

あおやぎ

No.261

2015年4月



▲広島県 千光寺 [撮影：中央病院ボランティア職員 山田 みつこさん]

院長あいさつ ②

頭頸部がんについて ④

「看護の日」のおしらせ ⑥

「ふれあい看護体験」について ⑦

認定看護師紹介 ⑧

救命救急センター救急外来について ⑨

外来診療案内 ⑩

県立中央病院の理念と方向性

〈理念〉

県民の健康と生命を支える安心と信頼の医療

- ・患者の権利と意思を尊重し、高度で良質、適正な患者中心の医療を提供します。
- ・医療従事者としての倫理綱領を守ります。
- ・最適ながん医療と生活習慣病対策を推進します。
- ・信頼される救急医療を提供します。
- ・地域医療、福祉との連携をします。
- ・将来を担う医療人の教育、育成を行います。
- ・公共性に配慮した健全な病院経営を目指します。



こあいさつ

当院の使命 “県民の健康と生命を支える 安心と信頼の医療を提供する”ために 県民のみなさまへお願い

院長 ● 後藤 敏和



当院を受診して頂きありがとうございます。平成27年の年度初めに、当院が使命として掲げる“県民の健康と生命を支える安心と信頼の医療を提供する”を果たしていくために、県民のみなさまへお願いをさせていただきます。

国は団塊の世代が全て後期高齢者となる2025（平成37）年に向けて、高齢者が住み慣れた地域で介護サービスや医療を受けながら生活をしていける制度「地域包括ケアシステム」の構築を目指しております。医療機関には、機能分化と連携強化、在宅医療の推進、増え続ける医療費抑制のため後発医薬品使用の推進等が求められております。また当院のような大病院は一般外来を縮小し、手術や救急医療といった高度医療に力を入れて行くように求めています。

具体的な動きとしては、「病床機能報告制度」と「地域医療構想」があげられます。病床機能報告制度は昨年からはまりました。病床機能を高度急性期、急性期、回復期、慢性期の4つに分け、現在（平成26年）の位置づけと6年後に目指す機能を各病院が選択し、病棟毎に報告する制度です。高度急性期機能とはICU（大きな手術後や全身やけど、多発外傷など重篤な患者さんを治療する集中治療室）やCCU（急性心筋梗塞などの冠動脈疾患を治療する集中治療室）、SCU（脳卒中を治療する集中治療室）といった集中治療室で提供する医療を指

し、急性期機能とは、急性期の患者に対して、状態の早期安定化に向けて医療を提供する機能で、がんの手術も含まれます。回復期機能とは急性期を経過した患者に、在宅復帰に向けた医療やリハビリテーションを提供する機能で、慢性期機能とは長期にわたり療養が必要な患者（重度の意識障害や筋ジストロフィーなどの難病）を入院させる機能です。高齢化がいつそう進む中、回復期病床や慢性期病床が不足し急性期からの転換が求められると予想されます。

地域医療構想は、2025（平成37）年のあるべき医療機能体制を二次医療圏（村山、庄内、置賜、最上）ごとに検討するもので、本年度から開始され28年度中に決定されることになっています。前述した4つの機能の病床数もこの中で決定されます。

当院が求められる機能は、言うまでもなく高度急性期、急性期機能です。急性期を乗り切った患者さんの回復期や慢性期医療まで担っているのは、ベッドが空かず高度急性期、急性期医療を必要とする患者さんが入院できないということになります。回復期機能は他の医療機関にお願いする必要があります。機能分化した病院の連携（病病連携）が増々必要になります。また手術などの高度な医療を提供するためには、医師の外来診療負担を軽くする必要があります。落ち着いた状態にある外来患者さんは、ふだんはかかりつけ医に診ていただく必要があ

ります（病診連携）。また高度な救急医療が要求される患者さんを確実に診療するためには、受診前から軽症であることが明らかな患者さんは救命救急センター（いわゆるコンビニ受診）ではなく、休日夜間診療所などを受診して頂く必要があります。その代り当院は救急車や開業の先生からの受診要請を断らず受け入れて行く必要があります。

