

あ あ あ

TONAMI GENERAL HOSPITAL
2004・夏

FEATURE

[2004年4月1日新しい 総合リハビリテーションセンター OPEN]

CONTENTS - 目次

- Page2. 特集/2004年4月1日
新しい総合リハビリテーションセンターOPEN
- 4. 各科だより
 - 7. Sweet Home(看護部紹介)



病院屋上ヘリポート患者受入れ訓練

リハビリテーションセンターのシステム

少子高齢化社会に突入してリハビリテーション（以下リハビリ）の役割は一層重要となります。そうした社会や医療の変化に対応して当院のリハビリ部門がこの春より新しくなりました。

当リハビリセンターの特色は集中治療室での超急性期のリハビリに始まり、回復期のリハビリ、さらには在宅でのリハビリに至るまで、様々な状況下において患者様に総合的なリハビリ医療を提供できる点にあります。

集中治療室では手術直後からリハビリが開始され、病棟では病棟担当の療法士が看護師とチームを組んで、リハビリを継続しています。さらに病状が安定した後、必要があれば回復期リハビリ病棟で、在宅や社会復帰に向けての集中的なリハビリ、日常生活動作訓練がなされ、体制が整ったところで自宅への退院が可能となります。自宅へ帰られてからも継続的に訪問リハビリで寝たきりを防止すべく対応できるようになります。



新しい 2004年4月1日

超早期リハビリから、回復期リハビリまで

総合リハビリテーションセンター

OPEN

Q1 当院のリハビリにはどのようなものがありますか？

当リハビリセンターではリハビリ専任医の診察後、患者様に応じた各種療法が処方され、それに基づき理学療法・作業療法・言語療法・呼吸・心疾患リハビリなどの様々なリハビリが実施されます。必要な患者様には、一日に複数の専門スタッフが関わり、各分野のリハビリが提供されることも珍しくありません。

Q2 いつからリハビリは始まりますか？

当院では、脳梗塞発症直後の意識が戻る前の患者様、脳出血では、手術後翌日の患者様においても、状態さえ安定していれば、集中治療室から積極的にリハビリを行うっております。体を動かせない状況が続けば、関節が固くなり、拘縮を起したり、痛みの原因を作ってしまう、その後の回復の大きな妨げとなります。加えて、呼吸・循環機能の低下にもつながり、寝ていること、つまり、安静を必要以上に保つことで、かえって二次的な障害を生じる危険性が高まります。特に高齢者や体力の衰えのある患者様では、その傾向が顕著で、麻痺に加え、容易に関節の拘縮や筋肉の萎縮などの合併症を生じてしまいます。そのため、高齢者こそ、出来るだけ安静にはせず、可能な限り早期から行うことができることから動いていく、といった急性期リハビリや早期離床の考え方が大切になってきます。

つまり発症後、早い段階から退院後の生活スタイルを想定し、それぞれの目標に応じて、リハビリを行うことが早期回復の糸口となるわけです。

新しく広がった
理学療法室



Q3 脳卒中患者のリハビリとはどういうものですか？

例えば、脳梗塞後に右半身麻痺となり、自力では座ることもできない、食事も自力では取れないという患者様を想定してみよう。このような人に対しては、3つの分野において各専門の療法士が担当させて頂くこととなります。まず、理学療法士は、座るといった能力に必要な体幹(胴体)の筋活動を促し、座るために必要なバランスや、安定した姿勢が保てるように、基本的な身体能力を整えるような働きかけをします。また作業療法士は、麻痺した上肢(手)の機能を促すような食事場面の練習や、食べやすいスプーンを提供するなど、やり方や道具の工夫で、動作が円滑に運ぶように援助をします。不幸にも、利き手が使用できない重度の麻痺の場合、利き手交換の練習や、片手でも行えるような工夫を提案し、患者様の生活の自立へのお手伝いを進めていきます。

次に、舌や喉の筋肉が麻痺すると、食べるという機能に必要な、噛む・飲み込むという食事の連の運動が障害されます。その場合、言語聴覚士は麻痺に対する訓練を行いながら、口から食べる方法を考えます。患者様に応じて食べやすい姿勢を調整したり、また、むせにくい食材を検討します。

