

## 5-①医療区分1で退院困難な事例(病院)

### 5. 医療区分1の患者で、退院困難な事例(病院)

#### 【北海道】

- 1・金銭問題で退院できない(施設が高額であり、また自宅では生活できない)。
  - 2・生活環境問題(独居、冬季問題など)。
  - 3・重度の肢体不自由者で経管栄養を伴っている状態。
  - 4・重度の肢体障害で病状不安定(すぐに摂食障害を起こし、入退院を繰り返す)なため、施設でも受け入れが困難な患者さん
- 5~8
- ・特養や老健は、待機者が多く、いつになるかわからない。(4)
  - 9・意識障害、マーゲンチューブ、胃瘻その他で老健、特養での受け入れ拒否。
  - 10・胃瘻造設患者の受け入れ施設がない。医療行為を行える施設が無い。
  - 11・ガン末期だが症状の乏しい患者の受け入れ先が無い。
  - 12・麻薬等の疼痛コントロールは必要でないが、末期の悪性腫瘍患者。
  - 13・高齢夫婦で暮らしていたが、食欲不振及び脱水で入院加療中に夫が死亡。子どもも音信不通で退院後については施設入所が妥当と考えられるが、施設の空きが無い、条件が合わないなどで、なかなか受け入れ先がない。
- 14~16
- ・家族の受け入れ拒否(3)
  - 17・医療の必要度は低く、在宅や福祉施設での対応が可能であるが、介護力がなく、在宅では不可能。また、福祉施設入所の待機者が多く、数年まちの状態であるため。
  - 18 介護量が多いこと。施設に入所すると病状が悪化することがあることなどから施設の選択が難しい。施設が決まっても、入所までの待ち期間が長い。
  - 19・毎日看護師がかかわらなくてはならない人(夜間対応の多い人)
  - 20・嘔吐をしたり、発熱を繰り返す患者
  - 21・胃瘻で全面介助のため、介護できず。自宅は困難。施設も胃瘻があるので、人数制限があったりで、行き先が見つからない。
  - 22・インスリン使用者で自己管理できない人。施設も医療行為ができる職員が限られているので、行き先が決まらない。
  - 23・寝たきりで家族の看護・介護では対処できないケースが多い。
  - 24・容態の急変がいつおきてもおかしくないケースがある。
  - 25・家庭の事情
  - 26・意識障害、摂食困難にて胃瘻造設、感染症を発病しやすく、発熱を繰り返す。又、喘息発作を起こしやすく、呼吸不全となるため、在宅及び施設での受け入れも困難。
  - 27・家庭では胃瘻管理、排泄管理が困難。施設はすぐに入所できない。
  - 28・基礎疾患をもっていて、在宅、施設では管理できない。
  - 29・無酸素脳症後遺症による痙攣、嘔吐を引き起こす可能性が高い。
  - 30・在宅では生活困難。待機者が多く、すぐには入所不可。
- 31~32
- ・地域に施設が少ない。(2)
  - 33・家庭の事情がわかると、退院を積極的に勧められない。
  - 34・急性病棟からの転棟が早まり、病状が安定しない。
  - 35・高齢者世帯が多く、介護力不足のため、退院ができない。
- 36~45
- ・独居で、介護をする家族がいない(10)
  - 46・特養では、胃瘻患者を受け入れない。
  - 47・老人世帯に看護・介護力はない。家族が在宅への受け入れ拒否(認知症が進行している例)
  - 48・ADL困難なため、家族が介護できない。高齢のため急変に対する不安がある。
  - 49・検査データ値が不安定である。関節痛等の出現により、苦痛の緩和、湿布の貼付などの処置があり、自力では行えず、常に観察、処置が必要。
  - 50・老人世帯で、しかも身体が不自由。看護・介護をすることができない。
  - 51・経管栄養、インスリン注射、唾液吸引等ができる施設が非常に少ない。
  - 52・受け入れ先が見つからない。

## 5-①医療区分1で退院困難な事例(病院)

- 53・福祉施設に行く予定となっているが、家族との調整が進まず、行き先を決められない。
- 54・胃瘻で寝たきり
- 55・インスリン使用で寝たきり
- 56・うつ患者で、状態安定しているが、退院するとうつが悪化し、拒食になるので、入退院を繰り返す。
- 57・一人暮らし、全盲で生保を受けられない人。さらに、インスリン注射が必要で、誰が注射の医療行為を行うのか。
- 58・寝たきりで、経管栄養の患者。
- 59・自宅退院が現状では無理なため、施設を探すも、受け入れ施設がない。施設入所の申し込みをした場合で、順番がきて見学にいくも、患者が施設入所を拒否。
- 60・腹部大動脈巨大化があるが、高齢のために手術が不能で、いつ破裂をおこすか不明。
- 61・狭心症を主訴とする患者で、入院中も発作する。
- 62・独居で、近くに相談する人もおらず、退院後について話をすると、精神的に不安定となり、ふさぎこみ、話ができなくなる。
- 63・腰痛症により入退院を繰り返しており、今回も軽快し、本人は退院したいが、家族がまた要介護状態になるのではないかと不安が強く、退院させられない。
- 64・妻が脳梗塞で入院中。夫は一人で妻を見る体力も精神力もない。妻は抑うつ的で不安定愁訴強く、夫は24時間拘束されてしまう。持ち家の古さから、バリアフリー住宅への転居を進めるが、夫は乗り気ではない。
- 65・常ではないが、意識消失発作有り、心機能低下が認められ、ペースメーカーの必要性があるが、ADL区分2～3に該当。医師も家族も治療、ペースメーカー装着は適応しないと判断され、現在も療養されている。
- 66・留置カテーテル、リハビリなどの医学的管理が必要なため
- 67・主治医が医学的管理を要すると判断したため
- 68・介助量が多く、独居困難で、施設入所待機中。
- 69・経管栄養、全介助だが、施設受け入れのめどなし。
- 70・人工肛門が自分で管理するのが難しい。
- 71・退院の方向でご家族の方とお話しても、ご夫婦とも仕事があり、日中は介護及び見守りができない。又、その婦人も精神科に通院して内服薬服用中で、困るとのこと。どこか施設にでもと話しているが、予約してもなかなか順番がまわってこない。
- 72・区分1の患者さんは、車椅子等で移動も可能なために、見守りとか介助が必要で、在宅及び施設での入所などは手数もかかり退院は非常に難しい。
- 73・寝たきりで日常生活は、昼夜にわたって、全介助が必要であり、訪問看護などを利用することも検討したが、在宅では、介護者の体力を含めて能力が十分でなく、現在安定している容態が急変する可能性が高く、対処できないと判断される。
- 74・家族、患者とも当院以外の医療機関へ受診されたことなく、当院でなくなることを強く希望している。
- 75・病状の急変がおきにくいと考えられ、ADLもある程度自立しているが、転倒リスク、若干の認知症など、介助者の見守りは必要な方だが、在宅に向けて家族の受け入れが困難であったり、在宅サービスが十分でなく、入院が長期化することが多い。要介護度も支援又は要介護1である場合が多いため、施設入所も難しい。
- 76・本人が退院を拒む。
- 77・介護施設へ入所するお金がない。
- 78・介護ヘルパーや在宅サービスが少ない。
- 79・独居で、かつ、介護度が「要支援2」のような状態（在宅には不安が残るが、介護度が低く施設入所が困難）。
- 80・インスリンの自己注射ができず、看護職員が実施している状態（老健、特養施設では実質的に受け入れてくれない）
- 81・在宅医療が困難で、入所施設が少ない。
- 82・介護者も高齢で、在宅介護が困難。施設なども、待機者が多く、すぐには行き先が決定しない。
- 83・医学的管理を行うことによって、安定している患者さんを老健、特養へ送り出すことによって悪化し、戻ってくる。その後の受け入れ先をさがすのが困難。

