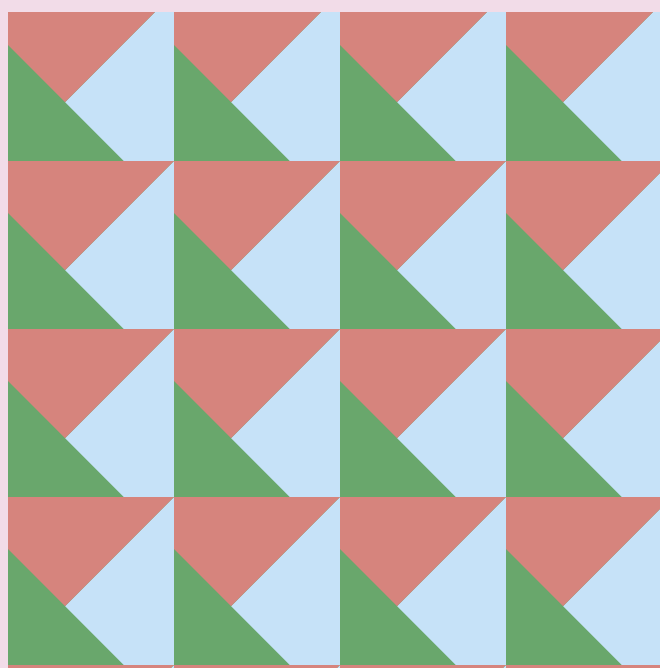


平成 29 年度老人保健事業推進費等補助金老人健康増進等事業
医療・介護ニーズがある高齢者の退院後の地域居住のあり方に関する調査研究事業

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**
Foundation for Senior Citizens' Housing

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ます。

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

～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た、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う。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

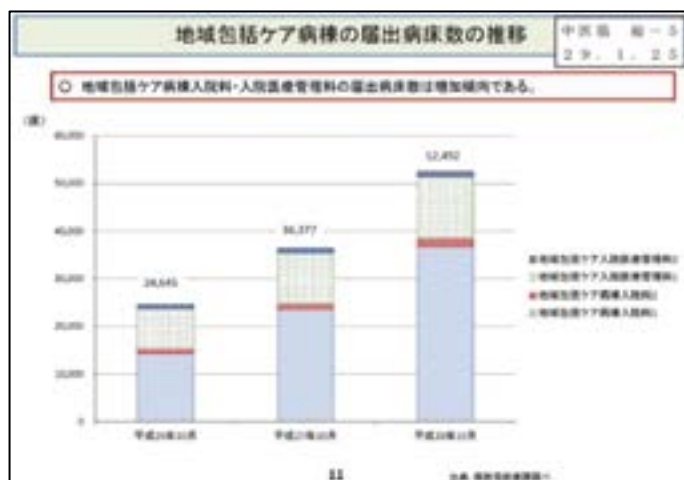
①背景

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)

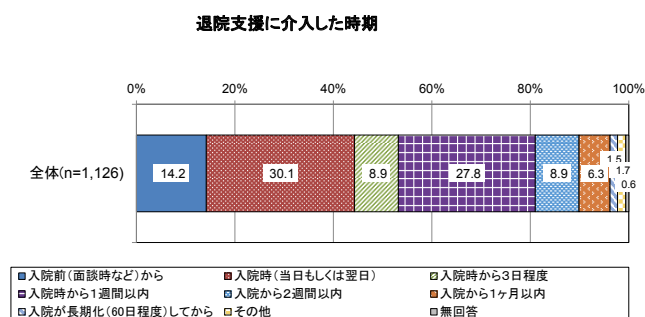
² 平成 26 年(2014 年)4 月の診療報酬改定で新設

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。



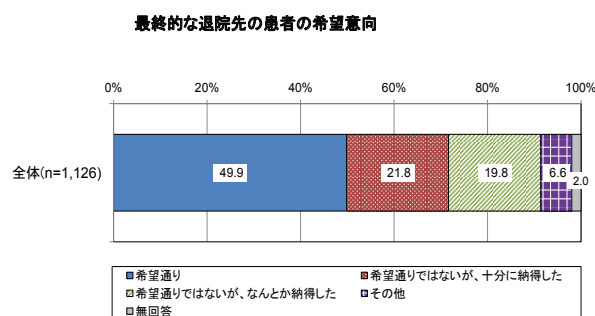
退院支援担当者の支援は「住まいの確保」だけでなく多岐にわたりますが、「住まいの確保」については検討に時間を要するため、早めに着手をしておかなければならない支援の1つと言えます。

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こと、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

