つなぎ

47
2015年夏号
平成27年7月発行
第12巻第7号
（通巻47号）

地域医療を考えるペガサス情報誌

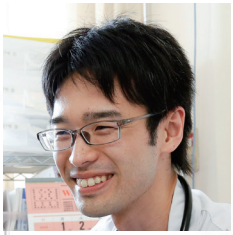
Special

診療科の垣根を越えて。

どこまで患者さまを中心にした医療を提供できるか。

Pegasus Tsubasa

馬場記念病院を訪れる患者さまの多くは、
複数の疾患を抱えている。
とくに高齢になると、高血圧や糖尿病といった
慢性疾患を持ちながら、
なおかつ脳血管障害、循環器疾患、
消化器疾患などの急性疾患を
同じ時期に発症することも少なくない。
こうした患者さまを総合的に診療するには、
各診療科の垣根を越えた協力が



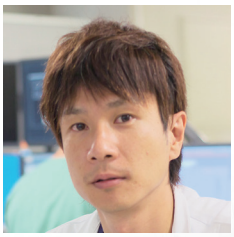
循環器科
中西 弘毅

循環器科・部長
山下 啓

脳神経外科
長岡 慎太郎

副院長
脳神経外科・部長
魏 秀復

何よりも大切である。
馬場記念病院では、
常に患者さまを真ん中に据えて、
複数の疾患を抱える場合は、
疾患の緊急度に応じて
治療の優先順位を決め、
各科の医師や看護師、コメディカルスタッフが
見事な連携プレイを発揮している。
今回は心原性脳梗塞に対する、
脳神経外科と循環器科の連携を
一つの事例として、
緊密な院内連携体制をレポートする。



医療機器管理部・リーダー
坂本 好成

看護部・北館4階病棟
永井 新一郎

看護部・SCU副主任
藤木 順子

看護部・北館4階病棟主任
成田 志保

Special

脳神経外科と循環器科がタッグを組む。

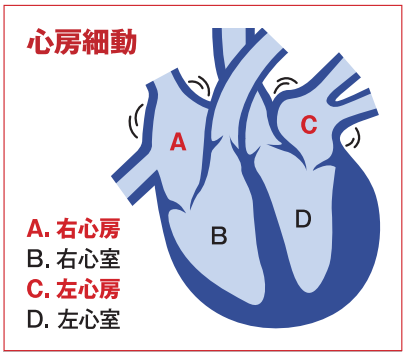
脳と心臓は関係ない臓器のように思われがちだが、実は同じ血管の病気というところで密接な関わりを持つ。平成26年秋、馬場記念病院に救急搬送されてきた60代の男性Aさんも、「脳梗塞」と「心房細動」という二つの病気を持っていた。Aさんは約1カ月間の入院期間に、脳神経外科と循環器科の両科の治療を受けて無事に退院した。そのプロセスを通じて、馬場記念病院の院内連携の仕組みを紐解いていく。

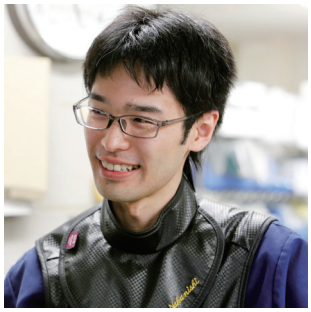
脳神経外科から循環器科の医師へ。

「一昨日、脳梗塞で救急搬送されてきた患者さまなんですが、t-PA療法は無事に終わりました。でも、搬送時から発作的に心房細動になったり、正常な脈に戻ったりを繰り返しています。心機能もかなり落ちているようです。診てもらえませんか」。

平成26年9月、こんな電話が、脳神経外科の長岡慎太郎医師から、循環器科の中西弘毅医師へかかってきた。「わかりました。すぐにカルテを見てみましょう」。快く引き受けた中西医師。電子カルテで、心房細動があり、左心室の機能が正常の3分の1くらいに落ちていることを確認した。

心房細動は右のイラストのように、心臓の四つの部屋のうち、上二つの部屋(右心房・左心





心房細動は、脳梗塞に直結する病気。カテーテルを用いたアブレーション治療で根治をめざす。

ガラスの向こう側（心臓カテーテル治療室）で、アブレーション治療が行われている。
手前の操作室では、臨床工学技士が患者さまの心内電位の変化に目を光らせる。

房）が痙攣するように小刻みに震え、規則正しい脈拍が打てなくなる。この病気そのものは命に別状ないが、注意すべきは血栓（血の塊）ができやすくなること。その血栓が脳に流れついて、脳梗塞を引き起こすことがあるのだ。現在、脳梗塞の3割は心房細動を原因とする「心原性脳梗塞」といわれている。

脳梗塞の治療が無事に済んでも、心房細動を抱えている限り、すぐにもまた脳梗塞を再発するリスクは高い。そのため、心房細動に対する根本的な治療として、馬場記念病院では、アブレーション治療を積極的に行っている。Aさんについても、適応条件が合えば、アブレーション治療が適しているだろう。中西医師は、電子カルテの情報からそんなことを想定していた。

SCUから北館4階病棟へ。

中西医師との電話を終えた長岡医師は、Aさんとご家族に説明をした上、看護師に転棟を指示した。Aさんは、北館2階A病棟のSCU（脳卒中集中治療室）から、北館4階病棟（内科・循環器科・脳神経外科・形成外科の混合病棟）へ移り、循環器科の診療を受けることになった。

北館4階病棟でAさんを出迎えたのは、永井新一郎看護師である。永井はSCUからの申し送りを受けて、Aさんの麻痺レベルを確認しつつ、心電図モニターで心電図の波形や脈拍数に目を光らせた。北館4階病棟は混合病棟だが、最近は脳梗塞の治療後、循環器科の治療を受けるために転棟してくる患者さまが増えている。「患者さまは超急性期の治療を終え、脳梗塞の麻痺が落ち着いてから転棟されるわけですが、ごく稀に、ここに移ってから麻痺

