

あさ
「安佐」地域を中心としたみなさまの「えがお」の花を咲かせます



私たちは地域のみなさんの医療と福祉を支えて



健康で幸せな人生のお手伝いの一助となることを目指します

創刊号特別企画 安佐医師会病院 開院3周年を前に



「あさがお」創刊のごあいさつ



安佐医師会病院 病院長

五 度 子

レーズが「地域包括ケアなくして高度急性期なし」でした。高度急性期の機能に特化するには、そして医療と介護の複合体となった救急に効率的に対応するには地域を知らなければならぬ、の想いで、このキャッチフレーズの理念に従って邁進し、平均在院日数を8日まで縮め、1万4000人の新規入院患者、6500台の救急車受け入れを実現し、すこし満足して、安佐医師会病院の開院を

迎えました。

ところが、「地域知らず」の「地域語り」であることを、身に染みて感じるスタートになりました。

「そんな病院、知らんよ」と言われ、所詮は、高度急性期という上から目線の、地域からは誰にも相手にされない高慢な態度であることを思い知らされました。どうすれば、生活期を支えている、かかりつけ医、訪問看護師、ケアマネジャー、施設職員、老人会、社会福祉協議会、自治会に認知され信頼されるか？ どうすれば、地域住民に病院の利用方法を理解してもらえる

か？ どうすれば、フラットな目線で生活期の方々から本音の意見をいただけるようになるか？ それが、重くのしかかっている課題です。また、高度急性期救急も「働き方改革」の荒波を受けて、縮小、難破の憂き目に遭いそうな状況です。

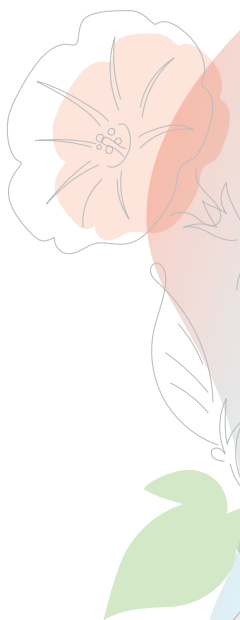
この目線で言えば、どうすれば、高度急性期の高齢者救急の一助になれるか？ も大きな課題です。

生活を支える人たちに認知され、高齢者救急を支える人から感謝されるようになり、結果として、住民の理解と支援をえる、その3方向への視点での広報が「あさがお」の目的です。

皆様から、手厳しい意見がいただけるように精進してまいりますので、一読いただき、ご誘掖いただきますようお願いいたします。

手に取っていただき、誠にありがとうございます。おかげさまで、当院は開院から3年を迎えようとしています。しかし、残念ながら、「あの旧安佐市民病院の跡地にある病院って何？」という声が、地域ではまだ一般的です。高齢者数がピークを迎える2040年に向けて、地域にとって欠かせない病院となるために、何をどのように、誰に伝えるべきなのかを探ることが、この広報誌「あさがお」（安佐地区の「顔」に見える関係）を略したもの）の狙いです。

私がかつて北部医療センター安佐市民病院の病院長をつとめていたときの、キャッチフ



病院だより創刊号に寄せて

一般社団法人安佐医師会 会長 辻 勝三



このたび、「病院だより」創刊号をお届けできることを大変嬉しく思います。簡単ではありますが、病院開設までの歩みや経緯を紹介させていただきます。

安佐医師会病院は、旧安佐市民病院の建て替えを契機とした議論の中で、広島県地域医療構想に基づき設立されました。他の地区に先駆けて、広島県北西部の公立・公的病院の病床機能分化と再編を進めた結果、生まれた病院です。安佐医師会病院は、地域包括ケア病床82床と緩和ケア病床20床の計102床を有し、同じ建物内には可部夜間急病センター、安佐准看護学院、広島市北部在宅医療・介護連携支援センター、安佐医師会訪問看護ステーション出張所など、安佐医師会の主要事業を集約させています。

開院から3年を迎え、着実に成長を遂げ、運営の基盤を築きつつある段階であり、これまで築いてきた安佐地区の医療連携や、介護・福祉などの多職種連携をさらに強化なものとなるよう、地域包括ケアシステムをより充実させていきたいと考えております。その上で、北部医療センター・安佐市民病院を中心とした、地域医療完結型の大きな拠点を、広島市北部に築くという夢を抱いています。

今後とも、皆様のご支援とご協力を賜りますようよろしくお願いいたします。

安佐医師会病院の歩みを振り返って

一般社団法人安佐医師会 副会長・病院担当理事 大本 崇



安佐医師会病院が令和5年4月1日に開院してから、3年を迎えようとしています。この間、地域の皆様と関係者の皆様の温かいご支援に心より感謝申し上げます。私は病院担当理事および病院運営委員会副委員長として、病院運営に関わってまいりましたが、ここまでの成果はひとえに皆様のご協力の賜物と感じております。

当初、病床稼働率を50%に設定し、年内に90%を目指しましたが、4月の稼働率は13・1%からのスタートでした。それでも、8月には64・1%、12月には82・1%まで上昇し、現在では80〜90%を維持しており、目標をほぼ達成しております。