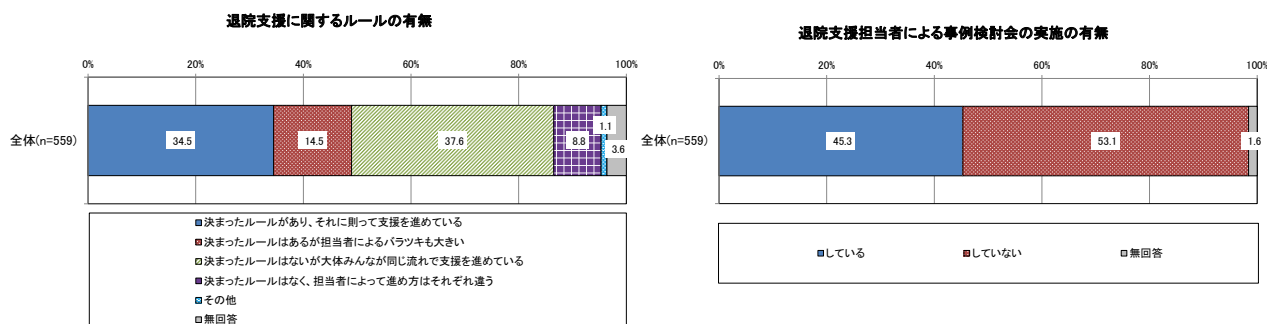
退院後の「住まいの確保」において、退院支援担当者（n=906）が「元の住まいには戻れない」と判断する視点の中で、半数以上が「とても重要」と回答した項目は以下の通りです。退院支援担当者は、患者のADLの変化をモニタリングしながら、その他の条件についても検討を行って、最終的に自宅に戻れるか、戻れない場合にはどうするかといった検討を行い、「住まい確保」の支援を行うこととなります。

- | |
|---------------------------------------|
| 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. 家族の協力が不在／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、「家族の介護力が不在」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、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・更新しておく必要があります。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		回復期(地域包括ケア病棟)	患者(利用者)	ケアマネジャー
急性期				
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	情報収集	
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	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	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		

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い良いでしょう。



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 >

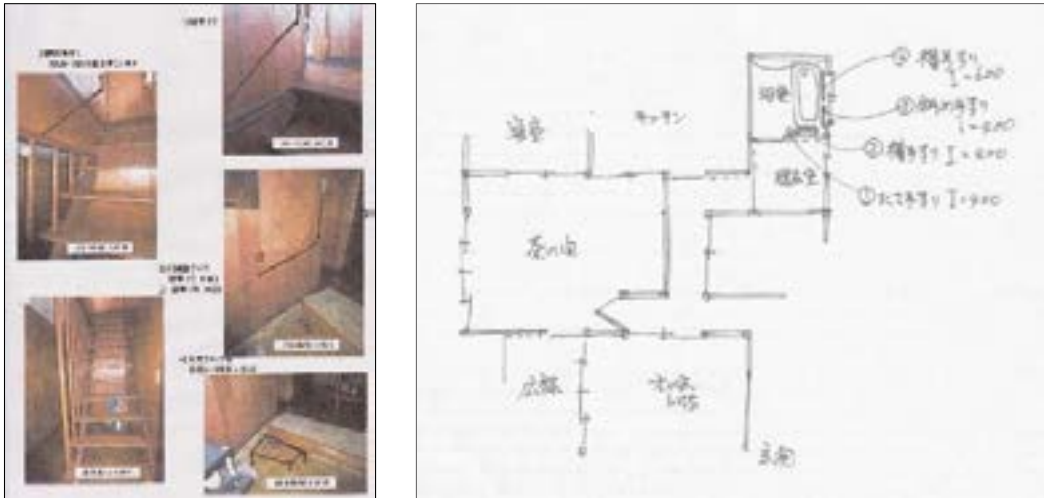
- 利用者の性格や関心事だけでなく、利用者自身の取り巻く環境の強み（人となり、関心、仕事、他者との関係性など）について
- 利用者が、“どういう状態であれば、在宅療養生活が可能になるのか”、ケアマネジャーとしての意見
- 住環境に関する情報



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/四味・四味・心付・ワシ・お薬手帳 (いづれもコピー) / 住環境に関する写真 などをご添付
 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)情報を送付いたします。是非ご活用下さい。

病院 担当者様 (記入日: 年 月 日 / 入院日: 年 月 日)

担当ケアマネジャー名 (フリガナ)	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 (フリガナ)	年齢	性別	男	女					
住所	生年月日	明・大・昭・平	年	月	日				
住環境 ※可能ならば、「写真」などを添付	電話番号	エレベーター	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり					
入院時の要介護度	要支援 ()	要介護 ()	<input type="checkbox"/> 申請中	<input type="checkbox"/> 未申請					
認知症高齢者の日常生活自立度	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> I	<input type="checkbox"/> IIa	<input type="checkbox"/> IIb	<input type="checkbox"/> IIIa	<input type="checkbox"/> IIIb	<input type="checkbox"/> IV	<input type="checkbox"/> M	
障害高齢者の日常生活自立度	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> J1	<input type="checkbox"/> J2	<input type="checkbox"/> A1	<input type="checkbox"/> A2	<input type="checkbox"/> B1	<input type="checkbox"/> B2	<input type="checkbox"/> C1	<input type="checkbox"/> C2
介護保険の自己負担割合	<input type="checkbox"/> 1割	<input type="checkbox"/> 2割	<input type="checkbox"/> 不明	障害など認定	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	()	()	()
年金などの種類	<input type="checkbox"/> 国民年金	<input type="checkbox"/> 厚生年金	<input type="checkbox"/> 障害年金	<input type="checkbox"/> 生活保護	<input type="checkbox"/> その他	()	()	()	()

