

# Nursing Care



(※利用者の範囲は制度により限定されています。裏面の施設一覧をご覧ください。)

「かんたき」は病院と連携をし、  
住み慣れた我が家で暮らしたい  
ご利用者を支えます。



社会医療法人  
医真会

岡田 互平  
医療ソーシャルワーカー  
医真会八尾リハビリテーション病院

医療法人  
伯風会

伊藤 明子  
医療ソーシャルワーカー  
はくほう会セントラル病院

医療法人  
恒昭会

野回 淳子  
看護副部長  
青葉丘病院

## 総合在宅ケアサービスセンター〈かんたき(有床)+訪問看護ステーション+ケアプランセンター〉

かんたき(看護小規模多機能型居宅介護)とは

介護が必要になっても住み慣れた地域や自宅で療養できるように「通い」「泊まり」「訪問(看護・リハビリ・介護)」を必要に応じ、組み合わせて利用できる地域密着型の介護サービス。ご利用者は要介護度1~5、事業所の所在地の市町村区にお住まいの方が対象となります。

看護多機能をそなえた 看取り対応可能 ケアルーム6室  
**総合在宅ケアサービスセンター上新庄**

所在地 〒533-0014 大阪市東淀川区豊新2-9-8  
TEL 06-6815-8808  
Mail kamishinjiyou-takinou@holonicsystem.com

看護多機能をそなえた 看取り対応可能 ケアルーム7室  
**総合在宅ケアサービスセンター河内長野**

所在地 〒586-0011 河内長野市汐の宮町12番2号  
TEL 0721-56-8600  
Mail kawachinagano-takinou@holonicsystem.com

看護多機能をそなえた 看取り対応可能 ケアルーム6室  
**総合在宅ケアサービスセンター城東**

所在地 〒536-0011 大阪市城東区放出西2-14-14  
TEL 06-6167-0535  
Mail jyoto-takinou@holonicsystem.com

看護多機能をそなえた 看取り対応可能 ケアルーム8室  
**総合在宅ケアサービスセンター八尾北本町**

所在地 〒581-0802 八尾市北本町4丁目7番14号  
TEL 072-923-9000  
Mail yaokita-kantaki@nursing-hc.co.jp

看護多機能をそなえた 看取り対応可能 ケアルーム9室  
**総合在宅ケアサービスセンター大東**

所在地 〒574-0055 大東市新田本町4番26号  
TEL 072-806-3400  
Mail daitou-kangotakinou@holonicsystem.com

看護多機能をそなえた 看取り対応可能 ケアルーム6室  
**総合在宅ケアサービスセンター武庫之荘**

所在地 〒661-0045 尼崎市武庫豊町2丁目12番6号  
TEL 06-6431-5535  
Mail mukonosou-kantaki@nursing-hc.co.jp

看護多機能をそなえた 看取り対応可能 ケアルーム6室  
**総合在宅ケアサービスセンター堺下田**

所在地 〒593-8329 堺市西区下田町19番15号  
TEL 072-269-0505  
Mail sakai-takinou@holonicsystem.com

看護多機能をそなえた 看取り対応可能 ケアルーム9室  
**総合在宅ケアサービスセンター住之江**

所在地 〒559-0006 大阪市住之江区浜口西2丁目5番4号  
TEL 06-6673-2411  
Mail suminoe-kantaki@nursing-hc.co.jp

看護多機能をそなえた 看取り対応可能 ケアルーム6室  
**総合在宅ケアサービスセンター尼崎**

所在地 〒661-0965 尼崎市次屋1丁目9番1号  
TEL 06-6498-0894  
Mail amagasaki-takinou@holonicsystem.com

看護多機能をそなえた 看取り対応可能 ケアルーム9室  
**総合在宅ケアサービスセンター堺長尾**

所在地 〒591-8045 堺市北区南長尾町2丁目2番19号  
TEL 072-257-1710  
Mail info@nursing-hc.co.jp

看護多機能をそなえた 看取り対応可能 ケアルーム7室  
**総合在宅ケアサービスセンター児島**

所在地 〒711-0913 倉敷市児島味野1丁目4番23号  
TEL 086-470-5600  
Mail kojima-takinou@holonicsystem.com

