

Matsuyama Red Cross Hospital

地域医療連携室報

2016.1

No. **70**

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。



年頭挨拶



院長 横田 英介



新年明けましておめでとうございます。

2025年に向けて国は医療提供体制の再編に取り組んでいます。2014年6月に成立した医療介護総合確保推進法に基づき、病院の機能分化のため、都道府県による「地域医療構想」の策定が始まりました。病床機能を高度急性期、急性期、回復期、慢性期に分け、今後の人口変化、それに伴う医療需要の変化を推計し、それぞれに必要な病床数を策定しようというものです。松山医療圏の人口はすでに減少傾向にあります。65歳以上の人口は今後も2040年頃までは増加すると推定され、その中で病床機能として急性期の病床は過剰で、一方回復期とされる病床は不足しているとされています。また現在は療養病床など病院で診ている患者のうち、将来は介護施設や高齢者住宅を含めた在宅医療へ移行する患者数も推計されています。

今年は診療報酬改定の年ですが、改定に当たっての基本認識について、①超高齢社会における医療政策の基本方向として、高齢化の進展に伴い疾病構造が変化していく中で「治す医療」から「治し、支える医療」への転換。②地域包括ケアシステムと効率的で質の高い医療提供体制の構築。③経済・財政との調和などをあげています。そして具体的な重点課題として前回の改定に続いて医療機能の

分化・強化、連携と地域包括ケアシステムの推進をあげ、医療法に基づく地域医療構想を後押しする改定とされます。

当院は平成17年に地域医療支援病院に承認され、地域完結型の医療に取り組んで参りましたが、今後は医療機関のみならず介護施設を含めた在宅医療に関わる方々との連携を更に進め、高度急性期の医療を担う立場で地域に求められる役割を果たし、地域包括ケアシステムの構築に参画できるように努めていきたいと考えております。

新病院の建設は、昨年の4月に北側立体駐車場が完成し、10月から東雲小学校の跡地に病院北棟の建設が始まりました。北棟は6階建てで外来部門、放射線部門、手術室、産科病棟などが入り、2年後の2018年1月から運用開始の予定です。その後、10階建ての南棟の建設に取りかかります。現地での建て替えで時間はかかりますが、2025年に向けて、地域の医療・介護を守るために求められる病院づくりをしていきたいと考えております。

最後になりましたが、新しい年が連携医療機関・施設の皆様にとって素晴らしい一年になりますようお祈り申し上げます。

副院長（兼看護部長） 小椋 史香



謹んで初春のお慶びを申し上げます。

昨年は皆様にとってどんな年だったでしょうか？平成27年を象徴する文字として『安』という字が選ばれました。テロの脅威が世界に拡散し、いつ・どこで・何が起きても不思議ではない危機感を覚えました。また、昨年は戦後70年という節目の年でもあり、救護看護婦として戦地に赴き、悲惨な環境下においても人道の精神を貫き、戦渦を乗り越えた先輩方の凛とした強さと胸の奥に秘め、これまで語ることのできなかつた深い心の傷を知る年でもありました。改めて、平和と安全を願わずにはられません。

現在の医療現場においても「安全・安心」は重要なキーワードです。また、今後の生産人口の減少、医療費の増大、社会保障の崩壊という現実を真摯に受け止め、対策を講じる必要があります。自己の健康管理・病気の予防により健康寿命を延ばすこと。その人の生活の質を尊重した医療・介護の提供。地域力を引き出し、サービスを創造していくことが重要だと考えます。国の政策として、「地域包括ケアシステムの構築」が打ち出されています。地域包括ケアとは、①住まい②医療③介護④予防⑤生活を包括的・継続的に支援することです。

高齢化が進み、老老・認認世帯、お一人様世帯が

増加しています。高齢者が住み慣れた地域・在宅でその人の望む生活を継続するには、自宅を病室と考え、医師・看護師・リハビリ・ヘルパー・訪問看護師等が出入りし、連携しながらその方を支え、安全・安心を保証する必要があります。急性期を担う私達は、もっと地域や在宅の現状、地域の社会資源を知る必要があります。さらに、訪問する立場となる医療者は、相手に受け入れて頂けるような社会性・誠実性、信頼が求められるでしょう。そして、利用者も他者を自宅に受け入れる覚悟が必要となります。

私の生まれ育った故郷は、過疎化が進み、半分以上が「主のいない空き家」と化しています。過疎化した故郷の無念さ・反省も含め、①産業、②医療・介護、③教育の3本柱がしっかりした土台づくりを行い、医療・行政・介護・福祉・住民が連結した総合力のある“愛顔(えがお)のまちづくり”が重要と考えます。

最後になりましたが、新しい年も地域医療連携機関・施設・地域の方々と協働し、前進して参りたいと思います。今年もご支援ご指導の程よろしくお願い申し上げます。

事務部長 渡部 禎純



謹んで新春のお慶びを申し上げます。

連携医療機関をはじめ連携施設の方々におかれましては、日頃から一方ならぬご厚情を賜り、厚く御礼申し上げます。

まず、現在、進めております病院新築工事についてご報告を申し上げます。昨年3月に新しい立体駐車場が完成し、4月から運用を開始いたしました。

病院本体工事については、Ⅰ期工事(外来、手術室等を含む北棟の建設)、Ⅱ期工事(病棟等を含む南棟の建設)、Ⅲ期工事(外構工事)と順次行っていくこととしており、昨年10月、Ⅰ期工事に着手したところです。

