

発行
小国公立病院
0967-46-3111
おぐに老人保健施設
0967-46-6111
訪問看護ステーション
0967-46-6050

第29号
平成30年7月10日



『地域包括ケア病床』導入します

小国公立病院 院長 坂本 英世

平成30年度小国公立病院の大きな目標の一つに、今年には地域包括ケア病床の導入を掲げていました。



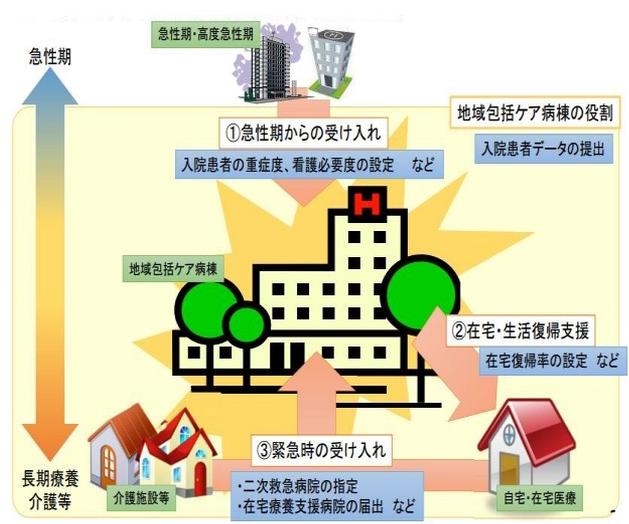
から在宅へという流れです。

その流れを確立するために、地域包括ケア病床制度、訪問診療・病院以外での看取り等が医療保険上優遇されています。その流れの乗った体制にして行かなければ健全な病院経営を維持していくことは出来ません。

地域包括ケア病床の導入は小国公立病院にとっても非常にメリットのある制度です。今、当院の届けて出ている看護基準では入院患者様の平均在院日数を21日未満にしなければなりません。しかし入院患者様の高齢化で21日は自宅への復帰が出来ない方がたくさんいらっしゃいます。

地域包括ケア病床では急性期の治療は終了したが、あと少し病院で治療やリハビリが必要な患者様を自宅復帰までの間、60日を限度として入院継続が可能となります。この他、地域包括ケア病床は在宅で療養をしておられた方の一時的入院も可能になります。

また、地域包括ケア病床と急性期一般病床との違いは、包括という言葉にあります。包括とは「全てを一纏め」にするということです。



地域包括ケア病床では設定された入院基本料に全てが含まれています。即ち薬品代、処置料、リハビリ料金等が含まれているため、急性期の病気で集中治療が必要な患者様は利用することが困難です。集中治療が終了した時点で自宅復帰に向けての療養やリハビリの時期になって部屋を移っていただきます。

今後は、今まで以上に地域に密着した病院を目指して行きたいと思っております。その為に、訪問看護、訪問診療、リハビリ等の充実の努め、さらには在宅での看取りを希望されるご家族の要望にもできるだけ答えていきたいと思っております。

＜地域包括ケア病床開設に向けてのお知らせ並びにお願い＞

当院では、平成30年に「地域包括ケア病床」を開設することになりました。

現在は、その準備段階で、移行期間ではありますが、5月7日以降、病床移動のお願いをさせて頂いています。

今までは、入院となりますと、病状が安定するまで検査や治療が行われ、主治医の許可で退院が決定していました。しかし、退院が許可されたとしても、すぐに在宅に戻るには不安がある場合もあります。そのような方のために、入院を継続し在宅復帰に向けて準備をする病床を「地域包括ケア病床」と言います。



当院では、3階病棟に19床を準備しております。病状が安定し、主治医の指示があったら、その病床に移動して頂き、在宅復帰に向けての退院支援をさせて頂きます。

＜入院期間について＞
「地域包括ケア病床」では、最大60日

の入院が可能です。皆様が安心して在宅復帰して頂けますように、医師・看護師・リハビリスタッフ・医療福祉相談員等が協力して支援させて頂きます。但し、医師が退院可能と判断した場合、期間に関わらず退院することも出来ます。また地域包括ケア病床では、60日超えての入院は出来ません。状況に応じて患者様・ご家族様との面接を実施し、退院に向けて支援させて頂きます。

もしくは、病状悪化で治療が必要になった場合は、「地域包括ケア病床」では急性期治療は出来ません。そのため、医師が、治療の必要があると判断した場合は、一般病床へ移動することになります。

尚、地域包括ケア病床は、国の定めにより、入院中1度しか利用することができない決まりになっていますこと、ご了承下さい。皆様のご理解とご協力のほど、宜しくお願いいたします。

(総看護師長 波多野 智子)



