「地域における地域包括ケア病棟の有する病院のあり方」。現在 500 床以上の病院や高度急性期を持つ病院では、１病棟しか持てないことになっているが、過疎地や地方都市で人口がどんどん減っていくようなところでは、こういう状況でも２病棟とりたいと言う方が結構ある。

そこで、地域特性に配慮し、地域包括ケア病棟と特に高度急性期を担う病床の組み合わせによる診療報酬上の制限を緩やかにして、地域医療構想の協議の場で話し合い、うまくいったときには２病棟以上届け出が出せることにしたらどうかということを提案している。



資料 31

今年度はこのような要望１、要望２を提出している。また、来年度以降の同改定に向けた提言①、②、③、④、⑤を提出している。（資料 31）

人口減少、少子化、超高齢社会、認知症高齢者激増、地域間格差の時代を迎えて、自院の病棟構成の中で、急性期、回復期、慢性期までの機能を選べる柔軟性と、ご当地ごとのニーズに応えられる懐の深さをあわせ持つ地域包括ケア病棟を最大限に活用しなければ、地域包括ケアシステムと地域医療構想は成り立たないと思っている。

地域ニーズに合わせて自院の機能を変えて、院内・地域内の多職種と住民を巻き込み、在宅・生活復帰支援を促進しようとする、そのような病院が安心して持続可能性を追求できるようにしていきたいと思っている。

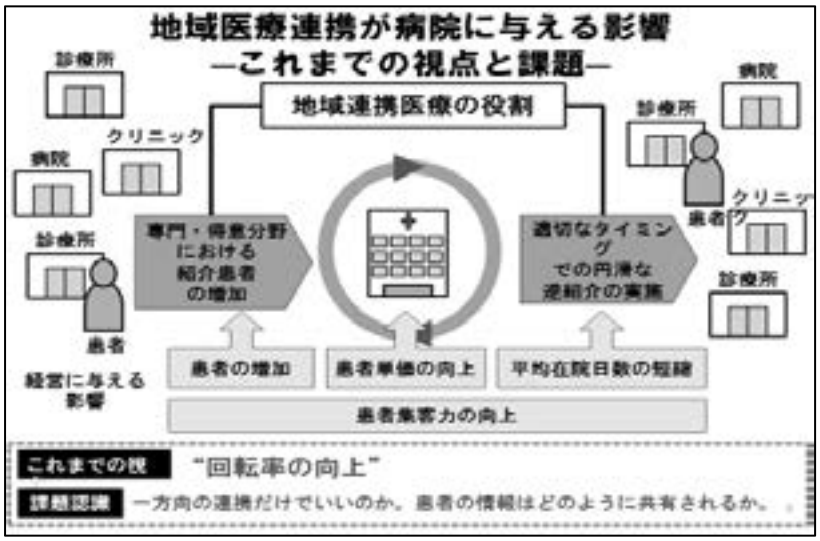
３．「医療・介護連携に基づく継続的ケアマネジメントの実現に向けた課題」

兵庫県立大学大学院　教授　筒井孝子／国立保健医療科学院　主任研究官　大夛賀政昭

本日発表させていただく内容は、平成 24 年から平成 28 年の 5 年間継続して取り組んできたケアマネジメントおよびセルフケア・セルフマネジメントに係る老人保健健康増進等事業の成果となっている。平成 28 年度に実施されたモデル事業は、これまでの研究事業で取り組んできた二つのテーマ、医療・介護連携とセルフマネジメントが含まれている。この二つのテーマは、本研究事業にも密接に係ってくると考えている。

本日は、モデル事業の概要、問題認識、取り組んだ結果どのようなことになったのかというご報告をさせていただく。直近の診療報酬改定においても、退院支援から入退院支援という動きの新しい提案がなされているが、本研究事業で明らかになったことがこの提案につながっていると考えている。

資料１は、地域医療連携のこれまでの流れを示したものである。今までは、一方向のパスを中心に連携が考えられてきた。しかし、患者が地域に帰った後の情報が分断されてしまった結果、継続的な支援が展開されないという課題があった。



資料１

そのような認識の中で、これまでの地域医療連携に対する評価としての診療報酬はどうなってきたのかを示したものが資料２である。

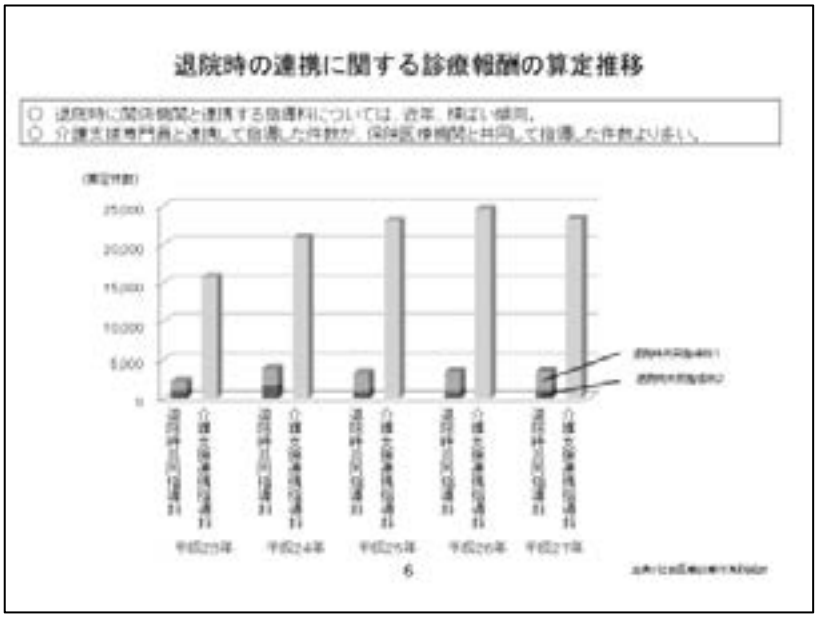


退院支援に係る主な診療報酬上の評価

項目名	点数	概要
退院支援加算	（退院時1回） 1（一般病棟）　600点 （療養病棟）1,200点 2（一般病棟以外）　600点	入院早期より退院困難な要因を有する患者を抽出し、その上で退院困難な要因を有する患者に対して、適切な退院先に適切な時期に退院できるよう、退院支援計画の立案及び当該計画に基づく退院を行った場合に算定する。
介護支援連携指導料	（入院中2回） 400点	入院中の患者であって、退院後に居宅において介護サービスを利用する予定のものに対して、退院後の居宅サービス等の調整を行った場合に、入院中2回に限り算定する。
退院時共同指導料1	（入院中1回） 在支診　1,500点 在支診以外　900点	入院中の患者の保険医療機関の保険医が、患者の退院後の在宅療養を担う保険医療機関の保険医と共同して、患者の同意を得て、退院後の在宅での療養上必要な説明及び指導を共同して行った上で、文書により情報提供した場合に算定する。
退院時共同指導料2	（入院中1回）400点 注2の加算　2,000点	（注）入院中の保険医療機関の保険医が、患者の退院後の在宅療養を担う保険医療機関の保険医（訪問看護ステーションの看護師等、保険医である歯科医師、保険薬局の薬剤師、訪問看護ステーションの理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士）と共同して指導を行った場合は、それぞれ所定点数を算定する。
退院前訪問指導料	（入院中1回） 500点	退院して1月を超えて入院すると見込まれる入院患者の円滑な退院のため、入院中又は退院日に患家を訪問し、患者の病状、患家の家屋構造、介護力等を考慮しながら、患者及びその家族等退院後に患者の看護に当たる者に対して、退院後の在宅での療養上必要と考えられる指導を行った場合に算定する。
診療情報提供料(I)	（月1回） 250点	医療機関の医師が診療の求めに応じ他の医療機関へ診療情報を文書により提供した場合に、患者1人につき月1回に限り算定する。なお、診療情報提供書の写しを診療録に添付すること。

資料２

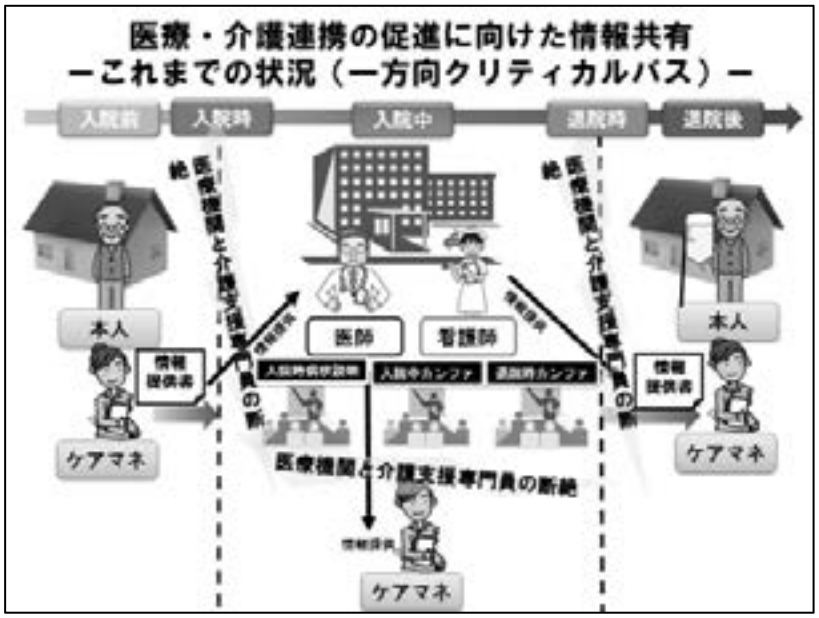
ただし、診療報酬における退院支援に関わる加算がどのように算定されてきたかというと、それほど伸びてきていないという状況がある。一方、介護報酬においてもでは、診療報酬同様、医療機関と連携することに対する加算がたくさんつけられているが、こちらも診療報酬同様算定が伸び悩んでいる状況にある（資料３）。



資料３

このように、報酬上のインセンティブがつきながらも、いろいろな課題があり、入退院における情報の連携ができていないのではないかということが、これまでの調査研究でわかってきた。

資料４は、その課題を入退院支援の時系列で整理した図となっている。



資料４

ケアマネジャーがついていた方が入院されると、介護保険適用だったのが、入院とともに医療保険に切り替わる。すると一時的にケアマネジャーから離れてしまうという情報の断絶が起こる。

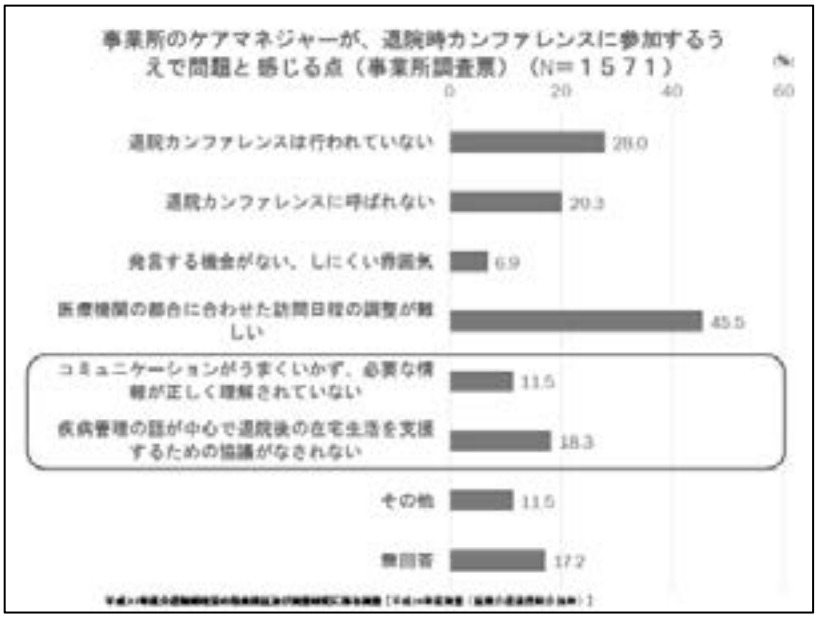
その後、退院直前になって、医療機関側から「調整をしてください」と急にケアマネジャーが呼ばれるということが起こっている。この情報の断絶をどうにかつながなければならないという問題認識のもと、近年さまざまな調査研究が行われてきた。

具体的な原因については、直近の介護給付費分科会で実態調査がなされている。資料５をみると、介護側が医療機関に情報提供する際の課題がわかる。



資料５

退院時の情報連携の課題を示したものが資料６である。退院後の在宅生活支援の協議がなされない。価値観の違いによる情報の伝達がうまくいかないなど、様々な課題が示されている。



資料６

これらを踏まえて、平成 28 年度のモデル事業の目的が設定された。さまざまな臨床家の方と調査研究を行い、医療と介護の情報連携を促進するには、入院中もケアマネジャーが入院中に何かすることをつくらなければならないということに行きついた。



資料７

つまり、医療機関側と介護側の双方が共通課題に取り組む仕組みをつくることが重要であるということである。具体的には、セルフマネジメント支援を行うこととし、この支援を切れ目のない連携によって提供するための具体的な様式をつくったのが今回のモデル事業になる。（資料７）

このモデル事業に取り組むにあたり、いくつかハードルがあった。

ケアマネジャーが入院前にすでについていた場合は、この事業は問題ないのだが、要支援の方の場合は地域包括支援センターの方がケアマネジメントを行うとか、要介護認定において非該当の方は伴走に

値するような方がつくことができないといった問題があった。

このような制度上の問題があるので、ケアマネジャーがつく、つかないに関わらず、伴走者を一定期間つけるということが必要になってくる。

このため、医療機関が名簿管理をしたものを一度自治体の方に渡し、便宜的に地域包括の保健師、あるいはケアマネジャーを伴走者として一定期間つけるということを行った。

この仕組みを適用するために、さまざまな関係者を巻き込まなくてはならなかった。その結果、病院、自治体、ケアマネジャー協議会、この３者がこのコンセプトに同意したうえで取り組まなければいけないという、大変ハードルの高い事業となった。

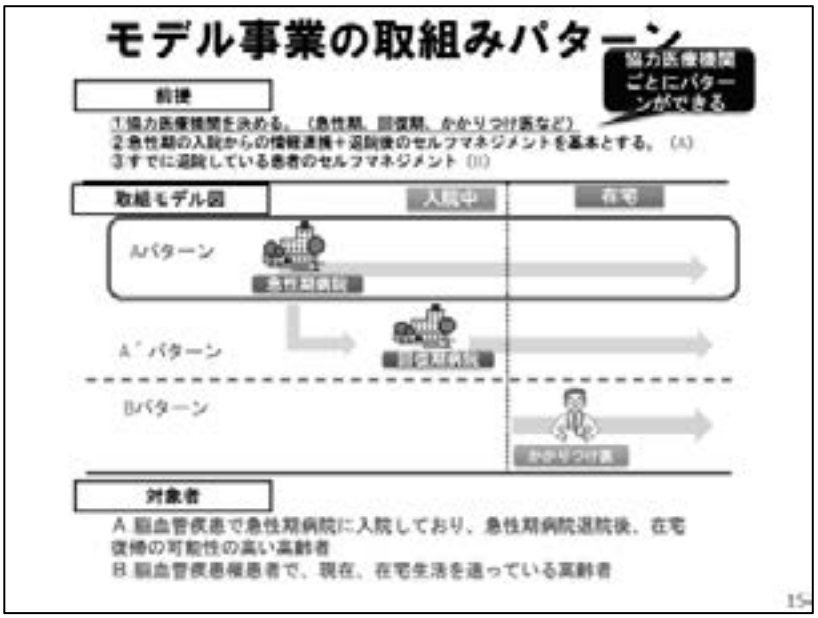
これまでのパスは、疾患別につくられているのだが、こちらは生活支援が必要な人、セルフマネジメントが必要な人に対するパス、医療・介護連携によるパスを想定している。

資料８は、この事業における事務局の役割を示したものである。



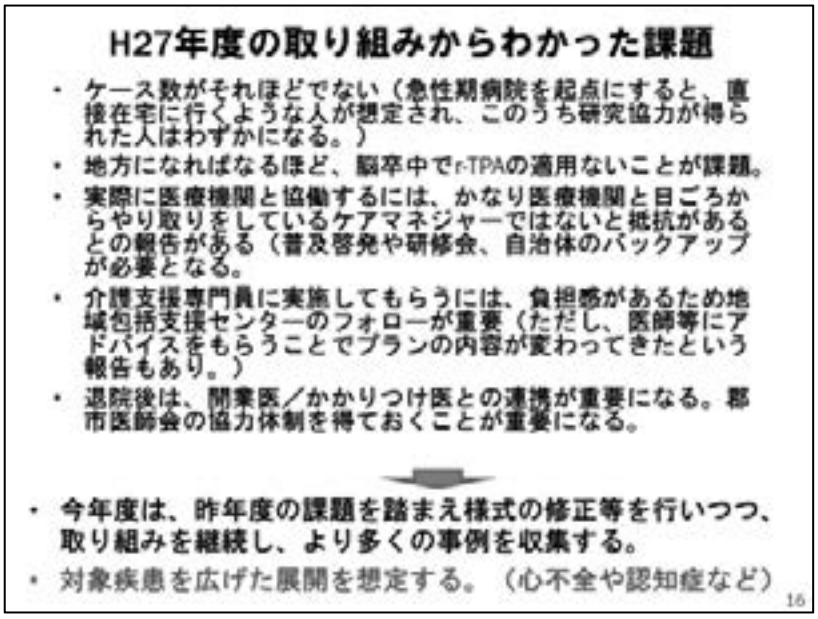
資料８

モデル事業の取り組みパターンを示したのが資料９である。モデル事業を始めた当時は、急性期病院と自治体が一番遠かったので、ここの連携による事業の実施がハードルが一番高かった。回復期、病院を設定しないパターン、かかりつけ医と協働したパターンという、Ａ、Ａ´パターン、Ｂパターンの３つを想定して、複数地域でモデル事業を展開していった。



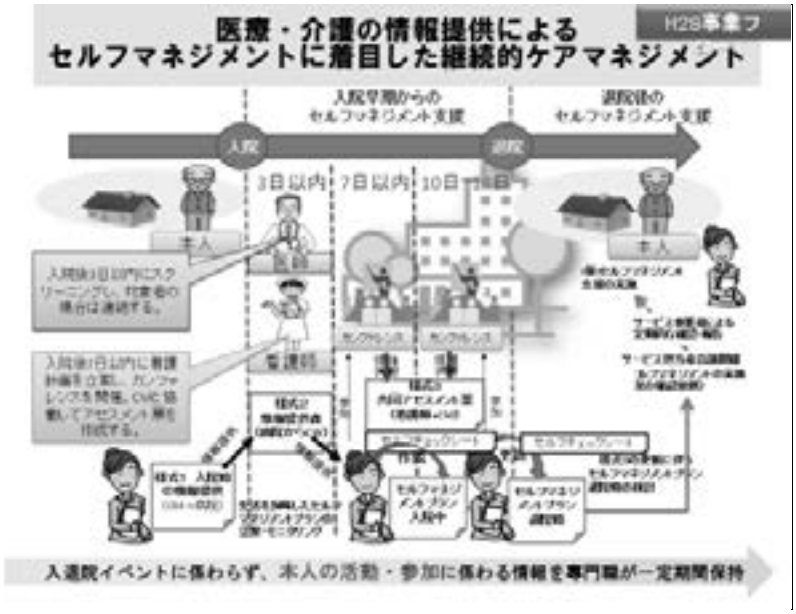
資料９

最初のモデル事業を行ったのは平成 27 年度だが、再入院を解決することのインパクトが高いということで、脳卒中患者に特定した。しかし急性期病院に入院して、いきなり在宅復帰程度という軽症な方は、それほど現れなかったということが課題となった。



資料 10

平成 27 年度から翌年に移るにあたり、様式を修正するとともに、対象疾患を慢性心不全の再入院や認知症等も含めて、広く展開していくことになった。（資料 10）



資料 11

これは、今回モデル事業のフローを示したのが資料 11 である。

まず介護報酬のほうで、情報提供加算といって、既に行われているケアマネジャーからの入院直後の情報提供が様式１に当たる。

モデル事業の検討過程で、入院３日以内に、「担当看護師はこの人です」、「カンファレンスはこのように行われます」、「この人はこういう症状になって、予後はこのようになります」という見立てを一刻も早くケアマネジャーに返すことによって、その後の協働作業につなげていくことが重要という指摘があった。このため報酬上の評価はないが、医療機関からの情報提供に対する返答に値する、様式２をモデル事業で開発し、展開した。

この様式１と様式２の実践が、平成 30 年度の診療報酬改定の評価として新設される入退院支援の入院部分の情報連携の取り組みとなると考えている。

平成 28 年診療報酬改定で導入された「退院支援加算」の中で、７日以内に診療経過を報告するなど、いろいろなことが行われているが、このモデル事業においてもアセスメントを看護師、リハの専門職、薬剤師、栄養士、他にもさまざまな方と協働で行っていくことを想定している。これが様式３である。

その多職種でによるアセスメントを通して、ケアマネジャーなどの伴走者が入院中からセルフマネジメントを展開していくことになる。



資料 12

左側が「共同アセスメントシート票」になっている。これは在宅医療・介護連携推進事業の中で、医療機関が退院時にケアマネジャーにアセスメントを渡すことを共通化するもので、このモデル事業でつくったアセスメントシートである。

セルフマネジメントとは、具体的には「日常生活全般」、「疾病管理」、「食事・栄養管理」、「運動・移動」、「コミュニケーション・対人関係」の５つの領域である。

セルフマネジメント支援の計画様式は、介護予防のケアプラン様式にかなり近くなっているが、この５つの領域に対して、退院後にどのような自己管理を行っていくのかプランしていくことになる（資料12)。

以上、セルフマネジメント支援のモデル事業について説明させていただいたが、これはセルフマネジメントが必要な人と言う疾患によらないパスをつくっていくという取組とも説明ができる。これに取り組むことにより、退院支援加算１のような動きをつくっていくことになり、今の報

留意点

- 医療機関の主体的取り組みを促すため、院内パスに位置づける。（セルフマネジメント支援パスとも言える）
- 退院支援加算１の算定要件に準じて、入院後3日以内、入院後7日以内でやることを決める。
- 入院中2回のカンファレンスを通じて、医療機関の専門職とケアマネジャーによる協働アセスメントを実施。
- それによって、入院早期からのセルフマネジメント＋（介護予防）サービ提供計画の作成を目指す。
- 退院後のモニタリングは、一カ月後とする。状況に応じて、その後設定していく。

資料 13

酬上の評価に乗っていくものである。ただし、退院支援加算が入退院支援に切り変わっていく中で、今後、医療機関は、入院前の介護側との情報連携をさらに深めていく必要があるのではないかと思っている。（資料 13）



資料 14

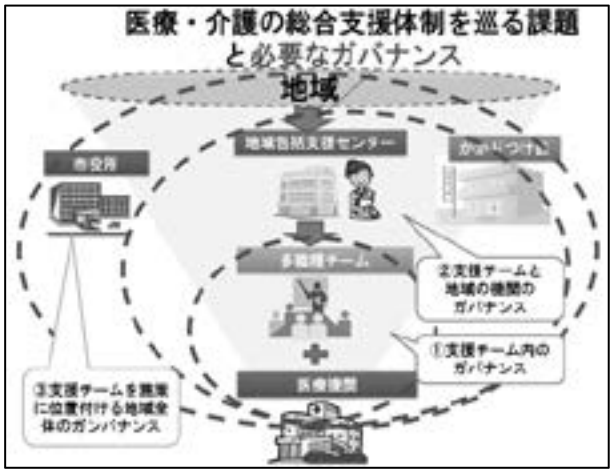
平成 28 年度に参加した自治体は、この 12 自治体であった。都市部の自治体から郡部の自治体まで、さまざまな自治体に取り組んでいただいた。

都市部では、さまざまな病院が競合する中で、A型、急性期病院と自治体が結びつくというのはなかなか難しかったので、B型が多くなっている。

一方で、閉じられた医療圏のような郡部ではA型で取り組まれた事例がいくつかある。基幹病院が１カ所という地域では、モデル事業のような取り組みを推進をすることで医療・介護連携がかなり進んだという報告がなされている。（資料 14）



資料 15



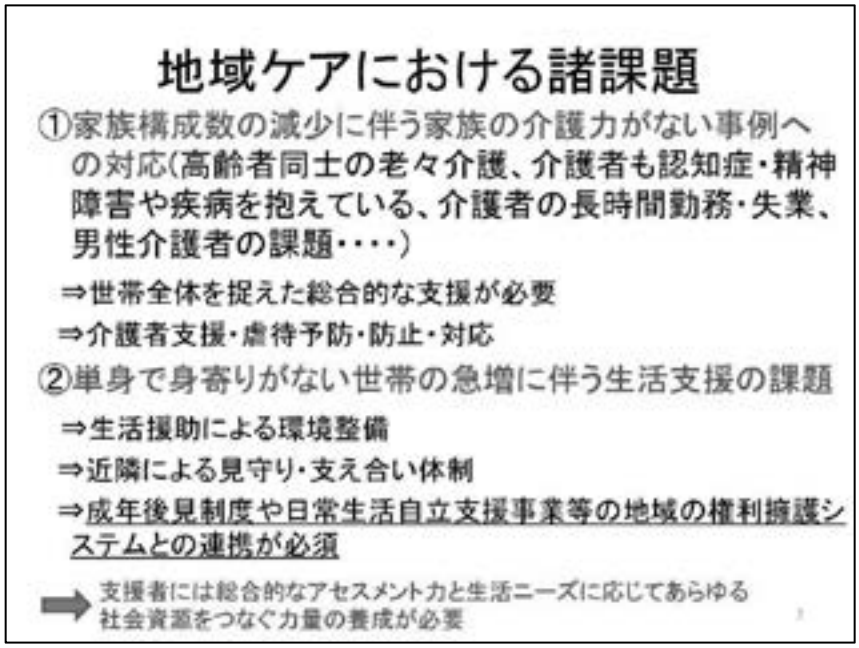
資料 16

このモデル事業を行ってわかってきたことがある。今回の対象も下の紫色の医療機関を見ているのだが、地域全体を見ると、介護保険の動きをコントロールする際には、自治体の介護保険行政と関わってくる。介護保険制度運営をどうするのか、ケアマネジャーをどのようにコントロールしているのか、地域包括支援センターがどのように動いているのかがその地域で多職種チームを構成し、医療介護連携をシステム化には、重要になってくることがわかってきた。さらに、退院後にフォローアップしていくのはかかりつけ医なので、郡市医師会の役割も当然大きくなってくる。これら４つのプレイヤーがどのような機能を持っていくのかが、重要になってくる。

今回の研究事業は、居住支援がテーマだが、同じような機能がいずれ必要になってくると考えている。（資料 15、16）

４．「高齢者の地域居住に関する諸課題」

社会福祉法人立川市社会福祉協議会　地域福祉推進課長　山本　繁樹



資料１

①　は、家族の構成数の減少に伴う家族の介護力がない事例への対応の課題である。

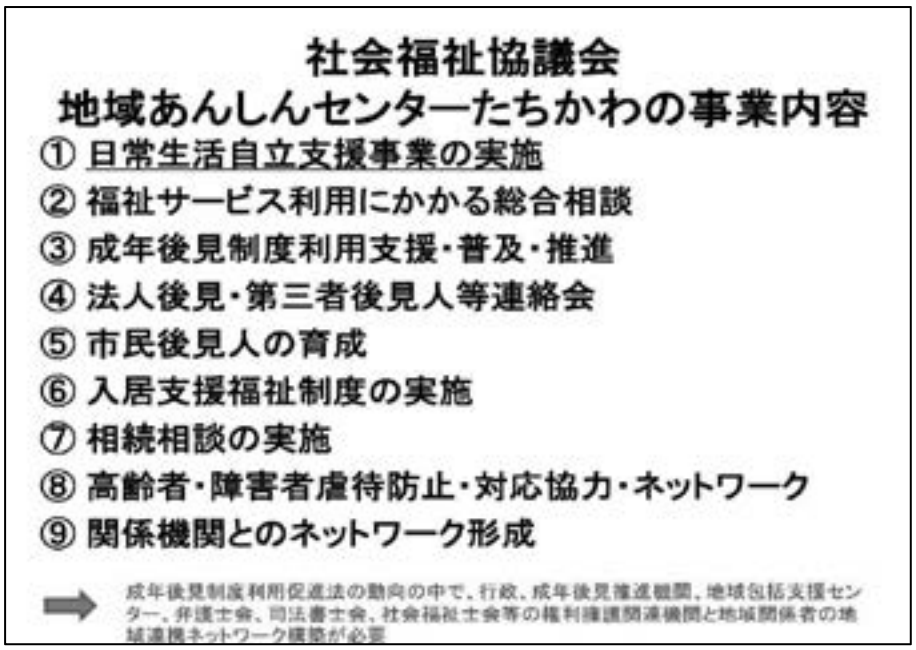
入退院支援では、ご本人状況と戻った後の家族状況を外来時や入院時のときから確認していく必要がある。自宅に戻った後、どういう家族状況で、どういう介護負担が生じやすいかということをしっかりと見ていく必要がある。そのあたりの視点が必要だろうと思う。

介護者支援の必要性については、虐待が今増えている状況があるが、予防的な対応が入院時からできるのではないか。介護者支援を入院のときから、もしくは在宅ケアのときも同じだが、連携の中で家族への心理教育や介護方法の伝達などの予防的な対応ができないかということが１つある。

②は、単身で身寄りがない世帯が急増しているので、ひとり暮らしの方への対応の課題である。自宅に戻った後の環境もそうだが、生活支援、見守り、それから地域実践で増えているのは、弁護士、司法書士、社会福祉士等との連携による後見制度の利用支援、日常生活自立支援事業の利用支援による金銭管理やさまざまな契約行為への支援をしていくことが必要な方が急増している状況がある。（資料１）

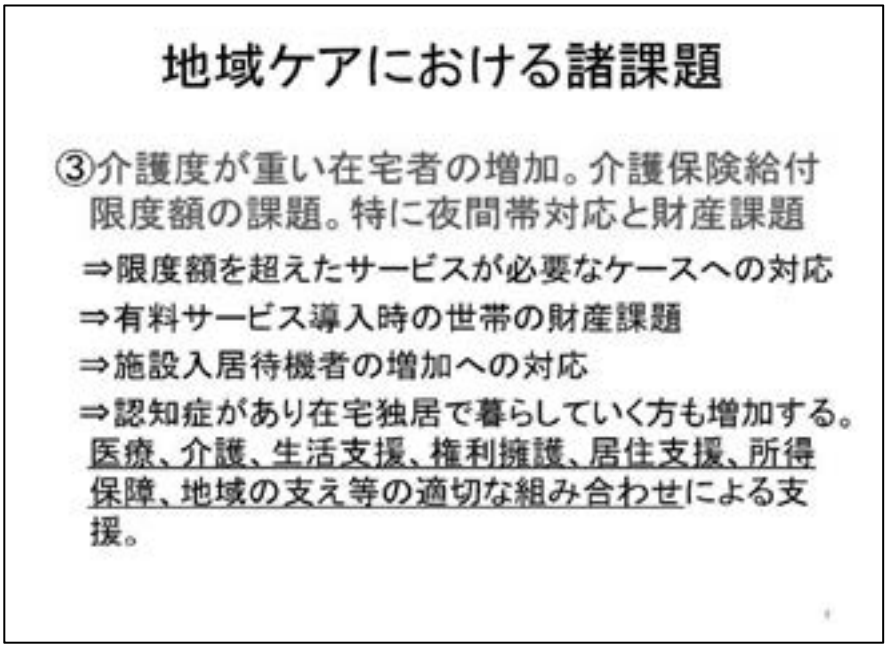
私どもの地域では社会福祉協議会で成年後見制度の推進機関をやっているのだが、今、成年後見制度利用促進法という法律が成立しており、成年後見制度の推進機関が自治体ごとに設けられていくという方向性にある。医療、保健、福祉、さまざまな関係者とともに、権利擁護の関係者との連携が非常に重要になってくる。このようなことも視野に入れながら、高齢者の地域居住支援を考えていくことが必要だと思っている。

住まいの問題も、身寄りがない人を退院支援においてどこに戻していくかというところとも絡むのだが、非常に劣悪な環境で、本人を囲い込んでしまって、必要性がないのにもかかわらず介護報酬を上限まで使って、さらに自費も徴収するみたいな、そういうところもなきにしもあらずの状況が残念ながらある。入院の段階から、ケアマネジャーがついている、ついてないという確認も含めて、この人はどこに戻していくのか、本人の人権擁護も踏まえて支援を考えていく必要がある。そのときに、この人を支援していくのに、サポーターをどういうふうにつけていくのかを考えるか。あるいは地域包括支援センター、ケアマネジャー、それと後見人等も含めたパーソナルなサポーターをどのように考えていくかというのは非常に重要な入退院支援の視点になっていくだろうと考えている。（資料２）



資料２

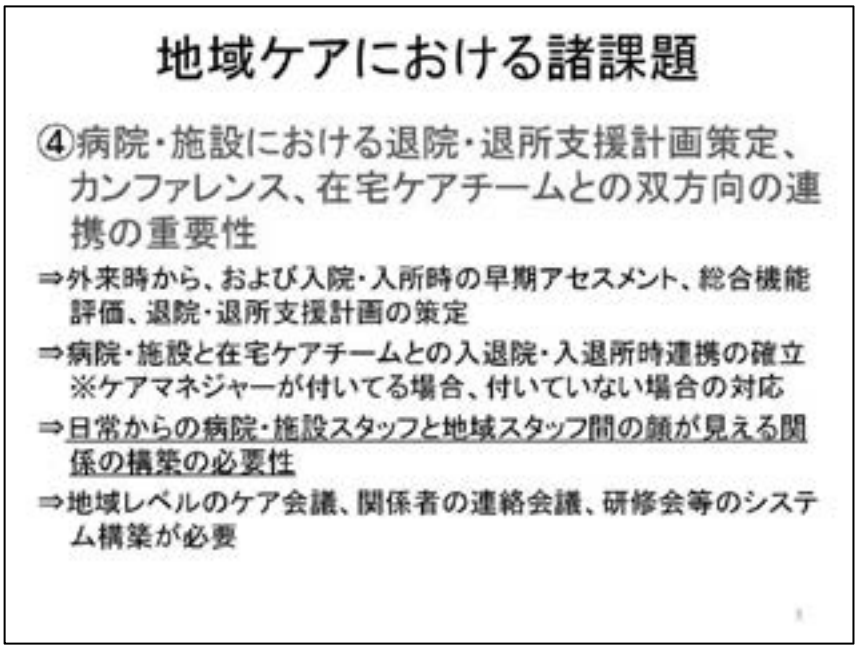
③は、今後、在宅療養する介護度が重い方が増えていく中での課題である。ここで財産のあるなしで、戻り先や支援の手段をどうするのかという課題が出てくる。在宅支援の場合も、施設支援の場合も、そういったことも見据えていく必要があるだろうということである。あと、認知症の方の



資料３

在宅独居者が増えてくるので、いろいろな社会資源、サポートの組み合わせが必要となるだろうと考えている。（資料３）

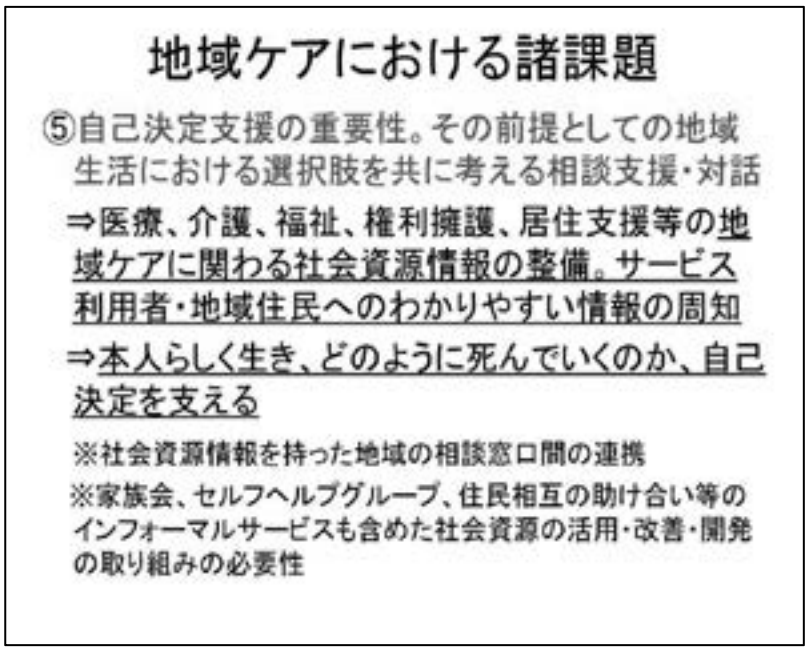
④のところで、まさしく今回のテーマだが、病院、施設、老健等も含めて、退院・退所支援計画策定、カンファレンス、在宅ケアチームとの双方向の連携という取り組み課題である。外来時から、入院・入所時の早期アセスメント、総合機能評価を行う。地域との連携ということで、入院時、退院時、また入院中の連携を図る。



資料４

また、日頃からのスタッフ間の顔が見える関係の構築が非常に必要になる。地域包括ケア病棟のスタッフ等も含めて、日頃から地域レベルのケア会議等で、個別事例だけでなく、情報交換をするとか、地域の課題を話し合うとか、そういう機能もあるので、いろいろな仕組みをつくりながら、お互いが相談がしやすい状況をつくっていくことが必要だと考えている。（資料４）

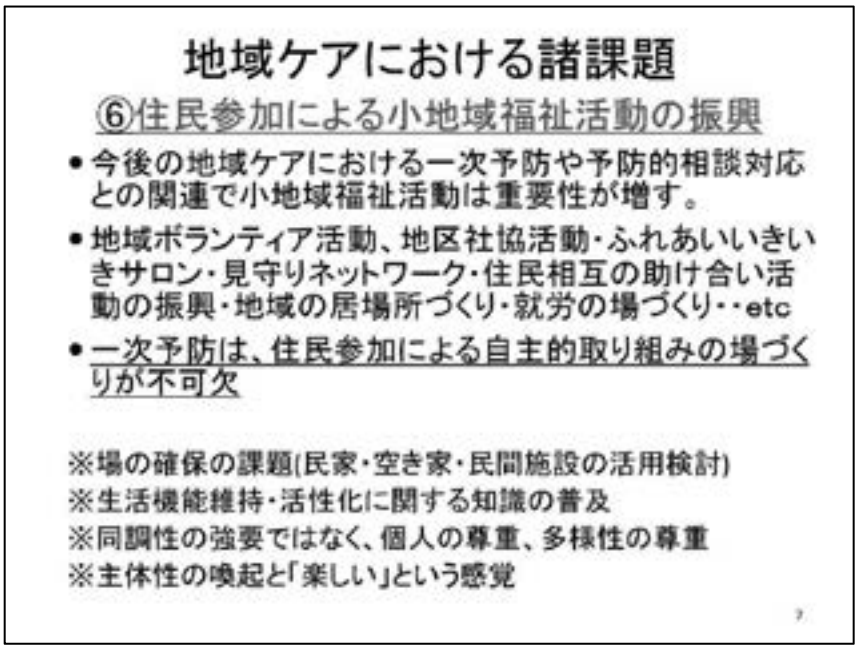
⑤自己決定支援の重要性では、意思決定支援も含めたいろいろな情報提供、社会資源の情報について、ご本人が選んでいけるという状況をいかにつくっていけるかということである。病院の相談窓口、在宅の相談窓口、いろいろな相談支援窓口がお互いに連携していくことが必要だと思う。



資料５

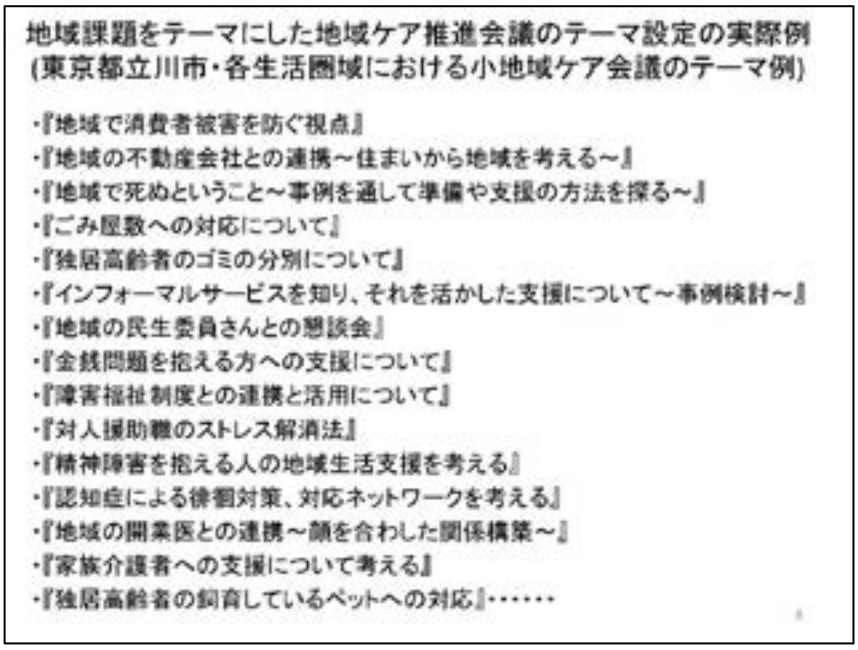
ご本人らしく生きて、どのように死んでいくのかという自己決定を支えていけるような仕組みが地域に必要である。そこに家族会とか、セルフヘルプグループとか、認知症カフェとか、いろいろな地域の取り組みがあるので、そういった地域の情報も含めた分かりやすい情報提供の支援が必要だと考えている。（資料５）

⑥は予防についての課題である。一次予防は今、非常に重要である。病院のさまざまな機能と地域の資源との連携の中で、いろいろな予防の取り組みを考えていけるのではないか。住民参加・主体による地域でのソーシャルキャピタルづくりが重要という視点でこのスライドを資料を掲載している。（資料６）



資料６

資料７は、私どもの地域で生活圏域ごとに取り組んでいる地域課題を検討する小地域の地域ケア推進会議のテーマ設定例である。このような場でも、病院との連携、医療連携でのテーマ設定もできるだろうと考えている。



資料７



出典：東京都福祉保健局、「東京都退院支援マニュアル」

資料８

資料８は、宇都宮先生が中心となってまとめた東京都の退院支援マニュアルのなかの１つの入退院支援のフロー図である。これは地域側のケアマネジャーから見たときの入院時連携の留意点となっている。特にオレンジ色のところが視点となる。

治療開始から安定期の視点、退院に向けての調整期間の視点、退院時の視点、退院直後から移行期の視点ということで、ケアマネジャーから見たときに、こういうことに留意していこうという一連のフロー図になっている。別途、病院側の留意点のフロー図もある。（資料９）



出典：東京都福祉保健局、「東京都退院支援マニュアル」

資料９

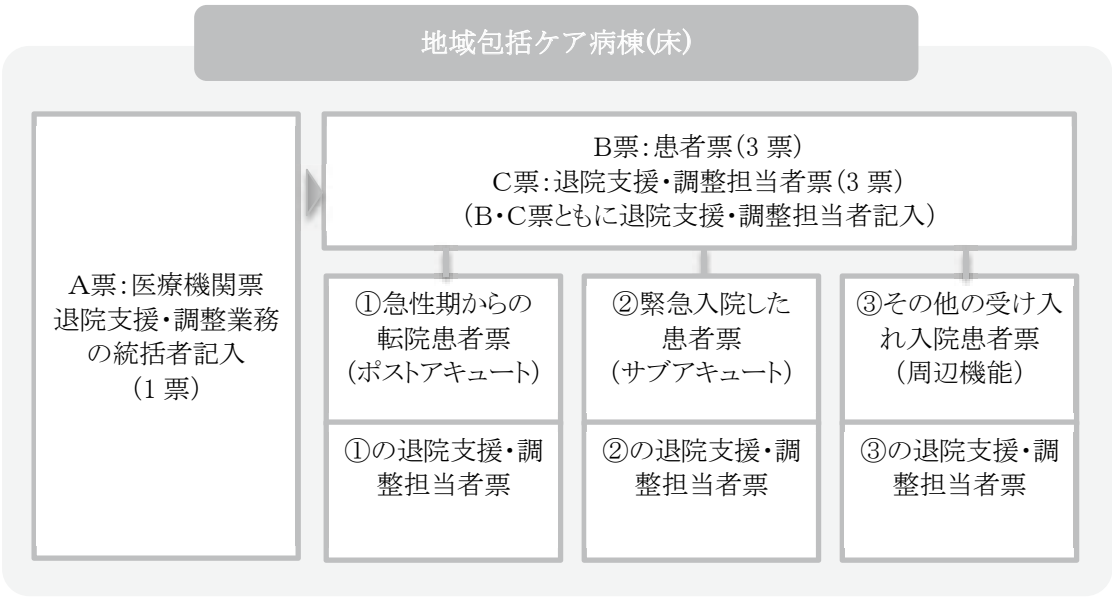
第２章　地域包括ケア病棟（床）における
退院支援に関する実態調査

１．アンケート調査の概要

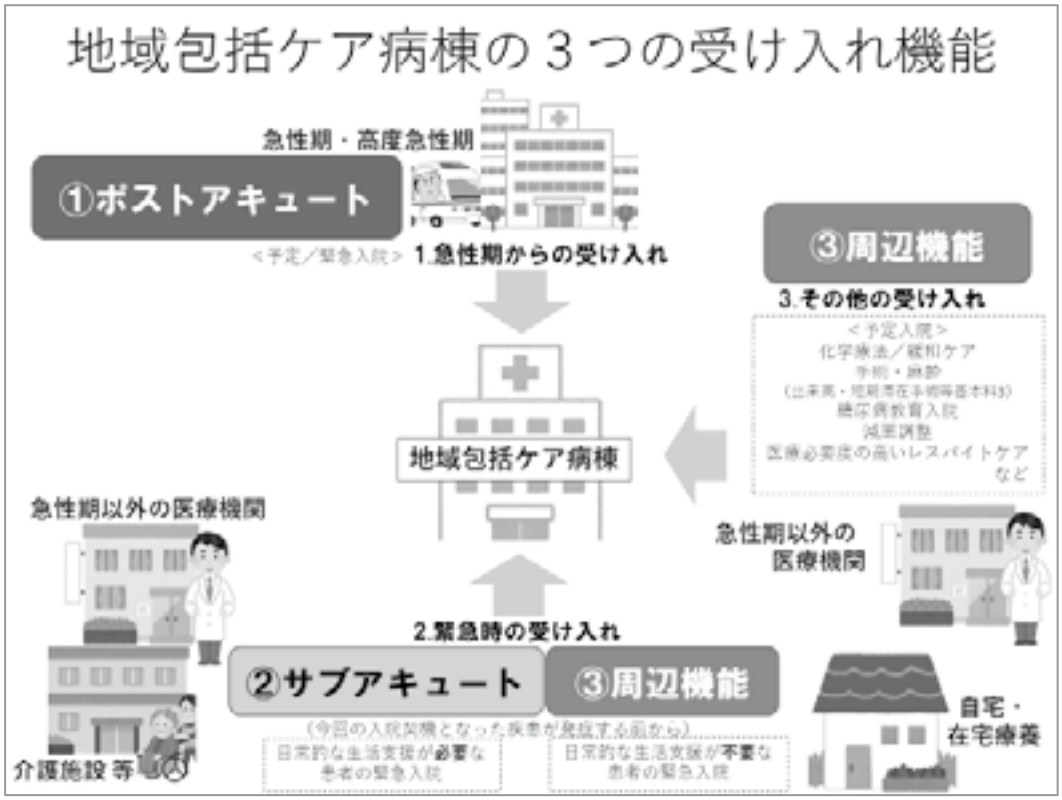
（１）調査の目的とフレーム

現在、急性期治療後は、病状が安定している場合には自宅へ、そうではない場合には地域包括ケア病棟や回復期リハ病棟へという流れが主流である。本調査は、在宅復帰率の算定上、自宅復帰の割合を高めることが課題とされる「地域包括ケア病棟（床）」の退院支援・調整担当者における退院支援や「退院後の住まいの確保」の支援の実態を把握することを目的に、在宅への退院の促進要因や阻害要因などについて明らかにするアンケート調査を実施した。

調査フレーム



※B 票については、入院時の 3 つの受け入れ経路別に回答を依頼(1 医療機関あたり、B 票は、最大 3 票まで)



（２）実施状況

調査の実施概要は以下の通り。

調査対象医療機関	地方厚生局への医療機関届出情報をもとにリスト化された医療機関で、2017年 10 月時点で地域包括ケア病棟入院料1、地域包括ケア入院医療管理料1、地域包括ケア病棟入院料2、地域包括ケア入院医療管理料2のいずれかを算定している医療機関
調査対象数	1,953 病院
調査方法	郵送法 ※「病院長」宛に送付 ※調査票を「退院支援・調整部門」に回送して頂き、当該部門にて記入した調査票をとりまとめて一括返送して頂いた ※自記式無記名
回答者条件	【A 票:医療機関票】 地域包括ケア病棟(床)における、退院支援・調整業務の統括者 【B 票:患者票】 (条件 1) 地域包括ケア病棟(床)への入院患者で以下の条件を満たす患者 ・ 最近 1 年間に退院した 65 歳以上 ・ 退院支援を実施し、その中で退院後の「住まいの確保」をするための支援を実施 ・ うち、回答する担当者自身が扱ったケースの中で「困難事例」の患者 (条件 2) かつ、3つの受け入れ経路別(該当患者がいない受け入れ経路については回答不要とした) ※「住まいの確保」とは、退院支援のなかで、退院後の「住まいの確保」をするための支援を行ったケースで、ここでの「住まい」とは、退院後「元の住まい」以外の病院や老人保健施設を除く、以下のようなところを指す(入院前には自宅以外のところに住んでおり退院後に自宅に戻った場合、又は、退院支援の結果、最終的に自宅など元の住まいに戻ったケースも含まれる) ・ 制度的裏付けのある高齢者の居住施設あるいは住まい(サ高住・有料老人ホーム・養護老人ホーム・ケアハウス・認知症高齢者グループホームなど) ・ 民間賃貸や UR、公営住宅 ・ 未届け有料老人ホーム ・ NPO 法人立の無料・低額宿泊所等や、生活保護法に基づく保護施設(救護施設・更生施設・授産施設など) 【C 票:退院支援・調整担当者票】 地域包括ケア病棟(床)において、実際に、退院支援・調整を行っている「調査票 B 票(退院患者用)」の担当者
回収数	【A 票:医療機関票】 回収数 662 票(回収率 33.9%) 有効票 559 票(有効回収率 28.6%) 【B 票:患者票】 回収数 1,237 票(1 医療機関 1.9 票) 有効票 1,126 票(1 医療機関 2.0 票) 【C 票:退院支援・調整担当者票】 回収数 1,103 票(1 医療機関 1.7 票) 有効票 906 票(1 医療機関 1.6 票)
調査期間	平成 29 年 11 月 8 日～11 月 30 日 実質締切 12 月 12 日
その他	特に指定がない場合には、調査基準日を平成 29 年 9 月 1 日とした

（３）集計の基本的な考え方

<table>
<tr><td>データクリーニングについて</td><td>データクリーニングについては、以下の条件にあてはまるものを無効票とした。
・ 患者年齢が 65 歳未満
・ 過去 1 年間の退院患者ではない
・ 担当者の年間の退院支援数ゼロ／住まいの支援ゼロ
・ B 票回答がない（B 票を軸に集計のため）
・ 記入率が低い（ほとんど白票など）</td></tr>
<tr><td>A･B･C 票の関係</td><td>A･B･C の各票について B 票を基本に 1 レコードとしてデータ化を行った。
A･B･C、それぞれの票の分析を行うときには、それぞれの回収数が全体となるが、B および C において、A または C でクロス分析を行う際には、票数の多いほうに合わせ分析を行っている。

［例］ 以下は A･B･C 票のデータ化の例である。
A票の分析をする場合は○○病院は 1 票であるが、B 票について A 票を使い分析する場合は、A 票は 3 票として集計される。C 票について A 票を使い分析する場合は、A 票は 2 票として集計される。

<table>
<tr><th>サンプルナンバー</th><th>A票</th><th>B票</th><th>C票</th></tr>
<tr><td>1</td><td>○○病院</td><td>①ﾎﾟｽﾄｱｷｭｰﾄ</td><td>田中さん</td></tr>
<tr><td>2</td><td>○○病院</td><td>②ｻﾌﾞｱｷｭｰﾄ</td><td>田中さん</td></tr>
<tr><td>3</td><td>○○病院</td><td>③周辺機能</td><td>伊藤さん</td></tr>
<tr><td>4</td><td>△△病院</td><td>①ﾎﾟｽﾄｱｷｭｰﾄ</td><td>山田さん</td></tr>
<tr><td>5</td><td>△△病院</td><td>③周辺機能</td><td>鈴木さん</td></tr>
<tr><td>：</td><td>：</td><td>：</td><td>：</td></tr>
</table>
</td></tr>
</table>

２.調査結果の概要

（１）医療機関の調査結果の概要

① 地域包括ケア病棟(床)の退院支援の体制

専任の在宅復帰支援担当者は、平均 1.6 人で、社会福祉士が 0.9 人、退院調整看護師が 0.5 人。退院支援に係わっている全ての人数は平均 6.1 人で、退院調整看護師 2.9 人、社会福祉士 2.1 人である。

② 地域包括ケア病棟(床)の退院支援の状況

退院支援の対象となる患者の決定方法は、「退院支援チームによる選別」が最も多く 42.8%。次いで「病棟看護師からの依頼」が 25.0%の順である。

退院支援の統括者の進捗把握は、「会議で報告して把握」が最も多いものの 45.4%と半数以下である。急性期機能が高い医療機関ほど会議で報告して把握する比率は低くなっている。

退院支援に関するルールは、「決まったルールはないが大体みんなが同じ流れで支援を進めている」が 37.6%、「決まったルールがあり、それに則って支援を進めている」が 34.5%と、回答は分かれる。急性期機能が高い医療機関ほど「決まったルールがあり、それに則って支援を進めている」の比率が高くなる。

事例検討会の実施については、「していない」施設が半数以上みられる。

困難事例の場合は、「他の職員も協力して対応」という院内での解決が 65.8%と最も多いが、「管轄の公的機関（地域包括支援センター等）に相談」も 18.4%みられた。

最近１年間で、「住まいの確保」が必要であった患者数は、「20～50 人未満」が 23.1%と最も多く、平均 41.5 人である。

（２）退院支援・調整担当者の調査結果の概要

① 退院支援･調整担当者の退院支援業務歴等

退院支援の業務歴は 5 年以下が約半数を占める。保有資格別でみると、看護師は退院支援業務歴が「～3 年」が半数を占め、平均年数は 4.6 年と短い。

退院支援の兼務状況をみると「専任」が 57.2%と多い。保有資格別では、看護師は「兼任」の比率が 54.7%と高く、社会福祉士（看護師資格なし）は「専任」の比率が 69.6%と高い。

業務時間内における退院支援に携わる割合は「60%以上」が最も多い。

連携活動評価尺度[1]でみると、連携活動評価尺度の得点が低い担当者は、業務歴が短く「～3 年」が 43.8%を占め、平均 4.8 年である。連携活動評価尺度の得点が高くなるほど、退院支援の業務歴も長くなる。看護師は、兼任が多く、退院支援の業務歴は短いため、連携活動評価尺度の得点は低く、社会福祉士（看護師資格なし）は専任で、退院支援の業務歴が長いため、連携活動評価尺度の得点は高くなっている。

② 退院支援･調整担当者の退院支援の状況

最近 1 年間に、退院支援・調整担当者が退院支援をした患者数は平均 177.2 人で、そのうち「住まいの確保」の支援を行った患者数は平均 37.4 人である。「住まいの確保」の支援については、退院支援業務を「兼任」しているよりも「専任」の、また退院支援業務にかかわる時間が長いほど支援を行った患者数が多い。

退院支援に介入するタイミングは「入院時から 1 週間以内」が 40.4%と最も多く、「入院前（面談時など）」が 13.0%、「入院時（当日もしくは翌日）」が 22.5%と、入院 1 週間以内が全体の 8

[1] 連携活動評価尺度は保健医療福祉職における連携を総合時に把握するため 2003 年筒井らによって開発された尺度である。

割以上を占める。なお、連携活動評価尺度の得点が高い担当者ほど、「入院前（面接時など）から」退院支援に着手している。

退院支援のアセスメントについては、提示した多くの項目について 9 割以上が把握している中で、「本人の経済力」「本人の生活歴」「年金の種類や介護保険の自己負担額」「地域とのつながり」については相対的に低くなっている。これらの情報は、連携活動評価尺度や退院支援に携わる業務時間によって差がみられたが、アセスメントの情報収集力が退院支援にどのような影響を与えるか、さらなる調査研究が必要と考える。

③ 自宅への退院に向けた退院支援の状況

自宅へ退院する場合の情報収集は、医療・介護サービス以外では「介護保険法の地域支援事業による生活支援等」「生活保護、自治体などが行う公的な経済的支援制度」に関して把握している比率が高い。

また、訪問指導に同行するなどした自宅の事前確認（自分の目で確認している）は、「必要度が高い場合のみ同行して、自分の目で見ている」「自分は同行しないが、指導に行った担当者から情報は貰っている」に回答が分かれたが、連携活動評価尺度の得点が高い担当者ほど、「必要度が高い場合のみ同行して、自分の目で見ている」比率が高い。

④ 元の住まい[2]に戻れず「住まいの確保」が必要な場合の退院支援の状況

元の住まいに戻れない理由がある場合、住まいの確保の必要性を判断する際に重要視している項目は、「A. ADL が落ちて、自宅の住環境での生活は難しい」が 67.1%と最も高く、次いで「F. 虐待・DV の問題がある」「C. 経済的な問題がある」「K. 認知症」の順である。

自宅に戻れない場合で、介護施設利用や居住系施設の確保が難しい場合の居住先としては、「ショートステイ」が 75.1%と最も高く、次いで「小規模多機能（連続で宿泊）」「最終的に自宅」が挙げられている。

退院後の「住まいの確保」が必要となった場合に、8 割以上が他機関の多職種等に協力を求めるなどの連携をしており、もっともよく連携している先は「ケアマネジャー」である。具体的な相談内容としては「有料老人ホームなどの空き情報」の比率が高くなっている。

情報収集方法は、「施設や診療所の自院への営業担当者から」「インターネット等で自ら情報収集して」の比率が高い。「施設や診療所の自院への営業担当者から」については、自宅からの受入が 1 割未満で比率が高く、「インターネット等で自ら情報収集して」は退院支援業務が専任や社会福祉士で比率が高い。営業担当者から聞き出す情報としては、「医療ケアの必要度など、どういったレベルの方を受け入れて貰えるか」が最も高く、そのほか「費用」「空室状況」「職員配置人数・対応時間（看護師常駐・24 時間対応など）」が挙げられている。なお、民間賃貸（アパートなど）や UR、公営住宅の場合でも、情報把握方法やチェックポイントについては、8 割が違いはないと回答している。

自宅以外の場所へ退院する患者やその家族に、退院前に、予め施設などの居住先の利用料などお金の説明は、「必ず、説明している」が 7 割を占めている。

居住先のチェックポイントとしては、「介護ケアや医療ケアについてどのレベルまで対応が可能か」が最も高く、「費用」「職員配置人数・対応時間（看護師常駐・24 時間対応など）」「スタッフの対応」が挙げられている。

退院先の施設などの事前見学は、「一部の施設は見学しているが、全てではない」が 50.9%「ほとんど見学していない」22.2%、「全く見学していない」19.1%で、半数は必要な場合には見学を

[2] ここでの「住まい」とは、病院や老人保健施設以外の、自宅（持ち家／賃貸）を含む、制度的裏付けのある高齢者の居住施設、あるいは住まい（サ高住・有料老人ホーム・養護老人ホーム・ケアハウス・認知症高齢者グループホーム　など）、NPO 法人立の無料低額宿泊所など、生活保護法に基づく保険施設など。「元の住まい」とは、医療機関に入院する前に患者が住んでいた「住まい」を指す。

している。また、患者の居住先施設見学への同行については、「全く同行していない」が 61.4%、「同行しないことも多い」が 30.1%で、「必ず同行」や「大抵の場合は同行」を合わせると 3 割強は必要に応じ同行している。なお、事前見学や患者の見学への同行は、看護師以外の職種が行っている比率が高い。

⑤ 困難事例患者の退院後のアフターフォロー

自分が退院支援を行った患者の退院後の様子確認については、「気になった患者のみ退院後の様子を確認している」が最も多く 46.5%で、次いで「退院先から連絡があった患者のみ確認している」24.4%の順である。連携活動評価尺度の得点の高い担当者ほど、退院後の様子を確認している比率が高く、低い担当者ほど「ほとんど確認していない」比率が相対的に高くなっている。

（３）住まいの確保を必要とする退院支援困難ケースの調査結果の概要

① 退院支援困難ケースの患者の基本属性

平均年齢は 82.5 歳で、女性が 6 割弱を占める。入院前の住まいの持ち家比率は 6 割強で、賃貸が 2 割強を占める。同居人は「なし（独居）」が 47.5%である。国の統計では[3]、平成 28 年の 65 歳以上の者のいる世帯の世帯構造に見る独居世帯は 27.1%であり、退院支援困難事例の独居率は高い。

「生活保護」が 13%みられたが、国の統計では[4]、保護率 1.70%であることからも、極めて高い水準である。「本人の貯蓄（総金融資産）」については、「不明」を除く回答者に占める「ほぼなし」の比率は 6 割と高く、経済的に問題を抱えている患者が多いと推察される。

障害などの認定は 16.9%で、入院時に担当ケアマネジャーが既に付いていたケースは 7 割弱みられた。また、入院前に「地域包括支援センターによる支援」を受けていたケースが 2 割、「民生委員」や「福祉事務所」による訪問を受けていたケースもそれぞれ 1 割程度みられた。

② 退院支援困難ケースの患者の地域包括ケア病棟(床)への入院の目的と状態像

患者の地域包括ケア病棟(床)への入院経路は、「ポストアキュート」が約半数を占め、次いで「サブアキュート」が 3 割、周辺機能としての入院が 2 割を占める。入院目的は、「リハビリテーション」がもっとも多く 65.5%、次いで「療養先の選定」や「医療ケアの継続」である。

在院日数は平均 46.3 日で、患者の受入経路別には、周辺機能としての入院の在院日数は 43.2 日とやや短い。

地域包括ケア病棟(床)への入院における入院前と退院時の状態像の変化を見ると、要支援・要介護度については、入院前に比べ、41.4%が要支援・要介護度が重くなっている。認知症については、4 人に 1 人が「悪化、または入院後に発症」しており、認知症高齢者の日常生活自立度については 23.9%が悪化している。また、障害老人の日常生活自立度（寝たきり度）については 34.1%が悪化しており、入院を境に状態像が悪化する患者が多い。

なお、重症度、医療・看護必要度については、A 項目（医療管理）は入院時に 1 点以上だった患者（n＝244）は全体（n＝710）の 34.4%で、入院時 1 点は退院時に平均 0.47 点に、2 点以上は平均 2.72 点から 0.95 点に改善している。B 項目（生活援助）は入院時 1 点以上だった患者（n＝462）は全体（n＝580）の 79.7%で、入院時 1～5 点だった患者の平均は 3.30 点から退院時は 2.41 点に、入院時 6～12 点だった患者の平均は 7.92 点から 6.32 点に改善している。C

[3] 「平成 28 年国民生活基礎調査の概況」（厚生労働省）
[4] 「平成 27 年度被保護者調査」月次調査（厚生労働省）

項目（手術などの医学的状況）は入院時に 1 点以上だった患者（n＝12）は全体（n＝616）の 1.9%で、平均 2.15 点から平均 1.08 点に改善している。

退院支援困難事例の患者の重症度、医療・看護必要度は、入院時に比べ、退院時には改善して退院している。

③ 退院支援困難ケースの患者への退院支援介入のタイミング

退院支援の介入時期は、「入院前（面談時）などから」が 14.2%、「入院時（当日もしくは翌日）」が 30.1%、「入院時から 1 週間以内」が 27.8%で、入院前から入院 1 週間以内の介入が 7 割以上を占める。介入時期については、連携活動評価尺度で違いがみられ、得点が高い担当者は「入院前（面談時など）から」の比率が高く、2 割弱が入院前から介入している。

退院支援に介入してから退院先が決まるまでの期間は平均で 37.8 日で、早期に介入しているにもかかわらず、支援先決定までに 1 か月以上を要している。

④ 退院支援困難ケースの患者の退院先

退院先に関する主治医の見立ては、「自宅に準ずる施設への退院」が最も多く 52.8%、次いで「入院前の自宅への退院」38.9%である。

本人と家族の希望をみると、本人は「入院前の自宅への退院」（68.3%）を希望しているのに対し、家族は「自宅に準ずる施設への退院」（53.8%）を希望しており、両者の希望にはギャップがみられる。最終的な退院先について、約半数は「希望通り」であったとしているが、実際の退院先を見ると、「制度的裏付けのある高齢者の居住施設、あるいは住まい」への退院が半数を超えている。

自宅以外の退院先について、月額利用料は平均で 13.7 万円で、概ね毎月負担出来る金額として最も多い「10～15 万円」内に収まっているケースが約 6 割である。

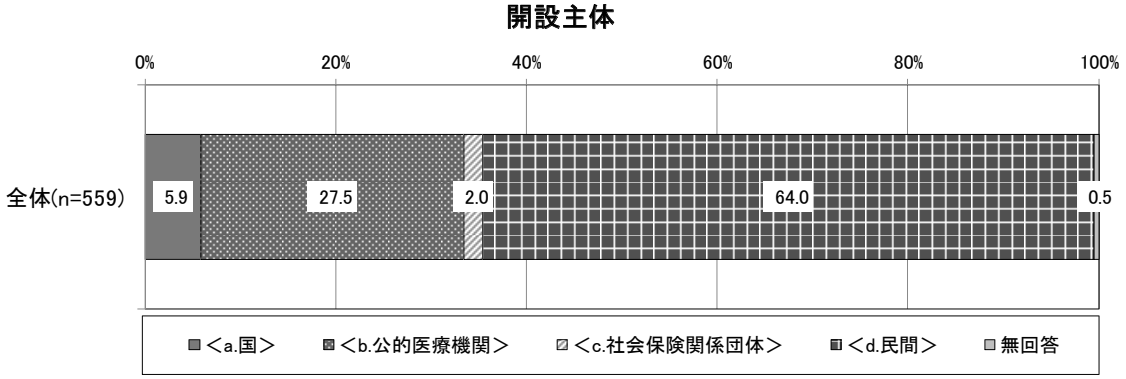
元の住まいに退院できなかった比率は 77.2%で、理由は「家族の介護力がない」62.5%、「家族が同意しなかった」36.7%、「独居、または近隣に家族がいない」34.5%の順となっている。なお、家族が同意しなかったことを理由に挙げた患者について（n=319）、「家族の同意が得られれば自宅に帰ることが出来たか」と尋ねたところ、「そう思う」44.8%と、家族の同意次第で元の自宅に戻れる可能性があるケースが少なからずあり、自宅に戻るためには、家族の不安を軽減する支援が必要である。

３．医療機関調査の分析結果

（１）地域包括ケア病棟(床)がある医療機関が所属する法人について

① 開設主体（AF4･SA）

開設主体は「民間」が 64.0%と最も多く、うち「医療法人」が 50.4%を占める。



＊「入院医療等の調査（出典：厚生労働省「入院医療等の調査・評価分科会（H29.11.9 別添資料編)」における地域包括ケア病棟・病室の開設者割合「民間（63.4%)」ともほぼ一致。

【具体的な開設主体（多い順にソート）】　（n=559）%

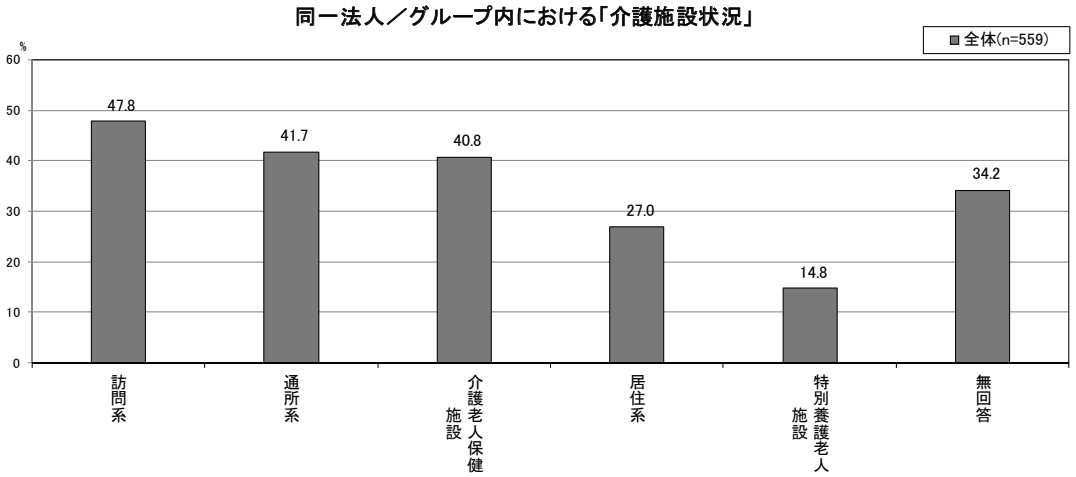
<d>	医療法人	50.4
<b>	市町村	15.4
<d>	その他法人	4.7
<a>	独立行政法人地域医療機能推進機構*(JCHO)	4.1
<b>	厚生連	3.4
<d>	公益法人	3.4
<b>	済生会	2.7
<b>	地方独立行政法人	2.5
<b>	日赤	2.1
<d>	医療生協	1.8
<c>	共済組合、及びその連合会	1.4
<d>	社会福祉法人	1.4
<d>	会社	1.4
<b>	都道府県	1.3
<a>	厚生労働省、独立行政法人国立病院機構	0.9
<a>	独立行政法人労働者健康福祉機構	0.9
<d>	私立学校法人	0.5
<c>	健康保険組合、及びその連合会	0.4
<d>	個人	0.4
<b>	北海道社会事業協会	0.2
<c>	国民健康保険組合	0.2
<a>	国立大学法人	0
<a>	国立高度専門医療研究センター	0
<a>	その他（国の機関）	0
<b>	国民健康保険団体連合会	0
	無回答	0.5

【凡例】

<a.国>
厚生労働省、独立行政法人国立病院機構
国立大学法人
独立行政法人労働者健康福祉機構
国立高度専門医療研究センター
独立行政法人地域医療機能推進機構(JCHO)
その他（国の機関）
<b.公的医療機関>
都道府県
市町村
地方独立行政法人
日赤
済生会
北海道社会事業協会
厚生連
国民健康保険団体連合会
<c.社会保険関係団体>
健康保険組合、及びその連合会
共済組合、及びその連合会
国民健康保険組合
<d.民間>
医療法人
個人
公益法人
私立学校法人
社会福祉法人
医療生協
会社
その他法人

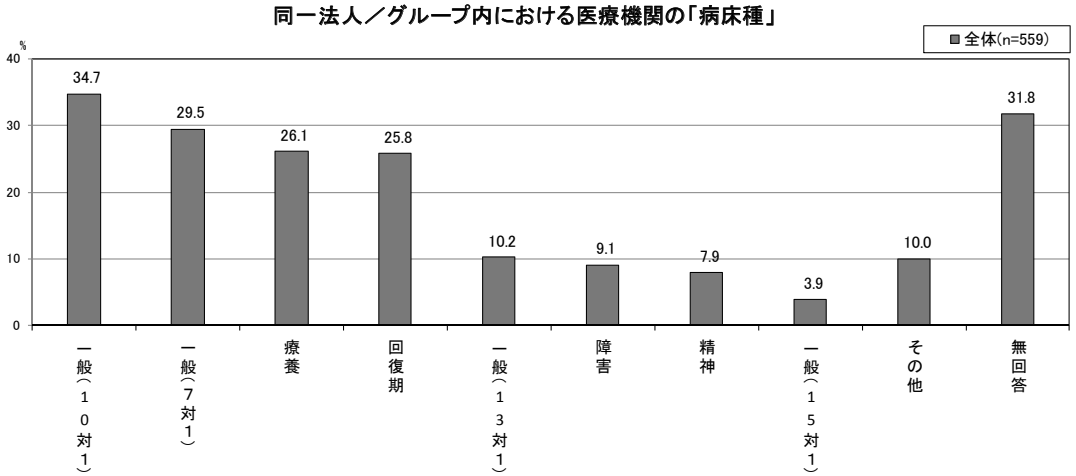
② 同一法人/グループ内における「介護施設」状況（AF5・MA）

「訪問系」「通所系」「介護老人保健施設」など介護サービスや介護保険施設を保有する法人/グループに属する比率が高い。



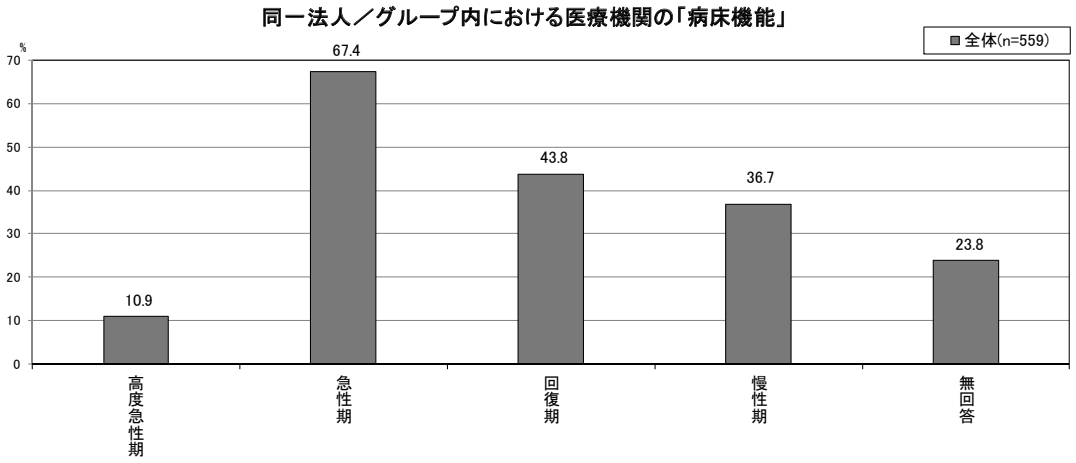
③ 同一法人/グループ内における、医療機関の「病床種」（自院を除く）（AF6・MA）

法人／グループ内に一般病床、療養病床、回復期（自院除く）を持つ比率が高い。



④ 同一法人/グループ内における医療機関の「病床機能」（自院は含まず）（AF7・MA）

「急性期」が 67.4%で最も多く、次いで回復期、慢性期の順である。

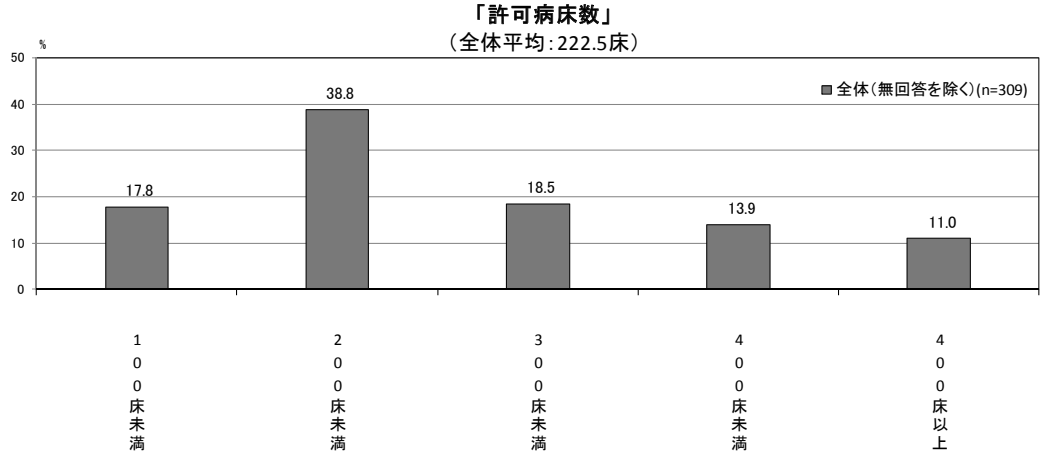


【A 票：医療機関】

（２）地域包括ケア病棟（床）がある医療機関について

① 病床数（自院が所属する医療機関－算定していないもの・無回答を除く）（AF8・実数）

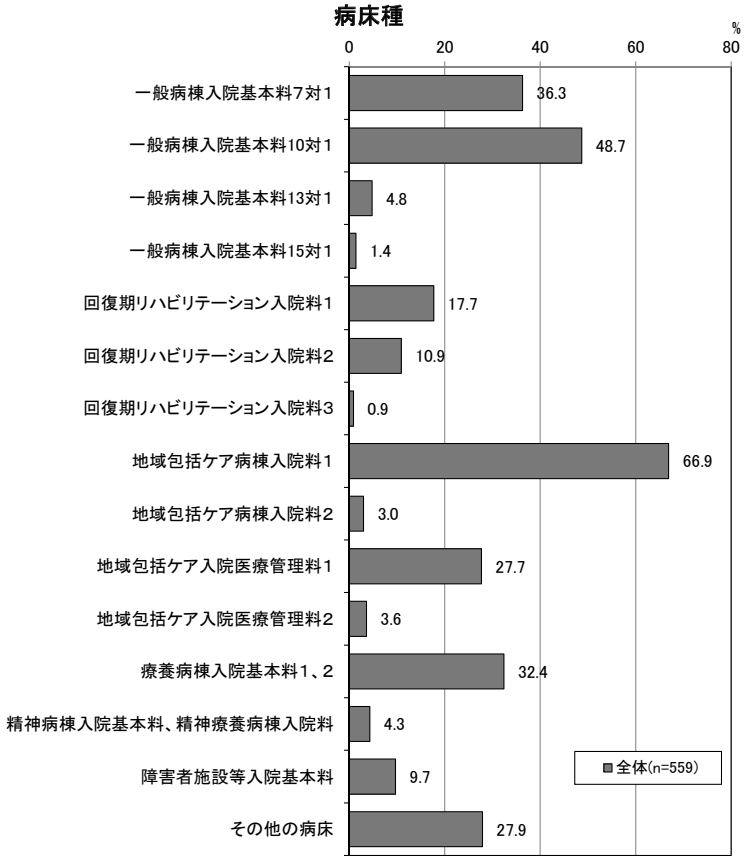
地域包括ケア病棟（床）が所属する医療機関の許可病床数（n=309）は、平均 222.5 床である。「100 床以上 200 床未満」が最も多く 38.8%を占め、次いで「200 床以上 300 床未満」18.5%、「100 床未満」17.8%で、200 床未満が半数以上を占めている。



＊「入院医療等の調査（出典：厚生労働省「入院医療等の調査・評価分科会（H29.11.9 別添資料編）」においても、地域包括ケア病棟（床）は「100～199 床（40.9%）」が最も多く同傾向。

② 病床の種類･入院基本料（自院が所属する医療機関）（AF8･MA）

地域包括ケア病棟(床)が属する医療機関の施設基準を見ると、「地域包括ケア病棟入院料1」が 66.9%と最も高く、次いで「一般病棟入院基本料 10 対 1」48.7%、「一般病棟入院基本料 7 対 1」36.3%の順で、急性期機能を併せ持つ医療機関が 8 割以上を占める。
許可病床別にみると、200 床以上は「地域包括ケア病棟入院料 1」が 97.0%、次いで「一般病棟入院基本料 7 対 1」82.8%である。一方、200 床未満は「一般病棟入院基本料 10 対 1」が 57.1%、「地域包括ケア病棟入院料 1」56.6%、「地域包括ケア入院医療管理料 1」41.1%で病床規模により差がみられる。



			調査数	一般病棟入院基本料7対1	一般病棟入院基本料10対1	一般病棟入院基本料13対1	一般病棟入院基本料15対1	回復期リハビリテーション入院料1	回復期リハビリテーション入院料2	回復期リハビリテーション入院料3	地域包括ケア病棟入院料1	地域包括ケア病棟入院料2	地域包括ケア入院医療管理料1	地域包括ケア入院医療管理料2	療養病棟入院基本料1、2	精神病棟入院基本料、精神療養病棟入院料	障害者施設等入院基本料	その他の病床
全体			559	36.3	48.7	4.8	1.4	17.7	10.9	0.9	66.9	3.0	27.7	3.6	32.4	4.3	9.7	27.9
病院	許可病床数別	200 床未満	175	29.1	57.1	6.3	1.7	21.1	5.1	0.6	56.6	1.7	***41.1***	4.0	28.0	0.6	8.6	20.0
		200 床以上	134	***82.8***	16.4	0.7	0.0	18.7	15.7	0.7	***97.0***	3.7	0.0	0.7	18.7	9.7	9.0	***52.2***
	自院の急性期有無別	7 対1 あり	203	***100.0***	3.4	1.0	0.0	20.2	10.3	0.5	***87.2***	3.0	11.3	1.0	16.7	5.9	6.4	***46.3***
		10対1 あり	265	0.0	***100.0***	0.4	0.0	15.5	10.9	1.5	54.3	2.6	***40.8***	3.4	36.2	3.0	10.9	15.1
		なし	91	0.0	0.0	***26.4***	8.8	18.7	12.1	0.0	58.2	4.4	26.4	9.9	***56.0***	4.4	13.2	24.2

			調査数	病院				
				許可病床数別		自院の急性期有無別		
				200 床未満	200 床以上	7 対1 あり	10対1 あり	なし
全体		全 体	559	31.3	24.0	36.3	47.4	16.3
病院	許可病床数別	200 床未満	175	***100.0***	0.0	29.1	57.1	13.7
		200 床以上	134	0.0	***100.0***	***82.8***	12.7	4.5
	自院の急性期有無別	7 対1 あり	203	25.1	***54.7***	***100.0***	0.0	0.0
		10対1 あり	265	37.7	6.4	0.0	***100.0***	0.0
		なし	91	26.4	6.6	0.0	0.0	***100.0***

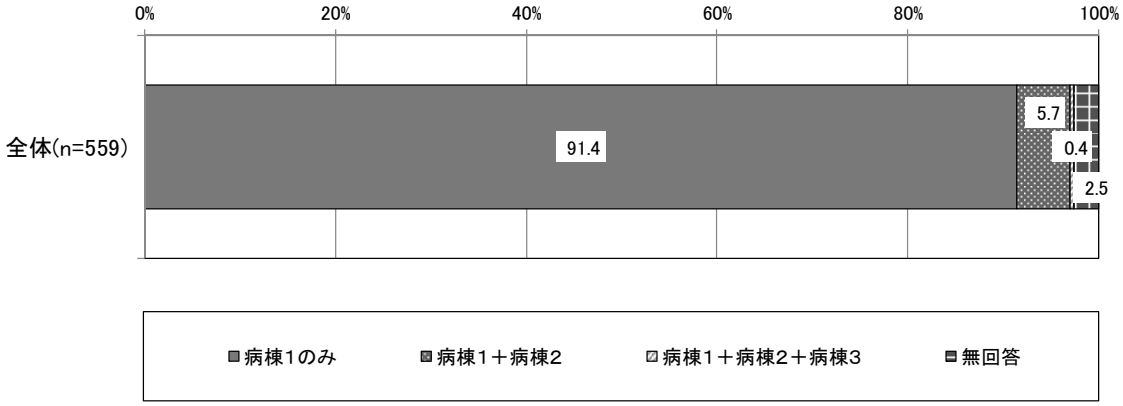
凡例
全体+10%
全体−10%

（３） 地域包括ケア病棟（床）について

① ケア病棟（床）の病棟の数（病棟１、病棟２、病棟３）（Q1-2･実数）

病棟を複数持つケースは少なく、「病棟 1 のみ」が 91.4%と多く、2 病棟が 5.7%、3 病棟が 0.4%である。

ケア病棟（床）の病棟の数

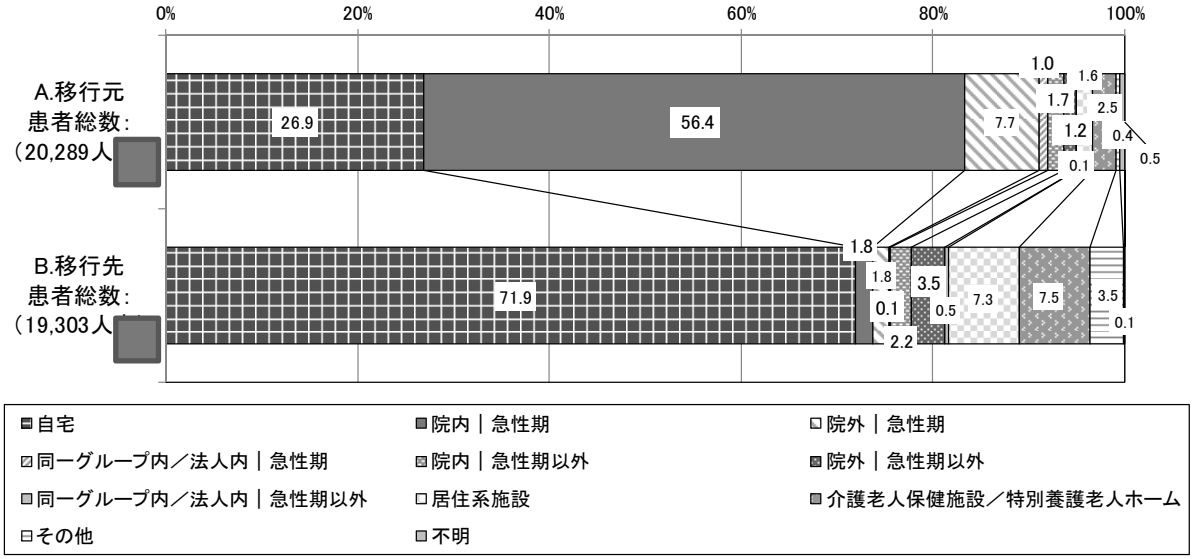


			調査数	病棟1のみ	病棟1＋病棟2	病棟1＋病棟2＋病棟3	無回答
全体			559	91.4	5.7	0.4	2.5
病院	許可病床数別	200 床未満	175	92.6	5.1	0.0	2.3
		200 床以上	134	89.6	8.2	0.7	1.5
	自院の急性期有無別	7 対1 あり	203	90.6	7.4	0.5	1.5
		10対1 あり	265	90.9	5.7	0.4	3.0
		なし	91	94.5	2.2	0.0	3.3

② 地域包括ケア病棟（床）全体としての、患者の移行元と移行先（平成 29 年９月の１ヶ月間の入院･退院患者）（Q2･実数）

回答した医療機関の 1 か月間の入院患者数（A.移行元）は 20,289 人で、退院患者数（B.移行先）は 19,303 人である。
地域包括ケア病棟(床)に入院する前（A.移行元）は「院内｜急性期」が 56.4%と最も多く、次いで「自宅」26.9%、「院外｜急性期」7.7%の順である。なお、院内および同一グループ／法人内からの移行は合わせて 59.2%で、その大半が「院内｜急性期」が占める。
一方、退院先（B.移行先）は、「自宅」が 71.9%と最も多い。回答した地域包括ケア病棟(床)の施設基準は「入院料 1」、次いで「管理料 1」の比率が高かったが、「入院料 1」「管理料 1」については在宅復帰率 7 割以上が求められるため、「自宅」への退院が多くなっていると考えられる。
そのほかの退院先としては「介護老人保健施設／特別養護老人ホーム」7.5%、「居住系施設」7.3%である。

移行元と移行先
（どこから入ってきて→どこへ出たか）



			調査数	病棟						
				病棟タイプ別			自宅からの受入割合別			
				ポスト型（急性期比率90% 以	中間型	サブ型（急性期比率50% 未満）	1 割以上	1 割未満	0 割	1 割未満計
全体		全 体	559	34.2	30.4	29.9	55.6	13.1	25.8	38.8
病院	許可病床数別	200 床未満	175	38.9	26.3	29.7	52.0	10.9	32.0	42.9
		200 床以上	134	30.6	39.6	23.9	56.0	17.2	20.9	38.1
	自院の急性期有無別	7 対1 あり	203	36.5	36.9	20.7	55.2	15.3	23.6	38.9
		10対1 あり	265	40.4	26.0	28.7	50.2	13.2	31.7	44.9
		なし	91	11.0	28.6	*53.8*	*72.5*	7.7	13.2	20.9

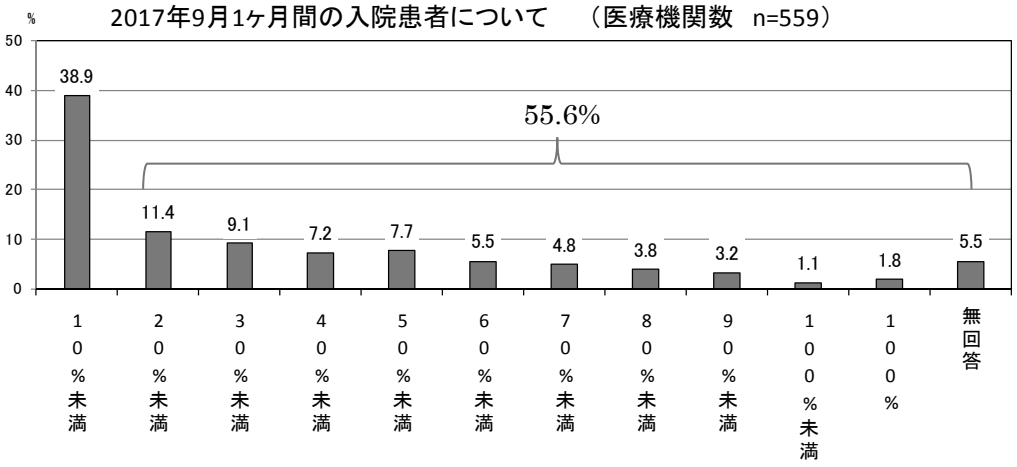
凡例
全体+10%
全体−10%

【A 票：医療機関】

③ 患者の入院前の居場所が自宅の割合（Q2）

1 か月間の入院患者に占める入院前の居場所が「自宅」の割合を見ると、「10%未満」の医療機関が 38.9%と最も多く、次いで「20%未満」が 11.4%で、以下、比率が上がるとともに漸減する。
一般病棟入院基本料 7 対 1 や 10 対 1（以下、「急性期機能」という。）のない医療機関では、自宅からの受入比率「10%以上」が 72.5%と高い。

「患者の入院前の居場所が「自宅」の割合」
2017年9月1ヶ月間の入院患者について　（医療機関数　n=559）



			調査数	10%未満	10%以上
全体			559	38.8	55.6
病院	許可病床数別	200 床未満	175	42.9	52.0
		200 床以上	134	38.1	56.0
	自院の急性期有無別	7 対1 あり	203	38.9	55.2
		10対1 あり	265	44.9	50.2
		なし	91	20.9	*72.5*
病棟	病棟タイプ別	ポスト型（急性期比率90% 以上）	191	*97.9*	2.1
		中間型	170	11.8	*88.2*
		サブ型（急性期比率50% 未満）	167	6.0	*94.0*
	自宅からの受入割合別	1 割以上	311	0.0	*100.0*
		1 割未満	73	*100.0*	0.0
		0 割	144	*100.0*	0.0
		1 割未満　計	217	*100.0*	0.0

凡例
全体+10%
全体−10%

＊「入院医療等の調査（出典：厚生労働省「入院医療等の調査・評価分科会（H29.11.9 別添資料編）」においても「10%未満」の割合が最も多い（約 35%）。(*但し、居住系介護施設、障害者支援施設を含んだ数字)

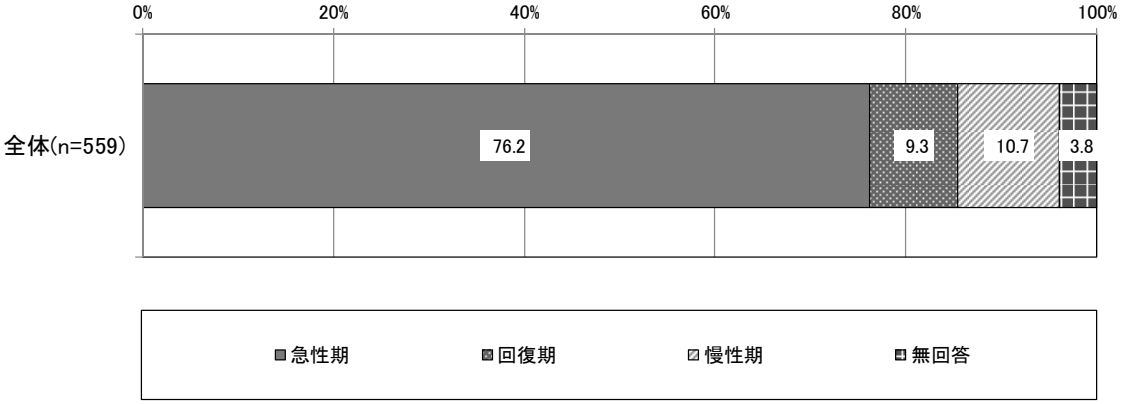
（４）地域包括ケア病棟（床）・病棟１について

＊回答した全ての医療機関が有している「病棟 1」を対象として掲載

①　地域包括ケア病棟(床)の転換前の病床機能（Q1-4･SA）

地域包括ケア病棟（床）・病棟 1 の転換前は「急性期」の病床が多く、76.2%を占める。
急性期機能がある医療機関では、急性期からの転換の比率が高い。現在、急性期機能がない医療機関では、急性期からの転換が半数を占め、次いで慢性期からの転換が 3 割みられる。

転換前の病床機能（病棟1）



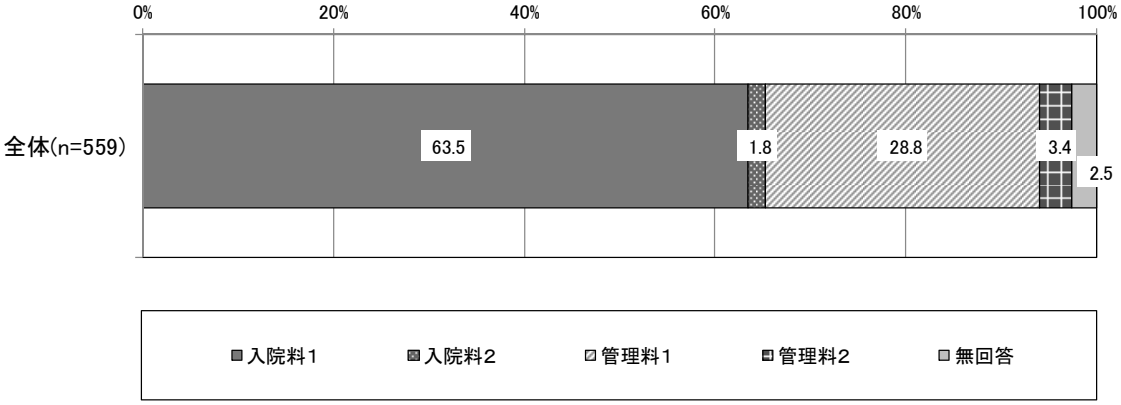
			調査数	急性期	回復期	慢性期	無回答
全体			559	76.2	9.3	10.7	3.8
病院	許可病床数別	200 床未満	175	81.1	9.1	7.4	2.3
		200 床以上	134	82.8	6.0	8.2	3.0
	自院の急性期有無別	7 対1 あり	203	***87.7***	3.9	5.4	3.0
		10対1 あり	265	77.0	11.3	8.7	3.0
		なし	91	48.4	15.4	***28.6***	7.7
病棟	病棟タイプ別	ポスト型（急性期比率90% 以上）	191	81.7	7.3	6.8	4.2
		中間型	170	75.3	10.6	11.8	2.4
		サブ型（急性期比率50% 未満）	167	70.7	10.8	15.0	3.6
	自宅からの受入割合別	1 割以上	311	75.2	8.7	12.9	3.2
		1 割未満	73	76.7	9.6	9.6	4.1
		0 割	144	77.8	11.1	7.6	3.5
		1 割未満　計	217	77.4	10.6	8.3	3.7

凡例
全体+10%
全体-10%

② 地域包括ケア病棟(床)の特定入院区分（病棟 1）(Q1-1･SA)

地域包括ケア病棟(床)・病棟 1 の特定入院区分は「入院料 1」が 63.5%と最も高く、次いで「管理料 1」28.8%の比率が高い。
許可病床数別では、200 床以上は「入院料 1」が大半を占めているのに対し、200 床未満では「入院料 1」が 53.7%、「管理料 1」が 39.4%となっている。
患者の自宅からの受入割合が 0 割の医療機関では「入院料 1」「管理料 1」は半々である。

ケア病棟(床)の特定入院区分(病棟1)



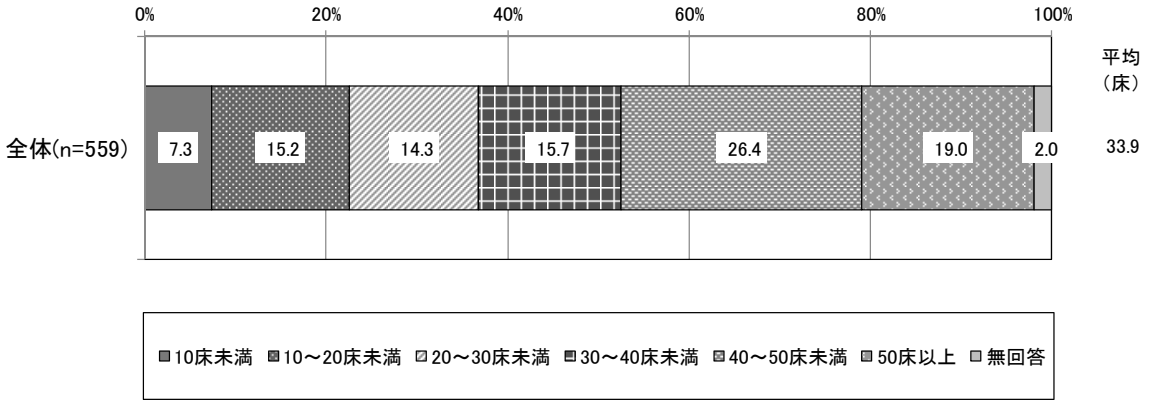
			調査数	入院料1	入院料2	管理料1	管理料2	無回答
全体			559	63.5	1.8	28.8	3.4	2.5
病院	許可病床数別	200 床未満	175	53.7	0.6	***39.4***	4.0	2.3
		200 床以上	134	***94.8***	3.0	0.7	0.0	1.5
	自院の急性期有無別	7 対1 あり	203	***84.7***	2.0	10.8	1.0	1.5
		10対1 あり	265	49.4	0.8	***43.8***	3.0	3.0
		なし	91	57.1	4.4	25.3	9.9	3.3
病棟	病棟タイプ別	ポスト型(急性期比率90% 以上)	191	53.9	1.6	38.7	3.7	2.1
		中間型	170	***75.3***	2.4	20.0	1.2	1.2
		サブ型(急性期比率50% 未満)	167	59.9	1.8	29.3	6.0	3.0
	自宅からの受入割合別	1 割以上	311	68.2	1.3	25.1	3.5	1.9
		1 割未満	73	***75.3***	2.7	20.5	0.0	1.4
		0 割	144	44.4	2.8	***44.4***	5.6	2.8
		1 割未満　計	217	54.8	2.8	36.4	3.7	2.3

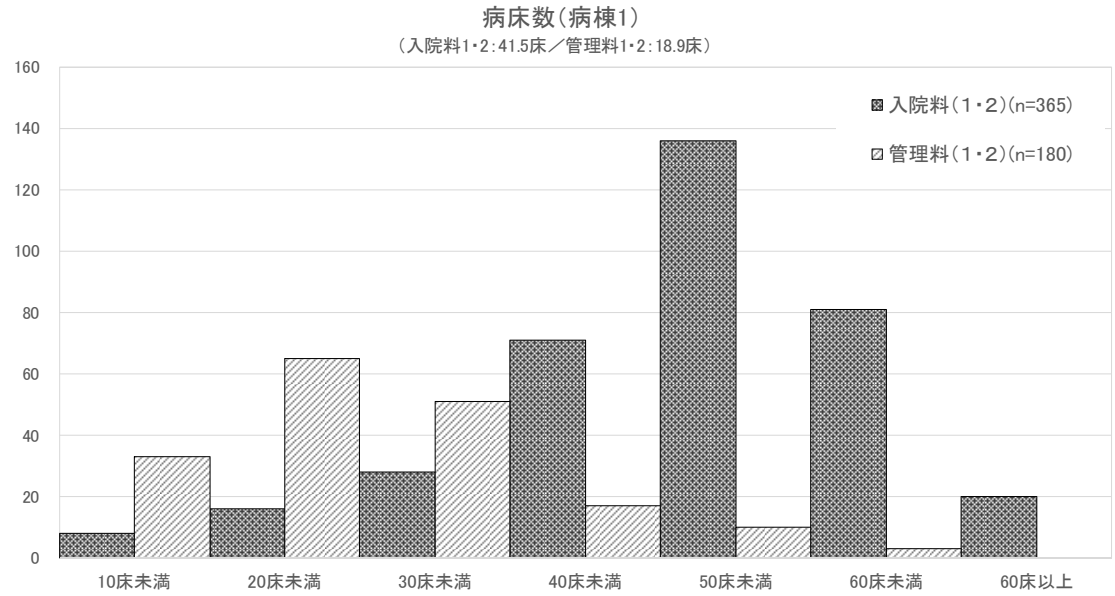
凡例
全体+10%
全体-10%

③ 地域包括ケア病棟(床)の病床数（病棟 1）（Q1-2･実数）

地域包括ケア病棟(床)・病棟 1 の病床数は、「40～50 床未満」の比率が高く、平均 33.9 床である。
特定入院区分別では、入院料（1・2）は「40～50 床未満」の比率が高く、平均 41.5 床で、管理料（1・2）では「20 床未満」～「30 床未満」の比率が高く、平均 18.9 床である。

病床数（病棟1）





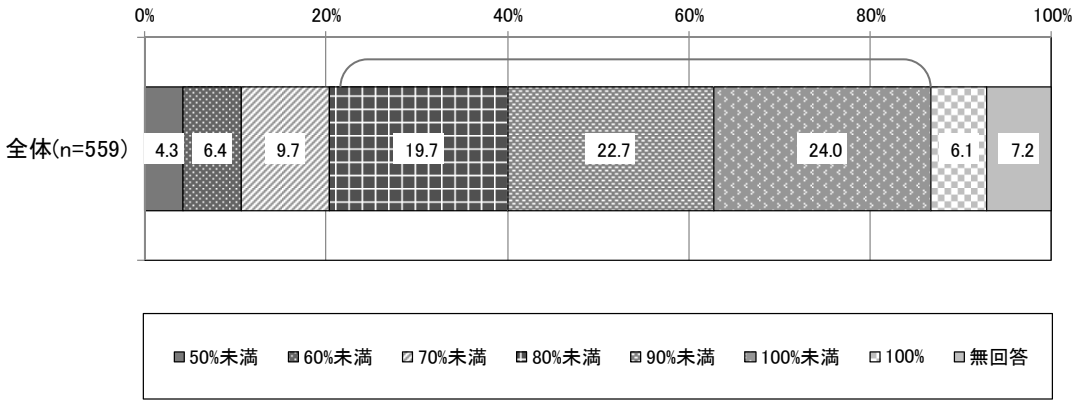
			調査数	10床未満	20床未満	30床未満	40床未満	50床未満	60床未満	60床以上	無回答	平均
全体			559	7.3	15.2	14.3	15.7	26.4	15.4	3.6	2.0	33.9
病院	許可病床数別	200 床未満	175	12.5	19.4	21.7	15.4	22.9	6.2	1.7	0.0	28.3
		200 床以上	134	0.7	0.7	4.5	13.5	***41.0***	***30.6***	6.0	3.0	45.1
	自院の急性期有無別	7 対1 あり	203	4.9	6.9	6.9	14.8	***38.9***	20.2	5.4	2.0	40.2
		10対1 あり	265	10.5	20.0	18.9	15.5	18.9	13.2	1.1	1.9	29.6
		なし	91	3.3	19.8	17.6	18.7	20.9	11.0	6.6	2.2	32.9
病棟	病棟タイプ別	ポスト型（急性期比率90% 以上）	191	12.0	20.4	15.7	15.7	21.4	9.9	2.1	2.6	29.3
		中間型	170	2.4	10.6	7.0	16.4	***36.4***	21.8	4.7	0.6	39.6
		サブ型（急性期比率50% 未満）	167	7.2	15.6	21.0	15.6	22.2	13.8	3.0	1.8	32.3
	自宅からの受入割合別	1 割以上	311	4.8	13.5	14.1	16.0	28.9	17.1	4.2	1.3	35.7
		1 割未満	73	1.4	6.8	10.9	23.3	***38.3***	15.1	2.7	1.4	39.0
		0 割	144	16.0	25.0	17.3	11.8	15.2	10.4	1.4	2.8	26.2
		1 割未満　計	217	11.0	18.9	15.2	15.6	23.1	12.0	1.8	2.3	30.5

凡例
全体+10%
全体−10%

④　地域包括ケア病棟(床)の病床利用率（病棟 1）（Q1-7・実数）

病棟 1 の病床利用率は、70%以上 100%未満が全体の 2/3 を占める。

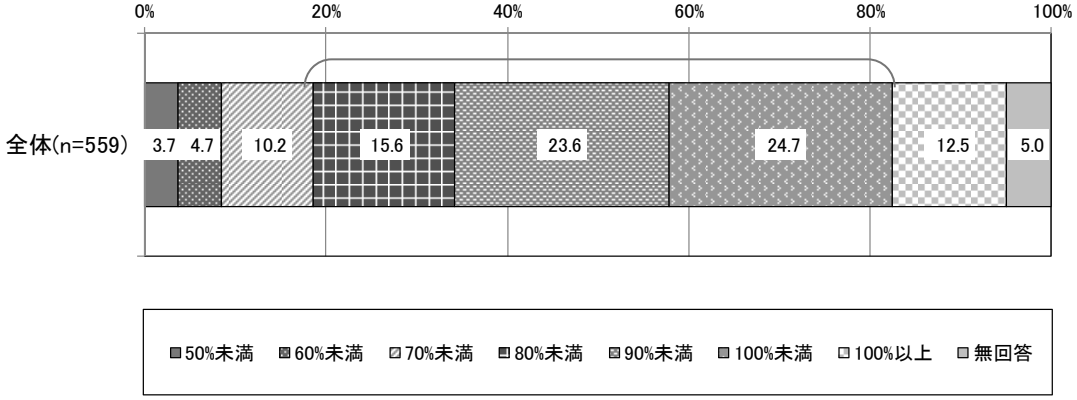
病床利用率（病棟1）



⑤　地域包括ケア病棟(床)の病床稼働率（病棟 1）（Q1-8・実数）

病棟 1 の病床稼働率は、70%以上 100%未満が全体の 2/3 を占める。

病床稼働率（病棟1）



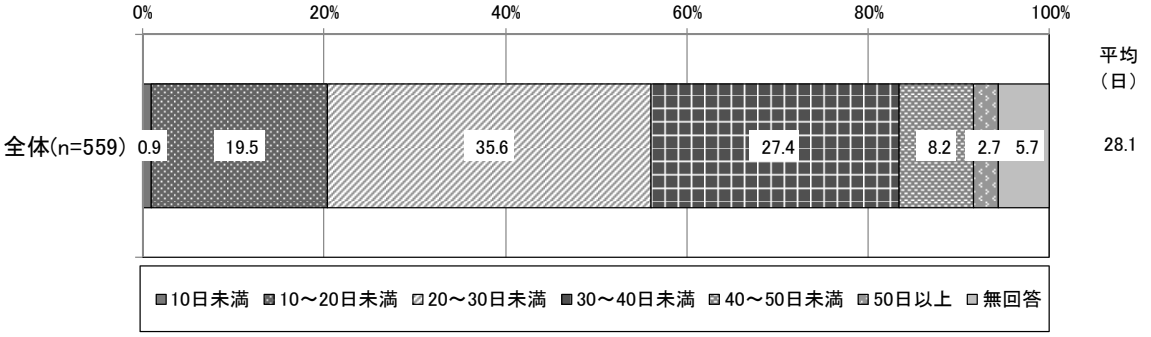
			調査数	50%未満	60%未満	70%未満	80%未満	90%未満	100%未満	100%以上	無回答
全体			559	3.7	4.7	10.2	15.6	23.6	24.7	12.5	5.0
病院	許可病床数別	200 床未満	175	2.2	6.3	7.4	11.4	25.7	22.9	19.4	4.6
		200 床以上	134	5.1	4.5	17.9	24.6	21.6	16.4	3.0	6.7
	自院の急性期有無別	7 対1 あり	203	5.0	5.4	15.8	21.2	25.6	19.2	5.4	2.5
		10対1 あり	265	3.8	4.9	7.5	13.2	20.0	25.3	18.5	6.8
		なし	91	1.1	2.2	5.5	9.9	29.7	***35.2***	11.0	5.5
病棟	病棟タイプ別	ポスト型（急性期比率90% 以上）	191	2.0	5.8	8.9	14.7	20.4	25.7	21.5	1.0
		中間型	170	5.4	2.4	8.8	22.9	25.9	24.7	7.1	2.9
		サブ型（急性期比率50% 未満）	167	4.8	6.0	12.0	10.2	24.6	26.3	7.8	8.4
	自宅からの受入割合別	1 割以上	311	5.5	4.2	11.3	16.7	25.7	24.8	6.4	5.5
		1 割未満	73	1.4	4.1	4.1	20.5	27.4	24.7	15.1	2.7
		0 割	144	2.1	6.3	9.7	11.8	16.7	27.8	***24.3***	1.4
		1 割未満　計	217	1.9	5.5	7.8	14.7	20.3	26.7	21.2	1.8

凡例
全体+10%
全体−10%

⑥ 地域包括ケア病棟(床)の平均在院日数（直近３ヶ月平均）（病棟１）（Q1-5･実数）

病棟 1 の平均在院日数は「20～30 日未満」が 35.6%と最も多く、次いで「30～40 日未満」が 27.4%で、平均 28.1 日である。急性期の機能が高い医療機関ほど、地域包括ケア病棟(床)の平均在院日数は短い。

平均在院日数(直近3ヶ月平均)(病棟1)



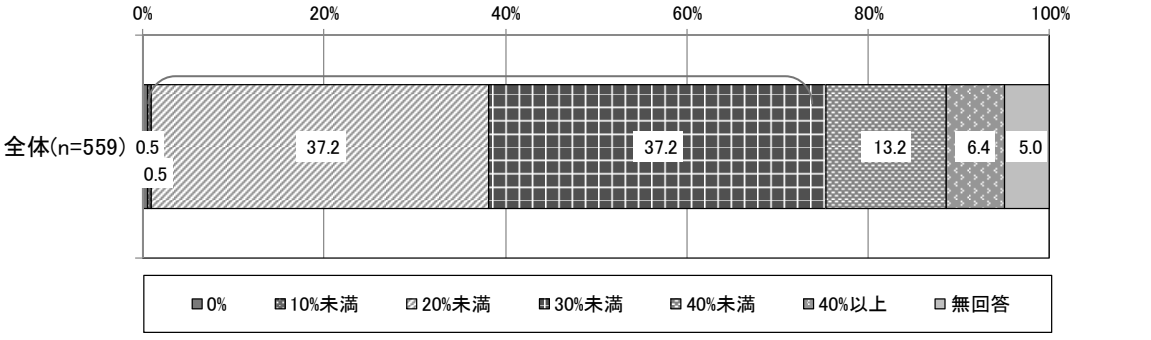
			調査数	10日未満	10～20日未満	20～30日未満	30～40日未満	40～50日未満	50日以上	無回答	平均
全体			559	0.9	19.5	35.6	27.4	8.2	2.7	5.7	28.1
病院	許可病床数別	200 床未満	175	0.0	25.1	37.1	24.6	5.7	2.3	5.1	26.9
		200 床以上	134	1.5	23.1	39.6	22.4	6.0	3.7	3.7	26.9
	自院の急性期有無別	7 対1 あり	203	2.0	***30.0***	41.4	18.2	3.0	2.5	3.0	24.9
		10対1 あり	265	0.4	15.8	34.7	30.6	10.2	1.5	6.8	29.0
		なし	91	0.0	6.6	25.3	***38.5***	14.3	6.6	8.8	33.3
病棟	病棟タイプ別	ポスト型（急性期比率90% 以上）	191	0.0	19.9	37.2	28.3	7.9	2.6	4.2	28.1
		中間型	170	0.6	18.8	37.1	26.5	11.2	2.4	3.5	28.6
		サブ型（急性期比率50% 未満）	167	1.8	22.2	34.7	24.0	6.6	3.0	7.8	27.3
	自宅からの受入割合別	1 割以上	311	1.3	21.9	35.4	26.0	7.1	2.3	6.1	27.4
		1 割未満	73	0.0	16.4	45.2	19.2	16.4	1.4	1.4	29.3
		0 割	144	0.0	18.8	34.0	30.6	7.6	4.2	4.9	28.8
		1 割未満 計	217	0.0	18.0	37.8	26.7	10.6	3.2	3.7	29.0

凡例
全体+10%
全体−10%

⑦ 地域包括ケア病棟(床)の重症度、医療･看護必要度（病棟１）（Q1-9･実数）

病棟 1 の重症度、医療・看護必要度[5]は、10%以上 30%未満が 3/4 を占める。

重症度、医療･看護必要度(病棟1)

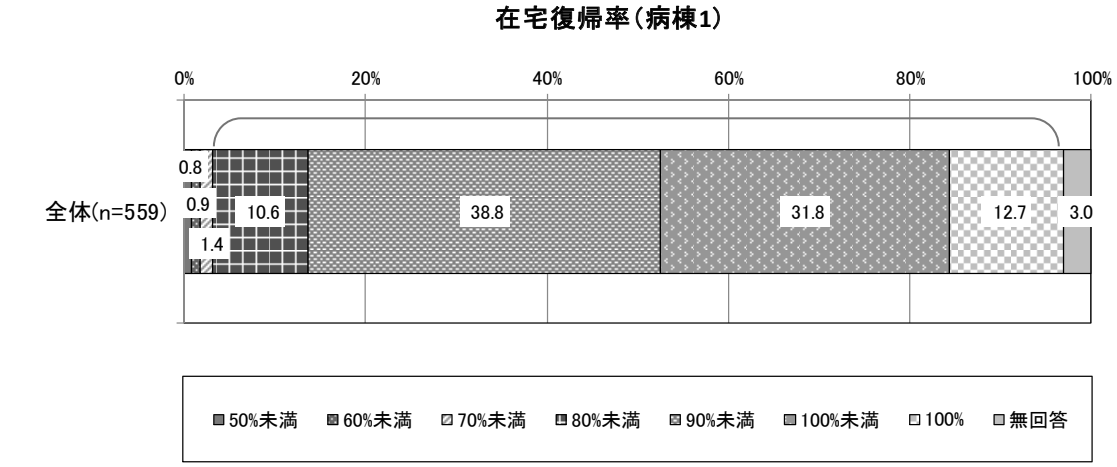


			調査数	0%	10%未満	20%未満	30%未満	40%未満	40%以上	無回答
全体			559	0.5	0.5	37.2	37.2	13.2	6.4	5.0
病院	許可病床数別	200 床未満	175	0.6	0.0	30.3	44.0	15.4	7.9	1.7
		200 床以上	134	0.0	0.0	41.0	37.3	9.7	4.4	7.5
	自院の急性期有無別	7 対1 あり	203	0.0	0.0	36.0	42.4	12.8	5.9	3.0
		10対1 あり	265	1.1	1.1	38.9	35.5	12.5	5.8	5.3
		なし	91	0.0	0.0	35.2	30.8	16.5	8.8	8.8
病棟	病棟タイプ別	ポスト型（急性期比率90% 以上）	191	0.0	0.5	45.5	33.0	11.5	5.2	4.2
		中間型	170	1.2	0.0	31.8	44.7	14.7	5.3	2.4
		サブ型（急性期比率50% 未満）	167	0.6	1.2	32.9	35.3	14.4	7.8	7.8
	自宅からの受入割合別	1 割以上	311	1.0	0.6	32.8	39.5	14.5	6.4	5.1
		1 割未満	73	0.0	1.4	45.2	37.0	12.3	2.8	1.4
		0 割	144	0.0	0.0	42.4	33.3	11.8	7.0	5.6
		1 割未満 計	217	0.0	0.5	43.3	34.6	12.0	5.6	4.1

[5] 平成 28 年度の診療報酬改定で、一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の基準（A 項目 1 点以上又は C 項目 1 点以上）を満たす患者を 1 割以上入院させていることを評価

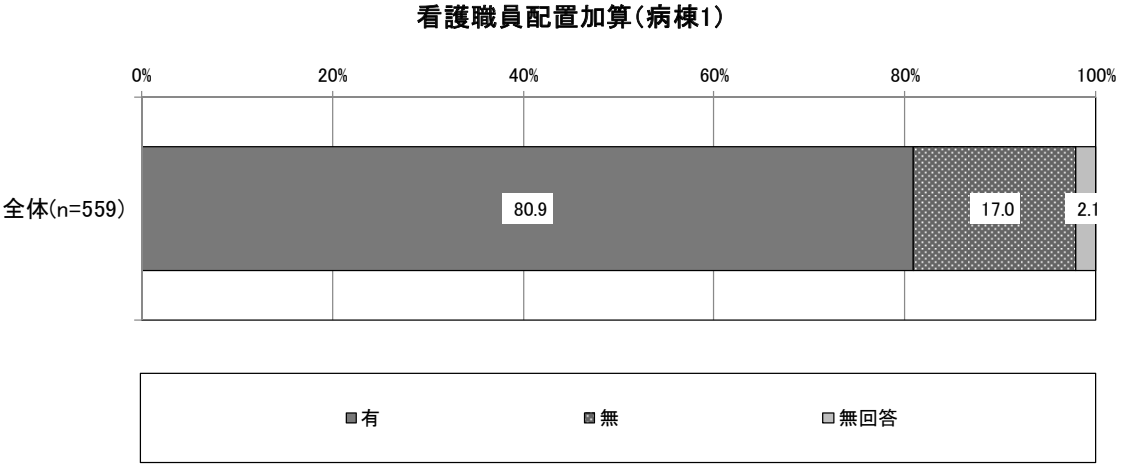
⑧　地域包括ケア病棟(床)の在宅復帰率（病棟 1）（Q1-6･実数）

病棟 1 の在宅復帰率は、70%以上が 9 割以上を占める。



⑨　地域包括ケア病棟(床)の看護職員配置加算（病棟 1）（Q1-10･SA）

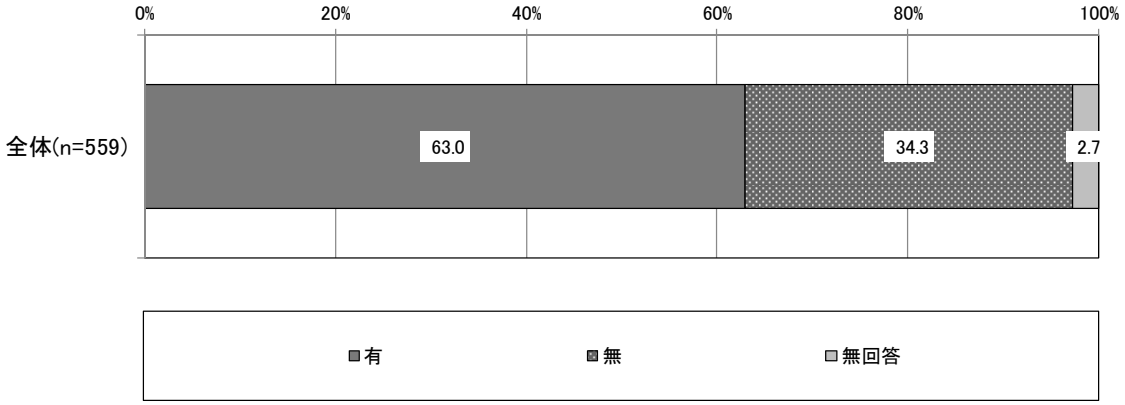
病棟 1 の看護職員配置加算は、約 8 割が「有」である。



⑩　地域包括ケア病棟(床)の看護補助者配置加算（病棟 1）（Q1-11･SA）

病棟 1 の看護補助者配置加算は、約 6 割が「有」である。

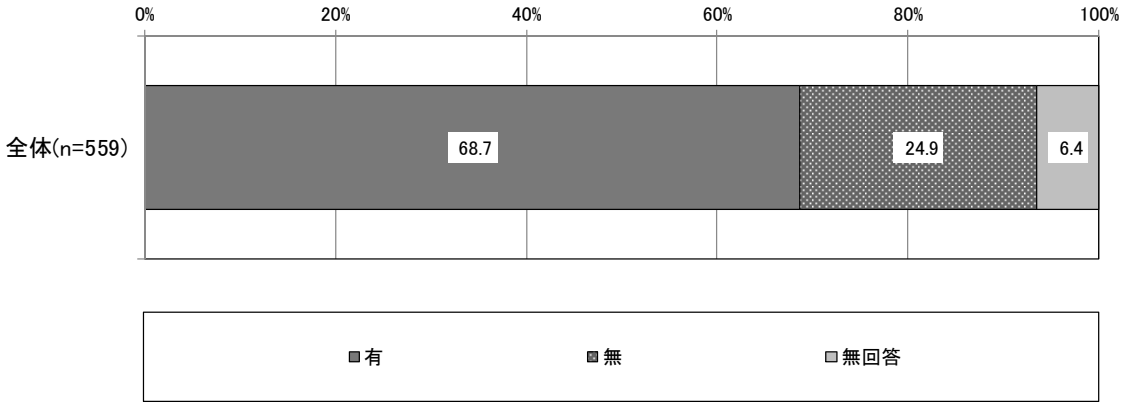
看護補助者配置加算（病棟1）



⑪　地域包括ケア病棟(床)の救急･在宅等支援病床初期加算（病棟 1）（Q1-12･SA）

病棟 1 の救急・在宅等支援病床初期加算は、約 7 割が「有」である。

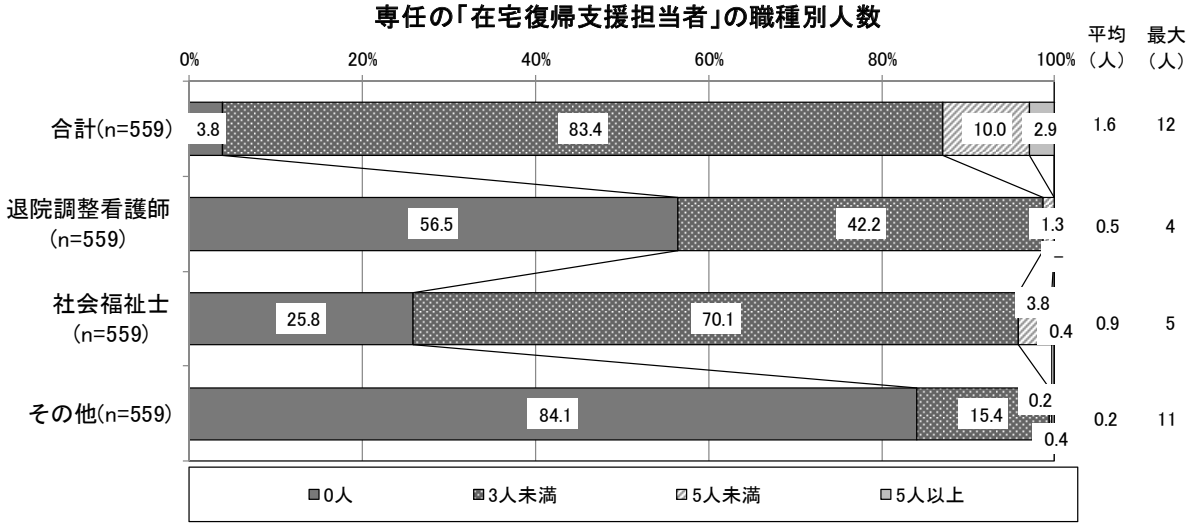
救急･在宅等支援病床初期加算（病棟1）



（５）地域包括ケア病棟（床）における退院支援・調整担当者について

①　地域包括ケア病棟（床）の専任の「在宅復帰支援担当者」として届けている職種別の人数（Q3・実数）

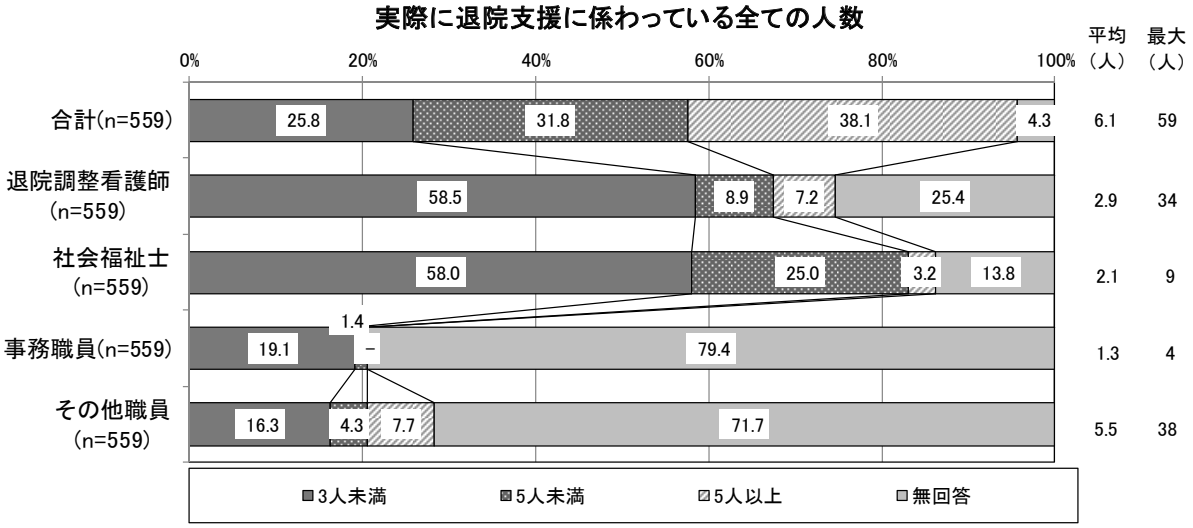
専任の「在宅復帰支援担当者」合計は、「3 人未満」が最も多く 83.4%を占め、平均 1.6 人である。
職種別では、退院調整看護師は「0 人」、社会福祉士は「3 人未満」が多くなっている。



