

石鎚山の日の出
撮影 副院長 澁谷 祐一



高知医療センター
Kochi Health Sciences Center

CONTENTS

- ② 新任医師のご紹介
- ④ 初期臨床研修医のご紹介
- ⑥ 第30回外科グループ手術症例検討会
- ⑧ 第23回内科症例報告会
- ⑩ 第61回・第62回地域医療連携研修会を開催しました
- ⑭ コロナ禍でも頑張っています！
- ⑯ 医療技術局「-退任と就任のご挨拶-」/information

新 任 医 師 の ご 紹 介

よろしくお願ひします

令和
4年

New face Introduce

4/1
着任

あかがわ よしき
精神科 赤川 芳樹

2年ぶりに高知医療センターで勤務することとなりました。微力ではありますが、何とぞよろしくお願ひいたします。



2/22
着任

のなか ひろこ
麻酔科 野中 裕子

麻酔科とペインクリニック科を兼任させていただきます。よろしくお願ひいたします。



4/1
着任

いくしま けんた
形成外科 生島 健太

着任して以来、高知の暖かい気候がとても素敵だと感じています。高知の医療に貢献していきますので、よろしくお願ひいたします。



4/1
着任

いのうえ ゆうすけ
血液内科 井上 湧介
・輸血科

血液内科で内科専攻医として勤務することになりました。高知の医療に貢献できるように精一杯頑張りますので、よろしくお願ひいたします。



4/1
着任

うがわ りょう
整形外科 宇川 諒

岡山医療センターより着任しました。脊椎外科を担当しています。安全な治療を心がけ頑張っていきますので、よろしくお願ひいたします。



4/1
着任

いりえ みき
小児科 入江 未希

患者さんやご家族一人ひとりに真摯に向き合い、多くの子どもさんが笑顔でいられるよう精一杯努めてまいります。どうぞよろしくお願ひいたします。



4/1
着任

おかもと ゆうき
消化器内科 岡本 雄貴

岡山県にある津山中央病院より着任しました。地元である高知の医療に貢献できるよう頑張りますので、よろしくお願ひいたします。



4/1
着任

おさらぎ けんすけ
放射線科 大佛 健介

高知大学医学部附属病院より着任いたしました。高知の医療に貢献できるように精一杯頑張っていきますので、よろしくお願ひいたします。



4/1
着任

かきざき もとつね
病理診断科 柿崎 元恒

大阪から着任しました。大学卒業以来10年ぶりの高知です。至らぬ点多々ありますが、皆さまの信頼を得られるよう、研鑽に努めてまいります。



4/1
着任

かぎもと なお
脳神経外科 鍵本 奈緒

今年度より正職員となりました。脳卒中、頭部外傷などの救急疾患を主に担当させていただきますのでよろしくお願ひいたします。



4/1
着任

こじま なな
麻酔科 小島 奈々

正職員になりました。患者さんが安心して手術を受けられるよう尽力いたします。引き続きよろしくお願ひいたします。



4/1
着任

しおた さあや
産科 塩田 さあや

今年度より正職員になりました。産科・婦人科診療において、患者さんによりよい医療が提供できるよう頑張ります。



4/1
着任

しのだ かずひろ
小児科 篠田 知周

高知大学医学部附属病院小児科より着任いたしました。子ども達のため笑顔のために精一杯務めますので、よろしくお願ひいたします。



4/1
着任

総合診療科 田邊 義貴

患者さんに寄り添う診療を行っていきたく思っております。気になる症状があれば何でもご相談ください。



4/1
着任

呼吸器外科 張 性洙

5年ぶりに高知医療センターに戻ってまいりました。呼吸器グループは2名増員となりますので、何でもお気軽にご相談ください。



4/1
着任

精神科 土田 亜希

患者さんが安心して過ごせる時間を増やすお手伝いをしていきます。不慣れなこともあります。よろしくお願いいたします。



4/1
着任

呼吸器内科 寺田 潤紀

高知大学医学附属病院の呼吸器・アレルギー内科より着任しました。日々精進してまいりますので、ご指導ご鞭撻のほどよろしくお願いいたします。



4/1
着任

皮膚科 中島 美世

生まれ育った高知に5年ぶりに帰ってきました。地元高知の皆さんに恩返しできるよう微力ながら頑張りますのでよろしくお願いいたします。



4/1
着任

眼科 林 勇樹

4月から正職員となりました。高知県の眼科医療に、より貢献できるよう精進してまいります。どうぞよろしくお願いいたします。



4/1
着任

消化器外科・一般外科 益永 あかり

まだまだトレーニング中ですが、高知の皆さまのお役に立てるよう日々精進いたします。よろしくお願いいたします。



4/1
着任

泌尿器科 水谷 圭佑

高知大学医学部附属病院から着任いたしました。高知県の医療に貢献できるよう診療してまいります。よろしくお願いいたします。



4/1
着任

産科 山本 眞緒

4月から正職員になりました。患者さん一人ひとりに寄り添った医療を心掛けています。これからもよろしくお願いいたします。



4/1
着任

消化器外科・一般外科 吉岡 貴裕

千葉県にある国立がん研究センター東病院より着任いたしました。高知県出身ですので故郷の医療に貢献できるよう精一杯頑張ります。



4/1
着任

呼吸器外科 吉田 千尋

香川大学医学部附属病院から着任しました。高知県の地域医療に貢献できるよう精一杯頑張ります。よろしくお願いいたします。



4/1
着任

産科 渡邊 理史

専門は妊産婦の災害・救急医療です。高知県の皆さまに貢献できるよう、産科・婦人科問わず精進してまいります。



■ 研修医から専攻医になりました。 ■

4/1
着任

消化器内科 川村 祐人

昨年まで初期研修医としてお世話になりましたが、今年度から専攻医になります。内視鏡検査を中心に頑張っておりますので、よろしくお願いいたします。



4/1
着任

救命救急科 津野 龍太郎

救命救急科の専攻医となりました。貢献できるように精一杯努めていきますのでご指導ご鞭撻のほどよろしくお願いいたします。



4/1
着任

小児科 新屋 圭一郎

今年度から小児科医として勤務することとなりました。高知の子どもたちのために真摯に一生懸命頑張りますのでよろしくお願いいたします。



4/1
着任

小児科 和田 のどか

4月より小児科の専攻医となりました。ご指導のほどよろしくお願いいたします。



令和4年度 初期臨床研修医のご紹介



医科 9名

おおにし まさみち
大西 正倫

まだまだ分からないことも多くありますが、焦らずに一つ一つできることを増やしていこうと思います。高知の医療に貢献できるよう努力いたしますので、ご指導ご鞭撻のほどよろしくお願いいたします。



おくだ みつとし
奥田 光俊

医師となり新たなスタート地点にたちました。患者さんとそのご家族のことを第一に考え謙虚な気持ちで、より一層励んでいきますので、よろしくお願いいたします。



こしば ゆうた
小柴 佑太

患者さんや医療スタッフの方々から信頼される医師を目指して、日々精進していきます。至らない点多々あると思いますが、ご指導ご鞭撻のほどよろしくお願いいたします。



たに なか ひろかず
谷中 寛和

この初期研修を通して、たくさんの先生・コメディカルの方々から多くのことを学びたいと思っています。そして、患者さん一人ひとりに寄り添えるような医師を目指して努力していきます。



