

れんけい

題字：松尾信彦書



香川県立中央病院
Kagawa prefectural central hospital

患者サポートセンターの体制変更

患者サポートセンター入院前支援室 師長 柴田 育代

患者さんが安心して医療を受けていただくために、トータルサポートする部門として、令和3年3月8日に開設しました。令和4年10月には「受診支援室」「入院前支援室」「退院支援室」「相談支援室」として、より充実した部署としてリニューアルしました。さらに令和5年7月3日からは、「患者相談窓口」を分かりやすくし、患者サービス向上に努めています。

患者サポートセンターのコンセプトは、PFM（Patient Flow Management：外来から入院前、そして退院まで一貫した支援の提供）による、サービスの充実です。

患者さんの利便性向上や不安軽減のお手伝いを、多職種で関わり、支援を行っています。また、医師をはじめ、外来や病棟スタッフにおいてもタスクシフトを行うことで、業務効率を上げるとともに負担軽減にも努めています。

『受診支援室』（旧地域連携室：前方）は、他医療機関からのFAX予約受付、転医の受け入れ、セカンドオピニオン、K-MIXR等を担当しています。

『入院前支援室』は、入院までのスケジュールをマネジメントし、医事・薬剤師・栄養士・看護師が情報収集や入院前説明を行い、病棟スタッフや退院支援スタッフとも情報共有しています。必要時麻酔科医・手術室看護師も関わっています。医師の代行業務としてはクラークが各種入力業務を担っています。

『退院支援室』（旧地域連携室：後方）は、退院支援が必要な患者さんに早期から関わり、療養後の意向を確認しています。その後、患者さん自身やご家族の方とも面談しながら、スムーズに在宅・転医・施設へ移れるように支援を行っています。また、地域の医療機関や介護施設、ケアマネージャー等との連携・調整をしながら、社会保障制度の手続き等の説明もしています。

『相談支援室』は、「療養上困っていること」「医療費のこと」「入院に関しての不安」等各種の相談に応じています。がん相談、肝炎相談、脳卒中相談など、必要に応じてそれぞれ担当者が、相談に対応しています。

今後も医師をはじめ外来・病棟スタッフの負担軽減とともに、患者サービス向上のために、多職種で協働し、役割を果たしていきたいと思っています。

患者サポートセンターのサービスがより充実します

担当業務別4つの部門

<h4>相談支援室</h4> <ul style="list-style-type: none"> 患者相談窓口 がん相談支援センター 肝炎相談支援センター その他各種相談 	<h4>受診支援室</h4> <ul style="list-style-type: none"> 他病院からの予約 転院の受け入れ セカンドオピニオン K-MIXR その他 <p>紹介受診をお手伝いします</p>	
<p>患者相談窓口が新しくなりました</p> <p>患者さんやご家族の不安を少しでも軽減できるように何でも相談をお受けします</p>		<h4>退院支援室</h4> <ul style="list-style-type: none"> 転院、在宅、施設調整 地域医療機関、介護施設等との連携 社会保障制度の手続き説明 <p>退院に向けた調整をします</p>
		<h4>入院前支援室</h4> <ul style="list-style-type: none"> 入院前説明 入院までのマネジメント <p>入院までのお手伝いをします</p>

香川県立中央病院 患者サポートセンター

入院患者さんを脳卒中から護る 院内発症脳卒中对策システム

(iSAS: in-hospital Stroke Action System) 始動



脳神経外科 医 長 高橋 悠
診療科長 市川 智
脳卒中リハビリテーション看護認定看護師 三好 卓也

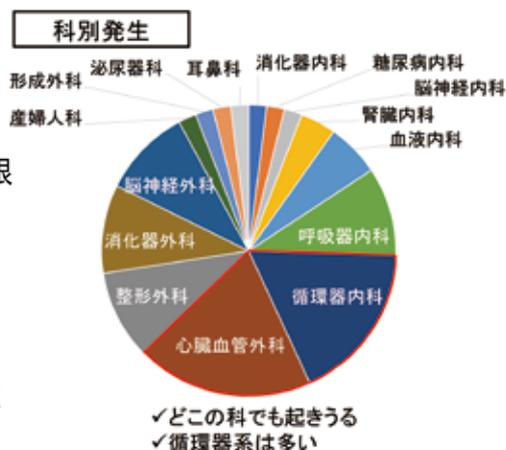
脳卒中はいつでもどこでも発症、入院患者さんはハイリスク

脳卒中は突然に発症し、放置すれば身体機能を著しく損ねてしまう恐ろしい病気です。脳卒中はいつでもどこでも発症するものであり、たとえ入院中であっても発症します。当院の入院患者さんは、担癌患者さんや、心臓病、腎臓病等の基礎疾患のある患者さんが多く、また手術のために抗血小板薬や抗凝固薬を中止する場合もあるため、脳卒中発症リスクはむしろ高いと考えられます。

