

診ます会

トピックス

- ・「診ます会」講演会が開催されました
- ・済生館における肺がん治療について
- ・水痘の合併症について
- ・患者満足度調査結果報告について
- ・「診ます会」講演会のご案内

「診ます会」講演会が開催されました

11 月 17 日、「診ます会」講演会が開催され、神津内科クリニック院長、神津仁先生をお迎えしました。講演会の後の質疑応答でも活発な意見交換ができ、有意義な講演会となりました。



地域医療としての在宅医療 ～現状と展望～

神津内科クリニック 院長 神津 仁 先生

我々は在宅医療研究会・世田谷というのを 1996 年にはじめました。1996 年ですから、今から 15 年前ですが、その当時は今と違い、在宅医療について病院のスタッフがほとんど理解を示しませんでした。ですから病院医療とより良い関係を目指そうと、主体的に働きかけをいたしました。また機関誌などにも会の発足に関する記事が取り上げられました。

研究会のメンバーは、形態の違う診療所の先生、訪問看護ステーションや福祉センターの職員、それから日本で初めて在宅看護システムの株式会社を設立した村松静子さんという方にも加わっていただきました。とにかく、私の関係している方をみんな集めて、「世田谷で日本一の在宅医療のネットワークを作ろう」という思いで始めたのです。

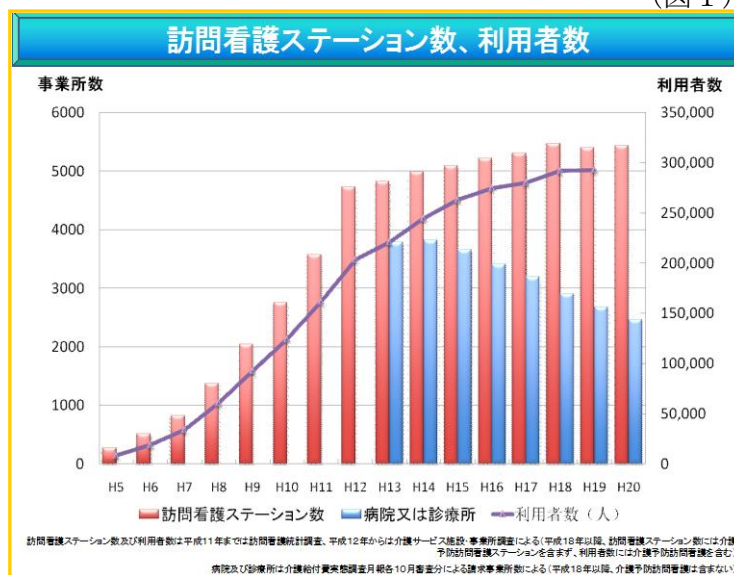
第 1 回目の研究会は公立学校共済関東中央病院で開催しましたが、それには痛い思い出があったのでした。当時関東中央病院の外科の先生から末期の患者を「明日退院するからよろしく頼む」と言われて、紹介されることが多く、それでいつも在宅医療が失敗していました。それでは在宅医療はうまくいくわけがないので、在宅医療とはどういったことをやっているのかを病院のスタッフに知ってもらうためにインフォメーションしようということで、あえて失敗した病院で始めたわけです。病院内で開催しますと、「何をやっているのかな」とちょっと顔を出してくれたりしますが、病院ではなく、ホテルで開催したりすると病院のスタッフは来てはくれないのです。こうして研究会を主に病院で開催し、在宅医療の環境整備をしていきました。

みなさんご承知のように、昭和 51 年に病院で亡くなる方と在宅で亡くなる方の数が逆転いたしました。本来ならば厚生労働省はこの段階で日本における患者の死亡率の変遷がおかしいと気づくべきであったのですが、なんとそれに気づくのは平成に入ってからです。そし

て、在宅療養支援診療所というシステムをつくるのですが、こんなことになるのならもっと早く気づいてほしいと思うのは私だけではないはずです。

(図1)

在宅療養支援診療所とは24時間常に患者さんを診られる緊急の連携体制を確保するというようになっていきます。その数は全国では1万1000~2000ありますが、都道府県別に見ると、とてもばらつきがあります。例えば、山形県は65歳以上の人口の1000人あたりの数が0.2で、一番多いところだと0.8ですから、それから比べると4分の1ということになります。また訪問看護ステーションの事業所数は平成15年から20年には1万軒を越すだろうという予測の元で今の介護保険や在宅医療を考えていました。ところが実際はその半分ほどですから、これではうまくいくわけがありません。(図1)



