

あおやぎ

No.243
2010年10月



▲航空訓練

耳鼻咽喉科と「がん」～その1～ ②

「地域連携パス」って知っていますか? ④

嚥下障害と嚥下訓練について ⑤

出生体重322gの超低出生体重児が元気に退院 ⑥

MFICU(母体・胎児集中治療管理室)の現況 ⑦

外来診療案内 ⑧



県立中央病院の理念

県民の健康と生命を支える
安心と信頼の医療



耳鼻咽喉科と「がん」

～その1～

耳鼻咽喉科 ● 岡崎 慎一

皆さんは、癌といえば最近新聞報道などでよく耳にする食道がんや肺がん、あるいは日本人が癌で亡くなるのが一番多い、胃がんなどをイメージされると思いますが、我々耳鼻咽喉科の病気にも、「がん」は少なくありません。耳鼻咽喉科は耳や鼻やのどの病気を診るだけでがんを診ることはないだろう…と思われる方も多いと思います。今回、我々耳鼻咽喉科医が治療を行う「がん」について、少しでも皆さんが分かりやすく、そして皆さんに覚えて頂けるよう、お話しさせていただきます。

口腔がん

口腔がんの中には、舌がん、歯肉がん、頬粘膜がん、口腔底がん、硬口蓋がん、口唇がん、場所によって呼び名が違う癌がありますが、日本では、全癌の1～2%です。口腔がんの中で、一番多いのは舌がんで、原因としては、むし歯が舌にぶつかったり、入れ歯がゆるくて入れ歯が舌や歯ぐきにぶつかったりすること、アルコール飲酒や喫煙などの刺激が癌を引き起こす可能性があると言われております。

症状は口腔内や舌の腫れ、痛みが出現し、癌が大きくなると口が開きにくくなったり、飲み込みが悪くなったりすることもあります。最初は口内炎がなかなか治らないだけだと思っていたら、実は舌がんだった…、ということも稀ではありません。また、口の中が腫れてきて徐々に入れ歯が入りにくくなってきたため、受診したら歯肉がんだったということもあります。

治療法は、病気の進行度合いにより方針が違い、放射線治療あるいは手術治療が主体になりますが、放射線治療に抗がん剤治療を組み合わせた化学放射線療法を行う場合もあります。手術の場合でも、癌の大きさにより、切除のみを行う手術と、大きく切除した上で切除した場所に自分の体の組織を一部移植して充填する再建手術（①遊離組織移植：おなかや前腕、太腿やふくらはぎの皮膚と筋肉を、場合により骨も、血管をつけた状態で移植し、これを頸部の血管につなぎ合わせて欠損部位を充填する、②有茎皮弁：頸部や胸の皮膚と筋肉の一部を口腔内へ移動する）とに分けることができます。再建手術の際は、形成外科の先生方と共同で手術を行います。癌が下顎骨まで広がっている場合は、下顎骨も一部切除することが必要な場合もあります。切除範囲が大きくなれば、それに伴って術後の障害（飲み込みにくくなる、話しにくくなるなど）が強くなります。

上咽頭がん

上咽頭がんは、台湾、香港（人口10万人に25.2人の割合で発生する）、中国南部、シンガポール（人口10万人に15人の割合で発生する）に多発し、EBウイルスというウイルスが、この癌の発生に関係があると言われております。日本では、人口10万人に0.3人の割合で発生すると言われており、男性にやや多い癌です。

上咽頭がんも、上顎がんと同様に初期の段階ではあまり症状が出ないため、頸部リンパ節転移を来して初めて病院へ来院され、診断が付くことがあります。なかには、上咽頭は中耳の換気を行う耳管の出口がある場所なので、癌が発生して中耳の換気が十分にできないため、滲出性中耳炎を繰り返して初めて上咽頭がんの発見されることもあります。また、上咽頭がんは、頭蓋底（鼻腔や上咽頭と脳を隔てている場所）の骨を破壊して広がることもあり、この場合、頭痛症状が出現したり、脳神経症状（見ているものが一部欠けて見える、眼を動かしにくくなる、腕が上がりにくくなるなど）が出現したりすることもあります。