今年の診療報酬改定では、医師、看護師の過重労働対策も求められております。医療従事者が過重労働で疲れ果てていては、良い医療は提供できません。医療安全上も問題です。既に米国では手術の執刀医が過重労働になっていないことを証明するために、1週間の勤務状況を患者さんに提示することが当たり前になっています。院長には職員の健康を守る義務もあります。

急性期の患者さんの早期回復のためには、リハビリテーションを早期に開始する必要があります。従来当院にはリハビリを担当する専門職が極めて少なかったのですが、今年度理学療法士を3名から6名に、作業療法士を1名から4名に、言語聴覚士を1名から3名に増員しました。患者さんに早期からリハビリを提供することにより、入院期間も短くできます。空いたベッドには急性期の患者さんを待たせることなく入院して頂くことが出来ます

病院経営を取り巻く環境はますます厳しくなっております。昨年4月の診療報酬改定では、実質1.26%のマイナス改訂となり、また消費税が5%から8%に引き上げられたことにより、平成26年度の当院の経営状況は誠に厳しいものになりました。平成29年4月からは消費税が10%に引上げられることが決定しており、病院経営は増々厳しさを増すものと推測されます（注1）。病院の収入は入院収益が7割以上で外来は4分の1です。経営改善のためには、外来診療を縮小し入院医療に力を入れて行く必要があるのです。

自慢できることをご紹介します。平成26年度の研修医マッチング（注2）において、当院は県内で唯一3年続けてフルマッチし、4月から16名の初期研修医を新たに迎えることができました。東北・

北海道で2番目の人気（平成25年度は1番）でした。東日本大震災があった平成23年には7名もの欠員を出したのですが、医学生から選ばれる病院になったと嬉しく思っております。研修医のOB・OGと研究会等でお会いすると、「県中は良かった、医者や職員があればたくさんいて和気藹々と協力しながら診療している病院は珍しい、雰囲気もすごく良かった、将来戻って働きたい」と言ってくれます。ありがたいことだと思います。学生の病院選択には先輩からの口コミが最も重要です。この伝統を発展させ、優秀な若い医師が集まる病院であり続けたい、と思います。

私も院長3年目を迎えました。“患者さんからも職員からも顔の見える院長”でありたい、との思いで仕事をしてきました。外来診療（FAX予約を含む）、ドック診療も続けて参ります。院長室のドアはいつでも開いております。

医療人として最も大事なものは、患者さん、家族に対する“思いやり”だと思います。“思いやり”のところで接し、当院のミッションであります「県民の健康と生命を支える安心と信頼の医療を提供」して参ります。県民のみなさまも、高度急性期病院としての当院の使命をご理解いただき御協力をおねがい申し上げます。

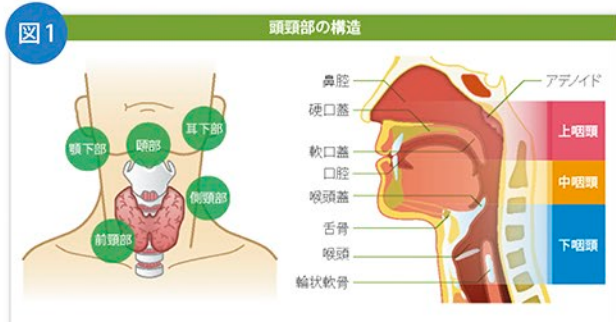
注1：病院が購入する機械や薬品には消費税が課税されるが、患者さんが支払う医療費には消費税が課税されない。厚労省は平成26年度診療報酬改定で初診料や再診料、外来診療料、入院基本料を引き上げて診療報酬に反映させたとしているが、極めて不十分であり高額な機械を購入する大病院ほど影響を強く受けている。

注2：医師には卒業後2年間の研修義務が課せられている。医学生は6年生の夏に研修を希望する病院の面接や試験を受け、希望順に病院を指名する。一方病院も採用したい学生に順番を付け、マッチした病院が研修病院となる。実際は約8割は学生が1位指名した病院が研修病院となる。

