旭川市立病院医誌

第46巻1号

平成26年9月発行

ISSN　0287－024X

市立旭川病院
Asahikawa City Hospital

【臨床研究】

児童思春期精神科医療における地域連携

精　神　科　武井　　明

平成21年秋に当科を受診した成人喘息患者の実態調査結果

呼吸器内科　福居　嘉信

血液疾患患者の医療連携

修彰会・沼崎病院　前川　　勲

【症例報告】

Ganglioneuroma of the oral floor.

耳鼻咽喉科　北尾　恭子

【看護研究】

鎮静スコアの見直し

看　護　部　高平　理恵

【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　46巻1号

平成26年9月発行

目　　次

【臨床研究】

児童思春期精神科医療における地域連携 …… 精神科　武井　明 …… 1

平成21年秋に当科を受診した成人喘息患者の実態調査結果

…… 呼吸器内科　福居嘉信 …… 6

血液疾患患者の医療連携 …… 修彰会・沼崎病院　前川　勲 …… 11

【症例報告】

Ganglioneuroma of the oral floor …… 耳鼻咽喉科　北尾恭子 …… 15

【看護研究】

鎮静スコアの見直し …… 看護部　高平理恵 …… 19

【臨床病理検討会】

第1回　平成25年7月10日 …… 内科　大場彩音 …… 23

第2回　平成25年9月3日 …… 内科　藤山朋代 …… 24

第3回　平成25年11月12日 …… 内科　田端克彦 …… 25

第4回　平成26年1月20日 …… 胸部外科　岩間琢哉 …… 27

第5回　平成26年3月4日 …… 泌尿器科　小田切信介 …… 28

【教育研修報告】

第37回日本リンパ学会に参加して …… 看護部　外川仁美 …… 30

CVIT2013に参加して …… 臨床器材科　山口和也 …… 31

ストーマリハビリテーション講習会リーダーシップコースに参加して

…… 看護部　菅原あゆみ …… 32

第35回MR基礎講座への参加報告 …… 中央放射線科　小木有紗 …… 33

第49回日本移植学会に参加して …… 看護部　難波幸一 …… 34

第36回日本造血細胞移植学会に参加して …… 看護部　佐々木理恵子 …… 35

第47回日本臨床腎移植学会に参加して …… 看護部　樋屋綾香 …… 36

【医局抄読会記録】

冠攣縮性狭心症患者における血流依存性血管拡張反応（FMD）
…… 循環器内科　井　川　貴　行 …… 37
女性におけるstandard scopeとしての細径軟性大腸内視鏡PCF-PQ260の有用性
…… 消化器内科　小　澤　賢一郎 …… 37
慢性腎不全患者に使用できる経口糖尿病薬について …… 代謝内科　土　屋　慶　容 …… 37
発熱性好中球減少症（Febrile neutropenia:FN）について …… 血液内科　千　葉　広　司 …… 38
内科救急のファーストタッチ　気管支喘息 …… 呼吸器内科　福　居　嘉　信 …… 38
当院における直腸癌手術症例の検討 …… 外　科　吉　見　泰　典 …… 38
DVTの診断と治療 …… 胸部外科　杉　本　　聡 …… 39
遺伝性難聴 …… 耳鼻咽喉科　北　尾　恭　子 …… 39
小児の食物アレルギー …… 小 児 科　中　嶋　雅　秀 …… 39
根治的前立腺全摘除術　開腹から腹腔鏡，そしてロボットへ …… 泌尿器科　望　月　端　吾 …… 39
クレキサン投与患者における創部血腫の１例 …… 産婦人科　大　場　彩　音 …… 40
当科を受診した広汎性発達障害および注意欠如多動性障害の成人例の臨床的検討
…… 精 神 科　泉　　将　吾 …… 40
硬膜外にとってかわる？体幹の神経ブロック …… 麻 酔 科　小野寺　美　子 …… 40
先天色覚異常 …… 眼　科　菅　野　晴　美 …… 41
コレステロール結晶塞栓によると考えられたBlue toe症候群のまとめ
…… 皮 膚 科　野　村　和加奈 …… 41
こんな血尿症例がありましたよ …… 放射線科　花　輪　　真 …… 41
周術期口腔機能管理について …… 歯科口腔外科　西　村　泰　一 …… 41

【看護研究発表会記録】

術前患者の経口補水療法に関する調査 …… 東 3 階　国　府　美和子 …… 43
シーネを使用しない小児の点滴固定方法の検討 …… 西 3 階　吉　野　美　穂 …… 43
生体腎移植後における日常生活の実態調査 …… 西 4 階　樋　屋　綾　香 …… 44
当病棟における夜間騒音に対する調査研究 …… 東 5 階　北　川　由　理 …… 44
術後せん妄患者との関わりを検討して …… 西 5 階　高　木　理　奈 …… 45
患者満足度実態調査から学んだ看護師の接遇の重要性 …… 東 6 階　五十嵐　有　紀 …… 45
腹部の手術（開腹，腹腔鏡下）を受けた患者の起き上がり方法を統一した早期離床への取り組み
…… 西 6 階　山　本　紗奈江 …… 46
酸素マスクのずれと酸素のもれによる不快感の緩和を目指して …… 東 7 階　水　上　広　菜 …… 46
化学療法を受ける入院患者の手指衛生における意識調査 …… 西 7 階　佐々木　理恵子 …… 47

隔離環境が必要であった患者がグループホームで生活できている要因
…… 北１階　中根健太 …… 47
修正型電気痙攣療法クリニカルパスの使用による精神科看護の評価
…… 北２階　石河稚菜 …… 48
鎮静スコアの見直し …… 集中治療室　高平理恵 …… 48
固定チーム制導入による効果と課題 …… 手術室　鈴木美智子 …… 49
XELOX療法を受けている患者の援助 …… 外　来　半田淑江 …… 49

【がん診療連携拠点病院関連研修会】 …… 51

【平成25年度各科学会発表ならびに投稿論文】 …… 53

【Medical Essay】 …… 5，14，42，50，52，71

【編集後記】 …… 73

臨床研究

児童思春期精神科医療における地域連携
―当科思春期外来における紹介患者の検討から―*

市立旭川病院・精神科　武井　明**　土井朋代
金子真一郎　加藤亜佳音
泉　将吾　目良和彦
佐藤　譲　原岡陽一
旭川圭泉会病院　鈴木太郎
旭川福祉専門学校　平間千絵

はじめに

児童思春期の子どもたちの心の問題は，学校や小児科の医療機関などで気づかれる場合が少なくない。そのため，学校の教師や小児科医と児童思春期精神科との連携は欠かすことができない。しかしながら，児童思春期精神科医療における他の機関との連携に関する報告はきわめて少ない[1,2]。

そこで，今回，われわれはそのような連携の実態を明らかにするために，市立旭川病院精神科（以下，当科）思春期外来を受診した児童思春期の紹介患者の実態について検討したので報告する。

対象と方法

2007年1月から2011年12月までの5年間に当科を初診した18歳以下の児童思春期患者のうちで，医療機関や学校などから紹介された患者を対象にした。対象患者の年齢，性別，診断名，紹介元について，診療録を基にして後方視的に調査を行った。診断分類については，ICD-10の診断基準[3]を用いた。また，紹介元の変遷については，2002年から2006年の5年間と2007年から2011年の5年間とで比較検討を行った。

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

結　果

過去5年間の紹介患者数は，965名中400名（41.5%）で，紹介患者の性別は男子182名，女子218名であり，平均年齢は14.0±2.9歳（±標準偏差）であった。年次推移をみると，この5年間では80名前後で推移しているが，18歳以下の初診患者全体に占める紹介患者の割合は全体的に増加しており，2000年以降は40%を超えた状態が続いている（図１）。2011年では，紹介患者数は167名中77名（46.1%）であった。

紹介元で最も多かったのが他院からの紹介で400名中234名（58.5%）であり，次いで学校からの紹介が62名（15.5%），児童相談所からが44名（11.0%）などの順であった（表１）。また，他院と院内を合わせた医療機関全体からの紹介は274名（68.5%）であった。

次に，過去10年間における紹介元の変遷を2002年から2006年の5年間と2007年から2011年の5年間とで比較した（図２）。その結果，どちらの5年間においても他院からの紹介患者の占める割合が最も高く，最近の5年間

＊：Regional collaboration of child and adolescent psychiatry : A study of the outpatients who were referred to the adolescent psychiatric clinic.

＊＊：Akira TAKEI, et al.

Key words：child and adolescent psychiatry, collaboration, pediatrics, school, introduced patient

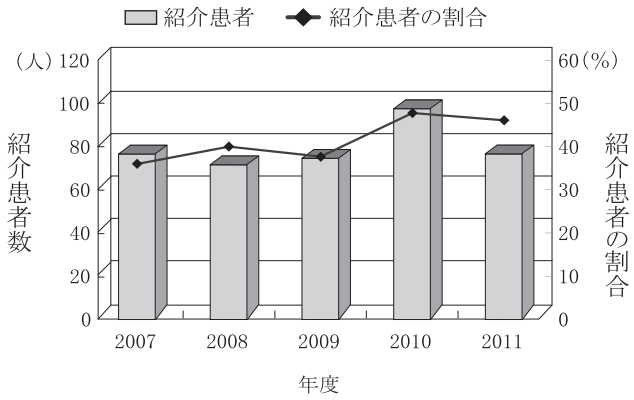

図１　紹介患者数の年次推移

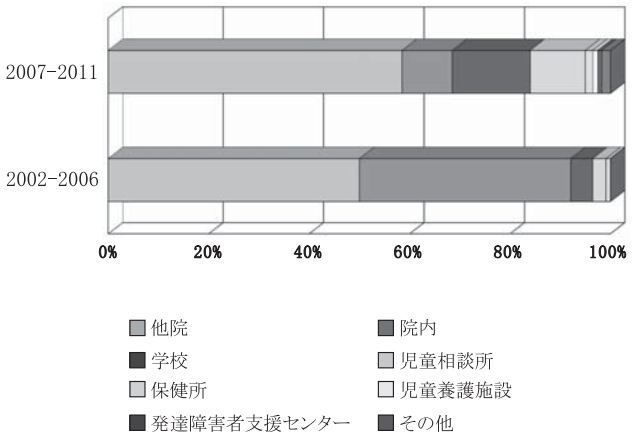

図２　紹介元の変遷

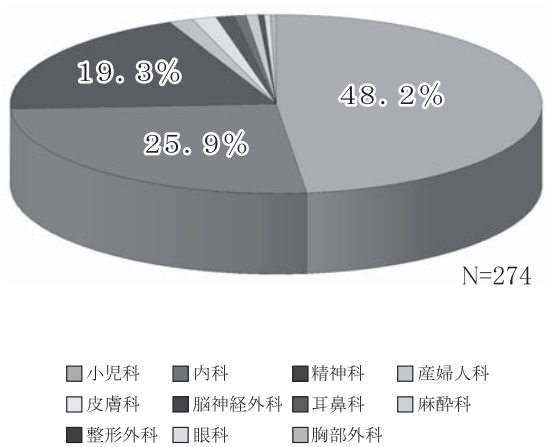

図３　紹介元の診療科の内訳

表１　紹介元の内訳

紹　介　元	人　数(%)
他　　院	234（58.5）
院　　内	40（10.0）
学　　校	62（15.5）
児童相談所	44（11.0）
保　健　所	6　（1.5）
児童養護施設	4　（1.0）
発達障害者支援センター	3　（0.7）
そ　の　他	7　（1.8）

（N＝ 400）

でその割合がさらに高くなっていたが，その一方で，院内からの紹介患者の割合は，最近の5年間では著しく低下していた。また，学校および児童相談所からの紹介患者の割合が最近5年間で高くなっており，学校は4.4%から15.5%，児童相談所は2.6%から11.0%にそれぞれ増加していた。

他院および院内からの紹介について，診療科別に検討すると，小児科が最も多く274名中132名（48.2%）で，次いで内科が71名（25.9%），精神科が53名（19.3%）などの順であった（図３）。

診療科別において最も紹介の多かった小児科からの紹介患者をICD-10[3]に基づいて診断分類を行った（図４）。その結果，神経症性障害（F４）と広汎性発達障害（F８）が高い割合を占め，それぞれ33.3%と39.4%であった。広汎性発達障害については，小児科からの紹介された全ての患者が暴力や不登校といった二次障害を伴っていた。

次に，他院の精神科からの紹介患者をICD-10[3]に基づいて診断分類した（図５）。その結果，広汎性発達障害（F８）の割合が最も高く32.1%であり，次いで，統合失調症（F２）および神経症性障害（F４）の割合が高く，それぞれ20.8%であった。

医療機関に次いで紹介が多かった学校について，その所在地について検討した。その結果，最も割合が高かったのは旭川市内で56.6%であったが，精神科医療機関がきわめて少ない留萌管内や宗谷管内の学校からの紹介がそれぞれ7.5%と5.7%であり，決して少なくないことが示された（図６）。

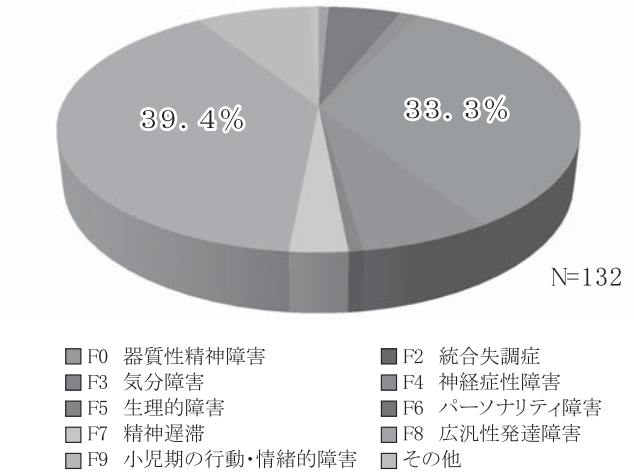

図４　小児科からの紹介患者の診断的内訳（ICD-10）

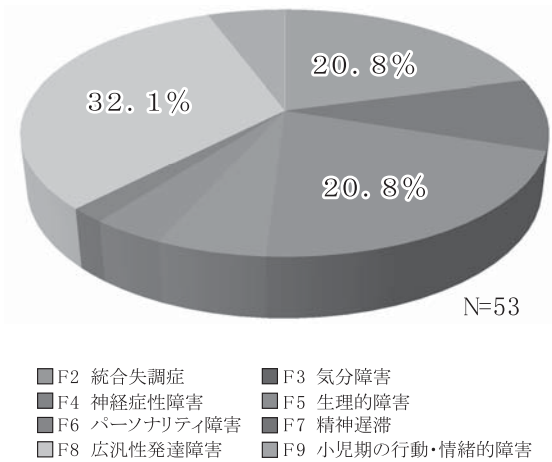

図５　精神科からの紹介患者の診断的内訳（ICD-10）

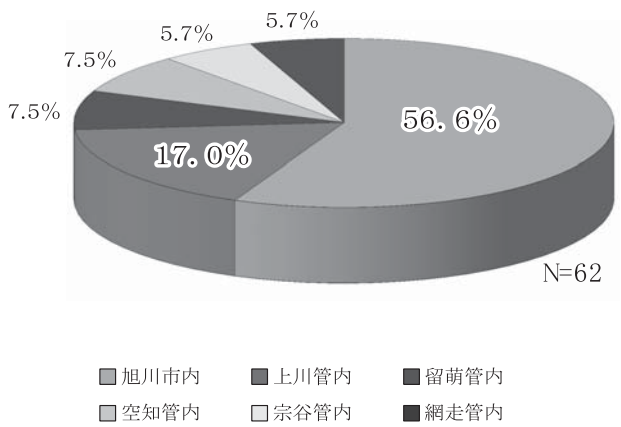

図６　紹介元の学校の所在地

考　　察

１．紹介患者の増加

精神科の児童思春期専門外来における紹介患者の実態について報告では，紹介率が全体の40～76%であり[1,4～8]，総合病院，大学病院，単科精神科病院といった医療機関が担う地域での役割の違いなどによって紹介率には多少幅が認められている。しかし，紹介率そのものは決して低いものではなく，近年は児童思春期専門外来における紹介患者の増加が指摘されている[4,5,8]。また，紹介元は医療機関だけではなく，学校からの紹介が18～38%を占めていることが報告されており[4,8]，学校が紹介元として重要な位置を占めていることが示されている。

当科思春期外来における検討では，過去5年間における紹介率が41.5%であり，紹介元としては医療機関からの紹介が68.5%，次いで学校からの紹介が15.5%であり，これまでの報告に近似した結果が得られた。また，今回の結果では，過去10年間の紹介患者を前期5年と後期5年に分けて検討した結果，学校からの紹介が4.4%から15.5%に増加していることも明らかになった。

学校からの紹介が増加した原因については，①当科思春期外来の存在が道北地域で広く知られるようになったこと，②精神科の敷居が一昔前よりも低くなり受診しやすくなったことで，教師が保護者に対して受診を勧めやすくなったこと，③2007年から特別支援教育が始まり，発達障害の児童・生徒に対する支援がきめ細かくなされ，学校が医療機関に積極的に相談するようになったこと，などが挙げられる。今後も学校からの紹介は減ることはないと考えられ，学校との緊密な連携をいかに行うかが思春期外来における大きな課題になると考えられる。

２．小児科との連携

医療機関からの紹介では，小児科が48.2%を占めて最も高い割合を示し，小児科との連携を抜きにして，児童思春期精神科医療を語ることはできないと考えられる。近年，児童思春期精神科医療が地域に浸透したとはいえ，いまだに精神科を受診するには抵抗がある親や教師が少なくないと考えられる。そのため，子どもに精神的な問題が認められたとしても，最初に受診する医療機関が小児科になることが少なくないと考えられる。清田は小児科受診患者の13.1%に精神疾患が認められることを報告しており[1]，小児科には身体疾患だけではなく，精神疾患を抱える子どもたちが相当数受診

しており，子どもの精神科領域において小児科医の果たす役割が大きいことを指摘している。

精神疾患を抱えた子どもたちを児童精神科で全て診察することが理想的ではあるが，児童精神科医の数が全国的にみて非常に少ないというマンパワーの不足から，児童精神科医が全てを引き受けることはきわめて困難である。幸いなことに，旭川では子どもの精神的な問題で大きなウェイトを占める発達障害に関して，小児科医と児童精神科医が上手く機能分化しながら発達障害の子どもたちの診療にあたっている。小児科医が発達障害の子どもたちに対して日常的に継続して関わりながら，暴力や不登校といった二次障害が生じて小児科医が対応に困難を感じた場合に子どもたちが思春期外来に紹介されている。このような協力関係を続けていくために，研究会や症例検討会を通して，小児科医と児童精神科医との交流の場がさらに増えることが必要であると考えられる。

３．連携のあり方の違い

当科思春期外来の主要な紹介元は，医療機関と学校であるが，両者には思春期外来との連携のあり方に違いがみられると考えられた。医療機関と思春期外来との連携は，相手にバトンを渡すように，思春期外来に紹介することで，紹介元の医療機関の役割が終了するという「リレー型」ともいうべき連携がなされている。一方，学校と思春期外来との連携は，「二人三脚型」といえる。「二人三脚型」の連携では，思春期外来に紹介したからといって紹介元の学校の役割は終了せず，その後も学校による子どもに対する関わりは継続されることになり，学校と思春期外来とが協力しながら同じ子どもを支援していくことになる。そのため，二人三脚のレースのように，学校と思春期外来との息が合って足並みがそろう必要がある。学校との連携では，子どもに問題が生じてから慌ただしく協力するのではなく，普段から研修会や事例検討会などを通じて教師と顔馴染みの関係を作りながら，いざという時にスムーズに連携できるように心がけたい。

４．学校との連携

すでに述べてきたように，思春期外来と学校との連携が重要であるものの，実際にはその連携が困難なことも多い。その理由として，まず，学校側の閉鎖的な体質が挙げられている[9)]。問題のある児童・生徒が校内にいてもなかなか外部の機関に相談しようとしない。学校の管理職の中には外部に相談することは，教育の敗北だと考える者もいるかもしれない。そのため，教師が思春期外来に相談することは，かなりの勇気と覚悟が必要であり，状況が差し迫っていることを暗示している可能性がある。

次に考えられる理由として，精神科医が診察室での親子の話を鵜呑みにする傾向があるため，一方的に悪者は学校や教師だと決めつけてしまうことが挙げられる。そのため，精神科医が学校や教師を責めることになり，教師のつらさを受け入れることができず，関係が途切れてしまうことになる。

教師に対しては，まず，これまでの苦労をねぎらうことから始めたい。教師は真面目で責任感が強く，他人を頼ることが苦手な職人集団であることを考えると，相談に訪れること自体，相当に勇気の必要な行動ということができる。これまで一人でやってきた大変さや心細さを安心して語れる関係作りをまず目指す必要がある。教師と精神科医とがそれぞれの視点から見方や考え方を出し合って，協力関係をより確かなものにすることで子どもたちに対する理解が深まり，幅の広い支援が可能になると考えられる。

ま　と　め

2007年1月から2011年12月までの5年間に当科思春期外来を初診した18歳以下の紹介患者の実態について後方視的に調査し，以下の結果が得られた。

１）過去5年間の紹介患者数は，965名中400名（41.5%）で，18歳以下の初診患者全体に占める割合は増加傾向を示していた。

２）紹介元は，医療機関（他院・院内）が68.5%，次いで学校が15.5%，児童相談所が11.0%などの順であり，学校や児童相談所からの紹介が増加していた。

３）医療機関からの紹介を診療科別にみると，小児科が48.2%で，次いで内科が25.9%，精神科が19.3%などの順であった。

４）小児科からの紹介患者の診断的内訳は，神経症性障害（Ｆ４）が33.3%，広汎性発達障害（Ｆ８）が39.4%などであった。

以上の結果から，児童思春期精神科医療では小児科や学校との連携が不可欠であり，普段から小児科医や教師との交流を持ちながら，互いに理解を深め，良好な協力関係を構築しておく必要があると考えられた。

文　　献

1）清田晃生：小児科医療における児童精神医の役割―小児科医と児童精神科医の連携の意味―．思春期青年期精神医学 2010；**20**：126-133.

2）金生由紀子：小児科と児童精神科との連携．小児内科 2004；**34**：880-883.

3）World Health Organization：ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders：Clinical descriptions and diagnostic guidelines. Geneva：WHO, 1992（融 道男，中根允文，小見山実監訳：ICD-10精神および行動の障害―臨床記述と診断ガイドライン．東京：医学書院，1993）.

4）河村真子，高宮静男，上月 遥，ほか：西神戸医療センターにおける初診患児の変遷１―全初診患児の検討―．第54回日本児童青年精神医学会総会抄録集 2013；231.

5）永井麻里奈，河邉憲太郎，近藤静香，ほか：愛媛大学医学部附属病院児童思春期精神科診療の現状とその変遷．第54回日本児童青年精神医学会総会抄録集 2013；367.

6）岡田 優，宮崎 大，太尾恵理，ほか：大阪市立大学付属病院神経精神科における15歳以下の初診患者統計．第54回日本児童青年精神医学会総会抄録集 2013；327.

7）須山 聡，山脇かおり，鈴木俊介：東京都立大塚病院児童精神科における初診患者の受診動向(第2報)．第54回日本児童青年精神医学会総会抄録集 2013；326.

8）横山周三，村上真紀，北 英二郎，ほか：民間精神病院における児童・思春期外来患者の動向―10年間の新規受診患者から．第52回日本児童青年精神医学会総会抄録集 2011；221.

9）生地 新：精神科医と学校の連携を阻むもの．思春期青年期精神医学 2005；**15**：107-114.

