 いわき市立総合磐城共立病院

地域医療連携室だより

地域医療構想について思うこと

いわき市立総合磐城共立病院
事務局長 渡 部

登



本年4月1日付けで総合磐城共立病院の事務局長に就任しました。本年度で医療関係の業務は20年を超えたものの、最近の数年間には地域医療全体の業務と病院業務を代わる代わるやってきました。従って、民間病院の事務長さん達とは違って病院運営に関しては素人な面が多々ありますので何卒、ご指導、ご鞭撻のほどよろしくお願い致します。

さて、私事で恐縮ですが、私の学生時代の恩師が5月に亡くなりました。葬儀は彼の意向で密葬とされましたが、私は、8月末に行われたお別れ会に出席いたしました。

私が初めて先生と出会ったのは、大学1年の時に都市政策論を聴講したことがきっかけでした。法律を学び始めてその難解さと狭義の解釈論に魅力を感じ得なかった（というよりも理解出来る程の能力がなかった）私には、度々登場する水戸黄門やどのようにも解釈が可能な政治学の奥の深さを話題にした彼のユニークな講義に引き寄せられていきました。アリストテレスやプラトン、ロック、スミス、カント、ミル等々の難解な古典に悩まされながらも、一方では何とも言えず新鮮さを覚えつつ、現代に繋がる政治思想史の海原を渡りたくて彼のゼミナールに入ったのは自然な成行きでありました。地方自治の仕事を選じたのも必然であったと思います。

暫くお会いしていない中、約1年前に身体の変調を訴えていた彼が、とある病院の検査を受けたところ肺がんと診断されました。当初は入退院を繰り返していましたが彼の希望で途中からは在宅医療に切り替えていました。自宅で暮らしながら療養・終末期を過ごすことを選択した彼は終始、穏やかだったと知人から聞かされていました。

医師・看護師・ケアチームが、定期的にご自宅にうかがって、彼の生活に必要な医療機器の管理や、検査、診察などが計画的に行われていたようです。

先生のケースのように、心を許せる様々な人達に支えられて過ごした終末期は現代において、ましてや今後の終末期医療の理想形なのかも知れません。



【いわき市立総合磐城共立病院 地域医療連携室】

電 話 0246 (26) 2250 (直通) FAX 0246 (26) 2119

U R L <http://www.iwaki-kyoritsu.iwaki.fukushima.jp>

E-mail kyoritsu@iwaki-kyoritsu.iwaki.fukushima.jp



国は、(医療介護総合確保推進法を成立させ)医療制度の側面からは、二次医療圏単位の病床数の再編を計画しています。換言すれば、病床数を削減しようとしています。県が地域医療構想を2015年度中に策定しようとしているのがそれです。

具体的には、将来における人口規模、受領動向、疾病構造、アクセスを勘案し構想区域を設定して、2025年時点の高度急性期、急性期、回復期、慢性期などの医療機能別の医療需要の推計、地域内の必要病床数を算定し、医療機関からの病床機能報告制度による集計数を比較して課題の分析や施策の検討を行おうとするものです。

県はいわき地域においては6月に地域医療構想について説明会を実施し、その後に「地域医療調整会議」を設置して意見を聞くこととしていましたが、今(10月中旬)のところ具体的な動きはありません。しかし、10月末までに期限としている病床機能報告については予定通り提出を義務付けしています。

一方、介護保険制度の側面からは、国は2025年問題の切り札として地域包括ケアシステムの構築を目指しています。これは厚生労働省の説明によると、住み慣れた街で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができるよう、住まい、医療、介護、予防、生活支援が一体的に提供されるシステムづくりを2025年に向けてやっていきましょう、というものです。

このシステムの中で不可欠な要素と言えるのが「在宅医療」の提供になるのだといいます。大家族だった時代は(私のおぼろげな記憶の範囲では)、町医師が患者の自宅を訪問診療し、場合によっては看取するというのが多かったです。国が推し進めようとしている在宅医療は表見上、昔の形態に戻す形ですが、少子高齢社会を迎えている今大きく違うのは、家族はもちろん他職種の専門家やボランティアを含めた地域全体で在宅(サービス付き高齢者向け住宅等含む)の高齢者を支えて行こうという点です。

