

拡大新生児スクリーニングの普及に向けて

小児科 医師 橋本 有紀子

当院では2023年4月より京都府下で初めて、拡大新生児スクリーニングである「オプショナルスクリーニング」検査(自費検査)の提供を開始しました。拡大新生児スクリーニングとは、従来の新生児マススクリーニングで対象となる約20疾患以外で、治療可能な先天性疾患についてその可能性を調べる検査です。オプショナルスクリーニングは9疾患* (女児では7疾患)を対象としています。



*9疾患は、ムコ多糖症Ⅰ型、ムコ多糖症Ⅱ型(ハンター症候群)、ムコ多糖症ⅣA型(モルキオA症候群)、ムコ多糖症Ⅵ型(マルトラミー症候群)、ファブリー病[†]、ポンペ病、重症複合免疫不全症、副腎白質ジストロフィー[†]、脊髄性筋萎縮症です。

([†]を付記した疾患は男児のみが検査対象です。)

オプショナルスクリーニング検査の詳細は
下記サイトでご覧になれます。

【当院小児科】 <https://kyoto.hosp.go.jp/html/guide/medicalinfo/pediatrics/ops-qa.html>



【検査機関(CreARID/クリアリッド)】 www.crearid.or.jp

対象疾患の中でも、次の2つの疾患については新生児期に診断する意義が大きいと思われます。1つ目は脊髄性筋萎縮症(SMA)で、筋緊張低下を主症状とする進行性の疾患ですが、早期の治療開始が予後に影響します。2つ目は重症複合免疫不全症(SCID)で、罹患児は2020年から定期化されたロタウイルスワクチン(生ワクチン、生後2か月で接種)の接種を避けるべきであり、早期発見が大切です。

当院では分娩される方全員に説明し、希望者に検査を実施していますが、10月末までの院内出生児の検査受検率は74.1%で、

導入当初の予想を上回るものでした。他院出生の方からのお問い合わせは少数に留まりますが、対応させて頂いております。他府県での拡大新生児スクリーニングの実施状況は、対象疾患に差はありますが特に先の2疾患については優先度が高いものとして、2013年以降、準備を進める地域が着実に広がっています。しかし検査が開始された地域は、近隣では兵庫県、大阪府の他、全国ではまだ20足らずの都道府県であり、それでもまだ検査可能施設や検査実施率(同意率)は限定的であるのが現状です。無料化を実現できた地域もほぼなく、現在、公費による費用の補助と、検査の普及を促す方針が固まりつつあります。

もし検査で陽性結果が出た場合、疾患の性質上、以後の精査や告知、治療に関しては遺伝カウンセリングと、希少疾患の治療に詳しい小児科専門医が必要ですが、当院ではその場合の対応にも備えています。

現在の医療レベルに沿った新しいスクリーニング検査について、体制の整備が始まろうとしています。現時点でオプショナルスクリーニング受検を希望される方がおられましたら、当院をご案内ください。(予約方法はHPにて案内しています)



FM845 「カラダ元気」出演

毎月最終火曜日 14:05~14:30放送の京都リビングエフエム FM845「カラダ元気」コーナーに、当院の医師や職員が出演しています。当院のホームページから過去の放送分も視聴可能です。



過去の放送はこちらから

読者アンケート

あなたの声をお聞かせください!

さらに充実した内容、読者の皆さまにお楽しみいただける広報誌を目指しています。ぜひ、アンケートにご協力ください。



アンケートはこちらから

KMC MAGAZINE

kyoto
medical
center

京都医療センター 広報誌 [ケーエムシーマガジン]

2024
Winter
Volume
08

クロストーク

呼吸ケアチームのメンバーが語る

患者さんの安全・安楽への取り組み

増田 圭亮

リハビリテーション科 主任理学療法士

大津 暁翔

臨床工学科 臨床工学技士

西村 文夫

クリティカルケア認定看護師

金井 修

呼吸器内科医師

内分泌・代謝内科、外科、
リハビリテーション科、看護部(栄養サポート)
優れた専門性で応える医療

呼吸ケアチームのメンバーが語る

患者さんの安全・安楽への取り組み

人工呼吸器を装着した患者さんはリスクが高く、適切な呼吸管理が求められます。

しかし、現場で働く医療従事者においてもそうした患者さんと関わる機会は限られているため、

専門的なスキルを備えたエキスパートのサポートが重要です。

当院ではこうした状況を踏まえ、2010年に呼吸ケアチームを発足。

今回のクロストークは、10年以上の歴史をもつチームの活動や今後の展望、メンバーの想いをクローズアップします。

呼吸器内科医師

クリティカルケア認定看護師

金井 修 × 西村 文夫 ×

クロストーク

臨床工学科 臨床工学技士

リハビリテーション科
主任理学療法士

大津 暁翔 × 増田 圭亮

呼吸が困難な患者さんに対して 安全・適切な呼吸管理を行う

金井 呼吸器内科医師(以下:敬称略):

