



地域医療センター
地域医療連携通信

8

AUG. 2007
Vol. 22



生殖医療科：南晋医師による受精卵観察

目次：CONTENTS

- 2 退職のご挨拶 福田充宏救命救急センター長
- 3 医師会訪問記：第3回 安芸・吾川郡医師会
- 4 第4回高知医療センター職員による学会出張報告
- 5 看護局だより フィジカルアセスメントについて
- 6 DPC導入にむけて
- 7 地域花づくり激励賞を受賞しました!
- 8 地域医療連携病院のご紹介・おしらせ

高知医療センターの基本理念

患者さんが主人公の
病院をめざして

1. 患者さんが主人公の病院にします
2. 高度な医療を普段着感覚で提供します
3. 自治体病院としての使命を果たします

平成19年8月1日発行
にじ 8月号(第22号)
責任者：堀見 忠司
編集人：地域医療連携広報委員
特別編集委員
発行元：高知医療センター
地域医療連携本部
印刷：共和印刷株式会社

高知医療センター
〒781-8555 高知県高知市池2125-1
TEL:088(837)3000(代)

退職のご挨拶

福田充宏 救命救急センター長



この度、8月31日付で私事により高知医療センター救命救急センターを退職することになりました。開院前の1年を含め3年5ヶ月間、大変お世話になりました。ありがとうございました。

救命救急センターを運用するにあたり、救急医療は医の原点で救急医学は実学であることの実践を理念として掲げ、これらを念頭に置き救急医療の現場構築に努力してきました。開院以降の救命救急センターの患者統計資料をみれば、本来の救命救急センターに求められている三次医療機関としてだけでなく、へき地医療拠点病院としての役割(ドクターヘリの運用など)、基幹災害医療センターとしての役割(災害研修など)も担うことができ、この救命救急センターが高知市民・高知県民から求められる存在に少しは近づいたのではないかと自負しております。

また、統合情報システムから得られる情報をクリニカルインディケータとして抽出・検証することによって、救命救急センターはデータに裏づけされた安定した運用になってきつつあります。医療安全管理の面でもインシデント報告を分析することで安全な医療を提供し、より良い救急医療現場を構築し続けようとしています。継続は力なりという言葉のとおり、これからもこのようなデータを出し続けることが重要であると思っています。

医療の質とは何か、患者中心の医療とは何か、経営の効率化とは何かを常に考え、最善と思われることを即実行する姿勢で救命救急センターを運用できたのは、同じ理念のもとに協力を惜しまなかった救命救急センタースタッフ全員の努力の結晶です。環境は人をつくり、人は環境をつくるという言葉があります。これからもこの地域における救急医療の質の向上を目指し、スタッフ全員、頑張っていくと思いますので、今まで以上の皆様のご協力を宜しくお願い申し上げます。

福田充宏

医師会 訪問記

第3回:安芸郡医師会 吾川郡医師会



高知県下を西へ東へと医師会訪問を続けています。6月15日(金)は東の安芸郡医師会へ、7月3日(火)には吾川郡医師会を、堀見病院長以下いつものメンバーで訪問しました。

いつもどおり、高知医療センターの診療実績などをご報告し、意見交換を行いました。幡多医師会の訪問からは、高知医療センターの救急医療の実態などもお知らせしながら、地域の医療機関の皆さまとのより良い連携のあり方を話し合っています。

高知医療センターにおいても夜間や休日の救急患者さんの診療がコンビニ状態化し、救急医が手をとられる実態があります。地域の医療機関の先生方も、患者さんには高知医療センターの役割を説明していただき、できるだけ近医での受診を誘導していただいているようですが、このことについては、なかなか難しい問題で、何かよい方法はないものかとお互いに頭を抱えています。

一方では、3次2次救急など「高知医療センターには、救急医療を守るために頑張ってもらわなくてはならない」との要望がありますが、搬送したくても地域においては域外搬送が増加し救急車も不足している状況もあり、搬送体制の確立など消防機関との連携・協議も必要となっています。

