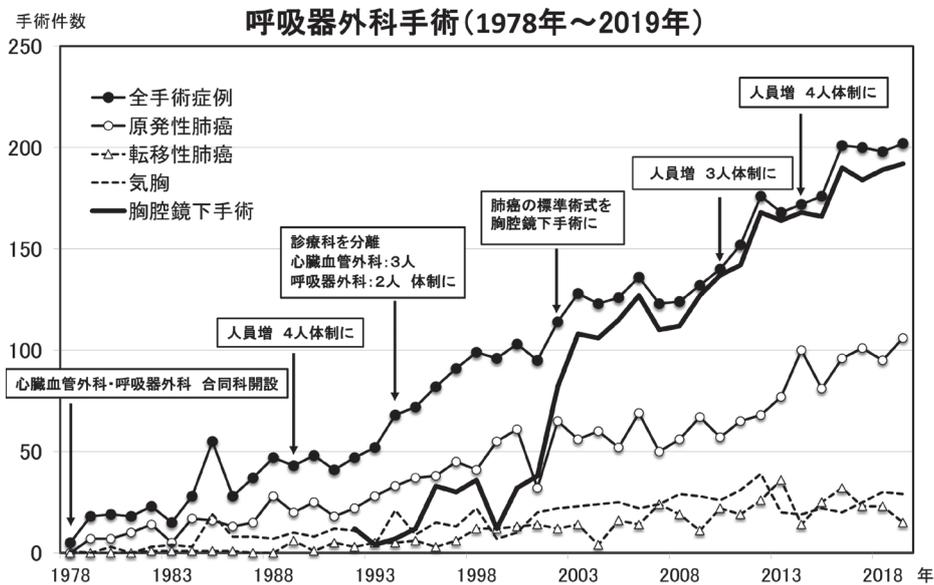


# 呼吸器外科



## 安全で確かな医療を届ける

呼吸器外科は昭和52年(1977年)心臓血管外科・呼吸器外科として開設されました。いわゆる胸部外科として一人の部長以下2～3人のスタッフで人工心肺を用いた弁置換術などの心臓外科の手術と肺癌の肺葉切除術などの呼吸器外科の手術が同じチームで行われていました。昭和63年(1988年)に1名増員の4人体制となり、更に平成6年(1994年)にはもう1名の増員が認められ、心臓血管外科3名、呼吸器外科2名体制で分離・独立することとなりました。手術枠も当初は月曜日のみでありましたが、手術件数の伸びと共に水曜日を加え、現在は月、水、金が手術日となっています。分離前の1993年では52件の手術件数でしたが、分離後毎年10例程度の増加が有り、2000年には漸く年間100件を超え、2016年には200件を超えることが出来、呼吸器外科の総手術数は2019年12月末までで4012件となりました。手術件数の増加に伴いスタッフの増員も認められ、2010年にはレジデント1名を加えて3人体制に、2014年からはレジデントが2名となり4人体制となりました。開設当初から現在に至る呼吸器外科手術の変遷の中で最も大きな手技上の変化は通常の開胸手術から胸腔鏡下手術(video-

assisted thoracic surgery、VATS)主体になったことだと思います。手術器具の改良、手技の向上と共に当初気胸の手術に限定されていた胸腔鏡下手術が肺癌の肺葉切除、リンパ節郭清へと拡大され、当院でも2002年より肺癌の標準術式としました。切開創が小さく創部痛などの手術侵襲が少なくなったのは患者さんにとっての大きなメリットですが、開胸での手術ではほぼ術者にしかわからなかった手技の詳細が胸腔鏡の手術では大きなモニターに映し出され全員で共有できることで、若手の修練もより安全に行える様になったと考えます。現在では肺癌手術の95%以上を胸腔鏡下手術で行っています。更に2019年からはその延長としてダビンチを使ったロボット支援手術も開始しており、また現在主流の小開胸創(4cm程度)と2つのポート孔(1cm程度)で行う胸腔鏡下手術を更により低侵襲となるよう、切開創を減らし小開胸創のみで手術を完遂するUniportal VATSも導入しています。

科長 川上 賢三

# 心臓血管外科



## わたし失敗しないので!

心臓血管外科は滋賀県立成人病センター開設7年目の1977年(昭和52年)に呼吸器外科を併せて同一科として新設されました。滋賀県では同時期に滋賀医科大学第二外科も設立され、ともにスタッフは京都大学第二外科と胸部疾患研究所から派遣されました。1例目の手術は同年8月、房室ブロックに対するペースメーカー植込み術で、2例目はバージャー病に対する腰部交感神経切除術でした。心臓手術の最初は僧帽弁交連切開術で、2例目には初めて人工心臓を使用して心房中隔欠損症パッチ閉鎖術が行なわれました。翌年からは1~2例/月、弁膜症や冠動脈疾患、先天性心疾患に対して心臓手術が行なわれるようになりました。当初は呼吸器手術も一緒に手がけていましたが、1996年には呼吸器外科と分立し心臓血管外科として現在に至っています。術後40年以上経過した今でも元気に通院されている方もおり、手術の有効性を実感します。

高齢化社会となり心臓弁膜症や大動脈疾患が増加しました。大動脈弁置換術が最も多く、成績は良好です。この数年でTAVI(経カテーテル大動脈弁置

換)の進歩が著しく、80歳以上の高齢者に対しては治療の主流になりそうです。大動脈瘤に対する人工血管置換術は人工心肺技術の向上と人工血管や止血剤の改良に伴い、安定した結果が得られるようになりました。ステントグラフト内挿術も可能となり今後の発展が見込まれます。冠動脈バイパス手術については20年ほど前から心拍動下手術が可能となりましたが、適応はカテーテル治療の発展に伴い、重症例や再狭窄を繰り返す症例に限られています。当院は滋賀県がん診療連携拠点病院です。血管浸潤を認める進行癌の手術で動脈再建を依頼され、癌治療に参加することもあります。

