

コラム

消化器内科

当院の消化器内科につきまして御紹介致します。

当科では、上部消化管内視鏡検査、下部消化管内視鏡検査、内視鏡的逆行性膵胆管造影検査など内視鏡を用いた検査の他に、腹部CT検査、腹部超音波検査など様々な検査を行い、消化器疾患の診断、治療を行っております。

2020年まで常勤医が4名おりましたが、現在は3名で診療を行っております。常勤医の減少に伴い、御紹介頂きました患者さんの診療や急患の対応に十分な対応ができない場合もあり、御迷惑をおかけしております。この場をお借りしてお詫び申し上げます。

当院の内視鏡検査件数は、例年4000件前後の検査数を行っていましたが、2020年は新型コロナウイルスの感染拡大の影響で例年より減少しておりました。2019年は4346件の検査数でしたが、2020年は3158件となりました。2021年になり3532件と若干ではありますが、回復傾向が見受けられました。2022年1月現在ではオミクロン株が増加傾向にありますので、今後の感染状況を注視しながら感染対策をしっかり行って対応したいと考えております。

御紹介頂きました先生方を始めお世話になりました皆様に、この場をお借り致しまして御礼申し上げます。

2019年から札幌市胃がん検診に内視鏡検査が導入されました。

当院でも対応しておりますので、ご希望の方がいらっしゃれば、お問い合わせ頂きますと幸いです。

2021年4月から新たに、小野山直輝先生が当科に加わりました。

2015年卒業の先生で当科の中では最年少ですが、非常に優秀な先生で、即戦力となっております。

新しい先生が加わり、今後も今まで以上に充実した診療を提供できるよう努力して参りますので、何卒宜しく願い申し上げます。

文責 消化器内科／宮島 治也

血液内科

コロナ禍においても、臨床試験での有効性を根拠とした、がん薬物療法における新薬の承認、既存薬の適応拡大が続いています。その中でも血液疾患領域の発展は際立っており、従来は緩和的治療しか選択し得なかったような厳しい病状、あるいは高齢等で病初から強力な治療が困難であった患者群に対しても、有効な治療が選択できるようになってきました。薬物療法の他にも、造血幹細胞移植やCAR-Tなどの細胞療法も選択肢となっています。多くの治療方法の中から、最適なものを提案・選択し適切に治療していくことが私達に求められています。また、依然としてパンデミックが続く新型コロナウイルス感染症ですが、血液疾患を有する患者さんにおいて、重症化・死亡のリスクが高いことが知られています。治療方針の決定、治療経過中のいずれにおいても慎重な対応が必要となっています。

このような中で、当院血液内科は2019～2021年も引き続き、山内尚文院長・長町康弘副院長・藤見章仁の3名体制で診療して参りました。悪性リンパ腫や多発性骨髄腫に対する自家末梢血幹細胞移植も年間2～3例を維持しつつ、血液疾患の他、乳がん・耳下腺がん・軟部肉腫など固形腫瘍に対する薬物療法も施行しています。コロナ禍での受診控えが取り沙汰されていますが、近隣の病院や関連病院、さらには北広島市や千歳市内の病院からも多くの患者さんを紹介して頂きました。幅広く、血液疾患・がん治療に実際に携わらせて頂いたことで、薬物療法の進歩を実感することができています。血液内科の病床は、無菌室を5床有する4階病棟を拠点としていますが、年間通してほぼ満床であり緊急入院も稀ではありませんでした。下図に2016年以降の血液内科入院患者延べ人数を示します。2020年以降のコロナ禍においても増加傾向が維持されました。入退院に際しては、外来および病棟看護師、地域連携室スタッフの多大な御協力なくしては成り立ちませんでした。この場を借りて感謝申し上げます。4階病棟に入院している患者さんのほとんどが、新型コロナウイルス感染症の重症化リスクがあり、緊張の続く毎日ですが、当院が全室個室であることは大変有利であり、また患者さんからも見ても大変心強いものと思われれます。

学術活動としては、日本血液学会、臨床腫瘍学会での演題発表や学会参加、また論文投稿も精力的に継続して参りました

(年報内の業績を参照下さい)。院内スタッフの

スキルアップを目的とした勉強会が全く開催出来なかったのは残念でした。個人的には、まさにパンデミック直前の2019年12月、アメリカのオーランドで開催されたアメリカ血液学会に参加させて頂いたことが大変大きな経験となりました。ありがとうございました。

