

**FREE
無料**

ご自由に
お持ち帰り下さい。

**特別
編集号**

広報誌スマイル

Smile

Vol. 28

March
2019

医療法人錦秀会 阪和第二泉北病院

<http://www.kinshukai.or.jp/kinshukai/hanwadaini/>



地域包括ケアシステムの 構築に向けた当院の 取り組みについて



広報誌マスコットキャラクター

目 次

目次／病院の概要	P2
ご挨拶	P3
地域医療における療養型病院の位置づけ	P4-5
地域連携クリカルパスについて	P6-7
チーム医療取組紹介ページ①～④	P8-11
地域包括ケア病棟を開設しました	P12-13
認知症への取り組み	P14-15
「パーキンソン病」の短期集中リハビリ入院がはじまりました	P16-17
当院の連携支援体制について	P18-19

病院の概要

名 称	医療法人錦秀会阪和第二泉北病院
所 在 地	大阪府堺市中区深井北町 3176 番地
理 事 長	藪本 雅 巳
院 長	守口 篤
診療科目	内科、外科、整形外科、リハビリテーション科、放射線診断科 眼科、麻酔科、歯科口腔外科
病 床 数	医療療養病棟 15 病棟 734 床 地域包括ケア病棟 1 病棟 55 床 一般病棟（15：1） 1 病棟 39 床 緩和ケア病棟 1 病棟 21 床 障害者施設（13：1）2 病棟 120 床 合 計 20 病棟 969
特 徴	5つの入院機能と3つの専門診療機能 <ul style="list-style-type: none">●多彩な入院機能を有し、様々な病態に対応した医療サービスを提供<ul style="list-style-type: none">1. 慢性期医療とケア及び維持期リハビリテーションを提供する「療養病棟」2. 地域から急患や幅広い疾患を受け入れ、早期に在宅復帰に向けたリハビリと看護計画を提供する「地域包括ケア病棟」3. 関節の痛みや変形に対する人工関節置換術を用いた専門医療を提供する「一般病棟」4. 「がん」の末期における疼痛コントロールとケアを提供する「緩和ケア病棟」5. 重度の肢体不自由や難病の方の看護とケアを中心とした長期療養を提供する「障害者施設」●専門診療機能<ul style="list-style-type: none">1. PET センター機能2. 健診センター機能3. 人工関節センター機能
主な医療機器	CT 撮影装置、MRI 撮影装置 PET/CT 撮影装置 スペクト撮影装置 サイクロトロン 一般撮影装置、超音波診断装置、骨塩分析装置
建 物	A 棟、B 棟、C 棟、阪和インテリジェント医療センター（専門診療棟） 研修センター、第一陵南保育所、第二陵南保育所 寮（グリーンエイジ）

ご挨拶

医療法人錦秀会「阪和第二泉北病院」は昭和55年11月の開院以来、四半世紀にわたって地域の高齢患者様に対する医療・福祉サービスを継続して行ってまいりました。この間、医療保険制度の改革や介護保険制度の開始などさまざまな医療福祉政策の変遷がありましたが、常に質の高い高齢者医療をめざし職員一同努力してまいりました。現在、日本医療機能評価機構の認定を受け、更新を続けています。

一般病床（214床）、緩和ケア（ホスピス）病床（21床）、医療型療養病床（734床）、職員数900名以上を有する大規模なケアミックス型の病院として、今後も地域の医療機関、介護施設等と密接な連携を取りながらご高齢の患者様ならびにご家族の皆様のご信頼にたる病院づくりを心がけていきたいと思っております。

併設の阪和インテリジェント医療センター（HIMC）ではPETによるがん健診受診者数も毎月約500名近くになりました。今後も最新鋭の診断装置を利用して「がん」の早期発見、診断を行い、皆様のご健康増進のお手伝いをさせて頂く所存です。さらに人工関節センターでは質の高い診療、手術、リハビリテーションを皆様に提供させていただいています。

予防医学、急性期治療、慢性期療養、終末期医療と幅広い分野で、「やさしく生命（いのち）を守る」という法人理念の実践を心がけてまいりますので、これからもどうかみなさまの暖かいご支援をよろしくお願い申し上げます。

院長 守口 篤





医療福祉相談室スタッフ

地域医療における療養型病院の位置づけ

医療福祉相談室 中辻 めぐみ

その中で提起されていた問題として、高齢者の救急要請に対し搬送先の確保が難しいということがあげられていました。

要介護状態の患者様の発熱や摂食不良による衰弱、転倒打撲や腰痛などでの体動困難、介護者がいないことが要因となっている頻繁な救急要請といった症例は必ずしも急性期病院で入院加療を要す病態ではなく、救急隊が受け入れ先確保に困るということでした。

また、受け入れ先である救急病院もこのような患者が増えると救急用の病床が不足したり入院が長期化したり、外来治療のみで帰っていただくことができずにお困りになるそうです。

当院では数年前からこのような患者様を急性期病院の外来から転送で受け入れる院内システムをつくり積極的に受け入れてい

また、高齢者施設の入所者や近隣にお住まいの高齢者が救急要請をされた場合に直接救急隊からの依頼でお受け入れしているケースも増えてきています。

こうした患者様を療養型病院が積極的に受け入れることで、重篤な患者が速やかに救急病院で治療を受けられる地域医療の体制づくりにご協力できればと考えています。

実際、要介護状態でヘルパーの介護のみを受けて生活しておられた要介護高齢者で、ベッドからの転落や気分不良への不安から頻繁に救急要請するため、救急隊から生活保護担当者やケアマネージャーに苦情が入るといった状況の患者様を転送で受け入れた事例があります。

この方については入院期間をゆつくりとれる当院でリハビリをすることで転倒リスクを減らし、その間に関係機関や病棟スタッフが何度も面接・協議を重ね、在宅サービス利用を説得、自宅内の環境整備を行ったうえで退院していただくことで、次に食思不振で外来から再入院されるまでの数か月間、救急車を呼ぶことなくお過ごしになれたそうです。

在宅退院へのかかわり

診療報酬上も求められているとおり、在宅退院へのかかわりも療養型病院の大きな役割の一つです。

地域の救急医療への貢献

地域の中で当院が今後どのような役割を果たしていくべきかという課題について述べさせていただきます。

現在当院の療養病棟では（表1）のような病態の患者様を中心に入院していただいております。こうした患者様をお引き受けすることで地域医療の中で当院が担える役割について、療養型病院に求められる機能という点もふまえ、考えてみました。

まず地域の救急医療に対し当院がどのようにかかわれるかという点です。

平成28年、医師会主催の『堺市における在宅医療ネットワーク講演会』が「地域包括ケア時代の救急医療のあり方」というテーマで開催されました。

表1

阪和第二泉北病院の受け入れ患者

- ◎高齢者で肺炎、尿路感染その他疾患の急性発症に対する治療が必要な患者
- ◎急性期治療終了後のリハビリテーションが必要な患者
- ◎自宅や施設で対応困難な医療的処置が必要な患者
- ◎介護やリハビリテーションを要する難病患者
- ◎緩和ケアを必要とする患者
- ◎ターミナルケア（看取り）の対象患者

