



～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

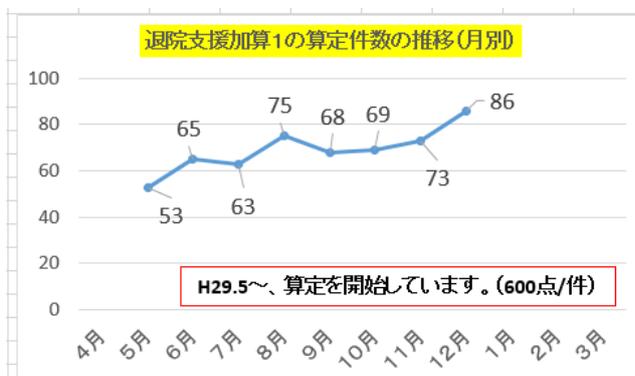
当院の地域包括ケア病棟で受け入れ可能な方について (地域からの受け入れ)

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
7. 関節リウマチ患者さん教育入院

退院支援加算1について

退院支援加算1の算定をはじめ、9ヶ月が過ぎようとしています。現在、算定件数は順調に伸び、当初の目標数値（40件/月）を上回っています。これは、地域の皆様が在宅での生活状況をアセスメントし、「今後、どうしたいとお考えか」を、入院時やカンファレンスなどを通じて教えて下さっている成果だと思っています。今後も、地域の皆様と相談しながら、充実した支援を目指していきたいと思っています。よろしくお願いします。

（退院支援専従看護師 豊島 邦代）



地域包括ケア病棟に関する問い合わせは、地域医療連携室まで（担当：中嶋・中野）

TEL：0774-72-0235

地域包括ケア病棟で受け入れた事例（第19回）

90歳代女性、がんのターミナル期、自宅への退院支援をした事例

在宅での看取りを希望されたため、急性期病棟で退院支援を行っていましたが、急性腹膜炎を併発し、その後の経過観察を行うため、地域包括ケア病棟に転入されました。

転入後、経過を観察していたのですが、特に痛みはなく過ごされました。転入後、しばらくして、“本人の意思の確認”として、患者さんご本人に「お家に帰りたいですか？」と尋ねると、「帰る」と言われ、看護師の名札を掴まれました。ご家族にも意向の確認をしたところ、「もし連れて帰ってやれるのなら連れて帰ってやりたい」と話されたため、ご自宅への退院を目指すことになりました。病棟看護師は、在宅看取りの覚悟への援助と介護指導を行ない、退院前にはカンファレンスを実施し、在宅生活を支えてくれる地域の専門職の方々への情報提供と福祉用具の準備を行いました。そして、ご自宅に退院されました。

退院後はご自宅で穏やかに過ごされているとお聞きし、関わったスタッフ共々喜んでいました。そして、当院退院後1ヶ月後に永眠されたと報告を受けました。

患者さんご本人に意向を確認した時、看護師の名札を掴まれたのは、患者さんご本人なりの意思表示だったのではないかと思います。看護師として、この意思を大切にしたいと思えたことが、今回の支援に繋がったのではないかと思います。

今後も、患者さんの思いに寄り添い、院内、地域の多職種チームとの連携を大切にして、退院支援を行なっていきたいと思っています。

(地域包括ケア病棟 退院支援看護師 古川こず恵)



地域医療連携室より

～住民医療を実現するために～

1月4日の賀詞交換会にて、中井院長より「住民医療」という言葉がありました。“地域住民の目線で医療を考える”ということだと私は解釈しました。至るところで使われている「地域包括ケアシステム」という言葉は“概念”のことですが、「住民医療」というと、当院がしなければならない役割が“より具体的”なものとなり、目の前に迫ってくるように感じます。身の引き締まる思いがしました。

では、“地域住民の目線で医療を考える”時、当院の地域包括ケア病棟はその役割を果たしていると言えるでしょうか。胸を張って、「役割を果たしています」と言いたいところではあるのですが、現実はまだまだ不十分なところもあり、力不足を感じています。地域医療推進部長の岩本副院长と相談しながら、地域包括ケア病棟の運用にあたっていますが、当院が「住民医療」を実現できるよう、皆様からの意見も是非お寄せいただければと思っています。

春頃、地域包括ケア病棟で受け入れた事例報告会（意見交換会）を検討しています。一緒に「住民医療」について考えてみませんか？別便でお知らせします。（地域医療連携室 係長 南出 弦）