治療は、放射線治療が主体ですが、最近では、抗癌剤と放射線治療を組み合わせる治療により、治療効果の向上が認められております。これらの治療で上咽頭癌がなくなっても、頸部リンパ節が残った場合は、頸部郭清術（頸部のリンパ節を周囲の脂肪組織や、血管、筋肉、神経などとともに一塊で取り除く手術）を行うこともあります。上咽頭癌は、進行がんになってから受診される患者さんが多く、早期発見・早期治療を行えるようにしていくことが今後の課題です。

近年、放射線治療の一つでIMRT（強度変調放射線治療）という治療設備・技術が導入されている医療機関もあり、放射線治療の範囲をより絞り込んで行うことで、まわりの正常組織への影響を少なくすることが可能になってきております。当院でも平成23年より導入予定となっており、上咽頭癌において、放射線科の先生方と協力して、今後の治療方法の向上、合併症の軽減を図るよう努力していきたいと思います。

中咽頭がん

海外では、嚙みタバコや特殊な喫煙が癌の発生に関与すると言われており、このような生活習慣があるインドやスリランカなどで多い癌です。日本では、南西日本（鹿児島、高知、沖縄、熊本）に多く、ウイスキー、焼酎などのアルコール飲酒が癌の発生と関係があると言われています。また、中咽頭がんの患者さんは、食道がんや胃がんになる患者さんも多く、あるいはいくつかの癌を起こす重複癌の患者さんが、中咽頭がんになってしまうこともあります。特に、タバコをたくさん吸って、さらにお酒をたくさん飲む中咽頭がんの患者さんの4人に1人が食道癌も発症しているという報告もあります。最近では、中咽頭がんを発症した患者さんの癌病変に、パピローマウイルスのいくつかある種類のなかで、数種類のウイルス感染が認められる方もおり、このウイルスが中咽頭がんを起こしている可能性が考えられています。（子宮頸がんもこのパピローマウイルスの特定の種類のものが癌の発生に関係しており、癌の発生を抑えこむため、ウイルスのワクチン接種が広く行われるようになったニュースもお聞きになったことがあると思います。）

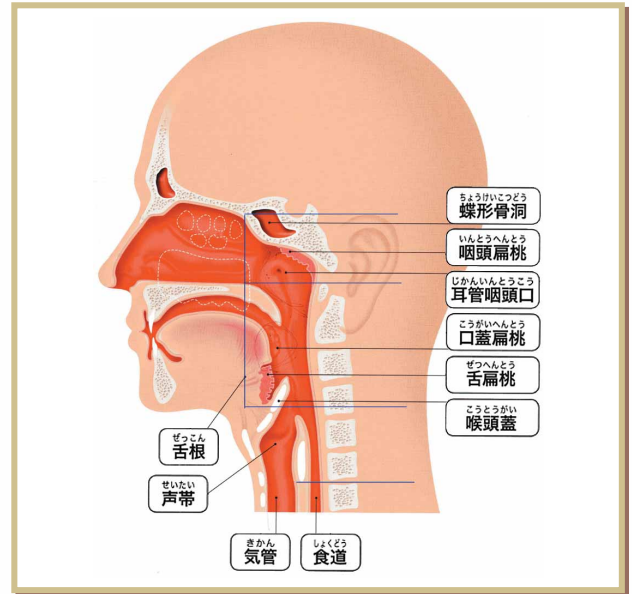
症状は、初期は無症状であることが多く、咽頭違和感が出現することもあります。進行すると咽頭痛が出現したり、話にくくなったり、耳へ痛みが広がることもあります。口が開きにくくなる症状が出現している場合は、癌が口やのどの深い場所まで広がっている進行癌の可能性が考えられます。中咽頭のどの場所に癌が発生したかで、前壁型、側壁型、後壁型、上壁型の4つに分けることができます。