〈「かんたき」は社会的課題となっている【介護離職】の防止を支援します〉

### 訪問看護ステーション

訪問看護ステーション摂津  
〒566-0021 摂津市南千里丘5番23コニエス南千里丘103号  
TEL:06-6317-8567

### ケアプランセンター

ケアプランセンター茨木  
〒567-0028 茨木市畑田町11番25号  
TEL:072-631-8455  
ケアプランセンター摂津  
〒566-0021 摂津市南千里丘5番23コニエス南千里丘103号  
TEL:06-4860-8277



発行 2017年10月 / ナーシングヘルスケア株式会社  
編集 営業広報部・企画デザイン室  
〒532-0011 大阪市淀川区西中島3-18-9 新大阪日大ビル5階  
TEL:06-6302-1009 FAX:06-6302-4322  
Mail:info@nursing-hc.co.jp http://www.nursing-hc.co.jp



## 患者さんの 過去、現在、そして未来へと 関わる支援を。

医真会八尾リハビリテーション病院は、回復期リハビリテーション160床の病院です。外環状線からのアクセスがよく、八尾市だけでなく、東大阪市、柏原市の方も多くいらつしやいます。周りに回復期リハビリテーション病院が少ないこともあり、同じグループの八尾総合病院だけでなく、八尾市周辺の急性期病院からも紹介いただき、在宅復帰を目指す患者さんのリハビリを行っています。

八尾市  
社会医療法人医真会

# 医真会八尾リハビリ テーション病院

医療福祉科  
社会福祉士  
岡田 互平 医療  
ソーシャルワーカー



入退院の調整は医療ソーシャルワーカー3名が担当しており、入院される前にまずご家族との面談を行い、その時点で自宅での生活状況や退院後のご希望をお伺いしご家族、患者さんが望む暮らしの実現に向けて目標を設定し、コーディネートさせていただきます。

患者さんの多くは脳血管疾患、運動器疾患の方が占めています。基本的に退院後はご自宅に戻られる患者さんがほとんどですが、特に脳

血管疾患の場合、後遺症による麻痺が残ることもあり、発症前と同じ生活ができるとは限りません。移動、排せつ介助など介護が必要になる場合もあります。現在のこの状況を患者さんが納得されて受け入れていただく必要があります。出来るだけ在宅で介護ができる環境を整えられるよう、介護サービス利用を提案しています。在宅復帰の実現が難しい場合には医師、看護師をはじめリハビリスタッフと私たちソーシャル

### リハビリの継続は 医療保険から介護保険への スムーズな流れで。

ワーカーが患者さんの方向性について検討し、ケアマネジャーとも共同し、ご家族のご意見を合わせて方針を決めます。

当院での入院期間中に患者さんの生活環境やバックグラウンドの情報を得る「家屋調査」を含め、ご自宅に戻られて大丈夫かどうか情報収集をさせていただきます。そうすると在宅での暮らしを想定してどのような介護サービスを利用したらいいかも具体的に伝えてきます。また、患者さんやご家族も、実際にご自宅で試験的に動いてみることで、在宅で暮らすことが難しいことを納得され退院支援の提案を受け入れていただくこともあります。

患者さん、ご家族の多くは「リハビリをすれば、良くなって帰れる」という希望をお持ちです。回復期リハビリでは1日最大3時間のリハビリを行っており、退院した途端リハビリをやめてしまうことと、ADL<sup>※1</sup>が落ちてしまうことを不安に思う患者さんは多いです。

回復期リハビリテーション病院の入院には条件があり、入院から退院までの期間が定められているため、患者さんの「退院後のADLの維持をどうすればいいか」という問題があります。切れ目のない対応には「医療保険で行っていたリハビリを介護保険での生活リハビリに繋げる」という連携が大切になってくると思います。

