



つなぐ

第3号

2010/11発行
地域医療連携室

ごあいさつ

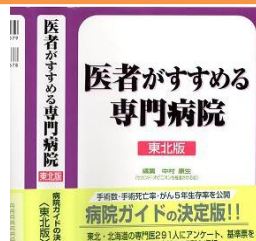
日増しに寒さがくわり、あちらこちらから初雪の便りが聞かれる季節となりました。今年は急に冷え込み始めたので、急いで冬支度を始めた方が多いのではないのでしょうか。風邪やインフルエンザ等、体調管理に気をつけて元気に毎日をお過ごしください。

先生方をはじめ、皆様のご協力のおかげで、『つなぐ』は第3号の発行となりました。今回は外来からのお知らせや、連携室のチームリーダー阿部が、先月参加した退院調整の研修会のご報告等を掲載しましたので、どうぞご覧ください。

お知らせ

循環器科より

急性心臓病(持続する胸痛)が疑われ、緊急性を要する患者様のご紹介は、循環器外来に直接ご連絡ください。
循環器外来が窓口となり対応いたします。
(8時30分～17時まで)



『医者がすすめる専門病院』に当院の循環器科が掲載されました。
みなさんご覧ください。

気仙沼市立病院 循環器科

所在地 宮城県気仙沼市田中 184

☎ 0226-22-7100

スタッフ 尾形和則科長(循環器☆、心血管インターベンション：IV☆)、菅原大介科長(心血管IV☆)、小松正歩医長、山本大医師。

特色 虚血性心疾患を中心として、不整脈、心不全に対し24時間受け入れを行っている。特に緊急カテーテル治療は随時施行可能な体制をとっており、急性心筋梗塞症例の場合、来院から30分以内に治療を開始している。検査結果、患者さんの状態(年齢、体力)から最適な治療方法を提案し、患者さんと家族の希望に沿った治療を心がけている。高度な心臓手術が必要な場合は、仙台厚生病院心臓センターと連携を取り、治療にあたっている。

症例数・治療・成績 病床はCCU2床を含む40床。年間入院患者数1,100人。平均在院日数12日。1日平均外来受診者数100人★虚血性心疾患に対する心臓カテーテル検査数は年間867件、カテーテル冠動脈治療は211件。待機的治療における重篤な合併症の発現は0件。安全性を第一に考え治療方針を決定している。急性心筋梗塞症例に対する緊急カテーテル治療での死亡例は2例。検査・治療ともに原則として手首の動脈(橈骨動脈)から施行。術直後から歩行が可能である。カテーテル検査は2泊3日の入院を原則としているが、日帰り検査にも対応している。心臓手術後の症例には心臓リハビリを施行し、円滑に社会復帰できるように努めている★心臓超音波検査年間2,900件、内頸動脈エコー360件、ホルター心電図1,089件、永久ペースメーカー植込込みは、新規・交換を合わせて42件。

医療設備 心血管造影装置、心臓シンチグラフィー、MRI、CT、心臓超音波装置、ホルター心電図、トレッドミル運動負荷装置、心肺補助装置。

外来診療 月～金。受付時間は午前11時まで。緊急患者は24時間受け入れ可。外来診療は2人体制。尾形=月・水・木、菅原=火・水・木・金、山本=月・火・金。小松(休診中)。



尾形 和則
1965年生まれ。
弘前大学医学部卒、東北大学大学院修了

菅原 大介
1971年生まれ。
福島県立医科大学卒、同大学院修了

セカンドオペリオン受入

主治医指名

執刀医指名

初診予約

◎長期病休中の小松医長の代診として、仙台厚生病院 心臓センターより、三宅弘恭医師が着任いたしました。
◎菅原大介医長が、科長へ昇進。地域の先生方と協力し、循環器医療にさらに貢献するよう努力いたします。

