



社会医療法人 共愛会
戸畑共立病院

外科部門

力の結集で地域医療に貢献



チーム力で

地域完結型医療の

中核を担う！

高齢化の進展とともに、多くの併存疾患
やリスクを抱える方が増えています。
戸畑共立病院の外科では、救急医療並
びにがん治療を安全に推進しておりま
すが、多様化するニーズに応えるため、
新たに血管外科、足の外来を開設し
ました。
今、大きな課題となっている健康寿命延
伸を達成するためにも、外科のチーム
力、力の結集で、高齢化が進む地域医
療に貢献していきたいと考えています。
チーム力で地域完結型医療の中核を担
う戸畑共立病院・外科の最前線をご紹介します。

「外科」ドクター紹介

⇒P6



総合診療外科系顧問・血管外科部長
明石 英俊 あかし ひでとし

心臓血管外科
元久留米大学教授、九州歯科大学臨床教授、日本
外科学会認定医・専門医・指導医、日本胸部外科
学会認定医・指導医・評議員、3学会構成心臓血管
外科専門医・修練指導者、日本血管外科学会評議
員、日本消化器外科学会認定医、九州外科学会
評議員、第50回日本血管外科学会総会会長 他

⇒P4



外科部長
吉本 裕紀 よしもと やすのり

下部消化管 腹腔鏡下手術
日本外科学会認定医・専門医・指導医
日本消化器外科学会専門医・指導医
消化器がん外科治療認定医
日本内視鏡外科学会技術認定医
日本がん治療認定医機構がん治療認定医
日本大腸肛門病学会専門医

⇒P2



呼吸器外科部長
林 亨治 はやし こうじ

呼吸器外科全般
日本外科学会専門医・指導医
日本呼吸器外科学会専門医
肺がんCT 検診認定医
日本肺癌学会九州支部選出評議員
がん治療認定医

⇒P1



外科医長
室屋 大輔 むらや だいすけ

消化器外科・肝胆脾外科
日本外科学会専門医
日本消化器外科学会専門医
日本消化器外科学会消化器がん外科
治療認定医、日本肝臓学会肝臓専門
医、日本胆道学会認定指導医、日本がん
治療認定医機構がん治療認定医

⇒P12



主任外科部長
谷脇 智 たにわき さとし

消化器外科
日本外科学会指導医
日本消化器外科学会指導医
日本消化器病学会専門医
日本肝臓学会専門医、日本救急医学会
専門医、日本肝胆脾外科学会高度技能
指導医、臨床研修指導医

⇒P10



外科部長
和田 義人 わだ よしと

消化器外科・肝・胆・脾外科
日本外科学会外科専門医・指導医、日本消
化器外科学会専門医・指導医、日本消化
器内視鏡学会専門医、日本がん治療認定
医機構がん治療認定医、日本肝臓学会専
門医、日本肝胆脾外科学会評議員、日本救
急医学会専門医、臨床研修指導医 他

⇒P8



外科系顧問・肝臓外科部長
奥田 康司 おくだ こうじ

肝胆脾外科
元久留米大学教授、久留米大学外科学客員
教授、日本外科学会専門医・指導医・代議
員、日本消化器外科学会専門医・指導医、
日本肝胆脾外科学会高度技能指導医・評
議員、日本臨床外科学会評議員、日本マイ
クロウエーブ・サージェリー研究会評議員

ERASのさらなる推進を図り、

周術期合併症の低下に努める！

**合併症が発生しないよう、
EIPASSによる
術前リスク評価を実施。**

医療の安全の確保は、医療機関



NST (栄養サポートチーム) 回診風景

が最優先して取り組むべき課題の一つです。中でも手術を受ける患者さんの周術期管理においては、合併症の発生を抑えることが重要となります。そのため、戸畑共立病院の外科では熊本大学の外科で考案されたEIPASSスコアリングシステムを用いた術前リスク評価を行っています。これは、手術の合

併症が起る確率を評価するもので、手術前の状態から手術後の状態(予後)を予測することは主治医にとつて非常に大切です。

この術前リスク評価に加えて、入院セット(口腔ケアおよび術前呼吸リハビリ、シンバイオティクス)の定着にも力を入れています。例えば、手術前に口腔ケアを行うことで、術後の肺炎を減らすことができます。

また、クリニカルパス(治療や検査の標準的な経過を説明するため、入院中の予定をスケジュール表のようにまとめた入院診療計画書)を利用して、効率的かつ安全な治療を行っています。

他職種チームが

互いにサポートしながら

ERASをさらに推進。

安全管理のために推進している取り組みの一つに、ERASがあります。ERASとはヨーロッパで考案された手術後の回復力強化プログラムです。具体的には、外科医や麻酔科医、コメディカルなどさまざまな人たちがチームとなり、手術前後の不安や痛みを軽減して回復意欲を高めること、できるだけ早く栄養を摂取し、早く体を動かして、通常の状態に戻すことに重点を置きます。

