

病院から在宅/施設への退院支援 ～病床機能が果たす役割/回復期MSWの視点～

高橋病院 総合支援センター
社会福祉士 小林 陽平

令和7年度 函館市医療・介護連携多職種研修会 ～介護関係者向け研修会～

当院の紹介

<病床数>

回復期リハビリ病床

40床×2病棟

80床

地域包括ケア病床

39床

計119床

介護医療院

60床

2024年9月より時任町に移転！

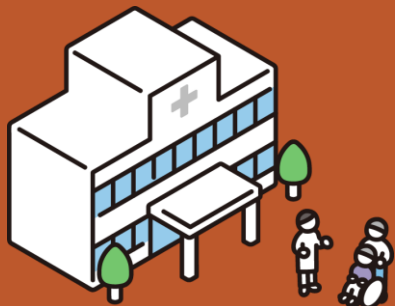
総合支援センターは社会福祉士5
名/看護師1名の6人体制



本日の内容

- ①.リハビリ病院の入院受入れ
(患者さん、ご家族の思い/方向性の検討)
- ②.病床機能と役割
(回復期リハビリ病床/地域包括ケア病床)
- ③.MSWの退院支援について
(工夫している点/思いやりのある連携)

病院へ入院するということ・・・



- ・一般的に、入院には期限が設けられていることはご存じだと思います。
(→厳密に言うと、一定の期間を超えると、病院の収益に影響が出るためです。)
 - ・特に回復期リハビリ病床では、期限に加えFIM利得を考慮する必要があります。
(→設定された上限期間と特定の指標を意識した支援や退院調整が求められます。)
 - ・しかし、患者さんやご家族にとっては実際のところ、あまり関係のないことかもしれません。
-
- ・・・ネットで調べたら150日入院できるらしい、退院は冬頃になるのかな？
 - ・・・とにかく、歩けるようになるまで入院を続けてほしい。
 - ・・・歩けないのに帰れってなんないですよ？
 - ・・・急性期病院でもないのに、なぜ早く退院しなければならないの？

不安を抱えて の転院 入院初日・・・



・急性期病院での集中的な治療や手術を経て、リハビリ病院に転院して
くることになります。

（→当院では病院の車両でお迎えを行っていますが、福祉タクシーの利用
など、患者さんにとっては初めてのことが多いです・・・）

・治療が無事に終わり、転院先も決まって一安心と思いきや・・・

（→転院後すぐに、「**入院期限が設けられています**が・・・」と説明を受け
ることについて、実際にどう感じるのでしょうか？）

（→事前に電話での説明も行いますが、やはり対面でしっかりと説明し、
スタートを切ることが重要です。ネガティブな印象を持ったり、不安を抱
えたまま来院される方も多いので、計画を立てて進めていくことをお伝
えすることを心掛けています。）

これからどうする？



・急性期病院では、症状が改善し、手術や検査が終了した後は、早めに退院の調整が行われることが一般的です。

(→「すぐに退院や転院と言われました・・・」という話を耳にしますが、これは病院の役割として避けられないことだと説明しています。)

・リハビリには時間がかかる場合もありますが、MSWとしては患者さんやご家族の「**これからどうする？**」を考える期間とも捉えています。

(→突然の脳梗塞や骨折の受傷により、まさか自分や家族が・・・と病気の受け止めに時間を要するケースも多々あります。)

・そのため、**少しでも考える時間が必要**というのが、ご家族の本音だと思います。

入院前の準備/ フェイスシート の作成



・病名、現病歴、既往歴、生活歴、入院前のADL、家族情報、今後の方向性などを記載

患者氏名 ○○ ○○ さまA病院 整形外科より紹介あり。

例

【入院目的】

右大腿骨頸部骨折後のリハビリテーション

【現病歴】

共同住宅で転倒しているところを近隣の住民が発見。体動困難であるため救急要請し、A病院へ搬送。右大腿骨頸部骨折の所見にて即日入院となる。現状での退院は困難であり、リハビリ継続目的にて当院へ転院の運びとなる。

