



目次

- 一報告一
 - 鹿児島市医師会病院地域連携施設連絡会…………… 2
 - クリニカルパス検討会…………… 15
- 一週間診療案内一…………… 21
- 一アクセスのご案内一…………… 22

報告

鹿児島市医師会病院地域連携施設連絡会開催のご報告



鹿児島市医師会病院
院長 園田 健

ラグビーワールドカップ日本大会が鹿児島市でキャンプを張った南アフリカ共和国の優勝で幕を閉じました。日本は難敵アイルランド・スコットランドを倒し念願のベストエイト入りを果たしました。

この日本代表の活躍に国中がわき返りました。大きな相手に二人がかりでタックルし、すぐさま起き上がり次の準備をする。自分を犠牲にしても、皆がいわゆる“ONE TEAM”となってゴールを求める姿は実にすがすがしく美しいものでした。

我々医師会病院も連携施設の皆様とできれば“ONE TEAM”となって地域医療に貢献したいと願っております。

さて、遅くなりましたが、先日は医師会病院地域連携施設連絡会に多数ご参加いただき誠にありがとうございました。お互いに顔の

見える関係を構築し意見の交換など今後の有機的な連携につながるものと期待しております。

なお今年度より病棟を再編し、急性期病床124床（HCU8床）地域包括ケア病床22床、緩和ケア病棟31床合計177床で運用しております。これは2025年度を見据えた必要病床数を考慮し、急性期病床を減少させ回復期病床を増やしたものです。地域医療支援病院として公的医療機関2025年プランに沿った対策であり、周辺医療を圧迫することなくかつ必要不可欠な病床を確保する施策であります。

しかし今後のことを考慮しますと稼働率改善は絶対命題であり、そのためにも今まで以上に皆様のお力添えが必要になります。

また、インフルエンザ感染流行期を迎え、適切な入退院調整を行い連携施設の患者様に対応してまいりますが、少ない病床数での対応を図るにはさらに厳格な退院調整が必要となってまいります。今まで以上に強固な連携を必要とすると思われまますのでなにとぞご協力のほどお願い申し上げます。

連携連絡会 令和元年8月28日（水）



在宅連絡会 令和元年10月9日（水）



外科部長 石崎 直樹



会員の皆様には、日頃より患者様のご紹介いただきありがとうございます。8月29日に開催致しました鹿児島市医師会病院連携施設連絡会にて私達消化器外科の症例を発表しましたので述べたいと思います。

当院における胆嚢癌手術成績と鏡視下臍体尾部切除術について発表しました。

2005年6月から2015年12月までの胆嚢癌切除例87例の男女比、年齢、腫瘍径、主たる肉眼分類、進行度分類、術式、胆嚢癌の各項目の生存率、術後合併症について以下の通りにまとめました。

- ・進行度が高いほど予後は不良であった。
- ・T2胆嚢癌では胆嚢床切除と肝S4a+5切除に予後の差はなかった。
- ・T2の肝外胆管切除に関しては、予防的切除は慎重であるべきである。
- ・進行度の応じてR0を目指した過不足のない手術が望ましい。

鏡視下臍体尾部切除（Lap-DP）は、当初良性または低悪性度腫瘍に対して試みられたが、

2016年より浸潤性膵管癌にも保険適応となり、次第に多くの施設で行われるようになって来つつあります。Lap-DP際しては、膵切離の方法や脾温存の際の手術手技の困難さも指摘されています。

2014年2月より2018年9月の間の6症例に対し、性別、年齢、画像、病理組織診断、腫瘍径、膵切離法、手術時間、出血量、開腹移行の有無、膵液瘻の発生について検討し、以下のようにまとめました。

一症例の画像と術中写真を表示します。

- ・鏡視下胃切除の経験があればLap-Dpは可能と思われた。
- ・膵切離は厚い膵の場合、器械での切離は慎重であるべき。
- ・膵切離を体外で行う場合は、脾動静脈切離後にすべきである。
- ・脾温存では脾動静脈温存は困難でWarshow法も考慮すべきである。
- ・浸潤性膵管癌も症例によっては適応となる。

以上のような発表とさせていただきました。

最後になりましたが今後も会員・地域のニーズに応えることができるよう努力していきたいと思います。連携施設連絡会などで先生方の率直な忌憚のないお言葉、ご叱責を頂きたいと思います。今後とも連携室ともども宜しくお願い致します。

胆嚢癌切除例87例の概要

(2005/6/1-2015/12/31)

男性/女性: 44/43

年齢: 73.6 ± 10.0歳)

腫瘍最大径: 54 ± 24.2mm

主たる肉眼分類

乳頭型	43例	充満型	6例
結節型	14例	その他	9例
平坦型	10例	不明	4例

進行度分類

Stage I	18例	Stage IIIB	20例
Stage II	32例	Stage IVA	1例
Stage IIIA	5例	Stage IVB	10例

術式

胆摘(全層切除含む)	11例
胆嚢床切除±胆管切除	43例
肝S4a+5切除	11例
肝右葉切除	6例
膵頭十二指腸切除(PD)	1例
HPD	1例

【症例-1: 胆嚢床切除】

47歳 女性

Stage II (T2, N0, M0)

術後9ヶ月無再発生存

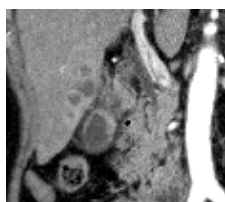


【症例-2: 肝S4a+5切除】

69歳 女性

Stage IVB (T2, N1, M1(H))

術後7ヶ月肝再発



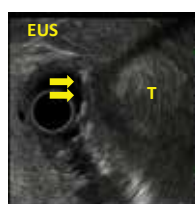
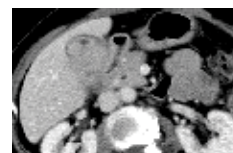
【症例-3: 肝S4a+5切除+PD】

69歳 女性

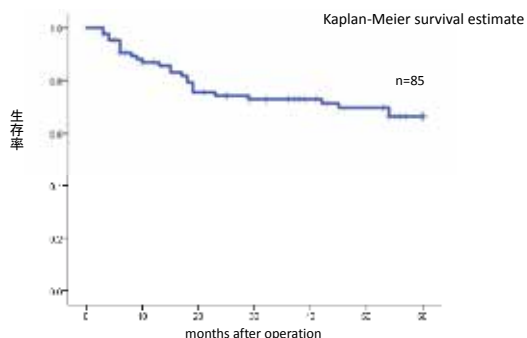
Stage IIIA

(T3a(Du), N0, M0)

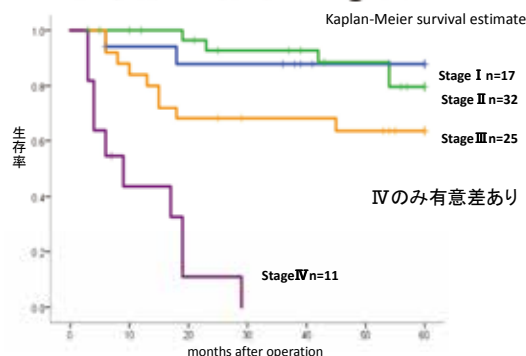
術後4年7ヶ月無再発生存



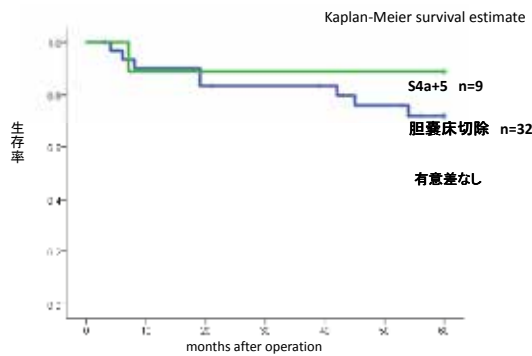
胆嚢癌(全体)生存率(OS)