在宅療養支援診療所といいましても、いくつかの型があります。私のところのように、常勤医が1人と看護師というような場合では従来型といいます。外来診療をしながら在宅診療を行いますので、看取りはそう多くはできません。ですが、在宅医療専門の診療所ですと、常勤医が何人もいて、看護師も20人くらいいますから、常勤医1名あたり患者を70名診ることができます。ですから看取りの数も多くなります。中には年間100名以上の看取りをする先生もいらっしゃいます。在宅専門の診療所では、外来はほとんど診れる状況になく、訪問予定表や書類、PCなどがあり事務所のようになっています。こういう中で医師と看護師が患者の病態などを話し合ったりしています。それから地方の先生に多いミニ複合体型というのもあります。これは自分の診療所内に訪問看護ステーション、通所施設、短期入所施設を持ち、連携をとりながら訪問診療を行うというものです。そして病院併設型や特定施設併設型という型もあります。ですから、ひとえに在宅療養支援診療所と名前があっても、実は内容がかなり違います。そのためその内容に踏み込んで連携をしないと、その患者さんが実際にうまくいくかどうか分からないわけです。

そんな中で、地域で独自のシステムを作っている方が何人かいらっしゃいます。その中の一人が、市川市医師会の会長で私の同級生の土橋先生です。

市川市医師会には看護専門学校があり、そこに500万円の予算が付いておりました。市川市医師会ではこの看護学校をクローズしてこの予算で地域医療支援センターを作りました。そこでは患者の使うカフなどの医療材料を購入し会員が使いたいときには無料で提供したり、喀痰吸引器の貸し出し・メンテナンス・滅菌などを行ったりしました。そうやって診療所の先生にデッドストックが発生しないように、負担がかからないようにしたのです。そういったシステムがうまく働いて、この地域では在宅医療が発展しました。さらにそこに訪問看護ステーションやヘルパーステーションをおいたのです。この市川市の例のようにシステムから変えていくというのは成功に近づく鍵になるかと思います。

次に都筑医療センターの例ですが、ここは都筑区医師会の副会長がセンター長を兼ねて勤めていらっしゃいます。このセンターは訪問看護ステーションとケアステーションが両方を持っています。行政と医師会が一緒になって作ったものですから、スタッフの人数は多いですし、24時間365日いつでも困った患者さんをバックアップできるわけです。こういったものをつくるということも素晴らしい取り組みだと思います。

社会医療診療行為別調査の結果からわかることなのですが、厚生労働省も推進しているため、在宅医療の数は右肩上がりになっており、どんどん増えています。

最近では心エコーも撮れる携帯型のエコーなどもございまして、このようにデバイスがどんどん進化しておりまして在宅医療に必要なものは我々の手の中に納まるようになってきました。さらに、これは私が講演するたびにお話しすることなのですが、在宅でレントゲンが撮ることができます。随分と前から撮れる状況にはあったのですが、実際に運用してくださる方が少ないのでいろいろなところで紹介しています。患者さんが転んだ、あるいは熱を出しており肺炎の疑いがあるなど、レントゲンを撮る必要があった場合、まずクリニックから指示書を出します。その後放射線技師が患者さんのお宅に電話して、都合をお聞きし日程を調整したのち、訪問してレントゲンを撮ります。それを現像してクリニックへ持ってきてくれます。同じ技師が同じ機械で撮りますから、比較もきちんとできるわけです。こういったことが在宅でできると、入院の必要がありません。きちんと容態を見ながら在宅の患者さんを管理できるのです。これが、いちいち外来に來たり入院したりだと患者さんご家族はとてもストレスになり大変な思いをします。しかしこのように、この1枚のレントゲンが撮れることで、じゅうぶん在宅でケアができるのです。

最後にコミュニティーケアについてお話いたします。最近は認知症の患者さんも増えてきておりますから認知症の患者さんや、または在宅医療の患者さんが少し歩けるようになって地域の中で活動ができるようになったら、そのときは地域で支えていくことが大切です。最初にお話しましたように、地域医療とは色々な事物や文化的な背景を共有しているわけですから、その中で患者さんつまりご本人がきちんと生活していく、ということが大事だと思っております。