近年、外科治療の低侵襲化が進められています。カテーテルによる僧帽弁治療や胸腔鏡下小切開による心臓手術が行われ、ダビンチを用いたロボット手術も現実化しています。今後、最先端治療を行えるよう知見を積む必要があります。

科長 山田 知行

## 泌尿器科



### 患者さんにやさしい低侵襲治療を目指します

泌尿器科は、昭和58年(1983年)4月に開設されました。開設当初は部長1名のみが赴任し、診察室も膀胱鏡などの専門的な診断機器もなく、半年間は泌尿器科としての診療ができない体制だったそうです。この期間に病棟や看護師、手術室のスタッフに泌尿器科の診療や術後管理などを教育し診療開始をすることができるようになりました。

開設後もしばらくの間は常勤医1名の体制であったため、診療内容がかぎられたものであったと思われます。昭和60年(1985年)、61年(1986年)にそれぞれ1名の医師が赴任したことで常勤医師3名の体制となり、現在の泌尿器科診療の基礎が作られました。以後は一時的に人員減少の時期もありましたが、おおむね3名から4名の常勤医師での診療を行っています。

泌尿器科では以前から膀胱癌や前立腺肥大症に対する内視鏡手術が積極的に行われてきました。尿路結石に対しても尿管鏡や腎盂鏡での手術を行ってきましたが、平成12年(2000年)に對外衝撃波結石破碎装置(ESWL)を導入し、結石治療は大きく変化

しました。またこの頃には泌尿器科領域での腹腔鏡手術の導入がすすみました。当院でも副腎腫瘍に対する腹腔鏡手術を開始して以降、腎癌や上部尿路上皮癌、前立腺癌、進行膀胱癌などの手術も開腹手術から次々に腹腔鏡手術に移行して、より患者さんにやさしい治療を行えるようになりました。以前は開腹手術が当たり前であった泌尿器癌の手術のほとんどを現在では腹腔鏡下の低侵襲な手術で行っています。平成30年(2018年)にはレーザーを用いた前立腺肥大症手術や尿路結石手術を本格的に導入し、悪性疾患以外の治療も進歩を続けています。さらに令和元年(2019年)より手術支援ロボット「ダヴィンチXi」が手術室に導入され、当科では前立腺癌や腎癌の治療成績の向上に取り組んでいます。今後も積極的に新規治療薬剤や最新手術機器を導入することで、患者さんが安心して治療を受けられる泌尿器科を目指していきたいと考えています。

科長 吉田 徹

# 婦人科



## ONE TEAM

婦人科は成人病センターが創立された当初から子宮癌検診部門として発足しました。これまで滋賀県内における子宮頸癌検診の普及と精度管理に果たした役割はさわめて大きく、子宮頸癌の早期発見に貢献して来ました。

当科は滋賀県のがん診療拠点病院として、子宮頸癌、子宮体癌、卵巣癌など婦人科悪性腫瘍に対する診断・治療・治療後の管理および腹腔鏡やロボット支援下腹腔鏡手術など低侵襲手術に重点を置いて診療を行なっています。

2000年以降この20年を振り返りますと、婦人科疾患に対する基本的な診療路線は踏襲しておりますが、2010年以降手術に良性疾患の腹腔鏡手術が本格的に導入され、2016年以降初期の子宮体癌に対する腹腔鏡手術が保険適応後実施できるようになり、腹腔鏡技術の向上が加速されました。さらに2019年以降ロボット支援下手術およびBRCA遺伝子検査、家族性乳癌卵巣癌症候群の乳癌発症者に対する予防的卵巣卵管切除術が保険適応になり低侵襲手術の具現化とゲノム医療の推進とこの2年間で大きく診療内

容が変化してきております。また予防可能な子宮頸癌を滋賀県から撲滅すべく、HPVワクチンによる子宮頸癌予防の普及にむけて取り組んでいます。

治療に際しては、十分なインフォームドコンセントを行い、疾患の治療に加え自覚症状の改善など患者さんの満足を得られる医療を目指しています。さらに適応をよく見定めて疾患の根治性を保ちながらも機能温存および低侵襲な手術を念頭におき、術後の早期回復と入院期間の短縮にも努めています。

産科婦人科専門医・指導医、婦人科腫瘍専門医、産科婦人科内視鏡学会認定腹腔鏡技術認定医、細胞診専門医、癌治療認定医が在籍しており、婦人科疾患に対する高度な治療の提供に努めています。

今後、人事異動による診療内容の若干の変遷があるかと思いますが、チーム一丸となって滋賀県の婦人科診療に貢献できるよう精進して参ります。今後とも婦人科をよろしく願い申し上げます。

科長 村上 隆介

## 眼科

27G硝子体手術



低侵襲緑内障手術

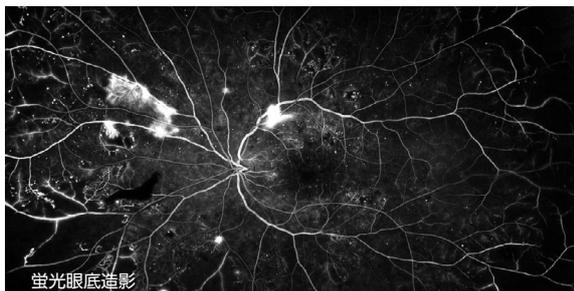


### 最先端の眼科医療を安全かつ良質に提供

当院の眼科開設は、1984年4月で、当初は常勤医1名でしたが、1987年4月からは常勤医が2名となり、しばらくこの体制が続きました。1998年1月より医務嘱託医1名増員、1999年1月より医務嘱託医は2名に増え、さらに、1999年6月より常勤医3名に、2006年4月より常勤医4名となり、医務嘱託医と合わせて眼科医5名の体制での診療が現在まで続いています。視能訓練士は、患者数増加とともに増員され、現在は常勤3名、非常勤2名となっております。これまでに従事してきた職員の努力や患者をご紹介いただく医療施設のおかげで、患者数、特に手術件数は増加し、現在、外来は1日平均約80名、紹介率97%、逆紹介率103%、病床数は12床、手術は年間約1500件行っております。