2021年から22年の2年間に当院には約25000人の方が入院されていますが、そのうち約60人(0.24%)の患者さんが入院中に脳卒中を発症しており、中でも脳梗塞は51人と最多でした。それらの患者さんの背景を見てみると、一般的に血管障害のリスクと言われる高血圧の方が25人、糖尿病の方が16人と多く、脳梗塞のリスクと言われる心房細動の方が18人、担癌患者さんが16人と多数を占めました。また脳梗塞や冠動脈疾患の既往があり、抗血小板薬や抗凝固薬を内服している患者さんはそれぞれ16人、21人と多く、そのうち抗血小板薬は約3割の方が、抗凝固薬は約6割の方が治療のために内服を中止している間に脳梗塞を発症していました。

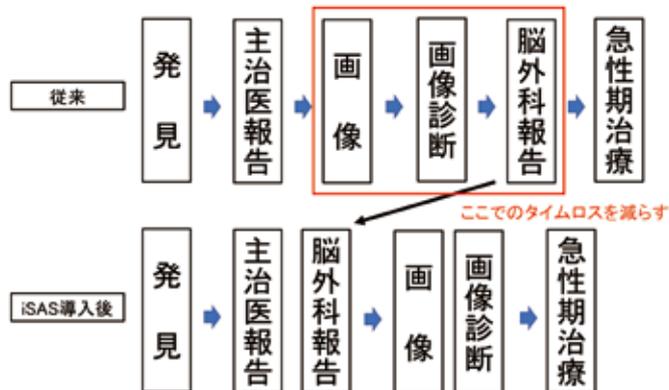
院内脳卒中の発症高リスクの要因

- ✓抗血栓薬の休薬
- ✓心不全
- ✓全身麻酔手術
- ✓心臓手術後
- ✓血液疾患
- ✓心臓/脳血管カテ処置
- ✓心房細動
- ✓感染症(COVID-19含む)
- ✓脳出血/脳梗塞で入院中
- ✓経口避妊薬/出産
- ✓透析/水分制限
- ✓悪性腫瘍
- ✓肺葉切除後
- ✓腎機能障害
- ✓脳梗塞の既往



脳卒中の予後は治療介入のスピードで決まる

脳卒中を起こし治療介入が遅れてしまうと、後遺症を残し日常生活活動度の低下につながるため、一刻も早く正確な診断と適切な治療を施すことが重要となります。特に脳梗塞の場合、t-PA 静注療法や血栓回収療法などの治療介入には発症から治療開始時間までのタイムリミットが存在するため、早期診断がより重要となります。しかしながら 2021年から2022年の2年間で起こった院内発症脳梗塞51件のうち、術後・処置後や抗凝固薬内服中のためにt-PAの適応とならなかった患者さんを除く23例のうち、15例では発症からt-PAの適応である4時間半以上経過してしまったために投与できないという結果になっていました。これは、脳卒中を専門としない病棟ではスタッフが脳卒中症状に気が付きにくいことや、担当医の専門性からかけ離れた合併症であるために診断から脳神経外科へのコンサルトまで時間を要することなどが原因と考えられます。



これまでの当院での脳卒中疑い患者さんを発見した場合のワークフローは、①主治医連絡、②主治医診察、③画像診断を優先し、そののちに脳卒中が間違いなからうという段階になってから④脳神経外科医に連絡するという流れになっていました。しかしこれでは、治療開始までに時間のロスが生じます。そこで少しでも脳神経外科の介入と治療開始を早めるために院内発症脳卒中对策システム (iSAS) を導入しました。

iSAS の特徴

iSAS を導入するにあたり『早期発見』と『早期治療』につながるシステムづくりを重視しました。まず『早期発見』のために、普段脳卒中を見慣れていない医療スタッフでも容易に診断がつけられるように、いわゆる「FAST」に準じて簡便な判定基準（顔面の麻痺、上肢の運動麻痺、失語 / 構音障害）を定めました。そしていち早く脳神経外科にコンサルトし『早期治療』につながるよう、その後に行うべきワークフローを明確にしました。このシステムでは、平日の日中であれば、脳卒中疑い患者さんの発見者は主治医連絡と同時に脳神経外科医にも連絡を行ってまいります。夜間や休日であれば、院内当直医に直ちに初期診療を依頼し、脳卒中を疑う場合は画像診断開始と同時に脳神経外科医に連絡を行ってまいります。これにより画像診断がつく前から脳神経外科医が介入することで、治療開始までの時間短縮につながり、治療適応となる患者さんの増加とひいては後遺症の軽減が期待できます。

