

Matsuyama Red Cross Hospital

地域医療連携室報

2024.1

No. 98

基本理念

『人道』の赤十字精神に基づき、地域医療に貢献します。

基本方針

- 1 安全文化**
安全な医療を最優先とし、医療の質向上に努めます。
- 2 地域連携**
高度な急性期医療を実践し、地域の連携に努めます。
- 3 災害医療**
災害医療に対応し、国際活動への貢献に努めます。
- 4 人材育成**
職場環境を整備し、人材の確保と育成に努めます。
- 5 健全経営**
安定した経営基盤を構築し、健全化に努めます。



年頭挨拶



院長 西崎 隆

新年明けましておめでとうございます。連携医療機関、並びに施設の皆様には、日頃より地域医療支援病院としての当院の運営にご協力いただき心より感謝申し上げます。

新型コロナの感染症法上の位置づけが、昨年5月から季節性インフルエンザなどと同じ「5類」となり、4年近く続く新型コロナ対策は「ウィズコロナ」へと大きく転換されました。感染者数はやや落ち着きを見せてはいますが、次の感染の波も予想されており、引き続き慎重に対応してまいります。

世界ではロシアによるウクライナ侵攻に加えて、イスラエルとハマスの衝突により、多くの方々が犠牲になっています。国内では元日に大規模な「令和6年能登半島地震」が発生するなど先の見えない時代ではありますが、当院は「いかなる状況下でも、人間のいのちと健康、尊厳を守る」という赤十字の使命と「人道の赤十字精神に基づき、地域医療に貢献します」との当院の基本理念に従い、災害救護活動はもとより、地域に最善の医療を提供できるよう日々努めてまいります。

日本は財政が厳しいなか、人類史上前例のない少子高齢化社会を迎えています。医療、介護、福祉の体制がこの変化に適切に対応できなければ、近い将

来、混乱が生じることは容易に想像されます。すべての団塊の世代が後期高齢者になる2025年に向け、国は病床の効率的運用を目指し病院の機能分化と連携を進める「地域医療構想」を打ち出しました。その中で当院は「高度急性期」「急性期」の医療に特化し「回復期」「慢性期」は他病院と連携して対応する「地域完結型医療」を選択しました。一方、現在、軽症の患者さん、定期フォローの再来患者さんが大規模病院の外来に集中し、待ち時間が長いだけでなく、高度で専門的な診療が必要な患者さんにも影響が出ており、国は病院と診療所の役割分担と連携の推進を目指し、200床以上の地域医療支援病院に紹介状なしで初診する場合、別途「選定療養費」を設定しました。患者さんには、自宅の近くの「かかりつけ医」にて経過観察と生活習慣病の管理をしていただき、定期的あるいは何か変化のあった時に当院の主治医に再紹介していただく「地域と当院の2人主治医体制」を推進してまいります。ご理解ご協力の程、宜しく願い申し上げます。当院は、地域の医療機関、介護・福祉施設との連携を大切にし、高度な急性期医療を担う病院として今後も地域に貢献してまいります。

2024年が皆様にとりまして幸多き一年となりますことを心よりお祈り申し上げます。本年もどうぞよろしくお願いいたします。



診療科紹介

呼吸器外科

呼吸器センター長・呼吸器外科部長 竹之山 光広

はじめに

日頃より地域医療連携施設の先生方には、患者さんの紹介やがん地域連携パスにご協力いただき誠にありがとうございます。厚く御礼申し上げます。当院呼吸器センターは、呼吸器疾患をより効率よく、より総合的な診療を行うことを目的に昭和63年に設立されました。2020年4月より5代目の竹之山が務めています。呼吸器センターでは、呼吸器疾患を専門的にかつ迅速・効率的に総合的治療を行うべく、現在呼吸器外科スタッフ3名、呼吸器内科スタッフ3名、レジデント4名で担当しています。特に肺癌、難治性気胸、膿胸では呼吸器内科・外科のシームレスな診療体制が当センターの最大の特徴で、「自分の家族に受けさせたい医療の提供」をモットーとしています。