2. 家族の情報について

家族構成	<input type="checkbox"/> 同居	<input type="checkbox"/> 単身
主介護者(年齢)	氏名 (続柄/年齢)	()
本人の性格/趣味・関心領域 など	才	()

3. 本人/家族の意向について

本人の意向
 入院前の意向
 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*
 特記事項 (※3文字以内)

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
 希望あり
 希望あり
 具体的な要望 ()

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

6. 身体・生活機能の状況/栄養生活上の課題について

麻痺の状況	なし	軽度	中度	重度
褥瘡の有無	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 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
食事回数	朝: 時間	昼: 時間	夜: 時間	食事制限
食事内容	<input type="checkbox"/> 普通	<input type="checkbox"/> きこみ	<input type="checkbox"/> 嚥下障害	<input type="checkbox"/> ミキサー
摂取方法	<input type="checkbox"/> 経口	<input type="checkbox"/> 経管栄養	水分とろみ	<input type="checkbox"/> なし
嚥下機能	むせ	時々むせる	常にむせる	嚥下
口腔清潔	良	不良	著しく不良	口臭
排尿	自立	見守り	一部介助	全介助
排便	自立	見守り	一部介助	全介助
睡眠の状態	良	不良	()	睡眠剤の使用
喫煙量	本(5y)日あたり	飲酒量	含(5y)日あたり	
視力	問題なし	やや難あり	困難	メガネ
聴力	問題なし	やや難あり	困難	補聴器
コミュニケーション能力	問題なし	やや難あり	困難	コミュニケーションに関する特記事項:
精神面における療養上の問題	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 認知症	<input type="checkbox"/> 躁鬱	<input type="checkbox"/> 不安
疾患歴*	<input type="checkbox"/> 悪性腫瘍	<input type="checkbox"/> 認知症	<input type="checkbox"/> 急性呼吸器感染症	<input type="checkbox"/> 脳血管障害
入院歴*	最近半年間で入院回数	頻度は高い/繰り返している	頻度は低い/これまででもある	今初め
医療処置*	<input type="checkbox"/> 点滴	<input type="checkbox"/> 酸素療法	<input type="checkbox"/> 経管吸引	<input type="checkbox"/> 気管切開

7. お薬について

内服薬 なし あり () 居宅介護指導 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

8. かかりつけ医について

かかりつけ医機関名 (フリガナ) 電話番号
 医師名 診察方法
 (記入日: 年 月 日 現在の状況)

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ツ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)

STEP 2. 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、カンファレンスを行う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、カンファレンスを行う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。

STEP 3. 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ぬ場合、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見解を踏まえ、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ウ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いよいでしょう。



STEP 4. 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行く場合、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き、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重要です。

STEP 5. 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。退院後の生活に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いでしょう。

STEP 6. 退院後も必要に応じフォローする

本人・家族にとっては、退院してからの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おうとよいでしょう。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」を組み合わせで検討しましょう。

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がります。

- ・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、腰をかか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