地域の人々が病に倒れたときに、入院だけが選択肢であってはいけないと思いますし、在宅医療だけが選択肢であってはいけません。その時々にあるいはその人背景によって主体的に施設や入院や外来や在宅を選択できることが必要だと思います。在宅の看取りについていろいろと言われておりますが、最後まで在宅で死を看取らなければならないということはないと思います。これはいろいろな有識者がお話ししておりますけれども、亡くなる3日前まで3年間の在宅医療をやって、3日入院して亡くなったのであればそれは在宅で亡くなったというような考えを持ってもいいのではないかと、というように考えております。ですからこういった地域医療環境が素直にできてもらえることが我々の願いであります。しかしながら、まだまだできていないというのが日本の問題でありますし、世田谷でもまだできてはいません。ですからこういう地域医療環境がいろんなところで実現できるように希望しております。



済生館における肺がん治療について

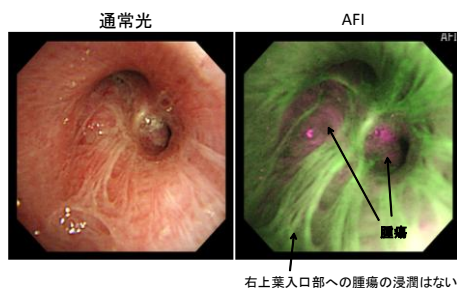
呼吸器内科医長

和田 敏弘 先生



我が国において肺癌の死亡者数は増加傾向にあり、年間死亡者数は6万人を超え、がん死因の第一位となっています。肺癌は発見時すでに進行癌であることが多く、手術にて治療する患者は10数%にすぎません。済生館呼吸器内科では、肺癌の診断と手術不能肺癌の抗癌剤治療を行っております。肺癌の確定診断のため気管支鏡検査を行いますが、当院では東北地方でもいち早く蛍光気管支鏡（auto fluorescence imaging bronchoscopy：AFI）を導入しました。AFIを用いることで早期癌の発見や気管内浸潤の的確な診断ができ、手術の適否や手術術式の選択に役立っています（図1）。肺癌患者の約20%を占める小細胞肺癌

図1 肺癌気管支内視鏡所見



は早期でも細胞レベルの転移が考えられるため抗癌剤治療が中心となり、プラチナ製剤（シスプラチン、カルボプラチン）とエトポシドやトポテシンの2剤併用療法、またはアムルピシン単剤治療を行っています。非小細胞肺癌は肺癌の約80%を占めますが、その抗癌剤治療はプラチナ製剤と第3世代抗癌剤（パクリタキセル、ゲムシタビン、ビノレルビン、トポテシン、ドセタキセル）の2剤併用療法が標準治療とされてきました。この治療での生存期間中央値は7,8カ月程度で、良い臨床試験でも12カ月前後で

あり延命効果はわずかなものでありました。しかし近年、非小細胞肺癌に対する抗癌剤治療は進歩し、上皮成長因子受容体チロシンキナーゼ阻害薬（epidermal growth factor receptor - tyrosine kinase inhibitor : EGFR - TKI）、ペメトレキセドの登場やS-1、バシズマブの肺癌への適応拡大がありました。特にEGFR-TKIはEGFR遺伝子変異陽性であれば治療効果が期待でき、奏効率、生存期間ともこれまでの標準治療を大きく上回っています。このためEGFR遺伝子変異を正確に診断することは重要であり、当院ではより偽陰性の少ない高感度EGFR遺伝子検査法を用い、非小細胞肺癌の全例にEGFR遺伝子検査を行っています。さらに一回の気管支鏡検査で済むよう、検体は細胞診・組織診断用と遺伝子検査用に分注するなど工夫しています。当院でのEGFR遺伝子変異陽性率は図2の通りで、各施設と比べ平均的なものとなっております。また、制吐薬も進歩し、NK-1受容体拮抗薬（イメンド）や新たな5-HT3受容体拮抗薬（アロキシ）の登場により、以前と比べADLを落とすことなく、抗癌剤治療を行うことができるようになりました。

また、手術可能な臨床病期でも、高齢、呼吸機能の低下、全身状態が悪いなどで手術ができない場合は放射線治療を行っています。特に当院では定位放射線治療（stereotactic radiotherapy : SRT）も行っており、県内各地から御紹介いただきSRT治療を行っています。

