



入退院支援の現状と課題 ～多職種協働の必要性～

ななえ新病院 医療相談室課長 越中幸紀

外 来：内科、循環器内科、
脳神経内科、整形外科、
リハビリテーション科

病床数：199床

- ・地域包括ケア病棟 49床
- ・回復期リハビリテーション病棟 50床
- ・医療療養病棟 100床

在宅支援サービス事業

- ・通所リハ
- ・訪問診療、訪問看護、訪問リハ、
訪問薬剤指導、訪問栄養指導
- ・レスパイト入院

その他

- ・無料低額診療事業

ななえ新病院

病院概要



無料低額診療事業、一軒家のリハビリスペース「Re'らいふ」

医療費等でお困りの方へ

無料低額診療事業 について

**医療費のお支払い等で、
お困りではありませんか？**



- ・失業して医療費が払えない
- ・お金がなくて病院にいけない
- ・保険証がない

など

「無料低額診療事業」とは

経済的理由により適切な医療を受けることが困難な方々に対して、無料又は低額な料金で診療を行う、社会福祉法に基づく事業です。

社会福祉法人 函館厚生院
ななえ新病院
ソーシャルサポートセンター
TEL:0138-65-2525

ご利用までの流れ

- ①相談
↓
- ②必要書類のご準備
※相談時、別紙をお渡しいたします
↓
- ③申請
↓
- ④審査（1ヵ月程度かかります）
↓
- ⑤減免制度 利用開始

窓口での支払いが減額、または全額免除となります。またこの事業は経済状況が改善するまでの一定期間の措置となります。

※審査が通らなかった場合には、他の社会福祉制度等のご紹介等もきめ相談を継続させていただきます。

台所、風呂：自宅環境を再現

日常動作院内でリハビリ

【七飯】ななえ新病院（本町7、高田徹病院長）は、自宅のような環境で日常生活動作（ADL）のリハビリができるスペース「Re'らいふ」を院内に新設し、4月から運用を始めた。玄関や台所、風呂などを備えたマンションのような造りで、道南の医療機関では珍しいという。脳梗塞で体にまひが残る患者らが利用しており、同病院は「自宅での日常生活の再開がスムーズになる」と期待している。

第3種郵便物認可
ふとんから椅子を使って起き上がるトレーニングをする患者



ななえ新病院 暮らしの再開スムーズに

Re'らいふは約80平方メートル。玄関やトイレ、浴室に加え、リビングや和室、人



工芝で庭を模したスペースも備えている。患者の自宅に近い環境で訓練できるよう、風呂には深めと浅めの2種類のバススタブを設置、便器の位置もトイレに入ってから正面向きと横向きの両方を備えている。台所では実際の調理が可能で、洗い物

同病院によると、入浴やトイレなど日常生活の一部を訓練できるスペースを備える医療機関はあるが、自宅とほぼ同じ機能を持った施設は少ないという。同病院リハビリテーション科の渡辺陽介係長は「普段のリハビリでも肩と肘を伸ばしたり、指でものをつかむ練習をしているが、Re'らいふでは実際に洗濯物を干す動きを実践できる。訓練と生活がしつかりと結びつき、患者のモチベーションも上がる」と施設開設の意義を語る。

これまでに脳梗塞で手足にまひが残っていたり、骨折したりした患者が1日当たり5人ほど利用しており、「自宅での生活がイメージできる」といった声が寄せられているという。同病院では今後、車いすを利用する患者のトレーニングにも活用する考えだ。

