

サツキ 晴れ

Satsuki bare

2024
No. 16

CONTENTS

- 01 Cureリハビリテーションのおはなし
- 02 Care療養支援のおはなし
- 03 みよし市民病院60年の軌跡
- 04 連携病院・診療所紹介
- 05 療養計画書と診療料変更のご案内
- 06 みよし市民病院を支えるチーム紹介
- 07 みよし市民病院は60周年を迎えた



**院長
メッセージ**

当院では患者さんに安心して入院生活を過ごし、退院していただけるように、医師や看護師、リハビリスタッフ、管理栄養士、薬剤師などの多職種が力を合わせて入退院支援に取り組んでいます。今回の特集では、ある患者さんの事例を取り上げつつ、当院の入退院支援の考え方や進め方について紹介しました。ぜひご一読ください。

SPECIAL REPORT

中日新聞「リンクト」
**LINKED
plus+**
病院を
知ろう

家に帰りたい——。
その願いを叶えるために。
入退院支援特集

ご自由に
お持ち
ください

みよし市民病院
Miyoshi Municipal Hospital

07

INFORMATION

みよし市民病院は、今年60周年を迎えました!

2024年、みよし市民病院は開設60周年を迎えました。

これを記念して、今秋60周年病院祭を開催予定です。

皆さんに楽しんでいただける一日になるよう、今後、プロジェクトメンバーが趣向をこらしたイベントを検討します。どうぞご期待ください。

開催日・プログラムは決まり次第
ホームページ等でご案内いたします。

<https://hospital-miyoshi.jp/>

みよし市民病院



検索



みよし市民病院
開設60周年病院祭
**11/10
開催決定!**

みよし市民病院の理念 みよし市を愛し、みよし市民の健康に寄与することを誓います。

- 基本方針**
- ① 患者さんの尊厳を重視し、公正な医療を行います。
 - ② 思いやりと、心のふれあいを大切にした医療を行います。
 - ③ 常に医療の進歩に目を向け、質の向上に努めます。
 - ④ 市民の皆さんに信頼される医療を行います。
 - ⑤ 地域医療の向上を目指し、保健・福祉との連携を図ります。



サツキ
晴れ

病院広報WEBマガジン

みよし市民病院からの最新TOPICSや
病気の基礎知識・検査・ケアに関する
情報などをお届けします。
ぜひご覧ください。

こちらから



みよし市民病院
Miyoshi Municipal Hospital

〒470-0224 愛知県みよし市三好町八和田山15番地

TEL 0561-33-3300

<https://www.hospital-miyoshi.jp/>

サツキ
Satsuki bare
晴れ

発行責任者／院長 伊藤 治
発行／みよし市民病院 広報グループ
記事提供／中日新聞広告局
編集協力／プロジェクトリンクト事務局
発行日／2024年7月



SPECIAL REPORT

家に帰りたい——。 その願いを叶えるために。

入退院支援特集

患者さんとご家族の思いを第一に、
入院中から退院後の生活まで支えていく。

余命の限られた日々を 多職種で精一杯支える。

CHAPTER 01

BACK STAGE

入退院支援において重要な ACP(人生会議)。

●みよし市民病院は、ACP(自分らしい人生の終わり方を考え、話し合うこと)について先駆的に取り組んでいる。入院患者全員を対象に聞き取りアンケートを行い、その情報を入退院支援に関わる職員で共有している。

●高齢患者が増えるなか、退院後の看取りを視野に入れるケース

も増えている。患者の胸底に秘める本当の思いを確認することは、今後ますます入退院支援に欠かせない取り組みになるのではないか



門用語でPFM(ペイシング・ヘト・フロー・マネジメント)と呼ばれている。PFMとは、入院前から患者の病状や生活状況を把握し、入院治療から退院後までの道筋を多職種で支援していく仕組みであり、同院では地域連携医療相談室が中心となって運営している。「患者さんの安心の療養生活を支える」には、さまざまな角度の支援が必要です。その点、当院は規模は小さいのですが、チーム医療の活動が充実し、患者さんが抱える課題に多角的に取り組んでいます。たとえば、排尿障害や膀胱内留置カテーテル管理といった問題は排尿ケアチーム、低栄養改善に取り組む栄養サポートチーム、入院中の認知症ケアについては認知症ケアサポートチームが担当。多職種の知識とスキルを総動員して、患者さんが入院中も退院後も安心して生活できるように支えて

