

にぎ

5月号
2023
Vol.188



高知医療センター
Kochi Health Sciences Center

カツオの空泳ぎ

撮影 地域医療連携室 和田 真奈美



CONTENTS

- ② 検査の紹介「骨シンチグラフィー」
- ③ 友だち登録はお済みですか？
- ④ 第32回 外科グループ手術症例検討会
- ⑥ 第64回 地域医療連携研究会を開催しました
- ⑧ ロボット支援手術が順調にスタートしました
- ⑪ 第10回ハートフルナーシング賞
- ⑫ イベントのご紹介／information

検査の紹介

「骨シンチグラフィ検査」

医療技術局 放射線技術部核医学検査科長 廣瀬 泰久



現在、日本人の二人に一人は一生のうちに何らかの『がん』にかかるといわれており、身近な病気となりつつあります。

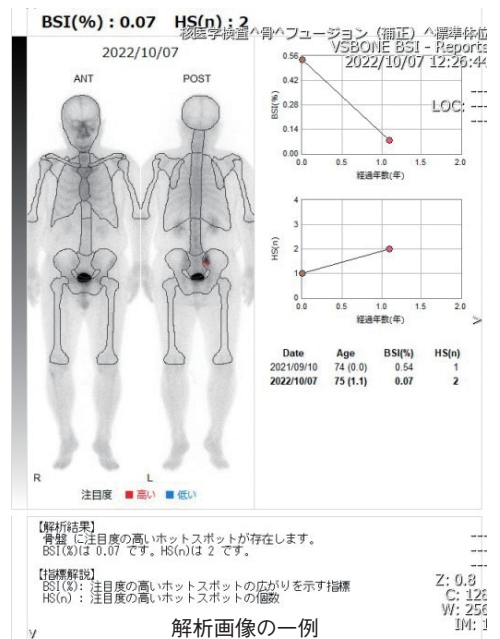
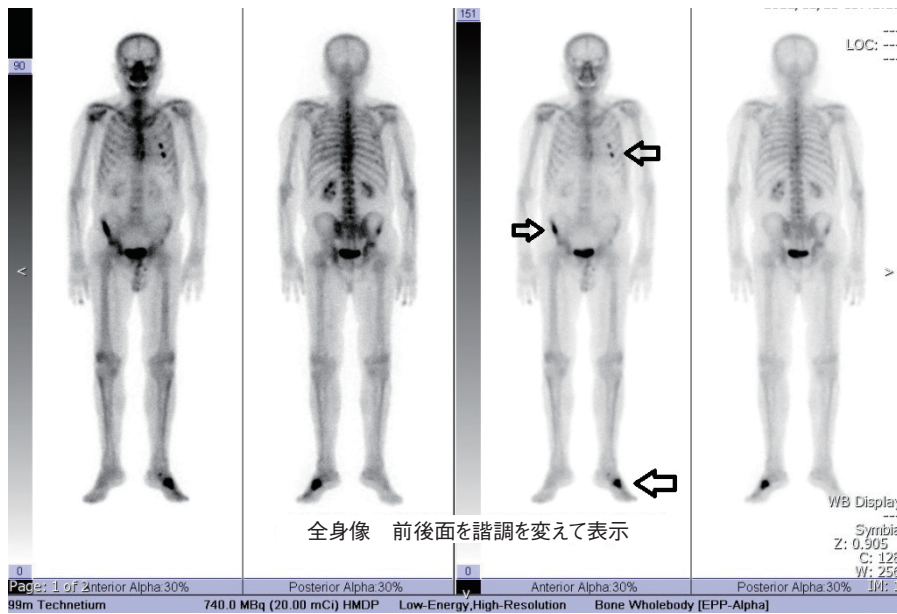
病気の早期発見、部位の特定は正しい治療法の選択だけでなく、正しい生活指導、介護に大きな影響を及ぼすため正確な診断が求められます。今回は特に骨への転移検索に有用な「骨シンチグラフィ検査」についてご紹介させていただきます。

「骨シンチグラフィ検査」とは、骨に集まる放射性医薬品を静脈から投与することで、全身の骨の様子を調べる検査です。歴史も古く全国で行われる核医学検査では最も多く実施されている検査です。

この検査はお薬の注射から2～3時間待った後に50分程度の撮影(仰臥位で動かないようにしてもらいますが、痛みで同じ体勢を保持できない場合は検査施行が難しい場合があります)となるので、検査全体では半日程度かかります。お薬自体は2ml程度でガイドラインに準じて投与され、副作用の報告も極稀です。検査前の制限は特にありませんが、お薬の注射後は水分を摂っていただいています。

近年技術の進歩によりお薬の集積を画像上、白黒の濃淡のみ二次元で表示していたものが、CTの断層画像と重ね合わせることでより詳細な位置情報を表すことができるようになりました。また集積の具合を数値化して経時的に観察することもできるようになり、患者さんへの説明にも活用いただけると思います。

「骨シンチグラフィ検査」を依頼されたい先生、ご施設があれば地域医療連携室経由で「骨シンチグラフィ検査」や「骨シンチ検査」と記載の上ご紹介ください。先生方の診断の一助、患者さんやご家族への説明などに役立てれば幸いです。