## 5-①医療区分1で退院困難な事例(病院)

- 84・地域の特性として、受入れ可能な施設が少なく、また、待機者が多いため、入所が困難であると同時に、家族等においても介護力がなく（たとえば、共稼ぎ世帯など）受入れが困難。
- 85・再燃性肺炎、脳梗塞後遺症等のため、自立度が低い患者
- 86・摂食障害で、経腸栄養を施行している患者
- 87・糖尿病の患者さんで、一旦退院したが、翌日低血糖により意識喪失を起こし来院。一般病棟から療養病棟に転棟し、インスリン療法を実施。姉がいるものの、既婚で同居不可。このため退院後1人暮らしとなり、帰宅しては低血糖を繰り返す。63歳で、福祉施設への入所は不可。
- 88～90・経管栄養（3）
- 91・医療行為が必要（持続点滴、胃瘻）で、在宅や施設では不可能である。
- 92・経口摂取可能だが、介助が必要で、嚥下障害がある。
- 93・心不全、腎不全の管理
- 94・胃瘻患者
- 95・喀痰吸引患者
- 96・独居、老々家族
- 97・胃瘻患者を受け入れる施設がない。医療行為（注射、カテーテルの管理）が行なえる施設がない。
- 98・がん末期で、症状の乏しい患者の受け入れ先がない。
- 99・在宅で介護するのは困難なため
- 100・経腸栄養で、胃瘻を造設している方は、近隣の福祉施設では受け入れていただけません。
- 101・重度の認知症、幻覚、暴力暴言見られ、在宅は不可能

### 【青森】

- 1・家族が仕事のため、在宅介護が不可能で、施設入所の相談をするが、経済的理由で施設入所を拒否している。
- 2・一人暮らしで、家族と連絡がとれない。
- 3・喀痰吸引、鼻腔栄養など、管理が大変な方の在宅復帰に家族が消極的なため、調整ができない。
- 4・骨折などのため、ADL困難な方。
- 5・疼痛コントロールは不要だが、末期がん患者
- 6・自宅がない、身寄りがないなど施設入所困難
- 7・経済的に、介護施設入所が困難な患者
- 8・在宅療養可能な患者であるが、転倒の既往があったため、家族は在宅への受け入れを拒否し、話し合いにも応じてくれない。施設入所は世間体が悪いとの理由で拒否している。
- 9・医療的には安定しているが、体動はげしく転落防止のため、24時間見守りを要する患者
- 10・食道からチューブの自己抜去がみられ、家族は夫が死亡、息子は独身、娘は精神遅滞等により、介護力不足と社会資源が不足している。交通が不便、インフォーマルなサービスも望めない。
- 11・家族は、夫が高齢者で、息子2人いるが、他県に在住のため、介護力不足である。

### 【宮城】

- 1・施設に申し込んではいるものの、いずれもかなりの数の待ちがあり、容易に移れない。自宅では老老介護で、これまた困難。
- 2・病状が慢性化して不安定。退院が決まっても発熱。食欲の低下。
- 3・ADL3の患者さんは、喀痰吸引が頻回に必要な場合が多く、在宅困難
- 4・在宅への受け入れが、家族だけでなく、患者本人も不安を抱いている。

### 【秋田】

- 1～2・独居で、世話をする家族がいない。（2）
- 3・精神疾患があり、施設が入所を拒む。
- 4・介護力がないため、在宅復帰が困難。経済面で施設入所を拒んでいる。
- 5・家族が在宅での看護・介護力がないため、受入れを拒否。

## 5-①医療区分1で退院困難な事例(病院)

- 6・1人暮らしだったが、息子の扶養になっている。家は、市営住宅の4階で、エレベータもない。部屋数も少なく、年1回の外泊しかできず、その時もソファーに寝ている。年金も少なく、介護保険を利用するにも、現在より負担が3～4万円増と見込まれ、とても現在の状況を変える(退院)ことは難しい。
- 7・独居の家庭で暮らすことは困難。
- 8・1人暮らしや老人世帯で、こどもが近くに住んでいない。
- 9・家族の関係が悪く、自宅退院を拒否する。
- 10・お金がないため、施設に入れなく、自宅でも見るひとがいない。
- 11・日中は家族が仕事でいないため、自宅でみれない。

### 【山形】

- 1・施設の空きがない。
- 2・家族の理解が得られない。
- 3・当院の退院を渋る
- 4・同居の家族がいるが、介護者が高齢であったり、入院が長期化しているために、在宅療養が困難である。
- 5・施設入所を希望しても、同居の家族がいるため、なかなか順番がまわってこない。
- 6・福祉施設入所中、病気が発症し、当院へ入院となった。現在病状安定し、介護力もある家庭ではあるが、洗濯物をとりにくる等での来院すらない状態である。今後の方向性につき、面談すると来院しなくなる。電話での対応も困難。今後、施設入所や在宅になった場合、再度病状不安定になったらどうしようという不安が家族にはある。

### 【福島】

- 1・腹部大動脈瘤があり、体位交換、移動等の介助に細心の注意が必要で、在宅・施設でのケアは困難。
- 2・施設入所待ちだが、胃瘻を造設しているため、順番を後回しにされる。
- 3・家族の希望で、施設より病院が安心と。
- 4・施設がなかなか空かず、在宅介護もできず、そのまま病院で待機している状態。
- 5～7・家族が、在宅への受け入れが困難。施設待機が長期間になる(3)
- 8・一人ぐらしや老人世帯のため
- 9・一人暮らしで、要支援状態。家族がいても介護できず、サービスも受けられない。
- 10・80代後半の女性。独居で子どもなし。身寄り他県。認知症あり。食欲不振。脳卒中で経管栄養を受けているが、老人ホーム入所には空きがなく、待機状態。
- 11・寝たきり、重度の認知症で、拒食状態で栄養低下している。脱水を反復しており、老人ホームと病院を行き来している。

### 【埼玉】

- 1・福祉施設や在宅で対応が可能であっても、待機者が多くすぐには入所できない。また、在宅介護者が共働きだと対応できない。
- 2・95歳の女性で、食欲不振、吐き気、嘔吐のため、食事摂取量が極端に少なく、DIV管理が必要。
- 3・認知症で、行動障害の患者さん。在宅も困難で施設入所も難しい。
- 4・家族がいるが、仕事や高齢により介護ができない。
- 5・喀痰吸引、胃瘻の管理、経管栄養、留置カテーテルの医療、看護、処置が在宅ではできない。
- 6～7・経管栄養やバルーンカテーテルなどチューブ管理が必要な患者(2)
- 8・介護への抵抗等、認知症で問題行動を伴う患者
- 9～11・独居等で、自宅での介護力がない患者(3)
- 12・高度心機能低下を有するため、在宅不可能
- 13・病状安定だが、変動頻回にあり、要観察
- 14・家族の受け入れ態勢がない。

## 5-①医療区分1で退院困難な事例(病院)

- 15・Aさん91歳。女性。日常生活自立度B1レベル。ほぼ手のかからないレベル。認知症なし。長女宅で3人暮らししていたが、Aさんは、長女に厳しく、長女は精神的にまいってしまう。Aさんが風邪で体調を崩し、入院となる。体調が落ち着いたので、家族と退院の話をするが、長女はAさんに対して体が拒否反応を示してしまうほどである。他にも子どもがいるが、Aさんの引き取りは難しいとのこと。介護施設への入所は介護度が低いので難しい。本人は当院への長期入院を希望。
- 16・重度の心身障害者のため
- 17・当院入院患者は、生活保護受給者が多く、家がない。また、車椅子では、在宅での生活は困難である。

