

～紅葉の天狗岳～（石鎧山） 写真提供：三木 均 室長



# 地域連携室便り

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

No. 5（2020年10月）



すがすがしい秋晴れの今日この頃、ますますご健勝のこととお喜び申し上げます。  
今回地域連携室便り No.5 10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願いいたします。

## 今回の内容

- ① 両立支援への取り組みについて・・・地域医療連携室  
医療ソーシャルワーカー 松田まどか
- ② 新センター長・部長挨拶・・・麻酔科 土手健太郎／消化器外科 椿雅光
- ③ 多様性を求めて・・・耳鼻咽喉科 本多伸光
- ④ 第97回医療連携懇話会を終えて・・・消化器内科 二宮朋之
- ⑤ ソウシンコラム 総診の外来からーその1ー・・・総合診療科 玉木みずね
- 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両立支援への取り組みについて 医療ソーシャルワーカー 松田まどか

当院では、「仕事と治療を両立したい」と考える患者さんをサポートしていくために2020年8月1日より両立支援事業を開始いたしました。

様々な疾患や怪我等により、仕事を休職したり、場合によっては退職してしまう方も少なくありません。「職場にどのように伝えるか」「今後、仕事は続けられるのか」「休職中の生活費や治療費をどうしたらいいのか」など、不安に感じられる方も多くおられます。

地域医療連携室では両立支援の窓口として、担当の看護師・医療ソーシャルワーカーを配置し、患者さんの「働きたい」という思いに寄り添い、支援していただけるように体制を整えました。

厚生労働省のガイドラインに沿って、がん、脳卒中、心疾患、糖尿病、肝炎、その他難病など、反復・継続して治療が必要となる疾病を対象に支援を行っていきたいと思います。まずは、“相談できる窓口が県立中央病院の中にある”ということを多くの皆様にご周知いただき、一人でも多くの患者さんのサポートができればと考えております。

最後になりましたが、事業の開始にあたり、すでに事業を展開されている医療機関の皆様、産業保健センターの関係者の皆様には情報提供や様々なアドバイスをいただきました。この場をお借りして御礼申し上げます。



# 患者さん、ご家族の方へ 仕事を辞める前にまず相談を！！



～治療中の働き方について一緒に考えましょう～

愛媛県立中央病院は

患者さんの「働きたい！」をサポートしています。

## 相談案内

◆地域医療連携室（ソーシャルワーカー・看護師）

平日（土日祝日除く）：9：00～17：00（予約制）

◆ご相談の内容に応じて愛媛県産業保健センターの

両立支援促進員（社会保険労務士）とも連携をはかり、

対応いたします。

Q.職場にはなんて報告したらいい？

Q.休暇や休職はどうしたらいい？

Q.治療をしながら仕事を続けられる？

Q.治療中でも就職できる？

Q.面接で病気のことをどこまで話したらいい？



【お問い合わせ】愛媛県立中央病院 総合患者相談窓口

TEL：089-947-1111（代表）

担当 季羽・中矢（看護師）・松田（医療ソーシャルワーカー）

## ②ご挨拶

集中治療センター長・集中治療室長  
麻酔科 部長 土手 健太郎



皆さん、こんにちは。

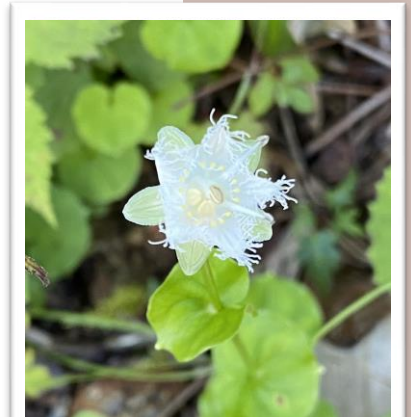
令和2年4月に集中治療センター長を拝命いたしました土手健太郎（どてけんたろう）と申します。と申しましても、昨年の9月に県立中央病院に再び戻ってきてやっと1年経ちましたが、まだわからない部分も多いです。

