

らしんばん

THE COMPASS

表紙撮影：理事長・院長 伊藤誠司 「冬の庭、寒いけど咲くんだ！」



理事長・院長挨拶

伊藤 誠司



理事長・院長
伊藤 誠司

明けましておめでとうございます。

令和5年は秋田では記録破りの猛暑が続いて熱中症患者の搬送が急増し、7月の大雨では想定外の大規模浸水災害が広範囲で発生するなど私たち自身が未曾有の過酷な体験をしました。被災された方々の一刻も早い立ち直りを祈念

いたしております。

次期の地域医療構想では現在8つの二次医療圏が3つに集約されることが発表されました。秋田周辺医療圏と本荘由利医療圏は合併して秋田中央医療圏となりますが、今後も当院は地域の中核的医療機関として最新の高度で安全な急性期医療を提供する一方で、公的医療機関の役割として精神疾患の急性期医療や身体疾患合併例への対応、結核病棟の運用、新設した4床の第2種感染症病床の運用、2次救急

外来と小児科救急外来の運用などの政策医療を継続してまいります。高齢化の進行が著しい秋田県では地域包括ケアシステムの重要性が言われておりますが、当院でも地域の医療機関・介護施設や包括ケアセンターと連絡を密にしながら紹介・逆紹介によって患者様が住み慣れた地域で生活できるように努力を継続してまいります。患者サポートセンターを介しての連携とともに、緊急時には必要に応じて担当科との直接連絡による対応のご相談も併用して進めてまいります。令和6年も連携をよろしくお願い申し上げます。



新病院手術室のご紹介

手術室長 佐藤 ワカナ



2022年10月に移転後、手術室も新しくなりました。以前は6室だった手術室ですが、1室増えて7室になり、結核やCOVID-19などの感染症への対応を確実にできる部屋ができました。各部屋の面積も以前より広くなりましたし、シーリングペンダントに電源、映像端子、LAN端子、医療ガス、吸引等が集約されたので、床を這うコードや管が少なくなり、とても動きやすくなりました。アルコーブを利用する収納ワゴンを採用することによってスペースを有効利用できるようになりましたし、使用材料の管理が行いやすくなりました。

麻酔記録システムは以前から使用していましたが、移転後は、生体情報モニタやシリンジポンプとの接続がWi-Fiになり、さらに配線が減り、データの反映が速くなりました。天吊りや壁掛けのモニタには、術野や内視鏡映像だけでなく、透視やエコー、電子カルテなども表示できるようになり、とても便利になりました。これらの情報は、手術室スタッフステーションや、カンファレンス室、麻酔科医室で確認できるようになりましたので、医療安全の面でも大変有用だと感じています。

一方、手術映像は、電子カルテからも確認することができるようになり、過去の手術の確認など診療に役立てられますし、カンファレンスや研修にも有用です。

移転後から始まった内視鏡手術支援ロボット（ダビンチ）を用いた手術も軌道に乗り、2024

年からは毎日行える体制になりました。現在は、泌尿器科、消化器外科、産婦人科で施行され、すでに100件を超えました。整形外科の手術支援ロボティクス（メイコー）を用いた手術も関節置換術に積極的に用いられています。

手術室が1室増えたことにより、手術のスケジュール調整が効率良く行えるようになりました。時間外が増えていない訳ではありませんが、手術室スタッフの人数は変わらないまま、2023年の手術件数は前年より400件以上増えました。

患者さんの中には手術室に対する漠然とした恐怖感を持つ方がおられます。そのような感情を少しでも減らすため、手術前に説明を尽くすよう心掛けてきました。2023年10月に行われた病院祭では、一般の方々に実際に手術室に入ってもらい、ダビンチや内視鏡手術の術者体験、電気メス、生体情報モニタやフットポンプの使用体験などを行い、地域の皆様に手術室を体感していただきました。2024年以降は、術後疼痛管理チームを本格稼働させ、患者さんひとりひとりの症状や要望に合わせた治療を展開していく予定です。

連携医療機関の皆様と直接接する機会は少ない部門ですが、今後も安全で質の高い手術医療を提供することにより、信頼していただける施設になれるよう努力を続けて行きたいと思っています。