そして、麻痺の改善に合わせ徐々に食事の形態を変更していきます。

このように、当リハビリセンターでは患者様を中心に、各専門スタッフがチームを作って、急性期から安心して生活できるまでの過程を包括的なアプローチにより実践しています。

Q4 回復期リハビリ病棟ってどういう所ですか？

一般病棟で治療が終了したけれど、機能障害が残ってすぐに退院できない患者様に対して、リハビリを集中的に行う病棟です。

ここでは、実際の生活場面にスタッフが介入し、日常生活能力を高め、自立度を高めたり、介護量を軽減して安心して「自宅復帰」できることを目指します。そのために医師、療法士、看護師が共同してリハビリプログラムを立て、個々の家庭生活に合わせた動作を中心に訓練を行います。そして、患者様やご家族とともに、退院後の生活について考えていきます。

必要な場合は家屋改造の提案や、福祉サービスの導入などを行い、環境を整えて、家庭復帰へのお手伝いをします。また、やむを得ず、自宅に帰れない方には転院先もご紹介いたします。

床の高さが調節できる
入浴動作訓練システム



小児科

坐薬の種類と使い方



小児科部長
住田 亮

母 「ある日の外来での会話」

母 「熱が39℃もあつたので坐薬を入れたけど全然下がりません！」

小児科医 「どんな坐薬使いました？」

母 「よく分かりませんが前に買った坐薬で……」

小児科医 「……おかささん、そりゃ吐き止めの坐薬だよ」「……熱下がりませんよね」

「」の会話、決して珍しくありません。坐薬、特に解熱剤の坐薬は子どもが急に熱を出した時にしばしば保護者の判断で使用されますが、種類や量を間違えると効果がなかったり思いもよらない副作用が起る可能性があります。今回はよく使われる熱冷まし坐薬について簡単にお話します。

子どもには主にアンヒバという名前の坐薬が使用されます。熱冷ましの坐薬としてはこれ以外にユニフロン、ボルタレン等がありますが小さな子どもにはあまり使われることがなく、特にボルタレンは幼児小児には禁忌(使用してはいけない)とされています。

アンヒバの成分はアセトアミノフェンという解熱鎮痛剤ですがこれは子どもに比較的安全に使用できる解熱剤として世界標準になっています。

効果はマイルドで例えば40℃の高熱ですと38℃位までしか下がりませんが2℃の体温下降でも子どもは随分楽になるはず。熱の下がり方が悪いと不満を持たれる方もいらっしゃると思いますが安全性と効果の両面で特に小さな子どもには最適な坐薬です。

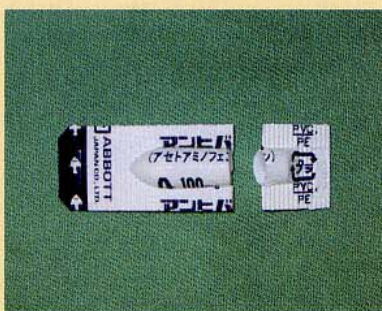
アンヒバ坐薬には100と200の2種類があります(写真1)。100は白地に青のラインが、200はオレンジのラインがそれぞれ入っています。200という数字が印刷してあります。

使用にあたっては子ども体重、年齢を考慮しなければなりません。が大体にいうと子どもの体重に8〜10をかけた数値が使用量となります。たとえば15kgのお子さんですと120〜150が適切な量ということになります。この場合200の坐薬をハッケージごとハサミで2/3〜3/4に切って使用することになります(写真2)。「お兄ちゃんの坐薬を持っているが使用していいか」という質問をよく受けます。今述べたように体重から換算した量を使用されれば基本的に問題は無いと思います。逆に100の坐薬しかないときは多少効果は落ちますが100を1個使用することになります。

また体重があっても年齢で多少調節しなければいけないこともあります。特に1歳未満のお子さんには体温が下がりにすぎることがありますから、控えめに使用しなければなりません。また3ヶ月以下のお子さんには原則として使用できません。



[写真1] アンヒバ坐薬100(上)と200(下)



[写真2] パッケージごとハサミで切る。

「何度以上で坐薬を使えばいいですか?」これもしばしば聞かれる質問ですが、何度という決まりはありません。

医学的には極端に言いますと、熱を下げる必要はないのです。熱は病気を治そうとする生体の防御反応の一つですから、むやみに熱を下げることはかえって病気の治りを遅くする可能性があります。また「熱で脳が障害される……」という心配をされる方がいらっしやいますが、そのようなことは基本的にありません。

