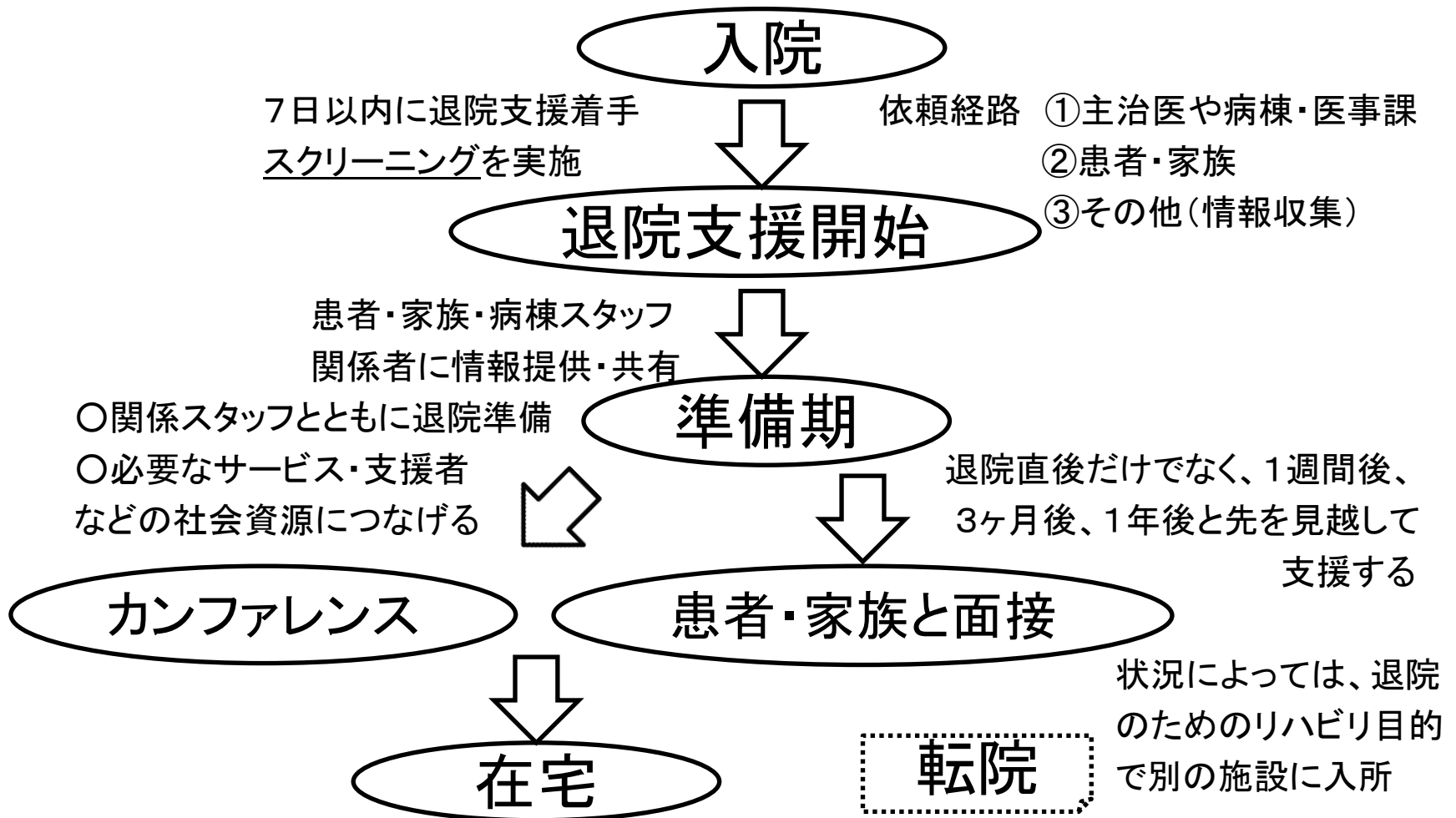


# 退院支援とは？

地域医療連携室における  
退院支援の実際

(南相馬市立総合病院)