表2

阪和第二泉北病院への受け入れルート

- ◎かかりつけ医→急性期病院（入院）→
阪和第二泉北病院へ転院
- ◎かかりつけ医→急性期病院（外来）→
阪和第二泉北病院へ転送
- ◎救急→急性期病院（入院）→阪和第二泉北病院へ転院
- ◎救急→急性期病院（外来）→阪和第二泉北病院へ転送



今後の課題（地域からの直接受け入れ）

- ◎かかりつけ医→阪和第二泉北病院（入院）
- ◎かかりつけ医→阪和第二泉北病院（外来）→急性期病院
- ◎救急→阪和第二泉北病院（入院）
- ◎救急→阪和第二泉北病院（外来）→急性期病院

回復期リハビリ病棟での1日3時間のリハビリは耐久性が低く辛い、認知症があつて指示が通りにくい、といった高齢者の方であっても、療養型病院では患者のペースに合わせゆつくりと目標の状態に近づくようリハビリをしていたことができず。

また、重症度の高い方ほど在宅介護に対する家族の気持ちが固まるのに時間がかかったり家族自身が介護の練習をする必要があつたり、サービス調整に要する期間が長くなったり、場合によっては新たな生活の場を探したりと退院までの準備に時間がかかります。退院までに何度もカンファレンスを開催し、そのたびに患者様の状態や目標が変わるといったケースもありますが、時間がかかっても退院を諦めずにかかわっていくことが療養型だからこそできるのではないかと考えます。

実際、急性期病院から転送で来られた誤嚥性肺炎の患者様でなかなか炎症が鎮静化せず発熱を繰り返し食事のままならない状態でしたが、本人が強く退院を希望しておられた方がいらつしやいました。

家族は自宅への退院について意見が2転3転し、そのたびにケアマネジャーと連絡を取り最終的に往診・訪問看護・訪問介護・訪問入浴・福祉タクシーなど利用するサービス機関がすべて決定するまでお待ちしたうえで家族にも十分にリスクを説明し、退院された事例がありました。療養型病院で話し合いやサービス調整の時間を十分にとれたため安全に退院できた事例ではないかと思えます。

時々入院、ほぼ在宅

次に、在宅生活を維持して行く為に療養型病院が担える役割について考えてみたいと思

います。

地域包括ケアシステムにおける厚生労働省のキーワードに「時々入院、ほぼ在宅」というものがあります。

どうすれば「ほぼ在宅」を実現できるのか考えた際に、先ほど述べさせていただいたように退院時に入念なサービス調整をして再入院とならないよう支援体制を整えることはもちろん重要ですが、それだけでなく、「厚生労働省の意図とは少し違うかもしれませんが」「退院できなくなるほど悪くなる前に入院して治療する」という方法があるのではないかと思います。

特にともとも重度の介護状態の方や在宅医療を必要とする患者様は、重症化すると回復が難しくなったり、入院が長引いてしまうことが多いと思います。誤嚥性肺炎を起こす前に摂食機能の低下が見られた段階で入院して検査やリハビリを受ける、予備力のない方が発熱したら重症化する前に入院加療を行う、褥瘡が発生したら治療に時間がかかるほど深くなる前に入院して処置とケアを受けるなど、早期に対応することで結果的に入院期間も短くなり、ほぼ在宅が維持できるといえるケースがあるのではないかと思えます。このような目的での入院に柔軟に対応できるのも療養型病院だからではないでしょうか。

また、当院が障害者施設等一般病棟(C1病棟)で計画しているパーキンソン病患者様のリハビリ入院も「ほぼ在宅」へ貢献できる取り組みだと考えます。実はすでにパーキンソン病患者様で家族の介護が受けられない期間に合わせてこの数年に何度か入院している方がいらつしやいます。徐々に症状が進行していることは否めませんが、入院のたびにリハビリを受けていただき、少しでも回復して

帰っていただくことで在宅生活の維持のお役に立っているのではないかと考えます。

ターミナルケアへの支援

最後にターミナルケアにおいて療養型病院ができることを述べさせていただきますと思います。

高齢者の終末期については患者様やご家族の要望はさまざまであると思います。できることなら家で看取りたいがいつまで介護が続くかわからない状況で家族が疲れてしまう、医療的な処置が必要になるにつれ家族の不安が募り自信をなくしてしまうといったケースでは、療養型病院でレスパイトケアを引き受けたり、入院中に看護師が常にいる状況の中で介護の方法や経管栄養の扱い、吸引などを練習していただき、自信をもって在宅での看取りに臨んでいただくといったかわりができるのではないかと思います。

また、できるだけ長期間家で過ごしたいけれど最期を家で迎えるのはこわい、患者が苦しそうになったら入院させてほしい、といった場合に、看取りの目的で入院をお受け入れできるのも療養型病院であり、こうした多様な状況や価値観へも療養型病院の役割として対応できればと考えます。

地域からの直接受け入れ強化

ご紹介したような病態の高齢者について、今までは(表2)のようなルートで入院患者様をご紹介いただくことが多かったのですが、今後は在宅の先生方や救急隊からの依頼で直接受け入れることができれば、より地域の中で療養型病院として求められる役割を

果たせるのではないかと考えます。そうなることと当院が直接受け入れた患者様について診察の結果、侵襲性のある検査や濃厚な治療が必要な患者様については急性期の病院へご紹介するという事例も増える可能性があり、病院内でも機能分担や連携がより重要になってくると思われます。

ただ、このような役割を地域の中で果たしていくに当たっては当院もまだまだ多くの課題を抱えています。

療養型病院であっても今以上に治療の機能を強化していくことは最も大きな課題ですが、そもそも療養型病院ではどんなことができるのかということがあまり知られていないように感じられます。

地域の中で在宅医療に携わる方々はもちろん、介護事業にかかわる方、地域住民の方にも療養型病院の機能をお伝えしていく努力が必要だと感じております。

私たち医療福祉相談室と錦秀会福祉部は、月曜日～土曜日の日勤帯にご入院の相談だけではなく、ちょっとしたお問い合わせや、質問、見学等にも対応しておりますのでお気軽にご連絡下さい。



入院相談は
錦秀会福祉部
TEL.0120-787-500

地域連携クリニカルパスについて



1 クリニカルパスとは

クリニカルパスとは、ある病気の検査や治療について標準化されたスケジュールを表にまとめたものです。クリニカルパスにはその疾患について医療チームが共同で実践する治療検査・看護・処置・指導などの内容や患者様が達成する目標(どのような状態になれば退院できるか)が、時間軸に沿ってまとめられています。

医療者はクリニカルパスを使用することでそれぞれの疾患について最も有効で効率的な治療を実践し、早期退院を実現することが可能となります。治療内容が標準化されることは医療の質を保つことにつながります。また、多職種の連携において、医師や看護師だけでなく検査部門や薬剤師、栄養士、リハビリスタッフ、ソーシャルワーカーがそれぞれいづつのようなことを行うのが明確になり、円滑に医療サービスを提供することができます。患者様にとっては入院から退院までの間に受ける検査や治療、リハビリの流れがわかりやすくなります。治療内容を理解することでより主体的に治療

