済生会富山病院報

ひるがの高原 牧歌の里　臨床検査科　山本富夫

目次

新年度のご挨拶 ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・2
新年度のご挨拶にかえて－医療安全対策について－
副院長就任のご挨拶－よりよい医療を築くために－
・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・3
副院長就任のご挨拶 ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・4
看護部長に就任して ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・5
新しいMRI装置と血管造影・血管内治療装置の導入
・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・6～7
4月から始まった急性期脳卒中治療の新たなる取組み
・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・8
嚥下治療に関すること ・・・・・・・・・・・・・・・・・・9
循環器科・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・10～11
新人自己紹介 ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・12～14
糖尿病患者会「くすのき会」設立について
病院主催送別会行われる ・・・・・・・・・・・・・・15

Japan Council for Quality Health Care
日本医療機能評価機構

新年度のご挨拶

富山県済生会富山病院　院長　利波　紀久

当院は「患者さん本位の心温まるすぐれた医療の提供」を基本理念に掲げています。患者さんの気持ちになって考えながら、良質な医療を安全に提供し、患者さんの心身のケアに努めています。平成19年度を迎え気持ちを新たにし、医療サービスの改善に努めます。

院長に着任し1年が経過しました。今までの当院の実績を活かして提供できる新しい役割について職員とともに考えて参りました。

当院は急性期医療の指定病院として富山医療圏の輪番制二次救急を担当しています。また昭和52年に脳卒中センターを開設し、積極的に脳卒中診療を行ってきました。しかしスタッフの制約もあり、必ずしもいつでも脳卒中患者さんの受け入れができる態勢ではありませんでした。

脳卒中は急性期疾患の中でも発症数が多く、生死だけでなく後遺症も大きな問題であり、速やかで適切な治療が求められる代表的疾患です。発症後早期に専門医による治療を受けたほうが救命率も良く、回復も早いことが判明しています。そこで脳卒中センターの機能を強化し、富山医療圏を中心に365日24時間脳卒中患者さんを受け入れる態勢を整える決断を致しました。

手術治療や血管内治療が行える脳卒中急性期診療の専門医師を7名に増員し、同時に看護師、診療放射線技師、臨床検査技師、リハビリスタッフを充実致しました。また既設の64列CT装置や核医学診断装置に加え、最新のMRI装置や血管撮影・血管内手術装置を導入しました。4月1日より富山県で初めて脳卒中ケアユニットを設置し、脳卒中専門医療機関として高度先進医療を提供できる態勢を整備しました。現在は救急救命隊員や医療関係者のご協力とご支援のもとに、患者さんの病態に応じた最適の治療を24時間いつでも提供しております。

当院ですべての診療が完結できるわけではありません。脳卒中のほか、当院の得意とする診療や医療サービスを提供することに重点を移し、「病院完結医療」から地域医療機関と互いに協力しながら診療する「地域完結医療」への転換を図りたいと思っています。紹介された患者さんは治療が終われば紹介医にお返しします。また、直接来院された患者さんも必要な治療が終了すれば適切な診療所を紹介いたします。かかりつけ医の先生、回復期治療の病院と連携を一層密にし、地域全体での医療レベル向上に努めたいと思っています。

医療従事者の教育と研修にも力を入れています。当院は医師の研修指定病院であり、救急医療、一般診療の医師研修と、幾つかの分野では専門医の研修も行っています。認定看護師の育成に努め、新卒看護師にやさしいモデル病院事業にも参加しています。指導する医療スタッフはそれぞれの専門分野で学会や研究会、研修会、カンファランスなどに参加し、自己研鑽を重ねています。質の高いスペシャリストの育成が、安全で質の高い医療の提供に繋がると考えています。

医療スタッフの労働環境の改善も重要な課題と思っています。医師は夜間の緊急手術や当直業務の翌日も通常の勤務が強いられるのが現状です。また入院、外来診療など、いつも長時間の業務を行っています。医師だけでなく職員全体が過重労働による慢性的な疲労の状態であり、医療を安全に提供する上で問題です。労働環境改善の第一歩として、これまで実施してきました第2、4、5土曜日の外来診療を5月から廃止いたしました。ご不便をおかけしますが何とぞご理解のほどをお願いします。

今後とも皆さまのご意見、ご要望をいただきながら最善の医療を安全に提供できるよう一層の努力をいたします。

新年度のご挨拶にかえて
－医療安全対策について－

富山県済生会富山病院　副院長　田近　貞克

医学、医療の発展に伴い、医療行為は複雑化し、高度な医療レベルが要求されています。医療レベルを上げるためにはある意味リスクを伴う医療が必要となり、それに伴い患者さんへの説明時間の増加、業務量の増加などで医療現場では医師をはじめ病院職員の労働量が著しく増加しています。

病院が忙しくなると当然インシデント(ヒヤリ、ハットした事例)が増加し医療事故につながりかねません。我々医療提供者は、患者さんに安全な医療、安心を与える医療そして患者さん及び家族に満足を与える医療を行うことを目指しています。医療事故を未然に防ぎ、患者さんにより安全で適切な医療を提供することを「医療安全」ととらえ、当院でも最も重要な課題として真剣に取り組んでいるところです。