前回の赴任は20数年前で、いっしょに青春・青年時代を謳歌した同僚の人々はみんな偉くなるとともに、老年・老境にさしかかっており別人のようになっておられます（私も含めてです）。また、病院の建物こそ大変化を遂げており、昔のぼろぼろの本院からは想像だにできない新しく近代的なすばらしい建物に変化を遂げていました。そのなかで県職員の一員として集中治療センター長として働けることを大変光栄に思っています。

20数年前、県立中央病院の集中治療部で研鑽を積みさせていただいた私は、県立今治病院、松山市民病院、愛媛大学病院の集中治療部の開設に立ち会い、現在の中央病院集中治療部の設計にも、高石、藤谷両先生のおかげで関与させていただきました。現集中治療部が病院内外からの大きな信頼のもとに、多くの方々の協力のもとに愛媛県内で唯一のスーパーICUとして認可を受けていることを大変うれしく思っております。

この間、集中治療を含む急性期医療は大きな変化を遂げています。5～10年前に特別であった技術が一般的な通常のものとなり、より新しい技術が生み出され、その技術の取り込みが病院の生き残りに欠かせぬものとなってきています。この各臨床部門の技術革新に対して集中治療部も遅れることなく最善の集中治療を提供できるように努力していきたいと考えています。現在の日本の最高水準の診療を続けていながら、何か一つでも光るものを見つけることができたらと思っています。

今後、愛媛県内の集中治療部のリーダーとしてその規範となり、他病院の集中治療部を牽引し、愛媛県内の集中治療の中心的存在としてより高いレベルを目指すとともに、医療的にも、経営的にも、職場環境的にもすばらしい集中治療センターとなるよう努力していきたいと考えておりますので、どうかご協力よろしくお願ひします。



シラヒゲソウ（石鎚山） 写真提供：三木均 室長

## ②ご挨拶

消化器外科 部長・医療情報部長 椿 雅光



皆さま、こんにちは。令和2年4月に医療情報部長を拝命いたしました椿雅光（つばきまさみつ）と申します。まずは自己紹介をいたします。私は松山市出身、松山東高等学校を経て昭和57年に愛媛大学医学部に入学、昭和63年に卒業し、同年、愛媛大学医学部外科学第一教室に入局。1年目は大学で、2年目は県立中央病院で研修いたしました。平成4年より県立今治病院へ赴任（2年勤務）。

以後、北宇和（7年）、伊予三島（2年）、中央（1年）、三島（1年）、中央（7年、うち半年間南宇和出張）、今治（2年）と異動し、平成26年より中央病院に勤務しております。そのようなわけで、愛媛県の地理は比較的詳しいです。

この度、前任の定本靖司先生が総合診療センター長に就任されましたので、私はその後任として医療情報部長を任されることになりました。

医療情報部には診療情報病歴室、電子カルテ運用管理室、ネットワーク運用管理室の3つの組織があります。今回は電子カルテ運用管理室についてお話いたします。当院は平成18年に電子カルテを導入し、平成25年の新病院開院の際に更新いたしました。令和2年5月に2回目の更新予定でしたが、新型コロナウイルス感染症の影響により延期になりました。そして、この9月により更新することができました。

電子カルテは1本の巨大な木に例えることができます。幹（＝基幹システム）、太い枝（＝約40の部門システム）、中小の枝につく葉（＝約1600の操作端末）ということになります。そして、これらは互いに水や養分（情報）のやり取りをしています。電子機器の集まりなので、世話（調整・修正）など不要と思われがちですが、まるで生き物のように調子の良いとき（正常）と悪いとき（システム障害）があります。私たちはこの巨大な木の健康管理をしていることになります。

電子カルテ導入から約15年が経過し、職員の中には紙カルテを見たことのない方々も増えてきました。今回の更新では約1日間電子カルテが使えず、その間、紙カルテ・紙伝票運用を行いました。将来的にはそのような対応は難しいかもしれません。

診療の基盤である電子カルテは、正常に動くのが当然で、障害を起こせば非常に困ります。電子カルテを適切に管理し、安定的に運用することは極めて重要なことです。今後も医療情報部が信頼度の高い充実した組織になるよう努力する所存です。よろしくお願い申し上げます。