やりハビリに取り組んだり、病院スタッフとのコミュニケーションがとりやすくなるというメリットが考えられます。

2 地域連携クリニカルパスとは

このようなクリニカルパスを、患者様が入院する複数の医療機関で共有しているものが地域連携クリニカルパス以下、連携パスです。

現在の日本の医療制度では急性期治療を行う病院や自宅退院を目標してリハビリを提供する病院など、それぞれの病院が違う機能を持って地域の中に存在します。患者様が発症から自宅退院までに複数の病院を経由することも珍しくありません。連携パスには患者様が自宅に帰るまでに診療にあたる複数の医療機関の役割やそれぞれの病院で受ける診療の内容や計画が明確に示されています。

連携パスを用いることによって患者様は転院先を探る負担を軽減することができたり、自宅に帰るまでの期間や目標とする状態を理解しやすくなります。医療機関としては患者様の情報を共有しやすくなり、転院後も早期

に目標に向けた治療やりハビリに取り組むことができます。

連携パスは今後、複数の医療機関がバラバラに患者様に医療を提供するのではなく、協働で地域の患者様を支えていくためのツールとして重要な役割を担うと考えられます。

3 堺市医師会が作成している連携パス

市医師会では地域連携パスを通じて、患者様と各医療機関そして介護施設が協力することで、堺市の医療の質が向上することを目指しています。現在、堺市医師会では左記の疾患について連携パスが運用されています。

連携パスが運用されている疾患

- ・ 大腿骨頸部骨折 ・ 大腸がん ・ 脳血管障害
- ・ 胃がん ・ 内視鏡的治療後フォローアップ
- ・ C型肝炎 ・ 慢性肝疾患 ・ 肺がん
- ・ 術後フォローアップ ・ 糖尿病 ・ 前立腺がん
- ・ 循環器 ・ 肝がん ・ 乳がん ・ 在宅緩和ケア
- ・ COPD(慢性閉塞性肺疾患)

※各種パスの詳細は堺市医師会ホームページで見ることができます。

項目	担当	備考
1	医師	
2	看護師	
3	薬剤師	
4	理学療法士	
5	作業療法士	
6	言語聴覚士	
7	臨床検査技師	
8	放射線技師	
9	臨床工学技師	
10	臨床栄養士	
11	臨床社会福祉士	
12	臨床心理士	
13	臨床発達心理士	
14	臨床音楽療法士	
15	臨床ダンス療法士	
16	臨床絵画療法士	
17	臨床書道療法士	
18	臨床陶芸療法士	
19	臨床木工療法士	
20	臨床鍼灸師	
21	臨床柔道整復師	
22	臨床マッサージ師	
23	臨床鍼灸灸師	
24	臨床あん摩マッサージ指圧師	
25	臨床はり灸師	
26	臨床あん摩灸師	
27	臨床あん摩指圧師	
28	臨床あん摩指圧師	
29	臨床あん摩指圧師	
30	臨床あん摩指圧師	

4 当院で運用している 地域連携パス

当院では現在近隣急性期病院と以下の地域連携パスを運用しています。

・誤嚥性肺炎パス（ベルランド総合病院、堺市立総合医療センター）

・心不全パス（ベルランド総合病院）

・尿路感染パス（ベルランド総合病院）

・庄迫骨折パス（ベルランド総合病院）

上記の疾患はいずれも高齢の方が多い疾患で、点滴治療や安静な



どで比較的早期に病状は安定するもの、その後のリハビリや病状管理のために入院継続が必要になることが多くあります。それぞれのパスにおいては初期の検査や治療を連携先病院で行い、その治療の継続が有効であると判断された時点で転院していただき、同じ治療の継続とリハビリを当院で行う流れになっています。

例えば誤嚥性肺炎パスでは急性期病院に入院してすぐに診断のための検査が行われ、抗生剤治療が開始されます。使用している抗生剤が有効であることを確認した上で入院4～5日で転院となります。当院では同じ抗生剤の点滴を継続しながら嚥下機能を評価し、摂食に対するリハビリや、安静加療中に低下した動作能力回復のためのリハビリを行います。

患者様にとっては急性期病院で病気の診断を受け、治療方針が立てられることは安心なことだと思います。当院転院後は自宅や施設での生活がしやすい状態になるまで十分なリハビリ

を提供させていただき、退院前にはケアマネージャーやサービス事業者、施設職員の方とカンファレンスを開催し、準備を整えた上で安全に生活の場にお戻りいただくことができます。

連携先病院はいつでも地域の救急医療において重要な役割を担っている病院ですので、救急受け入れにあたり常に病床を確保しておく必要があります。当院のような療養型病院での対応が可能な患者様に早期に転院していただけるということで、連携パスは地域の救急医療にも貢献していると言えるのではないのでしょうか。

5 今後の展望

当院は各種パス作成後も、患者様に安心な医療を提供していけるよう各病院との会議を継続し、より精度の高いパスになるよう改定を重ねています。患者様自身が治療の内容を理解し、目標が持てるよう、患者様にお渡しするためのわかりやすいパス書式も作成していきます。

今後も地域連携パスを用いて地域完結型医療の一部を担っていただけるよう取り組んでいきたいと考えます。

パスを運用して ～スタッフの声～

パスを使用して患者様にとってよかったと思うことは？



中村 副院長

「自分がどんな治療を受けるのか、入院して5日後にはどうなるのか。どこの病院に行くのか。退院はいつか...」など明確に診療の道筋ができるので、患者様・家族様ともに病気の状態や診療計画を把握し、安心して治療を受けていただくことができます。急性期～慢性期の連携を行うことで、各医療機関の役割や分担が明確になり、専門的な治療（急性期は急性の疾患の治療、慢性期はリハビリ）を滞りなく受けていただいております。

また、地域連携パスを逸脱し、在宅療養が難しくなった患者様でも、当院では療養病床があるため無理に退院を進める必要はなく、地域の適切な介護施設を紹介させていただいております。



高田 副院長

パスを使用することで、それぞれの疾患の特性に応じたリハビリプログラムを提供できています。療養型病院に転院していただくことで患者様の生活環境にあわせたリハビリを必要な期間受けていただけると同時に、患者様・家族様に再発防止のための教育も行えるので安心して退院していただけているのではないのでしょうか。

パスを使用することで変わったことは？



田代 看護課長

パスにより他職種のかかわりがわかりやすくなり、チーム医療が強化されました。患者様の個々の目標や退院についての取り組みに対する意識も高くなったと思います。パスに沿って主治医からの病状説明の日を設定するのでご家族との連絡も密になり、よりコミュニケーションをとる機会が増えたと感じます。

パスを使って他病院と連携してみて



中辻 医療福祉
相談室課長

パスによって患者様に当院をご紹介いただくにあたり、連携先病院の皆様にも当院の特色やケア、リハビリの内容などをよりご理解いただけたと思います。そのためパスの対象でない患者様にも転院前に当院のことをしっかり説明していただけるので転院に対する患者様の不安も少なくなっていると思います。

当院ではチーム医療を推進しています。

チーム医療とは、一人の患者様に複数の医療専門職が連携して、治療やケアに当ることです。

病院には様々な専門職の人が働いています。

職種や資格の異なるスタッフが連携し、それぞれが専門スキルを発揮することで、入院中の患者様の治療効果や生活の質の維持・向上を図っています。

感染制御チーム(ICT)