今年は、1月から地下部分の掘削工事を始め、躯体工事、免震装置の据え付け、鉄骨の組み立てなどの工事を進め、順調に行けば、夏以降に少しずつ新病院の姿が現れてくる予定です。

Ⅰ期工事が来年の秋ごろまで続き、全体の工事は、まだ、5年半ほど続くこととなっております。

長期間の工事のため、皆様にご不便、ご迷惑をお

かけすることがあると思いますが、引き続き、何卒ご支援の程よろしくお願い申し上げます。

さて、今年は、診療報酬改定の年となっておりますが、国の28年度予算編成において、社会保障費抑制の方向が示され、今回も大変厳しい改定となることが予想されます。

改定の内容については、これから少しずつ明らかになって行くものと思われますが、今後も引き続き医療、介護を含めた連携の方向は変わらないと考えられます。

当院としても、この方向を踏まえて地域の連携医療機関、施設の皆様とさらに連携を強めて参りたいと考えておりますので、どうぞご指導ご鞭撻の程よろしく願いいたします。

最後になりますが、皆様にとりまして、素晴らしい一年となりますよう心からお祈り申し上げます。

地域医療連携室 看護師長 大西 文恵

平成27年12月5日(土)、第15回「病院と在宅看護・介護の連携」合同研修会を開催いたしました。この研修会は、平成12年から所属施設や職域を超え、地域の医療福祉保健を担当する者が「患者・家族が自分らしく、いきいきとした療養生活を送る」を共に考え討論する目的で継続開催しています。当日は看護・介護職を中心に10を超える職種、院外70施設から234名、院内121名(合計355名)と多くの方のご参加をいただき、関係者一同心からお礼を申し上げます。

認知症の方の増加に伴い、この数年で認知症に対する取り組みが変化をしており、病院から自宅・地域へ、本人だけでなく家族を含めた支援が必要となり、地域全体での取り組みが求められています。そのため今年度は認知症をテーマに取り上げました。愛媛大学大学院医学系研究科 谷向知先生からは「認知症に寄り添う ～当事者、家族、専門職、それぞれの思いと役割」と題してご講演をいた

だきました。認知症を患うことは「一つ一つがなくなっていく人生」ではなく「新しい人生の構築、スタート」であり、できるだけ早期から関係性を保ち、本人の希望を聞きながら日常生活を少しずつ変化(キャリアのたな卸し)させ、継続できるように寄り添うよきパートナーとなることの大切さをご講演いただきました。

情報交換会として、昼食会は職員食堂で6種類のメニューを用意し召し上がっていただきました。昼食後もなかなか話が尽きなかった様子でした。また、ポスターセッションでは院外から19施設、院内1部署の参加がありました。新たな取り組みやサービスの紹介もあり活動を知る良い機会となりました。

午後から行われたパネルディスカッションでは、「認知症と向き合って ～それぞれの立場でそのひとの想いをつなぐために～」というテーマで、行政の取り組み、急性期病院・認知症病棟・グループホームの現状や事例、在宅で患者家族を支える立場からの発表がありました。多くの施設から様々な職種の仲間が一同に集まり、同じテーマで考える貴重な機会であり、それぞれが専門性を活かし、地域で協働することを考える研修となりました。

最後に、この合同研修会の企画・運営に関しまして、手作りの研修で院内外の多くの方々にご支援をいただいたことを心から感謝申し上げます。

第15回「病院と在宅看護・介護の連携」合同研修会 地域で穏やかに暮らすために ～その人の想いを地域で支える～

日時：平成27年12月5日(土)10:00～15:00 場所：松山赤十字病院 教育講堂 他

● 開 会 10:00～10:10 (敬称略)

開会挨拶 松山赤十字病院 院長 横田 英介

● 基調講演 10:10～11:40

テーマ 「認知症に寄り添う ～当事者、家族、専門職、それぞれの思いと役割～」
愛媛大学大学院医学系研究科 老年精神地域包括ケア学教授 谷 向 知
座 長 松山赤十字病院 第一内科部長 藤 崎 智 明

● 情報交換会 11:40～13:00

昼食会(職員食堂)
ポスターセッション (2号館2階 12:00～12:50)
在宅医療機器など 展示

● パネルディスカッション 13:10～14:50

認知症と向き合って・・・～それぞれの立場でその人の想いをつなぐために～

座 長 愛媛大学大学院医学系研究科 老年精神地域包括ケア学教授 谷 向 知
松山赤十字病院 看護副部長 森 田 美恵子

パネリスト

愛媛県保健福祉部生きがい推進局	長寿介護課 主幹	忽 那 照 美
松山赤十字病院	認知症看護認定看護師	浅 見 千代美
松山赤十字病院	療養支援ナース	西 山 織 江
砥部病院 高齢者こころのケアセンター	看護師長	清 水 真
グループホームしょうせきあいあい	管理者	村 田 佳 乃
あうん介護相談所	主任介護支援専門員	矢 川 ひとみ

