

専齋 **SENSAI**



患者図書室あかねを出て、医療図書の病棟出張巡回サービスへむかうヘリドックです。入院患者さんが、ベッドサイドでも病気や治療の理解を深め、安心し、自信を持って医療に参加できるようなお手伝いであればと願っています。

長崎医療センター座談会

千燈照院
"医療安全"

診療科特集

Vol.11 耳鼻咽喉科

低侵襲治療2017 in NMC

vol.8 大腸癌に対する低侵襲手術
～腹腔鏡下手術～

最新医療紹介

ヒートショックについて
: in 大村市在宅ケアセミナー

明日を担う

TOPICS

- ・平成29年度 国立病院機構本部QC活動
優秀賞受賞報告
- ・第12回研修医指導医合同研修
- ・職場紹介7A病棟
- ・職場のホープ
- ・栄養管理室だより

医療センター講演・研修・テレビ出演等

患者図書室「あかね」(表紙)

編集後記

地域医療連携室からのお知らせ

長與 専齋 (1838年～1902年)

大村藩御殿医の家系に生まれる。緒方洪庵の適塾に学び、福澤諭吉の後を襲い塾頭となる。初代衛生局長として我が国の近代医療制度の確立に尽力した。衛生という言葉をはじめ採用したのも専齋である。専齋の生家は「宜雨宜晴亭」と呼ばれ、長崎医療センター敷地内に移築されている。

長崎医療センター

座談会 Vol. 24

千燈照院

千燈照院とは…
長崎医療センター千灯の職員
が力を合せて高度医療の実現
にまい進する姿勢を表す言葉。

医療安全

患者さん個人単位での診療がいわゆる“医療”であるなら、病院単位でのメタ診療が“医療安全”なのでしょう。か？“To err is human”（だれにも過ちはあるもの）を背景に、「医療安全とは診療の一部であり患者さんを守ること」という、医療安全部門の取り組みとPDCAサイクルを紹介します。

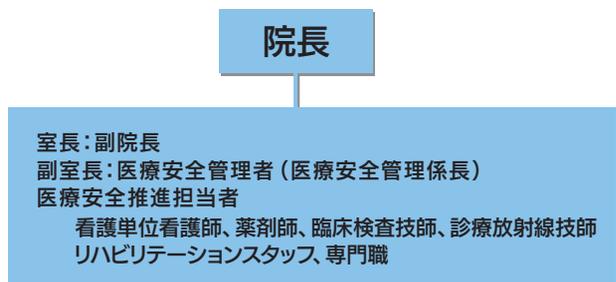
座談会参加者

副院長	藤岡 ひかる
救命救急センター長	中道 親昭
副看護部長	鶴田 真由美
医療安全係長	坂上 睦子
聞き手：院長	江崎 宏典

江崎：まずは当院の医療安全部門の概要を教えてください。

藤岡：当院では病院長を「総括安全管理者」とし、専従の看護職を配置した「医療安全管理室」を設置しています。医療安全管理室は、各職場に配置されている医療安全推進担当者とともに、安全管理に関する事項についての周知徹底や情報交換などを行っています。

<長崎医療センター医療安全部門組織図>



江崎：どのような方針で取り組まれていますか。

藤岡：医療安全とは、“診療の一部であり患者さんを守ること”です。当然のことですが、患者さんに身体的・精神的負担をかけないということです。そして“職員を守る”ということです。色々な事例をひとつひとつ情報共有し、医療安全上問題がある際は、再発防止対策を検討します。『医療においては“種々の齟

齟（そご）”は起こり得るもの』として、個人の責任は追及しません。『何故発生したのか』『病院全体のシステムとして、対策は何か、できることは何か』を第一に考えます。

江崎：実際の活動内容を教えてください。

坂上：ヒヤリハットあるいは医療トラブル発生時には、現場の状況確認が一番大事と思っています。これらの報告があればまず現場に行き、事実確認を行います。現場でどのような状況かを確認し、レポートだけでは分からない部分を医療安全担当者と確認します。

江崎：現場で実際に確認をしているのですか。どのような報告が多いですか。

坂上：与薬に関すること、転倒・転落に関することが多いです。

江崎：転倒・転落はどのような要因が多いですか。

坂上：患者さんが比較のお元気で、ご自分で動くことが可能な場合が多いです。

江崎：転倒・転落しやすい患者さんの属性は把握されていますか。

坂上：入院時のアセスメントで患者さんごとにリスクを見極めて対策をたてています。例えばベッドネームに危険度シールを貼り、医療者・患者さん・ご家族とともに危険であることを共有し、転倒・転落防止に努

めています。

江 崎:救急の現場では、どのような医療安全に対する取り組みをしていますか。

中 道:侵襲的な診療行為が多い中、医療安全に関連した場面に遭遇する機会が多いです。『誰が責任なのか』ではなく、『何故発生したのか』、その原因を整理していきます。普段の業務の中で組織的な対応ができるよう看護部と話し合いながら取り組んでいます。