治療は、進行がんが多いため、放射線治療、化学療法、手術療法を組み合わせで行うことがほとんどです。手術の場合、切除した場所が大きく欠けてしまうことになるため、その場所を充填する手術（再建手術：口腔がんの項目を参照してください）も併せて行います。

中咽頭は、会話や飲み込みを行う上で、非常に重要な働きを行う場所であるため、手術による機能障害（会話をしても聞き取ってもらえなくなる、飲み込みが出来なくなる、など）が起こる可能性が高い場所です。私たち耳鼻咽喉科医は、患者さんの生活や仕事など、一人一人に一番ふさわしい治療法を、患者さん、御家族と十分相談した上で決めていくよう心掛けております。

下咽頭がん

下咽頭がんは、食道がんや胃がんを、同時にあるいは前後して起こす重複癌を来しやすい癌です。世界ではフランスに多く（人口10万人に15人が発症するという統計の結果があります）、日本では中咽頭がんと同様に南西日本（沖縄、鹿児島、高知、熊本、宮崎）に多くみられます。男性では、喫煙、飲酒が下咽頭がんの発生に関



係が強く、女性では、鉄欠乏性貧血が発症に関係が強いとされています。また、頸部リンパ節結核やバセドウ病で、以前に放射線治療を受けたことがある方にも、下咽頭がんの発症がみられることがあります。

症状は、初期の頃はほとんどなく、のどがイガイガする、なにかがのどに引っ掛かっている感じがするといった、咽喉頭違和感が出る程度です。しかし、癌が進行してくると、飲み込む時の痛みや、血痰などの症状が出てくるともあります。また、癌が喉頭に広がってくると声がれの症状が出てきたり、癌が壊死することで口臭や悪臭の症状が出てきたりすることもあります。頸部リンパ節腫脹が最初に気付く症状の場合もあります。下咽頭がんがどの場所に発生したかで、梨状陥凹部（60%）、輪状軟骨後部（20%）、後壁（20%）の3つに分けることができます。梨状陥凹部では、煙草をたくさん吸い、お酒を飲む男性がほとんど（男女比は男性が女性の12倍の頻度）で、輪状軟骨後部は女性が多くを占めます。

治療は、初期の段階であれば放射線治療、進行癌であれば、手術療法が中心となります。下咽頭は喉頭に近いため、手術に際し、喉頭を残せるか喉頭も含めて摘出術が必要かで、術後に声が出せるか出せなくなるかが変わってきます。下咽頭がんの手術に際しても、口腔がん、中咽頭がんなどでお話した再建手術を行うことが必要となり、この場合は、空腸（外科の先生方、形成外科の先生方と共同で、お腹から腸を15～20cm程度血管を付けた状態で切除し、のどに移植して食べ物の通り道を作る）を利用する場合がほとんどです。

下咽頭がんも、診断がついた時にすでに進行癌であることが多く、5年生存率（放射線治療や手術療法を行った患者さんが、5年後に生存している割合）は30%程度であるという結果から、治療成績の向上のために、さらなる治療方法の工夫や早期発見、早期治療を目指しております。

（次号に続く）

「地域連携パス」って 知っていますか？

医事相談課 診療情報分析室 クリニカルパス推進委員会 パスマネージャー ● 今 野 美 雪

皆さんは「クリニカルパス」という言葉をお聞きになったことがありますか？「クリニカルパス」というのは簡単にいうと「医療やケアの経過を示すスケジュール表」のことです。クリニカルパス（以下パス）には「院内パス」と「地域連携パス」があります。またそれぞれに「患者さん用パス」と「医療者用パス」があります。

院内パスでは、たとえば外来で検査をして入院し、手術を受けて退院していくまでの一連の流れを時間軸に沿ったスケジュール表で示し、その間受ける検査、処置、治療、食事、リハビリなどを明示しています。

