

Matsuyama Red Cross Hospital

地域医療連携室報

2016.9

No. **73**

基本理念

人道、博愛、奉仕の赤十字精神に基づき、医療を通じて、地域社会に貢献します。

基本方針

- 1 人間としての尊厳を守り、良質で温もりのある医療を提供します。
- 2 安全と安心の医療を提供し、信頼される病院を目指します。
- 3 地域の医療機関と連携を密にし、質の高い急性期医療・専門医療を実践します。
- 4 災害救護活動ならびに医療社会奉仕に努め、赤十字活動を推進します。
- 5 自己研鑽に努め、次代を担う医療人を育成します。
- 6 一人ひとりが生き生きとし、働きがいのある病院を目指します。

第13回

地域医療連携フォーラム

これからの医療・介護をともに考える

～地域包括ケアシステムって何？～

日時／平成28年7月10日(日)

13時～15時30分

場所／ひめぎんホールサブホール

参加者数／719名

開会挨拶

松山赤十字病院長 横田 英介



を提供して参りました。

平成9年、医療法が改正され「地域医療支援病院」が制度化されたことから直ちに地域医療連携室を設置し、地域の病院や診療所との連携の下で行う「地域完結型医療」を実践し、平成17年に「地域医療支援病院」に承認されました。「地域医療連携フォーラム」は、地域医療支援病院としての当院の取組みについて一般市民の皆さんにご理解いただくことを目的として、平成16年から毎年、開催しています。

急速に進む超高齢社会において、世界で最も優れた医療制度と評価されている国民皆保険制度を維持するために、国は医療提供体制の再構築に取り組んでいます。平成26年6月に成立・公布された「医療介護総合確保推進法」に基づき、都道府県による「地域医療構想（ビジョン）」の策定が愛媛県でも進んでいます。

平成28年4月の診療報酬改定は、2年前の改定と同様に、2025年に向けて効果的・効率的で質の高い医療提供体制の構築を図ること、そして地域包括ケアシステムの構築を重点課題としています。皆さんが住み慣れたこの地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができるように、医療・介護・予防・住まい・生活支援が包括的に確保される体制を実現しようという考え方で。

その中で松山赤十字病院は、病院として、そして急性期の高度専門医療を担う病院という立場で、そ

の役割を果たさなければなりません。今回の「第13回地域医療連携フォーラム」は、『これからの医療・介護をともに考える』をテーマに、演者の皆様にはそれぞれのお立場からご講演いただき、皆さんと一緒に「地域包括ケアシステム」についての理解を深めていければと考えております。

新病院建設は、昨年10月から一期工事として、外来部門、放射線検査・治療部門、手術室、産科病棟などが入る北棟の建設が始まりました。来年10月には完成し平成30年1月から運用を始めます。その後、南棟の建設に取りかかりますが、現地での建て替えて工事期間が長期となり通院される患者の皆様、近隣の皆様方には、ご迷惑ご不便をおかけすると思いますが、何卒ご理解とご協力をお願い申し上げます。

本日のフォーラムがご参集いただきました皆様にとってお役にたてば幸いです。

プログラム

《敬称略》

● 挨拶 13:00

開会挨拶

来賓挨拶

松山赤十字病院長 横田 英介
松山市長 野 志 克 仁
松山市医師会長 村 上 博

● シンポジウム 13:15

座 長

松山赤十字病院 内科部長 藤 崎 智 明
(地域医療連携室副室長)
看護副部長 森田美恵子
(地域医療連携室副室長)

I. 地域包括ケアシステムとは

地域医療連携室副室長 藤 崎 智 明

II. 地域包括ケアのキーワード

1. <自助> 「転ばぬ先の杖：転倒の悪循環を断ち切ろう」
リハビリテーション科部長 定 松 修 一
2. <互助> 「あなたにもできるサポーター活動 ～認知症を中心に～」
西条市教育委員会生涯教育課 課長 近 藤 誠
3. <共助> 「支援のシステム化 ～松山市認知症高齢者SOSネットワーク～」
松山市社会福祉協議会 地域福祉部長 河 野 雅 志
4. <公助> 「松山市在宅医療支援センターの役割」
松山市医師会 地域連携部主任理事 戸 梶 泰 伸

総合討論

● 挨拶 15:30

開会挨拶

松山赤十字病院 副院長 西 崎 隆



松山市医師会の村上でございます。今日は、松山赤十字病院の第13回地域医療連携フォーラムが、このように盛大に開催されますことを、心よりお慶

び申し上げます。昨年は12年という縁起の良いひと区切りを終え、今年は新たな2巡目のスタートになる13回目ということになります。横田院長先生をリーダーに、また新たなスタートを始めると言えますでしょう。

フォーラムとして市民の皆様へ受け入れていただき、完全に定着してきたと感じています。ご準備いただきました横田院長先生始め病院関係者とりわけ地域医療連携課のスタッフの皆様の労に敬意を表し、また本日お招きいただけましたことを心より感謝申し上げます。