Medical essay

何者だ　名を名乗れ！

『はい…』電話の向こうから返事が聞こえる。こちらから院内電話，あるいはPHSへ電話をかけた際に時々名前を名乗ってくれない人，さらには担当部署も名乗ってくれない人がいる。心の中で『あなたはだれですか？この部署は○○で間違っていませんか？』と問いかける。名乗らないということは受けた電話に対して自分で責任を持たない，ということでもある。

通常の会社では電話の対応が悪いと機会損失やひいては会社全体の損害を招くことにつながりかねないが，医療関係者にはおそらくそのような危機感はないものと想像する。少なくとも医師は医師としての初期研修は受けても新入社員研修のように社会人としての礼儀，言葉づかい，接遇などの教育は受けない。およそ自分よりも目上の方に接する機会が多い職場にもかかわらず，である。

ただかくいう自身も自宅の電話では『はい…』とたいそう無愛想な応対をしている。（マナーとしてよろしくないのは承知しているが，防犯のため）きっと電話の向こうの相手はこう思っているだろう。『何者だ　名を名乗れ！』

（T.K.）

臨床研究

平成21年秋に当科を受診した成人喘息患者の実態調査結果*

市立旭川病院・呼吸器内科　福居嘉信** 谷野洋子
岡本佳裕
旭川医科大学・呼吸器センター
大崎能伸

【要　旨】 平成21年秋，当科に通院する成人喘息患者151人（男性75人，女性76人）を対象に実態調査を行った。喫煙，小児喘息の有無を患者自身が回答した。喘息発症年齢，平成16年や20年の喘息実態調査の参加の有無，COPDの合併，吸入ステロイド薬の使用については担当医が回答した。年齢は60歳代が最多で，中央値は63歳であった。喫煙率は男性22.7%，女性15.8%であった。病型分類では成人発症喘息が84.8%，小児発症・成人再発喘息が6.0%，小児発症喘息が4.0%であった。喘息発症年齢は50歳代が最多で，中央値は53歳であった。平成16，20，21年の調査の度に調査対象は半数以上が入れ替わっていた。COPDの合併率は，全ての成人喘息患者では11.9%，50歳以上では14.8%，65歳以上では18.8%であった。吸入ステロイド薬の使用率は98.0%であった。

はじめに

当院呼吸器内科（以下，当科）は平成16年に北海道大学第一内科の研究の一環として[1,2]，また，平成20年には旭川医科大学呼吸器センターの研究の一環として，成人喘息患者に関するアンケート調査に協力した。そして，当科における平成16年と平成20年の調査結果から，当科に通院する成人喘息患者について，年齢層，発症年齢，喫煙率，治療内容の変化について報告した[3]。

平成21年秋にも，旭川医科大学呼吸器センターの研究の一環として，成人喘息患者に関するアンケート調査に協力した。

平成20年の調査は夏季の1ヵ月間の調査であったため，当科に通院する喘息患者の普遍的な傾向を反映していたかどうか明らかではなかった。そこで今回，われわれは，当科外来に通院する喘息患者の疫学的特徴をより明らかにすることを目的として，平成21年の秋季3ヵ月間のアンケート調査の解析を行った。

対象と方法

平成21年9月下旬から12月中旬にかけて，旭川医科大学呼吸器センターの研究の一環として，当科に通院する成人喘息患者151人を対象にアンケート調査を行った。

アンケート調査の対象は，①満20歳以上である，②当科に2回以上受診している，③臨床的に喘息の診断が確定している，④対象期間中に当科を受診した，⑤アンケート調査に同意した，の5つを満たした患者に行った。慢性閉塞性肺疾患などの他の呼吸器疾患を合併している患者も対象に含めた。入院患者は対象に含めなかった。

＊：Statistics gathered from outpatients with adult asthma at Asahikawa City Hospital in autumn 2009.

＊＊：Yoshinobu FUKUI,et al.

Key words：喘息，疫学，年齢，発症，喫煙

・小児期(0～15歳)に喘息を指摘されていましたか？

□はい → □10～20歳くらいに症状のでない時期が数年以上あった
　　　　□小児期から喘息症状が続いている

□いいえ

・たばこは吸いますか？

□今まで1本も吸ったことがない

□吸ったことはあるが，最近1ヵ月以上吸っていない

□最近1ヵ月間に吸ったことがある

図１　質問の一部抜粋

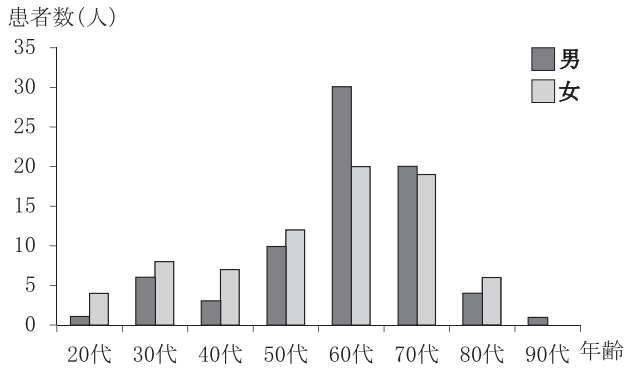

図２　当科に通院する成人喘息患者の年齢層別の患者数

表１　小児喘息の有無，数年以上の無症状の有無からみた病型分類

	本検討	秋山一男，他[5]	宗田　良，他[6]	月岡一治，他[7]	福冨友馬，他[8]
A．小児発症喘息	4.0%(6人)	11.1%	12.5%	12.0%	12.0%
B．小児発症・思春期再発喘息	1.3%(2人)	0.5%	ND	ND	ND
C．小児発症・成人再発喘息	6.0%(9人)	3.7%	10.4%	5.6%	9.9%
D．小児発症・再発喘息(再発年齢不明)	3.3%(5人)	ND	ND	ND	ND
E．思春期発症喘息	0.7%(1人)	3.2%	ND	3.7%	1.8%
F．成人発症喘息	84.8%(128人)	77.3%	77.0%	78.6%	58.5%
G．その他	なし	4.2%	ND	ND	9.7%
H．不明	なし	ND	ND	0.1%	8.1%

ND：no data
小児発症喘息：15歳以下で喘息を発症して，そのままずっと喘息が寛解せずに続いている場合。
小児発症・思春期再発喘息：15歳以下で喘息を発症して，無治療でも喘息症状が無い期間を数年以上挟んで，16歳から19歳の間に喘息が再発した場合。
小児発症・成人再発喘息：15歳以下で喘息を発症して，無治療でも喘息症状が無い期間を数年以上挟んで，20歳以上で喘息が再発した場合。
思春期発症喘息：16歳から19歳の間に喘息を発症した場合。
成人発症喘息：20歳以上で喘息を発症した場合。

アンケートでは，性別，年齢，喫煙の有無，小児喘息の有無について患者が回答した（図１）。喘息の発症年齢，平成16年や20年のアンケートに回答していたか，COPDを合併しているか，吸入ステロイド薬を使用しているか，については担当医が回答した。

喫煙については，「最近1ヵ月以上吸っていない」「最近1ヵ月間に吸ったことがある」の文章を選択肢に入れて，毎日は吸っていなくても時々喫煙している患者を拾い上げられるように工夫した。

小児喘息の有無については，10～20歳頃に数年以上無症状となる状態，すなわちoutgrowとなり，思春期または成人で再発することがあるので，これも質問に含めた。本検討では，0～15歳を小児，16～19歳を思春期，20歳以上を成人と分類した。質問の「10～20歳くらいに症状のでない時期が数年以上あった」にチェックをした患者は，担当医が回答した発症年齢が16～19歳であれば小児発症・思春期再発喘息に分類し，20歳以上であれば小児発症・成人再発喘息に分類した。本検討では「10～20歳くらいに症状のでない時期が数年以上あった」と回答しながら発症年齢が15歳以下である場合は，小児発症でoutgrowをしたが再発年齢が不明な症例と判断した。

喘息の発症年齢については，平成16年や20年のアンケートでは患者自身が回答したが，アンケートでの患者回答と過去のカルテ記載に矛盾が生じる場合があったため，今回は担当医が発症年齢を回答することにした。小児発症でoutgrowして思春期または成人で再発した症例は，再発した年齢を発症年齢として登録した。小児発症でoutgrowしたが再発年齢が不明な症例は小児期の発症年齢を登録した。

結　　果

回答した患者は，男性75人（49.7%），女性76人（50.3%）であり，ほぼ同数であった。

患者年齢は，中央値が63歳（男性64歳，女性62歳）であった。年齢層別では，男性も女性も，60歳代が最多で，次に70歳代，その次に50歳代が多かった（図２）。

喫煙率は，男性が22.7%（17人/75人）で，女性が15.8%（12人/76人）であった。年齢層別に，20～59歳，60～69歳，70歳以上，の3群（男女とも各群20-31人の集団）に分けると，男女とも20～59歳の喫煙率が高かった（図３）。

小児喘息の有無や数年以上の無症状の有無からみた病型分類では，小児喘息を経験せずに20歳以上で発症した成人発症喘息が84.8%（128人）と最も多かった。次に多かったのは，15歳以下で喘息を発症して，無治療でも喘息症状がない期間を数年以上挟んで，20歳以上で喘息が再発した，小児発症・成人再発喘息であり，6.0%（9人）であった。15歳以下で喘息を発症して，そのままずっと喘息が寛解せずに続いている小児発症喘息は4.0%（6人）であった（表１）。

担当医が回答した喘息の発症年齢は，中央値が53歳（男性56歳，女性50.5歳）であった。年齢層別では，男女とも，50歳代の発症が最多で，次に60歳代が多かった。ただし女性だけ，30歳代の発症も60歳代と同数で２番目に多かった（図４）。

平成16年の調査では84人の患者が回答し，平成20年の調査では149人が回答し，平成21年の調査では151人が回答した。調査に参加した患者が，どの年のアンケートに回答したのかについて，表2にまとめた。平成20年のアンケートに回答した患者149人の内，平成21年のアンケートにも回答したのは72人しかいなかった。さらに，平成16年と20年の両方に回答した長期通院患者と思われた35人に限っても，今回の調査で回答したのは17人であった。平成16年，20年，21年と3回，アンケート調査を行ったが，その1回だけしかアンケート調査に参加していない患者が比較的多数を占めており，平成16年だけ回答した患者が43人，20年だけが59人，21年だけが73人いた。このことから，実態調査のたびに半数以上の患者が入れ替わっていると考えられた。

本検討では，成人喘息患者151人におけるCOPD合併率は11.9%（18人/151人）で，COPDを合併した患者は全て60歳以上であった。年齢を限定すると，50歳以上の喘息患者のCOPD合併率は14.8%（18人/122人），60歳以上では18.0%（18人/100人），65歳以上では18.8%（13人/69人）であった。

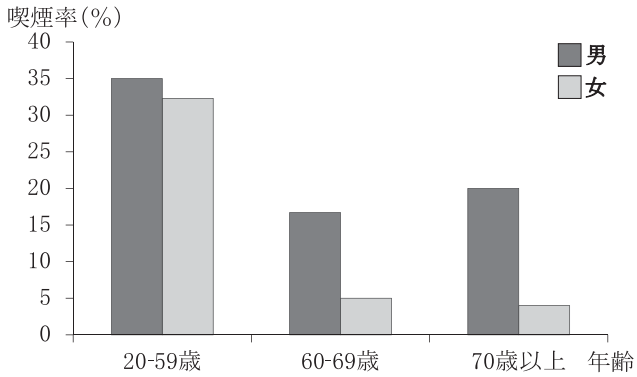

図３　当科に通院する成人喘息患者の年齢層別の喫煙率

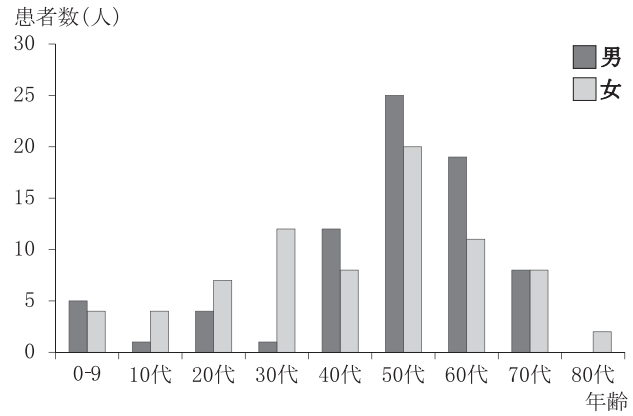

図４　当科に通院する成人喘息患者の発症年齢層別の患者数

吸入ステロイド薬を使用していた患者は，151人中148人（98.0%）であった。

考　　察

男女比は平成16年の調査でも20年の調査でも，男性44%，女性56%であった[3)]。本検討では男女比は50%対50%であり，当科に通院する男性喘息患者の増加傾向があるのかもしれない。

患者年齢は，平成16年も20年も60歳代が最多で次に70歳代が多かった[3)]。本検討も同様な傾向であるが，性別も検討に入れた結果，男性も女性も60歳代，70歳代，50歳代の順に多いことが明らかになったことは重要と考えられた。

平成20年の調査では当科に通院する成人喘息患者の喫煙率は男性9.1%，女性8.4%と低かったが[3)]，調査結果上，たった1年で，男性22.7%，女性15.8%と大きく増加したことになる。その原因として，本検討では喫煙

に関する質問を少し変えたために時々喫煙していたような患者が拾い上げられた，通院患者が入れ替わって喫煙者が増えた，平成20年には禁煙していたが21年になって喫煙を再開した患者がいた，などの理由が考えられる。長期の喫煙は喘息患者の呼吸機能の低下を進行させ，喘息の重症度を上げ，治療薬の効果を減弱させると報告されている[4]。今後も，喫煙をする喘息患者には，強く禁煙を勧める必要があると考えられる。

成人喘息を，小児発症喘息，成人発症喘息，小児発症・成人再発喘息の3群（さらに，小児発症・思春期再発喘息，思春期発症喘息も含めると5群）に大きく分類する方法は，1992年に秋山らによって提唱され[5]，宗田ら[6]，月岡ら[7]，福冨ら[8]が報告した喘息実態調査でも用いられた。報告によって微妙な違いはあるが，それらによると，小児発症喘息は15歳以下で喘息を発症してそのままずっと喘息が寛解せずに続いている場合，小児発症・思春期再発喘息は15歳以下で喘息を発症して無治療でも喘息症状がない期間を2年以上挟んで16歳から19歳の間に喘息が再発した場合，小児発症・成人再発喘息は15歳以下で喘息を発症して無治療でも喘息症状がない期間を2年以上挟んで20歳以上で喘息が再発した場合，思春期発症喘息は16歳から19歳の間に喘息を発症した場合，成人発症喘息は20歳以上で喘息を発症した場合，とまとめることができる[5,7,8]。調査方法の異なる他施設の報告[5~8]と比較することは適当ではないかもしれないが，本検討でも他施設の報告と同じく成人発症喘息が最多であった（表１）。他施設の報告と異なっていた点は，成人発症喘息の割合が84.8％とより多かったこと，他施設では12.0％前後であることの多い小児発症喘息が6.0％と少なかったことであった。ただし，発症型による病型分類を当科でアンケート調査に組み入れたのが今回初めてで担当医も患者も慣れていなかったこと，数年以上の無症状の有無を尋ねても患者の記憶が曖昧であることも多かったと推測されることから，アンケート調査の結果をそのまま当科に通院する喘息患者の実態と結び付けることには慎重である必要がある。

喘息の発症年齢は，平成20年の調査でも本検討でも，50歳代が最多で，60歳代が次に多かった。これはおそらく患者年齢の最多層が60歳代で次が70歳代であることとある程度関係していると考えられた。表2に示したように，平成20年の調査から本検討にかけては約半数の患者が入れ替わったが，患者年齢と発症年齢に関して２年連続でほぼ同様の傾向を示したことは，本検討結果の普遍性を示唆するものと思われた。他の地域を参照すると，平成16年の関西・北陸地区の調査では，15歳以下での発症が最多で，40歳代が2番目に多かった[9]。平成9年から平成17年にかけての新潟県での調査では，発症年齢の分布は3歳前後と30歳代の2峰性を示した[7]。平成20年の岡山県の調査では，50歳代での発症が最多で，9歳以下と40歳代が2番目に多かった[10]。他の地域の報告と比べると，当科での調査結果では，平成16年も20年も本検討も同様に，0～9歳と10歳代の発症が少ないことが特徴と考えられた[3]。これは調査方法に問題があるのか，旭川地域全体の傾向なのか，当科だけの特徴なのか，今の段階では原因を特定できないため，今後の課題と考えられた。

表２　平成 16，20，21 年の喘息患者アンケートの回答状況

組み合わせ	平成16年	平成20年	平成21年	人数
A	回答あり	回答あり	回答あり	17
B	回答あり	回答なし	回答あり	6
C	回答あり	回答あり	回答なし	18
D	回答あり	回答なし	回答なし	43
E	回答なし	回答あり	回答あり	55
F	回答なし	回答あり	回答なし	59
G	回答なし	回答なし	回答あり	73

喘息患者の移動や通院先の変更については，類似の報告が検索できなかったため，本検討結果が普遍的なものなのか特徴あるものなのか不明である。平成16年と20年には回答せずに平成21年だけ回答した患者背景について推測すると，以前から数ヵ月に1回の通院であった，この1年間で通院先を当院に変更した，この1年間で新たに喘息を発症した，などの理由が考えられる。これらの患者数の方が，1～2ヵ月に1回の頻度で定期的に1年以上当科に通院する患者数よりも多いことが示唆された。

喘息患者におけるCOPDの合併率の調査結果が示された報告を，検索した範囲で表3にまとめた[9,11~15]。全年齢層の喘息患者ではCOPDの合併率が約13％で，ある程度高齢の喘息患者に限定すると合併率がおよそ10～35％になる，と考えることができそうであるが，調査方法やCOPD合併と判断する基準が一定ではないため，まだ傾向を語ることは困難である。本検討における喘息患者のCOPDの合併率は，全年齢層の11.9％，50歳以上の14.8％，65歳以上の18.8％であり，表3の報告例と矛盾しない結果であった。また，本検討では，COPDの合併については主治医判断だけで，合併と判断する基準

表３　喘息患者におけるＣＯＰＤの合併率

調 査 年	調査地域	対　　象　　者	対象人数（不明例を除く）	喘息患者におけるＣＯＰＤの合併率（不明例を除く）	報　告　者
平成16年	関西・北陸	全年齢層の喘息患者（平均54歳）	14804	13.9%	東田有智，他[9]
平成21年度	熊本県	人間ドックおよび呼吸器内科受診者（40-89歳）	475	33.6%	尾上あゆみ，他[11]
不明	大阪府	65歳以上の喘息患者	109	30.3%	栩野吉弘，他[12]
不明	和歌山県	50歳以上の喘息患者	101	11.9%	赤松啓一郎，他[13]
平成24年	神奈川県	全年齢層の喘息患者	433	13.2%	小野綾美，他[14]
不明	大阪府	65歳以上の喘息患者	170	34.7%	佐野博幸，他[15]

をあらかじめ設定してはいなかった。実態調査の際にCOPD合併の判断基準をどのように設定するかは，今後の課題と考えられた。

吸入ステロイドの使用率は，平成20年の91.3%から，平成21年は98.0%に上がった。確かにアンケート調査に協力できる患者の吸入ステロイド薬使用率は100%に近い実感がある。その一方，認知症のために吸入ステロイド薬を継続できない患者も通院しているが，アンケートの回答が困難であるために，今回の検討対象とはならなかった。認知症患者も含めた喘息患者の実態を把握する方法は，今後の課題と考えられた。

文　　献

1）福居嘉信，檜澤伸之，髙橋大輔，ほか：呼吸器内科医による成人喘息診断の実態 －アンケート調査の結果－．日呼吸会誌 2008；**46**：601-607.

2）福居嘉信，檜澤伸之，髙橋大輔，ほか：喘息におけるロイコトリエン受容体拮抗薬の有効性とその背景の検討 －アンケート調査の結果－．日呼吸会誌 2008；**46**：972-980.

3）福居嘉信，谷野洋子，岡本佳裕，ほか：当院呼吸器内科に通院する成人喘息の患者層の変化．旭市病誌 2011；**43**：1-4．

4）日本呼吸器学会喫煙問題に関する検討委員会：第４章 喫煙が呼吸器に及ぼす影響：禁煙治療マニュアル．東京：メディカルレビュー社．2009：31-42.

5）秋山一男，三上理一郎，可部順三郎，ほか：成人気管支喘息の新しい分類の提唱 －小児発症喘息，成人発症喘息，成人再発喘息－．アレルギー 1992；**41**：727-738.

6）宗田 良，髙橋 清，玉置明彦，ほか：成人気管支喘息の実態調査 第1報－ガイドライン施行後の重症難治性喘息の頻度－．アレルギー 1995；**44**：1387-1393.

7）月岡一治，鳥谷部真一，小薬祐子，ほか：成人発症喘息の女性の発症年齢は上昇傾向にある．アレルギー 2009；**58**：1591-1601.

8）福冨友馬，谷口正実，粒来崇博，ほか：本邦における病院通院成人喘息患者の実態調査－国立病院機構ネットワーク共同研究－．アレルギー 2010；**59**：37-46.

9）東田有智，石原享介，一ノ瀬正和，ほか：関西・北陸地区2府7県における喘息患者の大規模実態調査．新薬と臨床 2007；**56**：1554-1569.

10）高橋 清：成人気管支喘息とその自然経過．アレルギー・免疫 2009；**16**：478-488.

11）尾上あゆみ，大森久光，東雲芳朗，ほか：閉塞性換気障害，COPD，気管支喘息，およびCOPD/気管支喘息合併者における併存症．呼吸 2012；**31**：761-768.

12）栩野吉弘，浅井一久，平田一人：COPDとの鑑別と併存．日内会誌 2013；**102**：1352-1358.

13）赤松啓一郎，松永和人，杉浦久敏，ほか：気管支喘息とCOPD合併の診断．呼吸 2013；**32**：753-755.

14）小野綾美，駒瀬裕子，山口裕礼，ほか：横浜市西部地区における医療連携を利用した３年間の喘息患者調査－特に合併疾患に注目して－．喘息 2013；**26**：174-179.

15）佐野博幸，西山 理，岩永賢司，ほか：高齢者喘息患者の喫煙歴と気腫合併閉塞性換気障害の関係．日内会誌 2014；**103**（臨増）：257.

臨床研究

血液疾患患者の医療連携*

修彰会・沼崎病院　　前川　勲**　沼崎　彰
市立旭川病院・血液内科　千葉広司　柿木康孝

はじめに

平成25年末「社会保障と税の一体改革」の具体的な政策の方向性が社会保障制度改革・国民会議から答申された。

答申は，多様な内容であるが特に「医療と介護サービス」については，今後の医療・介護体制を考える上で重要な内容が含まれている。医療機関を地域の実態の即した形で，それぞれの役割分担を明確化するために医療機関を「高度急性期・急性期・回復期・慢性期」に対応する四つに大別し，これを自己申告させるという方向性が示された。

このような改革によって各医療機関の担う機能（役割）を明らかにし「医療連携」・「在宅医療」などの推進を図り，医療の無駄を省くという内容である。

筆者は，市立旭川病院（以下，市立病院）を退職後，市内の沼崎病院に勤務している。今回，過去10年間に経験した「血液疾患の医療連携」について報告する。

対象と成績

対象は，当院から市立病院・血液内科へ紹介した患者21例，市立病院・血液内科から当院に紹介された血液疾患患者28例である。

表１　紹介した患者の年次別一覧

年次	患者数	診断名
2003年	3	AML，AA，MDS（貧血）※
2004	2	CML（白血球増多）※，ITP（出血傾向）※
2005	6	CML；２（白血球増多）※，ITP；２（出血傾向）※，Hb異常症（貧血）※，NHL，SH病
2006	0	
2007	1	NHL（リンパ節腫大）
2008	2	AIHL（貧血）※，上咽頭癌
2009	2	MDS（貧血）※，ALL（白血球増多）※
2010	0	
2011	2	ALL，ET
2012	0	
2013	1	NHL（リンパ節腫大）※
2014	2	AML（汎血球減少），MDS（貧血）※
計	21	

※；他院からの紹介患者

AA；再生不良性貧血，ALL；急性リンパ性白血病，AML；急性骨髄性白血病，CML；慢性骨髄性白血病，ET；本態性血小板血症，ITP；特発性血小板減少症，MDS；骨髄異形成症候群，NHL；非ホジキンリンパ腫，SH；シェンライン・ヘノッホ紫斑病

＊：Role allotment as medical cooperation in patients with haematological diseases.
＊＊：Isao MAEKAWA, et al.

