

旭川市立病院医誌

第41巻 1号

平成21年12月発行

ISSN 0287-024X



市立旭川病院
Asahikawa City Hospital

【臨床研究】

呼吸器内科における平成19年度の肺炎入院症例の検討 内科 澁谷 英子
循環器病棟患者における抗血栓薬の理解度に関するアンケート調査
薬剤科 山口 純子

【症例報告】

マイコプラズマ肺炎に続発した川崎病の1例 小児科 金田 宜子
アセトアミノフェンを過量服薬した3症例 精神科 松尾 徳大

【看護研究】

ストーマを造った患者へのパスの導入 看護部 永草麻由美

【報告】

2008年度 第2期がん専門薬剤師研修事業参加報告 薬剤科 寺田 和文

【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41巻1号

平成21年12月発行

目 次

【臨床研究】

呼吸器内科における平成19年度の肺炎入院症例の検討	内 科 澁 谷 英 子	1
循環器病棟患者における抗血栓薬の理解度に関するアンケート調査	薬 剤 科 山 口 純 子	7

【症例報告】

マイコプラズマ肺炎に続発した川崎病の1例	小 児 科 金 田 宜 子	12
アセトアミノフェンを過量服薬した3症例	精 神 科 松 尾 徳 大	16

【看護研究】

ストーマを造った患者へのパスの導入	看 護 部 永 草 麻 由 美	21
-------------------------	-----------------------	----

【報告】

2008年度 第2期がん専門薬剤師研修事業参加報告	薬 剤 科 寺 田 和 文	27
---------------------------------	---------------------	----

【臨床病理検討会】

第1回 平成20年6月24日	内 科 岡 本 修 平	29
第2回 平成20年8月5日	内 科 澁 谷 英 子	29
第3回 平成20年11月5日	内 科 桑 谷 俊 彦	30
第4回 平成20年12月15日	内 科 金 田 宜 子	31
第5回 平成21年1月29日	内 科 児 玉 暁	32
第6回 平成21年3月2日	内 科 宇 野 あゆみ	34

【教育研修報告】

新しい心血管アンジオ装置見学	内 科 石 井 良 直	35
第4回有痛性骨転移の疼痛治療における塩化ストロンチウム-89 治療安全取扱講習会に参加して	放 射 線 科 川 島 和 之	35
末梢血管インターベンション（PPI）における技術習得	内 科 奥 山 淳	37
第11回 高線量率ラルス医療安全取扱講習会に参加して	中 央 放 射 線 科 有 路 智 行	38

実践 医療被曝線量評価セミナーへの参加報告	中央放射線科	石澤博	39
心血管撮影装置の道内状況等調査	中央放射線科	三ツ井貴博	41
医療機器管理業務視察研修報告	臨床器材科	鷹橋浩	42
DPC実施病院における物品管理方法視察	臨床器材科	本郷文枝	43
国立保健医療科学院看護部長研修参加報告	看護部	一條明美	45
医療安全管理者養成研修を受講して	看護部	中川恵子	46
看護管理研修に参加して	看護部	坪崎春美	48
施設内における継続教育プログラムの開発研修会を受講して	看護部	外川仁美	49
第60回放射線看護過程研修を受講して	看護部	山本康子	50

【医局抄読会記録】

睡眠時無呼吸症候群と心不全	内科	丹通直	52
30mmを超える分枝型腭管内乳頭粘液性腫瘍の経過観察例の検討	内科	小泉一也	52
Standards of Medical Care in Diabetes 2009	内科	宮本義博	52
AIDS関連リンパ腫の1例	内科	岩崎純子	52
平成20年7月に当科を受診した喘息患者の検討	内科	福居嘉信	53
当科における胸腔鏡補助下肺切除症例の検討	外科	福永亮朗	53
当科におけるワーファリン・ヘパリン使用の実際	胸部外科	大久保祐樹	53
当院における甲状腺手術症例の検討	耳鼻咽喉科	山本潤	54
大腿骨頸部骨折	整形外科	京極元	54
小児欠伸てんかん	小児科	佐竹明	55
腎臓手術とCKD	泌尿器科	田邊起	55
非産褥性子宮内反症の1例	産婦人科	岡本修平	55
多彩な精神・身体症状を呈したクッシング症候群の1例	精神科	松尾徳大	56
麻酔科領域における心拍変動解析の応用	麻酔科	平田直之	57
眼内レンズ	眼科	菅野晴美	57
疥癬	皮膚科	坂井博之	57
有痛性骨転移の疼痛治療 塩化ストロンチウム-89治療について	放射線科	川島和之	57
抗血栓療法施行患者における抜歯後出血に関する臨床的検討	歯科口腔外科	藤盛真樹	58

【看護研究会記録】

退院後の褥婦への電話訪問の評価	東3階	鈴木ちひろ	59
入院中の子どもに付き添う家族の生活環境と疲労	西3階	千葉真理	59
拘束感の少ない点滴自己抜去予防用具を目指して	東4階	小倉佳奈	60

ストーマケアの自立に向けて	西 4 階	新 海 奈津美	60
東病棟 5 階における患者満足度調査	東 5 階	鍛治川 和 加	61
退院後の生活背景を考慮した術後リハビリの設定	西 5 階	上 坂 若 奈	62
転倒転落のベッドサイド看護計画の実施	東 6 階	高 石 麻 未	63
ストーマリハビリテーションパスを作成して	西 6 階	瀬 尾 美 保	63
パンフレットの理解度と服薬コンプライアンスの関係	東 7 階	安 井 睦	63
移植患者の口腔ケア	西 7 階	福 澤 綾 乃	64
固定チームナーシング導入を試みて	北 第 1	池 田 諭 敏	64
長期入院患者に対する退院支援を考える	北 第 2	三 浦 睦 子	65
急性心筋梗塞患者へのパンフレット指導の見直し	集中治療室	平 田 沙 織	65
保護者同伴入室を実施して	手術室	常 包 英 里	66
外来における患者確認に対する意識調査	整形外科外来	大 塚 有 希 子	67

【平成20年度各科学会発表ならびに投稿論文】	68
-------------------------------------	-----------

【Medical Essay】	6, 12
------------------------------	--------------

【編集後記】	87
---------------------	-----------

呼吸器内科における平成19年度の肺炎入院症例の検討*

内科 澁谷英子** 福居嘉信
 谷野洋子 杉山隆治
 松尾徳大 阿部二郎
 西真智子 本橋健司
 岡本修平 岡本佳裕

はじめに

本邦における肺炎の受療率は全人口0.03%であり、死亡率は0.07%で、死亡順位は第4位である¹⁾。肺炎は罹患率・死亡率ともに高く、日常診療でもしばしば遭遇する重要な疾患といえる。原因となる病原微生物、治療を受ける場所、治療に携わる医師、抗菌薬がさまざまであることからいろいろな治療が行われていたが、治療向上を目的に日本呼吸器学会より平成17年に『成人市中肺炎診療ガイドライン』が発行された。

今回われわれは、当科における平成19年度の肺炎入院について、月別・時間帯別の入院症例数、年齢別・性別の嚥下性肺炎の割合や死亡率を調査し、当科における肺炎の特徴を検討した。

対象

平成19年4月1日から平成20年3月31日までに当科に入院した患者460人（男性314人、女性146人）を対象とした。

方法

対象について、レトロスペクティブに検討した。

肺炎の診断は『成人市中肺炎診療ガイドライン』¹⁾に基づいて行い、嚥下性肺炎の診断は『嚥下性肺疾患の診断と治療』²⁾に基づいて行った。無症状で胸部異常影の精査目的に入院した肺炎症例や肺癌に合併した肺炎症例は今回の検討から除外した。

原因菌は、原則3回の喀痰培養、入院時抗菌薬投与前の血液培養1回、全例を対象とはしていないが疑わしい症例に関しては尿中肺炎球菌抗原・尿中レジオネラ抗原・血清マイコプラズマ迅速抗体検査を施行し、一部の症例では気管支肺胞洗浄液培養を施行し、同定した。

重症度については、市中肺炎、施設発症肺炎、院内肺炎のいずれについても、便宜上、成人市中肺炎ガイドラインが提唱する重症度（A-DROPシステム）で分類した。

結果

本検討期間に、肺炎のために当科に入院した患者は103人（男性66人、女性37人）で、入院全体の22.4%を占めていた。これは、肺癌のために入院した患者156人に次いで、2番目に多い入院理由であった（図1）。肺炎入院患者の年齢の中央値は79歳（男性79歳、女性81歳）で、範囲は22歳から101歳までであった。

肺炎入院の内訳は、市中肺炎80人、施設発症肺炎16人、院内肺炎5人、肺結核2人（自宅発症1人、施設内発症1人）であった（図2）。

* : The clinical features of patients admitted to Asahi-kawa City Hospital with pneumonia from April 2007 to March 2008.

** : Eiko SHIBUYA, et al.

Key words : 肺炎, 入院, 死亡率, 原因菌, 重症度

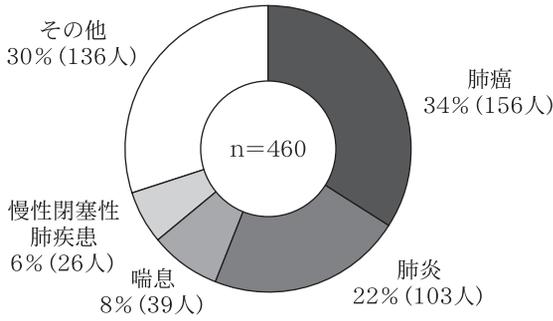


図1 入院患者の疾患別割合

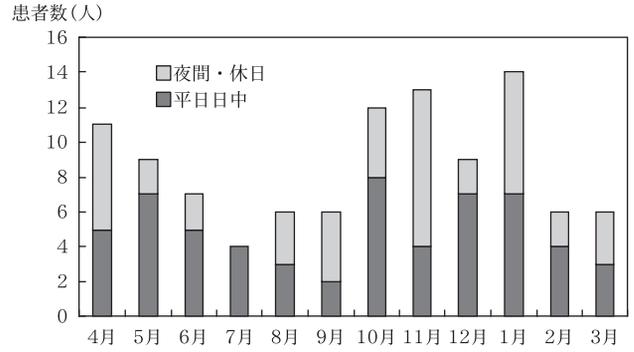


図4 時間帯別入院患者数

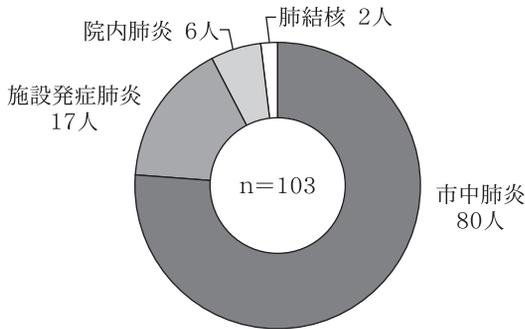


図2 肺炎の分類

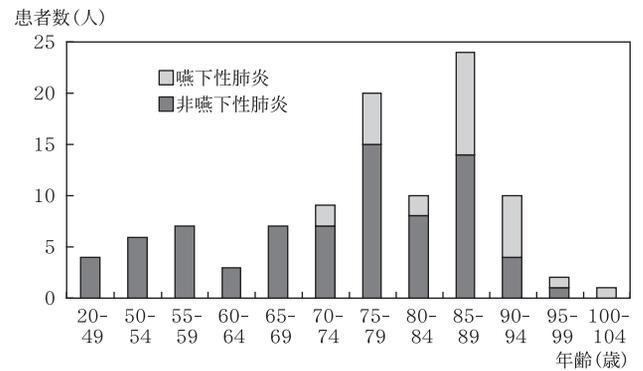


図5 年齢別にみた非嚥下性肺炎・嚥下性肺炎

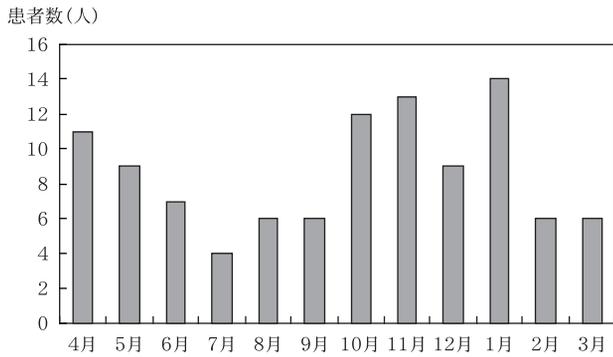


図3 月別入院患者数

肺炎患者の入院時期を月別で見ると、1月が14人と最も多く、最も少なかったのは7月の4人であった(図3)。しかし嚥下性肺炎患者のみで入院時期をみると、8月が5人と最も多かったが、その他の月は1～3人であった。

肺炎による入院の42.7% (44人) が、夜間・休日の入院であった(図4)。その内、市中肺炎80人では、夜間・休日の入院が38.8% (31人) であり、施設発症肺炎16人では、夜間・休日の入院が62.5% (10人) であった。

嚥下性肺炎は27人(男性16人、女性11人)おり、発症年齢は71歳から101歳であった。65歳以上を高齢者と定義すると³⁾、高齢者肺炎の32.5% (27/83) は嚥下性肺炎であった(図5)。性別で見ると、65歳以上の嚥下性肺炎の割合は、男性が31.4% (16/51)、女性が34.4% (11/32) であった。

原因菌は59.2% (61人) が不明であったが、原因菌が判明した中では肺炎桿菌が12.6% (13人) と最多であった(表1)。2番目に多かったのは肺炎球菌9.7% (10人)、3番目に多かったのはインフルエンザ桿菌3.9% (4人) であった。肺炎桿菌は12人が喀痰培養にて、1例は静脈血培養にて同定された。肺炎球菌は2人が喀痰培養と尿中肺炎球菌抗原で、7人が尿中肺炎球菌抗原のみで、1人が喀痰培養のみで同定された。インフルエンザ桿菌はいずれも喀痰培養にて同定された。今回の検討では、複数菌感染を強く疑う検査結果が出た症例は認められなかった。

治療は全体の62.1% (64人) がアンピシリンナトリウム/スルバクタムナトリウム (ABPC/SBT) 単独で治療されており、そのうち同薬のみで軽快したのは

表 1 原因菌

肺炎桿菌	12.6% (13人)
肺炎球菌 (喀痰からの検出3人, 尿中抗原陽性9人)	9.7% (10人)
インフルエンザ桿菌	3.9% (4人)
Klebsiella oxytoca	2.9% (3人)
大腸菌	2.9% (3人)
MRSA	1.9% (2人)
肺結核	1.9% (2人)
その他	4.9% (5人)
不明	59.2% (61人)

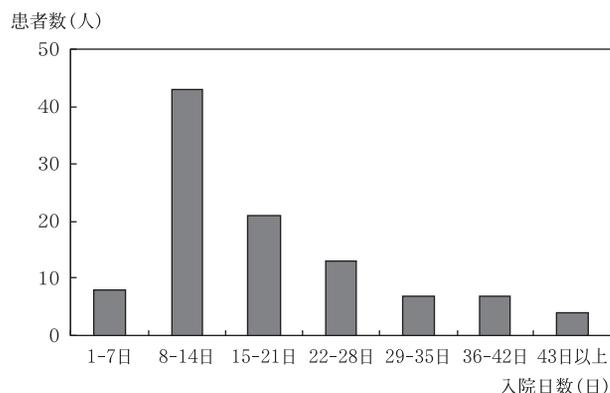


図 6 入院期間

79.7% (51人)であった。次に多い初回治療薬はABPC/SBT+アンピシリン11人で、そのうち同薬のみで軽快したのは72.7% (8人)であった。すなわち肺炎全体の72.8%はペニシリン系の薬剤のみを使用し、そのうち78.7%がその治療で軽快したことになる。市中肺炎80人に限っても、ABPC/SBT単独のみで50人中37人(74.0%)が軽快しており、ABPC/SBT+ABPCも含めると58人中43人(74.1%)がペニシリン系のみで軽快した。その他の初回治療としては塩酸セフトゾラン7人、ピアペナム単独6人、シプロフロキサシン単独2人、メロペナム三水和物単独2人、ABPC/SBT+塩酸ミノサイクリン2人、その他の組み合わせが1人ずつ9通りであった。

入院期間の平均値は18.7日、中央値は15日で、範囲は1日から82日までであった。7日以内が8人、8-14日が43人、15-21日が21人、22-28日が13人、29-35日が7人、36-42日が7人、43日以上が4人であった(図6)。

死亡退院は10人であり、全体での死亡率は9.7%であった(表2)。施設発症肺炎の死亡例はなく、市中肺炎の死亡が9人(11.3%)、院内肺炎の死亡が1人(20.0%)であった。年齢別に見ると、59歳以下では死亡例がなかったのに対し、60歳以上では死亡率が11.6% (10/86)、80歳以上では14.9% (7/47)であった。性別を加えると、男性全体の死亡率が10.6% (7/66)であり、60歳以上の男性では13.0%、80歳以上の男性では21.4%と高くなった。女性では、全体の死亡率が8.1% (3/37)で、60歳以上で9.4% (3/32)、80歳以上で5.3% (1/19)と年齢と死亡率に関連は認められなかった(表3)。成人市中肺炎診療ガイドラインが提唱する重症度(A-DROPシステム)で分類してみると、A-DROPの

表 2 重症度と死亡率 (肺結核 2 例をのぞく)

A-DROP	患者数	死亡者数	死亡率 (%)
0	15	0	0
1	27	1	3.7
2	28	3	10.7
3	22	3	13.6
4	8	2	25.0
5	1	1	100.0
計	101	10	9.9

表 3 性別の死亡率 (%) (死亡数/症例数)

	男性	女性	全体
全体	10.6% (7/66)	8.1% (3/37)	9.7% (10/103)
60歳以上	13.0% (7/54)	9.4% (3/32)	11.6% (10/86)
65歳以上	11.8% (6/51)	9.4% (3/32)	10.8% (9/83)
70歳以上	12.5% (6/48)	7.1% (2/28)	10.5% (8/76)
75歳以上	14.0% (6/43)	4.2% (1/24)	10.4% (7/67)
80歳以上	21.4% (6/28)	5.3% (1/19)	14.9% (7/47)
85歳以上	19.0% (4/21)	6.3% (1/16)	13.5% (5/37)

点数が上がるにつれて死亡率の上昇が認められた(表2)。特に重症と超重症を合わせた群の死亡率は19.4% (6/31)であった。死亡患者の肺炎の原因菌については肺炎桿菌3人、肺炎球菌2人、枯草菌1人、原因菌不明4人であった。嚥下障害の有無に注目してみると、70歳以上で、嚥下障害がある肺炎の死亡率は14.8% (4/27)であり、70歳以上で、嚥下障害のない肺炎の死亡率は8.2% (4/49)であった。

考 察

肺炎は一般に、病院外で日常生活をしていた人に発症した市中肺炎、介護施設に入所中の人に発症する施設発症肺炎、入院48時間以降に新しく出現した院内肺炎、肺結核などに分類される^{1, 4, 5)}。今回、われわれは当科での肺炎の特徴を検討すべく1年間の肺炎入院症例を検討した。

肺炎入院の内訳において、入院時には市中肺炎と思われた81人中1人、施設発症肺炎と思われた17人中1人が入院後に肺結核と診断された。佐伯らは、入院時診断が細菌性肺炎であった116例中4例(3.5%)が肺結核症と診断されたと報告しており⁶⁾、当科もほぼ同様の頻度であったと考えられた。肺炎入院患者全体では秋から冬にかけての入院が多く、夏に少ないという傾向が当科において認められた(図3)が、嚥下性肺炎に限ってみると、特に季節性は認められなかった。肺炎全体および嚥下性肺炎の年齢別発症数が2峰性になっていたが、旭川市の人口統計によると人口分布は2峰性にはなっておらず、偶然か、または別の要因があるものと考えられた⁷⁾。また、寺本は高齢者の市中肺炎の59.5%、高齢者院内肺炎の86.9%が嚥下性肺炎であったと報告している⁸⁾。当科では、65歳以上の市中肺炎23.0%(61人中、14人)、65歳以上の施設発症肺炎62.5%(16人中、10人)が嚥下性肺炎であった。嚥下性肺炎の割合に差が見られた要因には、患者背景や嚥下障害の判定方法などに違いがあったためと思われる。

当院では入院時に非定型肺炎が疑われる症例が少な

く、細菌性肺炎疑いとして治療が開始されることが多い。そのため当科では、成人市中肺炎ガイドラインに基づき、βラクタマーゼ阻害剤配合のペニシリン系抗菌薬であるABPC/SBTを中心として治療を開始することが多かった。

当科における市中肺炎についての集計結果を埼玉県立循環器・呼吸器病センター呼吸器内科の報告⁹⁾と、倉敷中央病院呼吸器内科の報告¹⁰⁾と検討比較した(表4)。埼玉県立循環器・呼吸器病センター呼吸器内科は、4年間で、市中肺炎の入院652人、そのうち重症・超重症の肺炎が17.2%(112人)と発表している⁹⁾。倉敷中央病院呼吸器内科は、3年間で市中肺炎の入院349人、そのうち重症・超重症の肺炎が21.5%(75人)と発表している¹⁰⁾。当科は常勤医3名で、1年間の市中肺炎の入院が80人、そのうち重症・超重症の肺炎が38.8%(31人)であるので、かなり健闘していると言えるのではないと思われる。また当科では夜間・休日の入院が42.7%と多く、医師の負担が少なくないと考えられる。

原因菌は、埼玉県立循環器・呼吸器病センターからの報告では、肺炎球菌(26.2%)、インフルエンザウイルス(12.4%)、マイコプラズマ(10.9%)の順であり⁹⁾、倉敷中央病院からの報告では、肺炎球菌(38.7%)、マイコプラズマ(11.2%)、インフルエンザ桿菌(6.0%)の順であった¹⁰⁾。原因菌の順位や割合が埼玉県立循環器・呼吸器病センターや倉敷中央病院と比較して当科で異なっていた理由は今回の検討では明らかではない。今後、原因菌の追求に力をいれていくと他院の報告に近

表4 市中肺炎の各指標の比較

	埼玉県立循環器・呼吸器病センター	倉敷中央病院	当科
年平均の市中肺炎入院数	163人	116.3人	80人
重症・超重症の割合	17.2%	21.5%	28.8%
原因微生物の第1位	肺炎球菌(26.2%)	肺炎球菌(38.7%)	肺炎桿菌(13.8%)
同第2位	インフルエンザウイルス(12.4%)	マイコプラズマ(11.2%)	肺炎球菌(11.3%)
同第3位	マイコプラズマ(10.9%)	インフルエンザ桿菌(6.0%)	インフルエンザ桿菌(5.0%)
市中肺炎の死亡率	6.4%	3.7%	11.3%
重症・超重症の死亡率	25.0%	14.7%	26.1%

づいていくのか、やはり当科では肺炎桿菌が多いのか、工夫を重ねながら症例を蓄積していく必要があると考えられた。嚥下性肺炎症例では原因菌不明率が77.8% (21/27) とやや高めであり、原因菌検索が不十分なことによる影響も考えられた。

死亡率は、市中肺炎に限って比較すると、埼玉県立循環器・呼吸器病センター呼吸器内科では、全体の死亡率が6.4% (42人)、重症・超重症の死亡率が25.0% (28人)と報告されている。倉敷中央病院呼吸器内科では、全体の死亡率が3.7% (13人)、重症・超重症の死亡率が14.7% (11人)と報告されている。当科では市中肺炎全体の死亡率が11.3%、重症・超重症の死亡率が26.1%であった。これらの結果は他院と比較して大きく劣っているわけではないが、今後も死亡率低下に向けて努力を続ける必要があると考えられた。また、埼玉県立循環器・呼吸器病センターや倉敷中央病院と同様に、当科のデータもA-DROPの点数が肺炎患者の生命予後をよく反映していると考えられた^{9,10)}。年齢と死亡率の関連については、近藤らが、316名の肺炎について69歳以下では死亡率がなかったのに対し、70歳以上では27.2%、80歳以上では30.0%、90歳以上では24.2%と70歳以上で死亡率が上昇することを指摘している¹²⁾。『成人市中肺炎診療ガイドライン』では、男性70歳以上、女性75歳以上で重症度を一段階上げているが、当科の成績では、年齢に関わらず男性よりも女性の死亡率が低目で、男性は80歳以上で死亡率が高くなる傾向が認められた。

入院期間については、三木らの報告によると、市中肺炎において2週間を超える入院が42%で、特に65歳以上の症例の58%が2週間を超える入院となった¹³⁾。当科では2週間を超える市中肺炎患者は55%、さらに65歳以上の症例に限定すると59%が2週間を超える入院であった。田中(高峰)らの報告¹⁴⁾では、60歳未満の市中肺炎患者の平均入院期間は8.0日、60歳以上の市中肺炎患者の平均入院期間は12.3日、60歳以上で中等症以上の市中肺炎患者の平均入院期間は15.7日であった。当科では、60歳未満の市中肺炎患者の平均入院期間は13.1日、60歳以上の市中肺炎患者の平均入院期間は20.7日、60歳以上で中等症以上の市中肺炎患者の平均入院期間は21.1日と、田中らの報告に比べて入院期間がやや長かったが、60歳以上、さらに中等症以上の患者では入院期間が長くなる傾向は同様であった。石井らの報告¹⁵⁾では緊急入院した嚥下性肺炎症例では平

均24.8日、当科でも非嚥下性肺炎で16.2日、嚥下性肺炎で26.0日であった。以上のことから、同じ肺炎であっても、高齢であったり、中等症以上であったり、嚥下性肺炎であったりした場合には、入院期間が長期化してしまうことが考えられた。

結 論

- ・入院患者に占める肺炎の割合は22.4% (103人)であった。
- ・夜間・休日入院の割合は42.7% (44人)であった。
- ・65歳以上の肺炎患者のうち嚥下性肺炎の占める割合は32.5% (27/83人)であった。
- ・肺炎入院全体の死亡率は9.7% (10人)であった。

文 献

- 1) 呼吸器感染症に関するガイドライン作成委員会：成人市中肺炎診療ガイドライン。日本呼吸器学会 東京。2005。
- 2) 福地義之助, 佐々木英忠, 総監修：嚥下性肺疾患の診断と治療。嚥下性肺疾患研究会：6-7。
- 3) 大内尉義：高齢者医療の必要性和その役割。日内会誌 2004；93：2494-2500。
- 4) 呼吸器感染症に関するガイドライン作成委員会：成人院内肺炎診療ガイドライン。日本呼吸器学会, 東京。2008。
- 5) 力丸 徹, 米光純子, 嶋田亜希子, ほか：施設内発症肺炎と市中にて発症した肺炎との比較—高齢者における検討—。日呼吸会誌 2007；45：306-313。
- 6) 佐伯幸子, 松瀬厚人, 副島佳文, ほか：一般市中総合病院において入院後にはじめて診断された肺結核症の検討。呼吸 2004；23：509-513。
- 7) 旭川市公式ホームページ引用 [2008-6-21]
Available from URL <http://www.city.asahikawa.hokkaido.jp/>
- 8) 寺本信嗣：誤嚥による肺炎を防ぐ・治す。日医雑誌 2006；135：1287-1290。
- 9) 高柳 昇, 原健一郎, 徳永大道, ほか：市中肺炎入院症例の年齢別・重症度別原因微生物と予後。日呼吸会誌 2006；44：906-915。
- 10) 石田 直：重症度の判定と治療の判断。化学療法領域 2005；21：6-9。
- 11) Ishida T, Hashimoto T, Arita M, et al: A 3-year prospective study of a urinary antigen-detection test

for Streptococcus pneumoniae in community-acquired pneumonia : utility and clinical impact on the reported etiology. J Infect Chemother 2004 ; 10 : 359 - 363.

- 12) 近藤 晃, 森永芳智, 佐々木英祐, ほか : 細菌性肺炎の入院患者における死因の検討—文献的考察も含めて—. 感染症学雑誌 2007 ; 81 : 268 - 275.
- 13) 三木俊治, 棚橋俊夫, 藤田育子, ほか : 当院にお

ける市中肺炎入院症例の臨床的検討. 日生会誌 2003 ; 32 : 135 - 139.

- 14) 田中 (高峰) 道子, 梶谷みゆき, 松田晶子, ほか : 高齢の市中肺炎患者における入院期間長期化の要因分析. 日老医誌 2004 ; 41 : 666 - 669.
- 15) 石井正紀, 榎本達治, 渋谷泰寛, ほか : 緊急入院した嚥下性肺炎症例の入院期間規定要因の検討. 日呼吸会誌 2007 ; 45 : 521 - 525.

Medical essay

スロー・トロッターズ

スロー・トロッターズはご存知の方もいらっしゃると思うが市立旭川病院の素人楽団である。4年前に旗揚げしてこの方、毎年クリスマスの頃に院内クリスマス・コンサートをお届けしている。われわれもちろんボランティアであるが、演奏会準備のボランティアの方々に支えられている。毎年院長から「お聞き苦しいところもあるかもしれませんが」と紹介されているように、たしかに上手ではない。毎年、製作していただいているDVDを見る瞬間には怖いものがある。しかし、である。音楽は演奏する者たちの「こころ」を聴く人が受け取る作業であろう。きっとわれわれの音楽によって「こころ」を共鳴させる受け手の方が一人くらいはいらっしゃるのではないかと信じてやっている。

人間の身体機能は「こころ」の影響を受けて反応するように作られている。「こころ」が快適なときには「痛み」の閾値も下がり、苦痛が減ることが知られている。音楽演奏には物理的な音だけでなくニュアンスとして演奏者の「こころ」や「気分」が表れる。生の演奏のよさはここにあるのかもしれない。また、生演奏はその瞬間一度だけしか経験できない、消えていく体験であることもよいのかもしれない。演奏者、聴衆共にある種の緊張の中でのコミュニケーションといってもよいかもしれない。ひょっとして聴きにきていただいた患者さんや職員の「こころ」をすこしい気持ちにさせたなら本望である。

バイオリニストの千住真理子さんが不調のため一時演奏活動から遠ざかっていたときにホスピスでの演奏を頼まれた。一旦は断ったが、「余命いくばくもないあなたのファンがいらっしゃる。一人の人間としてどうされますか？」と尋ねられ演奏することにし、このとき「心を入れた演奏をする」ことの重要さに気付いたのだそうだ。ボランティアの意味が分かるような気がする。その意味ではわれわれのスロー・トロッターズも立派なボランティアだ。

(T.F)

循環器病棟患者における抗血栓薬の 理解度に関するアンケート調査*

市立旭川病院・薬剤科 山口 純子** 沼野 達行
 北海道医療大学・分子生命化学講座 岡崎 邦俊 山下 光久
 箭原 妙実

はじめに

心血管系疾患をもつ患者は抗血栓薬を長期間あるいは生涯服用する必要がある。抗血栓薬による治療を成功させるためには、患者自身が抗血栓薬を服用する意義や日常生活上の注意点などの情報を十分に理解していなければならない¹⁾。薬剤師を含む医療スタッフによる服薬指導が広く行われるようになり、薬に関する患者の理解度調査が数多く報告されてきた^{2~6)}。これまでの報告では、内服薬全般もしくは抗凝固薬（ワルファリンカリウム：以下 Wf）に関する調査が多く、抗血小板薬に関する調査はあまり行われていない。市立旭川病院（以下 当院）循環器病棟においても、Wf 導入時にはその日常生活における注意事項の多さから、複数の医療スタッフによる患者指導が実施されているため患者の理解度は高いことが予測されたが、抗血小板薬については患者がどの程度理解しているのかわからなかった。そこで今回、患者が抗血栓薬についてどのように理解しているのかを調査し、Wf 服用者と非服用者間で理解度に違いがみられるかを比較することとした。

対象と方法

2007年8月中に当院循環器病棟において抗血栓薬（アスピリン、チクロピジン塩酸塩、硫酸クロピドグレル、シロスタゾール、Wf）を服用している服薬指導対象患者のうち、口頭で本調査の趣旨を説明し同意が得られた患者に対してアンケート表（図1）を見せながら聞き取り調査を行った。

服薬指導対象患者71人から、抗血栓薬非服用者（8人）、同意を得られなかった者（1人）および病状等の理由により調査が困難であった抗血栓薬服用者（5人）を除いた57人（抗血栓薬服用者63人中の90.5%）にアンケート調査を実施した。

結果はWf単独もしくはWfと抗血小板薬（アスピリン、チクロピジン塩酸塩、硫酸クロピドグレル、シロスタゾール）を併用している群（以下 Wf群）と抗血小板薬のみを服用している群（以下 非Wf群）とに分けて比較を行った。なお、アンケートの回答は1~4の4段階で点数化し（問1、問4および問5は「わかる」を4、「大体わかる」を3、「少しだけわかる」を2、「わからない」を1とした。問2と問3は「今回はじめて」と「ない」を4、「1年前未満」と「ほとんどない」を3、「1~5年前」と「時々ある」を2、「5年以上前」と「ある」を1とした）、それぞれの平均点数を求めた。

Wf群と非Wf群間の比較には、年齢と服用薬剤数はUnpaired t-testを、性別、既往歴および抗血栓薬の内訳はChi-square test、アンケートの平均点数はMann-Whitney U-testを行い、統計学的有意水準は5%未満とした。統計解析はystat2004を用いて行った。

* : Questionnaire survey on the knowledge of antithrombotic agents in cardiovascular inpatients.

** : Junko YAMAGUCHI, et al.

Key words : 抗血栓薬, ワルファリンカリウム,
 抗血小板薬, 理解度, アンケート調査

抗血栓薬(血液のかたまりをできにくくするお薬)に関するアンケート調査

患者様のお薬に関する考えをお聞かせいただき、今後のお薬の説明に役立てていきたいと思っておりますので、アンケート調査にご協力をお願いいたします。

- 問1 現在服用しているお薬の中で、抗血栓薬がどれかわかりますか？
わかる 大体わかる 少しだけわかる わからない
- 問2 抗血栓薬を飲みはじめたのはいつからですか？
今回はじめて 1年前未満 1～5年前 5年以上前
- 問3 抗血栓薬を飲み忘れてたり、飲み間違えることはありますか？
ある 時々ある ほとんどない ない
理由：
- 問4 抗血栓薬を服用する理由や、継続する必要性についてわかりますか？
わかる 大体わかる 少しだけわかる わからない
- 問5 抗血栓薬を服用している方が日常生活上注意しなければならない以下の項目についてご存知でしたか？
1. けが・打撲・鼻血に気をつけること
わかる 大体わかる 少しだけわかる わからない
 2. 他の病院や歯科医院で治療を受ける時、市販のお薬を購入する時には 医師・薬剤師に自分の服用しているお薬を伝えること
わかる 大体わかる 少しだけわかる わからない
 3. 抗血栓薬の副作用とその自覚症状
わかる 大体わかる 少しだけわかる わからない
 4. 他のお薬や食べ物との飲み合わせについて
わかる 大体わかる 少しだけわかる わからない
具体例：
情報源： 医療関係者 知人 雑誌・テレビ その他
- 問6 抗血栓薬をきちんと服用していくためには、薬剤師はどのような説明をするのが効果的だと思いますか？

ご協力ありがとうございました。 市立旭川病院・薬剤科

図1 アンケート調査表

結 果

対象者の特性を表1に示す。Wf群は16人、非Wf群は41人であった。Wf群と非Wf群の性別、平均年齢および心不全と脳梗塞を除く既往歴に有意な差はなかった。服用薬剤数はWf群の方が有意に多かった。

回答者全体、Wf群および非Wf群の平均点数を表2に示す。問1と問5-4はWf群の方が非Wf群よりも有意に点数が高かった。問3、問4、問5-1、問5-2および問5-3も有意ではないものの、Wf群の点数が高い傾向がみられた。問2はWf群と非Wf群間には

ほとんど差は認められなかった。

最も点数が高かったのはすべての群で問3であり、最も点数が低かったのは全体とWf群では問5-3、非Wf群では問5-4であった。

問3の服用忘れ・間違いの原因は、「外食や食事の時間が不規則(6人)」、「剤数が多い・用法が複雑なため混乱する(5人)」、「忙しい・面倒(3人)」および「お酒を飲む(2人)」などが挙げられた。

問5-4の相互作用の具体例は納豆(15人)、グレープフルーツ(12人)、青汁・大量の緑黄色野菜(5人)、

表 1 対象者の特性

	全体	Wf群	非Wf群	P値
人数	57人	16人 (28.1%)	41人 (71.9%)	
性別 男性	46人 (80.7%)	12人 (75.0%)	34人 (82.9%)	P=0.75
女性	11人 (19.3%)	4人 (25.0%)	7人 (17.1%)	
年齢*	65.8±11.7 (34~87)歳	68.4±9.3 (52~87)歳	64.8±12.5 (34~84)歳	P=0.29
既往歴 高血圧	36人 (63.2%)	9人 (56.3%)	27人 (65.9%)	P=0.71
高脂血症	36人 (63.2%)	9人 (56.3%)	27人 (65.9%)	P=0.71
心筋梗塞	33人 (57.9%)	6人 (37.5%)	27人 (65.9%)	P=0.09
狭心症	24人 (42.1%)	5人 (31.3%)	19人 (46.3%)	P=0.46
心不全	21人 (36.8%)	13人 (81.3%)	8人 (19.5%)	P<0.01
糖尿病	20人 (35.1%)	7人 (43.8%)	13人 (31.7%)	P=0.58
高尿酸血症	7人 (12.3%)	2人 (12.5%)	5人 (12.2%)	P=1.00
脳梗塞	5人 (8.8%)	4人 (25.0%)	1人 (2.4%)	P=0.01
抗血栓薬 アスピリン	52人 (91.2%)	12人 (75.0%)	41人 (100%)	P<0.01
チクロピジン塩酸塩、硫酸クロピドグレル	38人 (66.7%)	6人 (37.5%)	31人 (75.6%)	P=0.01
シロスタゾール	24人 (42.1%)	1人 (6.3%)	23人 (56.1%)	P<0.01
ワルファリンカリウム	16人 (28.1%)	16人 (100%)	0人 (0%)	P<0.01
服用薬剤数*	8.5±2.8 (2~16)剤	10.4±2.7 (4~16)剤	7.8±2.4 (2~14)剤	P<0.01

Wf：ワルファリンカリウム

*平均値±標準偏差 (最小値~最大値)

P値は年齢と服用薬剤数はUnpaired t-test, 性別, 既往歴および抗血栓薬はChi-square test (Wf群 vs 非Wf群) の結果で, 統計学的有意水準は5%未満とした。

表 2 アンケート結果

	全体 (57人)	Wf群 (16人)	非Wf群 (41人)	P値
問 1	2.40±1.15	3.38±0.96	2.02±0.99	<0.01
問 2	2.81±1.26	2.75±1.34	2.83±1.24	0.86
問 3	3.51±0.97	3.75±0.77	3.41±1.02	0.39
問 4	2.98±1.09	3.19±1.05	2.90±1.11	0.39
問 5 - 1	3.42±1.13	3.63±1.02	3.34±1.17	0.45
問 5 - 2	3.35±1.13	3.44±1.09	3.32±1.15	0.71
問 5 - 3	2.07±1.21	2.38±1.26	1.95±1.18	0.30
問 5 - 4	2.26±1.38	3.31±1.01	1.85±1.30	<0.01

Wf：ワルファリンカリウム

データは平均値±標準偏差で示す。

問 1, 問 4 および 問 5 は「わかる」を 4, 「大体わかる」を 3, 「少しだけわかる」を 2 および「わからない」を 1 とした。

問 2 は「今回はじめて」を 4, 「1 年前未満」を 3, 「1~5 年前」を 2 および「5 年以上前」を 1 とした。

問 3 は「ない」を 4, 「ほとんどない」を 3, 「時々ある」を 2 および「ある」を 1 とした。

P値はMann-Whitney U-test (Wf群 vs 非Wf群) の結果で, 統計学的有意水準は5%未満とした。

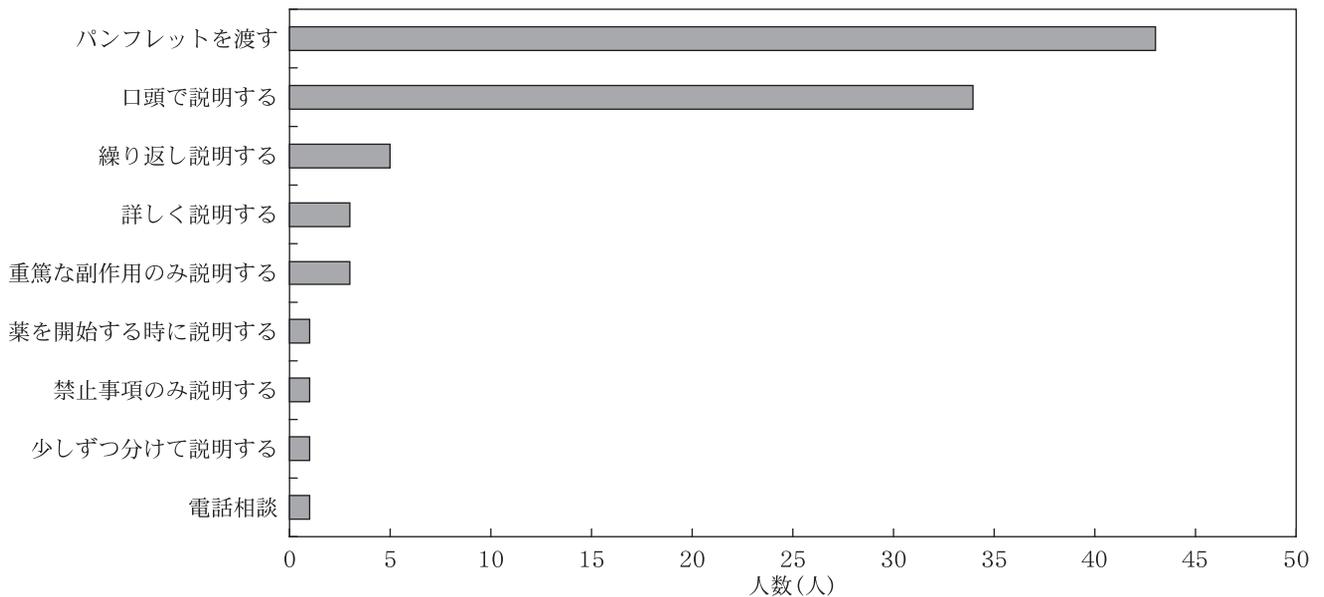


図2 服薬指導方法

クロレラ（3人）および市販薬（3人）となり、その情報源は医療関係者（29人）、知人（4人）および雑誌・テレビ（2人）であった。

問6の結果を図2に示す。薬剤師からの服薬指導方法は、「パンフレットの配布」と「口頭での説明」を希望する意見が多かった。

また、表2には示していないが、Wfと抗血小板薬を併用している13人において問1をWfと抗血小板薬に分けて質問した場合の点数は、Wfが 3.23 ± 0.93 、抗血小板薬が 2.62 ± 0.65 であった。