にし もり ともとし
西森 友俊

本年度より初期研修医として入職いたしました。素直な心を大切にして、たくさんの方を学びながら、皆さまのお役に立てるように頑張ります。どうぞよろしくお願いいたします。



みなみ れい な
南 怜那

日々の診療ひとつひとつに真剣に取り組み、成長できるよう励んでまいります。至らぬ点多くご迷惑をおかけすることもあるかと思いますが、何とぞご指導ご鞭撻のほどよろしくお願いいたします。



もり あい み
森 愛美

患者さん一人ひとりに寄り添い、共に歩んでいくことのできる医師を目指して日々精進してまいります。まだまだ駆け出しではありますが、明るく元気に勤めてまいりますので、ご指導ご鞭撻のほどよろしくお願いいたします。



もり た ゆう じ
森田 祐司

高知の医療に貢献できるようにするために精一杯頑張ります。分からないことが多く、ご迷惑をおかけすることもあるかと思いますが、これからの初期研修の2年間、ご指導ご鞭撻のほどよろしくお願いいたします。



もと うえ あや の
元植 彩乃

患者さんに信頼され、高知の医療に貢献できる医師を目指して、多くのことを学んでいきたいと思っています。至らぬ点があるとは思いますが精一杯頑張りますので、よろしくお願いいたします。



歯科 2名

さか た のり こ
坂田 紀子

高知医療センターで多くのことを吸収し、歯科医師として大きく成長できるように精一杯頑張りたいと思います。至らない点も多々あるかと思いますがよろしくお願いいたします。



たけ まさ りょう せい
武正 凌正

分からないことも多く、皆さまにご迷惑をかけることもあるかと思いますが、精一杯日々研鑽に励む所存です。ご指導、ご鞭撻のほどよろしくお願いいたします。



高知医療センターは令和5年度の初期臨床研修医を募集しています

令和5年度 初期臨床研修医募集要項

- 募集人数
12名+自治医科大学卒業生3名
- 選考方法
面接・書類審査・小論文・成績証明書
- 選考日
令和4年7/31(日)・8/19(金)・8/28(日)
- 応募資格
令和5年2月に実施される医師国家試験に合格する見込みの者
(マッチングに参加要)
- 応募方法
書類(履歴書・健康診断票・成績証明書・卒業(見込み)証明書)を郵送または直接提出
- 応募締切
各選考日の一週間前(必着)まで
※詳細はホームページにて確認ください
<https://www2.khsc.or.jp/saiyou/recruit/re1/re1-4/re1-4-1/re1-4-1-2/>



第30回 外科グループ手術症例検討会



副院長 澁谷 祐一

日頃より大変お世話になっております。令和4年2月9日に第30回高知医療センター外科手術症例検討会を行いました。外科グループ(消化器外科・一般外科、乳腺甲状腺外科、移植外科)では年に2回、先生方よりご紹介いただきました手術症例から選りすぐりの症例について、担当医からの報告と病理医からの病理解説をさせていただいています。今回は以下の5例で、いずれも示唆に富む症例ばかりでした。Zoomを使用したweb開催となり、院内外から計37名の方に参加していただきました。活発な質疑応答もあり、とても有意義な会となりました。新型コロナウイルス感染症は収束する気配はなく、今後もwebでの開催という形式は残っていくものと考えます。今回は8月に予定していますがweb開催、もしくは会場での開催とwebのハイブリット方式で行います。我々は『患者さんを断らない』、『すぐに診察する』、『治療成績が良い』を目標に掲げ診療を行っています。他の施設では治療困難と言われた症例も諦めずに治療を行います。今後ともなにとぞよろしくお願い申し上げます。

術前診断のついた虫垂杯細胞カルチノイドの1例



消化器外科・一般外科副院長 黒田 絵理・担当医[稲田 涼]

49歳男性。繰り返す腹痛と嘔吐を主訴に前医を受診し、CT検査で回盲部の通過障害を認め、腸閉塞の診断となった。保存的加療を行ったが、症状の改善が乏しいため、下部消化管内視鏡検査を施行したところ、回盲部の著明な粘膜浮腫を認め、精査加療目的に当院紹介となった。当院で同部位の生検を行ったところ、杯細胞カルチノイドの診断を得た。造影CT検査では虫垂の全周性の壁肥厚およびそれに連続する回盲部の狭窄を認め、口側小腸は拡張していた。また明らかな腫大リンパ節や遠隔転移を示唆する所見は認めなかった。虫垂杯細胞カルチノイドの診断で、回盲部切除、D3郭清を施行した。術後は合併症なく経過し、第7病日に退院となった。病理学的病期診断はpT4aN1bM0、pStage IIIBと診断され、根治手術とはなったが、再発予防

目的に術後補助化学療法としてmFOLFOX6療法を6か月施行した。現在術後4年11か月経過するが無再発生存中である。虫垂杯細胞カルチノイドは、組織学的には腺癌と神経内分泌腫瘍(NET)の両方の特徴を有しているものの、NETより悪性度が高く、虫垂腺癌の一亜型として分類・治療される。発生率は年間10万人あたり0.05人であり、非常に希少な腫瘍である。通常、術前診断を得られる症例は極めて珍しいと報告されているが、本症例は盲腸にまで広範な浸潤をきたしており、術前診断を得ることができた。治療は虫垂腺癌に準じた治療が必要であり、手術は領域リンパ節郭清を伴う結腸切除が推奨されており、補助化学療法はリンパ節転移陽性(Stage III)の場合、オキサリプラチンを含む化学療法が推奨されている。

巨大 GIST に対して噴門側胃切除を施行した1例



消化器外科・一般外科専攻医 相田 眞咲・担当医[高田 暢夫]

73歳男性。2021年9月に左上腹部痛が出現、CTで腹腔内に巨大腫瘍を認め精査加療目的に当院に紹介となった。腹部造影CT検査では、胃体上部から中部の前壁大弯側を主座とする壁外発育型の最大径20cmの腫瘍を認め、内部造影効果は不均一で一部嚢胞成分を認めた。上部消化管内視鏡検査では、胃体上部から中部にかけて広範な粘膜下腫瘍を認め、delleと思われる潰瘍を認めた。GISTの術前診断で手術を施行した。術中所見では、上腹部を占拠する巨大腫瘍を認め、左横隔膜浸潤があり腫瘍の可動性は不良であった。被膜損傷なく確実に腫瘍の切除をするには食道の離断が必要であったため、噴門側胃切除、左横隔膜合併切除術を施行