Key words：医療連携，血液疾患

臨床研究

血液疾患患者の医療連携*

修彰会・沼崎病院　　前川　勲**　沼崎　彰
市立旭川病院・血液内科　千葉広司　柿木康孝

はじめに

平成25年末「社会保障と税の一体改革」の具体的な政策の方向性が社会保障制度改革・国民会議から答申された。

答申は，多様な内容であるが特に「医療と介護サービス」については，今後の医療・介護体制を考える上で重要な内容が含まれている。医療機関を地域の実態の即した形で，それぞれの役割分担を明確化するために医療機関を「高度急性期・急性期・回復期・慢性期」に対応する四つに大別し，これを自己申告させるという方向性が示された。

このような改革によって各医療機関の担う機能（役割）を明らかにし「医療連携」・「在宅医療」などの推進を図り，医療の無駄を省くという内容である。

筆者は，市立旭川病院（以下，市立病院）を退職後，市内の沼崎病院に勤務している。今回，過去10年間に経験した「血液疾患の医療連携」について報告する。

対象と成績

対象は，当院から市立病院・血液内科へ紹介した患者21例，市立病院・血液内科から当院に紹介された血液疾患患者28例である。

表１　紹介した患者の年次別一覧

年次	患者数	診断名
2003年	3	AML，AA，MDS（貧血）※
2004	2	CML（白血球増多）※，ITP（出血傾向）※
2005	6	CML；２（白血球増多）※，ITP；２（出血傾向）※，Hb異常症（貧血）※，NHL，SH病
2006	0	
2007	1	NHL（リンパ節腫大）
2008	2	AIHL（貧血）※，上咽頭癌
2009	2	MDS（貧血）※，ALL（白血球増多）※
2010	0	
2011	2	ALL，ET
2012	0	
2013	1	NHL（リンパ節腫大）※
2014	2	AML（汎血球減少），MDS（貧血）※
計	21	

※；他院からの紹介患者

AA；再生不良性貧血，ALL；急性リンパ性白血病，AML；急性骨髄性白血病，CML；慢性骨髄性白血病，ET；本態性血小板血症，ITP；特発性血小板減少症，MDS；骨髄異形成症候群，NHL；非ホジキンリンパ腫，SH；シェンライン・ヘノッホ紫斑病

＊：Role allotment as medical cooperation in patients with haematological diseases.
＊＊：Isao MAEKAWA, et al.

Key words：医療連携，血液疾患

１．当院から市立病院・血液内科に紹介した患者の年次別一覧を表１，患者の年齢構成を表２示した。

各年度数例を紹介しているが，確定診断（骨髄穿刺，特殊検査）または専門的な治療（抗癌剤投与）を要すると判断した症例である。21例中13例（61.9%）は，他院から血液学的異常（貧血，白血球数増加，出血傾向，血小板減少など）で当院に紹介された患者である。

最終診断は，急性白血病；４例，骨髄異形成症候群；３例，慢性骨髄性白血病；３例，特発性血小板減少症などの血小板関連疾患；４例，悪性リンパ腫；３例，再生不良性貧血・溶血性貧血；２例，その他；２例である。

年齢構成では，64歳以下が13例（61.9%），65～74歳が６例（28.6%）であり後期高齢者，超高齢者は少数である。

２．市立病院・血液内科から当院に紹介された患者の年次別一覧を表３，患者の年齢構成を表4，患者の予後を表５に示した。

2011年までは各年度１～３例であるが，2012年度以降は紹介される患者が増加している。

年齢構成では64歳以下３例（10.3%），65～74歳の高齢者が２例（6.9%）であるのに対して75～84歳の後期高齢者10例（34.5%），85歳以上の超高齢者14例（48.3%）と高齢者の比率が高い。

表２　紹介した患者の年齢構成

年　齢	患者数	診　断　名
～64歳	13	NHL（2），ITP（2），CMM（2），AML（2），AA，ET，その他（3）
65～74歳	6	ALL，MDS（2），NHL，CML，AIHA
75～84歳	1	ALL
85歳～	1	MDS

AIHA；自己免疫性溶血性貧血

表３　紹介された患者の年次別一覧

年　次	患者数	診　断　名
2003年	0	
2004	2	ITP，AA※
2005	3	MM※，AA※，NDS※
2006	3	NHL※，DIC※，NHL※
2007	1	CLL※
2008	1	NHL※
2009	0	
2010	0	
2011	2	NHL，成人ステル病
2012	8	MM※，NHL※，AA※，DIL※，ALL※，NHL※，NHL，ポルフィリン症
2013	5	MM※，NHL，NHL※，MM※，NHL※
2014	3	NHL，AML，MM
計	28	

※；死亡例（67.9%）

AMM；多発性骨髄腫

表４ 紹介された患者の年齢構成

年　齢	患者数	診　断　名
～64歳	3	AML，NHL，MM
65～74歳	2	成人ステル病，NHL
75～84歳	10	NHL（4），MM（2），DIC，MGUS，AA，ポルフィリン症
85歳～	14	NHL（4），MM（4），AA（2），ALL，MDS，ITP，CLL

MGUS；くすぶり型骨髄腫

疾患別では，悪性リンパ腫；11例，多発性骨髄腫；５例，再生不良性貧血；３例，急性白血病；１例，骨髄異形成症候群；１例，特発性血小板減少症・慢性DICなど；３例，その他；３例である。

当院に紹介され入院後，死亡した患者数は19例（67.9%）である。入院から死亡までの期間は１ヵ月以内；３例，３ヵ月以内；５例，６ヵ月以内；３例，12ヵ月以内３例であった。

６ヵ月以内の早期死亡例は11例（57.9%）であり，１年以上の予後を示した患者は５例（26.3%）と少数であった。

考　　察

「医療連携」という言葉が語られて久しいが，その実態についての報告は少ない。特に血液疾患では，特殊な診断・治療が求められていることから「医療連携」が進めにくい疾患と考えられている。

今回過去10年間の沼崎病院と市立病院との間でなされてきた血液疾患の「病々連携」の現状を分析した結果，いくつかの課題が明らかとなった。

当院から市立病院に紹介した患者の半数以上は，他院から紹介された患者である。鉄剤の投与を長年続けていたが貧血が改善しないために紹介された患者は，市立病院に「ヘモグロビンの分析」を依頼した結果「ヘモグロビン異常症」と診断された。

「慢性骨髄性白血病」の３例は，１例は検診で白血球増多を発見され，他の2例は他疾患で白血球増多が認められたため当院を紹介受診，市立病院に再紹介した。現在，市立病院・血液内科での治療により完全寛解を持続中である。

このような事例をみると「市立病院＝大病院」を受診（初診）することの「敷居が高い」ことが予想できる。今後の医療制度改革により「急性期病院」の受診に際して非紹介例に対する自己負担増が見込まれるが，一般開業医には「血液検査結果に異常がありそうなので，ちょっと診て欲しい」といった考えがあることも事実である。当院には，これに対応する役割が求められているものと考える。

市立病院から当院に紹介された患者について考えてみたい。年次的にみるとここ数年では，紹介される患者が明らかに増加している。これには様々な理由が推定される。

高齢社会の到来は，当然高齢者の血液疾患の増加があることを意味している。このような現実にあって，治療対象の選択について専門医の考え方に変化があることが推測される。

表５　紹介された患者の予後

死亡までの期間	患者数	診断名
～１ヵ月	3	MM，NHL，ALL
～３ヵ月	5	NHL，NHL，AA，AA，成人ステル病
～６ヵ月	3	MM，NHL，NHL
～12ヵ月	3	NDS，AA，MM
13ヵ月～	5	MM，CLL，NHL，DIC，MM

６ヵ月以内早期治療（58%）

今回の紹介例でも「急性リンパ性白血病」の症例は，92歳・高度認知症であった。当院入院後，輸血などで対応していたが，肺炎の合併が直接死因であった。入院後１ヵ月であった。さらに市立病院では，診療報酬が「DPC」であることもいわゆる「ターミナル」症例に対して継続的な入院治療が困難であることの理由ではないかと推定される。

これらの紹介例が高齢者・ターミナル症例が多数を占めていることの理由であり，その予後が極めて不良（早期死亡例が多数）であることの原因であると考えられる。

これらの早期死亡症例では，前医である市立病院での「家族への説明」が重要である。「病院が変わったために早く死んでしまった」という嘆きの声がないわけではない。

市立病院で「診断・治療方針，そして予後」について十分な説明がなされていることは，当然である。しかし説明内容は，それぞれ分断されたものではなく「一連の出来事」として行われることが望ましい。とりわけ予後不良な血液疾患を診療対象としている血液専門医は，まさに「NBM＝Narrative Based Medicine」という患者の立場を十分に理解した上で「診断・治療から予後」までを説明することが必要であろう。

当院は，医療保険・出来高診療報酬の「一般病棟」と介護保険対応の「介護療養病棟」を持っており，この両病棟を利用することによって長期間の療養が可能である。今回の紹介例のうち，慢性リンパ急性白血病，多発性骨髄腫，悪性リンパ腫，慢性DICの症例は，医療と介護を使い分けることで数年間の闘病が可能であった。

今後の医療状況をみると「医療介護総合推進法」に沿った形で改革が進行すると考えられる。特にそれぞ

れの医療機関がその地域で果たすべき医療機能を明確にすることが求められている。医療行為は，外来・入院に加えて第三の医療形態として「在宅医療」が評価されてきている。しかし多くの血液疾患は，貧血・出血・感染症への対応と共に多臓器に生じる様々な病状管理が必要であり，在宅医療が困難である。

今回の紹介患者は，悪性リンパ腫，多発性骨髄腫といった白血病などに比べると長期の病態観察（慢性＋亜急性期医療）を必要とする疾患が多いことも特徴的であった。これらの血液疾患は，在宅医療には不向きであり入院治療の対象となることが多く，今後も紹介される可能性が高いと考えている。

そのような意味からも，血液疾患患者の人生の一時期を引き受ける「場」としての当院の役割を考えてゆかなければならない。

結　　語

過去10年間に経験した当院から市立病院・血液内科へ紹介した患者21例，市立病院・血液内科から当院に紹介された患者28例を「血液疾患の医療連携」という観点から分析した。

当院から市立病院に紹介した症例は，他院から紹介された患者が半数を占めていた。市立病院から紹介された患者は，高齢者でターミナルの症例が多く，当院での看取り例が多かった。

それぞれの医療機関が密接な情報交換を行い，特に患者家族への予後説明などが今後の課題と考えられる。また血液疾患・専門医が診断・治療といった「点への対応」だけでなく，患者・家族の人生観，死生観に配慮した「面へ対応する医療」を念頭に置くことが肝要である。そして医療体制等の変化に対応した「医療連携」・「医療と介護の連携」といった問題への関心を持つことの重要性が痛感された。

Medical essay

母親との面接

精神科思春期外来は，子どもの面接とともに母親との面接も欠かせない。ある日，20年振りにAさん親子が受診してきた。Aさんは中学校時代に不登校のために通院し，Aさん親子も私も随分苦労しながら再登校に至ったケースで，治療はすでに終了していた。今回はひきこもりが理由で受診したが，Aさんはすっかり大人っぽい女性になっていた。Aさんが高卒後，職場で苦労したことを聞かされた。一通り話が終わったところで，母親が「20年前の先生は少年でしたね。私は今年で還暦を迎えました。昔はお互いに若かったですね」と言い，その日の診察を終えた。母親が昔の私を覚えていてくれたことがうれしかったが，年をとったことを言われてやや複雑な思いであった。母親のこの言葉には，子どもの問題をめぐって修羅場をともに乗り越えてきた「戦友」という意味合いが込められているようにも感じた。

（A.T.）

症例報告

Ganglioneuroma of the oral floor - report of a case*

Department of Otolaryngology of Asahikawa City Hospital
Kyoko Kitao,MD ** Hiroshi Aizawa,MD Masaki Sato,MD

【Abstract】We report a rare case of ganglioneuroma of the oral floor.
A 65-year-old female presented with a palpable mass on the oral floor. The maximum diameter of the lesion was 37 mm. Fine-needle aspiration was in definite. Complete resection was proceeded without damage to the sublingual gland, lingual nerve, or Wharton's duct. Postoperative histological diagnosis was a ganglioneuroma.
Ganglioneuroma of the oral floor is extremely rare, and computed tomography or magnetic resonance imaging revealed no specific features. Therefore, preoperative diagnosis is considerably difficult. To the best of our knowledge, this is the first report of ganglioneuroma of the oral floor.

Introduction

Ganglioneuroma is a rare benign tumor arising from mature ganglion cells or nerve fibers. It is diagnosed on the basis of its pathology and differentiated from other tumors because it comprises mature ganglion cells, nerve fibers, and Schwann cells. It occurs most frequently in the posterior mediastinum and retroperitoneum; its occurrence in the neck is less common (8% of all reported cases) [1]. Ganglioneuroma of the oral floor is extremely rare. We report a case of a ganglioneuroma of the oral floor.

Case report

A 65-year-old woman came to outpatient unit presented with an oral floor mass that had been perceived for 4 months ago. The mass was a 2 × 2.5-cm elastic hard lesion on the right side of the oral floor, which was not adherent to the oral mucosa. She did not complain of lingual nerve palsy. General otorhinolaryngological examination revealed no other abnormalities. She had a past medical history of surgical removal of ovarian fibroma. No remarkable family medical history was noted. Ultrasonographic cervical examination showed a hypovascular mass probably originating from the oral floor and not extending to the mandibular or sublingual glands. Computed tomographic scan (CT-scan) and in magnetic resonance imaging (MRI) revealed a consistently enhanced lesion and border regularity on the right side of the oral floor. (Fig. 1). The tumor was enhanced using IV Gadolinium. Diagnosis based on fine-needle aspiration biopsy was uncertain but pleomorphic adenoma was initially suspected.

On June 26, 2008, the tumor was resected

＊：Ganglioneuroma of the oral floor.
＊＊：北尾恭子，ほか .

Key words：ganglioneuroma, oral floor, benign tomor

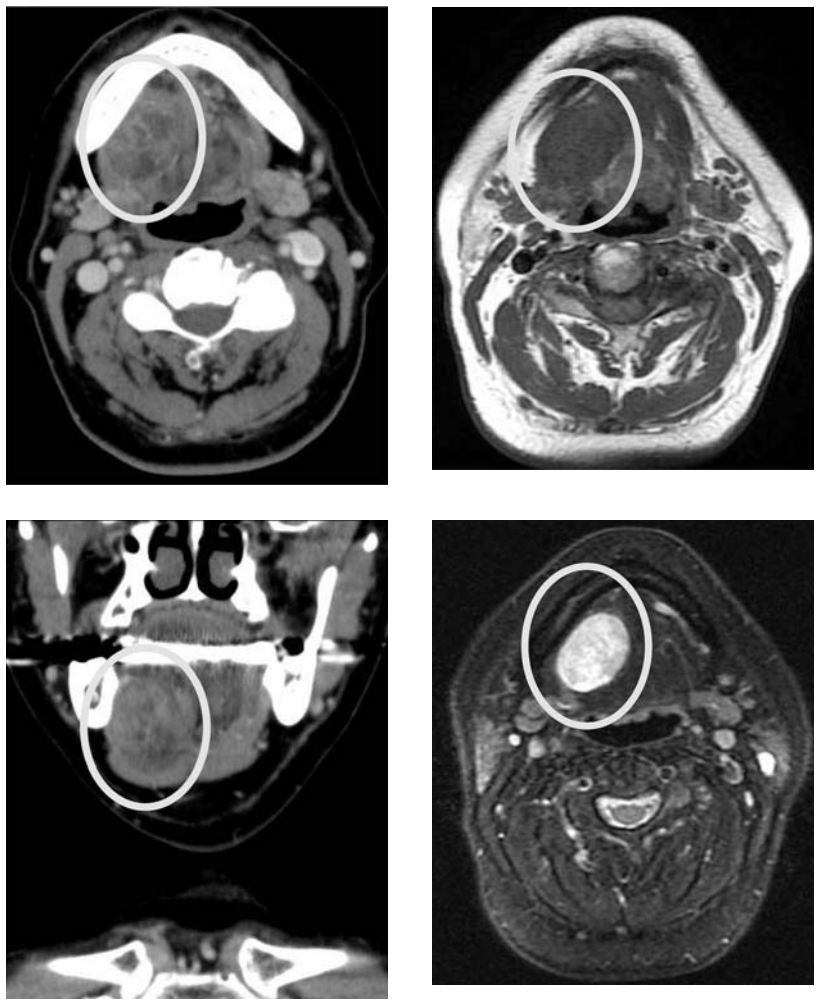

Fig.1 The arrows show the tumor area.

through the oral floor approach under general anesthesia. A horizontal mucosal incision was made roughly parallel to Wharton's salivary duct. After the outer layer of the tumor had been removed, total resection was performed with preservation of the tumor capsule and no adherence to the sublingual or submandibular glands. Figure 2 shows the resected tumor, macroscopically mimic a pleomorphic adenoma.

Histopathological examination showed sporadic ganglion cells in the background comprising small circular nuclei and spindle Schwann cells (Fig 3). On immunohistochemical analysis, tumor cells were positive for Neurofilament, S-100, and vimentin was negative for neuron-specific enolase, glial fibrillary acidic protein, α- smooth muscle actin, HHF35 actin, and desmin. The Ki-67 index of the tumor was 5.1%. A diagnosis of ganglioneuroma was confirmed on the basis of these histopathological findings. Based on these findings and anatomical positional relationship of the tumor, the tumor was believed to originate from the lingual nerve, but no symptoms of postoperative neurological deficit were observed. No recurrence was observed in the patient 6 months after surgery.

Discussion

Ganglioneuroma is defined as a benign tumor arising from mature ganglion cells or neural fiber. It is composed of one or many ganglion cells, around which several neural fibers and

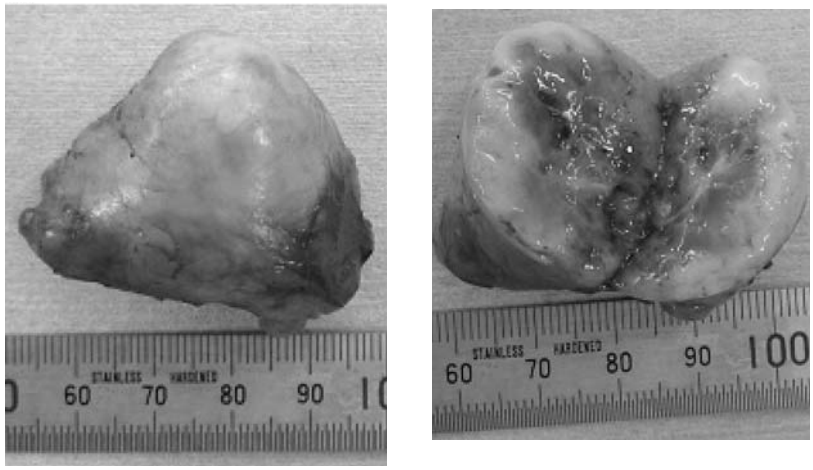

Fig.2 Picture of the tumor.

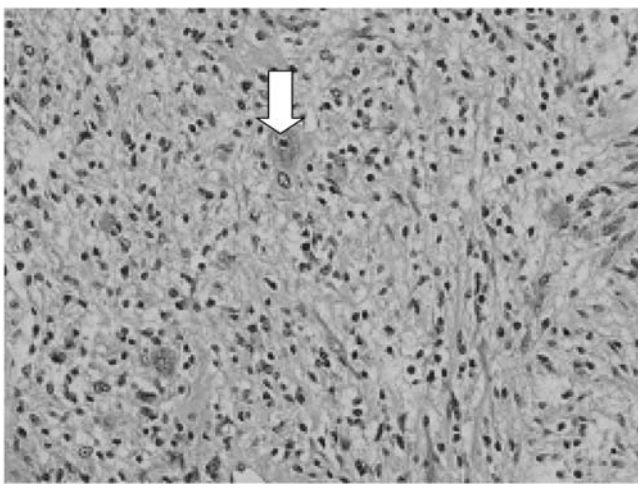

Fig.3 The arrow showed ganglion cell.

Table.1 Age and anatomic distributions of ganglioneuroma.

Parameter	No. of cases
Age(years)	
0-4	5
5-9	9
10-19	23
20-29	22
30-39	12
40-49	4
50-59	6
60-69	4
>69	3
Location	
Mediastinal	34
Retroperitoneal	27
Adrenal	19
Pelvic	5
Cervical	2
Parapharyngeal	1

Data are from Armed Forces Institute of Pathology (AFIP).

Schwann cells, but no neuroblasts, may be found [2]. Most cases occur in more than 10 years age patient, and most are located in the posterior mediastinum, followed by the retroperitoneum as the second most common site (Table. 1)[3]. Some studies have been reported ganglioneuroma arising from the pharynx, pharyngeal wall, mandible [4], and parapharyngeal space [5]. Ganglioneuroma has been reported resulting from metastasis of neuroblastoma[4], and cases of composite ganglioneuroblastoma have been reported [6]. However, there has not been reported ganglioneuroma of the oral floor, despite the fact that ganglioneuroma may arise from every site in the body in which MEN2B may develop [7].

Therefore, this case may be a extremely rare.

Preoperative diagnosis of ganglioneuroma may be difficult even after performing several imaging examination, including needle biopsy. No specific imaging features have been identified using US examination or MRI [8]. In addition, no specific tumor markers of ganglioneuroma have been reported. Accurate diagnosis using needle biopsy in a heterogeneous population of tumor cells is also difficult [9].

Surgery was the first line of treatment for ganglioneuroma. Ganglioneuroma is associated with a good prognosis, and its recurrence is rare [10]. However, there have been reports of malignant

ganglioneuroma [11]so that careful observation will be warranted, particularly in this case.

Conclusion

We report a case of ganglioneuroma of the oral floor. Preoperative diagnosis of this extremely rare condition is difficult. Histopathological analysis led to a search for other tumors but no MEN2b was found. Ganglioneuroma should be considered in the differential diagnosis tumors of the oral floor.

【This manuscript was presented at the 206th Hokkaido sectional meeting of the Oto-Rhino-Laryngological Society of Japan, in Sapporo, Hokkaido, JAPAN, Oct 21, 2012.】

References

1) Dunnick NR, Castellino RA:Arteriographic Radiology 1975 ; **115** : 323-328.
2) Matsuo H, Ozeki Y, Tateyama K,et al : Two cases of retroperitoneal ganglioneuroma. Geka 1998 ; **60** : 826-829.
3) Weiss SW, Goldblum JR : Enzinger and Weiss's SOFT TISSUE TUMORS FIFTH EDITION : 960-963, 2008.
4) Patterson AR, Barker CS, Loukota RA,et al : Ganglioneuroma of the mandible resulting from metastasis of neuroblastoma. J Oral Maxillofac Surg 2009 ; **38** : 196-198.
5) Danosos DA, Santos VB, Ruffy ML,et al : Ganglioneuroma of the parapharyngeal space. Bull NY Acad Med 1980 ; **56** : 616-622.
6) Bove KE, McAdams AJ : Composite Ganglioneuroblastoma. Arch Pathol Lab Med. 1981; **105** : 325-330.
7) Carney JA, Sizemore GW, Lovestedt SA: Mucosal ganglioneuromatosis, medullary thyroid carcinoma, and pheochromocytoma: multiple endocrine neoplasia, type 2B. Oral Surg Oral Med Oral Pathol. 1976 ; **41** : 739-752.
8) Kobayashi A, Shimizu Y, Mori H,et al : An operated case of ganglioneuroma originating from the left adrenal medulla. Nihon Rinsho Geka Gakkai Zasshi. 1999 ; **60** : 1107-1111.
9) Kumazawa T, Kakinuma H , Sugawara M,et al : Paraneoplatic opsoclonus: A rare complication of retroperitoneal giant ganglioneuroma. Hinyokigeka. 2003 ; **16** : 77-79.
10) Papavramidis TS, Michalppoulos N, Georgia K, et al : Retroperitoneal ganglioneuroma in an adult patient: a case report and literature review of the last decade. South Med J. 2009; **102** : 1065-1067.
11) Chandrasoma P, Shibata D, Radin R,et al : Malignant Peripheral Nerve Sheath Tumor Arising in an Adrenal Ganglioneuroma in an Adult Male Homosexual. Cancer. 1986 ; **57** : 2022-2025.

