



公立置賜総合病院

平成20年5月
第21号

医療連携室だより

公立置賜総合病院医療連携室 ☎0238-46-5000 内線 1902, 1409

目次
 新院長あいさつ
 新澤陽英... 1

後期高齢者とがんの在宅
 医療について
 仙台往診クリニック
 院長 川島孝一郎先生
 ... 2 ~ 3

川西湖山病院紹介等
 ... 4

公立置賜総合病院 院長 新澤陽英

しん ざわ はる ひで

公立置賜総合病院長の就任にあたって

平成12年11月に公立置賜総合病院が開院して、早8年が経とうとしております。この8年の間に病院の敷地内の木立は成長し、また病院の周辺も様変わりしております。道路においては国道113号赤湯バイパスが年度内完成に向け順調に工事が進められており、また、川西と長井を結ぶ国道287号長井バイパスの建設も着々と進んできております。本院を取り巻く周囲の環境は着実に変化してきております。

本院は、新型救命救急センターを持つ総合病院としてス



割が赤字経営であり、経営的に厳しい状況になってきております。さらに医師不足の影響もあり、医療崩壊という言葉で象徴されるように、規模縮小を余儀なくされている自治体病院が増えております。

提供にあります。このことを、置賜一円の医療機関はもとより地域の皆様方に積極的に情報提供し、アピールしながらご理解をいただきたいと考えております。

さらに、乏しい医療資源を効率よく活用するためには、チーム医療の展開が重要となります。医療は必ずしも医師がチーム医療のリーダーシップを取らなければならないものではありません。例えば、生活習慣病の治療にあっては、時には栄養士がチームリーダーになりますし、またリハビリにあっては、理学療法士あるいは作業療法士がリーダーとなります。互いに職種の専門

職種の専門性を尊重した質の高いチーム医療の提供と

地域の医療機関との緊密な連携を

ターゲットし、その後災害拠点病院の指定、そして管理型の教育研修病院の認定を受け、最近では、置賜2次医療圏では唯一の地域がん診療連携拠点病院の指定を受けております。置賜地区では随一の医療機能を持った病院として、3次救急及びがん生活習慣病に対するさらに専門的で高度な医療が求められております。

本院の置賜地区における役割はこのように極めて重要なものでありますが、この役割を果たすために、日夜、職員一丸となって取り組んでいるところです。しかしながら、国の財政事情の逼迫から医療費は年々削減され、病院、特に自治体病院にあっては、その8

本院でも4月から皮膚科の常勤医が不在となり、消化器内科の医師も1人減となりました。また、看護師も18人の定数不足でスタートしております。このように病院運営は従前よりかなり厳しい状況にありますが、職員個々がさらに質の高い医療の提供ができるように、また元気で働くことができるような環境造りを鋭意進めて参りたいと思っております。

ところで、現在の医療は私が申すまでも無く、一つの病院で完結するものではなく、地域でそれぞれが機能分担しながら完結するものであります。公立置賜総合病院の役割はいうまでも無く急性期医療の

性を尊重していくことによって質の高い医療を提供できるものと確信しております。このように、医療においては、適切な機能分担の確立が医療崩壊を防ぐものと思っております。

また、地域にあっては医療連携が、地域の医療資源の最適で効率の良い、かつ質の高い医療の提供に繋がる要と考えております。医師不足や厳しい医療環境ではありますが、地域の医療機関と緊密な情報共有を図りながら、さらに地域の皆様の理解を得ながら、公立置賜総合病院の本務である急性期医療の提供に邁進していく所存でございます。よろしくお願い申し上げます。

後期高齢者とがんの在宅医療について

仙台往診クリニック 院長 川島 孝一郎 先生



1954年 山形県酒田市生まれ。北里大学医学部・東北大学医学部大学院卒、日本在宅医学会幹事、NPO在宅ケアを支える診療所・市民全国ネットワーク理事、日本プライマリ・ケア学会評議員、宮城県神経難病医療連絡協議会幹事、宮城県地域保健医療計画策定懇話会委員、厚生労働省委員
1996年 仙台往診クリニック開院



在宅医療に関わる患者さんと主治医に、「生の終わりを迎える理想の場所」の調査を行ったところ、ほぼ7割近くの方が居宅と回答していません。これは、病院医療と在宅医療の双方を知っている方は在宅という選択肢を選べますが、病院での医療しか知らない人は、在宅の選択肢に気がつかないということも意味しています。

2月29日に開催された講演の概要を報告します。

在宅専門の診療を開院して12年目になります。現在、在宅専門の診療所は、仙台市内で5箇所あります。特にがん患者の看取りについては、岡部医院で200人、当院で100人程の実績があり、仙台市内のがん患者の看取り数2,500人の内、この二つの在宅診療所で10%以上を看取っている現状です。