私はこうした一連の国からの施策の提案については、空しさを感じています。

病院機能の役割分担などと言っても、医師不足の解決策が見えない中で地域医療構想の話だけがどんどん進んでいくことに無力感を覚えます。10月初旬に函館で行われた全国自治体病院学会での論者も同様なことを発言しておりました。

残念なことに、医療の機能分化にしても在宅医療の問題にしても病床が過剰だということが前面に出ていますが、本来は医師、看護師を始めとする医療従事者が不足していることが大きな課題なのです。この課題の解消なくして地域医療構想云々を論じても本末転倒だと思います。

このような状況にあることから、市としては、昨年末に医政局に要望に行った際に医師の診療科、地域偏在の是正にもっと力を入れて欲しいと依頼しました。例えば、被災地域での一定期間の診療を経なければ開業が出来ないというような政策はとれないものか、提案してみましたが、そこは地域医療構想を作成していく中において地域で考えるべきだというのみでありました。ただただ無力感だけが残りました。

恐らくは国が想定する構想は、地方都市の中でも県庁所在都市のように大規模の公立病院や民間病院が薈められているような地区のみを意識しているのではないかと訝ってしまいます。県庁所在都市でもなく、また、医科大学から離れたところに位置する我がいわき市のような地方都市は全く眼中にはないのだ、と思ってしまいます。

更に、これらの一連の国の施策において特徴の一つは、公立病院に対しては病床再編が命令できるという点です。合わせて、既に公立病院における新会計基準が2014年度から適用されており、民間と同じ会計基準が導入されそれを基に公立病院の合理化等を進めようとしています。こうした中で、私どものような自治体病院における不採算部門の医療を含めた再編の進め方が難しいと考えています。

いずれにしても、そうした中で各病院の思惑のみで病床機能の報告をさせていることが、果たして今後の地域医療の確保につながっていくのでしょうか。私は懐疑的です。

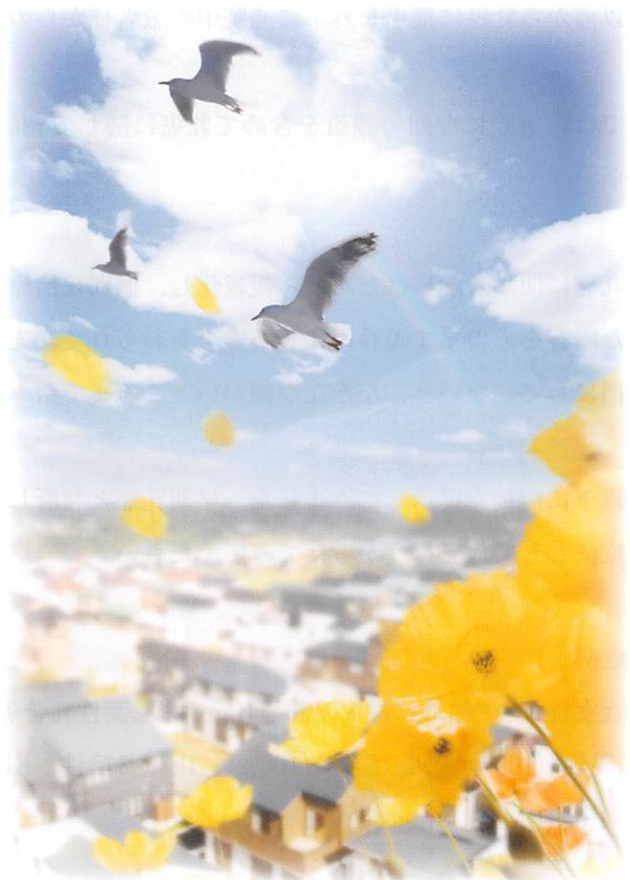
国はDPC又はレセプト等のビッグデータの分析により構想区域における各医療機能の2025年の医療需要を推計するとしており、各病院からの病床機能報告との違いの分析、意見の集約作業を進めようとしています。ここで問題だと感じるのは、病床機能報告を他病院等と機能の役割分担に係る話し合いを持たずに行うことについてです。