看護研究

鎮静スコアの見直し―現行スケールと Richmond Agitation Sedation Scale を比較して―*

看護部・集中治療室　高平理恵** 平松麻衣
酒野沙織　櫛引由美子

は じ め に

当院ICUに入室する患者は人工呼吸管理を必要とすることが多い。人工呼吸中は苦痛や不安を伴うため，苦痛を軽減し安静保持ができるよう鎮静剤を投与している。鎮静は共通認識された鎮静スケールを活用し，目標とする鎮静深度を医療者間で協議・明確にした上で調節することが重要である。これまで当院ICUでは，2003年度の院内看護研究で発表したRamsay scaleを改良して作成した独自の鎮静スケール(市立旭川病院ICU鎮静スコア以下，独自スケール)で人工呼吸管理患者の鎮静レベルを観察してきた（表１）。しかし，前回の研究で「当院ICUのみで通用する方法であり，一般的な鎮静スコアではない」という問題点が挙がっていた。また，このスケールでは不穏・興奮の分類が少なく，不穏・興奮の程度が把握しにくいところがあった。

鎮静スケールにはRamsay scaleやSedation Agitation Scaleなどがある。現在，人工呼吸管理患者の鎮静レベルを観察するものに日本呼吸療法医学会が推奨し，最も多くの施設で使用されているRichmond Agitation Sedation Scale（以下，RASS）がある。このスケールは，患者の不穏・興奮に関するスコアが10段階に分類されており，不穏・興奮の評価が可能であることが利点となっている（表２）。

表１　市立旭川病院ＩＣＵ鎮静スコア

１：体動が激しい。自己抜管の恐れがある。
２：モソモソ体動があり，苦痛表情　イライラしている。
３：処置以外も覚醒，協力的
４：処置以外入眠，呼名，声掛けで覚醒
５：声掛けに開眼するが，従命なし
６：体をゆするなどの刺激でやっと開眼する
７：反応なし

バッキングの有無を(＋)（－)で表記してください。

このことから，様々な鎮静スケールがある中でRASSは他部門との共通理解ができ，多くの施設で使用され有用であると考え，今回鎮静スコアの見直しを行い，RASSの導入が可能であるかを考えた。

方　　法

Ⅰ．調査期間 2013年４月８日～６月30日
Ⅱ．調査対象 ICU看護師（師長，研究担当者を除く16名）
Ⅲ．データ収集方法：質問調査
１．独自スケールに対する調査を行い，４月８日から５月16日まで独自スケールを使用，５月20日から６月30日までRASSを使用して対象患者の鎮静評価を実施。全ての評価終了後にRASSに対する調査を行った。

＊：Comparison of our current sedation scale and Richmond Agitation Sedation Scale.
＊＊：Rie TAKAHIRA et al.

Key words：鎮静スケール，人工呼吸管理患者，RASS

表２　Richmond Agitation Sedation Scale (RASS)

スコア	状　態	臨　床　症　状
＋4	闘争的，好戦的	明らかに好戦的，医療スタッフに対する差し迫った危険がある
＋3	非常に興奮した，過度の不穏状態	攻撃的，チューブ類またはカテーテル類を自己抜去する
＋2	興奮した，不穏状態	頻繁に非意図的な体動があり，人工呼吸器に抵抗性を示しファイティングが起こる
＋1	落ち着きのない，不安状態	不安で絶えずそわそわしている，しかし動きは攻撃的でも活発でもない
0	覚醒，静穏状態	意識清明で落ち着いている
-1	傾眠状態	完全に清明ではないが，呼びかけに10秒以上の開眼およびアイコンタクトで応答する
-2	軽い鎮静状態	呼びかけに開眼し10秒未満のアイコンタクトで応答する
-3	中等度鎮静状態	呼びかけに体動または開眼で応答するが，アイコンタクトなし
-4	深い鎮静状態	呼びかけに無反応，しかし身体刺激で体動または開眼する
-5	昏睡	呼びかけにも身体刺激にも無反応

１．30秒間，患者を観察する。これ(視診のみ)によりスコア0～＋4を判定する。
２．１)大声で名前を呼ぶか，開眼するように言う。
２)10秒以上アイコンタクトができなければ繰り返す。以上２項目(呼びかけ刺激)によりスコア－1～－3を判定する。
３)動きが見られなければ，肩を揺するか，胸骨を摩擦する。これ(身体刺激)によりスコア－4，－5を判定する。

なお,独自スケール群とRASS群の評価対象患者は別患者とし，対象患者は人工呼吸器管理下でデクスメデトミジン(プレセデックス®)を用いて鎮静管理を行っている患者とした。

２．RASSでの鎮静評価を開始する前に学習会を実施した。

３．RASSのスコアと評価手順が記載している表（以下，RASS一覧表）を確認しやすいよう，各ベッドのオーバーテーブルに設置。また，スタッフ全員にも同様の一覧表を配付した。

Ⅳ．データ分析方法

質問用紙の独自スケール群とRASS群の調査結果を比較した。

Ⅴ．倫理的配慮

本研究は当院看護部の倫理委員会の承諾を得た上で実施。調査対象者に研究内容を説明し，了承を得て調査に参加してもらった。なお，質問用紙は無記名とし，個人を特定できないよう配慮した。回収は回収袋を設置して回収し，プライバシー保護に努めた。また，得られた情報は本研究のみに使用することを書面にて説明し同意を得た。

結　　果

対象者16名に質問用紙を配布し,16名から回答を得た。(回収率100%)。

・独自スケールで不穏の評価を「行っていた人」が62.5%（10名），「行っていなかった人」は37.5%（6名）であった（図１）。

・RASSで不穏の評価が「できた人」が93.75%（15名），「できなかった人」が6.25%（１名）であった。（図２）。

・「RASSの方が使いやすい」と回答した人は56.25%（９名），「独自スケールのほうが使いやすい」という人は6.25%（１名），「どちらも同じ位の使いやすさ」と回答した人は37.5%（６名）であった（図３）。

・今後RASSを「活用できる」と回答した人は93.75%（15名），「できない」は6.25%（１名）であった（図４）。

・RASSの理解を深めることが「できた人」は81.25%（13名），「できなかった人」は18.25%（３名）であった（図５）。

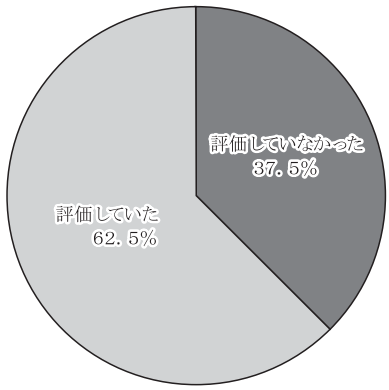

図１　独自スケールで不穏の評価を行っていましたか？

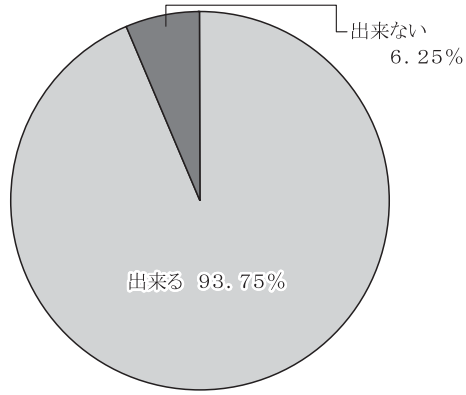

図４　今後当ICUでRASSを活用できると思いますか？

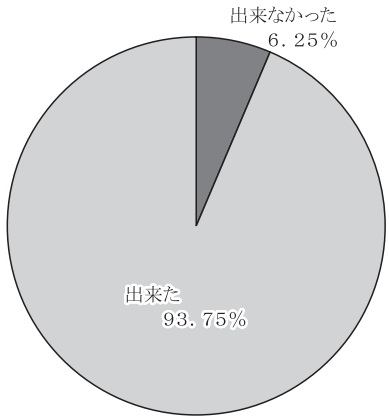

図２　RASSの使用により不穏興奮の評価ができましたか？

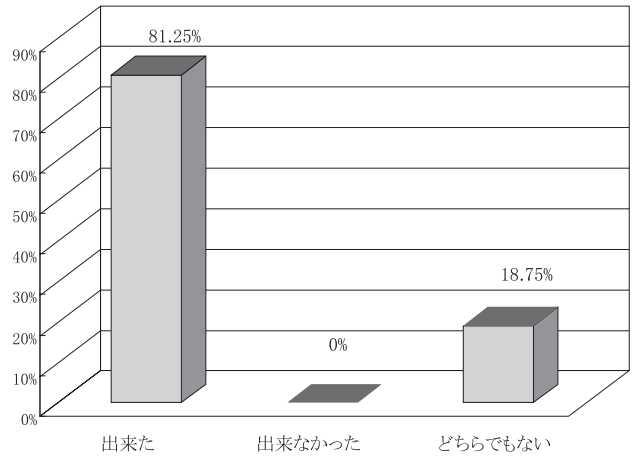

図５　鎮静スコアについて理解を深められましたか？

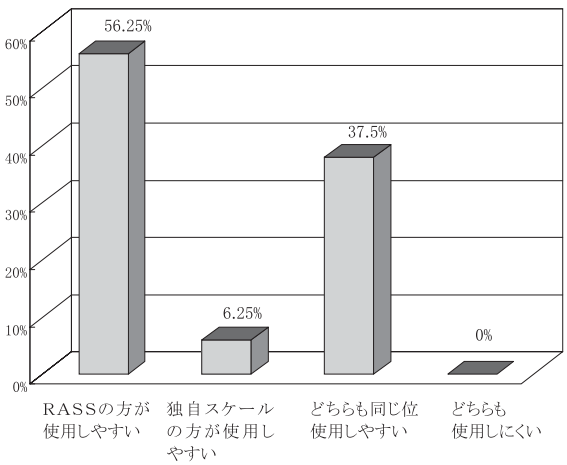

図３　RASSを使用してみてどうでしたか？

考　　察

理想的な鎮静スケールとは

１）使いやすく覚えやすい

２）それぞれのレベルの正確な識別と判定するのに必要なレベルの数を備えている

３）不穏・興奮の判定が可能

４）適切な患者背景で評価者間の信頼性と妥当性の厳しいテストを受けたものである

などの条件をみたすものであると言われている[1)]

当院ICUはオープンフロアであること，24時間機械音が聞こえることなどの環境や高齢であること，緊急手術などにより不穏となりやすい背景がある。

図１，２より，独自スケールに比べRASSを用いるこ

とで不穏・興奮の評価率が向上している。このことから,RASSで不穏・興奮の評価は可能であることがわかった。不穏・興奮状態はICUにおける精神症状の中でも発症率が高いと言われている。患者に加わるストレスの強さや精神状態により異なるため，それぞれの患者の目標とする鎮静深度を明確にして観察する必要がある。このことから，独自のスケールではなく共通のスケールを用いて評価することが大切と考える。増田は「鎮静スケールは鎮静の状態を説明する共通言語となり，医療者間での意思の疎通をより良くするといわれている」[2]と述べている。また，鎮静コントロール指示を出している麻酔科医師からはRASSは細かい階層に分かれているため，より的確に不穏・興奮の状態を捉えられ目標設定の指示も出しやすく，医師看護師間での状態評価でも妥当性が高いという意見があった。安藤はRASSについて「さまざまな患者層において評価者間の一致度が高いこと，妥当性が証明されている」[3]と述べている。今回, 不穏・興奮の評価が可能なRASSを用いたことにより他部門との共通理解も可能となった。

RASSは独自スケールより評価段階が多くなるため使いづらさを感じるのではないかと予測していたが，調査結果では「どちらも同じ位の使いやすさ」「RASSの方が使いやすい」「今後RASSを活用していける」という意見が93.75%であり，明らかな使いづらさは感じていないため, 今後もRASSで評価していくことができると考えられる。布宮はRASSについて「判定の容易さはラムゼイスケールに匹敵する」[4]と述べている。さらに, 81.25%の人がRASSの理解を深めることができた。今回, RASSの評価を開始するにあたり学習会を実施し, スタッフ全員にRASS一覧表を配付, 各オーバーテーブルにも同様のものを設置したことにより，すぐに確認し評価できたことも使いづらさを感じず, また, RASSの理解を深められたのではないかと考える。しかし，「活用していけない」という意見が6.25%あり，理由として「具体的に記録したほうが早いから」とあった。足羽は「鎮痛・鎮静いずれにおいても，その時その時を点で評価するのではなく，必ず，薬剤使用時はその効果も含め経時的に観察していくことが必要」[5]としているが，「医療者の捉えかたにも偏りがあるため, 客観的に判断することは非常に難しい」[5]とも述べている。至適鎮静レベルは患者によって異なるため，共通認識されたスケールを用いて経時的に観察し記録していくことが重要である。また, RASSについて理解を深められたかの問いに対して「どちらでもない」と回答した人が18.75%となり，この理由として学習会に参加できなかったことや人工呼吸管理患者を受け持つ機会がなくRASSを用いた評価をできなかったことが挙げられる。今後はスタッフ全員が同様の方法で観察できるよう勉強会を実施していく必要がある。

結　　論

Ⅰ．RASSのほうが不穏・興奮時の評価をするのに優れている。
Ⅱ．RASSに対する理解を深められた。
Ⅲ．RASSの活用は有用であり，導入は可能である。

文　　献

1）妙中信之，行岡秀和，足羽孝子，ほか：人工呼吸中の鎮静のためのガイドライン. 人工呼吸 2007；**24**：146-167.
2）増田由美子：鎮静の評価 - 人工呼吸症例でRASSを使用した鎮静の評価 - . 看護技術 2011；**57(2)**：12-16.
3）安藤有子：看護師から見た鎮静管理. 月刊ナーシング 2012；**32(7)**：95-97.
4）布宮伸：クリティカルケアで不穏・せん妄, 鎮痛・鎮静, 抑制をどのように考えるか. 看護技術 2005；**51(1)**：11-14.
5）足羽孝子：鎮痛・鎮静は確実に行い，定期的に評価する. 道又元裕編著，根拠でわかる人工呼吸ケアベスト・プラクティス, 東京:照林社. 2008；146-49.

臨床病理検討会

平成25年度第１回

【日　時】平成25年7月10日
【演　題】心ヘモクロマトーシスの１例
【発表者】大場　彩音

【症　例】80歳，男性
【主　訴】労作時呼吸困難，下腿浮腫
【現病歴】平成19年より高血圧症のため，近医に通院・内服していた。同年７月に同院で貧血を指摘され，精査目的に当院血液内科へ紹介受診となった。骨髄穿刺の結果，骨髄異形成症候群(myelodysplastic syndrome；以下，MDS)，不応性貧血(refractory anemia；以下，RA)と診断された。以後外来で輸血および鉄キレート療法で経過観察となっていたが，次第に輸血依存性が増強(RCC-LR 2～4単位/週)し，平成23年10月12日～10月29日に化学療法（Azacitidine；ビターザ®）導入目的で入院となった。退院後も平成24年2月まで外来で化学療法を継続していたが，輸血依存性は改善せず，5コース目で中止とし，以後は再び外来で輸血を繰り返していた。元々Hbが低下してくると，階段昇降などの労作時に息切れを自覚することはあったが，輸血により症状は改善していた。

平成24年8月13日，ズボンを履いた時に初めて下腿の浮腫を自覚した。この頃から尿量が減っているような気もしていた。これまでは徒歩で当院に通院していたが，8月14日は歩行時の息切れ・呼吸困難があり，途中で休みながら何とか血液内科を受診し，RCC-LR 2単位を輸注された。しかし8月15日も浮腫・労作時呼吸困難があり，まだ貧血が改善していないと思い血液内科を受診し，RCC-LR 2単位を輸血された。夜間は普段通り睡眠できたが，翌朝も同様に労作時呼吸困難・浮腫があり，倦怠感も強かったため，8月16日も血液内科を受診した。BP 85/53 mmHg,HR 103～140 bpm(不整)であり，ECGでAf tachycardia，心エコーで壁運動diffuse hypokinesisおよびEF(MOD) 25%と収縮能が低下しており，胸部Xp上，心拡大・胸水貯留を認めた。当院循環器内科にコンサルトあり，心不全の診断で入院となった。

【既往歴】
・20歳代：肺炎で通院加療
・H20年：膀胱癌　内視鏡治療(厚生病院泌尿器科通院)
・H20年：上行結腸癌　手術(当院外科通院)
・H23年：IPMT(当院消化器内科通院)
【心血管リスク因子】高血圧(+)(ブロプレス®4mg/1x)，脂質異常(-)，糖尿病(-)，肥満(-)，喫煙(+):20本/日x20年(25-45歳)，酒：機会飲酒(月に数回)
【家族歴】母：肺癌
【アレルギー】なし
【入院時現症】身長165.5 cm, 体重 68.1 kg, BP 85/53 mmHg,HR 103-140/min,不整,BT 36.0℃,SpO_2 98%,意識清明，頭頚部：眼瞼結膜貧血(-)黄疸(-),頚動脈bruit(-/-)，胸部：S1・2(→),S3・4(-),no murmur,両側下肺野にcoarse crackle(+)，腹部：soft,flat,tanderness(-),肝腎脾触知せず,abd bruit(-),ope scar(+)，四肢：PTE(+/+)，femoral bruit(-/-),pulsation n.p.
【L/D】(8/16)
WBC 6510/μl, RBC 323万/μl, Hb 10.3 g/dl, MCV 92.6 fl, MCH 31.9 pg, MCHC 34.4 g/dl, Plt 36.6万/μl, PT 12.9 sec, PT-INR 1.21, APTT 44.9 sec, Na 131 mEq/L, K 6.2 mEq/L, Cl 98 mEq/L, BUN 27.6 mg/dl, Cr 1.42 mg/dl, UA 11.1 mg/dl, TP 6.6 g/dl, ALB 4.6 g/dl, T-BIL 4.3 mg/dl, D-BIL 0.4 mg/dl, AST 68 IU/L, ALT 95 IU/L, LDH 162 IU/L, ALP 259 IU/L, γ-GTP 66 IU/L, Ca 9.0 mEq/L, P 7.2 mg/dl, CK 45 IU/L, CKMB 16 IU/L, CRP 0.35 mg/dl, T-cho 80 mg/dl, HDL-c 34 mg/dl, TG 34 mg/dl, HbA1c(NGSP) 5.6%, TSH 3.48 μIU/ml, fT3 2.33 pg/ml, fT4 1.64 ng/ml
【動脈血ガス】(8/16)(O_2 nasal 1 L/min)
pH:7.435, pCO_2:29.2 mmHg, pO_2:80.6 mmHg, HCO3-:19.2 mmol/L, BE:-4.2 mmol/L, SPO_2:95.5 %
【ECG】(8/16)
HR:150/min,Af tachycardia,axis:79,QRS:0.10, QT:0.36,SV1+RV5=1+14mm, Ⅰ Ⅱ aVLaVF:rs,Ⅲ:qr, V1:rs notch(+,V2-3:rS,ST-T)V5-6:STdep(H,V5 -1mm),limb lead:flat
【胸部 Xp**】**(8/16)CTR:62.6 %，biCPA:rt sl.dull, lt dull，肺野：両側肺血管陰影増強(-)，異常陰影(-)

【心エコー】(8/17)
IVS/PWT:10/10,LAD/AoD:59/36,LVDd/Ds:58/45,
LVEF(MOD):25%,FS:21%,LVEDV(MOD):127ml,E/
e':17.1, wall motion:diffuse hypo, valve function:
MR Ⅰ°,mild TR, TR⊿P=24 mmHg,
IVC:21 mm,Th(-),PE:mild(systolic free space(+))
【内服薬】
〈当院血内〉パリエット® (10)1T/1x朝，エクジェイド®
(500)1T/1x朝，ハチアズレ顆粒® 0.1%(200)1日3-4回
〈近医〉ブロプレス® (2)1T/1x寝,セロクラール® (20)3T/3x,
エチカーム® (0.5)2T/1x寝
〈厚生Hp泌尿器科〉ユリーフ® (4)2T/2x朝夕
【入院後経過】
入院後より酸素投与および尿測＋ラシックス® ivを開始した。Af tachycardiaに対しアーチスト® (2.5)2T/2x内服およびヘパリン® civ,ワーファリン®内服を開始した。翌日になっても利尿は乏しく，胸部Xp上両側胸水増加あり，L/Dで腎機能の悪化も認めたため，ハンプ® civを開始。Afは時折sinus returnするも持続しており，同日よりアミオダロン® (50) 8T/2x内服を開始した。尿量が少なく，尿測に加えラシックス® 定期iv(20 mg)を開始し，ハンプ®も増量した。心不全の改善は乏しく，SBP 80-100mmHgと低下傾向であり，心エコーでびまん性収縮低下を認めたため,8/20よりイノバン® civを開始。治療抵抗性の心不全であり，原因として，輸血依存性のMDSによるヘモクロマトーシスが疑われた。以前より鉄キレート療法(エクジェイド®)を継続していたが，腎機能障害悪化のため8月22日(第６病日)より中止した。心不全は次第に増悪し，強い倦怠感・呼吸困難感を訴えるようになった。しかし根本的治療はなく，緩和医療としての塩酸モルヒネ®civを第8病日から開始した。症状はやや改善したが，心不全は徐々に悪化し，無尿となり，第19病日の午前 10時に永眠された。
【臨床診断】
1. うっ血性心不全
2. 骨髄異形成症候群
3. ヘモジデローシス
【病理で明らかにしていただきたいこと】
心不全の原因はヘモクロマトーシスでしょうか。
また，ヘモクロマトーシスだとすると，他臓器にも所見はあったのでしょうか。
【病理解剖所見】
1. 骨髄異形成症候群 (MDS)
2.ヘモジデローシス(心，肝，脾，膵，副腎，副甲状腺)
3.上行結腸癌術後，再発なし　膀胱癌術後，再発なし
4. 腔水症，腹水 900 ml 清，胸水 700/1100 ml 清
【質疑応答】
1. 頻繁に輸血が行われているが,貧血症状があったのかどうか。
→ある程度貧血が進むと労作時の息切れや動悸などの症状が出現していた。症状とヘモグロビン値を参考にしながら適宜輸血を行っていた。
2. 総輸血量はどのくらいだったか。毎月２単位ずつか。
→月2～４単位程度だった。総輸血量は190単位だった。
3. 輸血をする人はこのような症状になるのか。総輸血量と関係があるのか。
→サラセミアなどの鉄利用異常や本症例のような骨髄異形成症候群などが基礎疾患としてある場合や，頻回の輸血・鉄剤の大量投与などにより，ヘモクロマトーシスにはなりうる。ただ，本来鉄過剰になると初めに障害されるのは肝臓や腎臓であり，本症例のように肝機能や腎機能障害が目立たないのに心機能障害が前面に出るのは稀と思われる。総輸血量が多いほど臓器障害のリスクは高まると言われている。
【まとめ】
骨髄異形成症候群による輸血依存のため心ヘモクロマトーシスとなり，心不全によって死亡した１例を経験した。

平成25年度第２回

【日　時】平成25年９月３日
【演　題】急性間質性肺炎の１剖検例
【発表者】藤山　朋代

【症　例】77歳　男性
【臨床経過】咳嗽・血痰
【現病歴】慢性心房細動のため，当院循環器内科通院中であった。平成24年７月上旬より咳嗽あり。８月４日クラリス，アンキソール，シスダインを内服した。翌日より，血痰がみられるようになった。８月６日循環器内科を定期受診した際に,胸部X線写真上両肺すりガラス様を陰影指摘された。呼吸器内科を紹介受診し，精査・加療のため，即日入院となった。
入院当初，ワーファリンの効果増強による肺胞出血を疑い,ワーファリンを中止した上で,ビタミンK製剤