リハビリの継続は医療保険から介護保険へのスムーズな流れで。

医真会八尾リハビリテーション病院では極力機能維持をしていたための一環として、病院の周辺地域の方になります。リハビリスタッフがご自宅に訪問して生活に即したりリハビリを行う訪問リハ



左：かんたき八尾北本町 看護師の山路所長。

医真会八尾リハビリテーション病院では極力機能維持をしていたための一環として、病院の周辺地域の方になります。リハビリスタッフがご自宅に訪問して生活に即したりリハビリを行う訪問リハ

びリテーションを行っています。当院の患者さんが在宅に戻っても支援を受ける環境を整えるためには病院だけでなく、地域の介護事業所、施設と協力して、患者さんを支えていくことが重要です。

先日、「かんたき」へご紹介した患者さんがどのようにお過ごしかを写真入りの「ご利用者報告書」で拝見しました。退院後、「半分ご自宅、半分かんたき」という状況で生活されている方です。ご自宅で生活するには介護サービスをたくさん組み入れないと難しい患者さんでした。病院側としては退院後の状況を知り得ることが少なく、フィードバックしていただけたのが本当によかった。分かりやすい報告書は看護師、リハビリスタッフもみんな大変喜んでいました。

患者さんが、リハビリをしてから住み慣れた地域へ戻って、継続して暮らしていただくために、病院だけではなく、居宅介護事業所や施設としてご家族が一緒になって支えることができる、枠にとられない支援が大切だと考えています。

※1. ADL=食事やトイレでの動作、排便、排尿、入浴、洗顔、着替え、歩行、階段の上り下り、記憶、コミュニケーションなど日常生活を送る上で、必要とされる様々な身の回りの動作のこと。

### 「かんたき」でご利用者が どのようにお過ごしをお伝えしています。

病院よりご紹介いただきましたご利用者が、「かんたき」でどのようなサービス内容で日々お過ごしになられているかを、ご入所いただいてから1~2カ月経過した頃に、病院の地域連携さまへ報告させていただきます。できる限り様子が見えるよう報告書を作らせていただいています。



医真会八尾リハビリテーション病院さんから「かんたき八尾北本町」に紹介いただいたご利用者の状況

- 主な疾患：
  - 高次機能障害
  - 脳梗塞による左片麻痺
- 必要な看護ケア：全介助による廃用や合併症予防に注意している。
- 要介護度：4
- 概要：60代男性。心原性脳梗塞後遺症後のリハビリを希望され、また奥様も脳梗塞を2度おこされており、介護力が無い。そのため、かんたきを利用されることになる。

社会医療法人医真会  
医真会八尾リハビリテーション病院  
八尾市服部川1丁目21番地  
TEL: 072-941-5333 (代)  
60床  
回復期リハビリテーション病棟入院基本料1





尼崎市  
医療法人伯鳳会

はくほう会

セントラル病院

地域連携室

社会福祉士

伊藤

明子

医療  
ソーシャルワーカー

目指すところは、入院前のレベルのそのひとつ上を目標にしたリハビリを実践していきます。

尼崎市阪急園田駅に程近い、はくほう会セントラル病院は、回復期リハビリテーション病床140床、急性期病床65床、HCU6床、療養型病床37床の248床で、急性期病院からの切れ目のない治療体制を整えたこの地域の中心的役割を担う病院です。尼崎市だけでなく、伊丹市、豊中市の急性期病院からの紹介にも対応しています。

は迅速な対応が必要です。多くの患者さんが高齢者で、回復期リハビリテーション病床を中心に脳血管疾患、運動器疾患などの患者さんが早期に在宅復帰するためのリハビリテーションを求める要望が多くなっています。

私たち地域連携室では、入退院調整を医療ソーシャルワーカー4名事務2名で対応しています。当院に入院される患者さんは比較的病状

が安定している方が多く、在宅医療を必要としないでご自宅に戻るケースがほとんどです。入院時に担当主治医、リハビリスタッフ、看護師、医療ソーシャルワーカーがカンファレンスを行い、自宅に戻った後もADLが低下しないで生活ができるように「ここまで生活機能の回復が図れるのではないか」と入院前よりもう一つ上を目標に、先を見越したりハビリのメニューを実践しています。