当院では平成14年にパスを導入し、現在160余りのパスが使われており、全入院数の50%を超える実施率となっています。入院が決定しますと、各外来で患者さん用パスをお渡しします。入院までの間に患者さんやご家族の方にこれを読んでいただき、入院中のおおよそのイメージや入院期間を知っていただくことで、より安心して入院していただきたいという願いが込められています。患者さん用パスはわかりやすい言葉と親しみやすいイラストをつけてカラーで印刷してあります。これを入院時に持参していただき、医療スタッフがパスに沿って詳しく説明をしていきます。こうしてパスをインフォームドコンセント（説明と同意）にも役立てています。患者さんやご家族からは「入院の全体の流れがよくわかる」「いつ、どこでどんな検査や処置を受けるのか、またその時どんなことに注意すればいいのかがよくわかる」「医師の説明だけではわからなかったことも書いてあり、自分が診療に参加しているという意識が持てる」「費用の概算額が書いてあるのでありがたい」など、うれしいコメントをいただいています。（パス委員会 患者満足度調査より）

パスの考え方の源は「チーム医療」のもと「主役はあくまで患者さんであり、患者さんに関わるスタッフ全員がその専門性をフルに発揮し、現在出来得る最高の医療を提供しながら、患者さんと一緒に同じゴールを目指しましょう！」ということです。パスには、こうなったら退院できるという「ゴール」と、そこに至る経過が「見える化」されていますので、安心して安全な医療が受けられる、というメリットがあります。

さて、最近この「ゴール」の考え方が変化してきています。少し前までは「入院したら完全に治って退院する」というのが当たり前のゴールでした。ところが、高齢化社会、慢性疾患の増加、在宅医療の進歩、患者

家族側の医療に対するニーズの変化、療養病床の削減、医師の不足など様々な要因から、「地域連携」ということが重要になってきました。これまでひとつの病院で治療が完了していた「病院完結型」から、何らかの病気を抱えた患者さんを地域全体で見守っていこうという「地域完結型」へ移行しています。急性期病院からリハビリ病院へ転院し、その後は診療所や訪問看護、通所リハビリなどを受け、「病と向き合いながら住み慣れた地域で暮らす」という在宅療養の考え方へのシフトです。

病院や施設の機能分化をはかり、それぞれの役割を明確にしながら、医療・介護・福祉の切れ目のない連携をしていくために、「地域連携パス」は有効なツールとなっています。

たとえば「がんの地域連携パス」では、手術や放射線治療などの専門的な医療を病院で受けた後、簡単な検査等を主に、患者に寄り添ってきめ細かなフォローアップをしてくれるかかりつけ医に通院します。患者さんは定期的に病院に戻って画像検査などを受けますので「ふたり主治医制」という安心感がうまれます。

「脳卒中の地域連携パス」では、急性期病院で治療を行った後、なるべく早い段階でリハビリの専門病院に転院することで、より早くもとの生活レベルに戻ることが可能となります。退院後は、何かあったときには急性期病院でいつでも診てもらえるという安心感のもと、身近なかかりつけ医へ通院することができます。

このように地域連携パスは、患者さんの経過や治療方針、患者さんの思いなどの情報を共有し、地域全体で切れ目のない連携をしていくために役立っています。

当院では現在、「大腿骨頸部骨折」「脳卒中」「糖尿病」「心筋梗塞」の地域連携パスが運用され、今後は山形県がん診療連携拠点病院として「5大がん（肝、胃、大腸、乳、肺）の地域連携パス」を運用する予定です。これから各連携パスについて連載を予定しています。

嚥下障害と嚥下訓練について

リハビリテーション室 言語聴覚士 ● 大石 如香

みなさん、「^{えんげ}嚥下障害」という言葉をお聞きになったことはありますか？

嚥下障害とは、食べたり飲んだりといった飲み込みの機能が低下して、上手に咀嚼^{そしゃく}できなかったり、飲み込めなかったり、水やお茶などの飲み物を飲むとムセたり、十分な栄養を確保することが難しくなる障害です。重症になると誤嚥^{ごえん}し（食物等が食道ではなく気管・肺に入ってしまうこと）肺炎を起こし、生命に危険が及ぶこともあります。