当院眼科の特色は、滋賀県の基幹病院の眼科として、第一線レベルの医療を実践していることがあげられます。具体的には、難易度の高い手術症例の治療を使命としています。

白内障手術は、2.4mmの小切開創からの超音波乳化吸引術により短時間で安全な手術が確立されています。



2020年より多焦点眼内レンズも導入し、幅広く患者の希望に応じています。

網膜硝子体疾患については、難治性疾患や黄斑疾患に対する最新の手術も行っており、今後もこれらの診断・手術治療が当科の特長となっていくと思われま。硝子体手術については、ほぼ全例に25ゲージ・27ゲージでの極小切開硝子体手術を行っており、術後早期からの視機能回復を得ています。

緑内障については、軽症例には眼内アプローチのトラベクトミーやiStent挿入術などの低侵襲緑内障手術を、重症例には従来からのトラベクトミーやチューブシャント手術を行っています。

2003年1月の新病棟（現A病棟）オープンにより2列での手術が可能になり、2016年11月のB病棟オープン、2018年1月の『滋賀県立総合病院』への改称および電子カルテの眼科部門システム導入、2020年より外来手術部門の整備、さらに近い将来の小児保健医療センターとの合併予定など、新たなシステムが構築されつつあります。

2020年の新型コロナウイルス流行により、眼科も大きな影響を受けましたが、社会の変革に応じた新たな時代の医療に向けて、当院眼科は全職員の力を結集して、今後も高度な医療を実践していくことが期待されています。

科長 山名 隆幸

# 耳鼻いんこう科



## 地域に根ざした高度医療を

当院に耳鼻いんこう科が設置されたのは西5病棟が開棟した1984年です。初代診療科長は田辺正博先生で、1987年からは林正彦先生が26年余にわたって診療科長(2006年より副院長兼任)を勤められました。林先生が2014年1月より副院長専任となり、代わって藤野清大が診療科長に就任しております。

常勤医師数は長らく2名でしたが、2010年より漸次増員していただき、2020年4月から6名となっております。病床数は変動はあるものの13~15床程度です。

2015年4月には「聴覚・コミュニケーション医療センター」が新設され、1月に研究所長として着任された伊藤壽一京大名誉教授がセンター長に就任されました。発足後は滋賀県の難聴診療の中核施設として、小児人工内耳手術を中心にあらゆる難聴診療と新型人工内耳・内耳画像診断器機・新型補聴器等の器機開発、突発性難聴や耳鳴等に対する新薬開発、内耳再生医療研究および人材育成を行っております。また昨年からは耳科手術用内視鏡を導入し、これを用いた低侵襲耳手術も開始しました。

さらに、2017年10月には当院高度医療センターの

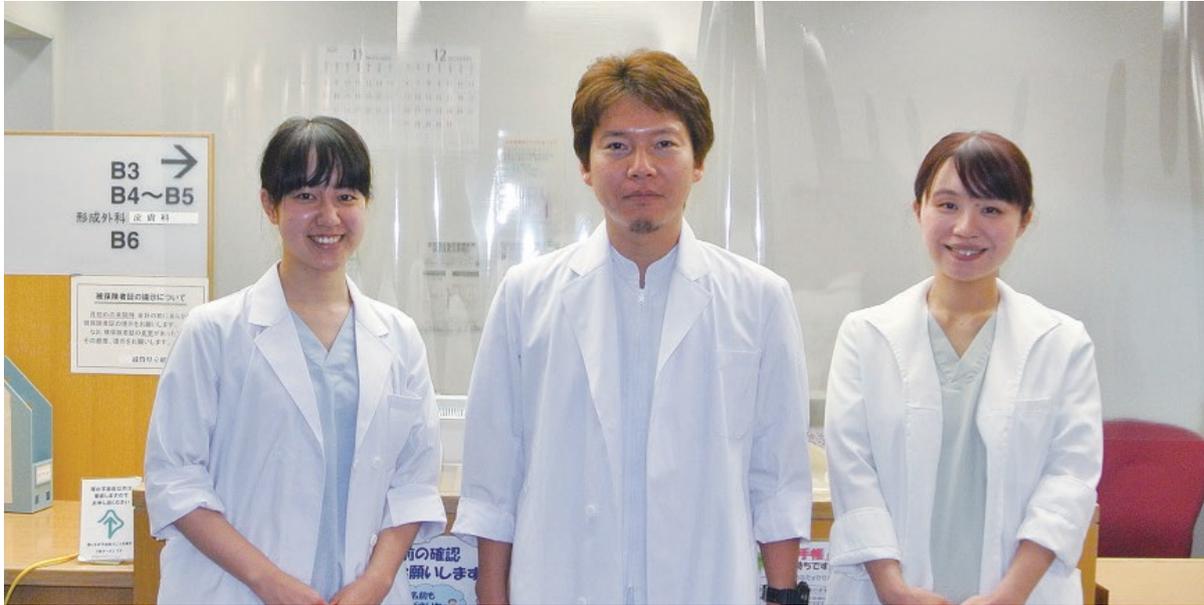
一つとして「頭頸部腫瘍センター」が発足しました。これは耳鼻いんこう科・歯科口腔外科・形成外科・放射線治療科・リハビリテーション科・緩和ケア科が緊密に協力して頭頸部癌を多角的・総合的に治療することを目的とした組織です。当センター発足後は特に遊離皮弁再建を必要とするような進行頭頸部癌の手術件数が飛躍的に増え、術後放射線治療・化学療法法の進歩も相俟って治療成績は良好です。

