



～地域包括ケア病棟から地域をデザインする～

発行元：地域包括ケア病棟・リハビリ科・地域医療連携室

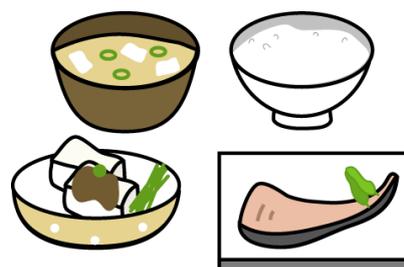
地域包括ケア病棟とは

地域包括ケア病棟は、平成26年の診療報酬改正で新設され、当院では同年8月より運用を開始しています。地域包括ケア病棟の役割のひとつには、地域からの受け入れが挙げられており、在宅から受け入れすることで疾病の重症化を避け、住み慣れた地域で住み続けることが可能となります。

当院の地域包括ケア病棟で受け入れ可能な方について (地域からの受け入れ)

1. 痰の吸引、点滴などの医療的処置が必要なため、介護施設でのショートステイの利用が困難な方（メディカルレスパイト）
2. 短期集中リハビリテーションが必要な方（入院期間は2～3週間）
3. 摂食嚥下機能評価を希望される方
4. 痰の吸引方法など、ご家族への指導が必要な方
5. CKD（慢性腎臓病）教育入院

6. 糖尿病患者さん食事体験入院
(2月から受け入れを開始しました)



問い合わせ先

地域医療連携室（担当：中嶋・南出）

TEL：0774-72-0235

E-mail: ti0001@yamashiro-hp.jp

※バックナンバーは、[当院ホームページから閲覧できます。](#)「[トップページのご利用者への案内](#)」→「[入院案内](#)」→「[地域包括ケア病棟の御案内](#)」

地域包括ケア病棟で受け入れた事例（第11回）

利用目的：介護サービス調整

介護サービス調整目的のため、他院より地域包括ケア病棟に転院となりました。入院後、担当ケアマネジャーにリハビリ見学をしてもらったり、退院前にはカンファレンスを実施し、自宅退院となりました。（主任ソーシャルワーカー 中嶋 庸介）



別の病院での治療の間に低下した体力や動作を取り戻すために、京都山城総合医療センターの地域包括ケア病棟に転院されました。日々のリハビリの中で体力や日常生活動作を取り戻すだけでなく、ご本人・ご家族が、自宅での過ごし方や生活を具体的にイメージできたことで、久しぶりの自宅生活も不安なく過ごすことができています。入院時より、退院後の生活を見据えたアドバイスを頂けるのは、在宅生活を支援するケアマネジャーにとっても心強く感じています。

（加茂の里居宅介護支援事業所 平矢 憲孝ケアマネジャー）



自宅退院を目指すため、他院より当院へリハビリ目的で転院してこられました。自宅生活を再構築する上でご家族の不安は、①勝手口の段差昇降、②浴槽のまたぎ動作、でした。担当ケアマネジャーより自宅内の写真や見取り図などの情報を提供してもらい、ご家族の不安を解消できるよう日々の訓練内容を工夫しました。また、リハビリ見学を通じて訓練の進捗状況を確認してもらい、ご家族の不安軽減に努めました。退院前には病棟でも、自宅での動作をイメージして、看護師の介助で入浴時のまたぎ動作を実施してもらいました。自宅退院に向け、ケアマネジャーなどの院外専門職と院内のスタッフがチームとして連携し、ご本人、ご家族に関わることができたのではないかと思います。

（リハビリ科 副課長 田井 博司）



地域医療連携室から

退院支援チーム員会議の報告

昨年5月から活動を開始した“退院支援チーム”では毎月会議を実施し、事例報告や各部署の課題などについて情報共有をしています。3月の会議では、病棟が経験した事例について、退院後にサービスを担って頂いたケアマネジャー、訪問看護ステーションの看護師に来院して頂き、意見交換をしました。退院支援チームのメンバーからは、「退院後の生活状況がわかり、今後の看護に活かそう」などの声もあり、また、ケアマネジャー、訪問看護師からは、「文書だけのやり取りだけでなく、顔を合わせる機会がもっと増えたら」という意見がありました。

一つの事例を通じ、顔を合わせることで、この地域の“連携力”が高まればと思います。

（地域医療連携室 係長 南出 弦）