全国でも最低レベルの医師数、その他医療スタッフ数等の本地域の限られた医療資源を最大限どのように活用するかについてしっかりと話し合っていかなければなりません。逆の言い方をすれば、医師確保のためには本地域の医療のあり方のビジョンをいかに示せるか、だと思います。合わせて、地域の住民に対しては医療提供の限界についても示す必要があるのではないかと思います。

取り敢えずは地域医療構想調整会議で議論することとしていますが、「構想を策定する段階での調整会議」と「構想策定後の調整会議」では大きく役割が異なると思います。その中身がよくわかりません。県によっては、調整会議の下にワーキンググループを設置して検討しているところもあるようです。

病診連携、病病連携については、日ごろ、MSWや地域医療連携担当の個人的なつながり等に頼っているところが多いのが現状ではないかと思いますが、これからは、それぞれの病院の機能を踏まえた役割分担など相互の立ち位置を理解してシステム的に連携していく必要があると考えます。

そこで、いわき地域においても病院関係者が一堂に会してそれぞれの立場も尊重しつつ、地域内での医療を完結させるために互いの役割と分担について話し合う場を自ら設ける必要があると考えます。具体的には、いわき市病院協議会の活動においてそれらを実現して行けないかどうか提案したいと考えています。また、いわき市医師会とのさらなる連携についても様々な機会を捉えて話し合いを重ねていくことが今後、不可欠なことだと思います。



乳癌診療にあたって

いわき市立総合磐城共立病院

外科 科長 根本 紀子



マスコミに乳癌であることを公表し、ご自身の体験を基に乳癌早期発見へ向けて活動を行っている芸能人の方はたくさんいらっしゃいます。最近では某有名芸能人の方が乳癌を罹患し手術を受けたことをマスコミに公表しました。とても影響力の強い方だけに、今回の発表を契機に更に乳癌への関心が高まりました。先生方も、診療中に乳癌に対する相談を受けることも多くなっていたのではないのでしょうか？

聞く話によると、ここ1, 2か月はどの病院も乳腺の問い合わせが殺到しているようです。当院も例外ではなく、地域連携から御紹介を受けるかたもさることながら、電話での問い合わせ、直接外来を受診される方も多数いらっしゃいました。私の勝手な印象かもしれませんが、今回あわてて問い合わせている方々は今までに乳腺外来どころか、乳癌検診すら受けたことが無かった方が多いようです。検診を受けていても今回の報道内容から検診だけでは心配、2年に1度では心配、半年前に超音波をしてもらって何もなかったけれど心配。と言った声が、予約外に受診された患者様から多数聞かれました。

以前から乳癌に罹患し外来に通院中の患者様からの方が冷静な意見を言っているのが印象的でした。

では、実際に今回の報道を含めて乳癌に関して相談されたら先生方はどのようにお答えになっていますか？

乳癌に関する診療はどんどん複雑化し、個別化治療が進んでいます。しかし一般の方々には殆どが、報道された内容をそのまま鵜呑みにし不安をあおられて、先生方に相談することも多いと思います。しかし乳癌を専門にしていないと、なかなか細かいところまで踏み切ったこととお話することは難しいと思います。

以下に症例を提示してみました。早期乳癌と判断し手術を先行した患者様を想定しました。実際に術後薬物療法として何を行うか考えてみてください。

【症例①】

64歳女性、右C領域に最大浸潤径10mmの浸潤性乳管癌。リンパ節転移1個

ER陽性（100%）、PgR陽性（100%）、HER2陰性、Ki67<10%（低値）

pT1bN1M0 stage IIA

【症例②】

64歳女性、右C領域に最大浸潤径10mmの浸潤性乳管癌。リンパ節転移なし

ER陰性、PgR陰性、HER 2 陽性、Ki67 30%（高値）

pT 1 bN 0 M 0 stage I

上記、腫瘍のサイズなど類似しておりますが症例①はリンパ節転移あり、症例②はリンパ節転移なしの症例です。一昔前であれば、症例①は迷うことなく術後化学療法施行後に内分泌療法が行われ、症例②は迷うことなく術後化学療法が省略されたでしょう。