考 察

今回、循環器病棟入院患者を対象として抗血栓薬の理解度に関するアンケート調査を行ったところ、Wf群は非Wf群に比べて抗血栓薬の理解度やコンプライアンスが良好であった。特に「薬剤の識別（問1）」と「薬や飲食物との飲み合わせ（問5-4）」に関する項目はWf群の方が有意に理解度が高かった。一方、「服用期間（問2）」に関する項目にはほとんど差がなかったことから、長く服用しているからといって理解度が高いという訳ではないことが考えられた。さらに、Wfと抗血小板薬を併用している13人においては、抗血小板薬よりもWfに対する印象が強いことが伺えた。「服薬コンプライアンス（問3）」に関する項目では、服用

忘れ・間違いの原因としては、外出・仕事、外食、不規則な生活や複雑な用法などが多いとするこれまでの報告^{4~6)}と同様の結果が得られたが、すべての群において点数が最も高く、良好な結果となった。これは、本調査が入院患者を対象としており、当院入院中は患者が準備した薬を看護師が確認していることが影響した可能性も考えられる。さらに、Wf服用者に対しては退院時まで看護師がWfを配薬しているため、Wf群でより良好な結果となったのではないかと考えられる。一般的に、Wfは導入時にその必要性について医療スタッフから十分に説明を受け、外来通院時にも血液検査結果や副作用等を確認する機会が多い。このことが「服用意義（問4）」、「日常生活上の注意点（問5）」に関する項目についてもWf群の理解度が高いことに影響を与えていると考えられる。Wfの患者向けパンフレット（エーザイ株式会社、2006年8月）には日常生活上の注意事項が分かりやすく記載されており、当院循環器病棟でもWf導入時の服薬指導の際に配布している。チクロピジン塩酸塩と硫酸クロピドグレルには肝障害、無顆粒球症および血栓性血小板減少性紫斑病等の重篤な副作用が報告されているため、冠動脈ステント留置に際し医師が十分な説明を行い、服薬指導時にも再度伝えている。しかしながら、Wf群と非Wf群の両群とも「副作用（問5-3）」の点数が低い結果

となった。これは副作用や服薬上の注意点に関する理解度が低いとする報告^{5,6)}と同様の結果であるが、「わからない」と回答した患者の中には「自分自身が副作用を経験したことがないからわからない」という意見が多く聞かれたことから、頻度は多くなくとも重篤な副作用の自覚症状と早期発見の重要性についてさらなる注意喚起と意識付けが必要であることが示唆された。また、非Wf群で「相互作用（問5-4）」の点数が最も低いという結果は、外来透析患者を対象とした調査⁵⁾と同様であった。その理由としては、添付文書上にシロスタゾールとグレープフルーツとの相互作用の記載はあるが摂取を禁止する表現ではなく（プレタール添付文書、2007年9月）、アスピリンについても禁止事項の記載はないため（バイアスピリン添付文書、2006年4月、ワファリン添付文書、2007年10月）、患者は特段説明を受けていないことが考えられる。相互作用の情報源の大半が医療関係者という結果から、薬剤師が行ってきた服薬指導の重要性を感じるとともに、その方法としては口頭による説明だけでなく、後に再確認ができて家族にも見せることができる資料をもらうことが安心につながるという意見が多く寄せられた。

おわりに

2007年10月には日本においても硫酸クロピドグレルの冠動脈疾患への効能が追加となり、今後、薬剤溶出性冠動脈ステント等の治療法の進展に伴って抗血小板薬の重要性はさらに増していくだろう。さらに、Cypherステントで3ヵ月間、TAXUSステントでは6ヵ月間のチクロピジン塩酸塩あるいは硫酸クロピドグレルの服用が推奨されているように（Cypherステント添付文書、2008年3月、TAXUSエクスプレス2ステント添付文書、2008年3月）⁷⁾、服用期間の長期化に伴いコンプライアンスの向上と重篤な副作用の回避には、患者の抗血小板薬に関する理解度を高めることが非常に重要である。また、近年後発医薬品の普及に伴って薬品名を覚えることが困難となり、入院時に服用薬の申告が遅れたり、医療スタッフの見落としが原因で手術や侵襲的な検査・処置が延期となるといった事態も、患者が抗血栓薬の特性を理解し自己申告を行えるようになれば未然に防ぐことができるかもしれない。今回の調査から、副作用に関する効果的な情報提供とWf非服用者の理解度をWf服用者と同じレベルに引き上

げていく方法として、患者向け説明書⁸⁾のような「パンフレット」を使用したり、ワファリン教室⁹⁾のようなより積極的な服薬指導を行うことも有効な手段の一つであることが示唆された。そこで、当院においても理解度の低かった副作用や相互作用に重点を置いた独自の患者向け説明書を作成し、指導効果を検討したいと考えている。患者の理解度を高めることができれば、取り扱いに注意を要する「ハイリスク薬」の一つである抗血栓薬の安全で有効な使用の推進につながることを期待される。

文 献

- 1) Kimmel SE, Chen Z, Price M et al: The influence of patient adherence on anticoagulation control with warfarin: results from the International Normalized Ratio Adherence and Genetics (IN-RANGE) Study. *Arch Intern Med* 2007; **167**: 229-235.
- 2) 赤澤美保, 松岡昌子, 横田ひとみ, ほか: 心房細動患者の抗血栓療法に対する認識度の検討. *日本病院薬剤師会雑誌* 2000; **36**: 623-626.
- 3) 片桐 歩, 廣川美奈子, 山中美佐, ほか: 慢性腎不全患者への指導 第1報 腎臓内科病棟における服薬指導の現状と問題点. *日本病院薬剤師会雑誌* 2002; **38**: 735-738.
- 4) 山谷明正, 林 誠, 能村涼子, ほか: 透析患者のコンプライアンスと服薬理解度に関する調査. *日本病院薬剤師会雑誌* 2002; **38**: 993-995.
- 5) 市東友和, 高橋京子, 山浦真弓, ほか: 外来透析患者における内服薬の理解度に関する統計学的解析. *医療薬学* 2003; **29**: 532-538.
- 6) 林 誠, 竹尾恵理子, 岡田守弘, ほか: 虚血性心疾患患者における服薬アンケート調査とコンプライアンス向上に関する検討. *日本病院薬剤師会雑誌* 2004; **41**: 1403-1406.
- 7) 循環器病の診断と治療に関するガイドライン研究班: 循環器疾患における抗凝固・抗血小板療法に関するガイドライン. *Circulation Journal* 2004; **68** (suppl IV): 1153-1219.
- 8) 村中朋子, 陣上祥子, 角田隆輔, ほか: 経皮的冠動脈インターベンション (PCI) 施行患者に対するチクロピジン塩酸塩の薬剤管理指導～薬剤溶出ステント (DES) 導入にあたって～. *日本病院薬剤師会雑誌* 2007; **43**: 211-214.

- 9) 深瀬文昭, 山村恵子, 桜井恒久, ほか: 外来抗凝固療法への薬剤師の参加—ワーファリン教室—. 医療薬学 2003; 29: 575-580.

Abstract

Patients with cardiovascular disease must follow long term antithrombotic therapy. Successful antithrombotic therapy is dependent upon the patient's knowledge of this agent. Many previous studies have evaluated the patient's knowledge of anticoagulant medication, however, that of antiplatelet medication has not been well studied. Therefore, we conducted questionnaire survey and compared the knowledge in 57 inpatients on warfarin (Wf, n=16) and inpatients not on warfarin with antiplatelet (non-Wf, n=41).

The patient's knowledge was assessed by calculating

mean knowledge scores (maximum score 4). No statistically significant difference was found on "medication period", Wf had good compliance with therapy and higher knowledge scores than non-Wf. Especially, Wf scored significantly higher than non-Wf on "understanding of their antithrombotic agent's name" and "interactions with other agents and foods" (3.38 vs 2.02 and 3.31 vs 1.85, respectively; $p < 0.01$), whereas, the lowest score of both groups were "adverse effects".

In conclusion, this study suggests that educational intervention for non-Wf has a potential to improve their compliance and knowledge scores to the level of Wf.

Furthermore, these improvements are very important in safety and effective medication in patients with antithrombotic agents, one of "high risk agent groups".

Medical essay

ミドル・ワールド

かつて、造血幹細胞が骨髄マトリクスの中でどのような動きをするのかという映像をみて驚いたことがある。ひとつの幹細胞があたかも自分の意思によってあちこち探りながらマトリクスの裏から表へと動き回り、じっと止まったかと思うと分裂し、その後お互い接触したり離れたりしながら、なにやら情報を交換しあっているような素振りをしている。こんなことになっているとは想像できなかった。さらに小さなウィルスやDNAの世界はどんなことになっているのだろうか？

1 マイクロメートル以下1 ナノメートルまでのいわゆるナノ世界がこれに相当し、ミドル・ワールドと呼ばれ、ナノテクノロジーは次代の注目の領域である。一般に1 マイクロメートル以上のいわゆるマクロ物体の運動は決定論的なニュートン力学で規定できるといわれている。また、1 ナノメートル以下は量子力学の確率論の世界である。この中間のミドル・ワールドではブラウン運動に代表される不規則な分子運動系が支配する世界で、ここにこそ無機物質から有機生命誕生への鍵があると考えられている。医学においてもこの世界の新しい考え方を持ち込んだ研究が必要となるだろう。DNAの突然変異や染色体の転座など、癌の発症と密接な関係が示唆されているながらその病理機序がわかっていない現象の解明にも一役買うに違いない。若い研究者たちはこんな学問にも目を向けなければならないのだろう。

(T.F)

症例報告

マイコプラズマ肺炎に続発した川崎病の1例*

小児科 金田 宜子** 中嶋 雅秀
阿部 二郎 佐竹 明
小西 貴幸

はじめに

川崎病でマイコプラズマ抗体価の上昇を伴う例はこれまで日本でもいくつかの報告がある。またその中で数例であるが冠動脈病変を認めた例も報告されている。

われわれは今回マイコプラズマ肺炎に続発した川崎病で巨大冠動脈瘤を呈した1例を経験したので、文献的考察も含めて報告する。

症 例

症 例：6歳2ヵ月，女児

主 訴：発熱，眼球結膜，口唇発赤，膝関節痛

出生歴：39週2日，2904g，正常経膈分娩で仮死なく出生

既往歴：特記事項なし

家族歴：父および母が小児喘息

現病歴：平成20年1月9日に咳嗽が出現し，21日から咳嗽の増強を認め，22日（第1病日）には38度前後の発熱，眼球結膜の充血が出現した。同日当科外来を受診し，クラリスロマイシン（CAM）等の処方にて経過観察となった。その後23日から下肢や腕に発疹が出現

し，24日当科外来を再診した。胸部X線では明らかな肺炎像は認めず，血液検査にて白血球 $11490/\text{mm}^3$ ，CRP $6.21\text{mg}/\text{dl}$ ，マイコプラズマIgM陽性を認めたためCAM継続となった。25日夜から両膝・両足関節痛を認め，26日当院救急外来を受診した。胸部X線にて肺炎像を認め，川崎病も疑われたため同日当科に入院した。

入院時現症：湿性咳嗽あり。SpO₂ 94%，脈拍130bpm，体温37.6度。心音は整・心雑音なし，肺音はラ音聴取せず。頸部リンパ節に腫大・圧痛なし。口唇発赤・眼球結膜発赤著明，莓舌を認める。咽頭発赤あり。肝脾腫なし。発疹なし。四肢末端の変化なし。左膝関節に疼痛・圧痛あり，可動域制限なし。

入院時検査所見：WBC $14590/\text{mm}^3$ （seg 76.1%），CRP $11.74\text{mg}/\text{dl}$ ，ESR（1h/2h） $76/119\text{mm}/\text{hr}$ と炎症反応の上昇，マイコプラズマPA抗体20480倍，寒冷凝集素64倍と上昇を認めた（表1）。

表1 入院時検査所見

Hematological exam.		Blood chemistry		Serological exam.	
RBC	$464 \times 10^4 / \text{mm}^3$	T.P	6.6 g/dl	CRP	11.74 mg/dl
Hb	12.6 g/dl	ALB	3.5 g/dl	RATIA	(-)
Ht	37.3 %	GOT	18 IU/l	ASO	251 U/ml
Plt.	$28.3 \times 10^4 / \text{mm}^3$	GPT	8 IU/l	抗核抗体	(-)
WBC	$14590 / \text{mm}^3$	LDH	218 IU/l	寒冷凝集	$\times 64$
Neut.	76.1 %	ChE	228 IU/l	マイコプラズマPA	$\times 20480$
Eos.	0.5 %	BUN	7.4 mg/dl		
Baso.	0.2 %	Cre	0.34 mg/dl		
Ly.	18.3 %	Na	138 mEq/l	Blood gas analysis	
Mono	4.9 %	K	3.7 mEq/l	(Vein, room)	
ESR(1h/2h)	$76/119 \text{ mm}/\text{hr}$	Cl	100 mEq/l	pH	7.434
				pCO ₂	36.6 mmHg
				pO ₂	49.0 mmHg
				BE	0.7 mmol/L
				HCO ₃ ⁻	24.1 mmol/L

* : A case of Kawasaki disease associated with mycoplasma pneumonia.

** : Yoshiko KANEDA

Key words : マイコプラズマ肺炎，川崎病，巨大冠動脈瘤

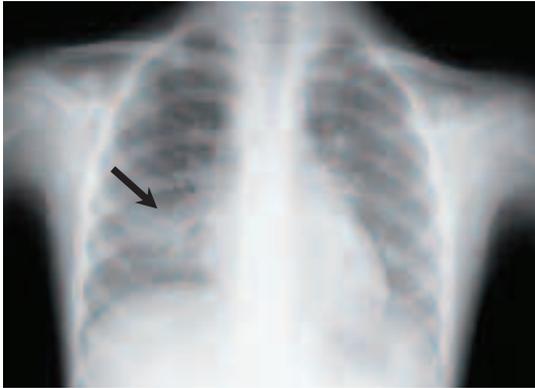


図1 入院時胸部写真
右下肺野に浸潤影を認める

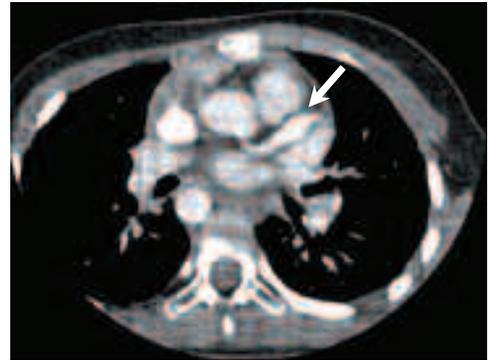


図3 冠動脈CT
左前下行枝の拡張を認める

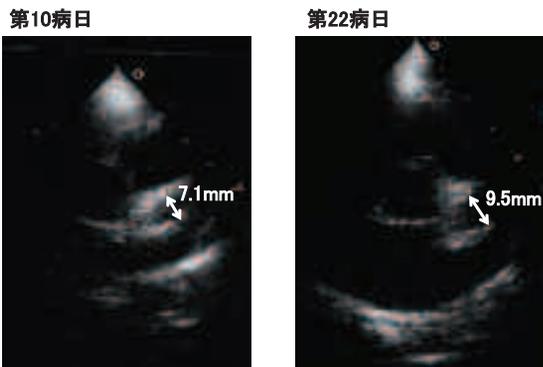


図2 心臓エコー検査所見

第10病日に左前下行枝のφ7.1mm大の瘤を認める
第22病日にはφ9.5mm大までの拡大を認める

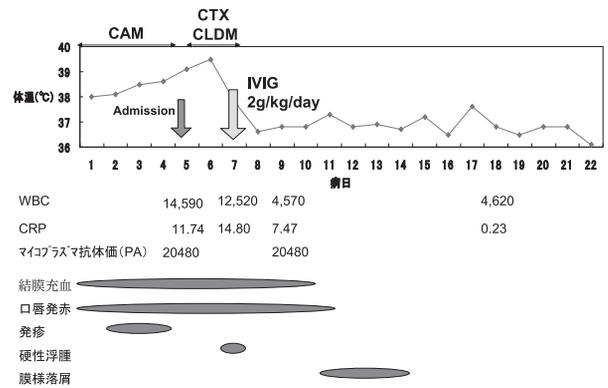


図4 入院後経過①

胸部X線：左中肺野にすりガラス状陰影を認める。
(図1)

血液培養：陰性

入院後経過 (図4, 5)：入院時発熱5日目で川崎病主症状は4/6であった。心エコー検査では明らかな病変は認めなかった。入院後は左股関節痛が強く、マイコプラズマ感染の全身症状とも川崎病の症状とも考えられた。クリンダマイシン (CLDM) 点滴静注及び他の細菌性肺炎の可能性も考慮してセフォタキシムナトリウム (CTX) 静注も開始した。入院後も高熱が続き、27日発熱6日目より手の浮腫を軽度認めた。28日発熱7日目で手指の浮腫も含めて川崎病の主症状5/6と

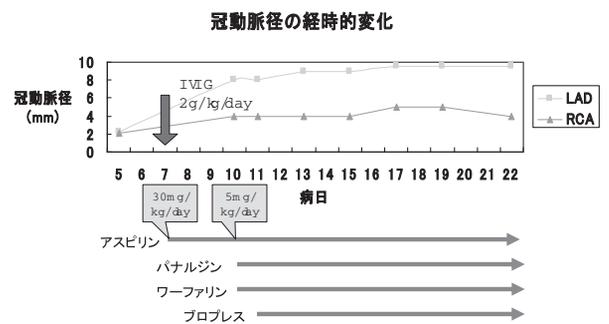


図5 入院後経過②

なり、マイコプラズマ感染に合併した川崎病と診断し、 γ グロブリン大量療法 (2 g/kg/day)・アスピリン内服 (30mg/kg/day) を開始した。開始後半日程度で解熱を認め、関節痛も消失した。その後再発熱はないものの眼結膜充血と口唇発赤は続いた。1月31日 (第10病日) 心エコー検査 (図2) で左前下行枝に ϕ 8 mm 大の冠動脈瘤、右冠動脈に ϕ 4 mm 大の拡張を認めた。同日よりワルファリン (2 mg/day)・塩酸チクロピジン (5 mg/kg/day)・アスピリン (5 mg/kg/day) 内服を開始した。翌2月1日冠動脈CTを施行し (図3), 左前下行枝に ϕ 9 mm 大の巨大瘤, 右冠動脈拡張 (seg 1 ϕ 4 mm 大, seg 3・4 ϕ 4 mm 大) を認めた。2日よりカンデサルタンシレキセチル (プロプレス) (0.1mg/kg/day) 内服も開始した。7日 (第17病日) の心エコー検査で左前下行枝は ϕ 9.5mm 大まで拡張を認めたがそれ以降拡張を認めなかった (図2)。

13日 (第23病日) 内服を継続として、外来フォローの方針で退院した。退院後内服薬継続して現在まで約1年経過しているが冠動脈瘤の大きさはほぼ横ばいで経過している。

考 察

今回われわれは、マイコプラズマ肺炎に続発した川崎病で巨大冠動脈瘤を呈した6歳女児例を経験した。

マイコプラズマ感染と川崎病が単なる偶発症なのか因果関係があるのかについては、川崎病そのものがいまだに病因不明であり見極めは難しい。しかしながら近年病因として、スーパー抗原との関係が注目されている^{1,2)}。マイコプラズマにおいてもMAM (mycoplasma arthritidis-derived mitogen) がスーパー抗原として働くことが報告されており^{3,4)}、川崎病への関与が推察されている。渡辺らは⁶⁾ マイコプラズマ感染に合併した川崎病症例19例の検討において、その多くで肺炎が先行し、次第に川崎病の診断基準を満たす経過をとっていたことを指摘しており、この報告からもマイコプラズマが川崎病発症の引き金となっていた可能性が示唆される。われわれの症例でも発熱の前に咳嗽症状が長く続き、第5病日にすでにマイコプラズマPA抗体価が20480倍と高値であり川崎病発症前にマイコプラズマ感染が先行していた。

マイコプラズマ感染症に川崎病を併発した例は、われわれの例を含め調べた範囲で少なくとも30例の報告があった^{5~14)}。これら30例を検討してみると (表

表2 マイコプラズマ感染に合併した川崎病の検討

症例	30例	
年齢	1~11歳 (平均4.7歳)	
性差	男 17例	
	女 12例 (1例不明)	
冠動脈病変 (20例中)		
	{ 拡大 3例 }	…本症例
	{ 瘤 2例 }	
	{ 巨大瘤 1例 }	

2), 発症年齢は1歳から11歳で平均4.7歳, 男女比は1.42対1であった。また冠動脈病変について検討可能な症例は20例で^{5~14)}, 6例 (30%) に病変を認めた。冠動脈拡大3例, 瘤2例で巨大冠動脈瘤を来したものは本症例のみであった。

2005~2006年度川崎病全国調査¹⁵⁾によると、男女比が1.39対1, 年齢別罹患率では生後6~8ヵ月が最も多く、4歳未満の割合が全体の8割弱を占めていた。急性期冠動脈病変は、拡大10.09%・瘤1.49%・巨大瘤0.35%, 合計11.93%に認めていた。

これらの結果からマイコプラズマに合併した川崎病は、通常の川崎病と比較し発症年齢が高く冠動脈病変を起こしやすい傾向がうかがえた。年齢に関してはマイコプラズマ感染が学童期に多いことが原因として考えられる。冠動脈病変の出現率が高率であり、本症例のように巨大冠動脈瘤を来す可能性もあるということは注目すべきであろう。これはマイコプラズマ感染合併の川崎病においては、より強力な治療戦略が必要であることを示唆するものである。ただし今回の統計では母体集団が大変小さく、報告症例のみの検討であるためバイアスがかかり、信頼性としてはかなり低いであろうことが予想される。今後も大規模集団においてのさらなる検討が必要と思われる。

おわりに

マイコプラズマ肺炎が先行した川崎病に巨大冠動脈瘤を合併した1例を報告した。川崎病を発症した場合に最も注意すべきことは今回の症例でも認めた冠動脈病変の合併であり、治療を行う上で今後とも常に念頭に入れておくべき病態である。

文 献

- 1) Leen C, Ling S: Mycoplasma infection and Kawasaki disease. Arch Dis Child 1996; 75: 266-267.
- 2) Abe J, Kotzin BL, Jujo K et al: Selective expansion of T cell expressing T-cell receptor variable regions V β 2 and V β 8 in Kawasaki disease. Proc Natl Acad Sci USA 1992; 89: 4066-4070.
- 3) 内山竹彦: スーパー抗原性細菌外毒素による感染症の発症機序の解明. Modern Media別冊 2003; 46: 344-353.
- 4) Cole BC: The immunobiology of Mycoplasma arthritis and its superantigen MAM. Curr Top Microbiol Immunol 174: 107-119, 1991.
- 5) 木下義久, 坂野 堯: 川崎病の診断基準を満たしたマイコプラズマ感染症の1例. 日本小児循環器学会雑誌 1997; 13: 643-647.
- 6) 渡辺麻衣子, 城和歌子, 大湯淳功, ほか: マイコプラズマ肺炎を合併した川崎病の1例. 臨床小児医学 2001; 49: 35-37.
- 7) 中嶋敏宏, 高永 煥, 四方卓磨, ほか: マイコプラズマ肺炎を合併した川崎病の1例. Prog Med 1988; 8: 1738-1742.
- 8) 五十嵐徹, 山本佳樹, 山本正生: 川崎病の診断基準を満たしたマイコプラズマ肺炎の3例. 茨城県臨床医学雑誌 1997; 33: 39.
- 9) 福原康之, 山口真也: 川崎病の診断基準を満たしたマイコプラズマ肺炎の1男児例. 小児感染免疫 2001; 13: 244-247.
- 10) 今村俊彦, 横井健太郎, 中井倫子, ほか: マイコプラズマ肺炎, 胸膜炎に続発した川崎病の1例. 小児科 2004; 45: 2234-2237.
- 11) 成田光生, 山田 諭, 中嶋雅秀: 肺炎マイコプラズマ感染による川崎病の1例. 日本マイコプラズマ学会雑誌 1999; 26: 52-54.
- 12) 田中智子, 寺口正之, 池本祐実子, ほか: マイコプラズマ肺炎を合併した川崎病の1歳女児例. Prog Med 2002; 22: 1581-1584.
- 13) 酒井理恵, 坂口佐知, 小口 学, ほか: 肺炎マイコプラズマIgM抗体が陽性であった川崎病の3症例. 小児科臨床 2007; 60: 1591-1596.
- 14) 上野健太郎, 野村裕一: マイコプラズマ肺炎後に川崎病を併発した3例: 川崎病を発症した症例の特徴. 日本小児循環器学会雑誌 2007; 23: 440-446.
- 15) 第19回川崎病全国調査成績 [2010-2-9] Available from URL http://www.jichi.ac.jp/dph/kawasakibyouto20070904/kawasaki19_report.pdf#seachi='第19回川崎病全国調査成績'

症例報告

アセトアミノフェンを過量服薬した3症例*

市立旭川病院・精神科	松尾徳大**	武井明
	天野瑞紀	目良和彦
	佐藤譲	原岡陽一
同・内科	外川征史	
同・麻酔科	一宮尚裕	
都立梅ヶ丘病院	宮崎健祐	

はじめに

アセトアミノフェン (acetaminophen ; 以下 AAP) は、一般用医薬品の解熱鎮痛薬および総合感冒薬の主薬として広く使用されている解熱鎮痛薬である。近年ではインフルエンザに対してジクロフェナクやメフェナム酸などの消炎鎮痛剤の使用を抑えることが望ましいという意見が、厚生労働省や関連学会から公表されるようになったため、AAPの使用頻度はさらに増加している^{1,2)}。

AAPは、常用量では副作用が少なく、比較的安安全な薬剤として知られているが、過量摂取すると重篤な肝障害や腎障害を引き起こし死に至る危険性もある。今回、われわれは市販総合感冒薬を過量服薬し、急性AAP中毒を呈した3症例を経験したので報告する。

症例

症例1 : 20歳, 女性

診断 : 適応障害

既往歴 : 精神疾患の既往はない

* : Clinical Characteristics of Three Acetaminophen Overdose Patients.

** : Naruhiro MATSUO, et al.

Key words : アセトアミノフェン, 過量服薬, 総合感冒薬, N-アセチルシステイン

家族歴 : 特記事項はない

生育歴 : 同胞4名の第3子。幼少時から一貫して手のかからない子であったと母親が述べている。高校時代はトップで入学し生徒会長を務めるなど積極的に活動していた。大学入学後から一人暮らしを始めた。

現病歴 : X年2月13日午後10時頃、交際中の男性から急に別れ話を告げられたことで、精神的に大きなショックを受けたため、自宅アパートで数人の友人と一緒に大量の飲酒をした。友人が帰った後の翌2月14日午後0時頃に、友人に呂律がまわらない口調で「もう死ぬ。私はもう駄目」という内容の電話をした。電話を受けた友人が患者のアパートを訪れたところ、床に倒れている患者を発見したため、救急車を要請した。患者の傍らには市販総合感冒薬の瓶や錠剤が散乱していた。同日13時40分に市立旭川病院救急外来に到着し、当直医から精神科に連絡が入った。

受診時の状態 : 意識障害の程度はJCS300であったが、バイタルサインは当初安定していた。友人が患者の部屋に散乱していた市販総合感冒薬エスタック (R) の残薬を整理した結果、同剤約70錠を過量服薬したことが判明した (AAP換算で7000mg)。その後、呼吸状態が悪化したため、当院ICUに入院した。

入院後の経過 : 入院後、気管内挿管が行われ人工呼吸器が装着された。服薬推定時刻から既に3時間が経過していたが、気管内挿管下で胃洗浄を行った。当院到着時の血液検査では肝機能は正常であったが、AAPによる重篤な肝障害の発症が予想されたため、N-アセチ

ルシステイン (N-acetyl cystein) としてムコフィリン吸入液 (352.4mg/2 ml/A) 40mlを胃管から投与し、以後4時間おきに20mlを3日間投与した。

同年2月14日には、意識障害がJCSで1桁台まで回復した。治療開始後、AAPの影響によると思われるI°房室ブロックが一過性に認められただけで、肝障害を併発することもなく経過し、入院4日目にはICUから当科に転棟した。

転棟時には、意識は清明で抑うつ症状や希死念慮などは認められなかった。また、患者には生命に関わる重大な行為を行ったという深刻さは認められず、いつ退院できるのかと繰り返して主治医に尋ねてきた。全身状態が改善されたため、入院13日目に当科を退院した。面会に訪れた母親は、患者に対して温かみがなくやや冷淡な印象を受けた。退院後は当科外来にて通院治療を継続している。

まとめ：本症例は、男性との予期せぬ別れ話を受け入れられず、強い喪失感や孤独感に耐え切れずに短絡的に手元にあった市販総合感冒薬の過量服薬に至ったと考えられた。

症例2：19歳、女性

診断：境界性パーソナリティ障害

既往歴：幼児期からアトピー性皮膚炎に罹患。X-1年7月に交通事故によって顔面に著しい外傷を負い、傷跡が鮮明に残っている。

家族歴：特記事項はない

生育歴：同胞3名の第3子。満期正常産で出生し、発達も順調であった。高校時代には生徒会活動を熱心に行っていた。高校卒業後は飲食店のアルバイトを転々としていた。

現病歴：X-1年秋頃に過量服薬と自傷のため某総合病院に2度にわたって救急搬送され、同院精神科で治療を受けたが、主治医と治療方針が合わないということから治療を中断した。その後、気分が沈むということで、複数の精神科クリニックを受診したが、主治医の診療態度が気に入らないという理由からいずれも治療を中断している。

X年2月21日、交際相手の男性との口論を契機として、衝動的に市販総合感冒薬新ルル(R)120錠程(AAP換算で12000mg)を過量服薬した。服薬後、嘔吐を繰り返すようになったため、友人に付き添われて、同日当院内科を受診した。

受診時の状態：意識は清明でバイタルサインに異常は

みられなかった。過量服薬後、数時間が経過していたため、胃洗浄を行わなかった。AAP中毒と診断されて、同日当科に紹介された。

当科ではAAPによる肝障害の予防のために入院治療を勧めたが、患者は頑なに入院を拒否した。AAP中毒に対する治療が不可欠と判断されたため、入院の同意を得るために父親に連絡した。しかし、父親は当初「娘が入院を拒否しているのなら、死んでも構わない」と突き放した発言をしていた。主治医からの再三にわたる説明の結果、最終的に父親は救命処置の重要性を理解し、父親による入院の同意が得られて当科に医療保護入院となった。

入院後の経過：患者は入院時から治療に対して拒否的な態度を示し、点滴やバルーン挿入などの処置を受けることに激しく抵抗し、主治医や看護師に暴力を振るうこともあった。そのため、ハロペリドール静注による鎮静と身体拘束を行った後に胃管を挿入し補液を開始した。さらに、ムコフィリン吸入液(352.4mg/2 ml/A)36mlを胃管から投与し、以後4時間おきに18mlを3日間投与した。入院3日目からは治療行為に対して若干抵抗するものの、暴力行為はみられなくなり、肝障害の徴候も認められなかった。そのため、入院6日目に当科を退院した。患者に対して精神科治療の必要性を説明したが、患者は退院後の通院を頑なに拒否した。

まとめ：本症例は、境界性パーソナリティ障害と考えられ、交際相手の男性との口論を直接の契機として衝動的に手元にあった市販総合感冒薬の過量服薬に至ったと考えられた。交通事故による顔面の傷跡が劣等感や自己肯定感の乏しさを強めていた可能性がある。

症例3：31歳、女性

診断：適応障害

既往歴：精神疾患の既往はない

家族歴：母親が双極性感情障害で加療中

生活歴：寝たきりの母方祖母、両親、夫、11歳と4歳の子どもの7人暮らし。患者はクリーニング店にパート・タイムで勤務している。

現病歴：X-1年末から母親の病状が不安定となったことで、家事や寝たきりの祖母の介護の一切は患者にまかされるようになった。しかし、子育てに手がかかり、パート・タイムの仕事もしている患者には精神的な余裕はなく、夫の協力もほとんど得られなかったため、夫に対して激しい口調で不満をたびたびぶつけて

いた。X年10月22日、夫に対して「今の忙しい生活にもう耐えられない」ともらすようになった。同年10月23日午前11時30分に市販総合感冒薬パブロンS (R) 160錠程 (AAP換算で16000mg) とメフェナム酸カプセル (R) 18錠をまとめて服用した。過量服薬直後に嘔吐したが、その後、もうろう状態となったため、家族が救急車を要請し、同日午後1時に当院内科に搬送された。

受診時の状態：傾眠状態を示し、嘔気と嘔吐が認められたが、バイタルサインに問題はなかった。過量服薬後2時間以内であったため、内科医によって胃洗浄と活性炭50gの投与が行われた。その後、当科に紹介されて同日入院した。

入院後の経過：入院後、ムコフィリン吸入液 (352.4mg/2ml/A) 40mlを胃管から投与し、以後4時間おきに20mlを3日間投与した。嘔気と嘔吐は入院2日目には消失した。意識が清明となった入院4日目に過量服薬に至った経緯を尋ねたが、希死念慮は明らかでなく、自分が行った行為を深刻に受け止めてはなかった。その後、肝障害が認められず全身状態も良好であったため、入院5日目に退院した。退院後は当科外来にて通院治療を継続している。

まとめ：本症例は、母親の病状が不安定で夫の協力が得られない中で、家事、祖母の介護、子育て、パート・タイムの仕事を行っていた。しかし、患者の能力を超えた過度の負担のために、現実逃避を目的として手元にあった市販総合感冒薬の過量服薬に至ったと考えられた。

考 察

1. アセトアミノフェン中毒の特徴

AAPは常用量では副作用が少なく、比較的 안전한薬剤として知られているが、過量摂取すると重篤な肝障害や腎障害を引き起こし死に至る危険性を有する薬剤である。特に注意を要するのは、過量服薬直後は無症状かあるいは悪心や嘔吐といった比較的軽症の症状が出現するのみであるため、処置が遅れて予後不良になることがある点である。AAP摂取後、12～36時間後に肝障害の指標であるGOTとGPTの上昇が出現し、約3日後にはそのピークに達するが、過量摂取した場合は肝不全に陥って死に至る危険性もある。成人が肝障害を起こすAAPの最小中毒量は7.5gである。しかし、これまでにわが国で報告された死亡例における最小致死

量は2.4gであり、最小中毒量より少ない量で死亡している症例も少なくない。内藤³⁾は15例の死亡報告例のうち11例は6.4g以下であったと報告している。

今回の3症例は、AAP換算で7～16gの過量服薬であり、内服量としては3症例ともに十分に致死量相当であったと考えられる。AAPは解熱鎮痛薬や総合感冒薬の主剤として家庭においてありふれた薬物であるが、過量服薬によって生命に対する危険性が高い薬物であることをこれまで以上に十分に認識する必要があると考えられる。

2. アセトアミノフェン中毒に対する治療

AAPの過量服薬 (150mg/kg以上) に対する治療薬として、AAP代謝産物の特異的拮抗薬で、グルタチオンの前駆物質であるN-アセチルシステイン (N-acetylcystein; 以下 NAC) が挙げられる。AAPは肝臓で代謝されると肝毒性を有する代謝産物に変化するため、肝障害を防ぐためには肝毒性を持つ代謝産物を無毒化する作用を持つNACを経管または経口で投与する方法が広く一般的に推奨されている。NAC投与はAAPの過量服薬から8時間以内に開始するのが望ましく、投与が遅れると肝障害の発生率が高くなるといわれている^{4, 5)}。わが国で発売されているNACは、気道粘液溶解剤として使用されるムコフィリン吸入液であり、ムコフィリン吸入液1A 2ml中に352.4mgのNACが含有されている。今回の3症例でもムコフィリン吸入液を治療に用いた結果、AAPの服薬量が7～16gと過量であったにもかかわらず、その後に肝障害を生じることがなく回復することができた。したがって、NACによるAAP中毒の治療は肝障害を防ぐうえで極めて有効であると考えられる。

3. アセトアミノフェン中毒患者の精神医学的特徴

今回の3例に共通した臨床的特徴として、①20代から30代の比較的若い女性例であること、②入手しやすい市販総合感冒薬を過量服薬していること、③精神科での治療歴がないか、治療を中断していること、④家族関係に複雑な葛藤を抱えていること、⑤明らかな希死念慮を認めないこと、などが挙げられる (表1)。

われわれがすでに報告した救急外来を受診した過量服薬患者の検討結果では、使用された薬物で最も多かったのはベンゾジアゼピン系薬物で全体の63%を占め、それらの薬物のほとんどは精神科の医療機関から処方されていた⁶⁾。今回のAAPの過量服薬患者の特徴としては、精神科での治療を受けておらず、家庭に常

表 アセトアミノフェンを過量服薬した3症例の臨床的特徴

	症例1	症例2	症例3
年齢	20歳	19歳	31歳
性別	女性	女性	女性
診断	適応障害	境界性パーソナリティ障害	適応障害
使用された総合感冒薬(商品名)	エスタック	新ルル	パブロンS
アセトアミノフェンの服薬量	7000mg	12000mg	16000mg
過量服薬の直接の契機	交際相手との別れ話	交際相手との口論	家事, 介護, 子育ての負担
精神科治療歴	なし	治療中断	なし
希死念慮	不明確	不明確	不明確
急性中毒の転帰	軽快	軽快	軽快
その他	過量服薬時に飲酒	自傷行為, 顔面に外傷の傷跡	母親が双極性感情障害

備され入手が容易である市販総合感冒薬が過量服薬の薬剤として選ばれていたことが挙げられる。

4. アセトアミノフェン中毒の防止

一般にベンゾジアゼピン系薬物は過量服薬しても生命予後に重篤な影響を及ぼす危険性は低いが, AAPの過量服薬は前述したように治療が遅れば重大な転帰に至る危険性が極めて高い。AAP中毒を防ぐためには, 広く一般に市販総合感冒薬の過量服薬による危険性を十分に周知することが重要であると考えられる。また, 総合感冒薬を過量に服薬した患者に対しては, 慎重かつ入念な身体管理を行いながら速やかにNACを投与することが, 肝障害を防ぐために不可欠である。

ま と め

アセトアミノフェン(AAP)を過量服薬した3症例を臨床的に検討し, 以下の結果が得られた。

- 1) 症例は19~31歳の女性例で, 精神科に通院しておらず, 異性や家庭の問題を直接の契機として致死量相当のAAPを衝動的に過量服薬した。
- 2) N-アセチルシステイン(NAC)を含有するムコフィン吸入液を治療薬として投与した結果, 全例ともに肝障害を生じることがなく回復した。

- 3) AAP中毒を防ぐためには, 市販総合感冒薬の過量服薬による危険性を広く一般に周知することが重要であると考えられた。

文 献

- 1) 厚生労働省薬品安全局: インフルエンザの臨床経過中に発症した脳炎・脳症の重症化と解熱剤(ジクロフェナクナトリウム)の使用について. 緊急安全性情報; 2000; 24, 1-4.
- 2) 日本小児科学会最新情報: インフルエンザ脳炎・脳症における解熱剤の影響について引用[2008-11-13] Available from URL <http://www.jpeds.or.jp/index.h-tml>.
- 3) 内藤裕史: 中毒百科—事例・病態・治療—. 改訂第2版. 東京: 南江堂, 2001; 357.
- 4) (財) 日本中毒情報つくば中毒110番—医療情報: アセトアミノフェン.
- 5) 杉山 貢(監修): アセトアミノフェン. 救命救急センター初期治療室マニュアル(新版). 東京: 羊土社, 2008; 178-179.
- 6) 武井 明, 目良和彦, 宮崎健祐, ほか: 総合病院救急外来を受診した過量服薬患者の臨床的検討. 総合病院精神医学 2007; 19: 211-219.

ストーマを造った患者へのパスの導入*

看護部 西病棟6階 永 草 麻由美** 鹿 瀬 美 保
 嶋 田 愛 佐々木 智 恵
 塩 谷 博 子

はじめに

ストーマは原疾患の根治的治療のほか、手術後の縫合不全予防や症状の緩和を目的としてつくられ、永久的に保有するのあれば一時的な場合もある。ストーマ造設が必要になったときは、どのような状況下においても術前からのかわりが重要であるが、緊急手術のため術後よりかわる場合も少なくない。

看護師はストーマを造設した患者とその家族に、ストーマを受け入れ心身および社会生活の機能を回復させるために必要な情報を提供し相談しながら、患者や家族にとって満足が得られるケア方法をアドバイスする必要がある。看護師がストーマ保有者の本来持っているセルフケア能力をアセスメントし、その能力を十分に発揮できるよう指導していくことはその後の患者・家族の生活に大きく影響するといっても過言ではない。

当科では平成19年ストーマ造設患者は38名おり、造設後はストーマケア記録用紙を使用していたが、「セルフケアの指導内容や患者・家族がどこまで自立できているかはっきりしない。患者の状態にあった装具の選択が難しい。看護師間でも、指導の開始日や進め方が異なり、統一性がない。退院後は誰がケアを行うの

か確認し指導するが、退院間際になることがあり十分に指導する時間がとれない。身体障害者の手続きをすると自己負担が軽減されるため早期の手続きが必要だが、手続きの時期・有無がはっきりしない。」という問題点があった。以上のような問題点を改善し、どの看護師でも統一した援助が提供できることを目的とし、ストーマリハビリテーションパスの導入に向けて検討した。

対象と方法

対象：平成19年人工肛門造設患者28名，平成20年5月～7月にストーマリハビリテーションパスを使用した患者2名，病棟看護師21名

方法：現状の指導の問題点を話し合い抽出。

文献を参考にパスを作成し，使用（資料1～4）

パスを使用した結果を看護師全員にアンケート調査。手技習得までの期間の調査，分析。

（平成19年分人工肛門造設患者，パス使用者）

倫理的配慮：対象者には，研究目的，方法，匿名性の遵守，中断や拒否が可能であること，研究終了後は記録を破棄し，同意が得られる部分のみ使用すること，目的外使用しないことについて文書を用いて説明し，同意を得た。

結 果

平成19年人工肛門造設患者（自己，家族管理している方）

人数 28名 年齢平均 66.28歳

男性 16名 女性 12名

手技習得までの期間平均 27.03日（7～70日）

* : Induction of clinical pass for rehabilitation of the ostomate.

