

旭川市立病院医誌

第48巻 1号

平成28年12月発行

ISSN 0287-024X



市立旭川病院
Asahikawa City Hospital

【臨床研究】

当科に通院する成人喘息患者はどの吸入ステロイド薬を選択したか

呼吸器内科 福居 嘉信

当院小児患者におけるStreptococcus pneumoniaeおよび
Haemophilus influenzaeの薬剤感受性の推移

小 児 科 太田 紀子

市立旭川病院救急外来を受診した児童青年期精神科患者の後方視的検討
—2005年～2012年の診療統計から—

精 神 科 武井 明

【症例報告】

高齢者糖尿病症例で、インスリン治療中にみられた
アダムス・ストークス症候群の1例

介護老人保健施設 フェニックス 上野 明子

【看護研究】

安静度が制限されている患者の環境整備について
～患者の望む整った環境への看護師の介入方法～

看 護 部 花蔭 絵

【臨床病理検討会】

【教育研修報告】

旭市病誌

旭川市立病院 医誌48巻 1号

平成28年12月発行

目 次

【臨床研究】

当科に通院する成人喘息患者はどの吸入ステロイド薬を選択したか	呼吸器内科 福居 嘉信	1
当院小児患者におけるStreptococcus pneumoniaeおよびHaemophilus influenzaeの薬剤感受性の推移	小児科 太田 紀子	5
市立旭川病院救急外来を受診した児童青年期精神科患者の後方視的検討 -2005年～2012年の診療統計から-	精神科 武井 明	11

【症例報告】

高齢者糖尿病症例で、インスリン治療中にみられたアダムス・ストークス症候群の1例	介護老人保健施設フェニックス 上野 明子	15
--	----------------------------	----

【看護研究】

安静度が制限されている患者の環境整備について ～患者の望む整った環境への看護師の介入方法～	看護部 花 蔭 絵	19
--	-----------------	----

【臨床病理検討会】

第1回 平成27年8月20日	内科 富岡 健	23
第2回 平成27年10月22日	内科 須藤 啓斗	24
第3回 平成27年11月25日	内科 五十嵐 将	26
第4回 平成28年2月17日	胸部外科 窪田 葵	28
第5回 平成28年3月10日	内科 貴志 昌矢	30

【教育研修報告】

透析技術認定士『認定更新のための講習会』に参加して	臨床器材科	河田修一	33
医学物理サマーセミナー2015に参加して	中央放射線科	西館文博	34
第46回 精神看護学術集會に参加して	看護部	片山幸子	35
第54回 全国自治体病院学会に参加して	看護部	柳瀬まどか	36
第54回 全国自治体病院学会に参加して	看護部	高子睦	36
第54回 全国自治体病院学会に参加して	看護部	竹本久美子	37
第54回 全国自治体病院学会に参加して	看護部	高山美里	38
第54回 全国自治体病院学会に参加して	中央検査科	藤田佳奈	39
第54回 全国自治体病院学会に参加して	中央検査科	長瀬雅彦	40
第54回 全国自治体病院学会に参加して	臨床器材科	田中義範	40
第54回 全国自治体病院学会に参加して	中央放射線科	菅野聡美	41
第38回 日本造血幹細胞移植学会総會に参加して	看護部	長谷川唯	42

【医局抄読会記録】

褥瘡の手術症例	皮膚科	野村和加奈	44
光干渉断層計(OCT)による眼底診断	眼科	菅野晴美	44
子宮内膿瘍を来したEdwardsiella tardaによる敗血症の一例	産婦人科	山下亜貴子	44
高齢者の肺炎予防と肺炎球菌ワクチン	呼吸器内科	谷野洋子	45
めまいの1症例	耳鼻咽喉科	倉本倫之介	45
HIV感染症の基礎	血液内科	竹村龍	45
Oligometastases(少数転移)と放射線治療	放射線治療科	川島和之	46
腸閉塞をきたした回腸子宮内膜症の2例	外科	植村慧子	46
インターフェロンを使用しないC型肝炎治療	消化器内科	助川隆士	46
Marfan症候群に対する大動脈手術遠隔期成績の検討	胸部外科	内藤祐嗣	47
当院におけるSGLT2阻害薬の投与経験	代謝内科	石関哉生	47
当院総合内科を受診し、精神科に紹介された患者の臨床的検討	精神科	土井朋代	47
口腔ケア指示するときのポイント	歯科口腔外科	小神順也	48
夜間小児一次救急について	小児科	佐竹明	48
経口抗凝固療法のupdateとpitfall(warfarin)	循環器内科	幸村近	49
回帰熱の2例	総合内科	鈴木聡	49
G3Ta膀胱癌の検討	泌尿器科	宮田遥	49
心肺蘇生の新ガイドライン~G2010からG2015へ~	麻酔科	飛世史則	50
球状塞栓物質(BEADS)によるTAE療法	放射線科	花輪真	50

【看護研究発表会記録】

閉塞性動脈硬化症患者を看護する看護師の認識調査	西 5 階	栗 栖 絵 美	51
術前経口補水療法に対する外科病棟看護師と患者の認識調査	西 6 階	高 柳 り か	51
退院支援に対する取り組みの課題の抽出～当病棟の現状と意識調査から～	東 6 階	仁 矢 佳菜美	52
精神科病棟における身体拘束に対する看護師の意識調査	北 2 階	木 下 大 輔	52
安静度が制限されている患者の環境整備について～患者の望む整った環境への看護師の介入方法～	東 5 階	花 蔭 絵	53
造血幹細胞移植患者・化学療法施行患者の食事に対する要望の調査	西 7 階	長谷川 唯	53
維持透析患者の水分・食事管理での知識と自己管理行動の調査	外 来	古 賀 香奈子	54
在宅酸素療法患者の火気取り扱いについての実態調査	東 7 階	毛 利 侑 季	54
仰臥位における除圧方法の検討～体圧測定器を活用して～	集中治療室	三 井 恵 理	55
大腸内視鏡検査前処置の検討～腸管洗浄剤内服途中で左側臥位を導入することでの効果～	東 3 階	河 合 真裕子	55
側臥位体位固定の知識の統一を目指したDVD教材の導入	手術室	後 藤 結 佳	56
混合夜勤病棟における二交替・三交替の疲労度	西 4 階	古 田 朱	56
小児の持続点滴固定方法についての実態調査～シーネ使用の判断の統一に向けて～	西 3 階	佐 藤 美 歩	57
問題行動のある思春期発達障害患者との信頼関係構築までの過程～絵本の読み聞かせを通して～	北 1 階	横 山 麻 美	57
【がん診療連携拠点病院関連研修会】			59
【平成27年度各科学会発表ならびに投稿論文】			61
【Medical Essay】		4, 9, 10, 32, 43, 58,	60
【編集後記】			80

当科に通院する成人喘息患者は どの吸入ステロイド薬を選択したか*

呼吸器内科 福居 嘉信** 谷野 洋子
岡本 佳裕

【要 旨】 喘息治療に重要な吸入ステロイド薬の剤形は、加圧噴霧式定量吸入器（噴霧型）とドライパウダー吸入器（乾燥粒子型）が主流である。どの吸入薬を処方するか特に規定はない。吸入の自己中断を減らす試みの1つとして、福居外来では患者自身に吸入薬を選択させてきた。福居が最初に吸入ステロイド薬を処方した患者100人を対象として、どの吸入薬が選択されたかを調査した。患者に選択させた上で最初に福居が処方した吸入薬は、噴霧型が53人、乾燥粒子型が47人であった。男性はおよそ3人に2人が噴霧型を選んだが、女性は噴霧型と乾燥粒子型とがほぼ同数であった。17-61歳の群でも62-87歳の群でも噴霧型と乾燥粒子型はほぼ同数であった。17-35歳の若年者群と80-87歳の超高齢者群ではどちらもおよそ4人中3人が噴霧型を選択していた。

はじめに

喘息の長期管理薬として第一に推奨されるのは、吸入ステロイド薬である¹⁾。

吸入ステロイド薬の剤形は、加圧噴霧式定量吸入器（pressurized metered-dose inhaler; pMDI, 以下、噴霧型）とドライパウダー吸入器（dry powder inhaler; DPI, 以下、乾燥粒子型）が主流である。

どのような患者にどの種類の吸入ステロイド薬を処方するかについては、保険適応上も、喘息予防・管理ガイドライン2015でも、特に決められてはいない¹⁾。

これまで我々は多くの喘息患者に吸入ステロイド薬を処方してきたが、様々な理由によって喘息患者がステロイド薬の吸入を止めてしまうことを、診療の中でしばしば経験した。その中には、吸入ステロイド薬の

使い方が難しかった、あるいは、使い方が分からなかった、あるいは、面倒だったので吸入しなかった、などと言う患者も少なくなかった。また、患者ごとに吸入器の型の好みが違うことも経験的に感じていた。

そのため、患者が自分で選んだ種類の吸入ステロイド薬であれば、服薬しようという動機につながり、吸入を継続してくれるのではないかと考えた。当科の月曜日と水曜日の福居外来では、平成17年4月から、吸入するステロイド薬をどれにするか、患者自身が数種類の中から選ぶ試みを行ってきた。

しかし、その結果、どの吸入ステロイド薬が、どのような患者に多く選択されたのか、これまで不明であった。

そこで、我々は、吸入するステロイド薬をどれにするか数種類の中から患者に選択させると、どの吸入ステロイド薬がどれだけ選ばれたのかを調査した。

対象・方法

調査は、平成22年7月1日から同年12月15日までの間に当科福居外来を定期受診した喘息患者156人のうち、福居が最初に吸入ステロイド薬を処方した100人

* : Which inhalers were chosen by outpatients with adult asthma at Asahikawa City Hospital?

** : Yoshinobu FUKUI, et al.

Key words : 喘息, 治療, 薬, 年齢, 吸入

(男性39人, 女性61人, 年齢中央値61歳)を対象とした。

福居外来では, 平成17年4月から, 吸入ステロイド薬を初めて処方する場合, 吸入ステロイド薬の見本3, 4種類を患者に見せて, それぞれの使い方を福居が実演してから, どの吸入ステロイド薬を使ってみるか患者に決めてもらっていた。

使い方を実演した吸入ステロイド薬は以下の通りであった。

- ①平成17年4月から平成20年10月: パルミコート®, フルタイドディスクス®, フルタイドエアゾール®, キュバール®。
- ②平成20年11月から平成21年6月: パルミコート®, フルタイドディスクス®, オルベスコ®, キュバール®。
- ③平成21年7月から平成22年12月: パルミコート®, フルタイドディスクス®, オルベスコ®。

どの吸入ステロイド薬にするか, 患者がどうしても決められない場合には, パルミコート®を処方することが多かった。患者自身や家族が以前に処方されたことがあって使い方を知っている吸入があれば, それを優先した。

検討期間中に受診した対象100人について, カルテを振り返り, 福居外来で最初に処方された吸入ステロイド薬は何だったのか, 調査をした。

結 果

対象100人に対して, 福居外来で最初に処方された吸入ステロイド薬は, 噴霧型が53人, 乾燥粒子型が47人であった。商品名では, パルミコート®, オルベスコ®, キュバール®の順で多かった(表1)。

表1 福居外来で初めて処方された吸入ステロイド薬

噴霧型	
オルベスコ®	23人
キュバール®	17人
フルタイドエアゾール®	13人
乾燥粒子型	
パルミコート®	28人
フルタイドディスクス®	11人
アドエアディスクス®	4人
シムビコート®	2人
フルタイドロタディスク®	2人

性別では, 男性はおよそ3人に2人が噴霧型を選んだ。女性は乾燥粒子型の選択がやや多かったが噴霧型と乾燥粒子型はほぼ同数であった(図1)。

年齢別に, 17-61歳の51人と62-87歳の49人とに大きく2分割して検討した。17-61歳の群では噴霧型がやや多かったが噴霧型と乾燥粒子型はほぼ同数であった。62-87歳の群では噴霧型と乾燥粒子型がほぼ完全に半々であった(図2)。

年齢別の検討をさらに掘り下げて, 17-35歳の若年者12人の群と, 80-87歳の超高齢者11人の群を抽出すると, それら両群では, およそ4人中3人が噴霧型を選択していた(図3)。

考 察

副腎皮質ステロイド薬(以下, ステロイド薬)は, 現在の喘息治療における最も効果的な抗炎症薬である。ステロイド薬には, 静脈注射薬, 筋肉注射薬, 経口薬, 吸入薬の4種類の剤形があるが, 副作用は吸入薬が圧倒的に少ない。そのため, 喘息の長期管理薬は

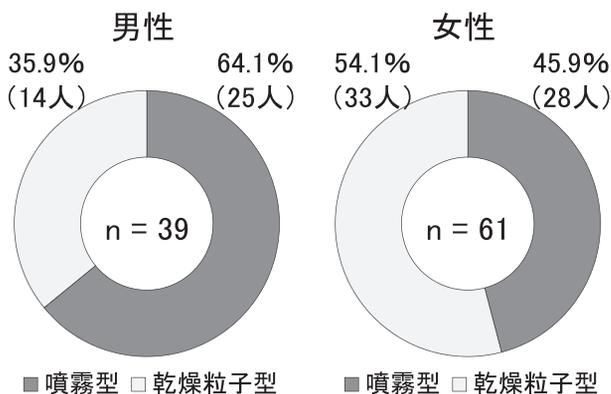


図1 吸入ステロイド薬の選択 (男性と女性)

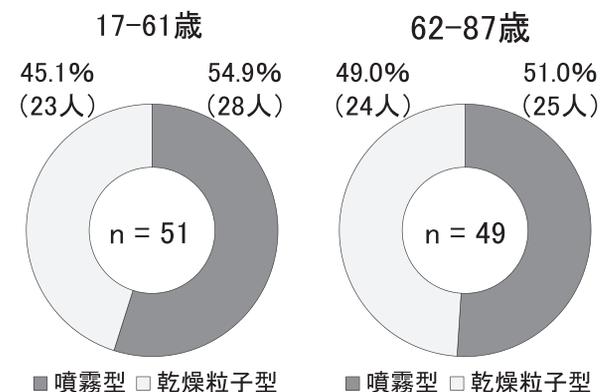


図2 吸入ステロイド薬の選択 (年齢で2群に分割)

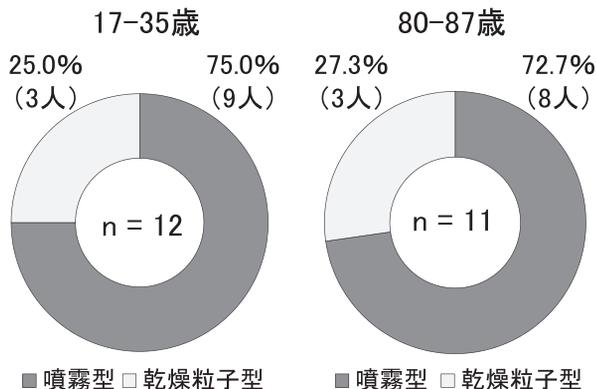


図3 吸入ステロイド薬の選択（若年者と超高齢者）

吸入ステロイド薬が基本となる¹⁾。

吸入ステロイド薬の剤形には噴霧型と乾燥粒子型が存在する。噴霧型の長所は、嗄声や口内炎や口腔カンジダ症が比較的少ないこと、吸気筋力が低下している患者や認知症の患者などに対して介助者による吸入がしやすいことが挙げられる²⁾。一方、乾燥粒子型の長所は、噴霧と吸気を同調させる必要がないこと、吸入が十分でないと感じたときにそのままもう1度吸入をすることも可能であることが挙げられる。

本検討で、対象全体としては、噴霧型と乾燥粒子型の選択がほぼ同数であった。これは、患者によって使用し易い吸入器が異なること、医師の側から見ると噴霧型と乾燥粒子型の両方について患者に説明や指導ができることが望ましいことを表している、と考えられる。また、35歳以下の若年者と80歳以上の超高齢者で噴霧型の選択が多かったことは、これらの年齢層が単純な操作を好む傾向があることを表しているのかもしれない。吸入薬を処方する際には、患者の好みやこれまでの使用経験を聞くことが重要だと感じられた。

本検討は、噴霧型と乾燥粒子型の優劣を評価したも

のではないため、どちらが良いかについて言及することはできない。

過去の報告の検索を行ったが、「どの吸入ステロイド薬をどのくらいの割合、外来で処方したか」について明らかにした文献は探し出せなかった。

我々としては、この研究結果を報告することが一部の製薬会社の利益につながることは避けたいと考えていた。当科の中でも福居外来だけの調査であること、処方薬の決定方法は研究方法に示した通りでなるべく恣意的にならないように心掛けてきたこと、個々の商品名というよりは噴霧型と乾燥粒子型に着目した調査であること、6年以上前の時点での調査であり今の処方薬の割合とはすでに大きく異なっていること、他の医療機関でのこれからの処方に影響を及ぼす可能性が低いと考えられたことから、調査結果を公表することにした。

この研究の弱点としては、患者に対して吸入ステロイド薬の使い方を実演する段階から偏りが存在しており、吸入ステロイド薬を患者に選択させる試みではあるが、完全に患者だけの自由意志による決定ではないことが挙げられる。しかし、過去に類似の報告がほとんどないということは、我々から発表する価値があると考え、今回報告した。

文 献

- 1) 『喘息予防・管理ガイドライン2015』作成委員. 喘息予防・管理ガイドライン2015：日本アレルギー学会喘息ガイドライン専門部会監修. 東京：協和企画. 2015；116-149.
- 2) 新実彰男. 治療の進歩1 -吸入ステロイド薬-. 日呼吸誌2014；3：162-169.

「納豆とくらげ」

納豆とくらげの関係性について、何か思い当たる事があるだろうか？
あまり共通点はなさそうだが…。

このところ、食物アレルギー業界では、「経皮感作」の話題が盛り上がっている。例えば、ピーナッツアレルギーについては次のとおりだ。ピーナッツを幼児期から摂取していた群の方がピーナッツ除去群よりも発生頻度が低かった。また別の研究ではピーナッツアレルギーの発症要因はピーナッツオイル入りの皮膚保護剤の使用が最大の要因だった。つまり、経口摂取（経腸管摂取）は免疫寛容を誘導し、経皮摂取は感作を引き起こすというのだ。従って、皮膚バリア機能低下があり、食物アレルギーに対してハイリスクと考えられる児に対しては、スキンケアにより口囲の湿疹形成を予防しつつ、なるべく早期にアレルゲンとなりうる食物を経口的に導入した方が、食物アレルギーの発症予防に繋がるのではないかと考えられるようになってきた。

さて、本題(?)の納豆とくらげに戻る。「納豆の医療関係ネタ」としては他科ではワーファリン併用禁忌、が第一に連想されるだろうが、皮膚科では納豆アレルギーがピンとくる。納豆アレルギーは蕁麻疹や呼吸困難は必発であり、多くはアナフィラキシーに進展し、ショックに至る事も稀ではないとされている。IgE介在性にも関わらず、遅発性で納豆摂取後半日程度経って症状が出現する点が有名で、納豆アレルギーはあっても大豆や他の大豆加工食品に対してアレルギーを示すことはない(と、知識としては知ってはいるが恥ずかしながら本疾患患者の診察経験が私にはない…)。ここまでは皮膚科医なら周知の内容だが、最近の報告では、なんと納豆アレルギー患者の実に70%がサーファーで、ダイバーや潜水士も併せると80%がマリンスポーツ歴を有するというのだ。(有名な疾患のわりに、どうりで旭川で遭遇しないはずだ!) マリンスポーツ愛好家に納豆アレルギーが発症しやすいという説が浮上する。文献の著者らが両者の関係性を調査した結果、クラゲが標的を刺すときに触手細胞内で納豆の主要アレルゲンと同じポリガンマグルタミン酸(PGA)が産生され、その浸透圧調節作用で毒針が敵に差し込まれるという共通点が明らかとなった。つまり、クラゲ刺傷によりPGAの経皮感作が成立し、経口摂取した納豆に対しアレルギーが生じるのではないか、というのだ。納豆とくらげの意外な関連性に驚いた。「動物」が感作源となり食物アレルギーが誘発されるとういうユニークな一文献について記載させて頂いた。参考文献：臨皮70(5増):p158-160, 2016 (W.N.)

当院小児患者におけるStreptococcus pneumoniaeおよび Haemophilus influenzaeの薬剤感受性の推移*

小児科 太田紀子** 古川卓朗
中嶋雅秀 佐竹明

【要旨】 当院の小児患者より検出されたStreptococcus pneumoniaeとHaemophilus influenzaeの薬剤感受性の推移を検討した。2006年9月から2014年12月の間に、0歳から15歳の小児患者の鼻腔、咽頭、喀痰、静脈血、耳漏、眼脂、膿培養より検出された菌を対象とした。S.pneumoniaeは1576検体、H.influenzaeは1524検体より検出された。S.pneumoniaeはPCG, ABPC, SBT/ABPC, CTX, CPDX-PRの耐性菌の増加を認めなかった。一方、H.influenzaeはABPC, SBT/ABPC, CTX, CPDX-PR, IPM/CSのいずれも耐性率の上昇を認めた。

はじめに

Streptococcus pneumonia, Haemophilus influenzaeは小児期の肺炎、中耳炎、菌血症などの主要な原因菌であり、小児科領域で重要な位置を占めているが、昨今では耐性菌の増加が問題となっている。適切な抗菌薬治療を行うべく、当院における小児患者のS.pneumoniaeおよびH.influenzaeの薬剤感受性の推移を検討したので報告する。

対象・方法

2006年9月から2014年12月の間に、0歳から15歳の小児患者より検出されたS.pneumoniae, H.influenzaeを対象とした。対象とする細菌培養検査は鼻腔、咽頭、

喀痰、静脈血、耳漏、眼脂、膿培養とした。

抗菌薬感受性はClinical and Laboratory Standards Institute (CLSI) の推奨法に準拠した微量液体希釈法により最小発育阻止濃度(minimum inhibitory concentration, MIC) を測定した。測定対象抗菌薬はS.pneumoniaeはpenicillinG (PCG), ampicillin (ABPC), sulbactam/ampicillin (SBT/ABPC), imipenem/cilastatin (IPM/CS), cefotaxime (CTX), cefpodoxime proxetil (CPDX-PR), clindamycin (CLDM), clarithromycin (CAM), vancomycin (VCM), levofloxacin (LVFX), minocycline (MINO) とし、H.influenzaeはABPC, SBT/ABPC, IPM/CS, CTX, CPDX-PR, CAM, LVFXとした。

本調査では2006-2008年, 2009-2011年, 2012-2014年に分けて各抗菌薬のMIC値を検討し、CLSIの2014年時点のMIC判定基準値¹⁾に基づきsusceptible (S; 感受性), intermediate (I; 中間), resistant (R; 耐性) に分類した。S.pneumoniaeのABPC, SBT/ABPCはそれぞれamoxicillin (AMPC), clavulanic acid/amoxicillin (CVA/AMPC) の基準を参考とした。S.pneumoniaeのPCG, CTXは非髄膜炎の感受性の基準を用いた。また耐性率をintermediateとresistantを合わせた割合とし、 χ^2 検定を用いて統計学的解析を行った。

* : Trends in antimicrobial susceptibility of Streptococcus pneumoniae and Haemophilus influenzae isolated from pediatric patients in our hospital.

** : Noriko OTA, et al.

key words : Streptococcus pneumoniae, Haemophilus influenzae, 薬剤感受性

結 果

1. 総分離検体数および年齢別分離検体数

S.pneumoniaeを1576検体、H.influenzaeを1524検体より検出した。S.pneumoniaeは0歳児355検体(22%)、1歳児650検体(41%)、2歳児230検体(15%)、H.influenzaeは0歳児298検体(20%)、1歳児586検体(38%)、2歳児251検体(16%)で、ともに2歳以下が約3/4を占めた(図1)。

2. 薬剤感受性成績

S.pneumoniaeとH.influenzaeの各種抗菌薬の感受性の推移を図2、図3に示した。

S.pneumoniaeのPCG, ABPC, SBT/ABPC, CTX, VCM, LVFXに対する感受性は良好であり、耐性率の変化を認めなかった。CPDX-PRは2006-2008年の耐性率が54%であったのに対し、2012-2014年は32%と耐性率の低下を認めた($p < 0.01$)。CLDMは2006-2008年が耐性率57%、2012-2014年が67%、MINOは2006-2008年が71%、2012-2014年が83%といずれも耐性率の上昇を認めた($p < 0.01$)。CAMも2006-2008年の耐性率が91%と高値で、2009-2011年は耐性率96%とさらに上昇した($p < 0.01$)。IPM/CSは2006-2008年の耐性率は4%であったのに対し、2012-2014年は8%と有意に耐性率の上昇を認めた($p < 0.01$)。

H.influenzaeはABPC, SBT/ABPC, CTX, CPDX-PR, IPM/CS, CAMのいずれにおいても有意に耐性率の上昇を認めた。2006-2008年から2012-2014年の耐性率は、ABPCは69%~74%、SBT/ABPCは32%~62%、CTXは2%~23%、CPDX-PRは43%~63%、IPM/CSは7%

~29%、CAMは30%~45%といずれも有意に上昇していた($p < 0.01$)。LVFXは感受性が良好で、研究期間中の耐性率はいずれも0%だった。

考 察

S.pneumoniaeは1980年代後半より本邦で耐性菌の増加が報告されてきたが、近年ではS.pneumoniaeの薬剤感受性の改善も報告されている。S.pneumoniaeの薬剤感受性について、2001-2005年と2006-2010年を比較した坂田ら²⁾、玉木らの検討³⁾、2008-2013年の期間で行った川口らの検討⁴⁾ではいずれも、PCG感受性は改善傾向だったと報告している。今回の検討でも、S.pneumoniaeのIPM/CS以外のβラクタム系薬剤感受性は概ね良好、もしくは改善傾向だった。感受性改善の要因として、薬剤感受性成績に基づく抗菌薬適性投与の普及や、肺炎球菌結合型ワクチン(pneumococcal conjugate vaccine: PCV)の導入の影響があげられている²⁾³⁾⁴⁾。当院ではS.pneumoniaeの血清型は確認していないが、PCVがカバーする血清型の肺炎球菌は耐性率が高いことが知られており⁵⁾、PCV導入によるワクチンがカバーする血清型の肺炎球菌感染症の減少が、感受性改善に影響している可能性がある。

本邦において、H.influenzaeは2000年以降、β-lactamase-nonproducing, ABPC-resistant Haemophilus influenzae (BLNAR)の増加が問題となっている⁶⁾。また、近年では*fis*遺伝子変異とβラクタマーゼ産生能を有するβ-lactamase-producing, amoxicillin/clavulanic acid-resistant Haemophilus influenzae (BLPACR)の分離

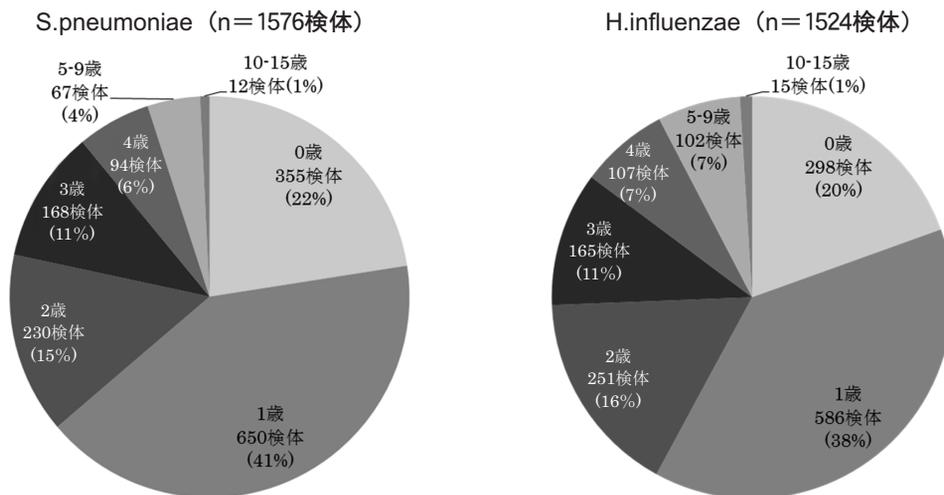


図1 S.pneumoniae, H.influenzae分離検体の年齢分布

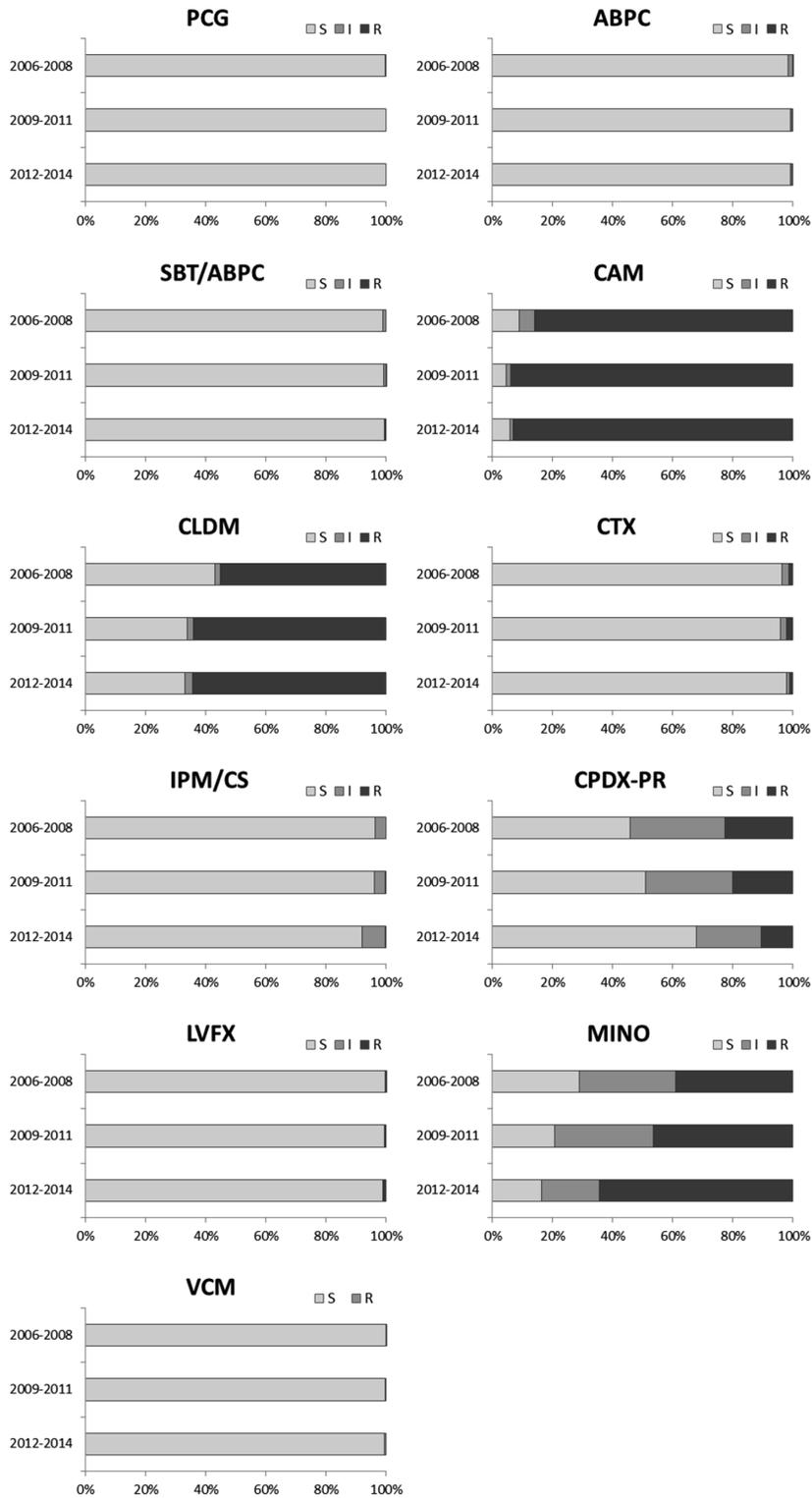


図2 S.pneumoniaeの各抗菌薬に対する薬剤感受性の推移

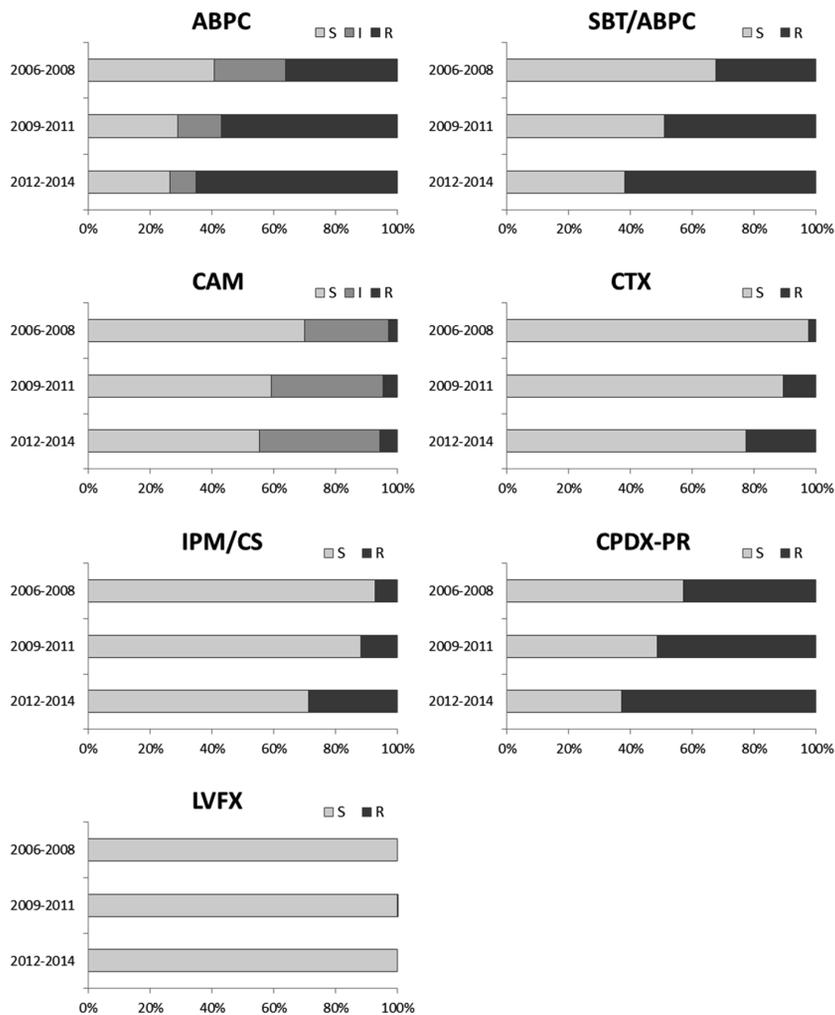


図3 H.influenzaeの各抗菌薬に対する薬剤感受性の推移

も報告されている⁶⁾。H.influenzaeの薬剤感受性について、星野らは2000-2003年、2004-2008年、2009-2012年を比較し、ペニシリン系、セフェム系薬の感受性低下傾向を報告した⁶⁾。また山本らは2008-2011年の検討でBLNARの増加を報告している⁷⁾。今回の調査ではβラクタマーゼの測定は行っていないが、H.influenzaeのニューキノロン薬以外に対する感受性の低下を認めており、BLNARもしくはBLPACRが増加していることが予想された。H.influenzaeの耐性菌増加はセフェム系薬の多用に原因があると推測されており、また抗菌薬耐性化の進行はその消費量と関連することも示されている⁸⁾。

今回の結果でH.influenzaeに唯一良好な感受性を示したのがニューキノロン薬のLVFXである。小児では2010年にtosufloxacin (TFLX) が保険収載されニュー

キノロン薬が使用可能となったが、既に国内外でニューキノロン薬耐性H.influenzaeが検出され始めている⁸⁾⁹⁾。TFLXは2009年に小児に使用可能となった経口カルバペネム系抗菌薬tebipenem pivoxil (TBPM-PI) と共に、他の経口抗菌薬による治療効果が期待できない症例に対してのみ使用すべきとガイドライン上にも記されており^{10) 11)}、抗菌薬の適正使用が望まれる。

終わりに

S.pneumoniaeのペニシリン系、セフェム系の感受性は概ね良好であり、ペニシリン系薬で十分治療可能であると思われた。IPM/CSの耐性菌の増加を認めており、カルバペネム系薬の使用には注意が必要である。

H.influenzaeはβラクタム系薬の耐性化の進行を認めていた。ニューキノロン薬の感受性は良好だが、今

後の耐性化の進行を阻止するため適切な抗菌薬治療が必須である。

文 献

- 1) Clinical and Laboratory Standard Institute: Performance Standards for Antimicrobial Susceptibility Testing; Twenty-Fourth Informational Supplement. Vol.34 No.1 2014
- 2) 坂田 宏：2001～2010年までのStreptococcus pneumoniaeの β -lactam抗菌薬に対する感受性の変動. 小児感染免疫 2011；23：395-400.
- 3) 玉木 久光，他：小児鼻咽腔由来肺炎球菌薬剤感受性の推移－東京都立墨東病院小児科2001～2010年入院患者を対象に－. 小児感染免疫 2011；23：407-412.
- 4) 川口 将宏，他：当院小児科における最近5年間の肺炎球菌の分離状況と抗菌薬感受性. 小児感染免疫 2014；26：439-445.
- 5) 成相 昭吉，他：7価肺炎球菌結合型ワクチンが導入された2010年における乳幼児下気道感染症例の上咽頭から検出された肺炎球菌の疫学. 日本小児科学会雑誌 2013；117：1759-1766.
- 6) 星野 直，他：千葉県こども病院における2009年から2012年の小児臨床検体由来Haemophilus influenzaeの抗菌薬感受性に関する検討. 感染症学雑誌 2013；87：581-589.
- 7) 山本 絢子，他：過去4年間における当院でのHaemophilus influenzaeの細菌学的検討. 医学検査 2014；63：104-109.
- 8) 生方 公子：呼吸器感染症原因微生物の質的变化による薬剤耐性化. 日本化学療法学会雑誌 2006；54：69-94.
- 9) Shu-Chen Kuo, et al: Levofloxacin-Resistant Haemophilus influenzae, Taiwan, 2004-2010. Emerg Infect Dis 2014；20(8)：1386-1390.
- 10) 日本小児呼吸器疾患学会，日本小児感染症学会編：小児呼吸器感染症診療ガイドライン2011. 協和企画，東京，2011.
- 11) 日本耳鼻咽喉科学会，日本小児耳鼻咽喉科学会，日本耳鼻咽喉科感染症・エアロゾル学会編：小児急性中耳炎診療ガイドライン 2013年版. 金原出版，2013.

