

あおやぎ

No.247
2011年10月



山形花笠まつり

悪性骨・軟部腫瘍の治療とリハビリテーション ②

地域連携パス 「脳卒中」 ④

ボランティア室の紹介 ⑤

認定看護師紹介 ⑥

システム変更について 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

悪性骨・軟部腫瘍の治療と リハビリテーション

整形外科 ● 石川 朗

悪性骨・軟部腫瘍の治療

四肢・体幹部に発症する骨・軟部腫瘍にはさまざまな種類のものがありますが、その治療には、病巣切除を行う手術があります。関節に近い腫瘍では、切除と伴に腫瘍周辺の筋や関節機能が失われます。これに対し骨や人工関節による機能再建とリハビリテーションが必要になります。こうした治療は悪性骨・軟部腫瘍ではよく行われることから、術後にリハビリテーションを要する悪性骨・軟部腫瘍を中心にお話します。整形外科領域に発症する悪性腫瘍を肉腫と呼びますが、内臓に発症する悪性腫瘍は、がん(癌)と呼ばれます。

骨肉腫

骨・軟骨に発症する悪性腫瘍には、転移性骨腫瘍、骨肉腫、軟骨肉腫などがありますが、骨原発性悪性腫瘍の代表的腫瘍である骨肉腫について説明します。

骨肉腫は、10歳代に好発する悪性骨腫瘍で、長管骨の骨幹端部に好発します。大腿骨の遠位、次に脛骨の近位、更には上腕骨近位が好発部位です(図1)。

治療法は手術が主体で、術前・術後に抗癌剤を用いた化学療法を行うのが基本です。骨肉腫においては多剤併用の化学療法の有効性が知られており、術前から化学療法が行われます。術前化学療法の目的は、原発巣を縮小させて切除範囲を小さくすることと併せて微小転移巣を撲滅することが挙げられます。骨肉腫の手術法としては病気に罹患した四



図1 11歳、左上腕骨骨肉腫

肢を残す患肢温存手術と切断術があります。骨肉腫の広範切除は、長管骨の縦方向では腫瘍から距離を離し、横方向では筋膜などをバリアー(腫瘍に対する壁)として、安全な切除縁として神経と血管を残して患肢を温存できる時に行われます。広範切除後の再建方法としては、腫瘍用人工関節を使う方法や自分の骨(自家骨)を移植する方法などがあります。切断術は、病的骨折や骨外病変が血管・神経を巻き込み広範に浸潤している場合、化学療法や放射線照射で効果が得られない場合に行われます。予後については、1970年以前は5年生存率が20%未満でしたが、その原因は主に肺転移を制御できないことに起因していました。抗癌剤の開発により化学療法が体系化されてからは、徐々に予後は改善し、ここ5年間の累積生存率は65.6%、患肢温存率80%との報告が殆どとなり、化学療法の進歩によって予後が改善するようになりました。術後に行われるリハビリテーションは、腫瘍用人工関節や骨移植の再建術後に対して、歩行訓練と残った筋の筋力強化のプログラムとして始まります。また、切断に関しても義足を用いた歩行訓練を行うことになり、リハビリテーションの技術的な面では腫瘍以外の疾患の場合と同様に行われます。

悪性線維性組織球腫

軟部に発症する悪性腫瘍には、悪性線維性組織球腫、脂肪肉腫、横紋筋肉腫、平滑筋肉腫、悪性末梢神経鞘腫瘍、線維肉腫、血管肉腫などがありますが、軟部原発性悪性腫瘍の代表的腫瘍である悪性線維性組織球腫について説明します。

発生頻度は、軟部肉腫の中の19.6%(順位は1位)を占め、細胞起源としては、未分化間葉系細胞が主たる起源と考えられていますが、組織球が起源との説もあります。好発部位は、下肢、殿部、次いで上肢と後腹膜の順に多く発症します(図2)。