4月14日に端を発しました熊本地震において亡くなられたみなさんのご冥福を謹んでお祈り申し上げます。最愛のご家族を失われたご遺族のみなさんのご心痛やいかばかりかと察し申し上げます。被災者のみなさんが一日も早く平穏な日常生活を取り戻せるよう私たちもできることから支援を続けていかなければならないと思います。5年前の3月11日東日本は大きな災害に見舞われました。その後も、御嶽山の噴火、広島市内の土砂災害、鬼怒川の氾濫など大きな災害が発生し、日本は決して安全ではないことを思い知らされました。今回の熊本地震においては避難所での寝泊りを避け、運動場で車中泊を続けていた方たちからエコノミークラス症候群からの死亡者が発生しました。このことは新潟中越地震で学んでいたはずですが活かされませんでした。彼らがなぜ避難所に入らなかったのか？避難所の在り方そのものに大きな宿題が残りました。松山赤十字病院のチームは今回の熊本地震でも発災早期から救護

チームが被災地に入りました。ご苦労様でした。災害の日赤と言われるゆえんです。

松山赤十字病院には地域医療支援病院として松山における地域医療の中核的役割を果たしていただいております。また教育病院として将来を担う若い医師たちの臨床研修の場として充分以上の指導力を発揮されております。現在、全国で医師不足や看護師不足のため救急患者さんのたらいまわしと呼ばれる救急患者の受け入れ不能の問題や不採算な診療科の閉鎖など、いわゆる医療崩壊を食い止めることができない地域が過疎地だけでなく大都会でも沢山ございます。小児科医師は全国的に不足しており、それは特に夜間小児救急医療の確保が出来ない問題として市民の安心安全に深刻な影響をもたらしています。松山市においても夜間救急を担当できる小児科医師が激減しており懸念しておりましたが、松山赤十字病院のご協力により365日深夜から早朝にいたるまでの小児科救急医療が確保できているところは全国でも先進的な例になります。

皆様、新聞等でご存知のとおり、松山赤十字病院は現在の場所での新病院建設で大きく生まれ変わります。今まで以上に良質な医療を提供いただき、また災害に強い病院となり、大規模災害拠点病院として市民の要望に充分応えられるものと確信しています。3年前、松山赤十字病院は創立100周年を迎え、まさに大きな節目を渡っているところです。次の100年に向けて歩み始めています。横田院長先



生をリーダーとして、病院が一丸となって市民の皆様のご期待に応えていくものと確信しています。

今を生きる人たちのことばかり考えるのではなく、子や孫たち、そしてまだ見ぬ世代のために、医療のプロとして明日への責任を果たしていくことが重要だと思っています。松山赤十字病院も、そんなつもりで「新病院建築」という壮大なプロジェクトに取り組むわけです。

日本は、すでに本格的な超高齢社会に突入しています。10年後の2025年には日本の成長を支えてきた団塊の世代と呼ばれた方たちが、みなさん75歳、すなわち全員が後期高齢者の仲間入りを果たすことになりますので、今後、高齢化がより加速していきます。一方で、看護や介護を支えていく若者たちの減少も目立ち始める人口減少社会がすでに始まっています。

今から80年前、結核をはじめとした感染症が猛威をふるっていた時代、疾病の構造は急性疾患を中心にしていました。当時、医療に求められた役割は、命を救うための治療法の発見であり、病気を治してしまうことでした。さらに、その後の医学の格段の発展の結果、数多くの病気のコントロールが可能になりました。反面、高齢化が進み生活環境が大きく変化した現在では、生活習慣病や認知症といった慢性疾患への取り組みが大きな社会的課題として浮上してきています。

生活習慣病や認知症、老化による身体機能の低下は、薬だけでは根治させることはできません。これらの疾患とうまく付き合いながら、いかに自分らしく人生を生きるか、その生活の質が重要視される時代になっています。このような個々の患者さんの様々なニーズにきめ細やかに対応するためにも、医療・歯科医療・福祉・介護の強固な連携体制を構築し、様々な面から包括的に患者さんをサポートする体制が求められるようになりました。

一方、医療提供体制の面から見ても、従来の「単独病院完結型」の医療のみで増え続ける高齢者の医療を支えることは、もはや不可能な状況です。した



がって地域全体を大きな医療施設ととらえ、地域の限りある医療資源をどのように有機的に活用していくかを考えながら、適切な資源の配分や役割の分担を行い、地域全体で患者さんを支えていく仕組みを構築することが急務となっています。私たちの活動のフィールドは施設から確実に在宅へと軸足を移していく時代が必ずやってきます。障害のために医療機関にやってこれない患者さんも大勢います。こちらから出かけていかなければなりません。私たち医療や介護の担当者は、それぞれの立場から「自分には何ができるか」を模索し、新たな連携のあるべき姿を求め続けなければなりません。

明日に希望を見いだせない高齢者もいます。貧困や孤独と病気にさいなまれる高齢者も大勢います。そして彼らは明日の生活を思い描けないでいます。こうした現実から目をそむけず、社会全体で手を差し伸べなければなりません。医療も例外ではありません。むしろ医療はこれらの弱者のために社会の先頭に立って、社会全体を引っ張っていかなければなりません。生活や健康の不安におびえる人たちは、たった今、この瞬間も社会の温もりが届けられるのを待っています。大きな声は出せなくても、私たちの責任ある行動を待っています。