頭頸部がんについて

耳鼻咽喉科・頭頸部外科 ● 小池 修治

「頭頸部」という言葉は多くの方にとって聞いたことのない言葉で、解りにくいと思います。簡単にいえば顔面から頸部の部分を指し、頭側は脳の下面まで、尾側では鎖骨までの範囲です。この範囲に含まれる、鼻、口、のど、上あご、下あご、耳、唾液腺、甲状腺、頸部にできるがんの総称が「頭頸部がん」です。脳・脊髄や目に発生するがんは除きます。(図1)



頭頸部がんの特徴

① QOL (Quality of Life、生活の質) と密接に関係

頭頸部は呼吸・食事(咀嚼・嚥下)などなど、人間が生きる上での根源的な機能、さらに発声、味覚、聴覚などコミュニケーション機能など社会生活上非常に重要な機能が集中しています。従ってこの部分に障害が起きるとQOLに大きく影響するため、がんを治すための根治性とQOLとのバランスを保った治療が必要です。また、顔面の形態の維持や表情の形成を行うのも頭頸部であり整容的な配慮も欠かせません。

② 低い発生頻度と数多くの種類

頭頸部がんは、胃がん、大腸がん、肺がん、乳がん、前立腺がんなど他のがんに比べて発生頻度は少ないのが特徴です。2010年の「2010年地域がん登録による推計値」(独立行政法人国立がん研究センターがん対策情報センター)によると人口10万人に対して代表的な頭頸部がんのうち口腔咽頭がんは12.2人、喉頭がんは3.9人、甲状腺がん10.4人であり、全てのがんの5~6%程度と考えられています。全体数は少ないのですが、鼻腔、副鼻腔、耳下腺、舌、喉頭、咽頭、甲状腺など種類が非常に多く、発生原因や治療法、予後が異なるのが特徴です。

③ 頭頸部がんの危険因子

頭頸部がんの多くは中高年の男性に発症しますが、部位によっては若年者や女性でも発生することがあります。発生には喫煙や飲酒が大きく関わっています。甲状腺がんや唾液腺がんを除けばアルコールを飲まず、たばこも吸わない人が頭頸部がんになることはまれです。喫煙については、喉頭がん患者の喫煙率はきわめて高く、次いで口腔がんも高くなっています。特に噛みタバコが普及している南アジアの国々では、口腔がんが全がんの約30%と高頻度になっており社会的に大きな問題となっています。飲酒は少量のアルコール摂取で顔が赤くなったり、動悸がしたりする人(体質的にアルコールが飲めない人)が、多量のアルコールを長期間摂取する方に咽頭癌のリスクが高くなることが分かっています。そうした人に食道がんや胃がんなど他の部位と重複してがんが発生しやすいことも知られており、頭頸部がんにかかったら、他の部位も定期的に検査することが必要です。

最近子宮頸がんの原因であるヒトパピローマウイルス(HPV)が、口腔がんや咽頭がんの約50~60%に関わっていることが分かってきました。飲酒・喫煙が原因の人よりやや年齢が若い40~50歳代に多いのが特徴です。

頭頸部がんの治療

頭頸部がんの治療の柱は、外科療法(手術)、放射線療法、化学療法です。それぞれ単独で行う場合もありますが、多くはそれぞれを組み合わせる治療法(集学的治療)を行う機会が増えてきています。頭頸部がんは、発生部位により治療法が異なりかつ多岐に渡るために、各専門職がお互いに連携しながら治療を進めて行くことが必要になります。

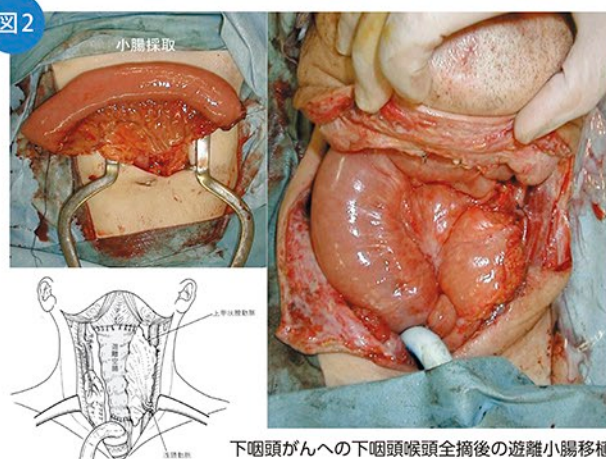
外科療法は、現在でも頭頸部がんの治療の中心です。特に甲状腺がんや唾液腺がんは、放射線療法や化学療法が効きにくいがんであり手術が第一選択です。しかし頭頸部には社会生活上非常に重要な機能が集中しており、そうした部位にメスを加えるということは、大なり小なりの機能障害が生じます。また頭頸部は常に露出している部位であり、手術により容顔の変化が生じる場合も少なくありません。頭頸部がんに対する手術では、腫瘍を完全に切除し根治を目指す