では、現在の乳がん治療ではどのように術後の治療が選択されるのでしょうか。

症例①は内分泌療法高感受性群、HER 2 陰性、Ki67も低値でありサブタイプはLuminalAに分類されます。LuminalAに分類される乳癌は内分泌療法単独でも良好な予後を示しており、術後内分泌療法に化学療法を上乗せしてもDFSやOSの有意な改善を認めないことがわかっています。リンパ節転移があったとしても、術後化学療法が勧められるかというガイドライン的にグレードC1です。

では昔、化学療法は念頭に置かなかったであろう症例②に関してはどうでしょうか？こちらは内分泌療法感受性なし、HER 2 陽性でありKi67の値にかかわらずHER 2 rich typeに分類されます。現在HER 2 陽性乳癌は最大浸潤径が1 cm以上であれば（NCCNガイドラインでは1 cm以下でも推奨）リンパ節転移の有無にかかわらず分子標的薬（Trastuzumab）+化学療法が推奨、乳癌診療ガイドラインでは推奨度Aとされています。

このように、従来のstage分類に加え、乳癌個々の生物学的特徴に基づいた個別診療が行われております。実際には乳腺を専門に診療している我々乳腺外科医でさえ、治療の複雑さに難渋することも多々見られます。乳癌診療が専門外となる諸先生方には、乳癌診療が複雑であることさえ御理解頂ければ十分です。

以下、乳がんサブタイプ分類について簡単にまとめてみました。

【乳癌サブタイプ分類について】

2001年にSorlieらが網羅的な遺伝子解析によって乳癌がLuminal A、Luminal B、HER 2 type、basal typeなどのintrinsic subtypeに分類されることを明らかにしました。2011年ザンクトガレンコンセンサス会議で、ER、PgR、HER 2、Ki67を免疫染色を用いて代替的なサブタイプに分類することが推奨されました（fig.1）。大まかには内分泌療法陽性のLuminal type、その中でHER 2 発現およびKi67の値でLuminalA、LuminalB分けています。内分泌療法陰性症例はHER 2 発現の有無でHER type、Triple negative typeに分類します。サブタイプに分類した後は、そのサブタイプにより薬物治療が選択されます（fig.2）。サブタイプ毎に臨床予後も違いが明らかです（fig.3）。

サブタイプ分類し、個々にあった治療を選択することで臨床予後を改善、更には不必要な治療を回避できることにもなります。

最後にまとめになりますが、乳癌診療はこれからも更に複雑化することが予想されます。今回のように、

サブタイプ分類

Surrogate definitions of intrinsic subtypes of breast cancer

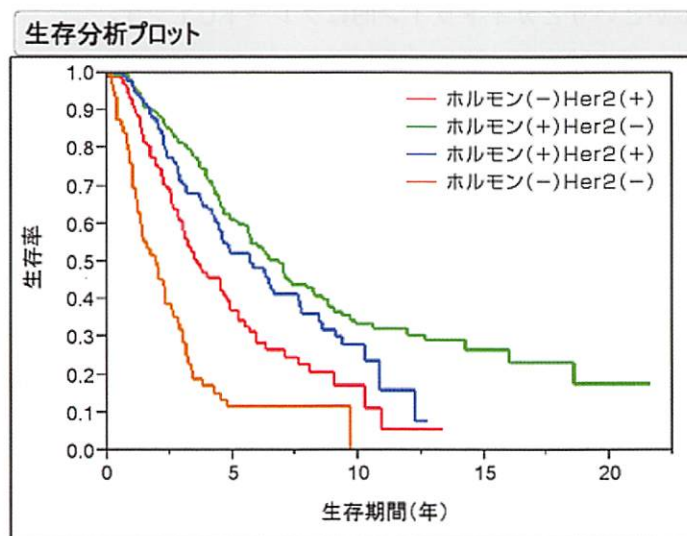
Intrinsic subtype	Clinico-pathologic definition
Luminal A	ER and/or PgR positive HER2 negative Ki-67 low (<14%)
Luminal B	'Luminal B (HER2 negative)' ER and/or PgR positive HER2 negative Ki-67 high (≥ 14%) 'Luminal B (HER2 positive)' ER and/or PgR positive HER2 over-expressed or amplified Any Ki-67
Erb-B2 overexpression	'HER2 positive (nonluminal)' HER2 over-expressed or amplified ER and PgR absent
Basal-like	'Triple negative(ductal)' ER and PgR absent HER2 negative