			調査数	0人	3人未満	5人未満	5人以上	平均
全体			559	3.8	83.4	10.0	2.9	1.6
病院	許可病床数別	200 床未満	175	3.4	85.7	8.6	2.3	1.6
		200 床以上	134	3.7	84.3	9.0	3.0	1.6
	自院の急性期有無別	7 対1 あり	203	3.9	80.3	11.3	4.4	1.7
		10対1 あり	265	4.2	83.8	10.2	1.9	1.6
		なし	91	2.2	89.0	6.6	2.2	1.5
病棟	病棟タイプ別	ポスト型（急性期比率90% 以上）	191	2.1	83.2	10.5	4.2	1.8
		中間型	170	4.7	85.3	7.6	2.4	1.5
		サブ型（急性期比率50% 未満）	167	2.4	84.4	10.8	2.4	1.6
	自宅からの受入割合別	1 割以上	311	3.5	84.2	9.6	2.6	1.6
		1 割未満	73	0.0	82.2	15.1	2.7	1.8
		0 割	144	3.5	85.4	6.9	4.2	1.7
		1 割未満　計	217	2.3	84.3	9.7	3.7	1.7

② 地域包括ケア病棟（床）で実際に、退院支援に係わっている全ての人数（Q3・実数）

退院支援に係わっている全体数は、「5 人以上」が最も多く、特に 200 床以上では「5 人以上」が 52.2%と高い。
職種別では、退院調整看護師も社会福祉士も「3 人未満」が多く、平均 6.1 名の体制となっている。



			調査数	3人未満	5人未満	5人以上	無回答	平均
全体			559	25.8	31.8	38.1	4.3	6.1
病院	許可病床数別	200 床未満	175	23.4	33.1	38.3	5.1	5.8
		200 床以上	134	18.7	24.6	***52.2***	4.5	7.9
	自院の急性期有無別	7 対1 あり	203	21.2	28.6	44.8	5.4	6.6
		10対1 あり	265	28.3	32.8	35.5	3.4	6.1
		なし	91	28.6	36.3	30.8	4.4	4.9
病棟	病棟タイプ別	ポスト型（急性期比率90% 以上）	191	26.7	33.5	37.2	2.6	6.1
		中間型	170	22.9	28.2	43.5	5.3	6.7
		サブ型（急性期比率50% 未満）	167	29.3	34.7	33.5	2.4	5.5
	自宅からの受入割合別	1 割以上	311	25.7	32.2	38.3	3.9	5.7
		1 割未満	73	21.9	26.0	***49.3***	2.7	9.0
		0 割	144	29.9	35.4	31.9	2.8	5.5
		1 割未満　計	217	27.2	32.3	37.8	2.8	6.7

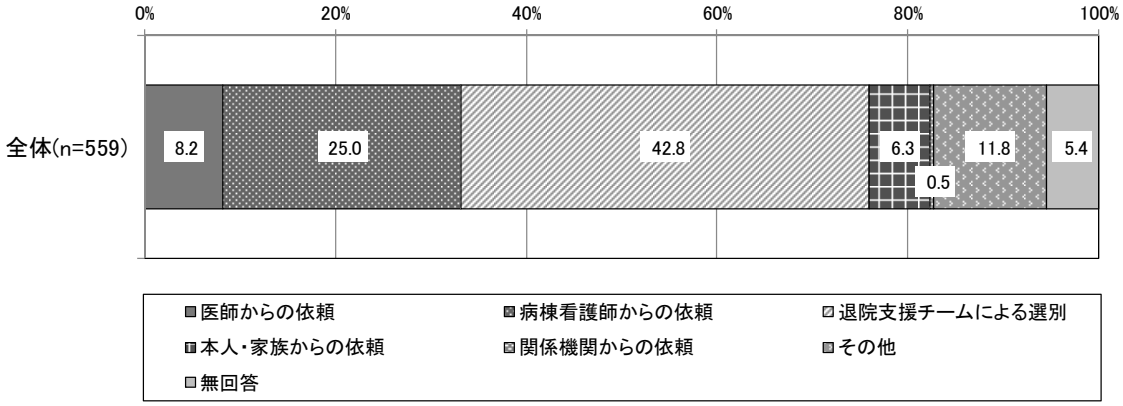
凡例
全体+10%
全体-10%

（６）地域包括ケア病棟（床）の退院支援について

①　退院支援の対象とする患者の決定方法（Q4-2･SA）

退院支援の対象となる患者の決定方法は、「退院支援チームによる選別」が最も多く42.8%、次いで「病棟看護師からの依頼」が 25.0%の順である。

退院支援の対象とする患者の決定方法



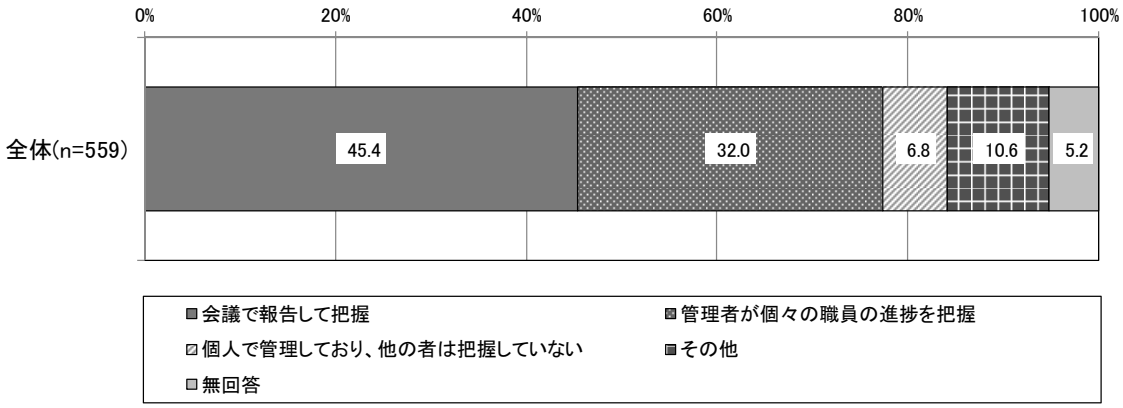
			調査数	医師からの依頼	病棟看護師からの依頼	退院支援チームによる選別	本人･家族からの依頼	関係機関からの依頼	その他	無回答
全体			559	8.2	25.0	42.8	6.3	0.5	11.8	5.4
病院	許可病床数別	200 床未満	175	9.7	20.0	49.7	4.0	1.1	10.9	4.6
		200 床以上	134	6.0	26.1	42.5	3.7	0.7	14.2	6.7
	自院の急性期有無別	7 対1 あり	203	4.4	28.1	45.3	3.4	0.0	11.3	7.4
		10対1 あり	265	10.6	25.3	41.1	6.8	0.8	11.3	4.2
		なし	91	9.9	17.6	41.8	11.0	1.1	14.3	4.4
病棟	病棟タイプ別	ポスト型（急性期比率90% 以上）	191	8.9	22.0	43.5	6.8	0.0	13.1	5.8
		中間型	170	8.2	31.2	40.0	6.5	0.0	10.6	3.5
		サブ型（急性期比率50% 未満）	167	7.8	23.4	44.3	6.0	1.8	11.4	5.4
	自宅からの受入割合別	1 割以上	311	8.4	28.9	40.8	5.1	1.0	11.3	4.5
		1 割未満	73	6.8	21.9	46.6	5.5	0.0	13.7	5.5
		0 割	144	9.0	19.4	44.4	9.7	0.0	11.8	5.6
		1 割未満　計	217	8.3	20.3	45.2	8.3	0.0	12.4	5.5
担当者	専任在宅復帰支援担当者数別	1 人	315	9.2	26.0	41.6	4.8	0.3	12.7	5.4
		2 人以上	223	5.8	21.5	47.1	9.0	0.9	10.8	4.9
	全ての退院支援者数別	3 人未満	144	10.4	30.6	32.6	9.7	0.0	11.1	5.6
		3-6 人	281	7.5	21.0	48.4	5.3	0.7	11.7	5.3
		7 人以上	110	7.3	28.2	43.6	3.6	0.0	14.5	2.7

凡例
全体+10%
全体-10%

② 退院支援統括者の進捗の把握方法（Q4-3･SA）

退院支援の統括者が退院支援の進捗を把握する方法は、「会議で報告して把握」が最も多く 45.4%で、次いで「管理者が個々の職員の進捗を把握」が 32.0%である。
急性期機能が高い医療機関ほど「会議で報告して把握」する比率は低くなる。

統括者の退院支援の進捗把握

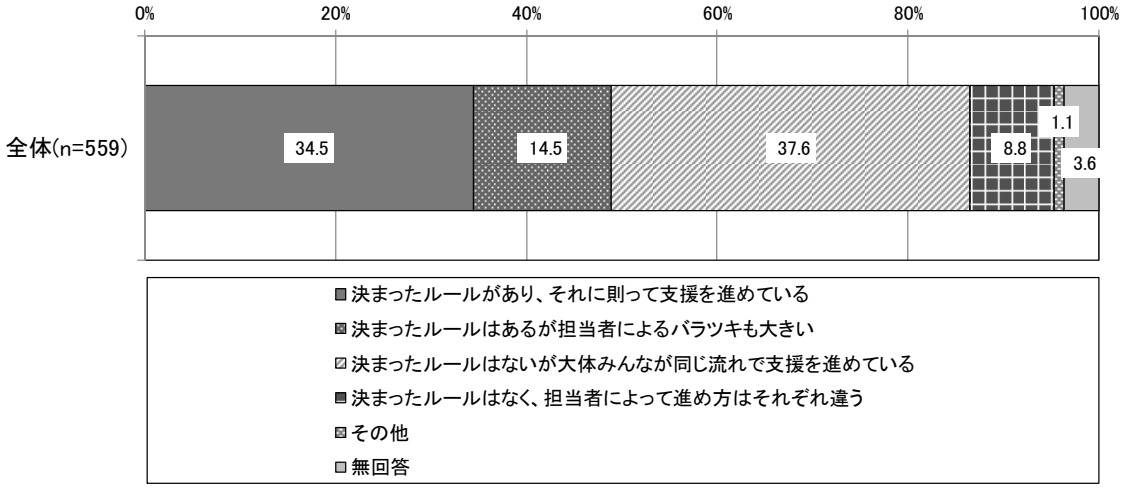


			調査数	会議で報告して把握	管理者が個々の職員の進捗を把握	個人で管理しており、他の者は把握していない	その他	無回答
全体			559	45.4	32.0	6.8	10.6	5.2
病院	許可病床数別	200 床未満	175	46.9	33.1	5.7	10.9	3.4
		200 床以上	134	43.3	31.3	6.0	13.4	6.0
	自院の急性期有無別	7 対1 あり	203	39.9	34.0	6.9	11.8	7.4
		10対1 あり	265	46.8	31.7	7.9	9.8	3.8
		なし	91	53.8	28.6	3.3	9.9	4.4
病棟	病棟タイプ別	ポスト型（急性期比率90% 以上）	191	43.5	30.4	8.4	11.5	6.3
		中間型	170	47.1	32.9	7.1	10.0	2.9
		サブ型（急性期比率50% 未満）	167	48.5	31.7	5.4	10.8	3.6
	自宅からの受入割合別	1 割以上	311	48.2	31.8	6.8	9.6	3.5
		1 割未満	73	39.7	31.5	8.2	16.4	4.1
		0 割	144	45.1	31.3	6.9	10.4	6.3
		1 割未満　計	217	43.3	31.3	7.4	12.4	5.5
担当者	専任在宅復帰支援担当者数別	1 人	315	46.7	30.5	7.6	11.7	3.5
		2 人以上	223	44.8	34.5	5.8	9.0	5.8
	全ての退院支援者数別	3 人未満	144	36.1	38.2	11.8	10.4	3.5
		3-6 人	281	51.2	28.1	6.0	10.3	4.3
		7 人以上	110	43.6	38.2	1.8	10.9	5.5

③　退院支援に関するルールの有無（Q4-4･SA）

退院支援に関するルールの有無は、「決まったルールはないが大体みんなが同じ流れで支援を進めている」が 37.6%、「決まったルールがあり、それに則って支援を進めている」が 34.5%と、回答は分かれる。
急性期機能が高い医療機関ほど「決まったルールがあり、それに則って支援を進めている」の比率が高くなる。

退院支援に関するルールの有無



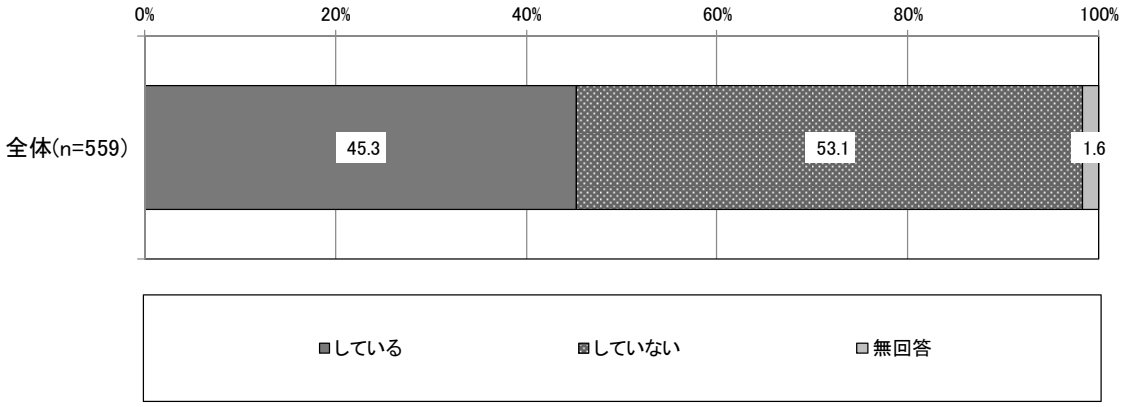
			調査数	決まったルールがあり、それに則って支援を進めている	決まったルールはあるが担当者によるバラツキも大きい	決まったルールはないが大体みんなが同じ流れで支援を進めている	決まったルールはなく、担当者によって進め方はそれぞれ違う	その他	無回答
全体			559	34.5	14.5	37.6	8.8	1.1	3.6
病院	許可病床数別	200 床未満	175	32.6	13.7	38.3	10.3	1.1	4.0
		200 床以上	134	38.8	14.9	36.6	4.5	0.0	5.2
	自院の急性期有無別	7 対1 あり	203	39.9	11.8	35.5	5.9	1.0	5.9
		10対1 あり	265	32.1	16.2	37.0	11.7	1.1	1.9
		なし	91	29.7	15.4	44.0	6.6	1.1	3.3
病棟	病棟タイプ別	ポスト型（急性期比率90% 以上）	191	36.6	11.0	38.7	9.9	1.0	2.6
		中間型	170	32.9	15.3	39.4	8.8	0.6	2.9
		サブ型（急性期比率50% 未満）	167	33.5	17.4	36.5	7.8	1.8	3.0
	自宅からの受入割合別	1 割以上	311	33.1	17.0	37.0	8.7	1.0	3.2
		1 割未満	73	39.7	12.3	31.5	11.0	2.7	2.7
		0 割	144	34.7	9.7	44.4	8.3	0.7	2.1
		1 割未満　計	217	36.4	10.6	40.1	9.2	1.4	2.3
担当者	専任在宅復帰支援担当者数別	1 人	315	35.2	12.1	39.0	8.6	1.3	3.8
		2 人以上	223	34.5	17.5	35.0	9.9	0.9	2.2
	全ての退院支援者数別	3 人未満	144	28.5	16.7	40.3	12.5	0.0	2.1
		3-6 人	281	35.2	12.8	38.1	9.3	1.1	3.6
		7 人以上	110	41.8	17.3	34.5	1.8	1.8	2.7

④ 事例検討会の実施状況

i. 地域包括ケア病棟(床)内の退院支援・調整担当者で、事例検討会の実施の有無（Q5-1・SA）

事例検討会の実施については、「していない」施設が半数以上みられる。

退院支援担当者による事例検討会の実施の有無



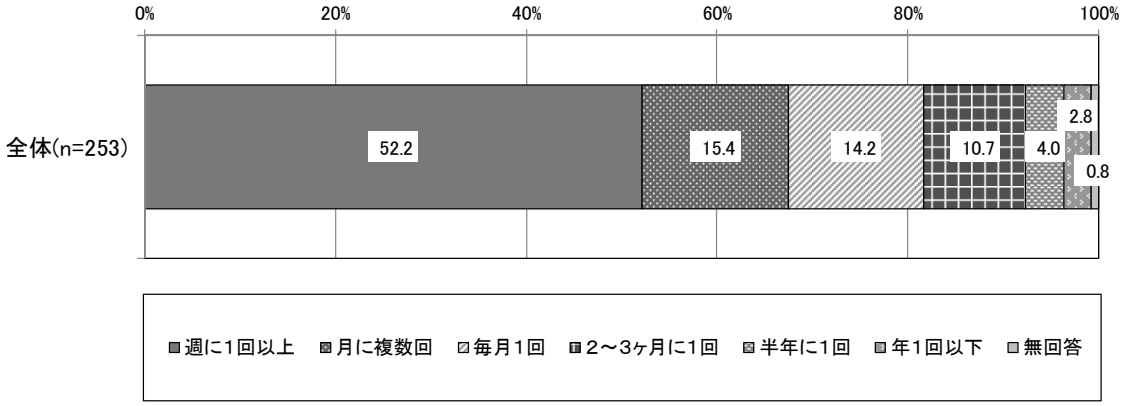
			調査数	している	していない	無回答
全体		全体	559	45.3	53.1	1.6
病院	許可病床数別	200 床未満	175	44.0	54.3	1.7
		200 床以上	134	49.3	49.3	1.5
	自院の急性期有無別	7 対1 あり	203	48.8	48.8	2.5
		10対1 あり	265	43.4	55.8	0.8
		なし	91	42.9	54.9	2.2
病棟	病棟タイプ別	ポスト型（急性期比率90% 以上）	191	40.8	57.1	2.1
		中間型	170	47.6	52.4	0.0
		サブ型（急性期比率50% 未満）	167	46.7	51.5	1.8
	自宅からの受入割合別	1 割以上	311	46.6	52.4	1.0
		1 割未満	73	43.8	53.4	2.7
		0 割	144	41.7	56.9	1.4
		1 割未満　計	217	42.4	55.8	1.8
担当者	専任在宅復帰支援担当者数別	1 人	315	44.1	54.3	1.6
		2 人以上	223	48.0	50.7	1.3
	全ての退院支援者数別	3 人未満	144	29.9	***68.8***	1.4
		3-6 人	281	49.8	48.4	1.8
		7 人以上	110	***56.4***	43.6	0.0

凡例
全体+10%
全体−10%

ii.その事例検討会の頻度（Q5-2･SA）

事例検討会を実施している施設における実施頻度は（n=253)、「週に 1 回以上」が半数を占め、月 1 回以上（月に複数回+毎月 1 回）が 3 割を占める。

事例検討会の頻度



			調査数	週に1回以上	月に複数回	毎月1回	2～3ヶ月に1回	半年に1回	年1回以下	無回答
全体		全体	253	52.2	15.4	14.2	10.7	4.0	2.8	0.8
病院	許可病床数別	200 床未満	77	58.4	15.6	15.6	6.5	3.9	0.0	0.0
		200 床以上	66	45.5	13.6	16.7	12.1	6.1	4.5	1.5
	自院の急性期有無別	7 対1 あり	99	50.5	15.2	13.1	8.1	7.1	5.1	1.0
		10対1 あり	115	52.2	14.8	13.9	13.9	2.6	1.7	0.9
		なし	39	56.4	17.9	17.9	7.7	0.0	0.0	0.0
病棟	病棟タイプ別	ポスト型（急性期比率90% 以上）	78	50.0	15.4	16.7	5.1	7.7	2.6	2.6
		中間型	81	54.3	8.6	13.6	14.8	3.7	4.9	0.0
		サブ型（急性期比率50% 未満）	78	53.8	17.9	15.4	11.5	1.3	0.0	0.0
	自宅からの受入割合別	1 割以上	145	54.5	13.8	13.8	13.1	2.1	2.8	0.0
		1 割未満	32	46.9	15.6	9.4	3.1	***15.6***	6.3	3.1
		0 割	60	51.7	13.3	21.7	8.3	3.3	0.0	1.7
		1 割未満　計	92	50.0	14.1	17.4	6.5	7.6	2.2	2.2
担当者	専任在宅復帰支援担当者数別	1 人	139	52.5	14.4	13.7	12.2	3.6	2.2	1.4
		2 人以上	107	52.3	15.9	14.0	9.3	4.7	3.7	0.0
	全ての退院支援者数別	3 人未満	43	55.8	11.6	11.6	18.6	0.0	2.3	0.0
		3-6 人	140	52.9	14.3	15.7	10.7	3.6	1.4	1.4
		7 人以上	62	45.2	22.6	12.9	6.5	6.5	6.5	0.0

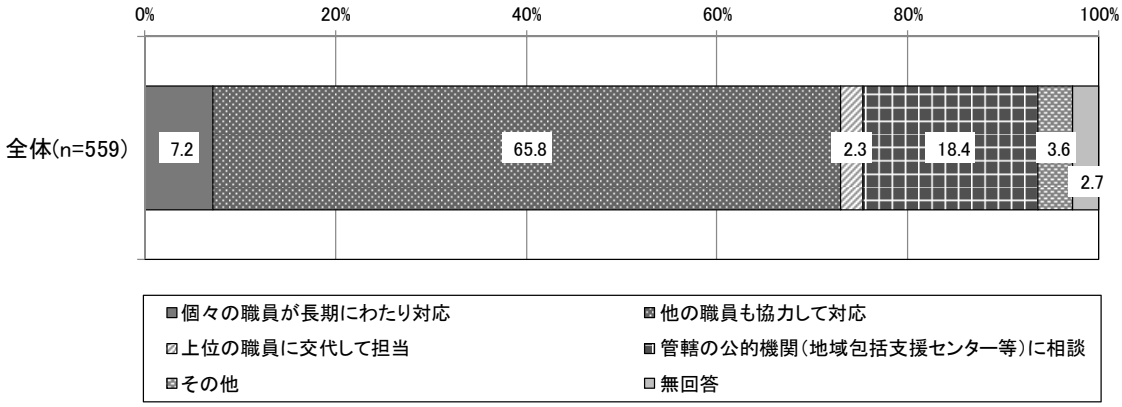
凡例
全体+10%
全体-10%

⑤ 院内の退院支援･調整担当者間の連携

i.退院支援困難事例の対処方法（Q6-1･SA）

困難事例の場合の対処方法は、「他の職員も協力して対応」という院内での解決が 65.8%と最も多く、「管轄の公的機関（地域包括支援センター等）に相談」も 18.4%みられた。

困難な事例の場合の対処方法

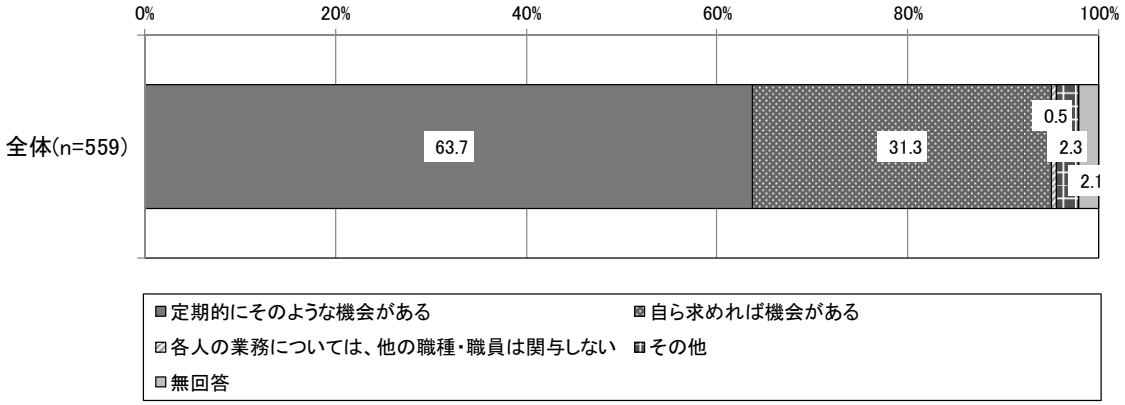


			調査数	個々の職員が長期にわたり対応	他の職員も協力して対応	上位の職員に交代して担当	管轄の公的機関（地域包括支援センター等）に相談	その他	無回答
全体		全体	559	7.2	65.8	2.3	18.4	3.6	2.7
病院	許可病床数別	200 床未満	175	5.7	72.0	1.1	18.3	0.6	2.3
		200 床以上	134	8.2	66.4	0.7	17.2	5.2	2.2
	自院の急性期有無別	7 対1 あり	203	6.9	67.0	2.0	14.8	5.4	3.9
		10対1 あり	265	6.4	66.4	2.3	20.8	2.3	1.9
		なし	91	9.9	61.5	3.3	19.8	3.3	2.2
病棟	病棟タイプ別	ポスト型（急性期比率90% 以上）	191	5.8	62.3	2.1	21.5	4.7	3.7
		中間型	170	7.1	70.6	2.4	17.6	1.8	0.6
		サブ型（急性期比率50% 未満）	167	9.0	64.1	2.4	17.4	4.8	2.4
	自宅からの受入割合別	1 割以上	311	8.7	67.2	2.3	18.0	2.9	1.0
		1 割未満	73	6.8	60.3	4.1	16.4	6.8	5.5
		0 割	144	4.2	64.6	1.4	22.2	4.2	3.5
		1 割未満　計	217	5.1	63.1	2.3	20.3	5.1	4.1
担当者	専任在宅復帰支援担当者数別	1 人	315	6.7	67.0	1.9	18.4	3.2	2.9
		2 人以上	223	8.5	64.1	3.1	18.4	3.6	2.2
	全ての退院支援者数別	3 人未満	144	9.0	64.6	2.1	18.8	2.8	2.8
		3-6 人	281	7.5	65.1	3.2	18.5	2.8	2.8
		7 人以上	110	4.5	71.8	0.9	16.4	5.5	0.9

ii. 退院支援を相談･協力できる環境（Q6-2･SA）

退院支援について、相談・協力できる環境は「定期的にそのような機会がある」が 63.7%を占め、次いで「自ら求めれば機会がある」31.3%である。

職員に相談できる･協力できる環境の有無



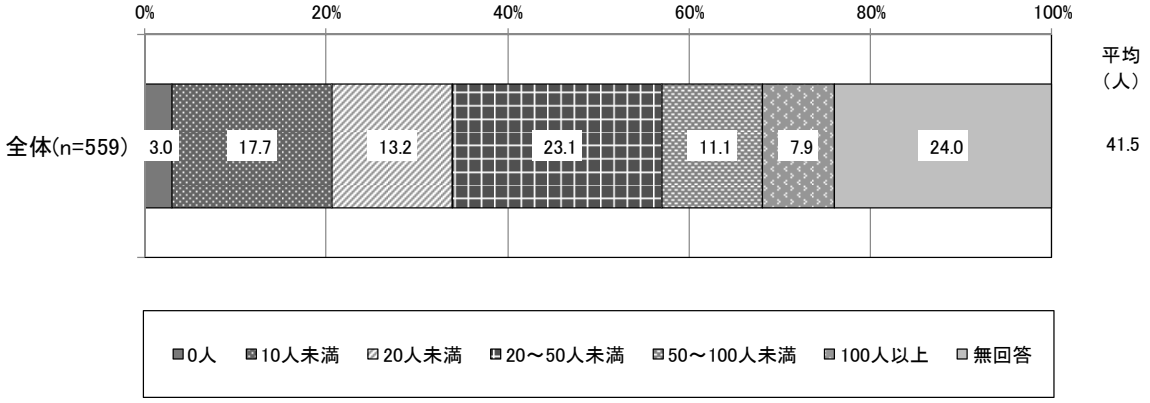
			調査数	定期的にそのような機会がある	自ら求めれば機会がある	各人の業務については、他の職種・職員は関与しない	その他	無回答
全体		全体	559	63.7	31.3	0.5	2.3	2.1
病院	許可病床数別	200 床未満	175	68.6	28.0	0.6	0.0	2.9
		200 床以上	134	60.4	35.1	0.0	2.2	2.2
	自院の急性期有無別	7 対1 あり	203	68.0	26.6	0.0	2.5	3.0
		10対1 あり	265	61.5	34.0	1.1	1.9	1.5
		なし	91	60.4	34.1	0.0	3.3	2.2
病棟	病棟タイプ別	ポスト型（急性期比率90% 以上）	191	59.2	34.0	1.0	3.1	2.6
		中間型	170	67.6	30.0	0.0	1.8	0.6
		サブ型（急性期比率50% 未満）	167	66.5	29.9	0.6	1.8	1.2
	自宅からの受入割合別	1 割以上	311	66.6	30.5	0.3	1.6	1.0
		1 割未満	73	58.9	34.2	1.4	2.7	2.7
		0 割	144	61.8	31.9	0.7	3.5	2.1
		1 割未満　計	217	60.8	32.7	0.9	3.2	2.3
担当者	専任在宅復帰支援担当者数別	1 人	315	64.4	32.4	0.3	1.6	1.3
		2 人以上	223	63.2	30.0	0.9	3.6	2.2
	全ての退院支援者数別	3 人未満	144	55.6	38.9	1.4	2.8	1.4
		3-6 人	281	68.7	26.7	0.4	2.1	2.1
		7 人以上	110	65.5	30.9	0.0	2.7	0.9

【A 票：医療機関】

⑥　最近１年間に「住まいの確保」が必要であった患者数（Q4-1・実数）

最近１年間に「住まいの確保」が必要であっただいたいの患者数は、「20～50 人未満」が 23.1%と最も多く、平均 41.5 人である。
急性期機能のない医療機関では、「住まいの確保」が必要である患者数が多い。急性期機能のない医療機関は、平均在院日数が長くなっており、「住まいの確保」も影響して可能性が考えられる。

最近１年間で「住まい確保」が必要であった患者数



			調査数	0人	10人未満	20人未満	20～50人未満	50～100人未満	100人以上	無回答	平均
全体			559	3.0	17.7	13.2	23.1	11.1	7.9	24.0	41.5
病院	許可病床数別	200 床未満	175	2.3	20.0	13.7	20.1	11.4	8.6	24.0	42.8
		200 床以上	134	3.0	11.9	11.2	28.4	10.5	7.5	27.6	43.6
	自院の急性期有無別	7 対1 あり	203	2.0	15.3	11.8	23.6	11.3	6.9	29.1	40.3
		10対1 あり	265	3.8	17.7	15.5	21.2	11.3	6.4	24.2	38.0
		なし	91	3.3	23.1	9.9	27.5	9.9	14.3	12.1	52.3
病棟	病棟タイプ別	ポスト型（急性期比率90% 以上）	191	3.1	20.4	14.7	21.9	11.0	5.2	23.6	31.8
		中間型	170	2.4	14.7	11.2	27.0	11.2	8.8	24.7	49.6
		サブ型（急性期比率50% 未満）	167	3.6	18.6	13.8	23.4	12.6	9.6	18.6	41.8
	自宅からの受入割合別	1 割以上	311	2.9	16.7	12.9	24.1	11.9	9.3	22.2	46.5
		1 割未満	73	2.7	15.1	6.8	28.7	16.4	4.1	26.0	34.7
		0 割	144	3.5	22.2	17.4	21.6	8.4	6.3	20.8	31.1
		1 割未満　計	217	3.2	19.8	13.8	23.9	11.0	5.5	22.6	32.3
	地域包括ケア（病棟1）病床規模別	30床未満	206	2.9	27.7	16.5	19.4	6.8	4.9	21.8	24.7
		50床未満	236	3.0	13.1	13.6	25.8	14.0	8.9	21.6	50.4
		50床以上	106	3.8	9.4	5.7	22.6	14.2	11.3	33.0	56.5
担当者	専任在宅復帰支援担当者数別	1 人	315	3.2	17.1	14.6	24.4	13.1	6.7	21.0	38.7
		2 人以上	223	2.7	17.9	11.7	21.9	9.3	9.4	26.9	46.7
	全ての退院支援者数別	3 人未満	144	0.7	19.4	17.4	18.7	7.0	8.3	28.5	39.4
		3-6 人	281	3.2	16.4	12.8	24.9	12.8	6.8	23.1	37.2
		7 人以上	110	5.5	16.4	11.8	25.5	11.7	9.1	20.0	53.7

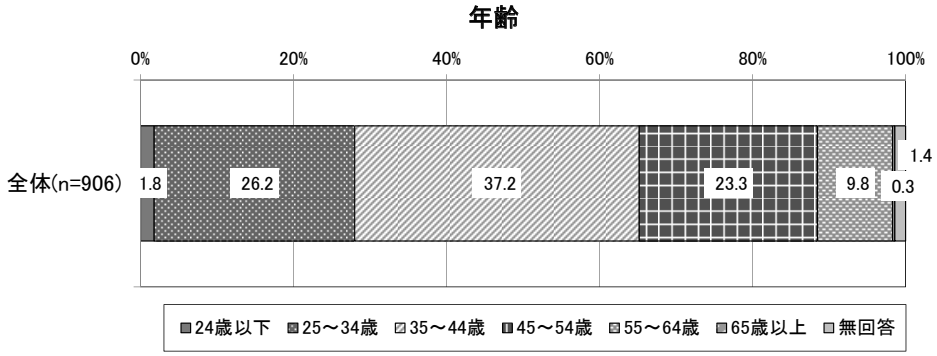
凡例
全体+10%
全体-10%

4．退院支援・調整担当者の調査結果

（1）退院支援・調整担当者の属性

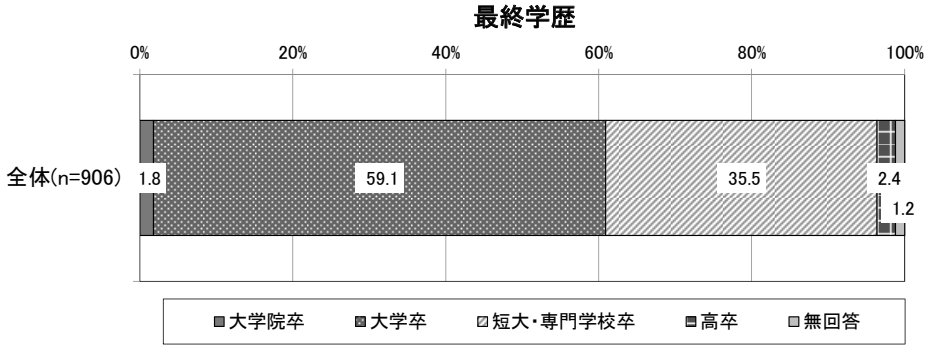
① 年齢（CF1･SA）

年齢は「35～44 歳」が最も多く、次いで「25～34 歳」「45～54 歳」。



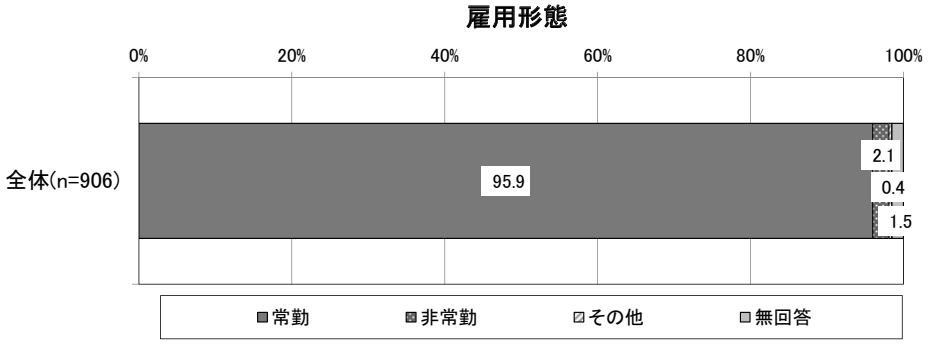
② 最終学歴（CF2･SA）

最終学歴は「大学卒」が最も多く、約 6 割を占める。



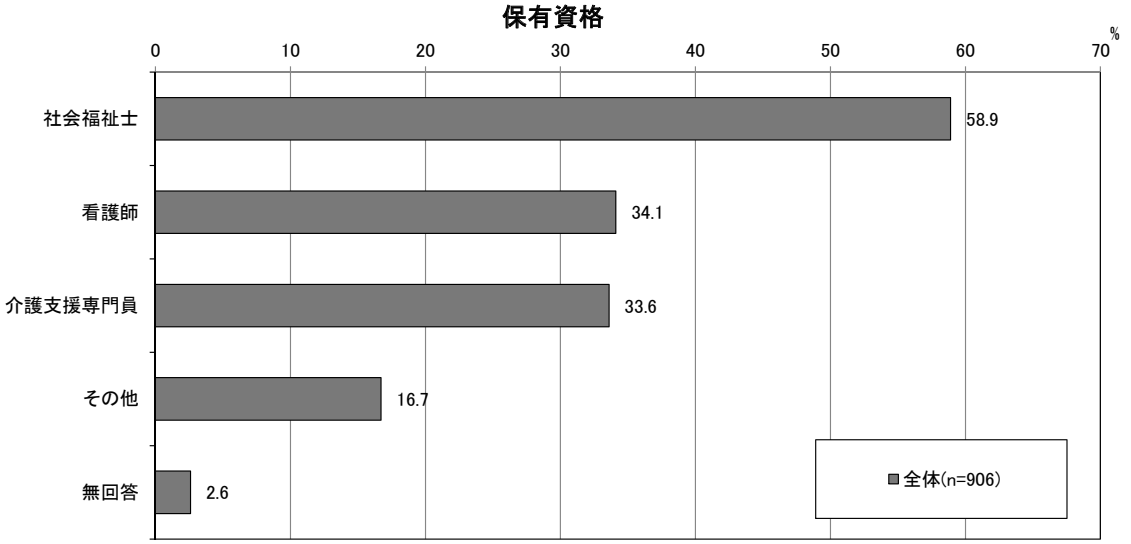
③ 雇用形態（CF5･SA）

「常勤」のケースが 95%以上と、ほとんどを占める。



④ 保有資格（CF4･MA）

「社会福祉士」の資格保有者が最も多い。
年齢別にみると、44 歳以下は「社会福祉士」、45 歳以上は「看護師」が多い。
最終学歴別では、大卒以上は「社会福祉士」、短大・専門学校・高卒は「看護師」が多い。



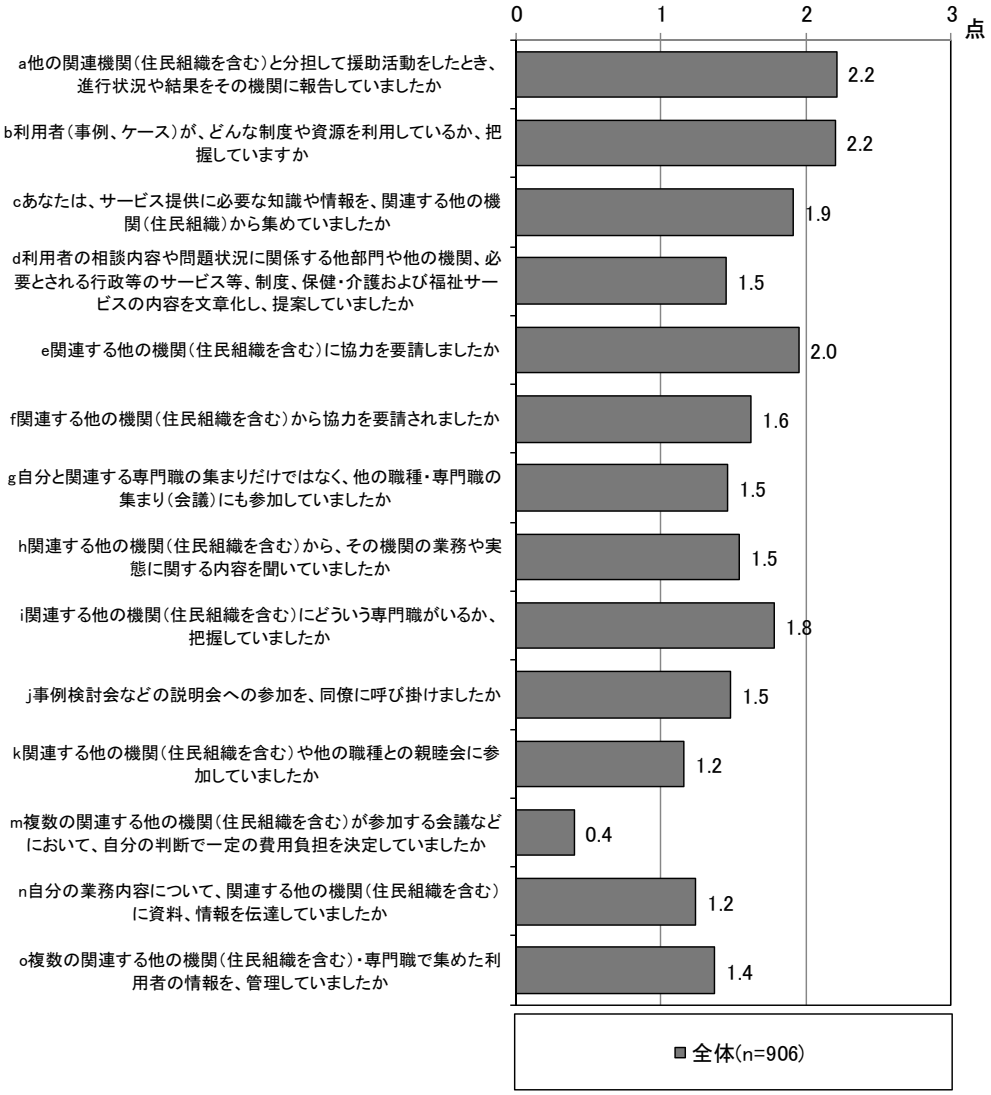
		調査数	看護職あり	看護職無し（社会福祉士）	看護職なし（それ以外）	無回答
全体		906	34.1	57.3	6.0	2.6
年齢	24歳以下	16	0.0	***100.0***	0.0	0.0
	25～34歳	237	7.6	***84.8***	3.4	4.2
	35～44歳	337	21.1	***71.2***	6.5	1.2
	45～54歳	211	***69.7***	22.3	8.1	0.0
	55～64歳	89	***77.5***	15.7	6.7	0.0
	65歳以上	3	***66.7***	0.0	0.0	***33.3***
最終学歴	大学院卒	16	12.5	***87.5***	0.0	0.0
	大学卒	535	4.7	***86.4***	6.5	2.4
	短大・専門学校卒	322	***83.5***	11.8	4.7	0.0
	高卒	22	***59.1***	13.6	***18.2***	9.1

凡例
全体+10%
全体−10%

⑤ 退院支援･調整担当者の日頃の連携活動状況（Q5･SA）

「a 他の関連機関（住民組織を含む）と分担して援助活動をしたとき、進行状況や結果をその機関に報告していたか」「b 利用者（事例、ケース）が、どんな制度や資源を利用しているか、把握しているか」が 2 点を超えている（よくしている項目）。

日頃の連携活動

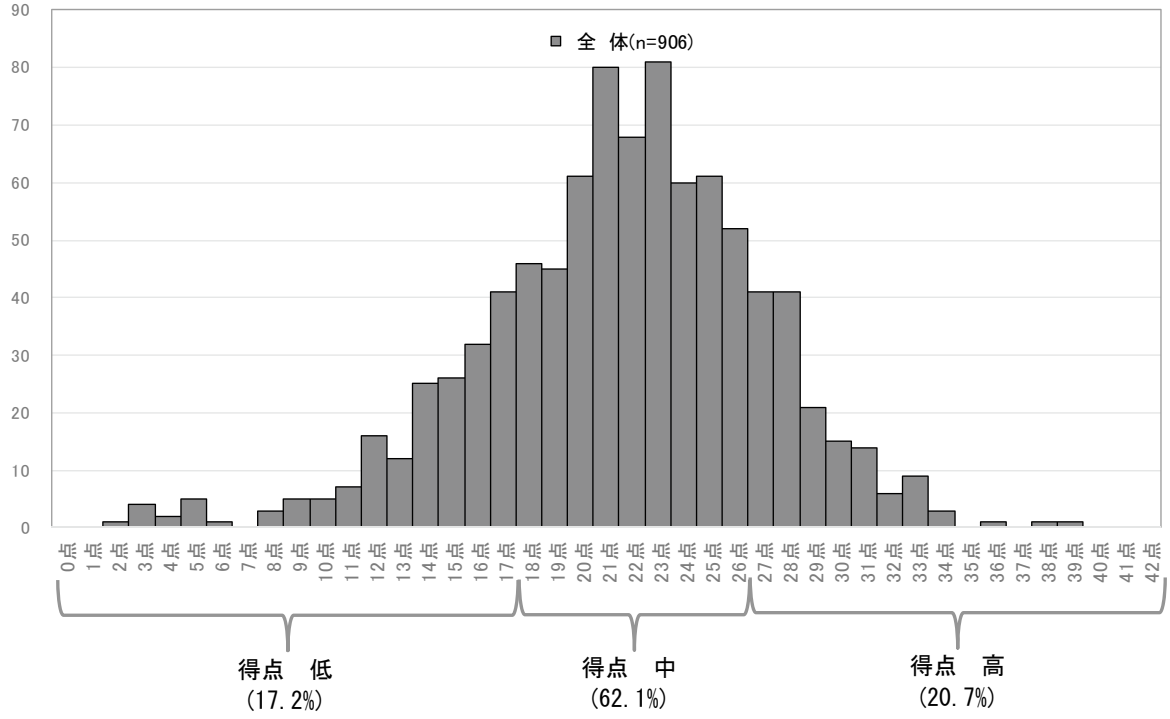


※連携活動評価尺度は、15 項目からなるが、「1.あなたの機関では、新規の保健師が就任した場合、関連する他の機関（住民組織を含む）に挨拶回りをしていましたか」は設問が不適切であるため集計から除外した。

【C票：退院支援・調整担当者】

連携活動評価尺度の点数から 27 点以上を「連携活動評価尺度得点高」(17.2%)、26～18 点を「連携活動評価尺度得点中」(62.1%)、17 点以下を「連携活動評価尺度得点低」(20.7%)として属性別にみると、看護師は「連携活動評価尺度得点低」の比率が 34.1%と高くなっている。連携活動評価尺度は、通常キャリアと相関が高くなる傾向がみられるが、看護師の退院支援の業務歴は「～3 年」の比率が高く、このことが影響しているものと推察される。

Q5. 日頃の連携活動状況



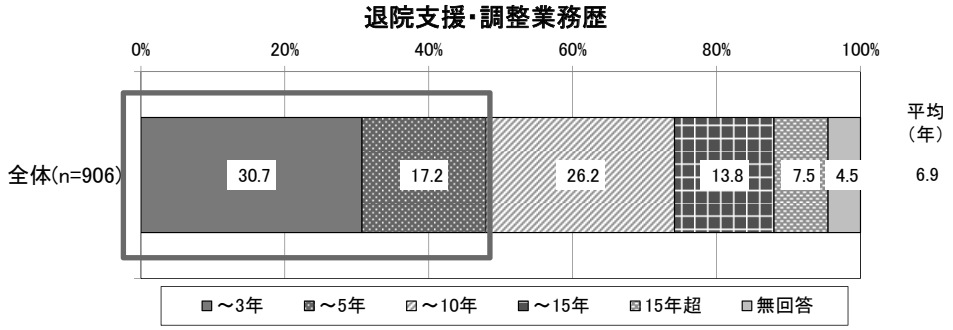
			調査数	連携度高（27点以上）	連携度中（26～18点）	連携度低（17点以下）
全体			892	17.2	62.1	20.7
C票	保有資格別	看護師あり	302	12.3	53.6	***34.1***
		看護師なし(社会福祉士)	515	18.8	68.5	12.6
		看護師なし(それ以外)	54	25.9	53.7	20.4
A票	許可病床数別	200 床未満	276	18.1	63.4	18.5
		400 床未満	164	12.2	67.7	20.1
		400 床以上	48	14.6	62.5	22.9
	病棟タイプ別	ポスト型(急性期比率90% 以上)	288	17.7	59.7	22.6
		中間型	288	16.3	64.6	19.1
		サブ型(急性期比率50% 未満)	264	18.6	59.8	21.6
	自宅からの受入割合別	1 割以上	515	16.9	62.9	20.2
		1 割未満	124	16.1	64.5	19.4
		0 割	201	19.9	55.7	24.4
		1 割未満 計	325	18.5	59.1	22.5

凡例
全体+10%
全体-10%

（２）退院支援・調整担当者の退院支援業務歴等

① 退院支援･調整業務 歴（他病棟･他病院での経験年数を含む）（CF3･実数）

退院支援の業務歴は、5 年以下が約半数を占める。
保有資格別でみると、看護師は退院支援業務歴「～3 年」が半数を占め、平均年数は 4.6 年と短い。
連携活動評価尺度でみると、連携活動評価尺度の得点が低い担当者は、業務歴が短く「～3 年」が 43.8%を占め、平均 4.8 年である。この得点が高い担当者ほど、業務歴も長くなる傾向にある。

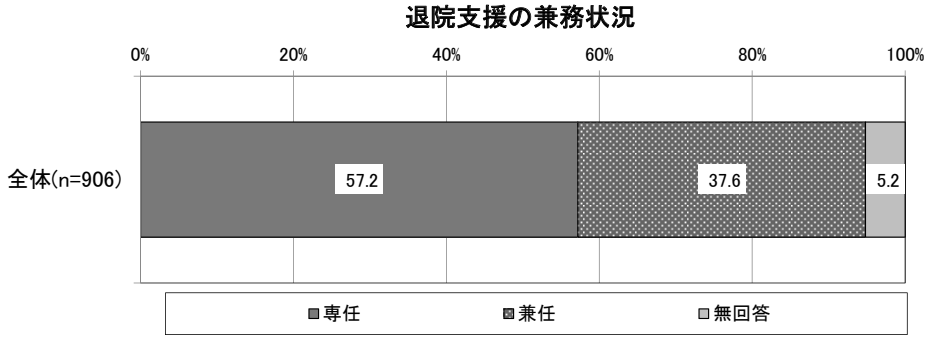


			調査数	～3年	～5年	～10年	～15年	15年超	無回答	平均（年）
全体			906	30.7	17.2	26.2	13.8	7.5	4.5	6.9
C票	保有資格別	看護師あり	309	***51.1***	14.9	19.9	5.2	2.9	6.1	4.6
		看護師なし（社会福祉士）	519	20.0	19.0	30.6	19.3	9.1	1.9	7.9
		看護師なし（それ以外）	54	20.4	14.9	24.2	16.7	***18.5***	5.6	9.6
	連携評価尺度の合計点数別	連携度　高（27点以上）	153	27.5	13.0	22.8	19.6	13.1	3.9	8.5
		連携度　中（26～18点）	554	26.9	19.5	27.9	15.3	7.4	2.9	7.1
		連携度　低（17点以下）	185	***43.8***	14.6	24.2	5.4	3.7	8.1	4.8
A票	許可病床数別	200 床未満	276	29.7	19.2	24.0	15.9	7.3	4.0	7.1
		400 床未満	166	32.5	19.2	20.4	15.1	9.0	3.6	6.7
		400 床以上	49	30.6	14.3	34.7	10.2	8.1	2.0	6.8
	病棟タイプ別	ポスト型（急性期比率90% 以上）	295	29.5	16.6	25.1	15.3	8.2	5.4	7.2
		中間型	291	29.2	17.8	28.8	14.4	6.2	3.4	6.6
		サブ型（急性期比率50% 未満）	267	32.2	17.6	25.0	12.0	8.6	4.5	6.9
	自宅からの受入割合別	1 割以上	521	31.3	17.8	25.9	13.1	8.1	3.8	6.8
		1 割未満	125	23.2	17.6	36.0	12.8	6.4	4.0	7.2
		0 割	207	31.9	15.9	21.7	16.9	7.2	6.3	7.0
		1 割未満　計	332	28.5	16.5	27.0	15.4	6.9	5.4	7.1

凡例
全体+10%
全体-10%

② 退院支援の兼務状況（CF6･SA）

退院支援「専任」が 57.2%と多い。
保有資格別では、看護師は「兼任」の比率が 54.7%と高く、社会福祉士（看護師資格なし）は「専任」の比率が 69.6%と高い。
連携活動評価尺度が低い担当者は「兼任」に多いが、これは看護師が多いことが影響している。



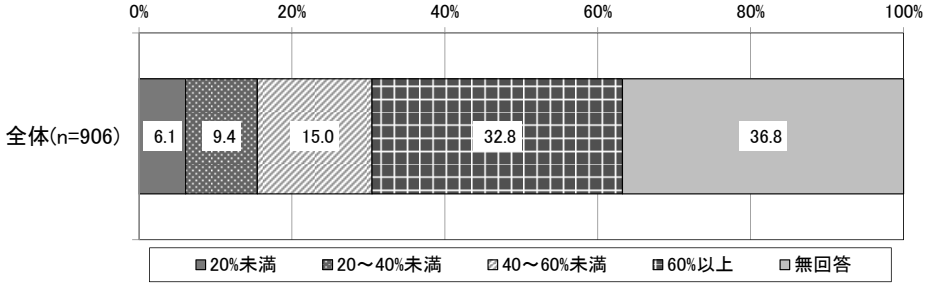
			調査数	専任	兼任	無回答
全体			906	57.2	37.6	5.2
C票	退院支援・調整業務歴別	3年以下	278	52.9	42.1	5.0
		4～10年	394	59.9	37.1	3.0
		10年超	193	63.2	35.8	1.0
	保有資格別	看護師あり	309	38.2	***54.7***	7.1
		看護師なし(社会福祉士)	519	***69.6***	27.7	2.7
		看護師なし(それ以外)	54	57.4	40.7	1.9
	連携評価尺度の合計点数別	連携度　高(27点以上)	153	58.2	37.3	4.6
		連携度　中(26～18点)	554	65.2	32.3	2.5
		連携度　低(17点以下)	185	34.1	***54.1***	11.9
A票	許可病床数別	200 床未満	276	54.3	42.0	3.6
		400 床未満	166	63.3	30.1	6.6
		400 床以上	49	42.9	46.9	10.2
	病棟タイプ別	ポスト型(急性期比率90% 以上)	295	59.0	36.6	4.4
		中間型	291	54.6	38.8	6.5
		サブ型(急性期比率50% 未満)	267	57.7	38.6	3.7
	自宅からの受入割合別	1 割以上	521	57.0	38.2	4.8
		1 割未満	125	59.2	37.6	3.2
		0 割	207	56.0	37.7	6.3
		1 割未満　計	332	57.2	37.7	5.1

凡例
全体+10%
全体-10%

③ 退院支援に携わる業務時間割合（CF7･SA）

業務時間内における退院支援に携わる割合は、「無回答」を除くと「60%以上」が最も多い。
無回答を除いた集計（n=573）では、「60%以上」が 51.8%と半数を占め、次いで「40～60%未満」の比率が 23.7%と高い。
保有資格別、連携活動評価尺度別でみると、看護師や連携活動評価尺度の得点が低い層でいずれも「20%未満」の比率が高くなっている。

業務時間内で退院支援に携わる割合



			調査数	20%未満	20～40%未満	40～60%未満	60%以上
全体			573	9.6	14.8	23.7	51.8
C票	退院支援・調整業務歴別	3年以下	186	12.9	12.9	19.9	54.3
		4～10年	243	8.6	16.9	24.7	49.8
		10年超	126	3.2	11.1	30.2	55.6
	退院支援の兼務状況別	専任	220	1.4	4.1	13.6	***80.9***
		兼任	337	15.4	20.5	30.0	34.1
	保有資格別	看護師あり	219	***21.9***	23.3	22.4	32.4
		看護師なし（社会福祉士）	305	1.3	8.2	24.9	***65.6***
		看護師なし（それ以外）	38	2.6	21.1	28.9	47.4
	連携評価尺度の合計点数別	連携度　高（27点以上）	106	2.8	9.4	23.6	***64.2***
		連携度　中（26～18点）	324	5.9	13.6	25.0	55.6
		連携度　低（17点以下）	138	***23.2***	21.0	21.7	34.1
A票	許可病床数別	200 床未満	184	10.3	15.2	22.3	52.2
		400 床未満	97	10.3	11.3	22.7	55.7
		400 床以上	33	3.0	***27.3***	21.2	48.5
	病棟タイプ別	ポスト型（急性期比率90% 以上）	195	7.7	13.3	23.6	55.4
		中間型	186	10.2	12.4	24.2	53.2
		サブ型（急性期比率50% 未満）	160	11.9	18.8	23.8	45.6
	自宅からの受入割合別	1 割以上	317	11.7	14.2	24.3	49.8
		1 割未満	84	1.2	16.7	22.6	59.5
		0 割	140	10.7	14.3	23.6	51.4
		1 割未満　計	224	7.1	15.2	23.2	54.5

無回答を除く

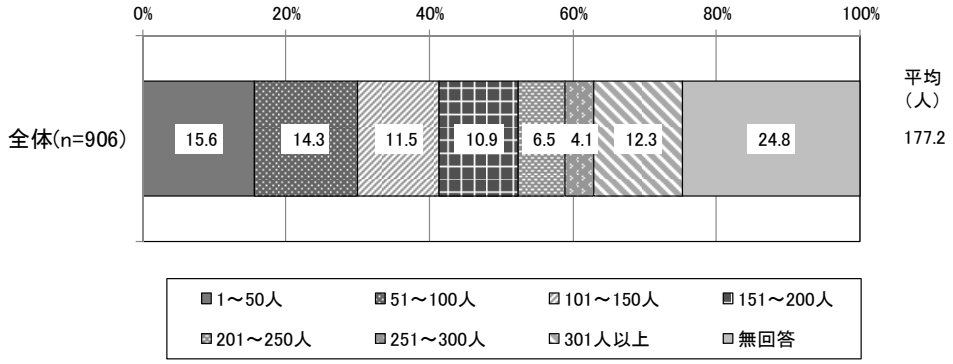
凡例
全体+10%
全体-10%

（3） 地域包括ケア病棟(床)における退院支援の状況

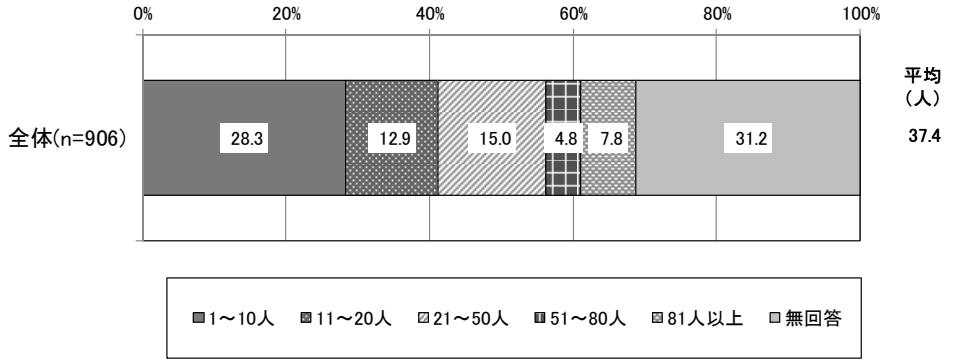
① 退院支援担当患者数と「住まいの確保」を支援した患者数（CF8・実数）

最近1年間で、退院支援を担当した患者数は平均177.2人。「100人」以下が約3割、「301人以上」が1割強を占める。
そのうち、「住まいの確保」の支援を行った患者数は、平均37.4人。「1～10人」が最も多く約3割を占める。
「兼任」よりも「専任」の、退院支援にかかわる時間が長いほど「住まいの確保」の支援を行った患者数が多い。

最近1年間で退院支援を担当した患者数



そのうち、退院後の「住まいの確保」支援を行った患者数



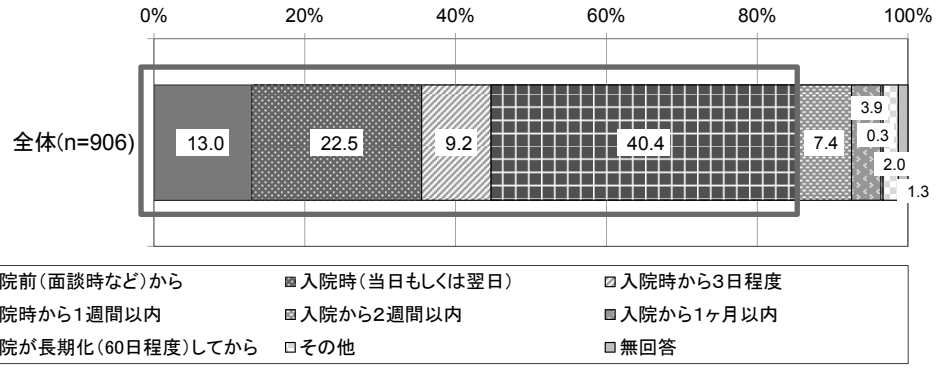
			調査数	1～10人	11～20人	21～50人	51～80人	81人以上	無回答	平均(人)
全体			906	28.3	12.9	15.0	4.8	7.8	31.2	37.4
C票	退院支援・調整業務歴別	3年以下	278	34.5	9.0	10.8	5.1	8.7	32.0	38.1
		4～10年	394	25.1	15.2	18.7	6.1	7.1	27.7	35.6
		10年超	193	29.5	14.0	15.5	3.1	9.3	28.5	39.4
	退院支援の兼務状況別	専任	518	26.3	13.3	17.2	5.5	9.7	28.2	42.2
		兼任	341	33.4	12.6	12.6	4.5	5.9	31.1	30.7
	退院支援に携わる業務時間割合別	40% 未満	140	32.1	12.1	7.9	2.8	3.5	***41.4***	20.4
		60% 未満	136	29.4	19.9	11.7	7.3	3.7	27.9	24.2
		60% 以上	297	26.3	11.1	18.6	4.3	8.4	31.3	38.4
	保有資格別	看護師あり	309	28.8	11.0	13.0	5.5	5.8	35.9	35.9
		看護師なし(社会福祉士)	519	28.5	14.5	16.0	4.5	8.4	28.1	38.1
		看護師なし(それ以外)	54	31.5	7.4	18.6	7.5	11.2	24.1	38.2
	連携評価尺度の合計点数別	連携度　高(27点以上)	153	29.4	17.6	12.4	3.3	9.8	27.5	39.6
		連携度　中(26～18点)	554	28.3	12.5	17.3	6.3	7.8	27.8	39.2
		連携度　低(17点以下)	185	28.6	11.4	8.6	2.1	6.5	***42.7***	25.3
A票	許可病床数別	200 床未満	276	24.6	15.9	12.3	5.4	10.1	31.5	42.1
		400 床未満	166	29.5	12.0	17.4	4.8	4.8	31.3	31.7
		400 床以上	49	***40.8***	12.2	16.3	8.2	2.0	20.4	21.3
	病棟タイプ別	ポスト型(急性期比率90% 以上)	295	26.8	12.2	14.3	5.1	4.8	36.9	30.9
		中間型	291	28.9	14.8	17.9	4.0	7.8	26.5	32.4
		サブ型(急性期比率50% 未満)	267	29.6	12.7	13.1	6.4	9.3	28.8	46.6
	自宅からの受入割合別	1 割以上	521	28.6	13.4	15.5	5.2	8.4	28.8	40.0
		1 割未満	125	33.6	16.8	16.0	1.6	4.0	28.0	26.9
		0 割	207	24.6	10.6	13.5	7.2	6.2	37.7	33.0
		1 割未満　計	332	28.0	13.0	14.4	5.1	5.4	34.0	30.5

凡例
全体+10%
全体-10%

② 退院支援に介入するタイミング（Q1-1･SA）

通常又は多くの場合の退院支援に介入するタイミングは「入院時から1週間以内」が40.4%と最も多く、入院前から入院1週間以内が全体の8割以上を占めている。
なお、連携活動評価尺度が高い担当者ほど、「入院前（面接時など）から」退院支援に介入している。

通常、もしくは多くの場合の、退院支援に介入する場合のタイミング



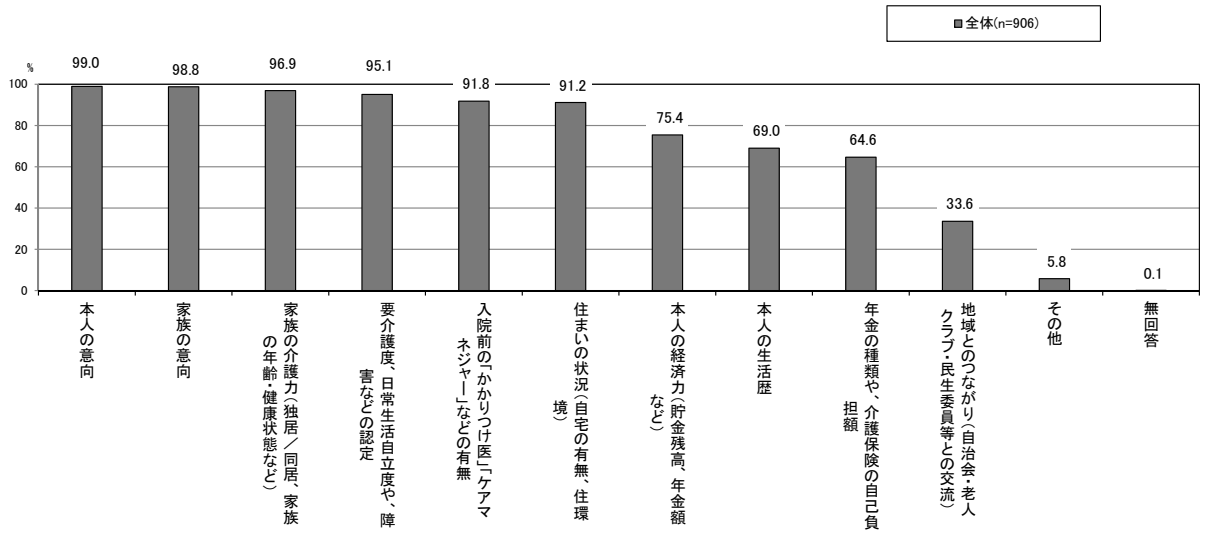
			調査数	入院前（面談時など）から	入院時（当日もしくは翌日）	入院時から3日程度	入院時から1週間以内	入院から2週間以内	入院から1ヶ月以内	入院が長期化（60日程度）してから	その他	無回答
全体			906	13.0	22.5	9.2	40.4	7.4	3.9	0.3	2.0	1.3
C票	退院支援・調整業務歴別	3年以下	278	10.4	18.3	9.7	46.4	6.8	2.9	0.4	3.2	1.8
		4～10年	394	15.2	25.4	9.1	35.5	6.9	5.6	0.3	1.8	0.3
		10年超	193	13.0	20.7	9.8	43.0	8.8	1.6	0.5	0.5	2.1
	退院支援の兼務状況別	専任	518	13.7	20.7	9.5	43.1	6.2	3.3	0.2	2.3	1.2
		兼任	341	11.7	23.8	8.8	37.8	9.1	5.0	0.6	1.5	1.8
	退院支援に携わる業務時間割合別	40% 未満	140	10.7	30.0	10.0	31.4	8.6	5.0	0.7	1.4	2.1
		60% 未満	136	16.2	25.0	6.6	36.0	9.6	3.7	0.0	1.5	1.5
		60% 以上	297	13.5	20.9	8.8	42.4	7.4	3.7	0.3	2.0	1.0
	保有資格別	看護師あり	309	12.9	25.9	9.7	38.8	5.8	3.2	0.3	1.3	1.9
		看護師なし（社会福祉士）	519	13.1	21.0	9.6	41.2	6.6	4.6	0.4	2.5	1.0
		看護師なし（それ以外）	54	18.5	11.1	1.9	42.6	***20.4***	1.9	0.0	1.9	1.9
	連携評価尺度の合計点数別	連携度　高（27点以上）	153	20.9	21.6	8.5	37.3	5.2	2.6	0.0	2.6	1.3
		連携度　中（26～18点）	554	12.6	20.8	9.2	41.3	7.9	5.1	0.4	1.3	1.4
		連携度　低（17点以下）	185	7.6	27.0	10.3	41.6	7.0	1.6	0.5	3.8	0.5
A票	許可病床数別	200 床未満	276	12.7	21.4	10.1	38.0	6.5	6.5	0.0	2.9	1.8
		400 床未満	166	10.8	26.5	10.8	43.4	3.6	0.6	0.6	1.2	2.4
		400 床以上	49	8.2	24.5	6.1	36.7	14.3	4.1	0.0	6.1	0.0
	病棟タイプ別	ポスト型（急性期比率90% 以上）	295	12.2	19.0	11.2	43.7	6.8	3.7	0.7	1.4	1.4
		中間型	291	12.4	23.7	9.6	39.5	7.2	3.4	0.3	2.4	1.4
		サブ型（急性期比率50% 未満）	267	15.7	25.5	7.1	36.3	8.2	3.4	0.0	2.6	1.1
	自宅からの受入割合別	1 割以上	521	13.4	24.0	8.6	40.1	6.9	3.3	0.2	2.3	1.2
		1 割未満	125	16.8	22.4	12.0	36.0	8.0	3.2	0.0	0.8	0.8
		0 割	207	11.1	19.3	9.7	42.0	8.2	4.3	1.0	2.4	1.9
		1 割未満　計	332	13.3	20.5	10.5	39.8	8.1	3.9	0.6	1.8	1.5

凡例
全体+10%
全体-10%

③ 退院支援のアセスメントのために患者やその家族から把握している情報（Q1-2･MA）

退院支援のアセスメントのために、「本人や家族の意向」「家族の介護力」「患者の状態像（認定状況）」「在宅支援チームの有無」「住まいの状況」については 9 割以上が把握をしている中で、「本人の経済力」「本人の生活歴」「年金の種類や、介護保険の自己負担額」「地域とのつながり」を把握している程度は相対的に低くなっている。
これらは、連携活動評価尺度別や退院支援に携わる業務時間によって差がみられ、退院支援にかかわる時間や連携スキル等で差がみられる項目と考えられる。

退院支援アセスメントのための情報把握



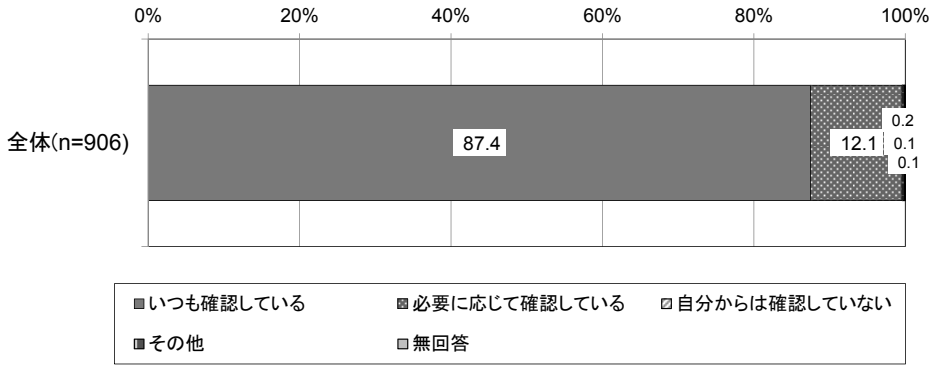
			調査数	本人の意向	家族の意向	家族の介護力（独居／同居、家族の年齢・健康状態など）	要介護度、日常生活自立度や、障害などの認定	入院前の「かかりつけ医」「ケアマネジャー」などの有無	住まいの状況（自宅の有無、住環境）	本人の経済力（貯金残高、年金額など）	本人の生活歴	年金の種類や、介護保険の自己負担額	地域とのつながり（自治会・老人クラブ・民生委員等との交流）	その他	無回答
全体			906	99.0	98.8	96.9	95.1	91.8	91.2	75.4	69.0	64.6	33.6	5.8	0.1
C票	退院支援・調整業務歴別	3年以下	278	98.9	98.6	96.8	95.7	88.1	90.3	71.6	66.5	58.3	34.9	2.9	0.4
		4～10年	394	99.5	99.0	97.2	95.4	93.1	93.1	76.4	67.5	65.2	32.7	5.1	0.0
		10年超	193	99.5	98.4	96.9	94.8	95.9	91.2	78.8	76.7	73.6	34.2	11.4	0.0
	退院支援の兼務状況別	専任	518	99.0	98.8	96.5	95.2	95.8	93.1	79.7	71.6	70.5	36.7	6.6	0.2
		兼任	341	99.7	98.8	97.4	95.3	86.5	89.4	70.4	66.3	58.9	29.0	4.4	0.0
	退院支援に携わる業務時間割合別	40% 未満	140	100.0	97.9	96.4	96.4	82.9	83.6	62.9	64.3	50.7	23.6	3.6	0.0
		60% 未満	136	99.3	97.8	95.6	93.4	88.2	90.4	66.2	66.9	52.2	26.5	5.1	0.0
		60% 以上	297	98.7	99.0	96.3	94.9	92.9	91.9	81.1	71.0	71.4	39.1	5.7	0.3
	保有資格別	看護師あり	309	98.1	98.7	97.7	95.5	85.1	86.7	67.3	68.9	57.9	32.7	4.9	0.3
		看護師なし（社会福祉士）	519	99.4	98.7	96.7	94.6	95.6	93.1	80.2	69.6	68.4	35.3	6.6	0.0
		看護師なし（それ以外）	54	100.0	100.0	92.6	96.3	92.6	96.3	75.9	63.0	66.7	22.2	3.7	0.0
	連携評価尺度の合計点数別	連携度　高（27点以上）	153	100.0	98.7	97.4	96.1	94.8	95.4	***87.6***	78.4	***79.7***	***49.7***	9.8	0.0
		連携度　中（26～18点）	554	99.1	99.1	97.7	95.1	94.0	92.1	77.6	67.7	65.0	32.7	5.4	0.2
		連携度　低（17点以下）	185	97.8	98.4	94.6	94.1	82.7	85.4	58.9	64.9	51.4	21.1	3.8	0.0
A票	許可病床数別	200 床未満	276	98.2	98.2	96.7	94.9	89.5	88.4	79.7	67.0	64.1	31.9	5.4	0.0
		400 床未満	166	98.8	98.8	96.4	95.2	94.0	91.6	72.9	68.1	60.2	39.2	7.8	0.6
		400 床以上	49	100.0	100.0	100.0	100.0	98.0	98.0	79.6	***81.6***	69.4	***44.9***	6.1	0.0
	病棟タイプ別	ポスト型（急性期比率90% 以上）	295	98.0	98.3	96.9	96.9	92.2	93.9	75.6	69.2	62.4	34.2	7.1	0.0
		中間型	291	99.7	98.3	97.3	95.5	94.2	91.1	76.6	67.7	65.6	33.7	5.5	0.3
		サブ型（急性期比率50% 未満）	267	99.6	99.6	96.3	93.6	89.9	90.3	75.7	69.3	67.4	33.0	5.2	0.0
	自宅からの受入割合別	1 割以上	521	99.8	99.0	96.9	94.6	91.9	90.6	75.2	67.0	65.3	31.7	5.0	0.0
		1 割未満	125	99.2	100.0	99.2	97.6	94.4	96.8	81.6	74.4	68.0	***45.6***	7.2	0.0
		0 割	207	97.1	97.1	95.2	96.1	91.3	91.8	74.4	69.6	62.8	31.4	7.7	0.5
		1 割未満　計	332	97.9	98.2	96.7	96.7	92.5	93.7	77.1	71.4	64.8	36.7	7.5	0.3

凡例
全体+10%
全体−10%

④ 在宅支援チームの確認状況（Q1-3･SA）

入院患者に、既にケアマネジャーなどの在宅支援を行うチームが付いているかどうかについては「いつも確認している」が 87.4%と比率は高い。

入院患者に在宅支援チームが付いているかの確認状況

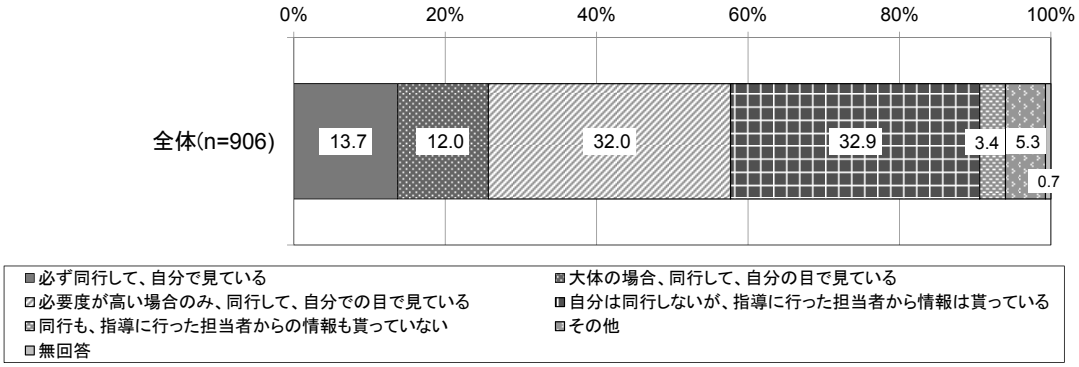


			調査数	いつも確認している	必要に応じて確認している	自分からは確認していない	その他	無回答
全体			906	87.4	12.1	0.1	0.2	0.1
C票	退院支援・調整業務歴別	3年以下	278	84.2	15.1	0.0	0.4	0.4
		4～10年	394	88.3	11.7	0.0	0.0	0.0
		10年超	193	90.2	8.8	0.5	0.5	0.0
	退院支援の兼務状況別	専任	518	88.6	11.0	0.0	0.2	0.2
		兼任	341	86.2	13.2	0.3	0.3	0.0
	退院支援に携わる業務時間割合別	40% 未満	140	83.6	16.4	0.0	0.0	0.0
		60% 未満	136	83.8	15.4	0.0	0.7	0.0
		60% 以上	297	88.9	10.4	0.3	0.0	0.3
	保有資格別	看護師あり	309	87.7	11.7	0.3	0.0	0.3
		看護師なし（社会福祉士）	519	88.1	11.6	0.0	0.4	0.0
		看護師なし（それ以外）	54	81.5	18.5	0.0	0.0	0.0
	連携評価尺度の合計点数別	連携度　高（27点以上）	153	94.1	5.9	0.0	0.0	0.0
		連携度　中（26～18点）	554	87.7	11.6	0.2	0.4	0.2
		連携度　低（17点以下）	185	81.1	18.9	0.0	0.0	0.0
A票	許可病床数別	200 床未満	276	87.3	12.0	0.0	0.7	0.0
		400 床未満	166	91.0	7.8	0.6	0.0	0.6
		400 床以上	49	91.8	8.2	0.0	0.0	0.0
	病棟タイプ別	ポスト型（急性期比率90% 以上）	295	86.8	12.5	0.3	0.3	0.0
		中間型	291	88.3	11.0	0.0	0.3	0.3
		サブ型（急性期比率50% 未満）	267	88.8	11.2	0.0	0.0	0.0
	自宅からの受入割合別	1 割以上	521	88.5	11.3	0.0	0.2	0.0
		1 割未満	125	88.0	11.2	0.8	0.0	0.0
		0 割	207	86.5	12.6	0.0	0.5	0.5
		1 割未満　計	332	87.0	12.0	0.3	0.3	0.3

⑤ 患者の自宅の確認状況（Q1-4･SA）

訪問指導に同行するなどして、事前に患者の自宅を自分の目で見ているかどうかは、「必要度が高い場合のみ、同行して、自分の目で見ている」「自分は同行しないが、指導に行った担当者から情報は貰っている」に回答は分かれる。
保有資格別では、看護師は「自分は同行しないが、指導に行った担当者から情報は貰っている」が高く、一方、それ以外は、「必要度が高い場合のみ、同行して、自分の目で見ている」の比率が高い。
連携活動評価尺度別では、連携活動評価尺度が高い担当者ほど「必要度が高い場合のみ、同行して、自分の目で見ている」が高く、得点が低いほど「自分は同行しないが、指導に行った担当者から情報は貰っている」が高くなる。

訪問指導などへの同行による、担当者自身による患者の自宅の事前確認



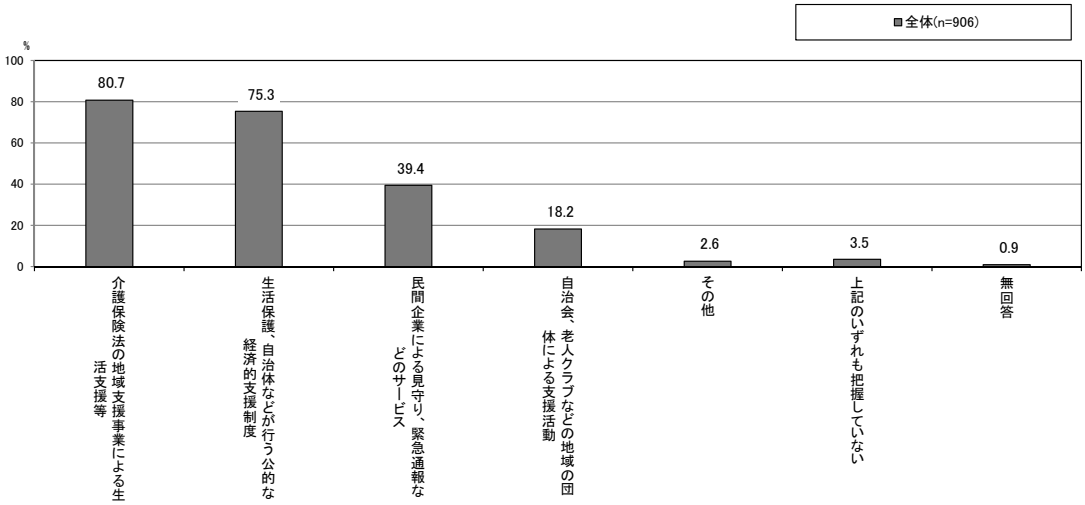
			調査数	必ず同行して、自分で見ている	大体の場合、同行して、自分の目で見ている	必要度が高い場合のみ、同行して、自分での目で見ている	自分は同行しないが、指導に行った担当者から情報は貰っている	同行も、指導に行った担当者からの情報も貰っていない	その他	無回答
全体			906	13.7	12.0	32.0	32.9	3.4	5.3	0.7
C票	退院支援・調整業務歴別	3年以下	278	10.1	9.0	26.6	40.6	6.1	6.1	1.4
		4～10年	394	16.0	12.2	33.0	30.7	2.8	5.1	0.3
		10年超	193	14.0	15.0	39.9	24.9	1.6	4.7	0.0
	退院支援の兼務状況別	専任	518	17.8	13.7	34.4	25.5	3.1	5.0	0.6
		兼任	341	7.9	10.6	28.7	42.5	4.1	5.6	0.6
	退院支援に携わる業務時間割合別	40% 未満	140	11.4	6.4	22.1	***49.3***	5.0	5.7	0.0
		60% 未満	136	10.3	9.6	34.6	33.8	5.1	5.9	0.7
		60% 以上	297	13.8	13.1	34.7	29.3	3.0	5.1	1.0
	保有資格別	看護師あり	309	4.2	7.1	23.0	***52.1***	4.5	7.8	1.3
		看護師なし(社会福祉士)	519	19.1	14.1	36.4	23.3	3.1	3.9	0.2
		看護師なし(それ以外)	54	22.2	14.8	***42.6***	18.5	0.0	1.9	0.0
	連携評価尺度の合計点数別	連携度　高(27点以上)	153	14.4	11.8	***43.1***	25.5	0.7	3.9	0.7
		連携度　中(26～18点)	554	14.1	13.4	32.1	30.9	3.4	5.6	0.5
		連携度　低(17点以下)	185	13.0	8.1	23.8	***43.8***	5.4	4.9	1.1
A票	許可病床数別	200 床未満	276	14.9	16.3	31.9	29.7	2.5	4.0	0.7
		400 床未満	166	10.2	4.8	35.5	37.3	6.6	3.0	2.4
		400 床以上	49	4.1	16.3	32.7	34.7	6.1	6.1	0.0
	病棟タイプ別	ポスト型(急性期比率90% 以上)	295	12.9	13.6	30.5	33.2	3.4	6.1	0.3
		中間型	291	13.4	10.7	34.4	30.6	3.1	6.9	1.0
		サブ型(急性期比率50% 未満)	267	16.1	12.0	29.6	34.8	3.4	3.7	0.4
	自宅からの受入割合別	1 割以上	521	14.6	10.7	33.2	32.2	3.3	5.4	0.6
		1 割未満	125	19.2	16.0	26.4	32.0	2.4	3.2	0.8
		0 割	207	9.7	13.0	30.4	34.8	3.9	7.7	0.5
		1 割未満　計	332	13.3	14.2	28.9	33.7	3.3	6.0	0.6

凡例
全体+10%
全体−10%

⑥ 自宅への退院に向けた情報把握（医療･介護サービス以外）（Q1-5･MA）

自宅への退院に関して、医療・介護サービス以外の情報としては「介護保険法の地域支援事業による生活支援等」「生活保護、自治体などが行う公的な経済的支援制度」に関して把握している比率が高い。
連携活動評価尺度の高い担当者は連携活動評価尺度の低い担当者に比べ、把握する比率がいずれの項目においても高くなっている。

自宅への退院に関する情報把握（医療･介護サービス以外で）



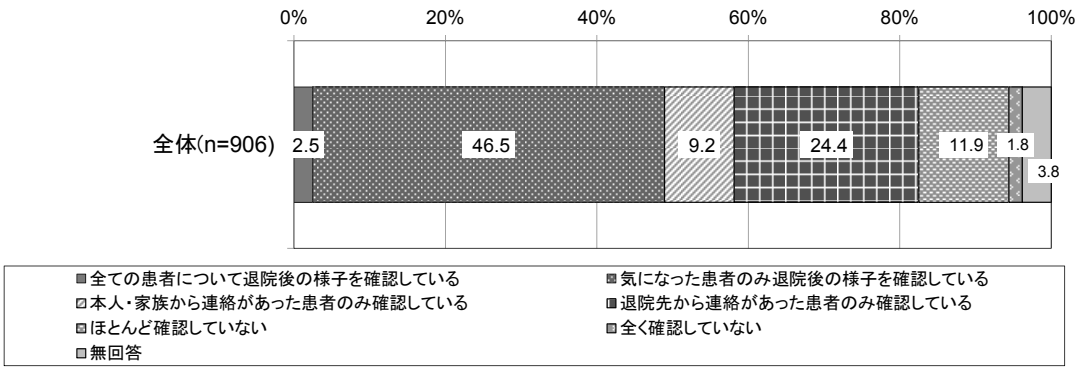
			調査数	介護保険法の地域支援事業による生活支援等	生活保護、自治体などが行う公的な経済的支援制度	民間企業による見守り、緊急通報などのサービス	自治会、老人クラブなどの地域の団体による支援活動	その他	上記のいずれも把握していない	無回答
全体			906	80.7	75.3	39.4	18.2	2.6	3.5	0.9
C票	退院支援・調整業務歴別	3年以下	278	74.5	66.2	28.4	14.4	1.4	6.8	1.4
		4～10年	394	81.2	79.2	41.4	17.8	3.0	2.0	0.5
		10年超	193	89.6	83.4	***52.3***	26.4	3.6	1.0	0.5
	退院支援の兼務状況別	専任	518	85.1	78.4	41.1	22.6	3.1	1.2	1.0
		兼任	341	76.2	73.3	38.7	12.9	2.1	6.2	0.6
	退院支援に携わる業務時間割合別	40% 未満	140	72.1	63.6	33.6	8.6	2.9	10.0	1.4
		60% 未満	136	79.4	72.8	39.7	13.2	3.7	5.9	0.0
		60% 以上	297	81.8	78.8	42.8	22.9	3.0	2.0	1.0
	保有資格別	看護師あり	309	77.3	69.6	33.7	12.3	1.6	6.1	1.9
		看護師なし(社会福祉士)	519	82.1	79.2	43.0	21.8	3.5	2.1	0.4
		看護師なし(それ以外)	54	88.9	70.4	46.3	25.9	1.9	1.9	0.0
	連携評価尺度の合計点数別	連携度　高(27点以上)	153	90.2	84.3	***53.6***	***34.6***	5.9	0.7	1.3
		連携度　中(26～18点)	554	81.4	79.4	41.7	17.3	2.0	1.6	0.7
		連携度　低(17点以下)	185	70.3	54.6	23.2	7.6	1.6	11.9	1.1
A票	許可病床数別	200 床未満	276	79.0	73.6	41.7	17.8	2.5	4.7	0.7
		400 床未満	166	85.5	77.1	45.8	24.1	4.8	1.8	1.2
		400 床以上	49	87.8	81.6	44.9	18.4	4.1	0.0	0.0
	病棟タイプ別	ポスト型(急性期比率90% 以上)	295	84.1	74.9	41.7	21.0	2.0	5.1	0.7
		中間型	291	80.4	78.7	40.5	16.5	2.7	2.4	1.0
		サブ型(急性期比率50% 未満)	267	78.3	73.0	36.3	17.2	3.4	3.4	0.7
	自宅からの受入割合別	1 割以上	521	79.8	75.0	38.0	16.5	3.1	2.7	0.6
		1 割未満	125	80.0	74.4	48.0	19.2	2.4	6.4	0.8
		0 割	207	84.5	77.8	38.6	22.2	1.9	4.3	1.4
		1 割未満　計	332	82.8	76.5	42.2	21.1	2.1	5.1	1.2

凡例
全体+10%
全体−10%

⑦ 退院支援担当患者の退院後の様子確認について（Q1-6･SA）

自分が退院支援を行った患者の退院後の様子確認については、「気になった患者のみ退院後の様子を確認している」が最も多く 46.5%で、次いで「退院先から連絡があった患者のみ確認している」24.4%の順である。
連携活動評価尺度でみると、連携活動評価尺度の得点が高い担当者では、退院後の様子を確認しているケースが多い。一方で、得点が低い担当者では「ほとんど確認していない」が 24.9%と相対的に高くなっている。

退院支援を担当した患者への退院後の様子の確認



			調査数	全ての患者について退院後の様子を確認している	気になった患者のみ退院後の様子を確認している	本人・家族から連絡があった患者のみ確認している	退院先から連絡があった患者のみ確認している	ほとんど確認していない	全く確認していない	無回答
全体			906	2.5	46.5	9.2	24.4	11.9	1.8	3.8
C票	退院支援・調整業務歴別	3年以下	278	2.5	41.4	8.6	21.9	17.3	2.9	5.4
		4～10年	394	2.3	46.7	9.6	28.7	9.6	0.3	2.8
		10年超	193	3.6	54.9	9.3	19.2	6.7	2.1	4.1
	退院支援の兼務状況別	専任	518	1.7	50.4	9.5	23.6	10.8	0.8	3.3
		兼任	341	3.8	41.9	9.1	25.2	12.9	2.6	4.4
	退院支援に携わる業務時間割合別	40% 未満	140	2.1	42.9	8.6	18.6	19.3	4.3	4.3
		60% 未満	136	4.4	35.3	11.8	28.7	14.7	1.5	3.7
		60% 以上	297	2.0	50.5	7.4	25.3	7.7	1.7	5.4
	保有資格別	看護師あり	309	3.6	47.2	6.1	19.7	14.9	3.6	4.9
		看護師なし(社会福祉士)	519	1.9	47.2	11.0	25.8	10.6	0.6	2.9
		看護師なし(それ以外)	54	3.7	44.4	13.0	29.6	5.6	0.0	3.7
	連携評価尺度の合計点数別	連携度　高(27点以上)	153	7.8	***58.2***	6.5	19.0	3.3	1.3	3.9
		連携度　中(26～18点)	554	1.6	47.1	10.1	26.2	9.6	1.1	4.3
		連携度　低(17点以下)	185	0.5	35.7	8.1	24.9	***24.9***	3.8	2.2
A票	許可病床数別	200 床未満	276	3.6	48.9	9.4	22.5	12.0	1.1	2.5
		400 床未満	166	1.8	44.6	13.9	19.9	12.0	1.2	6.6
		400 床以上	49	0.0	***59.2***	12.2	12.2	8.2	4.1	4.1
	病棟タイプ別	ポスト型(急性期比率90% 以上)	295	2.4	47.8	7.1	23.7	13.2	1.7	4.1
		中間型	291	2.1	45.7	12.0	23.7	11.3	1.7	3.4
		サブ型(急性期比率50% 未満)	267	3.4	44.9	9.4	26.2	11.2	2.2	2.6
	自宅からの受入割合別	1 割以上	521	2.9	46.3	9.8	25.0	11.1	1.9	3.1
		1 割未満	125	0.8	46.4	12.0	23.2	13.6	2.4	1.6
		0 割	207	2.9	45.9	7.2	24.2	13.0	1.4	5.3
		1 割未満　計	332	2.1	46.1	9.0	23.8	13.3	1.8	3.9

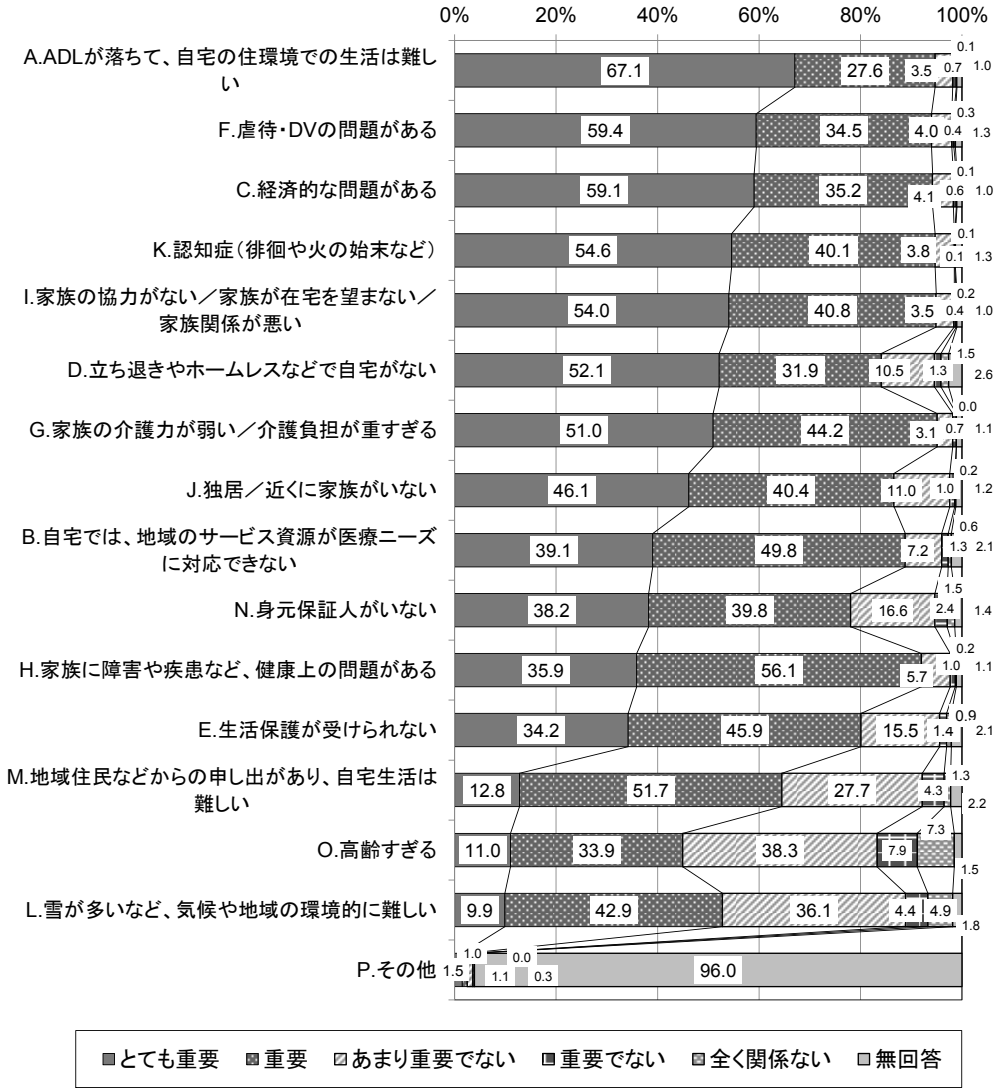
凡例
全体+10%
全体-10%

（４）地域包括ケア病棟(床)の「住まいの確保」の支援の状況

①「住まいの確保」の必要性を判断する際の条件の重要度（Q2-1･SA）

元の住まいに戻れない理由がある場合、住まいの確保の必要性を判断する際に「とても重要」とされる項目は、「A.ADL が落ちて、自宅の住環境での生活は難しい」がトップの理由で 67.1%を占める。次いで、「F.虐待・DV の問題がある」「C.経済的な問題がある」「K.認知症」の順である。

住まいの確保の必要性を判断する際の条件の重要度
【全体(n=906)】



「とても重要」の割合

			調査数	A. ADLが落ちて、自宅の住環境での生活は難しい	F.虐待・DVの問題がある	C.経済的な問題がある	K.認知症（徘徊や火の始末など）	I.家族の協力がない／家族が在宅を望まない／家族関係が悪い	D.立ち退きやホームレスなどで自宅がない	G.家族の介護力が弱い／介護負担が重すぎる	J.独居／近くに家族がいない
全体			906	67.1	59.4	59.1	54.6	54.0	52.1	51.0	46.1
C票	退院支援・調整業務歴別	3年以下	278	69.1	57.9	54.7	***65.5***	54.3	54.0	58.3	48.6
		4～10年	394	66.0	61.2	61.4	48.7	54.8	52.8	47.7	44.4
		10年超	193	64.8	61.1	63.2	51.3	52.3	48.7	49.2	44.6
	退院支援の兼務状況別	専任	518	65.6	62.5	60.2	51.5	53.7	53.5	51.4	45.9
		兼任	341	68.9	55.7	58.7	58.1	52.8	50.1	49.0	44.9
	退院支援に携わる業務時間割合別	40% 未満	140	***78.6***	53.6	52.9	62.9	62.9	47.9	55.0	47.9
		60% 未満	136	55.9	50.0	51.5	47.1	41.9	44.9	31.6	38.2
		60% 以上	297	72.4	63.0	67.3	58.6	58.9	55.2	***61.3***	53.2
	保有資格別	看護師あり	309	72.2	55.0	57.9	***66.3***	58.3	51.5	55.0	51.1
		看護師なし（社会福祉士）	519	64.7	61.5	59.2	46.8	50.5	53.2	49.1	41.6
		看護師なし（それ以外）	54	61.1	66.7	63.0	61.1	59.3	40.7	44.4	55.6
	連携評価尺度の合計点数別	連携度　高（27点以上）	153	69.9	***71.9***	66.7	62.1	56.9	57.5	***61.4***	55.6
		連携度　中（26～18点）	554	65.7	57.4	59.7	51.4	52.0	51.1	47.3	42.1
		連携度　低（17点以下）	185	70.8	54.6	52.4	59.5	56.8	50.3	54.6	50.3
A票	許可病床数別	200 床未満	276	72.8	58.7	56.2	58.0	51.1	50.7	51.1	45.7
		400 床未満	166	65.1	62.0	66.3	49.4	50.6	53.6	44.6	40.4
		400 床以上	49	67.3	55.1	57.1	55.1	57.1	49.0	53.1	***57.1***
	病棟タイプ別	ポスト型（急性期比率90% 以上）	295	70.5	56.3	53.9	51.5	51.5	55.6	48.8	41.7
		中間型	291	65.3	63.9	61.2	53.3	54.6	50.2	51.9	41.6
		サブ型（急性期比率50% 未満）	267	64.4	59.9	62.9	58.4	58.1	51.7	53.6	54.3
	自宅からの受入割合別	1 割以上	521	65.6	62.0	62.0	55.1	56.4	51.6	53.0	47.4
		1 割未満	125	63.2	56.8	56.0	52.8	51.2	53.6	50.4	40.8
		0 割	207	72.0	57.0	54.1	53.1	52.2	54.1	47.8	44.0
		1 割未満　計	332	68.7	56.9	54.8	53.0	51.8	53.9	48.8	42.8

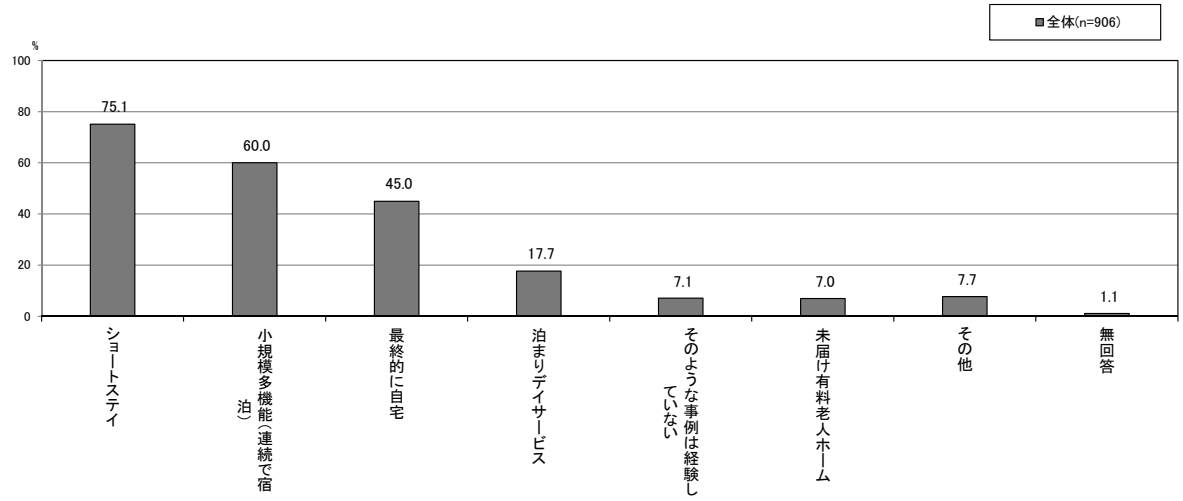
			調査数	B.自宅では、地域のサービス資源が医療ニーズに対応できない	N.身元保証人がいない	H.家族に障害や疾患など、健康上の問題がある	E.生活保護が受けられない	M.地域住民などからの申し出があり、自宅生活は難しい	O.高齢すぎる	L.雪が多いなど、気候や地域の環境的に難しい	P.その他
全体			906	39.1	38.2	35.9	34.2	12.8	11.0	9.9	1.5
C票	退院支援・調整業務歴別	3年以下	278	40.3	43.2	36.0	36.3	14.4	13.3	8.6	1.1
		4～10年	394	36.0	34.5	37.1	30.2	11.7	8.4	10.2	2.3
		10年超	193	41.5	37.8	35.8	38.9	12.4	12.4	9.8	1.0
	退院支援の兼務状況別	専任	518	40.2	39.8	34.7	34.9	12.5	8.1	12.2	0.8
		兼任	341	36.1	34.6	36.7	33.4	11.7	14.1	6.5	2.3
	退院支援に携わる業務時間割合別	40% 未満	140	39.3	32.1	43.6	35.0	16.4	15.7	10.7	0.7
		60% 未満	136	28.7	28.7	25.7	25.7	8.1	11.0	5.9	1.5
		60% 以上	297	43.1	43.1	44.4	38.4	15.8	13.5	10.8	3.4
	保有資格別	看護師あり	309	39.5	42.1	37.9	36.6	16.8	14.9	11.0	0.6
		看護師なし（社会福祉士）	519	39.3	34.9	34.3	32.4	9.8	8.5	8.5	2.1
		看護師なし（それ以外）	54	25.9	44.4	37.0	33.3	20.4	14.8	14.8	1.9
	連携評価尺度の合計点数別	連携度　高（27点以上）	153	***52.3***	45.1	39.9	43.8	17.6	11.1	14.4	1.3
		連携度　中（26～18点）	554	36.6	37.0	32.9	32.5	11.0	10.3	8.5	1.6
		連携度　低（17点以下）	185	36.8	34.6	41.6	31.4	14.1	13.0	9.7	1.6
A票	許可病床数別	200 床未満	276	38.0	34.8	32.6	34.4	13.4	12.0	12.3	2.5
		400 床未満	166	42.2	42.2	34.9	33.7	11.4	11.4	6.6	1.8
		400 床以上	49	44.9	***53.1***	***46.9***	***44.9***	16.3	8.2	14.3	0.0
	病棟タイプ別	ポスト型（急性期比率90% 以上）	295	36.3	36.3	33.9	32.9	12.9	9.5	8.5	1.0
		中間型	291	38.1	37.8	38.8	33.7	12.0	9.3	8.6	1.4
		サブ型（急性期比率50% 未満）	267	42.3	41.2	36.7	37.1	14.6	14.6	12.7	2.6
	自宅からの受入割合別	1 割以上	521	40.1	39.5	37.6	35.9	13.1	11.9	10.9	1.9
		1 割未満	125	36.0	30.4	36.0	32.8	11.2	8.0	10.4	0.0
		0 割	207	37.2	40.1	33.8	31.9	14.5	10.6	6.8	1.9
		1 割未満　計	332	36.7	36.4	34.6	32.2	13.3	9.6	8.1	1.2

凡例
全体+10%
全体-10%

② 自宅に戻れない場合で、介護施設利用や居住系施設の確保が難しい場合の居住先の確保（Q2-2・3つまで選択）

自宅に戻れない場合で、介護施設利用や居住系施設の確保が難しい場合の居住先は「ショートステイ」が 75.1%と最も高く、次いで「小規模多機能（連続で宿泊）」「最終的に自宅」が挙げられている。
連携活動評価尺度の得点が高い担当者では、低い担当者に比べ「泊まりデイサービス」の利用も多くなっている。

自宅には戻れないと判断した場合の居住先の確保



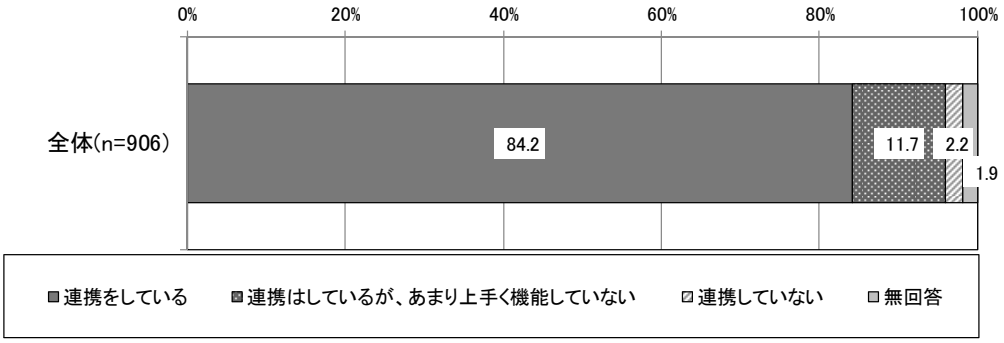
			調査数	ショートステイ	小規模多機能（連続で宿泊）	最終的に自宅	泊まりデイサービス	そのような事例は経験していない	未届け有料老人ホーム	その他	無回答
全体			906	75.1	60.0	45.0	17.7	7.1	7.0	7.7	1.1
C票	退院支援・調整業務歴別	3年以下	278	72.3	53.2	39.6	15.1	11.9	5.4	6.8	2.2
		4～10年	394	77.7	67.3	50.3	19.8	5.3	6.9	8.4	0.3
		10年超	193	73.1	59.1	46.1	17.1	4.1	9.8	7.8	0.5
	退院支援の兼務状況別	専任	518	78.0	61.4	47.1	18.0	5.6	5.8	9.3	1.2
		兼任	341	71.8	60.7	43.7	18.2	9.1	8.5	5.0	0.3
	退院支援に携わる業務時間割合別	40% 未満	140	72.9	59.3	37.1	16.4	9.3	9.3	2.9	1.4
		60% 未満	136	75.0	61.0	44.9	22.1	6.6	8.8	5.1	0.0
		60% 以上	297	73.1	63.0	46.5	14.8	6.1	7.1	7.7	0.7
	保有資格別	看護師あり	309	75.7	56.6	43.0	20.7	8.1	4.9	5.8	1.6
		看護師なし（社会福祉士）	519	75.1	61.3	46.2	16.2	6.6	7.5	8.7	0.8
		看護師なし（それ以外）	54	72.2	66.7	51.9	16.7	5.6	7.4	7.4	1.9
	連携評価尺度の合計点数別	連携度　高（27点以上）	153	71.9	63.4	41.8	21.6	3.9	7.8	12.4	0.7
		連携度　中（26～18点）	554	78.0	62.8	48.6	18.6	6.1	7.0	7.0	0.5
		連携度　低（17点以下）	185	70.8	50.3	37.8	12.4	11.9	5.9	5.9	2.2
A票	許可病床数別	200 床未満	276	76.1	62.7	45.7	17.0	7.2	5.8	6.5	1.4
		400 床未満	166	***85.5***	59.6	43.4	19.9	5.4	4.8	7.8	0.6
		400 床以上	49	65.3	59.2	49.0	18.4	4.1	8.2	6.1	2.0
	病棟タイプ別	ポスト型（急性期比率90% 以上）	295	76.6	59.0	46.4	16.9	5.4	8.8	5.4	1.4
		中間型	291	73.9	58.8	47.1	19.2	8.2	4.8	9.3	0.7
		サブ型（急性期比率50% 未満）	267	74.9	60.3	43.4	17.2	7.9	6.7	9.0	1.5
	自宅からの受入割合別	1 割以上	521	75.4	58.9	44.3	18.8	8.3	6.0	9.4	1.0
		1 割未満	125	69.6	61.6	52.0	16.0	7.2	3.2	4.0	0.8
		0 割	207	77.8	58.9	45.4	16.4	4.3	11.1	6.3	1.9
		1 割未満　計	332	74.7	59.9	47.9	16.3	5.4	8.1	5.4	1.5

凡例
全体+10%
全体−10%

③「住まいの確保」の支援における他機関の多職種等との連携状況（Q2-3･SA）

退院後の「住まいの確保」が必要な患者の支援において、退院支援・調整担当者の８割以上が他機関の多職種等に協力を求めるなど連携を行っている。
退院支援に携わる時間が長いほど、連携活動評価尺度別では得点が高いほど「連携をしている」比率が高い。

住まい確保が必要で他機関協力の連携状況

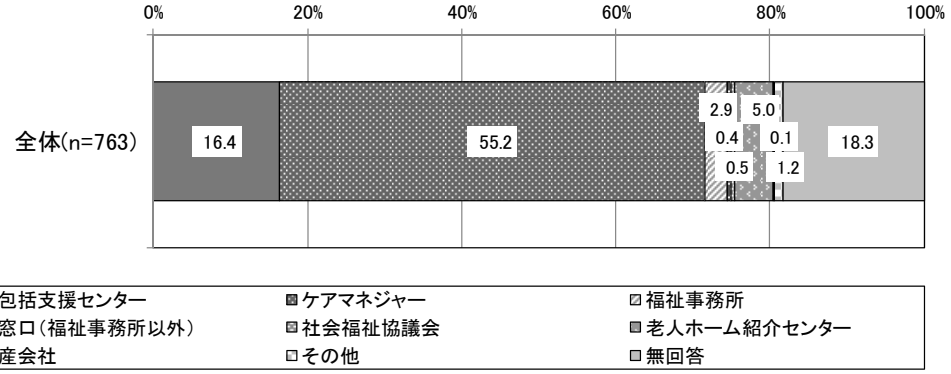


			調査数	連携をしている	連携はしているが、あまり上手く機能していない	連携していない	無回答
全体			906	84.2	11.7	2.2	1.9
C票	退院支援・調整業務歴別	3年以下	278	81.3	12.6	2.9	3.2
		4～10年	394	87.1	11.2	0.8	1.0
		10年超	193	85.5	10.9	3.1	0.5
	退院支援の兼務状況別	専任	518	86.5	10.2	1.4	1.9
		兼任	341	81.5	13.8	2.9	1.8
	退院支援に携わる業務時間割合別	40% 未満	140	77.9	14.3	5.7	2.1
		60% 未満	136	81.6	15.4	2.2	0.7
		60% 以上	297	86.5	10.4	1.0	2.0
	保有資格別	看護師あり	309	79.6	15.2	2.9	2.3
		看護師なし(社会福祉士)	519	86.5	10.8	1.3	1.3
		看護師なし(それ以外)	54	87.0	3.7	3.7	5.6
	連携評価尺度の合計点数別	連携度　高(27点以上)	153	92.2	5.2	2.6	0.0
		連携度　中(26～18点)	554	84.8	12.1	1.1	2.0
		連携度　低(17点以下)	185	76.2	16.2	5.4	2.2
A票	許可病床数別	200 床未満	276	86.6	9.4	2.5	1.4
		400 床未満	166	88.0	8.4	1.2	2.4
		400 床以上	49	81.6	18.4	0.0	0.0
	病棟タイプ別	ポスト型(急性期比率90% 以上)	295	87.1	7.8	3.1	2.0
		中間型	291	84.9	12.0	1.4	1.7
		サブ型(急性期比率50% 未満)	267	82.8	12.7	2.6	1.9
	自宅からの受入割合別	1 割以上	521	84.1	12.1	2.1	1.7
		1 割未満	125	89.6	8.8	0.8	0.8
		0 割	207	84.5	8.7	3.9	2.9
		1 割未満　計	332	86.4	8.7	2.7	2.1

④ 最もよく連携している連携先（Q2-3-1･SA）

「住まいの確保」の支援のために他機関の多職種等と連携している場合（n=763)、最もよく連携している先は「ケアマネジャー」で 55.2%を占め、次いで「地域包括支援センター」の比率が 16.4%と高い。

住まいの確保が必要で他機関と最もよく連携している連携先



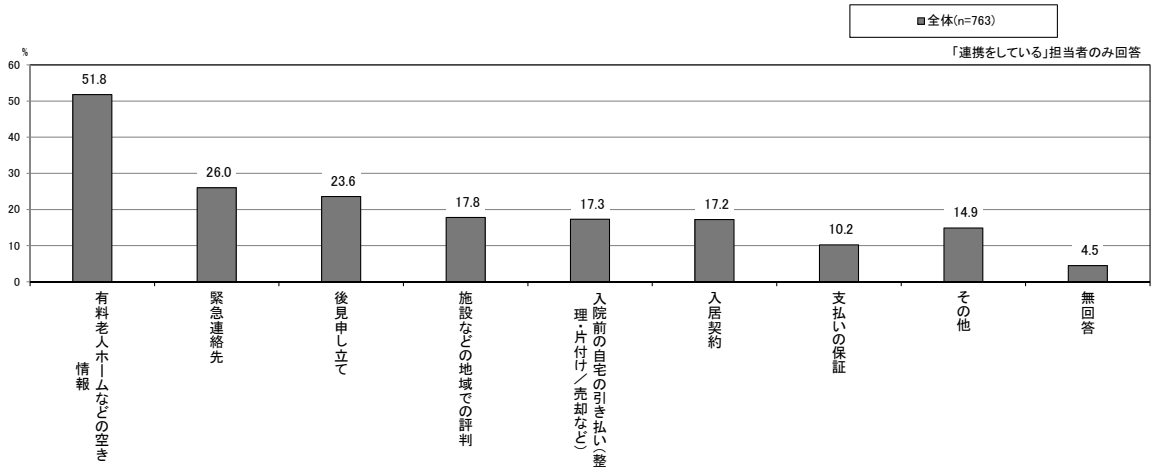
			調査数	地域包括支援センター	ケアマネジャー	福祉事務所	行政窓口（福祉事務所以外）	社会福祉協議会	老人ホーム紹介センター	不動産会社	その他	無回答
全体			763	16.4	55.2	2.9	0.4	0.5	5.0	0.1	1.2	18.3
C票	退院支援・調整業務歴別	3年以下	226	16.4	55.8	0.9	0.4	0.4	4.0	0.0	0.4	21.7
		4～10年	343	14.6	54.5	4.4	0.6	0.3	7.3	0.3	2.0	16.0
		10年超	165	21.2	54.5	3.0	0.0	1.2	1.8	0.0	0.6	17.6
	退院支援の兼務状況別	専任	448	15.6	57.1	3.1	0.2	0.4	6.0	0.0	1.1	16.3
		兼任	278	17.3	52.9	2.9	0.4	0.7	3.6	0.4	1.4	20.5
	退院支援に携わる業務時間割合別	40% 未満	109	14.7	57.8	0.0	0.9	0.9	1.8	0.0	0.9	22.9
		60% 未満	111	25.2	36.9	6.3	0.0	1.8	4.5	0.0	0.0	25.2
		60% 以上	257	18.7	53.7	3.1	0.0	0.0	4.7	0.4	1.6	17.9
	保有資格別	看護師あり	246	13.4	59.3	0.0	0.4	0.4	2.4	0.0	1.2	22.8
		看護師なし（社会福祉士）	449	16.9	52.8	4.9	0.4	0.7	6.9	0.2	1.1	16.0
		看護師なし（それ以外）	47	***29.8***	55.3	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	2.1	12.8
	連携評価尺度の合計点数別	連携度　高（27点以上）	141	***27.0***	49.6	4.3	0.0	0.7	3.5	0.0	2.8	12.1
		連携度　中（26～18点）	470	12.8	56.8	2.8	0.6	0.6	6.2	0.2	0.9	19.1
		連携度　低（17点以下）	141	17.7	57.4	2.1	0.0	0.0	1.4	0.0	0.7	20.6
A票	許可病床数別	200 床未満	239	14.6	56.5	2.9	0.4	0.8	6.7	0.4	1.7	15.9
		400 床未満	146	13.0	51.4	4.1	0.7	1.4	2.7	0.0	0.0	26.7
		400 床以上	40	20.0	57.5	2.5	0.0	0.0	5.0	0.0	5.0	10.0
	病棟タイプ別	ポスト型（急性期比率90% 以上）	257	19.8	53.7	3.1	0.0	0.0	4.7	0.0	0.4	18.3
		中間型	247	15.4	51.0	3.6	0.4	0.8	6.9	0.0	1.6	20.2
		サブ型（急性期比率50% 未満）	221	14.9	61.1	2.3	0.9	0.9	3.6	0.5	1.4	14.5
	自宅からの受入割合別	1 割以上	438	14.4	58.0	2.5	0.7	0.9	4.8	0.2	1.1	17.4
		1 割未満	112	17.9	45.5	3.6	0.0	0.0	9.8	0.0	0.9	22.3
		0 割	175	22.3	53.7	4.0	0.0	0.0	2.9	0.0	1.1	16.0
		1 割未満　計	287	20.6	50.5	3.8	0.0	0.0	5.6	0.0	1.0	18.5

凡例
全体+10%
全体-10%

⑤ 連携先への具体的な相談内容（Q2-3-2・3つまで選択）

「住まいの確保」の支援のために他機関の多職種等と連携している場合（n=763）、具体的な相談内容は「有料老人ホームなどの空き情報」が 51.8%と最も比率が高い。
なお、連携活動評価尺度の得点が高い担当者ほど「緊急連絡先」や「後見申し立て」に関する相談の比率が高くなる。