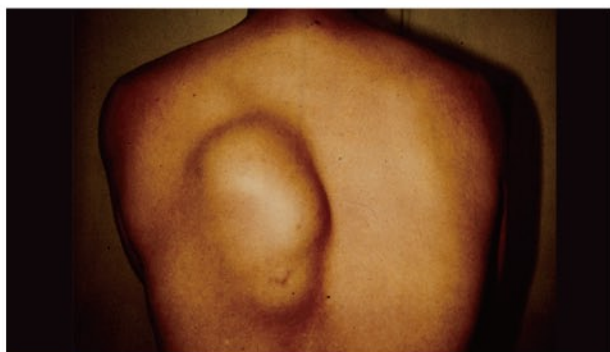


図2 52歳 左背部悪性線維性組織球腫

手術的治療は広範切除を行います。化学療法は、多剤併用療法が行われます。ただし、抗癌剤の抗腫瘍効果は高くなく、5年生存率は63.0%と報告されています。腫瘍が血管・神経に近接している場合には、合併切除されることが多く、複合組織移植としての皮弁術で再建が必要となることがあります。

転移性骨腫瘍

近年、癌の登録者数が増加する中で、正確な転移性骨腫瘍の統計はないようですが、10万人以上いるのではないかと推定されています。原



図3 60歳（腎がん）
左大腿骨転移性骨腫瘍

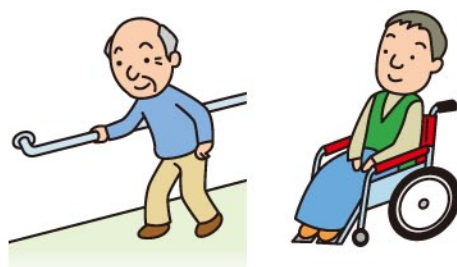
発巣としては、肺がん、乳がん、前立腺がん、多発性骨髄腫、肝臓がん、胃がん、腎臓がん（図3）、子宮がん、甲状腺がんなどが報告されています。転移性骨腫瘍においては、骨病変の痛みや病的骨折、脊椎転移後の麻痺をきたす病態に対して、治療が必要となります。治療上、基本的には癌の原発巣に対する治療と同様に、原発巣の担当科が治療計画を立てる事になります。転移性骨病変への保存的治療としては、癌性疼痛や病的骨折の予防として腫瘍休眠療法としての効果が期待されるビスホスフォネート製剤の投与が行われ、さらには放射線治療も併用されます。骨転移に対しては、Mirelsの病的骨折予測表による切迫骨折の評価を行い、片桐の予後予測表による予後に基づいて整形外科的治療のタイミングや方法を決定することが重要と考えます。

骨転移に対しては、Mirelsの病的骨折予測表による切迫骨折の評価を行い、片桐の予後予測表による予後に基づいて整形外科的治療のタイミングや方法を決定することが重要と考えます。

予後不良の状況には、侵襲の大きい手術をしてリハビリをするという状況ではありませんので、侵襲の小さい手術で徐痛を図るということになります。

がん患者のリハビリテーション

がんが病気死亡率の1位になって30年（1981年から）年経ちましたが、この間にも、がん治療（手術療法、化学療法、放射線療法）は、腫瘍別にそれぞれ進歩しました。しかしながら、年々がんの患者数が増え続けた場合、その数が2015年には533万人にのぼることが推定されています。アメリカのがん医療政策に遅れながらも、日本のがん医療政策は、2006年がん対策基本法として制定されました。従来の予防と治療中心の医療から、患者のADLやQOL、術後の後遺症や放射線療法の副作用に対処するという視点に立った医療へと方針が打ち出されました。この中で、がんの再発や転移の拡大などを抱える状況に対し、病気の進む時期（病期）を、予防的（機能障害はまだない、がんの診断後早期）、回復的（治療後に残った機能的障害、能力の低下）、維持的（腫瘍が再発・増大し、機能障害が進行しつつある）、緩和的（終末期）の4期に分類しました。このなかで、リハビリ医療がこれまでは手術や非手術の治療後（回復的リハビリとして）に主に行われて来ましたが、がん対策基本法の中では各病期（予防的、回復的、維持的、緩和的）に対応したリハビリとして介入することが示されました。2010年には、「がん患者リハビリテーション料」が治療行為として加算点数化されました。骨軟部肉腫の周術期リハビリテーションとしては、患肢温存術・切断術の症例に対する術前の杖歩行訓練と術後のリハビリ、義足や義手の作成、骨転移に対する放射線照射中の安静臥床時は廃用症候群の予防、以後は安静度に応じた対応があります。骨転移では、周術期以外にも病的骨折、脊椎・脊髄転移に伴う四肢麻痺・対麻痺への対応があります。2015年に向けて、骨軟部肉腫においても予防的、維持的、緩和的リハビリの導入についての体制作りが始まっています。



