

創刊にあたり～院長挨拶

私が院長に就任して早や半年が経過しました。この病院をもっと良くする工夫を病院一丸となって模索しています。医療や病院をめぐる環境は激動の時代を迎えています。その中で生き残っていくためのさまざまな改革を提案して実行していきたいと考えています。今回当院の機関紙を一新し、私たちの手作りの印刷物に変更しました。ホームページも同様にしました。院内の印刷機で院内ポスター作成も可能となりました。これらにより情報の発信をより早く、より正確に、より遠くまで伝達させることが可能となりました。また、若手医師確保のための臨床研修制度の見直しや東住吉森本病院学術講演会開催などはそれらの改革の1つです。これからも地域の信頼される病院を目指して、積極的に活動していきたいと考えています。



院長 瓦林 孝彦

当院の臨床研修について

平成 16 年度より我が国の臨床研修制度が大きく変化し、それまでの大学医局を中心とした形態から、一般病院も含めたスーパーローテート方式となりました。当院は、初年度から管理型（現在名：基幹型）臨床研修指定病院の認定を受け、毎年 3-5 人の研修医を受け入れてきました。現在も当院管理型と市大病院との協力型を合わせて 9 名の先生が初期臨床研修に励んでおり、これまで受け入れた研修医の合計は 43 名になります。

当院では、救急総合診療科において幅広い common diseases を経験できる一方、各臨床科での専門性の高い医療や学会活動なども体感でき、また、Co-medical 部門との交流を通して、医療をより広い視点から考える機会を得ることができるなどから、年々研修希望者が増加してきています。2 年間の研修修了後も、過半数の先生が当院への就職や関連大学医局への入局を選択されており、当院の将来にとって大変心強いことでもあります。



副院長 田中 宏

第 1 回 東住吉森本病院学術講演会開催

去る 2010 年 8 月 26 日、当院主催の学術講演会を開催いたしました。当日は、地域でご活躍の臨床に携わる先生方に多数ご来場いただき、盛況のうちに終わりました。当日の内容は、専門分野の視点から症例を中心とした技術解説や実績報告が主で、当院のスペシャリストとして活躍しております消化器外科、消化器内科、整形外科、循環器内科の各臨床医が講演を行いました。今回はこの各講演の要約を掲載させていただきます。



整形外科 ～『スポーツ外傷・障害への取組み』 整形外科・リウマチ科 原 庸

スポーツ整形外科ではスポーツに起因した傷害（外傷・障害）を取り扱いますが、その中でも比較的膝が傷害されやすく、骨折、靭帯・半月板損傷や使いすぎによる障害などがあります。この中でも前十字靭帯（ACL）損傷と半月板損傷の頻度が高く手術が必要となることが多いです。

ACLは膝関節内にある膝の安定性に寄与している構造物です。ジャンプの着地、急な方向転換や外側からの打撲によって断裂し、関節穿刺にて血腫が吸引されますので診察で予測可能です。画像診断としてはMRIが有用です。断裂したら自然修復されず、放置するとスポーツ中や日常生活において膝がガクツとする膝くずれを繰り返し、二次的な半月板損傷や軟骨損傷から変形性関節症に至ってしまうため、ガイドラインでも手術を推奨しています。手術は自家組織で代用する再建術が一般的で、関節鏡視下に低侵襲に行うことが可能です。半腱様筋腱を用いて正常な形態を再現するために2本の腱に分けて再建しています。

半月板は大腿骨と脛骨の間にある線維性軟骨で、衝撃吸収と安定化の役割を果たしています。ひねり動作や靭帯損傷に合併して損傷し、断裂音を聞く方もいて、疼痛、弾発現象、ひっかかり感やロッキングを訴えます。画像診断としてMRIが有用で、損傷部位・形態によって保存的治療か手術かを決定しています。手術としては切除術と縫合術がありますが、切除すると関節症性変化が進むため、可及的に縫合することが推奨されています。こちらも関節鏡視下に低侵襲で行うことが可能です。

近年の健康志向に伴いスポーツ人口は増加傾向にあり、それに伴いスポーツ傷害も増えてきています。当科ではスポーツ時のケガから慢性の故障まで、上肢から下肢・体幹まで広くスポーツ傷害をみており、それぞれの症例に合わせた治療を行っています。