### 【千葉】

- 1 住環境の整備不可（介護協力者がおらず本人も病院での療養を希望している）
- 2 自宅では介護する人がいないなど在宅での受入ができない。施設等はすぐ入れるところが少ない。金額面で折り合いが付かない。家族が納得できず、退院について非協力的である。
- 3・経管栄養であり、家族が受入を拒否。
- 4・96歳という高齢であり、ペースメーカー植込み、時々胸部不快感を訴えることから家族が受入を拒否し、本人も「ここでみとってほしい」と希望している。
- 5 吸引、血糖コントロール、経管栄養など区分2の定義には非該当でも医学的管理レベル上、地域の社会資源では受け皿になり得ない場合がほとんどである。
- 6 家族の介護困難
- 7 胃瘻の患者を在宅でというのは難しいと思う（当院では事例なし）
- 8 難病（特定疾患治療研究事業の対象疾患）、シャイ・ドレーガー症候群、小児麻痺等
- 9 認知症重度の車椅子レベルで身寄りが一人もいない。
- 10 生活保護者で60歳以下のため、老人介護施設受け入れない
- 11 生保63歳 H17.12月脳梗塞 他院にて6ヶ月経過後当院にリハビリ目的で転院。現在車イス自走可能 ADL区分1となるが老健施設への入所は本人の強い抵抗があり、バリアフリーの住宅は手配困難で ADL完全自立に向けリハビリ続行中である。
- 12 保証人となるべく遠方にいる兄弟の協力（妻が拒否）が得られず施設申込が進展しない。
- 13 経管栄養でADLの悪い人は施設や在宅には移せない。
- 14 1.植物状態にて胃瘻の患者さん 2.慢性腎不全にて透析までは必要でないが、クレメジン、ウリメート、エポジン注など定期的検査をしながら、経過す、寝たきり状態
- 15 65歳男性、脳梗塞後遺症にて左麻痺、認知症なし。身体障害者の施設では「高齢のため難しい。待機時間もかかる」高齢者施設では「認知症がないため、受け入れできない」家族は、本人未婚。キーパーソンは亡くなった兄の嫁だが、高齢で在宅困難。
- 16・介護者が高齢、病弱、働いている等で介護力がない。
- 17・経管栄養、胃瘻で対応できる体制がない。
- 18・病状が不安定（肺炎起こしやすい、熱発しやすい）。
- 19・胃瘻造設があり、自宅には介護者不在のため、介護が難しい。
- 20・認知症あり、転落防止の為、頻回な訪室、三叉ーマット使用にて常時観察が必要
- 21 在宅で看護・介護力が足りなく家族も高齢である。
- 22 医療区分2に該当しない状態で、介護施設での対応が困難な患者
- 23 独居、老人家庭等で自宅介護が困難であり、施設入所まで待機者が多い為に退院ができない。特養入所までの期間として老健を申し込んだが入所前検査で癌が発見された為に治療を希望せず特に症状の出現がなかったが「癌」の為に入所を断られた。
- 24・四肢麻痺又は片麻痺（四肢筋力低下）で意志疎通困難、経管栄養、関節拘縮、バルーンカテーテル留置に全部該当であっても医療区分1となるケースが多く、到底在宅介護は困難。介護施設入所待ちは数年の待ち。又順番来てもバルンカテーテル留置などを理由に入所拒否が現実。
- 25 他病院に転院を考えるも医療区分1（点数が低い）なので受け入れてもらうのが困難。施設等も空き待ちの状態のところが多い。
- 26 けいれんが時々ではあるが出現。薬調節を行ったりしている。入院費の滞納がある。

### 【東京】

- 1・家族が在宅への受け入れを拒否

## 5-①医療区分1で退院困難な事例(病院)

- 2・胃瘻管理中、脳血管障害による後遺症で意思疎通図れず、問題行動あり。
- 3・皆さんが80-90歳の高齢であり、家庭環境、住環境によりご家族の受入れ体制が整っていないため、困難。
- 4・施設入所には時間がかかること。
- 5・胃瘻、バルーン等は、介護施設での受入れが困難
- 6・本人、家族が退院を拒否
- 7・入院が長期になっているが、家族が他の施設への移動について動きがない
- 8・下肢麻痺の患者で在宅介護困難
- 9・医療区分1、ADL1の患者さんにおいては、介護度も同様に低いため、介護老人福祉施設への入所が厳しい。単身世帯や家族が介護困難とのことだと、若干不安(リスク管理のため)が残り、在宅療養につなげにくい場合がある。
- 10・重度の意識障害を伴い、経管栄養(経鼻・胃瘻等)を行っている場合、喀痰吸引も1日8回までは達していなくても、絶えず全身管理が必要であり、他病院や他施設への移動も難しく、まして在宅など介助者が高齢であり、在宅医療も困難である。
- 11・入院時はリハビリが必要だったが病状が安定し、医療区分1になった患者のケースで、高次脳機能障害等により、単身生活又は高齢者世帯の場合
- 12・介護度が2～3程度で、問題行動が見られるケース
- 13・在宅療養を望まない家族
- 14・受入れ可能な施設を探す期間
- 15・在宅では、介護施設などの退院をお願いしているが、本人、家族とも当院入院を希望していて、なかなか具体化できない。
- 16・目が不自由で独居ができない。
- 17・独居
- 18・老々介護(家族の負担大)
- 19・老健施設への入所希望がなく病院での入院希望
- 20・家族の受け入れがなく、在宅に戻れない。
- 21・脳梗塞後遺症があり、食事は自分でできるが排泄の世話をしなければならない。老人世帯ではできない。
- 22・認知症があり、全面介助しなければならない。施設受け入れ拒否。
- 23・生活保護受給者で単身の患者が末期がんで治療もこれ以上することがない。在宅に帰るのも急変の可能性と生活上の問題があつて困難。
- 24・転院先がみつからない。
- 25・在宅介護つかれから二度と家庭に患者を帰してほしくないと訴える患者が多い。5年間の間に死亡するかもしれないので、継続してもらいたいと訴える家族が圧倒的。
- 26・顎関節が脱臼しやすい。
- 27・胃瘻による経管栄養が必要。
- 28・在宅の介護サービスの限度内では対応できない。
- 29・医療区分1で経管栄養にて栄養管理の必要な患者。脳血管障害後遺症にて高次機能障害廃用症候群あり。在宅では介護困難な患者。
- 30・家族が在宅の受け入れを拒否。
- 31・住環境の問題で在宅が困難。
- 32・末期がんの患者さんで、麻薬を使わず、消炎鎮痛剤やホルモン製剤等を使用している患者
- 33・胃瘻、腸ろうで高齢の患者
- 34・骨折後、痛み持続(ステロイド他使用)、食欲不振で、高カロリー流動食併用+甲状腺機能低下症+狭心症、Tb。痛み訴え強いが病識薄く、危険認知困難。子どもはいない。姪が面倒をみているが、仕事も家庭もあり、重圧となり、精神的にも限界。在宅では対応できないし、介護保険制度ではカバーできない。
- 35・全盲に近いリウマチ患者。介助歩行は可能。老人保健施設は受け入れ拒否。子どもは娘のみで、嫁いでおりに在宅は不可能。
- 36・全介助。意思疎通困難、経管栄養、喀痰吸引8回未満、在宅での受け入れができず、施設も受け入れるところなし。