今後も常に最新情報を入手し、血液疾患ならびにがん患者さんの適切な治療が出来るよう日々努力して参ります。

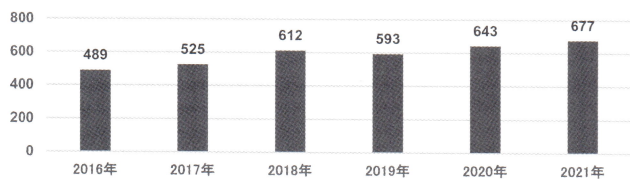


図 血液内科の入院患者延べ人数

肝臓内科

肝臓専門外来は、2018年度から金曜日の午前の消化器内科の新患外来の時間に併設して診療を開始しました。診療内容としては、肝炎の診断や治療、肝臓の良性腫瘍、悪性腫瘍の診断について採血、画像検査などを行って、薬物治療をメインに診療しています。主に検診や肝機能障害を指摘された症例の原因診断や診断に対する治療をしています。

各疾患については、B型肝炎については、慢性肝炎や肝硬変の症例は主に拡散アナログ剤を使用した抗ウイルス療法を施行していて、C型肝炎については積極的にインターフェロンフリー治療を導入しています。アルコール性肝炎については、禁酒、アルコール減量の指導や薬物療法を行っていて、最近増加傾向である非アルコール性脂肪性肝疾患（NAFLD）については合併する生活習慣病の治療やダイエットの指導、薬物療法などを行っています。その他、自己免疫性肝炎（AIH）や原発性胆汁性胆管炎（PBC）などについても肝生検を含めた診断と薬物治療を行い、肝腫瘍については超音波検査や造影CT検査で診断をしています。又、胆道疾患については総胆管結石などの症例は内視鏡逆行性膵胆管造影（ERCP）をして乳頭切開（EST）もしくは乳頭バルーン拡張（EPBD）を施行し排石術を施行し、胆道狭窄症例については胆管ステント留置などのドレナージ術を施行しています。肝悪性腫瘍の手術症例については、当院外科へコンサルトさせて頂き治療をして頂いています。

手術不能症例については、ラジオ波肝腫瘍焼灼術（RFA）、カテーテル治療（TACE）、全身化学療法などについて当院で対応できない症例については専門施設へ御紹介させて頂いています。

開設当初は、予約患者はほとんどいない状況でありましたが、ここ1－2年は予約枠を超える状況が継続していて予約時間を守れない状況が続いていて申し訳ございませんでした。2022年4月から小生の転勤に伴い肝臓専門外来は閉鎖となります。肝疾患については、消化器内科Drが継続して診療していきます。短い間でしたがありがとうございました。今後ともよろしくお願いします。

文責 消化器内科／田村 文人

外科医の特権

「人の体に傷をつけて犯罪にならないのは外科医のみである」

これは私が外科を志した当時の教授がおっしゃっていた言葉です。まさにその通りだと納得したと同時に、それだけ責任のある任務だと思った記憶があります。当院でも沢山の患者さんに手術を受けて頂いていますが、その結果に満足してもらえているのかは正直分かりません。ただ、癌患者さんに関しては、術後5年の時点で再発がなければいわゆる「完治」となり、その時の嬉しそうな表情を拝見できるのはメスを入れる以上に外科医が味わえる特権だと思っています。

清田に赴任して6年が経過しますので、自分が執刀した患者さんが5年間無再発で終診となっていく機会も増えてきました。最後の診察時に、握手しつつ「お元気で」と声をかけると、自然とお互いに笑顔でのお別れになります。（終診のない慢性疾患を診ていられる内科の先生方には申し訳ありませんが…）

癌患者さんに限らず、良性疾患の手術を受けられた患者さんも最後の診察時には笑顔でお別れできるよう、日々、腕を磨いていきたいと思っています。

尚、前回の年報に寄稿してから3年が経ちますが、残念ながらそれ以来、手術件数300例を超えておりません。皆様のご協力があつての手術になりますので、今年も引き続き宜しくお願い申し上げます。

最後になりましたが、手術症例にかかわって頂いているすべてのスタッフの皆様にこの場を借りて感謝申し上げます。

文責 外科／川瀬 寛

高齢者の心不全管理について

高齢化社会の時代を迎え、高齢心不全患者数も増加の一途をたどり、慢性心不全は高齢者において、コモンディジーズとなり、昨今ではパンデミックの様相を呈している。2016年に公開された「高齢者心不全患者の治療に関するステートメント」では、75歳以上の高齢者における心不全をコモンディジーズかつ難治性の予後不良疾患と位置づけ、心不全の顕在化および増悪の予防、個々症例の併存疾患への対応を含めた包括的管理を提唱している。もはや循環器専門医だけでは対応仕切れなくなって来っており、一般臨床医も含めて、より早期に心不全症候を見逃さずに覚知し、個々の患者さんの基礎疾患と重症度の診断を行い、その治療と管理に向き合っていく必要が出て来ている。