胆嚢癌生存率(Stage別)



T2胆嚢癌生存率(術式別)



まとめ

- 1 胆嚢癌手術症例87例について検討した
- 2 進行度が高いほど予後は不良であった
- 3 T2胆嚢癌では胆嚢床切除と肝S4a+5切除に予後の差はなかった
- 4 T2の肝外胆管切除に関しては、予防的切除は慎重であるべきである
- 5 進行度の応じてR0を目指した過不足のない手術が望ましい

腹腔鏡下膵体尾部切除

対象

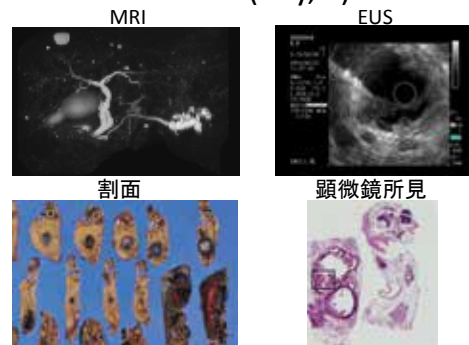
2014年2月より2018年9月の間の6症例に対し、性別、年齢、画像、病理組織診断、腫瘍径、膵切離法、手術時間、出血量、開腹移行の有無、膵液瘻の発生について検討した。

鏡視下膵体尾部切除症例

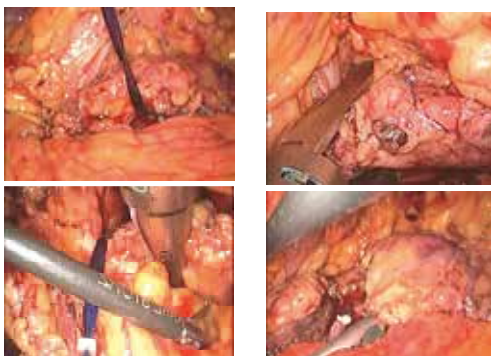
症例	性別/年齢	病理診断	腫瘍径(mm)	脾温存	膵切離法	開腹移行	出血量(ml)	手術時間(m)	POPF
1	F/26	SPN	51x56	+	器械	-	1100	449	B
2	F/62	NET(G1)	35x30	-	器械	-	150	252	B
3	F/54	MCA	60x46	-	手縫い	+	1090	335	-
4	M/69	SCA	60x50	-	器械	+	670	410	B
5	F/74	IPMC	10.5x5.3	-	器械	-	100	308	-
6	M/81	NET(G1)	20x16	-	器械→手縫い	-	245	320	B

SPN: Solid-pseudopapillary neoplasm, NET: Neuroendocrine tumor, MCA: Mucinous cystadenoma, SCA: Serous cystadenoma, IPMC: Intraductal papillary mucinous adenocarcinoma

IPMC(74y, F)



膵切離failure例

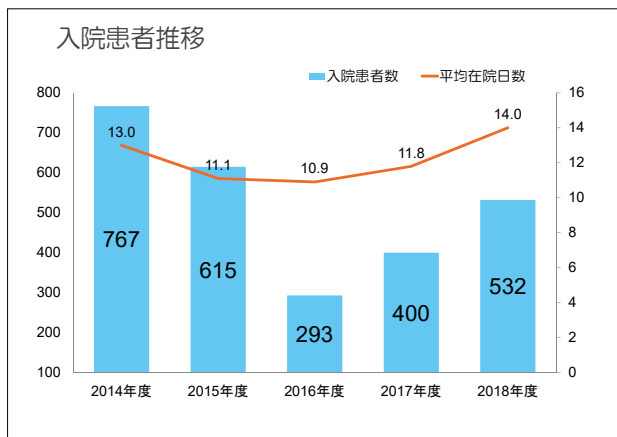
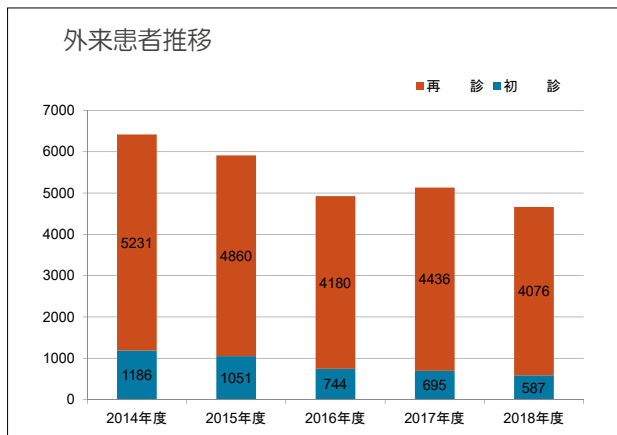


まとめ

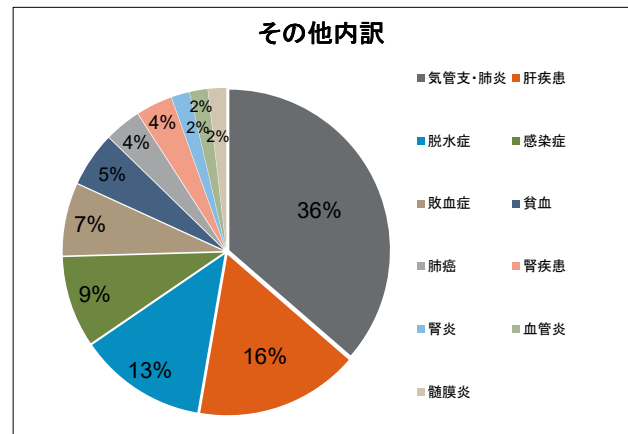
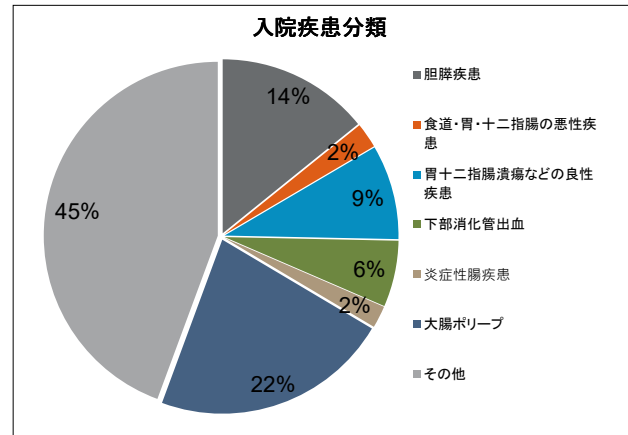
- ・鏡視下胃切除の経験があればLap-Dplは可能と思われた。
- ・膵切離は厚い膵の場合、器械での切離は慎重であるべき。
- ・膵切離を体外で行う場合は、脾動静脈切離後にすべきである。
- ・脾温存では脾動静脈温存は困難でWarshaw法も考慮すべきである。
- ・浸潤性膵管癌も症例によっては適応となりうる。