最後になりましたが、このフォーラムの成功を心からお祈りして、私からのご挨拶とさせていただきます。本日はどうもありがとうございました。

I . 地域包括ケアシステムとは

松山赤十字病院 地域医療連携室副室長 藤崎 智明



「地域包括ケアシステム」とは、「要介護状態となっても、自分が住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けること

ができるよう、医療・介護・予防・住まい・生活の支援が包括的に提供される仕組み」です。利用できる医療・介護・福祉の資源は、石油と同様、無尽蔵ではなく限られています。そこで、限りある資源を有効に活用し、システムを持続させるために、利用者と提供者の双方、またそれぞれの中においても、相互理解と協力が不可欠になります。松山赤十字病院は、この国策に先立ち2004年から松山医療圏で同様の仕組み作りを提言し、本フォーラムを通して住民の皆様との対話を続けています。第1回は「皆で支え合う安心できる街づくりを目指して」を副題として問題提起し、ひとつの解決策として第4回で当院のオリジナルシス

テムである愛 PLAnet について提案させて頂きました。

今回のフォーラムでは、国策としてすすめられている地域包括ケアシステムの概要を解説します。地域包括ケアシステムは、地域の自主性や主体性に基づき、地域の特性に応じて作り上げていくことが必要とされていますので、より良いシステム作りに向けて皆様と一緒に考える契機にしたいと考えています。



出典：平成 25 年 3 月地域包括ケア研究会報告書より

～座長～



松山赤十字病院 内科部長
(地域医療連携室副室長)

藤崎 智明

看護副部長
(地域医療連携室副室長)

森田美恵子



栄養相談

Ⅱ．地域包括ケアのキーワード

1. <自助> 「転ばぬ先の杖：転倒の悪循環を断ち切ろう」

松山赤十字病院 リハビリテーション科部技師長 定松 修一



我が国の高齢者による転倒の年間発生率は、地域在住者では約10%～20%、施設入所者や入院患者では15%～40%とされています。高齢者の転倒は、打撲、骨折など様々な

外傷を引き起こします。特に転倒した方のうち、大腿骨近位部骨折によって寝たきりに陥る高齢者は、10%～20%にも達するとされ、要介護状態を引き起こすことが深刻な社会問題となっています。

また高齢者における転倒は単に骨折のみならず、転倒に対する恐怖心から、その後の活動制限や行動範囲の縮小、閉じこもりといった生活の質(QOL)の低下をきたします。これによって体力が低下し、一層転倒の危険性が高まるという悪循環を招きます。



この転倒を予防するには、バランスを崩した時に素早く一歩踏み出して、体重支持できる能力を身に付ける必要があります。転倒しない体づくりは、筋力・柔軟性・バランス・耐久性のトレーニングを行う必要があります。

○トレーニングの原理

①過負荷の原理：少し強いぐらいの負荷でないと、身体は強くなりません。

②特異性の原理：マラソン選手は、持久力。100m選手は、ダッシュ力。鍛えたい能力をはっきりさせる。

③可逆性の原理：せっかく向上した能力も、運動をやめてしまえばもとに戻ります。また、栄養と休養に関しても、十分な栄養がなければ筋力や体力は向上しません。

そして運動には、心身のリフレッシュ・自尊感情の向上・積極性の向上等の心理的効果も期待できます。

地域包括ケアシステムにおける自助は、健康で自分らしく生きたいという気持ちと、実際に健康管理を行い、自立して生活を送る事が出来るように、自分自身を大切にして尊厳を持ちながら生活を行うという心構えと行動が最も大切なことです。

継続して運動を行っていただくためには、一人ではなくご近所の方と、またお友だちと、そして地域の方と共に声かけあって、笑顔でコミュニケーションを取りながら楽しく行ってください。

皆様、住み慣れた地域で元気で長生き、健康寿命を延ばし、地域のリーダーとなって活力ある高齢化社会に貢献していただければと思います。



ロコモ度テスト



頭の体操

2. <互助> 「あなたにもできるサポーター活動～認知症を中心に～」

西条市教育委員会人権教育課 課長 近藤 誠



「サポーター」と聞いて、脛あてや肘あてを思い浮かべる人もいれば、サッカーの応援団を想像する人も多いと思います。日本語訳は、「支

持者・応援者・支援者」。サッカーの場合、サポーターを12番目の選手と呼ぶことがあります。これは、サポーターも選手と「一緒」になって試合をしているという意味が含まれます。

人は誰でも「オギャーと生まれ、その人の人生を歩み、そして死んでいきます。あたり前のことですが、赤ちゃんは何も一人ではできません。周りの支援を受けながら、両親から授かった能力を活かしていこうと、懸命に「生き抜いて」いくのです。最期は、両親から授かった潜在的な能力と自分で勝ち得た力を使い切る、つまり「生き切って」逝くべきだと思うのです。