呼吸ケアとは、人工呼吸器を装着している患者さんをはじめ、何らかの疾患の影響でうまく呼吸ができない状態にある患者さんや、痰が溜まって肺炎を起こすリスクのある患者さんなどに対して、安全で適切な呼吸管理を行うことを意味します。そして、専門的な知識や技術をもった幅広い職種が集まり、安全・安楽な呼吸管理を展開すると共に、院内のスタッフに対してコンサルティングを行う役割を担っているのが呼吸ケアチーム(以下:RST)です。対象となる疾患をひと言でいえば重症呼吸不全となりますが、そのなかには感染、臓器障害、胸部外傷などさまざまな疾患が含まれます。



大津 臨床工学技士(以下:敬称略):

当院は三次救急医療施設ですので、生命維持のために人工呼吸器を導入する患者さんが多く、RSTはそうした患者さんの対応も担っています。

西村 クリティカルケア認定看護師(以下:敬称略):

あくまで個人的な実感ではありますが、当院の場合は脳卒中の患者さんは呼吸ケアが必要になる場合が多いように感じます。

金井:脳卒中の患者さんは、心不全と比べると全般的に機能回復しにくい、あるいは機能回復までに時間がかかる傾向があるため、特に早期介入が重要です。

西村:当院のRSTにおける直近3年間の診療回数を見ると、多少の増減はあるものの全体的には大きな変化はなく、ほぼ横ばい状態です。ただ、新型コロナウイルス感染拡大の大きな波が来た2021年8月は2倍以上増えました。

金井:あの時は新型コロナウイルス感染症で緊急入院される患者さんが多く、限られた人工呼吸器とECMO^{エクモ}で対応しなければならず、本当にきびしい状況でした。

西村:ピーク時は感染リスクを避けるためにRSTの定期回診ができない歯がゆい状態がつつぎましたが、コロナ禍が落ち着くにつ

れて少しずつチームの活動が再開され、今は通常の活動ができるようになりました。

金井:カルテから読み取れる情報は限られるので、きめ細かい診断をするのはむずかしい。また、いつ、どのように活動を再開するのかの状況判断も手探り状態でした。RSTとしては、万一また大きな波が来た場合、スムーズな対応ができるよう、これまでの経験を活かさなければと考えています。

10年以上の歴史のなかで 培われたチームワーク

大津:当院のRSTのこれまでの歩みを紹介すると、最初の一步を踏み出したのは2008年。臨床工学技士の呼びかけに賛同した多職種のスタッフが、ワーキンググループとして活動したのがはじまりです。その背景には、当時はさまざまなメーカーの人工呼吸器や医療材料を使用するなか、管理方法の統一が徹底されていなかったことがありました。「安全面はもちろん、運用面においてもしっかりと統一すべきだ」と現場から声があがり、アクションを起こしたのが経緯です。最初は課題だった人工呼吸器の管理方法の統一や取り扱いの説明を行っていましたが、2010年に正式なチームとなってからは、呼吸ケアの実践に加えて院内スタッフへの助言など、活動内容は広がっていきました。

金井:2010年のチーム発足は、全国的にみてもかなり早かったといえるでしょう。チームの構成メンバーも当時と比べると充実し、現在、医師は呼吸器内科、麻酔科、救命救急科、歯科口腔外科の医師が参画しています。

西村:看護師は、クリティカルケア認定看護師と救急看護認定看護師、医療安全管理室看護師が携わっています。もちろん医師や看護師だけでなく、ここにいる臨床工学技士と理学療法士も中心メンバーとして活躍しています。

大津:医療事務のスタッフも診療報酬など、諸々の手続きを行ううえで欠かせない存在です。

金井:主な活動内容としては、一般病棟で人工呼吸器を装着している患者さんを対象にした回診を毎週1回行っています。一般病棟の回診をメインにしているのは、救命救急センターやICUなどから一般病棟に移った患者さんが呼吸不全になるリスクを抑えるためです。もちろん、一般病棟以外から依頼があれば柔軟に対応しています。

西村:その他にも隔月で委員会を開催し、呼吸ケアに関する検討を行っています。さらに今年(2023年)から、院内のすべてのスタッフを対象にした勉強会を再開しました。1年間のプログラムを組み、それに基づいて行っているのが特色です。

金井:チームの特長としては、幅広い職種が参加しているなか、医療安全管理室看護師も在籍している点が挙げられます。私たちの至上命題は「患者さんの安全」なので、医療のリスク管理に関す

る専門的な知識をもったメンバーがいることは、患者さんだけでなくメンバーにとっても心強いです。

増田 理学療法士(以下:敬称略):

