



垂水区医師会長 数岡先生



今回のインタビューは、かずおか小児科 数岡 一吉先生に平成24年2月28日にお話を伺いました。数岡先生は救済会病院の近くで開業しておられ、クリニックの中は子供たちが待合で遊べるように広々としたスペースがありました。神戸救済会病院が移転してくる以前のお話も少しお聞きすることができました。

Q: 神戸救済会病院が移転してくる前と後の違いはありますか？

A: この辺りは昔からあまり変わらず広々としており、この近くの公園には阪神大震災後には、仮設住宅が建っていました。仮設住宅が建つ頃までは、周辺に市営住宅や公団がたくさんあり子供たちもたくさんいました。今は、その子供たちが成人してこの辺りから離れて行ってしまい、子供が少なくなってきましたね。

Q: 神戸救済会病院との連携はいいかですか？

A: ほとんど入院ができる病院がこの辺では少ないこともあり、神戸救済会病院が近くに転じてきてとても助かっています。ただ、小児科の入院ができる病院は少なく土日や休診になっているところが多いので、休日の急患は、少し距離のある病院へ紹介することが多いように思います。

(地域医療連携室 友尻 あや)

## 患者様のお声



人生 59 年の中で初めて事故で骨折・入院・手術、痛みに伴う不安をひとつひとつ解消していったのは、家族の励み、看護師さんの献身的な手助けのおかげです。今現在リハビリの最中で階段を一步一步の思いで挑戦中です。

59 歳 男性

食事はお魚も多く、献立もかたよることなく各自に合った食事が出され、毎日が楽しく入院生活の中での楽しみの一つでした。同室の患者さんとも楽しく過ごすことができました。看護師さんはいつものにこやかで、言葉かけも優しく、仕事とはいえどんなこと笑顔で対応していただき、感謝の気持ちでいっぱいです。

64 歳 女性

## 神戸救済会病院医療連携懇話会

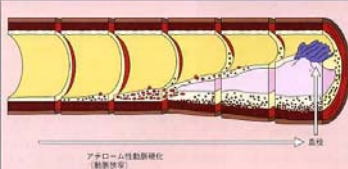
日時：平成24年4月19日(木)  
会場：シーサイドホテル舞子ピラ神戸 3F 『舞子の間』

### プログラム

- 18:30 開会の辞 院長 島津 敬
  - 各科より発表 司会： 副院長 大鶴 実
  - 1. 糖尿病教室の実際～教育入院前後のデータ比較を交えて～
  - 2. 心不全の在宅呼吸管理について
  - 3. 当院における脳外科診療の現状と課題～脳卒中について～
  - 4. 当院外科における消化器疾患治療の現状
  - 5. 地域医療連携室からの報告
  - 19:50 閉会の辞 名誉院長 安田 青兒
- 終了後、情報交換の場をご用意しております。

\*上記日程で開催します。地域の先生方、多数のご参加お待ちしております。  
お問い合わせは神戸救済会病院地域医療連携室までご連絡ください。(078-781-1411 直通)

## 脳梗塞の原因と病型の変遷



頸動脈狭窄は、血管の壁が厚くなり、内腔が狭くなった状態です。血管壁が厚くなった原因は、大部分がアテローム(粥状)動脈硬化によるものです。アテローム(粥状)動脈硬化とは高脂血症や高血圧、糖尿病、喫煙などが長い間持続し、動脈の内膜(最も内側の組織)に脂肪や石灰などが沈着して部分的に肥厚したものです。



アテローム(粥状)動脈硬化は、進行すると肥厚した部分(プラーク)に出血したり、表面に潰瘍ができて血栓ができたりして急に内腔が狭くなります。その際にできた血栓が頸動脈が閉塞したり、また閉塞しなくても血栓が剥がれ、血液と共に

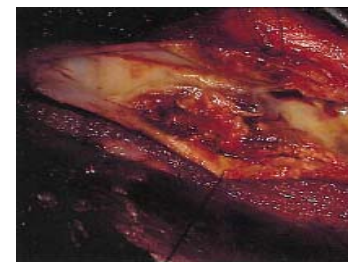
脳梗塞はラクナ梗塞、アテローム血栓症、心原性血栓症と大きく3つに分類されます。ラクナ梗塞は、高血圧による細い穿通枝の閉塞であり、かつて日本においては脳梗塞の大部分を占めていました。最近では降圧剤の進歩と共に、血圧管理が浸透し、ラクナ梗塞の頻度が減少してきました。一方食事の西洋化とともに、コレステロールを主体とするアテローム血栓症が増加してきました。また高齢化とともに、心原性血栓の原因となる心房細動の有病率が増加し、心原性血栓症も増加しています。