(fig.1)

サブタイプにより推奨される全身治療

Subtype	治療	メモ
LuminalA	内分泌療法単独	化学療法併用はほとんど必要としない (例外：リンパ管転移多数の場合)
LuminalB (HER2陰性)	化学療法 +ホルモン療法	化学療法の適応と内容は内分泌感受性、 再発リスクと患者の希望によって選択
LuminalB (HER2陽性)	化学療法 +抗HER2療法 +ホルモン療法	この群で化学療法を省略できるというDataはない
HER2陽性 (non luminal)	化学療法 +抗HER2療法	低リスク(例:pT1a)は薬物療法なしで経過観察もあり得る
Triple negative (ductal)	化学療法	
特殊型		
A.ホルモン反応型	ホルモン療法	A.管状癌、粘液癌、髄状癌
B.ホルモン非反応型	化学療法	B.アポクリン癌、隣接癌、胸嚢のう胞癌、化膿癌 化膿癌や胸嚢のう胞癌はリンパ管転移陰性なら化学療法は必要なし

(fig.2)



(fig.3)

マスコミが話題に上げるたびに、先生方が相談を受けることも多くなると思います。その時は是非、乳癌は個々に特性があることを簡単に御説明頂き、慌てずに乳癌検診を受診するように説明していただけると助かります。勿論、相談を受けた時点で所見が伴うような場合は、当院へ御紹介頂けると幸いです。その場合は、早期に受診が必要と判断される際はその旨を伝えていただければ臨機応変に対応いたします。

今後とも乳癌診療に励んでいきたいと思っておりますので、ご協力の程よろしくお願いいたします。

がん
乳癌かも...



大動脈弁狭窄症の包括的管理と重症例へのバルーン拡張術

いわき市立総合磐城共立病院

循環器内科 科長 高木 祐介



「大動脈弁狭窄症」は、心臓と大動脈を隔てる「大動脈弁」が、加齢による動脈硬化などを原因として硬くなり、開かなくなった結果、心臓に大きな負担を生じる疾患です。本稿では、大動脈弁狭窄症の概要や治療方法を解説すると共に、当院の循環器内科において近年導入され、良好な治療成績を収めている「大動脈弁バルーン拡張術」について紹介します。

1. 大動脈弁狭窄症の疫学と自然歴

大動脈弁は、心臓の中心部である左心室と、全身の血管の本幹である大動脈との境目にあり、心臓の動きに合わせて開閉することで、血液の流れを制御しています（図1）。大動脈弁狭窄症は、弁が変性し、開きが制限されることで健康上の問題を生じる「心臓弁膜症」です。原因の50%超が加齢による動脈硬化であり、先天的な弁の異常（二尖弁）やリウマチ熱がそれに続きます。高齢化社会に伴って、大動脈弁狭窄症は増加傾向にあり、75歳以上の人口で、その頻度は2.5～5%とされます。また、腎不全などの基礎疾患を有する場合は、より高頻度です。主な症状は「心不全」、「胸痛」、「失神」であり、未治療では症状の出現から3年以内に約75%の患者が死亡する、予後の悪い疾患です。高齢者に息切れ、発作的な呼吸苦、胸痛などが見られた場合は、本疾患を疑う必要があります。