先ほど大津さんの話に出ましたが、10年以上の歴史と実績があることも大きな強みだと感じています。長年の経験のなかで培わ

れたノウハウによって、いつ、どのように介入すれば良いかといった指標があるのは大きな利点です。こうしたことは、個人の経験だけで把握するのはむずかしいですから。

金井:それは知識面だけでなくチームワークにもいえるのではないのでしょうか。チームとして経験を積んできたことで、それぞれの職種がどのように関われば効果的なのかという阿吽の呼吸がチームに根づいているように感じます。

増田:そうですね。チームワークはマニュアルを読んでも身につけません。長くチーム活動を継続してきたからこそ、チーム内でより良い関係性が形成されているのだと思います。

質の高い呼吸管理には多角的な視点が不可欠

金井:RSTでは患者さんの安全な呼吸管理を第一に取り組んでいます。できる限り安楽に過ごせるケアも重視しており、それを実現するためには多職種の連携が不可欠です。ですので、それぞれの職種がどんな視点をもち、どのようなアプローチをしているのかをうかがいたいのですが。

西村:看護師としては、患者さんが安全・安楽に過ごせるようにケアをするのがミッションですので、患者さんの状態をしっかりと観察して、状況に応じて適切なケアを展開しています。特に挿管されている患者さんは痛みが伴うため、特に注意するように心がけています。もうひとつ力を入れているのが、病棟の看護師に対するサポートです。看護師といっても人工呼吸器をつけた患者さんに関わる機会は限られており、不安を感じるケースも少なくありません。そうした看護師に呼吸ケアについての説明やアドバイスをすることで、落ち着いて着実にケアを行えるようにはたらきかけています。また、普段から困っていることや疑問に感じることなどのヒアリングをするようにしています。

増田:理学療法士も看護師と同じく、安全・安楽に呼吸ができることにフォーカスしたリハビリテーションを行っています。具体的には、どんな姿勢をとれば呼吸がしやすくなるのか、あるいは痰が出やすくなるのかなどを検討して助言しています。これはどの病院にもいえることなのですが、人工呼吸器を装着している患者さん

に対しては、医療従事者であっても体を動かすことに不安を感じて、実際には座ったり立ったりできるにもかかわらず、寝たままの状態しておく傾向があります。しかし、安全な範囲であれば体を起こした方が機能回復には良いんです。

金井:人工呼吸管理中に体を起こすことはとても重要。体を起こすだけで肺が膨らむので肺機能は活発になり、全身状態も良くなります。反対に寝たきりだと肺機能はどんどん低下してしまう。

西村:病棟の看護師もそうしたことはわかっているけど、いざ自分が患者さんの体を起こすとなるとどうしても躊躇してしまうんです。そこを理学療法士から助言してもらうことで、積極的なケアができるようになる効果があります。

大津:臨床工学技士は、人工呼吸器やその他の機械が適切に使用されているかの確認が大きな役割です。当院では一人ひとりの患者さんの呼吸状態に応じた設定にしているので、確認は細心の注意をはらっています。そして、その際に気になる点があれば、注意喚起しています。

金井:人工呼吸器の設定を患者さんにごとにアジャストするのは当たり前のことに思えるかもしれませんが、実は労力の面だけでなく管理面でも本当に大変なこと。

大津:当院に入職して「当たり前のことを当たり前にする」ように指導されてきたので、そこは徹底しています。また、看護師の方に対する人工呼吸器の取り扱い方の説明にも注力しています。

金井:医師は多職種の意見を総合的に捉えて、適切な呼吸管理の方向性を診断し、それに沿ったケアを実践できるようにマネジメントする役割を担っています。こうして改めてメンバーの話を聞くと、質の高い呼吸管理を行うためには多角的に患者さんをみるのが大切だと強く感じます。

質向上を目的に学会のRST認定・登録を目指す

金井:先ほど申し上げた通り、当院のRSTでは患者さんの安全・適切な呼吸管理をミッションとしており、今後も質向上に努めていきたいと考えています。そのための取り組みのひとつとして現在目指しているのが、日本呼吸ケア・リハビリテーション学会による『呼吸ケアサポートチーム(RST)認定・登録制度』への登録です。この制度の主な目的は、学会がRSTの組織や活動内容を標準化して呼吸管理の質向上につなげることで、将来的には登録している施設の活動内容や評価結果を共有できる利点もあります。

西村:現在(2023年10月20日)の時点で登録している施設は、全国で43施設、京都府では京都市立病院のみという状況です。

金井:当院ではまだ登録の条件を満たしていないところもあるので、まずは条件をクリアすることが目標です。

増田:制度自体もはじまって日が浅く、これから整えていく感じですが、他施設の活動内容やデータを共有できるようになれば、当院のRSTを評価・改善をするうえで参考になりますね。