徹底した注意喚起と実践で感染予防

感染症とは、ウイルスや菌などの病原体が体内に侵入し繁殖したことで、咳、発熱や腹痛、下痢などの症状が出ることをいいます。感染症によっては、人から人へうつる可能性があるため、感染症が拡大しないように様々な専門職がチームとなり、各部署を訪問し感染対策の検討、指導を行っています。

当院は、地域病院等と連携し、感染対策についての情報共有を行っており、院内の感染防止対策に向けて毎日活動しています。

感染制御チーム

ICT(感染制御チーム)は医師2名、認定看護師1名、看護師3名、薬剤師2名、臨床検査技師1名、事務職員1名で構成されています。

チームの取り組み

- ・定期的にゴミの分別や水周りがきれいに使用できているかなど院内の環境面の点検、指導を行っています。
- ・患者様の感染症が、どの菌によるものなのかを把握し、適性な抗生物質の使用を検討しています。
- ・冬季に流行するインフルエンザやノロウイルスなどの感染症が拡大しないために、ポスターの掲示や、職員へマスクの着用、手洗いを徹底するように注意喚起を行っています。
- ・入院中の患者様のご家族や面会に来られた方々へも掲示物の提示を行い、感染予防が出来るように努めています。



ICTメンバー以外にも各病棟に感染担当看護師が配置されています。感染担当看護師と協力して、全職員を対象に、手洗い研修やポスター研修を行い、感染の防止に向けて取り組んでいます。

これからも患者様とご家族、職員とその家族を感染から守れるように活動を続けていきます。



褥瘡対策チーム

ここで「褥瘡(じょくそう)」とは?ですがいわゆる一般的には「床ずれ」です。

「床ずれ」は、患者様が長期にわたり同じ体勢で寝たきりになった場合、体とベッドとの接触局所で血行が悪くなり、周辺組織に壊死を起こすものです。一昔前までは、床ずれ(褥瘡)は「看護師の恥」と言われていました。長期の寝たきりの患者様に対してしっかりとケアができていないから瘡が出来たのだと思われていました。

一見、体の向きを小まめに变えてあげることや、ベッドから起こしてあげることで「床ずれ」は防げると思いがちですが、実はそればかりではないのです。「床ずれ」は、栄養の低下、貧血、皮膚のトラブルでも十分に起こりえます。また、一度、「床ずれ」になれば中々治癒しにくく、患者様は、長い間この「床ずれ」による痛みや、悪化すれば感染を起こすといった苦痛に強いられることとなります。

※褥瘡(じょくそう)とは「床ずれ」の医学用語。「褥」はふとん、「瘡」はできものの意味。

褥瘡対策チーム構成

褥瘡対策チームは、医師2名、看護師12名、看護補助者3名、リハビリスタッフ1名、管理栄養士1名が中心となり活動しています。

各職種の役割

当院はご高齢の方が多く、「食事が摂れなくなってきた。」「体の衰弱から自分で身動きが取れなくなった。」「皮膚の乾燥が強い」といった患者様が日々おられます。そこで、近年チーム医療が問われていることもあり、数年前より「看護部の褥瘡防止対策委員」が他職種とチームを結成し、「床ずれ防止」活動を行っています。リハビリは「ベッド上での安楽な体位のとりかた」栄養士は「栄養状態の改善」と言った視点で病棟スタッフと関わってもらっています。

委員の活動内容

- ① 毎週土曜日の回診を褥瘡専門医と行う。
- ② 毎月、床ずれが増えた患者様や新たにできた患者様の病棟に訪問し床ずれの原因を追求し再発の予防・悪化の予防に努め、病棟スタッフの指導を行う。
- ③ 院内での研修を病棟スタッフに行い、褥瘡についての知識を持ち患者ケアに役立てる。
- ④ 委員自身も知識技術のスキルを身に付けるため、院外の研修などに参加し正しく理解し指導できる為の研修の参加。
- ⑤ 床ずれのリスクの高い患者様に早期に介入し予防を行う。

などを中心に活動しています。また、各病棟には「床ずれ」の予防に早期に介入出来る様「床ずれ」のエキスパートとして携わってくれているスタッフが1名配属されています。

患者様一人一人が苦痛なく快適に入院生活が送れるように、医師・リハビリ・栄養士・看護師・看護補助者のチームが一丸となり、患者様・家族様からの要望・思いも取り入れながら、これからの活動に益々力を入れていきたいと思っております。



栄養サポートチーム (NST)

当院では患者様に適切な栄養管理を行うために医師・看護師・管理栄養士・薬剤師・歯科医師・歯科衛生士・理学療法士・作業療法士・言語聴覚士・臨床検査技師の構成メンバーで連携して行う栄養サポートチーム (NST) を設置しています。このメンバーで患者様ひとりひとりにあった栄養管理を行い、効果的な治療や早期回復のサポートができるよう、褥瘡対策チームや摂食チームと連携しながら活動を行っています。

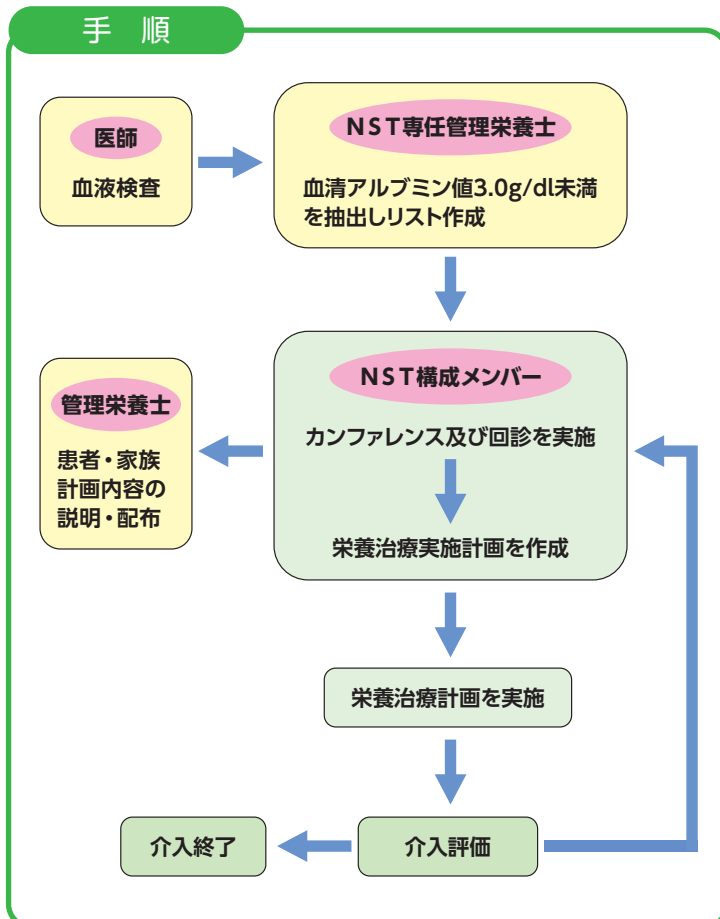
対象

摂食障害、嚥下障害、消化器障害、発熱、褥瘡（床ずれ）などにより、低栄養状態の方を対象に週1回カンファレンス及び回診を行っています。

各職種の役割

医師は病状や治療方針について、看護師は入院時の身体所見から実施しているケアについて、臨床検査技師は血液検査データから病状の判定について、管理栄養士は介入対象者の抽出や血液検査、体重、摂取量の情報に基づき食事内容について、薬剤師は服薬中の薬の情報や輸液類・投薬の選択について、歯科医師・歯科衛生士は歯・義歯の状態や口腔内環境の評価について、リハビリスタッフ（理学療法士・作業療法士・言語聴覚士）は患者様の嚥下状態の評価、食事動作や食事姿勢の評価により、食事用具の選定や環境整備、食事姿勢について提言します。さらに、このメンバーで適切な栄養管理方法の計画を決定します。

