



～眼下の虹～

写真提供：三木 均 室長

突然の雨が過ぎたら眼下に虹が！山頂からの絶景に加えて最高の自然現象に感動しました。

# 地域連携室便り

2020年8月 No. 3

発行元：愛媛県立中央病院 地域医療連携室

直通TEL 089-987-6270（前方連携）

089-947-1165（後方連携）

FAX 089-987-6271



酷暑の日々が続いておりますが、皆様いかがお過ごしでしょうか。  
今回地域連携室便り 8月 No.3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致します。

## 今回の内容

- ① 前方連携の予約業務についてのご紹介
- ② 新センター長挨拶 . . . . . 皮膚科／定本靖司・泌尿器科／山師定
- ③ 新型コロナウイルス感染症 PCR検査の使いどころ . . . . . 呼吸器内科／井上考司
- ④ 内科医と外科医の境界線 . . . . . 消化器外科／大谷広美
- ⑤ 禁煙コラム：タバコ四方山話1 . . . . . 総合診療科／松岡宏
- 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前方連携の予約業務についてのご紹介



今回地域医療連携室、予約受付業務についてご紹介させていただきます。  
当院は松山市を中心に中予地区からのご紹介が多くを占めておりますが、愛媛県下からたくさんのご紹介を頂いております。（図1）

そこで各科外来予約においては、より迅速に予約取得を行う為に、5年前より10：00と14：00の診察予約枠を地域医療連携優先枠とし、前方連携事務員が優先的に予約取得できるシステムを確立致しました。

その結果、外来予約のFAX30分以内の返信率が80%以上確保できるようになってきました。地域の先生方から、より多くの患者さんをご紹介頂くためにも、患者さんをなるべくお待たせしないよう、スムーズな予約取得が出来るように今後とも頑張っていきたいと思っておりますので、よろしくお願いいたします。

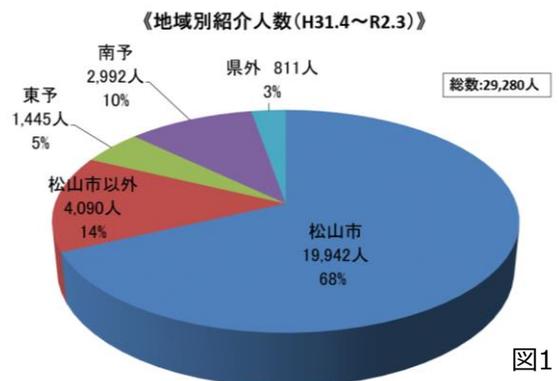


図1



## ②ご挨拶

皮膚科  
総合診療センター長 定本 靖司



皆様こんにちは。今年の4月より総合診療センター長を拝命いたしました皮膚科の定本靖司と申します。

最近では新型コロナウイルスの感染対策のため、慣れないWeb会議を余儀なくされ、どうすればうまくできるのかともどかしい今日この頃です。

まずは自己紹介いたします。私は徳島出身で徳島城南高校を昭和51年卒業し、徳島大学医学部に入学、昭和57年に卒業し徳島大学皮膚科学教室に入局後、2年間のストレート研修を経て昭和59年に初めて愛媛県立中央病院へ赴任しました。当時、桑原章部長のもと3年間厳しい指導を受け、一般の皮膚科とは少し離れた全身熱傷や膠原病など全身管理を必要とする疾患について多く学びました。その後、学位取得のため徳島大学へ帰り、鳴門病院を経て平成5年4月に再び愛媛県立中央病院へ赴任いたしました。いつの間にか27年が過ぎいろいろと諸先生方にお世話になりご指導、ご鞭撻いただき大変有難うございました。とりわけ城南医会また愛媛青蘭会の諸先生方においては、大変ご無沙汰しており恐縮しております。

その間の皮膚科診療以外の業務としては医療情報部長として平成18年の電子カルテ（NEC）の導入、平成25年の電子カルテ（富士通）へのリプレースが主な業務でした。

この体験により、電子カルテはシステムの機能だけの問題ではなく運用が大切であることを実感いたしました。基幹病院という大きな組織の、今まで成文化されてなかった運用管理規定の作成には大変苦勞いたしました。また、その運用を病院全体に周知することの難しさをつくづく感じました。

ところで総合診療センター長というのは今までは総合診療科の主任部長から選出されており総合診療科以外からは初めてのことです。総合診療センターには総合診療科とともに整形外科、形成外科、耳鼻咽喉科、皮膚科、眼科、精神科、リハビリテーション科、歯科の各診療科が属しており、各々の専門領域の診療を行うとともに患者さんの生活の質、健康の質を高める医療を提供するために各センター、各診療科、各部門と連携をとるセンターであるとのことで皮膚科から選出されても問題ないとのことでした。