した。逆流性食道炎防止のため、観音開き法再建での食道残胃吻合を選択した。摘出標本の腫瘍径は23.5×13.5cmであった。病理組織学的検査では、核分裂像は96/50HPFsでmodified-Fletcher分類では高リスクであり、左横隔膜浸潤を認めた。術後経過は良好で術後12日目に退院となった。現在は術後化学療法としてイマチニブ内服中で、術後6か月の時点で再発なく経過している。また、上部消化管内視鏡フォローでは逆流性食道炎・吻合部狭窄は認めていない。最大径20cmを越える巨大GISTに対して横隔膜合併切除をとる噴門側胃切除により臓器機能を温存しつつ腫瘍を完全に切除することが可能であった。

テセントリク+アバスチン療法が奏功した 肝細胞癌の手術1例

消化器外科・一般外科副医長 木村 次郎^{きむら じろう}・担当医[岡林 雄大^{おかばやし たけひろ}]



70歳代女性。2021.3に肝機能障害を指摘され前医でCTを施行し、肝左葉に10cm大の腫瘤を認めた。肝細胞癌の診断のもと、精査・加療目的に当科へ紹介された。精査の結果、根治切除のためには左3区域切除が必要であったが肝予備能評価では耐術不能と判断した。4月からテセントリク+アバスチン療法を導入し、合計10コース施行した。腫瘍は著明に縮小し、切除可能となった。詳細な術前評価により過不足

の無い切除を考慮し、肝内側区域切除を施行した。術後経過は良好であり、術後10日目に退院された。病理学的検査では腫瘍細胞は壊死しており、腫瘍残存は認めなかった。その後も再発を認めていない。初診時に切除不能の巨大肝細胞癌であってもテセントリク+アバスチン療法が奏功する例もあり、根治切除の可能性がないかを常に考慮する必要がある。

RET融合遺伝子陽性甲状腺乳頭癌に対して Selpercatinibを投与した1例

乳腺・甲状腺外科医長 大石 一行^{おおいし かずゆき}



83歳男性。18年前に甲状腺乳頭癌に対して初回手術を行い、以後再発に対して4回手術を施行している。多発肺転移、縦隔リンパ節再発に対して一度はLenvatinibを導入したが、PDとなりFoundationOne®CDxを用いて包括的ゲノムプロファイリング検査(CGP)を施行した。RET融合遺伝子が陽性となり、がんゲノム医療拠点病院におけるエキスパートパネルの結果、Selpercatinibによる治験が推奨された。治験施設で治療が開始となり、現在重篤な有害事象もなく、外来で内服を継続しており、全ての標的病変で縮小効果が得られている。Selpercatinibは2022年2月より保険承認され、現在は当院で治療中である。これまでは切除不能再発甲状腺癌に対するLenvatinib、Sorafenib、Vandetanib治療が中心であったが、最近では治療抵抗性が問題となってい

る。CGPを行えば変異遺伝子に合わせて薬剤が見つかる可能性が出てきた。当院ではこれまでに甲状腺癌10症例に対してCGPを行い、actionableな変異は7例(70%)、druggableな変異は3例(30%)(既報で他臓器癌では約1割)で認めている。甲状腺癌では治療薬の候補があるBRAF変異、NTRK融合遺伝子、RET遺伝子変異、RET融合遺伝子、ALK融合遺伝子などが陽性となりやすいことが知られている。RET遺伝子変異やRET融合遺伝子陽性に対してはSelpercatinib、NTRK融合遺伝子陽性に対してはEntrectinib、Larotrectinibが保険収載されたことや、druggableな変異が見つかる可能性が他臓器癌よりも多いことを考慮すると、甲状腺癌において積極的なCGPの導入が望まれる。

術前画像診断の限界を再認識した食道扁平 上皮がんの1例

消化器外科・一般外科医長 佐藤 琢爾^{さとう たくじ}



60歳女性。胸のつかえを主訴に近医受診、食道がんの診断で治療目的に紹介となった。内視鏡にて、胸部下部食道に全周性、3型の潰瘍性病変を認め、胃浸潤を伴っていた。また、CTで上縦隔リンパ節転移、胃小弯リンパ節転移を認めた。胸部下部食道cT3N1M0 cStageIIIの診断となり標準治療である、「術前化学療法施行後に手術治療」の方針となった。術前化学療法DCF療法を2コース行い、評価CTを行った。食道がん原発巣と胃小弯リンパ節はいずれも縮小していたが、上縦隔リンパ節転移の増大を認めたため、術前化学療法不応と判断し、根治手術の方針とした。胸腔鏡腹腔鏡下食道亜全摘、胸骨後経路胃管再建術、3領域郭清を行い、術中術後に合併症なく退院した。病理組織学検査では、原発巣は遺残していたが、リンパ節転移を認めず、病理組織学的診断

T3N0M0 StageIIとなった。術前に縮小または増大したリンパ節には悪性所見や化学療法後の変化を認めず、正常リンパ節構造を呈していた。術前画像診断の限界を再認識した症例を経験した。

食道がんリンパ節転移の診断基準は、これまでに様々な研究がなされてきた。しかし、いずれの検査も、リンパ節転移の正診率は低く、術前診断に苦慮する。食道がんは悪性度が高いがん腫の一つであり、治療前や術前診断が過小評価されることを避けるべきであると、我々は考えている。2022年1月より当科食道グループは、「食道外科専門医認定施設」として、正式に認定された。今後も、正確な診断を目指しつつ、個々の症例が耐えうる最善の食道がん治療を提供していくことを目指している。

第23回 内科症例報告会

集学診療部長 糖尿病・内分泌内科長 菅野 尚

すがの ひさし



昨年7月に続き、令和4年2月24日(木)19時よりWeb上で内科症例報告会を開催いたしました。今回も院内外から29名のご参加をいただきました。以前のように当院のくろしおホールも使い、会場開催とweb開催のハイブリッド形式も考えましたが、今年に入り新型コロナウィルス感染症の第6波を迎え、断念いたしました。開催の仕方は今後の課題といたします。

今回も、5つの症例を提示させていただきました。1症例目は運動誘発性肺胞出血という極めて稀な症例で、低気温の降雨が発症に関与したのではないかと考察されていました。2症例目はプロトンポンプ阻害薬による電解質異常のしくみをわかりやすく解説したもので、雑誌に掲載予定となっています。3症例目は外傷性の下垂体機能低下の症例で、受傷後25年経過しこのようなことが起こることを私たちも初めて認識しました。4症例目は腫瘍の増殖スピードや腫瘍内血管の特徴から悪性リンパ腫の診断に至った興味深い症例、また最後の症例はアルコール多飲者に発症した感染性臍仮性嚢胞および肝左葉穿通の症例で、内視鏡的ドレナージにより画像上も劇的に改善しました。

このような貴重な症例をご紹介くださり、誠にありがとうございました。紹介者の先生方を通じて参加者も、いろいろと勉強させていただきました。引き続き当院内科グループへのご指導、ご鞭撻のほどよろしくお願い申し上げます。

マラソンを契機に発症した運動誘発性肺胞出血の1例

呼吸器内科長 浦田 知之

うらた ともゆき



症例は49歳男性。フルマラソンに参加して18km頃より呼吸困難を自覚していたが3時間台で完走。翌日になっても呼吸困難の改善なく、血痰を自覚され近医を受診した。胸部X線画像で両側肺の浸潤陰影があり、経皮的動脈酸素飽和度が90%と呼吸不全を認めたため当院へ紹介となった。