人が「虚弱化したときに望む居住形態」(内閣府調査)調査で6割弱の方が、在宅を望んでいるという結果が出ています。また、在宅医療ができない理由として、介護的側面では、家族の協力、介護サービス、療養のための改築、医療的側面では、緊急時の病院への連絡、医師や看護師の定期的な訪問、在宅療養のための指導などを挙げていますが、現在の福祉制度の中で、独居でも在宅で暮らせる制度があることまた医療の最前線では達成されていることをご理解いただきたい。

当院で診察している260名の患者さんのうち、その半数は、ほとんど毎日往診しています。一番多かったのは、一月70回往診したことがあります。人工呼吸器の方が36名、在宅酸素が60名くらい、中心静脈栄養の方が10名、胃瘻経管栄養の方が90名を診ています。このように、在宅でも総合病院と同じような対応ができます。もちろん、がんの独居でも看取ります。ただし、それは、本人との話し合いをどのようにきちんとするかに係っています。(説明責任や意志決定)

事情が整えば、在宅医療も可能です。重症だから病院

で、軽症だから自宅ということでの区別はありません。当然、介護保険制度の活用や身体障害者自立支援法にもとづき24時間体制の対応も作れます。また療養のための改築についても各自治体で制度があるはずですが、医療的側面として、従来の訪問看護ステーションや、平成18年からは在宅療養支援診療所制度が整備されています。このように介護的側面も医療的側面もきちんと制度が整備されており、後は我々医療従事者や介護関係者が十分な知識を持っていて、有効に利用する術を持っているのかどうか問題となってくる訳です。

昔は、治すために入院させていましたが、今は、入院することは退院させることであり、患者さんを継続して生活できるようにして帰すと言うことです。そのため、病院死を極力回避するため、a)回復可能、b)現状維持、c)回復不能の3点に収束して対応することが病院医に課せられた重要な目的となります。それには病院医の説明責任と説明能力が大きな鍵になります。例えば、治療が終了した末期がん患者に対して、調子が悪ければすぐに来なさいと伝えるのではなく、その時点で、在宅かホスピスを選択してもらいます。ただし、この選択には序列があります。まず生活の場に戻ることが前提ですから在宅が優先します、介護力、家族関係等に問題があればホスピスが次の選択肢になります。

国民のほとんどが大往生とは、元気に歩いて、おいしいものを食べて死ぬことと勘違いをしています。人間の最後は、体力がゼロになり、必ず歩けなくなります。これは自然の摂理であり病状が悪化したものではありません。人生の最後の直前まで家で生きていることを支えられたということ。尊厳ある生をまっとうさせ

て、その次に自然に亡くなるということが大切なのです。そのため医者が在宅療養者に話すことは、第1にどのように人は生きて死ぬのか。そのプロセスを明確に分かり易く説明する。第2に医療提供の話をする。第3に医療が生活に与える影響を詳しく説明し、より良い生き方の選択肢を与えること。医者は生き方の説明をするのであって、症候論や疾病論を展開するものではありません。残念ながら医者的大部分は、生き方の説明をしていない。不十分な説明によって作られたものは、事前指示書・リビングウィルとしては不適切でありませぬ。ICF(国際生活機能分類)モデルは単に疾病論ではなく、帰ったらどんな生活ができるかに重点を置いています。さらに、制度活用を確認する必要があります。高度障害になれば、生命保険は生きているうちにもらえます。マッサージも医療保険で受けられるし、自治体毎に異なりますが、自立支援法を活用して、24時間サービスを受けられます。仙台では、独居老人でも在宅で療養しております。

緩和医療で大事なものは、患者さんの病状がどのように進行するのか、それと生き方がどういう風に関わりがあるのかということが大事になります。2番目は、告知についてですが、まず家族に対して日本の診療は保険診療であること、そして患者と医師との信頼関係のもと保険が適用される訳で、そこには告知義務があることを理解いただく必要があります。3番目は、疼痛緩和でもっとも大事なことは、痛みは完全に取れるということを明言することです。

今まで、患者さん全員に対して人間の生き方について必ず話しています。人間には大往生があるけれど、歩いて大往生はないし、何でも食べることができて

大往生は無い訳で、必ず歩けなくなったり、食べられなくなったりしてそうして天寿をまっとうするのです。そこで大切なのは、歩けなくなったら、そのことを受け止め、それを支える術を教えることなのです。その時に生き方の違いとして生き方の正反対の選択肢も示さなければなりません。例えば、強制的に治療を受けて毎日を送るのか、それとも支えあって積極的に生きていくのか、生き方に沿った説明をしてどっちを選ぶのかを選択してもらいます。また、体力がゼロの段階ではほとんど寝たきりになりますが、その時、医師が危険とか悪化ではないことを説明しなければならぬ。さらに必要なことは、最後の時、ご本人は辛いことを(医学的に解明されています)きちんと家族に説明し、家族の辛さがあ