最後に、蛇足かもしれませんが、院長の菅政治先生、臨床研修センター長の原田雅光先生、病理部長の前田智治先生と私は大学の同級生で、他県の基幹病院に4人も同時期に集まるのは何かの縁かと思っています。総合診療センター長として菅院長を補佐し2年半後には4人とも無事定年退職が迎えられるように頑張っていきたいと考えています。今後ともどうぞよろしくお願いたします。





## ②ご挨拶

泌尿器科

腎糖尿病センター長・臨床工学部長 山師 定

令和2年4月に腎糖尿病センター長・臨床工学部長を拝命しました山師 定（やまし さだむ）と申します。1984年に愛媛大学医学部を卒業して同大学泌尿器科に入局しました。愛媛県職員としては1989年から約2年間愛媛県立今治病院、1995年4月1日から5年間愛媛県立南宇和病院、2000年4月1日から愛媛県立中央病院泌尿器科に勤務してまいりました。この度、前任の菅先生が院長に就任されましたので、その後任としてセンター長を任されることになりました。

私は南予の出身で、医局人事の関係で数年県外に出ていましたが、殆ど愛媛県内に勤務しています。「山師」という名字は詐欺師という意味もあり普通は避けたい名字と思います。祖先が、敢えてこの名字を付けたのは、医師、看護師、技師と同じ意味で付けたのだと思っています。山師とは、佐渡では、昔、金脈を掘り当てる技術者の職業名だったようです。変わった名字で直ぐ覚えてもらうので悪いことはできません。学のある人には苦笑されることがあり学生の頃は嫌でしたが、成長するにつれて違和感はなくなりました。

腎糖尿病センターは、生活習慣病である糖尿病、慢性腎臓病(CKD)の治療、それらが原因で起こる腎不全に対する透析療法、移植療法を行っています。高齢化により益々患者さんは増加しますのでチーム医療を心掛け円滑に運営していきたいと考えています。

臨床工学部は臨床工学技士の組織です。医療機器が高度化している現代において、その活動範囲は、透析室、手術室、ICU、レントゲン室など多岐に渡っており、彼らの技術なくして病院運営は成り立たなくなっています。縁の下の力持ちとして活躍してくれるスタッフのために協力したいと思います。

腎糖尿病センター・臨床工学部が皆様の信頼に応える充実した組織となるように尽力していくつもりでございます。宜しくお願いいたします。





## ③新型コロナウイルス感染症 PCR検査の使いどころ

呼吸器内科  
主任部長

救命救急センター副センター長 井上 考司



7月6日に行われた政府の新型コロナウイルス感染症対策分科会において、尾身会長より「無症状者の検査方法や範囲について、早期に国民的なコンセンサスを得る必要がある時期にきている」との見解が示されました。この件については、当院の運用でも議論になっているところであり、改めて問題点を整理してみたいと思います。なお、本文の内容は筆者個人の意見であり愛媛県立中央病院の公式見解ではないことをお断りしておきます。

政府の分科会では検査対象者を以下の3つのカテゴリーに分類しています：

- (1) 有症状者
- (2) 感染リスク及び事前確率が高い無症状者
- (3) 感染リスク及び事前確率が低い無症状者

それぞれのカテゴリーについて考察すると、COVID-19の症状に合致した(1)に対する検査の必要性は異論なく、必要な状況で検査ができないということが無いように全国で検査体制の整備・強化が行われています。(2)の対象者は、感染者が発生した病院や高齢者施設の濃厚接触者、また夜の街のクラスター関係者といった方々が想定されますが、いくつかのクラスターが発生した愛媛県での事案では、保健所や衛生研究所の昼夜を問わない尽力で滞りなく必要な全ての検査が実施されてきました。問題は(3)の対象者です。実際には、プロスポーツ選手や海外と行き来をするビジネスマンが想定され、東京などでは一部のクリニックで希望者に対して自費診療(約4万円)で検査も始まっているようです。当院では術前患者さんへのスクリーニングPCRの要望が一部から出ており、実際に大都市部では患者同意のもとに術前PCRを実施している医療機関もあります。本来、感染症診断においては症候や背景など総合的に判断したうえで感染が疑わしい症例に対して確定診断の目的でPCRなどが行われますが、(3)のように、そもそも感染を疑っていない方の場合、以下の理由により検査結果の解釈が非常に難しくなります。

### ①偽陰性

無症状かつ明らかな暴露がないものの、検査を希望する場合は「安心」を求めている検査であるかと思います。ただし、COVID-19のPCR検査感度は高くても70%程度、武漢からのチャーター機帰国者のデータでは検査感度58%でした(Emerg Infect Dis 2020 Jul;26(7))。よって、3-4割の方はCOVID-19であっても間違っただ陰性の結果となり、結局「安心」できません。また間違った「陰性」のお墨付きを得ることで行動範囲を広げ、感染を広げる可能性も懸念されます。