● 閉 会 15:00

開会挨拶 松山赤十字病院 副院長兼看護部長 小 椋 史 香



愛媛大学大学院医学系研究科 老年精神地域包括ケア学教授 谷向 知



我が国では500万人を超える人たちが認知症に罹患しておられ、10年後には700万人を突破すると予想されています。平成27年1月には認知

症施策推進戦略(新オレンジプラン)が発表され、ようやく認知症の人やその家族の視点の重視が、7つの柱の7番目に盛り込まれました。また、同プランの2番目には、認知症の容態に応じた適時・適切な医療・介護等の提供が基本的な考えとして掲げられ、容態に応じて医療・介護などが連携し、適時・適切に切れ目なく提供されることが求められています。

最近、地域包括ケアという言葉が耳にされることが多くなっていると思います。地域包括ケアとは住まい・医療・介護・予防・生活支援の5つの構成要素が互いに連携しながら有機的な関係を担っていくという考えです。専門職には「医療・看護」「介護・リハビリテーション」「保健・予防」での専門性を発揮することが期待されています。

認知症には非常に多くの疾患がありますが、アルツハイマー型認知症をはじめとする多くの変性疾患は一時的に症状の改善がみられるものの、進行性の経過をたどります。また、認知症の発症年齢や家庭状況によって家庭内や社会的な役割は随分と異なります。「その人らしさ」、「その人の思い」を重視することがいわれていますが、当事者や家族が直面する課題、そして思いは時々刻々変化していくものだと思います。その変化に柔軟に対応し、寄り添うことが専門職をはじめとするサポーターには求められます。サポーターという言葉は、「支援を行う⇔支援を受ける」というニュアンスがあります。私は5000人を超す認知症の診療を行い、また家族会などにも顔を出させていただきながら、ご本人やご家族のくやしさを涙をみてきましたが、それ以上の数

の笑顔もみせていただきながら、「この人のように歳を重ねられたら、介護をしてもらえたら幸せだろうなあ」と学ばせてもらっています。そこでは医者患者関係ではなく、当事者が師となった師弟関係が成立していることに気づかされます。認知症に寄り添うとは、サポーターではなくパートナーという関係を築くことであり、専門職にも求められているのではないのでしょうか。

谷向先生は、この講演を、ある歌詞で締めくくられました。「どんな君でもそばにいるよ」

私たち医療・介護に携わる専門職が、当事者・家族の良きパートナーになるために、地域全体が認知症の病期・症状を正しく理解すること、心を痛める当事者・家族が孤立することがないように、介護へのいたわり・尊敬を持ちながら、知識とケアを提供していくことが重要だと話されました。超高齢化が進行する医療現場は、今後ますますの認知症の方の急性期治療が継続し、早期に在宅もしくは家に代わる場所へと帰らなければならない現状です。急性期治療を担う当院の役割の中で、安全に治療が行われるよう医療・看護を提供することと同様に、より良いタイミングで地域につなぎ、支え続けることのできるパートナーになることを意識した看護を続けていきたいと考えます。(文責 森 涼子)

～ 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)

パネルディスカッションでは、「認知症と向き合って…～それぞれの立場でその人の想いをつなぐために～」をテーマに6人のパネリストの方に発表をいただきました。基調講演演者の谷向先生と当院森田看護副部長に座長をお願いしました。



愛媛県保健福祉部生きがい推進局 長寿介護課 主幹 忽那 照美



高齢化に伴い、認知症対策がますます重要になってきます。国においては、認知症の人の意見が尊重され、自分らしく暮らせる社会の実現を目指し、平成27年1月に「認知症施策推進総合戦略(オレンジプラン)」が策定されました。本県でも、平成27年3月に策定した「愛媛高齢者保健福祉計画・介護保険事業支援計画」に基づき、当事者や家族の視点に立ち、総合的な認知症施策の推進に努めております。

本県の取り組みとして、認知症の人の医療・介護・生活等の情報を集約・一元化した「認知症地域連携パス(えがおの安心手帳)」を作成し、今年度から運用を始めています。この手帳は、認知症の人と家族を心身面で支え、関係者が情報を共有し連携できる情報ツールとなるものです。

今後は、「高齢者が長寿を楽しみ、住み慣れた地域で、笑顔で暮らせる社会づくり」を目指し、認知症高齢者の視点に立った施策の推進に取り組んでいくこととしています。

パネリスト抄録抜粋 (文責 吉岡)

松山赤十字病院 認知症看護認定看護師 浅見 千代美



当院の認知症患者の現状とその転帰の実態を把握することを目的に調査をしたので報告したいと思います。調査は、診断群分類包括評価データを用い、2015年8月1日～30日に当院を退院した認知症患者を抽出後、診療録の記載事項から必要な項目のデータを収集・集計しました。調査期間中の退院患者1214名中(産科・小児科を除く)72名が認知症で、平均年齢は82.9歳、平均在院日数は21.7日でした。自宅からの入院が50名、その内31名(62%)が自宅に戻ることができていました。

認知症患者の平均在院日数が長期化する要因の一つとして、認知症患者は、環境の急激な変化により入院中にBPSD(behavioral and psychological symptoms of dementia: 以下BPSD)を起こすことがあげられます。BPSD出現により入院が長期化し、ADLが低下し、退院後の受け入れ先が少なくなり、元の療養場所に戻れない可能性があります。