脳梗塞予防のための治療法について  
現在、頸動脈狭窄症による脳梗塞予防の治療法には大きく分けて次の三つの方法があります。(1)内服薬による治療、(2)ステント(血管内治療)による治療、(3)手術(頸動脈血栓内膜剥離術)による治療

## 頸動脈狭窄症と脳梗塞

脳内の血管へ運ばれ、血管が閉塞されるとその部分やその末梢に脳梗塞を生じます。また頸動脈狭窄のため、脳へ血液が十分供給されないような状況下では急激な血圧低下や脱水・発熱などで循環不全が重なること、脳血管の末端領域に灌流不全を生じて脳梗塞を形成することがあります。



頸動脈切開時



摘出した血栓内膜

(脳外科 中嶋 千也)

化が強い方は、ステントで拡張されない場合もあります。また最近開発された治療法であり、長期的な成績が不明です。局所麻酔で施行できる長所がありますが、以上の理由により、現時点では次に述べる手術(頸動脈血栓内膜剥離術)が困難な患者様に限って行われます。

血管内治療法(頸動脈ステント術)の危険性  
1. 脳梗塞  
2. 出血(創部や頭蓋内)  
3. 徐脈、心停止  
4. 感染  
5. 麻酔、薬剤などによるショック  
6. 再狭窄  
7. その他予想外の合併症

脳神経疾患は最終的にはその患者様がどのような生活を送るのか、と言ったクオリティとアウトカムが大切です。急性期ケアはもちろんです。患者様の個々の回復ステップに対応した適切な支援が必要になってきます。中・長期的な視点でケアを継続するためには地域連携が欠かせません。当病棟も急性期医療の分野で神戸地域医療連携の一役を担っており、24時間対応のベッド準備と医療看護体制を整えています。

もう一度脳疾患病棟の再生を目指して  
昨秋より脳外科医が3人になりました。脳外科病棟として徐々にその雰囲気が出てきました。まず取り組んだのがアルテララゼ療法です。勉強会を開いて学習している間にも対象患者様の入院が数件続きました。スタッフ全員が昼夜関係なく対応できるように、ガイドラインに沿って基礎から学びました。それ以外にも頭部外傷や脳梗塞、脳内出血、脳腫瘍など急性期看護に重要な観察や手術後には必須となるドレーン管理についても、チーム医療の一環として、従来からリハビリスタッフやMSWとの共同カンファレンスを週に1回のペースで続けて来ましたが、医師が加わることでカンファレンスの質も高まり活気が感じられます。今後はさらに患者様にも参加して頂いて、一緒に問題解決に向けて検討出来るように考えていきたいと思います。

言語聴覚士 赤川 さやか  
失語症・構音障害・高次脳機能障害等に対する言語リハビリ、摂食嚥下障害に対する摂食嚥下リハビリを実施しております。処方約70%が後者であり、原因疾患は脳血管障害・誤嚥性肺炎が大半です。当院で実施可能な摂食嚥下評価は、ベッドサイドでの各種スクリーニング検査、放射線科で実施するVF(嚥下造影検査)、耳鼻咽喉科で実施するVE(嚥下内視鏡検査)です。外連での実施も可能です。評価後は、口腔ケア・嚥下関連筋の廃用予防や強化・嚥下反射の強化を中心とした基礎嚥下訓練、食物を用いた段階的摂食訓練を実施し、摂食時の姿勢や一口量、食事形態などの食事摂取時の留意点なども指導していきます。