鼻科領域では従来より内視鏡手術を行っておりますが、最近手術用ナビゲーションを導入し、副損傷を回避したより安全な手術が可能になっております。

このように当科では、成人耳鼻咽喉科疾患全般において難症例まで対応できる十分な体制を整えております。2020年前半は新型コロナウイルス感染対応に伴い入院患者数・手術件数の制限を行っていましたが、現在は十分な感染防止対策のもとにほぼ通常診療に戻っております。患者さんの紹介をお待ちしています。

科長 藤野 清大

## 皮膚科



### みんなの役に立つ皮膚科であるために

皮膚科は、昭和59年(1984年)に開設されました。当初はいわゆる1人医長であり、その後は非常勤医師のみの時期もあったようですが、再び1人医長の時代を経て、近年は2人体制となっております。今秋からはもう1人増員となり、現在は3人体制となっております。難治性の皮膚疾患でご紹介いただいた方、免疫抑制のある高齢の方やがんで治療中の方など、当院でなければ対応が難しい患者さんに注力すべく、外来については予約制としています。

褥瘡や薬疹など、皮膚科は他科医からご相談いただくことの多い科で、他科の役に立つ皮膚科でありたいと思っています。がん患者さんの多い当院の特色として、分子標的薬や免疫チェックポイント阻害剤が使用されているケースが多いことが挙げられます。これらの薬剤は皮膚障害を生じる頻度が高く、対象となるがんの増加に伴い、以前に比べると対診依頼がさらに増えてきていると感じます。原因薬剤の中止でよかつた従来の薬疹と異なり、皮膚障害をコントロールしなが

ら薬剤を継続することが求められますので、がん治療を皮膚科が陰で支えているという側面もあります。

皮膚科の最新治療としては、なんといっても生物学的製剤の登場でしょう。免疫抑制薬(シクロスポリン)などを用いても十分な効果が得られなかった方が、抗体製剤の投与により劇的な改善を示すことは、大きな驚きをもって受け止められました。当科でも積極的に導入しており、さらに症例数を増やしていきたいと考えています。

今後は、引き継がれてきた当科のいい部分は守りつつも、「これまで通り」ではなく、「これまで以上」を目指して、常に改善できる点がないか探しながら、前に進んでいきたいと思っています。地域の患者さん・開業医の先生方のお役に立てるよう、皮膚科スタッフ一同、ますます頑張っていきます。

科長 中川 雄仁

## 麻酔科



### 安全、安心そしてできれば快適な麻酔を

当院麻酔科は1981年、笹井三郎先生が当院に部長として赴任してきたことに始まります。当時は滋賀県立成人病センターでした。麻酔科は来年で40周年です。それまでは京都大学医学部附属病院麻酔科から非常勤医師が来ていたのでした。

私が当院に赴任したのは2000年1月です。それ以来20年の赴任となりました。2004年4月から退職された笹井先生の後任として麻酔科部長を引き継ぎました。早いもので17年目です。2000年当時の麻酔科を今と比較してみます。

年間麻酔管理件数は当時1500～1600件でした。それを4人のスタッフで回していました。現在はほとんど3000件近い症例を6人のスタッフで、さらにICUとペインクリニックの業務も行っています。仕事が以前と比べて過重ではないかと思われるかもしれませんが、20

年前は手術時間が長いこともあり、時間外労働時間数は今の倍くらいありました。脳外科の緊急(今と違って膜下出血の緊急が多かったです。)はだいたい一晩かかりましたし、外科も夕方から緊急を始める時には終電を心配したものです。2回ほど大津まで走って帰ったことがありました。外科系医師の数も倍くらいに増えたのではないのでしょうか?当時の手術室は今や解体された東館2階にありました。20年前を思えば遠い昔です。

最後に笹井先生の時代より20年以上にわたり大阪大学歯科麻酔学教室より毎年一人ずつ医科麻酔研修に派遣していただいたこと、深く感謝申し上げます。

科長 鬼頭 幸一



## 放射線診断科



### 飛んで放射線診断科

放射線診断科の前身である放射線科は昭和50年(1975年)から診療を開始しました。当時は常勤医1名で、画像診断業務を中心としていました。当初からほぼすべての画像検査に対して診断報告書を作成する体制がとられました。当時としては京大関連病院の中でも読影体制を確立している放射線科が存在する数少ない病院の一つでした。その後も、業務内容の増加や臨床的なニーズに応えるため、スタッフの充実が図られ、IVRや放射線治療も手がけるようになりました。昭和63年(1988年)には定員6名の大所帯となりました。平成19年(2007年)には放射線科は放射線診断科(定員4名)と放射線治療科(定員1名)にわかれ、現在の体制に至っています。

現在の放射線診断科の業務は単純X線写真、CT、MRI、RI検査画像の読影、IVRが主となっています。近年、マルチスライスCT、3T MRが導入されるとともに、高速撮像技術を始めとする撮像技術や画像処理技術が飛躍的に進歩し、より短時間に高解像度の画像を得ることが出来るようになりました。多くの単純X線写真はCT検査に取って代わりつつあります。

CT画像は任意の断面に再構成が可能となり、様々な方向からの病変の評価が可能になりました。また、CTアンギオ画像では、頭蓋内～足先にいたるまでの様々な血管画像を構成することが可能になり、頭部領域ではCT perfusion検査のように脳血流の可視的な評価が可能になりました。