一人一人のそうした人生(終末期のみではなく)に関わることが、サポーターではないでしょうか？単純に、できないことを助ける、お世話をするのではなく、「自立支援」とは、その人のできる・やれるを支援することで、「生き切って」もらうことだと思うのです。

認知症サポーターの取り組みが、認知症を理解することから始めることの意義は、「認知症になっても、わかること、できることがたくさんあることを知ってもらうこと」にあります。できないことはさりげなく支援し、できることはできるように支援していくことが大切です。

年を取ると、誰でもモチベーションを保つことが難しくなります。認知症の初期症状として7割以上の方が意欲低下になるとも言われます。つまり、老化とは、廃用性症候群の危険因子を持つことなのです。

そこで、大切なのはサポーターです。一人では、モチベーションを保つのは難しい、まして、体が思うように動かない、スムーズに物事を思い出せない、言葉がうまく出てこないのは当然です。でも、誰かがそばにいて、にっこり微笑みながら、一緒になってしてくれればいいのです。その時、「すごいね」とほめてくれて、「ありがとう」と感謝してくれる、これがサポーターなのです。

「互助」とは、あくまでも「お互い様」の関係づくりです。



3. <共助> 「支援のシステム化～松山市認知症高齢者 SOS ネットワーク～」

松山市社会福祉協議会 地域福祉部長 河野 雅志



■本事業は、松山市社会福祉協議会(以下「市社協」)が、松山市をはじめ地区社会福祉協議会や地区民生児童委員協議会等と連携・協働し、住民参加を基

調とした地域福祉活動の推進に努めております。

近年の少子高齢化や核家族化の進行、地域コミュニティにおける人間関係の希薄化等、社会環境が変化する中、認知症高齢者が徘徊により行方不明になるケースが増加しています。市社協では、平成25年4月より徘徊の恐れのある高齢者の早期発見・保護に努めることを目的として携帯電話のメール機能を活用した「徘徊高齢者支援ネットワーク事業」を実施していましたが、平成27年12月に情報の集約、手続きの一本化、対象者及び協力者の拡大等、事業の利便性向上や効率化を図るため、松山市が実施していた同種の事業と統合し、事業名を「松山市認知症高齢者 SOS ネットワーク (通称「おまもりネット」)」と改称いたしました。

現在の登録状況は、検索協力者1,370件【個人1,150人・事業所220社】、利用登録者【220人】となっており、検索協力者10,000人を目標に検索・協力両登録者の拡大を図っております。

■事業のしくみは、

- ① 検索協力者は、検索に協力できる個人や事業所等を、利用登録者は、検索依頼の写真や身長・服装等の情報を事前登録頂きます。
- ② 家族等は、利用登録者が徘徊により行方不明となった場合には、警察への検索依頼後、市社協へ検索依頼を行います。
- ③ 市社協は、行方不明となった方の写真や身長・服装等の情報を検索協力者にメール配信します。
- ④ 検索協力者は、可能な範囲の検索協力を行い、利用登録者を発見した場合には、警察に連絡し警察等関係機関への引渡しを終了するまで保護に努めます。
- ⑤ 市社協は、家族等から搜索要請終了の報告を受けた場合には、速やかに検索協力者へその旨をメールで伝えます。(個人情報保護の観点から、検索協力者がこのメールを受信した時点で配信された当該高齢者の情報の閲覧はできなくなります。)

※利用登録者に登録番号が印字された「お守りキーホルダー」を無料配布し、警察や関係機関から身元照会の依頼があった場合には情報提供を行います。

※本事業は、市民のみなさまにご協力いただいた赤い羽根共同募金の配分金を活用しています。

～ 総合討論 ～



4. <公助> 「松山市在宅医療支援センターの役割」

松山市医師会 地域連携部主任理事 戸梶 泰伸



松山市医師会では、在宅医療推進のため平成10年から在宅医療部を作り、平成20年には在宅医療部を地域連携部へ改称し、在宅医療に取り組む医師への支援、在宅医療に関わる多職種との連携を進めてきました。保健、医療、介護、福祉が一体となって超高齢者を支える「地域包括ケアシステム」の構築のためには、在宅医の支援、多職種の連携はもとより、行政との連絡調整、医療機関同士の連携、市民あるいは施設に対する窓口機能など、より実働的で多岐にわたる機能、業務が必要です。平成27年4月1日にこれらの機能を集約させた『松山市在宅医療支援センター』を開設しております。

『松山市在宅医療支援センター』は、基本方針をⅠ.在宅医の支援、Ⅱ.在宅医療に関連する各医療機関および多職種との連携機能、Ⅲ.市民に対する在宅医療の窓口としての相談機能を3本柱とし、「地域包括ケアシステム」の推進を目指しています。

Ⅰ.在宅医の支援では、主治医不在時に在宅患者の急変に対応ができる体制の構築を目的とした主治医・副主治医制、専門性の高い診療科との連携を目的とする他科往診依頼制を運用しています。

