



# Harmony

特集

## 地域の方々に必要とされる病院を目指して

- 1 ● 地域包括ケア病棟を増床して更なる地域のニーズに応じていきます
- 2 ● 多職種連携で患者さんに寄り添った医療を提供しています



病院の理念

私たちは"真に病院らしい病院"を目指します

病院の基本方針

私たちは生命の尊厳と人権を尊重し、地域の皆様に信頼される病院であるよう努めます。  
私たちは皆様に質の高い医療を提供するために知識・技術の向上に努めます。  
私たちは感性をみがき、感謝の気持ちを大切に、皆様と感動を共有できるよう努めます。



# 地域包括ケア病棟を増床して

## Feature

# 更なる地域のニーズに応じていきます

### ●地域包括ケア病棟開設から4年

入院棟3階は平成26年10月より急性期病棟から地域包括ケア病棟へ病床機能を転換して、約4年が経ちました。元々は外科病棟として機能し、特に食道がん患者さんの術後、化学療法、緩和、ターミナルまでがん看護を中心にケアをおこなってきました。

編成当初は、病床機能の違いなどで戸惑うこともありましたが、がん患者さんの看護で培った経験をいかして、退院後の生活に関しては患者さんの気持ちに寄り添った内容の提案をしています。そのためカンファレンスなどで患者さんやご家族の思いをどのような形で叶えていくのか、早期から多職種のスタッフを交えて話し合っています。このように私たちは、多職種で患者さん個人の状況に応じた治療目標を設定して、スムーズな退院ができるように適切な支援をおこなっています。

また、ケースワーカーやリハビリスタッフなどと一緒に実生活の場を見させていただくこともあります。そうすることで退院後の生活を見据えた支援が提供でき、患者さんを中心に考えた支援がより深いものになります。

多職種で関わることで色々な視点から意見を聞くことができ、私達看護師の視点も幅広く捉えられるようになってきました。昨年は地域の居宅介護支援事業所や、福祉施設などにも訪問へ行かせていただき、退院された後の状況や地域でどのように患者さんを支えているのかなど、在宅での現状を聞く中で、生活を支えている医療スタッフの皆さんの問題点にも触れることができました。

今後も自宅訪問など、地域の医療スタッフのみなさんと協働して患者さんの退院後の生活を支えていきたいと考えています。

### ●平成30年10月に地域包括ケア病棟を増床

今後、更なる超高齢社会を迎えるにあたり、様々な医療スタッフと密接な連携をおこないたいと考えている私たちは、平成30年10月より入院棟2階病棟を一般(10:1)病棟から地域包括ケア(13:1)病棟へと病床機能を転換しました。当病棟は一般病棟だった時から変わらず、腎臓病関連(血液透析、バスキュラーアクセス関連、腎生検、腹膜透析の導入・維持、保存期腎不全)の患者さんや、心不全や誤嚥性肺炎となった高齢の患者さん等の入院を受け入れています。その中で日常生活になんらかの援助が必要な方は、患者総数の約8割を占めています。

日常生活に援助が必要な方が在宅に戻るには、ご家族の支援と社会福祉資源の活用が重要ですが支援するご家族も高齢であるなど、自宅への退院は難しい現状があります。そのため、患者さんがどのようなレベルまで日常生活が自立できれば安心して自宅で受け入れることが

できるのか、自宅退院するにはどのような指導が必要かなど毎日話し合い、多職種連携で最善な退院支援をおこなっていきます。

### ●パートナーシップナーシング看護方式

入院棟2階はパートナーシップナーシング(PNS)看護方式をいち早く取り入れ、スタッフ同士が協力し合う姿勢が定着しているという強みがあります。カンファレンスの場を設けることで、交代勤務で、日中参加できないスタッフの受け持ち患者さんについても情報を共有し、患者さんが日常生活の自立にむけ必要な支援にスタッフ全員で取り組むことができます。地域包括ケア病棟としてスタートしたばかりで、まだまだ手探りの状態ではありますが、自分たちの役割を認識し、患者さんとご家族にとって最適な目標を見定め、看護をおこなっていきます。地域に必要とされ選ばれる地域包括ケア病棟を目指し、スタッフと協力していきます。

平成26年10月より地域包括ケア病棟を運用中の入院棟3階



平成30年10月に地域包括ケア病棟へ病床機能を転換した入院棟2階





# Feature 多職種連携で患者さんに寄り添った医療を提供しています

## ●様々な職種が医療を提供しています

超高齢社会が進む中、当院は地域包括ケア病棟を平成26年10月に開設して、住み慣れた地域で自分らしい暮らしが続けられるように取り組んできました。病院には医師や看護師以外にも様々な医療スタッフが在籍しており、各職種がそれぞれの専門性を活かしながら患者さんに医療を提供しています。今回、地域包括ケア病棟を開設して4年が経った入院棟3階での各職種の取り組みについてご紹介いたします。

