



## 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。



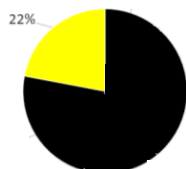
## 当院の地域包括ケア病棟で受け入れ可能な方について (地域からの受け入れ)

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  
(8月から地域包括ケア病棟での受け入れが始まりました。)



### 地域からの受け入れの状況

毎月、地域（在宅）から20～30%程度の受け入れをしています。内訳は、メディカルレスパイトが多く、続いて短期集中リハビリ目的、その他となっています。右図は9月の実績です。  
(地域医療連携室)



### 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](mailto: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した事例（第6回）

患者さん：50歳代女性

### 地域包括ケア病棟転棟の目的：リハビリテーション

くも膜下出血にて一般病棟に入院されました。手術後しばらくは医療的な管理が必要でしたが、病状が安定したため、地域包括ケア病棟へ転棟されました。地域包括ケア病棟では行動制限が解除され、リハビリにも積極的に取り組まれた結果、地域包括ケア病棟から回復期リハビリ病院へ転院されました。（地域医療連携室 主任 中嶋 庸介）

#### ～担当セラピストより～

身体機能低下に加え、高次脳機能障害を併発しておられました。また、自分で動けない歯がゆさから精神的にも不安定で抑うつ状態が続いていました。当初は歩行が安定せず転倒リスクが高く、高次脳機能障害による危険行動を起こすこともあったため、看護師の見守りを常に必要としていました。身体機能が改善し、活動量が増加するタイミングで地域包括ケア病棟に転棟され、その後、スタッフと日常会話する機会が増えたことも心理的に安定された一因でした。心理的に前向きになれたことで一人暮らしの再開と復職を見据え、リハビリの継続を決断されました。（作業療法士 村井 菜苗）



#### ～担当ソーシャルワーカーより～

当院から直接、自宅へ退院することも考えておられましたが、地域包括ケア病棟転棟後はご自身でできることが増え、リハビリに対する意欲も向上し、自動車運転や職場復帰を目指したいと思えるまで回復されました。その希望を叶えるため、より一層のリハビリが可能な回復期リハビリ病院への転院を進めることになりました。病棟看護師による声かけや励ましが、自信につながったとご本人も言われていました。（地域医療連携室 主任 榊田 麻友）



## 地域医療連携室から

### ～“連携を学ぶ会”について～

7月より毎月、地域で行われている様々な連携をテーマとした、“連携を学ぶ会”を開催しています。ケアマネジャーや訪問看護師を講師としてお招きし、日頃の業務内容の他、病院との“連携”について講演して頂いています。院内職員の他、院外からも多数ご参加頂いています。“連携を学ぶ会”終了後、参加者同士が雑談している様子を見ると、これが本当の“顔の見える関係作り”なのだと感じます。今後も“連携を学ぶ会”を通じて、“顔の見える関係作り”が促進されればと思います。

“連携を学ぶ会”は来年3月まで継続して開催しますので、多数のご参加お待ちしております。今後は、薬剤師や保健師の方にご講演して頂く予定です。ご期待下さい。（地域医療連携室 係長 南出 弦）

