

もみじ



県立広島病院 〒734-8530 広島市南区宇品神田1丁目5番54号

※県立広島病院の様々な情報をホームページへ掲載しています。
県立広島病院で検索 (URL: <http://www.hph.pref.hiroshima.jp/>)



理念：県民の皆様に愛され信頼される病院をめざします

連携医院のご紹介

今回は、「長寿」を法人の理念として「ときどき入院、ほとんど在宅」を目指して取り組んでいる『はたのリハビリ整形外科』の畑野 栄治院長です。



畑野院長(中央)とスタッフ

はたのリハビリ整形外科

〒739-0321
広島市安芸区中野5-13-30
電話/082-893-3636
FAX/082-893-3737
院長/畑野 栄治
診療科目/整形外科、内科、
リハビリテーション科、



○なぜ開業されたのですか。

広大病院の勤務医時代に交通事故で入院してきた22歳の脊損の患者さんとの出会いがきっかけです。彼は車イスで日常生活が送れるほど回復しましたが、自宅では段差等の障害物により、閉じこもりがちでした。その話を聞き、医師を目指す前の自分の夢が建築家だったことが蘇りました。そこで、障害者・高齢者が住み慣れた家に住み続けるためには、バリアフリーの住環境の必要性を痛感し、リハビリ職、住宅建築、福祉車両、行政など多職種からなる『在宅ケアを考える会』を立ち上げました。寝たきり予防などをテーマとした講演会開催や本の出版などの活動を重ねていく中、会の成果を早く実践したい気持ちが高く、44歳の時に19床の診療所を開設しました。

○開業されてから今までのことを教えてください。

平成4年の開業直後から住宅改修事業に取り組み、通院困難な患者さんには訪問診察、訪問看護、訪問リハビリ、通所リハビリなどを行いました。その後、患者ニーズに即して平成9年に介護老人保健施設、平成18年には地域包括支援センターを開設しました。現在はグループホーム、ショートステイ、訪問介護、居宅介護支援事業所、福祉用具貸与事業所、そしてサービス付き高齢者向け住宅なども開設しています。

○今後目指したいことは何ですか？

人生の最後に「この街で生活してきてよかった」と言える地域社会を、医療・介護事業者・行政だけではなく、住民団体や民間企業といった多様な社会資源と連携して作りあげたいです。

○県病院について一言お願いします。

私が医師を目指したのは、高1の時、敗血症で県病院に入院した際に、患者さんが笑顔で地域に戻れるようスタッフの方が頑張っておられる姿を目にしたからです。現在も患者ファーストの考えで救急対応などをされており、退院時には、在宅医療を念頭にした詳細でわかりやすい返書を頂き、頭が下がる思いです。更にはこの広報誌「もみじ」も患者・開業医目線で書かれているので、楽しみにしています。



はたのリハビリ整形外科外観

【取材後記】

地域住民の幸せを第一に考え、高齢社会を見据えた活動を先駆的に取り組まれてきた先生の業績を改めて知ることができました。

教えて



患者さん向け

専門診療医による得意治療を紹介いたします。

認知症

脳神経内科



脳神経内科 主任部長
時信 弘

認知症 気づきのポイント



- ❶ 今日の年月日や曜日がわからない。
- ❷ 今日何時頃かわからない。
- ❸ 少し前のことや、1～2週間前に話したことを全く覚えていない。
- ❹ 同じことを何度も言ったり、会うたびに同じ内容の話をする。
- ❺ 使い慣れた単語が出てこなく、代名詞が多い。
- ❻ 話の脈絡をすぐに失う。
- ❼ 質問されたことと違うことを答える。
- ❽ 話のつじつまを合わせようとする。
- ❾ 家族が同席していると、聞かれるたびに家族の方を向く。

■認知症とは

厚労省が、2013年に65歳以上の認知症の人が約462万人で高齢者の7人に1人との推計を出して衝撃を受けたのも束の間、2015年に、団塊の世代が75歳以上となる2025年には約700万人で高齢者の5人に1人が認知症との推計を出し、国家戦略として対応していく必要性を示しました。

認知症は、いったん正常に発達した知的機能が持続的に低下し、複数の認知機能障害があるために社会生活に支障を来すようになった状態を指します。認知機能が低下していても、年齢相応のもの忘れであったり、軽い意識の混濁のため認知症のように見えるせん妄、またうつ病でも脳の働きが低下するため、これらの病気でないことを確認する必要があります。また、高齢者では軽い頭の打撲でも少しずつ脳の外側に血液がたまって認知症の症状を呈する慢性硬膜下血腫、脳の中の水の流れが悪くなって認知機能の低下や歩行障害を生じる水頭症、脳腫瘍、免疫性脳症、内科疾患に伴う認知機能低下など、治療によって症状が改善する治療可能な認知症がありますので、病歴や診察、画像検査などによって鑑別をすることが重要です。受診をするときは、普段の状況をよく知っている家族と一緒に受診することで大切です。