“To err is human”(米国医療研究所)と言われるごとく、人間は本来過ちを犯すものであり、どんなに注意しても事故はゼロにすることは出来ません。この前提を踏まえて、医療における安全対策をたてる必要があります。今までも医療安全対策委員会を中心にインシデント報告制度、各種マニュアルの整備、院内研修など幅広く活動してきましたが、まだ十分に機能しているとはいえません。特に各部署より提出された多数のインシデント報告は安全対策の基本であり、重要です。その報告を詳細に分析し対策を立てる、より安全につながるものはより安全なものに変え、物的環境の整備を行い、システムで防げるものは防がなければなりません。そして職員に周知徹底する必要があります。当院では、本年度より医療安全管理者を専従で配置し、安全対策の強化にあたっています。

安全環境、安全整備が整い、そして病院職員が医療の本質を意識すれば、安全で質の高い医療を提供出来ると確信しています。

副院長就任のご挨拶
－より良い医療を築くために－

富山県済生会富山病院　副院長　堀江　幸男

この度、4月1日付けで副院長を拝命しました。

医療人を囲む社会環境は、嘗(かつ)てない規模と速さで変貌しつつあります。そこには、少子・高齢社会という不可避な潮流、生命科学・理工科学の進歩などによる医学の知識・技術の合流、国家の経済財政的な事情からの医療費緊縮などの背景があります。かかる現状において医療を特徴づける新しいパラダイムが求められています。すなわち、「医師中心の医療」から「患者さん中心の医療」への移行と、「経験に基づいた医療」から「科学的根拠に基づいた医療」への移行です。

当院では、インフォームド・コンセントを徹底するとともに、診療情報の提供や根拠に基づく医療を推進し、かつ安全で安心できる医療管理体制を構築してきました。その過程で、日本医療機能評価機構の病院認定も取得しています。今後さらに医療の質を向上させるためには、患者さん立脚アウトカム、医療人の技量、病院の設備と療養環境、などの視点や要素からの取り組みの継続が大切と思われます。一方、医療は神業ではありません。残念ながら治せるものには限界があり、常に不確実性を伴います。医療提供者と患者さんとの新たな信頼関係の構築、すなわち医療者側の説明責任と透明性の確保、そして患者さんが十分納得の上、自分で選択・決定できるための援助、が一層求められています。そのためには、患者さんの精神世界に高い感性を持ってかかわることが必要と思われます。

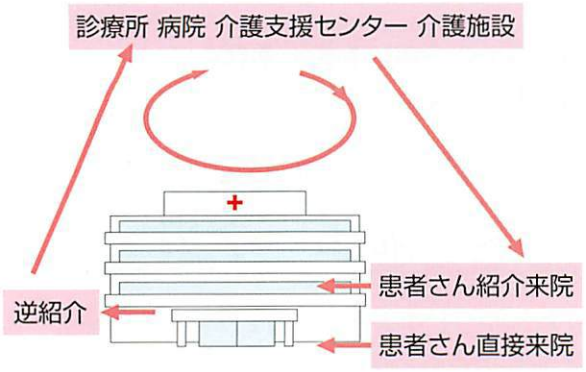
住民の方々に信頼していただける病院、そして働く職員が誇れる病院になるように、院長を補佐し尽力します。何卒、宜しくお願いいたします。

副院長就任のご挨拶

富山県済生会富山病院　副院長　井内　和幸

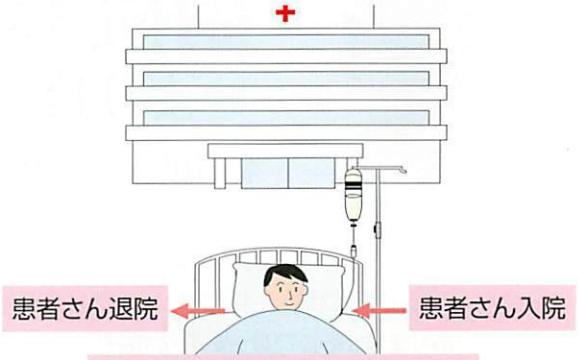
4月から副院長に任命され、利波院長を支え、済生会富山病院職員とともに富山、特に富山北部地域の医療の一端を担っていきたいと思います。副院長は私を含め3名体制で、私の担当は地域連携、クリニカルパス、高度医療となっています。また、もともと内科医(循環器専門)であり、内科部長も兼務しており内科診療全般をまとめるのも仕事の一つです。

この中で、地域連携とクリニカルパスは患者さんと医療者側の関わり方が病院の外向きと内向きという意味合いがあります。つまり、地域連携は病院(急性期病院)、診療所(開業医)、他の病院(療養型や回復期リハビリ病院)、介護施設が患者さんを紹介し合い、連携して診療に当ることです。



少し前までは病院の役割はどの病院も同じで、入院では急性期でも慢性期でも同じ病院で診ていました。外来でも検査・治療し、病状が安定してもずっと同じ病院で診ていました。しかし、医療財政が悪化し、高齢化で、介護制度が定着し、一方で、高度な検査や治療が要求されてきている今日、昔のようななんでも提供できるスーパーマーケットのような病院でありつづけることが医療制度上も出来なくなってきています。そのため一つの病院で診療が完結されるのでなく、地域(済生会病院では富山北部地域が中心になる)で、療養型病院、回復期リハビリ病院、診療所、介護支援センターなどと連携し、診療を完結していく時代になっています。このように、地域の医療・介護施設を含めた淀(よど)みの無い流れ(地域診療体制)を作っていくことが地域連携の役割です。そのためにはお互いを良く知らないとダメだと思います。このためのひとつの試みとして現在2ヶ月に一回地域の開業医の先生と病診連携の会を開催しています。ただし、この富山北部地域は他の富山医療圏とは異なり、地域が広い割りに診療所が少ない、交通のアクセスが良くないなど、難しい面もありますが、患者さん・ご家族をはじめ他の医療・介護施設の方々の協力をいただき地域連携を進めていけたらと思っています。