Ⅱ.在宅医療に関連する各医療機関および多職種との連携機能では、松山在宅医療連絡会を開催しています。松山在宅医療連絡会とは、在宅医同士、あるいは他科の医師、病院の医師、多職種との顔の見える連携の場であり、在宅医療に関する疑問、問題点をいろいろな立場の方々と共有することで、解決の糸口を見つけることを目的としています。近隣で連携しあえる地域性も必要であるため、松山市を、松山市駅を中心にNorth(北西)地区、East(北東)

地区、West(南西)地区、South(南東)地区に分割し、それにHojo(北条)地区を加えた5地区で開催しています。

Ⅲ.市民に対する在宅医療の窓口としての相談機能では、相談業務、出前トークの開催を行っています。昨年度相談件数は、249件であり、医療機関の情報提供、在宅医療に関する事が多くなっております。出前トークは、市民の皆さまが、在宅医療についての理解を深めることで、「在宅医療」が入院・通院と並ぶ3つ目の選択肢として広く普及し、一人ひとりが人生の最後をどのように迎えたいかなど「地域包括ケアシステム」を考えた内容で、ご希望のテーマでお話をさせていただきます。

在宅医療では、「かかりつけ医」が、現在行っている通院治療の延長で、在宅医として在宅医療に参入することが重要で、『松山市在宅医療支援センター』は、市民の皆様が安心して住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができるよう、より多くの「かかりつけ医」に在宅医療に参入してもらい、在宅医療の裾野を広げ、多職種との連携を行いながら在宅医療の推進、「地域包括ケアシステム」の構築を目指しています。ご活用よろしくお願い致します。

～ 閉会挨拶 ～



松山赤十字病院 副院長 西崎 隆

松山赤十字病院の現状および 眼部悪性腫瘍の治療成績について

眼科部長 児玉 俊夫



(1)はじめに

2003年4月より急性期入院医療に対して診断群分類を支払方式と結びつけ、出来高払いに代わって手術などを除いた包括払い制度(DPC)が導入されました。医療の標準化を図ることを目的に導入されたDPC制度は根拠のあるデータに基づく診療内容の分析が可能となりました。今回は厚生労働省病院情報局より公表された平成26年の全国統計を基に、愛媛県眼科医療において当科が果たしている役割について紹介したいと思います。

(2)網膜硝子体手術

平成26年の全国DPC統計からみた眼科患者数ベスト100に愛媛県からは住友別子病院(45位)に次いで当科は82位にランクされています。各疾患に対する手術件数を検討すると、眼科手術の中で最も多いのは白内障手術ですが、愛媛県における白内障手術ランキングは以下のとおりです。1位は住友別子病院(1115件)、2位は愛媛県立中央病院(775件)、3位は当科(669件)で、住友別子病院の患者数が多いのは白内障手術件数が圧倒的に多いことによると考えられます。

表1に示すように網膜硝子体疾患の手術を術式別に分類した統計をみると、網膜剥離、増殖性糖尿病網膜症、黄斑部疾患、硝子体出血などのその他の硝子体疾患の手術件数は愛媛県ですべて首位の座を占めています。即ち、当科は愛媛県において網膜硝子体疾患手術の専門機関として位置づけられると考えます。

(3)眼部腫瘍手術

表2に平成26年の全国DPC統計からみた各眼部腫瘍患者数ベスト5を示しております。眼部悪性腫瘍および良性腫瘍、眼窩腫瘍手術患者数は全国ベスト5内に入っています。そこで以前、発表した論文(児玉俊夫ら：松山赤十字病院眼科における眼部悪性腫瘍の検討、臨床眼科69(5)：663-669, 2015)に新たにデータを加えて、2004年4月から2016年3月まで12年間の病理組織学的に確定診断のついた眼部悪性腫瘍の集計をもとに当科における眼部悪性腫瘍の治療について述べます。

- ①眼部腫瘍(869例)のうち悪性腫瘍(213例)の発症頻度は24%で、男女差は認めなかったものの、良性腫瘍に比べて悪性腫瘍は有意に高齢でした。
- ②部位別に悪性腫瘍の頻度を比較すると、眼瞼悪性腫瘍は基底細胞癌と脂腺癌がともに約40%で扁

平上皮癌がそれらに続いて

いました。結膜腫瘍は悪性リンパ腫、扁平上皮癌、悪性黒色腫の順で、眼窩腫瘍は86%が悪性リンパ腫でした。眼内腫瘍は網膜芽細胞腫と悪性黒色腫のみでした。

- ③眼瞼は皮膚および、瞼板と結膜の2つの構成部分よりなるので眼瞼悪性腫瘍の治療において、腫瘍切除後の眼瞼再建術として皮膚移植(有茎皮弁移動術あるいは遊離皮弁移植術)と硬口蓋粘膜移植の複合組織移植が必要となります。結膜悪性腫瘍では摘出した粘膜腫瘍の代用として羊膜移植を行うことがあります。眼内悪性腫瘍は全例眼球摘出となりました。

- ④眼窩および眼付属器悪性リンパ腫の大部分はMALTリンパ腫などの低悪性度リンパ腫(66例)でしたが、中、高悪性度のリンパ腫(11例)も存在していました。低悪性度リンパ腫の残存腫瘍に対して抗CD20抗体投与、中悪性度リンパ腫に対しては化学療法を行いました。

