

新任副院長を紹介します



副院長 兼 外科部長
廣瀬 由紀

卒業年次／昭和55年
専門／一般外科、消化器外科、乳腺外科
資格／日本外科学会専門医・指導医、日本消化器外科学会専門医・指導医、日本乳癌学会認定医・乳腺専門医、検診マンモグラフィ読影医師、日本人がん治療認定医機構がん治療認定医、日本静脈経腸栄養学会認定医

新しく副院長として連携を担当させていただきます。“顔の見える連携”を継承し、これまで築きあげられた連携をより充実させ、発展するよう尽力してまいりたいと思います。ご指導の程どうぞよろしくお願ひいたします。

在宅症例検討会を開催しました

当検討会は実際の症例を通して、在宅医療への理解や、地域との連携強化を目的としています。

5回目となる今回は、「がん治療期の連携を考える」と題し、がん治療患者に対する在宅医療を進めるタイミングや、急性期病院と在宅医の連絡の取り方、患者との関わり方などについて検討を行いました。急性期病院の課題や在宅医が望む連携など、活発な意見交換が行われ、今後それぞれの立場での意識向上に繋がると思います。

今後も患者さんにとってよりよい療養を模索するため、継続して開催の予定です。在宅医療に携わる多くの皆さんのご参加をお待ちしています。

【参加人数】66名（院外／在宅医7名・看護師6名・薬剤師1名・訪問看護師16名（当院及び県内外含）院内／医師4名・看護師20名・他コメディカル12名



平成25年6月25日 開催の様子

行事予定

①連携実務担当者の情報交換会

日時／平成25年8月20日(火)午後7時～
会場／ユアーズホテルフクイ 福井市中央1-4-8 (TEL:0776-25-3200)
内容／症例検討会および情報・意見交換

※詳細につきましては後日案内いたします。お問い合わせ先▶▶▶ 地域医療連携課 0776-36-4110

②イブニングセミナー

日時／平成25年8月21日(水)午後7時30分～
会場／福井赤十字病院 栄養管理棟3階 講堂
内容／「末梢性めまいの診断と治療」耳鼻咽喉科部長 須長 寛

地域医療連携課

受付時間／平日 8:00～18:30
土曜 8:30～12:30
TEL 0776-36-4110(直通)
FAX 0776-36-0240(専用)

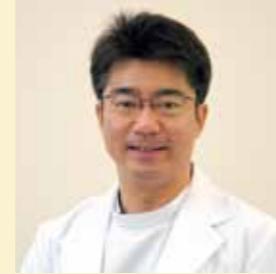


<http://www.fukui-med.jrc.or.jp>
e-mail renkei@fukui-med.jrc.or.jp

連携通信第47号発行
平成25年7月
福井赤十字病院



新任部長を紹介します



耳鼻咽喉科部長
須長 寛

卒業年次／平成7年
資格／日本耳鼻咽喉科学会耳鼻咽喉科専門医、補聴器適合判定医師研修会修了

平成25年6月に福井大学医学部耳鼻咽喉科から赴任いたしました。聴覚、平衡、鼻、喉頭および頭頸部の全てにおいて先進的な診断、治療に取り組みます。患者さんに「福井赤十字病院を受診してよかった」と言っていただけの医療を心がけております。今後ともよろしくお願ひいたします。

Partner

Japanese Red Cross Fukui Hospital

パートナー vol.047

平成25年7月発行



患者さんの作品

Topics トピックス

ホームページをリニューアルしました

今年5月に当院のホームページを全面リニューアルしました。新たに連携医の先生方に向けた導入ページも開設し、行事予定のご案内情報や研修会の開催報告記事の閲覧がより分かりやすく、また、地域医療連携課からのお知らせ欄の表示方法など、これまで以上に利便性の高い仕様になっています。今後も先生方に向けてより良い情報を発信していきますので、ぜひご活用ください。