入院中にADLが低下せず、BPSDが起きないようにするための予防的介入の検討や精神科医師との連携の必要性が示唆されました。

松山赤十字病院 療養支援ナース 西山 織江



急性期医療を受ける認知症・高齢者患者が増加しており、今回物忘れがあり、自己導尿の手技を覚えることが困難な患者へ、在宅での生活が継続できるよう療養支援を行った。看護師は、認知症・高齢者の環境の変化や医療処置に対するストレス、病気・治療への不安等の思いを理解し、柔軟に対応することが必要である。そして、患者の力を尊重し、継続可能な方法を検討し、繰り返し指導を行うことで手技習得につながる事ができた。また、訪問看護師やケアマネジャーと連携した継続支援が、地域での生活の支えとなっていることを実感した。

療養支援ナースとして、短い在院日数の中でも患者の入院前の生活や思いを知り、元の生活に戻るためにどのような継続支援が必要か、これから予測される問題を患者・家族、在宅を支える医療・介護者と共に考え、安心して地域で暮らしていくことができるよう支援していきたい。

砥部病院 高齢者こころのケアセンター 看護師長 清水 真



砥部病院高齢者こころのケアセンターは、平成17年4月開設、平成25年3月に県より認知症疾患医療センターを委託され、認知症患者の入院部門を担っている。

当院では、パーソンセンタードケアに基づき「その人らしさを最大限尊重し、そのところに寄り添い」、患者の意思を尊重し、「出来ない事」より「出来る事」に注目し、本人の残存機能を生かす介護法を取り入れている。生活モデルに重きを置き、高齢者の心のニーズを生かし、社会参加している実感を感じてもらえるように心がけている。今回事例で紹介した「きみこさん」は、家族や介護保険サービスの支援を得て、1年ぶりに帰ることができ、前のようにご近所さんとの付き合いもできそうである。

認知症疾患に対する治療のみならず、病状や周囲のサポート体制の整理を行うことで、患者や家族が望む生活を少しでも長く続けられるように「次につながる支援」を行うことが当院の重要な役割と考える。

パネリスト抄録抜粋（文責 曽根）

グループホームしょうせきあいあい 管理者 村田 佳乃



当施設（グループホーム・小規模多機能居宅介護）は開設当初より医療介護の切れ目ない提供と終身介護を運営理念として、医療度の高い方も受け入れて来た。医師の毎日の往診と24時間体制での看護師配置により、利用者様や家族様の医療ニーズに応える形で、さまざまな医療行為を行っており、看取りは年間10～15例前後となっている。認知症高齢者に対する医療行為は色々議論のあるところだが、病状は絶えず変化するものであり、これを一括りにして元気な間に“自分のあるべき医療像”を考えるのは極めて難しい。

今回紹介した事例は、急に衰弱したが中心静脈栄養を行い、約1ヶ月かけて元通りに食べられるようになり、2年後の現在も元気に過ごされている。

居宅系介護施設は家庭的な雰囲気の中で生活支援を行っていくことを求められるが、そこに患者・家族様の意向も尊重しながら、うまく在宅医療を組み入れ、病院とも連携しながら終生関われる支援を続けて行きたいと考えている。

パネリスト抄録抜粋（文責 今井）

あうん介護相談所 主任介護支援専門員 矢川 ひとみ



私たちケアマネジャーは「自己決定」「その人らしさ」に焦点をおき、これからの生活の意向を確認するところから支援を始めます。

しかし、在宅の現場ではこれがなかなか困難です。それは、自己のおかれている立場、人間関係などその人の表出の能力以外の要因によるところが大きいからです。

その人の歩んできた人生の在り様が、介護が必要となった人生最後の時点で現れてきます。どうすれば、本人も家族も納得した支援が提供できるのか、単にサービスを繋げるだけでは解決できない駆け引きがあり、責任の重さを痛感します。

自分で身体を動かすことが困難な方への支援が多い私たちの仕事では、「自己決定」を「自立支援」より優先させることが多くなります。自己決定の支援は本当に難しいですが、支援の結果その人がどういう状態になったか、どんな環境に置かれたか、真にその人の想いにつながったものなのか、常に問いかけながら支援していく必要があると思います。

パネリスト抄録抜粋（文責 元川）

発表を終えて

行政・急性期病院・専門病院・施設・ケアマネジャーの立場から認知症患者の療養を支える取り組みについて発表がありました。認知症患者その人の気持ちを理解し、できることを大切に、BPSDを問題行動ではなく個性ととらえる。多職種が協働して地域につないでいく。それぞれが患者とその家族が直面する課題に寄り添い、刻々と変化していく「思い」「想い」を大切に支援することの重要性を確認し閉会となりました。

（文責 今井）

ポスターセッション まとめ

今年度のポスターセッションは院外より19題もの応募があり、合同研修会の回を重ねる毎に認知度が上がってきたのを感じます。また各連携施設からの発表出来る場の要望が強いことが伺えます。