8月28日に行われました、鹿児島市医師会病院連携施設連絡会において、消化器内科の紹介と現状を報告させていただきました。

2014年度から2018年度までの当科の診療実績を通して現状のご報告をいたしました。



5年前から当科医師の離職が進み、内視鏡治療や救急患者の対応がままならなくなっておりましたが、鹿児島大学消化器内科より派遣をいただき、入院患者数は2017年からは増加してきております。



入院患者の半数は消化器疾患ですが、肺炎などの感染症も比較的多いことが現在の特徴となっております。

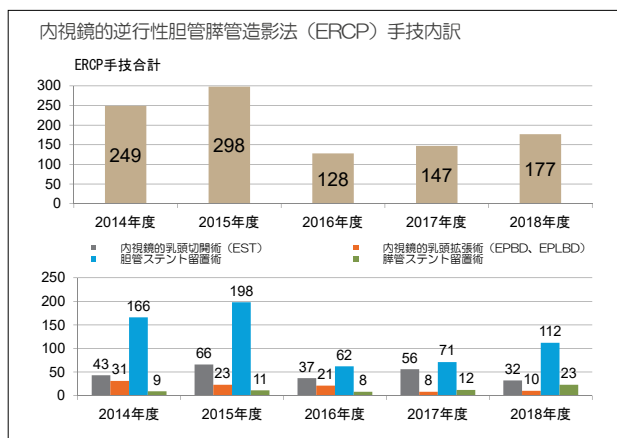
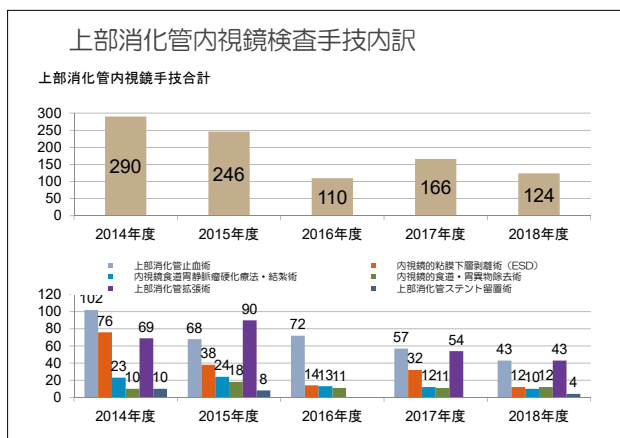
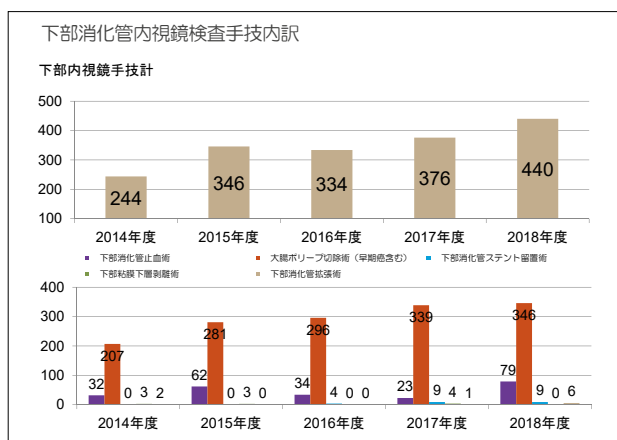
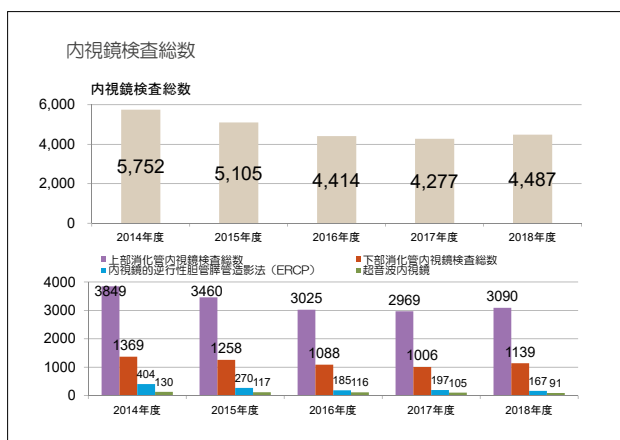
内視鏡検査総数は2016年度から大きな変化はありませんが、上部内視鏡検査、下部内視鏡検査は増加傾向、ERCP、EUSはやや減少傾向であります。しかし、本年度は上下部内視鏡、ERCPともに昨年の同時期より増加しています。

当科医師ひとりひとりの努力により急患のご依頼もお断りすることも少なくなっており、内視鏡検査も増加してきています。

今後もできる限り会員の先生方のニーズに応えられるよう努力していきたいと思っておりますが、昨今の内視鏡に関する医療機器や技術の高度化、またマンパワーの不足によ

り、当院では対応できない検査や治療もあります。その際は高次機能病院に紹介しておりますので、まず、ご相談いただければと思います。

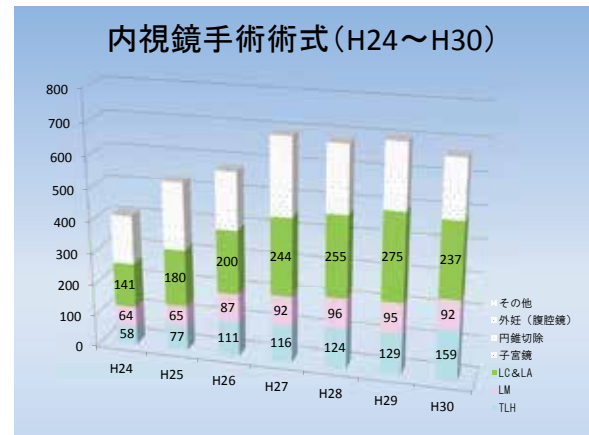
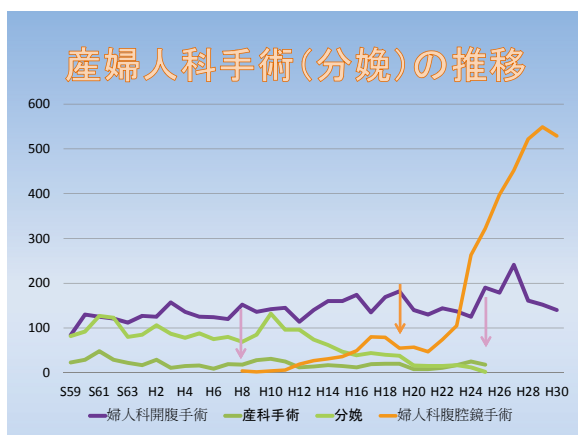
ご迷惑をおかけすることもあると思いますが、今後ともご指導・ご鞭撻の程、何卒よろしくお願いいたします。



日頃から会員の先生方には大変お世話になっております。8月28日に開催しました連携施設連絡会での婦人科の紹介についてご報告いたします。

現在は、大塚、山崎、濱地の医師3人体制で診療を行っています。主に腹腔鏡を中心とした内視鏡手術を行っています。

医師会病院開設からの平成30年までを振り返ってみますと開院当初は婦人科開腹手術と分娩を年間100例前後行っていました。平成8年頃から腹腔鏡手術を行い始めて徐々に件数を増やしてきました。また、開腹手術の件数も増えてきました。平成24年からは腹腔鏡手術が開腹手術を上回り総手術件数も増加いたしました。平成26年には小児科が閉科するに当たって分娩数の減少もみられていたため産科も閉科いたしました。その後は婦人科良性疾患に対する手術を中心に行っています。