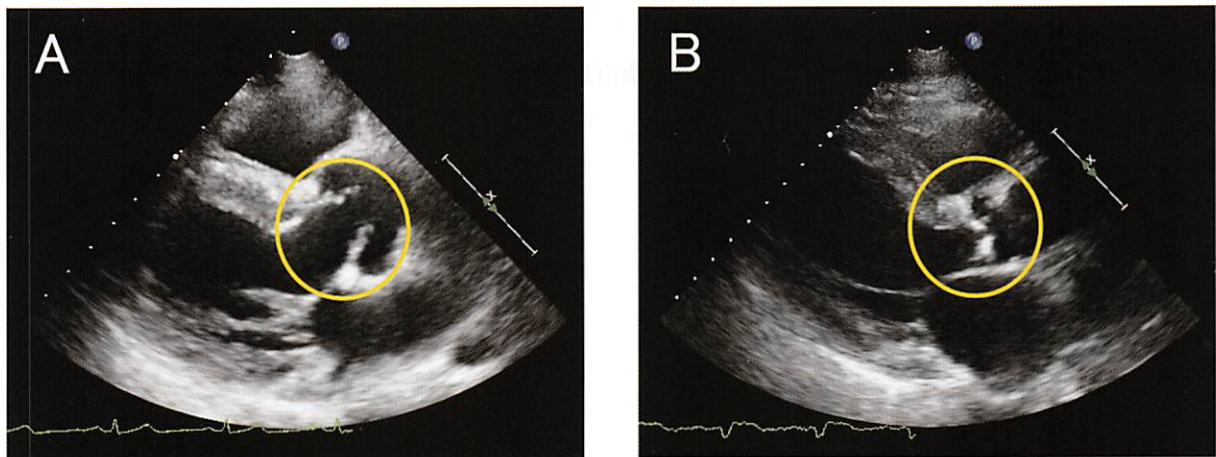


図1. 大動脈弁の心エコー図. (A) 正常な大動脈弁. (B) 変性して開かなくなった弁.

2. 大動脈弁狭窄症の標準治療

内科的治療として行われる薬物療法は効果が限定的であり、根治的な治療として、変性した弁を「人工弁」に入れ換える「大動脈弁置換術」や「経カテーテル大動脈弁留置術」が選択されます。前者は人工心肺を使

用して心臓を停止させ、変性した弁を切除して人工弁に置き換える開胸手術です。また、後者は小さな傷口からカテーテルを利用して人工弁を挿入する方法です。弁置換術は長期成績に優れ、現時点で第一選択の治療法です。しかし、身体への負担が大きく、高齢や低体力など、手術リスクの高い患者には不向きという欠点があります。経カテーテル大動脈弁留置術は、この欠点を補うかたちで開発された新しい治療法であり、本邦では2013年10月に医療保険の適用となって以降、高齢の患者を中心に普及が進んでいます。当院では、大動脈弁狭窄症の診断、薬物療法、治療方針の決定を循環器内科が行い、弁置換術と経カテーテル大動脈弁留置術を心臓血管外科が実施する診療体制を取っています。

3. 重症例への大動脈弁バルーン拡張術

前述の通り、大動脈弁狭窄症に対しては、弁置換術、または経カテーテル大動脈弁留置術が標準的な治療法です。しかし、これらはいずれも全身麻酔を必要とすること、前者は身体への負担が大ききこと、後者は負担が比較的少ないものの、対象となる条件が限られており、腎不全で血液透析を受けている患者に医療保険が適用されないこと、などの問題が残ります。その結果、状態が安定せず、全身麻酔が困難と考えられる患者や、高齢の血液透析の患者、認知症などの社会的弱者は、これまでは積極的な治療の対象から外れ、薬物療法のみで経過観察されてきました。当院の循環器内科では、このような一部の高リスク患者が置かれた状況に鑑み、身体への負担がより少ない「大動脈弁バルーン拡張術」を日常診療に取り入れています。