大津:他院のRSTがどのような活動をしているのかは、なかなか見えないところがありますからね。コロナ禍で開催できていませんでしたが、2023年から再スタートした勉強会を充実させていきたいと考えています。たとえば、院内にとどまらず、地域の医療施設や介護施設の方々も参加できる会を開きたいです。そうすれば顔の見える関係を築ことができ、地域医療連携の促進につながるのではないのでしょうか。

増田:ぜひ実現したいですね。リハビリテーションに関しては、患者さんが自宅に戻れる場合は患者さんやご家族にセルフケアの指導を行っており、他施設に移られる場合は入院期間中に行ったリハビリテーションを施設の方と共有するようにしています。しかし、その後の患者さんの経過については追跡できていないのが現状です。今後、地域との連携が活発になり、退院後の情報を収集できるようになれば、入院時のリハビリテーションで改善できることも見えてくると思います。

西村:地域の施設との連携に関しては、患者さんが人生の最終段階で「どのような人生を送りたいのか」ということも情報共有できるようになればと思っています。当院は三次救急医療施設なので、重症患者さんが救急搬送されるケースが少なくありません。そうした際、患者さんやご家族と治療方針について話し合う時間がない場合もあります。そこで重要となるのが、ACP(アドバンス・ケア・プランニング)といって、

人生の最終段階で受ける医療について、患者さん本人や家族と、医療従事者が事前に話し合う取り組みです。厚生労働省も「人生会議」を啓発しているように、患者さんは「自分がどのような人生を過ごしたいのか」を見つめ、その考えをご家族やかかりつけ医の先生に伝えておいていただければと思います。そうすれば、もしも救急搬送された場合、患者さんの想いを考慮した呼吸ケアを行えますので。

金井:治療を行ううえで患者さんやご家族に納得していただくことはとても重要です。院内の活動でいえば、他の診療科も巻き込んで活動内容を拡充する必要性も感じています。やるべきことは

たくさんありますね(笑)。一気に取り組むとすべてが中途半端になってしまうので、ひとつずつ着実に結果につなげていきましょう。今後、高齢の患者さんが増え、呼吸ケアの必要性が高まるのは間違いありません。そうした時に病院全体で質の高い呼吸ケアが実践できるよう、私たちRSTがリーダーシップを発揮していかなければと考えています。



今回座談会をしたのはこの四人

呼吸器内科医師

金井 修(かない おさむ)



当院のRSTは現在、入院しておられる患者さんの安全・安楽な呼吸管理を第一に活動しています。今後はそれに加えて、早期回復や在宅療養へのきめ細やかな連携を実現するよう注力したいと考えています。

クリティカルケア認定看護師

西村 文夫(にしむら ふみお)



当院には重症患者さんが多く搬送され、なかには緊急を要するため治療方針を話す時間がない場合もあります。少しでも患者さんの想いに沿った呼吸ケアを行えるよう、事前にかかりつけ医の先生と患者さんやご家族で、どんな人生を送りたいのかを話し合ってもらえればと思います。

臨床工学科 臨床工学技士

大津 暁翔(おおつ あきは)



呼吸状態は患者さんによって異なるため、私たち臨床工学技士も人工呼吸器などの設定や管理を通じて、個性の高い活動に努めてまいります。そして、院内スタッフへのアドバイスなどでも貢献したいと考えています。

リハビリテーション科 主任理学療法士

増田 圭亮(ますだ けいすけ)



人工呼吸器を装着した患者さんは、生活環境によって自宅に必要な動作が変わってくるため、効果的なリハビリテーションを行うためには日常生活の情報が重要です。入院された際には、可能な範囲で結構ですので情報提供をお願いいたします。

KMC REPORT

医療現場の最前線

京都医療センター 診療科・部門のご紹介

毎号、当院の診療科・部門を取り上げ、
『取り組みや実績、特長など』をお伝えします。

内分泌・代謝内科

当院の内分泌・代謝内科は、他の多くの医療機関と異なり、糖尿病内科から独立した体制で、より専門性の高い医療を展開している点が特長として挙げられる。また、最近では骨粗鬆症専門外来を開設し、整形外科と連携して骨粗鬆症リエゾンサービスを提供している。

ホルモンの乱れに起因する疾患の
エキスパートを目指す

甲状腺疾患から
高度な技術を要する疾患まで対応

内分泌・代謝内科は、主な内分泌疾患である甲状腺疾患をはじめ、内分泌性高血圧症、副腎疾患である原発性アルドステロン症、褐色細胞腫、クッシング症候群、下垂体疾患などの希少疾患を含めた、「ホルモンの乱れに起因する疾患」全般の専門的診療を展開しています。特に高度な技術を要する副腎静脈サンプリングによる原発性アルドステロン症の局在診断、悪性褐色細胞腫に対する化学療法、甲状腺腫瘍に対するエコーガイド下穿刺吸引細胞診、バセドウ病に対するアイソトープ治療に関しては、西日本において屈指の専門施設といえるでしょう。