手順



嚥下障害があり、食思不振の患者様に早期介入することで、経口摂取量の安定や食事形態のアップ、栄養状態の改善につながっています。また、栄養補給が十分でない方や褥瘡ができていてもNST介入により、平成29年度では85%の方に維持・改善がみられました。

摂食チーム

摂食チームは、高齢者の「口から食べたい」という
思いを支えるチームです♡

高齢になると、脳血管障害や、筋力の低下により、噛む力や舌の動きが悪くなり、うまく食物を飲み込めなくなる方がおられます。このために食べ物が喉に残りやすくなり、誤嚥性肺炎を起こすこともあります。

当院には、多くの高齢者の方が入院してこられます。誤嚥性肺炎で入院される方はもちろん、他の病気で入院される方も含めて、全ての患者様に対して、安全に楽しく口から食事を食べていただけるように、様々な専門職が集結した摂食チームがサポートを行っています。

摂食チームの役割

食事を摂る機能が低下し、摂食機能療法を受けている患者様について、栄養状態や口腔内の評価、食事形態やケアの実施方法へのアドバイスをし、安全な食事摂取のためのサポートを行います。

摂食機能療法とは

摂食機能に障害のある患者様に対して、個々の症状に応じた診療計画に基づき、医師、歯科医師の指示のもと専門職が訓練や指導を行います。（口腔ケア、マッサージ、食事姿勢や食べ方の指導や介助方法の工夫など）

摂食チーム構成

医師、歯科医師、歯科衛生士、言語聴覚士、管理栄養士、看護師、事務（医事課）から構成されています。



サポートの対象となる方

- ◎誤嚥性肺炎を発症されている方
- ◎食事の時にむせる方
- ◎治療のために長期間絶食されていた方がお食事を再開される場合
- ◎胃ろうやお鼻のチューブから栄養を摂っていた方がお食事を再開される場合

サポートの流れ

- ①入院患者様の摂食嚥下状態について日ごろから観察、必要時、嚥下造影、嚥下内視鏡検査を行います
- ②摂食嚥下に問題があると判断された患者様について、主治医、担当専門職で話し合い、摂食機能療法を開始
- ③摂食チームが病棟ラウンドを行い、嚥下状態や栄養状態の評価、食事形態、ケア方法の検討を行います
- ④摂食機能療法終了後も食事状況の観察を続け、再度問題があれば、介入を再開します

「最後まで、口からおいしく食事したい」患者様、家族様の希望を支えるために、チームのメンバー、そして実際にケアにあたるスタッフ1人1人が知識と経験を積み、安全に食事を摂っていただくためのサポートが出来るように、努力していきます。





地域包括ケア病棟を開設しました

開設の目的と役割

「地域包括ケア病棟」とは、2025年問題と呼ばれる超高齢化社会を迎えるに当たって国が行っている病床再編の目玉の一つとして創設された病床（病棟）です。国の考えは、急性期病床特に超急性期病床はその役割を更に先鋭化させ、専門診療、高度診療に徹することとし、地域に必要な一般的な診療によりこれら専門病床が疲弊しない仕組みを作ると共に、より地域社会に溶け込み身近に医療サービスが受けられるようになるための病床としています。

「地域包括ケア病棟」の包括とは、別にマルチ診療（費用がほとんど包括される）の包括ではなく、包括するのはお金ではなく「地域」「地域社会」です。地域包括支援センターの概念と同じです。そして、

実際どのような医療サービスを提供させていたただくかと言うと、「急性期と慢性期の間の治療と在宅復帰に向けた退院の準備をする病棟」と考えていただければ早いかと思えます。また、介護支援を受けて生活しておられる方々は、ちょっとした事で体調を崩されます。少しの治療と療養でまた元気に在宅生活ができるよう入院を受け入れて行くのも役割の一つです。まさに、国が提唱する「時々入院ほぼ在宅」を担う病床がこの「地域包括ケア病棟」であります。

当院では近隣の超急性期病院様や介護施設様と連携させていただく中で、慢性期病床ではなかなかお受入しがたい病態の患者様でもスムーズに受け入れさせていただく窓口病棟としても機能しており、患者様の在宅復帰（施設等含む）のためのサポートを全力で行ってまいります。

地域包括ケア病棟がもつ2つの大きな活動内容

平成29年2月より、地域包括ケア病棟となつて約半年が経とうとしています。

A2病棟は地域包括ケア病棟ということで、近隣の病院や関連施設から、一日に何人も患者様が入院してきます。そのため、かなり目まぐるしく日々が過ぎていく状況です。しかし、忙しい中でもスタッフ同士のコミュニケーションも良く、明る



い雰囲気の中で病棟です。

私たち病棟の特徴としては、医師・看護師・栄養士・リハビリ・薬剤師・ソーシャルワーカー・介護福祉士など多職種で一人一人の患者様の入院から退院までをチームで支援しています。その活動内容を2つ紹介します。

①入院時から早期退院を目指して、入院前の状況を把握し、スムーズに自宅や施設に帰れるように退院後の生活をイメージしながら、ケアを提供しています。そのため、退院前には家族様や訪問看護ステーションのスタッフや、訪問診療担当医師、担当ケアマネージャーと一緒に退院前カンファレンスを開催し、自宅での生活環境や社会福祉サービスの調整を行っています。

②患者様や家族様との関係性を築き要望や不安要素を知り、週1回多職種カンファレンスを開催していきます。多職種の色々な視点から患者様の事を考え安心・安楽に入院生活を送れるケアの提供を行います。

私たちはスタッフは良質なケアの提供を常に考え患者様に携わっています。これからも病院の理念である「やさしく命を守る」を誠心に、丁寧に患者様や家族様と関わりを持ち、寄り添っていきます。また、一人一人の想いを大切にし、その想いに沿った看護を提供していく努力をこれからも忘れずに、患者様や家族様から「この病院で良かった」と思っていただけの日々頑張っています。



◎地域包括ケア病棟におけるリハビリ ～退院先での生活を見据えたプログラムを実施

地域包括ケア病棟におけるリハビリテーションでは、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士をバランスよく配置し、患者様に当院からスムーズに自宅や元の施設などの住み慣れた場所に戻っていただくことを第一の目標に掲げ、日々の臨床業務に取り組んでいます。患者様のリハビリの進捗状況は、常に医師、看護師、ソーシャルワーカー等の他職種と共有しています。