## ●リハビリテーションスタッフ

地域包括ケア病棟は多様な疾患、様々なニーズを持った患者さんの受け入れが可能なため、リハビリスタッフには総合的診療能力が求められます。多様な患者さんに対して適切なリハビリを提供するためには多職種で情報共有をおこない、退院支援に向けた目標を立案して、各職種が必要な援助を決定していくことが重要です。地域包括ケア病棟では週2回カンファレンスを実施しています。カンファレンスでは専従のリハビリスタッフが、患者さんの日常生活動作能力やおよその改善の見込み、リハビリの進捗状況を報告しています。また、退院前訪問をおこなうことにより生活環境の評価、家屋内外での安全な生活を考慮した環境調整、ご家族への動作指導を実施しています。退院後のフォローアップとして家庭訪問も実施しています。このようなサイクルを繰り返していくことで、入院患者さんの円滑な退院支援をおこなっています。



患者さんの容体を観察しながら実施しているリハビリテーション

## ●医療ソーシャルワーカー

地域包括ケア病棟において、退院支援は大きな役割を担っています。ただ治療をして退院ではなく、本人・家族を中心に多職種協働にて退院後の生活について考える必要があります。その中で、医療ソーシャルワーカーは「生活—暮らし」の視点を大切に、患者さんの医療面・身体状況・家族状況・介護体制・住環境等を総合的に判断し、患者さんが安心して退院ができるよう、よりよい方法を患者さんやご家族と一緒に考えていきます。「住み慣れた我が家に帰りたい」「病気が不安、介護も不安だから施設で生活したい」等、患者さん・ご家族の想いに寄り添います。退院後スムーズに医療・介護サービス等が利用できるように、必要時には退院前後訪問、退院前カンファレンス等おこない、地域の診療所・医療機関、介護サービス事業所等、院外での多職種スタッフの方々と連携します。患者さんが住み慣れた地域で安心した生活ができるよう、関係機関との連携窓口として、医療と介護の橋渡しに努めていきたいと思ひます。

## ●薬剤師

近年、ポリファーマシー（多剤併用）による副作用発現リスクの増加や医療費の増加も問題となっており、当院でもポリファーマシーの弊害に着目して取り組みを進めています。入院時に、普段から服用している薬があるかどうかをまず確認し、服用している薬がある場合は自宅でのお薬の管理方法、残数から服薬状況などを確認しています。また入院中、症状や検査結果に合わせて必要な薬剤のみを効果的かつ安全に使用できるように医師や看護師と相談しながらお薬の調整をおこなっています。また、必要な患者さんに対しては、退院後の生活にむけて服薬管理について介入します。入院中にお薬カレンダーを用いて、カレンダーへお薬をセットする作業と一緒に練習し、内服管理の指導をしています。かかりつけ薬局が決まっている患者さんの場合、退院後も継続した薬剤管理、薬物治療がおこなえるよう処方内容や調剤上の工夫などを事前に情報提供することもあります（薬薬連携）。今後も薬剤をとおして、地域医療への橋渡しをしていきたいと思ひます。

## ●管理栄養士

医師の指示のもと、看護師・言語聴覚士・管理栄養士が連携し、嚥む力・飲み込む力に合わせた食形態を選択して必要な栄養量となるように設定します。食支援としては、患者さんや家族への食事相談や食に対する想いを確認した上で必要な資源と一緒に考えます。ケアマネージャーなど地域で活躍する関係スタッフと連携し、在宅での生活を継続できるように介護サービスを利用し、患者さんや家族の負担軽減に努め、支援をおこなっています。



スムーズな退院に向けて多職種で話し合う退院支援カンファレンス

## ●看護補助者

食事や入浴、排泄等の日常生活上の介助や環境整備など基本的業務はもちろんですが、「患者さん自身の持つ能力を最大限に引き出す支援をする」という方針のもと、生活動作を見守りながら一緒に行動し、その人にあわせた支援をおこなっています。また、認知機能低下の防止のため、脳トレーニングや計算プリント、折り紙、貼り絵などで楽しみ、日常生活動作能力が低下しないよう、風船バレーや院外散歩もしています。ご高齢の方にはゆっくりとお話を聞き、できるだけ気持ちに寄り添えるように心がけています。