さらに最近では、高齢者における骨粗鬆症・サルコペニアの有病率上昇に伴い、骨粗鬆症専門外来を立ち上げ、整形外科と連携して骨粗鬆症リエゾンサービスを提供しています。



『Newsweek』の病院ランキングで
世界127位(国内7位)に

地域連携につきましては、「より質の高い医療の提供に貢献すること」を目的に、伏見医師会と協力して2004年に伏

見内分泌代謝ネットワークを立ち上げました。以来、途切れることなく年2回のペースで勉強会を開いています。そして本会により、地域の先生方との顔の見える関係が構築され、紹介・逆紹介もスムーズに行われています。

こうした診療が認められ、2023年、国際ニュース週刊誌『Newsweek』による優良病院の世界ランキング「World's Best Hospitals 2023」一ベスト150において、当科は「Endocrinology部門」で127位(国内7位)に選出されました。このランキングは、医療専門家からの推薦や患者さんへの調査、病院機能評価などの指標に基づいて評価されたもので、いわば『ミシュランガイド』の医療施設版ともいえます。特筆すべきは、日本全国に日本内分泌学会認定教育施設だけでも444施設あるなか、国内7位という結果を得たことです。これは東京大学、京都大学、大阪大学、名古屋大学、東北大学、九州大学の医学部附属病院に次ぐもので、一般病院としてはトップに位置します。当科は今後もさらに地域のみなさまに信頼される、より良い医療を提供するよう努めてまいります。



外科

幅広い診療を行うなか
消化器がんの手術で強みを発揮



3つのグループに分かれて
専門的な診療を展開

当院の外科は、一般外科全般の診療を行うなかでも、特に消化器がんの手術に力を入れています。消化器がんの治療は日進月歩で進化しており、一人の医師がすべての領域を担うのはむずかしい状況になりつつあります。当院ではこうした課題に対応するため、上部消化器領域(食道がん、胃がんなど)、下部消化器領域(大腸がんなど)、肝胆膵領域(肝がん、膵臓がんなど)の3つのグループに分かれて、高度かつ専門的な診療を展開している点が大きな特長です。また、高度技能専門医をはじめ、内視鏡外科技術認定医やダビンチ コンソール術者ライセンス医

消化器がん
上部消化器領域 食道がん、胃がんなど
下部消化器領域 大腸がんなど
肝胆膵領域 肝がん、膵臓がんなど

などが在籍していることも強みです。

さらに、胃切除後の食道癌では結腸を用いた切除再建術、大腸がんでは骨盤内蔵全摘術など、難易度の高い手術に対応。さらに肝胆膵領域に関しては、京都大学医学部附属病院、京都府立医科大学附属病院とならび、日本肝胆膵外科学会より高度技能専門医修練施設Aの認定を受けています。このような充実した体制を有する病院は、京都府においても数少ないといえるでしょう。

機能維持・回復に向けた
手術にも力を入れる

当科が注力している取り組みのひとつに、他科との連携が挙げられます。がん治療であれば、術前に抗がん剤治療や放射線治療を効果的に組み合わせるなど個別性のある治療を実施しており、こうした集学的治療は今後も推し進めたいと考えています。

近年はがんの手術に加えて消化器の機能維持・回復を目的とした手術にも力を入れており、たとえば、胃が胸部に飛び出した状態になり、胃の内容物が食道に逆流して炎症を起こす「食道裂孔ヘルニア」や、肛門から大腸が出る「直腸脱」の腹腔鏡手術など、他の病院ではあまり手がけていない手術を行っています。

地域連携につきまして、かかりつけ医の先生と綿密に連携をとることで、患者さん中心の診療を提供していきたいと考えています。

診療科長／感染制御副部長／上部消化管責任者

畑 啓昭 (はた ひろあき)

現在、地域連携の強化を目指し、地域連携室にホットラインを設置している他、徐々にはありますが開業医の先生方へのご訪問をさせていただいております。当科には若手医師も多く所属しており、柔軟に対応しておりますので、気兼ねなくお問い合わせいただければと存じます。

診療部長(医事管理)

内分泌・代謝内科診療科長／臨床研究センター研究室長

田上 哲也 (たがみ てつや)

当科では現在、海外では認可されている分子標的薬を用いたバセドウ病に伴う甲状腺眼症の臨床試験に参加できる患者さんを、急性期・慢性期間問わず募集しています。お心当たりの方がおられる際には、ぜひご紹介ください。

医療現場の最前線

リハビリテーション科

超急性期病院に対応したリハビリテーションを展開するリハビリテーション科では、医師や療法士をはじめとする多職種が連携して早期介入し、早期離床・早期回復・ADL向上に努めている。将来を見据えて、若手療法士の教育に力を入れている点も特長のひとつである。

