

# サツキ 晴れ

Satsuki  
bare

## 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周年を迎えました



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。ぜひご覧ください。



## 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

## 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。



### 病院広報WEBマガジン



サツキ  
晴れ  
Satsuki  
bare

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  
晴れ  
Satsuki  
bare

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

患者さんに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。

今春、みよし市民病院に90代の男性患者（Aさん）が高度急性期病院から転院してきた。Aさんはもともと妻を介護しながら元気に暮らしていたが、感染症にかかったことから持病が悪化。高度急性期病院で一命を取り留めたものの、「ご飯が食べられなくなり、点滴で栄養を補給。余命は限られている」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。理学療法士は日中とい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知恵を絞った。

その一方で病棟看護師は、Aさんのものを頻回に訪ね、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」。看護師はそのこ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ことができる。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わ

### CHAPTER 02

### 地域連携に力を注ぎ、 退院後の生活を支援していく。

先で紹介した入退院支援の流れは、専門用語でPFM（ベシエント・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

が家で過ごし、安らかに旅立っていった。

このケースを振り返り、地域連携・医療相談室の山田ゆかり（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。余命が限られているからこそ、私たちができることは精一杯させていただきます。そんな思いで、なんとか口から食べられるように工夫したり、苦痛を和らげたりするよう努めています。また、最期は家で過ごしたいということであれば、当院の医療機能をフルに使ってサポートしています」。同院には、訪問診療、訪問看護の機能もあり、地域の在宅医療チームや介護事業者との連携も深い。「患者さんにご家族の思いを第一に、入院中から退院後の生活環境まで支えていく。それが私たちの入退院支援の信念です」（山田）。

### COLUMN

●医師や看護師をはじめ、リハビリスタッフ、管理栄養士、薬剤師など、多職種で進める入退院支援。中でも患者にとって最も身近な看護師は、医学的な見通しを踏まえつつ、患者の思いや状況を把握し、チームに伝える役割を担う。

●「当院ではチーム医療のなかで、看護師が中心になって活躍する場面が多くあります。多職種と協力し、患者さんに寄り添った看護を提供したい。そんな人にとって、やりがいのある職場だと思います」と山田は話す。

「まよ」(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て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。そうすることで、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。

### 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だろうか。





# 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。

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す、入浴する、



また、必要に応じて、屋外での歩行訓練など。普段の生活において、必要な動作や身体能力、また、体力の向上を図っていきます。

そのうえで、足りない部分をカバーするために、ご家族の支援内容と方法を、ご家族に丁寧に説明したり、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。



## Message



地域包括ケア病床専従  
理学療法士  
山平みゆき

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。

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ことです。その点については、患者さんと折に触れお話をす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

るよう配慮をしています。

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が、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。

# 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。

左頁でご紹介したように、地域包括ケア病床は、患者さんの在宅復帰を支援するところ。主治医をはじめ、リハビリスタッフ、病棟看護師、医療ソーシャルワーカー、薬剤師、管理栄養士など、多職種がチームを組み、多様なアプローチで患者さんを支えます。

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



2F病棟／一般病棟・包括病棟  
副看護師長  
堀川ひとみ

スピード感を持って、より良い退院に繋げていきます。

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、車いすですぐテレビを見たり、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。

病気を治すだけ  
じゃありません。

今回のテーマ

地域包括ケア病床のケア

患者さんやご家族のご希望に  
沿うよう、退院後の生活指導、  
退院調整を進めていきます。



# 60年の軌跡

第2回

病院移転の  
あゆみ  
(1993年～2001年)



みよし市民病院の移転までのあゆみをご紹介します。

## 八和田山に三好町民病院として移転。在宅医療を拡充。

2001年5月、八和田山の丘陵地帯に三好町民病院が開設されました。この病院は、療養病床54床を有する公立病院として、高齢化社会の医療を担うこととなりました。当時院長を務めた柴田時宗医師は、愛知県で最初に電子カルテを導入すると同時に、新病院に在宅診療科を設置。在宅介護支援センターと訪問看護ステーションを併設しました。