内視鏡手術の術式の内訳としては腹腔鏡下の子宮全摘、子宮筋腫核出術、付属器切除、付属器腫瘍核出術が全体の7~8割程度で、そのほかに異所性妊娠手術、子宮鏡による筋腫核出、ポリープ切除術などがあります。

数としては少ないのですが、子宮頸部異形成病変に対する円錐切除術や悪性疾患の子宮癌、卵巣癌に対する手術並びに抗がん剤による化学療法も施行しています。

1週間のスケジュールとしては月、水、金、土曜日の4日間外来を施行し、火、木曜日が手術日となっています。急患の受け入れもスムーズに行え、お断りも極力ないようにしています。今後も開院の先生方のニーズに応え、安心して紹介していただけるよう診療に努めて参ります。ご迷惑をおかけすることもあると思いますが、何とぞよろしくご指導、ご鞭撻のほど、お願いいたします。

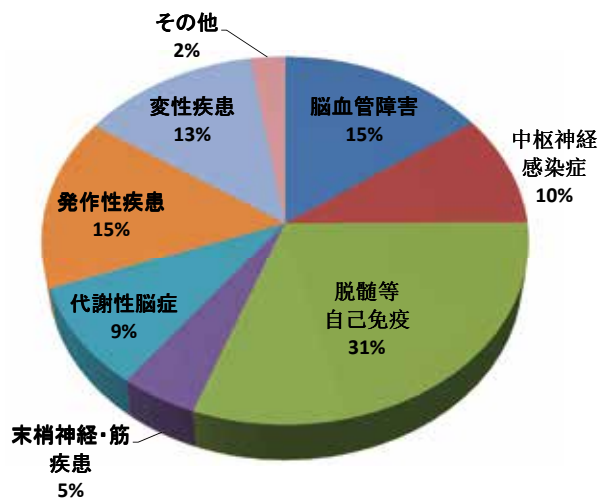
脳神経内科部長 中川 広人

10月に在宅療養支援診療所の先生方と施設連絡会を開催させて頂きました。

その際述べたことをご紹介します。

まず当院脳神経内科が、鹿児島大学病院医局より求められている事として、1) 内科専門医, 神経内科専門医取得 2) 髄膜炎・脳炎等の炎症性疾患の経験 3) 内分泌・代謝性疾患の経験 4) 一般内科の急性期疾患の経験の4つがあるとお話し致しました。また神経疾患の内訳は、

神経疾患の内訳



脱髄等自己免疫31%・脳血管障害15%・発作性疾患15%・変性疾患13%・中枢神経感染症10%・代謝性脳症9%・末梢神経筋疾患5% その他2%です。

当院における脳炎・脳症の309例（1996年～2018年）は、感染性・自己免疫性・代謝性・その他に分けられ、それぞれの症例により多くのことを学ぶ事が出来ました。

当院における脳炎・脳症(1996～2018)

脳炎・脳症(309例)

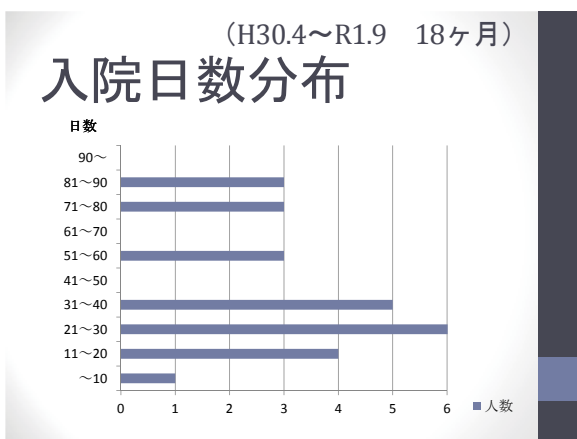
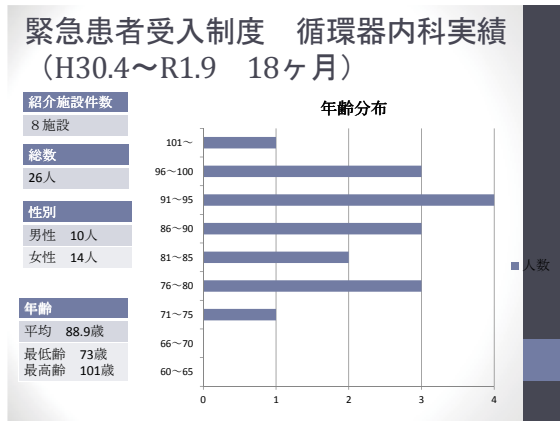


脳炎・脳症診療で大切なこと

1. 患者様の変化に早期に気づくこと
2. 早期に病態を含めた診断をすること
3. 適切な治療を行うこと
4. 後遺症を残さないこと

これらを実践するためには、多職種で一丸となり診療にあたる必要があります。

後方支援登録における緊急患者受入制度において、平成30年4月から令和元年9月までの18ヶ月間に循環器内科へご紹介頂いた患者さんの実績をお示しします。

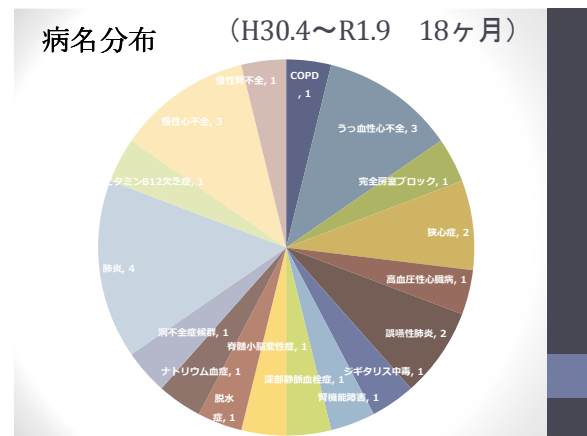


紹介は8施設から26人(男性:10人、女性:14人)、平均年齢は88.9歳(73歳~101歳)でした。年齢の分布としては91歳~95歳にピーク

クが見られました。入院時の受け入れ病棟は高度治療室:8名、当科のフランチャイズである6階病棟:17名でした(その他、5階病棟:1名)。高度治療室への入室基準は特に定められてはいませんが、重症の心不全や肺炎、敗血症など、嚴重な呼吸循環動態の監視が必要と判断した症例を受入しています。これに対して退院時に在籍した病棟は6階病棟:13名、地域包括病棟である7階病棟:12名でした。地域包括病棟からの退院は、退院調整(退院先の施設選択や家庭環境の整備など)が必要であったり、リハビリテーションに時間を要した症例が主となっています。入院日数に関しては入院時の受け入れ病棟による差は認めませんでした(高度治療室:44.3日、6階病棟:42.9日)。

病名一覧 (H30.4~R1.9 18ヶ月)

病名	人数
COPD	1
うっ血性心不全	3
完全房室ブロック	1
狭心症	2
高血圧性心臓病	1
誤嚥性肺炎	2
ジギタリス中毒	1
腎機能障害	1
深部静脈血栓症	1
脊髄小脳変性症	1
脱水症	1
ナトリウム血症	1
洞不全症候群	1
肺炎	4
ビタミンB12欠乏症	1
慢性心不全	3
慢性腎不全	1



主な入院時病名としては循環器系疾患（心不全・不整脈・狭心症）が約40%、肺炎（誤嚥性含む）が約25%でした。

死亡例 (H30.4~R1.9 18ヶ月)