最後に愛媛県の眼科医療における基幹病院の一つとして当科が求められているのは白内障手術だけでなく、網膜硝子体疾患と眼部腫瘍の手術治療であり、良好な手術成績を残すことが当科に与えられた使命として心掛けていきたいと考えております。

表1. 愛媛県の網膜硝子体手術件数ランキング(平成26年)

	網膜剥離	増殖性糖尿病網膜症	黄斑部疾患	その他
1	当院 (80)	当院 (73)	当院 (147)	当院 (48)
2	住友別子 (76)	住友別子 (37)	住友別子 (87)	愛媛県立中央(46)
3	愛媛県立中央(33)	愛媛県立中央 (35)	愛媛県立中央(82)	住友別子 (35)

()内は手術件数

表2. 全国の眼部腫瘍手術件数ランキング(平成26年)

	角膜・眼及び付属器の悪性腫瘍	眼窩腫瘍	眼の良性腫瘍
1	静岡がんセンター(28)	神戸海星病院 (25)	当科 (34)
2	東京医科大学 (25)	当科 (17)	須崎くろしお病院 (25)
3	帝京大学 (21)	聖隷浜松病院 (17)	神戸海星病院 (16)
4	九州大学 (20)	名古屋医療センター(17)	さいたま赤十字病院(14)
5	当科 (19)	京都府立医科大学 (15)	中京病院 (11)

()内は手術件数



今回は「チーム医療は医療者の自己満足か？」をテーマに講演しました。その内容の抜粋を寄稿します。みなさんは「チーム医療って何か自己満足的とか、本当に患者さんのためになっているの？」と思っていませんか。正直に申しますと、私は以前そう思っていました。では、チーム医療の目的とはどこにあるのでしょうか。図1はある乳癌患者さんの再発率の予測を、手術を受けた年代ごとに比較した差を示しています。もし、この患者さんが30年前に手術を受けていたら、術後補助療法は行われていないので46%再発していたのですが、現時点では術後治療として内分泌療法、化学療法、分子標的療法の全てを行い、再発率は10%まで減少させることが可能です。しかし、それには条件があり、治療をある一定以上減量したり、延期したりせずに完遂出来た場合に限りです。また、図2は米国のMDアンダーソンがんセンターが2007年に出したデータですが、乳癌の再発後に5年間生存した人の割合を示したグラフになります。横軸は再発した年代、縦軸は再発してから5年間生きる事が出来る割合を示しています。30年前に再発した人の5年生存率は10%でしたが、10年前だと40%になり、現在では50%を超えたと考えられています。こうした変化は薬物療法の進歩によるものですが、恩恵にあずかることが出来るのは治療を完遂、継続した場合に限られるのです。さて、治療を完遂、継続するにはチームで患者さんをサポートする事が必要不可欠です。副作用、ボディイメージ、就労、パートナー、子供、性的な事、治療費、心理面など治療の継続には様々なサポートが必要となります。これで理解出来たかと思います。チーム医療を行い、患者さんが治療を続けられる事は患者さんの生命予後(命の長さ)に直結します。図3は日本人女性の部位別がん罹患率を表しています。ピンク色が乳癌になりますが、40-50代で患者数が最も多い事が分かります。この年代は家庭では子育て世代、職場では重要なポストにつく世代です。最

も治療の継続が困難な状況の世代であり、チーム医療による積極的なサポートが必要となります。我々ブレストケアチームは、【ひとり一人に最良のチーム医療を】をミッションに掲げ、これからも乳癌患者さんをチーム医療でサポートしていきます。

時代の変遷により、乳癌患者の予後は劇的に改善した

56歳女性、2.5cmのしこり、リンパ節転移なし、悪性度中等度、ホルモン受容体陽性、HER2陽性

ただし治療を完遂できれば



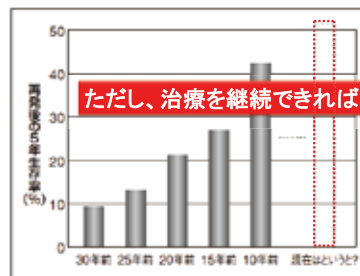
	治療法	再発率
30年前	手術のみ	46%
20年前	手+ホ	31%
10年前	手+ホ+化	22%
現在	手+ホ+化+分	10%

Adjuvant! Online参照
(www.newadjuvant.com)

手:手術、ホ:ホルモン療法
化:化学療法、分:分子標的治療

図1

再発乳癌患者の5年生存率は50%を超えていると考えられている

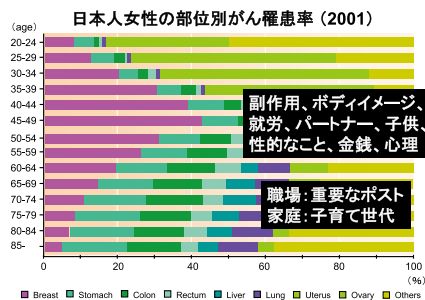


(Chen et al. Cancer 110, 2007より改定)