## ③多様性を求めて

耳鼻咽喉科・頭頸部外科 主任部長 本多 伸光

地域連携室便りへの寄稿の依頼がきて、あらためて「耳鼻咽喉科はどんな診療科？」について考えてみました。これまで多くの患者さんと接し、様々な疾患の治療をお手伝いさせていただいた経験から、「さまざまな多様性を持った診療科」という表現が私としては最もしっくりきます。多様性とはアイデアの多様性、価値の多様性、働き方の多様性など様々なシーンで使われる言葉ですが、色々な種類や傾向が存在するものという意味で、最近は企業の経営や働き方においても注目されています。耳鼻咽喉科・頭頸部外科の扱う領域は文字通りの耳鼻咽喉はもとより、頭蓋底から鎖骨上窩と上縦隔に至るまで解剖学的に非常に幅広く、また取り扱う疾病や治療法においても多岐にわたります。感染・炎症性疾患や腫瘍性疾患、感覚機能障害など様々な疾患に対して薬物治療や放射線治療などの内科的アプローチと外科的治療（手術）を使い分けて、乳幼児から高齢者まで幅広い世代の患者さんを治療します。このような多様性に惹かれて28年前に耳鼻咽喉科医の道を選んだ私ですが、当時を振り返ると私自身は耳鼻咽喉科の手術バリエーションの豊富さに最も魅力を感じていたように記憶しています。

耳鼻咽喉科手術の歴史を振り返ってみると、1950年代に手術用双眼顕微鏡が耳科手術において世界で初めて医療に取り入れられ応用されました。その歴史を顧みると耳科手術とはマイクロサージャリーの元祖と言えるのではないのでしょうか。1970年～80年にかけては、形成外科分野において微小血管吻合による遊離組織移植術が急速に発展し、頭頸部がん治療において拡大切除+機能再建手術が標準術式となっていきました。頭頸部領域には咀嚼・嚥下機能や音声言語・呼吸機能といった様々な感覚器機能が集中しており、この部位における障害はQOL（Quality of Life：生活の質）の低下に直結していると言っても過言ではありません。1985年にはオーストリアのMesserklingerが鼻孔を利用するKeyhole Surgeryである内視鏡下副鼻腔手術（FESS）を内視鏡手術の先駆けとして報告しました。これら耳鼻咽喉科領域の手術の変遷をみれば、耳鼻咽喉科医の先達たちが病気を治すだけでなく、いかにQOLを充実させるかに重点を置いて医療技術のイノベーションと試行錯誤を積み重ねてきたかが分かります。今では様々な領域で普遍的な術式となった内視鏡手術ですが、私が耳鼻咽喉科医になった1992年頃には、内視鏡下副鼻腔手術は本邦ではまだ限られた医療施設にしか導入されていませんでした。

当院では当時からいち早く鼻内視鏡手術を導入して積極的に実施しており、そののちの医療光学機器の進歩や手術用ナビゲーションシステムを標準術式に取り入れることによって、手術合併症の回避や手術時間を短縮することができています。最近ではより低侵襲な術式（minimum invasive surgery）の概念から、鼓室形成術にも耳後皮膚切開を行わない耳内視鏡手術を導入しています。