** : Mayumi NAGAKUSA et al.

Key words : ストーマリハビリテーション, クリニカルパス

交換回数平均 11.82回 (4~43回)

パス使用者

人数 2名

男性 77歳

手技習得までの期間 18日 交換回数 9回

女性 68歳

手技習得までの期間 11日 交換回数 8回

看護師アンケートの結果(表1)

病棟看護師の具体的な意見

表1 看護師アンケートの結果 n=21

入院から退院までどのような流れで指導すればよいかわかりやすい。	85.7%
パスを見て自分が担当した時期にどのような指導をしたらいいかわかったか。	90.4%
誰に交換方法を指導したらよいかかわかったか。	95.2%
統一した指導・援助ができたか。	85.7%

- ・入院時から退院までどの時期に何をすればよいか説明・指導欄に書かれていたのでわかった。
その時期に患者の達成すべき目標が明確になっているのでわかりやすい。
- ・決められたことを指導するのでスタッフ間でも統一され患者も混乱せずに順序よく受け入れていくことができると思う。
- ・今後誰が管理していくか記載があるのでわかった。
- ・補助具の使用についてはよりよい物が選択され、検討事項も書かれていてよかった。

考 察

今回、パスを作成するにあたり以前使用していた用紙について問題点を抽出しケア予定者、次回指導日、使用した装具を具体的に書く欄を作り入院から退院までの指導時期・内容を設定した。アンケートの意見の中には入院から退院までの流れ、指導内容がわかりや

すく統一した指導・援助ができたという返答が多かった。これはどこまで自立できているかを把握しやすくしたためスタッフ間でも混乱なく指導でき経験年数に左右されず統一した援助につながっていると考える。

過去の分析では手技習得までの期間が平均約27日、交換回数11.8回であったが、今回のパス使用者は手技習得までの期間は11日と18日、交換回数は8回と9回となっている。しかし、症例が少ないことから習得までの期間については比較できないため、今後もパス使用者の手技習得期間・交換回数を調査し、比較・検討していく必要がある。

お わ り に

今回、どの看護師でも統一した援助が提供できることを目的としてパスを導入した。現在のところ、症例が2例しかないので今後もパスを使用し比較・検討をおこなっていききたい。

文 献

- 1) 松原康美：ストーマケアの実践。医歯薬出版、2007：27-47, 53-63.
- 2) 榎本裕子, 石原いずみ, 小椋由美子, ほか：ストーマケアの短縮化への試み クリティカル・パスを導入して, 東海ストーマリハビリテーション研究会誌 2003；23：147-50.
- 3) 伊藤真粧美, 江尻千恵, 宮本諭美, ほか：クリティカルパス導入後のストーマケアの現状。東海ストーマリハビリテーション研究会誌 2004；24：55-62.
- 4) 金川泰一郎, 岩垣博巳, 田中紀章, ほか：ストーマ患者に対するクリティカルパスの効用。日本大腸肛門病学会雑誌 2001；54：64-70.
- 5) 後藤美和子, 清原あや子, 粕淵智子, ほか：マイルス術にクリティカル・パスを試用して看護婦の知識と自信度の変化。東海ストーマリハビリテーション研究会誌 1999；19：149-156.

ストーマリハビリテーションクリニカルパス

資料 1

() 様 () 歳

NO.1

		入院日～手術前日	手術直後	術後1～3日目
		/ ~ /	/	/ ~ /
アウトカム	患者状態	<input type="checkbox"/> ストーマサイトマーキングに参加できる ()		ステップ① <input type="checkbox"/> ストーマを見ることができる <input type="checkbox"/> 看護師の行うストーマケアをみることができる
	知識・教育	<input type="checkbox"/> ストーマ造設に関するICが済んでいる		<input type="checkbox"/> 排泄物の処理について説明を受けている
	合併症		<input type="checkbox"/> 出血がない	<input type="checkbox"/> ストマの色がよい <input type="checkbox"/> 蜂窩織炎がない <input type="checkbox"/> 粘膜皮膚縫合部離開がない <input type="checkbox"/> 潰瘍がない <input type="checkbox"/> 交換後24時間以上便もれがない
処置 局所 症状		<input type="checkbox"/> ストーマサイトマーキング () <input type="checkbox"/> マーキング確認 () ()		<input type="checkbox"/> 永久の時は身障者診断書をDrに渡す (/) <input type="checkbox"/> ストーマに合ったサンプルを注文する
	実施日時		月 日 時	月 日 時
	ケア時の反応	《術前記入》 手術予定日 月 日 ケア予定者 <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> その他 () 記入者サイン		器具交換予定日までに便もれ <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ストーマケア記録参照
	ストーマサイズ (cm)			長 () × 短 () × 高さ ()
	器具交換間隔			中 () 日
	便もれ			<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
	皮膚保護剤の溶解			最高 () 時方向 () cm
	粘膜の色			<input type="checkbox"/> 淡赤 <input type="checkbox"/> 赤 <input type="checkbox"/> 暗赤 <input type="checkbox"/> 他 ()
	粘膜浮腫			<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
	排泄物の性状			<input type="checkbox"/> 水様 <input type="checkbox"/> 泥状 <input type="checkbox"/> 粥状 <input type="checkbox"/> 軟便 <input type="checkbox"/> 硬便
	粘膜皮膚接合部			<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 離開 () 時方向 <input type="checkbox"/> 他 ()
	周囲皮膚			<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 発赤 <input type="checkbox"/> 腫脹 <input type="checkbox"/> 熱感 <input type="checkbox"/> 紫斑 <input type="checkbox"/> 掻痒 <input type="checkbox"/> びらん <input type="checkbox"/> 潰瘍 <input type="checkbox"/> 丘疹 <input type="checkbox"/> 他 ()
使用器具	<input type="checkbox"/> ワンピース <input type="checkbox"/> ツーピース () <input type="checkbox"/> パウダー: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 () <input type="checkbox"/> ペースト: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 () <input type="checkbox"/> 付属品: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 () <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 患者 <input type="checkbox"/> 他 ()			
ケア実施者	記入者サイン			
患者(支援者)の不安				
説明・指導	<input type="checkbox"/> ストーマパンフレットを渡す <input type="checkbox"/> ストーマ造設の必要性を説明する <input type="checkbox"/> ストーマ造設後の身体変化 排泄経路の変化を説明する <input type="checkbox"/> 不安や疑問は話すよう説明する <input type="checkbox"/> 物品準備の説明と確認をする (/)	《初回器具交換予定日》 月 日	<input type="checkbox"/> ストーマサイトマーキング部位にストーマが造設されたことを説明する <input type="checkbox"/> 手順を説明しながら器具を交換 <input type="checkbox"/> 器具交換を患者(支援者)に見てもらう <input type="checkbox"/> 便排出の方法、タイミングについて説明する (/)	
アセスメント	スキンケア・使用器具・セルフケアなどアウトカム達成の程度について			
使用器具		<input type="checkbox"/> 継続 <input type="checkbox"/> 変更 ()		
次回器具交換予定日		月 日		
次回ケア実施予定者		<input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 患者 <input type="checkbox"/> 他 ()		
バリエーション		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(グレード2の場合NO.4使用) グレード コード		
看護師サイン				

		術後4～6日目		術後7～9日目		
		/ ~ /		/ ~ /		
アウトカム	患者状態	ステップ② □ガス抜き・排泄物の処理ができる □看護師の行う装具交換に参加できる (患者または支援者)				
	知識・教育					
	合併症	□ストマの色がよい □蜂窩織炎がない □粘膜皮膚縫合部離開がない □潰瘍がない □交換後24時間以上便もれがない		□ストマの色がよい □蜂窩織炎がない □粘膜皮膚縫合部離開がない □潰瘍がない □交換後24時間以上便もれがない		
処置	局所状況	□身障者診断書を家族へ渡す (/) (永久の場合)				
		実施日時	月 日 時	月 日 時		
		ケア時の反応				
		ストーマサイズ (cm)	長 () × 短 () × 高さ ()		長 () × 短 () × 高さ ()	
		装具交換間隔	中 () 日		中 () 日	
		便もれ	□なし□あり		□なし□あり	
		皮膚保護剤の溶解	最高 () 時方向 () cm		最高 () 時方向 () cm	
		粘膜の色	□淡赤□赤□暗赤□他 ()		□淡赤□赤□暗赤□他 ()	
		粘膜浮腫	□なし□あり		□なし□あり	
		排泄物の性状	□無□有 □水様□泥状□軟便□硬便		□無□有 □水様□泥状□軟便□硬便	
		粘膜皮膚接合部	□正常□離開 () 時方向 □他 ()		□正常□離開 () 時方向 □他 ()	
		周囲皮膚	ストーマケア記録参照 □正常□発赤□腫脹□熱感□紫斑 □掻痒□びらん□潰瘍□丘疹 □他 ()		ストーマケア記録参照 □正常□発赤□腫脹□熱感□紫斑 □掻痒□びらん□潰瘍□丘疹 □他 ()	
		使用装具	□ワンピース□ツーピース (/) □パウダー：□無□有 () □ペースト：□無□有 () □付属品：□無□有 ()		□ワンピース□ツーピース (/) □パウダー：□無□有 () □ペースト：□無□有 () □付属品：□無□有 ()	
ケア実施者	□看護師□患者□他 ()		□看護師□患者□他 ()			
患者 (支援者) の不安						
説明・指導		□手順を説明しながら装具を交換する □ストーマ周囲の皮膚を患者と共に観察し、スキンケアの手順と必要性について説明する □患者の皮膚・便の性状・大きさに合わせた装具の選択をする		□指導を行いながら、装具交換を患者 (支援者) に実際に行ってもらおう □面板の溶解度と次回装具交換の目安について説明する ストーマケアチェック ①装具交換に必要な物品を準備できる (/)		
アセスメント	スキンケア・使用装具 セルフケアなどアウトカム 達成の程度について					
使用装具	□継続□変更 (/) 次回サンプル：□有□無 (再注文 /)		□継続□変更 (/) 次回サンプル：□有□無 (再注文 /)			
次回装具交換予定日	月 日		月 日			
次回ケア実施予定者	□看護師□患者□他 ()		□看護師□患者□他 ()			
バリエーション	□無□有(グレード2の場合NO.4使用) グレード コード		□無□有(グレード2の場合NO.4使用) グレード コード			
看護師サイン						

		術後10~12日目		術後13日目~退院まで		
		/ ~ /		/ ~ /		
アウトカム	患者状態	ステップ③ <input type="checkbox"/> 主体的に装具交換ができる (患者または支援者) <input type="checkbox"/> 退院後の装具が決定している <input type="checkbox"/> 退院後の日常生活に関してわからないことが質問できる <input type="checkbox"/> 退院後の生活をイメージできる				
	知識・教育	<input type="checkbox"/> ストーマ用品の購入・保管・廃棄方法が言える <input type="checkbox"/> 日常生活の注意点が言える <input type="checkbox"/> 緊急時の連絡方法について言える				
	合併症	<input type="checkbox"/> ストーマの色がよい <input type="checkbox"/> 蜂窩織炎がない <input type="checkbox"/> 粘膜皮膚縫合部離開がない <input type="checkbox"/> 潰瘍がない <input type="checkbox"/> 交換後24時間以上便もれがない		<input type="checkbox"/> ストーマの色がよい <input type="checkbox"/> 蜂窩織炎がない <input type="checkbox"/> 粘膜皮膚縫合部離開がない <input type="checkbox"/> 潰瘍がない <input type="checkbox"/> 交換後24時間以上便もれがない		
処置	局所状況	実施日時	月 日 時		月 日 時	
		ケア時の反応				
		ストーマサイズ (cm)	長 () × 短 () × 高さ ()		長 () × 短 () × 高さ ()	
		装具交換間隔	中 () 日		中 () 日	
		便もれ	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	
		皮膚保護剤の溶解	最高 () 時方向 () cm		最高 () 時方向 () cm	
		粘膜の色	<input type="checkbox"/> 淡赤 <input type="checkbox"/> 赤 <input type="checkbox"/> 暗赤 <input type="checkbox"/> 他 ()		<input type="checkbox"/> 淡赤 <input type="checkbox"/> 赤 <input type="checkbox"/> 暗赤 <input type="checkbox"/> 他 ()	
		粘膜浮腫	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	
		排泄物の性状	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 水様 <input type="checkbox"/> 泥状 <input type="checkbox"/> 軟便 <input type="checkbox"/> 硬便		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 水様 <input type="checkbox"/> 泥状 <input type="checkbox"/> 軟便 <input type="checkbox"/> 硬便	
		粘膜皮膚接合部	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 離開 () 時方向 <input type="checkbox"/> 他 ()		<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 離開 () 時方向 <input type="checkbox"/> 他 ()	
周囲皮膚	ストーマケア記録参照 <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 発赤 <input type="checkbox"/> 腫脹 <input type="checkbox"/> 熱感 <input type="checkbox"/> 紫斑 <input type="checkbox"/> 掻痒 <input type="checkbox"/> びらん <input type="checkbox"/> 潰瘍 <input type="checkbox"/> 丘疹 <input type="checkbox"/> 他 ()		ストーマケア記録参照 <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 発赤 <input type="checkbox"/> 腫脹 <input type="checkbox"/> 熱感 <input type="checkbox"/> 紫斑 <input type="checkbox"/> 掻痒 <input type="checkbox"/> びらん <input type="checkbox"/> 潰瘍 <input type="checkbox"/> 丘疹 <input type="checkbox"/> 他 ()			
使用装具	<input type="checkbox"/> ワンピース <input type="checkbox"/> ツーピース () <input type="checkbox"/> パウダー: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 () <input type="checkbox"/> ペースト: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 () <input type="checkbox"/> 付属品: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()		<input type="checkbox"/> ワンピース <input type="checkbox"/> ツーピース () <input type="checkbox"/> パウダー: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 () <input type="checkbox"/> ペースト: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 () <input type="checkbox"/> 付属品: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()			
ケア実施者	<input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 患者 <input type="checkbox"/> 他 ()		<input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 患者 <input type="checkbox"/> 他 ()			
患者 (支援者) の不安						
説明・指導		<input type="checkbox"/> 患者 (支援者) に主体的に装具交換を行ってもらう (/) <input type="checkbox"/> ストーマパンフレットに沿って退院指導を行う (/) <input type="checkbox"/> トラブル発生時の相談窓口について説明する (/) <input type="checkbox"/> 入浴・シャワー浴を行う (/) <input type="checkbox"/> 可能であれば外出・外泊し、自宅でストーマ交換をする (/) <input type="checkbox"/> 退院後の生活に合わせた 装具を選択する (/)		ストーマケアチェック ②皮膚を保護しながら面板を剥がせる (/) ③ストーマ周囲の皮膚を清拭できる (/) ④ストーマと周囲皮膚の観察ができる (/) ⑤ストーマの型取りができる (/) ⑥型に合わせて面板をカットできる (/) ⑦ストーマに合わせて面板を貼ることができる (/) ⑧面板に袋が取り付けられる (ツーピース) (/) ⑨装具交換時期の判断ができる (/) ⑩スキントラブルへの対処がわかる (/)		
アセスメント	スキンケア・使用装具セルフケアなどアウトカム達成の程度について					
使用装具	<input type="checkbox"/> 継続 <input type="checkbox"/> 変更 () 次回サンプル: <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 (再注文 /)		<input type="checkbox"/> 継続 <input type="checkbox"/> 変更 () 次回サンプル: <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 (再注文 /)			
次回装具交換予定日	月 日		月 日			
次回ケア実施予定者	<input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 患者 <input type="checkbox"/> 他 ()		<input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 患者 <input type="checkbox"/> 他 ()			
バリエーション	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (グレード 2 の場合 NO.4 使用) グレード コード		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (グレード 2 の場合 NO.4 使用) グレード コード			
看護師サイン						

ストーマケア記録用紙

資料 4

() 様 手術日 (/)

NO.4

実施日時		月 日 時	月 日 時	月 日 時
ケア時の反応				
局所 症状	ストーマサイズ (cm)	長 () × 短 () × 高さ ()	長 () × 短 () × 高さ ()	長 () × 短 () × 高さ ()
	装具交換間隔	中 () 日	中 () 日	中 () 日
	便もれ	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
	皮膚保護剤の溶解	最高 () 時方向 () cm	最高 () 時方向 () cm	最高 () 時方向 () cm
	粘膜の色	<input type="checkbox"/> 淡赤 <input type="checkbox"/> 赤 <input type="checkbox"/> 暗赤 <input type="checkbox"/> 他 ()	<input type="checkbox"/> 淡赤 <input type="checkbox"/> 赤 <input type="checkbox"/> 暗赤 <input type="checkbox"/> 他 ()	<input type="checkbox"/> 淡赤 <input type="checkbox"/> 赤 <input type="checkbox"/> 暗赤 <input type="checkbox"/> 他 ()
	粘膜浮腫	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
	排泄物の性状	<input type="checkbox"/> 水様 <input type="checkbox"/> 泥状 <input type="checkbox"/> 軟便 <input type="checkbox"/> 硬便	<input type="checkbox"/> 水様 <input type="checkbox"/> 泥状 <input type="checkbox"/> 軟便 <input type="checkbox"/> 硬便	<input type="checkbox"/> 水様 <input type="checkbox"/> 泥状 <input type="checkbox"/> 軟便 <input type="checkbox"/> 硬便
	粘膜皮膚接合部	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 離開 () 時方向 <input type="checkbox"/> 他 ()	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 離開 () 時方向 <input type="checkbox"/> 他 ()	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 離開 () 時方向 <input type="checkbox"/> 他 ()
	周囲皮膚	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 発赤 <input type="checkbox"/> 腫脹 <input type="checkbox"/> 熱感 <input type="checkbox"/> 紫斑 <input type="checkbox"/> 掻痒 <input type="checkbox"/> びらん <input type="checkbox"/> 潰瘍 <input type="checkbox"/> 丘疹 <input type="checkbox"/> 他 ()	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 発赤 <input type="checkbox"/> 腫脹 <input type="checkbox"/> 熱感 <input type="checkbox"/> 紫斑 <input type="checkbox"/> 掻痒 <input type="checkbox"/> びらん <input type="checkbox"/> 潰瘍 <input type="checkbox"/> 丘疹 <input type="checkbox"/> 他 ()	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 発赤 <input type="checkbox"/> 腫脹 <input type="checkbox"/> 熱感 <input type="checkbox"/> 紫斑 <input type="checkbox"/> 掻痒 <input type="checkbox"/> びらん <input type="checkbox"/> 潰瘍 <input type="checkbox"/> 丘疹 <input type="checkbox"/> 他 ()
	使用装具	<input type="checkbox"/> ワンピース <input type="checkbox"/> ツーピース () <input type="checkbox"/> パウダー : <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 () <input type="checkbox"/> ペースト : <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 () <input type="checkbox"/> 付属品 : <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()	<input type="checkbox"/> ワンピース <input type="checkbox"/> ツーピース () <input type="checkbox"/> パウダー : <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 () <input type="checkbox"/> ペースト : <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 () <input type="checkbox"/> 付属品 : <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()	<input type="checkbox"/> ワンピース <input type="checkbox"/> ツーピース () <input type="checkbox"/> パウダー : <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 () <input type="checkbox"/> ペースト : <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 () <input type="checkbox"/> 付属品 : <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()
ケア実施者	<input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 患者 <input type="checkbox"/> 他 ()	<input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 患者 <input type="checkbox"/> 他 ()	<input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 患者 <input type="checkbox"/> 他 ()	
患者 (支援者) の不安				
アセスメント	スキンケア・使用装具セルフケアなどアウトカム達成の程度について			
使用装具	<input type="checkbox"/> 継続 <input type="checkbox"/> 変更 () 次回サンプル : <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 (再注文 /)	<input type="checkbox"/> 継続 <input type="checkbox"/> 変更 () 次回サンプル : <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 (再注文 /)	<input type="checkbox"/> 継続 <input type="checkbox"/> 変更 () 次回サンプル : <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 (再注文 /)	
次回装具交換予定日	月 日	月 日	月 日	
次回ケア	<input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 患者	<input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 患者	<input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 患者	
実施予定者	<input type="checkbox"/> 他 ()	<input type="checkbox"/> 他 ()	<input type="checkbox"/> 他 ()	
看護師サイン				

2008年度 第2期がん専門薬剤師研修事業参加報告*

薬剤科 寺田和文

平成18年6月に「がん対策基本法」が制定され、国はがん対策を最重要課題として取り組んでいる。がん専門薬剤師養成事業は、この流れのなか、厚生労働省の専門薬剤師研修事業の一環として、日本病院薬剤師会が中心となり、平成18年度にスタートしたもので、「がん薬物療法に必要な高度の知識、技能、臨床経験を習得させ、将来、各地域においてがん専門薬剤師を養成および指導する立場の薬剤師を養成し、がん治療の均てん化を推進すること」を目的としている。この研修は、地域がん拠点病院および特定機能病院に勤務する5年以上の臨床経験を有する薬剤師を対象としている。研修期間は3カ月であり、日本病院薬剤師会が定める条件を満たす病院で行われる。

今回、2008年度第2期（9月8日～12月5日）がん専門薬剤師研修事業に参加した。研修は、「がん専門薬剤師」の資格を有している指導薬剤師が所属する旭川医科大学病院薬剤部にて行われ、研修生は5名であった。研修内容は、講義研修、実技研修ならびに課題報告であり、以下の内容にて実施された。

- ①がんの病理、疫学、発生メカニズムなどの基礎分野を理解する
- ②各種がんの治療法を理解する
- ③抗がん剤を中心とした注射薬調製手技の習得と処方箋監査を行う
- ④抗がん剤の臨床薬理、支持療法、疼痛緩和とオピオイドなどの知識を習得する
- ⑤病棟業務を通してがん患者の状態を把握し、薬物療法の選定などを医療スタッフに進言する

⑥TDMを習得する

- ⑦がん化学療法等に関する論文を調査し、与えられた課題を解決する

課題研修は、以下の2つについて行った。

1. がん化学療法処方監査基準の設定とその有用性

がん化学療法は、骨髄抑制など患者の生命に関わるような有害事象が多く、有効かつ安全に実施するため、薬剤部によるプロトコルの一括管理や個々の患者における抗がん剤の治療計画書（レジメン）に基づいた処方監査、無菌調製、副作用モニタリングなどが重要である。すなわち、薬剤師が化学療法施行前にプロトコルと注射オーダーとの整合性を確認し、疑義照会を行うことは、重大な医療事故を未然に防止するという観点からも重要な業務の1つである。今回、疑義照会内容を抽出し、解析を行い、がん化学療法の安全性に関する若干の知見を得ることができた。

調査の結果、1年間の疑義照会件数は、全体の8.1%（94件/1161件）であり、一般注射薬の疑義照会率（約1%）よりはるかに高い数値である。内容としては、投与量および投与速度に関する疑義照会が約半数を占めており、その他に類似名称薬剤のオーダーミスや混合不可の溶解液処方によるものもあった。また、薬剤別にみると、代謝拮抗剤とプラチナ製剤に多くみられた。疑義照会による処方変更は3例あり、いずれも医師の薬剤投与量の計算ミスや処方オーダーの入力ミスによる過量処方であった。

結論として、旭川医科大学病院のがん化学療法監査基準は、投与量においてはFibonacci変法に従い、75～105%と設定することで、過量投与による重篤な副作用、あるいは少量投与による効果減弱の回避を目標としている。また、投与速度においては50～150%と設

* : Board Certified Oncology Pharmacy Specialist training participation report

** : Kazuaya TERADA

定することで、短縮による最高血中濃度の上昇や、過度の延長による低濃度暴露を防ぐことで、有害反応の発現や効果の影響の回避を目標としている。このような基準を守ることが、殺細胞薬に起因する重大な副作用を防ぎ、安全かつ有効ながん化学療法の施行に貢献するといえる。さらに、専門的ながん化学療法に携わっていない薬剤師が対応しても、重大な医療事故を防止できるものと考えられる。

2. dose intensity (DI) を用いたがん化学療法における実投与量の評価

がん化学療法は、骨髄抑制など有害反応は必発である。そのため、投与量や投与間隔などに制約が設けられており、これらの制約に基づいたプロトコルが実施されている。抗がん剤の効果増強および耐性化阻止などには、単位時間あたりの薬剤投与量 (DI) が関係している。中でも乳癌、卵巣癌および悪性リンパ腫などにおいて、DIと無増悪生存期間および生存率の間には一定の相関があると報告されている。すなわちDIは、がん化学療法における有効性および安全性を評価する有用な指標の1つであると考えられる。今回、旭川医科大学病院で施行されている5大がん(乳癌、大腸癌、胃癌、肺癌、肝・胆・膵癌)初回化学療法で症例が一番多いプロトコルのDIを算出し、プロトコルから標準DI、患者の実投与量から個々のDIを算出した。次に、これらの比をRelative Dose Intensity (RDI) として算出した。また、併用化学療法の場合、各薬剤のRDIの平均値を算出した。算出された数値を用いて、プロトコルと実投与量にどの程度差が生じているかを評価した。

プロトコルとして、乳癌はFECおよびFEC→docetaxel、大腸癌はmFOLFOX6 ± bevacizumab、胃癌はTS-

1 + cisplatin、肺癌はcarboplatin + paclitaxelを選択した。一方、肝・胆・膵癌化学療法において、肝癌動注 (cisplatin) の症例が一番多かったが、個体差が大きく、DIを用いた評価が困難なため、今回は胆・膵癌のgemcitabine (GEM) を選択した。

調査の結果、乳癌において最も高いRDI値 (92.1%) が認められた。GEMのRDI値は、他の5大がんと比較して有意に低いことが分かった (58.5%)。また、mFOLFOX6 ± bevacizumabにおいて、有害反応などによる原因薬剤の中止のため、薬剤ごとにRDI値のばらつきが目立った。特に5-FU (bolus) とoxaliplatinのRDI最低値が0であった。その理由として、患者が高齢であり、前治療にて放射線療法を施行していたため、骨髄毒性を懸念し、初回から投与中止したことによるものであった。

結論として、RDI値の低下は、がん化学療法における有効性や安全性の低下が懸念されることから、期待する効果を得るためには、RDI値を維持できる投与方法などを考慮する必要があると考えられる。また、今回RDI値が低かったGEMおよびoxaliplatinにおいて、骨髄抑制などの有害反応により、実際のRDI値に影響を与えていたことから、発見が遅れると重篤な有害反応が生じる可能性があるため、副作用モニタリングなど薬剤師の介入が必要であることが考えられた。

全体的にみると、この研修は、がん薬物療法に関して、優れた知識と技術を得るための3カ月という時間と場の提供だけではなく、がん専門を目指す薬剤師にとって、継続した情報交換ができるヒューマンネットワーク構築の場でもあった。日々進歩するがん医療水準の先端に居続けるためには、継続した自己研鑽とともに、仲間とのつながりが重要であると考えられる。

臨床病理検討会

平成20年度第1回

【日 時】平成20年6月24日

【演 題】左肺扁平上皮癌の1例

【発表者】岡本修平

【症例の臨床経過】

2002年頃より半年に1回程度の血痰があり、2004年2月より血痰が毎日続いて出現したため、近医受診した。同院での胸部Xpにて左上葉の無気肺を指摘され、2月17日に呼吸器内科紹介受診した。精査の結果、左肺癌（SCC, T2N1M0 c-Stage II B）の診断となる。

腫瘍が肺動脈本幹に接していることより手術適応ではないと判断、3～4月にかけて65Gy/26Fr, CDDP 20mg/body (1, 2, 3, 6div)の放射線化学療法を行った。左上葉の無気肺は改善し、治療後の効果判定もgood PRとなり、外来で経過観察となった。

2007年9月頃より体重減少、食欲低下、全身倦怠感も出現、CTにて左肺門部に腫瘤あり、左胸水の増加を認め、上行大動脈左側リンパ節増大もあり、肺癌再発と診断した。このとき明らかな遠隔転移は認めなかった。自宅で緩和療法の方針となるが、呼吸困難を主訴に2008年1月6日入院となる。酸素投与などの対症療法を行うも、両側の胸水増量や全身の浮腫、心不全の合併、呼吸困難の増悪が見られ、1月23日死亡された。

【臨床の問題点】

- ①腫瘍の浸潤度合い・転移の有無について
- ②右胸水は癌性胸水であったのか
- ③2006年3月よりLH-RHアナログ療法で治療されていた前立腺癌の効果について

【病理解剖組織学的診断】

1. 二重癌

- 1) 左肺上葉中分化型扁平上皮癌、放射線治療・化学療法後
転移・浸潤：左胸腔（胸膜癌腫症）、左横隔膜、心外膜、左肺門～縦隔リンパ節
- 2) 前立腺癌、前立腺右葉、ホルモン療法後、残存腫瘍あり
転移・浸潤：なし

2. 左肺無気肺（上葉：気管支閉塞による閉塞性、下葉：胸水貯留による圧迫性）
 - 1) 糖尿病
 - 2) 全身浮腫
 - 3) 大動脈粥状硬化症
 - 4) 腔水症 左/右胸腔=3400/1200ml, 腹水約100ml

【まとめ】

- ①左肺癌は左胸腔内に局限しており、他臓器転移は認めなかった。
- ②右胸水は心不全の合併、または低栄養による漏出性であった。
- ③前立腺右葉に1.5×1.0cmの残存腫瘍は認める。治療効果判定基準では、Grade 0 b (viableな癌細胞に変性が認められる)であった。

平成20年度第2回

【日 時】平成20年8月5日

【演 題】血栓性血小板減少性紫斑病の1例

【発表者】澁谷英子

【症例の臨床経過】

H19年5月10日近医より血圧コントロール不良のため、当院循環器内科紹介。5月17日白血球の増加(10610/ μ l)とクームス試験陰性の溶血性貧血(9.7g/dl)、血小板減少(4.7×10⁴/ μ l)および腎機能障害の進行(BUN 19.5mg/dl→59.5mg/dl, Cre 1.25mg/dl→2.29mg/dl)を認めたため、血液内科入院。末梢血塗抹標本では破碎赤血球像を多数認め、血栓性血小板減少性紫斑病(TTP)が疑われた。

5月18日から血漿交換・血液透析を開始し、計19回実施した。血漿交換開始後、一旦は血小板の増加を認めたが、再び減少傾向を呈したため、ステロイドパルス療法(m-PSL 1g 3日間投与)を行った。6月11日ADAMTS13活性の低下(17%)とADAMTS13に対するインヒビターの存在(2.3Bethesda単位/ml)が明らかとなり、TTPと確定診断された。7月下旬以降は血小板6万から8万台と回復・安定した。血漿交換+血液透

析19回実施後は、血液透析のみ行った。経過中、多発性胃潰瘍による上部消化管出血と原因不明の直腸潰瘍による下血を認めた。

また、初診時に両手指に皮膚硬化所見を認め、Scl-70抗体・抗セントロメア抗体は陰性であったが、抗核抗体陽性で、レイノー症状があり、CVカテーテルを挿入する際、前胸部の皮膚の硬化所見も認めたため、全身性強皮症を強く疑い、前腕皮膚より皮膚生検を実施した。皮膚病理所見にて真皮表層から深部にかけて、弾性線維間に膠原線維の増加が認められ、全身性強皮症と確定診断した。10月頃より左胸水の増加傾向を認めた。11月13日に胸水穿刺を施行し、細胞診にてadenocarcinoma, Class Vが検出された。免疫染色の結果はCK7(+), CK20(-)と原発性肺癌に矛盾しない所見であった。11月28日胸水穿刺後の胸部X線写真にて気胸の所見を認め、胸腔ドレーンを挿入した。しかしその後も気胸の改善が認められず、気胸は癌の胸膜浸潤によるものであり、肺の膨張不良の原因が胸膜浸潤による可能性も考えられた。CT上は肺野に明らかな腫瘤陰影を認めず、胸膜がやや肥厚している所見を認めた。

CT所見と細胞診・免疫染色の結果から肺癌が強く疑われたため、肺癌に対して化学療法を行う方針となった。腎機能障害があり維持透析中のため、肝代謝薬であるアントラサイクリン系のアムルピシンを選択し、アムルピシン30mgを12月25日より3日間投与施行した。経過中、徐々に透析中に血圧低下を来たすようになり、透析継続が困難となっていった。全身状態もそれと並行して徐々に悪化していった。12月28日、本人の強い希望もあり胸腔ドレーンを抜去した。12月29日透析用のシャントが閉塞し、ウロキナーゼ6万単位局注するも、翌日も再開通を認めず、全身状態の悪化もあり透析継続を断念。2008年1月2日永眠された。

【臨床の問題点】

- ①胸水細胞診より検出されたadenocarcinomaは肺癌によるものか、もしくは胸膜原発肺癌によるものか
- ②気胸の原因として胸膜浸潤によるものであったか
- ③腎機能障害を来した原因としてTTPで矛盾しないか。強皮症としての腎病変の存在はあったか

【病理解剖組織学的診断】

1. 左胸膜悪性中皮腫（左臓壁側胸膜・横隔膜）
2. 播種性血管内凝固症候群（フィブリン血栓・出血傾向）

3. 血栓性血小板減少性紫斑病
4. 強皮症
5. 胃潰瘍癒痕 UI- IVs
6. 大動脈粥状硬化症、中等度
7. 低形成骨髄
8. 腔水症 左右胸水=1,700/300ml, 淡血性・膿性/黄色清
腹水 200ml 黄色清, 心嚢液 200ml 黄色清

【まとめ】

- ①胸水細胞診より当初診断されたadenocarcinomaは、剖検時の免疫染色の結果を踏まえると肺癌によるものではなく悪性中皮腫によるものと考えられた。
- ②気胸の原因として、胸膜全体が線維性結合組織の増生・肥厚を示しており、腫瘍組織の浸潤増殖も認められたことから、悪性中皮腫の胸膜浸潤によるものであると考えられた。
- ③腎臓では小葉間動脈から糸球体の係蹄血管内に血小板血栓が認められ、剖検時にはDICの合併によるフィブリン血栓も併存していたが、von Willebrand factor等の免疫染色の結果もふまえると、剖検時にもTTPの所見は残存していたと考えられる。
腎には弓状動脈のムコイド変性を伴う肥厚などの強皮症腎の所見も存在したが、臨床経過を勘案すると、腎機能障害をきたした主因はTTPと考えられる。

平成20年度第3回

【日 時】平成20年11月5日

【演 題】アメーバ性腸炎を合併した直腸癌の1例

【発表者】桑谷俊彦

【症例の臨床経過】

2007年8月頃より食欲不振・下痢（15行/日）・血便・体重減少（2ヵ月で55→47kg）が出現した。10月26日近医入院精査の結果、直腸癌疑いにて当院消化器内科紹介され、11月6日加療目的に入院した。下部消化管内視鏡検査で下部直腸は発赤・浮腫・易出血性で内腔に一部狭小化を認め、多発潰瘍・隆起性病変を認めた。隆起性病変頂部は白苔に覆われており、同部位からの病理組織検査でアメーバの栄養体を確認し、アメーバ性腸炎の診断となった。Raに半周性の2型病変を認

め、同部の生検でGroup5, adenocarcinomaを認めた。肝MRIで多発肝転移を認めた。以上からアメーバ性腸炎を合併し、多発肝転移を来たした直腸癌と診断した。まずアメーバ性腸炎の治療を先行させて、メトロニダゾール1000mg/dayの内服を施行、腸管浮腫・多発潰瘍の改善を認めた。直腸癌・多発肝転移に対し、原発巣切除と術後化学療法の方針で、2008年1月8日に当院外科にて手術を施行した。膀胱浸潤を認めたが、多発肝転移のため根治切除不可能と判断し、原発巣を残したままS状結腸人工肛門造設のみを施行した。術中所見は直腸癌SI, NX, H3, P0, MXでStageIVであった。術後化学療法としてAVA+mFOLFOX6を2008年1月22～2008年4月20日まで計6コース施行し、Stable diseaseであったが、I-OHPによる副作用と考えられる左上肢の痺れが出現した。また、膀胱浸潤からの出血で血尿のコントロールが不能となり、出血傾向の増悪が懸念されるAVAも続行不可能と考え、肝転移についてはFORFIRIに変更、膀胱浸潤については放射線治療を選択した。FORFIRIは2008年5月15～2008年8月14日に計6コース施行し、Stable diseaseであった。2008年5月14日～骨盤内原発巣に対し48Gy/16Frで放射線照射治療を施行し、骨盤内腫瘍は縮小傾向を認め、血尿も軽快した。上肢のしびれが増悪し、精査の結果、頸椎・胸椎・両側腸骨・右坐骨・仙骨に転移を認めた。頸椎・胸椎に対し2008年5月14日～35 Gy/10 Fr, 2008年7月30日～42 Gy/14 Frで放射線照射治療を施行した。その後、FOLFIRI6コース目終了後の2008年8月25日にはWBC500/ μ lと骨髄抑制を認め、G-CSFと抗生剤投与で対応したが、MRSAによる腸炎・肺炎・敗血症を併発し多臓器不全となり、2008年9年19日に死亡された。

【臨床の問題点】

- ①肝・肺・骨以外の転移巣の有無
- ②膀胱浸潤の程度
- ③アメーバの残存の有無
- ④アメーバと直腸癌の因果関係

【病理解剖組織学的診断】

1. 直腸癌, 3型, 膀胱浸潤, 中分化腺癌, 化学療法・放射線治療後
浸潤: 膀胱, 転移: 肝, 両肺, 副腎, 胸膜, (骨)
リンパ節転移: 直腸周囲, 腹部大動脈周囲, 肺門
2. 肺硝子膜変性 (380/460g)
3. 脂肪肝 (IVHによる)

4. 腹水 1,200ml, 胸水 200/50ml
5. 人工肛門造設, IVH, リザーバー設置

【まとめ】

- ①診断1による胸膜転移, 副腎転移, 直腸周囲リンパ節転移, 腹部大動脈周囲リンパ節転移, 肺門リンパ節転移
- ②膀胱粘膜面に腫瘍が浸潤
- ③④アメーバの残存は認めず, 因果関係も不明

【考察】

感染経路が問題となったが、不明であった。男性同性愛者や障害者施設入所者に多くの国内感染例がみられるが、本症例においては海外渡航歴はなく、同性愛性交渉は本人は否定していた。海外では汚染された飲食物感染も報告があるが、本症例において同様の感染が起きたかは不明である。

平成20年度第4回

【日時】平成20年12月15日

【演題】右総腸骨動脈瘤・動静脈瘻の1例

【発表者】金田宜子

【症例の臨床経過】

患者は52歳男性。平成20年8月24日朝より倦怠感を認め、11:00頃野球観戦中に胸部重苦感及び冷汗が出現。14:30当番病院受診し点滴施行され帰宅(この際血圧低下の指摘あり)。19:30倦怠感持続のため近医を受診し、血圧60台、白血球の上昇を認め急性心筋梗塞、肺塞栓症等疑われた。21:00深川市立病院へ搬送、入院。23:00より突然の胸部重苦感認め血圧60台まで下降。ドパミン5 ml/hrで開始し血圧70台で安定、SpO₂ 98%前後、HR90-110/min, sinus~Af。2度嘔吐あり。8月25日0:00より腹痛が出現。腹部CTにて右総腸骨動脈瘤の所見を認め、精査加療目的に8月25日2:44当院救急外来搬送となった。

救急外来到着時、酸素マスク3LでSpO₂ 95-96%、血圧76/50mmHg、時折傾眠傾向を認めた。ドブポン0.3% 2 ml/hrで開始し、CT再検のためCT室へ移動するも移動途中で呼吸困難が増強、吸気不能状態となり、血圧50台まで低下、直後に脈拍触知不能となり心臓マッサージ開始、さらに気管内挿管施行し、CT未再検のまま3:10 ICU入室した。入室後4:00よりすぐにPCPS

を開始したが、流量2Lしか確保できず心臓マッサージ継続とした。その後30分程度で自己心拍再開しチアノーゼ改善、流量3.5Lへ増量となった。状態安定し6:15CT再検した。

<胸腹部CT>主肺動脈レベルでの塞栓子(-)、末梢で塞栓を疑う所見あり。右総腸骨動脈の嚢状瘤と総腸骨静脈への交通あり。下大静脈まで動脈と同様の造影効果あり。

<脳CT>側脳室軽度狭小化。灰白質・白質の境界不明瞭。低酸素脳症の疑い。

その後8:00より脳浮腫に対しラジカット20ml・グリセオール200ml点滴静注を開始。11:30にはPCPS離脱し、vital安定にて12:30に抜去した。その後の方針としては右総腸骨動脈瘤・動静脈瘻に対し、脳評価を待って手術を検討することとなった。20:00頃から徐々に血圧及び脈拍の低下を認め昇圧剤、MAP輸血等に対応し一時安定するも8/26 2:40頃から再度血圧及び脈拍の低下を認めた。さらに呼吸性アシドーシスの進行を認め、薬剤への反応乏しく、その後徐々に血圧及び脈拍低下し4:30死亡確認となった。

【臨床の問題点】

- ①肺動脈血栓の有無
- ②実際に総腸骨動脈と静脈の交通はあったのか
- ③総腸骨動静脈瘻が死因となる可能性はあるか
- ④他に死因となる原因はなかったか

【病理解剖組織学的診断】

1. 右総腸骨動脈瘤・動静脈瘻
2. 左室心内膜下梗塞、左室肥大(380g)
3. 脂肪肝・低酸素性壊死(1495g)
4. 浸透圧性腎症(osmotic nephrosis)
5. 両肺気腫性嚢胞(bullae/bleb)
6. 橋本病
7. 腹水 300ml 淡黄清、右胸水 300ml 淡黄清