3/1
着任

新任医師のご紹介

New face Introduction 形成外科副医長 阿古目 健志

松山赤十字病院より着任いたしました。徳島大学卒業です。高知県には友人もあり、学生の頃に何度か訪れて楽しく過ごさせていただきました。高知県の皆さまのお役に立てるよう全力で取り組みたいと思っております。どうぞよろしくお願いいたします。



4月の新任医師のご紹介は次号に掲載します



令和3年7月より、地域医療センター公式LINEを開設いたしました。現在(R5/04/21)、828人の方に友だち登録していただいております。当初は月に2回ほどでしたが、現在は週1回のペースで情報発信しています。内容は、患者さんにご家族向けや医療関係者向けの当院の医療に関する最新情報、研修会・講演会、求人情報などです。簡単に当院ホームページにもアクセスいただけるようになっています。以下にお示しする方法で、簡単に友だち登録は可能です。登録してみて、あまり有用でないなどお感じでしたら、ブロックしていただいても構いません！でも是非、一度は、友だちになっていただけませんか？

LINE友だち登録の仕方

QRコードから登録する方法

● iPhoneの方



右記QRコードをカメラ機能から登録

● その他スマホの方



LINEのホーム
↓
友だち追加
↓
下記QRコードを読み込む



IDから検索して登録する方法



LINEのホーム
↓
友だち追加
↓
検索
↓
@824luicj
を入力追加
↓
追加

スマートフォンの画面ではこのように見えます



お知らせ

- 令和5年病院説明会(オンライン開催)
- 【対象者】令和6年3月卒業見込みで、看護師(助産師を含む)として就職を希望されている方
- 令和5年病院説明会(オンライン開催)
- 【対象者】令和6年3月卒業見込みで、看護師(助産師を含む)として就職を希望されている方
- 歯科衛生士(会計年度任用職員)募集【随時面接しています】
- ホームページ更新しました
- 乳腺・甲状腺外来
- えいようだよりvol.58(2023.2)バックナンバーはこちら <https://www2.khsc.or.jp/byouinshoukai/kouhou/eiyoudayori/>

令和5年病院説明会(オンライン開催)

看護師(助産師を含む)として就職を希望されている方が対象

こちらからご覧いただけます

歯科衛生士(会計年度任用職員)募集【随時面接】

こちらからご覧いただけます

ホームページ更新のお知らせ

乳腺・甲状腺外来

こちらからご覧いただけます

▲各項目をポチッとすると、該当のページに飛びます

◀こちらのURLもポチッとすると該当ページに飛びます

配信は月3~4回。ホームページでは医療関係者限定のご意見、ご要望を受け付けるメール窓口も開設しています。

第32回 外科グループ手術症例検討会

副院長 しぶ や ゆういち
澁谷 祐一



肺腫瘍血栓性微小血管症(PTTM)をきたし 急激な転帰をたどった乳癌の1例

乳腺・甲状腺外科副院長 よしおか りょう
吉岡 遼



症例は60代女性。左乳癌、多発リンパ節転移、多発肺転移、多発脳転移にて加療中にめまい、嘔吐を主訴に入院した。抗めまい薬投与にて症状改善を認めていたが、入院第6病日に呼吸困難が出現した。CTを施行するも両肺に軽度のすりガラス影を認めるのみで、明らかなSpO₂低下の原因は指摘できず、酸素投与のみで経過観察していたが、第10病日に呼吸状態の急激な増悪を認め、そのまま第14病日に永眠した。不顕性の癌性リンパ管症が疑われたが、肺塞栓や急性心筋梗塞など他疾患との鑑別も含め、病態解明のため剖検を施行した。剖検所見では両肺末梢の

肺動脈に腫瘍塞栓像を認め、血管内膜の線維細胞性肥厚と血栓形成を認め、臨床経過も併せて肺腫瘍血栓性微小血管症との診断に至った。

本疾患は肺細小動脈壁への腫瘍の転移により、血管内膜の線維細胞性増生や血栓形成をきたし血管の狭小化、閉塞を生じ肺高血圧が進行する病態で、急性右心不全をきたすことでほとんどの症例で呼吸困難出現から1週間以内に死亡に至るため、生前の診断が非常に難しいとされる。癌患者において急速に進行する呼吸不全を認めた場合、本疾患も鑑別に挙げて早期に精査を開始する必要があると思われる。

動脈塞栓術(TAE)と手術で救命した出血性 十二指腸潰瘍の1例

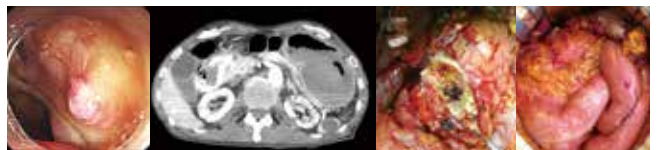
消化器外科・一般外科医長 たかた のぶお
高田 暢夫



70歳代男性、持続するタール便と血圧低下、意識障害にて救急搬送された。内視鏡では十二指腸潰瘍と大きな露出血管を認め、出血性十二指腸潰瘍による出血性ショックと診断、内視鏡的止血処置は困難であり血管造影を行った。血管外漏出が指摘できず、塞栓術は行わず終了したが、翌朝再びショックとなり、CTで十二指腸腔に著明な造影剤漏出を認め、胃十二指腸動脈に対してTAEを行った。内視鏡で観察すると、潰瘍底にコイルが露出し、再出血や穿孔のリスクが高いと判断し、幽門側胃