大動脈弁バルーン拡張術は、鼠径部の血管から挿入したバルーン（風船）カテーテルを用いて、開きが悪くなった弁を拡張し、心臓の負担を軽減する治療法です（図2）。局所麻酔で実施可能なことから、全身麻酔が困難と考えられる患者など、従来は積極的な治療の対象とされなかった患者に適しています。また、血液透析の患者にも医療保険が適用されます。血行動態（血圧、呼吸状態）が維持されない重篤な状態に陥った場合の、緊急治療としても行うことが可能です（表1）。本治療は心不全の軽減に高い効果があり、全身状態を改善させる「ブリッジ治療」として機能させることで、その後に全身麻酔での弁置換術や経カテーテル大動脈弁留置術が可能となる場合があります。根治的な治療でないことから、約50%の患者では半年間で弁の硬さが以前の状態に戻ってしまいます。ただし、それにより症状が再発した場合は、繰り返しの治療が

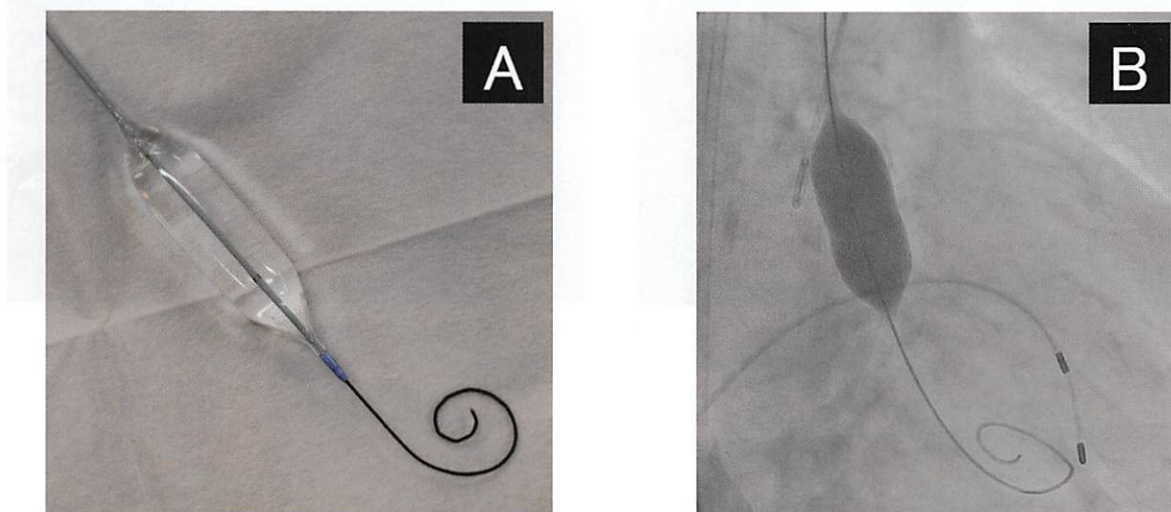


図2. 大動脈弁バルーン拡張術のカテーテルと手技。(A) バルーンカテーテル。(B) バルーンで拡張中の大動脈弁。

表1. 大動脈弁バルーン拡張術の適用

臨床症状のある大動脈弁狭窄症で、

1. 薬物療法で心不全がコントロールされず、全身麻酔が困難な患者
2. 高齢、低体力などで手術リスクが高い、血液透析の患者
3. 心臓以外の手術を予定しているが、大動脈弁狭窄症がリスクとなる患者
4. 全身麻酔が不适当と考えられる超高齢患者
5. 全身麻酔の手術を希望しない患者

可能です。大動脈弁バルーン拡張術には、高度なカテーテル操作や、解剖学的な理解、厳密な患者管理を必要としますが、当院の循環器内科では、医師をはじめとした医療スタッフがこれらに習熟することで、有効かつ安全な実施に努めています。