MR画像においても、高磁場での撮像により、より短い撮像時間で高解像度の画像は提供されるほか、

MR spectroscopy、perfusion検査などの機能性画像の撮像も可能となりました。このように臨床的なニーズに合わせて様々な種類の画像を提供することが可能になりました。

また、読影システムも大きく変わりました。これまでフィルム画像で読影し、手書きで画像診断レポートを作成していましたが、2003年より医療用画像管理システム・読影レポートシステムが導入され、2011年1月には電子カルテシステム導入および完全フィルムレス化が実現し、モニター画面で読影を行ない、パソコン上で読影レポートを作成することが出来るようになりました。それに伴い各種画像データ、読影レポートを放射線情報システムで一括管理することが可能となり、過去画像や画像所見を瞬時に比較・参照することが出来るようになりました。

これらの技術的な進歩に伴い、日常の診療における画像診断の重要性は増しており、放射線診断医の果たす役割も大きくなっており、常に最新の画像診断に関する情報に精通する必要があります。

画像診断業務においては、さまざま環境の変化がありました。画像診断の基本は、解剖学に基づく病変の発見と、様々な疾患の膨大な知識に基づく画像の分析であることは今も昔も変わりません。我々は読影レポートが患者の生死を分ける場合があり得ることを常に念頭において、迅速・正確かつ簡潔な読影レポート作成を胸に日々研鑽を積んでいます。

科長 南 俊介

## 放射線治療科・治療部



### 歴史ある放射線治療部門 新たな展開に向けて

#### 放射線治療部門の歴史

当院の放射線治療は1975年に始まっています。当時はまだ放射線治療といえば「コバルト装置」が主流であり、X線単純写真のことを「レントゲン写真」と呼ぶのと同様に、放射線治療が「コバルト治療」と呼ばれていた時代でした。そのような中、全国的にも先駆的に直線加速器を用いたX線放射線治療装置が導入されました。我が国ではまだ導入間もない装置でしたので、品質管理などには大変ご苦労されたと聞いています。また、その頃から手術中ががんの組織を直视しつつ正常組織を避けて放射線治療を行う「術中照射」が注目されていた頃でした。ペータロンと呼ばれる治療装置を導入し、手術ができる放射線治療室も整えられました。リモートアフターローディング装置による小線源を用いた腔内照射も行われ、全国的にも非常に先進的な放射線治療が行われてきました。これは元院長を務められました井村壽男先生のご貢献が大きかったと思います。

その後、機器更新や小線源治療の廃止などを経て2006年に高精度放射線治療装置が導入されました。2009年からは本格的な高精度放射線療法が実施可能となり、さらに2台目の高精度放射線治療装置も導入され、定位照射線治療（いわゆるピンポイント照射）や強度変調放射線治療（IMRT）を行うに至っています。一旦廃止していた小線源治療も、滋賀県のがん診療連携病院として実施するべきとの判断

で、再び治療装置が配備されています。この小線源治療は特に子宮頸癌に対する根治治療においては必須の治療法であり、現在は滋賀県で唯一の実施可能施設です。

組織については、2007年に放射線科が放射線診断科と放射線治療科に分かれて役割が明確となりました。さらに、診療放射線技師も放射線治療専任化することに伴って放射線治療部として分かれました。放射線治療装置は高度な機能を有する精密機械であり、治療の計画から実際の治療や品質管理に高度な知識と技術を要します。この業務を担う職種に医学物理士があります。当院では2010年に常勤の医学物理士を雇用することができました。医学物理士は我が国ではまだ有資格者が少なく、希少かつ貴重な人材ですが、当時まだ公立病院で常勤の医学物理士を雇用する施設が少ない中、早い時期から常勤の医



学物理士を得たことは当部門の大きな進歩につながりました。

#### 現在の診療体制

放射線治療専門医2名を含む医師3名と医学物理士1名、診療放射線技師8名が従事しています。また、看護師はがん放射線療法看護認定看護師が常駐し、3名の看護師が患者の看護にあたっています。医師事務補助2名と医療事務員を含めると総勢18名で日々の診療を行っています。多様な職種がそれぞれの専門性や責任を重視しつつ、チームでがんと向かい合っている患者さんやご家族に寄り添う治療を目指しています。通院治療が困難な患者さんのために、当科入院での治療も行っています。豊富な人材を擁し、現在では年間500例以上の患者さんを治療しています。

#### 放射線治療部門の展望

滋賀県民のために、「安全で安心な放射線療法を届ける」をモットーに診療を行ってきました。高精度放射線治療装置を装備し、患者数も増えました。この10年間は射線治療部門にとって成熟期であったと思

います。しかし、10年前の最新鋭治療機器はすでに老朽化しつつあり、最新技術を用いた放射線療法を行うことができません。また、現在放射線治療部門がある建物(放射線治療棟)は老朽化しており、耐震や放射線の遮蔽に問題が生じてきています。今後は更に高齢者患者が増加し、手術や薬物療法が困難な患者さんも増えることが予想されます。非常に高額な設備を必要とする放射線治療部門ですが、県民の健康を守るためにはどうしても必要な部門です。現在、小児医療保健センターとの合併にあわせ、放射線治療棟の移転や機器更新の方向で準備が進んでいます。滋賀県立総合病院が滋賀県のがん治療のメッカとなり、その中で放射線治療部門がその役割を十分に果たせることを切に望んでいます。次の60周年記念の際には、素晴らしい設備や治療装置とともに、最新の放射線治療の数々をご紹介できるよう、スタッフ一同で邁進していく所存ですので、どうかご支援いただきますようお願い申し上げます。

科長 兼 部長 山内 智香子



# 緩和ケア科



## がんと診断された時から、癒す治療・場を提供するために

### 緩和とは

がんと診断された時から、患者さんおよび家族に対し全人的な苦痛(身体的、精神的、社会的、スピリチュアルなつらさ)をできる限り緩和し、QOL維持・向上につなげる医療とケアを提供します。

