

旭川市立病院医誌

第44巻 1号

平成24年 9月発行

ISSN 0287-024X



市立旭川病院
Asahikawa City Hospital

【症例報告】

巨大卵巣腫瘍症例の麻酔経験
初回Paclitaxel, Carboplatin療法後に発症した
SIADH (syndrome of inappropriate secretion of ADH) の1例
麻酔科 関 慶子
産婦人科 石破光咲子

【報 告】

東日本大震災における子どもの心のケア
東京都立小児総合医療センターの取り組みについて
東京都立小児総合医療センター 宮崎 健祐
東日本大震災被災地医療支援報告
外 科 福永 亮朗

【看護研究】

点滴処置時の幼児に対するプレパレーションの試み
手術室患者申し送りの実態調査
看護部 坂口 夏美
看護部 眞鍋美和子

【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44巻 1号

平成24年 9月発行

目 次

【症例報告】

巨大卵巣腫瘍症例の麻酔経験	麻 酔 科	関 慶 子	1
初回Paclitaxel, Carboplatin療法後に発症したSIADH (syndrome of inappropriate secretion of ADH)の1例	産婦人科	石 破 光咲子	4

【報 告】

東日本大震災における子どもの心のケア 東京都立小児総合医療センターの取り組みについて	東京都立小児総合医療センター	宮 崎 健 祐	8
東日本大震災被災地医療支援報告	外 科	福 永 亮 朗	13

【看護研究】

点滴処置時の幼児に対するプレパレーションの試み	看 護 部	坂 口 夏 美	18
手術室患者申し送りの実態調査	看 護 部	眞 鍋 美和子	22

【臨床病理検討会】

第1回 平成23年7月6日	内 科	相 馬 学	25
第2回 平成23年8月24日	胸部外科	田 村 有希恵	26
第3回 平成23年9月28日	内 科	野 村 健 太	27
第4回 平成23年11月8日	内 科	岸 秀 昭	29
第5回 平成24年3月12日	外 科	加 藤 亜佳音	31

【教育研修報告】

看護必要度評価者院内指導者研修に参加して	看 護 部	古 川 美 砂	33
医療安全管理者養成研修会を終えて	看 護 部	阿 部 朝 乃	34
第45回日本臨床腎移植学会参加報告書	看 護 部	難 波 幸 一	35
第45回日本臨床腎移植学会に参加・発表報告	看 護 部	安 藤 伸	37
CVT認定講習会	中央放射線科	大 野 肇	38
診療放射線技師実習施設指導者等養成講習会への参加報告	中央放射線科	竹 内 顕 宏	39

第33回MR基礎講座への参加報告	中央放射線科	福 田 泰 之	40
ペースメーカー関連業務修得セミナーに参加して	臨床器材科	堂 野 隆 史	41
心臓カテーテル検査の清潔野業務に関する施設研修の報告	臨床器材科	山 口 和 也	42
第5回がんのリハビリテーション研修会に参加して	リハビリテーション科	品 川 知 己	44
病態栄養学会年次学術集会に参加して	栄養給食科	澤 田 幸 佳	46

【医局抄読会記録】

冠動脈薬剤溶出性ステント血栓症の経験	内 科	井 澤 和 眞	48
門脈左亢進症の難治性腹水に対するDenver Shunt造設術の当院における経験	内 科	助 川 隆 士	48
糖尿病患者における腹部肥満とNAFLDの関連についての検討	内 科	外 川 征 史	48
EBV初感染により激しい臨床経過をたどり、速やかに同種骨髄移植を行った若年女性の1例	内 科	松 岡 里 湖	49
アレルギー性鼻炎合併喘息全国実態調査（SACRA）の当科における結果	内 科	福 居 嘉 信	49
当科における腹腔鏡下（補助下）胃・大腸切除後の再建法の工夫	外 科	福 永 亮 朗	49
下肢閉塞性動脈硬化症について	胸部外科	長谷川 幸 生	50
経皮的気管切開術について	耳鼻咽喉科	相 澤 寛 志	50
小児のマイコプラズマ肺炎	小 児 科	中 嶋 雅 秀	50
当科における腎血管異常症例について	泌尿器科	鈴 木 英 孝	50
腹腔鏡検査にて偶然発見された消化管外アニサキス症の1例	産婦人科	北 香	50
当科における訪問看護ステーションと連携した患者支援について	精 神 科	泉 将 吾	51
術中鼓膜温測定器について	麻 酔 科	山 岸 昭 夫	51
全身疾患と眼	眼 科	菅 野 晴 美	52
茶のしずく石鹼に含まれた加水分解コムギによる即時型コムギアレルギーのまとめ	皮 膚 科	菅 野 恭 子	52
CVポート、深イイ話し part 1	放射線科	花 輪 真	52
EBMに基づいたう蝕予防	歯科口腔外科	谷 和 俊	53
抗MRSA薬の適正使用に向けて	感染対策	小 西 貴 幸	53

【看護研究発表会記録】

エンジンバラ産後うつ質問表を用いた実態調査	東 3 階	田 中 さとみ	54
緊急入院時のプレパレーション導入に向けた有効性の検討	西 3 階	坂 口 夏 美	54
ウロストーマ造設患者におけるボディイメージの早期受容	西 4 階	吉 田 麻 乃	55

電極交換による皮膚トラブル軽減を目的としたセキュアラML保湿ローションの有用性	東 5 階 坂 上 祐 理	55
下肢静脈瘤術後に着用する弾性ストッキングの統一した指導と合併症の予防	西 5 階 大 澤 美 雪	56
継続的な内服管理方法の検討	東 6 階 村 本 智 代	56
外来病棟における感染予防行動の実態調査と問題点の検討	西 6 階 伊 藤 真 央	57
在宅酸素療法患者の困ったこと・不安の実態調査	東 7 階 山 口 奈 津 希	57
DVDによる造血幹細胞移植オリエンテーションの試み	西 7 階 栗 原 亜 沙 美	58
暴力行為に関するインシデント・アクシデントレポートからの考察	北 第 1 小 林 誠	58
危険物チェックリスト使用後の看護師の行動変化	北 第 2 伊 藤 ひかり	59
抑制判断基準統一化へ向けての取り組み	集中治療室 市 川 洋 美	59
周手術期の有効な体温測定方法の検証	手術室 橋 本 佳 奈	60
当院の体圧分散寝具の使用状況と課題	外科外来 大 崎 希 世 子	60
【平成23年度各科学会発表ならびに投稿論文】		62
【Medical Essay】		7, 17, 24
【編集後記】		83

症例報告

巨大卵巣腫瘍症例の麻酔経験*

麻酔科 関 慶子** 山岸 昭夫
飛世 史則 遠山 裕樹
長谷川 宙希 一宮 尚裕

はじめに

巨大卵巣腫瘍の周術期管理では、腫瘍による横隔膜の挙上に伴う呼吸不全や手術時における体位の制限、腫瘍の摘出や内容液の吸引に伴う術中の血圧低下、術後の再膨張性肺水腫、下肢静脈血栓症のリスクなどが問題となる。このため麻酔導入前に腫瘍内容液のドレナージを緩徐に行い、急激な血圧低下や再膨張性肺水腫のリスクを軽減する方法が多く行われている^{1,2)}。今回われわれは、巨大卵巣腫瘍に対し麻酔導入前にドレナージを施行し、安全に周術期管理を行えた症例を経験したため報告する。

症 例

症 例：46歳 女性

既往歴：26歳で帝王切開術 その他内科的合併症なし

現病歴：平成23年3月より腹部膨満感が出現，その後徐々に両足の浮腫を自覚し平成23年5月9日当院を受診した。画像所見上，卵巣腫瘍が疑われ当院産婦人科で精査の結果，巨大卵巣腫瘍の診断で手術目的に平成23年5月23日当院産婦人科入院となった。

入院時現症：身長155cm，体重78kg（以前の体重は60kg），体温36.0℃，脈拍90回/分，整。血圧125/80mmHg

*：Anesthetic management of a patient with a giant ovarian tumor.

**：Keiko SEKI, et al.

Key words：巨大卵巣腫瘍，麻酔管理

意識清であった。心雑音は認められず，肺音はラ音を聴取しなかった。腹部は膨満し臥位での呼吸苦と，腹部腫瘍の消化管圧迫による胃食道逆流症を認め，下肢に著明な浮腫を認めた。

血液検査所見：D dimer 3.2 μ g/mLと上昇が認められた以外は異常所見は認められなかった。

胸部X線所見：軽度の右横隔膜の挙上を認めた（図1）。

胸腹部CT所見：腹腔内を占拠する巨大な腫瘍を認めた（図2）。

下肢超音波検査：下肢の血管内に明らかな血栓形成なし。

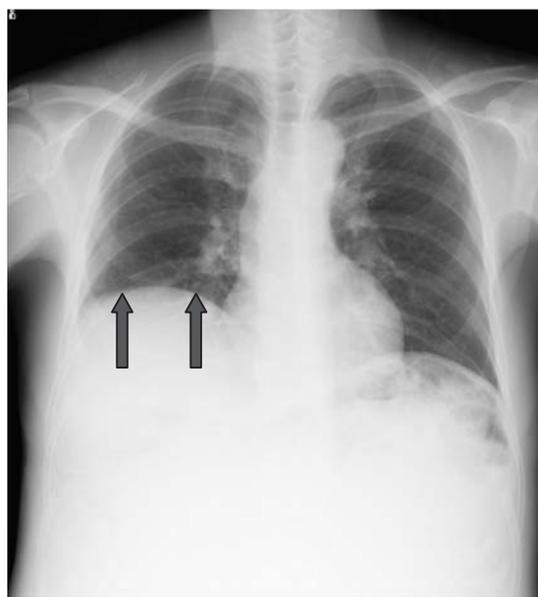


図1 胸部X線



図2 腹部CT

入院後経過：平成23年5月24日，下大静脈フィルターを挿入し絶食管理とし，5月25日開腹卵巣腫瘍摘出術施行となる。

麻酔経過

手術室入室後はマスク下で酸素を3L/min投与し，静脈路確保，左橈骨動脈より動脈圧ラインの確保を行い観血的動脈圧をモニターしながら，第10-11胸椎間より硬膜外カテーテルを挿入した。その後，ファーラー位とし腹部より局所麻酔下に腫瘍内容液の穿刺吸引を行った。腫瘍内容液の吸引は，始めは500ml/minの速度で吸引を開始したが循環動態に大きな問題を認めなかったため吸引速度を速め，約10分間で11300mlであった。施行中は継続的に血圧変動のモニタリングを行い，施行中の血圧変動は145/85mmHgから129/65mmHgであり大きな血圧変動は認められなかった。その後，プロポフォール100mg ロクロニウム50mgで麻酔導入し，迅速気管挿管を行った。その後手術中は，酸素（1L/min），空気（3L/min），セボフルラン1.2%で維持した。呼吸器設定は一回換気量500ml，換気回数10回/分とし，呼気終末陽圧（PEEP）5cmH₂Oを併用した従量式調節換気で行った（図3）。手術時間は1時間45分，麻酔時間は2時間20分，摘出腫瘍重質は1400gで腫瘍内容液とあわせると，総重量は12700gであった。手術中に大きな血圧変動はなく，術後は手術室で抜管しICUへ移動した。

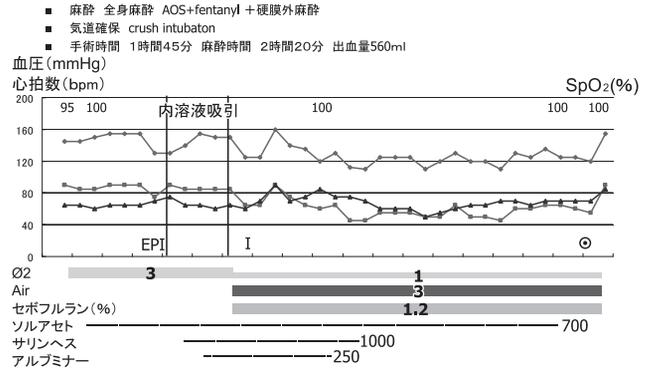


図3 手術経過

術後経過

術翌日までICUで管理した。呼吸循環動態に大きな問題はなく，再膨張性肺水腫等の合併も認められなかった。術翌日に一般病棟へ移動し経過は良好であった。

考察

巨大卵巣腫瘍の定義は腫瘍重量25kg以上とするもの³⁾や体重比20%以上とするものなど明確に定まてはいない。これまでの国内の報告では100kgを超えるものも数例報告されており，その周術期管理にはさまざまな問題点が挙げられている。

これらの巨大卵巣腫瘍の周術期管理においては一般的に，

- ①巨大な腫瘍による横隔膜挙上による呼吸不全や体位の制限
- ②腫瘍による腹圧上昇に伴う誤嚥のリスク
- ③腫瘍の摘出や，内溶液の吸引に伴う循環動態の変化
- ④腫瘍による下肢の静脈還流障害による血栓塞栓症のリスク
- ⑤腫瘍摘出後の再膨張性肺水腫などがある。

巨大卵巣腫瘍摘出術の麻酔方法としては術中の循環動態の変化を最小限に抑え，再膨張性肺水腫の発症を予防するために，術前に腫瘍内溶液を緩徐にドレナージして腫瘍を縮小した後に仰臥位で摘出手術を行うことが多い。しかし，腫瘍が充実性で吸引が困難な場合や，悪性の可能性が高い場合は播種の危険性があるため施行できないケースもある⁴⁾。

腫瘍内容液の吸引速度についてはさまざまな報告が散見される。20分かけて11Lのドレナージを行い再膨

張性肺水腫を回避した⁵⁾、という報告がある一方で、1050ml/minの速度で吸引して再膨張性肺水腫を発症したが、翌日には軽快し抜管したという報告⁶⁾や、2時間かけて26Lの吸引を行い再膨張性肺水腫を発症した⁷⁾という報告もある。また諸所の症例をふまえて550ml/min以下で吸引を行うのが安全であるという報告⁸⁾も認められる。このように吸引量に関しては明確な基準はなく、術中の補液に関しての検討も行われていない。このため、術前の患者の全身状態や、腫瘍のサイズなどから総合的に判断して吸引する量を決定する必要が有ると考えられる。

本症例では腫瘍内容液の吸引中の血行動態のモニタリングを十分に行うために手術室において静脈路確保、左橈骨動脈より動脈圧ライン確保をしたのち、患者の呼吸状態を考慮してSpO₂モニターを装着しフェーラー位として腫瘍内容液の吸引を行った。始めは500ml/minの速度で吸引を開始したが循環動態に大きな問題を認めなかったため吸引速度を速め、最終的に約10分間で11300mlを吸引した。その結果1130ml/minでの吸引とやや早めであったが、施行中に術者とのコミュニケーションをとりながら、血圧変動のモニタリングおよび補液を行ったことで、吸引中の血圧低下は認められず安全に行うことができた。

また再膨張性肺水腫を予防する方法としては、麻酔時の人工呼吸管理において呼気終末陽圧 (PEEP) が有効である⁹⁾といわれている。

本症例では腫瘍内容液の吸引が比較的早かったにもかかわらず、術後は手術室で抜管し、再膨張性肺水腫の合併を認めなかった。これは患者のもともとの呼吸機能に問題がなかったことや、術前の腫瘍による肺の圧迫が軽度であったこと、麻酔中にPEEPを積極的に利用したことなどが有効であったと考えられる。

本症例のように術前のリスクが比較的軽い症例では、早めの吸引速度であったにもかかわらず、大きな血圧変動や再膨張性肺水腫の合併を認めず安全に管理

することができた。このため、個々の症例において術前に十分に検討し、周術期に呼吸循環動態のモニタリングを確実に行うことが重要であると考えられた。

結 語

巨大卵巣腫瘍摘出術の全身麻酔管理を経験した。呼吸循環変動に対する十分な準備を行い安全に管理することができた。

文 献

- 1) 半澤晋二, 小野田昇, 寺尾一木, ほか: 巨大卵巣腫瘍症例の周術期管理. 日臨麻会誌 1997; 17: 116-119.
- 2) 橋本禎夫, 荒木功, 櫛方哲也, ほか: 巨大卵巣腫瘍摘出術の麻酔経験. 臨床麻酔 1993; 17: 531-532.
- 3) Kehrer E: Uber Resenovarialcystome. Arch Gynaekol 1929; 1338: 231-268.
- 4) 吉永明彦, 徳田賢太郎, 園田博邦: 巨大卵巣腫瘍症例の麻酔経験. 麻酔 2004; 53: 565-568.
- 5) 宮脇順子, 生野慎二郎, 後藤廣人, ほか: 巨大卵巣腫瘍摘出術の麻酔経験. 麻酔 2000; 49: 552-554.
- 6) 口分田理, 泉貴文, 古賀義久: 巨大卵巣腫瘍摘出術中に再膨張性肺水腫の発症をみた1例症例. 臨床麻酔 1998; 22: 1021-1022.
- 7) 水原敬洋, 倉橋清泰: 腹腔内巨大腫瘍摘出後に再膨張性肺水腫を来たした1症例. 麻酔 2008; 57: 191-196.
- 8) 東口隆, 山下淳, 宮下龍, ほか: 巨大卵巣腫瘍切除術の麻酔経験. 臨床麻酔 2010; 4: 739-741.
- 9) 多久和輝尚, 福瀬達郎, 足立匡司, ほか: 巨大縦隔腫瘍摘出後に再膨張性肺水腫をきたし、引き続き対側の肺水腫も発症した1例. 日呼外誌 2005; 19: 645-650.

症例報告

初回Paclitaxel, Carboplatin療法後に発症したSIADH
(syndrome of inappropriate secretion of ADH) の1例*産婦人科 石 破 光咲子** 林 博 章
中 田 俊 之 北 香

はじめに

化学療法の有害事象としては、一般的に骨髄抑制、消化器症状としての嘔吐・下痢や電解質異常を認める。現在使用されている抗癌剤の多くは程度の差こそあれ副作用として骨髄機能抑制作用を有し、これが投与量規制因子となっているものが多い。

また、腸粘膜障害から出現する下痢による水分の消失や嘔吐による脱水のため、電解質異常への対応が必要になることもある。CBDCAでは電解質異常の発現頻度は、低Na血症0.63%、低Mg血症0.05%、低K血症0.51%、高K血症0.56%、低Ca血症0.06%、低Cl血症0.23%と報告されている¹⁾。中でも意識障害をきたしやすい低Na血症に関しては、ADH不適合分泌症候群(SIADH)が発症原因の一つと考えられている。

今回、卵巣癌患者に対する初回TC (Paclitaxel+Carboplatin) 療法後に、SIADHが原因と思われる低Na血症を発症した症例を経験したので報告する。

症 例

症 例：57歳 女性

出産回数3回、身長161.2cm、体重54.9kg

疾 患：卵巣癌

* : Syndrome of inappropriate secretion of ADH associated with first chemotherapy paclitaxel and carboplatin.

** : Misako ISHIBA, et al.

Key words : SIADH, ovarian carcinoma, chemotherapy, paclitaxel, carboplatin, hyponatremia.

現病歴：約5日間持続する不正性器出血と腹痛のため初診した。経膈超音波検査とMRIから右卵巣に8×5cm程度の表面不整・混合性内部エコーパターンを示す腫瘤があり、腫瘍マーカー値は、CA125 59.5U/ml, CA19-9 22.2U/ml, CEA 0.5ng/mlより卵巣癌が疑われた。初診から13日目に診断的腹腔鏡手術を行った。卵巣癌は大腸を巻き込んで骨盤内に浸潤し、腹膜播種も認めた。術中迅速病理において、腹腔洗浄水細胞診は陽性でadenocarcinomaが疑われ、播種病変の組織像はserous adenocarcinomaであった。卵巣癌T3aN0M0と診断され、初回治療としてNeoAdjuvant Chemotherapyが選択された。術後10日目に初回TC (Paclitaxel : 180mg/m², CBDCA : AUC6) を施行した。抗癌剤投与終了時から3日間は、3号維持輸液で点滴1500ml/dayを行った。しかし、抗癌剤投与後3日目より嘔気と体のふらつきが出現し、食事摂取量も減少した。消化管系の有害事象の症状と考え、抗癌剤投与後4、5日目にも同内容の点滴を追加した。この間嘔気はあるが、嘔吐はほとんどなく経過していた。

抗癌剤投与後第4日目午前に、病室のベッド上での安静時に突然大声を出し、意識を消失 (JCS300) した、引き続き全身強直性痙攣が1~2分間観察された。1号補液の点滴を全開で開始したところ、5分後に意識が回復したが、見当識障害は残存した。体温37.1℃、脈拍68bpm、血圧132/82mmHgでバイタルの異常はなく、緊急に実施した脳MRIでも異常所見は認められなかった。血液検査では、WBC 5340/ μ L, RBC 417x10⁴, Hb 12.0g/dL, Plt 35.4x10³/ μ L, Na 115mEq/L, K 4.7mEq/L, Cl 82mEq/L, Ca 8.7mg/dL, BUN 11.7mg/dL, Cr 0.45mg/dL, AST 41IU/L, ALT 45IU/Lと、低Na血症を認めた。化学療法後の急激に進行する低Na血症で、

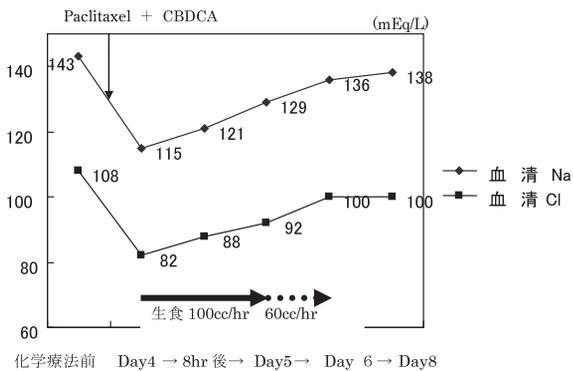


図1 臨床経過

SIADHを疑い、生理食塩水の点滴（100cc/hr）を開始した。その後、血中Na濃度は順調に改善し、点滴開始から約2日間ではほぼ正常化した（図1）。血中Na濃度の改善に伴い、意識障害や嘔気などの症状も回復した。抗癌剤投与後5日目の検査結果で、血中ADH値は3.2pg/ml、血漿浸透圧267mOsm/kg、尿浸透圧371mOsm/kg、尿中Na49mEq/L、腎・副腎機能は正常であり、SIADHの確定診断に至った。

考 察

SIADHの病態とは、何らかの原因で抗利尿ホルモン分泌が過剰になり、水利尿不全から体液が貯留した結果、著しい低Na血症を呈することである。診断基準は厚生労働省研究班によって示されている²⁾（表1）。

SIADHの原因は、悪性腫瘍性、薬剤性、肺疾患性、中枢神経性などがある（表2）。中枢神経疾患性や肺疾患性ではADHの産生亢進が、悪性腫瘍では異所性ADH腫瘍が原因となることが多い。薬剤以外のSIADHの原因検索としては、まずは胸部・頭部画像検査を行うべきである。SIADHを起こす悪性腫瘍の中では、肺小細胞癌が圧倒的に多く³⁾、婦人科悪性疾患によるSIADHの症例報告は少ない。文献検索で卵巣癌によるSIADHの症例報告は少なくとも6件ある（表3）^{4~9)}。3件は未熟奇形腫、3件は小細胞癌である。いずれも癌細胞からのADH産生が原因と考えられており、腫瘍摘出、化学療法などの治療によりSIADHは消失している。

薬剤性のSIADHの中では、SSRIによるSIADHの症例報告が多く、特に女性・高齢者で多いと報告されている¹⁰⁾。化学療法に使用される薬剤の中ではCDDPによる症例報告は多いが、CBDCAによるSIADHの症例報

表1 厚生労働省特定疾患間脳下垂体機能障害調査研究班によるSIADH診断基準

- I. 主症候
 - 1) 倦怠感、食欲低下、意識障害
 - 2) 脱水所見なし
- II. 検査所見
 - 1) 低ナトリウム血症
 - 2) 血漿バゾプレシン値が測定感度以上（相対的高値）
 - 3) 低浸透圧血漿：<270mOsm/kg
 - 4) 高張尿：>300mOsm/kg
 - 5) ナトリウム利尿の持続：>20mEq/L
 - 6) 腎機能正常：<Cr 1.2mg/dL
 - 7) 副腎皮質機能正常：血清コルチゾール>6 μg/dL

診断確実例：検査所見1～7が全てあり、かつ脱水所見を認めないもの
鑑別診断：心不全、肝硬変の腹水貯留時、腎不全、下痢、嘔吐など

表2 SIADHの原因一覧

1. 悪性疾患
 - 肺癌（主に小細胞癌）、中咽頭癌、胃癌、十二指腸癌、膵癌、膀胱癌、尿管癌、前立腺癌、卵巣癌、悪性リンパ腫、肉腫など
2. 肺疾患
 - 感染症（肺炎・肺膿瘍・結核など）、喘息
3. 中枢神経系疾患
 - 感染症（脳炎、髄膜炎など）、脳出血、脳腫瘍など
4. 薬剤
 - ADH分泌を促進する薬剤：ニコチン、フェノチアジン、SSRI、三環系抗うつ薬など
 - ADHの腎活性を高める薬剤：デスマプレシン、オキシトシン、プロスタグランジンなど
 - 機序が不明、複雑な薬剤：カルバマゼピン、シクロフォスファミド、ビンクリスチンなど
5. その他
 - 疼痛、嘔吐などの身体的侵襲によるADH分泌促進

表3 異所性ADH産生卵巣癌が原因と考えられるSIADH症例の一覧

文献番号	年齢	卵巣癌組織型	主症状	血清Na値	転機
4)	58y	漿液性乳頭型腺癌	倦怠感、嘔吐、頭痛	110mEq/L	腫瘍摘出後、Na値および症状の改善を得た
5)	22y	未熟奇形腫	無月経、嘔吐、頭痛	111mEq/L	
6)	18y	未熟奇形腫	不詳	126mEq/L	
7)	53y	小細胞癌	腹部膨満感	不詳	治療抵抗性のため死亡
8)	69y	小細胞癌	腹部膨満感	115mEq/L	手術・化学療法後にNa値改善を得た
9)	17y	未熟奇形腫	腹部膨満感	121mEq/L	

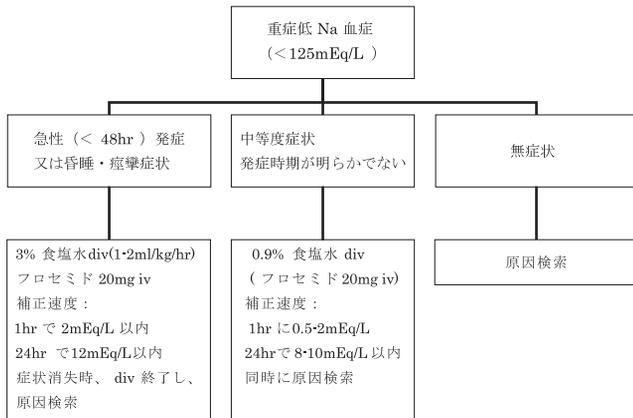


図2 SIADHによる重症低Na血症の治療アルゴリズムの1例

告数は、本邦で現在までに、肺小細胞癌の術後の追加TC療法、再発卵巣癌に対するTC療法の2例である^{11,12)}。発症時期は2例ともTC終了後4日目であり、本症例の発症時期と一致する。

SIADHの主な臨床症状は低Na血症に起因する。臨床症状は低Na血症の進行速度や患者毎に異なる。一般に血清Na濃度125mEq/L以下で倦怠感、食欲低下、嘔気・嘔吐などが出現する。血清Na濃度110mEq/L以下では、意識障害や痙攣などの中枢神経症状を呈する。本症例で抗癌剤投与3日目から出現した嘔気・倦怠感は、化学療法の一般有害事象だけではなく、低Na血症の症状が併発していたと推測される。臨床症状からは、測定した時点よりさらに血清Naは低値であった可能性は否定できない。

SIADHの治療は根本的には原因疾患の除去である。しかし特に症候性の場合には、積極的に血清Na値の補正を第一に行う必要がある¹³⁾(図2)。食塩水の補液を行う場合には中心性橋脱随症候群を防ぐために、血清Na値の急速補正は避けるべきであり、1-2mEq/L/hr以内で開始し、24時間で12mEq/L以内におさえることが望ましいとされている。本症例では、生理食塩水の点滴開始から15時間で、血清Na値は14mEq/L上昇しており、補正速度はやや急速だったといえる。無症候性の低Na血症の場合には、水分制限(15~20ml/kg/day)、食塩の経口摂取(>200mEq/day)で治療を開始する。

CBDCAと比較し同じプラチナ製剤であるCDDPによるSIADHの症例報告は多いが、機序ははっきりと解明されていない。尿細管における電解質再吸収障害による尿中Na排泄の増加、集合管での水再吸収増加の作

用、CDDPに直接的なADH分泌促進作用などが考えられている。また、癌による疼痛や抗癌剤投与による嘔吐症状も、ADH分泌を促進する。また、CDDPの場合は腎障害を予防するための多量水分負荷も、低Na血症を助長すると考えられる¹⁴⁾。CBDCAによるSIADHの機序に関する文献はないが、CBDCAはCDDPと異なり尿細管での分泌・再吸収への関与は少ないとされ、CDDP投与時のような大量補液も行われぬ。同じ白金製剤ではあるが、CDDPとは異なるADHの分泌促進(あるいはADH分泌抑制機能の破綻)機序が関与している可能性が推測される。

本症例では、検査データ改善、臨床症状消出後24日目に、家族並びに本人へ説明の上2回目TC療法を施行した。今回は電解質を頻回に測定し、治療後の3号維持輸液による補液は行わなかった。その結果、電解質異常は出現しなかったため、本症例ではこのままTC療法を継続して行っていく方針である。

現在、卵巣癌に対するTC療法は多くの施設で外来化学療法として実施されているが、本症例のように抗癌剤投与3-4日で重篤な低Na血症が発症しており、今後外来化学療法実施にあたっては、さらなる管理上の注意が必要であると思われる。

文 献

- 1) ブリストルマイヤーズスクイブ：パラプラチンの使用成績調査(平成2年3/30~平成6年3/29)。パラプラチン注射液使用調査などに関するまとめ。2002: 1-13.
- 2) 厚生労働省特定疾患間脳下垂体機能障害調査研究班：平成13年度研究報告書2002
- 3) 三原正明, 平田結喜緒：異所性ホルモン症候。癌と化学療法 2010; 37: 989-994.
- 4) Taskin M, Barker B, Calanog A et al: Syndrome of Inappropriate Antidiuresis in Ovarian Serous Carcinoma with Neuroendocrine Differentiation. Gynecologic Oncology. 1996; 62: 400-404.
- 5) Roman H, Verspyck E, Sentilhes L et al: Immature ovarian teratoma with hyponatremia and low antidiuretic hormone level. Obstet Gynecol 2004; 103: 1108-1110.
- 6) 石井絵莉子, 山中修一郎, 石川匡洋, ほか：未熟奇形種にSIADHを併発した稀な1例。日本内科学会関東地方会 2011; 579回: 479.

- 7) 萩野大輔, 梅澤幸一, 椎橋史子, ほか: 卵巣小細胞SIADHを発症した卵巣小細胞癌の1例. 長野赤十字病院医誌 2006; 19: 35-39.
- 8) 清水顕, 西野公博, 白藤寛子, ほか: 卵巣に小細胞癌を認めADH不適合分泌症候群(SIADH)を合併した1症例. 日本婦人科腫瘍学会雑誌 2010; 28: 316.
- 9) Lam CM, Yu VS: SIADH associated with ovarian immature teratoma: a case report. Eur J Gynaecol Oncol. 2004; 25: 107-108.
- 10) Belton K, Thomas SH: Drug induced syndrome of inappropriate antidiuretic hormone secretion. Postgrad Med J. 1999; 75: 509-510.
- 11) 藤岡真治, 春木明広, 三和 建, ほか: 肺癌患者補助化学療法によりSIADHを生じた1例. 日本呼吸器外科学会雑誌 2010; 24: 566.
- 12) Yokoyama Y, Shigeto T, Futagami M et al: Syndrome of inappropriate secretion of anti-diuretic hormone following carboplatin-paclitaxel administration in a patient with recurrent ovarian cancer. Eur J Gynecol Oncol. 2005; 26: 531-2.
- 13) Ellison DH, Berl T: The Syndrome of Inappropriate Antidiuresis. New England Journal of Medicine. 2007; 356: 2064-72.
- 14) 山本裕康: 電解質異常(高カルシウム血症, 低ナトリウム血症). 産科と婦人科 2011; 78: 579-585.

抄 録

57歳女性, 卵巣癌(serous adenocarcinoma, T3aN0M0)に対し, 診断的腹腔鏡検査後10日目に, 術前化学療法としてTC療法(Paclitaxel:180mg/m², CBDCA:AUC6)を実施した。抗癌剤投与後4日目に, 意識障害・痙攣が出現した。画像検査からは中枢神経系に異常所見を認めず, 血液検査結果は血清Na115mEq/Lを認め, 血中ADH値3.2pg/ml, 血漿浸透圧267mOsm/kg, 尿浸透圧371mOsm/kg, 尿中Na 49mEq/Lであり, ADH不適合分泌症候群と診断した。低Na血症は生理食塩水の点滴ですみやかに改善した。

TC療法投与後に軽度の低Na血症は予測より多く発生している可能性もあり, 外来化学療法実施・管理上, 抗癌剤投与後の重篤な低Na血症等の発症を念頭に置いた, さらなる経過観察上の注意が必要である。

Medical essay

糖尿病と認知症 (久山町研究より) ①

現在, 日本は4人に1人は65歳以上という時代を迎え, 認知症が増えています。

久山町は, 福岡市に隣接する人口約8400人の町で, 住民の年齢構成, 職業構成が全国平均とほぼ同じであり, 国内の現状をそのまま反映していると考えられています。久山町研究は1961年に脳卒中の実態調査として始まった疫学研究であり, 九州大学病態機能内科学分野久山町研究室により, 1985年, 1992年, 1998年, 2005年の4回, 65歳以上の住民を対象とした認知症検査が行われています(受診率90%以上)。

糖尿病はアルツハイマー病および血管性認知症の重要な危険因子となることが示されています。多変量解析の結果では, 糖尿病はアルツハイマー病および血管性認知症のリスクをそれぞれ2.1倍, 1.8倍上昇させましたが, アルツハイマー病のみ有意な関係が残っており, 糖尿病はアルツハイマー病に大きな影響を与えると考えられます。(P17につづく)

東日本大震災における子どもの心のケア ～東京都立小児総合医療センターの取り組みについて～*

東京都立小児総合医療センター こころの専門診療部・

児童思春期精神科 宮崎健祐**

子ども家族支援部門 菊地祐子 田中哲

東京都福祉保健局・障害者施策推進部 熊谷直樹

はじめに

平成23年3月11日、岩手県三陸沖を震源とするマグニチュード9.0の地震（以下 東日本大震災）が発生した。この地震とそれによって引き起こされた津波により、東日本の太平洋沿岸部を中心として甚大な被害をもたらされ、宮城県を中心として死者15845名・行方不明者3375名（平成24年1月警察発表）と報告されている。

このような大規模な自然災害に際して生じる心の問題に関しては外傷後ストレス障害（Post Traumatic Stress Disorders : PTSD）が一般的には良く知られている。PTSDとは、自然災害や戦争といった人が予期しない自己および他者の身体的、精神的安全性が極度に脅かされるような心的な外傷を体験した後に生ずる不安・恐怖などの精神的、生理的な反応群のことで、精神症状としては過覚醒・再体験・回避などを特徴とする¹⁾。しかし、今回のような大規模な災害の際にはPTSDだけではなく、うつ病や不安障害、アルコール等の物質使用、対人関係上の問題などの様々な心の問題

を引き起こすこと指摘されている²⁾。このため、震災に関連した心のケアに対する支援の必要性が認識されるようになり、わが国では阪神淡路大震災の頃から被災者に対する心のケアに対する注目が集められるようになった。

今回の東日本大震災でも、厚生労働省や各都道府県が連携して精神科医を含む「心のケアチーム」が組織されて、被災地での支援活動を行っている。

子どもの心のケア

今回のような大規模な震災では、その心的な外傷体験は子どもの認知面や感情面、行動面などの幅広い領域にわたって影響を与えると考えられる。また、子どもは老人や精神疾患の患者などとともに災害弱者となりやすく、より重点的な支援やケアが必要となると考えられる。

子どもの特徴として、大人とは違って精神発達途上であり、言語化能力も未熟なため、様々な精神症状を身体症状や行動面の問題などで表す傾向がある。理解能力も年齢によって様々であることから、その介入や支援方法も本人の理解度に応じてなされる必要がある。また、子どもは単体では存在せず、家庭や学校、地域といった場の中に存在し、特に保護者の存在は極めて大きい。

このようなことから、子どもに対する心の支援では、そのような子どもの特徴に配慮でき、子どもと地域の全体像を見渡しながら方針を考えていくことができる児童精神医学の専門家による支援が求められると

* : Children's Mental Health Care after the 2011 Great East Japan Earthquake: A mental health intervention of the Tokyo Metropolitan Children's Medical Center.

