

●発行月 令和3年4月

●発行 岩手県立中央病院 地域医療福祉連携室 〒020-0066 盛岡市上田1-4-1 TEL 019-653-1151 (代)

●URL <https://chuo-hp.jp/>

「地域医療連携推進の基本方針」

1. 顔の見える連携
2. 地域連携パスと逆紹介の推進
3. 紹介患者の迅速予約と優先診療
4. PHSによるDr.Direct Call
5. 24時間救急受け入れ体制
6. 地域医療福祉連携室を通じた地域包括型連携の推進
7. 高額医療機器の共同利用推進
8. 地域医療研修センターの利用の推進

いつも当院の運営にご指導ご協力いただき、ありがとうございます。令和3年度、新年度に当たり、ご挨拶申し上げます。

昨年来の新型コロナウイルス感染症も、ワクチン接種が始まったことで、ようやく新たな段階に到達したように思いますが、このコロナ禍の一年は、地域連携のありがたみを一段と感じた一年でもありました。お互いに連絡を、いつもよりも密に取り合い、お互いの状況を理解しながら患者さんを紹介したり、ご紹介を受けたりさせていただきました。ソーシャルディスタンスによって、個人のつながりの希薄化に懸念を示す意見も聞かれましたが、日本一医師が不足する岩手県の取った連携作戦に関しましては、お互いの病院状況を良く知る話し合いの場を多く持ち、お互いが助け合う姿勢がより強まったように思います。入院等搬送調整班の設置による各病院間の調整も、大変なご苦労だったとは思いますが、良く機能したと思いますし、各医療圏域内での基幹病院－地域病院間の協力体制もこれまでにないくらいの成果を得たのではないかと思います。

当院の新年度には、これまで改修工事で、ご不便、ご迷惑をおかけしていた救急部が工事を終え、救急初療室に隣接して、10床の救急病棟が完成しました。当院に求められる救急患者さんを、さらに断ることなく、よりスムーズに受け入れられるよう、有効に機能させていきたいと思っています。

また同様に12室ある手術室のうちの1室で工事をしていたハイブリッド手術室も完成しました。ハイブリッド手術室とは、全身麻酔下でカテーテル治療などを透視しながら、同時に手



術的操作を行える最新の設備です。主に心臓血管外科や脳神経外科で使用していきませんが、より高度な外科治療を、より安全に行うため、フルに活用していきたいと思っています。

今年度は、透析室とりハビリテーション室の拡充工事を開始する予定です。築34年になる病院建物ですが、その時代の、その地域のニーズにあった医療を提供するために、どんどん進化させていきたいと思っています。

当院の引き受けるべき役割は、夜間休日を問わずに発生する病気やケガなど、ご本人も、周りの医療機関も、救急隊も「困った」と思われる患者さんの悩みに対応し、「あー、中央病院が受けてくれて良かった」と言われる出番に備えることです。この医療圏の救急室、この医療圏の手術室、この医療圏のICU、この医療圏の無菌室、という役割を果たしていきたいと思っています。このためには、post-acute、sub-acuteの患者さんの受け入れ、あるいはかかりつけ医としての外来フォロー等に関して、これまで同様のご協力をお願いしなくてはなりません。新年度も、どうぞよろしくお願いいたします。

今、当院が果たすべき役割

院長 宮田 剛

麻酔科医は安全に手術が受けられる環境を提供しています

中央手術部長 麻酔科長 下田栄彦

当院の手術室は10室でスタートしました。2010年7月には12室に増築され、手術症例は右肩上がりです。最近では年間約5,600例の手術が行われています。

そのうち8割(約4,500例)が、麻酔科管理症例(全身麻酔や脊髄くも膜下麻酔)です。全身麻酔や脊髄くも膜下麻酔で行われる手術症例に対して、24時間365日、予定手術・緊急手術を問わず、現在11名の麻酔科医ですべての麻酔管理を行っています。

2020年、コロナ禍に備えるため待機可能な手術については一部手術制限がありました。2021年2月以降、手術制限は解除されました。2021年4月からはハイブリッド手術室がオープン予定です。心・血管X線撮影装置と手術台を組み合わせた手術室です。従来カテーテル室で行われていた血管内治療の一部を、手術室で行います。外科医、内科医、麻酔科医、手術室看護師に加えて、専門的技術を有する臨床工学技士や放射線技師らとチームを組み、安全で患者さんに負担が少ない、高度で最新の血管内治療が手術室内で行うことが可能になります。ハイブリッド手術や内視鏡手術の進歩で患者さんの身体的負担が軽減される一方、持病(脳神経疾患や循環器疾患等)を有する手術患者さんが増加傾向にあります。目的の手術が合併症を起こさずに安全に行われ、患者さんを1日も早く日常の生活に戻してあげることが、我々麻酔科医に課せられた使命であると、私は考えます。

