

Medical News

基本理念

私達は、患者様とその御家族の立場に立った医療の推進に努めます

神経内科

<はじめに>

当院は香川県難病対策連絡協議会における難病相談支援ネットワーク内の拠点病院という位置づけにあります。神経内科では筋萎縮性側索硬化症(ALS)をはじめとしてパーキンソン病関連疾患・多系統萎縮症・脊髄小脳変性症等の神経難病の診療を行いつつ、年に2回、難病研修会を企画・開催し、知識の啓蒙や情報発信にも努めています。また専門医療機関としての役割を果たせるよう、医学部や看護学校の学生教育や、大学その他の医療機関との共同研究にも積極的に取り組んでいます。

<入院診療>

難病病棟は60床×2ヶ病棟で、神経難病患者さんが長期療養目的で入院し、3名の神経内科医師が診療を担当しています。ALS患者さんの入院が60名以上と非常に多いのが特徴で、入院患者さんの約7割以上に人工呼吸管理を行っています。24時間人工呼吸器を装着していても、全身状態が安定していれば入浴し、四肢機能が保たれていれば歩行し、構音機能が保たれていれば発声し、嚥下機能が保たれていれば食事もあるというふうに、QOLや残存機能の最大活用を重視した呼吸管理を行っています。神経難病患者さんの鼻マスク式人工呼吸導入入院、内視鏡的胃瘻造設入院、在宅人工呼吸療養指導入院を行っており、在宅人工呼吸療養中のALS患者さんについては、健康チェックを兼ねたレスパイト入院もお引き受けしています。入院中に在宅関係者会議などを開催し、地域との連携を密にし、退院後の在宅療養環境整備にも努めています。

<外来診療>

外来診療は、神経難病の診断・告知・治療・合併症管理を中心におこなっております。神経難病の診療では、診断・治療にとどまらず、地域との連携を密にし、患者さんの療養環境整備を重視しております。特にALSでは患者さんご自身が後悔のない治療方針を決定できるよう、多職種インフォームドコンセント(IC)を行っております。多職種ICで患者さんは、看護師・ソーシャルワーカー・難病医療専門員・ケアマネジャー・保健師など多職種の立ち会いのもと、主治医から「病状説明用紙」を用いて疾患の概念・症状・治療方法などの説明を受けます。また患者さんは「私の希望書」という書類を用いて、今後の治療方針についての希望を医療者に伝えることができます。多職種ICでは、各分野の専門家が同席することで、患者さんはさまざまな情報やアドバイスを得ることができ、疾患を正しく理解し自身を取り巻く療養環境を考慮した上で、治療法を選択することができます。また、今後患者さんに関わるすべての関係者一同に会うことで

患者さんの病状と望まれる治療について共通理解を持つことができます。ICは時に2時間にも及ぶこともありますが、難病拠点病院としての重要な役割と考え、今後も行っていきたいと考えております。

神経難病の合併症として予後を左右する嚥下障害に関しては、嚥下造影や嚥下圧をもちいた評価から専門的訓練、嚥下食提供・指導、大学との連携による手術療法、術後リハビリまでのトータルケアをおこなっております。総合的評価および治療方針の決定は日本摂食・嚥下リハビリテーション学会認定士3名(医師1名、言語聴覚士1名、栄養士1名)を含む嚥下チームで行っています。嚥下圧検査は全国的にも行える施設の少ない検査ですが、嚥下障害の治療法の選択・病態解明に非常に有用な検査です。嚥下造影・嚥下圧ともに他施設からの検査依頼については地域医療連携室にて受付けていますのでお気軽にご紹介下さい。



(左から) 洪田医師 市原診療部長

藤井副院長

神経筋難病病棟

～難病病棟での取り組み～

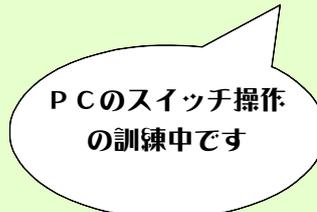
当院は香川県における難病医療の拠点病院として120床の難病病床を有しています。県下約130名のALS患者さんのうち入院、在宅支援、外来通院中の患者さんを含めるとおよそ8割のALS患者さんに関わっていることとなります。

