

基本理念

草加市立病院は、市民のいのちと健康を守り、地域医療の中核を担うことを使命とします。

草加市立病院

— 第14号 —

平成31年2月20日発行

発行 草加市立病院

編集 経営管理課

〒340-8560 草加市草加二丁目21番1号

☎ 048(946)2200(代)

ホームページ

<http://www.soka-city-hospital.jp>

はじめに

草加市立病院は地域の中核病院として草加市民のいのちと健康を守ることを使命とし、質の高い医療の提供を目指してきました。救急医療では特に心臓病や脳血管疾患に重点を置き、平成24年4月には心臓・脳血管センターを開設しました。今回は、当院の心臓血管外科で行われている手術と脳神経外科で行われている脳梗塞の最新治療についてご紹介します。

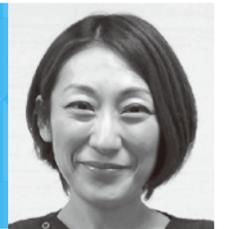
また、ご存知のように我が国は超高齢化社会を迎えています。「健康寿命」をなるべく延ばし、平均寿命に近づけることが課題です。そのためには高齢者にみられる「ロコモティブシンドローム」の早期発見・早期予防が重要です。また高齢者の医療は急性期医療のみで完結するものではありません。この度、入院時から退院後の在宅療養までを見据えた支援を行うため『入退院支援室』を開設しましたのであわせてご紹介します。

病院長 矢内 常人



高齢者の骨折、健康寿命について

整形外科 医長 新関 祐美



草加市の高齢化の現状

我が国は2007年に高齢化率が21%を超え、世界に先駆けて超高齢社会となりました。草加市の65歳以上の老年人口も増加を続けており、2015年の高齢化率は24.2%に達しています。

これは全国平均(26.6%)よりは若干低いものの、2045年頃には30%に達する見込みとなっています。

健康寿命とは

このように高齢化がすすむなか、日常的・継続的な医療・介護に依存しないで、自分の心身で生命維持し、自立した生活ができることが重要と考えられるようになってきました。

これを健康寿命といい、埼玉県では65歳から介護保険制度の要介護2以上に認定された時点までの期間としています。

本市の平成24年の65歳時の健康寿命は男性16.74歳、女性19.74歳であり、平均余命との差は男性1.86年、女性3.76年でした。

この差が要介護期間と考えられ、短くしていくことが望まれます。

ロコモティブシンドローム、骨粗鬆症

ロコモティブシンドローム(運動器症候群、通称ロコモ)とは、骨や関節、筋肉など運動器の衰えが原因で、「立つ」「歩く」といった機能(移動機能)が低下している状態のことをいいます。

要支援、要介護になる原因のトップが転倒、骨折や関節の病気など運動器の故障で、約1/4を占めています。ロコモチェックを知っていますか?①片脚立ちで靴下がはけない②家の中でつまずいたりすべったりする③階段を上るのに手すりが必要である④家のやや重い仕事が困難である(掃除機の使用、布団の上げ下ろしなど)⑤2kg程度の買い物をして持ち帰るのが困難である(1リットルの牛乳パック2個程度)⑥15分くらい続けて歩くことができない⑦横断歩道を青信号で渡りきれない。この7つのうち1つでも当てはまればロコモの心配があります。骨関節の病気がないかご心配があれば、整形外科受診をおすすめします。

また骨粗鬆症も超高齢社会を背景として増加しており、骨折の大きな原因であると同時に、骨粗鬆症による骨折がさらにロコモを悪化させます。健康寿命を阻害しますので、予防や対策は非常に重要です。

当院における高齢患者さんへの治療

当院の昨年度の手術件数は565件でしたが、そのうち46.5%が65歳以上(263件)の患者さんであり、その内容は骨折観血的手術231件、人工関節104件、その他230件でした。骨折は手関節、脊椎、大腿骨近位部、膝・肘周辺など、骨粗鬆症を背景に骨折する骨脆弱性骨折が多くみられます。

