



～地域と共に未来を拓く～

# 浴風会病院 医療連携ニュース

No66

発行元：浴風会病院 医療連携室 〒168-8535 東京都杉並区高井戸西 1-12-1

TEL 03-3332-6511(代表) FAX 03-5941-5275



## 令和時代に向けて

浴風会病院長 伊藤嘉憲



新年度のスタートと同時に新しい元号が発表され、時代は平成から令和へと移り変わろうとしています。浴風会病院にとって、平成時代は「施設内医療から地域医療へ」の転換期でありました。当会は関東大震災で被災した高齢者を救護する目的で設立されたという歴史的経緯もあり、長年にわたり診療の対象は会内施設の入所者に限定されてきました。しかし、社会の高齢化が進み地域の医療需要が増大したことを背景に、昭和 61 年（1986 年）一般外来をオープンし、地域医療の第一歩を踏み出しました。その後の平成時代における取り組みをいくつか列挙しますと、

- ① 平成 12 年（2000 年）、介護保険制度のスタートに伴い、在宅サービス事業として短期入所療養介護、訪問リハビリテーション、居宅療養指導管理を開始。
- ② 平成 15 年（2003 年）、病棟再編を機に回復期リハビリテーション病棟（40 床）を開設。これによって、脳卒中・骨折等の急性期医療を終えた患者さんに集中的なリハビリテーションを実施し、自宅退院につながるという流れが定着しました。
- ③ 平成 24 年（2012 年）、東京都から「認知症疾患医療センター」の指定を受け、認知症の鑑別診断、身体合併症および行動・心理症状への対応、専門医療相談を開始。
- ④ 平成 25 年（2013 年）、在宅医療の充実を図るため訪問看護・訪問リハビリテーションの専任担当者を配置。
- ⑤ 平成 26 年（2014 年）、地域包括ケア病棟（計 100 床）を開設。急性期病院からの転院を受け入れ、継続的治療および在宅復帰支援を行うとともに、急性疾患により入院治療が必要となった高齢者を直接受け入れる「在宅療養後方支援」の役割も担っています。

来る令和時代、当院は関係機関との連携をさらに強化し、地域医療への貢献に努めてまいります。労働力人口の減少により人材確保が困難になりつつある中、当院が地域において果たすべき役割をあらためて整理し、限られた医療資源を最大限に活用するとともに、有機的な連携を推進することが重要と考えております。令和の英語表現は beautiful harmony（美しい調和）だそうですが、地域の関係機関がより一層調和・協力し合って高齢者を支援していくことこそ、新時代に相応しいように思われます。

今後ともご指導・ご協力を賜りますようお願い申し上げます。

# 「医療連携室」「医療相談・支援室」のご紹介

## 医療連携室

### 《業務内容》

連携室では、法人内施設、地域の医療機関からの診療・入院相談のコーディネートの実施とともに、多職種による入院患者経過フォローカンファレンスを行うなど、適正な病床利用の調整及び退院調整を行っています。



新年度を迎え、医療連携室も新体制で心機一転、看護師 2 名、社会福祉士 2 名、事務員 2 名の 6 人体制となり、これまで以上に地域連携に力を入れていきます。地域の病院関係者の皆様、クリニックの先生方とスムーズに連携できるよう外来・入院の受入れ体制をしっかりとしたいと考えておりますので、何卒よろしくお願ひ申し上げます。

## 医療相談・支援室

### 《業務内容》

医療相談の窓口となっております。相談対象の方は様々で、患者様・ご家族からの相談のみならず、地域の関係機関の皆様からの相談も対応させて頂いております。また相談頂く内容も様々となっております。



医療相談・支援室は、現在 5 名のソーシャルワーカーと臨床心理士 1 名、事務 1 名の体制です。当院入院中の方のみならず、外来診療継続中の方、当院に受診歴はない方でも相談は可能となっております。浴風会病院の利用に限らず、様々な相談について対応させていただいておりますので、お困りの事がありましたら医療相談・支援室までご相談ください。

# 浴風会病院 訪問リハビリテーションの紹介

リハビリテーション科 作業療法士 花田 昌子

当院の訪問リハビリテーションの歴史は、介護保険の制定以前にさかのぼりますが、専任スタッフ3名体制となってからは2年が経過しました。当初はほとんどが当院を退院された方でしたが、現在は半数が外来および他院からの紹介となりました。

2年の経過の中で見えてきた支援スタイルを一部ご紹介します。



私たちがお伺いします！

## 病院退院または老健退所後の場合は、開始から約6か月で目標達成し終了するケース

社会参加支援加算（利用者のADL・IADLが向上し、社会参加に資する取り組みに移行する等を指標として、質の高いリハビリテーションを提供する）に該当する支援を念頭においています。具体的には、通所サービスへの移行や家事等の役割の獲得が安定した時点でリハビリは終了となります。

## 進行性疾患や超高齢の場合は、随時、生活環境を見直し、目標の下方修正をしていくケース

今後の経過を想定し、ソフトランディングできるような準備をすることも支援と考えています。住環境や福祉用具の変更もそうですが、心の準備ができるように日々の不安を聴き取ることが大切にしています。自宅や地域で安心して生活できるよう、ニーズに応じたサービスを提供し続けられるよう、訪問リハビリテーションの役割を果たしていきたいと思っております。

## 対象者

「要支援1・2」または「要介護1～5」の要介護認定を受けている方です。当院がかかりつけでない場合は、かかりつけ医からご紹介を受け、当院を受診していただく必要があります。

## スタッフと支援内容

理学療法士・作業療法士がご自宅に訪問し、自宅環境や病状変化に応じた個別リハビリを提供します。自宅で行う利点は、実際に生活の中で困っている、不安に感じている具体的な問題に対して、直接アプローチできることです。サービス開始に至るまでの理由は、家事等役割の獲得、買い物自立、リハビリはやりたいが入院通所はできない、閉じこもりがちな改善など様々です。

その中で、日常生活動作や関連動作の習慣化に向けた基本動作能力練習や応用動作練習、福祉用具や家屋環境整備などの助言、実用的で安全な移動手段の確立、介助指導、ホームプログラムのご提案等を行っています。

## 訪問エリア（半径2km圏内）

杉並区：高井戸西、高井戸東、宮前、上高井戸、浜田山、久我山、下高井戸4・5丁目  
世田谷区：北烏山、南烏山



※エリア外については応相談

お問い合わせは、医療相談・支援室（代表 03-3332-6511）進藤・村松までお願いいたします。