CTでは両側肺の気道周囲に広がる浸潤陰影、スリガラス陰影を認めた。気管支検査では可視範囲に出血病変

はなく、気管支肺胞洗浄液が血性であり、細胞診でヘモジデリンを貪食したマクロファージを認め、びまん性肺胞出血と診断した。血管炎症候群や、膠原病疾患を疑う抗体検査は陰性であり、心機能も正常で、定期内服薬もないこと、マラソン前の体調は万全であったとのことより、過度の運動を契機とした運動誘発性肺胞出血と診断した。入院後は酸素吸入のみで肺野の陰影は消失した。我が国では運動誘発性肺胞出血の報告は稀であり報告する。

プロトンポンプ阻害剤により著明な電解質異常と横紋筋融解症を来たした甲状腺全摘手術後患者の1例

総合診療科専攻医 矢野 彰彦・担当医[伊東 秀樹]

やの あきひこ

いとう ひでき



【現病歴】91歳男性。10年前に甲状腺乳頭癌に対し甲状腺全摘術が施行されている。1年前には交通外傷後のストレス潰瘍予防を目的にプロトンポンプ阻害薬(以下PPI)のランソプラゾールが導入され、その後も継続処方を受けていた。2週間前からの集中力低下、全身脱力を主訴に前医を受診し、著明な電解質異常と高CK血症を認め当院紹介となった。当院での血液検査:K 2.4 mEq/L、Ca 3.7 mg/dL(補正Ca 4.6 mg/dL)、Mg 1.3 mg/dL、Cr 1.3 mg/dL、CK 5386 U/L、iPTH 14 pg/mL。経静脈的に電解質補正を開始し血清電解質の改善傾向を認めたが、高用量の電解質補正を要する経過が持続した。電解質異常の原因としてのランソプラゾールの関連が疑われ同薬を中止としたところ、電解質補正量の漸減においても血清電解質は徐々に正常化した。その後は、内服薬による少量の電解質補正のみで経過は安定したため第35病日に自宅退院となった。

【考察】本症例は、PPIを原因とした著明電解質異常によ

り横紋筋融解症を来たした症例である。PPIに関連する低Mg血症は2006年以降報告が相次いでいる。PPIに関連する低Mg血症の発生機序は不明とされているが、TRPM(transient receptor potential melastatin)の関連が指摘されている。TRPMは上下部消化管壁に発現する。細胞外プロトンによって刺激され腸管からの能動的Mg吸収を担っている。消化管腔内のMg濃度が保たれた状態では、TRPMを介さない経路のみで比較的充分なMg吸収が得られるのに対し、食事摂取不良など消化管腔内のMg濃度が低下した場合にはTRPMを介した能動的吸収が必要となる。PPIの作用で消化管腔内pHが上昇した結果、TRPM抑制が生じMg吸収不良が進行した可能性がある。また低Mg血症は副甲状腺ホルモンの分泌低下、臓器作用低下を来すことが知られており、10年前に施行された甲状腺全摘術後の副甲状腺機能低下症との重複により著明な低Ca血症を来たした可能性がある。PPIの長期使用例では低Mg血症をはじめとした各種電解質値のフォローが必要である。

甲状腺機能低下症を契機に診断された外傷性下垂体機能低下症の1例

糖尿病・内分泌内科専攻医 おおたか やすゆき 大高 泰幸・担当医 すがの ひさし [菅野 尚]



69歳男性。X-25年、軽トラックの荷台から転落して後頭部を打撲し、転落時の意識障害がみられた。頭蓋骨骨折・脳挫傷の診断で保存的加療が行われ、それ以来嗅覚異常、勃起機能低下(ED)症状を自覚していた。X-10年から身体のほてり症状、不眠症状が出現し始め、X-5年に男性ホルモン注射で症状改善を認めるも、皮疹が出現したため中止となっていた。X年8月にもほてり症状を訴えて前医を受診し、甲状腺機能低下を指摘され、精査目的に当科紹介となった。多尿は認めなかった。初診時、血液検査にて肝酵素上昇、高脂血症、CK高値を認め、内分泌検査にて汎下垂体機能低下症を示唆する所見を認めた。慢性甲状腺炎の自己抗体は陰性であり、甲状腺エコーで腫瘍性病変を認めず、両葉

の萎縮を認めた。下垂体MRIにて腫瘍性病変を認めず、負荷試験にて視床下部性の内分泌障害を認めた。以上から、頭部外傷による汎下垂体機能低下症と診断した。副腎不全の所見は認めず、尿中遊離コルチゾールは59.0 μg/dayと保たれていたことから、レボチロキシンの補充による治療を開始し、現在は75 μg/dayの内服にて甲状腺機能は改善傾向を認め、高脂血症の改善を認めている。今後、成長ホルモン及び男性ホルモンの補充を予定している。外傷後下垂体機能低下症は1918年にCyronらにより初めて報告されており、本症例のように受傷から長期間を経て診断に至る症例も報告されているため、頭部外傷患者では下垂体機能低下症の可能性に留意すべきものと考えられた。

上腹部痛と黄疸を認め胆嚢管癌が疑われた、びまん性大細胞型B細胞性リンパ腫の1例

血液内科・輸血科医長 ふじさわ ゆか 藤澤 佑香



65歳男性。上腹部痛を自覚し近医の腹部超音波検査で胆嚢拡張、胆嚢壁肥厚を指摘され精査加療目的に当院紹介となった。血液検査では直接ビリルビン優位の肝胆道系酵素の上昇とCA19-9値の上昇を認め、CTでは胆嚢頸部に連続した腫瘤と左右肝内胆管の拡張および大動脈周囲リンパ節腫大を認めた。直視鏡にて十二指腸球部前面のびらんや十二指腸後面の胃粘膜下腫瘍様病変を認め同部位の生検を施行。ERCPでは狭窄部分にステントを挿入し、胆汁擦過細胞診や吸引細胞診を施行したが、いずれも悪性所見を認めなかった。初診時よりわずか3週間後のCTでは、腫瘤の急速な増大を認め腫瘤内血管が維持されていた。腫瘤に対して超音波内視鏡下穿刺吸引生検(EUS-FNA)を施行し、悪性リンパ腫(びま

ん性大細胞型B細胞性リンパ腫、DLBCL)の診断となった。R-GCD療法を施行し治療効果を認めた。胆道癌の初発症状は黄疸、体重減少、腹痛が多いと言われ特異的な腫瘍マーカーはない。一般的に診断にはERCPが用いられるが、EUS-FNAは経乳頭的な方法に比較して高い正診率と言われている。またDLBCLは月単位で進行し、標準治療はR-CHOP療法である。しかし本症例のように肝胆道系酵素の上昇を認めた場合は、抗がん剤の減量もしくは中止が必要であり、当科では減量不要なR-GCD療法を選択することが多い。胆道癌が疑われたが、EUS-FNAにて悪性リンパ腫の診断に至った症例を経験した。短期間で急速に増大する腫瘍や腫瘍内血管が維持されている場合は悪性リンパ腫を考慮する必要がある。