また人工関節は股関節・膝を中心に、肩・肘・手指も行っています。特に高齢患者さんではほかに持病をお持ちの方も多くおられますが、各診療科医師の協力のもと全身状態に配慮したうえで、マルチモーダル鎮痛法(いろいろな種類の鎮痛法を併用することによりリハビリテーション医療を円滑に行います)を必要に応じて併用しながら、できる限り良い術後経過を得られるように治療しています。またメディカルソーシャルワーカーや看護師が適宜ご家族やリハビリテーション医療・介護施設と連携をとり、社会への復帰を円滑に進めていけるようお手伝いしています。

骨粗鬆症治療についてはガイドラインに準じて、DXA(dual-energy X-ray absorptiometry)法を用いた骨密度測定や採血による骨代謝マーカーなどの測定を

必要に応じて行いながら治療を行います。近隣病院・診療所との連携も進めており、皆で一丸となって地域の患者さんのお力になれるよう、努力していきたいと思っています。

当院整形外科受診について

お近くの病院・診療所からの紹介状をお持ちになるほうがスムーズではありますが、なくても直接診察を受けることができます(受付時間に違いがありますのでご確認ください)。お近くの医療機関から地域医療連携相談室を介して予約を取っていただくこともできます。またその際、常勤医3人(新関:上肢(肩肘手)、野木:股関節、結城:膝足スポーツ)および非常勤脊椎専門医師による各専門外来も予約ができますので、ご利用ください。



ロコモチェック

- ①片脚立ちで靴下がはけない
- ②家の中でつまずいたりすべったりする
- ③階段を上るのに手すりが必要である
- ④家のやや重い仕事が困難である(掃除機の使用、布団の上げ下ろしなど)

- ⑤2kg程度の買い物をして持ち帰るのが困難である(1リットルの牛乳パック2個程度)
- ⑥15分くらい続けて歩くことができない
- ⑦横断歩道を青信号で渡りきれない

この7つのうち1つでも当てはまればロコモの心配があります。

心臓血管外科における心臓手術

心臓血管外科部長 田村 清



多職種で構成されるハートチーム

日本では、年間約6万人の患者さんが心臓の手術(胸部大血管を含む)を受けています。その技術革新は日進月歩で、2006年には腹部大動脈瘤に対してステントグラフト内挿術が、2008年には胸部大動脈瘤に対してステントグラフト内挿術が、2011年には下肢静脈瘤に対して

レーザー血管内焼灼術が、2013年には経カテーテル的大動脈弁植え込み術が、2014年には下肢静脈瘤に対して高周波血管内焼灼術が、2015年には低侵襲心臓手術が、さらに、2018年4月よりロボット支援下内視鏡手術が保険適応となり、新時代が始まっています。

当科の方針としては低侵襲手術を目指しており、可能な限り最新の技術等を導入し、患者さんの負担を軽減する方向で診療を行っております。



冠動脈バイパス術

虚血性心疾患(狭心症や心筋梗塞)に対して行う手術であり、日本では年間約14000人の患者さんが手術を受けております。その総数の65%が人工心肺装置を使用しない心拍動下冠動脈バイパス術で行っており、残りの症例は人工心肺装置を使用しております。人工心肺装置を使用することによって、術中の血行動態は安定しますが、多臓器に負担がかかり、脳梗塞合併が多くなると報告されています。当科では基本的に人工心肺装置を使用しない心拍動下冠動脈バイパス術を行って

り、2018年は85%の症例に対して人工心肺装置を使用せずに遂行いたしました。さらに、左小開胸による冠動脈バイパス術も導入しており、より低侵襲な手術を行っています。

また、日本で使用されている血管グラフトの40%が大腿部にある静脈(大伏在静脈)で、一番多く使用されています。通常は大腿部を20~30cm切開し採取しますが、当科では2018年6月より、内視鏡下静脈グラフト採取術を導入し、2cmという極小の切開で行っています。埼玉県内で通常手技として行っているのは当施設のみです。

ステントグラフト内挿術

腹部大動脈瘤に対して、日本では年間約16000人の患者さんが手術を受けています。そのうち60%の手術がステントグラフト内挿術で行われています。開腹による人工血管置換術(創は約30cm)が基本的には第一選択となりますが、患者さんの高齢化に伴い、創の小さな手術(両足の付け根に4cm)が多く行われており、当科では2018年は88%の症例に対してステントグラフト内挿術で遂行いたしました。