を静注し経過を観察した。しかしその後も血痰は持続した。入院時は室内気でSpO_2 95%だったが，第4病日には酸素2L/分投与でもSpO_2 90%と低酸素血症が進行し，胸部写真ですりガラス様陰影も増強していた。第5病日に入院時採血のKL-6, SP-Dが高値であることが判明し，胸部CTで両肺下葉の網状影が増強していたこと，入院前に咳嗽などの感冒様症状もあったことから，感染を契機に発症した間質性肺炎と考えた。第5病日からBIPM（0.3 g X2/day）およびメチルプレドニゾロン125mg/dayを３日間，第８病日からはメチルプレドニゾロン40mg/dayの投与を開始した。しかし臨床症状および画像所見は改善せず，CTでは両側背側を中心に網状影，索状影が増強した。呼吸状態の改善なく，画像所見も悪化していたため，メチルプレドニゾロン40mgとBIPMは効果不十分と考え，第11病日からステロイドパルス療法（メチルプレドニゾロン1 g /day）を開始した。また，抗菌薬を非定型肺炎にも効果のあるLVFX（500mg/day）に変更した。しかし呼吸状態は急速に悪化し，酸素マスク14L/分でもSpO_2を維持することが困難となった。治療抵抗性の間質性肺炎であり，挿管・人工呼吸器管理を行っても予後は厳しいと考え，高流量酸素療法(HiFO)に切り替え，最大量の30L/minを投与していた。第15病日にはHiFO 30L/minでもSpO_2 81%であり，呼吸苦を強く訴えていたため，塩酸モルヒネ10mg/day を持続皮下注開始。第16病日の早朝に左半身麻痺が出現し，ワーファリン休薬による脳梗塞が疑われたが，呼吸状態が悪く画像による原因精査は困難だった。徐々にSpO_2低下し，同日午後２時50分永眠。死後，ご家族の同意を得て病理解剖を行った。

【臨床診断】急性間質性肺炎

【臨床上の問題点】

1. 肺胞出血の有無；当初疑っていた肺胞出血が，背景にあったかどうか
2. 肺病変の組織学的分類；臨床的には急性間質性肺炎と診断したが，特発性肺線維症の急性増悪でも同様の経過をたどることがあり，基礎疾患として特発性肺線維症が存在していたかどうか
3. 心室内血栓の有無；終末期で脳梗塞と思われる左半身麻痺を発症しており，心室内血栓が存在していたかどうか。

【病理解剖組織学的診断】：

1. 急性間質性肺炎(730/950 g)
2. 心肥大　555 g
3. 両腎梗塞，脾梗塞，〔脳梗塞〕
4. 胸水貯留　300/200 ml 淡血性

【質疑応答】

1. 最初からステロイドパルスを行わなかった理由について

→当初はワーファリンによる肺胞出血を疑っていたからであり，急性間質性肺炎が鑑別に挙がってからは，速やかにステロイドパルスを実施した。

2. BALは行わなかったのか

→急速に呼吸状態が悪化したため，気管支鏡を行うのが難しい状態であった。たとえBALを行ったとしても基本的な治療方針に変わりはないため，あえて危険をおかすべきではないと判断し，BALは行わなかった。

3. 急性間質性肺炎のうち，治療に反応しない症例の割合について

→急性間質性肺炎は症例数そのものが少ないため，明確な疫学調査は難しいが，一般的に死亡率は60%を超えると言われている。

【まとめ】

今回の症例は間質性肺炎を発症した原因がはっきりせず，治療抵抗性で急速に呼吸不全が進行するなど，臨床経過は急性間質性肺炎と合致していた。病理の結果も特発性肺線維症の急性増悪ではなく急性間質性肺炎であり，臨床診断を支持するものであった。

平成25年度第3回

【日　時】平成25年11月12日
【演　題】中枢神経・多発筋浸潤を認めた難治性多発性骨髄腫の１例
【発表者】田端　克彦

【症　例】60歳 男性
【主　訴】倦怠感
【既往歴・家族歴】特記事項なし
【アレルギー】特記事項なし
【生活歴】喫煙歴なし，飲酒歴なし
【現病歴(前医経過)】

H23年９月 倦怠感のため近医を受診．採血で血液疾患を疑われ旭川赤十字病院受診。骨髄穿刺・生検にて13q-の染色体異常を有するHigh-riskの多発性骨髄腫(MM) IgG-λ型（D-S:ⅢA/ ISS:Ⅱ）と診断され前医入院。

MMに対して化学療法（VRD, harvest-PBSCT, Rev）施行し髄内病変は改善したものの髄外に腫瘤が出現，増悪傾向にあったため，さらに化学療法（Bd, VCD）と放射線療法を追加。しかし腫瘤は改善せず，VDT-PACE施行するも効果なし。H24年8月21日以降左臀部の疼痛と左下肢の痺れ・麻痺を発症し，左臀部・下腿に腫瘤出現。疼痛は急性増悪しオピオイド増量されるもコントロール不良で，ADLは急激に悪化。

セカンドオピニオン目的で当科転院を希望され８月29日当院転院となった。

【入院時現症】体温 36.7℃，血圧148/85mmHg，心拍数109回/min，SpO_2 96%（room air）。

胸部聴診所見：ラ音を聴取せず，弾性・軟～やや硬，辺縁不明瞭，圧痛(+)，熱感(-)の腫瘤を左臀部・右大腿・左下腿に触知。

【入院時検査所見】

（血算）WBC 3760/μl (Myelocy 4.0%, Metamye 1.0%, Seg 69.0%, Eosino 0.0%, Baso 0.0%, Mono 9.0%, Lymph 10.0%), RBC 285万/μl, Hb 8.6 g/dl, Ht 25.8 %, Plt 7.8 万/μl

（生化学）Na 130 mEq/L, K 5.4 mEq/L, Cl 101 mEq/L, P 2.6 mg/dl, Ca 8.5 mg/dl, BUN 13.2 mg/dl, Cre 0.54 mg/dl, UA 6.8 mg/dl, TP 6.0 g/dl, ALB 3.5 g/dl, T.Bil 0.6 mg/dl, AST 153 IU/L, ALT 37 IU/L

（凝固）PT% 109.0 %, APTT 22.9 秒, Fib 288.0 mg/dl, FDP 13.1 μg/ml

（尿）比重 1.020, 混濁 1+, 蛋白 1+, 糖-, ケトン ±, 潜血 3+, 赤血球 5-10/1視野, 白血球 1-4/1視野, 細菌 ±, 赤血球形態 変形RBC, λ型Bence Jones蛋白+

【血清M蛋白同定検査】

IgG-λ型M蛋白を認めた

【骨髄穿刺標本】

有核細胞数：0 /mm^3

巨核球数：0 ×10^4/μl

形質細胞：0.2%

（細胞所見）

形質細胞は胞体塩基性で核網は繊細な顆粒のない芽球様細胞。

【入院後経過】

８月29日　入院。横紋筋融解に対しhydrationで対応

８月30日　筋生検施行。骨髄生検にてPlasma cell(-)。38℃の発熱を認め，傾眠傾向など全身状態増悪のためBIPM, DAP, MCFG開始

９月３日　筋生検で多発性骨髄腫（IgG-λ型）+多発筋病変との結果

９月４日　CHOEP療法｛ADR(70)+VCR(2)+CPA(1200)+PSL(40)+ETP(150)｝開始

９月５日　20-30秒ほど継続する痙攣を認めた。徐々に意識回復するも痙攣発作を繰り返した。ホリゾン使用し，痙攣予防にホストイン投与開始。MMのCNS浸潤を疑いMRI施行するも明らかな所見なし

９月６日　MMのCNS浸潤を疑い髄注療法1回目.

９月10日　髄注療法2回目。この頃には痙攣発作ほぼ消失。WBC 980/μl, Plt 1.6万/μlと骨髄抑制あり，G-CSF投与開始

９月14日　CTにて筋病変の改善を認めるものの，左肺の浸潤影増悪。骨髄抑制改善せず

９月17日　肺浸潤影増悪し，CRP17.46 と上昇。呼吸器感染を疑いDAPをVCMに変更

９月19日　SpO_2 85%（O_2 4L/min）。両肺野でcoarse crackle聴診。SBP 90→75 mmHgに低下

９月22日　呼吸状態さらに増悪し，SpO_2 90%（O_2 15L/min）

９月23日　昇圧剤使用にも反応薄く，同日午前7時35分永眠された

【病理で明らかにして頂きたいこと】

・MMはどこまで及んでいたのか

（腎・消化器等，各臓器の腫瘍の状態はどうか）

【病理解剖診断】

1. 急性間質性肺炎（730/950 g）
2. 心肥大 555 g
3. 両腎梗塞，脾梗塞，[脳梗塞]
4. 胸水貯留 300/200 ml 淡血性

【質疑応答】

1. 当院での骨髄穿刺の生検では有核細胞がほとんどない状態だったようですが，前院では普通に20%程度あったのでしょうか。

→はい，最初は30数%ありました。

2. 穿刺の場所は腸骨でよろしいでしょうか。胸骨はあまり穿刺しないと聞いておりますが。

→当院入院時の穿刺については，左側の後腸骨でした。

3. 有核細胞がゼロということは，ドライタップだったと考えてよいか。

→はい，そのため，当院での検査結果は生検の結果をもとにしております。

4. 尿潜血が３+で赤血球が含まれておらず，ミオグロビン尿となるとすれば，ミオグロビン尿の場合は，尿潜血+となると考えてよいか。
→はい，プラスになります。
5. ＣＴの画像では，臀部の腫瘤は筋肉ではないかと思われるが大臀筋ではないのか。
→正常ではないということで腫瘤と考えた。びまん性の浸潤で腫瘤のような触知があった。

【まとめ】

・中枢神経浸潤や筋浸潤をきたしたMMで死亡した１剖検例を経験した。

平成25年度第４回

【日　時】平成26年1月20日
【演　題】心膜中皮腫の１例
【発表者】岩間　琢哉

【症　例】74歳　女性
【主　訴】呼吸困難，下肢浮腫
【現病歴】

2009年12月から両下肢浮腫を認めた。CTで心嚢液貯留を認め，厚生病院入院の上，ドレナージ施行。入院中2010年２月脳梗塞を発症し日赤病院転院。左不全麻痺の後遺症を残し厚生病院再入院。心嚢液貯留の原因は不明であったがステロイドを使用したところ急激な増加はなくなりプレドニゾロン5mg内服し退院。

2012年９月左胸水を認め，厚生病院入院し，胸水および心嚢液ドレナージ施行。10月４日のPETで右房壁に集積を認め，CT・MRI・心エコー上同部位に腫瘤が疑われた。心膜，心臓腫瘍疑いで手術目的に当院胸部外科に紹介となった。

【既往歴】

脳梗塞，高血圧，脂質異常症，糖尿病，両下肢閉塞性動脈硬化症，うつ病
明らかなアスベストの暴露歴なし

【内服薬】

プラビックス(10)1T/1×，パリエット(10)1T/1×，フランドルテープ(40)1枚，テトラミド(10)2T/1×，酸化マグネシウム1g/3×，プレドニゾロン(5)1T/1×，リバロ(2)1T/1×，ゼチーア(10)1T/1×，エパデールS600，メ3P/3×
メインテート(2.5)1T/1×，ラシックス(20)1T/1×，アルダクトンA(25)1T/1×，ペオン(80)3T/3×，レバミピド(1003T/3×)

【入院時採血】

[血算]WBC 10550 / μL
RBC 467×10４ / μL, Hb 12 g/dL, Ht 38.2 %, Plt 37.1×10^4 / μL
[凝固・線溶系] TT-INR 0.94, PT-INR 0.98, APTT 36.4秒，Fib 479.3 mg/dL，AtⅢ 98 %
[電解質]Na 140 mEq/L，K 4.1 mEq/L，Cl 109 mEq/L，BUN 18.3 mg/dL, Cre 1.1 mg/dL, T-Bil 0.4 mg/dL, AST 13 IU/L，ALT 10 IU/L，LDH 261 IU/L，CK 44 IU/L，Glu130 mg/dL，AMY 56 IU/L，CRP 1.14 mg/dL，ALP 180 IU/L，γGTP 28 IU/L，HbA1c 6.8 %，Ca 9 mg/dl，BNP 160.9 pg/ml, TSH 3.26 μIU/ml, freeT4 1.39 ng/dl, freeT3 2.81 pg/ml, CEA 2.3 ng/ml, CA125 172.5 U/ml, CA19-9 <2.00 U/ml，sIL-2R 1078 U/ml

【入院時現症】

身長　149.1 cm，体重　64.85 kg，BMI　29.2
意識清明，血圧　102/70 mmHg，脈拍　96 /分，頸静脈怒張あり
肺音：清，ラ音(-)
心音：第二肋間胸骨右縁～心尖部で収縮期雑音LevenⅡ/Ⅳ，心膜ノック音聴取せず
右季肋下に肝を2横指触知
右ABI　0.73，左ABI　0.77
左不全麻痺，両下肢浮腫(+)

【臨床経過】

11月５日：入院
11月９日：手術，ICU入室。
11月11日(術後２日)：ICU退室。西５病棟へ。転棟後に右下肢麻痺が出現。
11月14日(術後５日)：左右下肢麻痺悪化。
11月15日(術後６日)：左上肢麻痺出現。
11月16日(術後７日)：病理結果で悪性心膜中皮腫との報告あり。
11月17日(術後８日)：右上肢も麻痺出現。
徐々に麻痺進行。意識低下進行し，血行動態・呼吸動態不安定(心房粗動など)となり
11月29日(術後20日)：永眠

【細胞診】

左胸水：ClassⅡ：少数の反応性中皮細胞
心嚢液：ClassⅠ：negative
(厚生病院の胸水・心嚢液からも悪性所見なし)

【組織診】

〈心嚢膜・心外膜〉硝子化した膠原線維増生により肥厚した間質中に，あまり細胞異型を示さない紡錘形細胞を認める。

免疫染色上，腫瘍細胞はPancytokeratin AE1/AE3(+), EMA(+)Calretinin(+), HBME-1(+), Podoplanin(+) CEA(-)で中皮腫の免疫染色所見として矛盾せず

〈胸腺・胸膜〉　問題なし

【病理解剖組織学的診断】

1. 悪性中皮腫

　浸潤］epicardium, pericardium, 右心房

2. 良性腎硬化症(80/110g)

3. 大動脈粥状硬化症

4. 脳梗塞

【質疑応答】

1. FDG-PETのSUV値が，通常の心筋よりも高値であったから集積ととらえたのか。

→SUV値がどの程度で有意ととらえるかはわからないが，周囲の心筋組織と比較し明らかに集積が認められたため集積と判断した。

2. 脳梗塞は心原性か。

→心原性ではなく，不整脈や血圧の変動による虚血が原因と考えられた。

【まとめ】

珍しい原発性心膜中皮腫と考えられる1例を経験した。心膜中皮腫によって収縮性心膜炎のような血行動態を示し，脳梗塞の悪化を呈し死亡に至った。

腫瘍性病変が疑われはしたが，開胸生検まで診断には至らなかった。

同様な病態患者に対しては，心膜中皮腫も鑑別診断として考える必要がある。

平成25年度第５回

【日　時】平成26年３月４日

【演　題】前立腺導管腺癌の１例

【発表者】小田切　信介

【症　例】79歳，男性

【主　訴】肝機能障害，多発性肝腫瘍

【現病歴】

血尿・尿勢低下を主訴に，2010年５月前医泌尿器科を受診。直腸診で超鶏卵大の硬い前立腺を触知，PSA 20.9 ng/mlと高値のため，前立腺癌疑われ当院泌尿器科紹介となった。2010年６月経直腸的前立腺生検施行。病理組織診断で前立腺癌（組織型：導管腺癌，ductal adenocarcinoma）を検出した。前立腺針生検時に膀胱頚部から前立腺部尿道に乳頭状腫瘍認め尿細胞診では尿路上皮癌が疑われたため，2010年７月に経尿道的膀胱腫瘍切除術および経尿道的前立腺切除術施行した。病理組織診断では前立腺導管腺癌の膀胱浸潤の診断であった。

CTにて左肺S5に肺転移を，骨シンチにて頸椎・恥骨などに骨転移を認めた。前立腺癌cT4, N0, M1 stage Ⅳの診断となり，leuprorelin とbicalutamide による内分泌療法を開始した。

2010年12月PSA 0.012 ng/mlまで低下したが血尿再燃，膀胱鏡では膀胱頚部から前立腺部に腫瘍の再増大を認めた。その後尿閉となったため通過障害解除を目的に経尿道的前立腺切除術を施行，病理組織診断では導管腺癌であった。術後前立腺部への放射線治療を勧めたが本人の希望で施行しなかった。

2010年12月以降PSAは徐々に上昇，2011年８月PSA 5.1 ng/ml まで悪化したため内服薬を flutamideに変更した。またCTおよび骨シンチにて骨転移の増大を認めた。2011年11月より両肩痛，左臀部痛が出現したため，除痛目的に放射線照射施行（C1-C4 42Gy/12Fr/3w, L5-S 35Gy/10Fr/2.5w，右股関節 32Gy/8Fr/2w，左股関節 35Gy/10Fr/2.5w），zoledronic acid導入し疼痛コントロール良好となる。Flutamide内服および放射線治療後PSA下降し2012年５月PSA 0.025 ng/mlとなるが，その後PSA再度上昇傾向となった。

2012年８月PSA 1.30 ng/ml に上昇，CTにて肝転移，骨シンチで骨転移の増大を認めた。2012年9月よりDP療法（docetaxel：60 mg/m2, prednisolone：10 mg/day）を開始，計５コース施行。化学療法施行中PSAは1～2 ng/mlで経過した。

2013年１月化学療法6コース目を予定していたが，胸部X線で両下肺野に網状影が出現し，CTで胸膜直下に濃度上昇及び両下葉に網状影を認め，docetaxel による薬剤性間質性肺炎が疑われたため化学療法は中止となった。

2013年２月胸部X線で陰影は改善したが，血液検査にて肝・胆道系酵素の上昇を認め，同日のCTで肝臓に多発する腫瘤影を認めた。肝腫瘍は約６ヵ月で急速に増大しており原発巣評価のため当院消化器内科紹介。2013

年２月５日に上部消化管内視鏡検査および大腸内視鏡検査を施行したが，悪性所見を認めなかった。2013年２月12日肝腫瘍の精査目的に当院消化器内科に入院となった。

【生活歴】喫煙：なし　飲酒：機会飲酒（ビール1本/回）

【入院時現症】身長 168.0 cm，体重 60.0 kg，BP 106/72 mmHg, HR 93/min, BT 36.6℃, SpO2 94% (room air)

【入院時検査所見】

（血液生化学的検査）

WBC 7170 / μl, RBC 425 万/ μl, Hb 13.9 g/dl, Plt 15.5 万/ μl,

PT 12.9 sec, PT-INR 1.21, APTT 43.4 sec,

Na 133 mEq/L, K 4.3 mEq/L, Cl 101 mEq/L, BUN 32.7 mg/dl, Cr 0.87 mg/dl,UA 5.6 mg/dl, TP 5.6 g/dl, ALB 2.0 g/dl, T-Bil 3.5 mg/dl, D-Bil 2.4 mg/dl, AST 310 IU/L, ALT 199 IU/L, LDH 598 IU/L, ALP 2270 IU/L, γ-GTP 1352 IU/L, Ca 7.9 g/dl, CK 124 IU/L, CRP 4.5 mg/dl, HbA1c 5.8 %, TPLA 1.2 U/ml, HBs Ag 0.01, HCV Ab 0.11, PIVKA-Ⅱ　55 MAU/ml, DUPAN-2 116 U/ml, SPAN-1Ag　664.6 U/ml, AFP 1.6 U/ml, PSA 4.477 ng/ml

(尿検査) 特記すべき所見なし

【肝EOB-MRI**】**肝臓に多発する低吸収領域を認める。

【経皮的肝生検】

病理組織診断；

Well differentiated neuroendocrine carcinoma (carcinoid tumor)

免疫染色：CEA (+), CA-19-9 focal(+), chromogranin A (+), CD56 (+), synaptophysin (-), PSA (-), PSAP (-)

【入院後経過】

２月12日肝EOB-MRI施行。２月13日経皮的肝生検施行。入院後肝不全の進行が著しく，余命は数日～1週間程と考えられた。経過より肝腫瘍は前立腺癌の転移である可能性が最も高いと考えられ，２月15日，緩和ケア目的に泌尿器科に転科。転科翌日の２月16日午前１時22分，肝不全のため永眠された。

【臨床学的な問題点】

・多発性肝腫瘍と急速に悪化する肝不全で死亡するに至った。原発性肝癌，前立腺癌肝転移，他臓器癌による肝転移の鑑別が必要である。

・前立腺癌肝転移の場合，原発の前立腺の組織型も神経内分泌癌なのか。

【病理で明らかにして頂きたいこと】

・多発肝腫瘍は前立腺癌の転移でしょうか。

・前立腺癌および肝臓腫瘍の組織型は神経内分泌癌でしょうか。

・他臓器に転移の所見はあったのでしょうか。

【病理解剖組織学的診断】

1. 神経内分泌癌への分化を示す前立腺導管腺癌
   (ductal adenocarcinoma with neuroendocrin-differentiation)
   転移] 肝，両肺，脾，骨髄
2. 大腸腺腫
3. 両側間質性肺炎，左陳旧性線維性癒着性胸膜炎
4. 腔水症，腹水 500 ml 清，胸水 250/350 ml 清

【質疑応答】

1. 前立腺導管腺癌とは，通常の前立腺癌のことか？

→通常，前立腺癌という場合は腺房腺癌であり，導管腺癌は比較的稀な前立腺癌の一組織型である。

2. 内分泌療法が２種類行われているが，簡単に説明するとどのような作用機序なのか？

→Leuprorelin はLH-RH antagonist で，bicalutamide とflutamide は，抗アンドロゲン薬で，いずれもアンドロゲン作用を低下させる薬剤であり，前立腺癌の増殖を抑制する。

3. 前立腺神経内分泌癌は放射線感受性はよいのか？

→詳しく文献を調べた訳ではないのでわからないが，消化器領域での内分泌腫瘍は一般に放射線感受性が高くなく，前立腺癌でも放射線療法は無効の可能性はあると思う。

【まとめ】

前立腺導管腺癌から神経内分泌癌に組織型が変化し，多発性肝転移による肝不全のため死亡した１例を経験した。

教育研究報告

第37回日本リンパ学会に参加して

看護部　外川仁美

平成25年６月14日，15日の２日間福岡アクロス福岡国際会議場にて第37回日本リンパ学会に参加，発表したので報告します。

テーマはリンパ学におけるEBMの検証でした。今年はリンパ浮腫指導技能養成協会(LETTA)創設者でもある北村薫先生が学会長で，リンパ浮腫の治療に対してもチーム医療が必要という考えで，医師以外のメデイカルスタッフの一般演題も募集がありました。

開会のあいさつでは，今年の演題は医師による基礎研究，臨床研究の他，理学療法士，看護師と他職種の発表や参加が増えてきていると話されていました。

今回はじめてリンパ学会に参加しAward Sessionを聴きました。SessionはLAV手術での考察とか治療経験とか難しいものでした。

特に印象深いのが，婦人科の医師がリンパ浮腫の患者に対して細静脈吻合術を行い，その手術でのリンパ浮腫発症頻度は da Vinciを用いたロボット手術を取り入れることにより減少すると示唆されたと，最後結んでいたことでした。最新の外科治療とケアを組み合わせることによりさらなる効果が期待できるのではないかと思いました。

メデイカルスタッフによる一般演題の「リンパ浮腫の臨床」では各施設での取り組み，弾性着衣の工夫，リンパ浮腫の評価方法などすぐに取り入れられそうなものもあり参考になりました。