入り口側から見た手術室ホール



ダビンチ手術中



病院祭ダビンチ体験



病院祭電気メス体験

《春の連携の会》 第52回 市立病院地域医療連携の会



抄録

大腸がんロボット手術

消化器外科 大腸外科長 陳 開

手術器具の技術進歩が目ざましく、約10年前から開腹手術に代わり腹腔鏡下手術が主流になっておりましたが、ここ数年でロボット手術が台頭し、多くの診療科で保険収載され、全国的に普及し始めております。本稿ではロボット手術の仕組みやメリットなどについて御紹介したいと思います。

ロボット手術の正式名称はロボット“支援”腹腔鏡下手術です（以後、ロボット手術と省略）。実は、現在主流の腹腔鏡下手術が進化したものです。今までの腹腔鏡下手術と異なる点は、人が操作する役割をロボットが担う点です。図1のように、腹腔鏡下手術は術者と第1助手と第2助手の3人で構成され、体に小さい創をつけ、お腹の中に細長い手術器具を入れ、モニターを見ながら手術をします。一方、ロボット手術は『ロボット』を患者に装着し、術者と第1助手と第2助手（カメラ）の役割がすべてロボットアームに置き換わります。4本のロボットアームすべてを術者1人が動かします。さらに、術者も今までと違い、患者のそばではなく、「コンソール」と呼ばれる操作部に座り、遠隔でロボットを操作します。



図1 腹腔鏡手術とロボット手術の違い

ロボットにより、図2に示すような4つのメリットを主に受けることが可能となります。

ロボット手術のメリット

- ①手術器具＝自分の手 ②ブレない
③先端が曲がる ④立体視できる

図2

- ①腹腔鏡下手術も開腹手術も手術器具を持って手術するため、手から対象物まで遠いです。一方、ロボット手術の場合はロボットの器具が自分の手となっており、手の動き通りに操作可能です。その結果、精緻な手術を可能とします。
- ②人が操作する場合、どうしてもカメラや助手の持つ部分にブレが生じますが、ロボットの場合は機械で固定されているため、一切ブレません。さらに術者の操作部分は手ブレ防止機能が備わっており、固定された視野で安全に緻密に操作できます。
- ③ロボットは従来の手術器具にはない先端が曲がるという動きが可能です。曲がるメリットは色々な所で効果を発揮します。特に切りたい所をピンポイントで切る事ができ、大事な臓器を傷つけずに病巣を切除できます。
- ④腹腔鏡下手術は平面モニターで操作するため、遠近感が分かりづらいことがあります。一方、ロボットのカメラには目が2つあり、立体視ができます。その結果、遠近感が分かりやすく、正確な操作が可能となります。

外科では大腸がんの他に、胃がんや膵臓がんでもロボット手術を行っております。また、泌尿器科や婦人科もロボット手術を導入しております。

我々は地域の先生方に支えて頂いているおかげで診療が成り立っております。紙面を通して改めて感謝申し上げます。当院は最新のロボット手術を導入し、患者様へより良い医療を届けるべく日々頑張っております。患者様の御紹介をお待ちしております。



《ハイブリッド開催》 第53回 市立病院地域



抄録

緩和ケアの理念と専門病棟での実践

緩和ケア内科 科長 越村 裕美

WHOは緩和ケアの定義を「生命を脅かす病に関連する問題に直面している患者と家族の痛み、その他の身体的、心理社会的、スピリチュアルな問題を早期に同定し、適切に評価し対応することを通して、苦痛を予防し緩和することにより、患者と家族のQOLを改善する取り組みである」としている。生命を脅かす病には、がんと進行性の慢性疾患（非がんと総称）があるが、非がんもがんと同様、身体症状・精神症状が病状の進行とともに増加する。

がん治療の目的はQOL改善と余命改善であり、支持療法（疼痛などの症状緩和、副作用対策、不安に対するケア、リハビリ、栄養サポート、社会支援）とともに行われる。その支持療法はまさに緩和ケアが提供する医療であり、「がん治療と緩和ケアの統合」という考え方が広がりつつある。治癒不能な進行がんにおいては、いずれがん治療を中止する時期が来るが、非がんにおいては最期まで原疾患の治療を継続し、緩和ケアは治療継続サポートと苦痛緩和を担う。

身体的苦痛と精神的苦痛は関連性が高く、専門的緩和ケアにおいては質の高い身体症状緩和が求められる。当院緩和ケア病棟では、丁寧に症状を評価し患者に最も合う薬剤を選択、その後もきめ細やかな薬剤調整を行っている。骨転移など難治性神経障害性疼痛に対しては、メサドンやケタミンなど緩和医療医でなければ難しい薬剤を使用し、良好な緩和が得られている。薬剤で緩和困難な場合は他診療科と連携し、緩和照射、ステント治療を行っている。