【既往歴】

74歳 高血圧（近所のクリニック）

76歳 脳梗塞（A病院/B病院）

時期不明 うつ病（Cクリニック）

【生活歴】

- ・市営住宅3階(エレベーターなし)で一人暮らし。
- ・○○県生まれ。夫と共に2005年頃より函館に移住。夫が2013年頃より肺癌を患い、以後在宅介護をされていたがその後他界。以後一人暮らしをされている。
- ・2022年に脳梗塞を患い、A病院へ入院歴あるが、本人の強い希望もあり1週間程度で退院。歩行不安定のまま帰宅となったため、居住区の包括支援センターが緊急訪問したが、左上下肢麻痺、呂律障害を認めたため、B病院へ搬送となった。
- ・介護サービス(ヘルパー)を利用しながら独居生活を送られている。
(→今回も近隣住民が発見しており、同じ建物内の住民とは多少交流はあると推測される。)

リハビリ病棟の 相談員？



・リハビリは1日や2日で終わるものではなく、ゆとりを持って患者さんに関われるのでは？

(→自分もそう考えていたけれど、実際は・・・。)

(→各ケースの進捗/方向性を確認しながら、主治医、看護師、セラピストと情報を共有し、患者さんやご家族、ケアマネさん、施設の相談員さん、急性期のMSWさんなどあらゆる職種の方と情報共有の毎日。)

(→担当しているケースは約30件あり、これから入院を控えるケースや退院が近いケースが常に混在しています。)

(→覚え方のポイントは、住んでいる場所とご家族の職業です。フェイスシートは前の病院からの転記ではなく、必ず手入力で記入します。既往歴なども全て手入力しながら、生活背景を想像し、そのまま頭に入れていきます。)

・やりとりの中でご家族に「〇〇クリニックはご自宅から近いようですが、どのように通われていましたか？」と質問する。

(→本人と家族の関係や入院前のADLについてもそことなく確認できる。)