熱冷ましを使用する理由はただ「子どもを楽にしてあげる」というだけです。何度だから使う?ではなく「熱で辛そうだから使う」というのが正解です。

余談ですが、熱がある子どもの額に貼る「熱さまシート」、あれは気持ちがいいだけで熱を下げる作用は全くといっていいくらいありません。あのシートを貼るより布団や服を薄くした方がはるかに効果があります。



整形外科部長

高木 泰孝



整形外科

腰椎椎間板ヘルニアに対する 最小侵襲手術

腰痛には、ぎっくり腰のような激痛もありますが、脊椎骨粗鬆症や筋肉痛、関節炎などによる鈍痛もあります。ぎっくり腰は急性腰痛症の総称ですが歩けないほどの激しい痛みは腰椎椎間板ヘルニアによることが多いです。

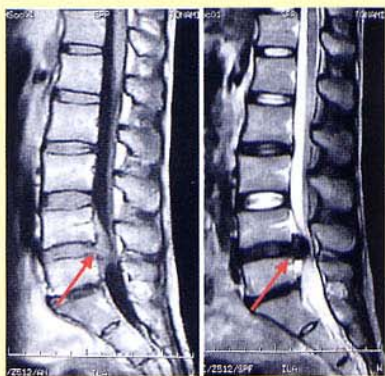
腰椎椎間板ヘルニアは10代の若い人から老人まで発症しますが、20代から40代の働き盛りに多いという特徴があります。

背骨は、椎骨が椎間板というクッションを挟んで積み重なっており、その椎間板がつぶれたり、ひび割れたりすると、中のゼラチン状の髄核が押し出され神経を圧迫します。そのため坐骨神経痛を生じます。この病態が腰椎椎間板ヘルニアです。

治療は大きく分けて、安静をしながら痛みが和らぐのを促す保存的治療と手術などでヘルニアの圧力を減らす方法があります。

腰椎椎間板ヘルニアで手術が必要な場合は、①膀胱直腸障害（尿が出なくなる）②著明な筋力低下（足、足指に力が入らず歩きにくい）③我慢のできない腰下肢痛です。

当院では、北野前院長が1984年にドイツのザーランド大学脳神経外科へ出張し、2週間カスパー先生から直接、手術用顕微鏡使用による腰椎椎間板ヘルニア摘出術の指導を受け、当院に導入し治療してきました。この顕微鏡による手術方法の結果それまで手術3週間後に歩行開始が可能でしたが、2〜3日目に歩行が可能となりました。また手術創も10cmから3cmとなりました。



MR検査での腰椎椎間板ヘルニア



高精度手術用顕微鏡による椎間板ヘルニア摘出術



高精度手術用顕微鏡を使用している手術風景

今回は腰椎椎間板ヘルニアに対する新しい治療法について述べたいと思います。

従来の肉眼的ヘルニア摘出術や顕微鏡視下ヘルニア摘出術に代わって、より低侵襲（身体に負担がかからない）で、ヘルニア塊を摘出できる内視鏡視下腰椎椎間板摘出術MED法がアメリカのフォーリー先生とスミス先生によって1996年に開発されました。本法は圧迫された神経根の病態を内視鏡視下に確認してヘルニア塊を摘出する新しい手術手技です。

当院でも私がアメリカのテキサス大学に研修に行きスミス先生より直接指導を受け、2001年より当院に導入して治療してきました。

更に新たに2003年より顕微鏡視下腰椎椎間板摘出術MD法を導入し、明るい視野で3次的に立体視して、ヘルニア塊を摘出することが可能となりました。

従来の手術と違い、手術創は約16mmです。全身麻酔下に円筒シラクターを挿入して、高精度手術用顕微鏡を見ながらヘルニア摘出術を行います。顕微鏡視下腰椎椎間板摘出術MD法では、鈍的に筋肉を広げながら骨に到達します。この方法により後方軟部組織への侵襲が極めて小さくなります。疼痛も有意に減少しています。手術創は小さいので皮膚縫合は行っていないません。抜糸は不要です。手術翌日より歩行可能です。アメリカではデイスージェリーといって、この方法で日帰り手術も行われています。当院の手術後のプログラムでは退院は1週間後ですが、希望の方は翌日に退院可能です。