早期回復・ADL向上に向け 効果的なリハビリテーションを実施



的なケア行う必要があり、各領域のエキスパートの連携が欠かせません。当科は関連のある全診療科と綿密に連携を図る体制を整えており、医師や看護師をはじめとする多職種と協力しながら、安全かつ効果的なリハビリテーションを行うように努めています。

今後の診療の向上を見据えて 若手療法士の教育に注力

力を入れている取り組みとして、もうひとつ挙げられるのが療法士の教育です。国立病院機構の特色として、職員が機構内の病院を異動するケースが少なからずあり、幅広い知識や技術を習得できるメリットがあるのですが、科としては人が入れ代わることで診療の質に影響を及ぼさない体制を整える必要があります。また近年、若手の療法士が増えていることもあり、これからの診療の質を維持・向上させるために、基盤となる教育システムと業務マニュアルの構築に取り組んでいるところです。さらに就学中の教育も重視し、実習生の受け入れを積極的にを行っています。

当科は今後も超急性期病院におけるリハビリテーションの強化に向けて、運用面の改善も含めて取り組んでいきたいと考えています。



多職種と連携した早期介入を重視

当科は医師の処方のもと、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士が、患者さんの状態に応じた最適なプログラムを組み、早期離床・早期回復・ADL向上に向けたリハビリテーションを実施しています。特徴としては、当院は超急性期病院であるため、早期介入を重視している点が挙げられます。たとえば、ICUやHCUなどの患者さんであれば手術翌日から介入することが多く、疾患によっては術前から状態を評価し、術後すぐに開始できるように取り組んでいます。また、伏見区は高齢者が多く、それに伴い脳卒中や心不全の患者さんが多いため、こうした疾患の対応にも重点を置いています。リハビリテーションの目標をひと言で表すと、“患者さんの状態を入院前に戻す”ことです。そのためには治療や身体的なケアはもちろんのこと、社会資源利用のサポートなど総合



リハビリテーション科士長

伊藤 浩一 (いとう こういち)

当科は今後もできる限り患者さんに良い状態で退院・転院していただき、ご家族や地域の医療・介護施設の方々に円滑なバトンタッチを行うため、きめ細やかな情報伝達に努めてまいります。

看護部 (栄養サポート)

栄養不良はさまざまな疾患の回復に大きな影響を及ぼすため、当院では入院早期からの栄養サポートを重視。看護部では各部署に栄養サポートのリンクナース (NSTリンクナース) を配置して栄養サポートチーム (NST) と連携をはかり、チーム活動と病棟でのケア双方の質向上を図っている。

入院早期からの 適切な栄養サポートに取り組む

NSTリンクナースが行う栄養サポート

看護師は、24時間患者さんの近くにおり、日常生活援助をととした継続的な観察から多くの情報を持っています。栄養不良や嚥下障害を最初に発見する可能性も高く、知り得た情報を他職種へ提供し、多職種連携を促進することは看護師にとって重要な役割です。その中でも、各病棟に配置されているNSTリンクナースは、看護チームとNSTを連携させるための橋渡し役としてなくてはならない存在です。当院では、入院時に看護師による栄養評価・嚥下評価を行い、栄養不良や嚥下障害ありと判断された場合は、栄養モニタリング、NST介入について医師へ相談、NST介入後のチームと情報共有を、各病棟のNSTリンクナースが中心となって取り組んでいます。このように、入院早期から速やかなチームアプローチへ繋げ、栄養不良や嚥下障害が引き起こす疾患の発症の予防に努めています。

また、NSTリンクナースは、各病棟の看護スタッフを指導する役割も担っています。栄養評価方法や、摂食嚥下障害看護に必要な正しい知識・技術を指導し、看護スタッフ一人ひとりのレベルアップを図り、患者さんに一貫した質をもって継続した看護を提供できるよう活動しています。

栄養サポートチーム (NST)
Nutrition Support Team



NSTリンクナース
摂食嚥下障害看護認定看護師
皮膚・排泄ケア認定看護師等

摂食嚥下障害看護認定看護師と 専門・認定看護師の連携による栄養サポート

入院後せん妄を発症しほとんど口から食べられなかった嚥下障害患者さんが、NST・摂食嚥下障害看護認定看護師による栄養介入と、老人看護専門看護師・脳卒中リハビリテーション看護認定看護師によるせん妄介入により、経鼻胃管チューブを抜去でき、好きなうどんを食べられるまでに回復しました。入院患者の高齢化が進んでいる今、廃用性機能低下やせん妄の発症など、基礎疾患の影響のみならず複数の要因が加わることにより栄養不良や嚥下障害が表に浮かび上がってくることも少なくありません。そのため栄養サポートにおいても包括的な看護介入を重視し、関連する専門・認定看護師がお互いの専門分野を活かしながら連携することで、より専門性の高いケアを提供できるように活動しています。