その中の演題の１つが「リンパ浮腫弾性ストッキングへの不満から使用しない患者の割合」があり，とても共感できました。

弾性着衣は装着が困難で暑くて蒸れる，高価なものという意見がありました。当院でも同じ理由にて，最初から圧迫力が強いもの(その人に合わせた適正な圧)を購入し，使用している患者は少数です。全く使用しないより治療必要圧より１つ下げて半年から１年かけて慣れたら圧迫力を上げる。あとは弾性ストッキングを毎日使用しているかのコンプライアンスにかかっています。セルフケアを良くするためにはどのように説明，指導していくのかなどは今後の私の課題です。

厚生労働省の健康局がん対策・健康増進課の担当者が来ており，閉会の辞の時には「困っている患者が多い現状ではあるが，保険点数がついていないものには病院側も人数や物を整備できない。その中で医療者は今できることを行っているが限界がある」。がん対策基本法ができても，がんの後遺症であるリンパ浮腫には対策が講じられてない。今学会でもいろいろなエビデンス検証がされている。ガイドライン整備や教育も国際推奨レベルの135時間を設定。「今後保険診療になるためには，何が必要ですか」と質問がありました。厚生労働省の担当者の返答は「エビデンスです。必要性は理解している。がんリハビリも設定している。今後もエビデンスを検証してほしい」と。会場にいたほぼ全員がリンパ浮腫の治療に保険点数をつけてもらうためにも，エビデンス検証，リンパ浮腫の啓もう活動とチーム医療の継続という方向性が共有できました。

今後も学会・院外での研修で，リンパ浮腫のケアに携わっている人と情報交換や啓蒙活動など自分ができることから行いたいと思います。

CVIT2013に参加して

臨床器材科　臨床工学室　　山　口　和　也

2013年７月11～13日までの３日間，兵庫県神戸市の神戸国際展示場，神戸ポートピアホテルで行われた第22回日本心血管インターベンション治療学会学術集会・CVIT2013に参加しました。CVITはメディカル，コメディカルを対象とした心臓カテーテル治療における国内最大級の学術集会であり，本年も例年同様メディカル約1000題，コメディカル約200題，さらに約400題の特別セッションが併せて行われました。12日には演題発表と並行して午前中PCI，午後からEVTのライブデモンストレーションも行われました。

今回，学会に参加し学んできた内容の一部として，まずメディカル部門では，DESの遅発性血栓症の予防に対する特別プログラムを視聴しました。このシンポジウムでは病理，臨床，IVUS，血管内視鏡，OCTと様々な視点からVLST予防を考え，まず病理としては現在，第２世代のDESは第1世代のDES(SES，PES)と比較し血管壁に対する炎症を抑制し，DES留置後1年程度でStentは薄い内膜に覆われる事からDAPTの１剤化が図れるのではないかと言われているが，実際はStent留置後３年経過していても炎症反応は続いているため，DAPTは２剤併用し続ける必要があるとの見解を示した。臨床ではDES留置後，PSSは６ヵ月と早期でも起こること，またDES留置後1.25%の症例で血管が癌化することが述べられた。IVUSに関しては知識として，新しい話題は特になかった。血管内視鏡ではEES，ZESなど第２世代のDESは8ヵ月程度でNeo intimaが形成されるものの，血栓形成も起こることが報告された。OCTではEESを留置した症例の経過をOCTでfollow upし，1年かけてNeo intimaが形成されること，またmalappositionは３ヵ月，６ヵ月で半減し，９ヵ月でほぼ消失するが，Stent strutと血管内膜の距離が260μm以上認めるものに関しては慢性期においてもappositionが残存することが示されていた。

コメディカルの演題では，当科で機器の操作を行っているIVUSの発表を中心に視聴してきました。内容としては最近発売されたIVUSカテーテルTerumo社製Navifocus WRが従来のIVUSカテーテルでは困難であった，7Frガイディングカテーテル内へのマイクロカテーテルとの同時挿入が可能であることや，IVUSカテーテルの周波数を変更することで病変部の血管径の情報を得られやすくなることなど，新しい知識や再確認させられることがありました。

また，一般演題の口演で「当院におけるIVUS Reportの運用状況」と題して発表を行ってきました。IVUSとは血管内超音波診断デバイスであり，現在のPCIにおいて治療をサポートする上で非常に重要なデバイスツールである。当院ではIVUS操作を臨床工学技士が行っており，IVUS操作を始めた頃は，IVUS動画像の記録，計測のみを行っていたが，現在はIVUS Reportシステムを利用して，画像の保存，計測値，静止画像に対する所見などを入力したReportを作成している。IVUS Reportに関しては業務上，仕事量が増加することや，煩雑さから簡便なReportを作成している施設は多数見受けられるが，当院のような詳細なデータを入力したReportを作成している施設は全国的にも稀であり，今回はそのReportシステムについて報告してきた。

また学会初日終了後，別会場にて第２回Co-Medicalカンファレンスが行われ参加してきました。この会は昨年のCCTで初めて行われ，当初はクローズの会として始まり，今回はセミクローズという形式で行われた。今回の内容は「カテラボでのコンプリケーション・トラブルシューティング」という内容で行われ，星総合病院，北海道社会保険病院，札幌心血管クリニック，岡崎市民病院，北光記念病院，榊原病院，金沢医科大学の方々が発表を行いました。どの病院もPCIでは有名な施設で，経験，症例数も豊富でありわれわれが経験したことがないような症例を掲示し，それに対し参加したコメディカルがフロアから意見を言うという，形式的にはラフな感じで行われたが，内容としては大変勉強になりました。また，この会に参加したのは臨床工学技士，臨床検査技師，看護師で参加した方はほとんどがカテーテル関係では著名な方ばかりで，ディス

カッションを聞いていると，まるで医師同士の会話のようで，時々話についていけない部分もあり，まだまだ勉強が足りないと痛感させられたが，良い経験になりました。

今回の学会に参加し，最新のエビデンスに基づいたデータ，新デバイスの性能，圏内では現在治験段階であるデバイスの海外における実臨床の話しなど，幅広い分野の知識を得ることができました。今後はこの知識を活かし，医師のサポートを的確に行い，安全かつ質の良い医療を患者に提供できるよう努めていきたいと考えております。

ストーマリハビリテーション講習会リーダーシップコースに参加して

看護部　　菅　原　あゆみ

2013年７月24日から27日まで，標記講習会に参加しましたので，報告いたします。

本講習会では，排泄概論・社会学・管理・ケアから，リーダーシップの概念，学習と技能評価，ストーマ関連用品の工学・流通・法制，人権・生命倫理，ストーマリハビリテーション，障害心理，性機能障害，地域連携，カウンセリング，緩和ストーマなど広い範囲の講義と演習を行いました。演習では多くの課題をグループワークで討論しました。

症例検討では，ストーマ装具の漏れが多く外出も夫の介護もできず悲嘆しており，ストーマを作りなおしてほしいと訴えている患者に対するケアを議論し，とにかく漏れない局所ケアが必要であると考えられました。その後ストーマ外来に来なくなってしまった場合どうアプローチするかという追加課題もあり，カウンセリングやケースワーカーなどへの相談，介護を休めるような調整など他の職種への働きかけの必要性を検討しました。

仕事復帰する際に，オストメイトであることを職場に告げるべきか悩む患者に対するケアの検討では，予想される状況を具体的に説明し，周囲に告げるメリットデメリットを患者とよく話すことが重要です。患者の意志決定を支えるカウンセリングの技術も求められると強く感じました。

緩和ストーマ造設し退院を希望する末期がん患者のケアの検討では，余命が短く多職種との調整にスピードも要求されます。本人，家族の不安や思いを把握しつつ，看取りの場所や訪問サービスの開始，緊急時の対応，家族支援，緩和チームとの連携など多くのことを同時に進めつつ患者家族の精神的フォローも必要であることを認識しました。

ストーマ装具の工学や法制の問題では，各メーカーや装具によっても差があり，それを熟知してその患者にもっとも合う装具を選択できるようにする必要があります。また，輸入品が多く注意書きや説明書の字が小さく，高齢者が多い現状にそぐわないことが明らかになりました。各メーカーの担当者が参加していたので，今回明らかになったこれらの問題はすぐに伝えることができましたが，中間ユーザーの私たち看護師が声をあげていくべき問題でもあると認識しました。

学習カリキュラムについての演習では，学習を適切に支援できるようになるために，学習目標，学習方略，学習評価の概略的な知識を身につけるための講義がありました。課題としては「倫理的配慮をしながら患者家族の社会的問題を多職種とどのように協働したらよいかをスタッフが考えられるように教育をする」というテーマでグループワークを行いました。具体的行動目標には想起，解釈，問題解決，技能，態度があります。

方略は講義，シミュレーション，観察記録，ロールプレイ，OSCE，OJTなどどのような方法を使うと学習目標を効果的に達成できるかを考えました。

ストーマ術前外来の意義について興味深く講義を聴きました。現在外来でも術前オリエンテーションを行

えるよう検討中であり，講義を参考にして進めていきたいと思っています。

演習では討議の時間も短く設定されており，素早い回答が求められました。自分ならどうするかを常に考え，多くの受講者と討論し，意見をもらえたことはとても良い学習となりました。

84名の看護師と5名の医師が参加されていました。今後当院でも参加者が増えていくとストーマリハビリテーションをチームで考えていく意識が高まると感じました。今回学んだ学習目標の講義を参考にして患者ケアやスタッフへ広げていきたいと思います。

第 35 回 MR 基礎講座への参加報告

中央放射線科　　小　木　有　紗

平成25年８月３日から４日までの２日間，「第35回MR基礎講座」が日本核磁気共鳴医学会の主催で東京コンファレンスセンター・品川にて開催され，参加させていただきました．日本核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，実際に検査を担当しているMRI中級者の診療放射線技師が対象ということもあり，MRIの基礎的な原理から最新の応用技術までと，とても幅広い内容となっていました．今回，全国の参加者150名とともに，20名の講師による講義を受けてきましたので報告いたします。

１日目は主にNMR(核磁気共鳴)の基礎やMRIハードウェア，MRIの安全性などの講義を受けました。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，NMRの基礎において，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学生時代の授業よりも分かりやすく，丁寧に講義していただきました。MRIハードウェアでは，MRI装置の構造・磁場特性，検査に用いるコイルの種類・感度特性，MR信号送受信の原理について講義していただきました。MR信号を得るためには，MRI装置の磁場特性を理解し，その中で撮影したい部位によって使用するコイルの選択・配置を考えなければならないという，検査を行う環境の整備の重要性を再確認す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，MRI装置本体や検査を受ける方だけでなく，業務従事者の安全を学ぶことができました。１日目の講義は基礎の話が中心で，知っていて当たり前のこととなっていた部分もありましたが，改めて講義を受けたことで特に安全面について再確認し，意識して検査を行っていきたいと思いました。また，安全面に関しては共に業務に携わる看護師さんにも今回学んだことを共有して，より安心・安全な検査を行えるようにしたいと思いました。

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，より実践に近い内容の講義でした。MRIはCTとは異なり，パラメータの設定で造影をしなくても，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ます。もちろん，造影剤を用いた検査も行いますが，このパラメータを設定次第で，検査の良し悪しが決まります。そのため，画像法の原理についてしっかり理解する必要がありますが，今回の講義を通して理解を深めることができました。また，MRIは画像を得るための原理の複雑さからアーチファクトと呼ばれる偽像がCTより多く，様々な種類として現れます。MRI本体によるものや，生体の血流などの流れや動き，体内金属（インプラント，人工股関節など）が原因となります。これらのアーチファクトが発生する原因を理解してなるべく出現させないように努めなければならないと強く感じました。2日目の講義では検査の質を上げるために必要な内容となっており，日常の業務で使用している撮像法はもちろん，最新の撮像法まで盛りだくさんでした。今回学んだこ

とを常に念頭に置きながら検査に臨みたいと思いました。

今回開催された講座では，両日ともに朝から18時まで講義を受け，昼食時はランチョンセミナーと休む間もなく講義漬けでしたが，とても自分のスキルアップにつながる内容ばかりでした。基礎の再確認から最新の撮像法まで，学んだことを生かし，より質の高い検査を行い，診断の役に立つ画像を提供していきたいと思いました。

第 49 回日本移植学会に参加して

看護部　　難　波　幸　一

第49回日本移植学会総会に参加した。今年の移植学会は日本の世界遺産の宝庫，京都で開催された。今年のテーマは，「愛・絆・命」社会とともに歩む移植医療と題し，全国から各臓器移植の医療関係スペシャリストが集結し，最新情報の共有と意見交換が行われた。今回のもう一つの目的は，認定レシピエント移植コーディネーター(RTC)として，毎年行われている教育セミナーにも参加することである。こうした教育セミナーへの参加は，RTC認定更新の必須要件となる。今年の講習は，日本の腎臓移植の背景から免疫抑制剤と拒絶反応について，名古屋第二日赤病院の渡井至彦先生が講演された。免疫のしくみから免疫抑制剤の特徴など，名古屋第二日赤病院の実績を紹介しながらとてもわかりやすく説明して頂いた。その中で移植後の服薬管理は，臓器の生着や副作用による合併症予防に関わり，レシピエント自身が日常生活において継続した服薬管理を実施していかなければならないと述べられた。こうした患者の服薬アドヒアランス向上に対して，今後RTCが積極的に関わり支援していく必要があると感じた。また免疫抑制剤服用により，悪性腫瘍の発症率が上昇すると言われており，レシピエントの検診状況や健康管理についても面接による情報収集を行い，健康相談などにも対応していく必要性があると認識した。講演後は今年度の認定RTC合格者の認定授与式が行われた。RTCの認定制度が始まって今年で３年，最後の移行期措置として21名の新たな認定RTCが誕生し，今年をもって全国の日本移植学会認定のRTCは合計103名になった。

演題発表では，臓器移植全般に渡る発表が行われた。自分は腎臓移植を担当しているが，腎臓移植とは移植そのものが直接生死に関与しない臓器移植である。しかし生命に関わる肝臓移植の場合，愛する家族を守るために誰かが提供者にならなくてはならず，家族の中であっても様々な人間関係が出てくるものである。そうした中で，RTCとしてのレシピエントや家族への支援，コーディネーションの難しさ知ることができた。

日常これから移植を検討している患者さんからは，iPS細胞から臓器を創られるのはいつになるのかと聞かれることがある。今回の教育セッションでは，京都大学iPS研究所の先生方のお話を聞くことができた。臓器によっては思ったより早い段階まできている印象をうけたが，一方腎臓が作られるまでにはまだまだ遠い道のりであることが印象的だった。

現在の日本の臓器移植医療は，技術は進んでも提供する人は一向に増えていない。健康な人にメスを入れなくても成し得る臓器移植が，一日でも早く実現できる時代が待ち遠しく思い京都を後にした。

第36回日本造血細胞移植学会に参加して

看護部　佐々木　理恵子

2014年３月７日～９日まで，沖縄県宜野湾市で開催された「第36回日本造血細胞移植学会総会」に参加し，「化学療法・移植を受ける入院患者の手指衛生における意識調査」のテーマで，ポスター発表を行いましたので報告します。発表内容は以下の通りです。

【はじめに】初回の化学療法時に看護師が患者へ写真入りパンフレットで手指衛生の指導を実施している。しかし患者の手洗いの実態を把握しておらず，再入院後の指導は実施していない。患者が正しく手指衛生ができているか現状を把握するため意識調査を行い，今までの指導のあり方を検討した。

【方法】調査対象者は，造血器悪性腫瘍に対する化学療法・移植目的で入院し手指衛生が自立している患者。データ収集期間は2013年４月１日～４月30日。５段階尺度で単純集計・クロス集計。

【結果】回収率は100%。手洗の必要性では，感染予防のためが96.7%。手洗い方法の意識では，いつもしている・しているが81.5%。化学療法回数別でみると手洗いの場面では化学療法１回目からトイレの後はいつも・ほとんど洗うが100%。しかし，食事の前，病室に戻るとき，床に落ちたものを拾ったときでは全く洗わない・たまに洗うが30%。部位別にみると左右の親指，爪，手首を洗っていないが１回目から４回目以上で40～60%。アルコール製剤では使用していない・あまりしていない人が50%，アルコール製剤を十分量使用していない人が57.1%であった。

【考察】化学療法回数別にみると手洗いの場面において化学療法1回目からトイレの後以外は洗っていない人も多く，部位別ではまんべんなく洗えていない。アルコール製剤でも十分量使用していなく正しい手指衛生ができていないことがわかった。

化学療法を受ける患者は感染予防のため手指衛生の必要性を理解し意識は高いが，実際には1回きりの指導では患者の受け止め方，実践を確認していないため，正しい手指衛生が行われていない。効果的な指導を行うには患者の受け止め方を確認しながら患者参加型の指導が必要である。

【感想・学び】今回は７施設が１グループとなりポスターセッションを行いましたが，どのグループの発表もとても勉強になりました。

特に当院と同じように「患者に対する手洗い検証器を使用した手洗い指導の効果について」の内容で発表を行ったグループがあり，患者への手洗指導は口頭説明で行っていた。検査器を使用し手洗い効果をみると１回目では手背，特に右手の洗い残しが多いことがわかり，また，爪，指間の洗い残しが多いことがわかったとあった。

このことから，２回，３回と手洗い指導を実践的に行い，その都度検証器を使用し洗い残しを確認した所，３回目で洗い残しが少なくなり，最低でも３回の手洗い確認が必要であると述べていた。しかし，患者は日常的手洗いは行えているが衛生的手洗いが行えておらず，洗い方についての指導が特に必要とも述べていた。

私たちの研究では検証器は使用しなかったが，１回の口頭指導だけでは手洗いの指導効果が得られていないことがわかり，上記の研究発表からも，今後，検証器を使用し洗い残しがないか，手洗い効果を確認することも必要であると思いました。

他のポスター発表で感じたことは，移植後の食事・栄養管理や口腔ケア，スキンケアなど当病棟でも患者看護で悩んでいることが多く取り上げられていたこと，また，当院では行っていないが，他の施設では移植後のフォローアップ外来の普及がとても充実し，患者さんの身体的・精神的フォローに役だっていることがわかった。

移植を行った患者はQOLの低下が著しく，中々社会復帰もできず金銭面でも不安を抱えている。そんな中で医療者のフォローがとても重要であることを痛感し，私たち看護師も専門的知識を持って患者と向き合うことが重要であると深く感じました。今回の学会総会に参加し，感じたこと，学んだことをスキルアップに活かしていきたいと思います。

第47回日本臨床腎移植学会に参加して

看護部　　樋　屋　綾　香

と　き：2014年３月12日～３月14日
ところ：奈良市

今年は奈良での開催ということで会場が100年会館や東大寺総合文化センターであり，日本文化に触れながらの学会となりました。医師，看護師，コメディカル合わせて395題のほか，さまざまなシンポジュウムやセミナーに参加し腎移植についてさらに学びを深めることができました。

今回の私たちの研究の中では血圧や体重測定，内服管理，感染予防行動といった退院後の自己管理状況を明らかにするためにインタビュー調査を行い，レシピエントにとってはすべてにおいて習慣化されており負担になっていないという結果が得られました。学会発表の中では看護師，コメディカルの部門で同じように移植後の自己管理についての発表も多くありました。その中で新潟の病院ではアンケート調査の中で移植後５年以上経過すると免疫抑制剤の飲み忘れが多くなるという結果が発表されていました。私たちの研究では移植後の経過が短く入院時の状況を振り返りやすいなどの理由で，移植後３年以内のレシピエントを対象にしていたためそれ以降の管理状況については明らかにできていませんでした。免疫抑制剤の内服に関しては習慣化されていて負担になっていないという一方で，年数が経過することで重要であるという認識が薄くなってしまうことも考えられました。

パンフレットや経過表を利用しているという発表も多くあった中で，ある病院では看護師のスケジュール表を作成し使用しているとの発表がありました。その中身は血液型適合生体腎移植患者用，血液型不適合腎移植患者用，献腎移植患者の３つにわかれていて，使用した結果看護師からは「不安なく説明できるようになった」「経過がひと目でわかるのでどうなるのかを明確に説明できるようになった」などの意見があげられていました。当院でもパンフレットを用いて患者さんへ指導を行っていますが看護師の経験年数や知識によって指導内容にばらつきが生じていることが予測されます。このような細かいマニュアルを使用していくことで患者さんの段階に合った説明が行え，経験の少ない看護師の知識の向上につながっていくのではないかと考えられます。そのために少しずつでも現在のパンフレットや指導内容の見直しを行っていく必要があると感じました。

今回の学会に参加して改めて自己管理指導を行う際には病棟だけではなく外来や他職種との連携が不可欠であるということを実感しました。移植前の生活背景や性格，家族背景など様々な視点で患者さんを捉え自己管理を継続していけるような関わりをしていかなければなりません。発表の中には将来に不安を抱いているというレシピエントは70％前後いるとあり，その不安を軽減できるような継続した看護を実践していく必要があると感じました。

最後に本学会で学んだことを病棟スタッフと共有し腎移植看護の向上を目指していきたいと思います。

医局抄読会記録（25 年度）

冠攣縮性狭心症患者における血流依存性血管拡張反応（FMD）

【目的】近年，血管内皮機能および早期動脈硬化の指標としての血流依存性血管拡張反応（Flow-mediated vasodilatation：FMD）検査が普及しつつある。冠攣縮性狭心症（CSA）患者では，動脈硬化の程度が軽度であるにもかかわらずFMDは低下しているという報告も散見される。そこで，CSA患者と急性心筋梗塞（AMI）患者のFMDを比較し，CSA患者におけるFMDの意義を検討した。

【方法】対象は，アセチルコリン（ACh）による冠攣縮薬物誘発試験や冠動脈造影中の自然発作から診断したCSA群；33例とAMI群；45例。さらにCSA群を，50%以上の器質的狭窄部位に冠攣縮を伴う例；O-CSA群と，器質的狭窄を有しない例；N-CSA群に分けた。上腕動脈のFMDを専用機器であるUNEXEFを用いて測定した。

【結果】高血圧，脂質異常症，糖尿病，喫煙などの冠危険因子を有する頻度はCSA群とAMI群間に差を認めなかった。FMDはAMI群3.0%に比べCSA群4.7%とCSA群で有意（p＜0.0５）に高値であった。しかし，O-CSA群，N-CSA群，AMI群の3群間の比較では，O-CSA群5.8%，N-CSA群4.1%，AMI群3.0%と，AMI群に比べO-CSA群で有意（p＜0.0５）に高値であったが，AMI群とN-CSA群との間に差を認めなかった。

【総括】FMDは，CSA群全体ではAMI群に比べて高値であったが，O-CSA群がAMI群に比べて高値である一方，N-CSA群とAMI群間に差を認めなかった。このことは，動脈硬化の進展だけでは説明つかない血管内皮機能障害が器質的狭窄を有しないCSA例に存在すること，そして器質的狭窄を有するCSA例とは異なった病態が存在する可能性が示唆された。

（循環器内科　井川　貴行）

女性におけるstandard scopeとしての細径軟性大腸内視鏡PCF-PQ260の有用性

【背景】一般に女性，特に腸管の癒着，過長，複雑な走行などの症例に対する大腸内視鏡の挿入は，腸管の過伸展により苦痛が生じる。この問題点を解決するには，細径軟性scopeが適しているが，再loopを形成しやすいため深部挿入が困難となる。

【対象と方法】2005年５月から2012年12月までに，オリンパスメディカル社製PCF-PQ260（プロトタイプを含む）を用いて，計3232例に対して，全大腸内視鏡検査目的で原則sedationなしで検査を施行した。挿入はS状結腸，肝彎曲ともにpush主体の挿入法で行った。PCF-PQ260はステッキ現象を防止する受動湾曲と，細径軟性scopeでありながら深部挿入性を向上させる高伝達挿入部の新機能を搭載したscopeである。