クリニカルパスという言葉は皆様方には大分浸透していると思います。部分的には地域連携にも使用されていますが、主に地域連携とは違い病院の内向きのことであります。



入院治療・検査の流れを示したもの

クリニカルパスには患者さん用と医療者用があり、患者さんにも一枚の表で入院してから退院するまでを示されますので、パスのある疾患での入院ではその流れを理解できるようになっています。現在も多くのパスを作成、見直しをしており、2ヶ月に一回クリニカルパス大会を開催し、病院職員全員でパス作成に関わっています。これらが、患者さんにわかり易い、医療を提供する一助になればと思っています。

このように私の副院長としての役割は日々の患者さん中心とした医療の流れを淀(よど)みの無いものにすることと思っています。よろしくお願い致します。

看護部長に就任して

富山県済生会富山病院　看護部長　山崎　列子

昨年3月に、富山県立中央病院を退職して、平成18年4月より済生会富山病院の、副看護部長として勤務してきました。これまでの実務経験は、富山県立中央病院での31年間と、当院では2年目に入ったところです。

平成19年4月1日より、船谷久美子看護部長の後任として、看護部長に就任致しました。どうぞ、よろしくお願い致します。

当院の看護部の理念は「すべての患者さんと、その家族の皆さまに対して、患者さん中心の専門職看護を提供する」ことです。人は誰もが「健康で楽しく、安心して生活したい」と願っています。したがって、どんな時代においても、医療機関の役割が低下することはなく、ますます専門職看護が求められることでしょう。つまり、病院の理念を存続していくための、最も重要な要件は、医療機関が時代の要請に沿って、人々の要望に適時・適切に応え、患者さんやその家族の皆さまの、満足を得ることができるかどうかではないでしょうか。しかしここで、患者さん満足の原点は、どこにあるのかを明確にしておく必要があります。それは患者さんが、安全で安心できる医療の提供により、短期間で治療が完了することに、あるのではないでしょうか。私が新人のころは、「看」という字は、手と目で見守ることだと教えられてきました。このことは、時代が変わっても同じように引き継がれてきていますが、専門職看護がその中に更に加わってこそ、本当の意味での患者さん満足に繋がるのだと痛感しています。

また、平成19年3月に電子カルテワーキンググループが立ち上がりました。当院の現在使用しているオーダリングシステムが、平成20年度には更新の時期に来ていることから、今回電子カルテ導入の計画を進めることになりました。そこで、導入予定時期にあたる、約2年後の済生会富山病院の看護はどうあればよいのかと、今こそ真剣に考えなければなりません。電子カルテのシステムは、まさしも「専門職看護」を表現するものであると思います。そこで看護部では、すでに他の多くの病院で取り入れられ、当院の現在のオーダリングシステムでも導入している、北米看護診断協会のNANDA看護診断(North American Nursing Diagnosis Association)を、この機会をチャンスと捉え、電子カルテに取り込むことを考えています。なぜなら、看護師はわが国の法的制度のもとで、看護専門職として自律した看護を24時間提供しています。ゆえに、看護診断が必須であり、さらには看護介入や看護成果の根拠を明らかにし、自身をもって専門職看護を提供していきたいと考えるからです。しかし、現状の自由な言葉を使っての表現では、看護行為を整理できず混沌としたまま終わってしまっていることもあり、その煩雑な看護業務の中に、多くの専門職看護が隠されているようにも思います。したがって、今後の看護には共通言語は必須なものであり、そこでNANDAの看護診断を導入し、看護行為を正しく表現することで、看護実践が明確化できると考えました。ただし、ここで話しておきたいことは、北米のマネだけに終わらず、日本語として誰にでも、容易に理解できる共通言語を用いる必要があるということです。

昔の諺(ことわざ)に「三人寄れば文殊の知恵」という言葉があります。チーム医療の大切さを痛感しながら、この諺(ことわざ)を思い出しています。今の時代こそ個人プレーに走ることなく、スタッフの衆知を集めて、医療現場全体としての叡智にまで高めることが必要なのではないでしょうか。

ベティ・ニューマンは「看護は他に類を見ないユニークな専門職業であり、人間に影響を及ぼす、すべての変数と係る仕事である。また、人間の全体性に係る職業である」と述べています。私は、このように多くの人との関わりができる、素晴しい職業を通して、看護の質の向上に努めていきたいと思います。そして、このことが患者さんの満足はもちろんのこと、看護職員の満足度アップにも繋がると信じています。

新しいMRI装置と血管造影・血管内治療装置の導入

富山県済生会富山病院　放射線科部長　二谷　立介

済生会富山病院では平成18年12月より新しいMR装置が、平成19年4月より新しい血管造影・血管内治療装置が導入され、日常診療に利用されています。本稿ではこれらの装置の概要を述べます。