嚥下障害の代表的な原因は、脳梗塞や脳出血等脳卒中ですが、その他にも先天性疾患や神経疾患等多くの原因があり、原因疾患により、病態・予後・対応法などが異なってきます。

いうまでもなく口から食べるということは、人間の大きな楽しみであり、口から食べる機能が失われたときのQOL（生活の質）の低下は計り知れません。そのために、嚥下障害に対して、医師・看護師・理学療法士・作業療法士・言語療法士・薬剤師・管理栄養士など多くの職種がチームの連携を取りながら取り組んでいます。

このような嚥下障害について、主に嚥下訓練といった機能訓練を担当するのが言語聴覚士です。主治医や病棟看護師と情報の共有を図りながら訓練を進めています。

嚥下訓練について

ここで嚥下訓練について簡単に紹介しますと、嚥下機能の訓練は大きく2つに分けられています。ひとつは間接嚥下訓練でもうひとつは直接嚥下訓練とあります。

間接嚥下訓練は嚥下に関連する器官に対する基礎的な訓練です。これは直接に食べ物を使わないで行う訓練で、具体的には関節などの可動域や筋力の訓練、感覚や反射の感受性を変化させる訓練、呼吸や発声・構音訓練、嚥下パターン訓練などが含まれます。

一方、実際に食べ物を食べさせる訓練は直接嚥下



訓練といい、嚥下の応用訓練です。これは食べ物を実際に嚥下させる訓練であるため、その開始に当たっては誤嚥^{ごえん}に対する十分な評価が必要です。評価方法は嚥下造影やビデオ喉頭内視鏡が中心となり、耳鼻科医師や主治医と連携を取り、安全な（誤嚥を起こさない）食物形態や姿勢を検討します。そして注意深く口から食物を与え、簡単なものからより難しいものへ繰り返し評価を行いながら徐々に進めてゆく方法です（段階的摂食訓練）。

「患者・家族に注意していただきたいこと」

ご家庭でも特に高齢の方の場合、嚥下機能の低下から嚥下障害の症状がみられる場合があります。

- 肺炎（発熱）を繰り返す
- 脱水症状がある（口の中が乾燥している、尿量が少ない）
- 低栄養（徐々に体重が減る）
- 拒食がある（水分を飲みたがらないなど）
- いつも痰がからんだような声である
- 食事時間が30分以上かかる
- 食事中や食後にムセたり咳をする
- 食後にガラガラ声になる
- 夜間に咳き込む

上記のような症状が続く場合は医療機関の受診等専門家へのご相談をお勧めします。

出生体重322gの 超低出生体重児が元気に退院

小児科医師 ● 内 田 俊 彦

2010年8月、当院で出生した322gの女児が元気に退院しました。妊娠22週5日という極めて未熟な状態で生まれた赤ちゃんです。出生時から自力呼吸はなく、機械的人工呼吸管理を行いました。また中心静脈カテーテルを使った栄養管理を行いました。生後2か月には心臓血管外科による動脈管結紮術、生後4か月には眼科による網膜光凝固術、生後6か月には外科による鼠径ヘルニア根治術、と当院の各分野の医師の協力のもとで安全に治療ができました。生まれてから208日目に退院となり、体重は2,770gに達しました。上手に哺乳ができるようになりました。



▲こんなに元気に
なって退院しました

2009年の日本における新生児（生後28日まで）死亡率は、0.12%とされています。しかしながら出生体重1,000g未満の超低出生体重児の赤ちゃんに限ると、死亡率は13%、400g未満の赤ちゃんでの死亡率は66%であり、現在の医療水準でも救命が困難であることが示されています（2005年周産期医療