【結果】１）3232例中，75.4%は女性であった。２）3231例中，前医で挿入不能など挿入困難例は1732例（53.6%）であった。３）Total colonoscopyは3158例（97.7%）で可能であり，2535例（80.3%）で15分以内の盲腸到達が可能であった。４）sedation施行は90例（2.8%）であったが，うち30例はsedation不要例と考えられた。５）NRSを用いた疼痛の評価は平均1.9±2.3と苦痛の程度は軽度であった。６）通常scopeから本機種への変更後にTCFが可能となった206例中，女性は154例（74.8%）と男性の52例に比較して多かった。一方，本機種から通常内視鏡に変更後にTCFが可能となった13例中，女性は2例（15.4%）と男性の11例（９例はBMI 25以上）に比較して少なかった。

【結論】細径軟性大腸内視鏡PCF-PQ260は，挿入困難例においてもpush操作主体で苦痛の少ないTCFが可能な有用なscopeであり，女性においてはstandard scopeとして，男性おいてはbackup scopeとの位置づけである。

（消化器内科　小澤　賢一郎）

慢性腎不全患者に使用できる経口糖尿病薬について

これまでは慢性腎不全患者に使える経口糖尿病薬は限られており，インスリン治療の適応となることが多かった。最近，DPP-4阻害薬を初めとする新規経口糖尿病薬が次々と発売され，慢性腎不全患者でも副作用のリスクが少なく安全に使用することが可能となってきた。そこで，現在日本国内で発売・使用されている経口糖尿病薬のうち慢性腎不全患者に対して使用可能なものとそうでないものについて要約し，最近の糖尿病診療でのトピックも交えて紹介する。

（代謝内科　土屋　慶容）

発熱性好中球減少症（Febrile neutropenia：FN）について

抗癌剤による骨髄毒性が生じると，さまざまなグレードの好中球減少が生じ，それにより発熱が生じた場合には，経験的抗菌療法が施行される以前は，化学療法関連感染症の約75%が死に至っていた。このような場合，重篤な細菌感染症を併発している可能性が高く，emergencyと考えなければならない。

好中球減少時に発熱すると急速に重症化して死に至る危険があるが，発熱後直ちに広域スペクトラムの抗菌薬を投与すると症状が改善し，死亡率が低下することが経験的に知られている。そのため発熱性好中球減少症（febrile neutropenia:FN）という病名が提唱され，現在は抗癌剤によって好中球が減少し，発熱したすべての患者が該当してくると考えられる。

FNが発症すると何が問題点であるのか？それはFNが発症することにより，次サイクルの治療の延期や抗腫瘍剤の減量，それにより治療強度が減弱し，生存率が低下することに直結する。それ故，FNの基本的なリスクや治療法を把握しておくことは，造血器疾患だけでなく固形がん治療を担うすべての臨床医にとってもマイナスにはならない。

この発表を機にFNのご理解とご見識を深めるきっかけになればと思います。

（血液内科　千葉　広司）

内科救急のファーストタッチ　～気管支喘息～

喘息には，様々な原因で悪化しやすい，類似の症状を示す病気が幾つかある，診断や鑑別が難しい場合がある，という特徴がある。

喘息の増悪の疑いがある場合，酸素投与が必要なのか，炭酸ガスナルコーシスになりやすい状態なのか，本当に喘息なのか，喘息であればアスピリン喘息なのか，他の病気を合併しているのか，について，問診や診察や検査を行いつつ，治療を開始する。

聴診では，典型的な喘息の場合，両前胸部と両背側で呼気時にpolyphonicの連続性ラ音（wheezesやrhonchi）を聴取する。連続性ラ音と共に，両肺で吸気終末に水泡音（coarse crackles）も聴取されるときには，喘息ではなくて心不全である可能性も考える。

加えて，肺疾患や心疾患の既往，下腿・足背浮腫の有無，心電図所見，胸部X線所見，血算，白血球分画，CRP，CPK，AST，NT-proBNPなどを参考に，総合的に診断する。

喘息発作が疑われたら，確信はなくても，喘息の治療を開始する。

酸素飽和度が89%以下であれば酸素投与を開始する。初期対応としては酸素飽和度90-95%を目標にする。問診や検査の結果，COPD，気管支拡張症，肺結核後遺症，胸膜肥厚，脊椎後側弯症，肥満性低換気症候群など，炭酸ガスナルコーシスになりやすい基礎疾患をもつことが分かれば，酸素飽和度90%前後を目標に酸素を投与する。それらの基礎疾患がないことが分かれば，酸素飽和度95%前後を目標に酸素を投与する。

薬物治療としては，メプチン吸入液0.5ml＋インタール吸入液2mlのネブライザー吸入と，ソルメドロール125mg＋ネオフィリン1A＋ソルデム3A 200mlの点滴（約90分）の両方を行うことが勧められる。

治療により帰宅できる場合は，帰宅後の再増悪を防ぐために，プレドニゾロン20mgを処方して，帰宅したらすぐ内服してもらう。

今回の喘息悪化の１時間ほど前に解熱鎮痛薬を使用した，解熱鎮痛薬を使用した1時間くらい後に喘息が悪化したことがある，喘息を発症してから解熱鎮痛薬の錠剤や坐薬を使用したことがない，鼻茸や副鼻腔炎を指摘された，のうち当てはまるものがあれば，アスピリン喘息の可能性がある。

アスピリン喘息である可能性がある場合は，①ボルタレン錠・坐薬，インドメタシン坐薬，ロキソプロフェン錠，モーラステープなどの解熱鎮痛薬を処方しない，②ステロイド注射は，静注せずに点滴で行う，③発熱・疼痛時には，セレコックス，ハイペン，カロナール1回300mg以下，MS冷湿布，ステロイド内服，漢方薬，モルヒネ，ペンタジン，麻酔薬などで対応する，などの注意が必要である。

喘息の発作強度が重篤である場合，肺炎や無気肺や気胸を合併している場合，喘息治療を約1時間行っても呼吸困難を自覚したり酸素飽和度が91%以下であったりする場合は，入院が必要である。

（呼吸器内科　福居　嘉信）

当院における直腸癌手術症例の検討

腹腔鏡下手術の最も重要なメリットの一つに拡大視効果による正確な手術の施行が可能であることが挙げられる。特に直腸癌手術では，開腹手術では良好な視野を得ることが困難な骨盤内にもカメラが入り良好な

視野および膜一枚の層を同定できることから，より腹腔鏡下手術の恩恵が得られる術式と考えている。

2011.1～2013.10まで当科で施行した直腸癌症例71例を対象とし，腹腔鏡下手術を含めた術式の割合，術後経過，合併症につき検討した。

当科において，直腸癌に対する腹腔鏡下手術の割合は全症例に対して約60%に行われており，年々増加している。術後経過においては経口摂取開始時期も早く，在院期間も短縮していた。

当院での腹腔鏡下結腸癌および直腸癌手術の術式の変遷，割合につき検討し，実際の手術手技のビデオを供覧し現状につき報告する。

（外科　吉見　泰典）

DVTの診断と治療

（胸部外科　杉本　聡）

遺伝性難聴

遺伝性難聴とは，単一遺伝子により生じる難聴のことを言い，遺伝形式や，先天性か後天性か，また随伴する症状の有無にて症候群性，非症候群性に分類されている。

小児感音難聴のうち，遺伝性難聴は半数を占めている。先天性難聴とは，出生時より認められる難聴のことで，出生650から1000人に一人の割合で発症すると言われている。後天性難聴とは，言語獲得期後に発症するものをいう。症候群性難聴は，難聴のほかに症状を伴うものとして定義されており，遺伝性難聴の30%を占める。非症候群性難聴とは，難聴のみを主訴とし，他の症状を伴わないもので，遺伝性難聴の約7割を占める。非症候群性難聴は，常染色体優性遺伝するDFNA，劣性遺伝DFNB，X染色体連鎖遺伝DFN，Y染色体連鎖遺伝DFNY，修飾遺伝子DFNM，Auditory Neruropathyの原因遺伝子AUNAに分類されている。DFNBは現在43の遺伝子座，DFNAは25，DFNは3，そしてAUNAは1つの遺伝子座が判明している。日本人難聴患者に報告された難聴の原因遺伝子は複数あるがこのうち，ミトコンドリア1555A＞G変異について述べる。これは母系遺伝が特徴的で，後天性の難聴となる。外来の感音難聴の患者の３%にはこの異常の潜在が推定されており，人工内耳挿入患者の約10%がこの変異による難聴である。この変異を持つ患者は，アミノグリコシドに対し高感受性を持ち，1回の投与でも重篤な難聴を起こす場合がある。一方で，アミノグリコシドの投与歴がなくても難聴を認める場合もある。難聴は両側対称性で，高音障害型，耳鳴を伴う例が多い。難聴が進行する場合があるが，めまいを伴うものはまれである。年齢が高いほど，またアミノ配糖体抗菌薬投与歴のある患者ほど高度な難聴を呈する場合が多い。今回，臨床所見からミトコンドリア1555A＞G変異難聴が疑われた症例を経験したので報告する。

（耳鼻咽喉科　北尾　恭子）

小児の食物アレルギー

食物アレルギーの頻度は近年増加の傾向にあり，小児科でも，食物アレルギー診療の重要性は高まっている。最近，食物アレルギーに関連した学校給食事故の報道がなされたことなどもあり，一般でも小児の食物アレルギーに対する関心は高くなっている。その一方で，検査結果（特にIgE RAST）の不適切な評価・利用による過度の食事制限など，問題がある対応が行われている例も多く経験する。このため，当科では，平成25年４月から，月１回の食物アレルギー外来を開設し，入院での食物アレルギー経口負荷試験を実施し，食物アレルギーの診療を行っている。

今回は，小児の食物アレルギーについて，実際の症例を提示し，臨床症状や，診断・検査の方法などについて説明した。特に，一般に安易に検査されがちなIgE RASTについて，評価方法や食物アレルギー診療での利用方法を解説した。また，経口負荷試験の具体的な実施方法についても説明した。

（小児科　中嶋　雅秀）

根治的前立腺全摘除術　～開腹から腹腔鏡，そしてロボットへ～

75歳以下の限局性前立腺癌患者の根治的治療としては放射線療法，手術療法（前立腺全摘除術）がある。両者の制癌性の優劣は示されておらず，放射線療法は排尿症状の増悪因子であり，手術療法は耐術能や術後尿失禁があることなどを考慮して治療方針を選択する。根治的前立腺全摘除術の要点は，周囲の静脈叢・血管茎の処理，尿道括約筋の温存，膀胱尿道吻合である。従来の開腹手術に代わって，腹腔鏡下前立腺全摘除術（LRP）が行われるようになってきた。創が小さい，出血量が少ないなど低侵襲であることが最大のメリットであるが，一方で膀胱尿道吻合など腹腔鏡手術の苦

手とする縫合操作が多い点で格段に難易度が高く，保険診療下で行うには施設基準のクリアが必要となる。当科では2013年３月よりこのLRPに取り組み始め，2014年２月に施設基準を取得した。2014年２月までに10例施行にとどまるが，それまでの開腹手術に比べて，出血量（中央値110vs1220ml），尿失禁パッドが不要となる期間（1.0vs5.1か月）で優れている。ただし，膀胱尿道吻合部の吻合不全は多く，今後の技術向上が必要である。ロボット手術支援システム「ダヴィンチ」を用いたロボット支援下前立腺全摘除術が広まりつつある。優れた操作性を持ち，腹腔鏡手術の手術難易度を下げることができ，より高精度の手術を行うことができ，癌の根治性，術後尿禁制保持を高めることが期待される。以上，前立腺全摘除術の歴史的な変遷・進歩につき概説した。

（泌尿器科　望月　端吾）

クレキサン投与患者における創部血腫の１例

症例は84歳，女性。半年前より腹部膨満感，食欲不振を自覚しており，近医で腹部腫瘤を指摘され，腹部大動脈瘤の疑いで当院胸部外科に紹介となった。CTで上腹部～骨盤内に達する巨大な嚢胞性病変を認め，巨大卵巣腫瘍の疑いで当科に紹介となった。MRIで内部は均一なT2高信号を呈し，隔壁や充実性部分は認めなかった。開腹両側付属器摘出術を施行し，病理診断は漿液性嚢胞腺腫であった。高齢者の巨大卵巣腫瘍の手術であり，周術期の静脈血栓塞栓症（Venous thromboembolism：VTE）高リスクと考え，術後24時間後よりクレキサン2000単位１日２回の皮下注を開始した。術後３日目にヘモグロビンと血小板数が急激に低下し，血液凝固検査では異常値を認めなかったが，造影CTで腹部術創直下に血腫形成を認めた。クレキサンを中止し，RCC2単位を輸血し，その後は血腫の増大や貧血の進行なく退院となった。クレキサンは下肢整形外科手術や腹部骨盤内の手術において，周術期VTE発症抑制の適応を有する低分子量ヘパリンである。日本の肺血栓塞栓症／深部静脈血栓症予防ガイドラインによると，VTE高リスク以上の場合は間欠的空気圧迫法あるいは低用量未分画ヘパリンや低分子ヘパリンなどの抗凝固薬によるVTE予防が推奨されている。一方，米国臨床腫瘍学会やアメリカ胸部医学会のガイドラインでは，禁忌がない限り抗凝固薬の使用を積極的に推奨しており，今後は抗凝固薬がVTE予防の第一選択になると思われる。ただし出血性副作用が1.8～9.2%報告されており，高齢者，低体重患者，腎機能障害患者においてはクレキサンの血中濃度が上昇し，出血のリスクが増大する。今回の症例を通して，当科では周術期のクレキサン使用に関する除外項目を追加し，投与間隔を延長する，あるいは投与しない，といった明確な基準を設けることとした。

（産婦人科　大場　彩音）

当科を受診した広汎性発達障害および注意欠如多動性障害の成人例の臨床的検討

当科に過去９年間に初診した20歳以上の広汎性発達障害（PDD）および注意欠如多動性障害（ADHD）の患者について，診療録を基に後方視的調査を行った。患者数の合計は81名で，初診患者総数に占める割合は2008年度から増加し，１～２%で推移した。年齢は20～54歳（平均年齢30.6歳），男女比は1.2：1で，児童期と比べて女性の割合が高く，診断は特定不能のPDDが多かった。中核症状の男女の比較では，男性では対人関係の問題が多かったが，女性では，元来対話能力が高いため，対人関係の問題は顕在化しにくく，仕事や作業上の問題が目立った。今後は，成人の精神科臨床においても，精神症状の背景にある発達障害の特性に注意を向けながら診療を行っていく必要があると考えられた。

（精神神経科　泉　　将吾）

硬膜外にとってかわる？体幹の神経ブロック

近年，手術室で施行される末梢神経ブロック数は爆発的に増加している。その理由には大きく二つあり，一つは，硬膜外血腫の高リスク患者の増加，もう一つは超音波診断装置の進化である。高齢化社会を迎えた昨今，冠動脈疾患，心房細動，脳血管疾患などで抗凝固療法，抗血小板療法を受ける患者が増加した。また肺血栓塞栓症，深部静脈血栓症の予防のために周術期に抗凝固療法を受ける患者も増加している。その結果，今まで術後鎮痛の中心的役割であった硬膜外鎮痛が，硬膜外血腫の懸念から適応外となる症例が散見される。そこで代替手段として用いられるのがオピオイドを併用した体幹のブロックである。

今や手術室に超音波診断装置があることが当然となり，その解像度はこの10年間で劇的に進化している。超音波装置を使用することでリアルタイムに構造，運針，薬液の広がりを確認し，確実な効果を得ることが

できるようになってきた。

しかし，体幹のブロックは体性痛には効果的であるが内臓痛には効果がない。そのため，開腹手術に対しては，内臓痛対策としてのオピオイドの併用が必須である。

これらの方法を組み合わせた結果，硬膜外と同等の鎮痛効果を得ることが可能となってきている。

2012年より当手術室でも腹腔鏡を使用した腹部手術においてオピオイド併用のブロックでの鎮痛方法を行い，良好な鎮痛を得ることができている。

効果的な鎮痛を得るためには，侵襲の加わる部位とブロック効果部位を一致させる必要があり，その都度必要なブロックを選択することとなる。

今回，体幹部の末梢神経ブロックである，腹横筋膜面ブロックと腹直筋鞘ブロックを末梢神経ブロックが増加してきた背景とともに紹介する。

（麻酔科　小野寺　美子）

先天色覚異常

平成14年３月の学校保健法施行規則改正により平成15年度以降は全国のほとんどの学校で色覚検査が行われなくなった。現在中高生は，自らの色覚異常の有無を知ることなく進学・就職と向き合っている。色覚異常の頻度は，男性20人に１人，女性500人に１人で，女性の保因者は10人に１人います。平成23・24年度に全国で657の医療機関（診療所）で受診者に係わる実態調査が行われた。その結果をいくつか紹介する。

初診の時期は小学生が最も多く，色覚異常の有無を知っていた方が半分を占めます。一般的な色覚検査は石原式色覚検査で，これで異常が現れるとパネルD-15を使って色相配列検査を行います。石原式では分類不能であった色覚異常もパネルD-15ではより正確に分類できます。小学生の色覚に係わるエピソードは，色の間違いをして先生に注意された。黒板の赤いチョークを読みとばした。色使いが友達と違う。教科書のカラーページで「何が書いてあるのかわからない」「トマトが熟しているのか青いのかわからない」といったことがありました。

進学・就職に関するエピソードは，工業高校に進学したが，入学後の検診で色覚異常を指摘され困惑した。美容専門学校を希望するもヘアカラーが区別できない。自衛隊志望だったが，色覚異常のため断念。写真を扱う仕事に応募したところ色覚異常の有無を指摘された。色覚による採用基準は，色覚に異常のないものとしているのは，航空機乗務員，航空管制官，海上保安官（航空），自衛官（航空）などがあります。職務遂行に支障のない程度のものとしては，航海士，警察官，皇宮護衛官，入国警備官，自衛官（航空以外），海上保安官（航空以外），消防士があります。色覚異常でもどの大学にも原則として進学可能ですが，募集要項の確認は必要です。社会全体として色覚の制限は緩和に向けて見直しが行われているが，地域によって異なることがある。多くの人が色覚異常を正しく理解し，偏見を持つことなく，色覚異常の方が不利益を被ることのない社会をめざすことが大事です。

（眼科　菅野　晴美）

コレステロール結晶塞栓によると考えられたBlue toe症候群のまとめ

Blue toe症候群とは，外傷や重篤な寒冷刺激，低酸素血症などの全身性チアノーゼを除いた，足趾の紫調の色調変化を生じる疾患の総称である。

原因は多岐にわたるが，コレステロール結晶塞栓症によるものが特に多くよく知られている。コレステロール結晶塞栓症（以下，CCE）の誘因は外科的手術やカテーテル処置に伴う血管操作と，抗凝固療法，そして明らかな誘因のない場合の３つがある。

当科で経験したCCEにより発症したと考えられたBlue toe症候群の９例について集計した。年齢は60歳から87歳で，皮膚生検を施行した６例中４例で血管内にcholesterol clefttを認めた。全例基礎疾患に心・血管系疾患があり，足趾切断を要した２例は腎機能障害が進行し，血液透析導入となった。抗凝固療法を行っている場合，継続による増悪が知られており，自験例でも中止が必要であった。

（皮膚科　野村　和加奈）

こんな血尿症例がありましたよ

（放射線科　花輪　真）

周術期口腔機能管理について

がん治療等における口腔合併症の発症率の低下等を目的として，平成24年度の診療報酬改定により周術期口腔機能管理料が新設された。保険適応の対象患者は①化学療法②頭頸部放射線治療③全身麻酔下でのがん手術④骨髄（臓器）移植⑤心臓血管外科手術を実施す

る患者で，これらの患者に治療前に口腔内を評価して，口腔清掃や感染巣除去および治療法に応じた口腔衛生指導を行ってからがん治療等を行うと，感染を回避でき，QOLが向上し，医療経済的効果が大きいということで保険点数が認められた。がん治療の口腔合併症には口内炎，免疫機能低下によって起こる歯性感染症の急性化，口腔カンジダ症，ヘルペス性口内炎などの日和見感染症，口腔乾燥，味覚異常などがあるが，これら口腔合併症の発症率は化学療法患者では，抗がん剤の種類や投与量，治療内容や患者の状態によって違いがあるが40%，造血幹細胞移植患者では80%，頭頸部放射線治療患者では100%と報告されている。中でも口内炎は発症率が高く，患者さんのQOLを低下させる有害事象の一つで，投与量の変更や治療の中断・延期をさせる要因となっている。免疫抑制を起こす化学療法では口内炎は感染症発症や死亡のリスクファクターであり，骨髄抑制の程度が同じであっても口内炎の程度が高いほど感染症の危険が増える。口内炎の発症機序は完全には解明されていないが抗がん剤により生じた活性酸素による口腔粘膜の損傷によって引き起こされること（一次性），また一次性口内炎が治癒しないうちに抗がん剤による免疫機能低下が起こると，口腔細菌の二次的感染により口内炎が悪化すること（二次性）が明らかにされている。発症機序からもわかるように口腔ケアによって一次性口内炎の発症を予防することはできない。口腔ケアの目的は感染予防と症状緩和である。周術期口腔機能管理で行うことは口腔内清潔保持（歯磨き指導，歯石除去，虫歯の応急処置，抜歯，義歯の清掃）と口腔内保湿である。

（歯科口腔外科　西村　泰一）

Medical essay

A Very Unfortunate Man

人生で，あみだくじから商店街の福引きに至るまで，確率（運といってもいい）に左右されるものには，いい目を見たことがない。２分の１で当たるようなものでも，僕がやるとどういうわけか４分の１以下になってしまうのだ。その一方で，町内会の役員の抽選などは一発で引き当ててしまうのだから，まことにツキがない。

話は変わるが，数年前に医療保険に加入しようと思い立った。これまでこれといった大病もしていないが，健康にはさして自信がないし，年も年だし・・・。ところが調べてみると，まあ色んな保険がある。どれがいいのか決めかねて妻に相談した。

「入院一日あたりの給付が５千円と１万円のがあるけど，やっぱり１万円の方が安心だよね。入院60日までと120日まで対応のがあるけど，どっちがいいと思う？通算1,000日まで大丈夫だから最大1,000万円もらえるんだよ」

興奮気味に話す僕に妻は冷静だった。「入院するような大病で，120日間治りもせず死にもせず，その上1,000日も生き延びる人は滅多にいないわよ」

僕はそのうち病気になるでしょう（ツキのない男だから）。そして保険金ががっぽり入る前に結着がついちゃうんだろうなあ（とってもツキのない男だから）。

未だに医療保険には入っていない。

（A.S）

看護研究発表会記録（25 年度）

術前患者の経口補水療法に関する調査

東３階　○国府美和子，佐藤　真美
有野　美香，尾崎久美子
多田　啓子

【はじめに】近年，手術前の経口補水療法（以下 ORT）の導入が進んでおり，昨年度から当院婦人科の患者にも導入された。しかし摂取するようにとの説明のみで，説明に対する患者の理解度や，摂取状況については確認をしていなかった。そのため当科の手術予定患者におけるORTの理解度や摂取状況について把握したいと考えた。さらに患者が看護者と同じ認識で摂取できるように説明に活かしたいと考え，研究したため報告する。

【研究方法】2013年４月１日から2013年８月31日において，婦人科疾患の手術予定で，かつORTについて麻酔科外来で説明を受けた患者51名に経口補水に対する理解・摂取量調査を行った。

【結果・考察】経口補水液の摂取量に関しては全部飲んだほうがよいという割合，夜間もORTを意識していた割合が多かったが，若年層で摂取量が少ないという結果が出ている。看護者側の知識が曖昧であれば患者に目的や実施方法は伝わりにくいので，看護者がORTに関する知識を身につけることが重要といえる。味や時間に苦痛を感じることがあっても飲水を進めることができた背景には，麻酔科外来の説明でORTの利益を知覚したことが要因として挙げられる。よって，病棟で行う説明でも，行為の利益の知覚を高めることが有効であると示唆される。昨年度よりORTが導入されているが，ORTに対する意識，飲水時間や摂取量，年齢による違いなどの実態を把握していない点が多かった。今回の調査で明らかになったことを病棟で周知し，今後の患者指導に活用していきたい。