方向性の確認



＜MSWが退院支援する中での今後の方向性 ～あくまで持論～＞

おおむね6パターンに分類

◆ **自宅退院希望**（絶対に！）

（ADL全介助、胃ろう/サクション施行でも家に帰りたい）

◆ **自宅退院希望**（条件付き）

（トイレに一人で行けるなら自宅、無理なら施設...？）

◆ **施設入所希望**

（今回の怪我/病気で在宅は無理。施設へ入所させたい）

◆ **施設入所希望**

（家族やケアマネさんと施設を考えてた。その矢先に...）

◆ **未定**

（本人は自宅、家族は施設。もしくは家族間で意見が対立）

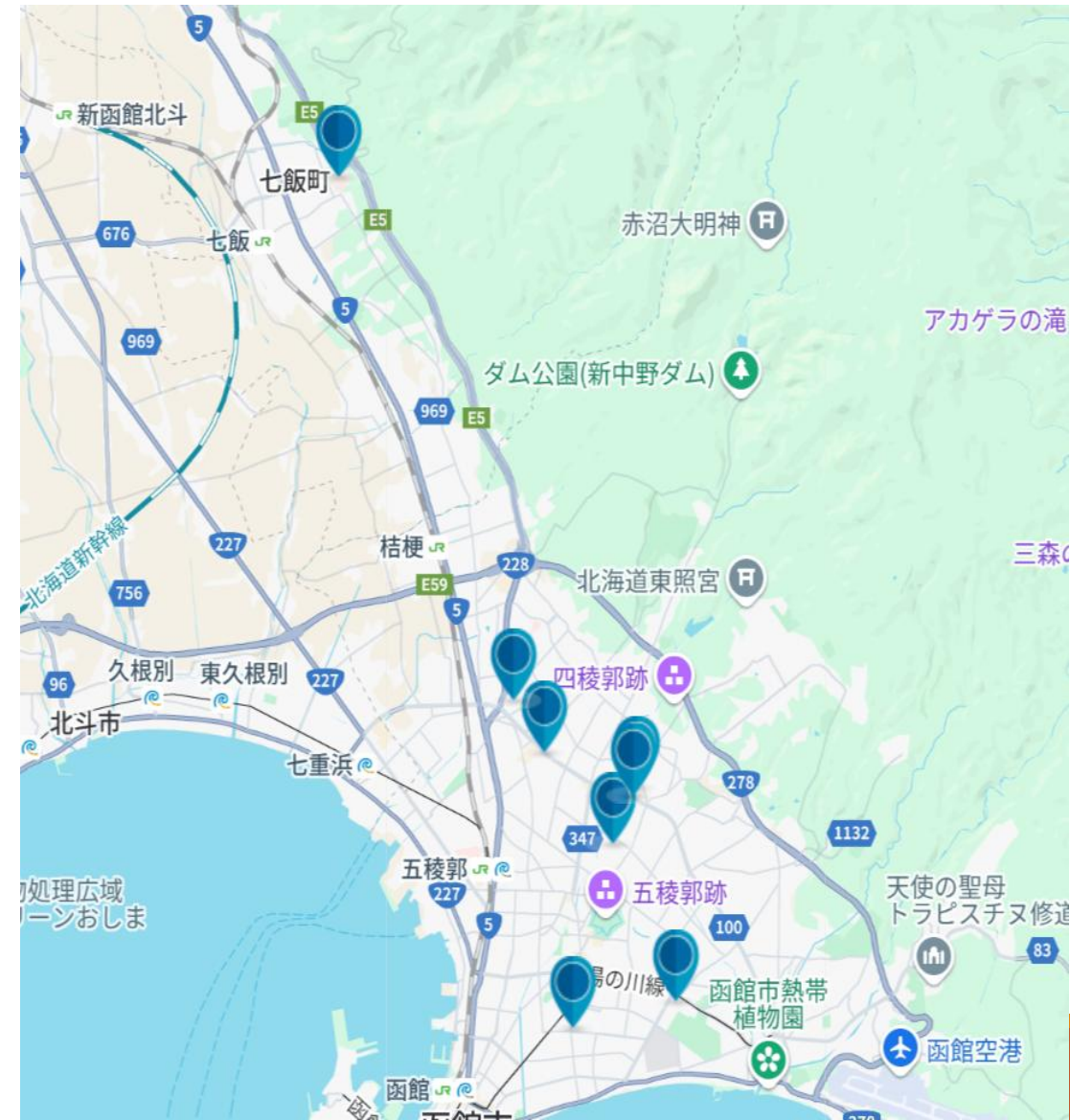
◆ **未定**

（本人の意思疎通困難。家族疎遠/身寄りなし。）

函館市/近郊の 回復期リハビリ 病床

・函館市/七飯町には回復期リハビリ病床を持つ医療機関が
8か所存在します。

- ・ 亀田病院
- ・ 西堀病院
- ・ 函館稜北病院
- ・ 函館脳神経外科病院
- ・ 函館新都市病院
- ・ 函館協会病院
- ・ ななえ新病院
- ・ 高橋病院



回復期リハビリ 病棟とは？

回復期リハビリ病棟においては**在宅復帰率**という指標が存在します。自宅はもとより特養、居住系介護施設は復帰率にカウントされますが、**老健**や**医療機関**への転院は対象となりません。**70%**以上のキープが必要。また、同病名での回復期→回復期への転院は日数が引き継ぎとなります。