切除を施行した。十二指腸球部後壁側の潰瘍は膵臓や動脈からの剥離不能であり、潰瘍底を残して胃切除を施行し、大網を充填した。術後経過良好で15日目に転院した。

(図左から、露出血管、出血時のCT像、胃切除後の残存潰瘍底、再建後)



術前診断に難渋した浸潤性粘液性肺腺癌の1例

呼吸器外科医長 よしだ ちひろ
吉田 千尋



70歳男性、痰と労作時呼吸苦を主訴に近医を受診した。胸部CT検査で右肺に浸潤影を認め、細菌性肺炎の診断で抗菌薬投与を約3週間行ったが、呼吸器症状の改善を認めず精査加療目的に当院紹介となった。喀痰検査や血清学的検査、気管支鏡下肺生検では確定診断に至らず、器質性肺炎を疑いステロイド投与を開始した。しかし、右肺浸潤影と呼吸器症状は改善せず、再度気管支鏡下肺生検を施行し、浸潤性粘液性腺癌との診断を得た。全身精査でリンパ節転移、遠隔転移を認めず、胸腔鏡下右下

葉切除術を施行した。術後は良好に経過し、術前の呼吸器症状は消失した。浸潤性粘液性肺腺癌は経気道的に進展し、境界不明瞭な肺炎様の画像所見を示し、診断までに時間を要することが多い。また多くは下葉末梢に発生し、腫瘍を取り囲む肺胞腔が粘液で満たされているため、気管支鏡検査での確定診断に難渋する。しかし、初期の浸潤性粘液性癌であれば手術が有効な治療となりうるため、早期発見、確定診断が重要である。遷延する肺炎像を認めた際は本症を鑑別に挙げる必要があると考える。

令和5年1月25日に第32回高知医療センター外科手術症例検討会を行いました。今回は消化器外科、乳腺甲状腺外科、移植外科だけではなく呼吸器外科と心臓血管外科からも1例ずつ発表しました。

病理医による専門的な解説を交えてとても勉強になる症例検討会でした。視聴できなかった先生方のためにアーカイブ配信も今後行っていく予定です。新型コロナウイルス感染症が鎮静化すれば以前のように集合開催を行い、さらに活発な意見交換のできる会にしていきたいと考えています。

これからも皆さまからご紹介いただいた症例を1例1例大切に診療していきますので、何とぞよろしくお願いたします。

局所高度進行切除不能膵癌に対して膵全摘を行った1例

消化器外科・一般外科医長 田渕 幹康たぶち もとやす・主治医[岡林 雄大おかばやし たけひろ]



70歳代男性。主訴は黄疸、体重減少。CTで膵頭部に門脈、脾動脈浸潤を伴う45mmの腫瘍を認めた。局所高度進行切除不能膵癌と診断。化学療法経過中に遠隔転移の出現はなく根治的に膵全摘術を施行した。術後病理診断は、膵頭体部癌(y pT3N1a(#13), cM0, ypStage II B, R0)であった。術後経過は良好で、術後13日目に紹介医に転院となった。

当院における初発膵癌に対する膵全摘は過去15年間で19例施行されていた。膵全摘施行理由は迅速断端陽性26%、術前画像での腫瘍浸潤37%、主要血管への浸潤26%。高度膵炎11%であった。血管合併切除は全体の48%に行われていた。

Clavian-Dindo分類CD3以上の合併症発生率は11%、手術関連死亡は0であった。病理診断結果は、血管浸潤を37%、膵外神経叢浸潤を42%に認めた。R0切除率は79%であった。術後生存期間の中央値は28ヶ月(5年生存率33.3%)であり、進行膵癌症例が多いことを考慮すると膵部分切除と遜色のない結果であった。しかし、他病死が4人おり、うち3人は突然死であった。膵内分泌、外分泌機能の途絶による長期的なQOL低下が問題であり、根治性と術後QOLのバランスをとりつつ適応は慎重に見極める必要があると考える。

巨大な直腸肛門管癌に対して腹腔鏡下骨盤内臓全摘術を行った1例

消化器外科・一般外科副医長 黒田 絵理くろだ えり・主治医[稲田 涼いなだ りょう]



68歳女性で約1年前に肛門部腫瘍を自覚するも放置していた。増大および下血を認めたため、前医受診したところ直腸肛門管癌の診断となり、加療目的に当院紹介受診となった。膣、外陰部への浸潤を伴う巨大な腫瘍を認め、尿道、肛門挙筋や尾骨前面に腫瘍が近接していた。遠隔転移は認めなかったが、左側方リンパおよび両側鼠径リンパ節に腫大を認めた。尾骨合併切除、両側側方・鼠径リンパ節郭清を伴う骨盤内臓全摘術を腹腔鏡下に施行した。会陰の欠損が広範囲だったため、VY前進皮弁で形成した(手術時間:693分、出血量:1110mL)。術後病理組織診断は直腸肛門管癌(P・Rb・E, pT4b(膣・外陰部)NOM0, pStage IIc, Cur A)であり、根治手術となった。