当院では、2017年9月から手術準備外来(周術期外来)を開設しました。現在、手術準備外来では、麻酔科医1名と手術室看護師2名体制で、手術を控えた患者さんのリスク評価

や内服薬のチェック、麻酔方法や術後鎮痛(硬膜外鎮痛や神経ブロック)の検討や説明などを行っています。加えて、合併症を予防するために、必要に応じて栄養指導や禁煙指導、呼吸訓練等も行っており、安全な麻酔管理のみならず、患者さんの手術に対する不安解消にも繋がっているものと自負しています。麻酔科医にとっては「日常」の手術室ですが、多くの患者さんにとって手術は人生における一大イベントであり、「非日常」です。患者さんの不安を軽減し、患者さんの安全を確保することが麻酔科医の最大の責務であると思います。

患者さんが安心して安全な手術が受けられるために、ひとつの取りこぼしもなく、安全で安定した麻酔管理ができるよう、麻酔科医は、手術前から、手術中はもちろん、手術の後も患者さんのQOL向上のために努力しています。表に出ることが少ない麻酔科医ですが、患者さんの安全な麻酔管理を目指す麻酔科医の気持ちと仕事内容をご理解いただければ幸いです。



透析患者へのリハビリテーション ～現状と展望～

□ 透析患者の現状

わが国における透析患者数は34万人とされ、そのうち岩手県内における透析患者数は2019年は3,128名と報告されています(図1)。全国的に透析患者数は年々増加傾向にあり、新規導入透析患者の平均年齢も高齢化しており、重複障害を有する場合が多くみられます。また、透析患者の運動耐容能は心不全患者やCOPD患者と同程度まで低下しており、運動習慣がない透析患者や運動耐容能の低い透析患者は生命予後が悪いと報告されています。



図1 岩手県の透析患者数の推移(日本透析医学会ホームページを参照)

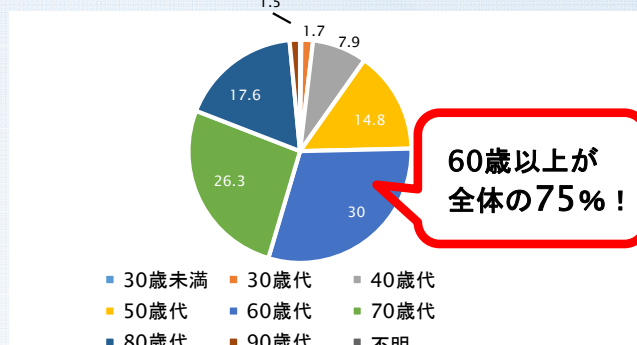


図2 H30年度年代別透析患者数(出典:岩手県健康国保課調べ)

□ 運動療法

運動療法は、透析患者に対して運動耐容能改善、低栄養や炎症の改善、透析効率改善、死亡率低下、QOL改善などをもたらすことが明らかにされています。患者の病態や体力に合わせて軽度～中等度の強度で有酸素運動を中心に実施していくことが、ガイドライン上でも推奨されています(表1)。最近では、透析中に電動アシスト付きエルゴメーター(図3)を用いて運動療法を行う取り組みで、安全性や運動効用が認められる報告もされています。

表1 透析患者における運動療法の例

種目	運動時間	運動頻度	運動強度
有酸素運動			
○エルゴメータ ○トレッドミル	20～40分	週3～5回	○RPE 11～13 ○嫌気性代謝閾値の心拍数* ○最高心拍数*の50～70%
○散歩(自宅)	30分/日	週4～7日(非透析日中心に)	○息切れが生じない速さ
○身体活動量(自宅)	4,000歩	週4～7日(非透析日中心に)	○RPE 11～13
レジスタンストレーニング			
○重錘、セラバンド ○自重トレーニング(スクワット、カーフレイズ、椅子からの立ち座り)	10～20分	週3～5回	○RPE 13～17 ○1RM(or 5RM)の60～70%
○神経電気刺激	20～40分	週3回	○耐えうる最大の出力
バランストレーニング			
○バランスマット上 ○片脚立位、タンDEM立位、セミタンDEM立位、閉脚立位	5分	週3～5回	○上肢支持なしで、最低10秒以上は保持可能な姿勢