急性期病院から異動してきたスタッフが多く、回復期のペースに慣れるまでに時間がかかりましたが、現在では、患者さんが自宅での生活に戻れるようにリハビリを重ねて円滑に退院できる体制が整っています。また、開院1年目の12月には病院機能評価を受審し、「素晴らしい」との評価をいただき、無事に緩和ケア病床の開設が認められました。

また、地域の先生方に向けて、各ブロックで入院の受け入れ態勢やその手順についての説明会を開催しました。安佐北区や安佐南区の先生方からの紹介も徐々に増えてきています。今後は、包括支援センターや介護施設、会員の先生方からの紹介をさらに増やし、より信頼される病院を目指してまいります。引き続き皆様の温かいご支援を賜りますようお願い申し上げます。

安佐医師会病院開設までの経緯

昭和47年 (1972年)	1月	安佐地区病院組合設立(可部町、安古市町、佐東町、高陽町、祇園町で組織)。
	3月	病院開設許可。
	4月	可部町が広島市に合併。
	8月	祇園町が広島市に合併。
昭和48年 (1973年)	3月	安古市町、佐東町、高陽町が広島市に合併。
昭和55年 (1980年)	4月	広島市が政令指定都市へ移行。
	5月	旧広島市立安佐市民病院の開設(病床数190床)。
平成4年 (1992年)	5月	旧広島市立安佐市民病院北館の竣工(病床数527床)。
平成27年 (2015年)	9月	広島市が老朽化・狭隘化等により建て替える旧安佐市民病院の機能分化整備方針を決定。高度急性期医療を新病院(荒下地区)へ。日常的に高齢者等の地域住民が受診できる機能を現在地の北館に残置し、再整備する方針。
平成28年 (2016年)	8月	広島市が、北館に整備する病院の設置・運営主体を安佐医師会に要請。
平成29年 (2017年)	3月	安佐医師会臨時総会において、安佐市民病院の北館に整備する病院の運営受託を決定。 松井広島市長、影本広島市立病院機構理事長、吉川安佐医師会長の3者による病院の設置・運営に向けた合意書を締結。
平成30年 (2018年)	4月	安佐医師会内に安佐医師会病院開設準備室を設置(広島市からの派遣職員1名からスタート)。
	10月	第1回広島圏地域医療構想調整会議において広島医療圏北部地域における公立・公的病院再編計画を承認。
平成31年 (2019年)	2月	広島県地域医療構想・広島医療圏北部地域における効率・公的病院再編計画を厚生労働大臣が承認。
令和元年 (2019年)	4月	旧広島市立安佐市民病院内に機能分化推進室を設置(元安佐市民病院副看護部長の中林ほか2名からスタート)、安佐医師会病院開設準備室と協働し、地域包括ケア病棟、緩和ケア病棟の運営体制について検討を開始。
令和2年 (2020年)	3月	安佐医師会病院運営システム計画を策定。計画に沿って人員確保、各部門マニュアル、運用手順、医療機器・什器備品の設定などを進める。
令和3年 (2021年)	3月	広島市立病院機構において北館の改修工事に着工。広島市が改修工事費を負担(安佐医師会へは無償貸与。今後の建物の大規模修繕及び設備機器の保全も負担)。
令和4年 (2022年)	5月	広島市立病院機構が移転新築した北部医療センター安佐市民病院を開院。
	11月	安佐医師会理事会において、安佐医師会病院の院長に、北部医療センター安佐市民病院院長及び安佐医師会副会長の土手慶五を任命。総看護師長には、安佐医師会病院開設準備室参事であり、元安佐市民病院副看護部長の中林八千代を任命。
令和5年 (2023年)	3月	安佐医師会病院運営システム計画に沿って人員確保を進め、開院までに、医師5名、看護職67名ほか合計99名を確保。
	4月	松井広島市長、竹内広島市立病院機構理事長、辻安佐医師会長の3者による管理運営協定書を締結。 安佐医師会病院開設

安佐医師会病院 病院だより

あさがお 創刊号

画|企|別|特|

開院3周年を前に

安佐医師会病院はおかげさまで開院3周年を迎えようとしています。

開院まで、そして開院してから、働く私たちも様々な思いを胸に

この間を過ごしてきました。

その思い、そして将来に向けての思いを、各部署の代表者が

語ってくれましたので、ご紹介いたします。



旧広島市立安佐市民病院



工事中の安佐医師会病院



開院した安佐医師会病院

- | | | | | | | | | |
|---------|-------|------------|------------|-------|-------|------|--------|-----------|
| 9 | 8 | 7 | 6 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 看護部 | 管理栄養科 | リハビリテーション科 | リハビリテーション科 | 地域連携室 | 地域連携室 | 薬剤科 | 緩和ケア病棟 | 副院長・総看護師長 |
| ケアサポーター | 管理栄養士 | PT | OT | MSW | MSW | 薬剤師長 | 次長 | |

河野 恵美	杉原 里加	廣戸 菜摘	丸山 頼信	的場 敏子	小野 るみ	松崎 ちなつ	大野 公一	開 浩一	佐々木 恵子	中林 八千代
-------	-------	-------	-------	-------	-------	--------	-------	------	--------	--------



