

## 今年の抱負

1. 回復期リハビリ病棟でのリハビリを平日と同じ時間（約3時間）土・日曜日にも提供します。これにより、入院までの待機日数、在院日数を短縮し、急速な日常生活自立度の改善で、より早期に職場や在宅に復帰を目指します。
2. 退院した後も必要なリハビリが続けられるよう、介護保険での通所リハビリや訪問リハビリの受け入れ枠を増やします。中でも1～2時間の通所リハビリコースはこれまでの月、火のみの営業を月曜日から土曜日まで毎日の営業を目指します。
3. 以上のような抱負を実現するために医師、看護師、介護士、セラピスト等の人材の確保と養成にこれまで以上に専心し、その成果を患者さまに提供してまいります。

高松協同病院 院長 田中 眞治



当院も開設後10年を経過し、地域の中で、「リハビリテーションなら協同病院」との評価もいただけるようになりました。病院のスタッフも増え、365日リハビリを実施し、早期に回復して自宅へ帰ることを日々実践しています。当院病棟の理念は、『その人らしく生きる権利』の回復を目標として、患者さまを中心とした職員の協業で「全人的復権」を援助します。』です。当院へ入院される患者さまは、リハビリテーションが必要な方々です。疾患が完全に治る場合は別ですが、リハビリが必要な病気の場合、どうしても何らかの障害は残ってしまいます。この障害とうまく付き合いながら、患者さまが自分らしく生活できるようにするために、病棟スタッフ全体でお手伝いできればと考えております。

増床から3年目となる今年は、病棟生活やリハビリテーションの質の向上につとめていきたいと考えています。TVでも放映されたように、最近リハビリ分野では磁気刺激や電気刺激、促通療法など、効果的なリハビリ方法が実践されています。当院でも、効果の優れたリハビリ方法を積極的に導入し、よりよく、より早く自宅に帰れるような病棟を創っていきたくと考えています。

今後ともよろしくごお願い申し上げます。

高松協同病院 病棟医長 植木 昭彦



## 第5回 維持期懇談会

今回で5回目となる地域の在宅ケア事業所を招いての連携懇談会が12月12日(水) 病院近隣の12事業所20名(すべてケアマネジャー、以下CM)をお招きし当院職員を含め計47名の参加者で行われました。冒頭、田中院長より「本格的な地域包括ケア時代の到来に向け、ますます高まる地域での医療とケアの融合を目指した『新しい顔の見える連携のかたち』の構築が求められている」の挨拶に続き、当院からの3つの発表:①「当院回復期リハビリテーション病棟の12年度のまとめ+連携パス」(植木医師)、②「地域ケア部NST(栄養サポートチーム)の取り組み」(蓮井管理栄養士)、③「通所リハ セラピストによる自宅訪問の制度化の影響」(船橋作業療法士)がありました。それぞれ当院における「患者さま・利用者さま第一」の視点からの特徴的な取り組みを示す内容で、CMの皆さんは真剣に耳を傾け活発に質疑も飛び交いました。

後半は6班に分かれ「高松協同病院に期待したいこと—今後のより良い連携を目指して」のテーマで意見交換をしました。参加者の方々からは「NSTの地域連携を知らなかったので利用したい」や「ぜひ相談したい、誰にお願いすればよいのか」など利用者さまの在宅生活における食の悩みを感じさせられる意見や多職種がかかわる退院前カンファレンスの位置づけなどに「大変助かっている」というご意見が寄せられました。しかし、自宅訪問指導時における「住改指導のとりつけ内容が過剰」や「自宅訪問の日程決めが強引すぎる」といったお叱りの意見や「もっと医師とコミュニケーションをとりたい」といった在宅の柱として奔走している立場からの「医療専門職との円滑なコミュニケーション」についての切実な要望も寄せられ、来るべき新しい在宅ケア時代に患者さまの在宅療養を支える要のCMさんはじめ在宅支援事業所の方々といかに相互の重要性の理解を深め、意思疎通を図っていけるのか、リハ病院として今後の大きな課題と直面した懇談会となりました。



## 第4回 東エリア学術運動交流集会

1月25日(金)高松協同病院にて第4回東エリア学術運動交流集会が開催され、職員85人が参加しました。高松協同病院創立10周年に当たる今回はテーマを「10年を振り返って私たちが受け継ぐもの」として、創立時の事務長である高安富男氏より記念講演をいただきました。講演では、創立時、医療生協の組合員・患者、地域の方々、職員が共に苦勞しながら病院を創りあげた歴史が語られました。新人職員の「信頼されているという地域の方々の支えがあってこそ今があるということを忘れないように業務に取り組みたい」などの感想が寄せられました。一般演題は各職場から10演題、投票により、訪問リハ科・井上OTの「意味のある作業がQOL向上につながった症例から学んだこと」が、1位に輝きました。仏壇にお参りしたいという高齢の