### これまでの歩み

- ・2003年1月に旧「滋賀県立成人病センター」の新館10階に20床で開設。(2018年1月に「滋賀県立総合病院」と改名)
- ・2009年から日本緩和医療学会認定研修施設に認定
- ・2017年1月から外科系、内科系、精神科の医師3名が常勤で勤務
- ・2018年に2名、2019年に1名の医師が「日本緩和医療学会緩和ケア認定医」に認定

### スタッフ

緩和ケア病棟、外来、チームすべてに専門的な緩和ケアを提供すべく必要な医師、看護師(緩和ケア認定看護師含む)、心理士(公認心理師)などのスタッフが配置されています。

### 提供している医療・サービス

- ・緩和ケア外来:化学療法など積極的な治療中の方でも、在宅療養中の方でも、外来で症状コントロールや在宅サービスの紹介などを行っています。また、緩和ケア病棟ご利用希望の方へ説明を行っています。(緩和ケア病棟

ご利用には、説明を受けて「登録」という手続きが必要ですが、「登録」後も、利用の有無、タイミングは患者さん・ご家族の希望に沿います)

- ・緩和ケア病棟(全室個室、無料15室、有料5室、食費以外は基本定額制)

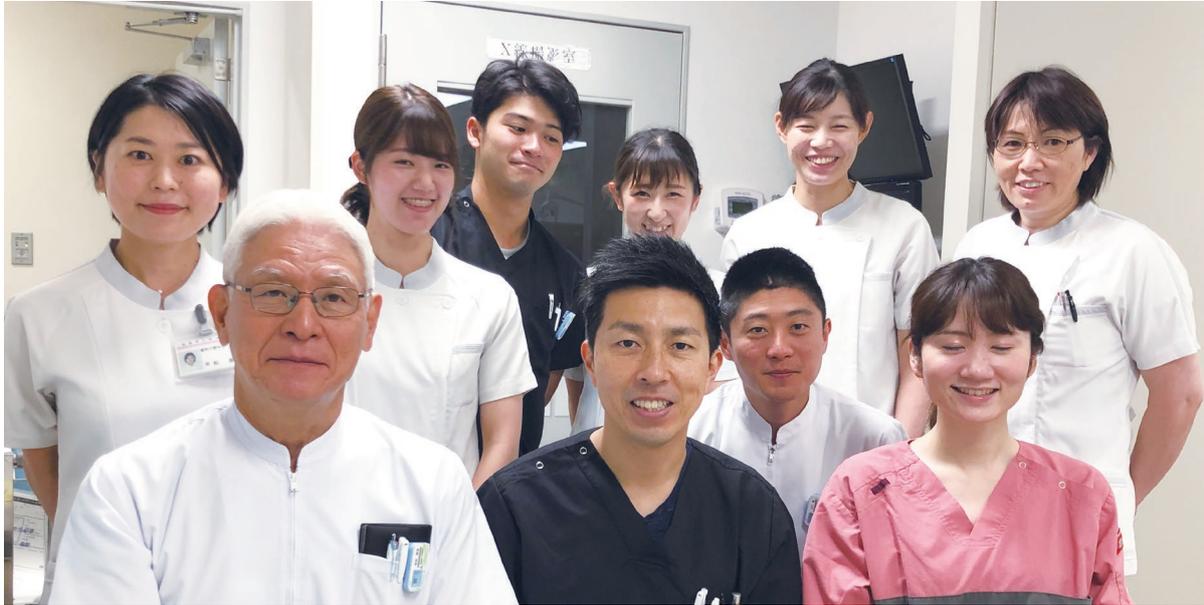
季節のコンサートや音楽、レクレーションを提供する「デイルーム」、くつろげる和室「なごみの間」、患者さんが横になったままでも入浴できる「介護浴室」、患者さんとご家族がご利用でき、観葉植物もある「食堂」、プライバシーが守られる「面談室」、家族が泊まれる「家族控室(2室)」を備えています。喫茶、音楽、リフレクソロジー、アロマセラピー(平素はそれぞれサービス提供日が決まっていますが、コロナ禍の状況で中止する場合があります)を提供しています。全病室に家族が付き添い休める「ソファベッド」を備えています。緩和ケアを専門としたスタッフが医療やケアを提供します。

### これから

地域で緩和医療を行っているスタッフ(医師、薬剤師、訪問看護師・理学療法士など)と協働して、より「希望された場所」で療養できることを目標として、病院(外来、入院)と在宅医療の連携を強化し、どこでも良質な治療、ケアが受けられることを目指します。そのためには、医療側のシステム・サービスの向上はもちろんですが、患者力の向上も必要となります。そのため患者会とも連携していければと思っております。

科長 花木 宏治

## 歯科口腔外科



### 地域から必要とされる歯科口腔外科を

#### これまでのあゆみ

滋賀県立成人病センターとして病院設立後、1984年に津田善造先生が初代の科長として歯科口腔外科が創設され、当時は歯科医師1名、歯科衛生士2名、歯科診療台2台からのスタートでした。その後、外来移転による外来拡大や患者の増加に伴い、スタッフが徐々に増え、現在では、常勤歯科医師（レジデント、研修医含む）4名・非常勤歯科医師1名、常勤歯科衛生士3名・非常勤歯科衛生士2名、歯科診療台5台と順調に拡大しております。

歯科医師臨床研修施設として、12名の歯科研修医を輩出し、歯科衛生士学校の実習受け入れなど、教育機関としての役割も担ってきました。

#### 現状

現在、口腔と全身疾患との関連が明らかになるに伴い、病院歯科の必要性が重要視されており、口腔外科的疾患の治療はもちろんのこと、全身状態不良な方の歯科治療、周術期や化学療法・放射線治療中の口腔ケア、頭頸部外科チームや呼吸器ケアチームへの参加など様々な取り組みを行っております。