** : Kensuke MIYAZAKI, et al.

Key words : 震災, 子ども, 心のケア

表1 東京都こころのケアチーム

主な職種：医師（精神科医，児童精神科医），看護師，保健師，精神保健福祉士，臨床心理技術職，事務職

構成：都立等病院，精神保健福祉センター
医師会の協力で11の民間病院もチームで参加

表2 東京都こころのケアチーム活動内容

相談

- ・訪問（避難所，仮設住宅等）・来所・電話等による普及啓発・孤立化防止）
- ・避難所や仮設住宅サロン，PTA等での健康教育活動
- ・多ルートでの普及啓発

支援者ケア

- ・市職員，仮設診療所（県立病院）職員等のストレスチェックと面接，健康教育等

診療

- ・仮設診療所（県立病院）のストレス外来診療（連携体制づくり）
- ・多様な現地チームの調整役（県内，他県，日赤，NGO等）
- ・現地職員や保健師チームとの協働
- ・仮設診療所でのリエゾン活動
- ・県精神保健福祉センターとの連携

思われる。

今回の東日本大震災でも，厚生労働省による各都道府県の心のケアチームに含まれる児童精神科医や，日本児童青年精神医学会に所属する児童精神科医などが，被災地における子どもの心のケアに関する支援活動を行っている。

東京都こころのケアチーム

厚生労働省や岩手県などからの要望により，東京都に対して岩手県陸前高田市への支援依頼があり，平成23年3月23日から「東京都こころのケアチーム」（表1）の活動が開始された。多職種のスタッフからなるチームで，子どもの心のケアを担当する当院の児童精神科医を含むスタッフが毎回必ず含まれるように調整された。活動に際しては，東京都福祉保健局が中心となって厚生労働省，岩手県，関係団体などの機関との調整，チーム派遣に関する調整などを行った。

チームの派遣は継続して行われ，同年7月までは陸前高田市に常駐（5泊6日程度で交替）して活動し

表3 震災に関連した心の電話相談（都立小児総合医療センター内に設置）

対象：被災者および避難されている方
3歳前後の幼児から高校生までの被災者およびその家族

内容：震災後の子どものストレス反応などに関する電話相談

相談日時：月曜日から金曜日 9時30分から16時30分

相談員：臨床心理士・精神保健福祉士・（児童精神科医師）

た。7月から12月までは，岩手県側の要望や調整の結果，心のケアを成人対象と子ども対象でチームを分けて対応することになり，成人対象のチームは陸前高田に毎週約2泊3日，子どものチームは毎週1泊2日で行われた。

こころのケアチームの主な活動内容を表2に示す。被災地における心のケアは時期によっても異なり，特に中長期には被災地におけるニーズや行政などとの十分な協議のもとに支援方法を考えていく必要がある。

東京都こころのケアチームで受けた相談件数は，活動を開始した平成23年3月から11月までの期間で，延べ1521人（重複あり）で，その内18歳未満の割合は10%程度であった。相談理由としては，全体では震災後に生じた不眠や不安といった訴えが多く，18歳未満の子どもでも同様に不眠や不安といった理由が多くみられた。

また子どもの心のケアに関して，当院では震災に関連した心の電話相談を実施した（表3）。平成23年4月から9月までの期間で計191件の電話相談があり，子どもが震災後に呈した不安や退行，不眠といった内容での相談が多くみられた。

被災地での活動の実際：1度目の派遣 （平成23年5月下旬）

筆者は平成23年5月下旬に5日間，被災地で活動した。その際の活動の実際を述べる。

こころのケアチームとして派遣されることが決まってから，同僚の医師と勉強会を開き，震災に関連する心のケアについて皆で学び，意見を交わした。被災地での心の支援は初めての体験であるものが多く，事前に同僚と話すことが何よりの準備となった。当院からスタッフが順次派遣されるようになると，先に派遣されたスタッフから現地の様子や活動に関する情報を収

集して、現地での活動のイメージを作るように心がけた。

当院から派遣される子どものこころのケアのチームは、児童精神科医師1名とコメディカル職員1名（看護師や心理士、精神保健福祉士など、時によって2名）であったため、大半はお互いに顔を知っている者同士の組み合わせであった。筆者の場合は同じ病棟で働いている看護師であったため、気心も知れておりとても心強かった。

派遣当日は朝7時に都庁前に集合し、そこで現地に向かうスタッフ一同で大型バスで被災地まで移動した。この時に初めてこころのケアチームの職員全員と対面することになる。筆者の時は東京都健康長寿医療センターの職員の方々（精神科医1名、看護師1名、精神保健福祉士1名、事務職1名）と移動の際に運転を引き受けてくださる民間の運転ボランティアの方1名であった。5～6時間かけて、宿泊場所となる一関市内のホテルに着いてからは、レンタカーで陸前高田市にある中学校まで移動した。山道を越えて被災した地域に入ると、現地では津波や地震による爪痕が生々しく残っており、倒壊した建物や瓦礫と化した街並みが目に入ってくる。テレビを通してそのような風景を見ることはあったが、実際にそのような風景を前にしてみると、圧倒され、言葉を失うとともに、まさに想像を超える事態であるということに再認識させられた。

保健支援チームの本部が陸前高田市内の中学校の一室に設置されていた。全国の様々な地域から派遣されたスタッフが集まっており、筆者がいた時にも医師、保健師、栄養士など様々な職種の方がいた。本部で働いているスタッフの服には（～県）とか（薬剤師）（保健師）（栄養士）などと大きく書かれたゼッケンや服を着ていた。東京都も背中に大きく（東京都）と書かれた防災対策服が支給されており、このような大きい場所で、全く見知らぬ者同士が働く際には、お互いの職種や所属などが一目で判別でき分かり易かった。

チームの活動の初日は、それまでに派遣されていたスタッフからの申し送りが中心であった。彼らもその日の深夜東京へ帰るため、滞在中の業務について漏れなく把握しておく必要がある。

筆者が派遣された時のこころのケアチーム全体を統括するのは多摩総合精神保健福祉センターの保健師の方であった。子どもの心のケアについては、元々この地域にあった社会福祉法人大洋会児童家庭支援センタ

一大洋（以下 大洋会）との連携のもとで行われた。

毎日の活動は、朝滞在中の一関から陸前高田市までこころのケアチームでレンタカーに分乗して移動することから始まる。陸前高田の本部についた後は、こころのケアチームの朝のカンファレンスがあり、スタッフ全員でその日の活動の日程を確認してから実際の活動に移る。

筆者が派遣された時期は、震災から2ヵ月程度の時間が経過しており、ライフラインの復旧も進み、生活基盤もそれまでと比べて安定してきていた。仮設住宅への入所が始まっている方がいたり、学校が開始されたりして、少し先の見通しが立てられるようになってきていたのと同時に、そのような環境変化が新たにストレスとなっている時期でもあった。また、震災後の激動的な時期を少し抜けて、子どもを取り巻く大人に余裕ができたことで、子どもが自分の心の問題をようやく周囲に出せるようになってきたというような時期でもあった。

この頃の子どものチームの活動は、それまでに継続して関わっているケースの面接や処方を含む診療で、本部で行う場合と仮設住宅や避難所へ訪問して行う場合とに分けられる。それ以外にも、被災者や支援のスタッフを対象とした子どもの心のケアに関する講演会の実施や、大洋会でフォローしているケースの医療的な相談などがあった。子どもの心のケアの活動自体がそれまで派遣されていたスタッフによって、様々な地域・被災地で支援をしているスタッフに情報がアナウンスされていたこともあってか、こころのケアチーム自体の認知度も上がってきていたため、チームへの相談も徐々に増加してきている時期であった。

仮設住宅や避難所などに移動する際は車で移動したが、震災の影響で道路が変わっていたり、橋が落ちていたりするため、カーナビの情報や地図、車列の流れなどをみて判断した。また、まだ信号なども機能しておらず、要所には警察が交通整理をしていたが、幹線道路から離れた小道などでは、即席の看板などに「一方通行」と書かれていたりするなど、ローカルルールが設定されている道路もあった。

子どもや保護者との面接が行われる際には、プライバシーに配慮することが重要となる。特に避難所や仮設住宅に訪問して面接する場合には、まず面接する場所を確保することが必要であった。われわれの時も、避難所内の一室を使用させてもらえるように依頼した

り、われわれの車を即席の面接室として利用したりなどもした。

もともと児童思春期精神科においては、子どもとの初回面接時にはその後の治療経過も左右することもあり、子どもとの関わりには十分な配慮が必要であるが、今回のこのような震災後では、こちらの関わりで子どもたちを傷つけないように注意することが必要であった。このような震災における心のケアでよく誤解されるのは、『被災して傷ついた心の傷はため込んでいると良くないので、誰かに表現してそれを出してあげれば良い』ということである。しかし、そのような被災して傷ついた体験は、ただ表現すれば良いというのではない。心理療法家の河合隼雄は、震災に関連した心の傷を表現するにあたり、それがどのような人間関係に基づいてなされるかが重要であると述べている³⁾。初対面の大人が、面接で子どもたちにやみくもに被災した体験を聞き出すことは、効果がないばかりか、本人にとって苦痛となる可能性もある。従って、子どもや保護者の方と面接する際には最初に「話したくないことは決して話す必要はない」ということを伝え、「何か困っていることがあればいつでも話を聞く大人がいる」というメッセージを伝えることに主眼を置いた。

子どもにおいて、特に低年齢の場合には、いきなり知らない大人が来て面接することに恐怖感や不安感を抱くものであり、面接に際しては保護者や元々関わっていた保健師や地域の職員といった子どもが安心できる大人に同席してもらえるように配慮した。また、筆者は比較的 low年齢の子どものケースが多かったが、面接する時にはシャボン玉やミニカーといった小さな玩具や、画用紙や色鉛筆などの絵描き道具などを持参した。このような玩具があるだけで、初対面での子どもの緊張や不安は和らぎ、子どもとのコミュニケーションも大きく変わる。筆者も大いに活用した。

筆者が訪れた時には、子どもが赤ちゃん返りしている（退行）、些細なことでも不安になってしまう、イライラしやすい、腹痛や頭痛と言った身体症状の訴えが多い、などのケースが多かった。このような震災に関連した子どもの心の問題の多くは、時間が経過するとともに自然と改善してくると考えられ、まず必要なのは子どもを見守るということである⁴⁾。そのため、保護者に対してパンフレットなどを用いて子どもの心に起きていることを説明して、対応上の注意点や

必要な関わりを説明した。ただし、なかには精神的な症状が持続する場合や、精神的な混乱が著しい場合もあり、場合によっては薬物療法を含めた精神科治療や心理療法的な治療が必要と判断されるケースもある。筆者が派遣された時には、幸いにもそれほど重篤なケースはなかった。また、両親や兄弟といった身近な近親者が亡くなり、何か心のケアは必要か、どう対応したら良いか、というような依頼もあった。このようなケースでは、現時点では問題が顕在化していないものの、時間が経過するとともに精神的な問題が生じる場合もある。そのため、現時点で積極的に治療をすることよりも、何らかの形でこころのケアチームや地域の保健師、大洋会などのような機関と継続して関係が維持されるように調整した。

継続して面接している方の中に、『面接の度に精神科医が変わって、毎回同じことを聞かれてしまい、その度に毎回同じ話をするのもしんどくて…』と話されていた方がいた。そのため、継続中の方では、事前にケースを十分に理解しておくことと、確認すべきことを把握しておくことが必要であった。

活動の最後には一緒に診察した看護師と共に記録を作成し、大洋会の職員とも情報を共有した。継続して支援が必要なケースでは、次回以降診察するスタッフが何をすべきかが分かるように記載しておいた。

2度目の派遣（平成23年7月下旬）

筆者は7月下旬にも被災地で活動した。この時は、当院の看護長とともに1泊2日で被災地に赴いて活動した。

この頃は新幹線も利用できたため、一関市まで東京駅から東北新幹線を利用し、そこから陸前高田市まで移動した。

陸前高田の街は、瓦礫などが以前よりだいぶ片付けられており、5月の時と比較して少しずつ復興に進んでいるあり様をみることができたが、まだまだ傷が癒えていないというのが実情であった。活動の本部は前回と同じ中学校にあったが、保健支援チーム全体の規模は前回よりも縮小されていた。成人のチームと落ち合い、簡単な情報交換を行った。この頃の子どものこころのケアチームの活動は大洋会の職員とともに行われた。われわれのチームも、本部で大洋会の職員と落ち合い、そこから大洋会の施設に移動して活動した。宿泊も大洋会内の施設内にさせていただいた。

この頃の子どもに関する心のケアは、子どもを含めたそれ以外の支援全般を含めて大洋会が主に主導しており、われわれのチームは大洋会の方々を医療的な側面からサポートする立場であった。

筆者が派遣された時は、新たな面接の依頼は少なくなり、それまでに継続して経過をみているケースの面接や診療や処方、大洋会で継続して支援しているケースに対する医療的な側面からの助言などが主であった。

最 後 に

以上東日本大震災における子どもの心のケアについて、東京都の支援や筆者の体験を中心に述べた。

今回の支援で筆者個人が感じたこととして、このような震災における心のケアでは、いかに継続した支援ができるかが重要となるということである。精神科医の中井久夫氏は、阪神淡路大震災で自らが被災した中で診療を行った時の体験から、震災における心の支援について、PTSDを例にあげて、そのような事例を外部から来た支援者が掘り起こしたままにして帰ってしまうような支援のあり方は好ましくなく、関わるのであれば継続して関わる覚悟で行う必要があると述べている⁵⁾。特に、わが国では元々児童精神科医が全国的に不足しており、今回われわれが派遣された地域も元々児童精神科医が存在しない地域であったため、継続して支援を行うことは必須であったと思われた。

原稿執筆時点（平成24年2月）で震災から早くも1年が経過しようとしている。東京都こころのケアチームについては平成23年度一杯派遣を行う予定であり（平成24年1月より月1回の派遣）、4月以降についてはどのような支援が可能か当院と岩手県や大洋会で調整中である。心のケアに関してはすでに地域がその役割の中心を担っており、当院としては今後そのような地域に寄り添って、支えていけるような支援がしていければと思う。

今回の支援を通して筆者自身、面接した方々や他の

支援者の方から非常に多くのことを学ばせていただいた。このことを共有して伝えていくことが、筆者を含めた被災地で活動した者の責務であると思っている。そのような意味でも、被災地支援の実際に関する講演会を旭川でおこなう機会を作って下さった市立旭川病院精神科の武井明先生と、このような論文を執筆する機会を与えて下さった市立旭川病院教育研修課の井須史朗さんに深くお礼を申し上げる。

本論文を読んで下さった方にとって、本論文が震災における心のケアについて考える何らかのきっかけになれば幸いである。

最後になりますが、今回の震災で亡くなられた方々のご冥福をお祈り申し上げますとともに、被害を受けられた方々に心よりお見舞い申し上げます。また、現地での東京都の活動を支えてくださった、地元で支援をされている行政機関の方々や、当院のこころのケアチームの業務全般を支えて下さっている大洋会の職員の方々に、深くお礼を申し上げます。

文 献

- 1) 白瀧貞昭：PTSD. 山崎晃資, 牛島定信, 栗田広ほか編：現代児童青年精神医学, 大阪, 永井書店, 2002：275-279.
- 2) 重村 淳：事故・災害被害者に対する治療マネジメント. 精神科治療学 2011；26（増刊）：329-331.
- 3) 河合隼雄：日本人の心のゆくえ. 東京, 岩波書店, 1998：13-14.
- 4) 日本児童青年精神医学会ホームページ・災害対策委員会作成資料：被災した子どもを支援する方々へ～中長期の心理的サポートについて.
http://child-adolesc.jp/pdf/tebiki_chuuchouki.pdf.
- 5) 中井久夫：復興の道なかばでー阪神淡路大震災1年の記録. 東京, みすず書房, 2011.

東日本大震災被災地医療支援報告*

外科 福永亮朗**

4月5日(火) 旭川出発, 移動

出発式を行いハイエース2台に分かれて市立病院を出発した。目的地は気仙沼である。空港が閉鎖されていて飛行機が利用できないし、薬品などの物資を運ぶ関係上、車で苫小牧港まで行き、そこからフェリーで秋田まで行き、秋田からはまた車で気仙沼まで行く計画である。日程は4月11日までの7日間であるが、行きと帰りの移動に2日ずつかかるため実際の診療は4月7日から10日までの4日間となる。メンバーは酒井看護師、高橋看護師、濱岸理学療法士と私の4名だ。皆アウトドアの達人のようで、イザと言うときも心強い。濱岸理学療法士は今回本業ではなく事務兼ドライバーの役である。ここまで来るのに準備がなかなか大変だった。現地の状況がいまいち良く分からないし、必要物資薬剤はそろっているとの現地情報もあるが、それがすぐに入手でき利用できる状況かどうか分からない。何度もミーティングを繰り返し、まったく調達補給ができなくても4日間診療できるだけの物資を車に積んで行くことになった。病院備蓄の非常食と水も沢山積み込んだ。旭川市のもしもの災害に備えて市立病院にこのような備蓄が大量にあるということは、市の病院としてはあたりまえなのであろうがちょっとした驚きだった。イザというときのために病院から預かった現金100万円もあり心強い。これは今回事務を担

当する濱岸理学療法士のハラマキの中に何時も肌身離さず大事にしまっておくことにした。

班長として出発式に挨拶を行ったのだがこれが一番大変だった。私は人前でしゃべることが大のニガテである。急遽旭川市長と道新も出発式に来ることになったと聞いたので必死に立派な挨拶を考え、カンペを作りさらに暗記した。当日は緊張していて良く覚えていないが、後で子野日副院長からお褒めの言葉をいただいたのできつとうまくできたのであろう。

苫小牧までの道のりは天気も良く、観光旅行にでも行くのかと錯覚する。途中一台のオイル警告ランプが点灯し、苫小牧で直してもらった。現地に着いてからでなくて良かった。

苫小牧東港からフェリーに乗船する。周りの車は被災地に向かう自衛隊や自治体の車ばかりだった。

4月6日(水) 秋田到着→一関へ移動→気仙沼下見,



メンバー

* : A report of medical support for disaster area of the Great East Japan Earthquake.

** : Akira FUKUNAGA.

Key words : 東日本大震災, 医療支援, 気仙沼

情報収集

フェリーが秋田に到着し、陸路でまず一関のホテルに向かう。事前情報では一関ではホテル、飲食店などが普通に営業しているとのこと。秋田のコンビニで食料調達をしようと思ったが、棚に並んでいる品数が少ないのに驚いた。「カップラーメンはお一人様2個まで」などと書いてある。秋田でこれでは一関は本当に大丈夫なのだろうか、と不安になる。水や非常食を持ってきておいて良かった。高速道路を降り、一関に着く。ここは大震災時震度5の揺れがあった所だ。一見何でもないようにみえるが、良く見るとあちこちで建物の一部が崩れている。到着したホテルは無傷であった。

昼食をとりいよいよ気仙沼に向けて出発した。一関から気仙沼までは約50kmあり1時間ほどかかる。被災地支援の車で以外と交通量が多い。気仙沼市内に入ると道路の両側に泥と瓦礫が積み上げられているのが見えた。街全体が埃っぽい。流されて来た自動車や船がそのまま放置されているものもあり、川に沿ってかなり上流まで津波が来たことが分かる。震災から1ヵ月経過して片付けられたせいなのか、気仙沼市内の被害は以外と軽いように見える。しかしこれはとんだ勘違いであった。

気仙沼市立病院に着き、仕事を引き継ぐ名寄市立病院チームに連絡をとる。ここが本部と思っていたがそうではなく、本当の本部に案内してもらおう。本部は老健施設「気仙沼市民健康管理センター「すこやか」」を間借りしたものだった。物資は充足していて、大会議室の一角に全国から集まった薬品、医療器具などが山積みになっており自由に使って良いらしい。ここで申



気仙沼市内

し送りを受ける。全国から災害医療チームが集まりそれぞれのチームが各避難所に訪問診療を行っており、北海道自治体のチームは代々同じ場所を引き継いで診療しているとのこと。現在災害医療としては慢性期に入ってきており、風邪、花粉症や処方切れなどの診療がほとんどであるとのことであった。本部で1日2回のミーティングを行っており、夕方のミーティングに早速参加させてもらった。全国から集まったチームがざっと100人程度はいるだろうか。それぞれが今日の活動と現地の状況についてプレゼンしてゆく。私も自己紹介をさせてもらった。本日はこれで終了となり、明日からの診療に備えて名寄チームと情報交換を行った。

4月7日(木) 診療 患者数 40名

今日からいよいよ診療開始だ。名寄チームに先導してもらい、最初の避難所に行く。本部から車で30分ほどの「本吉地区」という所にあるのだが、途中の被害状況は予想していた以上のものだった。海から海抜20m位の所までの建物がほぼ全てなくなっており、丈夫な鉄骨作りの建物は骨組みだけになっている。線路や電線が地面にぐにゃぐにゃ曲がったままで放置されており、われわれが通行している道路も瓦礫の堆積を左右によけて、車が通れる隙間をやっと通した感じだ。はるかに高い所の木に衣服などの軽いものが洗濯物のようにぶら下がっており、こんな高さまで津波が来たのか、と当時の状況を想像しただけで背筋が凍る思いであった。

最初の「小泉中学校」は400名程度の避難者が生活しており、その一角に設けられた仮設診療所で診療する。今日は30名程度であり、当初から予想されていたことではあったが災害救急的な医療や外傷などは皆無であった。午後からは避難者が20名程度の小さな避難所を3ヵ所回り、17時には本部に戻りミーティングを行った。その後木曜は週に一度、われわれの担当する「本吉地区」のみのミーティングがあるということであった。本吉地区に戻り、19時からミーティングを行った。本吉地区には「本吉総合病院」という病院があるのだが、震災で2mほど海水に漬かったため一階にあった医療機器が壊滅し、もともと勤務していた医者も逃げていなくなってしまったとのことであった。現在徳州会の「DMAT」というチームが入って、自衛隊のレントゲン車などを使い一日150~200名の患者を診療

しながら、医療機器の確保や診療体制の確立に努めているとのことである。彼らや本吉地区担当保健師の話を聞いていると、震災以降、地区で本当ががんばってこられたのだなあと感じ、短い期間でやれることは限られているが、せいっぱい協力しようとの思いを新たにされた。

その後一閃に帰り夕食へ行った先で、震度6の余震にあった。余震の際には、店が崩れる～と思いき外に飛び出したが大丈夫であった。酒井看護師だけがなかなか出てこず、崩れた建物の下敷きになるのではと思ったが、揺れが収まったころに悠然と中から現れた。なんと、ちゃんと火元を確認してから出てきたとのこと。すばらしい。しかし余震と同時に電気水道が止まったのは痛かった。まっくらな街中をホテルに戻り、建物は一応崩れていなかったため、ホテルにそのまま宿泊することにした。後で聞いた話だが、釧路チームは建物が崩れる危険を考え車中泊したとのことであった。

4月8日（金）診療 患者数 12人

昨日の大きな余震のため、気仙沼はどうなっているのか、われわれの診療体制はどうなるのかとても心配であったが、何も連絡が来ないため、とりあえず時間通りに本部に向かう。道路には昨日はなかった亀裂やゆがみが生じている場所があり、気をつけないと危険であった。ついてみると何事もなかったかのように朝のミーティングが始まり拍子抜けした。どうやらあれだけの余震であっても、気仙沼市内の被害は軽微であったようである。



南 三 陸

奇数日と偶数日で行く場所をチェンジするようになっており、本日は昨日とは異なる「大谷公民館」という100名程度がいる所避難所に行った。天気も暖かで患者さんも少なく、診療内容は処方切れや風邪のみであった。診療室の外で入所者さんの髪を切っている男の人がいた。聞くと佐賀県から来た理容師のボランティアであるとのことであった。自分に役立つことはないか、とやって来たのだと言う。比較的暇だったため、診療室のストーブを使ってお湯を沸かし、持参したアルファ米とレトルトカレー、おでんの缶詰で早めに昼食を取った。予想していたよりずっと美味しく、電気水道が止まっても毎日これで大丈夫だな、と思えるほどだった。午後は1ヵ所小さな避難所を訪問し、夕のミーティングまで時間があつたため気仙沼港を見学した。ここは良くテレビやyou tubeで震災時の画像が紹介されている場所であったが、大きな船が何隻も港に打ち上げられたままになっており、津波の力の大きさを感じさせられた。

本部に戻りミーティングを行った。気仙沼市立病院が急患のみであるが新患を受け入れてくれるとのことであり、また、院外薬局が一部復活してきたため、「災害時処方箋」を使用して院外処方が可能になったとのことであった。処方切れの際に、同じ薬がないのが悩みであったが、これで少ない手持ちの中から代替薬を出さなくて済む。一閃への帰り道は停電のため真っ暗で、今日も電気水道が止まったままなのか～と暗澹たる気持ちになったが、帰ってみるとラッキーなことに、われわれのホテル周囲のみ復旧していた。



避難所の様子

4月9日（土）診療 患者数 27人

本日は奇数日なので4月7日と同じ場所での診療である。診療内容は先日とほぼ変わらなかったが、インフルエンザ疑いが一人いて隔離されているとのこと。感染の拡大がないか心配される。本日も風邪、花粉症や処方切れに対応しているうちにお昼になり、今日もアルファ米とレトルトカレーにしようかなと思っていると、炊き出しのおば様達から昼食ができたので食べて行かないかとお誘いをいただいた。食料物資が不足しているはずなのにこちらがいただくのは気が引けたが、「私たちの飯が食えないのか」と凄まれ、遠慮なく頂戴することにした。大根とツナ缶を使った郷土料理(?)らしく、味付けが独特で大変美味であった。ごちそうさまでした。

また、この日はたまたま政府の偉い方々が避難所を訪問する日であった。昼食が終わった13時頃岡田氏、長妻氏、安住氏がやって来た。震災の対応で疲れているのであろう、皆ずいぶんやつれて痩せているようだったので「頑張って下さい」というと「そちらこそ頑張って下さい」と返された。ミーハーなわれわれは大喜びで、一緒に写真を撮ったりしていたのだが、地元の人たちの対応はかなり冷めていて、被災地支援の対応の遅れについて要望意見を叫んだりヤジも飛ぶなど、以外にピリピリムードであった。

その後2ヵ所の小さな避難所を回り、夕方には本部に到着した。夕のミーティングでは感染性腸炎の流行、レジオネラ肺炎の発生などが問題に上がり、トイレの掃除の仕方や汚物処理の仕方が話題に上がっていた。普段文化的生活をしているとあまり気に留めるこ



本部の様子

とがない感染症の問題、公衆衛生的介入などが、いざ災害となると重要になってくるのだな、と再認識させられた。一関に帰り、今日は釧路チーム、旭川医大チームと懇親会である。急ごしらえのわれわれのチームとは違い医師、看護師、薬剤師、事務がちゃんとそろっている。何を話したのか余り良く覚えていないが、被災地医療支援に対する熱い思いをいただいた。

4月10日（日）診療 患者数 16名

早いもので、本日で診療は終了である。今日から本部のチーフの先生も交代である。全国各地から沢山のチームが集まっているが、長くても1週間位の間隔でどんどん人が入れ替わって行く。被災地での仕事があまり長くなると疲弊してくる、というのが理由らしい。自分達もまだまだ元気なつもりだが疲れてきているのだろうか？

今日は偶数日なので「大谷公民館」に出発である。前任の名寄チームの時はまだかなり寒かったとのことであったが、われわれが来てからは日に日に暖かくなってきており、風邪など具合の悪い患者が減って処方切れが多くなって来た。「入れ歯が合わなくなってきた」とか「避難所生活でADLが低下しリハビリが必要」などの訴えも増えてきていて、医療ニーズが急性期から慢性期に移って来ていると感じる。

地元医療体制も復旧しつつあり、各避難所を回り本吉総合病院へ行く巡回バスが稼働し始め、地元の開業医も診療を再開したり、往診を始めたところもあるようだ。対策本部としてはなるべく地元医療機関にまかせて、自身は診療規模を縮小してゆく段階に入っているとのことであった。

午後は小さな避難所1ヵ所のみで時間が余ったので、南三陸町まで足を伸ばして被災状況を見学した。ある程度がれきが片付き道路も開通している気仙沼市内とは違い、こちらではまだ復旧が進んでおらず、いたる所で道路が瓦礫で通行止めになっている。行方不明者の捜索に船やヘリが出動していて、長い捜索棒を持った自衛隊の捜索隊もあちこちで見かけた。迂回路をとりつつ進んだが時間が足りなくなり、市街地に到達する前に引き返した。

本部のミーティング終了後、次のチームである函館市立病院チームと合流、申し送りを行った。この日は私の41歳の誕生日であったため、皆が誕生パーティを行ってくれた。

4月11日(月)～4月12日(火)引継ぎ, 移動

いよいよ気仙沼を去る日がやって来た。今日は震災からちょうど1ヵ月である。本部では14時46分に黙祷を行うとのことである。ようやく被災地の状況が飲み込めて来た所で、まだまだ災害医療に貢献したいとの思いもあり、名残惜しいが仕方がない。書き溜めた記録やカルテ、申し送りを函館チームに託し、前任の名寄チームがやってくれたのと同じように最初の避難所まで案内し、仕事を終了した。彼らは救急専門のチームであり、制服もカッコイイし、われわれがダンボールに入れて運んでいたような診療機材物資を、スマートなスーツケースに入れて持ち運び、手際よく準備を進めてゆく。これなら安心して今後をまかせられるだろう。余った物資、薬剤は全て本部に寄付してきた。一番喜ばれたのはインフルエンザの診断キットであった。

来たときの道を逆に通る、2日間かけて旭川に戻った。気仙沼では毎日のように余震があったので、これでやっと余震から開放されたと思ったが、秋田についたとたんに震度4の余震にあったのはびっくりした。皆揺れていない時でも常に体が揺れている感じがする

「地震酔い」の状態になっていたが、これは旭川に帰ってからも1週間位は治らなかった。

市立旭川病院到着は4月12日の20時30分頃であったが、夜にもかかわらず院長、副院長をはじめとし多くの方に迎えていただきねぎらいの言葉をかけていただいた。ありがとうございました。

今回の被災地支援は震災から1ヵ月たっていたこともあり、仕事の内容は急性期の救急医療ではなく、崩壊してしまった地域の医療体制が回復するまでの間補完する、いわば慢性期の支援であった。自分は外科医であるが外科的処置はまったく行わずに終わった。今後日本にどのような災害が起こり、その際当院に医療チームの派遣要請がくるのかどうかかわからないが、全くの手探り状態で始まった今回の経験をまたどこかで活かせば良いと思う。

最後になるが、頼りない班長と最後まで一緒に行動してくれた3人の仲間、準備の段階から情報収集など色々と働いてくれた事務の方、物資薬剤の準備を行ってくれた臨床器材科、栄養給食科、薬剤科の方々に感謝しつつ終わりとしたい。ありがとうございました。

Medical essay

糖尿病と認知症（久山町研究より）②

(P7からつづく)

空腹時血糖値とアルツハイマー病、血管性認知症のリスクには有意な関連は認められていませんが、糖負荷後2時間血糖値の上昇とともにリスクは高くなり、アルツハイマー病はIGTのレベルから、血管性認知症は糖尿病のレベルで有意差が認められています。

剖検例では、空腹時血糖値と老人斑形成には有意な関係は認められていませんが、糖負荷後2時間血糖値と老人斑形成に有意な関係が認められています。また、空腹時インスリン値、HOMA-IRの上昇と老人斑形成の間にも有意な関連が認められています。このことから、食後高血糖、高インスリン血症、インスリン抵抗性が老人斑形成にかかわっている可能性が示唆されます。負荷後血糖値は食後血糖レベルの良い指標と考えられており、食後高血糖が認知症発症に対して高リスクであると考えられます。

以上より、血糖コントロール、特に食後高血糖の抑制が心血管病のみならず、認知症予防にきわめて重要だと考えられます。

(Y.N)

- (参考文献) 1. 老年期認知症研究会誌 2011; 118: 20-24.
2. DITN 2012; No.414.

点滴処置時の幼児に対するプレパレーションの試み*

看護部 西3階 坂口 夏美** 安瀬 真紀
栗柄 未央 金野 陽子
尾崎 由悦

はじめに

近年、小児看護では、プレパレーションを取り入れた支援が盛んに行われている。プレパレーションとは心理的準備と訳され、病気や入院によって引き起こされる心理的混乱を最小限にし、子どもや親の対処能力を高めるケアである。子どもが検査や処置の際に感じる痛みや恐怖感を緩和し、心理的準備や協力ができるようにするため、子どもや家族に行うケアを示す。これまで当病棟では、幼児に対し安全性を重視し抑制帯を使用(図1)して処置を行っていた。今回人形を用いたプレパレーションを試行し、患児の不安が軽減して、抑制帯を使用せずに処置を行うことができるのか検討した。また、看護師と親に対し、プレパレーションの効果について調査票調査を行った。

対象と方法

調査期間：2011年4月1日-2011年7月31日

対象：発達段階を考え、言語理解能力が備わる3～5歳児13名とその親を対象とした。

方法：病衣を着用させたキャラクター人形「しまじろう」(図2)をプレパレーションツールとして用いた。あらかじめ、看護師全員にデモンストレーションし説

明方法の統一を図るとともに、手順や注意点をまとめたものをラミネート加工し処置室に置いて、いつでも参照できるようにした。入院時、担当看護師は患児と



図1 抑制帯を用いた処置



図2 プレパレーションツール「しまじろう」

* : A Practice of preparation for preschool children undergoing injection procedures.

** : Natsumi SAKAGUCHI, et al.

Key words : 幼児プレパレーション, 採血,
点滴処置

親に対して、「しまじろう」を患者役とし、医療器具（点滴セット、駆血帯、テープなど）を用いて、これから行う点滴・採血処置の説明を10～15分かけ行った。処置時には、親は別室で待機してもらい、患児の様子により座位または臥床で処置を行った。処置後に担当看護師と親に調査票を配付し回答を得た。

倫理的配慮：親に口頭と文書で本研究の意義を含め説明した。研究への参加は自由意志によるものであり、研究への参加の拒否や途中で辞退された場合であっても医療・看護に不利益を被ることは一切ないことを保証した。また、調査票は匿名とし情報の処理には十分な配慮を行い、プライバシーは保護されることを説明し同意を得て開始した。

表1 看護師への調査票

1. 患児は興味を持って遊んでいましたか？	興味を持って遊んでいた	興味はあるが遊んでいなかった	遊んでもいなかった	その他（ ）
2. プレパレーション中に患児に不安言動は見られましたか？	はい	いいえ	どちらともいえない	
3. 説明中の母の様子はどうか？	協力的	質問があった	静かに聞いていた	その他（ ）
4. 説明する時間はありましたか？	十分にあった	ちょうどよかった	足りない	
5. 人形を用いての説明は負担でしたか？	はい	いいえ	どちらともいえない	
6. 処置を受ける際、どのようにしましたか？	看護師に抱かれて座る	以前の方法で行った	その他（ ）	

何かご意見などありましたらお書き下さい。

表2 親への調査票

1. 看護師の説明はわかりやすかったですか？	わかりやすかった	どちらともいえない	わかりにくかった	
2. 説明を受けて、その後の処置のイメージがつかえましたか？	ついた	どちらともいえない	つかなかった	
3. お子様は興味を持って遊んでいましたか？	興味を持って遊んでいた	興味はあるが遊んでいなかった	遊んでもいなかった	その他（ ）
4. 今後、このような機会があれば、人形を用いての説明はした方が良いですか？	した方が良い	どちらでも良い	しなくて良い	
5. 看護師の説明を聞いて、処置の間安心してお子様をあずけることができましたか？	安心できた	少し不安だった	とても不安だった	理由（ ）
6. 何かご意見などありましたらお書き下さい。				

お子様の年齢 才 性別 男・女

結 果

研究対象の看護師13名、親13名それぞれに調査票を配布し（表1, 2）、看護師13名、親11名から回答が得られた。

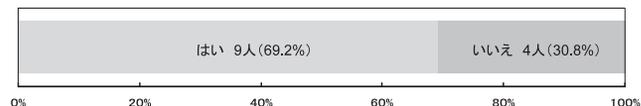
1. 看護師からの回答（図3）

「患児は『しまじろう』に興味を示したか」という質問に対し、「はい」が9名（69.2%）、「いいえ」は4名（30.8%）であった。

プレパレーション中の患児の6名（46.1%）に不安言動がみられた。

「処置を受ける際、どのようにしたか」という質問に対しては、看護師に抱かれて座るケースが9名（69.2%）、見1人で座るケースが1名、倦怠感が強く臥床せざるを得なかったが、抑制帯は使用しなかった1名、の合計11名（84.6%）が抑制帯を使用せずに処置を行うことができた。従来の抑制を必要としたケースは2名（15.4%）だけであった。座位の姿勢で処置を行った中で、泣いても動いて暴れる患児はいなかった。

1. 患児は「しまじろう」に興味を示しましたか？ (n=13)



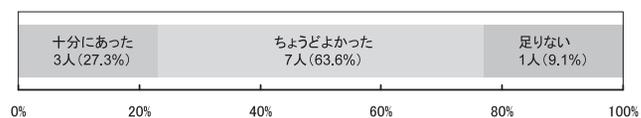
2. プレパレーション中に患児に不安言動は見られましたか？ (n=13)



3. 処置を受ける際、どのようにしましたか？ (n=13)



4. 説明する時間はありましたか？ (n=11)



5. 人形を用いての説明は負担でしたか？ (n=13)

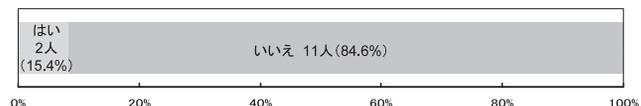


図3 看護師からの回答

説明に要する時間に関しては、十分から丁度良かったと感じた看護師が無回答を除く11名中10名(90.9%)であったが、足りないと感じた看護師も1名(9.1%)みられた。

「人形を用いての説明は負担であったか」に対し、11名(84.6%)が負担なく行うことができた。

2. 親からの回答(図4)

「看護師の説明は分かりやすかったか」という質問には、分かりやすかったと答えた親が10名(90.9%)、どちらともいえないと答えた親が1名で、分かりにくかったと答えた親はいなかった。

「説明を受けてイメージがついたか」という質問に対しては、ついたと答えた親が8名(72.7%)、どちらともいえないと答えた親が2名(18.2%)であった。つかなかったと答えた親が1名(9.1%)であったが、母はイメージはできていたが子どもは自分がされると思っていなかったためという理由が書かれていた。「看護師の説明を聞いて、処置の間安心して児を預けることができたか」には、安心できたが10名(90.9%)、少し不安だったが1名(9.1%)、とても不安だったと答え

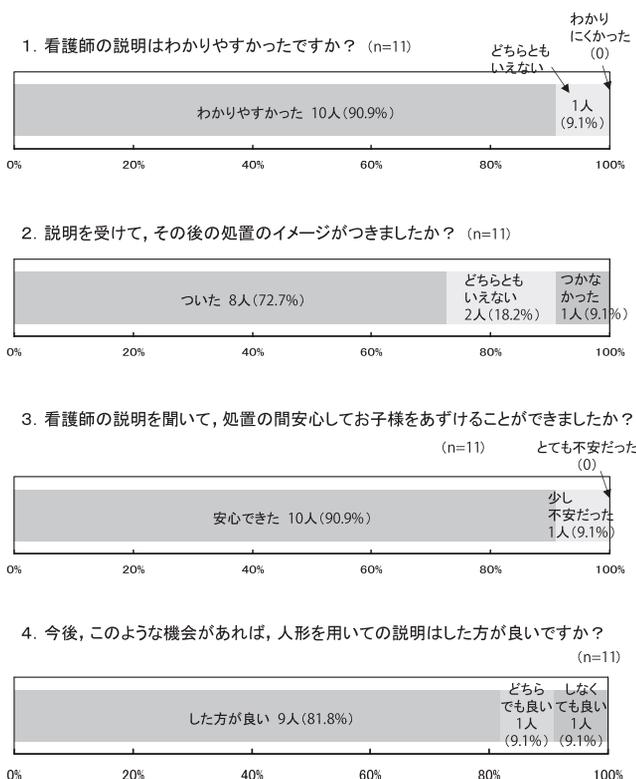


図4 家族からの回答

た親はいなかった。不安の理由として、処置に時間がかかったため不安になったという理由が挙げられた。

「今後人形を用いての説明はした方が良いか」には、した方が良いが9名(81.8%)、どちらでも良いが1名、しなくて良いが1名であった。

考 察

3歳から就学までの子どもは、自己中心性があり、幼児なりのシンボルや虚構を何かに見立てる「見立て遊び」や「ごっこ遊び」を通して物事を理解していると言われている。蝦名¹⁾は、「感覚にはたらきかけるような、動きのある親しみのあるものを用いて、言語で説明するのではなく、疑似体験をしその子なりに乗り越えていけるよう、子どもの対処能力を引き出すような関わりをすることで、子どもが病院で経験することを理解できる」と述べている。アルコール綿で拭くとき冷たいよ、刺すときはチクッと痛いよなど、どのような感覚がするのか具体的に伝えることが大事である。実際、今回69.2%の患児が抱っこされて処置を受けることができたことは、「しまじろう」を用いたプレパレーションを受けて疑似体験でき、患児自身がこれからどうなるのかを漠然とイメージできたのではないかと考える。

プレパレーション中に不安言動がみられていたのが46.1%あった。しかし、蝦名は、子どもは「嫌だ」「痛い」などいろいろな思いを表出するが、そのとき「嫌じゃない」と否定したり、「痛くない」と嘘をつくよりも子どもの思いに共感し、嘘をつかずに話すことが大切であると述べている。われわれも、患児に嘘はつかず思いを受け止めて、頑張りを継続させ、やる気を引き出せるよう心がけた。また、親のほうも看護師と一緒に声かけなどをしてくれることが多く、患児の安心につながったと考えられる。以前は患児を寝かせ、看護師が上から見下ろす形で処置を行っていたが、その際、処置時に暴れる患児が多かった。今回は泣いても暴れる児はなく、プレパレーションの効果と思われる。

子どもの集中できる時間は5分から15分と言われている。本研究では説明時間を10~15分と設定したが、説明に要する時間としても、患児が集中力を持続できる点からも適切だったと思う。夜間の入院でスタッフの人数が少ないときにプレパレーションの時間を割くのが大変だったとの意見も出たが、看護師の84.6%は

負担なく実行できた。今後は状況や環境に応じながら継続可能と考え、個別性をふまえて援助を行っていく必要がある。

一方、親の90.9%から安心して児を預けることができたとの回答が得られた。今までは子どもが処置を受けている間、子どもの様子は泣き声から推測するしかなかったため、不安に感じているという声が聞かれていた。親がプレパレーションに参加することで、子どもの状況を理解でき、処置への同意や医療者への信頼につながり、待つ時間の不安が軽減されたと考える。

5歳以下という幼児期においても、未知の体験に対する不安や疑問に答え、納得して処置に臨めるよう援助することが大切であると再認識した。

結 論

- 1) プレパレーションツール「しまじろう」に69.2%の児が興味を示した。
- 2) プレパレーション後、84.6%の児が抑制帯を使用せずに処置できた。
- 3) プレパレーションを受けた親の90.9%が安心して児を預けることができ、81.8%が今後もプレパレーションをした方が良いと回答した。

引 用 文 献

- 1) 蝦名美智子：プレパレーションの実践に向けてー医療を受ける子どもへの関り方。岸本出版印刷 2002；3-5.

参 考 文 献

- 1) 蝦名美智子：プレパレーションの実践に向けてー医療を受ける子どもへの関り方。岸本出版印刷 2002；1-13.
- 2) 及川都子：プリパレーションは必要か。小児看護 2002；25（2）：191.
- 3) 及川都子，田代弘子：病気の子どものプレパレーション。中央法規出版株式会社 2007；2-17.
- 4) 中島美恭ほか：処置室でのプレパレーションの効果。日本看護学会論文集 小児看護 2010；40：117-119.
- 5) 山元恵子：写真でわかる小児看護技術。インターメディカ 2008；25-29.