高齢者の多くは心筋虚血や不整脈、弁膜症など心臓そのものの病態に加え、心不全増悪に関与する腎不全、貧血、脳梗塞、感染症、慢性閉塞性肺疾患、骨折など様々な因子に加え、フレイルと認知機能低下が最も多く、かつ問題となる併存症である。そして、このフレイルと認知機能低下を早期に発見し、適切な介入を実施することにより、心不全患者の生活機能の維持、向上を図ることが期待され、個々の症例に応じた管理の方策を練っていくことが心不全増悪予防につながっていく。

フレイルを伴う高齢心不全患者に対する診療は当該患者本人、家族の介護環境を考慮し、患者さんの生活能力、日常生活動作の回復、維持を目標とした方針を適切に構築して行く必要がある。その為にも医療多職種やソーシャルワーカーと連携を取り、チームとして包括的にケアしていくことがとても重要であると思われる。当院で一緒に働いている、医療多職種の方々には本当に日々助けられ、感謝の思いでいっぱいである。

心臓血管超音波検査などで心血管疾患の評価を行い提供してくれる臨床検査技師さん、患者さんの日常生活の留意点や疾患についてサポートしてくれる看護師さん、薬の内容や副作用、飲み忘れのない服薬を援助してくれる薬剤師さん、減塩の工夫や適切な食事、栄養指導を行ってくれる栄養士さん、そして高齢者でより重要となる介護、福祉サービスの相談、調整、適切な施設紹介などの社会支援環境の整備に関わる医療ソーシャルワーカーさん、これらの人々と日々連携を取りながら、ひとりでも多くの高齢者心不全患者さんが、入院を回避して、生活の質を少しでも改善して、日々生き生きと過ごしてもらう事を願いながら、診療を行う日々である。

文責 循環器内科／野澤 えり

東洋医学科・漢方

みなさんは漢方や東洋医学という言葉を知るとどのような事を想像されるだろうか。西洋医学を中心に発達している現代の日本医療においては、漢方や東洋医学をうさんくさいものと感じている医師も多いと思います。確かに漢方を使うとなると、陰陽虚実寒熱などの独特な表現や気血水というような日本漢方的理論があり、なかなかなじめない面もあるかと思いますが、2000年以上にもわたり、その生薬内容が伝承され使われ今日に残されているということは、そのこと自体が漢方の薬としての効果を証明していることになると思います。

私自身は、それぞれの得意分野を生かし、相補的に西洋医学、東洋医学を利用することで、病でこまっている患者さんに何らかの恩恵を与えられるのであれば、それがベストではないかと考えています。漢方薬は究極の約束処方とも言えるため、新薬の開発というよりも既存の薬達（保険収載は148種）をいかに使いこなすが鍵となり、そのための使用指針として気血水などの少し独特な理論があると考えないと受け入れ易いかと思います。

例えば、感染症においては、原因菌を特定し抗生剤を使用する治療（西洋医学）が優れていますが、感染症後に長引く体調不良などには、人がもともと持っている「自然治癒力」を高め、身体全体のバランスを整えることで効果を発揮する漢方薬（東洋医学）が優れています。また、西洋医学と異なり、内科・外科・婦人科などの専門性はなく、全ての「人と病」を対象とした医学ですので、体調を整えたり西洋薬だけでは調整が困難な場合など、西洋薬とは異なった切り口でお役に立てる可能性もあります。

漢方薬が少しでも皆さんのお役に立てればと思いますので、ご要望のある方はお気軽にご相談下さい。

文責 緩和ケア科・麻酔科・東洋医学科／渡邊 昭彦

第3回 日本緩和医療学会 北海道支部学術大会 開催報告

令和3年8月28日（土）、第3回日本緩和医療学会北海道支部学術大会をオンライン形式で開催させていただきました。コロナ禍の中、本支部大会でははじめてのWEB開催ということで準備の段階より手探りの状況でしたが、支部運営委員、大会実行委員、運営会社スタッフの方々、病院関係者のお力添えや演者、座長等の先生方のご協力もあり、ライブ配信、オンデマンド配信、ポスター閲覧等のプログラムを無事終了することが出来ました。これもひとえに皆様の御協力と御支援の賜物と、心より御礼申し上げます。

札幌では大会前日にコロナ感染者の増加があり、感染対策レベルが上げられた中で、大会開催で、特にライブ配信会場（札幌医科大学教育研究棟）での感染対策にも配慮しなければなりませんでした。一人の感染者の発生もなく安堵しております。