院内発症脳卒中对策システム (in-hospital Stroke Action System : iSAS)

顔面麻痺 運動麻痺 言語障害
一つでも症状があればiSAS発動



主治医に状況報告 → 脳外科医に直接連絡 (平日 日勤帯)
→ 外科当直医に診察依頼 (休日 夜間帯)
診察後に脳神経外科医へ連絡

実績と展望

2023年6月からiSASの運用を開始してから、約1件/月のペースで本システムが発動しています。中には早期発見により血栓回収療法により、脳血流の早期再開につながった症例もありました。導入からまだ数ヶ月しか経過していませんが、医療スタッフの脳卒中への意識が高まり、早期の脳神経外科コールが増えと実感しています。

ただし、一般の脳卒中に同じく課題も残されています。たとえば、意識障害がある人では神経評価が難しく、iSASの診断基準以外の神経症状の場合には脳卒中疑いから漏れてシステムが起動しない、といったピットフォールもあります。これから、症例を積み重ね現場の意見もくみ取りながらシステムのブラッシュアップをしていきたいと思えます。

最後に

脳卒中・循環器病基本法が制定され、より健やかな健康寿命の延伸が目標にかけられている時代に、私たちに何ができるかと考え、院外発症・院内発症を問わず最良の脳卒中医療が提供できる体制づくりに取り組んでいます。

このようなシステムづくりは、全国的にも先進的な取り組みです。脳卒中は、入院中の偶発的な合併症の中でも重症化し患者さんの予後を大きく左右する重大な事象です。病院全体の職員がそのリスクは決して低くないことを認識し、患者さんのより良い予後に貢献できるよう努めていきたいと思えます。

TAVI（経カテーテル大動脈弁置換術） 300 症例を達成

循環器内科 部長 野坂 和正

2015年7月に当院で開始したTAVI（経カテーテル大動脈弁置換術）も2023年1月に300症例を達成し、その後も手術件数は増加し2023年9月時点で333症例を治療しました。

この8年間にTAVIを始めとしたSHDインターベンション（構造的心疾患に対するカテーテル治療）はめざましい発展を遂げ、僧帽弁逆流症に対する経皮的僧帽弁クリップ術（MitraClip）、心房細動による心原生脳塞栓症予防のための経皮的左心耳閉鎖術（WATCHMAN）、潜在性脳梗塞再発予防のための経皮的卵円孔開存閉鎖術（PFO Occluder）など様々なカテーテル手術が保険適応となり当院で施行可能となりました。多くのSHDインターベンションが登場する中、患者さんの健康寿命の上昇に伴いTAVIの需要はますます増えています。また、TAVIに関する様々な研究が進むにつれTAVIの安全性が明らかとなり、若年・低リスク患者さんへのTAVIの適応が広がっただけでなく、2018年には外科生体弁機能不全に対するTAVI（TAV in SAV）が開始され、2021年には透析患者さんへのTAVIが一部のTAVI専門施設において保険適応となりました。当院でも先日TAV in SAVを行い、高齢の大動脈弁狭窄症再発患者さんに対してTAVIを行うことで再開胸手術を免れました。

また、透析患者さんへのTAVIも当院で開始いたします。患者さんの高齢化およびTAVIの適応拡大により現在よりも更に治療が難しい患者さんが増えると予想されますが、多職種によるハートチームで検討を行い、より良い治療を提供できるよう努めてまいりますので、お困りの方や話を聞いてみたいという方がいらっしゃいましたらお気軽にご相談いただくと幸いです。



大規模地震を想定した防災訓練を実施しました

業務課

9月30日に南海トラフ地震により、四国4県と九州の一部に甚大な被害が発生した想定のもと、内閣府主催の大規模地震時医療活動訓練が実施され、当院も同訓練に合わせ院内防災訓練を実施しました。

当日は関係機関にも御協力をいただいたうえ救急患者の受入れも制限しての訓練を行い、これまでの訓練とは違った課題等も見つかり非常に有意義な訓練を実施することができました。見つかった課題などは、今後当院のBCPに反映させる予定です。