操作室で必要なデータを確認する医師、スタッフたち。

が悪化することもあり、油断はできません。意識・呼吸・体温・血圧はもちろん、何気ない患者さまの言葉や動きなど、小さな変化も見逃さないように注意深く観察しています」と永井は表情を引き締める。もちろん、主治医の長岡医師も毎日のようにAさんのベッドサイドを訪れ、変わりがないことを確認した。

脳梗塞治療がひと段落した頃、中西医師はAさんとご家族（奥さんと娘さん）に、検査方法や治療法を詳しく説明した。心房細動の治療法には、アブレーションと薬物療法がある。アブレーションの方が効果は高いが、体への負担も大きい。どちらを選ぶべきか。少し考えてから、Aさんは「アブレーション治療をお願いします」ときっぱり。突然、体が麻痺する恐怖を体験したAさん、「心房細動を治し、脳梗塞の再発リスクを少しでも減らしたい」という、強い思いが決意を促したのである。

心房細動を評価するための主な検査は二つ。一つは、食道側から左心房を観察し、残存血栓の有無を観察する経食道心エコー。もう一つは、心臓に栄養を与える冠状動脈や心臓の筋肉などを調べる心臓CTである。これらの検査の結果、Aさんは、残存血栓はなく、冠動脈疾患もない。脈が速くなる頻脈性（ひんみゃくせい）の心房細動により心臓の筋肉がダメージを受け、その結果、心機能（全身に血液を送る力）が落ちていると、中西医師は診断。心臓の大きさなど、いくつかの条件を慎重にチェックし、アブレーション治療の適応を決断した。

「患者さまの日々の変化を見落とさない」ことが、永井看護師のモットー。

安全性を確保した最先端のアブレーション治療。

アブレーションの施行日が決まると、中西医師は長岡医師に連絡。「よろしくお願いします」という言葉を受け取り、治療に臨んだ。

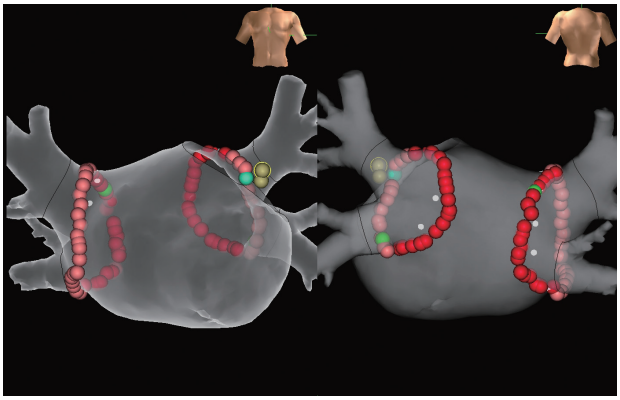
当日、午前8時40分。心臓

Eye's of Pegasus
アブレーション治療の進化

カテーテルを肺動脈に挿入し、不整脈の原因となる心筋組織を焼くアブレーション治療。この治療が日本に導入されたのは1980年代。その後、1994年（平成6年）にはアブレーション治療が保険適応となり、全国的に広まっていった。

心房細動のアブレーションが始まったのは、1998年（平成10年）以降。心房細動の原因が、左心房に付着する肺静脈から発生することが判明し、肺静脈を電気的に隔離するアブレーションが考案され、急速に普及していった。その普及の背景には、カテーテルをはじめとしたデバイスの進歩や、3次元マッピングシステムを用いた画像解析技術の発展があることは間違いない。

施術の安全性・確実性が高まったことで、心房細動アブレーションの症例数は年々増加。現在も日進月歩で技術革新が進んでいる。アブレーション治療は心房細動の根治療法だが、一度の治療で発作がなくなるわけではない。2回目、3回目の治療を行うことで、より確実に心房細動の発作を抑え込むことができる。


3次元マッピングシステムの画像例

アブレーション治療では必ず、循環器科部長の山下医師が陣頭指揮をとる。「山下先生には絶大な信頼を寄せています」と、臨床工学技士の坂本。

カテーテル検査室に集まったのは、中西医師をはじめとした循環器科の医師3名、臨床工学技士3名、看護師2名、診療放射線技師1名の合計9名。続いて、Aさんの入室。心電図の装着、局所麻酔、鎮静剤などの準備を経て、いよいよ治療開始。医師2名がそれぞれ、足のつけ根の大腿静脈、左鎖骨下の静脈からカテーテル（太さ2㎜ほどの管）を挿入し、心臓まで進めていく。カテーテルが心臓に到達すると、いよいよ心房細動の原因となる左心房と肺静脈の接合部をめざしていく。部屋の空気はピリピリした緊張感につつまれ、医師たちは食い入るようにX線透視モニターを見つめる。2名の医師が慎重に操作しているところに、循環器科部長の山下 啓医師が「カテーテルを保持しながら、もう少し奥へ」など、細かいアドバイスを与えていった。

肺静脈の接合部まで辿りつくと、カテーテルの先端から高周波電流を流して、組織細胞を壊死（えし）させる。この緻密な手技において重要な役割を果たすのが、3次元マッピングシステムだ。これは、心臓の立体的なマップ（地図）を表示し、カテーテルの位置をリアルタイムで示す装置である。

3次元マッピングシステムを操作する臨床工学技士は、カテーテルの先端位置を確認しながら、「もうちょっと右の下までカテーテルを移動してくれませんか」など、医師との細かいやり取りを繰り返していく。〈気づいたことはどんどん言ってほしい〉というのが山下医師の方針。「患者さまの安全を第一に考え、小さなことでも遠慮なく声をかけて、先生の手技をサポートしています」と医療機器管理部（ME部）・リーダーの坂本好成は言う。さらに、施術の安全性を高めるために、食道温度センサーも採用されている。アブレーション治療では少しカテーテルの位置がずれるだけで、左心房の裏側にある食道を傷つけてしまう。そういうことが決して起きないように、食道の温度を医師と看護師が