ERASの一環として、医師、歯科医師、薬剤師、看護師、管理栄養士、言語聴覚士、臨床検査技師などからなるNST(栄養サポートチーム)が介入。各スタッフが専門的な意見を出し合い、安全管理や合併症減少のために栄養改善に取り組んでいます。

また、早期離床、早期経口摂取



のために、リハビリや嚥下訓練などを実施。手術患者さんの回復を促進し、予後の改善を目指します。

医療安全とは問題が起きないようにはすることがあり、そのために大事なことは勉強することです。今後とも日々勉強を続け、周術期合併症の低下に努めていきたいと考えています。

診断から治療、緩和ケアまで

シームレスに連携！

死亡率の高い肺がんは胸腔鏡手術で挑む。

肺がん治療で大事なのは
さまざまな
専門医との連携。

肺がんは診断された患者さんで、実際に手術適応となるのは約4割程度といわれています。残りの6割の患者さんは手術を受けずに初めから薬や放射線による治療を行います。手術した4割の患者さんの中にも再発などで薬や放射線治療を受ける患者さんがいます。よって、正確なデータではありませんが、肺がん患者さんの約8割以上は何らかの薬物による治療を受けているのではないのでしょうか。そう考えると、他のがんと比

べて肺がん治療では、抗がん剤や分子標的薬などを専門的に扱っている腫瘍内科の先生方や放射線治療を専門とする先生方との密接なつながりと知識の共有が非常に重要になります。

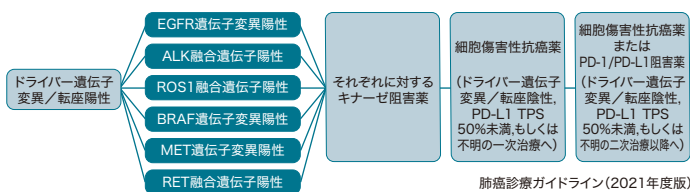
ますます複雑化する
肺がん治療、
チーム医療が不可欠。

2011年時の肺癌治療ガイドラインに記載されている局所進行肺癌に対する治療方針樹形図は非常にシンプルで「抗がん剤治療に耐えられるようであれば、まずは抗がん剤治療を行いましょう。できない時はEGFRの遺伝子異常を調べましょう」

というぐらいでした。2018年に

なると調べるべき
ドライバー遺伝子変異だけでなく、EGFR、ALK、ROS1、BRAF

の4つに増え、さらに免疫チェックポイント阻害剤の有効性を確認するための遺伝子であるPD-L1/PD-L1も調べるようになりました。さらに現在の最新のガイドラインではそれらにMET、RETのドライバー遺伝子も加えられるように



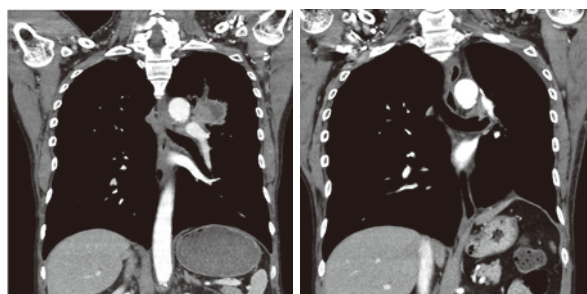
なりました。

患者さん一人一人のがんに対するオーダーメイドな治療が可能となりつつありますが、それに相応し専門性もどんどん深まっていきます。とても一人の医師だけではこれら全部を網羅することは難しく、チーム医療が必要となるのは必然なのだと思います。そうした点から、戸畑共立病院に「がん治療センター」がある意味は非常に大きく、肺がん患者さんに対して、
でもより緊密で効果的なチーム医療を実現しています。



**次々と開発される新薬、
それでもまだまだ大きい
手術の役割。**

今日では新薬が次々と開発され、放射線治療も日進月歩の勢いで高性能になっています。しかし、依然として手術の役割は



心臓血管外科医と一緒に手術した患者の術前(左)・術後(右)のCT写真

大きく、肺がん治療をする上でまず考えるべきは、この患者さんに手術をすべきかどうかということです。

腫瘍が大きくなり、胸壁、大血管、気管・気管分岐部、心膜・左房などにがんが浸潤したとしても、リンパ節転移が少数であれば、これらを合併切除することで予後を改善することができますといわれています。

当院でも肺動脈本幹に浸潤した肺がんを、心臓血管外科の先生と一緒に手術することで、肺がんを完全に切除し、しかも左肺の半分を残すことができます。

このような局所で非常に進行した肺がん症例では、手術適応となることは少ないのですが、それでもこのような患者さんがいる限り、技術を磨き切磋琢磨しなければならぬと感じています。

**手術方法も日進月歩で
低侵襲化へ、
完全鏡視下手術を導入。**

私が大学病院で肺がんの手術を学び始めたころは、背中から脇まで大きく切る後側方切開という開胸法が主流でした。その後、前側方切開へと変わり、さらにカメラを併用した胸腔鏡補助下手術、現在では完全胸腔鏡下手術へ変遷しています。これは、よく言われている「低侵襲化」への流れによるものです。