超高齢者・後期高齢者への医療、老健施設・特養の患者さんをどうするかも課題です。「入所の際には急

変時や延命治療をどうするかを確認している」という所もありますが、全てがそうともいえない実態や、家族が遠方にいる場合など、延命治療を希望していなくてもどうしても対応せざるをえないなどの声もあり、過疎が進行し都市部に医療機関が集中する高知県の医療環境の実態から、簡単には解決できないとの思いも強くしました。

できるだけ地域で診ることができる医療体制の構築が必要ですが、民間のみでは対応しきれず、高知県の地域医療をどうして行くのか、行政の方向付けも重要となっていると感じています。

また、患者さんの中にはブランド志向もあり、「どうしても医療センターで診てもらいたい」との要望もあるとのことなども話されました。すぐには解決できない問題もたくさんありますが、情報を共有化しお互いの立場を理解しあいながら、より良い医療連携を進めていくことが重要です。

今回も高知県の医療現場の実態を共有化し理解しあう非常に貴重な訪問となりました。(文責:村岡晃)

救命救急センター月別患者数 (平成18年度)



第4回：医療センター職員による学会出張報告



高知医療センターの医師はいろいろな学会に参加しています。そのなかから、学会レポートをご紹介します。

ASCO (米国臨床腫瘍学会)

化学療法科 辻 晃仁



(慶應義塾大学医学部教授 包括先進医療センター長 久保田哲朗先生と)

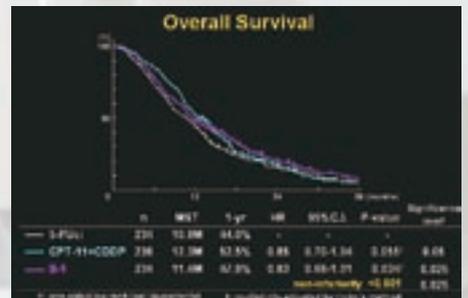
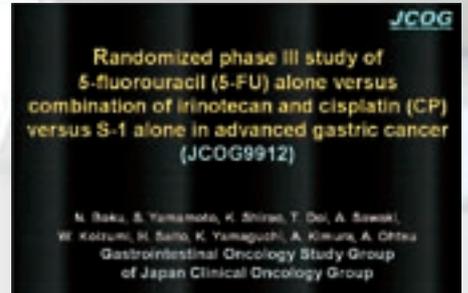
2007年6月1日～5日に米国イリノイ州シカゴでThe 43rd American Society of clinical oncology (ASCO) Annual meeting が開催されました。今回、特定非営利法人日本がん臨床試験推進機構 Japan Clinical Cancer Research Organization (JACCRO) 第1回 短期海外派遣事業による助成を受け、出席させていただきました。世界中からなんと30,000人!もの参加者がおり、人の波で会場である巨大なカンファレンスセンター (McCormick Place) が埋め尽くされていました。加えて会場のあまりの広さに、シャトルバスの停留所から自分が目的とする場所まで、いくつものエスカレーターや長い渡り廊下を通らなくてはならず、たどり着くのに優に10～20分以上はかかってしまい、迷ってしまうと目当ての発表を聞き逃してしまいそうになるほどでした。

それでも会場には多くの日本人参加者の顔が見られ、ASCOに対する日本人研究者の関心度の高さが感じられました。

今回、私の最大の関心は、胃癌におけるTS-1を中心とした化学療法、とくに8年間をかけて発表に至ったJCOG9912でした。この臨床試験には、私も共同研究者として参加しており、その結果に対する評価が気になる所でした。5-FU持続静注に対するTS-1の非劣勢とCPT-11/CDDPの優越性を検証する試験デザインでしたが、TS-1の5-FUに対する非劣勢が証明され、CPT-11/CDDPは標的病変を有するサブセット解析において優越性が示されました。これに引き続きTS-1とTS-1/CDDPの比較試験であるSPIRITS試験の報告があり、TS-1に対するTS-1/CDDPの優越性も報告されました。これら日本からの2報の報告により、日本の胃癌化学療法のreference Armが5-FU持続静注であるという少し歯がゆい時代に終止符