手術室患者申し送りの実態調査*

看護部 手術室 眞 鍋 美和子** 遠 藤 真衣子
長 井 香 織 阿 部 朝 乃

はじめに

当手術室における手術患者の入室においては、手術室看護師、病棟看護師、麻酔科医師、執刀医の立会いのもと、患者確認を行っている。手術室の構造上、入室時の患者確認は患者1名ずつしか行えない。入室時刻が重複した場合、プライバシーに配慮して、次の患者には前室で待機していただいている。患者を待機させることによる待機時間延長の要因は様々であるが、そのことにより、患者の手術への不安の増強が考えられた。患者の手術への不安の軽減とプライバシーの保護を考慮した上で、待機時間の短縮が必要であると考えた。今回、実態調査により待機時間延長の要因を分析・入室方法の検討を行ったので結果を報告する。

対象と方法

対象：

・第1回調査(改善前)：平成22年6月30日～同年8月10日に当手術室にて手術を受けた患者155名(期間中の全症例患者)

・第2回調査(改善後)：平成23年3月1日～同年4月1日までの当手術室にて手術を受けた患者71名(期間中の全症例患者)

方法：実態調査方法は、手術室到着から申し送り終了までの時間を、ストップウォッチにて計測。計測した

時間は、調査用紙を作成し記入するよう全スタッフへ周知した。調査用紙は、1)前室での待機時間(以下待機時間)2)申し送りから入室までの時間(以下入室時間)3)入室状況の項目(含待機要因)①医師不在②必要書類不足③入室の重複④入室と退室の重複⑤特に要因なく入室⑥その他(理由記載)とした。調査結果を分析・検討し、入室の際の患者待機時間延長の要因を明確にした。加えて手術室看護師22名にアンケートを行った。これは入室に関して問題と考える点や、入室の形態について疑問に思うことや改善したいこと等を自由記載で行った。

以上のことから、要因の改善を図りその後再度同様に実態調査を行い、改善前と比較した。

結 果

第1回の改善前の調査では、遅延なく入室できた症例は、93例(60%)、待機時間発生は62例(40%)であった。待機時間が発生した要因は全155症例中①医師不在25例(16%)②書類不足7例(5%)③入室の重複18例(12%)④入室と退室の重複3例(2%)⑥その他は9例(6%)であった(図1)。

遅延なく入室できた例の平均入室時間は2分39秒であった。待機時間が発生した例の平均入室時間を分類

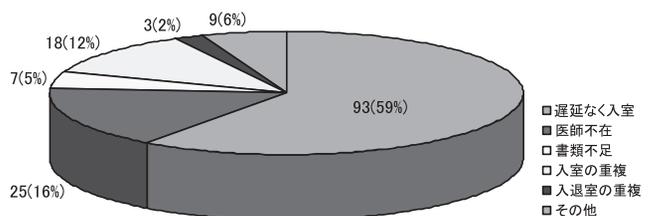


図1 改善前：待機時間延長の要因

* : The survey of the operating room patient writing method.

** : Miwako MANABE, et al.

Key words : 申し送り, 入室方法, 患者待機時間

し、統計を取った結果、①医師不在によるものが5分01秒②書類不足が4分09秒③入室の重複が2分48秒④入室と退室の重複が3分37秒⑥その他が3分57秒であった。さらに、待機時間の平均時間は3分17秒であった。中でも、一番長い待機時間は12分であった。

手術室スタッフ22名に対して行った入室時の問題点・疑問点等のアンケートでは、以下の回答が得られた。回答者は22名、回答率100%であった。記述式で重複回答を認めた。

病棟看護師と各科医師の連絡・連携不足3名(14%)、患者歩行入室時の環境の配慮の必要性2名(9%)、入室時間より10分前に入室する部署がある3名(14%)、書類の不備7名(32%)、入室時間が重なることにより、前室で患者さんを待機させてしまう6名(27%)、退室時乗換えホールでの申し送りと重なり退室患者を待機させてしまう3名(14%)という結果が得られた。その他の意見として、「申し送りが部屋で行われるのは、時間短縮に繋がると思う」「局所麻酔患者さんが手術室内を歩行入室する際、他の部屋のドアの開閉があり窓から他の手術を見ようとする方がいた。環境の配慮が必要」「小児の手術後、泣いて暴れる前に母親に会わせてあげたい。他の部屋との入室と重複してしまうと母親を呼んでいるのに会わせることができないのが辛い」「前室から乗り換えホールに入る際、先に患者様がスタスタとドアを開けて入ってきてしまい、他の患者さんの入室場面を見てしまうことがあった。まず、医師や看護師が他に入室者のいないことを一度確認してから入室して欲しい」「入室時身体チェックがされてなく、義歯が入ったまま又は指輪がされたままで入室時間が遅れた」等の意見が得られた。

調査およびアンケートから、医師の不在、入室の重複、書類不足があっても、手術室に到着した順にホールに入っていたため、待機時間が発生していたことがわかった。また、入室時間遅延の要因になっていたことが明らかになった。

この結果を得て、1)入室確認に必要な人員や書類が揃ってからホールへ入る。2)本人確認と同意書の確認が終了した時点で、各手術室へ入室する。3)同時刻の入室がなくなるよう入室時刻を決定する。この3点を改善することにした。1) 2) の入室方法については、周知・徹底するため、手術室運営会議と師長会議を経て病棟看護師・医師へ周知・協力を得るようにし、出入り口にも注意書きの張り紙をした。3) の

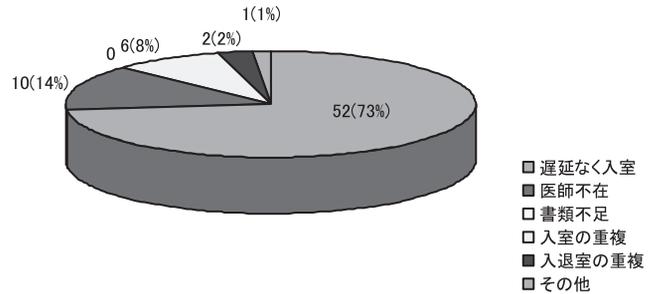


図2 改善後：待機時間延長の要因

入室時刻は、麻酔科医師の協力にて、入室時刻の決定をするようにした。

入室方法改善後に改善前と同じ調査を行った。調査結果では、遅延なく入室できた症例は52例(73%)、待機時間発生は19例(27%)と待機時間発生症例は減少した。さらに入室状況の項目のうち、待機時間が発生した19例の要因をみると①医師不在が10名(14%)②書類不足が0(0%)と改善前と比較して2つの要因で減少がみられた(図2)。

入室方法改善前後で待機時間の比較を行ったところ、平均は3分42秒となり3分25秒の短縮がみられた。

入退室の重複に関しては、手術室の構造上出入り口が1つであり、手術終了の退室患者と午後症例患者入室がホールで重複してしまう状況がみられていた。退室患者と重ならないよう配慮し、待機時間の短縮もみられたが、術式によりやむなく2~3組の同時刻入室となってしまう現状により、あまり待機時間の変化はみられなかった。しかし、これらの結果を受けて、麻酔科医師との協力もあり入室時間を10~15分程度間隔を空け、重複を避けるような入室時間にすることができるようになった。

考 察

手術室乗り換えホールでの申し送りは、狭い室内でなるべく重複を避けるように麻酔科医師と協力し配慮しているが、術式によってはどうしても2~3組の同時入室となってしまう。プライバシーを守り、重複を避ける工夫として、前室での待機ということを決行してきた。しかし、緊張して入室してくる患者さんを前室で待機させるということは、さらに不安を増強させているのではないかと考える。福光らは「手術室への入室時、患者の不安は強くなってくる。患者の

不安の増強は自分の予測外の出来事や、体験外の環境にさらされることが主因である。」と述べている³⁾。

今回の改善策で、入室に要した時間と前室での待機時間が短縮した。つまり、患者の不安を増強させる因子の軽減につながったと考える。

看護師へのアンケートから、患者さんが入室しているときは、次の患者は前室で待機する取り決めにも関わらず、患者のホールへの入室があることや、歩行入室の患者のドアの開閉などプライバシーが守られていないとの指摘もされた。また、通路から窓越しに手術室内が見えることや、通路サイドに検体の保管場所が設置されているなど、環境への配慮不足も明らかになった。今後も、手術を受ける患者さんのプライバシーの保護や、不安軽減に向けての改善が必要であると考える。

結 論

1. 入室方法改善後、待機時間が短縮した。
2. 入室・待機時間の短縮が、患者さんの不安を増強させる因子の軽減に繋がる。
3. 患者さんの不安軽減とプライバシーの保護を考慮したうえでのさらなる工夫が必要である。

文 献

- 1) 町塚雅子, 前川景子: 手術室における入室確認の新しい試み. 日本手術看護学会誌 2007; 3 (2): 168.
- 2) 穴澤典子, 佐々木栄子, 佐藤葉子, ほか: 手術における患者の申し送り形態の検討. 日本手術看護学会誌 2006; 2 (2): 201.
- 3) 福光一夫: 患者入退室と申し送り. 新・麻酔看護マニュアル, メディカ出版, I-③, p28.

Medical essay

白 内 障 手 術

70代女性の患者さんが視力の低下のため久しぶりに受診された。検査をすると白内障が進行していた。手術についてお話をしたところ、

患者さん: 「東京に4分で白内障手術をする病院があって、そこで手術を受けたいのです。」

私: 「ひょっとしてA先生のところですか?」実際の面識はないもののこの病院のA先生の手術は民放TVできれいな手術を見たことがあった。

患者さん: 「そうです。なんでもレンズが違うらしいのです。紹介状を書いてもらえますか?」

結局受診の目的は紹介状だったようなので、日本眼科学会の会員名簿を調べて東京のM病院のA先生宛に紹介状を書かせていただいた。

後で気になったのでその病院のHPを見てみると、眼科医は常勤6人非常勤10人、年間の白内障の手術件数は5000件、確かに白内障手術は約4分と記載されていた。白内障手術に特化した病院と思われた。民法のTVで見た画像では、1つの手術室に患者さんが4人くらい並べられ、助手が消毒し覆布がかけられた状態で、術者は次から次へと手術のみを行っていた。4分の白内障手術はおそらく日本でも最短で、この病院の大きなアピールポイントと思われる。手術の良し悪しは時間だけでは語れないものの、患者さんにとっては苦痛の時間は短ければ短いほど良く、またとても高い手術の技術とその仕上がりに対する寛容性を持っていないければ4分での手術はありえない。

まだ返事も患者さんも戻ってきていないし、また戻ってこないかもしれないけれども、手術の仕上がり具合を見たいのと患者さんの満足度を聞いてみたい。

(H.K.)

臨床病理検討会

平成23年度第1回

【日時】平成23年7月6日

【演題】胸腹水と肺・肝に多発結節影及び左尿管肥厚を認めた原発不明癌の1剖検例

【発表者】相馬 学

【症例】80歳 女性

【主訴】心窩部不快感，左下肢浮腫

【現病歴】平成23年2月16日頃より心窩部違和感および左下肢の浮腫を認め，2月23日に当院消化器内科受診となった。

【既往歴】30歳代 肺結核

【生活歴】職業：主婦 喫煙歴：なし

【現症】体温37.2℃，血圧123/73mmHg，脈拍85/分，呼吸回数28/分，室内気SpO₂ 91%

呼吸音：異常呼吸音は聴取せず

胸部：左前胸部に紫斑を認める

腹部：肝臓を4横指触れる

下肢：左下肢の浮腫を認める。右下肢は異常所見なし

【検査所見】

WBC 9090/ μ l RBC 370万/ μ l Hb 11.7g/dl Ht 35.5% MCV 95.9fl MCH 31.6pg MCHC 33.0g/dl PLT 25.1万/ μ l Na 138mEq/L K 4.8mEq/L Cl 100mEq/L BUN 32.9mg/dl CRE 1.05mg/dl TP 6.1g/dl ALB 2.4g/dl T-Bil 1.2mg/dl D-Bil 0.5mg/dl AST 685IU/L ALT 228IU/L LDH 3547IU/L Glu 106mg/dl CRP 6.95mg/dl ALP 1002IU/L γ -GTP 421IU/L HBsAg (-) 0.01 HCV抗体 (-) 0.04 CEA 47.1U/ml CA19-9 1361U/ml AFP 5.7ng/ml

【胸部X線写真】CTR 55% 右CPAは鈍であり，胸水の貯留が疑われる。

両肺に多発する結節影を認める。右肺の胸膜の肥厚を認める。

【腹部X線写真】腸管ガスを認めるが，異常ガス像は認めない。

【胸部CT】右S4に ϕ 20×20mm大の結節影が認められた。その他両肺に多発する結節影を認められた。両肺に胸水貯留が認められた。

【腹部CT】肝全体に造影剤で内部が濃染されないlow density areaが多発しており，転移性肝腫瘍が疑われた。また，左腎盂の拡張と左尿管の肥厚と腹水の貯留を認めた。

以上より，原発不明癌多発肺転移・多発肝転移の診断で同日当科入院となった。

【入院経過】

2/23 当科入院

2/24 右肋間より胸腔穿刺を施行し，混濁した黄色胸水を60ml採取した。胸水中のLDHが444IU/Lと上昇しており，滲出性胸水であった。（細胞診の結果，Class V，膵・胆道系の腺癌や移行上皮癌が疑われた。3/1に判明。）

2/27 呼吸苦，喘鳴，倦怠感が増強した。尿道バルーンを挿入し，尿量が少量であったためラシックス1Aを静注するも，同日の尿量は80mlと乏尿であった。

2/28 呼吸苦が持続するため，酸素2L/分で投与を開始した。血液検査で腎機能の急速な悪化が認められ，尿量は60mlと乏尿であった。

胸部X線写真では右肺野全体の透過性の低下を認め，胸水の増加が考えられた。

（尿細胞診の結果は，Class II，Reactive cytologic changesであった。3/1に判明。）

2/28のL/D

WBC 13710/ μ l RBC 342万/ μ l Hb 10.7g/dl Ht 31.4% MCV 91.8fl MCH 31.3pg MCHC 34.1g/dl PLT 23.7万/ μ l Na 135mEq/L K 6.6mEq/L Cl 97mEq/L BUN 80.5mg/dl CRE 5.23mg/dl TP 5.4g/dl ALB 2.0g/dl T-Bil 1.3mg/dl D-Bil 0.6mg/dl AST 932IU/L ALT 274IU/L LDH 4063IU/L Glu 90mg/dl CRP 7.86mg/dl γ -GTP 483IU/L

3/1 尿量少なかったためラシックス0.5Aを静注するも尿の流出は緩慢であった。

胸部CTでは両肺で胸水の増加を認め，右下葉は胸水に圧排され無気肺となっていた。

その後，SpO₂の低下を認め酸素投与量を増量した。また，呼吸困難感が強かったため塩酸

モルヒネ20mg/日の持続皮下注を開始した。
しかし、その後も低酸素血症が悪化し、体動減少し、呼名反応なくなり、23時08分に永眠される。

【臨床経過のまとめ】

・多発肺転移，多発肝転移，癌性胸膜炎，腹水，左水腎症，腎不全が考えられた。

【病理解剖診断】

1. 左腎・左尿管移行上皮癌
2. 転移 肝，両肺，甲状腺，骨髄，リンパ節転移 肺門・縦隔・大動脈周囲
3. 左水腎症
4. 胃腺種，大腸腺種
5. 胸水 左/右=150/650ml 淡血性

【臨床上的問題点】

- ・原発部位はどこか？→左腎または左尿管
- ・腎不全の原因は？→原発部位の左腎，左尿管の腫瘍による尿路の直接的な圧迫によると思われる。

【質問】

- ・腹部CTで左水腎症の原因となったのは左尿管の壁肥厚または腹腔内リンパ節の腫大のどちらによるものだったのか？
- 画像所見上は左尿管の壁肥厚によるものだったと考えられた。
- ・肝臓の腫瘍や肺の腫瘍は原発巣としては考えられなかったのか？
- 肝臓の原発の悪性腫瘍としては肝細胞癌や肝内胆管癌が考えられるが，造影パターン等から否定的であった。また，原発性肺癌の場合は辺縁明瞭なcoin状の多発腫瘍を形成することは珍しかったことから否定的であった。

【考察】

左腎および左尿管移行上皮癌により左水腎症となり，急性腎不全に陥ってしまい，肺水腫を来した症例を経験した。

平成23年度第2回

【日時】平成23年8月24日

【演題】左房粘液腫の1例

【発表者】田村有希恵

【臨床経過】

50歳代から高血圧にて地元のクリニックに通院中であつた。71歳時に僧帽弁閉鎖不全症に対して僧帽弁置換術を当院にて施行した。その後は，再度地元のクリニックに通院していた。

74歳時，地元クリニックへ定期受診後，帰宅途中に失神した。大学病院に救急搬送され，心臓超音波検査にて左房内腫瘍の診断，洞停止を認めた。3ヵ月前の心臓超音波検査では異常はなかった。緊急手術目的に当院に救急搬送された。意識レベルはGCSスコアでE3V4M6の計13点であつた。心拍数100から120台の心房細動と，最大で4秒近くの洞停止とを繰り返していた。血圧はファーラー位で97/75mmHgで四肢の冷感を認めた。胸骨角から5cm上まで頸静脈怒張を認め，心尖拍動は鎖骨中線よりやや外側で触れた。心音は人工弁click音正常で，S3聴取せず，心雑音は認めなかった。また，両側下肺でcoarse crackleを聴取した。採血検査所見上は，腎機能障害と弁置換後による軽度の溶血所見を認めた。胸部単純写真にて，両肺のうっ血著明で，胸部CTにて，左房内に約4～5cm大の陰影欠損と両側胸水を認めた。搬送後，Aライン，中心静脈ラインを確保し，経皮ペーシング装着，気管挿管し人工呼吸器管理とした。左房内腫瘍による僧帽弁閉塞と心不全，ショックと判断し，緊急手術となった。人工心肺下，心停止下にて左房内腫瘍摘出術を施行した。病理組織学的に左房粘液腫の診断であつた。術後，肺うっ血は速やかに改善した。しかし，洞不全症候群による徐脈が持続するため，DDDペースメーカーを移植し，弁置換術後，約6週で自宅に退院となった。その後は引き続き地元のクリニックと当院に通院となった。

退院1ヵ月後から全身倦怠感と咳嗽が出現した。徐々に悪化し，発熱も伴うようになり，地元のクリニックを受診した。胸部単純写真にて右胸水の貯留を認め，当院紹介，粘液腫摘出3ヵ月後に，再入院となった。胸部造影CTにて，左房，肺静脈から連続する8×9cm大の腫瘍陰影が右肺中下葉を占拠していた。画像所見から，粘液腫の再発を疑い，根治性には疑問が残るものの，腫瘍減量の目的で右胸腔腫瘍摘出と右肺中下葉切除を施行した。腫瘍の完全摘出は困難で，心嚢内の腫瘍は切除を断念した。切除した組織はcellularityが高く，核の異型性が強く，多核腫瘍細胞も認められた。悪性度の指標とされるp53陽性，MIB-1インデックスといったマーカーも高値であり，粘液腫の悪性転

化と判断した。残存腫瘍に対し、増大を抑える目的で、心臓と右肺を中心に2.5Gy×20回の放射線治療を施行した。放射線治療を終え、退院となったが、放射線治療終了時点でのCTにて、腫瘍は右胸腔の半分ほどを占拠していた。

退院から1ヵ月後に左下肢痛が出現した。CTにて、左腸腰筋と大腰筋の間に約7cm大の腫瘍を認めた。当院緩和ケアチームと放射線照射にて疼痛controlを開始した。左腎、右胸腔にも腫瘍を認め、腫瘍の転移と判断した。その後も、腹腔内の転移巣の増加、脳転移など全身へ転移し、左房粘液腫発症から約8ヵ月後に永眠された。

【臨床上的問題点】

- ①粘液腫発症時は良性であったのか
- ②粘液腫の悪性転化は考えられるのか

【病理解剖組織診断】

1. 心臓粘液肉腫、術後、放射線療法後、多発転移、腫瘍残存
2. 腹腔内出血（腫瘍の破綻による）
3. 僧帽弁置換術後
4. 腔水症 腹水1750ml、胸水左右：50/10ml

【質疑応答】

1. 発症時の粘液腫は多発か播種によるものか。また、粘液腫は多発するのか。

→おそらく多発であった。粘液腫の10%は多発して発症する。

2. 粘液腫の転移はどのような機序か。

→血行性転移の可能性が高いと考えられる。

【まとめ】

粘液腫発症時の組織について、悪性度の指標とされるp53、MIB-1インデックスといったマーカーは調べていない。発症時の組織を再検したところ、良性よりもcellularityは高い印象であり、臨床経過も早いことからすると元々悪性であったのかもしれない。現在、粘液腫の悪性転化は否定的見解であり、今回の症例について、粘液腫発症時から悪性であった可能性が高いと考えられる。

平成23年度第3回

【日時】平成23年9月28日

【演題】多発骨転移の原因疾患鑑別から診断に至った非分泌型多発性骨髄腫の1例

【発表者】野村健太

【症例】70歳代 男性

【主訴】右側腹部痛

【現病歴】2006年当院外科にてS状結腸癌（SE, N0, stage II）にて結腸部分切除+D3（curA）施行された。2010年3月より腰痛・下肢の脱力を認めた。親族の病院にて精査の結果Th7の腫瘍性病変を認め、胸椎、腰椎、仙椎にも多数の溶骨性変化を認めたため転移性腫瘍を疑われ当院紹介となり2010年4月1日より精査加療目的に当院外科入院となった。

【既往歴】2004～：HT、高脂血症、2006/6/6：S状結腸癌手術（結腸部分切除+D3）（SE, N0, curA）

【生活歴】喫煙：20～23歳・5本/day アルコール：（-）、アレルギー（-）

【現症】身長146.0cm、体重40.0kg。脈拍115bpm・整、血圧103/58mmHg、体温37.2℃。頭頸部：貧血なし、黄疸なし、リンパ節触知せず、胸部：心音、呼吸音に異常なし、腹部：平坦・軟・圧痛なし、肝・脾・腎触知せず、四肢：浮腫なし

【入院時所見】WBC 7210/ μ l, seg 92.0%, Eosino 0.0%, Baso 3.0%, Mono 2.0%, Lymph 3.0%, RBC 445 \times 10⁴/ μ l, Hb 14.3g/dl, Ht 41.3%, 網状赤血球比率 6.8%, 網状赤血球数 3.03 \times 10⁴%, MCV 92.8fl, MCH 32.1pg, MCHC 34.6g/d, IPLT 18.6 \times 10⁶/ μ l, Na 139mEq/L, K 4.9mEq/L, CL 99mEq/L, IP 4.6mg/dl, Ca 15.6mg/dl, BUN 36.5mg/dl, CRE 2.11mg/dl, UA 8.7mg/dl, TP 5.9g/dl, ALB 3.5g/dl, A/G 1.46, IgG 756mg/dl, IgA 90mg/dl, IgM 29mg/dl, AST 19IU/L, ALT 21IU/L, LDH 278IU/L, CPK 23IU/L, T-Bi 10.7mg/dl, D-Bil 0.1mg/dl, CRP 0.31mg/dl, ALP 251IU/L, γ GTP 39IU/L, CEA 2.1ng/ml, CA19-9 12.4U/ml, PSA 6.16ng/ml

【前医CT】脊椎Th7に骨溶解を伴い脊柱管内に進展する腫瘍を認めた。また胸椎、腰椎、仙椎に多数の溶骨性変化を認めた。S状結腸癌切除後の吻合部付近に異常腫瘍・リンパ節腫大を認めずS状結腸癌の再発は否定的であった。肺野に両葉に小結節影が認められた。前立腺肥大を認めたが以前と大きさの変化は認められなかった。

【前医MRI】Th7椎体背側にT2で高信号な腫瘍性病変を認め脊柱管を圧排していた。Th10などにも高信号を示す腫瘍を伴い転移性病変が疑われた。

【Th7穿刺細胞診】血液成分のみであり明らかな異常細胞は検出されなかった

【入院後経過①】高カルシウム血症と脊髄圧迫病変によるものと思われる進行性の下肢麻痺を認め入院日よりTh5～9に対して36Gy/12Frの緊急照射を、高カルシウム血症に対しゾメタ、脊髄の浮腫に対してデカドロンとグリセオールを開始した。放射線照射後の脊髄の浮腫によると思われる下肢のしびれ・筋力低下が一時増強したがその後軽快傾向となり、高カルシウム血症も4/6には正常化した。

CT上明らかな原発巣を認めず多発性骨髄腫に関しても免疫グロブリン上昇がみられず、末梢血中のIgG κ/λ 比が正常なため否定的であった。しかし抗体を分泌しないタイプの多発性骨髄腫も存在することから多発性骨髄腫を否定するため骨髄穿刺を施行する必要があると考えられた。

【骨髄穿刺】 H22/4/16

形質細胞は7.2%と軽度増加を認めた。CD38ゲーティングにより λ 鎖は60%・ κ 鎖は7.9%と κ/λ に偏りが認められ形質細胞のモノクローナルな増殖を認めた。

【骨髄穿刺・生検】 H22/4/21

骨髄穿刺：形質細胞は12.6%と軽等度の増加を認めた。鏡検では形質細胞は大小不同で核は腫大しN/C比の大きなもの多核のものが混在していた。

骨髄生検：1/3の部分で骨髄腫細胞は集簇しており形質細胞が100%の部分が存在した

【免疫電気泳動】 H22/4/2

Mタンパクを認めなかった。

【入院経過②】以上より診断は多発性骨髄腫・非分泌型でDurie salmonの病期分類ではStage III b、ISSの病期分類でもStage IIIとなった。脊椎病変に関しては生検にて確認できなかったが臨床的に形質細胞腫の可能性が高いと考えられた。治療には早期に腫瘍の縮小効果が期待できるVAD療法を選択し、脊髄圧迫の解除が得られ次第より高い奏効率を期待してVelcade療法へ移行する方針とした。

5/17よりVAD療法導入した。全身状態は良好で経過し一時好中球減少をきたしたためG-CSF使用したがその後の経過も良好であった。下肢の麻痺も改善し歩行器を使用して歩行可能となった。6/14よりVAD療法2コース目施行し特に副作用を認めず退院も視野に入れ治療を継続した。7/5 VAD療法2コース後の評

価のため脊髄MRI施行した。

病勢評価に関してはM蛋白は陰性であり血清での評価は困難と考えられCT・MRIにて直接病変の縮小を確認することと骨髄生検での骨髄腫細胞の百分率で評価を行った。

【MRI】 H22/7/5

Th7の腫瘍に軽度の縮小が認められ脊髄圧迫所見は解除されていたが縮小率は25%以下にとどまった。また仙骨部・Th9の直接病変も明らかな縮小が認められず評価は不変であった。

【入院後経過③～退院】VAD療法2コース後、より高い治療効果を期待し7/13よりvelcade療法を導入した。重篤な副作用を認めずADLも保たれていることから7/25退院とし外来でVelcade療法を継続した。外来で化学療法を順調に継続し11/1に評価のため胸腰椎MRIと骨髄穿刺を行った。

【MRI】直接病変は軽度縮小傾向にあり化学療法はある程度有効と考えられたが多数の病変を認め、圧迫骨折が多発しており病勢は進行していた。

【骨髄穿刺】低形成で顆粒球・赤芽球・巨核球の三系統において減少が認められた。形質細胞は52%を占めており骨髄上も病勢は進行していた。

【外来～再入院】11/9の貧血、血小板低下、食欲不振が著明となり化学療法継続は困難であった。またLDHの上昇、高カルシウム血症と腎機能の低下を認め多発性骨髄腫の進行が考えられた。ADLの低下と多発性骨髄腫の進行のため11/24入院となった。化学療法の即効性を期待してVAD療法を再び導入した。腎機能は輸液により回復したが汎血球減少が継続していた。

12/3、VAD施行後4日目には全身状態はやや改善傾向にあり、血液検査上も血小板が7万台へ回復するなど化学療法の効果がある程度みられていた。しかしCRP高値が継続し、消化管出血が出現するなど全身状態は悪化傾向にあり12/8化学療法導入後203日目に患者は死亡した。

【臨床経過まとめ】

多発性骨転移の鑑別の中から多発性骨髄腫・非分泌型の診断に至った1例であった

【病理に明らかにしていただきたいこと】

- ・脊椎病変の腫瘍病変・溶骨性病変は多発性骨髄腫によるものであったのか
- ・骨髄病変はどこまで進行していたのか

- ・肺野に散在する小結節は何であったのか
- ・前立腺がんの可能性はあったのか

【病理学的診断】

1. 多発性骨髄腫
(骨髄, 脊髄硬膜外, 肺, 肝, 腎, 副腎)
2. 結節性甲状腺腫
3. ヘモジデローシス (肝, 脾)
4. S状結腸癌術後, 再発なし
5. 胸水 (左右=750/1050ml)

【質疑応答】

- ・免疫電気泳動の結果について解説してください。

CD38ゲーティングを行うと形質細胞のみが解析される。CD19陽性, CD56陽性 (3割程度は陰性) かつ κ : λ 比が偏りを認める場合には単クローン製の腫瘍性増殖と考えられる。今回はCD19は5%と低値を示しCD56は11%と高値を示してはいなかったが形質細胞のモノクローナルな増殖を認めた。また λ 鎖は60%・ κ 鎖は7.9%と κ / λ に偏りが認められモノクローナルな増殖を支持していると考えられた。

- ・骨髄穿刺を同時期に2度行っているが理由はあるか。

はじめの骨髄穿刺では形質細胞が7.2%と微妙な上昇を認めていた。フローサイトメトリーからMM・MGUSの可能性が高いと考えられた。骨髄腫細胞は骨髄中に散在性に集団を形成し, 骨髄組織と密に結合していることから骨髄穿刺にて吸引できないこともあり, 骨髄穿刺のみでは多発性骨髄腫を否定することはできないため再度骨髄穿刺を行うとともに骨髄生検も試行した。

- ・入院時の腎障害は何によるものと考えられるか。

入院時の段階では明らかな原因は不明であったが後から考えると高カルシウム血症と骨髄腫細胞による腎障害と考えて問題ないと考えられる。

- ・入院時骨病変を認めるがALPが高くないことについて何か考えられるか。

通常の腫瘍による骨病変は破骨とともに造骨を行いALPは上昇するのが基本と考えられる。多発性骨髄腫においては造骨は亢進せず溶骨のみを亢進させるためこのような結果になっているものと考えられる。診断がついた後から考えるとALPの上昇を認めない骨病変があることから大腸がんの再発骨転移よりは多発性骨髄腫を示唆する所見として考えてもよかったかもしれない。

平成23年度第4回

【日時】平成23年11月8日

【演題】石綿関連肺癌の1剖検例

【発表者】岸 秀昭

【症例】75歳 男性

【主訴】胸部異常陰影

【現病歴】

2005年10月に住民検診で胸部異常陰影を指摘され, 11月4日当院呼吸器内科を受診した。11月18日胸部CTで, 両側下葉背側に網状影が認められ, 間質性肺炎と診断された。その後外来に定期的に通院しており, 禁煙を指導されるも喫煙を続けていた。2009年11月21日胸部CTで右肺S9に31×25mmの不整形の結節影を認め肺癌が疑われた。11月24日, 精査加療目的で入院となった。

【既往歴】

40歳代: 虫垂炎の手術

50歳代: 胃十二指腸潰瘍

60歳代: 白内障の手術

71歳~: 間質性肺炎 (当科通院)

【生活歴】喫煙: 10本/日×62年 (13~75歳) アルコール: (-) アレルギー: (-)

職業: 大工 約50年前から石綿の曝露歴あり

【現症】身長 161cm, 体重 66.2kg。脈拍 68bpm・整, 血圧 116/74mmHg, 体温 36.7°C, 呼吸回数 16回/分, 室内気 SpO₂ 97%。胸部聴診上, 両背部の下肺野に fine crackleを聴取。

【胸部X線】2009/11/24

右下肺野に大きさ34×32mmの結節影を認めた。

両下肺野に, びまん性に粒状影を認めた。

【胸部CT】2009/11/20

右S9にnotchやair bronchogramを伴う大きさ33×31mmの不整形な腫瘤影を認めた。

両下肺野に, びまん性に網状影を認め, 間質性肺炎が考えられた。

【細胞診】2009/11/27

Class V squamous cell carcinomaと診断された。

【腹部造影CT】2009/11/27

肝臓S6に23×20mm, その他5~10mmのLow density area (LDA) が約10個あり, 肝転移が疑われた。

【診断】

右S9原発の扁平上皮癌

T2N0M1 HEP cStageIV（肺癌取り扱い規約第6版）
（T2aN0M1b cStageIV（肺癌取り扱い規約第7版））

【治療】

化学療法

<入院2回目>2009/12/14~12/28

12月15日：CBDCA（520mg）+PTX（320mg）

①<入院3回目>2010/1/5~2/26

1月7日：CBDCA（520mg）+PTX（320mg）

②1月25日，効果判定のCTを施行し，縮小率35.8%とPR（部分奏効）と判定された。

2月2日：CBDCA（520mg）+PTX（320mg）

③<入院4回目>2010/6/14~8/4

6月17日：CBDCA（520mg）+PTX（320mg）

④7月15日：CBDCA（520mg）+PTX（320mg）

⑤7月29日，効果判定のCTを施行し，縮小率36.1%とPRと判定された。

<入院5回目>2010/10/18~11/19

10月22日：CBDCA（520mg）+PTX（320mg）

⑥11月12日：CBDCA（520mg）+PTX（320mg）

⑦12月3日，効果判定のCTを施行し，縮小率23.8%とSD（安定）と判定された。

<入院6回目>2011/2/23~3/25

2月25日：CBDCA（520mg）+PTX（320mg）

⑧3月18日：CBDCA（520mg）+PTX（320mg）

⑨4月8日，効果判定のCTを施行し，縮小率33.3%とPRと判定された。

<入院7回目>2011/6/20~9/16

【現病歴】9回目の化学療法（2011/3/18）

終了後，外来にて経過観察していた。6月3日，CTで原発巣が46×39mm（4/8：40×32mm）に増大していた。10回目の化学療法目的で，6月20日当科入院となった。

【現症】身長 161cm，体重 56.6kg。脈拍 76bpm・整，
血圧 128/66mmHg，体温 36.5℃，呼吸回数 18回/分，
室内気 SpO₂ 95%。胸部聴診上，両背部の下肺野に
fine crackleを聴取

【血液検査】2011/6/20

WBC 5970/ μ l RBC 301万/ μ l ↓ Hb 9.9g/dl ↓ Ht
29.5% ↓ PLT 7.9万/ μ l ↓ Na 135mEq/L K 3.1mEq/L ↓
CL 102mEq/L BUN 18.5mg/dl CRE 0.55mg/dl ↓
TP 8.1g/dl ALB 2.5g/dl ↓ T-Bil 0.6mg/dl AST 99IU/L ↑
ALT 55IU/L ↑ LDH 1275IU/L ↑ BS 147mg/dl ↑

CRP 2.62mg/dl ↑ ALP 803IU/L ↑ γ GTP 212IU/L ↑
Ca 8.6mg/dl ↓

【胸部X線】2011/6/20

5月6日と比べて，右下肺野の腫瘤影は増大していた。

【胸部CT】2011/6/21

右S9の腫瘤影は61×43mmで，6月3日と比べてさらに増大していた。

【腹部CT】2011/6/21

肝臓の転移巣は75×73mm（2011/4/8：31×25mm）
に増大していた。

右側腹部痛の原因と考えられた。

【入院後経過①】

入院後，腹痛・嘔吐があり，CTで小腸の拡張がみられ，イレウスと診断。原因として肝転移，腹部大動脈瘤（AAA）の増大，リンパ節の腫脹などが考えられた。絶食と補液によりイレウスは軽快した。6月24日肝転移による右側腹部～背部痛が増強し，オキシコンチン（5mg）2T/2×内服を開始した。6月27日の胸部X線では右胸水を認めた。疼痛はコントロールでき，本人の希望もあり，10回目の化学療法を施行した。

6月29日：CBDCA（520mg）+PTX（300mg）

⑩7月15日の胸部X線では腫瘤影の縮小を認めた。

【入院後経過②】

11回目の化学療法を施行した。

7月26日：CBDCA（450mg）+PTX（260mg）

⑪8月1日，Hb 6.5まで低下を認め，濃厚赤血球2単位を輸血した。8月8日の胸部X線では腫瘤影はやや縮小していた。その後微熱は続いていたが，8月中旬には外泊もしていた。

【入院後経過③】

8月22日頃，全身倦怠感，食欲不振は強くなった。

8月24日，右胸水の増加を認めた。8月27日，内服困難となり，モルヒネ持続投与開始となる。9月2日呼吸不全を認め，酸素1L/minの投与開始となった。9月10日頃より傾眠傾向にあった。9月12日酸素投与量は14L/minまで増加し，呼名に反応しなくなった。9月16日心拍数は低下し，7時53分死亡した。

【臨床経過まとめ】

石綿吸引歴があつて，今回肺扁平上皮癌を合併した1例であった。

【病理に明らかにしていただきたいこと】

・石綿吸引歴があり，胸膜プラークの有無

- ・肺内アスベスト小体の量
- ・肺癌の進展程度

【病理学的診断】

1. 右肺下葉大細胞癌
2. 転移・浸潤：肝，脾，横隔膜
リンパ節転移：両肺門・縦隔・大動脈周囲
3. 間質性肺炎
4. 腹部大動脈瘤
5. 陳旧性心筋梗塞
6. 胸水 左/右=350/800ml清
腹水 450ml清

【質疑応答】

- ・間質性肺炎の治療はしていたのか
特にしていない。
- ・原発巣は治療により大きくなったり小さくなったりしたが、肝臓はどうか？
化学療法の効果が強く、肝臓の方が大きく縮小していた。
- ・肺を切除，肝の動注療法はどうか？
生命予後に影響しない。抗腫瘍効果ありやる価値はあるか。臨床試験レベルでは施行してもよいかも。
- ・レジメはどのくらいの間隔？
2コースしたら，最低3週間以上あける。しびれ，骨髄抑制などの副作用が回復してから。
- ・石綿吸入歴，喫煙，扁平上皮癌あれば，石綿関連肺癌といってもよいのか。
疑いで治療していた。
- ・原発巣のサイズがそれほど大きくないが，肝転移はよくあるのか？
ある。脳転移や骨転移もよくある。
- ・最後の入院は右側腹部痛があったことがきっかけか？
入院治療を予定してから肝metaが大きくなり，痛みが出現した。
- ・肝腫大あったが，肝不全はあったか？
肝不全による症状はなかった。
- ・SpO₂の低下はあったか？
治療中はなかった。

平成23年度第5回

【日 時】 平成24年 3月12日

【演 題】 骨転移・肝転移，放射線化学療法を行った再発乳癌の1剖検例

【発表者】 加藤亜佳音

【症 例】 初診時42歳 女性

【臨床経過】

1991年6月末に左乳房のしこりを自覚し，7月1日に当院外科受診した。左乳房C領域に直径1.8cmの腫瘤あり。針生検でsolid-tubular carcinomaであった。7月5日に外科入院し，7月8日に非定型乳房切除術施行(Bt+Ax+Ic)した。病理診断はBreast cancer, solid-tubular carcinoma, pT2, pN1, M0:stage II B, ER(-), PgR(-)であった。術後に化学療法を開始し，UFT 400mg/日を3年間内服した。その後は定期通院にて経過観察しており，約6年間再発なく経過していた。

1997年10月17日に受診した際に右乳房D領域に腫瘤触知し，針生検にてscirrhous carcinomaであった。10月20日に外科入院し，10月23日に非定型乳房切除術施行(Bt+Ax+Ic)した。病理診断はBreast cancer, scirrhous carcinoma, pT2, pN1, M0:stage II B, ER(+), PgR(+)であった。術後は化学療法およびホルモン療法(UFT 300mg/日+TAM 20mg/日)を開始した。

1999年1月頃から腫瘍マーカーのCA15-3とNCC-ST439が上昇傾向であった。4月の骨シンチでは骨転移は否定的であったが，9月のCTにて肝転移が疑われたためレジメ変更し，CEF(EPI 40mg+5-FU 750mg+CPA 100mg)とMPA 1200mg/日)開始した(MRIにて肝転移は否定)。CEF 6コース終了後はMPAのみ継続した。

《骨転移の経過》2001年3月の骨シンチにて骨盤骨(右寛骨臼上部～右仙腸骨関節下部・左腸骨稜)に異常集積あり放射線治療施行(右腸骨～白蓋・左腸骨：40Gy/16f/29day)した。2002年2月に閉経。2003年11月には異常集積ほぼ消失していた。2007年5月の骨シンチにてTh3-6および右骨盤骨に異常集積あり，骨転移の再燃が疑われたため放射線治療施行(Th3-7：35Gy/14Fr/3.5w, C3-5・右股関節：35Gy/14Fr/3.5w)し，アロマトーゼ阻害薬(アロマシン) 25mg/日開始した。2008年5月の骨シンチで左後頭骨・胸腰椎・胸骨・両側肋骨・右腸骨に異常集積出現し骨転移増悪と