以上、肺癌に対する新たな抗癌剤の登場や制吐薬の進歩、放射線治療により、当施設においても数年の延命効果が得られる症例も、以前と比べ増えてきています。さらに、在宅で過ごされる期間をできるだけ長くしていただくために、抗癌剤治療導入期を除き、ほとんどの患者様は外来抗癌剤治療を行っています。これからも患者家族がより満足した治療が受けられるよう、努力して参りたいと思います。検診での異常陰影、肺癌が疑われる症例などございましたら、当院呼吸器内科御紹介のほどお願い申し上げます。

図2 当院でのEGFR遺伝子変異陽性率

	(n)	(陽性率)
Non – small cell carcinoma	20/76	26.3%
Adeno.	20/50	40%
Squamous	0/22	0%
Large	0/4	0%
遺伝子変異の種類と頻度		
Exon 18 1例 (5%)	Exon 19 8例 (40%)	
Exon 20 0例 (0%)	Exon 21 11例 (55%)	



水痘の合併症について

小児科主任医長
前田 勝子 先生



水痘は、水痘一帯状疱疹ウイルス *varicella-zoster virus* (VZV) 感染による発疹性の疾患です。初感染の病型が、水痘（みずぼうそう）で、全身に発疹がみられます。帯状疱疹は、

初感染後に神経節内に潜伏感染しているウィルスの再活性化病型です。水痘は、小児科ではありふれた病気で、対症療法や抗ウィルス薬（アシクロビル）の投与で、ほとんどが治癒します。しかし、しばしば合併症が問題となることがあります。合併症には、①皮膚軟部組織の細菌性二次感染（黄色ブドウ球菌、化膿性レンサ球菌など）②中枢神経合併症 ③肺炎 ④肝炎 などがあげられます。さらに、中枢神経合併症には、小脳失調、急性脳炎、髄膜炎、そして、最近報告が散見される、水痘感染後脳梗塞があります。

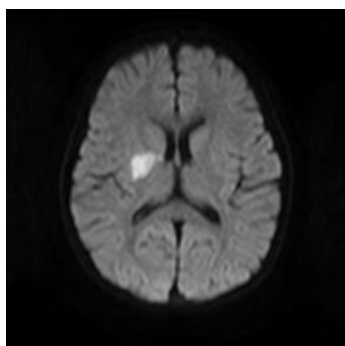
これまで、我々が経験した症例を提示します。

Fig 1

症例 1 は、3 歳 10 か月の男児。水痘発症の 3 病日から発熱があり、4 病日に左上腕の疼痛、発赤、腫脹、冷感が出現し（Fig 1）、血液検査で DIC の所見もみられたため、山形大学附属病院に緊急搬送されました。水疱部位の膿、咽頭培養から A 群溶血性レンサ球菌（*Strep. pyogenes*）が検出され、壊死性筋膜炎を伴う劇症型溶連菌感染症と診断されました。集中治療がおこなわれ、幸い大きな後遺症なく退院しました。



Fig 2



症例 2 は、4 歳の女児。平成 23 年 3 月 3 日に水痘を発症しました。2 か月後の 5 月 5 日 12 時ごろ、頭痛と嘔吐が出現し、17 時 30 分に突然左上下肢麻痺、左顔面麻痺が出現したため、当院救急を受診しました。頭部 MRI で右被殻に DWI で高信号をみとめ（Fig 2）、MRA で右中大動脈に狭窄所見を認めました。経過から水痘感染後脳梗塞（post-varicella vasculitis infarction）と、診断されました。左上肢に経度の巧緻性の低下がみられましたが、日常生活には支障ないレベルまで回復し、退院しました。

症例 3 は、3 歳の女児。平成 23 年 6 月 15 日に水痘を発症、近医で抗ウィルス薬の投与を受けました。第 3 病日から、「目がまわる」「左の耳がこもる」などと訴え、上半身がふらつき、立位、歩行できなくなったため当院紹介されました。血液、髄液検査では異常所見なく、アシクロビルの投与で、5 病日には立位可能、6 病日には歩行可能、ふらつきもみられなくなりました。頭部 MRI では、異常所見はなく、水痘感染による急性小脳失調と診断しました。

水痘の合併症は、成人例、化学療法中の患者さんでは、致命的経過をとることが少なくありません。子供から感染した 20 代のお父さんが、重症の肝障害をきたし、血漿交換を行って救命された例も経験しました。また、妊婦が罹患した場合、時期によって胎児に重篤な先天性水痘を発症するおそれがあります。