今回は、学会形式で行いました。各ブースから優秀作品を座長中心に決定しました。手作り感あふれたポスターやあたたかい内容のもの、新しい取り組みや発表における工夫があるものなどが選出されました。発表後の質疑応答も充実しており、各テーマに対する群衆の熱心さも伺えました。また会の終了後も話が弾み、施設間での交流場面もみられ、情報交換の場ともなっていると感じました。

(文責 岡田)



ホームホスピス あしたも



東松山訪問看護ステーション



複合施設 里山どんぐり

(優秀作品一部)

ポスターセッション

グループ	発表順	テ マ	施 設 名
A	1	当院における 地域包括ケア病棟の活動報告	一般財団法人 永頼会 松山市民病院
	2	回復期リハ病棟における退院支援の 現状とこれから	松山リハビリテーション病院
	3	回復期から在宅へ ～高次脳機能障害患者への関わり～	伊予病院
	4	地域で自分らしくを支える ～今こそ求められる精神科訪問看護～	訪問看護ステーション てとて
B	1	地域で暮らす 一北条病院ができること	北条病院
	2	病院と施設との連携 ～当施設への入所経緯と活動内容～	有料老人ホーム なぎの杜
	3	施設紹介と施設連携について	グループホーム 朝生田の里
	4	あしたもの目指すものと他施設・ 地域との連携	ホームホスピス あしたも
C	1	当院での心臓リハビリテーションの報告	道後温泉病院
	2	退院支援に向けての取り組み ～充実した生活の場を考える～	南高井病院
	3	ST(言語療法)の歩み ～食べたい! 伝えたい! を諦めない!～	東松山訪問看護ステーション
	4	御利用者の真の欲求を叶える 介護リハビリの取り組み	ベストケア株式会社
D	1	成熟した安心ハウス構想は今、 「地域包括ケア」、「地方創生」にかかせない	安心ハウス仙波
	2	施設紹介	複合施設 里山どんぐり
	3	ぬくもりと笑顔のある暮らし	訪問看護ステーション ほのか 看護小規模多機能型居宅介護 ほのかのぬくもり
	4	小規模多機能型における 医療機関他施設との連携の実践について	小規模多機能の家 こうの
E	1	尿失禁を減らそう ～骨盤底筋訓練を促す～	老人保健施設 伊予ヶ丘
	2	視力障害のある人にとって 見やすい環境改善の取り組み	松山赤十字病院 36病棟
	3	あなたなら「死」をどのように迎えますか? ～医療・介護従事者が 多死社会に向けて行う事～	一般財団法人 永頼会 松山市民病院
	4	ゲートキーパー (松山市の自殺対策について)	松山市保健所

優秀作品





わが国における縮小手術への取り組みのあゆみと現状についてお話しさせていただきます。

1. 肺がん手術の現状

診療ガイドライン 2014年度版では臨床Ⅰ期肺がんに対する標準治療は肺葉切除とされており、これが国際的にもスタンダードとなっています。それは肺がんにおいては予期しないリンパ節転移が少なからず認められ、不用意な縮小手術は局所再発につながると考えられてきたからです。

これは米国 Lung Cancer Study Group によって 1995 年に報告されたⅠ期肺がんに対する肺葉切除と縮小手術の無作為比較試験の結果でも確認されています。(図1)

2. 縮小手術の対象

1995 年当時に比べて最近のCT の高性能化は目を見張るものがあり、小型でかつ早期の肺がんが多数見つかるようになったことや区域切除は縮小手術が肺葉切除と同等であるという考えのもと、わが国では縮小手術の妥当性を主張する報告が多数なされてきました。

この様な状況の中、2002年より術前胸部CTから病理学的浸潤度を予測する目的で「胸部薄切CT所見に基づく肺野型早期肺がんの診断とその妥当性に関する研究(JCOG 0201)」が行われました。2004年までに811例が登録され、その厳しい仮説は結果的に証明できませんでしたが、CT所見での「腫瘍最大径と充実部分陰影径の比；C/T比」から病理学的浸潤傾向はある程度予測可能であることが判りました。特に径2cm以下の腺癌ではC/T比が0.25以下だと病理学的浸潤傾向は非常に少ないと結論し、次の第Ⅲ相比較試験に向けての基礎データが得られた点は評価されます。(図2)

3. 縮小手術の有用性の証明へ

上記の結果を基に径2cm以下、C/T比が0.25以下の肺がんを対象として肺葉切除と縮小手術の比

較試験が行われています。両群の生存率に関係する術後イベントが極めて少ないことから

比較試験の対象外とし、「胸部薄切CT所見に基づく肺野型早期肺癌に対する縮小切除の検証的非ランダム化第Ⅱ相試験(JCOG 0804)」として2009年に登録が開始され2011年4月に333例を登録して終了しました。主要評価項目が無再発生存率であることから結果が判明するのはかなり先となります。(図2)

一方、径2cm以下でC/T比0.26以上症例は、「肺野末梢小型非小細胞肺癌に対する肺葉切除と縮小切除(区域切除)の第Ⅲ相試験(JCOG 0802)」として2009年に登録を開始し、現在症例の集積完了し観察中です。主要評価項目が生存率であるため結果判明まで数年要する予定です。(図3)

米国でも同様に、径2cm以下の肺野末梢、非小細胞がんを対象とした肺葉切除と縮小手術の第Ⅲ相試験(CALGB 140503)が行われており、JCOG802試験の結果と併せてガイドラインの変更があると思われます。