## 5-①医療区分1で退院困難な事例(病院)

- 37・介護者の高齢化
- 38・特別養護老人ホームの順番がなかなかこない。
- 39・しばしば急性の炎症をおこす。
- 40・65歳生保の男性。身寄りなし。糖尿病のために、両足切断。血糖値不安定。毎食前に血糖値を測定し、インスリンを調整している。独居は不可能。受入先なし。
- 41・83歳女性。腎不全、糖尿病、認知症、寝たきり、利用剤と点滴量を微妙に調整している。家族がいないため、在宅介護は無理。他の施設も引き受けるところがない。
- 42・単身で身寄りのない患者
- 43・60歳の男性、ADLはほぼ自立。高次機能障害による問題行動有。絶えず見守りを要するが、単身のため、在宅での生活困難。要介護対象疾患でないため、要介護申請できず、施設入所も不可。
- 44・80代の患者さんで、認知症もなく、食事も自己摂取。車椅子使用可能であるが、家族も高齢で、家族自身の生活で精一杯ということと、家族の体調不良のため、在宅への受け入れを家族が拒否されている。
- 45・精神疾患のある方
- 46・65歳未満で、介護保険の取得できない方
- 47・介護度が1～3で在宅に介護力がまったくない方
- 48・高齢化社会にて、在宅での介護困難
- 49・認知症への対応困難
- 50・胃瘻の管理
- 51・経管栄養
- 52・患者本人が独居のため、自宅での療養が困難。

### 【神奈川】

- 1・ADLが不安定のため、施設や在宅での生活が困難である。
- 2・家族が介護に協力的でなく、生活保護でしか収入がない。
- 3・容態の変化があるため、施設入所ができない。
- 4・医療区分が1でも、ADL区分が3の患者は施設でも在宅でも受け入れが難しい。
- 5・患者さんが高齢になると、兄弟や家族も高齢になっており、そのため、自宅に帰っても、介護力がないことが多く、施設、医療関係者の受け入れを希望する方が増えてきている。しかし、経済的な理由もあり、退院や転院等が困難になっている。

### 【長野】

- 1～2・独居にて介護者不在。(2)
- 3・長年、当院で在宅生活をフォローしてきた患者を医療区分1という理由で他施設に回せない。
- 4・長野は、冬と夏で施設入所のニーズが異なる。冬は寒く、在宅生活が困難であるが、老健もいっばいで入所できない。
- 5・帰る家がなく、経済的に無理。
- 6・認知症があり、在宅も施設も無理。
- 7・在宅療養を行うには、家が古く改修が困難。
- 8・Hさん、72歳男。変形性腰痛症にて治療入院後、一般病棟より療養病棟へ転棟。H15.12.25～H18.9.19まで療養後、保健師、ケースワーカー、家人と話し合い、退院になるも、9.21日に自宅で転倒。右肩骨折し、再入院。一般病棟で治療後、療養病棟へ転棟。長期にステロイド剤を服用し、骨しょう症も進んでおり、独居暮らしのため、家人のサポートも難しい。
- 9・老人世帯で、在宅では暮らせない。病状が不安定で施設では受け入れられない。
- 10・家族が在宅への受け入れを拒否
- 11・施設が満床で、ベッドが空くのを待たされている。
- 12・経管栄養介護者は高齢で、老人保健施設、特別養護老人ホームでは看護師の配置が少ないため対応できないと断られることがある。(経鼻栄養で抜去してしまうことがある)

## 5-①医療区分1で退院困難な事例(病院)

- 13 ・インスリン注射を要するが、自己注射は不可能。介護者も高齢のために対応が困難。介護保険の訪問看護は区分支給限度額の関係で不可。インスリンの回数が多ければ老人保健施設も受け入れ困難。
- 14 ・胃瘻で独居の方は、介護力不足。老人保健施設では経管栄養を受け入れるのに人数制限をしているところが多く、なかなか受け入れられない。特別養護老人ホームは入所できるめどがまったくない。
- 15 ・息子と2人暮らしだが、息子は障害者。友人が少なく退院先を探しているが、お金がかかるところにはいけない。今までは患者がなんとか自立していたので在宅生活が可能であったが、ADLが低下しており、住居は2階のため、在宅も困難。
- 16 ・50代で、くも膜下出血を発症し、失語症と高次機能障害がある患者さんで、暴力行為が時々みられ、在宅では介護困難である。又、要介護1であるため、施設入所もままならない。
- 17 ・喀痰吸引、胃瘻の管理、経鼻経管栄養、留置カテーテル等の医療、看護処置が在宅ではできない。
- 18 ・家族がいるが、仕事、高齢などにより介護ができない。
- 19 ・認知症のため、徘徊や昼夜逆転などがあり、常に見守りが必要。しかし、家族が勤めていたり、高齢者で対応ができない。

### 【富山】

- 1～5 ・老々介護の家庭。(5)
- 6 ・施設への入所が適当だが、経済的に困難
- 7 ・胃がん患者で、今のところはなんとか食事が入っている患者。マーゲンゾンデによる経管栄養の患者
- 8 ・下肢の拘縮によりオムツ交換が困難な方や、オムツ交換時の暴力のある方。
- 9 ・胃瘻チューブ使用者
- 10 ・リハビリ期間をすぎても、リハビリが終わらない。
- 11 ・心不全、両側胸水貯留、近日中にIVH
- 12 ・病状が不安定で、常時医学的管理が必要。又、急変が起こりやすい。そのため、受入れ施設がなく、独居老人の上、介護者がいない。
- 13 ・心不全の治療にて内服を服用し、急性増悪のため、点滴、酸素による医学的管理を必要とする。
- 14 ・86歳女性、右下肢切断後、寝たきり状態であり、喀痰よりMRSA検出し、微熱が続いている状態。息子と2人暮らしであり、「家では面倒見られない」と言っている。他の施設を申し込んでも、MRSAにて断られ、退院は困難な状態。感染症があると、どの施設でも受入れがスムーズにはいかない。
- 15 ・脳内出血を発生し、以後、反応もなく、植物状態である。患者さんが、口から食べることもできず、胃瘻を造設し、チューブから栄養補給を行っている。このような手のかかる寝たきりの患者さんは、区分2にすべき。
- 16 ・経口摂取が不可能となり、終末期にある患者
- 17 ・95歳女性、発熱で入院したが治癒した。ADLは時間がかかるが自立している。しかし、介護する息子夫婦が70代であり、介護力に限界がある。
- 18 ・日中、夜間とも介護をできる人がいない。
- 19 ・進行性大腸がんや胃がんなどをもっている(疼痛はない)が、家族の介護不足で在宅は不可。
- 20 ・家族の退院に対する認識不足
- 21～23 ・1人暮らしで受けいれる家族がない。(3)
- 24 ・59歳女性。平成15年8月脳梗塞(右不全マヒ)、16年1月1日に急性心筋梗塞に対して薬物にて保存治療。糖尿病に対して朝1回インスリン治療中。血糖測定は1日1～2回で、3回には至らない。嘔吐もあるが治療せずに改善。血圧変動が激しく180↑の場合も、90↓もある。鉄欠乏性貧血に対して鉄剤投与するが改善せず。ふらつきがあり、歩行器使用。職員の見守りが常に必要。H18年心不全のために胸水貯留した。利尿剤増量したが、腎不全悪化し、利尿剤を減量し、経過観察中。医療度は高い。勤務している夫と二人暮らしのため、日中の不安感が強く、夫は自分が退職するまで、退院は絶対にさせたくないと訴える。
- 25 ・介護力不足で在宅は無理。特養ホームへ申し込んでも順番が来ない。
- 26 ・経管栄養患者は、たとえ様態が安定しても、経管栄養チューブトラブルがおこった時にすぐに対処できないので、一定の医学的管理が出来るところでないと管理は無理である。
- 27 ・施設入所希望するも、要介護度が低く、在宅も共働きで面倒みれない。