- 肺炎
100歳 女性 入院日数 11日
- COPD
81歳 女性 入院日数 11日
- 心不全→腎不全
92歳 女性 入院日数 71日

死亡例は100歳・女性：肺炎（入院日数：11日）、81歳・女性：慢性閉塞性肺疾患（入院日数：11日）、92歳・女性：心不全（腎不全合併）（入院日数：71日）の3名（12%）でした。

ご紹介患者さんの中から96歳・男性の症例を提示いたします。

【現病歴】 施設入所中の方。X月10日に「いつもよりぼーっとしている」とのことで、当院救急外来へ紹介となった。9月に入ってから徐脈傾向で経過していたとのこと。

【検査所見】 心電図は補充調律≒40/分、完全房室ブロックを認めた。胸部レントゲンでは心胸郭比≒53%、明らかなうっ血像はなし。

【治療方針】 救急外来で完全房室ブロックと診断したが、問診では明らかな失神や心不全などの症状は認めなかった。不整脈の非薬物治療ガイドライン（2011年改訂版）上では房室ブロックに対するペースメーカー適応としてClass II a（症状のない持続性の第3度房室ブロック）であったが、ご家族とも話し合い、高度の認知症があること、高齢であることを考慮してペースメーカー移植術は施行しない方針とした。

【経過①】 保存的加療の方針とし、脈拍数上昇と徐脈による血栓の予防を目的にシロスタゾールの投与を開始した。徐脈によるQT延

長の存在と同薬の強心作用からトルサデポワンの含む心室頻拍を頻回に認め、それに伴う意識レベルの低下も認めた。急死の可能性など説明を行ったところ、ご家族がペースメーカー植込み術を希望された。シロスタゾール投与後は受け答えなどの反応が良くなっている印象があり、脈拍増加によるADLの改善が期待出来るのではと考え、X+1月9日にVDDペースメーカー移植術を施行した。

【ペースメーカー移植術】 当院では鎖骨下静脈穿刺前に同静脈の造影を行っている。高齢の症例の場合、閉塞や高度の蛇行が比較的多い。この症例では左鎖骨下静脈の穿刺には問題を認めなかったが上大静脈への合流部に高度の蛇行が見られ、リードの操作が困難と予想された。サイドチェンジして右鎖骨下静脈を造影後に穿刺、問題なくVDDペースメーカー植込みを終了した。

【経過②】 ペースメーカー移植後も心室頻拍が出現し、シロスタゾールの中止とビソプロロール投与を開始した。その後は不整脈の出現はなかったが、残念ながら目立ったADLの改善は認めなかった。X+2月5日に入所中であった施設へ退院となった。

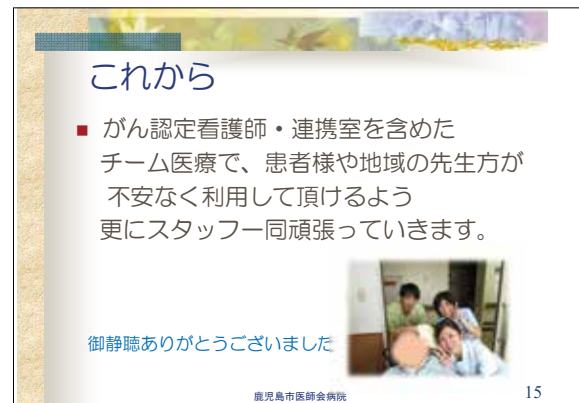
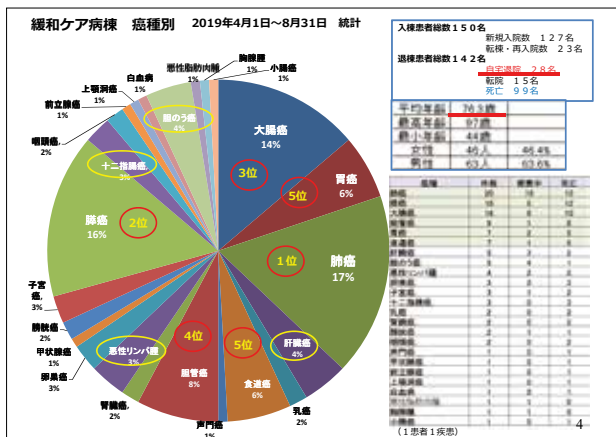
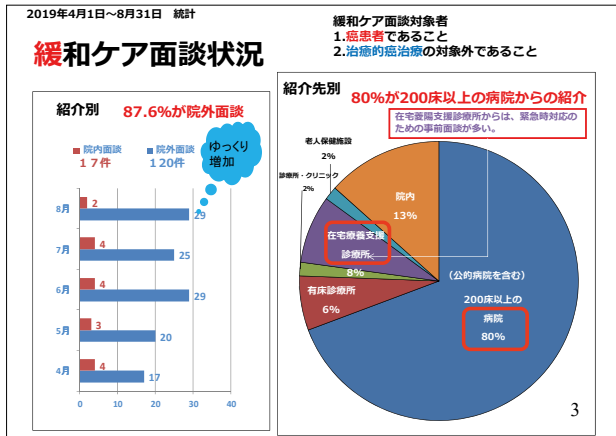
【後日談】 当院退院から3週間後に誤嚥性肺炎で永眠された。

【総括】 ペースメーカーによる不整脈の予防と脈拍数増加によるADLの改善を期待した。振り返ってみれば、心室性不整脈が多発した時点でシロスタゾールの中止という、来た道に戻る選択もあったのではないかと。

医療費が逼迫して来ている昨今、医療資源を大切にしなければならないことはいうまでもありません。かつ病院経営は退つ引きならず、採算的な要求は大きくなっていきます。板挟みな状況の中、会員の皆様からの多数のご紹介が病院経営の支えとなりますので、今後とも何卒よろしくお願い申し上げます。

緩和ケア病床を解説して5年が経ちました。医師会病院の緩和ケア病棟はがんで闘病する人の心に寄り添う事を大切にしているところです。痛みやだるさ・食欲不振など辛い身体症状を緩和する事で、ご本人とご家族の笑顔が見られるように日々頑張っています。

以下は10月在宅療養支援診療所の先生方と施設連絡会を開催させて頂いた時に発表したスライドです。



これからも、鹿児島市医師会病院緩和ケア病棟をよろしくお願い致します。

8階緩和ケア病棟 中堀 恵

今回参加して頂いたご施設より患者様を紹介して頂き、8階緩和ケア病棟は高稼働率を維持しております。緩和ケア面談の後、判定会を経ての受け入れとなりますが、連携室の協力のもと、なるべく患者様をお待たせすることがないように病床の調整をしております。本連絡会では、医師、看護師、社会福祉士の方々と意見交換することにより、お互いの状

況が手に取るように分かり、顔の見える関係を築くことができ、私にとって大変意義ある場となりました。

これからも会員や地域の医療ニーズに応えられるよう多職種で協力し、患者様の痛みなどの苦痛症状を和らげ、患者様、ご家族の心に寄り添った質の高い看護を提供できるように努めてまいります。