# 退院支援のフローチャート



# スクリーニング

- 悪性腫瘍、認知症または誤嚥性肺炎等の急性呼吸器感染症のいずれかであること
- 緊急入院であること
- 介護保険が未申請の場合

(介護保険上の特定疾病を有する40歳以上65歳未満の者及び65歳以上の者に限る)

- 入院前に比べADLが低下し、退院後の生活様式の再編が必要であること (必要と予測されること)
- 排泄に介助を要すること
- 同居者の有無にかかわらず、必要な介護を十分に提供できる状況にないこと
- 退院後に医療処置(胃瘻等の経管栄養法を含む)が必要なこと
- 入退院を繰り返していること
- その他患者の状況から判断して上記までに準ずる状態と認められる場合 (例: 家族または身寄りがない・経済的に困窮している・居宅がないまたは遠方)

# 実際の支援・相談

医療費の仕組みや各種の制度の紹介・説明

○社会保障制度について

高額療養費（限度額適用認定）

介護保険 障害者支援 生活保護

申請方法、相談窓口への案内と連携

○転院に向けての支援

リハビリ医療への転換

今後の生活について

## ○施設入所について

転院の必要はないが、在宅まで時間を要する、不安がある、困難な場合などに検討

特別養護老人ホーム、介護老人保健施設、軽費老人ホーム、有料老人ホーム、サービス付き高齢者向け住宅  
グループホーム、ケアハウス、介護療養型医療施設

## ○在宅療養

必要な社会資源を検討（介護サービスなど）  
関係機関につなぐ（市、包括、ケアマネ）  
カンファレンスを開催

# 退院支援の機能強化の必要性

「社会保障・税一体改革」

◎一般病床の機能分化

→高度、一般、亜急性期等に分ける

◎平均在院日数の短縮化

→平均「17日」を「9日」に短縮

※病床の回転を上げる政策の推進

# 退院支援の機能強化の必要性

- 入院患者の7割を65歳以上、約半数を75歳以上が占めている
- 2025年にかけて75歳以上人口が急増するため、今後75歳以上の入院患者と構成割合の増加が見込まれる
- 世帯規模は縮小しており、退院後の受け皿機能はますます期待できなくなる

# 医療機関の機能分化と退院支援

1人の患者さんの医療を1つの病院で完結するのではなく、必要とする医療の内容によって、病院ごとに、あるいは病院と診療所などが連携して医療を提供する仕組み＝機能分化

- 特定機能病院（大学病院など高度先進医療を提供）
- 地域医療支援病院（地域の中小病院を支援）
- 一般病院
- 療養型病院

地域全体で切れ目なく必要な医療が提供されるよう、地域完結型医療が推進される。



## 2次医療圏(相双地域)

- 地域の中核となる病院（全麻 500件以上）がなく、急性期医療の提供能力は低く、福島や仙台への依存度が強い医療圏である。急性期以後は、療養病床は全国平均レベルであるが、回復期病床はない。

（日医総研の資料より）

# 病院の機能

## <入院医療>

高度急性期病院 ICU SCU HCU 一般  
(2:1 3:1 4:1 5:1 6:1 7:1)

急性期病院 一般病床 地域包括ケア病床  
(7:1 10:1 13:1) 回復期リハビリ病床

回復期病院 一般病床 地域包括ケア病床  
(13:1 15:1) 回復期リハビリ病床

慢性期病院 療養病床  
(20:1 25:1)

# 病院の機能

患者対看護職員数の割合	平均在院日数
7 : 1	19日以内
10 : 1	21日以内
13 : 1	24日以内
15 : 1	60日以内

## 長期入院患者の入院基本料の減額

「90日超」(特定患者/特定入院基本料)

「180日超」(選定療養/15%減)

# 病院の機能

## <入院医療>

**高度急性期病院** 質の高い医療と手厚い看護  
(早期に急性期後の病院やリハビリ病院に転院可)

**急性期病院** 比較的軽度な急性期の患者に対応する病院

**回復期病院** 対象疾患や期間を限定し、リハビリを専門的に行う

**慢性期病院** 慢性期疾患の患者さんの療養を中心とした医療を提供

# 各病院のベッド数

- 大町病院 188床→140床  
(一般104 療養84)
  - 小野田病院 199床→87床  
(一般97 療養53)
  - 鹿島厚生病院 80床  
(一般40 療養40)
  - 南相馬市立総合病院 230床→150床  
(一般170 救急10 リハビリ50)
- <参考> 雲雀ヶ丘病院 254床→ 120床(精神一般194 認知症60)