連携先への具体的な相談内容



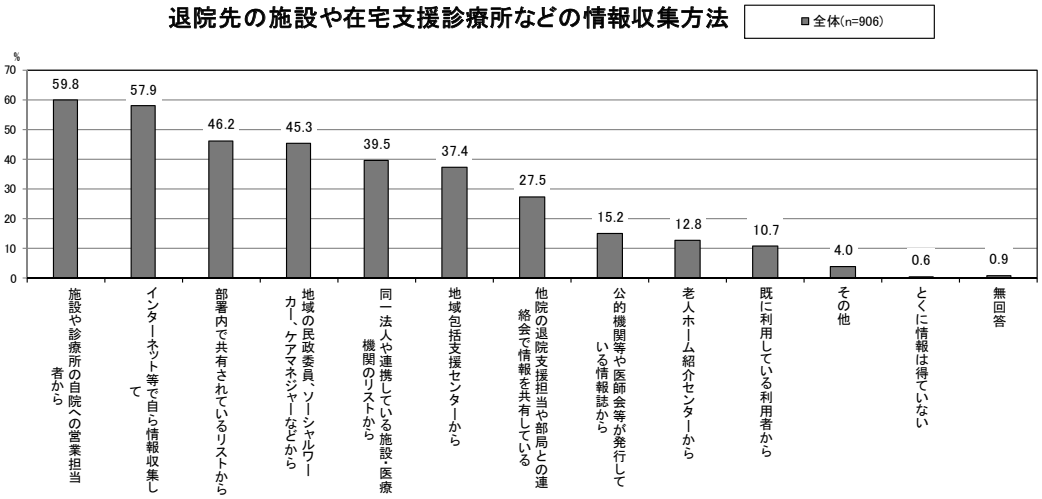
			調査数	有料老人ホームなどの空き情報	緊急連絡先	後見申し立て	施設などの地域での評判	入院前の自宅の引き払い（整理・片付け／売却など）	入居契約	支払いの保証	その他	無回答
全体			763	51.8	26.0	23.6	17.8	17.3	17.2	10.2	14.9	4.5
C票	退院支援・調整業務歴別	3年以下	226	52.7	23.9	25.7	15.0	14.6	17.7	11.1	13.7	6.2
		4～10年	343	52.8	24.8	21.0	18.4	18.4	19.2	9.6	14.9	3.5
		10年超	165	47.9	33.9	25.5	21.2	20.0	12.7	10.9	18.8	3.6
	退院支援の兼務状況別	専任	448	50.7	26.3	23.9	17.9	17.2	18.1	10.3	17.6	4.0
		兼任	278	55.0	27.3	22.7	19.1	17.3	15.1	10.4	10.8	4.3
	退院支援に携わる業務時間割合別	40% 未満	109	52.3	30.3	20.2	10.1	13.8	18.3	11.0	11.9	3.7
		60% 未満	111	48.6	24.3	32.4	15.3	18.9	12.6	17.1	9.9	5.4
		60% 以上	257	50.2	28.0	24.1	20.2	17.9	16.3	10.5	14.8	4.3
	保有資格別	看護師あり	246	50.8	24.8	25.2	14.2	13.4	21.1	12.2	15.0	7.3
		看護師なし（社会福祉士）	449	51.0	26.3	22.5	19.6	19.4	16.5	9.8	15.4	2.4
		看護師なし（それ以外）	47	57.4	34.0	27.7	23.4	14.9	6.4	4.3	17.0	4.3
	連携評価尺度の合計点数別	連携度　高（27点以上）	141	43.3	31.2	30.5	15.6	19.1	14.2	10.6	22.7	5.0
		連携度　中（26～18点）	470	52.8	26.2	22.6	18.9	17.4	18.1	10.2	14.5	3.2
		連携度　低（17点以下）	141	58.2	20.6	19.1	17.7	12.8	17.0	9.9	9.9	7.1
A票	許可病床数別	200 床未満	239	50.6	25.9	17.6	19.2	18.4	15.9	11.7	16.3	5.9
		400 床未満	146	44.5	24.7	26.7	13.0	21.2	21.2	8.9	19.2	6.8
		400 床以上	40	57.5	25.0	27.5	20.0	20.0	20.0	7.5	7.5	5.0
	病棟タイプ別	ポスト型（急性期比率90% 以上）	257	49.4	25.3	23.0	14.4	11.7	13.2	10.1	17.9	5.1
		中間型	247	53.8	23.5	24.7	18.2	23.1	19.8	10.5	13.4	4.0
		サブ型（急性期比率50% 未満）	221	51.6	27.6	21.3	23.1	14.9	18.1	10.0	13.1	4.5
	自宅からの受入割合別	1 割以上	438	51.8	25.8	22.6	20.1	18.3	19.2	10.3	13.5	4.8
		1 割未満	112	49.1	22.3	22.3	15.2	11.6	17.9	15.2	15.2	6.3
		0 割	175	52.6	26.3	24.6	16.0	15.4	10.9	6.9	18.3	2.9
		1 割未満　計	287	51.2	24.7	23.7	15.7	13.9	13.6	10.1	17.1	4.2

凡例
全体+10%
全体−10%

（5）「住まいの確保」の支援における施設などの居住先に関する情報把握

① 退院先の施設や在宅医療等の情報収集方法（Q3-1･MA）

退院先の施設や在宅支援診療所、訪問看護事業所などについての情報収集の方法としては、「施設や診療所の自院への営業担当者から」「インターネット等で自ら情報収集して」がそれぞれ約 6 割と多い。
「施設や診療所の自院への営業担当者から」については、自宅からの受入が 1 割未満で比率が高く、「インターネット等で自ら情報収集して」は退院支援業務が専任や社会福祉士で比率が高い。
連携活動評価尺度の得点が高い担当者は、低い担当者に比べて、様々なルートで情報を収集している。

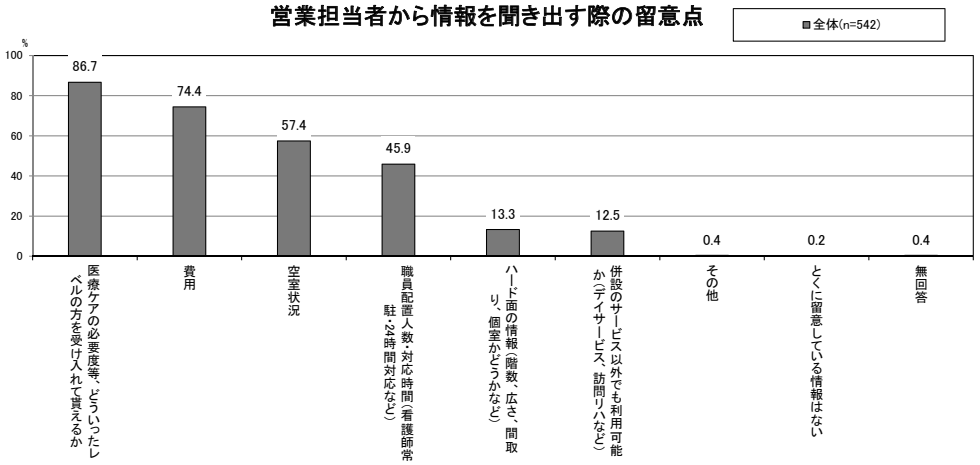


			調査数	施設や診療所の自院への営業担当者から	インターネット等で自ら情報収集して	部署内で共有されているリストから	地域の民政委員、ソーシャルワーカー、ケアマネジャーなどから	同一法人や連携している施設・医療機関のリストから	地域包括支援センターから	他院の退院支援担当や部局との連絡会で情報を共有している	公的機関等や医師会等が発行している情報誌から	老人ホーム紹介センターから	既に利用している利用者から	その他	とくに情報は得ていない	無回答
全体			906	59.8	57.9	46.2	45.3	39.5	37.4	27.5	15.2	12.8	10.7	4.0	0.6	0.9
C票	退院支援・調整業務歴別	3年以下	278	50.0	47.8	41.4	43.9	31.3	31.3	17.6	9.4	9.0	7.6	4.0	1.4	1.4
		4～10年	394	63.2	63.5	48.0	45.2	47.5	39.8	29.7	17.0	15.0	9.4	4.1	0.3	0.5
		10年超	193	66.3	66.8	54.4	48.7	37.8	45.6	***40.9***	20.7	13.5	16.6	3.6	0.0	0.0
	退院支援の兼務状況別	専任	518	66.2	***68.0***	49.6	47.1	41.5	40.3	30.1	18.1	14.7	12.2	2.5	0.0	0.6
		兼任	341	52.5	46.6	42.8	42.2	38.4	34.9	25.8	12.9	11.1	9.1	5.6	1.2	1.2
	退院支援に携わる業務時間割合別	40% 未満	140	38.6	31.4	40.0	35.0	37.1	28.6	20.0	7.1	7.1	7.1	8.6	2.9	2.1
		60% 未満	136	55.9	53.7	39.0	44.9	39.7	43.4	27.2	13.2	13.2	12.5	5.1	0.7	0.7
		60% 以上	297	67.3	64.6	46.1	44.8	36.4	36.4	30.3	15.2	15.2	9.8	2.4	0.0	0.0
	保有資格別	看護師あり	309	45.0	36.2	39.5	46.6	36.9	36.6	28.2	10.4	7.8	10.7	6.1	1.3	1.6
		看護師なし(社会福祉士)	519	69.4	***70.1***	50.7	44.5	40.5	37.0	27.6	18.3	16.0	11.0	3.3	0.2	0.6
		看護師なし(それ以外)	54	55.6	66.7	40.7	44.4	***51.9***	44.4	24.1	18.5	14.8	13.0	0.0	0.0	0.0
	連携評価尺度の合計点数別	連携度　高(27点以上)	153	60.1	64.7	54.2	52.9	43.8	45.1	***51.0***	24.2	17.6	15.7	5.2	0.0	0.7
		連携度　中(26～18点)	554	63.7	62.1	46.8	45.5	40.3	37.9	26.7	15.0	13.9	10.3	3.1	0.2	0.5
		連携度　低(17点以下)	185	49.2	43.2	39.5	40.5	34.1	30.3	9.7	9.7	4.9	7.0	5.4	2.2	0.0
A票	許可病床数別	200 床未満	276	56.5	56.9	40.2	43.8	38.0	36.6	31.2	13.8	11.2	11.6	4.3	1.8	0.0
		400 床未満	166	59.0	59.6	***58.4***	46.4	28.9	39.2	26.5	16.3	13.3	10.8	6.0	0.0	1.2
		400 床以上	49	51.0	42.9	49.0	53.1	26.5	36.7	18.4	10.2	12.2	16.3	6.1	0.0	0.0
	病棟タイプ別	ポスト型(急性期比率90% 以上)	295	66.1	54.2	40.7	40.7	39.7	41.7	25.1	15.3	11.2	9.5	2.4	0.0	1.7
		中間型	291	57.4	58.8	54.0	47.4	39.2	35.7	32.6	16.2	14.8	13.1	5.5	0.3	0.3
		サブ型(急性期比率50% 未満)	267	57.7	62.9	44.6	47.9	41.2	36.3	24.3	15.4	13.9	8.6	4.1	0.7	0.7
	自宅からの受入割合別	1 割以上	521	56.4	60.1	48.9	47.8	40.1	35.7	29.0	15.2	12.7	10.7	5.0	0.6	0.6
		1 割未満	125	***72.8***	57.6	45.6	40.0	45.6	38.4	27.2	17.6	22.4	12.0	3.2	0.0	0.0
		0 割	207	63.3	55.1	40.6	42.0	36.2	43.5	23.7	15.5	9.2	8.7	1.9	0.0	2.4
		1 割未満　計	332	66.9	56.0	42.5	41.3	39.8	41.6	25.0	16.3	14.2	9.9	2.4	0.0	1.5

凡例
全体+10%
全体-10%

② 営業担当者からの情報収集（Q3-2･3 つまで選択）

営業担当者から収集する情報は（n=542)、「医療ケアの必要度など、どういったレベルの方を受け入れて貰えるか」が 86.7%と最も高く、次いで「費用」「空室状況」「職員配置人数・対応時間（看護師常駐・24 時間対応など)」が挙げられている。
「空室状況」については、退院支援業務 40%未満や、連携活動評価尺度の得点が低い担当者ほど比率が高くなっている。また、この得点が高い担当者は、低い担当者に比べ「職員配置人数・対応時間（看護師常駐・24 時間対応など)」の比率も高い。



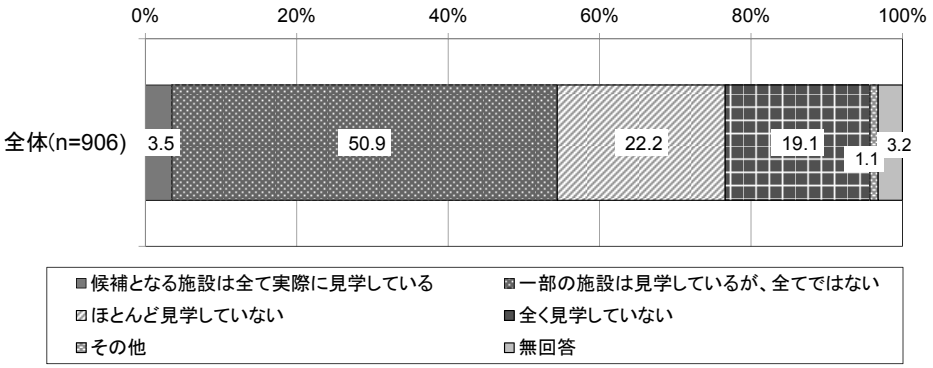
			調査数	医療ケアの必要度等、どういったﾚﾍﾞﾙの方を受け入れて貰えるか	費用	空室状況	職員配置人数・対応時間（看護師常駐・24時間対応など）	ハード面の情報（階数、広さ、間取り、個室かどうかなど）	併設のサービス以外でも利用可能か（デイサービス、訪問リハなど）	.その他	とくに留意している情報はない	無回答
全体			542	86.7	74.4	57.4	45.9	13.3	12.5	0.4	0.2	0.4
C票	退院支援・調整業務歴別	3年以下	139	81.3	71.2	57.6	46.8	9.4	18.0	0.7	0.7	0.7
		4～10年	249	86.7	77.1	61.0	47.4	12.0	9.2	0.0	0.0	0.0
		10年超	128	91.4	75.0	44.5	50.8	20.3	12.5	0.8	0.0	0.8
	退院支援の兼務状況別	専任	343	85.7	76.1	56.9	48.4	13.7	11.7	0.6	0.0	0.3
		兼任	179	88.3	74.3	57.5	40.8	14.0	14.0	0.0	0.6	0.6
	退院支援に携わる業務時間割合別	40% 未満	54	87.0	72.2	***70.4***	27.8	20.4	7.4	0.0	0.0	1.9
		60% 未満	76	90.8	82.9	55.3	40.8	6.6	15.8	0.0	0.0	0.0
		60% 以上	200	82.5	68.0	59.0	45.5	17.0	15.5	1.0	0.5	0.0
	保有資格別	看護師あり	139	79.9	66.2	50.4	45.3	14.4	19.4	0.7	0.7	0.7
		看護師なし（社会福祉士）	360	89.7	77.2	60.3	46.7	11.9	10.3	0.0	0.0	0.3
		看護師なし（それ以外）	30	86.7	80.0	50.0	46.7	***23.3***	13.3	0.0	0.0	0.0
	連携評価尺度の合計点数別	連携度　高（27点以上）	92	85.9	72.8	46.7	55.4	15.2	***22.8***	0.0	0.0	0.0
		連携度　中（26～18点）	353	89.2	75.1	58.1	47.3	12.5	9.1	0.3	0.3	0.6
		連携度　低（17点以下）	91	78.0	73.6	64.8	30.8	15.4	16.5	1.1	0.0	0.0
A票	許可病床数別	200 床未満	156	88.5	76.9	56.4	45.5	12.2	10.3	0.0	0.0	0.6
		400 床未満	98	81.6	76.5	55.1	53.1	9.2	13.3	2.0	0.0	0.0
		400 床以上	25	88.0	***88.0***	56.0	40.0	12.0	12.0	0.0	0.0	0.0
	病棟タイプ別	ポスト型（急性期比率90% 以上）	195	86.2	71.3	55.9	46.2	12.8	14.9	0.5	0.0	0.5
		中間型	167	88.0	81.4	59.3	43.7	8.4	12.6	0.0	0.0	0.6
		サブ型（急性期比率50% 未満）	154	88.3	74.0	58.4	44.8	16.2	9.1	0.6	0.6	0.0
	自宅からの受入割合別	1 割以上	294	88.4	77.6	59.9	42.9	12.2	11.6	0.0	0.3	0.3
		1 割未満	91	84.6	75.8	65.9	42.9	8.8	17.6	1.1	0.0	0.0
		0 割	131	87.0	70.2	47.3	51.1	15.3	10.7	0.8	0.0	0.8
		1 割未満　計	222	86.0	72.5	55.0	47.7	12.6	13.5	0.9	0.0	0.5

凡例
全体+10%
全体−10%

③ 退院後の居住先の事前見学（Q3-3･SA）

退院先の施設などの居住先への事前見学については、「一部の施設は見学しているが、全てではない」が 50.9%と半数を占める。また、「ほとんど見学していない」「全く見学していない」といった場合もそれぞれ 2 割みられる。
連携活動評価尺度の得点が高い担当者は、「一部の施設は見学しているが、全てではない」が最も多く 68.6%を占めるが、連携活動評価尺度の得点が低い担当者は「全く見学していない」の比率が 35.1%と高い。

退院先の施設など居住先への事前見学



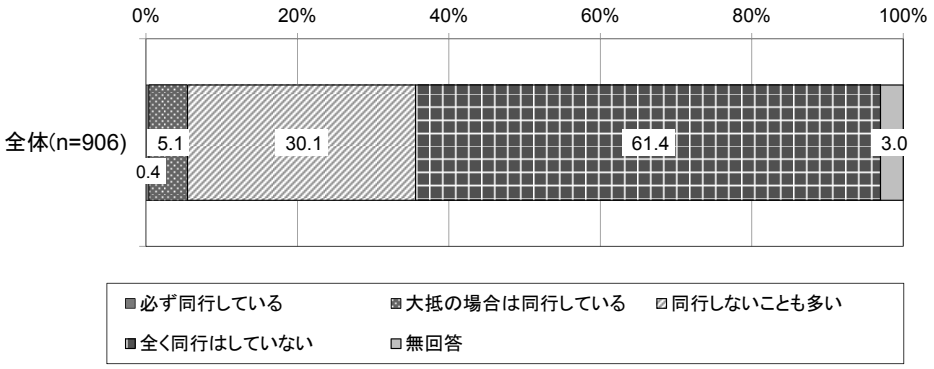
			調査数	候補となる施設は全て実際に見学している	一部の施設は見学しているが、全てではない	ほとんど見学していない	全く見学していない	その他	無回答
全体			906	3.5	50.9	22.2	19.1	1.1	3.2
C票	退院支援・調整業務歴別	3年以下	278	2.2	37.8	25.2	***29.1***	1.8	4.0
		4～10年	394	3.0	51.3	25.1	16.5	0.8	3.3
		10年超	193	5.7	***73.1***	12.4	7.8	0.0	1.0
	退院支援の兼務状況別	専任	518	3.3	56.2	21.8	15.4	1.2	2.1
		兼任	341	3.5	44.3	23.5	23.2	0.9	4.7
	退院支援に携わる業務時間割合別	40% 未満	140	2.1	37.1	22.9	27.9	1.4	8.6
		60% 未満	136	5.1	50.0	23.5	18.4	0.0	2.9
		60% 以上	297	5.4	51.2	22.6	18.2	1.0	1.7
	保有資格別	看護師あり	309	2.6	36.6	20.7	***32.0***	1.9	6.1
		看護師なし(社会福祉士)	519	4.0	57.8	24.1	11.4	0.8	1.9
		看護師なし(それ以外)	54	3.7	***68.5***	14.8	13.0	0.0	0.0
	連携評価尺度の合計点数別	連携度　高(27点以上)	153	5.2	***68.6***	15.0	8.5	1.3	1.3
		連携度　中(26～18点)	554	3.6	54.2	22.7	15.9	1.3	2.3
		連携度　低(17点以下)	185	2.2	29.7	27.0	***35.1***	0.5	5.4
A票	許可病床数別	200 床未満	276	5.1	54.3	21.0	17.4	0.7	1.4
		400 床未満	166	1.2	49.4	26.5	19.3	0.6	3.0
		400 床以上	49	4.1	28.6	18.4	***40.8***	6.1	2.0
	病棟タイプ別	ポスト型(急性期比率90% 以上)	295	2.7	51.9	21.4	17.6	1.7	4.7
		中間型	291	2.7	48.8	24.4	21.3	1.0	1.7
		サブ型(急性期比率50% 未満)	267	4.9	52.8	20.6	18.4	0.7	2.6
	自宅からの受入割合別	1 割以上	521	3.8	50.9	22.3	20.3	0.6	2.1
		1 割未満	125	4.0	51.2	24.0	14.4	2.4	4.0
		0 割	207	1.9	51.7	20.8	18.8	1.9	4.8
		1 割未満　計	332	2.7	51.5	22.0	17.2	2.1	4.5

凡例
全体+10%
全体−10%

④ 患者の居住先見学への同行（Q3-4･SA）

患者の施設などの居住先への見学については、「全く同行していない」が 6 割を占める。次いで「同行しないことも多い」で、同行しているケースは少ない。
「同行しないことも多い」については、業務歴が長いほど、あるいは看護師以外の資格保有者、また連携活動評価尺度の得点が高い担当者で比率が高い。一方、業務歴が短いほど、保有資格が看護師、また連携活動評価尺度の得点が低い担当者ほど「全く同行はしていない」の比率が高い。

患者の施設など居住先への見学の同行



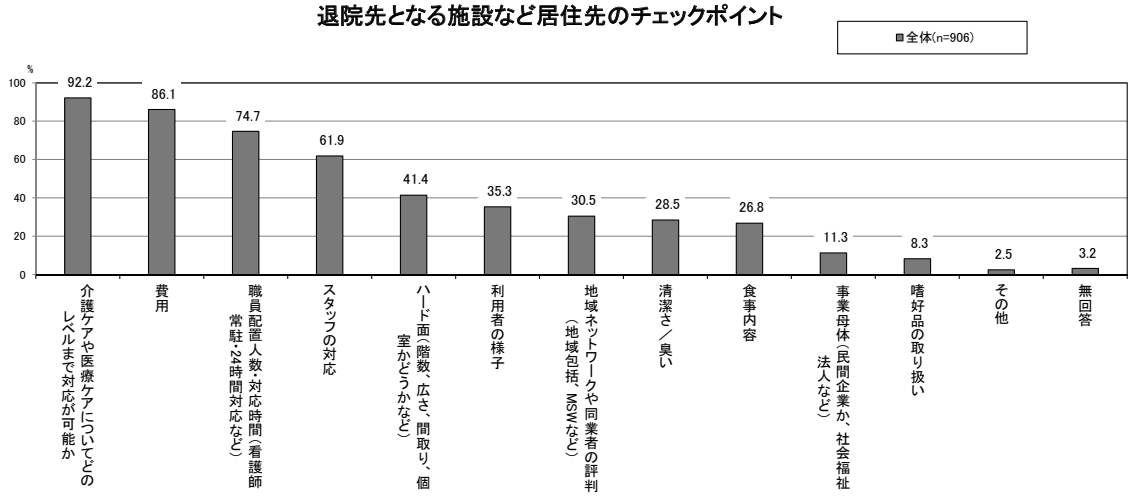
			調査数	必ず同行している	大抵の場合は同行している	同行しないことも多い	全く同行はしていない	無回答
全体			906	0.4	5.1	30.1	61.4	3.0
C票	退院支援・調整業務歴別	3年以下	278	0.0	2.9	16.5	***77.3***	3.2
		4～10年	394	0.8	6.3	32.2	57.4	3.3
		10年超	193	0.5	6.2	***45.6***	46.1	1.6
	退院支援の兼務状況別	専任	518	0.2	5.2	32.8	59.1	2.7
		兼任	341	0.9	5.3	27.3	63.0	3.5
	退院支援に携わる業務時間割合別	40% 未満	140	0.7	3.6	20.0	69.3	6.4
		60% 未満	136	1.5	7.4	29.4	60.3	1.5
		60% 以上	297	0.0	7.1	32.0	58.2	2.7
	保有資格別	看護師あり	309	1.0	3.6	15.5	***75.7***	4.2
		看護師なし（社会福祉士）	519	0.2	5.6	38.5	53.2	2.5
		看護師なし（それ以外）	54	0.0	11.1	37.0	50.0	1.9
	連携評価尺度の合計点数別	連携度　高（27点以上）	153	0.0	7.8	***49.7***	40.5	2.0
		連携度　中（26～18点）	554	0.5	5.6	31.0	60.5	2.3
		連携度　低（17点以下）	185	0.5	1.6	13.5	***80.5***	3.8
A票	許可病床数別	200 床未満	276	1.1	5.4	31.2	61.2	1.1
		400 床未満	166	0.0	1.2	25.9	71.1	1.8
		400 床以上	49	0.0	8.2	20.4	69.4	2.0
	病棟タイプ別	ポスト型（急性期比率90% 以上）	295	0.0	4.4	32.9	58.6	4.1
		中間型	291	0.3	4.5	30.2	62.2	2.7
		サブ型（急性期比率50% 未満）	267	1.1	6.7	27.7	62.2	2.2
	自宅からの受入割合別	1 割以上	521	0.8	5.0	30.1	61.6	2.5
		1 割未満	125	0.0	3.2	37.6	56.0	3.2
		0 割	207	0.0	6.8	26.6	62.3	4.3
		1 割未満　計	332	0.0	5.4	30.7	59.9	3.9

凡例
全体+10%
全体-10%

【C票：退院支援・調整担当者】

⑤ 退院先となる施設などの居住先のチェックポイント（Q3-5･MA）

居住先のチェックポイントは、「介護ケアや医療ケアについてどのレベルまで対応が可能か」が最も高く、「費用」「職員配置人数・対応時間（看護師常駐・24 時間対応など）」「スタッフの対応」と続いている。
連携活動評価尺度が高い担当者は、全てのチェックポイントにおいて、連携活動評価尺度が低い担当者よりも比率が高い。



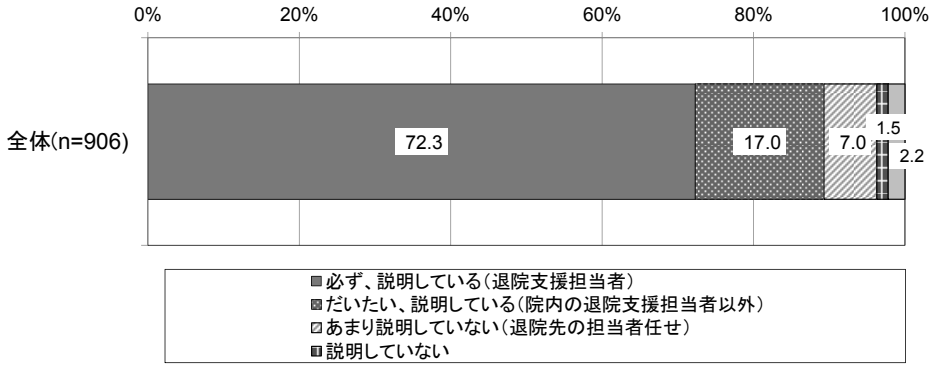
			調査数	介護ケアや医療ケアについてどのレベルまで対応が可能か	費用	職員配置人数・対応時間（看護師常駐・24時間対応など）	スタッフの対応	ハード面（階数、広さ、間取り、個室かどうかなど）	利用者の様子	地域ネットワークや同業者の評判（地域包括、MSWなど）	清潔さ／臭い	食事内容	事業母体（民間企業か、社会福祉法人など）	嗜好品の取り扱い	その他	無回答
全体			906	92.2	86.1	74.7	61.9	41.4	35.3	30.5	28.5	26.8	11.3	8.3	2.5	3.2
C票	退院支援・調整業務歴別	3年以下	278	90.6	81.7	75.2	57.9	35.3	30.6	23.4	24.1	23.7	6.8	7.9	2.9	5.0
		4～10年	394	92.4	87.3	73.1	61.4	42.4	36.8	30.7	28.4	26.9	11.7	6.6	2.3	3.0
		10年超	193	94.8	90.2	81.9	71.5	49.7	42.0	37.8	34.2	32.6	17.6	11.4	2.1	0.0
	退院支援の兼務状況別	専任	518	94.8	90.5	78.2	64.9	46.5	37.8	31.9	30.9	30.9	12.2	8.5	1.9	1.5
		兼任	341	89.4	80.4	71.3	60.4	35.2	33.1	28.4	27.0	22.9	10.9	8.8	2.6	5.3
	退院支援に携わる業務時間割合別	40% 未満	140	84.3	77.9	66.4	48.6	29.3	25.7	22.1	25.7	22.9	10.7	12.1	5.0	9.3
		60% 未満	136	91.2	83.1	70.6	58.8	39.0	30.9	30.9	19.1	20.6	8.8	3.7	1.5	2.9
		60% 以上	297	93.3	84.8	79.1	67.0	44.4	38.7	30.0	32.3	28.6	11.8	9.1	1.7	1.3
	保有資格別	看護師あり	309	87.1	79.9	70.6	52.4	32.0	28.2	25.6	23.6	20.1	6.5	7.4	3.6	6.5
		看護師なし（社会福祉士）	519	95.2	89.2	77.6	67.2	48.9	40.7	34.7	31.4	30.3	14.5	8.9	2.1	1.5
		看護師なし（それ以外）	54	96.3	92.6	79.6	72.2	33.3	35.2	22.2	31.5	37.0	11.1	11.1	0.0	0.0
	連携評価尺度の合計点数別	連携度　高（27点以上）	153	98.0	93.5	87.6	69.9	52.3	46.4	41.2	38.6	32.7	18.3	15.0	2.0	0.7
		連携度　中（26～18点）	554	93.3	87.0	74.5	67.0	43.1	36.8	30.7	29.6	28.5	11.9	7.2	2.0	2.2
		連携度　低（17点以下）	185	86.5	80.0	68.1	42.7	27.6	22.2	22.2	16.8	17.3	3.2	5.4	4.9	5.4
A票	許可病床数別	200 床未満	276	92.0	88.0	76.4	63.8	37.7	37.0	26.4	27.5	27.9	13.0	11.6	2.5	2.2
		400 床未満	166	92.2	87.3	75.9	59.6	39.2	36.7	29.5	27.7	27.7	8.4	7.8	3.0	3.0
		400 床以上	49	91.8	85.7	73.5	59.2	51.0	36.7	36.7	28.6	34.7	8.2	6.1	4.1	4.1
	病棟タイプ別	ポスト型（急性期比率90% 以上）	295	91.9	84.1	71.5	59.7	38.0	33.2	32.5	26.1	25.1	8.8	7.5	2.4	3.7
		中間型	291	93.8	87.3	77.3	61.2	43.3	35.7	30.6	27.1	30.2	13.4	8.9	2.7	2.7
		サブ型（急性期比率50% 未満）	267	90.6	88.0	76.4	64.8	44.6	38.6	31.5	34.5	25.8	13.5	9.7	2.2	3.4
	自宅からの受入割合別	1 割以上	521	93.1	88.1	77.0	63.5	43.2	37.2	30.9	30.3	27.1	13.1	8.6	2.3	2.5
		1 割未満	125	91.2	85.6	72.8	60.0	39.2	29.6	29.6	24.0	28.8	9.6	7.2	3.2	4.0
		0 割	207	90.3	82.6	71.5	58.5	40.1	35.7	34.3	29.0	26.1	10.1	9.7	2.4	4.8
		1 割未満　計	332	90.7	83.7	72.0	59.0	39.8	33.4	32.5	27.1	27.1	9.9	8.7	2.7	4.5

凡例
全体+10%
全体-10%

⑥ 自宅以外の場所へ退院する患者やその家族に、退院前に、予め施設などの居住先の利用料など、お金の説明（Q3-6･SA）

お金の説明は「必ず、説明している（退院支援・調整担当者)」が 7 割を占める。
退院支援・調整業務歴が長いほど、また、連携活動評価尺度の得点が高い担当者ほど、「必ず、説明している」比率が高い。
また、保有資格別では、看護師以外は「必ず、説明している」の比率が高い。

退院前に予め施設など居住先の利用料などのお金の説明



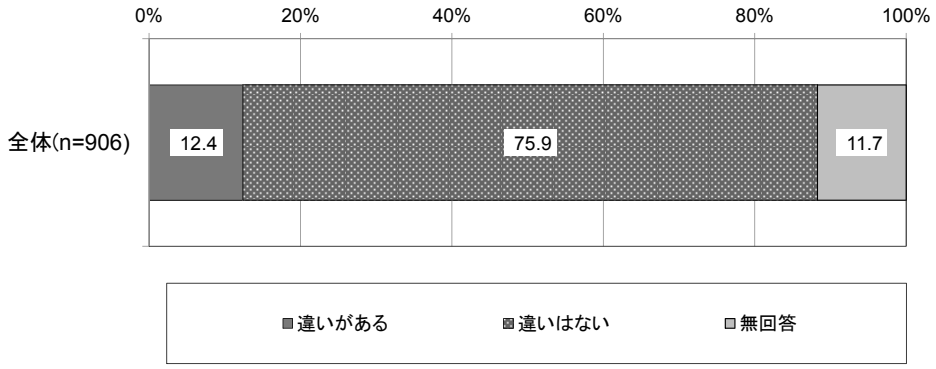
			調査数	必ず、説明している（退院支援担当者）	だいたい、説明している（院内の退院支援担当者以外）	あまり説明していない（退院先の担当者任せ）	説明していない	無回答
全体			906	72.3	17.0	7.0	1.5	2.2
C票	退院支援・調整業務歴別	3年以下	278	64.4	19.4	10.4	3.6	2.2
		4～10年	394	71.6	18.3	6.1	0.8	3.3
		10年超	193	***83.9***	11.9	3.6	0.5	0.0
	退院支援の兼務状況別	専任	518	74.5	16.8	6.4	0.6	1.7
		兼任	341	69.2	18.2	7.0	2.6	2.9
	退院支援に携わる業務時間割合別	40% 未満	140	60.7	20.7	8.6	5.7	4.3
		60% 未満	136	76.5	15.4	5.9	0.7	1.5
		60% 以上	297	73.7	18.2	5.7	1.3	1.0
	保有資格別	看護師あり	309	60.8	20.4	10.7	4.2	3.9
		看護師なし（社会福祉士）	519	77.6	15.4	5.2	0.2	1.5
		看護師なし（それ以外）	54	***85.2***	14.8	0.0	0.0	0.0
	連携評価尺度の合計点数別	連携度　高（27点以上）	153	***89.5***	9.2	0.7	0.0	0.7
		連携度　中（26～18点）	554	71.8	20.2	6.3	0.2	1.4
		連携度　低（17点以下）	185	60.5	15.1	14.1	7.0	3.2
A票	許可病床数別	200 床未満	276	75.0	18.5	4.0	1.8	0.7
		400 床未満	166	72.9	13.3	11.4	1.2	1.2
		400 床以上	49	75.5	12.2	4.1	6.1	2.0
	病棟タイプ別	ポスト型（急性期比率90% 以上）	295	71.5	14.9	9.2	1.4	3.1
		中間型	291	74.6	16.8	4.8	2.1	1.7
		サブ型（急性期比率50% 未満）	267	70.4	19.1	7.5	1.1	1.9
	自宅からの受入割合別	1 割以上	521	72.2	18.2	6.1	1.7	1.7
		1 割未満	125	77.6	15.2	4.0	0.0	3.2
		0 割	207	69.1	14.5	11.6	1.9	2.9
		1 割未満　計	332	72.3	14.8	8.7	1.2	3.0

凡例
全体+10%
全体−10%

⑦ 民間賃貸（アパートなど）や UR、公営住宅の場合での情報把握方法やチェックポイントの相違（Q3-7･SA）

民間賃貸（アパートなど）やUR、公営住宅の場合でも、情報把握方法やチェックポイントに「違いはない」が約８割となっている。

民間賃貸など情報把握方法やチェックポイントの相違



			調査数	違いがある	違いはない	無回答
全体			906	12.4	75.9	11.7
C票	退院支援・調整業務歴別	3年以下	278	9.0	74.8	16.2
		4～10年	394	12.7	78.2	9.1
		10年超	193	16.6	75.1	8.3
	退院支援の兼務状況別	専任	518	12.4	77.2	10.4
		兼任	341	12.6	75.7	11.7
	退院支援に携わる業務時間割合別	40% 未満	140	10.0	75.7	14.3
		60% 未満	136	17.6	72.1	10.3
		60% 以上	297	9.8	80.8	9.4
	保有資格別	看護師あり	309	10.0	74.4	15.5
		看護師なし（社会福祉士）	519	13.3	77.1	9.6
		看護師なし（それ以外）	54	20.4	74.1	5.6
	連携評価尺度の合計点数別	連携度　高（27点以上）	153	13.7	75.8	10.5
		連携度　中（26～18点）	554	14.4	77.4	8.1
		連携度　低（17点以下）	185	5.9	75.1	18.9
A票	許可病床数別	200 床未満	276	14.1	76.1	9.8
		400 床未満	166	12.7	73.5	13.9
		400 床以上	49	18.4	67.3	14.3
	病棟タイプ別	ポスト型（急性期比率90% 以上）	295	10.8	74.2	14.9
		中間型	291	15.1	73.2	11.7
		サブ型（急性期比率50% 未満）	267	11.6	80.5	7.9
	自宅からの受入割合別	1 割以上	521	12.9	76.6	10.6
		1 割未満	125	12.8	78.4	8.8
		0 割	207	11.6	72.5	15.9
		1 割未満　計	332	12.0	74.7	13.3

【C票：退院支援・調整担当者】

⑧ 民間賃貸（アパートなど）やUR、公営住宅の場合での情報把握方法やチェックポイントで相違がある場合の具体的な違い（Q3-7-1・自由記入まとめ）

大分類	No	中分類	賃貸UR、公営住宅のチェックポイントの違い	件数
情報把握方法	1	インターネット	<具体的な記述から> 施設の情報であれば、地域の事業所から、パンフレットをもらったりとおつきあいがあるが、民間賃貸に関しては、ほとんど情報を持っていない現状である。インターネット等に頼る情報あつめが現実となる。等	6
	2	不動産業者	<具体的な記述から> 施設の場合はそれぞれの施設に電話をすればいいが、（賃貸などは）それぞれの大家や管轄を確認した上で情報収集をする必要がある。等	4
	3	公的機関（福祉事務所、行政、民生委員）	<具体的な記述から> 民間賃貸などを探す場合は、生活保護受給者の場合は福祉事務所に相談することが多い。等	6
	4	その他	<具体的な記述から> 申込み方法や期間など独自のルールがあるのでそれにのっとって申込みをする。ケアマネや行政など地域で考えてもらう。等	6
	5	情報把握しない	<具体的な記述から> 施設数に大きな違いがあり、あまり情報を把握できていない。また、そのような住宅を選択される方はお元気な方なので、不必要な介入はせず、自主性を尊重している。等	11
チェックポイント	6	ハード面情報（バリアフリー等）	<具体的な記述から> 民間賃貸やＵＲなどはある程度自立した生活ができる人が対象の場合が多く、訪問サービスを利用することを前提で考える。室内の動線や介護者がケアできる環境であるかに注意している。等	19
	7	改修可能か	<具体的な記述から> 住宅改修が可能な物件を民間の場合探すことができる。等	6
	8	受入れ可能か（保証人いるか）	<具体的な記述から> ・障害や医療ケアが必要な場合が多く、一般に賃貸物件を探すのとは訳が違う。ソフト面の情報収集が必要。等	8
	9	費用	<具体的な記述から> 民間賃貸や公営住宅はＡＤＬ自立であったり、認知機能が低下していない場合になるため、選択のポイントが立地条件や費用となる（サービス内容は関係ない）。等	8
	10	周辺住民との関係性	<具体的な記述から> 周辺住民との関係性や環境。民生委員や地域住民らの反対がないか　等	3
	11	周辺環境、立地条件、利便性	<具体的な記述から> ハード面（階段、広さ等）と自宅周囲環境（スーパー等近くにあるか等）など	10
	12	医療・介護面でのチェック	<具体的な記述から> インフォーマルサービスについて整備されているか・近隣住人の状況の把握。	6
	13	そもそもチェックしない	<具体的な記述から> 施設と違って、相談員は配置していないので聞きとりはできない。そもそも民間賃貸である程度生活可能なら、チェックポイントは異なって当然。	3
	14	その他	<具体的な記述から> チェックポイントも一般住宅のため、施設とは違った判断基準になる。	9
			合計	105

⑨「住まいの確保」が困難な場合の対応／今後どんな支援体制が必要か（Q4・自由記入まとめ）

大分類	No	中分類	住まいの確保が困難な場合の対応、求められる今後の支援体制（記載内容から）	件数
＜主に具体的な対応の内容＞	1	現在実施されている内容の記載	特養などの介護老人福祉施設に関しては一覧を渡し、家族に申し込みに行って頂いているが、在宅系施設（ケアハウスなど）に関しては、一つ一つ、空き状況等を電話での確認を行い、その後、家族に見学等に行って頂いている。ダイレクトに空き状況が、常に分かるシステムがあるといい。等 ＜その他の具体的な記述から＞ 高齢者住宅仲介センターに相談、今後保障人になる人がいなければ問題が出てくると思われる／低所得の人身よりがない人（保証人なし）等の方は行政の協力を得られず途方にくれることがある／立地や料金等について資料を整理しておくことが大切　など。	64
	2	受け入れ先と連携を密にしている	「住まい」として長期的な生活を希望する人がほとんどであるため、入居先の本人の情報をなるべく細かく伝え、理解してもらったうえで入居をすすめている。今後は、認知症患者や、看取り、経管栄養などの医療的問題を持った人へも受け入れやすい体制が必要だと思う。等 ＜その他の具体的な記述から＞ 地域での情報を他の関係機関から得られるようにネットワークの構築を図っている／知り合いの大屋さんにお願いし配慮して頂いて入所している／住み慣れた地域から離れずに過せる様に意識している／施設に本人の入所理由を説明しひたすら頼む　など。	7
	3	ソーシャルワーカーや専任看護師などとの連携強化	退院専門看護師と連携し、担当のケアマネジャーと情報共有を図り、退院先を選定している。また、家族の協力は必要である。等 ＜その他の具体的な記述から＞ ＭＳＷと相談しお金の負担が少ない施設へ入居、本人と家族の思いが一番重要／独居生活が多くなる中地域で見守る体制　など。	5
	4	本人、家族へのヒアリングや説明の徹底	部署内で、意見や情報を求めたり、出来るだけの情報を得る努力をした。本人や家族との連絡や面談に費やす時間を多くとり、各関係機関への連絡もより密にとる様にした。等 ＜その他の具体的な記述から＞ 最終的にご家族に経済的負担か実際の介護をしてもらえる様に相談援助していく／予め家族に情報を伝え空く見込みを確認した上で家族に見学・申込みに行って頂く／本人、家族の意向確認した上で経済的な問題があれば市町村と連携する／ご本人やご家族が今後の生活の場を想像できる様、社会資源にどんな物があるか具体的に説明できることが必要　など。	39
	5	市外や県外を紹介	住んでいる市町村に空きがなければ、市外、県外を紹介している（料金も含め）。等 ＜その他の具体的な記述から＞ 範囲を広げて費用が安い受入れ先を探している／住んでいる市町村に空きがなければ市外県外に紹介している（料金含め）　など。	6
＜求められる対策などについて＞ 住まいの確保	9	施設検索、見学などの作業低減	様々な施設に電話で問い合わせ等しているが、施設の情報を一括して集約しているところがあると助かる。民間業者は不安なので公的なもので各施設の条件や空き情報などの情報をもらえる所。 ＜その他の具体的な記述から＞ 住まいの情報の共有／退院先を確保すべくひたすら関係機関・行政からの情報収集をすると共に協力を願う／情報のネットワーク化によりリアルタイムに「住まいの確保」先の情報把握／不動産センター等に患者が入居可能な物件の情報提供　など。	74
	10	療養病棟や他病院への転院・転棟・入院延長（医療ニーズがある方への対応として）	療養型、診療所等への転院。医療行為を行いながら退院をしなければならない方が増えてきたと感じている。施設の数にも限界があり、自宅で生活できるよう、在宅のサービスを充実させていくことが必要。（医療行為があっても受入れてくれる事業所）。 ＜その他の具体的な記述から＞ 医療ニーズが必要な方の受け入れ先が限られており対応に苦慮している／困難な場合は療養型の病院に転院も考慮／長期療養への転棟検討／とりあえず転院して空室を待ってもらう／療養ＨＰで長期受け入れ可能なところへつなぐ　など。	43
	11	ショートステイ・小規模多機能・老人保健施設の活用	ほとんどの場合、ショートステイの利用でなんとかしのいでいる状況。経済的に困っている方への提案出来る施設、制度が必要。等 ＜その他の具体的な記述から＞ ユニット型特養のロングショートまたは関連の老健に特養入所前提で依頼／小規模多機能施設へつなぐ／空床が出るまでショートや小規模多機能などサービスをつないで対応／長期間ショートステイを利用している方が多く退院先としても活用／ショートステイや小規模多機能連泊の利用／ショートステイなどＣＭにサービスを組んでもらえる様依頼　など。	49
	12	患者が自宅で生活できるようにするための支援	金銭面等様々な理由で困難な場合、自宅への退院しかないこともある。近隣の介ゴ事務所との連携が不可欠。等 ＜その他の具体的な記述から＞ 家族の支援が得られる場合は自宅に帰る／自宅での在宅生活が全くできないのか家族やケアマネと再検討／本人の思いが「自宅退院の場合」、サービス内容を検討し、新規で導入して自宅退院をめざす。経済的な問題もあり、自宅を選択される方も多い／地域包括支援センターやケアマネジャーへ定期的な自宅訪問等フォローを依頼／自宅でギリギリで生活している方に介護や医療サービスが受けれるような支援／自宅退院を希望される方に十分な支援を提供するには小規模多機能の施設が増えると良い　など。	44
	13	施設増加対策（多様なサービス形態・医療ニーズ対応も含む）	医療依存度が高い人の受け皿整備。介護保険対象外の人の受け皿がほとんどない。早急に対策が必要。等 ＜その他の具体的な記述から＞ 独居又は老夫婦者等が支援施設の周囲に生活できる住居／ある程度ＡＤＬ低下した方の受け入れが可能な施設／看護の多機能型居宅事業、公営住宅にバリアフリーが少なすぎる／シェルター的な場の確保／安い費用で借りられるところを増やす　など。	43
＜求められる対策などについて＞ （価格）	14	価格面 （生活保護受給者／低所得者）	生活保護受給までいたらない低所得者の入所先が確保できるよう低賃金の入所先が出来ると良い。等 ＜その他の具体的な記述から＞ 要介護度が低く経済状況が厳しいケースの場合施設入所調整が難しく入院が長期化している／要介護度が低くても安価な施設や見守りできるようなサービスが必要と考える／低所得向けの高令者住宅が必要／生活保護制度における柔軟性が必要、身元保証制度の拡充、低所得者でも医療ケアをうけられる住まいが必要。数が足りてない　など。	26
	15	価格面で条件が合わない方への支援 （費用の安い施設の必要性など）	金銭的な問題や、家族からの支援が受けられない患者の住まいの確保がとくに難しい。病院だけでなく、行政など他の関係機関を含めて考えていかないといけない。そのようにしたくても、現実には病院で抱え込んでいるケースが多い。他機関にもっと問題意識を持ってもらいたい。等 ＜その他の具体的な記述から＞ 低料金設定の施設を増やす（特に都内・首都圏）／金銭面、ＡＤＬ医療面すべてを必要とする施設はなかなか見つけにくい状況／高齢者住宅ももう少し値段をおさえたものでなければ高齢は今後どんどん孤立する、高額すぎる、年金額に応じた入居料の設定／サ高住・有料老人ホーム・グループホームについては費用面で入所困難になるケースが多い　など。	31

【C票：退院支援・調整担当者】

大分類	No	中分類	住まいの確保が困難な場合の対応、求められる今後の支援体制	件数
<求められる対策などについて>（価格以外）	16	介護度や医療依存度が高い方への支援（入所できない）	有料老人ホームや高住などで、医療依存度が高い方だと対応してもらえなかったり、料金が高くて、入居を断念せざるを得ないことがある。低額な入居施設が必要と思う。等 <その他の具体的な記述から> 対応できる施設（特に認知症の進行が強い）受入先が必要である／介護認定が支援だが実際には独居生活で家族の援助も受けられないような方も生活援助が受けられる支援体制が必要／医療依存度の高い方の受け入れ可能な施設の空床情報がリアルタイムでほしい など。	39
	17	身元引受人や保証人が立てられない方への支援	「住まいの確保」が困難でも退院していただかなければならないため、何とか行き先を見つけるが、生活保護ではないが低所得の人、身よりがない人（保証人なし）等の方は行政の協力を得られず、途方にくれることがあるので、民間の基金等緊急で対応して下さる機関、制度が必要。等 <その他の具体的な記述から> 身元引受人等がいなくても入所等の対応が可能な施設を公的機関等でリスト化してもらえるといい／独居高齢者・身元保証人なしの事例が増加しており行政・包括を巻き込んだ社会活動も必要／保証人なしでの施設入所可能なところのサポートがあれば助かる／身元保証人がいないと本人がどれだけ望んでいても「住まいの確保」が困難な場合がある など。	51
	18	医療や支援の質の担保	民間の有料老人ホームは、医療面が若干弱い為緊急時の対応が遅れてしまうリスクがあるように思うので、病院（主治医）との連携の必要性を感じる。等 <その他の具体的な記述から> 介護サポートが出来る人を作る／医療行為の２４Ｈ支援施設が欲しい／身体レベルが変化する可能性がある場合はそれも予測した上で支援に入る／家族が協力的でない場合は案内が難しく各連携機関との協力を得ながら支援／ある程度医療行為ができる施設が多くなると良い など。	28
<求められる対策などについて>情報・連携	19	多職種介入による多角的な判断や連携	情報収集、協力者の確保、在宅介護支援センター、地域包括支援センター、民生委員行政などの支援体制作り、ネットワーキングなど、とにかく関係機関と連携を図る。インフォーマルな部分の力を強めていくことが必要だと思う。 等 <その他の具体的な記述から> ＭＳＷやケアマネと相談し再度家族と本人に面談し方向性の決定の支援を行う／地域の関係機関と連携しケースに応じた住まいの検討相談をしている／多職種の介入で多覚的に判断できるような意志決定支援体制が必要／家族の支援（金銭面、介護面）を聴取して多職種を入れてのカンファレンスを行いその方に合った支援体制の皆んなで検討／互いが相談しやすい「顔の見える連携」が必要 など。	64
	20	ソーシャルワーカーやケアマネージャーなど特定の職種と連携	得られる情報をケアマネジャー等を通じて教えてもらい、出来るだけご本人の意志に添った所を選んでいくよう支援している。もっと選択肢があればと感じる。 等 <その他の具体的な記述から> ＭＳＷと相談しながら退院先を探す／ＭＳＷのネットワークで調整している／退院調整の専属ＮｓやＭＳＷへ個別に面談 など。	23
	21	地域包括支援センターなど公的機関との連携	行政や地域包括支援センターなどの関係機関と連携し、対応している。地域包括ケアシステム構築に向け、地域の関係機関や地域資源との連携強化が望まれる。 等 <その他の具体的な記述から> 本人・介護者の意向を確認しながら行政・地域包括支援センター等と連携／どこがふさわしい退院先であるか検討をする（場合によって電話、面談）／地域包括支援センターに養護老人ホームなどに入所措置してもらうよう打診 など。	19
	22	行政の協力、もっと積極的な介入や連携強化（相談・紹介・斡旋等の機能や窓口を含む）	担当者から行政等への働きかけを行っているが、積極的な反応がないため、医療機関と地域の各担当者との連携を密にする必要がある。 等 <その他の具体的な記述から> 行政の協力があまり得られず、自治体によってばらつきもあるので困る／行政の協力がもう少し手厚くないと地域包括とは言えない／市役所担当と病院が定期的にカンファレンスを行ない問題解決できるようにする、独居の身寄りがない場合行政の介入が乏しい／行政機関は個人情報保護を盾に連携が取りづらいことがある／行政による情報の一元管理を希望 など。	51
<求められる対策などについて>その他	23	身寄りのない方・意思決定ができない方の支援	身寄りのない方、連絡先のない方の場合、施設への受入れを拒否されることあり。このような方の支援が必要。 等 <その他の具体的な記述から> 金銭管理を行ってくれる施設を探す／後見人申請も時間がかかり退院に間に合わない場合が多い／家族関係が希薄な方への援助に限界を感じる／本人の意志を代弁してくれる公的サポーターの早期選定／支援者がいない方に対して一緒に「住まいを捜すところから、契約までの支援」が必要／単身者（身よりなし）の受入れ施設の充実とそれらをチェックする第三者機関 など。	23
	24	看取りや終末治療が必要な方への支援	看とりが出来る施設の増設や条件の幅を広げてほしい。 等 <その他の具体的な記述から> 看取りが行える複合型の入居施設、家族が安心して看とりを対応してくれる施設 など。	8
	25	その他	近隣で施設調整が難しければ範囲を広げて探す等している。患者の住み慣れた地域での暮らしとはいえない状況があるとも感じる。 等 <その他の具体的な記述から> 自殺企図対応／施設入居の申込み・介護施設が空くまでのロングショートステイ／アパート等の大家の理解の向上、社会資源の充実と「住まいの確保」や「退院」についての住民教育／住まいだけでなく移動手段等の“生活の足”を整備していく必要 など。	16
				合計 753

５．住まいの確保を必要とする退院支援の困難ケースに関する調査結果

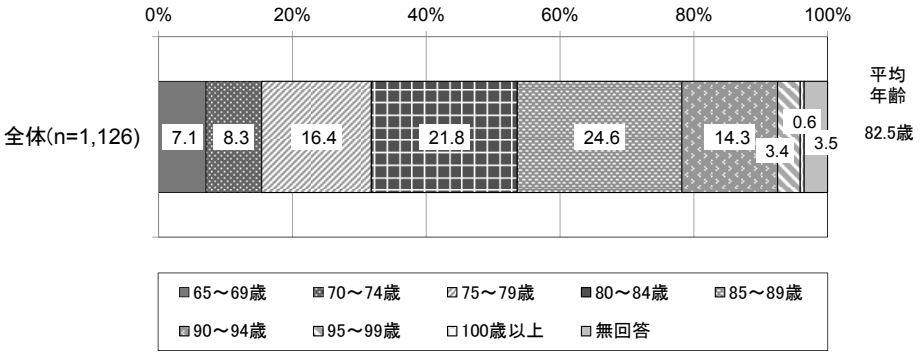
（１）困難ケースの患者の状況

① 基本属性

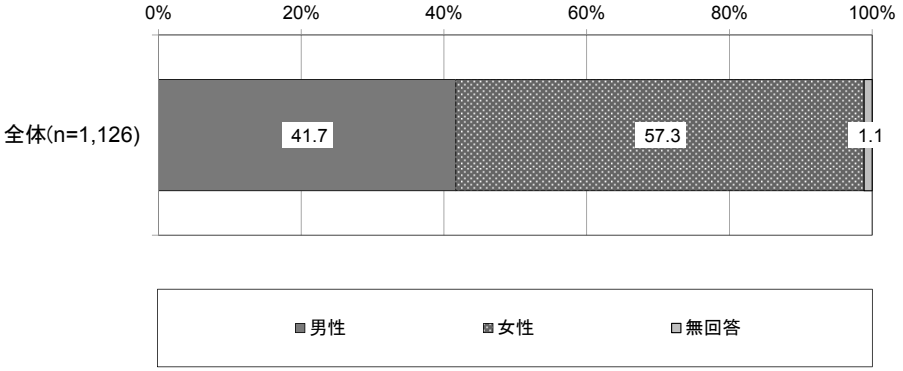
i. 患者の年齢･性別

平均年齢は 82.5 歳。性別では女性が多く約 6 割。

年齢



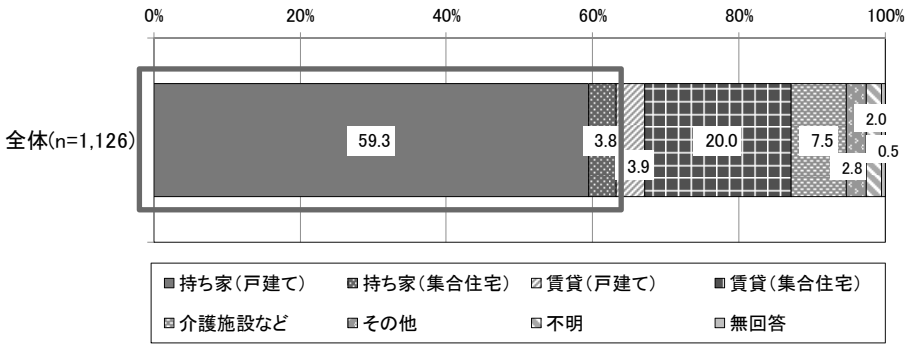
性別



ii. 入院前の住まい（Q2-2･SA）

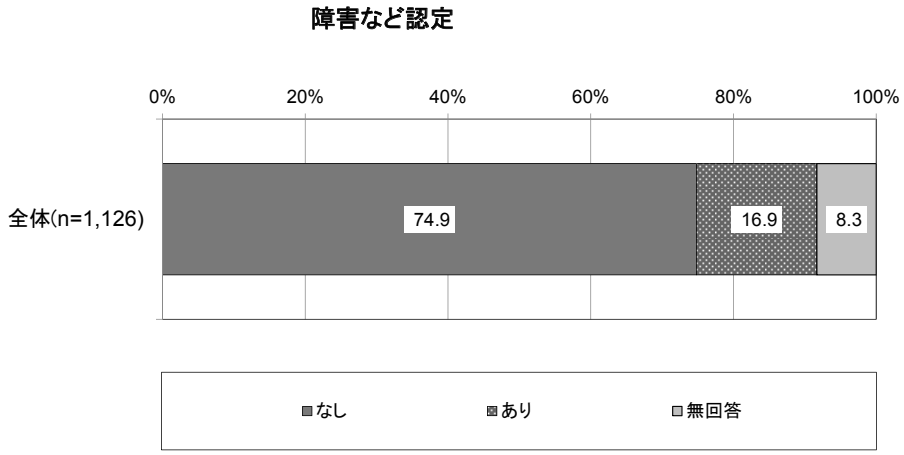
「持ち家（戸建て）」が最も多く、「持ち家（集合住宅）」までを含めると 6 割強を占めている。次いで「賃貸（集合住宅）」が 2 割。

入院前の住まい



iii. 障害など認定（Q2-6･SA）

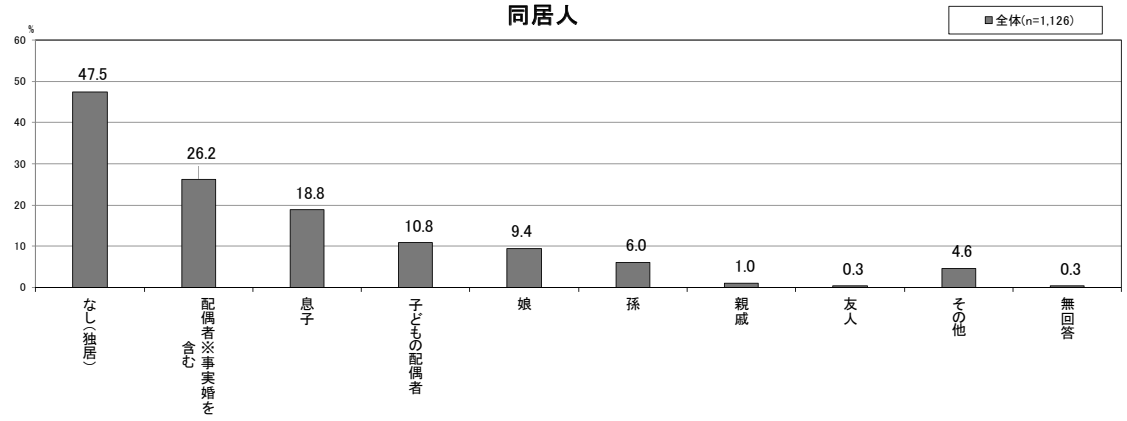
障害などの認定が「あり」のケースは 2 割に満たない。



② 介護力

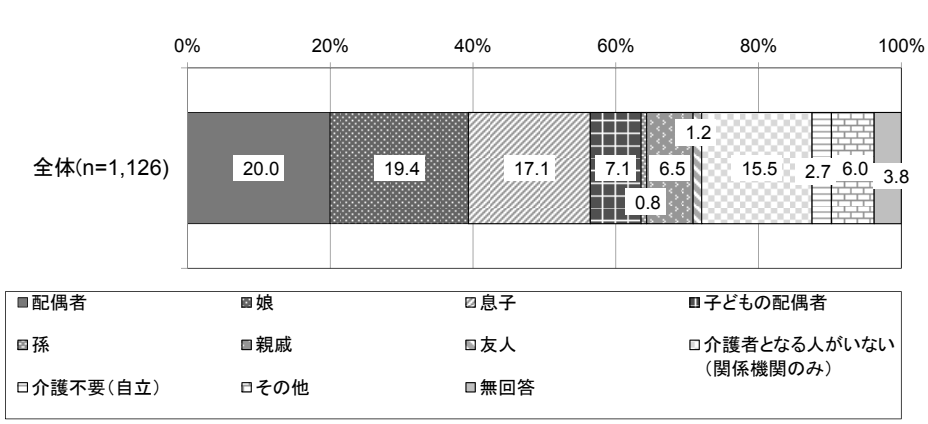
i. 同居人（Q2-1①･MA）

「独居（なし）」が約半数。次いで「配偶者」「息子」。



ii. 主たる介護者（Q2-1②･SA）

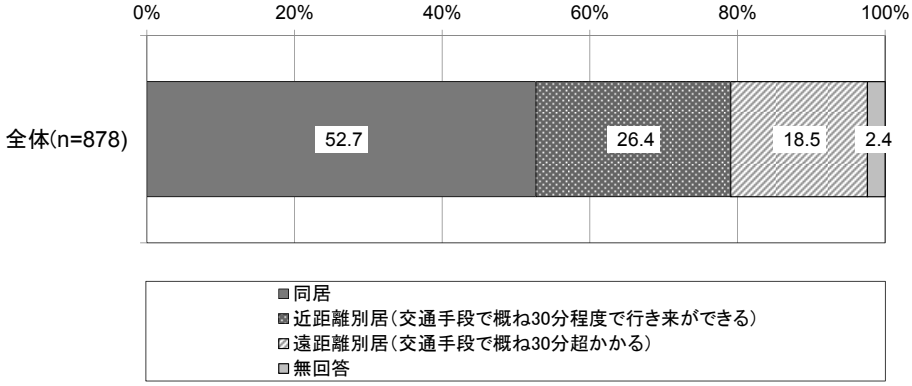
主たる介護者は「配偶者」「娘」「息子」で、5 割以上を占める。その一方で「介護者となる人がいない（関係機関のみ）」というケースも 15.5%みられた。



iii. 主たる介護者との同居の有無（Q2-1③･SA）

主たる介護者と「同居」が半数。なお、「遠距離別居」も 2 割弱みられた。

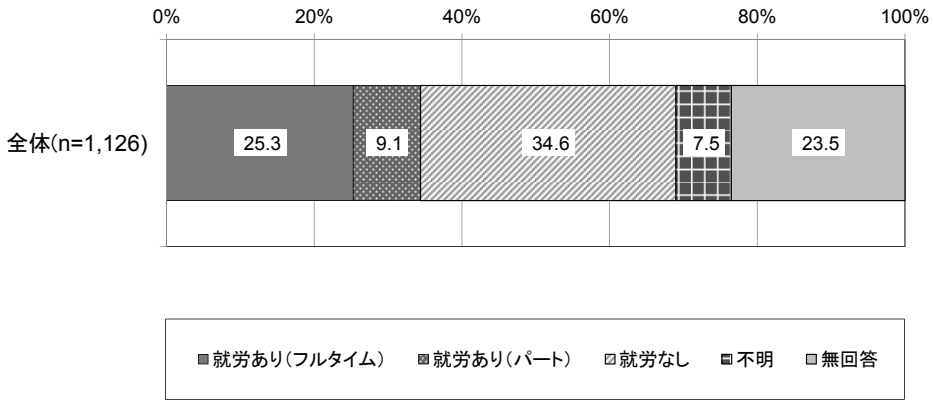
主たる介護者との同居の有無
（介護が必要で、介護者がいる方ベース）



iv. 主たる介護者の就労の有無（Q2-1④･SA）

主たる介護者の「就労なし」が最も多く 3 割強を占める。
次いで「就労あり（フルタイム）」。

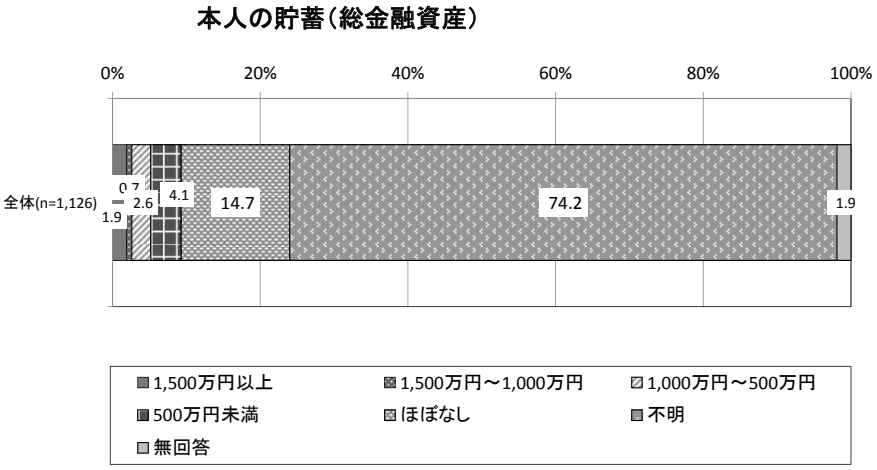
主たる介護者の就労の有無



③ 経済力

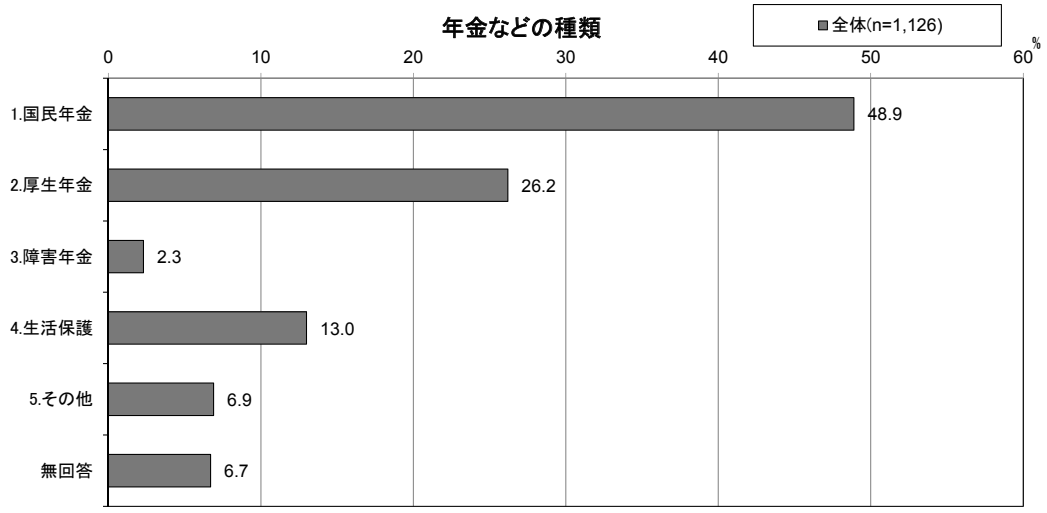
i. 本人の貯蓄（総金融資産）（Q3-9･SA）

本人の貯蓄については把握しておらず、「不明」が 74.2%と多くを占める。
本人の貯蓄が判っている場合は、「ほぼなし」が最も多い。



ii. 年金などの種類（Q2-7･SA）

「国民年金」が最も多く、次いで「厚生年金」の比率が高い。
なお、「生活保護」も 13.0%みられた。

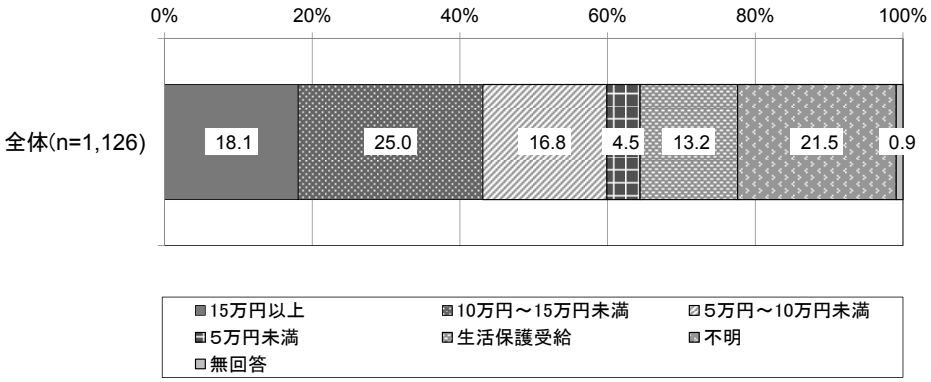


iii. おおむね毎月負担できる金額（Q3-8･SA）

おおむね毎月負担できる金額（家族援助含む）は「10 万円～15 万円未満」が最も多い。一方で「生活保護受給」*も 13.2%みられた。

*年金があっても生活保護の場合があるので、前問との割合は若干異なる。

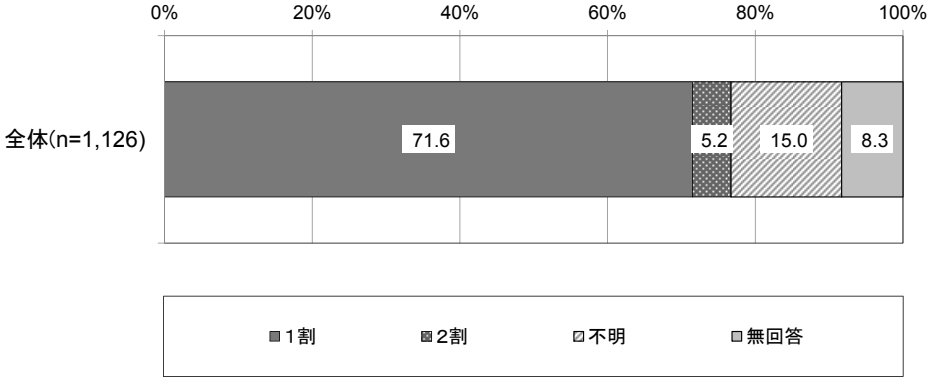
おおむね毎月負担できる金額（※家族援助含む）



iv. 介護保険の自己負担割合（Q2-5･SA）

介護保険の自己負担割合は、「1 割」が最も多く 7 割を占める。なお、「不明（=把握していない)」場合も 15%を占める。

介護保険の自己負担割合

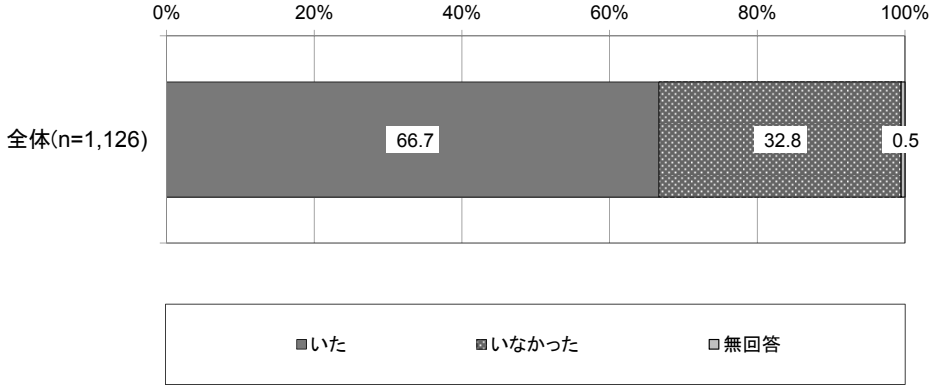


④ フォーマル・インフォーマルサービスの活用

i. 担当ケアマネジャーの有無（Q2-3・SA）

入院時、担当ケアマネージャーが「いた」ケースが約 7 割。

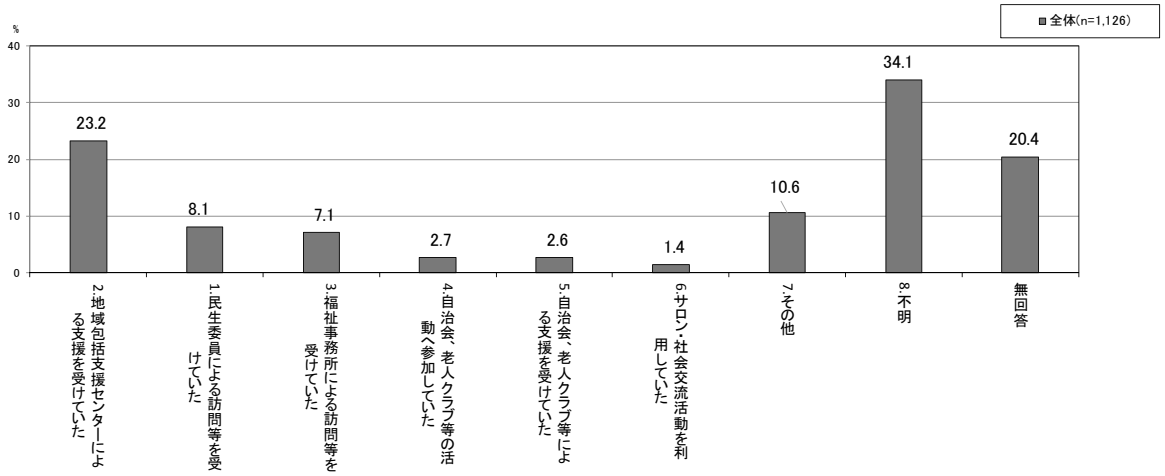
入院時の担当ケアマネジャーの有無



ii. サービスの活用状況（Q2-4・MA）

入院時に把握した地域の機関・団体との関係については「不明」が 34.1%と最も多い。把握できた中では、「2. 地域包括支援センターによる支援を受けていた」が 23.2%と最も多い。

入院時に地域の機関・団体の関係で把握しているもの

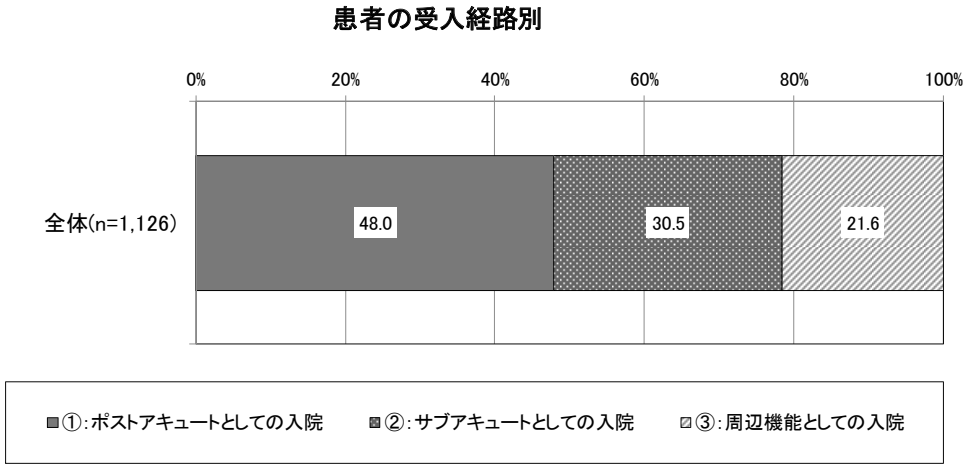


（２）困難ケース患者の地域包括ケア病棟（床）入院(棟)経緯

① 患者の受入経路（ポスト、サブ、周辺機能）

患者の受入経路は、地域包括ケア病棟協会の過去実施調査の基準に準じて、回答結果（Q1 基本情報）からポストアキュート、サブアキュート、周辺機能に分類を行った。

今回の患者票（n=1126）のうち、上記区分別の患者割合は以下のとおり。



①入院区分(SA)

	調査数	予定入院	緊急入院（予定外の入院）
全 体	1126	521	605
	100	46.3	53.7
①:ポストアキュートとしての入院	540	372	168
	100	68.9	31.1
②:サブアキュートとしての入院	343	－	343
	100	－	100
③:周辺機能としての入院	243	149	94
	100	61.3	38.7

②入院時の経路(SA)

	調査数	医療機関（急性期）	医療機関（急性期以外）	自宅	介護施設など
全 体	1126	540	79	425	82
	100	48	7	37.7	7.3
①:ポストアキュートとしての入院	540	540	－	－	－
	100	100	－	－	－
②:サブアキュートとしての入院	343	－	31	254	58
	100	－	9	74.1	16.9
③:周辺機能としての入院	243	－	48	171	24
	100	－	19.8	70.4	9.9

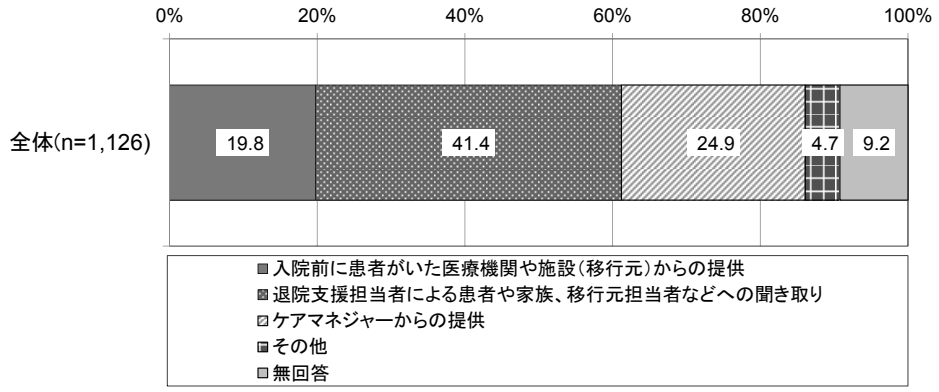
③疾患発症前の日常的な生活支援の必要性有無(SA)

	調査数	必要	不要	不明	無回答
全 体	1126	863	148	86	29
	100	76.6	13.1	7.6	2.6
①:ポストアキュートとしての入院	540	415	75	42	8
	100	76.9	13.9	7.8	1.5
②:サブアキュートとしての入院	343	343	－	－	－
	100	100	－	－	－
③:周辺機能としての入院	243	105	73	44	21
	100	43.2	30	18.1	8.6

②「入院時情報」を入手した主な方法（Q2-8･SA）

入院時情報の入手方法は「退院支援の担当者による、患者や家族、移行元の担当者などへの聞き取り」が最も多く 41.4%、次いで「ケアマネジャーからの提供」が 24.9%である。患者の受入経路別には、全体の傾向は変わらないが、ポストアキュートでは「入院前に患者がいた医療機関や施設からの提供」、サブアキュート、周辺機能としての入院では「ケアマネジャーからの提供」が多くなっている。

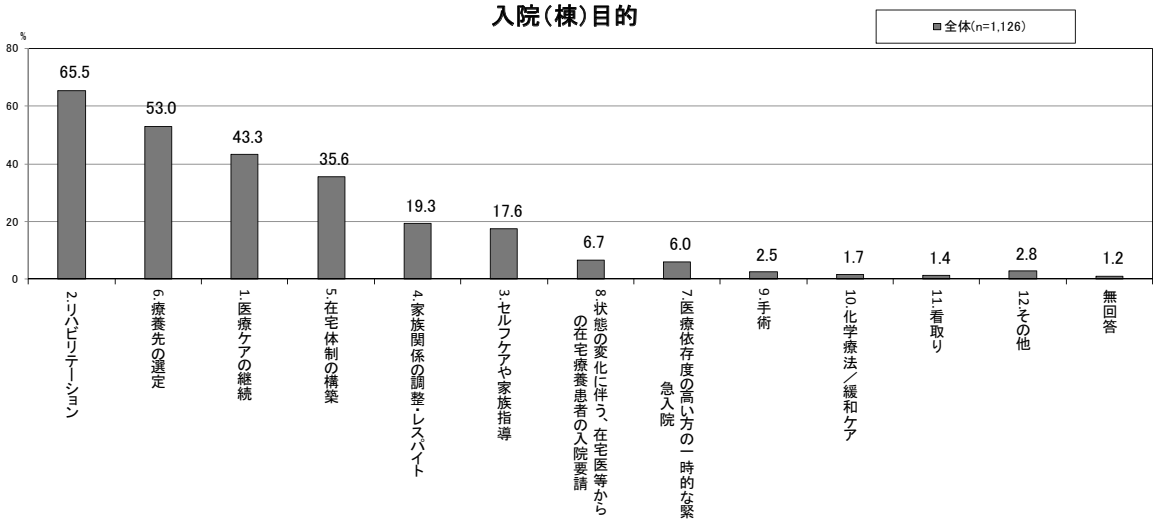
「入院時情報」を入手した主な方法



		調査数	入院前に患者がいた医療機関や施設(移行元)からの提供	退院支援担当者による患者や家族、移行元担当者などへの聞き取り	ケアマネジャーからの提供	その他	無回答
全体		1126	19.8	41.4	24.9	4.7	9.2
患者の受入経路別	①:ポストアキュート	540	27.2	40.9	18.7	3.9	9.3
	②:サブアキュート	343	11.1	41.7	33.5	3.5	10.2
	③:周辺機能としての入院	243	15.6	42.0	26.3	8.2	7.8

③ 病棟入院目的（Q1⑨･MA）

地域包括ケア病棟(床)への入院目的は「リハビリテーション」が 66.5%と最も高く、次いで「療養先の選定」「医療ケアの継続」「在宅体制の構築」の順である。
患者の受入経路別でみても、上位には変わりはないが、ポストアキュートとしての入院の場合は「リハビリテーション」の比率が高い。

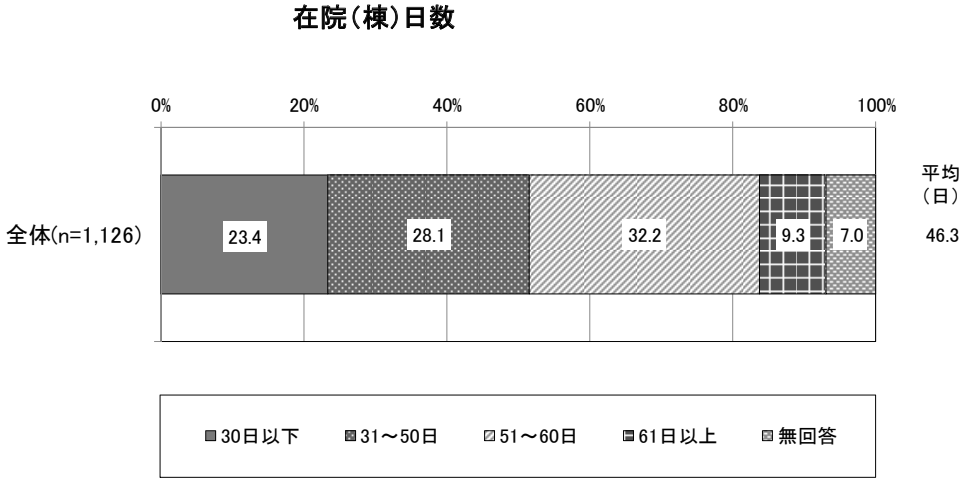


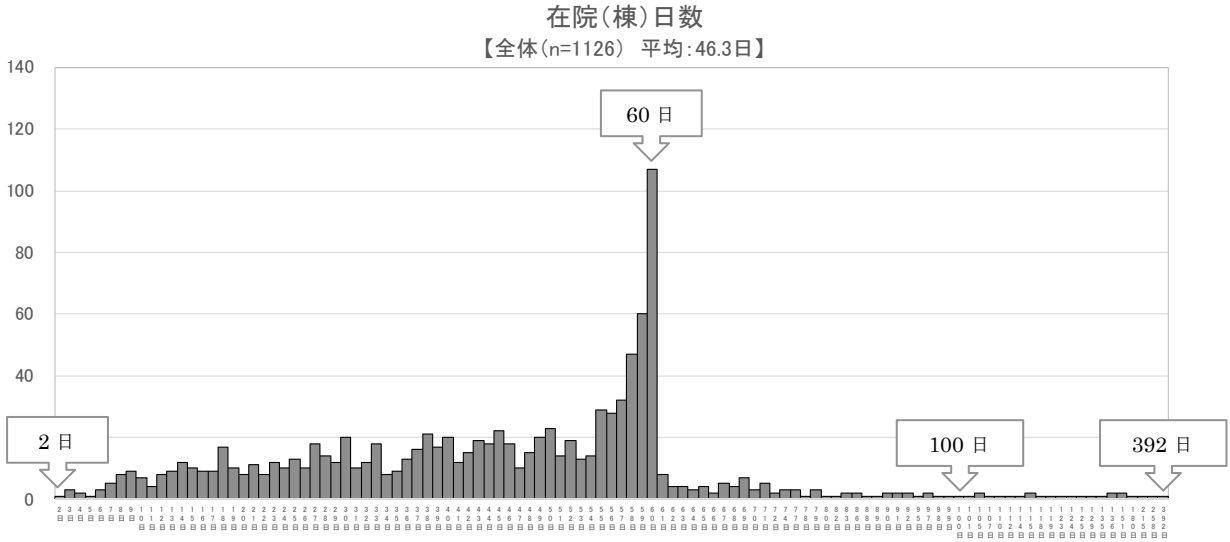
全体でソート		調査数	2.リハビリテーション	6.療養先の選定	1.医療ケアの継続	5.在宅体制の構築	4.家族関係の調整・レスパイト	3.セルフケアや家族指導	8.状態の変化に伴う、在宅医等からの在宅療養患者の入院要請	7.医療依存度の高い方の一時的な緊急入院	9.手術	10.化学療法／緩和ケア	11.看取り	12.その他	無回答
全体	全体	1126	65.5	53.0	43.3	35.6	19.3	17.6	6.7	6.0	2.5	1.7	1.4	2.8	1.2
患者の受入経路別	①:ポストアキュート	540	ZZ0	56.3	44.8	40.6	16.1	19.4	1.7	3.5	0.9	2.0	1.3	2.0	0.4
	②:サブアキュート	343	53.1	55.4	46.1	30.6	21.9	16.6	13.7	9.6	3.8	0.9	2.0	2.6	1.7
	③:周辺機能としての入院	243	57.2	42.4	35.8	31.7	22.6	14.8	8.2	6.6	4.1	2.1	0.8	4.9	2.1

凡例
全体+10%
全体-10%

④ 病棟在院日数（Q1⑧･実数）

在院日数は「51～60 日」が 32.2%と最も多い。「61 日」以上も 1 割みられた。
＊半年以上のケースも 5 件含まれる





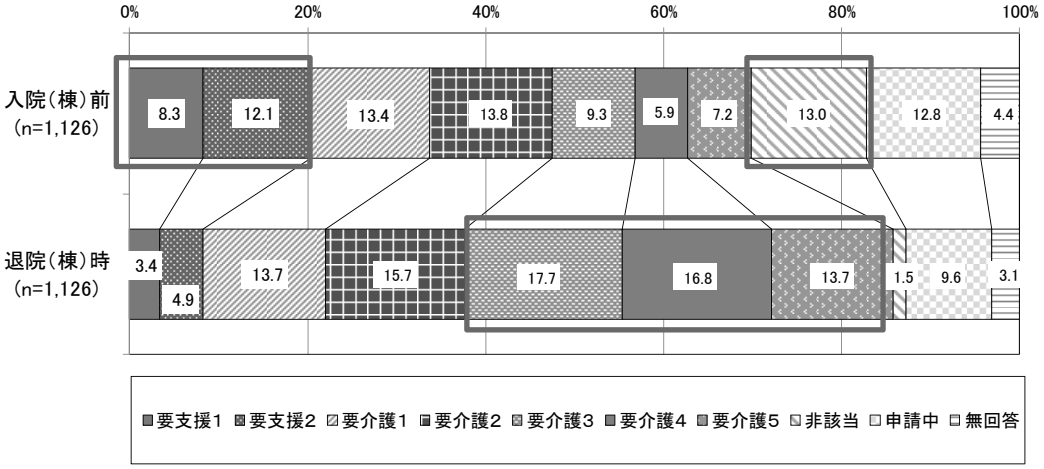
		調査数	30日以下	31～50日	51～60日	61日以上	無回答	平 均
全体		1126	23.4	28.1	32.2	9.3	7.0	46.3
患者の受入経路別	①:ポストアキュート	540	19.1	29.8	35.9	8.3	6.9	47.4
	②:サブアキュート	343	25.7	26.8	29.4	10.5	7.6	46.8
	③:周辺機能としての入院	243	29.6	25.9	28.0	9.9	6.6	43.2

（3）困難ケース患者の地域包括ケア病棟（床）入院前と退院時の状態の変化

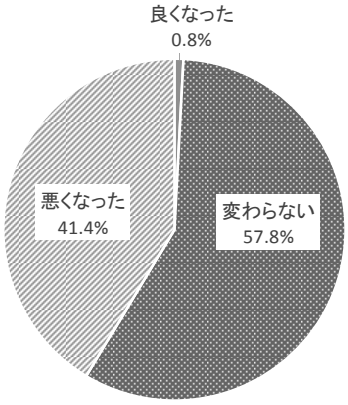
① 要支援･要介護度の変化（Q3-1･SA）

入院前に比べ退院時は、「要支援」「非該当」が減少し、「要介護 3」以上が増加している。
入院前→退院時の変化をみると（申請中／無回答を除く n=829）「変わらない」が 57.8%、「悪くなった」が 41.4%と、悪化が 4 割を占める。
入院前の要介護度別にみると、入院前に、非該当、あるいは要支援 1～要介護 2 といった状態が軽いケースでも、退院時には「要介護 3～要介護 5」になっている場合がいずれも約 3 割を占めている。

要介護度の変化



要介護度の変化
（入院前→退院時）
（n=829）*申請中／無回答を除く



退院（棟）時(SA)

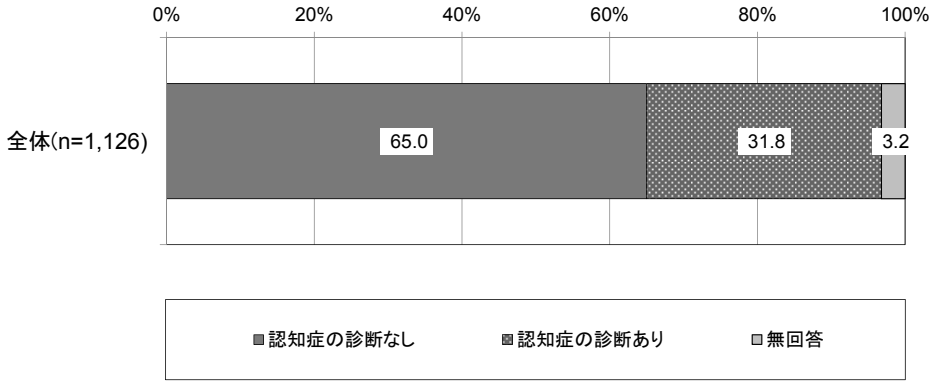
		調査数	要支援1～要介護2	要介護3～要介護5	非該当	申請中	無回答
全体		1126	37.7	48.2	1.5	9.6	3.1
要介護度別（入院前）	要支援 1～要介護 2	535	***58.1***	29.8	0.0	9.7	2.4
	要介護 3～要介護 5	252	0.8	***95.2***	0.0	2.8	1.2
	非該当	146	32.9	36.4	11.0	17.1	2.7
要介護度の変化別	良くなった	7	***85.8***	14.3	0.0	0.0	0.0
	変わらない	479	***50.1***	46.5	3.3	0.0	0.0
	悪くなった	343	33.5	***66.5***	0.0	0.0	0.0

凡例
全体+10%
全体−10%

② 認知症の診断有無とその変化（Q3-3･SA）

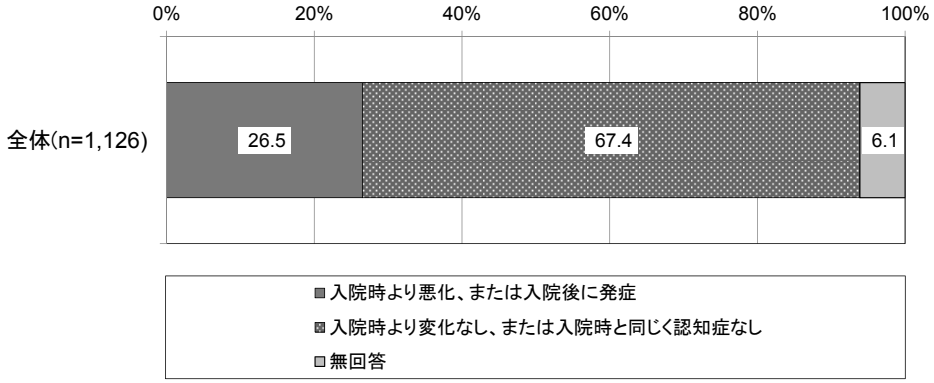
入院前に「認知症の診断あり」のケースは全体で 3 割みられた。

認知症の診断有無とその変化
【入院（棟）前】



退院時では、「変化なし、または入院前と同じく認知症なし」が約 7 割を占めるものの、「悪化、または入院後に発症」のケースも全体で 26.5%と 4 人に 1 人の割合である。
具体的には、入院をきっかけとして、認知症の診断がなかった人（n=732）の 26.0%が認知症を発症し、また認知症診断があった人（n=358）の、28.2%が悪化させている。

認知症の診断有無とその変化
【退院（棟）時】

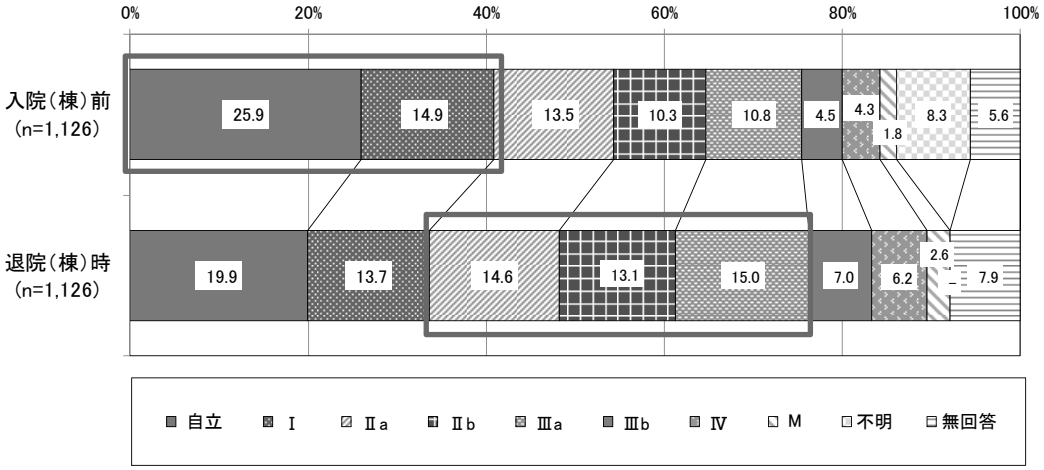


		調査数	入院時より悪化、または入院後に発症	入院時より変化なし、または入院時と同じく認知症なし	無回答
全 体		1126	26.5	67.4	6.1
認知症診断の有無別	認知症の診断なし	732	26.0	69.9	4.1
	認知症の診断あり	358	28.2	68.2	3.6

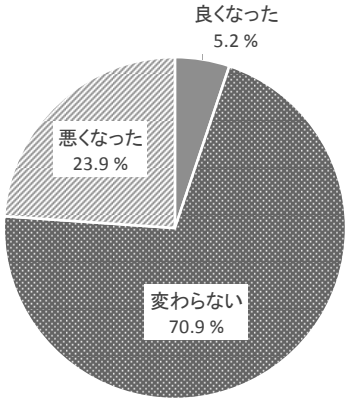
③ 認知症高齢者の日常生活自立度の変化（Q3-2･SA）

入院前に比べ退院時は、「自立」「Ⅰ」が減少し、「Ⅱb」「Ⅲa」「Ⅲb」の割合が増加。
入院前→退院時の変化をみると（不明／無回答を除く n=950）、「変わらない」が 70.9%で、「悪くなった」が 23.9%と、悪化が 2 割以上を占める。「良くなった」は 5.2%。
なお、入院前の自立度が自立～Ⅰであったケースでも、退院時には「Ⅱa」以上である場合が 2 割を超えている。

認知症高齢者の日常生活自立度の変化



認知症高齢者の日常生活自立度の変化
（入院前→退院時）
（n=950）*不明／無回答を除く



参考）認知症高齢者の生活自立度判定基準

レベル	判断基準
Ⅰ）	・何らかの認知症を有するが、日常生活は家庭内および社会的にほぼ自立している
Ⅱa）	・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。
Ⅱb）	・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ても、誰かが注意していれば自立できる。
Ⅲa）	・ 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。
Ⅲb）	・ 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）	・著しい精神症状や周辺症状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。

*出典：（公財）長寿科学振興財団「健康長寿ネット」から抜粋

退院（棟）時(SA)

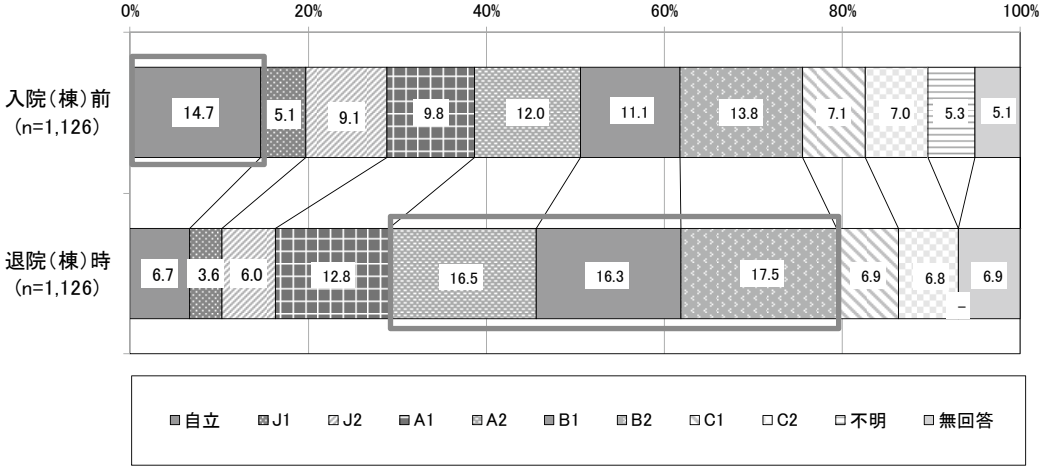
		調査数	自立～Ⅰ	Ⅱa ～Ⅱb	Ⅲa ～M	無回答
全体		1126	33.6	27.7	30.8	7.9
認知症高齢者日常生活自立度（入院前）	自立～Ⅰ	460	***74.6***	16.1	6.7	2.6
	Ⅱa ～Ⅱb	268	4.1	***72.8***	21.4	1.9
	Ⅲa ～M	241	0.8	8.3	***90.1***	0.8
認知症高齢者日常生活自立度の変化	良くなった	49	32.6	***51.0***	16.3	0.0
	変わらない	674	***46.6***	25.6	27.7	0.0
	悪くなった	227	11.5	***40.1***	***48.5***	0.0

凡例
全体+10%
全体−10%

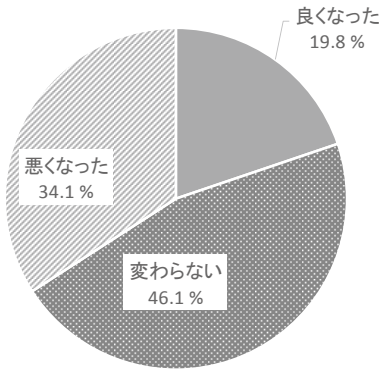
④ 障害老人の日常生活自立度（寝たきり度）の変化（Q3-4･SA）

入院前に比べ退院時は、「自立」が減少し、「A2」「B1」「B2」の割合が増加している。
入院前→退院時の変化をみると（不明／無回答を除く、n=985）、「変わらない」が 46.1%、「悪くなった」が 34.1%、「良くなった」が 19.8%である。
なお、入院時に自立～J2 であった場合でも、退院時には A1 以上の場合が半数を超える。

障害老人の日常生活自立度(寝たきり度)の変化



障害老人の日常生活自立度(寝たきり度)の変化
（入院前→退院時）
(n=985)*不明／無回答を除く



参考)障害高齢者の日常生活自立度(寝たきり度)判定基準

		判定基準
生活自立	ランクJ	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独力で外出する 1. 交通機関等を利用して外出する 2.隣近所なら外出する
準寝たきり	ランクA	屋内での生活はおおむね自立しているが、介助なしには外出しない 1.介助により外出し、日中はほとんどベットから離れて生活する 2.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
寝たきり	ランクB	屋内での生活は何らかの介助を要し、日中もベット上での生活が主体であるが、座位を保つ 1.車いすに移乗し、食事、排泄はベットから離れて行う 2.介助により車いすに移乗する
寝たきり	ランクC	1日中ベット上で過ごし、排泄、食事、着替において介助を要する 1.自力で寝返りをうつ 2.自力では寝返りもうたない

*出典：(公財) 長寿科学振興財団「健康長寿ネット」

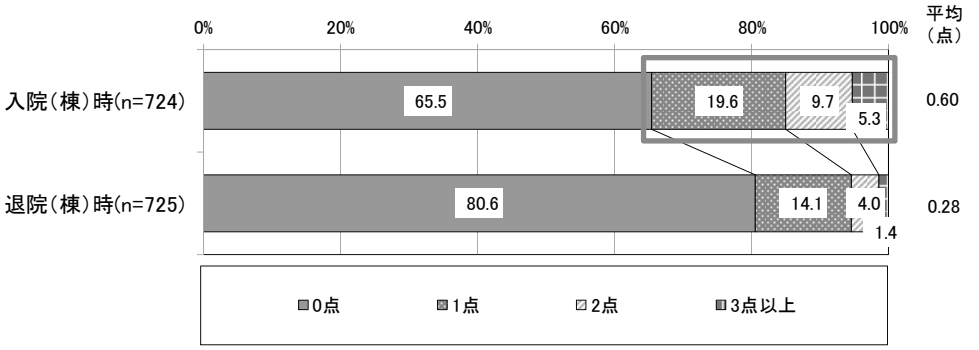
退院(棟)時(SA)

		調査数	自立～J2	A1～A2	B1～C2	無回答
全体		1126	16.3	29.3	47.5	6.9
障害老人の日常生活自立度(入院前)	自立～J2	325	***45.0***	28.3	23.3	3.4
	A1～A2	245	5.7	***61.6***	31.0	1.6
	B1～C2	439	3.9	15.1	***79.0***	2.1
障害老人の日常生活自立度の変化	良くなった	195	20.6	***40.0***	39.5	0.0
	変わらない	454	24.9	27.3	47.8	0.0
	悪くなった	336	7.2	31.9	***60.9***	0.0

⑤ 重症度、医療・看護必要度 <A 項目>（Q3-5・実数）

重症度、医療・看護必要度 A 項目は、入院時には 1 点以上が 1/3 を占めるが、退院時には 1 点以上は 2 割に減少している。入院時に 1 点以上だった患者（n ＝ 244）は全体（n ＝ 710）の 34.4%で、入院時 1 点は退院時に平均 0.47 点に、2 点以上は平均 2.72 点から 0.95 点に改善している。

重症度、医療・看護必要度（A項目）
【上限10点(SA)】 *未聴取・無回答を除く



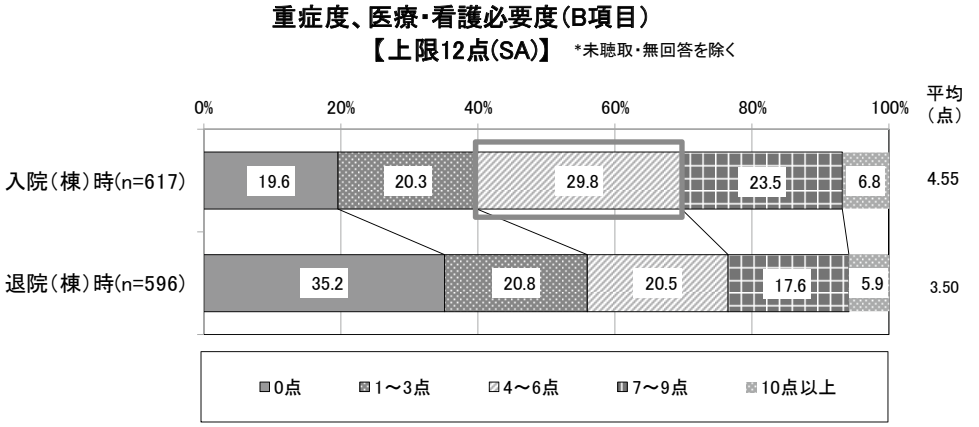
A 項目（医療管理）：創傷処置、呼吸ケア、心電図モニター、輸血、専門的治療・処置　等

退院（棟）時（上限10点）(SA)

		調査数	0点	1点	2点	3点以上	平均
全体		725	80.6	14.1	4.0	1.4	0.28
看護必要度「入院前」A項目(12点満点)	0 点	466	***93.3***	5.4	1.3	0.0	0.08
	1 点	141	55.3	***43.3***	0.7	0.7	0.47
	2 点以上	103	56.3	13.6	***21.4***	8.7	0.95
看護必要度　A項目の変化	良くなった	155	87.7	9.0	2.6	0.6	0.16
	変わらない	520	83.7	11.7	3.5	1.2	0.24
	悪くなった	35	0.0	***71.4***	***20.0***	8.6	1.49

⑥ 重症度、医療・看護必要度 <B 項目>（Q3-5・実数）

B 項目は、入院時には「4 ～ 6 点」が最も多く約 3 割を占めるが、退院時は「0 点」「1 点」の合計が半数を超える。入院時 1 点以上だった患者（n ＝ 462）は全体（n ＝ 580）の 79.7%で、入院時 1 ～ 5 点だった患者の平均は 3.30 点から退院時は 2.41 点に、入院時 6 ～ 12 点だった患者の平均は 7.92 点から 6.32 点に改善している。



B 項目（生活援助）：寝返り、移乗、口腔清潔、食事摂取、衣服の着脱、危険行動の有無　等

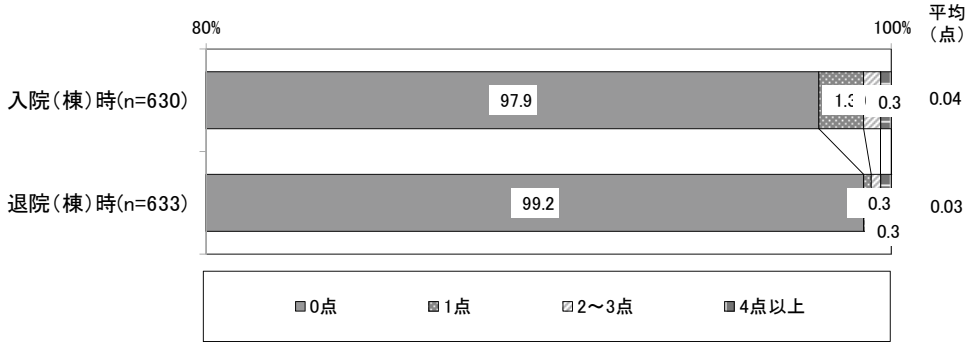
退院（棟）時（上限12点）(SA)

		調査数	0点	1～3点	4～6点	7～9点	10点以	平均点
全体		596	35.2	20.8	20.5	17.6	5.9	3.50
看護必要度「入院前」B項目(12点満点)	0 点	118	***94.9***	5.1	0.0	0.0	0.0	0.09
	1-5 点	230	28.3	***43.5***	22.2	5.7	0.4	2.41
	6-12点	232	11.2	6.9	29.7	***37.9***	14.2	6.32
看護必要度 B項目の変化	良くなった	244	37.3	29.9	21.7	10.2	0.8	2.53
	変わらない	254	44.1	16.1	16.9	16.1	6.7	3.26
	悪くなった	82	0.0	9.8	29.3	***42.7***	***18.3***	7.16

⑦ 重症度、医療・看護必要度（Q3-5・実数）＜C 項目＞

C 項目は、入院時、退院時いずれも「0 点」がほとんど占める。入院時に 1 点以上だった患者（n ＝ 12）は全体（n ＝ 616）の 1.9%で、平均 2.15 点から平均 1.08 点に改善している。

重症度、医療・看護必要度（C項目）
【上限7点(SA)】 *未聴取・無回答を除く



C 項目（手術などの医学的状況）：開頭、開胸、開腹、骨、胸腔鏡・腹腔鏡、全身・脊椎麻酔の手術，救命等に係る内科的治療　等

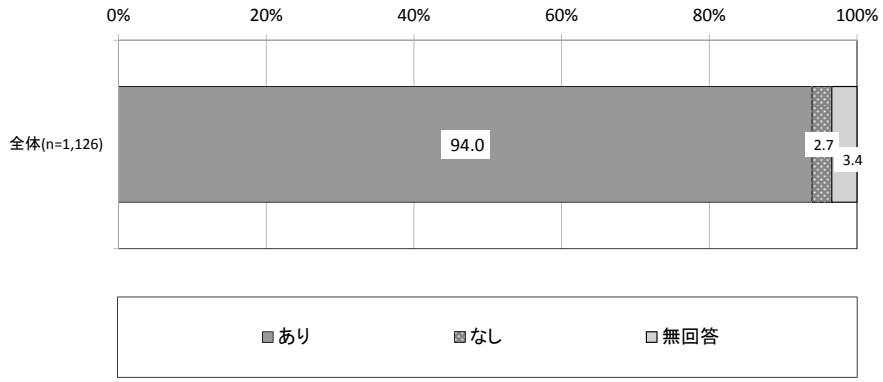
退院（棟）時（上限 7点）(SA)

		調査数	0点	1点	2～3点	4点	5点以上	平均
全体		633	99.2	0.2	0.3	0.0	0.3	0.03
看護必要度「入院前」C項目(12点満点)	0 点	604	99.8	0.0	0.0	0.0	0.2	0.01
	1 点以上	12	66.7	8.3	*16.7*	0.0	8.3	1.08
看護必要度 C表項目の変化	良くなった	9	88.9	0.0	*11.1*	0.0	0.0	0.22
	変わらない	606	99.5	0.2	0.2	0.0	0.2	0.02
	悪くなった	1	0.0	0.0	0.0	0.0	*100.0*	5.00

⑧ 退院後の内服薬の有無と服薬管理（Q3-6･SA）

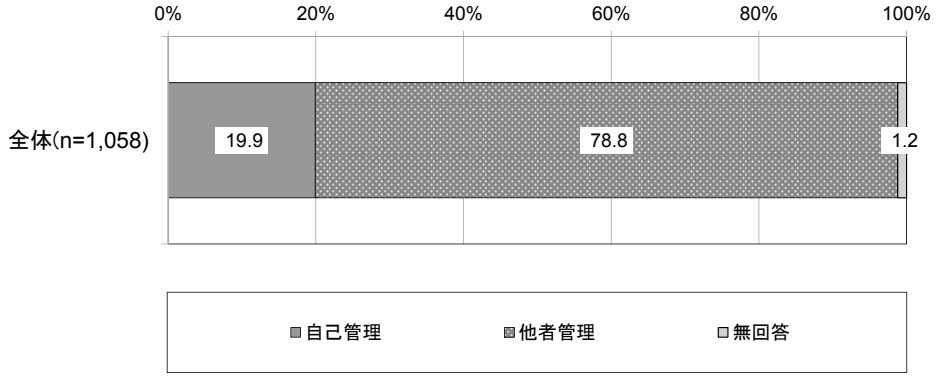
退院後の内服薬については9割以上が「あり」で、そのうち8割が「他者管理」である。服薬管理については、認知症の状態や、自立度、看護必要度（B項目）との相関がみられるが、比較的自立度が高いケースであっても、服薬を「自己管理」している割合は半数以下である。

退院後の内服薬の有無と服薬管理
【内服薬】



		調査数	あり	なし	無回答
全体		1126	94.0	2.7	3.4
要介護度（退院時）	要支援 1～要介護 2	424	94.8	1.7	3.5
	要介護 3～要介護 5	542	94.8	2.6	2.6
障害老人の日常生活自立度（退院時）	自立～J2	183	92.3	3.3	4.4
	A1～A2	330	95.8	2.4	1.8
	B1～C2	535	94.6	2.6	2.8
認知症高齢者日常生活自立度（退院時）	自立～1	378	96.0	1.3	2.6
	Ⅱa ～Ⅱb	312	95.5	1.9	2.6
	Ⅲa ～M	347	92.2	4.3	3.5
看護必要度「退院時」B 項目（12点満点）	0 点	210	96.2	1.9	1.9
	1-5 点	190	97.9	2.1	0.0
	6-12点	196	95.9	2.0	2.0
要介護度の変化	良くなった	7	100.0	0.0	0.0
	変わらない	479	94.6	1.7	3.8
	悪くなった	343	94.5	2.6	2.9
障害老人の日常生活自立度の変化	良くなった	195	95.4	4.6	0.0
	変わらない	454	93.6	2.4	4.0
	悪くなった	336	95.5	1.5	3.0
認知症高齢者日常生活自立度の変化	良くなった	49	95.9	2.0	2.0
	変わらない	674	95.3	2.2	2.5
	悪くなった	227	94.3	2.2	3.5
認知症高齢者の診断の有無とその変化	入院前より悪化/ 入院後に発症	291	93.5	3.4	3.1
	診断はあるが、状態は変わらない	244	94.3	2.5	3.3
	認知症なし	512	94.5	2.7	2.7
看護必要度 B項目の変化	良くなった	244	98.4	0.8	0.8
	変わらない	254	95.7	2.8	1.6
	悪くなった	82	96.3	2.4	1.2

退院後の内服薬の有無と服薬管理【服薬管理】
（内服薬の服薬ありベース）



		調査数	自己管理	他者管理	無回答
全体		1058	19.9	78.8	1.2
要介護度（退院時）	要支援 1～要介護 2	402	27.9	69.7	2.5
	要介護 3～要介護 5	514	10.9	88.5	0.6
障害老人の日常生活自立度（退院時）	自立～J2	169	***47.9***	50.3	1.8
	A1～A2	316	25.3	73.4	1.3
	B1～C2	506	7.9	***91.5***	0.6
認知症高齢者日常生活自立度（退院時）	自立～1	363	***42.1***	56.5	1.4
	Ⅱa ～Ⅱb	298	12.1	86.2	1.7
	Ⅲa ～M	320	3.1	***96.6***	0.3
看護必要度「退院時」B 項目（12点満点）	0 点	202	29.2	69.8	1.0
	1-5 点	186	18.8	79.6	1.6
	6-12点	188	2.1	***97.3***	0.5
要介護度の変化	良くなった	7	0.0	85.7	***14.3***
	変わらない	453	17.2	81.7	1.1
	悪くなった	324	23.1	75.3	1.5
障害老人の日常生活自立度の変化	良くなった	186	23.7	74.7	1.6
	変わらない	425	19.5	79.3	1.2
	悪くなった	321	21.5	78.2	0.3
認知症高齢者日常生活自立度の変化	良くなった	47	21.3	78.7	0.0
	変わらない	642	23.5	75.2	1.2
	悪くなった	214	13.6	85.5	0.9
認知症高齢者の診断の有無とその変化	入院前より悪化/ 入院後に発症	272	9.2	***90.1***	0.7
	診断はあるが、状態は変わらない	230	3.5	***95.7***	0.9
	認知症なし	484	***34.5***	64.3	1.2
看護必要度　B項目の変化	良くなった	240	22.1	76.7	1.3
	変わらない	243	16.5	82.3	1.2
	悪くなった	79	3.8	***96.2***	0.0

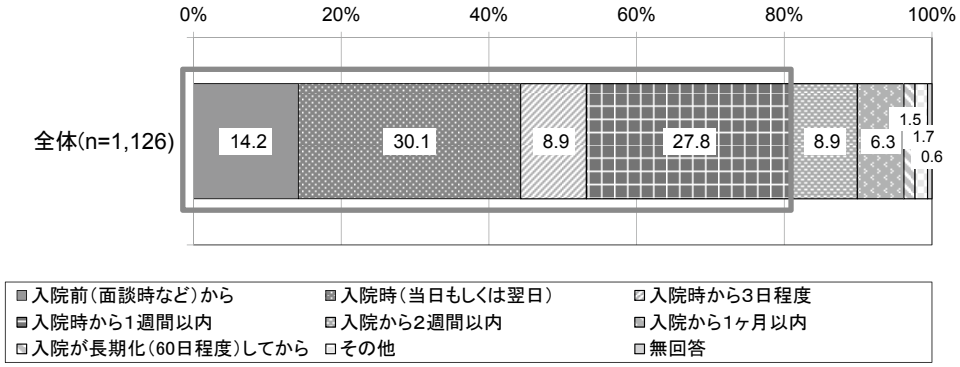
（4）困難ケース患者の地域包括ケア病棟（床）における退院支援状況

① 退院支援への介入

i. 退院支援に介入した時期（Q5-1･SA）

退院支援の介入時期は、1 週間以内までが 8 割を占めるが、「入院時（当日もしくは翌日）」と「入院時から 1 週間以内」に 2 局化している。
連携活動評価尺度別でも大きな傾向は変わらないが、連携活動評価尺度の得点が高い担当者は、「入院前（面談時など）から」が 2 割弱と高い。

退院支援に介入した時期

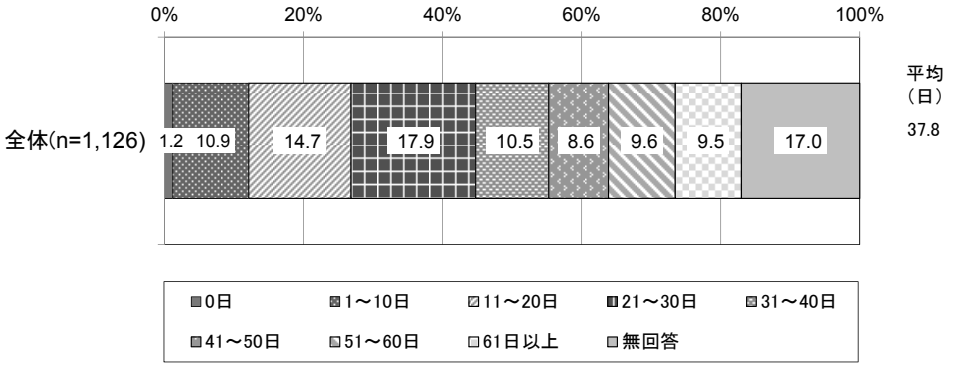


		調査数	入院前（面談時など）から	入院時（当日もしくは翌日）	入院時から3日程度	入院時から1週間以内	入院から2週間以内	入院から1ヶ月以内	入院が長期化（60日程度）してから	その他	無回答
全体	全体	1126	14.2	30.1	8.9	27.8	8.9	6.3	1.5	1.7	0.6
患者の受入経路別	①:ポストアキュート	540	15.9	31.9	7.6	25.6	9.1	6.5	0.9	1.9	0.7
	②:サブアキュート	343	8.5	30.9	11.4	31.8	7.9	5.5	2.0	1.2	0.9
	③:周辺機能としての入院	243	18.5	25.1	8.2	27.2	9.9	7.0	2.1	2.1	0.0
連携評価尺度の合計点数別	1.連携度　高（27点以上）	199	18.6	30.7	8.0	27.6	8.0	2.5	1.5	2.5	0.5
	2.連携度　中（26～18点）	693	15.6	30.6	9.1	26.4	8.9	6.3	1.2	1.2	0.7
	3.連携度　低（17点以下）	218	6.0	28.4	9.6	31.2	9.2	10.1	2.8	2.8	0.0

ii. 退院支援に介入してから、退院先が決まるまでの期間（Q5-2･日数）

退院支援に介入してから退院先が決まるまでの期間については、回答はばらつくものの「21～30 日」が最も多く、平均で 37.8 日と 1 ヶ月以上要している。
患者の状態別にみると、状態像が悪いほど退院先が決まるまでの期間は長い。

退院支援に介入してから退院先が決まるまでの期間

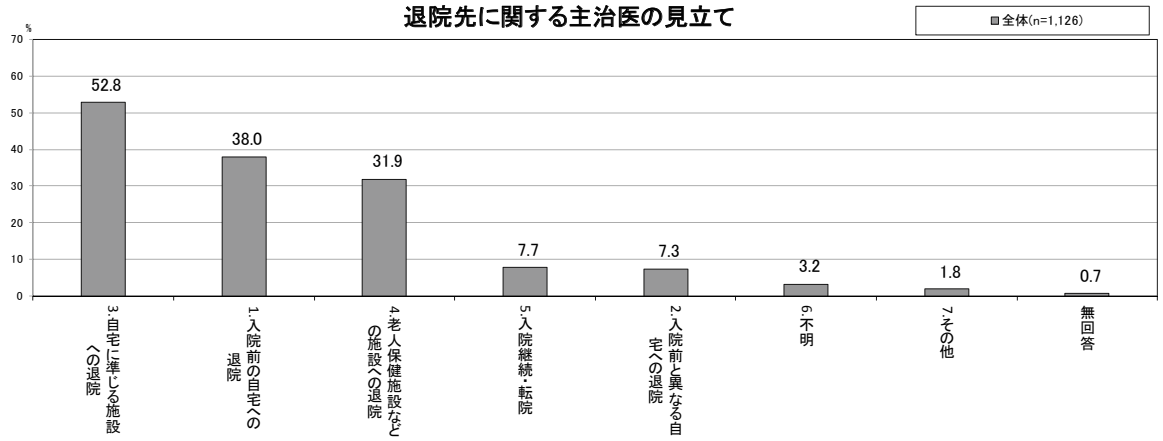


		調査数	0日	1～10日	11～20日	21～30日	31～40日	41～50日	51～60日	61日以上	無回答	平均
全体		1126	1.2	10.9	14.7	17.9	10.5	8.6	9.6	9.5	17.0	37.8
連携評価尺度の合計点数別	1.連携度　高（27点以上）	199	1.0	15.1	19.6	17.6	8.5	6.0	5.5	9.5	17.1	38.1
	2.連携度　中（26～18点）	693	1.2	8.9	12.4	18.0	11.1	10.5	10.4	11.1	16.3	39.7
	3.連携度　低（17点以下）	218	1.8	13.8	18.8	17.9	10.1	5.0	10.1	4.2	18.3	30.7
要介護度別（退院時）	要支援 1～要介護 2	424	1.7	12.0	14.6	18.2	12.3	8.7	9.2	6.6	16.7	33.9
	要介護 3～要介護 5	542	1.3	8.9	13.7	18.3	10.1	8.1	9.6	13.5	16.6	42.2
障害老人の日常生活自立度別（退院時）	自立～J2	183	0.5	19.7	14.2	12.0	10.4	10.4	6.0	8.7	18.0	35.0
	A1～A2	330	2.1	11.2	14.8	17.9	12.7	9.1	9.7	7.5	14.8	35.1
	B1～C2	535	1.1	8.2	15.5	20.9	9.0	8.0	10.8	10.9	15.5	39.7
認知症高齢者日常生活自立度別（退院時）	自立～1	378	1.1	14.8	13.0	17.5	11.1	7.7	10.6	6.7	17.7	34.5
	Ⅱa ～Ⅱb	312	1.0	9.6	15.1	20.5	12.2	10.6	8.7	10.0	12.5	37.5
	Ⅲa ～M	347	1.2	8.1	17.3	16.7	8.1	8.6	8.9	12.7	18.4	42.4
看護必要度「退院時」B 項目別（12点満点）	0 点	210	1.4	14.8	14.3	18.1	11.0	10.0	8.6	8.7	13.3	34.0
	1-5 点	190	1.1	12.1	13.7	17.9	12.6	10.5	7.9	5.4	18.9	33.8
	6-12点	196	1.0	9.2	16.8	16.3	10.7	5.6	12.2	12.7	15.3	42.7

