

# 地域連携室便り

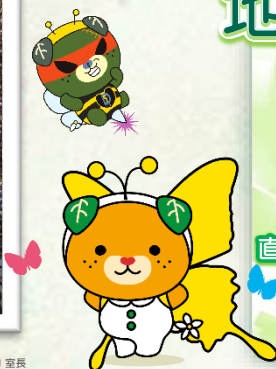
愛媛県立中央病院  
地域医療連携室

No. 12 (2021年5月)

直通TEL 089-987-6270 (前方連携)  
089-947-1165 (後方連携)  
FAX 089-987-6271



丹沢山から望む富士山 (5月) 写真提供: 三木 均 室長



例年より早い梅雨入りとなりましたが、皆様におかれましてはますますご健勝のこととお喜び申し上げます。今回遅くなりましたが、地域連携室便り No. 12 5月 を刊行致しました。気軽に読んでいただけるようにと考えておりますが、皆様方からのご意見を頂ければ幸いです。聞きたいこと・知りたいこと等、ぜひお知らせください。

この機会にぜひメール登録をよろしくお願いいたします。

## 今回の内容

- ① 新入職員 (MSW) 紹介 . . . . . 地域医療連携室 片岡政輝・宮本果野子
- ② 副院長・センター長ご挨拶 . . . . . 藤谷太郎 / 森高智典
- ③ 神経内科医としての歩みと今後の当科のあり方についての模索 . . . 脳神経内科 岡本憲省
- ④ 第103回 医療連携懇話会を終えて (後編) . . . . . 消化器内科 二宮朋之
- ⑤ 改善コラム Part 2 . . . . . 副院長 原田雅光
- ⑥ 地域医療連携室からのお知らせ～メールのご登録のお願い～

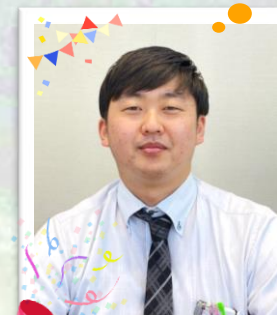
## ① 新入職員 (MSW) 紹介

地域医療連携室 MSW 片岡 政輝・宮本 果野子

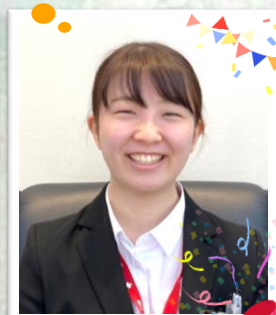
今年度からお世話になっております。現在は地域連携室の業務の把握や電話対応などを中心に取り組んでおります。相談員としての仕事はもちろんですが、まずは新入職員として毎日元気に出勤、元気に挨拶など基本的な部分を大事にしていきたいです。コロナ禍の今、直接お会いする機会は少ないとは思いますが、是非ともよろしくお願いいたします。 片岡

今年度からお世話になります。宮本果野子です。高校卒業まで伊方町で過ごし、岡山県の田舎にある大学に進学したため、生粋の田舎者です。新社会人として、一日でも早く松山の環境と県病院での業務に慣れ、親しみやすいMSWになることが出来るよう努力したいと思っています。そして、まだまだ未熟ですが、患者様や県病院の職員、関係機関の方々との関りを大切に、その中で成長していきたいです。松山での生活はまだ手探りなので、何かおすすりめがあれば教えてください。よろしくお願いいたします。 宮本

よろしく  
お願いします



片岡 政輝



宮本 果野子



## ②副院長紹介 副院長 麻酔科 藤谷 太郎

令和3年4月に副院長職を拝命いたしました藤谷太郎（ふじたに たろう）と申します。

私は平成17年に麻酔科医として当院に赴任しました。元々はペインクリニックを担当する予定でしたが、器用貧乏が災いしてか？次第に麻酔や集中治療へ仕事の内容が移って参りました。麻酔を専業とする麻酔科医が多い中で少し変わったキャリアになりますが、この間、手術部長、入院サポートセンター長の