治癒不能な病という喪失体験から適応にいたるまでの心のプロセスを促進するのは、話を聴く他者の存在と援助的コミュニケーションであると言われている。我々スタッフはコミュニケーション

スキル・スピリチュアルケアを学び実践し、患者家族にとってよき援助者であるよう、最期まで患者とともにいるべく尽力している。

当院緩和ケア病棟を希望する患者様がおられましたら、ご紹介くださるようお願い申し上げます。

がん、非がん患者が抱えるさまざまな症状

	がん	COPD	心不全	腎不全終末期	神経筋疾患	認知症
身体症状						
疼痛	30-94%	21-77%	14-78%	11-83%	42-85%	14-63%
呼吸困難	16-77%	56-98%	18-88%	11-82%	26-88%	12-52%
倦怠感	23-100%	32-96%	42-82%	13-100%	42-80%	22%
食欲不振	76-95%	64-67%	—	38-64%	13%	—
悪心嘔吐	2-78%	4%	2-48%	8-52%	26%	8%
便秘	4-64%	12-44%	12-44%	8-65%	24-56%	40%
精神症状						
不眠	3-67%	15-77%	36-48%	1-83%	24-50%	14%
混乱・せん妄	2-68%	14-33%	15-48%	35-70%	24%	—
抑うつ	4-80%	17-77%	6-59%	2-61%	15-50%	46%
不安	3-74%	23-53%	2-49%	7-52%	13-76%	8-72%

J Pain Symptom Manage 48:660-677,2014 一部改変

がん治療と緩和ケアの統合



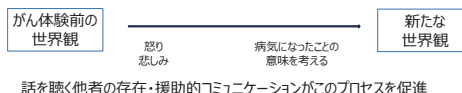
治療医「これからがん治療が始まりますが、同時に緩和ケアも受けることになります」

専門病棟における精神的ケア

➤患者さんのつらさを理解することはできない ことを認識
「(がん)になった人でなければわからない」

➤そのうえで/それでも
ともにいること、その人にとってよき援助者であるよう努力し続ける

がん患者の心の変化
衝撃的な出来事＝喪失体験 → 適応



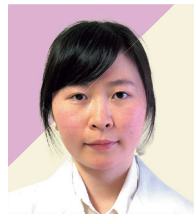
2021緩和医療学会総会 清水 研先生講演より

医療連携の会

◎日 時：令和5年11月30日(木) 18:40~20:30

◎会 場：市立秋田総合病院

◎参加者：70名(院外23名、院内47名)



抄録

MRI非対応ペースメーカーを有し
電気生理学的検査にて診断した中枢末梢連合脱髄症

脳神経内科 舟坂 百叶

近医よりご紹介いただきました症例をご報告いたします。

はじめに、炎症性脱髄疾患は一般に中枢神経系脱髄と末梢神経系脱髄に分けられ、中枢神経系の脱髄疾患の代表として多発性硬化症、急性散在性脳脊髄炎など、末梢神経系の脱髄疾患の代表として慢性炎症性脱髄性多発ニューロパチー、Guillain-Barre症候群などがあります。これらの炎症性脱髄疾患の症例の中で、頻度は少ないものの以前から中枢・末梢いずれの神経系にも脱髄病変を生じる症例が報告されてきました。今回経験いたしました中枢末梢連合脱髄症CCPDという疾患は炎症性脱髄疾患のひとつで、脱髄疾患の中でも中枢神経と末梢神経の両方に障害をきたすのが大きな特徴です。中枢神経・末梢神経が同時に障害されるため意識障害、脳神経障害、運動麻痺、感覚障害、排尿障害など多彩な症状を呈します。2007-2011年の全国疫学調査では40症例が報告されている希少な難治性疾患です。CCPDの暫定診断基準では、感染などほかの原因が明らかでないこと、MRIや電気生理検査で客観的脱髄所見を中枢神経に認めること、神経伝導検査で脱髄所見を二つ以上の末梢神経で認めること、とされています。今回当科で経験した症例は、MRI非対応ペースメーカー植え込み術後の方であり、中枢神経の病変をMRIで確認することができず、病巣診断のために神経生理学的検査を行いました。

今回行った電気生理検査は神経伝導検査NCS、体性感覚誘発電位SEPです。NCSは末梢神経障害の有無、病態の鑑別、病変の分布の把握、重症度と機能予後の推定を目的として行います。SEPは末梢から大脳皮質までの病変の分布を把握することができ、画像だけで診断が明確でない病態に有用です。