いる」とをすぐに多職種のメンバーに伝え、家族との話し合いの場を設けた。同院の訪問医療機能を用いれば、なんとか自宅に戻る」とはできる。家族の同意を得て、大急ぎで介護ベッドなどを準備し、退院を実現。Aさんは希望通り、人生最後の数日間を

地域連携に力を注ぎ、 退院後の生活を支援していく。

CHAPTER 02

「あや」(山田)。

さらに、「在宅医療チームとの連携も強固だ。地域の豊田加茂医師会が進める病診連携のネットワークに参加し、入院から退院後まで患者さんを途切れることなく支援する体制づくりに貢献。同医師会で毎月開催されるカンファレンス(くらげ会議)にも積極的に参加し、地域の病院や診療所と患者情報の共有に力を注いでいる。「当院は、高度急性期病院と在宅医療を橋渡しする役割も担っています。その役割を果たす鍵を握るのは、患者さんの情報を、地域の在宅医療チームへしっかりと伝えいくことだと考えています。たとえば、看護や介護の注意点はもちろん、患者さんがどんな生活を楽しみたいのか、人生の最後をどう過ごしたいのか、といった思いまで把握し、退院後の生活へ繋いでいく。そういうことで、入院中から途切れることなく、患者さんの思いに寄り添った支援を継続したいと考えています」。山田はこれからも、患者第一の入退院支援に邁進する覚悟だ。

理学療法士は口の中じゅう姿勢で過ごせば苦痛がないかを考え、病棟看護師に伝えた。全員がAさんの入院生活をより良くするためには、Aさんは声を絞るよう

に心がけた。ある日、Aさんは「家に帰りたい」として呟いた。「家に帰りたい」。看護師はそれを頻回に訪ね、何か希望はないか聞くよう

に心がけた。ある日、Aさんは声を絞るようにして呟いた。「家に帰りたい」。看護師はそ

のとをすぐに多職種のメンバーに伝え、

その一方で病棟看護師は、Aさんのむとを頻回に訪ね、何か希望はないか聞くよう

に心がけた。ある日、Aさんは声を絞るようにして呟いた。「家に帰りたい」。看護師はそ

が家で過ごし、安らかに旅立つていた。

このケースを振り返り、地域連携・医療相

室の山田ゆかり(副室長)は次のように話

す。「当院は、Aさんのように余命の限られ

た患者さんも受け入れています。余命が限

られていらざると思われた。病棟では医師や看

護師、リハビリテーション・スタッフ、管理栄

養士などが集まり、Aさんの入院生活について話し合った。言語聴覚士はAさんの嚥下機能を評価し、食事再開の可能性を模索。管理栄養士はAさんの好きな食べ物を少しでも口にできないか検討を開始した。

理学療法士は口の中じゅう姿勢で過ごせば苦痛がないかを考え、病棟看護師に伝えた。全員がAさんの入院生活をより良くするためには、Aさんは声を絞るよう

るために知恵を絞った。

その一方で病棟看護師は、Aさんのむとを頻回に訪ね、何か希望はないか聞くよう

に心がけた。ある日、Aさんは声を絞るよう

にして呟いた。「家に帰りたい」。看護師はそ

のとをすぐに多職種のメンバーに伝え、

その一方で病棟看護師は、Aさんのむとを頻回に訪ね、何か希望はないか聞くよう

に心がけた。ある日、Aさんは声を絞るよう

にして呟いた。「家に帰りたい」。看護師はそ

キュア cure リハビリテーション の おはなし

対象疾患を問わず、
40日を目安に、経過観察、
機能訓練を実施していきます。

地域包括ケア病床とは、在宅復帰を支援するための病床です。対象は、入院治療を行い病状は安定したものの、退院に向けてもう少し経過観察が必要な方、また、在宅復帰に向けて身体の機能訓練(リハビリ)や生活環境整備が必要な方、そして、自宅や施設で療養中に、状態が一時的に悪くなり入院が必要になった方(介護者の介護疲れを軽減するレスパイト入院を含む)です。

対象となる疾患は問いません。入院日数の目安は40日で、最長は60日まで。主治医・リハビリスタッフ・看護師らがチームとなり、在宅復帰支援計画をもとに支援を行っていきます。