Medical essay

高額薬剤問題を考える

悪性黒色腫の治療薬であった免疫チェック・ポイント阻害剤「オプジーボ＝ニボルマブ」が非小細胞肺癌，さらに腎癌にも適応が拡大された。これまでとは違った機序の薬剤であり，重症糖尿病・自己免疫疾患などの副作用が懸念されるが，新しい抗腫瘍剤として期待される場所である。だが薬効とは別の新たな問題が浮上した。それは本剤の一人当たりの薬価が一年間で約3,500万円とあまりにも高額である点である。現在の日本の医療費は約40兆円であり，うち薬剤費は10兆円と概算される。本剤が肺癌・腎癌に使用されるとその費用は，おおよそ2兆円であり，ただ一つの薬剤費が総薬剤費の20%を占めることになると予想される。関係機関で問題視されたのも無理ならぬところである。解決策として薬価の引き下げ，有効例の予知（治療適応・治療中止の判定基準）のほか本格的に「費用対効果＝QALYs＝Quality Adjusted Life Years」を議論すべきとの声が上がっている。

これまで国民皆保険のもと行われてきた「誰もが望む治療を受ける権利がある」という医療提供の原則への疑問が生まれてきた。超高齢化が進行する今後において「高額薬剤の登場」は，医療提供の有り様の変革に向かう出発点になつのではないだろうか。 (I.M.)

Medical essay

きらきらひかる♪どうやってかえる？

救急外来の受診リストを見ていると、特に未成年で変わった名前がちらほら見受けられます。いわゆるキラキラネームと呼ばれるものです。まあ“変わっている”と感ずるかどうかは個人差があるとは思いますが、漢字からはおよそ想像もつかない読み方をする名前もあり、学校など公共の場ではさぞ苦勞しているのでは、と余計なことを考えてしまいます。もちろん名前も時代によって流行がありますので、自分の名前も数十年後には他人の目には珍妙な名前として映るのかもしれない。

では、自分の名前を変えたいと思ったら？歴史上の人物では幼少期から成人するに従い（あるいは成人後も）改名した人が珍しくありませんでした（例：長尾景虎→上杉政虎→上杉輝虎→上杉謙信）。当時は自分で新しい名前を名乗ればそれでよかったのですが、今の世の中で戸籍から名前を変えるにはどうしたらよいのか、興味本位で（インターネットで）調べてみました。ちなみに筆者は自分の名前に不満があるわけではありません。

簡単に言うと、まず家庭裁判所に『名の変更許可申立書』を提出して改名申立をします。受理されれば面談があり、許可されるか却下されるかが決まるそうです。しかし家庭裁判所の許可がおりるには『正当な事由』が必要であり、正当な事由とは名の変更をしないとその人の社会生活において支障をきたす場合をいい、単なる個人的趣味、感情、信仰上の希望等のみでは足りないそうです。『名の変更許可申立書』の中にある『申立ての理由』には“1. 奇妙な名である。 2. むずかしくて正確に読まれない。”といった記述があるため、今後改名を希望する人が増えるのでは？と想像しますが、どうやら改名したい“通称”をしばらく（どの程度の期間かはよくわかりませんでした。）使用していた実績が必要とのことで、実際にはそれほど簡単には許可はおりないようです。

筆者も子供の名前を考えるのにひどく悩んだ思い出があります。キラキラネームの子が将来改名するためのハードルが下がるとよいと思いつつも、せっかく苦勞して名付けた自分の子供が改名を考えたらどうしよう？と思うのは杞憂でしょうか。 (T.K.)

市立旭川病院救急外来を受診した児童青年期精神科患者の 後方視的検討 – 2005年～2012年の診療統計から – *

精神科 武井 明** 土井 朋代
富岡 健 土井 準
加藤 垂佳音 泉 将吾
目良 和彦 佐藤 譲
原岡 陽一
サンピエール病院 金子 真一郎

はじめに

児童青年期精神科医療に対する関心の高まりとともに、児童青年期の外来患者の動向に関する報告がなされるようになったが^{1,2)}、そのほとんどは診療時間内に受診した患者の実態の報告で、夜間休日の診療時間外に受診した児童青年期患者の特徴については十分検討されているとはいえない。

今回われわれは、市立旭川病院（以下、当院）救急外来を夜間休日に受診した児童青年期の精神科患者について臨床的な特徴を検討したので報告する。

当院の救急体制

当院には脳神経外科，整形外科，および救命救急センターが開設されていないことから，当院救急外来は，軽症から中等度の重症度を示す1次から2次救急患者を対象にして夜間休日の初期治療にあたってい

る。しかしながら，大動脈解離や急性心筋梗塞などのようなICUやCCUでの身体管理が必要な重症患者が搬送されることが少なくない。救急外来の当直体制は，各診療科から1名の医師が当直医として輪番制で担当し，初期治療やトリアージを行っている。当直医が専門医による診察を必要と判断した場合には，各診療科の当番医が呼ばれて診療にあたる体制になっている。

対象と方法

2005年4月1日から2012年3月31日までの8年間に，当院救急外来を受診した18歳以下の児童青年期の精神科患者を対象にして，診療録および救急外来日誌を基にし，後方視的な調査を行った。調査項目は，患者の年齢，性別，受診理由，診断，受診後の転帰で，診断にはICD-10³⁾を用いて，主たる診断名をひとつだけ取り上げた。また，過去8年間における受診患者の変化を検討するために，2005年～2008年を前期4年間，2009年～2012年を後期4年間として，両者の比較検討も試みた。統計学的な有意差の検討にはFisherの正確確率検定を用いた。

なお，今回の調査にあたって，患者の個人情報の保護に十分留意し匿名性の保持に配慮した。

* : A retrospective study of child and adolescent psychiatric patients visiting the emergency clinic in Asahikawa City Hospital between 2005 and 2012

** : Akira TAKEI, et al.

key words : 児童青年期精神科, 救急外来,
総合病院, 過量服薬

結 果

過去8年間に当院救急外来を受診した全ての診療科の救急患者数は延べ44,688人で、年次推移をみると全体的に減少し、2012年度は5,613人であった(図1)。一方、精神科の救急患者数の延べ数は14,703人で、救急外来患者総数に占める割合は33.1%であった。

過去8年間に救急外来を受診した児童青年期患者の延べ数は455人で、精神科患者全体に占める割合は3.1%であった(図2)。児童青年期患者の割合の年次推移をみると、多少の変動があるものの全体的に増加傾向を示し、2012年度は4.7%に達していた。

救急外来を受診した児童青年期の精神科患者の実数は、180人(男子47人、女子133人)で、女子が全体の73.9%を占めていた(図3)。年齢分布では8~18歳(平均年齢16.0±1.9歳)で、年齢が高くなるにつれて患者数が増加し、16歳以上の患者が全体の78.9%を占めていた。

受診理由を延べ数で検討すると、不安・イライラ感

が最も多く455人中138人(30.3%)に認められ、次いで過量服薬が120人(26.4%)などの順であった(表1)。2005年~2008年の前期4年間と2009年~2012年の後期4年間における受診理由を比較すると、過量服薬の割合が64.7%から7.0%で有意に減少する一方で、不安・イライラ感が12.4%から39.4%で有意に増加していた。

ICD-10³⁾による診断的内訳を実数で検討すると、神経症性障害、ストレス関連障害および身体表現性障害[F4]が180人中61人(33.9%)で最も多く、次いで統合失調症、統合失調型障害および妄想性障害[F2]が45人(25.0%)、心理的発達の障害[F8]が37人(20.6%)などの順であった(表2)。前期4年間と後期4年間との比較では、心理的発達の障害[F8]が14.6%から31.6%に増加していた。

救急外来受診後の転帰を延べ数で検討すると、受診日に帰宅した者が455人中360人(79.1%)で、入院した者が95人(20.9%)であった(表3)。また、入院理

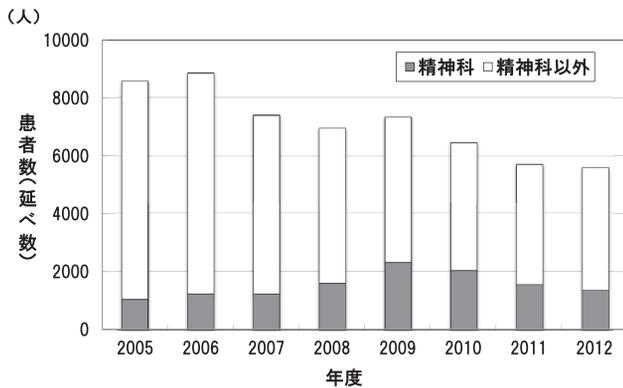


図1 救急外来患者総数の推移 (延べ数)

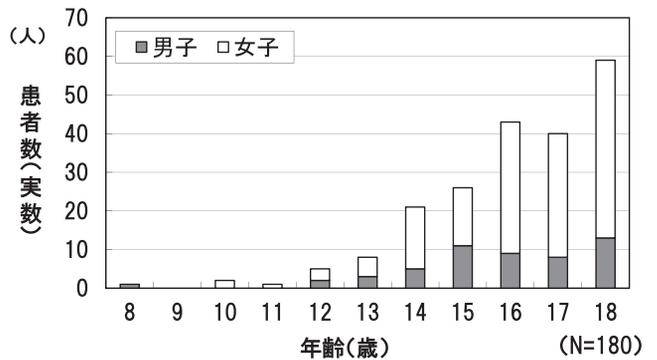


図3 救急外来受診の児童青年期患者の年齢分布

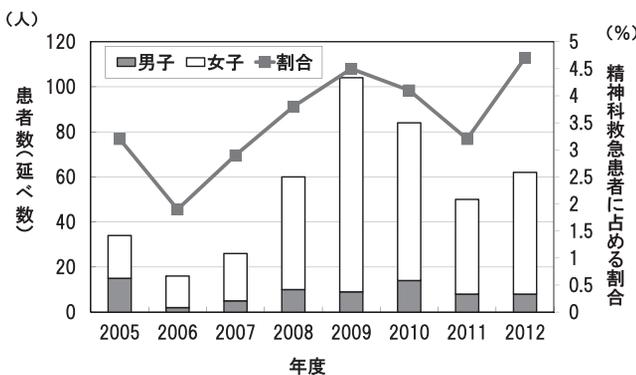


図2 児童青年期患者数と精神科救急患者に占める割合の推移

表1 主な受診理由 (上位10項目)

	2005-2008 N=153 (%)	2009-2012 N=302 (%)	計 N=455 (%)
不安・イライラ	19 (12.4)	119 (39.4)**	138 (30.3)
過量服薬	99 (64.7)**	21 (7.0)	120 (26.4)
過呼吸	29 (19.0)**	24 (7.9)	53 (11.6)
暴力・興奮	5 (3.2)	19 (6.3)	24 (5.3)
自傷	7 (4.6)	14 (4.6)	21 (4.6)
腹痛・嘔気	4 (2.6)	13 (4.3)	17 (3.7)
胸痛	5 (3.2)*	1 (0.3)	6 (1.3)
頭痛	2 (1.3)	4 (1.3)	6 (1.3)
処方薬の不足	4 (2.6)	2 (0.7)	6 (1.3)
幻聴	3 (2.0)	2 (0.7)	5 (1.1)

*p<0.05, **p<0.01

(延べ数)

表2 ICD-10による診断分類

診 断		男子 N=47	女子 N=133	計 N=180 (%)
F0	器質性精神障害	0	1	1 (0.6)
F1	精神作用物質による精神障害	5	2	7 (3.9)
F2	統合失調症圏	7	38	45 (25.0)
F3	気分障害	3	6	9 (5.0)
F4	神経症性障害, ストレス関連障害, 身体表現性障害	10	51	61 (33.9)
F5	生理的障害・身体的要因に関連した行動症候群	1	3	4 (2.2)
F6	パーソナリティ障害	0	2	2 (1.1)
F7	精神遅滞	1	3	3 (1.7)
F8	心理的発達の障害	14	23	37 (20.6)
F9	小児期青年期に発症する行動情緒障害	5	1	6 (3.3)
	その他	1	3	4 (2.2)

表3 受診後の転帰

		人数 (%)
帰宅		360 (79.1)
入院		95 (20.9)
入院理由	過量服薬	54 (56.7)
	暴力・興奮	13 (13.7)
	不安	10 (10.5)
	自殺念慮	5 (5.3)
	自傷	3 (3.2)
	意識消失	3 (3.2)
	飛び降り	2 (2.1)
	その他	5 (5.3)

由として最も多かったのは過量服薬で、95人中54人(56.7%)で、次いで、暴力・興奮が13人(13.7%)などであった。

考 察

1. 過量服薬患者の減少

今回の結果では、過量服薬で救急外来を受診する児童青年期の精神科患者が最近4年間で有意に減少する一方で、不安・イライラ感という比較的軽症の症状で受診している患者が有意に増加していることが明らかになった。これまでの救急患者の報告のほとんどは成人までを含めた患者についての検討であるが、救命救急センターに搬送される自殺未遂患者では過量服薬患者が最も多く^{4,5)}、その増加が指摘されている⁶⁾。しかし、今回の結果のように過量服薬患者が減少しているという報告は国内の文献を検索した限り認められな

った。

2. 過量服薬患者減少の理由

当院救急外来において、児童青年期の過量服薬患者が減少した理由としては、①過量服薬患者が旭川市内の救命救急センターのある他院に搬送されている可能性があること、②旭川市内の総合病院精神科の閉鎖が相次ぎ、当科が救急患者のために常時空床を確保しているため、子どもや親が入院を希望した際には即入院させていること、③軽度の症状悪化であっても、積極的な救急外来の利用を通常の外来診療において勧めていること、④過量服薬の誘因となる青年期患者の“過敏さ”に着目して抗精神病薬を躊躇せずに投薬していることなどが挙げられる。

なかでも、青年期患者の示す“過敏さ”については、日常の外来診療で注目すべき精神症状であると考えられる。“過敏さ”は周囲の音や声に敏感になるだけではなく、周囲の人たちが自分を見ているような気がするという被注察感、周囲の人たちが自分の悪口を言ったり、バカにして笑ったりしているような気がするという被害念慮などが特徴であり、このような症状に加えて、過去の嫌な記憶が自分の意思とは無関係に思い出されるという自生思考を伴っていることが多い。この自生思考がつらいため、青年期患者では自傷や過量服薬に至りやすく、そのような行為によって一過性につらさから逃れようとするわけである⁷⁾。したがって、青年期患者が抱える“過敏さ”を軽減するために、少量の抗精神病薬を用いることが、自傷や過量服薬の防止につながると考えられる。この“過敏さ”は初期統合失調症⁸⁾、自閉症スペクトラム障害⁹⁾、心的外傷後ス

トレス障害¹⁰⁾などいくつかの精神疾患で認められ、外来で遭遇する割合の高い精神症状のひとつであることを念頭に置きながら青年期患者を診察する必要があると考えられる。

3. 救急外来での対応

今回の結果から、児童青年期患者の場合、緊急性がなく軽症であっても救急外来受診を控えさせるのではなく、その後の過量服薬などの自殺関連行動に発展するのを防ぐために、患者が望めばいつでも迅速に救急外来で対応することが重要であると考えられる。しかし、このような救急体制は精神科当番医にかなりの負担を強いるものであるため、児童青年期精神科医療に携わることのできる精神科医を早急に養成し診療体制を充実させることが望まれる。

4. 本研究の限界と課題

本研究は一市中病院の救急外来における結果であり、当院に救命救急センターが併設されていないので比較的軽症の救急患者が多いという症例の偏りが存在する。そのため、今回の結果は必ずしも全国的な傾向を示しているとは言いがたい。しかし、児童青年期の精神科患者に限定した検討結果において、過量服薬患者の減少が示されたことは、今後、道北地域における児童青年期の精神科患者の動向を考える際の貴重な参考データになり得ると考えられる。今後、全国の他の医療機関から児童青年期の精神科救急患者についての報告がなされることを期待したい。

ま と め

過去8年間に当院救急外来を受診した18歳以下の児童青年期の精神科患者の臨床的特徴を検討し、以下の結果が得られた。

- (1) 児童青年期の精神科救急患者の実数は180人（男子47人、女子133人）であり、成人を含めた精神科救急患者全体に占める割合は3.1%であった。
- (2) 受診理由は、不安・イライラ感が最も多く(30.3%)、次いで過量服薬(26.4%)であり、最近の4年間に於いて過量服薬が激減し、不安・イライラ感が増加した。
- (3) 診断の内訳ではF4が最も多かった(33.9%)。
- (4) 救急外来受診後には、79.1%が帰宅し、20.9%が入院しており、入院理由では過量服薬が最も多かった(56.7%)。

以上の結果から、最近の児童青年期患者では軽症で

救急外来を受診することで、その後に過量服薬に至る者が減少している可能性が示唆された。

文 献

- 1) 武井 明, 目良和彦, 宮崎健祐, ほか. 市立旭川病院精神科における児童思春期患者の実態 - 1996~2005年の10年間の外来統計から - . 精神医学 2007 ; 49 : 1053 - 1061.
- 2) 高橋雄一, 中川牧子, 大塚達以, ほか. 総合病院における児童精神科診療の課題. 横浜市立大学附属市民総合医療センターにおける児童精神科専門診療について. 総合病院精神医学 2012 ; 24 : 342 - 348.
- 3) World Health Organization. The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: Clinical description and diagnostic guidelines. Geneva: WHO, 1992 (融 道男, 中根允文, 小宮山実監訳. ICD-10精神および行動の障害 - 臨床記述と診断ガイドライン. 東京: 医学書院, 1993).
- 4) 茂木崇治, 鈴木雄太郎, 井桁裕文, ほか. しい型大学医歯学総合病院高次救命災害治療センターに入院した自殺企図患者の実態調査. 新潟医学会誌 2013 ; 127 : 417-421.
- 5) 古郷央一郎, 松尾寿栄, 三好良英, ほか. 自殺関連行動により宮崎大学医学部附属病院救命救急センターを受診後, 精神科診療を要した患者の検討. 宮崎医学会誌 2015 ; 39 : 140-146.
- 6) 赤羽晃寿, 金井理恵, 北澤康久, ほか. 大量服薬自殺未遂者における処方処方の検討. 総合病院精神医学 2006 ; 18 : 257-262.
- 7) 武井 明. 救急外来を受診する子どもたち. 第15回思春期の臨床講習会講演集. 日本小児科医学会 2015 : 36-44.
- 8) 中安信夫: 初期分裂病. 東京: 星和書店, 1990.
- 9) 三好 輝. 発達障害の神経作動特性(≒神経過敏+切替困難)へのアプローチ. 青木省三, 村上伸治責任編集. 成人期の広汎性発達障害. 東京: 中山書店. 2011 : 209-242.
- 10) American Psychiatry Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th ed: Washington, D.C.: American Psychiatric Press, 2013 (高橋三郎, 大野 裕監訳. DSM-5精神科診断・統計マニュアル. 東京: 医学書院, 2014).

高齢者糖尿病症例で、インスリン治療中にみられた アダムス・ストークス症候群の1例*

介護老人保健施設フェニックス 上野明子** 草嶋倫代
村上忠司(第7代院長)
北海道医療センター心臓・血管外科(元 市立旭川病院 胸部外科)
吉本公洋

はじめに

糖尿病の有病率は世界的に上昇傾向にあるが、わが国でも問題は深刻化しており、2型糖尿病の推定患者数は2002年の740万人から2012年には950万人に増加している。

老年期は加齢に伴う変化に加え、様々な基礎疾患を抱えながら生活している事が多い。また、認知機能の低下で、自身の症状を他者へ伝えることが困難であったり、それらを支える家族は重い介護負担を強いられる。施設看護師は日常の健康管理によって、疾患の増悪防止、老年病の発病予防と早期発見、適切な医療受療の促進に対して重要な役割を担う。

今回、軽度認知症、難聴に加え、様々な基礎疾患を抱えた利用者の、意識障害に対する関わりの中で、多くの学びがあったので報告する。

症 例

症 例 : 91歳女性

* : A Case of Adams Stokes syndrome in an elderly patient with diabetes mellitus receiving insulin treatment.

** : Akiko UENO, et al.

Key words : アダムス・ストークス症候群,
高齢者糖尿病, インスリン治療

主 訴 : 糖尿病治療の継続

既往歴 : 81歳 大腸癌, 大腸切除

89歳 尿崩症(疑)でデスマプレッシン点鼻療法開始, その頃から排尿困難で膀胱カテーテル留置となっている。現病歴 : 平成6年から2型糖尿病としてインスリン療法が開始された。しかし、血糖コントロールが困難で、そのため入退院が繰り返されていた。長男(56歳)との二人暮らしで生活全般の介護, 血糖測定, インスリン注射, 蓄尿パックの処理などは、長男が仕事を抱えながら行っていた。社会資源は利用していない。

定期受診により、インスリン療法を継続していたが、平成26年3月に低血糖(30mg/dl)がみられ、軽い意識障害を伴ったことを主治医に伝え、以来インスリン量が低用量に抑えられることになった。その後も在宅で意識消失が2~3度あり、電解質異常が原因かもしれないとされていた。

平成26年6月10日長男の介護負担が重いため入所となったが、HbA1c : 11.0%であった。

入所中の経過 : 難聴のためコミュニケーションがとりにくい事があった。HDS-R : 15点, MMSE : 19点, FAB : 8点で軽度の認知症と判定した。入所時, 脈拍77回/分(整), 血圧126/92mmHg, CTR : 54%, 血液の一般検査, 肝機能, 電解質等に異常はなかった。歩行, 食事摂取は自立していた。

インスリンは朝・夕にノボラピットを前医の処方により, 食事量による調整を加えながら注射していた。血糖値も朝・夕2回測定した。

ところが、入所3週間後の7月3日、4日、9日に発汗と失神発作（数分間）がみられた。いずれも血糖値は200~400mg/dlであった。7月9日の時は脈拍数40/分で不整があった。血圧103/49mmHg、その時心電図を記録することが出来、洞徐脈（40回/分）（図1）上室性二段脈もみられた。このことから、アダムス・ストークス症候群を伴う洞不全症候群の疑いが濃厚となった。

8月5日診断、治療方針決定の為、市立旭川病院胸部外科に紹介、入院となった。

入院後の経過：入院後失神発作は起こらなかったが、モニター心電図で40台の徐脈が観察、記録された。

Holter心電図で洞性不整脈（R-R間隔最大で1.4秒）、心拍数最高で180回/分、心拍数40台の徐脈と、100台の発作性心房細動もみられた。以上から徐脈、頻脈症候群で失神発作の既往もあり、ペースメーカーの適応、Class IIと診断された¹⁾。7月24日永久ペースメーカー（VVIレート50）が植込まれた。

代謝内科へのコンサルト：胸部外科入院後、空腹時血糖500~600mg/dlが続くため、代謝内科へコンサルトと

なった。

ペースメーカー植込み周術期はインスリン強化療法（毎食前ノボラピットと朝1回ランタス）を指示された。それにより血糖は100mg/dl台後半から200mg/dlと不安定ながら著しい高血糖は回避された。

さらに食事2時間後の血糖300mg/dl時のCPR（C-peptide immunoreactivity）は $0.1\mu\text{g/ml} < 0.5\mu\text{g}$ でインスリン枯渇状態と判断された。

再入所後の経過：8月5日再入所となった。インスリン注射はランタス（3-0-0-0）、ヒューマログミックス（3-3-2-0）で継続し、血糖値の日内変動は大きいものの、低血糖になることもなく経過している。HbA1c（%）は10月：7.7、12月：8.6、平成27年3月：8.5、8月：7.0、10月：7.4、平成28年4月：6.6であった。

再入所後は失神発作は一度も起こらず、その不安から解放された安心感はいまことに大きいものがあると、述懐されている。ペースメーカー合併症に注意しながら、治療を継続中である。

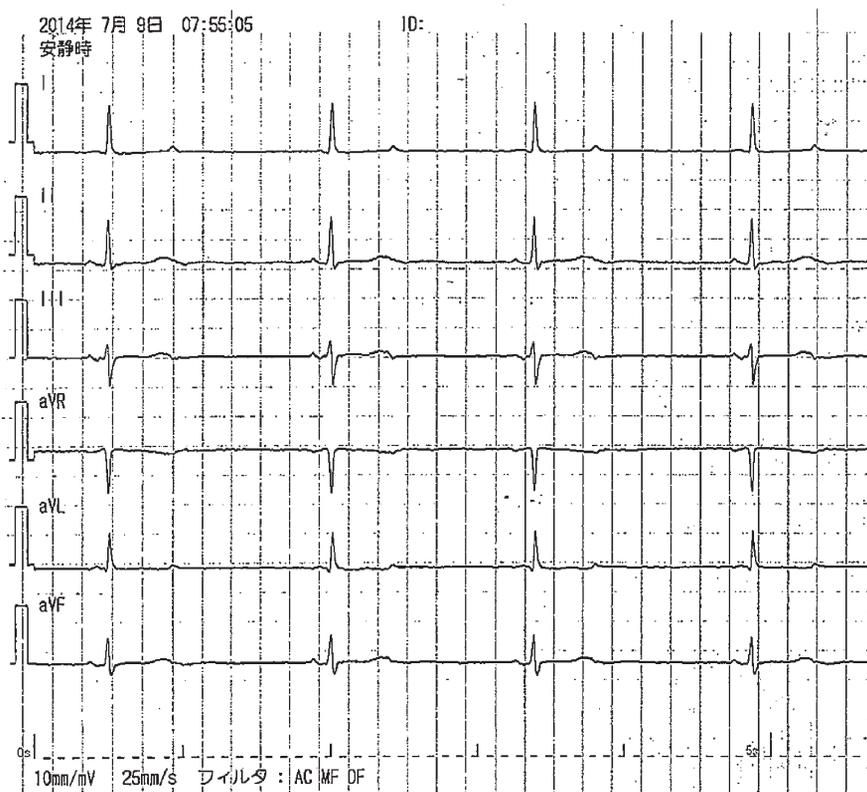


図1 発作直後の心電図

考 察

意識障害の鑑別には、AIUEOTIPS（アイウエオチップス）（表1）が有用である²⁾。本症例ではこの中のI（インスリン）とS（syncope）が該当する。低血糖は血糖値から除外され、心電図から洞不全症候群が疑われた。入院検査の結果、ペースメーカーによる治療へと結びつき、好結果が得られた。

欧米では介護施設（ナースングホーム）利用者の中の高齢者糖尿病についての報告は多い³⁾⁴⁾。Yau⁴⁾らによると、HbA1c：8.0～8.9%の症例は7.0～7.9%に比べて、機能面で良好な経過が示された。American Geriatric SocietyのガイドラインはHbA1c：8.0%以下の目標をすすめているが、フレイル⁵⁾であり、かつ余命の限られた高齢者にとって、機能保持の面からみると、必要以上に低過ぎるかもしれないとしている。

また高齢者のHbA1cレベルと生存率にはU字カーブの存在が報告されている⁶⁾⁷⁾。これによるともっとも生存率が高いのが7.5%付近であった。そして従来の糖尿病治療のガイドラインはHbA1cの最低値を含めて訂正が必要なことを示唆している。井藤⁸⁾は、高齢者の医療においてはそれぞれの高齢者が持つ背景を十分に把握して、個々の患者にふさわしい治療目的を考える必要がある。高血糖は是正すべきであるが、厳格に血糖コントロールすればするほど低血糖が高頻度となり、低血糖は、うつ状態や認知症の原因となると述べている。

この様な発表、示唆のある中、最近日本糖尿病学会

と日本老年医学会は、高齢者糖尿病の血糖コントロール目標（HbA1c）を初めて策定し、公表した⁹⁾（表2）。

目標の基本的考え方は、1）患者の特徴や健康状態を考慮して個別に設定、2）重症低血糖リスクが危惧される場合は目標下限値を設定、3）患者の個別性を重視し、目標値を下回る設定、上回る設定も可能の3点である。

また、認知機能やADLに基づいて3つのカテゴリに分類している。その上で重症低血糖のリスクや年齢によって、目標値を設定している。今後極めて有用な指針となることが期待される。

ちなみに本症例はHbA1c：8.0%未満（7%下限）が妥当な目標ということになる。

特定の症状を起こす原因が多数考えられる時、その鑑別は速やかに行われるべきである。

本症例のように慢性疾患を抱えた高齢者にとっては、生活の質を脅かす重大な結果を招く可能性もある。利用者の生活を支える一員として施設看護師は、目に見える症状のみの観察に留まらず、利用者の全体像を多角的な視点から観察する力と、それを生かす知識が必要である。また、在宅生活を維持していく為にも、ご本人、家族への療養指導、介護指導が必須であるが、本事例のように細かな観察が必要であった場合は、速やかな専門職種による訪問サービスの導入が有効である。

住み慣れた地域での生活を維持していくためにも、利用者とその家族を中心に、多岐にわたる専門職の密

表1 AIUEO TIPS

A : alcoholism	急性アルコール中毒, アルコール離脱症候群, Wernicke 脳症
I : insulin	インシュリン (低血糖, 高血糖, ケトアシドーシス)
U : uremia	尿毒症
E : endocrinopathy, encephalopathy, electrolyte	内分泌 (甲状腺, 副腎) 脳症 (高血圧性, 肝性) 電解質異常 (低Na高Na, 高Ca)
O : oxygen, opiate, overdose	低酸素血症 (CO中毒), 麻薬, 薬物中毒 (高齢者の服薬間違い, 覚醒剤中毒), 悪性症候群
T : trauma, temperature	外傷, 体温異常 (熱中症)
I : infection	感染症 (髄膜炎, 脳炎, 敗血症)
P : psychiatric, porphyria	精神疾患 (ヒステリー発作), ポルフィリア
S : syncope, seizure, stroke, SAH, SDH	失神, 痙攣, 脳卒中, くも膜下出血, 硬膜下血腫

表2 高齢者糖尿病の血糖コントロール目標 (HbA1c値)

患者の特徴・健康状態	カテゴリーⅠ		カテゴリーⅡ	カテゴリーⅢ
	①認知機能正常 かつ ②ADL自立			①軽度認知障害～軽度認知症 または ②手段的ADL低下, 基本的ADL低下

重症低血糖が危惧される薬剤 (インスリン製剤, SU薬, グリニド薬など) の使用	なし	7.0%未満		7.5%未満	8.0%未満
	あり		65歳以上 75歳未満	75歳以上	8.0%未満 (下限7.0%)
		7.5%未満 (下限6.5%)	8.0%未満 (下限7.0%)		

な連携がより一層必要となってくると考える。

今回の関わりは、意識障害を起こした原因が速やかに特定された事で、適切な医療を提供する架け橋となり、安全で適切なインスリン療法の再構築に繋がった。

おわりに

インスリン治療中に、頻回の失神発作に見舞われた高齢者2型糖尿病症例を経験した。洞不全症候群の診断となり、ペースメーカー植込み後良好な経過をたどっている。

文献

- 1) 日本循環器学会. 不整脈の非薬物治療ガイドライン (2011年改訂版) Ⅲ心臓ペースメーカー.
- 2) 今福一郎. 意識が変である/変であった. レジデントノート2012; 13: 2361-2367.
- 3) Andreassen LM, Sandberg S, Kristensen GBB, et al. Nursing home patients with diabetes: Prevalence, drug treatment and glycaemic control. Diabetes

Research and Clinical Practice 2014; 105:102-109.

- 4) Yau CK, Eng C, Censer IS, et al. Glycosylated Hemoglobin and Functional Decline in Community-Dwelling Nursing Home-Eligible Elderly Adults with Diabetes Mellitus. J Am Geriatr Soc 2012; 60: 1215-1221.
- 5) 荒木厚. 加齢に伴う糖尿病. Diabetes Frontier 2016; 27: 80-85.
- 6) Currie CJ, Peters JR, Tynan A, et al. Survival as a function of HbA1c in people with type 2 diabetes: a retrospective cohort study. Lancet 2010; 375: 481-489.
- 7) Huang ES, Liu JY, Moffet HH, et al. Glycemic Control, Complications, and Death in Older Diabetic Patients.. Diabetes Care 2011; 34: 1329-1336.
- 8) 井藤英喜. 高齢者糖尿病の特徴と診断. 日本医師会雑誌2010; 139特別号(2): 78-81.
- 9) 高齢者糖尿病の血糖コントロール目標を公表. 日本医事新報 2016; No.4805:8-9.

安静度が制限されている患者の環境整備について ～患者の望む整った環境への看護師の介入方法～*

看護部・東5階 花 蔭 絵** 齊 藤 真 樹
坂 口 夏 美 山 田 健 人
荒 明 弘 恵

はじめに

当科（循環器内科）では病状の特性から入院時やCCUからの退室時の安静度はポータブルトイレ可までに制限されていることが多い。当科では統一された環境整備の方法はなく、その日の担当看護師に一任されている。患者から「寝具を整えて欲しい」「コップを棚に入れて欲しい」など「もっときちんと整えて欲しい」という意見が聞かれることがあった。一方で「私物に触れて欲しくない」という意見もあった。しかし、その患者のベッド周囲は散乱し清潔で安全な環境ではなく介入の難しさを感じた。先行研究において寺田らは、環境整備に対する看護者の意識と実態について調査しており、「環境整備について高い意識を持っている。」¹⁾と述べている。また、三浦らは「患者個々の背景を十分に踏まえ療養環境を整えることでストレスが軽減されれば、患者は安心して入院生活を送ることができる。」²⁾と述べていることから環境整備が患者の入院生活に与える影響が大きい。

そこで、患者の満足する安全・安楽な環境整備を提

* : Environmental restrictions of patients with bed rest limitations ~ Nursing interventions for patient demands~

** : Kai HANAKAGE, et al.

Key words : 環境整備, 患者満足度, 安全・安楽,
パーソナルスペース

供することで、今後の看護の質を高めていけるのではないかと考えた。患者が望む整ったプライベートな環境（以後パーソナルスペース）への介入方法を検討したのでここに報告する。

研究目的

患者の望む整った環境と看護師が考える整った環境を明らかにし、看護師が行う環境整備に対する患者の満足度を調査することで看護介入方法について検討する。

研究対象・方法

- I. 研究期間 : 2015年3月1日～9月23日
- II. 調査対象 : 当科患者50名, 当院一般病棟看護師(精神科, 集中治療室を除く) 197名
- III. 調査方法 : 質問紙調査法
- IV. 調査内容 :
 1. 安静度がポータブル可までに制限されている当科入院中の患者に床頭台・ベッド周囲の環境整備についての意識や考え, 満足度, 望む環境について調査する。
 2. 当院看護師の環境整備についての意識, 環境整備の実態, 環境整備で気になるところについて調査する。
- V. 分析方法 : 患者の望む整った環境と看護師が考える整った環境の違いを明らかにし比較検討する。

倫理的配慮

当院一般病棟看護師197名と当科患者50名に協力を得た。看護師には書面、患者には書面と口頭で研究の目的、方法を説明。他に、参加に同意しない場合であっても不利益は受けないこと、途中でも取りやめられること、プライバシー保護に努め、研究の結果が公表されて個人が特定されないようにすることを説明。不利益として、聞かれたくないこと、見られたくないことは拒否していただけることを説明し、了承を得て、同意書は患者もしくは責任・判断能力に応じて家族に署名をいただいた。

結 果

I. 患者調査結果

患者50名に配布し回収率は100%であった。

1. 環境整備に対する意識

ベッド周囲、床頭台を整えることは必要だと「思う」86%、「思わない」12%、「無回答」2%であった。

2. 環境整備に対する満足度

看護師が行う整理整頓に「とても満足している」50%、「満足している」48%、「不満である」「とても不満である」0%、「無回答」2%であった。

3. 望んでいる環境整備（複数回答）

ベッド周囲・床頭台をどのように整えて欲しいかに「シーツ・寝衣が汚れたらすぐに交換して欲しい」54%、「危険物（針・刃物・火気等）を身近に置かないで欲しい」44%、「医療機器を邪魔にならない位置に置いて欲しい」「食器（湯のみ茶碗、スプーン・箸など）を洗って欲しい」38%、「ナースコールを分かりやすい場所に置いて欲しい」32%、「ベッドのリモコンを使いやすい位置にして欲しい」「ベッド周囲のゴミを捨てて欲しい」30%、「ベッド周囲にある履物を揃えて欲しい」「テーブルを使用後は拭いて使用しない時は片付けて欲しい」「床頭台・ベッド周囲の私物を整理整頓して欲しい」28%、「無回答」22%、「ベッドを座りやすい高さにして欲しい」20%、「ベッド柵を上げて欲しい」10%であった（図1）。

4. 看護師による環境整備についての考え（複数回答）

看護師によるベッド周囲、床頭台を整えることについて「いつもきれいにしてもらっている」74%、「看護師に任せる」68%、「自分の事は自分

でやりたい」26%、「勝手に物の位置を変えてほしくない」16%、「必要を感じない」10%、「その他」8%、「見られたくない物がある」「看護師の片付けでは十分でない」6%、「家族にやってもらいたい」4%、「自分のスペースに入って欲しくない」0%であった。

II. 看護師調査結果

看護師224名に配布し回収率は88%（197名）であった。

1. 環境整備に対する意識

環境整備は重要な看護介入であると思う」57%、「とても思う」42%、「思わない」1%、「全く思わない」0%、「無回答」1%であった。

2. 環境整備についての実態

1) 所属している部署で看護師が環境整備を行う時間を設けて「いない」64%、「いる」34%、「無回答」2%であった。

2) 環境整備の時間を設けていない人の中でその理由として「その都度行っているため特に時間を設けていない」79%、「他のスタッフが行っているから」17%、「他の業務で忙しいため時間がないから」15%、「看護業務に入っていないから」10%、「必要性がないから」2%、「無回答」13%であった。

3. 環境整備で気になる所（複数回答）

ベッド周囲と床頭台の環境で気になる項目は「シーツ・寝衣が汚れていないか気になる」97%、「医療機器が適切に設置されているか気になる」「ベッド周囲のゴミが気になる」88%、「ナースコールの位置が気になる」86%、「ベッド柵が上がっているか気になる」84%、「ベッドの高さが気になる」83%、「床頭台・ベッド周囲の患者の私物が整理されているか気になる」82%、「ベッドサイドの履物が揃っているか気になる」「オーバーテーブルが汚れているか、収納されているか気になる」76%、「患者の食器（湯のみ茶碗、スプーン・箸など）が汚れているか気になる」75%、「危険物（針・刃物・火気等）がないか気になる」64%、「ベッドのリモコンが適切な位置に設置されているか気になる」57%であった（図1）。

4. 環境整備を行った上での患者からの意見

1) ベッド周囲と床頭台の環境整備を行って患者からの意見が「ない」62%、「ある」38%であ

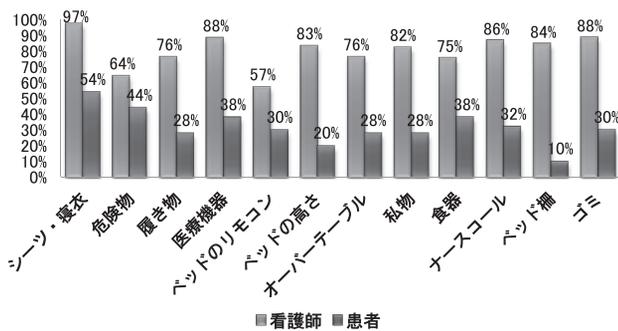


図1 看護師と患者の環境整備で気になる項目の違い

った。

- 2) 意見の内容は「物の位置が変わって困る」48%, 「きれいになって過ごしやすい」47%, 「自分のことは自分で行いたい」32%, 「看護師に任せる」25%, 「見られたくない物がある」「環境整備の必要性を感じない」「自分のスペースに入って欲しくない」13%, 「満足している」12%であった。

考 察

ナイチンゲールは「看護とは新鮮な空気、陽光、暖かさ、清潔さ、静かさなどを適切に整え、これらを活かして用いること、また食事内容を適切に選択し適切に与えること—こういったことのすべてを、患者の生命力の消耗を最小限にするように整えること」³⁾と述べていることから、環境整備は重要な看護介入であると言える。調査結果からも環境整備は重要な看護介入であると思う看護師が大多数であり、先行研究で寺田らも言っている通り環境整備に対する意識は高い。

当科では、治療の一環として安静度を設けており、CCUから退室してきた患者の安静度はポータブルトイレ可の安静度が大半である。ふつう人は、生活行為や行動に応じて、それを行う空間や場所を使い分けて生活している。ところが、病気になると病者の生活行動範囲はベッド周辺に縮小され、かぎられた空間と場所でさまざまな生活欲求を満たすことを余儀なくされる⁴⁾。必要なケアを十分に受けられる病室を選定・整備し、それらを健康回復の段階に応じて適切に調整していくことと同時に、人間としての尊厳が守られ、安心感のある環境を作り出すことが求められる。

調査結果から、環境整備に対して気になる項目が看護師は全体的に高く、それに比べ患者は高くなかつ

た。看護学生の頃に学校で最初に学ぶ看護技術は、環境整備についてであり、上記でナイチンゲールが述べている通り重要であると言える。だが患者は、ベッド周囲を生活空間として捉えているため自分の生活のしやすさを重視しており、看護師が考える環境整備と患者が望む環境整備に差があると考察した。特に、看護師は「医療機器」「ベッドの高さ」「ベッド柵」の項目で意識が高いのは、転倒・転落などの事故につながる危険があることを把握しているため安全を重視した目線で環境整備を行っている。患者が「危険物」「医療機器」の項目が高いのは、目に見えて危険と判断できるが、「ベッドの高さ」や「ベッド柵」の項目が低いのは、事故につながると理解していず、安全よりも安楽を重視した環境を望んでいると推測される。特に高齢者では、一般的に危険予測能力が低く、より危険性が高まる。介入方法としては、患者に安全のための環境整備の必要性を説明し理解してもらうこと、患者と一緒に環境を整えること、院内の転倒・転落防止板を使用し注意喚起することなどが必要である。「シーツや寝衣」について看護師・患者共に意識が高いのは、ベッド上で快適に生活するための重要な環境整備であると看護師は認識しており、患者も安楽な環境を望んでいるため、意識して介入していく必要がある。また、患者は「食器」や「ゴミ」に関して気になる患者もいた。これは、安静度がポータブル可に制限されており、自分自身で身の回りの事ができないため、看護師が積極的に介入していく必要がある。また、患者が望む環境を看護師は把握しながらも、看護師が援助しやすいように環境を整えることも大切である。ベッド周囲は患者の環境ではあるが、医療者も関わり入っていく場所なので治療や援助を安全に行うために協力して欲しいことを説明し理解してもらう必要がある。

今回の調査した当科の患者では満足度が高かったが、当院看護師の調査で「自分のスペースに入って欲しくない」「自分のことは自分で行いたい」「見られたくない物がある」と患者から意見があり、パーソナルスペースに入ることが難しいと感じている看護師も少数いた。ホールのプロクセミックス⁵⁾は人間の四つの距離を密接距離、個体距離、社会距離、公衆距離と使い分けており、個体距離は知り合いなどの対人関係を示す距離でありパーソナルスペースにあたる。またソマー⁶⁾は、「個人空間は、他者が侵入することができない領域であり、個人を取り巻く目に見えない境界線で

囲まれた空間である」としている。パーソナルスペースは対人関係を良好に保つために重要であるが、そこに侵入すると、相手に不快感を引き起こすことになる。環境整備に協力的ではない意見を持った患者には、この個体距離は近すぎ、不快を与えていたと考える。パーソナルスペースを縮めるには、信頼関係を構築しそこに入ることを許される関係を築かなければならない。患者が環境整備に対して理解や協力を得られない場合は、十分な説明や指導を行うこと、スタッフ間のカンファレンスで情報を共有し統一した対応をすること、家族に協力を依頼することなどでパーソナルスペースに入りにくい患者に個別性を踏まえた環境整備を行えると考える。しかし、調査結果からは環境整備の満足度は98%と高く、入院生活の中からパーソナルスペースに入ることが許される信頼関係を構築することができている。パーソナルスペースに入るには信頼関係を築くことが大切であり、信頼関係が構築されるとその距離感を縮めることが可能となる。

結 論

1. 当院における看護師の環境整備に対する意識は高い
2. 看護師と患者の環境整備の視点は異なり、安全な環境を確保するには患者に説明し、重要性を理解してもらう必要がある

3. 患者の望む安楽な環境を理解し患者の目線で環境整備を行っていく必要がある
4. パーソナルスペースに入るには個別性を持った関わりを行い、信頼関係を構築することが必要である

文 献

- 1) 寺田英子:環境整備に対する看護者の意識と実態. 日本看護学会論文集 看護総合 1998;29:23-25.
- 2) 三浦佐和子:慢性疾患患者の入院生活におけるストレス要因の分析-アンケート調査結果から疾患別に比較して-. 日本看護学会論文集 成人看護 II 2008 ; 39 : 155-157.
- 3) フロレンス・ナイチンゲール:看護覚書き書-看護であること・看護でないこと-. 薄井 坦子, 東京:現代社, 第6版, 2008:p14-15.
- 4) 藤崎 郁:生活環境を整える. 基礎看護学 [3] 基礎看護技術 II 東京:医学書院, 第14版, 2008:p64
- 5) Hall.E.T.:かくれた次元. 日高敏隆 佐藤信行, 東京 みすず書房, 1970.
- 6) Sommer.R.:人間の空間-デザインの行動的研究-. 龜山貞登, 東京:鹿島出版会, 1972.