トップページ



医療関係者向けトップページ



福井赤十字病院

理念

人道・博愛の精神のもと、県民が求める優れた医療を行います。

基本方針

- 患者さんの権利と意思を尊重し、協働して医療を行います。
- 安全と質を向上させ、優しい医療を行います。
- 人間性豊かで専門性を兼ね備えた医療人を育成します。
- 急性期医療・疾病予防・災害時医療に積極的に取り組みます。
- 保健・医療・福祉と連携し、地域社会に貢献します。

当院における心不全への取り組み

本邦における心不全患者数は既に100～250万人に及ぶと推計されていますが、高齢化の進行とともに今後は更なる増加が予想されます。また、心筋梗塞や脳梗塞による死亡が減少傾向を認める一方で、心不全による死亡は年々増加しております。その背景には、いったん症候性となった心不全の生命予後は依然として不良であり、進行癌にも匹敵するという現実があります。

RAA系抑制薬や β 遮断薬を中心とした従来の薬物療法に加え、近年では植込み型心徐細動器や両心室ペーシングの導入、ASV・CPAPを用いた陽圧換気療法など、医療機器を用いた治療介入を積極的に行うことで、個々の患者さんにおいては一定の成果が得られています。しかしながら、このような治療は適応となる症例が限られるとともに、non-responderの存在や認容性の問題もあり、疾患群全体に与えるインパクトとしては未だ限定的というのが現状です。

一方で、別の角度からの治療アプローチとして、患者教育の重要性というものが改めて認識されるようになってきました。心不全は再燃を繰り返す毎に病態が進行していくことがよく知られており、予後を改善するためには再入院を予防することが極めて重要となります。そのためには食事・嗜好といった生活習慣を見直し、自己管理していくことが要求され、また、浮腫や倦怠感といった軽微なサインに注意を払うことも、心不全の悪化を事前に回避するためには必要となります。従来は主治医が一括して患者指導を行うことが一般的でしたが、それでは一人ひとりに充分な時間をかけることができず、また医師相手では、どうしても患者さんは受け身となってしまいます。そこで、医師だけでなく看護師、さらには薬剤師、管理栄養士、理学療法士といったコメディカルスタッフからも指導・働きかけを行うことで、心不全に対する病識を深めていただき、退院後のアドヒアランス改善につなげていければと考えております。

具体的な取り組みとして、当科では2010年9月から慢性心不全急性増悪に対しクリニカルパスを導入し、積極的に運用しております（心不全パス 図1）。本パスは薬物治療を敢えて組み込んでおらず、臨床検査、リハビリ、各種患者指導（栄養、服薬、心不全手帳を用いた生活指導）に特化していることが特徴であり、入院治療と並行して患者指導・教育を進めることができます。また退院時には目標体重を設定するとともに、自宅でも体重・臨床症状を毎日心不全手帳に記載していくだけであり、外来受診時の患者指導、薬剤調整の指標として活用しています（図2）。

心不全パス導入の効果につき検証したところ、RAA系抑制薬や β 遮断薬といった薬剤の処方率についてはパス導入前後で差を認めなかった



ものの、各種臨床検査の実施率、リハビリ実施率、服薬指導率はパス導入に伴い向上が認められ、結果として6ヶ月以内の再入院について有意な減少が認められました（図3）。心不全治療においては病態に応じた薬物療法を選択する必要があるため、パスとして均一化するうえで困難な部分もありますが、本パスにおいては病態把握・患者教育・リハビリの充実に注力したことが、再入院の減少につながったものと考えられます。

そこで昨年12月、心不全パスの患者教育をさらに発展させる形で、多職種による心臓病教室を新たに立ち上げました。入院中の患者さんとその家族を対象に、月1回 火～金の4日間で開催しており、医師2名、看護師、管理栄養士、理学療法士、医療ソーシャルワーカーがそれぞれ講師として、患者さんの自己管理を支援するための指導を行っております。これまでに33人の患者さんとその家族に参加をいただいていますが、実績としてはまだまだ不十分であり、今後は外来や紹介の患者さんにも対象を拡大していくことで、地域における心不全医療に貢献できればと考えております。

