Kochi Health Sciences Center

にじ

地域医療センター
地域医療連携通信

6
JUNE.2007
Vol.20

● 外来診療時間 ●

午前8時30分～正午
午後1時～午後4時30分
（休診日）
土・日・祝日

術場写真:消化器外科

目次：CONTENTS

2 医師会訪問記：第1回　香美郡医師会
3 第2回高知医療センター職員による学会出張報告
4 看護局だより　フィジカルアセスメントについて
5 臨床試験への登録のお願い：化学療法科
6 がん相談窓口を開設しました！
7 電話での外来仮予約について
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6月1日発行
にじ 6月号（第20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）

医師会訪問記

第1回：香美郡医師会

去る5月18日夕刻、高知医療センターから香南市に向け、堀見忠司病院長、谷木利勝副院長、杉本和彦救命救急科担当循環器科医長、大沢たか子地域医療連携担当看護部長、村岡晃地域医療連携担当事務局次長、それに地域医療センター長を兼務する副院長深田順一の6名が出発しました。

めざすは「のいちふれあいセンター」で開かれている香美市医師会の理事会。高知医療センターとして、医療連携をさらに推進させるための意見交換を求めてのことでした。この県下それぞれの医師会への訪問は、開院時、昨年春の病院長交代時についで今回が3度目となります。

「のいちふれあいセンター」4階の会場には、既に主だった先生方がお集まりであり、私たち一行の自己紹介に続いて、村岡次長から資料に沿って平成17、18年度の高知医療センターの概要を説明させていただきました。

続いての質疑応答ではまず、香美郡医師会の寺田茂雄会長から療養病床削減に纏わる問題として、「病床削減が行われると、高知医療センターのような急性期病院から2週間程度で戻ってくる患者をどのように地域で受け入れるかが大きな問題になる」、との認識が示されました。

この関連で受け入れを医療施設と在宅療養でどのように担うかという体制づくりの必要性、いわゆる地域連携パスを挟んでの高知医療センターとの連携システムの必要性、さらに地域の入院施設間でも受け入れについて協議しておく必要性などについても話が及びました。これに対し高知医療センターからは、こちらとしても、喜んでより良い連携に向けた取り組みに協力させていただきたい旨の意思表明がなされました。

この他、ヘリ搬送の運用について質問があり、救命救急センターの杉本医師から搬送患者の内容、搬送に関わる人員体制や搬送費用について具体的な説明がなされました。

高知医療センターで地域医療連携に携わる私たちにとって、医師会を代表する先生方と直接、膝を交えてお話をさせていただけるのは得がたい機会です。今回の訪問のような顔と顔の見えるお話し合いの機会を今後とも大事にしていきたい、と強く感じたことでした。

（文責：深田順一）

第２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。

第110回日本小児科学会

（4月20日～22日　国立京都国際会議場）

総合周産期母子医療センター長・吉川清志

（吉川清志総合周産期母子医療センター長：会場前にて）

私の全国学会初参加は、昭和52年に高知県立中央病院に赴任したときで、東京での日本小児科学会でした。東京での一人旅は初めてであり、右も左もわからず、人の多さに疲れてしまった記憶が鮮明です。その後は大学に戻り、先天異常学会や人類遺伝学会に毎年参加していましたが、狭い専門領域以外は会場から離れ各地の観光地をめぐりました。日本小児科学会では、若い頃は受け持っている症例の治療法やまれな疾患の診断法などを知るために会場内をあちこち移動していましたが、最近はメインホールを主体に講演やシンポジウムを聴いて、小児科の各分野の現状や抱える問題点などを確認しています。