各々の療法においては、掲げた共通の目標に対して、個別性の高いリハビリを高頻度でご提供しています。理学療法士は寝返り・起き上がり・座位・立ち上がり・立位保持・歩行等の基本的動作、作業療法士は食事・排泄・整容・入浴等の日常生活動作、言語聴覚士はコミュニケーションや摂食・嚥下に対して、それぞれ主にアプローチしています。例えば、「退院先で安全に食事を摂取できる」ことを目標とする場合、理学療法士は食事に際しての適切な座位、作業療法士は箸やスプーンの効果的な使い方、言語聴覚士は食物を安全に飲み込む能力(嚥下機能)の獲得や向上などを狙ったリハビリを進めています。

退院先と病院では、生活環境、関わる人など患者様を取り巻く環境は大きく異なります。その点を視野に入れた療法の実施にも留意しています。例えば、床からの立ち上がりは難しい方が、退院先では床に敷いた布団で寝起きしなければならないような場合、作業療法室にある畳の上での練習を取り入れて安全な方法で実施できるよう支援したり、動作の実施が困難であれば、福祉用具の利用や住宅改修に関するご提案などもさせていただきます。

これからも、スタッフ一丸となって、患者様お一人おひとりに対して質の高いリハビリをご提供してまいります。





認知症高齢者に優しい病院を目指してー！ 認知症への取り組み

認知症とは、さまざまな原因で脳の細胞が死んでしまったり、働きが悪くなったために障害が起こり、生活するうえで支障が出ていく状態のことを指します。

今後、認知症高齢者の数はますます増加し、2025年には700万人を超えるといわれています。65歳以上の高齢者のうち、5人に1人が認知症になるという計算となります。

当院の入院患者様は高齢者が多く、認知症の症状がある方も多数おられます。

また、今まで特に問題がなかった高齢者の方でも、入院という大きな変化をきっかけに認知症の症状が現れることがあります。

認知症は、記憶障害や見当識障害、徘徊や介護への拒否、不眠やうつなど様々な症状があり、本人

の元々の性格や生活環境、介護者との人間関係が影響し、人によって多様な症状が現れます。これらの症状のために、病気の治療を行うことが困難になる場合があります。

当院では、認知症をもつ患者様が、安全に入院生活を送ることができるように、また、入院による認知症の発症、進行を予防するための取り組みを行っています。



化粧療法



①入院時の認知症についての評価

入院後、できるだけ早期に、臨床心理士が面談し、認知症に関するテスト(MMSE)や医師、看護師による日常生活自立度判定を実施。診断結果は医師、リハビリ、看護介護スタッフ等と共有し、治療、ケア、リハビリ計画を立てる時に参考にしています。

②認知症の症状に応じた看護ケア計画の作成

認知症の症状は人によって異なるため、個人に合った看護ケアを行うことが大切です。当院では、医師、看護介護、リハビリ、管理栄養士、薬剤師、歯科衛生士など、多職種で検討会を行い、ケア計画を立案します。入院という新

しい環境の変化に適応し、安全に治療や検査を受けることができるように、観察や環境の整備、転倒予防、精神的な援助、関わり方の工夫について、計画、実施しています。

③ アクティビティプログラム

アクティビティ・プログラムは、楽しみながら脳や心身の機能を活性化させるものです。認知症の人の1日の行動すべてをアクティビティと捉えて、日々の生活を生き活きとしたものにするのは、脳の活性化と心身機能の維持に繋がります。当院では、リハビリや病棟ケア、行事の中で、さまざまなアクティビティプログラムを企画、実施しています。

〔「アクティビティ内容」〕

- ・園芸療法
- ・ティータイム
- ・カラオケ
- ・季節を感じる行事
(初詣、花見、クリスマス会など)
- ・落語鑑賞
- ・コンサート鑑賞
- ・化粧療法

園芸療法



季節を感じる行事

④ 認知症ケアリーダーの活動

専門的な認知症研修を修了した看護主任が認知症ケアリーダーとなつて、看護介護スタッフへの教育、指導を実施しています。各病棟の認知症患者数のデータ収集、ケア計画内容の確認、カルテ記録の監査、実際の患者ケア方法の指導などを行っています。今後は、事務職など、多様な職種への認知症研修なども行い、病院職員全体の教育も行っていく予定です。

職員全員で、認知症患者を支えられる病院へ

入院患者だけでなく、外来患者、面会のご家族にも認知症の症状のある方がおられます。当院では、事務職など、すべての職種のスタッフが理解することを目的に認知症マニュアルを改訂し活用しています。今後は認知症サポーター講座の開催など、認知症ケアについて勉強する機会を増やしていく予定です。認知症を持ちながら生活している地域の高齢者とそのご家族が安心して利用して頂ける病院を目指して、職員全員で頑張っています。





「パーキンソン病」の短期集中リハビリ入院がはじまりました

Q パーキンソン病って

どんな病気？

A 神経伝達物質が足りずに起こる病気です

パーキンソン病は、神経伝達物質であるドーパミンが足りずに起こる病気です。脳が出す運動の指令がうまく伝わらず、スムーズに動けなくなります。50〜60歳代で発症することが多く、ゆっくりと進行します。日本人の約1000人に1人がこの病気にかかると考えられています。

主な症状は手足がふるえる「振戦」「筋肉がこわばる（筋固縮）」「動きが遅い（無動）」「バランスがとりにくい（姿勢反射障害）」の4つです。治療の基本は薬物療法や外科的療法です。適切な治療を行えば症状を改善したり進行をくい止めることができます。出来るだけ早期から薬物療法と並行してリハビリテーションを行うことが大切です。

Q パーキンソン病のリハビリテーションとは？

A 進行を予防しながら動作を再び行いやすくします

○身体の関節が固くならないようにするための関節可動域練習

○歩行・立位時の転倒を防ぐためのバランス及び歩行練習

○行いにくくなった日常生活動作（食事、トイレ、更衣動作など）を獲得するための動

作練習等を理学療法士、作業療法士が実施していきます。

また、

○声が出しやすくなるよう顔や舌の筋肉を働かすトレーニングやボイストレーニング

○食物を飲み込みやすい姿勢を作ることなどは言語聴覚士が介入していきます。

パーキンソン病の場合、症状の進行を予防しながら日常生活において困難になつてしまった動作を再び行いやすくしていくことがリハビリの主目標になります。

Q 阪和第二泉北病院

パーキンソン病の短期集中リハビリプログラムとは？

A 患者様ひとり一人に効果的なリハビリをご提供します

パーキンソン病の治療の基本は薬物療法とリハビリテーションです。自宅で療養されている患者様は通院が難しい場合も多く、十分な量のリハビリテーションを受けることは困難です。近隣の神経内科クリニックで多くのパーキンソン病患者を診察されている医師からの「患者様にもっと効果的なリハビリを受けてもらい、少しでも長く症状の進行を遅らせて、活動的な生活を送ってほしい」との声に共感し、当院のパーキンソン病の短期集中リハビリプログラム計画がスタート、平成28年5月に第1号の患者様を迎えることができました。