副院長・総看護師長
中林 八千代

人の確保からスタート

令和元年、私は安佐市民病院の定年退職と同時に院内に新たに設けられた病院機能分化推進室に次長として着任しました。主な仕事は、移転建替えを担当する安佐市民病院整備室、新病院を担当する安佐医師会開設準備室のメンバーと新病院整備に向けた様々な協議を医療者目線で行うことでした。

病院の大きな柱はそこで働く人々です。新たな病院を開設するには、看護師だけでなく全ての専門職を確保する事が大きな課題でした。まずは、私の同期や退職予定者から核となる師長候補5名に声を掛け、第二の人生を新たな病院づくりへと誘い込みました。その後は毎年、薬剤師、検査技師、管理栄養士、放射線技師、リハビリ技師と知り合いを頼りに就職を

安佐医師会病院開設準備と機能分化推進

お願いし、各職種が集まったのは開院2ヶ月前の令和5年2月でした。

とりわけ、看護師の確保は病院の成否を握る鍵ですが、地域内からの転職の懸念があるため一般公募は行わず広島市立病院機構へ転籍の募集をおこないました。各応募者と面談し機能分化後の病院の役割について説明するなどし、22名が転籍を決定してくれました。その他、看護学校に推薦をお願いし、新人4名を開院よりも1年早く採用し北部医療センター・安佐市民病院で研修を受けることにしました。最終的には看護師18名、新人看護師5名、新人准看護師3名を追加採用でき、なんとか開院に必要な人数を確保することができました。

入院から在宅までを時間軸で捉える

安佐医師会病院の特徴は、地域包括ケア病棟と緩和ケア病棟のみ、というところ。現在は救急指定を受けておらず、高度な検査・医療は

行えません。大きな目的は、急性期病院からのケア移行と退院後の生活を見据えた退院支援と在宅療養中の患者さんの受入れにあります。入院までの生活背景と入院目的、患者さん・ご家族の意思を確認・尊重しながら、退院に向けて何をしなければいけないかという一連を時間軸で把握し多職種で関わっています。そう言っても退院後の話になると「今は、まだ考えがおよびません」など、悩まれるご家族も多くおられます。医療、介護、生活支援などについて情報提供をしながら少しずつ意思決定を支援することで、患者さん・ご家族の最終着地点を見いだしていきます。あるご家族は、「こんな病院があったんですね。心強いです。」と安堵されていました。

切れ目のないケア移行

このような体制が開院当初からできていた訳ではありません。なんといつても、背景の違う職員の集まりですから同じ用語でも異なる受け止

め方をしたり、手順が以前の職場と違って戸惑ったりと様々な困難がありました。「こんなはずじゃなかった!」と感じた看護師も多かったと思います。私自身も予想していた患者像より現実はとても重いものでした。

開院して2年経過した頃には業務の流れも一通り固まり、多種多様な診療科からの紹介にも慣れ、少しずつですが退院支援に意識が向き始めています。土手病院長をはじめ医師たちは流石で早くに患者さんの物語を把握し、治療面や心理・社会面の説明と同時に今後の方向性の意思決定を促す話しをしています。高度急性期から回復期へ、そして在宅・施設へと地域完結型の医療へと機能分化が進んでいます。

始まったばかりの安佐医師会病院の取り組みではありますが、患者さんを生活者の視点で捉えて退院後に必要な援助を考え住み慣れた地域で暮らしていけるよう、病院と地域が一体となって切れ目のないケア移行が実現できるよう取り組んで参りたいと思います。



緩和ケア病棟師長
佐々木 恵子

まずは「緩和ケアとは」から

安佐医師会病院に緩和ケア病棟ができる！これまで安佐北区には緩和ケア病棟は無く、この一報を耳にした多くの方が喜びと期待感を持ったと思います。「緩和ケアに携わりたい」と希望して就職した看護師も多かったと聞いています。令和5年4月に向田副院長と私は、配属された看護師とお互いの自己紹介を兼ねて一人ずつの面接からスタートしました。看護師のキャリアは様々ですが、約半数が病棟経験も少なく医療用麻薬の使用経験なし、緩和ケア病棟経験者はゼロという状況でした。幸い緩和ケア病棟の患者受入は5月連休後でしたので、他病棟に応援に行きながら、緩和ケア認定看護師の伊藤主任看護師を中心に、まずは「緩和ケアとは」から全員で学習し

緩和ケア病棟開設までの道のり

ていきました。医療用麻薬については、模擬患者に模擬処方箋と手作りの模擬麻薬を取り扱いのトレーニングを行いました。初年度は地域包括ケア病棟として、その要件を満たしながら緩和ケア対象の患者さんを受け入れていきました。全員でゼロからスタートした事もありチームワークの良さは抜群で、新しい薬剤や処置を始めるときは一致団結していく姿は頼もしい限りです。