01 在宅での普段の生活を想定し、動作や身体能力、体力の向上を図ります。

地域包括ケア病床での機能訓練は、単なるADL(日常生活動作)の向上ではなく、ご本人でできる能力をどれだけ高められるか、そして、足りない部分をどうやって補っていくかに力点を置き、リハビリスタッフが訓練を行います。具体的には、院内に設備を整備し、トイレまで歩いて行き用をたず、入浴する、



今回のテーマ

地域包括ケア病床のリハビリテーション

ご本人が「できる部分を高め」、「足りない部分を補い」、在宅復帰を支援します。

もっと
知りたい!



ケア care 療養支援 の おはなし

ケアを担当する病棟看護師は、多職種チームの調整役として、円滑なサポートを実現します。

左頁で紹介したように、地域包括ケア病床は、患者さんの在宅復帰を支援するため、ご家族の支援内容と方法を、ご家族に丁寧にご説明したり、あるいは、有効な介護サービスの活用を考えるなど、患者さんが在宅に戻ったときに、その方らしく生活できる身体と環境を整え、より早い退院をめざしていきます。

患者さんに最も身近な存在として、療養のお世話を担当するのが病棟看護師です。日常的には各スタッフと連携し、介護連携会議や介護認定調査の場では、患者さんの現状を正確に提供するなど、全スタッフの調整役を担っています。このようにして、患者さんへのスムーズなサポート実現に力を注いでいます。

退院後、介護を担うご家族に、栄養・排泄・吸痰・褥瘡などを指導。退院後は訪問を実施。

患者さんがご自宅に戻られた後、ご家族が介護を担うことになります。ご家族が困らないように、入院中に栄養、排泄、吸痰、褥瘡について指導を行い、ご家族の希望にできる限り沿うよう努めます。希望に沿えない場合は、個別カンファレンスで解決策を話し合います。

ケア計画はその内容に基づいて作

成され、計画内容を含むさまざまな情報を、タイムリーに多職種で共有し、活用できるように、当院独自の共有シートの構築にも取り組んでいます。

さらに、患者さんがご自宅に戻られた際には、病棟看護師が訪問し、退院後の生活で困ったことがないかを確認します。その情報を次の患者さんのケア改善に役立てるため、病棟全体でのコミュニケーションを深め、地域の介護事業者の皆さんとの情報交換にも努めています。



Message

大切なのは患者さんご本人の気持ち。そのための支援です。



地域包括ケア病床専従
理学療法士
山平みゆき

機能訓練を行う際、私が大切にしているのは、患者さんがご自分の状況をどう感じて、どう思い、そして、どうしたいのかというところです。その点については、患者さんと折に触れお話をるように努めています。そして、ご自身の状況を前向きに捉えていただけるよう、機能訓練によって少しでも改善した点はきちんとお伝えし、自信を持って以降の訓練に臨んでいただけ

るよう配慮しています。

また、患者さんの現状とご家族の希望とに、ギャップが生じるケースは多々あります。ご家族には、一番つらいのは患者さんであることへの理解を求め、サポートを得られるよう、丁寧なコミュニケーションを重ねています。

患者さんは、遠慮することなく、ご自分の思いを私たちにお伝えください。

Message

スピード感を持って、より良い退院に繋げていきます。



2F病棟／一般病棟・包括病棟
副看護師長
堀川ひとみ

地域包括病床の入院期間は約40日(最長60日)を目安としており、早期から退院に向けて、患者さんやご家族の意見やリハビリテーションの進捗を迅速に把握するよう努めています。

一般病床に比べて長期の入院となるため、患者さんの日々にメリハリを持たせることが重要です。特に認知症をお持ちの方には、車いすでテレビを見たり、塗り

絵をしたりして、できるだけ離床する時間を確保しています。

コロナ禍では面会ができず、患者さんの変化に戸惑うご家族も多くいましたが、現在は段階的に面会制限が緩和され、患者さんやご家族とのコミュニケーションが増え、より良い退院に繋がっています。



熱中症予防①

梅雨明けの急激な気温上昇には特に気をつけましょう。



熱中症予防②

室内でも熱中症に注意!エアコンを適切に使用しましょう。