スタッフ紹介

呼吸器外科はスタッフ3名(竹之山、桂、吉田)(図1)、専攻医1名の4人体制です。スタッフ3名は全員呼吸器外科専門医、部長の竹之山は呼吸器外科学会指導医でこれまで、福岡県のハイボリュームセンター(産業医科大学講師、九州大学講師、九州がんセンター部長)に勤務し、これらの呼吸器外科疾患、呼吸器悪性腫瘍の薬物療法の経験を活かせるよう、当院での診療にあたっています。手術は月・水、外来新患は木・金に受付しています。気胸・膿胸・外傷などの急患はオンコール体制でいつでも受け入れしています。



図1

診療内容

呼吸器外科の主な対象疾患は、肺癌、転移性肺腫瘍、気胸、膿胸、胸部外傷です。2023年の手術症例は212例で、約半数は原発性肺癌です。肺癌の標準術式はこれまで肺葉切除でしたが、小さい肺癌やすりガラス状陰影を伴う肺癌の場合は、肺を少なく切除する縮小手術のエビデンス(われわれもこの試験に参加)がこの数年で報告され、ガイドラインが書き換わり、区域切除や部分切除といった肺機能温存手術も増えてきました。さらに、患者さんに低侵襲で、かつ精細な手術操作が可能なロボット支援下手

術を2021年から導入し、2023年は30例のロボット支援下手術を行っており、今後ますます増加する見込みです(図2)。気胸は、通常の自然気胸にくわえ、受験を控えた気胸既往患者の待機手術や、間質性肺炎や肺気腫を合併した難治性気胸に対しても、呼吸器内科と共に呼吸器センターチーム医療で対応しています。膿胸も年々増加し、2023年は33例でした。急性膿胸は内科的(保存的)治療で初期対応することが多いですが、手術へのタイミングが遅れると入院期間が延びるのみならず、慢性膿胸→開窓術→胸郭形成術と、患者さんへの侵襲・負担が大変大きくなっていきます。当センターでは、内科的治療→外科治療へのシームレスな一貫した治療により、入院期間の短縮・良好な治療成績に結びついています。

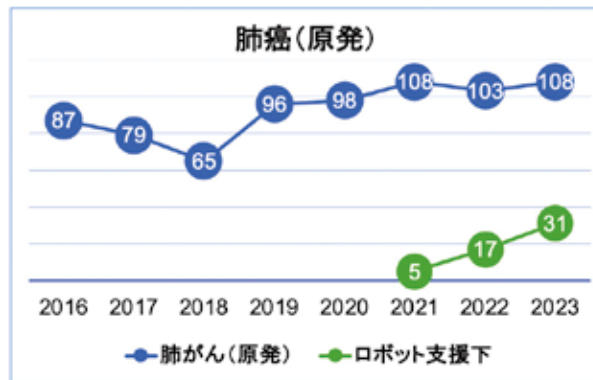


図2

がんの地域連携

2022年から、肺がんの地域連携パスに力を入れ、2020年、2023年にさらに新しいパスを厚生支局に届けて開始して、現在年間50-60例にパスを運用し今では県下で最も多くの患者さんにパスを利用してもらっています。がん患者さんの術後のフォローやケアは拠点病院だけでは不十分で、地域医療連携施設の先生方との共同診療(二人主治医制)が、患者さんの安心感にもつながっています。かかりつけ医の先生方には、パス運用に多大なご協力をいただき、感謝いたします。地域の先生方や患者さんに少しでもお役に立てるよう今後とも努力して参りたいと存じますので、ご指導ご鞭撻のほどお願い申し上げます。





診療科紹介



リウマチ科

リウマチ膠原病センター長・リウマチ科部長 水木 伸一

診療体制

現在「リウマチ膠原病センター」ではリウマチ整形外科医2名と膠原病内科医3名の体制で診療を行っています。臓器にとらわれることなく“患者さん全体を診る”という基本姿勢で、リウマチ・膠原病に対して高度専門的医療を提供できるよう努力しています。初代センター長山本純己が提唱したトータルマネジメントを実践できるよう、多職種と協力した診療を行っています。

