連携室たより

第 65 号

平成 26 年 10 月 1 日
出雲市姫原 4 丁目 1 番地 1
島根県立中央病院 地域医療連携室
医療連携･医療相談科
TEL　0853－30－6500
FAX　0853－30－6508

耳鼻咽喉科の紹介

耳鼻咽喉科部長　木村　光宏

耳鼻咽喉科外来診療は、９月１日から初診患者は原則紹介状を持参された患者のみの対応になりました。

当科スタッフは、木村（H10 年卒)、打田医師（H20 年卒）の 2 人体制です。対応する疾患としては、文字通り耳・鼻・のどの疾患に加え、頸部（首）の疾患を対象に診療にあたっています。世間一般のイメージ以上に多種多様で広範囲の疾患に対応しており、めまい・顔面神経麻痺・突発性難聴などのような内科的（薬で治す）治療で治す疾患もあれば、甲状腺腫瘍や頭頸部癌治療のような外科的治療を必要とした治療を行う疾患にも対応しております。

近年、多彩な疾患に対応し医療の高度化、安全性、説明責任など求められるレベルが高まる中で、救急患者を含めた外来患者数の増加、入院・手術患者の増加により、2 人体制の診療維持に苦慮している状況でした。そこでタイトルにもお示ししたように、９月１日より、初診患者については、原則紹介状持参された患者さんのみの対応に限定した外来診療体制に変更させてもらう方針となりました。

当科の外来診療の歴史は、新病院移転以来２人体制で診療を行い、当初は月曜日から金曜日まで外来診療を行っていたのですが、この 10 年余りで外来日数を徐々に減らし、現在は月・火・木曜日に縮小しました。しかし、外来業務軽減･入院業務への重点化の決定打になりえず､今回の方針導入に至りました。

本方針導入可能であると判断した背景として、10 数年前と比べ、出雲地区には耳鼻科専門医認定を受けた開業の先生が増加し充実していることがあげられます。それ故、国が政策に挙げる、病院と診療所の機能分担、いわゆる「かかりつけ医」の勧めに沿える状況にあると判断し、前述した外来体制への変更とさせていただきました。その結果、外来業務縮小、入院・手術・救急疾患への対応へ重点化することが可能と考えております。

当院をご利用される出雲診療圏在住の方々には大変ご迷惑おかけしますが、耳鼻咽喉科関連の病状については､まず近隣の開業の先生方へご相談いただき、緊急性、専門的検査・治療の必要性を判断してもらい、病状に応じた最良の病

院を紹介してもらって下さい。
当科スタッフ増員が望まれるところですが、島根県西部地区では耳鼻咽喉科勤務医不在であり、島根県内の耳鼻咽喉科勤務医不足が危機的状況にあるという現状を考えるとわがままは言えない状況です。
県民の皆様にはご不便をおかけしますが、開業医の先生方と機能分担を図ること、近隣病院との連携をとることにより、十分な医療を提供できるよう今後も努力を行う所存です。よろしくお願いいたします。

認定看護師の紹介コーナー

皮膚・排泄ケア認定看護師

看護局　看護師　西村　恭子

みなさんこんにちは。私は、2006 年に日本看護協会が認定する皮膚・排泄ケア認定看護師の資格を取得しました。取得当時の名称は WOC 看護認定看護師でしたが、平成 19 年現在の名称に変更になりました。
2013 年度から、褥瘡管理者として専従業務を行っています。褥瘡の予防ケアや毎週の褥瘡回診、褥瘡ハイリスク患者ケア、院内のスタッフ支援、教育活動などが主な業務です。その他、手術後の創傷の管理、失禁やオムツ使用によって生じる肛門周囲の皮膚障害の予防と発生後のケア、ストーマ（人工肛門、人工膀胱）の術前から術後の管理について各部署の相談に応じながら組織横断的に活動しています。また、退院後の患者さんのケアや自己管理・家族管理に対する支援は、継続看護として外来看護師と共にストーマ外来を担当しています。
在院日数の短縮や在宅療養への支援の強化により、褥瘡を持ちながら自宅や施設等で療養される方が多くなっています。褥瘡やストーマは患者さんの生活に直接影響を与えるため､創傷や体の一部だけを見てケアを考えるのではなく､その患者さんの生活背景や思い、希望などに沿った援助を行うことを大事にして関わっています。
褥瘡ケアやストーマケアなど継続的なサポートが必要な患者さんやご家族に対して、訪問診療、訪問看護などの在宅ケアサービスが円滑に受けられ、退院後も安心して過ごせるように環境調整していくことも重要な役割であると感じています。患者さんやご家族をサポートしていくことができるように、地域の医療スタッフの皆さんの相談を受けたり、勉強会を行うなど連携を持っていきたいと思います。