呼吸器科より

医師の移動に伴う外来診療変更のお知らせ

《11月》

◎月～木曜日 冲永 壮治

◎金曜日 鈴木 朋子

* 12月～ 未定



皮膚科より

外来受付時間変更と休診のお知らせ

◎変更日：平成22年12月1日（水）

◎内 容：外来診療について、木・金曜日受付時間が午前10時までとなります。

◎休診日：平成22年12月10日（金）



がんサロンのご紹介

当院では、がん患者・家族相談支援事業の一つとして、患者さんとその家族が、病の知識を得ていただくことを目的としてがんサロンがあります。

◎利用期間

月～金曜日 午前9時～午後4時まで

* 祝日、12月29日から翌年1月3日までの年末年始を除

◎場所

3階地域医療連携室隣り

◎書籍の貸出について

患者・家族さんへの書籍の貸出はできませんが、サロン内ではどの書籍でもご自由にお読み頂くことができます。

その他、がん治療や療養生活に関するパンフレットも揃えております。（パンフレットはご希望される方に差し上げています。）



退院調整看護師要請研修報告

平成22年10月22日～23日 <東京会場>

地域医療連携室 阿部 孝子

講義資料の中から、皆さんに少しでも参考になればと思い、紙上発表させていただきます。

退院支援とは

・退院後も様々な生活ニーズや課題を持つ患者・家族に対し、そのニーズや課題に応じて、適切な退院支援を確保したり、安定した療養生活を送るための教育指導を行ったり、諸サービスの適切な活用を支援するために、病院内外においてシステム化された活動・プログラムである。

・退院する患者・家族が、病気や障害を抱えながらも、家庭(施設)など新しい療養の場で、自立した自分らしい生活を送ることができるよう、地域の保健・医療・福祉サービスと連携しながら、支援していくこと。

* 篠田道子編: ナースのための退院調整 院内チームと地域連携のシステムづくり
日本看護協会出版会2007年

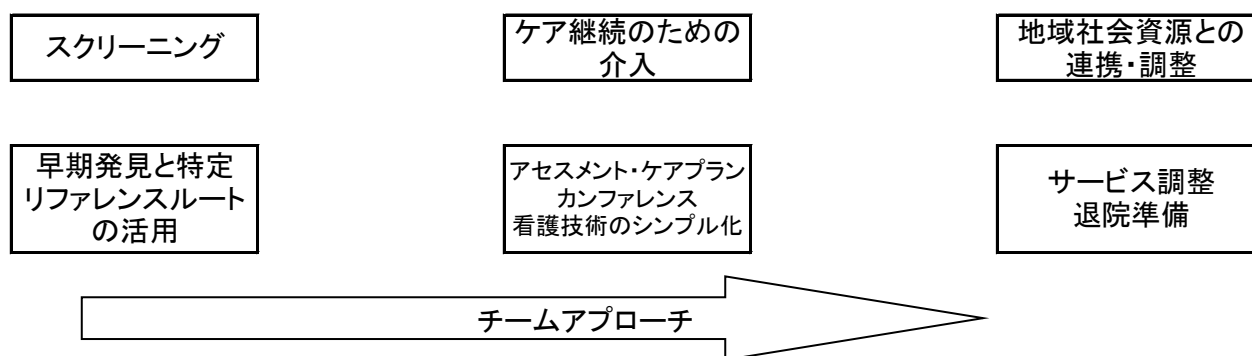
看護職が行う退院支援のメリット

- ①医学的ニーズのある患者の退院後の生活を見据えたアセスメントや退院支援計画の作成が可能。
- ②介護予防や、生活習慣病のフォローアップ、在宅医療や終末期ケアまで幅広い退院支援が可能。
- ③医師・PT・OT・ST薬剤師等とともに教育指導内容を作成し、セルフケア能力を高めることができる。
* ICFの視点が重要
- ④訪問看護師や保健師との看看連携によって、退院後の継続看護が可能。
- ⑤在宅医療が必要な場合、モノ(器具や材料)、人、お金、情報提供等の調整が可能。