【CPCでの討議内容】

①今回の症例は野球観戦中に動静脈瘻孔が拡大し血圧低下が起こったという経緯で解釈してよいのか。

回答) どの段階で瘻孔が拡大したのかは判断しにくい、元々存在した小さな瘻孔が何らかのきっかけで拡大したことで今回経過中に認めた様々な症状を引き起こした可能性が総合的に判断して最も考えやすい。

②PCPSを開始した段階で流量が確保できなかったのはなぜか。

回答) 肺動脈塞栓を呈していたのであれば説明ができるが、今回は病理解剖でも肺塞栓の所見は認めておらず説明がつけられないのが実際である。

③PCPSを離脱する必要はあったのか。

回答) 手術を施行するにはまず脳の状態評価が必要であり、可能であれば離脱が必要な状況であった。

【問題点のまとめと症例の考察】

- ①剖検時は肺動脈には肉眼所見でも病理組織学的所見でも血栓は認めず。
- ②右総腸骨動脈瘤と総腸骨静脈に癒着を認め、同部に瘻孔を確認。
- ③動静脈シャントにより静脈圧が急激に上昇し、前負荷の増大等により心不全を引き起こし死に至る可能性はある。
- ④経過から考えて、動静脈瘻のみで死に至ったというのは疑問が残るが他に死因となる病理学的所見は得られていない。

【考察】

死体解剖時、動脈瘤は陳旧化しており動脈瘤は当院搬送以前より存在しており、さらに瘻孔もすでに認めていたものと推測される。今回心肺停止までの病態となった経緯としては、元々存在していた瘻孔が何らかのきっかけで急激に拡大し、大量の血液が大静脈へ流入し急激な前負荷の増大を起こし、さらに抵抗血管からの血液喪失のために急激な後負荷の低下が加わったことによるものと考えられた。しかし、経過中突然吸気不能状態となったことやPCPSを開始した時点で十分な流量が確保できなかったこと等は、瘻孔の存在のみでは説明がつかず、病理組織学的には証明されていないが肺塞栓等の合併が疑われた。

平成20年度第5回

【日時】平成21年1月29日

【演題】アルコール性肝硬変に伴った肝細胞癌の1例

【発表者】児玉 暁

【症例の臨床経過】

症例は69歳男性。H4年よりアルコール依存症とし

てK病院を定期通院していたが、同院内科にてH18年3月に肝腫瘍を指摘された。エコー下肝生検を施行し、adenomaの診断となったが、1年後の再検にて増大傾向を認めたため、H19年5月11日当科紹介となった。入院時の血液所見および身体所見では、Alb 3.8g/dl, PT%107%, T-bil 1.1mg/dl, 腹水(-), 肝性脳症(-)で、肝予備能はChild-Pugh 5点 Grade Aであり、肝硬変の代償期にあると思われた。しかしICG-R15分値は26.0%と中等度上昇しており肝予備能の低下が進んでいると考えられた。Liver damage (肝性脳症の代わりにICG-R15分値を加えて判定する肝予備能)では、Liver damage Aであった。PIVKA-II 54, AFP 37.5, L3分画 1.6%と腫瘍マーカー上昇は軽度であった。

腹部CT, 腹部エコー, SPIO-MRIで、S6, S8, 外側区に腫瘍を認め、いずれもHCCが疑われた。前医の肝生検結果ではadenomaの診断となっているが、CT・MRI等の画像評価では肝細胞癌の可能性が高いと考えられたため、再度当院で肝生検を行い確定診断をつける方針となった。

<当院での肝生検>

H19/5/28 第1回目施行。再度adenomaの診断。

H19/6/8 第2回目施行。高分化型肝細胞癌 (well HCC) の診断。

画像診断では古典的肝細胞癌を示唆するも、肝生検の結果はadenomaまたは高分化型肝細胞癌であり、異なった診断となった。肝細胞癌の診断であれば、Liver damageのAではあるが、最大径10cm, さらに肝内に多発していることから、根治的な治療は困難と考えられた。血管造影でも古典的肝細胞癌の所見を認め、古典的肝細胞癌の診断となった。明らかな遠隔転移やリンパ節転移を認めておらず、原発性肝癌取り扱い規約上、2cm以上、多発、脈管侵襲なしであり、T3N0M0 cStage IIIであった。Volume reduction目的にTAIを計4回行い、H19年7月28日退院となった。

退院後は肝機能の増悪と、腹部CT上、外側区の腫瘍の増大と、門脈左枝・門脈右枝に腫瘍塞栓も認めるようになった。食事摂取後もすぐに嘔吐するようになったため、H20年8月13日、第2回目の入院となった。黄疸の進行を認め、腫瘍マーカーはPIVKA-II 49408 MAU/ml, AFP 11738ng/mlと著明な上昇を認めた。腹部CTでは肝右葉を中心として広範囲に浸潤する腫瘍を認め、腫瘍の明らかな増大が認められた。また、門脈左枝・右枝・本幹に腫瘍栓の増大を認め、肝血流の

著しい低下による肝不全の進行が考えられ、terminal stageと思われた。ビリルビンの上昇は続き、肝性脳症も認められたものの、全身状態はそれほど悪くはなく再び在宅療養が可能と考えられたため、8月22日退院となった。

退院後も黄疸や腹水の増悪はあるものの、食事は摂取可能であった。しかし9月下旬から食事摂取不良、移動困難となったため9月30日入院。10月19日頃から緑黒色便が見られるようになったが、貧血は認めなかった。徐々に全身状態の悪化を認め、10月28日死亡された。

【臨床上の問題点】

- ①腫瘍は古典的肝細胞癌 (中分化～低分化型肝細胞癌) でよいのか
- ②腫瘍の進展の程度はどの程度か
- ③緑黒色便を認めていたが、出血源はどのかなのか

【病理解剖組織学的診断】

1. 中分化肝細胞癌, S6, S8, 瀰漫性肝内転移, 門脈～上腸間膜静脈腫瘍塞栓形成
2. 肝硬変症 (腫瘍を含め肝重量1995g)
3. 脾腫 (445g)
4. 食道静脈瘤
5. 出血性素因 (膵実質, 脾実質, 胆道系)
6. 十二指腸球部潰瘍 UI-II
7. 全身黄疸
8. 腹水貯留 2000ml 濃黄清

【CPCでの討議内容】

- ①C型肝炎の既往とあるが、入院時の慢性肝炎の活動性はどうだったのか。

回答) HCV抗体は (+) だが、入院時にウイルス定量を行ったところHCV-RNA (-) であり、過去にC型肝炎に罹患した既往はあるが、入院時はC型肝炎の活動性はないと考えられた。

- ②腫瘍マーカーの上昇の程度はどの程度なのか。

回答) 初回入院時血液所見では、PIVKA-II 54 MAU/ml, AFP 37.5ng/ml, L3分画 1.6%と腫瘍マーカーはいずれも軽度上昇であった。

- ③Dynamic CTで典型的な肝細胞癌ではどのような所見を認めるのか。

回答) 早期動脈相での濃染像と、門脈相・平衡相での低吸収・その周囲のコロナまたはリング状濃染を認める。

【問題点のまとめと症例の考察】

- ①メインの組織型の優勢像は古典的肝細胞癌（中分化肝細胞癌）であったが、腫瘍内には種々の分化度のものが併存していた。
- ②S6, S8に肝細胞癌の原発巣を認めた。S6の腫瘍は全体に壊死が進んでいた。肝細胞癌の瀰漫性肝内転移、門脈～上腸間膜静脈腫瘍塞栓形成、および肝門部リンパ節転移を認めた。遠隔転移（-）であった。
- ③肝内胆管から胆嚢にかけて血性胆汁症を認め、胆嚢内に凝血塊を伴う出血性胆汁の充満を認めた。
画像診断では古典的肝細胞癌が疑われたが、肝生検の結果はadenomaまたは高分化肝細胞癌であり、異なった診断となった。これは生検で採取された検体が小さかったことで、病変の全体像が把握できず、病理診断が難しかったことなどが挙げられる。

平成20年度第6回

【日 時】平成21年3月2日

【演 題】胸膜プラークを伴う肺小細胞癌の1例

【発表者】宇野あゆみ

【症例の臨床経過】

平成20年5月食事摂取時前胸部痛自覚し、6月25日に当院消化器内科受診。胸水を認めたため、呼吸器内科に紹介となった。左胸水、S3領域結節影、両側胸膜肥厚、左肺門部リンパ節腫脹を認め、精査目的で7月1日に呼吸器内科入院。生活歴は職業が50年間大工で、アスベストを使用しており、18本/日54年間の喫煙歴があった。穿刺排液した血性胸水の病理診断はclass Vの肺小細胞癌で、CT、骨シンチグラフィ、脳MRIで転移は認めなかった。これより診断は、原発部位が左上葉、T4N1M0 stage III Bアスベスト関連肺小細胞癌となった。治療は疼痛コントロールにオキシコンチンを随時増量し、化学療法（CBDCA（AUC 5.0）+CPT 11（60mg/m²））を3コース施行。終了後状態改善が認められたため、10月31日に退院となった。

胸痛増強が認められ、11月6日に受診。左胸水増加があり、即日入院となった。疼痛コントロールのため、鎮痛薬を随時増量。胸水穿刺排液をするもすぐに増加を認め、11月25日には疼痛コントロール困難となり、塩酸モルヒネ持続静注（10mg/50ml 2 ml/h）を開始。

徐々に呼吸状態の悪化、脈拍、血圧の低下を認め、11月29日死亡された。

【臨床の問題点】

- ①直接死因は肺癌でよいのか
- ②腫瘍進展の程度
- ③アスベスト暴露を示す所見について

【CPCでの討議内容】

- ①胸膜プラークとは何か？

回答) 胸膜プラークとは壁側胸膜に生じる両側性の不規則な白板状の線維性肥厚。

- ②T4となった基準は。

回答) 悪性胸水が認められたため。

- ③アスベスト吸引で出現する病気は肺小細胞癌が多いのか。

回答) 胸膜中皮腫、肺癌が多く認められる。

- ④アスベスト吸引による肺癌出現の割合の上昇率は何倍か。症例患者には喫煙歴もあるがどちらが肺癌出現に寄与したのか。

回答) 2～3倍程度。喫煙による肺癌発生は5倍程度でどちらが寄与したのかはわからないが、解剖後肺の検体から正常の基準よりアスベスト小体量が5倍出現しているため、アスベストが起因となっている可能性は高い。

【病理解剖組織診断】

1. 大細胞神経内分泌癌、左肺上葉、化学療法後転移：左肺、左胸腔、横隔膜、心外膜、肝、膵、胃、骨髄リンパ節転移：左肺門、左傍気管
2. 右肺気管支肺炎
3. 両側胸膜プラーク、横隔膜プラーク
4. 胸水貯留：左2200ml・淡血性、右100ml・黄色清

【まとめ】

- ①直接死因は肺癌であるが、小細胞癌ではなく、アスベスト関連大細胞神経内分泌癌が死因と考えられた。
- ②腫瘍進展の程度は、原発の左上葉肺癌が上記のとおり左肺、左胸腔、横隔膜、心外膜、肝、膵、胃、骨髄に転移し、左肺門・左傍気管リンパ節に転移をきたしていた。
- ③ホルマリン固定肺を消化し位相差顕微鏡によるアスベスト定量測定を施行したところ、アスベスト小体濃度は27582本/g（乾燥肺重量）であった。正常では5000本以内とされていることから、正常の5倍以上の高濃度蓄積が認められた。

新しい心血管アンジオ装置見学

内科 石井良直

当院における心血管アンジオ装置の更新にむけて、他施設の最近導入した装置の見学を通じて新規導入の際の指針を作成するのが目的である。

平成21年3月21日、札幌心臓血管クリニックを見学した。Philips社製シングルプレーン式フラットパネル搭載循環器用X線診断撮影装置を使用しており、操作性の簡便さ画像の鮮明さが優れており、さらに接触安全機構も備えており、優れた装置であった。同院では、フォトロン社の動画ネットワークシステムを使用しており、同時に見学した。画像劣化もさほどなく、操作性も簡便であった。

平成21年3月27日、午前中に札幌東徳洲会病院を見学した。心血管アンジオ装置は3台使用していたが、主にPhilips社製バイプレーン式フラットパネル搭載循環器用X線診断撮影装置を見学した。当院ではバイプレーン式の購入を念頭に置いていたため、非常に参考になった。バイプレーン式は、正面用と側面用の二つ

のアームを有するため、同時に2方向撮影が可能であり、造影剤の節約、時間の短縮が可能である。一方、操作がやや煩雑となるが、同機種は操作性が比較的簡便であるため、医師側のストレスが少なく検査、治療にあたることができると思われた。

同日午後には、手稲溪仁会病院を見学した。Siemens社製バイプレーン式フラットパネル搭載循環器用X線診断撮影装置を使用しており、Philips社製と遜色ない画像のクオリティを提供してくれるものと思われた。3D画像の再構築など、同社ならではの機能も備えており魅力的であった。ただし、バイプレーンでの使用時に角度制限がある点が難点であった。

以上、3施設の施設見学を通して、最先端の心血管アンジオ装置の概要を把握することができ、有益な研修であった。

第4回有痛性骨転移の疼痛治療における塩化ストロンチウム-89治療安全取扱講習会に参加して

放射線科 川島和之

平成20年5月24日に、「第4回有痛性骨転移の疼痛治療における塩化ストロンチウム-89治療安全取扱講習会」が大阪会館で開催され、参加したので報告する。この講習会は、アイソトープ協会を中心に関連4学会の共催で開催され、今回は300名が参加した。施設基

準に加え、講習会受講が本治療実施のための必須条件となっている。

塩化ストロンチウム-89（以下商品名 メタストロン）は、有痛性骨転移治療薬として、1970年代に開発され、現在40カ国以上で臨床利用されているが、日本

では30年遅れでの認可となった。薬剤は、3.8mlの無色透明の液体でバイアルに入った形で供給され、ストロンチウム-89として141MBqのエネルギー量である。半減期は50.5日、高エネルギーβ線放出核種で最大エネルギーは1.49MeV、飛程は最大8mm(平均2.8mm)である。静注にて投与し、尿排泄される。1週間ほどでほぼ排泄されるが、95%は投与後2日で排泄される。入院は不要で外来治療が可能である。

原理としては、骨シンチグラフィが骨転移や骨折などの骨代謝の活発なところに集積し画像に所見として現れるのと同様に、骨代謝の盛んな骨転移巣に集積し、局所的に内照射することで効果を発現する。甲状腺癌のヨード内服治療と同様の原理である。

適応は、固形癌(血液癌、多発性骨髄腫、悪性リンパ腫は除く)の多発骨転移で骨シンチグラフィの集積に一致する疼痛を有する。鎮痛薬でのコントロールが困難。外照射が困難(疼痛のため治療体位がとれない、通院が困難、既照射部位の再増悪など)。1カ月以上の予後が期待される、となっている。

具体的なよい治療対象としては、乳癌、前立腺癌などの多発骨転移で長期の担癌生存が予想され、長期間のがん性疼痛が問題になると予測される症例である。多数の骨病変のため全てに放射線治療が施行できない、頻回にモルヒネ製剤の増量が必要な症例はよい適応といえる。

痛みに対しては鎮痛剤と違い原因治療となり、脊髄圧迫の経時的累積発症率が大幅に低下するデータもでている。薬剤によるコントロールが可能でも抗腫瘍効果がないため、時間の経過に伴い骨病変が進行し病的骨折のリスクが高まる。

除外基準は、メタストロンが骨に集積し骨髄抑制をおこすため、DICまたは血球減少の患者である。腫瘍形成時、脊髄圧迫時は外照射等を優先する。重篤な腎障害、となっている。

注意事項として、化学療法直後や今後化学療法の継続が必要な時には、メタストロンによる治療が強い骨髄抑制を誘発したり、今後の原疾患治療の妨げになる可能性があるため計画的な投与が必要である。

日本での第Ⅲ相試験成績は、70%強が痛みの軽減、または痛み止めの減量が可能であった。

プログラム

- ・放射線安全管理 1 内用療法用放射線性医薬品の安全管理

- ・放射線安全管理 2 法令、届出事項及び退出基準
- ・放射線安全管理 3 放射線測定と放射線性廃棄物の安全管理

・メタストロンの臨床応用

講習内容は、安全管理に関する項目が大半で、なかでも法令に基づく内容が多くを占めた。日本での放射線防護上の制約は、世界で最も厳しく、主に医療法など(厚生労働省)と障害防止法など(文部科学省)の2重の法令により制約を受ける。特に後者は、実際の診療としてはそぐわない面がある。たとえば放射線物質の飛散、汚染、被曝があればその強度や予想される悪影響の程度に関わらず、原子力発電所での事故などと同様に扱われる。また本製品は、放射線物質と薬剤としての両面での制約をうける。

講習の範囲は多岐にわたり、放射線物理特性、放射線物質と薬剤としての安全取扱・品質管理、被曝防護、測定法、測定機器の特性、使用する手袋・遮蔽注射器等の用具の取扱、汚染時の除染道具と方法などである。

法令に関しては、医療法・医療法施行規則・電離放射線障害防止規則にも基づく届出項目についてである。建物の構造・排水設備・排気設備・貯蔵室の平面図及びその遮蔽計算、設備能力について。最大予定使用量、最大貯蔵量。退出基準、線源記録、測定記録、退出記録、従事者の健康管理記録教育訓練記録の台帳管理について。おしめの保管と廃棄基準など。周囲への影響は無視できるにもかかわらず、投与直後の火葬にまでふれている。そして、講習会の終了証明をメーカーに提出後より、薬剤は供給され治療が実施できる。

メタストロンはβ線しか放出せず遮蔽はアクリル板で可能なため、尿の管理さえしっかり注意すれば投与された患者から周囲への被曝は全く心配はない。特に、投与後2日間だけ慎重に対処することで十分であ



る。しかし、飛程が数mmなので、尿が皮膚につかないように細心の注意をすることが最も重要である。

このように、メタストロンは法的制限が厳しい反面、実際の治療は比較的簡易で患者負担は軽微である。また、これまで対応に苦慮してきた痛みに対して新たな取り組みが可能となり、患者さんの受ける恩恵

は大きいと考える。

平成20年12月より当院でもメタストロンが使用可能となる。当院では、医療資源の効率的利用の点から外来治療で運用する予定である。緩和医療の一つの選択肢が増えた。QOL改善に寄与することを期待している。

末梢血管インターベンション（PPI）における技術習得

内科 奥山 淳

今回わたくしは、市立旭川病院並びに上司の石井、並びに受け入れ先の湘南鎌倉病院のご配慮を頂き、“浅大腿動脈の慢性完全閉塞病変へのカテーテルインターベンション術”の研修に行かせて頂きました。

近年循環器領域での末梢インターベンションの発達はめざましいものがありますが、当院ではこの分野にかけて血管外科（胸部外科）並びに放射線科の技量と熱意がすばらしく、また当科（循環器内科）も心臓で精一杯といった部分もなきにしも非ず、冠動脈インターベンションと比して末梢インターベンションが多く行われていないのが現状です。しかし動脈硬化の全身性合併症として末梢血管疾患は増加していて、旭川市近郊のそれらの患者さんに対しその分野の治療を担っていき、全国的にみても遜色のない出来るだけ高レベルの治療を行っていくのが、当院の循環器内科の使命と考えます。

外科的治療との兼ね合いに関しては、どの分野にも当てはまることと思っておりますが、あくまでfor the patientの精神を忘れずに適応を決めていくべきであると思っております。

それなりの成功率を保ち、治療により悪影響や合併症を残す可能性が低く、後に必要となる可能性のある外科的治療を妨げないように行うのであれば、低侵襲で繰り返し行える末梢インターベンションは、この領域の1st choiceになってよいと思われまますし、患者さんもそれを望まれると思われまます（決して内科医、インターベンション医の興味と自己満足にはならないよ

うに自戒していかなくてはいけないとは思ってます）。

今回研修させて頂いた浅大腿動脈に関しては長らくバルーン・ステントによる治療では高率の再狭窄があり、バイパス術or内服治療が優先との見解でありました。しかし冠動脈インターベンションの分野がそうであったように、道具や技術の進歩に伴い、最近の大規模試験ではバイパスグラフトと同等の治療成績が得られて来ているかと思われまます。

そして今回カテーテル治療分野の最高峰の一つである慢性完全閉塞のインターベンションを間近で見させて頂くことができました。症例は閉塞長が15cm長に及ぶと思われる慢性完全閉塞病変に対し、末梢インターベンション医として名のある湘南鎌倉病院の宮下裕介先生の手技を拝見させて頂きました。

普段のlive demonstrationと違いカテ室に入ることにより、患者さんの入室からその時々スタッフの対応、体位変換、穿刺の方法、その場での細かな会話／雰囲気、等々、大会場のliveでは味わえない細かなコツを見させて頂くことができました。

治療のstrategyとしては完全閉塞部位を浅大腿動脈から順行性にガイドワイヤーを通過させにいくだけではなく、膝窩動脈側からもシースを留置し逆行性にガイドワイヤー操作を行い、2方向からのガイドワイヤーを出会わせるといったものです。膝窩動脈は体の屈側（裏側）にあり、かつ皮下組織も多いところです。この穿刺を行うにあたり患者さんに最初はうつ伏せになってもらい、エコー技師さんとの協力でシースを留

置し体位を仰臥位に変換し、仰臥位となった後で今度（反対側の）大腿部を穿刺しシースを留置しました。この時にどこの部分を介助し、どのような道具を使用して、清潔を保ちながら、治療を進めるかといったところが、カテ室に入ることにより理解することが出来ました。

その他実際の細かな手技は専門的な領域に入るので割愛しますが、各々のstageでの手技、道具の選択等々、色々なことを身近で学ぶことが出来ました。

今回水曜日の午後に病院入りしすぐにカテ室に入り、夜間まで検査／治療を見学させて頂き、次の日も早朝からカンファレンスに誘って頂き（IVUSでは日本の第一人者の本江先生のオーラに圧倒され）、夕方飛行機に間に合うギリギリまで見学させて頂き、深夜に旭川に帰ってきました。目的としていた浅大腿動脈の領域のみならず、鎖骨下動脈や腎動脈領域などの末梢領域や、普段自分達も行っている冠動脈領域やペースメーカー、マルチパースを使用した診断カテーテルなど、多分40件ぐらいの検査／治療を見学させて頂きました（カテ室は2室同時進行で、右から左へとカテ室を行き来していました）。自分達と異なる方法を見る

のも、とても刺激的でした。

その間初日の夜には、学生時代の後輩で5年間一緒に部活の遠征などを共にした、当院循環器内科にも在籍していた松実純也と食事とお酒を酌み交わし、楽しいひと時を過ごせました。

ハードなスケジュールではありましたが、有意義な2日間でした。

学術的でないことを日記的なレベルで綴らせて頂きました。申し訳ございませんでした。今回の研修で得た事々を、いつか患者さんの医療に還元したいと思っております。

最後にこのような機会を与えてくださった石井先生、この忙しい最中その間業務を行って頂いていた同僚の西浦／井澤／伊達先生、現地で色々とお世話をしてくれ親切にして頂いた松実先生やその他の先生／スタッフの皆様、レベルの低い自分の質問にも懇切丁寧に教えて下さった宮下先生、そして今回の鎌倉研修行きにあたり色々とお配慮・ご足労頂きました教育研修科の井須さんにこの場を借りて感謝の言葉を申し上げます。有難うございました。

第11回 高線量率ラルス医療安全取扱講習会に参加して

中央放射線科 有路智行

はじめに

平成20年12月5日に第11回高線量率ラルス医療安全取扱講習会に参加してきました。

東京の国立がんセンター構内の国際研究交流会館に行きました。この講習会ではラルスに携わる医師または診療放射線技師が対象で経験が浅い人から長年携わってきた人まで、約30人がセミナーに参加していました。

このセミナーでは、医療安全とヒューマンファクターやラルスのQA、QC等、それぞれに担当者が詳しく説明してくれました。以下、講習の流れに沿って説明していきます。

・医療安全とヒューマンファクター

この講習の担当者は元全日空先任機長が担当し、医療安全とヒューマンファクターに関して教えていただきました。

近年のハイテクシステム化に伴い、次々と新たな問題が起こってきました。わずかなシステムの故障が起こっても、些細な操作ミスがあってもたちまち利便性が消滅するだけでなく危険さえ潜んでいます。また、知らず知らずの間にリスク感覚が希薄化しています。そこで、安全性を高めるには、システムを作る人、使う人個人の能力限界をカバーするための組織的取り組みが必要になっていきます。

医療技術の先端を行く放射線治療の問題点からヒューマンファクターの取り組み、予防安全、安全性の向上の計り方など詳しく教えていただきました。改めて、当院の放射線治療の医療安全はどうかと考えさせられました。

・HDR小線源の防止

高線量率（HDR）小線源治療は、急激に普及している技術であり、最近数年にわたって工業国家、発展途上国のどちらにおいても低線量率（LDR）小線源治療を置き換わりつつあります。HDR装置を用いて毎年五十万件の治療が行われています。HDR小線源治療技術は1.6-5.0Gy/分もの高線量率で非常に高い線量を一度に与えるので、事故を起こせば、臨床的に悪影響がでる過少線量投与、あるいは、過大線量投与となります。

そこで、事故防止のためにはQA手順習得した後に特別に訓練された協力しあう専門家チームを作ることが重要であります。保守業務はQAの不可欠な要素なので、業務手順の外部監査により、良好で安全な業務を再強化し、事故の潜在的な原因を見つけだして事故防止につなげなければなりません。またQAには事例の同業者によるレビューが含まれるべきであり、報告された事故や出来事は学んだ教訓となり、他の利用者と共有され、同類の過ちを防ぐことが可能です。

・密封小線源治療総論

RALSを保有しているのは、2007年JASTROの調査では196施設でありました。密封小線源治療といえば組織内照射と腔内照射そして、添付照射あります。組織内照射、添付照射では針、ビーズ、ヘアピンなどの照射器具が、また腔内照射ではRALSがあります。RALS

には高線量率（HDR）と低線量率（LDR）の2種類に分けられます。RALSにおいては ^{60}Co と ^{192}Ir 線源を用います。

・ $^{60}\text{Co}/^{192}\text{Ir}$ 線源選択型ラルスの特徴

$^{60}\text{Co}/^{192}\text{Ir}$ 線源の一番の違いは、 ^{60}Co は ^{192}Ir と比べて半減期が長く、単位放射能あたりの変換係数が大きいという特徴があります。 ^{60}Co は半減期が5.3年に対して ^{192}Ir は74日となります。当院で使用しているのは ^{60}Co で現在6年間使用しています。 ^{192}Ir の場合の業務は年間3～4本必要となる線源交換が発生します。

・わが国の小線源治療の現状

わが国における小線源治療の状況は、新しい線源や装置の導入が行われる一方で販売中止となった線源があるなど大きく変化しつつある。また高精度外照射装置の進歩に伴い小線源治療適応についても変化が見られます。過去に実施されたJASTROの構造調査の小線源治療に関するデータを見ると、腔内照射の減少傾向と前立腺シード永久挿入療法が導入された2003年以降の組織内照射の増加が著明であります。

小線源治療施設そのものは全国的に配置されているものの、対象としている疾患の種類など施設間の差が大きく、一部の地域では必要な治療を受けにくい状況のあることもわかりました。

おわりに

第11回高線量率ラルス医療安全取扱講習会に参加して、安全管理や最新動向を学ぶことができました。当院でも参考にする部分は何点かあり、改善できるよう努力していきたいと思えます。高線量率ラルスに携わる医師または技師は当セミナーに参加することにより向上した放射線治療を提供できると思えます。

実践 医療被曝線量評価セミナーへの参加報告

中央放射線科 石澤 博

はじめに

平成20年6月14日から6月15日までの2日間、東京都港区にある日本放射線技師会東京教室にて「実践

医療被曝線量評価セミナー」が開催されました。このセミナーでは、各撮影機器や撮影条件における医療被曝線量の把握を目的としてモンテカルロシミュレーション

ョンを用いた被曝線量計算と、その評価方法を中心とした講義と実習を受けてきましたので報告します。

・医療被曝について

医療被曝とは、患者あるいは被験者としての被曝と家族などの介護者の被曝を指します。また、医療被曝においては必要な検査が制限されることのないように線量の上限值が定められていません。しかし、同じ検査でも施設、施術者によって患者の線量が大きく異なることが指摘されており、放射線防護の最適化及び線量限度の基準化などが重要です。また、最近では日本における医療被曝が他国に比べて高いという指摘やインターネットの普及による情報化社会の進展により、医療被曝への関心が高まってきています。そのため、放射線の専門知識を有する診療放射線技師が、医療現場での最適化や被曝線量を把握した上でのインフォームド・コンセントを実践していくことが重要であるといわれています。

今回のセミナーには全国各地から50名もの参加がありました。医療被曝低減施設認定の取得を検討している施設からの参加もあり、最近の医療被曝に対する関心の高まりを感じました。セミナー1日目の午前中には、医療被曝線量のシミュレーションによる推計、組織・臓器線量の評価、医療被曝の説明などの講義が行われました。いずれの講義でも医療被曝を取り巻く状況や診療放射線技師に求められる役割等についての説明があり、改めて被曝線量の最適化などを考えるきっかけとなりました。また、最近では被曝に関する不安や疑問を持った患者からの質問が増加しており、どのようなケースにも対応できるようにデータや資料等を充実させ、十分な説明が行えるように準備しておく必要があるとのことでした。

1日目の午後からと2日目はPCを用いての実習を

中心に行いました。今回は一般撮影、X線TV、血管造影検査等の線量推定が行える『PCXMC』とCTの線量推定が行える『ImPACT』というソフトを用いて、自施設の線量評価を行いました。実習といっても事前に当院の装置の構造や撮影条件などを調査し、その値をPCで入力するだけという単純な作業でしたが、評価を行うモダリティや検査毎に入力するパラメータが非常に多くとても大変な作業でした。これらのソフトを使用する利点としては、臓器・組織線量が評価可能であることや、条件変更などによる線量評価が容易に繰り返し可能であること、従来の各種線量計やファントム等の線量測定ツールを購入できない施設においても線量の推定が行えるなどがありました。また、精度があまり高くないという欠点があるものの、自施設の大まかな線量レベルが解ることが重要であり、臨床現場で放射線の影響について説明を行うには十分なものであるとのことでした。今回のセミナーでは人数分のPCが配置されなかったり、実習の時間が少なかったり、地震でエレベーターが停止したりといろいろ大変な思いをしましたが、無事予定していた全ての検査について線量推定を行うことができました。

今回使用したPCXMCとImPACTは従来の各種線量計やファントム等の線量測定ツールに比べ安価であるため、今後の線量推定の一翼を担う方法になっていくと思われませんが、海外のソフトウェアであるため病院等で購入することが難しく、個人輸入で入手するか病院側とかなりの交渉をする必要があるとのことでした。そのため、短期間であったとはいえこれらのソフトを使用し自施設の線量評価を行えたことは非常に貴重であったと思います。今後はこれらのデータを下に医療被曝の説明方法の工夫や被曝線量の最適化などに役立てていきたいと考えております。

心血管撮影装置の道内状況等調査

中央放射線科 三ツ井 貴 博

平成21年1月28～29日の日程で平成21年度更新予定

がある、心臓カテーテル検査用最新機器とその周辺機

器（動画サーバーなど）の使用方法、実態の把握を目的として、札幌市内5施設を見学してきたので報告します。

現在当院で使用している機械は導入してから13年近く経つもので、透視・撮影するためのCアームがひとつしかなく、X線を受け取って画像にするI・I（イメージインテンシファイア）の劣化も激しく限界まで使用していた状況でした。

今回、私が見学してきた施設と使用機器は東徳州会病院でPhilips社製Alluraバイプレーンシステム（透視・撮影するためのCアームが二つあるシステム）とPhilips社製動画サーバー、北光記念病院で東芝社製Infinix Celeve-iバイプレーンシステムと東芝社製動画サーバー、札幌心臓血管クリニックでPhilips社製AlluraとPhoroton社製KadaViwe動画サーバー、手稲溪仁会病院SIEMENS社製AXIOM Artis dBCバイプレーンシステム、北大附属病院でもSIEMENS社製AXIOM Artis dBCバイプレーンシステムとPhoroton社製KadaViwe動画サーバーとなります。

各社それぞれの個性があり、各施設でもいろいろ好みにカスタマイズしているため客観的に比較するのは非常に難しいのですが、実際に操作している放射線技師の生の声を聞くこともできたので、それを含めた比較をしてみます。

どの施設でも共通して言えることが、最新のFD（フラットパネルディテクタ）を使用しているため、撮影画像はもとより、透視画像においても当院の現状のI・Iとは比較できないほど高画質であり、さらに、被曝低減のために透視画像ではパルス透視を使用しているがそれでもなお十分に画質を保っていることが印象的でした。次に、これもどの施設にも共通しているのが、動画サーバーを使用していることにより、撮影したシネ画像をほぼリアルタイムで外来・病棟・カンファレンス室などで閲覧可能であること、さらに上位機種になればその画像から冠動脈の狭窄率や、左心室区出率などの解析も端末でできるなど、かなりスピーディーで使い勝手が良くなる印象でした。

実際のハード面で言えば、Philips社製AlluraはCアームの側にケーブルなどの動きの邪魔になるものを排除した作りになっていて、それによってバイプレーンで

複雑に動くCアームができるだけ術者の邪魔にならないようなシステムになっていました。そのかわり下肢撮像ではある程度の制限はやむをえない状況でした。それに比べて東芝社製Infinix Celeve-iとSIEMENS社製AXIOM Artis dBCはCアームを多軸構造にして多少外側のケーブルなど邪魔に見えるものがあったとしても、アーム自体を動かして術者の行動範囲の制限を減らす工夫となっていました。この方法では下肢全長まで追うことも可能であるそうです。これは実際に検査に入る術者のドクターが一番気になる部分ではないかと思われませんが、各社色々個性のある部分だと思われます。個人的印象ではできるだけシンプルな構造のほうが故障の原因が減る気がしましたが…。

あと、各社それぞれ特徴的な部分では、Philips社製AlluraはStentBoostや当院で現在使用中のPhilips社製のCTのワークステーションとネットワーク化してCT画像との連携をすることができる部分が特徴的でした。東芝社製Infinix Celeve-iはそれに附属している動画サーバーが特徴的で、それぞれの施設の好みに合わせた仕様にカスタマイズすることができるらしく、それと他社機器との接続も可能であるとのことでしたのでこちらも特徴的な部分でした。

最後に実際の検査の状況を担当技師に聞いたところ、どの施設でも共通しているのは、バイプレーンシステムを通常のルーチン検査でフルに使用しているわけではないことでした。腎機能が悪く造影剤を極力少なくしたい場合、PCIのとき、診断カテの場合でもLVGのときのみバイプレーンを使用しているなど、様々でした。理由としてはやはりCアームが機器構造上どうしても術者の邪魔になる場合があり、アームの角度により術者が移動するのではなく、あくまで術者に負担のかからない検査状況を提供している状況でした。

当院でもバイプレーンシステムを希望していますが、実際に導入されることになれば、ドクター、看護師、臨床工学技士さんとのチーム医療を考慮に入れて、さらに多角的な視点で機器選定をしていかななくてはいけないと思いますが、今回、見学して実際に見ることのできた私の意見が少しでもその役に立てればと思います。

医療機器管理業務視察研修報告

臨床器材科 鷹 橋 浩

平成19年4月の薬事法改正により、医療機器の点検、研修教育、情報の周知が義務化された。今回5日間渡り、各病院のME機器管理の実際を研修してきた。

6月9日、10日は三井記念病院（東京都千代田区：病床数655）を視察した。臨床工学技士は9名勤務しており、人工心肺（120～150例/年）、透析（16床：月水金のみ2部）、心カテ室（約1200例/年：IVUS操作は医師が施行）、ペースメーカ業務（技士と業者：現在移行期間中）などの臨床業務と機器管理業務を行っていた。機器管理では、人工呼吸器（23台）の点検を中心に行っていた。呼吸器点検は2時間程度稼働させ、稼働中異常がなかったかを記載していたのが印象的であった。輸注ポンプなどは、ある程度病棟に定数を配置して不足時はME室から貸出す方式で、貸出、返却、機器管理、修理などの帳票は、Microsoft Accessで作成したソフトを使用していた。また、平成18年度より、臨床工学技士が機器購入委員に入り、機器を管理する上で、病院全体の機器を把握できる体制が整っていた。教育に関しては、月1回程度、何らかの医療機器セミナーを実施していた。また、臨床工学技士の教育は、学会やメーカー主催のメンテナンス講習を積極的に進めていた。情報の周知では、医療機器の添付文書、取り扱い説明書を臨床工学室で保管していた。点検用器材が老朽化しており、現在購入申請中とのことであった。

6月10日は亀田総合病院（千葉県鴨川市：病床数950）を視察した。臨床工学技士は32名おり、人工心肺（120～150例/年）、透析（70床：毎日2部＋サテライト50床）、心カテ室（約1200例/年：IVUS操作は技士が施行）、ペースメーカ業務（技士のみ）などの臨床業務と機器管理業務を行っていた。当院とは違い、機器管理の人員が10名近くと豊富で、修理点検も充実していた。貸出、返却、機器管理、修理などの帳票は自前で作成（Basic）したME機器管理システムを使用していた。また、一般病棟でも、多数の呼吸器装着患者がおり、呼吸器を約80台近く保有していた。呼吸器の使用中心点検

も1日1回病棟をラウンドし、PDAを用いてデータを入力、パソコンに転送していた。その他に輸注ポンプ、パルスオキシメータ、モニター等の点検を行っていた。医療機器安全管理責任者も臨床工学技士が行っており、放射線装置、検査科の検査機器は各科に点検を依頼し、その部分の事務的な管理も行っていた。情報の周知では、医療機器の添付文書を、院内ホームページで何時でも確認できるシステムであった。教育に関しても月1回以上のペースで看護師向けのセミナーを実施していた。余談ではあるが、2年ほど前にオープンした新病棟は、太平洋に面した全室個室（1日12,000円～50,000円の差額ベッド）で、窓からは全室太平洋が一望できるオーシャンビュー、さらに24時間面会可能と、素晴らしい療養環境であった。また、紹介加算、入院外来比率、長期入院患者の削減などを考慮し、敷地内には本院とは別に、亀田クリニック（外来のみの同一法人別病院）、老健施設、さらにはヘリポートなどが点在していた。

6月11日は北里大学病院（神奈川県相模原市：病床数1020）を視察した。こちらも臨床工学技士は20名おり、人工心肺（120～150例/年）、透析（16床：毎日1部）、心カテ室（約1200例/年：IVUS操作は技士が施行）、ペースメーカ業務（技士と業者：現在移行期間中）などの臨床業務と機器管理業務を行っていた。

保守点検要員が非常に豊富で常時5～7名程度で機器点検を実施していた。点検用の機材も豊富で、流量計はもちろん、血圧計やパルスオキシメータ、電波出力計まで持ち合わせていた。また、保育器の点検では保育器内に、数箇所温度計をセットし、その温度をパソコンに取り込み、設定温度に異常がないかを点検していたのが非常に印象に残った。呼吸器も亀田病院同様80台近く所有し、病棟をラウンドして点検を実施していた。教育、情報に関しても、MEニュースの発行、看護師向けの研修などを積極的に進めていた。台帳管理は自前の管理ソフトを利用していた。

6月12日は日本医科大学（東京都文京区：病床数

1120) を視察した。人工心肺 (100~120例/年)、透析 (8床: 毎日1部)、心カテ室 (約1200例/年: IVUS操作は医師が施行)、ペースメーカー業務 (技士と業者: 現在移行期間中) などの臨床業務と機器管理業務を行っていた。臨床工学技士は10名で、人員も非常に若く、点検用の人員も2名程度であった。情報収集に関しては添付文書の保管を第一とし、病棟への配布は実施していないとのことであった。管理は自前の管理ソフト (ファイルメーカー) を利用していた。丘陵地でさらに病棟も付け足し、付け足しのため中が迷路でしかも古い建物が多く技士の業務も多岐に渡ることから、管理は大変苦労しているようであった。

昨年4月より全ての医療機器の保守点検、情報の収集、教育の実施が義務化され、いずれの病院でも積極的に実施していた。ただ、臨床工学技士がどこまでできるかに関しては、機器を完全には掌握できない施設がほとんどであった。特に特定機能病院 (日本医大、北里大) に関しては、各医局で購入した機器など、掌握できない部分があり、それらの機器の保守点検に関しては、臨床工学技士は関与しないとのことであっ

た。当院でもわれわれ臨床工学技士が全ての機器を掌握できる体制にはなっていない。各科で購入した装置に関しては医療機器安全管理責任者の指示のもと、各科で保守点検、教育、情報収集を実施していただくしか方法はない。また、ME機器の点検を充実させるためには、点検するための装置が必要で、当科で保有している点検装置は、人工呼吸器点検装置、除細動器出力チェッカー (模擬心電図波形付)、輸注ポンプ流量測定装置、輸注ポンプ閉塞圧測定器、電気的安全解析装置である。このため自動血圧計やパルスオキシメータなどの精度管理はできない。また、電気メスの出力チェッカーもないため、点検時は業者よりチェッカーを借りて実施しているのが現状であり、今後は点検装置も整備していきたい。また、当院は臨床業務が今回見学してきた病院とほとんど大差がないが、人員は正職員7名、パート1名で業務を行っているため、点検用の人員を配置できないのが現状であり、こちらも引き続き要望していくとともに、全ての医療機器を把握できる体制を整えたい。

DPC実施病院における物品管理方法視察

臨床器材科 本郷文枝

平成20年12月3日から3日間、NTT東日本関東病院と聖路加国際病院にて手術室を取り巻く院内物流 (術式セット払出) や滅菌業務などを見学研修してきましたので報告いたします。

NTT東日本関東病院 (以下NTT病院) は昭和27年に日本電信電話公社の附属病院関東通信病院として開設され、NTTの民営化を経て開院後40年が経った平成12年12月に21世紀に向けた新病院として新築しています。NTT病院は品川区五反田駅より病院直通的無料バスがあり5分という距離に建っています。NTT病院のコンセプトは人に優しい病院であり・患者様にとって快適な病院・医療スタッフにとって働きやすい病院を強調しているとおり、メインフロアは清潔感のある爽