現在の私の最大の関心事である「小児医療供給体制」「小児科卒後研修」のシンポジウム内容を報告します。

「小児医療供給体制」

小児科学会は、集約化による効率的な小児医療供給体制、小児救急体制の整備、労働基準法に準拠した小児科医勤務環境の実現を提唱しています。国内外の小児医療の現状が以下のとおり報告されました。イギリスでは、1次医療は家庭医が担い、2次・3次医療を非常に規模の大きな病院小児科（平均20.8名の小児科医）が担っており、勤務時間は日本の週70時間前後に比べはるかに短く、2009年には週48時間を目標としています。アメリカでは、各科のレジデント定員が決まっており、パートタイムが可能で当直が少ないなど労働条件が良い小児科は、女性医師を中心に人気が高いそうです。大阪府北部の豊能地域での時間外診療の集約化は、病院・医師会・大学・県の協力により平成16年に成功しました。高知県では関係機関の協力により平成11年から現行の体制が出来上がっていますが、病院小児科医がさらに減少すれば、高知県での現行の小児救急医療体制は維持できないところまで来ています。兵庫県では集約化が進んでいる地域とそうでない地域があり、集約化が進んだ地域では、センター病院への負担が増加しすぎていることが問題となっています。

「小児科卒後研修」

小児科の特徴は幅広い・全人的・成長発達を見守る医療であり、これが魅力となるか否かは研修医の考え方が基本となりますが、小児科医が自身の医療や研修医の教育にやりがいを持って誠意ある指導を行うかどうかに影響されます。研修医は、豊富な症例、よい指導、効率よい夜間当直、自分の時間が持てる研修を望んでおり、このことは全ての科の指導医が心しておくべきことであります。地方の魅力をアピールして、高知県の研修医の増加に高知県全体で取り組まなければならないと痛感しています。

最後に、この学会では2つの私的な良いことができました。一つは幼稚園時代を京都で過ごした妻に、短い京都旅行をプレゼントできました。もう一つは、京都で大学生活を送っている3男との飲みながらの夕食が実現しました。そして、高知ではゆっくりできなかった花見も楽しみました。

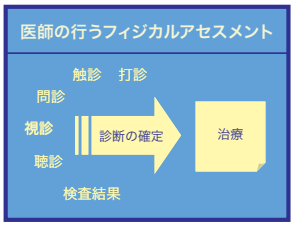
（吉川清志総合周産期母子医療センター長：京都にて）

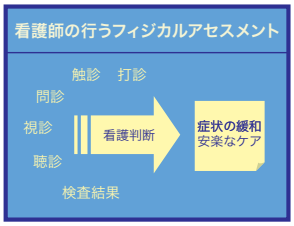
看護局だより

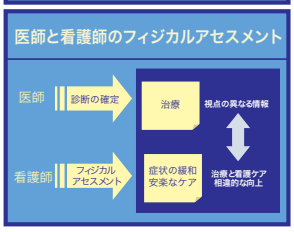
フィジカルアセスメントについて　Pt.1

文責：救命救急センター看護師　寺岡美千代　森本雅志

●フィジカルアセスメントの目的







フィジカルアセスメントは、日本では1994年頃から注目されるようになり、インタビュー（問診）とフィジカルイグザミネーション（視診・聴診・触診・打診）から構成されます。インタビュー（問診）で約8割の情報を得ることができますが、患者さんが急変した場合、フィジカルイグザミネーションを用いて状態を査定し、診断治療への情報提供と症状の緩和に向けてのケアを開始することになります。そのため、フィジカルアセスメントのスキルを持つことは重要です。今回よりフィジカルアセスメントの実際について説明していきたいと思います。

●意識障害の人をみたら？

病院内外で意識障害の人を見かけたら、どのような対応をとりますか？意識障害の人をみたら、生命徴候の確認→情報収集→意識レベルの判定→麻痺や局所症状の確認→脳幹反応の確認→呼吸パターンの順に評価していきます。

図1：頚椎保護

図2：頭部保持

図3

①意識レベルの低下した患者さんや、意識のない人と遭遇した場合は、明らかな外傷がないか確認を行い、声をかけます。

②明らかな外傷（脊椎損傷、頭部外傷etc）が疑われる場合には、頭部を両手で優しくボーリングの玉を持つように保持するか、両前腕を頭部から頚部に密着させ両手を開き肩甲骨まで差込み頚椎の保護に努めます。その時、頭部保持と同時に「大丈夫ですか～!!」と声をかけます。（図①②）