## ②偽陽性

分科会でも尾身会長が「リスクが低いところで、ほとんど感染者のいないポピュレーション（集団）を対象にやると、どんどん偽陽性が増え、偽陰性が減っていく。これは感染症対策の常識なんです」と発言されていました。仮に愛媛県130万の人口で1300人（0.1%）のSARS-CoV2ウイルス保有者が潜んでいるというかなり流行した状況を想定してみましょう。PCR検査の感度を70%、特異度を99.9%と高めに設定して試算した場合、1万人に検査して真の陽性者を7人見つけることが出来ますが、10名の偽陽性者を生むこととなります。この10人は実際には感染者ではないにもかかわらず法律上は隔離措置をとられることになり、もしかすると休職や休学を迫られることになるかも知れません。この可能性については検査前に十分患者さんへ理解できるような説明と同意取得が必要であり、偽陽性結果と思われる結果を得た場合、休業に対して病院が補償できるのかなど弁護士さんへの相談も必要になるかも知れません。

## ③コスト

現時点で無症状者に対するPCR検査は保険で認められていません。当院で行う場合は、実質病院の持ち出しとなり、上記の想定では7名の陽性者を拾い上げるために2万円×1万人＝2億円（1例あたり3千万円弱）のコストが発生します。当然、県税で支払われることになり、県民に理解・納得してもらえるような運用でなければなりません。

これらの問題を総合的に勘案して、感染制御部は無症状者へのスクリーニング検査にメリットがあるとは考えにくく推奨しない立場をとっています。国の分科会でも、検査範囲を広げることにより早期に無症状感染者を発見できる利点はあるものの、感染状況によっては非常に効率が悪く、また一定割合で発生する偽陽性やコストの問題などを含めて国民に十分理解をしてもらう必要があるとの意図が感じられました。当院も院内だけでなく行政や地域全体の意見も拝聴したうえで、より良い病院運営に貢献したいと考えています。

流行状況：地域のSARS-CoV2 推定ウイルス保有者	愛媛県130人 松山市50人 (0.01%)	愛媛県1,300人 松山市500人 (0.1%)	愛媛県13,000人 松山市5,000人 (1%)
10,000人検査した場合の 真の感染者発見数	0.7	7	70
10,000人検査した場合の 偽陽性発生数	10	10	10
陽性的中率	7%	41%	87%
1名の感染者を発見 するための検査費用	28.5千万円	2.85千万円	285万円

\* SARS-CoV2 RT-PCR検査の感度を70%、特異度を99.9%、検査費用を2万円/件として算出

文責：呼吸器内科 感染制御部 井上考司





## ④内科医と外科医の境界線

消化器外科

主任部長 大谷 広美



私は外科研修医として、ちょうど平成元年からスタートを切りました。それ以前の昭和の時代に見た消化器内科医は、ファイバースコープを一日中片目でのぞき込んでおり、目を悪くした先生も多かったと聞いています。一方昭和の外科医は、バイポーラ、モノポーラしか出血に立ち向かう武器はなく、大きな開腹創の中、朝から晩まで立ちっぱなしで術中の止血作業に追われており、コッヘルやペアンなどの止血鉗子と絹糸による結紮操作が手術全体で多くの時間を占めていました。つまり昭和の消化器内科医と昭和の消化器外科医はカーテンでブラインドにしても、影絵で容易に区別がつくほど明らかに仕事内容は異なっていました。

ホットバイオプシーやスネアポリペクトミーぐらいしか処置ができなかった昭和の時代から、平成を経て令和の時代になり、消化器内科医は、EMRを経てESDも可能となっています。従来開腹手術をせざるを得なかった早期癌の中でも、適切に選択された症例では内視鏡処置具の進歩により既に内科の疾患となってきています。これは開腹手術と比べて圧倒的に低侵襲な内視鏡に近代兵器で攻撃力を増していった結果でしょう。

一方外科医はどうでしょう。大きな変換点は1987年に開発され、1990年に本邦に導入された腹腔鏡手術です。外科はもともと攻撃力は十分でしたが、開腹手術は、低侵襲性では大きく劣っていました。腹腔鏡手術により低侵襲というツールを手に入れることができ、数か所の穴をあけるだけで手術が可能となり、低侵襲化が一気に進みました。内科外科双方の努力は双方の適応拡大をもたらし、どちらでも治療可能なオーバーラップしている領域が増えてきています。