地域連携1年生

患者さんの8割は北部医療センター・安佐市民病院からの紹介ですが、各診療科から入院の相談があり、相談方法もまちまちでした。「どのような患者さんが対象ですか？」という問い合わせに対し、パンフレットや入院基準を提示してもなかなか理解が得られにくいため、現在一人一人相談を受けながら紹介していたくという形をとっています。連携について2ヶ月に1度、会議を持ち、軌道に乗ってきたかなと思う今

日この頃です。また、「家に帰りたい」と希望する患者さんを在宅医や訪問看護師さんやケアマネジャーさんと連携をとり、無事帰っていただけた患者さんも数名あります。患者さんに残された時間が少ない場合、スピーディーに対応して頂きとても感謝しています。

患者さんとご家族の思いに寄り添うこと

開設時の面接では「がん患者さんの様々な苦痛を緩和して穏やかな時間を過ごせるよう看護していききたい」という思いは皆共通していました。患者さんご家族の思いに寄り添い希望を叶えていくこと。その全てを叶えることはできない辛さがありますが、愛犬やお孫さんと会えて嬉しそうな表情や病棟内での夏祭りやクリスマス会、演奏会での家族団らん、の表情を伺うとこちらまで嬉しくなります。また、ご遺族にご家族との写真やメッセージカードを送付すると、感謝の言葉と近況が綴られた

お返事をいただくこともあり、明日への力となっています。

一歩ずつ、皆で安佐医師会病院緩和ケア病棟をつくりあげている毎日です。



ある日のひなたぼっこ



七夕まつり



薬剤師長
開 浩一

ポリファーマシーとは

ポリファーマシーとは、複数の薬を同時に服用している状態を指します。一般的には、6種類以上の薬を服用する場合を指し、特に高齢者や複数の慢性疾患を持つ患者さんに多く見られます。ポリファーマシーは薬の相互作用や副作用のリスクを高め、アドヒアランス（服薬の遵守度）の低下を引き起こすなど、医療・介護の現場で大きな問題となっています。そのため、定期的に薬の見直しを行い、不要な薬の削減や適切な薬物療法の調整を行うことが重要です。

ポリファーマシー改善への取り組み

〈定期的な薬剤レビュー〉

ポリファーマシーの改善には、

ポリファーマシーの現状、取り組みと今後について

患者さんの薬を定期的にチェックし、その必要性を評価する「薬剤レビュー」が重要です。薬剤レビューは、まず患者さんの服薬歴、サプリメント使用状況、アドヒアランスなどの情報を収集することから始まります。当院では、入院検討会議や入院日のカンファレンスを通して服薬内容を評価し、入院早期から薬剤レビューを開始しています。

〈処方適正化〉

患者さんに対して最適な薬物治療を提供するために、処方された薬の種類、投与量、投与方法などを評価し、必要に応じて見直しや調整を行うことが必要です。

薬剤科では患者さんの年齢、体重、腎機能や肝機能などを確認し、各薬剤のリスクとベネフィットを考慮して新たな薬物治療の提案を行っています。また、相互作用を確認し、不適切な組み合わせを避けるよう努めています。さらに、患者さんが指示通りに薬を服用できるよう、そのライフスタイルや嗜好に配慮し、服薬

が負担にならないように工夫しています。

〈多職種のチームで連携〉

当院では医師、薬剤師、看護師などチームとして連携し、患者さん一人ひとりの薬物療法を包括的に管理する体制を目指しています。患者さんの入院日にはカンファレンスを行い、専門職が互いに情報共有し、薬物療法が最適化されるように支援しています。

〈患者さんとのコミュニケーション強化〉

ポリファーマシー改善のためには、服薬の理由、副作用症状などを患者さんに理解していただき、正しく服用していただくことが大切です。専門用語を避け「わかりやすい言葉」で説明するとともに、患者さんが質問しやすい環境を作り、疑問や不安を解消できるように対応しています。加えて、過度に薬に依存することなく、食事や運動など生活習慣の改善を通じて病気を管理できるよう指導しています。

〈高齢者に特化したアプローチ〉

高齢者のポリファーマシー対策では、可能な限り処方される薬の種類を減らし、簡素な治療計画を立てて服薬の負担を軽減することを目標にしています。また、認知機能が低下している高齢者に対しては、薬の管理をご家族や介護者と連携して行います。

これから取り組むべきこと

〈フォームularyの活用〉

フォームularyは医療機関において医学的妥当性や経済性等を踏まえて作成された医薬品の使用指針で、安全な薬物治療を患者さんへ提供することを目的として策定されます。私たちはフォームularyを活用することが、必要最小限の薬で治療効果をあげ、「ポリファーマシーの改善」に繋がると考えています。今後、地域全体で使用されるフォームularyを作成していきたいと考えています。



地域連携室 次長
大野 公一

開院はしたが、ちんぷんかんぷん！

私は、これまで感染管理の専従者として院内感染対策一筋で活動していましたが、幸運にも（？）声をかけられ、安佐医師会病院で再スタートを切ることになりました。が…配属先は地域連携室で全くの未経験であり、ちんぷんかんぷんの私は失敗の連続で不安は増幅するばかりでした。そんな中、病院長（室長）、経験豊富な看護師をはじめ医療ソーシャルワーカー（MSW）、クラークなど多職種のスタッフからも多くのことを指導していただき、徐々に現実を受け入れ、前向きに取り組むことの重要性も実感していきま