（星葉可支）

地域包括ケア病棟

対象者：急性期治療を終えた方
在宅復帰に準備が必要な方

治療やリハビリを行い在宅復帰を目指します

- ・平均在院日数 約40日
- ・入院期限は**60日（41日以降減算）**
- ・在宅復帰率**72.5%**以上

→施設基準なので落とせない

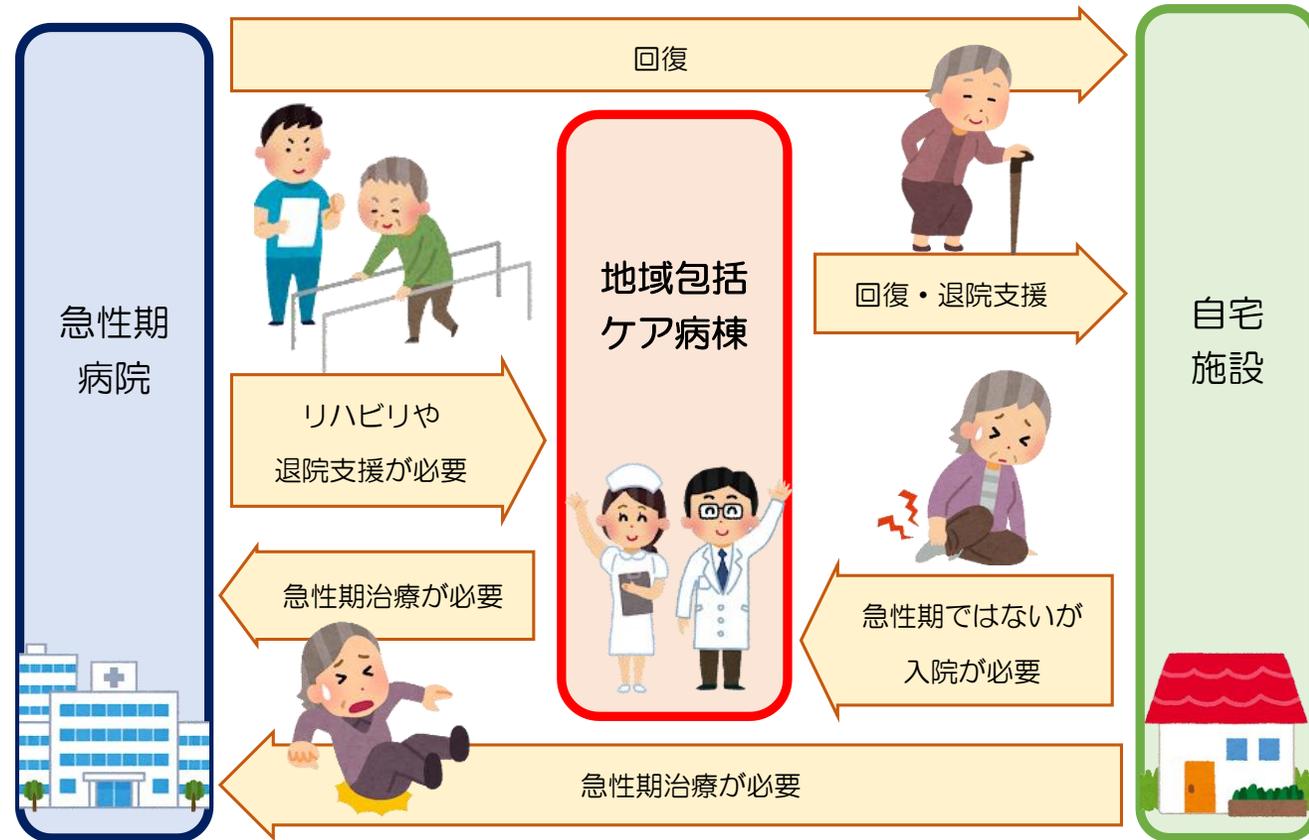
自宅、施設はプラス

老健、病院、転棟はマイナス

（強化型以上の老健は1/2プラス）

死亡退院はノーカウント

■入院から退院までのイメージ



回復期リハビリテーション病棟

対象者：脳血管疾患

大腿骨や骨盤の骨折

廃用症候群 など

※疾患や状態が定められている

集中的にリハビリを行い在宅復帰を目指します

- ・平均在院日数 約60日
- ・入院期限は**疾患による (60日～180日)**
- 脳血管疾患は150日、大腿骨骨折は90日など
- ・在宅復帰率**70%**以上
- 施設基準なので落とせない
- 自宅、施設はプラス
- 老健、病院、転棟はマイナス
- 死亡退院はノーカウント