皮膚縫合せずステリストリップを貼って固定

腰椎椎間板ヘルニアの再発はどの手術方法でも有意差はありませんから、術後も腰に負担をかけない、腰痛体操をする、体重増加に気をつけるなどの日常生活上の注意が必要です。

スィートホーム
Sweet Home

看護部紹介



副院長(看護部長兼務)

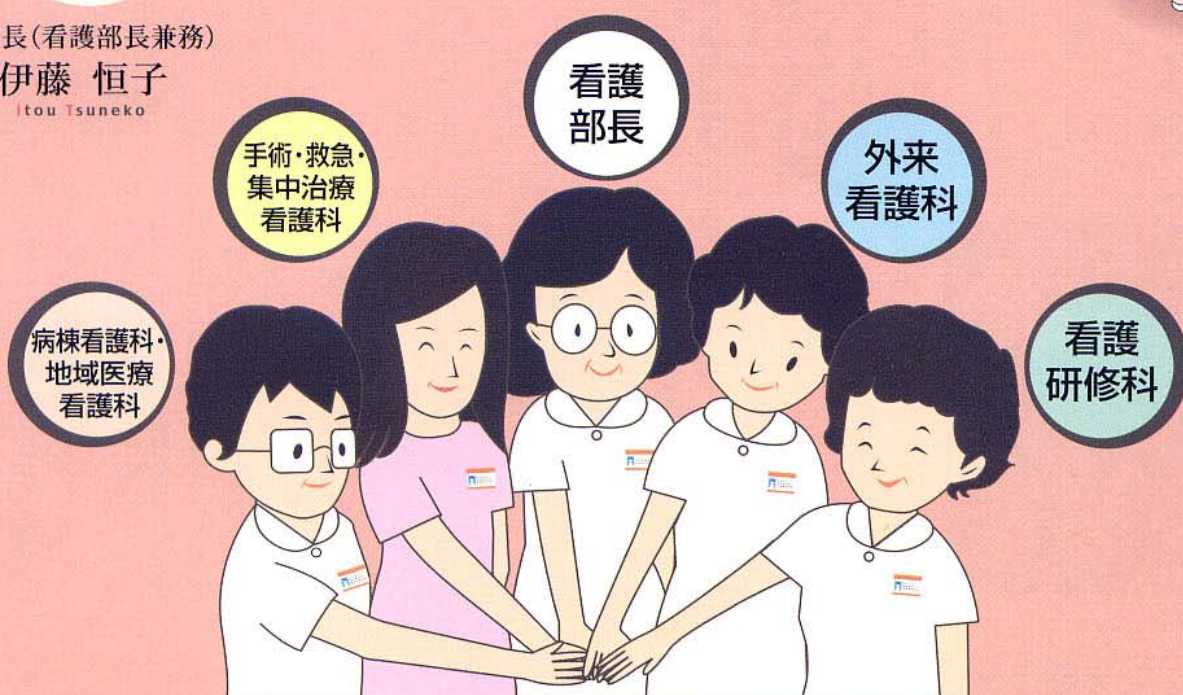
伊藤 恒子

Ito Tsuneko

看護部が新たに組織変革いたしました。

病院で最も多い職員を持つ「看護部」が、患者さまの最も身近にいる存在として、「安全・安楽・安心で、質の高い看護を提供していく」それを真に実践できる看護部として、変革・成長するために、組織の組み換えを行いました。

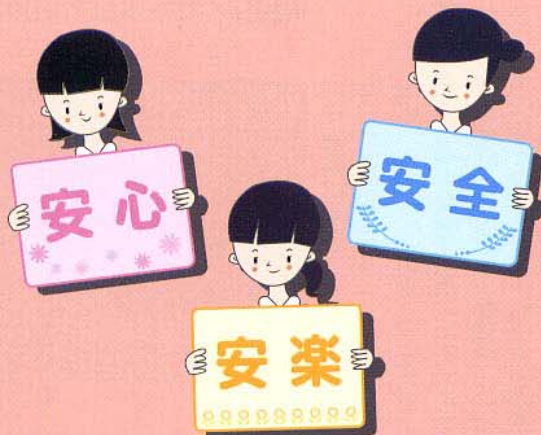
看護部は外来看護科、病棟看護科、手術・救急・集中治療看護科、看護研修科、地域医療看護科の5科となり、それぞれの科の科長がそれを統括していきます。



看護部標語

心安らぐ看護・心通う看護・心が届く看護を!