薬物治療においては生物学的製剤(バイオ)やJAK阻害剤など多くの新規薬剤が承認され、それらを用いて積極的治療を行っています。また「免疫統括センター」ではバイオを投与し、免疫学的側面から患者さんをサポートしています。

入院治療では、①リウマチ・膠原病を発症した患者さん、コントロールが十分でない患者さんや合併症を起こしてしまった患者さんの精査・治療、②関節機能障害を起こしてしまった患者さんの機能再建手術などに対応しています。手術件数は年間約110件で、そのうち人工関節手術が多くを占め、そのほか足趾や手の外科機能再建手術、病理診断のための関節鏡視下滑膜切除術を行っています。

現状

外来診療は医師2～3名で行っています。外来を受診されている関節リウマチ患者さんの数は約1,800名、全身性エリテマトーデス、皮膚筋炎/多発性筋炎、顕微鏡的多発血管炎などの特定疾患受給者数は約520名で、定期通院中の患者さんの数は増えつづけています。疾患活動性が安定した患者さんには近のかかりつけの先生のところへ治療を継続していただくよう逆紹介を提案させていただいています。

リウマチ・膠原病の患者さんは、手や足、体幹に

リウマチ徴候を訴え、しばしば炎症反応亢進を伴い、当科へ紹介されているところです。その診断に際しては、感染症など他の炎症性疾患や悪性腫瘍などを鑑別することもしばしばであり、時間がかかることも少なくありません。ご紹介いただく際にご不便をおかけしていることと存じますが、何卒ご理解の程お願い申し上げます。

日本の医療は超高齢化の問題に直面しています。高齢化に伴う医療面の問題点は多岐にわたり、老化に伴う心腎などの臓器障害、悪性腫瘍や感染症発症リスクの増大、それらに伴うフレイルなどがあります。私たちは上記問題点にも十分に配慮しつつ、積極的治療を行っていかねばなりません。ご高齢の患者さんが住み慣れた地域で過ごせるよう、お近くのかかりつけの先生方をお願いすることもございますので、その際にはよろしくお願い申し上げます。

おわりに

リウマチ・膠原病の治療は専門性が高く、一般診療になじみが薄いという側面がありますが、連携施設の先生方、コメディカルの方々と密で、顔の見える連携を図っていきたいと考えています。今後ともどうかよろしくお願い申し上げます。



日赤イブニングセミナー

第5回
9月21日

腎不全の治療の選択肢としての腎移植

第一泌尿器科副部長 野田 輝乙



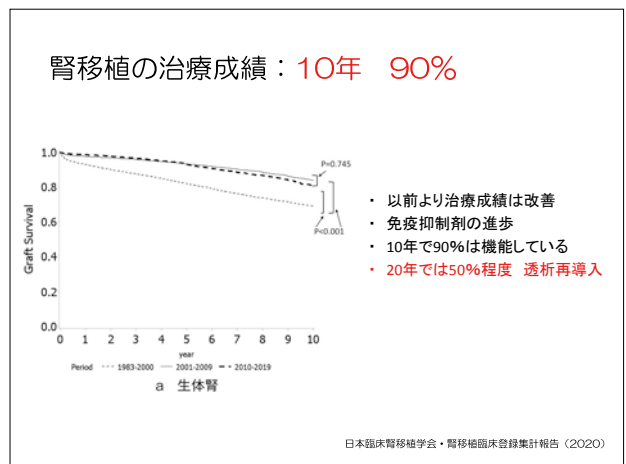
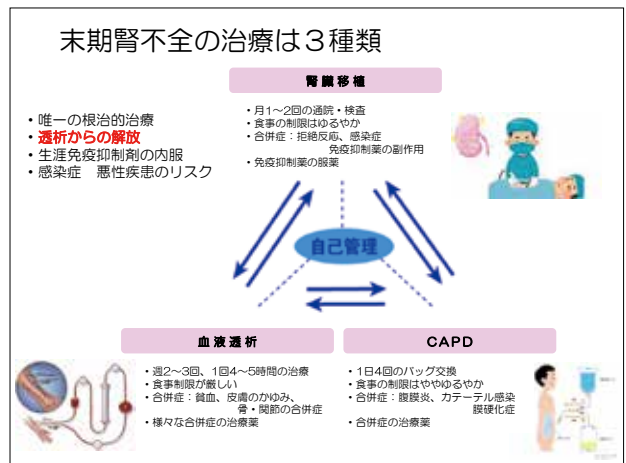
末期腎不全(透析を必要とする)の患者さんの数はどれほど日本にいるのか皆さんは知っているでしょうか。約35万人。これは日本の人口で考えると360人に1人です。老若男女含めての人数なので、高齢者という枠組みで考えるとさらに高頻度であることが容易に想像つくのではないのでしょうか。つまり、腎不全で透析をおこなうということはどこか遠い異国の事柄でもなく、対岸の火事でもなく、ましてや運の悪い一部の人のことでもありません。今は若くて元気かもしれませんが、この高齢化社会において一生を閉じる間に身の上に降りかかる可能性のある一つとして認識していただければと思います。