③外傷が疑われない場合には、両肩を叩きながら「大丈夫ですか～!」と声をかけます。（図③）応答があれば気道は開通しており呼吸は維持できています。返答がない場合はすぐ人を集めましょう。そこからはBLS（一時救命処置）に基づき呼吸の評価（見て‥聞いて‥感じて‥呼吸がない場合には胸郭が上がる程度人工呼吸2回行ないましょう）循環の評価（頚動脈が触知できるか、体動があるか、咳があるか、自発呼吸が復活するか）へと進んでいきます。そこで反応が無ければ心臓マッサージ（30:2）に移行し、AEDがあれば装着し、ACLS（二次救命処置）へ移行します。まずは生命徴候の確認を行います。

④情報収集をします。まず意識レベルの観察をします。JCS（JapanComaScale）やGCS（GlasgowComaScale）を用います。明らかに脳血管障害を疑う場合には、GCSを用いたほうが病状の進行具合や状態を明らかにしやすいですが、意識のない人に初めて遭遇した場合や、日常的にGCSを使っていない場合は、JCSの方が簡単で伝えやすいと考えます。

●表1　JCS（Japan Coma Scale）

III	刺激をしても覚醒しない状態（3桁で表現）	300：痛み刺激に全く反応しない
		200：痛み刺激に少し手足を動かしたり、顔をしかめる
		100：痛み刺激に払いのける動作をする
II	刺激をすると覚醒する状態（刺激をやめると眠り込む、2桁で表現）	30：痛み刺激を加えつつ呼びかけを繰り返すと、辛うじて開眼する
		20：大きな声、または体を揺さぶることにより開眼する（簡単な命令に応じる）
		10：普通の呼びかけで容易に開眼する（合目的な運動、発語もあるが間違いが多い）
I	刺激しなくても覚醒している状態（1桁で表現）	3：自分の名前、生年月日が言えない
		2：時、人、場所がわからない（失見当識）
		1：大体清明だが今ひとつはっきりしない

JCS：覚醒の程度による分類で、意識障害の進行を段階的に評価できます。

●表2　GCS（Glasgow Coma Scale）

開眼反応（E）(eye opening)	自発的に開眼する	E4
	呼びかけにより開眼する	E3
	痛み刺激により開眼する	E2
	開眼しない	E1
最良言語反応（V）(best verbal response)	見当識あり（性格な応答）	V5
	混乱した会話	V4
	不適当な言語	V3
	理解できない声	V2
	発声が見られない	V1
最良運動反応（M）(best motor response)	命令に従う	M6
	痛み刺激を払いのける	M5
	痛み刺激に対する逃避運動	M4
	異常な屈曲運動	M3
	四肢伸展する	M2
	全く動かない	M1

GCS：開眼、言語反応、運動反応の3つの側面から意識を評価する方法です。（点数が低いほど意識障害が重く、15点満点（正常）で、最低点は3点で深昏睡、8点以下が重症といわれています）

臨床試験への登録のお願い

肝外病変を伴う進行肝細胞癌に対するTS-1/IFN-α併用化学療法の有効性
第Ⅱ相ランダム化比較試験

肝細胞癌の治療経過中に遠隔転移を認めたら…

肝細胞癌を繰り返し治療するうちに、肺転移や副腎転移、リンパ節転移といった肝外転移を認めることが散見されるようになりました。

このような症例に対して、標準治療となりうるプロトコールは確立されていません。

TS-1/IFN-α併用化学療法 第Ⅱ相ランダム化比較試験

厚生労働省の補助金を受けて、TS-1単独群、TS-1/IFN-α併用群の有効性を検証するため、本試験を施行します。平成19年6月1日より登録が開始されます。もし対象となる患者さんがおられましたら、是非ご紹介ください。