頭頸部がん診療に視点を変えてみると、咽喉頭電子スコープ機器が進歩して画質が向上し、NBI（narrow band imaging、狭帯域光観察）が導入されたことにより、頭頸部領域でも早期表在癌の発見が可能となってきました。当院でも早期発見、早期治療により機能温存ができる症例も増えてきています。低侵襲手術の具体的な術式として経口腔的咽喉頭内視鏡手術（TOVS）があり、拡張型喉頭鏡（FK-W0リトラクター）と先端可動式硬性内視鏡を用いて外切開を行わずに咽喉頭の病変を切除します。この術式は従来の手術と比較して機能障害や合併症が軽減でき、早期の術後回復が得られることが期待できます。また、愛媛県内では当院でのみ可能な頭頸部がん治療として、超進行上顎洞癌や切除不能進行舌癌に対する放射線併用超選択動注化学療法があります。放射線科の協力のもとに鼠径部からセルジンガー法にて腫瘍の栄養動脈までカテーテルを挿入して、超選択的に抗がん剤の注入を行うことにより、外観の醜形や組織欠損を避けたうえで高い抗がん効果が期待できる治療法であります。また近年、頭頸部がん治療における薬剤開発の発展も目覚ましいものがあり、2012年に分子標的薬（セツキシマブ）が、2017年には免疫治療薬（抗PDL-1抗体治療薬、ニボルマブ）が本邦で薬事認可され、頭頸部がんの抗がん薬物治療の選択肢が増えていきます。これらの多様ながん治療を行うにあたり、当院でも多職種で構成されるチーム医療を推進しています。手術療法、放射線療法、化学療法、リハビリテーションや看護における補助療法などを駆使した集学的治療の成否が患者さんの生命予後と治療後の生活の質を大きく左右します。そのため手術療法と放射線化学療法のいずれの患者さんにおいても、早期からのリハビリテーションや口腔ケア、栄養管理や緩和治療の介入を積極的に行っています。

コロナウイルス禍の現在、上気道疾患を扱う耳鼻咽喉科は最も甚大な影響を受けた診療科のひとつです。このような逆風の中で変化を恐れず柔軟に対応して、持ち前の多様性を追求しながら日々の診療や人材育成に努めていこうと考えています。

## ④第97回医療連携懇話会を終えて

消化器病センター長  
地域医療連携室 副室長 二宮 朋之



「もう一度見直そう！腹痛患者のマネジメント」をテーマに第97回医療連携懇話会が9月9日に開催されました。地域医療連携室三木室長の提案で、今回の懇話会からテーマを症候から疾患を考えるとということにし毎月シリーズで行うことになりました。そこで今回は消化器内科が担当し腹痛に関する講演を3題行いました。

また今後のオンライン同時配信を見据え、試みに院外の先生5名にライブ配信しました。前回は講堂で演者が講演するとライブ配信時に音声トラブルが発生したため、今回は別室での発表形式にさせて頂きました。初めての試みで準備不足もあり、音声が何度も途切れ、大変聞き辛い講演となりました。この場をお借りしお詫び申し上げます。

さて、1題目は「問診と身体診察のみでどこまで腹痛の診断にせまれるか?!」として黒田医師が講演しました。腹痛を正確に把握するためのポイントとしてStep1から5まであり、Step1では患者背景を知ることが大事で定期通院歴や既往歴、服薬歴、生活歴から胆石胆嚢炎や腸閉塞、胃潰瘍等が類推できることを示しました。Step2ではバイタルサインから疾患を絞り込むことが可能で、徐脈では心原性や薬物中毒、脈圧低下では出血や高度脱水、四肢が温かい場合は敗血症やアナフィラキシーショック、頸静脈怒張では心タンポナーデや気胸等が疑うことが大事だと示されました。Step3では痛みの経過と性状を把握する方法として、OPQRST：Onset（発症様式）、Provocation/Palliative factor（増悪・寛解因子）、Quality（性状）、Region/Radiation/Related（部位・放散・関連症状）、Severity（強さ）、Temporal factor（経時的変化（日内変動も））があり、発症様式では突然発症では消化管穿孔や腹部大動脈瘤破裂などを考えることが示されました。Step4では超緊急疾患を除外する方法にOFTがあり、Onset：どんな風に始まりましたか？First Episode：これまでに経験したことがないような症状ですか？Time Course：昨日（症状が出始めたとき）と比べてどうですか？と問診することにより、消化管穿孔や絞扼性イレウス、腸間膜動脈閉塞症などの発見に至ることが可能です。Step5では以上のことから鑑別診断を考える、ということで具体的に症例が提示されました。