経十二指腸乳頭的ドレナージが有効であった感染性膵のう胞の1例

消化器内科副医長 ながの しょう 長野 祥



65歳アルコール多飲歴のある男性。腹部膨満感が増悪傾向となり、前医受診。肝門部を中心に腫瘍性病変を認めたため精査加療目的に2021年9月に当科紹介となった。炎症反応著明高値(CRP20台)と造影CTにて、膵体部腹側に膵管との交通を伴った嚢胞性病変と、肝右葉内に陥入するような膿瘍疑い病変を認めた。膵内には石灰化多発しており、慢性膵炎の像であった。CT画像より、慢性膵炎に伴った膵仮性嚢胞感染と感染性膵のう胞の肝実質穿通状態と診断し、ERCPによる経乳頭的膵のう胞ドレナージ術を施行した。1回目は主膵管内への膵管ステント留置を施行したが無効。2回目は経鼻経膵管ドレナージチューブを膵管内に留置したが無効。3回目に感染性膵のう胞内に経鼻経膵管ドレナージチューブを留置できたことで、膵体部嚢胞の著明縮小

を得ることができた。肝内に穿通した膿瘍に対しては、経皮経肝膿瘍ドレナージ術を施行することで縮小を得られ、以降順調に感染コントロールは可能となった。経皮経肝ドレナージは排液がなくなったことを確認し抜去。主病態であった膵仮性嚢胞内へのドレナージチューブは、膵管ステントを膵管内に留置することで内瘻化とし、入院後30日目に自宅退院とした。以降膵管ステントを3か月毎に交換し、経過観察としているが膵仮性嚢胞の再燃は来たしていない。

膵仮性嚢胞は本症例のように感染を契機に増大、周囲臓器に影響を来す可能性がある。感染の基本はドレナージ術であり、症例に応じてERCPによる経乳頭的、EUSによる経消化管的、外科的ドレナージなどを選択する必要がある。

第61回 地域医療連携研修会

循環器内科

ここまで進んだカテーテル治療



座長

副院長・循環器病センター長 やまもと かつひと 山本 克人



今回は、循環器病センターで推進している「患者さんの身体に優しい低侵襲治療」をテーマの講演といたしました。循環器内科からは、科長の尾原義和医師から、弁膜症などに対する最新のカテーテル治療について、画像を多く使用してわかりやすく説明させていただきました。Web 開催となりましたが、遠方の地域の先生方も含め多くの方々のご参加があり、また内容的にも高評価をいただくことができました。今回の研修会により、当院での循環器治療の一端をご理解いただけたのではないかと考えております。循環器病センターとしても今後もこのような機会を設けていきたいと考えておりますので、その際はまたぜひご参加ください。



講演

循環器内科長 おはら よしかず 尾原 義和



今回、私からは“ここまで進んだカテーテル治療”について講演させて頂きました。

私とカテーテル治療の出会いは徳島大学医学部4年生の時です。我々学生の講義に小松島赤十字病院（現在の徳島赤十字病院）の日浅芳一先生が来られて、経皮的冠動脈形成術（PTCA、現在PCIといいます）のお話しをして頂きました。その当時、小松島赤十字病院は全国でも5本の指に入るほどのPTCAの症例数を誇っており、学生だった私はこんな治療があるのかと衝撃を受けました。そして医者になって、必ずこの治療をすると決めました。この出会いが、私が循環器内科に進路を決めた一番の理由です。

現在、このカテーテル治療は、これまで外科手術でしか治療できなかった領域にまで治療範囲が広がっております。高齢化社会の進む高知県において、この低侵襲治療であるカテーテル治療が非常に重要な役割を果たすと考えます。

当院で施行できるカテーテル治療について紹介させていただきます。

1. 経カテーテル的大動脈弁置換術(TAVI タビ)

症候性重症大動脈弁狭窄症の患者さんに対して、カテーテルを用いて(当院ではほぼ全例大腿動脈からのアプローチです)、心拍動下に狭窄弁に人工弁を留置します。現在はSapien3(エドワーズ社)

とEvolutPro+(メドトロニック社)を使用しています。最新の日本循環器学会のガイドラインでは80歳以上はTAVIによる治療を推奨しています。

2. 僧帽弁接合不全修復術

(MitraClip マイトラクリップ)

症候性の中等度～重度の僧帽弁閉鎖不全症の患者さんに対して、大腿静脈からカテーテルを用いてクリップを僧帽弁に誘導し、僧帽弁の接合不全を起こしている部位に留置することで、逆流を軽減させる手技です。最新の日本循環器学会のガイドラインでは、心不全治療の有効な手技として推奨されています。当院は症例数も50症例を超え、今後も心不全患者さんのために治療を行っていきます。

3. 経皮的左心耳閉鎖術

(WATCHMAN ウォッチマン)

非弁膜症性心房細動の患者さんで、出血リスクが高く、抗凝固療法継続が困難な場合において、カテーテルを用いて左心耳に閉鎖栓(WATCHMAN)を留置することで、左心耳血栓を予防することができます。

これらのカテーテル治療の詳細については、当院ホームページ内の循環器内科をご覧ください。また適応に悩む患者さんがおられましたら、いつでもご紹介ください。

循環器内科

循環器内科とは

循環器内科の病気について

当院の循環器内科の特徴

当科スタッフ

実績

当院で循環器内科の研修を考えている方へ



診療科・部門

診療科

- > 総合診療科
- > 精神科
- > 児童精神科
- > 地域医療科
- > 血液内科・輸血科
- > 糖尿病・内分泌内科
- > 放射線療法科
- > 緩和ケア内科
- > 腫瘍内科
- > ベイクリニク科

心臓血管外科

当院心臓血管外科での低侵襲外科治療



循環器病センター血管内治療科長 たにおか かつとし 谷岡 克敏



心臓血管外科長の大上賢祐医師から、非常に侵襲が大きいイメージの心臓血管外科手術もどんどん低侵襲化が進んでいる現状について講演させていただきました。70名ほどの方々にご参加いただき、医療センターに寄せられる地域の先生方の期待の大きさを感じて気の引き締まる思いでした。本来ならば会場にて参加者の方々と顔を合わせて、我々に必要とされていることは何かなど、直接お聞きしたいと思いましたが、WEB開催ではそれは叶いませんでした。今後も地域の先生方との顔の見える関係を目指してまいりますので、ご指導のほどよろしく申し上げます。



循環器病センター心臓血管外科長 おお うえ けん すけ 大上 賢祐



当科では従来から低侵襲な治療として動脈瘤に対するステントグラフト、大動脈弁狭窄症に対するカテーテル治療(TAVI)を行ってきました。より多くの疾患に対しても低侵襲な治療を行えるように小切開での開心術(MICS)も取り入れ、動脈瘤の治療もさらなる低侵襲な治療を心がけており、今回の研修会で紹介させていただきました。

●腹部大動脈瘤(AAA)