だけではなく腫瘍切除後の形態や機能の回復あるいは容貌の改善、さらに臓器機能を可能な限り温存するなど術後のQOLをいかに維持するかということが大きな課題です。

頭頸部がんでは、病変が限局した早期の場合、手術による術後の機能障害や容貌の変化は少なくすみますし、また放射線治療の選択も可能となります。放射線治療は、治療期間が約1カ月半から2カ月かかりますが、手術を回避でき機能の温存も良好で、治療成績も手術と遜色ありません。ただ放射線治療では治療中および治療後に生じる有害事象が問題となります。治療中比較的早期に生じる急性期障害として皮膚炎や粘膜炎があります。重篤になると治療を一時的に休止する原因となるために、治療を継続するために支持療法が重要となります。粘膜炎の痛みによる咀嚼・嚥下障害への除痛や栄養管理、皮膚炎へのスキンケアを、医師、看護師、薬剤師、栄養士が介入し放射線治療が継続して行えるようサポートしてゆくことが重要です。放射線治療後に出現する晩期障害としては、放射線照射部位の皮膚の線維化、唾液分泌の低下、味覚障害、嚥下障害があります。治療終了後長期にわたり症状が持続する場合もあり、特に高齢者では治療後の支持療法やサポートも重要です。

一方進行例で病変が大きい場合、手術を中心として術後の放射線治療あるいは放射線治療と化学療法の併用を行います。しかし手術は、がんの広がりに応じて広範囲の切除が必要になる場合も少なくありません。頭頸部は食事、会話、呼吸といった生活に重要な組織があるため、切除によって大きな欠損を生じた場合、欠損部を修復し機能障害や容貌の変化をなるべく少なくする必要があります。手術で切除したあとの欠損部に、自身の体の他の部分から皮膚、筋肉、骨、小腸などの組織を移植して修復するのが再建外科手術で、形成外科医と協力して行います。移植の方法には有茎組織移植とマイクロサージャリーによる遊離組織移植があります。現在はマイクロサージャリーによる遊離組織移植が主流です。マイクロサージャリーとは、移植する組織の栄養血管（動脈・静脈）を移植部位の血管とつなぎ合わせる手術です。通常は手術用顕微鏡を使って行い、移植組織の動脈・静脈それぞれを、がんを摘出した後の頭頸部の血管とつなぎ合わせて移植組織に血液の流れを再開させ移植して修復します。（図2）また頭頸部に吻合に適した血管がない場合や血管吻合自体が無理な場合は、血管を切り離さない状態で組織を頭頸部に異動して移植して修復する有茎組織移植を選択する場合

図2



もあります。

進行した頭頸部がんでは広範囲切除による機能障害を回避したい場合や、臓器機能や年齢から手術が出来ない場合は、放射線治療が選択されます。しかし病変が大きい進行癌では放射線単独での制御率が低いために、現在では化学療法を同時に併用する化学放射線治療が盛んに行われています。手術により大きな機能障害を生じる可能性のあった人が化学放射線治療により機能障害を回避できる例も増加しており今後ますます盛んになっていくと思われます。化学療法を併用する理由は、①放射線治療に強い化学療法を併用することで化学療法と放射線治療のそれぞれの抗腫瘍効果で高い治療効果を得る。②放射線治療の効果を高めるための増感作用を期待する。③根治的な治療として手術を回避し機能温存や臓器温存を図る。などがあげられます。しかし化学放射線治療では、放射線治療単独に比べて、放射線治療による有害事象（急性期、晩期）が高度になりますし、化学療法の有害事象も重症化しやすい傾向があり、有害事象への対策や栄養管理などの支持療法が非常に重要です。従って化学放射線治療の対象は、一般的には臓器機能良好な75歳未満になります。その対象から外れる患者（高齢者や臓器機能不良な人）には、近年分子標的薬併用放射線治療が行われるようになってきました。一般的な化学療法に比べ有害事象は軽くなり放射線治療単独に比べ制御率の向上が期待される一方、分子標的薬特有の有害事象（間質性肺炎、皮膚障害等）があり、化学放射線治療と同等の支持療法が必要であり、安易に行える治療ではありません。