【 基本理念 】

患者様の意思と権利を尊重し、会員や地域の医療ニーズに応え、安全で質の高い誠実な医療を提供します。

【 基本方針 】

- 1) 医療を通じて地域社会への貢献
- 2) 救急医療の推進
- 3) 専門性を追求した高度医療の実践と連携の強化
- 4) 予防医学と医療人教育

報告

クリニカルパス検討会の報告

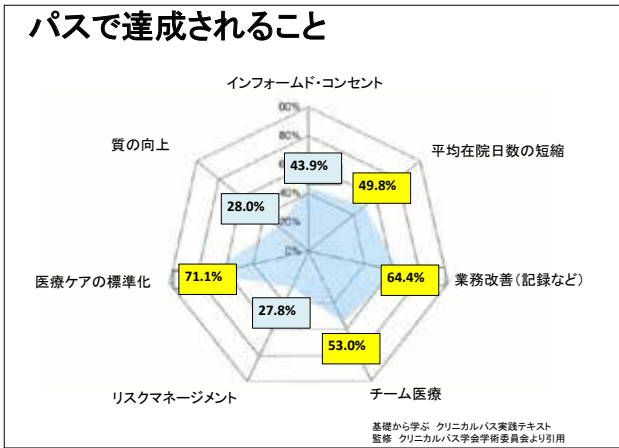
〈講演〉クリニカルパスの現在と未来－改めてパスの意義を見直す－

霧島市立医師会医療センター 外科
門野 潤

クリニカルパスの現在と未来
- 改めてパスの意義を見直す -


霧島市立医師会医療センター 外科
門野 潤



パスの意義

- 1. 標準化**
 - 1) インフォームド・コンセントの有用なツール
... 最善用パスで患者の治療への参加を促す
 - 2) 治療内容の均一化
... 予防的抗菌薬の服用、投与量、タイミング
食事開始時期
検査内容とタイミング
ドレーン抜去時期
MSW介入時期
- 2. 目標管理**
 - 1) アウトカムの設定
 - 2) アウトカムの標準化と概念整理
... BOM (Basic Outcome Master)
- 3. 医療の質向上**
パリアンス (アウトカムが達成されない状態)の評価
原因の究明と改善
パスの見直し、改定



クリニカルパス 今後の役割 その1.

働き方改革問題への活用

達成するには...

- ・アメリカのようなシフト制が必要
- ・主治医制の撤廃とチーム制への移行

↓

治療の均質化
誰が見てもわかる
治療内容、状況の把握



シフト制を実現するには.....

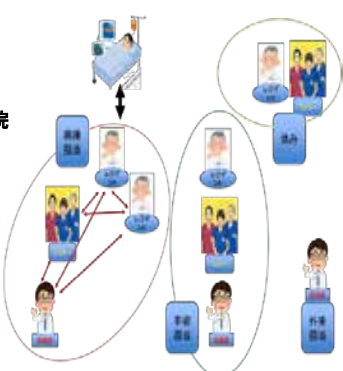
研修医の確保が必須
研修医が魅力的と思う病院

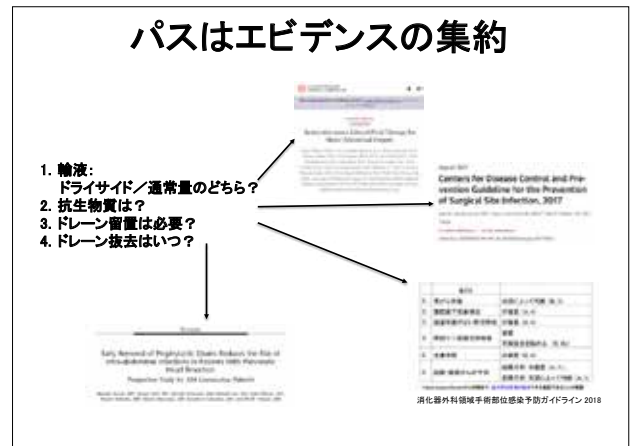
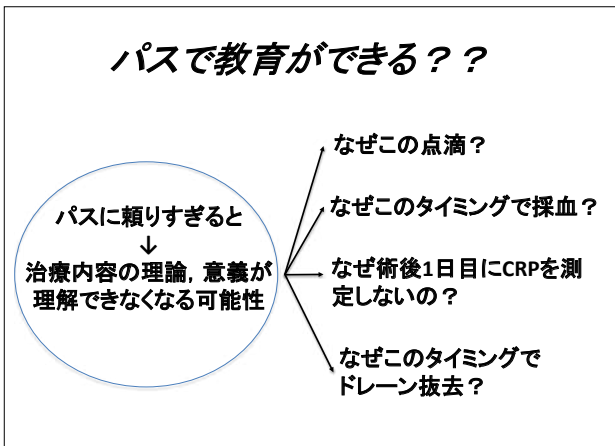
↓

研修医・フェローの**教育**

↓


- ・多数の症例の経験
- ・学会、論文
- ・資格取得 ... etc






クリニカルパス 今後の役割 その2.

**パスは
エビデンスの集約**




パスは教育の有用なツールである



まとめ

1. クリニカルパスは、当初の目的を達成しているが、今後も教育現場での有用なツールとなる
2. 今後の勤務体制の変化にクリニカルパスは必須となる



編集後記

クリニカルパス使用の意義について、パス委員である私達も忘れかけていたのではないのでしょうか？ 今回の門野先生による講演で、アンケート内にスタッフの様々な意見を聞くことが出来ました。医療を取り巻く環境は、政策により大きく変化していきます。しかし安全で質の高い医療を目指す私達は、その変化する環境に振り回されず、適切な医療を提供していかなければなりません。今回の講演内容は、私達にそのヒントを頂きました。

アンケート内容を一部ご紹介します。

(クリニカルパス委員 前畠)

看護部

- ・パスはエビデンスの集約であることを学んだ。
- ・できるだけパスで標準化してもらえるとスタッフの負担が軽減すると強く感じた。
- ・教育にクリニカルパスを使う為には、自身がパスにある科学的根拠を知る必要がある。

診療部

- ・自施設のパス評価をしっかりと行い、バリエーション部分の修正をし、使用できるパスにしていかなければならない。

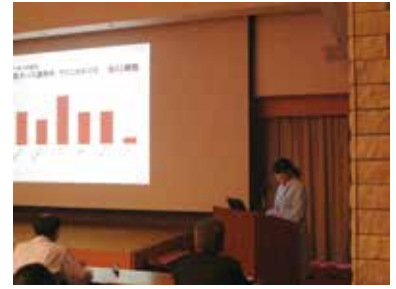
院外参加者

- ・自施設は単科の為のパスの活動があまり認知されておらず停滞しています。単科でも必要な診療や治療は多数あると思っています。今日の発表や講演を自施設での活動の参考にさせていただきたいと思います。

報告

活動内容とクリニカルパス大会報告

6階病棟 川畑 さとみ

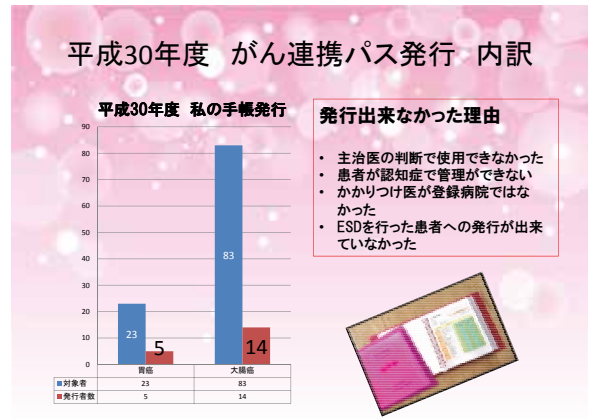
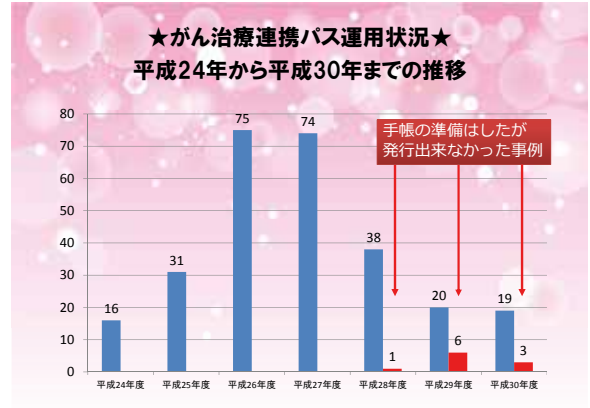