地域診療所や歯科医師会、他科との連携を大切にし、円滑で切れ目のない診療を心掛け、紹介患者は口腔外科的治療終了後紹介元の診療所へ戻って頂き、口腔管理はかかりつけ歯科医院で行って頂く病診連携のスタイルを徹底しております。

患者数は年々増加傾向にあり、令和元年度では、

外来患者数13,343名（55.6名／日）、初診患者数3,560名、紹介率は92.8%と高く維持しております。これは地域の診療所との良好な関係を築けている証拠であると思っております。

#### 今後の展望

今後も地域診療所、歯科医師会との連携を密にし、地域や県民に信頼され、患者満足度の高い歯科口腔外科を目指します。

病院歯科口腔外科は、医科と歯科の架け橋的な存在であり、県民の健康のために寄与できる領域は多数あり、また病院歯科口腔外科が担う役割はまだ多いと思います。歯科口腔外科的疾患の治療だけでなくとどまらず、他職種との連携し、様々な分野に積極的に取り組んでいきたいと考えます。

科長 齋藤 翔太

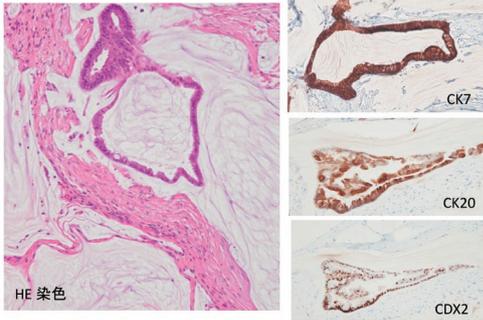
1984年の歯科口腔外科



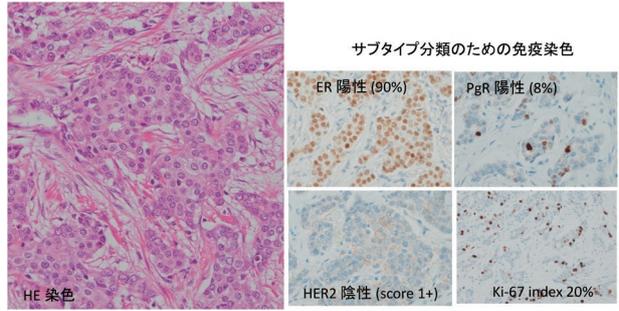
# 病理診断科・病理部

## 原発不明癌の腹膜播種結節

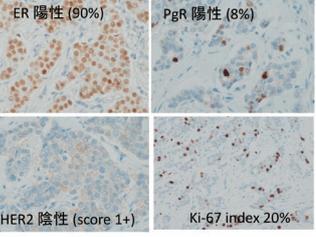
左: 多量の粘液中に腺癌が浮遊している  
右: 免疫染色で検討した結果、原発巣として胃、胆膵、虫垂などが推定された



## 右下図の乳房を顕微鏡で見た組織像 浸潤性乳癌を認める



### サブタイプ分類のための免疫染色



## 迅速で正確な病理組織診断・細胞診で質の高い医療に貢献

### これまでの歩み

1981年に専任病理医の着任で実質的な業務が開始され、1989年には他の診療科・中央診療部門と併設される独立した病理部が新設されました。2010年から病理診断科と改称され、病理診断科を支える部門である病理部とともに機能しています。

### 現状

20年前には病理組織診断件数は約4,000件、細胞診が約4,500件、病理解剖が約50件でしたが、2019年はそれぞれ6,153件、5,230件、8件と病理解剖を除き、診断件数は増加しています。また近年、1) 病変(疾患)の鑑別診断、癌であれば原発臓器の推定、2) 良悪性の判断、悪性の場合は浸潤の有無や転移の確認、3) 細胞分化の確認(組織型の確定診断となる)、4) 治療法の選択基準(コンパニオン診断<sup>1)</sup>)に用いるため、病理組織診断において免疫染色<sup>2)</sup>が必要不可欠となっています。当科では2000年より自動免疫染色装置(VENTANA)の導入で業務の効率化を図り、精度の高い染色を提供してきました。また、2019年よりがんゲノム医療連携病院となり、がん遺伝子パネル検査に耐えうる病理組織標本の適切な管理や十分な腫瘍細胞率を有する標本の選択も行っています。

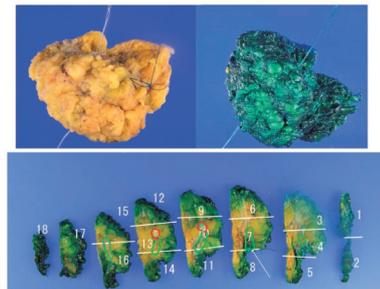
### 今後の展望

病理の業務として切り出し、薄切などは人的な技術に頼らざるを得ない作業であり、また病理組織診断、細胞診断は病変部の組織・細胞の形態的变化を顕微鏡で観察して

行う診断であり、単純な効率化は難しい領域です。一方、診療の標準化と精度管理は重点項目として常に心がけて実施しなければなりません。病理診断に関しては各種腫瘍取扱い規約やTNM分類、WHO分類などの利用で診断の標準化を実施していますが、他の疾患(非腫瘍性)についても業務内容の標準化の試みに取り組んでいきます。細胞診については液状化細胞診<sup>3)</sup>の導入で、細胞診の標本のより広い活用に取り組んでいきます。