また、通常ステントグラフト内挿術は全身麻酔で行う施設が圧倒的ですが、当科では麻酔科と協力し、伝達麻酔(ブロック麻酔)で行うため、患者さんの体への負担がより少なく、90歳を越えた患者さんも数多く行っています。

総合的治療

手術はもちろんですが、手術前後や退院後についても当科だけではなく、各関連部署が協力し、患者さんの診療にあたっています。

循環器内科とは毎朝合同回診を行い、循環器グループ全体の患者さんの術前後の状態を含めて全員で診察しています。また、患者さんの状態にあった最適な治療を選択できるよう、週1度合同カンファレンスを行い、手術適応なども検討していま

す。手術適応のある患者さんについては、週1度ハートチームでのカンファレンスを行っています。循環器グループだけでなく、麻酔科医師や各部署の看護師、臨床工学技士、リハビリスタッフ、薬剤師、ソーシャルワーカーなどといった多職種でよりよい治療を行えるよう検討しています。さらに、院内の栄養サポートチームとの連携を密にしており、入院期間短縮などにも心がけています。

今後の展望

弁膜症に対して、弁置換術のほか、積極的に弁形成術を行っています。この分野では、経カテーテル的手術やロボット支援手術など最先端の技術が導入され、一部の施設で積極的に行っておりますが、ハイブリッド手術室建設や手術支援ロボットの購入などといった設備投資が必要(約2億円)で、地方公立病院では限界があります。しかし、冠動脈バイパス術と同様に小開胸による手術も一部の施設で始まっており、当科では2019年前半に導入できるよう準備を進めています。

どうしても施設による限界はありますが、それを補うために、創意工夫と病院全体の総合力を生かした治療を行い、草加八潮地域の唯一の心臓血管外科として患者さんに貢献できるよう今後も取り組んでいく所存です。

急性期脳梗塞に対する最新の血管内治療について

脳神経外科 医長 平井 作京



脳神経外科スタッフ

脳卒中は、日本人の死因で悪性新生物、心臓病に次ぐ第3位、寝たきりになってしまう原因の第1位とされています。近年、生活習慣の改善や治療の進歩により、脳卒中の死亡率は減少傾向にあります。依然恐ろしい病気であることに変わりはありません。脳卒中の中でも、一番頻度が高いのが脳梗塞です。脳梗塞は、脳の血管が何ら

かの原因で詰まったり、あるいは血の流れが悪くなることで、脳の組織が死んでしまう病気です。脳梗塞の症状は、障害を受けた脳の場所により、呂律が回らないといった軽症のものから、手足の麻痺や言葉の障害、意識障害などの重症なものまで様々で、その後遺障害に苦しむ人も少なくありません。一旦脳梗塞になってしまうと、現代の

医療ではそれを治すことはできません。そのため、脳梗塞になってしまいうまに、出来る限り早く治療を開始して、脳の組織に血流を回復させることが重要です。

今回は、脳梗塞に対する当科の取り組みと、脳梗塞の最新の治療についてご紹介させていただきます。



当院の急性期脳梗塞に対する取り組み

当院では、脳卒中診療に際し、24時間365日対応可能な体制を整えています。特に脳梗塞の治療は、症状が出現してからできるだけ早急に治療を開始しないと、有効な治療が行えません。そのため、時間との勝負になるので、患者さんが来院してから、診察、診断、治療開始までを出来るだけ迅速に行えるよう医師、看護師、放射線技師などの多職種に渡るチーム連携で対応しています。当科では、年間300人以上の脳梗塞の患者さんの入院加療を行っています。発症から4.5時間内の急性期脳梗塞に使用可能な血栓溶解薬であるtPAという薬があります。当院でも、必要な患者さんには積極的に使用しています。しかし、tPAという薬は、脳の太い血管が詰まった重症の脳梗塞に対する効果は非常に乏しいことが問題になっています。今までは、そのような重症の脳梗塞の患者さんは、点滴の治療などをして、寝たきりになったり、あるいは死亡したりする