### 沿革

- |  |  |
|--|--|
| 1993年 5月 ■ 医療等施設建設整備特別委員会(三好町議会)の設置              | 1998年11月 ■ 建設実施計画他業務完了                                 |
| 1995年 1月 ■ 新病院移転先決定                              | 1999年 9月 ■ 建物建設業務委託契約締結                                |
| 1995年 2月 ■ 基本構想策定                                | 1999年11月 ■ 建築工事着手                                      |
| 1995年 4月 ■ 放射線科を開設                               | 2000年 2月 ■ 外構設計業務委託契約締結、医療等施設建設整備特別委員会にて電子カルテシステム導入を承認 |
| 1996年10月 ■ 総合福祉施設整備事業の施行の委託に関する基本協定書を都市基盤整備公団と締結 | 2000年 8月 ■ 総合福祉施設整備事業情報システム(電子カルテシステム)機器購入契約締結、外構工事着手  |
| 1996年12月 ■ 基本設計業務委託契約の締結                         | 2001年 3月 ■ 建物建設業務完了、新病院完成                              |
| 1997年 3月 ■ 基本設計業務完了、基本設計策定                       | 2001年 4月 ■ 外構工事完了                                      |
| 1997年 6月 ■ 病院開設(移転新築)許可申請書(50床増床)の提出             | 2001年 4月 ■ 敷地内植樹祭(22日)、竣工式(28日)                        |
| 1997年 7月 ■ 開設許可                                  | 2001年 5月 ■ 「三好町民病院」として開院(7日)                           |
| ■ 病床数50床増(計106床:一般52床、療養54床)                     | ■ 整形外科、泌尿器科、リハビリテーション科を開設(標榜科10科)                      |
| 1997年 9月 ■ 造成工事委託契約の締結、造成工事着手                    |  |
| 1998年 5月 ■ 造成工事完了                                |  |

## 連携病院・診療所紹介

宇田ファミリークリニック



一人ひとりの気持ちに寄り添い  
子どもから高齢者まで、  
幅広い年代の健康問題に対応します。

愛知県みよし市にある宇田ファミリークリニックは、子どもから高齢者まで、幅広い年代の健康問題に対応し、診療科にとらわれず、あらゆる分野の訴えを受けつける「家庭医療」と、院長の専門である循環器内科(心臓や血管、血圧など)の診療を行っています。例えば小さなケガや風邪から生活習慣病の管理、認知症の相談まで対応しています。

治療の選択肢はたくさんありますので、患者さんの希望をできるだけくみ取り、皆さんの生活に合わせて治療を行います。わかりやすい説明と心からの対話を大切にしていますので、どんなささいなことでも遠慮せず、お気軽にご相談ください。



宇田ファミリークリニック 外観

**宇田ファミリークリニック**  
〒470-0227 愛知県みよし市園原4丁目1-4  
TEL 0561-35-1311  
URL <https://udacli.com/>



熱中症予防③

高齢の方やお子さんの体調をこまめにチェックしましょう。

## 糖尿病、高血圧症、脂質異常症で通院中の方へ 「療養計画書」作成と診療料変更のご案内

無理なく  
生活習慣改善!



質の高い疾患管理をめざして「療養計画書」を作成。

2024年6月から、糖尿病、高血圧症、脂質異常症の診療を受けている患者さん向けに、「生活習慣病管理料」が新設されました。これに伴い、診療料が変更されます。この新しい管理方法では、質の高い疾患管理をめざして「療養計画書」を作成しご説明することとなりました。この計画書には患者さんのサインが必要です。1回目の診察で医師と相談し、合意した内容を計画書に記入し、サインをいただきます。2回目以降は、前回の目標達成度を確認し、必要に応じて目標を調整します。この新しい管理方法は、患者さんが主体的に生活習慣病に取り組むことを目的としています。無理なく続けられるように、医師や看護師と相談しながら進めていきましょう。

### 療養計画書の主な内容

生活習慣の改善に  
取り組みましょう!

- 1 目標の設定
- 2 具体的な指導項目(食事、運動、禁煙など)
- 3 検査結果(血液検査や血圧の結果、体重のデータなど)



生活習慣病 療養計画書(イメージ)

## みよし市民病院を支える チーム紹介

### 排尿ケアチーム

排尿障害の患者さんに対して  
包括的なサポートをしています。

みよし市民病院では、令和4年6月に「排尿ケアチーム」を結成しました。このチームは、泌尿器科医師、看護師、リハビリスタッフなど多職種で構成されており、尿道留置カテーテル(バルーン)を使用している患者さんのために活動しています。チームの主な役割は、カテーテルの必要性を検討するほか、取り外した後の排尿障害(失禁、尿閉、頻尿など)がないかを評価し、適切なケアを行うことです。

排尿障害は大きく2つに分けられます。1つは尿を溜められない「蓄尿障害」、もう1つは尿をうまく出せない「尿排出障



害」です。タイプにより膀胱機能訓練を行い、できるだけ自然な排尿をめざします。また、取り外した後の排尿障害があれば泌尿器科医師と連携して治療を進めます。退院後も外来や訪問看護を通じて継続的なケアと指導を実施し、ご家族への指導も行っています。私たちは、自然な排尿が患者さんにとって一番ご負担がない方法だと考えています。患者さんとそのご家族に排尿ケアの重要性を理解していただき、自然な生活を送れるよう全力でサポートしています。



熱中症予防④

スポーツをする時は、適度な休憩と水分補給を忘れずに。