



# 地域医療連携室だより

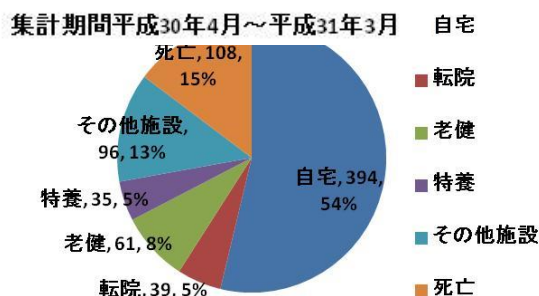
みゆき会病院 地域医療連携室 TEL023-672-8282 / FAX023-673-2561(直通) 第5号  
2019年8月発行

当院地域医療連携室では、医療介護連携を推進するために「連携室だより」の発行をしております。当院を知っていただくために定期的に情報発信をさせていただきたいと考えております。お時間がございましたらご覧になっていただくと幸いです。

目次 ◇昨年度医療福祉相談室が介入した患者様の転帰先について◇外来予約及び転院紹介について  
◇みゆき会病院の現在未来に向けて◇地域医療連携室紹介

## 昨年度医療福祉相談室が介入した患者様の転帰先について

転帰先として最も多かったのは、在宅復帰される患者様が72%でした。(その他施設は、在宅扱いになる施設になります。)次いで施設の括りで見ますと、その他施設・老健・特養への退院を合わせると26%となっております。施設選定の際には、患者様・家族の意向、患者様の病態・医療依存度、経済状況、面会の為の移動距離、受入施設の空室状況などといった多様な情報をまとめながら話を進めて行く必要があります調整に時間を有してしまいます。しかし、こういった患者様の調整を三次医療機関あるいは基幹病院で行うことは病院機能上難しいことですので、二次医療機関の役割として転院後、支援を行なっていく必要があると考えております。



### 平成30年度転帰先件数一例(施設関連)

「サ高住・有料老人ホーム等」みゆきハイム14件、有料老人ホームスタ3件、さくらガーデン7件、シニアマンション朝日台2件、軽費老人ホームやすらぎの里3件、蔵王長寿園2件、ライフケアセンター南館2件、みゆきの丘5番街39件

「特別養護老人ホーム」みずほの里28件、ながすずの里7件、福寿乃郷6件、蓬仙園3件、みはらしの丘2件、菅沢荘2件

「グループホーム」グループホーム笑顔4件、グループホームながすず2件、須田医院グループホーム2件

「介護老人保健施設」みゆきの丘56件、かなやの里3件、サニーヒル菅沢6件

\*件数には再入所の患者様も含まれます。

昨年度は、大変多くの施設の方々との連携・協働をさせていただきました。今後ともよろしく願いいたします。

## 外来予約及び転院紹介について

### ○外来予約

医事課へ電話かFAXでご紹介ください。ご紹介いただいた患者様は、お待たせすることなく診療科へご案内いたします。

外来予約申込書は、当院ホームページよりダウンロードしていただけます。

TEL:023-672-8282 FAX:023-673-1523

<https://www.miyuki.or.jp/hp/>

### ○転院予約

急性期治療後のリハビリや療養目的等の患者様のご紹介は、地域医療連携室までご連絡ください。

転院依頼票は、当院ホームページよりダウンロードしていただけます。

TEL:023-672-8282 FAX:023-673-2561

<https://www.miyuki.or.jp/hp/>



## 『みゆき会病院の現在、未来へ向けて』

社会医療法人みゆき会 みゆき会病院

病院長 安藤常浩

日頃よりみゆき会病院地域連携室を介して、情報共有や患者様の御紹介等いただきまして大変お世話になっております。心より御礼申し上げます。

平成30年6月に院長を拝命し1年が過ぎました。とくに大きな事故や災害、予期せぬトラブルなどもなく過ぎたことにつかのみ安堵を覚えました。しかし、まだまだ改善すべき問題が山積しており、あらためて身の引き締まる思いでいます。

当院は上山市、南山形地域における総合病院の役割を担っています。内科は呼吸器、循環器、消化器、糖尿病、血液疾患に精通する医師が入院および外来を担当、その他脳外科、小児科、歯科は外来診療、さらに整形外科は脊椎、上肢、膝、大腿、外傷等それぞれ専門の手術を行う医師が揃っています。また上山消防の救急車の約30%を受け入れています。数年前、内科医師が急減した影響がありましたが現在では全く問題ありません。

ご承知のように日本は少子高齢化が急速に進み、とくに山形は国内でもトップです。2025年（団塊世代が後期高齢者の75歳を迎える）、65歳以上の高齢者が人口の30%を超える2045年（その頃山形は40%以上）問題は山形ではより早くやってきます。事実、山形県では年間1万人の人口が減る、いわゆる多死社会に突入しています。このような状況下、国は『地域包括ケアシステム』を推進しています。医療費の削減を目指しつつ今後の医療資源の破綻を避けようと、高齢者の医療・介護を病院・介護施設から在宅へシフトするよう指導しています。

当院では昨年、3階西病棟を全て地域包括ケア病床（45床）に移行しました。最大60日間を目安に、自宅退院を目標とし通常の診療・看護に加えて、リハビリスタッフ、医療連携スタッフがチームとして、患者様やご家族様への積極的なサポートを行っています。また一時的に在宅介護が困難となった場合の、いわゆるレスパイト入院もご利用いただいています。連携施設や皆様のご協力をいただきながら、なんとか1年間運用してきました。超高齢の患者様でも、多職種が早期より積極的に関与することで、治療後の体力低下状態から、身の回りの動作が可能になり、さらに嚥下がスムーズになり無理なく自宅退院が可能となった事例を多く経験しました。しかし介護をされるご家族様の負担が軽減されるわけではありませんので、在宅ケアの推進は容易ではありません。とはいえ国策であり医療資源が限られていることを鑑み、今後さらに在宅医療の充実を行なって行かなければならないと考えます。訪問看護、訪問診療を拡充することで患者様が安心して自宅や施設へ退院することを目標とします。このことは、みゆき会としてはこれまで行なってきたことでもあります。

今後は当みゆき会が在宅医療を強化することで、地域包括ケアシステムの全国的モデルとなるべく努力を重ねていきたいと考えます。みゆき会病院（会）は開院より30周年を迎えました。平成から令和と新たな時代を迎えたように、新たな決意を持って『専門的医療と地域のニーズに即した高齢者・各世代へのトータルケアサービス』の提供を理念として、地域医療と健康増進に貢献していく所存です。

ますます皆様のお力添えを賜りますよう、今後ともよろしくお願い申し上げます。

### 地域医療連携室紹介

当院医療連携室は、ソーシャルワーカー4名、看護師1名、医事課職員1名の計6名で担当しております。外来予約、病病連携による転院相談・調整及び退院調整を主な業務としております。外来受診のサポートや自宅・施設へ安心して退院していただけるよう関係機関との連携を図っていきたく考えております。今後ともよろしく願いいたします。

#### 地域医療連携室スタッフ

医療ソーシャルワーカー 赤城教之、高橋葉唯留、渡邊裕美子、芦野世莉佳  
看護師 吉田淳子 医事課 川村こゆき