Ex.6/1にA病院(回リハ)入院 → その後B病院(回リハ)へ転院となっても、あくまで6/1が起算日での入院期限が設定されます。

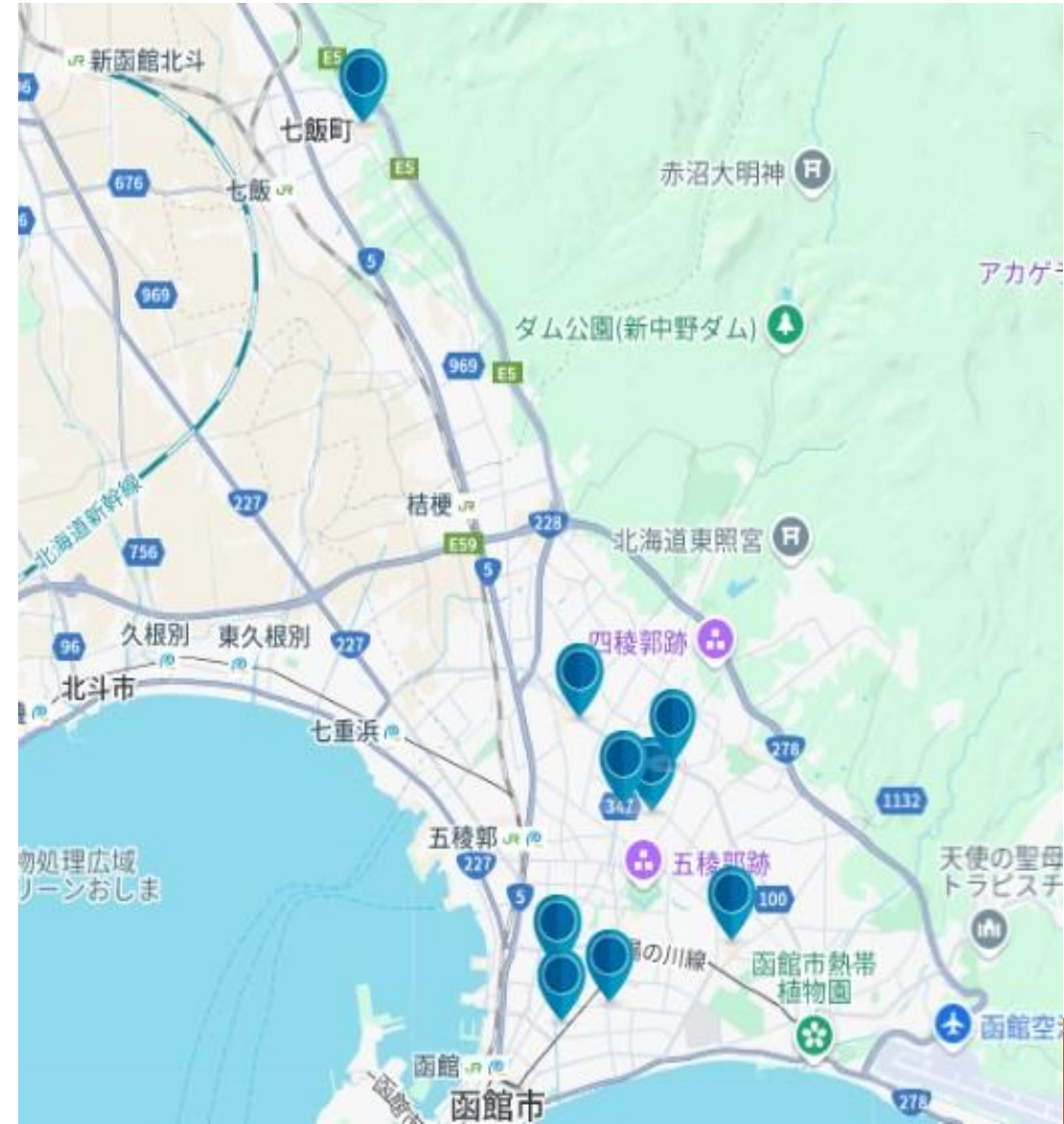
(→函館に旅行に来ていて受傷/発症。地元の病院に転院したい・・・)

回復期リハビリテーションを要する状態	上限日数
脳血管疾患、脊髄損傷、シャント術後	150日
高次脳機能障害を伴った重症脳血管疾患、重度の脊髄損傷	180日
大腿骨骨折、骨盤/腰椎圧迫骨折、膝関節の骨折など	90日
外科手術または肺炎等の治療時の安静による廃用症候群	90日
大腿骨、骨盤、脊椎、股関節または膝関節の神経、筋損傷後	60日
股関節または膝関節の置換術後の状態	90日
急性心筋梗塞、狭心症発症その他急性発症した心大血管術後	90日

函館市/近郊の 地域包括ケア 病床

・函館市/七飯町には地域包括ケア病床を持つ医療機関が
9か所存在します。

- ・ 亀田病院
- ・ 共愛会病院
- ・ 国立函館医療センター
- ・ 西堀病院
- ・ 函館稜北病院
- ・ 函館市医師会病院
- ・ 函館赤十字病院
- ・ ななえ新病院
- ・ 高橋病院