MRI装置

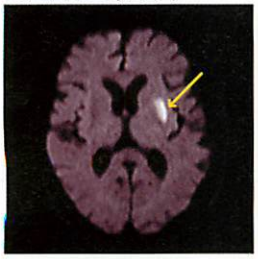
強い磁場の中で特定の電波をかけると、体内の水素原子より電波が帰ってくるのを磁気共鳴(MR)現象と言います。体内の水素原子の環境が異なるため正常組織と病巣が異なる信号で映り(MRI)、病気の診断が可能です。

平成18年12月にドイツ・シーメンス社製の最新鋭1.5テスラMRI装置、Magnetom Avantoが導入されました。本装置の特徴は次の通りです。

①最新の画像技術

最新型の高磁場型MRI装置であり、脳梗塞の早期診断に有用な拡散強調像や胆道疾患・膵疾患の診断に有用なMR胆管膵管造影などを短時間に撮影できます。頚椎、腰椎、関節などの従来の検査も15分前後で終了します。

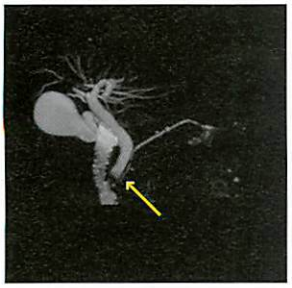
急性脳梗塞(矢印)



拡散強調画像

T2 強調画像

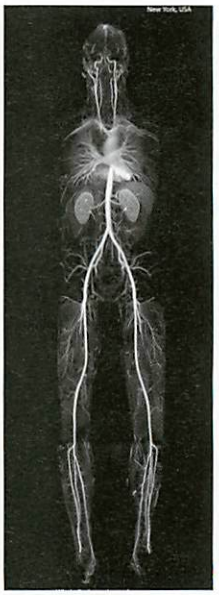
総胆管結石症(矢印)



MR 胆管膵管造影

②全身のMRI撮影

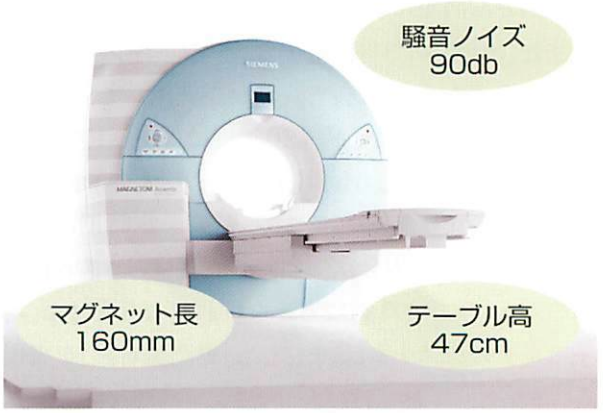
頭部、胸部、腹部、足部用の高性能受信コイルをあらかじめ多数配置しておく方法と、高速撮影技術により、従来は時間の制約のため不可能だった全身のMRI撮影が可能となりました。



③検査環境の改善

撮影時に体が入るマグネットの長さが160cmと短くなり、開放感が増しています。また最新の静音対策により撮影時の騒音が従来機より約97%カットされました。さらに検査用の寝台も47cmまで下がり、高齢の方の寝台への移動が容易となりました。

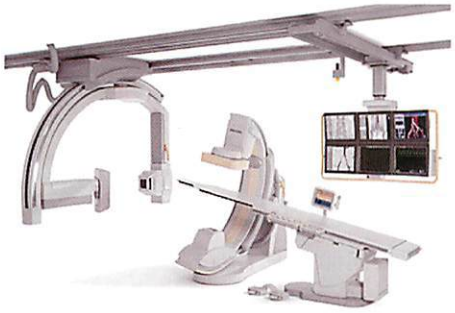
この様な患者さんに優しい最新の医療機器を、当院だけでなく、広く地域の先生方に利用していただく体制も整えております。

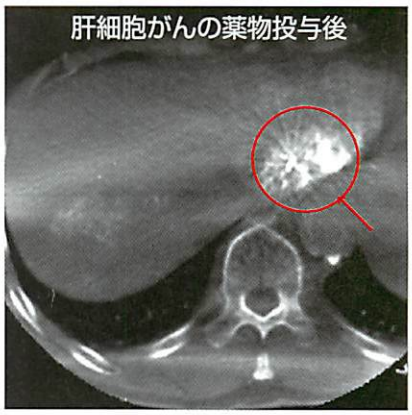


血管造影・血管内治療装置

近年、患者さんの負担の少ない治療手技が進歩しています。特に血管を経由してカテーテルと呼ばれる細い管を病巣近くまで到達させ、病巣血管を広げたり、詰めたり、薬剤投与する血管内治療が著しく発達しています。

この血管内治療に対応した現時点では最高性能のオランダ・フィリップス社製の血管造影・血管内治療装置Allura Xper FD20/10を導入し、平成19年4月2日より臨床運用を開始いたしました。本装置の特徴は以下の通りです。





①高画質・低被ばく線量

X線検出部にフラットパネルを使用した2方向からの同時観察が可能な装置です。カテーテルはX線透視で観察しながら末梢血管に送り込みますが、フラットパネルとデジタル処理技術の進歩により、低被ばく線量のまま透視画像が著明に向上しました。このため従来より細いカテーテルまで写り、より末梢の血管まで治療できるようになりました。