今後の頭頸部がん治療は、がん治療としての根治性と治療後のQOLのバランスがますます問題となってきますし、今後の超高齢化社会を迎えてどういう治療を選択するのか考えてゆかなくてはなりません。

「看護の日」のお知らせ

看護部自治会会長 ● 田瀬 裕子

日 時：平成27年5月14日(木) 10時～14時

場 所：県立中央病院 2階講堂

テーマ：「自分を知ろう」—明るく楽しく過ごすために—

5月12日は「看護の日」です。この「看護の日」は、21世紀の高齢化社会に向け、看護の心、ケアの心、助け合いの心を、私たち国民一人ひとりが分かち合うことが必要であり、こうした心を誰でもが育むきっかけとなるよう、フローレンス・ナイチンゲールの生誕の日にちなみ、旧厚生省が1990年に制定しました。

この日を含む日曜日から土曜日までを看護週間として、毎年、厚生労働省と日本看護協会が主催し、各都道府県及び看護協会や医療施設が、市民の皆様を対象とした「看護のふれあい体験」などの催しを

通して、心を育む活動を行っています。

当施設でも5月12日からの看護週間に皆様とふれあう機会を持ち、看護の心、ケアの心を感じていただけるような催しを行います。看護への関心を高めていただくために、正面玄関や各フロアにお花を飾らせていただきます。

また、メインのイベントとして、5月14日に「自分を知ろう」をテーマに3つのコーナーを設けて、イベントを開催する予定です。昨年は162名の参加があり、大変好評を得ておりますので、ぜひ、ご近所お誘いあわせの上お気軽にご参加ください。

測定コーナー

内容：肌の水分量測定・骨密度測定ほか

展示コーナー

内容：看護師の子供たちの絵と作文の展示
ロコモティブシンドロームについて

体験コーナー

内容：花の山形しゃんしゃん体操

骨密度
測定中



血圧
測定中



花笠
しゃんしゃん
体操



「ふれあい看護体験」について

臨床指導委員長 ● 武田 睦美

フローレンス・ナイチンゲールはクリミア戦争で傷ついた兵士の看護をしたことで有名な人物です。ナイチンゲールは兵士の看護だけではなく、現在に通じるような看護の基礎をたくさん残したことから「近代看護の母」と称されています。

ナイチンゲールの誕生日である5月12日を「国際看護師の日」とICU（国際看護師協会）が決めました。日本では1990年（平成2年）に旧厚生省が「看護の日」を制定しました。その背景には、急ピッチで進む超高齢化社会を支えていくため、すべての人に「看護の心」「ケアの心」「助け合いの心」を育てほしい—そんな願いがこめられているということです。この5月12日を含めた1週間を「看護週間」として全国各地でさまざまなイベントが開催されます。「ふれあい看護体験」もその一つで、近隣の一般の方、特に高校生を対象に、施設見学や簡単な看護体験を通して看護の仕事について知ってもらう取り組みです。

当院でも毎年10～20名の参加者がおり、昨年は14名の高校生を迎えました。病院で準備した白衣に着替え、さらりと伸びた髪をアップしてまとめあげると何とも凛々しさが際立ち、一人前の看護師の風格を感じます。開会式にのぞんだ後いよいよ緊張した面持ちで病棟に向かいます。病棟では看護師の指導のもと新生児を抱っこしたり、足浴、食事介助、車椅子をおしてみる、おそろおそろ聴診器を当て脈打つ音を確認するなど、文字通り患者さんとのさまざまなふれあいを体験します。病棟での体験を終えると、