地域包括ケア 病棟とは？

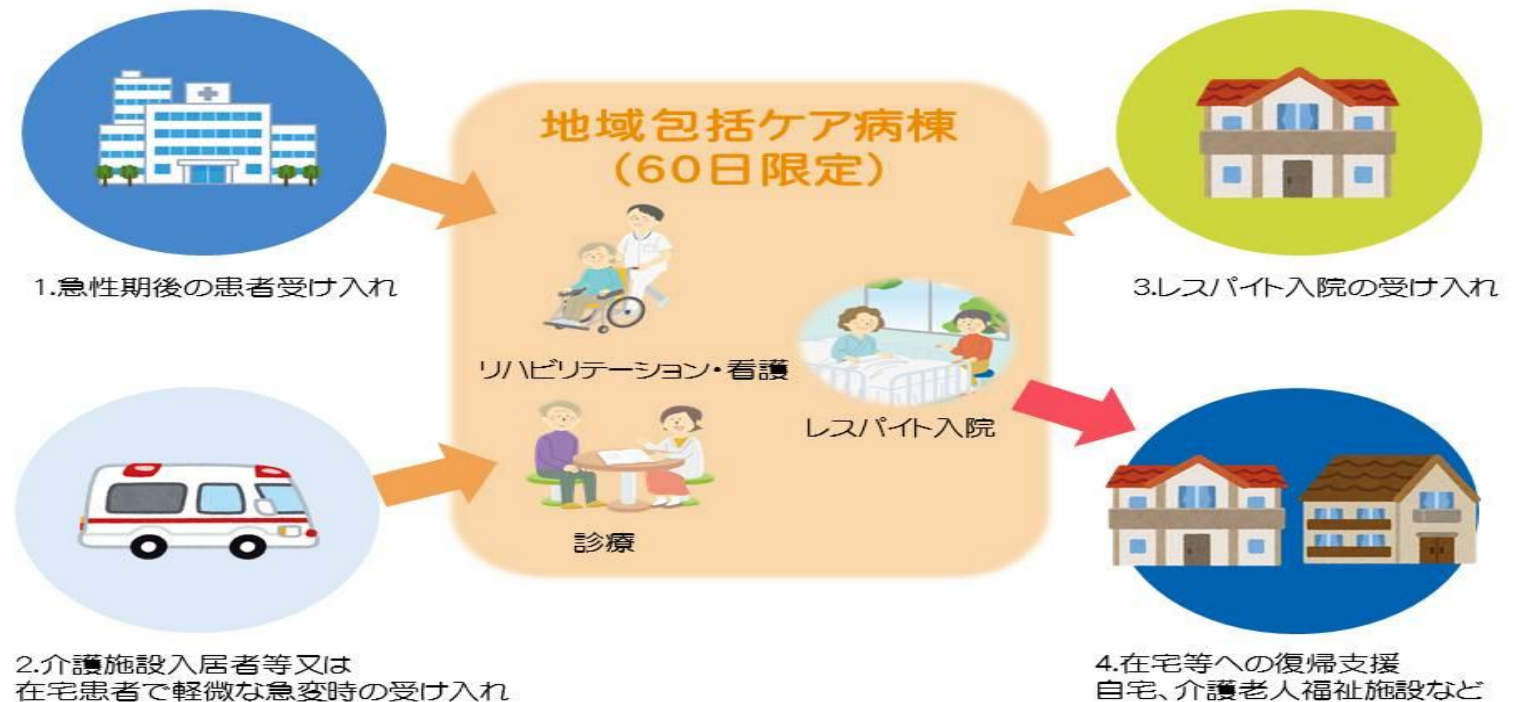
病院によって病床
の使い方に違い
がある点が特徴

- ・回復期リハビリ病棟とは違い、病名の縛りはありません。

Ex.脱水、気管支炎、上腕骨折、コロナ後の廃用症候群など

- ・入院期間は**60日**。回復期リハビリ病棟と一緒に、**在宅復帰率**という基準も存在します。**70～72.5%**以上のキープが必要。

(→以前は老健は対象外でしたが、令和6年の改正で**在宅強化型の老健**は半数カウントに入れてもOKになった。)



地域包括ケア 病棟の役割

①急性期治療を経過した患者さんの入院受入れ/リハビリの提供

(→急性期病院/病棟から転院/転棟してくるケース。)

(→新規で施設入所方針となれば、入院早期から調整が必要。)

②在宅療養・訪問診療の患者さんの入院受入れ/リハビリの提供

(→急性期病院への搬送までは要しないと判断される場合。)

(→他院クリニックからの紹介であれば、**診療情報提供書**が必要。)

③生活支援調整や介助者の休養を目的としたレスパイト入院機能

(→ベッド状況に係る部分が大きく、なかなかタイミングが合わず難しい場合が多い。)

(→介護保険領域でのショートステイではどうしても対応しづらいケースや期間が明確に決まっている場合は、相談に応じて頂きやすいかも?)