経験症例は79歳女性で、X年2月に初発となり、同年11月に中枢病変で2回目の発症、翌年2月に末梢病変で3回目の発症となり、それぞれ免疫グロブリン療法やステロイドパルス療法で治療、以降末梢性の脱髄で3月、4月、5月に症状再燃があり、週1回投与の免疫グロブリン製剤を導入し、3か月の寛解を維持しました。本症例では2回目の発症で、SEPにて客観的脱髄所見を中枢神経に認め、3回目以降はNCSで脱髄所見を認め、初回の病巣は不明ですが、2回目以降は中枢/末梢単独発症の再発寛解型と考えられました。電気生理学的検査が診断に有用な症例でした。

中枢末梢連合脱髄症 CCPD
暫定診断基準

- ①感染等、他の原因は明らかでない
 - ②MRIや電気生理検査で客観的脱髄所見を中枢神経に認める
 - ③神経伝導検査で脱髄所見を二つ以上の末梢神経で認める
- *中枢、末梢同時ではなく、中枢/末梢単独発症でもよい
*発症の様式は、急性、亜急性、慢性、再発寛解型でもよい

Ogata H. JNNP 2016.
Kawamura N. Clin Neurol 2014.

炎症性脱髄疾患

	CCPD	MS	ADEM	CIDP	GBS
病変	中枢+末梢	中枢	中枢	末梢	末梢
誘因		EBV感染 喫煙歴	先行感染 ワクチン接種	抗癌剤 悪性腫瘍	先行感染 ワクチン接種
発症経過	急性、亜急性、慢性、再発寛解	再発寛解	急性一相性	慢性、再発寛解	急性一相性
発症年齢	20-40歳代	若年成人	小児	小児から高齢者まで	全年齢
治療	IVMP IVIg 免疫抑制剤	IVMP 血漿交換療法 (ほか)	IVMP IVIg 血漿交換療法	IVMP IVIg 血漿交換療法	IVIg 血漿交換療法

※急性＝日単位の進行
亜急性＝週～月単位の進行
慢性＝月～年単位の進行※IVMP＝ステロイド療法
IVIg＝免疫グロブリン療法

神経伝導検査NCS

末梢神経に電気刺激を加え、
神経線維を興奮させることで
神経や筋から誘発される活動電位を記録する

検査の意義：
末梢神経障害の有無
病態鑑別（脱髄/軸索障害など）
病変の分布（末梢神経～脊髄前角）の把握
重症度と機能予後の推定

体性感覚誘発電位SEP

末梢神経遠位部から電気刺激を加え、
感覚伝導路を経て大脳皮質まで伝わった反応を
加算伝導法で抽出した電位を記録する

検査の意義：
病変の分布の把握
（末梢神経～神経叢・神経根～脊髄～脳幹～大脳皮質）
画像だけで診断が明確でない病態に有用

特別講演
アンケート結果

ハイブリッド開催報告

第53回地域医療連携の会は、当院の講堂およびオンラインのハイブリッド形式で開催しました。特別講演として秋田大学大学院医学系研究科 消化器外科学講座 有田淳一教授より「膵癌の外科的治療の現在地」をご講演いただきました。講演では膵癌治療のことだけでなく、外科医局の活性化案を披露され、魅力的な医局づくりについて話されました。



アンケート結果

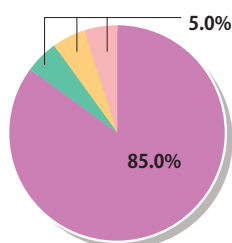
《アンケート対象者》 院外22名 回答数20名 回答率90.9%

1 職種

区分	回答数	割合
医師	17	85.0%
看護師	1	5.0%
事務職	1	5.0%
臨床検査技師	0	0.0%
その他	1	5.0%
合計	20	100.0%