次は指導者と参加者で振り返りの会を設けています。そこでは参加するきっかけや、ふれあい看護体験を通しての感想を話します。話し合いの中では、何といっても患者さんたちから「ありがとう」の感謝の言葉や「頑張って」の励ましの言葉をいただいたことで『やっぱり看護師への道を歩んでいこう』と将来への夢を大きく膨らませていることが印象的でした。さらに「救急看護の道を進みたい」とか、「災害看護を目指している」など具体的に思い描いている方もいて志の高さに驚かされました。そのほかこの体験を通しての感想には、「患者さんの笑顔を見るのがうれしい」「人のためになることをしてあげられることは素晴らしい」などがあり、素晴らしい感性を持ち合わせているのだと感動させられました。

高齢者が増加するこれからの社会を支えるには看護師の確保は国の大切な課題でもあります。少しでも多くの若者が看護師をめざし誕生することを願うとともに、核家族化で人とのつながりが希薄となっているともいわれる社会の中で、お互いに思いやり助け合う心が、この若い感性から広まっていくことを願いたいものです。

今年は5月15日（金）に「ふれあい看護体験」を開催予定しています。看護職の魅力を感じただけのように準備してまいりますので多くの参加をお待ちしております。



認定看護師紹介

認定看護師とは、日本看護協会の認定看護師認定審査に合格し、ある特定の看護分野において熟練した看護技術と知識を有することを認められた看護師をいいます。現在この中央病院においても11名の看護師が各分野の認定を受けて活動をしています。

今回は、4名の認定看護師をご紹介します。

緩和ケア 認定看護師として

緩和ケア認定看護師

安孫子 さとみ



私は、平成25年に緩和ケア認定看護師を取得しました。私が緩和ケア認定看護師を目指した動機の一つに、家族のがんによる死があります。がん患者の家族として、また医療者として、自分の中で様々な思いがあり葛藤しました。患者さんはもちろんですが、家族看護の大切さも実感しました。緩和ケアは、がんを診断された時から身体や心、生活に対する苦痛を緩和し、患者さん、ご家族の自律と意思を尊重し最期までその人らしく生きることを支えるケアです。現在私は、複数の職種で構成された緩和ケアチームの一員となり、病院内の患者さんやご家族の抱える様々な苦痛に対してアプローチをおこない、スタッフとともに連携したケアを提供できるように活動しています。緩和ケア認定看護師として、患者さんにご家族の苦痛をできるだけ緩和し、生活の質を向上できるように、そして、「その人らしさ」を大切に、患者さんにご家族の傍らに寄り添った看護を提供していくことが私の目標です。

がん化学療法看護 認定看護師として

がん化学療法看護認定看護師

大森 恵子



がん化学療法看護認定看護師は、がん化学療法を受ける患者さんやご家族が十分な情報のもとに治療を選択し、治療に参加できるように支援していく役割があります。また、がん化学療法を受ける患者さんやご家族が治療中に起こる副作用に対応できるように支援していきます。そして、治療に関する不安、問題に対して一緒に考えていきます。

私は平成25年にがん化学療法看護認定看護師の資格を取得しました。山形県立中央病院では二人目のがん化学療法看護認定看護師になります。現在5階西病棟に勤務しており医療スタッフ、患者さんやご家族の身近な存在として、専門的な知識をもとに根拠のある心のこもったケアを行っていききたいと思います。また、他分野の認定看護師や他職種（医師や薬剤師、栄養士等）と積極的に協働し、チーム医療として患者さんやご家族の力を最大限に活かせるように、環境（心と身体）を整えられるよう努力していききたいと思います。

皮膚・排泄ケア 認定看護師の活動

皮膚・排泄ケア認定看護師

矢萩 友加



皮膚・排泄ケア認定看護師は創傷や褥瘡、ストーマ（人工肛門や人工膀胱）ケア、尿失禁や便失禁などの排泄ケアを専門にしている看護師です。当院で私は2人目の皮膚・排泄ケア認定看護師になります。