退院調整者の役割と機能

- ①スクリーニング機能: 退院支援者を漏れなく早期の発見し、特定すること。早い支援が必要。
- ②コミュニケーション機能: 患者家族と面接や相談などを通して信頼関係を築く。
- ③アセスメント機能: 包括的なアセスメントにより、生活ニーズを分析し、カンファレンスを通して退院支援計画を作成する。生活モデルを推奨
- ④教育機能: 自立した生活を送るために、必要な教育プログラムを作成したり、医療・看護行為のシンプル化を図る。
- ⑤調整機能: 多職種と連携してチームアプローチを実施する。病院内外のチームをまとめ調整する。
- ⑥エンパワメント機能: 患者・家族の強さ(セルフケア機能)や生活機能のプラス面(残存機能や潜在機能)を一つの資源とし、これを引き出して活用。
- ⑦社会資源の情報収集・活用機能: 社会資源の情報提供と活用
- ⑧評価機能: モニタリング・評価を通して、退院調整機能の評価を行い、病院経営やサービスの質の向上に貢献する。

退院支援プロセス



当院における退院支援

1、入院時退院支援スクリーニングシートからわかること 調査期間22年4月～8月

スクリーニングシート総数 74

依頼部所別

1階	9
2東	0
2西	6
3東	1
3北	6
4南	3
4西	27
4北	14
5階	5
その他	3

スクリーニング項目	該当人数
1、75歳以上	60
2、家族構成(独居、配偶者のみ)	30
3、介護力	52
4、介護保険認定状況	53
5、入院前の住居	15
6、入院形態(再入院の有無)	5
7、排尿・排便の自立度	59
8、身体移動の自立度	63
9、認知症	17
10、医療処置の有無	24

* 3項目該当で退院困難リスクあり

* 2・3項目該当で退院困難リスクあり

* 4・5・6のいずれか1項目でも該当すれば退院困難リスクあり

病棟間の差がありますが、入院時スクリーニング項目を気に掛けていただくことで、早期から退院支援に関わらなければいけない方であると認識してもらうことが大事であると思います。まずは、見逃さないに重点を置いた取り組みをお願いしたいと思います。疑問などあるときは、ご連絡をお願いします。

2、退院支援の現状

システム的には、各病棟にあるスクリーニングシートを入院時に活用し支援者の発見を行う。早い時期から関わる退院支援として、病棟から連絡をもらい地域医療連携室が介入します。

退院支援患者を漏れなく発見するための特定リファレンスルートを活用する点では、医師から直接の依頼、リハスタッフ、ケアマネや施設の相談員・在宅支援センターなどからの相談、患者・家族からの直接相談などが徐々に増えつつあります。

地域医療連携室が行っている支援のプロセスを紹介します。

在宅療養者の支援は、退院前1週間以内にケア会議を行い、退院後のサービスの調整・ケアの継続について話し合い、安心して退院できるように支援します。また、最近はターミナル期の方への支援要請も増えつつあります。病状をみながらの素早い対応が求められますが、患者・家族の想いが一致し、医療者がいかに医療や看護をシンプル化し生活モデルに転換し提供できるかが問われます。

現在支援している方の例から見てみましょう。

S氏は、退院調整のケア会議も終了し、退院日も決定していた時に家族が体調を崩すということがあり、退院ができなくなってしまいました。本人は落胆し何もする気がなくなり、リハもせず、髯も伸び放題となりました。医師、病棟スタッフ、PTとも協力し支援することで、外泊にまでこぎつけました。本人の「少しでも、妻の側にいてあげたい。何も出来ないが・・・」妻を想う気持ちに少しでも寄り添うケアが出来たのではないかと思います。しかし、良いことばかりではなく見逃した例もあります。自宅に帰ったが何のサービスも導入していないため、家族が疲労困憊しあえいでいる。悲嘆にくれた患者の支援をどうしたらいいのかなどの問い合わせがあり、病院としての関わりが問われていると実感しています。皆さんと協力しながら切れ目のないケアが届くように支援していきたいと思っています。

紙上で、次回は、ICFについてと在宅モデルと医療・看護のシンプル化について勉強していきます。

図書・カタログの紹介