高精度なアブレーションを支える臨床工学技士の存在

3次元マッピングシステムをはじめ、心内電位記録装置、不整脈解析装置、心筋焼灼装置、心エコー装置など、多様な医療機器を使用するアブレーション治療。それら装置の管理や操作を一手に引き受けているのが、臨床工学技士である。馬場記念病院の医療機器管理部（ME部）では、主にアブレーションを担当する臨床工学技士が3名おり、知識と技術の高度化を推進している。

また、循環器科の医師と臨床工学技士による勉強会も頻繁に開催している。とくに難しい症例だった日は、治療の後で全員が集まり、患者さまの心内電位を振り返り、より良い治療に繋げている。さらに学会や院外研修への参加の機会も多く設け、アブレーションチームの技術向上をめざしている。

チェックしているのだ。

胸の違和感がとれて、長年の悩みだった息切れも解消。

二重三重のチェック体制に守られ、アブレーション治療は滞りなく進行。左心房と肺静脈が完全に隔離されると、心臓のリズミカルな拍動が、心電図に示された。張り詰めた空気が一気に和らぎ、スタッフたちはアイコンタクトを交わして、治療の成功を確認し合った。施術時間は、約2時間30分だった。

カテーテル挿入部位を圧迫止血しているため、それから6時間はベッドの上で安静にしなくてはならない。看護師の永井はAさんの腰痛に配慮しつつ、心電図の変化や出血に神経をとがらせた。翌朝一番に、Aさんの元を訪れた中西医師。「どうですか」と声をかけると、Aさんは笑みを返した。「胸の違和感がなくなりました。長年、息切れを感じていたんですが、それもなくなり、すごく楽になりました」。

それから10日間ほどで、Aさんは退院。退院時には中西医師から長岡医師に電話連絡。短いやり取りだが、患者さまの回復を喜び合った。Aさんは、わずか1カ月前の救急搬送が嘘のように元気を取り戻していた。「脳梗塞が治り、脳梗塞の再発予防の治療までしていただき、本当にありがとうございました」とAさん。この調子なら、早い時期に仕事にも復帰できる。これからの生活への夢が大きく広がっていくようだった。

北館4階病棟のスタッフステーションでは、患者さまの心電図を注意深くモニタリングしている。

突然、ろれつが回らず、右腕に力が入らない。救急車で馬場記念病院へ。

では、時計を巻き戻して、Aさんの最初の治療、脳梗塞に対するt-PA療法について振り返っていこう。Aさんの救急搬送時の主な症状は、右上肢の麻痺と構音障害(こうおんしょうがい：発音が正しくできない症状)。救急隊からの脳卒中ホットライン(救急隊の電話を馬場記念病院・脳神経外科の医師が直接受けるシステム)を受けた脳神経外科の長岡医師は即座に、SCUの看護師にt-PA療法の準備を指示した。

Aさんがストレッチャーで救急外来に運び込まれると、長岡医師はすばやく脳卒中の神経症状を評価した後、脳の血流を調べるCTP(CTパーフュージョン評価)を行った。検査の結果は、とくに異常なし。しかし、症状から見て、急性期の脳梗塞であることは疑いようがない。脳梗塞は、脳の血管が詰まり、脳組織が酸素欠乏や栄養不足に陥り、その部位の脳組織が壊死してしまう病気。その先には生命の危機が待つ。「CT検査で異常がなくて

循環器科部長から

迅速なコミュニケーションが、院内連携の鍵を握る。

馬場記念病院
循環器科部長
山下 啓

アブレーション治療の有効性が院内で周知されるようになり、脳神経外科との連携も年々深まってきたように思います。脳神経外科から紹介を受けた心原性脳梗塞の患者さまの治療で、とくに注意しているのは脳の出血です。アブレーションをするには、血液をさらさらにする薬を飲みますが、その薬が引き金となって、脳内で出血を起こさないように、抗凝固薬の選択や投与量、治療のタイミングを慎重に判断しています。

私が院内連携で心がけているのは、一言で言えば、〈迅速性〉ですね。当院は救急病院ですから、突発的に発症した脳梗塞や、心筋梗塞の患者さまが来られます。そうした患者さまに対し、診療科同士が迅速に情報共有し、最善の治療を提供していくことが必要です。スピード感を阻むものとして、よくあるのは診療科間の壁ですが、当院にはそれがまったくありません。異なる診療科がお互いの治療を尊重し合い、密にコミュニケーションを取れる風土が根づいています。そのベースがあるからこそ、患者さまにt-PAとアブレーションという、二つの先進的な医療をスムーズに提供できているのだと思います。

脳卒中センターでは、脳血管疾患の疑いのある救急患者さまを24時間受け入れ、先進的な高度医療を提供している。

脳神経外科の総回診。患者さまの病状を評価し、治療方針を確認していく。t-PA療法を受けた後、退院に向けてリハビリテーションに取り組む患者さまも多い。

も、CT画像に映っていない細い血管が詰まっていることはよくあります。幸い、この方の場合、CTA（CTアンギオグラフィ）で内頸動脈や中大脳動脈といった脳内主幹動脈の閉塞はなかったので、t-PA療法で効果が期待できると判断しました」と、長岡医師は振り返る。

t-PA療法は、SCUの総力戦。

t-PA療法は、血栓溶解薬を静脈内に投与する治療法で、発症4.5時間以内がタイムリミットとなる。長岡医師が血液検査のデータ、既往歴など、禁忌事項（投与できない条件）を細かくチェックしている間に、SCUでは着々と患者さまの受け入れ準備が行われていた。寝たままで体重を測定できる体重計つきベッド、t-PA薬剤、シリンジポンプ（薬剤を充填した注射器をセットし、薬剤を持続的に微量注入する機器）、尿道カテーテルなどが次々と用意された。