当院は県内唯一の基幹災害拠点病院であり、実際の発災時には他の災害拠点病院や地域の医療機関の御協力のもと、地域の救護活動の拠点として入院患者等の安全を確保するとともに重症患者受入れの役割を担うなど、災害の最前線で活動する必要があります。当院としても実際の有事に備え今回のような訓練を積極的に実施し、職員の災害意識の醸成、スキルアップ等を図ることにより当院自体の災害時の対応力の向上を図っていきたく考えています。

また、今後は地域の医療機関の方にも訓練や研修などに御参加いただき、県内全体の災害医療の向上・連携に努めたいと考えておりますので、御協力方よろしく申し上げます。



認定・専門看護師コラム
脳卒中相談窓口について

その6

脳卒中リハビリテーション看護認定看護師 三好 卓也

「脳卒中」の意味は、脳に卒然(=突然)、の中(あた)りであり、脳梗塞・脳出血・くも膜下出血の3つを合わせた呼び方です。前兆がなく、急に発症することが多い病気です。脳卒中の症状は多くあり、急に意識がなくなったり、手足の麻痺や飲み込みがうまくできない、話すことがうまくできないなどの症状がでたり、重度の場合、生命にかかわることもあります。

脳卒中は、症状が安定すればリハビリがメインの治療といってもよくらいリハビリは重要です。当院は、急性期病院(治療がメインの病院)のため、リハビリの時間は限られてきます。そのため、手足の麻痺や飲み込みがうまくできない、話すことがうまくできないなどといった後遺症がある患者さんは、回復期病院へ転院することが多いです。

しかし、回復期病院から自宅に帰られた方の中には、治療と仕事の両立に対するの悩みや経済的な不安などを、どこに相談すればいいか迷ってしまう方もいらっしゃると思います。そんなときに、相談できる窓口が『脳卒中相談窓口』です。現在は当院で脳卒中の受診・入院歴のある患者さんを対象にしておりますので、お気軽に相談窓口へお越しください。



脳卒中相談窓口開設

当院では、「脳卒中相談窓口」を開設しました。脳卒中に関する医療や介護に関する相談、適切な社会資源の情報提供など、様々なお悩みに対応させていただきます。

相談内容

- 脳卒中の治療や再発予防、リハビリ等について
- 食事の中のムセや排泄の悩みなど日常生活場面について
- かかりつけ医や介護保険などの社会資源について
- 仕事と治療の両立について
- 経済的な不安について

相談窓口

- ⑧番窓口 患者サポートセンター内

対象者

- 脳卒中で当院に入院歴・通院歴のある患者さま・御家族さま

相談方法

- ◆ 電話相談および面談 1回30分程度
- ◆ 相談は無料です
- ◆ 予約が必要です
087-811-3333(代)
月～金曜日(祝祭日を除く) 8:30～17:00

相談員：医師、脳卒中リハビリテーション看護認定看護師、摂食・嚥下障害看護認定看護師、医療ソーシャルワーカー等

食事づくりのポイント～減塩のコツとは?～

栄養部 藤田 優香

日本人の食事摂取基準(2020年度版)では、塩分摂取の目標量は1日男性7.5g未満、女性6.5g未満、高血圧症の場合は1日6g未満と設定されています。

塩分のとりすぎは、高血圧や動脈硬化に繋がり、心筋梗塞や脳梗塞などの生活習慣病の原因となります。減塩のコツを実践してみましょう。

～当院の減塩食～

1食あたり
食塩相当量 1.6g

〈減塩のコツ①〉

酸味や香辛料をうまく利用し、味を引き立たせる

酸味や辛味、香りをきかせると、醤油・塩・ソースなどの調味料を減らしても物足りなさを感じにくくなります。

辛子和え

酢豚

ごはん

ふろふき大根

〈減塩のコツ②〉

出汁でうま味をきかせる

うま味をきかせると、薄味でも満足感が得られます。昆布、鰹節、椎茸などで濃いめに出汁をとったり、市販のだしの素でも減塩タイプを利用するとよいでしょう。

〈減塩のコツ③〉

汁物は1日1回まで

汁物の塩分量は2杯で約3gあります。1日1杯までとし、具だくさんにして汁の量を減らすと良いでしょう。

〈減塩のコツ④〉

主食は白ご飯を基本にする

主食をパンやめん類にすると主食で約1g以上の塩分をとってしまいますが、白ご飯にすると塩分は0gにすることができます。漬物や佃煮、ふりかけ等のご飯のお供もなるべく控えましょう。