クリニカルパス検討会は、委員長の藤田循環器内科部長待遇を中心に、各部門からの代表メンバーで構成され、現在使用しているクリニカルパスの運用上の問題とバリエーション分析、電子パスへの移行、新規パスの作成などを中心に活動をしています。また、2年に1回、クリニカルパス大会を開催しています。今回は、クリニカルパス検討会の活動内容と10月30日に開催しましたクリニカルパス大会の報告をさせていただきます。

平成29年・30年度パス使用 TOP10

	パス名	平成29年	平成30年
1	婦人科腹腔鏡視下手術	416	442
2	CAG準備	299	314
3	CAG(造影)	262	264
4	CAG(PCI)	92	59
5	鼠径ヘルニア手術	50	45
6	子宮鏡下手術	59	43
7	大腸切除術	46	39
8	腹腔鏡下胆嚢摘出術	74	33
9	乳房切除術	28	32
10	婦人科腹腔鏡視下手術(緊急)	29	20

当院で電子カルテを導入する以前は、約100例近くのクリニカルパスを運用していました。現在は60数例の電子パスを運用しております。昨年のパス使用状況は、婦人科の腹腔鏡下手術が442件、ついで心臓カテーテルの準備パスが312件、造影パス、PCIパスと続いていました。これらのクリニカルパスは、バリエーションをもとに運用上の問題点を抽出し、修正に至っています。主な修正内容は、薬剤の変更、入院日数の変更、疾患の術式に応じた治療内容の変更で、様々な状況に対応可能なクリニカルパスを作成しています。



次に、がん連携パス「私の手帳」の発行状況について報告させていただきます。がん連携パス「私の手帳」は、平成26年度は、約80件発行しておりました。現在は約20件と減少しており、発行に至らなかった一番の理由は、家族患者が希望しなかったということでした。患者家族へ説明する際に活かすことを目的に、私の手帳のメリットについてスタッフへ伝達講習を行いました。がん治療の連携に向けて、一例でも多くの患者様に発行できるよう医師とともに取り組んで参ります。



今回、クリニカルパス大会開催にあたり、霧島市立医師会医療センター副院長、門野潤先生をお招きして「クリニカルパスの現在と未来～改めてパスの意義を見直す～」のテーマで、霧島市立医師会医療センターのクリニカルパスの運用状況と浸透に向けての活動について講演して頂きました。パスを運用していくには、医療の質保証とともに安全の確保は必須であり、治療を基準化させていくためには、経済面も検証していくことが大事であるということをお話され、パスの見直しをする上での修正に向けた方向性を示唆していただきました。クリニカルパスは、エビデンスに基づいたものであり、統一した治療やケアを行うことで、医療が標準化され、質の高い医療を提供できるメリットがあります。同時に、インフォームドコンセントの充実と新人スタッフや患者様への教育のツールにもなります。結果的に在院日数の短縮や医療削減など、病院経営も改善されます。パスを充実させることで、入院中の経過や治療内容がわかり、安心して安全な質の高い医療を受けることに繋がります。今後は地域との連携も視野に様々な状況に対応できるクリニカルパスを作成に取り組んでいきたいと考えます。



新規パス紹介

ループレコーダー挿入及び抜去術パス

6階病棟 看護師 泊 皓樹

当院では2004年よりクリニカルパスの運用を始め、現在約60個のクリニカルパスを使用しています。日々進歩する医療に合わせ、クリニカルパスの目的である医療の標準化・質の向上のため常に新規パスを作成する必要があります。今回、植え込み型心電図モニター（以下ループレコーダー）の挿入及び抜去術パスを作成したため報告をさせていただきます。

ループレコーダーとは

・ 植え込み型心電図モニターで全長5cm程の小さな機器で最長3年間、心臓を24時間モニタリングし、不整脈発生時の心電図を記録する。記録された心電図は症状が心臓の病気に由来するものか、心臓以外に原因があるのかを判断する上で貴重なデータとなる。

・ 形状は小さなスティック状をしています。胸の皮膚を1cmほど切開し、機器を皮下に挿入して使用します。手術時間は30分程度と短い時間で終了する。



※ループレコーダーは2社より販売



ループレコーダーとは植込み型の心電図モニターで、全長5cm、幅8mmほどの小さな器械で、左胸部の皮下に植え込み最長3年間心臓のモニタリングを行うことができます。心電図の記録は、不整脈の発生時に自動で記録を行い、遠隔モニタリングシステムにより専用のサーバーにデータが送られてきます。そのデータで症状が心臓由来の病気なのか心臓以外の病気なのかを判断するのに貴重なデータとなります。

ループレコーダー挿入の適応は、原因不明の失神と潜因性脳梗塞です。潜因性脳梗塞と

は塞栓源が明らかになっている脳梗塞以外の原因不明の脳梗塞の事を言い、その頻度は16～39%と言われております。大半は塞栓源が不明の脳梗塞と考えられ、塞栓源疾患としては、潜在性心房細動が注目されています。心房細動が存在する場合、再発のリスクが高く、発症する脳梗塞は重症であるという報告があります。心房細動が検出されていなくても再発予防は、抗血小板療法が推奨されており、ループレコーダーによる長期的なモニタリングと遠隔モニタリングにより、心房細動を早期に診断することで、有効な再発予防の実施が可能となります。

クリニカルパスは挿入術が2泊3日、抜去術が3泊4日と短期間のクリニカルパスです。挿入術では短い期間に生活上での注意点や機器の操作方法を指導しなくてはならないため、術当日より指導が出来るように設定しました。

当院では現在まで4名の患者さんにループレコーダーの植込みを行い、いずれも循環器内科の患者さんで失神の精査でした。潜因性脳梗塞の患者さんにも適応があるため今後は脳神経内科の患者さんにも適応されていくのではないかと考えています。今後も医療の進歩に合わせクリニカルパスの作成や改訂を行いたいと思います。

新規パス紹介

緩和ケアクリニカルパス







8階病棟 川原 由美子

緩和ケア病棟は今年で開設6年が経過しました。開設当初は症状緩和をしながら看取りとなるケースや、外泊・退院を目標にしながらも体調の変化からなかなか機会をつかめず長期間の入院を経て看取りとなるケースも多くありました。最近では症状コントロールで体調が安定し、転院や自宅退院をされる患者も徐々に増えています。限られた時間をどのように過ごしていくか、患者の病状や家族背景などを考慮し、適切な時期に支援を行って