Aさんが SCUに運ばれてくると、看護師が一斉にAさんを取り囲んだ。「これから体重を測るので、服を脱がせてもらいますね」と声をかけながら、服を脱がせ、バスタオルをかける。計測した者が大きな声で「体重は60kgです」と報告。長岡医師が薬剤の量を指示。薬剤担当の看護師が薬剤を注射器に入れて長岡医師へ。腕の静脈から必要量の10分の1を静脈注射し、残りを点滴（静脈内投与）していく手筈となる。ここまでの所用時間は、わずか十数分だった。血流の滞った脳組織を救うには、一刻の猶予もならない。S

ワルファリンに代わる新・経口抗凝固薬NOACについて

心原性脳梗塞の予防には、血液をさらさらにする薬を継続的に服用する必要がある。従来、その薬の代表はワルファリンだったが、近年、それに代わる新・経口抗凝固薬（NOAC）が数種類、登場している。ワルファリンは、服用する前に血液検査をして投与量を決めなくてはならないが、NOACはその必要がないなど、利点も多い。

馬場記念病院では、それぞれの薬の効果を充分に見定め、有効かつ安全な抗凝固療法に努めている。

TOSHIBA

アブレーション治療の様子。X線透視モニターを見つめる循環器科の医師と臨床工学技士。
「多職種間のチームプレイが重要。みんなが同じ方向をめざし全力を出しています」と、中西医師。

CU副主任・藤木順子看護師（脳卒中看護・ペガサス認定看護師※）は「とにかく早く早く、ですね。いつもマンパワーを結集して、あうんの呼吸で協力し合います」と話す。静脈の血流に乗ったt-PAは、全身を巡り、脳の血管に詰まった血栓を溶かしていく。約1時間のt-PA投与が終わり、しばらくすると、Aさんは劇的な回復を遂げていった。右顔面の麻痺、右上肢の脱力がほぼ消失していたのだ。祈るような思いで治療終了を待ちわびていた奥さんがベッドサイドに駆け寄ると、Aさんは笑顔で応えた。「お父さん、大丈夫？」という声かけに、「あぁ」という返事。若干しゃべりにくさが残ったことと、指の動きが悪いことを除けば、以前とまったく変わらないAさんがそこにいた。奥さんは安堵感から、そっと目頭を押さえていた。

※ペガサス認定看護師は、社会医療法人ペガサス認定看護師評価・認定委員会で適任と認められた者に与えられる資格。現在、救急看護、脳卒中看護、急性期看護、回復期看護、医療安全、感染管理、訪問看護など合計7領域において、ペガサス認定看護師が育っている。

患者さまの術後の経過を確認し合う、脳神経外科のカンファレンス。
長岡医師は「豊富な症例を通じて、日々勉強しています」と話す。

患者さま第一に、異なる診療科の医師が連携する。

通常の脳梗塞であれば、Aさんは北館2階B病棟（脳神経外科）に移り、治療とリハビリテーションを続けて、退院をめざしていく。しかしAさんの場合、心房細動を抱えていた。そのため、冒頭で紹介したように、長岡医師は中西医師にコンサルト（相談）したのである。

馬場記念病院では、異なる診療科の医師同士が気軽にコンサルトし合う体制を取っている。各診療科では、他科からのコンサルトを受ける医師の当番を決めており、何か困ったことがあれば、電話などで当番医師に相談することができる。長岡医師が電話連絡した中西医師は、ちょうどその日の当番だったのだ。

長岡医師は「循環器科の先生は皆さん、気軽にコンサルトできます。たとえば、心電図に変化が見られ、心筋虚血を疑うべきかどうか迷うときなど、遠慮なく相談しています」と話す。中西医師も思いは同じだ。「お互いさまという感覚ですね。たとえば、心筋梗塞で救急搬送された患者さまで、心臓の治療後、脳神経外科で頸動脈狭窄症の治療をお願いすることもありますから。いつでも協力し合ってる関係です」。

さらに、医師と医師の繋がりだけでなく、病棟看護師が直接、異なる診療科の医師に相談することもある。「常にモニタリングを行い、不整脈出現・波形変化時には主治医に連絡するんですが、場合によっては、循環器科の先生に連絡して、急いで診ていただくこともあります」と藤木。主治医を飛び越えた依頼のようにも見えるが、「主治医には後から報告すれば問題ない」という。これも、馬

心電図や血圧などを厳重に管理するSCU。藤木看護師は
「循環器科からも助言をいただけるので心強いですね」と、ほほえむ。

場記念病院の診療科の垣根のない体制の一例といえるだろう。「心臓は待ったなしのことが多いですからね。必要であれば、どの病棟にも足を運びます。また、救急外来で臨床検査技師が手一杯のとき、僕らが心エコー検査をすることもあります。患者さまを第一に、できる者が協力し合う。そんな当たり前のことを当たり前にできているのが、当院の良さだと思います」と中西医師は言う。

看護師同士も病棟を越えて繋がる。

馬場記念病院では、診療科間の連携を促進するために、看護師同士も関わりを深めている。藤木は「心電図の見方で迷うとき、循環器科の看護師に教わります。深夜、心電図のプリントを持って、4階病棟に走ったりすることもありますよ」と笑う。北館4階病棟の主任、成田志保看護師(急性期看護・ペガサス認定看護師)は、そんな相談にいつも笑顔で応えている。「私がアドバイスすることもありますが、反対に、SCUの看護師から脳神経外科の術後ケアについて助言をいただくこともあります。お互いに専門知識を補い合っています」と話す。

異なる専門領域の理解を深めるために、看護師1年生を対象とした勉強会も今年から始まった。成田が「心電図の見方」をSCUと北館2B病棟の看護師に指導し、脳卒中リハビリテーション認定看護師が「脳卒中の基礎知識」を北館4階病棟の看護師にそれぞれ指導。診療科を越えた学びの輪が広がっている。