■入院から退院までのイメージ



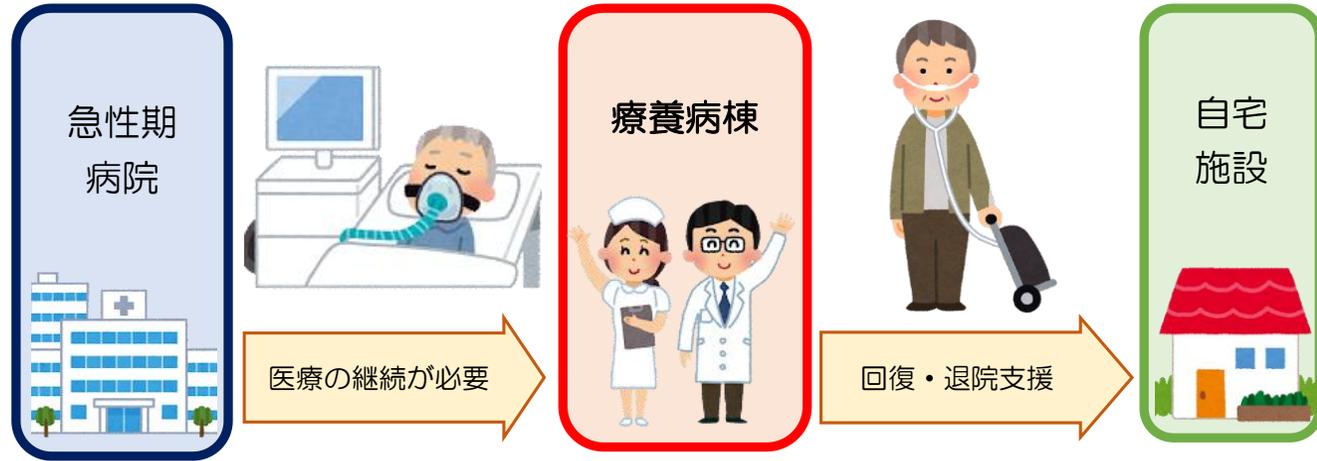
医療療養病棟

対象者：中心静脈栄養 酸素療法
気管切開 難病 など
※疾患や状態が定められている

医療提供を継続し療養します

- ・平均在院日数 約290日
- ・入院期限は疾患や状態に当てはまれば**無期限**
→回復したら退院 **※環境を整えば在宅での生活も可能**
- ・在宅復帰率**50%**以上
→当院では加算を取っている
自宅、施設はプラス
老健、病院、転棟はマイナス
死亡退院はノーカウント