医療法人伯鳳会  
はくほう会セントラル病院  
兵庫県尼崎市東園田4丁目23番1号  
TEL：06-4960-6800（代）  
TEL：06-4960-6820（地域連携室直通）  
248床  
内科、神経内科、外科、消化器外科、心血管外科、循環器内科、整形外科、肛門外科、放射線科、脳神経外科、リハビリテーション科、麻酔科、救急科



右：かんたき尼崎 看護師の榮元所長

また、入院された患者さんの家屋の様子、動線、生活スペースの写真や段差などをご家族に提出してもらい、家屋調査ファイルをつくり、ご自宅の環境に合わせたリハビリを行い、ご自宅に戻られた時に生活に戸惑わないようにしています。

退院後、ADLの低下が懸念される患者さんへは、医療保険のリハビリから介護保険の生活に即した「訪問リハビリ」に切り替えてもらい、当院より継続したサポートをしています。「自宅でリハビリをするなら、自分の状態がわかっている人にお願したい」という患者さんの要望もあり、回復期リハで日々患者さんと接しているリハビリスタッフと訪問リハビリのスタッフが患者さんの情報を共有し連携できるとい

メリットがあり、当院での「訪問リハビリ」の依頼は増加しています。

ご家族には必ず「無理をしなごうたいわれ」と伝えていきます。

私は常に「ご自宅での生活に戻ってほしい」という思いで退院調整をしています。ただ、どうしてもご自宅に帰ることができない困難事例もあります。老老介護で、どちらかが入院、連れ合いの方が認知症で介護力としてみせないなどです。選択肢をいくつか提案し、「ご自宅だったらこのようにできます」「ご自宅以外だったら、これだけお金がかかります」「デイサービスがここまで利用できますよ」など具体的な提案をしてご家族、患者さんが落ち着けて安心できる、ライフスタイルにあった多角的な退院調整ができるように心がけています。

どうしても高齢になってくると在宅に戻っても医療が必要とされる方が少なくなく、「かんたき」の説明を初めて聞いた時、「理想的なサービスだな」と思いました。看護師による医療対応と、1カ所で泊まれる、

通える、ヘルパーさんも訪問ができる。患者さんの情報のいいことも悪いことも連携がうまくとれる。まずは高齢化が進む中、医療依存が高くなると「お家に帰るなら今がチャンス」という方は多くいらつしやいます。その希望はなんとか叶えたいと思っています。ただ、介護するご家族が、経済的、身体的、精神的に無理をして頑張ると長続きしません。「必ず無理をしないでください」と伝え私たちが地域の多職種の方々が連携してサポートさせていただいています。

介護に悩む患者さんから「いったいこの相談はどこにしたらいいの?」といったお話をよく聞きます。地域包括支援センター、市役所、病院ケアプランセンターなど選択肢がたくさんある中、「困った時はまず、はくほう会セントラル病院の地域連携室へ」ここにきたらなんとかなると思ってもらえるそんな敷居の低い病院になればいいと思っています。患者さん、ご家族とも長く付き合っていける地域連携の仕事に私は、やりがいを感じています。



### 高齢の方には、予防的に「医療の目」「看護の目」が大事

高齢者の場合、転倒による骨折、肺炎を繰り返される方、慢性疾患を抱えている方など、入退院を繰り返される場合があります。現在、医療的処置は必要ではない場合でも、「かんたき」でお受けして、通常のデイサービスにはない「医療の目」「看護の目」が入ることで「予防的」に関われるということもあります。体調が落ち着いてこれたら、元の介護サービスに戻られることも可能です。お気軽にご相談ください。

はくほう会セントラル病院さんから「かんたき尼崎」に紹介いただいたご利用者の状況

- 主な疾患： ●血栓性脳梗塞 ●認知症
- 必要な看護ケア： 入浴介助、血圧管理、投薬管理、精神状態の観察
- 要介護度： 3
- 概要： 80代女性。自宅でのご主人との生活を強く希望され「かんたき」利用。ご主人の介護力が十分ではないため、入浴、リハビリ、社会とのかかわりを目的に。週3日通い、他は訪問。「かんたき」で継続的に観察し、ご利用者の満足度に尽力。