したがって、当面肺葉切除を標準術式と規定したガイドラインは継続されるものと考えられます。

図2



図1

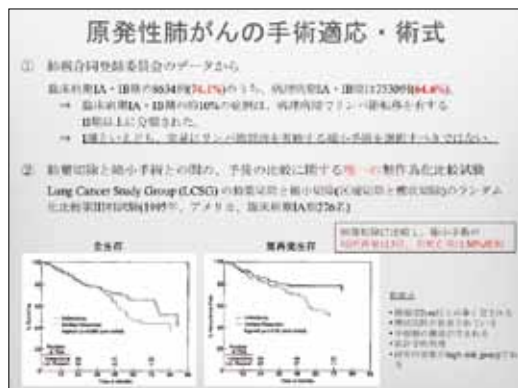
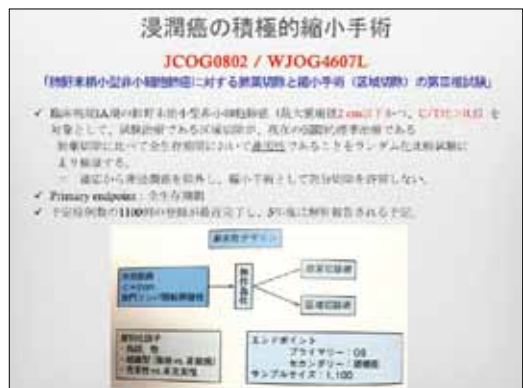


図3





肺がんの治療はがん細胞の種類(組織型)およびがんの広がり(臨床病期)により大まかに決定されます。手術・放射線・抗がん剤はかねてより治療の3本柱(図1)とされ、その効果や組み合わせが検討されてきました。2000年になり分子生物学の研究が一つの成果に結びつきます。分子標的薬の登場です。その先駆けとなった上皮成長因子受容体(EGFR)阻害薬のイレッサ®はがん細胞の増殖シグナルを遮断します。効果は劇的でした。現在ではEGFR阻害薬は、患者さんのコンディションにより3種類の薬剤の中から治療を選択できるようになりました。また別の融合遺伝子であるEML4-ALK、肺がんの約1%に見られる遺伝子異常ですが、これを持つ患者さんに有効な薬も現在2種類の中から選択可能となっています。分子標的薬の中には血管新生阻害薬・破骨細胞阻害薬などがん細胞の微小環境に作用し進行を抑える薬も開発され、実臨床で使用されています(図2)。近年、免疫療法が肺がん治療の分野においても話題の中心になっています。体の中で起こる、がん細胞に対する免疫反応の中心になる細胞はTリンパ球であり、普段でもTリンパ球はがんをやっつけようと頑張っています。ところががんはその攻撃から免れようとPD-L1というタンパクを発現します。このPD-L1がT細胞のPD-1という蛋白に結合すると、Tリンパ球はがん細胞を敵と思えなくなってしまいます。Tリンパ球の攻撃にブレーキがかかり、がんは免疫から逃れる状態になってしまいます。ここで免疫チェックポイント阻害薬が登場します。この薬はTリンパ球とがん細胞の間のPD-1とPD-L1の結合を邪魔し、Tリンパ球のブレーキをこわすことでがん細胞を持続的に攻撃するよう調節します(図3)。この薬のすごいところは、複数のがん種の、さまざまなシーンで効く可能性を秘めているところです。臨床試験では肺がんの二次治療でこの薬を投与された患者さんは、これまでの抗がん剤治

療を受けた人よりも明らかに長生きすることがわかってきました。

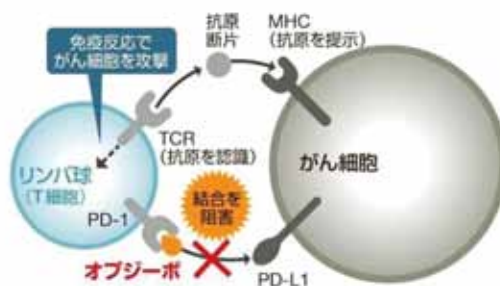
図1. 肺がん治療の3本柱



図2. 肺がんの分子標的治療薬



図3. 免疫チェックポイント阻害薬





本邦では少ないPD

腎代替療法には血液透析(HD)、腹膜透析(PD)、腎移植の3つが存在する。日本には約32万人の透析患者が存在するが、PDを受けているのは僅か3%強である。全世界では216万人の透析患者の内11%がPDを受けており、先進国の中では最も少ない。理由として、本邦ではHD施設へのアクセスが良好なこと、医療費の自己負担が無く医療費の高いHDを選択可能であること、腹膜劣化のため長期のPD継続が困難であること等が挙げられるが、最大の理由は医療者側の経験不足と情報提供不足と言われており、実際にHD患者のPD認知率は20代では7割だが、60代では4割、80代では15%程度と低い。

選ばれた患者によるPD → 患者に選ばれるPDへ

PDは在宅治療であり自己管理が求められる。当科では以前、自己管理の良いと思われる患者のみにPDを勧めていたが、本来は患者の価値観を重視すべきである。数年前より腎代替療法選択外来を立ち上げ計画的な情報提供を開始した。PD患者との面談や見学の場を設ける等したところ、PD選択率は2割を超え、患者数は8月末で57名(6名は病診連携)に増えている(図1)。