## 5-①医療区分1で退院困難な事例(病院)

- 28・認知症があって、常に見張っていないと転倒の可能性が高い人がいる。リハビリで脚力がつくが、逆に徘徊が増えて対応が大変になる場合もある。
- 29・脳梗塞既往歴患者で、自宅での急変時に不安がある。
- 30・廃用による関節拘縮が強く、家族が自宅での介護に自信がない。
- 31・糖尿病患者で、コントロールも良好となり、片麻痺も有するが、ADLもほぼ自立して、在宅療養も可能となった。しかし、妻とは死別し、長女と二人暮らしで、その長女がうつ病で、病状不安定なため、自宅には戻れない。
- 32・入院期間がながくなると、家庭内でいないことが当たり前となり、在宅で患者の介護をするという意識が家族の中でなくなっている。
- 33・地域がら、他人が家の中に入ることを嫌い、在宅への移行が進まない。また、核家族化で在宅での介護に対する意識も変化している。
- 34・65歳未満の方で、介護保険に該当しない疾病。障害施設にもいけず、また胃瘻もしているため、在宅も困難。
- 35・定期内服等、一定の医療が必要で、また、日常生活全般においても介助が必要であるが、認知症、かつ、独居であるため、それが困難なケース。
- 36・異常行動、徘徊があり、喀痰吸引、バルーンカテーテル設置、経管栄養。介護度が低く、老人保健施設不可能。行き場なく、自宅は介護する自信がない。

### 【愛知】

- 1～3・高齢者世帯のため、介護力弱い（主たる介護者も高齢、病弱）（3）
  - 4・子と同居であるが、昼間独居。高次脳機能障害により、一人での留守番不可（危険認識の低下みられ、立ち上がり等危険行動あり。常に監視が必要。ヘルパー利用でも限界がある。）
  - 5・経管栄養
  - 6・輸血必要（血小板減少症など）
  - 7・もともと配偶者も子どももない人が3人いる（戦争時代の未亡人や、婚約者が戦死して独身であった人）。
  - 8・施設入所を勧めても、家族の方から病状などから入院を望まれる。
  - 9・食が細く、点滴等で補っている場合。
  - 10・尿閉などで膀胱留置カテーテルを留置しており、カテーテルが閉塞しやすく、膀胱洗浄を連日行い、不定期にカテーテルの交換を行わなければならない。
- 11～12・胃瘻実施者（2）
- 13～16・身寄りがない（4）
- 17～19・金銭的に施設入所が困難（3）
- 20～24・施設入所は、待機期間が長く、困難。（5）
  - 25・寝たきり状態で、体位交換、排泄の介助、栄養管理が必要。
  - 26・リハビリ治療を継続する必要がある患者
- 27～28・介護度が軽く、施設では受け入れてくれない。（2）
  - 29・介護者と2人暮らしであるが、介護者自身が要介護者となっていて、老健施設入所中。よって自宅での介護が受けられない。また、病名や年齢から介護保険適用外のため、介護サービスの対象外である。
- 30～32・認知症高度（3）
  - 33・喀痰吸引、胃瘻の管理、経管栄養、留置カテーテル等の処置が家庭、施設ではできないため。
  - 34・独居または老人世帯で、在宅に看護・介護力がないため。
- 35～37・家族の受け入れ態勢が整っていない。（3）
  - 38・介護者が高齢のため、在宅の受け入れができない。
  - 39・在宅介護をすでに1人しており、さらに一人は不可能。
  - 40・独身の55歳の息子が介護者で、働いている。ADL区分は3で、歩くことができず、急変の可能性もある。
  - 41・歩行不安定。筋力低下しており回復の見込みは薄いですが、リハビリは必要。
  - 42・受入先がない。

## 5-①医療区分1で退院困難な事例(病院)

- 43 ・H18年6月、総合病院にて肺がんが見つかる。医師より余命3カ月から半年と宣告され、放射線治療を行う。長男夫婦と同居しているも、昼間1人となり、もしものことがあっては心配とのことで当院に転院。ADLはほぼ自立であり、介護保険申請しても要支援となる可能性。そのため介護療養型や施設へつなげることが難しい。また、今後いつ状態悪化するかわからず、家族としては最後まで病院で看取ってほしいと考える。
- 44 ・疾病や高齢によるADL低下があるが、夫婦二人暮らしで老々介護のため退院困難
- 45 事例1) 55歳の男性。発達遅滞あり、独居で兄の会社で仕事をしながら自立した生活をされていた50代の男性。今年1月に脳梗塞発症後リハビリ入院されるも時折意識消失が起こるようになり、ADL的には自立もされ本来歩行可能だが転倒予防もあり車椅子主体になっている。今の収入は障害年金(6万/月)と貯金。前年は就労されており課税世帯。今後在宅での生活や就労も困難。家族は兄と姉がいるものの、仕事や家庭を理由に相談時間を作ることもままならない状況あり、意識消失の原因追及に時間も要したこと、家族のかかわりの薄さに時間を要しているが、今後は当面障害年金と預金で入所できる施設を相談してく予定。
- 46 事例2) 70歳男性。前医は3次救急病院。転院時より食事摂取に意欲がない症状あり。入院中に介護申請を行うも認定結果おらず、在宅調整目的で当院転院。状態が変わらないこと、また家族は難聴の妻との二人暮らしであり意思疎通もかなり問題があり、本人との関係でも本人は家に帰りたいが妻、他の家族は拒否的。介護認定がおりるまで施設も含めた見通しがでたないでいる。
- 47 事例3) 71歳男性。細菌性髄膜炎で当院には9/19からリハビリ目的入院。転院時、介護保険、聴覚障害の身障申請中(⇒身障4級、要支援1〜)。飯場生活をされており前医入院中に生活保護に。ADLの回復状況により行き先を検討予定だったが、介護認定が出るまでは行き先も検討できずにいた。(前医での準備が遅れるほど時間がかかる)要支援1が出たことで施設の選択は不可になり今後は福祉APでの生活が可能かどうかを話し合っていく予定。
- 48 事例4) 65歳男性。頸髄損傷にて6月末から入院中。内縁の妻との二人暮らし。妻は半身麻痺あり再梗塞で他院入院中。障害の受容に時間も要し、本人のADL状況、妻の状況も見ながら在宅復帰が可能か検討を要している。最近施設入所の方向で話し合いがされており検討へ。本人、家族のリハビリ期待が強くあり現実的な選択のなかで今後の施設でのリハビリとの違いを認識していく必要がある。
- 49 その他)  
医療区分、ADL区分が低い場合には介護保険も低い場合が多い。DMでインスリンなどで高薬価なものを利用している場合、施設入所も困難、在宅での安否確認など含めた必要なサービス調整が困難な場合がある。
- 50 ・在宅療養可能なため、患者さんに指導をするが、介護する家族の理由を述べ、患者さんの意気を尊重せず、即不可の返事をされてしまうこと。
- 51 ・一人ぐらしの患者さんの場合、親族の方の協力が得られず、退院指導が進まないこと。退院後の介護拒否のため、延期されてしまう。
- 52 ・胃瘻の施行にて、受け入れ困難。
- 53 ・嚥下に問題あり、介護量が多く、受け入れ困難。
- 54 ・病的に退院可能であるのに、家族の受け入れ状態が悪く、なかなか退院が決まらない。
- 55 ・高齢なため、治癒までに時間がかかり、入院期間が長くなり、家庭での存在感が薄れている。
- 56 ・本来、老人保健施設がADL的にみても適応と思える方が、薬の量が多かったり、インスリンを打っていたりすると、転院先が確保できない事例が増えてきた。

### 【三重】

- 1 ・胃瘻栄養の管理が施設や在宅では困難な患者
- 2 ・体位変換が頻回な患者
- 3 ・高齢者の一人暮らしで、在宅での療養が不可能。
- 4 ・一人暮らしで、介護者がいない。
- 5 ・家族がいるが、昼間介護ができない。
- 6 ・家族が拒否する。
- 7 ・地域特性もあると考えられるが、どの地域でも介護保険適用の施設数が充足しているわけではなく、又、地方においては、夫婦共稼ぎをせねば、経済的に家庭生活が成り立たず、胃瘻造設後の医療区分1の患者さんなどは、老健施設も入所を拒み、退院は困難である。医学的には、医療区分1であっても退院困難で、又、老人保健施設への退所が不可能な患者さんが多々あります。
- 8 ・交通手段の不足