術後5日目に食事開始し、順次腹腔内ドレーンと尿管ステントを抜去後、25日目に自宅退院した。骨盤内臓全摘術は、直腸・肛門・膀胱・前立腺・子宮などの骨盤内臓器を一括に切除する手術で、骨盤手術の中で最も難しく侵襲の大きな手術とされている。文献的には合併症率37-100%、周術期死亡0-25%と報告されている。当院では腫瘍学的根治性の担保が可能な症例に関して2019年10月より腹腔鏡での手術を導入している。令和元年以降の骨盤内臓全摘術は45例で、その内、腹腔鏡は18例(40%)であり、根治性を担保しつつ出血量の低減や、合併症率の低下を得ている。多臓器合併切除を伴う拡大手術を要する高度進行癌症例のご紹介をいただけますと幸いです。

緊急手術にて救命できた肺動脈血栓塞栓症の1例

心臓血管外科医長 近藤 庸夫こんどう のぶお・主治医[大上 賢祐おおうえ けんすけ]



87歳の女性。腰椎圧迫骨折にて他院で入院加療されていた。入院10日目に突然の呼吸苦を訴え、その後ショックバイタルとなり、当院へ救急搬送された。来院時、心電図ではSIQIII TIIIパターンであり、経胸壁エコー上も高度な右室負荷所見が診られた。造影CTでは両側肺動脈塞栓を認めた。発症様式から深部静脈血栓を原因とした肺塞栓と考えられ、下大静脈フィルターを留置した。その後、両側の高度な肺動脈塞栓症で血行動態の維持が困難であったことから緊急で開胸手術による肺動脈血栓除去術を行った。肺動脈は多量の血栓で充満しており、赤色

血栓と白色血栓が混在していた。赤色血栓が主体であったため急性発症と考えられたが一部に白色血栓も認めており、血栓溶解療法のみでの治療は難渋したものと考えられた。術後経過は良好で大きな合併症なく、リハビリ転院となった。深部静脈血栓を原因とする肺動脈塞栓はよく認知されており、予防は広く行われているが本症例のように突然発症し、緊急での治療が必要となることもある。当院、循環器病センターでは365日24時間の緊急対応を心がけており、今回も迅速に対応することで救命できた。

第64回 地域医療連携研修会 を

今回のテーマ

高齢化先進県だからこそ できることを一緒に考えよう

～介護現場における介護と医療の連携～

2月18日(土)に第64回地域医療連携研修会を高知県立大学との包括的連携事業の一環として開催しました。昨年はWEB開催でしたが、今年は高知城ホールでの集合開催とし63名(医療従事者50名・一般13名)の方々にご参加いただきました。地域包括ケアは、医療と介護、行政のチームワークが必要です。そしてチームは分業でなく、それぞれの専門職がお互いの立場を尊重し、専門性を発揮しつつ協働し、つないでいくことが大切です。当院の経営計画ではPatient flow management, PFMの考え方に注目しています。入院、手術、退院という診療の流れでみた院内PFMもありますが、地域のPFMも重要です。このFlowを持続させるためには地域の現状を理解する必要があると考えました。まず基調講演として、介護問題を熱心に取材している高知新聞社記者の石丸静香氏にお話をいただきました。また講演として①行政の立場から高知



はやし かずとし

地域医療センター長 林 和俊

市健康福祉部地域共生社会推進課の大黒美渚氏、②介護福祉士、ヘルパーの資格も持ち、現在もそれに従事している高知県立大学講師の辻真美氏、③救急医療と介護の関わりを当院の救命救急科医師の宮下浩平氏にご登壇いただき、お話をいただきました。

改めて感じたことは高齢化先進県であるにも関わらず、本県の介護の人材不足は相当深刻であるということです。人生100年時代、誰もが介護を受ける側になる可能性があります。また、高知県だけではなく、少子高齢化、少産多死社会は日本全体の問題です。国や県には急ぎ適切な対応を進めてもらうよう期待しておりますが、私達ができることは、まずは現状を理解すること、そして今ある資源をどうやって有効に活かすか、ということだと感じました。今後も医療と介護の連携のあり方に関心をもっていきたいと思います。

司会

地域医療センター (前) 副センター長

まつもと ひでお
松本 英雄



2月18日(土)に第64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集合方式により開催し、63名のご参加をいただきました。

今回は「高齢化先進県だからこそできることを一緒に考えよう!」「介護現場における介護と医療の連携」をテーマに、【第1部】県西部の介護現場の取材などに基づく基調講演、【第2部】行政、介護及び医療現場からの発表(講師3名)、【第3部】パネルディスカッションの構成で実施しました。

まず、高知新聞社の石丸静香記者から「悲鳴を上げる介護現場～高知の現状と課題～」と題して基調講演をいただき、続いて高知市健康福祉部地域共生社会推進課の大黒美渚主任から「在宅生活を支える医療

