

秋津鴻池病院

ニュース 2

2021 February



外来案内

ワクチンの役割

HOSPITAL TOPICS

- 地域包括ケア病棟における退院支援の取り組み

退院支援事例 ③

- 地域包括ケア病棟
継続したリハビリテーションと介護指導、環境調整を行い、自宅退院が可能となった事例

【お問い合わせ・見学希望】

秋津鴻池病院 医療相談課 (9時～16時30分)
〒639-2273 奈良県御所市池之内1064

TEL : 0745-63-0601

FAX : 0745-62-1092

※当日緊急対応の必要な場合

内線番号1149 (9:00～17:15)



「大切なあなただから、
大切な人を守るために」
～再確認 感染防止対策～
動画公開中 (YouTube)



こちらのQRコードから
ご覧になれます



～無料シャトルバスのお知らせ～

八木方面	○近鉄	大和八木駅 (南側ローソン前)
橿原方面	○近鉄	橿原神宮前駅 西出口
	○JR	玉手駅 (踏切南側)
高田方面	○近鉄	御所駅 (バスロータリー内)
	○JR	高田駅 (西出口側ロータリー内)
	○近鉄	大和高田駅 (正面ロータリー前)



無料シャトルバス



時刻表



乗車位置

地域包括ケア病棟から在宅へ

他院での急性期治療後、地域包括ケア病棟にて継続したリハビリテーションや介護指導、環境調整を行い、自宅退院が可能となった事例

80歳女性 要介護度：4
疾患名：心原性脳梗塞



リハビリの経過

他院では、せん妄や精神症状の不安定性から積極的なリハビリテーションは困難で、ADLは全介助でした。

入院当初、ご家族は「この状態では家で介護するイメージがわからない」と自宅退院に消極的でした。

リハビリテーション

インフォームドコンセントを行った上で、本人の受け入れをみながら、長下肢装具を使用した歩行練習等を実施すると、徐々にADL介助量は軽減しました。

看護師による介護指導

自宅の住環境調査や介護指導を通して、ご家族に自宅で想定される介護の実際を少しずつ体験して頂き、介護イメージの不安を払拭することができました。

退院後生活のフォローアップ

訪問看護や通所リハ等の介護保険サービス利用を提案し、自宅退院後のフォローアップを行っています。

外来診療のご案内

外来受付時間	午前9時～午後12時まで
外来診療時間	午前9時30分～午後12時まで
休診日	日曜日・祝日・ 年末年始（12/29～1/3）

● 内科外来担当医師

赤字は女性医師

	月	火	水	木	金	土
1診	右原	林	右原	水本	眞島	リハ 外来
2診	神田	大塚	中川	坂本	神田	林

リハ外来は予約制

● 精神科外来担当医師

赤字は女性医師

	月	火	水	木	金	土
1診	田原	田原	平井	洪	もの忘れ 外来	当番医
2診	洪	中井	松本	嶋吉	高橋	嶋吉
3診	杉山	洪	井上		石川	当番医
5診			もの忘れ 外来		西川	

もの忘れ外来は予約制（0745-64-2069）

ワクチンの役割

「個人を守る」と「社会を守る」

予防接種をすることで

- ・自分の感染症の発症や重症化を予防します
- ・大勢が免疫をつけると集団の中に感染患者が出ても流行を防げます



ワクチン.net

[Medical View Point \(mt-pharma.co.jp\)](http://Medical View Point (mt-pharma.co.jp))

HOSPITAL TOPICS

地域包括ケア病棟

私たちは、病棟看護師と専従配置の理学療法士・専任配置の作業療法士らと共に、患者・家族の望む「その人らしい生活の継続を目標に看護ケア・生活リハに取り組んでいます。

看護課長 森本由紀子

難病患者さんの多職種連携による退院支援

40歳代男性 ALS 全介助（手指及び足部の微弱な筋収縮でスイッチ操作し、意思疎通可能）
急性期病院で胃瘻・気管切開後、人工呼吸器を装着後に自宅への退院調整目的で入院されました。

入院初期

①看護師

呼吸管理や吸引などの医療処置、食事・排泄や清潔ケアについて、退院後の生活で継続できる方法を検討・実践し、ご自宅で使用するコードレスナースコール使用下での環境調整を進めました。

②リハビリ・介護士

自宅環境に応じたベッド周囲環境の評価やポジショニング、移乗方法について、詳細な設定と情報共有を行いました。

退院調整期

患者・ご家族の希望を踏まえた生活を実現するために、多職種カンファレンスにて、在宅医を含めた医療介護サービスの調整を行いました。さらに、適したケアの継続を目的に訪問看護師と共に看護ケアを実施し、ご家族にはパンフレットも用いてケアを伝達しました。

退院後

病棟看護師が訪問看護師と同行し「切れ目のない連携」を行っています。



足部でのコール
スイッチ設定



人工呼吸器・
ポジショニング調整



医療処置・吸引方法の
指導

「ときどき入院、ほぼ在宅」 地域の人と社会の健康を実現します。

急性期治療を経過した方、在宅で療養されている方でサルコペニアやロコモティブに対するリハビリを望まれる方、慢性期疾患の増悪した方で短期集中的なリハビリで機能改善と在宅生活の立て直しを目指したい方、在宅療養を導入・継続するための計画的な身体管理を目的とした方など（例）内部障害の廃用、肺炎、脱水、気管支炎、尿路感染、心不全、その他

※入院期間は1ヶ月～2ヶ月までです。
退院後はかかりつけ医のもとで、在宅生活を継続して頂きます。