考えられたためアロマトーゼ阻害薬を変更（フェマール 2.5mg/日）の上、ビスホスホネート剤併用した。2009年7月に右下肢麻痺が出現し、転移性骨腫瘍による麻痺が疑われた。12月に脊椎・脊髄MRI施行しC2/7・Th1/4/5/7・Th10-12・L1-5・S1に多発椎体転移認めた。右下肢麻痺の原病巣は骨盤と考えられたため放射線療法施行（12/C6-Th2：35Gy/10Fr/2.5w, L5-S：35Gy/10Fr/2.5w）した。

《肝転移・膵転移の経過》2007年12月のCTにて肝S2に転移疑われる所見あり。腹部エコーでは膵体部にも転移疑われる所見あり。CVポート留置の上FEC（60）（EPI 100mg+CPA 750mg+5-FU 750mg）開始した。2008年2月よりweaklyPTX開始した。2009年2月にはCT上肝転移消失したが、膵転移は増大傾向であった。CA15-3・NCC-ST439徐々に上昇してきており、2009年11月よりVNR単剤療法へレジメ変更したが、肝転移は増悪傾向で、膵転移も増大傾向であった。

2010年4月頃より、度々発熱あり、外来受診頻回していた。5月のCTにて肺炎像を認め、誤嚥が疑われたため耳鼻科受診し、嚥下評価にて著しい嚥下機能の低下を指摘された。誤嚥を繰り返す可能性あり絶飲食となった。2010年6月のCTにて肝転移増大あり。VNR再開を予定していたが、御本人・御家族と相談の上BSCの方針となり、DNARの了解を得た。在宅医療を近医に依頼し退院。7月末より在宅医療開始した。誤嚥性肺炎のため絶食とし、在宅TPN施行。嚥下訓練開始し、徐々に経口摂取可能になった。8月中旬よりspike様発熱あり、CVポート感染疑われたためCVポート抜去後再挿入した。2011年4月下旬より肝機能障害によると思われる出血傾向あり、皮下出血や血腫が全身に出現していた。5月13日の朝方痰詰まりあり、訪問看護師が吸引処置するも呼吸困難が持続し、呼吸不全・血圧低下あり。御家族の希望で、同日当院外科緊急入院となった。入院時よりチアノーゼ著明であり、同日20時13分に永眠された。

【臨床上的問題点】

- ①硬膜転移や肝転移の状態、その他の遠隔転移やリンパ節転移はあったのか
- ②誤嚥性肺炎の状態
- ③膵は実質転移だったのか周囲リンパ節への転移だったのか
- ④再発はどちらの組織型なのか

【病理組織診断】

1. 異時性二重癌、両側乳癌術後
 - 1-1. 左乳癌、充実腺管癌 solid-tubular carcinoma
 - 1-2. 右乳癌、硬癌 scirrhous carcinoma
2. 転移・浸潤：肝両肺、小脳、硬膜、両甲状腺、両副腎
リンパ節転移：両肺門・縦隔、門脈周囲
3. 胸水：左/右=100/200ml 血性、腹水：100ml 清

【質疑応答】

- ①胃癌や大腸癌では5年間再発しないと90%以上治癒と判断するが、乳癌の場合はどうか。
乳癌の場合は10年以上経過して再発することがあり、20年を目安に判断する。

②誤嚥について

声帯の萎縮は年齢相応であり、誤嚥の原因とは考えにくい。長期にわたる化学療法やホルモン療法の影響も考えられる。

硬膜転移と診断された際、活動性の低下と左眼瞼下垂・頭重感あり、全脳照射+デカドロン+グリセオールにて加療した結果、頭重感消失しゼリー食を食べられるまでに回復したことから、誤嚥の原因は髄膜播種、硬膜腫瘍形成による症状の可能性がある。

③死因について

両肺とも肺炎認めず、癌の全身転移によるものと考えられる。

【まとめ】

初回術後より亡くなるまで20年という長い経過であった。

- ①右前頭葉から右側頭葉にかけて硬膜転移を認めたが大脳実質への浸潤はなかった。小脳に関しては硬膜転移と小脳実質への浸潤を認めた。肝転移は出血を伴い壊死傾向のある腫瘍が両葉にわたりびまん性に多発していた。その他の転移・浸潤は、両肺、両甲状腺、両副腎で認め、リンパ節転移は両側肺門・縦隔、門脈周囲に認めた。
- ②両肺とも肺炎は認めなかった。
- ③剖検時には膵実質への転移はなく、周囲リンパ節への転移を認めた。
- ④再発・転移したのは左側乳癌由来のsolid-tubular carcinomaであり、右側乳癌由来であるscirrhous carcinomaはどの転移巣からも認められなかった。

看護必要度評価者院内指導者研修に参加して

看護部 古川美砂

2011年12月4日、札幌市北海道ACUで開催された2011年度看護必要度評価者院内指導者研修に参加させていただきましたので報告します。

本講座は、看護必要度評価の解釈と実用に向け、衛生同時中継による記録の演習を含めた研修とインターネットによるeラーニングでの事前学習を併用して修了証を発行する形式で実施されました。全国39ヵ所で開催され、受講者数は5600名と発表されています。

この研修は、看護必要度評価者である職員を養成するために、院内指導者を育成することを目的としています。

「看護必要度」とは、看護サービスのより適切な評価のために開発された評価基準であり、「入院患者へ提供されるべき看護の必要量」とされています。

厚生労働省は、2008年4月に診療報酬体系を見直し、各医療機関が一般病棟7対1入院基本料を申請するには、全ての入院患者の「看護必要度」の評価を実施することが算定要件となりました。看護師の適正な配置と看護サービスの配慮が医療機関に問われたのです。その後2010年4月には、一般急性期病棟の「7対1入院基本料」のみならず「10対1入院基本料」においても評価の実施によって加算がつく等、診療報酬において事実上必須の算定要件となりました。さらに看護必要度の評価者に対する院内研修、訓練に携わる指導者には、「所定の研修を修了した者、もしくは評価に習熟した者が行う研修であること」が条件となっており、所定の研修を受講したという証明として修了証を提出することが必要となってきています。

当院では、2010年4月より看護必要度を導入し、実際に評価を実施してきました。導入時には研修修了者による全体研修を実施するとともに、適正な評価を継

続するために、師長や主査が自部署にて日々チェックを行うなど、正確な入力と記録の把握に努めております。

「看護必要度」に応じて経済的評価がなされる場合、必要度は正確に患者状態を反映したものでなければなりません。そのためには、院内指導者の育成と職員に対する継続的な研修が必須となります。

今回の研修では、「看護必要度の評価方法と考え方」を山梨県立大学看護学部教授 田中彰子氏、「医療制度における看護必要度の意義」を厚生労働省国立保健医療科学院統括研究官 筒井孝子氏、「看護必要度におけるe-learningの進め方と看護管理～要員管理を中心に」を東京都看護協会会長 嶋森好子氏と筒井孝子氏、「看護必要度評価のための記録」を筒井孝子氏と田中彰子氏からの講義があり、演習として「看護必要度評価項目のビデオ演習」が実施されました。

ICU「重症度評価票」と一般病棟用「重症度・看護必要度に係る評価票」は実際に使用しているため見慣れた評価項目でしたが、その他のHCU用や回復期リハ用については新たな知識が習得でき、また各評価項目についても解釈の違いがあったことを認識できたこと、看護の質評価のためのデータとしての活用を学べたこと、看護必要度教育プログラムの整備の重要性を再確認することができたこと、多職種連携における情報共有のツールとして看護必要度が活用されていくなどが今回の研修の学びとなりました。

その中で看護必要度が看護の質評価に繋がることは十分に把握していましたが、データが活用できていない現状もあり、興味深く聴講できました。

良質な看護サービスを提供できる体制が整っているか、看護必要度に応じた適正な看護師配置ができているか、良質な看護サービスを実際に提供しているか、看護必要度のアセスメントと看護記録の整合性はある

か、良質な看護サービスの結果として患者に好ましい結果がもたらされているか、看護のアウトカムとしての看護必要度得点の変化があるかなど、看護必要度を評価することは看護管理に重要なデータ取得に繋がると言われています。

現段階では、部署毎の夜勤者配置人数の関係で看護師配置に看護必要度評価を考慮することは困難な状況ではありますが、入院基本料7対1を取得し、新人看護師の育成に伴い夜勤人数の安定化が図れてくると、今後は看護必要度のデータを看護管理に活用していくことが可能となり、看護部の課題となると考えます。

また正確なデータの保証をするためには、評価者の教育が必要であり、教育プログラムの整備は必須となります。具体的には、新規採用者研修・中途採用者研修・院内研修指導者養成研修者の選出と継続的な研修

プランを検討していきたいと考えています。

「看護必要度」という評価基準の導入は、看護サービスのより適切な評価を目指しています。すなわち私たちが実践する看護が、患者に必要な看護サービスであり、きちんと提供されていることを証明しようとするためのものです。

これは病院経営に繋がる経済的評価となること以上に、看護の質と量を証明するアセスメントツールとして重要な意義があること、看護部理念である「患者さんの視点に立った看護の実践」に繋がることを職員に伝達し、看護必要度評価の浸透に貢献していきたいと思えます。

このような研修に参加させていただきありがとうございました。

医療安全管理者養成研修会を終えて

看護部 阿部朝乃

2011年7月26日から30日の5日間、北海道看護協会にて「医療安全管理者養成研修会」に参加させていただきました。

研修目的は

- 1) 医療安全管理者として必要な基本的知識・技術・態度を習得する
- 2) 組織における医療安全管理者の役割と責務を理解する
- 3) 医療安全管理者としての業務を明確にし、医療安全の推進に活かせる

の3つでした。この研修会には定員100名のところ、158名が応募し138名が参加しました。うちわけは、保健師1名・助産師8名・看護師129名で、平均年齢45.4歳で500床以上の病院からの参加は17名でした。

1日目は、自治医科大学医療安全対策部の長谷川剛先生の講義でした。長谷川先生は、河野龍太郎先生と同じチームで活躍されている胸部外科の先生で、日本でこれまでに起こった医療事故・医療被害の実際につ

いての講義がありました。

2011年の横浜市立大学付属病院の患者取り違えの事例から東京女子医大心臓手術例までの今日医療安全が日本に根付くきっかけとなった6つの事例について、詳細な説明がありました。それぞれの事例は、新聞などで知っていましたが、そこからは読み取れない個々の病院の問題点を学び、どのように改善していったかを学びました。実際に自分も院内の医療安全対策委員として2年目を迎え、また手術室勤務をしており、IAレポートが出るたびに、「大きな事故につながりませんように…危険と隣り合わせだなー」などと思いつながら、対策を立てていますが、勉強不足と感ずることが多く、今回の講習のように基礎から学ぶ機会を与えられたことに感謝しています。

人間のエラーを起こす行動の基本的概念について、ヒューマンファクター、スリップ（不注意）、ラプス（忘れちゃった）、ミステイク、スキルベース、違反があり、現場でいかにそれを評価するかで、同じエラー

が起こらないように対策を立てることができること、医療安全（患者安全）対策として、危険因子の排除、標準化、報告制度、各種研修（危険予知、シュミレーションなど）、ノンテクニカルスキル（コミュニケーションなど）を学びました。当院での毎月のリスクマネジメント委員会でのIA事例報告でも「うっかり忘れ」「ルール違反」などの要因の報告が多く、医療安全対策委員が中心となって繰り返し現場を刺激し、教育をしていくことの大切さを実感しました。

医療事故と法的責任では、患者さんと良好な関係を保つこと、相手の話を良く聴くこと、多くの患者さんは医師・看護師と話をしたいと思っている。医療の内容よりも医療者側の言動で紛糾化することが多いということ学びました。

2日目の「安全管理のための組織的な取り組み」「医療安全管理者の役割と業務」では、東京慈恵医科大学付属青戸病院の原 桂先生からの講義がありました。

青戸病院は、手術患者の内視鏡下前立腺の手術での医療事故発生をきっかけに組織的改善を系列4病院共通の取り組みを中心に「全職種が職種を超えて話し合う機会を持つことで医療の質を高めていく」ことの大切さを学びました。セーフティマネージャー会議は当院と同じく月1回の開催ですが、出席率80%で、皆で考える事例を提示し、会場で全職種が意見交換することを行っているということでした。当院での会議のあり方を考えさせられました。

3日目の「医療安全のための職員教育」「医療安全とコミュニケーション」では、医療事故の80%がコミュニケーションエラーで起こっている。そのことによって、不適切な医療行為が行われてしまうということでした。コミュニケーションエラーを防ぐためには、

適切な情報共有の仕組みを作ることが大切で、人間同士のコミュニケーションは必要最小限にする、誤伝達の生じやすい情報は扱わないことであると学びました。

また、手術部位の左右取り違えの事例をもとに、「不十分な確認で仕事を進める」「エラーに気がついたのに指摘しない(できない)」職種が違っていると指摘しにくいのが、チームで事故を防ぐという考え方に取り組むことの大切さを感じました。当院手術室で起こった2005年12月の手術部位確認導入のきっかけとなった事例から丸6年が経ちました。当院が全国的にも患者確認導入が早かったこともあり、患者確認導入当初は、患者確認、タイムアウトに参加していただくまで色々な意見をもらい、その都度説明し苦労したという実感があります。しかし現在は、患者確認は「医療安全のため当然の行為」として受け入れられています。私にとって、当院で起こった事例を風化させないように現場に伝えていくのは大切な役割であると考えさせられる講義内容でした。

4日目、5日目は「事例分析・演習」「事故発生時の対応」「危険予知の実際・演習」でグループワークを行いました。同じくらいの病床数のメンバーでグループ分けされており、他院での活動や実際を情報交換でき大変参考になりました。

今回の研修で、医療安全の組織的取り組み、役割、教育、コミュニケーションのあり方、事例分析方法、事故発生対応などを学び、安全管理は組織的に取り組んでいくことの重要性を知りました。今後も医療安全対策委員として職種に関わらず協力して医療安全に対する意識が高まるように努力していこうと思います。研修の機会を与えてくださりありがとうございました。

第45回日本臨床腎移植学会参加報告書

看護部 難波 幸一

2012年2月1日より3日間、長野県軽井沢市で行われた日本臨床腎移植学会に参加し、レシピエント移植

コーディネーターとして演題を発表する機会を得た。

1. 患者の不安心理と支援

1年間、移植コーディネーターとして移植患者と向き合い移植医療に携わってきた。これから移植に向けて様々な検査を開始する患者の不安から、すでに移植を終えて安定期に入っている患者に至っては、今後起こりうる可能性のある拒絶反応や感染症への問題、現在起こっている小さな障害であろうと、移植患者にとって不安は尽きないことが分かった。また一般の患者においても、身体的な症状のほかに様々な不安を抱き診療を受けている。私たち医療者は、医療サービスを提供する場面で、こうした患者が抱える不安心理への支援をどのように進めるべきかに悩まされることも多い。患者の気持ちや心理状態を私たちは的確に捉えているだろうか。患者が望む支援が果たしてできているのだろうか。今回、患者の不安心理を捉え客観的評価の難しい心の支援に対して、心理検査を使った支援の1事例を発表する機会を得ることができた。

2. 演題発表

演題名：ひきこもりのある移植患者の心理的支援を試みて－POMSの活用－

移植を受けるレシピエントは成人直前の青年であり、母をドナーとして生体腎移植を希望された。ただ他の患者と違う点は、極端に内向的で発語もほとんどなく自分の意思を表出しないことにある。自宅では部屋に閉じこもり、ひきこもりの生活を送っていたが、患者との関わる機会・時間を多く設けて関わりを持った。こうしたことで患者との間に信頼関係を築け、患者自ら不安や睡眠障害があることを表出するようになり、患者の不安軽減に効果を上げることができた。また不安の程度を図る指標として、心理検査の一つである気分プロフィール検査（以下 POMS）を用いた。POMSは、対象者の気分、感情の状態を評価する65項目からなる質問紙法で、「緊張・不安」、「抑うつ・落込み」、「怒り・敵意」、「活気」、「疲労」、「混乱」の6つの気分尺度を同時に測定できる検査である。抑うつ状態にある患者の臨床状態の変化も良く反映するとされ、広い範囲の健康問題の評価に使われている。この患者に対して、入院前、手術直前、手術後の回復期と3回のPOMSを実施した結果、入院前にはうつ状態に

あったが術後にはうつ状態が改善していることが明らかになる。こうして自分たちの支援が客観的な評価として位置付けることができた。

発表後、この心理検査を患者はいかに受け入れることができたのかとの質問をいただいた。こうした心理検査を行うに当たり、患者に理解していただかなくてはならない。初回説明から現在まで、患者との関わりを続けてきたことで検査を受け入れることに至った経緯を説明した。

3. 今後の取り組み

今回、同学会においてPOMSに関するもう一つの発表があった。この研究によると生体腎移植でのドナーとレシピエントの不安、抑うつの割合は、レシピエント側に多いとの結果が述べられた。この結果については正直、意外性を感じた。移植医療は、提供を受けるレシピエントにとって優位な点が多い治療法である。レシピエントにとって移植を受けることは、透析から離脱され時間的な余裕ができ、制限された水分、食事などから解放される。しかしこうしたプラスの面の裏には、移植手術は実施可能なのか、移植した腎臓はずっと生着するのかなど複雑な心情にあるようだ。またドナーから見ると、提供する家族が透析から離脱できて、健康を取り戻すことができるようになる喜びはあるものの身体的にはドナーとしてのメリットは何もない。ドナーの提供への意思決定の場面では、家族のためにと自己を犠牲にして不安や抑うつ的な気分になっている場合があるのではないかと推測することもある。私たちは、こうしたドナーの意思決定に対しても、深く心情を理解し支援していくことが求められる。

移植医療はドナーがあつての医療でもあり、ドナーの意思を一番に尊重されなくてはならない。今後生体腎移植を施行するにあたり、こうした患者心理を理解して移植をさらに慎重に進めていくことが必要と感じた。そこでPOMSを使い、今後の生体腎移植でドナーとレシピエントの心理状態を調査し、双方の心理面の支援に生かして行く目的で研究を開始することにした。

この研究は、2年後の日本臨床腎移植学会での発表を目標にしたいと考えている。

第45回日本臨床腎移植学会に参加・発表報告

看護部 安藤 伸

2012年2月1日から2月3日までの3日間、長野県軽井沢市にあるプリンスホテルウエストで開催された第45回日本臨床腎移植学会に参加、発表してきましたので報告します。

この学会は腎移植に携わる医師・看護師・コメディカルを対象として、最新の移植情報、他病院の研究発表による情報交換を目的に開催されており、今回の参加、発表は今後の看護の向上を図ることを目標としました。また、この学会は腎移植の学会の中で最も大きな学会であり、医師、看護師、移植コーディネーター、コメディカルと部門に別れ各セッションで腎移植に関わる研究・症例発表を行います。演題数は約350題、他にシンポジウム・セミナーと、臨床で働く看護師として非常に参考になる有意義な学会になりました。

セミナーには糖尿病との関連についてのものがありました。糖尿病性腎症が新規透析導入に原因疾患に1位を占めており、腎移植にも大きく関係しています。代謝内科・内分泌の医師より講習を受け、血糖コントロールによる合併症の発症率や、腎移植後の腎機能維持について深く学ぶことができました。今までも糖尿病に罹患しており腎移植を行ってきた患者様が多く、移植後の血糖コントロールについての指導が移植腎を長く維持していく上で重要であり、また患者様のアドヒアランスの向上を目指していくことが看護師としての役割ではないかと改めて感じました。

看護部門の演題で、私は精神発達遅延のレシピエントとの親子間腎移植の1事例を発表しました。当院は現在まで63例の腎移植を行っており初の精神発達遅延患者の腎移植でした。IQ28と重度発達遅延のレシピエントであり、環境の変化により不適応行動を起こす可能性や、術後の安静を守れず危険行動を引き起こすことが予測されハイリスクの腎移植となりました。他院でも同様の発表があり、病院独自の看護を提供することによってスムーズに行えた事例が多く様々な看護

の方法がありました。その中でも、献腎移植登録24年目で献腎移植を行い、術後に適応障害と診断されたレシピエントが倦怠感や苦痛症状により移植した腎臓を摘出したいと願う1事例がありました。透析から離脱できる喜びと、術後本人が考えもしない苦痛により移植に対して後悔の念が入り混じり不安定な精神状態の中で私たちはどのような看護を提供できるであろうと強く感銘を受けました。

今学会は東日本大震災後ということもあり震災中の移植看護演題もありました。移植後3日目で震災が起こり屋外へと避難しライフラインが確保されない中で、限られた薬剤、医療器具を駆使し術後急性期看護を行う事例でした。術後3日目であり急性拒絶が起こりやすく、免疫抑制剤のコントロールが非常に重要となる時期にあります。津波の影響で必要とする薬剤は十分に用意できず検査器具もそろっていない状況で、レシピエントは拒絶反応や重度感染症もなく退院することができました。その要因として、術前からの、教育準備によりレシピエント自身も感染予防に気をつけ、水分管理を行っていたことがあげられていました。悲惨な環境の変化により一時的に不穏行動を起こすレシピエントに対し、看護師は被災者の一人であるが常にレシピエントの側で看護を行い精神の安定に努めていました。実際に救護班として被災地にいき看護を行ってきましたが、建物や周囲の状況は目に余るものでした。その状況下でトラブルなく退院できたことは、患者と協力しチームとして団結し合い、また、どのような状況でも対応できる医療者のスキルと精神面での強さが重要であると感じました。

本学会での学びを臨床に生かし、当院での腎移植看護の向上を目指すとともにより良い看護を提供できるようスタッフにも伝えていきたいと思えます。貴重な学会に参加させていただきありがとうございました。

CVT認定講習会

中央放射線科 大野 肇

2011年10月22日（土）に岐阜市長良川国際会議場においてCVT認定講習会を受講してきた。CVTとは、Clinical Vascular Technologistの略であり、血管診療技師という。日本血管外科学会、日本脈管学会、日本静脈学会の三学会認定の資格であり、「コメディカルとして、無侵襲診断を中心に脈管領域の診療に従事するに必要な、専門知識・技術を持った者を専門家として認定する」という趣旨のもと2005年より認定機構が認定している。今回は、認定試験受験に必須とされている認定講習会を受講した。なお、本講習会は、第52回日本脈管学会総会と同時に開催された。

講習には、全国から約200名が受講しており、私のように、これから認定をとるために受講している者のほか、来年度に1回目の資格更新をするためのポイントを取りに来ている人もいた。講習は、講義と実習（実技指導）があった、講義としては、「血管疾患の解剖と生理」、「身体所見の見方」、「頸動脈エコーを臨床に生かす」、「末梢動脈・静脈疾患の診断と治療」等、全部で11コマに分かれており、それぞれ著名な先生による講義であった。一コマの時間が短かったので、短い時間で非常に濃厚な内容を講義していただいた。実習（実技指導）では、受講者を6つのグループに分けて、「APG」、「頸動脈エコー」、「腎・下肢動脈エコー」、「下肢静脈エコー」、「血管内治療」、「動脈系検査（ABPI、経皮酸素分圧など）」についての実技指導をしていただいた。「血管内治療」では、新しいタイプの大動脈ステントの留置法について、実際に模型を使って留置させていただいた。その他の実習には、ボランティアの被検者が用意されていて、臨床用の超音波装置などを使って実際に撮像する指導を受けた。また、自施設において撮像法に苦慮する例などについての指導もされた。

上記の内容を朝9時から夕方17時まで、ほとんど休憩時間もなく行われ、昼休みにも「糖尿病患者における脳・心血管イベント抑制を目指したトータル管理の重要性（滋賀医科大学 柏木厚典先生）」というランチ

オンセミナーが組み込まれていて、本当に勉強漬けの1日であった。（疑問としては、ランチオンセミナーの講義時間が他の講義の2倍以上であったことであるが、弁当をいただいたので、しょうがないのか？）

岐阜市には、今まで行ったことはありませんでしたし、一生のうちに行くことはないと思っていました。今回、講習ということで岐阜市に行くことができたので少し紹介させていただきます。旭川から岐阜市に行くのには、旭川空港から中部空港に行き、そこから名鉄で岐阜に向かうことにしました。旭川空港から中部空港へは1日に1往復だけ航空便があります。空路は、羽田に向かうときとは違い、日本海側を飛行しますので、窓から見えるのは、見慣れない風景でした。富士山も進行方向に向かって左手に見えました。中部空港からは、名鉄の特急ミュースカイで約1時間でした。岐阜市は人口約40万人で、斎藤道三や織田信長が居城とした岐阜城がある街です。岐阜城は標高329mの金華山の頂上に建つ山城です。滞在中は、ずっと天気が悪く、雲が低く垂れ込めていたため雲の中に隠れて見えませんでした。観光としては、長良川の鵜飼いが有名なようですが、これも時期が悪く、10月初めで今期は終了したとのことでした。岐阜県の観光地としては、飛騨高山などが有名ですし、名産品もありますが、岐阜市には、岐阜城以外に観光地はなく、また、名産品もないようです。岐阜市には、JR岐阜駅と名鉄岐阜駅の二つの大きな駅があり、人口の割には栄えているようでしたが、JR岐阜駅前の200m四方の土地は、以前は繊維問屋街だったそうですが、バブル崩壊とともにほとんどの会社が倒産し、現在はシャッター商店街となっていました。駅前の好立地な場所なのに未だに再開発されていないのが印象的でした。

宿泊は、駅前のホテルだったのですが、そのホテルでは、お奨めの飲食店ベスト20というのを紹介していました。それで夕食には、お奨めの1番に載っていたお店に行ったのですが、そこで以前、当院の胸部外科に勤務されていました瀧上先生（現NTT札幌病院）と

ばったりお会いしました。瀧上先生は、脈管学会に参加していて、私と同じホテルに泊まっており、やはりホテルお奨めの1番のお店に来たと言うことでした。そこで二人は意気投合し、清酒「織田信長」を飲みながら、焼き朴葉ミソなどを食べたのでした。見知らぬ土地に一人で行ったときに、偶然知っている人に会うと、とても嬉しいということが再確認されました。

話が脱線しましたが、今回の講習は、超音波検査・診断が中心となっており超音波検査をほとんど施行したことがない私は、門外漢だったわけですが、来年度の認定試験に向け、これから準備をしていきたいと思えます。今回の講習を今後の診療に役立たせていけるよう努力していきたいと考えております。

診療放射線技師実習施設指導者等養成講習会への参加報告

中央放射線科 竹内 顕 宏

診療放射線技師実習施設指導者等養成講習会へ参加してきました。この講習会は（財）医療研修推進財団の主催、社団法人日本放射線技師会と厚生労働省の後援で開催されたものです。開催期間は2012年1月27日（金）～30日（日）の3日間、開催会場は東京都浜松町の国際貿易センタービル31階にある、社団法人日本放射線技師会事務所でした。この研修は臨床実務経験5年以上の診療放射線技師が対象であり、診療放射線技師養成施設の臨床実習生を受け入れる医療施設に在籍する診療放射線技師が、実習施設指導者として必要な知識や技術を習得するために開催されています。

内容は、全日とも9:00～18:00まで講義、実習が組まれています。1日目は「実習指導者としての心構えとあり方」150分、「診療放射線技師の将来とその教育について」90分、「医用画像情報とその管理について」90分、「放射線関連機器の保守管理」90分、2日目は「患者急変時の対応について」90分、実習カリキュラムの作成と意義」90分、「実習カリキュラムの実践とその評価（班別討議・班別発表）」190分、「放射線部門における医療安全の確保」90分、3日目が「医療被ばくの現状とその低減に向けた取り組み」90分、「患者心理の理解とその対応について」90分、「医療人に必要なマネーとその指導法について」90分、「医療経営における診療放射線技師の役割」90分、などとなっています。このカリキュラムからもわかるとおり、診療放射線技師としての基礎的な業務内容についての講義はまったく

なく、あくまで、ある程度経験を積んで基本的な業務はすべて実践できる技師が、現在の医療を取り巻く様々な状況を踏まえ、臨床実習生に対しどのようなことを教えなければならないか、そのためにどのような知識が必要かといったことを学ぶ場となっています。

もともと診療放射線技師教育において臨床実習は他の医療職種と比較し単位数も少なく、また、有効な臨床実習を受ける環境も構築されていません。これは診療放射線技師法発足当時は技術者としての側面が強く、人を対象とした教育が不足しており、現在の臨床現場に必要なコミュニケーション能力を育てることが難しい状況にあります。また、職人気質が強すぎたためか研究者・教育者の排出という点でも遅れを取っています。そのため養成施設自体に臨床現場を知っている教員もごくわずかであり、臨床実習を行う臨床現場と教員の間での意思の疎通が難しいという現状があります。さらに、臨床現場で働く診療放射線技師は知識・技能を修得した専門職であるものの、学生を対象にした教育方法などの技術は持ち合わせていません。つまり、知識はあってもそれを伝える技術は未熟であり、有効な臨床実習を構築するのは難しい状況です。そのような背景を元に、現在、厚生労働省の定める診療放射線技師学校養成所指定規則の教育内容の見直しが進められており、これからの診療放射線技師の教育を再構築する上で、臨床現場で活躍する技師の指導者としての教育が重要となってきます。

今回の講習において最も重要な講習として「実習カリキュラムの作成・実践・評価について」がほぼ1日ばかりで行われました。これは、教育活動計画書を作成する上で必要な技術を1連の実際の教育計画作成作業を通して学ぶものです。まず一般目標の設定、一般目標を達成するための具体的な個別目標の設定、個別目標を分類分けし、それぞれを達成するための学習方法の選択、学習方法を実践するための資源の活用、学習方法を実践するための具体的な授業案の作成、それぞれの学習方法に合わせた評価の手順と方法といった教育計画書の作成をグループで討議しながら行い、作

成後は全体へのプレゼンテーション、質疑応答を経て、さらに計画書の見直しという非常にハードではあるが充実した講習でした。また、他の講習は講義がメインとなりひたすら聞くだけというつらいものではありませんでしたが、それぞれに興味深く、ほとんどが診療放射線技師の資格を持ちながら、その分野の専門的知識を持つ講師だったため、こちらの職業を理解していない専門家がひたすら専門的な話をするといったありがちな講義と違い、非常に有益なものばかりでした。今後、この講習会で学んだことを臨床実習生や新人教育に活かして行きたいと考えています。

第33回MR基礎講座への参加報告

中央放射線科 福田 泰之

2011年7月29日から7月30日までの2日間、東京都品川区の東京コンファレンスセンター・品川において、日本磁気共鳴医学会主催の第33回MR基礎講座が開催されました。日本磁気共鳴医学会では、「MR入門講座」「MR基礎講座」「MR実践講座」の3つの教育講座をそれぞれ年1回ずつ開講しています。このうち今回受講したMR基礎講座は、すでにMR業務経験のある中級者を対象とし、MR医学を実践する上で必要不可欠な知識の習得を目的としたものであり、MRの基礎から最新の応用技術まで、とても幅の広い内容となっています。両日ともに、朝から18時頃まで講義を受け、昼食時はランチョンセミナーが開催されたため、息つく暇もなくMR漬けの2日間となりました。今回、さまざまな施設や大学の計20名の講師の講義を受けてきましたので報告いたします。

初日は主に、MR画像を撮像する上で必要不可欠な基礎についての講義になっており、NMR（核磁気共鳴）の基礎やMRIハードウェア、MRの安全性などの講義を受けました。

NMRの基礎は、MRIのどの教科書にも真っ先にくどくどと書かれているものです。ちなみに学生時代は、この時点でMRI嫌いになりました。MRIは強い磁場の

中において人体に電磁波を照射したときの、生体内のプロトン（水素原子核）の挙動を画像化したものですが、T1強調画像やT2強調画像などの画像コントラストを決定するためには、その電磁波の種類や照射のタイミング、それに伴うプロトンの挙動などを理解する必要があります。MRIを学ぶ際にまず初めに理解しなくてはなりません。普段は振り返ることをためらってしまう内容なのですが、人体に電磁波を照射してからMR信号を得るまでの過程や原理などを、今回の講座によって再確認することができました。また、MR信号を得るためにはハードウェアについても理解しなくてはなりません。ハードウェアには様々なものがあり、中でも受信コイルと呼ばれるものはMR装置の磁場特性やコイルの感度特性を理解しなくては使用することのできないものであり、検査で用いるには慣れや工夫が必要となります。また、コイルの使用方法を誤ると、火傷などを引き起こすこともあり、細心の注意を払って使用しなくてはなりません。コイルにはいくつか種類がありますが、対象となる部位をより鮮明に撮像するためには欠かすことのできないものであり、最適なコイルの選択や使用法など細部に渡り理解を深めることができました。MRの安全性についての講義では、吸

引事故や神経刺激、火傷、体内金属の影響などなど、MRI装置本体や検査を受ける方、また業務従事者の安全を学ぶことができ、安心・安全な検査を行うということを改めて見つめる良いきっかけとなりました。

2日目は、様々な画像コントラストを得る方法や、高速撮像法、アーチファクト、MRスペクトロスコピーなどの講義が組まれており、初日と比較してより実践に近い内容でした。中でも、画像コントラストについての講義は、3～4時間ととても長い時間でしたが、私がこの講座の中でも最も楽しみにしていた講義だったということもあり、あっという間に時間が過ぎていきました。MRIはT1強調画像やT2強調画像、DWI、MRAなど多くのコントラストを得ることができるモダリティですが、実際の撮像時にはさまざまなパラメータを設定する必要があります。そのため、先述したプロトンの挙動だけではなく、それらの画像が

得られる仕組みを理解していなければなりません。今回、日常業務ですでに用いているシーケンスはもちろん、いくつかの最新のシーケンスも紹介していただき、この講義によって、画像法の原理についての新しい知識を得ることができ、とても有意義な時間となりました。2日目の終盤はさすがに疲れもありましたが、最後まで楽しくMRIを学ぶことができました。

今回開催されたこの講座は、とてもハードなスケジュールで密度の高いものでしたが、数多くのことを学ぶことができ、自分のスキルアップに繋がる2日間でした。ここで学んだことをこれからの業務に活かし、より質の高い検査を行っていきたいと思います。

最後になりますが、今回このような機会を与えてくださった教育研修科の皆様、この場をお借りして感謝の言葉を申し上げます。本当にありがとうございました。

ペースメーカー関連業務修得セミナーに参加して

臨床器材科 堂野隆史

当院は1971年にペースメーカー（PM）埋め込み術を開始したが、PMのプログラミング業務の大部分を業者に依頼していた。しかし、2006年11月、医療機関等における医療機器の立会いに関する基準が交付され、2008年4月から施行されるに至り、当院ではPMプログラミングを臨床工学技士が担当するようになった。現在、PM新規埋込み、交換手術の立会い、PM外来では300名以上の患者のフォローアップを行っている。PMおよび埋込み型除細動器（ICD）の機能は年々技術向上してきている。機能は充実していくがその機能を使いこなす操作できるようになるまでには時間を要する。不整脈の解析やそれに準じた設定を的確に行わなくてはならない重要な業務である。そのため、PM関連業務の技術の向上を目的に、2011年12月10、11日に東京で開かれた、PM関連業務修得セミナーに参加した。

PMは、従来徐脈性不整脈の治療として誕生し発達してきた。しかし、徐脈以外の疾患に対しても応用が

なされてきている。初めは頻脈に対してペーシングを応用した抗頻脈ペーシングで、現在ICDなども登場している。研修内容は、主にそのICDや心不全に対する心臓再同期療法（CRT）、フォローアップの実際と長期管理方法、PM・ICDへの電磁波障害、その他のPMの適用や治療についてであった。特に興味深かった内容は、閉塞性肥大型心筋症（HOCM）に対するペーシング療法であった。HOCMは遺伝性疾患で心筋が肥大し収縮能は比較的保たれるものの拡張能が低下する疾患で、学童期頃から発症してくるものである。治療には薬物療法、ペーシング療法、経皮経管的に心室中隔焼灼法（PTSMA）、手術療法がある。第一選択は薬物療法でβブロッカー、Caブロッカーがまず用いられ、さらに陰性変力作用を有する抗不整脈が用いられる。PTSMAは経皮的に冠動脈に細い管を心室中隔枝に選択的に挿入し、その管を通してアルコールを注入し心筋壊死を作成し流出路狭窄を軽減させる方法である。

手術療法は中隔切除術、僧帽弁置換術などが行われる。PTSMAは当院でも行っている方法であるが、心室性不整脈の発生や房室ブロックの発生などの問題があった。しかしながら、ペーシング療法は比較的侵襲でその有用性についての報告もあり、薬物抵抗性の症状を有するHOCMに対して薬剤の次に第二選択になる治療法であると思える。

また、当院ではあまり行われることのない分野ではあるが、心臓電気生理学的検査や、カテーテルアブレーションの原理と実際を研修することができ、不整脈の発生機序および診断誘発と診断基準、そして各種頻脈性不整脈ごとに行うアブレーション法について理解を深めることができた。アブレーションは今後当院でも実施する可能性もあり、実施時には今回の研修で学んだことを活かしたい。また、自分が不得意とする抗不整脈薬の講義もあり、Vaughan Williams分類の理解が深まった。さらに、抗不整脈薬は除脈性不整脈を悪化させ、PMのペーシング閾値を上昇させることがあるなどと、新しい知識を習得できた。これは、Naチャンネルブロッカー作用が強いほどペーシング閾値上昇作用は強く、抗コリン作用は減弱させる。従って、Ic群抗不整脈薬が最もペーシング閾値を上昇させる危険性が高く、5倍以上に上昇させることがある。除脈性不整脈はしばしば心房細動などの頻脈性不整脈を合

併するので注意が必要である。Ic群抗不整脈薬を使用すると心室性期外収縮は抑制されるが、死亡率は逆に上昇させてしまうため、心不全患者や虚血性心疾患症例では使用するべきではない。現在、抗不整脈薬の中で、心筋梗塞や心不全症例の予後を改善することが分かっているのは、III群抗不整脈薬のアミノダロンのみである。しかし、間質性肺炎、甲状腺機能障害という副作用があり、使用が制限されている。さらにアミノダロンは投与初期には除細動閾値低下作用があるが、慢性期には除細動閾値上昇作用があるので注意が必要と認識した。

PMは常に進歩しており、新しいアルゴリズムやセンサー機能が毎年のように少しずつ開発されてきている。最近では心不全モニターとしての機能をもったデバイスも登場し、今後は新しい生体モニターとしての役割を担うようになるかもしれない。また、CRTの登場により、今後ますます徐脈以外の適用が広がっていくと考えられる。薬物、カテーテルアブレーションなどの他の頻脈性不整脈治療手段と組み合わせた治療の頻度も増加し、除脈だけでなくトータルな不整脈患者管理が重要である。PMは患者の生命に関わる重要な機器であるため、その責任を感じ今後もこの業務に関わっていききたい。

心臓カテーテル検査の清潔野業務に関する施設研修の報告

臨床器材科 山口和也

はじめに

心臓カテーテル検査業務（以下 心カテ）は施設により人員配置、業務内容などが異なり、様々な職種が連携し業務を行っている。当院では医師をはじめ、看護師、診療放射線技師、臨床工学技士（以下 CE）が業務に携わっている。他職種として臨床検査技師も業務に携わっている施設もある。当科の業務内容としては、カテ室創設時から物品の管理、ポリグラフの操作、補助循環（IABP、PCPS）を行い、2006年から前述の

業務に加えIntra vascular ultrasound（以下 IVUS）の操作を施行し始めた。昨年度から、清潔野にてカテの介助、アンギオ装置のフレミング業務も行い始めたが、どこまで業務に介入してよいのか現在は手探り状態で、医師の指示の下で業務を遂行している。CEが清潔野業務に携わっている施設は道内でも数箇所在り、施設毎にその業務内容に違いがある。そこで今回CEが清潔野業務でどの範囲まで介助を行っているのか、どのような業務を行っているのか、施設研修の機会を

いただいたので報告する。

研修施設

6月20日から24日の研修日程で、札幌市5施設の研修を行ってきました。まずCEがカテ室で清潔野業務を行っている、札幌心臓血管クリニック、手稲溪仁会病院、北光記念病院を施設研修の対象病院とし、施設によりカテーテル検査、PCIの多い日が比較的決まっており、それに合わせて日程の調整を行い、残りの2日間は清潔野での業務は行っていないが、心カテ業務に関連する学会で医師、パラメディカルが積極的に参加し、知識、技術ともに豊富な北海道社会保険病院と、札幌医科大学附属病院に開心術の見学に行ってきました。

研修内容

6月20日にまず、札幌心臓血管クリニックに訪問しました。こちらの病院は2008年4月に開業し、昨年はCAG 2868、PCI 1762件で全国の病院でPCI件数が4番目という実績ある病院です。カテ室は2部屋あり、シングルとバイプレーンのアンギオ装置があり、2台がフル稼働していました。スタッフ構成としては清潔野にオペレーターの医師1名とネーベンにCE1名、外回りに看護師1名とCEが1名の計4名で業務を行っていました。当日は午後12:00から11件の心臓カテーテル検査があり、そのうちad hoc PCIで6件のPCIを見学しました。CEの業務として、まず当日心カテをうける患者の情報をオーダーリングシステムから収集し、心カテの順番や検査内容をカテ室のホワイトボードに記入することから始まり、次にアンギオセット、オートインジェクターの準備を行っていた。心カテ施行時のCE業務として外回りはポリグラフ、物出し、IVUS、造影剤の準備・交換、カテ記録の記載を行い、ネーベンのCEはデバイスの準備、フレミングを行っていた。カテ終了後、外回りのCEが検査内容をカテレポートシステムに入力して一連の業務が終了となる。当日は11件の心カテが15:30には終了し、その後院内の見学をさせてもらい、17:00頃2件のAMIが救急搬送され緊急カテを見学し、18:00過ぎに見学を終了しました。