戻ってくることから、24時間体制の重症型診療所として在宅療養支援診療所の制度が設けられました。

在宅医療は、地域の全体医療が円滑に動けるようなオイルの役割をしていると言ってもよいかと思えます。在宅療養支援診療所の要件として、入院から在宅療養への円滑な移行に関わること、在宅療養における24時間対応体制、在宅におけるターミナルケアに関わること、特別養護老人ホーム等におけるターミナルケアに関わることとなります。では、在宅療養の現況について見てみますと、在宅看取りの件数は、平成17年のデータから、全国平均14.4%、山形の場合は、17.1%。平成24年までには在宅死を24.5%まであげる事が目標とされています。全国の支援診療所の内、

り率は東北で一番高く、質は高いと思います。

いろんな支え方がありますが、これは長崎市の医師会が主体となった在宅ドクターネットです。長崎市は人口50万人ですが、50箇所の診療所が集まってドクターネットを作っています。病院等から患者が紹介されると48時間以内に主治医と副主治医が決まり、まず主治医だけが患者を診ます。主治医が休みの場合は副主治医が診察する体制をとっています。参加している先生方は普通の診療所の先生ですが、在宅で看取る割合が30%を越えています。こういう形態をとるだけで、少なくとも3割以上が確保できるわけです。

仙台往診クリニックの状況ですが、仙台市内の主な病院の重症患者への措置と比較し

質問:在宅で看取ることを説明する場所はどこですか

回答:病院から在宅に移ることになっている場合は、病院で行います。遠くに居て影響が大きい方が居る場合は、取り敢えず介護する家族の方に説明し、またさらにその方たちにも説明対応しています。1回で済む場合もありますが、何回かに分けて話をする場合もあります。**この話は絶対、何を置いても最優先に行わなければなりません。**生き方の結果としての看取りになるわけです。どのように生きていくのかということと本人はもとより家族全員に分かってもらい、それに沿った医療を進めます。ただし考え方が変わった場合は、**时期的な制限は出てきませんが、必ず話してもらい、それが可能であればそれに沿ってまた医療を進めることができることも説明しています。**

在宅医療は地域の全体医療が円滑に動けるようなオイルの役割をしている...

かも本人も辛いことのように取り違えられないように配慮しなければなりません。

日本の人口はだいたい1億2,000万人で、死亡者数が2年前は108万人、去年は110万人、30年後は170万人と推定されています。その時に、今のように80%病院で看取るとすると、そのまま医療費も増大します。例えば、がん末期患者のホスピスでの医療費はだいたい月100万円、在宅医療だと45万円、院外処方を含めても約50万円、ホスピスの半分ぐらいと考えて良いかと思えます。医療費だけを見れば、在宅は、病院の医療費の約半分と考えられます。病院で看取る患者数を現状のまま維持し、増加した分を在宅(居宅)で見えていかないと医療費がパンクすると国では考えているようです。

2000年から病院の改革が始まりました。外来を減らして、午前中から病棟を診ていたほうがベットの回転率が上がる。在院日数が減り、急性期病院から重症患者が退院してもすぐ病院に

特に活躍している施設500箇所の5年間の看取り数が平均約20人なので、このデータを基に、平成24年の推計死亡者数のうち在宅と老人ホームで看取る目標値327,434人に対して、在宅診療所数は、16,372施設が必要になります。現在の在宅療養支援診療所の届出数は、この表では10,200箇所ですが直近の資料では10,700箇所です。ただし、実際の看取数は一箇所せいぜい4人ぐらいです。全国にある約1万施設の内、10人以上看取っているところは10%ぐらいしかないといったデータもあります。ですから、施設数、看取り数から比較して、それだけ緊迫していることをご理解いただきたい。山形県の現状では、**例えば米沢市については**、2005年の在宅死数は171人だった。5年後の在宅死数(推定)は297人。米沢市の支援診療所数は11施設。その11箇所をどのように機能させるか、あるいは、診療所をさらに増やすかどうかを検討しなければならぬ訳です。ただし、山形県は施設の不足はあるが、看取

ても遜色なく対応をしております。また、緊急往診の対応においては、年間約300時間の時間外対応をしております。ということは、その分、救急車の出動は無かったことになる訳です。当院みたいな往診クリニックが10箇所あれば、恐らく3,000回とか4,000回ぐらいの救急車の出動を減らすことができますと思います。