臨床病理検討会

平成27年度第1回

【日時】平成27年8月20日

【演題】食欲不振・臍周囲部痛を訴える73歳の男性

【発表者】富岡 健

【症例】73歳，男性

【主訴】食欲不振，臍周囲部痛

【現病歴】2014年11月26日頃から心窩部に違和感，食欲不振が出現した。同年12月3日から臍周囲部に痛みが出現し，改善しないため12月5日に消化器内科を受診した。心窩部から臍周囲部にかけて，断続的なチクチクするような痛みあり。受診1か月前から体重5kg減，発熱なし，嘔気，1日おき位に少量の下痢，全身倦怠感あり。

【既往歴】虫垂炎手術（1958年）

症候性原発性胆汁性肝硬変（s-PBC）の疑い（2002年から）

- ・2002年に旭川厚生病院にて抗ミトコンドリア抗体（AMA）陽性，IgM高値ではあるが，肝生検施行するも確定診断には至らず，当院消化器内科にてウルソ錠[®]投与と定期画像検査を施行中。搔痒感のみで，門脈圧亢進症や肝硬変は認めていなかった。特発性血小板減少性紫斑病（ITP）（2002年から）
- ・2002年からプレドニゾロンを投与していたが，漸減しても血小板の減少がないため，2009年9月で中止した。胆石性膵炎，胆管炎，総胆管結石自然排石後（2012年から）
- ・2012年1月1日，心窩部，発熱，嘔吐で救急外来受診した。胆石性膵炎，胆管炎の診断で同年1月11日まで入院した。MRCPやEUSでは総胆管結石は認められず自然排石したと考えられた。2013年12月31日に頭痛，嘔吐で救急外来受診した。胆道系酵素と炎症反応の上昇あったが，CTでは以前と変わりなく経過観察となり，帰宅した。

【家族歴】特記事項なし

【生活歴】飲酒歴：なし，喫煙歴：なし，アレルギー歴：なし

【内服薬】ウルソ錠[®]（100mg）6 T/3 x，アレロックOD錠[®]（5mg）2 T/2 x朝夕食後，ベタヒスチンメシル酸塩錠[®]（6mg）3 T/3 x，アデホスコワ顆粒[®]（10%）1 g/3 x，ヒルドイドソフト軟膏[®]（0.3%）外用，オイラックスクリーム[®]（10%）外用

【外来受診時の現症】（2014年12月5日）

身長170.2cm，体重63.3kg，体温36.1°C，脈拍76回/分，血圧123/87mmHg，SpO₂ 97%（room air）
眼瞼結膜：貧血なし，眼球結膜：黄染なし，胸部：肺音清，心雑音なし
腹部：心窩部～臍周囲部に軽度の圧痛あり，反跳痛なし，筋性防御なし

【入院時採血】（2014年12月5日）

〔血算〕WBC 9620/ μ l（Seg 69.0%，Eosino 3.0%，Baso 0.0%，Mono 20.0%，Lymph 6.0%，Atypical Lymph 2.0%），RBC 509万/ μ l，Hb 14.5g/dl，Hct 42.3%，MCV 83.1fl，MCH 28.5pg，MCHC 34.3g/dl，Plt 10.3万/ μ l
〔電解質〕Na 135mEq/L，K 4.2mEq/L，Cl 101mEq/L
〔生化学〕BUN 17.3mg/dl，Cre 1.11mg/dl，TP 6.5g/dl，ALB 3.1g/dl，T-Bil 1.4mg/dl，D-Bil 0.6mg/dl，AST 36IU/L，ALT 26IU/L，LDH 153IU/L，CPK 16IU/L，ALP 1028IU/L，AMY 34IU/L，ChE 145IU/L， γ -GTP 207IU/L，Glu 120mg/dL，HbA_{1c} 6.0%，リパーゼ23IU/L，CRP 6.65mg/dl

〔凝固〕PT 10.7秒，PT-INR 1.03，Fib 509.8mg/dl

〔腫瘍マーカー〕CEA 1.3ng/ml，AFP 2.2ng/ml，CA19-9 10.8U/ml，DUPAN-2 1387U/ml，SPAN-1 29.8U/ml

【画像所見】（2014年12月5日）

〔腹部エコー〕膵頭部に46×34×27mmのhypo echoicな腫瘤あり。肝臓S6に最大径45×39×35mmのhypo echoicな腫瘤あり，同様の腫瘤は肝内に多発している。

〔上部消化管内視鏡検査〕食道：異常所見なし 胃：萎縮性胃炎 十二指腸：異常所見なし

〔腹部CT〕膵頭部に辺縁に造影効果を伴う径4cm大の腫瘍あり。肝両葉に渡り最大径4cm大の動脈相で辺縁に造影効果を伴う腫瘍が複数あり。膵周囲に最大径3cm大のリンパ節の腫大が複数あり。

【入院後経過①】2014年12月5日に入院，腹痛時はロピオン[®]で鎮痛。

12月8日、肝狙撃生検（S6の腫瘍より）施行、病理の結果はpoorly differentiated adenocarcinoma（低分化腺癌）、CK7（-）、CK20（-）、CK19（-）、HMW-CK（-）、p63（-）、CEA（-）、CA19-9（-）、CDX-2 weak（+）、chromogranin A（-）、synaptophysin（-）、CD56 weak（+）、何らかの消化器腫瘍の転移だが、原発巣は特定できなかった。画像所見から原発巣は膵頭部と考えた。本人・家族とICし、膵頭部癌（Ph、低分化腺癌、TS3：46×34×27mm、CH（+）、DU（-）、S（-）、RP（+）、PV（-）、A（-）、PL（-）、OO（-）、TMN分類：T3、N1、M1、cStage IVb）としてジェムザール[®]単独で化学療法する方針となった。

12月13日、腹痛増強あり、オキシコンチン[®]（定期）とオキソーム[®]（レスキュー）内服開始。

12月14日、入院後も血小板7.6万/ μ lと低下し、ITPの再燃と考え、プレドニゾロン[®]30mg/day開始。

12月16日、血小板10.0万/ μ lまで回復し、ジェムザール[®]1200mg投与。

12月24日、血小板3.4万/ μ lに低下し、ジェムザール[®]の副作用と考え2回目の投与を中止。

12月29日、外来で血小板の推移をみてジェムザール[®]再開を検討する方針として、退院となった。

【退院後の経過】退院後、外来化学療法を予定していたが、血小板減少続きジェムザール[®]投与できずに経過した。2015年1月27日、腹部膨満、下腿浮腫、食欲不振、倦怠感、腹痛が強くなり、再度入院となった。

【入院後経過②】2015年1月27日、入院。心窩部に圧痛あり、内服困難ありオキフェスト[®]持続皮下注射開始。BUN 62mg/dl、Cre 1.6mg/dlと腎機能障害を認め、T-Bil 4.9mg/dl、AST 77IU/L、ALT 87IU/Lと多発肝転移と思われる肝不全、黄疸の進行を認めた。CTでは左頸部リンパ節腫大、右中肺野に転移とみられる径2cm大の腫瘍を認めた。肝臓には転移が多発しており腹水を認め、膵頭部の原発巣は大きくなり、膵周囲のリンパ節腫大も増大していた。

1月31日、病状の進行に伴い、永眠。

【病理解剖で明らかにしたいこと】

- ・膵頭部癌および肝多発転移としてよいのか？
- ・血小板減少をきたしているが、ITPの影響でよいのか？ 骨髄腫腫症など認めたのか？
- ・肝臓は原発性胆汁性肝硬変でよいのか？

【病理解剖所見】

1. 膵頭部腫瘍、neuroendocrine carcinoma

(neuroendocrine tumor, Grade 3)

2. 1の転移 [肝, 両肺, リンパ節転移] 膵頭部, 膵周囲, 腹部大動脈周囲, 右肺門, 左鎖骨上窩
3. 空腸gastrointestinal stromal tumor
4. 原発性胆汁性肝硬変
5. 両肺気管支肺炎 (365/655g)
6. 血球貪食症候群 (骨髄, 脾臓)
7. 特発性血小板減少性紫斑病
8. 腔水症 左胸水250ml 清, 腹水250ml 清

【質疑応答】

- ・心電図はとったか？→2014年12月5日にとりましたが、病歴と症状から消化器疾患をまず疑いました。
- ・CTで脾腫があるが、なぜ脾摘はしなかったのか？→血液内科でITPと診断され、プレドニゾロン[®]投与で血小板数は回復したので、脾摘はしなかったのだと思います。
- ・血小板減少していたが骨髄はどうだったのか？→骨髄穿刺はしていませんでした。
- ・他に血小板減少をきたす疾患を考えなかったのか？→経過や採血データからDICなどは否定的でした。
- ・ジェムザール[®]の他の化学療法は考えなかったのか？→TS1[®]と比べ骨髄抑制が比較的軽度で、高齢でもあったため、ジェムザール[®]単独治療を選択しました。

【まとめ】

- ・ITPと合併した膵頭部腫瘍の症例を経験しました。
- ・化学療法に伴う骨髄抑制などの副作用を防ぐことの困難さを感じました。
- ・癌性疼痛緩和の重要性を認識しました。

平成27年度第2回

【日 時】平成27年10月22日

【演 題】腹部大動脈瘤破裂症例

【発表者】須藤 啓斗

【症 例】82歳, 男性

【主 訴】腹痛

【現病歴】高血圧, 糖尿病, 脂質異常症, 気管支喘息にて近医に定期通院していた。

2014年1月1日10時頃, 突然の腹痛を自覚。しばらく様子を見て過ごしていたものの17時頃より症状の増強があり, 17:52に当院へ救急搬送された。

【既往歴/手術歴】

高血圧，糖尿病，脂質異常症，気管支喘息（近医通院中）

1994年：事故で右下肢膝から切断

2003年頃：脳梗塞（右片麻痺（+），バイアスピリン[®]内服中）

2013年：帯状疱疹

【生活歴】たばこ：(-) アルコール：日本酒半合/日

【アレルギー】なし

【家族歴】（次男）急性心筋梗塞

【入院時現症】（2014/1/1）

意識：清明，身長150cm，体重58kg，体温36.4℃，脈拍100回/分・整，血圧80/57mmHg，SpO₂96%（O₂ mask 3L），腹部膨隆・やや硬，上腹部に圧痛（++），筋性防御（+），腸蠕動音軽度亢進，右片麻痺（+）

【内服薬】

エンテロノンR散[®]（1mg）2mg，ガスター散[®]（10% 100mg/g）20mg

【採血検査】（2014/1/1）

[血算] WBC 16390/ μ l，RBC 377万/ μ l，Hb 12.4g/dl，Hct 36.0%，Plt 13.1万/ μ l

[電解質] Na 137mEq/L，K 4.8mEq/L，Cl 105mEq/L，Ca 8.1mg/dl，P 3.8mEq/L

[生化学] BUN 22.7mg/dl，Cr 0.96mg/dl，TP 6.2g/dl，ALB 2.9g/dl，UA 3.7mg/dl，T-Bil 1.2mg/dl，AST 20IU/L，ALT 14IU/L，LDH 209IU/L，ALP 268IU/L，CRP 0.74mg/dl

[凝固] APTT 31.0秒，PT（INR）1.04

【心電図】（2014/1/1）

HR 98/min，sinus，axis 11°，PR 0.19msec，QRS 0.09msec，SV 1 + RV 5 = 8 + 9 mm

III V1 rS，III aVF V1 negT（III- 2 mm）

【CT】（2014/1/1）

腹部大動脈～総腸骨動脈にかけて90mm大の大動脈瘤を認め，左後腹膜腔には多量の血腫が貯留していた。血腫は腎動脈分岐部より中枢側まで広がっておりFitzgerald- III型であった。

【入院後経過】

2014年1月1日20：55，腹部大動脈瘤破裂に対し瘤切開，人工血管置換術施行。搬送時血圧が低く大量輸液下での緊急手術となったが，輸液への反応はよくRutherford level 2であった。開腹してみたところ，腹腔内まで血液の染み出しがありCTではFitzgerald- III型

と考えていたものの実際にはFitzgerald- IV型であり，後腹膜腔には大量の血腫が認められた。可及的に血腫を除去し，オペ開始から49分後に中枢側遮断。まず瘤切開を行い，人工血管置換術へと移行した。人工血管にはゼルソフト16×10mm Yグラフトを選択。人工血管左脚を左総腸骨動脈と端端吻合，右脚を右外腸骨動脈および右内腸骨動脈にそれぞれ端端吻合・端側吻合した。閉腹に際し，後腹膜の血腫が取りきれず腹腔内のスペースが狭かったため，腹部コンパートメント症候群予防のため二期的に閉腹する方針とし，滅菌された点滴パックを切り開き，4-0ナイロンで皮膚に縫合してオペ終了とした（手術時間10時間35分）。

術後3日目（1月5日）に腹部閉鎖手術を行い，術後8日目（1月10日）に一般病棟へと転棟。1月13日から発熱があり，創部からの培養でMRSAおよびCorynebacteriumが検出されたため1月16日からVCMの静注を開始した。その後も37～38℃台の発熱が持続し2月5日に39.3℃まで上昇，ショック状態となったため同日ICUへ再入室し気管挿管管理となった。血圧もカテコラミンサポート下でSBP 100mmHg程度であった。2月8日，CTにてfree airを認めたため腸穿孔疑いで外科にコンサルトし手術を施行。腹腔内全体を検索したものの，穿孔部位は指摘できなかった。2月24日，気道内に痰が多く気管切開下での呼吸管理が望ましいと考えられたため気管切開を行い，2月26日に一般病棟へ転棟。転棟後も37～38℃台の発熱が持続し，全身倦怠感が強い状態が続いた。喀痰培養からMRSAおよびKlebsiella oxytocaが検出されたため3月4日からMEPM，VCMの投与を開始したものの，3月8日に発熱後再びショック状態となりDOAとNADの持続静注を開始。3月13日，意識状態が徐々に悪化したためICUに再入室し人工呼吸器管理となった。翌14日，全身けいれんがあり頭部CT検査を施行したところ，陳旧性ラクナ梗塞，脳室内出血，脳表くも膜下出血が認められた。その後も意識状態の改善を認めず，3月19日に神経内科を受診。対光反射や角膜反射が消失しており，CT上も中脳が低信号であったことから脳幹梗塞の診断となった。徐々に呼吸数が低下し，3月21日19時45分永眠された。

【病理解剖で明らかにしていただきたいこと】

1. 腸穿孔の原因として①憩室，②術後腸壊死どちらが考えられるでしょうか。
- もし②の場合，術直後あるいは回復期どちらの可

能性が高いでしょうか。

- 呼吸不全の原因として①誤嚥性肺炎，②腸穿孔などの合併症由来，③もとから通院中であった気管支喘息の影響によるもの，どれが考えられるでしょうか。
- 脳幹梗塞の原因として①血栓による塞栓，②菌塊による塞栓どちらが考えられるでしょうか。また，末梢組織に塞栓を示唆する所見や心臓内に疣贅などはなかったでしょうか。

【病理解剖所見】

- 腹部大動脈瘤破裂，人工血管置換術後
- 〔脳幹梗塞〕
- 胃中部大彎早期胃癌，転移なし
- 人工呼吸器肺，特発性間質性肺炎
- 肝線維症
- 左室肥大
- 低カリウム性腎症/浸透圧利尿腎症
- リンパ球性甲状腺炎
- 腔水症 腹水150ml，胸水300/400ml

【質疑応答】

- 入院時の所見に筋性防御 (+) とあるが，本当に認められたのか？
初期対応をした当直医が消化器内科Drであったため，おそらく認められたものと思います。
- 2月8日のCTでfree air (+) とあるが，その画像はないのか。
今回のスライドには掲載していませんが，消化器内科，外科，放射線科の医師でカンファレンスも行い，腸管内にfree airを認めるとの結論になりました。スライドに掲載せず申し訳ありませんでした。

平成27年度第3回

【日時】平成27年11月25日

【演題】前胸部痛で救急搬送された一例

【発表者】五十嵐 将

【症例】71歳，女性

【主訴】前胸部痛

【現病歴】50歳代後半頃から糖尿病，狭心症で近医通院。

H22年1月胸部絞扼感を自覚し，急性心筋梗塞の診断で他院で緊急心臓カテーテル検査を施行。左冠動脈

回旋枝の閉塞を認めPCI施行。H22年4月他院での経過に不満があったため当科follow開始。H22年7月にステント部評価目的に当科入院。冠動脈造影上，ステント内再狭窄は認めなかった。H26年7月11日 22:00過ぎに自宅で冷汗を伴う前胸部痛を自覚し救急要請。搬送中，救急車内でVfになったためDC (150J) 1回施行し心拍再開。地元総合病院へ一時搬入され，ECGより急性冠症候群が疑われ当科へconsultあり。救急搬送され，7月12日 00:53 当院救急外来に到着。

【既往歴】

高血圧 (+) H22年に指摘，糖尿病 (+)，脂質異常症 (+)

27歳時 卵管結紮術

47歳時 腎嚢胞を指摘され2回入院

67歳時 脳梗塞

器質化肺炎の診断 (当院呼吸器内科)

【家族歴】

母：子宮頸癌 死亡 (43歳時)

兄：急性心筋梗塞 死亡 (42歳)，糖尿病

姉：血液透析していた (原疾患不明)

弟：肝癌 死亡，糖尿病

【生活歴】 obesity (+) : BMI 28.5, smoking (+) : 28~57歳 20本/day, 飲酒 (-) 閉経 : 50歳時

【アレルギー】 (-)

【内服薬】

アマリール (0.5) 1 T/1 xn朝，バイアスピリン (100) 1 T/1 xn 朝，パリエット (10) 1 T/1 xn 朝，ノルバスク (5) 1 T/1 xn 朝，ディオバン (80) 2 T/2 xn 朝夕，フランドル (20) 2 T/2 xn 朝夕，フェロミア (50) 1 T/1 xn 朝，シグマート (5) 3 T/3 xn (7.11夕~開始)，ムコダイン錠500mg，ムコソルバン錠15mg，コロナール錠300，セルベックス細粒100mg/g 1.5g/3 xn，シングレア錠 10mg 1 T/1 xn夕，SPトローチ，イソジンガーゲル液7% (30ml)，ツムラ68芍薬甘草湯2.5g，ニトロペン (0.3)

【現症】

身長：151cm，体重：65kg，脈拍：85/min 整，血圧105/78mmHg，SpO₂：94% (O₂ mask 4L)，意識：JCS II-30，頭頸部：眼瞼結膜 (-)，黄疸 (-)，頸動脈bruit (-/-)，胸部：S1・S2 (→) S3・S4 (-)，no murmur，両側下肺野軽度 coarse crackle (+) →Killip II，腹部：soft, fat, tenderness (-)，bowel sound (良好)，肝・脾・腎触知せず，abd bruit (-)，ope scar (-)

四肢：edema (-/-), femoral bruit (-/-), pulsation：n.p

【検査所見】

<ECG>

HR:84/min, sinus, cRBBB, axis:-62°, PR:0.19, QRS:0.18, QT/QTc:0.47/0.51, SV1+RV5=0+6 mm, I aVL qR II III aVF rS V1-3 qRR' V4 qrsR' R", ST-T) aVLV1-6 STelev (V2+5 mm) II III aVF STdep (III-4 mm), V1-3 negT (V1-3 mm)

<採血結果>

WBC 15500/ μ L, RBC 437万/ μ L, Hb 13.2g/dL, Ht 38.5%, PLT 22.8万/ μ L, Na 139mEq/L, K 3.4mEq/L, Cl 105mEq/L, BUN 15.1mg/dl, Cre 0.93mg/dl, TP 6.4g/dl, Alb 3.5g/dl, T-Bil 0.5mg/dl, AST 112IU/L, ALT 60IU/L, LDH 433IU/L, CK 143IU/L, CKMB 32IU/L, CRP 0.50mg/dl, Tcho 157mg/dl, HDL-C 93.2mg/dl, LDL-C 87mg/dl, TG 74mg/dl, HbA1c 7.2%, BS 423mg/dl, BNP 156pg/ml, TroponinI 308.62ng/ml

<心臓カテーテル検査>

CAG：

RCA；#1 25%, 50%, #2 25%, long50%, #2~#3 25%, #3 25%, 25%, 25%, long25%, dis50%, #4 AV just75%, 90%, 90%, long25%, #4 PDjust90%, long50%

LAD；#6 100% (ニトロ後同様)

LCX；#11 just long25%, 25%, #11~#13 long50% (ステント内)

#12-2 just50% (ステントより分岐), #14-1 just50% (ステントより分岐), 25%, long25%, #14-2 just long25%

collateral flow；#4 PDsep→#8 (coll2), #14-1→#9 (coll2)

PCI:Target；#6 100%, PTCA (BC:Ryujin Plus 2.75-20mm) 留置

Result；#6 25% (ステント内), long50%, #6~#7 75% with haziness, #9 just50%

slow flow (+), distal emboli (-), MBG 1°

合併症；LCX (#13, #14-2) にdistal emboli (+), jail (-)

HEM：Ao 82/62 (72) mmHg

RHC：RA (21) mmHg, RV 58/20 EDP 24mmHg, PA 58/36 (43) mmHg, PCWP (42) mmHg

CI：1.73L/min/m²→ForresterIV度

<胸部Xp> (7/12 CCU入室時) CTR：64%, lt.CPA：dull, congestion (++)

<心エコー> (7/14) IVS/PW 13/13, LAD/AOD 50/29, LVDd/Ds 44/31, EF 39% (MOD), E/A 0.9, DcT 130, TR Δ P25 (mmHg), IVC 16mm, 呼変 (-)

wall motion：basal~mid post (lat) hypo, mid antsep~apical akinesis, valve function：MRC (+), AoV 3尖 AS PG 37/27mmHg, Ar trivial, Th (-), PE (-)

【入院後経過】

以前LCXのAMIでBMSを留置された既往があるPtで当時のpeak CK：5200と大梗塞であった。今回は2度目のMIでかつwrapped LADの#6 justに近い箇所がculpritで、術中もcollapseするsustained VTが多発した。PCI中は病変が固く、血栓様の所見を認めたもののdeviceは通過困難と思われたため、吸引は行わずにPTCA→stenting (DES) と手技を進めた。OMI (lat) +AMI (ant) で血行再建後も血圧低値が遷延したためCCU入室前にIABP留置し1：1で駆動開始。PCI終了時はForresterIV度でありかなり予後は厳しいことが予想された。ヘパリンNa/ニコランジル/ハンプciv開始。術中より前医アンカロンを再開していたが、これを継続。peak CK：14599, CK-MB：981と大梗塞であった。

Xp上うっ血の増悪を認めたため7/12よりラシックス定期ivを開始。0.3%ドブポンciv開始。入室時よりCPAP開始していたが元々間質性肺炎の既往ありCCU入室後も酸素化不良でさらに不穏(+)のため、気管挿管しrespirator管理とした。0.3%イノバンも開始。その後SGカテにてF-II度相当まで改善し、酸素化も徐々に改善みられた。sustained VT (-) で経過したため7/14夕よりアンカロン内服開始し、それに伴い7/15にアンカロンdiv減量、7/16に中止した。血行動態もオーグメンテーション圧>100mmHgで維持されており、7/14よりIABP1：1→2：1に変更、7/15にはIABP抜去。CHF加療の一環として7/17よりラシックス、アルダクトンAの内服を開始。血圧指示にてイノバンcivが中止となり、緩やかに改善傾向であったためrespiratorのweaningも徐々に進め、7/18にはVCV+SIMV→PSVに変更した。7/18夕よりピモベンダン内服開始。低酸素血症は徐々に改善傾向であったが37°C台後半のlow grade feverが持続し胸部X線上下肺野に浸潤影を認めたため7/19よりMEPM divを開始。respiratorはweaningを進めることとし7/18 VCV-SIMV→PSVへ変更。7/20 13:25 sustained VT (pulseless VT)

出現。胸骨圧迫，DC（150J）にて心拍再開。sedationを弱めており覚醒気味になり呼吸努力が増したことが一因と考え再びsedationを強化した。しかし7/21未明にも再びsVT出現。DC（150J），胸骨圧迫→asystole→胸骨圧迫，アドレナリン注0.1%シリンジ1筒iv→Vf→DC（150J），胸骨圧迫，アドレナリン1筒iv→心拍再開した。その後オノアクトciv開始したが回復は困難と思われ，ご家族に現状を説明しDNARの方針。オノアクト開始後sustained VTは一時みられなくなりeffectiveに思われたが，覚醒気味になるとPVCの頻度が増える傾向があり，sedationをさらに強化するためドルミカム（10A）+フェンタニル1A civに変更した。7/22 21：52より再びsustained VTが出現したが脈は触知し体動も見られた。DNARのためDC施行せず経過観察としていたが7/23 2：26に自然にsinusへ復した。7/23のL/D上K⁺：6.4mEq/Lと高K血症が増悪し血圧は低値で遷延した。7/23はほぼ無尿で経過し7/24 2：30頃からHR低下，sinus arrest→asystoleとなり3：15死亡確認。

【病理解剖で明らかにしていただきたいこと】

- ・ 梗塞領域の範囲，深達度はどの程度か？
LADの梗塞領域は基部側から広範囲に及んでおり（心尖部は後壁のごく一部を除きほぼ全周性），ほぼ貫壁性に梗塞に至っている部分が多い。
- ・ 心破裂（心室中隔穿孔，自由壁破裂）等の合併症はあったか？
潜在的なAddison病を疑っていた。
心破裂は認めない。

【主な質疑応答】

- ・ アンカロン，オノアクトは何の薬か？
アンカロンはアミオダロンの静注薬，心機能低下状態のVT，VFでよく使われる抗不整脈薬。肝代謝の割合が多く，腎機能悪い方にも使いやすい。
オノアクトはβ遮断薬の静注薬，半減期が短く使用をやめると数分で効果が切れる。効果が遷延しにくいため，麻酔でも使用される。
- ・ 発症から治療までが遅過ぎたことはないか？
発症が22時10分で前医到着まで1時間25分かかっているが，比較的早く受診したほうである。前医到着後は循環器内科Drが診察しており時間のロスなく搬送していただいた。
Door to balloon time 1時間23分で90分以内を達成できている。

- ・ 第9病日（7/20）に悪くなっているように思えるが胸部Xp上はどうなっているか？
右下肺野に浸潤影認め，抗生剤が開始となっている。第12病日には消失しており，遷延はしていない。
- ・ 心破裂が起こった場合の胸部Xpの所見は？
自由壁破裂の場合は心タンポナーゼ様の所見となり心拡大，心室中隔穿孔の場合には右→左シャントによりうっ血が著明になると考えられる。他に聴診が重要で，心室中隔穿孔では汎収縮期雑音が第4肋間胸骨左縁で聴取される。

【病理解剖の結果】

心 14×10.5×7 cm，455g
心嚢液 血性 200cc
右胸水 漿液性 200cc
左胸水 漿液性 800cc

- ・ LADの梗塞領域（暗紫色に変色）は基部側から広範囲に及んでおり（心尖部は後壁のごく一部を除きほぼ全周性），ほぼ貫壁性に梗塞に至っている部分が多いように思われた。心破裂などの所見は認めなかった。
- ・ LCXのOMI領域（白く変色）は比較的狭い印象。
- ・ 動脈壁はulcer（+）で動脈硬化病変が強い印象。

【まとめ】

以前にも大梗塞の心筋梗塞がありPCIを施行し，今回再び心筋梗塞を発症した症例を経験した。急な経過から心室中隔穿孔，自由壁破裂なども疑われたが認めなかった。以前にも心筋梗塞があり心機能が低下していたために，PCI後も心機能が回復しなかったと考えられる。

平成27年度第4回

【日 時】平成28年2月17日

【演 題】石綿による胸膜肥厚を背景とした肺癌の一例

【発表者】窪田 葵

【症 例】75歳 男性

【主 訴】胸部異常影

【現病歴】平成17年12月，当院胸部外科で大動脈弁狭窄症に対し生体弁置換術が予定された。術前精査目的の胸部CTにて肺野に異常影をみとめ，呼吸器内科受診となった。

【既往歴】

平成10年 AMI, 緊急PCI (当院循環器内科)

【家族歴】 特記事項なし

【生活歴】 ビール350ml/day 喫煙歴:15歳~67歳 20本/day 職業歴:ビル解体業

【処方薬】 (すべて当院循環器内科より)

タナトリル錠[®] (5 mg) 1 T/1 x朝, フランドルテープ[®] 1枚/1 x, バファリン錠[®] (81mg) 2 T/2 x, ヘルベッサー[®] (30mg) 2 T/2 x, カマ[®]0.3g/1 x朝, ローコール錠[®] (20mg) 1 T/1 x, ゲファニール[®] (50mg) 2 C/2 x

【現症】

(H17年11月, 胸部外科/麻酔科術前情報より)

身長157cm, 体重57kg, 体温36.1°C, 脈拍70回/分, 血圧92/57mmHg, SpO₂ 93.7% (room air)

【採血①】 (平成17年11月)

WBC 4060/ μ l, RBC 437万/ μ l, Hb 12.6g/dl, Hct 38.3%, Plt 11.8万/ μ l

Na 141mEq/L, K 4.4mEq/L, Cl 104mEq/L, BUN 17.3mg/dl, Cre 0.86mg/dl, TP 7.1g/dl, ALB 3.9g/dl, T-Bil 0.6mg/dl, D-Bil 0.3mg/dl, AST 21IU/L, ALT 14IU/L, LDH 246IU/L, CPK 59IU/L, ALP 214IU/L, ChE 200IU/L, γ -GTP 20IU/L, HbA_{1c} 5.9%

【画像所見】 (H17年12月2日)

[胸部レントゲン] 左下肺野領域に胸膜の局所的な肥厚を認める。

[胸部造影CT] 椎体右側上肺野レベル, 左背側中肺野レベル, 心膜背側, 左下肺野外側に結節状の胸膜肥厚を認める。

上記よりアスベストによる胸膜プラークありと診断される。定期レントゲンフォロー, 平成23年6月に新規の異常影にて再度当科紹介となる。

【採血②】 (H23年6月)

[腫瘍マーカー] SLX 29.7U/ml, NSE 11.9ng/ml, Cytokeratin 3.7ng/ml, SCC 1.6ng/ml, ST-439 <2.5U/ml, CEA 4.0ng/ml, CA19-9 <2.0U/ml

【FDG-PET】

該当箇所SUV値6.3の高集積を認めたが, 石灰化と重なり, 良悪の判別は困難。

【入院経過①】

平成23年8月1日呼吸器内科に入院。気管支内視鏡を施行し, 結節影のある左B3cより生検, 細胞診を施行。擦過細胞診でclass V扁平上皮癌が検出された。腹

部CT, 脳MRI等であきらかな転移所見を認めず, cT1b, N0, M0 stage I Aと診断した。

診断時点で80歳と高齢であり, 心臓手術歴等も加味, ご本人と家族の希望もあり放射線治療を選択した。8/10- 8/16 50Gy/50Fr/1wの定位放射線治療を施行。8/17退院, 外来経過観察としていた。

【退院後経過】

平成24年2月 胸部Xpで放射線治療後の左上肺野の浸潤影の増大あり, また徐々に咳嗽, 微熱などの症状が出現しはじめる。CT施行し, 浸潤影の周囲に小結節の新規出現を認めた。

【入院経過②】

平成25年4月 気管支内施行を再度施行し, 扁平上皮癌が検出される。再発と診断したが, 本人と家族は積極的治療を望まず, 外来経過観察となる。

【入院経過③】

平成26年5月29日 定期受診時に右背部と右腕の痺れの訴えあり。胸部Xpでは明らかな骨転移の所見を認めなかった。5/30 入院。入院1週間後, トイレ移動中に転倒。高Ca血症出現あり, MRIで脊髄に腫瘍性病変あり。転移性脊髄腫瘍と判断した。局所放射線治療は希望されなかった。6/18 病状の進行により, 永眠された。

【病理解剖で明らかにしていただきたいこと】

- ・肺内のアスベスト量
- ・アスベストによる肺病変の程度
- ・胸膜プラークの拡がりについて
- ・癌の進展・転移と臓器障害について
- ・最終的死因

【病理解剖所見】

1. 肺癌, 左肺上葉S3, 多形癌, 放射線治療後 [転移・浸潤] 左胸腔, 両側横隔膜 [転移] 肝, 両副腎, 心外膜, 椎体 [リンパ節転移] 左肺門, 脾臓周囲
2. 胸膜・横隔膜石綿プラーク, 石綿肺 (岩見沢労災病院: 34000本/g)・塵肺
3. 陳旧性心筋梗塞・後壁 (330g)
4. 大動脈弁置換術後 (2005年)
5. 脾硬化性血管腫 (110g)

【質疑応答】

- ・肺内アスベスト量が大量だったようだが, アスベスト由来の肺癌ということで医療費は無料になるのか。→無料になる。死亡前であれば胸膜プラークと職歴

にて労災申請は可能だが、本症例では職歴の証明困難で申請はしなかった。剖検による結果であり、死亡給付金のみ申請した。

- ・脾臓の硬化性血管腫について、後から振り返って画像上、悪性ではないと思われる点はあるか。
→発見時から経年的に拡大していない点は、良性と思われるポイントである。
- ・超音波検査は施行したか。
→施行していない。血管腫で造影CTにてlow densityは珍しいかと思われる。
- ・脾転移自体が珍しい事象なので、確率の低さから鑑別疾患はしっかり考えるべきだったのではないか。
→勉強になります。ありがとうございます。

【まとめ】

石綿による肺癌の症例を経験した。石綿は現代においてなお予後不良な疾患因子であるといえる。本症例においても、初発の癌に対する治療の後に周辺から癌が再発している。びまん性に石綿により肺が侵襲されていることに由来している。本症例では患者背景に心疾患があったため積極的治療は行っていないが、石綿肺の発見からの予後としてはおおむね良好だったと考えられる。