■医師 ■看護師 ■事務職
■臨床検査技師 ■その他

n=20

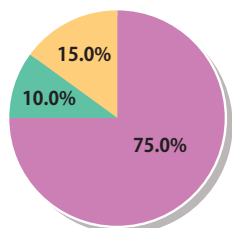


2 講演会の開始時間（18:40）について

区分	回答数	割合
良い	15	75.0%
もう少し早い方が良い	2	10.0%
もう少し遅い方が良い	3	15.0%
合計	20	100.0%

■良い ■もう少し早い方が良い
■もう少し遅い方が良い

n=20

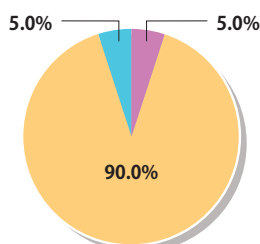


3 オンライン（ZOOM）の講演会について

区分	回答数	割合
オンラインの方が良い	1	5.0%
対面の方が良い	0	0.0%
ハイブリッドが良い	18	90.0%
無回答	1	5.0%
合計	20	100.0%

■オンラインの方が良い ■対面の方が良い
■ハイブリッドの方がよい ■無回答

n=20

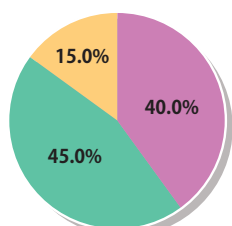


4 講演会の内容について

区分	回答数	割合
大変分かりやすかった	8	40.0%
わかりやすかった	9	45.0%
少しわかりにくかった	3	15.0%
わからなかった	0	0.0%
合計	20	100.0%

■大変分かりやすかった ■わかりやすかった
■少しわかりにくかった ■わからなかった

n=20



5 今回の講演会に対するご感想や、今後取り上げてほしいテーマ

- acp
- ミニレクチャーがとても難しい症例で内容をほとんど理解できませんでした。
- 有田教授の講演は分かりやすくして勉強になりました。会全体で2時間越えは長すぎると思います。
- 紹介症例検討①が少しわかりにくかった。
- MRI 非対応ペースメーカーを有し、電気生理学検査にて診断して中枢末梢連合脱髄症は非常に興味をひかれました。
- CCPDの症例で、治療にIVI g からSCI g に変更した意図が知りたいです。どのくらいの間隔で投与されているのか、在宅自己注射にしているのか。
- 外科の実情や化学療法の歴史が分かりやすく解説されており、勉強になりました。教授のビジョンは秋田県の薬剤師を増やす為にも当てはまると感じ刺激になりました。
- ペイン外来の取り組み