■入院から退院までのイメージ

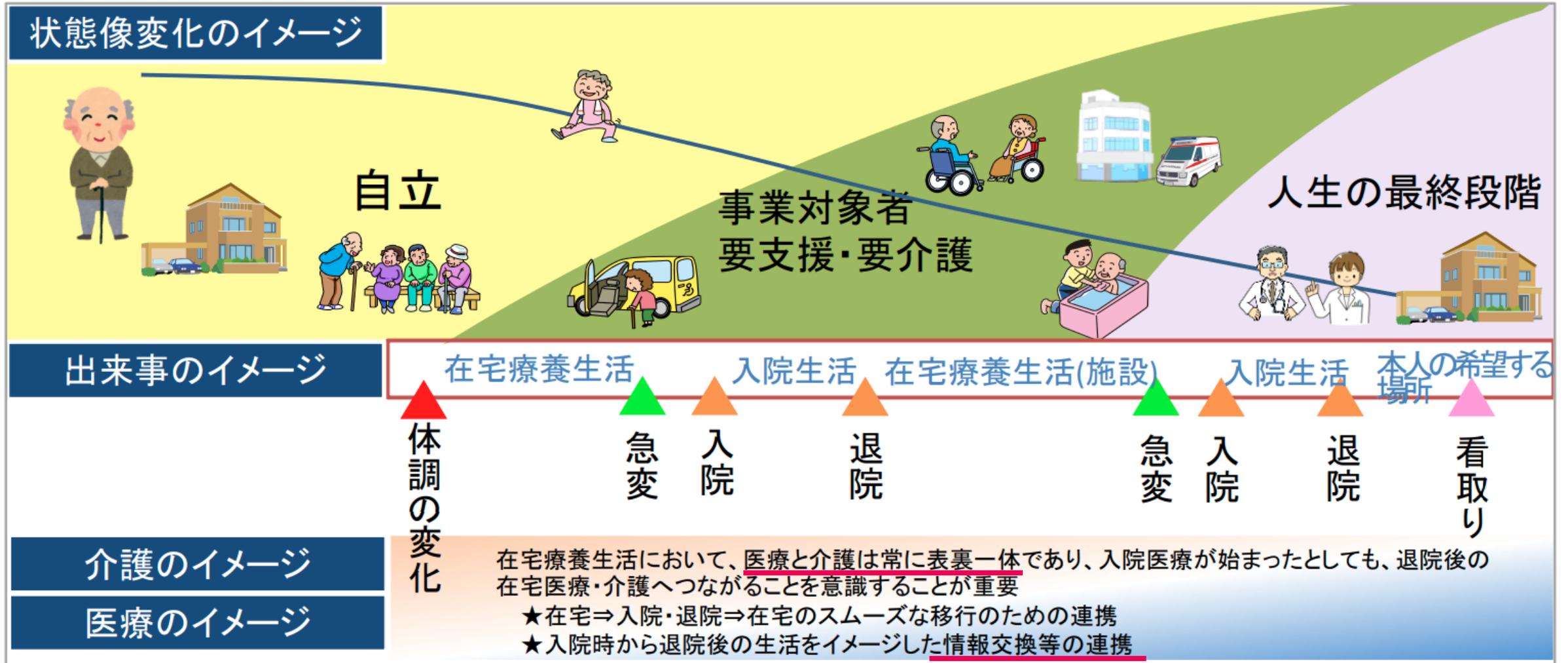


**家族の理解・協力と訪問系サービスがあれば
自宅での療養も可能**



高齢者の生活イメージ

図 8 高齢者の状態像の変化と出来事のイメージ

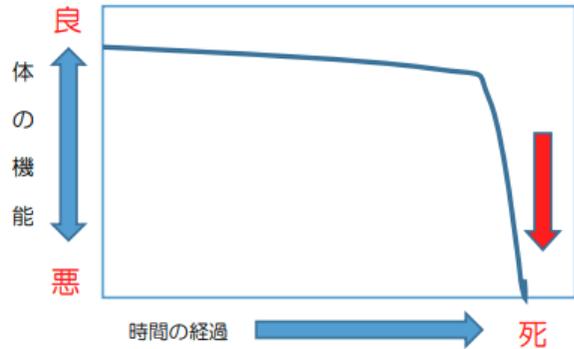


人生の最期に至る軌跡

がん（悪性新生物）

がんは日本人の死亡原因の第1位（約3割）となっています。「寝たきり」の期間は、おおよそ1～2ヶ月とされています。個人差はありますが、亡くなる数日前まで仕事や趣味の時間を過ごされる方もいます。

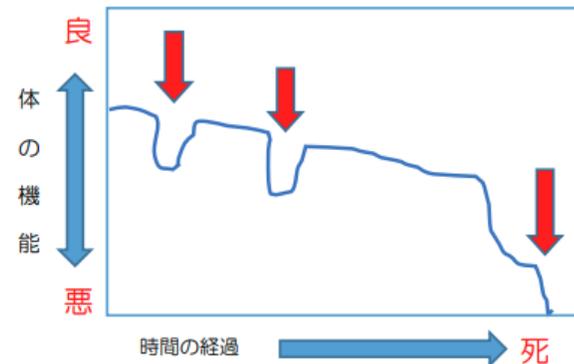
比較的長い時間、体の機能は保たれ、最期の数カ月で急速に機能が低下



心不全，呼吸不全

比較的長い間、病気の悪化で入院，改善して退院するという事を繰り返しながら徐々に体の機能が衰え、最期は比較的“急”な経過を迎えることがあります。「入院治療をすれば元の生活に戻れる」という見通しがつかなくなってきた時、本人の意思，家族の思いを踏まえた治療方針の決定が望まれます。