平成27年度第5回

【日 時】平成28年3月10日

【演 題】発熱・腹痛を訴える77歳 男性

【発表者】貴志 昌矢

【症 例】77歳，男性

【主 訴】発熱，心窩部痛

【現病歴】X年3月末より全身倦怠感が出現した。4月20日頃より臍周囲に疼痛を自覚するようになり，食欲が低下して，1日1食ほどしか摂取できず水分摂取量も減少した。また，以前より左上下肢の脱力感があり，X年4月23日，他院脳神経外科を受診した。頭部MRIで軽微の脳梗塞所見を認めたが，症状の説明のできる所見を認めなかった。採血，胸腹部CTで異常所見を認め，当院循環器内科を定期通院中であつたことから，同日，当院に紹介受診となった。

【既往歴】

高血圧（47歳～）

2型糖尿病（60歳～）

高脂血症（63歳～）

- ・近医にて通院加療
急性心筋梗塞（64歳，循環器内科入院）
- ・左回旋枝の末梢枝の小梗塞。経皮的冠動脈形成術は施行されず。
慢性腎臓病（X-1年5月～）
- ・循環器内科受診時，Cre1.6mg/dlと腎機能障害あり，閉塞性動脈硬化症（ABI：右0.6，左0.9）
- ・右下肢の跛行症状（+）であつたが，オパルモン[®]内服にて改善。
左鎖骨下動脈閉塞
- ・血圧左右差（+），MRAにて左鎖骨下動脈の狭窄あり。→近医脳神経外科紹介。
X年2月，経皮的血管拡張術，ステント挿入を試みられるも，完全閉塞しており施行できず。

【処方薬】

ニフェランタンCR錠[®] 20mg 2錠

カルデナリン錠[®] 1mg 2錠

アバプロ錠[®] 100mg 1錠

アマリール錠[®] 0.5mg 2錠

トラゼンタ錠[®] 5mg 1錠

クレストール錠[®] 2.5mg 1錠

フランドル錠[®] 20mg 2錠

バイアスピリン錠[®] 100mg 1錠

オパルモン錠[®] 5μg 3錠

ウルソ錠[®] 100mg 3錠

ムコスタ錠[®] 100mg 3錠

パリエット錠[®] 10mg 1錠

フェブリク錠[®] 10mg 1錠

【入院時現症】

身長：156.5cm，体重：62.9kg，心拍数：100/min，整

血圧：198/90mmHg，体温：39.2℃

意識：清明

神経：バレー徴候上肢下肢（-），右下肢と左上肢に感覚異常（+），その他神経学的異常所見なし

頭頸部：貧血なし，黄疸なし，リンパ節触知せず

胸部：心雑音なし，Ⅲ音Ⅳ音聴取せず，正常肺胞呼吸音，副雑音なし

腹部：平坦・軟，心窩部に圧痛あり，筋性防御（±），反跳痛なし，腸蠕動音異常なし，肝・脾触知せず

四肢：浮腫なし

【血液検査】

(血算) WBC 10740/ μ l (Seg 71.5%, Eosino 0.2%, Baso 0.5%, Mono 9.2%, Lymph 18.6%), RBC 344万/ μ l, Hb 10.4g/dl, Ht 31.0%, Plt 23.5万/ μ l

(生化学) Na 135mEq/L, K 4.1mEq/L, Cl 106mEq/L, Ca 8.5mg/dl, BUN 33.3mg/dl, Cre 2.95mg/dl, TP 7.0g/dl, ALB 3.2g/dl, T.Bil 1.5mg/dl, D.Bil 0.5mg/dl, AST 53IU/L, ALT 51IU/L, ALP 145IU/L, AMY 39IU/L, LDH 210IU/L, CK 89IU/L, CK-MB 2IU/L, CRP 12.4mg/dl, PCT 0.42ng/ml, BS 178mg/dl, HbA1c 6.5%, Fe13 mg/dl, UIBC 135 μ g/dl, Ferritin 515ng/ml (凝固) PT-INR 1.04, APTT 32.7秒, Fib 639.0mg/dl, FDP 25.8 μ g/ml, D-dimer 12.5 μ g/ml

(腫瘍Marker) CEA 6.3ng/ml, AFP 20.4ng/ml, CA19-9 18.9ng/ml

(ウイルスMarker) HBs Ag (-), HBs Ab (-), HCV Ab (-)

(尿) 比重 1.015, 蛋白 (1+), 糖 (1+), ケトン (-), 潜血 (2+), 赤血球10-20/1視野, 白血球 1-4/1視野, 細菌 (-)

【胸腹部X線】

CTR58%, CPA両側sharp腹部は軽度小腸ガスを認めるが、大腸ガスもあり異常石灰化も。

【CT】

右噴門部リンパ節、肝門部リンパ節 (N4, 肝十二指腸間膜内リンパ節) の腫大を認める。脾動脈、脈管近位リンパ節 (N4), 腹部大動脈周囲リンパ節の腫大を認める。胆嚢内に胆石は認めるが、明らかな胆管の拡張や、膵管の拡張は認めない。

【MRCP】

胆管の拡張は認めないが、総胆管内に結石を疑う所見を認める。

【上部消化管内視鏡】

食道・胃接合部に5cm大の中心に陥凹を伴う隆起性の病変を認め、周堤の境界は比較的明瞭で2型腫瘍と考えられた。食道粘膜と胃粘膜にまたがるように発生し、周囲には一部柵状血管を認め、バレット上皮が疑われた。

【食道生検】

Group 5, well differentiated tubular adenocarcinoma (生検組織からは腫瘍性上皮のみでバレット上皮は含まれず)

【診断】

1 食道胃接合部癌 (T2, N4, M0 cStageIVa)
(生検結果と内視鏡所見からバレット食道腺癌が疑われた)

2 総胆管結石・胆管炎

→ERCP, EST (内視鏡的乳頭切開術) 施行。胆管炎は、抗生剤が投与され軽快した。

【治療方針】

現在本邦では食道胃接合部癌のうち、胃粘膜から生じた腺癌 (胃癌) は胃癌取り扱い規約、バレット食道腺癌は食道癌取り扱い規約に準ずるとされている。しかし、バレット食道腺癌の頻度は比較的少なく、治療の標準化は進んでいない。食道癌診断・治療ガイドラインに基づくなら化学放射線療法が第一選択となる。しかし、根治的放射線療法は腺癌患者には積極的には推奨できないとされており、現在日本では、切除不能進行食道胃接合部腺癌に対する治療は、胃癌に準じた化学療法を選択すべきとされている (2015年10月日本消化器学会雑誌)。胃癌に準ずる治療であれば、化学療法の第一選択はS-1+シスプラチンとされている。しかし、胃癌治療ガイドラインでは75歳以上の高齢者にはS-1単剤療法も考慮するとされており、本症例は高齢かつ腎機能低下もあるため、S-1単剤療法が適すると考えられた。よって腎機能の回復を待って、化学療法 (S-1単剤) を施行する方針となった。

【経過】

一回目の入院は、腎機能の回復を待って、S-1単剤で化学療法を施行する方針となり、退院、外来フォローとなった。腎機能の悪化が進行し、化学療法は行うことが困難となりさらに悪化するために、透析を考慮することとなった。前段階としてシャントを造設するために初診より3ヶ月後に泌尿器科に二回目の入院となった。シャントを造設するも、この時点ではCreは6mg/dl前後で、再び改善傾向となり透析導入は見送られ退院。初診より7ヶ月後に上腹部痛とカリウム6.1mEq/Lと高K血症のため三回目の入院となった。入院時のCTで両肺に多発する転移性病変と、胸水の貯留を認めた。縦隔条件では食道胃接合部から胃大弯側にかけての壁の肥厚を認め、右噴門リンパ節 (1番) から肝門部までとその下の腹部大動脈周囲をはじめ広範囲のリンパ節腫大を認めた。疼痛コントロールのためオキシコンチン1日5mgで開始し、高K血症は脱水の補正により改善した。食道癌の進行のため、予後は

数ヶ月以内と考えられ、この時点で透析導入の適応はなくなり、訪問診療、訪問看護を導入し退院となった。9ヶ月目に意思の疎通がとれなくなり、訪問診療では限界となったため、4回目の入院となった。入院後モルヒネ持続投与を開始し、入院後3日目に全身状態が悪化し永眠された。

【病理への依頼，回答】

- ・食道胃接合部腺癌はバレット食道癌で良いのか。
→食道胃接合部に2型腫瘍を認め、類円型核を有する腫瘍細胞が大小不同の腺管形成を示しながら浸潤増殖し高分化型腺癌の像である。バレット腺癌を疑うが、正常のバレット食道を確認できないため確定診断には至らない。
- ・左副腎の腫瘍は転移ではなく腺腫なのか。
→左副腎の皮質細胞の増殖を認め、腺腫と考える。
- ・その他、転移の及んでいる臓器はあるか。
→両肺，肝，右腎，右副腎，椎骨周囲
- ・慢性腎臓病の原因は糖尿病性腎症などを疑っていたが、病理学的な原因は何か。
→全節性の糸球体硬化と間質にリンパ球の浸潤を認める。糖尿病性腎症・動脈硬化性腎症と考える。

【病理診断】

1. 胃食道接合部腺癌
(転移) 両肺，肝，右腎，右副腎，椎骨周囲
(転移リンパ節) 胃周囲，脾周囲，腸間膜，傍大動脈
2. 左副腎腺腫
3. 糖尿病性腎症・動脈硬化性腎症 (105/90g)
4. 冠動脈狭窄
5. 大動脈粥状硬化症
6. 胆石症
7. 上行結腸憩室

【質疑応答】

- ・初回入院時の入院時の発熱の原因は腫瘍ではなく胆管炎で良いのか。
→ESTの施行と抗生剤治療で改善したことから胆管炎と考えます。
- ・頻度と内視鏡所見からするとバレット食道癌ではなく、食道胃接合部の胃線癌のように思われるが、ピロリ菌検査はしていないのか。
→ピロリ菌の検査はされていなかったため不明です。明らかではないですが食道胃接合部の胃腺癌の可能性は高いと思われます。

Medical essay

介護施設での殺人事件

相模原市の障害者介護施設で入居者46名が死傷されるという事件が起こった。メディアは、池田小学校事件・秋葉原での大量殺人事件との比較やその施設で以前に働いていた加害者が措置入院していたことから退所の是非、大麻常用との関係などという論点で報道している。しかし、この事件は「無差別殺人」ではなく「確信的・選択殺人」と理解すべきではないだろうか。

医療者（医師・看護師）が多数の対象者（患者）を殺害するという事件は、これまで日本では起こっていないが欧米・特にヨーロッパでは、数件発生している。殺害の理由は「対象者は、生きている意味がない」という一方的な思いを加害者が持ったことである。今回の事件でも加害者が官邸に送った手紙には、同様の意味の内容が記載されている。

自分が働いている職場にも大勢の「超高齢者・重度要介護度・PEG管理」という「生きている・生かされている」人たちが入所している。「この人たちが生きていることにどんな意味があるのか？」という疑問を持つことがないとは言えない。しかし「生殺与奪の権能」を持っている医療者は、決して患者の命を奪ってはならない。それが医療者の「基本的な倫理」である。

今回の犯人が「医療者としての心構え」を学ぶ機会があり、そして障害者施設で重度障害者を相手に働くことが無ければ、彼をして「命の意味」を間違えて解釈し、殺害を企てることはなかったのではないだろうか。

(I.M.)

透析技術認定士『認定更新のための講習会』に参加して

臨床器材科 河田 修一

今回、教育支援費で出席させていただいた講習会は、透析療法合同専門委員会（日本腎臓学会・日本泌尿器科学会・日本人工臓器学会・日本移植学会・日本透析医学会）にて「透析技術認定士」として登録されている人を対象に、透析技術のさらなるレベルアップと知識のリニューアル、生涯学習の推進を図るため、5年毎に認定の更新を必要とする『更新制度』が導入されました。

第31回（平成22年）までに認定士になった人を対象に別途経過措置期間を設け、平成24年から平成28年の5年間に当委員会が主催する『認定更新のための講習会』を受講することにより更新可能となりました（経過措置の期間終了後は、当委員会が別途定める点数取得基準によるポイント取得制となる。）

経過措置期間対象の更新の講習会は今回が最後となり、受講されない場合、透析技術認定士の資格は失効となります。

当院にて同資格を有しておるのは、私以外におらず透析技術認定士を失効すると施設基準等に制約がかかる恐れがありましたので、受講をお願いして出席してきました。

バスキュラーアクセス管理では、シャントエコーの活用方法を学びました。

オンラインHDFでは、水質管理の実際を危険事例などが提示され、当院での問題点などがわかりました。

講習会プログラムは以下の内容で受講いたしました。

オリエンテーション	9:40~9:45	5
バスキュラーアクセス管理	9:45~10:25	40
休憩	10:25~10:40	(15)
オンラインHDF（透析液の水質管理）	10:40~11:20	40
休憩	11:20~11:35	(15)
透析看護（高齢・認知症）	11:35~12:15	40
休憩（昼休み）	12:15~13:05	(50)
透析療法におけるモニタリング	13:05~13:45	40
休憩	13:45~14:00	(15)
透析室における災害対策	14:00~14:40	40
休憩	14:40~14:55	(15)
骨・ミネラル代謝異常	14:55~15:35	40
休憩	15:35~15:50	(15)
循環器合併症	15:50~16:30	40

透析療法におけるモニタリングでは、透析装置に内蔵された数々の最新モニタリングが説明され、近年の機器の進歩を目の当たりにしました。

今回の講習会に参加して、最新の治療を学ぶことができ、今後の業務に役立つ内容の講習会でありました。

医学物理サマーセミナー 2015に参加して

中央放射線科 西 館 文 博

平成27年9月3日(木) 4日(金) 5日(土)の3日間、広島県のグリーンピアせとうちにて開催されたJSMP医学物理サマーセミナー 2015に参加しましたので報告します。

このセミナーでは医学物理士及び医学物理士を目指す者の資質の向上をはかることを目的とした、系統的な大学院レベルの医学物理講座を受講することができます。また3年で1クールという構成になっており、連続参加することにより広い範囲を網羅することができる様になっています。今回参加したのはちょうど真ん中の回でした。

内容としましては、SI単位という放射線物理学というよりも物理学のかなり基礎的なところからはじまりました。ほかの放射線生物学や放射線治療学、計測学などでも同様に基礎的な、日常の臨床の現場ではあまり時間をかけて確認することのできない部分をじっくり再確認していきました。総じて職場に戻って明日からすぐ使える知識を学ぶというよりも、どちらかというと研究主眼の内容が多く、臨床試験に重きを置いた回でした。

ですが、臨床の講演・講義は比較的参加しやすい環境にあります。このような基礎から時間をかけ朝から晩まで内容の濃い講義を受けるのは学生以来であり、非常に貴重な経験をすることができました。

レクリエーションとして朝5時からの早朝ウォーキングや講義後のグラウンドゴルフといった時間も設けら

れていました。部屋割りは事務局が登録時のデータで割り振り、自分と同じ年代の放射線技師4人で1部屋となっており、空き時間にそれぞれの施設の現状や課題、悩んでいるところなどについて話し、情報の共有をはかりました。

ナイトセッションでは医学物理士・医学物理学会の今後の展望について事務局から提起があり、それについての意見交換の場が持たれました。主に医学物理士の国家資格化の話でしたが、医学物理士に求められているとされている知識・技術が多様化している中で、臨床と研究それぞれで必要とされる知識の意味合いの違いをどう受け止めるかが問題だと思いました。

臨床では確立された知識・技術をどれだけ正確に知っているか、そして確立された標準にどれだけ忠実に事を実行できるかが求められており、一方の研究で求められていることは今まで誰も見つけられなかった新しい事実や解釈の発見であり、そのために必要な知識の量は誰にも分かりません。

今回このセミナーで非常に幅広い分野において基礎的知識の再確認や新しい知識を得ることができました。また、講義以外の時間もとても充実したもので普段なかなか得ることのできない貴重な経験を積むことができました。

参加して感じたこと、学んだことを生かし安全で質の良い医療を患者に提供できるよう努めていきたいと考えております。

第46回 精神看護学術集会に参加して

看護部 片山幸子

平成27年9月18日と19日の2日間、大阪府看護協会主催の精神看護学術集会に参加しましたので報告いたします。

「精神（こころ）と向き合う看護，なにわ発人間やから複雑やねん」という題目でさまざまな面から，精神科看護について考える講演がありました。その中の4つの講演を聴き，学ばせていただきました。

「薬物依存への看護－ドラッグ問題をどう教えるか－」という，寶田穂先生の講演では，薬物依存患者がなぜ薬物に依存しなければならなかったのか。それを理解し，共感してケアに結びつけていくことが必要であることを再認識させられました。

「こころとこころをつなぐ看護技術ユマニチュードからとらえる患者対応」という盛眞知子先生の講演では，看護技術や援助は一方的なものではなく，对患者さんと心と心をかよわせてお互いを理解してから勧めていくものである。ということ再認識させられました。その方法としてユマニチュードという技術がある。ということでした。そのユマニチュードという技術は，患者さんと一対一でスキンシップをとりながらゆとりをもって接する。患者さんの気持ちがあくみとれるまで，コミュニケーションをはかる方法をビデオで学習しました。

「こころを病む子どもたち－夜回り先生，いのちの授業－」という，水谷修先生の講演では，健全な肉体に健全な精神は宿る為，規則正しい生活を行う必要がある。人間は昼行性動物であるため，夜寝ることが必要であり，生体のバイオリズムに逆らわずに生活することが望ましい。夜，覚醒していると，イライラした攻撃的な思いや行動に出てしまう。そういう状態である人が多い今の社会が攻撃的になっている状況である。夜に生きると仮想現実生き，まともな行動が出来なくなってしまう。心は，ガラスや風船のようなも

ので，イライラした状態が続けば，爆発して心の病気になってしまう。なので，ゆとりが必要である。心の病は，「身体を動かし，疲れて，休息をとる。」ことや「宗教を信じ，心のよりどころに」してもいいと考える。とのことでした。そして，日本の精神科は解体すべき！で，日本は薬に頼り過ぎて，オーバードーズになっている。日本は唯一，精神科薬の複合ドーズを認めている国である。と話されていました。

「劇的な精神分析入門－臨床を劇として見る－」という北山修先生の講演では，「人生は劇場，診療には「人生の台本を読むという視点」で行っていく方法がある。

心には二重性があり，誰にでも二面性がある。それを認めることが必要である。

人間には言葉がある。負の思いや事柄は，言葉に出して表現していく。その言葉の内容がわからない時は，わからなくていい。わからなのだから，仕方ないし，聞いているだけでもいい。反復して話を聞く，懐の深さを持つのが肝要である。と話されていました。

以上のようなことを聴き，精神科ならずとも一般科においても，患者さんと関わっていくにあたって，患者さんの話をよく聞き，患者さんと向き合っ，わかり合ってから援助することの大切さを学びました。精神科看護においても，患者さんの話を聞くことが重要で，心の病には必ずそこに至るストーリーがあるため，その部分を理解して接していく必要があることも学びました。

当科は，処置の多い病棟であり，患者さんの話を聞く時間をきちんと取って援助に結びつけるよう心がけています。しかし，現状では，処置に追われて十分に話を聞ける状況ではないことが殆どです。

今後は，患者さんの話が十分に聞けるよう，援助ができるようにスタッフ全員で心がけて，患者さんの満足が得られる看護を行っていきたいと思います。

第54回 全国自治体病院学会に参加して

看護部 柳 瀬 まどか

平成27年10月8日、9日の2日間函館市にて第54回全国自治体病院学会に参加、発表したので報告します。

今回の学会発表では、「CCUにおける急性心筋梗塞患者の指導時期の検証」と題し、演題発表を行いました。現在CCUでは、心筋梗塞で入院され緊急経皮的冠動脈形成術を施行した患者は、入室2日目にAMI指導を行っていました。入室2日目は自力での体動が制限され、病態によっては嘔気・嘔吐、安静に伴う腰痛が生じていることが多くあり、患者の望む指導時期として適切であるのか研究を行いました。結果としては、現在の実施時期は適切であることがわかりました。研究症例数が25例と少なくなりましたが、聴衆を通して多くの学びを得ることができました。

自部署以外の研究では様々な分野のポスターや発表がありました。研究手段としては、過去にさかのぼって比較をおこなっているもの、意見調査形式で実施しているもの、1事例について振り返るなど多数ありま

した。研究として、前後での比較や過去の研究をさらに深めるなどを行い理論づけているもの、事例について振り返る際には結論に至る裏付けを深めることが、信頼性の高い研究につながることを感じました。また、発表にあたり聞きやすいと感じた演者の発表は目的、結論、方法の順に発表していました。目的、結論を先に述べることで、行った研究の意図が伝わりやすいと感じました。また、インパクトのある演題名は観衆を引き付ける1つのポイントになることや、ポスター作成では、掲示する大きさを考慮した文字の大きさフォントの選択、絵・図表を用いるだけでなく、カテゴリ別にまとめた表記や色づかい、デザインなど、ポスターを通して意図する研究の大半が伝わるようにすることは大切であると感じました。

今回の学会参加を通して、新たな発見や改めて感じたことや学んだことが多くありました。より質の高い看護実践ができるよう心がけていきたいと思います。

第54回 全国自治体病院学会に参加して

看護部 高 子 睦

平成27年10月8日（木）から2日間、北海道函館市で開催された「第54回全国自治体病院学会」に参加しましたので報告します。

今学会は「地域を支える自治体病院～超高齢化社会に向けて住民と共に歩む～」をテーマに、市民会館を中心としたエリアで開催されました。

開会式では、学会のテーマである「地域を支える自治体病院～超高齢化社会に向けて住民と共に歩む～」は自治体病院のモットーと言っても過言ではなくのひ

とつの存在意義であるということや、医療事故調査制度の発足、看護師の特定医療行為などに加え、病床機能報告制度や地域医療構想がすでに働いており、病床機能報告からその地域に何が必要かということ、ニーズに基づいた医療提供に変えていく時代になる、とういうことを話されていました。

旭山動物園園長 坂東 元氏による総会特別講演では、「伝えるのは命、つなぐのは命」と題して動物たちの飼育を通し種の保存や生物多様性の保全を示されて

おり、命に触れる・大切にするという医療にも通じるものを感じました。

一般演題では、当病棟は産科領域の分娩期に焦点を当てた研究を発表しましたが、青年期・妊娠期・産褥期など女性の様々なライフステージにおける研究に多く触れることができました。各演題内容から、周産期母子医療センターである施設、社会的ハイリスクである方を多く有している施設など各病院の特性の違いを感じました。中でも興味深かった演題として、EPDS（エジンバラ産後うつ質問票：以下EPDSと示します）の妊娠期からの活用の有用性を検証した研究がありました。EPDSは1987年イギリスで開発され、質問形式で今のうつ状態を判断するためのチェックテストです。質問票は、①育児支援チェックリスト②産後うつ病質問票③赤ちゃんへの気持ち質問票と、3つの形式から構成されています。アンケート結果を採点し、合計得点が9点以上の場合、うつ状態のシグナルと判断します。当院でもEPDSを採用しており、産後5日目にアンケートを取って詳しく問診を行います。結果が高得点の場合は、原因の解決にあたる他、公的支援の調整にあたるなどのケアにつなげています。実際にアンケ

ートを収集して感じていることは、産褥5日目時点でのアンケートであるのに、高得点になった理由に妊娠中の感情や事象を引きづっていることもあるということです。原因が漠然としているものから明白であるものまで様々ですが、中には妊娠や出産を受容できずに経過している方もいることは明らかです。当院は精神疾患合併やシングルなど精神・社会的ハイリスクの方が多数いるため、抑うつ状態の早期発見や妊娠・出産の受容、対象妊婦を取り巻く周囲環境の把握のため、EPDSの妊娠期からの活用は一つの手段になると考えます。そうして、妊娠期間中から心理・社会的側面の把握ができると、主体的な出産・育児への取り組みの促進を早期に開始でき、さらには必要な公的支援に繋ぐ準備を整えることもできます。産後うつ病を未然に予防し、健全な環境での育児をスタートするためには、妊娠中早期からの精神的サポートや環境調整に努めることが重要であるということを改めて学びました。

そのほか、精神疾患合併妊娠や母乳育児支援に関する演題では当病棟にも一致する内容があましたので、今回感じたこと・学んだことをスタッフ間で共有し、今後の看護実践に活かしていきたいと思えます。

第54回 全国自治体病院学会に参加して

看護部 竹本 久美子

平成27年10月8日、9日の2日間、函館市民会館ならびに函館アイスアリーナにて第54回全国自治体病院学会が開催され、ポスターセッションでの発表も兼ねて参加させていただいたので報告します。

看護の分野においては多数の分野に分かれ、時代背景も考慮された、災害看護や地域包括部門などたくさんのテーマが網羅され、どれも興味深く聞くことができました。同じ背景をもつ施設での取り組みとあって、共感し共鳴し刺激を受けることができました。

今回の学会のテーマは「地域を支える自治体病院～超高齢化社会に向けて住民と共に歩む」と題し、在宅療養への比重がさらに大きくなってきていることが感

じとれました。

初日にはポスターセッションならびにシンポジウムに参加。シンポジウムでは「地域で暮らす人を支える看護の力」と題し、在宅医療、自宅療養のあり方について、認定看護師を含め実際の現場で活躍する生の声を聴くことができました。病院在籍の立場からは想像もつかない内容が網羅され、あらたな見解を持つことができました。病院施設で働くものにとっては、その後の経過がどのようになっているのか気になるころですが、情報を得る手段もなく、果たして自分達の行っていたことが良かったのか、悪かったのか評価することがままならない。当院でも訪問看護が始動され、つながり

をもったチームとしての看護が展開される事に期待している反面、不安もある。環境の差がどれだけ患者にとってメリットとなっているのか、デメリットとなっているのか。パネリストの話の中でも、「病院内での看護は整った環境の中での医療を提供している。その人の生活に根ざした、寄り添う看護はなかなか病院の中では得られない。」と話される一面があり、個人の暮らしに対する調整機能に対し知識不足であることを痛感した。当たり前のようにある医療機器が、在宅ではないのが当たり前でその分患者を診る力を養わなければならない。看護師のストレス要因となっている反面、乗り越えることにより、モチベーションが上がり、次への看護へと生かしていくことができるとも話されていました。医療は常に進歩し高度な技術提供ができるようになった反面、看護者として患者を診る力の必要性を再認識させられた。

ポスターセッションでは、一つ目は地域包括病棟の運用について。他施設でも運用を開始したばかりが多く、その取り組みについてテーマとして挙げているのが目についた。学会参加時期には当院でもこれからどのように運用していくのか、どのような流れになるのかまだ想像できていなかったため興味深く聞くことができた。その中で述べられていた内容は、地域包括病棟の役割をきちんと認識すること。収集する情報が標準化されることと内容をリスト化することによって支援の進行状況が把握しやすくなる。個人のスキルや経

験値により聞かれたことには答えるが、退院後の生活に役立つ情報を自主的に与えるまでにはいたらない。複雑な症例では看護師のスキルや、退院支援のシステム化だけでは対応するのは難しく、退院支援カンファの充実、患者と家族との面談システムの確立。他職種が集まり話し合う機会を多く設けることが地域と連携の強化につながり、退院支援が充実されると考えると述べられていた。

二つ目は、慢性心不全患者に対し、心臓サポートチームとして介入している症例。他職種による介入を行い、一患者の目標を共有、患者の個性を生かす。患者の意思決定力をいかにするために、「する」「しない」の2者選択ではなくどのように行うか選択できるようにした。結果、良い方向へ導くことができたと述べられていた。具体的な看護師の関わりとして、電話訪問から再入院の危険性を把握する、患者に成果が見えるように心不全手帳を活用、称賛する。さらに、退院前には再度選択方法をあげ、患者に決定させる。外来受診の際には、面談時間をもうけ、他職種との情報の共有化をはかり、現在も良い方向で継続できている報告であった。再発を繰り返す慢性疾患患者に対し、自宅療養のあり方を病院として、看護師としてサポートしていく必要性を学んだ。

今回の学会参加によって学んだことを実践でも生かし、質の高い看護が提供できるようにしていきたいと思えます。

第54回 全国自治体病院学会に参加して

看護部 高山 美里

平成27年10月8日、9日の2日間、函館にて開催された第54回自治体病院学会に参加しましたので報告致します。自治体学会では「消灯後のテレビ鑑賞について」という研究内容を発表しました。質疑応答では座長より、看護師の対応を統一するにあたり難しいと思ったことはなにかと質問をいただきました。現在の院内のルールでは消灯後以降はテレビを消すことになってい

るため、消灯後テレビを観ていることに対し許可はできません。しかし、消灯後以降もテレビを観たい患者様の気持ちも理解出来るため現段階では状況に応じその都度対応を変えています。また対応する看護師の看護観の相違もあり対応が異なっているため統一が難しいのが現状です。今回の研究では統一された対応を見いだすことは出来ませんでした。日々の患者様の思

いと看護師の思いが明らかになりました。今後は、療養を目的とする場であり患者様が安全・安楽に生活できるよう院内のルールを守っていただく必要性はあるとご理解いただいた上での対応を考え患者様と信頼関係を築いていきたいと思ひます。また、現代の時代背景に合わせた院内のルールを再検討していかなければならないと改めて実感しました。

他者の研究発表では、主に新人教育について学びました。新人が入社後、どのくらい業務が行えているか、何が出来て何が出来ないのかなど、新人単体を評価するだけでなく新人が学びやすい病棟の雰囲気になっているのか、成長できる教え方をしているのだろうか、と周囲や自分に目を向け指導方法を考えなければならぬと知りました。新人は一人では成長していけ

ず必ず周囲の力が必要です。病棟全体で新人を育てるという意識がなければ難しいためスタッフ全員が見本となるよう心がけて指導していきたいと思ひました。現段階で新人が出来るようにならなければいけない目標や自立度を、病棟のスタッフ全員が新人の成長状況を把握できるよう細かく表示してはどうか、など具体的な方法を考える事ができました。一方的に指導するだけでなく新人からの要望や希望も聞きつつ、お互いに想いを伝え合えられるよう毎月新人との面談を行い目標に向かって一緒に考え、一緒に達成していけるよう関わっていきたくてす。

今回、自治体学会では普段経験できない貴重な体験をさせていただきました。

第54回 全国自治体病院学会に参加して

中央検査科 藤田佳奈

私は、平成27年10月8日～9日に函館市で行われた、第54回全国自治体病院学会に参加した。今回、感染対策チームとして「当院と連携する感染防止対策加算2取得施設の臨床検査技師へのアンケート結果より」と題しポスター発表した。アンケートの結果より、病院の特色により検査体制は様々であり、施設間差が感じられた。少人数職場が多く、そのような施設ではいろいろな仕事をこなさなくてはならないため、感染対策、感染制御チームの仕事に特化して業務をするのは難しく、また、微生物検査にあまりなじみがない施設もあると思われた。連携間で統一したサーベイランスを実施するには、施設間差があるために項目や内容を考慮する必要があると考える。今後の展望・目標として、まずは、感染制御チームの一員としての臨床検

査技師の役割を明確にし、共有したい。感染制御チームでの検査技師の大きな役割は、院内感染を早期に察知することであり、そのためには、正確なデータを出すこと、出されたデータについて正しく解釈し、情報提供することと考える。その役割を把握してもらったのちに、検査室に蓄積されるデータを集計し、連携間で比較し、情報共有したい。また、各施設で、検査室から院内に情報発信できるようなシステムを構築して、検査技師のスキルアップと院内職員の感染対策への関心をより高めることにつなげたい。そして、現在のような限られた施設間ではなく、自治体を含めた広い地域でのカンファレンスやサーベイランスを実施し、病院間の地域連携を広げ、その連携がより強く、密になればいいなと願う。

第54回 全国自治体病院学会に参加して

中央検査科 長 瀬 雅 彦

平成27年10月8日から10日の3日間、函館市（学会長 市立函館病院木村純）において、第54回全国自治体病院学会が開催されました。メインテーマは「地域を支える自治体病院」、サブタイトルは「超高齢化社会に向けて住民と共に歩む」、会期における学会参加人数は悪天候にもかかわらず約3600名を越え、演題登録も約1500題と多く、会場は函館市民会館、アイスアリーナ、花びしホテルなどに分散して行われました。学会は、いくつかの分科会にわかれ、今回二日目の臨床検査分科会から参加、超音波の一般演題座長を担当しました。

演題内容は、血管超音波に関するものが4題、腹部超音波に関するものが1題、超音波の運用に関するものが2題で、うち症例発表が5題ありました。超音波の運用について発表された施設では、予約待ちであふれている超音波の待ち時間を解消するために、外来のピーク時間に合わせてスタッフの配置をシフトさせて

増員、予約待ちを解消、その後件数も増やすことが出来たという興味深い報告でした。翌10日の臨床検査分科会シンポジウムでは、医師による「感染症チーム医療のアプローチ」と題した特別講演があり、技師は「地域に求められる臨床検査のあり方」と言うテーマに則り、輸血、超音波、糖尿病療養指導士、病理の領域にわかれて、それぞれ発表が行われました。

今回、「高齢化に伴う大動脈弁狭窄症のみかた」というテーマで超音波のシンポジストを担当。当院における大動脈弁狭窄症の高齢化について、外来患者の統計データ（年齢65歳以上、平均圧較差40mmHg）を提示、増加の一途を辿っていることを報告しました。また、近年大動脈弁狭窄症の評価は圧較差に加えて、心機能を含めた循環動態を考慮した評価が話題となっており、高齢者大動脈弁狭窄症の考え方や実際のフォローアップデータを交えて発表を行いました。

第54回 全国自治体病院学会に参加して

臨床器材科 田 中 義 範

第54回全国自治体病院学会に参加してきました。学会は2015年10月8日から2日間日程で開催され、函館市民会館・函館アリーナ・花びしホテルの3会場にわたって行われました。自治体病院学会では、医師や看護師をはじめ、コメディカル（リハビリテーション・栄養・放射線・臨床検査・臨床工学・薬剤）、地域医療連携・福祉、経営・管理といった幅広い分野の方々が参加します。学会では、このような多くの専門分野が分科会という形で分かれて発表・討論が行われるのが

特徴的でした。私が参加した臨床工学分科会は、これまで臨床検査分科会と合同の会となっていたが、今回の大会より独立した分科会となりました。臨床工学分科会の一般演題は88演題にのぼり、人工透析をはじめ、人工心肺・心臓カテーテルを代表とする循環器領域、人工呼吸管理、医療機器安全管理といった幅広い内容の演題が集まっていました。私は今日の透析治療において重要視されている透析液の清浄化に関し、当院の取り組みを報告してきました。人工透析ではダ

エアライザーと呼ばれる透析器の中で、透析膜を介して血液と透析液が接することで血液中の老廃物等を除去していますが、透析液が汚染されていた場合、細菌やその毒素であるエンドトキシンが逆に透析液から血液中に移動し、発熱や炎症反応を惹起することが知られています。このため、より厳密な透析液の管理が重要であり、当院でもスケジュールを組み、中央検査科のご協力を得て水質検査を実施しています。私の部署では、検査結果を独自に作成したデータベースで管理しており、所有する透析関連機器 計23台のこれまでの水質検査結果を即座に確認できるようにしています。これにより、より早く水質の変化を検出できることが期待できます。本学会にて以上の内容を報告し、他施設の方々から評価をいただきました。

今回の第54回大会における臨床工学分科会のテーマは「今、地域で、できること・すべきこと ～安心・安全な医療を提供するために～」でした。分科会の特別講演・シンポジウムも医療機器の安全対策そして安全な使用に関する討論が行われました。この中で、より安全に医療機器が使用されるようマニュアルやチェックリストの整備が重要であるとともに、治療に携わる多職種がチーム一丸となって医療安全に気を配ることが重要であるということが言われていました。さらに、このチームの中で臨床工学技士が医療機器のスペシャリストとして協働・連携しサポートしていくことが重要であるとのことでした。最近、医療機器の誤った使用によるインシデント・アクシデントの発生報告がニュース等でも多く聞かれます。私も病院で働く臨床工学技士として今回得たことを踏まえ、医療機器の

安全な使用について深く考えていきたいと思いました。また、本会では臨床工学技士の当直体制に関する討論も行われました。一般演題にも臨床工学技士の当直に関する演題が複数あり、人工呼吸器を代表とする24時間以上にわたり使用される医療機器の安全管理においては臨床工学技士の当直も必要ではないかとの意見がありました。事実当院でも人工呼吸器や持続的血液浄化装置など夜中も常時稼働する機器が存在します。当院ではまだ当直体制をとっておりませんが、今後、臨床工学技士による当直の必要性はさらに増してくるものと考えられました。また、当直をしていない場合でもこうした機器の安全をどう確保するか、考えていかなければならないと痛感しました。

一般演題の会場となった函館アリーナは非常に大きなスペースがあり、ほぼすべての分科会が一堂に会して発表していました。一般演題はすべてポスターで、会場内は自由に閲覧できるようになっていました。自分の専門分野のみではなく、他の職種の発表もたくさん見ることができました。自分とは違う目線からの発表に、多くのことを学ぶことができました。

今回、第54回全国自治体病院学会に参加した皆さんの今後につながる知見を得ることができました。特に、医療機器の安全な使用という点について様々なことを学びました。これからもっと多くのことを学び、当院における安全な医療の提供に貢献していきたいと考えます。最後に、今回の自治体病院学会参加にあたりご援助いただきました教育研修課の皆さまに心より感謝申し上げます。

第54回 全国自治体病院学会に参加して

中央放射線科 菅野 聡 美

平成27年10月8、9日に北海道函館市で行われた第54回全国自治体病院学会に参加、発表してきましたので報告します。会場は函館市民会館、ポスターセッションは平成27年8月に開館したばかりの函館アリーナで

行われ、全国各地、さまざまな分野から1529題の演題が集まっていました。

私は初日のMRI最後のセッションで「肝動脈MRAにおける至適撮像条件の検討」という題で発表しました。

肝動脈にはさまざまな分岐パターンがありますが、当院で花輪先生が施行している肝動脈化学塞栓療法（TACE）の術前に分岐パターンを把握することは、術中の被曝・造影剤量の低減や最適なカテーテルの選択、検査時間の短縮につながると考えられます。通常このような分岐形態の把握には造影剤を用いたCTでの検査が一般的ですが、被曝や造影剤の使用、撮像タイミングが難しいなどの問題があります。そこで今回はIFIRという撮像技術を用いた非造影MRIでの肝動脈の分岐形態の把握を目標に、至適撮像条件の検討を行いました。

IFIRは反転パルスを用いて血管を選択的に描出する方法で、撮像断面・フリップ角（FA）・選択的IRパルスを印加してからデータ収集を行うまでの時間（BBTI）の3項目において実験し、撮像断面：Axial，FA：70°，BBTI：1200～1500msec程度と撮像条件を決定することが出来ました。しかしIFIRの撮像は呼吸同

期との併用が必要であるため、呼吸が不規則な場合に肝動脈の描出能が低下する可能性や、肝炎や肝硬変などに罹患している場合、健常ボランティアでの撮像と比較し描出能が変化する可能性があるため、今後実際に臨床の場で活用しさまざまなケースにあった撮像条件を検討していきたいと考えています。

また自治体病院学会では、普段聞くことの出来ない他職種の方の発表を聞く機会もあり、職種は違えど患者さんのために何が出来るのか、どうしたら質の高い医療を提供できるのかという点ではみなさん同じ目標を持って研究されていて、とても刺激を受けました。

今回全国自治体病院学会に参加させていただき、発表の機会をいただき、さまざまなことを学ぶことが出来ました。今回の経験を生かし、より質の高い検査、診断の役に立つ画像を提供出来るよう仕事や研究に取り組んでいきたいと思えます。

第38回日本造血幹細胞移植学会総会に参加して

看護部 長谷川 唯

平成28年3月3日から3月5日の3日間、名古屋国際会議場にて開催された、第38回日本造血幹細胞移植学会総会に参加・発表しましたので報告します。

今回の移植学会総会では「チーム医療」という大きなテーマがあり、多職種が患者のQOLを考える講演や実践での取り組みについて、教育セミナーなど多くも受けられていました。造血幹細胞移植患者・化学療法施行患者は移植後や化学療法を施行し、退院後も長期にわたり様々な副作用の出現に悩まされ、様々な医療支援を必要とします。そのため、造血幹細胞移植患者および化学療法施行患者は、身体的支援・就労の支援・精神的支援を必要としています。患者の生活環境に合わせた継続的支援やシステム作り・体制作りが必要となります。また患者さんの生活環境に合わせて支援していく上で地域との連携を図り、患者さんや家族を長期にわたりサポートしていくシステム作りが必要性と

なり、地域医療施設との連携もとても大切となってきます。

このようなことから、多職種や医療スタッフ・ボランティア・家族が参加し、現在の医療を支えている現状があり、看護師のチーム医療に対しての役割は大きく、専門的知識と技術・倫理観をもって患者に寄り添い、多職種と共同して行く事が求められている事を改めて実感させられる場となりました。

私たち看護師は、チームの一員となり、患者の抱えている問題に対して支えていく必要があります。そのため、スタッフ間の手技や知識・技術の統一など教育的サポートや療養をされる患者・家族の精神的サポートなど患者を中心とした医療の情報提供が必要であります。今回の総会でも、移植後の患者および家族の教育や、フォローアップ外来での取り組みや移植を行う患者さんや家族の精神的支援・移植や化学療法により

起こる副作用に対する入院時から退院に向けての患者の支援・スタッフの教育的サポートの取り組みなど、様々な演題発表や地域医療についての取り組みと現在

の課題などを聞くことができました。今回の学会で学んだことをスタッフと共有し、看護実践で活かしていきたいと考えています。

Medical essay

音 入

それは、見たこともない形だった。火急の用だったのだが、戸惑っているうちにドアが閉じてしまい、20ペンスが無駄になった。1998年、スコットランドのダンファームリン修道院での洗礼だった。

世界中、ところ変わればさまざまである。中国では扉がないことは有名だが、初体験の時はやはり戸惑いは隠せない。扉があったとしても鍵はないことが多く、ノックなしで開けられると必ず目が合っていて気まずい思いをするので、いっそのこと扉などない方がよいと感じるようになれば、ひとつハードルを越えた感触が得られる。西南アジアから中東では「水で洗う」ことに抵抗を感じ、ついに会得できない人も多い。しかしお腹を壊しているときは、案外この方が痛くなくて気持ちがいいものだ。100%確実に手を洗うので、かえって清潔なのではないかという錯覚に陥ったりするが、感染対策の視点からは実はまずい。

洋式なのに腰かけるべき部分がなく中腰を余儀なくされることはヨーロッパでも時折経験するが、一説によれば「ゆっくりされては待っている人に迷惑だから」だとか。紙は流せないことが多く、うっかり流すと詰まって憂き目にあう。タンクの漏水で小川のせせらぎのように流れてはいるが、堰を切ったようには流せなくて対処に困ることもある。長い溝の上に間仕切りが複数あり、各々の間で溝をまたいで用を足すタイプもある。一定時間ごとに一気に水流で押し流す仕組みだが、構造上、最下流ははね返りがあるため極めて危険である。利便性は完璧さの賜物であり、中途半端は仇になる。

形にとらわれてはいけない。大事なのは場所だ。時には大胆さが必要である。中国での長距離バス移動中には避けて通れないこの場所は、まず建物に入る前からモノが散乱している。中は文字通り足の踏み場もない状態なのだ。ここでは目的の達成に重きが置かれ、過程などどうでも良いのだ。お金を支払うことに理不尽さを感じるが、おそらく費用は清掃費ではなく新築費に充てられるのだろう。

ドレイファスが主張した技能習得の5段階モデルというものがある。知識に始まり (novice)、指導を受けつつ実践し (advanced beginner)、数多の経験を積むと competent には達するものの、全体像を俯瞰して技術そのものより目的を見据え (proficient)、直感的な意思決定ができる (expert) レベルに達するのは至極難しい。医療における先の道のりはまだ遠い。 (S.S.)

