

現状と課題

- 高齢期に住み慣れた在宅生活の継続が困難になるきっかけの一つに「退院後」があります。その退院後の在宅復帰を阻害する要因は、リハビリや医療的ケアの必要性などに限らず、「住宅」「家族」などの環境要因、さらに医療と福祉の連携が十分でないための「情報不足」、そして「社会資源の絶対的不足」が課題としてみられます。とりわけ要介護度が中軽度で低所得の層に対応できる社会資源が不足しています。
- 東京都では平成21年11月6日に「少子高齢時代にふさわしい新たな『すまい』実現PT」が報告書をまとめ、ケア付賃貸住宅や都型ケアハウスなどが提案されています。
- 東社協においては地域包括支援センターのネットワークを形成していますが、退院後、行き場のない高齢者への支援として、地域包括支援センターと医療機関とのさらなる連携、そして高齢期の多様な住まいを整備していくことが求められます。

事業のねらい

社会的に広く取組みが求められている「退院後に行き場のない高齢者」への支援を構築するため、東社協のネットワークを以下により強化します。

- (1) 東社協のネットワークの特性を活かしつつ、医療と福祉の連携を中心として退院後を中心に高齢期の住まいに対する取組みを確立します。
- (2) 在宅生活の継続を支援するとともに、多様な住まい方を支える新たな社会資源の開発を担うネットワークづくりをめざします。

実施すべき具体的な事業

◆「退院後、行き場のない高齢者支援対策プロジェクト（仮称）」の設置

高齢福祉関係者、医療関係者、学識経験者、行政関係者等による標記プロジェクトを設置し、以下の取組み方策を実施します。

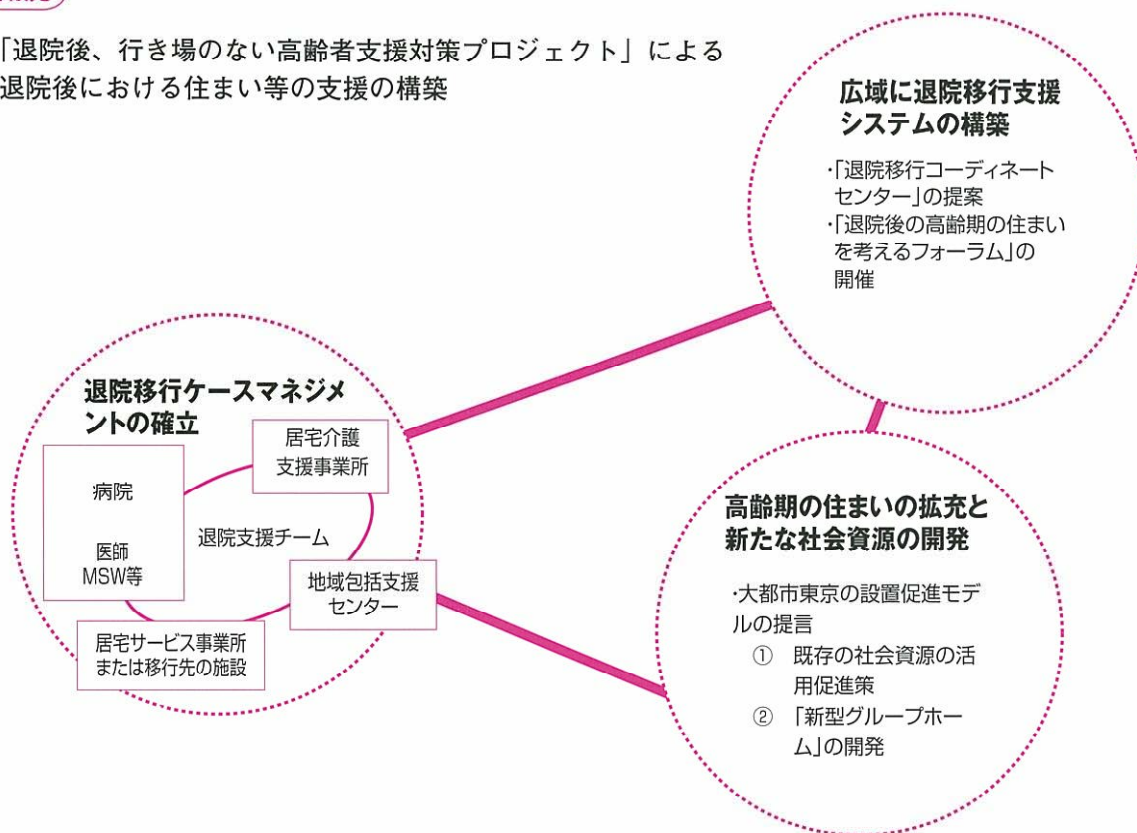
- (1) 「退院後の高齢者の住まいをめぐる課題に関する実態調査」の実施
 - ① 病院や地域包括支援センター等へのアンケート調査ならびにヒアリング調査による、退院後に在宅復帰が困難な高齢者の支援ニーズの把握
 - ② 社会資源の実態調査の実施と『高齢期の住まい白書TOKYO』の刊行
- (2) 入院中からの退院後を見据えたケースマネジメントモデルの確立
 - ① 入院中からの医療と福祉の多職種による「退院支援チーム（仮称）」ならびに「退院ケースマネジメントモデル」の開発と支援モデルの提示
 - ② 診療報酬と同時改定となる24年度からの介護報酬改定に向けた提言
- (3) 広域における退院支援機能の拡充
 - ① 広域で退院支援チームを支援する「退院移行コーディネートセンター」の提案
 - ② 実態調査をふまえた「退院後の高齢期の住まいを考えるフォーラム」の開催
- (4) 大都市東京の特性をふまえた「新型グループホーム」の開発と設置促進策の検討
 - ① 既存の社会資源の活用促進策の検討
 - ② 退院後、「常時見守りが必要な人」を支える「新型グループホーム」の開発

年次計画

22 年度	23 年度	24 年度
○退院後、行き場のない高齢者支援対策プロジェクトの設置・運営（22～24年度） ・退院支援チームの開発と支援モデルの提言（22～23年度） ※ 24年度からの介護報酬に向けた提言		
・実態調査の実施（22年度）	・住まい白書刊行（23年度） ・退院移行コーディネートセンターの提案（23年度）	・退院移行コーディネートセンター、 新型グループホームの普及（24年度）
・大都市東京における「新型グループホーム」の開発（22～23年度）		

事業の概況

図1 ● 「退院後、行き場のない高齢者支援対策プロジェクト」による退院後における住まい等の支援の構築

図2 ● 退院移行コーディネートセンターと新型グループホーム
実態調査を通じて、下記の二つの提案を検討します。

「退院移行コーディネートセンター」の提案

- ・広域において地域の「退院支援チーム（病院、地域包括支援センター等）」を後方支援する。
- ・情報支援とともに、困難ケースの調整を図り、円滑な退院後の支援ができるよう支援する。

「新型グループホーム」の提案

- ・退院後に在宅生活の継続を阻害する要因を把握し、「常時見守りが必要」などのニーズに対応できる機能を備えた「新型グループホーム」を提案する。
- ・既存施設の基準の見直しによる活用を含めて検討する。
- ・認知症高齢者グループホームをモデルに、大都市においても設置が可能な社会資源を検討する。設置の促進をめざしつつ質の担保を図ることをめざす。