多様性のあるPD

PDのメリットは、循環動態の変動が少ない、カリウム制限が不要、月1回の通院で済む、残腎機能を長く保持できる、透析液量や交換回数を生活スタイルに応じて調整できる、等が挙げられる。基本は手動で液交換を1日4回程度行うCAPDだが、就寝中に機械で液交換を行うAPDもあり日中に仕事等で液交換が難しい場合に良い適応である。実際には両方を組み合わせることも多い。また残腎機能が保たれている場合は1日1～3回に液交換を減らしたり、週に1～2日休息日を設けることも可能である。また本邦発の治療法として週5～6日のPDと週1回のHDを併用する「ハイブリッド透析」も存在し(図2)、PDのみでの管理が難しい場合が適応となる。当科でも現在6名が施行中である。

透析導入後の雇用状況や経済状況の変化を調査した本邦からの報告(Nephrology 2015; 20: 523-30)では、HDでは導入後に失職した患者が36%だったのに対してPDでは10%で、労働時間と収入の減少幅もHDと比較して有意に少ない。QOLや満足度もPDの方が高いという報告もあり、多様性あるPDが寄与していると思われる。

PDの合併症

PDが増えない重大な理由として被嚢性腹膜硬化症(EPS)の存在が挙げられる。長期PD(特に8年以

上)による腹膜劣化に加えて頻回な腹膜炎等が原因で難治性のイレウスを生じ高率に死亡する合併症である。2000年以降の透析液の改良等に伴って全国的に発症頻度と死亡率は減少傾向にある。

PD腹膜炎も重要な合併症であるが、平均5年に1回程度の頻度で、重症例は稀で外来治療が可能なおとも少なくない。一方でHDのシャント関連を主とした敗血症の頻度はPDの2倍以上と高く、敗血症死亡率は一般人の100～300倍と言われている。

多彩な病態に対応できるPD

高度の低心機能で常時低血圧の為にHDに耐えられず、PDを導入したところ心機能の改善に加えQOLも改善した症例も経験している。導入前の心駆出率(EF)が50%以下の7症例の検討では、導入後全例でEFの改善を認めた(平均33→47%)。

また難治性腹水を有する肝硬変患者8例にPDを導入したところ3例は半年以内に死亡し4例は1年以上継続可能であった。特に肝性脳症の既往が予後不良因子であった。

おわりに

当科では腎代替療法の情報提供を熱意をもって行うことでPD選択率が増加している。透析液の進歩とPDの多様化によって更に安全に長期継続可能となることを期待したい。

図1

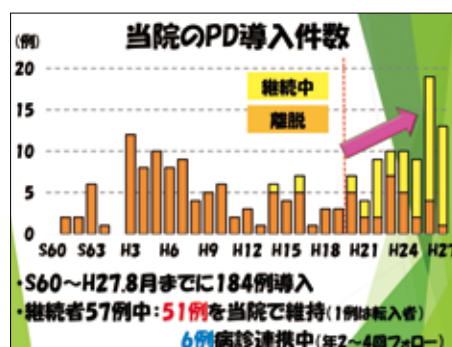
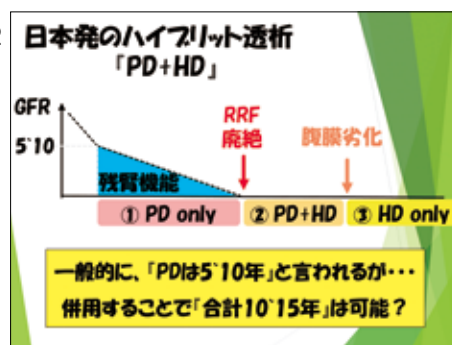


図2



第7回
10月15日

関節リウマチ up to date ～診断・治療・手術～

リウマチ科部長 水木 伸一



関節エコーは今やリウマチ診療には欠かせない。触診でわからない関節の炎症をエコーで検出することで診断感度を上げる。また寛解を達成した患者さんではエコーによる炎症の有無によって治療薬減量の可否を判断する(図1)。脊椎関節炎は、腱や靱帯が骨に着く付着部の炎症が遷延することで背部痛や四肢の関節炎を呈し、早期に診断し適切に治療しなければ強直に至ってしまう疾患である。エコーでアキレス腱や膝蓋腱の付着部炎を、さらにMRI STIR 脂肪抑制画像(図2)で脊椎あるいは仙腸関節の炎症を検出し早期診断をする。

近年関節リウマチ(RA)関連整形外科手術は減少している。1980年センター開設時から増加した手術件数は1990年代にピークに達し、2000年以降減少している。このことは1990年代前半よりRAに対する早期診断・早期治療介入に取り組んできたことが影響した結果と考えられる。2010年より