いく必要があります。そこで今回、入院中の症状コントロール、退院支援に焦点を当てた緩和ケアパスを作成することとなりました。

入院中は、定期的な病状評価を取り入れ必要な処置を検討します。また、その人らしい過ごし方を患者・家族と共に考えながら意思決定支援を行います。パスを活用しながら症状コントロールにより苦痛の軽減を図り、患者・家族の気持ちに寄り添いながら統一した看護・支援を提供していきたいと思ひます。

仮：緩和ケアパス(スタッフ用作成中)

日 時	入院日	~3日目	4~7日目	8~13日目	14~20日目	21~退院日
予 定	医師回診(月~金)					
達成目標	入院について理解できる	苦痛の状態を知らせることができる	苦痛の症状コントロールが図れ、穏やかに過ごす事ができる		退院に向けて不安なく過ごせる 退院の準備ができる 苦痛の症状コントロールが図れ、穏やかに過ごす事ができる	退院できる
検査・処置	<ul style="list-style-type: none"> □主病名入力 □入院時IC □入院時指示 □入院診療計画書 □食事オーダー □採血・レントゲンオーダー □リハビリオーダー 	 <p>採血、レントゲン、CT撮影等は必要時行います</p>	病状説明		病状評価 ・い復 ・食事量 ・睡眠 ・精神状態・せん妄	病状評価 ・い復 ・食事量 ・睡眠 ・精神状態・せん妄
麻薬(注射・内服)	<ul style="list-style-type: none"> □麻薬(注射、内服)指示・処方 □点滴指示・処方 □持参薬指示・処方 □血糖測定・インスリン指示 □DNAR確認 □赤付箋入力 	症状コントロール評価 身体のきつさを軽減出来るよう必要な薬や点滴の処方、処置を行います。	症状コントロール評価		症状コントロール評価	症状コントロール評価
内服	 <p>持参された薬は全て看護師が預かり整理へ</p>	内服薬は医師の指示のもと病状に応じて服用する。	内服調整 ・減量かSKIPを検討 ・飲めない時は中止		内服調整 ・減量かSKIPを検討 ・飲めない時は中止	内服調整 ・減量かSKIPを検討 ・飲めない時は中止
退院支援	<ul style="list-style-type: none"> □患者・および家族面談 □第一段階スクリーニング入力 □介護保険証の確認・区分変更検討 □ケアマネージャー・事業所の確認 □在宅医・かかりつけ医の確認 □訪問看護の必要性の確認 		<ul style="list-style-type: none"> □第二段階スクリーニング入力 □介護支援連携指導カンファレンス(初回カンファレンス) □退院支援カンファレンス(1週間以内) □退院療養計画書作成・署名(中間) □患者・家族希望の療養先を確認 		<ul style="list-style-type: none"> □第三段階スクリーニング入力 ~以下は必要時~ □看護サマリー作成 □コスモシート評価 □看取りの説明 	<ul style="list-style-type: none"> □介護支援連携指導カンファレンス(退院前カンファレンス) □退院療養計画書作成・署名
患者・家族の意向	本人へ告知(有・無) 家族へ告知(有・無)	心配なことがある際は、臨床心理士も対応できることを説明する。	療養先、最期の場所の希望確認 本人: 家族:		試験外泊	
食事・点滴	 <p>制限はありません</p>	差し入れ等、持ち込み可であることを伝え、冷蔵庫の説明を行う。	 <p>食事内容については栄養士に相談し、必要時介人を依頼する。また、食事が摂れない際は医師へ報告し点滴を検討する。間食のアイス、ゼリーが提供できることを伝える。かき氷やコーヒー、紅茶なども提供できることを伝える。</p>			
清潔・排泄	 <p>制限はありません</p>	病状に合わせて援助を行う。				

*病状に応じて、予定は変更になる場合があります。ご不明な点がありましたら、ご相談ください。
鹿児島市医師会病院 8階病棟

鹿児島市医師会病院 週間診療案内

〔診療に従事する医師の診療日と診療時間〕

診療科		月	火	水	木	金	土
一般内科		担当医	担当医	担当医	担当医	担当医	担当医
消化器内科		山口 淳正	美園 俊明	美園 俊明	美園 俊明		
循環器内科		鳥居 博行 山口 剛司			鳥居 博行 山口 剛司		
脳神経内科		園田 健	中川 広人	園田 健 中川 広人		園田 健	
外科			大迫 政彦 田畑 峯雄 〔手術日〕	〔手術日〕	石崎 直樹 田畑 峯雄 〔手術日〕	〔手術日〕	大迫 政彦 石崎 直樹 } 隔週 渡邊 大樹 } 交代
婦人科		大塚 博文 濱地 勝弘	〔手術日〕	山崎 英樹 濱地 勝弘	〔手術日〕	大塚 博文	山崎 英樹
ペインクリニック内科 漢方外来		園田 拓郎	園田 拓郎		園田 拓郎	園田 拓郎	園田 拓郎
緩和ケア外来 (下記参照)			馬見塚 勝郎			馬見塚 勝郎	
特殊 外来	糖尿病・内分泌外来			毎週 (午前・午後)		毎週 (午前・糖尿病 病外来のみ)	
	セカンドオピニオン	自由診療：原則 月曜日～金曜日(午後)・土曜日(午前)					要予約：医療連携・相談室

令和2年1月1日現在

- ◆外来診療受付時間 月曜日～土曜日 8：30～11：00
 - ◆外来診療時間 月曜日～金曜日 8：30～17：00、土曜日 8：30～12：00
 - ◆ペインクリニック内科・漢方外来（完全予約制）の月・木曜日については午後2時から午後4時まで、土曜日については事前にお問い合わせください。
 - ◆緩和ケア外来、緩和ケア面談（完全予約制）
 - ※緩和ケア外来受診は、緩和ケア面談を終了された方が対象となります。
 - ※連絡先：医療連携・相談室（内線：099 - 254 - 1121）
 - ◆特殊外来……初診は予約制の為、必ず事前に電話にて予約が必要です。
 - （初診予約制）連絡先：総合外来（内線：223・227）
 - 糖尿病外来…内分泌外来担当医 水曜日（午前・午後） 橋口 裕（鹿児島大学病院）
 - 糖尿病外来担当医 金曜日（午前） 植村 和代（鹿児島大学病院）
- ※診療担当医については変更となる場合がありますことをご了承ください。

※診療日以外・受付時間外のご紹介については、必ず事前に電話連絡をお願いいたします。

鹿児島市医師会病院 TEL 099-254-1125

医療連携・相談室直通 TEL 099-254-1121

アクセスのご案内



車でのアクセス

鹿児島空港から 車で60分
 鹿児島ICから 車で15分
 鹿児島中央駅から 車で15分
 天文館から 車で15分

駐車場あり



バスでのアクセス

【県庁前】バス停下車/徒歩 1分

（路線・時刻はお問い合わせください。）

鹿児島市交通局 ☎099-257-2111
 鹿児島交通㈱ ☎099-247-2333
 南国交通㈱ ☎099-255-2141



鹿児島市電をご利用の場合

【郡元】電車下車/徒歩10分

鹿児島市医師会病院 連携室だより No.35
 創刊日：平成17年8月10日
 発行月：令和2年1月
 発行者：〒890-0064 鹿児島市鴨池新町7番1号
 鹿児島市医師会病院 院長 園田 健
 担当：医療連携・相談室
 TEL：099-254-1125（代表）
 FAX：099-254-1308（医療連携・相談室）
 ホームページ：http://city.kagoshima.med.or.jp/kasiihp
 ご意見などございましたら、お気軽にご連絡ください。