## 5-①医療区分1で退院困難な事例(病院)

- 9・経済的問題と独居老人も増えてきているため、退院に向けての調整に時間がかかるケースが多くなっている。
- 10・高齢化により、独居老人や老々介護が増えてきています。一旦は、自宅に帰り、訪問看護を受けていても、又入院されると必ず施設をと希望される方が多いです。ヘルパーの充足または社会の受け入れ体制の充実を望みます。

### 【兵庫】

- 1・寝たきりの胃瘻の患者で心臓病の患者、胃瘻が必要であるし、看護の必要度も高い。
- 2・老々介護で、とても退院できない。
- 3・胃瘻造設、経管栄養の患者、インスリン治療を行っている患者、膀胱瘻の患者、ストーマ管理の必要な患者
- 4・高齢、認知症で、長期入院している患者は、医療スタッフへの依存が高く、医療サポートが少ない施設や在宅へ退院することに強い不安がある(24時間の医療サポートを要望)。
- 5・長期間入院しているため、本人も家族も病院が安心だと感じている。
- 6・在宅の受け入れ困難。家族も高齢者になっている。
- 7・施設待機者が多い。
- 8・超高齢で、寝たきり状態の人が多く、在宅への移行は困難。
- 9～11・経管栄養を実施中で、家庭では対応できず、施設も入院を拒否(3)
- 12・在宅での介護力がない。
- 13・家族の説明時には、現在の算定方法になることが予想されず、今になって退院を求めても、家族に理解がされない。
- 14・老々介護で、かつ、年金生活のため、施設入所も経済的に困難。
- 15・認知症があり、常時観察が必要で、在宅では対応できない。
- 16・慢性心不全で、医学上相当生命の危険があるが、院内コントロールで小康を保っている。
- 17・独居で親族は遠方であり、退院先についての話し合いに親族が参加しない。本人の理解力も低く、話がすすまない。
- 18・夫婦二人暮らしの世帯で、生計のため介護者が就労中。高次機能障害があり、見守りでADLほぼ自立のため、要介護度が低く、施設への受け入れが難しく、又在宅においても十分なサービスが受けられない。
- 19・在宅での介護者がいない、または介護者がいても高齢である。
- 20・待機まちで、老人保健施設、特別養護老人ホームに入所が困難である。
- 21・費用の方で、身障手帳のある人は、介護保険対応になると経済的に困難。
- 22・家族の受け入れ拒否。介護保険の支払いができておらず、お金の面で施設も無理。
- 23・核家族、独居老人、老々介護などの社会的問題と、高齢であり、認知症や精神的な面で長時間1人で居る事に対する不安など。問題は一つではなく、複合的なことが多い。
- 24・施設を申し込んでいるが、入所待機に時間がかかる。
- 25・独居で、本人、家族とも今後のことを決めかね、何度も説明するが、どうどうめぐりになる。
- 26・家族の受け入れが困難で、福祉施設の入所待ち
- 27・単身世帯のため、成年後見を利用しないかぎり、入所・在宅、いずれのケースでも利用契約ができない。(当院該当患者2名。うち1名は親族申し立て、あと1名は市長申し立てで後見専任中)
- 28・十分な介護力が見込めるにもかかわらず、入所当初の条件にある退院後の在宅療養を拒否し、施設入所や療養病床での療養を家族が希望している。しかも、費用面でのハードルが非常に高く、その費用に対応した施設がない。
- 29・老人で、医療区分1。介護保険がないため、施設へ入れない。
- 30・身寄りがないため、施設を申し込んでいない。
- 31・介護力がない。
- 32・生活保護を受けており、身寄りがまったくなく、身元保証人となるべき人がまったく居ない。
- 33・MRSA保菌者や、経管栄養実施者は、施設では受け入れてくれない。
- 34・喀痰吸引が頻繁に必要な患者

## 5-①医療区分1で退院困難な事例(病院)

### 【鳥取】

- 1・独居でまったく身寄りがいない。歩行も困難で、食事摂取がやっとできる状態。在宅の改修やサービス利用も金銭的に不可能である。

### 【島根】

- 1・胃瘻造設患者で、福祉施設などでは困難といわれている（ある一定数の受入れは可能だが、チューブ管理が増すと現状の看護配置では困難）
- 2・喀痰吸引が夜間あると施設受入れ困難。
- 3・経鼻栄養中の患者
- 4・感染症の保菌者
- 5・独居
- 6・経口摂取に時間がかかる。介護者就労中、介護困難。
- 7・膀胱内残尿が多くて、1日2回導尿をしなければならない。
- 8・自分自身で身の回りのことが十分にできずに、息子は独身で、勤めており、介助ができない。介護保険では区分支給限度額を超えてしまう。
- 9・医療区分2にはならないが、実際には、それに近い処置等を行っている（喀痰吸引が6～7回など）場合。
- 10・家族の在宅受入れ拒否
- 11・ほとんどが独居の方で、こどもは遠方に在住。もしくは身内がいても高齢の夫や身体障害者等で介護力が低下。

### 【岡山】

- 1・家族が在宅介護は無理で、かつ、施設入所はさせたくないといわれ、現在の医療法を含め、現状を説明するが、まったく聞き入れようとしない。
- 2～3
- ・施設が空かない。（2）
  - 4・キーパーソンとなる家族が共働きのため、受入れが困難。通所系サービスの利用などを進めても、なかなか合意がえられない。
  - 5・肝硬変による腹水貯留を認める患者。現在は、病状は安定しているが、施設より入所は拒否される。家族も介護困難で受け入れられない。
  - 6・老人世帯で、在宅に看護・介護力がない。
  - 7・福祉施設入所待機者数が数百人おり、自宅で在宅サービスを利用しながら待機することも、介護者が高齢で病弱なために、困難。
  - 8・糖尿病あり、朝・タインスリンをしている。食事は鼻腔栄養。1人息子（独身）が世話をしているが、洗濯物を取りにくるのが精一杯で、自宅につれて帰る気がまったくない。
  - 9・本人は寝たきりで家に高齢の介護者が1人しかいない。
  - 10・若年であり、片麻痺のため食事がつくれない。
  - 11・介護度が低くて施設の受入れがない。
  - 12・胃瘻等による経管栄養患者
  - 13・リハビリ必要患者
  - 14・独居で身寄りもなく、ある程度の収入があるため、生活保護にも該当せず、寝たきりでまだら認知症のため、在宅へ帰すわけにもいかず、施設は保証人となる人がいないため入所できない。
  - 15・車椅子生活ではあるが、ADLはほぼ自立。退院の許可は出しているが、長男の嫁と折り合いがわるく、受入れを拒否されている。施設の順番がきても家族が断っている。
  - 16・脳梗塞後遺症と、糖尿病で、胃瘻、膀胱瘻の摂食機能訓練をしている58歳の女性。糖尿病があり、口から食べているが、ムラがあり、胃瘻も使用している。在宅では介護人がいない。

### 【山口】

- 1・点数が低いため、他の医療機関が受け入れ拒否
- 2・経管栄養中で、神経因性膀胱のため、尿カテーテル留置となっている。
- 3・踵骨など下肢の骨折で30日を超えているが、歩行、日常生活等在宅での療養が困難な場合