4. 大動脈弁狭窄症の包括的管理

大動脈弁狭窄症は、症状が表れてからは短期間で重大な健康被害を生じる、予後の悪い心疾患です。正確な診断のもと、疾患の重症度や患者の全身状態を踏まえて、個々に適した治療方法を選択することが必要です。当院は大動脈弁狭窄症に対する積極的治療として、弁置換術、経カテーテル大動脈弁留置術、大動脈弁バルーン拡張術のすべてが実施可能な、福島県内唯一の医療機関です。薬物療法とこれら三つの治療法を適切に組み合わせ、包括的な診療を行うことで、地域医療の向上に貢献していきたいと考えています。

お問い合わせは

診療・治療に関するお問い合わせは 地域医療連携室 までお願いします。

がんサロンを開設しました

当院では、平成27年6月より毎月第3火曜日に「がんサロン」を開催しております。がん患者さんまたはご家族であれば、当院への通院の有無に関係なく参加していただけます。

がんに関する情報交換をしたり、お互いに話をしたり聴いたりすることで、不安や孤独感を解消することができる、患者さん同士の出会いの場となることを期待しております。

「がんサロン」では、院内の様々な職種の職員がミニ講演を行います。これまで、緩和ケア認定看護師、臨床心理士、がん薬物療法認定薬剤師、医療ソーシャルワーカーなどが講演を行い、気軽に患者さんの質問にも応じており、参加した方から好評を得ております。

ミニ講演の後の茶話会では、参加者も院内スタッフも共にお茶やコーヒーを飲みながら、ゆったりした時間を過ごしています。がんと共に歩む仲間との出会いや交流を体験し、参加者からは、「心配事が和らいだ」「色々な立場の方の話を聞く事ができてよかった」「毎回楽しみにしている」などの意見が聞かれています。今後もがん診療連携拠点病院として、がんの診療以外にも患者さんや家族への支援体制を整えていきたいと考えております。

「がんサロン」についての問い合わせは、**がん相談支援センター（医療福祉相談室内）**までお願いします。



新任医師紹介



さとうともひこ
佐藤友彦 医師

麻酔科

いわきの皆さんが安心して手術を受けられるよう、微力ながら力を尽くしたいと思います。よろしくお願いします。



おおわきみちこ
大脇倫子 医師

形成外科

初めまして。10月より形成外科医として赴任してきました大脇倫子です。出身は同じ「福」の字の福岡県です。未熟者ですが、いわき市の皆さんの健康を支えるべく頑張ります。どうぞよろしくお願いします。



もり たかひろ
森田隆弘 医師

脳神経外科

初めまして。10/1よりこちらに赴任いたしました脳神経外科の森田隆弘と申します。生まれは青森県弘前市でH18年東北大学卒です。これまでいろいろ回ってきましたが福島県は初めてです。よろしくお願いします。



いしかわともひこ
石川智彦 医師

耳鼻咽喉科

この10月より磐城共立病院の耳鼻咽喉科に赴任しました、石川智彦と申します。2年間の臨床研修直後で、専門科の勉強はまだ半年であり至らぬ点もあるかと思いますが、一生懸命頑張ります。よろしくお願いします。



わたなべさとこ
渡邊聡子 医師

小児科

皆様こんにちは。福島県立医科大学より家庭医の研修を兼ねて小児科で勤務させていただくことになりました。少しでも小児と支える家族の力になれるように頑張りたいと思います。ご指導のほどよろしくお願い致します。



まつざきかずま
松崎和磨 医師

歯科研修医

4月より歯科研修をさせていただいております。前回原稿提出を忘れてしまい、今さらながらの紹介になってしまい申し訳ありません。今後の歯科医師人生に役立つよう2年間たくさんの方の事を学んでいきたいです。

地域医療連携室への予約について

予約の際は、「地域医療連携診療予約申込書」及び「紹介状（診療情報提供書）」を当室までFAXにてお送りください。



また、予約に関してご不明な点がございましたら、下記まで電話でお問い合わせください。

予約受付時間 **8:30~17:00** [土・日曜日は受付していません]

いわき市立総合磐城共立病院 地域医療連携室

電話 0246 (26)2250(直通)

FAX 0246 (26)2119