看護部職員 415名(平成16年5月1日現在)、
全員がそれぞれの輝きを持てる看護の実践をします。



師長会



 Takabatake Sumiko

外来看護科長の高畠 澄子です。

平成16年3月に外来ゾーンの改修も終わり、全面ブロック化になりました。同時に待合室には表示盤を導入し「静かな外来・プライバシーを守る外来」を目指しています。

また、地域連携医療を推進し、地域で健康を支え合える明るい町づくりを目指すことも病院・外来目標です。これは皆様が日頃は「ホームドクター」を持ち、大きな検査や入院治療が必要になった時はその先生よりの当院に紹介いただき、症状が落ち着いた時点でまたホームドクターへ…。といった連携システムです。紹介状を頂くことで、日頃の患者さまの様子が入院治療にもそのことが生かれますので、ご協力をよろしくお願いいたします。



 Nagaoka Masako

病棟看護科・地域医療看護科長の長岡 正子です。

「患者さま中心の看護」をめざし「安全・安楽・安心」をモットーに、質の高い看護を提供できるよう努力し、成長していきたいと思ひます。

患者さま家族依存の看護から看護師独自の看護へ、求められているサービス業としての医療、ホテルのような快適空間をかもし出せるような病院づくりをめざしております。

また、地域連携科の科長を兼務していますが、安心して入院でき、良くなって退院していただける支援と、日頃の健康管理をみんなでお手伝いいたします。



 Matsubara Naomi

手術・救急・集中治療科看護科長の松原 直美です。

平成14年度に集中治療室が完成しました。それは集中治療室(ICU)とハイケアユニット(HCU:集中治療室より重症度の軽い患者さまを治療しています)で構成され、救急部門を強化しました。そして緊急手術や集中治療、夜間入院など適切な医療を確保する体制が整っています。

診療科目は全科にわたり常に全力投球が求められる為、携わるスタッフの教育と健康管理には十分気を使っています。そうすることで、危機状態にある患者さまとその家族の方の医療及び精神的サポートが出来る専門職者の育成を目指しています。

私達医療人には、医療現場の様々な場面で適切に対応できる能力が求められています。

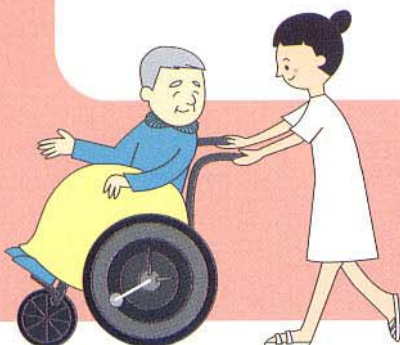
看護部研修科は、個々人の資質の向上を図るために教育環境を整えることを目標にしています。著名な講師を招いた講演会の開催や、新人・中堅・管理職など、対象を絞り込んだ集合研修、現場での場面研修などを企画、実施しています。

また、医療安全管理室長を兼務していますが、危険性を内包する医療の現場で安全性を確保する事は必須であります。安全な医療の実施のために病院を横断的に見て行きたいと思っております。