② 退院先の選定

i. 退院先に関する主治医の見立て（Q5-3･MA）

主治医は、患者の状態像を見ながら「自宅に準ずる施設への退院」「入院前の自宅への退院」「老人保健施設などの施設への退院」かを判断している。
患者の状態別でみると、最も多い見立ては「自宅に準ずる施設への退院」だが、状態が良い（要介護度が低い／自立度が高い）ほど、「入院前の自宅への退院」が選択され、状態が悪いほど「老人保健施設などの施設への退院」が選択されている。
居住形態別には、独居の場合「自宅に準ずる施設への退院」を選択する比率は6割を超える。一方、同居の場合は「入院前の自宅への退院」が選択されている。



		調査数	3.自宅に準じる施設への退院	1.入院前の自宅への退院	4.老人保健施設などの施設への退院	5.入院継続・転院	2.入院前と異なる自宅への退院	6.不明	7.その他	無回答
全体		1126	52.8	38.0	31.9	7.7	7.3	3.2	1.8	0.7
要介護度別（退院時）	要支援 1～要介護 2	424	57.3	↑ 41.7	↓ 27.6	4.0	9.7	2.4	1.7	0.2
	要介護 3～要介護 5	542	50.9	↑ 32.8	↓ 36.3	12.2	5.2	4.1	2.0	1.1
障害老人の日常生活自立度別（退院時）	自立～J2	183	51.9	↑ ***50.8***	18.0	3.3	8.7	2.2	0.5	0.5
	A1～A2	330	59.4	↑ 41.2	↓ 30.9	4.2	7.6	3.0	1.5	0.3
	B1～C2	535	49.3	↑ 32.1	↓ 36.8	11.6	6.4	3.4	2.1	1.1
認知症高齢者日常生活自立度別（退院時）	自立～1	378	54.5	↑ 47.4	↓ 25.1	4.5	9.3	3.2	1.1	0.3
	Ⅱa ～Ⅱb	312	53.8	↑ 36.9	↓ 33.7	5.4	5.8	2.9	2.6	0.6
	Ⅲa ～M	347	52.2	27.7	↓ 37.2	12.4	6.3	4.0	1.2	1.4
看護必要度「退院時」B 項目別（12点満点）	0 点	210	56.2	↑ 45.7	↓ 30.0	4.3	6.7	2.4	1.4	1.0
	1-5 点	190	51.1	↑ 43.2	↓ 31.1	2.6	6.3	2.6	0.0	0.5
	6-12点	196	50.0	↑ 28.1	↓ ***43.4***	15.3	4.6	5.1	1.0	0.5

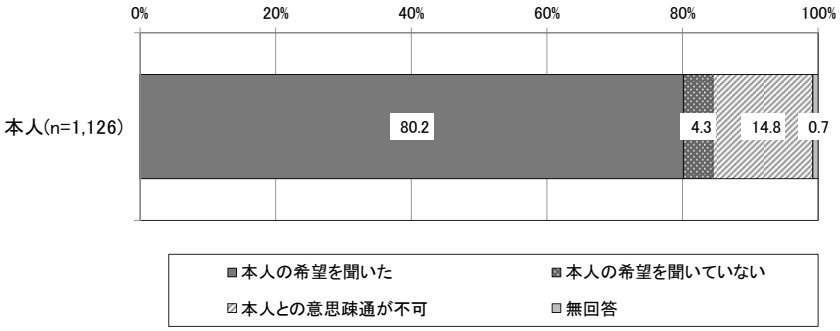
		調査数	1.入院前の自宅への退院	2.入院前と異なる自宅への退院	3.自宅に準じる施設への退院	4.老人保健施設などの施設への退院	5.入院継続・転院	6.不明	7.その他	無回答
全体		1126	38.0	7.3	52.8	31.9	7.7	3.2	1.8	0.7
居住形態	独居　計	535	↓ 28.8	8.8	↑ 62.2	33.8	6.4	3.4	1.9	0.2
	同居　計	588	↓ 46.4	6.0	↑ 44.2	30.1	9.0	3.1	1.7	1.0
居住と住まい	独居で持ち家	260	36.9	10.0	62.7	29.6	5.8	3.1	1.9	0.0
	同居で持ち家	449	***51.0***	4.9	43.4	29.2	7.8	2.4	1.6	1.1
	独居で賃貸	190	28.4	9.5	62.6	36.8	6.8	2.1	1.1	0.0
	同居で賃貸	79	44.3	10.1	40.5	26.6	7.6	5.1	2.5	1.3
	介護施設など	28	7.1	14.3	***64.3***	35.7	***21.4***	3.6	3.6	0.0
	その他	120	10.0	3.3	55.8	41.7	10.0	6.7	2.5	1.7



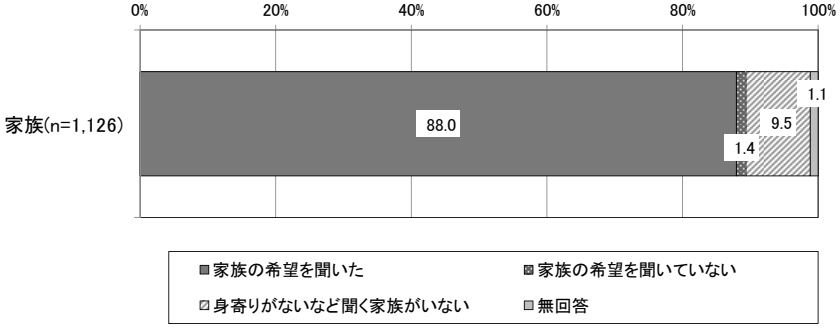
ii. 退院先に関する、本人･家族への聴取の有無（Q5-4①.Q5-5①･SA）

退院先については「本人の希望を聞いた」ケースが８割、「家族の希望を聞いた」ケースは９割弱である。

退院先に関する本人の希望の聴取
【①聴取の有無】



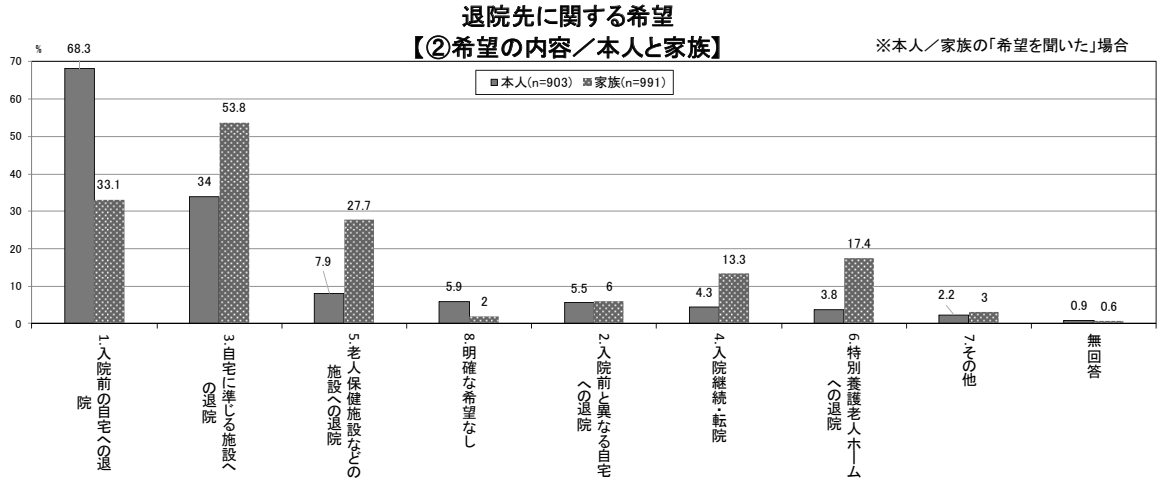
退院先に関する家族の希望の聴取
【①聴取の有無】



iii. 退院先に関する、家族の希望（Q5-4②.Q5-5②･MA）

本人の希望は、「入院前の自宅への退院」が 68.3%と高く、次いで、「自宅に準ずる施設への退院」が 34.0%の順である。一方、家族は「自宅に準ずる施設への退院」53.8%、次いで、「入院前の自宅への退院」33.1%、「老人保健施設などの施設への退院」27.7%で、本人の希望と家族の希望にはギャップがみられる。

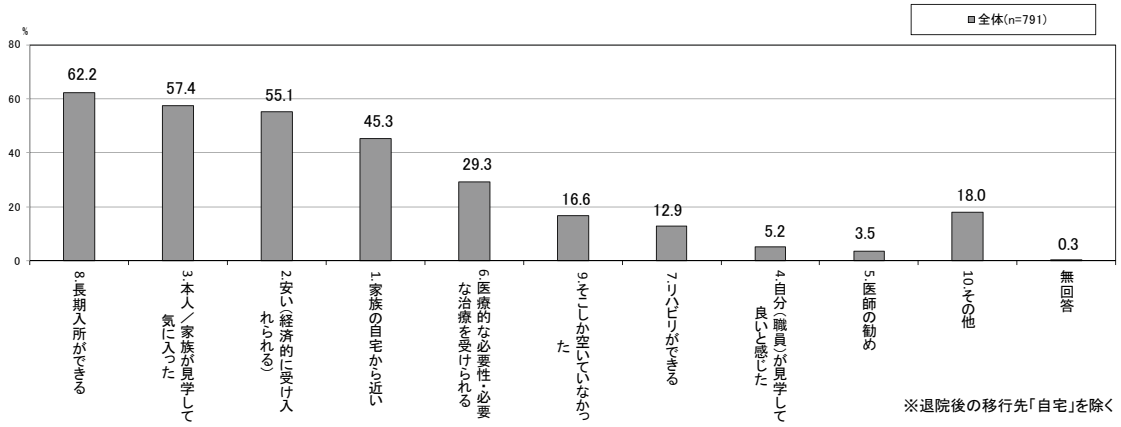
退院先に関する希望
【②希望の内容／本人と家族】



③ 退院先を選定するにあたって重視した項目（Q5-6･MA/1-3 位）

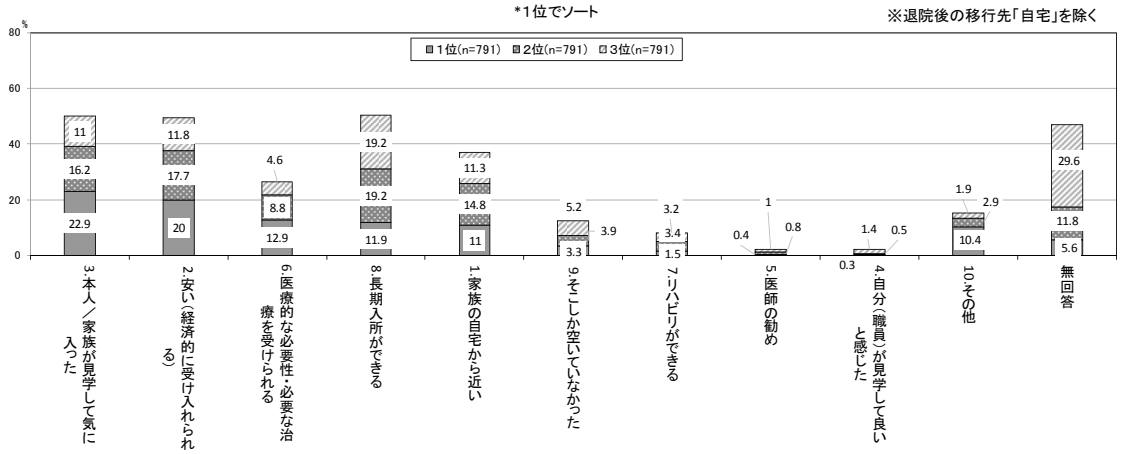
退院先として自宅以外を選定する場合、重視する項目は、「長期入所ができる」「本人／家族が見学して気に入った」「安い（経済的に受け入れられる）」の順である。
患者の居住形態別などにみると、独居で持ち家があるなら「本人や家族が見学して気に入った」ところ、同居で持ち家があるなら「家族の自宅から近い」、賃貸ならば「安い」ところが指向されいてる。
重視項目を 1 位から 3 位までを挙げてもらったところ、第一選択では「本人／家族が見学して気に入った」「安い（経済的に受け入れられる）」の比率が高くなっているが、第二、第三選択では「長期入所ができる」の比率が高く、結果として「長期入所ができる」の比率が高くなっている。

退院先を選定するにあたっての重視項目



		調査数	1.家族の自宅から近い	2.安い（経済的に受け入れられる）	3.本人／家族が見学して気に入った	4.自分（職員）が見学して良いと感じた	5.医師の勧め	6.医療的な必要性・必要な治療を受けられる	7.リハビリができる	8.長期入所ができる	9.そこしか空いていなかった	10.その他	無回答
全体		791	45.3	55.1	57.4	5.2	3.5	29.3	12.9	62.2	16.6	18.0	0.3
居住と住まい	独居で持ち家	193	48.2	42.5	***72.0***	6.7	5.2	28.5	14.5	61.7	15.5	14.0	0.5
	同居で持ち家	270	***57.0***	50.7	56.3	5.9	3.3	24.4	15.6	58.5	13.7	17.4	0.0
	独居で賃貸	154	27.3	***75.3***	48.7	4.5	2.6	29.2	8.4	67.5	21.4	20.8	0.0
	同居で賃貸	42	52.4	***76.2***	52.4	2.4	0.0	33.3	7.1	59.5	26.2	23.8	0.0
	介護施設など	24	41.7	50.0	41.7	8.3	4.2	***41.7***	8.3	66.7	16.7	20.8	4.2
	その他	108	34.3	52.8	51.9	1.9	3.7	38.9	13.0	64.8	14.8	19.4	0.0

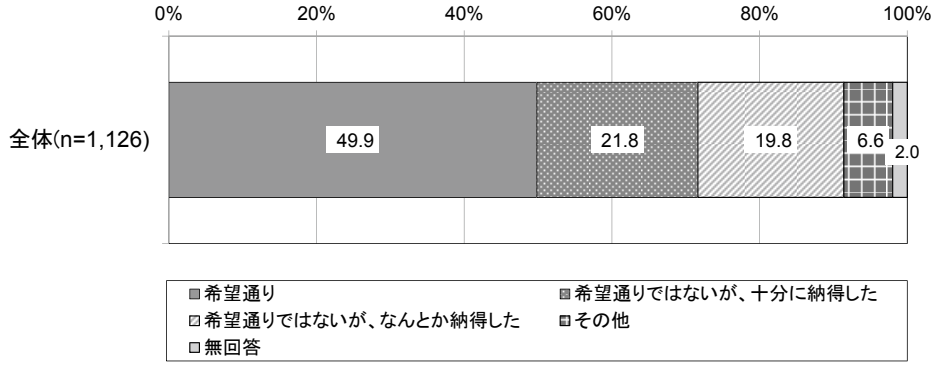
特に重視した項目
（1位～3位の積み上げ）
*1位でソート
※退院後の移行先「自宅」を除く



④ 最終的な退院先は、患者の希望通りか（Q5-8･SA）

最終的な退院先は「希望通り」が半数を占め、「希望通りではないが、十分に納得した」「希望通りではないが、なんとか納得した」がそれぞれ 2 割を占める。
連携活動評価尺度の得点が高い担当者は、「希望通り」の比率が 61.3%と高くなっている。

最終的な退院先の患者の希望意向

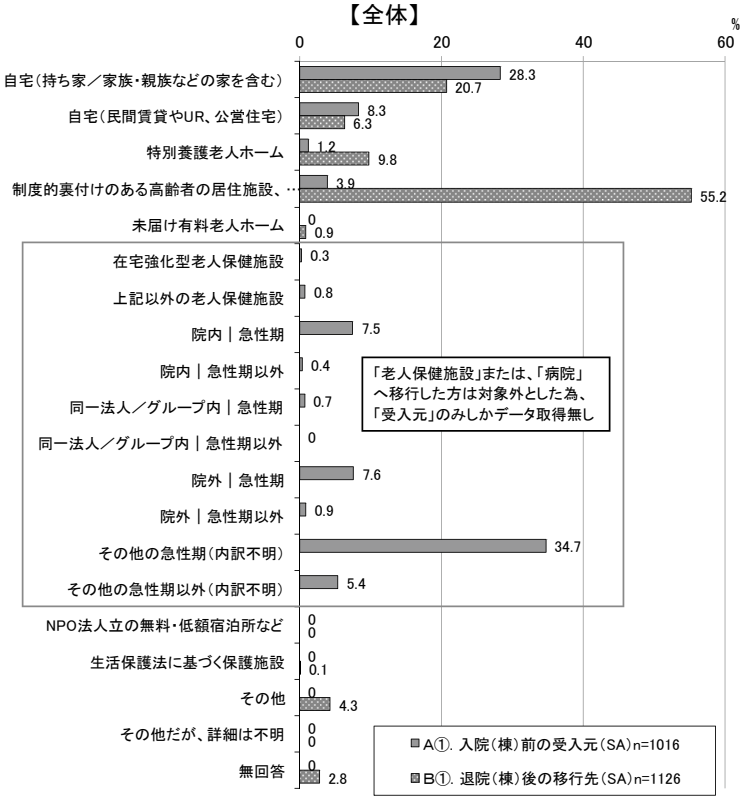


		調査数	希望通り	希望通りではないが、十分に納得した	希望通りではないが、なんとか納得した	その他	無回答
全体		1126	49.9	21.8	19.8	6.6	2.0
連携評価尺度の合計点数別	1.連携度　高（27点以上）	199	***61.3***	16.6	15.1	5.5	1.5
	2.連携度　中（26～18点）	693	48.1	25.0	18.9	6.1	2.0
	3.連携度　低（17点以下）	218	45.4	15.6	27.5	9.2	2.3

⑤ 受入元と移行先（Q4-1･SA）

「自宅」から入院し、「制度的裏付けのある高齢者の居住施設、あるいは住まい」へ退院するケースが多い。
患者の希望意向別でみると、「希望通り」の場合は「自宅」への退院比率が高く、「十分に納得」「なんとか納得」の場合は、「制度的裏付けのある高齢者の居住施設、あるいは住まい」への退院が多い。

地域ケア病棟への（入院時）受入元→（退院時）移行先
【全体】



※受入元は「Q1②入院時の経路」の回答内容と照らしてデータクリーニング

		調査数	自宅（持ち家／家族・親族などの家を含む）	自宅（民間賃貸やUR、公営住宅）	特別養護老人ホーム	制度的裏付けのある高齢者の居住施設、あるいは住まい	未届け有料老人ホーム	NPO法人立の無料・低額宿泊所など	生活保護法に基づく保護施設	その他	その他だが、詳細は不明	無回答
全体	全体	1126	20.7	6.3	9.8	55.2	0.9	0.0	0.1	4.3	0.0	2.8
患者の希望別	希望通り	562	▲ *35.8*	▲ 10.7	7.7	▼ 40.0	0.9	0.0	0.0	2.1	0.0	2.8
	十分に納得	245	2.0	1.6	9.4	*74.7*	1.2	0.0	0.4	7.8	0.0	2.9
	なんとか納得	223	3.1	1.8	11.7	*75.8*	0.4	0.0	0.0	4.5	0.0	2.7
	その他	74	6.8	2.7	*20.3*	58.1	1.4	0.0	0.0	8.1	0.0	2.7

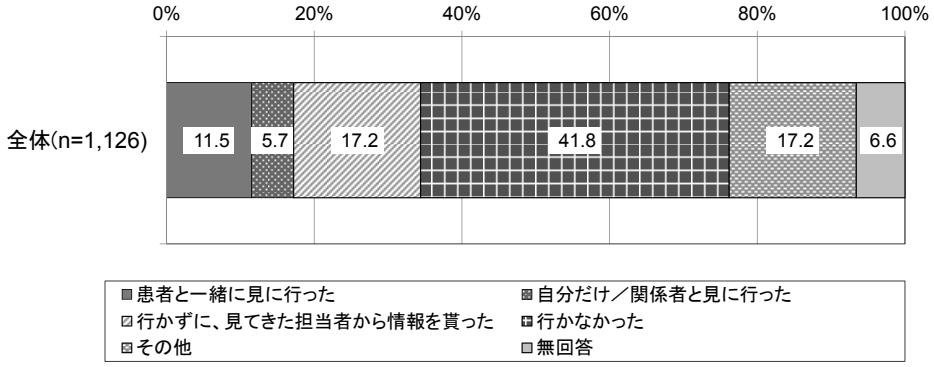
＊「老人保健施設」や「病院」へ移行したケースは本調査の対象外なので上記項目から除く



⑥ 退院先選定における事前見学の有無（Q5-7･SA）

退院先の選定にあたり、自宅や施設の事前見学の状況を尋ねたところ、「行かなかった」が 4 割と高く、「自身が行った（患者と一緒＋自分／関係者）」「見てきた担当者から情報を貰った」がそれぞれ 2 割弱を占めている。
連携活動評価尺度の得点が高い担当者は、事前見学に「行かなかった」比率は低く、「患者と一緒に見に行った」「自分だけ／関係者と見に行った」が合わせて 2 割を超えている。

退院先の選定にあたり自宅や施設の事前見学の有無



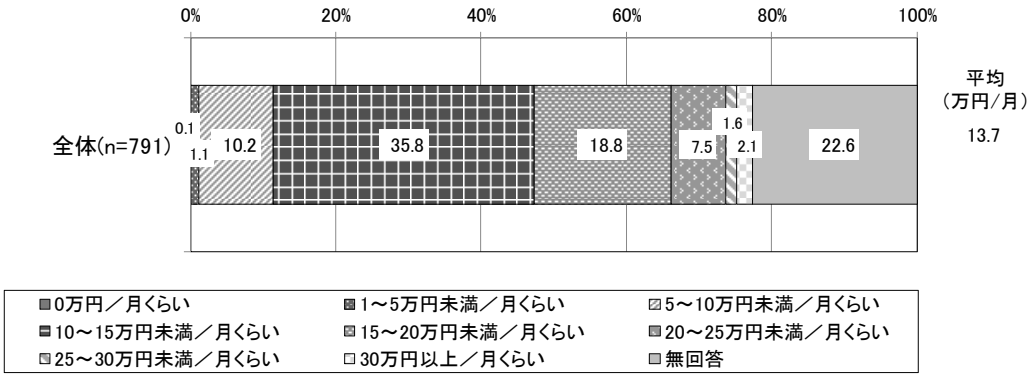
		調査数	患者と一緒に見に行った	自分だけ／関係者と見に行った	行かずに、見てきた担当者から情報を貰った	行かなかった	その他	無回答
全体		1126	11.5	5.7	17.2	41.8	17.2	6.6
連携評価尺度の合計点数別	1.連携度　高（27点以上）	199	13.1	10.6	18.1	36.2	15.6	6.5
	2.連携度　中（26～18点）	693	11.7	5.2	15.9	42.7	18.8	5.8
	3.連携度　低（17点以下）	218	9.6	3.2	19.7	45.4	13.8	8.3

⑦ 入居した施設の月額利用料（Q4-3･金額／月あたり）

入居した施設について月額利用料を尋ねたところ（n=791）、「10～15 万未満／月くらい」が最も多く、次いで「15～20 万円未満／月くらい」で、概算平均で 13.7 万円である。
毎月負担できる金額別（家族援助含む）別では、10～15 万円未満の負担可能なケースのうち約 6 割がこの水準であった。

退院（棟）後の移行先（入居した）施設の月額利用料

※移行先が自宅や無回答の場合を除く



【B票：退院支援困難ケース（患者票）】

		調査数	0万円／月くらい	1～5万円未満／月くらい	5～10万円未満／月くらい	10～15万円未満／月くらい	15～20万円未満／月くらい	20～25万円未満／月くらい	25～30万円未満／月くらい	30万円以上／月くらい	無回答	平均
合計		791	0.1	1.1	10.2	35.8	18.8	7.5	1.6	2.1	22.6	13.7
同居人の有無別	1.なし（独居）	426	0.0	1.4	8.7	36.4	20.2	6.8	0.7	2.3	23.5	13.7
	2.配偶者のみ	118	0.0	0.0	7.6	33.1	17.8	11.0	4.2	4.2	22.0	15.6
	3.息子や娘のみ	79	0.0	1.3	11.4	40.5	12.7	5.1	3.8	1.3	24.1	12.9
	4.配偶者とそれ以外の家族	47	0.0	0.0	17.0	31.9	17.0	10.6	2.1	0.0	21.3	13.5
	5.その他	121	0.8	1.7	14.9	34.7	19.8	6.6	0.8	0.8	19.8	12.6
介護保険の自己負担割合別	1.1割	578	0.2	1.4	12.6	38.2	19.2	7.6	1.2	1.6	18.0	13.2
	2.2割	44	0.0	0.0	0.0	22.7	20.5	*25.0*	11.4	9.1	11.4	19.5
	3.不明	104	0.0	0.0	5.8	30.8	19.2	2.9	1.0	3.8	*36.5*	14.3
年金などの種類別	1.国民年金	360	0.0	0.6	14.2	36.4	19.2	7.5	1.7	1.1	19.4	13.1
	2.厚生年金	228	0.0	0.0	7.0	36.8	25.9	11.0	1.8	5.3	12.3	15.6
	3.生活保護	116	0.9	3.4	6.9	45.7	6.0	0.0	0.0	0.0	*37.1*	10.5
	4.障害年金、その他	71	0.0	4.2	7.0	32.4	16.9	11.3	4.2	1.4	22.5	14.3
毎月負担できる金額別	1.15万円以上	176	0.0	0.0	1.7	10.2	*36.9*	*26.7*	6.8	8.0	9.7	19.4
	2.10～15万円未満	231	0.0	0.0	6.5	*59.7*	22.5	1.3	0.0	0.4	9.5	12.7
	3.10万円未満	138	0.7	2.2	*34.1*	31.9	7.2	0.7	0.0	0.0	23.2	9.3
	4.生活保護受給	117	0.0	4.3	7.7	*47.0*	5.1	0.0	0.0	0.0	*35.9*	10.5
	5.不明	121	0.0	0.8	5.8	23.1	11.6	6.6	0.8	1.7	*49.6*	14.0

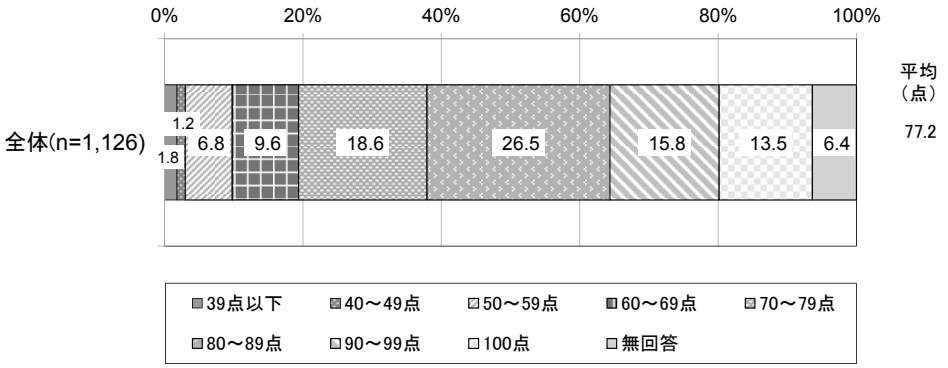
		調査数	平均（万円/月）	最小値	最大値
全体		555	13.7	0.0	60.0
受入元と移行先パターン別	自宅から居住系	161	14.6	1.5	45.0
	急性期から居住系	230	14.6	0.0	60.0
	いずれにしても特養へ出た方	72	9.8	3.5	30.0
	それ以外	92	13.0	1.0	40.0

※受入元を「Q1②入院時の経路」と照らしてデータクリーニング後にパターン化して集計（n=555）

⑧ この患者に対する退院支援の自己評価（100 点満点とした場合）（Q5-9･SA）

退院支援を行った困難事例ケースに対する自己評価は、「80～89 点」が最も多く、平均 77.2 点である。
患者の希望通りの場合は自己評価が高い。これは連携活動評価尺度の得点が高い担当者は患者の希望通りの退院支援を行っていることが影響していると考えられる。

患者に対する退院支援の自己評価



		調査数	70点未満	70～79点	80～89点	90～99点	100点	無回答	平均
全体		1126	19.4	18.6	26.5	15.8	13.5	6.4	77.2
患者の希望別	希望通り	562	11.3	15.8	27.9	20.5	18.5	6.0	81.9
	十分に納得	245	17.9	21.6	30.6	14.3	8.2	7.3	76.2
	なんとか納得	223	*38.0*	22.9	22.4	8.5	5.8	2.2	68.4
	その他	74	*32.7*	18.9	16.2	8.1	16.2	8.1	71.4
連携評価尺度の合計点数別	1.連携度　高（27点以上）	199	13.0	17.6	26.1	19.1	16.1	8.0	80.0
	2.連携度　中（26～18点）	693	19.1	18.9	28.6	14.6	13.3	5.6	77.1
	3.連携度　低（17点以下）	218	25.9	18.3	20.6	17.0	12.4	6.0	75.2

⑨ この患者に対する退院支援の自己評価が 100 点満点になるために必要なこと（Q5-10･FA）

～「何が必要だったか／100 点にならなかった理由」としての自由記入の分析結果から～

記述としては、「退院先の空きやサービスなど」の問題が多く指摘されている。また、「本人・家族」との調整に関する記述も多い。

大分類	No	中分類	内容（何が必要だったか／100点にならなかった理由）	件数
本人･家族	1	本人の要望に沿えない、要望を丁寧に聴取する	家族の意向を優先してしまい、本人の意向確認、コミュニケーション、本人の思いへの寄り添いが充分ではなかった。 <具体的な記述> 本人の希望通りにならなかった、家族の希望が主になった、本人の意向確認をもう少し丁寧にするべきだった、本人の思いにもっと寄り添うこと、本人とのコミュニケーション不足、患者自身がどれだけ納得しているか　など。	77
	2	本人の理解への努力（認知症、性格）	認知症や頑なな拒否などがあり、本人の理解、納得に繋げることが難しかった。 本人のキャラクターや背景を理解した交渉が必要。 <具体的な記述> 認知症のため意志が確認できない、本人のキャラクターを理解しての交渉が必要、不安から意向が何度も変わった、納得しないままの入所、本人の意思確認、看護拒否、自己決定が出来ない　など。	57
	3	家族との話し合い、提案、説明	本人と家族の話し合いの場の調整が難しく、両者の意向調整に時間がかかった。 家族の納得できる提案や説明ができていなかった。 <具体的な記述> 本人と家族の話し合いの機会をもっと作ればよかった、家族のスケジュールが合わなかった、家族の意向調整に時間がかかった、連絡がつかなかった、家族の納得できる提案ができなかった、面談調整が難しかった、家族と本人の希望をゆっくりと聴取するべき　など。	96
	4	家族の問題、協力	家族関係が悪い、疎遠である、身寄りがない、家族も認知症や他の疾患や虐待などの家族の問題が大きかった。 <具体的な記述> 本人と家族の関係が悪く時間を要した、家族関係が希薄で協力が得られない、家族が精神疾患や認知症や病気を抱えてるため困難な点があった、家族が遠方であるため調整ができなかった、疎遠な家族との関係構築が必要、家族の受け入れに対するサポートが必要、家族の虐待などの問題、妻の頑なに拒否する、キーパーソンである妻が認知症、途中でキーパーソンが変更になる、キーパーソンが不在である　など。	74
情報	5	費用面、金銭面	施設入所が必要でも金銭面で入所できないなど、経済面での支援、経済面の早期把握。 <具体的な記述> 金銭的問題で施設入所ができない、費用的な要素、家族の経済的負担が大きい、経済面の把握、経済面での早めの評価、金銭的理由による在宅への退院、収入面の支援、経済面の福祉の介入　など。	30
	6	入院時の情報収集	入院時または入院前に、方向性の確認や、住宅環境、キーパーソン、後見人など、本人に関わる事項の聞き取り。 <具体的な記述> 入院前の充分な情報収集、キーパーソンの入院前の意向の確認、入院時の聴取で住宅環境を詳しく聞き取れば良かった、入院当初の面談で、方向性の確認が必要であった、入院時から後見人手続きをすすめる必要があった　など。	13
入院中	7	院内の連携、医師との相談	病棟内でのスタッフの関わり、MSWとの連携、窓口の統一化、医師の関わり方などの院内での連携。 <具体的な記述> もっと本人病棟スタッフで関わればよかった、ＦａがＭＳＷとの面談しかしていなかった、院内での、ＭＳＷとの連携、院内、院外の関係者とのスムーズな連携、連絡の窓口をひとつにしぼる、主治医を巻き込む必要があった、他介ゴサービスを利用して生活ができないか院内で他職種とも充分検討してみれば良かった　など	59
	8	関係機関との連携	ケアマネージャーや退院後の関係機関との情報共有、連携した取組み。 <具体的な記述> 他職種との関わり方の工夫、本人の為にも連携して支援に取り組む、退院後関わる事業所への情報提供、連携をもっと綿密に行う必要がある、サービス提供者をつなぐのが、うまくできればもっとよかった、各連携が取れそれぞれの役割り分担ができれば満点になる、生活保護担当課との連携が不十分だったため　など。	25
	9	病状の変化	入院中の病状が変化による退院の方向性の調整、変更の問題への対応。 <具体的な記述> 退院直前にＡＤＬ低下にともない本人がサービス希望あり調整、入院時不おん状態となり、方向性に悩んだ、入院中に病状の変化もあり入院が長期となった　など。	8
	10	入院中の治療、リハビリ	治療、リハビリが思うように進なない、ADLがなかなか向上しない。 <具体的な記述> もう少しリハビリ期間があれば在宅復帰も検討出来た、痛みが強くリハビリも思うように進まずＡＤＬ向上しないと受け入れ難しいと施設よりあった、高令者のＡＤＬの維持向上（意欲も）、本人のＡＤＬがあがらないままの施設入所になった　など	11

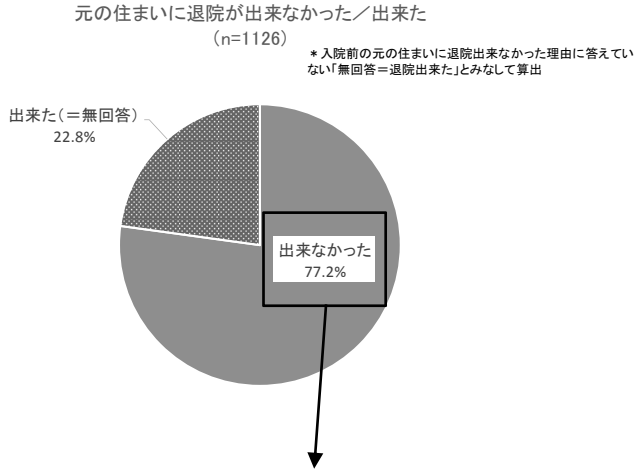
【Ｂ票：退院支援困難ケース（患者票）】

大分類	No	中分類	内容（何が必要だったか／100点にならなかった理由）	件数
退院時	13	退院先の選択、問題、サービスの問題	インスリンなど様々な疾患に対応した施設の充実。 調整に追われて決定せざる得ない状況や、施設に空きがないため選択の余地がないこと。 施設入所と自宅退院の両方の検討が必要。 ＜具体的な記述＞ 受け入れ先の開拓が必要（インスリン対応できる施設が少ない）、受け入れ先との綿密な情報提供と連絡調整、包括ケア病棟の日数と施設の空き状況がギリギリで余裕がない、自宅以外で長期入所ができるサ高住等の施設の増加（料金が安いのも必要）、複数とにかく申し込み空いたところへ入ってもらう状況で選択肢もなかった、経口からのおたのしみ食を継続できる施設の提案、自宅から有料施設が遠くなってしまった、サービス内容の充実が必要、施設を決めるのに時間がかかっ	149
	14	自宅環境の整備、不備、訪問	退院後の自宅の環境整備、自宅修理が必要（制度、補助の知識、利用） 自宅訪問による住環境の把握、暮らし方の把握していない。 入院中の自宅外泊など実地練習の実施していない。 ＜具体的な記述＞ 自宅の環境整備が不十分だった、自宅への外出、外泊等を行い判断すれば良かった、自宅の修理が介護保険ではできず生活保護の福祉で施行できた、自宅訪問をして、住環境を把握した上で支援にとりかかればもっとスムーズな支援が行えた、本人の在宅での暮し方を訪門も調査を行って、把握すればよかった　など。	34
	15	医療技術・服薬指導	退院後の服薬や家族の吸引練習など充分な医療指導が行えていない。 ＜具体的な記述＞ 再入院率の高い方なので退院時の家族指導がもっと必要だった、服薬状況の確認が不十分で内服できていないとの報告があった、家族がＰＥＧ注入、吸引練習に消極的で十分な時間の確保ができなかった、服薬も多く、医療系のサービスを導入できなかった　など。	28
	16	時間的制約（60日間）	60日間では充分な検討、施設の選択に時間的な余裕がない、困難であった。60日を超えてしまったこと。 ＜具体的な記述＞ 家族が十分理解して施設を選んだというより入院期限内に入所可能な施設を選んだ、介護力の問題で６０日の期限も超えてしまった、決定権を持つ親族もおらず６０日という限られた時間で新たな居住先を選定するのは困難、６０日という期間中の支援では入所をすすめていける施設が十分ではなかった、施設を選ぶ・見学に行く時間的な余裕が必要　など。	22
	17	退院までの調整（期間）	60日間、またはそれ以下の在院日数で退院できる方法、調整を行わなかった。 ＜具体的な記述＞ 退院可能な状態であったが実際に退院日が決まるまで時間を要した、退院先の決定がリミットギリギリでもっと早く退院日など設定できればよかった、もっと本人を早期に納得させて６０日以内で退院させたかった、施設と家族の間でもう少しスムーズに連絡調整ができれば在院日数は短縮できていたかもしれない、退院までに長期の時間を要した　など。	33
	18	退院後の支援、フォロー	退院した後の指導や経過等の確認が行えていない。 ＜具体的な記述＞ 退院後の医療的フォロー、退院後の継続援助、退院時に今後の経過などのカンファレンスが簡単な説明となってしまった、施設へ充分な指導が必要であった、今後要入院等のＡＤＬが低下したときの話までできていない、退院後に関してはどういう生活を送っているか等の確認をしておらず、そこができて１００点の退院支援になる　など。	19
その他	19	判断が最良であったかどうか	退院支援が最良であったかどうか分からない、どこまで介入すべきかの迷いがあった。 退院後の評価が知りたい。 ＜具体的な記述＞ どこまで介入すべきかの迷いがあった、今もベストな方法は不明、本人周りの人に迷惑をかけたくない思いから施設入居を決めたが本人にとってよかったのかなと思う面がある、施設でよかったのか疑問が残っり退院后評価がしたい　など。	5
	20	100点は困難	退院支援が完璧であることはない。どのような支援が満点なのか分からない。 ＜具体的な記述＞ 何が必要かということではなく退院支援は常に１００点になることはないと思う、１００％希望を叶えられていない、社会背景や現在の社会資源では満点は難しい、どのような支援をしたら１００点満点になるか現時点でも分からない　など。	9
	21	その他		15
			合計	901

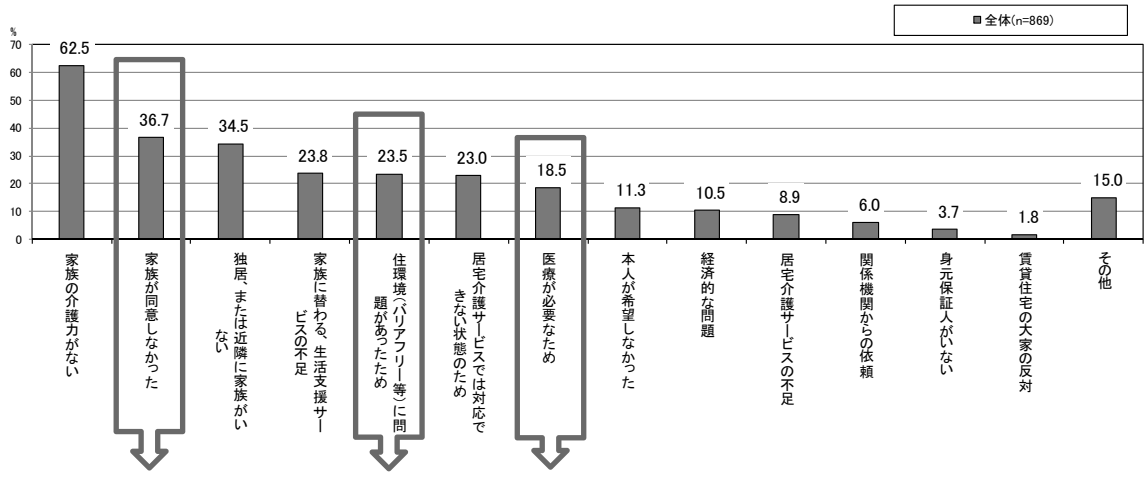
（５）困難ケース患者の入院前の「元の住まい」に退院が出来なかった理由について

① 入院(棟)前の元の住まいに退院できなかった理由（Q6-1･MA）

入院(棟)前の元の住まいに退院できなかった割合は、全体の 77.2%を占める。
その具体的な理由をみると（n=869)、「家族の介護力がない」が最も多く、「家族が同意しなかった」「独居、または近隣に家族がいない」の順である。
受入元と移行先パターン別に、元の住まいとは違うところへ退院した理由をみると、居住系へ移行したケースでは「家族の介護力がない」「独居、または近隣に家族がいない」「家族が同意しなかった」の比率が高く、特養へ移行したケースは、「家族の介護力がない」に加えて、「居宅介護サービスでは対応できない状態のため」の比率が高い。



入院（棟）前の元の住まいに退院できなかった理由



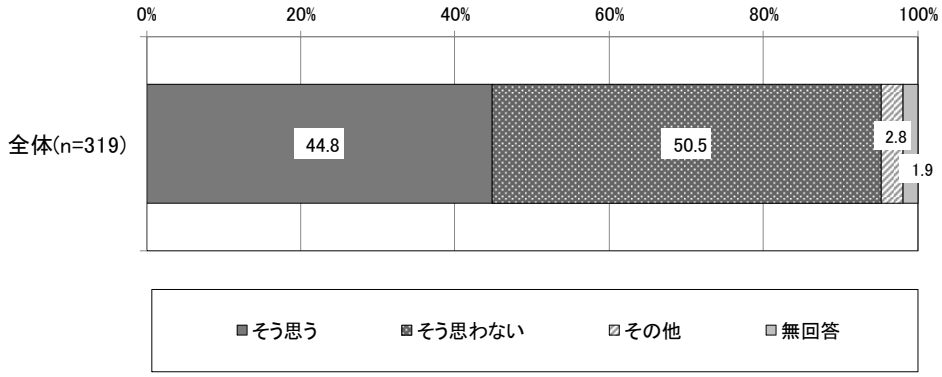
※受入元をQ1②入院時の経路の回答内容と照らしてデータクリーニング後、自宅以外の場所へ退院したケース		調査数	家族の介護力がない	家族が同意しなかった	独居、または近隣に家族がいない	家族に替わる、生活支援サービスの不足	住環境（バリアフリー等）に問題があったため	居宅介護サービスでは対応できない状態のため	医療が必要なため	本人が希望しなかった	経済的な問題	居宅介護サービスの不足	関係機関からの依頼	身元保証人がいない	賃貸住宅の大家の反対	その他
受入元と移行先パターン別	自宅から居住系	197	65.5	39.1	38.1	22.3	20.8	22.8	15.2	16.2	6.1	8.6	9.1	2.5	2.0	13.7
	急性期から居住系	297	62.0	43.4	42.1	26.6	25.6	22.9	19.2	11.4	8.8	8.1	6.1	2.7	2.0	14.1
	いずれにしても特養へ出た方	100	67.0	28.0	19.0	21.0	19.0	28.0	14.0	3.0	13.0	15.0	5.0	4.0	1.0	16.0

② 家族の同意が得られれば自宅に帰る事が出来たか（Q6-2･SA）

家族の同意が得られれば自宅に帰る事が出来たかについては意見が分かれ、「そう思わない」が半数を占める。
なお、連携活動評価尺度の得点が高い担当者は、家族の同意が得られれば帰れたとする比率が高くなっている。

家族同意が得られれば自宅に帰る事が出来たと思うか

＊元の住まいに戻れなかった理由として「家族が同意しなかった」場合に回答の方

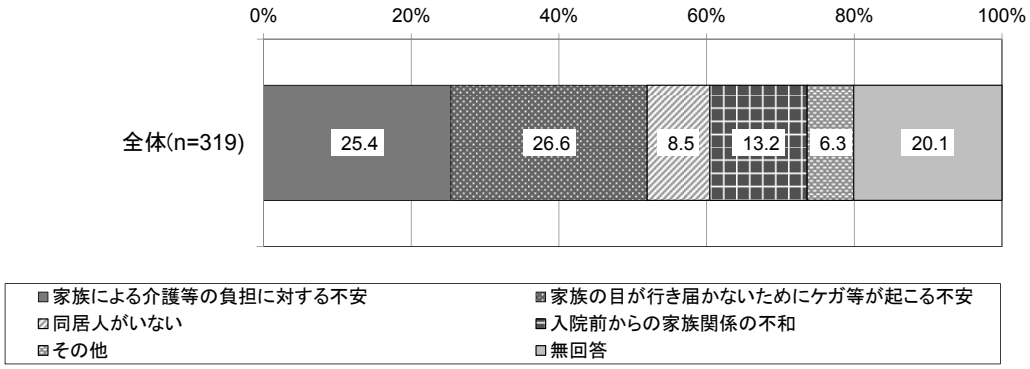


		調査数	そう思う	そう思わない	その他	無回答
全体		319	44.8	50.5	2.8	1.9
連携評価尺度の合計点数別	1.連携度　高（27点以上）	48	50.0	41.7	4.2	4.2
	2.連携度　中（26～18点）	209	45.0	50.7	2.9	1.4
	3.連携度　低（17点以下）	60	38.3	58.3	1.7	1.7

③ 家族が同意しなかった主な理由（Q6-3･SA）

家族が同意しなかった主な理由は「家族による介護等の負担に対する不安」が 25.4%、「家族の目が行き届かないためにケガ等が起こる不安」26.6%といった不安感が理由となっているケースが半数を占める。

家族が同意しなかった主な理由

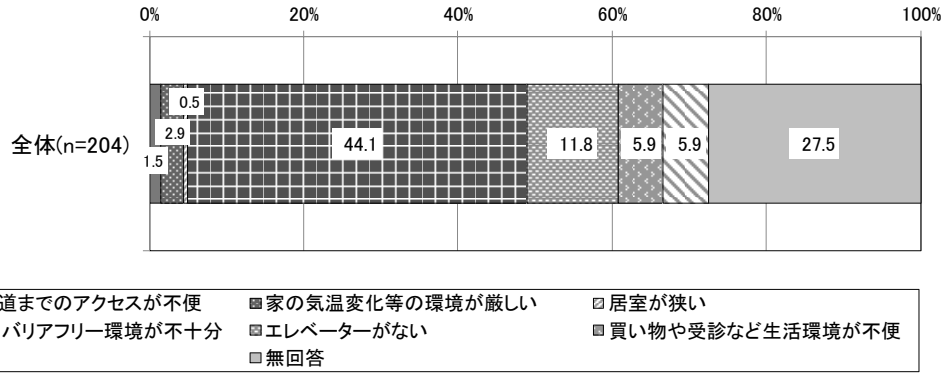


④ 住環境の問題として主な理由（Q6-5･SA）

住環境の問題としては、「家の中のバリアフリー環境が不十分」が最も大きな理由である。

住環境の問題として主な理由

＊元の住まいに戻れなかった理由として「医療が必要なため」に回答の方

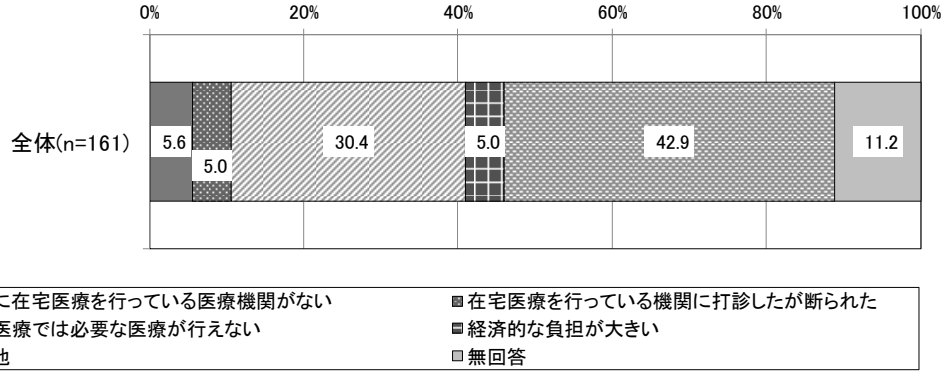


⑤ 在宅医療とならなかった主な理由（Q6-4･SA）

在宅医療とならなかった主な理由は「在宅医療では必要な医療が行えない」を理由に挙げている。

在宅医療とならなかった主な理由

＊元の住まいに戻れなかった理由として「医療が必要なため」に回答の方



第３章　地域包括ケア病棟における退院支援と住まいの支援に関する取組

第３章　地域包括ケア病棟における退院支援と住まいの支援に関する取組

１．事例からの示唆　～「入退院支援における住まいと住まい方支援に向けた連携・協働の手引き」づくりに向けて～

本事業の中で制作される「入退院支援における住まいと住まい方支援に向けた連携・協働の手引き」について、今回の事例ヒアリングから得た示唆は以下のとおりである。

■　入院時の支援（3 日以内）

・　事例報告では、高齢者の入退院支援のために、いずれも早期から院内の多職種や、ケアマネジャーとの積極的な情報交換や、連携に努めている様子が散見した。介護保険サービスの利用となれば、ケアマネジャーとの情報交換・共有は不可欠であることや、円滑な入退院支援のためには、専門職による情報提供も必要となることから、他職種やケアマネジャーとの情報連携は重要なポイントに位置づけた。
・　アセスメントに必要な情報収集の中で、家屋調査票の記入とともに、写真添付を依頼しているという事例報告があった。介護保険での住宅改修等が必要になる場合も考えられ、住宅改修の申請手続きや改修に要する期間があるため、早めの介入が望まれる。
・　また、住まいに関しては、患者の経済的な状況によって移行先が規定されることも多いことから、退院支援対象をスクリーニングする早期の段階で、これらの経済的な情報・患者の抱える問題についての把握することが必要であるとの意見が挙げられていることから、手引きにおいては入院中のアセスメントだけでなく、スクリーニング時の視点としても盛り込むこととした。

■　入院中（退院前 CC 前）

・　事例報告における入院中のアセスメントでは、患者本人の意志や家族の意向と共に、まずは在宅復帰が可能かという視点での検討がなされている様子が随所にうかがえるが、事例報告の中では、自宅だけではなく、退院先の施設においても適性評価を実施しているとの報告があった。
・　なかでも自宅退院困難な患者に対して、退院先である住まい（＝介護保険施設をはじめとする高齢者施設等）への見学に医療ソーシャルワーカー等の退院支援担当者が同行するなど、入院医療機関が退院先の選択・調整等、それに必要な手続き等の支援を行っていた。また、地域の施設等の情報を蓄積し、退院支援チーム内で共有できるようデータベース化をしているという報告もあった。
・　アセスメントを進める中で、訪問による家屋評価を実施しているが、入院医療機関の看護師やリハビリセラピスト、医療ソーシャルワーカー等とケアマネジャーが同行して訪問することで、より退院後の生活における生活課題を明確にした上での退院後の方針が検討できることから有益であるとの指摘であった。
・　しかし、全ての患者に対してこれらのような細やかな評価を実施することは難しい状況も想定されることから、手引きの中では検討すべき、望ましいといった記載に留めている。

■ 退院前 CC

・ 事例報告では、いずれも多職種による充実した退院前 CC の様子がうかがえ、ケアマネジャーや在宅サービス関係者も参加する合同カンファレンス（もしくはサービス担当者会議）を実施していた。手引きの中では、入院医療機関側の方針等などにより、必ず開催とまではいえないことも考慮し、入院医療機関と患者や家族、また退院後に関わる関係者が一堂に会する場の重要性を記述するに留めた。

・ 自宅以外の退院となる患者に対して、退院後の生活の場となる施設等の住まいに関する情報提供は不可欠である。特に、ADL 低下や退院後にも必要となる医療ケアなど、また、単身の高齢者など不安を抱える患者に対する支援として重要である。

・ 住まいの支援に係わる退院支援の今後の課題として、事例報告者からは「退院先が自宅以外でも、その人にとっての大切な生活の場であることを理解し、個別性のあるリハビリとケアの計画を進めていけるよう、さらなる意識啓発を図りたい」といったコメントがあった。医療機関だけで、困難事例の患者の入退院支援をすることは負担が大きいことも想定されるため、手引きにおいては、情報提供は必要とし、入院医療機関の積極的な支援は必要になる場合もあるとの記述としたが、地域の情報を蓄積しているケアマネジャーと連携することで、情報収集・情報提供を充実させ、退院支援を強化させることができると思われる。

■ 退院前

・ 発表された事例では、退院方針決定後も患者の状況を確認し、日々のカンファレンスで患者の状況について入院医療機関内における多職種間等で情報共有を実施していた。

・ さらに、入院医療機関が地域のケアマネジャーに声をかけ勉強会等を開催するなど、ケアマネジャーとの関係を積極的に構築するほか、地域や関係機関に対して地域包括ケア病棟の理解を促す働きかけを実施していた。

・ これらのことから、特に退院支援にはケアマネジャーとの連携が重要となるため、その関係づくりの重要性を記述した。

２．個票

①医療法人社団永生会　永生病院　総合支援室　副主任　木下由香（東京八王子市）

１．医療法人永生会永生病院の概要

○医療法人永生会の概要

永生病院は計628床のうち、地域包括ケア病棟は50床となっている。

医療法人永生会では、「断らない救急」をモットーにしている二次救急医療機関やクリニックのほか、新たに病院を開設する予定である。また、老健施設やグループホーム、訪問看護ステーション、居宅介護支援事業所に加え、東京都から委託を受け、地域リハビリテーション支援センターおよび高次脳機能障害支援センターのほか、八王子市から委託を受けている地域包括支援ケアセンター２か所を運営している。

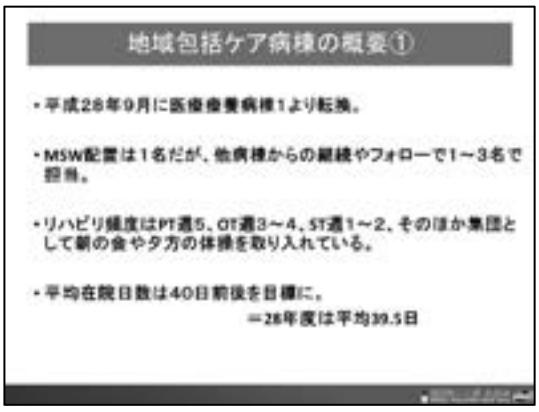


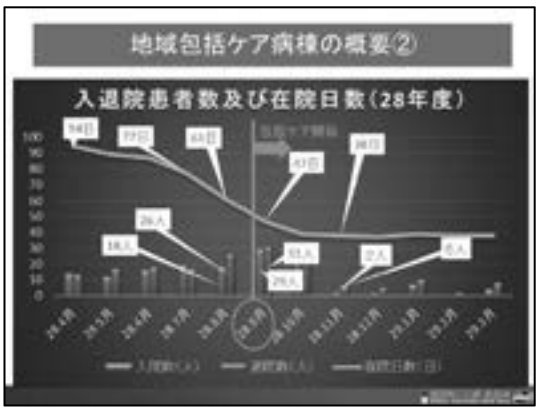


○永生会病院の地域包括ケア病棟

地域包括ケア病棟は平成28年９月に医療療養病棟１から転換し、50床である。MSW は１名が配置され、フォローが必要な際には１～３名で担当している。セラピストによるリハビリのほか、患者同士がコミュニケーションをとるような集団活動などを取り入れている。

平均在院日数は40日前後を目標にしており、地域包括ケア病棟に転換前は60日前後だったが、転換後は平均39.5日となっている。



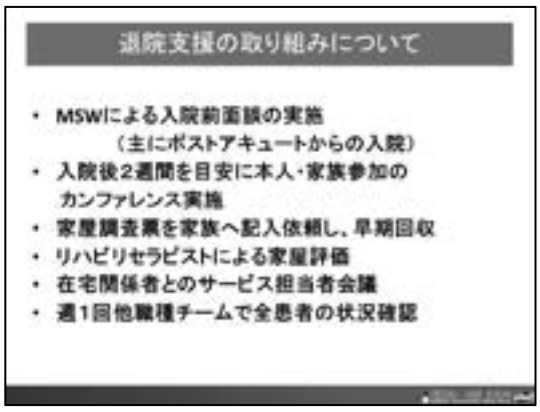


２．退院支援の取り組み

○地域包括ケア病棟における退院支援の取り組み

MSW による入院前面談を実施しているが、サブアキュートからの入院については面談を実施しないことを基本としている。

入院後２週間を目安に、本人や家族が参加するカンファレンスを実施し、退院後の大まかな方向性を決定している。



自宅退院の場合は、家屋調査票の記入とあわせて、写真などの添付を依頼している。また、ケアマネジャーが同行するセラピストによる家屋評価を実施するほか、退院前には在宅関係者とのサービス担当者会議を開催している。

この他、医師・看護師・リハビリセラピスト・MSW の他職種チームで週１回、全患者の状況を確認している。

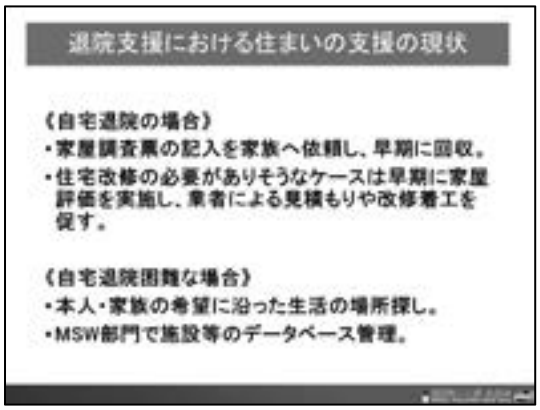
○退院支援における住まいの支援

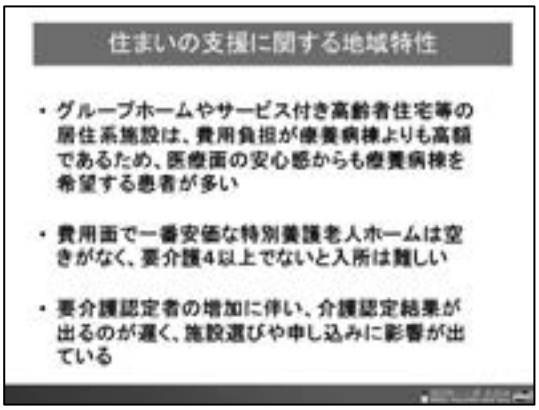
地域包括ケア病棟では、基本的には自宅退院を目指しているため、住宅改修が必要な場合は、介護保険の申請等があることから、なるべく早期になるようにサポートしている。

自宅退院が困難な場合は、本人や家族の意向を聞き、ニーズを把握している。八王子市は施設数が多いため、MSW 部門の施設等のデータベースを活用し、検討している。

このデータベースには、基本情報や病院等であれば入院期間、施設であれば入所期間、料金、リハビリの頻度、医療処置がどのくらい可能なのかなど、また、市バスでいけるのか、専用のシャトルバスなどがあるのか、バス停からどのくらい時間がかかるのかなど、アクセス面の詳しい情報が整理されている。家族にプリントアウトしたものを提供するなど、適切な住まいを探すことに活用している。

住まいの支援に関する八王子市の特性として、費用面や医療面の安心感から療養病棟を希望する患者が多いこと、費用面で安価な特別養護老人ホームは空きがないため要介護４以上でなければ入所は難しい状況にあることや、要介護認知申請者の増加に伴い、介護認定の結果がでるまでに１か月半から２か月弱を要する状況にあることなどがあげられる。





〇永生病院の入退院状況

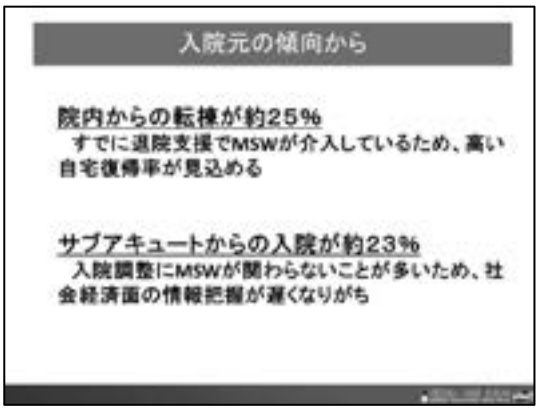
地域包括ケア病棟への入院元は、自院で手術をする整形外科や一般内科など自院からの転棟がほとんどで約25％を占める。すでに、一般病棟入院中から退院支援が始まっており、自宅退院の見込みがある患者を移しているため高い自宅復帰率が見込める。

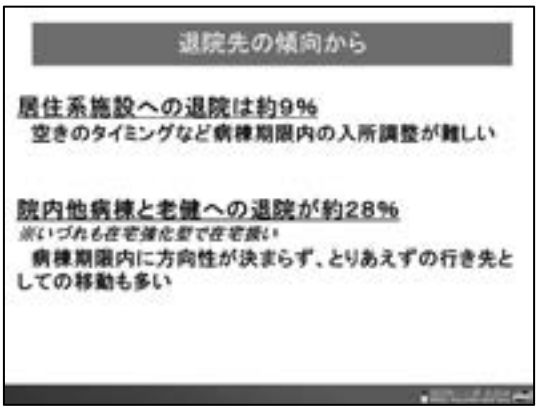
また、サブアキュートからの入院が約23％を占めている。緊急入院になることから、入院調整にMSWが関わらないことが多いため、退院支援の遅れにつながっていると考えている。

退院先としては、居住系施設への退院は約９％となっている。これは病棟期限内に退院先施設の空きがないことや、逆にリハビリ中に空きがでるなど、入所調整が難しいこともあった。

院内の医療療養病棟や法人内に老健があるため、それらへの退院が約28％となっている。病棟期限内に自宅退院なのかなどの方向性が決まらない、また、病状が落ち着かないなどの理由でとりあえずの行き先としての移動するケースも多くみられた。



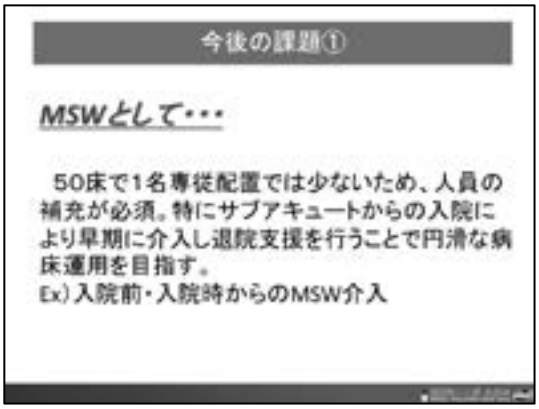




３．今後の課題

〇MSW としての課題

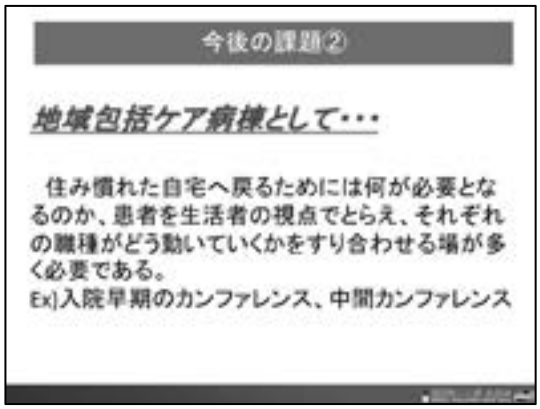
サブアキュートからの入院には MSW がほとんど介入しないことが、退院支援の遅れにつながっていることを認識しているため、なるべく人員を割いて入院の初期からかかわっていくようにすることが課題としてあげられる。



〇地域包括ケア病棟としての課題

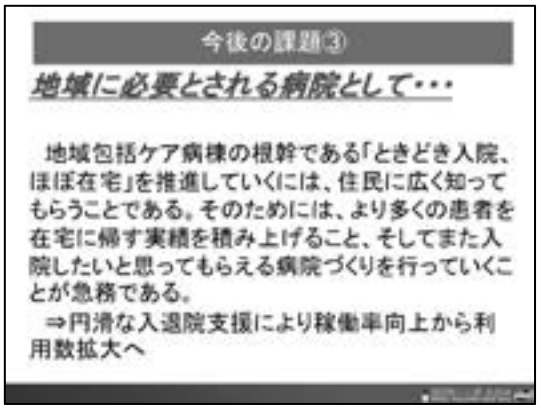
住み慣れた自宅へ戻るために何が必要かは、各職種で考えているが、それらの考えをすりあわせる場が必要である。

ケース例は少ないものの、インスリンの自己注射や経管栄養ではなく中心静脈栄養など医療処置が必要な状況で自宅退院することも増えてきているが、家族に対する手技の指導などは遅れがちになってしまう。そういった在宅退院に際して必要になることを院内で早期にすりあわせることが必要だと考えている。



〇地域に必要とされる病院としての課題

地域包括ケア病棟の根幹である「ときどき入院、ほぼ在宅」を推進していくためには、広く当院の存在を知ってもらうことが必要だと考えている。そのためには、より多くの患者を在宅に帰す実績を積み上げ、また、入院したいと思ってもらえる病院づくりを行っていくことが急務である。



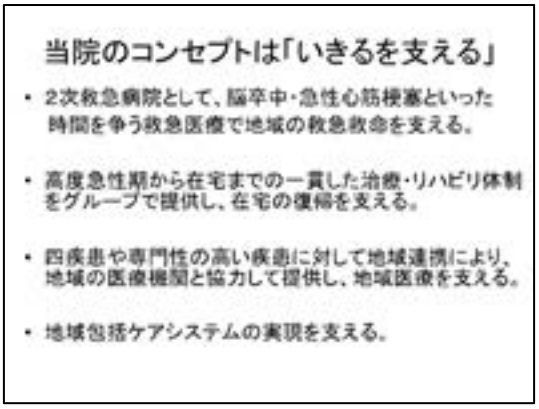
②愛媛県社会医療法人石川記念会　　HITO 病院　　看護師長　青木由美
（愛媛県四国中央市）

１．石川記念会　HITO 病院の概要

〇病院の概要

HITO 病院は、257床のケアミックス型の病院である。「いきるを支える」をコンセプトに、高度急性期から在宅までの一貫した治療・リハビリ体制をグループで提供し、在宅復帰を支えること、２次救急病院として、脳卒中・急性心筋梗塞といった、時間を争う救急医療での地域の救急救命を支えること、また、脳卒中、がん、心疾患、糖尿病の四疾患や専門性高い疾患に対して地域の医療機関と協力して提供し、地域医療を支えること、さらに、地域包括ケアシステムの実現を支えることを目指している。

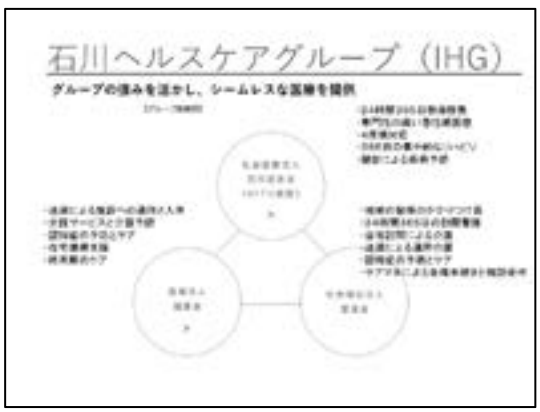


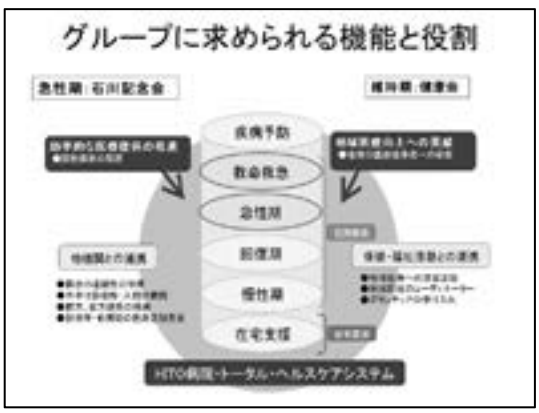


〇法人グループの概要

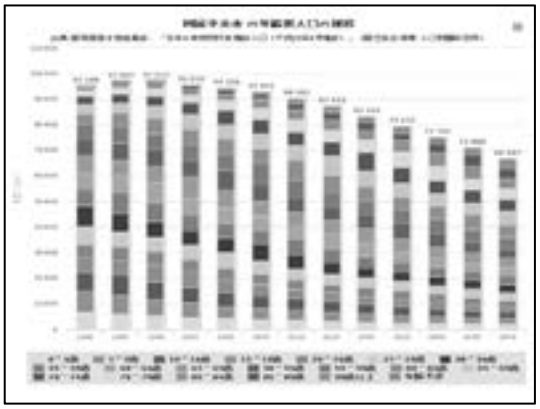
石川ヘルスケアグループは、医療、介護、福祉の分野で連携しており、グループ施設30施設、10事業所、グループ全体の総病床数867床、職員数1075名と大規模なグループとなっている。最近では特別養護老人ホーム萬翠荘、養護老人ホーム敬寿園を四国中央市から譲渡された。

グループでは、急性期を HITO 病院、回復期・在宅支援を医療法人健康会、慢性期を社会福祉法人愛美会が担い、トータル・ヘルスケアグループとして事業を展開している。





〇地域概要

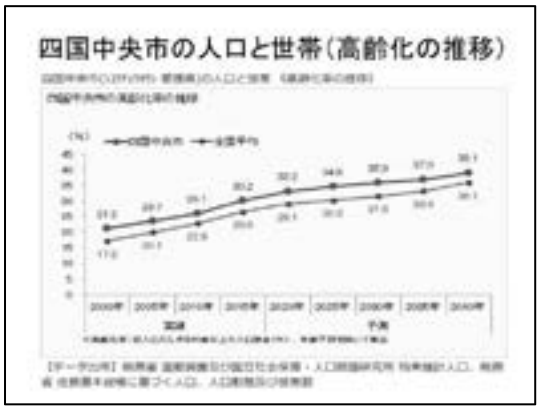


HITO 病院がある四国中央市は、人口が約88,000人、世帯数は約38,900、高齢化率は28%となっている。

四国中央市の人口は、1990年を境に減少傾向にあり、2025年問題より早まっているため、高齢化問題への対応として地域医療構想計画へ関心を向ける必要がある。

四国中央市の高齢化率は徐々に上昇しており、全国平均と比較しても高い状況となっている。

四国中央市は、10年前に４市が合併して誕生した市である。主に、当院がある川之江市と伊予三島市にほとんどの人口が居住している状況である。





２．退院支援の取り組み

〇退院支援の充実に向けて

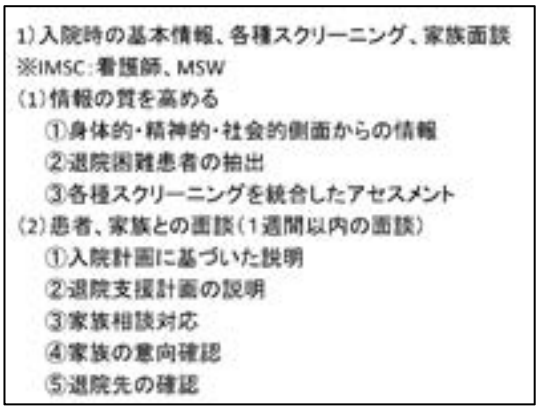
入院時の基本情報収集、各種スクリーニング、家族面談を行っている。基本情報の質を高めるために、身体的・精神的・社会的側面からの情報と退院困難患者の抽出、各種スクリーニングを統合したアセスメントを行っている。

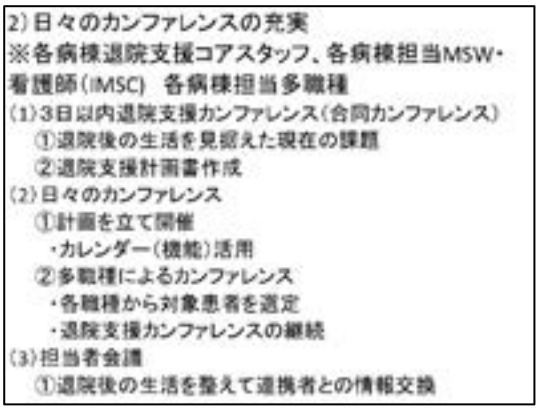
入院１週間以内に患者、家族と面談し、入院計画や退院支援計画の説明し、家族からの相談に対応したり、家族の意向や退院先の確認を行ったりしている。

地域包括ケア病棟では退院支援が充実してきているが、改善の必要がある急性期病棟をモデルに日々のカンファレンスの充実を目指す取り組みを現在実行しているところである。各病棟退院支援コアスタッフ、各病棟担当 MSW、看護師（IMSC)、リハビリや管理栄養士など各病棟の担当多職種が参加する。

まず、必ず３日以内に実施する退院支援カンファレンス（合同カンファレンス）を開催している。このカンファレンスでは、退院後の生活を見据えた現在の課題を見いだし、家族に同意を得られた場合は、看護師、SW、リハビリ等が自宅訪問を開始し、退院支援計画書作成する。

日々のカンファレンスは、計画を立て、１か月カレンダーを活用し、それぞれのスケジュールを作成し、開催している。多職種によるカンファレンスでは、各職種から対象患者を選定、退院支援カンファレンスの継続を行い、状況に応じて担当者会議が開催している。



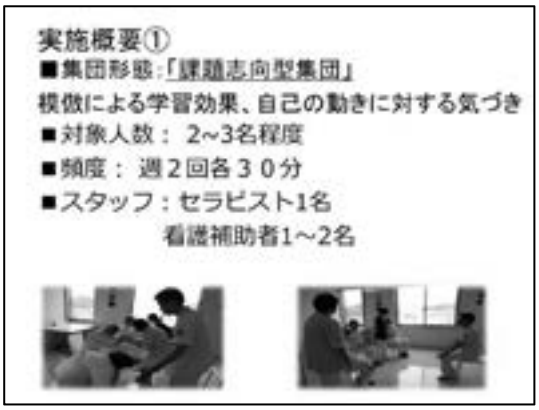


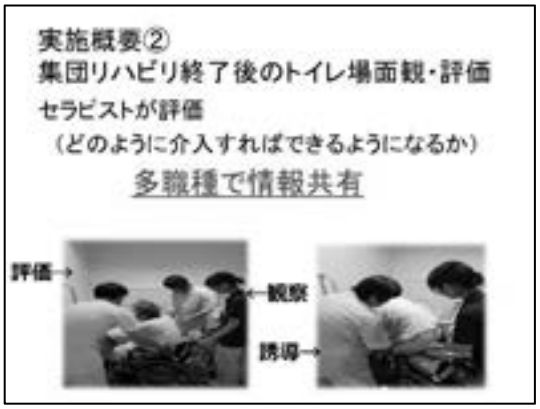
〇地域包括ケア病棟における退院支援に向けた活動例

地域包括ケア病棟では、看護師はパートを含めて24名、介護職は13名が配置されている。

患者２～３名程度に対し30分程、リハビリセラピスト、看護補助者による患者の意向に応じたトイレ動作や起居動作、歩行訓練を週２回行っている。

これらを行った後の評価は必ずリハビリセラピストが実施し、その結果を電子カルテに記録し、どのような問題があるのかなどを多職種で情報共有をしている。



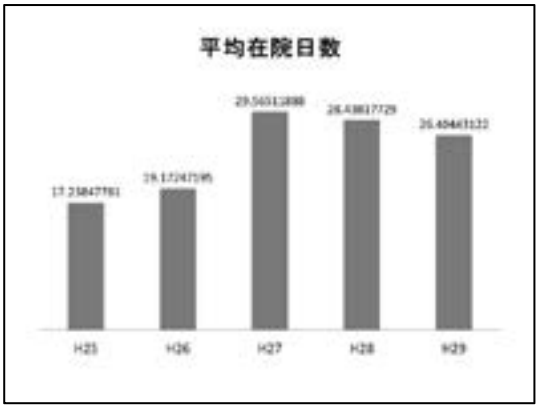


〇地域包括ケア病棟への入院状況

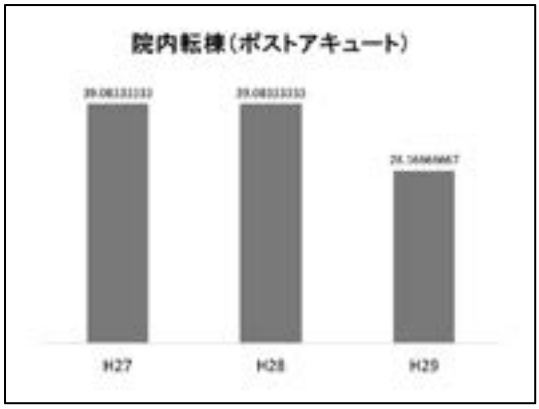
地域包括ケア病棟は、平成25年に35床で開床し、平成26年には45床、平成28年には58床と増床してきた。新規入院患者数は、平成25年のスタート時より下図のように現在に至っている。

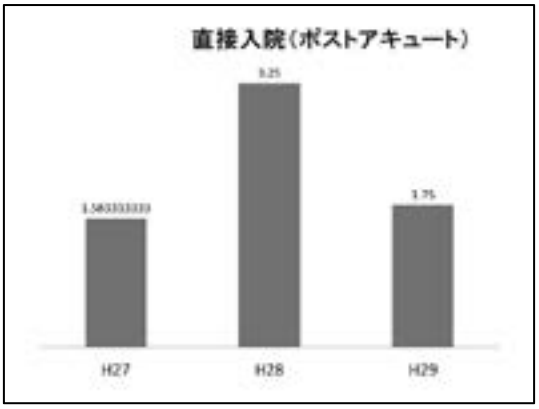
本日現在の平均在院日数は、25日となっている。



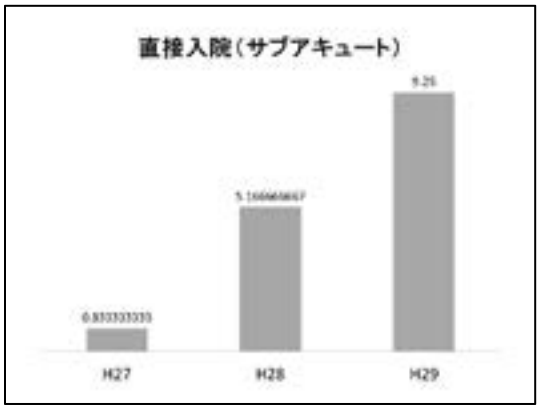


入院経路の推移を月平均でみると、院内転棟は平成27年から平成29年にかけ、徐々に減ってきている状況に対して、直接入院が徐々に増えつつある。



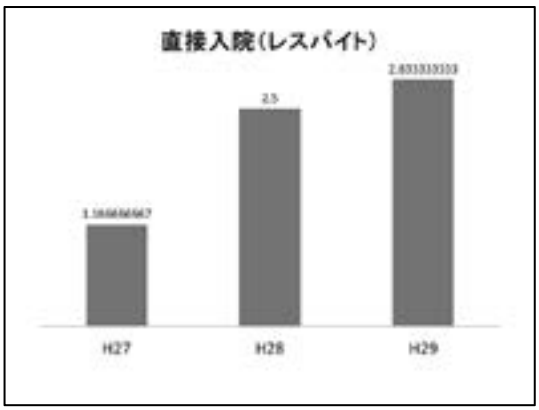


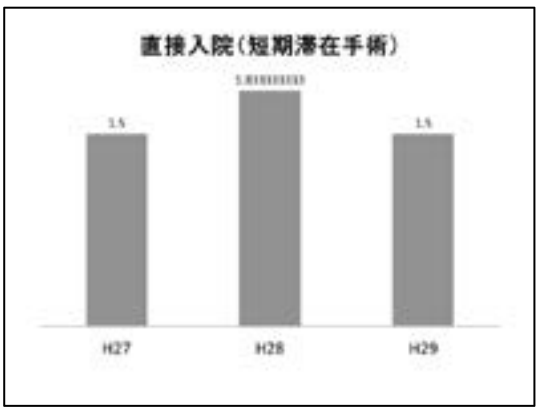
地域の高齢化もあるため、サブアキュートを中心に地域包括ケア病棟への受け入れを行っている。まず地域住民に対して、健康教室や講演会、病院見学等を通して、地域包括ケア病棟の理解を促した。地域のかかりつけ医に対しても、入院が必要な時は地域包括ケア病棟のベッドを提供するが、自宅退院後はかかりつけ医の往診等が必要になることや、住民に対しても、退院後は引き続きかかりつけの先生に診てもらえることなどを説明した上で、相談や受け入れを行ってきている。



四国中央市は愛媛県の東寄りに位置する。中央に位置する松山市の大きな病院への通院ともなると１時間半ほどかかることになるため、難病患者や家族の負担が大きいことから保健所と相談しレスパイトという形で難病患者の受け入れを行っている。

直接入院では短期入所として、まず医師に説明をしていただきながら、スタッフ間での勉強会、職種間での検討会、機械に対しては臨床工学技士との勉強を重ね、地域包括ケア病棟での短期滞在型の手術患者を受け入れてきた。



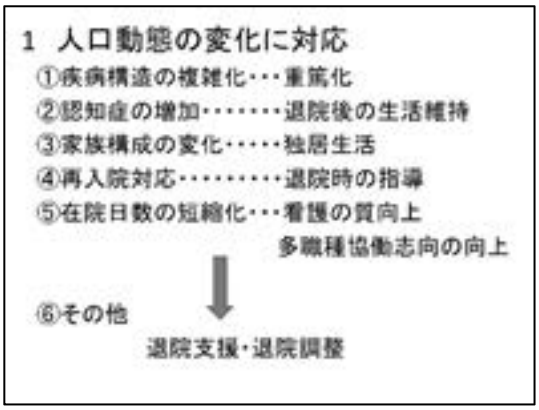


３．今後の課題

今後はさらに退院支援が重要になる。具体的には、人口動態の変化に対応することが必要となる。疾病構造の複雑化や重篤化が進み、認知症の高齢者が増加していくことに対しては、退院後の生活を維持するためにも早期介入が必要であり、認知症悪化を防ぐためにも住み慣れたところに帰すということを日々のカンファレンス、家族の面談等を含めて行っていく。独居高齢者が増加しているため、経済的負担や ADL 低下の度合いを含めて住み慣れた自宅復帰が可能かを見極めて支援を行っていく。

高齢者においては、早期の退院の場合、再入院となることがある。再入院を防ぐために、在宅サービスや訪問看護での指導､家族への指導も行っている。当院では歯科衛生士もいるため、訪問歯科で往診をしている。

これらを踏まえて、在院日数の短縮化と看護の質の向上、多職種協働志向の向上を図っていく。



地域包括ケアシステムは、一つの機関で完結するのではなく、地域全体で拡充していく必要がある。そのために、医療の質やケアプロセスをみんなで行い、安全で安心な切れ目のない医療の提供を行うことで安定した経営に向かっていくことができる。

平成29年２月から､高齢者が多く排泄において問題がでてきたため､介護ロボットを導入した。看護師５名、リハビリ５名で研修を重ね、患者の訓練等に活用している。来年度は家族の介護負担軽減もめざし、さらに進めていきたいと考えている。





③神奈川県　川崎医療生活協同組合　川崎協同病院
地域連携室相談課長　高橋靖明（神奈川県川崎市）

１．川崎医療生活協同組合　川崎協同病院の概要

〇川崎協同病院の概要

川崎協同病院は、一般病床が急性期54床と障害者病棟52床を含む106床、回復期リハビリテーション病棟が２病棟で92床、地域包括ケア病棟54床で、総ベッド数267床のケアミックス病院である。

地域包括ケア病棟は、ポストアキュートの役割として、院内からの転棟及び他院からの転入院が４割を占めており、その他は、在宅・施設等からの入院が占めている。地域包括ケア病棟の在院日数は20日以内程度で、短期的な入院や地域包括ケア病棟での急性期的な治療も受けているので、比較的短い状況である。



当法人は、市内に７診療所、老健１か所、居宅介護支援事業所３か所、地域包括支援センター３か所、ヘルパー事業所３か所、訪問看護ステーション３か所、デイサービス2か所を運営している。各診療所では訪問診療も実施し、在宅医療に力を入れて地域医療を行っている。

〇地域概要

川崎協同病院がある川崎市の人口は約150万人。多摩川を越えたベッドタウンで、工業跡地でマンション群等への再開発が行われるなど、人口流入が多い。高齢化率は全市では約20％で、全国と比べると若い世代の人口が増えており、若い都市と言える。



川崎協同病院は川崎市南部の臨海部の工業地帯である川崎区に位置し、高齢化率は22％と、市内では高齢化率が高い地域になる。川崎市は、南北に広く、南北でそれぞれの特性がある。

南部の地域特性は、工業地帯として発展してきた歴史があり、出稼ぎや日雇いの労働に従事している方が多く、低所得者層が多い。当院がある川崎区田島支所管内の生活保護率は約６％で、全国平均が約２％を満たないことと比較すると高くなっている。日雇い労働で仕事ができなくなり生活保護になる方なども多いので、その後の支援が課題となっている。

また、さまざまな外国籍の方が増え、住まい支援における課題の要因となる場合もある。

出稼ぎの方が高齢期を迎えており、身寄りのない単身の方、キーパーソンや保証人がいないような場合も多い現実がある。

住環境では、簡易宿泊所が多い一方、都市開発も進んでおり、マンション等が増えていて家賃等が高めな傾向にある。

施設等の資源をみると、特養や老健などの入所施設が少なく、また待機期間が長い。有料老人ホームやサ高住の費用が比較的高めの設定の所が多いため、所得層によっては入所できないケースもみられる。

２．地域包括ケア病棟の退院支援の取り組み

○退院支援体制



支援体制は、SW は専任が１名、兼任が２名。

院内における連携は、内科や整形外科等の各科でカンファレンスを週１回行っており、医師、看護師、SW 等多職種が参加する。

また、カンファレンスとは別に、退院支援を中心としたカンファレンスを少なくとも２週に１回実施するほか、必要に応じて適宜開催しており、看護師、リハビリ等も参加している。

院外との連携においては、在宅退院や施設入所への退院の場合は退院前に合同での退院前カンファレンスを行っている。

○退院支援フロー

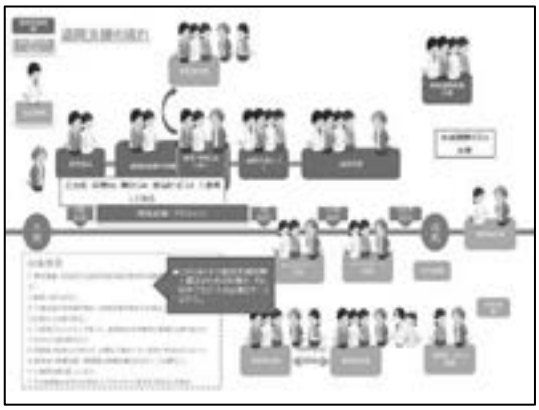
入院時に看護師がスクリーニングシートを用いてアセスメントを実施。スクリーニングシートとは住まいに限ったものではなく、退院支援に向けた介入シートである。そのスクリーニングシートを SW が評価した上で、必要な介入を行っていく。

SW は情報収集を行う中で、必要性に応じて本人・家族、ケアマネジャー等との面談を行い、原則１週間以内に支援方針を立てる。

カンファレンス等で支援方針等を検討し、必要に応じて退院前の自宅訪問や家屋評価を行うが、自宅だけではなく、サ高住や有料老人ホームも必要に応じてリハビリスタッフ･SW 等で訪問する。施設の適性評価を実施し、退院支援につなげていく。

退院前には合同カンファレンスを実施する。



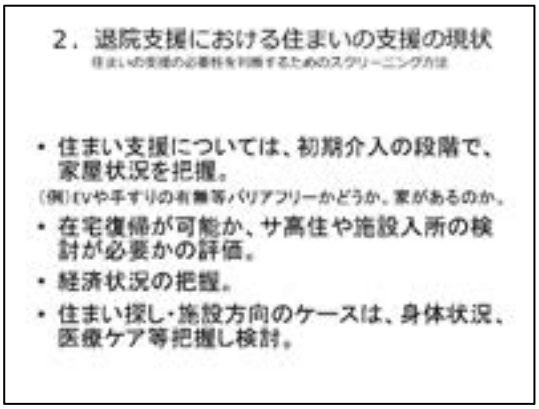


〇退院支援における住まい支援の現状

初期介入の段階で、基本的な家屋状況を把握するようにしている。その上で、在宅復帰が可能かどうか、身体状況を含めて、早期のスクリーニングの段階で検討を行っている。

経済状況は、退院後の施設入所など、住まいを考える上では必要になるため、比較的早い段階で把握するようにしている。

自宅への退院が難しい場合は、身体状況や医療ケア等必要性を把握した上で、適切な施設探しをするようにしている。



３．事例　※個人情報保護上、一部の情報を加工した

〇70代・男性・独居・生活保護受給

もともと、呼吸器疾患があり、独居による孤独感や寂しさもあり、呼吸苦による救急要請が頻繁にあった。肺炎にて入院し、在宅酸素療法が必要になる。

自宅復帰に向けてサービス調整等も検討したが、認知症もあり酸素の管理が難しいこと、また、認知症のため以前の自宅生活にもかなり不十分さがあり、介護サービスを導入しても自宅復帰が難しい状況であったため、介護付き住宅への入所を支援した。

生活保護受給のため、サービス付き高齢者住宅や有料老人ホームへの入所先がなかなか見つからず、未届け有料老人ホームのような施設への入所となった。地域柄このような施設が多く、入所した施設は施設基準等がクリアしていないが、地域では評判のよい、きちんとケアをしてくれる施設である。病院でも訪問等を行っており、施設としては安心できるため、施設入所となった。

生活保護で入所できるところを期限内に探すことは難しい。自宅に戻るよりは安心して生活できる環境という視点で支援を行うこともある。

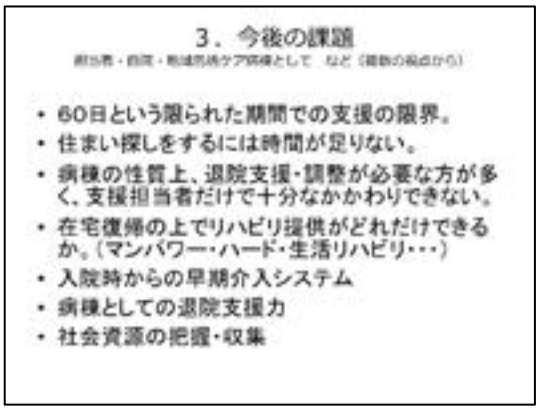
〇70代・男性・独居

脊柱管狭窄症でリハビリを目的に入院。入院前は肉体労働の仕事をしており、会社の寮に住んでいた。入院をきっかけに、仕事復帰は難しくなり、退職。公的な年金等保障制度のない方だったため、生活保護を申請する。

行政の生活保護担当者はアパート設定よりもサービス付き高齢者住宅などのほうが今後安心なのではと勧められたが、身体的状態が施設入所というほどではなかったことと、本人は在宅希望であったため、SW にて不動産屋を紹介して、アパートを見学、家屋評価を行い、介護保険のサービス調整を行って、在宅復帰となった。

地域包括ケア病棟の期間ぎりぎりでの退院という状況であった。

４．今後の課題



当院では、ショートステイ等のつなぎの支援を積極的にはしておらず、居所設定を行っているため、60日という時間的制約の中での支援は厳しい状況にある。

複雑な課題を抱えている方への支援は、時間や手間がかかるため、手厚い支援体制が必要である。現状支援体制が不十分のため、支援担当者だけでは十分なかかわりができていない。

在宅復帰には、リハビリ提供がどれだけできるかが大きくかかわってくる。回復期リハ以外の方は、地域包括ケア病棟でリハビリを行うため、マンパワーの問題もあり、生活リハビリや集団リハビリを行っているものの、十分でないと感じている。

入院時から介入はするが、時間がかかってしまうケースがあるので、早期介入のシステムづくりが大切になる。

病棟とカンファレンスをしながら支援を行っているが、SW 中心になってしまうことがあり、病棟としての退院支援力をあげていく必要があると考えている。

また、支援の上では、経済的課題がある方や単身の方などキーパーソン不在な方にとって十分な資源や制度がなく、そのことも大きな課題である。

④独立行政法人 地域医療機能推進機構　JCHO 東京新宿メディカルセンター
地域連携・総合相談センター　山﨑 まどか（東京都 新宿区）

１．JCHO 東京新宿メディカルセンターの概要

〇病院概要

2014年4月、厚生年金病院、社会保険病院、船員保険病院が JCHO として一つのグループとなり、57の病院、26の介護老人保健施設などを運営している。

JCHO 東京新宿メディカルセンターは520床の病院で急性期を母体に、回復期リハビリ、地域包括ケア、緩和ケアの病棟がある。

特徴は、区独自の緊急一時入院病床事業で　指定病院となっており、積極的に在宅療養中の方の緊急入院の受入れをしている。



〇地域概要

病院が位置する新宿区の人口は約34万人。高齢化率は19.7％と、全国平均と比較して低いが、外国人の方が約１割、高齢者の約３人に１人は一人暮らしで、2040年にかけて高齢者人口の急増が見込まれる。

新宿区は超高層ビルや繁華街というイメージが強いかもしれないが、木造住宅の密集地や閑静な住宅街もある。JCHO 東京新宿メディカルセンターの近くは、神楽坂という老舗や新たなお店が混在する商店街があり、大都会とは異なった趣のあるエリアである。

住宅状況は、共同住宅が86％と高く、持ち家が35％と低い割合となっている。その中で、最低居住水準未満の世帯割合は全国平均より高く、新宿区ではバリアフリー化や住み替えなどが課題になっている。

一方で医療資源については、全体で10以上の病院があるが、高度急性期と急性期機能が5,000床を超え、慢性期（うち療養病床）がわずか25床と偏在している。そのため、在宅医療が早くから発展しており、訪問看護ステーションは比較的多い。

地域の病院としては、ポストアキュートとサブアキュート機能がともに求められており、その中で在宅復帰支援における「住まい」は重要な課題の一つである。





〇地域連携・総合相談センターの体制

部門の体制は、看護師が2.5名、MSW が５名、事務職員３名となっている。

相談内容は、当院が複数の機能をもっていることもあり、新規は「受診・受療」という受け入れの相談が最も多く、延べ件数では「退院支援」が最も多く、半数を占めている。総数は特別多いわけではないが、病院機能としてもより細やかな対応に努めている。



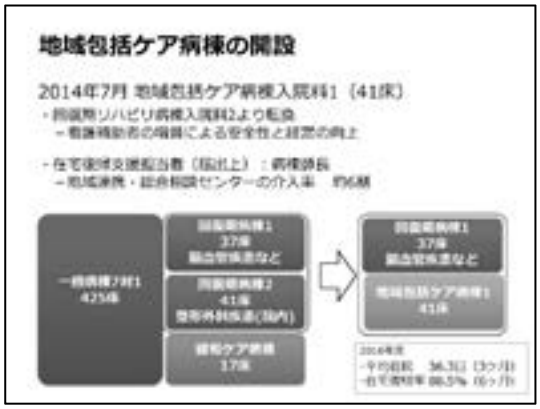


２．地域包括ケア病棟における退院支援の取り組み

〇地域包括ケア病棟の開設

地域包括ケア病棟は、診療報酬上新設された2014年に、もともとあった回復期リハビリ病棟の一つを転換し、開設した。

本来なら、在宅復帰支援担当者は相談支援部門からの配置も検討されたが、他の届出が重なったため師長に依頼し、実際の支援は皆で分担しながら対応している。

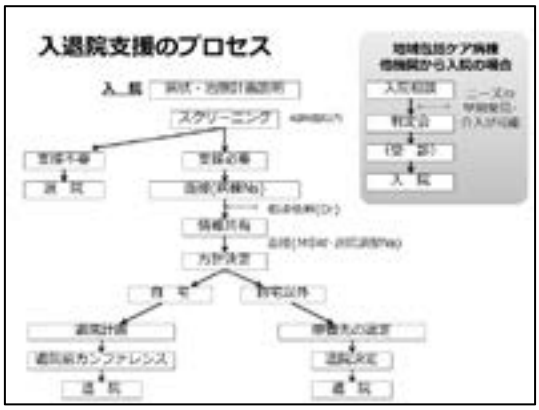


〇入退院支援のプロセス

急性期病棟における入退院支援の流れを基本としており、まず、入院から48時間以内にスクリーニングを実施し、該当した患者について相談支援部門と話し合った上で、支援の必要性を判断する。その際、病棟看護師は家族などから事前に状況を確認し、医師にはチームとしての共通認識が持てるよう相談依頼を出してもらうシステムとしている。なお、スクリーニング項目のうち、「２．入院の状況」「５．介護者の問題」「10.経済的不安」は、一つでもチェックがあれば、相談支援部門に即依頼が来る。

地域包括ケア病棟の場合は、他機関からの相談時に、ニーズの早期発見ができるというメリットがある。判定会を開催し、必要に応じて代理受診を行い、入院という流れになる。緊急受入れは、初めに紹介した緊急一時入院病床事業で、一般病棟経由の入院である。

入院後は、週１回病棟カンファレンスを実施し、入院・入棟後14日目にはPT 等が参加し退院支援計画を共有することになっている。毎日多職種が揃ってディスカッションすることは難しいため、各担当者が患者の状況に合わせて柔軟に動いている。





○入退院支援の例　※個人情報保護上、一部の情報を加工した（当院倫理委員会の承認済み）

入院前より担当していたケアマネジャーと協働した２事例を紹介する。

１事例目は、80代の女性、一人暮らし（要介護１）。知的障害と、加齢に伴う認知機能の低下があり、ヘルパーが訪問すると失禁状態でまず部屋の掃除が必要となることが増えてきた。今回、濡れていた床で滑って転倒し、動けなくなっていたところをヘルパーが発見した。大家からも不安の声が聞かれるようになってきた状況であった。

一般病棟を経て地域包括ケア病棟へ移動し、ADL はリハビリで手つなぎ歩行ができるまでに向上した。退院後の希望は、本人と皆で繰り返し話し合うも、十分にくみ取ることはできなかった。そこで、入院初期には、今後の選択肢が広がるよう、要介護認定の区分変更申請と、障害支援区分の認定申請を提案し同時に進めた。金銭管理としては郵便局へ社会福祉協議会担当者と同行し、今後の身上監護と財産管理のため区役所高齢福祉課と連携し後見人の申し立てを行った。

こうした経過の中で、特別養護老人ホーム入所中の夫の写真を見せると笑顔が見られ、また在宅関係者から入院後表情が明るくなったとの情報もあり、夫と同じホーム（他地域）、又は面会に行きやすい範囲のホームへの入所を目指す方針をたてた。ただし、判定会が退院までの期限の２週間前であったため、決まらなかった時に備えて、他施設も検討した。しかし、老人保健施設は夜間休日に駆けつけられる人がいないこと、有料老人ホームなどの居住系施設は経済的負担が大きいことから難しかった。そこで、自宅に戻って一人暮らしを続けるか、小規模多機能ホームで一定期間の入所を準備していた。

その結果、第一希望ではないが特別養護老人ホームへの入所が決定した。入所後は、久しぶりに夫との面会が叶い、新たな環境にも慣れて穏やかに過ごされている。

２事例目は、90代の女性、息子と二人暮らし（要介護２）。尿路感染症と腎結石で入院。介護サービスを利用していたが、入院前より地域ケア会議で「在宅は限界ではないか」という声があがっていた。息子がうつ病で入院し、本人はショートステイからの入院であったが、その施設では度々トイレに呼ばれてもう対応できないという話がでていた。

入院当初から寂しさのため、大きな声で人を呼んでおり、精神科の診察も受けたがあまり変わらなかった。数日経って息子が退院し面会すると、本人は「自宅に帰りたい」と繰り返したが、歩行は付き添いが必要であり次男はとても悩んでいた。

そこで、地域包括ケア病棟では、看護師が本人に興味をもっていただけそうなものを準備し、ナースステーション前のテーブルで本人の横で作業するなど工夫し、少し落ち着きつつあった。そして、MSW は息子の主なストレスとなっていた親族間のトラブルに対して、後見人の申し立てと同時に、審判前から弁護士に依頼し、間に入ってもらったことで、心理的負担も軽減されてきた。さらに、先々を見据えて、グループホームに一緒に見学に行き、息子も前向きに考えるようになってきた。その際、スタッフから精神科病院も提案されたが、食欲の低下がみられてきたことから、身体拘束やこれ以上薬を増やすことは、本人にとって良くないとのではと話し合い、グループホームを選定した。

こうしたかかわりをしていく中で、息子が一度自宅につれて帰るという決断をしたため、在宅関係者とも協議し、サポートしてもらえることになった。この間にケアマネジャーとは密に連絡をとり合い、面会もしていた。自宅退院後しばらく経過したが、ショートステイを利用しながら、在宅療養を続けている。

〇地域との連携・協議

JCHO 東京新宿メディカルセンターでは、在宅関係機関との関係づくりのため、年２回地域交流会を開催している。講演会とグループディスカッションの方式で、地域包括ケア病棟をテーマにしたことで、ケアマネジャーからの相談につながるようになってきた。特に、当院は神経内科があるため、難病とリハビリのテーマではいつも以上に反響があった。



その他、普及やニーズ把握を目的に、訪問活動や協議会の開催（町会の方も参加）、今年度企画した緩和ケア病棟の見学会・講演を、次年度は地域包括ケア病棟で取り組めるよう計画している。一方、区や医師会主催「地域包括ケア病棟との連携の会」「中小規模病院の連携委員会」があり、地域包括ケア病棟として参加し、活動報告や課題の検討をした。

MSW 協会地区ブロックでは、「住まい」をテーマにした勉強会も行われている。

〇自宅訪問における MSW の役割

今回は、本事業の趣旨に合わせて、主に自宅に戻ることができないケースを想定してきたが、実際には自宅訪問も行っているため、少しお伝えする。訪問で当院のMSWが大切にしている視点や役割について、対象別に一部整理したものである。



４．今後の課題



住まいの支援で大切にしたい視点は、まだ、法的には十分に保障されていないが、居住権の保障が基盤にあると考えている。

支援のプロセスにおいては、当事者との信頼関係の構築や最大限の意思の尊重、また、地域包括ケア病棟から自宅に帰るとしても将来的な見通しを立てて計画、介入する。

ここで、課題を３点挙げる。１点目は、日頃からの地域との連携強化である。例えば、入院して自宅に帰ろうとしても、大家が高齢でアパートをたたむため帰ることができなかった事例がある。近隣とのトラブルも同様で、もう少し前の段階から検討できるように、病院側から地域に発信していきたいと考える。

２点目は、都市部の特別養護老人ホームの待機期間や居住系施設の費用の問題に加え、二人部屋で生活空間におけるプライバシーへの配慮が行き届いていない施設もあった。医療との関係でも、がん治療が外来移行し通院を継続する場合や、精神障害のグループホームを考えた矢先に脳血管疾患で麻痺が残りバリアフリーでないため入居できない場合など、安心して暮らすことができる住環境の確保と質の担保を図る必要性を感じている。

３点目は、医療・介護従事者の育成である。病院のスタッフを含めて相手に敬意をもって接することを基本とする。また、有料老人ホームの相談窓口担当者とホームのフロア担当者間の情報共有がなされていないこともみられ、仕組みとしても必要である。最後に、退院先が自宅以外でも、その人にとっての大切な生活の場であることを理解し、個別性のあるリハビリとケアの計画を進めていけるよう、さらなる意識啓発を図りたいと考える。

配布資料：「2017年度調査研究部報告―地域包括ケア病棟における在宅復帰支援の実態報告」
『医療と福祉』No.103 Vol.51-2,p.17-23.