最後に、「口から食べる」ということは、栄養を取り入れるだけでなく、楽しみや喜びでもあり、患者さんのQOL (クオリティ・オブ・ライフ) 向上に大きく関わっています。患者さんの口から食べたい思いを支え、一人でも多くの患者さんが少しでもながく安全に口から食べられることを支援していきたいと思います。



摂食嚥下障害看護認定看護師

大江 智子 (おおえ さとこ)

摂食嚥下障害のある方は、むせなくても誤嚥しているケースがあります。普段より活気がなくなった、急に食欲が落ちた、痰が増えた、声が湿っぽくなった等の症状をみとめる場合は、不顕性誤嚥をしているかもしれません。看護部では、転院やご自宅・施設へ退院される際は、このような観察する上での注意点と共に、食事形態や食事姿勢などきめ細やかな情報提供に努めて参ります。

INFORMATION 01 臨床研究センター 臨床研究支援事務局からのお知らせ

当院産科婦人科専攻医 北野 照先生が第49回京都医学会学術賞(新人賞)を受賞！

臨床研究センターの臨床研究支援事務局では、専門医を取得するために必要な研究論文の作成や学会発表のお手伝いもしています。この度、当院で専攻医として研修をされていた産科婦人科の北野 照先生（現在長浜赤十字病院勤務）が、当院での研修期間中に京都医学会雑誌に発表した論文「糖代謝異常合併妊娠の後方視的研究」により、第49回京都医学会において学術賞(新人賞)を受賞されました。日常診療業務の合間にこまめに臨床研究センターに通い、コツコツと丁寧に仕上げられた成果だと思います。ご一緒させて頂きました臨床研究支援事務局のメンバー一同、たいへん嬉しく思っております。



産科婦人科診療科長からのコメント

このたび、当科の北野照先生が京都医学会の学術賞(新人賞)を受賞できましたことを産科婦人科一同、たいへん喜んでおります。近年、若手医師が専門医になるまでに論文を執筆することが必須となりましたが、今回、私どもが苦手とする統計学的な点を臨床研究センターの後藤 禎人先生に丁寧にご指導いただきましたおかげで、質の高い論文となり、このような賞をいただくことができました。本当にありがとうございました。これからも臨床研究センターの先生方に助けをいただきながら、患者さんの役に立つような臨床研究を進めていきたいと思っております。

産科婦人科診療科長 安彦 郁

臨床研究センター臨床研究支援事務局では、さまざまな臨床研究支援を行っております。どんな些細な疑問・相談でもご連絡をお待ちしております！

【臨床研究事務局 連絡先】 075-641-9161 (病院代表) 臨床研究センター長 八十田／臨床研究支援事務局 内田まで

INFORMATION 02 地域医療連携室：退院支援部門の紹介

退院支援部門は退院支援看護師4名、医療社会事業専門員(MSW)4名で業務を行い、すべての入院病棟に退院支援担当者を配置しています。退院支援看護師とMSW間の連携も大切にしており、互いの専門性を活かしながら、協働し支援を行っています。

主な業務内容は、入院中の患者さん・ご家族と今後の療養先や方法を相談し、患者さん・ご家族が望まれる療養先へ移行できるように支援をすることです。

具体的には、急性期治療が終了した段階で、少しでも不安が軽減された上でできるだけ早期にご自宅へ退院できるよう、利用できる社会資源サービスを提案し、かかりつけ医の先生方、ケアマネジャー、訪問看護師等と連携を取り、地域の関係機関と病院を繋ぐ、橋渡しの役割を担っています。必要時は、退院前カンファレンスの開催や、退院前・退院後に患者さんの自宅へ訪問し、家屋評価や在宅療養の準備について具体的に提案したり、退院後も必要な医療処置を継続できるよう支援しています。

また、当院は急性期病院という役割を担っているので、その機能が維持できるよう、ご自宅への退院が困難な方に関しては、早期から治療の目処が立った段階で後方病院と連携を取り、転院調整を行います。患者さんの病状や状態から、今後の方向性や意向を確認しながら転院の調整を行います。

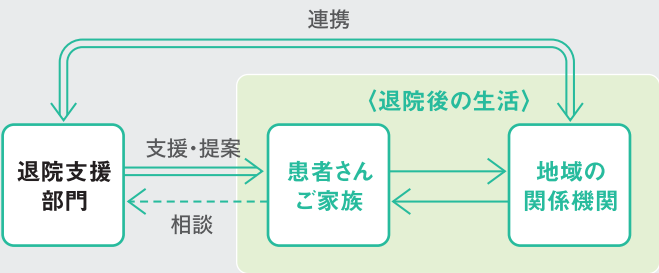
これからも、地域のみなさまの心身の健康を支えていけるように日々邁進していく所存です。