医局抄読会記録（27年度）

褥瘡の手術症例

感染を併発し治療に難渋したが、最終的には皮弁術により閉創し得た褥瘡の2症例について供覧する。

症例1は65歳、男性。脊髄内・骨髄悪性リンパ腫のため当院血液内科で化学療法を行い、寛解後リハビリ目的で転院した。その後、発熱のため原疾患の再燃が疑われ再入院した。仙骨部から臀部にかけて発赤腫脹を伴う皮膚潰瘍を認め当科に紹介となった。仙骨部褥瘡から生じた壊死性筋膜炎と診断し、熱源と考えた。すみやかにデブリードマンを行い、陰圧閉鎖療法施行後、臀部穿通枝皮弁により閉創した。

症例2は84歳、女性。統合失調症のため当院精神科に通院していた。ほとんど寝たきりで、娘夫婦宅で介護を受けていた。褥瘡が多発してきたため当科に紹介となった。初診時両側大転子、仙骨部、足部など計8カ所の褥瘡を認め、右大転子部は発赤、熱感を伴っていた。抗菌薬投与により創周囲の感染兆候は消退したが、深部より膿の排出が続くためMRIを撮像した。結果、骨髄炎を併発していたため、整形外科病院に腐骨除去を依頼した。その後当科で大腿筋膜張筋皮弁を用いて閉創し得た。（皮膚科 野村和加奈）

光干渉断層計（OCT）による眼底診断

光干渉断層計（OCT）は最近眼科領域で急速に広がっている検査機器です。今回はOCTを用いた眼底診断についてお話いたします。OCTは近赤外線を測定光とし、無散瞳でも数十秒で眼底の検査、診断が可能です。その解像度は3～7 μm と高感度です。特に網膜黄斑部や視神経乳頭部疾患の検出に優れた能力を発揮します。

正常眼底写真を示します。眼の疾患では、黄斑部、乳頭部の異常は視力、視野に大きく影響します。サルの網膜の光学顕微鏡写真と同部位のOCT像を示します。網膜の各層がコントラストではっきり分かります。このスライドはヒトの網膜OCTですが、明暗のコントラストにより網膜の10層構造が分かります。

実際の検査結果の一例を示します。網膜の黄斑部を縦・横にスライスした写真が下の図です。左眼は正常です。右眼の網膜色素上皮下に水がたまっており、網膜色素上皮剥離があり、中心性網膜炎の診断となります。

す。中心性網膜炎と鑑別が必要な疾患に加齢黄斑変性症があります。眼底写真では早期の鑑別は困難で、ほぼ同じように黄斑部に水がたまっているように見えます。この症例のOCT所見では脈絡膜に新生血管が確認され加齢黄斑変性症の初期であることが分かり、抗VEGF剤の硝子体注射の適応となります。

いくつか症例を示します、最初に糖尿病網膜症です。眼底写真では黄斑部に出血は認めませんでした。視力が悪く、OCTでは明らかな黄斑浮腫がみられました。この症例も抗VEGF剤硝子体注射の適応です。次の症例は、黄斑前膜です。眼底所見では黄斑部に皺のようなものが見えますが、OCTで明らかに黄斑部の前に膜があるのが分かります。

次に視神経乳頭の検査についてお話しします。代表的なのは緑内障です。緑内障が進行すると乳頭陥凹が大きくなります。その陥凹が大きくなると乳頭からつながる網膜神経線維の欠損が見られるようになります。緑内障患者さんの視神経乳頭陥凹拡大のOCT所見では、乳頭部の陥凹が鮮明に分かります。この症例では左眼の陥凹が著明です。網膜神経線維の欠損部はOCTで赤く示され、この部に一致した視野異常が見られます。

最近経験した視神経乳頭浮腫を示します。眼底写真でも乳頭浮腫は明らかですが、どの程度腫れているのか評価することは困難です。OCTで明らかな乳頭浮腫が確認でき、乳頭の大きさが1.5mmなので約1mm盛りあがっていることが分かります。OCTはその診断能力の高さから、急速に多くの眼科施設に導入されており、当院にも導入されており、各種眼科疾患の精密診断及び治療法選択に役立っています。

（眼科 菅野 晴美）

子宮内膿瘍を来したEdwardsiella tardaによる敗血症の一例

Edwardsiella tardaは爬虫類などの腸内常在菌として存在するグラム陰性桿菌である。人への感染は稀であるといわれているが胃腸炎患者の糞便から検出されることがある。基礎疾患のあるcompromised hostへの感染や海外渡航歴、魚介類の生食などで感染するといわ

れているがその感染経路に関しては不明な点も多い。今回、基礎疾患のない49歳女性のEdwardsiella tardaによる子宮付属器膿瘍からの敗血症性ショックに至った症例を経験した。子宮付属器摘出術を施行し、抗生剤投与と血液濾過透析、エンドトキシン吸着療法などを施行し改善に至った。本菌による骨盤内感染の報告は国内でも散見されるが基礎疾患がなく海外渡航歴や魚介類の生食などの明らかな感染経路がない報告は稀である。敗血症に至った場合の致死率の高さより婦人科領域での感染例では本菌も念頭に置いて治療をする必要があると考えられた。(産婦人科 山下亜貴子)

高齢者の肺炎予防と肺炎球菌ワクチン

日本人の肺炎の死亡率は、2011年には脳血管疾患を抜いて死因の第3位となった。また、肺炎死亡の95%以上を65歳以上の高齢者が占めている。2011年、呼吸器学会より、医療・介護関連肺炎という新しい概念が定義され、診療ガイドラインが作成された。高齢者の肺炎予防として、適切な栄養管理、禁煙、手洗い・うがいなどの衛生習慣の徹底、慢性呼吸器疾患、糖尿病などの併存症管理、誤嚥性肺炎予防策、肺炎球菌ワクチン、インフルエンザワクチンの接種が大切。誤嚥性肺炎は、睡眠中にじわじわと唾液が肺の中に入っていく、いわゆる不顕性誤嚥によるものが多く、口腔ケアや、不顕性誤嚥を防ぐ体位を心がけることが重要である。

2014年の10月から肺炎球菌ワクチンが定期接種化されたが、定期接種に使用されるのは、商品名ニューモバックスという、23価型のワクチンである。肺炎球菌は莢膜多糖体の抗原性により、現在93種類の血清型に分類されるが、ニューモバックスは23種類の血清型の莢膜多糖体が含まれたワクチンで、肺炎球菌感染症の70-80%をカバーすると言われている。

ワクチン定期接種化は、介護施設における肺炎球菌ワクチン接種により、高齢者における肺炎発症が64%減少し、すべての肺炎も45%減少したことや、肺炎入院の減少により、医療費の有意な節減が報告されたためである。現在使用可能な肺炎球菌ワクチンは、ニューモバックスと、プレベナーの2種類がある。違いは、ニューモバックスは、23種類の莢膜多糖を精製して作った不活化ワクチンで、プレベナーは、肺炎球菌多糖体に、キャリア蛋白として非病原性ジフテリア蛋白を結合させたワクチンである。

二つの肺炎球菌ワクチンを使用による、肺炎予防、

死亡率の低下が期待される。

(呼吸器内科 谷野 洋子)

めまいの1症例

症例は38才の男性。夜間に自宅で突然の強い回転性めまいを発症、歩行困難となり救急要請、当院救急外来に搬送された。右向き回旋性の定方向性眼振を認め、当初は耳性のめまいを疑った。しかし救急外来にて施行したMRIで右小脳半球背側に拡散強調像で高信号領域を認め、急性の脳梗塞の診断となり脳外科の病院へ緊急搬送となった。末梢性と中枢性めまいを鑑別は非常に困難であり、身体所見のみで全てを鑑別することは不可能と言われている。特に後下小脳動脈の梗塞は平衡障害のみを来す偽前庭徴候を認めることが多い。そのため、めまいを主訴に救急外来に受診した患者に対してはMRI検査を行うことが望ましいと思われる。また、リスクファクターのない若年者であっても脳梗塞を来すことがあるので注意が必要である。

(耳鼻咽喉科 倉本倫之介)

HIV感染症の基礎

当院はエイズ診療拠点病院の一つとしてHIV診療を行う病院であり、HIV感染症の基礎について発表する。

HIV感染症はHIVに感染した状態であり、これに免疫不全によって発症する疾患の中で、AIDS指標疾患とされる23の疾患を発症した場合にAIDS(後天性免疫不全症候群)と診断する。

HIV感染症は感染後の時期は、急性期、無症候期、AIDS期の3つに分類される。感染経路は主に性感染であるが、日本国内・そして北海道においても新規感染者により延べ患者数は増加の一途を辿っている。検査にはスクリーニング検査と確認検査を行うが、スクリーニング検査においては偽陽性(特に妊婦)、window periodの存在に注意して対応する必要がある。急性期の症状は感冒症状と類似しており診断が難しいが、性感染症や免疫不全により発症するカンジダなどの診療時にはHIV感染症の可能性を考慮する必要がある。保険ではHIVスクリーニング検査は性感染症が存在しなくとも疑われる患者への検査が適応となっており積極的な検査が望ましい。

HIV感染症の治療は進歩しており、現在、平均余命より10年短くなる程度まで改善しており、慢性感染症として、高齢化や生活習慣病の合併などが問題となっ

ている。当院においても今後、診療患者の増加が予測されるので、各診療科の先生にも性感染症や免疫不全を疑う疾患・患者の診療時にはHIV検査を検討していただきたい。(血液内科 竹村 龍)

Oligometastases (少数転移) と放射線治療

オリゴメタ (oligometastases: 少数転移) とは、全身的な画像検査で明らかに認められる転移巣の数が2～3個以下、(または5個以下とされることも) と少ない状況を意味するが、未だ、厳密な定義が存在するわけではない。

1995年、Oligometastasesの概念がJCOのEditorialとして初めて提唱、掲載された。遠隔転移症例はすべて全身転移であるのではなく、その当初の段階では遠隔転移がその部位にとどまり、遠隔転移切除や根治的放射線治療が治癒につながるものもあると提唱された。

オリゴメタの再発は、oligo-recurrence, 初発StageIVはsync-oligometastasesと定義され分けられる。これら二つを分けた検討も重要とされる。

【症例提示】

乳癌や腎癌のような、5年を超えた転移が散見されるslow glowingな腫瘍への局所照射による、second CRを目指す治療。

肺癌一次治療後の肺の孤立性肺転移、直腸癌の肝転移、子宮頸癌の一次治療後の腹部リンパ節転移、舌癌一次治療後の頸部リンパ節転移など。

すべての転移 (IV期) に対して、画一的な緩和医療、化学療法ではなく、症例や疾患により個別化した治療の方法と可能性を検討することが重要である。

Oligometastasesに対して定位放射線治療、IMRT (強度変調放射線治療) などの高精度な放射線治療が利用できる可能性を提示した。

(放射線治療科 川島 和之)

腸閉塞をきたした回腸子宮内膜症の2例

症例1は41歳女性。2日前からの腹痛、腹部膨満、嘔気を主訴に近医を受診し、イレウスの疑いで当科紹介となった。腹部手術歴はなく、婦人科で子宮内膜症疑いと診断された既往はあるが未治療であった。腹部CT検査では小腸全体の拡張を認めるものの閉塞起点ははっきりせず、イレウス管を挿入し、保存的治療をおこなった。入院後5日目に施行したイレウス管造影では造影剤の停滞を認めたが、症状は改善傾向であっ

たため7日目にイレウス管を抜去した。その後症状が再燃したため再度イレウス管を挿入し、原因不明のイレウスとして13日目に手術を行った。腹腔鏡で観察すると、回腸末端より10cm口側の回腸から漿膜面に癒痕様の発赤が20cm口側まで認められ狭窄を伴っており、回腸末端の異所性子宮内膜症を疑う所見であった。小開腹して病変部の小腸を切除吻合した。また骨盤底の腹膜に子宮内膜症を疑う病変を認めた。切除小腸の粘膜面は正常であったが、癒痕化した部分はほぼ閉塞状態であり、病理検査で回腸子宮内膜症の診断となった。術後経過良好でイレウスの再発は認めず、子宮内膜症に対してホルモン療法を行っている。症例2は40歳女性で症例1と類似した経過で手術を行い回腸・虫垂の腸管子宮内膜症の診断となった。

腸管子宮内膜症は子宮内膜組織が腸管内で異所性に増殖する疾患であるが、小腸に発生するものは比較的稀である。月経周期と同時に腹痛や嘔気の症状があり、腹部手術歴のない成熟期の女性では本疾患も鑑別に挙げられると考えられた。今回腸閉塞をきたした回腸子宮内膜症に対し、腹腔鏡下手術を施行し経過良好であった2例を経験したので報告する。

(外科 植村 慧子)

インターフェロンを使用しないC型肝炎治療

【はじめに】C型肝炎(慢性肝炎・代償性肝硬変)において、以前はインターフェロン(IFN)を中心とした治療が行われてきた。IFNを使用した治療は副作用が多く、治療終了後も精神症状などを残してしまうこともあった。また、副作用のため治療を完遂できない、副作用の懸念により治療を行えないなどの事例を認めていた。2014年よりIFNを使用しない治療法が認可され、IFN治療からIFNフリー療法に移行した。当院におけるIFNフリー治療の検討について報告する。

【目的】1型・2型のC型肝炎慢性肝炎・代償性肝硬変患者において、2014年11月～2015年12月までに治療を開始した34名の検討を行った。評価項目は、RVR(治療開始4週間のウイルスの消失率)、SVR(最終的なウイルスの消失率)とした。

【結果】1型に対してDCV/ASV(ダクラタスビル/アスナプレビル)治療を施行した20名はIFNの前治療歴があるのは8名でそのうち無効例が3名、副作用などでの中止例が2例であった。15例(75%)はIFNの不適応症例であった。RVR 90%、SVR 24 100%で、完遂率

は87%であった。

1型のSOF/LDV(ソホスブビル/レジパスビル)治療を施行した2名は前治療歴なしで、IFN不適応は1例であった。投与開始したばかりで、RVR 100%であった。

2型のSOF/RBV(ソホスブビル/リバビリン)治療を施行した12名は1例のみ前治療があり、副作用で中止している。IFN不適応例は11例(92%)であった。RVR 92%, SVR12 100%で、完遂率は100%であった。

【結語】IFNフリー療法は、治療効果が高く、忍容性の高い治療である。C型肝炎を完治し得る可能性が高い。C型肝炎を発見し、治療を推奨することが重要である。薬剤耐性ウイルスや、薬剤相互作用のため治療不適の場合があり、今後の問題である。

(消化器内科 助川 隆士)

Marfan症候群に対する大動脈手術遠隔期成績の検討

【背景】Marfan症候群はfibrillin-1遺伝子の変異による弾性線維の形成異常・構築異常が原因の疾患で、心大血管異常、筋骨格異常、眼病変などを特徴とし、心大血管病変が生命予後を規定する。大動脈においては瘤や解離に対して手術を要するが、範囲が広いために複数回の手術を要することが多い。手術リスクが増大するため同一視野での再手術は避けたいが、そのために解離や大動脈径の拡大のない部分まで予防的に手術を行うことについて一致した見解はない。

【目的】予防的弓部置換と予防的大動脈基部置換の必要性を検討する。

【対象】最近20年間に北大病院にて行った初回近位大動脈(大動脈基部～弓部大動脈)手術18例(男性11例、平均33.2(16-55)歳)を対象とした。置換範囲により基部～全弓部置換群(5例)、上行～全弓部置換群(3例)、基部～上行置換群(10例)の3群に分けて早期・遠隔期成績を比較検討した。

【結果】手術・病院死亡は認めなかった。平均フォロー期間は基部～全弓部群で108±62ヶ月、上行～全弓部群で150±92ヶ月、基部～上行群で97±51ヶ月であった。基部～全弓部群で破裂死を1例、下行大動脈以降の解離発症を1例認め、胸腹部置換を別の1例に要した。上行～全弓部では残した大動脈基部は全例で拡大もしくは解離を認めたために再手術にて基部置換を要した。その他に胸腹部置換と下行置換を各1例認めた。基部～上行群では下行大動脈以降の解離発症を2例に認めたが、残した弓部に対して置換等の介入を要した

症例はなかった。

【考察】大動脈弁輪拡張症に対して基部置換を行う際に、正常弓部に対する予防的置換は必ずしも必要ではないと考えられた。それに対して、弓部置換の際には基部置換の併施を積極的に考慮すべきと思われる。

【結語】同症候群における近位大動脈手術時の予防的弓部大動脈置換・大動脈基部置換の必要性に関して検討した。(胸部外科 内藤 祐嗣)

当院におけるSGLT2阻害薬の投与経験

2015年5月より長期処方が可能となったSGLT2阻害薬について投与前投与後の比較検討を行った。SGLT2阻害薬は腎尿細管に発現しているSGLT2受容体を阻害することにより腎尿細管におけるブドウ糖の再吸収を抑制し、尿中にブドウ糖を排泄することにより血糖値を低下させる新しいタイプの糖尿病薬である。

対象患者は当院通院中の2型糖尿病患者。SGLT2阻害薬以外の糖尿病薬について制限はなく、SGLT2阻害薬を投与し2か月以上経過した患者24名を対象とした。患者の平均年齢は54.4歳、平均糖尿病罹病期間は12.3年、平均体重79.1kgであった。

SGLT2阻害薬投与前後で比較検討を行った。HbA1c;投与前8.2±0.6%,投与後7.4±0.9%($P<0.001$)、体重;投与前79.1±14.3kg、投与後77.2±13.9kg($P<0.001$)と有意に低下した。GPT;投与前46±6.6IU/L、投与後35.9±4.9IU/L($P=0.002$)と有意に改善した。尿酸値;投与前5.5±1.9mg/dl、投与後5.0±1.5mg/dlと低下した。eGFR、収縮期血圧、拡張期血圧については投与前投与後で有意差を認めなかった。また、今回使用した4種類のSGLT2阻害薬についてHbA1c、体重変化などを比較検討したが、4種の薬剤間で有意差を認めなかった。SGLT2阻害薬投与による有害事象の発生は認めなかった。

SGLT2阻害薬の投与によりHbA1cの改善だけではなく、体重の減少、GPTの低下、尿酸値の低下といった血糖改善以外の作用についても確認できた、また一般的に報告されている血圧の低下効果について今回の検討では認めなかった。(代謝内科 石関 哉生)

当院総合内科を受診し、精神科に紹介された患者の臨床的検討

うつ病患者が身体症状を主訴に内科を受診することは以前から多くの文献で指摘されており、身体の専門

科には精神疾患を抱えた患者も受診すると言われている。そこで当院総合内科を受診し、精神科に紹介された患者の臨床的検討を行った。2014年10月～2015年9月に当院総合内科を初診した患者のうち、精神科に紹介された患者18人を対象とした。これら対象患者の年齢、性別、主訴、精神科通院歴の有無、精神科への入院の有無、診断について調査を行った。

対象患者18人の性別は男性10人(55.6%)、女性8人(44.4%)で、年齢は15歳から82歳であった。総合内科初診時の主訴は全身倦怠感と手足のしびれがそれぞれ4人(22.8%)、食欲不振、ふらつき、嘔気がそれぞれ3人(16.7%)で、身体症状に関する主訴が多く認められた。精神科通院歴については、通院歴の無い者が12人(66.7%)、当科受診歴のある者が3人(16.7%)、他院精神科に通院中の者、過去に他院精神科に受診歴のある者、当科通院中の者がそれぞれ1人(5.6%)であった。対象患者のうち入院加療を行った者は18人中8人(44.4%)であった。対象患者の診断的な内訳は気分障害が7人(38.9%)、統合失調症圏が3人(16.7%)、広汎性発達障害が3人(16.7%)、アルコール依存症が2人(11.1%)、てんかんが1人(5.6%)、脳腫瘍術後の器質性精神病が1人(5.6%)だった。

このように精神疾患が疑われる患者が当院総合内科を受診する理由として、①精神疾患であっても身体症状の併存が多いこと、②精神科は敷居が高いが総合病院の総合内科なら受診しやすいこと、③旭川市内の精神科の初診は予約制で数か月の待機期間を要するが、総合内科の初診は予約制ではないこと、などが考えられる。各科と精神科との連携が円滑に機能することで、従来精神科受診が困難であった患者が各科を經由して精神科受診に至ることが可能になると考えられる。

(精神神経科 土井 朋代)

口腔ケア指示するときのポイント

口腔ケアを看護師や介護士に口腔ケアを指示する際には、狭義の口腔ケアと広義の口腔ケアを区別すると指示しやすい。狭義の口腔ケアとは、「口腔衛生管理に主眼をおいた口腔保健指導、口腔清掃、義歯清掃を中心とするケア」を示す。これに対して、広義の口腔ケアは、「狭義の口腔ケアに加え、口腔機能(摂食、咀嚼、嚥下、構音、唾液分泌など)の維持・回復に主眼をおいた予防、歯科治療、リハビリテーションのあらゆる段階を包括したケア」である。これらは、どの医

療従事者行うべきかを必ずしも区別するものではないが、広義の口腔ケアは、より積極的で必要により治療に移行することを明示している。

口腔保湿は、口腔乾燥による口腔内の汚染、細菌叢の変化からおこる粘膜炎、誤嚥性肺炎等を予防し、口腔機能の維持を支援する役割がある。口腔保湿は口腔ケアに重要で、補助的に口腔保湿剤が使用される。口腔保湿剤選択のポイントは、1)患者自身で使用するか、医療従事者が介助して使用するのか、2)口腔清掃、保湿の維持のどちらを重視するか、である。

口腔ケアの中で早めに歯科に依頼をした方がよいケースは、歯・歯周組織の疾患が関与している例、および口腔ケア困難例である。口腔ケア困難例とは具体的には1)固着した喀痰が軟口蓋や舌根部に固着2)Grade 2以上の口腔粘膜障害を伴う3)易出血4)開口障害で、セルフケアあるいは看護師や介護士が口腔ケアを実施しやすいよう支援することが可能である。

最後に、周術期口腔機能管理の概略を報告した。

(歯科口腔外科 小神 順也)

夜間小児一次救急について

旭川市の夜間小児一次救急(18:00～22:00)は従来、市内小児科開業医が中心となって輪番制で担ってきたが、小児科医の数は少なく、必然的に当番回数が多かった。また、夜勤に従事するスタッフの雇用も難しく、各病院の負担となっていた。そこで、平成26年4月より輪番制を取りやめ、小児救急センターに医師が出向いて診療を行うセンター方式へ転換した。センターとして、当院小児科外来を利用することとし、必要なスタッフ(看護師、医療事務、検査技師)は当院が揃え、旭川薬剤師会の協力で院前に夜間の調剤薬局を開いてもらった。平成26年度(センター化初年度)の実績について報告する。

平成26年度実績:年間受診者数は6,429人で、過去4年平均の3分の2程度だったが、コンビニ受診の減少が大きな要因と思われた。旭川市内の患者が5,474人(85.1%)と最も多く、東神楽町(153人)、鷹栖町(127人)、美瑛町(100人)が続く。年齢別には1歳児が1,001人と最も多く、0歳児833人、2歳児723人と続いて、5歳未満が4,227人と全体の約3分の2を占めていた。一次救急から他院への紹介患者は105人。このうち83人は二次救急の小児科への紹介で、大部分は入院加療が必要な重症患者である。その他の紹介は外科(整形や

脳外科を含む) 11名, 耳鼻科 8名, 眼科 2名, 皮膚科 1名だった。

センター方式の評価: 1年後(平成27年4月), 参加した医師19名にアンケート調査を行った。「センター方式に移行して良かったと思いますか」との質問に, 「良かった」が15名, 「どちらとも言えない」が4名で, 「以前の方が良かった」との回答は0名だった。良かった点は, 自院のスタッフの負担が減った, 当番の変更が容易になった, コンビニ受診が減った, という意見が多く, 悪かった点は, 慣れない環境でのストレス, 自院の診療を早く切り上げなければならない, 自院の収入減, などが挙げられた。

考察: センター方式への転換により, コンビニ受診の減少や各病院の負担減といった効果が得られた。しかし, 夜間小児一次救急に従事している医師の平均年齢は57歳で, 新規の参加者が現れなければ10年以内に現体制の維持は困難となることが予想され, 大きな問題である。(小児科 佐竹 明)

経口抗凝固療法のupdateとpitfall (warfarin)

新規経口抗凝固薬NOAC (Novel/Non-VKA oral anticoagulant) の登場から約5年経過し, 今では4種類のNOACが非弁膜症性心房細動患者に投与可能である。さらに深部静脈血栓と肺塞栓に適応が拡大された薬剤もあり, 日常診療で使用される機会がますます増加している。一方でNOACが適応にならない各種血栓塞栓症に対するワルファリンの果たす役割は少しも衰えることがない。いずれの抗凝固薬も最大の副作用である出血性合併症を防ぐために, それぞれの薬理学的特徴を踏まえ, 他の薬剤との相互作用を熟知して使用することが肝要である。今回は当科で経験した出血性合併症症例の報告を交えて, 経口抗凝固療法の現状と実施上の注意点について述べた。

(循環器内科 幸村 近)

回帰熱の2例

回帰熱は国内には常在しないと考えられていたが, 2013年に2例の国内発生例が報告され, 特に北海道に常在することが明らかになりつつある。2015年に当院で2例のBorrelia miyamotoi感染による回帰熱の症例を経験したため, 文献的考察を含めて報告する。

【症例1】糖尿病のある81歳女性。古民家に住み庭の手入れは全くしていない。3週間前に発熱, 嘔気, 咳嗽

などが出現したため近医受診。WBC, CRP上昇, 肝腎機能障害を指摘され, CAMを処方され1週間で軽快。受診当日, 突然の悪寒戦慄を伴う発熱, 下肢痛, 嘔気が出現して救急搬送された。38°C台の発熱, 肝機能障害, CRP上昇を認め, ダニ媒介性感染症を疑ってSBT/ABPC+MINOで治療を開始し, 1週間で軽快した。Borrelia miyamotoiに対するGlpQ-IgM陽性を認めたため回帰熱と診断した。退院6週間後に同様の症状を来して入院加療したが, 以後再燃はなかった。

【症例2】特に既往のない36歳女性。6週間前に登別温泉に行った。3週間前, 2週間前, 5日前にそれぞれ2日間続く微熱, 筋肉痛, 倦怠感を認めたため当科受診。来院時は無症状で, 血液検査でCRP軽度上昇を認める他, 異常なかった。2日後, 9日後にも同様の症状が見られたため11日後再診。回帰熱を疑った血液検査でGlpQ-IgM陽性を認めた。特に治療を必要とせず, 以後症状の再燃なし。

【考察】Borrelia miyamotoi感染症は2011年以来, 北米, ヨーロッパ, ロシアなどで報告が散見される。本邦でも2013年にライム病患者血清を用いた遡及調査でBorrelia miyamotoi感染症が2例確認されて以来, 上記2例も含めて5例の発生報告がある。ライム病ボレリアと回帰熱ボレリアは媒介するダニが異なるが, Borrelia miyamotoiはライム病と同じマダニに媒介され, 北海道全域でマダニのBorrelia miyamotoi保有が確認されている。過去にも発生例があったと思われるが, 発熱, 頭痛, 筋肉痛, 嘔気などの非特異的な症状で, 多くの抗菌薬が有効なため, 認識されずに治療されていた可能性がある。疾患の認識に伴い今後症例数が増加することが予想される。

(総合内科 鈴木 聡)

G3 Ta膀胱癌の検討

【諸言】深達度(T-stage)が粘膜層に留まり筋層に達しない非筋層浸潤(表在性:pTa)膀胱癌の標準的治療は経尿道的腫瘍切除術(TUR-Bt)である。しかし, このうち高悪性度のG3 Ta膀胱癌については, 粘膜下層に及ぶT1あるいは上皮内癌(CIS)に準じてTURの術後療法として抗癌剤あるいはBCGの膀胱内注入療法を行うべきか, TURのみで経過観察とするか議論が分かれており, ガイドライン上でも治療方針は明言されていない。

【目的】G3 Ta膀胱癌の予後因子につき検討する。

【対象・方法】2005年1月から2015年12月までにTUR-Btを施行した症例のうち病理結果が尿路上皮癌(UC), G3, pTaであった21症例を対象とした。下記の患者腫瘍因子を検討項目とし、再発・進展をエンドポイントと設定し、Kaplan-Meier法で各群を比較した。

【結果】観察期間中央値は29.0ヵ月。患者背景は平均年齢74.7歳, 男女比=17/4人。初発/再発=15/6人, 単発/多発=8/13人, 腫瘍径3cm超/3cm以下=7/1人, 腫瘍形態乳頭状/非乳頭状15/1, 上部尿路腫瘍合併あり/なし=4/17人, 術後膀胱内注入療法あり/なし=7(BCG4人epirubicin3人)/14人であった。TUR後1, 3, 5年の非再発率は59.2, 44.4, 33.3%, 同じく非進展率は90, 61.9, 61.9%であった。単発と多発の比較において非再発期間, 非進展期間ともに単発症例で有意に長かった($p=0.028, 0.014$)。多発症例のみにおいての後治療別の検討では, 膀胱内注入療法の有無, BCG注入の有無, repeat TURの有無のいずれについても有意差は見られなかった。

【考察】諸家の報告と比較し若干予後が悪い結果であったが, 中でも多発症例に関しては予後不良であった。この結果から多発症例については後療法をより積極的に考慮しても良いと考えられた。

(泌尿器科 宮田 遥)

心肺蘇生の新ガイドライン ～G2010からG2015へ～

2015年10月15日にILCOR(国際蘇生連絡協議会)から心肺蘇生法の国際コンセンサスであるCoSTR2015が発表された。ILCORに加盟する各国はCoSTR2015をもとに新しい心肺蘇生ガイドラインを作成した。今回はアメリカのAHAガイドライン(G)2015と日本のJRCガイドライン2015について, 一時救命処置(BLS)の変更点を中心に概説する。AHA(American Heart Association;アメリカ心臓協会)版G2015は2015年10月15日に発表された。前回のG2010での改変と比較して, 今回の新ガイドラインは目立った大きな変更はなかった。主な変更点としては, 「周囲の安全確認」という基本事項がBLSのアルゴリズムに明記された, 呼吸確認のタイミングが変更された, 携帯端末で通報を行うスタイルが打ち出された, 胸骨圧迫のテンポ, 深さの指標が若干変更された, 院内心停止に対する救命の

連鎖が新たに示された, 麻薬傷病者に対するナロキソン投与がBLS項目に追加された, などの点が挙げられる。JRC(Japan Resuscitation Council;日本蘇生協議会)版G2015は2015年10月16日に発表された。BLSの主な変更点として, 呼吸の判断に迷った場合はすぐに胸骨圧迫を開始する旨を明記した, 胸骨圧迫のテンポ, 深さの指標が若干変更された, 人工呼吸の重要性が強調された, などの点が挙げられる。前回の改変と比較してG2015では大きな変更点はなかったが, 前回の改変で教育のしやすさから簡略化された内容の見直しが行われた印象を受けた。(麻酔科 飛世 史則)

球状塞栓物質(BEADS)によるTAE療法

血管塞栓用球状塞栓物質(BEADS)が承認され, 販売開始から1年以上が経過し, 日常臨床で使用される機会が徐々に増え, 様々な臨床研究が始まっている。従来より行われている, 多血性腫瘍(原発, 転移)に対する, Lipiodol suspension, Sponzel particle, などを用いた経カテーテル的塞栓療法に, 新たな塞栓物質である球状塞栓物質(BEADS)を用い使い分けることにより, 症例によりさらなる治療効果を期待し得る。球状塞栓物質(BEADS)は高分子ポリマーなどを素材とする粒子からできており, 様々な粒子サイズの均一な塞栓物質として作用する。腫瘍に対する塞栓効果がより腫瘍の血管床レベルで起こるために, より高い塞栓治療効果を得ることができる。また, 抗がん剤を粒子内に含有させ, 徐放性をもつdrug deliveryとしても使用可能である。また, 生体適合性を持つ素材を用いており, 塞栓による組織の炎症反応が少なく, その正常組織に対する作用が比較的軽微であるため, 梗塞後症候群も軽度である。原発性肝腫瘍, 転移性肝腫瘍, 腎腫瘍, 多血性腫瘍の転移性腫瘍, 骨腫瘍(転移, 原発), 軟部組織腫瘍, 肺腫瘍(原発, 転移), 子宮筋腫, 動静脈奇形(AVM)などへの治療, 手術前の腫瘍塞栓療法, 術前の血流コントロールなど, 様々な使用法が期待される。治療法の特徴, 臨床適応し得る腫瘍, 病変などにつき, 概略を述べ, 各科の様々な領域に応用可能な治療法であるため今後の治療適応につきご検討いただきたい。(放射線科 花輪 真)

看護研究発表会記録（27年度）

閉塞性動脈硬化症患者を看護する看護師の認識調査

西5階 ○栗栖 絵美, 城石みゆき
高田 美雪, 水沢 幸枝
尾崎 由悦

【はじめに】閉塞性動脈硬化症（以下PAD）は、動脈硬化を基盤に生じた四肢、主に下肢の末梢循環障害であり、生活習慣病ときわめて深く関連している。そのため、病態の発症、悪化予防には日常生活における自己管理が重要とされる。しかし当科では、生活指導は看護師個々の裁量に委ねられ、悪化予防につながる効果的な指導とは言いがたい。それは、看護師の日常生活指導の重要性の認識が異なること、統一した指導内容を示すマニュアルがないことが要因と考えられる。そこで、当病棟看護師のPADに対する日常生活指導への認識調査をした。

【方法】

対象：当院血管外科病棟の看護師16名

方法：パソコン内にアンケートを作成し入力による記名調査。

調査内容：年齢、看護師経験年数、血管外科看護経験年数、PAD患者看護に対する関心、患者指導内容

調査期間：平成27年4月17日～5月8日

【結果・考察】PADの観察項目ではほぼ全員回答が出来ていた。日常看護の中で症状の観察を実施しているため、観察項目の回答が記入出来ていたと考える。しかし、観察は出来ているが退院指導は質問があったらするとの回答が多かった。栄養指導は1名、内服指導は8名、運動指導は1名が実施していた。日常動作の注意点は、13名が記入していなかった。

多くの看護師は質問がなければ、退院指導を行っていなかったが、当科はマニュアルのある疾患の退院指導はできていた。PADはマニュアルがないため、統一された退院指導が確立されていないことが明らかとなった。看護師の関心度で考えると、PADは下肢血流状態が改善されADLが回復されると日常生活に支障がない状態となり、再発への意識が遠のいてしまうのではないかと考える。つまり、看護師はPAD患者の看護をするうえで、関心を持つことが必要であり、統一した退院マニュアルでの指導が必要である。