ことがほとんどでした。しかし、最近になって、そのような重症の脳梗塞の患者さんに対する脳血管内治療の有効性が示されるようになりました。

重症脳梗塞に対する脳血管内治療

脳の太い血管に大きな血栓が詰まった場合、血流が悪くなる脳の範囲が大きく、非常に重篤な症状になります。場合によっては命にかかわる事態にもなります。そのような患者さんに対して、2014年に本邦で認可されたステント型血栓回収デバイスを用いた血管内治療が行われるようになりました。この治療は、以下のような手順で行います。足の付根の血管から脳の血管までカテーテルを誘導します。そこから、マイクロカテーテルと呼ばれる細い管を血栓で詰まっている血管に持っていきます。そのマイクロカテーテルの中に、ステント型血栓回収デバイスを通して、血栓の中でステントを展開して、血栓を絡めます。この血栓を絡めた状態でステントを回収することで、詰まった血管に血流が流れるようになります。この治療により、重症の脳梗塞から助かり、中にはほとんど症状がない状態で退院して、社会復帰できる患者さんが増えるようになりました。(図参照。当院の脳神経外科のホームページもご参照ください。)このような治療が常時施行できる施設は非常に限られ

ています。当院は、重症脳梗塞に対する脳血管内治療を非常に積極的に行っており、埼玉県内でベスト3位に入る治療件数を誇っています。

脳卒中治療に対する当科の役割と地域連携

当院は「心臓・脳血管センター」を併設しており、24時間365日、手術や血管内治療を含めた急性期脳卒中の治療対応が可能な施設です。地域の近隣のクリニックや病院とも連携しており、急性期脳卒中の患者さんの受け入れを積極的に行っております。また、当院で急性期治療を受けた患者さんの、その後の社会復帰の支援や継続の治療をかかりつけ医に紹介するなどの、脳卒中の患者さんを包括的にケ



アできる体制を整えています。当院は、草加八潮地域の、脳卒中の急性期治療を担当する病院として、一人でも多くの患者さんに安全で迅速、効果的な医療を提供できるように、今後も病院全体として取り組んでいきたいと考えております。



入退院支援室を外科の患者さんを対象に開設しました

～「入院前から退院後まで、患者さんご家族をサポート」～

入退院支援室とは？

患者さん、ご家族が安心して治療に専念していただけるよう、入院前から退院後まで各専門のスタッフが連携し、支援するところです。

ときどき入院、ほぼ在宅

日本の高齢化により医療や介護を必要とする人の増加は著しく、病院中心の医療は見直され「ときどき入院、ほぼ在宅」の医療に向けた改革が進められています。近年、医療は“病院で治す医療”から“生活を支える医療”に変化しています。入院は非日常であり生活の通過点に過ぎない、と捉え医療やケアを患者さんの自宅や地域での生活を中心に考えるようになってきました。

国は、2018年の診療報酬改定において、病気になる入院しても住み慣れた地域で継続して生活ができるように、入院前から退院後も切れ目なく繋ぐためのシステムPFM(パシエント・フロー・マネージメント)を導入・推進を掲げています。PFMとは、患者さんが安心して医療を受けられる

よう入院前から身体的・社会的・精神的背景を把握し、外来通院・入院治療・退院後の一貫した支援を行う、というものです。全国の病院でこのシステムを導入する動きが出ています。

草加市立病院のPFM

当院は、2016年8月より各病棟に一人ずつ退院支援看護師を配置し、入院中の患者さんが安心して退院・転院できるようソーシャルワーカーと協働して支援を行っております。

そして、前述のPFMワーキング導入を開始すべく、2018年11月より「入退院支援室」を開設しました。現在看護師2名で対応し、入院が決定した患者さんに対して、基本情報の確認・手術検査説明・薬に関する説明等を行います。またこれまで入院した後に行っていた退院支援を、入院する前から患者さんの状態・状況を把握することで、スムーズに生活の場に戻れるよう支援しています。現在はまだ、外科の患者さんを対象にしておりますが、今後は全診療科の予定入院患者さんに広げたいと考えております。

退院から外来通院の流れ

入院中のご様子は、外来看護師と共有するようにしています。外来受診の時、患者さんご家族に退院後の様子を伺います

ので、ご自宅でお困りのことや不安なことがあればご相談ください。

患者さんご家族が、住み慣れた地域で自分らしい生活を送ることができるよう、支援します。

入退院支援室の支援内容

入院前

- ・入院生活の説明
- ・治療計画の説明
- ・患者さんの身体的・社会的・精神的背景の聴取
- ・手術オリエンテーション
- ・病室・食事の希望
- ・介護サービスの確認
- ・内服薬の確認 中止薬の説明
- ・医療費の相談
- ・不安なことなどの相談