江 崎:組織的な対応策を考えることは大事ですね。

中 道:救命救急センターで日々苦勞しているのはチューブ管理です。『チューブ管理とリハビリ促進』と『患者さんの身体的・精神的負担』は相反するものなので、トラブル防止のための対応に苦慮するケースもあります。

江 崎:チューブが抜去しないようにするためには動かさないほうがいいし、そうするとリハビリは進まない。患者さんの身体状況、精神状態との折り返いは難しいですね。

中 道:鎮静のスケーリング等も行いながら、患者さんの鎮静レベルに応じてすばやく対応できるように取り組んでいます。一方で、安全管理に関する新たなルールを増やすとルールを覚え守ることに追われ大変になるので、スタッフに負担をかけないように心がけています。

江 崎:看護部としてはどのような取り組みをしていますか。

鶴 田:リスク感性を高めるための取り組みをしています。解決策ありきではなく、問題点は何かを検討する為、昨年度からヒヤリハットについてはP-mSHELL分析を用いて、医療現場の事例分析に活用し始めました。ソフト面だけではなくハード面での対策を病棟でディスカッションしています。診療補助業務、例えばチューブ管理等で問題点を予測したアセスメントができていたのかを職場で考えてもらっています。担当病棟を回る時はスタッフにもその点を確認しています。

※P-mSHELL分析:医療現場で見出された数多くのエラーの誘因を整理する助けとなるモデル

江 崎:リスク感性を高めるということは重要ですね。

鶴 田:転倒・転落に関しても、私達看護師でしかできない部分を的確に観察してもらいたいと思っています。

江 崎:今後の課題を教えてください。

藤 岡:医療安全対策として、特に力をいれていることは転倒・転落防止です。高齢化社会の中で、患者さんの評価を今まで以上に精密に行い、“転倒・転落を1人でも減らす”ということが今年度の課題です。

江 崎:高齢化がすすむ中、転倒・転落の予防はとても大事なことです。

鶴 田:医療安全推進は多職種で担っています。“注射グループ”、“内服グループ”等があり、年間通じて活動しています。各グループで、年3回、『マニュアルに沿って実施できているか』などをチェックします。マニュアルどおり実施し、再認識してもらおうと考えています。そこでリスク感性をみがいて欲しいです。医療安全推進担当者の意識を高め、各部署に持ち帰ってもらいたいと考えています。

中 道:救命救急センターは、他部署と比べても看護師を含め職員数は多いです。卒後経験年数に応じて医療安全への精通度を高めていきたいと思っています。医療安全に関して、1年目は3年目に相談し、そこで処理できないのは5年目に相談というように、医療安全に対する意識が浸透していけば、ヒヤリハットやインシデントが減ると考えています。医療安全は診療の一部であるという認識を周知していきたいと思っています。

江 崎:本日はありがとうございました。



診療科特集 Vol.11

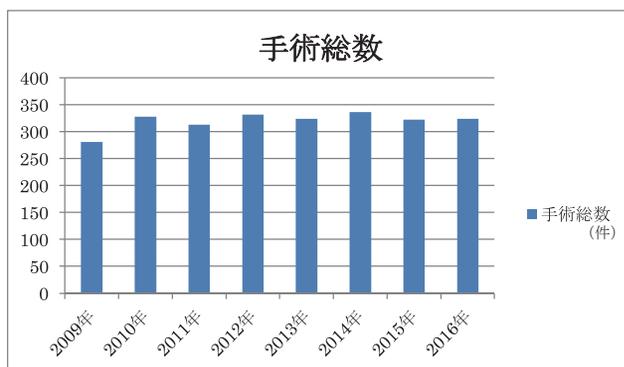
耳鼻咽喉科



耳鼻咽喉科には4名のスタッフがいます。3名が耳鼻咽喉科専門医です。日本がん治療学会認定医と頭頸部がん専門医もあり、頭頸部がん専門医研修準認定施設となっています。そして言語療法士が2名、リハビリテーション科所属ですが、毎日、嚥下相談の患者さんを耳鼻咽喉科医師とともに嚥下内視鏡検査を行っています。また毎週水曜日の午後には透視室で嚥下内視鏡検査を協力して行っています。泣いてしまう子供さんや、言うことをきいてくれない、脳血管障害や認知症の患者さんに汗だくになりながら検査を行っています。

疾患名	患者数	死亡退院数
慢性副鼻腔炎	35	0
アデノイド肥大、扁桃肥大	32	0
喉頭癌	25	0
慢性中耳炎	19	0
鼻中隔彎曲症	16	0
顎下腺良性腫瘍	15	0
声帯ポリープ	15	0
中咽頭癌	14	0
舌癌	13	0