GCU



NICU

データベースより)。過去5年間の当院の成績も同様の結果です。これらの成績は、2000年の新生児救命率と比較すると飛躍的に向上しており、その要因として①妊婦健診による母体と胎児の健康状態の把握と適切な指導、②重大なリスクがある症例の早急な高次医療センターへの移送と厳重な管理、③周産期医療分野の進歩、などが挙げられます。赤ちゃんの救命には、妊婦さんが確実に妊婦健診を受けることも重要であることが知られています。

山形県立中央病院 総合周産期母子医療センターについて

2010年4月、当院は山形県総合周産期母子医療センターに指定されました。1年間の入院数が150～160名、そのうち1,000g未満の新生児は20名程度となっています。近年、当院でも400g未満の新生児入院がみられるようになり、2009年10月に生まれた出生体重348gの男児が生後6か月で元気に退院しています。山形県内外の周産期センターと連携を図りながら、さらなる周産期医療の質の向上を目指しています。

MFICU(母体・胎児集中治療管理室)の現況

4東・MFICU 看護専門員(兼)看護師長 ● 菊 地 元 子

平成22年4月1日から当院に総合周産期母子医療センターが開設されました。

総合周産期母子医療センターはMFICU(母体・胎児集中治療管理室)を含む産科病棟とNICU(新生児集中治療室)を含む新生児病棟から成り立っています。24時間体制で母体及び新生児搬送を受け入れています。産婦人科では重症妊娠高血圧症などの合併症を持



つ妊婦や切迫早産の診療を行います。小児科では早産児、低出生体重児や先天異常などの合併症をもつ新生児に対する高度な医療を行います。脳血管障害、心疾患、敗血症や外傷など産科以外の合併症は内科や外科など関係診療科と連携で診療します。

当院の総合周産期医療センターだけでは山形県内の患者さん全てを治療できませんので山形大学医学部付属病院、済生会山形済生病院そして鶴岡市立荘内病院に設けられている地域周産期母子医療センターさらに地域周産期医療施設と連携を図りつつ診療を行います。

当院では既に平成13年の新築移転時にNICUとGCU(新生児生育治療室)が整備されました。県内全域から母体搬送や新生児搬送を受け入れて本県の周産期医療に尽力してまいりました。今回MFICUが整備されたことで、これまで以上に貢献できると考えております。

それでは、新しく整備されましたMFICUを紹介いたします。

MFICUは前述のように母体・胎児を専門とする医師が勤務し、24時間ハイリスク妊産婦の救急受け入れを行うところです。病床数は6床です。医師は6名が配置され24時間体制で専任医師1名とバックアップ医師1名が勤務しています。助産師は16名が配置され、常時2～3名が勤務しています。当院の一般病床では看護師は患者さん7人に対して1名の配置となっていますが、MFICUは患者さん3人



に対して1名の助産師が配置されています。

また、病室は一般病床の2倍のスペースがあり、無菌室として空調設備が整備されています。1人部屋が2室と2人部屋が2室あります。一般病床と比較するとゆったりとした環境で入院生活が送れるように整備されています。母体の状態を観察するための心電図や呼吸循環を監視する装置と胎児の状態を監視する装置が1人1人の患者さんに1台ずつ設置されています。データーは電送されて、常にナースステーションで観察できます。

平成22年4月から8月までの状況についてまとめますと、入院患者さんは全部で67人で、入院の理由は切迫早産が32人、妊娠高血圧症候群が10人、前期破水が7人そして子宮内胎児発育遅延が5人でした。その他には前置胎盤、妊娠糖尿病、羊水過多症そして子宮頸管無力症などでした。患者さんの住所は村山地区が37人、置賜地区が12人、庄内地区が5人、最上地区が4人そして県外が9人でした。患者さんの約半数は当院のある村山地区以外の方ですので、家族と離れて過ごすことによる不安や寂しさなどが見受けられました。できる限り家族とのコミュニケーションがとれるように配慮し、また過ごしやすくリラックスできるように音楽を流しています。患者さんからは静かな環境で落ち着いた入院生活を送ることができたとの言葉をいただいています。