腎不全の治療としては基本的に3種類あります。腎移植、血液透析、腹膜透析がそれにあたります。日本の腎不全医療の特徴として血液透析が圧倒的多数を占め(95%以上)、腎移植が圧倒的に少ないことがあります。これは他の先進諸国と比較してもその割合は異常であると思えるほどです。この背景として保険制度、宗教観念、献腎(脳死 心臓死)ドナーが少ない、高齢化社会などが様々なことが影響していると思われます。

腎不全の治療としての腎移植は他の二つと比較して大きな特徴があります。それは唯一の根治的治療であるということです。血液透析、腹膜透析は体内にたまった毒素を排出するため、通院や時間的制約(血液透析なら週3回 1回4時間)を要します。一方、腎移植の場合は免疫抑制剤の内服を必要とするものの健常人と同じように生活することができます。免疫抑制剤の進歩により生着率は改善し、生命予後も延長することが示されています。

本来ならば腎移植が腎不全治療の第一選択となることが理想的であると考えています。しかし、個々の事情や医学的背景により選択できないことも多々あるでしょう。腎移植が腎不全治療の選択肢の一つとして、「普通の医療」の一つとして定着することへの障壁の一つとなっていることにドナー不足があります。個人個人の意識を変えることは容易ではありませんが、「他人事」ではなく自分自身に降りかかる

かもしれない「自分事」として多くの人々が認識することが普及の第一歩と考えています。運転免許証、マイナンバーカードの裏面を時間のある時に見直していただければ幸いです。



移植は正義：生存率が改善

	生存率	
	2年	5年
透析	78%	63%
腎移植	96%	90%

生存率の改善する理由：心臓血管死が移植により大幅に減少
貧血の改善も寄与

透析： 4時間 X 3日=12時間/週
腎臓： 24時間 X 7日=144時間/週



急性大動脈解離は気温の低下する冬場に増加する疾患です。大動脈の内膜に生じた亀裂(intimal tear, primary entry)から中膜層に血液が流入し、解離腔(=偽腔)が形成されて、典型的な症例では突然に激しい移動性の胸背部痛を生じます。解離に随伴して、大動脈外膜が破裂(出血)したり、末梢分枝の血流が低下(灌流障害)したり、急性心不全を招来することによって、突然死や急性期死亡に至る極めて重篤な疾患のひとつです。大動脈瘤破裂とともに、大動脈緊急症(急性大動脈症候群)に位置づけられています。

大動脈解離を発症した症例の6割ほどで、内膜亀裂と解離が上行大動脈に認められます。上行大動脈に解離があるA型解離は、心タンポナーデや心筋梗塞、心不全といった、致死的な心嚢内合併症の併発が極めて多いため、救命目的に緊急手術が施行されます。他方、上行大動脈に解離がないB型解離は、出血や灌流障害などの合併症を認めなければ、緊急手術の適応とならず、保存的治療の予後は一般に良好です。