置賜地区の人口235,817人(平成19年3月)の場合、地域は広いのですが、仙台クリニックのように、医者5人で100人ぐらい診るという施設が3箇所ぐらいあれば、恐らく25%を看取るといえると思います。拠点在宅療養支援診療所は、民間立、行政立、医師会立いずれでも可能です。北海道留萌市(3万5~6千人)ではこの度、市立の診療所を設立しました。留萌市立病院の長期入院患者等の対応を進めて、市立病院のベット数を削減していくとのこと

質問:末期の救いとしての宗教的な対応の有無について

回答:特にそういった対応はしていません。ただし、周りの人との関係性のもと人間の存在がある訳で、体の状態は変わってくることは仕方の無いことで、しかしそれを支えるシステムがあり、調和した状態はいつまで経っても100点満点だよと説明しています。

登録医施設紹介【川西湖山病院】

介護でお困りの方へ

公立置賜総合病院での入院、治療が終了後療養入院、施設入所、在宅サービスを希望される方ご連絡をお待ちしております。

川西湖山病院、介護保健施設かがやきの丘、グループホーム訪問診療、訪問看護、訪問介護などの各種サービスを長期にわたり切れ目なくご利用頂けるよう専任のスタッフがご利用の案内、ご利用の手続きをお手伝いさせていただきます。



公立置賜総合病院

医療連携室

〒992-0601

山形県東置賜郡川西町
大字西大塚 2000 番地

TEL:

0238-46-5000

内線 1902, 1409

FAX:

0238-46-5722

E-MAIL:

renkai@okitama-hp.or.jp

病院理念
心かよう信頼と安心の病院

置賜広域病院組合

公立置賜総合病院

www.okitama-hp.or.jp



(平成20年4月1日より、新病棟増床しました)

【連絡先】

医療法人社団緑愛会 地域医療連携室

電話: ☎ **0120-037-580**

受付時間: 月曜日～土曜日(8:30～17:30まで)

担当者: 武田、海老名、古山、小関、黒澤、川越

長期入院、入所のご相談お受けします!

当院では下記の方に入院していただけます。

- ・置賜総合病院での治療終了後に療養が必要な方。
- ・自宅療養中に状態が悪化された方
- ・リハビリ入院を希望される方
- ・長期の療養を希望される方

登録医施設の紹介を適宜させていただきます。ご希望の方は下記担当までご連絡ください。

公立置賜総合病院医療連携室
電話: 0238-46-5000(代表)
(内線1902) 熊坂

患者さん紹介時のお願い
医療機関からの予約申し込みの後、診療情報提供書のご提出が遅れる場合が見受けられます。速やかなご対応をお願いします。

公立置賜総合病院への交通手段

長井市市営バス時刻表

白兔西集会所発	807 1230
蔵京発	755 1020 1320 1540
総合病院着	845 900 11:10 1323 14:10 1630

総合病院発	9:10 9:35 12:15 13:33 14:35 16:45
白兔西集会所着	10:28 14:26
蔵京着	10:00 13:05 15:25 17:35

各駅停車します。問合せ先 長井市企画調整課企画係
0238(84)2111 内線341・342

南陽市 市内循環バス

(南陽病院始発の西部地区バスをご利用ください。)

南陽病院発	8:30 10:05 13:15 14:25 15:55
総合病院着	8:53 10:28 13:38 14:48 16:18

総合病院発	9:10 10:40 12:35 13:50 15:10 16:30
南陽病院着	9:33 11:03 12:58 14:13 15:33 16:53

問合せ先 南陽市中央公民館 0238(50)1140



飯豊町から

デマンド交通「ほほえみカー」をご利用ください。各利用者自宅から乗り合いでご利用できます。
飯豊デマンド予約センター 86-2220

川西町から

デマンド交通をご利用ください。各利用者自宅から乗り合いでご利用できます。
川西デマンド予約センター 42-3288

鉄道利用の場合

(今泉駅発車時刻)

米坂線

小国行き(下り)
6:37 7:21 8:07 11:01 12:46 13:44
15:30 16:38 19:03 21:10
米沢行き(上り)
6:20 7:02 8:13 8:51 9:25 11:04
14:00 15:14 16:18 17:54 18:35
19:25

フラワー長井線

長井・荒砥行き(下り)
7:35 8:10 9:24 11:24 12:50
13:56 15:04 16:42 17:56 19:06
20:15 21:14
赤湯行き(上り)
6:18 7:03 8:10 8:48 10:54
12:38 13:56 15:04 16:41 17:56
19:06 20:15