参加者の内訳ですが、365名（会員：253名、非会員：112名）の方々にご参加頂きました。多くの非会員の方にも参加いただいたことで、本学会の裾野が広がることを願っております。また、北海道支部が242名、支部外が123名ということで、道外の参加者が約1/3にも膨らんだことは、オンライン開催の強みのように思います。

感染管理をしながら適切な緩和ケアをいかに提供していくかという困難な状況は今後もしばらく続くかと思いますが、今回皆様から寄せられた多くの意見をもとに繋がりを密にして、この苦難を乗り越えられるような環境を共に目指していければ幸甚に思います。

最後になりますが、学会へご参加いただきました皆様、開催に際してご協力賜りました企業様各位、学会の企画、準備、運営に携わっていただきました実行委員の皆様、他支部の地区委員、他支部の大会長、そして運営を担っていただいた株式会社イー・シー・プロ様のこれからの益々のご活躍とご多幸を祈念してお礼の挨拶とさせていただきます。

文責 緩和ケア内科／小池 和彦

リハビリ科

令和2年初めから発症したCOVID-19の感染で緊急事態宣言が数回発出された。このため、病院の外来患者数は減少し、その余波で入院も減少したものの、がん患者の入院の減少は小さかった(図1)。リハビリテーション科(「リハビリ科」と略)の活動は入院が主である。対象者数の推移をみると(図2)、2019年250名、2020年243名とほぼ同数であった。一方、がんのリハビリテーション(「がんリハ」と略)料の対象は、53.6%から69.9%に上昇した。また、新規がん患者の登録数は横ばいであったが、治療の分野では、手術よりは化学療法が、271から333例と増加した(図1)。Covid-19感染が蔓延状況に左右されず、がんの治療は確実に継続され、特に入院加療を定期的に繰り返せたことは、院内全体の感染対応策の成果と考えられる。

今回の「がんのリハ」の増加要因は消化器科

からの紹介が約1.7倍と増加したことが大きい。一般病棟の場合、運動機能レベルは初回FIM(機能的自立度評価法)で112.4と前年よりやや高めであったため、リハビリ介入後はFIM利得が3.0となり、短い実施期間でも効果を上げることができた。

一方、地域包括病棟でのリハビリの規定数は、3か月平均で2単位以上である。R2/12月と1月は3.3と高い数字を示したが、通常期は2.0-2.1単位の実績を維持でき、地域包括運営委員会の調整が要となった。

学会活動では、6月に第59回日本リハビリテーション医学会学術集会で、当院の「がんのリハビリ」の新型コロナ感染の影響を後藤がwebで報告した。また、コロナ禍で1年延期された当院主催の日本緩和医療学会の北海道地方会(8月)にPT山田が調査結果をwebで発表した。後者では、緩和ケア病棟(PCU)において、PS別にリハのゴール(G)とニーズ(N)の相違点を分析した。PS1-2については、運動機能維持、外出外泊と運動機能の向上が主で、GとNの相違は少なく、通常の機能訓練を実施できた。一方、PS3はセルフケアと移動(特にトイレまで歩きたい)とより実直的なNに変わった。患者様本人による体力、現状の運動機能の自己評価と現状認識が正確だったと考えられる。だが、PS4においては、Gと具体的なNとの乖離例が多かった。Nの内容は、各人で大きく違うために「個別対応」が優先された。終末期となるとその傾向は顕著であった。このため、PCUにおいては、今後とも個々の患者様のNに近づけるよう病棟と協力していきたい。さらに、第10回小樽・後志緩和医療研究会で、後藤が当院における「がんリハ」の8年間の流れについて講演したことを付記する。

COVID-19感染対応の二年間は、感染防御委員会と病院の運営方針に沿い、外来トリアージやワクチン業務に協力してきた。リハビリの基本はマンツーマンでの対応(1単位20分)で、かつ、ディスタンスが取れない点が問題であるが、今後とも、個々の感染対策に十分留意しながら実績重ねていきたい。

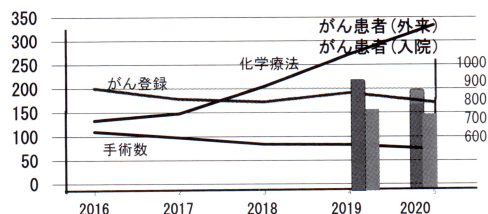


図1 がん患者の年次推移

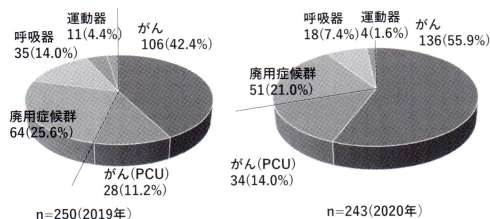


図2 疾患別リハビリテーション料の分布