新入職員の紹介

医療社会事業専門員 種橋 優之 (後列中央)

2023年9月より入職しました種橋です。
患者さんやご家族の方、地域の関係機関、病院職員の方々に信頼されるよう、日々の業務に取り組みたいです。
不慣れなこともありますが、どうぞよろしくお願いいたします。



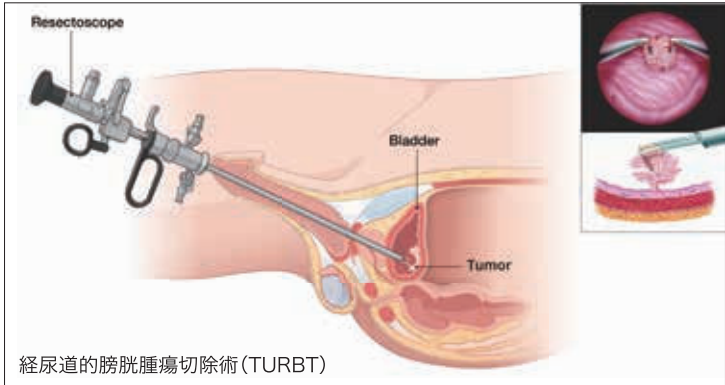
最先端の光線力学診断(PPD)を用いた 経尿道的膀胱腫瘍切除術を実施しています

泌尿器科 三浦 高慶／奥野 博

当院では2022年10月よりPDD(photodynamic diagnosis)と呼ばれる光力学診断システムを併用した膀胱癌に対する手術を実施しています。光力学的診断システムとは腫瘍を赤く光らせ可視化する事で、手術中の癌の見逃しを防ぐ診断補助を目的とした技術となります。

経尿道的膀胱腫瘍切除術(TURBT)について

膀胱癌に対する代表的手術としてTURBT(Transurethral Resection of Bladder Tumor)、日本語では経尿道的膀胱腫瘍切除術と呼ばれていますが、尿道より内視鏡を挿入し先端に付いているループ型の電気メスで膀胱癌を切除する方法です。切除した組織は病理検査に提出の上で、癌か否か及び深達度の評価を行います。TURBTは可視病変を切除する『治療』の側面、及び深達度を評価し正確な病期診断を行う『診断』の2つの側面を持ち合わせており、膀胱癌の治療方針を決定するにあたり最も重要なステップと言っても過言ではありません。



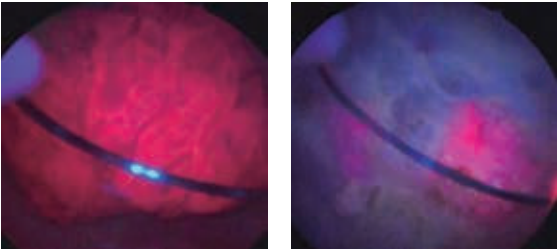
TURBTは治療方針の決定に重要な施術です

診断 深達度を評価、正確な病期診断

治療 可視病変の切除

光線力学診断(PDD)を用いた治療方法

使用する薬剤は5アミノレブリン酸(5-ALA)と呼ばれる天然アミノ酸の一種で、手術の2-4時間前に経口投与します。その後様々な代謝を経てヘモグロビンの合成要素であるヘムに代謝されますが、膀胱癌を含む悪性腫瘍細胞ではヘムへの代謝が阻害され1つ前の段階であるプロトポルフィリン9が特異的に蓄積されます。このプロトポルフィリン9に青色の光を当てると腫瘍が赤く発色、この技術をTURBTに応用したものがPDD-TURBTとなります。従来の白色光では見逃されやすい微小病変や平坦病変の確認、病変切除後の取り残しの確認に有用と言われています。世界的にもガイドラインで強く推奨されている診断方法でありPDDを併用する事で再発率を減らす事が報告されています。



腫瘍切除前に青色光で観察。赤く発色している事が分かります。

腫瘍切除後に青色光で観察。残存病変が赤く発色しており、追加切除を行いました。

副作用

副作用として、代表的なものに光線過敏症があり内服後48時間は強い光への暴露を控えないといけません。他には肝機能障害や血圧低下、嘔気などの消化器症状があり時に慎重な術後管理が必要となります。

PDDシステム 今後の展望

PDDシステムは他の癌腫においても診断や治療に応用され、今後益々の発展が期待される分野です。膀胱癌に於いては再発率を減らせるといったメリットがある一方で副作用マネジメントの一環で特殊な術後管理も必要となります。

当院ではPDD導入後より約40例経験しましたが、重篤な合併症を発症された方はおられませんでした。(2023年11月現在)

PPDを用いた経尿道的膀胱腫瘍切除術は、京都府下では6施設、市内では京都医療センターを含む5施設での実施が可能となります。もし適応となる患者さんやご興味ございましたらお気軽に泌尿器科までご相談ください。