2016年主要疾患の症例数



耳鼻咽喉科では、中耳炎、難聴、顔面神経麻痺、アレルギー等による肥厚性鼻炎、慢性副鼻腔炎、扁桃炎など急性咽喉頭炎、声帯ポリープ・反回神経麻痺などの音声

障害、嚥下障害、頭頸部腫瘍などの治療を行っています。主要な分野についてご紹介します。

耳科

これまでの慢性中耳炎、真珠腫性中耳炎に加えアブミ骨手術等にも対応できる体制となりました。ほとんどの耳科手術では顔面神経モニタリング装置を使用しながら行って

おり、中耳内を走行する顔面神経や鼓索神経を損傷しないように安全な手術を行っています。

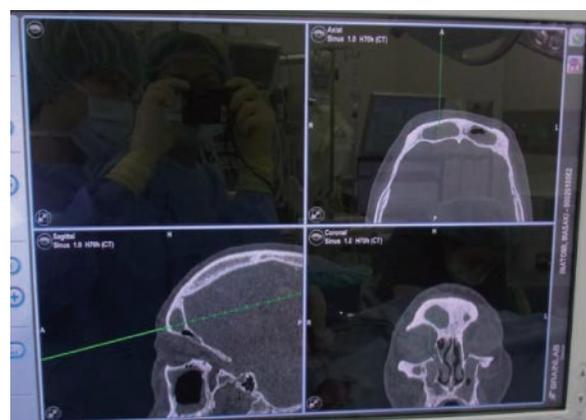
鼻科

鼻の手術は現在では、ほとんど内視鏡下の手術です。副鼻腔の上には頭蓋底が、外側には視神経があります。紙様板と言われる、眼窩の脂肪の黄色が透けて見えるくらい薄い骨が境界となっています。一歩間違えると、視力障害や髄液漏・頭蓋内感染症を起こしてしまいます。危険な領域の手術の際は、ナビゲーションシステムを使用します。患者さんの額につけた光学式ガイドと手術器具に取り付けたガイドをステレオカメラで読み取り、事前に取り込んだ画像の中に器具の先端がどこにあるのかをリアルタイムで示してくれます。病変はすべて切除し、且つ頭蓋内、眼窩内に入り込まないように手術を終えることができます。

当院の外来ではアレルギー性鼻炎の患者さんを診療することは少ないのですが、重症の患者さんで高度の鼻閉がある患者さんには、鼻中隔彎曲矯正術+粘膜下下鼻甲介切除術を施行しています。骨を切除することで下鼻甲介のボリュームを減らして通気のスペースを確保しますが、粘膜の表面は保存されますので鼻の加湿、加温の機能は保たれます。非常に呼吸が楽になり、人生観が変わったとおっしゃる患者さんも少なくありません。



患者さんの額に取り付けられた光学式ガイドと鼻内に挿入された手術器具。



画面上に緑の実線で右前頭洞に入っている器具の先端が示されています。



治療前の鼻内はほとんど空気の通るスペースがありません。



手術によって空気の通るスペースが確保されています。下鼻甲介の中の骨がなくなっています。

頭頸科

頭頸部の悪性腫瘍の症例を手術を中心に治療を行っています。当院には強力な形成外科スタッフが多数在籍しており、腫瘍切除後の形態・機能再建が必要な手術を数多く行っています。また昨年は、上咽頭と食道に進展した下咽頭癌症例を、消化管外科、形成外科と協力し切除再建を行い順調な経過取っている症例も経験しております。また、上顎癌、舌根癌の症例は放射線科に依頼して鼠径部から

セルジnger法で腫瘍栄養動脈に抗癌剤動注を行っていただきながら、放射線照射で機能・形態を温存して治療を行っています。

頭頸部癌の手術を応用し、高度嚥下障害患者さんに対し、誤嚥防止手術を積極的に行っています。長期間絶食だった患者さんが安心して食事ができるようになり、患者さんの笑顔が見られるようになります。

低侵襲治療2017 in NMC Vol.8



大腸癌に対する低侵襲手術～腹腔鏡下手術～

外科医長 竹下 浩明

1. はじめに “低侵襲” とはなにか？

手術は患部の切除や再建のためにどうしても体に負担をかけてしまいます。体の負担のことを侵襲といいます。侵襲が大きいと血圧が変動し、体温や血糖値が上昇し、創傷治癒も悪くなります。この侵襲を少なくし、合併症を少なく、回復を早くするのが低侵襲手術です。

手術する範囲が少なくなれば、侵襲は低下します。通常開腹手術では、腹腔内に手を入れて手術するために20cm前後の腹壁の切開が必要になります。通常開腹手術では疼痛が強く、また、腸管や腹膜が空気に触れるため、腸蠕動の低下や不感蒸泄（腹膜から水分が放出される）の増加、術後癒着の増加につながり、侵襲が大きくなります。