入院の多くは気管切開下人工呼吸療法を導入したALS患者さんであり、人工呼吸器を装着した患者さんが長期的に療養できる、県下でも数少ない医療機関の一つです。

患者さんのADLは全面介助を要し、ほとんどの患者さんが経管での栄養を行なっています。9割以上が気管切開を行ない人工呼吸器装着も70名以上という数の多さでありながら、入浴を週2回、外出、散歩、作業療法士が支援しパソコンによるメール・インターネットを行うなど個々の患者さんのQOL向上に努力しています。



呼吸器を装着しての院内散歩



PCのスイッチ操作の訓練中です



～在宅療養支援～

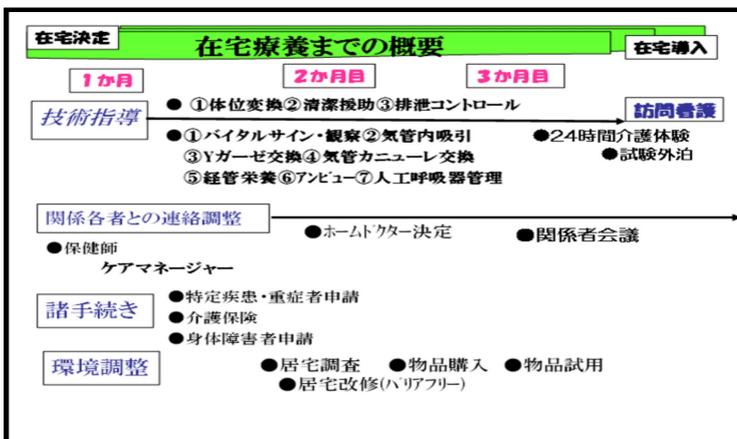
当院では、昨年6名のALS患者さんの在宅療養支援を行いました。人工呼吸器を装着し入院療養と同じケアを継続しながらの在宅療養を可能にするため、「在宅オリエンテーションマニュアル」と「在宅人工呼吸療法・技術指導マニュアル」という2つのマニュアルを使用して指導を行っています。

外来通院時から気管切開を行い呼吸器を装着し生きることを選択するのか、そうではなく尊厳死を選択するのか、節目節目に多職種ICを行い患者・家族の意思確認を行い、在宅人工呼吸療法を選択された方には在宅療養指導を行っています。

実際に行う在宅指導は3ヶ月のプログラムを組み、在宅に必要な医療・看護技術の指導を行います。その間にかかりつけ医の選定や各種の福祉制度の申請、介護サービスの導入や自宅改修等を並行して行っています。

家族への技術指導完了後には、24時間介護体験、2泊3日の試験外泊を経て、退院前に在宅療養関係者会議を開催し在宅へと移行していきます。

この関係者会議では当院から疾患や病状の説明、入院療養中や在宅療養指導の内容についての説明等を行い、患者家族、在宅療養に関わる関係者が安心、安全にそして少しでも長く在宅療養を継続できるよう、情報の提供と共有を図り、関係者が共通理解の下、療養支援にあたれるよう欠かすことのできない場となっています。



各指導プログラムに則ってご家族への指導を行っています。



独立行政法人 国立病院機構
高松医療センター
 〒761-0193
 香川県高松市新田町乙8
 TEL:087-841-2146 FAX:087-841-2178
<http://www.hosp.go.jp/~takamath>

編集後記

今回で第3号となりました。始めることより続けることの大変さを身に染みて感じています。ですが、これからも当院のホットな情報を長くお伝えできるよう努力していきたいと思ひます。

発行責任者: 病院長 細川 等 編集責任者: 地域医療連携室