ただ、後側方切開が古くて悪い手術というわけではありません。これらの手術方法の中で最も視野

が良く、さまざまな拡大手術にも対応できるのは、相変わらず後側方切開です。重要なのは、患者さんの状態、腫瘍の大きさや部位、手術の内容、そして自分の技量に応じて、安全でより確実に腫瘍をコントロールできる、最も低侵襲な開胸方法は何かをしっかりと見定めることだと考えています。

当院でも完全鏡視下手術を導入し、患者さんにとって最善の手術とは、ということを第一に考え、日々の診療を行っています。肺がんに対してはクオリティの高い完全鏡視下手術を行っているということを、まず知っていただきたいと思っています。



胸腔鏡手術の様子

第一選択となり定着した 大腸がんの腹腔鏡手術。

市内でも数少ない
腹腔鏡手術の
技術認定医。

大腸がんの患者は、近年、急速に増加しています。日本人の死亡原因の第1位はがん、部位別にみると大腸がんは肺がんに次いで第2位です。ただ、大腸がんはステージが進んでいても、根治手術ができれば約7割は再発しない、比較的予後の良いがんといわれています。よって、手術でしっかり取り切ることが大切になります。

戸畑共立病院では大腸がんの手術を年間70〜80例ほど行っていますが、第一選択は低侵襲の腹腔鏡手術です。合併



症も少なく、ほとんどの患者さんは2週間以内に退院できます。

大腸がんに対する腹腔鏡手術は20年ほど前に導入され、現在では進行がんにも適応が拡大されています。2019年の大腸がん治療のガイドライ

ンには、「腹腔鏡下手術の適応は、がんの部位や進行度などの腫瘍側要因および肥満、開腹歴などの患者側要因だけでなく、術者の経験、技量を考慮して決定する」と書いてあります。

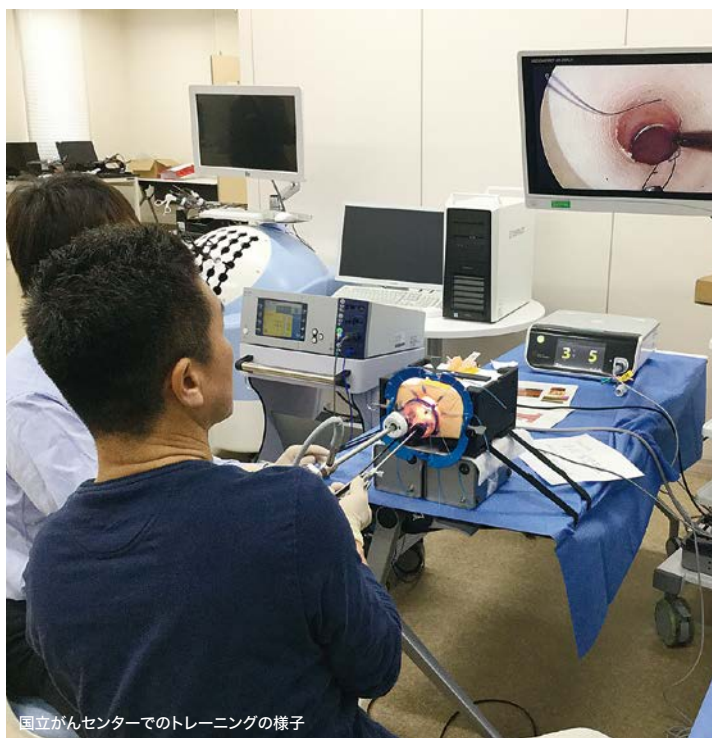
私は大腸がんに対する腹腔鏡手術がまだ過渡期である時代に、順天堂大学浦安病院に国内留学し、西日本では比較的早くから腹腔鏡手術を導入してきました。市内には数少ない日本内視鏡外科学会技術認定医も2009年に取得しています。現在までに、大腸が



んの腹腔鏡手術を約900例行ってきました。

**直腸がんのTAME
肛門機能の温存を
可能にする手術を導入。**

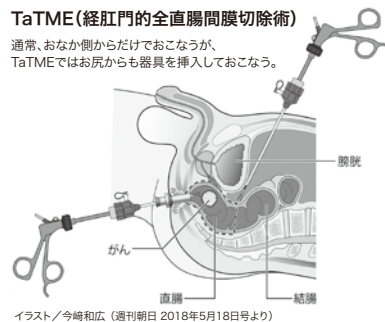
比較的新しい手術としては、大腸がんの中でも治療の難度が高い直腸がんに対する



国立がんセンターでのトレーニングの様子

TaTME（経肛門的全直腸間膜切除術）があります。直腸は骨盤内の狭い空間内に位置し、しかも複数の臓器や血管、神経が近接しているため、それらを避けながらがんを取り切るには高い技術が必要です。中でも肛門に近い部分の直腸がんの場合は、がんを取り切るだけでなく、肛門を温存できるかどうかが大きな課題となります。