2. 大腸癌の低侵襲手術

腹腔鏡下手術：腹壁に小さな穴をあけて、腹腔鏡という内視鏡と同じ構造をした棒状のカメラを腹腔内にいれて、腹腔を炭酸ガスで膨らませることで、腹腔内を観察することができます。ほかに4か所に5～10mmほどの切開を行い、ポート（細長い鉗子を出し入れするための筒）を留置し、直径5mmの細長い鉗子や電気メス、エネルギーデバイス（止血しながら組織を切離できる）を用いて腹腔内で手術を行うのが腹腔鏡下手術です。特に直腸癌では、限られた空間で周囲に隣接した血管や神経を温存し適切な剥離面での手術が必要です。腹腔鏡下手術では、微細な構造が良く視認でき、余計な負担を減らせます。

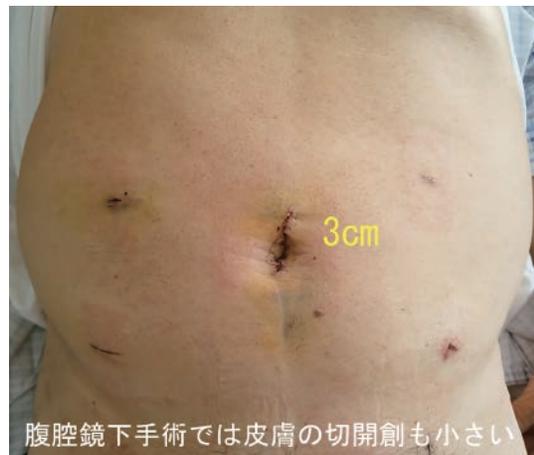
単孔式手術：臍部の切開を少し大きめにあけて、そこから、腹腔鏡とポートを入れて一つの穴だけで手術する方法です。4か所の小切開がないため整容性が良くなります。

経肛門手術：対象は限られますが、直腸の早期癌の一部は肛門から腫瘍を切除できます。腹壁は切開しないため痛みはありません。

3. 腹腔鏡下手術と開腹手術；治療成績の比較

低侵襲手術だからといって、癌の治癒度が悪くなれば元も子もありません。開腹手術と腹腔鏡下手術を比較した臨床試験が行われました（Barcelona試験、

COST試験、COLOR試験、MRC CLASICC試験、JCOG0404試験）。いずれの試験でも腹腔鏡下手術では、開腹手術に比べて生存率、再発率について、良い、もしくは悪くはないという結果でした。腹腔鏡下手術では、手術時間が長くなるものの、出血量が少なく、術後の鎮痛薬が少なく、術後回復が早く、創部の合併症が少ない結果でした（JCOG0404）。



腹腔鏡下手術では皮膚の切開創も小さい

4. 当科の現状

当科では2016年度において、大腸癌に対して、開腹9例、経肛門3例、腹腔鏡下手術96例でした。腹腔鏡下手術率91%であり、大学病院やがんセンターと同等でした。内視鏡外科技術認定医は、消化器外科専門医の8.8%のみと少なく、大腸分野では毎年合格率30%未満ですが、当科に常勤し、専門的な診療にあたっており、安心して手術を受けていただける体制になっています。

最新医療紹介

ヒートショックについて: in 大村市在宅ケアセミナー



総合診療科医長 和泉 泰衛

平成29年9月21日に大村市在宅ケアセミナーで「ヒートショック」について講演する機会を頂きました。ヒートショックについて勉強する機会を得ましたので、皆さんにも紹介したいと思います。

高齢者が入浴中に急死する「入浴関連死」が全国で年間約17,000人に上っているのはご存知ですか？(2015年2月：東京都健康長寿医療センター研究所報告) 多くは入浴中の意識障害での溺死、脳卒中や心筋梗塞などの循環器系の疾患での急死と言われています。冬場に多いことから、温度差による血圧変動が原因とされています。高齢者では若年者に比べて、血管の柔軟性が落ちているため、血圧変動をきたしやすく、持病がなくともヒートショックが起こるともいわれています。

2016年1月に厚生労働省がまとめた報告によると、2014年度の浴槽での溺死者数推計は10年前と比較して約1.7倍に増えており、救急車で運ばれた患者数から推計した「入浴関連死」の数は19,000人とさらに増え、その数は年間の交通事故死亡者数4,113人を大きく上回っており、早急に対応する必要があると考えられます。