資料編

平成 29 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の退院後の地域居住のあり方に関する調査研究事業
「地域包括ケア病棟（床）における退院支援に関するアンケート調査」
～地域包括ケア病棟(床)からの退院後の住まいのあり方と退院支援～

調査票Ａ票

「医療機関」についてのアンケートです。

地域包括ケア病棟（床）において

退院支援・調整業務の「統括者」がご記入ください。

※お手数ですが、地域包括ケア病棟（床）の部門内で把握が
できていない項目は、適宜、事務局セクション等に確認の上で
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、平成 29 年 9 月 1 日時点でご回答ください。

調査結果はとりまとめの上で公表いたしますが、ご回答いただいた内容は統計的に処理致しますので、個別の回答をそのまま外部に出すことはありません。
何卒、本調査の趣旨をご理解の上、ご協力賜りますようお願い申し上げます。

◆本調査の問い合わせ等のみに使用致します。ご記入者のご連絡先をお知らせ下さい。
◆また、本事業の結果が公表されましたらお知らせいたします。

貴病院名			
部署名／お役職名		**記入者名**	
電話番号		**メールアドレス**	

ご回答期限：平成 29 年 11 月 30 日

<A 票、B 票（C 票）を全てまとめて、同封の「返信用封筒（切手不要）」にてご返送下さい>

【医療機関プロフィール】			
AF1.都道府県		**AF2.市区町村名**	
AF3.二次医療圏名			
AF4.開設法人 （ひとつに○）	**<a. 国>** 1．厚生労働省、独立行政法人国立病院機構　4．国立高度専門医療研究センター 2．国立大学法人　5．独立行政法人 地域医療機能推進機構*(JCHO) *旧･全国社会保険協会連合会 厚生年金事業振興団 船員保険会 3．独立行政法人労働者健康福祉機構　6．その他（国の機関）		
	<b. 公的医療機関> 1． 都道府県　3． 地方独立行政法人　5．済生会　7．厚生連 2．市町村　4．日赤　6．北海道社会事業協会　8． 国民健康保険団体連合会		
	<c. 社会保険関係団体> 1． 健康保険組合、及びその連合会　2． 共済組合、及びその連合会　3．国民健康保険組合		
	<d. 民間> 1．医療法人　3．公益法人　5．社会福祉法人　7．会社 2．個人　4．私立学校法人　6．医療生協　8．その他法人		
AF5. 同一法人/グループ内における「介護施設状況」（すべてに○）	1．介護老人保健施設　3．居住系　5.通所系 2．特別養護老人施設　4．訪問系		
AF6. 同一法人/グループ内における、医療機関の「病床種」（貴院が所属する医療機関は除く）（すべてに○）	1．一般（7 対 1）　4．一般（15 対 1）　7.精神 2．一般（10 対 1）　5． 回復期　8．障害 3．一般（13 対 1）　6．療養　9．その他（　　）		
AF7. 同一法人/グループ内における医療機関の「病床機能」（すべてに○）	1．高度急性期　2．急性期　3．回復期　4．慢性期		

以下は、貴院が所属する医療機関についてお答え下さい。

AF8. 病床数　各病床種別･特定入院料別に病床数を記入して下さい。**算定していないものは空欄**にして下さい。（非稼働病床含む）

① 許可病床数		（　　床）
②一般	一般病棟入院基本料 7 対 1	（　　床）
	一般病棟入院基本料 10 対 1	（　　床）
	一般病棟入院基本料 13 対 1	（　　床）
	一般病棟入院基本料 15 対 1	（　　床）
③回復期	回復期リハビリテーション入院料　1	（　　床）
	回復期リハビリテーション入院料　2	（　　床）
	回復期リハビリテーション入院料　3	（　　床）
④地域包括ケア	地域包括ケア病棟入院料１	（　　床）
	地域包括ケア病棟入院料２	（　　床）
	地域包括ケア入院医療管理料１	（　　床）
	地域包括ケア入院医療管理料２	（　　床）
⑤療養	療養病棟入院基本料１、２	（　　床）
⑥精神	精神病棟入院基本料、精神療養病棟入院料	（　　床）
⑦障害	障害者施設等入院基本料	（　　床）
⑧その他の病床		（　　床）

Q1. 地域包括ケア病棟(床)の詳細について伺います。 ＝以下、「ケア病棟（床）」

（地方厚生局への届出などをベースに記入） ＊複数の病棟がある場合は、病棟毎に記入

	病棟１		病棟２		病棟３	
1.ケア病棟（床）の特定入院区分（ひとつに○）	入院料	1 ・ 2	入院料	1 ・ 2	入院料	1 ・ 2
	管理料	1 ・ 2	管理料	1 ・ 2	管理料	1 ・ 2
2. 病床数	（ 床）		（ 床）		（ 床）	
3. 病床種－入院基本料（ひとつに○）	1. 一般：7 対 1、または 10 対 1 2. 一般 13 対 1、または 15 対 1 3. 療養病棟入院基本料 4. 障害者施設等入院基本料 5. その他（ ） 6. 新設のためなし		1. 一般：7 対 1、または 10 対 1 2. 一般 13 対 1、または 15 対 1 3. 療養病棟入院基本料 4. 障害者施設等入院基本料 5. その他（ ） 6. 新設のためなし		1. 一般：7 対 1、または 10 対 1 2. 一般 13 対 1、または 15 対 1 3. 療養病棟入院基本料 4. 障害者施設等入院基本料 5. その他（ ） 6. 新設のためなし	
4.転換前の病床機能（ひとつに○）	急性期 回復期 慢性期		急性期 回復期 慢性期		急性期 回復期 慢性期	
5.平均在院日数（直近 3 ヶ月平均）	（ 日） *小数点第一位まで		（ 日） *小数点第一位まで		（ 日） *小数点第一位まで	
6.在宅復帰率（H29 年 9 月実績）	%		%		%	
7.病床利用率（H29 年 9 月実績）	%		%		%	
8.病床稼働率（H29 年 9 月実績）	%		%		%	
9.重症度、医療・看護必要度（H29 年 9 月実績）	%		%		%	
10.看護職員配置加算	有 ・ 無		有 ・ 無		有 ・ 無	
11.看護補助者配置加算	有 ・ 無		有 ・ 無		有 ・ 無	
12.救急・在宅等支援病床初期加算	有 ・ 無		有 ・ 無		有 ・ 無	

13.年間の**総入院**患者数 *平成 28 年 4 月～平成 29 年 3 月	（ 人）		
14.年間の**総退院**患者数 *平成 28 年 4 月～平成 29 年 3 月	（ 人）	そのうち、**退院支援**を**実施**した患者数	（ 人）
		そのうち、「退院支援加算」を算定した患者数	（ 人）

15.「入院の契機となった疾患が発症する前の日常的な生活支援＊」の**必要性評価の有無** ＊ **日常的な生活支援とは…**、老年症候群、フレイル、要介護状態、障害児・者や、疾病、外傷、先天的要因等様々な原因で、心身機能・構造、日常生活活動、社会参加の観点から支援を要する状態（金銭的支援は除く）です。	1. 評価している	2. 一部、評価している	3. 評価していない

16. 受け入れ経路・機能別の退院患者数（平成 29 年 9 月の 1 ヶ月間）　＊受け入れ＝入院(棟)			
① 平成 29 年 9 月（1ヶ月間）の受け入れ患者数	（　　人）		
② 入院区分	予定入院（　　人）	緊急入院／予定外入院（　　人）	
③ 入院・受け入れ経路	医療機関（急性期） （　　人）	医療機関（急性期以外） （　　人）	自宅・介護施設など （　　人）
④「入院の契機となった疾患が発症する前の日常的な生活支援※」の必要性	必要 （　　人）	不要 （　　人）	不明（評価していない など） （　　人）

※**日常的な生活支援**とは…、老年症候群、フレイル（虚弱）、要介護状態、障害児・者や、疾病、外傷、先天的要因等様々な原因で、心身機能・構造、日常生活活動、社会参加の観点から支援を要する状態（金銭的支援は除く）のこと。

Q２．地域包括ケア病棟（床）患者の移行元と移行先について伺います。（０人の場合は「０人」、不明の場合は空欄）
平成 29 年９月（１ヶ月間）に、入院(棟)／退院(棟)した患者の人数を、「種別」に記入

種別		A.移行元（入院(棟)前、どこに居て）	B.移行先（退院(棟)後、どこへ出たか）
1. 自宅		（　　人）	（　　人）
2. 居住系施設 （有料老人ﾎｰﾑ、ｻｰﾋﾞｽ付き高齢者住宅、ｸﾞﾙｰﾌﾟﾎｰﾑ など）		（　　人）	（　　人）
3. 介護老人保健施設／特別養護老人ホーム		（　　人）	（　　人）
院内	4. 急性期	（　　人）	（　　人）
	5. 急性期以外	（　　人）	（　　人）
同一グループ内／法人内	6. 急性期	（　　人）	（　　人）
	7. 急性期以外	（　　人）	（　　人）
院外	8. 急性期	（　　人）	（　　人）
	9. 急性期以外	（　　人）	（　　人）
10. その他		（　　人）	（　　人）
11. 不明		（　　人）	（　　人）

Q３．退院支援業務の担当者について伺います。

Q3-1. 地域包括ケア病棟(床)において、専任の「在宅復帰支援担当者」として届けている職種別の人数をお答え下さい。

1. 社会福祉士（　　人）	2. 退院調整看護師（　　人）	3. その他 (職種：　　／　　人)

Q3-2. 地域包括ケア病棟(床)において、実際に、退院支援に係わっている全ての人数をお答え下さい。
（「登録している在宅復帰支援担当者」と「登録者以外でも実際支援に係わっている方」の合計人数）

1. 社会福祉士 （　　人）	2. 退院調整看護師 （　　人）	3. 事務職員 （　　人）	4. その他職員 （　　人）

Q４．退院支援の状況やその対象「患者」について伺います。

Q4-1．最近１年間で、「**住まいの確保*」が必要であった**「だいたいの患者数」を記入して下さい。

（　　人）
*最近１年間

***住まいの確保とは…、**退院支援のなかで、退院後の「住まいの確保」をするための支援を行ったケース

【ここでの「住まい」とは、「元の住まい」以外の、病院や老人保健施設を除く、以下のようなところを指しています】

- 制度的裏付けのある高齢者の居住施設、あるいは住まい
  (サ高住・有料老人ホーム・養護老人ホーム・ケアハウス・認知症高齢者グループホーム　など)
- 民間賃貸や UR、公営住宅
- 未届け有料老人ホーム
- NPO 法人立の無料・低額宿泊所等や、生活保護法に基づく保護施設（救護施設・更生施設・授産施設など）

Q4-2．退院支援の対象とする患者はどのように決定していますか。（ひとつに○）

１．医師からの依頼　　３．退院支援チームによる選別　　５．関係機関からの依頼
２．病棟看護師からの依頼　　４．本人・家族からの依頼　　６．その他（　　）

Q4-3．退院支援の進捗を統括者はどのように把握されていますか。（ひとつに○）

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（　　）

Q4-4．貴院の地域包括ケア病棟(床)では、退院支援に関して決まったルールがありますか。（ひとつに○）

１．決まったルールがあり、それに則って支援を進めている　　４．決まったルールはなく、担当者によって進め方はそれぞれ違う
２．決まったルールはあるが、担当者によるバラツキも大きい　　５．その他（　　）
３．決まったルールはないが、大体みんなが同じ流れで支援を進めている

Q５．事例検討会の実施についてお伺いします。

Q5-1．地域包括ケア病棟(床)内の退院支援担当者で、事例検討会を実施していますか。（ひとつに○）

１．している　　２．していない

Q5-2．Q5-1 **で「１」を選択した場合**　病院内での退退院支援担当者で、事例検討会の頻度はどのくらいですか。（ひとつに○）

１．週に１回以上　　３．毎月１回　　５．半年に１回
２．月に複数回　　４．2～3ヶ月に１回　　６．年１回以下

Q6．院内の退院支援担当者間の連携について伺います。

Q6-1．退院支援において、困難な事例の場合どのように対処していますか。（ひとつに○）

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

Q6-2．退院支援について、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。（ひとつに○）

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（　　）

A 票（医療機関についてのアンケート）はここまでです。ご協力ありがとうございました。

<A 票、B 票（C 票）を全てまとめて、同封の「返信用封筒（切手不要）」にてご返送下さい>

～ヒアリングへのご協力のお願い～

今後、本調査に関してより詳しくお話をお伺いするため、ヒアリングへのご協力をお願いできたらと考えております。

ご協力は任意ですが、高齢者の方々にとっての「より良い退院支援」と、今後の退院後の地域居住や住まいのあり方を検討するために、現場の生の声をお聞かせ頂きたく、是非ご協力を賜りますようお願い申し上げます。

ご協力いただける方は、下記に連絡先をご記入ください。担当者からご連絡差し上げます。

お名前			
ご所属		お役職	
電話番号		Email	（　　@　　）

ご記入頂きました個人情報は本調査および、ヒアリング調査以外の目的で利用することはございません。

平成 29 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の退院後の地域居住のあり方に関する調査研究事業
「地域包括ケア病棟（床）における退院支援に関するアンケート調査」
～地域包括ケア病棟(床)からの退院後の住まいのあり方と退院支援～

調査票Ｂ票①

「退院患者」についてのアンケートです。
地域包括ケア病棟（床）において、実際に、退院支援・調整を行った担当者がご記入ください。（該当する患者がいない受け入れ経路はアンケート回答不要です）

＜①ポストアキュートとしての入院の方（１例）＞



*調査基準日：特に指定がない場合、平成 29 年 9 月 1 日時点でご回答ください。

【調査対象となる患者像】

1. 最近 1 年間で、地域包括ケア病棟（床）から退院した 65 歳以上の患者　で、
2. 退院支援のなかで、退院後の「住まいの確保※1」をするための支援を行ったうち、ご自身が扱ったケースの中で「困難であった事例」

※1）ここでの「住まい」とは、「元の住まい」以外の、病院や老人保健施設を除く、以下のようなところを指しています。

- 制度的裏付けのある高齢者の居住施設、あるいは住まい
  (サ高住・有料老人ホーム・養護老人ホーム・ケアハウス・認知症高齢者グループホーム　など)
- 民間賃貸や UR、公営住宅
- 未届け有料老人ホーム
- NPO 法人立の無料・低額宿泊所等や、生活保護法に基づく保護施設（救護施設・更生施設・授産施設など）

ご回答期限：平成 29 年 11 月 30 日

<A 票、B 票（C 票）を全てまとめて、同封の「返信用封筒（切手不要）」にてご返送下さい>

Q1．基本情報

①入院区分（ひとつに○）	1．予定入院　　2．緊急入院（予定外の入院）		
②受け入れ経路（ひとつに○）	1．医療機関（急性期）　2．医療機関（急性期以外）　3．自宅　4．介護施設 など		
③今回の入院契機となった疾患が発症する前の**日常的な生活支援**※の必要性有無（ひとつに○） ※**日常的な生活支援**とは…、老年症候群、フレイル（虚弱）、要介護状態、障害児・者や、疾病、外傷、先天的要因等様々な原因で、心身機能・構造、日常生活活動、社会参加の観点から支援を要する状態（金銭的支援は除く）のこと。			
1．必要　2．不要　3．不明（評価していない など）			
④年齢	（　　歳）*退院日時点	⑤性別	1．男性　2．女性
⑥地域包括ケア病棟への入院(棟)日と退院日	平成　年　月　日 ～平成　年　月　日	⑧在院(棟)日数	日
⑦最初の入院日（転院・転棟の場合のみ）	平成　年　月　日		
⑨入院(棟)の目的（すべてに○）	1．医療ケアの継続	7．医療依存度の高い方の一時的な緊急入院	
	2．リハビリテーション	8．状態の変化に伴う、在宅医等からの在宅療養患者の入院要請	
	3．セルフケアや家族指導	9．手術	
	4．家族関係の調整・レスパイト	10．化学療法／緩和ケア	
	5．在宅体制の構築	11．看取り	
	6．療養先の選定	12．その他（　　）	

Q2．入院時情報

Q2-1．居住・生活環境

①同居人（すべてに○）	1．なし（独居）	3．娘	5．子どもの配偶者	7．親戚	9．その他
	2．配偶者 ※事実婚を含む	4．息子	6．孫	8．友人	（　　）
②主たる介護者（ひとつに○）	1．配偶者	4．子どもの配偶	7．友人	10．その他（　　）	
	2．娘	5．孫	8．介護者となる人がいない（関係機関のみ）		
	3．息子	6．親戚	9．介護不要（自立）		
③主たる介護者との同居の有無	1．同居				
	2．近距離別居－介護者が通常使用できる交通手段で概ね 30 分程度で行き来ができる				
	3．遠距離別居－介護者が通常使用できる交通手段で概ね 30 分超かかる				
④主たる介護者の就労の有無	1．就労あり（フルタイム）　2．就労あり（パート）　3．就労なし　4．不明				

Q2-2．入院前の住まい（ひとつに○）　＊転院・転棟の場合は、「最初の入院」の前に住んでいた所についてお答えください

1．持ち家（戸建て）	3．賃貸（戸建て）	5．介護施設 など	7．不明
2．持ち家（集合住宅）	4．賃貸（集合住宅）	6．その他（　　）	

Q2-3．入院時の担当ケアマネジャーの有無（ひとつに○）

1．いた　　2．いなかった

Q2-4．入院時に地域の機関・団体のうち関係があったものとして把握しているもの（すべてに○）

1．民生委員による訪問等を受けていた	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
2．地域包括支援センターによる支援を受けていた	6．サロン・社会交流活動を利用していた
3．福祉事務所による訪問等を受けていた	7．その他（　　）
4．自治会、老人クラブ等の活動へ参加していた	8．不明

Q2-5．介護保険の自己負担割合	1割　2割　不明	Q2-6．障害など認定	1．なし　2．あり（　　）

Q2-7．年金などの種類

1．国民年金　2．厚生年金　3．障害年金　4．生活保護　5．その他（　　）

Q2-8．これらの「入院時情報」を入手した主な方法（ひとつに○）

1．入院前に患者がいた医療機関や施設（移行元）からの提供	3．ケアマネジャーからの提供
2．退院支援の担当者による、患者や家族、移行元の担当者などへの聞き取り	4．その他（　　）

Q3．退院時情報

Q３-１．要介護度の変化（【入院(棟)前】【退院(棟)時】それぞれについて、○はひとつずつ）

【入院(棟)前】			【退院(棟)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

Q３-２．認知症高齢者の日常生活自立度の変化（【入院(棟)前】【退院(棟)時】それぞれについて、○はひとつずつ）

【入院(棟)前】					【退院(棟)時】				
１．自立	３．Ⅱａ	５．Ⅲａ	７．Ⅳ	９．不明	１．自立	３．Ⅱａ	５．Ⅲａ	７．Ⅳ	
２．Ⅰ	４．Ⅱｂ	６．Ⅲｂ	８．Ｍ		２．Ⅰ	４．Ⅱｂ	６．Ⅲｂ	８．Ｍ	

Q３-3．認知症の診断有無とその変化（【入院前】【退院時】それぞれについて、○はひとつずつ）

【入院(棟)前】	【退院(棟)時】
１．認知症の診断なし	１．入院時より悪化、または入院後に発症
２．認知症の診断あり	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

Q３-4．障害老人の日常生活自立度（寝たきり度）の変化（【入院前】【入院後】それぞれについて、○はひとつずつ）

【入院(棟)前】					【退院(棟)時】				
１．自立	３．Ｊ２	５．Ａ２	７．Ｂ２	９．Ｃ２	１．自立	３．Ｊ２	５．Ａ２	７．Ｂ２	９．Ｃ２
２．Ｊ１	４．Ａ１	６．Ｂ１	８．Ｃ１	10．不明	２．Ｊ１	４．Ａ１	６．Ｂ１	８．Ｃ１	

Q3-5．重症度、看護必要度（点数を記入）

項目	【入院(棟)時】	【退院(棟)時】
A 項目	（　　点）　・未聴取	（　　点）　・未聴取
B 項目	（　　点）　・未聴取	（　　点）　・未聴取
C 項目	（　　点）　・未聴取	（　　点）　・未聴取

Q3-6．退院後の内服薬の有無と服薬管理（それぞれ、ひとつに○）

内服薬	１．あり　　２．なし
(ありの場合) **服薬管理**	１．自己管理
	２．他者管理（　　）

Q３-7．退院後も必要な医療　（**入院(棟)前から**のものは**「継続」**、**退院(棟)時に追加**されたものは**「追加」、いずれかに**○）

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　[継続 ・ 追加]
５．胃ろう、腸ろう　[継続 ・ 追加]	10．疼痛管理　[継続 ・ 追加]	（　　）

Q３-8．おおむね毎月負担できる金額　*家族による援助も含む（ひとつに○）

１．15 万円以上	３．５万円～10 万円未満	５．生活保護受給
２．10 万円～15 万円未満	４．５万円未満	６．不明

Q３-9．本人の貯蓄（総金融資産）（ひとつに○）

１．1,500 万円以上	３．　1,000 万円～500 万円	５．ほぼなし
２．1,500 万円～1,000 万円	４．500 万円未満	６．不明

Q4. 地域包括ケア病棟（床）への、入院(棟)前の受入元と退院(棟)後の移行先 （**A**・**B** それぞれについて、○はひとつずつ）

Q4-1.	**A①. 入院(棟)前の受入元**（入院前はどこに居て）	**B①. 退院(棟)後の移行先**（退院後はどこへ出たか）
在宅	1. 自宅（持ち家／家族・親族などの家を含む）	1. 自宅（持ち家／家族・親族などの家を含む）
	2. 自宅（民間賃貸や UR、公営住宅）	2. 自宅（民間賃貸や UR、公営住宅）
	3. 特別養護老人ホーム	3. 特別養護老人ホーム
	4. 制度的裏付けのある高齢者の居住施設、あるいは住まい (サ高住・有料老人ホーム・養護老人ホーム・ケアハウス・認知症高齢者グループホーム など)	4. 制度的裏付けのある高齢者の居住施設、あるいは住まい (サ高住・有料老人ホーム・養護老人ホーム・ケアハウス・認知症高齢者グループホーム など)
	5. 未届け有料老人ホーム	5. 未届け有料老人ホーム
老人保健施設 **院内**	6. 在宅強化型老人保健施設	「**老人保健施設**」または、「**病院**（院内、同一法人／グループ内、院外）」へ移行した方は、本アンケートの対象外です。
	7. 上記以外の老人保健施設	
	8. 急性期	
	9. 急性期以外	
同一法人／グループ内	10. 急性期	
	11. 急性期以外	
院外	12. 急性期	
	13. 急性期以外	
その他	14. NPO 法人立の無料・低額宿泊所など	14. NPO 法人立の無料・低額宿泊所など
	15. 生活保護法に基づく保護施設（救護施設・更生施設・授産施設など）	15. 生活保護法に基づく保護施設（救護施設・更生施設・授産施設など）
	16. その他（　　）	16. その他（　　）
	17. その他だが、詳細は不明	17. その他だが、詳細は不明

Q4-2. 病院以外の「施設」の場合の運営主体（**A**・**B**それぞれについて、○はひとつずつ）

A②. 入院(棟)前の受入元の運営主体	**B②. 退院(棟)後の移行先の運営主体**
1. 同一法人施設　　2. 同一法人以外の施設	1. 同一法人施設　　2. 同一法人以外の施設

Q4-3. **退院(棟)後の移行先（入居した）施設**の月額利用料	（　　万円／月）くらい

Q5．退院支援の実施について

Q5-1．退院支援に介入した時期（ひとつに○）

1．入院前（面談時など）から	4．入院時から１週間以内	7．入院が長期化(60 日程度)してから
2．入院時（当日もしくは翌日）	5．入院から２週間以内	8．その他
3．入院時から３日程度	6．入院から１ヶ月以内	（　　）

Q5-2．退院支援に介入してから、退院先が決まるまでの期間（日数）	（　　日）くらい

Q5-3．退院先に関する主治医の見立て（すべてに○）

1．入院前の自宅への退院	4．老人保健施設などの施設への退院	7．その他（　　）
2．入院前と異なる自宅への退院	5．入院継続・転院	
3．自宅に準じる施設への退院	6．不明	

Q5-4．退院先に関する、本人の希望

①聴取の有無（ひとつに○）	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（すべてに○）	1．入院前の自宅への退院	4．入院継続・転院	7．その他
	2．入院前と異なる自宅への退院	5．老人保健施設などの施設への退院	（　　）
	3．自宅に準じる施設への退院	6．特別養護老人ホームへの退院	8．明確な希望なし

Q5-5．退院先に関する、家族の希望

①聴取の有無（ひとつに○）	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（すべてに○）	1．入院前の自宅への退院	4．入院継続・転院	7．その他
	2．入院前と異なる自宅への退院	5．老人保健施設などの施設への退院	（　　）
	3．自宅に準じる施設への退院	6．特別養護老人ホームへの退院	8．明確な希望なし

Q5-6．その退院先を選定するにあたって重視した項目（すべてに○）

1．家族の自宅から近い	6．医療的な必要性・必要な治療を受けられる
2．安い（経済的に受け入れられる）	7．リハビリができる
3．本人／家族が見学して気に入った	8．長期入所ができる
4．自分（職員）が見学して良いと感じた	9．そこしか空いていなかった
5．医師の勧め	10．その他（　　）

Q5-6-1．Q5-6で「○」を付けたなかで、特に重視した項目（上位３位まで、選択肢の番号を記入）

1 位：	2 位：	3 位：

Q5-7．退院先の選定にあたり、自宅や施設の事前見学の有無（ひとつに○）

1．患者と一緒に見に行った	3．行かずに、見てきた担当者から情報を貰った	5．その他
2．自分だけ／関係者と見に行った	4．行かなかった	（　　）

Q5-8．最終的な退院先は、患者の希望通りか（ひとつに○）

1．希望通り	3．希望通りではないが、なんとか納得した
2．希望通りではないが、十分に納得した	4．その他（　　）

Q5-9．この患者に対する退院支援を 100 点満点にすると、自己評価としては何点か	（　　点　／100 点）

Q5-10．この患者に対する退院支援の自己評価が 100 点満点になるためには、どんなことが必要であったか（自由記入）

Q6．入院(棟)前の「元の住まい」に退院が出来なかった要因について

Q6-1．入院(棟)前の元の住まいに退院できなかった理由　（すべてに○）

1．家族の介護力がない	8．家族に替わる、生活支援サービスの不足
2．家族が同意しなかった	9．居宅介護サービスの不足
3．独居、または近隣に家族がいない	10．賃貸住宅の大家の反対
4．本人が希望しなかった	11．関係機関からの依頼
5．経済的な問題	12．住環境（バリアフリー等）に問題があったため
6．医療が必要なため	13．身元保証人がいない
7．居宅介護サービスでは対応できない状態のため	14．その他（内容：　　）

（Q6-1 で「２．家族が同意しなかったため」を選択した場合）

Q6-2．家族の同意が得られれば自宅に帰る事が出来たと思うか（ひとつに○）

1．　そう思う　　2．　そうは思わない　　3．　その他(　　)

（Q6-1 で「２．家族が同意しなかったため」）を選択した場合）

Q6-3．家族が同意しなかった主な理由（ひとつに○）

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（　　）
3．　同居人がいない	

（Q6-1 で「６．医療が必要なため」を選択した場合）

Q6-4．在宅医療とならなかった主な理由（ひとつに○）

1．　近隣に在宅医療を行っている医療機関がない	4．　経済的な負担が大きい
2．　在宅医療を行っている機関に打診したが断られた	5．　その他（　　）
3．　在宅医療では必要な医療が行えない	

（Q6-1 で「12．住環境（バリアフリー等）に問題があったため」を選択した場合）

Q6-5．住環境の問題として主な理由（ひとつに○）

1．　家から公道までのアクセスが不便	4．　家の中のバリアフリー環境が不十分	7．　その他（　　）
2．　家の気温変化等の環境が厳しい	5．エレベーターがない	
3．　居室が狭い	6．　買い物や受診など生活環境が不便	

B 票（「退院患者」についてのアンケート）はここまでです。

（次ページからの C 票：「担当者」へのアンケートへお進み下さい）

注）他の方と分担せずに、お一人で複数の「調査票 B 票①②③（退院患者アンケート）」をご記入の場合、

C 票（担当者アンケート）は、いずれか 1 部だけご記入頂ければ結構です。

その場合、ご自分が記入した B 票はどれか、以下に○を付けてください。

Q．あなたがご記入された B 票（退院患者アンケート）は以下のどれですか？（該当するものすべてに○）

①：ポストアキュートからの入院	②：サブアキュートからの入院	③：周辺機能としての入院

調査票Ｃ票

「担当者」へのアンケートです。

前ページまでの
「調査票Ｂ票（退院患者）」を記入された方
がお答え下さい。

ここからは、
Ｂ票に記入した患者への退院支援を行った「担当者」ご自身に、
退院支援の実態などについて伺います。

*調査基準日：特に指定がない場合、平成 29 年 9 月 1 日時点でご回答ください。

調査結果はとりまとめの上で公表いたしますが、ご回答いただいた内容は統計的に処理致しますので、個別の回答をそのまま外部に出すことはありません。
何卒、本調査の趣旨をご理解の上、ご協力賜りますようお願い申し上げます。

Q1. 地域包括ケア病棟(床)における退院支援の実態について伺います。

Q1-1. 通常又は多くの場合、退院支援・調整業務（以下、退院支援）に介入する場合のﾀｲﾐﾝｸﾞはいつですか。（ひとつに○）

1．入院前（面談時など）から	4．入院時から１週間以内	7．入院が長期化(60 日程度)してから
2．入院時（当日もしくは翌日）	5．入院から２週間以内	8．その他
3．入院時から３日程度	6．入院から１ヶ月以内	（　　）

Q1-2. 退院支援のアセスメントのために、患者やその家族からはどんな情報を把握していますか。（すべてに○）

1．本人の意向	7．本人の経済力（貯金残高、年金額など）
2．家族の意向	8．年金の種類や、介護保険の自己負担額
3．家族の介護力（独居／同居、家族の年齢・健康状態など）	9．要介護度、日常生活自立度や、障害などの認定
4．本人の生活歴	10．入院前の「かかりつけ医」「ケアマネジャー」などの有無
5．住まいの状況（自宅の有無、住環境）	11．その他
6．地域とのつながり（自治会・老人クラブ・民生委員・友・知人等との交流）	（　　）

Q1-2-1. **Q1-2 で「○」を付けた**なかで、重視している項目（上位３位まで、選択肢の番号を記入）

1 位：	2 位：	3 位：

Q1-3. 入院された患者に、既にケアマネジャーなどの在宅支援を行うチームが付いているかどうか確認していますか。（ひとつに○）

1．いつも確認している	3．自分からは確認していない
2．必要に応じて確認している	4．その他（　　）

Q1-4. 退院前訪問指導などに同行して、事前に、患者の自宅を自分の目で見ていますか。（ひとつに○）

1．必ず同行して、自分で見ている	4．自分は同行しないが、指導に行った担当者から情報は貰っている
2．大体の場合、同行して、自分の目で見ている	5．同行も、指導に行った担当者からの情報も貰っていない
3．必要度が高い場合のみ、同行して、自分での目で見ている	6．その他（　　）

Q1-5. 自宅への退院に関しては、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。（すべてに○）

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

Q1-6. 自分が退院支援を担当した患者について退院後の様子を確認していますか。（ひとつに○）

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

Q2．退院後の「住まいの確保＊」をするための支援実態についてお伺いいたします。

Q2-1．元の住まいに戻れない理由がある場合、**「住まいの確保＊」の必要性を判断する際の条件**として、それぞれの項目について**「重要度」**を伺います。（A～P の項目それぞれについて、○はひとつずつ）

＊住まいの確保とは…、退院支援のなかで、退院後の「住まいの確保」をするための支援を行ったケース

【ここでの「住まい」とは、「元の住まい」以外の、病院や老人保健施設を除く、以下のようなところを指しています】

- 制度的裏付けのある高齢者の居住施設、あるいは住まい
  (サ高住・有料老人ホーム・養護老人ホーム・ケアハウス・認知症高齢者グループホーム など)
- 民間賃貸や UR、公営住宅
- 未届け有料老人ホーム
- NPO 法人立の無料・低額宿泊所等や、生活保護法に基づく保護施設（救護施設・更生施設・授産施設など）

項目	とても重要	重要	あまり重要でない	重要でない	全く関係ない
A．ADL が落ちて、自宅の住環境での生活は難しい	1	2	3	4	5
B．自宅では、地域のサービス資源が医療ニーズに対応できない	1	2	3	4	5
C．経済的な問題がある	1	2	3	4	5
D．立ち退きやホームレスなどで自宅がない	1	2	3	4	5
E．生活保護が受けられない	1	2	3	4	5
F．虐待・DV の問題がある	1	2	3	4	5
G．家族の介護力が弱い／介護負担が重すぎる	1	2	3	4	5
H．家族に障害や疾患など、健康上の問題がある	1	2	3	4	5
I．家族の協力がない／家族が在宅を望まない／家族関係が悪い	1	2	3	4	5
J．独居／近くに家族がいない	1	2	3	4	5
K．認知症（徘徊や火の始末など）	1	2	3	4	5
L．雪が多いなど、気候や地域の環境的に難しい	1	2	3	4	5
M．地域住民などからの申し出があり、自宅生活は難しい	1	2	3	4	5
N．身元保証人がいない	1	2	3	4	5
O．高齢すぎる	1	2	3	4	5
P．その他（　　）	1	2	3	4	5

Q2-2．自宅には戻れないという判断があった場合で、介護保険施設の利用が難しく、通常のサービス付き高齢者住宅などの届出済みの居住系施設の確保が難しいケースの場合、あなたは普段、**どのような居住先**を確保していますか。（3 つまで○）

1．そのような事例は経験していない
2．最終的に自宅
3．ショートステイ
4．泊まりデイサービス
5．小規模多機能（連続で宿泊）
6．未届け有料老人ホーム
7．その他（　　）

Q2-3．退院後の「住まいの確保」が必要な患者の支援で、他機関の多職種等に協力を求めるなどの連携をしていますか。（ひとつに○）

1．連携をしている　　2．連携はしているが、あまり上手く機能していない　　3．連携していない

Q2-3-1．**Q2-3 で「1 連携している」場合**、最もよく連携している連携先はどこですか。（ひとつに○）

1．地域包括支援センター
2．ケアマネジャー
3．福祉事務所
4．行政窓口（福祉事務所以外）
5．社会福祉協議会
6．老人ホーム紹介センター
7．不動産会社
8．その他（　　）

Q2-3-2．**Q2-3 で「1 連携している」場合**、連携先への具体的な相談内容としては、どのような内容が多いですか。（3 つまで○）

1．後見申し立て
2．入居契約
3．支払いの保証
5．入院前の自宅の引き払い（整理・片付け／売却など）
6．有料老人ホームなどの空き情報
7．施設などの地域での評判

4．緊急連絡先　　8．その他（　　）

Q3．退院後の「住まいの確保＊」をするための支援において、施設などの居住先に関する情報把握について伺います。

Q3-1．退院先の施設や在宅支援診療所、訪問看護事業所などについての情報はどのように得ていますか。（すべてに○）

1．施設や診療所の自院への営業担当者から
2．同一法人や連携している施設・医療機関のリストから
3．部署内で共有されているリストから
4．インターネット等で自ら情報収集して
5．他院の退院支援担当や部局との連絡会で情報を共有している
6．公的機関等や医師会等が発行している情報誌から
7．老人ホーム紹介センターから
8．地域包括支援センターから
9．地域の民政委員、ｿｰｼｬﾙﾜｰｶｰ、ｹｱﾏﾈｼﾞｬｰなどから
10．既に利用している利用者から
11．その他（　　）
12．とくに情報は得ていない

（Q3-1 で「1．施設などの居住先や診療所の自院への営業担当者から」を選択した場合）

Q3-2．営業担当者から、どんな情報を聞き出すように留意していますか。（上位 3 つまで○）

1．ハード面の情報（階数、広さ、間取り、個室かどうか　など）
2．職員配置人数・対応時間（看護師常駐・24 時間対応　など）
3．併設のサービス以外でも利用可能か（デイサービス、訪問リハ　など）
4．医療ケアの必要度など、どういったレベルの方を受け入れて貰えるか
5．空室状況
6．費用
7．その他（　　）
8．とくに留意している情報はない

Q3-3．あらかじめ退院先の施設などの居住先への見学を行っていますか。（ひとつに○）

1．候補となる施設は全て実際に見学している
2．一部の施設は見学しているが、全てではない
3．ほとんど見学していない
4．全く見学していない
5．その他（　　）

Q3-4．患者の施設などの居住先への見学には同行していますか。（ひとつに○）

1．必ず同行している　2．大抵の場合は同行している　3．同行しないことも多い　4．全く同行はしていない

Q3-5．退院先となる施設などの居住先のチェックポイントはどんな点ですか。（すべてに○）

1．スタッフの対応
2．清潔さ／臭い
3．食事内容
4．嗜好品の取り扱い
5．費用
6．ハード面（階数、広さ、間取り、個室かどうか　など）
7．職員配置人数・対応時間（看護師常駐・24 時間対応　など）
8．介護ケアや医療ケアについてどのレベルまで対応が可能か
9．利用者の様子
10．地域ネットワークや同業者の評判（地域包括、MSW など）
11．事業母体（民間企業か、社会福祉法人など）
12．その他（　　）

Q3-5-1．**Q3-5 で「○」を付けた項目**のなかで、「チェックポイント」として重要と思う項目（上位 3 位まで、順位を記入）

1 位：	2 位：	3 位：

Q3-6．自宅以外の場所へ退院する患者やその家族に、退院前に、予め施設などの居住先の利用料など、お金の話を説明していますか。（ひとつに○）

1．必ず、説明している（退院支援担当者）
2．だいたい、説明している（院内の退院支援担当者以外）
3．あまり説明していない（退院先の担当者任せ）
4．説明していない

Q3-7．民間賃貸（アパートなど）や UR、公営住宅の場合、これまで伺った情報把握方法やチェックポイントなどには何か違いがありますか。（ひとつに○）

1．違いがある　2．違いはない

Q3-7-1．**Q3-7 で「1．違いがある」**場合、具体的には、どのような違いがありますか。（自由記入）

Q4.「住まいの確保」が困難な場合には、どんな対応をしていますか。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）

Q5. あなたの日頃の連携活動状況について伺います。（a～o それぞれについて、ひとつに○）

a	あなたは、他の関連機関（住民組織を含む）と分担して援助活動をしたとき、進行状況や結果をその機関に報告していましたか	1．まったく報告しない　3．必要に応じて報告した 2．あまり報告しない　4．いつも報告した
b	あなたは、利用者（事例、ケース）が、どんな制度や資源を利用しているか、把握していますか	1．まったく把握していない　3．ある程度把握した 2．あまり把握していない　4．大変よく把握した
c	あなたは、サービス提供に必要な知識や情報を、関連する他の機関（住民組織）から集めていましたか	1．まったく集めていない　3．だいたい集めた 2．あまり集めていない　4．よく集めた
d	あなたは利用者（事例、ケース）の相談内容や問題状況を基礎に関係する他部門や他の機関に対して必要とされる行政サービスやインフォーマルなサービス、事業、資源・制度、保健・介護および福 祉サービスの内容を文章化し、提案していましたか	1．まったくしていない　3．ある程度した 2．あまりしていない　4．よくした
e	あなたは、関連する他の機関（住民組織を含む）に協力を要請しましたか	1．まったくしていない　3．ある程度していた 2．あまりしていない　4．よくした
f	あなたは、関連する他の機関（住民組織を含む）から協力を要請されましたか	1．まったくされない　3．よくされた 2．あまりされない　4．大変よくされた
g	あなたは、ご自分と関連する専門職の集まりだけではなく、他の職種・専門職の集まり（会議）にも参加していましたか	1．まったく参加しない　3．かなり多くの集まりに参加した 2．あまり参加しない　4．すべて参加した
h	あなたは、関連する他の機関（住民組織を含む）から、その機関の業務や実態に関する内容を聞いていましたか	1．まったく聞いていない　3．よく聞いていた 2．あまり聞いていない　4．すべて聞いていた
i	あなたは、関連する他の機関（住民組織を含む）にどういう専門職がいるか、把握していましたか	1．まったく把握していない　3．ある程度把握していた 2．あまり把握していない　4．大変よく把握していた
j	あなたは、事例検討会などの説明会への参加を、同僚に呼び掛けましたか	1．まったく勧めない　3．ある程度勧めた 2．あまり勧めない　4．積極的に勧めた
k	あなたは、関連する他の機関（住民組織を含む）や他の職種との親睦会に参加していましたか	1．まったく参加しない　3．よく参加した 2．あまり参加しない　4．すべて参加していた
l	あなたの機関では、新規の保健師が就任した場合、関連する他の機関（住民組織を含む）に挨拶回りをしていましたか	1．まったく回らない　3．だいたい回った 2．あまり回らない　4．すべて回った
m	あなたは、複数の関連する他の機関（住民組織を含む）が参加する会議などにおいて、自分の判断で一定の費用負担を決定していましたか	1．まったくしない　3．だいたい決定している 2．あまりしない　4．いつもする
n	あなたは、自分の業務内容について、関連する他の機関（住民組織を含む）に資料、情報を伝達していましたか	1．まったくしない　3．だいたいしている 2．あまりしていない　4．すべてしている
0	あなたは、複数の関連する他の機関（住民組織を含む）・専門職で集めた利用者の情報を、管理していましたか	1．まったく管理していない　3．だいたい管理していた 2．あまり管理していない　4．すべて管理していた

CF. 記入者ご自身のプロフィールなどについてお伺いします。	
CF1. 年齢（ひとつに○）	24 歳以下　35～44 歳　55～64 歳 25～34 歳　45～54 歳　65 歳以上
CF2. 最終学歴（ひとつに○）	1. 大学院卒　3. 短大・専門学校卒 2. 大学卒　4. 高卒
CF3. 退院支援・調整業務 歴 （他病棟・他病院での経験年数を含む）	（　　年　　ヶ月）
CF4. 保有資格（全てに○）	1. 看護師　3. 社会福祉士 2. 介護支援専門員　4. その他（　　）
CF5. 雇用形態（ひとつに○）	1. 常勤　2. 非常勤　3. その他（　　）
CF6. 退院支援の兼務状況（ひとつに○）	1. 専任　2. 兼任
CF7. 業務時間内で、退院支援に携わる割合 *兼任の方のみご回答ください	20%未満　40～60%未満 20～40%未満　60%以上
CF8. 最近１年間で、**退院支援を担当**した患者数	（　　人）*最近１年間 そのうち、 退院後の「**住まいの確保**」をするための支援を行った患者数 （　　人）*最近１年間

C 票（担当者アンケート）はここまでです。

B 票と共に、ご協力をありがとうございました。

＜A 票、B 票（C 票）を全てまとめて、同封の「返信用封筒（切手不要）」にてご返送下さい）＞

～ヒアリングへのご協力のお願い～

今後、本調査に関してより詳しくお話をお伺いするため、ヒアリングへのご協力をお願いできたらと考えております。

ご協力は任意ですが、高齢者の方々にとっての「より良い退院支援」と、今後の退院後の地域居住や住まいのあり方を検討するために、現場の生の声をお聞かせ頂きたく、是非ご協力を賜りますようお願い申し上げます。

ご協力いただける方は、下記に連絡先をご記入ください。担当者からご連絡差し上げます。

お名前			
ご所属		お役職	
電話番号		Email	（　　@　　）

ご記入頂きました個人情報は本調査および、ヒアリング調査以外の目的で利用することはございません。

平成 29 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の退院後の地域居住のあり方に関する調査研究事業
「地域包括ケア病棟（床）における退院支援に関するアンケート調査」
～地域包括ケア病棟(床)からの退院後の住まいのあり方と退院支援～

調査票Ｂ票②

「退院患者」についてのアンケートです。

地域包括ケア病棟（床）において、実際に、退院支援・調整を行った担当者がご記入ください。（該当する患者がいない受け入れ経路はアンケート回答不要です）

＜②サブアキュートとしての入院の方（１例）＞



*調査基準日：特に指定がない場合、平成 29 年 9 月 1 日時点でご回答ください。

【調査対象となる患者像】

1. 最近 1 年間で、地域包括ケア病棟（床）から退院した 65 歳以上の患者　で、
2. 退院支援のなかで、退院後の「住まいの確保※1」をするための支援を行ったうち、ご自身が扱ったケースの中で「困難であった事例」

※1）ここでの「住まい」とは、「元の住まい」以外の、病院や老人保健施設を除く、以下のようなところを指しています。

- 制度的裏付けのある高齢者の居住施設、あるいは住まい
  (サ高住・有料老人ホーム・養護老人ホーム・ケアハウス・認知症高齢者グループホーム　など)
- 民間賃貸や UR、公営住宅
- 未届け有料老人ホーム
- NPO 法人立の無料・低額宿泊所等や、生活保護法に基づく保護施設（救護施設・更生施設・授産施設など）

ご回答期限：平成 29 年 11 月 30 日

<A 票、B 票（C 票）を全てまとめて、同封の「返信用封筒（切手不要）」にてご返送下さい>

Q1．基本情報

①入院区分（ひとつに○）	1．予定入院　　2．緊急入院（予定外の入院）		
②受け入れ経路（ひとつに○）	1．医療機関（急性期）　2．医療機関（急性期以外）　3．自宅　4．介護施設 など		
③今回の入院契機となった疾患が発症する前の**日常的な生活支援**※の必要性有無（ひとつに○） ※**日常的な生活支援**とは…、老年症候群、フレイル（虚弱）、要介護状態、障害児・者や、疾病、外傷、先天的要因等様々な原因で、心身機能・構造、日常生活活動、社会参加の観点から支援を要する状態（金銭的支援は除く）のこと。			
1．必要　2．不要　3．不明（評価していない など）			
④年齢	（　　歳）*退院日時点	⑤性別	1．男性　2．女性
⑥地域包括ケア病棟への入院(棟)日と退院日	平成　年　月　日 ～平成　年　月　日	⑧在院(棟)日数	日
⑦最初の入院日（転院・転棟の場合のみ）	平成　年　月　日		
⑨入院(棟)の目的（すべてに○）	1．医療ケアの継続	7．医療依存度の高い方の一時的な緊急入院	
	2．リハビリテーション	8．状態の変化に伴う、在宅医等からの在宅療養患者の入院要請	
	3．セルフケアや家族指導	9．手術	
	4．家族関係の調整・レスパイト	10．化学療法／緩和ケア	
	5．在宅体制の構築	11．看取り	
	6．療養先の選定	12．その他（　　）	

Q2．入院時情報

Q2-1．居住・生活環境

①同居人（すべてに○）	1．なし（独居）	3．娘	5．子どもの配偶者	7．親戚	9．その他
	2．配偶者 ※事実婚を含む	4．息子	6．孫	8．友人	（　　）
②主たる介護者（ひとつに○）	1．配偶者	4．子どもの配偶	7．友人	10．その他（　　）	
	2．娘	5．孫	8．介護者となる人がいない（関係機関のみ）		
	3．息子	6．親戚	9．介護不要（自立）		
③主たる介護者との同居の有無	1．同居				
	2．近距離別居－介護者が通常使用できる交通手段で概ね 30 分程度で行き来ができる				
	3．遠距離別居－介護者が通常使用できる交通手段で概ね 30 分超かかる				
④主たる介護者の就労の有無	1．就労あり（フルタイム）	2．就労あり（パート）	3．就労なし	4．不明	

Q2-2．入院前の住まい（ひとつに○）　＊転院・転棟の場合は、「最初の入院」の前に住んでいた所についてお答えください

1．持ち家（戸建て）	3．賃貸（戸建て）	5．介護施設 など	7．不明
2．持ち家（集合住宅）	4．賃貸（集合住宅）	6．その他（　　）	

Q2-3．入院時の担当ケアマネジャーの有無（ひとつに○）

1．　いた	2．　いなかった

Q2-4．入院時に地域の機関・団体のうち関係があったものとして把握しているもの（すべてに○）

1．民生委員による訪問等を受けていた	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
2．地域包括支援センターによる支援を受けていた	6．サロン・社会交流活動を利用していた
3．福祉事務所による訪問等を受けていた	7．その他（　　）
4．自治会、老人クラブ等の活動へ参加していた	8．不明

Q2-5．介護保険の自己負担割合	1割　2割　不明	Q2-6．障害など認定	1．なし　2．あり（　　）

Q2-7．年金などの種類

1．国民年金	2．厚生年金	3．障害年金	4．生活保護	5．その他（　　）

Q2-8．これらの「入院時情報」を入手した主な方法（ひとつに○）

1．入院前に患者がいた医療機関や施設（移行元）からの提供	3．ケアマネジャーからの提供

2．退院支援の担当者による、患者や家族、移行元の担当者などへの聞き取り　　4．その他（　　）

Q3．退院時情報

Q３-１．要介護度の変化（【入院(棟)前】【退院(棟)時】それぞれについて、○はひとつずつ）

【入院(棟)前】			【退院(棟)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

Q３-２．認知症高齢者の日常生活自立度の変化（【入院(棟)前】【退院(棟)時】それぞれについて、○はひとつずつ）

【入院(棟)前】					【退院(棟)時】				
1．自立	3．Ⅱａ	5．Ⅲａ	7．Ⅳ	9．不明	1．自立	3．Ⅱａ	5．Ⅲａ	7．Ⅳ	
2．Ⅰ	4．Ⅱｂ	6．Ⅲｂ	8．Ｍ		2．Ⅰ	4．Ⅱｂ	6．Ⅲｂ	8．Ｍ	

Q３-3．認知症の診断有無とその変化（【入院前】【退院時】それぞれについて、○はひとつずつ）

【入院(棟)前】	【退院(棟)時】
1．認知症の診断なし	1．入院時より悪化、または入院後に発症
2．認知症の診断あり	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

Q３-4．障害老人の日常生活自立度（寝たきり度）の変化（【入院前】【入院後】それぞれについて、○はひとつずつ）

【入院(棟)前】					【退院(棟)時】				
1．自立	3．Ｊ２	5．Ａ２	7．Ｂ２	9．Ｃ２	1．自立	3．Ｊ２	5．Ａ２	7．Ｂ２	9．Ｃ２
2．Ｊ１	4．Ａ１	6．Ｂ１	8．Ｃ１	10．不明	2．Ｊ１	4．Ａ１	6．Ｂ１	8．Ｃ１	

Q3-5．重症度、看護必要度（点数を記入）

項目	【入院(棟)時】	【退院(棟)時】
A 項目	（　　点）・未聴取	（　　点）・未聴取
B 項目	（　　点）・未聴取	（　　点）・未聴取
C 項目	（　　点）・未聴取	（　　点）・未聴取

Q3-6．退院後の内服薬の有無と服薬管理（それぞれ、ひとつに○）

内服薬	1．あり　　2．なし
(ありの場合) **服薬管理**	1．自己管理
	2．他者管理（　　）

Q３-7．退院後も必要な医療　（**入院(棟)前から**のものは**「継続」**、**退院(棟)時に追加**されたものは**「追加」、いずれかに**○）

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．ﾘﾊﾋﾞﾘ [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 [継続・追加]
5．胃ろう、腸ろう [継続・追加]	10．疼痛管理 [継続・追加]	（　　）

Q３-8．おおむね毎月負担できる金額　*家族による援助も含む（ひとつに○）

1．15 万円以上	3．5 万円～10 万円未満	5．生活保護受給
2．10 万円～15 万円未満	4．5 万円未満	6．不明

Q３-9．本人の貯蓄（総金融資産）（ひとつに○）

1．1,500 万円以上	3．1,000 万円～500 万円	5．ほぼなし

2．1,500 万円～1,000 万円	4．500 万円未満	6．不明

Q4．地域包括ケア病棟（床）への、入院(棟)前の受入元と退院(棟)後の移行先　（**A・B** それぞれについて、○はひとつずつ）

Q４-１．	**A①．入院(棟)前の受入元**（入院前はどこに居て）	**B①．退院(棟)後の移行先**（退院後はどこへ出たか）
在宅	1.　自宅（持ち家／家族・親族などの家を含む）	1.　自宅（持ち家／家族・親族などの家を含む）
	2.　自宅（民間賃貸や UR、公営住宅）	2.　自宅（民間賃貸や UR、公営住宅）
	3.　特別養護老人ホーム	3.　特別養護老人ホーム
	4.　制度的裏付けのある高齢者の居住施設、あるいは住まい (サ高住・有料老人ホーム・養護老人ホーム・ケアハウス・認知症高齢者グループホーム　など)	4.　制度的裏付けのある高齢者の居住施設、あるいは住まい (サ高住・有料老人ホーム・養護老人ホーム・ケアハウス・認知症高齢者グループホーム　など)
	5.　未届け有料老人ホーム	5.　未届け有料老人ホーム
老人保健施設	6.　在宅強化型老人保健施設	「**老人保健施設**」または、 「**病院**（院内、同一法人／グループ内、院外）」へ移行した方は、 本アンケートの対象外です。
	7.　上記以外の老人保健施設	
院内	8.　急性期	
	9.　急性期以外	
同一法人／グループ内	10．急性期	
	11．急性期以外	
院外	12．急性期	
	13．急性期以外	
その他	14．NPO 法人立の無料・低額宿泊所など	14．NPO 法人立の無料・低額宿泊所など
	15．生活保護法に基づく保護施設（救護施設・更生施設・授産施設など）	15．生活保護法に基づく保護施設（救護施設・更生施設・授産施設など）
	16．その他（　　）	16．その他（　　）
	17．その他だが、詳細は不明	17．その他だが、詳細は不明

Q４-２．病院以外の「施設」の場合の運営主体（**A・B**それぞれについて、○はひとつずつ）

A②．入院(棟)前の受入元の運営主体	**B②．退院(棟)後の移行先の運営主体**
1．同一法人施設　　2．同一法人以外の施設	1．同一法人施設　　2．同一法人以外の施設

Q４-３．**退院(棟)後の移行先（入居した）施設**の月額利用料	（　　万円／月）くらい

Q5．退院支援の実施について

Q5-1．退院支援に介入した時期（ひとつに○）

1．入院前（面談時など）から	4．入院時から１週間以内	7．入院が長期化(60 日程度)してから
2．入院時（当日もしくは翌日）	5．入院から２週間以内	8．その他
3．入院時から３日程度	6．入院から１ヶ月以内	（　　）

Q5-2．退院支援に介入してから、退院先が決まるまでの期間（日数）	（　　日）くらい

Q5-3．退院先に関する主治医の見立て（すべてに○）

1．入院前の自宅への退院	4．老人保健施設などの施設への退院	7．その他（　　）
2．入院前と異なる自宅への退院	5．入院継続・転院	
3．自宅に準じる施設への退院	6．不明	

Q5-4．退院先に関する、本人の希望

①聴取の有無（ひとつに○）	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（すべてに○）	1．入院前の自宅への退院	4．入院継続・転院	7．その他
	2．入院前と異なる自宅への退院	5．老人保健施設などの施設への退院	（　　）
	3．自宅に準じる施設への退院	6．特別養護老人ホームへの退院	8．明確な希望なし

Q5-5．退院先に関する、家族の希望

①聴取の有無（ひとつに○）	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（すべてに○）	1．入院前の自宅への退院	4．入院継続・転院	7．その他
	2．入院前と異なる自宅への退院	5．老人保健施設などの施設への退院	（　　）
	3．自宅に準じる施設への退院	6．特別養護老人ホームへの退院	8．明確な希望なし

Q5-6．その退院先を選定するにあたって重視した項目（すべてに○）

1．家族の自宅から近い	6．医療的な必要性・必要な治療を受けられる
2．安い（経済的に受け入れられる）	7．リハビリができる
3．本人／家族が見学して気に入った	8．長期入所ができる
4．自分（職員）が見学して良いと感じた	9．そこしか空いていなかった
5．医師の勧め	10．その他（　　）

Q5-6-1．Q5-6で「○」を付けたなかで、特に重視した項目（上位３位まで、選択肢の番号を記入）

1 位：	2 位：	3 位：

Q5-7．退院先の選定にあたり、自宅や施設の事前見学の有無（ひとつに○）

1．患者と一緒に見に行った	3．行かずに、見てきた担当者から情報を貰った	5．その他
2．自分だけ／関係者と見に行った	4．行かなかった	（　　）

Q5-8．最終的な退院先は、患者の希望通りか（ひとつに○）

1．希望通り	3．希望通りではないが、なんとか納得した
2．希望通りではないが、十分に納得した	4．その他（　　）

Q5-9．この患者に対する退院支援を 100 点満点にすると、自己評価としては何点か	（　　点　／100 点）

Q5-10．この患者に対する退院支援の自己評価が 100 点満点になるためには、どんなことが必要であったか（自由記入）

Q6．入院(棟)前の「元の住まい」に退院が出来なかった要因について

Q6-1．入院(棟)前の元の住まいに退院できなかった理由　（すべてに○）

1．家族の介護力がない	8．家族に替わる、生活支援サービスの不足
2．家族が同意しなかった	9．居宅介護サービスの不足
3．独居、または近隣に家族がいない	10．賃貸住宅の大家の反対
4．本人が希望しなかった	11．関係機関からの依頼
5．経済的な問題	12．住環境（バリアフリー等）に問題があったため
6．医療が必要なため	13．身元保証人がいない
7．居宅介護サービスでは対応できない状態のため	14．その他（内容：　　）

（Q6-1 で「２．家族が同意しなかったため」を選択した場合）

Q6-2．家族の同意が得られれば自宅に帰る事が出来たと思うか（ひとつに○）

1．そう思う　　2．そうは思わない　　3．その他(　　)

（Q6-1 で「２．家族が同意しなかったため」）を選択した場合）

Q6-3．家族が同意しなかった主な理由（ひとつに○）

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（　　）
3．同居人がいない	

（Q6-1 で「６．医療が必要なため」を選択した場合）

Q6-4．在宅医療とならなかった主な理由（ひとつに○）

1．近隣に在宅医療を行っている医療機関がない	4．経済的な負担が大きい
2．在宅医療を行っている機関に打診したが断られた	5．その他（　　）
3．在宅医療では必要な医療が行えない	

（Q6-1 で「12．住環境（バリアフリー等）に問題があったため」を選択した場合）

Q6-5．住環境の問題として主な理由（ひとつに○）

1．家から公道までのアクセスが不便	4．家の中のバリアフリー環境が不十分	7．その他（　　）
2．家の気温変化等の環境が厳しい	5．エレベーターがない	
3．居室が狭い	6．買い物や受診など生活環境が不便	

B 票（「退院患者」についてのアンケート）はここまでです。

（次ページからの C 票：「担当者」へのアンケートへお進み下さい）

注）他の方と分担せずに、お一人で複数の「調査票 B 票①②③（退院患者アンケート）」をご記入の場合、

C 票（担当者アンケート）は、いずれか 1 部だけご記入頂ければ結構です。

その場合、ご自分が記入した B 票はどれか、以下に○を付けてください。

Q．あなたがご記入された B 票（退院患者アンケート）は以下のどれですか？（該当するものすべてに○）

①：ポストアキュートからの入院	②：サブアキュートからの入院	③：周辺機能としての入院

調査票Ｃ票

「担当者」へのアンケートです。

前ページまでの
「調査票Ｂ票（退院患者）」を記入された方
がお答え下さい。

ここからは、
このＢ票に記入した患者への退院支援を行った「担当者」ご自身に、
退院支援の実態などについて伺います。

*調査基準日：特に指定がない場合、平成 29 年 9 月 1 日時点でご回答ください。

調査結果はとりまとめの上で公表いたしますが、ご回答いただいた内容は統計的に処理致しますので、個別の回答をそのまま外部に出すことはありません。
何卒、本調査の趣旨をご理解の上、ご協力賜りますようお願い申し上げます。

Q1. 地域包括ケア病棟(床)における退院支援の実態について伺います。

Q1-1. 通常又は多くの場合、退院支援・調整業務（以下、退院支援）に介入する場合のﾀｲﾐﾝｸﾞはいつですか。（ひとつに○）

1．入院前（面談時など）から	4．入院時から１週間以内	7．入院が長期化(60 日程度)してから
2．入院時（当日もしくは翌日）	5．入院から２週間以内	8．その他
3．入院時から３日程度	6．入院から１ヶ月以内	（　　）

Q1-2. 退院支援のアセスメントのために、患者やその家族からはどんな情報を把握していますか。（すべてに○）

1．本人の意向	7．本人の経済力（貯金残高、年金額など）
2．家族の意向	8．年金の種類や、介護保険の自己負担額
3．家族の介護力（独居／同居、家族の年齢・健康状態など）	9．要介護度、日常生活自立度や、障害などの認定
4．本人の生活歴	10．入院前の「かかりつけ医」「ケアマネジャー」などの有無
5．住まいの状況（自宅の有無、住環境）	11．その他
6．地域とのつながり（自治会・老人クラブ・民生委員・友・知人等との交流）	（　　）

Q1-2-1. **Q1-2 で「○」を付けた**なかで、重視している項目（上位３位まで、選択肢の番号を記入）

1 位：	2 位：	3 位：

Q1-3. 入院された患者に、既にケアマネジャーなどの在宅支援を行うチームが付いているかどうか確認していますか。（ひとつに○）

1．いつも確認している	3．自分からは確認していない
2．必要に応じて確認している	4．その他（　　）

Q1-4. 退院前訪問指導などに同行して、事前に、患者の自宅を自分の目で見ていますか。（ひとつに○）

1．必ず同行して、自分で見ている	4．自分は同行しないが、指導に行った担当者から情報は貰っている
2．大体の場合、同行して、自分の目で見ている	5．同行も、指導に行った担当者からの情報も貰っていない
3．必要度が高い場合のみ、同行して、自分での目で見ている	6．その他（　　）

Q1-5. 自宅への退院に関しては、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。（すべてに○）

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

Q1-6. 自分が退院支援を担当した患者について退院後の様子を確認していますか。（ひとつに○）

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

Q2. 退院後の「住まいの確保＊」をするための支援実態についてお伺いいたします。

Q2-1. 元の住まいに戻れない理由がある場合、**「住まいの確保＊」の必要性を判断する際の条件**として、それぞれの項目について**「重要度」**を伺います。（A～P の項目それぞれについて、○はひとつずつ）

＊住まいの確保とは…、退院支援のなかで、退院後の「住まいの確保」をするための支援を行ったケース

【ここでの「住まい」とは、「元の住まい」以外の、病院や老人保健施設を除く、以下のようなところを指しています】

・ 制度的裏付けのある高齢者の居住施設、あるいは住まい
(サ高住・有料老人ホーム・養護老人ホーム・ケアハウス・認知症高齢者グループホーム など)
・ 民間賃貸や UR、公営住宅
・ 未届け有料老人ホーム
・ NPO 法人立の無料・低額宿泊所等や、生活保護法に基づく保護施設（救護施設・更生施設・授産施設など）

項目	とても重要	重要	あまり重要でない	重要でない	全く関係ない
A．ADL が落ちて、自宅の住環境での生活は難しい	1	2	3	4	5
B．自宅では、地域のサービス資源が医療ニーズに対応できない	1	2	3	4	5
C．経済的な問題がある	1	2	3	4	5
D．立ち退きやホームレスなどで自宅がない	1	2	3	4	5
E．生活保護が受けられない	1	2	3	4	5
F．虐待・DV の問題がある	1	2	3	4	5
G．家族の介護力が弱い／介護負担が重すぎる	1	2	3	4	5
H．家族に障害や疾患など、健康上の問題がある	1	2	3	4	5
I．家族の協力がない／家族が在宅を望まない／家族関係が悪い	1	2	3	4	5
J．独居／近くに家族がいない	1	2	3	4	5
K．認知症（徘徊や火の始末など）	1	2	3	4	5
L．雪が多いなど、気候や地域の環境的に難しい	1	2	3	4	5
M．地域住民などからの申し出があり、自宅生活は難しい	1	2	3	4	5
N．身元保証人がいない	1	2	3	4	5
O．高齢すぎる	1	2	3	4	5
P．その他（　　）	1	2	3	4	5

Q2-2. 自宅には戻れないという判断があった場合で、介護保険施設の利用が難しく、通常のサービス付き高齢者住宅などの届出済みの居住系施設の確保が難しいケースの場合、あなたは普段、**どのような居住先**を確保していますか。（3 つまで○）

1．そのような事例は経験していない
2．最終的に自宅
3．ショートステイ
4．泊まりデイサービス
5．小規模多機能（連続で宿泊）
6．未届け有料老人ホーム
7．その他（　　）

Q2-3. 退院後の「住まいの確保」が必要な患者の支援で、他機関の多職種等に協力を求めるなどの連携をしていますか。（ひとつに○）

1．連携をしている　　2．連携はしているが、あまり上手く機能していない　　3．連携していない

Q2-3-1. **Q2-3 で「1 連携している」場合**、最もよく連携している連携先はどこですか。（ひとつに○）

1．地域包括支援センター
2．ケアマネジャー
3．福祉事務所
4．行政窓口（福祉事務所以外）
5．社会福祉協議会
6．老人ホーム紹介センター
7．不動産会社
8．その他（　　）

Q2-3-2. **Q2-3 で「1 連携している」場合**、連携先への具体的な相談内容としては、どのような内容が多いですか。（3 つまで○）

1．後見申し立て
2．入居契約
3．支払いの保証
4．緊急連絡先
5．入院前の自宅の引き払い（整理・片付け／売却など）
6．有料老人ホームなどの空き情報
7．施設などの地域での評判
8．その他（　　）

Q3．退院後の「住まいの確保＊」をするための支援において、施設などの居住先に関する情報把握について伺います。

Q3-1．退院先の施設や在宅支援診療所、訪問看護事業所などについての情報はどのように得ていますか。（すべてに○）

1．施設や診療所の自院への営業担当者から	7．老人ホーム紹介センターから
2．同一法人や連携している施設・医療機関のリストから	8．地域包括支援センターから
3．部署内で共有されているリストから	9．地域の民政委員、ｿｰｼｬﾙﾜｰｶｰ、ｹｱﾏﾈｼﾞｬｰなどから
4．インターネット等で自ら情報収集して	10．既に利用している利用者から
5．他院の退院支援担当や部局との連絡会で情報を共有している	11．その他（　　）
6．公的機関等や医師会等が発行している情報誌から	12．とくに情報は得ていない

（Q3-1 で「１．施設などの居住先や診療所の自院への営業担当者から」を選択した場合）

Q3-2．営業担当者から、どんな情報を聞き出すように留意していますか。（上位３つまで○）

1．ハード面の情報（階数、広さ、間取り、個室かどうか　など）	5．空室状況
2．職員配置人数・対応時間（看護師常駐・24 時間対応　など）	6．費用
3．併設のサービス以外でも利用可能か（ディサービス、訪問リハ　など）	7．その他（　　）
4．医療ケアの必要度など、どういったレベルの方を受け入れて貰えるか	8．とくに留意している情報はない

Q3-3．あらかじめ退院先の施設などの居住先への見学を行っていますか。（ひとつに○）

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	

Q3-4．患者の施設などの居住先への見学には同行していますか。（ひとつに○）

1．必ず同行している　2．大抵の場合は同行している　3．同行しないことも多い　4．全く同行はしていない

Q3-5．退院先となる施設などの居住先のチェックポイントはどんな点ですか。（すべてに○）

1．スタッフの対応	7．職員配置人数・対応時間（看護師常駐・24 時間対応　など）
2．清潔さ／臭い	8．介護ケアや医療ケアについてどのレベルまで対応が可能か
3．食事内容	9．利用者の様子
4．嗜好品の取り扱い	10．地域ネットワークや同業者の評判（地域包括、MSW など）
5．費用	11．事業母体（民間企業か、社会福祉法人など）
6．ハード面（階数、広さ、間取り、個室かどうか　など）	12．その他（　　）

Q3-5-1．**Q3-5 で「○」を付けた項目**のなかで、「チェックポイント」として重要と思う項目（上位３位まで、順位を記入）

1 位：	2 位：	3 位：

Q3-6．自宅以外の場所へ退院する患者やその家族に、退院前に、予め施設などの居住先の利用料など、お金の話を説明していますか。（ひとつに○）

1．必ず、説明している（退院支援担当者）	3．あまり説明していない（退院先の担当者任せ）
2．だいたい、説明している（院内の退院支援担当者以外）	4．説明していない

Q3-7．民間賃貸（アパートなど）や UR、公営住宅の場合、これまで伺った情報把握方法やチェックポイントなどには何か違いがありますか。（ひとつに○）

1．違いがある　2．違いはない

Q3-7-1．**Q3-7 で「1．違いがある」**場合、具体的には、どのような違いがありますか。（自由記入）

Q4.「住まいの確保」が困難な場合には、どんな対応をしていますか。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）

Q5. あなたの日頃の連携活動状況について伺います。（a～o それぞれについて、ひとつに○）

a	あなたは、他の関連機関（住民組織を含む）と分担して援助活動をしたとき、進行状況や結果をその機関に報告していましたか	1．まったく報告しない　3．必要に応じて報告した 2．あまり報告しない　4．いつも報告した
b	あなたは、利用者（事例、ケース）が、どんな制度や資源を利用しているか、把握していますか	1．まったく把握していない　3．ある程度把握した 2．あまり把握していない　4．大変よく把握した
c	あなたは、サービス提供に必要な知識や情報を、関連する他の機関（住民組織）から集めていましたか	1．まったく集めていない　3．だいたい集めた 2．あまり集めていない　4．よく集めた
d	あなたは利用者（事例、ケース）の相談内容や問題状況を基礎に関係する他部門や他の機関に対して必要とされる行政サービスやインフォーマルなサービス、事業、資源・制度、保健・介護および福 祉サービスの内容を文章化し、提案していましたか	1．まったくしていない　3．ある程度した 2．あまりしていない　4．よくした
e	あなたは、関連する他の機関（住民組織を含む）に協力を要請しましたか	1．まったくしていない　3．ある程度していた 2．あまりしていない　4．よくした
f	あなたは、関連する他の機関（住民組織を含む）から協力を要請されましたか	1．まったくされない　3．よくされた 2．あまりされない　4．大変よくされた
g	あなたは、ご自分と関連する専門職の集まりだけではなく、他の職種・専門職の集まり（会議）にも参加していましたか	1．まったく参加しない　3．かなり多くの集まりに参加した 2．あまり参加しない　4．すべて参加した
h	あなたは、関連する他の機関（住民組織を含む）から、その機関の業務や実態に関する内容を聞いていましたか	1．まったく聞いていない　3．よく聞いていた 2．あまり聞いていない　4．すべて聞いていた
i	あなたは、関連する他の機関（住民組織を含む）にどういう専門職がいるか、把握していましたか	1．まったく把握していない　3．ある程度把握していた 2．あまり把握していない　4．大変よく把握していた
j	あなたは、事例検討会などの説明会への参加を、同僚に呼び掛けましたか	1．まったく勧めない　3．ある程度勧めた 2．あまり勧めない　4．積極的に勧めた
k	あなたは、関連する他の機関（住民組織を含む）や他の職種との親睦会に参加していましたか	1．まったく参加しない　3．よく参加した 2．あまり参加しない　4．すべて参加していた
l	あなたの機関では、新規の保健師が就任した場合、関連する他の機関（住民組織を含む）に挨拶回りをしていましたか	1．まったく回らない　3．だいたい回った 2．あまり回らない　4．すべて回った
m	あなたは、複数の関連する他の機関（住民組織を含む）が参加する会議などにおいて、自分の判断で一定の費用負担を決定していましたか	1．まったくしない　3．だいたい決定している 2．あまりしない　4．いつもする
n	あなたは、自分の業務内容について、関連する他の機関（住民組織を含む）に資料、情報を伝達していましたか	1．まったくしない　3．だいたいしている 2．あまりしていない　4．すべてしている
0	あなたは、複数の関連する他の機関（住民組織を含む）・専門職で集めた利用者の情報を、管理していましたか	1．まったく管理していない　3．だいたい管理していた 2．あまり管理していない　4．すべて管理していた

CF. 記入者ご自身のプロフィールなどについてお伺いします。	
CF1. 年齢（ひとつに○）	24 歳以下　35～44 歳　55～64 歳 25～34 歳　45～54 歳　65 歳以上
CF2. 最終学歴（ひとつに○）	1. 大学院卒　3. 短大・専門学校卒 2. 大学卒　4. 高卒
CF3. 退院支援・調整業務 歴 （他病棟・他病院での経験年数を含む）	（　　年　　ヶ月）
CF4. 保有資格（全てに○）	1. 看護師　3. 社会福祉士 2. 介護支援専門員　4. その他（　　）
CF5. 雇用形態（ひとつに○）	1. 常勤　2. 非常勤　3. その他（　　）
CF6. 退院支援の兼務状況（ひとつに○）	1. 専任　2. 兼任
CF7. 業務時間内で、退院支援に携わる割合 *兼任の方のみご回答ください	20%未満　40～60%未満 20～40%未満　60%以上
CF8. 最近１年間で、**退院支援を担当**した患者数	（　　人）*最近１年間 そのうち、 退院後の「**住まいの確保**」をするための支援を行った患者数 （　　人）*最近１年間

C 票（担当者アンケート）はここまでです。

B 票と共に、ご協力をありがとうございました。

＜A 票、B 票（C 票）を全てまとめて、同封の「返信用封筒（切手不要）」にてご返送下さい）＞

～ヒアリングへのご協力のお願い～

今後、本調査に関してより詳しくお話をお伺いするため、ヒアリングへのご協力をお願いできたらと考えております。

ご協力は任意ですが、高齢者の方々にとっての「より良い退院支援」と、今後の退院後の地域居住や住まいのあり方を検討するために、現場の生の声をお聞かせ頂きたく、是非ご協力を賜りますようお願い申し上げます。

ご協力いただける方は、下記に連絡先をご記入ください。担当者からご連絡差し上げます。

お名前			
ご所属		お役職	
電話番号		Email	（　　@　　）

ご記入頂きました個人情報は本調査および、ヒアリング調査以外の目的で利用することはございません。

平成 29 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の退院後の地域居住のあり方に関する調査研究事業
「地域包括ケア病棟（床）における退院支援に関するアンケート調査」
～地域包括ケア病棟(床)からの退院後の住まいのあり方と退院支援～

調査票Ｂ票③

「退院患者」についてのアンケートです。
地域包括ケア病棟（床）において、実際に、退院支援・調整を行った担当者がご記入ください。（該当する患者がいない受け入れ経路はアンケート回答不要です）

＜③周辺機能としての入院の方（１例）＞



*調査基準日：特に指定がない場合、平成 29 年 9 月 1 日時点でご回答ください。

【調査対象となる患者像】

1. 最近 1 年間で、地域包括ケア病棟（床）から退院した 65 歳以上の患者　で、
2. 退院支援のなかで、退院後の「住まいの確保※1」をするための支援を行ったうち、ご自身が扱ったケースの中で「困難であった事例」

※1）ここでの「住まい」とは、「元の住まい」以外の、病院や老人保健施設を除く、以下のようなところを指しています。

- 制度的裏付けのある高齢者の居住施設、あるいは住まい
  (サ高住・有料老人ホーム・養護老人ホーム・ケアハウス・認知症高齢者グループホーム　など)
- 民間賃貸や UR、公営住宅
- 未届け有料老人ホーム
- NPO 法人立の無料・低額宿泊所等や、生活保護法に基づく保護施設（救護施設・更生施設・授産施設など）

ご回答期限：平成 29 年 11 月 30 日

<A 票、B 票（C 票）を全てまとめて、同封の「返信用封筒（切手不要）」にてご返送下さい>

Q1．基本情報

①入院区分（ひとつに○）	1．予定入院　　2．緊急入院（予定外の入院）		
②受け入れ経路（ひとつに○）	1．医療機関（急性期）　2．医療機関（急性期以外）　3．自宅　4．介護施設 など		
③今回の入院契機となった疾患が発症する前の**日常的な生活支援**※の必要性有無（ひとつに○） ※**日常的な生活支援**とは…、老年症候群、フレイル（虚弱）、要介護状態、障害児・者や、疾病、外傷、先天的要因等様々な原因で、心身機能・構造、日常生活活動、社会参加の観点から支援を要する状態（金銭的支援は除く）のこと。			
1．必要　2．不要　3．不明（評価していない など）			
④年齢	（　　歳）*退院日時点	⑤性別	1．男性　2．女性
⑥地域包括ケア病棟への入院(棟)日と退院日	平成　年　月　日 ～平成　年　月　日	⑧在院(棟)日数	日
⑦最初の入院日（転院・転棟の場合のみ）	平成　年　月　日		
⑨入院(棟)の目的（すべてに○）	1．医療ケアの継続	7．医療依存度の高い方の一時的な緊急入院	
	2．リハビリテーション	8．状態の変化に伴う、在宅医等からの在宅療養患者の入院要請	
	3．セルフケアや家族指導	9．手術	
	4．家族関係の調整・レスパイト	10．化学療法／緩和ケア	
	5．在宅体制の構築	11．看取り	
	6．療養先の選定	12．その他（　　）	

Q2．入院時情報

Q2-1．居住・生活環境

①同居人（すべてに○）	1．なし（独居）	3．娘	5．子どもの配偶者	7．親戚	9．その他
	2．配偶者 ※事実婚を含む	4．息子	6．孫	8．友人	（　　）
②主たる介護者（ひとつに○）	1．配偶者	4．子どもの配偶	7．友人	10．その他（　　）	
	2．娘	5．孫	8．介護者となる人がいない（関係機関のみ）		
	3．息子	6．親戚	9．介護不要（自立）		
③主たる介護者との同居の有無	1．同居 2．近距離別居－介護者が通常使用できる交通手段で概ね 30 分程度で行き来ができる 3．遠距離別居－介護者が通常使用できる交通手段で概ね 30 分超かかる				
④主たる介護者の就労の有無	1．就労あり（フルタイム）　2．就労あり（パート）　3．就労なし　4．不明				

Q2-2．入院前の住まい（ひとつに○）　＊転院・転棟の場合は、「最初の入院」の前に住んでいた所についてお答えください

1．持ち家（戸建て）	3．賃貸（戸建て）	5．介護施設 など	7．不明
2．持ち家（集合住宅）	4．賃貸（集合住宅）	6．その他（　　）	

Q2-3．入院時の担当ケアマネジャーの有無（ひとつに○）

1．いた　　2．いなかった

Q2-4．入院時に地域の機関・団体のうち関係があったものとして把握しているもの（すべてに○）

1．民生委員による訪問等を受けていた	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
2．地域包括支援センターによる支援を受けていた	6．サロン・社会交流活動を利用していた
3．福祉事務所による訪問等を受けていた	7．その他（　　）
4．自治会、老人クラブ等の活動へ参加していた	8．不明

Q2-5．介護保険の自己負担割合	1割　2割　不明	Q2-6．障害など認定	1．なし　2．あり（　　）

Q2-7．年金などの種類

1．国民年金　2．厚生年金　3．障害年金　4．生活保護　5．その他（　　）

Q2-8．これらの「入院時情報」を入手した主な方法（ひとつに○）

1．入院前に患者がいた医療機関や施設（移行元）からの提供	3．ケアマネジャーからの提供
2．退院支援の担当者による、患者や家族、移行元の担当者などへの聞き取り	4．その他（　　）

Q3．退院時情報

Q３-１．要介護度の変化（【入院(棟)前】【退院(棟)時】それぞれについて、○はひとつずつ）

【入院(棟)前】			【退院(棟)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

Q３-２．認知症高齢者の日常生活自立度の変化（【入院(棟)前】【退院(棟)時】それぞれについて、○はひとつずつ）

【入院(棟)前】					【退院(棟)時】				
１．自立	３．Ⅱａ	５．Ⅲａ	７．Ⅳ	９．不明	１．自立	３．Ⅱａ	５．Ⅲａ	７．Ⅳ	
２．Ⅰ	４．Ⅱｂ	６．Ⅲｂ	８．Ｍ		２．Ⅰ	４．Ⅱｂ	６．Ⅲｂ	８．Ｍ	

Q３-3．認知症の診断有無とその変化（【入院前】【退院時】それぞれについて、○はひとつずつ）

【入院(棟)前】	【退院(棟)時】
１．認知症の診断なし	１．入院時より悪化、または入院後に発症
２．認知症の診断あり	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

Q３-4．障害老人の日常生活自立度（寝たきり度）の変化（【入院前】【入院後】それぞれについて、○はひとつずつ）

【入院(棟)前】					【退院(棟)時】				
１．自立	３．Ｊ２	５．Ａ２	７．Ｂ２	９．Ｃ２	１．自立	３．Ｊ２	５．Ａ２	７．Ｂ２	９．Ｃ２
２．Ｊ１	４．Ａ１	６．Ｂ１	８．Ｃ１	10．不明	２．Ｊ１	４．Ａ１	６．Ｂ１	８．Ｃ１	

Q3-5．重症度、看護必要度（点数を記入）

項目	【入院(棟)時】	【退院(棟)時】
A 項目	（　　点）　・未聴取	（　　点）　・未聴取
B 項目	（　　点）　・未聴取	（　　点）　・未聴取
C 項目	（　　点）　・未聴取	（　　点）　・未聴取

Q3-6．退院後の内服薬の有無と服薬管理（それぞれ、ひとつに○）

内服薬	１．あり　　２．なし
(ありの場合) **服薬管理**	１．自己管理
	２．他者管理（　　）

Q３-7．退院後も必要な医療　（**入院(棟)前から**のものは**「継続」**、**退院(棟)時に追加**されたものは**「追加」**、**いずれかに**○）

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　[継続 ・ 追加]
５．胃ろう、腸ろう　[継続 ・ 追加]	10．疼痛管理　[継続 ・ 追加]	（　　）

Q３-8．おおむね毎月負担できる金額　*家族による援助も含む（ひとつに○）

１．15 万円以上	３．5 万円～10 万円未満	５．生活保護受給
２．10 万円～15 万円未満	４．5 万円未満	６．不明

Q３-9．本人の貯蓄（総金融資産）（ひとつに○）

１．1,500 万円以上	３．1,000 万円～500 万円	５．ほぼなし
２．1,500 万円～1,000 万円	４．500 万円未満	６．不明

Q4. 地域包括ケア病棟（床）への、入院(棟)前の受入元と退院(棟)後の移行先 （**A**･**B** それぞれについて、○はひとつずつ）

Q4-1.	**A①. 入院(棟)前の受入元**（入院前はどこに居て）	**B①. 退院(棟)後の移行先**（退院後はどこへ出たか）
在宅	1. 自宅（持ち家／家族･親族などの家を含む）	1. 自宅（持ち家／家族･親族などの家を含む）
	2. 自宅（民間賃貸や UR、公営住宅）	2. 自宅（民間賃貸や UR、公営住宅）
	3. 特別養護老人ホーム	3. 特別養護老人ホーム
	4. 制度的裏付けのある高齢者の居住施設、あるいは住まい (サ高住･有料老人ホーム･養護老人ホーム･ケアハウス･認知症高齢者グループホーム など)	4. 制度的裏付けのある高齢者の居住施設、あるいは住まい (サ高住･有料老人ホーム･養護老人ホーム･ケアハウス･認知症高齢者グループホーム など)
	5. 未届け有料老人ホーム	5. 未届け有料老人ホーム
老人保健施設 **院内**	6. 在宅強化型老人保健施設	「**老人保健施設**」または、「**病院**（院内、同一法人／グループ内、院外）」へ移行した方は、本アンケートの対象外です。
	7. 上記以外の老人保健施設	
	8. 急性期	
	9. 急性期以外	
同一法人／グループ内	10. 急性期	
	11. 急性期以外	
院外	12. 急性期	
	13. 急性期以外	
その他	14. NPO 法人立の無料･低額宿泊所など	14. NPO 法人立の無料･低額宿泊所など
	15. 生活保護法に基づく保護施設（救護施設･更生施設･授産施設など）	15. 生活保護法に基づく保護施設（救護施設･更生施設･授産施設など）
	16. その他（　　）	16. その他（　　）
	17. その他だが、詳細は不明	17. その他だが、詳細は不明

Q4-2. 病院以外の「施設」の場合の運営主体（**A**･**B**それぞれについて、○はひとつずつ）

A②. 入院(棟)前の受入元の運営主体	**B②. 退院(棟)後の移行先の運営主体**
1. 同一法人施設　　2. 同一法人以外の施設	1. 同一法人施設　　2. 同一法人以外の施設

Q4-3. **退院(棟)後の移行先（入居した）施設**の月額利用料	（　　万円／月）くらい

Q5．退院支援の実施について

Q5-1．退院支援に介入した時期（ひとつに○）

1．入院前（面談時など）から	4．入院時から１週間以内	7．入院が長期化(60 日程度)してから
2．入院時（当日もしくは翌日）	5．入院から２週間以内	8．その他
3．入院時から３日程度	6．入院から１ヶ月以内	（　　）

Q5-2．退院支援に介入してから、退院先が決まるまでの期間（日数）	（　　日）くらい

Q5-3．退院先に関する主治医の見立て（すべてに○）

1．入院前の自宅への退院	4．老人保健施設などの施設への退院	7．その他（　　）
2．入院前と異なる自宅への退院	5．入院継続・転院	
3．自宅に準じる施設への退院	6．不明	

Q5-4．退院先に関する、本人の希望

①聴取の有無（ひとつに○）	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（すべてに○）	1．入院前の自宅への退院	4．入院継続・転院	7．その他
	2．入院前と異なる自宅への退院	5．老人保健施設などの施設への退院	（　　）
	3．自宅に準じる施設への退院	6．特別養護老人ホームへの退院	8．明確な希望なし

Q5-5．退院先に関する、家族の希望

①聴取の有無（ひとつに○）	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（すべてに○）	1．入院前の自宅への退院	4．入院継続・転院	7．その他
	2．入院前と異なる自宅への退院	5．老人保健施設などの施設への退院	（　　）
	3．自宅に準じる施設への退院	6．特別養護老人ホームへの退院	8．明確な希望なし

Q5-6．その退院先を選定するにあたって重視した項目（すべてに○）

1．家族の自宅から近い	6．医療的な必要性・必要な治療を受けられる
2．安い（経済的に受け入れられる）	7．リハビリができる
3．本人／家族が見学して気に入った	8．長期入所ができる
4．自分（職員）が見学して良いと感じた	9．そこしか空いていなかった
5．医師の勧め	10．その他（　　）

Q5-6-1．Q5-6で「○」を付けたなかで、特に重視した項目（上位３位まで、選択肢の番号を記入）

1 位：	2 位：	3 位：

Q5-7．退院先の選定にあたり、自宅や施設の事前見学の有無（ひとつに○）

1．患者と一緒に見に行った	3．行かずに、見てきた担当者から情報を貰った	5．その他
2．自分だけ／関係者と見に行った	4．行かなかった	（　　）

Q5-8．最終的な退院先は、患者の希望通りか（ひとつに○）

1．希望通り	3．希望通りではないが、なんとか納得した
2．希望通りではないが、十分に納得した	4．その他（　　）

Q5-9．この患者に対する退院支援を 100 点満点にすると、自己評価としては何点か	（　　点　／100 点）

Q5-10．この患者に対する退院支援の自己評価が 100 点満点になるためには、どんなことが必要であったか（自由記入）

Q6．入院(棟)前の「元の住まい」に退院が出来なかった要因について

Q6-1．入院(棟)前の元の住まいに退院できなかった理由　（すべてに○）

1．家族の介護力がない	8．家族に替わる、生活支援サービスの不足
2．家族が同意しなかった	9．居宅介護サービスの不足
3．独居、または近隣に家族がいない	10．賃貸住宅の大家の反対
4．本人が希望しなかった	11．関係機関からの依頼
5．経済的な問題	12．住環境（バリアフリー等）に問題があったため
6．医療が必要なため	13．身元保証人がいない
7．居宅介護サービスでは対応できない状態のため	14．その他（内容：　　）

（Q6-1 で「２．家族が同意しなかったため」を選択した場合）

Q6-2．家族の同意が得られれば自宅に帰る事が出来たと思うか（ひとつに○）

1．そう思う　　2．そうは思わない　　3．その他(　　)

（Q6-1 で「２．家族が同意しなかったため」）を選択した場合）

Q6-3．家族が同意しなかった主な理由（ひとつに○）

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（　　）
3．同居人がいない	

（Q6-1 で「６．医療が必要なため」を選択した場合）

Q6-4．在宅医療とならなかった主な理由（ひとつに○）

1．近隣に在宅医療を行っている医療機関がない	4．経済的な負担が大きい
2．在宅医療を行っている機関に打診したが断られた	5．その他（　　）
3．在宅医療では必要な医療が行えない	

（Q6-1 で「12．住環境（バリアフリー等）に問題があったため」を選択した場合）

Q6-5．住環境の問題として主な理由（ひとつに○）

1．家から公道までのアクセスが不便	4．家の中のバリアフリー環境が不十分	7．その他（　　）
2．家の気温変化等の環境が厳しい	5．エレベーターがない	
3．居室が狭い	6．買い物や受診など生活環境が不便	

B 票（「退院患者」についてのアンケート）はここまでです。

（次ページからの C 票：「担当者」へのアンケートへお進み下さい）

注）他の方と分担せずに、お一人で複数の「調査票 B 票①②③（退院患者アンケート）」をご記入の場合、

C 票（担当者アンケート）は、いずれか 1 部だけご記入頂ければ結構です。

その場合、ご自分が記入した B 票はどれか、以下に○を付けてください。

Q．あなたがご記入された B 票（退院患者アンケート）は以下のどれですか？（該当するものすべてに○）

①：ポストアキュートからの入院	②：サブアキュートからの入院	③：周辺機能としての入院

調査票Ｃ票

「担当者」へのアンケートです。

前ページまでの
「調査票Ｂ票（退院患者）」を記入された方
がお答え下さい。

ここからは、
このＢ票に記入した患者への退院支援を行った「担当者」ご自身に、
退院支援の実態などについて伺います。

*調査基準日：特に指定がない場合、平成 29 年 9 月 1 日時点でご回答ください。

調査結果はとりまとめの上で公表いたしますが、ご回答いただいた内容は統計的に処理致しますので、個別の回答をそのまま外部に出すことはありません。
何卒、本調査の趣旨をご理解の上、ご協力賜りますようお願い申し上げます。

Q1. 地域包括ケア病棟(床)における退院支援の実態について伺います。

Q1-1. 通常又は多くの場合、退院支援・調整業務（以下、退院支援）に介入する場合のﾀｲﾐﾝｸﾞはいつですか。（ひとつに○）

1．入院前（面談時など）から	4．入院時から１週間以内	7．入院が長期化(60 日程度)してから
2．入院時（当日もしくは翌日）	5．入院から２週間以内	8．その他
3．入院時から３日程度	6．入院から１ヶ月以内	（　　）

Q1-2. 退院支援のｱｾｽﾒﾝﾄのために、患者やその家族からはどんな情報を把握していますか。（すべてに○）

1．本人の意向	7．本人の経済力（貯金残高、年金額など）
2．家族の意向	8．年金の種類や、介護保険の自己負担額
3．家族の介護力（独居／同居、家族の年齢・健康状態など）	9．要介護度、日常生活自立度や、障害などの認定
4．本人の生活歴	10．入院前の「かかりつけ医」「ケアマネジャー」などの有無
5．住まいの状況（自宅の有無、住環境）	11．その他
6．地域とのつながり（自治会・老人クラブ・民生委員・友・知人等との交流）	（　　）

Q1-2-1. **Q1-2 で「○」を付けた**なかで、重視している項目（上位３位まで、選択肢の番号を記入）

1 位：	2 位：	3 位：

Q1-3. 入院された患者に、既にケアマネジャーなどの在宅支援を行うチームが付いているかどうか確認していますか。（ひとつに○）

1．いつも確認している	3．自分からは確認していない
2．必要に応じて確認している	4．その他（　　）

Q1-4. 退院前訪問指導などに同行して、事前に、患者の自宅を自分の目で見ていますか。（ひとつに○）

1．必ず同行して、自分で見ている	4．自分は同行しないが、指導に行った担当者から情報は貰っている
2．大体の場合、同行して、自分の目で見ている	5．同行も、指導に行った担当者からの情報も貰っていない
3．必要度が高い場合のみ、同行して、自分での目で見ている	6．その他（　　）

Q1-5. 自宅への退院に関しては、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。（すべてに○）

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

Q1-6. 自分が退院支援を担当した患者について退院後の様子を確認していますか。（ひとつに○）

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

Q2. 退院後の「住まいの確保*」をするための支援実態についてお伺いいたします。

Q2-1. 元の住まいに戻れない理由がある場合、**「住まいの確保*」の必要性を判断する際の条件**として、それぞれの項目について**「重要度」**を伺います。（A～P の項目それぞれについて、○はひとつずつ）

***住まいの確保とは…、**退院支援のなかで、退院後の「住まいの確保」をするための支援を行ったケース

【ここでの「住まい」とは、「元の住まい」以外の、病院や老人保健施設を除く、以下のようなところを指しています】

- 制度的裏付けのある高齢者の居住施設、あるいは住まい
  (サ高住・有料老人ホーム・養護老人ホーム・ケアハウス・認知症高齢者グループホーム など)
- 民間賃貸や UR、公営住宅
- 未届け有料老人ホーム
- NPO 法人立の無料・低額宿泊所等や、生活保護法に基づく保護施設（救護施設・更生施設・授産施設など）

項目	とても重要	重要	あまり重要でない	重要でない	全く関係ない
A．ADL が落ちて、自宅の住環境での生活は難しい	1	2	3	4	5
B．自宅では、地域のサービス資源が医療ニーズに対応できない	1	2	3	4	5
C．経済的な問題がある	1	2	3	4	5
D．立ち退きやホームレスなどで自宅がない	1	2	3	4	5
E．生活保護が受けられない	1	2	3	4	5
F．虐待・DV の問題がある	1	2	3	4	5
G．家族の介護力が弱い／介護負担が重すぎる	1	2	3	4	5
H．家族に障害や疾患など、健康上の問題がある	1	2	3	4	5
I．家族の協力がない／家族が在宅を望まない／家族関係が悪い	1	2	3	4	5
J．独居／近くに家族がいない	1	2	3	4	5
K．認知症（徘徊や火の始末など）	1	2	3	4	5
L．雪が多いなど、気候や地域の環境的に難しい	1	2	3	4	5
M．地域住民などからの申し出があり、自宅生活は難しい	1	2	3	4	5
N．身元保証人がいない	1	2	3	4	5
O．高齢すぎる	1	2	3	4	5
P．その他（　　）	1	2	3	4	5

Q2-2. 自宅には戻れないという判断があった場合で、介護保険施設の利用が難しく、通常のサービス付き高齢者住宅などの届出済みの居住系施設の確保が難しいケースの場合、あなたは普段、**どのような居住先**を確保していますか。（3 つまで○）

1．そのような事例は経験していない
2．最終的に自宅
3．ショートステイ
4．泊まりデイサービス
5．小規模多機能（連続で宿泊）
6．未届け有料老人ホーム
7．その他（　　）

Q2-3. 退院後の「住まいの確保」が必要な患者の支援で、他機関の多職種等に協力を求めるなどの連携をしていますか。（ひとつに○）

1．連携をしている　　2．連携はしているが、あまり上手く機能していない　　3．連携していない

Q2-3-1. **Q2-3 で「1 連携している」場合**、最もよく連携している連携先はどこですか。（ひとつに○）

1．地域包括支援センター
2．ケアマネジャー
3．福祉事務所
4．行政窓口（福祉事務所以外）
5．社会福祉協議会
6．老人ホーム紹介センター
7．不動産会社
8．その他（　　）

Q2-3-2. **Q2-3 で「1 連携している」場合**、連携先への具体的な相談内容としては、どのような内容が多いですか。（3 つまで○）

1．後見申し立て
2．入居契約
3．支払いの保証
5．入院前の自宅の引き払い（整理・片付け／売却など）
6．有料老人ホームなどの空き情報
7．施設などの地域での評判

4．緊急連絡先　　8．その他（　　）

Q3．退院後の「住まいの確保＊」をするための支援において、施設などの居住先に関する情報把握について伺います。

Q3-1．退院先の施設や在宅支援診療所、訪問看護事業所などについての情報はどのように得ていますか。（すべてに○）

1．施設や診療所の自院への営業担当者から
2．同一法人や連携している施設・医療機関のリストから
3．部署内で共有されているリストから
4．インターネット等で自ら情報収集して
5．他院の退院支援担当や部局との連絡会で情報を共有している
6．公的機関等や医師会等が発行している情報誌から
7．老人ホーム紹介センターから
8．地域包括支援センターから
9．地域の民政委員、ｿｰｼｬﾙﾜｰｶｰ、ｹｱﾏﾈｼﾞｬｰなどから
10．既に利用している利用者から
11．その他（　　）
12．とくに情報は得ていない

（Q3-1 で「１．施設などの居住先や診療所の自院への営業担当者から」を選択した場合）

Q3-2．営業担当者から、どんな情報を聞き出すように留意していますか。（上位３つまで○）

1．ハード面の情報（階数、広さ、間取り、個室かどうか　など）
2．職員配置人数・対応時間（看護師常駐・24 時間対応　など）
3．併設のサービス以外でも利用可能か（デイサービス、訪問リハ　など）
4．医療ケアの必要度など、どういったレベルの方を受け入れて貰えるか
5．空室状況
6．費用
7．その他（　　）
8．とくに留意している情報はない

Q3-3．あらかじめ退院先の施設などの居住先への見学を行っていますか。（ひとつに○）

1．候補となる施設は全て実際に見学している
2．一部の施設は見学しているが、全てではない
3．ほとんど見学していない
4．全く見学していない
5．その他（　　）

Q3-4．患者の施設などの居住先への見学には同行していますか。（ひとつに○）

1．必ず同行している　2．大抵の場合は同行している　3．同行しないことも多い　4．全く同行はしていない

Q3-5．退院先となる施設などの居住先のチェックポイントはどんな点ですか。（すべてに○）

1．スタッフの対応
2．清潔さ／臭い
3．食事内容
4．嗜好品の取り扱い
5．費用
6．ハード面（階数、広さ、間取り、個室かどうか　など）
7．職員配置人数・対応時間（看護師常駐・24 時間対応　など）
8．介護ケアや医療ケアについてどのレベルまで対応が可能か
9．利用者の様子
10．地域ネットワークや同業者の評判（地域包括、MSW など）
11．事業母体（民間企業か、社会福祉法人など）
12．その他（　　）

Q3-5-1．**Q3-5 で「○」を付けた項目**のなかで、「チェックポイント」として重要と思う項目（上位３位まで、順位を記入）

1 位：	2 位：	3 位：

Q3-6．自宅以外の場所へ退院する患者やその家族に、退院前に、予め施設などの居住先の利用料など、お金の話を説明していますか。（ひとつに○）

1．必ず、説明している（退院支援担当者）
2．だいたい、説明している（院内の退院支援担当者以外）
3．あまり説明していない（退院先の担当者任せ）
4．説明していない

Q3-7．民間賃貸（アパートなど）や UR、公営住宅の場合、これまで伺った情報把握方法やチェックポイントなどには何か違いがありますか。（ひとつに○）

1．違いがある　2．違いはない

Q3-7-1．**Q3-7 で「1．違いがある」**場合、具体的には、どのような違いがありますか。（自由記入）

Q4.「住まいの確保」が困難な場合には、どんな対応をしていますか。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）

Q5. あなたの日頃の連携活動状況について伺います。（a～o それぞれについて、ひとつに○）

a	あなたは、他の関連機関（住民組織を含む）と分担して援助活動をしたとき、進行状況や結果をその機関に報告していましたか	1．まったく報告しない　3．必要に応じて報告した 2．あまり報告しない　4．いつも報告した
b	あなたは、利用者（事例、ケース）が、どんな制度や資源を利用しているか、把握していますか	1．まったく把握していない　3．ある程度把握した 2．あまり把握していない　4．大変よく把握した
c	あなたは、サービス提供に必要な知識や情報を、関連する他の機関（住民組織）から集めていましたか	1．まったく集めていない　3．だいたい集めた 2．あまり集めていない　4．よく集めた
d	あなたは利用者（事例、ケース）の相談内容や問題状況を基礎に関係する他部門や他の機関に対して必要とされる行政サービスやインフォーマルなサービス、事業、資源・制度、保健・介護および福 祉サービスの内容を文章化し、提案していましたか	1．まったくしていない　3．ある程度した 2．あまりしていない　4．よくした
e	あなたは、関連する他の機関（住民組織を含む）に協力を要請しましたか	1．まったくしていない　3．ある程度していた 2．あまりしていない　4．よくした
f	あなたは、関連する他の機関（住民組織を含む）から協力を要請されましたか	1．まったくされない　3．よくされた 2．あまりされない　4．大変よくされた
g	あなたは、ご自分と関連する専門職の集まりだけではなく、他の職種・専門職の集まり（会議）にも参加していましたか	1．まったく参加しない　3．かなり多くの集まりに参加した 2．あまり参加しない　4．すべて参加した
h	あなたは、関連する他の機関（住民組織を含む）から、その機関の業務や実態に関する内容を聞いていましたか	1．まったく聞いていない　3．よく聞いていた 2．あまり聞いていない　4．すべて聞いていた
i	あなたは、関連する他の機関（住民組織を含む）にどういう専門職がいるか、把握していましたか	1．まったく把握していない　3．ある程度把握していた 2．あまり把握していない　4．大変よく把握していた
j	あなたは、事例検討会などの説明会への参加を、同僚に呼び掛けましたか	1．まったく勧めない　3．ある程度勧めた 2．あまり勧めない　4．積極的に勧めた
k	あなたは、関連する他の機関（住民組織を含む）や他の職種との親睦会に参加していましたか	1．まったく参加しない　3．よく参加した 2．あまり参加しない　4．すべて参加していた
l	あなたの機関では、新規の保健師が就任した場合、関連する他の機関（住民組織を含む）に挨拶回りをしていましたか	1．まったく回らない　3．だいたい回った 2．あまり回らない　4．すべて回った
m	あなたは、複数の関連する他の機関（住民組織を含む）が参加する会議などにおいて、自分の判断で一定の費用負担を決定していましたか	1．まったくしない　3．だいたい決定している 2．あまりしない　4．いつもする
n	あなたは、自分の業務内容について、関連する他の機関（住民組織を含む）に資料、情報を伝達していましたか	1．まったくしない　3．だいたいしている 2．あまりしていない　4．すべてしている
0	あなたは、複数の関連する他の機関（住民組織を含む）・専門職で集めた利用者の情報を、管理していましたか	1．まったく管理していない　3．だいたい管理していた 2．あまり管理していない　4．すべて管理していた

CF. 記入者ご自身のプロフィールなどについてお伺いします。	
CF1. 年齢（ひとつに○）	24 歳以下　35～44 歳　55～64 歳 25～34 歳　45～54 歳　65 歳以上
CF2. 最終学歴（ひとつに○）	1. 大学院卒　3. 短大・専門学校卒 2. 大学卒　4. 高卒
CF3. 退院支援・調整業務 歴 （他病棟・他病院での経験年数を含む）	（　　年　　ヶ月）
CF4. 保有資格（全てに○）	1. 看護師　3. 社会福祉士 2. 介護支援専門員　4. その他（　　）
CF5. 雇用形態（ひとつに○）	1. 常勤　2. 非常勤　3. その他（　　）
CF6. 退院支援の兼務状況（ひとつに○）	1. 専任　2. 兼任
CF7. 業務時間内で、退院支援に携わる割合 *兼任の方のみご回答ください	20%未満　40～60%未満 20～40%未満　60%以上
CF8. 最近１年間で、**退院支援を担当**した患者数	（　　人）*最近１年間 そのうち、 退院後の「**住まいの確保**」をするための支援を行った患者数 （　　人）*最近１年間

C 票（担当者アンケート）はここまでです。

B 票と共に、ご協力をありがとうございました。

＜A 票、B 票（C 票）を全てまとめて、同封の「返信用封筒（切手不要）」にてご返送下さい）＞

～ヒアリングへのご協力のお願い～

今後、本調査に関してより詳しくお話をお伺いするため、ヒアリングへのご協力をお願いできたらと考えております。

ご協力は任意ですが、高齢者の方々にとっての「より良い退院支援」と、今後の退院後の地域居住や住まいのあり方を検討するために、現場の生の声をお聞かせ頂きたく、是非ご協力を賜りますようお願い申し上げます。

ご協力いただける方は、下記に連絡先をご記入ください。担当者からご連絡差し上げます。

お名前			
ご所属		お役職	
電話番号		Email	（　　@　　）

ご記入頂きました個人情報は本調査および、ヒアリング調査以外の目的で利用することはございません。

AF1.都道府県

調査数	＜北海道・東北ブロック＞	北海道	青森県	岩手県	宮城県	秋田県	山形県	福島県	＜北関東ブロック＞	茨城県	栃木県	群馬県	＜首都圏ブロック＞	埼玉県	千葉県	東京都	神奈川県	＜北陸・甲信越ブロック＞	新潟県	富山県	石川県	福井県	山梨県	長野県	＜東海・中部ブロック＞
559	73	30	8	4	11	8	7	5	23	7	4	12	66	8	13	25	20	55	15	8	9	7	3	13	36
100	13.1	5.4	1.4	0.7	2	1.4	1.3	0.9	4.1	1.3	0.7	2.1	11.8	1.4	2.3	4.5	3.6	9.8	2.7	1.4	1.6	1.3	0.5	2.3	6.4

AF1.都道府県

岐阜県	静岡県	愛知県	＜近畿ブロック＞	三重県	滋賀県	京都府	大阪府	兵庫県	奈良県	和歌山県	＜中国・四国ブロック	鳥取県	島根県	岡山県	広島県	山口県	徳島県	香川県	愛媛県	高知県	＜九州・沖縄ブロック＞	福岡県	佐賀県	長崎県	熊本県
11	9	16	84	5	6	9	21	30	8	5	88	5	5	18	25	15	4	1	9	6	112	39	5	9	26
2	1.6	2.9	15	0.9	1.1	1.6	3.8	5.4	1.4	0.9	15.7	0.9	0.9	3.2	4.5	2.7	0.7	0.2	1.6	1.1	20	7	0.9	1.6	4.7

AF1.都道府県

大分県	宮崎県	鹿児島県	沖縄県	無回答
11	9	10	3	22
2	1.6	1.8	0.5	3.9

AF4.開設法人(SA)

調査数	<a.国>	厚生労働省、独立行政法人国立病院機構	国立大学法人	独立行政法人労働者健康福祉機構	国立高度専門医療研究センター	独立行政法人地域医療機能推進機構*(JCHO)	その他(国の機関)	<b.公的医療機関>	都道府県	市町村	地方独立行政法人	日赤	済生会	北海道社会事業協会	厚生連	国民健康保険団体連合会	<c.社会保険関係団体>	健康保険組合、及びその連合会	共済組合、及びその連合会	国民健康保険組合	<d.民間>	医療法人	個人	公益法人	私立学校法人
559	33	5	0	5	0	23	0	154	7	86	14	12	15	1	19	0	11	2	8	1	358	282	2	19	3
100	5.9	0.9	0	0.9	0	4.1	0	27.5	1.3	15.4	2.5	2.1	2.7	0.2	3.4	0	2	0.4	1.4	0.2	64	50.4	0.4	3.4	0.5

AF4.開設法人(SA)

社会福祉法人	医療生協	会社	その他法人	無回答
8	10	8	26	3
1.4	1.8	1.4	4.7	0.5

AF5.同一法人／グループ内における「介護施設状況」(MA)

調査数	1.介護老人保健施設	2.特別養護老人施設	3.居住系	4.訪問系	5.通所系	無回答
559	228	83	151	267	233	191
100	40.8	14.8	27	47.8	41.7	34.2

AF6.同一法人／グループ内における医療機関の「病床種」(MA)

調査数	1.一般(7対1)	2.一般(10対1)	3.一般(13対1)	4.一般(15対1)	5.回復期	6.療養	7.精神	8.障害	9.その他	無回答
559	165	194	57	22	144	146	44	51	56	178
100	29.5	34.7	10.2	3.9	25.8	26.1	7.9	9.1	10	31.8

AF7.同一法人／グループ内における医療機関の「病床機能」(MA)

調査数	1.高度急性期	2.急性期	3.回復期	4.慢性期	無回答
559	61	377	245	205	133
100	10.9	67.4	43.8	36.7	23.8

AF8.病床種

調査数	一般病棟入院基本料7対1	一般病棟入院基本料10対1	一般病棟入院基本料13対1	一般病棟入院基本料15対1	回復期リハビリテーション入院料1	回復期リハビリテーション入院料2	回復期リハビリテーション入院料3	地域包括ケア病棟入院料1	地域包括ケア病棟入院料2	地域包括ケア入院医療管理料1	地域包括ケア入院医療管理料2	療養病棟入院基本料1、2	精神病棟入院基本料、精神療養病棟入院料	障害者施設等入院基本料	その他の病床
559	203	272	27	8	99	61	5	374	17	155	20	181	24	54	156
100	36.3	48.7	4.8	1.4	17.7	10.9	0.9	66.9	3	27.7	3.6	32.4	4.3	9.7	27.9

AF8.病床数

	調査数	50床未満	50～100床未満	100～150床	150～200床	200～250床	250～300床	300～350床	350～400床	400床以上
許可病床数(SA)	309	8	47	35	85	33	24	33	10	34
	100	2.6	15.2	11.3	27.5	10.7	7.8	10.7	3.2	11
一般病棟入院基本料７対１(SA)	203	19	40	33	39	29	20	9	8	6
	100	9.4	19.7	16.3	19.2	14.3	9.9	4.4	3.9	3
一般病棟入院基本料10対１(SA)	272	116	85	50	18	1	1	0	1	0
	100	42.6	31.3	18.4	6.6	0.4	0.4	0	0.4	0
一般病棟入院基本料13対１(SA)	27	21	5	1	0	0	0	0	0	0
	100	77.8	18.5	3.7	0	0	0	0	0	0
一般病棟入院基本料15対１(SA)	8	5	3	0	0	0	0	0	0	0
	100	62.5	37.5	0	0	0	0	0	0	0
回復期リハビリテーション入院料１(SA)	99	46	45	8	0	0	0	0	0	0
	100	46.5	45.5	8.1	0	0	0	0	0	0
回復期リハビリテーション入院料２(SA)	61	44	16	1	0	0	0	0	0	0
	100	72.1	26.2	1.6	0	0	0	0	0	0
回復期リハビリテーション入院料３(SA)	5	3	2	0	0	0	0	0	0	0
	100	60	40	0	0	0	0	0	0	0
地域包括ケア病棟入院料１(SA)	374	249	117	7	1	0	0	0	0	0
	100	66.6	31.3	1.9	0.3	0	0	0	0	0
地域包括ケア病棟入院料２(SA)	17	14	3	0	0	0	0	0	0	0
	100	82.4	17.6	0	0	0	0	0	0	0
地域包括ケア入院医療管理料１(SA)	155	152	3	0	0	0	0	0	0	0
	100	98.1	1.9	0	0	0	0	0	0	0
地域包括ケア入院医療管理料２(SA)	20	20	0	0	0	0	0	0	0	0
	100	100	0	0	0	0	0	0	0	0
療養病棟入院基本料１、２(SA)	181	103	60	11	5	1	1	0	0	0
	100	56.9	33.1	6.1	2.8	0.6	0.6	0	0	0
精神病棟入院基本料、精神療養病棟入院料(SA)	24	5	13	4	0	0	0	0	1	1
	100	20.8	54.2	16.7	0	0	0	0	4.2	4.2
障害者施設等入院基本料(SA)	54	28	21	3	0	2	0	0	0	0
	100	51.9	38.9	5.6	0	3.7	0	0	0	0
その他の病床(SA)	156	113	33	6	2	0	0	0	2	0
	100	72.4	21.2	3.8	1.3	0	0	0	1.3	0

	調査数	平均	最小値	最大値
許可病床数(SA)	309	222.5	30	1051
	15.7			
一般病棟入院基本料７対１(SA)	203	174.57	14	592
	10.3			
一般病棟入院基本料10対１(SA)	272	72.7	8	353
	13.8			
一般病棟入院基本料13対１(SA)	27	45.44	4	138
	1.4			
一般病棟入院基本料15対１(SA)	8	35.88	12	60
	0.4			
回復期リハビリテーション入院料１(SA)	99	55.47	26	147
	5			
回復期リハビリテーション入院料２(SA)	61	43.31	20	110
	3.1			
回復期リハビリテーション入院料３(SA)	5	44.2	34	52
	0.3			
地域包括ケア病棟入院料１(SA)	374	44.53	4	150
	19			
地域包括ケア病棟入院料２(SA)	17	40.76	9	88
	0.9			
地域包括ケア入院医療管理料１(SA)	155	19.34	5	74
	7.9			
地域包括ケア入院医療管理料２(SA)	20	20	4	44
	1			
療養病棟入院基本料１、２(SA)	181	55.5	1.99	252
	9.2			
精神病棟入院基本料、精神療養病棟入院料(SA)	24	101.88	44	475
	1.2			
障害者施設等入院基本料(SA)	54	58.87	16	224
	2.7			
その他の病床(SA)	156	37.14	3	381
	7.9			

Q1. 病棟1

Q1. ケア病棟（床）の病棟の数

調査数	病棟1のみ	病棟1＋病棟2	3病棟1＋病棟2＋病棟	無回答
559	511	32	2	14
100	91.4	5.7	0.4	2.5

1. ケア病棟（床）の特定入院区分(SA)

調査数	入院料1	入院料2	管理料1	管理料2	無回答
559	355	10	161	19	14
100	63.5	1.8	28.8	3.4	2.5

2. 病床数(SA)

調査数	5床未満	5～10床未満	10～15床未満	15～20床未満	20～25床未満	25～30床未満	30～35床未満	35～40床未満	40～45床未満	45～50床未満	50～55床未満	55～60床未満	60床以上	無回答
559	4	37	56	29	43	37	42	46	74	74	65	21	20	11
100	0.7	6.6	10	5.2	7.7	6.6	7.5	8.2	13.2	13.2	11.6	3.8	3.6	2

調査数	平均	最小値	最大値
548	33.94	1	64
100			

3. 病床種ー入院基本料(SA)

調査数	一般10対1：17対1、または	一般15対1：13対1、または	療養病棟入院基本料	障害者施設等入院基本料	その他	新設のためなし	無回答
559	290	175	35	6	9	1	43
100	51.9	31.3	6.3	1.1	1.6	0.2	7.7

4. 転換前の病床機能(SA)

調査数	急性期	回復期	慢性期	無回答
559	426	52	60	21
100	76.2	9.3	10.7	3.8

5. 平均在院日数(SA)

調査数	10日以下	11～20日	21～30日	31～40日	41～50日	51～60日	61～70日	71～80日	81～90日	91～100日	101日以上	無回答
559	5	124	202	139	44	13	0	0	0	0	0	32
100	0.9	22.2	36.1	24.9	7.9	2.3	0	0	0	0	0	5.7

調査数	平均	最小値	最大値
527	28.14	5.86	59
100			

	調査数	0%	10%未満	20%未満	30%未満	40%未満	50%未満	60%未満	70%未満	80%未満	90%未満	100%未満	100%	無回答	調査数	平均	最小値	最大値
6.在宅復帰率(SA)	559	1	0	0	1	0	2	5	8	59	217	178	71	17	542	87.9	0	100
	100	0.2	0	0	0.2	0	0.4	0.9	1.4	10.6	38.8	31.8	12.7	3	51.1			
7.病床利用率(SA)	559	0	3	2	3	7	9	36	54	110	127	134	34	40	519	79.73	7.23	100
	100	0	0.5	0.4	0.5	1.3	1.6	6.4	9.7	19.7	22.7	24	6.1	7.2	48.9			

8.病床稼働率(SA)

調査数	0%	10%未満	20%未満	30%未満	40%未満	50%未満	60%未満	70%未満	80%未満	90%未満	100%未満	100%以上	無回答	調査数	平均	最小値	最大値
559	0	0	0	3	9	9	26	57	87	132	138	70	28	531	82.8	27.7	108.3
100	0	0	0	0.5	1.6	1.6	4.7	10.2	15.6	23.6	24.7	12.5	5	100			

9.重症度、医療・看護必要度(SA)

調査数	0%	10%未満	20%未満	30%未満	40%未満	50%未満	60%未満	70%未満	80%未満	90%未満	100%未満	100%	無回答	調査数	平均	最小値	最大値
559	3	3	208	208	74	23	6	2	0	2	1	1	28	531	24.06	0	100
100	0.5	0.5	37.2	37.2	13.2	4.1	1.1	0.4	0	0.4	0.2	0.2	5	100			

10. 看護職員配置加算(SA)

調査数	有	無	無回答
559	452	95	12
100	80.9	17	2.1

11. 看護補助者配置加算(SA)

調査数	有	無	無回答
559	352	192	15
100	63	34.3	2.7

12. 救急・在宅等支援病床初期加算(SA)

調査数	有	無	無回答
559	384	139	36
100	68.7	24.9	6.4

Q1. 病棟２

1.ケア病棟（床）の特定入院区分(SA)

調査数	入院料1	入院料2	管理料1	管理料2	無回答
559	28	6	2	1	522
100	5	1.1	0.4	0.2	93.4

2.病床数(SA)

調査数	5床未満	5～10床未満	10～15床未満	15～20床未満	20～25床未満	25～30床未満	30～35床未満	35～40床未満	40～45床未満	45～50床未満	50～55床未満	55～60床未満	60床以上	無回答
559	0	1	3	0	3	0	3	5	10	7	2	1	4	520
100	0	0.2	0.5	0	0.5	0	0.5	0.9	1.8	1.3	0.4	0.2	0.7	93

調査数	平均	最小値	最大値
39	39.33	8	60
100			

3.病床種ー入院基本料(SA)

調査数	一般10対1：7対1、または	一般15対1：3対1、または	療養病棟入院基本料	障害者施設等入院基本料	その他	新設のためなし	無回答
559	13	18	3	0	0	0	525
100	2.3	3.2	0.5	0	0	0	93.9

4.転換前の病床機能(SA)

調査数	急性期	回復期	慢性期	無回答
559	25	3	9	522
100	4.5	0.5	1.6	93.4

5.平均在院日数(SA)

調査数	10日以下	11～20日	21～30日	31～40日	41～50日	51～60日	61～70日	71～80日	81～90日	91～100日	101日以上	無回答
559	1	8	11	10	4	0	0	0	0	0	0	525
100	0.2	1.4	2	1.8	0.7	0	0	0	0	0	0	93.9

調査数	平均	最小値	最大値
34	27.9	8.4	50.4
100			

	調査数	0%	10%未満	20%未満	30%未満	40%未満	50%未満	60%未満	70%未満	80%未満	90%未満	100%未満	100%	無回答	調査数	平均	最小値	最大値
6.在宅復帰率(SA)	559	0	0	0	0	0	1	1	2	8	5	17	2	523	36	85.03	44	100
	100	0	0	0	0	0	0.2	0.2	0.4	1.4	0.9	3	0.4	93.6	50			
7.病床利用率(SA)	559	0	0	0	0	1	0	5	3	6	8	13	0	523	36	79.56	37.6	98.7
	100	0	0	0	0	0.2	0	0.9	0.5	1.1	1.4	2.3	0	93.6	50			

8.病床稼働率(SA)

調査数	0%	10%未満	20%未満	30%未満	40%未満	50%未満	60%未満	70%未満	80%未満	90%未満	100%未満	100%以上	無回答	調査数	平均	最小値	最大値
559	0	0	0	0	0	1	2	4	5	8	12	2	525	34	82.55	42.7	102.7
100	0	0	0	0	0	0.2	0.4	0.7	0.9	1.4	2.1	0.4	93.9	100			

9.重症度、医療・看護必要度(SA)

調査数	0%	10%未満	20%未満	30%未満	40%未満	50%未満	60%未満	70%未満	80%未満	90%未満	100%未満	100%	無回答	調査数	平均	最小値	最大値
559	0	0	10	15	3	4	2	0	0	0	0	0	525	34	26.63	11.3	56.5
100	0	0	1.8	2.7	0.5	0.7	0.4	0	0	0	0	0	93.9	100			

10. 看護職員配置加算(SA)

調査数	有	無	無回答
559	31	5	523
100	5.5	0.9	93.6

11. 看護補助者配置加算(SA)

調査数	有	無	無回答
559	24	12	523
100	4.3	2.1	93.6

12. 救急・在宅等支援病床初期加算(SA)

調査数	有	無	無回答
559	20	13	526
100	3.6	2.3	94.1

Q1. 病棟３

1.ケア病棟（床）の特定入院区分(SA)

調査数	入院料1	入院料2	管理料1	管理料2	無回答
559	2	0	0	0	557
100	0.4	0	0	0	99.6

2.病床数(SA)

調査数	5床未満	5～10床未満	10～15床未満	15～20床未満	20～25床未満	25～30床未満	30～35床未満	35～40床未満	40～45床未満	45～50床未満	50～55床未満	55～60床未満	60床以上	無回答
559	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	557
100	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0.4	0	0	0	99.6

調査数	平均	最小値	最大値
2	46.5	46	47
100			

3.病床種ー入院基本料(SA)

調査数	一般10対1：7対1、または	一般15対1：13対1、または	療養病棟入院基本料	障害者施設等入院基本料	その他	新設のためなし	無回答
559	0	1	0	0	0	0	558
100	0	0.2	0	0	0	0	99.8

4.転換前の病床機能(SA)

調査数	急性期	回復期	慢性期	無回答
559	0	0	1	558
100	0	0	0.2	99.8

5.平均在院日数(SA)

調査数	10日以下	11～20日	21～30日	31～40日	41～50日	51～60日	61～70日	71～80日	81～90日	91～100日	101日以上	無回答
559	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	557
100	0	0.2	0.2	0	0	0	0	0	0	0	0	99.6

調査数	平均	最小値	最大値
2	21	18.9	23.1
100			

	調査数	0%	10%未満	20%未満	30%未満	40%未満	50%未満	60%未満	70%未満	80%未満	90%未満	100%未満	100%	無回答
6.在宅復帰率(SA)	559	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	557
	100	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0.2	0.2	0	99.6
7.病床利用率(SA)	559	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	557
	100	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0.4	0	0	99.6

調査数	平均	最小値	最大値
2	87.5	82	93
50			
2	82.4	80.8	84
50			

8.病床稼働率(SA)

調査数	0%	10%未満	20%未満	30%未満	40%未満	50%未満	60%未満	70%未満	80%未満	90%未満	100%未満	100%以上	無回答
559	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	558
100	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0.2	0	0	99.8

調査数	平均	最小値	最大値
1	89	89	89
100			

9.重症度、医療・看護必要度(SA)

調査数	0%	10%未満	20%未満	30%未満	40%未満	50%未満	60%未満	70%未満	80%未満	90%未満	100%未満	100%	無回答
559	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	558
100	0	0	0.2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	99.8

調査数	平均	最小値	最大値
1	12	12	12
100			

10. 看護職員配置加算(SA)

調査数	有	無	無回答
559	1	0	558
100	0.2	0	99.8

11. 看護補助者配置加算(SA)

調査数	有	無	無回答
559	0	1	558
100	0	0.2	99.8

12. 救急・在宅等支援病床初期加算(SA)

調査数	有	無	無回答
559	1	0	558
100	0.2	0	99.8

*設問13.年間の総入院患者数、14.年間の総退院患者数については、質問の仕方が適切でなく、延べ人数／患者の頭数など、記入に混乱がみられたため集計の対象から除外した。

15. 疾患発症前の日常的な生活支援の必要性評価の有無(SA)

調査数	評価している	一部、評価している	評価していない	無回答
559	228	142	123	66
100	40.8	25.4	22	11.8

16. ①平成29年９月（１ヶ月間）の受け入れ患者数(SA) *16については、質問の仕方が適切でなく、誤解と思われる回答が多いため分析の対象から除外した。

調査数	10人未満	20人未満	30人未満	40人未満	50人未満	60人未満	70人未満	80人未満	90人未満	100人未満	100人以上	無回答
559	57	87	107	100	54	47	34	19	12	4	23	15
100	10.2	15.6	19.1	17.9	9.7	8.4	6.1	3.4	2.1	0.7	4.1	2.7

調査数	平均	最小値	最大値
544	41.95	0	1088
100			

16. ②入院区分

予定入院(SA)

調査数	10人未満	20人未満	30人未満	40人未満	50人未満	60人未満	70人未満	80人未満	90人未満	100人未満	100人以上	無回答
559	130	118	91	73	33	24	18	4	4	1	11	52
100	23.3	21.1	16.3	13.1	5.9	4.3	3.2	0.7	0.7	0.2	2	9.3

調査数	平均	最小値	最大値
507	27.72	0	1080
100			

緊急入院／予定外入院(SA)

調査数	10人未満	20人未満	30人未満	40人未満	50人未満	60人未満	70人未満	80人未満	90人未満	100人未満	100人以上	無回答
559	274	58	37	17	4	10	4	2	1	0	1	151
100	49	10.4	6.6	3	0.7	1.8	0.7	0.4	0.2	0	0.2	27

調査数	平均	最小値	最大値
408	10.86	0	374
100			

16. ③入院・受け入れ経路

医療機関（急性期）（SA）

調査数	10人未満	20人未満	30人未満	40人未満	50人未満	60人未満	70人未満	80人未満	90人未満	100人未満	100人以上	無回答
559	148	112	97	67	31	19	19	7	2	1	4	52
100	26.5	20	17.4	12	5.5	3.4	3.4	1.3	0.4	0.2	0.7	9.3

調査数	平均	最小値	最大値
507	25.1	0	1058
100			

医療機関（急性期以外）（SA）

調査数	10人未満	20人未満	30人未満	40人未満	50人未満	60人未満	70人未満	80人未満	90人未満	100人未満	100人以上	無回答
559	299	10	6	3	1	0	0	0	0	0	0	240
100	53.5	1.8	1.1	0.5	0.2	0	0	0	0	0	0	42.9

調査数	平均	最小値	最大値
319	2.06	0	42
100			

医療機関（自宅・介護施設など）（SA）

調査数	10人未満	20人未満	30人未満	40人未満	50人未満	60人未満	70人未満	80人未満	90人未満	100人未満	100人以上	無回答
559	244	90	43	26	9	5	6	3	2	4	5	122
100	43.6	16.1	7.7	4.7	1.6	0.9	1.1	0.5	0.4	0.7	0.9	21.8

調査数	平均	最小値	最大値
437	16.15	0	607
100			

16. ④「疾患発症前の日常的な生活支援」の必要性

必要(SA)

調査数	10人未満	20人未満	30人未満	40人未満	50人未満	60人未満	70人未満	80人未満	90人未満	100人未満	100人以上	無回答
559	102	92	60	36	20	6	7	2	1	1	1	231
100	18.2	16.5	10.7	6.4	3.6	1.1	1.3	0.4	0.2	0.2	0.2	41.3

調査数	平均	最小値	最大値
328	20.9	0	528
100			

不要(SA)

調査数	10人未満	20人未満	30人未満	40人未満	50人未満	60人未満	70人未満	80人未満	90人未満	100人未満	100人以上	無回答
559	153	58	24	9	7	9	3	1	1	0	4	290
100	27.4	10.4	4.3	1.6	1.3	1.6	0.5	0.2	0.2	0	0.7	51.9

調査数	平均	最小値	最大値
269	16.03	0	552
100			

不明(SA)

調査数	10人未満	20人未満	30人未満	40人未満	50人未満	60人未満	70人未満	80人未満	90人未満	100人未満	100人以上	無回答
559	150	27	20	22	12	10	4	5	1	0	3	305
100	26.8	4.8	3.6	3.9	2.1	1.8	0.7	0.9	0.2	0	0.5	54.6

調査数	平均	最小値	最大値
254	15.57	0	139
100			

Q2A.移行元

	調査数	5人未満	10人未満	15人未満	20人未満	25人未満	30人未満	35人未満	40人未満	45人未満	50人未満	55人未満	60人未満	65人未満	70人未満	75人未満
1.自宅(SA)	559	178	85	49	36	31	20	10	10	3	6	0	5	3	2	1
	100	31.8	15.2	8.8	6.4	5.5	3.6	1.8	1.8	0.5	1.1	0	0.9	0.5	0.4	0.2
2.居住系施設(SA)	559	308	10	2	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	100	55.1	1.8	0.4	0.2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
3.介護老人保健施設／特別養護老人ホーム(SA)	559	286	23	6	4	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0
	100	51.2	4.1	1.1	0.7	0	0	0	0	0	0.2	0	0	0	0	0
4.院内｜急性期(SA)	559	83	54	48	40	59	38	31	23	16	17	6	7	14	10	3
	100	14.8	9.7	8.6	7.2	10.6	6.8	5.5	4.1	2.9	3	1.1	1.3	2.5	1.8	0.5
5.院内｜急性期以外(SA)	559	258	10	2	1	2	1	2	0	0	0	1	0	0	0	0
	100	46.2	1.8	0.4	0.2	0.4	0.2	0.4	0	0	0	0.2	0	0	0	0
6.同一グループ内／法人内｜急性期(SA)	559	259	7	3	1	1	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	100	46.3	1.3	0.5	0.2	0.2	0.4	0	0	0	0	0	0	0	0	0
7.同一グループ内／法人内｜急性期以外(SA)	559	265	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	100	47.4	0.2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
8.院外｜急性期(SA)	559	257	54	16	14	5	3	0	1	0	0	0	0	1	0	0
	100	46	9.7	2.9	2.5	0.9	0.5	0	0.2	0	0	0	0	0.2	0	0
9.院外｜急性期以外(SA)	559	281	3	2	2	2	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0
	100	50.3	0.5	0.4	0.4	0.4	0	0.2	0	0	0	0	0	0	0	0
10. その他(SA)	559	251	1	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	100	44.9	0.2	0.2	0	0.2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
11. 不明(SA)	559	249	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0
	100	44.5	0	0	0	0	0	0.2	0	0	0	0	0	0.2	0	0

	調査数	80人未満	85人未満	90人未満	95人未満	100人未満	100人以上	無回答
1.自宅(SA)	559	1	0	2	1	0	1	115
	100	0.2	0	0.4	0.2	0	0.2	20.6
2.居住系施設(SA)	559	0	0	0	0	0	0	238
	100	0	0	0	0	0	0	42.6
3.介護老人保健施設／特別養護老人ホーム(SA)	559	0	0	0	0	0	0	239
	100	0	0	0	0	0	0	42.8
4.院内｜急性期(SA)	559	3	1	1	1	1	3	100
	100	0.5	0.2	0.2	0.2	0.2	0.5	17.9
5.院内｜急性期以外(SA)	559	0	0	0	0	0	0	282
	100	0	0	0	0	0	0	50.4
6.同一グループ内／法人内｜急性期(SA)	559	0	0	0	0	0	0	286
	100	0	0	0	0	0	0	51.2
7.同一グループ内／法人内｜急性期以外(SA)	559	0	0	0	0	0	0	293
	100	0	0	0	0	0	0	52.4
8.院外｜急性期(SA)	559	0	0	0	0	0	1	207
	100	0	0	0	0	0	0.2	37
9.院外｜急性期以外(SA)	559	0	0	0	0	0	0	268
	100	0	0	0	0	0	0	47.9
10. その他(SA)	559	0	0	0	0	0	0	305
	100	0	0	0	0	0	0	54.6
11. 不明(SA)	559	0	0	0	0	0	0	308
	100	0	0	0	0	0	0	55.1

	調査数	平均	最小値	最大値
1.自宅(SA)	384	14.22	1	100
	26.9			
2.居住系施設(SA)	122	2.66	1	19
	8.5			
3.介護老人保健施設／特別養護老人ホーム(SA)	126	4.02	1	47
	8.8			
4.院内｜急性期(SA)	399	28.7	1	817
	28			
5.院内｜急性期以外(SA)	43	7.79	1	54
	3			
6.同一グループ内／法人内｜急性期(SA)	27	7.56	1	25
	1.9			
7.同一グループ内／法人内｜急性期以外(SA)	11	2	1	7
	0.8			
8.院外｜急性期(SA)	226	6.92	1	241
	15.8			
9.院外｜急性期以外(SA)	68	3.63	1	30
	4.8			
10. その他(SA)	18	4.06	1	24
	1.3			
11. 不明(SA)	3	33	2	63
	0.2			

Q2A.移行元（患者数合計による割合）

	1.自宅	2.居住系施設	3.介護老人保健施設／特別養護老人ホーム	4.院内｜急性期	5.院内以外｜急性期	6.同一グループ内／法人内｜急性期	7.同一グループ内／法人内｜急性期以外	8.院外｜急性期	9.院外以外｜急性期	10.その他	11.不明
20289	5461	325	507	11453	335	204	22	1563	247	73	99
100	26.9	1.6	2.5	56.4	1.7	1.0	0.1	7.7	1.2	0.4	0.5

Q2B.移行先

	調査数	5人未満	10人未満	15人未満	20人未満	25人未満	30人未満	35人未満	40人未満	45人未満	50人未満	55人未満	60人未満	65人未満	70人未満	75人未満
1.自宅(SA)	559	42	82	50	67	65	43	38	21	26	17	20	14	5	4	5
	100	7.5	14.7	8.9	12	11.6	7.7	6.8	3.8	4.7	3	3.6	2.5	0.9	0.7	0.9
2.居住系施設(SA)	559	341	91	12	3	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	100	61	16.3	2.1	0.5	0	0.2	0	0	0	0	0	0	0	0	0
3.介護老人保健施設／特別養老老人ホーム(SA)	559	338	83	19	5	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	100	60.5	14.8	3.4	0.9	0.2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
4.院内｜急性期(SA)	559	333	10	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	100	59.6	1.8	0.2	0.2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
5.院内｜急性期以外(SA)	559	275	28	2	2	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	100	49.2	5	0.4	0.4	0.2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
6.同一グループ内／法人内｜急性期(SA)	559	270	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	100	48.3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
7.同一グループ内／法人内｜急性期以外(SA)	559	270	4	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	100	48.3	0.7	0	0.2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
8.院外｜急性期(SA)	559	302	9	5	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	100	54	1.6	0.9	0.2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
9.院外｜急性期以外(SA)	559	321	34	7	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	100	57.4	6.1	1.3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
10. その他(SA)	559	322	40	4	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	100	57.6	7.2	0.7	0.4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
11. 不明(SA)	559	250	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	100	44.7	0.2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

	調査数	80人未満	85人未満	90人未満	95人未満	100人未満	100人以上	無回答
1.自宅(SA)	559	2	4	4	1	0	11	38
	100	0.4	0.7	0.7	0.2	0	2	6.8
2.居住系施設(SA)	559	0	0	0	0	0	0	111
	100	0	0	0	0	0	0	19.9
3.介護老人保健施設／特別養老老人ホーム(SA)	559	0	0	0	0	0	0	113
	100	0	0	0	0	0	0	20.2
4.院内｜急性期(SA)	559	0	0	0	0	0	0	214
	100	0	0	0	0	0	0	38.3
5.院内｜急性期以外(SA)	559	0	0	0	0	0	0	251
	100	0	0	0	0	0	0	44.9
6.同一グループ内／法人内｜急性期(SA)	559	0	0	0	0	0	0	289
	100	0	0	0	0	0	0	51.7
7.同一グループ内／法人内｜急性期以外(SA)	559	0	0	0	0	0	0	284
	100	0	0	0	0	0	0	50.8
8.院外｜急性期(SA)	559	0	0	0	0	0	0	242
	100	0	0	0	0	0	0	43.3
9.院外｜急性期以外(SA)	559	0	0	0	0	0	0	197
	100	0	0	0	0	0	0	35.2
10. その他(SA)	559	0	0	0	0	0	0	191
	100	0	0	0	0	0	0	34.2
11. 不明(SA)	559	0	0	0	0	0	0	308
	100	0	0	0	0	0	0	55.1

調査数	平均	最小値	最大値
519	26.74	1	173
23.6			
383	3.67	1	29
17.4			
367	3.94	1	24
16.7			
170	2.07	1	16
7.7			
120	3.48	1	22
5.5			
16	1.69	1	4
0.7			
31	2.9	1	17
1.4			
143	2.39	1	17
6.5			
217	3.07	1	14
9.9			
228	2.93	1	18
10.4			
5	2.4	1	5
0.2			

Q2B.移行先（患者数合計による割合）

	1.自宅	2.居住系施設	3.介護老人保健施設／特別養護老人ホーム	4.院内一般急性期	5.院内一般以外急性期	6.同一グループ内／法人内一般急性期	7.同一グループ内／法人内一般以外急性期	8.院外一般急性期	9.院外一般以外急性期	10.その他	11.不明
19303	13879	1404	1445	352	417	27	90	342	667	668	12
100	71.9	7.3	7.5	1.8	2.2	0.1	0.5	1.8	3.5	3.5	0.1

Q3-1. 専任の「在宅復帰支援担当者」の職種別人数

1.社会福祉士(SA)

調査数	0人	3人未満	5人未満	5人以上
559	144	392	21	2
100	25.8	70.1	3.8	0.4

調査数	平均	最小値	最大値
559	0.91	0	5
100			

2.退院調整看護師(SA)

調査数	0人	3人未満	5人未満	5人以上
559	316	236	7	0
100	56.5	42.2	1.3	0

調査数	平均	最小値	最大値
559	0.5	0	4
100			

3.その他(SA)

調査数	0人	3人未満	5人未満	5人以上
559	470	86	1	2
100	84.1	15.4	0.2	0.4

調査数	平均	最小値	最大値
559	0.2	0	11
100			

専任担当者合計(SA)

調査数	0人	3人未満	5人未満	5人以上
559	21	466	56	16
100	3.8	83.4	10	2.9

調査数	平均	最小値	最大値
559	1.62	0	12
100			

Q3-2. 実際に退院支援に係わっている全ての人数

1.社会福祉士(SA)

調査数	0人	3人未満	5人未満	10人未満	15人未満	20人未満	20人以上	無回答
559	0	324	140	18	0	0	0	77
100	0	58	25	3.2	0	0	0	13.8

調査数	平均	最小値	最大値
482	2.11	1	9
100			

2.退院調整看護師(SA)

調査数	0人	3人未満	5人未満	10人未満	15人未満	20人未満	20人以上	無回答
559	0	327	50	6	6	19	9	142
100	0	58.5	8.9	1.1	1.1	3.4	1.6	25.4

調査数	平均	最小値	最大値
417	2.93	0.1	34
100			

3.事務職員(SA)

調査数	0人	3人未満	5人未満	10人未満	15人未満	20人未満	20人以上	無回答
559	0	107	8	0	0	0	0	444
100	0	19.1	1.4	0	0	0	0	79.4

調査数	平均	最小値	最大値
115	1.33	0.5	4
100			

4.その他職員(SA)

調査数	0人	3人未満	5人未満	10人未満	15人未満	20人未満	20人以上	無回答
559	0	91	24	15	6	9	13	401
100	0	16.3	4.3	2.7	1.1	1.6	2.3	71.7

調査数	平均	最小値	最大値
158	5.53	0.5	38
100			

退院支援担当者合計

調査数	0人	3人未満	5人未満	10人未満	15人未満	20人未満	20人以上	無回答
559	0	144	178	138	18	16	41	24
100	0	25.8	31.8	24.7	3.2	2.9	7.3	4.3

調査数	平均	最小値	最大値
535	6.1	1	59
100			

Q4-1. 最近１年間で「住まい確保」が必要であった患者数(SA)

調査数	0人	10人未満	20人未満	30人未満	40人未満	50人未満	60人未満	70人未満	80人未満	90人未満	100人未満	100人以上	無回答
559	17	99	74	62	44	23	26	14	4	10	8	44	134
100	3	17.7	13.2	11.1	7.9	4.1	4.7	2.5	0.7	1.8	1.4	7.9	24

調査数	平均	最小値	最大値
425	41.49	0	550
100			

Q4-2. 退院支援の対象とする患者の決定方法(SA)

調査数	医師からの依頼	病棟看護師からの依頼	退院支援チームによる選別	本人・家族からの依頼	関係機関からの依頼	その他	無回答
559	46	140	239	35	3	66	30
100	8.2	25	42.8	6.3	0.5	11.8	5.4

Q4-3. 統括者の退院支援の進捗把握(SA)

調査数	会議で報告して把握	管理者が個々の職員の進捗を把握	個人で管理しており、他の者は把握していない	その他	無回答
559	254	179	38	59	29
100	45.4	32	6.8	10.6	5.2