6 病診連携に関する、ご意見・ご要望

- 当日は雪も降って寒かったので、ZOOMでの視聴とても助かりました。
- 紹介しやすさ
- 勉強になりました。
- いつも親切的な連携をありがとうございます。



新病院建設工事について

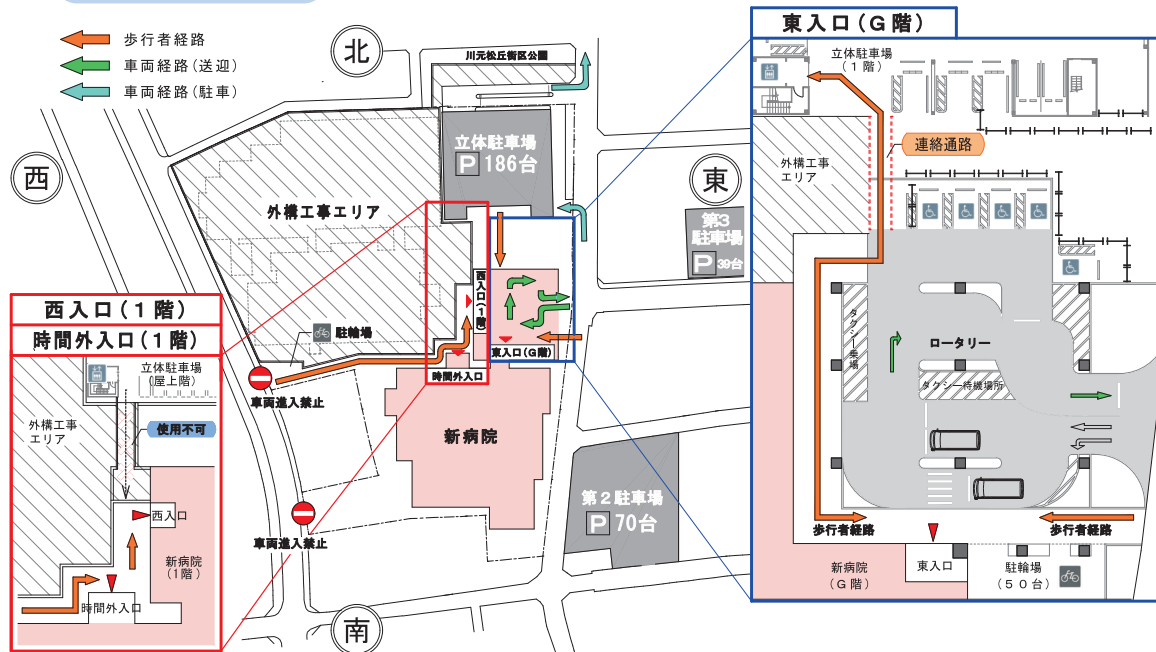
◆ 敷地内ルート変更のお知らせ

外構工事の着手に伴い、令和6年1月15日(月)から、立体駐車場(屋上階)と西入口(1階)を接続する連絡通路が使用できなくなります。

新たに、立体駐車場(1階)と東入口(G階)を接続する連絡通路を設置しますので、ご利用ください。また、時間外・夜間・休日受診のために駐車場をご利用の場合、時間外入口として東入口からお入りいただくことになります。ご不便をおかけしますが、ご理解とご協力をお願いします。



案内図



◆ 病院改築スケジュール

※令和6年11月頃に全面供用開始予定となります。

	H 29年度	H 30年度	H 31年度	R 2年度	R 3年度	R 4年度	R 5年度	R 6年度
立体駐車場建設								
新病院建設	基本設計	実施設計		新病院建設工事	医療機器等整備	医療情報システム整備	開院準備	●開院
旧病院解体								
外構整備								



令和5年度

笑顔カフェ ☺ (認知症カフェ)



令和5年9月28日開催分

認知症予防に回想法を！
昔の体験を語り合って脳を活性化！

公認心理師 堀井 悠一郎

高齢者の心理的安定や自尊心の回復などを図る心理療法的なアプローチで、1対1、もしくは集団で昔の思い出や体験を語り合うものです。

昔なつかしい友人と久しぶりに会って、昔の思い出を語り合って懐かしくて嬉しくなる、というのは誰でも経験があるのではないのでしょうか？

認知症になっても昔体験したことの記憶は比較的忘れずに残りやすいので、回想法ではこれを活用して認知症の方が他者と生き生きとした交流が持てるように周りのスタッフが手助けをしていきます。そうして話題や感情を共有していくことで、認知症の方にとっては自信を取り戻すきっかけになったり、人と楽しく交流していくことで不安感や孤立感が減り、感情を安定させることの役に立ったりすると言われています。



令和5年11月24日開催分

認知症予防にバランスの良い食事を！

管理栄養士 山田 公子

ある特定の食品や栄養素が認知症を減らすなど認知症にまつわるエピソードは数多くありますが、特定の食品や栄養素だけをとることで認知症を予防することは残念ながらできません。

この食品を食べれば絶対に認知症にならないという食品はありません。こうした中で認知症の発症や進行に関する病態も明らかになっており、日常の食事をはじめとする生活習慣の関わり的重要性が指摘されております。

食事のポイント ～食事は健康の第一歩～

■ 1日3食規則正しく

食事を抜くと、1日に必要な栄養が不足となります。食事だけでなく、睡眠を十分にとる、体を動かすなど規則正しい生活のリズムをつくることも大切!!

■ バランスの良い食事を

食事を簡単に済ませない。特定の食品に偏らない。主食、主菜、副菜をバランス良く。果物や乳製品を食事が間食でプラスするのがおすすめ!!

■ 適性な体重維持を

食事はとり過ぎず、減らしすぎない!!



また、よく噛んで食べることは脳や体の健康にもつながります。



次回予告

- 日 時：令和6年1月25日(木) 14:00～15:00
- 講 師：認知症地域支援推進員
(川元包括支援センター社協)
- テーマ：「知って安心！相談窓口活用術」
認知症の対応事例等を中心に話題提供

- 参加費：無料
- 場 所：市立秋田総合病院 5階講堂
- 申 込：直接会場へお越しください。
- お問い合わせ：018-866-7123

患者紹介に

関するお願い

日頃より、当院へご支援・ご協力をいただきありがとうございます。
ご紹介の際は、下記へご連絡いただきますようお願いいたします。

紹介患者
診療予約の
申し込み

TEL.018-833-4406(地域連携直通) FAX.018-866-7169(地域連携専用)

※外来診療申込書と診療情報提供書をFAXにてお送りください。

FAX 診療申込書・放射線検査 FAX 申込書はホームページからダウンロード可能です。

→ <https://akita-city-hospital.jp/organization/coordinate/page-3333/>