大動脈解離を疑った場合、画像診断にエコーとCT検査が有用です。大動脈内腔に異常隔壁(フラップ)を認めることで解離の確定診断ができます。さらに大動脈解離症例の心エコー検査では、特に心嚢液貯留と大動脈弁閉鎖不全、左室壁運動異常の有無や程度を確認します。体部CT検査では、大動脈解離の部位・範囲の診断と破裂や灌流障害(臓器虚血)などの合併症を判断するために、単純撮影よりも造影検査(早期相、後期相の2相撮像)が極めて有用です。

急性大動脈解離の外科治療は、胸部大動脈瘤の手術と同様に大動脈病変に対する人工血管置換が基本です。胸部大動脈の手術(上行~弓部大動脈置換術)では、心臓手術(開心術)の様に人工心肺装置を用いて体外循環を確立した上で術中心臓停止とするのですが、末梢側の大動脈と人工血管を吻合する際にさらに体循環停止の行程が加わるために、低体温法や

脳分離体外循環法を併施しています。したがって、心臓の手術よりも侵襲度やリスクが高くなります。

大動脈解離急性期の手術は、解離病変の全範囲置換を目的とするのではなく、tear-oriented surgeryの概念で施行されます。すなわち、急性A型解離では解離の存在する上行(~弓部)大動脈を、内膜亀裂部位を含めて切除して人工血管に置換します。そのために弓部大動脈以遠に存在する解離病変は残存することになります。急性B型解離に合併症(出血や灌流障害)を認める場合も急性期手術の対象ですが、B型解離に対する人工血管置換術は、A型解離の手術と比較しても良好な成績ではなく、ステントグラフト内挿術、血管内治療、バイパス手術などの代替的治療がまず優先的に検討されます。

急性大動脈解離の手術後や保存的治療後には、残存解離病変(偽腔)の拡大が進行して慢性期に(解離性)胸腹部大動脈瘤となることが問題となります。慢性期の大動脈径拡大を抑制する目的で、A型解離の緊急手術時に上行~弓部大動脈置換術にオープンステントによるフローズンエレファントトランク(FET)法を併用する術式や、合併症のないB型解離に対して急性期を過ぎた時期にステントグラフト内挿術でエントリー閉鎖を行うこと(preemptive TEVAR)が現在試みられています。

大動脈疾患のCT検査

初療時に、腎機能障害やアレルギー歴のために、造影剤使用が躊躇されることがあります。

非造影では詳細な画像診断が難しくなりますが、単純CTでも大動脈疾患の急性期所見が得られる場合があります。

無理に造影剤を使用したり、撮像時間を要するMRI検査に移行せずに、まずはご相談ください。



肝細胞癌に対して、手術・ラジオ波焼灼療法などの局所療法・カテーテル治療・全身薬物療法(≒抗がん剤治療)など様々な治療方法があります。治療方針を決定するにあたり、肝予備能の評価と腫瘍の状態把握が重要になり、肝予備能が低下している場合や腫瘍が進展している場合は治療法が制限されます。