## 5-①医療区分1で退院困難な事例(病院)

- 4・腎盂がんで血尿があり。食欲不振
- 5・せん妄、ADLの低下が著明な患者
- 6・認知症、精神薄弱ぎみのため、受入れ先がない。
- 7・独居世帯で栄養失調での再入院
- 8・独居老人所帯で、適切な在宅治療が困難。
- 9・未婚で、仕事をしていない義理の息子との2人暮らしで、在宅では介護をしてもらえない。
- 10・長男の嫁と2人暮らしで、長男の嫁も高齢のため、介護が難しい。
- 11・長男と両親の3人暮らしで、妻も認知症があり、長男も現在求職中の状態で、認知症の夫の介護は困難。
- 12・経管栄養実施中で、喀痰吸引があり、家族が受け入れ拒否。
- 13・介護度が低いため、受け入れる施設の順番待ちの状態が長い。
- 14・1年以上の入院で、家族にお世話をする人がいない。共働きで、見る人がいないと家族の受入れがない。
- 15・独居で身元保証人がおらず、施設入所の申し込みができない。
- 16・105歳の母親を85歳の娘が一人で見ていたが、娘の病気が悪化し、世話ができなくなったため、退院できない。
- 17・家族が病院に入院していれば安心し、家では不安があると家族が受入れを拒否。
- 18・循環動態が不安定(意識障害をきたす)
- 19・疼痛発作のリスクが高い
- 20・心不全の増悪を繰り返す(浮腫、尿量減少、呼吸困難ほか)
- 21・肝障害による高アンモニア血症の管理が必要
- 22・痙攣が時々発生し、セルシン注を施行するため、在宅困難であるし、施設入所も不能(抗痙攣剤も復調中)
- 23・認知症、片麻痺、経管栄養などでADLに介助が必要であり、家での介護力がない。
- 24・家族も高齢で、こどもも県外におり、受入れ困難
- 25・経管栄養実施中で、カテーテルを抜去し、誤嚥性肺炎をおこす危険性が高い。
- 26・家族の理解(病気に対する)がなく、糖尿病等食事療法が困難。
- 27・経管栄養は、安易に実施しているわけではなく、多くの問題があり、生命を維持するために行っている。高齢者の場合、1～2時間を要し、その間、十分な観察が必要で、老人保健施設では受け入れられない。
- 28・身元引受人がいなかったため、施設入所が困難。
- 29・要支援2～要介護1程度のレベルの方が入れる施設が少ない。
- 30・高齢者の1人暮らしで、身寄りがない方。高齢者夫婦だけの世帯。

### 【香川】

- 1・行き先が決まっていない。
- 2・胃瘻の管理、留置カテーテル、喀痰吸引が必要。
- 3・高齢で、インスリン自己注射ができない。
- 4・昼夜を問わず、大声を出す。
- 5・家族が受け入れない。
- 6・家族が退院を望まない。
- 7・家族が高齢で、介護ができない。
- 8・退院しても家族が受け入れが困難である。入所施設の空床がない。
- 9・胸水、持続性肺炎
- 10・肺がん末期
- 11・糖尿病、慢性気管支炎で治療の必要あり、自宅は離島で1人暮らしのため退院困難。介護度が低く、介護施設へも入所できず困っている。

## 5-①医療区分1で退院困難な事例(病院)

### 【愛媛】

- 1・長期療養中であるが、在宅での生活は十分可能な状態にもかかわらず、家人が受けられない。
- 2・身体障害者である場合、施設入所は経済的負担が大きすぎる。しかし、在宅では対応できない。
- 3・独居であるため、退院後の生活が成立しない。
- 4・主な介護者である家人が病人。

### 【高知】

- 1・独居で、要介護度が低い患者。生活面でまったく自立とは言えず、在宅生活は難しいにもかかわらず、介護度が低いことから施設入所はできない事例（有料施設は経済的に難しい）
- 2・ADLはほぼ自立しているが、インスリンの注射が必要。入院前はアパート住まいのため、在宅の受け皿がなく、財政的にも厳しく、ヘルパー、介助も望めない。食事も治療食である。
- 3・経管栄養を実施しており、独居。
- 4・家族が同居であれば在宅が可能だが、独居である。
- 5・実子が高齢で介護力不足である。特養、老健などの空室がない。
- 6・1日8回未満だが、喀痰吸引が必要で、医師・看護職員のチェックを要する。（特養、老健施設では状態の悪化に至る可能性がある）

### 【福岡】

- 1～2　・行き先がない（2）
- 3～6　・施設の空床待ち（4）
- 7～11　・家族の受け入れが困難（5）
  - 12・希望する施設が見つからない。
  - 13・本人が入院を希望する。
  - 14・独居又は老人世帯で、在宅に看護・介護力がない
  - 15・患者の性格的な問題があり、家族での対応困難
- 16～17　・特養を申し込んでいるが、経管栄養、バルーン、吸引などのため、受入れが困難。（2）
  - 18・寝たきり状態で、在宅で介助する家族がいない。又、家族が仕事などでできない。
  - 19・家族の住居が遠方のため、電話や郵送等の通信手段を使った説明や資料提供では十分に納得が得られない。
  - 20・他の施設にいくと障害者医療症がつかえず、負担が高くなる。
  - 21・喘息、慢性肺疾患、全盲、難聴、認知症、独居
  - 22・金銭的に施設入所が無理だが、在宅でも介護者がいない。
  - 23・区分2に該当しないが、医療的管理が必要（胃瘻造設で、たまに発熱する）
  - 24・91歳、心不全。利尿剤注射投与にて治療中である。自宅に帰ると、家族に隠れてたべるので、短期間で再入院となるため、退院の許可が主治医からでない状態。
  - 25・91歳、胃がん術後で、イレウスの再発を繰り返す。下痢を1日に5回以上、腹痛時ボルタレンSP25mg、アルピニー100mg使用している。食事量・水分量の管理が必要である。
  - 26・ご本人、家族の支払い能力に問題があるため、次の施設に紹介ができない。
  - 27・ご本人が高齢であるため、家族は最後までと望まれる。
  - 28・在宅でも可能であるが、介護サービスを利用しても一人での時間に転倒のおそれがある。施設希望されるが、病状のため、受け入れ施設がない。
  - 29・老人性うつ合併。認知症合併して介護家族の負担が大きい。かつ、行き先が限られる。
  - 30・介護者が病気、高齢。
  - 31・家族の理想が高く、リハビリのゴールを受容できない。
  - 32・一人暮らしは困難で、年齢的に若いので施設入所ができない。
  - 33・胃瘻のトラブル
  - 34・認知症
  - 35・ほとんど自ら体動もなく、食事、排泄、保清など、すべての面において全介助である。

## 5-①医療区分1で退院困難な事例(病院)

### 【佐賀】

- 1・家族の受け入れが不可能
- 2・病状が不安定なため、退院のめどがたたない。
- 3・リハビリができる期限内で、ADLの拡大が望めない。
- 4・年金のみ（3万円）の収入では、施設入所が困難で、又、在宅介護も不足である。施設が空くまではかなりの期間を要する。どちらにも動けない。
- 5・在宅サービスを利用しながら、夫を介護していたが、妻が骨折して以降、病弱となり、介護不可能となる。こどもも遠方にいるため、介護の手伝いは不可能。在宅サービスを利用しても妻の介護力では残りの時間を介護できない。
- 6・ADLの自立ができてなく、介護、介助が必要となる時、家族の負担となるため、なかなか受け入れが困難。
- 7・自宅へ退院したくても独居で家族がおらず、退院不可能。
- 8・症状が安定しているが、日常生活援助を常に要し、見守りが必要なため、家族の受け入れがなかなかスムーズにいかない。
- 9・症状不安定のケースも多い。
- 10・高齢独居で身体不自由で日常生活が困難。ヘルパー、訪問看護等のサービスで今までは何とかやってきたが、主人は死亡し、こどもは遠方なため。
- 11・胃瘻造設患者であり、認知症で、自分でカテーテルを抜去するため、管理が必要である。
- 12・疼痛コントロールは不要だが、末期の悪性腫瘍。
- 13・心不全コントロール期
- 14・介護施設待機者で自宅介護困難な方
- 15・在宅復帰に向けてリハビリテーションが必要な方が多い。
- 16・肝臓がんで腫瘍マーカー上昇。夜間不眠、食見なく、点滴1日500mlで管理、経口摂取と併用。

