

～ “ときどき入院、ほぼ在宅” に向けて～

『地域包括ケア病棟』ご案内

◆地域包括ケア病棟とは

急性期治療後に症状が安定した方、すぐに在宅や施設へ退院するには不安のある方、在宅療養中の方の一時入院など疾病を問わず様々な方を支援し、在宅復帰に向けて医療管理や診療、看護、リハビリテーションを行うことを目的とした病棟です。患者さんが安心してスムーズに退院できるよう、医師、看護師、リハビリスタッフ、医療ソーシャルワーカー等が協力して、在宅復帰に向けたサポートを行っています。（3階東病棟：45床）

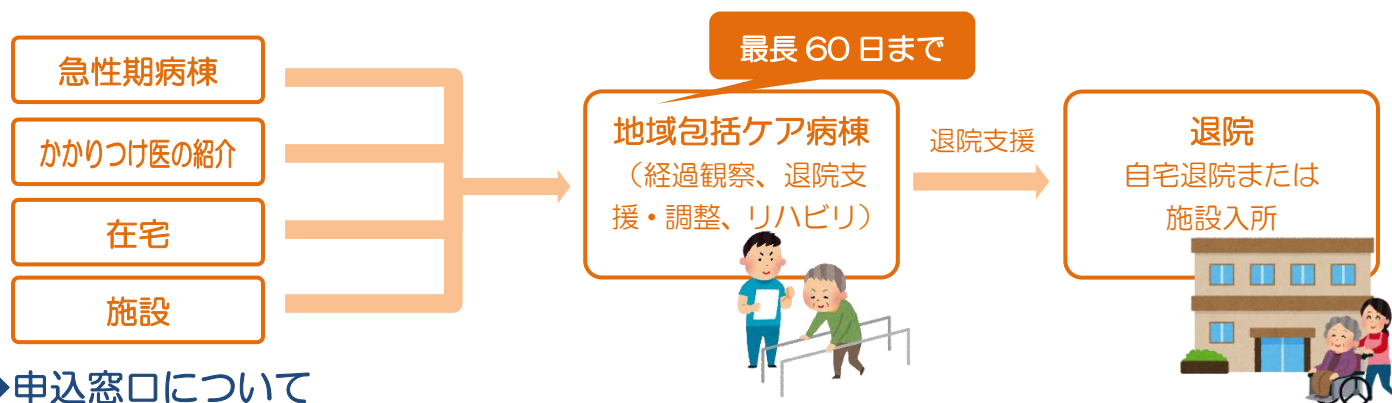
◆対象となる患者さん

- 急性期治療で症状が改善したものの、経過観察が必要な方
- 退院までもう少しリハビリを続けたい方
- 施設や在宅生活に向けて調整・準備が必要な方
- 介護者の休養のための一時入院の方など

また、これまで介護保険施設に入所が困難とされていた経管・経鼻栄養、医療用麻薬の管理、褥瘡（床ずれ）処置、気管切開、点滴（IVH：高カロリー輸液を含む）、人工透析、インスリン療法、BiPAP等の人工呼吸器や在宅酸素が必要な方の受け入れも可能です。

◆入院に関する留意点

入院費は医療保険が適用されます。なお、入院期間は**最長 60 日**までとし、あらかじめ期間を決めて利用して頂きます。原則月曜～金曜の**平日入院**となります。



◆申込窓口について

入院のお問い合わせは**医療相談室**へお電話を頂き「**地域包括ケア病棟への入院を依頼したい**」とお申し付け下さい。☎0234-43-3434（代表）

入院を希望される方の状態によっては、外来受診をして頂く場合もございます。（家族のみの受診もあり）

また、一般病棟で経過観察後に地域包括ケア病棟へ入院となる場合もございます。

医療法人徳洲会 庄内余目病院

〒999-7782 山形県東田川郡庄内町松陽 1-1-1

TEL：0234-43-3434（代表） FAX：0234-43-3435

ホームページ：http://www.amarume-hp.jp/

「地域包括ケア病棟」開設にあたって

急性期医療と在宅療養の架け橋へ

約 800 万人もの団塊の世代が 75 歳以上となり、その医療・介護費等の社会保障費が懸念される 2025 年問題を前に、国ではこれまでの病院依存の考えから脱却した、“ときどき入院、ほぼ在宅”という在宅生活を基盤とする「地域包括ケアシステム」の構築を進めています。つまり、重い病気になったり、持病が悪化した場合に限り入院治療し、症状が改善したら、退院後は住み慣れた地域で在宅生活を送っていただくという考え方です。

庄内地方は高齢化率 32.7% (平成 27 年国勢調査) と県内でも特に高齢化が進む地域です。この地域の包括ケアを支えるべく、当院も病棟再編を行い、「地域包括ケア病棟」を 2018 年 1 月に開設しました。当院の強みである急性期医療と一般病棟はそのまま維持し、今後はこの病棟が在宅部門の拠点という新しい役割を担っていきます。在宅療養に不安がある方、あと少しの入院治療で社会復帰できる方、施設への転院がすぐにできない方など疾病を問わず様々な患者さんを受入れ、退院に向けて支援していきます。



病院長
3階東病棟 主治医
寺田 やすし
康

“ときどき入院、ほぼ在宅”をつなぐ病棟を目指して

地域包括ケア病棟では、患者さんが退院後、安心して生活できるように必要なケアの指導、社会サービスの調整、リハビリなども柔軟に対応します。また、自宅療養中の患者さんを支える家族の休養のための入院にも対応します。色々な疾患や状態の方が入院されるため、業務改善・マニュアルの整備・環境整備などを行っています。60 日以内という入院期間の中で、早期に退院後の生活をイメージしながら、多職種スタッフでカンファレンス※を重ね、患者さんが笑顔で退院される事を目標に看護・介護を提供します。

※患者さんの治療や支援方針をスタッフ間で話し合い、検討すること



副看護部長
3階東病棟 看護師長
とがし ちかこ
富樫 智佳子

その人らしい在宅生活に向けて希望に沿ったリハビリを

地域包括ケア病棟におけるリハビリの目的は、在宅復帰に向けて患者さんの運動機能や動作能力を専門的に評価し、その人らしい在宅生活が送れるように治療やサポートをしていく事です。経験上、退院する際に在宅生活に何らかの不安を抱いている患者さんやご家族が多いと感じてきました。出来るだけ退院後の生活を想定し、希望に沿ったより良いリハビリを提供していきたいと考えています。

まず不安なことがあれば、お気軽にご相談ください。



理学療法士（専従）
なら ひろし
奈良 博志

様々な職種、機関との密な連携で、より良い退院支援を

医療ソーシャルワーカーは、主に入退院支援を担当します。退院時は、気持ちの整理や物、サービスなどの様々な準備が必要になる場合があります。そんな時、院内の多職種やケアマネジャーをはじめとする地域の保健・医療・介護サービス機関のスタッフと協力し、在宅・生活復帰に向けたお手伝いをします。そして、住み慣れた地域での療養生活を続けるために、一時的な入院を希望される場合の入院から退院までの調整を行います。

地域包括ケア病棟は、年齢や生活支援が必要となった原因は問いません。退院後の生活や在宅療養でご心配なことがありましたら、お気軽にお声掛けください。



医療ソーシャルワーカー
あべ ゆきこ
阿部 由希子