言語聴覚士 山下 拓  
脳卒中診療はリハビリテーション(以下リハ)の観点から、急性期、回復期、維持期の3つの病期に分けられます。急性期とは発症してから1〜2週間位までの時期の事を指します。発症後、重大な合併症がなければ出来るだけ早期にベッドサイドでリハを開始します。急性期のリハの目的は日常生活動作の再獲得と今後、回復期で行われるリハの阻害因子となる廃用症候群を予防する事です。まず最初にベッドサイドで行われるのは関節拘縮予防と褥瘡予防で「良肢位保持」、「関節可動域練習」、「体位変換」などを行います。次に呼吸、血圧、脈拍が落ち着けば「座位耐性練習」を進めます。これは車椅子やポータブルトイレへの移動や座位バランスの向上などを目的に実施します。座位耐性が向上し離床が進めば「基本動作練習(起き上がり・立ち上がり・歩行)」、「日常生活動作練習」など実施し、回復期リハへと進みます。回復期リハはほとんどの場合、入院した病院ではなく回復期リハ病棟をとり専門病院で行われます。

脳卒中診療には機能分化と連携によるネットワーク構築が必要で①かかりつけ医②急性期病院③リハ専門病院④療養型病院や老人保健施設等が挙げられます。当院では急性期リハを担当し、早期リハを実施し、早期離床、廃用症候群予防が出来る体制を作りたいと考えております。

脳卒中診療はリハビリテーション(以下リハ)の観点から、急性期、回復期、維持期の3つの病期に分けられます。急性期とは発症してから1〜2週間位までの時期の事を指します。発症後、重大な合併症がなければ出来るだけ早期にベッドサイドでリハを開始します。急性期のリハの目的は日常生活動作の再獲得と今後、回復期で行われるリハの阻害因子となる廃用症候群を予防する事です。まず最初にベッドサイドで行われるのは関節拘縮予防と褥瘡予防で「良肢位保持」、「関節可動域練習」、「体位変換」などを行います。次に呼吸、血圧、脈拍が落ち着けば「座位耐性練習」を進めます。これは車椅子やポータブルトイレへの移動や座位バランスの向上などを目的に実施します。座位耐性が向上し離床が進めば「基本動作練習(起き上がり・立ち上がり・歩行)」、「日常生活動作練習」など実施し、回復期リハへと進みます。回復期リハはほとんどの場合、入院した病院ではなく回復期リハ病棟をとり専門病院で行われます。

脳卒中診療はリハビリテーション(以下リハ)の観点から、急性期、回復期、維持期の3つの病期に分けられます。急性期とは発症してから1〜2週間位までの時期の事を指します。発症後、重大な合併症がなければ出来るだけ早期にベッドサイドでリハを開始します。急性期のリハの目的は日常生活動作の再獲得と今後、回復期で行われるリハの阻害因子となる廃用症候群を予防する事です。まず最初にベッドサイドで行われるのは関節拘縮予防と褥瘡予防で「良肢位保持」、「関節可動域練習」、「体位変換」などを行います。次に呼吸、血圧、脈拍が落ち着けば「座位耐性練習」を進めます。これは車椅子やポータブルトイレへの移動や座位バランスの向上などを目的に実施します。座位耐性が向上し離床が進めば「基本動作練習(起き上がり・立ち上がり・歩行)」、「日常生活動作練習」など実施し、回復期リハへと進みます。回復期リハはほとんどの場合、入院した病院ではなく回復期リハ病棟をとり専門病院で行われます。

## マンモグラフィについて

近年ピンクリボン運動等により、乳がん検診を受けられる方が増えております。  
生涯女性の20人に1人が乳がんにかかると言われていますが、早期に発見、治療ができれば約90%の人が治癒します。  
乳がん検診の主な項目には問診、視診、触診、画像検査があります。画像検査は2種類あり、超音波検査またはマンモグラフィがあります。  
マンモグラフィとはX線を用いた乳房撮影の事です。体の外側からの診察では判りにくい病変や、しこりが触れる場合にはそれがどのような(良性や悪性等)ものなのかをマンモグラフィの写真をみることで乳房にできる大半の病変を見つけることができます。

**【撮影方法】**  
撮影は診療放射線技師が行い、乳房を圧迫しながら両方の乳房の方向を変えて撮影します。(当院では年間2,500例です)

**【圧迫の必要性】**  
乳房の病変を見つけるために、10分の1mmという、とても小さな病変を写しだそうとしています。

そのため乳房撮影装置についている板で頭側からと横から乳房を圧迫します。圧迫することで均等な(薄く)厚みになり、重なりを排除して見えにくい部分が出るのを防ぎ、病変が見えやすくなり、少ないX線の量で良い写真が撮れます。痛みを経験される方もおられますが、撮影の際は御協力をお願いします。痛みを経験される方もおられますが、撮影の際は御協力をお願いします。