任を受け、新病院移転に伴う手術室の整備や入院サポートセンターの立ち上げに関わるなど多くの得がたい経験をさせていただきました。

このたび私が副院長として担当する部署は、入院サポートセンター、手術センター、集中治療センターなど術前術後の患者管理を含む手術医療を行う周術期患者管理部門が主体となります。まず、入院サポートセンターにおいては、多職種連携による良質で患者満足度の高い医療の提供をさらに推進して参ります。また、手術センターでは、重篤な合併症があるハイリスク症例、多発外傷、循環器系救急、ヘリ搬送、母体搬送などによる超緊急手術の他、ロボット支援下手術や経カテーテル大動脈弁置換術（TAVI）など多くの高度先進医療が実施されており、これらの手術を安全・確実に実施する体制を構築して参ります。集中治療センターにおいては、重症患者治療の「最後の砦」として、主に術後の重篤な患者の治療にあたっていますが、救命センターICUなど院内関係部署とさらなる連携を行い、県内唯一のスーパーICUとしての運営体制を強化・拡充する必要があると考えています。そして、周術期患者管理部門としてこの3つの部門を有機的に運用して、ご紹介いただいた患者様に良質で安全・安心な医療を提供できるよう日々精進して参る所存です。地域の皆様のお力添えをよろしく願いいたします。

現在、新型コロナウイルス感染症が愛媛でも猛威をふるい、県下全体への蔓延が危惧される状況となっており、地域連携医療機関の皆様におかれましても医療体制の負荷は限界に達していると存じます。当院は感染症指定医療機関としてこの感染症に対して適切な医療を提供する必要があり、新型コロナウイルス感染患者の急増により紹介患者様の受け入れを一部制限せざるを得ない状況となっております。（4月23日現在）皆様に多大なご迷惑をおかけしていることをお詫び申し上げます。

一方でこのコロナ禍にあっても、地域の基幹病院として救急医療やがん診療、周産期医療において診療の質を落とすことなく、必要とされる医療を提供し続けることも当院の重要な役割です。手術センターでは、感染対策を十分取りながら遅滞なく手術を実施する体制を構築して参ります。また、集中治療センターにおいては、重症新型コロナ患者の急増に伴い、従来救命センターICUが担っていた三次救急患者の受け入れも一部担当することになりましたが、限られた病床を最大限活用すべく日々知恵を絞っています。今後とも御指導、御鞭撻いただきますようよろしくお願い申し上げます。

最後に蛇足ながら、PCオーディオ（ハイレゾ）を趣味（の一つ）としています。パソコンとDAC/アンプそしてヘッドホンがあれば、卓上でも簡単にそこそこ良い視聴環境を構築できます。最近、念願だったS社の開放型ヘッドホンを購入しました。盛大に音漏れするので家族からは不評ですが、音場の広さはさすがで、書斎のドアを閉め切って聴き入っています。同好の方がいらっしゃいましたら、是非お声かけいただければ幸いです。

## ②センター長紹介

呼吸器内科 がん治療センター長

森高 智典



令和3年4月からがん治療センター長を拝命した森高智典と申します。

医療統計によると国民の2人に1人が「がん」を発症し3人に1人は「がん」で死亡する時代となっています。

手術、放射線、薬物など治療の進歩には目覚ましいものがありますが患者さんの社会生活を支援する活動が重要となっています。

「がん」になっても仕事を続けられる社会  
ボディイメージの不安を和らげる装具、ウィッグやコスメ  
適切な治療を受けるための情報提供  
高額医療費制度など治療費についての情報提供  
早期からの緩和治療  
医療者だけでなく患者間での情報共有  
不安を相談できる窓口  
AYA世代患者の支援や妊孕性相談  
以上のような支援に当院・がん治療センターでは多職種のメンバーが活動をしています。

1. 化学療法チーム
2. 緩和ケアチーム
3. 造血幹細胞移植拠点病院運営部会
4. レジメン審査委員会
5. がんゲノムチーム
6. その他
  - 1) 市民公開講座
  - 2) みきゃんサロン
  - 3) キャンサーボード
  - 4) AYA世代がん患者支援WG
  - 5) 免疫チェックポイント阻害薬治療サポートチーム会
  - 6) がん相談支援センター
  - 7) 緩和ケア (PEACE) 研修会
  - 8) リレーフォーライフへの参加
  - 9) がん地域連携パス
  - 10) 院内がん登録