主な適格基準

下記の条件に該当する患者さんが試験をお受けいただけます。

1) 原発巣が肝細胞癌と診断されている。
2) 肝外病変(遠隔転移やリンパ節転移)を有する。
3) 肝外転移巣は初回治療例である。
4) Child-Pugh分類でAまたはBである。
5) PSが0または1である。
6) 20歳以上80歳未満である。　　など

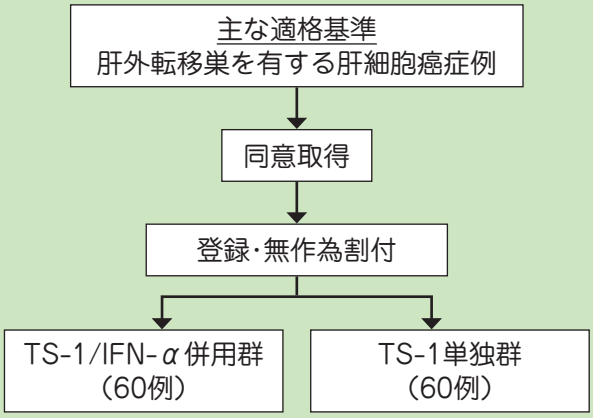
主な除外基準

残念ながら下記の条件に該当する患者さんは試験をお受けいただけません。

1) 混合型肝癌と診断されている。
2) Vp3またはVp4である。
3) 肝静脈、肝動脈および胆管のいずれかに脈管侵襲を認める。
4) 遠隔転移が骨転移または脳転移である。

など

試験概要



TS-1やIFN-αの費用は研究費から支払われます。

具体的な症例のご相談は、「分担研究者」にお問い合わせください。

主任研究者

大阪大学大学院医学系研究科
外科学講座消化器外科学　門田守人

分担研究者

高知医療センター 化学療法科
辻　晃仁

e-mail:a-tsuji@r4.dion.ne.jp
Tel:088(837)3000

ぜひ、患者さんをご紹介ください！

がん相談窓口を開設しました!!

高知医療センターは厚生労働省から「がん診療連携拠病院」に指定されています。まごころ窓口に「かん相談窓口」を開設し、専任相談員を２名配置しました。患者さんやご家族の皆さまのさまざまな相談をお受けします。ご相談は無料です。がんに関するお悩みをお持ちな患者さんがいましたら、ぜひ「がん相談窓口」へご紹介ください。

「がん」と診断されたら･･･もって行き場のない不安、絶望感、検査への恐怖感に襲われ、どこの医療機関にかかったらいいのか、どんな治療を選択したらいいのか、治療の苦しさ、効果に対する不安、そして再発の恐怖に悩まされていることでしょう。そしてがん患者の身内として、患者さんにどのような関わり合い方を持ったらいいのか･･･など、「がん」と闘うにあたりさまざまな困難にぶつかり、悩み、苦しみを抱えていることでしょう。

高知医療センターでは、このような皆さまのがんに関する悩み、不安、恐怖感、疑問などのご相談を受けることができるよう、「がん相談窓口」を設置いたしました。

ご相談を希望される方は、当センターの患者さんやご家族に限定しておりません。また、相談は無料ですのでお気軽にご相談ください。

相　談　窓　口	**高知医療センター1階　まごころ窓口 「がん相談窓口」 TEL:088(837)6777**
電話でのご相談	**TEL:088(837)3000 「がん相談窓口担当者」をお呼びください。**
相　談　時　間	**月～金曜日　9:00～16:00 (祝日、年末・年始を除く)**