やかな印象でした。正面入口の真上にはネットカフェがあり、患者様のくつろいだ様子は一見、病院を思わせない風景です。NTT病院の説明や案内など対応してくださったのは運営企画部の事務次長でした。私が訪れる3日前には「自治体病院改革とSPDの有効活用」というテーマで奈良での講演を終わらせてきたばかりと言う多忙な方です。「品川区で駅から近いことは立地条件がいいですね」の挨拶に、回りには大病院がひしめき合い大変ですという返事が返ってきました。

・病床数: 606床 ・手術件数: 約5,450件 (年間)

院内物流システムの導入は、効率性の効果をめざした運営を考え医薬品、診療材料、給食用材料、医療消耗品を購入から廃棄にいたるまでシステム的に一元化

されています。小さな例ですが多様な梱包のダンボールでさえも、焼却するにもコストつまり人件費に結びつくため院内排除の実施を徹底しています。そのため、納入業者はダンボールを持ち帰ることから病棟にはダンボールの姿はなく、整理整頓をこえ美しささえありました。医療廃棄物や給食用材料の廃棄は、統一された回収場所で廃棄業務を行い食材の廃棄などは粉末にリサイクルされていました。このリサイクル機械は次長が中心にNTT開発部社員との開発によるもので無害にした粉末は職員がガーデニングの肥料として持ち帰っているそうで捨てたことがないとうれしい誤算だと笑っておられました。アイデアとその徹底さは随所に見られ、病棟の定数収納も独自の開発製品によるもので、上部を傾斜させ不良材料や過剰在庫を置かせず、さらに清潔管理を図っています。薬剤保管庫は透明強化ガラスで抗生剤などのラベル確認が容易にできるものでした。定数場所にやや空きスペースができると材料室職員が作成した「空きスペース」の箱で塞がれ定数が過剰にならぬよう徹底したコントロールを習慣づけています。また、滅菌室はヨーロッパを連想させる広いスペースで、定義に基づく導線で運用していました。さらに、個々の器材自体に独自のバーコードを刻印し、術前術後の器材管理をコンピューターで行っています。患者別・術式別のセット類はケースカートに準備され、列をなして待機していました。院内レストランでお昼をご馳走になりましたが食を満足するメニューと空間…心も和みました。帰旭早々にお礼のメールを送ったところ、札幌のNTT病院に寄った際には市立旭川病院を訪ねたいと返事が来ていました。



患者別・術式別器材セット



病棟の薬品収納棚

さて、聖路加国際病院については大変敷地も広く、病院の正面には47階建ての聖路加タワーがそびえ立ち人間ドックや上部はオフィスフロアとして賃貸になっており、その資産に驚きました。面識のあった物品管理マネージャーはその業務を後任に譲り、敷地内にある第三セクターに位置する人材派遣および物品の仕入れなどを行う子会社に勤務されておりました。院内物流においてはNTT病院に肩を並べるほど進んでおりました。

・病床数：520床 ・手術件数：約7,400件（年間）

聖路加国際病院もまた、手術室の術式供給の一元化を実施しており、それは術式ごとのコストの算出が容易になることや看護師が本来の手術のみに専念でき、術件数アップに貢献していることなどを強調しておりました。また、手術内の機器についてはその8割は工学技士が管理し大型の機器についてはメカ依頼、その他顕微鏡の類、レーザー先の程度のもののみ看護師の管理になっています。診療材料室と滅菌室はワンフロアで手術室の直下に位置した場所にありワンウェイ方式で有効にダムウェーターを活用しています。術式リストも写真入で整理され滅菌室との連携も密になっています。

器材は全て滅菌室管理でまた、手術用器材がセットされたコンテナが並んだ様はアメリカの滅菌室を想像します。

NTT病院も聖路加国際病院も共通して見えるのは、アイデアと工夫、あきらめない精神、そして把握・分析・対処・評価を繰り返すことと感じました。今回の先進病院の研修にあたり、今後の業務に生かしていきたいと考えます。



術式別コンテナ
在庫棚



滅菌室作成OP用
医材ストック

国立保健医療科学院看護部長研修参加報告

看護部 一 條 明 美

今回、「看護管理者に求められるリーダーシップ」を目的に、平成20年11月11日から14日まで、埼玉県和光市にある国立保健医療科学院において開催された看護部長研修を受講しました。

研修は表1のスケジュール内容で講義とケース演習で構成され、全国から63名の看護師長、看護副部長、看護部長の参加で、多くのことを学びましたので報告します。

ケース演習は7～8名1グループで、直面している自院課題への対策として、SWOT分析を用いた評価を実施し、今後の病院経営・管理の改善へ向けた戦略計画を策定し、8グループの発表がありました。

SWOT分析とは、組織のビジョンや戦略を企画立案する際に利用する現状分析の手法の一つ（1920年代からビジネススクールにて開発）で、目標を達成するために意思決定を必要とする個人・組織の戦略計画ツールの一つとして広く用いられています。SWOTはStrength（強み）、Weakness（弱み）、Opportunity（機会）、Threat（脅威）の頭文字を取ったもので、さまざまな要素をS（強み）・W（弱み）・O（機会）・T（脅威）の4つに分類し、マトリックス表（表2）にまとめ、問題点を整理しその結果、解決策を見つけやすくなるという特徴があります。マトリックス表に分類・整理する過程で、各病院の抱えている問題を共有することができました。また、看護管理者のネットワーク作りにもなり今後継続し発展させていきたいと思えます。

私達グループは「慢性の看護師不足により看護体制7：1が取得できない」ことをテーマとし、現状分析（SWOTを用いて）、到達目標、アクションプランを作

成することにより他施設の状況を共有でき自施設への改善への糸口が見えました。

2006年の診療報酬改定にともない7：1看護体制による看護師争奪戦は、当院においても人員確保を困難とし、慢性的な看護師不足を引き起こしています。一般病棟10：1、精神科病棟15：1看護体制で、2008年6月に病棟再編を行い部署稼働率の均等化を図ることはできましたが、混合診療科をはじめ病棟の繁忙度は一層増しています。新人の離職率0%病院でありましたが今年度は4名の退職がありました。原因としてメンタル、夫の転勤、職場不適応とさまざまです。また、勸奨退職、中途退職があり、産前・産後休暇、育児休業、病気休暇が20名前後の状況で臨時・嘱託職員の希望者が少なく、慢性的な看護師不足が継続しています。今後においては当院の看護師の強みであるクリニカルリーダーの稼働によるリーダーの育成と弱みを克服する戦略として多用な勤務形態の導入によるワークライフバランスの構築、メンタルサポートへの取り組みを年度及び中・長期計画を策定して具現化したいと思います。

今回の研修を終え、看護管理者のリーダーシップとは診療報酬や医療制度、行政の動き・変化に対応していくためにはいち早く情報の収集、あるいは自施設にどう影響してくるかといった情報の生かし方を横断的組織の連携でマネジメントすること。また、働きやすい職場づくりとワークライフバランスを実践する病院を目指し看護職員をサポートできる雇用システムと多用勤務形態の構築・体制づくりを組織で取り組んでいきたいと思えます。

表 1 日 程

日	テ	ー	マ	講師名
11月11日（火）	医療安瀬の動向と看護管理者に求められるリーダーシップ			石川 雅彦
	看護サービスの質保証とキャリア開発			中西 睦子
	メンタルヘルスとトップマネジメント			児玉 知子
	ケース演習 参加者の事例に基づいた課題を検討			児玉 知子
11月12日（水）	徳島赤十字病院における看護師臨床研修とトップマネジメントの役割			水口 艶子
	看護現場からみる看護管理			陣田 恭子
	ケース演習			児玉 知子
11月13日（木）	法律家からみた苦情・クレーム対応			稲葉 一人
	看護管理の実践とマネジメント			島森 好子
	戦略マネジメント			熊川 寿郎
	危機管理における看護管理のリーダーシップ			前田 正一
11月14日（金）	施設管理と看護管理			笈 淳夫
	人材育成における看護管理のリーダーシップ			榮木 実枝
	看護の人材確保と看護管理者の役割			楠本万里子

表 2 SWOT分析

	機 会	脅 威
強み	<強みを活かし、のばす戦略>	<対抗もしくは縮小する戦略>
弱み	<弱みを克服する戦略>	<最小限にする戦略>

医療安全管理者養成研修を受講して

看護部 中 川 恵 子

【研修期間】平成20年6月16日～6月20日

【研修目的】医療現場における安全管理を効果的に行い、医療の質を保証する役割を担える脳力を養う。

【研修場所】札幌（北海道看護協会）

【研修内容】5日間で6名の講師の方々による講義とグループワーク形式の研修でした。日によってグループが変わり、他医療機関との情報交換も交えながら有意義な研修を受講することができました。実際に起きた事例について話され、解りやすく説明していただき

ました。

1. 医療安全に関する制度、リスクマネジメントの重要性、看護職の責務と法的責任

米国ダナ・ファーバー事件（1994年）が非常に印象に残っている。米国でも屈指の癌研究施設で起きた医療事故である。抗癌剤が4倍量投与されて1名が死亡、1名が心肺停止状態から蘇生できた。この事故をきっかけに「より安全な医療システムを目指して」変化を遂げた。患者参加型医療を実施し、Check, Ask,

Notify, You can, を入院時から患者様に説明しているということです。当院でも、注射実施・与薬時の患者確認において患者参加型を開始しているが、医療者と患者双方が起きている事実を共有して、共に問題解決に取り組んでいかなければならないのだと思いました。

2年前から看護師も実刑を受けることが多くなってきているという。平成11年横浜市立大学病院での患者取り違え事件では、看護師は実刑を受けている。実施したことへの罪であり、経験年数や職種は関係ない。専門職として扱われる。これが、看護婦から看護師になったことが意味するところである。

2. 医療水準・医療の質の要素

1) 医療技術水準⇒2) 安全管理水準⇒3) 患者満足度。これは、1) 2) が十分な水準に達して3) が成立するということである。また、事故分析・検討を十分に行って原因を明確化し、再発防止策を立てるという思考サイクルを確立しなければならないことを学びました。

3. 医療安全管理とコミュニケーション

医療現場は、いかにコミュニケーションが重要であるかを学びました。取り扱う情報が多様で情報そのものが不確実であること、患者個々で症状や治療法が異なることなどエラー発生要因が非常に多い。誤伝達や曖昧な伝達の発生は、人間のコミュニケーションの基本特性に起因するものであるため、人間に改善を求めても無理であるという。誤伝達されないような「しくみを作ること」が大切ということです。

4. 北九州「認知症高齢者の爪はがし事件」

この事件は、皆さんも記憶に新しいと思います。看護ケアが「虐待」であるとして逮捕・起訴され、「傷害罪」に問われていることが問題とされている。弁護側は傷害結果が生じておらず、正当看護行為であるとしている。日本看護協会の見解としても虐待ではなく看護実践から得た経験知に基づく看護ケアであり、患者により良いケアを提供したいという専門職としての責任感に基づいた積極的な行為であるとしている。この事件でさらに問題であったのは、病院自体、何が起こったのかを十分に把握していなかったこと。要因分析が不十分であった結果である。このような悲劇が起きないように十分な要因分析が必要であることを学

びました。

5. 事例分析の基本的な考え方・事例の分析・演習

ここでは、①PDCAサイクルを継続的にすすめること(plan=計画を立て、Do=それに従って実施、Study=その結果を研究、必要に応じてその行動を修正し、処置=Actionをとるサイクルのこと)②プロセス指向(改善)③重点指向④事実に基づく管理(対策)という4つの基本的な考え方を学び、数種類の分析方法の中からMedical SAFARによる分析を使用し、事故事例を基にグループワークで検討し、発表しました。かなりの時間を要する分析方法であり、現場にはそぐわない感じがしたが、「なぜなぜ分析」をすることで事象要因がわかってくることを学び得ることができました。

6. 事故発生時の対応の実際・危険予知訓練

実際に事故が起きたときに重要なことは、患者の生命と安全を最優先し、最善の処置・誠実な説明・適切な配慮を基本として対応すること。記録がいかに重要であるかを改めて学ぶことができました。

7. 医療裁判に家族が訴える背景

何故、家族が裁判を起こすのか。それは、①真実が知りたい②当事者に責任をとって欲しい③再発防止(他の患者に同じことを起こして欲しくない)という思いからであると知らされました。

8. 研修を受講して

今回の研修について大まかな内容を記載させていただきましたが、他にも法律に関することなど非常に有意義な研修を受けさせていただきました。基本的に、安全で安心な医療は存在しない。医療は本来リスクなものである。だからこそ、質を高める必要があるのだと実感しました。当院の基本理念である「患者様本意の医療を行い、市民から信頼される病院を目指します」と、看護部理念である「患者様・家族の視点に立った質の高い看護サービスを提供します」を念頭に置き、患者様の立場になったらどうなのかということを考えながら、安全管理者としての役割を果たしていきたいと思います。また、「自分の家族は当院で治療を受けさせたい」と思える病院となるよう、医療安全の分化醸成はもとより、自分自身、行政・社会等で何が起きているのか他方面に目を向け、自己研鑽していかなければならないと考えます。

看護管理研修に参加して

看護部 坪崎春美

平成20年8月19日より3日間、北海道看護協会で開催された看護管理研修に参加させていただきましたので報告いたします。研修目的は「中間管理職としての役割を自覚し、看護チームの機能を高めるための能力を拡大する」で、研修内容は「管理者に必要なコーチングのスキル」「スタッフのやりがい感を高める目標管理とキャリア開発」「目標管理の実践」「看護の動向」についての講義と演習でした。

1. 管理者に必要なコーチングのスキル

看護を取り巻く社会環境からの要請は厳しさを増している。その中で看護という仕事を続けられるように一人ひとりの看護師のモチベーションを育てることが全ての看護者に強く求められる時代が到来している。モチベーションは育てるものであり、その人が「ここで働くこと、ここにいることの価値」を感じさせられるようにマネジメントすることが管理者の重要な役割である。管理者として何を目指して部下を指導するのか、何をスタッフに望むのか、それに対して自分ができることは何かを明確にしていく。モチベーションを育てるためには信頼関係が必要となる。信頼を得るためにはポジティブなムードでコーチングスキルを有効に使う。①一生懸命に聞いているということを手伝いに伝わるような聴き方をする。②非難ではなく考えを聞く。③認める、褒める関わりを持つことが必要である。コミュニケーションではどのように相手の考えを引き出すかが重要である。信頼と好意の中でこそ人は仕事をしてくれる。スタッフの仕事の楽しさ・やる気は管理者の行動によって作ることができる。自分のコミュニケーション技術を高め、一人ひとりのモチベーションを高める関わりができるように努力していきたいと思います。

2. スタッフのやりがい感を高める目標管理とキャリア開発

キャリア開発は組織としてどのような看護人材を必要とするのかという戦略的なビジョンが必要であること、そしてキャリア開発プログラムを実効性のあるも

のにするためには相手の考えを引き出すコミュニケーションが不可欠である。目標管理ではノルマ管理ではやる気は育たなく、スタッフが自ら取り組んでいく態度を育てることが必要である。スタッフのやる気を育てるにはスタッフとの豊かなコミュニケーションとコーチングが非常に重要である。目標管理実践時では常に見守る。できなかったことを指導するのではなく、できたことを見つけて確認することを基本とする。目標評価面接では目標に対する達成度の評価とは別に努力したことなども評価し褒めることが必要である。正の強化を与えれば確実に人は繰り返す。逆に負の強化は行動しない癖が付くと言われている。自ら行動をするスタッフを育成するには、スタッフの良いところを瞬時に褒めることが必要である。スタッフがやりがいを持って仕事ができることを課題として取り組んでいきたいと思います。

3. 看護の動向

医療制度改革では疾病予防が重視されおり、患者の対場に立ち満足できる医療が受けられるように看護師の責任と役割をしっかりと果していくことが必要である。また人口の高齢化が更に進行する中、いかに看護師を確保するかが重要な課題となっている。最近医師不足が大きくクローズアップされているが看護師不足は続いている。今後、看護師が離職しないようにどのように取り組んでいくかが大きな課題であると話されていました。

4. 目標管理の実践

北海道大学病院の目標管理について講義がありました。6年サイクルで看護の責務と戦略的取り組みが出され目標管理で取り組んでいる。目標管理ではSWOT分析を用い、強み、弱み、機会、脅威の項目について分析し目標を立案している。SWOT分析について勉強不足であるが方向性を客観的に判断できるため良い方法だと感じました。また将来の自己像も目標面接シートに記載する欄があり、これから目標管理を実施するにあたって、活用していきたいと思いました。

期待成果を実現するためには、スタッフが期待されていることが十分わかっていることがとても重要である。また管理者として目標評価で大切にしていることは、できている事を十分評価すること、評価するときはタイミングを逃さずに日々の中で評価しスタッフ一人ひとりに関心を示すことだと話されていました。今

後、スタッフ一人ひとりが組織にとって大切な人材として成長していけるように努力していきたいと思いません。

今回の研修は看護管理を行う上で大きな学びとなりました。貴重な時間を頂き、参加できたことを感謝いたします。

施設内における継続教育プログラムの開発研修会を受講して

看護部 外川 仁美

平成20年9月30日から10月3日の5日間、札幌市の北海道看護協会で開催された施設内における継続教育プログラムの開発研修会を受講してきましたので報告いたします。

研修目的：現任教育の重要性を認識し、その展開方法を理解する。

研修目標：看護の動向に基づき、臨床における教育のあり方が考察できる。

教育の基本を踏まえた、施設内教育計画のありかたが説明できる。

キャリア開発の重要性が説明できる。

1日目から3日目は講義、4日からはグループワークによる演習でした。

1日目の講義は北海道看護協会の支部長より看護の動向についての講義でした。少子高齢化社会における看護師の役割や責任、看護者の倫理、外国人看護師の受け入れなど今後の課題などを交えながらの講義で大変興味深い内容でした。

2日目は玉川大学の先生より教育の基本についての講義でした。一般的な教育に関する内容を前半で看護教育に関することは後半でとされていました。目標基準は2つあり1つ目は明確性。評価が可能、観察可能であることとされています。2つ目は妥当性。今まで深く考えたことがなく、講義を聴き納得の連続でした。

また、受講者参加型の講義でどんどんインタビューされ受容的ではなく積極的に参加していく雰囲気です。

日があつという間に終了しました。

3日目は現任教育の実際についてと目標管理の実際についての講義でした。何故現任教育が必要なのかを考えると、看護者の看護倫理に突き当たる。看護者の倫理要綱（2003年看護協会）の条文にもあるように、看護者は常に個人の責任として継続学習による能力の維持、開発にあたる。看護者は、より質の高い看護を行うために看護実践、看護管理、看護教育、看護研究の望ましい基準を設定し、実施する、となっているためです。

医療や看護をとりまく状況の変化により高齢化に伴う医療の進展、医療提供の場の多様化、在宅医療の推進、少子化等による看護学生の質と量、医療の高度化、国民の医療への意識の高まり、看護職員の役割、価値の増大、チーム医療など今後に影響がでてくるのが考えられ、状況に応じながら教育も変化していかなければならないことが実感できました。

目標管理の実際については目標管理の考え方やクリニカルラダーを運用していく講義でした。目標管理とクリニカルラダーを行うにあたっては、看護師自らが成長と発達をするという考え方のもとに院内における教育プログラムとの関係も重要になる、看護師が成長発達するモデルを表しながら院内研修のプログラムと目標管理が関係すると説明していました。

4日目からは8人ずつのグループに分かれ、研修を企画しました。今までの講義内容を踏まえグループごとテーマとネーミングを自由に決定し最終日には発表

を行いました。しかし、メンバーは勤務施設の規模や、スタッフの年齢層、それぞれの施設で抱えている教育の問題点が違います。そのため、どのような研修企画にするか決めるのが大変でした。

テーマ決定後も目的、目標は明確か、研修参加者をいかに受身でおわらせないようにしていくか、テーマの理由づけ、評価の仕方をどうするか、を考えました。また、目標にズレが生じてないか何度もフィードバックしました。院内で企画され今まで参加していた研修も大変な思いでプログラムされていることを実感しま

した。

今回の研修では、知識の習得や他の施設の看護師との情報交換もできました。

看護師自らが成長発達するために一人ひとりが組織目標を理解しながら、自己の目標と結びつけて達成できるよう院内研修の充実が重要になることを学びました。院内研修企画にあたり看護の動向、受講者参加型にする、社会状況に応じてプログラムを組み立てるなどのことを念頭に置き、今後も努力していきたいと思

第60回放射線看護過程研修を受講して

看護部 山本 康子

平成21年1月19日から1月23日までの5日間、千葉県にある放射線医学総合研究所で開催された第60回放射線看護過程研修に参加させていただきましたのでここに報告いたします。

研修目的：

1. 医療で用いる放射線について正しく理解する。
2. 放射線の医療利用を適切なものにする。
3. 放射線を受ける患者様をケアする。
4. 患者様・家族が抱きがちな放射線に対する不安をアセスメントし指導する。

独立行政法人 放射線医学総合研究所、重粒子医科学センター病院について

放射線医学総合研究所（放医研）は科学技術庁所管の機関として、昭和32年に設立され、現在は独立行政法人として活動しています。放医研は放射線のもつ有害な面を防ぎながら、放射線の利用を適切に進めることにより、人々の健康の維持を図り、国民の福祉の向上を担っている機関です。重粒子医科学センター病院は放医研に隣接した病院で、世界で初めて重粒子線癌治療専門装置(Heavy Ion Medical Accelerator in Chiba＝HIMAC)を開発・建設し、先進医療・臨床試験の両面を担っている病院です。

研修内容：

1) 放射線の種類 X線、 γ 線、 β 線(電子)、陽子線、 α 線、中性子放射線や放射線物質を表す単位SV(シーベルト)GY(グレイ)Bq(ベクレル)

2) 核医学について

微量放射性同位元素(Radioisotope＝RI)を目印として含む放射性医薬品を投与し、その分布や反応によって病気の状態を、形の形態が現れる前に調べる方法である。

通常、使用するカメラは γ 線を検出するのでシンチカメラ(γ カメラ)とよばれているが、陽電子放出核種(ポジトロン)を用いる場合は、陽電子が近くの陰電子と衝突して消滅する際に発生する2本の γ 線を同時に計測するためPET(positron emission tomography)カメラとよんでいる、近年ではPETと全身CTを組み合わせたPET-CTも行われている。

・核医学の看護

放射線を出す物質を使用して診断、治療を行うため、患者様自身はもちろん医療スタッフ自身の被曝に関する注意が必要である。

絶食処置などの検査前の処置などが重要になるため患者様への指導が必要となる。

3) IVRについて

造影検査は、X線透視下に患者様に造影剤を投与して撮影を行う検査である。造影剤を使ったうえでX線撮影すべき検査を含むので造影検査に属するものは非常に多岐にわたります。

血管造影検査とはカテーテルをX線透視下で血管内に通し、造影を行う目的の血管まで進めて、カテーテルから造影剤を注入して行う手技である。

血管造影検査で得られた情報をもとに、治療を同時に行う画像装置を利用して経皮的治療法であるインターベンショナルラジオロジー（interventional radiology: IVR）の分野が急速に発展してきています。

DSA（digital subtraction angiography）とは、造影剤を入れる前にまず写真を撮っておき、造影剤をいれたあとの写真と引き算することにより、造影剤の入った血管だけがきれいに描出される技術を用いています。目的となる血管はたいてい深部にあることが多いので、まずは体表の血管にカテーテルをいれます。最初に穿刺する血管としては大腿動脈が最も一般的で状況に応じて上腕動脈、橈骨動脈なども使用します。

重要事項としては、検査前に患者様へ血管造影の目的と必要性、リスクについて十分説明しインフォームド・コンセントを行う、きちんと説明することによって過度の不安を与えないように配慮する事です。

・IVRの看護

患者様の取り違いに十分注意する。検査中は安静を保ち、不都合があれば動かずに口に出して言うことや、造影剤の注入時は局所の熱感があることな

ども説明を行う。

患者様の移動時は転落に注意をする。検査開始後はバイタルサインのチェックや患者様の訴えに十分耳を傾けることが重要となります。

4) 放射線治療について

放射線を使った癌の治療である。

細胞分裂がさかんな癌細胞は、正常な細胞に比べて放射線にやられやすいという性質を利用して、効率よく癌病巣にだけ照射して治療するのが放射線治療である。

・リニャック（ライナック）

直線加速器（linear accelerator=LINAC）のことで、加速した電子を金属にぶつけることで発生したX線、電子線を治療に使用する。

・小線源治療

放射線同位元素を直接腫瘍に接して、あるいは埋め込んで治療を行うものであり、放射線同位元素の核崩壊に伴って放出される放射線（主としてγ線）を利用した治療をいいます。

・重粒子線治療

重粒子線とは、炭素やネオンの荷電粒子を加速器で光速近くまで加速したものをいいます。粒子線のうち、総合的にみて最も優れていると判定した炭素イオン線を癌治療に使用しています。

以上が、今回の研修で学んだことで、放射線を理解して医療に役立てることを日々の看護につなげてゆきたいと思います。

医局抄読会記録(20年度)

睡眠時無呼吸症候群と心不全

心臓血管患者では睡眠時無呼吸症候群を高率に合併しているとされている。特に心不全では睡眠時無呼吸症候群は独立した危険因子と言われており、睡眠時無呼吸症候群合併例は非合併例に比べ予後不良である。睡眠時無呼吸症候群は閉塞性 (OSA) と中枢性 (CSA) にわけられるが、通常心不全では両者が混在し、その病態に応じて優位性が変化することが多い。睡眠時無呼吸症候群では交感神経活性の亢進や胸腔内圧の陰圧化等により心不全を発症し、心不全の予後を悪化させると言われている。酸素療法は直接的な心機能改善や予後改善効果はなく、閉塞性睡眠時無呼吸に対してはCPAPが心機能や予後改善効果があると言われているが、中枢性睡眠時無呼吸に対してはCPAPは予後改善効果はないと報告された。現在、中枢性睡眠時無呼吸に対する陽圧換気療法としてBilevel PAPやASV (Adaptive Servo-Ventilation) の予後改善効果について検討がなされている。(内科 丹 通直)

30mmを超える分枝型膵管内乳頭粘液性腫瘍の経過観察例の検討

【背景】膵管内乳頭粘液性腫瘍 (IPMN) は粘液貯留を特徴とする膵腫瘍であり、発見される頻度が増加してきている。病変の主座により主膵管型と分枝型に分類され、その多くは膵嚢胞として発見される分枝型である。分枝型IPMNは腺腫から癌を全て包括する概念であるが、組織学的診断を行うことが難しいため、画像所見で手術適応を決定するべく国際ガイドラインが制定された。

【目的】ガイドラインでは、嚢胞径、主膵管径、壁在結節の3つの因子を指標とした分枝型IPMNの診療方針が提唱され、嚢胞径30mm以上に対しては外科切除が推奨されている。しかし、その妥当性については未だに議論が分かれるところである。今回、30mm以上の嚢胞径を有する分枝型IPMN 15例を対象に、その経過観察の結果について検討した。

【対象と方法】対象は、初診時嚢胞径 \geq 30mmで、他の2つの手術適応因子を満たさず、画像検査による1年以上の経過観察を施行した分枝型IPMN 15例 (男性

11例、女性4例、年齢中央値71歳)。嚢胞径10mm以上の増大または壁在結節出現を進展例として検討した。

【結果】初診時の嚢胞径は35mm (中央値) であった。56ヵ月の観察期間後に、嚢胞径10mm以上の増大を2例 (13%)、壁在結節出現を1例 (6.7%) に認められたが、残り12例 (80%) は非進展例であった。進展例3例のうち2例に手術を施行し、病理組織学的にはいずれも腺腫であった。残りの進展例1例は、初診時より170ヵ月後 (88歳時) に閉塞性黄疸を発症し、生検にて膵癌の診断となった。

【結論】初診時に壁在結節のない嚢胞径30mm以上の分枝型IPMN経過観察例の多くは非進展例であり、進展例においてもその発育には年単位を要した。嚢胞径30mm以上でも、主膵管径、壁在結節、合併疾患などを考慮した治療方針が必要と考えられた。

(内科 小泉 一也)

Standards of Medical Care in Diabetes-2009 (American Diabetes Association)

Neuropathy screening and treatment Recommendations

- All patients should be screened for distal symmetric polyneuropathy (DPN) at diagnosis and at least annually thereafter using simple clinical tests.
- Electrophysiological testing is rarely needed, except in situations where the clinical features are atypical.
- Screening for signs and symptoms of cardiovascular autonomic neuropathy should be instituted at diagnosis of type 2 diabetes and 5 years after the diagnosis of type 1 diabetes. Special testing is rarely needed and may not affect management or outcomes.
- Medications for the relief of specific symptoms related to DPN and autonomic neuropathy are recommended, as they improve the quality of life of the patient.

(内科 宮本 義博)

AIDS関連リンパ腫の1例

HIV感染者では非感染者と比較して非ホジキンリンパ腫の発生頻度が約100倍高く、節外性病変の頻度が高いことが知られている。今回、われわれはび慢性大

細胞型B細胞リンパ腫 (DLBCL) の精査中にHBV陽性、HIV抗体陽性であることがわかり、化学療法とともに抗HBV薬及びHAART療法を施行したAIDS関連リンパ腫の1例を経験したので報告する。

症例は37歳、男性。2008年4月左上腕内側に腫瘤を自覚し、前医にてDLBCLと診断され、当科紹介入院。精査にてDLBCL 臨床病期IVB (左上腕、骨髄、胃、腹腔内) と診断し、CHOP療法を開始。同時に、HBV-DNA 8.2LGE/ml, HBe-Ag (+) であったため抗HBV薬を開始した。また、HIV抗体陽性でCD4 2.6/μl HIV-RNA 3.6×10^4 copy/ml であったため抗HIV薬の併用も行った。現在、本例は順調に経過している。

(内科 岩崎 純子)

平成20年7月に当科を受診した喘息患者の検討

【背景】平成16年、当科は、北海道大学第一内科が主導する喘息に関する実態調査に協力した。今回、旭川医科大学第一内科から、喘息患者実態調査の協力を依頼された。

【目的】当科外来の喘息患者の現状を、平成16年の調査結果と、主に疫学的な観点から比較する。

【対象】平成20年7月に当科を受診した、新患を除く喘息患者149人。

【方法】質問票を用いて調査を行った。

【結果】患者の年齢層は男女とも60歳代が最も多く、次に70歳代が多かった。男女とも60歳代と70歳代は、平成16年よりも患者数が大きく伸びていた。喫煙率は平成16年の19.0%から今回8.7%に低下した。吸入ステロイドの使用率は平成16年の64.3%から今回88.6%に増加した。喘息患者の重症度は、最も重症に分類される「重症持続型」の割合が、平成16年の46.4%から今回16.1%に減った。喘鳴、呼吸困難、咳、日常生活の支障、睡眠障害を自覚する患者の割合は、全て平成16年より減少した。過去1年間に3回以上、喘息発作による定期外受診をした患者の割合は、8.3%から12.8%に増加した。

【考察】平成20年7月の当科外来受診者数は791人(1日平均36.0人)であったため、今回のアンケート回答者数から、当科外来患者のおよそ19%が喘息患者であると考えられた。平成16年のアンケート回答者は84人であり、当科の喘息患者は増加していると考えられた。平成16年と今回の両方に回答した患者は35人であり、当科外来の喘息患者は入れ替りが大きいと考えら

れた。ここ3、4年の禁煙指導強化が喫煙率の低下に表れていると思われるが、喫煙率8.7%ではまだ不十分である。喘息患者の重症度の低下や症状などの改善は、治療薬の進歩や禁煙指導などによって重症化を防げたためと思われる。一方、喘息発作による定期外受診者の増加は今後の課題と考えられた。

(内科 福居 嘉信)

当科における胸腔鏡補助下肺切除症例の検討

当科では2005年4月から胸腔鏡を用いた肺切除術を開始した。2005年4月から2008年11月までに当科で行われた胸腔鏡下肺切除症例は188件あり、胸腔鏡補助下手術178例、開胸手術10例であった。疾患の内訳は肺腫瘍119例、気胸41例、縦隔その他28例であった。性別では男性127例、女性61例で平均年齢は59.9歳であった。肺腫瘍症例は119例あり、良性肺腫瘍15例、悪性肺腫瘍が104例であった。悪性肺腫瘍の内訳は転移性肺腫瘍25例、原発性肺腫瘍(肺癌)94例であった。手術術式についてみると、肺腫瘍全体では葉切除78例、部分切除37例、診断的胸腔鏡4例であった。肺癌症例では葉切除64例、部分切除12例、probe 3例であった。肺癌手術症例を病期分類別にみるとstageIA+IBが8割と早期肺癌症例が多く、組織型ではadenoが最も多かった。転移性肺癌症例については半数以上が大腸癌の転移であり、ついで腎癌であった。胃がんその他の消化器系癌症例はなかった。診断的VATS症例についてみると原発性肺癌3割、転移性肺癌3割であった。胸腔鏡下肺葉切除術の手術時間は手技の安定化に伴い徐々に短縮してきており、最近ではほぼ4時間以内となっている。また平均術後在院日数は14.7日であった。2005年に手術を行った肺癌症例の3年生存率66.7%であった。実際の手術時の画像を交えながら手術についての紹介を行う。(外科 福永 亮朗)

当科におけるワーファリン・ヘパリン使用の実際

ワーファリン・ヘパリンのコントロールについて概説する。日本のワーファリン効能・効果に該当する治療・予防の対象疾患には以下のものがある。深部静脈血栓症、肺塞栓症、心筋梗塞の二次予防、心房細動における血栓塞栓症の予防、血栓塞栓症の治療及び予防、人工弁置換術後の血栓塞栓症の予防などである。

ワーファリン療法が必須となるのは人工弁置換術後および発症6ヵ月以内の肺塞栓症である。

ワーファリンは循環血液中の血液凝固因子を直接抑制して効果を示す薬剤ではない。肝臓でビタミンK依存性凝固因子の第Ⅱ、Ⅶ、Ⅸ、Ⅹ因子の生合成を抑制することにより抗凝固作用、血栓形成の予防作用を示す。

また、ビタミンKの代謝サイクルを阻害し、ビタミンKの肝における再利用を止めることによって効果を発揮するため効果発現が遅く、かつin vivoでしか効果を発揮しない。

ヘパリンの適応には血液体外循環時の灌流血液の凝固防止、汎発性血管内血液凝固症候群の治療、輸血および血液検査の際の血液凝固防止、血管カテーテル挿入時の血液凝固の防止、血栓塞栓症治療・予防などである。現在公表されている抗凝固・抗血小板療法に関するガイドラインについて紹介する。ワーファリン療法における治療域の設定は、血液凝固能を低下させて血栓形成を十分に防ぐとともに、かつ出血を起こさない範囲の血液凝固能レベルとして、経験的に決められてきたものである。当科におけるワーファリンコントロールとガイドライン、実際の症例について紹介する。ワーファリン代謝に関係するCYP2C9活性の遺伝子多型やビタミンK代謝回路の遺伝子多型がワーファリン投与量の個人差に影響すること、またその程度が人種間でも異なることが明らかにされている。日本でのガイドラインへの人種間での差についても反映されることが待たれる。最後に出血など合併症発生時の対処法について述べる。(胸部外科 大久保祐樹)

当院における甲状腺手術症例の検討 —術前診断の現状

甲状腺腫瘍は検診で高頻度に指摘されるような日常的な疾患である。大部分は良性の疾患であるが、その中から要手術症例を鑑別することが重要である。

FNA⇨穿刺吸引細胞診が甲状腺腫瘍の診断に頻用され、正診率は約90%と高い。

甲状腺腫瘍に対する外科的切除が唯一の根治治療法であり、手術適応は主に以下である。

1. FNA (+組織診) で悪性が疑われるとき
→具体的にはclassⅢb以上の症例では患者と相談の上、手術になることが多い
2. FNA (+組織診) 以外でも悪性が疑われるとき
(小児例、RT既往、反回神経麻痺、リンパ節腫脹など)

3. 腫瘍が巨大で気管や食道圧迫症状がある場合や縦隔内に進展したもの
4. 整容的、心理的な理由などで患者の希望があるとき

また、当院における甲状腺手術症例の全103例(2006/4-2008/12)を検討した。

男女比は20:83、平均年齢は59歳(30-84歳)、右葉切除:41例 左葉切除:31例 全摘:31例であった。

術前細胞診(FNA)のclass分類別に手術組織標本との比較検討をした。その結果classⅢb以上では悪性の確率が高くなるため、手術適応の判断材料に有用であると考えた。また、術前組織診に関しても同様の検討をした。

手術適応に関するICで細胞診・組織診は患者にとって最も理解・納得しやすい判断材料のひとつであり、当科ではどちらも積極的に活用している。

(耳鼻咽喉科 山本 潤)

大腿骨頸部骨折—謔妄、転倒、肺炎—

2005年には65歳以上の全人口に占める比率が20.0%だったのが2015年には26%すなわち4人に1人が65歳以上となると予想されている。超高齢社会の到来と高齢者の自立が望まれるようになってきている。自立を阻害する要因の一つで自立喪失疾患といわれる大腿骨頸部骨折が医療経済の観点からも問題になる。現在では年間に大腿骨頸部骨折新患発生数は全国で120000人になった。当院整形外科での大腿骨頸部骨折手術症例は1989年から2008年まで788症例あり、65歳以上の高齢者の症例は715例(90%)であった。高齢者の大腿骨頸部骨折の特徴として合併症有病率が高いことがあげられる。なかでも心疾患に伴って抗凝固剤を内服している患者や易感染性、創傷治癒遷延化がおきやすい糖尿病患者が周術期の管理を難しいものになっている。さらに謔妄、転倒、肺炎などの問題が患者の自立を阻害している。謔妄は二次合併症として脳挫傷、硬膜下血腫、骨折などがあり、過沈静による肺炎の重症化などで生命予後不良となることがある。転倒は当院インシデントレポートによると2002年9月から2008年12月まで2476件あり転倒443件のうち21件の骨折が発生している。21件の骨折のうち11件は大腿骨頸部骨折であった。転倒予防策は易転倒性がある患者をあらかじめいだし対策をたてることである。肺炎は日本人の死因の第4位である。誤嚥は高齢者肺炎の主原因である。

とくに肺炎を起こした高齢者の70%は夜間の不顕性誤嚥といわれている。来院早期手術を含め予防策を可能なかぎり講じる必要がある。大腿骨頸部骨折単独の全医療費に対する累積割合は全医療費の約8%、2800億円との試算がある。大腿骨頸部骨折患者1人あたり300万円の医療費がかかることになる。整形外科にとって今後とも重要な外傷となると思われる。

(整形外科 京極 元)

小児欠神てんかん

小児欠神てんかんは、5～7歳に発症のピークを持つ年齢依存性の特発性全般てんかんで、女兒に多く、遺伝素因が強いという特徴がある。欠神発作は、突然の意識消失、動作の停止に始まり、自動症を伴うことも多い。発作時間は短く、数秒～20秒で治まるが、1日に数回～数十回と頻発する。脳波では3Hz棘徐波複合を呈する。予後は良好で、治療しなくても9割は自然治癒する。抗けいれん薬はバルプロ酸やエトサキシミドなどが有効。

当科で治療した小児欠神てんかんは19例で、男4例、女15例であった。発症年齢は1～8歳で、5～7歳が13例(68%)を占めていた。治療開始後半年以内に発作が消失した者は14例あり、そのうち12例は単剤のみでコントロールされた。発作が消失しなかった5例のうち、1例は薬の選択ミスによるもので、バルプロ酸を追加したところ直ちに発作消失した。また2例は怠薬によって発作が反復した。よって適切な治療を開始・継続できたのは16例で、14/16(88%)が反応良好であったと言える。

小児欠神てんかんの問題点は、臨床的に発作がない時でも脳波上は3Hz棘徐波複合が頻発しており、この発作波がでている間は脳の認知機能が低下すると言われている。よって外見上発作がなくても学習などへの影響が懸念される。一方、欠神発作自体は倒れたり、けいれんを起こすこともなく、発作時間も短いため、発作が見逃されたり、単に「ボーッとしやすい」だけと思われて放置されることが多い。当科の症例において、発病してからてんかんの診断を受けるまでを調べたところ、半数は6ヵ月以内であったが、残りは1～2年後であり、最長は4年であった。つまり発作を見ても病気だと思わないと1年位放置されてしまう。中には一度病院に相談して大丈夫でしょうと言われ、2年後に当科を受診し診断された例もあり、一般人・医

療者ともにこの疾患についての啓蒙が重要である。

(小児科 佐竹 明)

腎臓手術とCKD

【はじめに】近年、慢性腎臓病(Chronic kidney disease: CKD)の概念が広く浸透しつつある。同時にCKDが腎不全だけではなく脳・心血管疾患(Cardiovascular disease: CVD)に対しても大きな影響をもつことが相次いで報告されている。泌尿器科がかかわる腎臓への手術は腎機能の変化に大きな影響を及ぼしており、術前後の変化や長期経過を追うことにより腎臓手術とCKDの関連につき検討したので報告する。

【対象と方法】対象は1995年1月から2008年9月までに当院で腎癌として手術を受け、再発や転移なく経過し、かつ1年以上フォローが可能であった75例(腎全摘が48例、部分切除が27例)。これらの術前後の腎機能をCr、性別、年齢から求められる推算糸球体濾過量(estimates of glomerular filtration rate: eGFR)で評価した。検討項目は術前後のCKDのstage分類の変化、stage分類別のCVD発症率、eGFRの長期推移で、特に腎機能が悪化傾向にある症例は個別にその原因につき考察を加えた。

【結果】術後平均観察期間は73ヵ月で腎全摘術術後で89%、腎部分切除で61%が術後1年でCKDstageの3以上であった。Stage分類別ではCKDが悪化するほどCVD発症率が高い傾向にあった。eGFRの推移では大部分の症例で腎機能が保たれていることがわかった。悪化傾向にあるものは10例でそのうち1例は術前から極めて腎機能が低下していた症例、3例が他臓器悪性疾患による化学療法中、残りの6例もCKDのリスクファクターを多く合併している傾向にあった。

【結語】腎癌術後患者のCKDは比較的安定した経過をたどっていた。CKD悪化症例では有意差はないもののリスクファクターを有しているものが多かった。

(泌尿器科 田邊 起)