循環器内科 ～『最新のインターベンション治療の実際』

心臓血管センター
循環器内科 部長 坂上祐司

当院循環器内科におけるインターベンションは、冠動脈インターベンション（経皮的冠動脈形成術PCI）と末梢血管インターベンション（経皮的末梢動脈形成術PPI）の2つに分けられます。PCIとPPIの年間合計実施数は約300症例です。

PCIの対象疾患は、急性冠症候群（急性心筋梗塞、不安定狭心症）と労作狭心症で24時間365日体制で治療に対応しています。PCIは状況に応じて血管内超音波カテーテル（IVUS）や最新の高解像度を誇る光干渉断層撮影法（OCT: IVUSの10倍の解像度）で病変を詳細に観察し可能な限り最大内腔径を確保し、遠位塞栓予防カテーテルを併用して合併症を少なくする治療を心掛けています。また、末梢動脈疾患は、昨今高齢化社会・食生活を含む生活様式の欧米化により、急増してきた動脈硬化症による末梢動脈の狭窄・閉塞をきたす病態であり、重症下肢虚血になると下肢切断を余儀なくされる症例もあり予後は決して良くない疾患群です。

さらに、その2人に1人は冠動脈疾患を合併しているとのレジストリーデータもあるため、アテローム血栓症として全身の動脈硬化疾患の関与を念頭に置いた検索が重要となります。治療は、ステント治療が主体ですが、膝から下はバルン拡張のみで終了することが多く（救肢目的）、完全閉塞病変に対してはエコーガイドで治療することで被爆時間・造影剤量を減らすことを試みて良好な成績です。

上記のようなアテローム血栓症を早期に発見すべく疑わしい患者様を積極的に紹介して頂き、手足の血圧を同時測定するABIを実施したいと考えています。さらに軽症糖尿病・耐糖能障害、睡眠時無呼吸症候群を含む睡眠呼吸障害等を積極的に診断すべく検査を実施しています。



消化器外科 ～『腹腔鏡下大腸がん手術への取り組み』

外科部長 金沢源一

当院外科では年間 600 例近くの手術を行っておりますが、現在適応が拡大してきております腹腔鏡下手術に関しては胆嚢摘出術、虫垂切除術、小児鼠径ヘルニア修復術に留まっております。

昨年 4 月にスタッフが大幅に入れ替わり、それを契機に腹腔鏡下大腸切除術の導入を目標に準備を進めてまいりました。導入にあたっては機材の選定や術式の定型化について腹腔鏡下大腸切除術のエキスパートである癌研有明病院外科の福長洋介先生にご指導いただき、より安全に効率よく導入することができたと思います。昨年 9 月の第 1 例目から導入 1 年で症例は 30 例近くを数え重篤な合併症もなく現在も手術件数は増加傾向にあります。開腹術に比べリンパ節郭清等の手術の精度も全く劣ることなくむしろその視認性の良さを生かし出血量は開腹手術より著明に少なく非常に低侵襲で術後の疼痛も少なく早期離床が可能で患者様やそのご家族の評判も良好です。当初は症例をある程度選択し比較的難易度の低い症例を中心に行って行っておりましたが、現在は徐々に適応を拡大し今年度に入ってから全大腸癌の手術症例に占める割合も飛躍的に増加しております。

今後も安全性を重視し慎重に症例を重ね当院での標準術式として定着させつつ他臓器にも適応を広げていきたいと考えております。



消化器内科 ～『早期胃癌に対する内視鏡治療』

内科内視鏡部長 仲川浩一郎

当院では上部下部内視鏡検査は昨年 7400 例を数え、さらに地域の先生方からの紹介率も 45%に達し、地域に支えられた内視鏡部であることを日々実感する毎日です。また検査のみならず、内視鏡治療にも幅広く取り組んでおり、なかでも早期胃癌に対する内視鏡的粘膜下層剥離術（ESD）は開発当初の 2003 年より導入を始め、総症例数は 200 例を越えています。以前のスネアによる粘膜切除術（EMR）と比べて、大きな病変が一括切除可能となったことが最大の特徴です。具体的な手順としては、まず病変直下の粘膜下層に局注液（ヒアルロン酸）を注射し、周囲切開を加えた後に、粘膜下層を剥離して病変を切除します。切除した標本は、病理学的に詳細な検索を行い、細胞の分化度や水平・垂直断端ならびに粘膜下層浸潤の有無などを検討し、追加外科切除の必要性を検討することとなります。統計によると病変の平均切除径 29（8-80）mm、平均所要時間 104（15-300）分でした。また治癒切除率は 87.4%であり、非治癒切除例においてその約半数に追加外科手術が施行されました。