その他、ご相談内容により、医師・薬剤師・栄養士・ソーシャルワーカーなどと連携し、サポートします

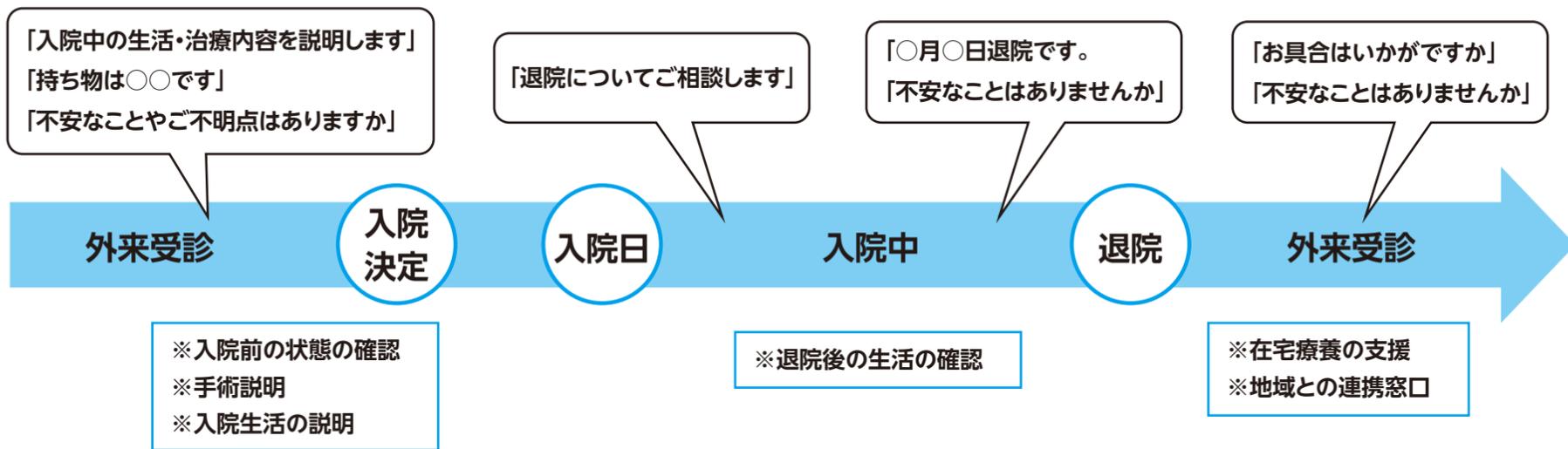
退院後

- ・外来通院の相談窓口

場所:本館2階20番
時間:平日8:30~17:00
第1・3土曜日8:30~12:30

入退院支援の流れ

医師から「入院が必要です」と告げられてから支援が始まります。専任の看護師が面談を行い、患者さんの状態を把握し、入院に対する不安が少しでも解消できるようサポートします。院内の多職種と連携して、患者さん一人ひとりに合った入院治療・看護が提供できるように努めています。



(左)坂下 真由美看護師、(右)井出 伸子看護師

原点に戻っての再出発



草加市病院事業管理者 河野 辰幸

最新の建造物と設備、そして高い理念を掲げ現在地で新病院が出発したのは2004年のことです。その後、心臓・脳血管センターの開設や24診療科体制の整備などが行われ、病院としてのハード面は市民の期待へ十分応え得るものとなりました。しかし、一昨年発覚した婦人科腹腔鏡手術の問題は医療安全やコンプライアンス、ガバナンスのあり方が問われるものであり、ソフト面での課題が浮き彫りとなりました。また、開示の財務諸表に示された通り、最近数年間の経営諸指標悪化も大きな問題です。職員一丸となり産婦人科問題の解決と経営改善に取り組み始めてはいるものの大きな壁があります。私が管理者へ就任して11か月が経ちました。新病院への移転時の大きな夢を市民の皆様とともに思い起こし、再度理想へ向かって歩み始める亥年にしたいと思います。