と介護の連携に関する取組」、高知県立大学社会福祉学部の辻真美講師から「在宅ケアを担うホームヘルパーから見た医療との連携」、当院の救命救急科の宮下浩平副医長から「医療現場から見た医療と介護の連携について」の題目でそれぞれ講演を行いました。

その後、座長として当院の林和俊地域医療センター長が加わってパネルディスカッションを行い、会場参加者とともにより良い医療介護連携の在り方を探りました。

アンケートでは、「介護と医療の連携の大切さがよくわかった」、「連携の必要性を改めて認識できた」などのたくさんのご意見をいただきました。

講演：医療現場から見た医療と 介護の連携について

平素より、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。今回の研修会では医療現場から見た医療と介護の連携について講演をさせていただきました。

高知県は昭和60年頃より人口が減少していますが、65歳以上の人口は増加しており、それに伴い高齢化率はどんどん上昇しています。高齢化率は令和元年時点で35.2%であり、これは秋田県に次いで全国2位、全国平均の10年先を行っている数値です。さらに高齢者の単身世帯や老々介護世帯が多い、また山間部が多く通院が困難であることや、医師が高知市、南国市をはじめとした中央医療圏に集中しているといった問題があり、医療をとりまく環境は年々厳しくなっています。

そのような中、高齢者が住み慣れた地域の中で自分らしい生活を送っていくためには、医療と介護の連携が大切となってきます。今回の講演会では、『医療現場から介護に携わる方々へお願いしたいこと』という内容でお話をさせていただきました。

お願いしたいことの二つ目は情報提供です。我々が救命救急センターで出会う患者さんは、救急車を呼ばなければならないような具合が悪い状態であり、日常の姿とは異なります。救命救急センターにおいては救命を優先するあまり集学的治療に傾きがちです。しかし我々が行うべきは普段の医療の続きであり、集学的治療を望んでいない方に挿管や人工呼吸器管理を行うことではありません。治療を考えていくためには、普段の状態や生活背景、人生観についても理解する必要があります。本来であればご家族にそういったことを教えていただくのが一番良いのですが、コロナ禍でご家族にほとんど会えていなかったり、そもそも同居しているご家族も高齢で認知症があったりと、情報が得られないことがあります。その際には、介護に携わる方々にいろいろと教えていただくと非常に助かります。もちろん情報提供を受けるだけではなく、我々医療機関からも介護現場に医療についての情報をお伝えするべく、退院時の情報提供や、救急外来から帰宅す

救命救急科副科長

みやした こうへい
宮下 浩平



る際の情報提供を行っていきます。

お願いしたいことの二つ目は急変する前の気づきです。救命救急センターには、急に具合が悪くなったことで搬送されてくる患者さんがたくさんいらっしゃいます。しかしよくよく話を伺うと、実は数日前から食事の摂取量が減っていたり、むせこみが多くなっていたりと、急変の予兆を伴っている場合があります。食事摂取量が減ったことから脱水や電解質異常をきたしたり、誤嚥から肺炎を起こしたりと、普段の生活の変化やトラブルから引き起こされる疾患はたくさんあります。もし、「ちょっとおかしいぞ」、という段階で気が付くことができれば、かかりつけ医を受診し急変を未然に防ぐことができるかもしれません。今回の研修会ではヘルパーさんとお話する機会があり、急変の察知については苦手意識を持っておられることも知ることができました。今後は介護に携わる方々と、「急変をどのように予見する」か、というような内容で勉強会もしていけたらいいのではないかと感じました。

介護に携わる方々と我々医療機関の職員が密な連携をとることで、高知県に住んでいる皆さんが安心して生活を送ることができればと考えています。今後とも何とぞよろしくお願い申し上げます。



活発に質疑応答が行われました

3月末で100症例を超えました!!

ロボット支援手術が順調にスタートしました

はやし かずとし

手術支援ロボット導入ワーキンググループ責任者 林 和俊

令和4年9月の消化器外科(下部消化管領域)を皮切りに、婦人科、泌尿器科、消化器外科(胃領域)、呼吸器外科のロボット支援手術がスタートしました。ロボット手術に関わってわかったことは、術者ひとりがコンソールでロボットアームを操作するソロ・サージェリーと言われながらも、チームとしてまとまりがなければ、実施不可能だということです。当該診療科医師と麻酔科医、看護師、そして臨床工学技士、滅菌担当者らの抜群のチーム力で、当院のロボット支援手術は安定して実施できています。ロボット導入前から導入後も頻回に、多職種の会合を開いて意見交換を続けています。ロボットアームの巧みな関節機能、腹壁・胸壁を刺激しすぎない安定した動作、解像度の高い3Dカメラ映像、またエルゴノミクス(人間工学)にも配慮されたコンソール設計など、ロボット支援手術は、術者にも手術を受ける患者さんにとっても多くのメリットを感じています。婦人科の子宮摘出術を例にとると、以前は腹式手術後1週間から10日ほどの入院期間でしたが、ロボット