ステントグラフトによる治療(EVAR)により低侵襲化が一気に進み、今まで治療が困難と思われた方にも治療が可能となっています。しかしながらEVARが適応にならず人工血管置換術が必要な場合もあり、EVARだけでなく、人工血管置換術でも早期の回復、社会復帰が求められると考えています。



●PEVAR (Percutaneous EVAR: 経皮的EVAR)

皮膚、動脈切開は行わず、鼠径部を穿刺し経皮的にステントグラフト留置を行い、穿刺部の修復は止血デバイスを用いて行う方法で、患者さんの協力が得られる場合には局所麻酔での対応も可能となっています。昨年は10例行い、全例合併症もなく退院となっています。今後は、1泊2日から3泊4日程度でのAAAの治療を行っていきたくと考えています。

●ERAS概念に基づく腹部大動脈人工血管置換術

ERASとはenhanced recovery after surgeryの略で、術後回復に役立つ管理のうち、エビデンスがあるものを組み合わせ、さらに迅速な回復を目指したプロトコルです。術前後の不安、痛みを軽減して回復意欲を高め、できるだけ早く栄養を摂取し、体を動かすことに重点を置きます。患者さんに携わる多職種がチームとして、術前から関わることで回復の強化を図ります。当科では2020年10月の開始から13例を重ね、歩行獲得は術後1~3日、点滴終了は術後2~3日、入院日数は5~14日で、いずれも術後イレウス、創部合併症は認めず良好な早期回復が得られました。

●MICS手術

MICSはminimum invasive cardiac surgeryの略で小開胸手術を指しています。MICSでは切開創は5-10cmで、肋間や腋窩開胸アプローチで胸腔鏡補助下に手術を行います。術式としては、僧帽弁形成術/置換術・大動脈弁置換術・心房細動手術・CABGなどがあります。当科では昨年度は3例の僧帽弁形成術をMICSで行いました。今後は他の術式においてもMICSでの症例を重ね、より低侵襲なロボット補助下の手術へ発展させていきたいと考えています。



第62回 地域医療連携研修会を

「超高齢社会における医療介護連携について」

～家族で考える将来の高齢者医療とケア～

2月20日(日)に第62回地域医療連携研修会を高知医療センター・高知県立大学包括的連携協議会と連携して実施しました。コロナ禍の中、リモート形式により、事前に県内の医療福祉関係者、県民の皆さまにWebでの参加をご案内し、86名の参加申込みをいただきました。今回は「超高齢社会における医療介護連携について」“家族で考える将来の高齢者医療とケア”をテーマに、高知県立大学の池田光徳健康長寿センター長に座長をお願いしました。高知県立大学老人看護学の竹崎久美子教授からは「人生の終わりを考えるということ」、在宅看護学の森下幸子特任准教授からは「高齢者の人生の最終段階における医療とケアの選択“暮らしのなかの人生会議(ACP)”」、当院の消化器外科・一般外科の稲田涼医長からは「高齢者に対する外科治療の現状と展望」、救命救急センターの盛實篤史副センター長からは「急性期医療のいま、まだまだ大丈夫と思う今こそ考えよう、当院での取り組み」の題目で、それぞれ事例発表を行い、その後、当院の林和俊副院長を交えてパネルディスカッションを行いました。

Web参加の皆さまからのアンケートでは「地域福祉にもつながるヒントを得た」など沢山のご意見をいただきました。



講演

高齢者に対する外科治療の現状と展望

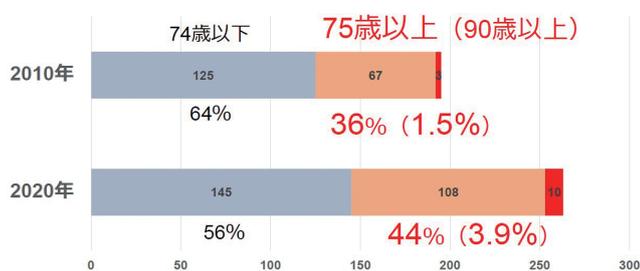
消化器外科・一般外科医長 稲田 涼



外科治療の現状

高知県の高齢化率は全国平均を大きく上回り、高齢者を手術する機会も増加しています。その背景には、周術期管理の進歩により、90歳以上の超高齢者の手術も一般に行えるようになったことも大きく寄与しています。当院においても2010年(195例)と2020年(263例)の大腸がんの切除患者で比較すると、75歳以上の後期高齢者は36%から44%に、90歳以上の超高齢者は1.5%から3.9%に増加しています。

大腸がん切除患者の年齢比較 (2010年 vs. 2020年)



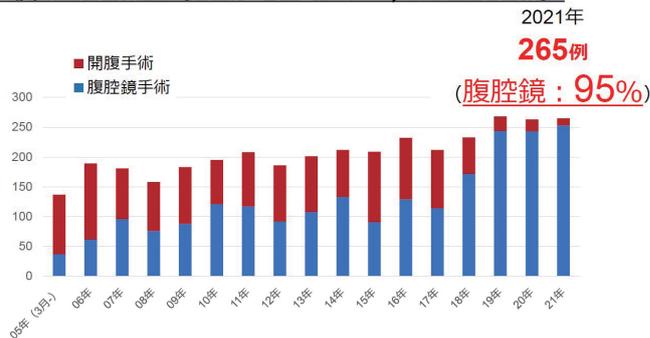
外科治療の問題点と当院の取り組み

身体的問題点

高齢者は、糖尿病、高血圧、慢性心疾患、COPD、慢性腎臓病、陳旧性脳梗塞などの合併頻度が高いことから、必要に応じて術前から他科専門医師に介入を依頼し、周術期の管理を行っています。また術前に顕著化していなかった臓器障害が術後出現することもあり、術前からの口腔ケ

ア、呼吸訓練、嚥下訓練、周術期リハビリなど、歯科医師や理学療法士などによる積極的な介入も行っています。また低侵襲な腹腔鏡手術は、術後の早期回復に大きく寄与するため、高齢者にも積極的に行っています(2021年の大腸切除265例のうち95%)。

大腸がん手術数 (高知医療センター、腹腔鏡手術)



精神的問題点(術後せん妄)

せん妄は、急性の認知機能の変化や、幻覚・妄想などの精神症状を伴う意識障害で、術後の回復遅延だけではなく、点滴やカテーテルの抜去、転倒などのリスクとなり、高齢者の周術期管理においては大きな問題となるために予防が重要です。術前からせん妄リスクを評価した上で、周術期は十分な鎮痛とともに、早期離床のためのリハビリ介入、環境整備、適切な薬剤の使用に留意する必要があります。また発症が疑われる際には、精神科医師・看護師などからなるリエゾンチームに介入を依頼し、必要に応じて薬物療法を行っています。

開催しました

社会的問題点

手術侵襲により高齢者の術後 ADL が低下し、要介護度が上がることがあります。そのため術前より日常生活の自立度を評価し、退院後に地域の病院でのリハビリや在宅での診療が必要になった際に備え、早期に対応できる準備をしておく必要があります。当院ではこうした社会的問題を解決するため、患者支援センターを開設し、外来主治医だけでなく、看護師、薬剤師、管理栄養士、社会福祉士などの多職種のチームで協力し、入院前から