シリーズ 地域連携パス

「脳卒中」

脳神経外科 ● 井上 明

脳卒中死亡は第3位だが、有病率は第1位

脳卒中は我が国の死因の第3位を占める疾患であります。しかし、脳卒中の有病率は依然第1位の疾患ですし、また寝たきりになる疾患としても第1位であります。したがって、ひとたび脳卒中になれば重大な後遺症が残る可能性があり、場合によっては、家庭崩壊などがおこることも稀ではありません。脳卒中にならないことにこしたことはありませんが、もし脳卒中になった場合でも、早期に症状の回復、家庭、社会復帰できるように支援する必要があります。

さて、クリティカルパスは病院内でも地域連携でも多数稼働していますが、殆どは1疾患単位あるいは1手技単位で考えられています。脳卒中といった場合、その病態は脳内出血、脳梗塞、クモ膜下出血など様々ですし、患者様の重症度も、家族背景も千差万別であります。このような状況で、脳卒中という大きなくくりでパスが作成できるのでしょうか？ちょっと不可能にも思えます。しかし、発想を変えることによって、りっぱにパスが作成できるのです。

患者様の願いと連携パスの目的と意義

脳卒中になられた患者様にとっての最大の関心事は、脳梗塞、脳出血、クモ膜下出血といった診断ではなく、脳卒中になって生じた症状であり、その症状が治るのか？いつ治るのか？ということにあります。脳卒中に罹患した患者様の症状（麻痺や言語障害など）の回復とリハビリの進捗状況、日常生活動作の維持改善は、どの型の脳卒中でも、どの時期においても共通の課題です。また、患者様の治療において、急性期、回復期、維持期、全ての時期の治療が必要不可欠であり、発症から自宅療養へと切れ目のない医療連携が重要であります。患者様の医療と同時に、それぞれの医療機関で行ってきた医療内容を見直し、連携医療機関とともに診療計画を共有すること。地域医療連携における、医療の質の向上と安全を確保し、チーム医療を推進すること。患者様の不安の軽減や満足度の向上を計るとともに、医療機関自身の職場満足度の向上を計ること。在宅療養中の再発防止と機能維持を目指すことなど、患者様、患者様家族、医療機関、医療社会の多様なニーズに応えるために使用するツールが脳卒中連携パスであります。

連携パスの作成と運用

時代のニーズに伴って全国各地で脳卒中連携パスが作成され運用されております。山形市では、市医師会

主導のもと2007年5月に「脳卒中」地域連携パスワーキンググループが結成されました。作成にあたって、まず、同じことを言っているのに言葉が違ったり、言葉は同じでも内容が微妙に違ったりすることがあるため、用語のすりあわせと統一化が行われました。また、患者様の評価としては香川労災の5段階のリハビリテーションステップとBarthel Indexが採用されました。各医療機関の医療情報、看護情報、リハビリ情報、及び家族背景、家庭の情報が一目でわかるようにしました。連携パスを使用した患者様が、連携された情報は逐次、最初発信した急性期病院へもフィードバックされて、経験の蓄積とパスの改善が行えるようにも配慮されています。出来るだけ多くの脳卒中患者様が地域連携パスの恩恵にあずかれるように、適応基準は広く設定され、除外基準はコントロールが困難な合併症を有するもののみとしています。後遺した症状の重症度によって病診連携、病病診連携、介護施設などに振り分けることとし、それぞれ転院基準が設定されています。自宅療養が社会的、経済的に困難な場合は適宜福祉サービス事業所や医療施設への入所を考慮することとなっています。運用方法は紙による運用として、連携医療機関どうしの連絡はFAXを利用し、個人情報には外部に漏れない様に配慮されています。