予防には、水痘ワクチンがあり、予防効果は高く、副作用も少ないです。しかし、日本では任意接種のためか、接種率は低いようです。水痘患者と接触した場合、重症化リスクの高い例では、接触後 7 日からアシクロビルを 30~40mg/kg/日、分 3、5 日間投与が有効です。



入院・外来患者満足度調査結果報告

平成 23 年 3 月に入院患者を対象とした満足度調査を実施し、平成 23 年 5 月に外来患者を対象とした満足度調査を実施しました。

入院は、各設問ともに満足率が概ね 90%を超えておりました。紹介患者の満足率は、全患者と比較して大変満足が高いですが、不満・大変不満も高い結果でした。

外来は、ほとんどの設問で満足率が80%を超えておりましたが、待ち時間に関しては全患者で57.8%と著しく低く、予約紹介患者においても69.2%と低い結果でした。紹介患者の満足率は、各設問ともに紹介でない患者と比較して高く、中には満足率が100%の項目もありました。当院を受診した理由は「昔から来ている」が最も多く、次いで「紹介状をもらったから」が多い結果でした。

<入院患者満足度調査結果>

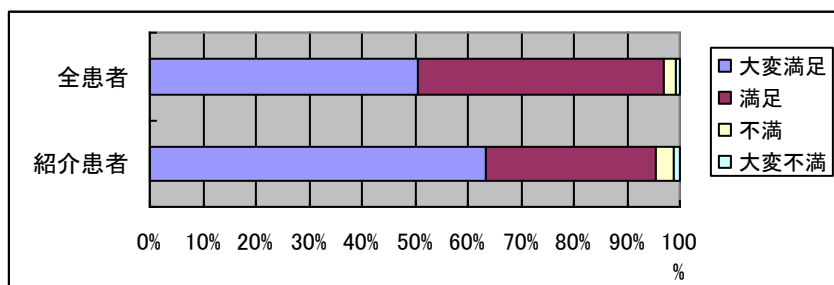
調査期間：平成23年3月1日～3月31日（1ヶ月間）

退院患者数：1,035人（平成23年3月）

アンケート回収数：404人（回収率39.0%）うち紹介患者数96人 紹介患者率23.8%

◇医師部門

Q.医師の診療、応対、説明等に満足していただきましたか？

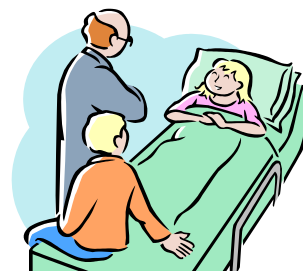
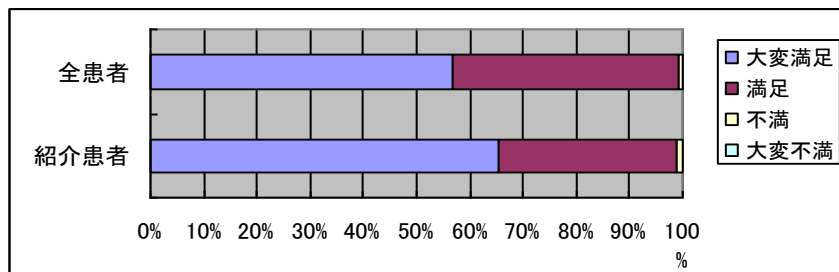


<詳細項目満足率>

設問項目	全患者	紹介患者
医師は複数の治療がありうることを説明しなかった。	89.6%	94.0%
医師は、検査、治療、手術等の日程及び内容を十分に説明しなかった。	94.9%	96.6%
治療・処置中、次に何をされるかわからず、不安に思ったことがある。	92.5%	89.9%
治療・処置中痛みや不愉快を訴えたが、対応してくれなかった。	99.2%	100.0%
治療が不十分であり、納得できるものではなかった。	98.4%	97.8%
処置や会話の際に、プライバシーに配慮しない医師がいた。	98.7%	100.0%
手術後に痛みや不快感があったが、対応してくれなかった。	99.7%	100.0%
手術の結果について十分に理解できなかった。	97.3%	94.3%
医師は一方的に説明し、私の考えや意思を尋ねなかった。	97.8%	98.8%
説明がわかりにくい医師がいた。	97.8%	96.5%
医師はあわただしく、私のために十分な時間をとってくれなかった。	96.2%	95.5%
退院日程の通知が遅かった。	98.3%	100.0%