また、自宅訪問や退院支援カンファレンスに参加することで、日常生活の動作や患者さん自身が不安に思っている事などを多職種と情報共有することができ、退院後どのような援助が必要なのかを一緒に考えていくことができます。退院後もその人らしい生活ができるようお手伝いいたします。

## 地域包括ケア病棟をご利用いただける方

\*地域包括ケア病棟の入院日数は、60日が限度となります。

- 1 急性期治療後、在宅復帰に向けてリハビリや経過観察が必要な方
- 2 看護指導・介護指導が必要な方
- 3 リハビリテーションが必要な方
- 4 住宅改修や施設入所など準備が必要な方
- 5 在宅療養中で一時的に入院が必要な方

## 「時々入院 ほぼ在宅」の実現を目指して

**迅速な受け入れ**  
患者さんをスピーディに受け入れ、早期からリハビリ、在宅復帰支援を行います

**自宅訪問の積極的実施**  
環境整備・ADLの評価の為に積極的に自宅訪問を実施しています。退院後訪問も行い、実際の生活を見ることで問題を検討するなど常に良いケアの提供に努めています

**リハビリ**  
よりよい在宅生活を送れるよう、患者さんにあった機能訓練や日常生活動作訓練を行います

**多職種連携**  
多職種がチームを組んでサポートします

**地域連携**

患者さんが自宅や施設にスムーズに戻るよう、地域の診療所や在宅福祉サービス機関などと密に連携をとっています。



## ～糖尿病・腎臓病(DM・CKD)外来のご案内～

当院では、糖尿病・腎臓病(DM・CKD)外来を平成30年8月に開設し、糖尿病・腎臓病を悪化させないために、医師をはじめ糖尿病療養指導士、腎臓病療養指導士を含めた看護師、薬剤師、管理栄養士によるチームで糖尿病・慢性腎臓病の治療・管理に関わっています。日々の生活習慣の改善、食事療法や薬物療法による血圧管理、貧血改善、脂質や糖の代謝管理、塩分摂取制限などを、それぞれの専門的立場で指導をおこない、『DM・CKDを予防する、進行させない』ことを目標とし、病気について一緒に学び、自己管理・コントロールをしながら一緒に取り組んでいきます。

### ●糖尿病(DM)とは

糖尿病(DM; Diabetes Melitus)は、インスリンがはたらかず、血糖値が慢性的に高くなる病気です。自覚症状がなく放置しておくこと全身の血管の障害を引き起こし失明や腎機能低下、末梢神経障害、心筋梗塞、脳卒中を併発する病気です。何よりも「予防」と「早期発見」が大切な糖尿病。その治療には段階があります。1つ目は糖尿病にならないようにする「予防」、2つ目は糖尿病の「進行をおさえる」、3つ目は「合併症をこれ以上進展させない」段階です。当院では、その3段階をトータルでケアします。



### ●腎臓病(CKD)とは

慢性腎臓病(CKD; Chronic Kidney disease)とは、尿にタンパクがでたり、腎臓機能(血液をろ過する力)が慢性的に低下する状態のことで、腎臓そのものが悪くなる場合と、糖尿病や高血圧から腎臓が悪くなる場合があります。糖尿病や高血圧を防ぐことで、腎臓病を予防したり、進行を遅らせることができることから生活習慣を改善することが大変重要となってきます。日本では、成人の8人に1人は腎臓病の疑いがあるといわれており、初期のCKDはほとんど自覚症状がなく、症状を自覚してからの受診では病状がかなり進行してしまっている可能性があります。CKDを早期発見・早期治療することは腎臓を守るだけでなく、心臓病や脳卒中の予防にもつながります。

診察日：月曜日・火曜日 9:00～/13:30～(予約制)

診察担当医：真鍋康二院長 荒木俊江医師 大森一慶医師

※曜日により担当医が異なります。詳しくは外来スタッフへお問い合わせ下さい。

重井医学研究所附属病院 内科外来 TEL 086-282-5311

NEWS

1

### 消火技術訓練大会で優勝

10月3日(水)に第37回消火技術訓練大会が岡山市消防教育訓練センターで開催されました。この大会は岡山市防火安全協会と岡山市消防局の主催で、今回は30事業所82名が消火器の部・消火栓の部に参加し、消火技術を競い合いました。当院は毎年この大会へ参加しており、これまでは消火栓の部へ出場していましたが、今回より消火器の部へ初めて出場しました。消火器・消火栓とも男子・女子・ペアとそれぞれ3部門に分かれて競技をおこないますが、



今回は参加チームが一番多く強豪ぞろいの消火器男子の部へ出場しました。強豪チームがそれぞれ好タイムを叩き出す中、最後に当院の登場となりましたが、スピード・操作の安全性・確実性が評価され、見事優勝することができました。今後もこの結果に恥じぬよう、防火・防災に努めて参りたいと思います。