※混み合っている場合には、お待ちいただくか、予約をして後日おいでいただくことになりますのでご了承ください。

患者さんのご紹介は電話での仮予約で簡単に…。

高知医療センターでは、できるだけかかりつけの先生方の負担を少なくするために、簡単に診療のご予約をしていただけるよう、以下の方法で承っております。

●患者さんの診療予約の手順

地域医療連携室にお電話をいただければ、診療予約の空いている日時をお答えし、仮予約をいたします。診療申込書は、後でFAXしていただくようお願いいたします。

Step1. かかりつけの先生方

かかりつけ医：診療室で・・・

電話

予約枠の仮押さえ

①希望受診科（医師）
②患者さんの氏名
③受診希望日
等をお聞きします

地域医療連携室

平日8：30～17：00
FAX088（837）6701

私たちが対応しています!（澤田・平山）

その後・・・

Step2. 紹介元医療機関の方

事務職員等

診療申込書と保険証のコピーをFAX →

FAX

← 診療予約票をFAX

診療予約票
診療情報提供書
レントゲンフィルム等
を患者さんへ

医療センターへ
紹介患者さん来院

診療予約のはてな？　⑤予備紹介の診療予約は…？

地域医療機関のかかりつけ医が学会などで短期間休診をせざるを得ないとき、あらかじめ患者さんの病状などをお伺いした上で、休診期間中に急変する恐れのある患者さんが速やかに、かつ安心して医療センターで治療を受けられます。診療申込書（予備紹介用）、保険証のコピーと診療情報提供書を地域医療連携室までFAXください。予備紹介予約票を作成しFAXいたします。ただし、診断がついていない症例については「予備紹介」の適応ではありません。また、予備紹介制度の趣旨に該当しないものは受け入れができない場合がありますので、地域医療連携室までお問い合わせください。

地域医療連携病院のご紹介

医療法人恕泉会 高知北病院

〒780-0056 高知市北本町4丁目6-43
TEL&FAX:088(883)1560

(診療科)
内科、消化器科、胃腸科、循環器科、外科、整形外科
脳神経外科、こう門科、リハビリテーション科

(関連施設)(建設中の施設を含む)
もみのき病院、内田脳神経外科、すこやかクリニック
(現在建設中につき外来診療のみ)、ケアハウスあじさいの里

采元武史院長、谷脇美千恵看護師長とスタッフの皆さん

高知北病院は、昭和51年7月に間崎胃腸クリニックとして開院し、昭和58年7月に高知北病院となりました。平成14年に医療法人北医会と法人化され、平成16年10月に医療法人恕泉会高知北病院となりました。回復期リハ病棟は、平成14年9月に認可を受けています。高知北病院は医療センターとはうまく連携が取れている医療機関の一つです。今回は医療連携の窓口業務を担当しておられる、谷脇美千恵看護師長にお話を伺いました。

Q:貴院は回復期リハ病棟をお持ちですが、療養病棟から回復期リハ病棟に変わる過程などはいかがでしたか?
A:平成14年当時、一般病床35床、介護と医療療養病床25床ありました。入院患者さんは当院に入院前から寝たきりの状態で、日常生活全介助を必要とする高齢の方が70%強でした。ベッド離床、車椅子や椅子に座って過ごすように努めていると、患者さんの精神状態がとても良くなりました。その事から患者さんのご家族、職員がリハビリに対して期待を持つようになりました。また、リハビリに対する社会的ニーズも実感しており、同年9月に回復期リハ病棟へ転換しました。当初は28床を回復期リハ病床にし、介護病床(14床)は回復期リハ病床で目標に到達できていない患者さんを継続してリハビリをしたり、在宅復帰をした患者さんをショートステイを利用してフォローする体制をとりましたので、在宅介護が困難と思われていたご家族や退院を諦めていた患者さんが在宅生活ができるようになっていました。社会的に回復期リハの認知度が上がり必要性も増してくると、患者さんの待機者が出るようになり、増床を考えて平成17年1月から介護病棟も回復期リハ病床とし、現在の42床になりました。