治療で改善するもの

- 慢性硬膜下血腫
- 水頭症
- 脳腫瘍
- 免疫性脳症など

認知症と間違えやすいもの

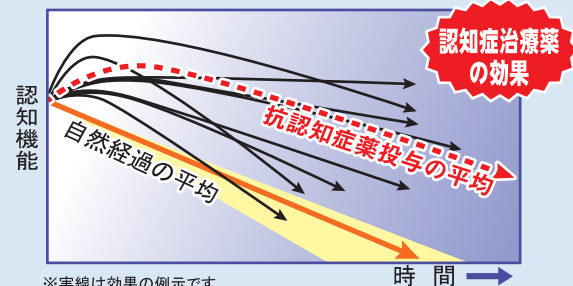
- もの忘れ
- せん妄
- うつ病

受診で診断してもらいましょう

■認知症の治療

現時点では、認知症治療薬はアルツハイマー型認知症に対して4種類、レビー小体型認知症に対して1種類しか保険適応となっていません。これらの薬では残念ながら病気自体を治すことはできず、症状を少し改善させ進行を遅らせることが目的です。従って時間が経つと徐々に病気は進行していきませんが、治療を開始してしばらくは明らかに症状が良くなることもあります。また、米国のレーガン元大統領がアルツハイマー型認知症にかかっていることを告白したように、初期であれば患者さん自身もある程度の理解ができ、家族も含めて病気に対する理解や今後の対応に関して考えていく時間ができるとい意味で早期診断は重要です。認知症が疑われる場合は、早めに医療機関を受診することをお勧めします。

アルツハイマー型認知症の進行抑制



※実線は効果の例示です。
※実際は個人により薬効が異なります。

次頁は治療法(医療従事者向け)

県立広島病院からのお知らせ

3月のがんサロン

- 開催日 平成30年 3月14日(水)
- 時間 14:00～15:30
- 場所 新東棟2階 総合研修室
- 内容 体験を語る会
- 出演者 がん体験者の方
- 対象 悪性腫瘍(がん)の患者さん及びそのご家族
当院での受診歴は問いません
- 問合せ先 がん相談センター
☎082-256-3562
(担当/奈須)



第4回 多職チームで考える 在宅ケアサポート研修会

- 開催日 平成30年 3月15日(木)
- 時間 19:00～20:30
- 場所 中央棟2階 講堂
- テーマ 『在宅で医療ケアを受けることもと家族を支える』～医療機関と地域の連携と役割について～
- 講師
 - 県立広島病院 新生児科主任部長/福原 里恵 他5名
 - 訪問看護ステーション フレフレ所長/谷口 美紀
 - 一般社団法人広島市南区医師会会長 もり小児科院長/森 美喜夫
- 対象 医療従事者 及び その関係者
- 問合せ先 地域連携センター
☎082-252-6228 (担当/迫井)



■認知症の診断と治療

アルツハイマー病 (AD : Alzheimer's disease) に対して、1999年11月にコリンエステラーゼ阻害薬のアリセプトが販売開始になりました。それまでは全く治療薬がなかったため、認知症に対する関心も低かったのですが、症状が改善する患者さんがいるというのは画期的な事でした。

その後コリンエステラーゼ阻害薬としてレミニールが2011年3月、2011年7月にリバスタッチ/イクセロンパッチ、NMDA 受容体拮抗薬のメマリーが2011年6月に販売となりましたが、新しい作用機序の治療薬はまだなく、disease modifying therapy といえる治療薬はありません。

2014年9月にアリセプトがレビー小体型認知症 (DLB : Diffuse Lewy Body Disease) に対して適応を取得しましたが、その後は大きな展開はありません。逆に言えば、common disease となったADの治療は特に難しいものではなくなくなってきたと言えますし、家族環境などをよくご存じのかかりつけ医の本領が発揮できる分野とも言えます。

問題となるのは認知症の行動・心理症状 (BPSD: Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia) ですが、認知症患者さんへの対応を家族に勉強してもらうことで起こりにくくすることが可能であり、厚生省が作製した「かかりつけ医のための BPSD に対応する向精神薬使用ガイドライン (第2版)」を参考にしながら、薬物治療もできるようになってきました。それでも難渋するようなら、認知症サポート医、認知症専門医、精神科医へご相談ください。