 Ooshima Tatsumi

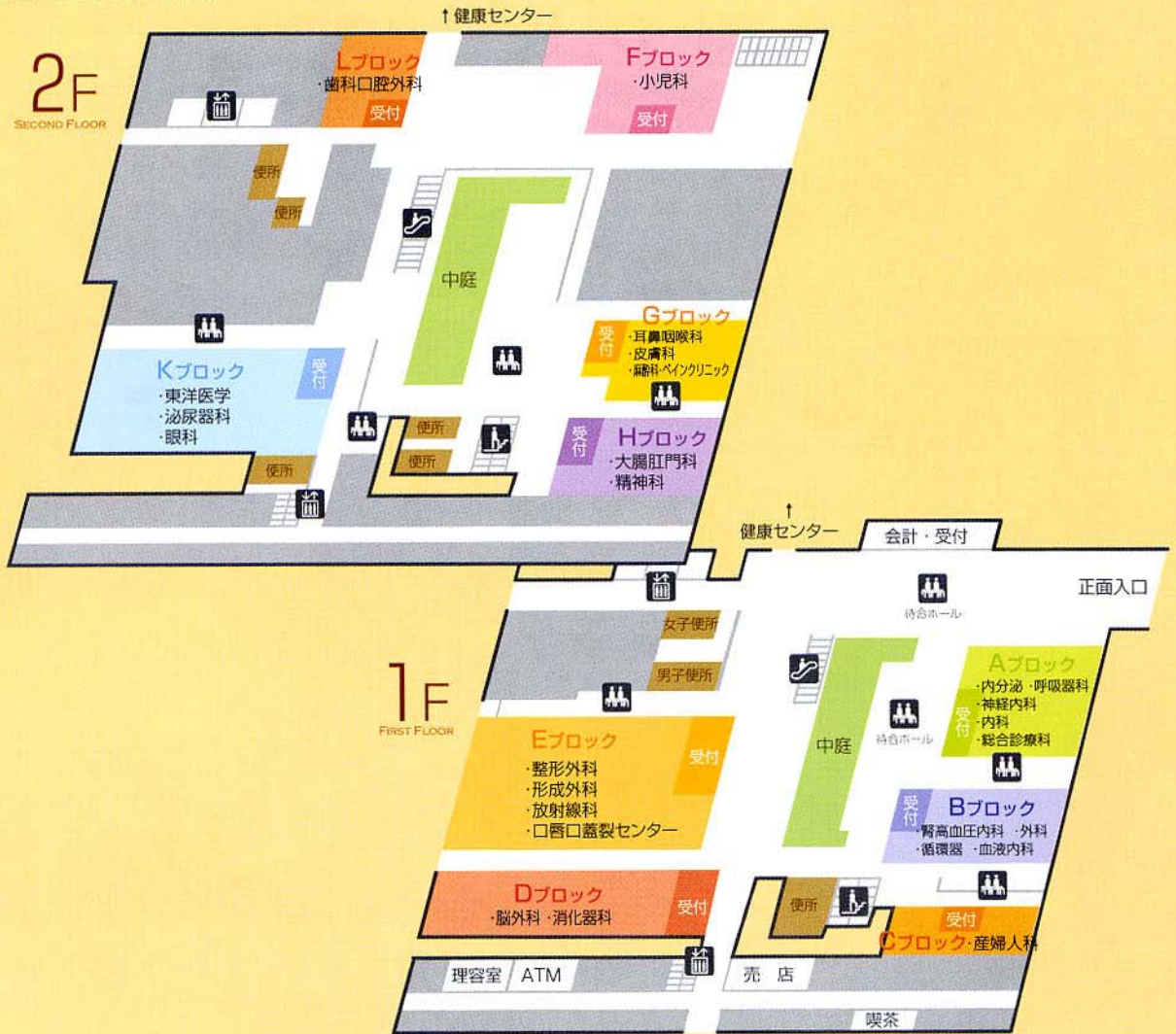
看護研修科長の大島 多津美です。



外来案内図

FLOOR GUIDE MAP

-  待合
-  エスカレーター
-  エレベーター
-  階段



診療時間

CONSULTATION HOURS

[外来診療時間]

平日 午前8時30分から午後5時まで

※診療科・曜日によって異なりますので、詳しくは下記までお問合せください。

[休診日]

土・日・祝祭日および年末年始

市立砺波総合病院

〒939-1395 富山県砺波市新富町1-61

TEL 0763-32-3320(代表)

FAX 0763-33-1487(総務課)

E-mail tgh01@tgh.tonami.toyama.jp

www.tgh.tonami.toyama.jp/

伝言板

MESSAGE BORDS



総合診療科の ご利用の仕方について

「かかりつけお医者さんを見つけて」と、おあしす2003冬号の伝言板に書きました。大病院に直行する習慣はすぐには変えられませんが、私たちもかかりつけお医者さん情報を提供しますので是非ご協力下さい。いつ何時病気になるとは限らないので、その為に地域の開業医も当院もあります。運悪く急に病気になって「どこへ行っていいかわからない」時には、とりあえず当院の総合診療科を受診して下さい。診察の上、必要な専門診療科に紹介されます。

しかし病院は専門性を発揮する所です。あくまでも総合診療科利用は緊急避難として利用することを理解され是非かかりつけお医者さんを。

院長