### 【長崎】

- 1～2・独居者、家がない。家族も身請け引き受け人もいないので、入所も困難（2）
- 3・胃瘻等の患者の施設入所枠が少ない。順番がまわってこない。
- 4・病状が不安定で、誤嚥性肺炎を繰り返し発症する患者
- 5・現在は病状が安定しているものの、高齢で循環器疾患（脳血管障害を含む）、呼吸器疾患など、慢性的な基礎疾患を複数有している患者であり、医学的管理は必要。本人も家族も入院継続を望んでいる。
- 6・病状、症状の変化が多い患者は、施設や在宅にて看護・介護が困難と考えられる。
- 7・独居、高齢者のみの世帯では在宅においては看護・介護ができないと考えられる。
- 8・1人ぐらしの患者さんで、腰椎圧迫骨折による歩行困難となり、数日たってから受診され、入院となりました。安静期間中は、ベッドサイドでリハビリを行い、徐々に歩行訓練を行いました。ただ、ようやく歩行器での訓練を開始したばかりで、退院困難な状態ですが、医療区分2の規定にあるリハビリ実施30日を超過したため、医療区分1となってしまっています。

### 【熊本】

- 1・病状は落ち着いているが、胸部、腹部に大動脈瘤があり、急変が考えられるため、家族が不安で在宅拒否。施設も困難。
- 2・医療と介護の負担金の差
- 3・医療の必要度は低いが、中程度の介護が必要で、家族の介護が困難なため、本人も家族も退院を希望しない。また、介護保険施設入所は費用負担が困難で施設入所を希望しない。
- 4・患者が高齢化、重度者になっているのに、それを受け入れる施設の待機者が多く、すぐには入所できない。在宅にしても、主介護者が高齢であったり、独居の為に退院できない。地域の夜間サービス体制も整っていないし、山村で交通の便からも24時間体制は厳しい。若い人と同居の場合でも、中央と地方では労働条件に格差があり、経済的な面から考えても介護する余裕がない。
- 5・胃瘻等の経管栄養実施者
- 6・介護力が十分でない家庭
- 7・独居高齢世帯

## 5-①医療区分1で退院困難な事例(病院)

- 8・独居のため、身の回りの世話をする人がいない。一人では、食事のこともできない。寒さに弱いため、冬に向けて在宅へとはいえない状況。
- 9・家がないため在宅はできない。歩行もできなくなり、介護量は増加している。時折熱発する。施設への申し込みはしているが、待機中。
- 10・独居で寝たきり状態の患者
- 11・喀痰吸引や経管栄養等の処置が在宅ではできない。
- 12・老人世帯、夫婦共稼ぎで、受け入れを拒否される。
- 13・本人と家族が不仲。
- 14・独居で、家族の支援が得られない。(ADLが見守り以上、認知症があるため、内服管理ができていない。夜間の排泄などで見守りが必要)
- 15・同居でも、家人は昼間働いておられ、日中は一人で家庭でお過ごしで、経済的にデイサービスまでは利用できなかったり、介護度が低くて介護保険のサービスが受けられない場合。
- 16・重症認知症(徘徊などがあるため、家族の受入れがない)
- 17・悪性疾患で積極的な医療行為は無いが、施設や在宅での療養は困難。
- 18・在宅では、観察・判断が不十分となり、状態変化を来し易い。
- 19・独居生活であり、介護サービス調整が出来ない(実際の介護度と必要なサービス量が一致しない)
- 20・本人に慢性疾患があるため、施設側が拒否
- 21・市営住宅であり、改築困難。

### 【大分】

- 1・ADL区分3は、施設での対応が難しい。

### 【宮崎】

- 1・要支援認定のため、入所可能な施設が限られており、なおかつ待機者が多いため、退院困難。
- 2・経管栄養患者の受入先が極めて少ない。在宅への退院も抵抗がある。
- 3~4・老人ホーム待ちの期間が長いため、老健施設入所までも待ち期間がある。(2)
- 5~6・介護者がいないため、在宅は無理(2)
- 7・脳梗塞後遺症で寝たきりで重度の意識障害があり、食事も胃瘻からの経管栄養で、投薬、治療の必要な患者さんで、退院しても独居で介護力がなく、施設の受入れが困難。
- 8・入所施設がない。
- 9・104歳という超高齢者に家に帰れというのは難しい。(こどもはすでに他界)
- 10・受入先が決まっていない。
- 11・心疾患があり、又、高齢のため、容態の急変がおきやすい。退院先の施設等を探すか、待機者が多く、すぐに入所というわけにはいかない。グループホームは受入れ拒否であった。在宅は家庭問題もあり、困難である。

### 【鹿児島】

- 1・在宅あるいは施設入所の可能性がない。
- 2・50歳代で軽度の麻痺があり、自活が困難。身内は入院中であり、住んでいたアパートが家事で消失したため、自宅もない。生活保護と救護施設の入所を申し込んだが、100万円程度の預金があったため断られた。
- 3・生活保護で自宅がないため、老人保健施設へ申し込みをし、待機中だが、緊急性の高い人が優先であり、いつ入所できるかわからないといわれた。
- 4・寝たきり状態で、食事、その他について全介助が必要。
- 5・介護者が高齢
- 6・在宅では、胃瘻、経管栄養、吸引などの処置に対応できない。
- 7・インスリン注射の方は施設入所を断られる。
- 8・自宅で家族の見守りの人が居ない独居である。
- 9・糖尿病、インスリンにて治療中。主人が病気のため、自己での治療はできない。



## 5-①医療区分1で退院困難な事例(病院)

- 10・病状困難、食欲がない。
- 11・全介助で家族では介護不可
- 12・要支援者で、インスリン注射を1日2回行っている。独身であるため、軽費老人ホームを申し込んでいるが空きがない。インスリン注射の指導をして自分で出来るようになったが、時々低血糖を起こす。
- 13・慢性腎不全により、透析導入前で状態が変わりやすい。介護者も入院しており、介護する人がいない。身の回りのことは指示や部分介助があれば自分でできるが、介護者がいないと在宅生活は困難。本人筋力低下あり。要支援1で施設入所も困難。
- 14・本人、家族が、施設に行くことも自宅に帰ることも拒否。
- 15・家族と連絡がとれない。
- 16・認知症の患者で、鼻腔栄養チューブをしており、何度となく抜去するため、在宅での管理も厳しく、施設からも断られる。
- 17・本人は長男宅で同居をしたいと思っているが、嫁との仲が悪くて同居できない。
- 18・独居又は老人世帯で、在宅で看護・介護力がない方が非常に多い。医療行為が多いのに、区分があがらない。
- 19・自宅に介護者がいない。高齢2人の生活である。
- 20・施設の申し込みをしているが、空きがなく待っている。
- 21・病院から施設への移行と、従来特定疾患で負担が免除されていたものが施設では受けられず、施設の入居料が支払えないという患者もいる。
- 22・在宅での介護が難しく、介護者が高齢で他の家族は遠方で自宅独居になる場合。
- 23・家族が仕事をもっているため、在宅での介護力、見守りなどができない。
- 24・施設入所を検討する際に空きがなく、待機期間の目途が立たない。
- 25・施設入所は、費用の面で難しい。
- 26・身寄りが無く、在宅は不可能
- 27・経管栄養、胃瘻の対応やバルーン処置の管理が在宅では難しい。
- 28・年齢が若く、施設（介護）や在宅でも介護サービスが受けられない。
- 29・ADL（3）胃瘻よりの流動食、心疾患もある上、介護人が老夫のため自宅での介護は困難。
- 30・ADL（3）独居老人で、全盲に近く、毎日インスリン注射