【結論】

- ・PAD患者の観察はできていたが、指導はできていなかった。
- ・統一した退院マニュアルを作成し、患者のライフスタイルに合わせた指導を行っていく必要がある。

術前経口補水療法に対する外科病棟看護師と患者の認識調査

西6階 ○高柳 りか, 景井 利美
金澤 絵美, 金田 美和
葛西佳代子

【はじめに】当院外科では2012年から経口補水療法（以下ORT）を導入している。入院後ORTに関する看護師の介入は少ないのが現状で、それは看護師のORTへの関心が低く、知識、有用性の理解が曖昧であることが要因と考える。安全かつ効果的にORTを実施するためには看護師の介入も重要であり、患者の理解度も影響する要因であると考えられる。そこで、当病棟看護師と患者のORTに対する認識を明らかにすることとした。

【方法】研究対象は経口補水対象となった15名と病棟看護師20名。2015年4月から8月までの4ヶ月間で行った。対象患者と看護師に質問紙による調査を行った。

【結果・考察】今回の調査結果から、患者と看護師ではORTに対する理解度にばらつきがあり双方のORTの認識は違うことがわかった。患者の説明されている内容について、看護師の理解が曖昧で知識不足があったことが、患者とのORTに対する認識の差の要因であると考えられる。その差を少なくする事で患者と看護師の認識は共通になる。当病棟看護師もORTに対する知識を高める事が必要であった。

看護師と患者のORTに対する満足度は、看護師の業務負担が少なくなると答えたのは85%で患者の満足度は85%であった。患者と看護師両者の意見を合わせてもORTは非常に有意義なものであると言える。

入院患者に対し、病棟看護師が再度ORTの説明や看護介入を行う事で、全ての患者に対して安全で効果的なORT実施をすることにつながる。そのためには、病棟看護師の知識を深める事、ORTについての関心を持つ事が必要である。

【結論】

- I. ORTに対する患者の理解度と満足度は高かった。
- II. ORTに対する看護師の理解度と関心度は低かった。
- III. 患者と看護師がORTに対し共通した認識をもつことで、安全で効果的なORTの実施につながる。
- IV. ORT実施の安全性には、看護師の理解力向上や知識の向上が必要である。

退院支援に対する取り組みの課題の抽出～当病棟の現状と意識調査から～

東6階 ○仁矢佳菜美, 赤澤 優弥
高石 麻未, 須貝 敦子
小林 るみ

【はじめに】患者層の高齢化も進み、退院支援に向けた取り組みは年々重要になっている。退院支援の早期介入は、患者・家族が退院後の生活をイメージし易くなる手段となる。しかし、患者の病状や意向が変化する場合など、退院支援介入の時期の見極めは難しい。そこで、院内全体と当病棟での退院支援への意識と介入の実態を知り、退院支援を早期に行うための課題を明確にしたいと考え、検証したので報告する。

【研究方法】地域医療連携課退院支援看護師に過去3年間の当病棟と院内全体の退院支援依頼に関する件数の推移の情報提供を依頼した。当院一般病棟の看護師計223名（うち、当病棟看護師25名）へ無記名式質問紙を用いて退院支援に対する意識と支援の実際について調査し、単純集計・単純比較をして算出した。有効回答193名、回答率86.9%。データ収集期間は平成27年6月～平成27年8月。

【結果】地域医療連携課への退院支援の依頼時期は、平成24年～26年度にかけて12日、21.7日、23.7日と早まっていなかった。退院支援に対して、「興味がある」は28.0%（当病棟42.9%）、「苦手意識がある」は52.8%（当病棟42.9%）、退院支援の必要性を感じるかどうかの問いには、「ある」が80.8%（当病棟85.7%）だった。退院の生活について確認したことがあるかの問いには、「ある」が58.0%（当病棟76.2%）で、「住居環境」については20.4%（当病棟7.1%）であった。

【考察】調査の結果から、退院支援の介入や支援を受ける患者の「平均入院日数」と「入院から地域医療連携課に退院調整を依頼するまでの日数」の短縮はみられなかった。当院の退院支援の介入開始は遅いといえ

る。退院支援の必要性を8割の看護師が感じているが、入院時の介入や積極的介入の意識はまだ乏しく、当病棟では住居環境に関する入院時の情報収集が不足している。退院調整に必要な時間を確保するため、ルールやツール、システムの整備が重要である。院内留学の利用や、カンファレンスの実施は、個人個人の意識やスキルの向上に有効である。支援が遅くなる要因は多様であり、今後も個々の事例に対する退院支援介入の遅延・阻害要因や成功要因を検討し課題を明確にしていく必要がある。

精神科病棟における身体拘束に対する看護師の意識調査

北2階 ○木下 大輔, 本郷 沙織
北村貴和子, 大関 典子

【はじめに】身体拘束は精神保健指定医または医師の判断が必要だが、ケアを行う看護師の役割は重要で医師の指示に基づき拘束を解除することは行動制限を最小化し患者の苦痛ストレス軽減に有効と考えた。スコア表を導入することで早期解除に繋がると考え、看護にどのような効果をもたらす看護師の心理的負担の軽減や拘束に対する意識変化があるのかを調査することとした。

【対象と方法】

研究期間：2015年2月1日～2015年8月31日

調査対象：北病棟第2階ナースステーション看護師計17名

調査方法：身体拘束基準スコア表の使用後の身体拘束に対する質問用紙を配布し回収した。

倫理的配慮と同意：対象者には研究の趣旨・方法・匿名性、不参加による不利益性は受けないことを文書にて説明し同意書を取得後にアンケートをした。

【結果】調査用紙の回収率は17名中17名の100%であった。スコア表を使用し拘束に関心を持てたかの質問に対し「思う」が87%で、統一した視点で評価できたかの質問に対し「思う」は84%で、早期解除につながったかの質問に対し「思わない」は40%となった。身体拘束最小化への意識付けになったかの質問に対し「思う」は80%で、観察基準となるものがあつた方が良かったかの質問に対し、「思う」は80%となった。

【考察】スコア表の使用で拘束に対し関心を持つことができ、統一した視点で評価できたといえる。早期解除とは至らず、使用次第では共通した観察・判断力を養

え個々の心理的負担の軽減につながると考える。拘束解除は継続的な観察により意見交換しチームで判断することが重要であり、個々が拘束に対する学習に取り組むことも必要である。

【結果】

1. スコア表を導入したことで拘束に対し関心を持ち、統一した視点で患者状態を評価できた。
2. スコア表だけで早期解除には至らず、継続的な観察により意見交換しチームで判断することが重要である。
3. 身体拘束最小化への意識付けになったが、今後は使用方法の修正や検討、個々の学習が必要である。

安静度が制限されている患者の環境整備について～患者の望む整った環境への看護師の介入方法～

東5階 ○花蔭 絵, 斉藤 真樹
坂口 夏美, 山田 健人
荒明 弘恵

【はじめに】当科(循環器内科)では安静度がポータブルトイレ可までに制限されている患者が多い。患者から環境整備に対する意見があり、患者の満足する安全・安楽な環境整備を行うことで、看護の質を高めていけるのではないかと考えた。患者が望む整った環境への介入方法を検討したのでここに報告する。

【方法】安静度がポータブル可までに制限されている当科入院患者50名と当院看護師197名に環境整備について質問紙調査法で意識調査を行った。患者の望む整った環境と看護師が考える整った環境の違いを明らかにし比較検討する。

【結果・考察】調査結果から「環境整備は重要な看護介入である」と思う看護師が99%と当院の環境整備に対する意識は高い。看護師は「ベッド柵が上がっているか気になる」84%、「ベッドの高さが気になる」83%と高く、転倒・転落の危険を予測し安全を重視している。患者は「危険物を身近に置かないで欲しい」44%、「食器を洗って欲しい」38%とベッド周囲を生活空間と捉え安楽を重視している。看護師が考える環境整備と患者が望む環境整備に差があると考察した。介入方法は、安全な環境の重要性を説明し理解してもらうこと、患者目線で安楽な環境整備を行うことが必要である。今回調査した患者は満足度が高かったが、看護師の調査で「自分のスペースに入って欲しくない」との

患者からの意見が13%あり、パーソナルスペースに入ることが難しいと感じている。介入方法は、信頼関係を築き患者に十分な説明を行うこと、カンファレンスし統一した対応で個別性を踏まえた環境整備を行うことが必要である。

【結論】

1. 当院における看護師の環境整備に対する意識は高い。
2. 看護師と患者の環境整備の視点は異なり、安全な環境を確保するには患者に説明し、重要性を理解してもらう必要がある。
3. 患者の望む安楽な環境を理解し患者の目線で環境整備を行っていく必要がある。
4. パーソナルスペースに入るには個別性を持った関わりを行い、信頼関係を構築することが必要である。

造血幹細胞移植患者・化学療法施行患者の食事に対する要望の調査

西7階 ○長谷川 唯, 曳地 光恵
栞原亜沙美, 坪崎 春美

【はじめに】造血幹細胞移植の前処置や化学療法治療後は、様々な副作用の出現により食事摂取困難となることが多い。食事は免疫力を高め、体力の維持や闘病意欲を高めると言われている。治療を行っている患者を対象に選択食メニュー(以下セレクト食)の提供・移植前より栄養士の嗜好調査を行っているが食事摂取困難となることが多い。セレクト食使用患者を対象とし食事摂取困難な理由について聞き取り調査を行い食事に対する要望を調査した。

【対象および方法】造血幹細胞移植および化学療法施行でセレクト食を使用している4名の患者を対象とした。治療の時期を3つの時期に分け①食べられない理由②食べられないもの③食べられるもの④食事の量や味⑤食事の要望について聞き取り調査を行い、逐語録を作成。意味内容によって文節に分け、それぞれにキーワードを付けその後KJ法によってカテゴリ化した。

【結果】治療の副作用による様々な、有害事象の影響や味覚異常が続くことにより食事摂取困難となり低栄養に陥った。水分を多く含む固形物やスープ、口当たりや喉ごしのいい食品を摂取していた。味の濃い食品や米飯・水分の少ない食品は摂取しにくく、繊細な味や複雑な味は感じにくい傾向にあった。

食べられないことに関して悩み、経口補水液の活用や栄養士の介入をもっとしてほしいとの要望があった。

【考察】口から食べることによって人は生きる喜びや活力を得ることができる。経口摂取による栄養補給・喜びを最大限に生かすことが看護師の役割である。各病態や治療に応じた栄養管理の確立が必要であり、看護師は疾患・治療に視点を置くのではなく、疾患や治療の基盤となる栄養療法について他職種協働による栄養管理の確立ができるよう支援が必要である。

【結論】

1. 治療の影響により栄養状態が不良であることが予測される。
2. 低栄養状態に陥るリスクを早期に発見し他職種協働による栄養管理の確立が必要である。

維持透析患者の水分・食事管理での知識と自己管理行動の調査

外来 ○古賀香奈子, 森峰美由紀
難波 幸一, 櫛引由美子

【はじめに】維持透析は水分・食事制限を必要とする治療であり、自己管理の継続が必要である。今回透析患者を対象に、正しい知識・行動のほか自己管理を困難にしている背景を知るための調査を行い、良好群と不良群を比較して傾向と問題点を明らかにした。

【研究方法】

研究期間：2015年6月～9月

研究対象：外来通院中で研究に同意をされた患者34名

研究方法：過去半年間での透析1回の純除水量と血清カリウム・リンのデータから自己管理行動を点数化し良好群と不良群に分け調査した。

【結果】

34名中有効回答数は31名。うち15名が不良群だった。

1. 知識の得点では良好群7.1点に対し不良群が9.5であった。自己管理行動では、良好群3.7点、不良群3.9点と差はなかった。
2. 年齢別では、40歳代までの全てが不良群で、50歳代の全てが良好群、60歳以降に差はなかった。
3. 透析年数では、1, 5, 10年未満, 10年以上の4つで比較し、1年未満は不良群で5年未満では6割以上が良好群、その後5年以降に差はなかった。
4. 家族の同居の有無で差はなく、食事の支度では患者が作る方に良好群が多かった。外食・お総菜は、良好群の方が利用していた。

【考察】結果より、日々の自己管理が良好である患者は、不良である患者に比べ医学的知識が高いであろうという予測に反する結果になった。その背景は、知識が日常生活に生かされていないのが原因と考える。また良好な患者においても、継続した自己管理が行えるよう支援が必要である。私達は日々患者指導として、医学的知識ばかりを提供してきたと考える。知識ばかり提供しても、患者自身の達成可能な自己管理でなければ何も成果を生まず、かえって患者に自己管理を受け入れがたい状況にしてきたといえる。今後は、患者個々の生活に即した自己管理方法を、患者自身と共に考えていく指導が必要である。

【結語】透析の自己管理は、知識だけで成し得ることはできない。患者の生活に即した方法で、知識を活かした自己管理を確立していくことが必要である。

在宅酸素療法患者の火気取り扱いについての実態調査

東7階 ○毛利 侑季, 佐々木尚美
岡田 直子, 森川 友美
太田 智美

【はじめに】在宅酸素療法（以下、HOT）とは、慢性呼吸不全患者のうち病状が安定しているものに自宅で酸素投与することで在宅療養・社会復帰を目的に行われる。酸素療法を行う場合、火気の取り扱いには十分注意する必要がある。しかし、火気の使用が原因とされる火災事故は後を絶たないと報告されている。HOT導入時、患者・家族に火気の危険性・火気の取り扱いを指導しているが、退院後の実態を把握していない現状があった。患者が調理する場合、様々な事情からガスコンロを使用するケースもある。そこでHOT患者の火気の取り扱いについて実態調査し、今後の指導における課題を明らかにすることを目的とする。

【対象・方法】当科に外来通院または入院しているHOTを受けている患者20名。そのうち1名は代理回答した。半構造化面接を実施し、喫煙、調理、ろうそく・線香、ストーブの項目で調査し、単純集計した。

調査期間は2015年4月1日～同年8月31日

【結果・考察】患者の性別は男性12名、女性8名。平均年齢73歳。HOT期間は10日から9年。調査結果から患者が喫煙するものはおらず、調理の質問では危険な場面はなかった。調理をすると回答した5名の患者は電磁調理器への変更が困難でガスコンロを使用しているが、火気を使用するときは酸素チューブを外してい

た。ろうそく・線香の質問では大半が扱わないと回答した。しかし、神棚のろうそくに着火した事例が1名いた。先行研究では50%が家事を断念したと報告がある。当病棟のHOT患者が調理する背景には独居、高齢夫婦の2人暮らし、配偶者を介護している患者20%が調理を継続していたことが明らかになった。HOT患者の家事労働の研究は極めて少なく、調理に関する指導内容は明らかにされていない現状がある。火気による危険から患者自ら回避できるよう指導することが重要と考える。

調査の結果、HOT患者・家族は火気の取り扱いに注意し生活していた。本研究は実態調査を行ったが、今後の取り組みとしてHOT指導の評価を行い指導方法の見直しに繋げていきたいと考える。

仰臥位における除圧方法の検討～体圧測定器を活用して～

集中治療室・ICU ○三井 恵理, 住本 誠一
結城なぎさ, 大西かおり

【はじめに】当ICUではこれまで体位変換が出来ない時にはエラストン[®]を挿入し除圧していた。近年小枕をベッドとマットレスの間に挿入し身体の一部を挙上する方法（以下スモールチェンジ法）が実施されてきている。そこで仰臥位時の除圧方法についてエラストン[®]挿入とスモールチェンジ法を比較検証した。

【方法】

- ①集中治療室看護師で同意が得られた36人を対象
- ②水平仰臥位でマットレスのみ、エラストン[®]挿入、スモールチェンジ法で仙骨部体圧を各3回測定し最高値を採用
- ③除圧方法毎に平均値と標準偏差を計算、比較分析はt検定を採用
- ④圧測定後に感想を自由回答で聴取

【結果】仙骨部体圧値（平均値）は、除圧なし30.9mmHg、エラストン[®]挿入38.3mmHg、スモールチェンジ法29.8mmHgであった。

除圧なしとエラストン[®]挿入、スモールチェンジ法でそれぞれ比較し有意差があり、除圧なしとスモールチェンジ法の比較では有意差がなかった。

エラストン[®]挿入では、背中が苦しい、窮屈な感じ、スモールチェンジ法では、リラックスした感じ、安定感があるなどの感想が聞かれた。

【考察】ICUでは治療上体位変換が出来ない事が多く、

仙骨部の褥瘡発生リスクが高い。人間の毛細血管内圧は通常32mmHgで、これ以上の圧力が加わると阻血が生じると考えられている。当ICUでは一側からエラストン[®]を挿入する事が多く、圧が32mmHgを超えていた。これはエラストン[®]が仙骨部周囲を圧迫したと考えられる。

自由回答の結果からエラストン[®]挿入が不快という感想が多く、この不快感が筋緊張を招き体圧上昇の一因となったと考えられる。

スモールチェンジ法は高い部分圧がかかる部位を変える事に効果があり、身体に傾斜がかからない為不快感を与えない効果があると言われている。今回の結果からもスモールチェンジ法は安楽だという感想が多く、エラストン[®]挿入と比べ体圧が低下している事から、エラストン[®]挿入より効果的な除圧方法といえる。

大腸内視鏡検査前処置の検討～腸管洗浄剤内服途中で左側臥位を導入することでの効果～

東3階 ○河合真裕子, 五十嵐由佳
田中 泉美, 井口 絵美
多田 啓子

【はじめに】大腸内視鏡検査の前処置として経口腸管洗浄剤を多量に内服することは、身体的・精神的負担が大きい。大腸内視鏡検査前処置における患者の負担を最小限にし、かつ追加処置をせず、大腸内視鏡検査が可能な腸管状態にしたいと考えた。

【方法】腸管洗浄剤（ニフレックまたはムーベン）服用時に前処置に左側臥位を取り入れ、前年度の前処置完了時間と比較し、実験研究を行い統計解析法で算出した。

【結果】左側臥位を施行していない群（n=120）と、左側臥位を施行した群（n=15）で以下について比較した。

- ①前処置完了時間について左側臥位を取り入れたことにより、10時までの群でp値=0.033、11時までの群でp値=0.023（p<0.05）とp値に有意差が見られた。
- ②内視鏡所見用紙からの残便状況は、医師の評価（良好・やや良好・不良）と左側臥位との関連性について、p値に有意差は見られなかった。
- ③左側臥位を施行した群は約73.4%の患者が追加処置（浣腸・内服）を施行することなく前処置を完了した。（左側臥位を施行していない群は約56.7%）

【考察】前処置完了時間の状況については10時まで、11時までの双方ともに左側臥位を施行していない群と左

側臥位を施行した群でp値に有意差があった。上行結腸を上位置させる左側臥位は肝彎曲の屈曲を弱め、腸管洗浄剤で薄まった便汁を上行結腸から下行結腸まで流すと考えられているからである。また、腸管洗浄剤を1L内服後より左側臥位を保持することで、胃・結腸反射を効果的に生じさせることができたと考えられる。

10時までに前処置が完了した群は追加処置が無く、左側臥位で十分な洗浄効果が得られたと考える。10時以降に前処置が完了した群では、左側臥位を取り入れても取り入れなくても追加処置の有無に有意差はなかった。それは、対象の生活習慣や排便習慣、身体的器質などが大きく影響している可能性があり、腸管洗浄剤を内服し左側臥位を取り入れても、胃・結腸反射や腸管蠕動の亢進は起こりにくく、10時までの前処置完了は困難であったのではないかと考える。

側臥位体位固定の知識の統一を目指したDVD教材の導入

手術室 ○後藤 結佳, 岩崎 千春
戸松 利佳, 原井 絵里

【はじめに】手術室における体位固定は、医師・看護師がチームワークよく手早く行わなければならない、高度な知識と技術が必要とされる。当院で側臥位の術式は、主に胸腔鏡下肺切除術（以下VATS）と腹腔鏡下腎摘出術（以下ラパ腎）があり、使用物品や手順に違いがある。また、経験や技術に個人差があり手順が統一されていない現状があったため、DVD教材（以下DVD）と、内容をまとめたチェックポイント用紙を作成することで、看護師の知識の統一ができるか検証した。

【研究方法】対象:新人を除く、手術室看護師14名。期間:2015年5月～8月。方法:①ベッド作成, VATS・ラパ腎の体位物品・ポイント・手順についてテスト形式の質問紙（以下テスト）を作成, 実施。②DVDを視聴。③一週間後にチェックポイント用紙を確認, 再度テストを実施。倫理的配慮:対象者の個人が特定されないように配慮した。

【結果】DVD視聴後の正答率は、視聴前より上昇し「ベッド作成」「VATS物品・ポイント」100%、「ラパ腎物品・ポイント」94%であった。また、「VATS手順」視聴前51%、視聴後56%、「ラパ腎手順」視聴前33%、視聴後53%であった。

【考察】DVD視聴後の「ベッド作成」「使用物品・ポイント」の正答率上昇から、これらの点については知識の統一ができたことが示唆される。しかし、「手順」については視聴前後共に正答率が低く、知識の統一には至らなかった。「手順」の正答率が低い要因として、実際の手術では複数の医師・看護師で役割分担し体位固定を行うため、手順の順序を全体的に把握していないことが考えられる。また、DVD視聴が一回のみであったので、繰り返しの視聴により手順を確実なものにすることが期待される。

【結論】

- I. DVD, チェックポイント用紙により「ベッド作成」「使用物品・ポイント」について知識の統一ができたことが示唆されるが、「手順」については知識の統一には至らなかった。
- II. DVDを繰り返し視聴することで、知識の統一化が期待される。

混合夜勤病棟における二交替・三交替の疲労度

西4階 ○古田 朱, 島田 美希
西島 歌織, 小田 浩美

【はじめに】看護師の勤務体制についてはさまざまな研究があり、二交替と三交替勤務の比較研究も多い。しかし、混合夜勤病棟における疲労度の比較研究は少なく明らかになってはいない。そこで今回双方の勤務体制の疲労度を質問紙を用いて比較検討することにした。【方法】質問紙「自覚症しらべ」を使用。データ収集期間は2015年7月1日～7月31日。「全くあてはまらない」から「非常によくあてはまる」の5段階評価（1～5点）で25項目それぞれの得点を質問紙の結果から集計し、最終的には5つの群別（I群:ねむけ感, II群:不安定感, III群:不快感, IV群:だるさ感, V群:ぼやけ感）に分類してその平均値を求める（各群25点満点）。【結果】研究対象者61名のうち回収が59名。内訳は二交替36名, 三交替23名。二交替ではI～V群すべての項目で夜勤後のスコアが最も高く, 三交替では準夜勤後のスコアが最も高かった。勤務前のI～V群の平均値を比較すると, 二交替は7.91, 準夜勤前9.84, 深夜前10.0となった。二交替夜勤前と準夜勤前では準夜勤前が1.93高かった。二交替1時と準夜勤後では準夜勤後が2.0高かった。夜勤前後でI～V群の平均値を比較すると, 二交替は5.49, 準夜勤は3.26, 深夜では1.4高くなった。

【考察】すべての勤務においてI群:ねむけ感のスコアが最も高く、夜間の勤務がねむけに強く影響されていることが確認できた。

二交替夜勤前と準夜勤前では準夜勤前の方が疲労度が高かった。これは、三交替は二交替と違い次の勤務までの間隔が短くなりやすく、そのため夜勤によって乱れた生体リズムや疲労が戻りにくいのではないかと推測された。二交替の1時と準夜勤後では準夜勤後の方が疲労度が高かった。二交替は長時間勤務のなかで、ある程度優先順位をつけて仕事のペース配分ができ、その分時間に余裕ができやすく疲労軽減の誘因のひとつになったと推測された。勤務前後の疲労の差は二交替が準夜勤や深夜よりも大きかった。これは長時間勤務による倦怠感やねむけ、眼精疲労の経時的蓄積が考えられた。

小児の持続点滴固定方法についての実態調査～シーネ使用の判断の統一に向けて～

西3階 ○佐藤 美歩, 金野 陽子
牧田 志穂, 椎名 悠子
中川 恵子

【はじめに】平成25年度に点滴固定方法の検討がなされ、シーネなし固定が導入された。しかし、現在、再びシーネを使用している場合が多い。なぜシーネなし固定ができていないのかを明らかにするため実態調査を実施した。その結果、スタッフの不安が根底にあることが判明した。そのため、当病棟におけるシーネ使用の適否を決める際の基準を作成し、スタッフの意識改革に繋げることができたので報告する。

【研究対象・方法】

対 象：病棟看護師18名, 医師4名

研究期間：平成27年3月1日～9月1日

研究方法：質問用紙を作成し、看護師18名に回答してもらい集計した。

【結果・考察】調査結果から、シーネなしに対する不安が根底にあることが判明した。しかし、看護師の不安を理由にシーネ固定をすることは適切な判断をしているとはいえない。先行研究でもシーネ固定をすることで手指の運動が妨げられ、日常生活動作や遊びに支障をきたし、身体的発達や精神的発達に影響を及ぼす可能性があると言われている。看護師にシーネなし固定の利点と必要性を再度説明し、指導していくことが重要であると考えられる。また今日の小児看護において、他

施設でもシーネ使用の適否を判断する際に明確な基準は設けられておらず、個々の看護師の判断に委ねられている。そこで、固定方法の判断が容易にできるように、当病棟における基準を作成した。「湿潤が多くテガダームが確実に貼れない」「自然滴下がない」「医師の指示」の3項目に該当する場合のみシーネ固定をすることにした。基準内容は、半年後に評価し見直しを行うことにした。

手の発達を阻害することは、小児の成長発達を阻害することにつながる。このことから、固定は最小限にとどめ、小児の状態に応じて制限を緩和するような工夫をしなければならない。小児にとって安全で安楽な入院生活を送れるようにケアしていく必要がある。

【結論】シーネ固定を判断する基準を作成することで、スタッフが不安や迷いがなくシーネなし固定方法を行うことができる。

問題行動のある思春期発達障害患者との信頼関係構築までの過程～絵本の読み聞かせを通して～

北1階 ○横山 麻美, 金子真希子
村山 正貴, 福本きよみ

【はじめに】発達障害患者の思春期における問題行動は二次的な障害であり、衝動的な行動に視点をおくと解決できない問題が多い。本症例においても衝動的に暴言・暴力を振ることがあり、そのたびに身体拘束を繰り返していた。繰り返す問題行動の背景には幼児期に獲得するはずであった基本的信頼感が関係しているのではないかと考え、絵本の読み聞かせを始めた。絵本の読み聞かせを始めてから徐々に看護師との関係に変化が見られた。患者との信頼関係構築までをペプロウの対人関係論に沿って分析した。

【事例紹介】A氏 10歳代 女性

病 名：広汎性発達障害, 知的障害 (IQ56), 解離性障害

入院期間：200X年Y月Z日～200X+2年Y-7月Z-13日

【考察・結論】患者には、発達の偏りがあり、親との愛着形成が困難であったうえに、両親が幼児期早期に離婚したことで、一人の特別な養育者との愛着関係が不十分なまま成長した可能性がある。また、父親の兄姉に対する厳しい躰を見たことが、恐怖感を伴った体験として記憶されトラウマ体験になっていた。このトラウマ体験が解離症状を引き起こし、祖父の幻視や幻聴、興奮、暴力などの症状に関連したと思われる。

絵本の読み聞かせにより看護スタッフとの一体感を
経験することが可能になり、これまで以上の安心感・
安全感を得ることができたと考えられる。その結果、
これまで心の中に抑えてきた恐怖感を伴った体験を初
めて言葉にして語るができるようになり、解離症
状の消失につながったと思われる。絵本の読み聞かせ
による看護スタッフとのかかわりは、患者の不安定で
あった愛着関係を修復することに効果的であったと考
えられる。

- ①身体的に保護された療養環境だけではなく、信頼関
係を構築し安心感を回復する治療的な関係性も重要
である。
- ②同一化を図るためには対人関係の修正が重要であ
り、患者と時間や感情を共有すること個々で関わる
時間が必要である。
- ③自己表現が苦手である患者は衝動的に行動してしま
うが、看護スタッフは一貫した姿勢で受容的な態度
で接することが重要である。

Medical essay

人は15歳で一度死ぬ？

テレビのインタビュー番組で、あるミュージシャンが「人は15歳で一度死ぬんだ。15歳までは誰でも詩人なのに、15歳を過ぎるとそれまでの感性が失われてしまう」ということを述べていました。15歳といえば思春期のど真ん中の時期です。子どもでも大人でもなく、大人になるための過渡期であり、準備期間であると一般的には考えられています。しかし、冒頭に述べたミュージシャンの話からは、思春期をひとつの独立した人生の一時期として考えたほうが正しいのではないかと考えるようになりました。大人になることで、人は様々な利害や損得勘定で物事を判断し行動しがちになります。しかし、思春期の子どもたちは、既成の社会規範や常識にとらわれない自由な視点で物事をみることができ、創造性や想像力にも富んでいる存在です。大人になることはそういうかけがえのない能力を失うことであり、そのことが「人は15歳で一度死ぬ」という表現の中に込められているように思われます。

思春期外来を受診した不登校のある男子中学生がいました。彼の家では両親の夫婦喧嘩が絶えず、そんな両親の姿を見ながら育った彼は、「大人は子どもよりもただ体格がよいだけの人間だ。自分たちのことしか考えず、相手の気持ちを考えようもしない」と診察室で述べていました。診察のたびに大人に対する厳しい批判を彼は繰り返していました。そんな彼であるからこそ、大人になることに駆り立てる学校を休み、大人の世界に入ることを必死になって拒んでいたようにも見えます。不登校の子どもたちに対して、周りの大人たちは何とか再登校をしてほしいと思うのですが、問題があるのはむしろ大人のあり方であり、社会の方かもしれません。

われわれ大人は、大人社会の考えや価値観を思春期の子どもたちに一方的に押しつけるのではなく、思春期の時期にしかできない生き方を存分にできるような環境を作ってあげることが何よりも大切なのではないかと思います。

(A.T.)

Medical essay

目標値・ガイドラインについて

近年、多くの疾患の診療ガイドラインが報告されています。高血圧、脂質異常症、糖尿病などの生活習慣病における治療目標レベルを数値化したものです。このレベルを達成すると多くの合併症の予防・進展防止がはかれるというものです。

2016年5月の糖尿病学会でも65歳以上の高齢者糖尿病における血糖コントロール目標が出されました。簡単にいいますと65-74歳ではHbA1c(%)が7.5%未満、75歳以上ですと8.0%未満でよいとのこと。これまでは一律に7.0%未満といわれていましたのでだいぶ高齢者ではゆるめになりました。

しかしこれは医療サイド論理で患者さんの論理ではありません。現在、糖尿病患者の半数は65歳以上です。医師側が目標値まで薬などで下げようといっても、患者さんにとっては何が良いのかよくわかっていません。患者さんの目標は元気で長生きしたいだけです。例えば、70歳女性の糖尿病のかたがHbA1cが7.8%なので、あれ食うなこれはダメ、もっと動け、そして薬を増やすといっても、本当に正しいのでしょうか。そのかたが70年間生きてきてつくったガイドラインもあるのです。医師はそれを尊重してガイドラインを参考にして治療するのが良いと思います。

たとえばゴルフのスコアですが、私は100を切るのが目標値です。S副院長は80未満が目標でしょう。しかし実際にはなかなか目標値に達成しません。しかしそれでよいのでしょうか。努力をしない私と努力家のS君、それぞれ楽しんでやっているのですから。

これからの糖尿病診療は年を取っていく患者に対して医師と患者の双方のガイドラインをすりあわせていくのが大切でしょう。抽象的ですが、いまはそんなことを考えております。(E.M.)

平成27年度学会発表ならびに投稿論文

内 科
[学会発表]

- 1) たこつぼ型心筋症の回復過程に心尖部は肥大するか？
市立旭川病院・内科
浅野目 晃, 石井 良直, 木谷 祐也, 菅野 貴康
井川 貴行, 平山 康高
(第6回旭川ACS研究会, 2015年1月, 旭川)
- 2) ENGAGE AF-TIMI48試験結果について
市立旭川病院・内科
石井 良直
(道北静脈血栓症フォーラム, 2015年2月, 旭川)
- 3) 非代償性心不全を繰り返す拡張型心筋症の1例
市立旭川病院・内科
菅野 貴康, 木谷 祐也, 浅野目 晃, 井川 貴行
平山 康高, 石井 良直
(心不全治療学術講演会, 2015年2月, 旭川)
- 4) 急性冠症候群の診断と治療
市立旭川病院・内科
石井 良直
(旭川市薬剤師連携会, 2015年3月, 旭川)
- 5) A Specific IVUS Finding Indicates Potential Microvascular Obstruction(MVO) of MRI after a Successful Reperfusion Therapy in Patients with STEMI
Department of Cardiology, Asahikawa City Hospital
Yuya Kitani, Yoshinao Ishii, Takayasu kanno
Takayuki Igawa, Akira Asanome, Yasutaka Hirayama
Department of Internal Medicine, Cardiovascular, Respiratory and Neurology Division, Asahikawa Medical University
Naoyuki Hasebe
(第79回日本循環器学会総会, 2015年4月, 大阪)
- 6) 当院における狭心症診断法
市立旭川病院・内科
石井 良直
(第15回大雪冠疾患治療フォーラム, 2015年5月, 旭川)
- 7) 慢性心不全治療の新たな選択肢、心臓再同期療法 (CRT)
市立旭川病院・内科
菅野 貴康
(心不全治療懇話会, 2015年5月, 旭川)
- 8) ペースメーカー患者の心臓再同期療法 (CRT) 適応について
市立旭川病院・内科
石井 良直
(心不全治療懇話会, 2015年5月, 旭川)
- 9) ST上昇型心筋梗塞 (STEMI) におけるIVUS所見とMRI所見の関連性の検討
市立旭川病院・内科
木谷 祐也, 石井 良直, 菅野 貴康, 井川 貴行
浅野目 晃, 平山 康高
同 ・臨床工学室
田中 義範
同 ・中央放射線科
川崎 伸一
(循環器疾患レクチャーミーティング, 2015年6月, 旭川)
- 10) 狭心症診断における冠攣縮の立ち位置—地方循環器医のこだわり—
市立旭川病院・内科
石井 良直
(第178回YOKOHAMA CARDIAC SEMINAR, 2015年7月, 横浜)
- 11) 早期診断が有効であった再発STEMIの1例
市立旭川病院・内科
木谷 祐也, 菅野 貴康, 浅野目 晃, 平山 康高
井川 貴行, 石井 良直
(第11回心筋梗塞ネットワーク勉強会, 2015年7月, 旭川)
- 12) 難治性不整脈を繰り返し心原性ショックに陥ったSTEMIの1例
市立旭川病院・内科
菅野 貴康, 木谷 祐也, 浅野目 晃, 平山 康高
井川 貴行, 石井 良直
(第11回心筋梗塞ネットワーク勉強会, 2015年7月, 旭川)
- 13) Pre-hospital Thrombolysisが有効であったDominant LCXの再梗塞の1例
市立旭川病院・内科
浅野目 晃, 木谷 祐也, 菅野 貴康, 井川 貴行
平山 康高, 石井 良直
(第11回心筋梗塞ネットワーク勉強会, 2015年7月, 旭川)
- 14) たこつぼ型心筋症の回復過程における心尖部肥大の検討
市立旭川病院・内科
浅野目 晃, 石井 良直, 木谷 祐也, 井川 貴行
平山 康高, 菅野 貴康
同 ・中央検査科
三浦 美里, 長瀬 雅彦
旭川医大・循環・呼吸・神経病態内科学分野
長谷部直幸
(第63回日本心臓病学会, 2015年9月, 横浜)
- 15) ST上昇型心筋梗塞 (STEMI) におけるIVUS所見と遅延造影MRIにおけるmicrovascular obstruction (MVO) 発現の検討—左右冠動脈による相違—
市立旭川病院・内科
木谷 祐也, 石井 良直, 菅野 貴康, 平山 康高

- 井川 貴行, 浅野目 晃
同 ・臨床工学室
田中 義範
同 ・中央放射線科
川崎 伸一
旭川医大・循環・呼吸・神経病態内科学分野
長谷部直幸
(第63回心臓病学会学術集会, 2015年9月, 横浜)
- 16) 低酸素血症が遷延し診断に苦慮した先天性心疾患の1例
市立旭川病院・内科
平山 康高, 井川 貴行, 中村 愛, 菅野 貴康
浅野目 晃, 石井 良直
同 ・胸部外科
奥山 淳, 内藤 祐嗣, 吉本 公洋, 宮武 司
大場 淳一
(第133回旭川心臓を診る会, 2015年10月, 旭川)
- 17) 狭心症診断のポイントー冠攣縮の重要性ー
市立旭川病院・内科
石井 良直
(伊達地区循環器病フォーラム, 2015年11月, 伊達)
- 18) ST上昇型心筋梗塞 (STEMI) におけるMRIによる冠微小循環障害と責任冠動脈のIVUS所見の検討
市立旭川病院・内科
木谷 祐也, 石井 良直, 菅野 貴康, 平山 康高
井川 貴行, 浅野目 晃
同 ・臨床工学室
田中 義範
同 ・中央放射線科
川崎 伸一
旭川医大・循環・呼吸・神経病態内科学分野
長谷部直幸
(第29回日本冠疾患学会学術集会, 2015年11月, 札幌)
- 19) 肥満患者の循環器外来診察 (SGLT 2 阻害剤の使用経験を交えて)
市立旭川病院・内科
幸村 近
(Cardiovascular diabetes forum, 2015年11月, 旭川)
- 20) 低酸素血症が遷延し診断に苦慮した卵円孔開存 (PFO) の1例
市立旭川病院・内科
平山 康高, 中村 愛, 浅野目 晃, 井川 貴行
菅野 貴康, 石井 良直
同 ・胸部外科
奥山 淳, 内藤 祐嗣, 吉本 公洋, 宮武 司
大場 淳一
(第114回日本循環器学会北海道地方会, 2015年11月, 札幌)
- 21) 狭心症診断のポイント
市立旭川病院・内科
- 石井 良直
(心血管領域セミナー 2015, 2015年12月, 旭川)
- 22) 当科におけるサムスカの使用経験
市立旭川病院・内科
平山 康高, 中村 愛, 浅野目 晃, 井川 貴行
菅野 貴康, 石井 良直
(サムスカ発売5周年記念講演会, 2015年12月, 旭川)
- 23) 大腸癌研究会プロジェクト研究結果報告: 内視鏡摘除後大腸SM癌の転移・再発に関する多施設共同研究 (後ろ向きアンケート調査)
市立旭川病院・内科
斉藤 裕輔
広島大学病院・内視鏡診療科
岡 志郎
東京医科歯科大学・腫瘍外科
杉原 健一
(第82回大腸癌研究会, 2015年1月, 東京)
- 24) 内視鏡的切除の適応拡大の可能性を問う; 総合討論
司会: 落合 淳志, 鶴田 修
出席: 山野 泰穂, 藤城 光弘, 田中 信治
岩下 明德, 大倉 康男, 鶴田 修
坂本 直人, 池上 雅博, 斉藤 裕輔
(第82回大腸癌研究会, 2015年1月, 東京)
- 25) 内視鏡的切除の適応拡大の可能性を問うー大腸癌研究会プロジェクト研究結果からー
新潟大学・医歯学総合研究科分子・診断病理学分野
味岡 洋一
広島大学病院・内視鏡診療科
田中 信治
市立旭川病院・内科
斉藤 裕輔
(第82回大腸癌研究会, 2015年1月, 東京)
- 26) 大腸画像診断の基礎と臨床ー炎症性腸疾患を中心に
市立旭川病院・内科
斉藤 裕輔
(消化器病懇話会, 2015年1月, 東京)
- 27) 大腸MALTリンパ腫の1例
市立旭川病院・内科
佐々木貴弘, 杉山 隆治, 助川 隆士, 富永 素矢
稲場 勇平, 小澤賢一郎, 垂石 正樹, 斉藤 裕輔
(腸を診る会, 2015年3月, 旭川)
- 28) 巨大シャント閉塞により肝性脳症がコントロールし得た肝細胞癌合併B型肝硬変の1例
市立旭川病院・内科
助川 隆士, 松本 昭範, 佐々木貴弘, 杉山 隆治
富永 素矢, 稲場 勇平, 小澤賢一郎, 垂石 正樹
斉藤 裕輔
同 ・放射線科