～褥瘡回診前カンファレンス～

退院調整チーム会の活動紹介

地域医療連携室
三成富美江、菅井ひとみ、須田淳子、大場真理子

当院では、患者・家族の QOL 向上を図り、在宅療養の推進や入院早期からの計画的な退院支援を実践するために、看護職員による退院調整チーム会の活動を行っています。

メンバーは、中堅看護師教育のキャリアアップ研修「地域連携看護」コースの修了者で、看護師長の推薦で病棟部門と外来から各１名ずつ選ばれます。
退院調整チーム会は、地域医療連携室の退院調整看護師をリーダーとして毎月定例会を開催しています。そしてメンバーは、退院調整リンクナース（以下、リンクナース）として所属部署を中心に活動しています。

◆◇リンクナースの主な役割◇◆

１．　所属部署において、退院調整活動に関しリーダーシップをとり、退院支援計画・実践のモデルとなる
２．　部署のスタッフに対し、退院調整の啓発・指導を行う
３．　退院調整に関する知識・技術を高め情報提供や看護ケアの向上をはかる

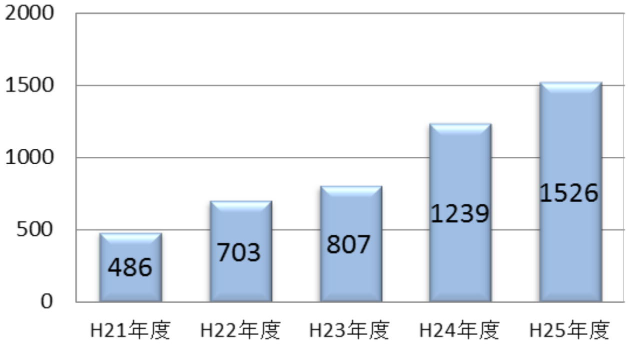
各病棟では毎週曜日を決めて、社会福祉士や退院調整看護師、医師、看護師等が集まり、退院支援の方向性を検討する退院調整カンファレンスを開催しています。リンクナースは、退院支援計画書の入力の促進や退院支援・退院調整が必要な患者さんの抽出､退院支援計画の立案などを支援しています。

また、退院支援・退院調整に関する勉強会の開催や退院調整看護業務の評価なども行い、退院支援の知識・技術の向上につながっています。

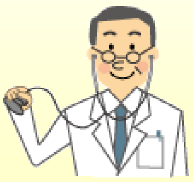
院内ではリンクナースの活躍もあり、入院後７日以内にスクリーニングを開始する退院支援計画書の作成件数も増加傾向にあります(図１)。外来や各部署で入院早期から退院支援の視点を持って取り組めるような風土やしくみが出来つつあると感じています。

今後もリンクナースが各部署でリーダー的な役割を持ち、患者さんの思いを尊重したよりよい退院支援・退院調整ができるよう努力していきたいと思います。

図1　退院支援計画書作成件数



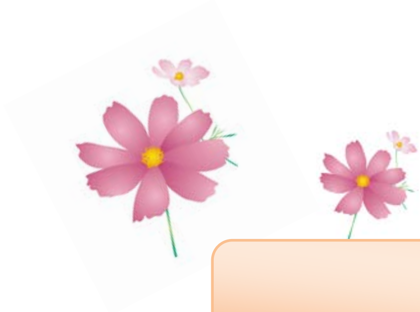
島根県立中央病院
登録医訪問を開始しました！



地域連携アドバイザー（笑い療法士）
岩崎　一人

今年６月より、島根県立中央病院登録医の皆様を対象に「登録医への訪問事業」を開始しました。連携における改善点や要望、どのような患者さんの受け入れが可能かなどをお聞きし、今後の連携強化に役立てたいと思います。

訪問する際には事前に電話にて連絡を行い、訪問担当者（地域連携アドバイザー）がお邪魔いたします。１年以上の長期的な取組になりますが、地域医療支援の更なる充実のためご協力をよろしくお願いいたします。



地域医療連携の状況

日頃は患者様のご紹介をいただきありがとうございます。
H26年６月～８月の紹介件数、ネット、FAX利用状況をお知らせします。

紹介件数、ネット・FAX利用状況					
	紹介件数	うち、ネット・FAX予約			
		まめネット		FAX予約	
		診療	検査	診療	検査
平成26年6月	1,440	185	19	264	86
7月	1,629	219	30	303	82
8月	1,421	169	25	258	64