川口英俊 がんサポート12月号, 30-35, 2013

図2

治療を完遂・継続するにはあらゆる方面のサポートが必要であり、チーム医療がかかせない



Center for Cancer Control and Information Services, National Cancer Center, Japan

図3



前立腺癌は年次毎に増加傾向にある悪性腫瘍です。PSA 上昇などにより前立腺癌を疑われ、前立腺生検を受ける患者数は愛媛県で1300～1600人に上ります。これらの患者さんのうち癌の陽性率は約50%であり、1年間に700～800人が前立腺癌と診断されています。PSA 検診の普及によって早期がんの割合が高くなってはきましたが、残念ながら診断時に転移を有する進行がんの患者さんもおられます。90年代における転移癌症例の5年生存率は30%未満とされていましたが、治療法の進歩によって年単位での生存期間の延長が期待できるようになりました。

今回は進行期前立腺癌の治療の中心である内分泌療法と一般的に効果が不良といわれてきました抗がん化学療法についてお話します。後にノーベル賞学者となるHuggins 博士が1941年に外科的去勢をすることが前立腺癌の病態を改善することを報告しました。その後、Labrie 博士がLH-RH アゴニストの臨床応用を可能にし、外科的去勢にかわる治療法となりました。その後、副腎性のアンドロゲンをブロックすることを目的として非ステロイド性アンチアンドロゲン剤 (AA 剤) が2剤(ビカルタミド、フルタミド)開発され、強固な抗男性ホルモン療法を行うことが可能になりました。再燃癌 AA 剤はそれぞれ耐性化に違いがあり、AA 剤を交替することによる治療が90年代後半から2000年前半の治療の中心でした。当時の進行期前立腺癌の平均生存期間は約5年でした。

2004年からタキサン系抗がん剤であるドセタキセルが使用されるようになりました。初回投与は入院で行いますが、2回目以降は外来投与が可能な薬剤です。副作用は白血球(好中球)減少や皮膚障害、間質性肺炎などがありますが、導入後の生存期間は約7年となりました。

内分泌療法でも新規薬剤が開発されています。LH-RH アゴニストは一時的にテストステロン値を上昇させるflare upという減少があり、単独で使用すると一時的に骨転移を増悪させ、排尿障害を助長するという側面がありました。これに対してデガレリクスはLH-RH アンタゴニストであり、テストステロンを急激に低下させることが可能です。これらは副作用を軽減するだけではなく、前立腺癌の病勢を速やかに抑制することによってより強力な治療効果が期待されています。当科ではより悪性度・進行度の高い患者さんを対象にして本薬を使用しているために、予後を改善させるという結果には至っていません。しかしながら短期間で速やかにPSA 値を低下させることは検証済みであり、今後も継続して検証していく予定です。

アンチアンドロゲン剤についても前立腺細胞内、細胞核内で男性ホルモンをブロックする新たな薬剤が使用できるようになりました(図1)。エンザルタミドという薬剤ですが、抗がん剤が効かなくなった患者さんにおいても十分な効果を発揮しています。別紙グラフ(図2)に示していますのは投与後の患者さんのPSA 値の変化をみたものです。80%の患者さんのPSA が低下し、その効果は平均1年以上持続しています。単純には結論できませんが、進行期前立腺癌患者さんの生存期間を7年から8年に延長することが期待されます。副作用についてはけいれん発作が報告されていますので注意が必要ですが、重篤なものではありません。薬物相互作用としてワーファリンの効果を減弱させますので、エンザルタミド投与中にはワーファリンの増量などを処方されている先生方と連携して確認する必要があると思います。今回のイブニングセミナーでは前立腺癌治療の進歩につきましてお話をさせていただきました。