ガイドラインに記載されている標準治療では、がんの再発を防ぐために直腸とともに肛門を切除し、左下腹部に永久人工肛門を作ることになっています。それに対してTaT



TaTME(経肛門的全直腸間膜切除術)

通常、おなか側からだけがおこなうが、TaTMEではお尻からも器具を挿入しておこなう。

イラスト／今崎和広（週刊朝日 2018年5月18日号より）

MEは直腸がんの根治性を高めるために肛門から腹腔鏡手術を行うもので、肛門機能の温存が可能な手術として注目されています。



LECSの様子

そこで、市内ではまだほとんど行われていないTaTMEの手法を習得するため、千葉県にある国立がん

センターで行われたセミナーに参加し、当院でもTaTMEを導入。40代前半の下部直腸がんの患者さんに施行し、肛門を温存することができました。

また、十二指腸や胃などの上部消化器がんに対しては、当院の宗祐人先生（副院長・消化器病センター長・内科系主任部長）と組んで手術を行うこともあります。内視鏡と腹腔鏡を併用したLECS（腹腔鏡・内視鏡合同手術）です。宗先生のもとには難しい症例の患者さんが送られてくることが多いのですが、このLECSは必要最小限の侵襲で腫瘍切除を可能とする、根治性と機能温存を兼ねた手術方法です。

集学的治療によって、どのステージの大腸がんにも対応。がん治療の認定医として薬物治療も行っています。進行した腫瘍に対しては、術前に抗がん剤によって腫瘍の縮小を図ることで根治性を高めます。あるいは、進行した腫瘍の切除後に術後補助化学療法を行うことで、再発率の低下に努めています。

集学的治療によって
どのステージの
大腸がんにも対応。

歩ける状態で長生きできる

快適な生活を。

急増する血管疾患に
対応するため

「足の外来」を開設。

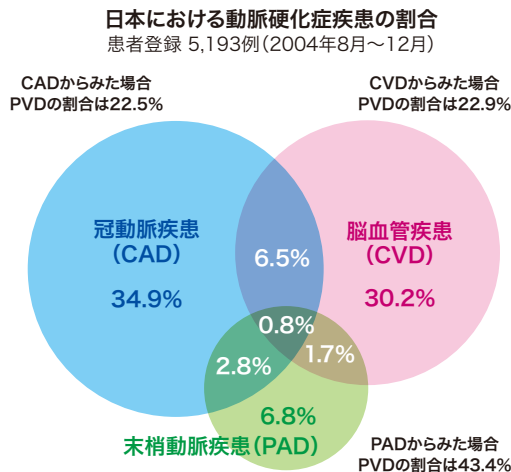
近年の高齢化を背景に、動脈硬化症疾患の患者数は急速に増えています。動脈硬化症疾患には、

冠動脈疾患、脳血管疾患、末梢動脈疾患がありますが、全身の病気のため、心臓、頭、足のどこか一方だけの動脈硬化症というのかえつて少ないのが現状です。

血管外科は、この動脈硬化性疾患を中心に、その他動脈、静脈、リンパ管に関わる疾患を扱う診療科です。私は久留米大学外科学教室で心臓血管外科医として、また血管外科教授として診療に励んでいますが、第一線の治療を行うべく、久留米大学を早期退職し、2018年4月より戸畑共立病

院で総合診療外科系顧問、血管外科部長として勤務しています。

大学では、心臓から足先までの動脈硬化症疾患に対して外科的治療を行ってきました。腹部以下の動脈疾患



は久留米大学外科学教室で心臓血管外科医として、また血管外科教授として診療に励んでいますが、第一線の治療を行うべく、久留米大学を早期退職し、2018年4月より戸畑共立病

院で総合診療外科系顧問、血管外科部長として勤務しています。

は、筋肉、関節、骨といった整形外科的疾患、血管疾患、さらに糖尿病や心臓病、腎臓病といった全身の疾患があり、それらが「足の外来」の対象となります。足の症状を入り口に、どの科を受診すればいいかといった判断をきちんとして、適切な診療をしてもらおうというのが、「足の外来」を開設した大きな狙いです。

主に動脈疾患、 静脈疾患に対して 最適な治療を。

血管疾患には動脈疾患、静脈疾患、リンパ管疾患があります。リンパ管疾患は少ないため、当院の血管外科で扱うのは主に動脈疾患と静脈疾患が多い現状です。動脈疾患の中でも一番多いのは、足の血管が詰まって血流が悪くなり歩けなくなる閉塞性動脈硬化症です。実は、閉塞性動脈硬化症の患者さんと大腸がんの患者さんの5年生存率を比べると、ほとんど変わらないという報告

があります。なぜなら、動脈硬化は全身の病気であり、足だけに動脈硬化が起こることはまずないからです。それどころか、むしろ足の動脈硬化は終末像に近いといえます。

閉塞性動脈硬化症に対する主な治療は、バイパス手術、ステントなどの血管内治療です。年間60例ほどの手術を行いました。多くが足を切断せずに歩いて退院されました。

動脈疾患のもう一つは腹部大動脈瘤で、こちらも当院で治療できます。

一方、静脈疾患で多いのは、下肢静脈瘤と深部静脈血栓症(エコノミー症候群)です。

伏在静脈
(弁の障害による逆流)