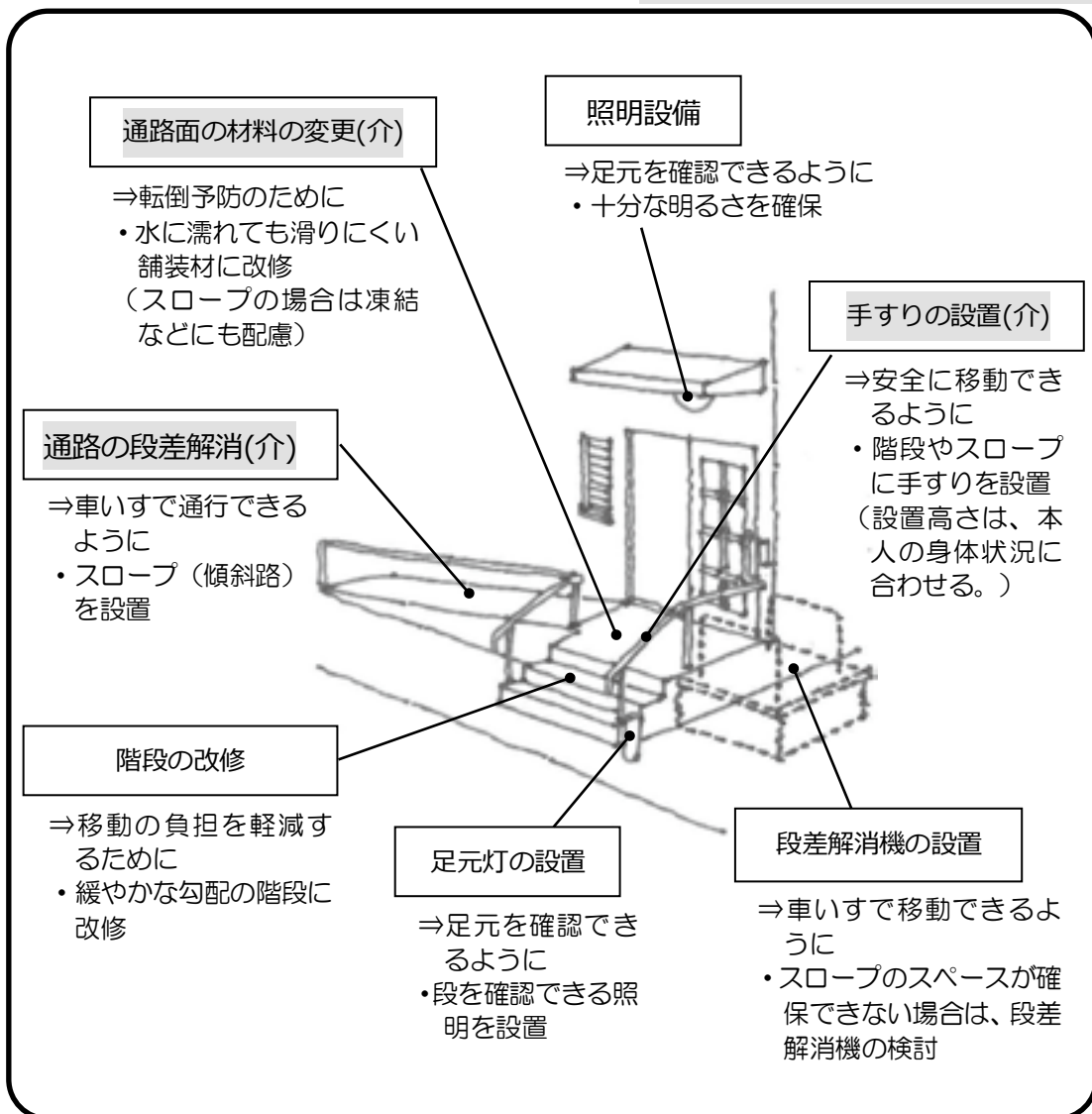
介護保険対象の工事項目については、市区町村（保険者）に事前に確認してください。

住宅改修

●住宅の各部位における改修のポイント

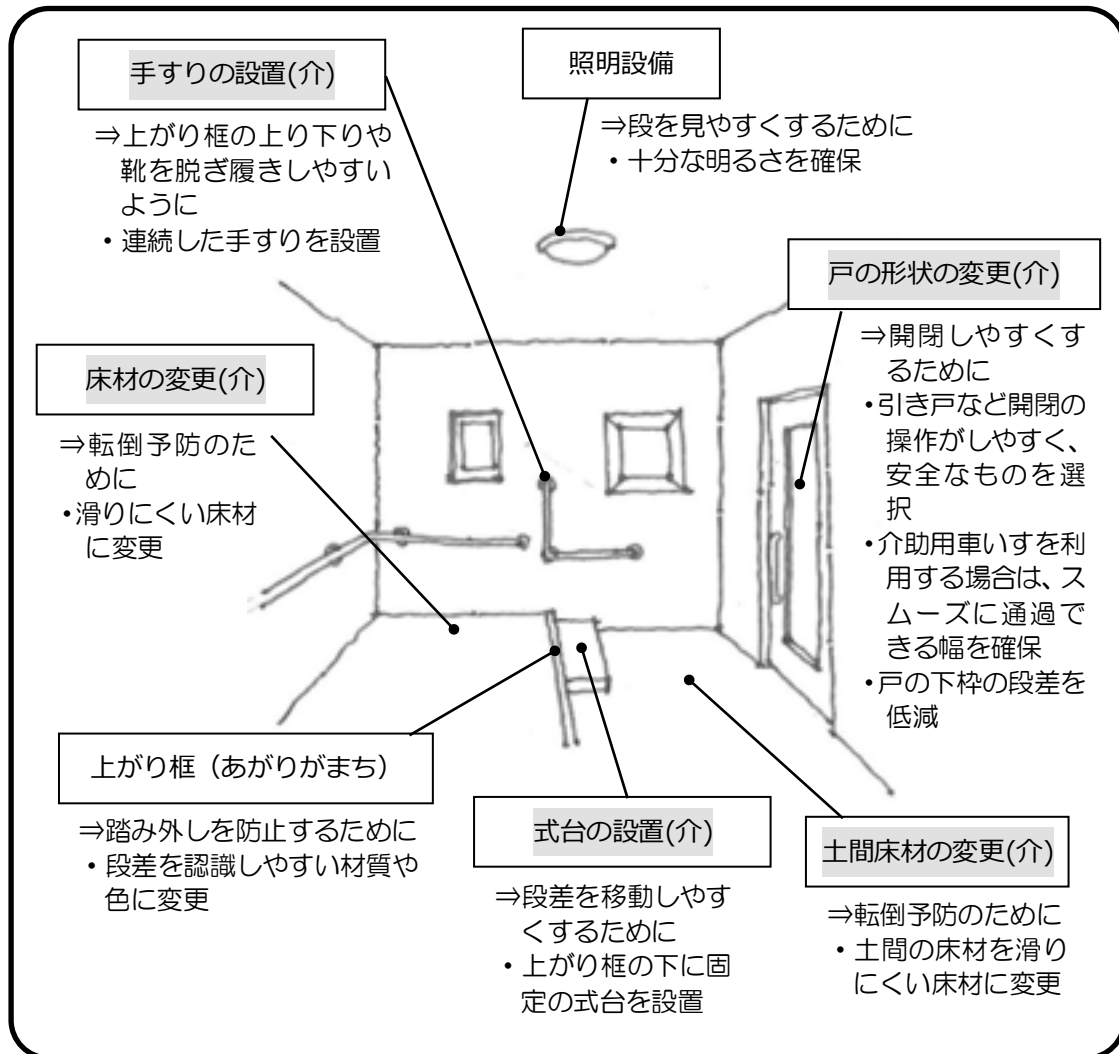
ア. 道路から玄関まで

(介)：介護保険制度の住宅改修の対象項目



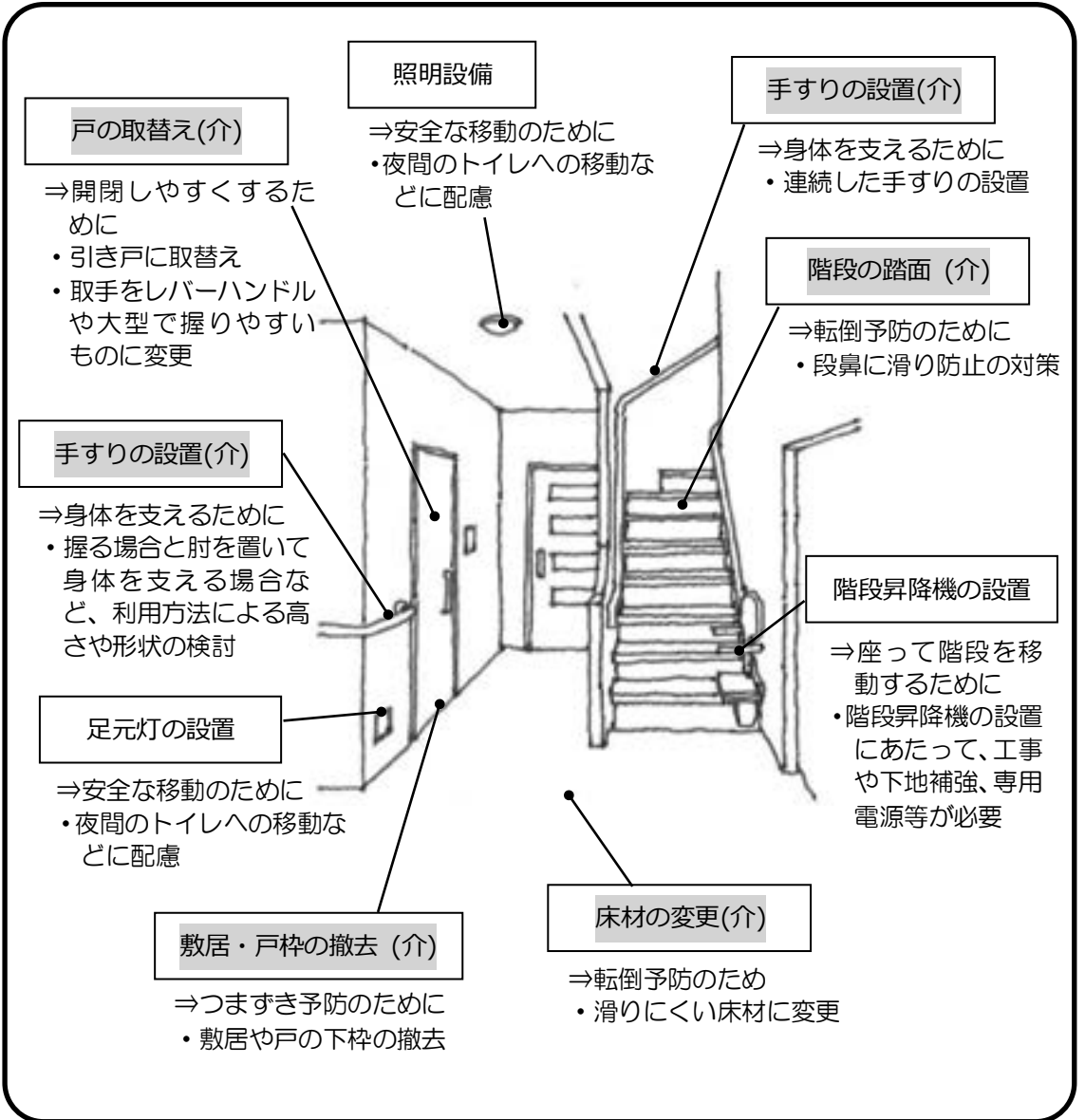
イ. 玄関

(介) : 介護保険制度の住宅改修の対象項目



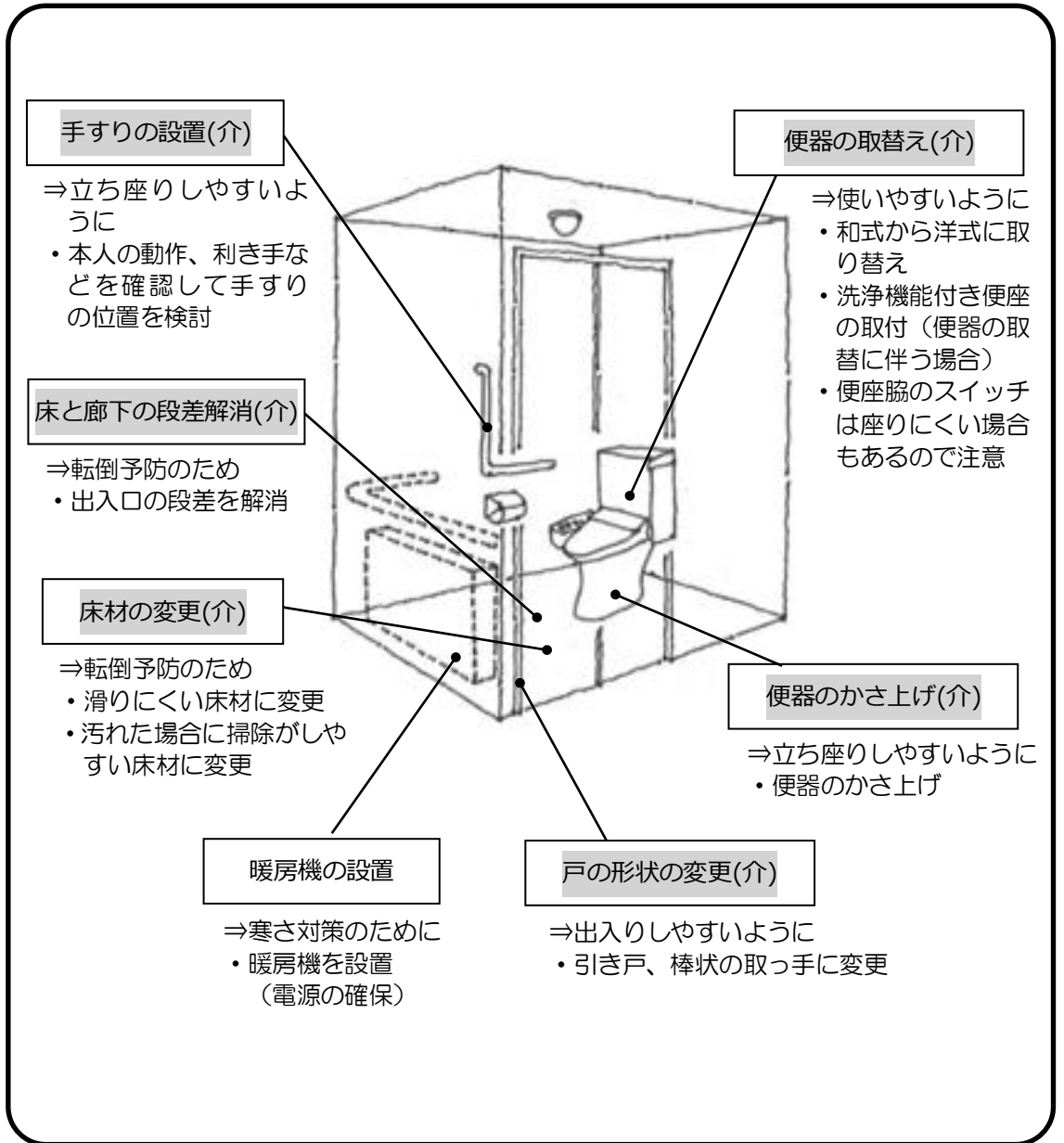
ウ. 廊下・階段

(介) : 介護保険制度の住宅改修の対象項目



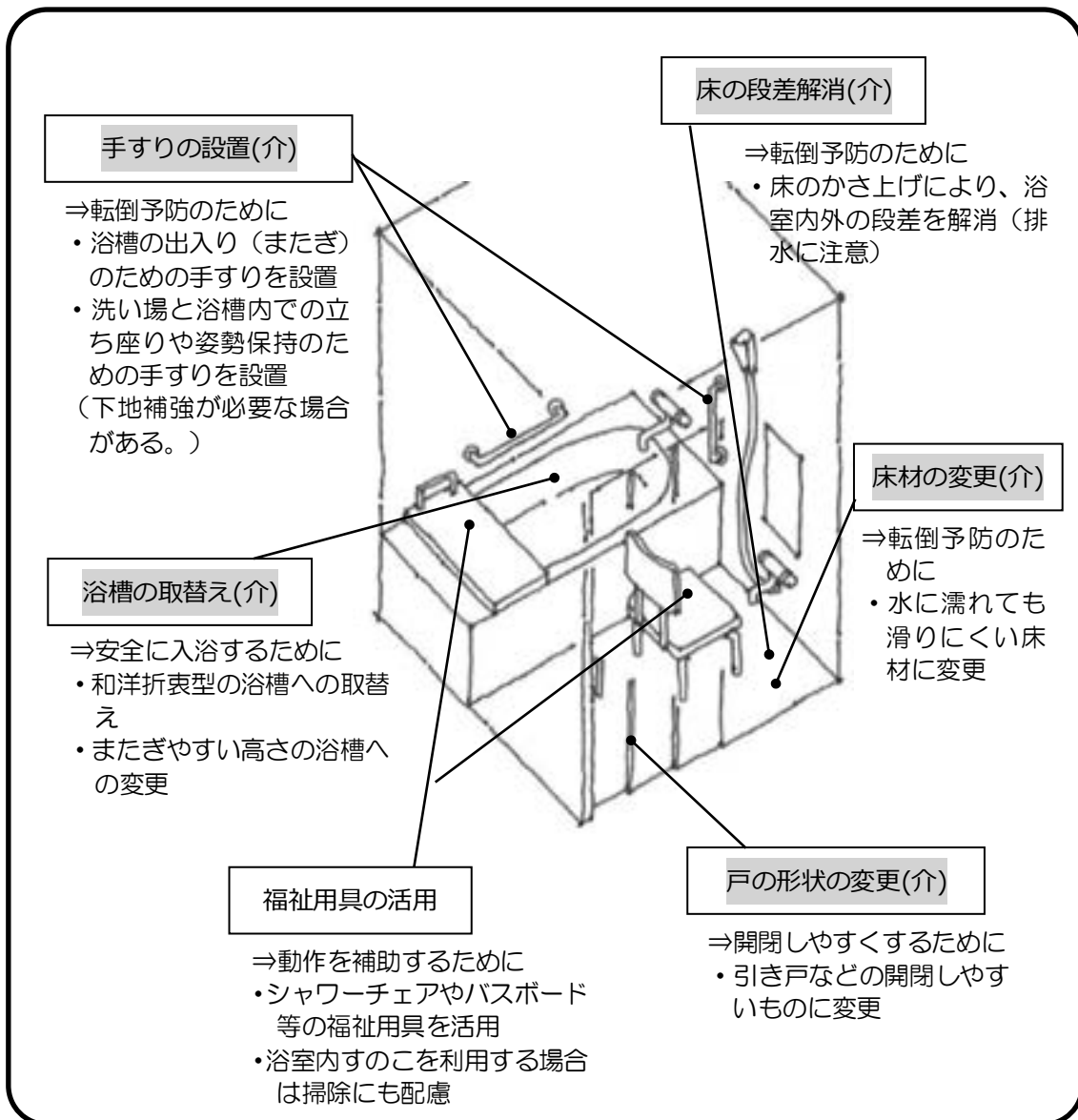
エ. トイレ

(介) : 介護保険制度の住宅改修の対象項目



オ. 浴室

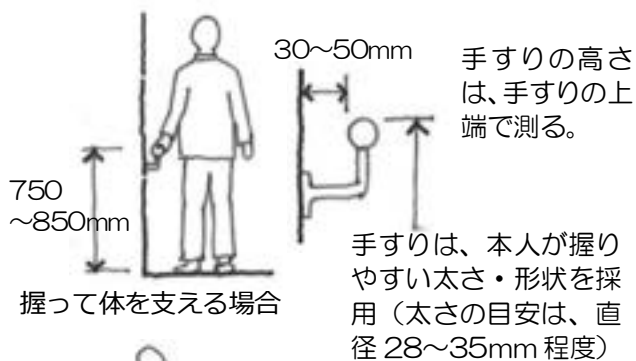
(介) : 介護保険制度の住宅改修の対象項目



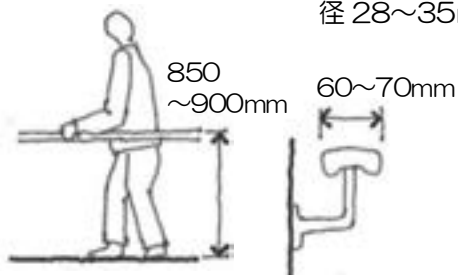
カ. 手すり設置