成田は語る。「入院中、複数の診療科で治療を受ける患者さまをシームレスに支えるために、患者さまの身近にいる看護師同士の連携が大切ですし、これからもっと深めていきたいと思います。たとえば、転棟される患者さまに、転棟先の病棟看護師が事前にご挨拶に行くようなこともできれば理想的ですね」。

患者さまの看護計画について確認する成田看護師と永井看護師。「転棟されてくる患者さまも多く、他病棟との連携が大切」と成田は言う。

心原性脳梗塞に対する総合的なアプローチができる数少ない病院。

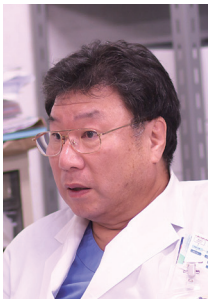
今回レポートしたAさんの心原性脳梗塞に対する連携プレイは、どの施設でも同じようにできるものではない。第一に、一分一秒を争う救命現場で、脳梗塞に最適な治療を提供できる体制がなくてはならない。「t-PA療法は世界水準の第一選択の治療法ですが、薬が効かなかったとき、24時間いつでも緊急手術ができること、あるいは病状に応じて、t-PA療法と同時に脳血管内治療も行える体制がなくては、脳梗塞の患者さまを救うことはできません」と、脳神経外科部長の魏 秀復医師は語る。そして、それだけの体制を整えた病院は、この地域でも数少ない。馬場記念病院が脳卒中ホットラインで救急隊と密接な関係を築いているのも、24時間365日の治療体制があるからだ。

さらに、t-PA療法の後で、

脳神経外科部長から

アブレーション治療による脳梗塞の予防効果に期待。

馬場記念病院副院長・
脳卒中センター長・
脳神経外科部長
魏 秀復

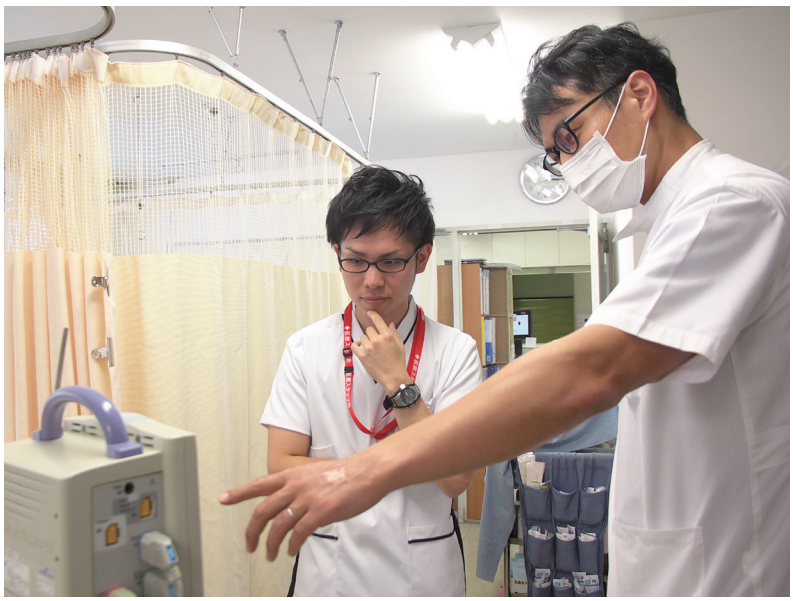


脳と心臓は離れた臓器ですが、実は非常に深い関係があります。高血圧や糖尿病などリスクファクターが同じことも多く、脳と心臓の血管の病気を両方発症するケースは多く見られます。心臓内の血栓が脳まで流れて引き起こされる心原性脳梗塞は、その代表例といえるでしょう。脳神経外科では心臓に何か異常が見つかったときは、速やかに循環器科へ紹介しており、脳と心臓の治療の連続性を実現しています。

心房細動を持つ人は、心房細動を持たない人に比べ、脳梗塞を発症する確率が非常に高くなります。アブレーション治療は、脳梗塞の再発予防の目的だけでなく、そもそも脳梗塞にかからないようにするための治療として、大きな意義があると思います。心房細動の治療をして、それでも万一、脳梗塞を発症した場合、たとえば手足のしびれや麻痺、言葉が出にくい…などの症状が出たら、躊躇することなく救急車を呼んでほしいと思います。t-PA治療も血管内治療も、一秒でも早く行うことが脳を救うことに繋がります。

心房細動に対する最先端のアブレーション治療も行える病院となると、さらに数は限定される。馬場記念病院でアブレーション治療が始まったのは、その分野で豊富な経験を持つ山下啓医師が循環器科部長に着任した平成22年（2010年）から。以来、地域の患者さまに最先端の治療を提供してきた。

24時間365日の高度なt-PA療法と、安全で確実なアブレーション治療。この二つの治療がAさんのその後の人生の質を守り抜いたといえるだろう。



医師と看護師が心電図をモニタリング。
情報共有を徹底させ、患者さまの小さな異変を見逃さない。

診療報酬制度で評価されない二つの疾患の治療。

だが、こうした馬場記念病院の院内連携の診療体制を、現在の診療報酬制度（DPC制度※）は決してフォローしているとはいえない。DPC制度では、入院中の医療費について、〈入院中に行った医療行為（出来高）〉で評価せず、〈入院期間中に治療を行った主要な疾患と治療行為（診断群分類に基づいた包括払い）〉で評価する。すなわち、「1入院1病名」が基本となっているのだ。そのため、同じ入院期間中に、脳梗塞に対するt-PA治療と、心房細動に対するアブレーション治療を行った場合、どちらか片方の病気を「主要な疾患」として、もう片方の病気を「副傷病」として治療費を算定する。わかりやすく数字をあてはめると、主要な疾患が100点とすれば、副傷病が50点で、診療報酬点数は合計150点。同じ治療を、別々の入院期間で治療すれば、主要な疾患が100点×2回で、診療報酬点数は200点となる。