した。地域連携室の役割は「病院と社会をつなぐ架け橋」、患者さん・ご家

新規入院患者

行き先に困った患者さん・ご家族の受け入れに向けて！

族を支えていくことであります。当院の受け入れは北部医療センターからの転院だけでなく、困っている地域のみなさまのために、下りの救急在宅・施設からのサブアキュートも積極的に取り組んでいます。

かかりつけ医だけでなく、ケアマネジャー、訪問看護師からの入院依頼の相談も多くあります。まずはお電話を頂ければ幸いです。患者紹介シート・紹介状は後ほど構います。

下りの救急も！

高度急性期病院に送る程ではない、または再入院などの場合は直接当院に紹介してもらいます。一度高度急性期病院で検査、診断してほしいといったご希望の方は北部医療センターに行っていたいただき、「この状態であれば安佐医師会病院に行きましょう。」と言われれば直ちに当院へケア移行します。北部医療センターの紹介時に「診断後は安佐医師会病院へ！」と言ってくだされれば、スムーズな流れとなります。

これが「下りの救急」ですので、是非、当院を活用して下さい。

退院支援に向けて頑張っています！

MSWは、退院調整に全力を注いでいます。地域包括ケア病棟は原則60日以内の入院期間です。その限られた入院期間内に介護申請、区分変更、家屋調査、福祉用具などのサービス導入、ケアマネジャー・訪問看護師・かかりつけ医との連絡調整など行い、ケア移行に向けて奔走しています。なかにはゴミ屋敷状態、虐待など退院困難事例も存在し、北部在宅医療・介護連携支援センターとも協力し取り組んでいます。

認知度アップが大切！

病院長は、新規入院患者の受け入れに向けて、クリニック・医院に向けてのWEB会議開催、地域の住民のみなさんに向けてのお寺・集会所など多くの講演、週1回の無料よ

ろ相談、高齢者施設との連携強化など、昼飯を食べる暇なく駆け回っています（マジ）。

まだまだ安佐医師会病院の知名度は低く、地域のみなさんに知って頂く努力が必要です。そのためには、顔の見える関係づくりで信頼関係を深めていくことが大切です。地域の医療機関、高齢者施設、地域包括支援センター、居宅介護支援事業所、訪問看護ステーションへの施設訪問や、広報などを行うことでコミュニケーションを図り、電話対応では忌憚のない情報交換を行いたいと思います。今後も「支える人」を「支える病院」となるよう努めてまいります。



地域連携室 MSW
松崎 ちなつ

地域連携室 MSW
小野 るみ

開院前の苦労話

現在、地域連携室の退院調整は、MSW 3名と退院支援看護師1名の合計4名で行っています。しかし、開院当初の退院調整は医療ソーシャルワーカー2名だけでした。（マジ？）しかも2名とも前職は、MSWの経験はなかったのです（ホント、マジ！）。

開院前には別の医療機関に短期研修に行って経験を積むことができました。『MSWとは？』から始まった私たちは、頼りになる先輩方に恵ま

高齢者の生活を地域で支える医療連携のあり方

れる的確なご指導を受けつつ、急性期病院の退院調整に日々戸惑いながらも（先生厳しかった！）、研修を終えることができました。

開院2ヶ月前からは病院開設準備室に所属し、実務に向けての準備を進めることになりました。実際に開院してからの業務を想定し、細かく業務内容を書き出し、それらのマニュアルや資料を作成しました。経験不足による不安もあり、日に日に開院日が迫る中プレッシャーと焦りばかりが募っていました。そんな状況で私たちは、「円滑にやろう！」ではなく「この病院に入院して良かった、何かあった時にまた相談しよう、大事な人に勧めたい病院だった」と思ってもらえるように患者さんやご家族と関わろう！と、決めたのです。

退院支援に向けて頑張っています！

開院して感じたのは、入院までの生活背景と入院目的を明確にすることの難しさです。ゴミ屋敷状態・ア

ルコール依存症・精神疾患・生活保護・身寄りがいない・虐待・DV等の問題を抱えた患者さんに、どう支援をして良いか悩みました。その都度、医師・看護師・セラピスト・薬剤師・管理栄養士等と相談しながら、開院から現在まで過ごすことができました。今では、相談先も分からず途方に暮れた日々を懐かしく感じます。

退院調整に欠かせないのは、介護保険ならぬ自立保険（土手病院長作）です。患者さん本人が、住み慣れた地域で自分らしく過ごすためには介護されるのではなく、自立することが大事です。それにはどうするか？ かかりつけ医・ケアマネ・訪問看護・訪問介護・通所介護等が連携して、患者さんの在宅生活、すなわち自立を全力でサポートします！

嬉しかったこと

第1位…退院された患者さんのその後の元気な生活の様子を知ることができた時！

↓患者さん・ご家族からだけでは

なく、ケアマネさんや訪問看護のみなさんからも退院後の元気な様子をお聞きすることがあります。そういった患者さんの退院後生活を知れることは私達の大きな励みになります。