積極的な介入を行っています。高齢者の場合は、手術直後から手術前と同じ日常生活を送ることは難しいため、地域医療連携室とも情報共有し、切れ目なくスムーズに術後の退院支援が継続できるように努めています。

高齢者の外科治療を行う際に発生する様々な問題に対しては、多職種による積極的な介入および地域の医療機関のお力添えにより、患者さん、ご家族が安心して治療を受けていただけるような環境づくりを追求していきたいと考えています。



高齢者救急の今と、帰宅支援を中心とした新しい取り組みについて



救命救急センター副センター長 盛實 篤史

いつも救命救急センターをご支援いただきありがとうございます。ごぞいます。

今回の研修会では、高齢者を中心とした救急医療の現状と、当センターで取り組んでいる帰宅支援について発表させていただきました。

本県も超高齢化の真ただ中であり、救急搬送における高齢者の割合は全体の約7割を占めています。当センターの集計では、治療後帰宅した方の約半数が高齢者である一方、救急入院患者の3.6%が搬送後24時間以内に亡くなっています。救急現場は救命に向けての意思決定を行う上で様々な課題があります。例を挙げますと、短時間では容体の見通しがつき難いこと、ご本人の相談相手などキーパーソンが来院できない場合があること、また重症であるほど暫定的にでも短時間で治療方針を決めなければならない一方で、手術や生命維持装置の装着など、一度行うと方針転換することが困難となる決断が含まれることなどが判断を難しくしています。

当センターでは、日頃からご本人やご家族の思いに沿った医療を行いたいと考えており、救急現場における意思決定のあり方は重要な課題と感じています。各医療機関の皆さまのお力添えにより、通院されている高齢者を中心に「人生の最終段階」における医療・療養に関する話し合いが事前に行われるケースが増えています。ただ救急という特性上、急に搬送、来院されるため、話し合いの内容を確認することが難しいことが課題です。

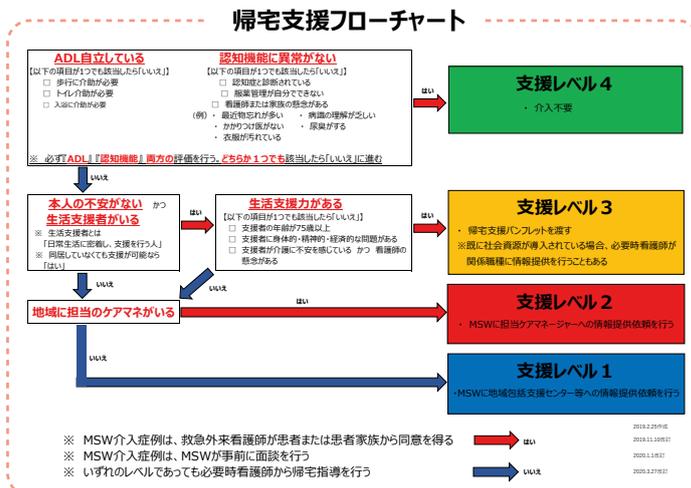
救命救急センターという特性上、まずは集学的治療を行う傾向にありますが、ご本人やご家族の思いと異なる(いわゆる、そこ

までの治療は望まないなど)医療とならないように留意しています。

また、通院歴のない高齢者では医療や療養に関してご家族間で事前に話し合われていないことも多く、今後は県が県民向けに作成した人生会議についての啓発資料も活用していきたいと考えています。

当センターで取り組んでいる帰宅支援では、フローチャートを用いて医療だけでなく、介護や福祉の必要性についてもスクリーニングを行っています。緊急性が高いと判断されるケースでは、紹介状作成だけでなく、帰宅される場合でもソーシャルワーカーの即時介入を行い、ご本人やご家族の同意を得て地域へ情報をつなぐようにしています。また帰宅支援パンフレットを作成し、相談窓口についての情報提供を行っています。現在までの約2年間でおよそ130名に即時介入いたしました。帰宅後もより豊かで安定した生活を送っていただけるよう、救命医療と共に発展させてまいります。

医療機関の皆さまには相互の情報提供やご協力をお願いすることもあるかと存じますが、今後ともご支援のほど、よろしくお願い申し上げます。



コロナ禍でも頑張っています!

～ 循環器内科の近況 ～

循環器内科長 おはら 尾原 よしかず 義和



平素は患者さんのご紹介、当院で治療を行った患者さんの転院加療やフォローなどのご協力、誠にありがとうございます。この場を借りてお礼申し上げます。

2020年1月、日本で初めて新型コロナウイルス感染者が発生して以来、我々の日常生活や医療体制は大きく変わりました。その中で、当院でも救急受け入れ制限などにより、地域の先生方には多大なご迷惑をおかけしてきました。まだまだ収束の見えない状況下ですが、当科ではそのような中でも医師、コメディカルが“コロナに負けない!”と頑張っています。今回は、そんな循環器内科の近況を報告させていただきます。

1. 高知県初の 経皮的ペースメーカーリード抜去に成功

このたび、高知県初となる経皮的ペースメーカーリード抜去手技を施行しましたので、報告させていただきます。

近年、徐脈性不整脈に対する永久ペースメーカー、致死的不整脈に対する植込み型除細動器、心機能低下に対する心室再同期療法など、体内にデバイスやリードを植え込む手術が多く施行されています。リスクとしては体内に異物を挿入しているため、デバイスに感染を来たしてしまうと、難治性の感染状態となり、最悪の場合は死に至ることもあります。日本循環器学会のガイドラインによると、感染を来たしたデバイスは本体及びリードの全抜去がClass Iの推奨レベルになっています。しかし、これまで高知県では経皮的リード抜去の認定を受けた施設が存在しないため、体内に留置されたリードを抜去するには、開胸手術しか対処方法がなく、多くの患者さんには県外の経皮的リード抜去が可能な施設に転院していただいていた。このため何とか高知県でもこの手技ができるように、昨年より施設認定に向けて準備を進めてきました。

そして2022年2月に初症例を施行。留置したペースメーカーリードに感染を来たした感染性心内膜炎の患者さんの症例で、敗血症となり重篤な状態で転院してこられ、指導医として岡山大学から西井伸洋先生をお招きして、手術を施行しました。全身麻酔下で左鎖骨下のペースメーカー留置部を開創し、リードをGlideLightという特殊な道具を用いて無事抜去しました。

経皮的リード抜去は、デバイスや留置部のポケット感染などの感染症例はもちろんのこと、MRI非対応リード抜去や、複数のリード挿入症例の抜去など

非感染症例でも適応となりますので、適応患者さんがおられましたら、いつでもご紹介下さい。



リード抜去 (GlideLight)



リード抜去手技(左)・抜去されたリード(右)

2. 日本循環器学会学術集会で発表しました

2022年3月、第86回日本循環器学会学術集会で当院看護師とともに発表しました。本学会は当初は神戸にて開催予定だったため、発表を済む看護師を神戸牛で釣って、演題を登録しました(笑)。しかし、オミクロン株の拡大を受けてWEB開催となり、神戸牛は今回お預けとなりました。