現在は病棟に勤務し、入院患者さんへのスキンケアやストーマケア、失禁ケアなどを行っています。

院内活動として褥瘡回診に参加し、医師、褥瘡管理者、看護師、薬剤師、検査技師、管理栄養士などとチームでかわり、褥瘡の評価や治療・ケア方法について検討しその患者さんにあった方法を提供しています。また褥瘡対策委員会やスキンケア委員会では、褥瘡発生予防対策、スタッフの褥瘡やスキンケアの知識・技術の向上を目指した研修会を企画・運営しています。

皮膚・排泄ケア認定看護師がかかわる分野は広く、もう一人の皮膚・排泄ケア認定看護師と協力して、専門性を活かした患者さんの生活の質を低下させないようなケアを提供・実践していきたいと考えています。

集中ケア 認定看護師の活動

集中ケア認定看護師

奥山 広也



みなさん、こんにちは。集中ケア認定看護師2年目の奥山です。当院では集中ケア認定看護師は2人目になります。集中領域にいない方は馴染みがないかもしれませんが、これを機に興味を持っていただけたら嬉しいです。

集中ケア認定看護師はクリティカルな状態にある患者に対して、医学的知識に裏付けられたフィジカルアセスメントや日常生活援助を通して患者の回復力を促進させるケアを展開することを求められます。しかし、専門知識や技術も必要ですが、やはりコミュニケーションを活かし、患者さんに対してチームで介入していくことが大切です。私の所属するHCUではベテラン看護師が多数在籍しているため、黒子のような存在でスタッフへ支援を行っています。最新知見や技術をスタッフで共有し、継続看護を提供できるように自己研鑽を行うとともに、スタッフとのコミュニケーションを大切にしながら患者さんへ質の高い看護を提供できるようこれからも頑張っていきたいと思います。

救命救急センター 救急外来(救急室)について

救急室看護師長 ● 阿部 さゆり



はじめに

皆さん、こんにちは。救急室と聞いても、あまり馴染みない場所だと思います。救急室とは、救命救急センターという名前の通り、緊急時に対応する場所です。24時間体制で救急車の受け入れを行い、加えて主に夜間は中央病院の救急外来の役割を果たしています。

救急室では、ここ数年で新たな取り組みがはじまっております。その取り組みについてご紹介させていただきます。

院内トリアージシステム

平成24年から院内トリアージをおこなっています。院内トリアージとは、様々な症状で来院した患者さんに対して緊急の容態を察知し、優先的に対応する仕組みです。厚労省で推奨している仕組みであり、救急室に来院した患者さんに対して、診察前に看護師が血圧や脈拍・体温を測定し話を伺い、緊急な人に即対応できるように始まったことです。そのため、診察の順番が違うこともあります。

電子カルテ

多くの病院で電子カルテが導入されています。当院でも同様に電子化が進んでいます。今まで、救急室は一部のみ電子化を進めていましたが、今年3月より全面電子カルテに移行します。器械が多くなり雑然とした感じを受けるかもしれませんが。

リストバンド

今年の1月から救急室に来院患者さんに、検査や処置の際に間違いなく指示の患者さんか確認のため

にリストバンドを活用することにしました。入院すると患者さんが手に着けているのをよく見かけるとは思います。救急室でも同じように着けさせていただきます。救急室で活用するのは、珍しいことかもしれません。救急室に来院した患者さんに対して、確実に検査や処置が行えているか安全の面からの対応策です。煩わしく思う方もいらっしゃるかもしれませんが、ご理解ご協力をお願いします。

ドクターヘリ

ご存じの方が多いと思いますが、平成24年よりドクターヘリが運航し、3年目になります。当院に来院時に、よく目にするのではないのでしょうか。ドクターヘリは、患者さんを迅速に運ぶ目的もありますが、第一の目的は必要な時に医療者がいち早く現場に行き、治療を開始することです。また、ドクターヘリの要請は全て消防機関からになります。

ドクターヘリ事業に関しては、当院の医療者のみならず、ヘリコプターを管理する運航会社、そして消防機関の皆さん、ランデブーポイント（ヘリコプターが着陸する場所）提供や安全管理のためにご協力いただいている地域の方々全てで成り立っています。今後ともご協力をよろしくお願いします。

おわりに

救急室という場所がら、皆さんにお会いすることも少ないと思いますが、県内の3次救急を担っている場所の一つとして、スタッフ一同丸となって頑張っています。今後も皆さんのご理解ご協力をお願いします。