典型的な AD の場合は、問診や認知機能検査でほぼ診断可能ですが、歩行障害や言葉の出にくさなどの身体症状を伴っている場合は、画像検査をおこなって診断を確定することが必要となります。

脳血管障害、水頭症、脳腫瘍などの除外のためには頭部 CT 検査が必要ですが、頭部 MRI 検査ではさらに統計処理画像により海馬萎縮の程度を判定することができ、また、Creutzfeldt-Jacob 病や免疫性脳症の診断には必須の検査です。脳血流シンチは、血流の低下している部分から AD や DLB の診断の補助に有用で、MIBG 心筋シンチはこの両者を明確に区別することが可能です。

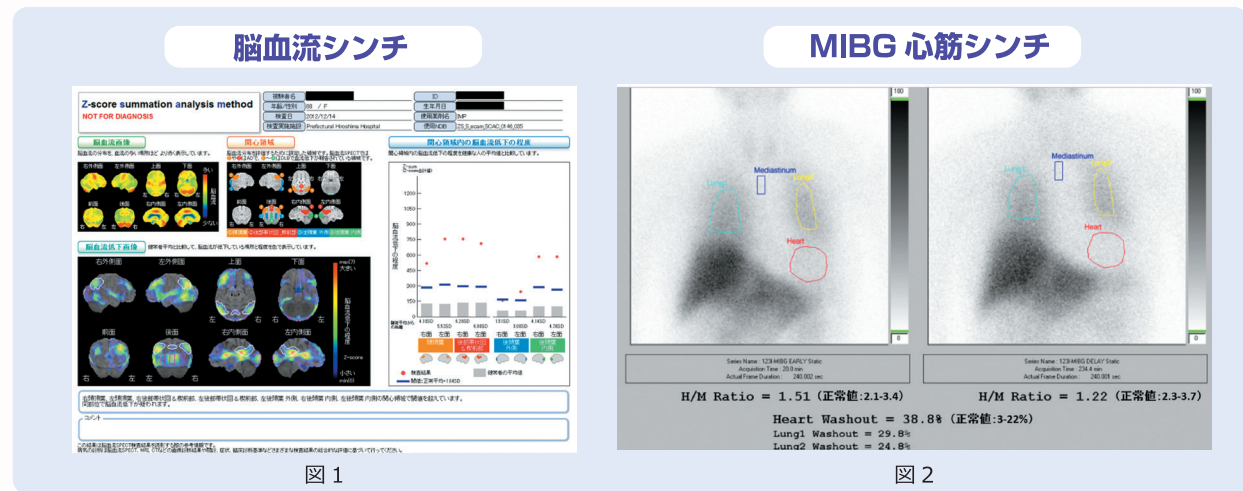
図1は脳血流シンチで、ADで見られる両側後部帯状回・楔前部、両側頭頂葉、およびDLBで見られる両側後頭葉での血流低下が明らかで、アルツハイマー病理を合併したDLBと判断できます。臨床的にADが疑われるがMRIで海馬萎縮がない症例でも脳血流シンチを施行すると上記の部分での血流低下が見られることがあり有用な検査です。

図2はDLB症例のMIBG心筋シンチで、早期像・後期像で心筋での取り込み低下が見られ、2017年版のDLB診断基準でもDLBを示唆するバイオマーカーとして採用された検査項目です。

当院では必要に応じてこれらの検査を追加し診断精度を高めるようにしておりますので、診断に迷うような場合はご紹介頂ければ幸いです。



薬で改善することもあります



外科医の独り言...no.78

—うそつき医者—

医者になって35年間、患者さんに色々なウソをついてきました。昔はウソをついて患者さんにがんを隠していました。何も私も好き好んでウソをついていたわけではありません。私が医師になった当時は、がん検診、人間ドックもなく、やっと超音波検査、CTが登場したころです。もちろん今に比べるとその性能は天と地の差です。奇跡的に早期がんで見つかることはありましたが、ほとんどは発見された時には進行がんでした。手術の器械は今でこそ便利なものが数多く開発されて、患者さんだけでなく外科医もその恩恵を受けていますが、当時は手術器具の種類も少なく、今、当時の装備で手術をしると言われれば勘弁してくださいと音を上げるでしょう。また当時は、今のようによく効く抗がん剤や放射線治療機器もなく、がん=不治の病という認識だったように思います。ましてやがんが再発すると本当に治療の手段がありませんでした。したがって、がんの宣告は死の宣告に等しく、告知しないことが患者さんの苦しみへの配慮だったのかもしれませんが、嘘も方便だったのです。