②3次元画像処理

1回の造影剤注入・回転撮影で立体情報を得、任意の方向からの血管投影像を作成できる機能があります。従来、方向を変えて複数回撮影していたのに較べて、被ばく線量や造影剤量が低下します。また任意の透視方向で立体血管像とカテーテルを重ねあわせながら操作でき、安全性が高まり、また治療時間が短縮します。

1回の回転撮影で得られる画像情報を処理し、体の断面像を作成するXper-CT機能も導入されました。カテーテルより薬剤を注入する場合には、投与後直ちに病巣への薬剤分布が正確に確認でき、特に肝がんの治療に威力を発揮します。

済生会富山病院では、平成19年4月1日より脳卒中ケアユニットが開設されました。脳血管内治療専門医を含む脳外科医7名をはじめ、職員一同で24時間365日高レベルの脳卒中の診療を行う準備を整えています。循環器内科医も3名から5名に増員され、いつでも虚血性心疾患の血管内治療に対応する体制を整えています。今回導入された最新鋭の最高性能の機器を充分活用し、“患者さん本位の心温まるすぐれた医療の提供”の理念のもとに、地域医療へ一層貢献できるよう努力したいと思います。

四月から始まった急性期脳卒中治療の新たな取組み

富山県済生会富山病院 副院長 堀江 幸男

“脳卒中は怖い病気である”これは一般の人達にもよく知られていることです。富山県では死亡原因の第2位を占め、人口10万人に対し年間130人以上が命を落としています。

また、介護が必要となった原因の約3割が脳卒中であり、特に働き盛りの年代(40～65歳)では約6割を占めています。高齢化がますます進む中、日常生活動作(ADL)や生活の質(QOL)を維持するためにも脳卒中の予防・治療・介護は大きな社会問題です。

一方、脳卒中の治療は、いま大きな転換期を迎えています。(1)超急性期(発症から3時間以内)の脳梗塞に効果が期待できるt-PA静注療法が行えるようになったこと、(2)患者さんの肉体的・精神的負担が少ない脳血管内治療が、脳動脈瘤や頸部の内頸動脈狭窄に行えるようになったこと、(3)脳卒中について専門的知識をもつ医師、看護師、理学療法士などが、脳卒中専門病棟(SU)や脳卒中集中治療室(SCU)で協調的に医療を行うことにより、治療成績の向上が示されたこと、(4)急性期リハビリの有効性とシームレスケアの必要性が一般に認識されてきたこと、などです。

このような背景をふまえ、急性期の脳卒中診療のさらなる充実を目標に、3つの重点項目をおきました。(1)t-PA静注療法をおこなうため、専門の医師、放射線技師、臨床検査技師の当直制の導入とCTおよびMRIの24時間稼働の態勢、(2)非侵襲的な脳血管内治療をおこなうため、指導医の赴任と最新の連続血管撮影装置の設置、(3)チーム医療をおこないやすい環境にするため、新たにSCUを設置。また、脳梗塞の3人の内1人は心臓が原因の脳塞栓症のため、循環器内科医の増員がなされ、さらに神経内科医も赴任されました。今後、地域完結型の脳卒中医療を目指し、富山県高志リハビリテーション病院などとの連携を密なものとする予定です。

そこで皆様に、お願いとお知らせがあります。“タイムロスト・イズ・ブレインロスト(時を逸すると脳は損傷する)”脳卒中と考えられる症状*が出現した場合には救急車を呼び、すぐに脳卒中専門医療機関での早期診断・早期治療を受けてください。あるいは、すぐにかかりつけの先生に連絡し、症状を正確に伝え、指示に基づいて救急車で専門の医療機関に運んでもらってください。脳梗塞だけではなく、くも膜下出血や脳出血の場合も同様です。発症から3時間の超急性期の治療が患者さんの命だけでなく、その後の機能回復にも大きく影響します。

済生会富山病院は、これまで担ってきた役割に加え、4月から脳卒中専門医療機関として24時間いつでも、超急性期と急性期の脳卒中の患者さんを受け入れ、かつ、高度先進医療を提供することができるようになりました。「脳卒中は救急疾患である。」ことを再認識し、早目に対応されることを、お願いします。

脳卒中と考えられる症状

—日本脳卒中協会—

- 片方の手足から力が抜ける
- 片足を引きずっていると言われる
- ものにつまずきやすい
- 片方の手足がしびれる
- ろれつが回らない
- 言葉が出ない、理解できない
- 片側の視野がかける
- ものが二重に見える
- めまいがするようになった
- ふらふらしてまっすぐ歩けない
- 今まで経験したことのないほどの頭痛がする

嚥下治療に関すること

富山県済生会富山病院　副看護師長　高田 和加子

脳外科病棟に勤務する私は「食べることができない」患者さんと多く関わる機会がありながら、患者さんやその家族に方のなんとかして「再び食べたい」思いに応えることができないことが残念でしかたありませんでした。食べることによって元気を取り戻される患者さんを目の当たりにすると、食べることは栄養をとるということだけが目的ではなく生きる源、元気の元だとの感を強くします。

NSTとは?