が打たれ、新たにTS-1を中心とした治療が日本の胃癌化学療法を牽引していくことになり(欧米でのTS-1自体の評価はもう少し先のようなのだが)、今回そのターニングポイントに自分が立ち会えたことは非常にうれしいう事でした。

6月のシカゴはベストシーズンとの事ですが、初夏を思わず汗ばむ日中と、風が吹くと上着を着ていても身震いする寒い夜が印象的でした。次回からもしばらくはシカゴの地でASCO Annual meetingが開催される予定です。暑い日中は学会場での熱いディスカッション、冷え込む夜はネオンの少ない街のブルース、ジャズ、major league baseball (ホワイトソックスとヤンキース松井秀喜のナイトゲームが見られたのは本当にラッキーでした) …。



Investigators

Y. Kamada	A. Nakamura	H. Inoue
Y. Teiji	K. Shirai	S. Makumoto
S. Saito	K. Kaneko	H. Takahashi
A. Murakami	K. Ohno	T. Tamura
T. Yoshitake	M. Kawanishi	H. Nakashima
H. Saito	S. Ohkawa	M. Terauchi
K. Arimura	Y. Hara	A. Terauchi
Y. Hamamoto	K. Tanaka	S. Saito
K. Yamaguchi	K. Inoue	M. Yoshida
H. Sato	N. Boku	
T. Doi	H. Kawata	
T. Denda	H. Nagata	



一年間の苦勞が吹き飛ぶ素晴らしい学会でした。来年は厚めの上着を忘れないようにしましょうと、計画中です。

看護局だより

フィジカルアセスメントについて Pt.3

文責：救命救急センター看護師 浜町美咲 森本雅志

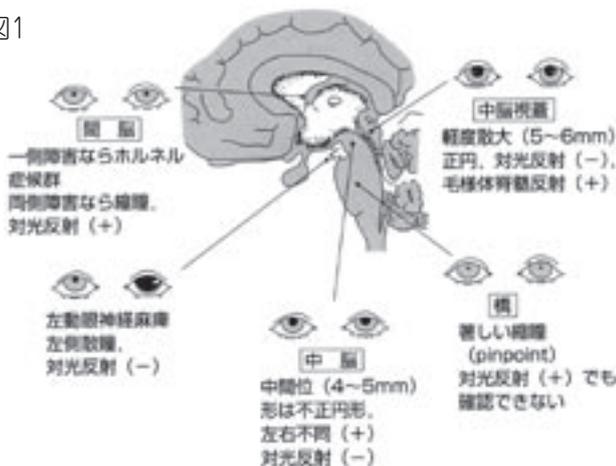


●瞳孔の観察目的・方法について

身の回りで意識障害の人や頭部外傷、脳卒中疾患の疑わしい人を見かけたら、意識レベル・生命徴候の確認後、瞳孔の確認を行ってください。GCSやJCSを瞳孔の評価と組み合わせることにより、現在の状態が解りやすくなります。瞳孔不同や対光反射の消失は、脳が発した重大なSOSのサインなのです。

瞳孔異常は、意識障害が認められる場合に頭蓋内病変の変化が反映される重要な徴候といえます。瞳孔の位置を知る事によって、ある程度の脳血管疾患を予測することも可能で、異常の早期発見と迅速な対応が行えるようになりますと考えます。そのため、まずは「おかしいな？」と感じたら意識レベルの確認→瞳孔の観察→四肢麻痺や局所症状の確認を行ってください。ペンライト1本あれば、簡単により正確に調べる事ができます。(図1.2)

図1



※図1: BRAIN NURSING、メディカ出版より引用

図2: 眼球・瞳孔異常の状態

病態	その他の症状	瞳孔・瞳孔の状態
デント切歯ヘルニアを 起こし動脈神経麻痺	昏睡	左右不同
内頸動脈瘤の破裂などの 症状による動脈神経 麻痺	意識 (+) ~ (-)	左右不同、両瞳孔の 形状不整
硬膜下出血	片麻痺 (+)	病変部への共同縮瞳
硬膜上出血	片麻痺 (+)	病変部の反対への共同 縮瞳、下方共同縮 瞳、縮瞳
硬膜下出血	四肢麻痺 (+)	正中位・縮瞳
小脳出血	四肢麻痺 (-)	病変部の反対への共同 縮瞳