Q:業務の中でモットーや大切にされていることはありますか?
A:私たちは患者さんやご家族が当院に「入院して良かった」と思って頂けるように、回復期リハ病棟の役割を自覚し、結果を出していくことを一人ひとりの職員の使命としています。ご紹介をして頂く患者さんは重度の病状で治療途中であったり、後遺症や障害が回復困難な状態と判断される方が少なくありません。その患者さんの病状や障害に向き合って一段一段と可能性を引き出していく事を行い、諦めていた傷害を克服したり、その人らしさを取り戻した時、私たちは結果を出せたかなと思います。各々職員が患者さんのたどってきた状況やレベルの経過が分かっていること、次に役割を引き継いでくれる機関にそれらを伝えられるようにしましょうということを大切にしています。また、当院は建物も古く生活環境がバリアフリーではありませんし、ゆったり過ごせる大きなホールもありません。しかし、患者さんの病室はベッド配置を変えて真中にテーブルを置き、他の部屋の患者さんも交えて職員も一緒に作業をしたり、レクをしたり、記録を書いたり、ミーティングをしています。

Q:貴院は生活リハにも力を入れていらっしゃいますね。
A:当院の患者さんは、ベッドを離れて生活をするということを原則としています。リハビリを行うにあたって大切なことは、脳の覚醒レベルを高め、座位姿勢を整えること、外部から光や音、匂いなどの刺激を受け入れることです。患者さんは朝起床したら普段着に着替えて身支度を整え、布団をたたみ1日ベッドから離れて生活をします。そうすることで生活のリズムが取り戻せ、患者さんの心が動くようになれば訓練効果が上がってきます。もう一つ、看護師の役目は訓練室で行っている動作を病棟で行うことです。歩行訓練やトランスファー介助だけでなく、更衣や家事訓練も日常生活動作として訓練室と同じように行うことにしています。また、一般病棟と回復期リハ病棟の連携は、外科医師と内科医師が気管切開をしている患者さんの呼吸器管理や嚥下性肺炎を繰り返す患者さんの栄養管理、糖尿病や高血圧のコントロール、あるいは全く症状がなかった病気の早期発見など、共に一人の患者さんを護っていく体制がとれていることもリハビリ効果を上げている要因です。看護体制はグループ体制をとっており、入院時、出会った看護師と全ての生活を共にし、障害を克服し喜んだり、併発症に泣いたり、また訓練結果が出ずに落ち込むと叱咤激励をしたり、看護師も患者さんやご家族から頼りにされ勇気や満足感をもらったりして、やがて患者さんと別れることになります。多くを語らない看護師にもその喜びと切なさとやりがいを感じていると思います。

Q:今後の課題等はありますか?
A:当院を退院し在宅に帰ったり、転院や施設入所をした患者さんのその後の生活状況を見せてもらうことです。当院の生活内容が有効であったかどうかを知り、看護やリハビリの結果評価をし、次へのステップにします。また、当院にご紹介をして頂いた先生方に、退院時の様子をお伝えしなければいけないと思っています。

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。

おしらせ

第23回　高知医療センター 救命救急センター救急症例検討会

6月25日(月)　午後5時半～
場所:高知医療センター2F　くろしおホール
詳しくは下記にお問い合わせください。
救命救急センター

救急患者搬送ホットラインについてのお願い

「にじ19号」に救急患者搬送ホットライン番号を掲載させていただきましたが、ホットライン使用は医師間のみとなっております。医師以外の方々からのお電話が多くなっており、本来のホットライン業務に支障をきたしておりますので、医師以外の方々のお問い合わせ等はご遠慮いただきますようお願いいたします。

編集後記

高知医療センターから見渡す周辺の山の木々は、先日まで新芽や開花でまるで巨大なブロッコリーの集まりのようでしたが、日に日に緑も濃くなり葉も成長し夏の装いに変わってまいりました。
当センターに4月に迎えた新しい風を運んできた職員たちも、地域の医療機関の皆さん、そして、患者さんやご家族の皆さんに安心してご相談いただけますように、日々病院の理念・運用を学びながら、対応に経験を積み重ね最善を尽くすべく研鑽しております。患者さんが主人公の医療をサポートできますよう今後とも努力してまいります。どうぞよろしくお願いいたします。
(まごころ窓口:重軒貴子)

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/