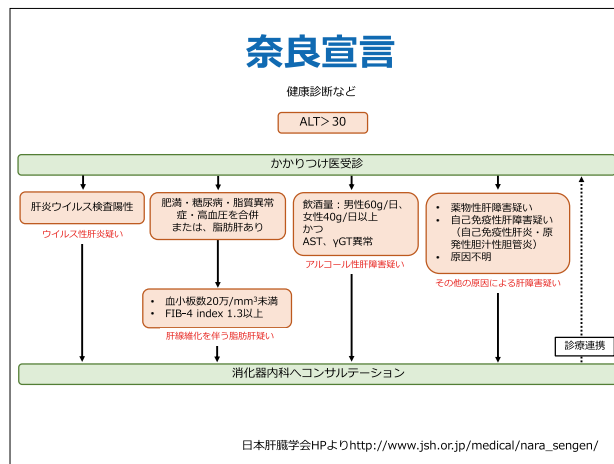
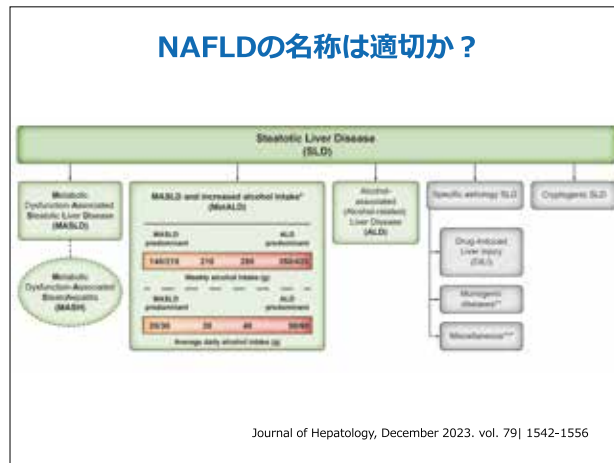
全身薬物療法は、腫瘍数が4個以上・脈管侵襲を伴う場合・肝外転移を伴う場合に適応となりますが、原則、Child-Pugh class Aといった肝予備能が良好な症例に限られます。2009年にSorafenib(ネクサバル)が登場しましたが、抗腫瘍効果はそこまで高い訳ではなく現状維持を目指す状態でした。2020年に免疫チェックポイント阻害薬(ICI)であるAtezolizumab(テセントリク) + 抗VEGF阻害薬であるBevacizumab(アバスタチン)併用療法が使用可能となり、さらに2022年にはICIであるDurvalumab(イミフィンジ) + Tremelimumab(イジユド)併用療法が使用可能となりました。ICIを使用するregimenでは有効性が向上し、奏功例も増加しています(Atezo + Bev.ではCR(完全奏功):約6%、PR(部分奏功):約22%)。一方で免疫関連有害事象(irAE)に注意が必要になります。従来の抗がん剤(分子標的治療薬など)と異なり免疫に直接作用するため、皮膚・肺・胃腸・神経・筋肉・副腎など全身の様々な部位に症状が出現し、また長期間持続することが特徴です。薬剤を中止した数か月後にirAEの症状が出現した報告もあり、治療経過を慎重に観察することが必要です。irAEが出現した方が、治療効果が良くなる癌種もあるため、全身診察とirAEの早期発見・早期治療が重要といえます。

全身薬物療法の奏効率向上によって、肝予備能が保たれている早い時期に薬物療法を導入する流れになっていますが、根治性に関しては切除(手術)や局所療法が重要な位置を担っています。当科では以前と同様、局所療法であるラジオ波焼灼療法(RFA)やマイクロ波凝固療法(MWA)を腫瘍のサイズ・存在部位・周囲脈管との位置関係などで使い分け、より良い治療効果を目指すため積極的に治療を行っています。

肝細胞癌に対する治療法が進歩していますが、重要な点は発癌しないことです。肝細胞癌の原因として、HBV感染・HCV感染・非B非Cに分類することが多いですが、それぞれの疾患の治療/管理が重要とな

ります。HCV感染については、インターフェロンフリー治療としてDAA製剤内服をしますが、8週~12週の内服で90%以上のウイルス排除率が期待できます。非B非Cについては今まではアルコール性肝障害や非アルコール性脂肪肝炎(NASH)と言われていましたが、肥満(fatty)などの表現が偏見を生じるとの意見があり、2023年にMASLD/MASHという代謝性という名称に変更されました。名称が変更されても、禁酒/減酒を含めた生活習慣の改善が重要です。

また2023年の肝臓学会で奈良宣言が提唱されました。ALT30以上は慢性肝臓病と判断し、かかりつけ医受診→消化器内科へコンサルトすることが推奨されています。肝硬変や発癌に至る前に早めに治療介入することが重要ですので、肝臓について悩んだ際には遠慮せず、相談/紹介して頂けたら幸いです。