第2位…顔の見える関係が築けた時！ 土手病院長が日々言われている「顔が見える関係！」の大切さを痛感しました。（これは本当）

↓ケアマネさんや訪問看護のみなさんに支えられ、いつも助けていただいています。在宅ケアチームのみなさんは私達にとってスーパーヒーローです。

リハビリテーション科 技師長
的場 敏子

入院患者を対象とした自宅生活の現状と家屋訪問調査の必要性

患者さんの生活環境も含め、自宅生活は多岐にわたっています。

田舎に住んでいる方、町に住んでいる方、マンション、戸建て、玄関までの階段など、居住環境によっても、かなりの差があります。特に安佐北区にある当院の患者さんを担当していると思ういます。「家の前の道って弯曲してる」（汗）「坂道エグ」（急すぎる！）

セラピストが実際に現場に行き、患者さんと一緒に動いてみることで、ご家族と一緒に動きの確認をするのが大事です。患者さんの多くは家の中に入るまでも大変なことが多いのも実情ですが、自宅生活を考慮した退院支援を行うことで、「入院中には出来たのに家では出来ない」と

家屋訪問調査をとおした生活支援の取り組み

いうことがなく、安心して「家に帰る」ことができるようになります。

患者さん自身の意識とセラピスト目線の違い

患者さん自身やご家族は元気な時をイメージされている方が多くおられます。しかし実際は病気や怪我などによって体力が落ちたり、足が上がらなくなったりと以前と同じ様に体を動かすことが難しい事があります。例えば、階段を上がれない場合、セラピストは身体機能を考慮しながら、手すりの設置を提案したり、どちらの足から上がると良いか、または横向きなら上がることができるのではないかなど、適切な方法を提案できます。住宅環境の中で動いてみたり、動作を変更して行ってみたり、福祉用具を導入してみると出来なかったことが可能になることも多くあります。（図1）

家屋訪問調査で得られた情報をもとにした取り組みや工夫

家屋訪問調査で得られた情報によって、リハビリ練習に早速活かしていくことができます。動作練習や運動はもちろんですが、自宅内は狭く通常の車椅子では難しい事が解ければ、小回りのきく車椅子を依頼し、乗車練習も可能になります。ご家族の介助指導が必要ならば、実際にご家族とともに練習もできます。

実際に自宅を想定して動く練習をする、セラピストもイメージがわきやすく、練習も自然に熱が入ります（知らないからと熱が入らないわけではありません）。患者さんご家族とも問題点が共有しやすく、目的意識がより具体化します。

実際の高さに合わせた床上動作の練習を行ったり、坂道を上がる練習を行ったり、階段20段を上がる練習をしたり、浴槽がまたげるかなど具体的に練習できます。細かいことですが、敷物やこたつの布団などの撤

去が患者さんの転倒予防のために大切だった事もあります。

これからの展望とセラピストの役割は

現在は月3回程度の件数で、家屋訪問調査を実施しています。今後はさらに自宅退院に向けて家屋訪問・評価を行っていくと考えています。昨年よりも移動しやすい環境が整い、比較的フットワークが軽くなりつつあります。そして実際に患者さんが退院されてからの生活状況をお聞きし、参考にできればと考えています。



図1 実際に浴槽に入る練習をしながら、必要な福祉用具の検討と入り方の指導をしています。



リハビリテーション科 OT リハビリテーション科 PT
丸山 頼信 廣戸 菜摘

入院患者の特徴と転倒転落発生状況

当院のリハビリテーション科は、PT 6名、OT 4名、ST 2名のセラピストが常勤して、疾患別リハビリテーションや集団リハビリテーションにも力を入れています。

しかし、当院の地域包括ケア病棟の入院患者は、70歳以上の高齢者で複合疾患を抱えていることが多く、入院中に「大きな問題」が生じることも少なくないのが現状です。

その「大きな問題」の一つが転倒

入院生活において転倒・転落の現状 その予防と工夫、取り組みについて

転落です。転倒転落により骨折や脳挫傷などを生じるとADLはさらに低下し、入院期間が伸びることがあります。令和6年の4月～9月までの転倒転落の発生件数は66件、全入院患者における転倒転落率は0・5%でした。リハビリテーション科では入院時に、①年齢、②Barthel Index、③認知機能（HDS-R）を評価して転倒転落防止のための環境設定を行います。各項目別にみた発生件数は図のとおりです。（図1～3）

転倒転落防止への取り組み

入院時のリスク評価に加え、入院後も継続して対策を講じます。転倒

転落の発生要因は「内的要因・外的

要因・行動要因」

の3つに分類されます。当院では多

職種カンファレンスで3大要因を細

分化してリスク

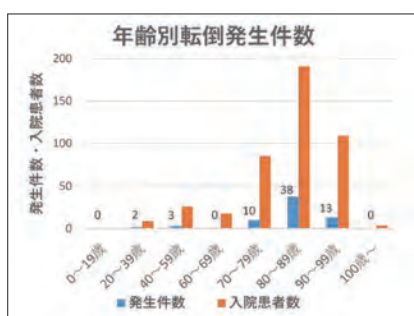


図1



図2



図3



図4

を抽出し、転倒転落を未然に防ぐように努めています。特にADLが向上し活動範囲が拡大するタイミングで転倒転落が増加する傾向にあります。万が一、転倒転落が起きた際には、多職種でカンファレンスを行い転倒転落が起こった原因を分析して再度環境設定を行っています。また、患者さん自身の転倒転落防止への意識づけとして「病棟掲示板」を活用した啓発も行っています。（図4）