包括ケア病床と 地域連携室の連携

団塊の世代の高齢化に伴う医療や介護の需要増大により、地域における支援やサービス提供に体制を構築するために、地域包括ケアシステムが推進されてきました。2つの柱として、①高齢者だけでなく、障害者や子ども、生活困窮者などを「丸ごと」支える包括的支援体制を構築する ②地域住民が「我が事」として公的支援と共働り、住民相互の支え合いをつくりと掲げてあります。

小国郷の地域性としては、2025年問題に突入していると感じています。地域課題の解決力の強化として

- (1) 住民が主体的に地域課題を把握して解決する体制をつくる
 - (2) 地域包括支援センターなどと連携し、相談を受ける受け皿の体制作り
 - (3) 福祉分野だけでなく医療、雇用、産業、教育などと連携し、解決を図る
- 等がうたわられています。

今年度、当病院の体制として、地域包括ケア病床が開設されることになりました。

この病床は、病状が落ち着かれ退院までの間に在宅復帰・施設での療養環境を整える支援・調整をさせて頂く病床となります。

この開設に伴い、連携室の部署に看護師1名、社会福祉士2名配置の部署が設置されました。

地域包括ケア病床において、この部署の役割として、病棟では、病棟看護師が患者様への療養のお世話、診療補助を行っており、医師・看護師・リハビリ・ケアマネージャーとの情報共有を行いながら、マネージメント(管理)、患者様の退院支援・退院調整を行います。



自宅退院を希望される患者様が一人暮らしで、今後の生活が病状によって困難になってきた場合は、社会資源を利用し、出来る限りご本人やご家族の希望に添うように調整を行っていきます。退院調整を行うのは、一般病棟でも同じです。

この状況下で、連携室ではどのように関わり、患者様への支援を支える役割が問われるところです。当院だけでは支援出来ない部分は、地域の社会資源を利用し、地域のも多職種との方々とも情報交換・連携等を行い、地域の方の受け皿になれる様な体制作りを行って行きたいと思っております。



(地域連携室)

主任看護師 佐藤明日香

日常生活に即した リハビリ訓練

5月7日より当院では地域包括ケア病床の導入の準備が始まりました。

この地域包括ケア病床では急性期病院で、重点的に治療を行ったのち、普段の生活に不安がある方々を対象とします。このような方々が地域で安心してその人らしい生活を送れるように、医師や看護師・リハビリスタッフ、医療ソーシャルワーカー等が在宅復帰に向けての治療・支援などを行っていく病床となります。

この地域包括ケア病床を運営する上で、リハビリテーションの関わり方として、患者さんお一人に対して、在宅での生活を想定し、ご本人や関係者の方々の情報交換を行いながら、退院後の在宅での生活に即したりリハビリ訓練を集中的に行います。



ご本人の希望や家族の希望にできる範囲で寄り添えながらリハビリを行っていく、安心して退院後の生活ができるようにお手伝いできればと思っております。

今後、病床の運営を行っていく上で、リハビリスタッフの担当変更等があり、ご迷惑をおかけすることも多々あると思っておりますが、よろしくお願いたします。

(リハビリテーション科)

理学療法士 岩下陽一郎

支援医師紹介

おかだ たつや
岡田 龍哉 先生 専門科: 整形外科

熊本大学病院から毎週火曜日に来ることになりました岡田と申します。専門は整形外科です。10年ほど前に1年間ほど外来に来ていたこともあり、懐かしい思いで仕事させて頂いています。宜しく御願いたします。



ますだ てつろう
舩田 哲郎 先生 専門科: 整形外科

熊本大学医学部附属病院 整形外科の舩田哲郎と申します。4月から週1回外来を担当させて頂いております。主な専門は膝関節です。微力ながら、小国地域の皆様の医療へ貢献できるよう奮励努力して参ります。よろしくお願い致します。



支援看護師紹介

やまだ ひろみ
山田 弘美 看護師(2階病棟)

6月より復興支援ナースとして入職しました。山田弘美です。以前は熊本大学附属病院で働いておりました。来年の2月まで9ヶ月という期限付ではありますが、宜しくお願いいたします。早く環境に慣れ、早く地域の皆様へ貢献できるように努めてまいります。



ちかうら けいた
近浦 慶太 先生 専門科: 泌尿器科

始めまして。熊大病院より毎週金曜日に来させて頂いております、泌尿器科の近浦慶太と申します。熊本出身で昨年結婚をしましたが、その矢先にバイクで自損事故を起こしてしまい、右足を骨折し、ご迷惑をお掛けしました。周囲の方々の優しさが身にしみる今日この頃です。未だ未だ未熟者で微力では御座いますが、小国地域のために貢献をさせて頂きたいと思っておりますので宜しく御願申し上げます。