尚、圧迫したからといって、がんが飛び散ることはありません。しかし、30歳代以下では乳腺が発達して濃度が高いため、乳房全体が白っぽく写り、しこりが隠れて発見が困難で適さない場合があります。

マンモグラフィだけでは見つけにくい病変もあるので、超音波の検査も併せて受けることをお勧めします。

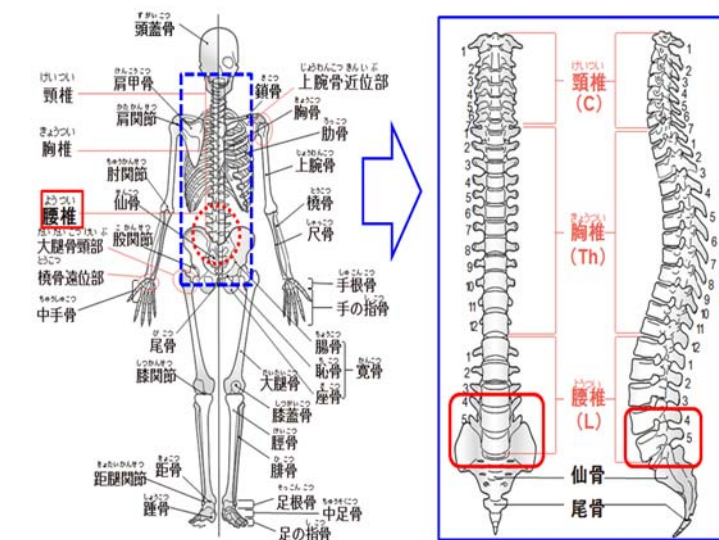
(放射線科 藤原 秀章)

**【マンモグラフィ検診施設画像認定取得】**  
当院は平成20年6月に「マンモグラフィ検診施設画像認定」を取得しました。マンモグラフィ検診精度管理中央委員会は、特定非営利活動法人マンモグラフィ検診精度管理中央委員会は、会が設けている画質、線量等の厳しい基準をすべて満たしている施設を認定するものです。基準を維持するために、毎日の撮影装置の精度管理、撮影技術の維持を心がけていますので安心してマンモグラフィ検査を受けていただけます。  
本院では女性技師が乳房撮影を行うよう配慮し、受診しやすい環境を提供しています。



# 椎間板ヘルニア

腰椎椎間板ヘルニアは、椎間板が後方に逸脱し、神経を圧迫することにより発症します。レベル別では、第4/5腰椎間で神経が障害されるものが最も多く約半数、次いで第5腰椎/仙骨間で神経が障害されるものが多いです。  
腰痛および坐骨神経痛が主症状となります。坐骨神経痛は臀部、大腿後面、下肢外側、足まで放散することが多く、さらには障害神経根領域の知覚異常や脱力感を伴います。まれに、尿閉などの馬尾障害がおこります。  
症状と臨床所見だけで、ヘルニアの高位、部位まである程度は診断可能ですが、診断を確定させるため、画像診断(MRI検査など)を行います。  
治療には、保存的治療法と手術療法があります。保存的治療法には、薬物療法、注射療法、牽引療法、器具療法、物理療法などがあります。また、必要な生活指導を行っています。  
薬物治療は、消炎鎮痛剤、中枢性筋弛緩剤、抗けいれん薬などを使用し、疼痛が強い場合は、弱オピオイドやステロイド剤を使用しています。注射療法では、硬膜外ブロック、神経根ブロックなどを行っています。硬膜外ブロックは、坐骨神経痛を軽減し、手術への移行を予防します。神経根ブロックは、障害神経根を直接ブロックすることで、劇的に坐骨神経痛が消失することがあります。  
椎間板ヘルニアの自然経過は約50%の患者さまは2週間で70%は6週で軽快します。保存療法(6〜8週)に抵抗する坐骨神経痛の患者さまに対しては、手術を行っています。また、



椎間板ヘルニアのMRI画像 ↑赤丸部分が圧迫された神経根

た、進行する高度な運動麻痺、膀胱直腸障害がある患者さまは、絶対的手術適応のため、手術を行っています。  
患者さまの立場にたった、分かりやすい説明を心がけ、相談しながら医学的根拠に基づいた治療を行うように努めています。  
(整形外科 木澤 卓嗣)