◇看護部門

Q.看護師の看護、応対、説明等に満足していただきましたか？



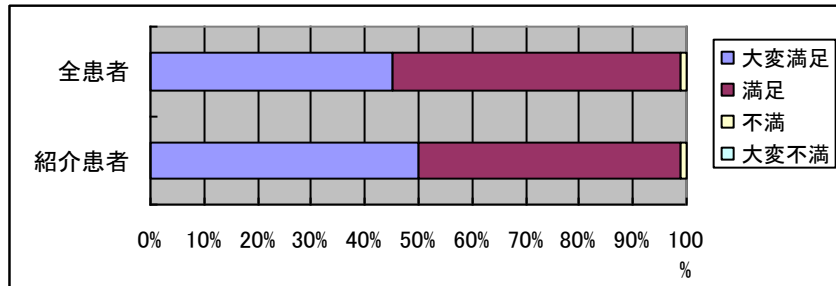
<詳細項目満足率>

設問項目	全患者	紹介患者
非常口、トイレ、浴室などの場所を具体的に説明してくれなかった。	93.0%	92.0%
十分な説明なしに点滴や注射をされたことがある。	98.1%	98.9%
点滴や注射で、我慢できない痛みや不快感を感じたことがある。	96.7%	95.4%
治療・処置中、必要な手助けをしなかった。	98.9%	100.0%
処置や会話の際に、プライバシーに配慮しない看護師がいた。	97.6%	97.8%

身体の向きを変える、食事などの介助を十分にしてもらえなかった。	98.8%	100.0%
体を拭くなど清潔に関する介助を十分にしてもらえなかった。	97.7%	95.0%
日常生活の手助けを必要な時、頼むことができなかった。	98.9%	98.8%
ナースコールをしても長く待たされたり、対応してもらえなかった。	96.6%	96.6%
看護師に質問や相談をしたが、対応してくれなかった。	98.4%	100.0%
看護師と話していて、嫌な気持ちになったことがある。	97.0%	97.7%
退院後の治療、通院、生活上の注意点などの説明が不足していた。	98.6%	98.8%