NSTが盛んになり患者さんの栄養状態が改善されていることはとても喜ばしいことです。しかし、胃瘻が増加の一途をたどっている現実に対してはこのままでいいのだろうかと考えてしまいます。もちろん胃瘻や経管栄養がどうしても必要な患者さんはいらっしゃいますし一時的に仕方ない場合もあります。問題は、経口からの摂取が可能であるかどうかが適切に評価される機会がないまま回復後も「食べる」チャンスを失っている患者さんの存在です。

私は、口から食べることが本来の人間の姿ではないかとの思いから、昨年愛知県看護協会で摂食・嚥下障害認定看護師教育課程を受講しました。認定看護師として期待される能力には以下の9項目があります。

(1) 脳神経・筋骨格系のフィジカルアセスメントおよび摂食・嚥下機能評価法を用いて摂食・嚥下機能を評価することができる。

(2)適切な摂食・嚥下訓練を選択することができ、安全に確実に実施することができる。

(3)摂食・嚥下障害患者の呼吸状態、栄養状態、体液平衡状態について評価することができる。

(4) 誤嚥性肺炎、低栄養、脱水などを予防し、摂食・嚥下障害の増悪を防止するなどのリスク管理ができる。

(5)摂食・嚥下障害の原因疾患に関する知識から、摂食・嚥下障害の病態を理解することができる。

(6) 摂食・嚥下訓練について、患者および家族を指導することができる。

(7) 摂食・嚥下障害看護の実践を通して役割モデルを示し、看護スタッフに対する具体的な指導ができる。

(8)摂食・嚥下障害に対して、看護スタッフの具体的な相談にのることができる。

(9)医師、歯科医師、言語聴覚士、理学療法士、栄養士などの他職種と積極的に協働しチーム医療としての摂食・嚥下リハビリテーションを推進するための役割をとることができる。

これらの目的を果たすためには実践の中での学びを深めていく必要があります。幸い全国に31名の仲間がいますので、今後も情報交換を行っていきたいと考えています。

昨年NSTの下部組織として摂食・嚥下サポートチームが誕生しました。活動内容として週1回の嚥下回診、嚥下評価、嚥下訓練の実施、カンファレンスなどです。まだまだ発展途上にあり今後の活動が大切になってきます。患者さんが誤嚥なく安全に摂取できる環境づくり(嚥下食の確立、食事介助技術の向上のための啓蒙活動)に務めるとともに「口から食べることの意義」が見直されることを願っています。

循環器科

富山県済生会富山病院 副院長 井内 和幸

循環器科のキーワード

予防に重点
常時(24時間)緊急の対応

この二つは両極端にある言葉で、それだけ循環器科の担当する領域は多岐にわたっています。心臓血管外科が設置されていない当院では他の病院では心臓血管外科がおこなっている領域の一部も担当しています。基本姿勢は内科ですので病気になってから治療するのでなく重大な疾病の予防です。また、当科では日本循環器学会の専門医教育関連病院として若い循環器医の育成をおこなっています。心臓血管手術が必要と判断したときは、富山大学病院、富山県立中央病院、富山赤十字病院や金沢大学病院など、と連携をとり、紹介しています。循環器疾患はときに時間を待てない状態になりますので、チーム医療とマン・パワーが特に必要な領域で、当科は4月からは循環器医が5名体制になり、常時(24時間)緊急の循環器疾患の初期対応ができるようにしました。

(1) 虚血性心疾患(狭心症や心筋梗塞)

世界的にはまだ日本ではこの疾患は多くはありませんが、食生活の欧米化・ストレス社会などにより年々増加しています。検査は運動負荷心電図、負荷心筋シンチ、心エコー検査など非侵襲的検査と侵襲的検査として冠動脈造影検査があります。冠動脈造影検査は入院していただきカテーテルという直径2mm以下の細い管を動脈の中に入れ、心臓の近くで冠動脈内に造影剤を注入して造影します。カテーテルを入れる動脈は足の付け根(ソケイ部)の大腿動脈、手首の橈骨動脈、肘の上腕動脈などがありますが、現在は患者さんの負担の少ない手首の橈骨動脈が多くなっています。ただし、患者さんの状態や検査目的によっては部位が異なることもあります。当院で4月から導入した新しい血管造影装置は高速で回転させることで、一回でほぼ冠動脈全体を立体的に撮影でき、従来の撮影法を変える画期的な装置です。このため、患者さんへ負担を減らすことが十分できるものと思っています。さらに、患者さんの体に負担の少ない検査法としてアイソトープを使用する心筋シンチグラムや最新鋭の64列CT検査による冠動脈造影検査があります。64列CT検査は入院し、動脈にカテーテルを入れなくても冠動脈を映すことができ、勿論日帰りで検査できる方法です。さらにカテーテル検査では血管の中しか評価できませんが、CT検査では血管壁の性状をある程度評価でき、カテーテル検査で軽い狭窄でもCT検査でははっきり動脈硬化の粥腫が判り、虚血性心疾患の悪化を予防することも可能になるものと考えています。動脈硬化の危険因子(タバコ、高血圧、高脂血症、糖尿病、メタボリック症候群など)を複数持っている方は一度、検査を受けられることをお勧めします。治療法は薬物療法、経皮的冠動脈形成術(いわゆる風船のついた細い管やステントという金属で狭くなっている血管を拡張する治療法)、冠動脈バイパス術がありますが、冠動脈バイパス術が必要な場合は近隣の心臓血管外科医と相談し、ご紹介いたします。経皮的冠動脈形成術と冠動脈バイパス術のどちらが良いかはこの領域での治療法が日進月歩であり、明確には言えませんが、私達はまず標準的な判断(ガイドラインに沿った)を行い、患者さんやご家族と相談しながら最終決定をいたします。