手術であれば3~4日で退院可能です。出血量が少なく疼痛も弱いようです。現在、全科併せて1日1~2件の実施件数ですが、まだまだ増えると予測しています。ロボット機能は素晴らしい!とは言え、機器を操作するのはヒトですので、油断せず、今後もチーム力で安全を追求して参ります。

国は少子高齢化、地方の過疎化、人口減少などに対して、Society 5.0の考え方でAIやロボット技術などを活用し、都市部でも地方でも、人がより生活しやすい社会を目指しているようです。北海道の広大な医療圏や豪雪地域では、ロボット支援下の遠隔手術実施に向けた具体的な実証実験も既に進行しています。高知県においても、やがてそのような時代が到来するかもしれませんので、そういった動向にも注視しておくことも大切だと感じています。



「100症例の盾」



泌尿器科領域のロボット支援手術

にしやま やすひろ

泌尿器科主任医長 西山 康弘

泌尿器科では昨年度令和4年10月末より手術支援ロボット「ダビンチ」を使用した手術を開始しています。

手術支援ロボット「ダビンチ」を使用した手術は、ダビンチ手術Certificate(術者)の資格をもった執刀医が、操縦席(サージョンコンソール)から遠隔でダビンチの4本の腕(アーム)についているカメラや鉗子を操作して行います。

最先端の技術を駆使したダビンチでの手術には、色々な特徴と利点があります。

一つ目は、患者さんの身体への負担の軽減です。手術は、患者さんの身体に小さな穴を開けて行います。術後の傷が小さいため、痛みが少なく早期に体を動かすことが可能となり、合併症の減少、早期の社会復帰が期待できます。

二つ目は、ロボットによる繊細な動きが挙げられます。ロボットの腕(アーム)は人間の手より可動域が広く、手

ぶれが補正されるため、より複雑で繊細な動きが可能となります。それにより、術者の意図した通りの術中操作(剥離、切離、縫合など)が具現化でき、期待した通りの手術結果(癌の根治、尿禁制の維持など)に繋がります。

三つ目は、鮮明な画像です。ダビンチには、3Dフルハイビジョン画像を約10倍に拡大できるカメラが装備されており、そのカメラが映し出す鮮明な立体拡大画像を見ながら正確な手術を行うことができ、良好な手術結果へと繋がっていきます。

現在、泌尿器科領域でのロボット手術は、副腎摘除術、根治的腎摘除術、腎部分切除術、腎尿管全摘術、腎盂形成術、膀胱全摘術、前立腺全摘術、仙骨腔固定術が保険適応となっています。当院では、現在、前立腺全摘術をロボット支援下で行っていますが、他の手術も徐々に導入することを検討していきます。

尿路に困ったことがあれば、ご紹介いただければ幸いです。よろしくお願いたします。



高知医療センターでロボット支援手術開始

おかもと たく
胸部疾患診療部長(呼吸器外科) 岡本 卓

生体になんらかの創部・傷を伴いながらも悪いところを治す治療が、外科的治療・手術の根幹です。古くからの開胸手術、開腹手術に始まり、21世紀は内視鏡手術の時代です。開胸、開腹という大きな創部による痛み・侵襲から、少しでも優しく、小さな創部、低侵襲(術後の回復や生活の質を重視)を目指して、内視鏡手術(腹腔鏡下手術・胸腔鏡下手術)が主体となりました。さらに内視鏡のシステム、技術が発展し、現在の外科的治療の標準的手術法は、内視鏡手術が主体です。以前では開胸・開腹でなければ困難とされていた手術のほとんどが、内視鏡手術でできる時代になりました。従来の内視鏡システムは、20-30cm前後の長い棒状の鉗子を、皮膚を通して体腔内に入れ、把持したり結んだりという作業を行っています。

その後技術は進歩し、ロボット支援下手術が普及しました。ロボット支援下手術は、平成24年から泌尿器科領域で保険適応になっておりましたが、平成30年頃から消化器外科、婦人科、呼吸器外科領域など多くの診療科での保

険適応が拡大され、皆さま方にお届けできるようになりました。当院でも令和4年9月からロボット支援下内視鏡手術システム(ダビンチ・da Vinci Surgical System Xi)を導入し、運用開始をしております。大腸(結腸・直腸)、前立腺、婦人科領域から開始、令和5年1月には、胃、肺といった領域のロボット支援下手術の運用を開始いたしました。

ロボット支援下手術は内視鏡手術の一つとして認識していただければいいのですが、大きな特徴として、①自在な視野の確保と3D画像での手術であること、②外科医の手ぶれを防ぎ精密な手の動きを体腔内で再現したロボットアームでの手術であること、③内視鏡手術より小さめの傷でより精密な操作の手術であることです。

ロボット支援下手術は、従来型手術の外科医、麻酔科医、看護師というコアメンバーに加え、臨床工学技士の存在が不可欠です。医師、看護師、臨床工学技士をはじめとする各診療領域別のダビンチチームを結成し、シミュレーションと振り返りを日々行い、質の高い外科治療が提供できるよう努めております。

「ロボット支援下仙骨腔固定術」はじめました 婦人科医長 うえの あきこ 上野 晃子

令和4年秋より、当院でロボット(ダビンチXi)支援下手術を行っています。現在、婦人科では症例数を順調に重ね、現在では週1回(月曜日)1日2件ペースで行っております。