地域包括ケア病棟での初年度転倒転落率は0・77%ですが、今年度は0・50%と減少傾向にあります。カンファレンスや勉強会を行うことでスタッフの知識や意識が向上し、

様々な状況に応じた対応が可能となってきました。

転倒転落防止へ向けてセラピストの役割は

入院患者の在宅復帰のためにはADLの向上が必須です。しかし、活動範囲が拡大すると転倒転落のリスクが増加します。そのため、セラピストはリハビリを通して患者さんの動作レベルの変化にいち早く気づく必要があります。些細な変化でも多職種と密に情報共有を行い、未然に転倒転落を防ぐことが重要な役割であると考えています。

入院患者の栄養状態

当院では、フレイルの進行・ADLの低下でそのまま自宅へ帰ることが難しい方、環境調整（独居・室内環境調整・介護サービスの導入の検討等）が必要といった患者さんが入院されることが多いです。患者さんの中には、食欲不振や嚥下機能の低下・疾患等の理由から食事が進まず、結果として低栄養・ADL低下に繋がってしまうケースもあります。

高齢者における栄養管理とフレイル、サルコペニアの関係

加齢と共に体力低下、嚥下機能低下、食事量低下等がきっかけで、フレイル、サルコペニアが進み栄養不良へと繋がります。

その背景には、認知機能の低下や



管理栄養科 杉原 里加
管理栄養士

高齢者の自宅生活に向けて栄養評価と改善

食べる意欲の低下、寝たきり、口腔機能の衰えなど様々な要因があります。口腔機能や嚥下機能の低下により、食べたいものが食べられなくなり目で見える楽しみが欠けていきまします。そのため口から食べることの重要性を理解してもらい、自発的に食べてもらえるような工夫も必要となります。

管理栄養士からのアプローチ

まずは口から食べて栄養をつけてもらうことです。毎日の食事は、食べる事の楽しみや生きがいにつながし



ハロウィン

ます。食欲不振の方には付加食・種類の提供等食事に合わせて食事調整を行い、食べられる物を食べてもらう工夫をしています。また郷土料理や行事食、誕生日のお楽しみ、B級グルメなどで食事に変化をもたせて飽きない工夫もしています。

課題としては、病院で食べていた食事を家に帰ってから食べることもできるのか、指導した調理方法を実行してもらえるのか等、家に帰った時の生活目線も考慮して伝えていくことの難しさがあります。

栄養管理の視点からこれから取り組むべきこと

退院後に始まる在宅生活や施設での生活にあたって一人ひとりの生活に向けた調整が必要です。医師・看護師・リハビリ・ソーシャルワーカーなど多職種と協同して、患者さんのご家族向けの調理指導やその人にあった食事を継続して出来るように考えていきたいです。患者さんのご家族には、それらの情報を提供で

きるパンフレットの作成や介護にあわせた食事や調理方法の紹介も行っていきたいと思っています。



B級グルメ（冷やし中華）



ひな祭り



看護部 ケアサポーター
河野 恵美

3人からスタート。今では6人に！

当院では看護補助者のことをケアサポーター、通称ケアサポと呼んでいます。

開院当初、4階病棟ではケアサポは3人でした。当時は夜勤に入らず日勤だけ。患者さんも少なくそれほど業務も忙しくありませんでしたが、仕事の分担が曖昧だったため、皆、手探り状態で日々こなしていました。それが今では要介助者も含めて患者さんは増えて、毎日業務マックス状態。ケアサポも6人に増えたものの時間に追われる日々ですが、みんなが働きやすい環境にするために意見を出し合いながら奮闘しています。

入院患者を支えるケアサポーターの現状

患者さんの介助での苦慮

当院の基本方針では「お家へ帰る病院」と言われていたのでそんなに重たい患者さんは来ないと思っていました。しかし、蓋を開けてみれば多くの患者さんは認知症があつたりADLが低いため、移動・移乗する際には介助が必要です。自立して動ける患者さんでも見守りが必要で目が離せません。会話が成り立たない事もあり戸惑うこともあります。そんな患者さんのお世話で自分の体を痛めることや落ち込んだりすることもあります。

私達は一日に多くて15人前後の患者さんの入浴介助を1〜2人でこなしています。入浴介助の患者さんが多い時には、1人にあまり時間をかけられないので手際よくスピーディーに行わなければいけません。患者さんに少しでも自立してもらうように促しながら、できることは自分でしてもらい、できないところはお手伝いし、毎回汗びっしょり