21日は札幌医科大学附属病院に開心術の見学に行きました。症例はMR、TR、Afに対しMVP+TAP+MAZE施行。人工心肺業務は2名で行い、メインで人工心肺の操作を担当する者と、心筋保護の操作、人工心肺の経過を記載するサブに分かれていました。人工心肺のシステム構成はその施設毎に違いはあるが、同院では

日本体外循環技術医学会から勧告されている人工心肺における安全装置設置基準を全て満たしていました。手術内容で当院と違う点として、まず心筋保護液の注入方法が初回から終了時まで逆行性冠灌流のみで行っていたこと、僧房弁の形成終了後の逆流試験時に心拍動を一時的に再開し行っていたこと、人工心肺開始後、上大静脈の脱血不良時に起こる可能性があるSVC症候群を未然に防ぐため、上大静脈の圧力を常時モニタリングしていました。

22日は北海道社会保険病院に心カテの見学に行きました。カテ室は2部屋あり、基本的には虚血と不整脈に分けて稼働しており、当日は1部屋のみ稼働していました。スタッフ構成としては清潔野に医師2名、外回りに看護師1名、放射線技師1名、CE1名で業務を行っていました。検査は診断カテが3件で、そのうちの1件がad hoc PCIとなりました。貴院ではIVUS装置が、日本で使用できる3社全て揃っており、医師が症例によって使用するIVUSを選択していました。CEの業務内容としては、ポリグラフの操作、IVUS操作、物品のコスト請求、物出し、オートインジェクターの準備を行っており、当院の業務とほぼ似たことを行っていました。違う点としては当院ではPCI、心カテのレポート入力は医師が行っているが、貴院ではレポートをCEがパソコンに入力していました。

23日は手稲溪仁会病院に行きました。血管造影室は3部屋あり、そのうちの2部屋は循環器以外の科も使用しており、実際心カテ室としては1部屋で、主に虚血の患者に対して使用していました。他科と共有で使用している部屋では、循環器としてアブレーションやペースメーカーの植え込みを行っているそうです。貴院では数年前まで医師が少なかったことから、CEが清潔野での業務を行っていたが、現在では医師の数も増加し、CEが清潔野に入ることが少なくなっているそうです。また貴院ではCEの勤務体制として夜間は呼び出しとなっており、全業務の呼び出し以外に、心カテの清潔野業務をできる人数が限られており、その人達は通常の呼び出し以外に、心カテの呼び出し待機も行っているということでした。

スタッフ構成としては清潔野に医師1~3名（医師が少ないときには医師1名CE1名）、外回りに看護師1~2名、放射線技師1名、CE1名で業務を行っていました。当日は診断カテ2件とPCIを2件見学しました。CEの清潔野業務を見学に来たということで、貴

院のスタッフのご好意で、CEの方に清潔野へ入っていただきました。業務内容としてはフレミング、デバイスの介助を行っていました。また貴院ではカテ室にインカムがあり、それを装着することで新人のCEが清潔野に入ったときなどは、外に居る熟練のCEがアドバイスや支持をすることで、サポートしていました。

24日は北光記念病院に行き、診断カテ3件とPCIを1件見学してきました。こちらの病院は心カテ室のスタッフ構成が今まで見学してきた病院と異なり、清潔野に医師1～2名とCE1名、外回りに看護師1名、放射線技士1名、臨床検査技師1名で業務を行っていました。業務内容として貴院ではフレミングは放射線技師、ポリグラフ、IVUSは臨床検査技師が行い、CEは患者入室前にアンギオセットの準備、入室後は清潔野での介助業務を行っていました。その他にOCT、FFRなどのデバイスを使用するときはCEが操作を行っているそうです。貴院では見学だけでなく、アンギオセットの準備と1症例清潔野に入らせていただき介助業務を体験してきました。私自身も研修に行く前に、清潔野業務を数例行っていました。他施設で体験することで貴院の技術がとても高いことを実感しました。

当院では医師からの要望で清潔野業務を始めましたが、まだ日が浅く医師からいわれたことを行うことで精一杯であり、無我夢中で業務を覚え、施行しているのが現状です。貴院とは清潔野での業務経験年数に違いがあるものの、ここまで技術的に差がでるものなの

か疑問に思い、どのようなことに気をつけて業務を行っているのか聞いてみたところ、オペレーターの医師にカテーテル手技を集中してもらうため、カテーテルの流れで次に何が必要で、医師が何を望んでいるのか常に考えながら行っているということを教えていただきました。確かに見学していたときに思ったことは、医師にいわれる前に、全ての物品を医師の手元に渡し、医師は自分の手元とモニターしか見ずに淡々とカテーテル検査が進んでいました。将来的には自分も北光記念病院のCEと同じレベルになれるように今後とも努力を怠らず、日々精進して業務に取り組んでいきたいと思えます。

当科では数年前に勧告された業者の立会い規制後、様々な業務を依頼されたが、人員増もなく行ってきました。多いときでは1日に2～3の業務を掛け持ちで行っており、さらに今回心カテの清潔野業務を依頼されましたが、人員の問題から現在は多くて週2日間の午前中限定で清潔野に入っています。現状の人数で全ての依頼された業務をこなすことは困難であり、今後本格的に清潔野業務に介入して行くためには、人員に関して問題となります。

最後になりましたが、このような有意義な研修に行くことができ、心から感謝いたします。今回の経験を生かし、今後とも日々努力をしていきたいと思えます。

第5回がんのリハビリテーション研修会に参加して

リハビリテーション科 品川 知己

2011年7月16・17日、札幌医療技術福祉専門学校において第5回がんのリハビリテーション研修会が開催され、これに参加したので報告します。

この研修会ががん患者リハビリテーション料の算定要件の一つとなっていますので、がんのリハビリテーション（がんリハ）を行う予定の当院としては必須の研修会といえます。受講は医師、看護師、リハビリテ

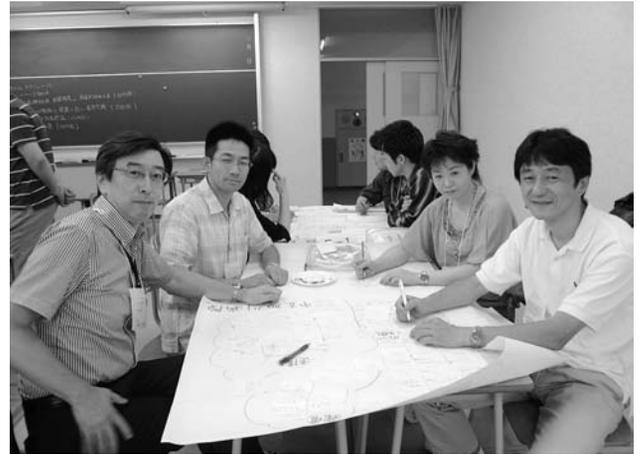
ーション関連職種が4人1チームとなって参加することが条件となっています。当院からは医師1名、看護師1名、理学療法士2名で参加しました。研修会の参加施設は全部で48施設、半数は道外からの参加でした。講師は日本初のがんセンターである、静岡県立静岡がんセンターに関係のある先生が多かったです。内容は講義とグループワークが半々で、講義は基礎的な

内容でした。

がん患者の半数以上が助かるようになってきた現在，“がんと共存する時代”の新しい医療のあり方が求められています。がんに伴うこれから起こりうる身体障害またはすでに起こっている身体障害はリハビリテーションの主要な治療対象といえます。がんリハとは何なのでしょう？ 私自身この言葉を最初に聞いたときはあまりイメージがわきませんでした。堅苦しい言葉で表現すると、がんリハの目的は「がんとその統合的な治療過程において受けた身体活動および心理的な種々の制約に対して、個々の患者が属するそれぞれの家庭や社会へ、可能な限り早く復帰することができるように導いていくこと」というのが有名です。しかし、これでは医療関係者でもピンとこないと思います。がんリハは、概念的にはこれまでのリハビリテーションと大きく異なることはありません。身体機能とADLを維持・改善することにより、できるだけ最高のQOLを提供するといった従来の大きな流れは一緒です。しかし、原疾患の進行に伴う機能障害の増悪、二次的障害、生命予後等のがん患者特有の病態に配慮したリハビリテーションを行う必要があります。ゴール設定は従来のリハビリテーションでは長期的ゴールと短期的ゴールを設定するのが一般的ですが、がんリハでは長期的ゴールを設定することはあまり現実的ではないのも特徴といえます。病期によるがんリハの分類としては予防的(preventive)、回復的(restorative)、維持的(supportive)、緩和的(palliative)があり、がんの全病期に介入することができます。

最初のグループワークは施設ごとに集まり、がんリハを行う上での各施設の問題点を抽出しポスター発表するというものでした(写真1, 2)。ただ座って聴いているだけの講義と異なり主体性が要求されました。当院で挙げたがんリハを行う上での問題点はたくさんありました。以下にそのうちのいくつかを抜粋します。

- ・病院全体でリハビリテーションが理解されていない
- ・リハビリはリハビリテーション科まかせ
- ・常勤整形外科医師の不在
- ・リハビリテーション関連職種が理学療法士しかいない
- ・歩行器などの歩行補助具不足
- ・情報交換不足・情報交換の場がない
- ・在宅支援が弱い



次のグループワークは先ほど挙げた問題点をどう解決するのか、目標とできるだけ具体的な解決策を挙げて発表するものです。各施設によってハードとソフトの違いがあるためか、様々な目標とそれに対する解決策がありました。当院はできるだけ実現可能な目標を設定することとしました。当院で掲げた目標は、「チームで行うがんリハビリテーションの基盤作り」です。具体的な解決策として挙げたものを以下に抜粋します。

- ・ワーキングチームを立ち上げ定例会を実施する
- ・がんリハの周知・理解のための勉強会を実施する
- ・処方、評価等のマニュアル作成
- ・マンパワー不足や設備拡大のために実績を作る

がん患者に対するリハビリテーションは、わが国ではようやく認知されはじめた段階です。当院においてはがんリハの言葉すら聞いたことがない職員がほとんどです。研修会全体で盛んにいわれていたのは、がんリハはチームによる関わりが大事ということでした。

いい換えるとリハビリスタッフだけのリハビリでは不十分ということです。今後は、がんリハを病院全体に

周知し、適切な流れの中で対象者に提供できるように努力したいと思います。

病態栄養学会年次学術集会に参加して

栄養給食科 澤田 幸佳

2012年1月14日から15日までの2日間、病態栄養の専門知識の習得を目的として、京都府にある国立京都国際会館において「第15回 日本病態栄養学会学術集会」に参加したので報告します。

学会では特別講演やシンポジウム、ワークショップやパネルディスカッションなどさまざまなプログラムがありました。その他一般演題やポスター展示も行っていました。

特別講演では体内時計について、理化学研究所の上田泰己先生の御講演を拝聴することができました。体内時計（概日時計）と呼ばれるこの時計は約24時間の周期でリズムをうち、光や温度の変化を感知してリセットされ体内で起こる様々なイベントのタイミングを調節しています。皮膚・心臓・血管を初め、腸・肝臓などほとんどの臓器に体内時計を持った細胞があり、体内の様々な場所に時計細胞が存在するとおっしゃっていました。決まった時間にお腹が空いて「腹時計」が鳴るのも物理的な実態があり、このように体全身に散らばっている時計細胞は全体として統一的な時間を刻んでいるそうです。近年これら一つ一つの時計細胞の中に朝・昼・夜の3つのスイッチが20個ほど存在することが明らかとなり、さらに体内時計は1日の時間だけではなく1年の中の時間、季節を感じ取る際にも重要であることがわかってきたようです。遺伝子の働きによって体内時計が表現されていること、それらが私たちの体に存在し様々な役割を担っているのだということを知りました。

教育講演では低栄養に関するものや脂肪肝の病態栄養などについて学ぶことができました。特に低栄養の取扱いについて、獨協医科大学越谷病院消化器内科の鈴木壱知先生の御講演を拝聴することができました。

低栄養は必須栄養素の量的、質的不足により生体の代謝や発育が障害され病的状態になることと定義されていますが、最近では偏食により特定の栄養素だけが不足することにより栄養障害が起こりうるそうです。低栄養に陥ると患者の状態は悪化し、最終的には死に至ります。そのため低栄養状態の早期発見、疾患に対する治療と合わせて低栄養に対しても治療を行うことが不可欠であるとおっしゃっていました。低栄養による状態の悪化を防止するためには個々の栄養状態の評価が重要であり、それを単なる評価のための指標としてだけではなく栄養処方決定するために重要な手段となるのだということが分かりました。

教育公演でもうひとつ、脂肪肝病態栄養について愛媛大学大学院医科学研究科先端病態制御内科学の恩地森一先生による御講演を拝聴しました。脂肪肝は全世界でも増加していますが、日本でも増えているということでその頻度は26～30%であると述べていました。

脂肪肝の原因としてアルコール性・非アルコール性があり、日本では非アルコール性脂肪性肝疾患（NAFLD）の頻度が1000万人（成人の23%）と推定されているそうです。その中の10～20%は肝硬変にまで進行すると考えられているということでした。恩地先生らが調査した全国集計では、肝硬変の原因疾患のうち非アルコール性脂肪肝炎（NASH）が2.1%を占めていたようですが、実際にはさらに多く存在すると推定されていると述べていました。このNASHは食事内容が強く関係します。先生らの調査で果糖や単純糖質の過剰摂取や飽和脂肪酸と多価不飽和脂肪酸摂取のアンバランス、たんぱく質、ビタミンおよびβ-クリプトキサンチンを含むカロテノイド摂取の低下があるということが分かり、これらの是正を目指した結果、BMIや

内臓脂肪の減少、インスリン抵抗性の改善が見られたとの報告でした。脂肪肝の病態において、栄養学が大きく関与しているのだということを知りました。

また、一般演題では糖尿病や腎疾患などの病態栄養に関する研究を初め、栄養教育やNST、周術期栄養に関する演題があったりとても勉強になる内容ばかりでした。今回の東日本大震災の影響もあり、講演内容のなかに災害時の栄養管理に関するものがありました。災害時の対応として栄養の確保のみならず、栄養素の偏りについてのアプローチが求められるようになったということが分かりました。今後の課題として、①災害時マニュアルの再構築②近隣医療施設との協力体制の確立③職員の食事管理も含めた非常備蓄食の対応④濃厚流動食の納品体制の確立⑤放射線被曝と食材に対する不安を取り除くための正確な情報収集⑥適切な食事相談の実施等が考えられると話していました。

その他、特定保健指導の研究や取り組みを拝聴することができました。普段特定健診に携わっているため、他の施設ではどのような支援方法を行っているのかとても興味をもっていました。ランチバイキングを用いた行動療法の実践と食品選択について解析したもののや、リバウンドのしにくい支援方法の検討について

等の報告がありました。当院でも何度か特定健診を受ける方や、なかなか体重や検査結果が改善されない例もあり、そのような方々に対してどのように支援していくか改めて考えていかなければならないと思いました。

今回病態栄養学会に参加させていただいたことで、栄養学についてさらに興味を持ったとともに、病態栄養についての知識が深まりました。そして栄養学についてまだまだ分かりえない部分も沢山あるのだということを知り、様々な研究の必要性を強く感じました。特に、それぞれの病態ごとに管理栄養士としてどう関わっていくのかを考えさせられる場面が多々ありました。そして、チーム医療といわれるように多職種との連携が大切なのだということも強く感じました。栄養指導においてまず患者の訴えを聴き、そこから患者背景を知り一つでも実行に移せるように支援していくこと、栄養管理においては、病態の知識を深めていくとともに病態や患者に適した介入方法を改めて考えていきたいと思いました。栄養管理や栄養指導の面において学会で学んだことを活かせるよう日々努力していかなければならないと強く感じました。

医局抄読会記録 (23年度)

冠動脈薬剤溶出性ステント血栓症の経験 抗血小板剤の中止は危険！？

薬剤溶出性ステントの登場に伴い、ステント内再狭窄の頻度は減少した。しかし、金属ステントでは認められなかった留置後1年以上経過してからの、ステント内血栓症が大きな問題となった。

当科での薬剤溶出性ステント留置後、晩期血栓症で急性心筋梗塞を発症した症例を報告する。

症例1：74歳男性。2006年11月、左冠動脈主幹部から前下行枝に薬剤溶出性ステントを留置。7ヵ月後再狭窄を認めず。2007年3月、再発胃癌に対し幽門側胃部分切除術施行。バイアスピリン再開後、吻合部潰瘍出血を認め、アスピリン、チクロピジン再開できず、シロスタゾール内服に変更。2007年5月、前下行枝薬剤溶出性ステント内血栓閉塞に伴う急性心筋梗塞を発症した。

症例2：62歳女性。2006年7月、右冠動脈90%狭窄に薬剤溶出性ステントを留置。8ヵ月後再狭窄を認めず。アスピリン、チクロピジン内服中の2008年11月、右冠動脈薬剤溶出性ステント部血栓閉塞に伴う急性心筋梗塞を発症した。

症例3：60歳男性。2005年8月、左冠動脈前下行枝75%狭窄2ヵ所に対し薬剤溶出性ステントを2本留置。8ヵ月後再狭窄認めず。2008年12月、内服自己中断8日後に前下行枝薬剤溶出性ステント内血栓閉塞に伴う急性心筋梗塞を発症した。(内科 井澤 和真)

門脈左亢進症の難治性腹水に対するDenver shunt造設術の当院における経験

【目的】腹腔・静脈shunt (Denver shunt) が難治性腹水の治療として有用であることは、以前から報告されている。しかし、肝不全などの基礎疾患、挿入手技の問題、術後の合併症などにより、あまり普及していない。今回は当院で経験したDenver shuntを挿入した症例から、その有用性と合併症について報告する。

【対象・方法】2008年1月から2011年6月までに当院でDenver shunt造設術を行った6例について、有用性と合併症の点から検討する。

【結果】全例基礎疾患は肝硬変であり、Child・Pugh

grade Bが3例、grade Cが3例であった。4例で肝細胞癌を合併し、そのうち2例は門脈腫瘍塞栓を有していた。だが、いずれも癌性腹膜炎は認めず、腹水は肝不全と門脈圧亢進症によるものであった。Shuntは全例に造設可能であった。体重は全例で減少(平均10kg減)し、その後のQOLは向上した。治療後は血小板数は著しく低下し、3～8日で最低値となった。治療前は高値であったBUN、Crは改善傾向となった。治療後の合併症として縫合不全、肝性脳症、肺胞出血、挿入部位の出血、腸腰筋周囲の出血を認めた。DICscoreにより、4例はDICとの診断され、3例では血小板・凝固能の低下と出血傾向を認めた。

【考察】Denver shuntは腹部膨満などの症状を和らげ、腹水を減少させ、利尿剤に伴う腎障害を軽減することができた。だが、3例ではDICを認め、その3例は出血傾向となった。今後、DICに対する対策が重要と思われる。DIC、出血傾向を予防する方法は、腹水を細胞外輸液などで置き換えることや、腹水のドレナージをしばらく行った上で造設することなどがある。

【結語】肝硬変の難治性腹水におけるDenver shuntの有用性と合併症に対する当院での経験をふまえて報告した。(内科 助川 隆士)

糖尿病患者における腹部肥満とNAFLDの関連についての検討

対象は、当院通院中の2型糖尿病患者のうち肝炎ウイルスキャリア・アルコール多飲者を除く375例(男性189例、女性186例)である。そのうち肥満は149例(39.7%)、腹部肥満は188例(50.1%)、MSは117例(31.2%)に認められた。腹部肥満群では、ALT (IU/l) が 24.7 ± 13.8 と非腹部肥満群の 22.6 ± 11.3 に比して高値で、ChE (IU/l) は 338.9 ± 77.4 と非腹部肥満群の 310.8 ± 78.3 に比して有意に高値($P < 0.05$)であったが、CVD発症率で両群間に有意差を認めなかった。MS群ではALT (IU/l) に有意差を認めず、ChE (IU/l) は 346.0 ± 81.0 と非MS群の 315.3 ± 76.4 に比して有意に高値($P < 0.001$)であり、CVD発症率はMS群で有意に高率($P < 0.05$)であった。腹部肥満を有する糖尿病患者はALTは高い傾向が見られ、ChEが有意に高値であつ

たが、CVD発症率はMS群でのみ有意に高率であった。
(内科 外川 征史)

EBV初感染により激しい臨床経過をたどり、速やかに同種骨髄移植を行った若年女性の1例

症例は20歳代前半の女性。2011年3月中旬より発熱・関節痛が出現したため近医受診、血液検査にて芽球様細胞の出現と血小板減少を指摘され、精査・加療目的に同年3月下旬当科入院となった。入院時血液検査ではWBC 6680/ μ l (芽球様細胞44%), Hb 15.2g/dl, Plt 2.6万/ μ l。肝障害およびDICの合併も認め、フェリチン23700ng/ml, sIL-2R 35300U/mlと著増していた。骨髄検査では芽球様細胞が68.6%みられ、血球貪食像も呈していた。芽球様細胞の表面抗原マーカーはCD8陽性でT細胞を起源としており、末梢血遺伝子検査ではTCR-C β 1およびEBV-DNAの再構成を認め、EBV-DNA定量 4.3×10^6 copiesと著増していた。以上の所見より、全身性EBV陽性T細胞リンパ増殖異常症と診断した。

臨床像が劇症であり、入院翌日から化学療法を開始したが、日～週単位で発熱や間質性肺炎といった腫瘍による症状の再燃をきたした。計3コースの化学療法を施行後、VP-16+CY+TBI (12Gy)の大量化学療法・放射線照射による前処置を用い、HLA-DR1座mismatchの兄を幹細胞ソースとして骨髄移植を施行。移植細胞数は 3.25×10^8 /kg, GVHD予防はFK506+short term MTXで行った。Day 18に好中球生着を確認した。その後、皮膚GVHD (grade I～II)を合併したものの対症療法およびステロイド投与にて速やかに軽快。Day 21の異性間FISHでは99% donor typeであり、臨床症状と血液・骨髄検査上の芽球様細胞、TCR-C β 1およびEBV-DNA再構成の消失、末梢血EBV-DNA定量の陰性化を確認した。全身状態および臨床経過良好のため、Day 144で退院。現在も当科外来通院中で、寛解状態を維持している。

全身性EBV陽性T細胞リンパ増殖異常症は、週～月単位で死の転帰を取る予後不良の疾患で、速やかかつ積極的な治療介入が必要である。若干の考察を加えて報告する。
(内科 松岡 里湖)

アレルギー性鼻炎合併喘息全国実態調査 (SACRA) の当科における結果

【背景・目的】日本の、アレルギー性鼻炎を合併する喘

息患者の割合を算出することを目的として、アレルギー性鼻炎合併喘息全国実態調査 (SACRA) が行われ、当科も調査に参加した。

【対象】当科に通院する喘息患者95人

【方法】鼻炎の質問票に対する患者の回答と、過去の抗原特異的IgE抗体検査の結果と、耳鼻咽喉科医の診断を基に、アレルギー性鼻炎の合併の有無を判断した。調査期間は、2009年6月17日から同年8月12日までであった。

【結果】95人中、何らかの鼻症状がある患者は64人、鼻症状がない患者は31人であった。吸入系抗原の特異的IgE抗体が1つ以上陽性であった患者は21人、主要な吸入系抗原の特異的IgE抗体が全て陰性であった患者は27人、特異的IgE抗体の検査を行っていない患者が47人であった。これと耳鼻咽喉科医の診断を組み合わせると、95人中、アレルギー性鼻炎を合併している患者は22人、非アレルギー性鼻炎を合併している患者は12人、アレルギー性か非アレルギー性か分からない鼻炎を合併している患者は32人、鼻炎を合併していない患者は29人であった。したがって、アレルギー性鼻炎を合併する喘息患者の割合は34.9%、アレルギー性と非アレルギー性を合わせた「鼻炎」を合併する喘息患者の割合は69.5%と算出された。

【考察】元々この調査は、アレルギー性鼻炎を合併しているか否かを調査するものであった。しかし、アレルギー性鼻炎と非アレルギー性鼻炎は同様の症状を呈し、質問票によって鑑別することは不可能である。そのため、全国調査の結果は、「アレルギー性鼻炎」とは特定せずに、「鼻炎」の合併率が67.3%であったと医学雑誌Allergyに報告された。当院の調査結果の、アレルギー性と非アレルギー性を合わせた鼻炎の合併率69.5%は、全国調査の鼻炎合併率67.3%とほぼ同等と考えられた。
(内科 福居 嘉信)

当科における腹腔鏡下 (補助下) 胃・大腸切除後の再建法の工夫

最近消化管吻合を伴う手術においても腹腔鏡下手術が普及してきており、当科でも胃、腸吻合を伴う手術の約20%で腹腔鏡下手術が行われている。消化管の腹腔鏡手術では消化管再建が必要である。しかし腹腔内で開腹と同様に、針糸を用いた消化管の手縫い吻合を行うことはかなり困難であり、使用するデバイスやその使い方に工夫が必要となる。今回当科における腹腔

鏡手術における胃・腸吻合方法を供覧する。

(外科 福永 亮朗)

下肢閉塞性動脈硬化症について

(胸部外科 長谷川幸生)

経皮的気管切開術について

経皮的気管切開とは経皮的に気管を穿刺し、ガイドワイヤーを挿入、ガイドワイヤーを軸に鈍的に穿刺孔を拡張し気管切開チューブを留置する手技である。近年、救急・集中治療分野での報告が盛んである。利点としては施行時間が短い、創が小さい、創部感染率が低い、習得しやすいことなどが挙げられている。

一方、適切に施行されない場合には、カニューレ抜去困難症を招く恐れ、気管後壁損傷による皮下や縦隔気腫の発生などが懸念される。とりわけ、輪状甲状膜切開となった場合の輪状軟骨損傷に起因する声門下狭窄、切開施行時の気管軟骨損傷は危惧されるところである。

施行時には気管支ファイバーの併用が強く推奨されており、適切な施行により合併症を起こさない術術が望まれる。
(耳鼻咽喉科 相澤 寛志)

小児のマイコプラズマ肺炎

当科で経験した症例を中心に、小児のマイコプラズマ肺炎の診療における注意点についてまとめた。2011年はマイコプラズマ肺炎の流行年であったとされているが、旭川近隣の小児のマイコプラズマ肺炎に関して、当院入院患者の推移からは流行はあきらかではなかった。入院例はマクロライド系抗菌薬不応例が大部分であった。マイコプラズマは自己増殖可能な最小の生物(細菌)であり、上気道炎・気管支炎・肺炎など気道感染の起原菌となる。直接の毒性は高くはないが、宿主の免疫反応により、肺炎以外にも、発疹・肝機能障害など、多彩な臨床症状を示すことがあることが知られている。診断は、一般的には血清学的検査により行われ、特異抗体(PAなど)のペア血清での検査が必要である。マイコプラズマ・ニューモニエ特異IgM抗体迅速検査(イムノカード)は感度・特異度とも低く診断には使用すべきではないと考えられる。最近保険適応になった、LAMP法によるマイコプラズマ核酸検出は、残念ながら当院では検査できず、採用が待たれる。治療はマクロライド系抗生剤が第一選択で

あるが、マクロライド不応例では、クリンダマイシンやミノサイクリン、トスフロキサシンの投与を行い、重症例や発熱遷延例についてはステロイド剤の使用を考慮する。近年、マクロライド耐性菌の増加が言われており、注意が必要である。(小児科 中嶋 雅秀)

当科における腎血管異常症例について

【緒言】腎血管異常症例は稀な疾患であり、個々の症例で治療適応・治療方針に熟慮を要する。当科において特徴的な経過をたどった1例の腎動脈瘤症例と2例の腎動脈瘤(AVF)症例について紹介する。

【症例】症例1は67歳男性、他院スクリーニングCTで右腎動脈瘤を指摘、右腎動脈第1分岐に不完全石灰化を伴うφ20mmの嚢状動脈瘤、そこから3本の分枝を認めた。破裂の危険性が高いと判断し、治療方針の検討では経皮的腎動脈塞栓術(TAE)は全腎梗塞の危険性、体内血管形成術は瘤が腎洞付近のため困難と判断し、腎摘出後体外的に瘤切除、内腸骨動脈グラフトを用いて3本の分枝を吻合する血管形成後に自家腎移植を行った。術後経過は良好で腎機能悪化を認めていない。症例2は53歳女性、健診エコーにて右腎静脈の拡張を指摘された。CT・血管造影(DSA)にて、腎洞内にaneurysmal typeのAVFを認めた。破裂の危険性を考え、治療方針として選択的TAEが可能と判断した。TAEを施行しわずかな梗塞巣のみで腎機能を温存できた。症例3は76歳女性、他院CTでaneurysmal typeのAVF、右腎動脈起始部にφ16mmの動脈瘤を認めた。数日後AVF尿路穿破によるショック状態となり、保存的治療にて循環動態は安定したが、胸部外科のback upを考慮し当院に転院、しかし2日後に再度の尿路穿破による血圧低下を認めた。放射線科医師が不在のためTAEは施行できず、緊急右腎摘除術を施行した。腎機能温存はできなかったが、術後経過は良好であった。

【結語】腎血管異常症例はvariationが多く、放射線科および胸部外科のサポートが不可欠である。今後も診療科の連携を深めて治療を行うことが重要と思われる。

(泌尿器科 鈴木 英孝)

腹腔鏡検査にて偶然発見された消化管外アニサキス症の1例

アニサキス症は、魚介類の生食の機会が多い日本においては年間2000人~3000人以上の患者が発生していると推測される比較的頻度の高い疾患である。そのほ

とんどは急激な腹痛から発症する胃アニサキス症で、内視鏡にて容易に診断・治療が可能である。アニサキス幼虫は人体に寄生しても発育できずいずれ死滅するが、それまでの数時間から数日で腸管内を移動したり(腸アニサキス症)、稀に腸管壁を穿通して他臓器に迷入する場合(腸管外アニサキス症)がある。腸管外アニサキス症は胸腔、肺、腹腔、腸間膜、肝、リンパ節、皮下など体内のあらゆる部位に及び、国内で数十例の報告がある。今回われわれは、腹水貯留の原因検索のため診断的腹腔鏡を行い、腸管外アニサキスと診断された症例を経験したので報告する。

症例は58歳女性。嘔気嘔吐のため近医内科を受診した。緊急性の疾患を認めず対症療法にて軽快するが帰宅後も腹部違和感が持続した。消化管精査歴は数年前に実施したが異常所見なしと診断されていた。約2週間後に婦人科検診を目的に当科初診。経膈超音波検査で病的腹水を認めたため全身精査を勧めた。血液検査では軽度のCRP上昇を認める以外異常なく、腫瘍マーカーは陰性、腹部CTで骨盤内の腹水貯留と腹膜播種を疑わせる所見が認められた。当院内科にてGTF、CF施行したが、異常腹水の原因疾患を認めなかった。以上の所見から悪性疾患が完全には否定できないため、初診から2週間後に診断的腹腔鏡を施行した。術中所見としては、骨盤内に膿性腹水を認めたほか、右肋骨下腹膜に1cm大・白色の肉芽様腫瘤を認めた。腹水の迅速細胞診はclass I、摘出した腫瘤の迅速病理は炎症性肉芽で悪性所見なし、とのコメントであった。後日、永久標本にて肉芽内に変性した虫体を認め、腸管外アニサキス症と診断された。

(産婦人科 北 香)

当科における訪問看護ステーションと連携した患者支援について

2004年4月1日から2011年9月30日までの7年6ヵ月間に実施された訪問看護の利用状況について、診療録と訪問看護記録を基に後方視的調査を行った。

訪問看護利用患者数は72人(男性35人、女性37人)で、年齢は15歳～86歳(平均年齢47.6歳)、罹病期間は1年～62年(平均罹病期間14.8年)、単身者が59.7%で、診断は統合失調症が最も多く、全体の73.6%であった。訪問頻度は、週3回が最も多く、支援内容は医療に関することだけでなく、家事や生活自体に対する直接的な支援まで多岐にわたっていた。

訪問看護新規利用患者数の年次推移をみると、2010年度に急激に増加しており、前年度の約2倍の25人になっていた。当科の入院患者数との比較では、2010年度の入院患者数が445人に急増するのに伴って、訪問看護新規利用患者数も著しく増加していることが示された。また、訪問看護新規利用患者数と平均在院日数の比較では、2010年度の平均在院日数が77.7日に激減したのと並行して、訪問看護新規利用患者数は逆に著しく増加していた。

訪問看護利用前後における入院回数に関しては、経過観察できた36人を対象に比較した。その結果、訪問看護利用前2年間の平均入院回数が1.51回であったのに対して、利用後2年間では0.86回であり、訪問看護の利用によって入院回数が有意に減少していた。

当科で訪問看護新規利用患者数が急激に増加している要因としては、入院患者数の増加により、入院期間の短縮化が求められ、治療の重点が退院後のケアにシフトしたことが考えられた。また、訪問看護の利用によって入院回数が有意に減少した要因としては、24時間365日体制で危機介入にも対応する訪問看護を利用し、日常生活上のさまざまな支援を受けることで、患者の精神・身体的な負担が軽減され、症状の悪化や再燃が防止されたことが考えられた。今後も訪問看護ステーションと連携を深めながら、地域で患者を支援するための課題について検討していきたい。

(精神科 泉 将吾)

術中鼓膜温測定器について

手術中の低体温は虚血性心疾患に悪影響を及ぼし、凝固能の低下に伴う出血量の増加、術後創感染症の増加など多くの合併症を引き起こすことが明らかになっている。また、低体温は筋弛緩薬や麻酔薬の作用遷延を引き起こし、麻酔覚醒時間に影響を及ぼすので、手術中の体温保持のため、体温測定は重要である。

当院における手術時の体温モニターは直腸温や膀胱温を使用してきた。しかし、直腸温や膀胱温は開腹手術の際には外気や手術手技の影響を受け、正確性が疑問である。鼓膜温は外頸動脈で直接灌流されているため、脳温を反映しており中枢温として信頼性が高い。しかし、今まで手術中に持続的に鼓膜温測定する際には、直接鼓膜に接触させる接触型鼓膜温プローブを使用する必要があり、鼓膜損傷の危険性がある上に固定性が悪く、正確性も疑問であった。

2009年より使用可能になった非接触型持続鼓膜温測定器は鼓膜から放射される赤外線エネルギーを測定するもので、装着が容易で非侵襲的である。当院でも2011年3月より使用を開始し始め、現在では子供を除くほぼ全症例で使用している。昨年消化管手術18症例において膀胱温、直腸温と鼓膜温を同時測定、比較してみた。膀胱温、直腸温では腹腔内洗浄や気腹の際に体温が低下したのと比較して鼓膜温では手術手技による体温低下は認められず、大変有用であると考えられた。また、非侵襲的で衛生的であった。

当日は実際の持続鼓膜温測定器について紹介し、測定データを提示したいと思います。

(麻酔科 山岸 昭夫)

全身疾患と眼

以前、眼底写真と全身疾患の口演を行いました。今回は眼底写真のみであったので今回はこの数年間に各科よりご紹介いただいた患者さんに見られた眼の異常を前眼部を中心に説明したいと思います。TS-1角膜症は、TS-1の内服による角結膜および涙道の異常です。表層性角膜炎のため充血、異物感、霧視感のため紹介されました。点眼薬で治療中ですが、写真で見られるような角膜表面の傷がみられ、慢性的に治らない状態が続きますが、失明にいたるようなことはありません。スティーブンス ジョンソン症候群は、2年前に1例皮膚科より紹介されました。幸い当院の症例は皮膚科の処置も早く、ほとんど後遺症は残さずに完治しました。重症例では写真のように結膜の上皮が角膜を覆い、視力の回復は困難となります。角膜移植により改善の可能性があります、その成功率は高くはありません。

ヘルペス感染症も皮膚科より多数の紹介があります。軽症では結膜の充血のみですが、角膜の病変やぶどう膜炎も引き起こすと難治性となります。特殊な例で急性網膜壊死という状態になることもあります。

ベーチェット病の典型例は前房蓄膿を起こします。網膜血管炎を引き起こすと視力の回復は困難となります。虹彩炎の原因としてもっとも頻度の多いのはサルコイドーシスです。角後面沈着物や眼底には雪玉用混濁を認めます。

マルファン症候群で通院中の方は2人おります。2人とも写真のような外上方への水晶体脱臼が見られ、網膜剥離、網膜裂孔、緑内障を合併しております。

白血病の眼合併症は、眼底出血が多いと思いましたが、今年はぶどう膜炎の方が2名ほど紹介されました。1人は虹彩炎のみですぐに軽快しましたが、もう1人はぶどう膜炎が主体で硝子体の混濁がなかなか改善せず、視力もほとんど改善していません。

この数年で紹介された全身疾患に伴う眼の異常を典型的な写真で説明いたしました。また紹介したい症例が集まりましたら口演したいと思います。

(眼科 菅野 晴美)

茶のしずく石鹼に含まれた加水分解コムギによる即時型コムギアレルギーのまとめ

小麦は成人の食物アレルギーの原因の中で最も頻度の高いもののひとつである。

成人の小麦アレルギーは小麦依存性運動誘発アナフィラキシー (FDEIA) で発症する例が多い。FDEIAとは特定の食物を摂取した後、スポーツなどの運動負荷により蕁麻疹が突然現れ、さらに血管浮腫や全身の紅潮、呼吸困難、腹痛、血圧低下、意識消失などのアナフィラキシー症状を生じる食物アレルギーの特殊病型である。2009年頃から小麦によるFDEIAの中に特に眼瞼の紅斑腫脹が著しい非典型的な症例が散見されるようになった。これらの患者は、略全員が“茶のしずく石鹼”の使用歴があり、この石鹼に含まれる加水分解コムギに感作された小麦アレルギーが問題となっている。茶のしずく石鹼の使用歴があり小麦アレルギーが疑われ当科を受診した患者は31例でプリックテスト等により加水分解小麦による感作が考えられた患者は13例であった。全例女性で年齢は38～81歳で石鹼の使用期間は10 ヶ月～6年で平均使用期間は2.6年であった。特異的IgEは12例で小麦、グルテンで陽性、 ω -5グリアジンは全例陰性であった。臨床症状では11例に接触蕁麻疹がみられ、3例にFDEIAがみられた。

(皮膚科 菅野 恭子)

中心静脈 (CV) ポート！ 深イイ～話し part 1.