待合室

救急室受付

治療室内の一部



救急室入口

外来診療案内

この病院で初めて診察を受ける時は

総合受付（初来院受付）に診察申込書と問診票及び紹介状（紹介状をお持ちの方）を提出のうえ、受付してください。なお、総合窓口受付開始時間までは所定の受付ボックスに入れてください。

再来の時は

予約の有無に関わらず、再来受付機で受付してください。受付票と診察券を受け取り、各科外来ブロック等にお越しください。（再来受付機は、午前7時30分からご利用になれます。）

各診療科を初めて受診する時は

総合受付（再診受付）に所定の問診票を提出のうえ、受付してください。

診察券をお持ちでない方は

総合案内又は、再診受付に申し出てください。診察券は全科共通で、永久に使用しますので大切に保管してください。

保険証は・・・

診察の都度、総合受付（再診受付）又は、各科ブロック受付に必ずご提示ください。住所・電話番号が変わった時は、必ず申し出てください。保険証のご提示がないと全額自己負担になります。

初来院受付時間

午前8:00～11:30

■ただし、眼科の水・木曜日の受付は、11:00まで

ブロック	診療科	診療曜日
A	内科	月火水木金
	循環器内科	月火水木金
	消化器内科	月火水木金
B	整形外科	月火水木金
	眼科	月火水木金
C	歯科口腔外科	月火水木金
	脳神経外科	月火水木金
	泌尿器科	月火水木金
	心療内科	月火水木金
D	神経内科	月火水木金
	産婦人科	月火水木金
E	耳鼻咽喉科	月火水木金
	小児科	月火水木金
	小児外科	火(午前)・金(午後)
	皮膚科	月火※水木金
F	形成外科	※火水木※
	外科	月火水木金
	呼吸器外科	※火水※金
	乳腺外科	月火水木金
	心臓血管外科	※火水※金
	緩和ケア医療科	月※※水木金
	麻酔科・ペインクリニック	月※水木※
放射線科	放射線科	月※水木金

※は休診日です。受付しておりませんのでご注意ください。

外来診察に係る再来患者さんの電話予約及び予約変更については、医療相談支援センターで受け付けております。

TEL 023(685)2620 (13時～16時)

「かかりつけの先生」からのFAX予約も受け付けております。待ち時間も少なくてすみませので「かかりつけの先生」にご相談ください。

FAX 023(685)2606 (平日 8時30分～18時
土曜 8時30分～14時30分)

山形県立中央病院

INFORMATION ●お知らせ

紹介状はお持ちですか？～紹介型外来について～

医療企画主幹 ●堀井 洋幸

医師をはじめ限られた医療資源の中で、高度で専門的な医療や救急医療の提供など、地域において当院が担うべき役割を今後も着実に果たしていくためには、診療所、クリニックなど、地域の医療機関との連携と役割分担を、なお一層進めていくことが必要となっています。

そうした取組みの一環として、当院では、平成27年2月より、**神経内科、形成外科、心療内科・精神科、眼科**は、新患の患者さんについては原則として、他の診療所等からの紹介状をお持ちの方のみの受付とさせていただき、「紹介型外来」となりました。

紹介状をお持ちにならず来院された場合には、緊急の場合などを除き、患者さんのご希望やお住まいの地域をお伺いしたうえで、それらの診療科がある当院の協力医（開業医）の先生をご

案内させていただきます。

また、当院では、診療科に関わらず、初めて受診いただく際には、出来る限り、かかりつけの先生からの紹介状をお持ちいただくようお願いしています。

紹介状をお持ちいただくことで、より一層円滑な、無駄のない診療が可能になります。さらに、紹介元の先生を通じて、FAX予約をいただければ、診察時にお待ちいただく時間も大幅に短縮されます。加えて、紹介状をお持ちでない初診の患者さんにご負担いただいている、非紹介加算料3,500円も不要となるなど、患者さんにとっても大きなメリットがあります。

「紹介型外来」につきましては、今後、他の診療科にも順次拡大して行く方針です。皆様のご理解とご協力をお願いいたします。