病院を健全に維持していくための経営面から考えれば、同じ入院期間中にt-PA療法とアブレーション治療を行うことは、病院にとって負担が大きい。しかし、馬場記念病院は、地域の脳卒中センターとして、堺市を中心とした周辺エリアの脳卒中の救急搬送をほぼ一手に引き受けており、脳と心臓の病気を併せ持つ患者さまも非常に多い。一刻を争う脳疾患の治療はもちろん、ある程度緊急性を必要とする心臓の疾患についても同時期に行い、安心して退院していただいている。

Aさんのような事例は年々増えているが、退院する患者さまやご家族の多くは「脳と心臓の二つの難しい病気を、一度の入院で治していただけて、本当にありがたい」と笑みを浮かべる。そのうれしそうな表情が、医師や職員たちの何よりも大きな励みとなっていることはいうまでもない。

※DPC制度とは、傷病（診断群）ごとに定額の入院治療費が標準的に算定される制度。馬場記念病院は平成16年4月よりDPC対象病院。

アブレーション治療を終えた患者さまの経過を確認する中西医師たち。
カテーテルを刺した部位からの出血に、充分な注意を払う。

院内連携を語る

患者さまを真ん中に、正しい医療を実践していく。

馬場記念病院 院長（社会医療法人ペガサス 理事長）
馬場武彦

診療科と診療科の間に、垣根を作らない。

超高齢時代に突入し、全国的に複数の疾患を抱える患者さまが増えている。それは、馬場記念病院も例外ではない。「高齢になれば、体のいろいろなところに病気を抱えているのが当たり前です。しかも、当院は救急病院ですから、緊急性を要する疾患を複雑に併せ持つ患者さまが大勢、搬送されてきます。そうした患者さまに適切に対応するには、各診療科の緊密な連携が欠かせません」と話すのは、院長の馬場武彦である。「一般的にいうと、病院は組織が大きくなれば、診療科の間に大きな壁ができるものです。しかし、幸い、当院は診療科と診療科の垣根が低く、コミュニケーションもスムーズに取れています。そして、互いに異なる診療領域について、学び合っていますね。今日はチーム医療の時代ですが、当院は、各診療科のチーム医療というよりも、病院全体が一つのチーム。それを大きく活かして、患者さま一人ひとりをしっかり支えていきたいと考えています」。

救急を入口として、高度な急性期医療を提供。

馬場記念病院における診療科の連携は、脳神経外科と循環器科だけにとどまらない。たとえば、交通事故や労働災害による外傷で救急搬送された患者さまに対し、脳神経外科で脳挫傷の治療を行い、その後、整形外科で手足の骨折などの手術を行うといった連携も円滑に取られている。「〈救命救急〉という広い間口で、さまざまな患者さまを受け入れ、なおかつ、高度な急性期医療を提供できるのが、当院の強みです。当然、複数の診療科にまたがり、治療を行うケースも多くあります」と馬場は言う。

少し専門的になるが、DPC制度では、病院の診療（実力）を反映したさまざまな指標が公開されており、そのなかの一つに、平均在院日数の長い複雑な傷病の患者さまが多いかどうかを示す「患者構成指標」があ

る。この数値は、1.0が全国平均だが、馬場記念病院はそれを2割強上回る「1.23である（病院情報局・平成25年データより）。全国的に見ても、それだけ難しい状態の患者さまをより多く診ていることが示されている。

前述したように、難しい状態の患者さまを診療しても、診療報酬上の評価は厳しい。それでも馬場は「患者さま本位の診療体制を貫く気持ちは揺らぎません」と言う。「なぜなら、医療機関としての最大の責務は、優秀で、且つ、医療への純粋な心を持つ医療人を集め、地域の方々に高度な医療を提供することです。そして、経営者の責務は、その医療人たちが、患者さまに対して最善・最良の医療を実践できる環境を守ることであると考えるからです。診療報酬上の評価からいうと、正直に言えば、確かに厳しいものがあります。しかし、それでも私たちはそうした経営スタイルを守っていきます。それは、公共性の高い社会医療法人として、当然必要とされる覚悟でもあると思います」ときっぱり語る。

ペガサスの約束は「すべての真ん中にいるのは、患者です。」という書き出しから始まる。その言葉を胸に深く刻み、馬場はこれからも、ただひたすら正しい医療の実践をめざしていこうとしている。

Second edition

医療から、そして、看護、介護から、地域社会を支える人々。

ペガサスは、地域の診療所、そして、看護、介護に関連する事業所と連携をしています。
診療所は、地域の皆さまにとって、医療を受ける「最初の窓口」。丁寧な診察による適切な診断・治療を行い、また、病院の紹介を通して、患者さまの「かかりつけ医」として、健康状態を総合的に管理してくれます。
看護、介護に関連する事業所は、在宅で療養する皆さまの「パートナー」。
ご本人はもちろん、ご家族の毎日を支えたり、快適な生活の場そのものご提供により、皆さまを支援します。
第二特集では、こうした診療所、事業所をご紹介していきます。※診療所（アイウエオ順）、そして事業所の順でご紹介しています。