CVポートは化学療法、栄養管理など患者の治療において重要な役割をにない、静脈ルート確保の手段として頻用されている。主に鎖骨下静脈を挿入ルートとして用いているが、患者の病態、背景によりその挿入ルートは選択されるべきである。内頸静脈、上腕静脈、前腕静脈、ソケイ部などからも挿入可能であり、その適応、特徴を考慮して最適な留置方法を選択すべきで

ある。適切な留置方法の選択にあたり、各挿入方法の利点と欠点、挿入時合併症を考慮した留置部位の決定方法を示し、それぞれの方法に即した管理方法のコツに関して概説する。また、特殊な留置方法として肝静脈経由、下大静脈経由の方法も紹介する。

(放射線科 花輪 真)

EBMに基づいたう蝕予防

う蝕は、歯垢を構成している細菌が糖質を基質にして酸を産生し、その酸によって歯質が脱灰される実質欠損をいう。日本人の9割以上が罹患している最も身近な生活習慣病の1つであり、糖質、細菌、歯質の3つの要因が、生活行動に強く影響を受けながら相互に関わり合って発生する。う蝕予防は、日常生活の中で、その3つの要因をいかにコントロールするかが重要である。

<糖質のコントロール>

- ・糖質の摂取回数が多いほど歯質の脱灰時間が長くなり、う蝕が発生しやすい。そのため食事以外は、糖質の摂取を1日1、2回までに制限する。
- ・唾液は歯垢内部の酸を中和する働きがあるため、唾液分泌能が低下している起床時、風呂上り、就寝前などは、糖質の摂取を控える。
- ・甘味物の頻回な摂取が止められない場合は、う蝕誘発性の低いシュガーレス食品やう蝕誘発性のない「歯に信頼マーク」付与食品を選ぶ。

<細菌のコントロール>

- ・う蝕は歯垢の存在下に発症するため、歯垢がたまりやすい歯頸部、歯間部、小窩裂溝部（いわゆるう蝕の好発部位）の歯磨きを意識して行う。
- ・歯間部や歯頸部間隙は、歯ブラシの毛先が届きにくいため、デンタルフロスや歯間ブラシなどの清掃補助用具を併用する。
- ・歯磨きの時間帯は、就寝中に細菌数が最も増えるため、その前後である就寝直前と起床直後に行うのが基本である。また食後の歯磨きについては、唾液による歯垢PH中和作用を阻害しないため、食後30分経ってから磨くのが良いとされる（口臭予防や歯周病予防で

は、食後すぐの歯磨きが薦められているため、何に重点を置くかによって、歯磨きの時間帯が変わる)。

<歯質のコントロール>

- ・フッ素を応用することにより、エナメル質の構成成分であるハイドロキシアパタイトが結晶構造の安定したフルオロアパタイトに変化するため、耐酸性が向上する。またフッ素は歯質に作用する以外に、再石灰化促進作用や歯垢細菌の増殖、酸産生抑制作用もある。

(歯科口腔外科 谷 和俊)

抗MRSA薬の適正使用に向けて

当院の抗MRSA薬の使用状況を、2008-2009年の2年間について検討した。

【TDM（薬物血中濃度モニタリング）】

TDMの実施回数は2008年が90回、2009年が115回と、増加傾向が見られた。血中濃度を測りながら抗MRSA薬を使用していたのは（TDM実施率）、46%とまだ少なかった。TDMの実施時期については、76%が投与開始3日前後の適切な時期に行われていた。薬剤別のTDM測定結果を見ると、トラフ値が至適範囲であったのは、TEIC 75%、ABK 54%、VCM 52%であった。

【抗MRSA薬の使用状況】

抗MRSA薬の年間消費量（単位はvial数）は全注射剤の5~6%を占め、年間薬剤費は同じく15~23%を占めた。抗MRSA薬は他の抗生剤よりも明らかに高価であった。抗MRSA薬の1日当たりの標準的薬剤費は、おおよそABK 6,600円、VCM 7,800円、TEIC 14,800円、LZD 35,700円であった。

【結論】

- ・抗MRSA薬を使用する場合には、腎機能を評価した上で初期投与量を考え、3日目の血中濃度測定により投与方法の再評価をする、という基本が大切である。
- ・LZDは使用すれば確実に赤字になる薬剤なので、第1選択の薬剤ではない（例え腎機能が悪くても）。
- ・保菌を治療しないなど、適応に関する検討がさらに望まれる。（感染対策委員会 小西 貴幸）

看護研究発表会記録（23年度）

エンジンバラ産後うつ質問表を用いた実態調査

東3階 ○田中さとみ, 横山 絹恵
松田 亜希, 森 麻紀子
荒明 弘恵

【目的】産後鬱病のハイリスク妊婦を抱える当院において、退院時と退院後に評価を行い精神的な変化について明らかにし、予防・悪化防止を推進して行きたいと考え調査を行ったので報告する。

【方法】2011年3月～6月末までに当院で出産し、産後1ヵ月健診を受けた褥婦を対象とし、退院時と健診時にエンジンバラ産後うつ質問表（以下 EPDS）を実施した。

【結果・考察】対象者33名中、回答率は100%。リスクホルダーの内訳は未婚、未成年、精神疾患、マタニティーブルーズ、経済的不安である。9点以上の高得点者数は退院時・健診時での差、初産・経産による差はなかった。精神的脆弱な者は退院時のEPDS得点が高めであったが、健診時には下がる傾向にある。平均得点は初産婦のほうが高い。自傷に関する質問で陽性回答し、精神疾患の現病または既往がある者は、退院時3名中2名、健診時は4名中3名。陽性回答者数は、Q6・7・10は退院時に比べ健診時のほうが増加し、Q1・2・3・4・5・8は減少していた。退院後のみに高得点を示す者がおり、産後の精神状態の把握と継続的支援が必要とされる。妊娠期から把握が可能なリスクファクターがあり、早期介入と具体的聴取をすることで産後鬱発症の可能性を予測し、予防対策ができると示唆される。

【結論】

- 1) EPDS高得点者の割合は、退院時と健診時に差はなかった。
- 2) 退院時EPDSが問題ない場合でも、健診時に高得点となる場合がある。
- 3) 精神疾患の現病、既往やマタニティーブルーズの既往がある者は、退院時EPDS得点が高めであったが、健診時の得点は下降傾向にある。
- 4) EPDS高得点者の割合で初産婦と経産婦で差はないが、平均得点は初産婦のほうが高い。
- 5) EPDSの判定には時間をかけて具体的に聴取する

必要がある。

【おわりに】妊娠期からの情報収集をし、産後の精神状態の把握や支援を行うことは重要であることがわかった。EPDSを行い褥婦の精神面に目を向け、各部署と連携して継続的な支援に努めていきたい。

緊急入院時のプレパレーション導入に向けた有効性の検討

西3階 ○坂口 夏美, 安瀬 真紀
栗柄 未央, 金野 陽子
尾崎 由悦

【はじめに】当病棟は緊急入院が多く、事前にプレパレーションを行っていなかった。今回、患児や親が不安を軽減した状態で処置を受けられるよう支援するため、導入を目的とした研究を行ったので報告する。

【対象と方法】

調査期間：2011年4月～7月

対象：3～5歳の緊急入院の患児13名とその親

方法：プレパレーションツールを作成した。処置前の10～15分間で患児と親に説明を行った。処置後に親と看護師に調査票を渡し、集約分析した。

【結果・考察】3歳から就学までの子どもは、「ごっこ遊び」などを通して物事を理解するといわれている。感覚にはたらきかけるような説明で疑似体験をし、どのような感覚がするのか具体的に伝えることが大事である。実際に、69.2%の患児が抱っこされて処置を受けた。これは、プレパレーションを受けたことで疑似体験し、処置を漠然とイメージできたのではないかと考える。また、子どもの集中できる時間は5分から15分といわれている。説明時間を15分以内としたことで、患児は最後まで話を聞くことができた。看護師の84.6%が説明を負担に感じていなかったため、今後は状況に合わせ、個別性をふまえた援助を行っていく必要がある。患児の不安言動は46.1%にみられた。そのとき、否定したり嘘をつくのではなく、子どもの思いに共感し、受容的に関わることが大切である。また、親が看護師の話を受容的態度で聞いていたことも、患児の安心につながったと考えられる。看護師の説明を聞いて、処置の間安心して子どもを預けることができ

たと答えた親が10名おり、親が説明を受けたことで患児の状況や処置を理解でき、待つ時間の不安が少しでも軽減されたと考える。以上のことからプレパレーションは有効であった。

【結論】

- ①プレパレーションツールを用いたプレパレーションは有効であった。
- ②緊急入院時のプレパレーションでも効果が得られた。
- ③親と一緒にプレパレーションを受けたことは有効であった。

ウロストーマ造設患者におけるボディイメージの早期受容

西4階 ○吉田 麻乃, 新海奈津美
福原 千尋, 小田 浩美

【はじめに】当病棟では、膀胱全摘術を受ける患者に術前にDVDを見てもらい、術後のボディイメージ付けを行っていた。しかし、手術を受ける方は高齢者が多く、内容を十分に理解できない事例が多くみられた。そこで術前の指導方法を見直し、術前にイメージ化を図ることができれば術後のボディイメージを早期受容できるのではないかと考えアンケート調査を行ったのでここに報告する。

【研究方法】

研究期間：2011年3月～8月

研究対象：当科にてウロストーマを造設した患者16名
(2003年～2011年)

研究方法：現在の術前指導に関するアンケート調査

【結果】

- ・手術前にストーマやストーマの管理について指導を受けたか「はい」75%
- ・指導方法「看護師の口頭説明」70%
- ・術前指導を受けた患者のうち術後のイメージが「できた」67%「できなかった」22%
- ・術前に術後のイメージができていた患者がストーマを前向きに受け入れた時期「手術前」16%「手術後入院中」33%「退院が決まった時」17%「退院後」17%

【考察】DVDやビデオでの指導は、看護師からの直接的な指導に比べ印象に残っていない患者が多く、術前指導の中で看護師が指導を行うことがストーマ受容において重要な役割を担っている。また、術前指導を受け

た患者ほど術後のボディイメージがついており、入院中からストーマを前向きに捉えることができていた。その結果、患者にとって十分な術前指導を行うことが、術後のボディイメージ付けに繋がり、ストーマ受容を勧めることに役立つ。術前指導を受けた患者ほど、術後のボディイメージがつき、入院中からストーマを前向きに捉えることができ、認知面は高かった。しかし、患者自身がフレンジ交換を行っていることは少なく、行動面は低かった。このことから、今後ストーマケアを行う上で、認知面、行動面双方の問題点を把握、判断しながら指導を進めていく必要がある。

【結論】看護師の術前指導が、術後のボディイメージ付けに繋がり、ストーマの早期受容を勧めるのに役立つ。

電極交換による皮膚トラブル軽減を目的としたセキューラML保湿ローションの有用性

東5階 ○坂上 祐理, 西田 佳代
辻 久美, 矢嶋 桂子

【はじめに】当科では心電図モニターを長期に装着する患者が多く、電極による皮膚トラブルが多く発生している。今までは電極交換を毎日行っていたが、電極の粘着力が強いうちに剥すことで皮膚に余計刺激を与えていると考え、1日おきの交換に変更した。しかし、皮膚トラブルは以前より軽減したが、完全消失には至らなかった。そこで、角質保護と皮膚の水分喪失予防を目的とし、セキューラML保湿ローション（以下セキューラ）を電極交換時に用いてその有用性を検討した。

【方法】研究対象は心電図モニターを装着する患者を無作為に選択し、1週間以上観察する。石鹸清拭のみでの交換を対照群、石鹸清拭+皮膚保護剤（セキューラ）使用による交換を実験群に分類し、両群とも電極交換時に剥離剤としてオリブ油を使用、電極ののりしろを残しスムーズにはがせるように手技を統一した。心電図モニター監視が終了するまで電極交換日に皮膚状態（発赤・表皮剥離・掻痒・水疱・水疱破れ）を観察した。皮膚状態を評価する表を作成し、電極交換を実施した受け持ち看護師が評価し記載する。研究期間は2011年4月4日から7月31日。

【結果・考察】対象者数は35名であり対照群19名、実験群16名で開始。対照群で発赤があり、実験群へ移行した人19名中4名(21%)。そのうち発赤が消失した人4

名中4名(100%)。実験群で発赤があった人16名中6名(37%)、継続にて消失した人6名中4名(66%)。対照群で表皮剥離し中止した人19名中3名(15%)、実験群で表皮剥離した人16名中0名(0%)。

一度発赤が出現した人もセキューラを使用することで発赤は消退した。また、実験群で皮膚剥離はみられなかった。電極を貼付する部位は浸軟しやすく、角質層のバリアが弱くなっているため、清拭をして皮膚の清潔を保ち、必要に応じて皮膚保護剤や保湿剤をうまく活用して皮膚を守り、皮膚障害を防ぐことが必要であると考えられた。また、電極交換方法を統一したことも皮膚への刺激が軽減される結果となった。

下肢静脈瘤術後に着用する弾性ストッキングの統一した指導と合併症の予防

西5階 ○大澤 美雪, 松岡 郁子
長門 石恵, 對馬 朝子
中川 恵子

【はじめに】当科では下肢静脈瘤手術目的で入院する患者が年間約20~30名である。入院後弾性ストッキング(以下ストッキング)の着用, 指導を行っている。しかしスタッフ内からの意見や予備調査の結果から指導・観察が統一されておらず, ストッキング着用時の合併症の予防が十分なされていないことが明らかとなった。また, 退院後のストッキング着用の有無や合併症についての把握ができていなかった。そこで統一した指導・評価を行い, 患者が退院後もストッキングを正しく着用し, 合併症を予防できたか検討したので報告する。

【研究対象・方法】

1. 対象・人数: 下肢静脈瘤の手術目的で入院した患者9名(2011年4月1日~6月30日)
2. 方法
 - 1) 同意書の作成
 - 2) パンフレットの作成・指導
 - 3) ストッキング着用中のチェックシートの作成, 入院中・外来受診時の観察・評価
 - 4) 追跡調査(術後1ヵ月後, ストッキングの着用・合併症の有無)
3. 分析方法
 - 1) ストッキングが正しく着用されたか, 合併症の有無を観察
 - 2) チェックシート・追跡調査により, 患者がストッ

キングの必要性を理解し合併症を予防できたか評価する

4. 研究期間: 2011年1月12日~9月30日

【結果・考察】指導後から術後1ヵ月後まで9名全員が正しくストッキングを着用していた。症状・皮膚トラブルの発生については以下のとおりであった。

- 1) 入院中(術後): 疼痛・痺れ・発赤・掻痒の4症状が1名, 発赤のみ1名
 - 2) 外来受診時(術後1週間後): 疼痛1名, 掻痒1名
 - 3) 術後1ヵ月後: 疼痛と掻痒1名, 掻痒のみ1名
- これらの結果から合併症として掻痒が示唆された。

今回の研究でパンフレット・チェックシートを作成したことにより, 指導・観察内容が統一され, 看護師・患者ともに正しいストッキングの着用方法と観察が可能となり, 合併症の早期発見につながった。

【結論】指導・観察方法の統一により, 患者が弾性ストッキングを正しく着用することができ, 合併症予防につながった。

継続的な内服管理方法の検討

東6階 ○村本 智代, 大熊 麻美
山田 佳奈, 田村 加奈
小林 るみ

【はじめに】これまでの内服管理方法では, 受け持ち看護師が判断していたため, とまどうこともあった。この度, 院内統一の内服管理チェックリストが作成され, 入院時の内服管理方法は, 基準に基づいた判断ができるようになった。しかし, 入院時の判断基準であり, 内服援助を退院に結びつけるには難しかった。そこで入院時から, 退院を意識して内服援助ができるように, 病棟独自のチェックリストを作成し, 使用した結果を報告する。

【方法】

調査対象: 2011年4月11日以降に入院した患者235名
研究方法: 東6病棟用内服チェックリスト(以下チェックリスト)の作成・実施。看護師へのアンケート調査。

【結果】

- ・チェックリスト使用后, 内服管理方法の選択に迷うことがなくなった。
- ・3日ごとに内服管理方法の評価を行うことで, 早期から患者にあった内服援助方法を検討できるようになった。

- ・内服薬を一包化にしたり、医師や薬剤師に協力を依頼するなど、退院に向けての内服援助の意識が高まった。
- ・誤薬が減った。
- ・チェックリスト導入前に、内服薬の残数が合わなかった患者が、チェックリスト導入後に入退院を繰り返すうちに残数が合うようになり、意欲的に内服薬を自己管理する発言も聞かれた。
- ・誤薬の状況や身体状況を記載するためのアセスメントの記入欄を設けたほうがよいなどチェックリストの改善点が明確になった。

【考察】入院前には内服薬を自己管理していた患者が、体調不良による判断力や理解力の低下により、やむをえなく内服薬を看護師管理に変更することがあった。しかし、チェックリストを使用することで早期に体調の回復を見極め、自己管理に戻すことができた。その結果セルフケア能力の低下を防ぐことにつながった。

さらに、入院中に内服薬が変更となった患者には、内服方法の理解度や内服継続能力の確認のアセスメントができた。

これらのことから、チェックリストを使用することで、できるだけ早期から退院を意識した内服援助ができたと考える。

外科病棟における感染予防行動の実態調査と問題点の検討

西6階 ○伊藤 真央, 金田 美和
曳地 光恵, 大西かおり

【はじめに】当病棟でMRSA感染患者が発生し、院内感染マニュアルに沿って、標準および接触予防策を実施していたがアウトブレイクが生じたため、医療者側に原因がないか考えた。適切な感染管理が必要であるため、標準および接触予防策の実践強化前後の看護師の知識と技術について、統一した感染対策行動ができていないか調査し、問題点を検討した。

【対象と方法】西6階病棟看護師21人を対象とし、独自で作成した選択式質問紙を用いた実態調査研究とした。学習会前後に調査を行い、その結果を全体と経験年数で比較検討した。研究期間は2011年5月～2011年9月とした。

【結果】6月の調査後、院内感染マニュアルとDVDを使用して学習会を実施し、8月に同じ調査を行った。その結果、全体の正解率は63.9%から76%、標準予防策

の目的については78.9%から92%、防護具の付け方は45.6%から100%、外し方は51%から100%、MRSAが便から検出されている患者の処置時の防護具選択については、13.6%から71%へ上昇した。

【考察】当病棟での標準および接触予防策を実施するときの防護具選択、着脱方法の実態が明らかになった。その結果をもとにした学習会後の調査で正解率は上昇し、感染予防行動が取れるようになった。防護具の使用を推進させる先行研究でも、知識が深まり、防護具の使用率が増加したと報告されており、今回の研究結果と一致した。

看護をする上で、正しい感染予防策の実施が必須であり、基本的な知識と技術の習得を行い、具体的な行動が習慣化されることが必要である。そのため、感染予防行動が取れるよう、繰り返し学べるような環境を整えることが今後の課題となる。

【結論】調査前では、防護具の着脱方法や適切な防護具の選択ができていなかったが、学習した結果、正解率が63.9%から76%と上昇し、知識が高まった。しかし、集合教育や紙面のみでは限界がある。

在宅酸素療法患者の困ったこと・不安の実態調査

東7階 ○山口奈津希, 木村 朱江
中島 松江, 村山久美子
太田 智美

【はじめに】当病棟では現在、在宅酸素療法（以下HOT）患者に対してパンフレットを使用し指導しているが、看護師から統一した指導が実施されていたとは言いがたく、日常生活をどのように過ごしているのか把握していないことが現状である。そこで、HOTを導入している患者を対象に、困ったことや不安なことについて聞き取り調査を行ったので、ここに報告する。

【方法】調査期間は、2011年5月16日から7月10日。調査対象者は、当科でHOT導入し、現在外来通院または再入院の患者20人とした。質問紙による無記名での聞き取り調査を実施した。

【結果】HOT導入時には肯定的な言葉の一方で、そうではない気持ちもきかれていた。退院後の困ったこと・不安は「器械のこと」「日常生活のこと」「病気や症状のこと」であった。HOT導入前後の日常生活での変化は、今までできていたことができなくなり外出の機会が減った。器械のトラブルは少なかった。日常生活で困ったことは、清潔に関することが多い。息切れは体

動時に多いが、体動時以外でも息切れを感じていた。
【考察】HOT導入前後で日常生活に変化を生じている人が多く、困ったことや不安の内容は「器械のこと」「日常生活のこと」「病気や症状のこと」であった。

器械トラブル発生時はすぐに業者へ連絡し対処されていた。業者の迅速な対応は安心・信頼感につながっていると考えた。また、トラブル発生は少なく器械を安全に使用できていると考えた。

生活の変化については、今までできていたことができなくなり日常生活に変化を生じていた。特に外出の機会が減少しており、重い酸素ボンベを携帯すること自体が困難であるという理由であった。

日常生活で困ったことは、日常生活動作を行うことにより容易に息切れを生じ、体動時以外でも何かのきっかけで呼吸困難に陥ることであった。

当病棟でも、十分な指導を受けられずに退院する患者が多いことから、不安を抱えたまま生活していることがわかった。

DVDによる造血幹細胞移植オリエンテーションの試み

西7階 ○榎原亜沙美, 上山 圭子
井上理香子, 坪崎 春美

【はじめに】当科の造血幹細胞移植（以下移植）前オリエンテーションはパンフレットに沿って行ってきた。しかし、無菌室内の見学は面会室からで、実際に無菌室の中まで入ることができない現状にある。そのため、従来のオリエンテーションは患者にとって無菌室内での生活をイメージしやすいものではなく、患者のニーズに合っているのかどうかも疑問があった。そこで、移植前の患者に意見を聞き、パンフレットの改訂とDVDを作成しその必要性を検討した。

【研究方法】事前に移植前の患者に無菌室内での生活でどのようなことが知りたいか調査を行い、それをもとにDVDの作成とパンフレットの改訂を行った。その後、移植を受ける患者と移植後の患者を対象にDVDの視聴を行い調査表による調査を行った。

【結果】改訂したパンフレットのみで移植前オリエンテーションを行った患者からは、イメージがわからない、どう過ごせばいいのか不安だ、という意見があった。また、移植後にDVDを試聴してもらったところ、無菌室内の生活がイメージでき、リアルに再現されていた、移植前に試聴したかったなどの意見が挙げられた。しかしDVDを視聴することで無菌室の生活につ

いての不安や疑問は軽減されたが、一番の不安は生着不全やGVHDとの声も聞かれた。

【考察】パンフレットの改訂とDVDを使用したオリエンテーションで、無菌室での生活をイメージすることができ、無菌室での過ごし方を事前に知ることで、不安や疑問を軽減することができた。無菌室での生活方法は一度の指導で理解することは困難であり、指導後も振り返れるパンフレットやDVDを用いることは、無菌室入室後の生活をスムーズに受け入れられる一助になった。これらから、オリエンテーションにDVDを用いることは患者の無菌室のイメージ化を図るために必要であった。しかし症例数が少ないことと、移植を控える患者は生着不全やGVHDへの不安が最も強いため、今後も患者のニーズに応じたオリエンテーションを行っていく必要がある。

暴力行為に関するインシデント・アクシデントレポートからの考察

北第1 ○小林 誠, 村山 正貴
佐藤 志乃, 福本きよみ

【はじめに】精神科看護師の暴力リスクは高いとされている。暴力行為が発生したとき看護職員は身体的・精神的苦痛を受け、病院は物理的不利益を受けることもある。患者は身体的介入により身体的・精神的・社会的な不利益を受ける。暴力による不利益から患者を守るため暴力行為に至るまでの過程と対応を知ることが必要となる。精神科領域において暴力行為に関する看護研究は数多く報告されているが、暴力行為に至る要因を考察したものはなかった。そこで暴力行為の過程を振り返り考察した。

【研究対象と方法】当病棟における過去2年間の看護職員に対する患者暴力のインシデント・アクシデントレポート10件中、意識障害を除く6件を対象とした。これらの事例を包括的暴力防止プログラムの内容を参考に考察した。

【結果】男性4件、女性2件であった。20代1件、30代1件、40代1件、50代3件であった。統合失調症4件、脊椎小脳変性症1件、てんかん性精神障害1件で全症例医療保護入院であった。そのうち4件は身体拘束を行っていた。6件中4件は攻撃のサイクルに沿って暴力行為に至っているが、2件は突発的な暴力行為であった。

【考察】精神疾患のある患者は、疾患に由来するものや

周囲からの刺激で容易に興奮し行動化する危険がある。これまで当病棟では患者の興奮を治める対応は個人の能力に頼っていた。経験年数のある者はこれまでの経験をもとに対応できる可能性があるが、新入職員や他科からの異動者は暴力行為に直面したときに不適切な対応を取り易い。暴力行為への対応として、拘束などの身体的介入は患者と看護職員双方の安全確保のためには必要である。しかし身体的介入に頼るだけでなく、ディエスカレーションなどの手法を用いることで患者の負担は軽減される。また暴力リスクの減少にも繋がることから暴力行為に関する教育は必須であることが示唆された。

【結論】

- 1) 看護職員の対応によっては、興奮状態や暴力行為が誘発される。
- 2) 攻撃性のサイクルの理解と各段階での方策を学ぶことが今後の課題となる。

危険物チェックリスト使用後の看護師の行動変化

北第2 ○伊藤ひかり, 青木 洋子
池田奈美子, 大関 典子

【はじめに】閉鎖病棟としての始動から約1年が経過した。閉鎖病棟の経験スタッフから看護師個人の危険物に対する認識に差があるのではないかとの声が上がった。精神科領域では、患者様の精神症状のレベルによっては自殺企図や自傷行為、興奮や幻覚妄想状態によって他者への暴行が引き起こされる危険があり、その際に持ち込み所持品が利用される可能性が高い。特に精神科急性期治療病棟では患者様の安全を確保するための危険物の管理については細心の注意を払わなければならない。

そのためチェックリストを作成し、その結果チェックリスト使用後で面会時の手荷物を検査するという習慣が身についたのでここに報告する。

【研究目的】危険物チェックリストを使用することで、看護師の手荷物を検査するという習慣がみられる。

【研究方法】

- 1) 北病棟2階ナースステーション看護師を対象に、チェックリスト使用前と使用後で2回アンケート調査を行った。

- 2) チェックリストの使用期間 2011.3.24~2011.5.26

【結果】危険物チェックリストを使用することで、看護師の行動に変化があり、面会時の手荷物を検査すると

いう習慣が身についた。

【考察】チェックリスト使用前後で、危険物を挙げる点数を平均するとアンケート前では8.5個、アンケート後では10個となったが有意な差であるとは言えない。これはリストに挙げられているカテゴリわけ、絞込み等が曖昧だったことが影響している。しかし、アンケート結果では「危険物チェックを重要視する行動が習慣となった」等の意見が聞かれた。また、「チェックリストはマニュアルではない。マニュアルとの違いは『チェックするためのリスト』であること。このチェックリストである行動を身につけようとするときチェックリストに記された項目を一つ一つ実行していくと、やがて行動全体をマスターすることができる。」と石田はいつている。このことからチェックリストを使用することは、危険物を意識した行動となる。

抑制判断基準統一化へ向けての取り組み

集中治療室 ○市川 洋美, 三浦 匡代
幅 かおり, 櫛引由美子

【はじめに】急性期の看護では患者の安全確保、治療継続のために抑制を行わなければならないことがある。当科ではフローチャート方式の抑制アセスメントスコアシートを用い抑制開始・解除時期を判断する基準としていた。しかしあまり活用されていず抑制に対する判断と評価が不明確であった。活用されていない理由を調査・分析しスコア式の判断基準を作成、使用することで抑制判断基準の統一につなげることができたか検討したのでここに報告する。

【研究対象・方法】

1. 研究対象：当ICU看護師19名
2. 研究期間：2011年1月～9月
3. 研究方法：
 - 1) フローチャート式抑制基準についての意識調査
 - 2) スコア式抑制基準作成と周知
 - 3) スコア式抑制基準使用後の意識調査
 - 4) チェックシートを用いたスコア式抑制基準使用時の「患者状態」と「抑制の目安」の適合性を調査

【結果】

フローチャート式抑制基準について意識調査

1. 「非常に活用している」が0名
2. 活用していない理由として「緊急時に見ている時間がない」という理由が多かった。

スコア式抑制基準について意識調査

1. 「非常に活用した」が14名
2. 活用した理由について「使用しやすい」という理由が多かった
3. 抑制基準の目安は19名が「良い」と答えた抑制目安の適合性について
 1. 目安通りに抑制を実施92.2%
 2. 目安以外に過剰な抑制を実施7.8%

【考察】フローチャート式の抑制基準は「緊急時に見ている時間がない」等の理由から活用されていず、看護師個人の判断で抑制が行われていた。そこで、患者状態を6段階に分類し、抑制の目安をあわせたスコア式の基準に改訂した。急性期患者が多く早急な判断を必要とする当ICUではスコア式の基準にしたことで簡潔に評価でき、活用しやすくなり抑制判断基準の統一化につながったと考えられた。今後は過剰抑制に至った経緯を追求しスコア式判断基準の課題を明らかにしていく必要がある。

周手術期の有効な体温測定方法の検証

手術室 ○橋本 佳奈, 川島 優子
豊島置和子, 阿部 朝乃

【はじめに】周手術期の患者は麻酔によって体温調節機構が影響を受け、体温が低下することが多く、出血量の増加、創傷治癒の延長、心臓系合併症や術後シバリングなどを起こすことが明らかになっている。

当手術室では術中の体温は主に直腸、膀胱で測定している。開腹術は腹腔内の露出や腹腔内洗浄、腹腔鏡下手術では気腹ガスによる影響、膀胱温は尿量による影響などから正確な体温を示さないおそれがある。持続測定が可能な鼓膜温計が導入されたことから、患者の体温をより正確に把握し保持できるように、測定方法の違いによる術中の体温変化について調べた。

【研究対象・方法】

期間：2011年4月～2011年8月

対象：消化管手術を受ける患者18名

倫理的配慮：術前訪問時に研究主旨を説明し同意を得た

研究方法：①直腸温、②膀胱温、③鼓膜温を手術開始から終了まで継続的に記録

室温24～26℃、温風加温器は上半身に統一、鼓膜温は温風送付口の反対側に装着

【結果・考察】開腹手術6例のうち、開始時より終了時

の体温が低下したのは①67%②83%③17%、開腹直後の体温低下は①②83%だが③17%と差があった。腹腔内洗浄した5症例での低下は①60%②80%で③0%だった。また、腹腔鏡下手術12例で開始から終了時の体温低下は①②75%で③0%で、①②は開腹、腹腔内洗浄などの手術操作や気腹によって影響を受けたことが考えられる。③は開腹、腹腔鏡下手術ともに影響が少なく、安定した測定を継続することができ、体温測定部位として適している。また鼓膜温計は、鼓膜損傷の危険性がなく、患者への侵襲が少ない連続的な測定方法である。

【結論】

1. 直腸温、膀胱温は開腹や洗浄、気腹操作により影響を受けやすい
2. 鼓膜温は開腹や洗浄、気腹などの手術操作の影響を受けにくい
3. 鼓膜温を使用することで、より正確に患者の体温を把握し体温保持が行える
4. 患者にとって鼓膜温は侵襲が少なく、良い測定方法である

当院の体圧分散寝具の使用状況と課題

外科外来 ○大崎希世子, 中川 美鈴
岡田いづみ

【はじめに】当院では2002年褥瘡対策チームを設置し、マニュアルの作成、体圧分散マットレスの導入、褥瘡に関する書類の整理を目的としたクリニカルパス（以下褥瘡パス）を2007年より導入し褥瘡対策に取り組んできた。褥瘡の発生率は減少したが2010年1.40%と全国平均（推定発生率1.31%）より高い発生率である。原因としては褥瘡パスでのバリエーションで適切な体圧分散寝具を使用されていなかったケースが見られていた。

そこでOHスケールに基づく、適切な体圧分散寝具の使用状況と充足状況を把握し分析を行った結果を問題点が明らかになったので報告する。

【方法】

対象：2011年3月から7月の第4木曜日に入院している患者。

調査日に入院している患者のOHスコアで褥瘡危険要因のある患者を集計し、体圧分散マットレスの供給率・使用状態を分析する。

【倫理的配慮】集計したデータは個人が特定されないよう配慮した。

【結果】褥瘡推定発生率の平均は2.48%，褥瘡有病率の平均は5.33%であった。

OHスコアから褥瘡危険要因は、なし73%・軽度20% (376名)・中等度6% (111名)・高度1% (32名)であった。危険要因ありに対し体圧分散寝具の充足率 (病棟備品含む)は平均167.02%，高機能タイプのマットレス充足率 (中等度・高度危険要因保有者に対して)は37.48%であった。体圧分散寝具の適正使用率は、100%～92.04% (測定不能の病棟1以外)全体では94.97%が適切に選択され5.03% (81名)に選択のずれがあった。

【考察】褥瘡学会の報告によると、褥瘡対策でもっとも大きな効果があらわれたのは体圧分散寝具の増加であり、褥瘡有病率は圧切り替え型エアマットレスの増加率に関係があるとされている。当院での体圧分散寝具の充足率が高いが、院内には複数の体圧分散寝具がありスタッフにとって選択が困難な場合や褥瘡危険要因のアセスメント不足によって不適切な選択につながったものと思われる。

今後褥瘡危険要因だけではなく、患者のADLを考慮した体圧分散寝具の選択基準の作成とスタッフ教育が重要である。

平成23年度学会発表ならびに投稿論文

内 科
[学会発表]

- 1) 就寝中に発症した不安定狭心症の1例
市立旭川病院・内科
井川 貴行, 木谷 祐也, 井澤 和真, 菅野 貴康
奥山 淳, 広瀬 愛, 石井 良直
(第11回救急医療症例研究会, 2011年3月, 旭川)
- 2) 急性冠症候群 (ACS) について
市立旭川病院・内科
石井 良直
(第11回救急医療症例研究会, 2011年3月, 旭川)
- 3) 心筋梗塞治療の最近の話題
市立旭川病院・内科
石井 良直
(Coronary Heart Forum 2011 in Sapporo, 2011年4月, 札幌)
- 4) 急性心筋梗塞における搬入経路の違いによる治療成績の検討
市立旭川病院・内科
石井 良直
(第11回大雪冠疾患治療フォーラム, 2011年5月, 旭川)
- 5) モンテプラゼ投与で再灌流していた側壁梗塞の1例
市立旭川病院・内科
井川 貴行, 木谷 祐也, 井澤 和真, 菅野 貴康
奥山 淳, 石井 良直
(第7回心筋梗塞ネットワーク勉強会, 2011年6月, 旭川)
- 6) 発症からthrombolysisまで時間を要し再灌流できなかった1例
市立旭川病院・内科
井澤 和真, 木谷 祐也, 井川 貴行, 菅野 貴康
奥山 淳, 石井 良直
(第7回心筋梗塞ネットワーク勉強会, 2011年6月, 旭川)
- 7) 心原性ショックを合併したが, 早期再灌流で救命できた1例
市立旭川病院・内科
菅野 貴康, 木谷 祐也, 井川 貴行, 井澤 和真
奥山 淳, 石井 良直
(第7回心筋梗塞ネットワーク勉強会, 2011年6月, 旭川)
- 8) 大動脈弁置換術後のACSの1例
市立旭川病院・内科
奥山 淳, 加藤亜佳音, 木谷 祐也, 井川 貴行
井澤 和真, 菅野 貴康, 石井 良直
(第60回市立・厚生CCUカンファレンス, 2011年6月, 旭川)
- 9) 冠動脈自然解離による急性心筋梗塞の1例
市立旭川病院・内科
井澤 和真, 石井 良直, 井川 貴行, 広瀬 愛
菅野 貴康, 奥山 淳
(冠血管イメージング講演会, 2011年8月, 旭川)
- 10) 急性心筋梗塞 (AMI) 患者において, 遠隔地発症のprehospital thrombolysis施行例は近郊からの他院經由例に比べて治療成績が良い
市立旭川病院・内科
石井 良直, 奥山 淳, 井澤 和真, 菅野 貴康
井川 貴行, 木谷 祐也, 広瀬 愛
旭川医大・循環呼吸神経病態内科学分野
長谷部直幸
(第59回日本心臓病学会, 2011年9月, 神戸)
- 11) 冠攣縮性狭心症の診断についての検討ーガイドラインの盲点を探るー
市立旭川病院・内科
石井 良直, 奥山 淳, 井澤 和真, 菅野 貴康
井川 貴行, 木谷 祐也, 広瀬 愛
旭川医大・循環呼吸神経病態内科学分野
長谷部直幸
(第59回日本心臓病学会, 2011年9月, 神戸)
- 12) 1週間に異なる3部位の心筋梗塞を発症した若年女性の1例
市立旭川病院・内科
井澤 和真, 石井 良直, 奥山 淳, 菅野 貴康
井川 貴行, 木谷 祐也, 広瀬 愛
旭川医大・循環呼吸神経病態内科学分野
長谷部直幸
(第59回日本心臓病学会, 2011年9月, 神戸)
- 13) サムスカの使用経験ー循環器の立場からー
市立旭川病院・内科
石井 良直
(心不全とバソプレシン研究会, 2011年10月, 旭川)
- 14) 心電図診断のコツ
市立旭川病院・内科
石井 良直
(第1回心血管領域セミナー, 2011年11月, 旭川)
- 15) 大腸がんなんて怖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
(百寿大学大学院特別講演, 2011年1月, 旭川)
- 16) 早期大腸癌の内視鏡診断と治療
市立旭川病院・内科
齊藤 裕輔
(第21回日本消化器内視鏡学会東海セミナーイブニングセミナー, 2011年1月, 岐阜)
- 17) Usefulness of Fib-4 index as a marker of advanced hepatic fibrosis in Japanese NAFLD patients.
市立旭川病院・内科
Shunsuke Nakajima
旭川医大・消化器・血液腫瘍制御内科

- Takaaki Ohtake, Takumu Hasebe, Koji Sawada
Masami Abe, Yasuaki Suzuki, Chitomi Hasebe
Yutaka Kohgo
(EASL Monothematic Conference: Evaluation of Disease
Severity and Prognosis in Chronic Liver Disease, 2011年1月,
Nice, France)
- 18) 動脈瘤型小腸悪性リンパ腫の2例
市立旭川病院・内科
富永 素矢, 斉藤 裕輔, 杉山 隆治, 鈴木 聡
中村 和正, 助川 隆士, 小澤賢一郎, 千葉 篤
垂石 正樹
同 ・病理
高田 明生
(第4回北海道小腸疾患研究会, 2011年1月, 札幌)
- 19) 感染性腸炎, ペーチェット病/単純性潰瘍
市立旭川病院・内科
斉藤 裕輔
(日本消化器内視鏡学会第29回重点卒後教育セミナー, 2011
年2月, 東京)
- 20) 画像所見からみた炎症性腸疾患の鑑別診断
市立旭川病院・内科
斉藤 裕輔
(城南大腸内視鏡フォーラム in 2011, 2011年2月, 東京)
- 21) 大腸癌化学療法最近の話題—当院における化学療法の実際—
外来化学療法について—
市立旭川病院・内科
垂石 正樹
(がん診療連携講演会, 2011年2月, 富良野)
- 22) 肝腫瘍と鑑別が必要だった横隔膜由来の神経鞘腫
市立旭川病院・内科
助川 隆士
(旭川臨床画像IVR研究会, 2011年3月, 旭川)
- 23) 画像所見からみた炎症性腸疾患の鑑別診断
市立旭川病院・内科
斉藤 裕輔
(第34回岩手県南消化器病検討会, 2011年2月, 北上)
- 24) 小腸疾患の診断と治療に対するアプローチ
市立旭川病院・内科
斉藤 裕輔
(第8回小腸疾患研究会, 2011年3月, 岡山)
- 25) 早期大腸癌の診断と治療—ESDの適応を含めて
市立旭川病院・内科
斉藤 裕輔
(都城木曜会特別講演, 2011年3月, 都城)
- 26) 集学的治療で長期生存が得られている肝癌骨転移の1例
市立旭川病院・内科
中嶋 駿介
旭川医大・消化器・血液腫瘍制御内科
大竹 孝明, 長谷部拓夢, 澤田 康司, 阿部 真美
- 大平 賀子, 鈴木 康秋, 高後 裕
(第15回北海道肝癌治療研究会, 2011年4月, 札幌)
- 27) 虚血性大腸炎の治療経過における抗血小板薬・抗凝固薬の影
響
市立旭川病院・内科
富永 素矢, 垂石 正樹, 小澤賢一郎, 杉山 隆治
中村 和正, 鈴木 聡, 助川 隆士, 千葉 篤
斉藤 裕輔
(第97回日本消化器病学会総会, 2011年5月, 東京)
- 28) 早期胃癌内視鏡治療状況の変化と内視鏡的粘膜下層剥離術
ESDの問題点
市立旭川病院・内科
富永 素矢, 杉山 隆治, 小澤賢一郎, 中村 和正
鈴木 聡, 助川 隆士, 千葉 篤, 垂石 正樹
斉藤 裕輔
(第102回日本消化器内視鏡学会北海道支部例会, 2011年6
月, 札幌)
- 29) 難治性潰瘍性大腸炎に対するタクロリムス投与の検討
市立旭川病院・内科
杉山 隆治, 垂石 正樹, 中嶋 駿介, 鈴木 聡
中村 和正, 富永 素矢, 助川 隆士, 小澤賢一郎
千葉 篤, 斉藤 裕輔
(第108回日本消化器病学会北海道支部例会, 2011年6月, 札
幌)
- 30) Clostridium perfringensによる感染性肝嚢胞の1例
市立旭川病院・内科
助川 隆士, 松本 昭範, 中嶋 駿介, 鈴木 聡
中村 和正, 千葉 篤, 杉山 隆治, 小澤賢一郎
垂石 正樹, 斉藤 裕輔
同 ・放射線科
花輪 真
(第108回日本消化器病学会北海道支部例会, 2011年6月, 札
幌)
- 31) 大腸腫瘍に対するESD
市立旭川病院・内科
富永 素矢, 杉山 隆治, 小澤賢一郎, 垂石 正樹
斉藤 裕輔
旭川医大・消化器・血液腫瘍制御内科
坂谷 慧, 佐藤 恵輔, 安藤 勝祥, 野村 好紀
嘉島 伸, 伊藤 貴博, 菊地 陽子, 岡本耕太郎
田邊 裕貴, 藤谷 幹浩, 高後 裕
(第59回腸を診る会特別講演会, 2011年6月, 旭川)
- 32) 腸間膜脂肪織炎と考えられる1例
市立旭川病院・内科
杉山 隆治, 中嶋 駿介, 小澤賢一郎, 中村 和正
鈴木 聡, 助川 隆士, 千葉 篤, 垂石 正樹
斉藤 裕輔
(第59回腸を診る会特別講演会, 2011年6月, 旭川)
- 33) 潰瘍性病変を伴わない腸管狭窄の鑑別診断