田村桂子編、母子院立→脳血管障害の看護技術Q&A方式、BRAIN NURSING春季増刊、大泉、メヂカ出版、2006、32、より転載

瞳孔の観察では、①瞳孔の大きさ、②左右差の有無、③位置確認が重要となります。そのため、まず最初に両眼を開けて瞳孔の観察を行ないましょう。瞳孔の大きさは2.0mm~4.5mmが正常範囲とされており、左右差はなく正中に位置しています。一般的には2mm以下を縮瞳、5mm以上を散瞳といわれていますが、個人差がある事、眼内レンズの有無も忘れないでください。

次に、対光反射の有無、遅速を確認します。対光反射とは、眼に光が入った時や光の強さが急激に増した時に、反射的に瞳孔が縮瞳、光が弱くなれば散瞳する反射のことをいいます。直接、瞳孔に光をあてるために、対光反射の有無確認は片眼ずつ行ないます。また、光のあたる場所では確認し難いので、可能な限り薄暗い場所で確認することが望ましいと考えます。対光反射には、直接対光反射と間接対光反射があります。直接、光をあてた側の瞳孔が縮瞳する反射を直接対光反射といい、光をあてていない反対側の瞳孔が縮瞳する反射を間接対光反射といいます。片方の瞳孔にあてた光が視覚に与える神経線維を通過し、動眼神経核に達し、左右の眼球に信号を送るために両側の瞳孔が縮瞳します。しかし、著しい視力低下でも対光反射が消失する場合もあるので注意が必要です。(写真1)

外眼角側からゆっくり光をあててください。数秒時間がたってから、対側の瞳孔を観察しないと、間接反射で正確な情報が得られないので気をつけましょう。



白熱灯を使用してはいけません。長時間、瞳孔に光をあけると、光の残像が残るので患者さんに苦痛を与えないよう気をつけましょう。

写真1

DPC導入にむけて

高知医療センターは、来年度からのDPC導入にむけて、今年6月に厚生労働省が実施するDPC制度に関する調査に参加を表明し、7月より「DPC準備病院」になりました。

これに伴い、診療情報提供書や生命保険診断書に記載する傷病名が、これまでとは異なり国際疾病分類(ICD-10)に基づいた詳細な病名表記に変更されます。例えば、「胃癌」が「胃体部癌」や「胃底部癌」などと表現が変わっていますが、これは、当医療センターがDPCに参加するための対応の一環ですので、ご理解のほどよろしくお願ひします。

病名の表現が変わります

胃癌

- 胃体部癌
- 胃底部癌
- 胃小弯癌
- 胃大弯癌
- 胃噴門部癌
- 胃幽門部癌



1. DPCとは

DPCとは、急性期入院医療に対する新しい診療報酬制度で、Diagnosis(診断群分類) Procedure(診療行為) Combination(組み合わせ)の略です。従来の「出来高払い」方式とは異なり、傷病名と手術・処置などの診療行為を組み合わせ、1日当たりの診療報酬点数をもとに医療費が計算されます。

2. 国際疾病分類(ICD-10)

急性期入院医療へのDPC導入の目的は、患者さんが全国どこでも良質な医療を効率的・効果的に享受できるようにするための「医療の標準化を行なうための指標作り」にあり、その共通のものさしとなるのが国際疾病分類(ICD)です。

DPCでは、ICDを基にして、急性期疾患を分野ごとに16区分の主要診断群(MDCといいます。)に分類し、それをさらに516の基礎疾患に分類しています。さらにその基礎疾患を、行なった手術、処置等の有無により1,440の診断群に分類し、その分類ごとに治療成績や病診連携の状況などが全国の急性期病院から集約され、その結果は厚生労働省のホームページに医療施設の実名で掲載されています。つまり、同一傷病名で同一の病状であれば、どの病院の治療成績が良いのか、治療に何日かかったか、その病院が得意とする疾患は何なのか等が明確となり、医療機関選択の資料となります。