利用者の想いをかなえようとした取り組みを振り返ったもので、協同病院らしい内容でした。

\*「東エリア」：協同病院とその関連の香川医療生協高松東エリア内の事業所のことを指す。



# 看護介護活動研究交流集会

昨年12月23日に「看護介護活動研究交流集会」がありました。県内民医連の各事業所から計21演題の報告があり総勢131名の参加でした。高松協同病院からはデイケアでの嚥下障害の利用者さまの食事への関わりや、在宅復帰に向けての家族指導、胃瘻造設し再度経口摂取獲得した事例など、真摯に患者さま、利用者さまに関わった報告に活発な意見交換が交わされ大盛況に終わることができました。また、記念講演では「核書と向き合うー郡山医療生協の取り組みー」と題し、郡山医療生協病院の看護部長から福島の現状についてご講演いただき、参加者からは「自らも被災者でありながら、自分のことは後回しにして懸命に患者さまのために働く看護師の姿に心を打たれました」等多くの感想が寄せられました。

これからも自職場で患者さま、ご家族、利用者さまに寄り添うケアを続けて行きたいと思いを新たにすることができました。



## 病棟



Sさんは自宅の階段の途中から転落し、脊髄損傷を受傷しました。

この受傷により、四肢に麻痺が出現し、食事もスプーンが持てない為、全介助が必要となり、歩行も困難で支えていればかりうじて足が出る程度となりました。ADL全般に介助が必要となり、妻も「家には帰れんなー。」と言われていました。しかし、本人は「家に帰るのが当然！」という気持ちが強く、また「自分は人の手を借りなくても出来る！」という自信の下でリハビリに積極的に取り組み、スタッフもその本人の気持ちの下に協業し、連携し援助をおこないました。リハビリ以外にもPT・OTが手の関節を軟らかくしたり、巧緻作業ができるように自主トレーニングを設定し毎日行いました。

その結果、食事の面ではスプーンが持てるようになり、セッティングすれば自分で全て食べられるようになりました。また、下肢の振り出しも可能となり、歩行も何も持たず、フリーで見守りで出来るようになりました。その他のADLに関しても、見守りか一部介助で行えるようになりました。

退院日が決まり、自宅に試験外泊が行われ、妻や娘さんが驚くほどの回復ぶりで妻より「ほんとにこんなによくなって・・・。」という喜びの声がかけられました。ほとんど介助せず自分で出来ていたとの事でした。そして、退院日。Sさんは、他のスタッフと患者さまのまえで、しっかりと立ち

挨拶をして晴れ晴れとした顔で歩いて帰りました。

退院後、しばらくして体調を崩し他の病院に入院されたりもしましたが、今でも元気に介護タクシーで1人で当院の外来リハビリに通われています。



## 病棟お餅つき

2月19日、東西両病棟で恒例の冬の行事・病棟お餅つきが行われました。

「よいしょ、よいしょ」の掛け声とともに、職員のサポートで杵をつく入院患者さま…、ボランティアの組合員が“あん”を入れながらちぎるおもちゃを丸める患者さまの笑顔。ボランティアで参加されていた組合員さんも「ベッタンベッタン音が響くにつれ、患者さまの笑顔が増えてきた」と満面の笑顔で話されていました。



# 生活習慣病のパスを始めました

高松協同病院 外来では生活習慣病（糖尿病）の指導を始めました。対象はHbA1c=5.8%以上で、完全予約制でおこなっています。初回から3ヶ月の間で月1回の受診をしていただき、食事相談、運動療法、身体計測、血液検査、診察を実施します。

3ヶ月で終了となりますが、その後も検査や運動、食事についてフォローしていきます。症例ごとのカンファレンスをおこない、それぞれ担当者の視点で、患者さまの生活スタイルにあわせた指導内容を追求していきます。

また香川県の糖尿病患者率は上位を占めており、生活習慣の改善に取り組む必要があることから、高松協同病院では2012年4月から糖尿病教室をおこなっています。これも4回が1クールとして栄養士、理学療法士、

薬剤師、看護師が担当して、患者さま・組合員さま及びその家族の方を対象に、体験学習も入れながら無料で実施しています。

今後は地域の組合員さまやその家族の方々も一緒になって考え、予防・治療に取り組める内容になればいいと思います。



## 介護支援センター協同

介護支援センター協同は、高松協同病院の敷地内にあり、入院患者さまや組合員さまからの介護相談や、ケアプラン作成を行っています。スタッフは、昨年6月から4人に増え、相談体制の強化や利用者さまの受け入れ増加など、サービス向上に努めています。最近は、ご高齢の方からの相談だけでなく、若年層の方からの相談も増えており、利用者さまのニーズにあったプラン作成は個別性の高いものになっています。

これからも、皆さまの在宅生活を支える橋渡し



役として頑張っていきますので、退院後の介護や、ご自宅での介護にお悩みの方は、ぜひご相談下さい。