下肢静脈瘤疾患



下肢静脈瘤のレーザー治療器

下肢静脈瘤の治療法には、レーザー焼灼術と手術で静脈を抜き取るストリッピング・バリコトミーがあります。当院ではレーザー焼灼術による治療を行っています。ほとんど傷がつかないことから、多くの患者さんに選ばれている低侵襲の手術です。

深部静脈血栓症は薬での治療になります。

歩けることが大切。 下肢の救済によって 健康寿命を延伸。

「足の外来」の大きな目標の一つは、健康寿命の延伸です。健康寿命とは、「歩ける状態で長生きしていただく」ということです。それが、病気の予防も含めて一番重要だと考えます。

例えば糖尿病の患者さんに運動しなさいと言っても、歩けなければ運動もできません。

歩いて自分の足で移動するということが非常に大切です。歩ける状態を長く維持するためには、足をいい状態に保たなくてはなりません。そこで必要になってくるのが、一つは整形外科的疾患の治療であり、もう一つが私の行っている血管疾患の治療です。

整形外科での手術後に、実際は血管も悪くてリハビリができないというケースもあります。その場合は、バイパス手術やステントなどによって血流の改善を図り、良くなった時点でリハビリを再開していただきます。

このように、足を救うことによって体を動かすことができれば、リハビリもできます。つまり、

足を救うということは、QOLも上げながらその後の人生を救うことにもつながるのです。

例えば、足がはれる、しびれる、むくむ、痛い、長く歩けないといった症状があれば、早めに「足の外来」を受診していただきたいと思っています。特に長く歩けないというのは、動脈疾患の典型的な兆候です。

一人でも多くの地域の皆さんに歩ける状態で長生きしていただくためには、整形外科、形成外科、皮膚科など他診療科とのチーム医療や、開業医の先生方との病診連携が重要になります。地域全体で健康寿命の延伸に取り組むためにも、まず血管外科についての理解を深めていただければと思います。セカンドオピニオンもお受けしますし、先生のご紹介もしますので、お気軽にご相談ください。

記念すべき第50回日本血管外科学会学術総会の会長を私が務めます。大学以外での学会開催は初めてのことで、開催地は北九州市です。2000人の心臓血管外科医が一堂に会すこの好機に地域の発展、地域医療の充実に少しでも寄与できるよう尽力します。

地域医療への貢献

肝胆膵がんの集学治療

肝胆膵がんの手術

肝胆膵がんは、がんの種類やできる場所によつて長生きできるものから、非常に悪いもので様々です。超音波検査、CT、MRI、PET、超音波内視鏡検査などでがんの種類や進行度を詳細に検討し、その診断に応じ

て適切な治療を行うこととなります。比較的早期のものを除く多くの肝がんや、胆嚢・胆管がん、膵臓がんに対する根治的治療は手術しかないのが現状です。肝胆膵がんの手術はがんの種類、できた部位、広がり方によつて様々な術式がありますが、大きな手術になることが多いです。以前は手術後の合併症が多く、リスクの高いものでしたが、ここ



30年の間に、手術に使う工学機器の開発、腹腔鏡手術の導入、ITテクノロジーを駆使した画像診断の進歩、専門性環境の充実により随分と安全なものとなりました(図1、2)。それでも、手術は心身に対す

る負担が大きく、患者さんにとつてはできれば避けたい治療です。特にがんの手術は、心臓手術などで機能の悪い部分を正常

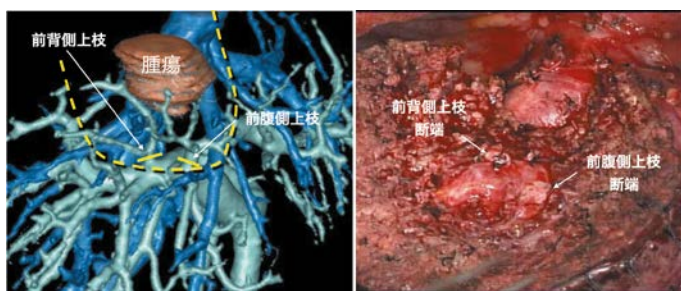


図1 3次元統合画像による手術シミュレーション。胆がん領域の過不足のない正確な肝切除。

に戻す手術と違って、正常に働いている部分もがんと一緒にとらなければならず手術後の臓器機能の低下も大なり小なり出てきます。その中で手術の根治性とバランスをとりながら、できるだけ低侵襲で身体的負担が少ない術式を選択していくのが手術の考え方です。