院長先生は本日も多忙。自分自身よりも患者さまのことで頭がいっぱい！

診療所

「逃げないことがモットー」。

高度急性期病院と連携し、安心してお産できる環境。

赤井マタニティクリニックの特色を尋ねたら「ここはお産する人にとって日本で一番恵まれた地域だと思います」と赤井マリ子院長は切り出した。それというのも、大阪府母子保健総合医療センター、ベルランド総合病院、近畿大学病院、りんくう病院など、同クリニックの周囲には、高レベルの周産期医療を提供する病院、高度急性期病院があり、24時間安心して妊婦さんや患者さまを受け入れられるからとのこと。「実は母子の命や健康は紙一重なんです」と赤井院長。夜中に来院した妊婦さんを診たとき「脳に何か異常があるのでは」と疑ったことも。「馬場記念病院さんに連絡し診てもらいました。脳神経外科的、神経内科的にも異常ないと言っていただけるだけで、安心して治療できました」。こうした病院と連携が取れていることは、大きな安心材料なのだろう。また、全国的に病院から産婦人科が閉鎖されていく状況のなか、「大阪府は周産期医療に力を入れていて、大病院の先生がバックアップしてくださるので、個人の医院でも産科を続けられます」とつけ加える。

辛い悲しい経験を経て、真に心が通う関係へ。

安心してお産ができる病診連携は、一朝一夕にできたわけではない。患者さまやご家族との信頼関係を再構築しながら、作り上げたものだ。最大の注意を払っていても不測の事態は起こる。「本当に残念なことですが、不幸にして死産や流産は発生します。大事なことはそれでも患者さまやご家族から逃げないで真摯に対応していく以外ありません」。実際に、流産で最初の子を亡くしたカップルが、次も同クリニックを選び、無事出産したという。院長はじめクリニック全体でそのカップルをサポートしていった結果なのだろう。なぜそんなことが出来るようになったのか。赤井院長はこう答えた。「父は、自宅兼診療所の産婦人科医でいつも家にいて、産婦人科医はずっと患者さまを待っているものだと思って大きくなりました。馬場記念病院にもそういう先生がたくさんいらっしゃいます。『断らない』医療というのは医療者側から考えると負担にはなりますが、それが自分の仕事だと受け入れて続けていくしか方法はないかと思って、ある意味諦めています」。

次のチャレンジは更年期の女性たちと楽しく生きること。

同クリニックでは、妊婦さんや

ご家族のためにユニークな「研修」をいろいろ実施している。なかでも出色なのが「お産はこわくないよツアー」だろう。妊婦さんやご家族にとって初めての出産は不安がつきまとう。そこで陣痛が始まったと想定し、家から電話連絡して同クリニックへ駆けつけ、無事赤ちゃんを出産。といった実際の流れを模擬体験できるというもの。いわば出産シミュレーションだ。同クリニックでは、いつも妊婦さんや患者さま、ご家族の声に耳を傾け、ソフト面の充実に注力している。

今後の課題は「更年期以降の女性たちと一緒に、明るく楽しく生きることを考え、病院に来なくてもよい体づくりを実践する」ことだそうだ。赤井マリ子院長はご自身のことより、来院される人のことで頭がいっぱいだ。同クリニックに人が集まるのは当然か。

赤井マタニティクリニック
院長：赤井マリ子
所在地：大阪府堺市南区深阪南167
TEL：072-239-5988
診療科目：産科、婦人科

堺市の眼科医療に尽力し、第一線で診療を続けること50年余。

診療所

患者への〈説明と理解〉に時間をかけ信頼関係を築く。

弱冠31歳で眼科医院開院。治療した患者数は5万人超。

JR阪和線百舌鳥（もず）駅に近い交通至便なところに山田眼科医院がある。眼科医は院長の山田日出美を含めて3名。山田は関西医大大学院修了後、同大眼科助手として勤務。ちょうどその頃、「子どもの出産育児の時期と重なり、助手の勤務が難しくなり思い切って開院しました」とのこと。弱冠31歳のときだった。以来50年近く、眼科医としてしっかり堺の街に根をおろしている。これまでに治療した患者数は5万人を超える。長年にわたり大阪府眼科医会理事、副会長を務め、現在も同眼科医会の監事という要職にある。また、長男長女も眼科医、夫は内科医という医師一家の家系だ。

開院当時と今とでは検査機器、治療機械、医療技術が格段に進歩した。「レーザー治療や日帰りの白内障手術、硝子体手術にも対応しています」と山田。疾患の傾向も様変わりし、「開院当時は感染性の結膜炎が多く、プール開きになると学童の結膜炎治療に追われていました」と語る。現在の結膜炎はアレルギー性のものがほとんどだという。一方、開院以来、まったく変わらぬものもある。それは「患者さま一人ひとりに病状を丁寧に説明し、患者様ご自身に『病気と闘う強い気持ち』を持っていただくこと」。つまり、開院以来変わらぬものは治療方針だ。

内科クリニックと連携し、糖尿病患者を検査・治療。

「今風に言えばインフォームド・コンセントということになりますか。患者様への説明を最重視しているのは、病気と闘う意志を持つことが病気を治す近道だからです」と続ける。現在、山田眼科が患者へのインフォームド・コンセントと並んで注力しているのは堺市内の内科クリニックとの連携だ。内科で糖尿病と診断された患者が、糖尿病の影響が目に現れていないかと検査目的で来院する。「糖尿病は内科と併せて眼科での検査や治療が必要になってきます」とのこと。過去には苦い経験もあった。「自分の人生や。好きなように生きるわ」と頑として治療を拒んだ男性患者がいた。末路は悲惨だったという。その自戒があるのかもしれない。「糖尿病は自覚症状がない分だけ、ご本人が安易に考えてしまう。だからこそ説明が重要です」と言葉に力がこもる。

脳神経の検査は、馬場記念病院で。

内科クリニックとの連携を強め、糖尿病治療に積極的に取り組んでいる姿勢がうかがえる。それでは病院との連携はどうだろうか。「目と脳は密接な関係にあり、目は脳の一部なのです」と言う。眼科での検査の結果、脳神経外科でも詳しく検査したほうがよいだろうと判断するときがあり、その場合は「馬場記念病院さんの脳神経外科、脳神経内科を紹介しています。脳神経外科、脳神経内科できちんと検査・治療を受ければ患者さまも安心できますから」。さらに続けて「今どきの医療は本当に連携が大事なのです」と高度な設備を持つ急性期病院との連携の重要性を説く。