なお、初期の頃と比較して、高周波装置・切開ナイフ・局注液を含めた周辺環境もずいぶん整備され、また症例を重ねることによる手技の向上もあり、最近では安定した処置が可能となっております。粘膜内にとどまる高分化型腺癌という適応制限はありますが、開腹手術と比較して低侵襲であり、入院期間も 4-6 日と非常に短期間であることは患者にとって有用な治療法であると考えます。

以上の講演スライド・動画は病院 HP の内視鏡ネットワークのサイトに公開しております。御参照頂ければ幸いです。今後も症例を積み重ねていくことで、地域医療に少しでも貢献できればと考えております。



平成 22 年度 診療報酬改正の影響

管理部長 松本 英樹

平成 22 年度診療報酬改定は、10 年ぶりにプラス改定 (0.19%) となりました。全体の特徴としては、「急性期入院医療が重点的に評価」された点や「実績重視」の報酬体系が形成された中身となりました。急性期入院医療で評価された項目として難易度の高い手術手技の評価、救急医療の評価、勤務医負担軽減策への評価、チーム医療 (栄養サポートチーム、呼吸器ケアチーム、感染防止対策加算など) の推進などが高く評価されました。実績重視部分では、DPC 制度部分での評価で具体的には、調整係数の段階的廃止に伴う新たな機能評価係数 (機能評価係数 II) が設定され、その評価項目としてデータ提出指数、効率性指数、複雑性指数、カバー率指数、地域医療指数 (H22.8 改正)、救急医療係数が当該病院の実績に基づく DPC 係数の算定点数に組み入れられました。今後 6 年間で廃止される調整係数がどのような機能評価係数に変わるのかや、当院がその機能評価係数を如何に取得できるかが重要なポイントになります。又、患者の視点の重視として「明細書原則無料発行の義務化」された事なども注目されました。明細書とはレセプト内容を外来であればその都度、入院は退院時に患者様に渡すことが義務化され医療の透明性が図られました。今次改定の評価としては、プラス改定のメリットを享受する医療機関と、そうでない医療機関との格差を加速させる内容であったと言えるのではないのでしょうか。

それでは、今回改定の影響度ですが、前述したように急性期入院医療が高くプラス改定のメリットを享受する事ができました。急性期医療に特化した病院運営が功を奏したと思います。今後は更に 7 対 1 看護体制取得や、今以上に手術件数を増やせる体制作りや、リハビリテーション医療の拡充・NST の強化を目指していきたいと思います。次回改定でもこの流れが続くかどうかは解りませんが、今後も急性期医療は急性期、慢性期は慢性期と機能の重点化が不可避で「選択と集中」が病院運営の重要なポイントであることは間違いありません。

TOPIC ~ 心大血管リハビリテーションの開始

心臓血管外科 部長 南村 弘佳

運動療法を含む心大血管リハビリテーションの目的は、循環器疾患を有する患者さんの QOL と生命予後を改善することです。過去の多くの報告はリハビリ療法が有効であること、患者さんの満足度が非常に高いものであることを証明しています。当院も心大血管リハビリテーションの施設基準 (I) を取得し、2010 年 9 月から心大血管リハビリテーションを開始しました。現在スタッフは、専任医師 1 名、専任看護師 2 名、専任理学療法士 2 名、心臓リハビリテーション指導士取得専従理学療法士 1 名です。

対象疾患は主として急性心筋梗塞後と開心術術後です。リハビリ場所は 5 階病棟の専用訓練室で、自転車エルゴメーター 運動負荷装置 心電図モニターなどの機械器具を用いています。水曜日には多職種を交えたカンファレンスを行い症例検討しています。将来的には外来通院による回復期リハビリや間欠性跛行を有する末梢血管疾患症例に対しても治療ができるよう頑張っていきたいと考えています。



編集後記 広報室 M

秋になりますと、たまに自宅の玄関前に野良猫が寝ていることがあるのです。夏の間、いったいどこで何をしているのかわからないのですが、ここ数年、同じ猫が寝ているのです。適度に吹き抜ける風が心地いいのでしょうか？ 今年は、例年にない猛暑日が続きましたちょっと遅めのお出ましでしたが、先日の夜、帰宅しましたらヤツが寝ておりました。無言で秋を伝えてもらっております (笑)