Q4-4. 退院支援に関するルールの有無(SA)

調査数	決まったルールがあり、それに則って支援を進めている	決まったルールはあるが担当者によるバラツキも大きい	決まったルールはないが大体みんなが同じ流れで支援を進めている	決まったルールはなく、担当者によって進め方はそれぞれ違う	その他	無回答
559	193	81	210	49	6	20
100	34.5	14.5	37.6	8.8	1.1	3.6

Q5-1. 退院支援担当者による事例検討会の実施の有無(SA)

調査数	している	していない	無回答
559	253	297	9
100	45.3	53.1	1.6

Q5-2. 事例検討会の頻度(SA)

調査数	週に1回以上	月に複数回	毎月1回	2～3ヶ月に1回	半年に1回	年1回以下	無回答
253	132	39	36	27	10	7	2
100	52.2	15.4	14.2	10.7	4	2.8	0.8

Q6-1. 困難な事例の場合の対処方法(SA)

調査数	個々の職員が長期にわたり対応	他の職員も協力して対応	上位の職員に交代して担当	管轄の公的機関（地域包括支援センター等）に相談	その他	無回答
559	40	368	13	103	20	15
100	7.2	65.8	2.3	18.4	3.6	2.7

Q6-2. 職員に相談できる・協力できる環境の有無(SA)

調査数	定期的にそのような会がある	自ら求めれば機会がある	各人の業務については、他の職種・職員は関与しない	その他	無回答
559	356	175	3	13	12
100	63.7	31.3	0.5	2.3	2.1

Q1. 基本情報

①入院区分(SA)

調査数	予定入院	緊急入院（予定外の入院）
1126	521	605
100	46.3	53.7

②受け入れ経路(SA)

調査数	医療機関（急性期）	医療機関（急性期以外）	自宅	介護施設など
1126	540	79	425	82
100	48	7	37.7	7.3

③疾患発症前の日常的な生活支援の必要性有無(SA)

調査数	必要	不要	不明	無回答
1126	863	148	86	29
100	76.6	13.1	7.6	2.6

Q1. 基本情報

④年齢(SA)

調査数	59歳以下	60～64歳	65～69歳	70～74歳	75～79歳	80～84歳	85～89歳	90～94歳	95～99歳	100歳以上	無回答
1126	－	－	80	94	185	245	277	161	38	7	39
100	－	－	7.1	8.3	16.4	21.8	24.6	14.3	3.4	0.6	3.5

調査数	平均	最小値	最大値
1087	82.5	65	104
100			

⑤性別(SA)

調査数	男性	女性	無回答
1126	469	645	12
100	41.7	57.3	1.1

⑥地域包括ケア病棟への入院期間(SA)

調査数	1～10日間	11～20日間	21～30日間	31～40日間	41～50日間	51～60日間	61日間以上	無回答
1126	43	106	140	164	176	374	84	39
100	3.8	9.4	12.4	14.6	15.6	33.2	7.5	3.5

調査数	平均	最小値	最大値
1087	44.93	1	391
100			

⑧在院（棟）日数(SA)

調査数	1日	2日	3日	4日	5日	6日	7日	8日	9日	10日	11日	12日	13日	14日	15日	16日	17日	18日	19日	20日	21日	22日	23日	24日	25日
1126	－	1	3	2	1	3	5	8	9	7	4	8	9	12	10	9	9	17	10	8	11	8	12	10	13
100	－	0.1	0.3	0.2	0.1	0.3	0.4	0.7	0.8	0.6	0.4	0.7	0.8	1.1	0.9	0.8	0.8	1.5	0.9	0.7	1	0.7	1.1	0.9	1.2

⑧在院（棟）日数(SA)

26日	27日	28日	29日	30日	31日	32日	33日	34日	35日	36日	37日	38日	39日	40日	41日	42日	43日	44日	45日	46日	47日	48日	49日	50日	51日
10	18	14	12	20	10	12	18	8	9	13	16	21	17	20	12	15	19	18	22	18	10	15	20	23	14
0.9	1.6	1.2	1.1	1.8	0.9	1.1	1.6	0.7	0.8	1.2	1.4	1.9	1.5	1.8	1.1	1.3	1.7	1.6	2	1.6	0.9	1.3	1.8	2	1.2

⑧在院（棟）日数(SA)

52日	53日	54日	55日	56日	57日	58日	59日	60日	61日以上	無回答
19	13	14	29	28	32	47	60	107	105	79
1.7	1.2	1.2	2.6	2.5	2.8	4.2	5.3	9.5	9.3	7

調査数	平均	最小値	最大値
1047	46.29	2	392
100			

⑨入院（棟）目的(MA)

調査数	1．医療ケアの継続	2．リハビリテーション	3．セルフケアや家族指導	4．家族関係の調整・レスパイト	5．在宅体制の構築	6．療養先の選定	7．医療依存度の高い方の一時的な緊急入院	8．状態の変化に伴う、在宅医等からの在宅療養患者の入院要請	9．手術	10．化学療法／緩和ケア	11．看取り	12．その他	無回答
1126	487	737	198	217	401	597	68	76	28	19	16	32	13
100	43.3	65.5	17.6	19.3	35.6	53	6	6.7	2.5	1.7	1.4	2.8	1.2

Q2-1. 居住・生活環境

①同居人(MA)

調査数	1．なし（独居）	2．配偶者※事実婚を含む	3．娘	4．息子	5．子どもの配偶者	6．孫	7．親戚	8．友人	9．その他	無回答
1126	535	295	106	212	122	68	11	3	52	3
100	47.5	26.2	9.4	18.8	10.8	6	1	0.3	4.6	0.3

②主たる介護者(SA)

調査数	配偶者	娘	息子	子どもの配偶者	孫	親戚	友人	介護者となる人がいない（関係機関のみ）	介護不要（自立）	その他	無回答
1126	225	218	192	80	9	73	14	175	30	67	43
100	20	19.4	17.1	7.1	0.8	6.5	1.2	15.5	2.7	6	3.8

③主たる介護者との同居の有無(SA)

調査数	同居	近距離別居（交通手段で概ね30分程度で行き来ができる）	遠距離別居（交通手段で概ね30分超かかる）	無回答
878	463	232	162	21
100	52.7	26.4	18.5	2.4

＊介護者なし、介護不要を除く

④主たる介護者の就労の有無(SA)

調査数	就労あり（フルタイム）	就労あり（パート）	就労なし	不明	無回答
878	256	93	361	58	110
100	29.2	10.6	41.1	6.6	12.5

＊介護者なし、介護不要を除く

Q2-2. 入院前の住まい(SA)

調査数	持ち家（戸建て）	持ち家（集合住宅）	賃貸（戸建て）	賃貸（集合住宅）	介護施設など	その他	不明	無回答
1126	668	43	44	225	85	32	23	6
100	59.3	3.8	3.9	20	7.5	2.8	2	0.5

Q2-3. 入院時の担当ケアマネジャーの有無(SA)

調査数	いた	いなかった	無回答
1126	751	369	6
100	66.7	32.8	0.5

Q2-4. 入院時に地域の期間・団体の関係で把握しているもの(MA)

調査数	1．民生委員による訪問等を受けていた	2．地域包括支援センターによる支援を受けていた	3．福祉事務所による訪問等を受けていた	4．自治会、老人クラブ等の活動へ参加していた	5．自治会、老人クラブ等による支援を受けていた	6．サロン・社会交流活動を利用していた	7．その他	8．不明	無回答
1126	91	261	80	30	29	16	119	384	230
100	8.1	23.2	7.1	2.7	2.6	1.4	10.6	34.1	20.4

Q2-5. 介護保険の自己負担割合(SA)

調査数	1割	2割	不明	無回答
1126	806	58	169	93
100	71.6	5.2	15	8.3

Q2-6. 障害など認定(SA)

調査数	なし	あり	無回答
1126	843	190	93
100	74.9	16.9	8.3

Q2-7. 年金などの種類(MA)

調査数	1．国民年金	2．厚生年金	3．障害年金	4．生活保護	5．その他	無回答
1126	551	295	26	146	78	76
100	48.9	26.2	2.3	13	6.9	6.7

Q2-8. 「入院時情報」を入手した主な方法(SA)

調査数	入院前に患者がいた医療機関や施設（移行元）からの提供	退院支援担当者による患者や家族、移行元担当者などへの聞き取り	ケアマネジャーからの提供	その他	無回答
1126	223	466	280	53	104
100	19.8	41.4	24.9	4.7	9.2

Q3-1. 要介護度の変化

入院（棟）前(SA)

調査数	要支援1	要支援2	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	非該当	申請中	無回答
1126	93	136	151	155	105	66	81	146	144	49
100	8.3	12.1	13.4	13.8	9.3	5.9	7.2	13	12.8	4.4

退院（棟）時(SA)

調査数	要支援1	要支援2	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	非該当	申請中	無回答
1126	38	55	154	177	199	189	154	17	108	35
100	3.4	4.9	13.7	15.7	17.7	16.8	13.7	1.5	9.6	3.1

Q3-1. 要介護度の変化（入院前－退院時）

調査数	−7点	−6点	−5点	−4点	−3点	−2点	−1点	0点	改善（1以上）	無回答
1126	9	27	40	53	76	84	54	479	7	297
100	0.8	2.4	3.6	4.7	6.7	7.5	4.8	42.5	0.6	26.4

調査数	平均	最小値	最大値
829	-1.3	-7	3
100			

Q3-2. 認知症高齢者の日常生活自立度の変化

入院（棟）前(SA)

調査数	自立	Ⅰ	Ⅱa	Ⅱb	Ⅲa	Ⅲb	Ⅳ	M	不明	無回答
1126	292	168	152	116	122	51	48	20	94	63
100	25.9	14.9	13.5	10.3	10.8	4.5	4.3	1.8	8.3	5.6

退院（棟）時(SA)

調査数	自立	Ⅰ	Ⅱa	Ⅱb	Ⅲa	Ⅲb	Ⅳ	M	無回答
1126	224	154	164	148	169	79	70	29	89
100	19.9	13.7	14.6	13.1	15	7	6.2	2.6	7.9

Q3-2. 認知症高齢者の日常生活自立度の変化（入院前－退院時）

調査数	−7点	−6点	−5点	−4点	−3点	−2点	−1点	0点	改善（1以上）	無回答
1126	2	5	7	17	24	75	97	674	49	176
100	0.2	0.4	0.6	1.5	2.1	6.7	8.6	59.9	4.4	15.6

調査数	平均	最小値	最大値
950	-0.39	-7	5
100			

Q3-3. 認知症の診断有無とその変化

入院（棟）前(SA)

調査数	認知症の診断なし	認知症の診断あり	無回答
1126	732	358	36
100	65	31.8	3.2

退院（棟）時(SA)

調査数	入院時より悪化、または入院後に発症	入院時より変化なし、または入院時と同じく認知症なし	無回答
1126	298	759	69
100	26.5	67.4	6.1

Q3-4. 障害老人の日常生活自立度（寝たきり度）の変化

入院（棟）前(SA)

調査数	自立	J1	J2	A1	A2	B1	B2	C1	C2	不明	無回答
1126	165	57	103	110	135	125	155	80	79	60	57
100	14.7	5.1	9.1	9.8	12	11.1	13.8	7.1	7	5.3	5.1

退院（棟）時(SA)

調査数	自立	J1	J2	A1	A2	B1	B2	C1	C2	無回答
1126	75	41	67	144	186	183	197	78	77	78
100	6.7	3.6	6	12.8	16.5	16.3	17.5	6.9	6.8	6.9

Q3-4. 障害老人の日常生活自立度の変化（入院前－退院時）

調査数	－8点	－7点	－6点	－5点	－4点	－3点	－2点	－1点	0点	改善（1以上）	無回答
1126	3	4	19	23	40	59	94	94	454	195	141
100	0.3	0.4	1.7	2	3.6	5.2	8.3	8.3	40.3	17.3	12.5

調査数	平均	最小値	最大値
985	-0.51	-8	7
100			

Q3-5. 重傷度、看護必要度（A項目）

入院（棟）時(SA)

調査数	点数記入あり	未聴取	無回答
1126	724	178	224
100	64.3	15.8	19.9

入院（棟）時（上限10点）(SA)

調査数	0点	1点	2点	3点	4点以上
724	474	142	70	20	18
100	65.5	19.6	9.7	2.8	2.5

調査数	平均	最小値	最大値
724	0.6	0	10
100			

退院（棟）時(SA)

調査数	点数記入あり	未聴取	無回答
1126	725	175	226
100	64.4	15.5	20.1

退院（棟）時（上限10点）(SA)

調査数	0点	1点	2点	3点以上
725	584	102	29	10
100	80.6	14.1	4	1.4

調査数	平均	最小値	最大値
725	0.28	0	7
100			

Q3-5. 重傷度、看護必要度（B項目）

入院（棟）時(SA)

調査数	点数記入あり	未聴取	無回答
1126	617	251	258
100	54.8	22.3	22.9

入院（棟）時（上限12点）(SA)

調査数	0点	1～3点	4～6点	7～9点	10点以上
617	121	125	184	145	42
100	19.6	20.3	29.8	23.5	6.8

調査数	平均	最小値	最大値
617	4.55	0	12
100			

退院（棟）時(SA)

調査数	点数記入あり	未聴取	無回答
1126	596	262	268
100	52.9	23.3	23.8

退院（棟）時（上限12点）(SA)

調査数	0点	1～3点	4～6点	7～9点	10点以上
596	210	124	122	105	35
100	35.2	20.8	20.5	17.6	5.9

調査数	平均	最小値	最大値
596	3.5	0	12
100			

Q3-5. 重傷度、看護必要度（C項目）

入院（棟）時(SA)

調査数	点数記入あり	未聴取	無回答
1126	630	224	272
100	56	19.9	24.2

入院（棟）時（上限 7点）(SA)

調査数	0点	1点	2～3点	4点	5点以上
630	617	8	3	-	2
100	97.9	1.3	0.5	-	0.3

調査数	平均	最小値	最大値
630	0.04	0	7
100			

退院（棟）時(SA)

調査数	点数記入あり	未聴取	無回答
1126	633	218	275
100	56.2	19.4	24.4

退院（棟）時（上限 7点）(SA)

調査数	0点	1点	2～3点	4点	5点以上
633	628	1	2	-	2
100	99.2	0.2	0.3	-	0.3

調査数	平均	最小値	最大値
633	0.03	0	7
100			

Q3-5. 入退院時の看護必要度総合点変化別

調査数	1.6点以上	2.3～5点	3.1-2点	4.0点	5.-1点以下
742	70	102	169	307	94
100	9.4	13.7	22.8	41.4	12.7

調査数	平均	最小値	最大値
742	1.3	-10	17
100			

Q3-6. 退院後の内服薬の有無と服薬管理

内服薬(SA)

調査数	あり	なし	無回答
1126	1058	30	38
100	94	2.7	3.4

服薬管理(SA)

調査数	自己管理	他者管理	無回答
1058	211	834	13
100	19.9	78.8	1.2

Q3-7. 退院後も必要な医療

	調査数	継続	追加	無回答
インシュリン等自己注射(SA)	1126	47	14	1065
	100	4.2	1.2	94.6
中心静脈栄養(SA)	1126	10	7	1109
	100	0.9	0.6	98.5
経鼻胃管栄養(SA)	1126	16	8	1102
	100	1.4	0.7	97.9
透析（血液・腹膜）(SA)	1126	33	5	1088
	100	2.9	0.4	96.6
胃ろう、腸ろう(SA)	1126	22	15	1089
	100	2	1.3	96.7
人工肛門(SA)	1126	14	4	1108
	100	1.2	0.4	98.4
酸素療法(SA)	1126	38	16	1072
	100	3.4	1.4	95.2
気管切開の処置(SA)	1126	10	4	1112
	100	0.9	0.4	98.8
人工呼吸器の管理(SA)	1126	5	1	1120
	100	0.4	0.1	99.5
疼痛管理(SA)	1126	45	13	1068
	100	4	1.2	94.8
褥瘡の処置(SA)	1126	29	13	1084
	100	2.6	1.2	96.3
リハビリ(SA)	1126	214	64	848
	100	19	5.7	75.3
留置カテーテル(SA)	1126	49	28	1049
	100	4.4	2.5	93.2
その他(SA)	1126	53	28	1045
	100	4.7	2.5	92.8

Q3-8. おおむね毎月負担できる金額（※家族援助含む）(SA)

調査数	15万円以上	満10万円～15万円未	5万円～10万円未満	5万円未満	生活保護受給	不明	無回答
1126	204	281	189	51	149	242	10
100	18.1	25	16.8	4.5	13.2	21.5	0.9

Q3-9. 本人の貯蓄（総金融資産）(SA)

調査数	1,500万円以上	1,000万円～1,500万円	500万円～1,000万円	500万円未満	ほぼなし	不明	無回答
1126	21	8	29	46	166	835	21
100	1.9	0.7	2.6	4.1	14.7	74.2	1.9

Q4-1. 地域包括ケア病棟への入院（棟）前の受入元と退院（棟）後の移行先

A①. 入院（棟）前の受入元(SA)

調査数	自宅（持ち家／家族・親族などの家を含む）	自宅（民間賃貸やUR、公営住宅）	特別養護老人ホーム	制度的裏付けのある高齢者の居住施設、あるいは住まい	未届け有料老人ホーム	在宅強化型老人保健施設	上記以外の老人保健施設	院内一急性期	院内一急性期以外	同一法人／グループ内一急性期	同一法人／グループ内一急性期以外	院外一急性期	院外一急性期以外	その他の急性期（内訳不明）	その他の急性期以外（内訳不明）	NPO法人立の無料・低額宿泊所など	生活保護法に基づく保護施設	その他	その他だが、詳細は不明	その他の急性期以外（内訳不明）
1016	288	84	12	40	－	3	8	76	4	7	－	77	9	353	55	－	－	－	－	－
100	28.3	8.3	1.2	3.9	－	0.3	0.8	7.5	0.4	0.7	－	7.6	0.9	34.7	5.4	－	－	－	－	－

B①. 退院（棟）後の移行先(SA)

調査数	自宅（持ち家／家族・親族などの家を含む）	自宅（民間賃貸やUR、公営住宅）	特別養護老人ホーム	制度的裏付けのある高齢者の居住施設、あるいは住まい	未届け有料老人ホーム	在宅強化型老人保健施設	上記以外の老人保健施設	院内一急性期	院内一急性期以外	同一法人／グループ内一急性期	同一法人／グループ内一急性期以外	院外一急性期	院外一急性期以外	NPO法人立の無料・低額宿泊所など	生活保護法に基づく保護施設	その他	その他だが、詳細は不明	無回答
1126	233	71	110	622	10	－	－	－	－	－	－	－	－	－	1	48	－	31
100	20.7	6.3	9.8	55.2	0.9	－	－	－	－	－	－	－	－	－	0.1	4.3	－	2.8

Q4A.移行元・B.移行先パターン別n=1126（全数）

調査数	自宅から自宅	自宅から居住系	急性期から居住系 計	急性期から居住系（院内／同一法人・グループ）急性期から	急性期から居住系（院外）急性期から	急性期から自宅	いずれにしても特養へ出た方	それ以外
1126	231	408	121	74	47	47	107	212
100	20.5	36.2	10.7	6.6	4.2	4.2	9.5	18.8

Q4A.移行元・B.移行先パターン別n=1016（絞込み）

調査数	自宅から自宅	自宅から居住系	急性期から居住系 計	急性期から居住系（院内／同一法人・グループ）急性期から	急性期から居住系（院外）急性期から	急性期から自宅	いずれにしても特養へ出た方	その他の急性期（内訳不明）	その他の急性期以外（内訳不明）	それ以外
1016	230	399	97	51	46	38	100	353	55	88
100	22.6	39.3	9.5	5	4.5	3.7	9.8	34.7	5.4	8.7

Q4A.移行元・B.移行先パターン別ｎ=608（絞込み）

調査数	自宅から自宅	自宅から居住系	急性期から居住系 計	急性期から居住系（院内／同一法人・グループ）急性期から	急性期から居住系（院外）急性期から	急性期から自宅	いずれにしても特養へ出た方	それ以外
608	123	197	97	51	46	38	65	88
100	20.2	32.4	16	8.4	7.6	6.3	10.7	14.5

Q4-2. 病院以外の「施設」の場合の運営主体

A②. 入院（棟）前の受入元の運営主体(SA)

調査数	同一法人施設	同一法人以外の施設	無回答
112	16	81	15
100	14.3	72.3	13.4

B②. 退院（棟）後の移行先の運営主体(SA)

調査数	同一法人施設	同一法人以外の施設	無回答
791	46	554	191
100	5.8	70	24.1

Q4-3. 退院（棟）後の移行先（入居した）施設の月額利用料(SA)

調査数	0万円／月くらい	1～5万円未満／月くらい	5～10万円未満／月くらい	10～15万円未満／月くらい	15～20万円未満／月くらい	20～25万円未満／月くらい	25～30万円未満／月くらい	30万円以上／月くらい	無回答
791	1	9	81	283	149	59	13	17	179
100	0.1	1.1	10.2	35.8	18.8	7.5	1.6	2.1	22.6

調査数	平均	最小値	最大値
612	13.71	0	60
100			

Q5-1. 退院支援に介入した時期(SA)

調査数	入院前（面談時など）から	入院時（当日もしくは翌日）	入院時から3日程度	入院時から1週間以内	入院から2週間以内	入院から1ヶ月以内	入院が長期化（60日程度）してから	その他	無回答
1126	160	339	100	313	100	71	17	19	7
100	14.2	30.1	8.9	27.8	8.9	6.3	1.5	1.7	0.6

Q5-2. 退院支援に介入してから退院先が決まるまでの期間(SA)

調査数	0日	1～10日	11～20日	21～30日	31～40日	41～50日	51～60日	61～70日	71～80日	81～90日	91～100日	101日以上	無回答
1126	14	123	166	202	118	97	108	29	19	26	8	25	191
100	1.2	10.9	14.7	17.9	10.5	8.6	9.6	2.6	1.7	2.3	0.7	2.2	17

調査数	平均	最小値	最大値
935	37.79	0	304
100			

Q5-3. 退院先に関する主治医の見立て(MA)

調査数	1．退院・入院前の自宅への	2．入院前と異なる自宅への退院	3．自宅に準じる施設への退院	4．老人保健施設などの施設への退院	5．入院継続・転院	6．不明	7．その他	無回答
1126	428	82	594	359	87	36	20	8
100	38	7.3	52.8	31.9	7.7	3.2	1.8	0.7

Q5-4. 退院先に関する本人の希望

①聴取の有無(SA)

調査数	本人の希望を聞いた	本人の希望を聞いていない	本人との意思疎通が不可	無回答
1126	903	48	167	8
100	80.2	4.3	14.8	0.7

②希望の内容(MA)

調査数	1．入院前の自宅への退院	2．入院前と異なる自宅への退院	3．自宅に準じる施設への退院	4．入院継続・転院	5．老人保健施設などの施設への退院	6．特別養護老人ホームへの退院	7．その他	8．明確な希望なし	無回答
903	617	50	307	39	71	34	20	53	8
100	68.3	5.5	34	4.3	7.9	3.8	2.2	5.9	0.9

＊本人の希望を聞いた人ベース

Q5-5. 退院先に関する家族の希望

①聴取の有無(SA)

調査数	家族の希望を聞いた	家族の希望を聞いていない	身寄りがないなど家族がいない	無回答
1126	991	16	107	12
100	88	1.4	9.5	1.1

②希望の内容(MA)

調査数	1．入院前の自宅への退院	2．入院前と異なる自宅への退院	3．自宅に準じる施設への退院	4．入院継続・転院	5．老人保健施設などの施設への退院	6．特別養護老人ホームへの退院	7．その他	8．明確な希望なし	無回答
991	328	59	533	132	275	172	30	20	6
100	33.1	6	53.8	13.3	27.7	17.4	3	2	0.6

＊本人の希望を聞いた人ベース

Q5-6. 退院先を選定するにあたっての重視項目(MA)

調査数	1．家族の自宅から近い	2．安い（経済的に受け入れられる）	3．本人／家族が見学して気に入った	4．自分（職員）が見学して良いと感じた	5．医師の勧め	6．医療的な必要性・必要な治療を受けられる	7．リハビリができる	8．長期入所ができる	9．そこしか空いていなかった	10．その他	無回答
791	358	436	454	41	28	232	102	492	131	142	2
100	45.3	55.1	57.4	5.2	3.5	29.3	12.9	62.2	16.6	18	0.3

＊退院（棟）後の移行先で自宅を除く人ベース

Q5-6-1. 特に重視した項目

1位(SA)

調査数	1．家族の自宅から近い	2．安い（経済的に受け入れられる）	3．本人／家族が見学して気に入った	4．自分（職員）が見学して良いと感じた	5．医師の勧め	6．医療的な必要性・必要な治療を受けられる	7．リハビリができる	8．長期入所ができる	9．そこしか空いていなかった	10．その他	無回答
791	87	158	181	2	3	102	12	94	26	82	44
100	11	20	22.9	0.3	0.4	12.9	1.5	11.9	3.3	10.4	5.6

＊退院（棟）後の移行先で自宅を除く人ベース

2位(SA)

調査数	1．家族の自宅から近い	2．安い（経済的に受け入れられる）	3．本人／家族が見学して気に入った	4．自分（職員）が見学して良いと感じた	5．医師の勧め	6．医療的な必要性・必要な治療を受けられる	7．リハビリができる	8．長期入所ができる	9．そこしか空いていなかった	10．その他	無回答
791	117	140	128	4	6	70	27	152	31	23	93
100	14.8	17.7	16.2	0.5	0.8	8.8	3.4	19.2	3.9	2.9	11.8

＊退院（棟）後の移行先で自宅を除く人ベース

3位(SA)

調査数	1．家族の自宅から近い	2．安い（経済的に受け入れられる）	3．本人／家族が見学して気に入った	4．自分（職員）が見学して良いと感じた	5．医師の勧め	6．医療的な必要性・必要な治療を受けられる	7．リハビリができる	8．長期入所ができる	9．そこしか空いていなかった	10．その他	無回答
791	89	93	87	11	8	36	25	152	41	15	234
100	11.3	11.8	11	1.4	1	4.6	3.2	19.2	5.2	1.9	29.6

＊退院（棟）後の移行先で自宅を除く人ベース

Q5-7. 退院先の選定にあたり自宅や施設の事前見学の有無(SA)

調査数	患者と一緒に見に行った	自分だけ／関係者と見に行った	行かずに、見てきた担当者から情報を貰った	行かなかった	その他	無回答
1126	129	64	194	471	194	74
100	11.5	5.7	17.2	41.8	17.2	6.6

Q5-8. 最終的な退院先の患者の希望意向(SA)

調査数	希望通り	希望通りではないが、十分に納得した	希望通りではないが、なんとか納得した	その他	無回答
1126	562	245	223	74	22
100	49.9	21.8	19.8	6.6	2

Q5-9. 患者に対する退院支援の自己評価(SA)

調査数	0点	1～9点	10～19点	20～29点	30～39点	40～49点	50～59点	60～69点	70～79点	80～89点	90～99点	100点	無回答
1126	3	1	3	4	8	13	77	108	209	298	178	152	72
100	0.3	0.1	0.3	0.4	0.7	1.2	6.8	9.6	18.6	26.5	15.8	13.5	6.4

調査数	平均	最小値	最大値
1054	77.19	0	100
100			

Q6-1. 入院（棟）前の元の住まいに退院できなかった理由(MA)

調査数	1．家族の介護力がない	2．家族が同意しなかった	3．独居、または近隣に家族がいない	4．本人が希望しなかった	5．経済的な問題	6．医療が必要なため	7．居宅介護サービスでは対応できない状態のため	8．家族に替わる、生活支援サービスの不足	9．居宅介護サービスの不足	10．賃貸住宅の大家の反対	11．関係機関からの依頼	12．住環境（バリアフリー等）に問題があったため	13．身元保証人がいない	14．その他	無回答
1126	543	319	300	98	91	161	200	207	77	16	52	204	32	130	257
100	48.2	28.3	26.6	8.7	8.1	14.3	17.8	18.4	6.8	1.4	4.6	18.1	2.8	11.5	22.8

Q6-2. 家族同意が得られれば自宅に帰る事が出来たと思うか(SA)

調査数	そう思う	そう思わない	その他	無回答
319	143	161	9	6
100	44.8	50.5	2.8	1.9

Q6-3. 家族が同意しなかった主な理由(SA)

調査数	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にケガ等が起こる不安	同居人がいない	入院前からの家族関係の不和	その他	無回答
319	81	85	27	42	20	64
100	25.4	26.6	8.5	13.2	6.3	20.1

Q6-4. 在宅医療とならなかった主な理由(SA)

調査数	近隣に在宅医療を行っている医療機関がない	在宅医療を行っている機関に打診したが断られた	在宅医療では必要な医療が行えない	経済的な負担が大きい	その他	無回答
161	9	8	49	8	69	18
100	5.6	5	30.4	5	42.9	11.2

Q6-5. 住環境の問題として主な理由(SA)

調査数	家から公道までのアクセスが不便	家の気温変化等の環境が厳しい	居室が狭い	家の中のバリアフリー環境が不十分	エレベーターがない	買い物や受診など生活環境が不便	その他	無回答
204	3	6	1	90	24	12	12	56
100	1.5	2.9	0.5	44.1	11.8	5.9	5.9	27.5

退院患者アンケートの種類(MA)

調査数	①：ポストアキュートからの入院	②：サブアキュートからの入院	③：周辺機能としての入院	無回答
1126	514	340	300	215
100	45.6	30.2	26.6	19.1

Q1-1. 退院支援に介入する場合のタイミング(SA)

調査数	入院前（面談時など）から	入院時（当日もしくは翌日）	入院時から3日程度	入院時から1週間以内	入院から2週間以内	入院から1ヶ月以内	入院が長期化（60日程度）してから	その他	無回答
906	118	204	83	366	67	35	3	18	12
100	13	22.5	9.2	40.4	7.4	3.9	0.3	2	1.3

Q1-2. 退院支援アセスメントのための情報把握(MA)

調査数	1．本人の意向	2．家族の意向	3．家族の介護力（独居／同居、家族の年齢・健康状態など）	4．本人の生活歴	5．住まいの状況（自宅の有無、住環境）	6．地域とのつながり（自治会・老人クラブ・民生委員等との交流）	7．本人の経済力（貯金残高、年金額など）	8．年金の種類や、介護保険の自己負担額	9．要介護度、日常生活自立度や、障害などの認定	10．入院前の「かかりつけ医」「ケアマネジャー」などの有無	11．その他	無回答
906	897	895	878	625	826	304	683	585	862	832	53	1
100	99	98.8	96.9	69	91.2	33.6	75.4	64.6	95.1	91.8	5.8	0.1

Q1-2-1. 退院支援アセスメントのための情報で重視している項目

1位(SA)

調査数	1．本人の意向	2．家族の意向	3．家族の介護力（独居／同居、家族の年齢・健康状態など）	4．本人の生活歴	5．住まいの状況（自宅の有無、住環境）	6．地域とのつながり（自治会・老人クラブ・民生委員等との交流）	7．本人の経済力（貯金残高、年金額など）	8．年金の種類や、介護保険の自己負担額	9．要介護度、日常生活自立度や、障害などの認定	10．入院前の「かかりつけ医」「ケアマネジャー」などの有無	11．その他	無回答
906	657	76	72	11	6	－	12	1	27	13	5	26
100	72.5	8.4	7.9	1.2	0.7	－	1.3	0.1	3	1.4	0.6	2.9

2位(SA)

調査数	1．本人の意向	2．家族の意向	3．家族の介護力（独居／同居、家族の年齢・健康状態など）	4．本人の生活歴	5．住まいの状況（自宅の有無、住環境）	6．地域とのつながり（自治会・老人クラブ・民生委員等との交流）	7．本人の経済力（貯金残高、年金額など）	8．年金の種類や、介護保険の自己負担額	9．要介護度、日常生活自立度や、障害などの認定	10．入院前の「かかりつけ医」「ケアマネジャー」などの有無	11．その他	無回答
906	61	572	117	13	28	1	27	4	49	11	－	23
100	6.7	63.1	12.9	1.4	3.1	0.1	3	0.4	5.4	1.2	－	2.5

3位(SA)

調査数	1．本人の意向	2．家族の意向	3．家族の介護力（独居／同居、家族の年齢・健康状態など）	4．本人の生活歴	5．住まいの状況（自宅の有無、住環境）	6．地域とのつながり（自治会・老人クラブ・民生委員等との交流）	7．本人の経済力（貯金残高、年金額など）	8．年金の種類や、介護保険の自己負担額	9．要介護度、日常生活自立度や、障害などの認定	10．入院前の「かかりつけ医」「ケアマネジャー」などの有無	11．その他	無回答
906	50	53	347	25	65	3	130	12	134	52	6	29
100	5.5	5.8	38.3	2.8	7.2	0.3	14.3	1.3	14.8	5.7	0.7	3.2

Q1-3. 入院患者に在宅支援チームが付いているかの確認状況(SA)

調査数	いつも確認している	必要に応じて確認している	自分からは確認していない	その他	無回答
906	792	110	1	2	1
100	87.4	12.1	0.1	0.2	0.1

Q1-4. 訪問指導などに同行して事前に患者自宅の目による確認(SA)

調査数	必ず同行して、自分で見ている	大体の場合、同行して、自分の目で見ている	必要度が高い場合のみ、同行して、自分の目で見ている	自分は同行しないが、指導に行った担当者から情報は貰っている	同行も、指導に行った担当者からの情報も貰っていない	その他	無回答
906	124	109	290	298	31	48	6
100	13.7	12	32	32.9	3.4	5.3	0.7

Q1-5. 自宅への退院に関する情報把握(MA)

調査数	1.生活保護、自治体などが行う公的な経済的支援制度	2.介護保険法の地域支援事業による生活支援等	3.自治会、老人クラブなどの地域の団体による支援活動	4.民間企業による見守り、緊急通報などのサービス	5.その他	6.上記のいずれも把握していない	無回答
906	682	731	165	357	24	32	8
100	75.3	80.7	18.2	39.4	2.6	3.5	0.9

Q1-6. 退院支援を担当した患者への退院後の様子の確認(SA)

調査数	全ての患者について退院後の様子を確認している	気になった患者のみ退院後の様子を確認している	本人・家族から連絡があった患者のみ確認している	退院先から連絡があった患者のみ確認している	いほとんど確認していない	全く確認していない	無回答
906	23	421	83	221	108	16	34
100	2.5	46.5	9.2	24.4	11.9	1.8	3.8

Q2-1. 住まいの確保の必要性を判断する際の条件の重要度

	調査数	とても重要	重要	あまり重要でない	重要でない	全く関係ない	無回答
A. ADLが落ちて、自宅の住環境での生活は難しい(SA)	906	608	250	32	6	1	9
	100	67.1	27.6	3.5	0.7	0.1	1
B.自宅では、地域のサービス資源が医療ニーズに対応できない(SA)	906	354	451	65	12	5	19
	100	39.1	49.8	7.2	1.3	0.6	2.1
C.経済的な問題がある(SA)	906	535	319	37	5	1	9
	100	59.1	35.2	4.1	0.6	0.1	1
D.立ち退きやホームレスなどで自宅がない(SA)	906	472	289	95	12	14	24
	100	52.1	31.9	10.5	1.3	1.5	2.6
E.生活保護が受けられない(SA)	906	310	416	140	13	8	19
	100	34.2	45.9	15.5	1.4	0.9	2.1
F.虐待・DVの問題がある(SA)	906	538	313	36	4	3	12
	100	59.4	34.5	4	0.4	0.3	1.3
G.家族の介護力が弱い／介護負担が重すぎる(SA)	906	462	400	28	6	－	10
	100	51	44.2	3.1	0.7	－	1.1
H.家族に障害や疾患など、健康上の問題がある(SA)	906	325	508	52	9	2	10
	100	35.9	56.1	5.7	1	0.2	1.1
I.家族の協力がない／家族が在宅を望まない／家族関係が悪い(SA)	906	489	370	32	4	2	9
	100	54	40.8	3.5	0.4	0.2	1
J.独居／近くに家族がいない(SA)	906	418	366	100	9	2	11
	100	46.1	40.4	11	1	0.2	1.2
K.認知症（徘徊や火の始末など）(SA)	906	495	363	34	1	1	12
	100	54.6	40.1	3.8	0.1	0.1	1.3
L.雪が多いなど、気候や地域の環境的に難しい(SA)	906	90	389	327	40	44	16
	100	9.9	42.9	36.1	4.4	4.9	1.8
M.地域住民などからの申し出があり、自宅生活は難しい(SA)	906	116	468	251	39	12	20
	100	12.8	51.7	27.7	4.3	1.3	2.2
N.身元保証人がいない(SA)	906	346	361	150	22	14	13
	100	38.2	39.8	16.6	2.4	1.5	1.4
O.高齢すぎる(SA)	906	100	307	347	72	66	14
	100	11	33.9	38.3	7.9	7.3	1.5
P.その他(SA)	906	14	9	10	－	3	870
	100	1.5	1	1.1	－	0.3	96

Q2-2. 自宅には戻れないと判断した場合の居住先の確保(3LA)

調査数	1.そのような事例は経験していない	2.最終的に自宅	3.ショートステイ	4.泊まりデイサービス	5.小規模多機能（連続で宿泊）	6.未届け有料老人ホーム	7.その他	無回答
906	64	408	680	160	544	63	70	10
100	7.1	45	75.1	17.7	60	7	7.7	1.1

Q2-3. 住まい確保が必要の支援で他機関協力の連携状況(SA)

調査数	連携をしている	連携はしているが、あまり上手く機能していない	連携していない	無回答
906	763	106	20	17
100	84.2	11.7	2.2	1.9

Q2-3-1. 最もよく連携している連携先(SA)

調査数	地域包括支援センター	ケアマネジャー	福祉事務所	行政窓口（福祉事務所以外）	社会福祉協議会	老人ホーム紹介センター	不動産会社	その他	無回答
763	125	421	22	3	4	38	1	9	140
100	16.4	55.2	2.9	0.4	0.5	5	0.1	1.2	18.3

Q2-3-2. 連携先への具体的な相談内容(3LA)

調査数	1.後見申し立て	2.入居契約	3.支払いの保証	4.緊急連絡先	5.入院前の自宅の引き払い（整理・片付け／売却など）	6.有料老人ホームなどの空き情報	7.施設などの地域での評判	8.その他	無回答
763	180	131	78	198	132	395	136	114	34
100	23.6	17.2	10.2	26	17.3	51.8	17.8	14.9	4.5

Q3-1. 退院先の施設や在宅支援診療所などの情報収集方法(MA)

調査数	1.施設や診療所の自院への営業担当者から	2.同一法人や連携している施設・医療機関のリストから	3.部署内で共有されているリストから	4.インターネット等で自ら情報収集して	5.他院の退院支援担当や部局との連絡会で情報を共有している	6.公的機関等や医師会等が発行している情報誌から	7.老人ホーム紹介センターから	8.地域包括支援センターから	9.地域の民政委員、ソーシャルワーカー、ケアマネジャーなどから	10.既に利用している利用者から	11.その他	12.とくに情報は得ていない	無回答
906	542	358	419	525	249	138	116	339	410	97	36	5	8
100	59.8	39.5	46.2	57.9	27.5	15.2	12.8	37.4	45.3	10.7	4	0.6	0.9

Q3-2. 営業担当者から情報を聞き出す際の留意点(3LA)

調査数	1.ハード面の情報（階数、広さ、間取り、個室かどうかなど）	2.職員配置人数・対応時間（看護師常駐・24時間対応など）	3.併設のサービス以外でも利用可能か（デイサービス、訪問リハなど）	4.医療ケアの必要度等、どういったレベルの方を受け入れて貰えるか	5.空室状況	6.費用	7.その他	8.とくに留意している情報はない	無回答
542	72	249	68	470	311	403	2	1	2
100	13.3	45.9	12.5	86.7	57.4	74.4	0.4	0.2	0.4

Q3-3. 退院先の施設など居住先への事前見学(SA)

調査数	候補となる施設は全て実際に見学している	一部の施設は見学しているが、全てではない	ほとんど見学していない	全く見学していない	その他	無回答
906	32	461	201	173	10	29
100	3.5	50.9	22.2	19.1	1.1	3.2

Q3-4. 患者の施設など居住先への見学の同行(SA)

調査数	必ず同行している	大抵の場合は同行している	同行しないことも多い	全く同行はしていない	無回答
906	4	46	273	556	27
100	0.4	5.1	30.1	61.4	3

Q3-5. 退院先となる施設など居住先のチェックポイント(MA)

調査数	1．スタッフの対応	2．清潔さ／臭い	3．食事内容	4．嗜好品の取り扱い	5．費用	6．ハード面（階数、広さ、間取り、個室かなど）	7．職員配置人数・対応時間（看護師常駐・24時間対応など）	8．介護ケアや医療ケアについてどのレベルまで対応が可能か	9．利用者の様子	10．地域ネットワークや同業者の評判（地域包括、MSWなど）	11．事業母体（民間企業か、社会福祉法人など）	12．その他	無回答
906	561	258	243	75	780	375	677	835	320	276	102	23	29
100	61.9	28.5	26.8	8.3	86.1	41.4	74.7	92.2	35.3	30.5	11.3	2.5	3.2

Q3-5-1. チェックポイントとして重要と思う項目

1位(SA)

調査数	1．スタッフの対応	2．清潔さ／臭い	3．食事内容	4．嗜好品の取り扱い	5．費用	6．ハード面（階数、広さ、間取り、個室かなど）	7．職員配置人数・対応時間（看護師常駐・24時間対応など）	8．介護ケアや医療ケアについてどのレベルまで対応が可能か	9．利用者の様子	10．地域ネットワークや同業者の評判（地域包括、MSWなど）	11．事業母体（民間企業か、社会福祉法人など）	12．その他	無回答
906	108	1	2	－	242	12	70	403	11	5	－	4	48
100	11.9	0.1	0.2	－	26.7	1.3	7.7	44.5	1.2	0.6	－	0.4	5.3

2位(SA)

調査数	1．スタッフの対応	2．清潔さ／臭い	3．食事内容	4．嗜好品の取り扱い	5．費用	6．ハード面（階数、広さ、間取り、個室かなど）	7．職員配置人数・対応時間（看護師常駐・24時間対応など）	8．介護ケアや医療ケアについてどのレベルまで対応が可能か	9．利用者の様子	10．地域ネットワークや同業者の評判（地域包括、MSWなど）	11．事業母体（民間企業か、社会福祉法人など）	12．その他	無回答
906	53	7	5	－	274	14	201	263	8	13	－	7	61
100	5.8	0.8	0.6	－	30.2	1.5	22.2	29	0.9	1.4	－	0.8	6.7

3位(SA)

調査数	1．スタッフの対応	2．清潔さ／臭い	3．食事内容	4．嗜好品の取り扱い	5．費用	6．ハード面（階数、広さ、間取り、個室かなど）	7．職員配置人数・対応時間（看護師常駐・24時間対応など）	8．介護ケアや医療ケアについてどのレベルまで対応が可能か	9．利用者の様子	10．地域ネットワークや同業者の評判（地域包括、MSWなど）	11．事業母体（民間企業か、社会福祉法人など）	12．その他	無回答
906	135	16	20	4	169	40	206	101	44	50	8	6	107
100	14.9	1.8	2.2	0.4	18.7	4.4	22.7	11.1	4.9	5.5	0.9	0.7	11.8

Q3-6. 退院前に予め施設など居住先の利用料のお金の説明(SA)

調査数	必ず、説明している（退院支援担当者）	だいたい、説明している（院内の退院支援担当者以外）	あまり説明していない（退院先の担当者任せ）	説明していない	無回答
906	655	154	63	14	20
100	72.3	17	7	1.5	2.2

Q3-7. 民間賃貸など情報把握方法やチェックポイント

調査数	違いがある	違いはない	無回答
906	112	688	106
100	12.4	75.9	11.7

Q5. 日頃の連携活動状況

a.他の関連機関と分担し援助活動した時の進行状況や結果報告(SA)

調査数	まったく報告しない	あまり報告しない	必要に応じて報告した	いつも報告した	無回答	平均	最小値	最大値
906	20	23	594	248	21	2.21	0	3
100	2.2	2.5	65.6	27.4	2.3			

b.利用者が、どんな制度や資源を利用しているかの把握(SA)

調査数	まったく把握していない	あまり把握していない	ある程度把握した	大変よく把握した	無回答	平均	最小値	最大値
906	3	25	659	205	14	2.2	0	3
100	0.3	2.8	72.7	22.6	1.5			

c.サービス提供に必要な知識や情報を関連する他機関から収集(SA)

調査数	まったく集めていない	あまり集めていない	だいたい集めた	よく集めた	無回答	平均	最小値	最大値
906	15	190	543	137	21	1.91	0	3
100	1.7	21	59.9	15.1	2.3			

d.利用者の相談内容や問題状況の他機関への内容文章化の提案(SA)

調査数	まったくしていない	あまりしていない	ある程度した	よくした	無回答	平均	最小値	最大値
906	85	363	390	47	21	1.45	0	3
100	9.4	40.1	43	5.2	2.3			

e.関連する他の機関への協力の要請(SA)

調査数	まったくしていない	あまりしていない	ある程度した	よくした	無回答	平均	最小値	最大値
906	38	174	469	209	16	1.95	0	3
100	4.2	19.2	51.8	23.1	1.8			

f.関連する他の機関からの協力の要請(SA)

調査数	まったくされない	あまりされない	よくされた	大変よくされた	無回答	平均	最小値	最大値
906	46	304	477	62	17	1.62	0	3
100	5.1	33.6	52.6	6.8	1.9			

g.関連専門職の会合だけでなく他職種・専門職の会合の参加(SA)

調査数	まったく参加しない	あまり参加しない	かなり多くの集まりに参加した	すべて参加した	無回答	平均	最小値	最大値
906	31	436	403	19	17	1.46	0	3
100	3.4	48.1	44.5	2.1	1.9			

h.関連する他の機関からその機関の業務や実態の内容の把握(SA)

調査数	まったく聞いていない	あまり聞いていない	よく聞いていた	すべて聞いていた	無回答	平均	最小値	最大値
906	32	345	503	5	21	1.54	0	3
100	3.5	38.1	55.5	0.6	2.3			

Q5. 日頃の連携活動状況

i.関連する他の機関にどういう専門職がいるかの把握(SA)

調査数	まったく把握していない	あまり把握していない	ある程度把握していた	大変よく把握していた	無回答	平均	最小値	最大値
906	17	199	636	35	19	1.78	0	3
100	1.9	22	70.2	3.9	2.1			

j.事例検討会など説明会参加の同僚への呼び掛け(SA)

調査数	まったく勧めない	あまり勧めない	ある程度勧めた	積極的に勧めた	無回答	平均	最小値	最大値
906	96	332	388	67	23	1.48	0	3
100	10.6	36.6	42.8	7.4	2.5			

k.関連する他の機関や他の職種との親睦会への参加(SA)

調査数	まったく参加しない	あまり参加しない	よく参加した	すべて参加していた	無回答	平均	最小値	最大値
906	143	461	276	5	21	1.16	0	3
100	15.8	50.9	30.5	0.6	2.3			

l.新規の保健師が就任した場合、関連する他の機関の挨拶回り(SA)

調査数	まったく回らない	あまり回らない	だいたい回った	すべて回った	無回答	平均	最小値	最大値
906	412	218	105	8	163	0.61	0	3
100	45.5	24.1	11.6	0.9	18			

m.複数関連他機関が参加する会議など自己判断の一定費用負担(SA)

調査数	まったくしない	あまりしない	だいたい決定している	いつもする	無回答	平均	最小値	最大値
906	594	164	75	8	65	0.4	0	3
100	65.6	18.1	8.3	0.9	7.2			

n.自分の業務内容について関連するの機関への資料、情報伝達(SA)

調査数	まったくしない	あまりしていない	だいたいしている	すべてしている	無回答	平均	最小値	最大値
906	178	327	357	15	29	1.24	0	3
100	19.6	36.1	39.4	1.7	3.2			

o.複数の関連他機関・専門職で集めた利用者情報の管理(SA)

調査数	まったく管理していない	あまり管理していない	だいたい管理していた	すべて管理していた	無回答	平均	最小値	最大値
906	170	251	407	41	37	1.37	0	3
100	18.8	27.7	44.9	4.5	4.1			

Q5. 連携評価尺度の合計点数別

調査数	1.連携度高（27点以上）	2.連携度中（18～26点）	3.連携度低（17点以下）
892	153	554	185
100	17.2	62.1	20.7

調査数	平均	最小値	最大値
892	21.59	2	39
100			

CF1.年齢(SA)

調査数	24歳以下	25～34歳	35～44歳	45～54歳	55～64歳	65歳以上	無回答
906	16	237	337	211	89	3	13
100	1.8	26.2	37.2	23.3	9.8	0.3	1.4

CF2.最終学歴(SA)

調査数	大学院卒	大学卒	短大・専門学校卒	高卒	無回答
906	16	535	322	22	11
100	1.8	59.1	35.5	2.4	1.2

CF3.退院支援・調整業務歴(SA)

調査数	～1年	～2年	～3年	～4年	～5年	～6年	～7年	～8年	～9年	～10年	～15年	～20年	20年超	無回答
906	74	108	96	86	70	53	43	45	43	54	125	49	19	41
100	8.2	11.9	10.6	9.5	7.7	5.8	4.7	5	4.7	6	13.8	5.4	2.1	4.5

CF3.退院支援・調整業務歴(OA)　／月数

調査数	平均	最小値	最大値
865	82.44	3	498
100			

CF4.保有資格(MA)

調査数	1.看護師	2.介護支援専門員	3.社会福祉士	4.その他	無回答
906	309	304	534	151	24
100	34.1	33.6	58.9	16.7	2.6

CF5.雇用形態(SA)

調査数	常勤	非常勤	その他	無回答
906	869	19	4	14
100	95.9	2.1	0.4	1.5

CF6.退院支援の兼務状況(SA)

調査数	専任	兼任	無回答
906	518	341	47
100	57.2	37.6	5.2

CF7.業務時間内で退院支援に携わる割合(SA)

調査数	20%未満	20～40%未満	40～60%未満	60%以上	無回答
906	55	85	136	297	333
100	6.1	9.4	15	32.8	36.8

CF8.最近１年間で退院支援を担当した患者数(SA)

調査数	0人	1～50人	51～100人	101～150人	151～200人	201～250人	251～300人	301人以上	無回答
906	－	141	130	104	99	59	37	111	225
100	－	15.6	14.3	11.5	10.9	6.5	4.1	12.3	24.8

調査数	平均	最小値	最大値
679	177.21	3	1173
100			

CF8.そのうち、退院後の「住まいの確保」支援を行った患者数(SA)

調査数	0人	1～10人	11～20人	21～30人	31～40人	41～50人	51～60人	61～70人	71～80人	81～90人	91～100人	101人以上	無回答
906	－	256	117	63	35	37	23	11	10	11	20	40	283
100	－	28.3	12.9	7	3.9	4.1	2.5	1.2	1.1	1.2	2.2	4.4	31.2

調査数	平均	最小値	最大値
621	37.41	1	500
100			

AF1.都道府県

調査数	＜北海道・東北ブロック＞	北海道	青森県	岩手県	宮城県	秋田県	山形県	福島県	＜北関東ブロック＞	茨城県	栃木県	群馬県	＜首都圏ブロック＞	埼玉県	千葉県	東京都	神奈川県	＜北陸・甲信越ブロック＞	新潟県	富山県	石川県	福井県	山梨県	長野県	＜東海・中部ブロック＞
559	73	30	8	4	11	8	7	5	23	7	4	12	66	8	13	25	20	55	15	8	9	7	3	13	36
100	13.1	5.4	1.4	0.7	2	1.4	1.3	0.9	4.1	1.3	0.7	2.1	11.8	1.4	2.3	4.5	3.6	9.8	2.7	1.4	1.6	1.3	0.5	2.3	6.4

AF1.都道府県

岐阜県	静岡県	愛知県	＜近畿ブロック＞	三重県	滋賀県	京都府	大阪府	兵庫県	奈良県	和歌山県	＜中国・四国ブロック＞	鳥取県	島根県	岡山県	広島県	山口県	徳島県	香川県	愛媛県	高知県	＜九州・沖縄ブロック＞	福岡県	佐賀県	長崎県	熊本県
11	9	16	84	5	6	9	21	30	8	5	88	5	5	18	25	15	4	1	9	6	112	39	5	9	26
2	1.6	2.9	15	0.9	1.1	1.6	3.8	5.4	1.4	0.9	15.7	0.9	0.9	3.2	4.5	2.7	0.7	0.2	1.6	1.1	20	7	0.9	1.6	4.7

AF1.都道府県

大分県	宮崎県	鹿児島県	沖縄県	無回答
11	9	10	3	22
2	1.6	1.8	0.5	3.9

【A票 自由記載一覧】 ※以降すべて記載内容を原文のまま掲載

AF6.その他

1	地域包括ケア病棟45、救命救急、感染症4
2	なし
3	地域包括ケア(13対1)
4	結核
5	施設
6	地域包括
7	なし
8	特殊疾患
9	地域包括ケア
10	なし
11	地域包括
12	緩和ケア
13	クリニック
14	緩和
15	緩和
16	地域包括
17	地域包括ケア病棟
18	結核、地域包括ケア病棟
19	なし
20	緩和ケア
21	緩和ケア
22	地域包括
23	地域包括ケア
24	緩和ケア
25	緩和ケア
26	地括、緩和
27	地域包括ケア病棟
28	HCVI
29	緩和ケア
30	一般特別
31	地域包括ケア
32	地域包括ケア
33	地域包括ケア
34	包括ケア
35	介護型療養
36	地域包括、特殊疾患
37	緩和ケア
38	結核
39	包括
40	地域包括
41	地域包括
42	包括
43	介護療養施設
44	包括ケア
45	地域包括ケア病床
46	地域包括ケア病棟
47	地域包括
48	リハビリテーション
49	なし
50	地域包括ケア
51	地域包括ケア病床
52	地域包括ケア
53	地域包括ケア病床、結核病床、救急救命センター
54	クリニック

Q1病棟1-3.その他

1	13対1
2	回復期リハⅡ
3	地域包括ケア入院基本料1
4	地域包括ケア病棟1
5	特別入院基本料
6	入院科のためなし
7	病棟

Q3-1.その他

1	ケアマネ
2	MSW
3	理学療法士
4	介護支援専門員
5	PT
6	理学療法士
7	PT
8	介護支援専問員
9	Ns、MSW
10	精神保健福祉士
11	リハビリ
12	介護支援専門員
13	相談員
14	診療情報管理士
15	事務(地連)
16	MSW
17	ケアマネジャー
18	看護師
19	地域連携室
20	理学療法士
21	看護師
22	PT
23	理学療法士
24	地域医療連携室(事務職員)
25	リハビリ
26	社会福祉主事＝＝
27	MSW
28	看護師
29	看護師
30	リンクNS
31	MSW
32	MSW
33	保健師
34	なし
35	理学療法士
36	社会福祉主事
37	社会福祉主事
38	ソーシャルワーカー
39	PT
40	PT
41	理学療法士
42	医療ソーシャルワーカー
43	保健師
44	相談員
45	理学療法士
46	なし
47	事務職員
48	MSW、リハビリ
49	社会福祉主事
50	MSW、事務
51	セラピスト
52	理学療法士
53	退院支援看護師
54	理学療法士
55	リハビリ担当者
56	理学療法士
57	精神保健福祉士
58	MSW
59	看護師
60	なし
61	介護支援専門員
62	事務職員
63	事務
64	准看護師
65	OT
66	介護支援専門員
67	医療ソーシャルワーカー
68	社会福祉士主事
69	リハビリ
70	リハビリ担当者
71	作業療法士
72	社会福祉士
73	理学療法士
74	PT
75	理学療法士
76	看護師
77	MSW
78	准看護師
79	事務職員
80	理学療法士
81	MSW
82	PT・OT

Q4-2.その他

1	1、2、4、5全て当てはまります。
2	入院時スクリーニング実施にて
3	包括ケア病棟患者全員
4	全員
5	入院時のスクリーニングで決定
6	退院計画スクリーニングシート(第1報)から選別している(院内マニュアルによる)
7	入院時のスクリーニングによる選別
8	入院時の退院支援スクリーニングシート
9	病棟看護師と退院支援チームのスクリーニング
10	複数該当あり
11	全てに当てはまる
12	基本的に全ての患者
13	スクリーニング
14	看護師長とMSWによる選別
15	ほぼすべてが対象となっている
16	通院支援スクリーニングに該当した時
17	退院支援スクリーニングシートを用いる
18	入院時のスクリーニングの結果や面談の結果から。
19	入院時Nsによるスクリーニングシートでチェック
20	退院困難要因を自動抽出、その後選別
21	全ての患者様
22	すべての患者
23	入院時面談にて
24	アセスメントスコアシートより
25	MSWの入院時のアセスメントによる
26	ケースにより異なる
27	入院時スクリーニングシート
28	入院時スクリーニング施行
29	入院時スクリーニング
30	全介入
31	入院患者全て
32	全ケース介入
33	入院時に全患者面談し、介入対象を決定している
34	入院時にスクリーニングを実施
35	退院支援担当者のスクリーニングによる
36	病棟Ns、Drからのアプローチにより本人、家族にMSWが調整
37	選択肢3以外の全て
38	医師、病棟看護師、退院支援看護師、本人、家族からの依頼
39	包括病棟入院者はすべて退院支援対象者としてみている。
40	全員を対象としている
41	退院支援スクリーニングと病棟とのカンファレンスで選定
42	退院調整ハイリスクスクリーニングシートでチ＝＝し10点以上の人に介入することになっている。
43	SWの判断で自ら情報集め確認。
44	退院支援スクリーニングシート活用
45	SWが個別に患者様の所に声をかける
46	1～4から相談・依頼があれば全て介入する
47	入院時にスクリーニングを行って決定
48	入院患者全てに担当SWがつく為
49	退院支援カンファレンス
50	カンファレンスで多職種で選別
51	1～5すべてによる。
52	病棟看護師数人で話し合って決定。
53	退院支援スクリーニングで選別
54	全員介入
55	入院時スクリーニング及び随時関係者及び本人・家族からの依頼
56	入院時スクリーニング
57	入院時のスクリーニング
58	退院支援スクリーニングシート
59	スクリーニングシートと病棟多職種カンファレンスで決める。
60	スクリーニング
61	スクリーニングシートによる抽出後MSWが判断
62	スクリーニングとアセスメントシート
63	全てのケースに入院当日から関わっている
64	全ケースに支援
65	MSWのスクリーニング

Q4-3.その他

1	電子カルテで情報を得て、担当者に確認
2	週1度カンファレンスと都度の報告
3	部署内で適宜申し送り。
4	ファイル化され、パソコンで把握が可能
5	必要時ミーティングで把握
6	定期カンファレンス
7	病棟退院支援カンファレンスに参加
8	個人で管理、その都度共有
9	看護師長とMSWが把握
10	日々進捗を確認
11	電子カルテの記録
12	日々の申し送りコミュニケーションにて情報共有。
13	退院支援カンファレンス(週一回)
14	その都度、伝達提供
15	毎週1回のカンファレンス
16	回診時
17	毎週のカンファレンス
18	毎日のカンファレンスを通じ把握
19	1と2の両方実施
20	カンファレンス及び連携室で共有
21	他職種連けいcfで把握
22	PC内共有フォルダを作成
23	個人で管理しており、必要に応じて他の職員と情報共有
24	退院支援担当者が1人のみのため全て把握
25	病棟ごとのカンファレンス
26	退院支援担当者と病棟看護師で把握しており、毎月報告有り。
27	ミーティングで共有

28	退院調整部を中心に各フロアにチームを配置している
29	病棟ラウンド（週1）
30	個人と他者と情報共有
31	週1回程度のカンファレンス
32	管理者が個々の患者の進捗を把握
33	病棟のカンファレンス
34	毎日のミーティング
35	病棟ミーティング・退院支援看護との情報共有
36	毎日のミーティング、週1回のカンファレンスなどで退院支援職員と情報共有
37	カンファレンスで周知
38	病棟内で患者カンファレンス等を行い、情報を共有している。
39	担当患者一覧を作成し月報として提出している
40	病棟Nsと連携し把握している
41	カンファレンス・看護記録より
42	困難な程度により、管理者把握
43	1と2
44	カンファレンスで把握
45	共有フォルダでケース記録を確認
46	退院支援ラウンド1回／W
47	毎朝のミーティング
48	各病棟（4単位）師長報告把握
49	担当MSWが医師、Nsと共有しながら管理
50	調整NSと毎日話している。
51	連携室の担当がいれば担当者が個人で管理しているが、進捗はシステムでも把握は可能。
52	カンファレンスと退院支援記録
53	1、と2の混合
54	スタッフに進捗をその都度報告している
55	他職種カンファレンス
56	退院支援システム（電カル）で
57	パソコンの部署用の患者一覧にコメントを入力して情報共有する。

Q4-4.その他

1	フローチャートはあるが患者の状況に応じて支援している
2	看護師長とMSWで進めている
3	全体的な業務フローは作成してあるが病棟別に独自ルールもある。（症例が異なるため）
4	地域包括ケア病床カンファレンスによって進めている
5	全ての入院患者を対象とするルール
6	決まったルールがあるが、基本的には個別ケースの支援を行っている

Q6-1.その他

1	地域連携室長がすべて対応
2	看護師長とMSWと受持ち看護師で対応。PT－OT－STなど多職種で対応することもある
3	退院支援チームと公的機関等と連携
4	担当者・受け持ちナースは、長期にわたり対応。対策決定時他、退院調整看護師介入。
5	カンファレンス
6	担当看護師を中心に2、4実施
7	ケアマネジャーに相談
8	退院支援室、MSW
9	担当NSと退院支援部門が共同して支援する。
10	他の職員＝上位の職員とカンファレンスを開き対応策を考え対応している。
11	内容により、そのまま個々に担当もあれば、上司に変更となる。
12	上位職員や多職種の指導を受けながら担当した職員が終結まで受けもつ
13	基本的には個々の職員が長期にわたり対応しているが、状況に応じて他の職員へ相談し、協力して対応
14	退院調整看護師、MSWが介入
15	ケースによって異なる。専従者が対応する場合や公的機関に相談する場合があるので
16	病棟連携センター会議にて、多職種で相談
17	個々に対応だが協力体制ある。
18	SWに介入依頼
19	事例なし
20	ケースバイケース

Q6-2.その他

1	常態的にそのような環境がある
2	地域連携室
3	互いに関与しあっている。
4	退院支援部門の設置
5	日常的に行なっている。
6	随時相談・協力可能な環境がある。
7	1と2
8	あまり相談できない。
9	カンファレンスに多職種が入る
10	互いに連携し協力を求める

【B票 自由記載一覧】 ※以降すべて記載内容を原文のまま掲載

Q1⑨.その他

1	虐待保護
2	HD
3	介護保険、引っ越しに伴うもの
4	精神科病棟での対応
5	成年＝見申し立て手続きの必要性、ゴミ屋敷の清掃の必要性
6	リハビリ
7	せん妄
8	慢性腎不全の増悪にて透析導入
9	在宅看取り
10	行政機関との連携
11	有料老人ホームの待機のため
12	透析
13	治療
14	病状悪化による救急治療
15	HOT導入準備
16	様子観察
17	施設内での転倒
18	治療目的
19	レスパイト
20	住環境の整備
21	内服調整
22	身寄りなしの患者
23	DM教育入院
24	透析
25	同居家族によるネグレクト
26	有料老人ホームでの食事の準備不可
27	成年後見制度の導入
28	神経内科疾患があり生活支援が必要
29	病状悪化
30	入院経過の中で、腰椎圧迫骨折あった。

Q2-1①.その他

1	配偶者の親
2	4は単身赴任
3	サービス付き高齢者住宅
4	妹
5	グループホーム入所
6	息子の嫁
7	施設入所中
8	嫁
9	姉(入院中)
10	恋人
11	母親
12	弟
13	姉
14	障害者支援施設
15	特別養護老人ホーム
16	孫嫁、ひまご2人
17	老健
18	宅老所
19	施設入所中
20	娘の内縁の夫
21	介護施設入所
22	義姉
23	妹
24	施設入所
25	施設入所
26	姉
27	母
28	母
29	妹
30	同敷地内に息子夫婦
31	ひ孫
32	親
33	義両親
34	姉
35	義妹と
36	有料老人ホーム
37	嫁・孫
38	親
39	介ゴ施設

Q2-1②.その他

1	先妻の子(息子)
2	介護者なし(関係機関なし)
3	姉
4	姉妹
5	成年後見人
6	兄弟
7	弟
8	兄
9	弟夫婦
10	母親
11	弟・妹
12	甥
13	妹・姉
14	弟
15	グループホーム職員
16	夫婦共に精神発達遅滞
17	知人
18	姪
19	兄
20	妹
21	弟
22	施設職員
23	弟
24	弟
25	県外に弟。しかし介護力とはならない。
26	施設職員
27	施設職員
28	施設職員
29	姪
30	介護施設入所
31	施設
32	弟
33	義姉
34	施設職員
35	弟
36	妹
37	長男の妻
38	兄
39	妹
40	施設・サービススタッフ
41	弟夫婦
42	施設
43	兄弟
44	兄弟
45	長女の夫
46	姉
47	妹
48	妻→入院中
49	妹
50	弟
51	有料老人ホーム入所
52	実妹
53	義妹
54	弟
55	内縁の夫
56	施設スタッフ
57	社員
58	妹
59	親
60	妹
61	きょうだい
62	介護士

Q2-2.その他

1	住み込み就労
2	サービス付高齢者住宅
3	サービス付高齢者住宅
4	マンション4階
5	サービス付き高齢者向け住宅
6	姉の家
7	アパート
8	ケアハウス
9	療養型病院
10	認知症高齢者グループホーム
11	職場の寮
12	グループホーム
13	障害者支援施設
14	サービス付高齢者住宅
15	サ高住
16	サービス付高齢者住宅
17	サービス付高齢者住居
18	高齢者専用賃貸住宅
19	有料老人ホーム
20	支援ハウス
21	サービス付き高齢者住宅
22	飯場
23	マンション
24	仮設住宅
25	有料老人ホーム
26	有料老人ホーム
27	有料老人ホーム
28	サービス付高齢者住宅
29	有料老人ホーム
30	妹宅

Q2-4.その他

1	サービスの利用をすすめられていたが全て拒否したためケアマネが訪問していた。
2	ケアマネが訪問していた。
3	なし
4	無し
5	隣人
6	妻が要介護状態であり支援を受けていた
7	ディサービスの利用
8	介護保険サービス要介護4
9	本人は拒否することが多かった
10	施設入所中
11	なし
12	息子さんに高次脳機能障害あり地域包括支援センター(町)の関わりあり。
13	関係がなかった
14	行きつけの飲み屋の店員が本人の支援を行っていた。
15	同居の妻が要介護状態でサービスを受けていたため妻のケアマネジャーとの関りはあった。
16	ヘルパー
17	ケースワーカー
18	市健康福祉部
19	なし。知人
20	市役所介護関係のケースワーカー介入
21	通所介護、通所リハ
22	近所の方
23	訪門看護サービス利用
24	友人の訪問
25	特に地域とのかかわりなし
26	ホームヘルパー週2回、デイサービス週1回
27	利用なし
28	デイケア・デイサービス
29	友人
30	ケアマネ、介護サービス利用
31	申請はしていたがサービス利用なかった。
32	居宅からの＝＝
33	ケアマネジャーが介入し通所介護を利用していた
34	なし
35	自身の親の墓があるお寺の住職の支援
36	包括・ケアマネがついていたが、介ゴと支援の状態が変わったり本人の拒否などで継続した支援困難であった。
37	生活保護(福祉)
38	宗教関係の団体
39	グループホームのケアマネージャー
40	身体障害者施設スタッフ
41	デイサービス、訪問看護
42	居宅事業所、訪問看護ステーション
43	特になし
44	3回／週ディケア
45	福祉用具レンタルしていた。デイサービス
46	なし
47	生活保護受給
48	特別養護老人ホーム
49	居宅介護支援事業所
50	サービス付き高齢者住宅
51	有料老人ホーム、外＝訪問介護、看護
52	宗教関係者の援助を受けていた
53	デイサービスやショートステイのサービスを受けていた。
54	在宅介護支援センターによる支援有
55	要支援2、デイサービス2回／w、訪問介護1回／w
56	友人、兄弟
57	ケアマネ、訪問介護事業所の管理者
58	在宅医より協力の相談受けた
59	居宅介護支援事業所
60	居宅介護支援事業所、ケアハウス職員
61	居宅介護支援事業所
62	市役所、社会福祉課
63	アメリカの娘宅で同居
64	有料老人ホーム入居中
65	精神科疾患のため、精神病院の相談員
66	市役所からの訪問
67	デイサービス、徘徊あったため地域の見守り
68	介護保険サービスを受けようとしている矢先の入院、ケアマネジャーの支援はあった。
69	往診、ケアマネ、訪看。
70	配食サービス業者
71	友人
72	介護施設入所中
73	社会福祉協議会
74	居宅介護支援事業所
75	ケアハウスの職員の声かけ
76	老健入所
77	福祉施設、ショートステイ
78	ケアマネージャー
79	介護サービスを受けていた
80	施設入所していた為、施設の職員
81	就労していた
82	訪問看護、通所介護
83	デイサービス、2回／w
84	なし
85	ケアマネージャーがいた。
86	権利携護サポートセンター
87	担当予定の居宅介護支援事業所
88	ヘルパーステーション、デイサービス
89	介護保険事業所
90	介護保険サービス、障害福祉サービスを利用していた
91	保健所の訪問支援
92	デイサービス、訪問介護
93	近隣、友人の訪問あり
94	宅配弁当

95	新聞配達の人にゴミ捨てを頼んでいた
96	居宅、ケアマネが訪問。妻の相談にのっていた
97	市保健師
98	介護保険の申請のみしていた
99	なにもなし
100	該当なし
101	ケアマネ
102	デイケア利用・ショートステイ週末利用
103	市役所
104	就労支援所へ3回／w行っていた。
105	精神科デイケア利用
106	ヘルパー
107	居宅介護支援事業所の介入
108	介護サービス
109	在宅介護支援センター
110	介護施設入所
111	訪問看護

Q2-6.その他

1	HD
2	=体不自由
3	身障1級
4	透析
5	身障4級
6	呼吸器
7	ストーマ造設
8	PM1級
9	身障2級
10	1級
11	1級
12	1級
13	1級
14	心機能
15	入院中に身障2級＝＝に＝いた
16	視覚
17	ストーマ
18	腎臓
19	重度
20	身体
21	リウマチによる手指変形
22	腎臓
23	身障3級、戦傷病者医療
24	身体
25	身障3級
26	精神3級
27	心、4級
28	身障4級
29	精神
30	難病
31	小腸機能障害
32	身障3級
33	療育
34	身障1級
35	精神手帳1級
36	要介護2
37	身体障害者手帳
38	特＝
39	3級
40	身障1級
41	腎臓機能障害
42	視覚2級
43	4級
44	肢体1級
45	ペースメーカー
46	心臓
47	1級
48	1級
49	特疾
50	4級
51	聴力障害
52	聴覚障害4級
53	全盲身障
54	肢体1級
55	身3級
56	2級
57	身体障害者手帳
58	身障1級
59	水俣病
60	4級
61	心臓1級
62	精神
63	1級
64	1級
65	特＝
66	人工透析
67	精神2級
68	呼吸器
69	後日
70	水俣病
71	6級
72	自立支援医療
73	身体障害者3級
74	要介護＝
75	特疾
76	呼吸機能障害
77	腎
78	身障1級
79	聴覚4級
80	身障者1級
81	精神
82	1級
83	療育手帳B
84	肢体
85	呼吸6級
86	1級
87	身体障害、知的障害
88	不明
89	肢体2級
90	難病
91	身障1級
92	1級
93	併1級
94	肢体不自由
95	肢体不自由
96	身障
97	身体(視覚)
98	身体障害
99	4
100	要介護3
101	2種4級
102	1級
103	肢体4級
104	要介護5
105	身体障害
106	1級　HD
107	1級
108	1級
109	身障
110	知的
111	呼吸器
112	難病
113	1級

Q2-7.その他

1	遺族年金
2	不明
3	未確認
4	無年金
5	不明
6	不明
7	共済年金
8	不明
9	家族ハアク
10	本人就労中
11	遺族年金＋恩給
12	不明
13	軍人恩給
14	不明
15	後期高齢
16	不明
17	年金あるが、種類は不明
18	遺族年金
19	遺族年金
20	共済年金
21	不明
22	不明
23	不明
24	年金ぴが不明
25	不明
26	後期高令者医療保険者証
27	不明
28	無年金
29	夫の年金
30	不明
31	不明
32	丸福老人重度障害者
33	不明
34	不明
35	記録なし
36	共済年金
37	後期高齢者
38	船員年金
39	受給なし
40	不明
41	遺族年金
42	不明
43	不明
44	遺族年金
45	不明
46	不明
47	不明
48	後期高齢者
49	不明
50	不明
51	不明
52	不明
53	共済年金
54	共済年金
55	共済年金
56	不明
57	不明
58	不明
59	不明
60	不明
61	共済年金
62	遺族年金
63	不明
64	不明
65	今回把握する必要なく聞いていない。
66	1または2
67	不明
68	共済年金
69	不明
70	後期／難病法
71	不明
72	不明

Q2-8.その他

1	1～3全て該当
2	家族
3	本人
4	民生員、包括
5	本人、Fa
6	家族
7	不明
8	自分で娘に確認
9	PC
10	長男
11	入院時面談
12	家族（妻、娘）
13	本人から聞いた
14	入院時に家族よりききとり
15	入院時看護師聞きとり
16	地域包括支援センター
17	家族
18	近隣住民
19	グループホームスタッフ
20	本人、家族
21	地域包括支援センター
22	本人への聞きとり
23	本人から
24	生活保護担当者
25	かかりつけ医
26	家族
27	保ゴ課、同居人
28	地域包括支援センターより
29	本人
30	本人
31	本人
32	本人、家族
33	本人から
34	地域包括支援センター
35	生保担当
36	福祉事務所
37	当院外来から
38	民生委員
39	妻のケアマネジャー
40	在宅介護支援センターからの提供
41	本人家族から直接聞きとり
42	知人から聞きとり

Q3-6.その他

1	Fa
2	娘
3	施設
4	妻
5	看護師
6	看護師
7	施設職員
8	看護師
9	娘
10	施設
11	ヘルパー、3回／週の内服は減量
12	看護師
13	訪看
14	NS
15	娘
16	ショート職員
17	しせつ
18	認知症、グループホーム職員
19	訪問看護
20	施設職員
21	看護師
22	施設職員
23	施設職員
24	施設
25	施設スタッフ
26	看護師
27	施設
28	1日配薬
29	有料老人ホーム
30	夫
31	看護師
32	施設スタッフ
33	友人
34	夫
35	施設または娘が管理
36	病棟
37	施設スタッフ
38	施設
39	看護師
40	施設
41	施設
42	病棟管理
43	施設職員
44	施設スタッフ
45	看護師
46	Ns
47	施設職員
48	看護師
49	Ns
50	施設職員
51	訪問看護
52	夫
53	施設職員
54	施設職員
55	Ns
56	妻
57	薬局
58	施設
59	看護師
60	施設
61	看護師
62	Ns
63	施設職員
64	施設
65	娘
66	妻
67	一回配り
68	Ns
69	看護師
70	Ns
71	娘
72	施設職員
73	施設
74	家族
75	薬剤師と有料老人ホームにて管理
76	施設スタッフ
77	家人
78	有料老人ホーム
79	ショートステイ職員
80	施設職員
81	施設職員
82	息子
83	看護師
84	施設管理
85	看護師
86	病棟
87	施設
88	妻
89	Ns
90	妻
91	施設職員
92	息子
93	Ns
94	施設職員
95	配薬、自立摂取
96	施設管理
97	施設スタッフ
98	看護師
99	施設
100	施設
101	病棟看護師
102	看護師
103	家族管理
104	ヘルパー
105	看護師
106	施設管理
107	介護サービス利用
108	病院
109	施設職員
110	施設職員
111	施設職員
112	介護サービスで
113	看護師
114	夫
115	施設職員
116	グループホーム職員
117	施設
118	入所施設の職員
119	妻
120	施設職員
121	家族
122	施設職員
123	娘
124	有料老人ホームで管理
125	NS
126	娘
127	施設
128	施設職員
129	GH
130	息子
131	施設
132	施設管理
133	施設事務員
134	施設職員
135	妻
136	妻
137	看護師
138	施設職員
139	毎食配薬
140	Ns
141	長男の嫁
142	妻
143	妻
144	施設スタッフ
145	妻
146	妻
147	ヘルパー、訪問看護
148	看護師
149	施設
150	グループホーム
151	看護師・介護者
152	施設
153	病棟
154	施設スタッフ
155	施設
156	看護師
157	施設
158	息子の嫁
159	訪看
160	施設
161	施設看護師
162	施設の方
163	妻
164	施設職員
165	Ns
166	施設職員
167	介護者
168	施設職員
169	看護師
170	娘
171	看護師
172	施設Ns
173	施設
174	息子、訪問看護師
175	施設職員
176	施設職員
177	Ns
178	看護師
179	妻
180	看護師
181	娘
182	訪問看護
183	スタッフ
184	施設
185	施設
186	施設スタッフ
187	詰所
188	看護師

189	施設職員
190	看護師
191	ケアハウス
192	デイサービス、ヘルパー
193	施設管理
194	病棟
195	ケアハウス職員
196	看護師
197	施設
198	施設職員
199	家族
200	施設職員
201	施設職員
202	施設職員
203	同居家族
204	ヘルパー、訪看
205	施設
206	施設職員
207	施設職員
208	NS
209	施設管理
210	施設スタッフ
211	家族
212	施設
213	夫
214	看護師
215	Ns
216	夫
217	施設職員
218	配偶者
219	看護師
220	看護師
221	施設
222	看護師
223	施設スタッフ
224	スタッフ
225	職員
226	施設
227	妻
228	施設職員
229	インシュリン注射
230	施設
231	施設職員
232	施設職員
233	配偶者
234	施設職員
235	施設スタッフ

236	施設スタッフ
237	スタッフ
238	看護師
239	施設職員
240	職員
241	NGチューブ
242	施設
243	娘
244	ケアハウス
245	孫
246	看ゴ師
247	施設職員
248	娘
249	訪看
250	施設職員
251	施設
252	施設
253	有料ホーム職員
254	施設職員
255	訪問看護師
256	看護師
257	家族
258	妻
259	妻・娘
260	サ高住スタッフ
261	声かけが必要
262	施設スタッフ
263	娘
264	看護師
265	妻
266	施設スタッフ
267	施設の方
268	弁当サービス管理
269	施設スタッフ
270	娘
271	妻
272	看護師
273	訪問看護
274	施設管理
275	家族・訪問看護
276	施設担当者
277	看護師
278	看護師
279	施設職員
280	看護師
281	看護師
282	施設職員

283	家族
284	施設職員
285	看護師
286	施設職員
287	ヘルパー
288	家族
289	サ高住職員
290	グループホーム
291	妻又は施設
292	施設
293	施設
294	施設
295	配偶者
296	嫁
297	病棟
298	妻
299	有料老人ホーム
300	娘
301	グループホーム
302	看護師
303	配偶者
304	Ns
305	Ns
306	施設職員
307	職員
308	配偶者
309	施設職員
310	家族
311	看護師管理
312	訪問看護
313	看護師管理
314	妻
315	Ns
316	妻
317	病棟Ns
318	施設スタッフ
319	サ高住
320	看護師
321	Ns
322	施設
323	家人
324	看護師
325	家族
326	ナース、妻
327	家族
328	配偶者
329	配偶者

330	施設
331	Ns
332	義妹
333	施設職員
334	ヘルパー
335	配偶者
336	施設職員
337	看ゴ師
338	施設職員
339	妻
340	看護師、薬剤師
341	施設職員
342	妻、CM
343	施設職員
344	毎回与薬
345	施設職員
346	看護師
347	妻
348	特養ナース
349	ケース
350	施設職員
351	施設管理
352	施設スタッフ
353	看護師
354	娘
355	看護師
356	訪看
357	看護師
358	カレンダー確認
359	娘
360	家族
361	施設
362	施設
363	看護師
364	施設
365	施設
366	介護士
367	娘、まご
368	配偶者
369	施設
370	施設職員
371	娘
372	看護師
373	妻
374	施設管理
375	訪問介護
376	介護者

377	施設担当者
378	職員

Q3-7.その他

1	OiL
2	内服薬投与
3	点摘
4	服薬・認知症対応
5	導尿
6	吸引、薬剤吸入
7	内服管理
8	排便コントロール
9	抗結核剤内服
10	末梢点滴
11	吸入
12	精神的管理(認知)
13	内服
14	輸血
15	創傷処置、ギプス固定
16	内服、腹水、脳症の経過観察
17	フィラデルフィアカラー装着
18	ヘルパーによる生活援助
19	必臓ペースメーカー管理
20	フォルテオ自己注射
21	義足のフォロー
22	吸引
23	抗癌剤治療
24	末梢点滴
25	食道ろう
26	吸引
27	骨粗鬆症の治療
28	吸痰
29	痰の貯留状況確認、吸引
30	吸痰
31	痰吸引
32	服薬
33	末梢点滴
34	点滴
35	吸引
36	痰吸引
37	看護師による処置、経過
38	ネスプ皮下注射
39	創瘍処置
40	頭部血管腫の洗浄、ガーゼ交換
41	認知症管理
42	誤えん予防、誤えん性肺炎への対応
43	カリウム剤注腸

44	吸引
45	喀痰吸引
46	創処置
47	膀胱ろう
48	喀痰吸引
49	末梢点滴
50	服薬管理
51	結核の内服
52	吸引
53	腎癆
54	内服薬
55	下肢リンパ浮腫による ストッキングの着用：TGグリップ
56	痰吸引
57	喀痰吸引
58	イクセロンパッチ毎日交換貼付。
59	訪看にて便コントロール
60	創傷管理
61	子宮癌
62	自己導尿
63	食事量に応じた末梢点滴
64	SPO2(←2は小文字)測定
65	抗がん剤の内服
66	痰吸引
67	内服のみ
68	化学療法(通院)
69	皮下点滴
70	コルセット着用
71	精神面にて。
72	内服管理
73	バイタルサイン測定
74	喀痰吸引
75	免疫抑制剤の管理
76	症状コントロール
77	薬の内服、エレンタール等
78	便対処
79	骨そしょう症薬注射

Q4A①.その他

1	下宿
2	恋人宅
3	高齢者専用賃貸住宅
4	飯場

Q4B①.その他

1	ショートステイ(長期利用)
2	単独ショートへ
3	特養のショートステイ
4	当院療養病棟
5	シルバーマンション
6	ショートステイ
7	ショートステイ
8	ショートステイ
9	ショートステイ
10	療養型病院
11	ロングショートステイ
12	ショートステイ施設
13	短期入所
14	小機模多機能型居宅介護
15	ショートステイ
16	ショートステイの長期利用
17	お泊まりデイ
18	小規模多機能型居宅介護
19	死亡
20	小規模多機能(連泊)
21	特養ショートステイ
22	ショートステイ
23	ショートステイ
24	長期ショートステイ
25	ショートロング利用
26	ショートステイ
27	死亡
28	小規模多機能、1週間程度
29	養護老人ホームへの待期目的 でのショートステイ
30	ロングショートスティ
31	特養ショートスティ
32	施設への短期入所
33	長期ショートステイ
34	ショートステイ
35	小規模多機能型居宅介護 事業所に入所
36	療養型病院
37	ショートステイ
38	生活支援ハウス
39	小規模多機能
40	妹の家→病院
41	ショートステイ利用(有料老人ホーム)
42	高令者有料施設
43	特養ショートステイ
44	看護小規模多機能ホーム

Q5-1.その他

1	入院から1ヵ月と半月位
2	退院2週間程度前
3	急性期病床入院時から
4	急性期入院時から。
5	地域包括病棟入棟時より
6	前回入院時より介入
7	入院后42日目位
8	前回入院時から
9	前回入院時から
10	入院から1ヶ月程度経過してから
11	入院から50日
12	包括病棟転入時より
13	病状変化により、3W後
14	不用
15	レスパイトなので支援なし

Q5-3.その他

1	在宅に帰るまえのショートステイ施設
2	本人の判断に任せる。
3	認知症対応型施設
4	ショートステイ
5	独り暮らしは困難。
6	落ち着ける所。
7	元の入院先
8	介護付特定施設
9	サ高住
10	自宅での生活可能だが家族関係から、施設が望ましい
11	療養病院
12	医療対応できる施設
13	介護のできる環境下
14	入院前の施設への退院
15	本人・家族の判断

Q5-4②.その他

1	家族の近くに帰りたい
2	意思疎通不可
3	養護老人ホーム
4	自宅以外の安心できる場所。
5	元々の居宅ケアマネ継続
6	娘にまかせる
7	入院前生活していた、サービス付賃貸住宅
8	当初は自宅であったが施設へ急に変更
9	意思疎通が困難
10	場所は問わず夫との生活を希望
11	障害者施設への入所
12	以前、家族が本人の希望を聞いていた。
13	サ高住
14	入院時(当日もしくは翌日)、自宅に準じる 施設への退院、本人との意思疎通が不可
15	特定施設
16	家族に任せる
17	入院前の同じ施設への退院
18	家族にまかせる
19	入院前の老健施設
20	なるべく自分が住みなれた場所の近く
21	有料老人ホーム
22	あたたかいところ
23	有料施設
24	意思疎通不可
25	夫と暮らす
26	希望の確認とれない

Q5-5②.その他

1	なるべく本人の希望に沿いたい
2	娘の勤務先の施設を希望
3	患者本人が遠方の甥には迷惑をかけたくないと言われたため
4	生活保護の範囲内で過ごせる場所。
5	サ高住
6	有料老人ホーム
7	本人の意向を尊重
8	入院前生活していた、サービス付賃貸住宅
9	本人の望む方向で
10	本人の希望通りに
11	入院前の特養への退院
12	サ高住
13	生保受給者の受け入れ可能な施設
14	特定施設
15	本人の希望を優先してほしい
16	介護付の同じ施設への退院
17	完全自立した状態での自宅への退院
18	看取り
19	医療対応できる施設
20	吸引できてバスで通える所
21	本人の希望にそう
22	看取りまでできる施設
23	入院前の短期入所
24	長期入所可能な施設で本人の年金や生保対応可能なところ
25	有料老人ホーム
26	ショートステイ
27	有料施設
28	身寄りなし
29	家人の通いやすさ
30	有料老人ホーム
31	入院前の施設への退院

Q5-6.その他

1	病状と連携機関
2	ケアマネが探した
3	透析の送迎があった
4	保佐人の意向
5	生保の対応可能な所
6	本人の希望と生活できるかの判断
7	住環境・介護者
8	帰る家がなかった
9	介護認定なしで入居できた
10	CMからの情報提供
11	本人、家族の希望
12	本人の希望
13	本人の強い希望
14	認知症対応できること
15	生活保護の範囲内
16	本人の強い希望
17	看護師が常駐
18	娘の勤務先
19	すぐ入居できる
20	自立を受け入れる施設
21	ご本人の希望
22	Faの希望確認後のアドバイス
23	本人の希望の自宅
24	在宅時に利用歴のあった施設
25	夫と2人で入居できる施設
26	老人ホーム相談所の勧め
27	夫婦部屋がある
28	本人、家族の希望
29	元々入所していた所なので戻りたい
30	区役所の措置
31	かかりつけのHpに近い
32	本人の住みなれた地域を希望
33	身内が運営している施設
34	自分の家だから
35	24時間見守りの体制がある
36	奥さんグループホーム入所中そこに近い
37	生保の受け入れ可
38	医院と併設している
39	自宅で看たいから
40	認知症受け入れ
41	地域包括支援センターからの紹介
42	家人(娘親族)が自宅へ帰ってほしくなかった。
43	認知症に対するケアが必要。GHが良かった。
44	ケアマネの勧め
45	本人・家族の希望
46	本人・家族の希望
47	認知症高齢者の受け入れ
48	身寄りがなくても入れる
49	バリアフリー
50	自宅以外の選択がなかった。
51	本人の意思決定
52	もともと併設のデイサービスを利用していて、本人に慣れた環境だった。
53	ケアマネージャーから提案
54	入院前から入所していたから
55	自宅扱いの施設
56	少人数の施設にて(生活)人が充実
57	本人の希望
58	病院に近い
59	ケアマネジャーへの情報提供と話し合いで本人、家族の意志を尊重した。
60	キーパーソンが不在でも受け入れできる
61	長男宅に同居
62	以前より利用
63	夫の希望
64	住宅の環境
65	食事の用意が不用
66	生活保護受給でも受け入れてもらえる
67	本人の自宅に近い
68	本人が慣れ親しんだ施設
69	見守りの支援体制
70	自宅で生活できる
71	安心
72	通院の利便
73	姉妹一緒に入居できる選択肢が限られていた
74	看取りができる
75	自宅
76	措置入所
77	本人の希望
78	入院前の入所先
79	主介護者の実母入所している施設から近い
80	妻が入所されていた
81	本人の自宅退院を強く希望
82	元の施設に戻りたくない
83	階段昇降不要な住居
84	身寄りがない方の受け入れができた
85	感染症の(MRSA・ESBL)方の受入可であるところ
86	本人の希望で、退院先はどこか賃貸住宅を考えているとのことだった
87	病院に近い
88	家族が決めた
89	家族がやっと応じてくれた
90	自宅より近く環境の変化が少なかった。
91	在宅看取り目的
92	本人・家族の希望
93	家族が入所している。
94	認知症の状況に対応できる
95	主介護者である友人の意見
96	本人の強い希望で在宅へ
97	後見人が決まるまでの間の中間的施設(ショートステイ)
98	将来的に考えて都合がよかった。
99	家族の勤務先近く、きれいな所
100	親戚が入所先施設の職員
101	在宅復帰して看取りをしたいという希望。
102	措置入所
103	本人、家人の強い希望で自宅へ
104	住みなれた場所の近く
105	他に退院先がない
106	本人の希望
107	本人の希望
108	終身の受け入れができる
109	本人の自宅近く
110	本人のADLに対応できる。
111	現主治医が訪問診療に行ける
112	ケアマネの意見
113	自宅退院を強く希望した
114	病状と隣接しているため
115	Nsが24h常駐している。看取り対応してくれる
116	階段がない
117	姉妹一緒に入所できる
118	自宅希望で訪問診療を継続する
119	kpの近く
120	以前から利用していた
121	自宅の為
122	トイレ付きがいいと希望あり。高齢の為Nsが24H居る
123	入院前と同じ施設で介護付施設。
124	保証人の問題
125	ターミナル期に入り最后は自宅へ帰りたいという気持ちが強くなった
126	元々入居
127	生活保護受給
128	緊急連絡先について
129	家族の知り合いがいた。
130	前施設のすすめ
131	戻るため
132	自宅訪問して評価後大丈夫そうだろうと本人、他職と共有した
133	生保の受け入れ可。終身入所可
134	家族の知り合いがいる施設へ戻る方が安心と希望あった為
135	生活保護対応
136	家族の介護力がないため入れるところ
137	面会時間が長い
138	家に戻してやりたいとの家族の希望。
139	ケアマネ、福祉職員に相談
140	見守りが可能
141	金銭面で自宅退院しかない

142	以前入所していたつながり
143	親族負担が少ない
144	要支援でも入れる施設
145	市長申し立て調整中で受け入れが可能であった。
146	訪問診療
147	施設環境
148	本人・家族希望
149	利用歴あり慣れている
150	看護師が居り看取りまでできる
151	家族の支援体制に無理のない距離
152	自宅
153	家族の勤務先に近い
154	妻との同時入所が可能
155	本人、家族の希望
156	通院に便利
157	本人の希望
158	＝＝りになってよいか
159	安全性、楽しみ支援の提供
160	介護者（妻）が療養中の間の入所
161	本人の希望
162	社会的背景を汲み取って頂ける。
163	担当ケアマネからの助言。
164	自宅退院を強く希望した
165	当院の送迎範囲内
166	本人の希望
167	認知症の症状に対応できる
168	家族・本人の意向
169	夫婦で入居ができる
170	レスパイトであり決まっていた
171	通いなれた老健、最終は自宅となったが
172	自宅希望
173	家に帰りたいから
174	必要な介護が受けられる
175	住み慣れた環境
176	家族の希望
177	通院先から近い
178	本人の友人宅から近い
179	帰らざるをえなかった
180	ケアマネージャーからの紹介
181	ケア会議の結果
182	本人の希望を重視した
183	本人の希望
184	本人の希望
185	必要な介護が受けられる。
186	提供できる食事形態
187	必要なサービス提供ができる
188	必要な介護が受けられる

189	家族が介護したいという希望あった
190	後見人手続きの継続が可能。－住民票のある自治体にある老人ホーム。後見人センター職員が訪問しやすい
191	生活保護で入所可能となるところ
192	入所までの期間が短い
193	専門性
194	元、居た施設を希望、住み慣れた。
195	本人の希望と家族の思いの調整
196	本人・家族の考え。
197	本人の不安が軽減できる。医療相談
198	レスパイト
199	自宅
200	24時間職員常駐
201	ショートの利用経験あり
202	自宅以外が考えにくい
203	レスパイト入院であったので退院も予定通り
204	家族の希望
205	生活保護受給者受け入れが可能かどうか
206	家族が面会に行きやすい
207	ADL状況や認知面で対応が可能
208	本人・家族の希望
209	本人の強い希望
210	常時スタッフがいる
211	身よりなくても受け入れ可
212	慣れている環境
213	他は考えられなかった。

Q5-7.その他

1	家族と見にいった
2	家族に見学に行ってもらった
3	保佐人が見学→申し込み
4	家族がみてきた
5	家族が見学に行った
6	調整時ではなく以前に見に行ったことがある（施設開始時に）
7	家族
8	家族のみ見学
9	家族と見に行った
10	家族のみ見に行った
11	患者本人と家族が行った
12	家族のみ見学
13	患者と家族が見に行った
14	事前に見学済。後日、本人家人も見学
15	患者と関係者が見学
16	家族が見学して決めた
17	職員は見学しているのでFaのみで見学に行っていただいた。
18	MSWと本人とCMがみにいった。
19	娘さんが見学した

20	家族が見に行った
21	以前に見学に行った
22	家族が見に行った
23	家族のみ見学した
24	家族のみ見学
25	家族
26	患者と区役所職員
27	家族が行った。
28	ケアマネからの情報
29	家族のみ
30	電話で施設担当者より情報収集
31	本人と家族
32	fa
33	Faが行った。
34	家族のみ見学
35	後見人が見に行った
36	家族と施設3ヶ所見学紹介、家族の要望にそった所
37	家族が行った
38	患者、家族のみ見学
39	家族、CM、業者、在宅サービス担当、自分
40	以前に見学した事があった
41	家人（娘親族）が施設見学に行った。
42	家族のみ
43	家族のみ行った
44	患者と家族が行ってケアマネから情報をきいた。
45	家族のみの見学
46	長女が見学
47	元々知っていた
48	家族のみの見学
49	患者家
50	患者と家族が行った
51	家族のみ見学行った
52	以前行ったことがある
53	以前見学したことがあった
54	紹介業者介入
55	患者、家族が一緒に行った。
56	家族見学
57	ご家族のみ見学
58	患者と患者のめいが見学に行った
59	以前から知っていた
60	家族が見学に行かれた
61	以前よりよくしっている施設だった
62	本人、弟夫婦
63	患者と家族だけ行った
64	家族と自分が別々に行った
65	入院前入所していた。
66	主介護者が見学へ行った

67	家族が見に行った
68	家族だけで見に行った
69	家族と見に行った
70	患者のみ見学に行った
71	以前から知っている施設
72	それぞれが見学に行った
73	以前からよく知っている
74	施設職員と面談2～3回程
75	家族が見てきた
76	患者と息子が見に行った
77	見学したことがある。家族が見に行った
78	家族が見に行った
79	施設職員からの情報
80	行政機関職員へ案内
81	数年前に行っている。
82	家族のみで見に行った。
83	家族が見に行った
84	家族のみ行った
85	本人と家族見学
86	遠方の為家族のみ見学
87	患者と知人のみ
88	引きつづき
89	家族が見学した
90	家族から情報をもらった
91	入院前より申込されており入院中の見学はなし。
92	家族による見学
93	患者家族とケアマネが見学
94	Faに見に行っていただいた。
95	家族が見学
96	家族が行き、情報をもらった
97	娘さんが見学
98	家族が見に行った
99	家族が行った
100	家族に見学に行ってもらった
101	ケアマネが見に行った
102	以前から情報あった
103	家族が見学にいった
104	家族、患者、ケアマネ
105	家族のみ
106	以前から利用していた。
107	別件で行ったことがあり、本人もわかる
108	ケアマネ、夫
109	配偶者と自宅へ行った
110	家族が見に行った
111	元々入居
112	患者と家族が見に行った。
113	家族のみで見学行った

114	本人と地域包括職員が見学に行った
115	家族のみ
116	家族のみが見学へ行った
117	患者と家族が見に行く
118	本人、家族
119	患者も自分も既に見ていた
120	家族のみ行った
121	家族だけで見学してもらった
122	CMと本人の情報
123	患者、家族での見学
124	家族が見学に行った
125	施設送迎あり、本人、家族、ケアマネで見学
126	電話で確認
127	以前見学、家族が見に行く
128	施設職員と本人の2人で見学
129	もともと利用していた通所の小規模 多機能施設に空床があった。
130	家族が見学に行った
131	家族のみ見学に行った
132	家族のみ見学
133	家族だけ行った
134	患者と親類で見学
135	家族見学
136	施設職員からの情報提供
137	本人、Faのみ見学
138	自宅写真の依頼
139	家族のみで
140	家人と見学
141	以前見学をしていた
142	家族のみ見学
143	同法人で知っていた
144	本人が入院する前に見学に行っている。
145	退院先から何回かホームの情報をうけていた。
146	ケアマネより
147	本人・家族が見学し話をきいた
148	家族が見学に行った
149	家族が見学へ
150	患者と関係者が見に行った
151	家族だけ見に行った
152	患者と施設職員と見学
153	家族
154	元入所されていた施設
155	以前入居歴があった
156	家族
157	本人、家族、ケアマネなどの支援者 で退院前訪問を行った。
158	家族が見学に行った。

159	すでに申込中であった
160	家族のみ
161	本人と家族
162	すでにみたことあり。患者に行ってもらった
163	施設職員と本人で面談し、詳細を 説明してもらった
164	家族が見学に行った
165	家族の見学、決定とした
166	レスパイト
167	家族のみ
168	患者・親類のみ
169	患者・家族のみ
170	患者と家族が見学
171	faが見学に行った
172	施設の人と面談
173	家族が見学に行った
174	ご家族に事前面談、見学に行って いただきました。
175	あっせん業者を利用

Q5-8.その他

1	本人との意思疎通が不可
2	不明
3	意思疎通不可
4	認知症にて不明
5	理解の確認ができない
6	意思疎通不可
7	不明
8	不明
9	家族の希望通り
10	明確な希望は聞けず。
11	明確な希望がなかった
12	希望不明
13	希望通りではなく、本人が納得 できているか不明
14	明確な希望はなかったが退院先 については十分に納得した
15	不明
16	認知症のため不明
17	認知症のため希望通りだったか不明
18	不明
19	意思疎通困難
20	家族の希望通り
21	不明
22	不明
23	不明
24	家族の希望
25	不明
26	不明
27	患者本人の希望通りかは不明
28	筆談等で伝え続けたが反応ない
29	死亡。急変で入所2日前に死亡退院となる
30	本人の意思は不明

Q5-10.自由記述（100点満点）

1	60点	本人の希望にそえること。婿との関係修復
2	80点	・介護サービスの手配はケアマネに依頼していたが、訪問看護等の医療サービスに関してあまり介入が出来なかった。
3	75点	同居以外の家族の協力が不足していたように思うから。
4	70点	吸引の医療処置ができることが必要だった
5	80点	・市外の有料老人ホームの為、情報収集に苦慮した。
6	40点	夫婦2人ぐらし、キーパーソンは妻、妻も認知があるため、ケアマネ、当院連携室担当者と何度も話し合い、施設方向にすすめていたが、ENT直前、自宅ENTとなった。公団の2階でエレベーターなし、寝たきりのPtを部屋につれていく事も困難。妻との会話がつながらなかったため、親族をまきこんだENT支援となったが、もっと早くより親族に情報を流して、協力を得られる様に働きかける必要があった。
7	70点	ケアマネと家族で主な在宅調整をしていた。そこに本人はあまり関わっておらず、入院中に本人から心配や不安の訴えがあった。
8	50点	受け入れ先の開拓が必要。（インスリン対応できる施設が少ない）
9	70点	行き先の選定は本人・家族の希望に添えたが、インシュリン管理等の医療面の問題を施設側と早期に調整すれば、入院期間の短縮が見込めた。
10	80点	家族とは十分話し合えたが、患者とは少ししか話し合えず、家族の希望を優先させてしまった。
11	90点	一度でも自宅に外出してもらうなどして安心してもらえるとよかった（家族にその意思がなかった）本人も施設見学に行けるとよかった
12	70点	・家族の施設希望が強く本人の意志が通らなかった。・最後、しぶしぶ納得はされたものの、リハビリの意欲がうすれてしまった。・本人と家族との話し合う場をもっと作ればよかった。
13	60点	退院と同時に施設入所、生活保護申請した方、結果的に保護となったが退院時は不明だったため、家族が不安をかかえたまま退院となった。
14	80点	・ケアマネをもっとスムーズに決定する・介ゴ申請し結果が出る前に見込みでサービスを調整していく。
15	60点	入院前の十分な情報収集。本人の志向の確認。
16	80点	自宅の環境整備が不十分だった。
17	80点	再入院率の高い方なので退院時の家族指導にもう少し力を入れる必要があった。
18	70点	施設での吸引が十分に対応できず、一週間程で再入院となった。
19	90点	もう少し余裕をもって退院日を設定できればなお良かった。
20	90点	・ヘルパー訪問が3回／週であるが、それに伴ない、内服薬が減量になってしまったため、毎日、ヘルパーの訪問が望ましかったと考える。
21	95点	入院期限内にできることはしましたが、特定疾患の認定や住所変更手続き後の支援は間に合わなかったので担当者へお願いしました。
22	90点	関係機関との綿密な連絡調整
23	70点	家族とのスケジュール合わせが難しかった。目標をもっと明確にして話しあっていく必要があった。
24	80点	退院先の対象について理解を得ること。入院期限について理解を得ること。
25	100点	担当ケアマネジャーとの連携の時期をもう少し早くすればもっとスムーズな退院ができたのではないかと思う。
26	75点	退院可能な状態であったが、実際に退院日が決まるまで時間を要したので、少し早い時期から関わりが必要であった。
27	80点	本人が安心して入居できるようきめ細やかな情報提供。本人が不安を感じている内容の聴取と丁寧なフォロー
28	70点	病院の事を考えると、もう少し早い退院が望しいと考える。患者や関係者との話し合いを密に出来れば良かった。（この患者だけに時間を取る事が出来なかった）
29	75点	本人の施設に対する希望（広さ、個室、クローゼットの数など）が多く、本人の希望に沿った施設を探すのが困難であった。何が必要かということではなく、退院支援は常に100点になることはないと思う。
30	90点	生活リハビリのための老人保健施設で様子をみてから在宅に調整できれば良かったかなと思う（食事摂取量が不安定な方でもあったため）
31	70点	入院中にもう少し活動性があがるように多職が関わっていたら在宅（自宅）でサービス介入し、住めたのではないかと思う
32	90点	退院先に関して、家族の希望が何度か変わっており、その度に方向変換や関係機関との調整が必要であった。報告・連絡・相談の強化。
33	40点	とにかく、ご家族が強い口調で、「施設・施設」とMSWにも言ってきて、どうにもこうにも気にいる施設がないと行きたくないとFaが言っており、こちらの話をきいてもらえなかった。FaがMSWとの面談しかしていなかったので、もっとご本人の希望をききつつ、病棟スタッフの方へも協力して頂き、みんなで関われればよかった。
34	100点	本人・家族の意向に添った対応のために受け入れ先との情報提供と連絡調整が綿密に行なっていく必要があった。
35	90点	実の妹さんが、施設の見学や申し込みに一生懸命動いてくださったが、主介護者である、お嫁さんにも、妹さんの負担も考慮し、動いて頂けるよう、もっと声かけをするとよかった。
36	70点	本人の意志確認に時間をかけられれば良かった。
37	80点	施設検討をする際に、包括ケア病棟の日数と、施設の空き状況とのやりとりがギリギリであり、余裕がなかった。
38	40点	患者が本当に望む場所の提供ではなかった。家人は望んでいた。自宅への外出、外泊等を行い、家族が自宅でもみれると思える支援も必要だったか。
39	80点	もう少し早めに退院調整をした方がよかった。
40	85点	本人の意向をもう少し家族にきちんと伝えながら本人の意向に沿った退院支援が必要であったと思う。
41	30点	もう少し早くから介入する
42	50点	ケアマネにより施設の選定を行い、家族とともに調整できたケース。病院側としては情報提供のみ行っています。
43	85点	・家族のニーズに応える事や受け入れ先の施設との連携を図る事は出来たが、本人の不安を取り除けるようもう少し配慮、関わりが必要であった。
44	70点	最終的には納得して入所されたが事前の施設見学の日になると体調不良を訴えられ、結局見学は家族だけとなった。見学して入所日程を決めるには施設側も長く空けて待ってもらえず、病院側も早期退院の要望あり、時間的な余裕があればよかった
45	65点	家族がどこまで本人の病状を理解しているのかをより深く確認が必要だった。
46	89点	遠方の親族の意向も考慮して退院支援先を患者と話しあえれば良かったと思う。しかし、患者の意向を優先して問題なかったとも感じている。
47	60点	本人は自宅で生活を望まれていたためそのように準備していたが、家族が遠方であるからと施設への入所を希望され、家族の意向が優先された。本人の意向も聴いていたが家族に押し切られる形となった。
48	90点	・家族の意向を優先させていたので、本人の意向に沿っているとはいえない。本人の意向に、どこまで沿えるかを、検討できたらと思う。
49	80点	本人含め、家族、ケアマネ、施設との連絡調整に時間を要した。一同に会したカンファレンスを早期に開くなどの対応が必要であった。
50	70点	本人は認知症はあるが自宅に帰りたがっていた。しかし、介護力不足でかなわなかった。
51	90点	希望通りの退院先ではなかった。身寄がいないので対応策に困った。

52	85点	本人は自宅退院も考えていたが、認知症状進行にともなって病識もうすく、内服管理も元々できておらず、息子さんと本人が話して施設入居に至った。介護保険も変更申請で要介護3にはなったが、サービス調整が間に合わず新規の居宅依頼にとどまった。もうすこし具体的なサービス検討が必要だった。本人の意向ももう少し聞く必要あった。
53	50点	早期の方向性確認（一旦は自宅方向ですすめていたが、途中で自宅退院はさせれないと家族の希望が変わった）
54	60点	転院前の病院からサ高住などの住居を探す仲介業者とすでにやりとりをされており、十分な情報収集などは行えなかった。
55	80点	在宅の退院可能だが、次々と家族の不安が強くなり、本人は在宅希望強くADL改善してきた。その中で退院先が両方とも納得できるよう支援できたか、もっと介入が必要だったか、もっと時間をかけるべきだったかと思われる
56	70点	本人、家族の希望と経済的な負担が合致できなかったため。
57	80点	退院支援担当者（専任）との連携がうまくいかず、退院先の選定に時間がかかった。患者本人にこだわりが強いため、サービスや他者管理の必要性を説明しても理解してもらえず、必要なサービス導入に至らなかった。
58	70点	・主治医と患者家族の関係性があまりよくなく家族が不安に感じていた。相談はうけていたが定期的な面談を持ち不安の軽減につとめる必要があった
59	70点	100点になることはない
60	70点	退院支援の時間が長期であった。
61	70点	担当ケアマネージャーが変更になり、施設、家族、ケアマネージャーとの連絡に時間を要した。（ケアマネージャーの力量にもよるがカンファレンスで確認した内容のケアーや福祉用具の準備が進んでいなかった。）呼吸不全により状態が不安定であり、急性期治療のため転棟の期間もあり、方向性を決定に時間を要した。
62	60点	サービスの充実
63	10点	帰宅願望が強く、離院した患者のため、退院支援が中断してしまった。最後まで、介入できなかった。
64	70点	早期介入していたが、本人のサービス利用の意向がなく退院直前にADL低下にともない本人がサービス希望あり調整。家屋調査の未実施。
65	70点	患者が退院先に納得できておらず、自宅での生活は難しいと多職種で判断したが、本人の希望に添うための検討が不足していた。
66	60点	キーパーソンは高齢の夫であったが、行き先が二転三転し決まらない。県外の娘様とは疎遠であったが、親子でご相談頂き退院調整を行った。もう少し早くに娘様の介入を実現させたかった。それにより、スムーズな支援につながった。
67	60点	患者本人と家族の折り合いが悪く、退院先の希望の統一に時間がかかった。また、障害認定手続きを施設入所と平行して行っていたため、入所までに時間を要した。入院時に必要な支援を整理していれば、早期に対処する事ができたと考えられる。
68	70点	入院期間の後半は退院先が決まらないことによる社会的入院となってしまったことから、もう少しスムースに支援できればよかった。
69	60点	自宅での生活が出来るよう社会資源の導入、検討
70	70点	希望する老健への入所が中止され（本人、家族の希望変更により）、自宅へ退院した。自宅退院するのであれば、もう少し時間をかけ調整（在宅サービス等）したいところだった。
71	70点	家族関係が希薄で、家族もなかなか動かず、支援に限界はあった。
72	60点	・条件に合う施設をみつけるまでに期間を要した。・これからおこりえる生活課題（施設に要する費用等）についてのアセスメント
73	80点	・家族内での話し合いをより多く行なってもらうこと（家族・本人との話し合いがなかなか行なわれず、筋道を立てていくにも、支援に時間を要した。）
74	80点	家族の意見が充分にきけていたのか？
75	80点	自宅以外で長期入所ができるサ高住等の施設の増加（料金が安いのも必要）、結核や感染症に対する施設の理解力の向上や受け入れの範囲が広がる事
76	60点	患者、家族の話し合いの期会を増やし、本人の思いや家族の思いをお互いに深める場があればよかった。
77	80点	もっと早い段階から施設の情報収集を行う。
78	90点	KPは、夜間も仕事に出ており、又、妻の協力がない状態での調整であった。お一人で大変だったと思う。家族面談等の時間調整に無理はなかったか、もしかしたらもう少し配慮が必要だったかと思い返します。
79	60点	MSWにたよりすぎていたので、もっと自分も支援介入していけばよかった。
80	80点	家族が施設の特徴を十分理解し、その施設を選んだというより、入院期限内に入所可能な施設であり、入所した形であった。家族の希望を十分かなえることができたか不明。施設の特徴を知る必要がある
81	70点	点数化すること自体、よくわからないが、本人の状況や施設の空きなどのタイミングが合致したので良い結果となったので、このケースで自己評価100点はあり得ないと思っています。
82	70点	本来自宅に退院調整したかったが、家族（妻）が精神疾患あり、夫婦関係が悪かった。お互い距離をもつために施設支援になってしまった。
83	80点	迷いやすいご家族であったため、支援に時間がかかってしまった。本人の意向も認知症のため聴取がしにくい。
84	50点	療養型病院をもっと提案しておくべき。
85	80点	退院前のカンファレンスの内容がよかったかの評価をする為に退院后の生活が出来ているのかの確認の為の住宅訪問を実施すべきと思う
86	100点	医療的なことも必要であったので、24時間、Nsがいてる施設を探し、本人、家族が気に入る所をみつけた。
87	80点	患者が認知症のため、患者の意志を確認できなかった。
88	80点	家族が納得すれば支援体制（見守り）強化することで中期間は自宅生活継続の見込みもあったが遠方の家族の納得は難しかった。
89	50点	認知症患者であったため、親族の希望を中心とした。SWとしては、認知症専門病院が良いのでは、という思いが強くあり、病院を強くすすめてしまった。最終的には、有料老人ホームへ入所となり、親族の希望がとおったが、受け入れ施設は、転倒などの不安がある中での受け入れとなった。
90	70点	自宅までの道路事情が悪く10m位ジャリ道を車イスで誘導が必要となる。賃貸の自宅を別の場所へ移動できないか包括センターとも相談したが期間までは対応できなかった。金銭的問題もあり施設入所ができなかった。
91	75点	入院中のADLの状況では自宅退院は難しい状況ではあったが、患者様の「自宅に帰りたい」という意思を尊重し、一度外泊を行い、患者様が現状では自宅退院困難ということをしっかり理解、納得した上で退院先を決定する必要があった。
92	70点	・キーパーソンが妹だったが遠方に住んでいたので、あまり関わりがなかった。本人の自宅退院の意思が固く、妹の施設入所の希望が実現しなかった。家屋状況や本人の状態を考えると住宅型施設入所も現実的だったが、本人が強く拒否した。
93	70点	地域包括ケア病棟の退院期限ぎりぎりまで退院先が決まらなかったため（施設が空くか微妙なところ）他の選択肢を考えておく必要があった。
94	80点	出外訓練に同行できず、自宅の様子をケアマネ・RHから聞き支援した。担当ケアマネにまかせっきりになってしまった部分がある。
95	70点	入院前面談から支援していたが、ENT時期がぎりぎりになり最後バタバタしてしまった。介入の時期等しっかり見きわめたい。
96	90点	本人認知症ではあったが退院先を検討する際などもっと本人を交えて面談し、可能な範囲で本人の意志確認をすれば良かった。

97	30点	入院前に入所していた特養に戻ることができるようケアマネと話合いをしたが、受け入れられず、退院が延長されてしまった。もっと早くに戻ることができるか、受け入れの可否をききだしていれば、もっとスムーズに退院できたと思う。
98	80点	入院前の住まいが3階なことと、大家が退院後戻ってくることを反対したため施設を探さざるを得なかった。新しい賃貸住宅を探して引っ越すという作業を担える家族がいれば自宅に戻れた可能性もあった。
99	90点	入院期間を確保して、希望する生活環境を提供できればよかった。結果的には良かったが、複数とにかく申し込んで、空いたところへ入ってもらう状況で、選択肢もなかった。
100	70点	家族遠方であるため密な連携が出来なかった。
101	50点	本人の状況や現状について、繰り返し伝える必要があった。また外出、外泊や地域担当者の選定、顔合せをもう少しはやくやるべきであった。
102	90点	退院後、別居の家族へ定期的な見守り体制を整えてもらうことまでができなかった。
103	50点	入院患者の住所が他県A、息子さんの住所が他県B県、AorB県で探してほしいと言われたが、他県の情報が十分に得られず、時間がかかった。
104	80点	県外の社会資源情報
105	90点	もう少し早めに対応出来ればと思うが、介護認定が
106	70点	病状の把握
107	70点	家族の協力が得られず難航した。希望していた特養と調整が出来なかった。
108	80点	・患者自身の希望が確認できていない。・日頃からFaの意向を伺っていたがもう少し深く聞いていればよかった。
109	50点	もっと迅速に退院先を決めたかった。
110	80点	担当ケアマネジャーに動いて頂いたため、生保の相談などは同行してもよかったと考える
111	70点	退院前のサービス調整会議で退院日は受け入れ先の小規模多機能型居宅介護の体制が整う1週間後ということであった。しかし、その期間がのび、病棟のベッドや、手続きをしてくださる後見人さんのご都合と調整する際に難航した。受け入れ先や関係者に包括ケア病床についての説明をもっと十分に行う必要があった。
112	100点	患者、家族の要望に沿った所への紹介。
113	50点	こちらの勤務時間や家族の仕事の都合でコミュニケーションが上手くとれずにスムーズに支援ができなかった。メール等の活用も検討したい。
114	50点	キーパーソンが他の兄弟に変更になったため、なかなか兄弟間での情報共有が上手くいかず、調整に時間がかかった。兄弟それぞれに連絡が必要だった。
115	90点	家族への説得
116	80点	病状を理解していただくのに時間がかかったため、施設を探す時間が短く、選択肢がないなかの決定だったため、もう少し早い介入が必要であった。
117	80点	家族からの協力。
118	70点	退院先の選択肢をもう少し多く提示出来ると良かった。
119	80点	在宅酸素を自宅でも導入していたこと、施設でも使用するが、施設スタッフが不慣れのため、退院までに時間がかかってしまった。退院後訪問指導をおこなったが、1ヶ月5回のしばりがあるため退院直後に手厚く訪問してしまうと、次回外来受診（1ヶ月後）前2週間は週1回の訪問となり、本人の不安がつのってしまった。
120	80点	ご本人の出生地と同市町村内にケアハウスがなく、ご本人は、出生地への入所を希望していたが、現住所が違った事等もあり、希望が少し変更となった事が残念。
121	80点	自宅に準ずる施設への支援（社会資源）ができたらよかった。
122	65点	家族の意向を早期に確認したが、方向性を絞り込むのに時間を要してしまった。家族の決断ができるように導くような情報提供をするべきだった。
123	80点	家族がとても頑張って介護をしている。ケアマネと連携しショートステイ等の活用もしているが、家族の介護負担をもう少し軽減できたらと思う（家族が大丈夫と言うが心配）
124	70点	本人は施設入所希望していなかったが、動けるが認知症症状ひどく家族の希望、主治医・リハビリ・NSで何度も説得した
125	70点	状態悪化が懸念され、当院に通院でなく、往診のセッティングをしていれば、毎回、当院へ受診に来ることなく、在宅でfollowできたのではないかと思われたため。
126	80点	後見人制度を利用。本人の意志に添えなかった転院より、施設でよかったのか、疑問が残った。退院后評価がしたい
127	90点	もう少し早くに、ケアマネ選定すれば早く帰れた
128	80点	患者・家族の希望するところに退院となったが、決定するまで時間がかかったため、もっとスムーズに進めていくべきだと思う。
129	80点	本人へも施設見学に行ってもらう。入所の準備のための外出・外泊
130	80点	探す時間がかかった
131	90点	本人の希望をもう少し確認できればよかった。
132	80点	自宅退院するにあたり、ライフラインを復旧のため、一旦短期入所を利用する必要性があった。生活保護担当課との連携が不十分だったため。
133	90点	本人の意向と娘さんや親族の意向を調整するのに時間がかかった。
134	70点	グループホームが患者の状態に一番合っていると考え、グループホームへ退院できたことは本人にとって良かったと思うが、施設の選定に時間がかかり、また既応による判定不可も重なり、包括病棟の入院期限を超えた長期入院となってしまった。
135	60点	各施設で介入できるリハビリの単位数など、制度面の学び。妻への傾聴
136	60点	院内での、MSWとの連携。MSWとケアマネの家族との連携
137	50点	創部治癒傾向にあり、数日以内で退院前カンファレンスの予定であったが認知症があるため「帰る」と言いきり調整を待てずに退院してしまった
138	60点	退院1週間前にインスリンからトリルシティの自己注射へ変更。退院日が初のトリルシティの自己注射であったため、手技の習得が困難と考え、退院後訪問看護（院内）→院外の訪問看護の予定を想定、申し送りをしていたが、うまく伝わっていなかった。院内の連携が不十分であった。本人の意向が2転、3転した。本人を混じえたカンファレンスを、数回行うとよかったと考えられる
139	90点	自宅退院の希望は本人家族とともにずっとあったが、介護や今までにやっていない処置に対する不安や医療者側は在宅が難しいのでは…。と同じ方向性でない時期があったこと
140	65点	院内スタッフとの情報交換、意向のすりあわせ等の連携強化。医療処置内容の細かな確認
141	80点	退院先はすでに急性期病院から紹介時より決まっていたが、家族に時間がなく、なかなか申し込みや、手続き、入居準備が進められなかった。本人と家族への関係性のアプローチができると良かったが。
142	80点	CMの理解
143	60点	主治医と相談し、退院までの時期をもう少し検討できれば自宅から近い所や金銭的負担の少ない施設も探せた可能性がある。
144	70点	本人の希望も十分傾聴したが、最終的には家族の希望が強くなってしまった。尊厳や意志決定をもうすこし大切にしたかった。
145	90点	・患者は自宅退院を希望していたが、家族への遠慮もあるのか、退院先を家族にゆだねていた。ターミナルであり、家族の自宅受入への不安等を解決できるよう、家族へもう少し早期からの関わりが必要であった。
146	90点	生活環境は改善したが、新たな人間関係の形成が必要であった。