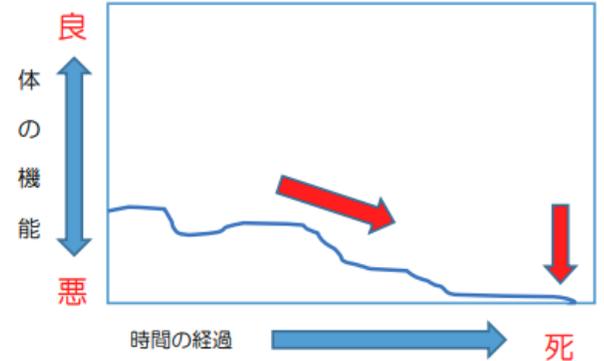
入退院を繰り返しながら，徐々に体の機能が衰え，最期は比較的急に機能が低下



認知症・老衰

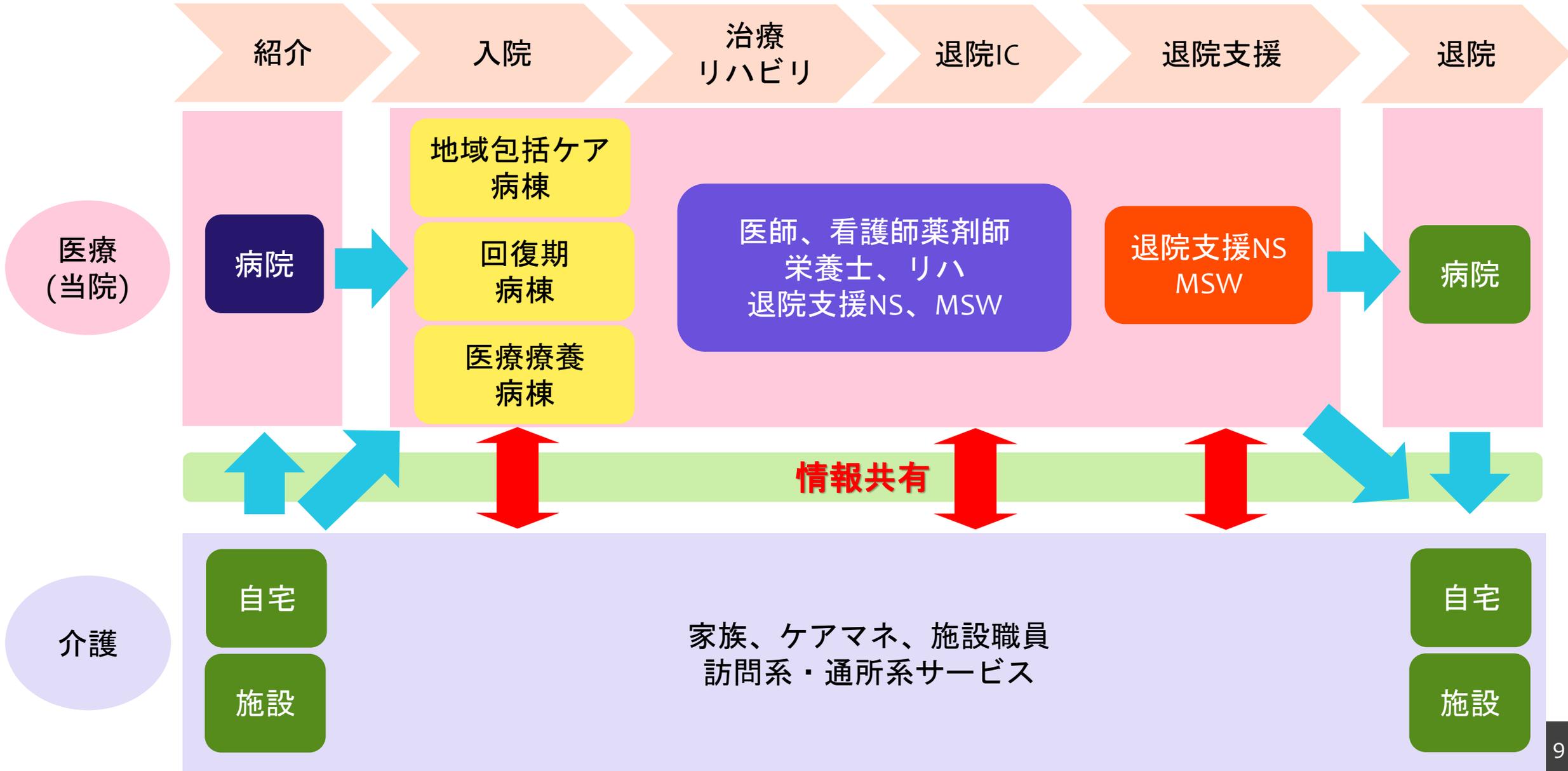
時間の経過にかなりの幅があり，場合によっては「寝たきり」の期間が10年以上におよぶこともあります。そのため最期を迎えるまでの見通しが難しく，また本人の意思決定能力が乏しくなる場合もあり，元気なうちから，本人の意思，家族の思いを話し合っておく必要があります。