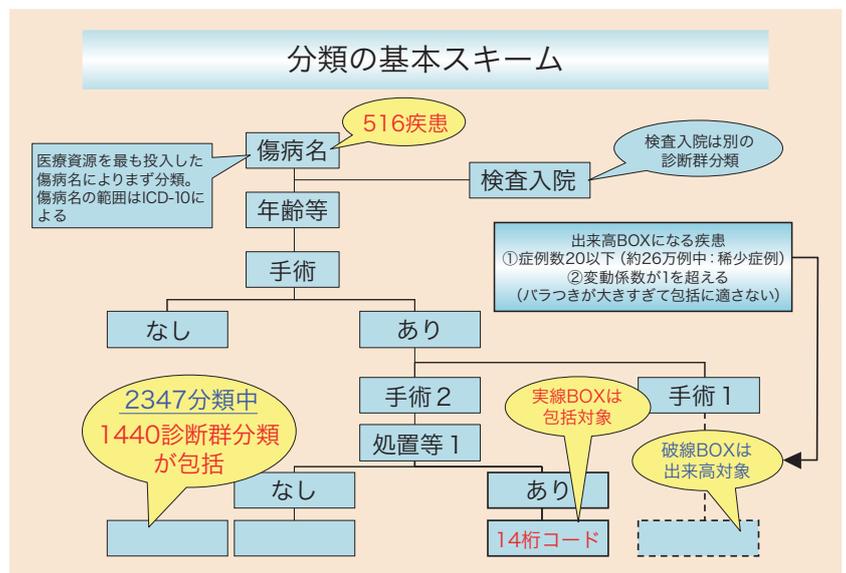
3. パスの重要性

DPCでは、目的外の治療が発生し、入院が

長期となる要素を排除する仕組みを持たせています。それが医療資源を最も投入した病名に対する診療報酬という考え方です。

医療機関では、医療の質を保ち、かつ、無駄なコストは省いて治療成果をあげるためには、入院目的を明確にして治療にあたること、地域の医療機関との機能分担を明確にした持続的・継続的な治療を提供すること、入院前から退院後までを効率的に管理することなどが重要となってきており、その目的を達成するための手段としてクリニカルパスや地域連携パスの導入が必須条件となってきています。

医療センターでは、これまでに12種類の地域連携パス(なっとくパス)を作成し、地域完結型の医療を実践してきておりますが、DPC導入を契機として、これまで以上に地域の医療機関との連携を密にしていこうと考えておりますので、制度へのご理解とご協力をよろしくお願ひします。



高知県知事より 地域花づくり奨励賞

を受賞しました！



の皆さんは、「花を観て怒る人はいないからね」とおっしゃいます。その言葉のとおり、高知医療センターを訪れる多くの患者さんやご家族の気持ちを癒し、不安をやわらげるなどの効果もあるようで、すっかり病院の顔にもなっています。現在、屋外ではサンパチェンスが中心。ガーデニングリーダーの梅田正幸さんは「珍しい品種で、たいへん水と日光を好む花。これから霜が降りるまで次々に花を咲かせますよ。」と見事に育った花を前に、大きな身体に笑顔で答えてくれました。生け花では、山本紀子さんを中心に生け花の専門家である

高知医療センターには、“ゆとりと安らぎの提供”をめざし、ボランティアグループ「ハーモニーこうち」がさまざまな活動を展開しています。そのひとつ、院内の生け花ならびにガーデニングの活動に対し、高知県知事より『地域花づくり奨励賞』を受賞。去る7月31日、表彰の授与が行われました。

表彰要領によると、地域で数年にわたって自主的に花づくりの活動に取り組み、美しいまちづくりやうるおいのある地域づくりに貢献している住民、または団体を表彰するものとされています。ハーモニーこうちでは高知医療センターの開院以降、院内32箇所にもおよぶ生け花、憩いの広場(中庭)のプランターのお花が、多くの患者さん、来院される方々の目を楽しませてくれてきました。今年は、はじめて病院玄関で“さつき”をはじめとする壮観な植栽の展示を行ったところ、その様子がうわさをよび、これまでの活動が総合的に評価されて、受賞ということになりました。