- 花輪 真
(第116回日本消化器病学会北海道支部例会, 2015年3月, 札幌)
- 29) 画像所見からみた炎症性腸疾患の鑑別診断
市立旭川病院・内科
斉藤 裕輔
(北見医師会学術講演会, 2015年4月, 北見)
- 30) 大腸T1 (SM) 癌に対する内視鏡治療の課題と将来展望: 内視鏡摘除後大腸T1 (SM) 癌の転移 再発例における経過と予後—大腸癌研究会プロジェクト研究結果から—
市立旭川病院・内科
斉藤 裕輔
広島大学病院・内視鏡診療科
岡 志郎
東京医科歯科大学・腫瘍外科
杉原 健一
(第89回日本消化器内視鏡学会総会, 2015年5月, 名古屋)
- 31) 狭窄を来した平滑筋種の1例
市立旭川病院・内科
佐々木貴弘, 杉山 隆治, 助川 隆士, 富永 素矢
稲場 勇平, 小澤賢一郎, 垂石 正樹, 斉藤 裕輔
(消化器病談話会, 2015年6月, 旭川)
- 32) 知ってよ! ウイルス性肝炎
市立旭川病院・内科
助川 隆士
(旭川ケーブルテレビ「元気のみカタ教えて! ドクター」,
2015年6月, 旭川)
- 33) Clinical factors influencing secondary failure of infliximab.
旭川医大・消化器・血液腫瘍制御内科
Masami Ijiri
市立旭川病院・内科
Yuhei Inaba
旭川医大・消化器・血液腫瘍制御内科
Mikihiko Fujiya, Hiroki Sato, Aki Sakatani
Yutaka Kohgo
(The 3rd AOCC, 2015年6月, China)
- 34) 当院のC型慢性肝炎・代償性肝硬変におけるDCV/ASV治療の検討
市立旭川病院・内科
助川 隆士
(旭川肝疾患症例検討会, 2015年6月, 旭川)
- 35) 画像所見からみた炎症性腸疾患の鑑別診断—大腸癌研究会プロジェクト研究 内視鏡摘除後大腸SM癌の転移・再発に関する多施設共同研究の結果を含めて
市立旭川病院・内科
斉藤 裕輔
(第1回岩手胃と腸大会, 2015年7月, 盛岡)
- 36) 当科における内視鏡的異物除去の現状
市立旭川病院・内科
佐々木貴弘, 杉山 隆治, 助川 隆士, 富永 素矢
稲場 勇平, 小澤賢一郎, 垂石 正樹, 斉藤 裕輔
(第274回日本内科学会北海道地方会, 2015年7月, 旭川)
- 37) クロウン病に合併する精神疾患の特性についての検討
市立旭川病院・内科
稲場 勇平, 垂石 正樹, 佐々木貴弘, 杉山 隆治
助川 隆士, 富永 素矢, 小澤賢一郎, 斉藤 裕輔
鈴木 啓子
旭川医大・消化器・血液腫瘍制御内科
藤谷 幹浩
(第274回日本内科学会北海道地方会, 2015年7月, 旭川)
- 38) 北海道IBD病診連携ネットワークの現状と今後の展望
市立旭川病院・内科
稲場 勇平
(道北IBDフォーラムin旭川, 2015年7月, 旭川)
- 39) 「腸管非上皮性腫瘍の鑑別診断」症例5: 転移性大腸癌の1例
市立旭川病院・内科
須藤 啓斗, 佐々木貴弘, 杉山 隆治, 助川 隆士
稲場 勇平, 小澤賢一郎, 垂石 正樹, 斉藤 裕輔
同 ・病理
高田 明生
(第16回臨床消化器病研究会, 2015年7月, 東京)
- 40) 「腸管非上皮性腫瘍の鑑別診断」症例6: 早期癌を合併したMPSの1例
市立旭川病院・内科
須藤 啓斗, 佐々木貴弘, 杉山 隆治, 助川 隆士
稲場 勇平, 小澤賢一郎, 垂石 正樹, 斉藤 裕輔
同 ・病理
高田 明生
(第16回臨床消化器病研究会, 2015年7月, 東京)
- 41) 「腸管非上皮性腫瘍の鑑別診断」症例7: 直腸MALTリンパ腫の1例
市立旭川病院・内科
須藤 啓斗, 佐々木貴弘, 杉山 隆治, 助川 隆士
稲場 勇平, 小澤賢一郎, 垂石 正樹, 斉藤 裕輔
同 ・病理
高田 明生
(第16回臨床消化器病研究会, 2015年7月, 東京)
- 42) 直腸カルチノイド腫瘍の診断と治療方針NET G1とG2の差異を中心に
市立旭川病院・内科
佐々木貴弘, 杉山 隆治, 助川 隆士, 富永 素矢
稲場 勇平, 小澤賢一郎, 垂石 正樹, 斉藤 裕輔
(第11回消化器病における性差医学・医療研究会, 2015年7月, 旭川)

- 43) Endoscopic diagnosis and treatment for early colorectal carcinomas - Advancements and Challenges.
Asahikawa Medical University
Yusuke Saitoh
(International Conference and Exhibition on Gastrointestinal Therapeutics, 2015年8月, Valencia)
- 44) 当院における大腸憩室出血の検討
市立旭川病院・内科
佐々木貴弘, 杉山 隆治, 助川 隆士, 富永 素矢
稲場 勇平, 小澤賢一郎, 垂石 正樹, 斉藤 裕輔
(第117回消化器病学会北海道地方会, 2015年8月, 札幌)
- 45) 閉塞症状を伴った十二指腸Desmoid type fibromatosisの1例
市立旭川病院・内科
斉藤 裕輔
(第28回浜名湖胃と腸フォーラム, 2015年9月, 浜松)
- 46) ミニレクチャー: 内視鏡摘除後大腸SM (T1) 癌の取り扱い
市立旭川病院・内科
斉藤 裕輔
(第166回旭川消化器病談話会特別講演会, 2015年9月, 旭川)
- 47) 小腸GISTの1例
市立旭川病院・内科
佐々木貴弘, 杉山 隆治, 助川 隆士, 富永 素矢
稲場 勇平, 小澤賢一郎, 垂石 正樹, 斉藤 裕輔
(腸を診る会, 2015年9月, 旭川)
- 48) ワークショップ: 下部消化管におけるadvanced diagnostic endoscopy (ADE); 大腸SM深部浸潤 (T1b) 癌に対する内視鏡治療適応拡大における超音波内視鏡の有用性
市立旭川病院・内科
稲場 勇平
旭川医大・消化器・血液腫瘍制御内科
藤谷 幹浩
市立旭川病院・内科
斉藤 裕輔
(第90回日本消化器内視鏡学会総会・第57回日本消化器病学会大会 (JDDW2015), 2015年10月, 東京)
- 49) 緩和ケアにおける嘔気・嘔吐対策/終末期の輸液療法
市立旭川病院・内科
垂石 正樹
(がん診療連携講演会, 2015年10月, 稚内)
- 50) 胃がんを見つけて治す内視鏡
市立旭川病院・内科
富永 素矢
(市民公開講座最新の胃がんの予防と治療, 2015年10月, 旭川)
- 51) シンポジウム: 大腸検査の現状と新しい展開; 大腸SM深部浸潤 (T1b) 癌に対する内視鏡治療適応拡大における超音波内視鏡の意義
市立旭川病院・内科
稲場 勇平, 垂石 正樹, 斉藤 裕輔
(第33回日本大腸検査学会総会, 2015年11月, 東京)
- 52) 食道未分化癌の1例
市立旭川病院・内科
佐々木貴弘, 杉山 隆治, 助川 隆士, 富永 素矢
稲場 勇平, 小澤賢一郎, 垂石 正樹, 斉藤 裕輔
(消化器病談話会, 2015年11月, 旭川)
- 53) ウイルス性慢性肝炎治療のUp To Date~実地に役立つメモ~前編
市立旭川病院・内科
助川 隆士
(旭川GI研究会, 2015年11月, 旭川)
- 54) 当院の肝疾患におけるカルニチン製剤の臨床的有用性の検討
市立旭川病院・内科
助川 隆士
(カルニチンセミナー in旭川, 2015年11月, 旭川)
- 55) 著明なリンパ節浸潤を認めた直腸癌の1例
市立旭川病院・内科
佐々木貴弘, 杉山 隆治, 助川 隆士, 富永 素矢
稲場 勇平, 小澤賢一郎, 垂石 正樹, 斉藤 裕輔
(腸を診る会, 2015年12月, 旭川)
- 56) 日常診療における糖尿病治療について~糖尿病性神経障害を含めて~
市立旭川病院・内科
宮本 義博
(学術講演会, 2015年3月, 旭川)
- 57) GLP-1製剤とインスリン製剤併用の使用経験
市立旭川病院・内科
宮本 義博
(第29回道北地区糖尿病懇話会, 2015年7月, 旭川)
- 58) アナグリプチンのHbA1cおよび脂質に対する効果
市立旭川病院・内科
宮本 義博
(第49回日本糖尿病学会北海道地方会, 2015年11月, 旭川)
- 59) 非血縁者間骨髄移植後の生着時期に発症したステロイド/VP-16不応性HPSに対してATGが奏功したAML 1例
市立旭川病院・内科
石尾 崇, 岩崎 純子, 千葉 広司, 柿木 康孝
(第37回日本造血細胞移植学会総会, 2015年3月, 神戸)
- 60) 自家末梢血幹細胞移植後に腸管GVHDを発症した多発性骨髄腫の1例
市立旭川病院・内科
千葉 広司, 石尾 崇, 岩崎 純子, 柿木 康孝
(第50回日本血液学会春季北海道地方会, 2015年4月, 札幌)
- 61) 同種造血幹細胞移植後に発症したネフローゼ症候群
市立旭川病院・内科
竹村 龍, 石尾 崇, 千葉 広司, 柿木 康孝
(第26回北海道造血細胞移植研究会, 2015年6月, 札幌)

- 62) AMLに対する臍帯血移植後に発症したドナー由来MDS
市立旭川病院・内科
横山 あい, 石尾 崇, 竹村 龍, 千葉 広司
柿木 康孝
(第274回日本内科学会北海道地方会, 2015年7月, 旭川)
- 63) 生体腎移植24年後に発症した移植後リンパ増殖性疾患と考えられた1例
市立旭川病院・内科
千葉 広司, 石尾 崇, 竹村 龍, 柿木 康孝
(第57回日本血液学会秋季北海道地方会, 2015年9月, 札幌)
- 64) Retrospective analysis of 13 patients with Waldenström macroglobulinemia in a single institution
市立旭川病院・内科
Takashi Ishio, Ryo Takemura, Koji Chiba
Yasutaka Kakinoki
(第77回日本血液学会学術集会, 2015年10月, 金沢)
- 65) 未治療多発性骨髄腫に対する新規薬剤による寛解導入療法後の末梢血幹細胞採取
市立旭川病院・内科
柿木 康孝
同 ・中央検査科
木元 宏弥, 高木 奈央, 旭 千佳
同 ・臨床工学室
山口 和也, 澤崎 史明, 窪田 将司
(第59回日本輸血・細胞治療学会北海道支部例会, 2015年11月, 札幌)
- 66) COPD (慢性閉塞性肺疾患) がよくわかる話
市立旭川病院・内科
福居 嘉信
(市民公開講座旭川呼吸器疾患フォーラム, 2015年9月, 旭川)
- 67) 肺炎について
市立旭川病院・内科
谷野 洋子
(市立旭川病院出張健康講座, 2015年10月, 旭川)
- 68) 古くて新しいミルク・アルカリ症候群
市立旭川病院・内科
鈴木 聡, 鈴木 啓子
(日本プライマリ・ケア連合学会学術大会, 2015年6月, つくば)
- 2) Factors associated with technical difficulties and adverse events of colorectal endoscopic submucosal dissection: retrospective exploratory factor analysis of a multicenter prospective cohort.
Takeuchi Y, Ishii H, Tanaka S, Saito Y
Ikematsu H, Kudo SE, Sano Y, Hisabe T, Yahagi N
Saitoh Y, Igarashi M, Kobayashi K, Yamano H
Shimizu S, Tsuruta O, Inoue Y, Eayanabe T
Nakamura H, Fujii T, Uedo N, Shimokawa T
Ishikawa H, Sugihara K
(Int J colorectal Dis 2014 ; 29 : 1275-1284.)
- 3) Management of colorectal T1 carcinoma treated by endoscopic resection.
Digestive Disease Cancer, Asahikawa City Hospital
Saitoh Y, Inaba Y, Sasaki T, Sugiyama R
Sukegawa R
Division of Gastroenterology and Hematology/Oncology,
Department of Internal Medicine, Asahikawa Medical University
Fujiya M
(Dig Endosc 2015 Jun 16. doi: 10. 1111/den. 12503 [Epub ahead of print])
- 4) Evidence-based clinical practice guidelines for management of colorectal polyps.
Guidelines Committee for creating and evaluating the “ Evidence-based clinical practice guidelines for management of colorectal polyps ” , the Japanese Society of Gastroenterology
Tanaka S, Saitoh Y, Matsuda T, Igarashi M
Matsumoto T, Iwao Y, Suzuki Y, Nishida H
Watanabe T, Sugai T, Sugihara K, Tsuruta O
IHirata H, Hiwatashi N, Saito H, Watanabe M
Sugano K, Shimosegawa T
(J Gastroenterol 2015 ; 50 : 252-260.)
- 5) クライジチ症候群
市立旭川病院・内科
斉藤 裕輔
(南山堂医学大事典第20版. 東京: 南山堂, 2015 : 581-582.)
- 6) 早期消化管癌の深達度診断
市立旭川病院・内科
斉藤 裕輔, 稲場 勇平, 富永 素矢, 佐々木貴弘
杉山 隆治, 助川 隆士, 小澤賢一郎, 垂石 正樹
吉田病院・消化器内科
横田 欽一
旭川医大・消化器・血液腫瘍制御内科
藤谷 幹浩
(胃と腸 2015 ; 50 : 485-497.)
- 7) 狭窄を来す大腸疾患—X線診断を中心に
市立旭川病院・内科
斉藤 裕輔, 富永 素矢, 佐々木貴弘, 杉山 隆治

[投稿論文]

- 1) 抗血栓療法と降圧治療
市立旭川病院・内科
幸村 近
(高血圧治療で極める脳卒中克服の医師力 脱・脳卒中の極意, 2015 : 117-126.)

- 助川 隆士, 小澤賢一郎, 垂石 正樹
旭川医大・消化器・血液腫瘍制御内科
藤谷 幹浩
(胃と腸 2015 ; 50 : 1231-1246.)
- 8) 狭窄を来す大腸疾患－診断のプロセスを含めて 症例5 : 憩室炎に伴う大腸狭窄
市立旭川病院・内科
佐々木貴弘, 杉山 隆治, 助川 隆士, 富永 素矢
稲場 勇平, 小澤賢一郎, 垂石 正樹, 斉藤 裕輔
(胃と腸 2015 ; 50 : 1293-1296.)
- 9) 狭窄を来す大腸疾患－診断のプロセスを含めて 症例9 : 特発性後腹膜線維症
市立旭川病院・内科
杉山 隆治, 斉藤 裕輔, 垂石 正樹, 助川 隆士
小澤賢一郎, 富永 素矢
同 ・外科
子野日政昭
同 ・病理
高田 明生
(胃と腸 2015 ; 50 : 1309-1313.)
- 10) Successful treatment of immediate allogeneic myeloablative hematopoietic stem cell transplantation from a HLA-mismatched sibling donor for active systemic epstein-barr virus-positive T-cell lymphoproliferative disease of childhood following primary acute epstein-barr virus infection
Department of Hematology, Asahikawa City Hospital
Yasutaka Kakinoki
Department of Hematology, Hokkaido University Graduate School of Medicine
Satomi Matsuoka
Department of Hematology, Asahikawa City Hospital
Junichi Hashiguchi, Koji Chiba, Takayoshi Miyake
(Clinical Case Reports. 2015 ; doi : 10. 1002/ccr3. 204)
- 11) Human Herpesvirus- 6 Pneumonitis around the Engraftment of Cord Blood Transplantation following Foscarnet Prophylaxis in a Patient with Acute Leukemia
Department of Hematology, Hokkaido University Hospital
Takashi Ishio, Tomoyuki Endo, Kohei Okada
Akio Shigematu, Satoshi Hashino, Takanori Teshima
(Case Reports in Hematology volume 2015, Article ID 949265)
- 12) Poly: C Induced, TLR 3 /RIP 3 -Dependent Necroptosis Backs UP Immune Effector-Mediated Tumor Elimination In Vivo.
Department of Microbiology and Immunology, Graduate School of Medicine, Hokkaido University. Department of Hematology, Graduate School of Medicine, Hokkaido University
Takemura R
Department of Microbiology and Immunology, Graduate School of Medicine, Hokkaido University
Takaki H
Division of Hematopoiesis, Center for AIDS Research, Kumamoto University
Okada S
Department of Microbiology and Immunology, Graduate School of Medicine, Hokkaido University
Shime H
Department of Tumor Immunology, Research Institute, Osaka Medical Center for Cancer and Cardiovascular Diseases
Akazawa T
Department of Microbiology and Immunology, Graduate School of Medicine, Hokkaido University
Oshiumi H, Matsumoto M
Department of Hematology, Graduate School of Medicine, Hokkaido University
Teshima T
Department of Microbiology and Immunology, Graduate School of Medicine, Hokkaido University
Seya T
(Cancer Immunol Res 2015 ; 3 : 902-914.)
- 13) CD20-positive primary gastric T-cell lymphoma poorly responding to initial treatment with rituximab plus CHOP, and a literature review
Department of Hematology, Asahikawa City Hospital
Yasutaka Kakinoki
Department of Hematology, Hokkaido University Graduate School of Medicine
Junichi Hashiguchi
Department of Hematology, Asahikawa City Hospital
Takashi Ishio, Koji Chiba
Department of Pathology, School of Medicine, Kurume University
Daisuke Niio, Koichi Ohshima
(Int J Hematol 2015 ; 102 : 702-708.)
- 14) 当科における既治療FL・MCLに対する90Y-ibritumomab tiuxetanの後方視的解析
市立旭川病院・内科
石尾 崇, 橋口 淳一, 竹村 龍, 岩崎 純子
千葉 広司, 柿木 康孝
(旭川市立病院医誌 2015 ; 47 : 1 -5.)
- 15) Screening for Major Depressive Disorder with the Patient Health Questionnaire (PHQ- 9 and PHQ- 2) in an Outpatient Clinic Staffed by Primary Care Physicians in Japan: A Case Control Study
Department of General Internal Medicine, Asahikawa City Hospital
Keiko Suzuki
Department of General Medicine, Asahikawa University Hospital

Shima Kumei, Masumi Ohhira, Tsukasa Nozu, Toshikatsu Okumura

(PLoS One 10 (3) : e0119147, 2015)

胸部外科
[学会発表]

- 1) 心サルコイドーシスに合併した心室瘤に対する左室オーバーラッピング手術の経験
市立旭川病院・胸部外科
大場 淳一, 青木 秀俊, 宮武 司, 吉本 公洋
奥山 淳, 杉本 聡
(第102回北海道外科学会, 2015年2月, 札幌)
- 2) 左上葉切除40年後に左房内血栓が判明した1治験例
市立旭川病院・胸部外科
吉本 公洋, 大場 淳一, 杉本 聡, 奥山 淳
宮武 司, 青木 秀俊
(第98回日本胸部外科学会北海道地方会, 2015年2月, 札幌)
- 3) 治療に難渋している全身性動脈硬化病変を有する1症例
市立旭川病院・胸部外科
宮武 司
同 ・糖尿病看護認定看護師
増田 千絵
(旭川フットサルベージ研究会第4回学術講演会, 2015年3月, 旭川)
- 4) 胸腹部大動脈瘤手術後腹部アンギーナを発症しバイパス術により改善した1例
市立旭川病院・胸部外科
宮武 司, 大場 淳一, 吉本 公洋, 奥山 淳
杉本 聡, 青木 秀俊
(第43回日本血管外科学会, 2015年6月, 横浜)
- 5) 左室瘤の2手術症例
市立旭川病院・胸部外科
奥山 淳, 宮武 司, 吉本 公洋, 内藤 祐嗣
大場 淳一
(第87回北海道シネアンジオ研究会, 2015年6月, 札幌)
- 6) 肺癌への放射線治療および肺切除後17年に喀血をきたしTEVARにて救命した1治験例
市立旭川病院・胸部外科
吉本 公洋, 内藤 祐嗣, 奥山 淳, 宮武 司
大場 淳一
(第18回北海道心臓外科フォーラム, 2015年6月, 札幌)
- 7) 巨大子宮筋腫による深部静脈血栓症に対して手術治療を施行した1例
市立旭川病院・胸部外科
宮武 司, 大場 淳一, 吉本 公洋, 奥山 淳
内藤 祐嗣
(第113回日本循環器学会北海道地方会, 2015年6月, 札幌)
- 8) 当院でのMAZE手術症例に関する考察
市立旭川病院・胸部外科
奥山 淳, 大場 淳一, 宮武 司, 吉本 公洋
内藤 祐嗣
(第113回日本循環器学会北海道地方会, 2015年6月, 札幌)
- 9) 症例検討
市立旭川病院・胸部外科
宮武 司
(第2回旭川地区心臓外科セミナー, 2015年7月, 旭川)
- 10) 胸部大動脈瘤ステントグラフト治療
市立旭川病院・胸部外科
吉本 公洋
(最先端胸部大動脈瘤治療を紹介する会, 2015年9月, 旭川)
- 11) 糖尿病を合併する透析症例での冠動脈バイパス術における内視鏡的静脈採取
市立旭川病院・胸部外科
吉本 公洋, 内藤 祐嗣, 奥山 淳, 宮武 司
大場 淳一
(第99回日本胸部外科学会北海道地方会, 2015年9月, 札幌)
- 12) 合併症治療に難渋したIgG4関連炎症性腹部大動脈瘤の1例
市立旭川病院・胸部外科
内藤 祐嗣, 大場 淳一, 宮武 司, 吉本 公洋
奥山 淳
(第103回北海道外科学会, 2015年9月, 札幌)
- 13) 当科における胸腹部大動脈手術
市立旭川病院・胸部外科
宮武 司, 吉本 公洋, 奥山 淳, 内藤 祐嗣
大場 淳一
(第35回日本血管外科学会北海道地方会, 2015年10月, 札幌)
- 14) 膝高動脈瘤破裂の術後に術操作部へ異所性石灰化を認めた1治験例
市立旭川病院・胸部外科
吉本 公洋, 内藤 祐嗣, 奥山 淳, 宮武 司
大場 淳一
(第35回日本血管外科学会北海道地方会, 2015年10月, 札幌)
- 15) 冠動脈バイパス術後のRe-do開心術の検討
市立旭川病院・胸部外科
吉本 公洋
(第133回旭川心臓を診る会(ACC), 2015年10月, 旭川)
- 16) CPAで発症した孤立性心サルコイドーシスの治療経験
市立旭川病院・胸部外科
大場 淳一, 宮武 司, 吉本 公洋, 奥山 淳
内藤 祐嗣
(第39回北海道救急医学会, 2015年11月, 札幌)
- 17) 深部静脈血栓症～私の診療～
市立旭川病院・胸部外科
大場 淳一
(旭川静脈血栓症カンファレンス, 2015年11月, 旭川)

18) 右心不全を優位にきたす疾患での、手術前後の心臓MRI所見の検討

市立旭川病院・胸部外科

奥山 淳, 内藤 祐嗣, 吉本 公洋, 宮武 司
大場 淳一

(第114回日本循環器学会北海道地方会, 2015年11月, 札幌)

耳鼻咽喉科

[学会発表]

1) 漢方からみた半夏厚朴湯

市立旭川病院・耳鼻咽喉科

佐藤 公輝, 相澤 寛志, 倉本倫之介

(第211回日本耳鼻咽喉科学会北海道地方部会学術講演会,
2015年3月, 札幌)

2) 柴胡桂枝湯が有効だった頸部リンパ節腫脹の3症例

市立旭川病院・耳鼻咽喉科

佐藤 公輝, 相澤 寛志, 倉本倫之介

(第32回日本東洋医学会北海道支部会学術大会, 2015年10月,
札幌)

3) 「寒い寒い風邪」に麻黄附子細辛湯

市立旭川病院・耳鼻咽喉科

佐藤 公輝, 相澤 寛志, 倉本倫之介

(第212回日本耳鼻咽喉科学会北海道地方部会学術講演会,
2015年10月, 札幌)

4) 咽後膿瘍と鑑別を要した石灰沈着性頸長筋腱炎の1例

市立旭川病院・耳鼻咽喉科

倉本倫之介, 相澤 寛志, 佐藤 公輝

(第212回日本耳鼻咽喉科学会北海道地方部会学術講演会,
2015年10月, 札幌)

5) 漢方製剤が有効と思われた急性感音難聴の3症例

市立旭川病院・耳鼻咽喉科

佐藤 公輝, 相澤 寛志, 倉本倫之介

(第31回日本耳鼻咽喉科漢方研究会学術集会, 2015年10月, 東京)

小児科

[学会発表]

1) 複合性局所疼痛症候群 (CRPS) の1女児例

市立旭川病院・小児科

中嶋 雅秀, 太田 紀子, 古川 卓朗, 佐竹 明

同 ・精神科

加藤亜佳音

同 ・皮膚科

坂井 博之

同 ・麻酔科

一宮 尚裕

(日本小児科学会北海道地方会第293回例会, 2015年6月, 旭川)

2) 治療に難渋している血友病Aインヒビター症例

市立旭川病院・小児科

中嶋 雅秀, 太田 紀子, 古川 卓朗, 佐竹 明

(第21回北海道血友病研究会, 2015年8月, 札幌)

3) 当院におけるStreptococcus pneumoniaeおよびHaemophilus influenzaeの薬剤感受性の推移

市立旭川病院・小児科

太田 紀子, 古川 卓朗, 中嶋 雅秀, 佐竹 明

(第36回道北小児懇話会, 2015年12月, 旭川)

[投稿論文]

1) 重症皮膚粘膜病変を呈した手足口病の1例

市立旭川病院・小児科

安藤 明子, 中嶋 雅秀, 佐竹 明

同 ・歯科口腔外科

佐藤 栄晃

とびせ小児科医院

飛世 千恵

(小児科 2015 ; 57 : 879-880.)

泌尿器科

[学会発表]

1) 排尿障害と前立腺癌

市立旭川病院・泌尿器科

望月 端吾

(鷹ノ巣福祉村地区市民勉強会, 2015年2月, 旭川)

2) 前立腺がんの診断と治療～特に、ロボット手術について～

市立旭川病院・泌尿器科

望月 端吾

(市民公開講座名寄市前立腺がんフォーラム2015, 2015年7月, 名寄)

3) 当科におけるロボット支援下腹腔鏡下前立腺全摘除術の初期経験

市立旭川病院・泌尿器科

望月 端吾, 宮田 遥, 河津 隆文, 金川 匡一

(第396回日本泌尿器科学会北海道地方会, 2015年10月, 札幌)

4) 当院におけるドセタキセル療法の検討

市立旭川病院・泌尿器科

河津 隆文

(第396回日本泌尿器科学会北海道地方会, 2015年10月, 札幌)

5) ロボット支援手術における助手の役割

市立旭川病院・泌尿器科

河津 隆文

(ロボット講演会, 2015年11月, 札幌)

- 6) 当科におけるロボット支援下腹腔鏡下前立腺全摘除術の初期経験
市立旭川病院・泌尿器科
望月 端吾, 宮田 遥, 河津 隆文, 金川 匡一
(第29回日本泌尿器内視鏡学会総会, 2015年11月, 東京)
- 産婦人科
[投稿論文]
- 1) 異所性平滑筋腫の2例と文献的考察
市立旭川病院・産婦人科
水無瀬 萌, 林 博章, 中田 俊之
同 外科
笹村 祐二
JA北海道厚生連遠軽厚生病院・産婦人科
木村 広幸
(旭川市立病院医誌 2015; 47: 7-16.)
- 精神神経科
[学会発表]
- 1) 繰り返される若者の自傷・自殺未遂－自殺関連行動の理解と対応
市立旭川病院・精神科
武井 明
(平成25年度うつ病・自殺予防研修会, 2015年1月, 室蘭)
- 2) オランザピンが奏効した身体醜形障害の青年期症例
市立旭川病院・精神科
武井 明
(旭川精神科薬物療法を考える会, 2015年1月, 旭川)
- 3) 乳幼児期の家庭・保育・教育に期待するもの－思春期の子どもたちの診療を通して－
市立旭川病院・精神科
武井 明
(平成26年度名寄地域子ども発達支援推進連絡協議会講演会, 2015年1月, 名寄)
- 4) 自傷・自殺する子どもたち
市立旭川病院・精神科
武井 明
(思春期保健対策事業・地域自殺対策緊急強化事業, 2015年2月, 名寄)
- 5) 子どもの育ちと親の育ち－子育てに込められた親の思い－
市立旭川病院・精神科
武井 明
(上富良野町地域福祉講演会, 2015年3月, 上富良野)
- 6) 発達障害と愛着障害
市立旭川病院・精神科
武井 明
- (ひまわり学園第1回園内研修会, 2015年5月, 遠軽)
- 7) 思春期の支持的精神療法
市立旭川病院・精神科
武井 明
(北海道児童思春期精神医学セミナー, 2015年6月, 札幌)
- 8) 青年期の自傷・自殺を理解する
市立旭川病院・精神科
武井 明
(東京農業大学メンタルケア学習会, 2015年6月, 網走)
- 9) 心の問題・児童思春期
市立旭川病院・精神科
武井 明
(旭川いのちの電話第37回相談員養成講座, 2015年6月, 旭川)
- 10) 思春期外来を受診した自閉症スペクトラム障害児の長期経過について
市立旭川病院・精神科
土井 朋代, 武井 明, 加藤亜佳音, 泉 将吾
目良 和彦, 佐藤 譲, 原岡 陽一
旭川圭泉会病院
鈴木 太郎
(北海道精神神経学会第127回例会, 2015年7月, 札幌)
- 11) 大学生のメンタルヘルス
市立旭川病院・精神科
武井 明
(東京農業大学フレッシュマンセミナー, 2015年7月, 網走)
- 12) 高校生の発達障害
市立旭川病院・精神科
武井 明
(旭川工業高校特別支援教育講演会, 2015年8月, 旭川)
- 13) 思春期の支持的精神療法
市立旭川病院・精神科
武井 明
(第53回全国保健管理協会北海道地方部会研究集会, 2015年8月, 名寄)
- 14) 思春期の自殺関連行動
市立旭川病院・精神科
武井 明
(子どもたちの自殺予防企画・実践研修, 2015年8月, 札幌)
- 15) 子どもの発達障害
市立旭川病院・精神科
武井 明
(平成27年度北・ほっかいどうカウンセラー養成講座3級講座, 2015年8月, 旭川)
- 16) 抗うつ薬と抗精神病薬の使い方
市立旭川病院・精神科
土井 朋代
(旭川病薬連携カンファレンス, 2015年9月, 旭川)

- 17) 発達障害と愛着障害
市立旭川病院・精神科
武井 明
(平成27年度旭川市特別教育センター研修会, 2015年9月, 旭川)
- 18) 大人の発達障害
市立旭川病院・精神科
武井 明
(平成27年度北・ほっかいどうカウンセラー養成講座3級講座, 2015年9月, 旭川)
- 19) 思春期の悩みと病気
市立旭川病院・精神科
武井 明
(第43回上川北部精神保健大会, 2015年11月, 士別)
- 20) 精神科救急外来を受診する子どもたち
市立旭川病院・精神科
武井 明
(第15回思春期の臨床講習会, 2015年11月, 東京)
- 21) ECTアドバンスコース「ECTでの困難な症例への対応」mECTが奏効したペースメーカーを埋め込まれた精神病性うつ病の1例
市立旭川病院・精神科
目良 和彦
(第28回日本総合病院精神医学会総会, 2015年11月, 徳島)
- 22) 不登校の理解とその対応
市立旭川病院・精神科
武井 明
(思春期保健対策事業, 2015年11月, 名寄)
- 23) 離人症を呈した白血病患者に対する精神療法的なかかわり
市立旭川病院・精神科
武井 明
(あさひかわ緩和ケアネットワーク第17回定例会, 2015年11月, 旭川)
- 24) 当院総合内科を初診し、精神科的対応が必要であった患者の臨床的検討
市立旭川病院・精神科
土井 朋代, 武井 明, 加藤亜佳音, 泉 将吾
目良 和彦, 佐藤 譲, 原岡 陽一
同 ・内科
鈴木 聡, 鈴木 啓子
(北海道精神神経学会第128回例会, 2015年12月, 札幌)
- [投稿論文]
- 1) 思春期症例に対する非言語的治療
市立旭川病院・精神科
武井 明
(児童青年精神医学とその近接領域 2015 ; 56 : 53-54.)
- 2) 思春期の発達障害とその支援
市立旭川病院・精神科
武井 明
(そだちの科学 2015 ; 24 : 78-81.)
- 3) 大人の発達障害－診断と治療をめぐる－
市立旭川病院・精神科
武井 明
(北海道児童青年精神保健学会誌 2015 ; 29 : 1-12.)
- 4) MIBG心筋シンチグラフィで有意な集積低下を認めなかったprobable DLBの1例
市立旭川病院・精神科
金子真一郎, 武井 明, 土井 朋代, 加藤亜佳音
泉 将吾, 目良 和彦, 佐藤 譲, 原岡 陽一
(旭川市立病院医誌 2015 ; 47 : 17-22.)
- 5) Rutter's Child and Adolescent Psychiatry, 5th edition, Blackwell Publishers, 2008 (共訳)
市立旭川病院・精神科
武井 明
(長尾圭造, 氏家 武, 小野善郎, 吉田敬子監訳: 新版児童青年精神医学. 東京: 明石書店: 2015)
- 麻 酔 科
[学会発表]
- 1) 内臓播種性水痘帯状疱疹ウイルス感染症の病勢をプロカルシトニンが反映した1症例
旭川赤十字病院・麻酔科
池島まりこ, 小林 巖, 南波 仁, 澤下 泰明
林 温子, 奥河原 渉, 大友 元, 大曾根順平
四十物摩呼, 住田 臣造
(第42回日本集中治療医学会学術集会, 2015年2月, 東京)
- 2) 若年者群と高齢者群におけるデスフルラン麻酔維持濃度の比較
市立旭川病院・麻酔科
山岸 昭夫, 飛世 史則, 一宮 尚裕
(日本麻酔科学会第62回学術集会, 2015年5月, 神戸)
- 3) 心拍動下冠動脈バイパス術における手術室抜管の検討
旭川赤十字病院・麻酔科
池島まりこ, 南波 仁, 奥河原 渉, 四十物摩呼
小林 巖, 住田 臣造
(日本麻酔科学会東海・北陸支部第13回学術集会, 2015年9月, 名古屋)
- 4) 嗜血により急性呼吸不全をきたすも、各科の協力により救命し得た1症例
市立旭川病院・麻酔科
池島 雄太, 山岸 昭夫, 飛世 史則, 大場 淳一
一宮 尚裕
(第24回北海道集中治療医学会北海道地方会, 2015年9月,

- 札幌)
- 5) 下大静脈-右内頸静脈バイパス下に下大静脈浸潤を伴う腎細胞癌摘出術を施行した1症例
市立旭川病院・麻酔科
池島 雄太, 山岸 昭夫, 飛世 史則, 葉山 洋子
一宮 尚裕
(日本心臓血管麻酔学会第20回学術集会, 2015年10月, 福岡)
- 6) 集学的治療が奏功した小児複合性局所疼痛症候群の1例
市立旭川病院・麻酔科
山岸 昭夫, 松本 恵
同 ・小児科
中嶋 雅秀
同 ・麻酔科
一宮 尚裕
(第31回北海道ペインクリニック学会, 2015年10月, 札幌)
- 7) Edwardsiella tarda による敗血症性ショックに対し, 度重なる手術と持続的血液濾過透析により救命しえた1例
市立旭川病院・麻酔科
畠山 陽介, 山岸 昭夫, 葉山 洋子, 飛世 史則
池島 雄太, 一宮 尚裕
(日本臨床麻酔学会第35回大会, 2015年10月, 横浜)
- 8) 左巨大ブラ合併右肺癌手術においてPCPS補助下に麻酔管理した1症例
市立旭川病院・麻酔科
池島まりこ, 山岸 昭夫, 松本 恵, 飛世 史則
畠山 陽介, 一宮 尚裕
(第34回旭川全身管理研究会, 2015年12月, 旭川)

[投稿論文]

- 1) 口蓋裂手術後にデクスメトミジンで鎮静したピエール・ロバン症候群の1症例
旭川赤十字病院・麻酔科
池島まりこ
札幌医科大学・麻酔科
枝長 充隆, 室内 健志, 山蔭 道明
(臨床麻酔 2015 ; 39 : 645-646.)