安心して考える /悩める時間を 作るには・・・



- ・冒頭にも述べたように、「これからどうする？」と考えるためには時間が不可欠です。

- ・考えたり悩んだりする時間がなければ、「自宅か施設か」を決めることは難しく、対立が生じる可能性も高まります。

- ・それでも30件のケースを抱えており、なおかつ時間制限もあることに加え、急性期とは異なり、比較的ゆったりとした雰囲気…。

(→早く決断を促したい場面もあるが、急かすことは避けたい…。これはMSWがよく直面するジレンマです。)

- ・ご家族にも早い段階で**問題意識**を持ってもらい、考えたり悩んだりする時間を十分に確保するにはどうしたら良いだろう？

(→そのためには、MSW自身が正確な情報を把握し、整理した上で適切なタイミングで**情報発信**する必要があります。加えて相応の根拠も求められます。)

- ・周囲から情報を得やすい環境の中で、互いの思い/考えを共有できれば、より効率的に話を進めていけるのではないかな？

連携/共有しやすい場所？



- ・従来は医療相談室での勤務が中心で、面談やカンファレンスのために病棟に出向くことが多かった。
 - ・ステーションの一部にMSWの業務スペースを設置し、リアルタイムでの情報共有が可能な体制を整えた。
 - ・病室からリハビリ室に向かう際の歩行状況を確認でき、スタッフも同じフロアにいるため、日常的に意見交換や情報共有ができる。
 - ・面会簿の近くに配置することで、ご家族とのコミュニケーションが取りやすくなる。
- (→頻繁に訪れるご家族や仕事後に来るご家族など、会いやすいパターンも把握しやすい。)
- ・**顔の見える連携**は院外だけでなく、院内での実践も重要である。
- (→直接会話する重要性。円滑なコミュニケーションを図りたい。)

Ns、セラピスト

MSW

面会

リハビリ室

2
北

201~208
209~216

208

205

退院 カンファレンス



- ・在宅退院を目指す際に、退院カンファレンスを行うことが多く、ケアマネさんや訪問看護師さんに参加してもらっています。

- ・個人的には、カンファレンスを協議の場ではなく、報告や意思決定の共有を行う場と位置付けています。

- ・そのためには事前の準備が欠かせず、カンファレンスの開催前の場面設定を重視しています。

(→配布可能な資料があれば事前にお渡しし、スタッフ同士がやりとりしやすい環境を整えることを大切にしています。緊張せずに普段の力を発揮してほしいという思いがあります！)

- ・「**見守りレベル**」や「**訓練レベルでは可能**」というフレーズについては注意が必要です。

(→病院では対応可能でも、在宅では誰が対応するのか？セラピストは施設にいない？)

(→個々人の生活場面を考慮し、看護師やセラピストと事前に情報共有を行ってからカンファレンスを開催します。)

大事にしている こと/まとめ



- ・院内外を問わず、さまざまな職種の方々に支えられて仕事をしています。
- ・MSWだけではできることが限られており、一人で抱え込むには厳しい仕事です。病院の事情も考慮する必要があります。
- ・一度関わったケアマネさんから連絡をいただいたり、困ったときにお互いに相談できる関係は自分にとって財産です。
- ・自分の専門分野/領域で解決できないことがあれば、できそうなところを紹介したり、糸口を一緒に考えてみるのが自分の信念です。気軽に相談し、悩みを共有できれば、院内/院外という枠は関係なくお互い働きやすい環境になるのかな？と思っています。
- ・長年この分野で働けているのは、間違いなく皆さんとのつながりがあってこそだと感じています！
- ・だからこそ、病院という場や限られた期間の中で、社会復帰やQOLを意識した日々の関わりが自分の役割であり、社会資源や各種制度、つながりを最大限に活用して**思いやりのある連携**を今後も築いていけたらと思います。今後ともよろしくお願いいたします！

おつかれさまでした
ご清聴ありがとうございました

ご相談はお気軽に♪

TEL:78-1233(直通TEL)
FAX:78-1222(直通FAX)