引用:腎臓リハビリテーションガイドライン



図3 ベッド上でトレーニング (ShowaDenkiGroupホームページより)

□ 当院での取り組み

当院では高齢透析患者や廃用を呈している透析患者に対して、リハビリテーションを実施しています。非透析日を中心に、レジスタンストレーニングやエルゴメーターによる有酸素運動を提供し、看護師と協力しながら病棟内ADL拡大も図っています。また、運動療法のほか、薬物療法・食事療法・患者教育・カウンセリングなど多職種連携による包括的リハビリテーションに取り組んでいます。



図4 病棟内でのリハビリ

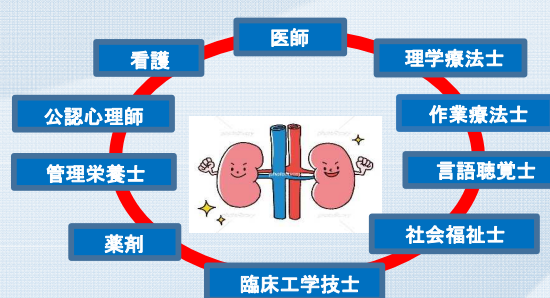


図5 リハビリテーションチームアプローチ

□ 今後の展望

慢性腎不全の要因として糖尿病、高血圧、動脈硬化などの生活習慣病が関連したものが多く、脳卒中や心筋梗塞などの血管疾患発症の危険性が極めて高くなっています。リハビリテーションにおいても脳・心疾患リスクを考慮したチームアプローチが必然と考えています。また、重症化の予防のためには回復期・維持期との連携が不可欠であり、地域の関連職種との「顔の見える関係づくり」にも取り組んでいきたいと考えています。

心・腎疾患担当 理学療法士 井口 敦弘

当院での新型コロナウイルス感染症対応の1年

感染管理部長 宮手美治

令和1年年末の「中国で原因不明の新型肺炎発生」の報道から始まり、令和2年1月9日に、この原因が新型コロナウイルスとWHOから発表されても、それほど驚きはしませんでした。「SARSやMERSと同じだな」という感覚でした。国内1例目が出た時にも、「出たか」という程度でしたが、“新型インフルエンザ等対策マニュアル”に準じた対応は始めました。すなわち、当局からの情報を基に当院でのCOVID-19への対応について逐一職員にメールで配信し周知しました。また、感染者数も数十人程度でしたが専用のマニュアルが必要と思われましたので、2月13日に暫定版として公開しました。

しかし、2月14日に事態は急転します。その日COVID-19対応について院内職員への臨時研修会を行いました、その直前に感染経路の追えない感染者の発生が報道されました。いわゆる、「国内感染期」に入ったことを意味します。これを契機に当院では本格的な対応を始めました。それまでは、感染管理部が中心となって対応のほとんどを行っていましたが、2月26日に対策本部が設置されてからは、感染管理部は本部の一員として、情報収集や対応の起案、現場活動の役割に徹しました。そして、すべての問題は対策本部で検討され、その結果は対策本部から発出されることになりました。

4月14日から院長・副院長・感染管理部からなるCOVID-19情報収集室が開設され、対応がさらに強化されました。

岩手県は当時、感染者数“0”を独走しており、7月29日に第1例が出てからも少なく推移していましたが、11月に複数のクラスターが多発して以降は流行地並みの感染者発生地域となっていました。

当院では、11月28日に1例目の感染者が出ました。当初COVID-19を疑っていなかったため突発的な発生となってしまいました。発覚後すぐに病棟の出入り禁止措置を講じましたが、職員・患者さんを含めて6人の感染者が確認されました。しかし、普段からの感染対策が功を奏したためか、2次感染者からの感染の拡がりがなかったことは幸いでした。この院内発生を含めて、当院では令和3年2月末まで15人のCOVID-19患者さんの診療にあたっています。その中の9人の患者さんが当院に入院され、うち3人が人工呼吸管理となり、1人はECMOを装着しました。

当院は、COVID-19と診断された重症患者さんや特定疾患を持った患者さんの受け入れ、あるいは盛岡医療圏域の中核病院あるいはかかりつけ医として疑似症例を診る役割を地域の中で担っています。今後も役割に応じた患者さんの受け入れと、患者さんにとって最大限の利益が得られるような診療に努めると同時に、院内感染を出さない、不幸にも出た時には影響ができるだけ小さく済むような感染対策を全職員で心掛け、実行していきたいと思っています。