だれでも「がん」を発症する可能性があります。その場合、身体や心の不安を少しでも和らげるため活動を広めていきたいと思えます。

## ③神経内科医としての歩みと 今後の当科のあり方についての模索

脳神経内科 主任部長 岡本 憲省

私は1994年に愛媛県立中央病院で医師としての第一歩を踏み出して今年で27年目を迎えます。自治医科大学の卒業ということもあり、9年間地域医療に従事しましたが、それ以外の17年間、この病院で自らが志した仕事を存分にさせていただいていることを大変感謝しています。昨今、公務員に対して向けられる視線は大変厳しいものがありますが、この病院の使命である「県民の拠り所となる病院」の一員として大きな誇りと責任を感じながら日々仕事をさせていただいています。

神経内科は、精神医学から独立して発展した経緯があり、内科とは一線を画した診療科です。残念ながら日本では内科系学会のsubspecialityの1つに甘んじていますが、本来、神経内科は外科的治療とならない神経系の問題を抱えたあらゆる患者を診る、即ち「頭の天辺から足の先まで診察をする」という特異な診療科です。私が大学を卒業した頃もそうでしたが、神経内科は治らない難しい病気（神経難病）ばかりを診ている診療科であるとの偏見を長く持たれていたと思います。しかし、神経内科が対象としている疾患は極めて患者数も多く、国民の約1/4は何らかの神経内科疾患を抱えています。具体的な数字をあげれば、頭痛患者は約2000万人、認知症患者は約150万人、てんかん患者は約100万人いるといわれています。脳卒中は年間約30万人（2017年厚生労働省患者調査）の発症があり、半数以上が後遺症で介護保険の対象となっています。こうした現状が徐々に認識されてきたことで、神経内科に対する偏見は少しずつ払拭されてきているように感じます。

神経疾患に対する近年の治療の進歩は目覚ましいものがあります。欧米から10年遅れましたが、急性期脳梗塞に対するt-PA静注療法が承認され、その後血管内手術のデバイスの進歩によって機械的血栓回収術が全世界的に普及しました。その結果、20年前と比べると脳卒中患者の機能的予後は大きく改善されてきています。心原性脳塞栓症の再発予防における直接経口抗凝固薬（DOAC）の登場は、ワルファリン一辺倒であった抗凝固療法を大きく様変わりさせました。免疫性神経疾患の分野では、新たな疾患修飾薬、分子標的薬の登場によって、病態に応じたテーラーメイド治療の幅も広がっています。パーキンソン病の治療においてもこの10年で複数の徐放性ドパミンアゴニスト、ゾニサミド、アデノシンA2A受容体拮抗薬が承認されました。2020年には長時間作用型MAOB阻害薬とCOMT阻害薬が使用可能となり、特に運動合併症を抱えた進行期パーキンソン病患者に対する新たな選択肢として期待されています。てんかんや片頭痛の分野でも副作用が少なく、切れの良い新しい薬剤が登場して、患者のQOLは向上しています。筋萎縮性側索硬化症を代表とした運動ニューロン疾患は有効な治療法は未だ確立されていませんが、2018年に脊髄性筋萎縮症に対する核酸医薬が保険適応となったことは画期的な出来事であり、更に筋ジストロフィーなどの遺伝性筋疾患の領域にも核酸医薬は適応が拡大されていくものと期待されます。