- 市立旭川病院・内科
齊藤 裕輔
(第59回腸を診る会特別講演会, 2011年6月, 旭川)
- 34) 一度見たら忘れない消化管病変 - 十二指腸follicular lymphomaの1例
市立旭川病院・内科
齊藤 裕輔
(第9回旭川GERD講演会, 2011年7月, 旭川)
- 35) 誰でもできる苦痛の少ない大腸内視鏡検査 - 内視鏡を用いた造影検査を含めて
市立旭川病院・内科
齊藤 裕輔
(第12回広島消化器内視鏡懇談会, 2011年7月, 広島)
- 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5回静岡東部・伊豆IBD研究会, 2011年7月, 三島)
- 37) 画像強調観察にて発見した再発性マントル細胞リンパ腫の1例
旭川医大・消化器・血液腫瘍制御内科
安藤 勝祥, 上野 伸展, 生田 克哉, 野村 好紀
嘉島 伸, 石川 千里, 伊藤 貴博, 盛一健太郎
岡本耕太郎, 佐藤 一也, 藤谷 幹浩, 鳥本 悦宏
高後 裕
市立旭川病院・内科
齊藤 裕輔
(第81回日本消化器内視鏡学会総会, 2011年8月, 名古屋)
- 38) 消化管病変の1例 (Cronkhite Canada症候群)
市立旭川病院・内科
齊藤 裕輔
(第20回浜名湖胃と腸フォーラム, 2011年9月, 浜松)
- 39) 大腸腫瘍に対する内視鏡的粘膜下層剥離術ESDの現状
市立旭川病院・内科
富永 素矢, 杉山 隆治, 小澤賢一郎, 垂石 正樹
齊藤 裕輔
旭川医大・消化器・血液腫瘍制御内科
坂谷 慧, 佐藤 恵輔, 安藤 勝祥, 藤谷 幹浩
高後 裕
(第260回日本内科学会北海道地方会, 2011年9月, 旭川)
- 40) 十二指腸狭窄を来した前降十二指腸動脈瘤破裂の1例
市立旭川病院・内科
杉山 隆治, 中嶋 駿介, 小澤賢一郎, 鈴木 聡
中村 和正, 助川 隆士, 千葉 篤, 垂石 正樹
齊藤 裕輔
同 ・放射線科
鎌田 洋, 花輪 真
(第109回日本消化器病学会北海道支部例会, 2011年9月, 札幌)
- 41) 総胆管結石を伴ったAlonso-Lej lb型先天性総胆管拡張正の1例
市立旭川病院・内科
中村 和正, 千葉 篤, 鈴木 聡, 助川 隆士
中嶋 駿介, 杉山 隆治, 小澤賢一郎, 垂石 正樹
齊藤 裕輔
(第109回日本消化器病学会北海道支部例会, 2011年9月, 札幌)
- 42) WEO Postgraduate Endoscopy Course; Avoiding trouble: Preventing and treating perforation and bleeding, Colonoscopying the patient on anticoagulabts, When to stop pushing, Whitch polyps shoud you leave alone, Small sessile polyps; hot biopsy, cold snare or EMR?, Bleeding polyp base; Variety and use of clips, snares and heat, Shoul righr side lesions be treated more cauteously?
市立旭川病院・内科
Yusuke Saitoh.M.D., Ph.D.
(APDW 2011. 2011.10. Singapore.)
- 43) WEO Postgraduate Endoscopy Course; Video case examples: Idiopathic mesenteric phlebosclerosis.
市立旭川病院・内科
Yusuke Saitoh.M.D., Ph.D.
(APDW 2011. 2011.10. Singapore.)
- 44) Cronkhite Canada症候群の1例
市立旭川病院・内科
富永 素矢, 齊藤 裕輔, 中嶋 駿介, 杉山 隆治
小澤賢一郎, 垂石 正樹
(早期胃癌研究会2011年10月度例会, 2011年10月, 東京)
- 45) 我が国における非B非C肝硬変の実態調査
市立旭川病院・内科
中嶋 駿介, 大竹 孝明, 高後 裕
(JDDW肝臓学会特別企画発表, 2011年10月, 福岡)
- 46) 早期大腸がんの診断と治療
市立旭川病院・内科
齊藤 裕輔
(第9回臨床と病理の接点を考える会, 2011年10月, 盛岡)
- 47) 二次医療活動について: 本吉病院での活動報告
市立旭川病院・内科
鈴木 聡
(第55回旭川医師会学会市民公開シンポジウム「災害と医療」, 2011年11月, 旭川)
- 48) EUSを用いた大腸SM癌に対する内視鏡治療の適応拡大
市立旭川病院・内科
齊藤 裕輔
(第151回旭川消化器病談話会特別講演会ミニレクチャー, 2011年11月, 旭川)
- 49) 高齢者糖尿病における血糖・脂質管理基準
市立旭川病院・内科
武藤 英二
(Cholesterol Metabolism Conference in Asahikawa, 2011年1月,

- 旭川)
- 50) 高齢者糖尿病における血糖・脂質管理基準
市立旭川病院・内科
武藤 英二
(Cholesterol Metabolism Conference, 2011年2月, 福岡)
- 51) グラクティブ錠の使用経験について
市立旭川病院・内科
外川 征史
(グラクティブ錠検討会, 2011年3月, 旭川)
- 52) 経口糖尿病薬の実際
市立旭川病院・内科
武藤 英二
(消化器医 糖尿病勉強会, 2011年4月, 函館)
- 53) エクアの使用経験
市立旭川病院・内科
宮本 義博
(第2回インクレチン勉強会, 2011年4月, 旭川)
- 54) ビクトーザの使用経験
市立旭川病院・内科
宮本 義博
(ビクトーザ症例検討会, 2011年4月, 旭川)
- 55) 糖尿病患者における各種神経検査の関連について
市立旭川病院・内科
宮本 義博, 武藤 英二, 外川 征史
(第54回日本糖尿病学会年次学術集会, 2011年5月, 札幌)
- 56) 経口糖尿病薬にて血糖コントロール不良な糖尿病患者に対するシタグリプチン効果
市立旭川病院・内科
外川 征史, 武藤 英二, 宮本 義博
(第54回日本糖尿病学会年次学術集会, 2011年5月, 札幌)
- 57) 高齢者糖尿病における網膜症・腎症発症リスク
市立旭川病院・内科
武藤 英二, 宮本 義博, 外川 征史
(第54回日本糖尿病学会年次学術集会, 2011年5月, 札幌)
- 58) 糖尿病におけるASOと神経障害
市立旭川病院・内科
宮本 義博
(糖尿病病診連携勉強会, 2011年6月, 旭川)
- 59) 高齢者糖尿病と血糖コントロール－血圧・脂質コントロールにおける配合錠をふくめて－
市立旭川病院・内科
武藤 英二
(糖尿病薬物療法セミナー, 2011年7月, 旭川)
- 60) Relationships between Cardiovascular Events and Blood Glucose Control among Elderly Patients with Diabetes.
Asahikawa City Hospital Diabetes Center
Masasi Sotokawa, Eiji Mutou, Yoshihiro Miyamoto
(The 43rd Annual Scientific Meeting of the Japan Atherosclerosis Society, 2011.7, Sapporo)
- 61) 糖尿病における薬物療法の実際と重要性－薬剤師も主治医の一人です－
市立旭川病院・内科
武藤 英二
(函館薬剤師会講演会, 2011年8月, 函館)
- 62) アログリプチンの当院での使用経験について
市立旭川病院・内科
外川 征史
(第15回旭川軽症糖尿病研究会, 2011年9月, 旭川)
- 63) 糖尿病患者を診療する際に必要な知識
市立旭川病院・内科
宮本 義博
(コメディカルのための糖尿病・病診連携勉強会, 2011年10月, 旭川)
- 64) 糖尿病・動脈硬化と高感度CRP
市立旭川病院・内科
武藤 英二
(EWTOPIA75試験研究会, 2011年10月, 札幌)
- 65) 肥満糖尿病患者におけるシタグリプチンの有用性
市立旭川病院・内科
外川 征史, 武藤 英二, 宮本 義博
(第45回日本糖尿病学会北海道地方会, 2011年11月, 札幌)
- 66) 糖尿病患者におけるLDL-Cと高感度CRPの組み合わせからみた心血管イベントの検討
市立旭川病院・内科
武藤 英二, 宮本 義博, 外川 征史
(第45回日本糖尿病学会北海道地方会, 2011年11月, 札幌)
- 67) 糖尿病患者におけるFMD値と心血管病の関連について
市立旭川病院・内科
外川 征史, 武藤 英二, 宮本 義博
(第45回日本糖尿病学会北海道地方会, 2011年11月, 札幌)
- 68) 糖尿病神経障害評価における下肢電気生理学的検査と各種検査の関連について
市立旭川病院・内科
宮本 義博, 武藤 英二, 外川 征史
(第45回日本糖尿病学会北海道地方会, 2011年11月, 札幌)
- 69) eGFRと糖尿病発症リスク－東神楽町検診受診男性についての検討－
東神楽町国民健康保険診療所・内科
相馬 光弘
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45回日本糖尿病学会北海道地方会, 2011年11月, 札幌)
- 70) インクレチン時代の最適薬物治療－薬剤の長所と短所を理解した組み合わせとは－
市立旭川病院・内科
武藤 英二

- (サテライトセミナー, 2011年11月, 旭川)
- 71) 糖尿病治療の現状と問題点
市立旭川病院・内科
武藤 英二
(糖尿病治療座談会, 2011年11月, 旭川)
- 72) 当科における⁹⁰Y- イブリツモマブチウキセタンの使用経験
市立旭川病院・内科
柿木 康孝, 竹村 龍, 千葉 広司, 福原 敬
三宅 高義
(第46回日本血液学会春季北海道地方会, 2011年4月, 旭川)
- 73) 移植前画像で肝内多発結節を認め、病理学的には原因不明の類上皮肉芽腫であったが、同種骨髄移植施行後早期に画像上の消失をみているAMLの1例
市立旭川病院・内科
柿木 康孝, 松岡 里湖, 千葉 広司, 三宅 高義
(第22回北海道造血細胞移植研究会, 2011年5月, 札幌)
- 74) 小腸間膜原発デスモイド腫瘍の1例
市立旭川病院・内科
松岡 里湖, 千葉 広司, 柿木 康孝, 三宅 高義
(第259回日本内科学会北海道地方会, 2011年6月, 札幌)
- 75) 血液内科医の直感と読みと大局観
市立旭川病院・内科
柿木 康孝
(旭川検査血液勉強会, 2011年7月, 旭川)
- 76) 十二指腸原発濾胞性リンパ腫の1例
市立旭川病院・内科
千葉 広司, 松岡 里湖, 柿木 康孝, 三宅 高義
(第53回日本血液学会秋季北海道地方会, 2011年9月, 札幌)
- 77) Ig class switch from IgA- λ to λ -type BJP in a patient with multiple myeloma.
市立旭川病院・内科
松岡 里湖, 柿木 康孝, 千葉 広司, 三宅 高義
(第73回日本血液学会学術集会(誌上発表), 2011年10月, 名古屋)
- 78) 全身性EBV陽性T細胞リンパ増殖異常症の1例
市立旭川病院・内科
松岡 里湖, 柿木 康孝, 千葉 広司, 三宅 高義
(第261回日本内科学会北海道地方会, 2011年11月, 札幌)
- 79) 当科におけるベンダムスチンの使用経験
市立旭川病院・内科
柿木 康孝
(北海道Meet The Expert (MTE), 2011年11月, 札幌)
- 80) リウマチ性多発筋痛症の治療中にクリプトコッカス肺炎を発症した1例
市立旭川病院・内科
大場 優葉, 岡本 佳裕, 谷野 洋子, 福居 嘉信
(第399回旭川肺を診る会, 2011年1月, 旭川)
- 81) 当院に通院する喘息患者はどの吸入ステロイド薬を選択したか
市立旭川病院・内科
福居 嘉信
(喘息治療研究会学術講演会, 2011年1月, 旭川)
- 82) 空洞を伴う多発浸潤影を呈した肺クリプトコッカス症の1例
市立旭川病院・内科
大場 優葉, 岡本 佳裕, 谷野 洋子, 福居 嘉信
(第101回日本呼吸器学会北海道支部会学術集会, 2011年2月, 札幌)
- 83) びまん性の肺転移と肝転移を生じた腎盂尿管癌の1例
市立旭川病院・内科
小林 慶子, 福居 嘉信, 谷野 洋子, 岡本 佳裕
(第401回旭川肺を診る会, 2011年3月, 旭川)
- 84) 肺クリプトコッカス症にアスペルギルス症を合併した1例
市立旭川病院・内科
相馬 学, 谷野 洋子, 福居 嘉信, 岡本 佳裕
(第402回旭川肺を診る会, 2011年4月, 旭川)
- 85) 防水スプレー使用後に発症したびまん性肺胞出血の1例
市立旭川病院・内科
福居 嘉信, 谷野 洋子, 堂下 和志, 岡本 佳裕
なかの呼吸器科内科クリニック
中野 均
(第51回日本呼吸器学会学術講演会, 2011年4月, 東京)
- 86) 3年の経過で退縮し、高分化腺癌が疑われた1例
市立旭川病院・内科
相馬 学, 岡本 佳裕, 谷野 洋子, 福居 嘉信
(第403回旭川肺を診る会, 2011年5月, 旭川)
- 87) TAZ/PIPCが無効でLVFXが著効したBLNAR型インフルエンザ桿菌性肺炎の1例
市立旭川病院・内科
相馬 学, 岡本 佳裕, 谷野 洋子, 福居 嘉信
(第403回旭川肺を診る会, 2011年5月, 旭川)
- 88) 初診時に胸部X線所見の乏しかった左肺癌の1例
市立旭川病院・内科
福居 嘉信, 谷野 洋子, 岡本 佳裕
(第405回旭川肺を診る会, 2011年7月, 旭川)
- 89) 感染性巨大ブラの1例
市立旭川病院・内科
岡本 佳裕, 谷野 洋子, 福居 嘉信
(第405回旭川肺を診る会, 2011年7月, 旭川)
- 90) 右胸水を伴った横隔膜ヘルニアの1例
市立旭川病院・内科
岡本 佳裕, 谷野 洋子, 福居 嘉信
(第405回旭川肺を診る会, 2011年7月, 旭川)
- 91) 子宮頸癌術後のCTで発見された左第8, 9肋骨の骨融合の1例
市立旭川病院・内科
岡本 佳裕, 谷野 洋子, 福居 嘉信
(第406回旭川肺を診る会, 2011年8月, 旭川)
- 92) 両側上葉に多発小結節影を呈した有棘細胞癌の1例

- 市立旭川病院・内科
谷野 洋子, 福居 嘉信, 岡本 佳裕
(第406回旭川肺を診る会, 2011年8月, 旭川)
- 93) 感染を契機に多彩な陰影を呈した肺炎の1例
市立旭川病院・内科
岸 秀昭, 福居 嘉信, 谷野 洋子, 岡本 佳裕
(第407回旭川肺を診る会, 2011年9月, 旭川)
- 94) CT検診で発見された小結節影を呈した肺クリプトコッカス症の1例
市立旭川病院・内科
岸 秀昭, 福居 嘉信, 谷野 洋子, 岡本 佳裕
(第408回旭川肺を診る会, 2011年10月, 旭川)
- 95) 間質性肺炎で経過観察中に結節影が認められた1例
市立旭川病院・内科
岸 秀昭, 福居 嘉信, 谷野 洋子, 岡本 佳裕
(第408回旭川肺を診る会, 2011年10月, 旭川)
- 96) 関節リウマチの経過治療中に反復した胸膜肺炎の1例
市立旭川病院・内科
岸 秀昭, 福居 嘉信, 谷野 洋子, 岡本 佳裕
(第409回旭川肺を診る会, 2011年11月, 旭川)
- 97) ニューモシスチス肺炎で発症して診断に至ったAIDSの1例
市立旭川病院・内科
岸 秀昭, 福居 嘉信, 谷野 洋子, 岡本 佳裕
(第409回旭川肺を診る会, 2011年11月, 旭川)
- 98) 喘息に対する私の治療法
市立旭川病院・内科
福居 嘉信
(アステラスセミナー, 2011年11月, 旭川)
- 99) アレルギー性鼻炎合併喘息全国実態調査(SACRA)の当科における結果
市立旭川病院・内科
福居 嘉信
(旭川喘息セミナー, 2011年11月, 旭川)

[投稿論文]

- 1) Ischemic Preconditioning Effect of Prodromal Angina Is Attenuated in Acute Myocardial Infarction Patients With Hypertensive Left Ventricular Hypertrophy.
Division of Cardiology, Department of Internal Medicine, Asahikawa Medical University
Toshiharu Takeuchi, Kenjiro Kikuchi, Naoyuki Hasebe
Division of Cardiology, Department of Internal Medicine, Asahikawa City Hospital
Yoshinao Ishii
(Circulation Journal, 75 : 1192-1199, 2011)
- 2) Current status in the occurrence of postoperative bleeding, perforation and residual/local recurrence during colonoscopic treatment in Japan.

- Japanese Society for Cancer of the Colon and Rectum
Shiro Oka, Shinji Tanaka, Yusuke Saitoh, et al.
(Digestive Endoscopy 22 : 376-380, 2010)
- 3) The diagnostic accuracy of high-resolution endoscopy, autofluorescence imaging and narrow-band imaging for differentially diagnosing colon adenoma.
Internal Medicine, Engaru-Kosei General Hospital
Internal Medicine, Kotoni Royal Hospital
Sato R
Division of Gastroenterology and Hematology/Oncology, Department of Medicine, Asahikawa Medical University
Fujiya M, Ueno N, Moriichi K, et al.
Internal Medicine, Kushiro Medical Association Hospital
Watari J, Maeda S
Digestive Disease Center, Asahikawa City Hospital
Saitoh Y
(Endoscopy 43 : 862-868, 2011)
- 4) Endoscopic Autofluorescence Imaging is Useful for the Differential Diagnosis of Intestinal Lymphomas Resembling Lymphoid Hyperplasia.
Division of Gastroenterology and Hematology/Oncology, Department of Medicine, Asahikawa Medical College
Ueno N, Fujiya M, Moriichi K, et al.
Digestive Disease Center, Asahikawa City Hospital
Saitoh Y
(J Clin Gastroenterol 45 : 507-513, 2011)
- 5) WEO Postgraduate Endoscopy Course; Avoiding trouble.
市立旭川病院・内科
Yusuke Saitoh.M.D., Ph.D.
(WEO Postgraduate Endoscopy Course, Syllabus, p14-16, APDW 2011.)
- 6) 感染性腸炎の診断過程
市立旭川病院・内科
斉藤 裕輔, 富永 素矢, 垂石 正樹, 小澤賢一郎
鈴木 聡, 中村 和正, 助川 隆士, 千葉 篤
(INTESTINE 15 : 15-22, 2011)
- 7) 大腸腫瘍の内視鏡診断と治療
市立旭川病院・内科
斉藤 裕輔
(第21回日本消化器内視鏡学会東海セミナー講演要旨 p37-42, 2011)
- 8) 感染性腸炎, ベーチェット病/単純性潰瘍
市立旭川病院・内科
斉藤 裕輔
(日本消化器内視鏡学会第29回重点卒後教育セミナーテキスト p12-17, 2011)
- 9) 画期的な新しい機能を搭載した細径大腸内視鏡
—OLYMPUS EVIS LUCERA PCF-PQ260
岡山市医師会総合メディカルセンター

- 津田 純郎
市立旭川病院・内科
斉藤 裕輔
(臨床消化器内科 26:249-257, 2011)
- 10) 大腸癌治療ガイドラインとその解説
市立旭川病院・内科
斉藤 裕輔
(消化器内視鏡技師試験問題解説IV p289-293. 医学図書出版. 東京. 2011)
- 11) 免疫不全状態における消化管病変
市立旭川病院・内科
斉藤 裕輔
(胃と腸 46:213-215, 2011)
- 12) 大腸微小病変の取り扱い；大腸癌－最新の研究動向－XI. 特論
市立旭川病院・内科
斉藤 裕輔
(日本臨床 69:644-648, 2011)
- 13) キライジチ症候群
市立旭川病院・内科
斉藤 裕輔, 小澤賢一郎
(症候群ハンドブック 井村裕夫, 福井次矢, 辻 省次編: p268, 中山書店, 東京, 2011.)
- 14) 腸管Behçet病と単純性潰瘍－診断と治療の進歩
市立旭川病院・内科
斉藤 裕輔
(胃と腸 46:975-978, 2011)
- 15) インターフェロン治療により発症・再発した単純性潰瘍の1例
市立旭川病院・内科
垂石 正樹, 斉藤 裕輔, 富永 素矢, 小澤賢一郎
杉山 隆治, 鈴木 聡, 中村 和正, 助川 隆士
千葉 篤
同 ・病理
高田 明生
(胃と腸 46:1081-1089, 2011)
- 16) 特集 次期改訂に向けて－大腸癌治療ガイドラインの問題点と今後の方向性－内視鏡治療
市立旭川病院・内科
斉藤 裕輔
(大腸癌FRONTIER 4:126-131, 2011)
- 17) 早期大腸癌の内視鏡治療・外科手術の最前線 内視鏡治療の適応決定のための診断学
市立旭川病院・内科
斉藤 裕輔, 垂石 正樹, 小澤賢一郎, 杉山 隆治
中嶋 駿介, 富永 素矢, 藤谷 幹浩
(大腸癌FRONTIER 4:213-219, 2011)
- 18) 特集 細径スコープを使いこなす－2011細径スコープの意義と今後の展望：下部消化管
市立旭川病院・内科
小澤賢一郎, 中嶋 駿介, 杉山 隆治, 中村 和正
鈴木 聡, 富永 素矢, 助川 隆士, 千葉 篤
垂石 正樹, 斉藤 裕輔
(消化器内視鏡 23:1085-1090, 2011)
- 19) 腸管子宮内膜症
兵庫医科大学・内科学上部消化管科
渡 二郎
溪仁会手稲溪仁会病院・消化器内科
野村 昌史
市立旭川病院・内科
斉藤 裕輔
(江川直人他編:臨床医のための消化管内視鏡アトラス p208-209, 医薬ジャーナル社, 東京, 2011)
- 20) 大腸SM癌に対する内視鏡治療の適応拡大
市立旭川病院・内科
斉藤 裕輔
(胃と腸 46:1435-1440, 2011)
- 21) 大腸pSM癌に対する内視鏡治療の適応拡大 根治基準拡大の是非について－是の立場から
市立旭川病院・内科
富永 素矢, 斉藤 裕輔, 杉山 隆治, 中村 和正
鈴木 聡, 助川 隆士, 小澤賢一郎, 千葉 篤
垂石 正樹
旭川医大・消化器・血液腫瘍制御内科
藤谷 幹浩, 太田 智之, 折居 裕, 柴田 好
高後 裕
(胃と腸 46:1469-1477, 2011)
- 22) 内視鏡切除を施行したgangliocytic paragangliomaの1例
市立旭川病院・内科
中嶋 駿介, 斉藤 裕輔, 垂石 正樹, 杉山 隆治
鈴木 聡, 中村 和正, 助川 隆士, 小澤賢一郎
千葉 篤, 下田 忠和
同 ・病理
高田 明生
(胃と腸 46:1685-1692, 2011)
- 23) 内視鏡で遭遇する大腸隆起型および表面型病変を見直す 早期癌の診断(1) 通常観察
市立旭川病院・内科
斉藤 裕輔, 垂石 正樹, 小澤賢一郎, 中嶋 駿介
杉山 隆治, 富永 素矢
(臨床消化器内科 26:1589-1596, 2011)
- 24) 当科で経験した重症偽膜性腸炎の3例
市立旭川病院・内科
高橋慶太郎, 富永 素矢, 小澤賢一郎, 垂石 正樹
堂腰 達矢, 菊地 陽子, 中村 和正, 鈴木 聡
助川 隆士, 千葉 篤, 斉藤 裕輔
(旭川市立病院医誌 43:24-28, 2011)
- 25) 2型糖尿病患者におけるシタグリプチン投与後の血糖コント

ロールおよびインスリン分泌能の変化

市立旭川病院・糖尿病センター

武藤 英二

(Prog. Med. 31 : 1149-1152, 2011)

(旭川市立病院医誌 43 : 19-23, 2011)

外科

[学会発表]

26) 当科における多発性骨髄腫に対するボルテゾミブの使用経験

市立旭川病院・内科

千葉 広司, 竹村 龍, 柿木 康孝, 福原 敬

三宅 高義

(旭川市立病院医誌 42 : 1-4, 2010)

1) 過去5年間における虫垂悪性腫瘍の9例

市立旭川病院・外科

増田 貴彦, 和田 秀之, 沼田 昭彦, 福永 亮朗

笹村 裕二, 武山 聡, 子野日政昭

(第94回北海道外科学会, 2011年3月, 札幌)

27) 下腹部痛を契機に発見された骨盤内Castleman病の1例

市立旭川病院・内科

下埜 城嗣, 柿木 康孝, 竹村 龍, 千葉 広司

福原 敬, 三宅 高義

(旭川市立病院医誌 42 : 13-16, 2010)

2) 肺抹消に発生した胸壁腫瘍との鑑別が困難であった肺Glomus腫瘍の1例

市立旭川病院・外科

福永 亮朗, 笹村 裕二, 武山 聡, 沼田 昭彦

子野日政昭

(第28回日本呼吸器外科学会総会, 2011年5月, 別府)

28) 透析療法中に侵襲性肺炎アスペルギルス症と硬膜外膿瘍を合併した1例

市立旭川病院・内科

児玉 暁, 谷野 洋子, 福居 嘉信, 澁谷 英子

岡本 佳裕

(旭川市立病院医誌 42 : 17-20, 2010)

3) 呼吸不全に伴う肺動静脈奇形に対し肺切除を行った遺伝性出血性毛細血管拡張症の1例

市立旭川病院・外科

福永 亮朗, 笹村 裕二, 武山 聡, 沼田 昭彦

子野日政昭

(第28回日本呼吸器外科学会総会, 2011年5月, 別府)

29) 真っ赤な血で染まった気管支肺胞洗浄液が…!

市立旭川病院・内科

福居 嘉信

(北海道医報 1111 : 40, 2011)

4) Type III 巨大食道裂孔ヘルニアに対するBAT meshを用いた腹腔鏡下Toupet fundoplicationの経験

市立旭川病院・外科

高野 博信, 武山 聡, 福永 亮朗, 笹村 裕二

沼田 昭彦, 子野日政昭

(第17回北海道内視鏡外科研究会, 2011年6月, 函館)

30) 防水スプレー使用後に発症したびまん性肺胞出血の1例

市立旭川病院・内科

福居 嘉信, 谷野 洋子, 堂下 和志, 岡本 佳裕

なかの呼吸器科内科クリニック

中野 均

(日本呼吸器学会雑誌 49 : 360-364, 2011)

5) 胆石胆嚢炎に合併した胆嚢仮性動脈瘤の1例

市立旭川病院・外科

高野 博信, 沼田 昭彦, 福永 亮朗, 笹村 裕二

武山 聡, 子野日政昭

(第99回日本臨床外科学会北海道支部例会, 2011年7月, 名寄)

31) 当院呼吸器内科に通院する成人喘息の患者層の変化

市立旭川病院・内科

福居 嘉信, 谷野 洋子, 岡本 佳裕, 小笠原英紀

旭川医大・呼吸器センター

大崎 能伸

北海道大学・第一内科

今野 哲, 西村 正治

(旭川市立病院医誌 43 : 1-4, 2011)

6) 若年女性に発症した小腸間膜デスマイド腫瘍の1例

市立旭川病院・外科

高野 博信, 笹村 裕二, 福永 亮朗, 武山 聡

沼田 昭彦, 子野日政昭

(第95回北海道外科学会, 2011年9月, 札幌)

32) 空洞を伴う多発浸潤影を呈した肺クリプトコッカス症の1例

市立旭川病院・内科

大場 優葉, 岡本 佳裕, 谷野 洋子, 福居 嘉信

(旭川市立病院医誌 43 : 15-18, 2011)

7) FDG・PETにて集積を認め、術中迅速病理検査にて悪性と診断された肺硬化性血管腫の1例

市立旭川病院・外科

福永 亮朗, 笹村 裕二, 武山 聡, 沼田 昭彦

子野日政昭

(第73回日本臨床外科学会総会, 2011年11月, 東京)

33) 肺大細胞癌の胃転移の1剖検例

市立旭川病院・内科

高橋 佳恵, 福居 嘉信, 谷野 洋子, 菊地 陽子

富永 素矢, 小澤賢一郎, 垂石 正樹, 斉藤 裕輔

岡本 佳裕

同 ・病理

高田 明生

8) 腹腔鏡補助下胃切除術における再建法の工夫

市立旭川病院・外科

福永 亮朗, 高野 博信, 笹村 裕二, 武山 聡

沼田 昭彦, 子野日政昭

(旭川手術手技談話会, 2011年11月, 旭川)

9) 喉頭癌術後に左胸壁転移, 肺転移をきたした1例

市立旭川病院・外科

田村有希恵, 高野 博信, 福永 亮朗, 笹村 裕二
武山 聡, 沼田 昭彦, 子野日政昭

(第100回日本臨床外科学会北海道支部例会, 2011年12月, 札幌)

胸部外科
[学会発表]

1) 右側大動脈弓, Kommerell憩室, 頸部分枝起始異常症例の急性大動脈解離に対する1治療例

市立旭川病院・胸部外科

吉本 公洋, 大場 淳一, 森 大輔, 安達 昭
宮武 司, 青木 秀俊

(第90回日本胸部外科学会北海道地方会, 2011年2月, 札幌)

2) 二尖弁大動脈弁置換術と同時に上行大動脈あるいは基部同時手術の適応

市立旭川病院・胸部外科

宮武 司, 大場 淳一, 吉本 公洋, 安達 昭
森 大輔, 増田 貴彦, 青木 秀俊

(第41回日本心臓血管外科学会, 2011年2月, 舞浜)

3) 腹部大動脈瘤破裂症例に対するHardman indexを用いた危険予測の検討

市立旭川病院・胸部外科

安達 昭, 大場 淳一, 増田 貴彦, 森 大輔
吉本 公洋, 宮武 司, 青木 秀俊

(第39回日本血管外科学会, 2011年4月, 宜野湾)

4) 内腸骨動脈瘤の治療戦略

市立旭川病院・胸部外科

宮武 司, 大場 淳一, 吉本 公洋, 安達 昭
森 大輔, 増田 貴彦, 青木 秀俊

(第39回日本血管外科学会, 2011年4月, 宜野湾)

5) ディスポーザブルでない再滅菌可能な内視鏡装置を用いての橈骨動脈採取とその成績

市立旭川病院・胸部外科

吉本 公洋, 大場 淳一, 森 大輔, 安達 昭
宮武 司, 青木 秀俊

(第39回日本血管外科学会, 2011年4月, 宜野湾)

6) 感染による仮性動脈瘤に対しステント治療がブリッジとして有用であった2症例

市立旭川病院・胸部外科

吉本 公洋, 大場 淳一, 森 大輔, 安達 昭
宮武 司, 青木 秀俊

(第39回日本血管外科学会, 2011年4月, 宜野湾)

7) 僧帽弁置換術後の左室破裂

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, 長谷川幸生, 増田 貴彦

(第14回北海道心臓外科フォーラム, 2011年5月, 札幌)

8) 当院胸部外科での血管疾患の診療～大動脈瘤・下肢閉塞性動脈硬化症

市立旭川病院・胸部外科

大場 淳一

(市立旭川病院地域医療連携講演会, 2011年5月, 旭川)

9) 脳梗塞の既往がある遠位弓部大動脈瘤症例に対しde-branchedステントグラフトでの治療を選択した1例

市立旭川病院・胸部外科

吉本 公洋

(第126回旭川心臓を診る会, 2011年6月, 旭川)

10) サルモネラによる感染性仮性腸骨動脈瘤の1例

市立旭川病院・胸部外科

増田 貴彦, 大場 淳一, 宮武 司, 吉本 公洋
安達 昭, 長谷川幸生, 青木 秀俊

(第99回日本臨床外科学会北海道支部総会, 2011年7月, 名寄)

11) 左外腸骨静脈閉塞にパルマ手術を施行した1例

市立旭川病院・胸部外科

長谷川幸生, 増田 貴彦, 安達 昭, 吉本 公洋
宮武 司, 大場 淳一, 青木 秀俊

(第99回日本臨床外科学会北海道支部総会, 2011年7月, 名寄)

12) 脚の血管病

市立旭川病院・胸部外科

大場 淳一

(旭川シニア大学第3学年講義, 2011年7月, 旭川)

13) ASOに対するハイブリッド治療: 当院での現況

市立旭川病院・胸部外科

宮武 司

(第24回北大血管疾患研究会, 2011年9月, 札幌)

14) 早期血栓閉塞型急性A型解離に対する治療成績

市立旭川病院・胸部外科

安達 昭, 大場 淳一, 宮武 司, 吉本 公洋
長谷川幸生, 増田 貴彦, 木谷 祐也, 青木 秀俊

(第91回日本胸部外科学会北海道地方会, 2011年9月, 札幌)

15) 当科における大動脈基部置換術の術式変遷と遠隔期成績の検討

市立旭川病院・胸部外科

吉本 公洋, 大場 淳一, 増田 貴彦, 長谷川幸生
安達 昭, 宮武 司, 青木 秀俊

(第91回日本胸部外科学会北海道地方会, 2011年9月, 札幌)

16) PCI中に大動脈機械弁閉鎖不全を認めた症例

市立旭川病院・胸部外科

木谷 祐也, 宮武 司, 安達 昭, 吉本 公洋
長谷川幸生, 増田 貴彦, 大場 淳一, 青木 秀俊

同 ・内科

奥山 淳, 菅野 貴康, 井澤 和真, 井川 貴行

石井 良直

(第106回日本循環器学会北海道地方会, 2011年9月, 札幌)

17) 3次元エコーは心臓手術に有用か

市立旭川病院・胸部外科

宮武 司, 大場 淳一, 吉本 公洋, 安達 昭

長谷川幸生, 増田 貴彦, 青木 秀俊

同 ・中央検査科

長瀬 雅彦

(第106回日本循環器学会北海道地方会, 2011年9月, 札幌)

18) 救急現場出動: バイク単独事故: 陰囊の損傷

市立旭川病院・胸部外科

大場 淳一

(第8回道北ドクターヘリ事例検討会, 2011年9月, 旭川)

19) 若年女性の縦隔腫瘍に対し胸骨小切開で摘出した1例

市立旭川病院・胸部外科

長谷川幸生, 吉本 公洋, 大場 淳一, 増田 貴彦

安達 昭, 宮武 司, 青木 秀俊

(第95回北海道外科学会, 2011年9月, 札幌)

20) Papillary fibroelastomaの3例

市立旭川病院・胸部外科

増田 貴彦, 吉本 公洋, 大場 淳一, 宮武 司

吉本 公洋, 安達 昭, 長谷川幸生, 青木 秀俊

(第95回北海道外科学会, 2011年9月, 札幌)

21) 開心術周術期におけるランジオロールの使用経験

市立旭川病院・胸部外科

吉本 公洋

(ななかまど地区心疾患セミナー, 2011年10月, 旭川)

22) 原発性心臓悪性腫瘍の3例

市立旭川病院・胸部外科

増田 貴彦

(第127回旭川心臓を診る会, 2011年11月, 旭川)

23) 市立旭川病院でのMAZE 4の変遷・手技・成績

市立旭川病院・胸部外科

大場 淳一

(第58回北大心臓疾患研究会, 2011年12月, 札幌)

[投稿論文]

1) 人工弁機能不全の診断にreal time 経食道3D心エコーが有用であった1例

市立旭川病院・胸部外科

増田 貴彦, 大場 淳一, 宮武 司, 吉本 公洋

安達 昭, 加藤 伸康, 青木 秀俊

(旭川市立病院医誌 42: 5-8, 2010)

耳鼻咽喉科

[学会発表]

1) 意外に大切な、め・はな・みみ・くちの病気

市立旭川病院・耳鼻咽喉科

佐藤 公輝

(市立旭川病院市民公開講座, 2011年10月, 旭川)

2) 心膜転移を来した甲状腺癌2症例

市立旭川病院・耳鼻咽喉科

鈴木 崇祥, 相澤 寛志, 佐藤 公輝

(第91回北海道医学大会耳鼻咽喉科分科会(日本耳鼻咽喉科学会北海道地方部会第204回学術講演会), 2011年10月, 札幌)

小児科

[学会発表]

1) 免疫寛容導入療法 (ITI) 開始後、インヒビター高値が持続している血友病Aの1例

市立旭川病院・小児科

中嶋 雅秀, 宮越 祥子, 佐竹 明, 小西 貴幸

(第17回北海道血友病研究会, 2011年8月, 札幌)

2) 保育園・幼稚園での胃腸炎対策

市立旭川病院・小児科

小西 貴幸

(旭川市医師会学校医・園医部会講演会, 2011年10月, 旭川)

3) ステロイド療法を施行したマイコプラズマ肺炎例の検討

市立旭川病院・小児科

中嶋 雅秀, 宮越 祥子, 佐竹 明, 小西 貴幸

(第32回道北小児科懇話会, 2011年12月, 旭川)

[投稿論文]

1) 総胆管結石症と石灰乳胆汁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

(小児内科 43: 1261-1265, 2011)

泌尿器科

[学会発表]

1) 既存抗体 (CREG) 陽性腎移植の2例

市立旭川病院・泌尿器科

広瀬 貴行, 千葉 博基, 福澤 信之, 下田 直彦

新藤 純理, 金川 匡一

(第382回日本泌尿器科学会北海道地方会, 2011年1月, 札幌)

2) 既存抗体 (CREG) 陽性腎移植の2例

市立旭川病院・泌尿器科

広瀬 貴行, 千葉 博基, 福澤 信之, 下田 直彦

新藤 純理, 金川 匡一

(第44回日本臨床腎移植学会, 2011年1月, 宝塚)

3) 腎移植を行なった糖尿病患者の2例

市立旭川病院・泌尿器科

下田 直彦

(道北腎移植セミナー, 2011年5月, 旭川)

- 4) 腎動脈にFMDを有するドナーからの腎移植の1例
市立旭川病院・泌尿器科
広瀬 貴行, 千葉 博基, 福澤 信之, 下田 直彦
金川 匡一
(第27回腎移植・血管外科研究会, 2011年6月, 札幌)
- 5) 分子標的薬投与により手術可能となった下大静脈腫瘍塞栓腎癌の1例
市立旭川病院・泌尿器科
千葉 博基, 広瀬 貴行, 下田 直彦, 金川 匡一
(第27回腎移植・血管外科研究会, 2011年6月, 札幌)
- 6) 諦めていませんか? こんな移植 血液型不適合腎移植
市立旭川病院・泌尿器科
岩見 大基
(第8回腎移植ってなんだろう?, 2011年10月, 旭川)
- 7) 巨大腎動静脈瘤に対する2症例の治療経験
市立旭川病院・泌尿器科
鈴木 英孝, 望月 端吾, 下田 直彦, 金川 匡一
同 ・放射線科
花輪 真
(第384回日本泌尿器科学会北海道地方会, 2011年10月, 札幌)
- 8) 腹腔鏡下副腎摘除術症例の検討
市立旭川病院・泌尿器科
望月 端吾, 鈴木 英孝, 下田 直彦, 金川 匡一
(第384回日本泌尿器科学会北海道地方会, 2011年10月, 札幌)
- 9) 前立腺がんの検査と診断について
市立旭川病院・泌尿器科
望月 端吾
(市民公開講座, 2011年11月, 旭川)
- 10) ワークショップ: 献腎移植報告
市立旭川病院・泌尿器科
岩見 大基
(第31回北海道腎移植談話会, 2011年11月, 札幌)
- 11) 腹腔鏡下副腎摘除術症例の検討
市立旭川病院・泌尿器科
望月 端吾, 鈴木 英孝, 下田 直彦, 金川 匡一
(第25回日本泌尿器内視鏡学会総会, 2011年11月, 京都)
- 12) Clinical statistics of laparoscopic adrenalectomy
Department of Urology, Asahikawa City Hospital
Mochizuki T, Suzuki H, Shimoda N, Kanagawa K
(8th Annual Meeting of the East Asian Society of Endourology, 2011, 11, Kyoto)

[投稿論文]

- 1) Is memorial Sloan-Kettering Cancer Center risk classification appropriate for Japanese patients with metastatic renal cell carcinoma in the cytokine era?
Department of Renal and Genitourinary Surgery, Hokkaido Uni-

versity Graduate School of Medicine

Shinohara N, Abe T, Mochizuki T, et al.