皮膚科
[学会発表]

- 1) TNF α 阻害薬セルトリズマブペゴル(シムジア®)により出現した苔癬型サルコイドーシス
市立旭川病院・皮膚科
坂井 博之
(第401回日本皮膚科学会北海道地方会, 2015年2月, 札幌)
- 2) 糖尿病性足病変を繰り返す1症例
市立旭川病院・皮膚科

- 坂井 博之
同 ・看護部
増田 千絵
(第4回旭川フットサルベージ研究会, 2015年3月, 旭川)
- 3) 非若年者の上肢に発症したBurger病の1例
市立旭川病院・皮膚科
松谷 康祐, 野村和加奈, 坂井 博之
同 ・胸部外科
大場 淳一
(第402回日本皮膚科学会北海道地方会, 2015年5月, 旭川)
- 4) 歯科金属除去により皮疹が改善し全身型金属アレルギーが疑われた2例
市立旭川病院・皮膚科
坂井 博之
(第31回日本臨床皮膚科医会総会・臨床学術大会, 2015年6月, 網走)
- 5) 全層植皮術で再建した眉毛部有棘細胞癌の2例
市立旭川病院・皮膚科
菅原 基史
旭川医大・皮膚科
上原 治朗, 土井 春樹, 大石 泰史, 本間 大山本 明美
(第403回日本皮膚科学会北海道地方会, 2015年10月, 札幌)
- 6) マンゴーゼリーによるアナフィラキシーの1例
市立旭川病院・皮膚科
坂井 博之, 野村和加奈
(第45回日本皮膚アレルギー・接触皮膚炎学会総会学術大会, 2015年11月, 出雲)
- 7) SLE患者に発症したMycobacterium chelonaeによる皮膚非結核性抗酸菌感染症の治療経験
市立旭川病院・皮膚科
野村和加奈, 菅原 基史, 坂井 博之
(第404回日本皮膚科学会北海道地方会, 2015年12月, 札幌)

歯科口腔外科
[学会発表]

- 1) 「自傷行為を伴わない口腔軟組織咬傷に対する口腔内シーネの適応指針」作成の試み
市立旭川病院・歯科口腔外科
小神 順也
旭川医大・歯科口腔外科
藤倉 弓子, 竹川 政範, 松田 光悦
同 ・看護部
笹田 豊枝
(第12回日本口腔ケア学会総会学術大会, 2015年6月, 下関)
- 2) 下顎埋伏智歯抜歯による合併症とその対策
市立旭川病院・歯科口腔外科

西村 泰一
(平成27年第2回北海道病院歯科医会例会・学術講演会, 2015年7月, 札幌)

薬 剤 科
[学会発表]

1) がん化学療法における薬学的介入効果の検証

旭川医大病院・薬剤部

新田悠一朗, 大滝 康一, 粟屋 敏雄, 小枝 正吉
山下 恭範, 飯田 慎也, 小野 尚志, 都築 仁美
神山 直也, 木村 周古, 原 千恵子, 小川 聡
福土 将秀, 松原 和夫, 田崎 嘉一

(第9回旭川薬剤師会・旭川病院薬剤師会合同会員研究発表会, 2015年3月, 旭川)

2) オンコール薬剤師による24時間体制での抗がん剤調製の取り組み

旭川医大病院・薬剤部

寒藤 雅俊, 小野 尚志, 神山 直也, 新田悠一朗
嘉手川修子, 櫻庭 好祐, 岩山 百華, 久保 靖憲
岩山 訓典, 小枝 正吉, 原 千恵子, 小川 聡
粟屋 敏雄, 福土 将秀, 田崎 嘉一

(第9回旭川薬剤師会・旭川病院薬剤師会合同会員研究発表会, 2015年3月, 旭川)

3) がん化学療法における薬学的介入効果の検証

旭川医大病院・薬剤部

新田悠一朗, 大滝 康一, 粟屋 敏雄, 小枝 正吉
山下 恭範, 飯田 慎也, 小野 尚志, 都築 仁美
神山 直也, 木村 周古, 原 千恵子, 小川 聡
福土 将秀, 松原 和夫, 田崎 嘉一

(日本臨床腫瘍薬学会学術大会2015, 2015年3月, 京都)

4) オンコール薬剤師による24時間体制での抗がん剤調製の取り組み

旭川医大病院・薬剤部

小野 尚志, 神山 直也, 新田悠一朗, 久保 靖憲
岩山 訓典, 小枝 正吉, 原 千恵子, 小川 聡
粟屋 敏雄, 福土 将秀, 松原 和夫, 田崎 嘉一

(日本臨床腫瘍薬学会学術大会2015, 2015年3月, 京都)

5) 術前点眼液の混合製剤による業務効率化とコスト削減効果

旭川医大病院・薬剤部

久保 靖憲, 小野 尚志, 神山 直也, 吉田 光一
小枝 正吉, 原 千恵子, 小川 聡, 粟屋 敏雄
田崎 嘉一

(日本薬学会第135年会, 2015年3月, 神戸)

6) テルミサルタン錠と一包化した際のアスピリン腸溶錠の安定性に関する薬学的評価

旭川医大病院・薬剤部

岩山 訓典, 久保 靖憲, 小野 尚志, 山本 讓

大滝 康一, 山田 峻史, 安達 知輝, 粟屋 敏雄
福土 将秀, 田崎 嘉一

(日本薬学会第135年会, 2015年3月, 神戸)

7) Cyclooxygenase (COX) 阻害作用を持たないmeloxicam類縁体もMPP+誘発SH-SY 5 Y神経細胞死を抑制する

旭川医大病院・薬剤部

坂口 智己, 小野 尚志, 海東 和麻, 山本 讓
神山 直也, 高橋 恭子, 粟屋 敏雄, 福土 将秀
大江 知之, 増野 匡彦, 田崎 嘉一

(日本薬学会第135年会, 2015年3月, 神戸)

8) 外来指導記録票による薬学的指導とその有用性評価

旭川医大病院・薬剤部

安達 知輝
市立旭川病院・薬剤科
粟屋 敏雄

旭川医大病院・薬剤部

鶴川瑠璃子, 大井 希美, 坂口 智己, 鈴木 智之
長嶋 恵, 橋本 茉弥, 山本香緒里, 小川 聡
福土 将秀, 田崎 嘉一

(第62回北海道薬学大会, 2015年5月, 札幌)

9) 医薬品の不正使用Drug Facilitated Sexual Assault (DFSA) に使用されるデートレイプドラッグについて

旭川医大病院・薬剤部

松原 和夫
市立旭川病院・薬剤科
粟屋 敏雄

旭川医大病院・薬剤部

清水 恵子, 浅利 優, 奥田 勝博, 塩野 寛

(第99次日本法医学会学術全国集会, 2015年5月, 高知)

10) 在宅でオピオイド鎮痛薬を使用しているがん患者の疼痛評価と関連要因について 成人と高齢者の比較

旭川医大病院・薬剤部

伊藤 廣美
市立旭川病院・薬剤科
粟屋 敏雄

旭川医大病院・薬剤部

服部ユカリ

(第57回日本老年医学会学術集会, 2015年6月, 横浜)

11) 外来指導記録票を用いた薬学的指導とその有用性評価

旭川医大病院・薬剤部

大井 希美
市立旭川病院・薬剤科
粟屋 敏雄

旭川医大病院・薬剤部

安達 知輝, 鶴川瑠璃子, 坂口 智己, 鈴木 智之
長嶋 恵, 橋本 茉弥, 山本香緒里, 小野 尚志
小川 聡, 福土 将秀, 田崎 嘉一

(第23回クリニカルファーマシーシンポジウム, 2015年7月,

- 名古屋)
- 12) EVALUATION OF PROTOCOL-BASED PHARMACIST PRESCRIPTION ENTRY SUPPORT (PPES) IN COLLABORATION WITH PHYSICIANS
旭川医大病院・薬剤部
Yoshikazu Tasaki
市立旭川病院・薬剤科
Toshio Awaya
旭川医大病院・薬剤部
Katsutoshi Tahara, Sachiko Kasamo
Yasunori Yamashita, Norihisa Kimura
Shinya Iida, Masatomo Inoue, Koichi Ohtaki
Takeshi Yamada, Takashi Ono, Satoshi Ogawa
Masahide Fukudo, Kazuo Matsubara
(75th The International Pharmaceutical Federation: FIP, 2015年9月～10月, Düsseldorf (Netherlands))
- 13) ドラッグ投与後に起きた急性肝機能障害の薬剤関連性評価
旭川医大病院・薬剤部
飯田 慎也
市立旭川病院・薬剤科
粟屋 敏雄
旭川医大病院・薬剤部
大滝 康一, 山本 謙, 筒井 真博, 菊池 信介
内田 恒, 田原 克寿, 山下 恭範, 都築 仁美
井上 正朝, 山田 峻史, 小野 尚志, 小川 聡
福土 将秀, 東 信良, 田崎 嘉一
(第25回日本医療薬学会年会, 2015年11月, 横浜)
- 中央放射線科
[学会発表]
- 1) 「実験のすすめ方」①SNRを計測してみた
市立旭川病院・中央放射線科
福田 泰之
(日本放射線技術学会北海道支部学術大会第71回春季大会, 2015年4月, 札幌)
- 2) 上腹部領域のMRI検査～肝臓を中心に～
市立旭川病院・中央放射線科
川崎 伸一
(平成27年度稚内放射線技師会研修会, 2015年5月, 稚内)
- 3) 肝動脈MRAの至適撮像条件の検討
市立旭川病院・中央放射線科
菅野 聡美, 川崎 伸一, 福田 泰之, 三ツ井貴博
松崎 梨奈, 松浦 一生, 大野 肇
(第54回全国自治体病院学会, 2015年10月, 函館)
- 4) 胸部ポータブル撮影における撮影条件の検討
市立旭川病院・中央放射線科
- 対馬 弘明, 竹内 顕宏, 渡会 浩二, 松浦 一生
(平成27年度日本診療放射線技師会北海道地域学術大会, 2015年10月, 札幌)
- 5) 横隔膜同期を併用した息止めによる冠動脈MRAの有用性の検討
市立旭川病院・中央放射線科
菅野 聡美, 川崎 伸一, 福田 泰之, 石澤 博
松浦 一生, 畑中 康裕, 大野 肇
(日本放射線技術学会北海道支部学術大会第71回秋季大会, 2015年11月, 札幌)
- 6) 心臓MRIによる心筋内出血の描出を目的とした撮像法に関する検討
市立旭川病院・中央放射線科
福田 泰之, 川崎 伸一, 菅野 聡美, 松浦 一生
畑中 康裕, 三ツ井貴博, 石澤 博
(日本放射線技術学会北海道支部学術大会第71回秋季大会, 2015年11月, 札幌)
- 7) 動脈塞栓術における“Syngo Embolization Guidance”の有用性について
市立旭川病院・中央放射線科
三ツ井貴博, 川崎 伸一, 竹内 顕宏, 福田 泰之
西田 純
(日本放射線技術学会北海道支部学術大会第71回秋季大会, 2015年11月, 札幌)
- 8) 心臓MRIによる急性心筋梗塞再灌流療法後の心筋内出血に関する検討
市立旭川病院・中央放射線科
川崎 伸一, 福田 泰之, 菅野 聡美
同 臨床工学室
田中 義範
同 中央放射線科
八巻 有紗, 西館 文博, 大野 肇
同 内科
石井 良直
(日本放射線技術学会北海道支部学術大会第71回秋季大会, 2015年11月, 札幌)
- 9) MRI装置について
市立旭川病院・中央放射線科
川崎 伸一
(平成27年度日本診療放射線技師会 基礎技術講習「MRI検査」, 2015年11月, 札幌)
- 10) MRIの安全管理
市立旭川病院・中央放射線科
川崎 伸一
(平成27年度日本診療放射線技師会 基礎技術講習「MRI検査」, 2015年11月, 札幌)
- 11) 心臓MRIの基本的撮像法
市立旭川病院・中央放射線科

- 川崎 伸一
(第6回オホーツク放射線技師会研修会, 2015年11月, 北見)
- 12) 臍臓における高分解能DWIの検討
市立旭川病院・中央放射線科
松浦 一生, 川崎 伸一, 福田 泰之, 菅野 聡美
對馬 弘明
(平成27年度旭川放射線技師会会員研究発表会, 2015年11月, 旭川)
- 13) 2機種CT装置における画質評価
市立旭川病院・中央放射線科
對馬 弘明, 石澤 博, 西田 純
(平成27年度旭川放射線技師会会員研究発表会, 2015年11月, 旭川)

[投稿論文]

- 1) 胸部ポータブル撮影における粒状性抑制処理の検討
市立旭川病院・中央放射線科
松浦 一生, 竹内 顕宏, 渡会 浩二, 對馬 弘明
(旭川放射線技師会誌 2015 ; 37 : 43-46.)
- 2) 胸部ポータル撮影における撮影条件の検討
市立旭川病院・中央放射線科
對馬 弘明, 竹内 顕宏, 渡会 浩二, 松浦 一生
(旭川放射線技師会誌 2015 ; 37 : 51-54.)

中央検査科
[学会発表]

- 1) 夜間・休日の輸血体制と対応
市立旭川病院・中央検査科
旭 千佳
(平成26年度第2回輸血談話会, 2015年2月, 旭川)
- 2) 技師の異動(ローテーション)と人材育成
市立旭川病院・中央検査科
武田 晃典
(第1回「臨床検査の今後を考えるセミナー」, 2015年2月, 旭川)
- 3) 扁平上皮癌との鑑別に苦慮したヘルペス感染を伴う高度異形成の1例
市立旭川病院・中央検査科
山田 和明, 勝見 友則, 越高 正広, 二郷 元彦
武田 晃典
同 ・病理
高田 明生
同 ・産婦人科
林 博章
同 ・内科
幸村 近

- (第56回日本臨床細胞学会春期大会, 2015年6月, 松江)
- 4) ASD後のMVR(DOMV)フォロー中に発生したLVNCの心エコー所見
市立旭川病院・中央検査科
長瀬 雅彦, 金光 綾香, 小野寺英里, 三浦 美里
湊 舞
同 ・胸部外科
大場 淳一
(第45回日本超音波医学会北海道地方会, 2015年9月, 札幌)
- 5) t(4;11)(q21;q23)染色体異常を有する成人ALLの1症例
市立旭川病院・中央検査科
相馬 史典, 勝見 友則, 武田 晃典
同 ・内科
幸村 近, 柿木 康孝
(第95回北海道医学大会臨床検査医学分科会(第49回臨床検査医学会北海道支部総会), 2015年9月, 札幌)
- 6) 当院と連携する感染防止対策加算2取得施設の臨床検査技師へのアンケート結果より
市立旭川病院・中央検査科
藤田 佳奈
同 ・感染対策チーム
原井 絵里, 山本みず枝, 桐 則行, 吉田 稔
中嶋 雅秀, 岡本 佳裕, 大場 淳一
(第54回全国自治体病院学会, 2015年10月, 函館)
- 7) 高齢化に伴う大動脈弁狭窄症のみかた～心エコー検査の役割～
市立旭川病院・中央検査科
長瀬 雅彦
(第54回全国自治体病院学会, 2015年10月, 函館)
- 8) LOCI法を搭載したDimensionEXL200によるBNP測定試薬の基礎的検討
市立旭川病院・中央検査科
藤田 佳奈, 中川 正彦, 武田 晃典
(平成27年度日臨技北日本支部医学検査学会(第4回)2015年10月, 札幌)
- 9) 経過観察が有用であった滲出性収縮性心膜炎の1例
市立旭川病院・中央検査科
湊 舞, 長瀬 雅彦, 小野寺英里, 三浦 美里
金光 綾香, 山田 和明
同 ・内科
幸村 近
同 ・胸部外科
吉本 公洋
(第49回旭川心エコー勉強会症例検討会, 2015年10月, 旭川)
- 10) 血液疾患の遺伝子異常について
市立旭川病院・中央検査科
相馬 史典

- (旭川検査血液勉強会, 2015年11月, 旭川)
- 11) 心エコー検査における基本操作
市立旭川病院・中央検査科
長瀬 雅彦
(第5回循環器・血管治療研究会, 2015年11月, 旭川)
- 12) 前縦隔原発大細胞型B細胞リンパ腫の特徴を有した肺原発悪性リンパ腫の1症例
市立旭川病院・中央検査科
越高 正広, 山田 和明, 勝見 友則, 二郷 元彦
武田 晃典
同 ・病理
高田 明生
(第54回日本臨床細胞学会秋期大会, 2015年11月, 名古屋)
- 13) 当直時に輸血業務に関わる検査技師の意識調査～アンケート調査から見えてきたこと～
市立旭川病院・中央検査科
木元 宏弥, 高木 奈央, 旭 千佳, 長瀬 政子
同 ・内科
柿木 康孝
(第59回日本輸血・細胞治療学会北海道支部例会, 2015年11月, 札幌)

[投稿論文]

- 1) 心筋に異常がなくても左室壁運動異常が起こるとき
市立旭川病院・中央検査科
長瀬 雅彦
(検査と技術 2015 ; 43 : 154-157.)
- 2) 忘れられない症例から学ぶ超音波検査高安動脈炎
(Takayasu's arteritis)
市立旭川病院・中央検査科
長瀬 雅彦
(検査と技術 2015 ; 43 : 1134-1141.)

リハビリテーション科

[学会発表]

- 1) 悪性リンパ腫の中樞神経浸潤により, 両上肢と右下肢麻痺を呈した1症例
市立旭川病院・リハビリテーション科
阿部 慎一
(平成26年度道北地区第4回がんリハビリテーション講習会, 2015年2月, 旭川)
- 2) これからどうする どうしたい 心大血管術後のリハビリテーション～当院の現状から～
市立旭川病院・リハビリテーション科
齋藤 肇
(第13回旭川心臓リハビリテーション勉強会, 2015年3月, 旭川)

- 3) 腰痛の予防について
市立旭川病院・リハビリテーション科
品川 知己
(H27調理従事者秋期研修会, 2015年10月, 旭川)
- 4) びまん性大細胞B細胞性リンパ腫の中樞神経浸潤により, 両上肢の重度の麻痺と右下肢麻痺を呈し, 年末年始の外泊に向けて理学療法を実施した1症例
市立旭川病院・リハビリテーション科
阿部 慎一, 松野 弘実
(第66回北海道理学療法士学術大会, 2015年10月～11月, 旭川)
- 5) 運動療法と仲良くつきあう
市立旭川病院・リハビリテーション科
濱岸 弦生
(平成27年度市立旭川病院糖尿病について考える会, 2015年11月, 旭川)

臨床器材料

[学会発表]

- 1) 体外循環症例登録の現状と今後の展望
市立旭川病院・臨床工学室
窪田 將司, 佐藤 勇也, 田中 義範, 山口 和也
澤崎 史明, 堂野 隆史, 米坂 直子, 河田 修一
鷹橋 浩
同 ・胸部外科
大場 淳一
藤田保健衛生大学・医療科学部
亀井 哲也, 日比谷 信
(日本医工学治療学会第31回学術大会, 2015年3月, 広島)
- 2) 「ME機器を安全に取り扱うために」～電気メス編～
市立旭川病院・臨床工学室
窪田 將司
(日本手術看護学会北海道地区第3回セミナー, 2015年7月, 旭川)
- 3) IVUSマニュアルを作成して～新人教育にマニュアルは役立つか～
市立旭川病院・臨床工学室
山口 和也, 佐藤 勇也, 田中 義範, 澤崎 史明
堂野 隆史, 米坂 直子, 窪田 將司, 河田 修一
鷹橋 浩
(第24回日本心血管インターベンション治療学会学術集会・CVIT2015, 2015年7月～8月, 福岡)
- 4) Co-Medical Session 5 デバイスの基礎①「ステント」
市立旭川病院・臨床工学室
山口 和也
(SAPPORO LIVE DEMONSTRATION COURSE 2015, 2015年9月, 札幌)

5) 心筋重量は心筋保護液投与量の指標となりえるか
市立旭川病院・臨床工学室
澤崎 史明, 佐藤 勇也, 田中 義範, 山口 和也
堂野 隆史, 米坂 直子, 窪田 将司, 河田 修一
鷹橋 浩
(第22回日本体外循環技術医学会 北海道地方会大会, 2015年9月, 旭川)

6) 透析液水質管理データベースの構築
市立旭川病院・臨床工学室
田中 義範, 佐藤 勇也, 山口 和也, 澤崎 史明
堂野 隆史, 米坂 直子, 窪田 将司, 河田 修一
鷹橋 浩
(第54回 全国自治体病院学会, 2015年10月, 函館)

7) Inaugural year results of the National Perfusion Registry in Japan
藤田保健衛生大学・医療科学部
日比谷 信, 亀井 哲也
大阪労災病院・臨床工学室
吉田 清
独立行政法人国立病院機構名古屋医療センター・臨床工学室
高井 浩司
市立旭川病院・臨床工学室
窪田 将司

名古屋大学医学部附属病院・医療技術部・臨床工学部門
林 裕樹

藤田保健衛生大学・医療科学部
齊藤 千紘

埼玉医科大学・保健医療学部
見目 恭一

(AmSECT Best Practices in Perfusion 2015, 2015年10月, サンアントニオ)

8) 人工心肺中の血中乳酸値に与える因子について
市立旭川病院・臨床工学室
堂野 隆史, 佐藤 勇也, 田中 義範, 山口 和也
澤崎 史明, 米坂 直子, 窪田 将司, 河田 修一
鷹橋 浩
(第41回日本体外循環医学会学術大会, 2015年10月, 神戸)

9) 閉鎖回路は有用か?
市立旭川病院・臨床工学室
窪田 将司, 佐藤 勇也, 田中 義範, 山口 和也
澤崎 史明, 堂野 隆史, 米坂 直子, 河田 修一
鷹橋 浩
同 ・胸部外科
大場 淳一
(第41回日本体外循環医学会学術大会, 2015年10月, 神戸)

10) 体外循環症例登録データから見た市立旭川病院の傾向
市立旭川病院・臨床工学室
窪田 将司, 佐藤 勇也, 田中 義範, 山口 和也

澤崎 史明, 堂野 隆史, 米坂 直子, 河田 修一
鷹橋 浩
同 ・胸部外科
大場 淳一

藤田保健衛生大学・医療科学部
亀井 哲也, 日比谷 信
(第41回日本体外循環医学会学術大会, 2015年10月, 神戸)

11) 製薬会社の異なるヘパリンがACT測定値におよぼす影響についての検討
市立旭川病院・臨床工学室
河田 修一, 佐藤 勇也, 田中 義範, 山口 和也
澤崎 史明, 堂野 隆史, 米坂 直子, 窪田 将司
鷹橋 浩
(第41回日本体外循環医学会学術大会, 2015年10月, 神戸)

12) 心臓カテーテル検査, 治療後における血液透析時の合併症に関する検討
市立旭川病院・臨床工学室
佐藤 勇也, 田中 義範, 山口 和也, 澤崎 史明
堂野 隆史, 米坂 直子, 窪田 将司, 河田 修一
鷹橋 浩
(第26回北海道臨床工学会, 2015年11月, 札幌)

[投稿論文]

- 1) シャントスクリーニングに再循環率測定は有用であるか
市立旭川病院・臨床工学室
佐藤 勇也, 田中 義範, 山口 和也, 澤崎 史明
堂野 隆史, 米坂 直子, 窪田 将司, 河田 修一
鷹橋 浩
(北海道臨床工学会誌 第25回学術大会研究発表論文 2015; 25: 53-55.)
- 2) 末梢血幹細胞の採取効率に関連する採取前因子の検討
市立旭川病院・臨床工学室
澤崎 史明, 佐藤 勇也, 田中 義範, 山口 和也
堂野 隆史, 米坂 直子, 窪田 将司, 河田 修一
鷹橋 浩
(北海道臨床工学会誌 第25回学術大会研究発表論文 2015; 25: 159-161.)
- 3) 点拡がり関数を用いた内シャント光イメージング実現のための基礎的検討
北海道科学大学
榎本 敬宏, 北間 正崇, 清水 久恵, 山下 政司
有澤 準二
市立旭川病院・臨床工学室
田中 義範
北大
清水 孝一
(電子情報通信学会技術研究報告 2015;114 (408):105-109.)

- 4) 体外循環中の水分バランスに影響を与える因子の検討
市立旭川病院・臨床工学室
澤崎 史明, 佐藤 勇也, 田中 義範, 山口 和也
堂野 隆史, 米坂 直子, 窪田 將司, 河田 修一
鷹橋 浩
(Jasect北海道 2015 ; 13 : 21-31.)
- 5) 体外循環症例登録公開試験におけるデータ集計の試み
藤田保健衛生大学・医療科学部
亀井 哲也, 日比谷 信
大阪労災病院
吉田 清
市立旭川病院・臨床工学室
窪田 將司
神戸大学医学部付属病院
加納 寛也
名古屋医療センター
高井 浩司
富山大学付属病院
高道 昭一
埼玉県立小児医療センター
古山 義明
藤田保健衛生大学
齊藤 千紘
埼玉医科大学
見目 恭一
(体外循環技術 2015 ; 42 : 8-13.)
- 6) 市立旭川病院における臨床工学技士業務の現状と今後の課題
市立旭川病院・臨床工学室
鷹橋 浩
(全国自治体病院協議会雑誌 2015 ; 54 : 93-97.)
- 4) お宅の病院どうしてますか? 接触予防策
市立旭川病院・医療安全管理課
桐 則行
(第6回日本感染管理ネットワーク北海道支部研修会, 2015年4月, 旭川)
- 5) 1% CHGエタノール消毒薬とCHG透明ゲルドレッシング剤の効果
市立旭川病院・医療安全管理課
桐 則行
(第4回日本感染管理ネットワーク学会学術集会, 2015年5月, 松本)
- 6) 移植前に離人症を発症した患者への看護～家族を含めたチーム医療への取りくみ～
市立旭川病院・西病棟7階
武田 志織, 佐々木理恵子, 井上理香子
同 ・化学療法センター
鈴木慎太郎
(第26回北海道造血細胞移植研究会, 2015年6月, 札幌)
- 7) 終末期リンパ浮腫患者へキューブ型スポンジを使用したケア介入により家族の悲嘆ケアにもつながった1事例
市立旭川病院・緩和ケア外来
外川 仁美
(第20回日本緩和医療学会学術大会, 2015年6月, 横浜)
- 8) 患者は自分の糖尿病の状態をどう捉えているのか
市立旭川病院・第1外来
増田 千絵
(第19回旭川軽症糖尿病研究会, 2015年6月, 旭川)
- 9) 消化器内科病棟における看護課題の検討ー倫理カンファレンスの解析結果からー
市立旭川病院・東病棟6階
小倉 佳奈
(日本医療情報学会看護学術大会, 2015年7月, 島根)
- 10) 総合病院の精神科閉鎖病棟での注意欠如多動性障がい児に対する看護の1考察
市立旭川病院・北病棟1階
山口 涼
(日本精神科看護学術集会専門I, 2015年8月, 京都)
- 11) 中央材料室の歩き方～中央材料室次第で医療現場は大きく変わる～
市立旭川病院・医療安全管理課
桐 則行
(第2回函館滅菌業務研究会, 2015年9月, 函館)
- 12) セルフケア支援 フットケア技術の実践
市立旭川病院・第1外来
増田 千絵
(糖尿病重症化予防(フットケア)に係る研修会, 2015年10月, 札幌)

看護部
[学会発表]

- 1) 挿管患者に対する歯ぶらしを用いた口腔ケアの検討
市立旭川病院・ICU
青池 泰子, 菅野 祐子, 村上 路代
(第42回日本集中治療医学会学術集会, 2015年2月, 東京)
- 2) 移植患者における運動療法の効果について
市立旭川病院・西病棟7階
武田 志織, 松倉 優弥, 作田 春枝, 坪崎 春美
(日本造血幹細胞移植学会総会, 2015年3月, 神戸)
- 3) 治療に難渋している全身性動脈硬化病変を有する1症例 足病変を繰り返す1症例(糖尿病看護の立場から)
市立旭川病院・第1外来
増田 千絵
(第4回旭川フットサルベージ研究会, 2015年3月, 旭川)

- 13) 消灯時間を過ぎてのテレビ鑑賞について
市立旭川病院・東病棟 5 階
高山 美里, 佐々木眞佐代, 齊藤 香織
同 ・ 集中治療室
高橋 純子
同 ・ 東病棟 5 階
荒明 弘恵
(第54回全国自治体病院学会, 2015年10月, 函館)
- 14) 外来看護師の外来看護に対する認識調査
市立旭川病院・東病棟 5 階
竹本久美子
同 ・ 第 1 外来
坂口伊津美, 冬至加奈子, 岡田いづみ
(第54回全国自治体病院学会, 2015年10月, 函館)
- 15) CCUにおける急性心筋梗塞患者の指導時期の検証
市立旭川病院・CCU
柳瀬まどか, 大西かおり, 山岸 美緒
(第54回全国自治体病院学会, 2015年10月, 函館)
- 16) 分娩施設決定要因と分娩サービスの満足度調査～ケアの質の向上に向けて～
市立旭川病院・東病棟 3 階
小檜山 陸, 針谷 祐佳, 伊藤 桂子, 多田 啓子
同 ・ 北病棟 2 階
吉村里加子
(第54回全国自治体病院学会, 2015年10月, 函館)
- 17) 糖尿病患者のセルフケア確立に向けて－ 5 つの課題と看護援助－
市立旭川病院・第 1 外来
増田 千絵
(第 4 回旭川糖尿病看護研究会, 2015年10月, 旭川)
- 18) 1% CHGエタノール消毒薬とCHG透明ゲルドレッシング剤の効果～複数回に及ぶCLABSI発症の 1 例～
市立旭川病院・医療安全管理課
桐 則行
(第 6 回日本感染管理ネットワーク北海道支部研修会, 2015年11月, 札幌)
- 19) 超高齢者の外来インスリン導入から学んだ療養指導の基本姿勢
市立旭川病院・第 1 外来
増田 千絵
(第35回道北インスリン療法研究会, 2015年11月, 旭川)
- 20) 糖尿病の歴史から考える療法生活のコツ
市立旭川病院・第 1 外来
増田 千絵
(平成27年度市立旭川病院糖尿病について考える会, 2015年11月, 旭川)
- 21) 糖尿病患者が捉える自分の状態とそこに影響する要因の検討
市立旭川病院・第 1 外来
増田 千絵
(第49回日本糖尿病学会北海道地方会, 2015年11月, 旭川)
- 22) 糖原病と血管のダメージその関係は！？
市立旭川病院・第 1 外来
増田 千絵
(旭川シニア大学, 2015年11月, 旭川)
- 23) 施設内感染症予防対策マニュアル作成について
市立旭川病院・医療安全管理課
桐 則行
(感染症予防対策研修会, 2015年11月, 旭川)
- 24) DVD教材を用いた固定チーム以外の看護師の不安尺度の変化
市立旭川病院・手術室
横井 彩乃, 長井 香織
(第28回日本内視鏡外科学会総会, 2015年12月, 大阪)
- 25) セルフケアへの援助～セルフケア確立に向けた援助～
市立旭川病院・第 1 外来
増田 千絵
(平成27年度糖尿病専門分野における質の高い看護師育成研修, 2015年12月, 旭川)
- [投稿論文]
- 1) 手術看護の質・モチベーションUP！固定チームナーシングの実践（第 2 回）：導入の実際，スタッフの反応と問題から見た省察
市立旭川病院・手術室
長井 香織
(手術看護エキスパート, 2015；9（4）：105-108.)
- 2) 「心不全＋腎不全」血圧低下のメカニズムと透析患者の看護
市立旭川病院・透析センター
櫛引由美子
(呼吸器・循環器達人ナース, 2015；36（2）：22-31.)
- 3) 消化器内科病棟における看護課題の検討－倫理カンファレンスの解析結果から－
市立旭川病院・東病棟 6 階
小倉 佳奈, 鈴木 彩加, 石河 綾菜, 小林 るみ
(旭川市立病院医誌 2015；47：23-28.)

「旭川市立病院医誌」投稿規程

1. 本誌は市立旭川病院の機関誌として年1回以上発行する。
2. 本誌に掲載する論文は、市立旭川病院の職員およびその関係者などの投稿による。
3. 本誌は綜説、臨床研究、症例報告、医学研究に関する論文で未発表のもの、年報（学会発表および雑誌掲載論文記録など）、その他各科、各部局の活動内容などからなる。
4. 掲載論文の採否および順位は編集委員で決定する。
5. 編集の都合により原文の論旨を変えない範囲内で著者に訂正を求めることがある。また文の体裁、述語、かなづかいなどを編集者が訂正することがある。
6. 校正は原則として初校だけを著者が行うことにする。校正は誤植の訂正程度にとどめる。
7. 原稿は原則として邦文とし、ワープロ・パソコンを使用してA4用紙に1ページ24字×43行で作成する。専門用語以外はひらがな、当用漢字、現代仮名づかいを用いる。数字は算用数字、度量衡単位はmm, cm, mg, %, °Cなどを用いる。
8. 論文には英字タイトルおよびローマ字による著者名（例 Hidetoshi AOKI et al）を併記する。
9. 5語以内のKey Wordsを付記する。
10. 論文は本文8,000字以内を原則とする（図表を含む）。
11. 図表は原稿そのものから写真製版できるような明確なものとし、原稿とは別に1枚ずつ添付する。標題および簡単な説明をつける（図・写真は下、表は上）。
12. 写真は原則として白黒とし、キャビネまたは手札大とし、台紙に貼ること。
13. 図・表・写真とも本文中に挿入箇所を明記する。
14. 薬品の商品名（欧文）は大文字、一般名は小文字で記載する。（例 Endoxan, cyclophosphamide）
15. 論文の体裁は、はじめに。成績ほか。考察。おわりに。とする。
16. 引用論文は主要論文のみとし最大10以内にとどめる。

文献の書き方は次の形式による。

- 1) 記載順序は、引用順とし本文に引用した箇所の右肩に¹⁾ ²⁾のように番号を付し、本文の末に一括して掲げ1) 2)とする。
 - 2) 雑誌は著者名、論文名、雑誌名、年号（西暦）、巻数、頁数の順で記載する。欧文雑誌名は「Index medicus」、邦文誌は「医学中央雑誌」の省略名に準拠する。省略名にピリオドを打たない。筆者名は3名までとし、それ以上は「ほか」または「et al」とする。欧文著者はカンマ、ピリオドを打たない。
「例」糸島達也、田中良治、安東正晴、ほか：電子スコープ周辺機器としての画像処理装置。日本臨床 1987；45：1174-1179。
Gallagher JJ et al：The preexcitation syndrome. Prog Cardiovasc Dis 1978；20：285-289.
 - 3) 単行本の場合は和書、洋書とも著者名、題名、編集者、発行地名、発行所名、版数、発行年号（西暦）、巻数、頁数の順で記載する。
「例」Weinstein L, Swartz MN. Pathologic properties of invading microorganisms. In：Sodeman WA Jr, Sodeman WA, editors. Pathologic physiology：mechanisms of disease. Philadelphia：Saunders. 1974：457-472.
 - 4) 電子媒体からの引用については 引用月日、URLを記載する。
「例」PubMed Tutorial 引用 [2007-2-16] Available from URL <http://www.nlm.nih.gov/bsd/disted/pubmed.html>
上記以外については、「生物医学雑誌への統一投稿規定」に準ずる。
17. 年報への投稿は以下の書式による。
- 1) 学会発表の場合（総会、地方会、その他の研究会など）：演題名、所属発表者（全員 Full name）発表学会名（第○回も必ず）、発表年、月、開催地
 - 2) 掲載論文の場合：発表者（Full name）、論文題名、発表雑誌、巻：頁～頁、西暦発行年
 - 3) 他施設との共同発表または共著の場合には、筆頭者、ほかとしても良い。

編 集 後 記

病院誌48巻完成に当たりまして、本年も多くの研究論文、報告を投稿頂き誠にありがとうございました。投稿頂きました研修医、医局医師、看護部をはじめとするメディカルスタッフの皆様、また、御多忙の中、査読を快くお引き受け下さいました編集委員の先生方に深謝致します。さらに、メディカルエッセイの寄稿願いに快くお引き受け下さいました、沼崎病院、前川 勲先生に心からお礼申し上げます。

本号は、例年に比較して研究論文が多く、研究論文3編、症例報告1編、看護研究1編が主論文として掲載されました。その他、例年通りのCPC報告、教育研修報告、医局抄読会、看護研究発表会の記録が掲載されており、当院における、2015-16年の学術面の集大成が綴られており、例年にも増して一層読み応えがある充実した内容となっています。

市立旭川病院の職員全員が毎日の仕事を単なる生活の糧やルーチンワークとして扱わず、高い意識を持って日常の仕事を遂行して下さい。患者さん一人一人を大切にすることで、必ず問題意識が芽生え、その問題点を個人だけの問題では無く、回りのスタッフ全員の問題点となるよう、働きかけて下さい。そのような環境が構築されれば、必然的に研究課題が生まれてきます。そしてそれをまとめて発表、論文化しましょう。医師の皆さんは、珍しい症例を見逃すこと無く診療に励んで頂きたい。後で振り返ると珍しく貴重な症例が検査の不備により、発表することができない、ということが無いよう、日頃から、1例1例を大切に、そして細やかに診ていきましょう。年間に全ての医療スタッフが、最低でも1回は学会発表を行い、学会発表したものを論文化する。これを継続して行えば、当院は医学・看護学の優れた発信基地として、市民をはじめとして、周囲の基幹病院からも圧倒的な信頼、尊敬を勝ち取ることが出来るものと考えます。

小さな研究、症例報告でも結構です。来年の市病誌が、本年よりも一層多くの論文が投稿され、我々編集委員が、掲載論文を選択するために苦勞する。そのような日が来ることを祈っております。

2016年12月

教育研修課長 齊藤 裕輔

旭川市立病院医誌

編集委員長	齊藤 裕輔 先生	副院長	編集協力委員	栗屋 敏雄	薬剤科
編集委員	武井 明 先生	精神科		武田 晃典	中央検査科
	岡本 佳裕 先生	内科		大野 肇	中央放射線科
	菅野 貴康 先生	内科		古川 美砂	看護部
	鈴木 聡 先生	内科	事務局	尾藤 真紀	教育研修課
	佐竹 明 先生	小児科		石川 宏一	
	佐藤 公輝 先生	耳鼻咽喉科		清水るりこ	
	福永 亮朗 先生	外科			
	野村和加奈 先生	皮膚科			

《基本理念》

患者さん中心の医療を行い、市民から信頼される病院を目指します。

《基本方針》

1. 高度医療を担い、安全で質の高い医療を提供します。
2. 地域の病院・診療所と連携し、地域医療の向上に努めます。
3. 救急医療を担い、市民に安心な医療を提供します。
4. 公共性を確保し、健全な病院経営に努めます。
5. 教育研修を充実し、人材育成に努めます。

《患者さんの権利》

～私たちは患者さんの権利を尊重します～

1. 患者さんの人権は、守られます。
2. 患者さんは、十分に納得できるまで説明を受けることができます。
3. 患者さんは、治療方法を選択することができます。
4. 患者さんは、平等で適切な医療を受けることができます。
5. 患者さんの医療上の個人情報を守られます。

旭川市立病院医誌 [第48巻1号]

平成28年12月25日 印刷
平成28年12月25日 発行 [非売品]

編集発行人 旭川市金星町1丁目1番65号

青木 秀俊

発行所 旭川市金星町1丁目1番65号

市立旭川病院

印刷所 旭川市旭町1条4丁目

谷川印刷(株)

The Journal of Asahikawa City Hospital

Vol.48 No.1
December 2016

[Original Articles]

Which inhalers were chosen by outpatients with adult asthma at Asahikawa City Hospital?

..... Yoshinobu FUKUI

Trends in antimicrobial susceptibility of *Streptococcus pneumoniae* and *Haemophilus influenzae* isolated from pediatric patients in our hospital.

..... Noriko OTA

A retrospective study of child and adolescent psychiatric patients visiting the emergency clinic in Asahikawa City Hospital between 2005 and 2012

..... Akira TAKEI

[Case Reports]

A Case of Adams Stokes syndrome in a elderly patient with diabetes mellitus receiving insulin treatment..... Akiko UENO

[Nursing Reports]

Environmental restrictions of patients with bed rest limitations

～ Nursing interventions that fit patient demands～

..... Kai HANAKAGE