急性心筋梗塞については発症後12時間以内または胸痛など症状が残っているときは緊急にカテーテルによる冠動脈造影検査を施行し、閉塞している血管があれば緊急の冠動脈形成術や血の塊が大量にある場合は血栓吸引や血栓溶解剤による再開通療法を併用します。この病気はなるべく早く病院に到着すれば救命できますが、まだまだ病院外での死亡率は減少していないのが日本での現状です。狭心症や心筋梗塞を引き起こしてくる動脈硬化の危険因子(前述)も私達の診療領域になります。

(2) 心不全

心不全には急性と慢性心不全があります。基本的な治療法は日本循環器学会のガイドラインに沿っておこなっています。急性心不全では呼吸困難感が強く、十分な酸素が体に入らなくなることがあり、ときに気管挿管し、人工呼吸器を装着することになりますが、最近は気管挿管せず、マスクのみの非侵襲的な人工呼吸器療法(Bi-Papp)をおこなうこともあり、患者さんの体への負担を少なくしています。慢性心不全の患者さんの一部には病気が悪くなる一つの原因として夜間の無呼吸による低酸素が考えられており、日常生活の質を維持し、再入院をなるべく避けるために薬物療法以外に夜間に在宅で酸素吸入(CHF-HOT)をおこなったり、マスクを使用した陽圧呼吸療法(nasal-CPAPやNIPPV)などもおこなって

います(使用中の写真は睡眠時無呼吸症候群のとほぼ同じですので、その写真を参考にしてください)。

(3) 不整脈(とくに心房細動)

心房細動になる頻度は加齢とともに増加し、脳卒中の一種である脳塞栓症の大きな原因になっています。ある著名なスポーツマンの脳梗塞の原因はこの不整脈で、一旦脳梗塞になると著しく生活の質が低下することになります。これに対し、最近の考え方として不整脈をもとの正常な脈にもどす治療(リズム・コントロール)と脈拍数を少しでも整える治療(レート・コントロール)では結果に差はなく、抗凝固薬(ワルファリン)による脳塞栓症予防が重要と考えられ、特に他に心臓病や高血圧、糖尿病などの合併症のある方、合併症のない方でも60歳以上では抗凝固薬(ワルファリン)が必要になります。防げる脳梗塞があることを理解してください。積極的にワルファリン使用を導入し、脳梗塞を予防していきたいと思っています。

(4) 高血圧症

脳卒中・心筋梗塞・腎不全・閉塞性動脈硬化症などの動脈硬化性疾患の最大の原因は高血圧症で、2004年の日本高血圧学会のガイドラインも高血圧治療の目標をその臓器障害の予防に置いています。病院で測定するだけでは患者さんの血圧を十分把握できず、早朝高血圧や仮面高血圧といった病院以外の時間帯での血圧コントロールも必要で、家庭血圧での朝、晩の血圧測定、24時間自由行動下血圧測定装置(ABPM)を使った夜間就寝中の血圧測定など、きめ細かな血圧管理をしています。

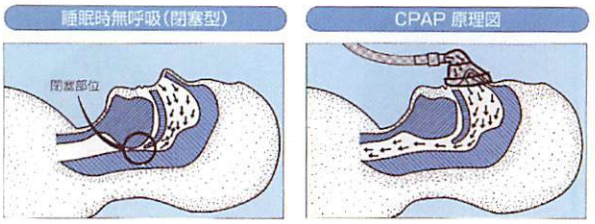
(5) 下肢静脈疾患

この病気で一番重大な疾患は深部静脈血栓症です。下肢に静脈瘤があったり、手術などで下肢を動かせなくなったりすると下肢の静脈の血の流れが悪くなり血栓ができます。その血栓が飛んで肺動脈に詰まると肺塞栓症になり、生命に関わる重篤な状態になります。これに対し、静脈超音波検査や64列CT検査が威力を発揮します。そこまでひどくなくても下肢の腫れはみなさん気になるところです。当科では静脈超音波検査をおこない重症の静脈瘤の場合は血管外科へ紹介いたしますし、外科的処置が必要なければ弾力ストッキングで対処する場合もあります。当科外来の看護師は弾力ストッキングのコーディネーターの資格を持ち患者さんに合った弾力ストッキングを選び、経過をみてくれます。車椅子生活で、下肢を動かすことが少ないために下肢のムクミがある方も相談に来て下さい。

(6) 睡眠時無呼吸症候群

この疾患は他の病院では耳鼻科、精神科、呼吸器内科などで担当していますが、当科では循環器科が担当しています。その訳は睡眠時無呼吸症候群では高血圧、狭心症、心不全、不整脈、脳卒中などが高率に合併し、肥満の方が30から40%で、メタボリック症候群との関係もみられ、循環器科が担当することが最適と考え7年前から診断・治療に携わっています。大関白鵬関も睡眠時無呼吸症候群で、治療により優勝までする、強い関取になっています。検査では夜間に呼吸、経皮的酸素モニター、脳波などをつけて検査する終夜睡眠ポリグラフィー検査(PSG)が重要で、いままでに約450人の患者さんの検査をおこなってきました。入院は原則2泊3日で、入院中に内科だけでなく耳鼻科、歯科とも共同して診療にあたり、総合的に検査・治療をおこなっています。