Q どんな入院生活ですか？

A 患者様にあわせて24時間サポートしています

基本的には4週間の入院となります。入院患者様は、住み慣れた自宅と環境が変わることにより、気分が落ち着かなかつたり、長い距離を歩くことで転倒への配慮が必要になつたりします。看護師・介護スタッフは入院前の生活、現在の症状についてご本人、ご家族から聞き取りを行い、病室の環境設定、ベッドやマットの選択、食事、入浴、トイレなど、入院中の日常生活について、どのようにお手伝いするかを相談し決定していきます。パーキンソン病は日常生活全般がリハビリとなります。全てを介助するのではなく、安全な方法を考慮した上で、出来ることは自分で行っていただき、お薬の影響で動きにくい時間はお手伝いするなど、患者様に合わせた看護計画を立て、24時間サポートしています。

Q リハビリのスケジュールは？

A スタッフで相談して組み立てます



気になる症状、自宅での生活で特に困っていることについて、じっくりと話し合い、医師の指示のもと、個別の症状に応じたオーダーメイドのリハビリプログラムを患者さんとリ



ハビリスタッフで相談しながら組み立てていきます。

Q オリジナル

「太極拳」とは？

A 障害の改善に有効とされる
集団療法です

看護師を中心に、週3回の集団療法を実施しています。毎週火曜日には椅子に座っておこなう太極拳があります。緩やかで流れるような、ゆったりとした太極拳の動きは、正しい姿勢・バランスや重心の運用法を身につけるのに役立ち、パーキンソン病の姿勢反射

障害の改善に有効とされています。音楽に乘せてゆつくり体を動かす時間で、心もリラックスします。パーキンソンダンスも実施しています。

Q 退院の時期は？

A 退院前カンファレンスで最適な
時期を決めます

退院後のかかりつけ医やケアマネジャー、訪問看護、リハビリスタッフの方にも参加していただき、退院前カンファレンスを行います。リハビリの進行状況やご要望によつては、相談の上、入院期間を延長することもあります。また、退院後の環境面に不安のある方に対しては、必要に応じて、退院前にご自宅を訪問させて頂き、段差の有無の確認、手すりや動きやすい家具の配置などの提案をさせて頂くこともあります。

Q 他に特徴がありますか？

A 患者様や家族様同士の交流を
大切にしています

このリハビリプログラム入院の方はできる限り同じ病室に入院していただくようになっています。入院中の患者様、家族様同士、同じ病室療養中ということで、情報交換されていたり、励ましあっていたり、退院の時には連絡先を交換していたりされてきました。当院の入院がきっかけで、患者様同士が繋がりに



パーキンソン病患者様の リハビリテーションの流れ (4 週間プログラム)

助け合ったり支えあつたりした関係が作られていくことはとても喜ばしいことです。リハビリが進むにつれ、姿勢がよくなった「身体が調子がいい」と、ご本人やご家族の喜びの声を聴かせていただいたり、1日2〜3回のリハビリに毎日努力されている様子に、逆に私たちスタッフが日々励まされています。

パーキンソン病は進行性の疾患です。退院後も療養は続きます。かかりつけ医、在宅サービス提供スタッフと今後も連携をとり、必要な時は再度リハビリを受けていただくなど、患者様の生活を支えるお手伝いを続けていきたいと考えています。

入院	1週目	2週目	3週目	4週目	退院
	初期評価(入院日から約3日間)			最終評価(退院日までの約3日間)	
<p>目標: 筋肉や関節の動きやすさを高め動作緩慢を軽減させる リラクゼーション、ストレッチング、マシントレーニング、抗重力筋活動運動</p>					
<p>目標: ベッド周囲動作能力の向上 起居動作練習、立ち上がり動作練習、立位保持練習 伝い歩き練習</p>					
		<p>目標: 屋内(院内)生活能力の向上 各種歩行練習(歩行器・杖歩行、独歩)、更衣動作練習、 排泄動作練習、入浴動作練習</p>			
		<p>目標: 家事や屋外生活能力の向上 家事動作練習(炊事、洗濯、掃除等)、屋外歩行練習(歩行器・杖歩行、独歩) 階段昇降練習、車への乗降練習、自転車漕ぎ練習</p>			
<p>必要に応じて声が出しやすくなるよう顔や舌の筋肉を働かすトレーニングやボイストレーニングを言語聴覚士が行います。 また、継続して安全に楽しく食事ができるよう、食物を飲み込みやすい姿勢を作ることや現状に合った食形態の提案を行います。</p>					

当院の連携支援体制について

国民の5人に1人が75歳以上となる超高齢化社会（2025年問題）も目の前となり、重度な要介護状態となっても住み慣れた地域で自分らしい暮らしを最後まで続けられるよう、住まい・医療・介護・予防・生活支援が一体的に提供される「地域包括ケアシステム」の早期構築が叫ばれておりますが、地域にある医療機関や介護施設及び介護事業者の連携が何よりも大切であることは言うまでもありません。

そこで、当院には地域医療連携室はありませんが、それに替わる色々な連携機能がありますので紹介させていただきます。

福祉部

医療福祉相談室

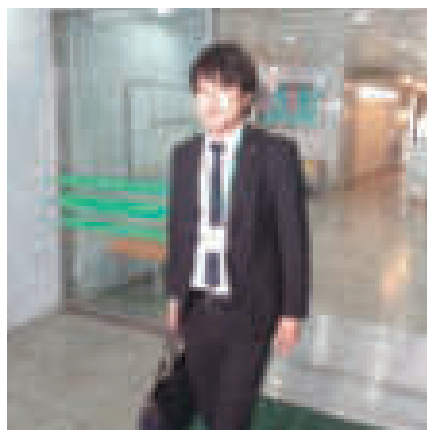
福祉部のご紹介

錦秀会と
病院・施設・地域を繋ぐ
コーディネーター!

連携支援課

住吉事務所10名／第一泉北事務所4名／
第二泉北事務所4名 在籍

連携支援課は地区ごとに担当を設け、医療施設・介護施設・行政に対して錦秀会グループ病院の広報活動、入院相談窓口、情報交換を実施しながら地域連携の強化に努めております。



日々の訪問活動

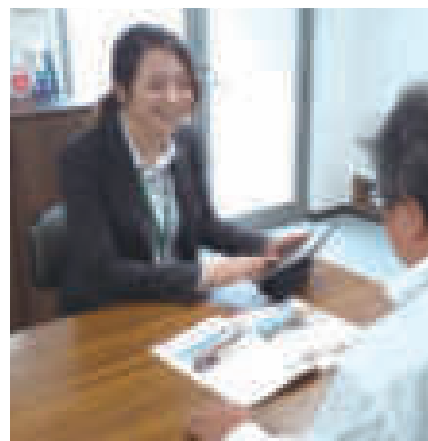
課員は担当地区の病院・施設を訪問し、入院・転院のご相談に対して窓口として対応させて頂いております。ご要望に沿いながら、錦秀会グループ内で最適な病院をご案内し、入院手続きのコーディネートを行っております。

療養型病院を中心に急性期、精神科病院もご案内しており、入院後には容態や病状等の情報をご紹介元にフィードバックさせて頂いております。

また地域のリアルタイムの状況を把握し、訪問先で情報交換を実施しております。

タブレット端末を各自1台支給されています。
部署内で活動報告や病院施設情報を共有、また入院相談でFAX頂いた書面をスキャンしてデータ転送する事により、訪問活動中でも随時情報を確認出来るので効率的で的確な対応が図れます。