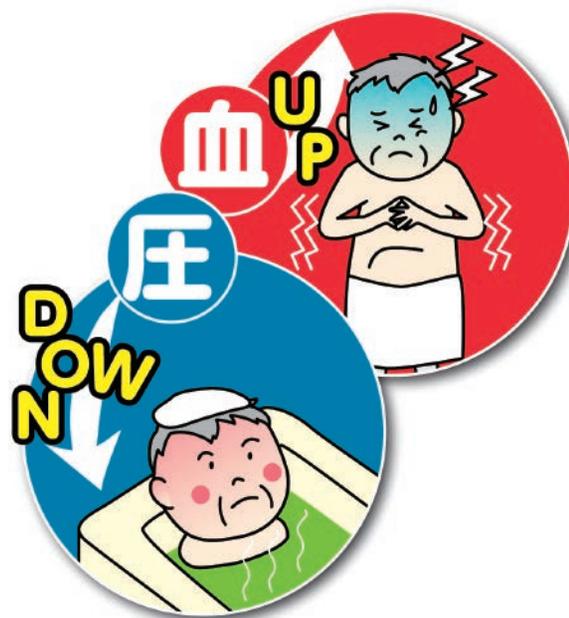
また、WHOが2015年に示した高齢者(75歳以上)の溺死者数は人口10万人当たり、日本では19.0人に対して欧米ではフランス3.5人、アメリカ合衆国1.5人、イタリア1.1人、イギリス0.5人と少なくなっており、日本では非常に多い結果でした。

気温と「入浴関連死」の数が相関していることや、ほとんどが浴槽内で起きていることから、日本固有の肩まで風呂に浸かる入浴スタイルが影響しているともいわれています。また、吉田兼好の『徒然草』の一節「家の作りようは夏をむねとすべし。冬は、いかなる所にも住まる」とあるように、「夏は涼しい家で、冬は寒さに耐える日本の伝統」のため、日本では家屋全体の断熱が進まず、こたつ文化がその特徴として残っています。浴室暖房の設置割合も欧米では90%を超える国が多いのに対して、日本ではわずか5%との報告もあります。消費者庁からも以下のように注意喚起が出されています。

- ① 入浴前に脱衣所や浴室を暖めましょう。
- ② 湯音は41度以下、湯に浸かる時間は10分以内。
- ③ 浴槽から急に立ち上がらないようにしましょう。
- ④ アルコールが抜けるまで、また、食後すぐの入浴は控えましょう。
- ⑤ 入浴する前に同居者に一声掛けて見回ってもらいましょう。

当日は私の講演の後には、全国住宅産業活性化協議会会長崎支部の原田岳先生から「断熱と健康セミナー：寒い家は体に悪い」という演題で講演頂きました。断熱の有用性と方法、断熱リフォームなどについての助成金の上手な活用法など、また、お金をかけない生活の工夫など非常に色々な面からのお話で非常に勉強になりました。

このように総合診療科では「大村市在宅ケアセミナー」にも積極的に参加させて頂き、医師会の先生方や地域の医療者の皆様との交流を深め、地域の患者さんにとってより良い医療を提供できるよう、これからも関わっていきたく考えております。今後とも何卒よろしくお願いたします。



明日を担う

Vol.3

当院の“明日を担う”スタッフに、
work、life、そしてvisionを語ってもらいましょう。

救急科

しろず はるか
白水 春香

profile

出身地：福岡県
出身大学：久留米大学医学部
専門分野：救急医療
好きな曲：Little Green Monster「人生は一度きり」

Q：医師を目指したきっかけは何ですか。

A：父が医師で、医師は身近な職業でした。物心ついたときから、人の役に立つ職業につきたいという思いもあり自然と目指すようになりました。

Q：救急科を志した理由は何ですか。

A：当初は内科志望でした。しかし研修医1年目のとき、3年目の救急科レジデントの先生方を見て、すごいなと衝撃をうけました。当時の救急科で、1年研修後他科に進むレジデントの先生方に影響を受け、どこの科にいても初期対応、急変対応の経験は役に立つと思い、1年勉強してみようと思いました。

Q：1年後、どうなりましたか。

A：1年後には、自分でできることが増えていき、患者さんの治療方針等々と任せられるようになりました。先輩から専門医をとって見たらどう？というアドバイスがあり、3年頑張っって専門医を目指した結果、2017年1月専門医を取得し、今に至ります。

Q：テレビドラマでドクターヘリが話題になっていましたが、フライトドクターに対する憧れなどありましたか。

A：自分にとってドクターヘリは遠い存在でした。4年目の秋にドクターヘリに乗ってみたいかと言われた時、「いや、無理です。」と即座に答えた事を覚えています(笑)。

Q：実際ドクターヘリに乗ってどうでしたか。

A：最初はすごく怖かったです。なんでも自分で決めないといけないという制約がある中で、いち早く必要な処置を見極めて治療し、飛び立たないといけませんので。

Q：白水先生にとって救急医とは？

A：ドラマでは鮮やかに診断して、ざっと切っつと、華やかな部分をピックアップされているのですが、日常は毎日の積み重ねです。重症であればあるほど、日々の栄養管理、輸液管理等全身管理を大切にしています。