## ケア提供者(医療者)への心理的ケアを目指して

皆さん、臨床心理士をご存じですか？  
臨床心理士とは『こころに何らかの問題を抱えている人に対して、問題解決やその人の自己実現を目指して、支援するところの専門家』を意味します。

私は長年看護師として働いてきましたが、看護師が職場の人間関係に悩み、ストレスから体調を崩していく人、インシデント・アクシデントの傷つきを長期に抱えて悩んでいる人、たちをみてきました。ケア提供者である医療者の心身の健康状態が、延いては患者様にも影響を与えることが考えられます。このような状況に対して、次第にケア提供者である医療者がよくなっていきたくと考えるようになりました。そして40代半ばで臨床心理学を学ぶために大学院に進み、昨年、臨床心理士の資格を取得いたしました。現在は、看護師と臨床心理士のダブルライセンスを活かし、少しずつではありますが、メンタルヘルスケアに取り組んでいます。

具体的な活動としては  
1. 「インシデント・アクシデントフォロー面談」を行っています。これは、インシデント・アクシデントを経験し、自信を失っている状態からの自信回復と、自分自身の気持ちを整理し、元気に働くことができるように支援することを目的としています。  
2. 全職員を対象に「職場で取り組めるストレスマネジメント」として「セルフケア」や「ラインケア」などの研修を行っています。  
昨年からのこのような取り組みを行っており、まだまだ手探り状態です。今後さらに、医療者の皆様がいきいきと元気に働くことができ、患者様と向き合うことができるように、微力ではありますが取り組んでいきたいと考えています。

(看護師・臨床心理士 中谷 千鶴)

## 研修会に参加して

看護師免許取得後13年目になり、心電図を判読できないコンプレックスを克服するため勇気を出して2年前循環器病棟への異動を希望しました。毎日居残りをし、目が痙攣するほどモニター判読の勉強をしました。卒業年数が何年も下の人から基礎の基礎を教えてもらう日々でした。  
その過程で、今まで点と点であった知識が線になって結びつき、病態が見えてくる面白さを感じました。そのような時、院内でクリティカル研修があると聞き、参加を希望しました。クリティカル研修は救急看護に始まり、二次心肺蘇生法や呼吸器・心電図・検査データの読み方の講義を受講したことで、知識が深まり、あらゆる視点からの生命維持のモニタリングやアセスメント方法を学ぶ事が出来ました。  
病棟実習では腹膜炎、敗血症を伴い、両側付属器摘出術、虫垂切除術、破裂腸管縫合術を受け人工呼吸器使用中の患者様を受け持ちました。術後より数種類の血管作動薬を使用しながらの循環管理を行っており、酸素化係数も280台と酸素化が不良で、胸部レントゲン上無気肺がみられました。私は、無気肺の改善と人工呼吸器関連肺炎予防のため人工呼吸器からの早期離脱を目標にし、医師と共に側腹臥位による体位ドレナージを実施しました。  
循環動態が不安定であったため、最初はどこまで体位ドレナージが出来るか不安でしたが、ドレナージ後も状態の変化はありませんでした。積極的に行った体位ドレナージの結果、胸部レントゲン上明らかに無気肺の改善が図れ、呼吸器からの離脱、気管内チューブの抜管までに関わる事が出来ました。患者様の意識も徐々に戻り、抜管後は安堵の表情が見られ、付き添っておられた家族の方にも笑顔が見られました。  
エビデンスを持ち、適切な時期に適切なアセスメントを行い看護を提供する事が、患者様の回復を左右するという事を実感出来ました。

この研修を通して、自分のコンプレックスと向き合い、それを克服することで看護の楽しさや喜び、達成感が得られたように思います。今後は呼吸療法などクリティカル分野の更なる知識や技術の向上に努めたいと思います。また他のスタッフにも看護の喜びを実感してもらえるよう関わり、患者様のケアと一緒に取り組んでいきたいと思っています。

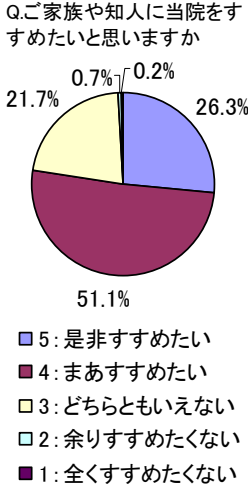
(看護師 吉田 美穂)