非産褥性子宮内反症の1例

子宮内反症は一般には出産後、いわゆる産褥期に急性に発症し、その頻度は2000～20000分娩に1例といわれている。しかし、非産褥期に発症する子宮内反症は極めて稀で、本邦でも自験例を含め、19例のみの報告で、海外を含めると260例程度となっている。また、非産褥性はほとんどが腫瘍誘発性であり、慢性経過を

たどることが多く、また平滑筋腫の合併例が圧倒的多数を占める。

症例は42歳女性、2008年10月20日、性器出血と下腹部痛を主訴に近医受診、筋腫分娩の疑いで当科紹介、MRIにて臍内に腫瘍が充満しており、さらに子宮底の陥没があり、筋腫分娩を合併した不完全子宮内反症の診断で同日緊急で腹式子宮全摘及び両側付属器切除術を施行した。病理診断は子宮腺筋症であった。

若干の文献的考察を交え報告する。

(産婦人科 岡本 修平)

多彩な精神・身体症状を呈したクッシング症候群の1例

【症 例】60歳代、女性

【主 訴】顔が腫れて熱い、眼が開かない、死ぬかもしれない、歩けない、背中が痛い、眠れない、食欲がない、口が渇く

【現病歴】X年6月中旬、友人との不仲を契機として、強い不安感、抑うつ気分、不眠、食欲低下、顔面腫脹・熱感、下肢浮腫が出現するようになった。そのため、同年6月16日に内科を受診し、高血圧、高血糖、低K血症が認められたものの、他に特記すべき異常所見は認められなかった。その後、精神・身体症状が増悪し、さらに多くの症状を訴えるようになった。そのため、精神疾患の可能性が疑われ、同年7月29日に当科を初診して入院した。

【入院経過】入院後、sulpirideや抗不安薬などを投与したが、不安焦燥感、抑うつ気分、自殺念慮が持続した。その後、当初から認められた高血圧、糖尿病、低K血症、顔面浮腫のほかに、骨粗鬆症、代謝性アルカローシス、中心性肥満、四肢筋萎縮、好中球増多症、血中ACTH高値と血中・尿中コルチゾール高値、さらに前縦隔腫瘍の存在が明らかとなった。以上の所見から異所性ACTH産生腫瘍によるクッシング症候群と診断されたが、入院21日目から急性呼吸不全が出現するようになった。そのため、縦隔腫瘍の手術目的で同年8月21日A院に転院した。しかし、呼吸不全と心不全が増悪し転院後17日目に永眠された。呼吸不全の原因としてカリニ肺炎が考えられた。

【考 察】多彩な身体症状を呈し、心因が疑われる症例であっても、その背景に内分泌疾患などの身体疾患が潜んでいる可能性があるため、心因性として簡単に結論づけるのではなく、身体的な検索を十分に行うこ

との重要性を改めて認識した。(精神科 松尾 徳大)

麻酔科領域における心拍変動解析の応用

【はじめに】高血圧、糖尿病など心循環器系合併症を有する高齢者では、脊髄くも膜下麻酔により血圧、脈拍の低下を認めることが多い。高齢者では、循環の自己調節機能が低下していることが影響していると考えられる。循環自己調節機能は自律神経活動が深く関わっている。

心拍変動解析は自律神経活動の指標として臨床でも広く用いられている。今回、われわれは、高血圧など合併症を有する60歳以上の脊髄くも膜下麻酔予定患者を対象に、術前に心拍変動解析を行い、麻酔による血行動態変動の指標となるかどうかを検討した。

【方 法】対象は60歳以上で高血圧、糖尿病など心循環系合併症を有し、脊髄くも膜下麻酔が予定された患者15名とした。麻酔前投薬はなしとした。手術室入室後、血圧、脈拍、SpO₂モニターを装着し、心電図から心拍変動解析を行った。心拍変動解析はMemCalc法によるTARAWAシステム(諏訪トラスト社)を用いLF(low frequency)、HF(high frequency)、LF/HFを測定した。

脊髄くも膜下麻酔は、L3-4より行い、高比重ブピカインを2~2.4ml(10~12mg)投与した。

麻酔施行後、5、10、15分後、さらに収縮期血圧が最も低下した時点で、各パラメーターを測定した。

【結 果】HF、LF/HFと血圧変動の間に強い相関関係を認めた($r>0.7$)。一方で、術前の血圧、年齢、心拍数と血圧変動の間には相関関係を認めなかった。

【結論】術前の心拍変動解析は、高齢者における脊髄くも膜下麻酔による血圧変動予測に有用であると考えられた。(麻酔科 平田 直之)

眼内レンズ

白内障手術時に眼内レンズを挿入することはもう一般的になっています。しかしながら眼内レンズの種類や構造については眼科の教科書にもくわしくは書かれておりません。レンズ自体は数ヵ月単位でたくさんのメーカーから新製品が発売されます。今回は眼内レンズの変遷と去年認可された新しい多焦点眼内レンズについて説明します。

眼内レンズは、1949年に戦争時被弾したパイロットの眼に風防ガラスが飛入したことからヒントを得て開

発されました。現在使用されている眼内レンズの形になって臨床応用が行われたのは1970年代からです。そのころの眼内レンズはPMMAで作られていましたが、1990年代からアクリル製の柔らかいレンズが開発され、年をおってシングルピースになり、着色非球面レンズが開発され、昨年シリコン製の多焦点レンズが認可されました。

多焦点眼内レンズは、車を運転しながらメーターも見える、ゴルフでパットをした後スコアを書けるといった単焦点レンズよりも自由度の高い生活を送る機会を提供できるレンズです。現在は認知度も低く自費診療となるため希望される患者さんは少ない状態ですが、環境を整えば将来的には広まる可能性のあるレンズです。多焦点眼内レンズには大きく分けて3種類あります。同心円状に違う屈折率のレンズがデザインされており度数の入れ方の違いがあります。それぞれ細かな特徴がありますが、共通しているのは遠方と近方は見やすく中間距離が見にくいことで、言い換えると遠近両用の眼内レンズということになります。中間距離の50から70cmあたりの視力は0.6程度とやや劣りすべてがよく見えるわけではありません。また、夜間に光が膨張して見える（ハロー）や光が散って見える（グレア）が自覚しやすいレンズです。多焦点レンズを選択される良い候補となる患者さんは、術前の屈折度では遠視や正視または高度近視だった方、ライフスタイルでは活動的な方、性格はおおらかで楽天的で適応能力の大きい方です。-1.0以上の乱視がある方や眼にほかの病気がある方は適応にはなりません。

現在は、調節性眼内レンズも開発中で、将来自分で眼内レンズを選択する時代が来るかもしれません。

（眼科 菅野 晴美）

疥癬

疥癬は院内感染として重大な問題を引き起こす可能性もあるヒゼンダニによる皮膚感染症である。疥癬の病因、発症機序、臨床症状、治療などについて解説した。

疥癬はヒト皮膚角質層に寄生するヒゼンダニ（疥癬虫）*Sarcoptes scabiei var hominis*の感染により発症する、寄生虫の虫体、排泄物などに対するアレルギー反応（IV型）による皮膚病変と瘙痒を主症状とする皮膚感染症である。その臨床症状、ダニ寄生数から通常疥癬と角化型疥癬に区別される。

ヒゼンダニは節足動物門、ダニ目、ヒゼンダニ科に属し、成熟雌成虫の体長は約0.4mm、雄成虫はその約2/3の大きさである。幼虫、若虫、雄成虫は皮膚表面を徘徊、あるいは角層内に潜伏している。ヒゼンダニは交尾後、雌は指、陰部などで角層内に横穴（疥癬トンネル）を掘り進めながら産卵を続け、約30日間生存する。ヒト皮膚から離れると比較的短時間で死滅し、長くても3日以上は生存できない。

臨床的に疥癬が疑われるのは、夜間に増強する強い痒み、腋窩、そけい、陰部、手足などに分布する皮疹（丘疹、小水疱、結節、鱗屑）、疥癬トンネルが存在する場合などである。病歴、職業、家族歴などから疥癬感染機会が示唆される場合も注意が必要である。疥癬トンネルは、手、陰部などに好発する細くわずかに盛り上がり曲がりくねった数mmの線状の皮疹で、疥癬に特異的である。皮膚（鱗屑）からの虫体、虫卵などの検出で診断が確定する。

治療は日本皮膚科学会疥癬診療ガイドラインを参考にして行う。2006年から内服治療薬としてイベルメクチンが使用可能となった。

疥癬治療の幾つかの問題点として、抗原（虫体、卵、糞）に対するIV型アレルギーの成立に4-6週かかることがあり、発症までの潜伏期間が存在すること、主要症状である皮膚病変と瘙痒がアレルギー反応によるため、疥癬の死滅後も症状が遷延しやすい点などがある。（皮膚科 坂井 博之）

有痛性骨転移の疼痛治療 塩化ストロンチウム-89治療について

塩化ストロンチウム-89（商品名 メタストロン）は、有痛性骨転移治療薬として、1970年代に開発され、現在40カ国以上で臨床利用されているが、日本では30年遅れで認可となった。薬剤は、3.8mlの無色透明の液体でバイアルに入った形で供給され、エネルギー量は141MBqのである。半減期は50.5日、高エネルギーβ線放出核種で最大エネルギーは1.49MeV、飛程は最大8mm（平均2.8mm）である。静注にて投与し、1週間ほどでほぼ尿中より排泄され外来治療が可能である。

原理は、骨シンチグラフィが骨転移や骨折などの骨代謝の活発な部位に集積し画像上所見となるように、骨代謝の盛んな骨転移巣に集積し局所的に内照射することで効果を発現する。甲状腺癌のヨード内服治

療と同様の原理である。

適応は、固形癌（血液癌、多発性骨髄腫、悪性リンパ腫は除く）の多発骨転移で骨シンチグラフィーの集積に一致する疼痛を有し、鎮痛薬でのコントロールが困難。外照射が困難（疼痛のため治療体位がとれない、通院が困難、既照射部位の再増悪など）。1ヵ月以上の予後が期待される、などである。

治療対象としては、乳癌、前立腺癌などの多発骨転移で長期の担癌生存が予想され、がん性疼痛が問題になると予測される症例である。多数の骨病変のため全てに放射線治療が施行できない、頻回にモルヒネ製剤の増量が必要な症例はよい適応となる。

鎮痛剤と違い原因治療となり、脊髄圧迫の経時的累積発症率が大幅に低下するデータもでていいる。鎮痛剤によるコントロールが可能でも抗腫瘍効果がないため、時間の経過に伴い骨病変が進行し病的骨折のリスクが高まる。

除外基準は、メタストロンが骨に集積し骨髄抑制をおこすため、DICまたは血球減少の患者、重篤な腎障害である。腫瘍形成時、脊髄圧迫時は外照射等を優先する。注意事項として、化学療法直後や今後化学療法の継続が必要な時には、メタストロンによる治療が強い骨髄抑制を誘発したり、以後の原疾患治療の妨げになる可能性があるため計画的な投与が必要である。

第Ⅲ相試験成績は、70%強が痛みの軽減、または痛み止めの減量が可能であった。

メタストロンはβ線しか放出せず遮蔽はアクリル板で可能なため、尿の管理さえしっかり注意すれば投与された患者から周囲への被曝は全く心配はない。特に、投与後2日間だけ慎重に対処することで十分である。しかし、表面被曝が問題で尿が皮膚につかないように細心の注意を要する。

実際の治療は比較的簡易で患者負担は軽微である。また、これまで対応に苦慮してきた痛みに対して新たな取り組みが可能となり、患者さんの受ける恩恵は大きいと考える。
(放射線科 川島 和之)

抗血栓療法施行患者における抜歯後出血に関する臨床的検討

【目的】当科における抗血栓療法施行患者の抜歯について調査し、臨床的検討を行った結果を報告する。

【対象および方法】2001年6月1日から2008年1月31日までの6年7ヵ月間に、市立旭川病院歯科口腔外

科において抜歯を施行した抗血栓療法施行患者273名、総抜歯回数500例、総抜歯本数860歯についてである。これらの患者の背景因子、抗血栓療法の使用薬剤と投与量、処置内容、抜歯後出血（以下 後出血）の有無について調査した。さらに後出血に関与する因子として、内服薬の種類、局所炎症の有無、1回の抜歯本数、PT-INRを診療録から調査し検討した。

【結果】抜歯は1回につき1歯～6歯、平均 1.72 ± 1.01 歯に行われ、後出血は30例（6.0%）に認められた。内服薬では、ワルファリン内服群では後出血をきたしたものが8.3%（24例）であったのに対し、抗血小板薬のみの群では2.8%（6例）で、両群間に統計学的有意差を認めた。局所炎症については、炎症なし群では後出血をきたしたものが0.9%（2例）であったのに対し、炎症あり群では9.8%（28例）で、両群間に統計学的有意差を認めた。抜歯本数については、2歯以下群の後出血率4.7%に対し、3歯以上群11.7%で両群間に統計学的有意差を認めた。PT-INRでは3.0以下（7.9%）と3.0より高い群（18.2%）の2群間に統計学的有意差を認めた。

【結論】後出血に関与する因子は、①内服薬、②局所炎症、③抜歯本数、④PT-INR値であった。抗血栓療法においては維持量を継続して抜歯を行っても大部分は止血可能であり、また後出血が生じた場合でもほとんどは局所止血法で止血可能である。抗血栓療法施行患者へ安心かつ安全な医療を提供すべく、歯科医師や医師に対して、抗血栓薬休薬の危険性ならびに後出血の可能性について啓発していくことが重要である。

(歯科口腔外科 藤盛 真樹)

看護研究発表会記録（20年度）

退院後の褥婦への電話訪問の評価

～今後のより良い電話訪問に向けて～

東3階 ○鈴木ちひろ, 鈴木 陽子
中島 松江, 小林 るみ
荒明 弘恵

【はじめに】当科では、退院後の褥婦の不安軽減を目的に電話訪問を行っている。現在の電話訪問が褥婦の不安軽減につながっているか評価し、方法と内容を見直すことで、より有効な電話訪問にすることを目的に研究を行った。

【研究方法】

1)方法:

- ①事前に電話で本研究の同意を得て、アンケート用紙を郵送し、回収する
- ②1ヵ月健診時にアンケート用紙を配布し、回収する
- 2)調査対象：平成20年1月から当院で分娩し、電話訪問を希望した褥婦55名のうち、同意を得られた42名
- 3)調査期間：平成20年7月～8月

【結果】電話訪問で95%が不安や心配に思っていたことが軽減・解消されたと答えた。また、電話訪問を行ったスタッフと入院中に面識はあったのは77%であり、電話訪問を行うスタッフがあらかじめわかっていた方が良いと答えたのは80%であった。電話訪問の感想には、「不安なことや困ったことがなくても話を聞いてもらうだけで穏やかになる」などがあつた。

【考察】ほとんどの褥婦が電話訪問で不安なことや困ったこと、心配なことは軽減されたと答えており、また「話を聞いてもらうだけで穏やかになる」という感想があつたことから、電話訪問は褥婦の不安の軽減に効果があるといえる。

面識があり、かかわりの深かつた看護師・助産師を、電話訪問を行うスタッフとして希望する褥婦が半数以上おり、褥婦は入院中にかかわりのあつたスタッフの方がより不安に思っていることなどの気持ちを話しやすく、話すことで褥婦の不安軽減につながっていくのではないかと考えられる。

今後電話訪問をさらに充実させていくために、褥婦に電話訪問をするスタッフの希望の有無を確認することや、希望がある場合にはできる限り希望したスタッ

フが電話訪問を実施できるよう、業務改善に取り組んでいく必要がある。

【結論】

1. 当科で行っている電話訪問は褥婦の不安軽減に効果がある
2. 褥婦が望む電話訪問を行うためには、電話訪問を行うスタッフの希望を確認し、あらかじめ決めた方が望ましい

入院中の子どもに付き添う家族の生活環境と疲労

西3階 ○千葉 真理, 長内真由美
山岡 悟子, 上田 瑞恵
折戸千津子

【はじめに】小児看護における家族の参加は、子どもの情緒の安定を図りながら成長・発達を助け、疾病の回復を早めるといわれている。親と子どもの双方の不安が和らぎ、満足感を持った闘病生活を送れるなどの面から家族の付き添いが積極的に勧められるようになっている。

当病棟でも、主に子どもの精神的な安定を図ることを目的に、6歳以下の子どもには家族の付き添いを必須としており、希望があればそれ以上の年齢の子どもへも付き添いを許可している。子どもの入院に付き添う家族は、慣れない環境下で不安や疲労などにより精神的・身体的ダメージを受け、常にストレス状態におかれていると考えられる。しかし、家族が抱えている問題は看護スタッフに十分に伝わっておらず、積極的なサポートができていない現状にある。

したがって、本研究では子どもに付き添う母親がおかれている環境・疲労の現状について明らかにすることを目的とする。

【方法】H20年3月～6月に西3階病棟小児科に入院している子どもの付き添いをしている家族のうち、研究に同意を得られた者107名を対象とした。なお、子どもの年齢や疾患は規定しない。

独自に作成した無記名式質問紙調査方法を用い、アンケートは退院時に研究メンバーが研究の主旨を説明し、手渡した。

質問紙の内容は①家族背景・入院状況、②家族の入

院中の生活状況、③自覚症状しらべ（日本産業衛生学会産業疲労研究会）である。疲労有群と無群に分類し、家族背景・入院状況との関連を、付添いの交代有群と無群に分類し、家族の入院中の生活状況との関連を、カイ2乗検定を用いて検討した。自覚症状の訴え率と家族背景・入院状況との関連についてもカイ2乗検定を用いた。

【結果と考察】

- 1) 付き添い家族の入院生活では、基本的欲求を満たすのに苦労しており、子どもの病状やベッドからの転落といった不安が誘因となっていた。
- 2) 付き添い家族の疲労の有無に家族背景・入院状況は影響していなかった。しかし、疲労を感じている家族が訴える自覚症状では、入院経験、家事の協力の有無、付き添いの交代の有無が影響していた。
- 3) 付き添い家族の入院生活環境を改善するため、看護師は現状を把握し、家族の心身の健康を保てるよう受容的な声かけを意図的にする配慮が必要である。

拘束感の少ない点滴自己抜去予防用具を目指して

東4階 ○小倉 佳奈, 齋藤 成美
吉田 篤子, 橋内 幸子

【はじめに】整形外科病棟では従来、ミトンや抑制帯を使用し点滴自己抜去予防に努めてきた。しかし平成19年度IAレポートを分析した結果、高齢者や認知症患者が点滴自己抜去到ったケースが年間11件あった。その対策のため、拘束感が少なく目隠し効果のある点滴自己抜去防止用具（以下、安全帯と呼ぶ）を考案し臨床応用したので、その結果を報告する。

【目的】

- ①点滴自己抜去の危険性について評価する。
- ②安全帯の使用効果の評価する。
- ③安全帯について医療者側のアンケート調査も同時に行う。

【対象・方法】

期間：平成20年5月～7月

対象：①東4階病棟において点滴自己抜去の危険があり、研究協力の同意を得た患者20名

②東4階病棟看護師18名

方法：①点滴自己抜去危険スコア表で危険度を評価する。

②危険度Ⅱ・Ⅲの患者に、統一した方法で安全帯を使用して抜去率について調査した。

③使用期間終了後看護師にアンケート調査し結果をまとめた。

【結果】

- ①対象20名の点滴自己抜去危険度はⅡ6名Ⅲ14名
- ②安全帯を使用した患者で自己抜去件数は0件だった。
- ③看護師へのアンケートの結果、安全帯が点滴自己抜去予防に有効17名どちらともいえない1名だった。その、理由は対象例が少なくどちらともいえないであった。
- ④安全帯使用による水疱形成など、スキントラブルはなかった。

【考察】外傷患者は、突然の受傷による疼痛や環境の変化によって不穏状態に至ることがあり、また高齢の患者は認知症を伴うこともあることから、点滴治療の必要性を理解できずに点滴を自己抜去することがある。安全帯使用期間中の自己抜去件数が0件、患者が直接点滴ルートに触れることがなかったため、有効と回答した看護師が多く、安全帯は点滴自己抜去到に効果があったと考える。しかし症例数が少ないため、今後は多くの症例に安全帯を使用し、再び調査状況を発表したいと考えている。

【まとめ】考案した安全帯は点滴自己抜去予防に効果があると思われる。

ストーマケアの自立に向けて

～受け持ち看護師の重要性と役割～

西4階 ○新海奈津美, 金子真希子
菅野 祐子, 渡辺由美子

【はじめに】膀胱全摘で、回腸導管術を受けた患者様は、尿路ストーマ造設をする。そして退院後の生活に向けて、ストーマケア指導が行われる。しかし当科では術前からのストーマケアの指導が十分ではなかった。従来の毎回担当者が変わる指導から、受け持ち看護師を決めた指導に変更したところ、患者様のストーマケアに対する受け入れやストーマ装具（以下 フランジ）交換の手技確立がスムーズにでき早期退院に至った。

【研究期間】H19年10月～H20年6月 膀胱全摘・回腸導管術を行った3名。

【方法】A氏は受け持ち看護師を決めずに、術前オリエンテーションはパンフレット指導のみ。術後のストーマケアは毎回担当者が変わる。

B氏・C氏には受け持ち看護師を決め、術前オリエンテーションはパンフレット指導、ビデオ鑑賞、フレンジ装着、フレンジの種類、特徴の説明をする。術後のストーマケアは術前と同じ受け持ち看護師が担当。

【結果】

A氏：術後ボディイメージの変化を受け入れられずフレンジ交換にも拒否的だった。「人によって教え方が違う、誰を信用したらいいの」という言動が聞かれた。また皮膚トラブルも発生。皮膚保護剤を使用。家族と共にストーマケアの手技確立を行った。

B氏・C氏：交換に対し意欲的でストーマを直視できた。フレンジ交換の手技の自立まで、受け持ち看護師が関わり3回目の交換で手技確立し退院。

【考察】 A氏の場合毎回担当者が変わる指導であったため、術後のボディイメージへの不安に気付くことが出来なかった。そのためセルフケア確立に時間を要した。

ストーマ造設は、QOLを著しく低下させ不安も増大するため、医療者は退院後も安心して社会生活が送れるような援助が必要となる。よって術前より精神的な変化を観察し信頼関係をつくり寄り添う姿勢が大切である。

A氏の関わりを振り返りB・C氏は術前に受け持ち看護師を決めて不安を傾聴しボディイメージの変化を受け入れられるよう、術前からのフレンジ装着やビデオ鑑賞を行った。結果、信頼関係が深まり、早期のセルフケア確立に至ったと思われる。ストーマケアの自立には受け持ち看護師の役割はとても重要であった。

東病棟 5階における患者満足度調査

～患者・家族へのサービス向上を目指して～

東 5階 ○鍛冶川和加, 新井 理香
畑山しのぶ, 福本きよみ

【はじめに】今回、患者満足度調査を実施することによって、患者がどのような看護に対して満足・不満足を感じているのかを明確にすることができ、患者の特性および看護サービス向上を目指すための改善点が明らかになったのでここに報告する。

【研究方法】

①対象および場所

東病棟 5階に入院してきた意思表示のできる患者 113名 (CCUからの転棟患者を除く)

②調査期間：平成20年 5月26日～7月28日

③調査内容：北海道看護協会提案の患者満足度測定ツールを基に、質問紙を作成した。

④データ収集方法：留め置き法

⑤分析方法：SPSS 11.0Jを使用し単純集計に加え、満足度と患者の個人属性について関連性を調べた。

⑥倫理的配慮

質問紙は無記名で実施し、個人の特定は出来ないようプライバシーに配慮すること、本研究以外には使用しないこと、秘密厳守することを明記し、質問紙の提出によって、本研究への同意をしたとみなした。

【結果】環境の総合満足は92%、看護師の対応についての総合満足は97%、チームワーク総合満足は92%、看護師の技術総合満足は96%、看護師の気配りの総合満足は95%、看護師の説明の総合満足は92%、家族への対応の総合満足は94%、家族への気配りの満足は98%、総合の満足度は98%であった。

患者満足度と属性との関連は、性別と満足度は、Mann-WhitneyのU検定において、病棟内の雑音で有意な関係を認めた。雑音の満足度は、男性群が女性群に比べて有意に高かった。(P=0.026) 年齢層・期間・入院回数と満足度の相関はスピアマンの順位相関係数において、満足度と属性で有意差が見られたものがあったが、弱い相関であった。

【まとめ】

1. 今回の調査において、総合患者満足度は、98%であった。
2. 満足度が低かったのは、環境であった。
3. 満足度が高かったのは、看護師の対応であった。
4. 信頼関係が、患者満足度を左右する。
5. 家族との信頼関係を築くことは、質の高い看護サービスを提供する上で重要である。

退院後の生活背景を考慮した術後リハビリの設定

～スタッフ間の情報を共有するための情報収集を見直して～

西 5階 ○上坂 若奈, 小瀬那生美
杉野ゆかり, 筒井 真樹
中川 恵子

【はじめに】当病棟では主に心臓疾患、血管疾患の手術が年間約200件行われている。現在、術後の行動拡大は疾患別のリハビリテーション計画書に沿った援助を行っている。しかし、一般的で個別性に欠けており

患者様のニーズにあったものではない。患者様のリハビリ進行状態はスタッフ間でも情報の共有が十分ではないため、援助に生かされていなかった。今回入院時の情報収集の見直しを行い、より詳しく患者様の生活背景を知り、リハビリ目標設定したことで患者様にあったリハビリを進めていくことができたため、報告する。

【研究方法】

研究期間：2008年4月～8月

対象：西病棟5階ナースステーション看護師19名

方法：独自の情報フローシートを作成し、2ヵ月間使用後アンケート調査を実施した

【結果・考察】今回情報フローシートを作成し活用したことで、術前から患者様の生活背景を知ることができ、個別性のあるリハビリを進めることができた。入院時から情報収集の充実を図ることは、患者様と情報共有でき、看護を進めていく上で重要であり個別性のある目標設定を考える際に役立った。アンケートからも入院時から退院後の患者様の生活を考えるきっかけになったとの意見も聞かれた。今回フローシートを作成したことで患者様の生活背景をより詳細に把握でき、個別性のあるリハビリに繋げていくことができた。しかし、急性期の患者様においては、術後の状態によって、計画修正を行うことが余儀なくされる。カンファレンスを通して情報を共有し、患者様の状態に一番適切と思われる目標設定にすることは統一した看護を提供することになる。今後、スタッフからの改善点や要望を元に検討を重ね、術後のリハビリをより充実させていけるように取り組んでいきたい。

転倒転落のベットサイド看護計画の実施

患者へ意識づけを高め転倒転落の予防に努める

東6階 ○高石 麻未、池田奈美子
馬場干賀子、片山 幸子
森 倫子

【はじめに】患者が転倒すると、受傷の危険があり、それにより病気の回復遅延などのQOLに大きな影響を及ぼす。現在当院で使用しているアセスメントシート、転倒転落チェックシートでは患者自身が現状を認知して改善していこうというものにはなっていないと考えた。そこで患者と共に転倒転落予防の看護計画である転倒転落看護計画書（以下計画書とする）を作成し、ベットサイドでの看護計画の実施の結果をここに

報告する。

【研究期間と対象】

1) 期間：平成20年4月20日～9月25日

2) 対象：入院患者

【方法】

- 1) 当病棟の転倒転落に関する平成19年度IAレポートの確認
- 2) 計画書の作成
- 3) 対象患者への計画書の使用前後の転倒転落に関する意識調査のアンケートの実施・分析

【結果】入院時アンケートでは転倒歴の有無に関わらずスリッパの使用が多かった。「転倒しない自信があるか」の質問には転倒歴がある患者は「いいえ」の回答が多かった。退院時のアンケートで転倒しそうになったとの回答は83%で、計画書を参考に実施した患者は半数であった。患者自身理解し評価した後危険度を理解できた患者は64%、理解を深められなかった患者は28%、理解できなかった患者は8%であった。

【考察】看護師と共に計画書を評価することで危険性を理解でき、転倒転落の意識づけに繋がった。研究期間中転倒は3名で、予防計画を実施していた症例は1名であった。計画書の実施により減少したとはいえないが、転倒転落予防に対する意識向上という結果はアンケートから得られた。今後は転倒転落チェックシートを患者、家族と共に確認し、理解を得られるまで継続し転倒転落予防に務めていくことが重要である。

【おわりに】計画書を作成したことで、患者参画型看護計画を実施できた。転倒転落予防への意識づけとなり患者サイドではプラスの結果であったと考える。今後は患者と看護計画を共有し、ベットサイドで展開していくことが重要となる。

ストーマリハビリテーションパスを作成して

西6階 ○瀬尾 美保、永草麻由美
嶋田 愛、佐々木智恵
塩谷 博子

【はじめに】ストーマは原疾患の根治的治療のほか、手術後の縫合不全予防や症状の緩和を目的としてつくられる。看護師はストーマを造設した患者とその家族に、満足が得られるケア方法をアドバイスする必要がある。

これまではストーマケア記録用紙を使用していた

が、装具の選択が難しく、看護師間でも指導の開始日や進め方が異なり統一性がないという問題点があったため、どの看護師でも統一した援助が提供できることを目的とし、ストーリーナビゲーションパスを導入し検討した。

【研究方法】

- ・現状の指導の問題点を話し合い抽出しパスを作成・使用
- ・患者2名にパスを使用し、その結果を看護師全員にアンケート調査。
- ・平成19年の人工肛門造設患者の手技習得までの期間の調査・分析
- ・対象者には倫理的配慮について文章にて説明し同意を得た。

【結果】アンケートの結果、統一した指導・援助が出来たという意見が多数あった。具体的には入院から退院までのどの時期に何をすれば良いのか分かりやすく、装具・補助具についても選択しやすいたいという意見があった。手技習得期間は平成19年の人工肛門造設患者は平均27日、交換回数11.8回であったがパス使用者は平均14.5日、回数は8.5回であった。

【考察】アンケート結果から、パス使用により統一した指導・援助が出来たという返答が多かった。これはパスを作成するにあたり以前使用していた用紙の問題点を具体的に改良したことで、どこまで自立できているかが把握しやすくなり、スタッフ間でも混乱なく指導でき経験年数に左右されず援助ができたと考えられる。しかしパス使用者が2名しかいなかったため、手技習得までの期間・回数については比較できず、今後とも使用し検証する必要がある。

【まとめ】今回、どの看護師でも統一した援助が提供できることを目的としてパスを導入した。

現在のところ、症例が2例しかなく今後ともパスを使用し比較・検討をおこなっていきたい。

パンフレットの理解度と服薬コンプライアンスの関係

東7階 ○安井 睦, 古川 美帆
齊藤 江美, 酒井 浩之
二門 照子

【はじめに】当病棟ではプレドニゾロンの内服をすることが多く、内服間違いによるインシデントは昨年12件あり、そのうちプレドニゾロンに関するものは3件あった。薬の作用や注意点の理解を促すパンフレット

と、内服予定表を提示すれば、薬についての理解が深まり、内服の自己中断や内服間違いがなくなると仮定し、パンフレットを作成した。パンフレットの理解度と、服薬コンプライアンスの関係について検証したので、ここに報告する。

【対象と方法】2008年2月1日から同年2月15日の間、医師、薬剤師と内容を検討し、「副腎皮質ステロイド薬（プレドニンなど）を服用される方へ」と「プレドニン内服予定表」を作成した。2008年2月20日から同年7月20日までの間に当病棟でプレドニゾロンを内服中の患者様20名を対象にそれを用いて指導し、その結果をアンケート調査した。

【結果・考察】アンケート結果、「どのような薬かわかりましたか」の問いに（いいえ）を選択したのは20名中9名で、その年齢中央値は74歳と高齢であった。（はい）を選択したものの年齢中央値は64.5歳であり、この年齢差は加齢がパンフレットを理解できない原因の一つであると示している。奥野らの述べるノンコンプライアンスの原因に加齢、認知能力の低下が含まれており、パンフレットへの理解の低さはノンコンプライアンスの原因につながることを示唆される。対象患者の半数で知識を深めることが出来なかったが、内服間違いは0件であり、服薬コンプライアンスは保たれていた。パンフレットを理解できた人は、パンフレットでの指導で知識を深めたことによって内服間違いがなくなった可能性がある。高齢者はパンフレットでの理解を深めることが出来なかったが、内服間違いがなかったという事実から、服薬コンプライアンスを保つには、知識以外にも大きな要因があることが示唆される。

【結論】理解力のある人に対してはパンフレットを使用し、薬の知識を深めることで内服間違いを減らすことは可能である。

移植患者の口腔ケア

～看護師の積極的介入の試み～

西7階 ○福澤 綾乃, 和田 有生
浅野 真希, 井上理香子
大沼 茂子

【はじめに】当科では2006年2月より骨髄移植時の口腔内炎症状の出現・増悪の多さから従来の口腔ケアを見直し、他部門との連携を図りながら新たな口腔ケアの方法を確立していった。新たな口腔ケアが有効かど

うかを評価する目的で、ケア見直し前後の移植患者の麻薬使用状況と口内炎グレードに着眼し研究を進め、有効性が明らかになった為ここに報告する。

【対象】2003年2月～2008年8月までの同種骨髄移植患者18名（見直し前9名、後9名に区分）

【当科における口腔ケア方法】

見直し以前：イソジン・ファンギゾン含嗽の励行。

見直し後：口腔外科とアセスメントスコアシートの作成し、移植前・中・後定期的に口外受診し口内評価。衛生士によるブラッシング指導。薬剤師と協議しハチアズレ含嗽に変更。全身照射時の口内炎発生を予防するためアルロイドGにマーズレンを混入し、アイスボールにして照射前後で舐める。栄養士と協議し既存の選択食メニューから移植時でも食べやすい食品へ改訂。

【研究方法】病歴、カルテより移植時の口内所見及び麻薬鎮痛剤の使用量・期間、食事摂取状況を収集し統計する。

【結果】麻薬の使用率は口腔ケア見直し前：55%、後：22%であった。また口内炎グレードは見直し前：平均1.8点、後：平均1.5点と差が見られた。全身照射時アイスボールをなめることができなかつた症例は口内炎が重症化していた。ハチアズレに変更した方が、従来の含嗽薬よりも継続して実行できていた。食事摂取量や経口摂取可能期間に有意差は見られなかつた。

【考察】口腔ケア見直し導入後の方が口内炎の出現率、グレードともに低下し口腔粘膜障害出現時も麻薬使用までにいたらなかつたケースが多かつたため、口腔ケアの見直しが有効であったと考える。アイスボールをなめていなかつた症例は口腔粘膜障害出現率が高く、口内炎が重症化する場合が明らかになった。また積極的に口腔ケアを事前に行えなかつた症例も同様のことが言える。症例数が少なかつたため、予想よりも有意差が得られなかつた。今後の課題として症例数を積み重ね、口腔ケアの有用性を検討していく必要がある。

固定チームナーシング導入を試みて

北第1 ○池田 諭敏、齋藤 光代
養口真紀子、井田あつ子

【はじめに】時代の流れ、医療の進歩、患者ニーズが複雑・多様化する中で、当院では「看護の質と安全の保証」の実現に向け、責任と継続性のある固定チームナーシングが推奨されている。当科においても今までの看護体制の問題点を解決し、責任と継続性のある看護

を提供するため導入を試み、その現状や導入前後のスタッフの意識の変化について調査したので、その結果を報告する。

【取り組みの経過】4月、現行の看護体制における問題点を再認識し、それらの問題を解決するため看護体制を変更したいとスタッフに説明。勉強会を実施後、医師の同意を得て5月から開始。スタッフの意見や要望について随時検討し、役割や業務内容の変更を重ねる。8月末に昨年行われた看護師仕事満足度調査と同様のアンケートを実施し、その結果を比較し分析する。同時に医師の意見を聞く。

【結果】もともと2チームでの小集団活動であったのでスタッフや患者を新たにグループ分けする必要がなく、双方に大きな混乱が生じず比較的スムーズに移行できた。受け持ち制では一人ひとりの貢献度が認知されやすく、「誰かがやるだろう」という人任せの意識がなくなり、自分の役割を自覚する意識が強まった。これにより責任と継続性のある看護の提供とリーダー業務の軽減ができた。

医師からも理解、協力が得られ一定の評価を得た。患者から拒否されることもあり得ると考えていたが、今のところはそうした事態は起きていない。

以上のことから看護体制の変更は有効であった。

【結論】良い結果が得られた反面、「他チームの患者が解らない」という問題については未解決であり、新たに「受け持ち以外の患者の状況が把握しづらい」「受け持ち以外の患者と関わる時間が減った」との問題点が出た。

今はそれぞれが自分の受け持ち患者のことで精一杯で、気持ちに余裕がないのかもしれない。今後は広い視野を持つこととサポート体制の強化のため、スタッフ一人ひとりのモチベーションを高めるような動機づけが不可欠である。

長期入院患者に対する退院支援を考える

北第2 ○三浦 睦子、大西多美江
松倉 優弥、佐藤ひろ子

【はじめに】近年障害者自立支援法が施行され地域社会での生活を促す動きがある。当病棟では今まで長期入院患者様の退院が進まず、入院生活が当たり前とされてきた。今回長期入院患者様の退院への思いを知り、スタッフは共通の認識を共有し退院支援へ繋げる事が出来たのでここに報告する。

【研究目的】

1. 5年以上の在院年数の患者様の退院に対する意識調査を行う
2. 対象患者様の退院に対するスタッフの考えを調査し検討する

【研究方法】

期間：2008年6月1日～8月1日

対象：北2病棟に長期入院している患者様、医師・病棟看護師

方法：患者様、スタッフへのアンケート及び聞き取り調査

研究を始めるにあたり同意書を作成し患者様に署名を頂きプライバシーの保護に努める。

【結果】対象者15名中1名が拒否、退院希望と答えた患者様が9名、一人暮らしを希望は4名、家族と同居が4名、退院したいが場所がないが2名であった。退院したくないと答えた患者様が5名、理由は病気・症状の不安が3名、生活の不安が2名であった。

退院希望と答えた患者様の主治医は条件や環境が整えば退院可能が7名、不可2名で、看護師もほぼ同意見であった。退院したくないと答えた患者様については主治医・看護師とも条件や環境が整えば可能が4名、不可とされるが1名であった。

【考察】長期入院患者様へのアンケートや医師とスタッフの意識調査を通し、患者様とスタッフ間で退院への意識が多く一致していた。近年精神科入院治療は、出来るだけ早期に退院を促し地域での生活を中心とする方向へと変化しているが、当病棟では入院が長期化しており、その原因に家族等の高齢化や退院後の生活の場の確保の難しさ、セルフケアや管理能力など自立した生活が重視され症状が安定した状態であっても退院に至らなかった。また、長期の入院生活により自発的に思いを表現することが難しくなっている。今回の研究を通し、患者様が退院したくてもしたいと言えない気持ちを汲み取り個別性に合わせた看護援助と必要とする社会資源を提供する事が必要と考える。

急性心筋梗塞患者へのパンフレット指導の見直し

～安静の理解に向けて～

集中治療室 ○平田 沙織、長田 勇樹
川口 朋子、坪崎 春美

【はじめに】CCUでは、急性心筋梗塞（以下 AMI）の患者が多く入室する。AMIは、重篤な合併症を併発

し生命に危機を及ぼす可能性が高く、患者は数日間の安静を強いられる。そこで、入室2日目にパンフレットによるAMIの病態や安静の必要性を説明、翌日に評価表に沿って理解度を評価している。しかし、評価時のスタッフの印象や患者の言動から、現在のパンフレットでは安静の必要性を十分伝えることが出来ていないと考え、新たにパンフレットを作成し、その効果を調査したので報告する。

【研究方法】

1. 期間：平成20年4月29日～平成20年8月31日
2. 対象：I群－従来のパンフレットを使用した38～74歳の患者13名
II群－新パンフレットを使用した44～80歳の患者14名

3. 方法：

- ①従来のパンフレットでAMI指導を実施し、患者から得られたアンケート結果や聞かれた声を参考に新パンフレットを作成。
- ②新パンフレットを使用しAMI指導を実施し、アンケート調査を行った。
- ③I群とII群患者のAMI指導評価チェックリストを比較した。

【結果・考察】今回、疾患に関する正しい認識が安静の必要性の理解につながると考え、従来のパンフレットに対する患者の意見も踏まえ、新たなパンフレット作成に取り組んだ。新パンフレットでは図は全てカラーとし、合併症や安静方法を文章だけでなく図も加え、病態に関する図をリアルに取り入れた。これらは、視覚的な効果が加わりイメージ化に役立ったと考える。また、文章表現を長文とならないよう短文で区切り矢印で繋げ、専門用語を使わず具体的なものに例えて表現したことで、疾患や合併症が理解でき重症感も伝わったと思われる。今回、指導評価で安静の必要性を答えられた患者がI群62%からII群86%に増加するという結果が得られ、多くの患者が安静度を守ることができたことから、パンフレットの見直しは有用であったと言える。しかし、合併症を理解していながら安静の必要性が答えられない患者もいたため、今後合併症と安静との関連づけを強調した表現方法を工夫し検討していく必要がある。

保護者同伴入室を実施して

手術室 ○常包 英里, 多田 環
結城なぎさ, 佐藤千加子

【はじめに】当院では、患児が手術を受ける際、手術室の乗り換えホールで手術室スタッフに付き添われ、患児のみ手術室内へ入室していたが入室する時に啼泣し、暴れる患児が大半であり見送る保護者も不安な表情であった。そのため、保護者の同伴入室を実施しアンケート調査を行ったので結果を報告する。

【研究目的】保護者同伴入室を行うことによって、患児・保護者の不安が軽減し、患児がより安全・安楽に手術を受けることができる

【研究方法】

1. 対象：手術を受ける患児など11症例
2. 方法：
 - ①術前訪問時、手術室看護師が保護者に写真付きパンフレットに沿って入室方法の説明を行う。
 - ②当日、保護者が患児を抱っこまたはベッド上の患児につきそい入室する。
3. 同伴入室を実施後、保護者・手術室看護師・麻酔科医にアンケート調査

【結果】保護者へ「お子様と一緒に手術室へ入られて良かったですか」「同伴入室を行うことによって安心できましたか」「今後も同伴入室を行ったほうが良い」の問いに対し100%が「はい」であった。「パンフレットを使用して説明しましたが分かりやすかったですか」の問いに対し「わかりやすかった」が100%であり、また、手術室看護師・麻酔科医に「保護者同伴入室を行ってみて良かったか」の問いに対し「良かった」が85.7%「まあまあ良かった」が7.1%「どちらでもよい」「無回答」が各3.6%であった。「今後も同伴入室を行ったほうが良い」という意見は100%であり、また、麻酔科医の80%が同伴入室を行うことによって患児への麻酔導入がしやすくなり、20%が変わらないとの結果となった。