私の専門は肝胆膵外科ですが、肝癌治療においても同様です。内科はPEIT、RFAという武器を得、適応の拡大を果たしました。最後まで残された肝胆膵外科領域の腹腔鏡手術も、ここ7-8年で肝切除も腹腔鏡で可能となり、現在保険適応外である血行再建、胆道再検を伴う症例以外は腹腔鏡下に肝切除を施行しています。肝2区域切除術後の患者さんも多くは術後3日目に退院しており、これはRFAのクリニカルパスと同じ日数です。ICGを用いた術中IR観察も診断精度の向上に役立ち、これほど術前画像診断が発達した今日でも術中に新たな病変が発見されることもあり、外科手術も確実に進歩しています。





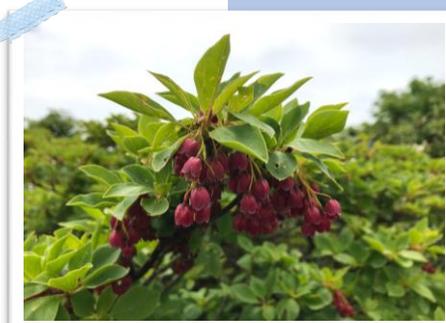
少し話がそれますが、私が研修医の頃は、残念ながら中央の先進的な病院と愛媛県の手術レベルには格差があったと思います。“東京に住んでいる人は救かるのに愛媛に住んでいる人は救からないということがあってはならない”という信念のもと卒後3年目から築地の国立がんセンター中央病院に研修に行きました。低侵襲手術についても地域格差があつてはならず、2009年、単孔式腹腔鏡手術を愛媛県で初めて導入しました。創の小さな腹腔鏡手術のメリットが最大限発揮されるのは、最も大きな創の肝切除術であり先進的に導入施行しています。

さて、内科の内視鏡をさらに発展させ、さらに複雑な処置を可能にするためにはどうすればいいでしょう。一つは現在の鉗子孔を多チャンネルにし、関節のある複数の鉗子で行えばさらに複雑な処置が可能になると思われます。

外科の腹腔鏡手術を進化させ、さらに低侵襲にするにはどうすればいいでしょう。一つの回答は穴（ポート）の数を一つにしてしまう単孔式手術であり、それをさらに発展させることが考えられます。いっそmultichannel portではなく、一つのポートだけで何でもできるようにカメラと鉗子をドッキングさせてもいいかもしれません。

こうしてみると、内科でも外科でも求めているデバイスはほとんど同じものである可能性があります。内科医と外科医が日々努力して理想を求めていくと、同じデバイスに行きつくところが非常に興味深いです。ここまでくると、ほぼ同じデバイスを口から挿入するのが内科で、臍から直接挿入するのが外科というぐらいの差になるかもしれません。

当院でも消化器病センターとして消化器内科と消化器外科は同じ組織に属しており、合同でカンファレンスを行っております。現在は明らかに仕事内容が異なっていますが、近い将来、内科と外科を区別する意味がなくなっている時代が来るのかもしれない。今の私の手術は8割以上が腹腔鏡手術です。研修医のころ、目をショボショボさせながら1日中ブラウン管モニターを見て内視鏡検査をしている内科医を見て大変だなと思っていましたが、1日中液晶モニターを注視しながら手術する日々を送っている私は、あの頃の内科の先生とほとんど同じであることに気が付きました。



紅サラサドウダン(越後駒ヶ岳) 写真提供: 三木 均 室長



## ⑤「タバコ四方山話 ーその1ー」

<第1回> 総合診療科 松岡 宏

### 喫煙で新型コロナウイルス感染リスクは低下する？

WHOをはじめとして多くの機関が、喫煙者は重症化しやすい等、新型コロナウイルスと喫煙との関係に警鐘を鳴らし、喫煙者やタバコ業界には、今、大逆風が吹いています。しかし一方で、喫煙で感染リスクが低下するという、タバコを擁護する報告が出てきました。この論文のほとんどが査読を受けていないもので、信ぴょう性には問題があると思いますが、なぜ、このタイミングでしょうか？

受動喫煙が問題となり、タバコに対して同じような大逆風が吹いていた2000年頃に今は否定されている「タバコがアルツハイマー病に効果がある」という学術論文が発表されたことを思い出します。タバコの世界では「都合の良いエビデンス」は今まで何度も作られて来たのです。

## 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。



**E-Mail : [c-renkei@eph.pref.ehime.jp](mailto:c-renkei@eph.pref.ehime.jp)**

- <件名> メール登録 (医療機関名)
- <本文> ・ 医療機関住所、電話番号
- ・ ご意見やご希望などあればご連絡下さい。

お問い合わせは 

愛媛県立中央病院 地域医療連携室 <担当>塩出・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)



水芭蕉(巻機山) 写真提供: 三木 均 室長

次回は9月号(No.4)は  
9月中旬頃刊行の予定です

／ お楽しみに！ ／