脳卒中地域連携パスの現状と展望

平成20年2月から連携パスの試用後、平成20年4月から本格使用が開始されました。当院から現在までに、脳卒中地域連携パスで回復期リハビリ病院へ転院した患者様は平成20年度19例、平成21年度40例、平成22年度65例でありました。転院までの平均日数はそれぞれ、12日、16日、17日でありました。今後は連携パスのバリエーションの分析を行いつつ、より進化したパスへ成熟させる必要があります。また連携医療機関の拡大を進めるべく、山形市医師会を中心に作業が進行中であります。

頭を柔軟にして不可能を可能に

医療は患者様を中心とする地域ぐるみの医療の時代となってきています。女子サッカーなでしこJapanが不可能と思われたワールドカップの優勝を成し遂げたのは、発想を柔軟にして戦術を練り、諦めず粘り強く戦ったからに他なりません。不可能を可能にする柔軟さと強さを身につけたいものです。

ボランティア室紹介

総合ボランティア

「いつも新鮮な気持ちで支援」

病院ボランティアは2001年に発足して、今年の5月で10周年を迎えました。院長先生はじめ、スタッフの皆様の温かいご指導と笑顔に包まれ、一喜一憂しながら活動しております。日々の活動の中で患者さんから「ありがとう」の感謝

の言葉をかけていただき、元気をいただいております。

何よりも「患者さんのためのボランティア」であり「マナーや配慮にところがけ、気配りのできるボランティア」でありたいと思います。院長先生の「いつも笑顔、優しさ、温かさ」と愛」これからも活動にいかしていきたいです。

月曜日

いつも笑顔と優しさでボランティア活動をしている仲間です。



木曜日

やる気まんまんの木曜日スタッフです。



火曜日

花陽日の仲間



金曜日

体力、知力、勇気、やる気、協力をもとにまとまったグループです。



水曜日

美人(?)、パワーと笑顔の水曜日です。



緩和ケア

緩和ケアボランティアの定例会風景です。



認定看護師紹介



摂食・嚥下障害看護の重要性

摂食・嚥下障害看護認定看護師 ● 景澤 啓子

「食事を口から食べる」ことは私たちのごく自然な欲求であります。人間は、まず食物を認識し、口の中に取り入れ、咀嚼し味わいます。そして、嚥下反射が起こり、食物を飲み込むことでおいしさや満足感を体験しています。

病気を克服するために重要であることの一つには栄養があり、口から食べることは大切です。しかし病気や年齢による影響、摂取状況の問題など様々な理由で「口から食べること」が困難な状態、つまり摂食・嚥下障害に陥ることがあります。そのような状況にある患者さんの問題点は何か、必要な嚥下訓練は何か、安全に摂取できる方法は何か、などを考えていくことが摂食・嚥下障害看護であります。栄養を摂るためには様々な方法がありますが「口から食べる」ことは楽しみのひとつであり、生きる意欲へもつながると思われれます。食べることができなかった患者さんが摂食できたときのうれしい表情をめざし、その家族の喜びのために、摂食・嚥下障害看護を役立てることができるように働きかけていきたいと思っています。



皮膚・排泄ケア認定看護師の役割

皮膚・排泄ケア認定看護師 ● 小野 佳子

2010年に皮膚・排泄ケア認定看護師の資格を習得し、3月まで仙台の病院に勤めており、今年4月に当院に入職しました。

皮膚・排泄ケア認定看護師は、以前WOC認定看護師と呼ばれていました。WOCというのは、Wound(創傷) Ostomy(オストミー) Continence(失禁管理)の頭文字です。Woundは、褥瘡(床ずれ)や創傷をお持ちの方、Ostomyは、病気や外傷で人工膀胱や人工肛門を造設することになった方、Continenceは、尿や便失禁など排泄に関してお困りの方に対し専門的なケアを指導したり、日常生活を快適に過ごせるように実際にお手入れをしています。