こうした治療法の進歩をしっかりと患者さんに還元していくためには、新しい情報に対して常にアンテナを張ってキャッチアップしながら、適切にかつ柔軟に取り入れていくことが必要です。しかし、神経診療の第一歩は患者一人一人をしっかりと丁寧に診察することであることを忘れてはなりません。これは患者が診察室に入ってくる時点の一挙手一投足に対する観察から始まっています。例えば、パーキンソニズムや小脳性運動失調などは診察室に入ってくる時の患者さんの歩き方や表情で直ぐに判断がつかます。そして丁寧な問診と神経診察から局在診断と鑑別疾患を考え、必要性の高い検査を吟味し、患者の病気の原因を究明していく、この一連の過程のどの段階も手を抜いては正しい診断には至ることは出来ないと思います。この数年、MRIをはじめとした画像診断の進歩は目覚ましく、これによって疾患が格段に「見える化 (visualize)」されてきました。また疾患に特異度の高いバイオマーカーや疾患関連抗体の存在が明らかにされています。こうしたことは医学の進歩として素直に享受すべきことだと思います。しかし、検査ばかりに依存してしまうことで、神経診察や局在診断を考える過程が簡略化されたり、端折られたりしてしまう傾向が強くなっているように感じます。具体的には、神経診察よりも先に画像所見をみて後付けで症状を記載する、鑑別疾患を十分に絞り切らないままに高額な検査を大量にオーダーするといったことが若い先生にしばしば見受けられます。限られた時間のなかで、効率的 (?)に診療をしていくためには必要なことなのかもしれません。AIの進歩によってこうした傾向は更に加速されていくでしょう。自分が神経内科医として修練をはじめた頃、恩師から「画像で見えない病気なんていくらでもある。しかし患者は常に真実を語っている。だから、正しい診断をするためには何度も診察をしなさい。」とよく言われました。幾度もベットサイドに足を運んで神経診察をして、毎日の病棟回診での恩師の診察手技を通して自分の神経診察の誤りや至らなかつた部分を繰り返して確認し、神経所見のもつ意義を学びました。こうした手を抜かない丁寧な診察スタイルを身につけられたことが、これまでぶれることなく神経内科医を続けることができた大きな礎となっていると思います。

私も齢50歳を過ぎ、指導医の立場で従事することもあと約10年程度だろうと思います。医学の進歩のスピードは更に加速され、我々医師はそれに追いつくため一層の努力を要求されることになるでしょう。自分自身もまたその波に乗り遅れてはいけないと思います。しかし、その中であつても神経診療の基本である古典的な神経診察を決して軽視することがあつてはなりません。古臭いかもしれませんが、患者に繰り返して問いかけ、観察をするという神経学の普遍的な部分はしっかりと継承し、神経診察のダイナミズムを愛媛県の次世代を担う若い先生方に伝え、その中から一人でも多くの神経内科医を育成していくことがこれからの当科の(私自身の)在り方であろうと考えます。終息の見えないコロナ禍にあつて診療制限を余儀なくされていますが、これからも地域の先生方に信頼され続けられる神経内科であるようにスタッフ一同努力していく所存です。変わらぬご支援のほど宜しくお願い申し上げます。

## ④第103回 医療連携懇話会を終えて（後編）

.....  
消化器病センター長 地域医療連携室 副室長 二宮 朋之  
.....

「肝炎から肝がんまで」をテーマに第103回医療連携懇話会が3月10日に開催されました。消化器内科と消化器外科が担当し3題の講演を行いました。前回は前2題について書きましたので今回は道堯先生の講演について述べます。

道堯浩二郎先生は「ウイルス肝炎の臨床-肝炎診療の変遷と留意点 -」というタイトルで講演されました。

ウイルス肝炎研究の歴史と道堯先生の略歴、業務、業績が示されました。その中でもHBVの研究に長くかかわってこられ、2008年に当院に赴任後は消化器病センター長、副院長を歴任、肝臓学会の肝硬変診療ガイドラインやWilson病診療ガイドラインの委員も務められました。ウイルス肝炎の臨床では肝炎診療の変遷、留意点、今後の課題について解説されました。

B型肝炎診療の留意点として、ウイルス量の少ない肝機能正常のHBs抗原陽性例で治療・定期的検査を受けてない例に、大きな肝細胞癌が見つかるケースがしばしばあり、1) すべてのHBVキャリアは最低でも年1回はエコー検査が必要、2) 血小板数が15万以下であれば特に要注意、3) HBs抗原は絶対に確認する（陽性者には抗HBV剤併用が必須）、4) 免疫抑制療法時には、HBc抗体、HBs抗体も必ず確認（悪性リンパ腫や関節リウマチ患者の治療時など）することが肝要である。