体の機能が衰えた状態が長く続き，さらにゆっくり機能が低下



生活・暮らし方の再構築
人生の大事な分岐点
本人の思いは？

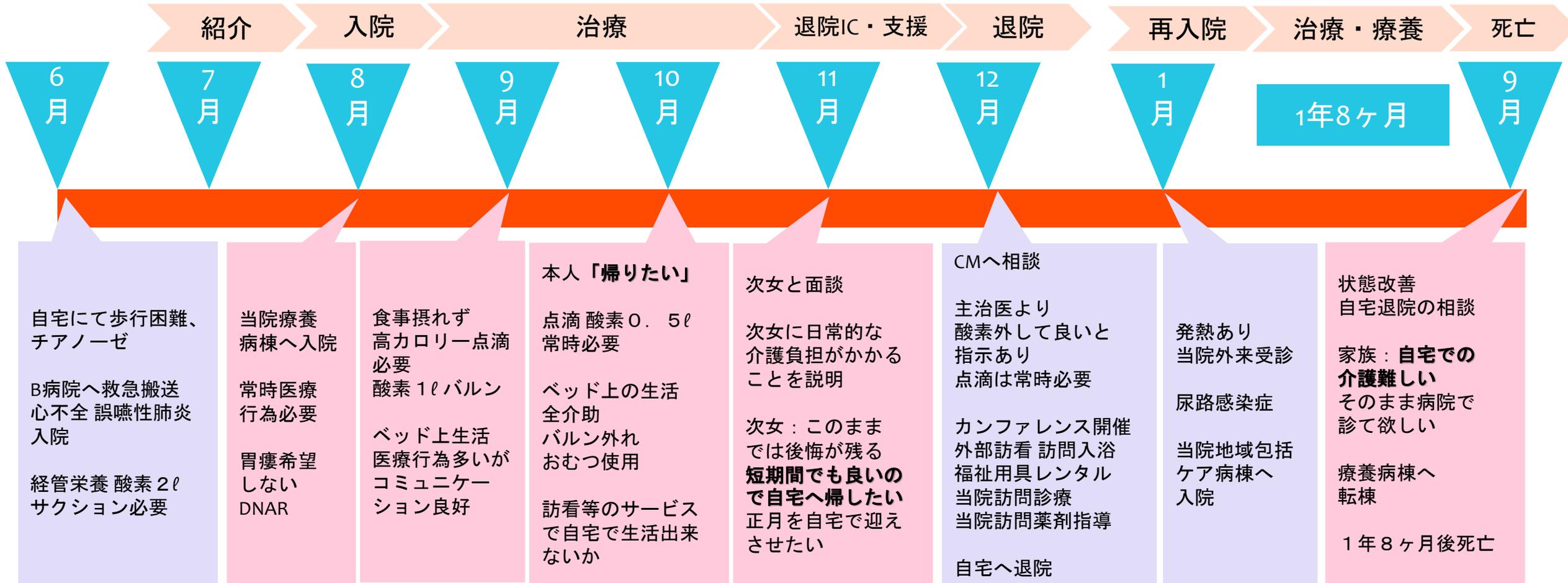
入院から退院までの流れ



療養病棟からの自宅退院事例

Aさん 90才代 女性

次女と同居



入退院支援のポイント① 情報共有（院内）

ミーティング・カンファレンスでの情報共有

- ・本人、家族の意向は？
- ・治療の見通しは？
- ・入院前はどのように生活をしていた？
- ・食べれるようになる？ 歩けるようになる？ 認知症の症状は？
- ・どうしたら退院？ 退院先は？
- ・各病棟の施設基準は？ どの病棟で受ける？