当日は演者の猪原侑香、サポートの眞鍋有加、澤村美咲の3名で見事な発表をしてくれました。私は学会発表は他施設の方の意見を聞きたい機会と考えており、積極的に学会発表を勧めています。そして学会を通じて得たことを、地域の先生方からご紹介いただく患者さんに少しでも還元したいと思っています。

発表演題

MPJ04-5 Surg/SHD Acute Effect of the MitraClip® Therapy on Mitral Ring Geometry in Patients with Functional Mitral Regurgitation [演者] 尾原 義和:1 [共同演者] 竹内 雅香:1, 吉村 由紀:1, 福岡 陽子:1, 谷岡 克敏:1, 山本 克人:1 1:高知医療センター 循環器内科	
CP12-2 Prev/Rehab コロナウイルス感染下におけるCCUの新しい面会様式 [演者] 澤村 美咲:1 [共同演者] 島崎 有加:1, 猪原 尚希:1, 尾原 義和:2 1:高知医療センター 看護局, 2:高知医療センター 循環器内科	



発表後の記念撮影(尾原、猪原、眞鍋、写真撮影 澤村)

3. 血管造影装置が新しくなりました



新しいアンギオ装置 (Azurion7 B12)

当科は、狭心症や心筋梗塞などの虚血性心疾患の診断や治療を主に血管造影で行っています。2022年3月、血管造影を行うアンギオ装置が新しくなりました(Phillips社 Azurion7 B12)。これまでと比べて、画像も鮮明で、治療を補助するアプリケーションも搭載しており、患者さんの治療に役立ちます。新しい装置使用の初日に、冠動脈の慢性完全閉塞病変(CTO)の2症例の治療に成功し、その威力を見せつけられました。虚血性心疾患の患者さんがおられましたら、ぜひ当科にご紹介ください。この新しいアンギオ装置で治療させていただきます。



アンギオ室スタッフ

4. 当院初の心不全療養指導士が誕生しました

高齢化が進むにつれて、心不全の患者さんも多くなり、いわゆる“心不全パンデミック”が起こるとされています。心不全治療は、急性期治療はもちろんのこと、急性期を乗り切った後の慢性心不全の状態をいかに安定させるかが重要と考えられています。そのためには医師だけでなく、看護師、理学療法士、作業療法士、管理栄養士、薬剤師、臨床工学技士など多くの職種のスタッフの力が必要となります。

この現状を踏まえ日本循環器学会が、2021年度より「心不全療養指導士」認定制度を開始しました。この制度は、心不全の発症・重症化予防のための療養指導に従事する医療専門職に必要な基本的知識および技能など、資質の向上を図ることを目的として創設されました。

2022年3月、当科スタッフ3名が認定試験に合格し、晴れて心不全療養指導士となりました(看護師 眞鍋有加、栄養士 岡美梨、理学療法士 西山竜司)。私も認定試験の対策本を見ましたが、医師でも少し悩むような問題もあり、合格したこの3名の頑張りには頭が下がる思いです。

これからは、心不全患者さんのトータルマネージメントのリーダーとして活躍してくれることを期待しています。



西山

岡

眞鍋



最後になりますが、我々循環器内科スタッフは、地域の先生方からご紹介いただいた患者さんのために日々頑張っています。今後とも心不全患者さんのご紹介をよろしくお願いいたします。

～ 医療技術局 退任と就任のご挨拶 ～

退任のご挨拶

おかだ ゆかり
(前)医療技術局長 岡田 由香里



このたび定年退職するにあたりご挨拶申し上げます。私が高知市民病院に入職した頃は、まだ紙のカルテでした。検査結果の問い合わせに電話で答え、報告書は1日の終わりに手書きで仕上げて各部署に配っていました。昭和のど真ん中の頃の話です。その後「電子カルテ導入」という大きな壁に立ち向かい、日常業務を支障がなく処理できる程度のIT化を取り入れました。

最後の2年間、医療技術局長に就任した頃から高知県も新型コロナウイルス感染症の大きな波にのみ込まれ、この間はマスクを外すことなく学会にも行かず、厳しく行動制限をかけてきました。リモート会議の手軽さや汎用性に恩恵を感じながらも、やはり対面での関わりの大切さも再認識しました。どんなときでも私たちはできることを探し、試行錯誤しながら前進しなければなりません。

昨年、高知医療センター経営計画(アクションプラン)の策定に関わることで、改めて当院の役割を真剣に考え、行動目標に落とし込むことができました。このことで自身も大きくスキルアップしました。当院のあるべき姿が高知県全体、また地域の医療を支えていけるよう今後もバトンをつなげていけたらと思っています。「ウィズ コロナ」の『次代』に向かって。

就任のご挨拶

よこばたけ あき
(新)医療技術局長 横島 顕



この度、岡田局長の後任として、令和4年4月1日付で医療技術局長に就任いたしました。

昭和60年4月に高知県室戸保健所(現在は高知県安芸福祉保健所)に臨床検査技師として採用され、高知県立中央病院を経て、高知医療センターで勤めてまいりました。

この2年間、岡田局長が何事にも真摯に取り組み、常に学び・有言実行する姿勢を、間近で見てまいりました。その姿を少しでも見習い、近づいていけるよう努力していきたいと思っております。

医療技術局は、臨床検査技師・診療放射線技師・臨床工学技士・理学療法士・作業療法士・言語聴覚士・歯科衛生士・視能訓練士・准看護師・歯科技工士・事務職員の11職種、4部12科107名(R4.4.1)で構成される多職種集団です。

常にそれぞれ専門分野のレベル・スキルを向上し、患者さんに必要とされている医療技術を提供することが使命と考えております。そのため、昨年度より掲げた「スキルアップ・スキル維持」「全体のレベルアップ・レベル維持(格差是正)」という目標のもと、各分野で具体的な目標を定め精進しております。

患者さんと触れ合う職種はもとより、常に患者さんの背景を考えながら、診断・治療に貢献できる医療技術を提供できるよう努力してまいりますので、どうぞよろしくお願いいたします。



information

～ 診療予約・診療受付 ～



※イベント情報はホームページをご覧ください。

外来診療時間 午前 8:30～12:00 午後 1:00～4:30 (土・日・祝日・年末年始は休診)

一般の方から各種お問い合わせ TEL 088-837-3000 (代)

地域医療連携通信「にじ」に関するご要望・ご意見は[renkei@khsc.or.jp]までお寄せ下さい。

にじ 2022 年夏号 (第 184 号)

発行: 令和 4 年 6 月 1 日

編集者: 地域医療連携室

発行者: 小野 憲昭

印刷: 株式会社高陽堂印刷



地域医療連携室
公式 LINE

発行元: 高知県・高知市病院企業団立

高知医療センター

〒781-8555 高知県高知市池 2125-1

TEL 088(837)3000(代)



高知医療センターホームページ
<https://www2.khsc.or.jp>