C型肝炎診療の留意点は、1) HCV持続感染者は、肝機能が正常であってもしばしば肝発癌があるため、年1回はエコー検査などで一生フォローが必要、2) 抗HCV療法でHCV-RNAが持続陰性化した患者でもエコー検査のフォローが必要、3) HCV持続感染者は、肝機能が正常であっても抗HCV療法適応であり、末期肝不全でなければ肝硬変でも治療可能（例外は担癌患者、超高齢者、末期肝不全）である。

脂肪肝（脂肪性肝疾患）診療の留意点は、糖尿病患者と血小板の低い脂肪肝は要注意であり、1) 糖尿病患者はNASHの合併率高い。2) 血小板の低下した脂肪肝はNASH～肝硬変の可能性、ALT>30、血小板低下（15万未満）、AST>ALT（肝細胞癌合併の可能性、肝硬変に進展している可能性）、糖尿病患者と血小板の低い脂肪肝は肝硬変、肝癌を意識した診療をすることが大事である。

最後に人類の歩みとB型肝炎ウイルスgenotype、道堯先生のライフワークについて話され、大変興味深い内容で聴講された先生から質問が相次ぎました。HBV遺伝子型（genotype）と地理的分布、HBV genotype別にみた臨床像、日本では、従来Genotype B・Cが大半を占めていたため成人初感染の急性B型肝炎からの慢性化はほとんどみられなかったが、近年、都市部を中心に性感染によるGenotype Aによる急性B型肝炎が急増し、それとともに慢性化例が増加している。

愛媛県のHBV genotype Dについて（外来型のgenotype）。1970年代に伊予市、松山市に、肝障害を伴う小児丘疹性末端皮膚炎（Gianotti病）が多発。原因はB型肝炎ウイルス（HBV）感染であった。

愛媛県におけるGianotti病の原因となったHBVは、日本では極めて稀なHBs抗原サブタイプaywであった。1970年代より伊予市を中心に住民検診、感染防御対策が開始され、1980年代以降には、Gianotti病の発生は稀になった。aywのHBVがなぜ愛媛にのみみられたかは不明であったが、B型肝炎によるGianotti病は減少し、流行は終息してこのウイルスはいなくなったと思われた。

しかし、1990年台後半に発症した劇症肝炎、急性肝炎例があり、以前愛媛県で流行したGianotti病の原因HBVはgenotype Dではないかと考えられた。保存されていた血清があり、当時松山市で発症したGianotti病症例（10歳代、女、HBV初感染例）の全塩基配列を検討し、HBsAgサブタイプayw、genotype Dであった。そのため1970年代のGianotti病のHBVはgenotype Dと判明した。愛媛にはGianotti病の原因となった稀なHBVが消えずに残っていると考えた。そこで愛媛県のHBV Genotype頻度を検討し、愛媛のHBV genotype Dの分子疫学的検討による解析を行った。その結果HBVの侵入時期は1902年頃（95% confidence interval: 1867-1927）と考えられた。拡散開始は1940年代で急速な拡散時期は1970年頃との結果が出た。つまり、愛媛県内特有のB型肝炎は日露戦争時にロシア兵捕虜によって持ち込まれた可能性が高いと推測された。

HBV genotypeの地理的分布から世界のヒトの移動が見えてくる話。縄文人はgenotype Bの分布、弥生人はgenotype Cの分布と類似性があり、縄文人はgenotype B、弥生人はgenotype Cに感染していたのではないかとの仮説（日本人の二重構造説）がある。