NEWS

2

### 今年も「おかやまマラソン2018」へ 17名の当院職員が参加

11月11日(日)に開催された「おかやまマラソン2018」に、当院からも職員が17名参加いたしました。フルマラソンの部で51位という素晴らしい成績を残した職員もおり、職員一同とても誇らしく思っています。また、当院院長の真鍋医師も昨年に続き、ドクターランナーとして参加しました。皆さんも無理のない範囲で体操やウォーキングなど、運動を楽しんでみませんか。



# 予 定 表 外 来 診 察

Outpatient care schedule

**受付時間** 8:30~12:00 (再診の方は、再来受付機にて午前8時より受け付けています)  
13:30~17:00

**休診日** 木曜・日曜・祝日  
(急病の場合は、あらかじめ電話で対応可能かどうかのお問い合わせをお願いいたします)

		月	火	水	木	金	土
内科	午前	糖尿病・肝臓 (生活習慣病)	真鍋 康二 (総・肝・糖・腎) 大森 一慶 (総・糖)	大森 一慶 (総・糖・腎)	荒木 俊江 (総・糖) 池田 弘 (肝)	真鍋 康二 (総・肝・糖・腎) 十川 圭司 (総・糖) 福島 正樹 (腎)	真鍋 康二 (総・肝・糖・腎) 荒木 俊江 (総・糖) 福島 正樹 (腎)
		腎臓	福島 正樹 (腎)(紹介・初診のみ)	—	福島 正樹 (腎)	休 診	福島 正樹 (腎)
	消化器	藤本さおり (総・消)	西山 仁樹 (消)	山本 直樹 (総・消)	岡 優子 (総・消)		岡 優子 (総・消)
			藤本さおり (総・消)	山本 直樹 (総・消)		山本 直樹 (総・消)	
★総:総合内科 腎:腎臓 肝:肝臓 糖:糖尿病 消:消化器 ★健診は、西山仁樹(月・火・水・金・土)が担当しています							
午後	一般外来	交代医師	交代医師	交代医師	休 診	交代医師	交代医師
	専門外来 (予約)	(肝臓・ 生活習慣病) 池田 弘	(糖尿病・腎臓病) 真鍋 康二 荒木 俊江	—		—	—
名誉院長外来	午前	—	腎臓・内科一般 瀧 正史	—	休 診	—	—
小児科	午前	瀧 正史	虫明 亨祐	虫明 亨祐	休 診	虫明 亨祐	瀧 正史
		虫明 亨祐	今村 昌司	今村 昌司		今村 昌司	虫明 亨祐
午後	交代診療 予防接種	交代診療 予防接種	交代診療 予防接種	交代診療 予防接種		交代診療 予防接種	
小児療育	午前 完全予約制	今村 昌司	川田 珠理	川田 珠理		今村 昌司	今村 昌司
	午後 完全予約制	今村/河野	川田 珠理	川田/赤池	今村/川田	今村 昌司	
★小児療育は初診の方は完全予約制(火曜・水曜午前中)です。予め電話での予約をお願いします。 他の曜日に来院されてもお帰りいただく場合がございます。ご了承下さいますようお願いいたします。							
外科	午前	櫻間 教文	平松 聡	平松 聡	休 診	平松 聡	平松 聡
ダイアライ シスアクセス 専門外来	午前	櫻間 教文	櫻間 教文	櫻間 教文		櫻間 教文	櫻間 教文
★ダイアライシスアクセス専門外来は、完全予約制です。予め電話での予約をお願いします。 ★時間外でも可能な限り対応いたします。電話でお問い合わせ下さい。							
泌尿器科 (予約)	午後	—	—	—	休 診	岡山大学	—
皮膚科	午後	—	太田 知子	太田 知子	休 診	—	—
眼科	午後	第4月曜日 岡山大学	—	—	休 診	—	—

## Information



### 重井医学研究所附属病院

〒701-0202 岡山市南区山田2117  
TEL 086-282-5311 / FAX 086-282-5345  
<http://www.shigei.or.jp/smrh/>

関連施設  
 しげい病院  
 重井医学研究所附属病院  
 重井医学研究所  
 岡山しげい訪問看護ステーション  
 岡山しげい居宅介護支援事業所  
 倉敷しげい訪問看護ステーション  
 倉敷しげい居宅介護支援事業所  
 倉敷しげい訪問看護ステーション  
 倉敷しげい居宅介護支援事業所  
 倉敷昆虫館  
 健康増進施設 はあもにい倉敷