147	90点	退院前に自宅訪問の同行。(自宅環境の確認)
148	100点	患者・家族の意向を基に、入院期限中に退院とすることができた。
149	85点	退院先施設の状況をもっと詳しくはあくする必要があった。
150	50点	家人が自宅退院を強く望んだが、患者の認知機能低下により主介護者不在の時間帯が危険と判断された。不在時間帯の認知症の方の受け入れる場が確保されること。
151	70点	本人の希望を直接は聞いていない
152	80点	ご本人はご自宅へ帰りたいと言われたが、帰れない事情があり十分に説明した上で、施設入所となった。
153	90点	本人の自己管理能力に対して、自立支援の観点でアプローチ。
154	65点	家族の介護理解が必要だった。
155	90点	家族は本人が早く退院を希望しているが、心配な余りに入院延長の希望をされ、結果、本人の希望を優先させたが、家族が満足してなかった。納得させられる説明、を行なう。
156	50点	・緩和ケアに対し、最終的な看取りの件も状態変化時に相談はしたが、カンファレンスまでのセッティングはこの階段では難しかった。
157	60点	短期間のリハビリ目的で大学病院からの転院であったが、その時点で一般病棟で誰も介入できていなかった。独居であったが介護保険の申請についても認識できていなかった。転院早期より悪いことも予測し情報をキャッチし介入すべきであった
158	70点	認知症が悪化する前に退院を早められるよう介入するべきであった。
159	100点	・介護者の協力を得るために連絡をこまめに行ったが中々協力を得ることが難しかったため、ケアマネジャーとも協力をしながら退院支援を行うことができた。
160	70点	特養に直接入所できると良かったが空きがなく、ショートステイのロングを利用しながら入所の空きをまつことになったから
161	90点	家人(娘)が他県に住んでおり仕事もある為、短期間で退院先を決めなくてはならず、本人も認知症が進行した為に自己決定できず、退院先が決まってしまった。娘の協力がもっと得られれば良かった。
162	60点	本人は本当は自宅退院を希望していたが、主治医が家族に「自宅は困難」とはっきり伝えてしまったため、自宅退院の可能性を家族から引き出せなかった。もっと主治医と相談してから家族に話をしていけばよかったのでは、と思う。
163	90点	自宅訪問による生活可能か否かの判断や施設後の生活見通しをつけられればよかった
164	70点	住みなれた地域に受け入れ先があれば良かったがなかったため遠方になった。
165	60点	家人の意向もうまく聞き取りながら、双方納得の行く形で退院させたかった。
166	90点	患者、家族の意向に十分配慮し退院支援を行ない、円満な形で退院となったが、施設と家族の間でもう少しスムーズに連絡調整ができれば在院日数は短縮できていたかもしれない。
167	70点	退院支援の期間60日のうち、半分以上キーパーソンの方が不在だった(治療目的の入院)よって、代理の方と話を進めることが多く、本人や家族の希望の総意など、確認が滞る場面があった。キーパーソンの入院前に意向の確認、代理の方を交えた今後の動きなど、評細を詰めるべきだった。
168	80点	・服薬状況の確認が不十分であり、退院後内服できていないとの報告があった。
169	80点	当初は、長男と同居、しかし長男が休明不良となり、＝＝＝で同居することとなったが、長男の状態も改善し、元転子希望＝、経過の件で希望を堀下げ、＝＝収する必要があった
170	80点	遠方の家族とのコミュニケーションがうまくとれず、本人の意思だけが先行されてしまった。
171	80点	もう少し早めの在宅復帰に可能だったが、家族の希望を聞きすぎた面あり、在院日数が長くなった。家族はそれでよかったが、本人は、入院が長びいたと感じている。
172	50点	自宅退院を希望されていたが、介護者の娘も脳梗塞後で安全に過すことができないと考えケアマネとともに施設をすすめた。自宅で過す方法をインフォーマルな(近所づきあいもあったので)ことも視野に入れて相談していってもよかったと考える。
173	85点	100点満点にするためには、医療者側だけではなく、健康な時から住民にも医療・福祉・介護の知識を知ってもらい事前にどうするかをイメージしてもらうことも重要だと思います。
174	70点	施設の検討を家族がメインに行い、本人主体では行われていない。
175	90点	主たる介護者の妻は、本人入院期間中に急死し、同居の息子は無職でニート、本人に対してパワハラ行為もあり、かつ金銭的に皆無であった中で急虚生活保護申請を進めながらの調整であったため、本人の意向を十分に聞いたり優先する事が出来なかった点において、対話、会話の時間をもう少しでも持てれば良かった。
176	70点	こちらから社会資源をもっと提案するべきであった。もともと居たサ高住は受け入れに後ろむきであったが、何とか受けてもらえるよう時間をかけすぎた。
177	70点	100%希望を叶えられていない
178	80点	入院中に関しては、本人の希望を聞きながら、各関係機関(自費ヘルパー、生活課、施設等)と連携がとれた。しかし、退院後に関してはどういう生活を送っているか等の確認をしておらず、そこができて100点の退院支援になるかと思います。
179	70点	生活保護という、経済的理由で、入居できる施設が本人の元の居住地より遠くなってしまったため、入院以前の友人などと疎遠になってしまう心配があった。自宅近くの施設を選択できればよかった。
180	80点	家族への医療的処置など少し不安をもちながら退院となったため、納得してもらい退院できたらよかった。
181	80点	元々転院先としてCMからfaに紹介あった施設へ行く予定だったが、Keypersonの交替があり、行き先変更、その際もCM主導で転開。本人の希望を本当に叶えることが出来なかったが、再度、マンパワーの確認、協力を得ることは出来なかった確認が出来たかもしれない。
182	95点	ケアマネジャーとの連携強化
183	80点	入所施設と自施設間で患者のADLのレベルに相違があった為入所までのタイムロスが生じた。施設関係者と密に情報交換するべきであった。
184	80点	住宅改修をして環境を整えた上で退院できたのは良かった。ケアマネージャーも含めて家屋の状況を見れたのも良かったと思うが、入院時の聴取で住環境のことを詳しく聞きとれば良かった。
185	80点	実際施設を見学しての情報提供をすると、より具体的に相談、援助が行える。
186	70点	出来る限りの支援は行ったが、患者の希望する退院先ではなかったため。家族が同居を、介護を拒否したので、それ以上介入できなかったので、100点満点にはなれません。
187	80点	患者の希望に添って退院することはできたが、もう少し早期介入できればよかった
188	50点	家族の協力が得られなかったので、ケアマネージャーと協力して、在宅サービス導入のもと、自宅での生活ができないかもっと検討する必要があったかもしれない。
189	90点	自己管理で服薬できるようになるまではあと1歩か、という所があった為
190	90点	介護保険の申請遅れや身寄りがないことにより社会的な資源が十分に使えなかったこと。
191	80点	ADLとしては十分に自宅に帰ることができる状態だったが、家族の望むレベル(IADLの自立)まではいたらなかった為、施設方向となった。
192	70点	本人の意見が強く、内服薬を服用しないことが予想されたため、再診や、内服管理の面がきちんとは出来ないかもしれないままの支援になった。医療面についての本人の理解を深めることができなかったか
193	50点	今回のケースは、自宅を引き払い施設へ入所するというものだった。認知は年相応だが統合失調症の既往があり、一度の説明では理解が難しい人だった。さらに協力できる家族も障害があり、キーパーソンとしては弱かった。新しい自宅(施設)を決めるうえで、もう少し時間に余裕を持ち、本人にじっくり考え・検討してもらうことが重要であったと思う。

194	60点	家族とのやりとりが主となっていた中で、本人の精神的サポート（自宅へ帰れないことに対する不安の軽減等）が不足していた
195	0点	急性期病院での十分な病状説明で、家族への意向確認を十分に行い、次の行き先へ引きつぐSWの力量、精神疾患があるだけでなく、生保、ガン治療など複合的に問題を抱える患者への対応が出来る。社会資源の発見や整理が必要。
196	60点	施設見学を計画できたらよかったが、家族も遠方であり、節目にしか来院されないため計画ができなかった。
197	80点	施設（サ高住）が決まり、家族が本人の承諾を得ないうちに身の回りの整理・処分を進め、本人が傷つき、泣いた場面があった。その後は外出して、家族と共に整理・処分を進め納得したが本人と家族間の連絡・相談の仲介役として不足があった。
198	90点	・費用的な要素
199	80点	本人の意向をもっと確認する事が必要
200	90点	自宅には戻れなかったが、自宅から近い施設に希望通り早い時期に決定できた。家人の負担を考慮すると定期的外泊受け入れで了解できたから
201	90点	医師より、自宅退院は不可能（介護負担大、医療処置あり）とICしたが娘がどうしても家につれてかえりたいとあり。合同カンファ施行し、ケアマネや、業者、デイサービスの人と、家族の負担を軽減できるようなプラン考えたが、家族指導（オムツ交換、尿ハキ）した時にやっと現実を受け止めたのか、自宅退院3日前に娘が急に、施設を申し込み、ケアマネも施設の人へ変更となった。
202	90点	退院先の確保のみが退院支援ではないと考える。施設を決めてから、本人が入居すると決心がつくまでに2ヵ月という期間を要したが、病棟も一緒に本人の気持ちのサポートをしてくれた。主治医から、もうすこし早く退院についての話をしてもらえるとよかったと思う。
203	65点	・介護度の認定が出るまでに時間を要した為、最終決定から、ENT日の調整に時間をかけることができなかった
204	80点	金銭面で非常にきびしい家庭環境で在宅への受け入れも奥様が拒否した為退院が延びていた。息子さん達も非協力的でしたが、内容を奥様ともう少し協議すればよかったかも
205	90点	水道が止まったままの退院になったためもう少し早目に行政との話し合いが必要だった
206	80点	夫の介護力や意欲に問題はなかったが、夫の生活状況や介護負担に対する支援や把握が足りなかった。
207	70点	引越をするにあたり時間的余裕があまりなかった。本人もいくつか見学に行くことができればベストであったと思う。
208	70点	患者はもともとすんでいた家に帰りたかったが、家を借していた、元勤務先の経営者に反対され、もどることができなかった。患者は、ケアハウスでの生活に不安を感じていた。
209	90点	入院の長期化による弊害（歩行状態悪化）もしっかり意識し、支援を展開するべきだった。
210	100点	介護力・生活力がないので、施設しかない
211	80点	家族との関係性がうすく、困難な可能性があり、また本人に認知症があることから、本人の希望をすべて組み込むことはできないが、丁寧なアセスメントでもう少し異った支援ができた可能性がある。
212	80点	本人の意向確認がもう少しできればよかったと思う。
213	30点	より面談して細かく環境をきければ良かった。本人が心から希望してるかはギモンあり。
214	80点	本人と家族の思いを合わせることに時間がかかった。前病棟との退院支援の連携がスムーズにできれば良かった。（当病棟に来てから開始したため）
215	80点	退院先の行き先について、本人明確な希望はなかったが、“選択する”こともなかった（家族が最終的に決めたので）のが残念
216	80点	地域包括ケア病棟入院期間60日以内に、新居を決定できないため。他病棟に退院調整を継続依頼した。
217	90点	子供の意見がわかれていて時間がかかった。家族の希望をもっと早く聞きとりかかるべきであった
218	90点	本人の希望する場所へ帰したいと思うが現実的に無理だった。本人の望む自宅へ帰してあげれれば100点！と言われれば（どうしても100点にはならない）歯痒い思いをしています。
219	80点	息子さんと関わる時間がとりずらく退院までに時間がかかった。忙しい息子さんの連絡方法を工夫する必要があった。
220	80点	本人の性格等もふまえ、もっと本人、家族、サービス提供者をつなぐのが、うまくできればもっとよかった。
221	80点	家屋調査、患者自身も入院前と違う自宅へ帰るため（入院中に引っこしをした。）
222	60点	自宅に帰ることができるADL、認知レベルであったが、家族に納得できる提案ができなかった。納得できれば、本人の意思に沿える自宅退院が可能であったかも知れない。
223	50点	受け入れ先の条件選別があり、なかなか受け入れ先が見つからなかった。もっと多くの情報をもち、MSWが持っている情報を共有する必要があった。
224	60点	faの希望に合わせて、病院などの必要な情報提供、本人のAd継続の必要性を理解してもらうための説明、また方法など
225	70点	本人の希望確認や家族の希望する費用面との一致が必要だった。認知症が進行してしまう前の早期退院。
226	60点	退院先の選定にあたって、重視する貢目の優先順位がご家族とMSWの認識にズレがあったため、それを早めに合致させることが必要だった。
227	30点	独居で認知症もあった為なかなか早期に本人の意向を確認して、支援まで至らなかった
228	70点	急性期病棟からのケース移管時に家族背景等アセスメントをきちんと見ていなかった部分を把握し即対応すればよかった
229	80点	今回のケースの場合、生活保護の費用面の兼ね合いが有り、その中での調整となった。生活保護対応の受け入れ先（施設）がもう少し広がると良い。
230	50点	ご家族の意向、本人の意向のすり合わせをするための話し合いを早い段階からすべきであった。
231	65点	本人は認知症があり状況を理解した上での意志表示は困難ではあったが、本人との面談回数が不十分であった。入院前の居住先（認知症高齢者グループホーム）に戻れないという結論が出たのが遅かったため、退院後の住まい決定に時間を要した。もっと密な連絡調整が必要であった。
232	70点	治療方針が定まらずに長引いた経過があるが、家族の思いに振り回されてしまったところがあるので、もう少し強めに、意思の統一を促す必要があった。
233	80点	夫、本人とも精神発達遅滞があり、生活環境を把握し退院調整を行う為、退院前訪問指導が実施できれば、より退院後の生活が安心してむかえられる支援ができたのではないか。（夫の受け入れが悪く、実施できなかった）
234	80点	・入院中に本人と施設見学を行い、本人の希望も踏まえたうえで、入所先の決定を行う。
235	80点	経済的に可能であれば制度的裏付けのある居住施設へ入居させたかった。
236	75点	入院時から本人と家族の希望を聞きとり、早い段階で介入すべきであった。
237	100点	自宅の修理が介護保険ではできず生活保護の福祉で施行できた。60日目までに退院できた。本人・家族の希望通りに自宅退院できた。
238	90点	住宅改修の必要性は退院後検討することとなってしまった。金銭的な問題と必要最低限の改修にするために
239	70点	・本人の病状等の医療面を考えると、独居継続への不安があり、サービスで補うことも難しい面があった。施設利用を本人と相談したが、病識が不足していることと自宅希望があり、在宅となった。・社会背景、現在の社会資源では満点は難しい。
240	30点	・本人の生活背景を聞き考える。→本人の立場になって物事を考えてみる。他職種との関わり方の工夫→1人で仕事をひき受けないよう、本人の為にも連携して支援に取り組む。
241	75点	発熱、内科的疾患により状態不安定となり退院支援に時間がかかった

242	80点	自宅退院にむけて、環境整備(ゴミでうめつくされた家の片づけ)など行ってきたが、床がくさっており、やむなく小規模～へ退院してもらい、床をはりなおしてから、無事自宅にて今はすごされている。
243	85点	退院して腎臓食の提供の調整に時間を要し、退院前にしっかり調整しておけば良かった。
244	80点	特になし
245	90点	病院に来てからできることは全て行った。但し、包括支援センターなど(区役所相談支援係)、他の支援をうけられず、病院に全て丸投げされ、ますます支援困難となった。地域の連携をもっと取っていただきたかった。
246	50点	夫と共に施設に入居していたが、もう少し夫の状況把握が必要だった
247	75点	入院中Kp変更後現住所より遠方の長男宅近くで施設を探すこととなったが、地域から離れることとなった本人の不安の解消、軽減にもっと目を向けるべきだった。
248	70点	できれば自宅に退院させたかった。
249	50点	患者家族が退院支援に対し非協力的であることが、これまでの経緯で判明していたので早め早めの調整をこころみたがそれでも時間がかかり、かつ最後の調整がうまくいかなかった。キャラクターを理解し粘り強い交渉が必要だったと考えます
250	80点	60日以内に退院支援できたが、もう少し早く介入していれば余裕ができたと思う。
251	100点	転院か施設か自宅か、なかなか決められなかったがリハビリをがんばり、本院のADLが入院前と同じぐらいに戻すことができたので、家族、ケアマネが納得し自宅退院できた。
252	60点	・施設退所時の対応について。・KPの姪との面談が結局入院中できなかった
253	50点	入所前からの介入(外来通院していたので)
254	70点	家族が遠方であり、施設見学にかける時間が長かったため、もう少し早くから調整を開始できれば良かった。
255	80点	患者本人の思いを確認し、リハビリのゴールを設定しそれに向かい日々リハビリに取り組みました
256	70点	家族の思いや希望を早い時期に聞き取ること
257	80点	退院后のフォロー。生活状況の確認
258	60点	ネグレストや、長男から長男嫁のDV疑い等あり、虐待認定を受けての措置入所であった。本人の希望は自宅退院であった為、環境をととのえ、帰って頂きたかったが、限られた入院期間では、そこまでしかできなかったことが悔まれる。
259	80点	娘、夫が亡くなり、娘の孫2人を引き取って一緒にに生活中。介ゴ申請や関わり拒否などが強い方であったが、自宅ENT后の生活面で支援が必要になると思い根気良く申請説明し、介護認定を受けて頂いた方。
260	75点	本人、家族に提示した施設の選択肢ももう少し設けることができれば良かった
261	75点	ケアマネ等からの情報収集不足
262	50点	長男と本人の退院先の意向が一致せず、家族関係が不良
263	80点	入院時の面談での、経済的な面の把握と、解決策の提示ができれば、家族の不安軽減と生活保護制度の利用に早く結びついたのではないか。
264	90点	本人の思いの尊重ができなかった
265	70点	入院期間が長期化してしまった。医師の指示、方針にそって調整した。
266	70点	家族が早々に施設への退院を希望された為、本人には施設前提での話しか出来なかった。
267	80点	コミュニケーション
268	80点	退院後の医療的フォロー。社会性の確立。
269	60点	キーパーソンの家族の方と上手く連絡が取れず、退院支援がなかなか進められなかった。ご家族に必要な情報や現状について端的に伝え、スムーズに動いてもらうよう働きかけが必要であった。
270	60点	認知症の対応ができるグループホームへ退院支援できればよかったが、空きもなく、近くの特養になった。ご本人の状態に合った施設の空き情報などもう少し情報があれば選択の幅が広がったのかもと考える。
271	80点	施設との早めの情報交換
272	50点	時間をかけて複数の施設見学の促し
273	80点	もう少し選択肢があったら良かったかもしれない
274	78点	家族(妹)さんの理解、納得を得るための力不足。
275	30点	家族への介護力アップに向けての支援と早期に介護サービスの支援体制構築を図るべきであった
276	90点	紹介する施設を事前に見学する必要があった
277	60点	家族(妻)が、色々な選択肢の中から、迷う時間が必要であった。妻の気持ちをフォローできる体制がもっと整えられたらよかったと思う。自宅退院がおおむね決まりそうな段階での在宅スタッフ(訪問診療、訪問看護等)の顔合わせができれば、妻の不安が解消できていたのではないかと思う
278	80点	キーパーソンであり、唯一の家族が息子であり、少し精神疾患がある方だった。人格や精神面の理解に時間を要した。
279	70点	・本人の納得、周囲の納得が出来る状態
280	90点	離床時間の過ごし方についての工夫
281	50点	認知症のある患者の意志決定支援に私が納得できるルール。第1希望(家族の)の特養は空き待ちで、少し高いが空いているところを探さざるを得なかった。→特養を増やす
282	90点	期限を守れなかったこと
283	70点	キーパーソン家族来院時、声かけをして、家族の思いを聞いた。MSW、リハビリと連携、情報共有を行った。本人の話を聞き思いを確認した
284	60点	入院期間が長期になったこともあり、効率性をみすえてのアプローチが不十分だった。リハビリ目的だったこともあり、リハビリとの連携が密に図るべきだった
285	50点	専門的知識を充分に持った上での早期介入
286	80点	訪問看護の受け入れ先が、なかなか決まらなかったので、入院時よりさがすべきであった。
287	50点	ご家族の退院先の希望が、急遽変更(自宅退院が近付くにつれ、介護への不安が増強したため)となり、期限内に退院先を決定することができなかった。もっと家族と密にそして頻回に面談し抱えている不安、心配に気付き対応すべきであった。
288	65点	家族指導のスケジュール調整(PEG注入、吸引練習に消極的で十分な時間の確保ができなかった。)
289	75点	在宅の様子がわからず、退院前訪問等を検討すべきであった
290	50点	遠方の家族がこちらに来るときに効率よく退院先を探せるように、情報提供できたらよかった
291	70点	・もう少し家族指導(オムツ交換)が出来れば良いと思った。・住宅改修に時間がかかった
292	70点	自宅のゴミ屋敷の整理に保護課と、介護保険は非該当とされ再申請について介保課と調整がスムーズに行かず期限を超過してしまった為、役所の協力がもっと必要であった。

293	50点	施設入所に関しては御家族から説明と説得をして貰うことになった為、退院日迄御本人に告知せず調整をおこなった。退院支援の重要項目で御本人の意向を第一優先にしていたが、今回の調整では第一優先とならなかった。御家族との話し合いがもっと必要であった。
294	50点	社会資源の充実
295	90点	経済的な問題に関してMSWへの相談時期がもう少し早くてもよかったのかもと思う
296	70点	疎遠な家人との関係構築が必要
297	70点	本人に寄り添い、多くの施設の情報を伝える
298	80点	金銭面では、もう少し利用料がお安いところと希望もあったので、さらに広範囲での確認し、情報提供ができれば良かったと思う。
299	80点	入院前の施設の受け入れ体制（入院時に退所扱いとなっており、戻れなかった）
300	60点	院内、院外の関係者とのスムーズな連携。家人との連携を工夫すべきだった。
301	90点	介入時期のタイミング
302	60点	家族の意見に振り回され、退院調整に時間がかかってしまった。MSWとして本質（患者の状態、家族の希望）を見極めることがもっと早くにできていればスムーズに調整できたかと思う
303	60点	入院前に居住していた施設に戻ることが出来るのか、もっと早期より確認すべきだった。（認知機能の低下から食事摂取量が安定せず、血糖コントロールが困難なケースだったため）
304	80点	本人・家族の望む条件（自宅から近い）や、医療的ケア（尿カテ留置OK）、点滴必要時施設で対応等、ニーズに受け入れる施設が合わせてくれた面が多かった。逆に言うと、この施設がなかったら、療養病棟へ転院（平行して調整してた）になってたと思われるため。
305	30点	家人に患者の病状を理解させる
306	70点	退院先が自宅か施設かで、なかなか本人、家族も迷ったケースであり、最終的には施設を選択したが、自宅でのサービス調整も必要であった。
307	90点	当初は家族の希望で施設入所調整を開始したが、MSW、Ns介入の元、家族と本人と協議の場を設定し、見学をして心の準備をして入所につなげられたケースである。本人が入所後、満足した日々をおくれているのであれば満点になると考える。
308	50点	本人希望は自宅退院を希望されていたが、介護者は同居の妹と市外在住の妹であった。同居の妹は認知症の周辺症状があり、本人も認知症の周辺症状があったため、自宅退院は困難であり、100点にはならない。
309	90点	息子の家の近くの施設が希望であったが、空床がなく、少し離れた場所になってしまった。しっかりとされている人なので見学先をもう少し増やして提案できればよかった。
310	90点	・急性期からの受け入れをもっと早くし、支援にかかる時間をもう少し持てれば良かった。
311	90点	家族の要求度が高く医師から説明してもらってもなかなか応じてくれなかった。家族の理解と納得が必要。
312	75点	患者本人・家族との面談を同時に行うことによる家族・本人間での意見のすり合わせ。
313	80点	入所先が決まった後、入所までに施設や家族（親族）都合で1ヶ月近く時間を要した。もう少し、施設、親族と連絡を密にとればよかった。
314	90点	・経済的問題があり、また娘さんの都合で、面談調整が難しかった。行政もかかわる為、少しでも早くから調整を行う。
315	90点	自ら施設等の見学をし情報収集した方が施設の特徴、雰囲気等患者・家族に詳しく案内できるのではないかと思う。
316	60点	入院中に本人の病状やADLが下がり、施設で対応が可能なのか、こまかく確認する必要があった
317	80点	主介護者の妻の理解力が弱い所あり、娘の実質的支援を受けられなかった（介護サービスで代用）
318	85点	同居の妻がパート勤務をしている上に、なるべく長く入院させたいという思いが強かった。妻への負担を考え、他の家族へのはたらきかけをもう少し行うと、スムーズに支援が進んだと考える。
319	80点	本人の自己決定能力が、どの程度あったか…への評価が難しく地域包括職員や行政機関と同席し援助を行った。
320	80点	入院期間中、患者様と御家族が一緒に話し合う時間をもつことが出来れば良かった。
321	85点	時間がかかった。
322	80点	退院先の決定がリミットギリギリであり、もっと早く退院日など設定できればよかった。
323	80点	息子達が不仲で、全員同席して話し合いをする場を作ることが出来なかった。その為、行き先を決めるのに時間がかかった。
324	80点	本人への説明に時間がかかった。独居に限界があったため
325	100点	老健施設へショート利用をくり返している患者さんでもあり、ADL自立度が低ければ自宅退院とならなかった可能性も高い。内服管理不備もあり入院となったことから家族の協力が必要となった事例。高齢であり、家族支援がなければ自宅復帰が難しくなる。
326	70点	初回の患者面談では、介入は不要とのことだったが、長年の友人の強い希望で介入となったケース。本人は脳出血後の後遺症はあるが、自分で自立できると思っていた。しかし実際は友人の努力、支援によるもので友人が疲弊し、サービスを何とか入れて欲しいと希望があった。住環境も悪く包括へ繋いだケース。サービス導入や包括に繋ぐことは出来たが患者本人の看護拒否もあり双方のために悩むケースであった。
327	85点	キーパーソンの次男がうつ傾向であり、カンファレンスを予定していたが急遽キャンセルになることがみられ、転帰先決定に時間を要した。今回は、支援後半に三男の協力が得られる結果となった。よって、早期より次男の精神面や判断力含め確認し、必要時は他家族とも（キーパーソン以外）連携を図る必要性があると感じた。
328	80点	御家族は自宅退院を希望していましたが、介護力の問題でむずかしかった。60日の期限も超えてしまった。
329	80点	より息子宅に近い施設でかつ夫婦で入所できる所を目指していたが、空室がなく叶わなかった。市外の施設情報収集をもう少し時間をかけてできていれば、より本人家族の希望に近づけたのではないかと思う。
330	70点	第一希望であった施設は満床にて期限内に入所困難であった。本人・家族へ他施設を紹介し、結果的に入所へつながった。自宅退院を目標としていたが、ADLが上がっていかなかった。もう少し退院支援と早期介入できていれば、第一希望の施設入所ができていた可能性はあった。
331	70点	家族のサポートが、とても弱い為、自宅へ退院されるにあたり、もっと介入、サポートをしてもらうように働きかけた。
332	75点	患者と家族の仲があまり良くなく、もう少し仲介者としての対応が考えられたと感じる。
333	60点	経口からのおたのしみ食を継続できる施設の提案
334	70点	本人の意思確認をもって行う必要があった。
335	90点	包括病床入院期間60日とギリギリで余裕がもてなかった
336	80点	経済面の早めの評価
337	80点	退院後関わる事業所への情報提供、連携をもっと綿密に行う必要がある。
338	50点	もう少し円滑な連絡・調整を心掛けたい
339	90点	・本人が安心するよう施設の情報、入所の必要性を時間をかけて説明するべきだった。

340	60点	自宅退院に向けて何度も確認を行い意志決定支援も行った。配偶者も認知があったため、娘を呼んで話し合った。娘が頻回に見にいくと言う事。介護認定をしてもらって介護を受けていく、ディサービス等を決めて退院にすすめていった
341	80点	・本人の思いにもっとよりそうこと・必要な社会資源の情報をもっと得ておくこと。
342	70点	看護師の社会資源の知識
343	60点	家族の希望がすべてとおる施設があれば
344	70点	自宅への退院を強く希望していたので、自宅への外出を一度でも行ってから施設への入所となれば、希望に近づくことができたと思う。
345	90点	成年後見の手続きに時間をかけすぎた。
346	80点	本人は友人のいる住み慣れた土地を離れたくなかったが、遠方に住む親族の都合で親族の自宅近くの施設に入所することとなったためもう少し話し合う時間が必要だった。遠方の施設で評判等の情報がなかった。
347	70点	・患者様ご本人に対する説明（軽度認知症あり）
348	100点	入前後ADL低下した事例で、自宅退院は困難と考えられたが、自宅退院し、結果としてADL回復した事例
349	90点	本人、家族の意向が定まらず、入院が長期化した
350	80点	担当ケアマネジャーとの密な連絡により、入所施設の見学や入所支援を行うこと。
351	80点	入院時のききとり（cm、本人、家族）、本人との入院中の面談。
352	50点	施設の看護師、医師を含め、地域の中での結核に関する正しい知識を理解してもらえるような、どきかけが必要だった。
353	90点	本人、家族の希望に対して寄り添い不安を軽減するような支援が行えた。
354	70点	在住の市内だけでなく、周辺広い範囲で施設情報について把握しご家族への情報提供が必要であった
355	20点	体幹抑制がなかなかはずれなかった。
356	90点	本人の意向は充分に表示できないので家族（主のキーパーソン）の意向が主であった。痰の吸引ができる受け入れ先は少く限られた場への提案しかできず家人が本心から元の施設へ戻れなかったことを納得できたのかは悩むところである。帰れる場づくりをしていかないといけないと思う。
357	70点	家族と話し合う機会はとても多かったが、家族間のトラブルばかり目を向けてしまい、患者本人とのコミュニケーションが不足したため、もっと声掛けを増やす必要があった。
358	50点	入院前からケアマネが本人、家族の意向で退院先の選定をしていた。病院側としては情報提供、自宅訪問にて環境調整を行った。
359	80点	もう少しリハビリ期間があれば在宅復帰も検討出来たが、医療関係者のカンファレンスの結果、独居生活は難しいとの結論に至りサ高住の提案となる。本人も院内の生活が行えていたので、渋々の承諾であった。
360	80点	KP：ケアマネ、弁護士との調整に思ったより支援が必要であった。
361	80点	本人は自宅退院希望だったが、日中独居の時間がながくむずかしかった。要介護度もそんなにたかくないため、在宅サービスだけではむずかしかった
362	20点	寝たきりで、施設より入院しているため、軽快になれば施設へ帰ることは明確になっているため
363	80点	宗教関係の方が数名面会に来ては本人へ自宅へ帰らないように言われており、本人の希望ではなかったことが悔やまれる。本人、ケアマネ、宗教関係者との話し合いが必要だった。
364	70点	家族の意見がずれている時があり、それに対して支援もずれたことがあった為
365	70点	患者、家族間の意見がよりスムーズに行くような関わりなど
366	100点	本人の希望（自宅）だけでは無理な状態であったので、時間を使って徐々に、家族間で、気持ちを確認し合った。妻を介護していたので妻と一緒の施設を探す事が重要であった。
367	90点	生活保護受れている方で施設は拒否、ほぼ一人暮らしで施設の方が体調管理できるのではと思い進めたが自宅でそうなると、再入院が考えられる。自己管理生活上、援助は、介護保険サービス拒否していた方、もう少し時間かけて納得するまで対話必要
368	70点	本人は退院後の住まい決定は家族（娘）に任せるとの意向であったが、本人にも施設見学をして頂くよう働きかけが必要であったのではないかと思う。
369	70点	退院後の継続援助
370	50点	家族、本人の希望をゆっくりと聴取するべきであった
371	80点	独居で医療行為（インスリン、パウチ交換）も必要であった。全盲であったことから在宅サービスの不足があった。本人は在宅生活は困難だと、わかっていたが施設入居を拒否。県外からのご家族が帰省に納得した。長年住み慣れた場所から施設入所する際の本人の葛藤について。どこまで介入すべきかの迷いがあったが、今もベストな方法は不明。
372	80点	今後必要と考えられる往診医の説明、依頼方法について家族に説明したが、口頭だけの説明だけでなく、必要時確認できるよう書面でお渡しする事ができれば、より良い支援につながったと考えられる。
373	70点	入院前別の職員に家族相談があった。その時は当院での関わりはなかったが、何か早期介入していれば確認できたこともあったかもしれない。
374	80点	自宅から有料施設が遠くなってしまった。金額の制限があり、その施設にお願いした。
375	100点	病状が落ち着いた時点での早期の退院支援（退院先の検討）
376	98点	患者や家族の意見が日によって変わり、退院先の決定までにかなりの時間を要した。患者、家族の価値観を早期に理解し、意向を引き出していくことが必要。
377	80点	本人には、何とか納得していただいた状況だった為、本人の見学や家族との話し合いを時間をかけて行えればよかったと思う
378	80点	家族は施設希望と前医より紹介があったが、家族は治療をすれば病状が改善するのではないかと、何度目かの面談時に話され、認識の違いをうめるのに時間を要した。入院当初の面談で、方向性の確認が必要であった。
379	80点	独居で身寄りがなかったため、自宅の片付けが必要であったのだが、本人が片付けるのに説得をすることに、本人の意向とそえていたか悩んだ。
380	90点	施設見学を事前にすることができなかった。自宅においてあった貴重品等を区の担当と本人が取りに帰ったことはあったが、その時に足を伸ばして見学すればよかったと思う
381	70点	食事摂取ができず老健入所の対象外となった。特老で経続的ではない点滴も視野に入れていた。本人の状況と家族の意向（元の支援ハウスの特老）入所にこだわっていたことに対する対応の遅れが改善されること（待機者が多く入所不可状況であった）
382	100点	本人、妻は自宅での生活を希望したが、介護力がなく、これまでもすぐ誤えん性肺炎で入退院をくり返していた。妻も表面上は自宅で介護してあげたいと言うが、娘には「しんどい」と頻回に訴えており、娘夫婦は、施設入所を希望。病状からいうと療養型病院も考えられたが、その人らしく過ごせる生活の場を提供したいとの思いもあり、Nsが24h常駐している有料老人ホームを提案し、家族にも納得して入所してもらった。
383	70点	施設の情報を具体的に詳しく得て、対象家族へ知らせることができれば家族はもっと安心できたと思える。ポート造設あり、家族の体調を考慮して長めのショートステイを考えたが、費用的にも難であり、在宅へとなった。
384	80点	患者、家族ともに施設入所を希望され、施設入所に向けた支援を行っていたが、支援の途中、家族より金銭的な負担の訴えあり、今後の療養先が定まらない場面があった。金銭的に負担が可能な施設を検討していたのだが、先々のことを考えて家族は不安になったようであった。家族の意向が変わるケースは多くあるとは思うが、家族の金銭的な負担を早くキャッチ出来ていれば施設入所に向けた支援がもう少しスムーズにいったのではないかと思う。
385	80点	退院後再度自宅で転倒し、骨折。本人の希望、家族の希望、在宅サービスとも話し合っての結果であるが、その環境を変えること（リスク）の説明、確認がよかったのか・・・

386	60点	在宅での生活について、他介ゴサービスを利用して生活ができないか、院内で他職種とも充分検討してみれば良かった。
387	60点	入院前の自宅の始末、清算等できなかった。早期に段取り必要だった
388	80点	施設の情報収集にあたりSWももう少し介入しケアマネと協力した方がケアマネの負担軽減につながった気がする。
389	90点	施設入所を決めるまでに、不安からか本人の意向が何度もかわってしまった。そのため入院期間が長くなってしまい、ADL低下もみられた。
390	90点	第1希望の特別養護老人ホームが受け入れ不可であり、退院調整が遅れたため、有料老人ホームと並行して調整する必要があったと考える。
391	75点	収入管理、安全性の見積もり
392	60点	ケアマネージャーが中心となり見学等の調整を行っていて病院での相談員としてのかかわりが少なく、ケアマネージャーとともに問題点や不安点でのかかわりを多くもつ事で、各連携が取れそれぞれの役割り分担ができれば満点になると考えられます
393	100点	本人、家族の希望にそえる施設への退院（入所）
394	80点	対象患者とその妹2人ともが、精神的な不安を感じやすかった。決定権を持つ親族もおらず、60日という限られた時間で新たな居住先を選定しなければならず。、精神面のフォローがうまくいかなかった。最終的に納得はしてもらえたが、その点がフォローできればよかった。
395	60点	家族、御本人の気持ちの落ちつく間がなく、ENTまでの流れが整ってしまった。患者、家族のペースに合わせる必要があった。
396	80点	早期退院支援
397	60点	kpは家族や近所の方がいたが、本人の意志が強く周りの意見を押しのけ自宅退院で支援を進めた。しかし、家族や近所の方、CMの協力が得られず、結局自宅に帰れなかった。本人に関らないといけない人が機能していないのが原因。この関係を整備しなければいけなかった。
398	60点	患者の希望通りの退院先への支援ができなかったため、患者と家族の両方の意見をくみ取り、両者を含めてじっくり話し合う場を、もう少しつくればよかったと思う。
399	60点	家族は見学でその施設を気にいり申し込んだが、入所までの間に注腸が必要となってしまったため、その施設が外来受診（週1回）に難色をしめし、退院後訪問指導で1ヶ月間5回の対応をおこなう緊急的対応となってしまった。入所待ち中に症状が変化する場合それに対応出来る施設を再選択する時間はなかったため
400	90点	御本人、御家族の希望にそえたが、入院期間が60日をこえてしまった
401	80点	本人との面談回数を増やし、認知機能低下はありながらも状況把握をすすめていくことでより安心した退院には繋がったかもしれない。
402	80点	金銭面での工夫がもう少しできればよかった
403	90点	患者の意向にそえているか不明
404	70点	自宅でのインシュリン、酸素、飲水、排便コントロールが必要であったが家族内でも、自宅か施設かで、答えがなかった。介護力不足のまま、ケアマネに調整をまかせて退院。カンファレンス不足
405	85点	家族が、患者が一人暮らしはできないと認識するまでに時間を要した。認知症状が進んでいたことを明確に伝えていなかった。
406	90点	親子関係が、修復できるまで関わりが持てる時間があれば良かった。
407	80点	早期からの介入
408	90点	当初介護付の施設に空きがなく、退院直前まで入所出来るか他のサービスでつなぐか・・・調整が必要だった。
409	70点	患者への施設の紹介、説明が急であったため本人を驚かせてしまった。計画的な支援が必要であった。
410	80点	家族（キーパーソン）から生活状況の聞き取りが充分できていなかった
411	90点	特別養護老人ホームと入院費用の2重払いとなり、経済的負担が家族にあったため。入院日数の短縮を調整すべきであった。
412	80点	今回退院後に再入院あり、サービス事業所間との情報共有がもう少しできていればと思った。
413	90点	退院后訪問の回数を増し、本人とその家族に対し＝＝・＝＝をすべきと思った。又、もう少し退院支援を早く進めていけばよかったと思う
414	70点	保証課が最初に明確に入居可能なサ高住の条件を提示すれば1ヵ月くらいでENTできた
415	90点	もっと早期に退院できたのではないか。3週間の入院となる前に主治医ともっと退院日を、早める相談をするべきだった
416	90点	・退院調整の際、もう少し早期からの調整、医師との調整。
417	50点	本人を希望している生活環境を整えられれば良かった。本人と家族の関わりを少しでもサービスを介入して変えられれば良かった。
418	70点	本人が認知症があり、家族も高令で調整がスムーズ進まず時間を要した。その都度話の内容が変わる。
419	70点	患者の自己決定の支援がSWの役割と考えるが、その決定に患者自身がどれだけ納得できるか、その精度を上げていくこと。
420	80点	遠方の為ご本人が施設見学に行くことが出来ず、ご家族さまの意向ご入所先が決まった。
421	70点	キーパーソン以外の家族を巻き込んだ支援。
422	75点	もう少しはやく家族とコミュニケーションをとっておけば良かった
423	70点	患者の希望通りの（歩行器希望）ADLを重視し過ぎた為、再転倒し再入院となった。（病院側は車イスと歩行器の併用をすすめていた）
424	70点	前施設からの意向による退院先の変更であったため、本人の選択の余地がなかったが本人の希望を確認することが必要であった。
425	80点	入院当日より担当ケアマネージャーからの情報があり、自宅が困難と予測されていたためケアマネージャーと連携をとりすすめることができた。食事量が少ないこと、病状悪化のおそれがあることについて、主治医と家族のICの場をもっと持てるように調整すべきであった。
426	80点	状態的には、もっと早い時点で自宅へ帰せる状態であったが、同居の子供たちとの関係（虐待など、家に帰すのは危険）で退院先が定らず、ケアマネ等の意見もあり、包括期限一杯で、自宅（ショート利用）→老健への予定（結局入らず？）で退院となった。疾患だけでなく、家庭環境の問題が大きく、早い段階から（退院支援をすすめていたが、期限ギリギリでの退院となってしまった。家族、本人、ケアマネにとっては、満足（納得）できたと思う。
427	100点	施設へ戻る調整のため、状態変化を情報提供していくことができた
428	90点	・入院中、ケアマネの意向で病院で担当者会議ができなかった。入院中担当したNS、RHと退院後の生活について協議する場が必要だった。※ケアマネに何度言ってもダメでした。自宅での担当者会議には病院側からMSWのみ参加してきました・・・。
429	40点	納得させて入所させたかった。
430	80点	本人の“家に帰りたい”という希望は叶えられなかった。元々、利用されていた施設に入所となり、安心感は得られたかと思う。
431	85点	入院当時自宅に退院したいという希望あったが、独居で転倒もくり返していたため、本人も不安があったが、入院中は試験外泊など行って、1度在宅に戻り、本人の意思を確認する事が必要であった。
432	65点	退院について、本人、家族と話をして、希望に合う支援がよりよく行えれば良かったと感じる。

433	80点	思ったよりADL upがなかったという点もあるが、施設入所を決めてから入所までの期間が少なかった。家族は忙しかったかも（日数がなく、あわただしい面談等になった）
434	85点	自分も一緒に、施設見学に行き、ご本人の不安、気になった所を伺い、代弁し、対応の方法を確認早めにわかりやすくご本人に説明することを共通理解すること。
435	80点	入院期間日数がもう少し長ければ、家族の満足度も上がったかと思われる
436	80点	前回入院時に、ゴミ屋敷で本人の判断能力低下、息子に知的障害を疑える行動があったが何の支援も入っていない中、成年後見の市長申立て、息子を更生相談所につなぎ、包括やケアマネと連携し、できる限りの制度活用を検討、申請したが、公的機関の手続きに時間がかかりすぎ（→支援中半で自宅に帰り＝再入院してきた）今回も一旦は本人の希望を尊重し、自宅退院も考え外泊したが糞尿まみれで戻ってこられたので、外泊の是非をもっと慎重に検討すべきであった。
437	80点	患者が最後まで自宅で過ごしたいという思いをかなえることができなかった
438	80点	本人、家族の希望通り、前から入所している施設へは戻る事ができた。ただ、退院の日程等決める時、家族が中心となり行ってくれた。病状説明時に施設のスタッフも来ていただき話をすすめたら、その場で退院日が決められ、家族の負担軽減になったもしれない。
439	60点	住まいが遠方だったので、在宅チームとの連携がとりにくかった。本人の最初の自宅に帰りたい意志を汲んで、家族、在宅チームへもう少しアプローチできればよかった。
440	70点	入院時から後見人手続きをすすめる必要があったと思われる。
441	90点	早期介入が必要
442	60点	院内、院外の様々な職種、機関に相談をしたが、最後まで納得いく結論が出なかった。どのような支援をしたら100点満点になるか現時点でも分からない。
443	80点	ご本人の意向が確認できるとよかった。
444	40点	ご家族より、次の退院先の施設が決まってから本人に話す、施設入居ではなく転院すると話すと希望。その為、決定した段階で、本人が行かないと言い、ご家族からの説明でもなかなか納得が得られなかった。→本人の判断力がしっかりしている場合には、本人にもきちんと説明を行った上で決めていかなければいけない。
445	40点	熊本地震の直後、環境変化に付いて行けず、認知症が悪化し、グループホームへ入所された。その後症状落ち着いた。以前より、施設側からグループホームの対応（適応）ではないと言われていた。今回の入院を機に、新たな施設を検討することになった。本人、家族共に、今の施設に入所しているから、認知症の症状が落ち着いているという思いもあり、できれば元の施設への退院が良かった。
446	80点	ADLの状況、今后必要となる支援をしっかり、家族に理解していただく。認知力の程度、課題、予測されること等
447	90点	もう少し早い段階で家族と関われていたら良かった
448	60点	自宅転帰で実地訓練、家族なしですすめていたが、状態不安定となり後半、バタバタと変更したため
449	90点	負担可能な金額の中からの選択肢が1つしかなかったので、いくつか選択肢があればよかった
450	45点	・入院早期より、定期的にキーパーソンである三男と連絡を取り合う必要があった。・本人を取り巻く関係職種と課題点の整理や役割分担が早期に出来ると良かった。
451	90点	元々家庭内不和があった時、困難だったと思う
452	80点	在宅で過ごす時間を短期間でも作ることができたのではないかと考える
453	50点	独居であったため、夜間の不安があった。夜間のサービスとヘルパー、事業所も不足しているため、本人希望の自宅を選択できなかった。家族の協力、同居は無理と言われた。嫁に行ったため夫に言えない。
454	50点	早期介入、ご家族への聴取。
455	89点	本人の希望は山間地にある自宅近くで生活したいというものであったが、適当な居住施設がなく、説得するかたちとなってしまった。ダメ元でも本人の意向に添って支援するという段階を踏んでもよかったのかもしれないと考える。
456	70点	本人は認知機能が低下していたが、家族が遠方でなかなか来られず、本人を中心に話を進め、日によって意向が変わり振りまわされてしまった。家族は本人の認知面や状況をきちんと把握できていなかったと思うので、もっと家族を巻きこんで支援ができればよかったと思う。
457	70点	施設の選択肢を増やして検討するべきだったか？
458	85点	圧迫骨折の患者でコルセットによる疼痛で、離床がすすまなかった。鎮痛剤内服や除圧など様々行ったが、疼痛コントロールが十分行えなかった
459	90点	本人の希望にそった退院場所の選択不足、施設の把握不足
460	70点	認痴症が強く家族介護には限界があったが、家族が思いを表出されず真意をくむのに時間がかかった。早期に真意を表出させなければいけなかった
461	80点	退院時期の提案をDrに上申出来ればもう少し早期退院となっていたのかも知れない
462	90点	家族、ケアマネとの連携をもう少し密にした方がよかった
463	70点	退院先の中に自宅という選択肢が上位だったことに気づかず、ご家族が嫌な思いをしたかもしれない。退院カンファレンスと退院日があきすぎて点滴内容の変更などがあり、処方で慌てたため、情報のupdateを忘れずに行う。
464	80点	結果的に特養の入所が決まった、というだけ、入所できなければサービス調整をして自宅へ戻していたと思うが、退院後も相談できる体制を作り、家族、ケアマネ、事業所との連携がとれたら100点に近づけるのか
465	90点	60日という期間の中での支援では、入所をすすめていける施設が十分ではなかった。空床のある施設を優先するしかなかった。
466	90点	近隣病院への不満あり、当院へは2時間程度かかる。電車など乗りつぎ受診することあるが、ほとんどは弟に送り迎えをしてもらっている。とのことで義嫁と不仲との事。患者以外は当院周辺に住むことを考えていた。患者の事を思えば希望通りではあった。
467	80点	患者、病棟スタッフ、福祉スタッフ、ケアマネとのカンファレンス回数を増やし、情報交換をさらに密にすることでさらに適切な療養先の選択ができたと考える。
468	70点	キーパーソンがいないことで退院支援が難航していることを、地域や行政に訴え、各事務所の役割を明確にし、支援方針を統一させておくこと
469	50点	サ高住が空くまでの間、老健施設への入所で退院調整していたが、家族としては直接サ高住に入居できるなら入居したいと意向が変わられたため、随時意向の確認が必要だった。
470	75点	居宅ケアマネと、本人の年金で自己負担できる範囲でのサービス調整となった為、本人の意見をもっと踏まえることができれば良かった。
471	90点	当初より家族が希望していた施設への入所ではなかったがワンクッションでと納得して入所。但し実際決定するまで多くの施設から候補を中々絞れていないようだったため、家族の性格をみてもう少し絞って情報提供をするべきであった。
472	70点	元々家族間の関係や金銭面での問題が大きく、転倒のリスクや清潔保持など問題山積の中での退院となったケースだった。
473	80点	どちらかといえば親族のニーズが先行していたと思われるため、本人に対するアセスメントを高めていくことが必要であった。
474	80点	調整の中で本人・家族の希望が変わり、施設に払える金額も変わったため、要望を聞きすぎて翻弄された→主治医をまじえてもう少し厳しく話をすれば良かった。
475	70点	内服や吸入の管理の必要性を本人、家族に指導
476	70点	介護保険変更申請のタイミング。入院前から冬期に向け施設も考えておられた。ケアハウス入所すすめていたが、入院ADL↓と、もともとの介護度から入所できなかった。御家族との十分な面談。キーパーソンが遠方で、仲々帰省できず、退院先の変更、準備等について、話しができず、御家族の十分な納得が得られていたかわからない。

477	80点	痛みが強く、リハビリも思うように進んでいなかった。ADL向上しないと受け入れ難しいと施設よりあり。主治医と患者の希望が合わず、調整に時間がかかった。
478	100点	介護者の息子様、脳梗塞後後遺症不全麻痺あり。介護困難、金銭的な面もあり自宅退院がやむおえない状態でトイレ自立の確立が必須条件。包括入＝よりトイレ介助重視見守り歩行まで可となった。
479	70点	認知症あり。施設入所を決定したことを忘れてしまう。自宅に帰りたいという発言が退院前も聞かれており、意志決定に関してのサポートに関して検討が必要だった。
480	60点	自宅には戻れない現実を十分に受け止められる対応ができなかった。
481	70点	本人からの希望については家族から伝え聞く形となったので、直接、本人と話し合う場をつくるべきであった。
482	85点	遠距離地区の施設や社会資源に関する情報不足であったため、資料を集めたり、事前見学を行う等、情報収集が必要であった。
483	65点	身寄りの方が遠方で関わりも希薄であった為、行政等をもっと巻き込んで、支援をすすめていければよかったと感じてます
484	80点	在宅への退院に向けてもう少し介入できたと思う
485	87点	地域に後見人なしで受け入れ可能な施設を増やしていない。理解と協力を求める活動が必要であった。
486	80点	施設見学の同行までは、行えなかったが、施設の空床状況などを確認し、ケアマネジャー・家族への情報提供などを行った。
487	100点	在院日数が長かった。この患者にさく時間がかかりすぎた。
488	50点	退院先の選択肢を多く提示し、早目に決めてもらい、包括病棟の期限内に退院できるようにすべきだった。
489	90点	患者自身が見学に行けておらず患者の意向が十分に聞けなかった。
490	90点	紹介する施設を事前に見学する必要があった。
491	70点	家族と早期の関わりが必要であった
492	80点	本人は妻（他界しているが伝えていない）のいる自宅へ帰りたい気持ちがあったと考える。判断力が乏しくきちんと伝えられないが、何度も説明する中で、伝えるべきかどうか判断できなかった。評価に苦慮する。
493	50点	高令者のADLの維持向上（意欲も）
494	65点	・入院時カンファレンスを早期に開催し、早くからかかれる
495	70点	転棟時より退院支援に関わり、ソーシャルワーカーや家族の方と話合いをしてきたが、家族の思いと本人の思いの違いで、退院先がなかなか決まらなかったので、早めに退院先について話し合いをしておけばよかった。
496	70点	長期化したため他のアプローチ法があったのでは…。
497	80点	早めの退院（在宅調整に時間がかかった為）
498	50点	妻も認知力低下あり、決定に時間を要した。
499	85点	本人が希望されていた自宅での生活継続が出来れば良かった。
500	65点	施設の選択肢が少なかった（金銭的に）、本人の希望に沿えていたか気になった。
501	85点	入院後より家族の退院の方向性が定まらず、時間を要した。家族の不安が大きく、情報収集や話を聞いて不安を軽減できる支援ができれば良かったと思う
502	60点	積極的なリハビリの介入を希望していたので、退院前によく説明し調整できると良かった。
503	90点	施設での日常生活の様子を把握した上での情報提供
504	90点	ケアマネジャーと協力して施設を探していたが、ケアマネジャーの方が率先して途中から動いて下さり、結果的に主にケアマネジャーが支援となった為
505	60点	施設の入所するのに空がないので長期化してしまった。
506	80点	金銭面について当初は本人の年金額の範囲内との事であったが、結果的には、一番家族が重視した点が「看取りまで可能」である介護付有料老人ホームを選択された。意向聴取をしっかりとする必要があった。
507	70点	認知症の進行に対する家族の受け入れに対するサポートが必要であった。
508	70点	施設見学や検討を通し、自宅に復帰する意向を固めて、在宅復帰となったケースであるが、本人の意欲モチベーションを維持できる関わりが必要だったように思う。
509	85点	退院支援中、妻の骨折により、入院期間約1ヵ月程が延びてしまった。老健への入所については、情報提供のみとなってしまった。身心機能維持を考え老健経由で自宅へ帰れば良った。
510	90点	・看取りの予定で入院となった。退院時、今後の経過などのカンファレンスが簡単な説明となってしまった。施設へ充分な指導が必要であった
511	80点	互いに面会、見学は行ったが、退院先の担当者を交えてのカンファレンスを行っていなかった。
512	70点	本人の希望ではなかったので、納得するのにあまり時間をかけることができなかった。時間をかけて納得できると良かった。
513	80点	早期介入
514	70点	御家族への病状や状態への理解を得る事ができなかった。医療行為が提供できる社会資源の存在
515	50点	かかりつけ医の拒否があり、自宅退院がスムーズにできなかった。
516	70点	退院先決定がリミットギリギリすぎて家族と充分な調整ができなかった。
517	80点	もう少し早期支援が出来たかもしれない
518	70点	本人の意向の聞き取りを十分に行うこと（家族の意向中心の支援となってしまった）
519	90点	退院期限があり、他の方法を十分に検討する時間が足りなかった。
520	70点	キーパーソンが途中で変更になったが、病棟看護師が把握していなかったため、面会に来たキーパーソン以外の家族に退院後のことで話をすることがあった。キーパーソンは立腹していた。
521	80点	今後、腹膜透析か血液透析を導入する予定であり選択次第で療養先が変わり何度も多職種、在宅チーム（往診や訪看、CM、小規模相談員）で検討したが本人の決断がつかず一旦自宅に退院し療養を検討することになった。本人の自宅ですごしたいという思いは叶えられたが介護者の負担は大きくなった。
522	95点	介護保険の区分変更を行ったが結果おりるのリミットギリギリだった。結果がでてからの退院日決定だったため、早く結果が出れば早期退院ができたと思う
523	80点	御家族の介護負担を考えると、転院が望ましいが本人と家族の希望で自宅へ戻った。しかしその後も在宅での限界があり入退院を繰り返している。
524	70点	期限1カ月前よりご家族へ施設を紹介し、いくつか見学に行かれたが決めきれない様子が見られていた。気持ちによりそい、支援を行っいてたが最終的に少し焦らすことになってしまい、もっと早めの介入が必要だった。
525	60点	家族の意見が（こだわり）強く家族の希望通りの施設がなかなか選定できなかった。結果的には納得され新しい施設へ入所となった。
526	70点	本人、家族の意向に合う施設の選が困難であった為、現状の理解を促し施設での対応を調整していく必要があった。
527	70点	退院までに長期の時間を要した。
528	90点	本人の意向のすいそく
529	80点	・時間をかけすぎた。・家族と連絡をつけるのが困難であった
530	50点	入院期間が70日を超えたので、もう少しスムーズに調整できた部分もあったかもしれない。入院日数の短縮

531	80点	患者本人が意志決定できない場合、家族の意志決定を院内の多職種が同じ方向をむいて支援するまでに時間を要した。家族に不安を与えないようチーム力が発揮できるよう院内の教育が必要と思う。
532	40点	包括入床後、骨折が判明し安静治療を指示された
533	80点	本人の希望する施設の受入体制が整っており、希望の施設へ入所することができた。
534	80点	家人の病＝及び本人への関わり方についての助言etc
535	90点	市外有料老人ホームの情報収集を早目に行っておくと早くに退院先が決まり、ご家族の安心が早く出来た。
536	80点	ムスコが1人いるが連絡はとりあっておらず、本人1人で決めていかなくてはいけなかった。ケアマネと相談しながら、本人の気持ちを優先していった。自宅の売却とかたずけに時間がかかった。別の施設を考えていたが、生保打ち切りとなったため急きょ、さがさなければいけなかった。全体の把握をおこないながらすすめていかなければいけないと思った。
537	95点	本人の希望であった自分の住みなれた場所の施設が、少し遠方になったこと(※理由があってのこと)看護師さんの協力もあり自宅へ荷物を取りに帰ることができたが、本人にとっては少しの時間で持参できた物も限られたことに不満をもらされていた。その後の入所先の職員の協力もあり再度家財道具等の処分に立ち合えたことを含めれば100％です。
538	60点	サービスが充実すること
539	85点	・CMとの連携
540	80点	インシュリン注射の導入、ADL低下による思いなどPtやfaへもっと気持ちを知り介入できる事は、ないか。
541	80点	患者本人の意向に沿った退院支援が理想だったが近隣との関係で自宅退院が困難だったため、ご本人や親戚の意向に沿った施設を案内した
542	60点	ご本人への説明と同意
543	90点	金銭管理の方法を確立することまでできず、退院後に決定したため、早めに検当できれば良かった
544	60点	自宅に近い所を探すことが出来れば良かった。
545	60点	ケアマネージャーとの退院前カンファレンスが実施できず、本人、家族まじえてカンファレンスができるとよかった
546	90点	退院前に自宅訪問をして、住環境を把握した上で支援にとりかかればもっとスムーズな支援が行えた
547	80点	本人の妻も圧迫骨折で同時期に入院しており、本人と妻の今後の生活の希望を確認する(今回のケースでは不十分であった)
548	75点	短期間で家族に施設入所手続きをお願いすることになったので、余裕をもって退院の準備ができるように、入院経過を適切に把握する。
549	40点	同居知人がHPには来れないといっており(遠いから)、本人の通帳をかんりし、本人の生保費用で自分も生活していた。お金が足りないという＝＝となり、施設入所難航した。
550	80点	老健施設の定員など、入所が困難でなくなる
551	90点	ご本人が自宅以外の施設に退院されるケース。ご本人の説明にかなりの時間を要した(家族、ケアマネからの説明。施設見学も行った)。最終的には納得されたが、ゆっくりと関わる必要がある。94才と高齢であり、ADL向上、ご本人の理解、納得していただけるためにも、もう少し入院期間が必要であったかもしれない。地域包括ケア病床の期日では短いと思われる。ケアマネージャーの力量にも問題があったかと思われる(ケアマネ歴1ヵ月)。
552	85点	本人に認知症があり明確な希望はなかったが、家族の状況を考えると自宅への退院は難しい状況にあった。本人が納得が出来たかどうか不明
553	80点	妻が入院中、本人の介護が困難のため、ケアマネからの依頼があり、レスパイト入院となった。妻の退院と同日に自宅退院希望であったが、妻が以前と同じように介護をすることはすぐにはむずかしく、本人はショートステイに行くこととなった。本人の希望は自宅のため退院支援が100点にはならない
554	10点	受け入れ施設がみつからない。
555	70点	患者の希望に対する家族の理解
556	50点	今後の方向性について、家族の意向がなかなか定まらず、調整が進まなかった。退院後の生活については、家族はイメージしにくい部分もあるため、選択肢をもっとわかり易く提示する必要があった。
557	80点	家族に現在の本人の状況下を理解して頂き、施設の現状を理解して頂くために、もう少し時間を取り説明すれば良かったと反省。
558	100点	入院前から仮契約されていた施設に希望通り入居することができた。
559	80点	施設を選ぶ・見学に行く時間的な余裕。
560	60点	患者自身は在宅ENTの希望がゼロではなかった。認知症、飲酒、飲酒されると暴力的になってしまったりと事情があり、在宅支援者側からは在宅困難の意見があった。関係機関とかカンファレンスも重ねた本人の希望もあり養護施設の運びとなったが、他府県の施設での受け入れとなり、本人も知らない土地での生活への移行となってしまう。→本人にも見学の行って頂けるような対度→外泊を試してもよかったのでは(介護使えないが)在宅の可能性の追求。
561	80点	金銭的な理由で、在宅へ退院されたが、生活力、介護力を総合すると、大変リスクが高く、介護力も低い家庭である。今後も入退院の度に調整が必要になると思われる。
562	60点	患者の希望は、自宅への退院であったがADLに介護が必要となるため、自宅には、日中独居になるため、家族と医療関係者は、施設の入所がのぞましいと考えたため、本人を説得する方向で調整をすすめたが、本人の納得がえられなかったため、家族が自宅の退院にすると言った。初めから自宅退院の方向も、もっと視野に入れて考えればよかった、と思った。
563	90点	他職種と連携を図り、カンファレンスや面談をくり返し、患者・家族同意のもとで施設を選択できた
564	70点	ベースにアルコール依存症があり、家族関係に不和があり、今回の入院を機会に施設入所を家族が強く希望され、本人の希望通りの退院先ではなかった。
565	50点	自宅に退院
566	50点	介入したが家族支援がしっかりできており、家族まかせになっていた部分もあったため新たな投薬等ができればよかった。
567	60点	・妻も同時期に入院(癌のため)していた。本人の予後の見立の方が短かったが、先に妻が他界。金銭管理他全ては妻が行っていた。同居の息子は精神科入院中。早期よりご夫婦での将来の話し合いを促し、介入すること。妻としての、意向確認を明確に把握することが必要だったと思う。
568	90点	家族にとっては直接施設へ退院できることがベストだった。少し不安をもったままの自宅退院となった。(その後入所する予定)
569	60点	手術目的での入院から、状態変化によって結果的に長期入院となったため、家族の不満や不安が生じていた。その都度主治医の病状説明等に適宜つなげていく事が、よりよい支援につながったと考えられる。
570	70点	息子が住職という職業柄、同敷地内での居住でも充分な支援はできないとのキーパーソンの訴えであった。金銭的な
571	80点	進行する病状に対する受け入れ先のマンパワーとマッチしなかったこと。
572	80点	希望の通りに行ったが、その調整の間に家族内では誰が保証人になるかともめていた。それを本人が知っていた。
573	60点	独居の方だったので今までのようにサービス利用で、自宅での生活は自信がなくなっており自宅以外というところの本人の具体的な意向の確認をとらない支援となったこと。
574	50点	在宅での看取りの準備ができていないまま、家族とケアマネが強引に退院してしまったのでしっかりした体制を整えることが必要。
575	70点	介入チームの連携は、100点であるが、本人への支援は？便のコントロール不安で入・退院を繰返されている。入院中は、話し相手となり、不安を取り除く事に対応のみで独居のためか、誰かと話していると安心される。施設入所の件も促すが、新しい環境…それもまた不安材料になる

576	80点	入院後状態が変化(脳梗塞発症)した。身寄りがなく、金銭的問題や介護保険の申請、後見人制度の利用、家主との面談など同時に進めていかなければならず、トータル的に整理しすすめていければ良かったと思う。
577	90点	息子の協力を得る事が出来れば試験外泊が出来たら良かった
578	80点	入院時不おん状態となり、方向性に悩んだ。
579	60点	この患者様は、慢性心不全、腎不全、糖尿病で1年に何回も急＝増＝し、入院、自宅退院をくり返した。有料老人ホームの話はずっと前から出ており、本院はFaと面談したり見学に行ったり、本人は在宅希望のため何度も計画を見直したりしていた。本人葛藤しつつやっと決心した。その葛藤の受容がきちんとできていたかと思い60点をつけた
580	100点	本人と話し合いをくり返し最終的に納得した上で特養に入所できた。
581	80点	入退院をくり返している患者で、今後独居が難しい現状であったため、もう少し介入を早くするべきであった。
582	80点	元々外来通院していた患者であり、担当医の患者に対する思いが強くあり、患者を住み慣れた土地で独居生活をさせてあげたいという思いが、患者家族の“独居は心配、家族の暮らす土地での施設入居を希望する”という意向と大きくズレが生じている場面であった。私自身の退院支援の評価としてではなく、チームとしての評価として、医療者の思いが患者家族を混乱させてしまったことがこの患者に対する退院支援の評価の減点になると思った。100点満点にするためには、どのようなことが必要だったかについては、今後の当院としてのチームアプローチの課題であると思う。
583	60点	入院期限を気にして、本人よりも家族の希望を優先したので、もっと本人の希望がかなう方法を考えればよかった。
584	70点	施設見学のタイミングを全て家族に任せた。空きがある施設であったが、入所まで半月以上かかってしまった。
585	100点	家族・在宅サービス担当者の協力
586	80点	面接頻度の見直し
587	50点	家族の意向が変わりやすい方であった為、CMなど皆で集まり調整する機会が増やせれば良かった。
588	60点	ご本人、家族の思いを確認し支援を進めたが、ご本人は自宅への退院希望が強かったため、その思いに寄り添う時間をもう少し持ちたかった。
589	90点	退院支援の早期介入
590	90点	退院前、息子と会う機会が少なかったので、夫以外の家族とも話す必要性があった
591	90点	キーパーソンである長男様が有職者で県外在住のため連絡のやりとりに時間を要す事もあったが、ご本人様、ご家族様の意向に添う援助ができた
592	90点	退院後訪問指導の導入・・・提案をおこなったが、介護保険ですでに訪問看護が入っていたため同行の指導に理解がされていなかった
593	70点	レスパイト入院であった為、期間内に、家族との面談が十分に行う事ができなかった。
594	80点	介入があと1週間早められればよかった
595	85点	患者本人と絶縁状態にあった親族に早期に連絡をとり、関係機関も巻き込んで退院にむけた協力要請をする必要があったと思う。
596	60点	吸引や訪問看護が必要だと医療者側は感じているが、妻がかたくなに拒否された。家につれてかえりたいが、人を入れたくない。自分でできる範囲で行うという妻に、高齢でありどのようにサポートしてよいか悩んだ。
597	80点	レスバイトが長期化してしまった。
598	60点	認知症によるインシュリン管理困難、患者説得できず自宅退院、家族の協力体制づくり必要、社会福祉の介入の拒否強く介入なしで退院、説明と同意が得られなかった。低血糖で3日后に再入院となった。
599	90点	ADLを見て夫の介護力があると判断したが、退院後、一週間程で介護疲れあり。看護小規模型居宅の長期宿泊となる。入院中の夫への関わりが少なかったかと反省。
600	60点	早い段階から介入し、家族の要望を確認する必要があった。ケアマネジャーがいるからと任せっきりになっていた。
601	70点	在宅生活は厳しい状況ではあったが、本人周りの人に迷惑をかけたくない思いから施設入居を決めた面があり、本人にとってよかったのかなと思う面がある。
602	90点	キーパーソンは東京在住の妹であった。妹が来県時通いやすいところを希望であったが金額的に難しかった
603	80点	長期に介護が受けられる施設が必要だったが、経済的な制限もあり小規模多機能施設の宿泊利用で退院となった。
604	80点	後見人が意思決定にどこまで介入できるかの把握
605	90点	独居であり、身内がない患者さんで、呼吸機能が退院前に増悪し、介護度も3→5にUP。痰の喀出も多く、本人は自宅を希望したが、痰の自己喀出ができないため、CMとも相談し病養型病院へ転院をした。後見人についての申請が、おくれたため転院先に迷惑をかけました。
606	65点	施設の仲介業者に情報をもらい仲介してもらったが、自分でも確認できれば考慮の仕方がちがったかも
607	80点	・本人と見学に行く。
608	90点	退院前後訪問もでき、情報共有も行えた
609	80点	本人と家族の希望する退院先に相違があった。最終的に本人の意思を尊重する形での退院となったが訪看、サービスを入れても家族が精神的負担を強く訴えていた。
610	50点	最低限のことは行った
611	70点	包括の期限ぎりぎりまで退院調整をしていたが、もっと早期にまとめることができたのではないかと思う。
612	80点	家族の理解をえて本人の希望をかなえてあげられれば良かった。
613	60点	本人は意志疎通が出来ないわけではないが認知症もあり、家族目線での支援になった。本来の本人の想いを聞き出せなかった。
614	80点	本人が1番希望した。自宅退院となったとき
615	100点	ご家族様の要望を聞き情報提供し最終的にご家族様が気に入って下さった。ご本人様も見学に行き拒否する言動なく入所できた。
616	80点	距離的に少し遠方になってしまった。本人のADLがあがらないままの施設入所になってしまったこと
617	20点	主治医のムンテラを早期に入れ、禁忌肢位について家族に理解してもらう必要があった。入院前に説明をされたいたが、十分な理解が得られておらず、自宅での独居生活が困難と家族が判断した。
618	70点	妻の負担をもう少し減らすことができれば良かった。
619	70点	一般病棟に入院になった時点から、家族の意向、施設側が受け入れしにくい理由、そのためにはどう調整していくかを確認していく必要があった。再入所のための条件や、胃ろうからの注入の時間など、早期に確認が必要であった。家族と施設側との今までの経緯を両方の立場から早めに伺っておくべきだった
620	70点	介護者である妻の思いと、本人の思いにずれがあった。妻は介護困難との思いがあり、サービスを入れながら、在宅の道をさぐることもできたのではないか
621	50点	もとの住居に戻ったが、環境整備は不十分。生保も提案しているが、同居の義妹が拒否。やむを得ない調整となった。収入面に対する支援、生活の場の支援が必要。
622	100点	退院先を家族とみつけることができ、かつ、希望にそった場所を家族が選ぶことができたため
623	70点	サービス内容の充実が必要
624	60点	安心安全に生活できるかサービス内容を検討し、導入した上で退院できれば良かった。

625	80点	60日以内で退院させたかった。もっと本人を早期に納得させる必要があった。
626	80点	経済的虐待の事例。福祉事務所担当者と協議の上、入所先を決めたが、福祉事務所の意志決定に時間を要した
627	85点	患者が退院する予定の施設への事前見学を行えるとより良い支援が行えたのではないかと感じる。
628	90点	もっと早く介ゴ保険の見直しをしておけば、スムーズな調整が行えていたかと思う
629	90点	頑固で自己主張の強い方だったので、息子さん達との確執があり、妻の負担が大きかった。できれば、息子さんを交えて支援ができれば良かったと思う。
630	100点	医療面での心配があり(点滴、外来での化学療法など)、独居での自宅生活が難しいのではないかと思い、多職種で検討し、最終的に、本人の希望通り自宅へ退院することができて良かった。
631	70点	本人の納得を十分にしてもらいたかった。
632	80点	ソフト食の提供が必要であり、施設の選択肢がせばまってしまった。ソフト食の形状もプリン型のものしかなく、家族が不満そうだった。家族が施設に＝イートなどの食事を持ち込み可能か等、他の対応策が検討できればなお良かったと思う
633	70点	途中で前任から引き継いた為初期の意向が理解できていない。
634	80点	患者、家族へのもっと細かな説明
635	80点	家族と話すことが多く、本人とはあまり話せず、本当の気もちがきけたかと反省がある。
636	60点	施設への入所日を施設側の都合で調整したため、希望通りではない施設であった事もあり、退院前には家族が強く不満を抱いていた。入所後も本人から「帰りたい」と言われるのが可愛そうで、自宅退院を考えている、とCMから聞いた。
637	80点	独居のため見守りや安否確認など周りの人とのかかわりを支援できたらよかったのか？
638	40点	本人の思いや病院側のすすめより、家族の都合が優先された。家族間の関係も悪く、説明等更に工夫が必要であった。
639	80点	連絡の窓口をひとつにしぼる
640	80点	患者も心から望んで施設を選択している。
641	50点	家族の意向はあまり沿えない状況だった。本人の意向は自宅退院だったので、意向に沿えたとは思うが、主たる介護者の妻の気持ちをあまり聞けなかった。
642	90点	本人の意欲が何事に対しても乏しく、人まかせの状態であった。退院先を決めるにあたってはより積極的に働きかけをすることで本人の主体性を引き出すことが必要だと感じた。
643	10点	認知症状悪化のため病棟が対応できず早期退院となった。もう少し時間をかけて調整すれば本人の希望する自宅へ退院可能だったと思う。
644	70点	もう少し時間をかけて、多職種で話合いをするべきだった。
645	80点	今回入院前より認知症が悪化したことで、これまで居た有料老人ホームに戻らず、介護付有料老人ホームへの入居となった。老人保健施設でリハビリ強化を行い、介護付有料老人ホームの検討をしていたが、空床のタイミングもあり、早目に入居が決った。もう少し吟味することも出来たと考え理由とした。
646	70点	レスパイト入院で、在宅discは決まっていた。入院中に家族、CMとやりとりは行ったが、本人の在宅での暮し方を訪問も調査を行って、把握すればよかった。
647	70点	今回の入院までに短期間での入退院を繰り返していた。その時点で家人への＝＝も含めておくべきだったか。
648	80点	時間がかかった
649	70点	元々、1か月のほとんどをショートステイ利用し数日を自宅で過ごすも息子の関わりはほとんどなく、生活保護ケースワーカー、担当ケアマネジャーから本人、息子を別々にして息子は適切な治療が受けられるようにとの考えがあった。関係者の考えは考えとして、本人、息子ともう少し向き合い支援していく必要はあったと思う。施設見学も自身が行い見ておいたほうが良かったとも思う。
650	90点	施設、見学し十分納得して入居できるよう支援することが必要だった
651	90点	退院後(施設入所後)も時々元の自宅(←患者の希望でもあった)へ外出できるよう、入院中に家族へ介護指導や福祉タクシーについてお教えした。しかし自宅外出への同行ができず(元旦だった為)その後も調整ができなかった。(自宅訪問もできていたら100点)又、在棟期間の60日には間に合わなかった
652	50点	医療的GOALをもっと早く決定するべきだった。
653	70点	自宅へ退院するための課題を抽出し、解決方法をもっと検討する必要があった。
654	90点	本人の疾患に対する家族の理解を深められず、本人への関わり方が入院前と大きく変化なかったため。しかし、入院中、精神科医を含む家族カンファレンスや退院後の継続支援について、在宅サービススタッフと情報共有を行ったため。入院中におけるこれ以上の変化は難しいと考える。
655	5点	もっと積極的に本人のもとに通い、顔をだすべきだった。
656	60点	本人の希望はまったく聞きいれられず家族の希望だけで退院先を決定する形になってしまった。日中家族不在という状況でも在宅療養(介ゴ)は可能である事を家族に情報提供を時間かけて行なう事も必要だったと考える
657	50点	退院前訪問未実施
658	80点	ターミナルの対応について(訪問看護)考えるべきだった
659	80点	入院当初は自宅退院を望んでいたが、自分のADL低下に患者自身が気づきはじめ、患者から施設入所の希望へと変わった。施設を探す中で、どこも希望が多く入れない状況もあり、もっと早期から、例え自宅希望できた患者でも退院先が変化することも見据えて介入すべきだったと思う
660	90点	たん吸引が夜間もあり、夜間は訪看を入れることにしたが、不充分であった。
661	70点	スムーズな支援。時間がかかった
662	80点	退院時期の調整。褥瘡治癒の経過をみながら、通院ではなく訪問診療で対応できるタイミング、状態まで待っても良かったかもしれないと思う。通院負担の軽減が可能。
663	60点	本人の希望を聞きいれた支援を行えば良かった
664	0点	退院支援を始めて間もなくだった事もあり、どう関わってよいか分からず本人や家族の意向を早めに聞いて対応する事ができなかった
665	80点	住宅でのサービス調整で本人の拒否が強く、サービス利用につなげられなかった
666	60点	医師との密な連携。本人の希望に加えて、家族の考えももう少し時間をかけて聞くべきだった。
667	95点	家屋、施設見学に自身も本人と同行して評価をする
668	80点	本人、家族希望の施設へ入所となったが、同居予定の実妹についての情報収集をもっと行い、各事業所との共有や相談を詰めるべきであった。
669	80点	自＝＝＝
670	50点	結果としては入院して早々に介護保険申請が必要だったと考える。
671	70点	・自宅と施設の違いについて、もう少し明確にしておくべきだった。・主治医を巻き込む必要があった。

672	90点	本人の希望は自宅での生活だった。母親への虐待や介ゴ力不足から施設入所となったが、本人の意志が充分に生かされたとは思えない。
673	90点	患者・家族の希望に沿って退院支援できたが、もう少し入院期間を短かくすることができたと思うので、入院期間の目安をもう少し早く家族に伝えることができるとよかった。
674	50点	ケアマネージャーとのコミュニケーション、情報交換が十分でなく、自宅or施設入所で2転3転して、患者さんの思っているような退院援助ができなかったが、最終的には、意向を聞けて、患者さんの希望に近づけたと思う。
675	80点	時間の余裕があれば患者本人にも住宅を見学してもらい、入居にあたっての不安軽減につなげたかった。
676	60点	意志決定支援における在宅（自宅）での生活における支援
677	80点	元々は都会に住んでおり、有料施設であっても都会をとの思いがあったが、病状から家族の近くを選択せざるを得なかった。時間的猶予があれば可能であったかも知れない。
678	50点	早期より本人、家族の意向をきき介入する必要があった。
679	68点	自宅か施設かの見極めに時間がかかってしまったため。もっと他職種と連携を図かり、家族との連絡も密に取っていければと思う。
680	70点	早期介入。本人、家族の理解
681	90点	本人の希望が自宅だったので
682	50点	在宅復帰が可能と思われたのに出来なかったから、それを支える本人、家族と話を詰める時間が必要
683	80点	在院日数が長い、施設を決めるのに時間がかかった。精神科への転院できなかった
684	60点	退院先の施設についてもっと情報収集できていれば良かった。
685	70点	独居であり、入院前から本人の不安な思いが聞かれていた。本人の思いをもっと早い時期から家族（娘）と共有し、今後について相談できるとよかった。
686	50点	緩和ケアのレスパイト（症状コントロール含め）入院で期限が決まっていた為関わりが少なかった。
687	50点	介入開始が早めに行い、状況を把握し、調整ができればよかった。入院日数に限りがあり、日数に縛られ、充分な支援が出来なかった。
688	90点	家人よりCM変更の希望があり調整していたが、変更したかどうかの確認が家人任せだった為時間がかかった。もっと積極的に関わるべきだった。
689	50点	高齢者の入院環境による関連症状を防止できれば希望通りの自宅退院が可能になったと思われる
690	0点	本人の意思確認
691	70点	独居で在宅困難と医師から指示があったが、本人の努力もあり、在宅に帰ることができた。ただし、今後要入院等、ADLが低下したときの話までできていれば、良かったのではないか。
692	70点	生保の人が入所できる施設等の情報を得ていなかった。情報不足であり、退院後の生活の場についてもっと知識を深める必要がある
693	80点	自宅へ行き来したい（自宅と併用）というのが本人希望でしたが、現在のADLでは困難な状況でした。もっと何かいい案がなかったか他MSWとも相談することが必要だった。
694	90点	本人による見学、内容把握
695	70点	妻も要介護状態。本人の認知症もあり転倒のリスクが高く安全を考えれば施設入所がベストだが、経済的な問題もあり自宅退院へ。経済的なことを福祉と相談が必要であった。
696	85点	・以前より在宅サービスは利用していた。服薬も多く、医療系のサービスを導入できなかった
697	90点	もう少しスピーディーに動くべきであった。
698	90点	キーパーソンが県外在住であり、かつ高齢、認知機能の低下もあり、十分なコミュニケーションが図れなかった。キーパーソンの子を通じて説明するなど工夫、働きかけが必要であったと考える。
699	80点	退院前カンファレンスでサービス調整をした際、その場でFaがケアマネに希望を言いだせず、カンファレンス後に相談を受けた。ケアマネと本人、Fa間での関係が、言いあえる関係でなかったのを後知った。Faからケアマネとの関係が上手くいっているかきく必要があった
700	50点	自宅退院についての検討も十分に行う必要があった。
701	90点	受け入れできる施設がもっと数多くあれば、ご本人に選択してもらうことができたと感じます。
702	90点	インスリン導入となり施設入所も検討したが、本人の希望である在宅独居生活のために医師やケアマネと早期から協働し在宅療養環境を整えていた。しかし、紹介医が糖尿病の専問医師ではなかったために通院を断わられ転院。通院介助などに経済的な負担が増えることとなった。連携パスもあるが、医師によっては難しい場合もあるようだった。
703	90点	在宅生活の中での相談窓口として包括支援センター等への情報提供をしたら尚安心した生活につなぐことができたのではないかと思います
704	50点	本人・家族との意見に違いがあり、本人は自宅退院を希望したが、自宅環境が悪く自宅退院は困難であった。本人がなかなか施設入所を納得されなかったが、結果的に入所につながった。
705	90点	本人の在宅生活へのスムーズな移行のため、入居への手続きの時間が短縮できたらいいと思います。
706	60点	施設との連携
707	85点	将来の身心機能悪化を考慮した退院先の選定
708	75点	ご家族が協力的だったので、そこまでMSWの力が大きく必要ではなかったので。
709	70点	生活保護の申請時期の見極め
710	95点	退院後、本人が暮らす様子を見に行く（評価）。（しかし、職員から近況は聞いているため、-5点とする）

Q6-1.その他

1	住宅型有料老人ホームで介護サービスだけでは認知症がすすみ対応が難しくなった。金銭管理等も施設では引き受け困難なため
2	インシュリン管理
3	住み込先から追い出された
4	リハビリが必要だったため
5	本人の不安が強かった
6	昼食の提供がなかった
7	衛生面と住める状態ではなかった
8	家族が不安となっていた。
9	退院できた
10	認知症があるため
11	・自殺企図など精神面の不安定がお有りのため独居困難・前医も自宅独居困難と
12	ゴミ屋敷のため
13	日中、独居状態にしておくことへの娘の不安
14	空いていなかった。
15	自宅の焼失
16	家族の不仲
17	老々介護の家族
18	夜間の対応、本人の依存心
19	ADLの低下で、入院前のケアハウスに戻れなかったため
20	虐待保護のため
21	定期的な通院が必要なため、人手がないことや具合いがわるくなると心配などで、受け入れてもらえなかった。
22	認知面の低下から独居困難
23	息子と母親が同居を継続すると、食事や保清精神面等の面で両方失ダメになる
24	該当者なし
25	服薬管理
26	認知症あり動けるが家でもわからなくなることがあるため
27	ADL
28	ライフラインの復旧
29	病識なく過度に動いて生活に支障生じる不安あり。
30	本人の健康自己管理が不充分だった為
31	同居家族からの虐待あり自宅へ戻れず
32	主治医が施設入居を家族に勧めた
33	体形によってSPO2が下がることあり受け入れ×
34	Dr疑いあり、行政も介入
35	施設側の受入体制
36	家族の負担が大きい
37	1F美容院、2F住居
38	嫁との関係
39	精神疾患有り
40	合同カンファレンス・家族指導した上で現実を受け止めて厳しいと感じたから
41	内縁妻と入院中に別れた。家は内縁妻の持ちもので、帰る所をなくした。
42	ADLは自立していたが、認知あり、日中独居が難しいため（入院前より、水・火の不始末あり）
43	本人のADL低下
44	転院時は有料老人ホーム入居の希望だったが、自宅退院となった。
45	ADLが低下したため
46	退院できた
47	透析導入予定であり通院先への利便
48	認知機能の低下
49	火事で自宅が全焼した為
50	すでに退去しており、状能的にも受入れ不可だった。
51	契約解除
52	ネグレクトが疑われた為
53	認知症
54	家族の理解力がない
55	自分だけの生活が困難である為
56	感染症のある方の受入れ不可
57	元の施設、満床のため受入れ不可
58	過疎地域で通院や生活困難
59	近隣住民の懸念
60	介護者の妻が膝骨折で入院中
61	清潔な環境になく、今後も保てないと思われた。
62	入院頻回、認知症の進行
63	認知症の悪化
64	経管栄養になったため
65	認知症の進行
66	床上浸水し自宅に住めない
67	ご家族の意向
68	嚥下状態が安定しなかった
69	息子様が障がいを持っていた。
70	特養でうけ入れしてもらえず、自宅退院となった。
71	施設の決まりを本人が守れなかった。
72	宗教関係者からの退居依頼
73	ひきこもり生活になってしまう。
74	自力した生活ができない
75	困難はあったが元の住まいに戻った
76	CMが協力しなかった。
77	認知症がすすんだため
78	家族から経済的虐待を受けており、居宅介護サービスの支払いも滞っていたため。
79	常時必要な見守りや、支援が提供出来なかったため。
80	家ななくなった
81	飯場
82	認知症
83	施設と家族の関係が悪かった
84	同居家族の病気
85	ゴミ屋敷
86	主たる介護者の精神疾患の悪化
87	施設側からの依頼
88	施設サービスで対応できないため。
89	特養入所が決定したため
90	地域住民からのクレームが役所へ届き拒否された
91	家がごみ屋敷
92	かかりつけ医より支援困難
93	本人の意向の確認ができない。
94	本人が独居で不安

95	要支援になり老健入所継続困難
96	頻回の入院
97	介護者が体調をくずした
98	利用していた短期入所先から断わられた
99	家族が在宅での見取りを希望した
100	近隣住民とのトラブル
101	自宅に帰れた
102	行政の反対
103	介護者が療養中
104	本人・家族とも施設を希望したため
105	震災により住居のとりこわし
106	アルコール問題
107	家主との関係性
108	家が山奥にポツンとある
109	家族の介護サービス利用拒否
110	禁酒の必要があるが守れない
111	近親者がいない
112	家族が海外と日本を行きききしている
113	同居息子による経済的虐待
114	入院前の「元の住まい」に退院できた。
115	重度の認知症で家族が疲れていた。
116	家族が大がかりな改修を希望
117	本人ADLの大幅な低下
118	認知症状の増悪
119	家族の元、施設への不満
120	うつ状態。前回ENT時に親類宅に身を寄せたが金品のみとられて世話をしてくれなかった
121	本人の不安
122	転倒のリスクが大きい為
123	母親への虐待
124	認知症あり
125	認知症の妻との２人暮らしであった為

Q6-2.その他

1	ADLのみ見れば可。精神不安定が問題。
2	手厚いサポートで、チャンスはあったと思う
3	困難な問題（清掃）はあったが方法はあったかも知れない。
4	同居者は高齢の妻のみであり、自宅退院では厳しい状況も考えられる。
5	本人が居宅介護サービスを受け入れることができたら帰宅できたかもしれない
6	家族の介護力にも不安があったため、自宅に帰ることが出来たかは不明
7	帰ることはできると思うが、すぐ転倒し再入院になったと思う
8	元の施設への帰所を希望しなかった。
9	自宅に帰ることを検討することはできたと考える。

Q6-3.その他

1	本人の意向を尊重
2	元の施設では医療対応、リハビリ不足だと別の施設の入居を希望された。
3	主介護者も要介護状態のため
4	主介護者が病気を患い、手術が必要な状態だったこと。
5	施設に対する不信感
6	元の施設に戻らず自宅での生活を希望したため
7	大家や近隣住民からの不安な声
8	本人が1人で県外で生活をしていたため、1人暮しを続けることは無理だと判断。
9	認知症による様々な影響への不安。
10	元の施設にはもどりたくないという家人の希望
11	施設スタッフと関係が悪かった
12	家族も仕事があり本人の介護は難しい
13	ケアへの不満
14	医療への依存
15	元の施設への帰所に不安があった。
16	主介護者の体調不良
17	入退院をくりかえし医療系施設が望ましいということから
18	高齢の妻と2人だったため。認知症もあり常時見守りが必要な状況であった。
19	自宅のハード面の問題が大きすぎた
20	住環境。

Q6-4.その他

1	施設系在宅医療になってます
2	自宅退院の選択肢がなかった
3	元々グループホーム入所していたため。
4	結核の治療中のため
5	本人、家族の不安が大きい
6	家族、介護サービスのみでは、管理困難なため
7	単身
8	HD管理の問題
9	介護度upのため、家族が同意しなかった
10	家族が医療行為をサポートできる認知機能がない。
11	家族の介護力
12	不安
13	在宅での独居事態困難
14	家族の在宅医療・介護への不安が強かったため
15	通院等Ptのみでは処応不可
16	居住地との距離が長く通院の手段が困難。
17	独居であり安全面、食事面の不安多い、吸引ムリと
18	本人かかりつけへの通院希望したので
19	家族が望まなかった
20	有料老人ホームへ訪問診療に行っていただく形となった。
21	家族の不安が大きい
22	住宅医療の量の不足
23	家族が希望しなかった
24	家族が希望せず
25	在宅医療を行うのみでは本人の全身状態から独居は厳しいため

26	人工肛門だったため在宅医療を依頼しても、自己管理が無理であった
27	透析中
28	元利用していた施設では常時の痰吸引ができる対応ではなかった。
29	施設入所を望んでいた
30	すでに往診医、訪看は入っていたが、それらが訪問する時間以外の大半は妻が介護し、 誤えんさせていた。妻もうつがあり、介護困難
31	本人拒否
32	入院リハビリが必要だった。
33	安静が保てない。転倒リスク高い
34	そもそも家にかえれない（入所施設では在宅医療（往診）受けている。
35	吸引の必要性があり、家族が求める頻回で、タイミングが良いケアが受けることができないため
36	元々いたサービス付高齢者向け住宅にNsがいないため
37	本人が在宅医療や介護保険のサービスを増やすことを拒否
38	介護者も高齢者なので
39	家族の不安
40	元の施設では吸引ができないため
41	家族の不安が強かった
42	本人が希望しなかった。
43	在宅医療はあっても、独居ではサービスがなりたたない。
44	施設系在宅医療を実施
45	家族関係の不和
46	在宅酸素が必要であるが、エレベーターがついていなかった。5Fまで階段昇降が必要であった。
47	家族の不安
48	インスリン自己注射の手技は獲得しているが病識が希薄で、確実にするためには、 施設職員等の声かけ等が必要であった。
49	本人が当院通院を希望した
50	施設での看とりを希望したため
51	NPOの家に在宅サービスを導入することが困難だった。
52	本人の理解が難しい
53	家族の介護力がない
54	家族が希望しなかった。
55	元々、家族の負担あり有料老人ホームにいた
56	家族の不安が大きかった
57	独居で管理困難。
58	家族の心配
59	同居の妻が車椅子生活のため

Q6-5.その他

1	風呂が使えない
2	ゴミ屋敷だったため
3	床がくさっていた。
4	汚染
5	仮設住宅だったため
6	旧家、老旧化
7	階段がのぼれない
8	自宅の衛生環境が悪く、すぐに住むことができない状況であった。
9	階段が多い（玄関、屋内も）
10	台風被害により、瓦がとれて雨もりするなど、修繕費も負担できず、住環境が劣悪。
11	自宅内が不衛生で住める状態ではない

【C票 自由記載一覧】 ※以降すべて記載内容を原文のまま掲載

Q1-1.その他

1	ケースバイケース
2	包括ケア病床へ転床してから1週間以内 （入院時から1ケ月～2ケ月以内が多い）
3	急性期から転棟してすぐから
4	ケースにより異なる。
5	Drの介入依頼がきてから数日前後
6	急性期入院時から。
7	退院支援が必要となった時
8	他職種からの依頼時
9	ケースバイケース
10	主治医より退院の許可が出てからなので日数は病状により様々
11	一部一般床よりの依頼で介入
12	患者の状態に応じてまばら
13	一般床入院時から
14	他職種からの依頼、カンファレンス
15	ケースバイケース
16	入院から1ヶ月程度経過してから。
17	病状に応じて
18	包括ケア病棟に転棟してから

Q1-2.その他

1	家族関係や本人のキャラクター
2	受傷前の生活状況ADL既往症、受診状況
3	ADL、IADL
4	病歴
5	家族構成
6	本人が行っていた習慣・楽しみ等
7	家族関係
8	目標が達成できなかった場合のこと
9	今までのやり方、決め方、価値
10	サービス利用状況
11	社会保障制度の利用状況
12	今後の方向性
13	入院前のADL
14	入院前の生活の様子等
15	本人、家族の価値観や判断基準、趣味・習慣
16	病状への理解・家族関係、家族の経済的支援の可否
17	入院前の介護サービス利用状況
18	趣味、日課、食の好み
19	介護サービス利用の有無、サービス内容
20	治療内容、本人家族の工夫、資産
21	入院前のADL（食事・服薬管理・排泄・入浴 ・移動、睡眠）の状態を詳しくきく。
22	退院先の希望と自宅退院の条件
23	市役所、地域包括支援センター、社協等の介入
24	ADL、趣味、活動
25	本人の病状
26	主治医、かかりつけ医の意向
27	サービス利用状況
28	患者の人生観
29	本人の性格、価値観
30	退院に向けての目標
31	治療方針
32	現在利用中のサービス内容
33	本人、家族との関係性
34	本人の役割や社会的地位、家族関係等
35	本人の生活上の楽しみ
36	家族の交通手段
37	介護サービスの利用状況、施設申請の状況など
38	入院前の介護サービス状況
39	病状
40	退院先の希望
41	家族関係のよしあし
42	家族の関係、仲が悪いなど
43	インテーク時は浅めにする。年金額などは信頼関係が できた上で金銭的な相談がある場合など
44	入院前の生活の様子等
45	家族のパワーバランス
46	入院前の生活状況

Q1-3.その他

1	入院時Nsが確認
2	入院時の聞きとりにて確認

Q1-4.その他

1	退院前訪問指導を実施していない
2	写真など撮ってきて頂いている。
3	そういった態勢を機能上とっていない。
4	ケアマネジャー等からの情報をもらう
5	行っていない
6	家屋調査時
7	該当患者がいなかった。
8	訪問指導してない。
9	同行を行っていない
10	していない
11	行っていない
12	家屋評価として必要に応じて訪問している。
13	なし
14	そこまで手が回らない
15	同行する場合もあり、でない場合は同行者より情報をもらっている
16	退院前訪問指導をおこなっていない
17	していない。本人・家族、ケアマネからの情報提供
18	同行しない。本人、家族、ケアマネから情報をとっている。
19	未実施
20	退院前訪問指導は導入していない
21	訪問していません
22	退院前訪問指導なし
23	訪問指導を行っていない。
24	写真を撮ってきて頂いている
25	セラピストが必要と判断した場合。
26	ケアマネージャーからの情報のみ
27	行っていない
28	患者宅訪問はしていない。本人、家族、ケアマネからの情報は得る
29	退院前訪問指導をしていない
30	訪問指導は病院としては行っていないケアマネから聴取
31	訪問に行くケースはほとんどない
32	同行していない。（病院全体で）
33	本人・家族・ケアマネージャーより情報収集
34	CMから情報
35	退院前訪問指導を行っていない。家族や患者、 ケアマネから情報はもらっている
36	ケアマネの情報、ケアマネによる訪問
37	訪問していません

Q1-5.その他

1	地域ボランティア、ゴミすて、雪かきなど。
2	ボランティアや自費サービス
3	必要に応じて。
4	近隣住民のかかわり
5	住宅環境、今後の生活の見通し。
6	近所、親せきの協力
7	家族介ご力
8	市、社協等の独自のサービス、配食サービス、 介護保険外サービスなど
9	友人、本人の信こうしている宗教関係者の支援など
10	患者の生活歴から得られた個人的なつながり、関係者
11	配食サービス、シルバー人材
12	成年後見人の有無
13	近所の友人等との付き合い
14	家族の協力
15	食品などの配宅サービス
16	社会福祉協議会の有償ボランティア、生活困窮者支援、 民生委員など地域福祉ネットワーク等。
17	通院交通手段
18	高齢者福祉サービス（在宅）
19	自治体による、配食サービスなど

Q2-1.その他

1	本人の気持
2	トイレ介助の有無
3	原爆手帳の有無
4	介護医療サービスの拒否
5	医療行為の有無
6	医療行為
7	患者の自宅退院に不安が大きい。

Q2-2.その他

1	ロングスティ
2	ケアハウス
3	養護老人ホーム
4	療養型病院に相談
5	病院
6	医療機関への転院
7	療養病院
8	救護施設
9	療養型医療機関
10	療養型病院
11	MSWへ相談する
12	医療、介護療養病棟へ転院
13	同法人の療養病床へ移り居住先を確保できるよう支援する。
14	療養病院
15	医療機関
16	ケアハウス
17	病院
18	療養型病床につなぐこともある
19	家族、娘や息子の家
20	療養型病院
21	養護老人ホーム
22	養護老人ホーム
23	支援ハウス
24	転院
25	療養で最期まで看ていただける病院
26	医療療養病棟
27	医療近接型住まい
28	療養病棟
29	療養型HP
30	特別入所を相談
31	老人保健施設(要介護の場合)
32	短期入所施設が確保できるまで入院継続
33	併設の療養病棟
34	転院、転棟
35	療養型医療施を検討
36	養護老人ホーム
37	子供の家
38	転院、救護施設
39	その他の有料ホーム
40	療養型病院
41	期間限定(例えば、1週間とか・・・)で在宅に戻り、 その後再入院日を決めて入院
42	療養型病院
43	療養病棟
44	療養病棟
45	宅老所
46	療養病棟等への転棟
47	親族との同居等
48	レスパイト入院
49	長期療養型病院
50	一時的に転院
51	・医療療養型病棟への転院。・介護療養型医療施設への退院。
52	救護施設
53	入院継続
54	病院
55	ショートステイの連続利用
56	有料ホーム、サ高住
57	医療機関
58	連携病院
59	ケアハウス
60	療養病棟
61	療養病棟
62	病院
63	特＝入所を相談

Q2-3-1.その他

1	各施設へ直接
2	他の急性期病院でない病院
3	ケースにより異なる。
4	各有料老人ホーム担当者(施設長)
5	複数と連携している
6	他院の退院支援スタッフ
7	各施設
8	施設
9	入所先施設

Q2-3-2.その他

1	訪問看護導入
2	家族の状況把握、入院前の状況
3	区分変更
4	介護保険サービスの調整
5	入院前の情報収集、現状の情報共有、今后の方向性について
6	入居に際しての介護保険サービスの調整
7	家族の状況
8	ケアプラン作成依頼、カンファレンス実施
9	ショートステイの手配
10	家族の相談相手・適した施設の紹介。今までの関係もあるため。
11	介護力や経済状況の確認や相談
12	社会資源について
13	退院後のサービス調整依頼
14	ショートステイ等サービス調整
15	転院受け入れが可能か
16	介護区分変更、ケアプラン
17	ケアマネとしての意見をきく
18	やり方をきく
19	介ゴサービス調整
20	入居後利用する介護保険サービス
21	サービス調整
22	入所に関する相談
23	退院先の相談
24	利用予定のあるサービスについて
25	治療に関する内容
26	本人・家族の現在に至るまでの思いや事情
27	これまでの調整状況など
28	地域の施設の最新情報
29	生保の申請
30	介保サービス
31	退院後の介護サービスの調整
32	施設への入居手続きの支援
33	ド＝などの空き情報
34	入院前に利用されていたサービス内容
35	入居後のサービス内容検討等
36	入院前の生活状況のききとり。
37	家族の意見
38	介護サービスの調整
39	ショートステイの空き情報
40	家族背景について
41	入所後のサービス利用継続のケアプラン作成
42	全般的
43	訪問看護・介護人の依頼、ヘルパー
44	日常生活自立支援事業等
45	サービス調整や自宅への訪問
46	ショートステイの利用
47	介護サービス等の調整
48	本人、家族への心理的サポート
49	養護老人ホームへの入居
50	他医療圏の施設の空き状況
51	ショートステイ先など探してほしい
52	保護課と入居費について
53	患者の生活支援
54	サービス調整
55	本人、Faへの希望の再確認

56	退院後のサービス調整
57	入院前の生活状況
58	サービス利用調整
59	身元保証人についての相談
60	生活保護受給について
61	退院調整等
62	施設が確保できるまでの間、ショート先などの確保イライ
63	退院後の介護サービスの調整
64	ショートステイ等の利用
65	本人の状況の共有
66	本人の性格に合う所はどこか
67	ミドルステイ
68	土・日などご家族の施設面談ご案内
69	今後の方向性について
70	利用できるサービスについての相談
71	住みかえの際の判断時
72	介ゴ内容
73	生活歴等の情報確認
74	立場の範ちゅうにあること
75	入院前の本人の様子思いの聴取と意見をきく
76	泊まりのサービス調整等
77	サービス調整
78	入院前の生活状況
79	住宅扶助
80	ご本人にとっての適切な退院先の相談
81	退院後の生活を整えること
82	今までの生活歴、家族関係
83	介護保険サービス(ケアプラン)作成
84	生活状況、介護サービス利用状況等
85	治療に関する相談
86	扶養照会
87	病状説明への同席
88	必要なサービスの調整
89	ショートステイの空き情報
90	入所相談
91	退院后のサービス確認
92	どういう施設がいいか相談
93	ショートステイの利用
94	サービス調整
95	本人Faの希望の再確認。
96	退院后のサービス調整
97	入院前の生活状況
98	ケアプラン
99	ショートの相談
100	在宅サービス調整

Q3-1.その他

1	自施設のMSW
2	家族の希望
3	自院の退院調整部門から
4	MSW
5	月1回送られてくる情報誌から。
6	自ら直接telして、空き状況確認
7	これまでの経験上
8	各事業所へ訪問して情報を得る
9	担当CM
10	院内のソーシャルワーカー
11	施設担当窓口から
12	連携室からの情報
13	MSW・地域連携室の者
14	問い合わせを直接する
15	自分で見学に行った。
16	自＝MSW
17	MSWより
18	直接電話する。
19	自院ソーシャルワーカー
20	部署内で情報共有
21	当院の地域連携室
22	見学に行き確認している
23	MSWから
24	MSW(当院の)
25	MSW
26	外勤を通して自分たちで見に行き情報収集
27	施設のある地域の包括支援センター
28	施設担当窓口から
29	サポートセンターより
30	院内の退院支援担当者がMSW
31	自施設のMSW
32	事業所から案内

Q3-2.その他

1	身体抑制や、床対応など往診について
2	場所
3	退居となる場合の事項、アクセス、立地
4	生活保護OKかどうか
5	交通アクセス
6	連携医療機関
7	場所、受け入れまでの日数
8	連携医療機関

Q3-3.その他

1	患者は見学しているがNsはしていない。
2	家族に見学してもらう
3	家族・本人が見学
4	家族又は本人に行ってもらう
5	近隣(周辺)の施設はすべて行っている。
6	家族が見学
7	その都度ではないが、近りんの施設にはほぼ全て1度は行ったことがある。
8	ほとんど見学している
9	家族に行って頂いている
10	家族が見学

Q3-5.その他

1	生保受給者や身元保証人についての受け入れ
2	家族の希望
3	本人の好み
4	家族・本人の施設への印象
5	家族の希望
6	13. 本人・家族の希望←家族の協力が得られる距離か？
7	退居事項
8	家族の通いやすさ(距離・交通機関)
9	患者、家族の希望
10	立地
11	場所
12	入居までの日数
13	交通の便
14	保証人が立てられない方の受入について
15	自由度
16	立地
17	費用
18	自宅からの近さ
19	空き状況
20	距離
21	キーパーソンが通いやすいか

Q3-7.その他

1	インターネットを利用して民間賃貸は検索
2	ハード面の確認が重要に。
3	有料老人ホームの中には、入居してから想定外の雑費などのため費用が高くなったという意見を聞いたことがある。
4	介護保険とは直接関係していない為、情報収集のルートが異なる、地域との連携、ネットワークが必要
5	バリアフリーや常駐スタッフがいない等
6	その他費用等
7	民間賃貸などを探す場合は、生活保護受給者の場合は福祉事務所に相談することが多い。チェックポイントも一般住宅のため、施設とは違った判断基準になる。
8	周辺住民との関係性や環境
9	住宅改修（手すり設置など）が可能か
10	部屋の作り、段差があり、バリアフリー手すりがつけれない
11	介護・医療ニーズの対応力について確認しない。
12	そもそも異なる住居。比較できない。
13	住宅改修が可能かどうかの判断にも差が出る場合が出てくる
14	ケアマネや行政など、地域で考えてもらうようにしている。
15	利便性、不動産会社、市役所へ問い合わせ。
16	ソフト面でのサービスは付帯していないので、ハード面しか検討しようがない。
17	介護や医療の内容がわからない。
18	施設とは、ことなる
19	それぞれの大家さんや管割を確認した上で確認していく必要性があるため。施設の場合はそれぞれの施設に電話をすればいいため。
20	対応できるレベル等はないと思うので費用面の重要度が増す
21	階数の移動が可能か
22	経済面、利便性
23	所有者の確認（住宅改修時）をとる。
24	ハード面（間取り、段差の様子、エレベーターの有無など）を確認します。
25	アパート等は、職員配置、ケア等がないので、情報把握していない。
26	本人だけで対応が出来ない場合（認知、身よりなし）の時に、入所が難しく、後見人の活用も現実的でない。
27	・民間賃貸の場合、老人の受け入れが可能なのか、家主の意向が必要。
28	施設の情報であれば、地域の事業所から、パンフレットをもらったりとおつきあいがあるが、民間賃貸に関しては、ほとんど情報を持っていない現状である。インターネット等に頼る情報あつめが現実となる。
29	ご本人やご家族に直接相手方とお話をしていただくことが多い
30	保証人の問題
31	・住宅改修が可能な物件を民間の場合探すことができる・保証人や前金に対して民間の場合は審査がゆるい
32	・保証人・高齢者、障害者等の入居が可能か・自治体への加入、参加要件・公共交通機関・ハード面・周辺の商業施設など
33	エレベーターの有無
34	ハード面の情報も重視する（バリアフリーでないところも多いので）
35	安否確認の有無があるか。
36	入居までの時間（審査等）
37	・障害や医療ケアが必要な場合が多く、一般に賃貸物件を探すのとは訳が違う。ソフト面の情報収集が必要
38	公的住宅の場合は役場との調整がメインとなる
39	3－7の場合、介護ケアや医療ケアはないものだと考え、チェックしない。
40	民間賃貸等の場合、ハード面は利用者側にとって最も重要なチェックポイントの一つであるためか質問がある。（実際入居された例はありません）
41	民生委員や地域のネットワーク等の周囲とのつながりをより把握する必要があると思います。
42	・介護ケアや医療ケアについては、在宅サービスの利用になるため、居住先のチェックポイントから除外・施設と違い階段や手すりの有無などのハード面の考慮が必要
43	インターネットを利用して民間賃貸は検索
44	周囲の環境（買い物や交通の便等）
45	医療依存度が高い為違いがある
46	スタッフ、ケア面でのチェックは無し
47	住環境調整では、住宅改修着工の可否確認を行う。
48	その他費用等
49	アパートなどの場合、不動産情報しかないので事前に物件見学など、現地に赴くことが必至。
50	民間賃貸や公営住宅はADL自立であったり、認知機能が低下していない場合になるため、選択のポイントが立地条件や費用となる。（サービス内容は関係ない）
51	・公的情報で把握
52	民間のアパート等は高令者の借入が難しい
53	施設での対応力を知る必要がある。（医療、介護）
54	すべて自らで情報収集が必要。

55	施設数に大きな違いがあり、あまり情報を把握できていない。また、そのような住宅を選択される方はお元気な方なので、不必要な介入はせず、自主性を尊重している
56	事例がないので分からない
57	きちんとしたサービスが受けられるかコール対応ができるか、緊急時の対応
58	管理体制。本人の自立度
59	エレベーターの有無、通院できる環境かなどハード面のチェック項目が多い。
60	アパート、UR、公営住宅への紹介はほとんどない。インターネット情報や手続き方法を本人や家族へ情報提供する程度。
61	・公募時期。・障がい（介護）状態の受け入れの可否
62	民間賃貸はインターネット利用で検索
63	対応可能なケアの範囲を施設ごとに確認している。
64	ハード面、住環境や主介護者の有無、民生委員や地域住民らの反対がないかなど
65	住宅改修の可否等
66	施設と違って、相談員は配置していないので聞きとりはできないと思う。そもそも民間賃貸である程度生活可能なら、チェックポイントは異なって当然。
67	アパート、公営住宅の場合、エレベーターがあるか等必ず確認する
68	民間賃貸を利用する場合は、地域の不動産に照会する。
69	・保証人の必要性の有無・ハード面（階段かエレベーターか、間取りなど）・費用。左記について主に確認している。
70	ハード面（階段、広さ等）と自宅周囲環境（スーパー等近くにあるか等）のチェックポイント追加
71	民間賃貸やURなどはある程度自立した生活ができる人が対象の場合が多く、訪問サービスを利用することを前提で考えます。室内の動線や介護者がケアできる環境であるかに注意します。
72	・インフォーマルサービスについて整備されているか・近隣住人の状況の把握
73	申込み方法や期間など独自のルールがあるのでそれにのっとって申込みをしている
74	民間賃貸やUR、公営住宅へ転居される場合、情報把握、契約等は本人、家族にて対応してもらう事が多い
75	アパートなどの紹介はしていない。
76	写真ではとてもきれいでしたが
77	費用の違いがあった。

Q4.自由記述

1	生活困窮者＝＝＝。公営住宅（バリアフリー化も含めて
2	行政や地域包括支援センターなどの関係機関と連携し、対応している。地域包括ケアシステム構築に向け、地域の関係機関や地域資源との連携強化が望まれる。
3	地域包括支援センター、ケアマネジャー、福祉事務所へ対応相談をしている。
4	申し込み確認ができた場合は、病院内で他病棟に転棟してもらう。申し込み未確認の場合は、他の施設を最度紹介する。
5	KPを確立する際に、後見人申立の場合、時間がかかる。迅速な対応ができる体制が必要。
6	家族、後見人等身元引受人がいる場合は協働して対応しているが、協力者が全くいない場合、行政に頼るしかないが対応が迅速でないことが多いので、より素早い対応や、入院前の生活自体を支える体制づくりを望む。
7	行政との連携が必要
8	民間は費用がかかったり、契約に時間がかかる。行政が住民サービスとして一時避難のような誰でも利用できるすぐに利用できるところをつくって欲しい。
9	・療養型病院への転院をお願いすることもある・医療ニーズが必要な方の受け入れ先が限られており、対応に苦慮している。
10	はんいを広げいろいろな人に相談して、退院先を探している。
11	行政の協力があまり得られないため、また自治体によってばらつきがあり困ることが多い
12	担当者から行政等への働きかけを行っているが、積極的に反応がないため、医療機関と地域の各担当者との連携を密にする必要がある
13	MSWにまずは相談するが、行政の協力がもう少し手厚くないと、地域包括とは言えないと感じる。
14	行政などに相談して対応していただいている。
15	経済的な問題や、保証人、身寄りがないなどの場合は、MSWを通じて施設入所が可能になるよう対応している。
16	現状を踏まえた上で、本人・家族と再度相談をする。
17	多職種との連携が重要であると思います。
18	地域包括支援センターへ相談し、協力をお願いしている。
19	民間の有料老人ホームは、医療面が若干弱い為緊急時の対応が遅れてしまうリスクがあるように思うので、病院（主治医）との連携の必要性を感じる。
20	できる限り費用が安く済む方法（ショートステイ、小規模多規能ホームの泊まりを連続利用等）を検討し、家族の支援が得られる場合は自宅に帰る場合もある。
21	病院や老健へつなぐケースが多い。医療体制の充実、身元保障人や入居契約などの代理、代行
22	当地域では高齢比率30％を超え、すでに2025年問題と戦っている。高齢独居者の場合、住まいの確保が困難なケースが多く、苦慮している。今現状では老健が空くまでショートステイ利用という流れが多い。
23	「住まいの確保」→こういったケースが少ない。病院には、入院の期限があり、個々の状態に合わせ施設を探している。あえて言うなら身元引受人等がいなくても入所等の対応が可能な施設を公的機関等でリスト化してもらえるといいのでは？
24	最終的にご家族に経済的負担か実際の介護をしてもらえる様に相談援助していく
25	・本人の家族背景→協力面。金銭面、医療依存度などいろいろな事から退院支援、住まいの確保はむずかしい。MSWと連けいし、制度を活用していく。今後どんな支援体制が→行政の協力体制
26	退院先を確保すべく、ひたすら関係機関・行政からの情報収集をすると共に協力を願う。
27	いろいろな所にかけあい、（ケアマネ＋施設）ムリであれば一度在宅へとはじめの頃につたえていくこと必要。
28	情報収集・訪問見学が必要だと思うが、現状は、業務内容（支援関係、入院、カンファレンスなど）が多く困難。専従・専任者の人員確保と体制づくり（報酬面含め）が必要。

29	特養などの介護老人福祉施設に関しては一覧を渡し、家族に申し込みに行って頂いているが、在宅系施設（ケアハウスなど）に関しては、一つ一つ、空き状況等を電話での確認を行い、その後、家族に見学等に行って頂いている。ダイレクトに空き状況が、常に分かるシステムがあるといい。
30	・自部署の老健利用・包括60日越えてもHP待期としている。
31	どうしても困難な場合は療養型の病院に転院も考慮する。もう少し費用面が安い施設が必要である
32	ショートステイ又は自費で宿泊できる施設を紹介する
33	・出来るだけ早い段階での退院後の方針に家族・本人・医療関係者・ケアマネ等とが共通認識を持つことが出来るカンファレンスを実施している。
34	様々な施設に電話で問い合わせ等しているが、施設の情報を一括して集約しているところがあると助かる。民間業者は不安なので公けで各施設の条件や空き情報などの情報をもらえる所。
35	見寄りのない人の場合金銭管理を行ってくれる施設を探す。後見人申請も時間がかかり退院に間に合わない場合が多い。可能な限りの申請の簡素化、又、一時的にでも代理で管理を行うことができる機関・制度が欲しい。成年後見・社協の金銭管理とは別で。
36	要支援の方で独居であったり、介護力が低い方でお金もない方に対しての受け入れ先がない、または少ないので困る。
37	病状、ADL、認知症レベルなど状態をアセスメントし、できる限り早期に介入できるよう、院内のシステムを構築、独居高齢者・身元保証人なしの事例が増加しており、地域に受け皿があるか、なければ行政・包括を巻き込んだ社会活動も必要になってくると思われる。
38	住まいの情報の共有
39	・対応できる（特に認知症の進行が強い）施設の受入先が必要である。・費用等にて生活困難等の方対応する（現在は自院持出しで費用負担をしている）
40	・介ゴサービスの調整。家族協力や隣の協力体制を確認。いくらまでの金銭負担、協力が可能かききとり、見学などの促し。・小規模多機能事業所の充実、及び減額制度の拡充、低所得であっても選択肢が増えれば
41	・保証人がいないと、確保が難しい。ケアマネ、他、連絡情報交換する。・一人暮らし、身よりのない方の体制（退院后ADL低下時）支援必要
42	・MSWへ相談・担当ケアマネジャーへ相談
43	・低価格、もしくは、標準価格で、サービス導入のしやすい施設の確保。・第三者的身本引受人制度の確立
44	院内のMSWにまかせている。
45	・低所得者でも入所可能な施設・医療依存度の高い方でも、入所可能の施設
46	家者・家族の意向を第1優先とし、院内・院外職種との連携を図っている。また、周辺施設の情報収集を意識し新しい情報が入る体制が必要と考えます
47	・経済的問題により「住まいの確保」が困難な場合、最終的には保護課や包括支援センターを通して養護老人ホームへの相談を行っている。また保証人がいないため入所手続きができないケースに対しての支援体制も必要。
48	低額の施設が必要
49	自宅退院で、医療行為や他者のサポートが必要な人への支援の体制。小＝技多採能のような施設（医療行為ができる）が必要。
50	上司へ相談、他機関専門職への相談。自宅へ安心して帰れるためのサービス、介護職員の確保
51	困難となる要因を明確にする。MSW、多職種、ケアマネとの密な連携
52	ソーシャルワーカーと相談している。市役所等は公共機関との連携の充実
53	様々なケースがあるため一言では回答できませんが、家族の支援、地域（包括支援センター、民生委員、行政関係等）との関わりが大事。
54	・施設への案内
55	一時的に受けてくれる転院先や入所先を探す。ケアマネ、地域包括支援センター、保護課とも相談する。身寄りがない方、家族関係が希薄な方への援助に限界を感じるので、行政も積極的にかかわってもらいたい。
56	・医療ケア、Nsサポート体制の充実。・夜間Ns常駐の施設体制が増えること。
57	地域での情報を他の関係機関から得られるように、ネットワークの構築を図っている。
58	自宅での在宅生活が全くできないのか家族やケアマネと再検討。サ高住等の情報収集と家族への情報提供。地域包括支援センターへ相談
59	自宅で生活できる方法を検討する。
60	費用面、又、民間賃貸を利用する場合、「バリヤフリー」や地域の協力「ボランティア、低層階の空室情報と利用条件を見やすくする。
61	老健やショートステイを利用し、再入院したり、他院への転院の調整
62	施設待機で確保困難なときは、他施設で対応してもらうかショートステイ利用を検討してもらう。各市町村で、独居世帯、老老介護世帯等の住民の状況を把握して当事者が困る前から介入することを目指してもらいたいです。
63	介護サポートが出来る人を作る。その方が24h見守りが必要ならば、その体制を作れるようにする。困難なら病院ワンクッションおく。
64	・本人、家族の希望を確認し、より理想に近づけられるよう検討する。・経済的に困難なケースが多いように感じるため、金銭面での支援体制が必要。
65	身よりのない方や生活保護の方の場合、身元引受人がおらず対応に困る事があり、市の担当者との協力が必要。
66	町営、村営の低賃金の住居を捜すか特養ホームの空き状報を把握する。又はショートステイ等を利用しながら住居を捜していく。
67	自宅退院への見直し。
68	要介護度がついてる方だったら、ショートステイを利用している。有料老人ホームや高住などで、医療依存度が高い方だと対応してもらえなかったり、料金が高くて、入居を断念せざるを得ないことがある。低額な入居施設が必要と思う。
69	定期的な見守り支援（自宅訪問など）
70	行政を巻き込んだ対応
71	行政（市や地域包括支援センター）へ住まいの確保にあたっての相談、情報収集を行っている。
72	地域包括センターを巻き込みカンファレンス等を行っている（特に生活支援、経費、身元引き受け人不在者について）独居又は老夫婦者等が支援施設の周囲に生活できる住居と設署等を考えていただきたい
73	今后のADLの見通しをリハスタッフに確認。医療ケアの有無を看護師に確認。費用も考慮し、行ける可能性のある施設を選定し、家族に案内。予め家族に情報を伝え空く見込みを確認した上で家族に見学・申込みに行って頂く。今後は入院患者の住まいの地域が多岐に及ぶため東広島市以外の施設情報をくわしく把握しておく必要がある。
74	今のところ家人希望や周辺施設と連携をとって住まいの確保はできている。施設の空き情報や高齢の方が入居できる賃貸などが分かるものがあればいいと思う。入院継続はムズかしいが多少の医療行為が必要な方（吸引1～2回や経管栄養）が多くなっており、施設対応できるかなども分かれば支援しやすいと思う。
75	後見人の確保が必要になってくると思われる。
76	申し込み可能な条件の施設へ、複数申し込みをして、空いたらそこへ入居。看取りが行える複合型の入居施設。
77	市役所担当と病院が定期的にカンファレンスを行ない、問題解決できるようにする。

78	地域関係機関との協力と情報共有。院内での情報共有と本人家族との関わりと支援
79	療養型医療機関への転院
80	病状による。はばを持って。
81	・他に住まいとして確保できる場所がないか探す。
82	入院日数を延ばす。平均在院日数、ベッドコントロールとの関係で厳しいですが。
83	院内はもちろんだが、地域の問題として関係機関へ相談を行い対応していく。
84	医療行為の24H支援施設が欲しい。
85	身元保証人がいなかったり、経済的に余裕がない場合は入院が必要になる前より、任意後見人等の検討も必要になってくると思う。
86	本人、家族の想いを傾聴し、病状、日常生活上留意、事項等確認の上、一緒に検討しています。
87	他ケースで利用したことのある住まい確保に相談していく。
88	・低所得・みよりなし・判断能力低下｝における支援が困難。行政との連携、成年後見制度の活用。市民後見制度の充実など必要と考える。
89	病名から考える関係機関に問い合わせ、相談。市役所や包括等にもきく。
90	地域のケアマネや行政と連携していく。
91	患者の身体状態に対応できる所をPt・Faと話し合っている。選択肢が広がるように連携がもっと、密になることが必要
92	行政に相談する。緊急的な対応が可能な中間施設がほしい。
93	費用面、身元保証人の有無。サービス内容等情報提供し、本人の意思を確認する。認知症の方を積極的に受け入れをする施設が増えていく必要がある。
94	MSWやケアマネと相談し、再度家族と本人に面談し、方向性の決定の支援を行う。
95	認知症対応、自殺企図対応
96	早期に院内のMSWへ介入依頼をしている。患者・家族、キーパーソンから意向を聞いて、MSWや他職種と情報共有しながら、検討している。内服の確認や、吸引、インスリン等の医療処置が必要な患者が多いので、看護師が24h対応できる施設が増えると良い（訪看が入っている場合もあるが）ソーシャルワーカーを共同して行っている
97	MSWに相談し家族面談にて家族の意向を重視
98	・高齢者住宅仲介センターに相談する。・全くの身内がいない人で住まいの確保が難しい人は今までにいなかったが、今後、保障人になる人がいなければ問題が出てくると思われる。
99	費用や医療・介護サービスの課題がクリアされれば「住まいの確保」ができる場合であっても、結局、転院や老健入所等を検討せざるを得ない。国民年金程度の費用で入所（長期可能）できる、ある程度ADL低下した方の受け入れが可能な施設が充実すれば助かる。
100	医療（HOT、痰吸引、胃ろう等）を提供したり、食事が入らなくてもケアしたり、家族が安心して看とりを対応してくれる施設があるとよい。
101	安価で＝＝＝判がとれる住宅の確保を行ってるが行うべき。
102	当院は一般急性期であり自宅に帰れない理由の多くは「医療処置」となる。「住まい」の中に医療をもちこむ段どりや指導、施設の体勢を把握するのが難しいため、その情報（うけ入れ手の）が必要時に得られるようになればいいと考えます。
103	範囲を広げて費用が安い受入れ先を探している。
104	身寄りのいない方や、本人の意志を代弁してくれる公的サポーターの早期選定。
105	ショート、ロングショートの利用
106	頻繁な見守りが必要になると思う。→自宅訪問など。困難な場合は、小規模多機能の利用をオススメしている。
107	低価格で入居出来る、公的住宅等の紹介があれば有難い。
108	本人・介護者の意向を確認しながら行政・地域包括支援センター等連携を行い、住まいの確保に努めている。退院時の患者の状態に対応できる施設の有無等が把握できるシステムが作れたらもっとスムーズに退院支援が出きるのではないか（医療行為、介護サービスを含め）
109	金銭的な問題や、家族からの支援が受けられない患者の住まいの確保がとくに難しい。病院だけでなく、行政など他の関係機関を含めて考えていかないといけない。そのようにしたくても、現実には病院で抱え込んでいるケースが多い。他機関にもっと問題意識を持ってもらいたい。
110	保証人なしでの施設入所可能なところのサポートがあれば助かると思います。
111	知り合いの大屋さんにお願いし、配慮して頂いて入所している状態です。
112	医療・介護サービスが24時間包括的に（収入に応じて）受けられる支援体制。
113	一旦は自宅退院を提案、家族の支援状況を把握する
114	金銭面等様々な理由で困難な場合、自宅への退院しかないこともある。近隣の介ゴ事務所との連携が不可欠
115	受け入れ可能な施設を探す。受け入れ可能になるよう介ゴサービスの調整を行うなどしているが、それでも家族が納得いかない場は、説得していくのみになっている。
116	国民年金のみでは、サ高住等には入れない。老健も困難な状況で、自宅を選択するしかない。そのためには、24時間巡回型のサービスを増やす必要があると思うが、働き手が減少することを考えると1軒1軒まわるのが大変なので、サ高住等年金の少ない方でも入ることのできる体制が必要と考えます。
117	情報がバラバラなため情報の一元化が必要
118	住民票を置ける施設を検討。地域包括支援センターへ相談。
119	受け入れ可能な施設を探している。医療処置がある患者の受け入れ先が少ないためそういった患者さんを受け入れてもらえる施設を増やしてもらえるとありがたい
120	身寄りのない方、連絡先のない方の場合施設への受入れを拒否されることあり。このような方の支援が必要
121	多職種との密な連携
122	ひたすら探す
123	経済的問題をまずクリアーしていくことは困難のことが多い。低料金設定の施設を増やす（特に都内・首都圏）
124	患者・家族の希望を確認し、受け入れ可能な施設の検討、ケアマネへ情報提供。
125	MSWと相だんし、お金の負担が少ない施設入居へ転居。本人と家族の思いが一番重要