●廊下の手すり設置

〔手すりの設置高さの目安〕



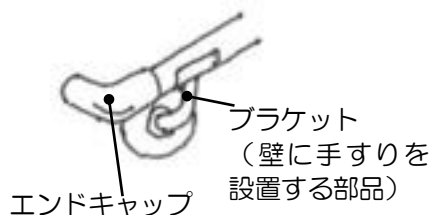
握って体を支える場合



肘を置いて体を支える場合

〔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。（柱などが無い場合は、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

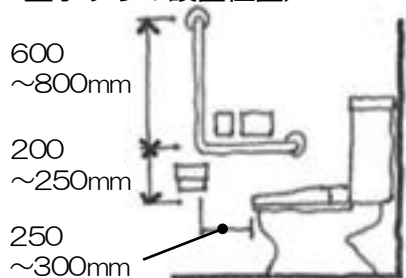


前方の壁に取り付けた手すり

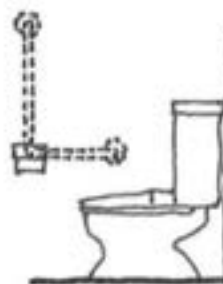


床置きの手すり。壁に手すりが設置できない場合に使用

〔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。



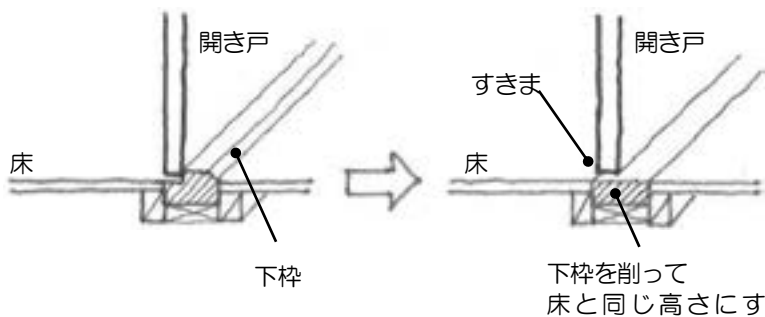
・手すりの位置によっては、ペーパーホルダーの位置を変更する必要がある。

*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。