九州大学病院の連携医療機関として登録されました

患者支援センター

人口減少と高齢化の中、地域医療構想や地域包括ケアシステムが国策として進められている現状にあり、病診連携・病病連携はますます重要になっております。

九州大学病院において、地域医療機関との更なる連携強化の一環として、医療機関との連携の実績を地域住民に明確に示し、切れ目のない医療を安心して受けていただくために、九州大学病院連携機関登録医制度が開始されました。当院もこの趣旨に賛同し申請を行い、この度、「九州大学病院 連携医療機関登録医制度登録証」が届きましたのでご報告いたします。九州大学病院と密接に連携し、医療の質の向上を図りより良い医療の提供に努めてまいります。



松山赤十字病院登録医制度について

また、当院も、厚生労働省における地域医療支援病院の方針に基づき、松山赤十字病院登録医制度を設けております。地域医療の充実と効率的な医療体制を確立し、地域医師会及び地域の医療機関との連携の推進を図り、地域医療に貢献することを目的としております。地域の中核病院として医療を必要とする患者さんのニーズに応え、登録医(かかりつけ医)の先生方と一層緊密に協力・連携して地域完結型医療の実現を目指しています。

ご登録いただいた場合のメリット

- 1 登録医療機関からの紹介を優先的に受け入れます。
- 2 患者さんが「かかりつけ医」をお探しの際に優先的にご案内させていただきます。
- 3 紹介入院された患者さんを当院主治医と共同で診療していただくため、共同診療病床を設置しております。
- 4 検査目的でご紹介いただいた患者さんについて、当院保有の高度医療機器を主治医と共同して利用することができます。
- 5 病院が行う研修会・セミナー等のイベント情報並びに診療に関する各種のご案内を定期的にお送りいたします。
- 6 図書室、会議室（多目的ホールを含む）、駐車場（無料）を利用することができます。また、利用のための白衣と控え室を用意しています。
- 7 登録医の一覧を院内に掲示、また当院のホームページ上にてご紹介させていただきます。（ご希望の医療機関のみ）

FAXによる受診予約について

患者支援センターでは、従来より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。当日、患者さんは南棟（新棟）総合受付内の「1 紹介受付」にお越しいただくことで初診受付の手続きが不要となり、待ち時間の短縮になります。是非、FAXによる受診予約をご利用いただきますようお願い申し上げます。

FAX (089)926-9547(24時間受付)

TEL (089)926-9527(平日8:30~17:10)

※16:30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。

編集後記

地域医療連携室報 No.98(2024年1月)をお届けしました。新年にあたり、連携医療機関の先生方、スタッフの方々にご挨拶申し上げます。また、元旦の能登半島地震、翌2日の羽田空港航空機衝突事故においてお亡くなりになられた方々にお悔やみを申し上げますとともに、被災されたすべての方々、事故にあわれた方々に心よりお見舞い申し上げます。1月22日現在、当院は能登地方にDMAT班、災害コーディネーターチームを派遣し、災害救援救護活動を行っています。一日も早い被災地の復旧復興に向けて、今後も救護活動を継続してまいります。

当院は2005年に松山二次医療圏初の地域医療支援病院に認定されるなど、高度で専門的な「急性期」医療に特化し「回復期」「慢性期」は他病院と連携して対応する「地域完結型医療」を標榜してまいりましたが、2023年8月には「紹介受診重点医療機関」に選定されました。患者さんには近隣の「かかりつけ医」にて経過観察と生活習慣病の管理をしていただき、定期的検査や何か変化のあった時に当院の主治医に再紹介していただく「地域と当院の2人主治医体制」の構築を更に推進してまいります。患者支援センターは、「地域医療連携室報」による情報発信を含め、地域の医療機関の先生方、スタッフの方々とより緊密な関係を構築できますよう努めてまいりますので、今年もご指導、ご鞭撻のほどよろしくお願いいたします。

副院長／患者支援センター所長 蔵原晃一

■ 発行責任者 / 副院長（患者支援センター所長）蔵原 晃一

■ 編集 / 松山赤十字病院・患者支援センター 〒790-8524 松山市文京町1番地

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