# 南相馬市立総合病院 診療部 地域医療連携室

- 室長（兼任）副院長
- 室次長（兼任）看護副部長
- 同（兼任）医事課長
- 係長（兼任）外来師長
- 同 事務吏員（市事務職員）
- 係員 社会福祉士（医療職 MSW）

※ 患者紹介・相談業務においては、これに嘱託職員（社会福祉士1名、事務1名）を置いて対応している。

# 事務分掌

- ①地域医療機関等との連携に関すること
- ②紹介患者に関すること
- ③開放型病床の運用に関すること
- ④総合病院の広報活動に関すること
- ⑤MRI・シンチグラム等の業務受委託に関すること
- ⑥医療相談（医療費を除く。）に関すること
- ⑦身体障害者等福祉サービスに関すること
- ⑧診療部内の連絡調整に関すること

# 支援困難なケース

## ○キーパーソン不在

- ・独居高齢者
- ・親族なし
- ・親族が遠方
- ・親族の協力が得られない
- ・親族間不和

※諸手続・申請・同意など、患者以外の協力者(身元引受・保証)がないと、何もはじまらない。

## ○転院先・療養先の不足

※やむを得ず離れた地域へ案内しなければならない場合もあり、当地域を離れたくないとの希望が強いことから、提案が難しくなることがある。

## ○その他、経済的な事情や生活不安から、 退院に消極的な場合

※入院時に就労先が解雇となり、帰る自宅がないケースも増えている。



# 支援困難なケース

## ○介護支援事業者等の不足

ケアマネが足りず在宅介護が進められない。

介護の担い手不足でサービスが足りない。

## ○入院時、入院生活に支障をきたすケース

・身元引受人がない ・自宅がない

・生活用品(衣服、タオル)の手配や洗濯、  
その他身の回りの環境が整わず、加療  
に難がある。

# 医療福祉連携担当者懇談会

- 平成21年より、市立総合病院の主催のもと、毎年定期的に行なわれる
- 地域医療福祉連携の円滑な運営と活性化、情報交換と課題の共有
- 市内の各病院、老健施設が参加

# 近年のテーマ

## ◎平成26年（現況説明）

医師・看護師の確保策

医療費の未収金問題（除染作業員関連）

患者紹介や転院・退院調整について

## ◎平成27年（意見交換会）

院内連携（看護師との連携）

院外連携（病病連携と介護事業所との連携）

情報提供依頼について

個人情報取り扱い

# 意見交換会の概要（感想）

## ◎院内連携

退院調整におけるフローが活用できていない  
病棟の退院支援への取り組みへの認識不足  
院内の情報交換・共有不足

## ◎院外との連携・連絡

病院の役割分担と進まない転院調整  
相互の必要な情報（共有）がそれぞれ異なる

# その他の課題

## ◎医療相談の体制

相談体制の充実と適正なフローの運用

## ◎救急医療

救急対応にかかる情報不足と提供体制

## ◎在宅医療・往診

実施可能な医療機関の不足（訪看同様）

帰還患者の往診依頼・相談への対応

在宅医療と連携担当・ケアマネとの関わり方

# その他の課題

## ◎看取り

ルールがない、もしくは曖昧である  
在宅・施設での看取りのあり方(→入院)

## ◎家族関係

単身、高齢、身寄りなし患者の対応  
家族・親族間の希薄化と連携不足

## ◎判断能力(認知症等)

金銭管理と成年後見人への移行について

# 今後の退院支援と地域連携

## ◎医療情報の電子化

### ①電子カルテの導入

→院内システムの再構築

### ②医療連携ネットワークによる情報共有化の進展

→各医療機関だけでなく、薬局・介護事業者も含めたネットワーク化

## ◎マンパワー(MSW)不足の解消

→医療福祉分野全体として言えること