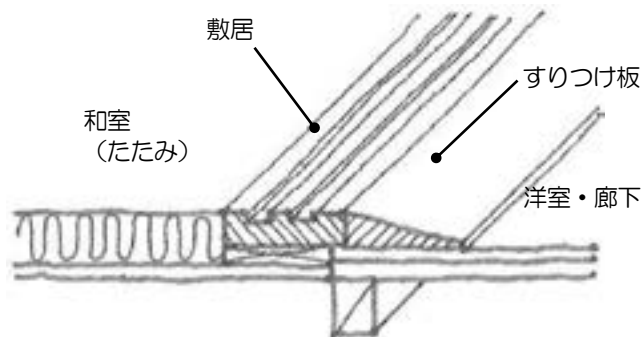


⇒転倒予防のために

- 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

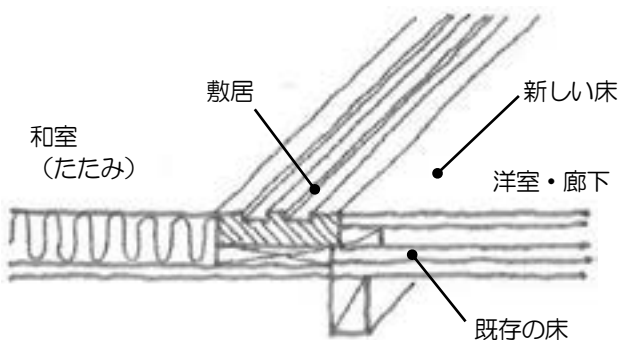
すりつけ板で段差を解消する



⇒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
<ul style="list-style-type: none"> ・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。 	<ul style="list-style-type: none"> ・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に、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
<ul style="list-style-type: none"> ・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。 	<ul style="list-style-type: none"> ・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
<ul style="list-style-type: none"> ・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。 	<ul style="list-style-type: none"> ・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
<ul style="list-style-type: none"> ・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。 <p>*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</p> <p>*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らない状態</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・「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.pdf 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.pdf 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・住み替え支援機構

「マイホーム借上げ制度」

<http://www.jt-i.jp/>

- 一般社団法人 すまいづくりまちづくりセンター連合会

「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)

Memo

Memo

**「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 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
2018 年 3 月

一般財団法人高齢者住宅財団

〒101-0054 東京都千代田区神田錦町 1-21-1

<http://www.koujuuzai.or.jp>