下の写真は重症の無呼吸の治療法の一つで経鼻的持続陽圧呼吸(nasal-CPAP, 俗にシーパップとか鼻マスクといっている)をしながら眠っている状態です。こんなの付けて眠れるのかと心配されるかもしれませんが、この機械で良い眠りが得られるともう止められなくなるようです。当科ではいままでに約120名の患者さんにnasal-CPAPを導入いたしました。



家の方からイビキがひどい、呼吸が止まっている、昼間の眠気がひどい、居眠り運転で事故を起こした、起こしかけた、朝起床時ノドが痛い、乾く、夜間何回も起きるかたなど一度相談にきてください。

糖尿病患者会「くすのき会」設立について

富山県済生会富山病院　内科医長　岸田みか

このたび当院内科に通院中の糖尿病患者さんと御家族、糖尿病診療に携わる病院職員を対象に、糖尿病患者会を設立しました。

患者会の名称はくすのき会といいます。患者さん同士あるいは患者さんと病院スタッフの間で、意見交換を行ったり、親睦を深めたりする場にしたいと考えています。

H18年12月7日くすのき会設立総会が開かれ、役員の方（会長1名、副会長2名、理事1名、監事2名など）が選出されました。

くすのき会はH19年4月1日より発足しますが、3月現在58名の患者さんが入会されています（病院スタッフ17名を合わせると総勢75名になります）。

くすのき会に入会された患者さんは富山県の糖尿病患者会にも入会されることになります。

年会費は3000円で、そのうち1500円は富山県の糖尿病患者会に納め、残り1500円をくすのき会の運営に使わせていただきます。

2～3ヶ月に一度の割合で講演会、食事会などの行事を開催します。くすのき会の活動内容については、役員の方と病院スタッフで相談しながら決定していきます。

富山県の患者会が主催するイベントにも参加していただくことが可能です。

また日本糖尿病協会より毎月一回発行される機関紙「さかえ」をお渡しします。

まず、くすのき会の第一回講演会を4月15日（日曜日）午前10時より当院2階研修ホールで行いました。富山大学付属病院の小林正院長をお迎えし、「糖尿病と共にいきる－患者と医療スタッフの共同戦線－」というタイトルでお話していただきました。

興味のある方は自由に参加でき、いつでも入会可能ですのでよろしくお願いいたします。

病院主催送別会行われる

富山県済生会富山病院　総務課主事　坂田　亜由美

去る3月26日、病院主催の送別会が富山第一ホテル3階白鳳の間にて開催されました。

当日は、3月末をもって退職される皆様方22名のうち9名が参加され、永年のご苦労に感謝申し上げるべく、各部署から110名が出席し、盛大な送別会となりました。

多くの参加者が拍手で迎える中、退職者の方々が入場されました。利波院長から退職者の方々に餞の言葉が贈られた後、堀江診療部長（現副院長）の乾杯を皮切りに和やかな歓談の時間が始まりました。

歓談の時間が進む中、各部署からの参加者がカラオケで退職者の方々と想い出の歌を歌おうと長い順番待ちができました。

ステージ上では、退職者の方々を囲んで手拍子や振り付きで歌う姿があり、楽しい時間はあっという間に過ぎました。

名残惜しい中、フィナーレの時間が迫り、各部署の代表者から花束が退職者の方々に贈呈されました。

その後、退職者を代表して、舩谷看護部長からご挨拶があり、引き続き田近副院長の万歳三唱、島多外科部長より答礼の万歳三唱が会場一杯に響き渡っていました。

答礼の万歳三唱の前に島多外科部長から話された「私はこの病院の職員をマイファミリーだと思っています・・・」という言葉に、誰からともなく「胴上げ！」という掛け声が上がり、島多外科部長、続いて舩谷看護部長を胴上げするという思わぬハプニングもありました。

最後に「星影のワルツ」が流れる中、済生会富山病院恒例のアーチを作って退職者の皆様をお送りしました。

退職者の皆様、永年のご勤続本当にご苦労様でした。ご多幸とご健康をお祈り致します。

社会福祉法人 恩賜財団 済生会支部
富 山 県 済 生 会
富山県済生会富山病院

理念

患者さん本位の心温まるすぐれた医療の提供

基本方針

1. 地域中核病院として、地域に密着した信頼される患者さん本位の医療の提供に努めます。
2. 済生会精神に基づく保健・医療・福祉の総合的なサービスを目指します。
3. 医療水準の向上に努め、良質で安全な医療を提供します。
4. 患者さんの権利を尊重し、心温まる医療の提供に努めます。
5. 効率的で安定した経営基盤の確立に努めます。

土曜日閉院のお知らせ

本院は、平成19年5月1日より第2・4・5土曜日の外来診療を廃止し、**土曜日を完全閉院**することになりました。
ご迷惑をおかけしますが、ご理解の程よろしくお願い致します。

当院では「患者様」を「患者さん」や「患者の皆さま」に改めますのでご了承をお願いいたします。

済生会富山病院報
発行者
富山県済生会富山病院
院長 利波 紀久

【編集委員会】
石崎宗一郎　和泉千晴　織田洋輔
表寺朱美　風間泰蔵　坂田亜由美
下司洋臣　日南田千賀子　二谷立介
松本晃　南沢宏　森田晃代
山本富夫

〒931-8533 富山市楠木33番1　TEL(076)437-1111(代)FAX(076)437-1122
ホームページアドレス http://www.saiseikai-toyama.jp/
メールアドレス saiseikai-soumu@gaea.ocn.ne.jp