大阪狭山市

医療法人恒昭会

# 青葉丘病院

医療福祉相談室

看護副部長

野口 淳子 室長

## 当院は、「精神身体合併症、認知症及び療養内科の患者さんをお受けする」特徴をもった病院です。

います。

青葉丘病院は、旧青葉丘病院と上野芝病院が合併し2005年12月一般内科・療養内科と精神科及び精神身体合併症を併せ持った681床の病院として誕生しました。精神科の疾患を持ちながら他の病気を抱えている身体合併症の患者さんにも対応できるため、大阪狭山市だけでなく、近隣の堺市、富田林市、大阪市から急性期病院で治療を終えた患者さんや、高齢の患者さんの緊急入院などに対応して

談にも対応しています。

### 行政、福祉サービスと連携して在宅復帰を進めています。

精神科病棟と一般、療養病棟の退院調整は、異なる流れがあります。精神科の患者さんの退院の場合、保健所や市町村、社会福祉協議会、地域包括支援センターとの連携が常時必要となります。退院に向け計画を作成し定期的に何カ月、何年になろうとも患者さんの状況

ます。

の報告を行っています。退院後は、市町村に支援のバトンを渡し、しかし、精神科の患者さんも高齢化が進んでおり、なかなか自宅に戻れない長期入院の患者さんの中にはいらつしゃいます。精神科の疾患以外に高次脳機能障害やストーマ装着している方、気管切開など医療度が高い方が多いです。厚生労働省は長期入院患者の地域移行の推進、また新入院患者の早期退院システムの構築を目標としております。当院でもそれらに努めていく必要があると考えております。

ご家族からは「セカンドハウス」

のような感覚で自宅に近くて、頻りに立ち寄れる地域に密着した介護施設を探してほしいというご要望が多いです。病院、施設も含め目の行き届いた介護スタッフがいることは、転倒のリスクなどを考えると「安心できる」という部分が大きいと思います。

私たちの中では「かんたき」は在宅復帰を前提としたワンクッションという認識をもっています。退院後

すぐに在宅に戻るには不安があり看護師のもと服薬や病状管理をしてもらい、患者さんの病状の回復具合を考慮して「自宅に戻っていたら」医療的な部分も病院での医療処置のまま継続して「かんたき」でもできるところに魅力を感じました。介護するご家族に、マーゲンチューブのケアの方法を看護師さんより指導していただけたところはご自宅に戻っていく中で大変助かります。

※1. マーゲンチューブ = 経管栄養の投与などを目的に鼻腔から胃に挿入するチューブのこと。消化器外科の術後や経口摂取が不可能な患者さんに挿入される。

### ご家族が「かんたき」に一緒に泊まれて、最期を看取られました。

本来、「かんたき」のお泊りは長期に渡っての連泊ができませんが、ターミナルの方、重度の慢性疾患など連泊で療養されるご利用者がいらつしゃいます。

先日、「かんたき河内長野」で、ご家族（奥様）が、がん末期のご利用者（ご主人）と一緒に泊まれベッドの脇で寄り添いながら、看取られました。ご自宅でおひとりで見取られるのは不安だったと思います。「かんたき」では、個室なのでふたりの距離が保て、部屋の扉を開けたら、看護師や介護士がいるので安心しておられました。「かんたき」はもう一つの家のような存在です。ご家族が最期まで介護してあげたい。しかしいつ急変するかわからないなど怖くて不安な状況の時に、いつでもご家族をサポートし、心の支えになります。



青葉丘病院 医療福祉相談室の皆さん



医療法人恒昭会  
青葉丘病院  
大阪狭山市東池尻1丁目2198番1  
TEL: 072-365-3821 (代)  
681床  
内科、神経内科、精神科、整形外科、放射線科、リハビリテーション科、歯科