訪問先では入院患者様バイタルやお食事形態をタブレットで確認し、ご紹介元への即時情報提供に役立てています。



入院患者様の状態報告



2018慢性期医療展（インテックス大阪）

訪問先の要望をグループ内病院に持ち帰り地域の声として報告し、実現に向けて調整を図っております。

また様々なイベントの企画、参加、実行で地域連携の強化に努めております。

例：慢性期医療展ブース出展

阪和第二泉北病院中区ケアマネ懇親会
地域や施設の夏祭り参加協力 etc

送迎サービス課

住吉事務所7名／泉北事務所9名 在籍
救急車16台／PET-CT・MRI・RI送迎車7台



連携支援課を通じて当院へ入院のご依頼を頂いた際、施設やご自宅へ救急寝台車にてお迎えに行かせて頂いております。

患者様が不快な思いをされないよう、細心の注意を払い移乗・運転を行っております。
また、月一度会議を行う他に、ヒヤリハットの情報交換・共有は気付いた時に随時実施し、常に安全運転を行うことを心がけております。

送迎実績

ご依頼があれば大阪府以外でも送迎のご対応をさせて頂いております。

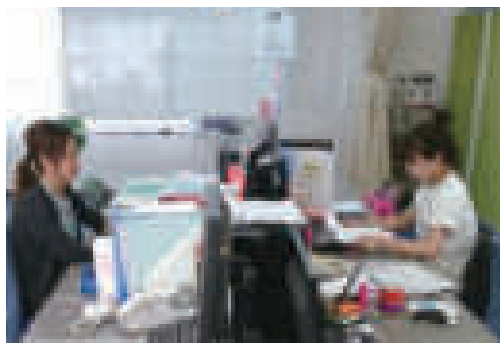
兵庫県、京都府、滋賀県、和歌山県、岡山県、三重県など
遠方であっても遠慮なく連携支援課へご相談下さい。

※泉北事務所では阪和インテリジェント医療センターのPET-CT・MRI・RI送迎も
対応させて頂いております。

事務管理課

住吉事務所3名／泉北事務所1名 在籍

平成29年9月21日より錦秀会福祉部に事務管理課が新設されました。



事務管理課デスクの風景

【事務管理課の業務】

福祉部の連携支援課と送迎サービス課双方の事務的な業務を一手に引き受けております。

- ◎連携支援課の事務業務
毎月の会議資料の作成
営業支援ツールのデータ管理
- ◎送迎サービス課の事務業務
連携支援課や錦秀会グループ各病院と連携の上、
送迎依頼の対応および配車の手配

医療福祉相談室

医療福祉相談室は、現在11名の医療ソーシャルワーカーが勤務しております。他医療機関、事業所などからの入院のご相談、入院中の患者様やご家族が抱えるさまざまな悩みや心配事、退院へ向けてのご相談、関係機関等との連絡調整を行っております。お困りのことなどがございましたら、気軽にお声かけください。

- ◎場 所：B棟1階
- ◎受付時間：月曜日～土曜日（日祝除く） 9：00～16：00
- ◎相談時間：月曜日～土曜日（日祝除く） 9：00～17：00

TEL.072-277-1401 (代)

当院へのアクセス



道路事情により遅れる場合がありますので
あらかじめご了承ください。

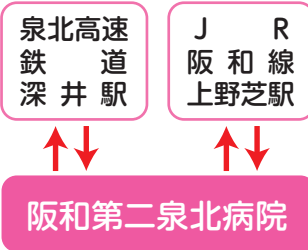
電車でお越しの方

- ①南海高野線「中百舌鳥駅」、
地下鉄御堂筋線「なかもず駅」より、
南海バス「もず陵南町西」下車南へ徒歩5分、
もしくはタクシー(2.2km)
- ②JR阪和線「上野芝駅」、
泉北高速鉄道「深井駅」より、
病院送迎バス、もしくはタクシー(1.7km)

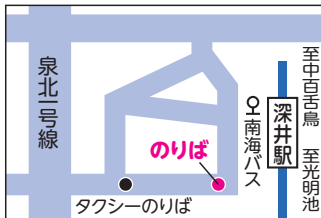
お車でお越しの方

- ①阪神高速堺線終点下車、26号線浜寺中学校
左折、約10分
- ②阪和自動車道堺IC下車、約15分

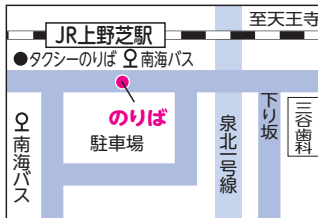
送迎バスが駅から送り迎え致します。



泉北高速鉄道「深井駅」



JR 阪和線「上野芝駅」



※深井駅のバス乗り場は事情により若干移動することがあります。
※道路事情により遅れる場合がございますのであらかじめご了承ください。

《医療法人錦秀会 系列施設》

- ・ 阪和病院 (療養型) 大阪市住吉区南住吉
- ・ 阪和第二病院 (療養型) // 我孫子西
- ・ 阪和住吉総合病院 (急性期) // 南住吉
- ・ 阪和第二住吉病院 (療養型) // 帝塚山
- ・ 阪和記念病院 (急性期) // 苅田
- ・ 阪和第一泉北病院 (療養型) 堺市南区豊田
- ・ 介護老人保健施設 錦秀苑 大阪市住吉区南住吉

送迎バス時刻表

泉北高速鉄道 深井駅				
平日・土曜		日曜・祝日		
	深井駅→病院	病院→深井駅	深井駅→病院	病院→深井駅
7	15 40	05	7	15 40 05
8	00 20 40		8	00 20 40
9	20 55	10 45	9	20 55 10 45
10	15 40	05 30	10	15 40 05 30
11	15 40	05 30	11	10 50 00 40
12	30 50	40	12	50 40
13	20 50	10 40	13	20 50 10 40
14	20 50	10 40	14	20 50 10 40
15	10	00 45	15	10 00
16	00 25 50	15 40	16	10 45 00 35
17	15 40	05 30 55	17	40 30 50
18	05 30 55	20 45	18	00 20 40 10 30 50
19		10 35	19	15 40
20		15	20	15

JR阪和線 上野芝駅				
平日・土曜		日曜・祝日		
	上野芝駅→病院	病院→上野芝駅	上野芝駅→病院	病院→上野芝駅
7	15 40	05	7	15 40 05
8	00 20 40		8	00 20 40
9	20 55	10 45	9	20 55 10 45
10	15 40	05 30	10	15 40 05 30
11	15 40	05 30	11	10 30 00 20
12	30 50	20 40	12	20 10
13	20 50	10 40	13	20 50 10 40
14	20 50	10 40	14	20 50 10 40
15	10	00 45	15	10 50 00 40
16	00 25 50	15 40	16	45 35
17	15 40	05 30 55	17	40 30 50
18	05 30 55	20 45	18	00 20 40 10 30 50
19		10 35	19	15 40
20		15	20	15



医療法人 錦秀会
阪和第二泉北病院

【住 所】〒599-8271 大阪府堺市中区深井北町3176番地
 【連絡先】TEL. 072(277)1401(代)
 【U R L】http://www.kinshukai.or.jp/kinshukai/hanwadaini/