2題目は「ここまで出来ます！緊急内視鏡処置」の演題名で須賀医師が講演しました。緊急内視鏡の定義は、全身状態が悪化し、重篤になると予想される上部・下部消化管、胆道・膵臓の急性症状に対して、原因の診断、治療、および予後の判断のために最優先になされる内視鏡検査・治療であり、当院の2018年の緊急内視鏡検査・治療の数が示されました。上部が1263件、下部が291件、ERCPが178件ありました。最も多いのが止血術で上部が82件、下部が59件ありました。その後緊急内視鏡のアルゴリズムが示され診療時間内や時間外の受け入れから informed consentの取得から緊急内視鏡までの道筋が示されました。そして消化管出血、IVR、外科手術を考慮する症例、異物、大腸がんによる腸閉塞等症例の具体例が提示されました。

3題目は「本当にこわい胆膵疾患の腹痛」というタイトルで岩崎医師が講演しました。まず救急外来を受診する患者の多くが消化器症状を訴える現状があり、腹痛の部位に特徴のある消化器疾患を示しました。心窩部痛では逆流性食道炎や消化性潰瘍、膵炎、膵癌等、右季肋部痛では胆嚢炎や胆道感染症、左下腹部痛では虚血性大腸炎や鼠経ヘルニア等が鑑別にあげられます。腹痛を来す胆膵疾患として胆石症、急性胆嚢炎、総胆管結石・胆管炎、急性閉塞性可能性胆管炎、急性膵炎、慢性膵炎の急性増悪を取り上げました。急性胆管炎・胆嚢炎診療ガイドラインがあり急性胆嚢炎、急性胆管炎には診断基準、重症度判定の基準があり診療フローチャートに従って診療することが示されました。急性胆嚢炎の治療の中心は外科的手術である早期の腹腔鏡下胆嚢摘出術であり重症度と手術リスクに基づいて適応を決定する。

急性胆管炎の治療の基本は抗菌薬投与と胆管ドレナージである。急性胆管炎の重症度判定を行い、適切なドレナージのタイミングを逸さないように注意することが重要であるとまとめられました。急性膵炎は年々増加傾向にありその成因にアルコールと胆石が多く、やはり急性膵炎診断基準と重症度判定基準があり治療指針も存在すること。治療指針にはPancreatitis Bundle 2015チェックリストがありそれに従って治療が行われることが示されました。

現実には治療は入院で行い、疼痛対策をしっかり行い経腸栄養を早期から開始することが感染性合併症の発生と致死率を低下させることを示しました。急性膵炎の予後は死亡率が全体で2.1%あり、重症例では10.1%にも達し、死亡例の約半数が発症後約2週間以内の早期死亡であることが示されました。まとめとして、早期診断、治療開始が大事であり、処置や手術が必要な場合や特に重症例では治療が遅れると致命的になりうる。エビデンスに基づいた適切な診断と治療を行うことが重要であると締めくくられました。

発表後の質問に丁寧にお答えし会が閉じられました。

これまで多くの患者様をご紹介頂きましたが、これからも躊躇せず患者様のためにどうぞ当院までご連絡ください。



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「総診の外来からーその1ー」

副院長 総合診療科 主任部長 玉木 みずね


### キーワードは多様性

総合診療科は院内ではソウシンと呼ばれています。当院で総診が開設されたのは今から21年前、1999年でした。私は2003年に赴任して以来総診の一員として働いてきました。臓器専門別でない総診の外来には様々な患者さんが来られます。疾患の種類、軽重だけでなく、受診動機、心理社会的背景も多様です。そして、患者さんに対応してうまくいったということもあれば、うまくいかなかったこともあります。今回このコラムを担当するにあたり、これまで経験した中で、思いつくことを書かせていただこうと思います。疾患のことより、主に医師患者関係といったことです。

今回は紙面の都合でイントロだけですが、気楽に読んでいただければ幸いです。

## 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。

ご意見  ご希望 ← **<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)**

ご自由にお書き下さい！

メールをご登録すると…

**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！



お問い合わせ  : 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)



フウロソウの一種（石鎚山） 写真提供：三木均 室長

次回11月号(No.6)は  
11月中旬頃刊行の予定です

お楽しみに！