Q：ワークライフバランスはどのようにですか？

A：ほぼほぼワークです(笑)。以前はダンスをしていたのですが、最近していません。休日は次の勤務に備えてしっかり寝ています。体力のある某先生は夜勤前にロードバイクしているのですが、私体力ありませんので・・・

Q：女性医師にとって救急医というキャリアパスは？

A：救急科には5名女性医師がいるのですが、交代制で働きやすい環境だと思います。現在育休復帰後、週3回8:30～17:00の日勤のみで働いている女性医師もいます。

Q：医師として大事にしていることは何ですか。

A：故松岡先生がよく言われていたことなのですが、“1例1例を大事にする”ことです。1症例毎に自分で噛み砕いて、自分のものにしていくことを大事にしています。

Q：長崎の救急医療に関してメッセージをお願いします。

A：人手不足で、県の救急医療をまかなえていないという現状があります。ぜひもっと救急医を目指す若い先生が増えてほしいですね。当院の救急科は短期間の研修でもwelcomeです。すこしでも救急医に興味がありましたらぜひご連絡ください!!



聞き手：小森 敦正

TOPICS

平成29年度 国立病院機構本部QC活動 優秀賞受賞報告

5A病棟 山口 茜、永野 麻衣子

私たちは、国立病院機構QC活動奨励表彰で優秀賞を頂き、表彰式のため10月12日に国立機構本部へ行ってきました。表彰式に参加し、他施設も患者や職員のことを考えたQC活動に取り組んでいることで、さらに刺激を受けてまいりました。

それでは、私たちの取り組みを紹介します。今回、「見直そう!方向捨」と題し、包交車の廃止に向けて取り組みました。包交車は機能しているのか、衛生物品等の保管状況も適切なのか考えていくうちに「包交車は本当に必要なのか」と疑問に思いました。今まで「包交車があることがあたり前」という考えが普通にあったためか包交車をなくすことに“不安”を抱える看護師も多かったです。今回のQC活動は、看護師だけではなく、医師の協力も不可欠でした。それぞれに意図を理

解してもらうまでには、多くの時間を要し難しさを感じましたが、物品場所を周知し、わかりやすく目印をつけるなど創意工夫をしたことでスタッフの理解、協力が得られ、QC活動がスムーズに行えたと思います。今後も「ムダがないか」「見直しは必要ないか」など、目線を変え、見方をかえて柔軟に、日々、考えていきたいと思っています。



TOPICS

第12回研修医指導医合同研修

2年次研修医 芦澤 博貴

昨年に引き続き台風の到来と共に始まった今年の嬉野合宿。

開催すら危ぶまれた合宿でしたが、無事にその日を迎えることができました。今年は「研修ファースト」をテーマに1日に凝縮された話し合いの中で、当直や学会など、それぞれ研修医に関わる議題について熱い議論が交わされました。

チームごとにしっかりまとめられたプレゼンテーションを行いましたが、その内容は今後実際に採用できるか検討しているところです。

今回全員が自分たちの研修について真剣に話し合えたように、今後も「研修ファースト」の姿勢で臨んでいきたいと思っています。



小児科後期レジデント 尾曲 久美

台風の接近により短期集中型の日程で行われた合宿。ワークショップでは研修内容について多くの意見が研修学年問わず出ており、また斬新なアイデアを楽しみにしている会の雰囲気から、これまで当院の初期研修がいかに変化しながら大切に作り上げられてきたものかということを感じました。懇親会含め、普段、臨床の場では見られない研修医の先生方の素顔は、数年前の自分を思い出す良い機会となりました。和楽園の温泉とおいしいお酒を堪能し、他科の先生方と意見を交わす機会を頂き、私自身もまた日頃の診療への想いを改めることができました。今後もこの合宿が、参加した研修医の先生方はもちろん、指導医の先生方にとっても有意義な場となることを願っています。



職場紹介

7A病棟看護師長 森 順子

【7A病棟紹介】

7A病棟は、総合外科センターです。周術期の専門的な看護の提供だけでなく、がん化学療法、緩和ケアと多岐にわたる看護を実践しています。前田病棟医長を始め、医師10名と研修医、看護師31名、看護助手2名、クラーク1名の大所帯でオーバーヒート気味になることもあります。和気藹々と語り合いながらコミュニケーションを保っています。そして、病棟一丸となって、手術前から術後合併症予防のために早期離床と感染予防に努め、身体的・精神的な患者・家族の支えとなることを目指しています。その他に大事にしている取組みとして、乳癌患者の「さくらの会」を年2回、「ストーマ造設患者会」を年1回開催し、患者同士の不安や悩みを共有したり情報交換の場を提供し心に寄り添う医療を実践しています。

また、安全・安楽な看護実践をするために、平成28年1月からPNS看護体制を導入し、パートナーとチームの連携をはかることで、患者さんに安全な治療が受けられる環境を作っています。看護体制のメリットを活かした看護が提供できるように定期的な検討会を行い、PNSの定着と向上を目指しています。