まずは家族だけを先に呼んで、本人にがんであることを告げるかどうかを確認しました。家族ががんの告知を希望すればそのまま真実を伝えましたが、それでも病状はやや軽めに話しました。いきなりがんの告知をして、もう治療できないとは患者さんも聞きたくはないでしょうし、私も話したくありませんでした。生きる望みを持ってもらえるように話をすることを心がけました。遠まわしに話をしながら少しずつ核心に向かって、時間をかけて話をしていくこととなります。でも家族が告知を希望しなかったら本人の意志を聞くことなくがんをひたすら隠していました。なかには、御主人ががんで、その奥さんも気が弱く心配だから奥さんにも内緒にしてくれと、その子供から頼まれることもありました。がん保険の申請書類も

本人に内緒で家族が取り寄せて私のところに持ってこられていました。

胃がんは難治性の胃潰瘍と言って手術をしていましたが、そのまま再発がなければ問題はないのかもしれませんが、しかし再発すると段々説明に辻褃が合わなくなり、ウソにウソを重ねることとなりしどろもどろになります。こうなると患者さんもひょっとしてがん?と疑いながら療養されることとなりますが、再発してしまうと有効な治療法があるわけではなく、患者さんを勇気づける言葉もなく、結局本当の病名を伝えるタイミングを失ってしまいました。このような状況になっても患者さんから「本当はがんですか?」と聞かれることは少なく、患者さんもうすうすわかっているが、医者からはっきり言われなからがんじゃないという一縷の望みにかけて闘病生活を送っておられたように思います。

いつ頃からは忘れてしまいましたが、がんを診断されたらその後の治療について本人が自らの意志で決定するために、医師は正確な情報を患者さんに伝えなければなりません。すなわちウソが許されなくなりました。がんを告知しない限りがん保険もおりませんし、治療が始まりません。もちろん、伝えなければならぬことは隠さずに話しますが、伝える内容と伝えるタイミングにはいつも気を遣っています。

さて、私のがんになった時はどうしましょうか。少しくらいは隠してほしいと思うのですが、色々な検査結果を見てしまうと大体の行く先は自然と見えてしまうので、不幸にも私の担当になった先生は隠しようがありません。

もしがん患者の立場となった時には、あまり文句を言わず主治医の先生にすべてお任せしようと思っています。



副院長(消化器センター副センター長/消化器・乳腺・移植外科主任部長) 板本 敏行

脳心臓血管カンファレンス 脳心臓血管センター長/上田 浩徳

静脈血栓症における非ビタミン K 拮抗経口抗凝固薬 【心臓血管外科/倉岡 正嗣】

静脈血栓症とは全身の静脈に血栓(血のかたまり)が生じる病気です。特に下肢の筋膜よりも深い部位を走行する静脈に血栓が生じる下肢深部静脈血栓症はいわゆる「エコノミークラス症候群」として知られる急性肺血栓塞栓症(肺へ血液を運ぶ肺動脈に下肢静脈からの血栓が詰まって酸素が取り込めなくなる)を引き起こします。急性肺血栓塞栓症は急性心筋梗塞よりも致死率が高く、日本人のデータではショックを伴った場合には30%と報告されています(ショックを伴わない場合でも6%、全体では14%)。そのため、下肢深部静脈血栓症の診断と治療が重要です。診断には採血(Dダイマー:血栓のマーカー)や超音波検査、造影CT検査を行います。ショックを伴う肺血栓塞栓症を合併する深部静脈血栓症はヘパリン(抗凝固薬)や血栓溶解剤の注射

による治療を行います。重症でない場合は経口の抗凝固薬にて治療を行います。経口抗凝固薬には古くからあるワルファリン(ビタミンKを多く含む青汁や腸の中でビタミンKを作る納豆【納豆菌】の摂取は薬剤効果が減少するため摂取出来ません)と最近投与可能になりました「非ビタミンK拮抗経口抗凝固薬」(NOAC; non-vitamin K antagonist oral anticoagulant)を使用します。NOACはその作用機序から「直接経口抗凝固薬」(Direct oral anticoagulant)で「DOAC」とも呼ばれています。NOACは腎機能の悪い場合には投与制限がありますが、ワルファリンに比べ食事の影響が少なく、薬剤の作用発現が早く、重大な出血が少ない等の利点があり、今後、深部静脈血栓症治療の中心的な役割を果たしていくものと考えます。

カンファレンスの内容をお伝えします!