- 1) コンパニオン診断:主に抗癌剤などの分子標的薬の効果や副作用を投与前に予測する。
- 2) 免疫染色:免疫組織化学、組織中の抗原を抗原抗体反応を用いて検出する手法。
- 3) 液状化細胞診:従来の方法に比べ、乾燥などによる不適切検体をなくす、標本の再作製や遺伝子検査、免疫染色の追加検索が可能となる。

科長 兼 部長 岩佐 葉子



左上: 乳癌に対して部分切除された左乳房  
右上: 標本(ガラススライド)にした時の位置がわかるように、表面に色を塗る  
下: 全割し、すべての部分を標本に作製する

# 聴覚・コミュニケーション医療センター



## 連携により小児から大人まで、高度な聴覚器医療を提供

聴覚・コミュニケーション医療センターは、総合病院耳鼻咽喉科、小児保健医療センター耳鼻咽喉科、総合病院研究所が連携して、子供から大人まで途切れることのない医療の提供、および様々な聴覚器研究が行えるように、平成27年(2015年)に設立されました。

当センターには藤野清大センター長のほか耳鼻咽喉科医師8名、言語聴覚士5名が所属しています。

聴覚・コミュニケーション医療センターでは以下のような活動を行っています。

### 1) 診療

#### ① 重度難聴者に対する人工内耳医療

重度難聴の方々に対する現時点での唯一の治療法である「人工内耳手術」を行っています。

人工内耳手術後のリハビリ外来も引き続き実施しており、本センターで手術を施行した方のみならず、他施設で手術を受けた方のリハビリも受け持っています。

#### ② 中等度難聴者に対する補聴器外来

補聴器店の補聴器技能者と協力して、中等度～高度難聴の方の補聴器の調整及び選定のアドバイスをしています。

#### ③ 鼓室形成術・鼓膜再生治療等の耳科手術

慢性中耳炎、真珠腫性中耳炎、耳硬化症などで難聴になった患者さんに対して、聴覚回復の為に鼓室形成術などの手術加療を行っています。また、鼓膜穿孔に対して、鼓膜を再生し、穿孔を閉鎖するための鼓膜再生治療も行っています。通常、外来通院で治療を行い、耳漏が止まっている等の条件を満たせば少ない負担で、鼓膜穿孔閉鎖治療を受けることができます。

### 2) 市民公開講座等の開催

当センターが中心となり、市民公開講座などを開催し、難聴の方々だけでなく一般の方々に「聴覚の大切さ」、「難聴の克服」などに対する啓発活動を行っています。

### 3) 研究

#### ① 新型人工内耳の開発

京都大学、大阪大学、京セラ株式会社と共同で、病・産・官・学が一体となって国産初の新型人工内耳(人工聴覚上皮)開発に対する基礎研究に取り組んでいます。

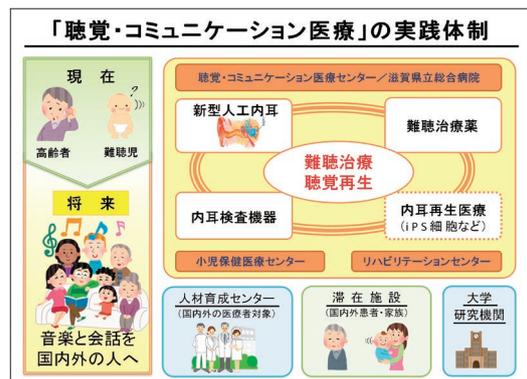
#### ② 内耳の発生・再生に関する基礎研究

将来の内耳再生による難聴、めまいなどの治療を目指します。

#### ③ 耳科用手術機器の開発

中耳・内耳の手術の際に使用する手術ロボットの開発を行っています。

センター長 藤野 清大



# リハビリテーション科



## その人らしい生活を考えるリハビリテーション科

リハビリテーション科では、さまざまな疾患・外傷で生じた障がいに対して、身体機能・高次脳機能・活動・参加の向上を目標とし、リハビリテーション治療を行っています。より適切なリハビリテーション医療を還元できるように、目標を定め、多職種での情報共有と刻々と変化する課題・目標を把握し、患者家族教育も含めて実施しています。

平成18年(2006年)4月に滋賀県立リハビリテーションセンターが開設され、6月からはその医療機能を担う病棟20床を開設、平成20年(2008年)2月からは40床に増床、4月には回復期リハビリテーション病棟としての承認を受け、今日まで運営しています。

現在、一般病棟では、急性期治療から生活期への移行が円滑に進むよう、発症早期からとりくんでいます。運動器や脳血管疾患の患者さんが多いのですが、最近は循環器・呼吸器疾患やがんの患者さんも増え、ほぼすべての診療科からの依頼を受けています。

回復期リハビリテーション病棟では、院内だけでなく院外からも紹介された患者さんを多数受け入れています。とくに高次脳機能障害や脊(頸)髄損傷・下肢切断患者さんなど、職場(社会)復帰を目指す若年患者さんを多く受け入れています(最年少は14歳)。令和元年の入院患者数229人の平均年齢は68.1歳(全国平均:76.6歳)で、64歳以下は32.8%を占めていました。

患者数は依頼診療科の増加に伴い増え続け、平成24年(2012年)では総のべ患者数が54,140人/年で

あったのが、令和元年では65,966人/年まで増加しています。

スタッフ体制は、平成18年(2006年)以前は理学療法士3名、作業療法士2名でしたが、平成18年以降スタッフ数も増加し、現在では医師4名、理学療法士19名、作業療法士13名、言語聴覚士7名、公認心理士1名と充実してきました。

今後は、さらなるリスク管理を行い、各診療科における専門性を重視した超急性期からのリハビリテーション治療を確立できるよう努めたいと考えています。また、社会参加・復帰を目標とする患者さんのリハビリテーション評価・治療を行い、他機関とのネットワークを構築する責務があると考えています。

科長 中馬 孝容