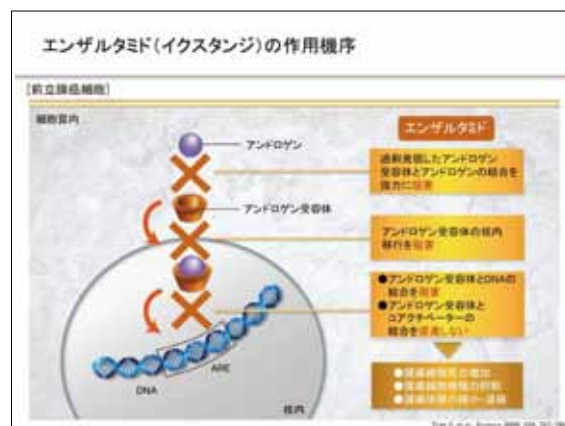


図1

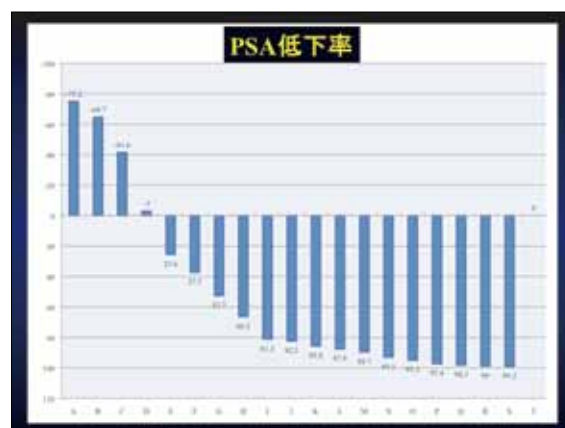


図2



肝胆膵領域の悪性腫瘍に対する有効な化学療法は現時点ではほとんどないというのが現状です。そのため、ほとんどの肝胆膵領域の悪性腫瘍において、現時点では手術が、根治が期待できる唯一の治療であると言えます。肝胆膵悪性腫瘍手術は難度が高いものが多く、合併症発生率が高いことが報告されています。最近のNational Clinical Databaseの統計では肝区域切除の手術関連死亡率は約4%、膵頭十二指腸切除では3%と報告されています。肝胆膵悪性腫瘍手術は手術そのものが手術関連合併症、手術関連死亡に直接つながりますので、適切な指導者のもとで、十分なトレーニングを積み重ねた外科医のみが行うべきであると考えます。

肝臓悪性疾患の代表は肝細胞癌です。肝細胞癌を患う患者さんの多くはC型肝炎などの慢性肝障害を持っており、肝細胞癌の切除を考慮する時、肝機能に合わせた術式を選択する必要があります。全く正常な肝臓の場合は全体の70%を切除しても耐術可能です。残った30%が再生し、また100%の機能を発揮するようになります。しかし慢性肝障害が進行し、肝硬変の状態になると腫瘍の核出しができません。硬変肝は肝再生が期待できないため、術後に肝不全の状態になるとほとんどが救命できません。障害肝は絶対に切りすぎてはいけないというのが鉄則です。個々の患者さんの腫瘍の大きさ、場所、数、そして肝機能を総合して手術方式を決定する必要があり、全く同じ手術はありません。

胆道癌の悪性腫瘍の代表は胆嚢癌、胆管癌です。胆道癌治療に対する明白なガイドラインはなく、おおまかには、「肉眼的癌遺残がない切除ができれば良好な予後が期待できる」、と考えられています。胆嚢癌は肝切除を必要とすることが多く、胆管癌もほとんどの場合、右肝切除や左肝切除、膵頭十二指腸切除を必要とし、場合によっては動脈や門脈の血行再建を必要とします。手術の難度は高いのですが、切除できれば根治も期待できるので、外科医の腕が大いに試される疾患であると言えます。

膵臓癌の悪性疾患と言えば膵癌です。膵頭部に癌

ができれば膵頭十二指腸切除、膵体尾部に癌ができれば膵体尾部+脾臓合併切除が必要になります。Stage I、II、IIIの膵癌は手術の絶対適応です。しかしながら膵癌は進行して見つかることが多く、受診時既に、門脈、上腸間膜静脈、上腸間膜動脈などの主要な脈管に浸潤していることがあります。このような膵癌はborderline resectable膵癌と呼ばれ、外科的切除を行っても予後改善に貢献しない可能性があり、手術適応は慎重に判断する必要があります。

肝胆膵手術においても腹腔鏡手術の症例が徐々に増えつつあります。腹腔鏡下肝切除術は昨年度までは部分切除と外側区域切除のみが保険適応でしたが、今年度から、条件付きではありますが区域切除、2区域切除など全ての肝切除術式が保険適応となりました。腹腔鏡手術は低侵襲であると言われていますが、一般に開腹手術に比べ手術時間が長く、緻密な手術操作が不可能であるので、肝胆膵疾患に対する腹腔鏡手術の適応は慎重に判断すべきであると考えます。

以上、肝胆膵悪性腫瘍に対する外科治療の概略を述べさせていただきました。これからも最高水準の外科治療を提供できるよう努力していきます。今後ともよろしくお願いいたします。

代表的肝胆膵悪性腫瘍と手術術式

肝臓: 肝細胞癌、肝内胆管癌、転移性肝腫瘍

(手術: 部分切除、亜区域切除、区域切除、左肝切除、右肝切除、左3区域切除、右3区域切除など)

胆道: 肝外胆管癌、胆嚢癌

(手術: 左肝切除+胆道再建、右肝切除+胆道再建、膵頭十二指腸切除、拡大胆嚢摘出、肝切除+膵頭十二指腸切除など)

膵臓: 膵癌、膵神経内分泌腫瘍

(手術: 膵頭十二指腸切除、膵体尾部切除+脾合併切除)

FAXによる受診予約

地域のかかりつけ医の先生方からFAXによる紹介患者さんの受診予約を承っております。これにより患者さんを来院日に各診療科へ直接ご案内することが可能になります。
※17:10以降にいただいたFAXにつきましては、翌日のお返事とさせていただきます。

■ 発行責任者 / 院長 (地域医療連携室長) 横田英介

■ 編集 / 松山赤十字病院・地域医療連携室 ☎790-8524 松山市文京町1番地

TEL 089-926-9527 FAX 089-926-9547 <http://www.matsuyama.jrc.or.jp/>