私たちが行っている保険術式は、子宮全摘術と仙骨腔固定術の二つです。

今回は「ロボット支援下仙骨腔固定術」についてご紹介します。これまでも70歳前後の方の骨盤臓器脱(子宮脱、膀胱瘤など)の患者さんには、メッシュによる子宮のつりあげとして、腹腔鏡下仙骨腔固定術を行ってききましたが、現在は「ロボット支援下仙骨腔固定術」に置き換えました。子宮脱の原因は、分娩による子宮や膀胱を支える骨盤底筋群の損傷です。年齢を経て重力とともに腔が下がってくると、尿失禁、頻尿やいつも股に何か挟まっている腔下垂感により、女性の生活の質を大きく落とします。高齢社会の日本女性の平均寿命は87歳で元気に長生きする方が増えておりますが、いったん子宮脱になると、健康寿命に大きな影響を及ぼします。また、一見命に関わらない病気と思われがちですが、放置すると尿閉となり重篤な尿路感染となるため、経過観察よりも手術をお勧めしています。この病

気の特徴として、多くの女性患者さんが羞恥心を抱え、医療機関を受診できずにいることです。骨盤臓器脱は、女性への配慮に慣れている婦人科での診療や手術は患者さんにとっても有益と考えますのでぜひご紹介ください。最近手術の年齢上限を設けず、しばらくお元気にお過ごしになられそうな方には、積極的に手術をお勧めしています。「ロボット支援下仙骨腔固定術」は、数ある骨盤臓器脱の術式の中でも、再発率が最も少ない術式になりますので、長寿時代の女性に最適な術式と考えます。今までの腹腔鏡下では人間の手がぎりぎり届く場所に縫合を行う大変難しい手術でしたが、鉗子の先が自由に曲がるロボット支援下になり、より安全に簡単に手術を行うことができるようになりました。

高知医療センター婦人科では、ロボット支援下手術を推進して参りたいと思いますので、皆さま、ご紹介よろしくお願いたします。



診察室で外来NSと(右が筆者)



胃がんに対するロボット支援下胃切除術の導入

たかた のぶお
消化器外科・一般外科医長(胃) 高田 暢夫

令和5年1月に胃がんに対するロボット支援下胃切除術を導入しました。ロボット手術は胃がんの手術において、従来の低侵襲手術である腹腔鏡手術と比較して術後合併症の発生率を半分以上に抑えられることが証明され、平成30年に保険適応になりました。胃がんの手術ではロボットの手ぶれがない多関節の鉗子が非常に有用であり、周囲のリンパ節を切除する際に隣接する臓器(特に膵臓)に愛護的な手技を行えること、狭い空間でも安定した縫合操作が行えることが大きなメリットです。初症例から3症例目までは他院からロボット手術のエキス

パートの医師を招聘し指導を受けながら行い、4症例目からは当院のスタッフのみで手術を行っており、術後合併症なく安全に導入することができています。腹腔鏡手術と比較して手術時間が長くなることは課題ですが、今後手術を定型化にしていくことにより短縮していけるものと考えています。ロボット胃切除術の有用性は早期がんよりも進行がんが発揮されることも報告されています。将来的には進行胃がんや胃全摘術、噴門側胃切除術など、より高難度の手術にも適応を拡げていき、胃がん手術の質の向上を目指したいと考えています。



大腸癌に対するロボット支援手術

いなだ りょう
消化器外科・一般外科医長(大腸) 稲田 涼

当院では大腸悪性腫瘍に対して、腫瘍学的根治性を担保しながら低侵襲な(体に優しい)腹腔鏡手術を積極的に行っており、令和4年には270例の大腸癌切除症例のうち259例(96%)に腹腔鏡手術を行いました。これだけの数の手術をさせていただいているのも、当院を信頼してくださる地域の先生方のお力添えのおかげであり、心より感謝しています。

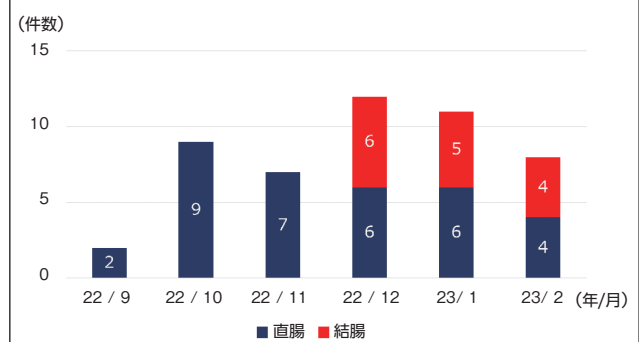
手術支援ロボットを用いた直腸癌手術は平成30年4月に、結腸癌手術は令和4年4月に保険収載されました。鉗子先端部の可動性が人間の手首以上あり、従来の腹腔鏡手術と比較し、より精緻な手術が可能となり、特に直腸癌手術の際の深部骨盤操作における神経温存(排尿・性功能)に大きく寄与すると考えています。しかしながらロボットアームの干渉などから従来の腹腔鏡手術よりも自由度がやや低く、他臓器合併切除を要するような高度進行癌など、腹腔鏡手術の方が優れている症例もあります。