ミーティング

- ・それまでの暮らしぶりを知る
- ・治療後の状態像を予測する
- ・退院支援の予測を立て、共有する

カンファレンス

- ・退院支援の修正を行う

毎朝10分の
ミーティング

入院前の
情報共有

方向性を
合わせる

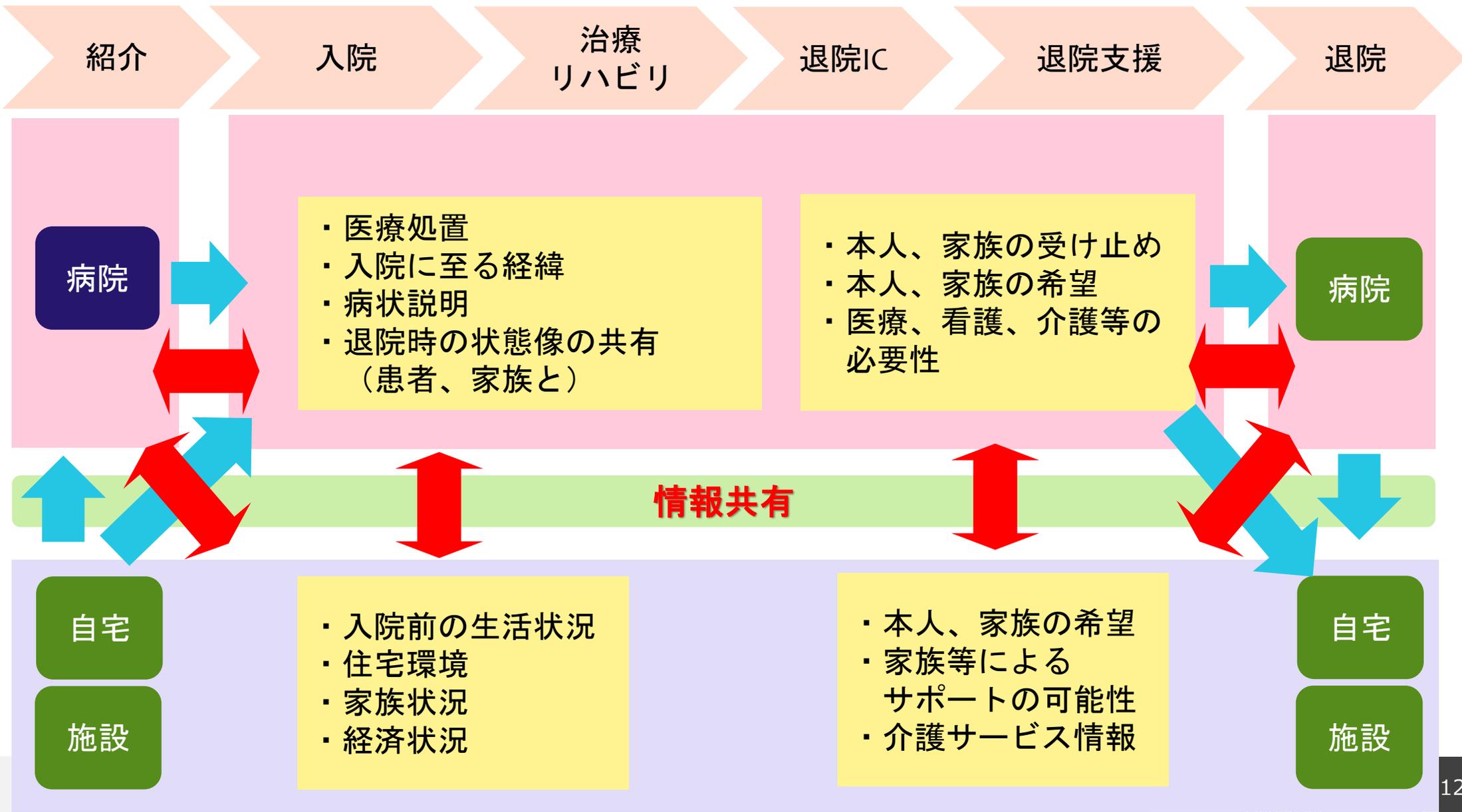


定期的な
カンファレンス

入院後の
情報共有

軌道修正

入退院支援のポイント② 情報共有（院外）



課題

本人の思い 家族の思い

本人：自宅へ帰りたい！

家族：自宅でみれるかな…

・訪問診療、訪問看護、訪問介護、訪問入浴、訪問リハ、
訪問薬剤管理指導、訪問栄養管理指導…

フルで利用しても**家族の介護負担は発生する**

**「患者さんが望む通りの生活ができるよう
支援したい」という思いは一緒！**

それぞれができる分野で関わる

地域で支える