今後については、気力・体力・知力が衰えない限り、現役の眼科医を続けていきたいとのこと。「周囲に負担をかけるようになったら引退しますわ」と快活に語った。

山田眼科医院
院長：山田日出美
所在地：大阪府堺市北区百舌鳥赤畑町4-254
TEL：072-246-8866
診療科目：眼科

ご利用者と緊密な信頼関係を築き、きめ細やかなケアプランを作成実施。

事業所

スタッフにも気配り。楽しく仕事し、時間内で終わらせる。

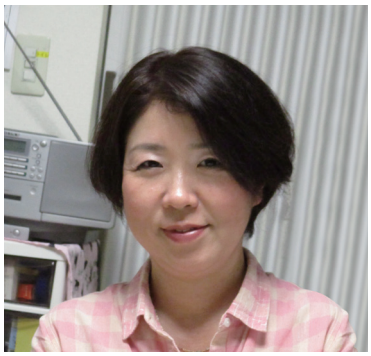
介護保険元年の平成12年にケアマネージャーとなる。

藍ケアプランセンターは、平成26年11月に開所したばかりの新しい「介護事業所」である。事務所は堺市東区北野田の閑静な住宅地にあり、東区全体を事業活動の範囲としている。同センターの濵上浩子代表は、介護支援専門員となる前、歯科衛生士として歯科クリニックで働いていた。介護保険が始まった平成12年に、大阪府が認定する介護支援専門員（ケアマネージャー）の資格を取得。「これからの時代、ケアマネという仕事は社会に役立つ」と考えての一念発起だった。そして、ある事業所にケアマネージャーとして就職する。

しかし、現実は厳しく、月に平均50～60件ものケアプランの立案に奔走。「一人ケアマネ状態で精神的にも肉体的にも限界を超えていました」と当時を振り返る。介護保険法が施行されて5年経過した頃のこと。濵上氏自身も心身ともに疲労がピークになりながら、「仕事をいつ辞めようか」と悩んだ時期が何度もあったが、周囲の励ましや利用者の感謝の声が支えとなり、続ける意思を固めていく。

信頼づくりの基本は「傾聴」にあり。

濵上氏がケアプランを作成するうえで最も大切にしている点は、「利用者と信頼関係を築くこと」。自分の意思を率直に伝えられない高齢者がいる。また、家族の協力を得にくい場合もある。「相手から信頼されるようになるには傾聴に徹すること」と濵上氏。「うまく聞き出すには、話しやすい雰囲気をつくることが大事」と続ける。きめ細やかな情報収集のうえで、「その人にふさわしいケアプランが出来上がる」。ケアマネ15年のキャリアを感じさせる話である。



また、ヘルパーの報告にも熱心に耳を傾ける。高齢者は日常的に変化しやすく、何か普段と違えば、医療機関や行政などに速やかに連絡。適切な対応を怠らない。苦労も多いが、利用者が徐々によくなっていく状況を見ると「達成感を覚える」とのこと。

一方、利用者だけでなく、ここで働くスタッフ全員にも気を配る。濵上氏自身の経験を生かし、「時間内で仕事を終わらせる」「楽しく仕事する」がモットーだ。スタッフの一人は「頼りがいのある先輩で、私の目標です」と目を輝かせる。

介護の人材不足は、私たち一人ひとりの問題。

濵上氏の一番の気がかりは、介護界全体で「ヘルパーが集まりにくくなっている状況」だ。定着率が悪く、なり手も少ない。働く条件がよくないことは百も承知している。経営の自助努力もほぼ限界にきている。企業立の事業所などでは外国人を多数雇用しようという動きもある。「ウチのような小さな事業所が集まって、組織で確保することも検討しなくては」と対策の必要性を訴える。ヘルパーに限らず介護界の人材不足は深刻だ。

「『やりがいのある仕事ですよ』と本音で言えるようにしたい」と濵上氏。発言の調子は快活だが、内容は切実だ。もはや他人事ではない。私たち一人ひとりが自分自身の問題として捉え、考え、解決策を出す。そういう時期にきているのだろう。

藍ケアプランセンター 藍ヘルパーステーション
運営会社：株式会社藍介護センター
管理者：介護支援専門員 濵上浩子
所在地：大阪府堺市東区北野田1041
TEL：072-349-9522

つばさ 47
2015年夏号
平成27年7月発行第12巻第7号
（通巻47号）
地域医療を考えるペガサス情報誌

発行人　馬場武彦
編集長　塚本賢治
編集　ペガサス広報委員会　編集グループ
発行　HIPコーポレーション
社会医療法人ペガサス　〒592-8555　大阪府堺市西区浜寺船尾町東 4-244
TEL 072-265-5558　http://www.pegasus.or.jp/

つばさ 47
地域医療を考えるペガサス情報誌

医療には、それを規定するさまざまな制度やルールがあります。
その内容は、社会、経済、人口などの変化に伴い、
そのときどきに変わります。
医療機関は、そうした規定のなかで組織経営を行いつつ、
地域医療を実践していきます。
制度やルールが変われば、当然ながら、さまざまな対応に迫られます。

そうした環境であっても、
〈生命を救う〉ということに限っていえば、
いつのときも医療人は、
最善、最良の方法を考え、そして、選択します。
その選択に、経営的側面から病院がブレーキをかけてはいけない。
制度やルールは守りながらも、
そこで発生する負担は、
病院が組織力でカバーする。
また、病院自体が負うものであると、私は考えます。

創意、工夫、協働、連携。
職員たちの努力の総和が、組織の力になっていれば、
医療人としての純粋性を、活かすことはできるはずです。
ペガサスは、医療人の良心を守り続ける法人でありたい。
それが患者さまや地域からの期待に繋がるものと考えます。

社会医療法人ペガサス　理事長　馬場武彦

社会医療法人
ペガサス
Pegasus