になっています。ハプニングもつきもので、患者さん自身が浴びているシャワーを思いっ切りかぶったこともあります。意外に体力のいる仕事です。

認知症や転倒リスクのある患者さんには加圧センサー類を使用しています。ベッドの柵を握ることでセンサーが反応してナースコールが鳴り、駆けつけると、「どうしたの?」という顔で患者さんに見られます。未然に転倒を防ぐためではあるけれど、認知症やリスクのある患者さんが多いと必然的にナースコールは鳴りっ放しで止むことはありません。病棟をいつも小走りで、もしくはその部屋から離れられない状態です。

以前、夜になるとなぜか元気になり、車椅子に乗って真夜中の病棟何周もグルグル回る患者さんがおられました。消灯時間もとくに過ぎており病棟は真っ暗です。でも、そんな事はお構いなしに自分で車椅子をこいだり手すりを伝って進んでみたり、真っ暗な病棟を何周も散歩。帰りたい思いが強かったのかもしれない。

ケアサポの仕事

ケアサポは看護師の指示を受けて業務を行っています。入浴介助、食事介助、排泄介助など患者さんの身体に触れることも多く、ケアの研修や実践指導を受けながら安全に介助を行うことを大切にしています。

開院して3年、大変な事は日々色々ありますが、患者さんの「ありがとう」の言葉に、そして元気になっていける姿にいつも癒されています。これからも初心を忘れずみんなで力を合わせて頑張っていきたいと思っています。

安佐医師会病院 2年間の思い出

開院より3年を迎える安佐医師会病院では、患者さんや地域とつながる様々なイベントを行ってまいりました。その一部をご紹介します。



2023年3月 安佐医師会病院 開院式典

多くの来賓の皆さまから祝辞をいただき、地域包括ケアシステムを支える病院として歩を進める決意を新たにしました。



2024年4月 病院研修会

開院して1年目、各職種が一堂に会して、医療制度や病院の役目など再認識も含めた病院長の講演を受けました。



2024年5月 太極拳教室

地域のみなさまがより健康に過ごせるよう、定期的に太極拳教室等の健康イベントを開催しています。



2024年4月 ワールドカフェ

「風通しのよい職場創り」をテーマに、CarpやSANFRECCIEのユニフォームを着てリラックスした雰囲気の中で話し合いを行いました。



2024年3月 医療機能評価認定

病院開設前から初年度中の認定を目標に一丸となって受審準備を進め、無事認定を受けました(3月8日付)。



2025年2月 軒先パン屋「PESCA」さん

毎月2回、おいしい手作りパンを届けていただいています。職員のお昼に、明日の朝食にと大好評です。一般の方も買い求められます。



2024年8月 6階病棟 夏祭り

半被姿の看護師が、かき氷、金魚すくい、太鼓など用意して、入院という非日常を忘れて楽しんでいただけるよう夏祭りを開催しました。

編集後記

広報委員会では、この度病院だより(あさがお)を発行していくこととなりました。「あさがお」を通して、読んでいただく皆様に、安佐医師会病院の役割・活動などを広く知っていただきたく思っております。当院は一般病床がなく、地域包括ケア病棟と緩和ケア病棟のみで運営している今までにない病院です。また、職員も病院開設の経験がなかったため、職員同士の連携、備品一つにとってもゼロからのスタートでした。そのため、開院前や、開院してから軌道に乗せるまでのこの2年間で、多くの苦労がありました。今回の創刊号では、安佐医師会病院という新しい病院ができ、始動するまでの職員の苦労話に焦点を当て、生の声をまとめております。

次回以降も安佐医師会病院の取り組みや、安佐地区の地域の情報などを発信していきたいと思っています。

取材や原稿作成にご協力いただきました皆様には、紙面をお借りして心より感謝申し上げます。

安佐医師会病院 広報委員会
三浦友美子・鬼村みづき

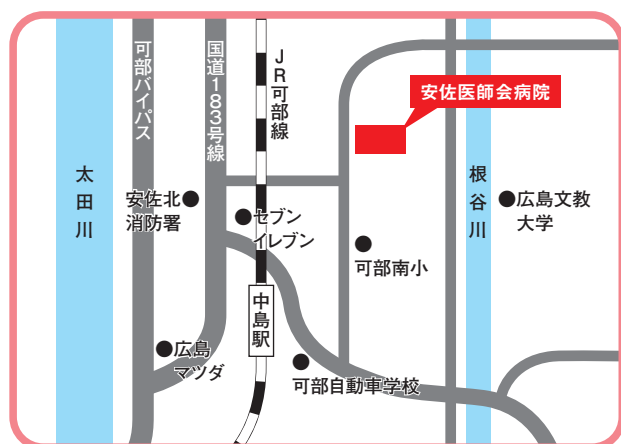
安佐医師会病院

〒731-0223

広島市安佐北区可部南二丁目 1 - 38

TEL 082 - 555 - 2700

Email info@asaishikai-hosp.jp



安佐医師会病院 病院だより あさがお

発行 | 2025 (令和7) 年3月20日

発行人 | 安佐医師会病院 病院長 土手 慶五

編集 | 安佐医師会病院 広報委員会

<https://asaishikai-hosp.jp/>