【結論】

1. 患児・保護者へ事前に説明を行うことが不安の軽減につながる。
2. 同伴入室を行うことは、保護者と患児にとって安心感につながる。
3. 同伴入室は、患児が落ち着いた状態で麻酔導入が受けられ、エッセンスやおもちゃを利用することも有効であり、患児は安全・安楽に手術を受ける

ことが出来る。

外来における患者確認に対する意識調査

～「スタッフ個々による意識の違い」の是正のために

整形外科外来 ○大塚有希子, 古賀香奈子
矢嶋 桂子, 中原るみ子

【はじめに】患者様、家族の立場で考えると「患者誤認」はあってはならない。看護師の行う確認行為が患者様の安全を守るために重大な意味を持っていることを認識していなければならない。しかしリスクマネージャーが注意を促しても、「患者誤認」が消失することはない。今回、当院の医療安全対策委員会が注射施行時「患者確認マニュアル」を元に院内一斉に強化訓練された。これを契機に、患者誤認に対する認識の違いを明確にして今後の指導への具体的示唆を得たので、報告する。

【対象と方法】

調査期間：H20年7月25日～8月7日

対象：当院外来看護師（救急外来を除く）78名

倫理的配慮：収集したデータは個人が特定されず一切不利益がないこと、研究目的以外では使用しない旨アンケート依頼文で説明し、同意を得た看護師に無記名で行った

調査方法：質問形式によるアンケート

【結果・考察】アンケート結果より、安全対策委員会の強化月間は9割の看護師がマニュアル通りに指差し呼称をしようとする認識を高め、毎回行動していることがわかった。その理由として9割が「IAを起こしたくないから」「全員対象だから」と回答している。しかし8割が「患者誤認」を経験し、そのうちの2割が患者に謝罪しなかったと答えている。

またIAレポートの提出に関しても「上司からの命令がなかったから、忙しくてできない、大事に至らなかった」などの理由で提出していない。事故防止のためには責任者が積極的にIAレポート提出を勧めてお互いに振り返る時間を作る努力が必要と考える。

【まとめ】今回、注意を促すとその認識は高まるが、忙しさで実際の行動に反映されないことがわかった。その為にも業務や環境の整備は必要である。看護の質の向上のためにも患者確認が徹底できる余裕のある外来への改善が必要と考える。

平成20年度学会発表ならびに投稿論文

内 科
[学会発表]

- 1) 洞不全症候群について
市立旭川病院・内科
平澤 邦彦
(第3回、心電図異常と不整脈のカンファレンス, 2008年1月, 旭川)
- 2) シェーグレン症候群が一因と思われる肺胞出血を伴った高度房室ブロックの1例
市立旭川病院・内科
丹 通直, 山田 豊, 正木 芳宏, 石井 良直
平澤 邦彦
(第51回市立・厚生CCUカンファレンス, 2008年1月, 旭川)
- 3) 高度房室ブロックにペースメーカー植え込み後・ペースメーカーが不要となった1例
市立旭川病院・内科
井澤 和真, 石井 良直, 大蔵美奈子, 奥山 淳
西浦 猛, 山田 豊, 平澤 邦彦
(第18回旭川CCU症例検討会, 2008年2月, 旭川)
- 4) 劇症型急性心筋炎の1例
市立旭川病院・内科
平澤 邦彦
(第6回旭川地区R-CPC, 2008年2月, 旭川)
- 5) 心電図の基礎および波形変化: 不整脈
市立旭川病院・内科
平澤 邦彦
(富良野co-medical心電図勉強会, 2008年2月, 富良野)
- 6) 心タンポナーデに対し外科手術, インターベンション治療にて救命, 根治し得た1症例
旭川医大・救急部
八巻 多, 相沢 圭, 杉本 昌也, 清川 恵子
岡田 基, 小北 直宏, 藤田 智, 郷 一知
同 循環器内科
伊達 歩, 松田夏菜子, 松木 孝樹, 坂本 央
竹内 利治, 長谷部直幸
市立旭川病院・内科
井澤 和真, 西浦 猛, 石井 良直
深川市立病院・循環器内科
森本 英雄
(第26回日本心血管インターベンション学会北海道地方会, 2008年3月, 札幌)
- 7) 劇症型急性心筋炎
市立旭川病院・内科
平澤 邦彦
(第15回心血管領域の症例カンファレンス, 2008年3月, 旭川)
- 8) AMI再灌流後の遠隔期Rotablator症例
市立旭川病院・内科
丹 通直, 山田 豊, 正木 芳宏, 石井 良直
平澤 邦彦
(第118回旭川心臓を診る会, 2008年5月, 旭川)
- 9) 循環器病のとらえかた
～眼で見るベッドサイドの病態生理～①
市立旭川病院・内科
平澤 邦彦
(第1回リフレッシュ循環器病学, 2008年5月, 旭川)
- 10) Brugada症候群
市立旭川病院・内科
平澤 邦彦
(第4回心電図異常と不整脈のカンファレンス, 2008年5月, 旭川)
- 11) この高脂血症症例にはどう対処する?
市立旭川病院・内科
平澤 邦彦
(第5回生活習慣病旭川懇話会, 2008年6月, 旭川)
- 12) AMI石灰化病変のBMS再狭窄に対しRotablator後にDESを留置した1例
市立旭川病院・内科
丹 通直, 山田 豊, 正木 芳宏, 井澤 和真
大蔵美奈子, 西浦 猛, 奥山 淳, 石井 良直
平澤 邦彦
札幌心臓血管クリニック
藤田 勉
(第74回北海道シネアンジオ研究会, 2008年6月, 札幌)
- 13) 中隔枝による器質性兼冠攣縮性狭心症の1例
市立旭川病院・内科
奥山 淳, 石井 良直, 大蔵美奈子, 井澤 和真
西浦 猛, 山田 豊, 平澤 邦彦
富良野協会病院・循環器内科
名取 俊介
(第99回循環器学会北海道地方会, 2008年6月, 札幌)
- 14) 修正大血管転位症術後のAFLに対して、アブレーション治療が有効だった1例
北海道大学医学部・循環動態内科学
渡邊 昌也, 絹川真太郎, 川嶋 望, 三上 博史
横式 尚司, 山田 聡, 筒井 裕之
NTT東日本札幌病院・循環器内科
安藤 康博
溪和会江別病院・循環器内科
下川 淳一
市立旭川病院・内科
西浦 猛

- 同 ・胸部外科
大場 淳一
北海道大学病院・循環器外科
松居 喜郎
(第99回循環器学会北海道地方会, 2008年6月, 札幌)
- 15) 循環器病のとらえかた
～眼で見るベッドサイドの病態生理～②
市立旭川病院・内科
平澤 邦彦
(第2回リフレッシュ循環器病学, 2008年7月, 旭川)
- 16) 抗凝固薬/抗血小板薬を一時休薬する際のコツ
市立旭川病院・内科
平澤 邦彦
(第7回病診連携循環器勉強会, 2008年7月, 旭川)
- 17) 左房粘液腫
市立旭川病院・内科
平澤 邦彦
(第16回心血管領域の症例カンファレンス, 2008年8月, 旭川)
- 18) 抗不整脈薬の特徴あれこれ
市立旭川病院・内科
平澤 邦彦
(第5回心電図異常と不整脈のカンファレンス, 2008年9月, 旭川)
- 19) ST上昇型急性心筋梗塞 (STEMI) に対するt-PA先行投与および血栓吸引療法を用いたFacilitated PCIの有用性
市立旭川病院・内科
石井 良直, 太田 久宣
旭川医大・循環呼吸神経病態内科学
長谷部直幸
(第56回日本心臓病学会, 2008年9月, 東京)
- 20) 地域における急性冠症候群の長距離搬送と問題点
北海道立羽幌病院・内科
高橋 文彦, 小林 基, 笹井 春江
旭川医大・循環呼吸神経病態内科学
中川 直樹, 長谷部直幸
市立旭川病院・内科
石井 良直
(第56回日本心臓病学会, 2008年9月, 東京)
- 21) 循環器病のとらえかた
～眼で見るベッドサイドの病態生理～③
市立旭川病院・内科
平澤 邦彦
(第3回リフレッシュ循環器病学, 2008年9月, 旭川)
- 22) 心血管領域の症例検討 (4)
－左房粘液腫と左房内巨大血栓－
市立旭川病院・内科
平澤 邦彦
(第5回富良野心血管カンファレンス, 2007年10月, 富良野)
- 23) 心筋梗塞症例の糖代謝異常についての検討
市立旭川病院・内科
石井 良直
(第6回大雪冠疾患治療フォーラム, 2008年11月, 旭川)
- 24) 脂質異常症と冠動脈疾患
市立旭川病院・内科
平澤 邦彦
(旭川脂質異常症勉強会, 2008年11月, 旭川)
- 25) 循環器病のとらえかた
～眼で見るベッドサイドの病態生理～④
市立旭川病院・内科
平澤 邦彦
(第4回リフレッシュ循環器病学, 2008年11月, 旭川)
- 26) 大動脈炎症候群にて大動脈弁置換後, 上行田移動脈置換術後に, 人工血管－左冠動脈主幹部の吻合狭窄を来とし, 同部位にSESを留置した1例
市立旭川病院・内科
正木 芳宏, 山田 豊, 丹通 直, 石井 良直
平澤 邦彦
(第14回北海道コンプレックスインターペンション研究会, 2008年11月, 札幌)
- 27) 僧帽弁前尖に付着した粘液腫からの塞栓により急性心筋梗塞を発症した1例
市立旭川病院・内科
西浦 猛, 石井 良直, 奥山 淳, 井澤 和眞
伊達 歩, 山田 豊, 平澤 邦彦
同 ・胸部外科
安達 昭, 吉本 公洋, 宮武 司, 大場 淳一
青木 秀俊
旭川厚生病院・循環器科
小川 裕二
(第75回北海道シネアンジオ研究会, 2008年11月, 札幌)
- 28) 当科における冠動脈治療の現状
市立旭川病院・内科
石井 良直
(第1回心疾患医療連携勉強会, 2008年2月, 旭川)
- 29) 僧帽弁前尖に付着した粘液腫により急性心筋梗塞を発症した1例
市立旭川病院・内科
井澤 和眞, 石井 良直, 西浦 猛, 奥山 淳
伊達 歩, 山田 豊, 平澤 邦彦
同 ・胸部外科
安達 昭, 吉本 公洋, 宮武 司, 大場 淳一
青木 秀俊
旭川厚生病院・循環器科
小川 裕二
(第53回市立・厚生CCUカンファレンス, 2008年12月, 旭川)
- 30) 超音波細径プローブによる大腸癌の深達度診断
市立旭川病院・内科
斉藤 裕輔

- (第10回旭川GI研究会, 2008年2月, 旭川)
- 31) 炎症性腸疾患の診断・治療における内視鏡の役割
市立旭川病院・内科
齊藤 裕輔
(第11回関西腸疾患セミナー, 2008年2月, 大阪)
- 32) 症例からみた診断, 治療の進め方
—下部消化管: コメンテーター—
市立旭川病院・内科
齊藤 裕輔
(第94回日本消化器病学会総会, 2008年5月, 福岡)
- 33) IPMNに合併した同時性多発浸潤性膵管癌の1切除例
市立旭川病院・内科
小泉 一也, 藤井 常志, 松本 昭範, 鈴木 聡
助川 隆士, 小澤賢一郎, 折居 史佳, 垂石 正樹
齊藤 裕輔
同 ・病理
高田 明生
(第94回日本消化器病学会総会, 2008年5月, 福岡)
- 34) 大腸癌は恐くない—早期大腸癌の内視鏡治療
市立旭川病院・内科
齊藤 裕輔
(がんと戦う最前線セミナー, 2008年5月, 旭川)
- 35) Endoscopic auto fluorescence imaging is useful for detecting colonic small lesions of lymphoma resembling lymphoid hyperplasia
旭川医大・消化器・血液腫瘍制御内科分野
Nobuhiro Ueno, Kentaro Moriichi, Katsuya Ikuta, Youkou Konno, Chisato Ishikawa, Takahiro Ito, Ryu Sato, Kotaro Okamoto, Hiroki Tanabe, Atsuo Maemoto, Kazuya Sato, Mikihiro Fujiya Jiro Watari, Toshifumi Ashida, Yusuke Saitoh, Yutaka Kohgo
(DDW 2008 (ASGE), 2008. 5, San Diego. USA.)
- 36) 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
齊藤 裕輔
(第32回日本消化器内視鏡セミナー, 2008年5月, 横浜)
- 37) 小腸造影と小腸内視鏡で術前診断しえたメッケル憩室出血の1例
市立旭川病院・内科
鈴木 聡, 垂石 正樹, 小澤賢一郎, 菊地 陽子
金田 宣子, 助川 隆士, 小泉 一也, 千葉 篤
松本 昭範, 齊藤 裕輔
(第96回日本消化器内視鏡学会北海道支部例会, 2008年6月, 札幌)
- 38) TS-1投与中に重症腸炎に罹患した4例の臨床的検討
市立旭川病院・内科
小澤賢一郎, 鈴木 聡, 助川 隆士, 小泉 一也
菊地 陽子, 折居 史佳, 千葉 篤, 藤井 常志
松本 昭範, 垂石 正樹, 齊藤 裕輔
(第102回日本消化器病学会北海道支部例会, 2008年5月, 札幌)
- 39) 当院における非切除痔瘻に対するGEM一次治療後のGEM+TS-1による二次治療の検討
市立旭川病院・内科
小泉 一也, 藤井 常志, 千葉 篤, 鈴木 聡
助川 隆士, 菊地 陽子, 小澤賢一郎, 松本 昭範
垂石 正樹, 齊藤 裕輔
(第102回日本消化器病学会北海道支部例会, 2008年5月, 札幌)
- 40) 高ホモシスチン血症による門脈血栓症の1例
市立旭川病院・内科
助川 隆士, 松本 昭範, 鈴木 聡, 小泉 一也
小澤賢一郎, 折居 史佳, 藤井 常志, 垂石 正樹
齊藤 裕輔
(第44回日本肝臓学会総会, 2008年6月, 松山)
- 41) 大腸疾患の精密診断
市立旭川病院・内科
齊藤 裕輔
(第5回先端医療セミナー, 2008年6月, 宮崎)
- 42) 逆行性小腸造影(ERIG)の方法とコツ
市立旭川病院・内科
垂石 正樹
(第11回旭川GI研究会 臨床技術検討会, 2008年7月, 旭川)
- 43) 画像所見からみた炎症性腸疾患の鑑別診断
—苦痛の少ない大腸内視鏡挿入法を含めて—
市立旭川病院・内科
齊藤 裕輔
(第1回臨床消化器病セミナー広島, 2008年7月, 広島)
- 44) 通常内視鏡による早期大腸癌の深達度診断
市立旭川病院・内科
齊藤 裕輔
(第9回臨床消化器病研究会, 2008年7月, 横浜)
- 45) Clinical Session2: Lower GI: Current status and future perspective of endoscopic treatment for colorectal neoplasia.
Department of Internal Medicine, Asahikawa City Hospital
Y.Saitoh
旭川医大・消化器・血液腫瘍制御内科分野
Shiro Oka.
(Endoscopy Forum Japan, 2008. 2008. 8, Otaru)
- 46) 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
齊藤 裕輔
(第30回松山炎症性腸疾患研究会, 2008年9月, 松山)
- 47) Flat and depressed colonic lesions in Western populations. Are we there yet? Lecture by Irving Waxman.
市立旭川病院・内科
齊藤 裕輔
(第18回大腸IIc研究会, 2008年9月, 東京)
- 48) 炎症性腸疾患の内視鏡所見

- 市立旭川病院・内科
齊藤 裕輔
(第24回重点卒後セミナー, 2008年9月, 東京)
- 49) 大腸閉塞症状を呈した子宮広間膜ヘルニアの1例
市立旭川病院・内科
岡本 修平, 垂石 正樹, 小澤賢一郎, 宇野あゆみ
笹倉 勇一, 鈴木 聡, 富永 素矢, 菊地 陽子
助川 隆士, 小泉 一也, 千葉 篤, 松本 昭範
齊藤 裕輔
同 ・産婦人科
大隅 大介, 林 博章
(第103回日本消化器病学会北海道支部例会, 2008年9月, 札幌)
- 50) 急激な経過で死亡した非外傷性Clostridium感染症によるガス産生肝膿瘍の1例
市立旭川病院・内科
菊地 陽子, 垂石 正樹, 小澤賢一郎, 笹倉 勇一
宇野あゆみ, 岡本 修平, 鈴木 聡, 富永 素矢
助川 隆士, 小泉 一也, 千葉 篤, 松本 昭範
齊藤 裕輔
同 ・病理
高田 明生
(第103回日本消化器病学会北海道支部例会, 2008年9月, 札幌)
- 51) 自然破裂した巨大肝嚢胞の1例
市立旭川病院・内科
助川 隆士, 松本 昭範, 鈴木 聡, 富永 素矢
小泉 一也, 菊地 陽子, 小澤賢一郎, 千葉 篤
垂石 正樹, 齊藤 裕輔
(第103回日本消化器病学会北海道支部例会, 2008年9月, 札幌)
- 52) 術前の深達度および病変範囲診断が診断が困難であったlatent linitis plasticaの1例
市立旭川病院・内科
笹倉 勇一, 垂石 正樹, 小澤賢一郎, 宇野あゆみ
岡本 修平, 鈴木 聡, 富永 素矢, 菊地 陽子
助川 隆士, 小泉 一也, 千葉 篤, 松本 昭範
齊藤 裕輔
同 ・外科
武山 聡
(第97回日本消化器病内視鏡学会北海道支部例会, 2008年9月, 札幌)
- 53) A型胃炎に伴う多発胃カルチノイドの1例
市立旭川病院・内科
鈴木 聡, 垂石 正樹, 小澤賢一郎, 笹倉 勇一
宇野あゆみ, 岡本 修平, 富永 素矢, 菊地 陽子
助川 隆士, 小泉 一也, 千葉 篤, 松本 昭範
齊藤 裕輔
同 ・外科
武山 聡
(第9第103回日本消化器病学会北海道支部例会, 2008年9月, 札幌)
- 54) WS 19: 下部消化管感染症の内視鏡診断
旭川医大・消化器・血液腫瘍制御内科分野
清水 誠司
市立旭川病院・内科
齊藤 裕輔
(第76回日本消化器内視鏡学会, 第39回日本消化吸収学会総会, JDDW2008, 2008年10月, 東京)
- 55) 一分子標的治療薬の現状と今後.
Session 1 当科におけるアバスタチン使用経験
市立旭川病院・内科
垂石 正樹
(大腸癌治療カンファレンス, 2008年10月, 旭川)
- 56) 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
齊藤 裕輔
(第10回北関東・甲信越GUTフォーラム, 2008年11月, 東京)
- 57) 消化器がんはここまで治る
一大腸がんに対する内視鏡治療について
市立旭川病院・内科
齊藤 裕輔
(第2回市立旭川病院市民公開講座, 2008年11月, 旭川)
- 58) 大腸がんは恐くないー早期大腸がんの内視鏡治療
市立旭川病院・内科
齊藤 裕輔
(市民公開講座, 2008年11月, 旭川)
- 59) 大腸病変の1例
市立旭川病院・内科
齊藤 裕輔
(第139回旭川消化器病談話会特別講演会, 2008年11月, 旭川)
- 60) 大腸腫瘍に対する内視鏡的粘膜切除術 (EMR) と内視鏡的分割粘膜切除術 (EPMR).
市立旭川病院・内科
齊藤 裕輔
(平成20年旭川市医師会賞受賞者記念講演, 2008年11月, 旭川)
- 61) 高CRP血症を示す糖尿病患者の7年間のfollow-up-study
市立旭川病院・内科
武藤 英二, 宮本 義博, 外川 征史
(第51回日本糖尿病学会年次学術集会, 2008年5月, 東京)
- 62) 糖尿病患者における電気生理学的検査
市立旭川病院・内科
宮本 義博, 武藤 英二, 外川 征史
(第51回日本糖尿病学会年次学術集会, 2008年5月, 東京)
- 63) 糖尿病患者における脂質低下剤投与後のCRP変化
市立旭川病院・内科
武藤 英二, 宮本 義博, 外川 征史
(第42回日本糖尿病学会北海道地方会, 2008年11月, 札幌)
- 64) 腹部肥満を有する糖尿病患者の腹囲に関する検討
市立旭川病院・内科
外川 征史, 武藤 英二, 宮本 義博

- (第42回日本糖尿病学会北海道地方会, 2008年11月, 札幌)
- 65) **糖尿病患者の柔軟性に関する検討**
市立旭川病院・内科
外川 征史, 武藤 英二, 宮本 義博
(第42回日本糖尿病学会北海道地方会, 2008年11月, 札幌)
- 66) **糖尿病患者における電気生理学的検査**
市立旭川病院・内科
宮本 義博, 武藤 英二, 外川 征史
(第42回日本糖尿病学会北海道地方会, 2008年11月, 札幌)
- 67) **血清コリンエステラーゼ値と糖尿病発症リスク**
—東神楽町検診受診女性についての検討—
東神楽町国民健康保険診療所
相馬 光宏
市立旭川病院・内科
武藤 英二
旭川医大・消化器・血液腫瘍制御内科
高後 裕
(第42回日本糖尿病学会北海道地方会, 2008年11月, 札幌)
- 68) **症例に学ぶ経口糖尿病薬の使い方**
市立旭川病院・内科
武藤 英二
(糖尿病病診連携勉強会, 2008年4月, 旭川)
- 69) **症例に学ぶナテグリニドの使い方**
市立旭川病院・内科
武藤 英二
(第8回旭川ナテグリニド検討会, 2008年7月, 旭川)
- 70) **食後高血糖へのアプローチ**
市立旭川病院・内科
武藤 英二
(札幌市ビル医学会学術講演会, 2008年7月, 札幌)
- 71) **糖尿病合併症最近の動向**
市立旭川病院・内科
武藤 英二, 宮本 義博, 外川 征史
同 ・看護部
増田 千絵
(糖尿病病診連携勉強会, 2008年10月, 旭川)
- 72) **腹部肥満を有する糖尿病患者における3年前後の体重と腹圍変化の検討**
市立旭川病院・内科
外川 征史
(第58回旭川脂質談話会, 2008年11月, 旭川)
- 73) **血栓性血小板減少性紫斑病を合併した全身性強皮症の1例**
市立旭川病院・内科
松尾 徳大, 千葉 広司, 岡田 耕平, 柿木 康孝
三宅 高義, 福原 敬
(第246回日本内科学会北海道地方会, 2008年2月, 札幌)
- 74) **イマチニブ投与経過中にder(17;18)付加的染色体異常の出現・進展を認めた晩期CMLの1例**
市立旭川病院・内科
岡田 耕平, 千葉 広司, 柿木 康孝, 三宅 高義
福原 敬
(第43回日本血液学会春季北海道地方会, 2008年4月, 札幌)
- 75) **術前検査で偶然発見されたパラヘモフィリアの1症例**
市立旭川病院・内科
岩崎 純子, 千葉 広司, 柿木 康孝, 三宅 高義
福原 敬
北海道医療大学歯学部・内科
家子 正裕
(第247回日本内科学会北海道地方会, 2008年6月, 札幌)
- 76) **十二指腸乳頭部癌の術後経過中に発見された後天性血友病の1例**
市立旭川病院・内科
澁谷 英子, 千葉 広司, 岩崎 純子, 柿木 康孝
三宅 高義, 福原 敬
(第248回日本内科学会北海道地方会, 2008年9月, 札幌)
- 77) **MDSにおける染色体異常**
—当科における10年間の解析—
市立旭川病院・内科
岩崎 純子, 柿木 康孝, 澁谷 英子, 千葉 広司
福原 敬, 三宅 高義
(第50回日本血液学会秋季地方会, 2008年9月, 札幌)
- 78) **末梢性T細胞性リンパ腫の治療中にt(2;8)(p12;q24.1)を有したパーキットリンパ腫を発症した1例**
市立旭川病院・内科
千葉 広司, 岩崎 純子, 柿木 康孝, 三宅 高義
福原 敬
(第70回日本血液学会総会, 2008年10月, 京都)
- 79) **AIDS関連リンパ腫の1例**
市立旭川病院・内科
岩崎 純子, 柿木 康孝, 千葉 広司, 福原 敬
三宅 高義
(第14回北海道レジデントカンファレンス, 2008年11月, 札幌)
- 80) **すりガラス陰影の消長を反復し、過敏性肺炎が疑われた1例**
市立旭川病院・内科
福居 嘉信, 谷野 洋子, 岡本 佳裕
(第363回旭川肺を診る会, 2008年1月, 旭川)
- 81) **易出血性の肺腫瘍の1例**
市立旭川病院・内科
谷野 洋子, 福居 嘉信, 岡本 佳裕
(第364回旭川肺を診る会, 2008年2月, 旭川)
- 82) **胃癌の術前に発見された肺ノカルジア症の1例**
市立旭川病院・内科
谷野 洋子, 福居 嘉信, 岡本 佳裕
(第364回旭川肺を診る会, 2008年2月, 旭川)
- 83) **アスベスト検診の3例**
市立旭川病院・内科
岡本 佳裕
(第364回旭川肺を診る会, 2008年2月, 旭川)

- 84) 喘息に合併したサルコイドーシスの1例
市立旭川病院・内科
岡本 修平, 谷野 洋子, 福居 嘉信, 岡本 佳裕
(第365回旭川肺を診る会, 2008年3月, 旭川)
- 85) Carcinoidの1例
市立旭川病院・内科
谷野 洋子, 福居 嘉信, 岡本 佳裕
(第365回旭川肺を診る会, 2008年3月, 旭川)
- 86) 無症状で空洞を形成した肺化膿症の1例
市立旭川病院・内科
谷野 洋子, 福居 嘉信, 岡本 佳裕
(第366回旭川肺を診る会, 2008年4月, 旭川)
- 87) 気管原発扁平上皮癌の1例
市立旭川病院・内科
福居 嘉信, 谷野 洋子, 岡本佳裕
(第366回旭川肺を診る会, 2008年4月, 旭川)
- 88) 硬膜外膿瘍を合併した, 肺アスペルギルス症の1例
市立旭川病院・内科
澁谷 英子, 福居 嘉信, 谷野 洋子, 岡本 佳裕
(第367回旭川肺を診る会, 2008年5月, 旭川)
- 89) 肺三重複癌(扁平上皮癌)の1例
市立旭川病院・内科
岡本 佳裕, 谷野 洋子, 福居 嘉信
(第367回旭川肺を診る会, 2008年5月, 旭川)
- 90) 急速に進展した肺腺癌の1例
市立旭川病院・内科
澁谷 英子, 福居 嘉信, 谷野 洋子, 岡本 佳裕
(第368回旭川肺を診る会, 2008年6月, 旭川)
- 91) 慢性壊死性肺アスペルギルス症の1例
市立旭川病院・内科
岡本 佳裕, 谷野 洋子, 福居 嘉信
(第368回旭川肺を診る会, 2008年6月, 旭川)
- 92) 当科における平成19年度の肺炎入院症例の検討
市立旭川病院・内科
澁谷 英子, 福居 嘉信, 谷野 洋子, 岡本 佳裕
(第247回日本内科学会北海道地方会, 2008年6月, 札幌)
- 93) 右上葉支入口部に腫瘤が認められた肺癌の1例
市立旭川病院・内科
岡本 佳裕, 谷野 洋子, 福居 嘉信
(第371回旭川肺を診る会, 2008年9月, 旭川)
- 94) 喘息におけるロイコトリエン受容体拮抗薬の有効性とその背景の検討—アンケート調査の結果—
市立旭川病院・内科
福居 嘉信
(道北喘息フォーラム2008, 2008年9月, 旭川)
- 95) 5年の経過で増大した肺血管内皮腫の1例
市立旭川病院・内科
福居 嘉信, 谷野 洋子, 岡本 佳裕
(第372回旭川肺を診る会, 2008年10月, 旭川)

- 96) 多発性原発性肺癌の1例
四条はらだ医院
原田 一暁
市立旭川病院・内科
福居 嘉信, 谷野 洋子, 岡本 佳裕
(第373回旭川肺を診る会, 2008年11月, 旭川)
- 97) 塵肺に合併した左肺腫瘤影
市立旭川病院・内科
岡本 佳裕, 谷野 洋子, 福居 嘉信
(第373回旭川肺を診る会, 2008年11月, 旭川)
- 98) 気管支内過誤腫+抗酸菌陽性肉芽腫の1例
市立旭川病院・内科
岡本 佳裕, 谷野 洋子, 福居 嘉信
(第373回旭川肺を診る会, 2008年11月, 旭川)
- 99) 肺海綿状血管腫が疑われた1例
市立旭川病院・内科
福居 嘉信, 谷野 洋子, 岡本 佳裕
(第373回旭川肺を診る会, 2008年11月, 旭川)

[投稿論文]

- 1) 大腸癌
市立旭川病院・内科
齊藤 裕輔
(今日の治療指針; 山口 徹, 北原光夫, 福井次矢編集, 373-375, 医学書院, 東京, 2008)
- 2) Milk of calciumを伴った降仮性嚢胞の1例
市立旭川病院・内科
小泉 一也
旭川医大・消化器・血液腫瘍制御内科分野
丹野 誠志, 柳川 伸幸, 小山内 学, 羽広 敦也
中村 和正, 蓑口まどか, 中野 靖弘, 水上 裕輔
奥村 利勝, 高後 裕
(日本消化器病学会誌105(1): 93-98, 2008)
- 3) 非上皮性腫瘍と鑑別の必要な疾患 e. 腸管子宮内膜症
旭川医大・消化器・血液腫瘍制御内科分野
渡 二郎, 藤谷 幹浩, 伊藤 貴博, 佐藤 龍
盛一健太郎, 岡本耕太郎, 田邊 裕貴, 前本 篤男
泉 信一, 野村 昌史, 高後 裕
市立旭川病院・内科
齊藤 裕輔
(早期大腸癌12: 84-89, 2008)
- 4) 小腸腫瘍性疾患、7) 過誤腫 (Peutz-Jeghersポリープ、myoepithelial hamartomaなど)
市立旭川病院・内科
齊藤 裕輔 小澤賢一郎, 折居 史佳, 垂石 正樹
旭川医大・消化器・血液腫瘍制御内科分野
藤谷 幹浩, 渡 二郎, 野村 昌史
(胃と腸 43: 565-569, 2008)

- 5) 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
齊藤 裕輔
(第32回日本消化器内視鏡学会セミナーテキスト39-44, 2008)
- 6) 4. 小腸検査法 1) 小腸X線検査
市立旭川病院・内科
垂石 正樹, 齊藤 裕輔, 小澤賢一郎, 鈴木 聡
折居 史佳
(胃と腸 43:417-426, 2008)
- 7) 大腸の新しい内視鏡 autofluorescence imaging (AFI)
旭川医大・消化器・血液腫瘍制御内科分野
佐藤 龍, 藤谷 幹浩, 盛一健太郎, 奈田 理恵
上野 伸展, 今野 陽高, 石川 千里, 伊藤 貴博
岡本耕太郎, 田邊 裕貴, 前本 篤男, 渡 二郎
蘆田 知史, 高後 裕
市立旭川病院・内科
齊藤 裕輔
(胃と腸 43:910-920, 2008)
- 8) 消化管 follicular lymphoma の特徴: 臨床的立場から X線を中心に
旭川医大・消化器・血液腫瘍制御内科分野
盛一健太郎, 藤谷 幹浩, 渡 二郎, 生田 克哉
川内 宏仁, 奈田 理恵, 野村 好紀, 杉山 祥晃
上野 伸展, 今野 陽高, 石川 千里, 稲場 勇平
伊藤 貴博, 佐藤 龍, 岡本耕太郎, 田邊 裕貴
前本 篤男, 佐藤 一也, 蘆田 知史, 鳥本 悦宏
高後 裕
市立旭川病院・内科
齊藤 裕輔
(胃と腸 43:1047-1057, 2008)
- 9) Endoscopic Mucosal Resection and Endoscopic
Piecemeal Mucosal Resection for Colorectal Neoplasia
旭川医大・消化器・血液腫瘍制御内科分野
Yusuke Saitoh, Mikihiro Fujiya and Jiro Watari
(New Challenges in Gastrointestinal Endoscopy, 346-352,
Springer, 2008)
- 10) 大腸 SM癌のリンパ節転移・遠隔転移と予後
市立旭川病院・内科
齊藤 裕輔, 垂石 正樹
旭川医大・消化器・血液腫瘍制御内科分野
藤谷 幹浩, 稲場 勇平, 折居 裕, 太田 智之
渡 二郎
(大腸癌FRONTIER 1:49-532, 2008)
- 11) 感染性腸炎の診断・治療手順
市立旭川病院・内科
齊藤 裕輔, 垂石 正樹, 鈴木 聡, 助川 隆士
富永 素矢, 小泉 一也, 菊地 陽子, 小澤賢一郎
千葉 篤
旭川医大・消化器・血液腫瘍制御内科分野
渡 二郎, 藤谷 幹浩
(胃と腸 43:1573-1580, 2008)
- 12) 早期大腸癌の内視鏡診断と治療-現状と問題点-
市立旭川病院・内科
齊藤 裕輔, 垂石 正樹, 小澤賢一郎
旭川医大・消化器・血液腫瘍制御内科分野
藤谷 幹浩, 渡 二郎
(Gastroenterological Endoscopy50:2466-2477, 2008)
- 13) 注腸X線診断
市立旭川病院・内科
齊藤 裕輔
旭川医大・消化器・血液腫瘍制御内科分野
藤谷 幹浩
(大腸EMR・ESD. 田中信治編:10-18, 羊土社, 東京, 2008)
- 14) 通常内視鏡診断 (通常内視鏡による深達度診断: 治療法選択
のための深達度診断に有用な通常内視鏡検査所見)
市立旭川病院・内科
齊藤 裕輔
旭川医大・消化器・血液腫瘍制御内科分野
渡 二郎
(大腸EMR・ESD. 田中信治編:19-24, 羊土社, 東京, 2008)
- 15) 超音波内視鏡 (超音波細径プローブ) 診断
市立旭川病院・内科
齊藤 裕輔
旭川医大・消化器・血液腫瘍制御内科分野
藤谷 幹浩
(大腸EMR・ESD. 田中信治編:41-45, 羊土社, 東京, 2008)
- 16) 感染性腸炎の診断・治療手順
市立旭川病院・内科
齊藤 裕輔, 垂石 正樹, 鈴木 聡, 助川 隆士
富永 素矢, 小泉 一也, 菊地 陽子, 小澤賢一郎
千葉 篤
旭川医大・消化器・血液腫瘍制御内科分野
渡 二郎, 藤谷 幹浩
(胃と腸 43:1573-1580, 2008)
- 17) 2型糖尿病患者におけるミチグリニドの血糖コントロールと
インスリン分泌能に関する検討
市立旭川病院・内科
武藤 英二
(Prog. Med28:2237-2240, 2008)
- 18) 特発性混合型自己免疫性溶血性貧血を呈したEvans症候群
市立旭川病院・内科
柿木 康孝, 岡田 耕平, 千葉 広司, 福原 敬
三宅 高義
同 中央検査科
長瀬 政子
(臨床血液 49(7):516-520, 2008)
- 19) 血液内科病棟において同時期に発症した水痘の2例
市立旭川病院・内科

岡田 耕平, 柿木 康孝, 千葉 広司, 福原 敬
三宅 高義

(旭川市立病院医誌 40:29-31, 2008)

20) 原発性マクログロブリン血症の経過中にdiffuse largeB-cell lymphomaを発症した症例

市立旭川病院・内科

澁谷 英子, 千葉 広司, 岡田 耕平, 柿木 康孝
福原 敬, 三宅 高義

(旭川市立病院医誌 40:32-35, 2008)

21) 呼吸器内科医による成人喘息診断の実態
—アンケート調査の結果—

市立旭川病院・内科

福居 嘉信

北海道大学・第一内科

檜澤 伸之, 高橋 大輔, 前田由紀子, 小林 基子
南須原康行, 西村 正治

(日本呼吸器学会雑誌46(8):601-607, 2008)

22) 喘息におけるロイコトリエン受容体拮抗薬の有効性とその背景の検討—アンケート調査の結果—

市立旭川病院・内科

福居 嘉信

北海道大学・第一内科

檜澤 伸之, 高橋 大輔, 前田由紀子, 小林 基子
南須原康行, 西村 正治

(日本呼吸器学会雑誌46(12):972-980, 2008)

外科

[学会発表]

1) 診断に苦慮したlymphoepithelioma like carcinomaの1例

市立旭川病院・外科

田畑佑季子, 水上 泰, 福永 亮朗, 笹村 裕二
武山 聡, 沼田 昭彦, 子野日政昭

同 ・病理

高田 明生

(第88回北海道外科学会, 2008年2月, 札幌)

2) 術前原発性肺癌と診断された子宮癌肺転移の1例

市立旭川病院・外科

福永 亮朗, 白石 学, 笹村 裕二, 武山 聡
沼田 昭彦, 子野日政昭

(日本臨床外科学会北海道支部例会, 2008年7月, 函館)

3) A型胃炎に合併した胃多発カルチノイドの1例

市立旭川病院・外科

白石 学, 福永 亮朗, 笹村 裕二, 武山 聡
沼田 昭彦, 子野日政昭

(第89回北海道外科学会, 2008年10月, 札幌)

4) 当科におけるSSIサーベイランスの現状

市立旭川病院・外科

福永 亮朗, 桑谷 俊彦, 白石 学, 笹村 裕二

武山 聡, 沼田 昭彦, 子野日政昭

(SSI研究会, 2008年11月, 旭川)

5) 腓多血性腫瘍の1例

市立旭川病院・外科

白石 学, 沼田 昭彦

(第84回旭川血管造影研究会, 2008年12月, 旭川)

6) 1歳8ヶ月で嘔吐を契機に発症した特発性胃穿孔の1例

市立旭川病院・外科

桑谷 俊彦, 白石 学, 福永 亮朗, 笹村 裕二

武山 聡, 沼田 昭彦, 子野日政昭

(日本臨床外科学会北海道支部例会, 2008年12月, 札幌)

[投稿論文]

1) 市立旭川病院外科におけるイレウスの診断と治療

市立旭川病院・外科

水上 泰, 沼田 明彦, 金田 宜子, 田畑佑希子

福永 亮朗, 笹村 裕二, 武山 聡, 子野日政昭

(旭川市立病院医誌 40:7-11, 2008)

胸部外科

[学会発表]

1) 胸部外科におけるパスの活用 マネージメントツールとして

市立旭川病院・胸部外科

吉本 公洋

同 ・看護部

杉野ゆかり, 林 由紀子, 菅原 麻紀, 上坂 若菜

山内 善裕, 安達 香

(第4回市立旭川病院クリニカルパス大会, 2008年2月, 旭川)

2) 下行大動脈穿孔を来したporcelain aortaに対する1治療例

市立旭川病院・胸部外科

吉本 公洋, 大場 淳一, 南田 大朗, 安達 昭

宮武 司, 青木 秀俊

(第84回日本胸部外科学会北海道地方会, 2008年2月, 札幌)

3) 心アミロイドーシスに合併した弁膜症に対する1手術例

市立旭川病院・胸部外科

大場 淳一, 南田 大朗, 安達 昭, 吉本 公洋

宮武 司, 青木 秀俊

同 ・内科

山田 豊, 丹 通直, 正木 芳宏

(第84回日本胸部外科学会北海道地方会, 2008年2月, 札幌)

4) 虚血性心筋症に対する左室縮小形成術, 僧帽弁輪縫縮術, 両室ペーシングの経験

市立旭川病院・胸部外科

大場 淳一

(第118回旭川心臓を診る会 (ACC), 2008年5月, 旭川)

5) 冠動脈瘤に対する手術経験

- 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
安達 昭, 大久保祐樹
旭川厚生病院・循環器科
塩越 隆広
(第74回北海道シネアンジオ研究会, 2008年6月, 札幌)
- 6) **修正大血管転位症術後のAFLに対してアブレーション治療が有効だった1例**
北海道大学・循環器内科
渡邊 昌也, 安藤 康博, 絹川真太郎, 川嶋 望
三山 博史, 横式 尚司, 山田 聡, 筒井 裕之
市立旭川病院・胸部外科
大場 淳一, 松居 喜郎
(第99回日本循環器学会北海道地方会, 2008年6月, 札幌)
- 7) **冠動脈瘤に対する手術経験**
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
安達 昭, 大久保祐樹
旭川厚生病院・循環器科
塩越 隆広
(第99回日本循環器学会北海道地方会, 2008年6月, 札幌)
- 8) **OPCABのちょっとした工夫**
市立旭川病院・胸部外科
大場 淳一
(第51回北大心臓疾患研究会, 2008年6月, 札幌)
- 9) **弓部大動脈置換術後吻合部瘤の1例**
市立旭川病院・胸部外科
宮武 司, 大場 淳一, 吉本 公洋, 安達 昭
大久保祐樹, 青木 秀俊
同 ・放射線科
花輪 真
(第93回日本臨床外科学会北海道支部総会, 2008年7月, 函館)
- 10) **症例検討**
市立旭川病院・胸部外科
大場 淳一
(循環器病診連携勉強会, 2008年7月, 旭川)
- 11) **胸腹部大動脈瘤破裂を来した再生不良性貧血症例**
市立旭川病院・胸部外科
大久保祐樹, 大場 淳一, 宮武 司, 吉本 公洋
安達 昭, 青木 秀俊
同 ・内科
福原 敬
(第28回日本血管外科学会北海道地方会, 2008年9月, 札幌)
- 12) **外科video live session : CEAとOPCABの同時手術**
市立旭川病院・胸部外科
大場 淳一
(Sapporo Live Demonstration Course2008 (SLDC 2008), 2008年9月, 札幌)
- 13) **血液加心筋保護液 (ミオテクター) 使用症例の検討**
市立旭川病院・胸部外科
安達 昭, 大久保祐樹, 吉本 公洋, 宮武 司
大場 淳一, 青木 秀俊
(第85回日本胸部外科学会北海道地方会, 2008年9月, 札幌)
- 14) **再滅菌可能な内視鏡装置を用いた橈骨動脈採取**
市立旭川病院・胸部外科
吉本 公洋, 大場 淳一, 大久保祐樹, 安達 昭
宮武 司, 青木 秀俊
(第85回日本胸部外科学会北海道地方会, 2008年9月, 札幌)
- 15) **冠動脈疾患に腹部大動脈瘤を合併した症例におけるDES普及後の治療手順**
市立旭川病院・胸部外科
宮武 司, 大場 淳一, 吉本 公洋, 安達 昭
大久保祐樹, 青木 秀俊
(第85回日本胸部外科学会北海道地方会, 2008年9月, 札幌)
- 16) **短時間の腹部大動脈閉塞で広範囲非可逆的虚血をきたした急性大動脈解離の1例**
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
安達 昭, 大久保祐樹
(日本集中治療医学会第17回北海道地方会, 2008年10月, 旭川)
- 17) **Non-disposable装置を用いた内視鏡的橈骨動脈採取の有用性: 低侵襲による術後合併症発生率の軽減と環境および医療経済への配慮**
市立旭川病院・胸部外科
吉本 公洋, 大場 淳一, 大久保祐樹, 安達 昭
宮武 司, 青木 秀俊
(第61回日本胸部外科学会, 2008年10月, 福岡)
- 18) **門脈ガス血症を呈した急性大動脈解離の1例**
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
安達 昭, 大久保祐樹
(第32回北海道救急医学会, 2008年10月, 札幌)
- 19) **教育講演: 心臓手術の最前線**
市立旭川病院・胸部外科
大場 淳一
(第46回北海道市立病院放射線技師会研修会, 2008年10月, 旭川)
- 20) **僧帽弁再手術症例の手術成績**
市立旭川病院・胸部外科
宮武 司
(第46回日本人工臓器学会, 2008年11月, 東京)
- 21) **胸腹部大動脈瘤破裂をきたした再生不良性貧血症例**
市立旭川病院・胸部外科
大久保祐樹, 安達 昭, 吉本 公洋, 宮武 司
大場 淳一, 青木 秀俊
同 ・内科