看護教育研修プログラム  
クリティカルケア看護



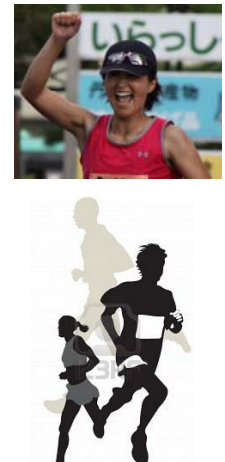
## 外来患者様アンケート

この度、4月5日～11日の平日5日間において外来患者様へのアンケートを実施いたしました。  
配布数1,717枚、有効回答数1,158枚、回答率67.4%と多くの患者様にご協力いただき大変感謝しております。  
アンケートは今回で6回目となり、患者様からのご意見ご要望を活かせるよう職員一同が努力し、少しずつではありますが良い評価をいただけるようになってきていると感じております。  
今回初めてお伺いした「当院を知人にすすめたいと思いますか」の問いに対し、77.4%の患者様からおすすめいただけるという評価をいただくことができました。今回いただいた多くのご意見ご要望につきましては各部門で改善するよう話し合いを進めてまいります。また、お褒めの言葉は職員の励みとさせていただきます。患者様とのよりよい信頼関係を築ける様、職員一同より一層努力してまいります。  
(副院長 大鶴 実)



## 神戸マラソンに参加して

私が走り出したきっかけは、よくある「産後太り解消のためです。ぼろぼろ走り始めた2000年頃は、今より体重が15kgほどあり、煙草も1日20本以上吸い、好きなだけ飲み食いすると言う、不健康極まりない状態でした。(以下は長くなりすぎるので省略)。  
こんな私でも、時間を見つけてヨツコツ走り続け、11月20日に行われた『第1回神戸マラソン』に出走することが出来ることになりました。実は、3週間前の『大阪マラソン』にも出走し、あまりにも不甲斐ない結果だった為、「チース服コスプレでファンラン!」と思っていました。コスプレを直して「ガチ走り!」と決めていました。コスプレをお借りしてお詫言ひ申し上げます。この場を、神戸マラソンの結果ですが...元来、田舎者の私です、〇万人単位の人間を目にする、どうも無い上がってしまうようです。スタ



## 糖尿病

当院には14名の糖尿病療養指導士(CDE)がおり、日々糖尿病患者の指導に携わっています。最近、糖尿病領域ではインクレチン関連薬の登場や診断基準の改定等により、インクレチン関連薬についてのお話です。  
インクレチンとは食事摂取により消化管から分泌される消化管ホルモンの総称であり、現在GLP-1とGIPの二つが知られています。  
インクレチンは高血糖になると膵β細胞に作用しインスリン分泌を促進し、また膵α細胞に作用しグルカゴン(血糖値を上昇させるホルモン)の分泌を抑制します。さらに血糖値が正常化すればこの作用は起こらないため、低血糖を起すことなく高血糖を改善できる魅力的な糖尿病治療薬として注目されています。  
数分以内に分解されて効力を失ってしまいます。そこで現在PP-1を阻害し内因性のインクレチンを増加させる内服薬とPP-1によって分解されにくい注射薬がお薬として利用されています。  
また今までの糖尿病治療薬ではしばしば体重増加が問題となる場合があります。体重の増加は認められず、さらに注射薬では体重の減少も認められています。また効果は十分に明らかになっていませんが、膵臓の保護効果もあるのではないかと期待もされています。  
このように単独使用では低血糖のリスクが少ないインクレチン関連薬ですが、内服薬販売開始後まもなくSU薬(インスリン分泌薬)との併用で重篤な低血糖を起す症例が報告され関心を集めました。その後『インクレチンとSU薬の適正使用に関する委員会』を立ち上げ、SU薬減量などの注意喚起をしたところ重篤な低血糖の報告は激減しました。  
インクレチン関連薬は新しい機序での血糖降下作用に加え、低血糖や体重増加を起しにくく、さらには膵臓の保護効果等、糖尿病治療として大きな期待が寄せられています。しかし、まだまだ使用経験は浅く長期使用による影響や副作用については今後も注意深く検討していく必要があります。お薬に関する質問、不安な事がありましたらいつでも1階⑩番お薬窓口で声をかけてください。  
(薬剤師 高田 健司)