毎日活けかえられる生け花の愛らしさ、憩いの広場のプランターの花の壮観な様と美しさ。ボランティア

る“四季の会”の皆さんの活動支援もいただいています。また、花壇での花づくりも生け花のためにボランティアの皆さんが行っていること。花づくりリーダーの中石さん、長崎さんのお世話で真夏の炎天下、元気いっぱいひまわりの花とコスモスの花芽が揺れていました。

高知医療センターにお立ち寄りの際は、こんなところもご覧いただければ幸いです。



地域医療連携病院のご紹介



社団法人つくし会 南国病院



〒783-0004 高知県南国市大桶甲1479番地3
TEL:088(864)3137 FAX:088(863)3070
URL: <http://www.ajha.or.jp/hp/nankoku/>

(診療科)
神経内科、胃腸科、精神科神経科、内科、循環器科、リハビリテーション科、放射線科
(併設施設)
訪問看護ステーションおおそね



中澤宏之院長とスタッフの皆さん

社団法人つくし会南国病院は、昭和44年に精神科神経科・内科を主な標榜科目として発足しました。平成11年には新たに胃腸科を、平成12年には神経内科を開設しました。現在は神経内科と精神科の専門性とともに、胃腸科、内科を含め広く地域医療に貢献できるように診療を行っています。入院病床の構成は、特殊疾患療養病床(I) (一般病床)が46床、医療療養病床が56床、精神療養病床が60床となっています。また、既存の訪問看護ステーション(おおそね)、精神科デイケアに加え、新たに導入した通所リハビリテーション(パワーリハビリを含む)、居宅介護支援事業所(おおそね)を含めた在宅医療支援センターを平成19年4月より開設し、本館の入院・外来機能と連携し総合的に在宅医療を支援できる体制となりました。今回は中澤宏之院長にお話を伺いました。

上臨床で活躍している専門医は11名ほどです。非常に少ないと思いません。病床を持たないクリニックで神経内科を専門で診ようとする、どうしても合併症治療や入院が必要な内科的治療、長期的なリハビリテーションでつまづいてしまいますので、そこを他の病院と連携しながらカバーしているわけです。また、神経内科としては総合病院で標榜して初めて威力が発揮できる科ともいえます。他科と連携しながら鑑別診断を行い、診断が確定次第急性期治療を行い、慢性期になったらリハビリで機能を維持しながら在宅療養を行うという形が多いと思います。よって急性期に関しては総合病院の神経内科じゃないと難しいという性格もあるのです。一方で慢性期の神経難病医療に関しては民間病院主導型になっているのが高知県の特徴だと思います。

Q: まず、貴院の特殊疾患病床では、どのような疾患の患者さんが多いのですか?

A: 特殊疾患療養病床(I)は、入院患者さんの8割以上が神経難病や重度の意識障害、脊髄損傷の方々であるという施設基準があります。当院では神経難病が9割以上を占めます。パーキンソン病関連疾患、脊髄小脳変性症、筋萎縮性側索硬化症などの患者さんだけで95%程度を占めます。当院の医療療養病床も、本来特殊疾患療養病床に入院の対象となる患者さんに入院していただいています。

Q: 難病の患者さんが多いということは、病床がなかなか空かないわけですね?

A: そうですね。1割くらいはレスパイト入院や検査入院、合併症治療のために入院する患者さん達です。残りの約9割は亡くなるまで入院される方がほとんどです。しかしながら、症例にもよりますが人工呼吸器をつけてでも在宅療養を継続することがQOLの観点からは理想だと思っていますので、神経難病の方が在宅で安心して療養できる環境を整えてあげないといけないと思っています。高知県には訪問看護ステーションすらない地域もあり、在宅ケアチームが結成できず結局入院療養を選択する方も多いのが現状で、都会と過疎地域の差を実感しています。

Q: 今までに人工呼吸器をつけて在宅で診ていた患者さんはいらっしゃいますか?