2010年に当院を受診した妊婦1489例中26名がHBVキャリアで、うちgenotype Dは28.6%→愛媛の妊婦にgenotype Dが多いことが判明。Genotype D陽性の母親から生まれた子供のうち、母子感染予防目的でGenotype Cワクチン（ビームゲン<sup>®</sup>）で接種した子供で感染が防止できているかの調査を行った。Genotype D陽性の母親から生まれた子供のうち、母子感染予防目的でGenotype Cワクチン（ビームゲン<sup>®</sup>）の接種歴のある25例は全例HBc抗体陰性。日本製のGenotype C由来HBワクチン（ビームゲン<sup>®</sup>）はgenotype DのHBV感染予防にも有効（世界で初めて実臨床データで証明）と証明された。

予防接種法に基づく「定期接種」にする方針が承認。2016年4月以降生まれたすべての乳児を対象に2016年10月から原則無料で実施。目的：1) 性感染、家族内感染、感染経路不明の感染防止、2) 急性肝炎ならびに、将来の肝硬変、肝がんの防止。HBワクチン定期予防接種により、現在のワクチンで外来型genotype (A, D) も含め、感染防止と将来の肝硬変、肝がんの防止が期待できる。

世界保健機関（WHO）が地球規模で撲滅をめざしている感染症はB型肝炎ウイルス、C型肝炎ウイルス、マラリア、麻疹、風疹、結核、らい病、フィラリアを示し講演を閉じられました。

これまで多くの患者様をご紹介頂き、皆様のおかげで消化器病センターは多くの患者様の診療にあたることができいております。これからも肝炎、肝がんだけではなく消化器疾患何でも躊躇せずどうぞご紹介頂きますようお願い申し上げます。

臨床のトピックや診療に役立つ情報などお届けします！

## ⑤「改善コラム Part 2」

副院長・改善推進本部長 原田 雅光

### PDCAサイクルとSDCAサイクル



私が「PDCA・SDCAサイクル」という言葉を強く意識し始めたのは、当院に改善推進本部・推進室が立ち上がった時です。外科医や内科医に限らず、医師はみな患者を診、検査・治療〔手術〕計画を立て(Plan)、それを実践し(Do)、経過・結果を分析し(Check)、以後の診療に生かす(Act)を繰り返しています。その改善のサイクルが回り、ステップアップした後もそれをキープできる過程がS(Standardization: 標準化)DCAサイクルです。運動に例えれば、インターバルトレーニングに似てますね。働き方改革が進む中、on off のメリハリをつけながら、継続的に両サイクルを交互に回し続けたいものです。

## ⑥地域医療連携室からのお知らせ

今後各種ご案内やお知らせ(医療連携懇話会案内・地域連携室だよりなど)はメール配信を推奨させていただきたいと考えております。他、県立中央病院ホームページのタイムリーな更新情報も順次配信予定です。メールでの配信を希望される医療機関様につきましては、お手数ですが、下記メールアドレスへ医療機関名を記載し、送信をお願いいたします。



ご自由にお書き下さい！

<件名>メール登録(医療機関名) <本文>・医療機関住所、電話番号  
E-Mail: [c-renkei@eph.pref.ehime.jp](mailto:c-renkei@eph.pref.ehime.jp)

### メールのご登録で...

医療連携懇話会の  
動画配信が  
ご覧いただけます！



動画配信  
3つの  
ポイント！

①  
好きな  
時間に



②  
繰り返し  
再生！



③  
3密  
回避

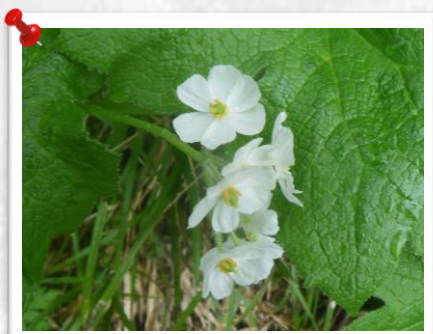


お問い合わせ



愛媛県立中央病院 地域医療連携室 <担当>大矢根・渡部

TEL: 089-987-6270 FAX: 089-987-6271 E-mail: [c-renkei@eph.pref.ehime.jp](mailto:c-renkei@eph.pref.ehime.jp)



濡れていないサンカヨウ、白山(5月) 写真提供: 三木均 室長

次回6月号(No.13)は  
6月中旬頃刊行の  
予定です

お楽しみに！