126	身寄りのない人や経済的な問題を抱えている人が多く、対応は大変。「住まいの確保」が必要なのにお金がないことや、身元引受人がいないことで、確保できず、困ることも多い。できれば、行政で、そのような人達でも、生活することができる住まいを作ってほしい。
127	それぞれの施設の特性と患者さんの状態と合う施設がない時は、サービスを更に入れたり、家人に助けてもらったり、本人が困らない環境を行く施設に合わせてつくっている。サービス（公的なもの含め）の充実やインフォーマルサービスの充実が必要
128	生活ホゴにはなれないが、年金が少ない人の受け皿が少ない。身元保証人不要の施設もふえてきているが、質についての担ぽをどう考えていくか？
129	できる限り、本人・家族が負担とならないような選択肢を考える。（金銭的、介護負担等）→例：当院での入院期間の延長の相談、転院先の検討、ショートステイの相談など。
130	本人、又は家族が十分に判断出来ない、不在のケースにそこの支援、契約、金銭支援の体制が病院のスピードに追いつかない。
131	病状や今後の予後を確認し、適切に支援をしていただける、施設であるかを確認する。住み慣れた地域から離れずに過せる様に意識している
132	他の病院に転院を依頼
133	身元保証人がいないと、本人がどれだけ望んでいても確保困難な場合がある。
134	多施設への申込み、早期の申込みでも困難な場合、自宅待機を余儀なくされた場合はCMと協議をくり返しサービス調整。（小規模多機能型居宅介護を利用するなどを検討）。看護の多機能型居宅事業、増設
135	・院内のソーシャルワーカーに頼ってはいるが、非常に困難な場合は、区役所等の行政も介入していいのでは？
136	問いが広すぎて適切な回答ができません
137	本人、家族と相談しながら今後について一緒に考えます。希望にあわせて一緒に次の暮らしの場所をさがしたり、施設であれば連携をとっています。医療行為がふえると、元の暮らし（施設）に戻れないことが多々あるので、施設の医療体制がすこしでも充実したらいいなぁと思います。
138	MSWと相談している。
139	単身身寄りなしの方の受入れ施設の充実と、それらの施設をチェックする第三者機関
140	・生活保護には該当しないが、施設や賃貸に入るにはお金が足りない・保証人や緊急連絡先がいなくて困ることがある。
141	公的機関に連絡する。転院の相談
142	介護申請。長期療養への転棟検討。
143	都会にいた頃はALSや人工呼吸器の患者も在宅で色々なサポートを受けすごす事が出来ていた。地方に戻ってきて、サービスの量の少なさ、マンパワーの弱さを感じている。都会では自宅もあたり前だったが、こっちでは自宅ではムリ、と締めてしまうことが多い様に感じる。訪問入浴にしてもそうだが、利用している人も少ないし、事業所も少ないと思う。福祉事業所の数が増えるといいが人員配置が難しいだろう。
144	看取りや、末期ガン等にも対応できる老健等、体制づくり。
145	老人保健施設や療養型病院への入院を考えるか、自宅へ帰る方法を考える。入所する際の保証人不在の人、費用が払えない人（低所得）の対応が課題
146	確保が決まるまでに時間がかかる場合は、院内の療養病棟を利用してもらっている。初めから確保に時間がかかりそうな場合は、利用前に退院先が困難となった時どうするかを確認している。
147	・身体レベルが変化する可能性がある場合は、それも予測した上で支援に入る。・保障人がつけられない人への保障支援が必要
148	情報を多くあつめることが必要で、それをまとめて提案できる支援体制が必要と考える。
149	まずは部署内でケース検討、相談。そこから、どの機関と繋がることが患者さんのためになるのか確認。
150	地域の関係機関からの情報収集及び連携の実施、介護力や経済力が不十分なクライエントに対する切れ目のない社会資源の充実（地域包括ケアシステムの充実）
151	身元保障人がいない場合に短期間で後見人などが決定できるような体制が必要と思う。
152	同機関内の多職種間で相談をする。または行政や地域包括支援センター、介護支援事業所ケアマネージャーへご相談をし、どこがふさわしい退院先であるか検討をする（場合によって電話、面談）。介護認定が支援だが実際には独居生活で家族の援助も受けられないような方も生活援助が受けられる支援体制が必要ではないかと感じます。
153	老人ホーム紹介センターから情報を得たり、行政機関に相談している。住まいの確保が困難な場合の多くは、身寄りがいない、経済面で困窮しているが生活保護受給が基準をわずかに上回っておりできない等の社会背景に課題があるため、行政機関の協力支援が必要と考える。
154	住まいの確保が困難な理由を明確にし、どのように支援すれば困難でなくなるのかを、話し合う。KPが不在のケースや、生保になれない年金受給者への支援が困難になることが多い。
155	状況や病状に応じてではあるが療養型病院の利用の検討などを行っている。「住まいの確保」をする上で経済的負担が大きな問題となってきている。経済的支援を受ける事ができない方への支援体制の充実を検討していく必要があると思われる。
156	関係機関との連携・情報収集。必要にあわせ一緒にアパート探しにいく、施設の見学にいく、ゴミ屋敷のそうじを行う。「今後どんな支援体制」→保証人でつまづくことが多い、いなくても安全にすごせる体制
157	・利用可能なショートステイの調整を行う。・医療処置がある場合の受け入れ先が限られているため、そのような場合でも受け入れ可能となるよう看護師配置や受け入れ体制の変容が必要と考える。
158	低額な身元保証、もしくは公的な身元保証
159	・退院専門看護師と連携し、担当のケアマネジャーと情報共有を図り、退院先を選定している。また、家族の協力は必要である。
160	高令化が進み、バリアフリーでないと（車イス・歩行器）動けない人が増えている中、公営住宅にバリアフリーが少なすぎる。とりあえず転院して空室を待ってもらう。早く予約する
161	行政の協力が不可欠である
162	・各種対象となり得る施設を探す。難しければ元の住まいに戻れる調整をする。・民間の保証会社では費用が負担できず困るケースが多い為、身寄りや保証人がいない方への支援体制・入院・入所・退院時の日用品・洗濯等を代行できる支援体制
163	在宅に戻るにあたって、問題となっていることを自覚して頂き、ENT後も本人・家族が自ら問題に取り組めるようアプローチする。
164	ショートステイや支援ハウスなど、その時できる最善を最大限につくす。
165	ケアマネジャーと連携し、住宅の情報を収集のうえ、住まいを確保している。行政による住宅情報の一元管理と住居系サービス事業者間のネットワークによる、空室情報などのリアルタイムな情報提供。
166	施設及び療養型病院を探す
167	・入院期限内に「住まいの確保」が困難な場合、一旦老健を経由したりショートステイ利用する等の対応を行っている。入院中の退院支援担当者のみが、住まいを探さなくてはいけないという状況から関係機関（ケアマネージャー等）も一緒に探す様な体制づくりが必要。また受け入れ側の住まいについても、医療機関の入院期限や体制について理解を深めてもらう様、啓蒙も必要と考える。
168	小規模多機能施設へつなぐ、療養HPで長期受け入れ可能なところへつなぐ、費用面でぎりぎり生活保護を受けられず大変な方も多い。要介護2以下の公営施設を増やすべき。
169	・金銭的な面では生活保護の申請を行い、施設入居の申込み・介護施設が空くまでのロングショートステイ
170	最終的に自宅に戻るケースもあるため、地域包括支援センターやケアマネジャーへ定期的な自宅訪問等フォローを依頼し、すぐに対応できる体制をとる。また考えられるリスク等入院中に医師より説明をしてもらう。
171	本人の思いが「自宅退院の場合」、サービス内容を検討し、新規で導入して自宅退院をめざす。経済的な問題もあり、自宅を選択される方も多い。

172	医療ニーズに対応できるか。看取りもありかなど、の支援が必要
173	人脈や老人ホーム紹介センターなども利用する。生活困きゅう者や身よりがいない方の支援、社会資源の充実がより必要になってくると思います。
174	高令化で老老介護が多く更に疾患についても、認知症、医療処置が必要などあるが、介護認定判定は低く十分なサービスを受けれず、住まいの確保も難しい症例が増えている。自宅でギリギリで生活している方に介護や医療サービスが受けれるような支援と現施設の職員配置を見直しが必要と思う。
175	まずは、対象となる施設や機関に問いあわせ。地域包括支援センターも忙しく、個々にあった施設などの紹介まではできない状況です。
176	行政も巻きこんで相談を進めています。
177	地域包括支援センターに相談
178	多職種で話し合い、情報共有行い、良い案がないか検討している。あらゆる疾患や内服、本人の状態に合った方向性が必要。高い内服を使用しているために、施設入所できない事例等あったため
179	身寄りのいない単身の方も多くおられるので、成年後見制度などの充実が必要と思われる
180	ケアマネージャーへショートステイの調整を依頼したり、老健入所をすすめる。家人に施設の提案をするために、施設の説明（家人が知りたい点）を具体的にできるよう日頃から情報収集することが必要。
181	必要な医療、生活ニーズに合わせて、費用も含めて提案する。
182	保証人の必要が必ずあるので、施設を紹介するときには十分気を付けて説明するようにしている。公的な機関の後見人まではいかなくてもいい、保証人があると良いと思う。
183	常日頃、空き状況を確認しています。医療、介護難民が出ないよう各機関（行政、医療、介護）のスピードアップが必要
184	近隣（地域）の施設については、把握しているが、それ以降（県外等）の施設情報を把握しにくく、ケース毎に問い合わせ、対応している。
185	年金が少なかったり、なかったり等、金銭面を考慮しなければならない人が多い。行政に相談（生活保護について）家に帰る時は、保証人がいなくても貸りることができるところをひたすら探す。（身よりがいない場合）
186	住まいの変更の際、アパート等の大家の理解の向上
187	「住まい」として長期的な生活を希望する人がほとんどであるため、入居先の本人の情報をなるべく細かく伝え、理解してもらったうえで入居をすすめている。今後は、認知症患者や、看取り、経管栄養などの医療的問題を持った人へも受け入れやすい体制が必要だと思う。
188	とにかく、空床まち。第1希望に入れなくても申込んでおき、空くまでその他の施設（多少金額は高くても）に入っておく
189	MSWと相談しながら退院先をさがす
190	患者背景、意向を主としながら選択肢をなるべく多く提案していく。地域の情報をあまり知らないため情報関＝システムを知りたい
191	シェルター的な場の確保
192	民間やNPO団体などの受け入れ施設の情報が欲しい。
193	家族、本人の意向を再度確認し、現状を伝え折り合いがつけられるときはそれですすめる。どうしても困難なときは、他職種、他機関と話し対策を考えるが難渋し期限を超えてしまう。
194	・介護保険の申請。見直し。・本人、家族の意向をふまえた上でのカンファレンス。・先を見こしての支援。他事業所、他キカンとの連携。
195	担当ケアマネージャーがいれば、相談。グループ内のサービスで対応可能か検討
196	身寄りがない方への支援をもっと充実させてほしい。
197	・施設の空きがない為、一旦療養型病院への転院をお願いしている。複数の療養先で調整をしている為、調整に時間がかかり在院日数に影響する。患者の希望に沿えるように努力はしているが全てが希望通りに行かないこともある。包括ケア病棟を全ての患者が利用できる訳ではない為利用できない患者がスムーズに退院できるような体制システムがあれば良い。・地域的に高齢化率が高く高齢者夫婦世帯が増えてきている為、急性期病院から入れる施設や療養型病院がもう少し増えれば良い。
198	・生活保護制度における柔軟性が必要。・身元保障制度の拡充。・低所得者でも医療ケアをうけられる住まいが必要。・数が足りてない。
199	複数・広範囲にお問いあわせを行っていく。地域で支え合う、支援体制づくり
200	医療依存度が高い人の受け皿整備。介護保険対象外の人の受け皿がほとんどない。早急に対策が必要
201	何とかして在宅生活ができるように本人、CM、家人、病院スタッフと面談し、在宅チームの体制を整える。今後、経済的に困窮している人、認知症の人等、住まいの確保が必要な人を受け入れる施設、住まいが必要と思う。
202	「住まいの確保」先のエリア拡大。情報のネットワーク化により、リアルタイムに「住まいの確保」先の情報把握
203	療養型、診療所等への転院。医療行為を行いながら退院をしなければならない方が増えてきたと感じている。施設の数にも限界があり、自宅で生活できるよう、在宅のサービスを充実させていくことが必要。（医療行為があっても受入れてくれる事業所）
204	看とりが出来る施設の増設や条件の幅を広げてほしい
205	やむをえず自宅に退院の場合は、サービスを充実できるようケアマネージャーと相談する。
206	本人、家族の意向確認した上で経済的な問題があれば市町村と連携することもある。
207	ケアマネージャーや行政とも連絡をとり、よりベターな対応をとっていく
208	独居の身寄りがない場合、行政の介入が乏しい。特に生活保護受給者については、役所は病院任せである。行政の支援はより重要。今後高令者で介護がいない、または介護力が乏しい、身寄りがいないケースが増えるため我々の負担が大きい。
209	現在の支援では、何とか既存の住まいで対応できている。
210	持ち家、借家を問わず、身体機能の低下に応じたバリアフリー化や住み慣れた自宅、地域で暮らす為の介護サービス（フォーマル、インフォーマル問わず）の充実や、夜間に対応出来る介護サービスが可能となれば、自宅に戻れる方も増えると思う。
211	市や社協、ケアマネと情報交換しながら探していく。
212	特に医療サービスがどの程度提供できるのか…が、ポイントになると思われます。御家族が協力的でない場合は案内が難しく各連携機関との協力を得ながら支援していくしか方法はありません。
213	行政や地域包括支援センター等の協力を頂いている。最近は、独居や高齢者世帯で子供が遠方にいたり身寄りがいない等のケースも増えてきており、その様なケースでの退院支援が非常に困難である為、その様なケースに対する専門的相談窓口が欲しい。
214	家族等支援者がいない場合、後見人や保証人を求めない施設等、MSWのネットワークで調整している。行政・特に包括支援センターが全く機能していない。
215	住んでいる市町村に空きがなければ、市外、県外を紹介している。（料金も含め）
216	家族と面談を行い要望伺った上で住まいをさがす。
217	院内・院外で今まで関係していたスタッフとの連けい・情報共有。

218	大方の主治医が自宅以外の退院場所が望ましいと退院調整部門や患者家族に言われます。しかし経済的に余裕がある人は少なく自宅に帰るほかない方が多いです。医療依存度的に受けてもらえないケースも多く難渋します。医師の発言による影響は大きいためまずは住みなれた自宅を目指す意識をDrに持ってもらいたいと思います。
219	家族での受け入れ状況や自宅で生活できるようにサービス調整をします。複合型サービスを増やしていくことが必要だと思う。
220	介護療養型や一般病棟へ移ることもあります。施設の空き情報、受け入れ可能な状態など情報の共有をしっかり行ってタイムリーにご家族・本人へ提案できるようにして、適切な場所を確保したい。だた、施設のケアの質、医療の対応がもう少し向上すればいいなと思っています
221	サ高住・有料老人ホーム・グループホームについて費用面で入所困難になるケースが多い。特養への入所もすぐには困難。結果的に老健への入所相談となり老健が満床というケースが多い。
222	同地域内の施設と連携
223	リアルタイムな情報が必要。受入体制や、空き情報は短いスパンで変更になることが多い。
224	長期のショートステイ利用で調整するが、経済的な負担が大きい。
225	他院への転院、療養型病床の利用
226	自宅訪問は実施できているが施設見学は実施できていない。見学できることが課題
227	入院継続や、空き待ちの対応。医療依存度が高い方でも、受け入れる介護保険施設。
228	すぐに入所先が決められない場合はショートステイの利用を提案しています。「住まいの確保」が困難となる事例はあまりありません。
229	地域包括支援センター、ケアマネージャー、福祉事務所等と対応相談
230	有料老人ホーム等でも、医療サービスが介入でき、医療依存度の高い方の生活を支える体制が充実することが必要と思う。
231	一時的なショートステイまたは老健入所調整。
232	・保証人不在時の保証人サービス（後見制度は時間、手間がかかりすぎる）
233	身元引受がいない患者の対応、支援が必要
234	ショートステイや小規模多機能施設が本来の役割を担えているのか、疑問に思う事がある。ショートステイにおいては特養待ちの利用者が大半を占めているのではないかと感じる
235	周囲で併設の施設を持っている医療機関のMSW、包括支援センターのCMと連携して長期的な支援を行うようにしている。今後は行政（福祉課・保護課）との連携を重要。
236	生活保護受給までいたらない低所得者の入所先が確保できるよう低賃金の入所先が出来ると良い。
237	・何とか受け入れてもらえるような交渉。・医療面＋費用面の条件に見合う住まいが必須。
238	少し離れた都市部まで範囲を広げて居住先をさがしている。
239	居住先の見学に同行し、ご本人様の反応も視察しながら支援していった方が良い。現状としては支援者の人員不足もあり対応しきれていない。多様なニーズに対応できるよう、支援者の体制を整える必要がある。
240	できるだけ普段より社会資源の情報収集を心がけ、確保が困難な方にも対応していただける施設の把握につとめています。
241	・皆で考えます。行政まきこみます。・後見制度活用のハードル下げて欲しい。
242	どうしても困難な場合は療養型の病院に転院も考慮する。もう少し費用面が安い施設が必要である
243	受け入れ先を探し続けますが、地域包括ケア病棟で期限がくる場合、療養病棟へ転棟し引き続き支援しています。在宅退院めざすのであれば、医療行為の必要な方も受け入れることができる体制の充実が必要です。
244	様々な関係機関に相談をし、より多くの職種を巻き込み、支援体制を構築していく。要介護度が低く、経済状況が厳しいケースの場合、施設入所調整が難しく、入院が長期化している。更に医療（インシュリン注射等）が必要な場合、施設への入所が困難なため、対応可能な施設を確保してほしい。
245	行政、地域包括支援センター、民間不動産等々との連携
246	費用等について生活困難等の方に対応する場合に支援が必要。（現在は自院持出して費用負担している）
247	地域での生活にも限界があるためより柔軟性をもった事業所の設立など。
248	部署内で、意見や情報を求めたり、出来るだけの情報を得る努力をした。本人や家族との連絡や面談に費やす時間を多くとる様にした。各関係機関への連絡をより密にとる様にした。
249	困難な理由を明確にする。MSW、多職種、担当ケアマネ、かかりつけ医との連携
250	ご本人、ご家族、医師、支援者とカンファレンスを開き、医療的な課題、社会的な問題を踏まえ、どんな生活環境が必要なのか検討していきます。ご本人やご家族が今後の生活の場を想像できる様、社会資源にどんな物があるか具体的に説明できることが必要。
251	入院時のアセスメントに基づいて、地域包括支援センターに養護老人ホームなどに入所措置してもらうよう打診している。介護保険制度による契約となってから、保証人不在の方の行き先確保が難しくなっている。そのため行政に老人福祉法第11条（措置）をもっと活用してほしい。
252	本人の意向、家族の意向と経済的な面などからどのように支援するのが、良いのか考えいろいろな方法を提案する
253	「住まいの確保」が困難でも退院していただかなければならないため、何とか行き先を見つけます。生活保護ではないが低所得の人、身よりがない人（保証人なし）等の方は行政の協力を得られず、途方にくれることがあるので、民間の基金等緊急で対応して下さる機関、制度が必要です。
254	一時にでも入居できる施設を探す。お金の問題が生じるケースが多いため、そのような方が入居できる施設などを探しておく必要があると思います。
255	・医療依存度の高い方の受け入れ可能な施設の空床情報がリアルタイムでほしい。・要支援の方をうけ入れる施設がほしい
256	何が障害となっているのかを検討し、本人・家族と話し合う
257	当法人のグループ施設に依頼する。特養（従来型）のロングショートを依頼するケースが多い。経済的にユニット型特養に入所できそうな場合は、ユニット型特養のロングショート、または関連の老健に特養入所前提で依頼する
258	自宅退院への見直し。
259	とりあえず、お金があれば、どこでも住まいはみつけられるが、生保でもなく、少ない年金のみの人が、一番どこにも行きにくい。包括や、役所に相談して、低所得でも入れる所を探している。
260	安価で入れる施設が必要
261	一時的にショートを利用させ次に入居できるように考える。
262	ほとんどの問題が金銭面のため、生活保護の案内をする。また、老人ホーム紹介会社と良好な関係を築き、スムーズな受け入れを依頼している。
263	本人の金銭面、家族の金銭面の援助の必要の有無を確認や助言を行い本人に適した、施設や住まいの選定を行い、見学を本人に行ってもらい自己決定出来るよう対応しています
264	安い費用で借りられるところを増やす
265	・ショートステイ利用すすめる。・Faの家やどこか住める場所があるか
266	困難ケースに対しても、対応してくれる住まい（施設等）を社会資源として知っておくこと。治療が必要だったり、認知症が重症だったり、はざまにいるptの受け皿が増えてほしい。

267	療養病棟への転院が可能であれば（医療区分など）転室する。空床が出るまでショートや小規模多機能などサービスをつないで対応する
268	定期的に、地域の中にある“住まい”となる社会資源の把握と共有が必要。また、医療・介護レベルを共有していく中で、施設側も同＝の理解が可能となるような体制講築が必要。
269	経済的に低所得層の方については入居施設の選定、サービス利用の導入に結びつかず、適した介護が受けられないケースが多くある。
270	院外の多くの機関との連携・相談が必要である。
271	病院内だけの情報だけでは限度があり、施設紹介業者や外部に相談をしています。施設紹介業者など今まであまり利用はしたことがなかったのですが、今後はケースに応じて連携していければ良いと思っています。
272	長期入院できる病院をさがす。行政の介入。（養護老人ホーム、救護施設等行政の改入で早期に決まることがある）
273	繰り返し、患者・家族と面談、合意形成をしてから。また、地域包括支援センターや福祉課との連携。
274	担当ケアマネージャーと連携をとり、帰れない家の原因を一つ一つあたる。その原因を一つ一つ、つぶしていきます。（手すりつけれない場合、大家にかけあってもらう等）家族が近くにいれば、一時の間家族の家に住んでもらい、ADLあがるまで見守ってもらう等提案。今後、住まいの確保が難しい場合は、公的な資源サービスに頼るばかりでなく、家族の協力を得れるような体制を整えていく事が必要。
275	要介護度が低いものの独居が困難、かつ経済的に豊かでない人の住まいの確保が難しい。独居が困難となっても自宅支援をケアマネージャーと連携して行うしかない。要介護度が低くても安価な施設や＝々見守りできるようなサービスが必要と考える
276	入院継続
277	・家族（保証人の有無）と経済面を早急に確認し、経済面の介入については特に早急に対応していくようにしている。・保証人を立てる制度が民間にできるといい。
278	一旦は自宅退院を提案。家族の支援状況を把握する
279	身内がいない人に対して後見人制度の活用。医療度の高い人が入所できる施設の普及。
280	医療、夜間のNsコールの回数で受け入れ不可となるケースが多い。そのような方の受け入れ施設があれば・・・
281	患者さん自身で見に行って言動を聞いて決める。その支援者は、現在は家族、友人なのでそういう支援者がいない方に対して、一緒に「住まいを捜すところから契約までの支援」が必要。
282	身元保証人のない方、あっても疎縁で協力してもらえない方への支援体制を実充させて欲しい。市長申立ての成年後見制度利用の決定まで時間がかかりすぎて、その間病院で待機するのは困難である
283	サ高住や介護施設への退院調整。担当者や他機関と情報共有しカンファレンスを行う。
284	要介護者は老健へ
285	超高齢者（80代、90代）が対象となることが多いため、家族との面談が重要になっている。住み慣れた地域で、新しい住まいを探すことを希望される方が多いが、資源に限りもあるため、地域性にとらわれすぎず、その方の状態に合う住まいを提案していくことも必要だと思う。
286	ご自宅への退院か療養病院などへの退院調整を行う。
287	小規模多機能居宅事業所を利用するなど、居点は自宅となるが、お泊りデイサービス、ショートステイなど、CMにサービスを組んでもらえる様依頼。地域に看護多機能居宅事業所を増設すべく制度を整えて欲しい
288	・門口の広い施設を増やしてもらう。・いろいろな病名で病院を転々とするしかない場合もある
289	・本人を取り巻く地域支援者と連携を取りあいながら、必要な情報収集等行えるように工夫している。・行政も巻き込みながら、地域の実状を理解してもらえるように関わっている。・ソーシャルワーカー一人で対応せず、部署、病院をあげてケースに関わる体制が必要。
290	本人の意志がとても大事だと、考える。他人まかせにせず、どこでどのように最后を終えたいかを考えたうえ、サービスは何かを考える。ヘルパー、訪問看護、訪問診療、夜間対応できるようになればいいかな。
291	ADL状況、継続処置などに応じた療養先の選定。経済的な面で療養先が限定される場合には、市の担当課との連携を行っている。今後必要と思われることは、既存の施設で看取り体制や医療連携を進めることで機能強化を図っていくことが求められていると考える。
292	病棟スタッフで分からない部分は院内地域連携室スタッフに介入を依頼し面談を行ってもらい、今後の退院先の希望を確認している
293	不動産センター等に患者が入居可能な物件の情報提供
294	施設入所などで必要となる保証人をなんとかしてほしい。どうしても必要になることもあるので保証人制度の日本国民への周知と安心して任せられる業者の認定制度など整えていく必要があると思います。
295	地域包括の入院日数60日をギリギリまで利用しても調整できなかったら一般病棟に移している
296	経済的に施設入所が可能であれば施設入所を提案する。生活できる住居を一緒に探す。住宅を紹介してもらえるサービスがあると助かる。
297	福祉課との連携や、後見人等の利用に対して関わりが必要だと考える
298	保証人がいないケースでは成年後見人を申立てする場合もあるが、任命までに期間が長い（1年程度）なので、一旦自宅退院かショートステイで対応している。
299	医療ニーズに対応できるか。看取りもあるか、などの支援が必要。透析患者の支援は難しい。
300	SWとの連携
301	関係機関との協議の上、可能な方法を検討していきます。どんどん身寄りがない方が増えてきている印象があります。家族＝身元保証人がいない場合の対応について、何らかの支援体制があればと思います。
302	ひたすら情報収集をし、住まいの確保ができるよう支援しています。
303	ほとんどの場合、ショートステイの利用でなんとかしのいでいる状況。経済的に困っている方への提案出来る施設、制度が必要。
304	ショートステイの利用や同一法人内の施設への入所を提案している。
305	保証人の問題。後見人などの話をすすめる。後見人は時間がかかりすぎるし希望者は少ない。
306	探す。探してなければ、行ける場所でサービス整えて退院。医療処置（HOT、インスリン、吸引）ができる施設が増えて生保でも入れる所が増えてほしい。
307	患者・家族の意向を出来る限り聞きたいと考えて支援するが、金銭面、ADL医療面すべてを必要とする施設はなかなか見つけにくい状況。さらに情報収集につとめていけるよう部署内での協力体制の強化を行う。
308	60日の期限内に住まいの確保が難しい場合は、院内の療養病棟へ転棟せざる得ない事がある。
309	行政へ相談、転院先を探す。ある程度、医療行為ができる施設が多くなると良い。
310	ソーシャルワーカーと相談しながら退院先を探していく。
311	まずは本人・家族の意向を聞き、体の状態、金銭面等に合う施設の情報提供、入居への支援を行っている。対象者に関わる関係者が密に連絡を取り合える関係作りを日頃から構築し、共通した支援体制マニュアル作成も必要だと感じている。
312	まずグループ内で検討、難しければケアマネと相談、自ら聞き込みを実施。
313	・ケアマネジャーに依頼し、自宅退院・施設の準備が整うまで入院期間延長・一旦転院もしくは老人保健施設へ入所
314	困難な理由によって対応は異なる。問題の把握に努めより希望に沿うように、叶わない希望が出る時はクライエントに伝え選択してもらっている。
315	地域包括支援センターへ相談

316	ケアマネや行政とも連携をとりよりベターな対応をとっていく
317	住んでいる市町村に空きがなければ市外県外に紹介している(料金含め)
318	家族と面談を行い要望等伺った上で持ちあわせる社会資源をしらべ提供対応している。
319	行政へ介入支援を依頼する
320	家族にも確保のために動いてもらえるよう話し、なげかける。社会資源の充実と「住まいの確保」や「退院」についての住民教育。意識づけ。
321	住まいの確保が困難な理由を確認し、対応している。例えば、費用面であれば制度面(生活保護など)で対応できるか確認している。また、同時に家族や親戚からの支援ができないか確認している。支援体制については、施設の金額が年金で賄えないことが多いので、家族の協力体制や制度面での支援の必要性はあると思う。
322	当市ではショートステイが非常に多いので、長期間ショートステイを利用している方が多く退院先としても活用しています。
323	当院の周辺は他に比べ病院・施設ともにベッドの数が多く、比較的に住まいの確保がしやすい状況です。
324	サ高住・有料老人ホーム・グループホームについては費用面で入所困難になるケースが多い。特養への入所もすぐには困難、結果的に老健への入所相談となり老健が満床というケースが多い。
325	ショートステイの利用、介護老人保険施設への入所等
326	施設での対応が難しい場合の、緊急避難的な意味合いも兼ねて、療養型病院を探すことがある。医療行為に関してどれ位できるか、ある程度できる体制がほしい。
327	・行政による空き家の有効活用の促進(必要)。・生活保護対応可能な居住施設の活用(現対応)
328	患者、家族の意向にそった退院先の選定に苦慮している。情報が集約されており、患者、家族の選択肢がふえるような体制が整えばよいと思います。
329	・本当に元の住まいに戻ることができないのか、再度検討する。・地域で助け合える体制づくり(長い年月かかりますが)
330	地域包括支援センター、ケアマネジャー、福祉事務所へ対応相談。
331	行政や地域包括支援センター、院内の多職種と連携してご本人に適した住まいの確保を模索している。費用負担の困難な境界層の方々の公的な受入先
332	・家族が日中仕事の時に、利用をすることができる(デイサービスより時間の融通が効くもの)サービス・費用の安い有料施設、が必要。また、小規模多機能型施設の空きを探す。
333	長崎市の場合、ADLよりも住環境で在宅生活が困難になる事が多い。高齢者住宅ももう少し値段をおさえたものでなければ、高齢は今後どんどん孤立する。
334	各地域における居住先(施設)や在宅サービス、インフォーマルサービスの把握が必要。地域からの情報を得るため、各市町村での研修会や連絡会などへの参加が必要。現時点では人員不足があり、退院前訪問同行や研修・地域での会議参加が難しい。
335	施設に本人の入所理由を説明し、ひたすら頼む。顔の見える関係を大和郡山市は、地域でおこなっているため頼みやすい。
336	どうしても困難な場合は療養型の病院に転院も考慮する。もう少し費用面が安い施設が必要である
337	ショートステイや小規模多機能連泊の利用をしている。低所得向けの高令者住宅が必要
338	様々な関係機関に相談し、より多くの職種を巻き込み、支援体制を構築していく。要介護度が低く、経済状況が厳しいケースの場合、施設入所調整が難しく、入院が長期化している。更に医療(インシュリン注射等)が必要な場合、施設への入所が困難なため、対応可能な施設を確保してほしい。
339	早くから病状を予測しての支援だと思います。
340	今まで関わってきた関係者(KPやケアマネジャーなど)がどこまで支援できるか。なるべく住み慣れた地域を選び、関係者が大きく変わらないように。数ヶ所施設を紹介し、見学をしてもらい判断をしてもらえるように促す。
341	当院での入院継続が困難な場合は転院する事を家族に提案する。
342	・ケースによるが、ケアマネなど関係者にも在宅の可能性が残っていることを理解して頂き、在宅調整をすることもある。・女高任や有料施設は経済的な問題が自立度、医療ケアの不要な方に限られ、案内しづらい。身分障害のない方や医療ケアの必要な方の受け皿が必要。
343	困難となる要因を明確にし、解決できるものがないかも見極めた上で、MSW、多職種、ケアマネと連携し、その患者様がどこで生活することが最善なのか考えていく。
344	保証人がいない場合に、住まいの確保が困難である。経済的に困難なケースは、保証人になってくれる親族とも関系性が悪い場合が多いため、保確人が確保できず、住まいの確保が困難となる、公的な保証人の支援があれば良いと思う。
345	今のところあまり困難事例が今のところないが、ケースに応じて各種、関係キカン、職種との連携は必要である。
346	・行政の介入・受け入れ先の増床・委託業者の把握
347	医療依存度が高い患者の受け入れ先の充実
348	患者と家族が納得して次の施設へ行けるよう、こまめな話し合いや聞きとり。費用の面で行き先が制限されることが多い様に思うので、費用がどうにかならないかと・・・。
349	ADLの状況、金銭面で、賃貸やサ高住は入居困難なケースが多い。その場合、ショートステイを活用することが多く、もっと介護量が多い方でも入居できるサービスがあるといいと思う。
350	上記場合は、身寄りがない等、権利擁護の面で支援が必要となる事例が多い。独居高齢者等には認知面が確かなうちに認意後見を選定しておく等の意識啓発が必要だと思う。
351	特になし
352	在宅支援のケアマネ等とも相談。有料老人ホームの場合、金銭的に可能な範囲で業者に探して頂く
353	入院時に「住まいの確保」が困難なケースと判断した場合は、早目に必要な情報を収集し、選択肢をあげていく。立地や料金等について資料を整理しておくことが大切。
354	経済的困窮している方も多いので、質を落とさず、低価格帯の住まいを確保したい。
355	関係機関、専門職へ相談している。ニーズの多様化、困難事例が増える中、今後一層の多職種連携が欠かせない。
356	みよりなし、高齢夫婦、独居等の場合、病院内での対応とりあつかいも、度々会議を行い、支援している。本人の尊厳を大切に考えている。市の包括的な医療介護連携システムが必要
357	各関係機関(行政機関など)や介護施設(隅から隅まで)に相談。行政機関は個人情報保護を盾に連携が取りづらいことがあるため、相談窓口として頼れる機関がほしい。
358	資源が少ないため、選ぶことができない状況もあるが、見学に行って頂き決めるようにしている。ケア病棟期限で施設入所・入居は難しく、老人保健施設に助けられています。家族関係が薄くなっており、身元引き受け人がいなく、申し込みできなかったりするケースあり、今後の課題です。
359	地域連携室内での情報交換をする。ケアマネとも相談をしている。
360	施設入所まちになる人が多い。ショートで施設入所までにつなぐなど
361	自院の療養病棟を利用し調整期間をつくる。在宅に退院を目指すには介護力(家族の協力)が(必要だが家族を支える資源も限られていたり経済的な問題もあるため困難)
362	行政との連携を行いたい。
363	他職種、医師との連携

364	①部署内での共有リストを使用し患者、家族へ提案。（金銭面、介護度、交通便などを考慮する）②患者さんの状態により施設の提案。（ADL、医療依頼度など考慮）③ケアマネージャなどから情報を得る。今後は介護、老人ホーム、紹介センターを利用していく。提案していただいた施設見学や近隣の施設や部署内のリストの施設見学をする。
365	高額すぎる。年金額に応じた入居料の設定
366	とにかく探すのみです。
367	家族、本人の希望を聞き、料金面、地域を選び施設の方に面談に来ていただき、対応可能か判断してもらう
368	知り合いの大家さんにお願いし配慮して頂いて入所している状態です
369	身元保障人のついていない場合の状況について今後支援が必要
370	地域との連携を頼りに相談をする。お互いが相談しやすい「顔の見える連携」が必要。
371	一旦は自宅退院を提案。家族の支援状況を把握する
372	意思決定ができない方への支援。（親族も代行してくれない事例）保障人がいない方への支援。
373	身寄りのない方に対しては成年後見制度の活用をすすめています。家族の関わり、協力を得ることが困難な方に関して、本来家族の担うべきところを支援者での役割分担、連携体制を整えていくことが重要であると考えます。
374	そのような方たちが一時入所できる仮住居等があれば助かります。またもう少し行政が親身になり動いてくれるとだいぶ違うと思います
375	自宅退院を希望される方に、十分な支援を提供するには、小規模多機能の施設が増えると良い。施設入所は、費用的に負担できないと言われるケースが多い。
376	・保障人がいない場合に後見を立てるのに時間がかかり、すぐ入居できない。・生活保護が受けられず、年金も少ない場合に経済的な問題で入居できる施設がない。
377	所在地の範囲を広げて検討する。医療的な問題で受けてもらえない場合には、主治医に相談し、治療方針を検討して頂く。
378	院内・外関係スタッフと何度もカンファレンスを行い相談・検討していく。
379	本人や家族の意向を確認し、意向にあった施設等の検討を行っている。施設が決まれば、本人が入居先で困らないように十分に施設職員やケアマネジャー等と連携を行っている。今後はあらゆるニーズに対応出来るように定期的に情報集収を行う必要がある。
380	今後、今までの様な行政の方への相談要件はもう少し寛大にできないものか、相談しずらい
381	近隣で施設調整が難しければ範囲を広げて探す等している。患者の住み慣れた地域での暮らしとはいえない状況があるとも感じる。住まいだけでなく、移動手段等の“生活の足”を整備していく必要があると考える。
382	現時点では確保が困難な場合であっても、入院期間を延長しながら、何とか生活の場としての確保をしている。今後は行政にも相談、紹介、斡旋する機能、窓口が必要と思います
383	サ高住、グループホーム、有料はとにかく費用高い。低所得者層かつ要介ゴが軽いPtにとってハードルの低い施設を用意してほしい
384	関係機関へ相談。他の退院支援担当者へ相談。地域の事業所との連携は必要と思われる。
385	単身者（身よりなし）の受入れ施設の充実とそれらをチェックする第三者機関
386	退院調整の専属NsやMSWへ個別に面談をしてもらっている
387	地域包括支援センターとの連携
388	困難な理由に合わせて、適切な支援を考え、本人、家族と共に相談している
389	介護力もなく、金銭的にも負担が困難で介護度が高い方の受け入れ先が少ない為、退院支援に苦慮することが多かった。
390	行政による情報の一元管理を希望。一時的におあずかりをしてくれる様な場所の確保。現在は、ケアマネや老健のソーシャルワーカーに相談
391	定期巡回サービスなどの拡充で、自宅で安心して暮らせるサービス提供体制の構築
392	本人の経済力、家族の支援（金銭面、介護面）を聴取して多職種を入れてのカンファレンスを行い、その方に合った支援体制の皆んなで検討していく。
393	一時的にショートステイを利用したり、老健入所を検討している。
394	胃ろう栄養、吸引必要な方は、困難を感じている。施設入所待ちしている。施設職員の確保、研修の実施（在宅サービスも希望通りにできないケースもある）
395	関係者で検討をしています（本人含め）自宅への退院も再検討します。多職種の介入で多覚的に判断できるような意志決定支援体制が必要と考えます。
396	ケアマネ、地域包括支援センターに相談している。
397	自宅の療養病棟へ転棟後、再調整する。ケアマネ交えて、自宅、在宅療養を再検討。医療行為対応可能な介護施設増設。受け皿、体制強化
398	地域の関係機関と連携し、ケースに応じた住まいの検討、相談をしている。正確な施設情報を把握する必要がある。
399	本人、Fa、他職種からの意見を聞き、自宅への退院が難しいのか、またはショートステイ（長期的な）が利用できないか検討する。行政への相談、医療的なニーズが高い方や経済的負担に限りがある方の対応の支援があるとよいと思う。
400	患者の経済状況を把握したうえで、カンファレンスを行いCMやMSWから情報提供してもらい、患者本人や家族の意向になるべくそえるようにしている。低所得者層でも安心して住める低額の住宅が必要。
401	MSWと一緒に今後について考えている。独居生活が多くなる中、地域で見守る体制。
402	料金が高いので現在の収入の確認は必要。そこにすむ本人が必ず見学いけるように注意している。病状により行けない場合、家族に行ってもらう。又家族がいない場合の保証人にはすごく困ります。後見人をつけるにも時間がかかるのでもう少しスムーズに手続きが行なえるようにしてほしい。
403	MSWとの連携と情報共有。
404	情報収集、協力者の確保、在宅介護支援センター、地域包括支援センター、民生委員行政などの支援体制作り、ネットワーキングなど、とにかく関係機関と連携を図ります。インフォーマルな部分の力を強めていくことが必要だと思います。
405	住んでいる市町村に空きがなければ、市外、県外に紹介している（料金も含め）
406	住まいの場自体がどこも確保しづらい状況（震災の影響）で、それに代わる宿泊施設（自費泊まり）も埋まっている。そのような患者が多数おられ、どこに相談しても見つけられない状況
407	院内、院外で関わってきたスタッフとの連けい。生保の場合、役所の柔軟な協力体制。
408	地域の範囲を広げて探す。
409	得られる情報をケアマネジャー等を通じ教えてもらいなるだけご本人の意志に添った所を選んでいくよう支援しています。もっと選択肢があればと感じます。
410	当市ではショートステイが非常に多いので、退院後自宅退院する前にワンクッションおいて利用することで、体力をつけたり、リハビリをしています。
411	サ高住・有料老人ホーム・グループホームについては費用面で入所困難になるケースが多い。特養への入所もすぐには困難、結果的に老健への入所相談となり老健は満床というケースが多い。
412	療養病棟での入院継続か、ロングショートを利用しています。毎日の介護サービスと配食サービスの提供と、バリアフリーな環境整備。
413	市町村に相談

414	一旦療養型の病院に移っていただいたり、ショートステイをケアマネージャーへ相談したりしています。
415	行政との情報交換・連携
416	病院を転々とするしかない。(医療必要な方が住まい確保ができない)

CF4.その他

1	精神保健福祉士
2	介護福祉士
3	介護福祉士
4	精神保健福祉士
5	保育士、調理師
6	精神保健福祉士
7	PSW
8	精神保健福祉士
9	保健師
10	介護福祉士
11	認定社会福祉士
12	精神保健福祉士
13	精神保健福祉士
14	精神保健福祉士
15	特になし
16	介護福祉士
17	介護福祉士
18	保育士
19	診療情報管理士
20	介護福祉士
21	認定医療社会福祉士
22	認知症ケア専門士、医療福祉環境アドバイザー、ヘルパ2級
23	精神保健福祉士
24	精神保健福祉士
25	社会福祉主事
26	保育士
27	社会福祉主事
28	精神保健福祉士
29	精神保健福祉士
30	主事
31	精神保健福祉士
32	精神保健福祉士
33	精神保健福祉士
34	保健師
35	精神保健福祉士
36	精神保健福祉士
37	PSW
38	精神保健福祉士
39	社会福祉主事
40	准看護師
41	介ゴ福祉士
42	精神保健福祉士
43	介護福祉士
44	PSW
45	精神保健福祉士
46	介ゴ福祉士
47	精神保健福祉士
48	保育士、精神保健福祉士
49	精神保険福祉士
50	精神保健福祉士
51	ヘルパー2級
52	認知症専門士
53	精神保健福祉士
54	教職員
55	精神保健福祉士
56	社会福祉=
57	PSW
58	なし
59	精神保健福祉士
60	精神保健福祉士
61	精神保健福祉士
62	精神保健福祉士
63	介護福祉士
64	保健師
65	PSW
66	精神保健福祉士
67	介護福祉士
68	保健師
69	有効期間切れ
70	精神保健福祉士
71	精神保健福祉士
72	精神保健福祉士
73	精神保健福祉士
74	保健師
75	精神保健福祉士
76	精神保健福祉士
77	保健師
78	介護福祉士
79	精神保健福祉士
80	認定社会福祉士
81	歯科衛生士
82	保育士
83	特になし
84	精神保健福祉士
85	介護福祉士
86	社会福祉主事
87	主事
88	精神保健福祉士
89	保健師
90	介護福祉士
91	PSW
92	精神保健福祉士
93	PSW
94	介護福祉士
95	PSW
96	精神保健福祉士
97	精神保健福祉士
98	精神保健福祉士
99	介護福祉士
100	精神
101	PSW
102	精神保健福祉士
103	ヘルパー2級
104	介護福祉士
105	介護福祉士
106	精神保健福祉
107	認定社会福祉士
108	歯科衛生士
109	精神保健福祉士
110	介護福祉士
111	精神保健福祉士
112	精神保健福祉士
113	精神保健福祉士、認知症ケア専門士
114	精神保健福祉士
115	精神保健福祉士
116	社会福祉主事
117	保健師
118	社会福祉主事
119	介護福祉士
120	社会福祉主事
121	PSW
122	精神保健福祉士
123	精神保健福祉士
124	社会福祉主事
125	介護福祉士
126	精神保健福祉士
127	精神保健福祉士
128	保健師
129	PSW
130	社会福祉主事
131	介護福祉士
132	精神保健福祉士
133	介護福祉士
134	保健師
135	精神保健福祉士
136	精神保健福祉士
137	PSW

CF5.その他

1	臨時
2	嘱託
3	パート
4	契約

平成 29 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の退院後の地域居住のあり方に関する調査研究事業

入退院支援における「住まいと住まい方」支援に向けた連携・協働の手引き

～高齢者が住み慣れた地域で、自分らしい暮らしが継続できることを目指して～

平成 30 年 3 月

一般財団法人　高齢者住宅財団

はじめに

この手引きは「高齢者が住み慣れた地域で、自分らしい暮らしが継続できることを目指して」という副題を冠した「入退院支援における「住まいと住まい方」支援に向けた連携・協働の手引き」というものである。

この標題に託した狙いは、今後の退院支援業務の遂行にあたって、地域包括ケアシステムの概念をあらわした通称鉢植えの図で、「住まいと住まい方」が重要な役割を占めるという認識に基づいたものである。

従来は自宅への復帰が前提とされ、それが叶わない場合に居住施設、場合によって療養病床が選択され、また、居住施設が経済的理由などで困難な場合、無届けの有料老人ホームなどへの入居が余儀なくされた例も少なくなかった。我々の調査でも、退院支援の担当者が居住施設の実情を知らずに紹介している例も少なくないことがわかっている。

退院先の居住の場は自宅や賃貸住宅以外に、介護保険施設に加えて、有料老人ホームやサービス付き高齢者向け住宅、無届けの有料老人ホーム、さらに今回療養病床を引き継いで新設された介護医療院、そして住宅セーフティネット制度で想定される、一戸建ての空き家を活用した共同居住の場など、ますます多様化していく。

その特性を踏まえ、今後、在宅復帰率の算定により、益々退院支援の役割は重要であり、居住環境が適切なところで療養生活を送ってもらうためにも、居住支援との協働が重要となる。居住支援体制の確立は退院支援業務が円滑に実施できるための必要条件になりつつある。

このような状況下において、退院支援業務に携わる皆さんが「住まいと住まい方」の重要性に着目され、生活の質が確保できる居住環境の選択を支援することができるためのヒントとして、本手引きが活用されるとともに、居住支援法人、居住支援協議会の構成員の皆さんにも退院支援からの居住支援の重要性についての認識を深めて欲しい。

このマニュアルの作成にあたって、ひとかたならぬ援助をいただき、はしがきも執筆していただいた宇都宮宏子さん、調査委員会に置かれたワーキンググループのメンバーの皆さんにも御礼を申し上げる。

平成 30 年 3 月

一般財団法人　高齢者住宅財団
特別顧問　髙橋　紘士

～手引き作成に寄せて～

「町から、年寄りが消えていくんだよ。入院すると、違う病院に転院して、遠い施設に入ってしまって、数年後に死亡広告で亡くなったことを知る。これっていずれは私にも起きる事でしょ。何とかしたいと、取り組みました。」

地域の医療ケアの専門職と民生委員や社協のボランティアの方との研修会の中での民生委員の発言でした。『連絡カード（何かの時のお願いカード）』を事前にお年寄りと作り、入院時支援や退院後の生活支援の仕組みに活かしていると言われました。

退院支援とは、人生の再構築を支援すること。

高齢になると、加齢に伴う暮らしづらさを抱えることになり、治しきることができない慢性疾患と上手に付き合いながら生活していきます。

入院医療を受けても、治しきることができない病気がほとんどです。それでも、病気や、加齢に伴う暮らしづらさがあっても、暮らしの場を整えたり、適切な医療・看護・ケアが提供されれば、おうちに帰ることはできます。入院医療からくらしの場に帰るための支援、マネジメントを「退院支援」と言います。

この手引きは、入退院時における医療機関とケアマネジャーの連携を促進することにより、医療機関と在宅を循環する高齢者が、退院後も住み慣れた地域に戻って自分らしい暮らしが継続できるよう支援し、ケアマネジメントの質を向上させることを目的として、入退院時における住まいと住まい方の支援のための多職種連携及び情報収集のあり方について取りまとめたものです。

病院医療者には、患者の暮らしの場はなかなかイメージできません。だからこそ在宅支援チームとの早期からの連携・協働が必要です。

そして、残念ながら、入院というイベントが、実は住まいを変える分岐点になっている事実があります。「住まいを変えるタイミング」が起きる可能性があるからこそ、実は普段からの心構えや心づもりも必要です。

アドバンス・ケア・プランニング（ACP）は、実は住まい方という点でも重要な視点かもしれないですね。

平成 30 年 3 月

在宅ケア移行支援研究所　代表
聖路加国際医療大学　臨床教授
宇都宮　宏子

目 次

はじめに

～手引きに作成に寄せて～

Ⅰ．本手引きについて 1

１．手引き作成の狙い 1

２．本手引きの目的 4

３．本手引きの位置付け 4

Ⅱ．入退院支援の必要性 5

１．入退院時における医療機関の入退院支援担当者とケアマネジャーの役割 5

２．入退院支援における医療機関とケアマネジャーの情報連携 5

Ⅲ．入退院支援の具体的なポイント 7

STEP1．医療機関は患者情報を速やかにケアマネジャーと共有する 7

STEP２．退院困難な患者をスクリーニングする 10

STEP３．アセスメントに着手する 12

STEP４．多職種で退院後の方針を決定する 15

STEP５．方針を踏まえモニタリングする 17

STEP６．退院後も必要に応じフォローする 18

資料編 21

Ⅰ．本手引きについて

１．手引き作成の狙い

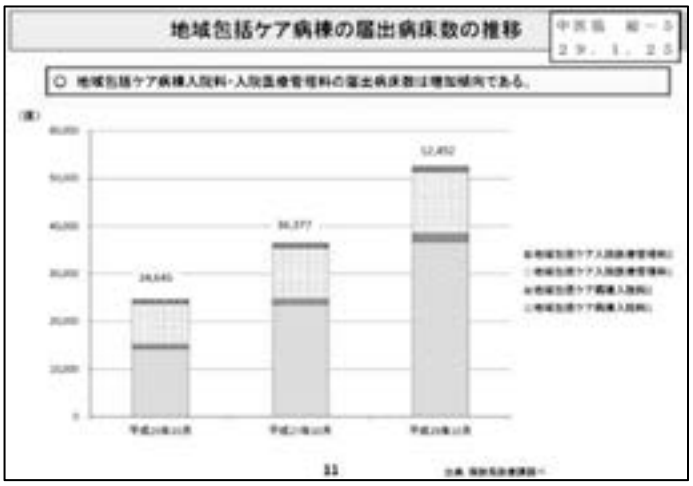
①背景

平成 30 年度の診療報酬改定において、入院早期から退院後までの切れ目のない支援を評価していることを踏まえ、現行の「退院支援加算」は、「入退院支援加算」と名称が変更となります。また、入院生活や入院時の治療内容等を、入院前の外来で支援を行うことを評価するため「入院時支援加算」が新設されることとなりました。このように、医療機関においては、今まで以上に入退院支援の強化が求められています。

当財団では、平成 27 年度に急性期の医療機関に対し、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決定要因・背景の実態把握のための調査（以下、「平成 27 年度急性期実態調査」という。）[1] を行ったところです。先行研究から、入退院支援において検討すべき論点を整理すると以下の通りです。

①在宅医療・看護・介護と連携した住まいの在り方を検討し、退院後の地域居住の選択肢を増やすこと。
②医療ソーシャルワーカーや退院支援・調整看護師が、在宅療養に必要な医療・介護・生活支援などの地域の社会資源や多様な住まいに関する情報を把握し、患者や家族の状況に合わせて情報提供ができるような院内・地域の連携体制の整備を行うこと。
③医療機関と在宅側（医療・介護や地域）との連携・協働体制をつくり、入院決定・入院早期から在宅復帰に向けた支援体制が作れること。
④単身でも在宅療養ができるような見守りや生活支援サービスを充実させること。
⑤本人の意向を優先し、在宅療養や自宅看取りを望まれるなら、かなえられるよう、地域に看取り文化を醸成すること。

なお、現在、急性期治療後は、病状が安定している場合には在宅へ、そうでない場合には地域包括ケア病棟（床）[2]や回復期リハビリテーション病棟へという流れが主流の中、地域包括ケア病棟（床）における退院支援の実態の把握も必要との観点から、平成 29 年度においては地域包括ケア病棟(床)を対象に、在宅復帰率の算定上、在宅復帰の割合を高めることが課題とされる在宅復帰支援を担当する職員に対して、在宅への退



出所:「中央社会保険医療協議会 総会(第 344 回) 総-5」

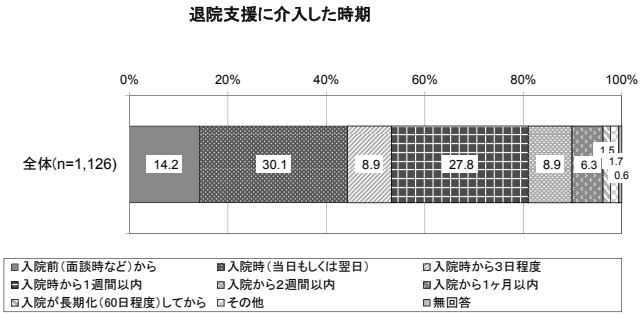
[1] 平成 27 年度老人保健健康増進等事業「医療・介護ニーズがある高齢者等の地域居住のあり方に関する調査研究事業」(平成 28 年 3 月)
[2] 平成 26 年(2014 年)4 月の診療報酬改定で新設

院を促進している要因および、阻害している要因について実態調査[3]を行いました。

急性期や地域包括ケア病棟(床)での治療を終えたあと、医療・介護ニーズがあっても、住み慣れた地域に戻って自分らしい暮らしが継続できるような生活環境の整備は急務です。

②入退院支援の課題（地域包括ケア病棟(床)における退院支援に関する実態調査[4]より）

地域包括ケア病棟(床)では、困難事例[5]患者（n=1,126）の退院支援については、8割以上が1週間以内に介入しており、「入院前（面接時などから）」と「入院時（当日もしくは翌日）」の合計が4割強を占めています。平成27年度急性期実態調査では1週間以内が半数強、「入院時（当日もしくは翌日）」が1割強であり、地域包括ケア病棟(床)は急性期に比べ、比較的早期に退院支援に着手していると言えます。

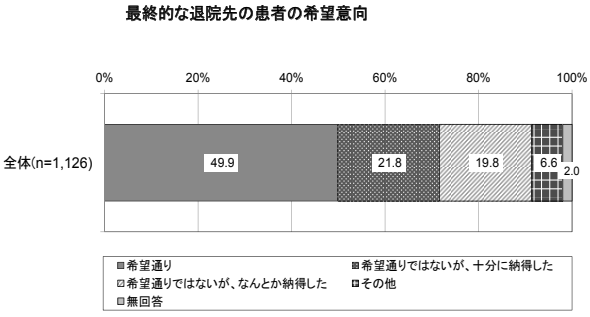


退院支援担当者の支援は「住まいの確保」だけでなく多岐にわたりますが、「住まいの確保」については検討に時間を要するため、早めに着手をしておかなければならない支援の1つといえます。

地域包括ケア病棟(床)の直近3か月間の平均在院日数が28.1日であったのに対し、困難事例患者の平均在棟（床）日数は46.3日と長いが、退院支援に介入してから退院先が決まるまでの期間は平均37.8日であることから、困難事例であっても入院期間中に退院先は決まっていると考えられます。

では、その退院は本人の希望通りだったかというと、本人の状態像もあり、必ずしも本人の希望通りとは言えないのが現状です。

本人は入院前の自宅に帰ることを希望している一方、ご家族は自宅よりも自宅に準じる施設への退院を希望する割合が高くなっており、退院支援担当者は双方の希望を踏まえながら、よりよい選択を支援することが求められています。



その結果、本人の希望通りでない場合には、納得していただくよう説明を十分行うことが必要となります。

[3] 平成29年度老人保健健康増進等事業「医療・介護ニーズがある高齢者の退院後の地域居住のあり方に関する調査研究事業」

[4] 詳細は平成29年度老人保健健康増進等事業「医療・介護ニーズがある高齢者の退院後の地域居住のあり方に関する調査研究事業」報告書参照のこと

[5] 過去1年間に退院した65歳以上の患者のうち、退院支援担当者が、退院支援(住まいの確保)を行った中で困難を感じた事例

退院後の「住まいの確保」において、退院支援担当者（n=906）が「元の住まいには戻れない」と判断する視点の中で、半数以上が「とても重要」と回答した項目は以下の通りです。退院支援担当者は、患者の ADL の変化をモニタリングしながら、その他の条件についても検討を行って、最終的に自宅に戻れるか、戻れない場合にはどうするかといった検討を行い、「住まい確保」の支援を行うこととなります。

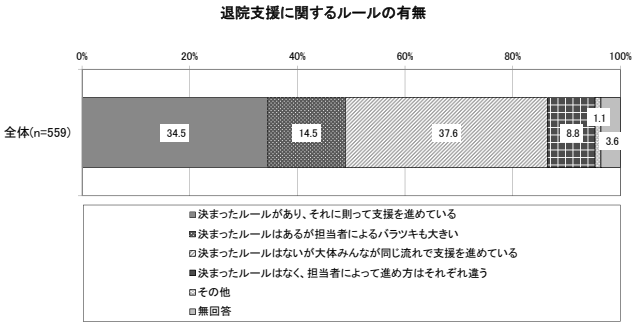
A.ADL が落ちて、自宅の住環境での生活は難しい(67.1%)
F.虐待・DV の問題がある(59.4%)
C.経済的な問題がある(59.1%)
K.認知症（徘徊や火の始末など）(54.6%)
I.家族の協力がない／家族が在宅を望まない／家族関係が悪い(54.0%)
D.立ち退きやホームレスなどで自宅がない(52.1%)
G.家族の介護力が弱い／介護負担が重すぎる(51.0%)

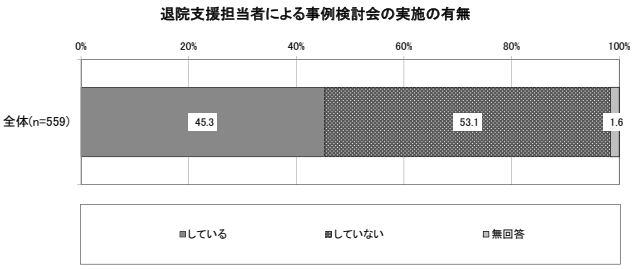
() 内はとても重要と回答した比率

なお、退院支援困難事例ケースにおいて、元の住まいに退院できなかった理由として、「家族の介護力がない」に次いで、「家族が同意しなかった」が挙げられています。家族が同意しない理由は、介護の負担に耐えられるか、目が行き届かず万一ケガをさせてしまった場合どうしたらいいかなどの不安が大きな理由です。本人の希望を叶えるには、それらの不安を軽減できる支援が提案できるかが重要となります。

そのためにも、入退院支援に必要な情報を如何に収集するかがポイントとなります。入院時情報を入手した主な方法として、「患者や家族、移行元担当者などへの聞き取り」に次いで、「ケアマネジャーからの提供」の割合が高くなっており、また、「住まいの確保」が必要な場合、最もよく連携をしているのが「ケアマネジャー」であることからも、ケアマネジャーとの情報連携を強化することが求められます。

また、施設調査では、約半数の医療機関で退院支援に関するルールが未整備で、退院支援担当者による事例検討会の実施も半数以下であることが分かりました。今後、ますます重要となる入退院支援において、ルールが未整備の医療機関においては早急に整備するとともに、すでにルール化されている医療機関においても、運用状況を確認し、入退院支援の強化を踏まえた見直しが求められます。





２．本手引きの目的

入退院時における医療機関とケアマネジャーの連携を促進することにより、医療機関と在宅を循環する高齢者が、退院後も住み慣れた地域に戻って自分らしい暮らしが継続できるよう支援し、ケアマネジメントの質を向上させることを目的として、入退院時における住まいと住まい方の支援のための多職種連携及び情報収集のあり方について取りまとめたものです。

３．本手引きの位置付け

①本手引きが想定する事例

本手引きにおいては、介護認定を受け、担当ケアマネジャーがいる患者（利用者）を想定して作成しています。

医療機関により入退院支援のあり方は異なると思いますが、どのような患者（利用者）であっても住まいと住まい方支援のために共通して把握しておくべき事項やその考え方などをまとめていますので、それぞれの医療機関の対応に合わせ柔軟に活用してください。

②本手引きの対象

病院で入退院支援を行う担当者及びケアマネジャーを対象としています。

③用語について

一般的に入院中は患者、在宅では入院前や退院後については利用者と記載していますが、入院中であっても、ケアマネジャーに向けた場合には利用者、入院前や退院後であっても病院の職員に向けた場合には、患者と記載しています。

④本手引きで提供するツール

入退院時において医療機関とケアマネジャーが連携するツールがない場合にご活用いただくため、株式会社日本能率協会総合研究所のご協力のもと、平成 28 年度老人保健健康増進等事業「ケアマネジャー等を活用した退院支援のモデル構築に関する調査研究事業（入退院時におけるケアマネジャーと医療機関等職員との多職種連携を踏まえたケアマネジメントの質の向上に関する調査研究事業）」の連携ツール「入院時情報提供書」を掲載し、入院患者の退院支援における住宅支援強化のための改編例を記載しています。

また、あらためて住まいの改善に向けた検討のポイントや住み替えに関する情報を掲載していますので、ご活用下さい。

なお、既にツールがある医療機関や居宅介護支援事業所においては、既存のツール改編時に改編のポイントをご参考いただければ幸いです。

Ⅱ. 入退院支援の必要性

１．入退院時における医療機関の入退院支援担当者とケアマネジャーの役割

高齢者の入退院支援を強化するには、医療機関及びケアマネジャーがそれぞれの役割を理解した上で、高齢者の入退院に積極的にかかわっていくことが重要です。

ケアマネジャーは、利用者が入院した際、医療機関に対し、速やかに情報提供することが求められています。そのためには、日頃より利用者の入院を想定し、利用者に提供すべき情報を整理・更新しておくことが必要です。また、利用者の入院と同時に、退院に向けて、医療機関から情報収集することも必要です。利用者の退院後を見据えて、利用者の回復状況を把握し、自立を支援するケアプランを準備することがケアマネジメントの質の向上につながります[6]。

一方、医療機関は、入院直後（予定入院の場合は外来時）から、退院に向けた支援に着手することが求められています。ケアマネジャーから提供される情報から、本人・家族とともに退院後の生活をイメージすることで、患者のＱＯＬを踏まえた医療が提供でき、医療の質の向上につながります。

患者の入院と同時に、退院先についての検討に着手することになりますが、その際、重要となるのが

①患者本人の意志や家族の考え
②患者をサポートする資源の活用の可能性
③医療的ケアの必要性
④②③に係る経済力

です。この優先順位を踏まえ、情報収集を行い、①を実現するために多職種と連携して支援を行うことが医療機関には求められています。

２．入退院支援における医療機関とケアマネジャーの情報連携

入退院支援において、医療機関とケアマネジャーが連携し、入退院時にも途切れることのない、一貫したケアマネジメントを実現することが重要です。

入院時のケアマネジャーの情報提供は、医療機関が作成する退院支援計画へとつながります。従って、入院時の情報提供は、利用者本人が望む生活に近づけられるような情報提供であることが求められます。

医療機関・ケアマネジャーともに、本人のニーズや退院後の生活課題を把握した上で支援することが求められており、入院中の患者（利用者）の気持ちや体調の変化等をモニタリングし、前述した①～④の変化を踏まえたうえでカンファレンス等において多職種で意見交換を行うことが重要です。

---

[6] 平成 28 年度老人保健健康増進等事業「ケアマネジャー等を活用した退院支援のモデル構築に関する調査研究事業（入退院時におけるケアマネジャーと医療機関等職員との多職種連携を踏まえたケアマネジメントの質の向上に関する調査研究事業）」（株式会社日本能率協会総合研究所）参照

入退院支援における医療機関とケアマネジャーの理想的な連携プロセスは以下の通りです。

医療機関		患者（利用者）	ケアマネジャー
急性期	回復期（地域包括ケア病棟）		
予定入院患者に対して、入院および退院後に向けた支援を行う（入院時支援加算）	入院相談・判定会を開催 （必要に応じて受診）	在宅・外来時	入院にそなえ日ごろから準備
スクリーニングを実施 入院診療計画書作成に着手	同左	入院時	医療機関が必要とする患者情報の提供 ケアマネジャーの要望も伝える
退院困難な患者を抽出し、アセスメントを実施 カンファレンス等で多職種がかかわり検討	同左	入院 3 日以内	
入院診療計画書及び退院支援計画書を踏まえ患者・患者家族へのインフォームドコンセント場面を設定	同左	入院 7 日以内	
ケアマネジャーに必要な介護サービスなど情報提供	同左	退院前カンファレンスの前	
退院前訪問指導の実施 退院を可能にする制度・社会資源との連絡調整	同左		多職種で退院後の生活を意識した生活課題を検討 ケアプラン（案）を作成
退院前カンファレンスを開催し、退院の方針決定	同左	退院前カンファレンス	急性期は可能であれば退院前カンファレンスに参加 回復期は退院前カンファレンスに参加
モニタリングの実施	同左	退院前カンファレンス後	
アフターフォロー 退院後訪問指導	同左	退院	

情報収集

情報収集

Ⅲ. 入退院支援の具体的なポイント

入退院支援における情報連携のための具体的なポイントは以下の通りです。

入院時（3 日以内） ＞ 入院中 ＞ 退院前 ＞ 退院後

STEP1. 医療機関は患者情報を速やかにケアマネジャーと共有する

入院時、ケアマネジャーから適切なタイミングで患者情報の提供を受けることは、入院中だけでなく、退院後のケアマネジメントにとって極めて重要です。

ケアマネジャーが提供する利用者の生活歴や住環境等に関する情報は、「退院支援対象者のスクリーニング（入院 3 日以内）」や「退院支援計画書（入院 7 日以内に作成）」に役立ちます。

入院医療機関によって入退院支援担当者（医療ソーシャルワーカー、退院調整看護師、病棟看護師、担当医など）が異なるため、ケアマネジャーが連絡をとりやすいよう、ケアマネジャーに自院の入退院支援担当窓口を明示し、また電話が入った場合には担当者につながるよう、院内の組織図等でも明示しておきましょう。

予定入院の場合は、患者から担当ケアマネジャーを把握しておくのはもちろんですが、緊急入院の場合、患者に聞いても担当ケアマネジャーがわからないという場合がありますので、地域のケアマネ協議会や居宅介護支援事業所に対し、ケアマネジャーから医療機関に連絡を入れていただくよう依頼をしておくとよいでしょう。



入退院支援強化の POINT!

入退院支援の担当窓口を、地域のケアマネジャー等には知らせておきましょう。

入退院支援において、医療機関はどのような情報が必要か、地域のケアマネジャーに依頼をしておきましょう。

＜情報提供いただきたい内容例＞

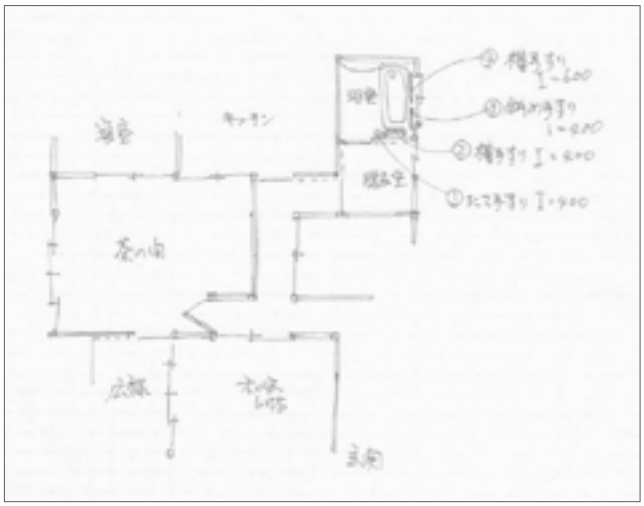
- 利用者の性格や関心事だけでなく、利用者自身の取り巻く環境の強み（人となり、関心、仕事、他者との関係性など）について
- 利用者が、“どういう状態であれば、在宅療養生活が可能になるのか”、ケアマネジャーとしての意見
- 住環境に関する情報

住まいと住まい方支援の POINT！

＜自宅退院に向けて＞

在宅療養生活へ戻るために必要な状態をイメージしやすいよう、本人・家族の了承を得た上で、「住宅の写真」などを添付していただくよう依頼しておくとよいでしょう。例えば、地域で共通して利用している情報提供シート等がある場合には、「住環境に関する情報」を記載するスペースがあるか確認し、シートを修正していただくよう依頼することも有効です。





（住環境情報提供例：住環境写真・図面イラスト-改装点など）

入院時情報提供書（ケアマネジャー →医療機関）

※ケアプラン1表・2表・3表／興味関心チェックシート／お薬手帳（いずれもコピー）／住環境に関する写真　などを添付

病院 担当者 様　（記入日：　年　月　日 ／ 入院日：　年　月　日）

利用者(患者)／家族の同意に基づき、利用者情報(身体・生活機能など)の情報を送付します。是非ご活用下さい。

担当ケアマネジャー名	(ﾌﾘｶﾞﾅ)	電話番号	
居宅介護支援事業所名		FAX番号	

【担当ケアマネジャーより、医療機関の方へお願い】
・退院が決まり次第、連絡をお願いします
・必要に応じて、退院時の情報提供をお願いします
・「退院前訪問指導」を実施する場合は、ぜひケアマネジャーを同行させて下さい

1．利用者(患者)基本情報について

患者氏名	(ﾌﾘｶﾞﾅ)	年齢	才	性別	男　女
		生年月日	明・大・昭・平　年　月　日 生		
住所		電話番号			
住環境 ※可能ならば、「写真」などを添付	□ 戸建て　□ 集合住宅（2階居住）	エレベーター	□ **なし** □ あり（　）		
	・住まいに関する特記事項（　）				
入院時の要介護度	□ 要支援（　）　□要介護（　）　□ 申請中　□ 未申請				
認知症高齢者の日常生活自立度	□ 自立　□ Ⅰ　□ Ⅱa　□ Ⅱb　□ Ⅲa　□ Ⅲb　□ Ⅳ　□ M				
障害高齢者の日常生活自立度	□ 自立　□ J1　□ J2　□ A1　□ A2　□ B1　□ B2　□ C1　□ C2				
介護保険の自己負担割合	□ 1割　□ 2割　□ 不明	障害など認定	□ **なし** □ あり（　）		
年金などの種類	□ 国民年金　□ 厚生年金　□ 障害年金　□ 生活保護　□ その他(　)				

2．家族の情報について

家族構成	□独居 □同居	キーパーソン（連絡先）	氏名 （続柄／年齢）（　）
主介護者（年齢）	（　才）		（　）

3．本人／家族の意向について

本人の性格／趣味・関心領域 など	
本人の生活歴	
入院前の本人の意向	
入院前の家族の意向（特に生活について）	

4．今後の生活展望について（ケアマネとしての意見）

在宅生活に必要な要件	
家族の介護力*	□ 独居　□ 日中独居　□ 高齢世帯　□ サポートできる家族や支援者が不在 □ 家族が要介護状態／認知症である　□その他（　）
特記事項（特に注意すべき点など）	

5．カンファレンスについて（ケアマネからの希望）

「院内の多職種カンファレンス」への参加	□ 希望あり	
「退院前カンファレンス」への参加	□ 希望あり	・具体的な要望（　）

6．身体・生活機能の状況／療養生活上の課題について

麻痺の状況		なし	軽度	中度	重度	住環境に関する情報（必要に応じ写真を添付）
ADL	褥瘡の有無	□ **なし**	□ あり			
	移　動	自立	見守り	一部介助	全介助	
	移　乗	自立	見守り	一部介助	全介助	
	移動手段	□ 杖　□ 歩行器　□ 車いす　□ その他				
	更　衣	自立	見守り	一部介助	全介助	
	起居動作	自立	見守り	一部介助	全介助	
	整　容	自立	見守り	一部介助	全介助	
	入　浴	自立	見守り	一部介助	全介助	
	食　事	自立	見守り	一部介助	全介助	

食事内容	食事回数	・朝：　時頃　・昼：　時頃　・夜：　時頃	食事制限	
	食事形態	□ 普通　□きざみ　□ 嚥下障害食　□ ミキサー	水分制限	
	摂取方法	□ 経口　□ 経管栄養	水分とろみ	□ **なし** □ あり
口腔	嚥下機能	むせない　時々むせる　常にむせる	義歯	□ **なし** □ あり
	口腔清潔	良　不良　著しく不良	口臭	□ **なし** □ あり
*排泄	排尿	自立　見守り　一部介助　全介助	ポータブルトイレ	□ **なし** □ 夜間 □常時
	排便	自立　見守り　一部介助　全介助	オムツ／パッド	□ **なし** □ 夜間 □常時

睡眠の状態	良　不良（　）	眠剤の使用	□ **なし** □ あり	睡眠時間	時間/日
喫煙量	本くらい/日あたり	飲酒量	合くらい/日あたり		

コミュニケーション能力	視力	問題なし	やや難あり	困難	メガネ	□ **なし** □ あり（　）
	聴力	問題なし	やや難あり	困難	補聴器	□ **なし** □ あり
	言語	問題なし	やや難あり		コミュニケーションに関する特記事項：	
	意思疎通	問題なし	やや難あり	困難		

精神面における療養上の問題	□**なし** □幻視・幻聴　□興奮　□焦燥・不穏　□妄想　□暴力/攻撃性　□介護への抵抗　□不眠 □昼夜逆転　□徘徊　□危険行為　□不潔行為　□その他（　）
疾患歴*	□**なし** □悪性腫瘍　□認知症　□急性呼吸器感染症　□脳血管障害　□骨折 □その他（　）
入院歴* 最近半年間での入院	□**なし**　□あり（H　年　月　日 ～ H　年　月　日）　□不明
入院歴* 入院頻度	□ 頻度は高い／繰り返している　□ 頻度は低いが、これまでにもある　□ 今回が初めて
医療処置*	□**なし** □点滴　□酸素療法　□喀痰吸引　□気管切開　□胃ろう　□経鼻栄養　□経腸栄養　□褥瘡 □尿道カテーテル　□尿路ストーマ　□消化管ストーマ　□痛みコントロール　□排便コントロール □自己注射（　）　□その他（　）

7．お薬について　※必要に応じて、「お薬手帳（コピー）」を添付

内服薬	□ **なし**　□ あり（　）	居宅療養管理指導	□ **なし** □ あり　（職種：　）
薬剤管理	□ 自己管理　□ 他者による管理　（・管理者：　・管理方法：　）		
服薬状況	□ 処方通り服用　□ 時々飲み忘れ　□飲み忘れが多い、処方が守られていない		
お薬に関する、特記事項			

8．かかりつけ医について

かかりつけ医機関名		電話番号	
医師名	(ﾌﾘｶﾞﾅ)	診察方法・頻度	□ 受診　□ 訪問診療 ・頻度＝（　）回 ／ 月・週

*＝退院支援者スクリーニング必要項目　（記入日：　年　月　日 現在の状況）

住環境に関し記述できるスペースを設けていただくよう依頼しましょう

出所：平成 28 年度老人保健健康増進等事業「ケアマネジャー等を活用した退院支援のモデル構築に関する調査研究事業（入退院時におけるケアマネジャーと医療機関等職員との多職種連携を踏まえたケアマネジメントの質の向上に関する調査研究事業）」（株式会社日本能率協会総合研究所）

9

STEP２．退院困難な患者をスクリーニングする

入院時、医療機関において、まずは医療情報及び入院前の生活状況や患者背景を踏まえ病棟が退院困難な患者をスクリーニングして、退院支援のニーズがあるかを把握します。

＜スクリーニングの視点＞

医療情報から･･･

□入院を繰り返す（誤嚥性肺炎・心不全等）➡在宅での療養生活に何か問題や不安を抱えている
□退院後、医療処置・医療管理が継続する可能性あり
□末期がん・終末期にある、もしくは近い状況にある
□入院前と比べ ADL が低下し、退院後の生活様式の再編が必要である（脳血管障害・骨折等）
□病状や加齢にともなう生活しづらさがある

入院前の生活状況･患者背景から･･･

□独居、同居家族がいても必要なサポートが提供できない
□すでに在宅サービスを利用している➡在宅支援チームや施設職員との連携・協働が必要
□入院前から生活しづらさや経済的な問題があったが支援を受けていない

退院支援加算 1 では 3 日以内に困難事例を抽出し、7 日以内に本人・家族と面談し、カンファレンスをすることが求められており、退院支援加算 2 においては、7 日以内に困難事例を抽出し、早急に本人・家族と面談し、カンファレンスをすることが求められています。また、7 日以内に「退院支援計画書」を作成しなければなりません。

病棟が入院前の情報を如何にキャッチできるかが求められ、それにはそれまで患者と関わってきたケアマネジャーと情報共有ができているかが重要なポイントとなります。



入退院支援強化の POINT!

退院困難な患者は様々な支援が必要となります。相談内容も多岐にわたり、それぞれが大きく関わってきます。

＜医療ソーシャルワーカーの主な支援[7]－相談内容のカテゴリー＞

① 療養中の心理的・社会的課題の解決、調整援助（安心して療養できるような環境づくりを支援）
② 退院援助（在宅サービスの利用、自宅以外の療養先の選定を支援）

[7] 医療ソーシャルワーカー業務指針〔厚生労働省健康局長通知 平成 14 年 11 月 29 日健康発第 1129001 号〕 の「二 業務の範囲」の（1）～（6）を記載。なお、（ ）内については、当財団にて加筆したものである。

③ 社会復帰援助（復学や復職に向けた学校、職場との調整を支援）
④ 受療・受療支援（医療の受け方、治療やリハビリ目的の入院相談、判定会の実施を支援）
⑤ 経済的課題の解決、調整援助（医療費や生活費に関する社会保障制度の活用を支援）
⑥ 地域活動（地域ケア会議への参加、地域のネットワークづくりを支援）

退院困難な患者は不安が多く、何から相談すればよいのか分からないという状態にあります。医療ソーシャルワーカーは、スクリーニング直後から患者にかかわり、必要な情報を収集しましょう。



住まいと住まい方支援の POINT！

＜退院後の住まいについて＞

退院後の住まいを検討するうえで、資源を導入した自宅療養も、新たな療養先を探す場合も費用はかかるため、本人や家族の希望を叶えるためにも、経済面を把握することは重要です。

STEP３．アセスメントに着手する

退院困難な患者のスクリーニング後は、具体的なアセスメントに着手します。

アセスメントを行うにあたっては、在宅に戻すことを前提に検討を行うことが求められますので、まずは、住み慣れた環境に戻れるように、入院前の暮らしぶりやその環境について把握するとともに、本人や家族、関係者と退院後の住まいについてよく話し合うことが必要となります。

なお、住まいについて考えるとき、患者の今の状態だけでなく、退院直後の状態、退院後数か月後の状態など、時間軸を踏まえ、どのように生活していきたいかをイメージできるように、医療機関は病状の見通しを伝えることが必要です。

その上で、在宅に戻るために必要なことは何かという視点をもちつつ、

①患者本人の意志や家族の考え

②患者をサポートする資源の活用の可能性

③医療的ケアの必要性

④②③に係る経済力

について把握します。その際、病院側だけの情報だけでなく、在宅側からも情報を収集し、在宅側の意見も把握することも必要です。

患者の意思や家族の考えの把握、これまでの地域との関係性や患者や家族の経済状況について、患者を取り巻く様々な人たちから情報収集を行いつつ、その一方で患者の真意を引き出すには、スキルが求められます。

①患者本人の意志や家族の考え

優先すべきは本人の意志です。それを踏まえ、②③④について検討を行います。

なお、患者本人と家族の考えが必ずしも一致するとは限りません。在宅に戻るために、様々なサービスを利用しなければならい場合、経済的な面だけでなく精神的にも家族の負担は大きくなります。家族の置かれている状況も把握した上で、患者本人と家族の意見が異なる場合には、話し合いをしながらお互いが納得できる方法を見つけることが求められます。

②患者をサポートする資源の活用の可能性

サポートをする資源については、家族だけでなく、友人・近隣者等インフォーマルサービスによる生活支援・安否確認も含め検討します。

③医療的ケアの必要性

退院後も継続する医療処置や内服管理等が安全に行えるか、健康管理・悪化予防の視点も

踏まえ、予測されるリスクがあれば、訪問看護や訪問診療等在宅医療によるサポートを検討します。

④ ②③に係る経済力

いかに本人が在宅生活に意欲を持っていて、周辺資源に恵まれ、かつ医療の実施が可能な状況であっても、それらを実現するための経済的な対応が可能であるかどうかの情報を確認することが重要です。



入退院支援強化の POINT!

「本人がどう生きたいのか、どうありたいのか、何を大事にしたいのか」という本人の意思を最大限に尊重しつつ、それに近づけるために、何が必要なのかを検討しましょう。

＜意向の確認＞

- 主なキーパーソンとなる患者本人と家族の意向調整が難しい場合もありますが、時間をかけて話し合いの機会を重ねることが望ましいといえます。
- 特定のキーパーソンとなる人がいない場合は、行政や地域包括支援センター等の関係機関と連携し、支援策を検討する必要があります。

「本人がどう生きたいのか、どうありたいのか、何を大事にしたいのか」という本人の意思を最大限に尊重しつつ、それに近づけるために、何が必要なのかを検討しましょう。



住まいと住まい方支援の POINT！

住まいの確保を必要とする事例･･･

・家屋の老朽化や衛生上の問題がある･･･
・近隣住民とのトラブルが続いている･･･
・家賃を長期間滞納しており、大家から退去を求められた･･･
・大家が高齢で、物件を取り壊すこととなり、戻る場所がなくなった･･･
・住み込みで働いていたため、発病と同時に住まいと仕事を失った･･･

＜自宅退院に向けて＞

患者の多くが、自宅に戻ることを希望します。本当に戻れるかどうかは、自宅に戻った時の問題点を具体的に上げて、対応策について多職種の意見を踏まえ、1 つ 1 つ検討することが求められます。

＜自宅以外への退院に向けて＞

自宅以外の場合、選定に時間がかかるため、優先的に検討すべき問題です。例えば、患者本人は現在の住まいから退去を迫られていると言っていたとしても、本当に退去しなくてはいけないのか、本人の権利を擁護する視点で、社会的なバックグランドの把握が必要になることから、多くの病院では、医療ソーシャルワーカーが対応することが一般的です。

ある程度、経済的にゆとりがあれば、新たに転居が必要な場合でも、有料老人ホームに入る等様々な選択肢が考えられますが、経済的にゆとりがない場合などは選択肢も限られます。日頃から退院支援を行なう部門として介護施設や高齢者向け住宅等の情報を収集し、ストックしておくとよいでしょう。



STEP４．多職種で退院後の方針を決定する

退院前カンファレンスは病院主導で行うことが多いですが、その場にケアマネジャーが参加する意味は、入院医療機関から利用者の医療上の生活課題（ニーズ）を確認し、入院医療機関の関係職種とケアマネジャーが検討した生活課題（ニーズ）が一致しているかを確認することにあります。

また、退院後に関わるサービス関係者等が参加する合同カンファレンスとすることで、情報共有とともにそれぞれの役割を確認することも可能となります。

自宅での生活を維持するためには、家族の介護力も重要です。そのためには、服薬管理やインスリンの自己注射等のほか、ある程度の医療知識や手技が必要となる場合には、指導が不可欠です。入院中の家族に対する指導は入院医療機関が担い、退院後はケアマネジャー、訪問介護ステーションやサービス事業所でモニタリングやフォローをするなど、関係者が一同に会する中で共有・確認すること重要です。



入退院支援強化の POINT!

退院が自宅以外の場合もあります。日頃から、地域や隣接する地域にどのような施設等があるのかなど情報収集をしておきましょう。

介護施設の情報の蓄積は、ケアマネジャーの強みの一つです。施設のホームページ等からは得られない情報が得られるかもしれません。ケアマネジャーと情報共有・交換をしておきましょう。

家族が施設等の見学会や内覧会にいく場合、下記のポイントをアドバイスするようにしましょう。

＜施設見学等で確認しておきたいポイント＞

- 入居要件…どういう状態まで、そこに入居ができるのか（介護型か自立型）
- サービス内容…夜間、看護師が常駐しているか、医療的ケアをどこまで対応してくれるのか、本人の楽しみに対応できるのか、例えば、食事であればメニューが選べる等、趣味のサークルがある等
- 費用…予算に合うか（一時金がある場合は償却期間）
- 立地、利便性…家族等が施設に通いやすいか、周辺にスーパーはあるのか等
- 入居者や利用者の様子…入居者等の表情のほか、部屋にこもっていないか、共用スペースで過ごしているか、スタッフの対応



住まいと住まい方支援の POINT！

＜自宅への退院に向けて＞

自宅へ退院する場合には、住宅改修が必要になる場合もあります。介護保険や福祉サービスにおける手続きや、改修期間なども踏まえると早期の家屋評価が望ましいといえるでしょう。

看護師やリハビリセラピスト、医療ソーシャルワーカー等が「退院前訪問」として、ケアマネジャーとともに、患者宅へ赴き、自宅で合同カンファレンスを行いましょう。生活課題がより明確になるため、退院後の方針決定や自宅での生活を見据えたリハビリ等の提供にもつながります。

＜自宅以外の退院に向けて＞

退院が自宅以外の場合、患者本人や家族に対して、施設等の情報提供が必要です。

地域内であれば施設の見学会や内覧会に行って、実際に施設を見ることが重要です。また、家族に施設見学のポイントをアドバイスすることで、必要な点を家族が確認することができます。これから生活する場となるため、中でも、身近に相談できる人がいない等の場合、本人の有料老人ホームの見学に同行することも検討しましょう。

患者が安心して入居できるよう、よりきめ細やかな情報提供が望ましいといえます。そのため、地域や隣接する地域にある施設等の情報収集が重要となります。さらに、住まい探しにおける入院医療機関の積極的な支援が必要になる場合もあります。その際は、患者の暮らしをイメージして、適切な施設等を選ぶようにしましょう。

医療処置に対応できる施設が少なかったり、ADL が低いと受け入れる施設が限られたりする場合もあります。また、患者の経済状況も踏まえ、さまざまな住まいの情報が必要です。

STEP５．方針を踏まえモニタリングする

退院の方針を踏まえ、患者の身体的な症状だけではなく、心身面の状況もモニタリングが必要です。医療ソーシャルワーカー、退院調整看護師が日々モニタリングしつつ、カンファレンスなどの場で病棟看護師などにも確認・共有するようにしましょう。

退院方針が介護保険施設等への入所となった場合は、これまでのケアマネジャーが担当からはずれ、退院後は施設のケアマネジャーが担当することになります。医療ソーシャルワーカー、退院調整看護師は、退院先が決まる前にこれまで担当だったケアマネジャーからできるだけ情報収集することが重要です。

また、退院日までのモニタリングの中で、退院方針が変わる可能性もあります。退院後の生活で必要なサービスが増えたり、在宅退院が施設への退院になったりすることもゼロではありません。そのような場合も見据えて、ケアマネジャーと連携できるよう、日頃からケアマネジャーとの関係を積極的に構築し、ケアマネジャーからも情報提供・情報共有等がしやすい関係づくりをめざす必要があります。



入退院支援強化の POINT!

方針が変わる可能性があることを想定し、方針の変更についても検討しておきましょう。

住まいと住まい方支援の POINT！

＜自宅以外の退院先に変更となった場合＞

本人の病状や気持ち、介護者の事情等によって方針が変わることもあります。入院期間の制約はありますが、本人にとっては大切な生活の場であることを十分理解した上で、検討しましょう。状況によっては、一時は自宅に戻り、その間に時間をかけて探すことも一つです。その際は、退院後の継続支援が求められます。

施設情報をストックし、チームで共有し、必要に応じ情報をアップデートしておくとよいでしょう。

STEP６．退院後も必要に応じフォローする

本人・家族にとっては、退院してからが新たな生活の始まりです。生活のペースを取り戻していくには時間がかかります。自宅でも自宅以外の施設でも、様々な関係機関がかかわる中、不安を感じることも少なくありません。

医療機関として、どのように対応するかという想定をしておくことが基本となりますが、状況に応じて、他機関からも状況把握を行い、確実に資源に繋がるように働きかけることや、情報提供を行うこと、主治医に相談して助言を求めることなど、できる限りの支援を行うことが大切です。

そのためにも、平時からの他機関との顔の見える関係（連携体制）の構築や、医療機関内での退院後の支援における方針の確認を行うことなどが重要になります。



住まいと住まい方支援の POINT！

住まいの事例･･･

生活保護担当者から紹介された施設に入居したある男性。入居後に体調が悪化し、本人の様子をみた家族が心配し、施設側に近隣の病院に入院させてほしいと求めた。しかし、施設からは、嘱託医による診察で入院の必要性はないと言われた。日に日に弱っていく状況に、どうしたら良いかと入院元の病院に相談にきた。

その病院の医療ソーシャルワーカーは、施設と嘱託医に連絡。病院を受診させてもらえるよう交渉し、入院治療に繋げるとともに、生活保護担当者に報告。その後、必要に応じて連携することを確認した。

＜自宅のモニタリング･フォロー＞

自宅に退院した場合には、自宅の改修等が適切であったか、本人と家族、ケアマネジャーからフィードバックしてもらうとよいでしょう。なお、在宅での療養上の指導を行う場合には、看護師等に依頼し、状況を確認しましょう。

＜施設のモニタリング･フォロー＞

入居後、本人や家族からは、施設側に言いづらいこともありますので、医療機関が退院後の様子を本人や家族、施設に確認することは大切です。また、施設内で誰に相談すれば良いかを事前に伝えておくと、本人や家族の不安軽減にもつながります。

こうして、その後の生活状況を把握することによって、より詳細な情報収集が可能となることや施設サービス等の評価に活かすことができます。

資料編

目次

1．住まいの改善に関する相談対応

1 -1 住まいの改善に向けた検討のポイント
（1）相談者や住宅の状況把握・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・23
（2）要望や改善目標の確認・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・26
（3）住まいの改善手法・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・27
〔手法１〕住宅内の整理整頓、家具配置の変更、動作の安全確保など
〔手法２〕福祉用具の活用や外部サービスの利用
〔手法３〕住宅改修

2．多職種との連携

2-1 疾患による身体状況の特性と住まいの配慮・・・・・・・・・・・・37
2-2 住まいの改善に際しての多職種との連携　・・・・・・・・・・・・38

3．住まいの改善や住み替えに関する情報提供

3-1 住まいの改善・住宅改修に関する情報・・・・・・・・・・・・・・・39
3-2 住み替えに関する情報・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・40

１．住まいの改善に関する相談対応

１-１　住まいの改善に向けた検討のポイント

（１）相談者や住宅の状況把握

〔ポイント〕

住まいの改善に向けたアセスメントを行います。住宅を訪問し、相談者（本人や家族等）から話を聞き、本人と一緒に確認しましょう。

A　本人の身体状況や基本動作の確認

◆身体状況等の基礎情報に加え、生活上の基本動作を確認しましょう。

チェックリスト	具体内容
①　身長・体重、健康状態	
②　身体障害の状況	
③　福祉用具等の利用状況	
④　介護状況	
〔記録〕	

B　家族・介助者の状況の確認

◆家族構成等の把握のほか、介助者の状況を確認しましょう。

チェックリスト	具体内容
①　家族人員・構成	
②　家族との関係	
③　介助を担う人	
④　介助者の身体状況	
⑤　介助を行うペースの有無	
〔記録〕	

C　日常生活動作の状況、住宅の危険個所の確認

◆日常生活動作や生活動線に支障がないか確認しましょう。

アセスメント・チェックリスト	改善したいこと
【外出】	
①　主に外出している出入口までの屋内移動	
②　玄関の上がり框（がまち）の昇降	
③　履物の着脱	
④　車いす、装具の着脱	
⑤　玄関の出入りのしやすさ（扉の開閉を含む）	
⑥　玄関から道路までの屋外移動	
【排せつ】	
①　寝室などからトイレまでの移動	
②　トイレの出入りのしやすさ（扉の開閉を含む）	
③　便器からの立ち座り、車いすからの移乗	
④　衣服の着脱	
⑤　排せつ時の姿勢保持	
⑥　後始末のしやすさ	
【入浴】	
①　寝室などから浴室までの移動	
②　衣服の着脱	
③　浴室の出入りのしやすさ（扉の開閉を含む）	
④　浴室内での移動（立ち座りを含む）	
⑤　洗い場での姿勢保持（洗体・洗髪を含む）	
⑥　浴槽の出入りのしやすさ（立ち座りを含む）	
⑦　浴槽内での姿勢保持	
⑧　利用している福祉用具	
【屋内移動】	
①　寝室から居間食事室までの移動のしやすさ	
②　出入口の下枠の段のつまずき	
③　階段の勾配や手すりの使いやすさ	
【食事・就寝】	
①　居間食事室や寝室の出入りのしやすさ（扉の開閉含む）	
②　室内の床の滑りにくさ	
③ 室内の移動のしやすさ（手すりの必要性）	
④ 介助スペースの適切さ	
【設備機器】	
① 水栓金具、ドアノブ、スイッチ、コンセント等の使いやすさ	
② 設備機器の使いやすさ	

D　住まいの改善にあたってポイントとなる部分の確認

◆住まい方に関わるもの

チェックリスト	記　録
①住宅内の片づけ、住宅内の整理整頓 例：ぶつかるものがないか 例：廊下の物が置いてあり、通路が狭くないか	
②つまずきやすい物を床に置いていないか 例：つまずきの原因になりそうなカーペットやマット、電気コードなど	
③滑りやすい物を置いていないか 例：スリッパなど	
④暗くて困っている場所はないか 例：廊下、玄関、階段が暗いなど	
⑤寒くて困っている場所はないか 例：浴室や脱衣室、トイレが寒いなど	

◆日常生活動作の発見

チェックリスト	記　録
①普段の動作で手をついている部分の発見 （汚れていたり、擦り減っている部分など） 例：廊下を歩く時や段差を越える時に手をつく位置は、手すりを取り付ける位置の目安	
②つまずきやすい箇所の発見 例：敷居に段があるなど、転ぶ危険のある箇所	
③物の出し入れが困難な場所の発見 例：踏み台が必要となったり、腰や腕が痛くなる位置の収納など	

（２）要望や改善目標の確認

〔ポイント〕

本人の生活動作や家族・介助者の動作について、「改善したい動作とその困難な状況」を把握し、「どのように改善したいか（改善の目標）」を確認しプランを作成します。

【参考】本人や家族・介助者が要望する改修内容が適切かどうか判断に迷う場合は、理学療法士（ＰＴ）や作業療法士（ＯＴ）に相談するとアドバイスが得られます。

●本人や家族・介助者と検討した内容を書き込み、打ち合わせの記録を作成しましょう。

●打合せ記録（　　年　　月　　日）
出席者：
内容　：

◆「改善したい生活動作」と「改善の目標」

	改善したい生活動作とその困難な状況	改善の目標
例	便座からの立ち上がりが困難であり、家族などの介助が必要	トイレでの動作を一人でできるようにする。
①		
②		
③		
④		
⑤		

（３）住まいの改善手法

【ポイント】

住まいの改善については、「住宅内の整理整頓や家具配置の変更、動作の安全確保など」、「福祉用具の活用や外部サービスの利用」、「住宅改修」を組み合わせて検討しましょう。

手法１

住宅内の整理整頓、家具配置の変更、動作の安全確保

●住まい方を見直すだけで、住みやすくなります。

【家財の片づけや整理整頓、家具配置の変更】

・住宅内の整理・整頓、家具配置を変更するなどして、歩きやすくします。

例：ぶつかる物を片づけます。

例：廊下にある物を片づけると通路が広くなります。

・床にある物を片づけて、つまずいたり滑らないようにします。

例：カーペットやマット、電気コードなどで転倒しないようにします。



【動作の安全確保】

・安定した姿勢で動作ができるようにします。

例：高い位置にある物（食器など）を取る場合、無理な姿勢になるので、常時使うものは、取りやすい場所に移動します。

例：重い物は、腰をかがめずに取れる場所に収納します。

照明や室温

【適度な照明、適度な換気の確保】

・高齢になると、より明るさが必要になるので、階段や玄関など転倒の危険があるところには、とくに十分な明るさを確保します。

・健康に暮らすためには、適度な換気が必要です。新鮮な空気を取り入れることを習慣づけるようにします。

【住まいの中の寒さ対策】

・脱衣室やトイレで暖房器具を利用するなど、ヒートショック*対策をします。

・寝室とトイレを近接させることも有効です。



＊ヒートショック：急激な温度変化によって身体が受ける影響のこと。「脱衣室から浴室への出入り」や「居室からトイレへの移動」など、温度変化の激しいところを移動すると、身体が急な温度変化にさらされ血圧が急変し、脳卒中や心筋梗塞などにつながるおそれがあります。

寝室の位置の変更

・寝室をトイレや居間の近くの部屋に変更するなど、生活しやすくなる検討をします。その場合には、高齢者が生活の変化に対応できることを確認したうえで行います。

例：寝室をトイレに近い部屋に変更すると、トイレへの移動が楽になります。

・逆に寝室の近くにトイレを設ける方法もあります。

例：寝室と居間がつながると、家族との交流も密になりますが、生活時間の違いなどにも配慮が必要です。

手法２

福祉用具の活用や介護サービスの利用

●福祉用具の活用も日常生活動作の改善に有効です。

・高齢者の日常生活動作の安全を確保する多数の福祉用具があります。福祉用具の活用によって日常生活動作の改善が可能です。（介護保険制度では、福祉用具の種目によって購入と貸与があります）

・今後の身体機能の変化が予想される場合や、進行性の障害などの場合は、その都度の動作に合わせることができるので、福祉用具の活用が効果的な場合があります。また、使用方法を試しながら、本人が使いやすいものを選択できるメリットもあります。



介護保険制度における福祉用具の種目

〔貸与〕

・車いす　・特殊寝台　・床ずれ防止用具　・体位変換器　・手すり　・スロープ
・歩行器　・歩行補助つえ　・認知症老人徘徊感知機器　・移動用リフト

〔購入〕

・腰掛便座　・特殊尿器　・入浴補助用具　・簡易浴槽　・移動用リフトのつり具部分

＊具体の製品については、福祉用具のカタログを参照してください。

●介護サービスの利用も組み合わせます。

・改修が困難な場合や、家族による介助の負担が大きすぎる場合などは、訪問介護サービスの利用や、通所サービスの利用なども検討します。

・移動介助の負担軽減のための手すり設置や段差解消、入浴機器の搬入のための出入口の拡幅など、訪問介護サービスを利用するために住宅改修が必要になる場合もあります。



手法３

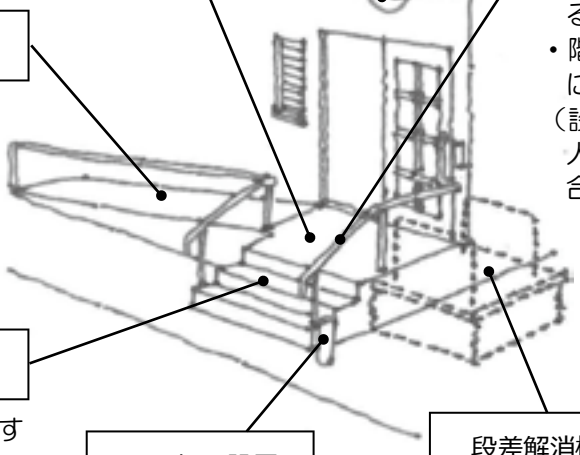
介護保険対象の工事項目については、市区町村（保険者）に事前に確認してください。

住宅改修

●住宅の各部位における改修のポイント

ア．道路から玄関まで

（介）：介護保険制度の住宅改修の対象項目



通路面の材料の変更(介)

⇒転倒予防のために
・水に濡れても滑りにくい舗装材に改修
（スロープの場合は凍結などにも配慮）

照明設備

⇒足元を確認できるように
・十分な明るさを確保

手すりの設置(介)

⇒安全に移動できるように
・階段やスロープに手すりを設置
（設置高さは、本人の身体状況に合わせる。）

通路の段差解消(介)

⇒車いすで通行できるように
・スロープ（傾斜路）を設置

階段の改修

⇒移動の負担を軽減するために
・緩やかな勾配の階段に改修

足元灯の設置

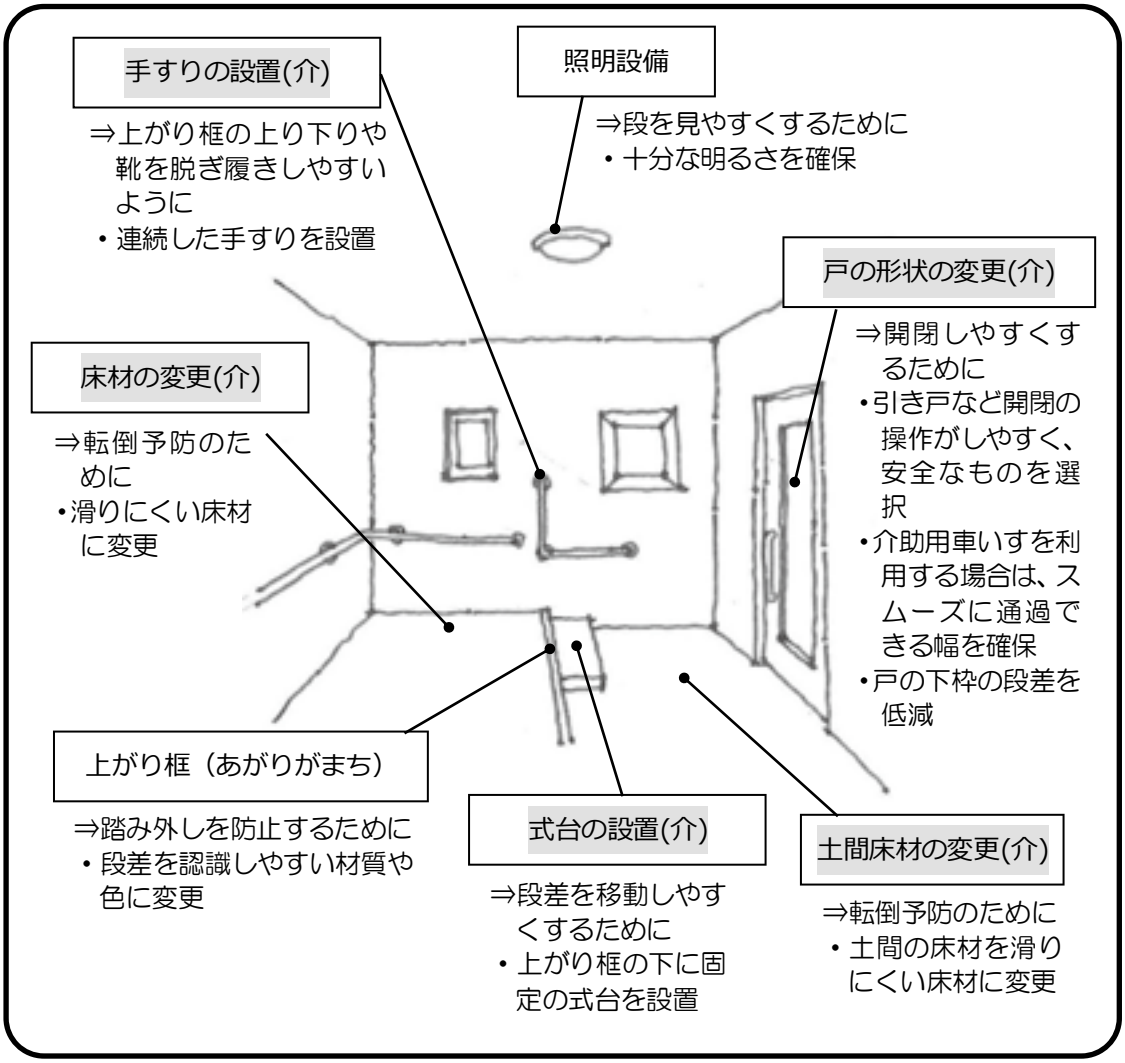
⇒足元を確認できるように
・段を確認できる照明を設置

段差解消機の設置

⇒車いすで移動できるように
・スロープのスペースが確保できない場合は、段差解消機の検討

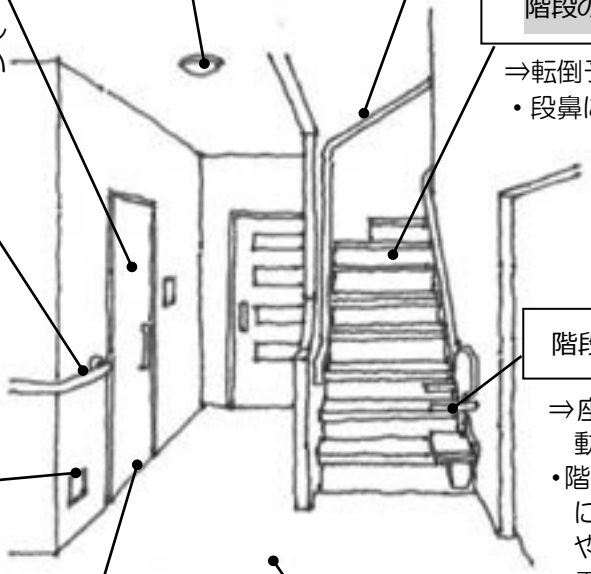
イ．玄関

（介）：介護保険制度の住宅改修の対象項目



ウ. 廊下・階段

（介）：介護保険制度の住宅改修の対象項目



照明設備

⇒安全な移動のために
・夜間のトイレへの移動などに配慮

手すりの設置(介)

⇒身体を支えるために
・連続した手すりの設置

戸の取替え(介)

⇒開閉しやすくするために
・引き戸に取替え
・取手をレバーハンドルや大型で握りやすいものに変更

階段の踏面（介)

⇒転倒予防のために
・段鼻に滑り防止の対策

手すりの設置(介)

⇒身体を支えるために
・握る場合と肘を置いて身体を支える場合など、利用方法による高さや形状の検討

階段昇降機の設置

⇒座って階段を移動するために
・階段昇降機の設置にあたって、工事や下地補強、専用電源等が必要

足元灯の設置

⇒安全な移動のために
・夜間のトイレへの移動などに配慮

床材の変更(介)

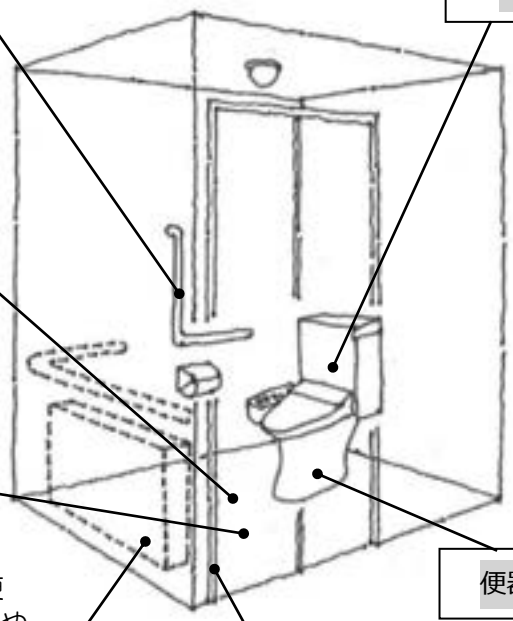
⇒転倒予防のため
・滑りにくい床材に変更

敷居・戸枠の撤去（介)

⇒つまずき予防のために
・敷居や戸の下枠の撤去

エ. トイレ

（介）：介護保険制度の住宅改修の対象項目



手すりの設置(介)

⇒立ち座りしやすいように
・本人の動作、利き手などを確認して手すりの位置を検討

便器の取替え(介)

⇒使いやすいように
・和式から洋式に取り替え
・洗浄機能付き便座の取付（便器の取替に伴う場合）
・便座脇のスイッチは座りにくい場合もあるので注意

床と廊下の段差解消(介)

⇒転倒予防のため
・出入口の段差を解消

床材の変更(介)

⇒転倒予防のため
・滑りにくい床材に変更
・汚れた場合に掃除がしやすい床材に変更

便器のかさ上げ(介)

⇒立ち座りしやすいように
・便器のかさ上げ

暖房機の設置

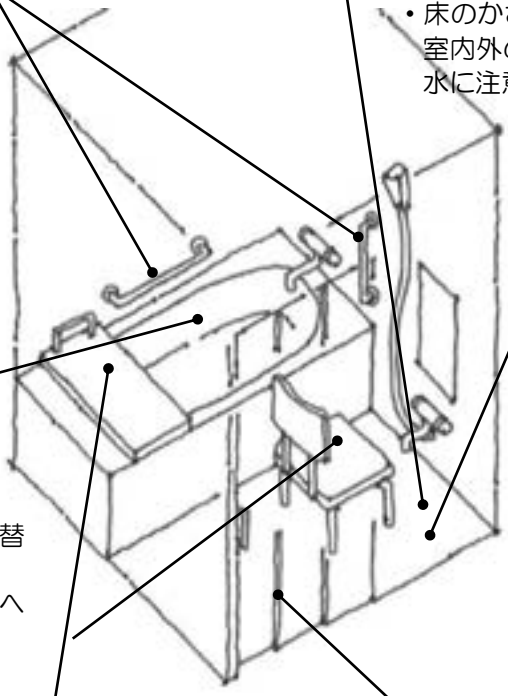
⇒寒さ対策のために
・暖房機を設置
（電源の確保）

戸の形状の変更(介)

⇒出入りしやすいように
・引き戸、棒状の取っ手に変更

オ．浴室

（介）：介護保険制度の住宅改修の対象項目



手すりの設置(介)

⇒転倒予防のために
- 浴槽の出入り（またぎ）のための手すりを設置
- 洗い場と浴槽内での立ち座りや姿勢保持のための手すりを設置

（下地補強が必要な場合がある。）

床の段差解消(介)

⇒転倒予防のために
- 床のかさ上げにより、浴室内外の段差を解消（排水に注意）

浴槽の取替え(介)

⇒安全に入浴するために
- 和洋折衷型の浴槽への取替え
- またぎやすい高さの浴槽への変更

床材の変更(介)

⇒転倒予防のために
- 水に濡れても滑りにくい床材に変更

福祉用具の活用

⇒動作を補助するために
- シャワーチェアやバスボード等の福祉用具を活用
- 浴室内すのこを利用する場合は掃除にも配慮

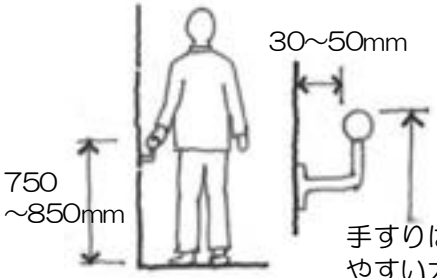
戸の形状の変更(介)

⇒開閉しやすくするために
- 引き戸などの開閉しやすいものに変更

カ．手すり設置

●廊下の手すり設置

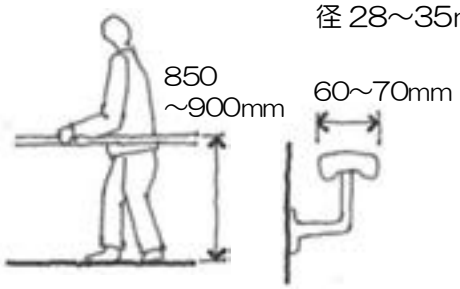
〔手すりの設置高さの目安〕



握って体を支える場合

手すりの高さは、手すりの上端で測る。

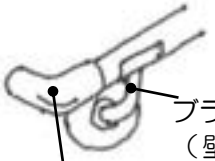
手すりは、本人が握りやすい太さ・形状を採用（太さの目安は、直径 28～35mm 程度）



肘を置いて体を支える場台

〔手すりの端部〕

・洋服の袖口を引っかけないように、手すりの端部は、壁側か下方に曲げる。
（エンドキャップ等の手すり部品を付ける方法もある。）



〔手すりを取り付けられる場所〕

・手すりを設置する際は、体重をかけても支えられるように、柱など強度のある箇所に取り付ける必要がある。
（柱などがない場合は、手すり設置のための下地補強の必要がある。）

●トイレの手すり設置

〔立ち座りのための手すり設置例〕



縦手すり



横手すり。縦手すりと合わせたＬ型の手すりも有効

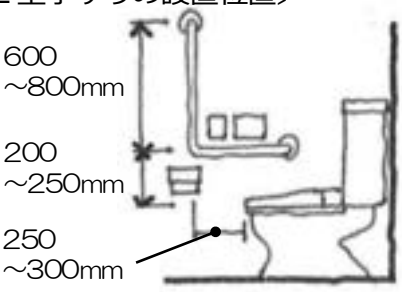


前方の壁に取り付けた手すり



床置きの手すり。
壁に手すりが設置できない場合に使用

〔Ｌ型手すりの設置位置〕



・本人の身体特性に合わせて、動作しやすい設置位置を決める。



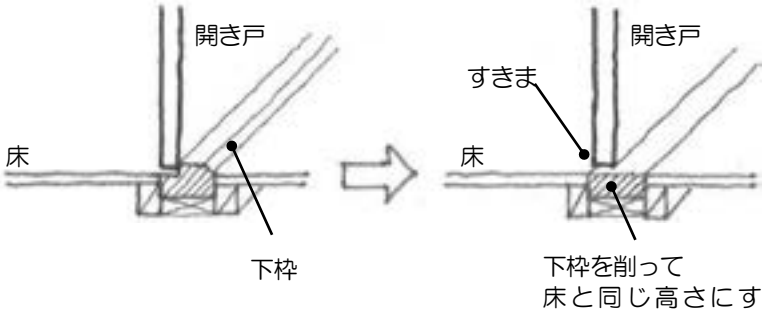
・手すりの位置によっては、ペーパーホルダーの位置を変更する必要がある。

＊高さ・寸法等の数値は参考数値。

キ．段差解消

●開き戸の下枠の段差解消の例

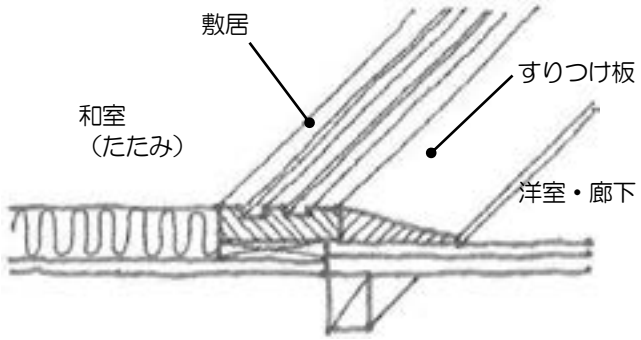
下枠の段をなくし、床の段差を解消する。



⇒転倒予防のために
・下枠を削って床と同じ高さにする。
（下枠を撤去して段差のない枠を新たに設ける方法もある。）
（元の戸のままでは、戸の下に隙間（すきま）が生じるので、戸を新たに製作するか、戸の下部に継ぎ足して隙間をふさぐ。）

●「和室」と「洋室・廊下」の段差解消の例

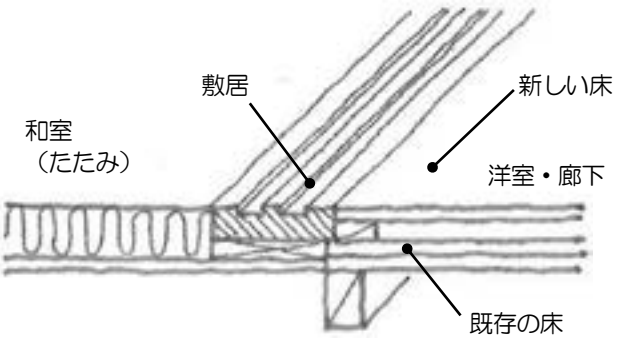
すりつけ板で段差を解消する



⇒転倒予防のために
・敷居の高さに合わせたすりつけ板を洋室・廊下の床に取り付ける。

・車いすを使用する場合は、敷居の前から車いすがスムーズに出入りできるか、実際に使って確認する。

床のかさ上げ（床の増し貼り）をして段差を解消する



・和室の敷居の高さまで、低い方の洋室・廊下の床のかさ上げをする。

・既存の床面をそのまま利用して、新しい床面を貼る方法である。
（家全体の床の高さを確認し、新たな段差を作らないようにする。）

2．多職種との連携

2-1 疾患による身体状況の特性と住まいの配慮

・疾患により身体状況（日常生活動作など）に特性があり、住まいの改善についても、その特性に配慮する必要があります。

・適切な対応については、医師・看護師等の医療職のアドバイスを受けることも効果的です。

①高齢者の身体機能低下（廃用症候群、生活不活発病）

身体状況の特性	住まいの配慮
・主に歩行動作が不安定になり転倒しやすい。歩行の特徴として「すり足歩行」「つまずきやすい」「ふらつく」「姿勢転換が不安定」などがある。 ・骨折による後遺症では、腰や膝に痛みを伴う場合もある。	・移動に伴う転倒や転落事故によるけがの予防に配慮する。 ・自立を長く維持できるよう、日常生活動作の能力を発揮しやすい環境の整備に心がける。 ・介助が必要な状態であれば、介助のしやすさに配慮した整備を検討する。

②脳血管障害

身体状況の特性	住まいの配慮
・脳血管障害によって、片麻痺となるケースが多い。短下肢装具装着での杖歩行、伝い歩き、歩行器使用などで歩行することが多い。	・手すりの設置など、主に転倒の予防を心がける。 ・麻痺のない健側の機能を活かした移動や動作が可能となるように、適した手すりの位置、便器・浴槽等の配置などに配慮する。

③関節リウマチ

身体状況の特性	住まいの配慮
・関節の炎症が慢性的に進行し、各所の関節に疼痛、可動域制限、関節の変形や筋力低下等の症状がみられ、歩行障害や転倒・骨折の危険性が深刻化する。	・転倒の予防、関節への負荷や刺激抑制による疼痛の軽減、可動域制限に対応した環境改善の検討が必要となる。手すりの位置や段差の高さなどは、動作評価を行って決定する。 ・症状の進行とともに移動方法が変化し、結果として適応環境が変化するため、改修を繰り返すこともある。

④パーキンソン病

身体状況の特性	住まいの配慮
・移動に関する特性としては、「すくみ足※1」「加速歩行※2」「小刻み歩行」「前方突進」などの障害特性がある。 ＊１　あたかも足が地面に貼り付いたようになって足が出ない状態 ＊２　歩いているとだんだん加速してしまい、止まろうと思ってもすぐに止まれない状態	・「すくみ足」の症状の場合は、スロープによる段差処理を避け、緩勾配の階段が適するケースがあり、症状に合わせた整備が必要となる。 ・進行性の障害であることから将来を見越した改修が必要であり、将来の変化に対応した改修ができることも検討する。

2-2 住まいの改善に際しての多職種との連携

●理学療法士（ＰＴ）・作業療法士（ＯＴ）

・リハビリ病院からの退院の際など、家屋評価・住宅改造のアドバイスや介助指導の場面で、理学療法士（PT）、作業療法士（OT）と協働して検討することが可能なケースがあります。

・特に身体機能の変化が予想される場合や進行性の障害の場合には、理学療法士（PT）、作業療法士（OT）からアドバイスを受けることが望まれます。

理学療法士（PT）、作業療法士（OT）は、いずれも一般病院やリハビリテーションセンター、保健所、保健センター、介護老人保健施設などに所属しています。

【理学療法士（ＰＴ）】

何らかの疾病や障害が原因となる身体的な機能障害に対して、立ち座り、起き上がりなどの基本動作から、歩行や車いすへの移乗、階段の上り下りなどの移動動作の訓練、指導、援助などを行う医療専門職です。

【作業療法士（ＯＴ）】

身体または精神に障害のある人を対象として、日常の基本的な生活動作能力または社会的適応能力の回復を図るために、治療や訓練、指導、援助などを行う医療専門職

●福祉用具専門相談員

・介護が必要な高齢者や障害者に福祉用具をレンタル・販売するときに、選び方や使い方についてアドバイスをする専門職です。福祉用具を必要とする方の病状や障害の程度を把握した上で福祉用具を選定し、使い方をわかりやすく指導します。

●住宅改修アドバイザー

・住宅改修を検討するにあたり、建築士や理学療法士（ＰＴ）・作業療法士（ＯＴ）など、住宅改修や高齢者等の日常生活動作に詳しい専門職から意見を聞くことができる「アドバイザー制度」などを利用できる自治体もあります。

３．住まいの改善や住み替えに関する情報提供

３-１　住まいの改善・住宅改修に関する情報

● 公益財団法人 テクノエイド協会

「住宅改修情報」

http://www.techno-aids.or.jp/jyutaku/index.shtml

「福祉用具の選び方・使い方情報」

http://www.techno-aids.or.jp/howto/index.shtml

● 一般財団法人 保健福祉広報協会

「はじめての福祉機器の選び方・使い方」

https://www.hcr.or.jp/useful/howto

「福祉機器　選び方・使い方　副読本　①基本動作編」

（はじめてのベッド、リフト等移乗用品、杖・歩行器、車いす ～起きてから移動するまで～）

https://www.hcr.or.jp/cms/wp-content/uploads/howto_2017_1.pdf よりダウンロード

「福祉機器　選び方・使い方　副読本　②住宅改修編」

（はじめての住宅改修、入浴、トイレ ～わが家をバリアフリーに～）

https://www.hcr.or.jp/cms/wp-content/uploads/howto_2017_2.pd よりダウンロード

「福祉機器　選び方・使い方　副読本　③自立支援編」

（はじめての福祉車両、福祉に役立つ一般製品、自助具）

https://www.hcr.or.jp/cms/wp-content/uploads/howto_2017_3.pd よりダウンロード

● 一般財団法人 高齢者住宅財団

「高齢者向け返済特例制度（リフォーム融資）の概要リーフレット」

http://www.koujuuzai.or.jp/wp/wp-content/uploads/2017/12/20171216b.pdf

「高齢者向け返済特例制度（リフォーム融資）のご案内」

http://www.koujuuzai.or.jp/wp/wp-content/uploads/2017/12/20171216c.pdf

掲載情報やＵＲＬは予告なしに変更する場合があります。

（平成 30 年３月現在）

3-2 住み替えに関する情報

● 一般社団法人 移住・住みかえ支援機構

「マイホーム借上げ制度」

http://www.jt-i.jp/

● 一般社団法人 高齢者住宅推進機構

「サービス付き高齢者向け住宅 情報提供システム」

http://www.satsuki-jutaku.jp/

● 一般財団法人 高齢者住宅財団

「高齢者の住まいガイドブック」

http://www.koujuuzai.or.jp/useful_info/guidebook/

掲載情報やＵＲＬは予告なしに変更する場合があります。

（平成 30 年３月現在）

平成 29 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の退院後の
地域居住のあり方に関する調査研究事業

報告書

平成３０年３月

発　　行　　一般財団法人　高齢者住宅財団
東京都千代田区神田錦町１丁目 21 番地１号ﾋｭｰﾘｯｸ神田橋ﾋﾞﾙ 4 階
http://koujuuzai.or.jp/
※無断転載厳禁