今回3月11日の東日本大震災では、物資の足りない中でのケアや人工膀胱・肛門に装着する装具が不足時の対応など、様々な経験をしました。もしまた災害が起こった時に、速やかに対応できるようこれらの経験を活かしていきたいと思っています。

皮膚や排泄の事でお困りの方が少しでも笑顔でハッピーな毎日を送れるように支援していきたいと思っています。現在は、入院患者様を対象にケアを行っていますが、今後活動を広げていきたいと考えていますので、よろしくお願いします。



「未来ある子どものために」

新生児集中ケア認定看護師 ● 植松 里華

新生児集中ケア認定看護師の主な役割として、1. 最新の幅広い知識・技術を用いて、急性期にあるハイリスク新生児の身体的ケアができ、また、子どもの神経行動発達および親子関係形成を支援する。2. 新生児集中ケアの質の向上に寄与する。3. 新生児集中ケアに関する指導・相談を行う、などが挙げられます。子どもの誕生は嬉しい出来事ですが、NICUに入院する子どもの大半は早産児で、低出生体重児です。普通に生まれた子どもであっても、先天性疾患など病気をもって生まれてくる子どももいます。親は小さな身体に様々な管や器械が付いた姿を見て、計り知れない不安に襲われます。私たちは、子どもの救命はもちろん、子どもが家族の一員として受け入れられるように、母子の絆と共に家族の絆を大切にしたいケアが必要となります。そのためには、スタッフ間の連携を密に行い、子どもやそのご家族にとって最善のケアを提供できるように、倫理的視点で考え、子どもを一人の人間として尊重した看護を実践したいと思っています。



「救急看護認定看護師の役割」

救急看護認定看護師 ● 峯田 雅寛

救急看護とは、「人々の様々な状況において、突然かつ急激に生じたあらゆる健康レベルの健康問題に対して、迅速かつ的確な専門的看護ケアを提供することです。それは、生命を救い、苦痛を緩和し、心身の健康を回復し、社会生活への早期適応を目指すものである。」とされています。そのため、この度研修で得た知識・技術を活用し、救急医療を受ける患者さんや家族に対し、①あらゆる状況下で、対象に応じた迅速で確実な救命技術の実践、②救急医療現場において、病態の優先度に応じた迅速かつ適切なトリアージ、③危機的状況にある患者・家族の心理問題の的確な判断と支援、④災害急性期の医療ニーズを理解し、状況に即した看護の展開の実践を目指し活動して参ります。認定看護師としての活動は、始動したばかりですが、救急室でのトリアージ運用やドクターヘリ導入など、自己の課題を含め多くの課題に対し、優先度を見極めながら取り組んで参ります。どうぞ、よろしくお願いいたします。

医療情報システムの更新にあたって

～県民医療の向上のために～

運営企画主幹(兼)経営戦略課長 ● 笹原 真一

1. はじめに

皆さんは、病院における診療は、医療情報システム抜きにしては成り立たないことはご存知ですか？現在、当院では医師の指示に対応するオーダーリングシステム始め多くのシステムが稼動しております。しかし、そのシステムの多くが 10 年前この青柳の地に移転した時に導入されたもので古くなっており、診療の高度化等の足かせになっている場合もあります。このため、当院では更なる医療の質の向上等を図るため、平成 24 年1月からの稼動を目指し、電子カルテを含む総合的な医療情報システムの導入・更新に向けて取り組んでいます。

2. 基本的なねらい

私は今回のシステム更新にあたっての重要な視点は「共有 (=Share)・迅速 (=Speedy)・安心 (=Security)・安全 (=Safety)・標準 (=Standard)」の「5S」だと思っています。

また、今回のシステム更新は、洋服で例えていうと注文服 (オーダーメイド)ではなく、既製服 (レディメイド)をいかに上手に着こなすかということに主眼がおかれています。システムの言えばパッケージの活用ということでしょうか。なぜ既製服かといいますと、大きな理由はふたつ。ひとつは時間的制約、もうひとつは効率性です。既製服を着こなすためには、当然、自らの体型を変える(運用の見直し)必要もあります。