また、最近では社会の高齢化に伴つて高齢者の手術が激増しています。術式、全身麻酔、周術

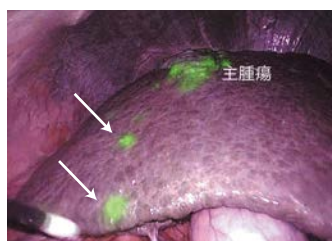


図2 ITテクノロジーによる外科医の新たな目。腹腔鏡下肝切除中、ICG試薬投与下の赤外線カメラ。肉眼では確認できない近赤外光を発する微小肝内転移巣(→)の発見。

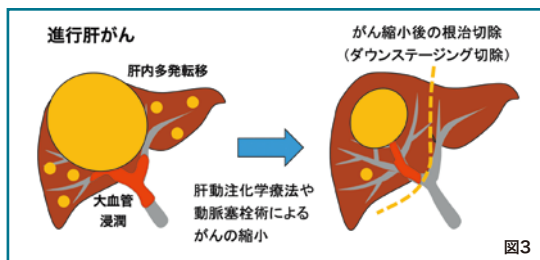


図3

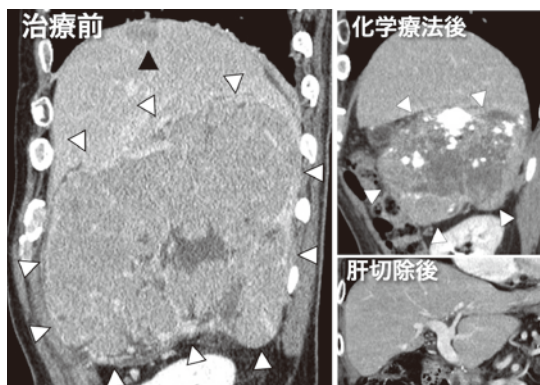


図4 肝がんのダウンスレージング切除。78歳男性。左: 治療前。腹腔内に充実する径20cmの肝がん(△)、肝内転移を伴う(▲)。1年6ヶ月間の経肝動脈性化学療法にて主腫瘍が縮小、肝内転移が消失し(右)、根治的肝切除を追加。治療開始後12年、90歳で元気に生存中。

進行がんに対する集学治療

一方で、私たちは手術ができないほど進行したがんに対しては根治を目指す、あるいは長生

期管理の進歩により、以前に比べて高齢者に対する手術は格段に安全に行えるようになっていますが、高齢者に特有な術後の筋力低下やせん妄、認知機能の低下などに対して、十分な予防や対策を講じていきます。がんの根治性と「健康寿命」の維持をともに考えながら、患者さん、ご家族に説明し、その意思を尊重しながら治療法の選択、手術の適応を決定していくことになります。

脈から抗がん剤を流す治療（肝動注化学療法）を行い、がんを縮小させて切除を行うことで（ダウンスレージング切除）、飛躍的に長生きできるようになっています（図3、4）。分子標的薬や定位放射線療法などの併用も有効であることがあります。また、がんの性格として悪性度が高く、技術的にはがんは切除

きをしていただく治療をしていることが大変重要だと考えています。近年、手術以外にも、抗がん剤治療、分子標的薬治療、放射線治療など様々な治療法が進歩して成果を上げてきております。最近の肝胆膵がんの治療の方向は、これらの治療と手術を組み合わせ多方向からがん治療を行う「集学治療」に進みつつあります。肝細胞がん（肝臓内の肝細胞から発生する肝がん）では、肝臓周囲の門脈や下大静脈などの大血管に浸潤したり、肝臓全体に転移が広がって手術ができないほど進行したがんに対して、がんを栄養する動脈を塞栓したり（肝動脈塞栓術）、肝動

脈から抗がん剤を流す治療（肝動注化学療法）を行い、がんを縮小させて切除を行うことで（ダウンスレージング切除）、飛躍的に長生きできるようになっています（図3、4）。分子標的薬や定位放射線療法などの併用も有効であることがあります。また、がんの性格として悪性度が高く、技術的にはがんは切除

できるが、手術単独ではなかなか長期に生存することが少ないタイプの肝がんや膵がんに対して、手術前に抗がん剤治療をし、手術後（術前補助化学療法）、その後で手術を行うことが有効であることが証明されています。

この様に肝胆膵領域の進行したがんに対しては、ひとつの治療

法にこだわらずに、他科と連携しさまざまな治療法を進めていく集学治療が非常に重要です。そして、それぞれの治療は日進月歩で進歩しており、それを担当する医療者は専門的で高度な技術を持っていることが求められます。当院では肝臓内科、放射線診断部門、がんセンターでの放射線治療・化学療法部門、外科がそれぞれ特筆すべき成果を上げており、集学治療体制が整っています。進行したがん患者さんにおいても集学治療により根治の道が開けていくものと思います。

全人的医療をめざして

「がん救急」も含めた救急外科に チーム医療で迅速に対応。

一次・二次をメインに

高齢者やがん患者の

救急にも機動力を発揮。

戸畑共立病院の救急センターでは、主に一次、二次の救急患者さんを24時間体制で受け入れています。その中で救急外科のメインとなるのは、一般外科、がんの救急、そして多発外傷や急性腹症などです。