当院では、令和4年9月末より大腸癌に対するロボット支援手術を開始しましたが、令和5年2月末までに49例の患者さんに対してロボット手術を行いました(直腸34例、結腸15例、表)。手術時間の中央値は直腸181分/結腸134分、出血量10mLであり、周術期の大きな合併症は無く、術

後在院日数中央値は8日、StageIV以外の症例は全例根治切除となっており、根治性を担保しつつ、安全面に細心の注意を払いながら、症例を積み重ねています。また直腸癌の側方リンパ節郭清や、近接臓器の合併切除など、難度の高い症例に対しても適応を拡大しています。当科の方針として、「患者さんをお待たせしない」をモットーとしており、コロナ禍の診療制限もございましたが、ロボット支援手術の患者さんも初診から手術までの待機期間の中央値は11日となっています。

引き続き大腸癌患者さんに対して、治しきる治療を体に優しいアプローチでお待たせせずに提供するように努めてまいります。変わらぬご指導・ご支援を賜りますと幸甚に存じます。

ロボット支援大腸癌手術数



ハートフルナーシング賞



看護局長 田鍋 雅子

毎年、看護局の理念を実践し信頼や尊敬を得ている看護職員を「ハートフルナーシング賞」として表彰しています。看護局長より表彰状、バッジ、記念品を贈呈し、部署責任者から受賞者のハートフルな看護実践や人柄が紹介されました。受賞者は自分自身の看護を振り返り、嬉しさ溢れるスピーチに感動と笑顔、時には涙する場面もありました。皆さまおめでとうございます！

患者さんと医療者全体に素敵な対応ができる

「心優しさあふれる賞」

やま さき あい こ

山崎 愛子看護副科長[外来]



今回の受賞、大変光栄に思います。これからも患者さんに寄り添い、患者さんの気持ちを大切にすることを忘れないようにしていきます。

誰からも信頼される看護実践力が優れた

「頼れるジェネラリスト賞」

かど まる かよ

角丸 佳代看護師[HCU]



受賞を聞いたときには驚きましたが、このような賞をいただき、大変嬉しく思います。今後も、HCUの科長・副科長をはじめ、スタッフとともに患者さんに寄り添った看護ができるよう、取り組んでいきます。

患者さんと医療者全体に素敵な対応ができる

「心優しさあふれる賞」

あき さわ えり こ

秋澤 恵理子助産師
[すこやか4B(産科・婦人科)]



このような過分な賞をいただき大変嬉しく思います。これからも患者さんが心身ともに安心して過ごすことができ、ハートフルな病棟であるよう努めていきます。本当にありがとうございました。

将来の目標となるような看護を実践している

「憧れる素敵な先輩賞」

はま ぐち ゆか

濱口 由香看護師
[のびやか7A(血液内科)]



日々勤務する中で大切にしていることは、患者さんの思いに最大限寄り添い、支えることです。今後もいただいたこの賞を励み・糧にし、看護の力を広げていきます。このたびは、ありがとうございました。

医療者全体に素敵な対応ができる

「Goodパートナー賞」

たけ むら めぐみ

竹村 恵看護補助者
[4Fフロア(産科・婦人科・NICU・GCU・小児科)]



4階フロアで頑張っていることを、このような賞と記念品をいただき大変うれしく思います。今回の受賞を励みにこれからも頑張ります。ありがとうございました。

ありがとうございました！



～イベント情報～

第25回 高知医療センター 内科症例報告会

ご紹介いただいた症例の治療経過報告

講演者名 高知医療センター内科系医師 数名

お問い合わせ先：地域医療連携室
Tel.088-837-6700

日時 5月24日(水) 19:00～21:00

場所 高知医療センター 2階
くろしおホール・zoomによるWEB開催
(ハイブリッド開催)

参加費 無

事前申し込み 有

対象者 医療従事者



他施設公開研修

心のケア1 精神症状のアセスメント

講演者名 岡村邦弘精神科認定看護師

お問い合わせ先：看護局教育担当
Tel.088-837-3000(代)
e-mail:kango_kyouiku@khsc.or.jp

日時 7月19日(水) 17:30～19:00

場所 高知医療センター 2階
くろしおホール(オンライン研修)

参加費 無

事前申し込み 有 締切7/5(水)

対象者 看護師(10名)

※学生は高知県立大学学生のみ

他施設公開研修

心のケア2 ①不安・抑うつ状態の患者の看護

講演者名 岡村邦弘精神科認定看護師

お問い合わせ先：看護局教育担当
Tel.088-837-3000(代)
e-mail:kango_kyouiku@khsc.or.jp

日時 8月23日(水) 17:30～19:00

場所 高知医療センター 2階
くろしおホール(オンライン研修)

参加費 無

事前申し込み 有 締切8/9(水)

対象者 看護師(10名)

※学生は高知県立大学学生のみ



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 2023年5月号(第188号)

発行：令和5年5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



地域医療センター 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>

くろしお君#1.#2