◇病院総合評価

Q.あなたは、「済生館に入院されてよかった」と思いますか？

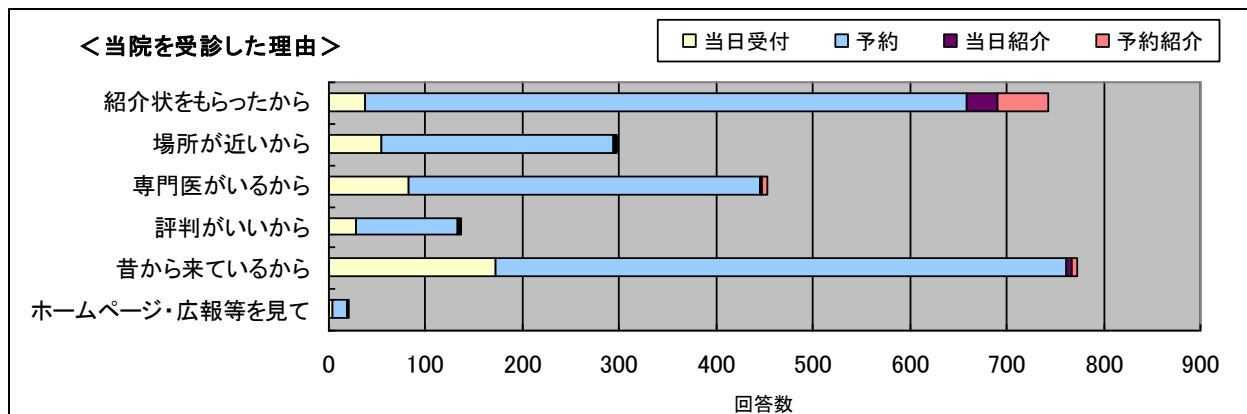


<外来患者満足度調査結果>

調査期間：平成23年5月16日～20日（5日間）

外来患者数：4,137人

アンケート回収数：2,194人（回収率53.0%）うち当日紹介患者数39人 予約紹介患者数57人



◇待ち時間、施設、環境について<満足率>

設問項目	全患者	当日紹介患者	予約紹介患者
予約したのに、長時間待たされた。	57.8%	90.3%	69.2%
どのくらい待つのか知らされなかった。	46.9%	46.9%	46.7%
病院内の案内表示が不十分で迷ったことがある。	89.4%	87.5%	97.9%
駐車場が不十分で、駐車するのにかなりの時間がかかった。	83.1%	86.7%	86.7%
売店の品揃えが不十分で使いにくい。	85.9%	95.7%	100.0%
洋式トイレ、車椅子用トイレ、ウォシュレット等が少なすぎる。	87.9%	100.0%	97.6%
待合室に椅子が少なすぎる。	85.6%	87.1%	85.4%

◇医師について<満足率>

設問項目	全患者	当日紹介患者	予約紹介患者
治療や処置の前に本人確認をされなかったことがある。	93.7%	94.4%	96.2%
症状や治療について、十分な説明をしてくれなかった。	91.1%	91.7%	96.2%
治療・処置中、痛みや不快感を訴えたが、対応してくれなかった。	96.5%	97.0%	100.0%
期待していた専門的治療を受けられなかった。	94.4%	97.1%	95.8%
処置や会話の際に、プライバシーに配慮しない医師がいた。	96.2%	100.0%	98.0%

◇看護師について＜満足率＞

設問項目	全患者	当日紹介患者	予約紹介患者
十分な説明なしに点滴や注射をされたことがある。	96.4%	96.9%	100.0%
看護師に質問や相談をしたが、対応してくれなかった。	96.2%	96.9%	97.6%
注射や点滴のやり直しが何度かあった。	86.9%	93.5%	97.1%
注射や処置中、必要な手助けをしてくれなかった。	97.8%	100.0%	100.0%
治療・処置中、私の恥ずかしい思いに十分に気を配ってくれなかった。	97.6%	100.0%	100.0%

◇検査技師について＜満足率＞

設問項目	全患者	当日紹介患者	予約紹介患者
検査前、本人確認されなかったことがある。	98.1%	100.0%	97.6%
検査のやり直しがあった。	95.6%	100.0%	97.4%
検査中、私の恥ずかしい思いに十分に気を配ってくれなかった。	98.5%	100.0%	100.0%

◇医事、受付職員について＜満足率＞

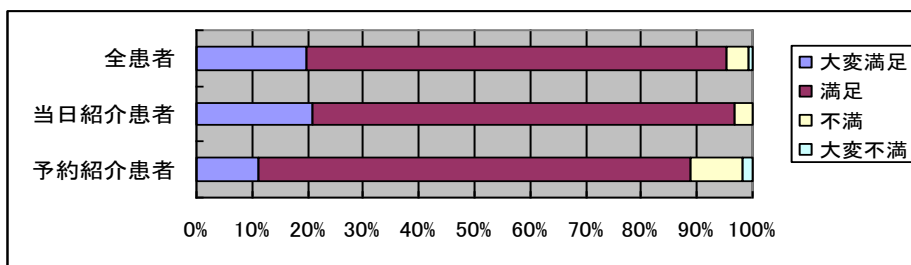
設問項目	全患者	当日紹介患者	予約紹介患者
苦情を言いたい、受け付けてくれる場所がなかった。	93.9%	93.8%	97.6%
受付や会計の職員の態度や言葉使いが悪かった。	96.1%	100.0%	100.0%

◇その他について＜満足率＞

設問項目	全患者	当日紹介患者	予約紹介患者
待合室、診察室、検査室などの清掃が不十分であった。	97.0%	100.0%	100.0%
トイレが汚い、不潔、臭いと思ったことがある。	91.0%	96.7%	97.8%
廊下や階段で滑りそうになった	96.3%	96.7%	97.8%

◇病院総合評価

Q.あなたは、「済生館を受診してよかった」と思いますか？



今後は大変満足される患者さんが増えるよう、医療の質やサービスの向上に全職員で取り組んでいきたいとします。



講演会のご案内



★「診ます会」講演会

日時：平成24年1月19日（木） 午後6時30分～

場所：済生館 4階 大会議室

特別講演：「薬剤耐性菌対策と抗菌薬の適正使用—up to date—」

東北大学大学院内科病態学講座 感染制御・検査診断学分野

感染症診療地域連携講座 講師 國島 広之 先生



※ 「日本医師会生涯教育制度指定講習会（1.5単位）になります。