当院には「がん治療センター」があり、がん治療を盛んに行っていることもあって、がん患者さんの救急にも対応しています。がんの三大治療は手術、抗がん剤治療、放射線治療ですが、抗がん剤治療を行っている、副作用で例えば腸が破れるといったことがあり得ます。そのようながん患

者さんに対して行うのが、「がん救急」です。「がん救急」は欧米では独立したがん治療の医療概念として普及していますが、日本で当院のように「がん救急」を行っているところはまだ少ないのが現状です。

戸畑区は高齢化が進んでおり、高齢の患者さんも数多く救急搬送されて来ます。高齢者の方は高血圧や脳梗塞などいろいろな病気を抱えていて、血液をサラサラにする薬を飲んでいる方が少なくありません。その場合、胃潰瘍などで出血すると血が止まらないという問題があります。あるいは、高齢者に多い胆嚢炎が原因で救急搬送されて来たものの、実際は胆嚢炎の痛みだけでなく、痛み止めの薬が原因で胃が破れていたなど、一度にいくつか

のことが同時に起こることがあります。このように、多くの併存疾患やリスクを有している高齢の救急患者さん

にも迅速に対応できるのが、当院の救急外科の大きな特徴の一つといえます。

科を超えたチーム医療とそれを支える優秀なコメディカル。

救急外科といっても、実際は外科だけで終わることはありません。外傷などがあれば整形外科が入るし、呼吸器外科や脳神経



外科が入ることもあります。当院には救急学会専門医が4名常駐。麻酔科医も5名おり、そのうちの3名は外科医です。手術をしなければならぬ、あるいは内科的に治療をしなければならぬとなれば、ただちに外科や他の科の医師も含めて動くことができます。他の科との垣根がなく、連携が非常にスムーズなため、



救急センター

さまざまな救急患者さんへの迅速な対応が実現しているのです。病診・病病連携にも積極的に取り組んでおり、中でも循環器系の三次救急として、小倉記念病院やJCHO九州病院などのご協力をいただくことが多くあります。逆に、小腸出血などの特殊な消化器疾患については、当院の消化器病センターでただちに対応可能です。



もう一つ、コメディカルの存在も大きな戦力となっています。特に救急においては画像診断が不可欠ですが、いくら設備が整っていても、読影・診断できる者がいなければ緊急時に対応できません。当院ではすぐにCT検査やMRI検査ができるだけでなく、すぐに診断をつけることができます。当院の診療放射線技師の技術は高く、例えばCT

検査を行った瞬間にある程度の診断がつくため、医師はそれをもとに判断ができるからです。臨床検査技師や薬剤師もスピーディーに対応してくれます。

救急外科に搬送されて来た高齢の患者さんに対しては、寝たきりや誤嚥を防ぐため早急のリハビリを開始するのはもちろん、NST（栄養サポートチーム）が介入して適切な栄養管理を行います。

また、救急センターのスタッフである救急救命士と看護師も、日頃からいろいろな研究会や学会、災害派遣医療



PET-CT

チームDMATに参加するなどして、常に研鑽を積んでいます。救急外科では、迅速に検査を実施し、必要があれば手術を行い、術後は集中治療室で全身を管理しながらリハビリを行うという一連の流れができています。

断わらない救急で患者や家族が納得できる医療の提供を目指す。

当院は基本的に患者さんを断らない救急を行っています。ただ、救急は行政、救急隊、開業医の先生方との連携があって初めて成り立つものです。例えば、戸畑地区には一人暮らしの高齢者の方が多いのですが、緊急で手術が必要になった際、行政の方が代理で承

諾をしてくれると、手術はスムーズにいけます。進行がんの患者さんに何か異常があった場合には、すぐにかかりつけ医の先生から連絡をいただけるため、こちらも直ちにスタンバイできます。特に高齢者の方の救急外科については、病病連携、病診連携も含めて、地域との連携が不可欠です。

また、今後は「がん救急」のニーズがますます高まってくるのではないかと思います。日本人の二人に一人はがんになるといわれている今日、脳梗塞や心筋梗塞以上にがん患者さんの割合は多いからです。

大腸がんの患者さんで、腸閉そくになって救急搬送されてきた方がいます。その後、がんの進行を止めることはできませんでしたが、また食べられる状態になつて一時帰宅できました。

これは一つの症例ですが、がん患者さんは全員が全員、手術できるわけではなく、完治できるわけでもありません。しかし、たとえ延命はできなくともQOLを改善して、ご本人やご家族が満足とは言わないまでも、少しでも納得いくような形で最期を迎えていただきたい。そのための「がん救急」だと考えています。

心のこもったチーム医療で、喜んでもらえる医療を！それが「共立プライド」。

「共立プライド」を

持ち続けながら、

時代の変化に柔軟に対応。

戸畑共立病院に赴任して10年余りになります。その間、医療内容そのものは随分と変わってきました。外科の立ち位置も、10年前とはまるで違います。医療を取り巻く環境は急速に変化していますから、今後については想像がつかないところもあります。ただ、10年後も「戸畑共立病院があつて良かった」と皆さんに思っていただけけるような、そんな病院の中の外科チームでありたいと考えています。