【職場のホープ 7A病棟 宮崎 愛 看護師】

嬉野医療センター附属看護学校卒業後、7A病棟に配置になって2年目になる宮崎愛さんを紹介します。色白美人で多くを語らず寡黙に業務をしている姿が印象的です。



普段は、笑顔が素敵でおしゃべりな一面もあります。先輩たちからも「真面目で、細かいことにも注意を払い、責任感が強い人です。」という反応でスタッフ皆から信頼されています。また、患者・家族の前では、にこやかに笑顔を見せて対応しています。

宮崎さんの細腕で患者さんを支え早期離床の訓練を行ったり、患者・家族の想いに耳を傾けて一緒に悩んだりしております。患者さんからは、「今日は、宮崎さんが担当やから嬉しか!」という声を聞きます。患者さんから慕われ信頼があるのだと感じています。

今年は後輩のスタッフも増えました。1年目の良き相談相手となり、一緒に悩みながら看護を実践しています。患者・家族の痛みがわかる看護師に成長して欲しいと期待しております。

TOPICS

栄養管理室だより

栄養士 落石 沙耶加

当院の腎臓病教室について紹介します。毎月、第4月曜日の14時から医師、看護師、薬剤師、MSW、管理栄養士の多職種のスタッフから構成され、それぞれが専門の話を行っています。腎臓の働きから、透析の話など幅広い話を1回で聞けることが特徴です。

栄養士が担当する食事療法では、一般的な腎臓病食について話をしています。腎臓病の食事療法は腎臓の状態により異なる点もありますが、一般的に透析前の状態であればエネルギーをしっかりと確保した上で、たんぱく質、塩分を制限するとされ、必要に応じてカリウムやリン等の電解質を制限するように医師より指示があります。

しかし、情報社会の昨今では、「食事療法＝制限」のイメージが強い為か、低栄養に陥るのではないかと

というような食事をしている方など、必要以上にエネルギー制限をする方等も少なからずいると感じます。

「適切なエネルギー摂取、適切なたんぱく質摂取」が肝心の食事療法です。

食事は嗜好により自由自在に調整が可能ですが、知識、情報を誤認し続けると、腎臓の負担になることもあるため注意が必要です。その為、集団教室では食事療法に関心を持って正しく食事療法を理解して頂ければと思います。当院では個人栄養指導も行っておりますのでその際に個別に食事・栄養面でのサポートを行っております。

※腎臓病集団教室の受講は当院の通院患者さんが対象です。受講希望の際は、かかりつけの先生、当院の医師へ相談をお願い致します。



医療センター講演・研修・テレビ出演等(11月)

(敬称略)

CPC

開催日	時間	開催場所	内容	講師
11月28日(火)	18:00~19:30	人材育成センターあかしやホール	顕微鏡的血管炎	症例担当:案浦花奈子、江口瑞奈、渡辺春香、西原敬仁、柳田隆宏 臨床指導:岩永希 病理担当:白濱つづり、伊東正博 コメンテーター:久富恵子、田川努

第6回がん化学療法セミナー

開催日	時間	開催場所	内容	講師
11月29日(水)	18:00~19:00	臨床研究センター会議室	免疫療法(免疫チェックポイント阻害薬)を受ける患者への看護	がん化学療法看護認定看護師:富永美希

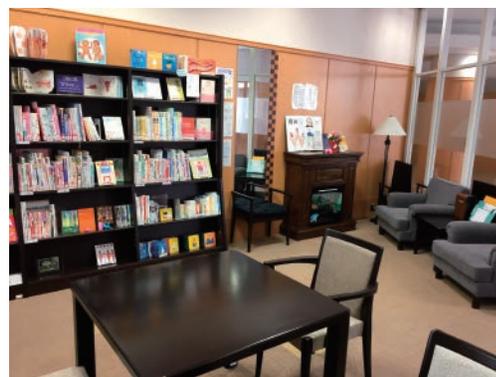
これらの講演は、地域の医療従事者の皆様に開放しています。詳細は病院のホームページをご参照下さい。 <http://www.nagasaki-mc.jp/pages/205/>

患者図書室「あかね」(表紙)

当院の入院治療棟2階に、患者図書室『あかね』があります。

病気・治療に関する解説本、食事療法・栄養の本、検査・薬に関する本や、がんなど病気・治療に関するDVDを備えています。また、パソコンコーナーもあり、優良医療情報サイト『しらべる君』で、インターネット検索もご利用になれます。室内での閲覧のほか、当院に入院中の患者さんには貸出しサービスも行っています。