行っている足趾関節温存手術の術後経過は良好である(図3)。今後も関節機能修復できる手術に取り組んでいきたい。



第7回
10月15日

関節リウマチ up to date ～関節リウマチ治療の最適化を探る～

リウマチ科副部長 押領司 健介



関節リウマチの治療が進歩し様々な作用機序の薬剤が開発される中で、同じ関節リウマチ患者に対する薬剤であるにもかかわらず患者によっては著効する方・さほど有効ではない方がみられるようになり、関節リウマチという病名の患者さんの中でも免疫学的な異常の首座が患者さんによって異なる可能性がみえる様になってまいりました。

関節リウマチの病態にかかわる免疫は自然免疫(マクロファージ・好中球)と獲得免疫(B・Tリンパ球)があります。リウマチの病態に大きくかわる抗CCP抗体やリウマチ因子(RF)などの自己抗体は獲得免疫系の異常に基づき産生されます。これらの自己抗体が高値であることは獲得免疫系の異常が強いことを示唆し、逆に低値であることはそうではないことを示唆します。リウマチの治療にパラダイムシフトを起こした抗TNF α 製剤は主として自然免疫・Tリンパ球に作用するため、Bリンパ球の活性が強い関節リウマチ患者では作用が十分に発揮で

きず、そうした患者ではB細胞除去薬であるリツキシマブのほうが奏功することなどが種々の文献より示唆されております。当科ではRF高値群にイグマチモドという薬剤が奏功する確率が高いこと、抗CCP抗体の産生と密接に関連した遺伝学的背景を持つ方にはアバタセプトという薬剤が奏功する確率が高いことなどを後方視的臨床疫学研究でつきとめております。今後他の薬剤についてもよりクリティカルに奏功する患者群の同定を進めていくところです。こうした取り組みにより各患者で重要な免疫のみを抑制できるようになると疾患活動性をよりタイトに制御できるだけでなく、不要な免疫抑制をかけずにすむため感染症などの副作用を減少させることができると考えています。いわゆるpersonalized medicineに向け、こうした取り組みを今後も続けていこうと思っております。



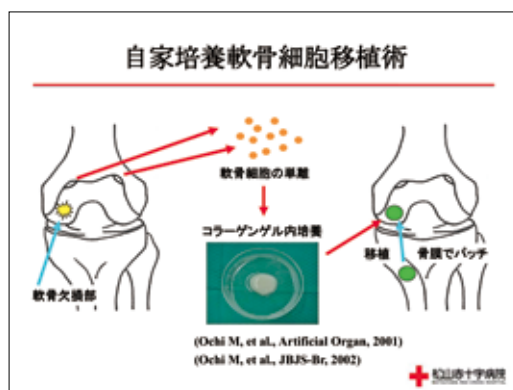
2013年4月から整形外科領域において日本では初めてとなる、自家培養軟骨(ジャック®)による再生医療に対して保険診療が可能になりました。ジャック®とは、患者自身の軟骨細胞をアテロコラーゲンに包埋して培養する自家培養軟骨で、(株)ジャパン・ティッシュ・エンジニアリング (J-TEC) に技術移管して作製される製品のことを指します。実際には、まず関節鏡で軟骨欠損を確認し、ジャック® 移植の適応と判断した時点で軟骨の一部を採取します。採取した軟骨片をJ-TECへ移送し、軟骨細胞を分離してアテロコラーゲンに包埋した上で、4週間の培養を行います。完成したジャック®は医療機関に移送され、移植手術が行われます。その移植手術は施設基準を満たした病院で、実施医基準を満たした医師によって施行可能になっています。現在愛媛県で認可を受けた病院は当院を含めて3施設のみで、当院では本年3月にジャック® 移植術を施行した実績があります。新しい治療法であるがゆえに、現時点での適応は膝関節における外傷性軟骨欠損症または離断性骨軟骨炎で、ほかに治療法がなくかつ軟骨欠損面積が4cm²以上の軟骨欠損部位に限定されています。今後の改善すべき点として、二次的手術で関節切開を要し侵襲が大きいこと、罹患患者数の最も多い変形性膝関節症の軟骨病変が適応ではないことが挙げられます。

そこで新しい軟骨の再生医療として、これまでにない磁場を用いた細胞や薬剤のデリバリーシステムの研究が、私達の出身医局である広島大学の研究チームでは進められています。これらの研究は、国立研究開発法人日本医療研究開発機構が中心となって進められる、再生医療実現拠点ネットワーク事業の中で、短期での臨床研究への到達を目指す再生医療研究の一つとして取り上げられており、本年1月より磁性化自家骨髄間葉系細胞の磁気ターゲティングによる軟骨再生治療として臨床研究が開始されています。これから数年かけてその安全性や有効性の確認を行い、臨床治験へ向けて計画を進めていく予定になっています。最終的には、ジャック®のよう

また、同じように整形外科領域での再生医療研究課題として、滑膜幹細胞による膝半月板再生医療も取り上げられており、東京医科歯科大学再生医療研究センター関矢教授を中心とした研究グループで臨床研究が開始されています。

何れも今後数年をかけて臨床研究が進められ、再生医療として実現化するまでには、いくつかの越えなければならないハードルがあります。現時点では夢の治療であり、可能な限り早期の実現化のためには、産・学・官の連携が必要になります。

今回は整形外科における再生医療として、実現化された新しい軟骨再生医療から、今後の実現化が期待される夢の再生医療まで、現在の取り組みを紹介しました。



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/>