そのためには、時代の変化に対応し続けること、常に発展途上であり続けることが必要です。地域の皆さんに喜んでいただける医療を目標とする。それを私は「共立プライド」と呼んでいます。この「共立プライド」がある限りは柔軟に対応していけるはずです。

各部門が高い目標を掲げ

心のこもった

チーム医療を実現。

戸畑地区周辺は高齢者が多いため、特に救急センターには単一の疾患で来られる方はまずいません。おなかที่痛いといつても、実は

半年前に脳梗塞を患った、あるいは閉塞性動脈硬化症があるなど、いろいろな病気を複合している方がほとんどです。そのような患者さんに対して治療方針を決める際も、各診療科間の垣根が低いことは非常に有利で、当院の大きな特徴といえます。

また医師だけでは行き届かないところも多々ありますが、それをカバーしてくれるのが、各部門のスタッフです。例えば、腸閉塞の患者さんがいたら、「この患者さんに高気圧酸素療法はどうでしょうか？」といった提案をしてくれます。また手術直後より開始するリハビリも、注意点、制限などについて

てベッドサイドで尋ねてくれます。言いやすい環境もありますが、各部門のスタッフは日々勉強して、それぞれの立場で、最大限の活躍を我々にも見せてくれています。さらに、患者さんに関する主治医が知らない情報を提供してくれ、それが治療に結びつくことも珍しくありません。

国から地域がん診療拠点病院に指定されたのも、各部門のスタッフが積極的に自ら高い目標を掲げ、頑張っているおかげと誇りに感じています。医師および各部門のスタッフ一人ひとりが互いに意識を高めながら、患者さんのために何ができるかを常に考え、行動している。



そんな心のこもったチーム医療を戸畑共立病院は実践しています。

ジェネラリストをベースに、専門性を追求する

病気に対する治療の専門性が高まってきているのは、外科も同様です。現在のスタッフでは賄いきれない専門分野が存在するのも事実です。その部分を補っていたために福岡大学から二見先生、山下先生の協力を得ています。先日は肝切除術において、肝静脈再建を血管外科とのコラボで完遂しました。

今回、医療安全、がんの外科、高齢者の外科治療、救急外科について各スタッフに語ってもらいましたが、すべてが外科にとっては大事なことを考えています。専門性を高めていくことも重要ですが、ジェネラリストとしての視点をベースとすることを忘れてはいけなとと考えています。今後、医療経済や高齢化の問題、さらに我々スタッフの働き方改革など、環境が目まぐるしく変わる中でも、各自が切磋琢磨しながら、人として成長していくことが必要です。それが、地域医療に貢献していくことにもつながるはずです。

今後も戸畑共立病院の外科



チームは、地域の外科診療を担い、信頼される診療科に成長できるように、「共立プライド」を忘れる

ことなく、「うつくしい心」を持って、時代の変化に対応していきたいと考えています。



社会医療法人 共愛会のご案内

救急告示病院 地域医療支援病院 へき地医療拠点病院 災害拠点病院 地域がん診療連携拠点病院
管理型臨床研修病院 特定行為研修指定研修機関 日本がん治療認定医機構認定研修施設
開放型病院届出施設 日本医療機能評価機構認定病院

戸畑共立病院 **tel.093-871-5421**

※救急患者は休日・夜間でも受付致します。

女性検診レディック

戸畑共立病院 健診センター **tel.093-871-6025**

日本医療機能評価機構認定病院(主機能:リハビリテーション病院/副機能:緩和ケア病院)
日本臨床栄養代謝学会(NST)認定教育施設 日本リハビリテーション医学会研修施設
日本緩和医療学会認定研修施設 在宅療養支援病院

戸畑リハビリテーション病院 **tel.093-861-1500**

在宅療養支援診療所

明治町クリニック **tel.093-871-3655**

介護老人保健施設 **あやめの里** **tel.093-871-5902**

住宅型有料老人ホーム

サンセリテ明治町 **tel.093-871-3711**

あやめ在宅ケアセンター

- ・あやめ訪問看護ステーション **tel.093-871-5917**
- ・あやめヘルパーステーション **tel.093-873-8327**
- ・あやめケアプランサービスステーション **tel.093-873-8317**
- ・あやめ巡回ステーション **tel.093-871-4571**

ケアハウスあやめ **tel.093-861-1663**

明治町デイサービスセンター **tel.093-861-1765**

メディカルフィットネスR・EX戸畑 **tel.093-861-1746**

福祉用具レンタル・販売・住宅改修

あやめレンタルサービス **tel.093-871-3712**

共愛会ケアプランサービス **tel.093-861-1511**

共愛会法人本部 **tel.093-330-0032**

共愛会健康保険組合 **tel.093-871-6151**



Home Page
<https://www.kyoaikai.com>



YouTube
<https://www.youtube.com/channel/UCuM415RJLcr-UvxQ5FV3DJA>



facebook
<https://ja-jp.facebook.com/kyoaikai/>