入院、外来患者さんだけでなく、付き添いの方など、どなたでもご利用いただけますので、ぜひお立ち寄りくださいませ。



利用時間 月曜日～金曜日
10:00～12:45
13:15～15:00

※土日祝日、年末年始はお休みです

●編集後記

難治性疾患研究部長 小森 敦正

秋雨が続く十月中旬、まだ夏休みを取っていない同僚もいますが、SENSAI 編集局としては来年の編集方針を考える時期になりました。

2017は“低侵襲治療2017 in NMC ”、若手一中心堅医師へのインタビュー“明日を担う”シリーズなどで、当院のハード(診療機能)とソフト(人)両面を紹介してきました。また4月からは、表紙でヘリドック太に協力してもらい、時にトリヴィア?(免震装置)な院内情報なども提供しています。

新SENSAI第3号の編集後記では、“共有できる医療情報をSENSAIから”と記しましたが、“In and Around NMC”も目標に、来年はさらにオープンで、顔が見える、風通しよい紙面にしてゆけたらと思います。

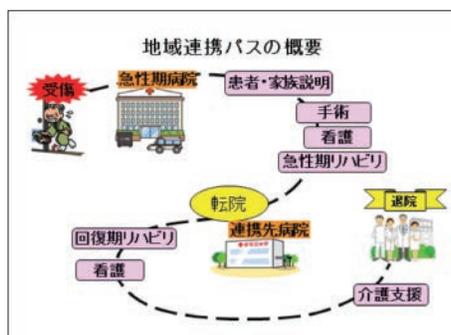
目を通して良かったと言っただけの紙面作りのためにも、地域の先生方、OB/OGの皆様、もちろん同僚からの、忌憚なきご意見と感想をお待ちしています。

地域医療連携室からのお知らせ

地域連携クリティカルパスとは

患者が発症した「急性期」から、集中的なりハビリをする「回復期」、生活機能維持のためのリハビリをする「維持期」まで、切れ目のない治療を受けるための診療計画表です。中核病院から開業医、介護施設を含む幅広い職種の「共通言語」と言えます。当院では現在「脳卒中地域連携パス」「大腿骨頸部骨折地域連携パス」「PCIパス」が稼働中です。

また、かかりつけ医とがん診療連携拠点病院(当院)医師が、共同で診療するために退院後の治療・検査を役割分担して行う診療体制をがん地域連携パスと言います。がん治療を目的とした初回入院後、退院してからの診療計画であり、がん腫や病期等によって異なります。



<がん地域連携手帳>



さて、平成28年度診療報酬改定におきまして地域連携パスにかかる診療報酬であった「地域連携診療計画管理料・退院時指導料」は廃止され、代替として「退院支援加算・地域連携診療計画加算」が新設されました。今までは大腿骨頸部骨折と脳卒中のみが対象疾患でしたが、改定により対象疾患の限定がなくなりました。今後「PCI」「糖尿病」など拡大していきたいと考えます。

<地域連携パスにかかる診療報酬>

	旧制度 (28年3月まで)	新制度 (28年4月から)
地域連携計画策定病院(当院)	B005-2 地域連携診療計画管理料 900点	A246 退院支援加算 1 600点 + A246 地域連携診療計画加算 300点
連携医療機関	B005-3 地域連携診療計画退院時指導料(Ⅰ)	① A246 退院支援加算 1 600点 + A246 地域連携診療計画加算 300点 ※外来患者 B009 診療情報提供料(Ⅰ) 250点 + B009 地域連携診療計画加算(診療情報提供料(Ⅰ)) 50点
	※外来患者 B005-3-2 地域連携診療計画退院時指導料(Ⅱ) 300点	② B009 診療情報提供料(Ⅰ) 250点 + B009 地域連携診療計画加算(診療情報提供料(Ⅰ)) 50点

① 連携医療機関で退院支援加算1の届出をしている場合
② 連携医療機関で退院支援加算1の届出をしていない場合

	旧制度 (28年3月まで)	新制度 (28年4月から)
対象疾患	大腿骨頸部骨折、脳卒中のみ	特定なし

【予約受付時間】月～金 8:30～16:30(16:30以降については、翌日の取扱いとなります)

【休診日】土曜日、日曜日、祝日、年末年始(12月29日～1月3日)

独立行政法人国立病院機構 長崎医療センター 地域医療連携室

問い合わせ・資料請求・予約; TEL.0120-731-062 FAX.0120-731-063

E-mail:renkei@nagasaki-mc.com

理念

高い水準の知識と技術を培い
さわやかな笑顔と真心で
患者さん一人一人の人格を尊重し
高度医療の提供をめざす

長崎医療センターの使命

長崎医療センターは以下の活動を誠実にを行い、地域拠点病院として住民の皆さんと医療機関からの信頼を得ることを使命としています。

- 安全で質の高い医療を提供する
- 絶対に断らない救急医療の最後の砦となる気概を持つ
- 地域の医療機関、行政と密接に連携する
- すべての医療人と学生に魅力的な教育研修を提供する
- 臨床研究を推進し、国際医療協力に貢献する