3. システムが入ると…

それでは、システムが更新されると具体的に何が変わるのでしょうか。ここでは、患者さんの視点に絞って紹介したいと思います。

外来で当院に来られた人は、ご存知かもしれませんが、昨年5月に採血検査がリニューアルされました。また、今年2月に外来の受付機が変わりましたね。これらは、一

連のシステム更新のうち先行して更新されたものです。

そして、患者さんが外来で改善してほしいのは待ち時間ではないでしょうか。来年1月からは予約時間の管理がこれまでよりもきめ細やかになります。また、外来表示板をリニューアルして診察室の診察状況を見易く表示する予定です。

さらに、患者さんの支払い方法についても、利便性を向上させるため自動精算機でのICカード利用や入院費用の支払いが行えるようにすることや、救命救急センターにも自動精算機を導入し、24 時間支払いをできるようにする予定です。

でも、大部分は、患者さんの目に触れないところで、診療の高度化のために大きく変わるんですけどね。

4. 最後に

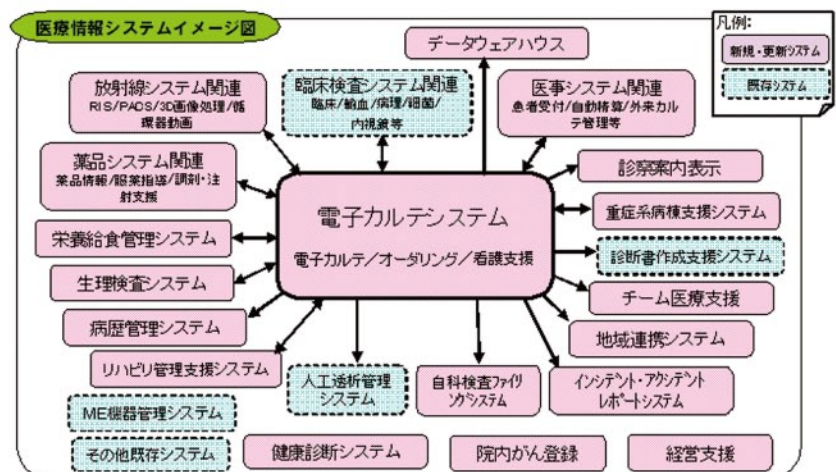
企業の経営資源として、よく言われるものに、人、物、金、情報があります。

当院には、「人」で言えば優秀な医師や優しい看護師がたくさんいて、技師を含めてマンパワーは充実しています。「物」では建物設備もまだまだ立派ですし、高度医療機器も計画的に更新しています。「金」については、広域基幹病院という役割上、高度・政策医療や救急などの不採算部門は県から財政負担をいただいております。「情報」はどうでしょうか？システムという面で見れば、最近はやや見劣りしていたかもしれません。しかし今回のシステム更新により、医療情報基盤も大きくレベルアップし、正に「県立中央病院に死角なし」といってもいい状況になるのではないのでしょうか。

言うまでもなく医療情報システムの更新には多額の費用がかかります。しかし、それは必要不可欠な投資であると考えています。なぜなら、システム更新は病院職員のためではなく、すべては、「県民医療の向上のため」に行うものですから。

システム更新概要

今回のシステム更新は、多部門に渡って、多くのシステムが新たに導入、更新されます。そのイメージは図のとおりです。



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

拾得物、遺失物の問い合わせ

- 当院で落とし物や忘れ物をされた場合、原則として次のとおり取り扱います。

拾得物	取 り 扱 い
現金、財布	翌日警察署に届け、警察で3か月保管します。
キャッシュカード	当日、各金融機関に連絡し、持ち主が現れない場合は2、3日後に、発行金融機関に返却します。
免許証、保険証	当日持ち主に連絡します。持ち主に連絡が取れない場合は2、3日保管し、その後発行者に返却します。
診察券	1階の再来受付でお預かりします。
上記以外	2か月総務課でお預かりします。

※院内のいずれにも届いていない場合、落とし主の氏名、電話番号、落とし物の具体的な特徴などを確認し、届いた場合、こちらからご連絡いたします。

- 拾われた方は随時、近くの窓口にお持ちください。

問い合わせ

総務課庶務係
023(685)2626 内線3111