A: 結局入院になった方もいましたが、当院の高橋副院長の訪問診療と訪問看護、そしてヘルパーさんの組み合わせで数例あります。訪問診療は神経内科ですが、神経難病で外来に通院できない方に限って行っています。今は10名ほどいらっしゃいます。原則的にご家族の支援で外来通院できる方には外来通院をしていただいています。

Q: 高知県の神経内科の現状はいかがですか?

A: 神経内科の専門医は高知県で19名いますが、神経内科医として事実

Q: 行政の協力も必要ですよ?

A: 昨年、国の政策医療として高知県が実施主体となり神経難病医療ネットワークというものができました。当院はこの難病医療ネットワークの基幹協力病院です。今年は、このネットワークを有効に機能させるということに焦点をあてているわけですが、枠組みはできているものの、それを利用した入院というのはまだないのが現状です。ネットワークを上手く動かしていくには、病診連携や病病連携が大事になります。高知県の神経内科専門医11名ほどで県下全ての患者さんを診るのは不可能ですので、専門医がいる病院とかかりつけ医の医療連携が特に重要になります。望ましい医療連携の一例である2人主治医制(普段の身体管理はかかりつけ医が行い、一定期間ごとに専門的アドバイスや長期的な治療方針の決定を専門医が行う)がどれだけ根付くかということが、この難病医療ネットワークの成功にかかっているのではないかと当院の高橋副院長とも考えています。今年は2人主治医制の普及を目指し、その重要性を理解していただけるように講演活動も行っていきます。

Q: 医療連携をしていく上で要望などはございますか?

A: 当院の要望としては、当院の専門外の合併症が発生したときの急性期治療や手術を要する合併症の治療、外科的治療としての気管切開術などを目的に紹介させていただければと考えています。当院の特殊疾患療養病床や医療療養病床は現在も9割以上が神経難病患者さんであり、特定疾患を持っている神経難病の方を優先していますので、脳梗塞の後遺症で寝たきりの方や介護が中心の方などは受け入れが困難になります。精神科病棟に関しては広く精神疾患一般を受け入れていますが、急性期の統合失調症や幻覚妄想状態に代表されるように、急性期の精神症状のある方、すなわち2、3ヶ月長くても半年くらいでご自宅や施設に帰れる方を対象にしていますので、該当するケースがあればいつでもご相談ください。

お忙しいなか、取材にご協力いただきありがとうございました。

がん診療連携拠点病院公開講座・特別講演会:肺がんをテーマとした公開講座を行います。

9月9日(日) 午後1時45分~4時30分
場所:高知市文化プラザ かるぼーと大ホール
参加料:無料 事前申込は不要です。

●詳しくは下記にお問い合わせください。
高知医療センター事務局業務推進科

- 公開講座 午後2時~3時
「高知医療センターでの肺がんの内科治療」
胸部疾患診療部長兼呼吸器科科長 土居裕幸
「高知医療センターでの肺がんの外科治療」
呼吸器外科科長 松倉規
- 特別講演 午後3時~4時
「肺がんの薬物療法一最新の知見」
鳥取大学分子制御内科 教授 清水英治先生

編集後記

最近、巷で流行のビリーズブートキャンプに挑戦してみました。ほぼ毎日何らかのスポーツをしている私は甘くみて翌日全身筋肉痛に。予想以上にハードなエクササイズに驚き、たった2回で挫折しましたが、普段そんなに運動していない友達が3週間続けていと聞きました。食べ物に好き嫌いがあるように、スポーツにも向き不向きがあるということでしょうか?何をするにせよ、やはり楽しめる事が続けられる理由のひとつだなと実感しました。体が元気になると心も元気に前向きになります。直接顔を合わせる事のない電話やFAXでの対応ですが、迅速で的確な連携がとれるよう、体も心も健康に配慮しつつ頑張ります。今後ともよろしくお願ひいたします。(地域医療連携室平山)



広報誌「にじ」に関するご要望・ご意見等をお寄せください。renkei@khsc.or.jp
Kochi Health Sciences Center Home Page : <http://www.khsc.or.jp/>