今後とも、先生方のお力添えを賜りますよう、何卒宜しくお願い申し上げます。

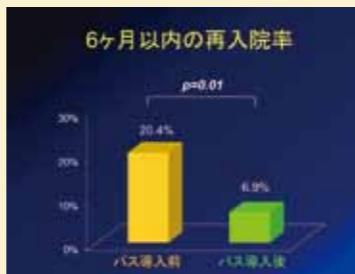


図3



循環器科副部長
皿澤 克彦

肝臓外科の最新の動向



外科部長
土居 幸司

1949年に本庄一夫先生が世界で初めて系統的肝右葉切除を施行して以来、肝切除術は新しい手技や器機の開発とともに発展してきました。当初の肝切除は、大量出血、残肝機能不全などにより多くの合併症、周術期死亡を伴い、肝癌研究会による調査では1970年代の死亡率は

20%を超えていました。その後、手術適応基準と手術手技の確立、新しい手術器機の開発により、合併症、周術期死亡率は大幅に低下し、2000年代の調査では1%未満となっています。

近年の新しい肝切除手技についてご紹介いたします。

《手術器機》

これまでの超音波外科吸引装置（CUSA）に加え、超音波凝固切開装置（ハーモニック™）やソフト凝固機能のある高周波手術装置（VIOシステム™）などの新しい手術器機の導入により実質からの出血のコントロールが行いやすくなりました。また、自動縫合器によるグリソンや肝静脈の切離は手技を簡略化します。

《ICG蛍光法》

術前にICGを静注することにより、腫瘍などに取り込まれたICGを赤外線照明内蔵カメラで励起可視化する方法で、腫瘍の局在の確認や切離面の決定に有用です。

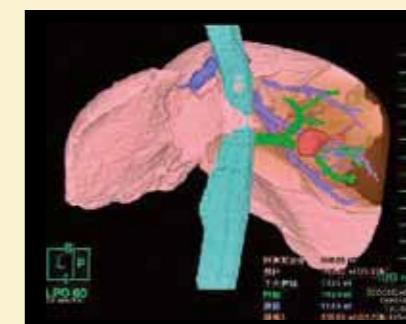
年間20例前後の肝切除を行っています。対象は原発性肝癌、転移性肝癌が主ですが、内科的治療に抵抗性の肝内結石症などに対しても積極的に外科治療を行っています。



ICG蛍光法で
描出された腫瘍



腹腔鏡下肝切除、
術後創



画像解析ソフトによる肝
亜区域切除術前シミュ
レーション画像

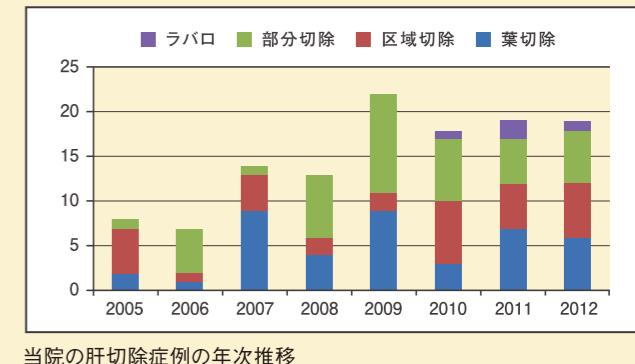
《腹腔鏡下肝切除》

2010年4月から腹腔鏡下肝部分切除、外側区域切除が保険収載されました。肝表面にあり経皮的RFAが困難な腫瘍がよい適応です。現在は主にS4b、S5、S6、外側区域などの腫瘍に対して行っていますが、順次拡大の予定です。創が小さいため回復が早く入院期間は1週間程度です。

《肝切除手術における 画像支援ナビゲーション》

2012年4月より保険収載されました。術前のMDCTから3D画像を作成し、術前肝切除シミュレーションを行います。脈管の3D画像だけではなく、各門脈枝の支配領域の描出、予定術式後の残肝容量などを簡便に求める事ができ、正確で安全な肝切除を行うために重要です。当院では4月から画像解析ソフトをバージョンアップし、より詳細なシミュレーションが可能となりました。

当科ではこのような技術を取り入れ、出血の少ない安全な手術を心がけています。手術症例数も増加傾向で、最近は



当院の肝切除症例の年次推移