福原 敬

(第52回旭川市医師会医学会, 2008年11月, 旭川)

22) 感染性胸腹部大動脈瘤に対する手術経験

市立旭川病院・胸部外科

宮武 司

(第52回北大心臓疾患研究会, 2008年12月, 札幌)

[投稿論文]

1) 感染により下行大動脈穿孔を来したporcelain aortaに対する治療経験

市立旭川病院・胸部外科

吉本 公洋, 大場 淳一, 南田 大朗, 安達 昭

宮武 司, 青木 秀俊

(日本心臓血管外科学会雑誌 38:44-48, 2009)

整形外科

[投稿論文]

1) 整形外科における術後血栓予防について

市立旭川病院・整形外科

吉田 英次, 京極 元, 松本 聡子

(旭川市立病院医誌 40:12-15, 2008)

小児科

[学会発表]

1) 生体肝移植後のアシドーシス発作で神経学的後遺症を来したメチルマロン酸血症の1例

市立旭川病院・小児科

植田 佑樹, 中嶋 雅秀, 佐竹 明, 小西 貴幸

手稲溪仁会病院・小児科

窪田 満

(日本小児科学会北海道地方会第271回例会, 2008年2月, 札幌)

2) 脱毛と血小板減少をきたした男児例

市立旭川病院・小児科

中嶋 雅秀

(第2回旭川小児血液勉強会, 2008年6月, 旭川)

3) ロタウィルス胃腸炎に急性腎不全を合併しCHDFを施行した1例

市立旭川病院・小児科

中嶋 雅秀, 阿部 二郎, 佐竹 明, 小西 貴幸

榆の会こどもクリニック

植田 佑樹

(日本小児科学会北海道地方会第272回例会, 2008年7月, 旭川)

4) 総胆管結石症を合併した小児胆石症の1例

市立旭川病院・小児科

阿部 二郎, 中嶋 雅秀, 佐竹 明, 小西 貴幸

同・外科

福永 亮朗, 子野日政昭

(日本小児外科学会北海道地方会第272回例会, 2008年11月, 札幌)

5) 小児の初期救急医療

市立旭川病院・小児科

小西 貴幸

(北海道小児救急地域医師研修会, 2008年11月, 名寄)

6) 舌咽神経麻痺をきたした7歳川崎病の1例

市立旭川病院・小児科

小関 直子, 稲本 潤, 中嶋 雅秀, 佐竹 明

小西 貴幸

(日本小児外科学会北海道地方会第268回例会, 2007年11月, 札幌)

7) 臍帯血移植後に難治性前頭葉てんかんを発症したALLの1例

市立旭川病院・小児科

中嶋 雅秀

(第1回旭川小児血液勉強会, 2007年6月, 旭川)

8) 小児の初期救急医療

市立旭川病院・小児科

小西 貴幸

(北海道小児救急地域医師研修会, 2007年11月, 旭川)

9) 子どもを見守り、支えるということ

市立旭川病院・小児科

小西 貴幸

(平成19年度旭川市PTA母親研修会, 2007年11月, 旭川)

[投稿論文]

1) インフリキシマブが著効した、難治性川崎病の17歳女児例

市立旭川病院・小児科

稲本 潤, 小関 直子, 中嶋 雅秀, 佐竹 明

小西 貴幸

(小児科臨床 60(7):1597-1604, 2007)

産婦人科

[投稿論文]

1) 腹腔鏡下子宮全摘出術後、4日目に発生したポートサイトヘルニアの1例

市立旭川病院・産婦人科

中田 俊之, 林 博章, 大隈 大輔, 桑谷 俊彦

(旭川市立病院医誌 40(1):26-28, 2008)

精神神経科

[学会発表]

1) 思春期外来からみた今の子どもたち

- 市立旭川病院・精神神経科
武井 明
(ゆうべつ親子いきいき協議会講演会, 2008年1月, 湧別)
- 2) 性をめぐる女子生徒の問題
—精神科思春期外来の経験から (講演)
市立旭川病院・精神神経科
武井 明
(NPO北海道思春期教育ネットワーク冬季セミナー, 2008年2月, 札幌)
- 3) 笑顔をうかべて「変わらないです」といつも応える抜毛症の
女兒に対する箱庭療法
市立旭川病院・精神神経科
宮崎 健祐
(厳冬期精神療法勉強会, 2008年2月, 旭川)
- 4) Olanzapine口腔内崩壊錠によって幻覚妄想状態の改善がみ
られた13歳女子例
市立旭川病院・精神神経科
宮崎 健祐
(第3回上川・空知精神医学研究会, 2008年3月, 旭川)
- 5) メンタルヘルスに課題のある母親への支援 (助言者)
市立旭川病院・精神神経科
武井 明
(平成19年度第2回上川保健所保健・医療養育支援検討会,
2008年3月, 旭川)
- 6) 最近の不登校は変わったのか
市立旭川病院・精神神経科
武井 明
(不登校を考える学習会, 2008年5月, 旭川)
- 7) 児童虐待とドメスティックバイオレンス
市立旭川病院・精神神経科
武井 明
(旭川いのちの電話第30回電話相談員養成講座, 2008年7月,
旭川)
- 8) 不登校を呈した高機能広汎性発達障害の臨床的検討
市立旭川病院・精神神経科
宮崎 健祐, 武井 明, 目良 和彦, 佐藤 譲
原岡 陽一
旭川福祉専門学校
平間 千絵
(北海道精神神経学会第113回例会, 2008年7月, 札幌)
- 9) 心の病気2
市立旭川病院・精神神経科
武井 明
(旭川いのちの電話第30回電話相談員養成講座, 2008年9月,
旭川)
- 10) Statistical evaluation of 15 years of patients since the open-
ing of a child and adolescent psychiatric clinic
Department of Psychiatry, Asahikawa City Hospital
Kensuke Miyazaki, Akira Takei, Kazuhiko Mera, Yuzuru Sato,
- Yoichi Haraoka
(XIV World Congress of Psychiatry, 2008. 9, Prague)
- 11) 幼児をもつ母親の抑うつと対人関係の認知および養育態度と
の関連
旭川市保健所
松野郷有実子
市立旭川病院・精神神経科
武井 明
旭川医大・看護学科
望月 吉勝
(第55回日本小児保健学会, 2008年9月, 札幌)
- 12) 事例発表の指定討論者
市立旭川病院・精神神経科
武井 明
(日本箱庭療法学会第22回大会, 2008年10月, 刈谷)
- 13) 子どもに対する精神療法の実際
市立旭川病院・精神神経科
武井 明
(保健安全指導研修講座, 2008年10月, 旭川)
- 14) 子どもに対する芸術療法 (教育講演)
市立旭川病院・精神神経科
武井 明
(第49回日本児童青年精神医学会, 2008年11月, 広島)
- 15) 「生きること」に疲れた子どもたち
—自傷・自殺をめぐって
市立旭川病院・精神神経科
武井 明
(平成20年度精神保健講演会, 2008年10月, 旭川)
- 16) 思春期外来からみた子どもたち
市立旭川病院・精神神経科
武井 明
(平成20年度教育講演会, 2008年11月, 中富良野)
- 17) 境界性パーソナリティ障害経過中にCushing症候群を発症し
た1例
相川記念病院
伊東かほり, 相川 正志
市立旭川病院・精神神経科
武井 明
旭川赤十字病院・泌尿器科
三宅 正文
(北海道精神神経学会第114回例会, 2008年12月, 札幌)

[投稿論文]

- 1) 性的虐待を受けた女子10例の臨床的検討
相川記念病院
伊東かほり
市立旭川病院・精神神経科
武井 明

- (児童青年精神医学とその近接領域49(1):14-24, 2008)
- 2) 一般精神科医のための子どもの心の診療テキスト.
治療法:精神療法—非言語的
市立旭川病院・精神神経科
武井 明
(精神神経学誌110(2)付録:36-37, 2008)
- 3) 医科大学生における入学時身体諸指標および検査所見と食習慣の関連性 EAT26の結果から
旭川医大・保健管理センター
川村祐一郎, 藤尾美登世, 羽田 勝計
旭川医大・看護学科
升田由美子, 神成 陽子, 一條 明美
市立旭川病院・精神神経科
武井 明
(CAMPUS HEALTH45(1):111, 2008)
- 4) Olanzapine口腔内崩壊錠が奏効した13歳の統合失調症女子例
市立旭川病院・精神神経科
宮崎 健祐, 武井 明, 目良 和彦, 佐藤 譲
原岡 陽一
(新薬と治療57(7):1151-1155, 2008)
- 5) 心理療法および薬物療法を試みた強迫性障害の男子中学生の治療経過
市立旭川病院・精神神経科
武井 明
(箱庭療法学研究20(2):33-44, 2008)
- 6) パーソナリティ障害, 自殺関連行動
市立旭川病院・精神神経科
武井 明
(本間博彰, 小野善郎責任編集:子どもの心の診療シリーズ5 子ども虐待と関連する精神障害:159-178, 中山書店, 2008)
- 7) インターネットによって入手したフェノバルビタールによる過量服薬の1例
市立旭川病院・精神神経科
目良 和彦, 武井 明, 宮崎 健祐, 佐藤 譲
原岡 陽一
同 ・麻酔科
一宮 尚裕
(旭川市立病院医誌 40:22-25, 2008)
- 10, Orlando)
- 2) 術中大量出血をきたした大血管手術2症例の麻酔経験
市立旭川病院・麻酔科
宮下 龍, 早瀬 知, 村上 真一, 新谷 知久
一宮 尚裕
(第15回麻酔蘇生談話会, 2008年1月, 札幌)
- 3) プロポフォール, セボフルランがラット心筋虚血誘発性不整脈と心筋リン酸化コネキシン43に及ぼす影響
市立旭川病院・麻酔科
平田 直之
札幌医科大学・麻酔科
金谷 憲明, 並木 昭義
(日本麻酔科学会第55回大会, 2008年5月, 横浜)
- 4) エラスティックブジーガイド下経鼻挿管の試み
市立旭川病院・麻酔科
阿部 純子, 宇野あゆみ, 平田 直之, 大沼 淳
宮下 龍, 一宮 尚裕
(第19回北海道麻酔薬理談話会, 2008年7月, 札幌)
- 5) 重症急性肺炎の加療中に悪性症候群の発症が疑われた1例
市立旭川病院・麻酔科
大沼 淳, 平田 直之, 宮下 龍, 一宮 尚裕
(第88回北海道医学大会. 集中治療分科会, 2008年10月, 旭川)
- 6) ヘパリン起因性血小板減少症にアルガトロバンを使用した大動脈弁置換術の麻酔管理
市立旭川病院・麻酔科
宮下 龍, 平田 直之, 阿部 純子, 大沼 淳
一宮 尚裕
(第13回日本心臓血管麻酔学会, 2008年11月, 宜野湾)
- 7) エラスティックブジーガイド下経鼻挿管の有用性
市立旭川病院・麻酔科
阿部 純子, 一宮 尚裕
(日本臨床麻酔学会第28回大会, 2008年11月, 京都)

[投稿論文]

- 1) 「新しい非脱分極性筋弛緩薬ロクロニウム臭化物」
札幌医大・麻酔科
平田 直之
(オペナーシング 23:794-796, 2008)
- 2) 看護研究. これで安心! うまくいく! はじめての統計学
札幌医大・麻酔科
平田 直之
(看護研究. これで安心! うまくいく! はじめての統計学
山蔭道明監修 8-132, メディカ出版, 大阪, 2008)
- 1) Propofol decreases ischemia induced arrhythmia and dephosphorylation of Connexin 43 in Rats
札幌医科大学・麻酔科
平田 直之, 金谷 憲明, 並木 昭義
(Annual Meeting of American Society of Anesthesiologists, 2008.

麻酔科
[学会発表]

皮膚科
[学会発表]

- 1) 神経性食思不振症が発症に関与した皮膚疾患の2例
市立旭川病院・皮膚科
岸部 麻里, 坂井 博之
(日本皮膚科学会第373回北海道地方会, 2008年2月, 札幌)
- 2) 神経性食思不振症が発症に関与したと考えた多発性痛風結節の1例
市立旭川病院・皮膚科
岸部 麻里, 坂井 博之
(第7回旭川関節疾患カンファレンス, 2008年3月, 旭川)
- 3) Three cases of pemphigoid restricted to the oral cavity
Department of Dermatology, Asahikawa City Hospital
Kyoko Kanno
Department of Dermatology, Asahikawa Medical College
Shin Inuma, Hitomi Tsuji, Emi Sato
Akemi Ishida Yamamoto, Hajime Iizuka
Department of Dermatology, Kurume University School of Medicine
Akira Matsumoto, Takashi Hashimoto
(Post International Investigative Dermatology 2008 Satellite. International Meeting on Autoimmune Bullous Diseases, 2008. 5, Otsu)
- 4) 妊娠中に発症したアナフィラクトイド紫斑
市立旭川病院・皮膚科
菅野 恭子, 坂井 博之
(日本皮膚科学会第374回北海道地方会, 2008年6月, 旭川)
- 5) 幾つかの注意すべき皮膚疾患: 疥癬・ヘルペスなど
市立旭川病院・皮膚科
坂井 博之
(第21回ゆったり臨床セミナー, 2008年7月, 旭川)
- 6) 右肩に発症したmicrocystic adnexal carcinoma
市立旭川病院・皮膚科
菅野 恭子, 坂井 博之
旭川医大・
岸部 麻里, 山本 明美
(日本皮膚科学会第375回北海道地方会, 2008年10月, 札幌)
- 7) 消化管の出血と壊死を合併しスティーブンス・ジョンソン症候群様の皮膚粘膜症状を呈した薬疹の1例
市立旭川病院・皮膚科
坂井 博之, 菅野 恭子
同 ・外科
子野日政昭
旭川医大
岸部 麻里
(第38回日本皮膚アレルギー・接触皮膚炎学会総会学術大会, 2008年11月, 大阪)
- 8) アトピー性皮膚炎について

- 市立旭川病院・皮膚科
坂井 博之
(皮膚アレルギー座談会, 2008年11月, 富良野)
- 9) 全身の紫斑で救急外来を受診した致命的Clostridium感染症の1症例
市立旭川病院・皮膚科
坂井 博之
(第2回道北皮膚科臨床研究会, 2008年11月, 旭川)
 - 10) Sjögren症候群に合併した多発性皮膚線維腫の1例
市立旭川病院・皮膚科
菅野 恭子, 坂井 博之
(日本皮膚科学会第376回北海道地方会, 2008年12月, 札幌)

[投稿論文]

- 1) Multiple papules and nodules on the face and neck caused by the larvae of an unknown nematode: A noncreeping type eruption.
Department of Dermatology, Asahikawa City Hospital
Sakai H
Department of Dermatology, Asahikawa Medical College
Otsubo S, Iizuka H
Department of Parasitology, Asahikawa Medical College
Nakao M, Yamasaki H
Department of Parasitology, National Institute of Infectious diseases
Kagei N
(J Am Acad Dermatol 58 (4): 668-70, 2008)
- 2) 臨床例 Kikuchi-Fujimoto disease
旭川医大・皮膚科
橋本 任, 大坪 紗和, 飯塚 一
市立旭川病院・皮膚科
坂井 博之
旭川厚生病院・皮膚科
橋本 喜夫
(皮膚病診療30 (4): 409-412, 2008)
- 3) ストーマ周囲壊疽性膿皮症
旭川厚生病院・看護部
秋田 珠実
同 ・外科
中野 詩朗, 高橋 昌宏
同 ・皮膚科
橋本 喜夫
市立旭川病院・皮膚科
坂井 博之
(臨床看護 34 (1): 1603-1611, 2008)

放射線科
[学会発表]

1) 「マイクロカテーテルの逸脱を起こしたCo-axial system肝動注リザーバーの一例」

市立旭川病院・放射線科

花輪 真, 鎌田 洋, 川島 和之

同 ・内科

藤井 常志, 齊藤 裕輔

(第49回北海道血管造影IVR研究会, 2008年2月, 札幌)

2) ステントよろず相談室「レクチャーからハンズオンまで(末梢血管)」

市立旭川病院・放射線科

花輪 真

(第26回日本Metallic Stent&Grafts研究会, 2008年5月, 軽井沢)

3) MULTISOURCEの使用経験

一胆道腫瘍, 口腔腫瘍, 停電時の安全装置一

市立旭川病院・放射線科

川島 和之

(multisourceユーザーズミーティング, 2006年11月, 仙台)

4) 子宮頸癌RALSのCTベースによる3Dプランニングの検討

市立旭川病院・放射線科

川島 和之

(multisourceユーザーズミーティング, 2008年4月, 横浜)

5) Co-60HDR装置導入と治療の現状

市立旭川病院・放射線科

川島 和之

同 ・中央放射線科

後藤 隆明, 畑中 康裕, 有路 智行

(第38回北海道放射線治療研究会, 2008年9月, 札幌)

6) 口腔がんに対する放射線治療について

市立旭川病院・放射線科

川島 和之

(道民健康公開講座「口腔がん」最新の治療から早期発見・予防まで一, 2008年11月, 旭川)

歯科口腔外科
[学会発表]

1) 抗血栓療法施行患者における抜歯後出血に関する臨床的検討

市立旭川病院・歯科口腔外科

藤盛 真樹, 西村 泰一

(日本口腔科学会学術集会, 2008年4月, 福岡)

2) 抗血栓療法施行患者における抜歯後出血症例について

市立旭川病院・歯科口腔外科

藤盛 真樹, 西村 泰一

(第30回病院歯科臨床検討会, 2008年9月, 旭川)

3) 多数歯抜歯後に長期にわたり止血処置が必要であったアルコ

一ル性肝硬変患者の1例

市立旭川病院・歯科口腔外科

藤盛 真樹, 西村 泰一

(第61回旭川歯科医師会学術大会, 2008年11月, 旭川)

[投稿論文]

1) 多発性骨髄腫患者にみられたビスフォスフォネートの使用によって発症したと考えられた下顎骨壊死の1例

市立旭川病院・歯科口腔外科

岡田 益彦, 西村 泰一

(日本口腔外科学会雑誌 54(3):150-154, 2008)

2) ビスフォスフォネート投与患者に発症した顎骨副作用について

旭川赤十字病院

釧路労災病院

社団北斗北斗病院

函館厚生院函館中央病院

日鋼記念病院

溪仁会手稲溪仁会病院

回生会大西病院

恵佑会札幌病院

徳州会札幌東徳州会病院

市立旭川病院

岩見沢労災病院

市立札幌病院

函館五稜郭病院

釧路赤十字病院

(北海道歯会誌 63:165-167, 2008)

池畑 正宏

大坪 誠治

北川 栄二

北田 秀昭

畔田 貢

関口 隆

鳥谷部純行

中嶋 頼俊

山下 徹郎

西方 聡

西村 泰一

平野 正康

藤原 敏勝

宮澤 政義

村上 有二

病理

[学会発表]

1) 小嚢胞性皮膚附属器癌の1例

市立旭川病院・中央検査科病理

高田 明生

同 ・中央検査科

神田 誠

旭川厚生病院・病理

櫻井 宏治

名古屋第二赤十字病院・病理

都築 豊徳

(第127回日本病理学会北海道支部学術集会, 2008年1月, 札幌)

2) 自己免疫性胃炎に合併した多発性胃カルチノイドの1例

市立旭川病院・中央検査科病理

高田 明生, 神田 誠

同 ・内科

齊藤 裕輔
同 ・外科

沼田 昭彦

(第128回日本病理学会北海道支部学術集会, 2008年3月, 札幌)

3) 特発性腸間膜静脈硬化症の2例

市立旭川病院・中央検査科病理

高田 明生

同 ・内科

齊藤 裕輔

(第131回日本病理学会北海道支部学術集会, 2008年9月, 札幌)

4) 急性液性拒絶と鑑別を要した血栓性微小血管障害の1例

市立旭川病院・中央検査科病理

高田 明生

市立札幌病院・病理

武内 利直

同 ・検査部

石田 直人

市立旭川病院・泌尿器科

金川 匡一, 新藤 純理, 東山 寛, 田邊 起

(第132回日本病理学会北海道支部学術集会, 2008年11月, 札幌)

[投稿論文]

1) Two Novel NKG2D Ligands of the Mouse H60 Family with Differential Expression Patterns and Binding Affinities to NKG2D

市立旭川病院・病理 (北海道大学医学部大学院病理)

Akio Takada

北海道大学医学部大学院・病理

Sigeru Yoshida, Yukiko Miyatake, Utano Tomaru,

Kazunori Fugo, Masanori Kasahara

北海道大学医学部保健学

Masaharu Sakai, Hitoshi Chiba

九州大学医学部・生体制御研

Mizuho Kajikawa, Katsumi Maenaka, Daisuke Kohda

(The Journal of Immunology 180: 1678-1685, 2008)

薬剤科

[学会発表]

1) 市立旭川病院循環器内科病棟入院患者における健康食品の使用実態調査

北海道医療大学・薬学部

久保 儀忠, 八木 直美, 関川 彬

市立旭川病院・薬剤科

山口 純子, 岡崎 邦俊, 山下 光久

(日本薬学会第128年会, 2008年3月, 横浜)

2) 指示せんを活用した調剤過誤防止への取り組み

市立旭川病院・薬剤科

高橋 教仁, 吉田 稔, 栗栖 幹典, 山口 純子

松村 翔太, 岡崎 邦俊, 山下 光久

(第47回全国自治体病院学会, 2008年10月, 福井)

[投稿論文]

1) 「市販直後安全性情報収集事業 (定点観測事業)」の概要と薬剤部門の役割

市立旭川病院・薬剤科

山下 光久

(全国自治体病院協議会雑誌 47 (3): 103-107, 2008)

2) 8施設の自治体病院における医薬品関連インシデントの分析

全国自治体病院協議会薬剤部長部会

高知医療センター・薬剤局

田中 照夫

小田原市立病院・薬剤科

齋藤 昌久

佐世保市立総合病院・薬剤科

相川 康博

榛原総合病院・薬剤部

鈴木 淑夫

公立富岡総合病院・薬剤部

萩原 正和

市立広島市民病院・薬剤部

友田 泰樹

市立豊中病院・薬剤部

西井 論司

市立旭川病院・薬剤科

山下 光久

公立つるぎ病院・薬剤室

向 孝次

(全国自治体病院協議会雑誌 47 (6): 111-115, 2008)

3) 新医薬品の使用情報収集を目的とした厚生労働省による「市販後安全性情報収集事業 (定点観測事業)」の概要と協力について

市立旭川病院・薬剤科

山下 光久, 松村 翔太, 寺田 和文, 沼野 達行

兼近 順子, 岡崎 邦俊

同 ・内科

柿木 康孝

(旭川市立病院医誌 40: 1-6, 2008)

4) グレープフルーツジュース・果肉と薬物の相互作用の患者への説明内容に関する調査

市立旭川病院・薬剤科

久保 儀忠, 山口 純子, 栗栖 幹典, 大居 朋美

平野 真弓, 横山 真也, 沼野 達行, 岡崎 邦俊

山下 光久

北海道医療大学・薬学部

八木 直美, 関川 彬

(旭川市立病院医誌 40: 16-21, 2008)

中央放射線科

[学会発表]

1) 「肝・胆・脾の検査技術と読影」(レクチャー)

2). MRI部門

市立旭川病院・中央放射線科

川崎 伸一

(第24回日本放射線技術師会放射線総合学術大会, 2008年7月, 札幌)

2) 心臓Black Blood ImagingにおけるFast Recovery Fast Spin Echo法の検討

市立旭川病院・中央放射線科

川崎 伸一, 喜多 和真, 大野 肇, 平子 哲也

竹内 顕宏, 三ツ井貴博

北里大学・放射線部

尾崎 正則

GE横河メディカルシステムズ

野崎 敦, 鶴池 充宏

(第36回日本磁気共鳴医学会大会, 2008年9月, 旭川)

3) 心臓Black Blood ImagingにおけるFast Recovery Fast Spin Echo法の基礎的検討

市立旭川病院・中央放射線科

川崎 伸一, 喜多 和真, 大野 肇, 平子 哲也

竹内 顕宏, 三ツ井貴博

GE横河メディカルシステムズ

野崎 敦, 鶴池 充宏

(第36回日本放射線技術学会秋季学術大会, 2008年10月, 軽井沢)

4) 当院におけるPACS導入からフィルムレス運用までの道のり

市立旭川病院・中央放射線科

畑中 康裕, 石澤 博, 竹内 顕宏, 大野 肇

後藤 隆明, 高橋 明央

(第46回北海道市立病院放射線技術師会研修会, 2008年10月, 旭川)

5) 当院におけるフィルムレス運用の経済効果の試算

市立旭川病院・中央放射線科

畑中 康裕, 石澤 博, 竹内 顕宏, 大野 肇

後藤 隆明, 高橋 明央

(第64回日本放射線技術学会北海道部会秋季大会, 2008年11月, 札幌)

6) 当院心臓MRI検査におけるLowbDWIの基礎的検討

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, 大野 肇

平子 哲也, 石澤 博, 喜多 和真, 福田 泰之

同 ・内科

石井 良直, 伊達 歩

(旭川放射線技術師会会員研究発表会, 2008年11月, 旭川)

中央検査科

[学会発表]

市立旭川病院・中央検査科

長瀬 政子, 高木 奈央, 中川 正彦

同 ・内科

三宅 高義, 柿木 康孝, 千葉 広司

(第88回北海道医学大会, 第52回日本輸血・細胞治療学会北海道支部会, 2008年10月, 札幌)

2) 市立旭川病院における輸血業務の変遷

市立旭川病院・中央検査科

高木 奈央, 長瀬 政子, 神田 誠

同 ・内科

三宅 高義

(第88回北海道医学大会, 第52回日本輸血・細胞治療学会北海道支部会, 2008年10月, 札幌)

3) 骨髓採取時の有核細胞測定誤差

ー視算法と自動血球分析装置との比較ー

市立旭川病院・中央検査科

越高 正広, 八重樫 直

同 ・内科

柿木 康孝, 岩崎 純子, 千葉 広司, 福原 敬

三宅 高義

(第19回北海道造血細胞移植研究会, 2008年5月, 札幌)

4) 僧帽弁瘤の超音波像と臨床的意義

市立旭川病院・中央検査科

長瀬 雅彦, 沢田 睦代, 青木 里絵

同 ・内科

山田 豊, 石井 良直

同 ・胸部外科

大場 淳一, 青木 秀俊

(日本超音波医学会第35回北海道地方会, 2008年9月, 札幌)

5) 頸動脈検査のスタンダード

市立旭川病院・中央検査科

長瀬 雅彦

(第57回日本医学検査学会, 2008年5月, 札幌)

6) 心機能評価, 先天性心疾患

心エコー検査の基本操作

市立旭川病院・中央検査科

長瀬 雅彦

(第2回十勝超高波検査研究会, 2008年2月, 帯広)

[投稿論文]

1) 市立旭川病院中央検査科輸血検査室の変遷

市立旭川病院・中央検査科

長瀬 政子, 高木 奈央, 武田 晃典, 中野 成紀

神田 誠

(旭川市立病院医誌 40:49-52, 2008)

1) 市立旭川病院で経験したABO不適合臍帯血移植症例の血液型の解析

臨床器材料
[学会発表]

- 1) 当院におけるペースメーカー業務の現況
市立旭川病院・臨床器材料
堂野 隆史
(第2回医療機器保守管理セミナー, 2008年6月, 札幌)
- 2) 透析室における感染対策
市立旭川病院・臨床器材料
堂野 隆史, 山口 和也, 澤崎 史明, 窪田 将司
河田 修一, 鷹橋 浩, 黒田 広
(道北臨床工学会学術講演会, 2008年7月, 旭川)
- 3) トラブルシュミレーションの検討
-院内ウェットラボを開催して-
市立旭川病院・臨床器材料
河田 修一, 山口 和也, 澤崎 史明, 堂野 隆史
鷹橋 浩, 黒田 広
同 ・胸部外科
大久保佑樹, 安達 昭, 吉本 公洋, 宮武 司
大場 淳一, 青木 秀俊
(第34回日本体外循環技術医学大会, 2008年10月, 横浜)
- 4) 人工心肺トラブルシューティングマニュアルの作成
-院内ウェットラボの経験から-
市立旭川病院・臨床器材料
山口 和也, 澤崎 史明, 堂野 隆史, 窪田 将司
河田 修一, 鷹橋 浩, 黒田 広
同 ・胸部外科
大久保佑樹, 安達 昭, 吉本 公洋, 宮武 司
大場 淳一, 青木 秀俊
(第15回日本体外循環技術医学会北海道地方会, 2008年11月, 旭川)
- 5) 当院における脳分離体外循環
市立旭川病院・臨床器材料
堂野 隆史, 山口 和也, 澤崎 史明, 窪田 将司
河田 修一, 鷹橋 浩, 黒田 広
(第15回日本体外循環技術医学会北海道地方会, 2008年11月, 旭川)

[投稿論文]

- 1) 閉鎖チャンパー式静脈血リザーバーの使用経験
市立旭川病院・臨床器材料
堂野 隆史, 山口 和也, 澤崎 史明, 窪田 将司
河田 修一, 鷹橋 浩, 黒田 広
(日本体外循環技術医学会北海道地方会誌 6:23-23, 2008)
- 2) ブラッドアクセス留置用カテーテルの閉鎖システム導入の検討
市立旭川病院・臨床器材料

- 堂野 隆史, 山口 和也, 澤崎 史明, 窪田 将司
河田 修一, 鷹橋 浩, 黒田 広
(北海道臨床工学技士会誌 18:32-34, 2008)
- 3) 透析患者用, 止血パッド(アクセル)の使用経験
市立旭川病院・臨床器材料
山口 和也, 澤崎 史明, 堂野 隆史, 窪田 将司
河田 修一, 鷹橋 浩, 黒田 広
(北海道臨床工学技士会誌 18:116-119, 2008)

看護部
[学会発表]

- 1) 透析患者の自己圧迫止血における手袋着用の有効性の検討-
手指及び環境の血液汚染を検証-
市立旭川病院・看護部
桐 則行
(日本環境感染学会, 2008年2月, 長崎)
- 2) 移植患者の口腔ケア-歯科口腔外科・栄養給食科・薬剤科との連携による包括的ケアの取り組み-
市立旭川病院・看護部
浅野 真希, 和田 有生, 餌取 真美
(北海道造血細胞移植研究会, 2008年5月, 札幌)
- 3) 手術部位感染対策“知っている”から“している”へ
市立旭川病院・看護部
桐 則行
(旭川感染セミナー, 2008年5月, 旭川)
- 4) 高齢者糖尿病の特徴
-生活背景因子に関するアンケート調査から-
市立旭川病院・看護部
増田 千絵
同 ・内科
武藤 英二, 宮本 義博, 外川 征史
(第51回日本糖尿病学会年次学術集会, 2008年5月, 東京)
- 5) 透析室における感染対策
市立旭川病院・看護部
桐 則行
(北海道感染管理認定看護師ネットワーク研修会, 2008年6月, 札幌)
- 6) ノロウィルスの感染予防と対策について
市立旭川病院・看護部
桐 則行
(医療法人六樹会聖台病院院内研修会, 2008年6月, 旭川)
- 7) 行動変容が困難だった高齢患者との関わりを振り返る
市立旭川病院・看護部
増田 千絵
(第5回北海道糖尿病療養支援研究会, 2008年7月, 札幌)
- 8) インスリン自己注射指導の見直し
市立旭川病院・看護部
栗山 恭華, 水沢 幸枝, 佐藤 芳恵

- (第12回道北地区糖尿病教育・看護研究会, 2008年8月, 旭川)
- 9) SSIサーベイランスのやりかた (追跡調査, 評価, 対策)
市立旭川病院・看護部
桐 則行
(北彩都病院感染対策研修会, 2008年9月, 旭川)
- 10) 感染対策について
市立旭川病院・看護部
桐 則行
(北海道療育園職員研修会, 2008年9月, 旭川)
- 11) 透析室における感染対策の取り組み
市立旭川病院・看護部感染対策室
桐 則行
同 ・ICD
小西 貴幸
同 ・看護部外来透析室
大野 真子, 中原のみ子
同 ・臨床器材科
堂野 隆史, 鷹橋 浩, 黒田 廣
(第8回日本医療マネジメント学会北海道地方会, 2008年10月, 帯広)
- 12) 妄想に支配され長期入院している統合失調症患者に対して個別
的な関わりを試みて
ーとともに体操すること、髪にふれることの意味ー
市立旭川病院・看護部
簀口真紀子, 渡辺 文, 中瀬麻由美, 曳地 光恵
井田あつ子
(第47回全国自治体病院学会, 2008年10月, 福井)
- 13) より良い術前訪問を目指して
市立旭川病院・看護部
豊島置和子, 森谷 有希, 阿部 朝乃, 佐藤千加子
(第47回全国自治体病院学会, 2008年10月, 福井)
- 14) フットケア
市立旭川病院・看護部
増田 千絵
(糖尿病病診連携勉強会, 2008年10月, 旭川)
- 15) 感染対策
市立旭川病院・看護部
桐 則行
(第46回北海道市立病院放射線技師会総会研修会, 2008年10月, 旭川)
- 16) 糖尿病外来におけるフットケア指導の検討
市立旭川病院・看護部
増田 千絵
同 ・内科
外川 征史, 宮本 義博, 武藤 英二
(第42回日本糖尿病学会北海道地方会, 2008年11月, 札幌)
- 17) 外来出向看護師による術前オリエンテーションの導入
～外来と病棟の継続看護を目指して～
市立旭川病院・看護部
桶谷絵里香, 山賀あゆみ, 小坂橋由美子
(日本クリニカルパス学会学術集会in Saitama, 2008年11月, 大宮)
- 18) 改正パスの運用後の結果と課題
市立旭川病院・看護部
長井 香織, 大熊 麻美, 佐藤千加子
(第9回日本クリニカルパス学会, 2008年11月, 大宮)
- 19) CSII (持続皮下インスリン注入療法) 導入後心理的変化をきたした1型糖尿病の1例
市立旭川病院・西4階病棟
佐藤 芳江, 栗山 恭華, 水沢 幸枝, 渡辺由美子
(糖尿病病診連携勉強会, 2008年4月, 旭川)

[投稿論文]

- 1) ステップアップのための最新資格ガイド
市立旭川病院・看護部
桐 則行
(月刊ナーシング 28 (5) : 52-57, 2008)
- 2) 頑張る気持ち36 感染管理認定看護師
市立旭川病院・看護部
桐 則行
(ほすびたるらいぶらりあん 33 (2) : 127-130, 2008)
- 3) 新生児期における早期臍脱のための臍処置方法の検討
市立旭川病院・東3階病棟
湯浅 明子, 渡部 雅子, 森 麻紀子, 高橋 恵美
亀罫川房子
(旭川市立病院医誌 40 : 36-38, 2008)
- 4) 与薬時の確認作業に対する看護師の意識・行動変容
市立旭川病院・東6階病棟
鏡 早希, 伊藤 修平, 柿林 寿江, 大住 円
塩谷 博子
(旭川市立病院医誌 40 : 39-41, 2008)
- 5) 術後せん妄への家族の理解
市立旭川病院・西5階病棟
菅原 麻紀, 葛西佳代子, 水沢 幸枝, 松田 奈巳
中川 恵子
(旭川市立病院医誌 40 : 42-44, 2008)
- 6) 栄養調整食「インパクト」の投与が周術期に及ぼす影響について
市立旭川病院・西6階病棟
外川 仁美, 笠谷 美紀, 撫養 明映, 鎌田 章子
(旭川市立病院医誌 40 : 45-48, 2008)

栄養給食科

[学会発表]

- 1) 高TG血症の患者の食事傾向について
市立旭川病院・栄養給食科

小川美弥子

(第10回中性脂肪研究会, 2008年2月, 旭川)

2) 糖尿病教育入院患者の栄養指導の評価と検討

市立旭川病院・栄養給食科

小川美弥子, 坪山 淳子, 植本 啓子, 大里 寿江

阿蘇 和恵

同 ・内科

武藤 英二, 宮本 義博, 外川 征史

(第42回日本糖尿病学会北海道地方会, 2008年11月, 札幌)

「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 [2008-2-16] 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（第〇回も必ず）、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

2009年を振り返りますと、新型インフルエンザに始まり政権交代など未曾有（みぞゆう？）なことがいくつもおこりました。院内においては病院機能評価の更新審査を受けたことやがん診療地域連携拠点病院の認定などが大きな事件でした。皆様におかれましてはどんな年であったでしょうか。さて、お待ちかねの院内誌ですが、2010年4月に控えた病院の八十周年記念誌の編集作業のために院内誌編集の要である直江主査が忙殺され、発刊が遅れに遅れてしまいましたこと深くお詫びいたします。

ところで、司馬遼太郎の「坂の上の雲」がNHKのドラマとしていよいよ放送開始になりました。「まことに小さな国が、いま開化期をむかえようとしている」という冒頭の出だしには、なにかわくわくするような期待感が滲んでくるような気がします。私事で恐縮ですが、病気で入院したりするとそれをきっかけにして長編小説を読んできたように思います。最初に入院した32歳では、「項羽と劉邦」（司馬遼太郎）、次に入院した47歳では「樅の木は残った」（山本周五郎）を読みました。いずれも頸椎ヘルニアのための入院で、激痛が去ったあとや手術のあとはただひたすら寝ているだけです。無限に時間があるような錯覚に陥り、つい普段は読めないような長編を買い込んでしまうようです。そして52歳のころは頸の調子が悪いので家に帰ると横になっていることが多かったのですが、このころ「坂の上の雲」（司馬遼太郎）を時間をかけて読みました。「坂の上の雲」はもともとが新聞連載小説のためか、同じ記述が何度も繰り返されたり、歴史小説の常ですが登場人物の多さに閉口させられました。次第に話にのめりこんでゆき、気がつくとも明治という時代の無邪気な明るい薫りに気分が高揚しているのです。

人間社会はこのように時々大きな変革の波に投げ込まれることによって、人々のエネルギーを昇華させるのがよいのではないかと思います。病院にも同じことがいえるのではないのでしょうか。仕事の安定さは大切なことですが、自分でも気がつかぬうちにマンネリに陥ることは怖いことですね。

2010年はどんな年になるのでしょうか？自分の中でもひとつ変革を目指そうじゃないか、とっております。どうなることか？イエス、アイキャン！とっておきましょう。

院内誌編集委員長 福原 敬

旭川市立病院医誌

編集委員長 福原 敬
編集委員 斉藤 裕輔
柿木 康孝
武井 明
佐竹 明
菅野 晴美
福居 嘉信

編集協力委員 山下 光久
山本みず枝
河治 康則
大野 肇
事務局 井須 史朗
直江 理子
馬場 進

《基本理念》

患者さま本位の医療を行い，市民から信頼される病院を目指します。

《基本方針》

- 1 高度・特殊・先進医療を担い，地域の医療水準の向上に努めます。
- 2 安全な医療を提供できるよう職員の安全教育に努めます。
- 3 地域の医療機関や行政機関と連携し，公平・公正な医療の提供に努めます。
- 4 公共性を確保し，効率的で健全な病院経営に努めます。
- 5 教育研修機能の充実に努めます。
- 6 救急医療を積極的に推進し，市民に安心な医療を提供するよう努めます。

旭川市立病院医誌 [第41巻1号]

平成21年12月29日 印刷
平成21年12月29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3条通4丁目右1号

(株)あいわプリント

The Journal of Asahikawa City Hospital

Vol.41 No.1
December 2009

[Original Articles]

The clinical features of patients admitted to Asahikawa City Hospital with pneumonia from April 2007 to March 2008.

..... Eiko SHIBUYA

Questionnaire survey on the knowledge of antithrombotic agents in cardiovascular inpatients. Junko YAMAGUCHI

[Case Reports]

A case of Kawasaki disease associated with mycoplasma pneumonia. Yoshiko KANEDA

Clinical Characteristics of Three Acetaminophen Overdose Patients. Naruhiro MATSUO

[Nursing Reports]

Induction of clinical pass for rehabilitation of the ostomate. Mayumi NAGAKUSA

[Report]

Board Certified Oncology Pharmacy Specialist Training participation report. Kazuaya TERADA