当院へ救急車で搬送されてきた患者さんは35人でした。搬送の理由は切迫早産が17人、前期破水が10人、妊娠高血圧症候群が3人そしてその他の病気が5人でした。搬送地区別人数は村山地区が18人、置賜地区が10人、最上地区が3人、庄内地区が3人そして宮城県が1人でした。搬送された35人のうち23人がMFICUに入院しています。搬送後24時間以内に分娩となった症例は18件で、そのうち緊急帝王切開となった症例は12件でした。搬送数は前年同期が29件で、比較すると増加傾向にあります。

MFICUが開設され4か月が経過したところです。今後も母体と胎児にとってより良い状況で分娩ができるよう環境を整え、本県の周産期医療に貢献していきたいと思っています。

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・・・

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。**初来院の方は保険証のご提示がないと全額自己負担になります。**

- ①月が変わって初めて診察を受ける時
- ②保険証が変わった時
- ③住所・電話番号が変わった時

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
B	整形外科	月火水木金
	眼科	月火 水 木金
	歯科口腔外科	月火水木金
C	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
	神経内科	月火水木金
D	産婦人科	月火水木金
	耳鼻咽喉科	月火水木金
E	小児科	月火水木金
	皮膚科	当分の間休診
	形成外科	※火水木※
F	外科	月火水木金
	呼吸器外科	※火水※金
	心臓血管外科	※火水※金
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しますので「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

入院費の請求について

当院では、原則退院時に入院費のお支払いをお願いしております。これまでは、土日祝日に退院される患者さんにつきましては、請求書が後日郵送となりご不便をおかけしておりましたが、今年6月からは、土日祝日退院の場合でも当日お支払いができるよう請求書を発行することにいたしました。クレジットカードでのお支払いもできますので、退院時にお支払いくださるようお願いいたします。

診療報酬改定について

今年4月に診療報酬の改定がありました。診療報酬本体で+1.55%、薬価等で-1.36%、全体で+0.19%の改定となっています。点数の変更や新規に認められた加算（「抗悪性腫瘍剤処方管理加算」等）があります。【医事相談課】

抗悪性腫瘍剤処方管理について

院外処方箋発行後、病院薬剤師の仕事は大きく変化しました。今は、外来患者さんの調剤と薬についての説明は保険調剤薬局にお願いし、入院患者さんに対しての説明（内服薬、注射薬、治療スケジュールなど）を詳しく行うようにしています。

さて、近年の医療の進歩はめざましく、特にがん治療においては、次々と新薬が開発されており、内服薬単独、注射剤との併用などさまざまあります。また、患者さんのQOL（Quality of Life）の向上のため、入院から外来での治療へと移行しています。

当院では、内服抗がん剤は37種類、注射剤は52種類を採用しており、同じ組み合わせの薬剤でもがんの種類によって、投与量、投与時間、投与スケジュール（服用期間、休薬期間など）が異なります。

さらに、副作用に関しては、内服薬単独よりも注射剤との併用のほうが強く起こる場合もあります。薬剤によっては、副作用の発現時期・発現頻度などがわかっているものもあり、予防や対処により副作用を軽減できる可能性があります。長期間服用していても副作用がない方もおられますが、頻度は少ないけれど起こったら重篤となる副作用もありますので、常に副作用のチェックが必要です。

このようなことから、今年6月から医師の指示を受け、院内・院外に関わらず内服抗がん剤を処方された患者さんに対して、当院の薬剤師が説明を行うようにしました。抗がん剤治療が安全に行われ、かつ副作用を早期に発見し対処できるよう薬の専門家である薬剤師が、情報を提供しておりますので、不明な点がありましたら遠慮なくご相談ください。【薬剤部】