Department of Urology, Asahikawa City Hospital

Kanagawa K

(Urol Oncol.2011 Sept 26)

2) 既存抗体 (CREG) 陽性腎移植の2例

市立旭川病院・泌尿器科

広瀬 貴行, 千葉 博基, 福澤 信之, 下田 直樹

新藤 純理, 金川 匡一

(腎移植症例集2011:195-197, 2011)

精神科

[学会発表]

- 1) 思春期の子どもたちとつながるためにーことば・描画・箱庭
市立旭川病院・精神科
武井 明
(第8回仙台児童精神科医療研究会, 2011年1月, 仙台)
- 2) 精神科救急
市立旭川病院・精神科
目良 和彦
(救急講習会, 2011年2月, 旭川)
- 3) 不登校, ひきこもりの背景とその対応について
市立旭川病院・精神科
武井 明
(名寄保健所思春期ネットワーク推進会議, 2011年2月, 名寄)
- 4) 最近の高校生
市立旭川病院・精神科
武井 明
(旭川商業高校校内研修会, 2011年2月, 旭川)
- 5) 思春期外来からみた最近の高校生
市立旭川病院・精神科
武井 明
(平成23年度上川管内高等学校教育相談研究会, 2011年6月, 旭川)
- 6) 児童思春期の心の病気
市立旭川病院・精神科
武井 明
(旭川いのちの電話第33回電話相談員養成講座, 2011年6月, 旭川)
- 7) 当科における電気けいれん療法の施行状況について
市立旭川病院・精神科
泉 将吾, 武井 明, 目良 和彦, 佐藤 謙
原岡 陽一
(北海道精神神経学会第119回例会, 2011年7月, 旭川)
- 8) 思春期外来からみた今の高校生
市立旭川病院・精神科
武井 明

(士別東高校第2回教育座談会, 2011年9月, 士別)

9) 当科における多職種と連携した患者さんの支援について

市立旭川病院・精神科

佐藤 譲

(第37回道北地域精神障がい者家族大会in旭川, 2011年9月, 旭川)

10) 今どきの思春期臨床－思春期のころに向き合う精神科臨床のツボ－

市立旭川病院・精神科

武井 明

(第12回和歌山児童青年精神医学研究会, 2011年12月, 和歌山)

11) 当科における訪問看護ステーションと連携した患者支援について

市立旭川病院・精神科

泉 将吾, 武井 明, 目良 和彦, 佐藤 譲

原岡 陽一

訪問看護ステーション モモ

辻 紀子, 村上 和, 三宅登枝子

(北海道精神神経学会第120回例会, 2011年12月, 札幌)

市立旭川病院・精神科

武井 明

(児童青年精神医学とその近接領域 52: 151-161, 2011)

7) ビミョーな子どもたち－思春期外来ノート (11) 実態は「母親外来」?

市立旭川病院・精神科

武井 明

(こころの科学 158: 138-143, 2011)

8) ビミョーな子どもたち－思春期外来ノート (12) 忘れられがちな思春期の統合失調症

市立旭川病院・精神科

武井 明

(こころの科学 159: 123-128, 2011)

9) 総合病院救急外来を受診した児童青年期精神科患者の後方視的検討

市立旭川病院・精神科

武井 明, 泉 将吾, 目良 和彦, 佐藤 譲

原岡 陽一

旭川圭泉会病院

鈴木 太郎

豊岡病院

天野 瑞紀

(精神医学 53: 899-905, 2011)

10) High-functioning autistic disorder with Ehlers-Danlos syndrome

Department of Psychiatry, Asahikawa City Hospital

Akira Takei, Kazuhiko Mera, Yuzuru Sato

Yoichi Haraoka

(Psychiatry and Clinical Neurosciences 65: 605-606, 2011)

11) 当科における電気けいれん療法の現状

市立旭川病院・精神科

泉 将吾, 武井 明, 目良 和彦, 佐藤 譲

原岡 陽一

(旭川市立病院医誌 43: 5-9, 2011)

[投稿論文]

1) 多彩な精神身体症状を呈したクッシング症候群の1例

市立旭川病院・精神科

松尾 徳大, 武井 明, 目良 和彦, 天野 瑞紀

佐藤 譲, 原岡 陽一

(旭川市立病院医誌 42: 9-12, 2010)

2) ビミョーな子どもたち－思春期外来ノート (9) 思春期外来で語られる恋愛の話

市立旭川病院・精神科

武井 明

(こころの科学 156: 118-123, 2011)

3) 健康管理について

市立旭川病院・精神科

武井 明

(平成22年度アスペルガー症候群職業訓練事業報告書, 31-32, 2011)

4) 医療支援

市立旭川病院・精神科

武井 明

(平成22年度アスペルガー症候群職業訓練事業報告書, 56-57, 2011)

5) ビミョーな子どもたち－思春期外来ノート (10) 児童虐待に対して精神科医ができること

市立旭川病院・精神科

武井 明

(こころの科学 157: 130-135, 2011)

6) 広汎性発達障害と不安障害

麻酔科

[学会発表]

1) 喀血から巨大気管支内血栓を形成した1症例

市立旭川病院・麻酔科

飛世 史則, 丸山 大介, 後藤 祐也, 山岸 昭夫

一宮 尚裕

(第38回日本集中治療医学会学術集会, 2011年2月, 横浜)

2) 2台の人工呼吸器を用いた分離肺換気によって救命し得た, 気道内出血を伴う胸部大動脈瘤破裂の1症例

市立旭川病院・麻酔科

丸山 大介, 後藤 祐也, 山岸 昭夫, 飛世 史則

一宮 尚裕

(第38回日本集中治療医学会学術集会, 2011年2月, 横浜)

- 3) 人工心肺使用手術における赤外線酸素モニタ装置NIROの有
 用性
 市立旭川病院・麻酔科
 山岸 昭夫, 飛世 史則, 一宮 尚裕
 (第26回旭川全身管理研究会, 2011年5月, 旭川)
- 4) 巨大卵巣腫瘍症例の麻酔経験
 市立旭川病院・麻酔科
 小林 慶子, 飛世 史則, 山岸 昭夫, 遠山 裕樹
 一宮 尚裕
 (第1回日本麻酔学会北海道東北支部学術集会, 2011年9月,
 盛岡)
- 5) 人工心肺使用手術における非接触型持続鼓膜温測定器(ニフ
 ロCEサーモ)の有用性
 市立旭川病院・麻酔科
 山岸 昭夫, 遠山 裕樹, 飛世 史則, 一宮 尚裕
 (第31回日本臨床麻酔学会, 2011年11月, 宜野湾)
- 6) 人工心肺使用手術におけるヘパリン投与前AT-III測定の試み
 市立旭川病院・麻酔科
 長谷川宙希, 山岸 昭夫, 遠山 裕樹, 飛世 史則
 一宮 尚裕
 (第27回旭川全身管理研究会, 2011年12月, 旭川)

[投稿論文]

- 1) 耳鼻科手術におけるレミフェンタニル投与下抜管の検討
 市立旭川病院・麻酔科
 山岸 昭夫, 後藤 祐也, 丸山 大介, 飛世 史則
 一宮 尚裕, 岩崎 寛
 (臨床麻酔 35:675-677 2011)

皮膚科

[学会発表]

- 1) 神経線維腫症1型に生じた悪性末梢神経鞘腫瘍
 市立旭川病院・皮膚科
 菅野 恭子, 坂井 博之
 (第385回日本皮膚科学会北海道地方会, 2011年2月, 札幌)
- 2) 当科で経験した丹毒のまとめ
 市立旭川病院・皮膚科
 菅野 恭子, 坂井 博之
 (第386回日本皮膚科学会北海道地方会, 2011年6月, 旭川)
- 3) 塩酸プロプラノロール内服中にもみ膿疱が出現したホスホ
 マイシンによる薬疹の1例
 市立旭川病院・皮膚科
 坂井 博之, 菅野 恭子
 旭川医大・皮膚科
 岸部 麻里
 (第41回日本皮膚アレルギー・接触皮膚炎学会総会学術大会,
 2011年7月, 甲府)

- 4) 乾癬の病態について
 市立旭川病院・皮膚科
 坂井 博之
 (旭川乾癬治療懇話会, 2011年7月, 旭川)
- 5) プロプラノロール塩酸塩内服中にもみ膿疱が出現したホスホ
 マイシンナトリウムによる薬疹の1例
 市立旭川病院・皮膚科
 坂井 博之, 菅野 恭子
 旭川医大・皮膚科
 岸部 麻里
 (第387回日本皮膚科学会北海道地方会, 2010年9月, 札幌)
- 6) 当院でのVACシステム使用経験
 市立旭川病院・皮膚科
 坂井 博之, 菅野 恭子
 同 看護部
 大崎希世子
 (第6回道北臨床創傷治療研究会, 2011年10月, 旭川)
- 7) 接触皮膚炎について
 市立旭川病院・皮膚科
 坂井 博之
 (旭川皮膚科医勉強会, 2011年10月, 旭川)
- 8) 開口障害を呈した側頭動脈炎の1例
 市立旭川病院・皮膚科
 菅野 恭子, 坂井 博之
 (第5回道北皮膚科臨床研究会, 2011年11月, 旭川)
- 9) 開口障害を呈した側頭動脈炎の1例
 市立旭川病院・皮膚科
 菅野 恭子, 坂井 博之
 (第388回地方会日本皮膚科学会北海道地方会, 2011年12月,
 札幌)

[投稿論文]

- 1) An Adult Case of Kawasaki Disease in a Pregnant Japanese
 Woman: A Case Report
 Dept. of Dermatology, Asahikawa City Hospital
 Kyoko Kanno, Hiroyuki Sakai
 Dept. of Pediatrics, Asahikawa City Hospital
 Masahide Nakajima, Akira Satake
 Dept. of Dermatology, Asahikawa Medical University
 Hajime Iizuka
 (Case Reports in Dermatology 29:98-102, 2011)
- 2) Rhabdoid型組織像を呈した結節型悪性黒色腫の1例
 旭川医大・皮膚科
 藤井 瑞穂, 村上 正基, 井川 哲子, 大石 康史
 上原 治朗, 本間 大, 伊藤 康裕, 高橋 英俊
 山本 明美, 飯塚 一
 市立旭川病院・皮膚科
 坂井 博之

(臨床皮膚科 65:932-935, 2011)

3) Delusional infestationの2例

市立旭川病院・皮膚科

坂井 博之, 菅野 恭子

同 ・精神神経科

佐藤 譲

旭川医大・皮膚科

飯塚 一

(臨床皮膚科 65:1041-1044, 2011)

放射線科

[学会発表]

1) Yグラフト置換後, 空置内腸骨動脈瘤に対するTAEの検討

~大腿動脈アプローチと上臀動脈アプローチ~

市立旭川病院・放射線科

花輪 真, 鎌田 洋, 川島 和之

(第40回日本IVR学会総会, 2011年5月, 青森)

2) ステント治療のエビデンス 治療成績と合併症 大動脈ステントグラフト Evidence of Aortic Stent-graft (EVAR, TEVAR)

市立旭川病院・放射線科

花輪 真

(第29回日本Metallic stents&Grafts研究会, 2011年5月, 青森)

3) 当院での骨転移に対するメタストロンの使用経験

市立旭川病院・放射線科

川島 和之

(第32回道北核医学セミナー, 2011年5月, 旭川)

4) 膵癌術後門脈閉塞に対してTIPSルートより血管形成を施行した1例

市立旭川病院・放射線科

花輪 真, 鎌田 洋, 川島 和之

同 ・内科

中村 和正, 千葉 篤, 助川 隆士, 鈴木 聡

斉藤 裕輔

(第56回北海道血管造影・Interventional Radiology研究会, 2011年8月, 札幌)

5) 門脈切SSPPD術後門脈閉塞に対してTIPSルートより血管形成を施行した1例

市立旭川病院・放射線科

花輪 真, 鎌田 洋, 川島 和之

同 ・内科

中村 和正, 千葉 篤, 助川 隆士, 鈴木 聡

斉藤 裕輔

(第24回日本IVR学会北日本地方会, 2011年9月, 福島)

6) Type II リークに対するTAEに関する1考察

市立旭川病院・放射線科

花輪 真

(第3回北海道Zenith指導医Meeting, 2011年10月, 札幌)

7) CVポートの留置法あれこれとその工夫

市立旭川病院・放射線科

花輪 真

(第14回DAISEN腹部放射線研究会, 2011年11月, 鳥取)

8) 知っておこう 放射線治療

市立旭川病院・放射線科

川島 和之

(第3回道北がん診療連携拠点病院共同公開講座, 2011年11月, 旭川)

歯科口腔外科

[学会発表]

1) 当科における造血幹細胞移植患者の口腔管理

市立旭川病院・歯科口腔外科

谷 和俊, 西村 恭一

(第37回日本口腔外科学会北日本地方会, 2011年5月, 新潟)

2) 頬粘膜下に形成された顎下腺に起因する腺体外異所性唾石症の1例

市立旭川病院・歯科口腔外科

谷 和俊, 西村 恭一

(第56回日本口腔外科学会学術大会, 2011年10月, 大阪)

[投稿論文]

1) 乳癌患者に発症した顔面部ガス壊疽の1例

市立旭川病院・歯科口腔外科

谷 和俊, 西村 恭一

帯広徳洲会病院・歯科口腔外科

藤盛 真樹

釧路労災病院・歯科口腔外科

岡田 益彦

旭川医大・歯科口腔外科

松本 章, 松田 光悦

(日本口腔外科学会雑誌 57:591-595, 2011)

薬剤科

[学会発表]

1) 当院緩和ケアチームの取り組みと今後の課題

市立旭川病院・薬剤科

林 千景, 寺田 和文, 高橋 教仁, 兼近 順子

田岡 久央, 岡崎 邦俊

同 ・緩和ケア外来

外川 仁美

同 ・内科

福原 敬

(第5回旭川薬剤師会・旭川病院薬剤師会合同会員発表会,

2011年1月, 旭川)

2) **ボグリボース口腔内崩壊錠の品質評価**

北海道医療大学・薬学部

久保 儀忠, 平田真里菜, 松木 美緒, 渡辺小希奈

伊東 彩奈, 八木 直美, 関川 彬

市立旭川病院・薬剤科

栗栖 幹典, 岡崎 邦俊

(第131年会日本薬学会, 2011年3月, 静岡)

3) **ボグリボース口腔内崩壊錠の先発品と後発品の比較検討**

北海道医療大学・薬学部

久保 儀忠, 平田真里菜, 松木 美緒, 渡辺小希奈

伊東 彩奈, 八木 直美, 関川 彬

市立旭川病院・薬剤科

栗栖 幹典, 岡崎 邦俊

(第58回北海道薬学会, 2011年5月, 札幌)

4) **市立旭川病院における進行腎細胞癌患者へのSunitinib療法の実態**

市立旭川病院・薬剤科

栗栖 幹典, 岡崎 邦俊

同 看護部

安藤 伸

北大病院・腎泌尿器外科

千葉 博基

市立旭川病院・泌尿器科

金川 匡一

(医療薬学フォーラム2011, 2011年7月, 旭川)

5) **⁹⁰Y-イブリツモマブチウキセタン(セヴァリン)治療における薬剤師の関わりについて**

市立旭川病院・薬剤科

寺田 和文, 岡崎 邦俊

同 中央放射線科

渡会 浩二, 由水 宏一

同 看護部

坪崎 春美

同 放射線科

川島 和之

同 内科

柿木 康孝

(医療薬学フォーラム2011(第19回クリニカルファーマシーシンポジウム), 2011年7月, 北海道)

中央放射線科
[学会発表]

1) **MRの安全性についてー磁場ー**

市立旭川病院・中央放射線科

川崎 伸一

(旭川放射線技師会第1回MRI基礎セミナー, 2011年3月, 旭川)

2) **Signa HDxt Optima Editionの使用経験ー腹部・心臓領域を中心にー**

市立旭川病院・中央放射線科

川崎 伸一, 福田 泰之

(GE製品発表会in札幌, 2011年6月, 札幌)

3) **市立旭川病院放射線治療室施設紹介**

市立旭川病院・中央放射線科

有路 智行, 畑中 康裕, 石澤 博

同 放射線科

川島 和之

(第41回放射線治療研究会, 2011年9月, 砂川)

4) **IVR-CT**

市立旭川病院・中央放射線科

大野 肇

(日本X線CT専門技師認定機構X線CT認定技師指定講習会, 2011年10月, 札幌)

5) **複数の機種間におけるCT値, CNRの比較**

市立旭川病院・中央放射線科

大塩 良輔, 石澤 博, 大野 肇

(全国自治体病院学会, 2011年10月, 東京)

6) **多機種間におけるCT値, CNRの比較**

市立旭川病院・中央放射線科

大塩 良輔, 石澤 博, 大野 肇

(日本放射線技師会北海道地域学術大会, 2011年10月, 札幌)

7) **パイプラインアンギオ装置における散乱線被曝低減にむけた検討**

市立旭川病院・中央放射線科

西館 文博, 平子 哲也, 三ツ井貴博

(一般社団法人北海道放射線技師会地域学術大会, 2011年10月, 札幌)

8) **放射線治療計画装置の治療寝台モデリング機能における計算精度の検討**

市立旭川病院・中央放射線科

畑中 康裕, 石澤 博, 有路 智行, 竹内 顕宏

三ツ井貴博, 福田 泰之, 大塩 良輔

(日本放射線技術学会北海道部会学術大会第67回秋季大会, 2011年11月, 札幌)

9) **X線管電圧によるCT値の変化について**

市立旭川病院・中央放射線科

大野 肇, 川崎 伸一, 三ツ井貴博, 石澤 博

福田 泰之, 大塩 良輔

(第67回日本放射線技術学会北海道部会秋季学術大会, 2011年11月, 札幌)

10) **IVRにおけるDSA, CBCT, MDCTの血管描出能の比較**

市立旭川病院・中央放射線科

三ツ井貴博, 平子 哲也, 大野 肇, 川崎 伸一

石澤 博, 有路 智行, 福田 泰之

(日本放射線技術学会北海道部会学術大会第67回秋季大会, 2011年11月, 札幌)

- 11) 知って安心！どう撮る腰椎MR（下肢症状）
市立旭川病院・中央放射線科
福田 泰之
(日本放射線技術学会北海道部会学術大会第67回秋季大会,
2011年11月, 札幌)
- 12) CMRにおける冠微小循環障害（Microvascular Obstruction）
の検討
市立旭川病院・中央放射線科
福田 泰之, 川崎 伸一, 大野 肇, 三ツ井貴博
石澤 博, 有路 智行
(日本放射線技術学会北海道部会学術大会第67回秋季大会,
2011年11月, 札幌)
- 13) 急性心筋梗塞における再灌流療法後のBlack Blood T2WIと造
影CINE-SSFPの比較検討
市立旭川病院・中央放射線科
川崎 伸一, 福田 泰之, 三ツ井貴博, 大野 肇
同 ・内科
石井 良直
(日本放射線技術学会北海道部会学術大会第67回秋季大会,
2011年11月, 札幌)
- 14) 腹部大動脈－市立旭川病院の場合－
市立旭川病院・中央放射線科
大野 肇
(第2回心血管外科イメージング研究会, 2011年11月, 札幌)
- 15) IVR医の被ばくゼロを目指して～散乱線撲滅作戦～
市立旭川病院・中央放射線科
三ツ井貴博, 平子 哲也
(第14回DAISEN腹部放射線研究会, 2011年11月, 鳥取)
- 16) 当院におけるCT検査での実効線量についての検討
市立旭川病院・中央放射線科
西田 純, 大野 肇
(旭川放射線技師会会員研究発表会, 2011年11月, 旭川)
- 17) マンモグラフィ撮影時における安全対策の検討
市立旭川病院・中央放射線科
小木 有紗, 竹内 顕宏
(平成23年旭川放射線技師会研究発表会, 2011年11月, 旭川)
- 18) 海外研修報告－スタンフォード漬け－
市立旭川病院・中央放射線科
川崎 伸一
(旭川放射線技師会会員研究発表特別報告, 2011年11月, 旭
川)

[投稿論文]

- 1) 立位撮影用間接型FPDにおける画像特性の検討
市立旭川病院・中央放射線科
西田 純, 竹内 顕宏
(旭川放射線技師会誌 33:34-37, 2011)
- 2) 多機種間におけるCT値, CNRの比較

市立旭川病院・中央放射線科
大塩 良輔, 石澤 博, 大野 肇
(一般社団法人北海道放射線技師会会報 2012年1月号:57-
60, 2011)

- 3) 多機種間におけるCT値, CNRの比較
市立旭川病院・中央放射線科
大塩 良輔, 石澤 博, 大野 肇
(旭川放射線技師会誌 33:16-19, 2011)
- 4) バイプレーンアンギオ装置における散乱線被曝低減に向けた
検討
市立旭川病院・中央放射線科
西館 文博, 平子 哲也, 三ツ井貴博
(旭川放射線技師会会誌 33:23-27, 2011)
- 5) 当院における心臓遅延造影の現状と工夫
市立旭川病院・中央放射線科
川崎 伸一, 福田 泰之, 大野 肇
同 ・内科
石井 良直
GEヘルスケア・ジャパン株式会社
鶴池 充宏
(Rad Fan 9:11-13, 2011)
- 6) 2011年度スタンフォード大学海外研修派遣報告
市立旭川病院・中央放射線科
川崎 伸一
(日本放射線技術学会雑誌 67:1494, 2011)

中央検査科
[学会発表]

- 1) 3D経食道エコーが有用であったStuck Valveの1例
市立旭川病院・中央検査科
三浦 美里, 永森 祐衣, 長瀬 雅彦
同 ・胸部外科
宮武 司, 吉本 公洋, 大場 淳一, 青木 秀俊
同 ・内科
山田 豊
(第8回北海道心血管エコー研究会, 2011年3月, 札幌)
- 2) ABO血液型表試験でmixed-fieldを示しA/O型のモザイクと考
えられた1症例
市立旭川病院・中央検査科
長瀬 政子, 高木 奈央
同 ・内科
柿木 康孝
(第59回日本輸血・細胞治療学会, 2011年4月, 東京)
- 3) 上行大動脈拡大を伴った単交連－尖大動脈弁の超音波所見
市立旭川病院・中央検査科
長瀬 雅彦, 永森 祐衣, 三浦 美里
同 ・胸部外科
宮武 司, 吉本 公洋, 大場 淳一, 青木 秀俊

(第22回日本心エコー学会学術集会, 2011年4月, 鹿児島)

4) モーニングセミナー 知っておきたい心臓腫瘍

市立旭川病院・中央検査科

長瀬 雅彦

(第22回日本心エコー学会学術集会, 2011年4月, 鹿児島)

5) 骨髄単球系マーカーの発現が認められたALK陽性未分化大細胞リンパ腫の1例

市立旭川病院・中央検査科

越高 正広, 勝見 友則, 宮越 里絵, 池川 泰宏

二郷 元彦, 武田 晃典, 中野 成紀

同 ・病理

高田 明生

(第52回日本臨床細胞学会総会(春期大会), 2011年5月, 福岡)

6) 重症大動脈弁狭窄症に伴う拡張機能障害—L波の臨床的意義

市立旭川病院・中央検査科

長瀬 雅彦, 永森 祐衣, 三浦 美里, 小野寺英里

(日本超音波医学会第41回北海道地方会学術集会, 2011年9月, 札幌)

7) 輸血製剤の移行抗体によりHBs抗体およびHBc抗体が陽転化したと考えられた1例

市立旭川病院・中央検査科

木元 宏弥, 高木 奈央, 長瀬 政子

同 ・内科

柿木 康孝

(第55回日本輸血・細胞治療学会北海道支部会 第91回北海道医学大会分科会, 2011年10月, 札幌)

8) 左室流出路に認められた心原発腫瘍の2例—超音波像の比較

市立旭川病院・中央検査科

三浦 美里, 永森 祐衣, 小野寺英里, 長瀬 雅彦

同 ・胸部外科

宮武 司, 吉本 公洋, 安達 昭, 大場 淳一

青木 秀俊

同 ・内科

石井 良直

大西病院・循環器内科

川嶋 栄司

森山病院・循環器内科

山田 豊

(第41回旭川心エコー勉強会, 2011年11月, 旭川)

[投稿論文]

1) 新規尿検査自動分析装置導入の効果

市立旭川病院・中央検査科

藤田 佳奈, 小松 和朗, 武田 晃典, 八重樫 直

中野 成紀

同 ・病理

高田 明生

同 ・看護部

菅原あゆみ

同 ・泌尿器科

金川 匡一

(旭川市立病院医誌 43:10-14, 2011)

リハビリテーション科

[学会発表]

1) 当院胸部外科術後心臓リハビリテーションの実践について

市立旭川病院・リハビリテーション科

斎藤 肇

(第10回旭川心臓リハビリテーション勉強会, 2011年10月, 旭川)

臨床器材科

[学会発表]

1) 電気メステスタ3機種比較

市立旭川病院・臨床工学室

田中 義範, 窪田 将司, 米坂 直子, 山口 和也

澤崎 史明, 堂野 隆史, 河田 修一, 鷹橋 浩

(第86回日本医療機器学会大会, 2011年6月, 横浜)

2) 内シャント光イメージングに関する基礎的検討: 2-血管内形状描出の可能性—

北海道工業大学大学院・工学研究科

菅谷真之介, 北間 正崇, 三澤 顕次, 有澤 準二

市立旭川病院・臨床工学室

田中 義範

北海道大学・大学院情報科学研究科

清水 孝一

(第86回日本医療機器学会大会, 2011年6月, 横浜)

3) 心臓カテーテル検査業務の教育—ロールプレイシミュレーションの実施—

市立旭川病院・臨床工学室

山口 和也, 田中 義範, 澤崎 史明, 堂野 隆史

米坂 直子, 窪田 将司, 河田 修一, 鷹橋 浩

(CVIT2011 第20回日本心血管インターベンション治療学会, 2011年7月, 大阪)

4) 慢性維持透析患者に対する人工心肺症例の検討

市立旭川病院・臨床工学室

澤崎 史明, 田中 義範, 山口 和也, 堂野 隆史

米坂 直子, 窪田 将司, 河田 修一, 鷹橋 浩

(第37回日本体外循環医学会学術大会, 2011年10月, 名古屋)

5) 成績向上を目的とした市立旭川病院における脳分離体外循環の変遷

市立旭川病院・臨床工学室

窪田 将司, 田中 義範, 山口 和也, 澤崎 史明

堂野 隆史, 河田 修一, 鷹橋 浩

同 ・胸部外科

吉本 公洋, 宮武 司, 大場 淳一, 青木 秀俊

(第37回日本体外循環医学会学術大会, 2011年10月, 名古屋)

6) ポロクサマー 188注射液 (エキソコルポール) 販売中止が体外循環に与えた影響

市立旭川病院・臨床工学室

河田 修一, 田中 義範, 山口 和也, 澤崎 史明

堂野 隆史, 米坂 直子, 窪田 将司, 鷹橋 浩

(第37回日本体外循環医学会学術大会, 2011年10月, 名古屋)

7) PMI患者の開心術後, crosstalkにより血行動態が破綻した1症例—経験を踏まえた今後の術後管理—

市立旭川病院・臨床工学室

山口 和也, 田中 義範, 澤崎 史明, 堂野 隆史

米坂 直子, 窪田 将司, 河田 修一, 鷹橋 浩

(第18回日本体外循環医学会北海道地方会, 2011年11月, 札幌)

8) 非侵襲的心拍出血量モニター AESCULON mini (エスクロン) の使用経験

市立旭川病院・臨床工学室

堂野 隆史, 田中 義範, 山口 和也, 澤崎 史明

米坂 直子, 窪田 将司, 河田 修一, 鷹橋 浩

(第18回日本体外循環医学会北海道地方会, 2011年11月, 札幌)

9) 非観血式血圧計チェッカ「Accusim-BP Handheld®」の使用経験

市立旭川病院・臨床工学室

田中 義範, 米坂 直子, 山口 和也, 澤崎 史明

堂野 隆史, 窪田 将司, 河田 修一, 鷹橋 浩

(第22回北海道臨床工学会, 2011年12月, 札幌)

10) エポエチンアルファ BS注JCRとエポエチンベータとの比較検討

市立旭川病院・臨床工学室

澤崎 史明, 田中 義範, 山口 和也, 堂野 隆史

米坂 直子, 窪田 将司, 河田 修一, 鷹橋 浩

同 ・透析室

佐々木夏美子, 桐 則行

同 ・泌尿器科

金川 匡一

(第22回北海道臨床工学会, 2011年12月, 札幌)

看護部

[学会発表]

1) 抗ドナー抗体陽性腎移植患者への関わり

市立旭川病院・西病棟4階

安藤 伸, 岡田いづみ

同 ・泌尿器科

金川 匡一

北大・医局

福澤 信之

市立旭川病院・薬剤科

栗栖 幹典

(日本臨床腎移植学会, 2011年1月, 宝塚)

2) 気管内チューブのカフ圧管理の検証〜パイロットバルーンの手感覚による管理をカフ圧計で調査〜

市立旭川病院・感染対策室

桐 則行

(第26回日本環境感染学会, 2011年2月, 横浜)

3) ジャクソンリースでの加圧換気の現状と人工肺を用いた練習の効果

市立旭川病院・集中治療室

品川のぞみ, 下川 貴義, 猪俣 美帆

(日本集中治療学会, 2011年2月, 横浜)

4) 感染管理に携わる臨床検査技師が知っておきたい看護の基礎知識

市立旭川病院・感染対策室

桐 則行

(北海道臨床衛生検査技師会旭川地区勉強会, 2011年3月, 旭川)

5) 統一した口腔ケアの実践

市立旭川病院・東病棟5階

鍛治川和加

同 ・看護部

森 倫子

(第10回北海道口腔ケアセミナー, 2011年5月, 札幌)

6) 糖尿病看護に携わる看護師教育には何が必要か

市立旭川病院・糖尿病センター外来

増田 千絵

(第54回日本糖尿病学会年次学術集会, 2011年5月, 札幌)

7) 糖尿病神経障害患者に与えるフットケアの効果 病みの軌跡理論を用いて分析

市立旭川病院・糖尿病センター外来

増田 千絵

(第23年度北海道看護研究学会, 2011年5月, 札幌)

8) 緊急カテーテル検査に対するスタッフの不安軽減を目指したシミュレーションの実施

市立旭川病院・集中治療室

吉田美恵子, 町田 恵美, 山口 明子, 櫛引由美子

(北海道看護協会上川南支部看護研究発表, 2011年6月, 旭川)

[投稿論文]

1) 市立旭川病院における透析液清浄化に対する取り組み

市立旭川病院・臨床工学室

田中 義範, 米坂 直子, 山口 和也, 澤崎 史明

堂野 隆史, 窪田 将司, 河田 修一, 鷹橋 浩

(公益社団法人 北海道臨床工学技士会誌 第21回学術大会研究発表論文 2011.9.21号 21号: 110-113, 2011)

- 川)
- 9) 在宅移行患者の療養生活報告会を通じた病棟看護師の医療連携に対する意識変化
市立旭川病院・看護部
外川 仁美
同 ・西病棟6階
小板橋由美子
同 ・退院支援
永草麻由美
同 ・看護部
佐藤千加子
同 ・薬剤科
寺田 和文
同 ・内科
福原 敬
(第16回日本緩和医療学会, 2011年7月, 札幌)
- 10) 手術部位感染 (SSI) サーベイランスの活用法—ケア改善のためのポイント—
市立旭川病院・感染対策室
桐 則行
(第1回日本感染管理ネットワーク北海道支部道南ブロック研修会, 2011年8月, 函館)
- 11) 糖尿病看護への思い—病棟看護師のアンケートを通して—
市立旭川病院・西病棟4階
佐々木尚美, 魚住 恭草, 島田 美希
(第15回道北地区糖尿病教育看護研究会, 2011年9月, 旭川)
- 12) 消化器外科手術における予防的抗菌薬の投与日数短縮に伴う経済効果
市立旭川病院・感染対策室
桐 則行
同 ・感染対策チーム
小西 貴幸
同 ・外科
福永 亮朗, 子野日政昭
(日本医療マネジメント学会第11回北海道支部学術集会, 2011年10月, 札幌)
- 13) 末梢静脈輸液ルートでのシャワー時における保護カバーの検討
市立旭川病院・感染対策室
桐 則行
同 ・看護部
山本みず枝
(第50回全国自治体病院学会, 2011年10月, 東京)
- 14) 終末期の上肢リンパ浮腫患者の症状緩和—リンパドレナードと筒状包帯の併用を試みて—
市立旭川病院・看護部
外川 仁美
同 ・外科外来
大崎希世子
同 ・薬剤科
- 寺田 和文
同 ・外科
沼田 昭彦
(第50回全国自治体病院学会, 2011年10月, 東京)
- 15) 内服自己管理基準の有効性
市立旭川病院・西病棟5階
新津 美香, 中島 祥子, 中川 恵子
(第50回全国自治体病院学会, 2011年10月, 東京)
- 16) 中央材料室における感染対策の取り組み—器材導入からの学び
市立旭川病院・感染対策室
桐 則行
(病院サプライカンファレンス, 2011年10月, 札幌)
- 17) 手術室患者申し送りの実態調査
市立旭川病院・手術室
眞鍋美和子, 遠藤真衣子, 長井 香織, 阿部 朝乃
(第25回日本手術看護学会年次大会, 2011年11月, 名古屋)
- 18) CVポートの上手なつき合い方—管理・安全・感染etc—
市立旭川病院・感染対策室
桐 則行
(第14回DAISEN腹部放射線研究会, 2011年11月, 米子)
- 19) 混合病棟における糖尿病看護に対する認識調査
市立旭川病院・西病棟4階
魚住 恭華, 島田 美希, 佐々木尚美
(日本糖尿病学会北海道支部地方会, 2011年11月, 札幌)
- 20) 低血糖時の対処方法の現状
市立旭川病院・西病棟4階
水沢 幸枝, 有澤比呂子
同 ・糖尿病センター
増田 千絵, 武藤 英二
(第45回日本糖尿病学会北海道地方会, 2011年11月, 札幌)
- 21) コンサルテーションから糖尿病看護の現状と課題
市立旭川病院・糖尿病センター外来
増田 千絵
(第45回日本糖尿病学会北海道地方会, 2011年11月, 札幌)

[投稿論文]

- 1) ラテックスアレルギー対策の現状と今後の取り組み
市立旭川病院・手術室
長井 香織
(実践安全手術看護 5:42-46, 2011)
- 2) 思春期の広汎性発達障害児に対する看護—6事例の経験を通して—
市立旭川病院・北病棟第1
千田 宏宣, 村山 正貴, 福本きよみ
(全国自治体病院協議会雑誌 50:553-555, 2011)
- 3) SPOT「日本感染管理ネットワーク北海道支部」が活動開始
市立旭川病院・感染対策室

桐 則行

(INFECTION CONTROL 20 : 322-325, 2011)

4) 症例単価払い方式による手術室内視鏡機器統一の調査・分析
VPP (Value Per Procedure≒症例単価払い方式)

市立旭川病院・手術室

阿部 朝乃, 佐藤千加子

(日本手術医学会誌 32 : 364-365, 2011)

5) チェックシートを活用した退院調整

市立旭川病院・看護部

増山 知子, 佐々木直美, 佐藤 芳恵, 三浦あゆみ

森 倫子

(旭川市立病院医誌 43 : 33-38, 2011)

栄養給食科

[学会発表]

1) 集団栄養指導の新しい試みについて

市立旭川病院・栄養給食科

小川美弥子, 阿部 望, 坪山 淳子, 平子 舞

古田 千尋, 澤田 幸佳

同 ・糖尿病センター

外川 征史, 宮本 義博, 武藤 英二

(第54回日本糖尿病学会年次学術集会, 2011年5月, 札幌)

2) 高中性脂肪血症合併糖尿病患者に対する個別のアプローチ

市立旭川病院・栄養給食科

小川美弥子

(第17回旭川中性脂肪研究会, 2011年8月, 旭川)

3) 栄養指導介入の意義—管理栄養士の立場から—

市立旭川病院・栄養給食科

小川美弥子

(糖尿病・病診連携勉強会, 2011年10月, 旭川)

4) 糖尿病治療における医療スタッフと患者の着目点の違いについて

市立旭川病院・栄養給食科

阿部 望, 小川美弥子, 澤田 幸佳

同 ・糖尿病センター外来

増田 千絵

同 ・糖尿病センター

武藤 英二

(第45回日本糖尿病学会北海道地方会, 2011年11月, 札幌)

[投稿論文]

1) スキルアップのための卒後教育 臨床の管理栄養士に求められるもの

市立旭川病院・栄養給食科

小川美弥子

(Nutrition Care 4 : 1273-1275, 2011)

「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。筆署名は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○回も必ず）、発表年、月、開催地
 - 2) 掲載論文の場合：発表者（Full name）、論文題名、発表雑誌、巻：頁～頁、西暦発行年
 - 3) 他施設との共同発表または共著の場合には、筆頭者、ほかとしても良い。

編 集 後 記

病院誌44巻完成の運びに当たりまして、多くの研究論文、報告文をご投稿頂きありがとうございました。投稿頂きました研修医、医局医師、看護部、中央放射線科、臨床器材科、リハビリテーション科、栄養給食科の多くの先生方、スタッフの皆様、また、御多忙の中、短い期間の査読を快くお引き受け下さいました編集委員の先生方、編集協力委員の方々に深謝致します。

本号は、昨年の東日本大震災における当院からの医療支援報告と、震災後の小児の心のケアに関する取り組みについての報告がありました。今一度、当時を思い起こし、私たちが被災された方々のために今後ともできることは何かについて、一人一人が再考するきっかけになれば、と考えます。

毎年、書かせて頂いておりますが、どうか市立旭川病院の職員全員が一年に一つ以上、仕事上の疑問点や問題点について、調べ、研究し、その結果を発表、または論文作成を行って下さい。本年は特に看護研究の発表記録（論文）が14本投稿されており、内容には一部問題点もみられるものの、大変多くの研究発表がなされていることに感銘を受けております。超多忙な日常業務の合間に、各部署で問題点を抽出、解析、解決に向けての方策を立て、それを実践する、という医学・看護研究が全病院的な規模で行われていることは大変素晴らしいことと考えます。

「忙しいし、一人一人の力は小さいし、私一人が動いても何も変わらない」と思っているあなた。疑問点、問題点を明確にして解決法を皆で考え、そのための方策を実践して下さい。結果に対する評価、feedbackも必要ですね。ほーら、立派な看護学の研究になったでしょう！毎年、今年のように各部署で各自が研究テーマを見つけて、年に1度以上報告し、論文を書く。このことで、職員の一体感（私も同じことを問題点として考えていた。〇〇病棟の方も同じように問題意識を持ち、このように解決していたのね。すばらしいわ！など）職員意識の改革も進み（自分たちでシステムの問題点を探し出し、それを解決していこうとする意識、また、他部署との競争意識（あそこでこんなことができるのだから、私たちができないわけがない、など）、病院全体として、数々の問題点に対する客観的な評価、方策の構築と実践、feedbackが可能となり、それはすなわち、病院の質向上に直結します。職員一人一人の意識が部署の雰囲気のみならず病院の質を飛躍的に向上させるのです。

来年以降も、より多くの職員の方々からの投稿をお待ちしております。学問と共に「立ち上がろう」市立旭川病院（「立ち枯れ」ではありません）！

2012年9月

編集委員長 齊藤 裕輔

旭川市立病院医誌

編集委員長	齊藤 裕輔	編集協力委員	岡崎 邦俊
編集委員	佐藤 公輝		古川 美砂
	武井 明		大野 肇
	佐竹 明		武田 晃典
	岡本 佳裕		
	千葉 篤	事務局	長岡 伸治
	菅野 晴美		井須 史朗
	宮本 義博		直江 理子
	望月 端吾		

《基本理念》

患者さん中心の医療を行い、市民から信頼される病院を目指します。

《基本方針》

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

《患者さんの権利》

～私たちは患者さんの権利を尊重します～

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

旭川市立病院医誌 [第44巻1号]

平成24年9月30日 印刷
平成24年9月30日 発行 [非売品]

編集発行人 旭川市金星町1丁目1番65号

青木 秀俊

発行所 旭川市金星町1丁目1番65号

市立旭川病院

印刷所 旭川市旭町1条4丁目

谷川印刷株式会社

The Journal of Asahikawa City Hospital

Vol.44 No.1

September 2012

[Case Reports]

- Anesthetic management of a patient with a giant ovarian tumor..... Keiko SEKI
Syndrome of inappropriate secretion of ADH associated with first chemotherapy paclitaxel and carboplatin..... Misako ISHIBA

[Reports]

- Children's Mental Health Care after 2011 Great East Japan Earthquake:A mental health intervention of The Tokyo Metropolitan
Children's Medical Center..... Kensuke MIYAZAKI
A report of medical support for disaster area of the Great East Japan Earthquake..... Akira FUKUNAGA

[Nursing Reports]

- A Practice of Preparation for Preschool Children undergoing injection procedures..... Tomoko MASUYAMA

The survey of the operation room patient writing method..... Miwako MANABE
-
-