【結論】

１．ORTの説明をする際には，曖昧な表現でなく，目的や実施方法を正しく伝える。また，患者が麻酔科外来での説明をどの程度理解しているか手術前に確認し，理解不足があれば説明する。

２．経口補水液を飲めない患者もいたが，本研究では理由は明らかにならなかった。量だけでなく摂取状況を観察し，飲めない理由を聞いたうえで摂取を促す。

シーネを使用しない小児の点滴固定方法の検討～実施への試み～

西３階　○吉野　美穂，谷口　久美
深谷せりか，福居　佑香
中川　惠子

【はじめに】シーネ固定をすることにより手指の動きが妨げられ日常動作や遊びに支障が生じ，ストレスの原因，成長発達の妨げにもなっている。シーネ無し点滴固定方法の先行研究は多数発表され安全性も立証されているが，医療者の不安が強くシーネ無し点滴固定方法に移行できずにいた。そこでシーネ無し点滴固定方法を検討し，スタッフの納得のもと移行したいと考え本研究を行った。

【対象・方法】

対象：手背から持続点滴を行った０～15歳の患児100名
研究方法：シーネ有・無各50名に点滴トラブルチェックシートで観察した。保護者には点滴終了時，看護師には調査期間終了時に質問用紙を配布し，無記名で投函してもらった。

【考察・結果】シーネ有は手指の動きが制限されるが，シーネ無では指や手首を動かせる。保護者への調査からも「普段の遊びができた」「手や指が動かせていた」という意見はシーネ無の方が多かった。刺入部の観察をする際に，シーネ有では固定のテープを剥がす必要があったが，シーネ無ではカラー包帯を外すだけなのでスタッフからも「観察しやすい」という意見が多かった。日々の固定包帯交換も同様で，処置時間・人員の縮小となった。シーネ無では，留置針が手関節にかかっていると閉塞アラームが鳴りシーネ使用に変更した事例もあったが，事故抜去の件数は４例ずつであり，シーネを使用しなくても工夫しだいで事故は防げることの証明となった。シーネを使用しない固定法は通気性が良く蒸れや臭いが少ないため，皮膚トラブルを防ぐには適している。スタッフへの調査から「シーネ無がよい」との意見が17名中14名あり，シーネ無固定方法に移行することができた。

【結論】
1．事故抜去防止に必ずしもシーネは必要ない。
2．シーネ無は日常生活動作の制限が少なく，蒸れや臭いを防ぐことができる。
3．シーネ無は刺入部の観察，交換が容易である。
4．今回の研究が医療者の意識改革となり，シーネ無固定方法に移行できた。
5．閉塞アラームが鳴らない固定方法，再固定しやすい素材の検討が必要である。

生体腎移植後における日常生活の実態調査

西４階　○樋屋　綾香，坂　　恵子
南日麻衣子，小田　浩美

【はじめに】生体腎移植目的で入院したレシピエントの退院後の自己管理状況を明らかにし，現在の指導方法の課題を明確にするために，生体腎移植を行ったレシピエントに対してインタビューを行った。今後の指導についての示唆を得たので報告する。
【方法】半構成的面接法による内容分析。調査対象者は対象病院で生体腎移植を受けた術後３年以内で研究内容に同意を得られたレシピエント。調査期間は平成25年６月～９月。データは逐語録を作成後，分析し整理した。
【結果】血圧・体重測定は毎日測定している患者が多く，内服についても大変と感じている患者は少なかった。拒絶反応については血圧や体重，尿量を気にしている患者は多かったが移植腎を毎日触っている患者は少なかった。感染予防に対してはほとんどのレシピエントが予防行動をとれていた。移植を受けたことに対してはほとんどのレシピエントが肯定的に捉えていた。
【考察・結論】レシピエントにとって自己管理は日常生活の一部になっており，負担に感じていないことが明らかになった。移植腎を大事にしたいという思いや入院時からの生活指導が退院後も自己管理を継続していることに繋がっていると考えられる。
　移植腎を毎日触っている患者は少なく，拒絶反応の早期発見のためには，自己の体調の把握とその変化に気づくことが重要であり，正しい知識と視点を持って自己管理していく必要性がある。レシピエントのセルフケア能力を向上させるためには，段階的な指導方法，根拠を踏まえた具体的な指導内容を構築していく必要がある。
　移植後の生活の変化として，時間の制約がないことや生活リズムの改善などといった生活の質の向上がみられた。またその反面，移植腎がだめになったらどうしようといった新たな不安も聞かれている。
　入院前から退院以降も継続した看護を行うために，移植前後のカンファレンスへの参加や資料の提供などを積極的に行い，移植コーディネーターや他職種との連携を深め，情報の共有を図る必要がある。

当病棟における夜間騒音に対する調査研究

東５階　○北川　由理，西崎　千夏
宮崎久美子，光島　亜美
荒明　弘恵

【はじめに】病棟では，治療・処置などで多種多様の音が発生する。また，患者は普段と異なる生活環境におかれ，様々なストレスを伴う。騒音は注意力散漫，不快感，睡眠障害など健康に影響するため，患者の不眠につながる夜間騒音を明らかにし，療養環境改善に繋げるため調査を行った。
【方法】研究期間に入院・CCUを退室し，歩行可能で難聴・認知症・意識障害がなくコミュニケーション可能な患者61名に質問用紙を配布した。夜間騒音16項目を挙げ，音の気になり方を４項目から選択してもらい，割合を出し分析した。騒音発生源を患者側と医療者側，男女別や病室別に分け，さらに分析した。
【結果・考察】騒音を「あまり気にならない」「気にならない」と回答した患者が半数以上だった。伊東は『患者は同室者への遠慮やお互いの関係性の悪化を防ぐため，気にはなっているが我慢し自己の中で対処する』と述べており，騒音に我慢や諦めの感情を抱いていることが示唆された。最も割合が高かったものは「いびき」，次いで「せき」であった。患者の精神面を観察し意見に耳を傾け，同室者への気遣いや部屋調整を行い，療養環境を整える。
　トイレに近い病室の患者が，「トイレの使用音」を騒音として捉えた。トイレのドアの開閉音を軽減するため，入院時に患者に説明し協力を得る。「簡易トイレの使用音」は，使用頻度の高い女性が気になると答えた。病態に応じ個室を提供し，簡易トイレ使用時は音へ配慮する。
　医療者が出す騒音は，全体的に低い割合だった。当科で使用頻度の高いシリンジポンプや心電図モニターのアラーム音でも，「気になる」との回答はなかった。しかし「ワゴンを押す音」は「気になる」との割合が

高く，使用音に配慮する。

「汚物室の使用音」は，汚物室から近い病室の患者が騒音として捉えた。当科は，蓄尿機を使用する患者や，点滴，杖や歩行器を使用する患者も多く，尿カップを持ち汚物室のドアの開閉をすると，転倒の危険性が高まる。そのため，汚物室に近い病室のドアを閉め，汚物室使用時の騒音に配慮する。

術後せん妄患者との関わりを検討して～せん妄患者の対応についての資料作成と勉強会によるスタッフの意識・行動の変化～

西５階　〇髙木　理奈，新城由紀子
藤井真美子，尾崎　由悦

【はじめに】当科の手術患者は高齢化が進んでおり，昨年度は65歳以上が全体の70%，うち75歳以上が52%であった。それに伴い，術後せん妄となる患者も増加している。しかし，せん妄患者の対応について基準となる資料がなく，個々の看護師の知識と経験に委ねられている。そのため，対応に差が生まれたり，看護師の不安を生じさせたりしている。そこで，せん妄患者の対応についての資料を作成し，勉強会を行うことで，看護師の知識の画一化とケアへの不安の軽減を図ることが必要ではないかと考え，実施したのでその結果を報告する。

【研究対象と方法】西5階病棟看護師21名を対象に，看護師のせん妄患者の対応についての資料を用いた勉強会と，精神科医師からの勉強会を実施し，勉強会前後に質問用紙を作成し調査集計した。期間は2013年３月～８月。

【結果と考察】調査前の結果から，95%の看護師がせん妄の勉強会に参加したいと答えており，看護師のニーズは高い。また，90%の看護師が患者の話を傾聴し，よく観察するようになったと答えている。そして，自分の行動・気持ちに変化があったと52%の看護師が答えており，「先輩スタッフに指導されて行っていたことの意味を知り，正しいことが文献で証明され，自信を持って対応できた気がする」「日中，覚醒するよう声かけをしたり，景色の見える所にいき，活動したりと心がけた」などの回答があった。このことから，看護師の基礎知識の向上につながった。調査前は，全員がせん妄患者の対応について不安やとまどいを感じていたが，調査後も71%とあまり変化はみられなかった。そのため，勉強会などで知識を得るだけでは不安は軽減されなかったということがいえる。今後は，資料を参考にカンファレンスを重ね，患者の情報を共有し，個別的なケアを行い，評価をしていくことで，不安が軽減されるのではないかと考える。

【結論】

Ⅰ．看護師の基礎知識の画一化を図ることができた。
Ⅱ．行動に変化はあったが，看護師のケアへの不安は軽減できなかった。

患者満足度実態調査から学んだ看護師の接遇の重要性

東６階　〇五十嵐友紀，菅原　真紀
馬場千賀子，橋本　隆史
小林　るみ

【はじめに】当院看護部では，基本方針の中で「患者さんの思いに沿った看護の提供」を掲げている。昨年度からは，７:１の看護体制も導入し，看護の質の向上を目指している。当病棟でもスタッフ間で情報を共有し，統一したケアを提供できるよう心掛けてきたが，時々患者から看護師の対応について指摘されることがあった。そのため，患者にとって満足な看護が提供できているのか疑問に感じた。そこで，当病棟の患者満足度の実態を知り，看護の取り組むべき課題を明確にしたいと考え調査を行ったので，その結果を報告する。

【方法】

Ⅰ．期間：2013年５月～2013年８月
Ⅱ．対象：当病棟に入院した患者100名
Ⅲ．調査方法：質問用紙を用い患者満足度について調査
Ⅳ．分析方法：量的研究・評定尺度法を使用

【結果】看護師の態度では，その日によって態度が違うが「そう思う」10%「まあそう思う」４%，他患と比較して批判しないが「そう思わない」９%「あまり思わない」４%だった。

看護師の対応では，事務的な対応をしないが，「思わない」６%「あまり思わない」６%，子供扱いや見下した対応をしないが「思わない」８%「あまり思わない」２%だった。

全体評価では，「満足」76%「まあ満足」19%だった。

【考察】調査の結果から，態度の違いや他患と比較されることは患者にストレスや不安，不快な思いをさせ，信頼関係を損ねる要因となりうる。また，患者は看護師からの，一人の人間としての対応を望んでいる。馴れ合った言葉がけは患者に対して不愉快な思いをさせ

てしまっていることが考えられる。信頼関係が得られないことは看護師への不信感が生じる要因であり，患者の立場にたった看護師の接遇対応，コミュニケーション能力の向上が必要と考える。

【結論】

Ⅰ．現状の入院生活に対しては満足している。

Ⅱ．患者，看護師間の良好な信頼感関係の構築が必要である。

Ⅲ．看護師の，コミュニケーション能力の向上に努める。

Ⅳ．患者の満足する入院生活は，看護師の接遇対応が影響する。

腹部の手術（開腹，腹腔鏡下）を受けた患者の，起き上がり方法を統一した早期離床への取り組み

西６階　○山本紗奈江，一條早知子
山原　淑江，工藤　清美
大西かおり

【はじめに】腹部手術後の早期離床は周術期看護において重要である。起き上がり動作時に創痛を訴える患者が多く，離床困難をきたす場面をよく経験する。そのため苦痛の少ない起き上がり方法の指導や援助を行い，苦痛を軽減することが大切ではないかと考えた。

【方法】

Ⅰ．対象：腹部の手術を受けた患者

Ⅱ．研究方法：起き上がり動作についてパンフレットを作成

スタッフを対象に勉強会を実施。勉強後より離床時にパンフレットを使用して，患者へ指導。勉強会実施前後6週間で離床にかかる日数を比較，検討。

【結果】離床までの日数として勉強会実施前は端座位1.39日，立位1.63日，歩行1.78日，実施後は端座位1.45日，立位1.55日，歩行1.55日であった。歩行できた時点を離床とすると，スタッフの勉強会実施前後の差は0.23日であった。

ドレーンがある場合，勉強会前では2.27日，勉強会後では2.0日であった。ドレーンがない場合は勉強会前では1.6日で，勉強会後では1.31日であった。

腹腔鏡下手術では，勉強会実施前1.33日，実施後は1.37日，開腹手術では勉強会実施前2.45日，実施後は1.78日であった。

【考察】術後の患者が創痛を強く訴えるのは体を起こす際の動作である。この時の苦痛を軽減するためにパンフレットによる指導を試みた。

データでは離床日数の差は勉強会実施前後で大きな変化はなかった。指導実施前後とも離床は早期に行えていることがわかった。しかし術式やADLなどの要因で離床までに最大６日間要する患者もいた。

今後は継続してパンフレットを使用した離床援助を行い，術後合併症のある患者やADLが低下しているなど離床困難な患者への方法も考慮していくことが課題である。

【結論】

Ⅰ．平均すると離床までの日数は２日以内で行えている。

Ⅱ．スタッフが統一した指導を提供できるようになった。

Ⅲ．創部に対して負担をかけない援助も必要だが，ドレーン類やルート挿入に伴う苦痛，全身状態も考慮して援助をしていく必要がある。

酸素マスクのずれと酸素のもれによる不快感の緩和を目指して～酸素マスク改良の試み～

東７階　○水上　広菜，菅原　智津
成瀬　愛美，近江谷律子
太田　智美

【はじめに】当病棟では鼻カニュラの次に簡易酸素マスクを多く使用している。酸素マスクを着用する患者に「マスクがずれる」「酸素がもれて目が乾燥する」などの不快感を訴える声があり，隙間があることでマスクの安定感がなく，その都度調整のため訪室するという現状であった。また，トイレ歩行可能な患者から同様な訴えがあり，エスアイエイド®を利用し，鼻尖部に貼り付けたところ，目の乾燥が軽減された例があった。そこで現状のマスクを工夫することで，もれとずれによる不快の軽減を図ることを目的に実態調査を行い，改良を試みた。

【方法・期間】平成25年６月１日～８月15日

当科入院患者10名，看護師22名に酸素マスクの改良前後の使用感について実態調査を行った。

【結果・考察】改良前の酸素マスクでは，患者10名中８名，看護師22名中全員が鼻側からの酸素のもれを感じていた。「鼻側からのもれはとても不快だった」「もれが強く，目が乾いた」という回答もあり，マスクからの酸素のもれによる不快をほとんどの人が感じていることが明らかになった。

ずれに関しても「ずれて息苦しさ」を感じる患者が10名中８名であった。看護師22名に仰臥位，側臥位，座位，立位の体位でずれを調査したところ「マスクのずれが気になる」と回答した人は過半数以上を示していた。「安定感がなく，動くとずれやすい」という声もあった。これらの結果から酸素マスクの鼻尖部側に隙間が生じることでもれを感じ，安定感がなく，ずれやすいことが証明された。

人の鼻の高さ・頬の高さなどさまざまであり，酸素マスクを顔の大きさに合わせサイズを選択しているが，フィット感には限りがあり，マスクと鼻尖部の間にできる隙間の不快に着目した。今回，医療用ではないが隙間テープを活用し酸素マスクを改良した結果，顔の中心の鼻尖部と酸素マスクの中心の隙間が埋まることで，フィット感と安定が得られ有効であった。しかし，実態調査の中で，マスク改良後も「ずれがある」との回答が１名おり，今後も工夫を重ねていく必要がある。

化学療法を受ける入院患者の手指衛生における意識調査

西７階　〇佐々木理恵子，大塚有希子
渡部　雅子，坪崎　春美

【はじめに】初回の化学療法時に看護師が患者へ写真入りパンフレットで手指衛生の指導を実施している。しかし患者の手洗いの実態を把握していなく，再入院後の指導は実施していない。このことから患者が正しく手指衛生ができているか現状を把握するため意識調査を行い，今までの指導のあり方を検討した。

【方法】調査対象者は，造血器悪性腫瘍に対する化学療法目的で入院し手指衛生が自立している患者。データ収集期間は2013年４月１日～４月30日。５段階尺度で単純集計・クロス集計。

【結果】回収率は100%だった。手洗いの必要性では，感染予防のためが96.7%であった。手洗い方法の意識では，いつもしている・しているが81.5%であった。化学療法回数別でみると手洗いの場面では化学療法１回目からトイレの後はいつも・ほとんど洗うが100%だった。しかし，食事の前，病室に戻るとき，床に落ちたものを拾ったときでは全く洗わない・たまに洗うが30%だった。部位別にみると左右の親指，爪，手首を洗っていないと答えた人が１回目から４回目以上で40～60%であった。アルコール製剤では使用していない・あまりしていない人が50%，アルコール製剤を下まで押していない人が57.1%であった。

【考察】化学療法回数別にみると手洗いの場面において化学療法１回目からトイレの後以外は洗っていない人も多く，部位別ではまんべんなく洗えていない。アルコール製剤でも十分量使用していなく正しい手指衛生ができていないことがわかった。先行研究では手洗い学習体験のない患者が多く，患者への教育不足が明らかになっている。化学療法を受ける患者は感染予防のため手指衛生の必要性を理解し意識は高い。しかし実際には１回きりの指導では患者の受け止め方，実践を確認していなく，正しい手指衛生が行われていない。これは効果的な指導になっていないことが原因であると示唆された。効果的な指導を行うには患者の受け止め方を確認しながら患者参加型の指導が必要である。

隔離環境が必要であった患者がグループホームで生活できている要因

北１階　〇中根　健太，菅野　祥詠
山村　美保，福本きよみ

【はじめに】近年，地域で安心して自立した生活を継続できる社会作りを目指すことなどが示唆された。そこで，統合失調症で保護室からグループホームへ退院した患者の病棟とグループホームでの生活状況および対応を知り，入院中とグループホームでの生活を比較検討することにより，隔離環境が必要な患者であってもグループホームで生活が可能であった要因を検証し，今後の看護や退院支援に役立てたいと考えた。

【事例紹介】

A氏　60歳代男性　統合失調症

入院期間　200X年Y月Ｚ日～５ヵ月11日

【研究方法・倫理的配慮】

本人およびグループホーム職員に聞き取り調査を実施し，グループホームへは，実施の際には事前に同意書にサインをして頂いた。患者へは，精神症状に影響を及ぼす恐れがあるため，主治医の同意を得た。

【結果・考察】病院もグループホームも職員が常駐しており，常に生活で必要な援助を受けることができる。A氏の入所したグループホームは看護師が常駐しているため，内服薬の管理や不隠時・不眠時の対応など看護的側面からのケアを受けることができる。

A氏は聞き取り調査で，「部屋に鍵が掛けられていて足腰が弱った」などの不満があったのに対し，「グループホームでは喫煙，外出，出前が取れる」などとある

程度自由に生活することができ，現在の生活に満足感を得られているのではないかと考えられる。A氏は聞き取り調査時，入院中とは違った落ち着いた対応ができており，入院中に制限されていた喫煙や好きなものを食べることができて生き生きとした表情をしていた。保護室もグループホームも個室でありプライバシーが保たれ，１人の空間が持てるため落ち着いた時間を過ごすことができると考えられる。

以上のことから，慢性期となり精神症状が落ち着いていればグループホームで生活し，再入院することなく過ごすことができる。個々の患者に合った適切なグループホームを検討し，退院に向けて支援して行くことが必要である。

修正型電気痙攣療法クリニカルパスの使用による精神科看護の評価

北２階　〇石河　稚菜，坂内　文香
菅原美智子，大関　典子

【はじめに】精神科において電気痙攣療法は修正型電気痙攣療法（以下，mECT）が主流である。mECT施行後に覚醒不良・頭痛・嘔気・せん妄・健忘などの有害事象が生じる恐れの中，チェックリストなど具体的に表記したマニュアルがなかったため，スタッフ間で曖昧な部分が多く入室の際も忘れ物が多かった。そこでmECTのパスを作成し業務の効率化と，標準化を評価していくこととした。

【対象と方法】

研究期間：2013年５月１日～同年８月31日

調査対象：北病棟第１・２ナースステーション看護師計27名

調査方法：３ヵ月間mECTパスを使用してもらい，質問用紙を配布し回収した。

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

【結果】調査用紙の回収率は27名中24名の88.9%であった。mECTの事前準備において確認漏れをしたことがあるかという質問に対し，パス使用前は「はい」が29%でパス使用後では「はい」が8%となった。手術室入室時に忘れ物をしたことがあるかという質問に対し，パス使用前は「はい」が62%，パス使用後では「はい」が25%となった。有害事象を念頭に十分な観察を行えていたかの質問に対しては，パス使用前は「はい」が92%で，パス使用後は「はい」が100%であった。

【考察】mECTパスにチェック項目を設けたことで，事前の準備漏れ，入室時の忘れ物が少なくなったといえる。先行文献でもパス使用によって業務の短縮化と記録の効率化につながったことを結果としてあげている。有害事象についてはパスを使用することで全員が十分な観察を行えたという結果となった。異なる経験年数でも同様の視点から観察することができたといえる。

【結論】

１．パスを使用することで，業務の効率化につながったことに加えて，事前の準備漏れによるヒヤリハットも防ぐことができる。

２．有害事象の観察については，パスを使用することで標準的な観察が行えたといえる。

鎮静スコアの見直し～現行スケールとRichmond Agitation Sedation Scaleを比較して～

集中治療室・ICU　〇高平　理恵，平松　麻衣
酒野　沙織，櫛引由美子

【はじめに】これまで当院ICU独自の鎮静スケール(以下，独自スケール)で人工呼吸管理患者の鎮静レベルを観察してきたが，このスケールでは不穏・興奮の分類が少なく，程度が把握しにくいところがあった。そこで，患者の不穏・興奮に関するスコアが5段階に分類されており，不穏・興奮の評価が可能であることが利点となっているRichmond Agitation Sedation Scale(以下，RASS）が導入可能か検討した。

【方法】質問調査。調査対象はICU看護師16名。対象患者は人工呼吸器管理下でデクスメデトミジン(プレセデックス®)を用いて鎮静管理を行っている患者。独自スケールでの調査期間は2013年４月８日～５月16日，RASSでの調査期間は2013年５月20日～６月30日とした。RASSでの鎮静評価を開始する前に学習会を実施。RASSのスコアと評価手順が記載している表を確認しやすいよう，各ベッドのオーバーテーブルに設置。また，スタッフ全員にも同様の一覧表を配付した。

【結果】有効回答数は16通，回収率100%。独自スケールで不穏の評価を行っていた人が62.5%，RASSで不穏の評価ができた人が93.75%であった。

RASSの方が使いやすいと回答した人は56.25%，どちらも同じくらいの使いやすさと回答した人は37.5%であり，今後RASSを活用していけると回答した人は93.75%

であった。

鎮静スコアの理解を深めることができた人は81.25%であった。

【考察】独自スケールに比べRASSを用いることで不穏・興奮の評価率が向上している。このことから，RASSで不穏・興奮の評価は可能である。

RASSを使用することによって明らかな使いづらさは感じていないため導入していける。

今回の研究を通してRASSに対する理解が深められた。しかし，理解を深められなかった人もいたため，スタッフ全員が同様の方法で観察できるよう勉強会を実施していく必要がある。

固定チーム制導入による効果と課題

手術室　〇鈴木美智子，本多さやか
菊池　　綾，原井　絵里
阿部　朝乃

【はじめに】手術室運営会議で医師から情報伝達の遅さや技術の熟達度に不安があると意見・提案を受け，平成24年４月から手術看護の専門性を高めるため固定チーム制を導入した。導入２年目を迎え，看護師・医師の固定チーム制についてアンケート結果から意見をまとめ，現状を分析し今後の課題について報告する。

【研究方法】手術室看護師21名・医師27名にアンケートを配布し集計をした。

【結果】術式・手術の流れ・担当科特有の医材・器械について理解が深まったと感じる医師・看護師が８割以上だった。

担当科以外の手術や臨時手術に付いたとき困ることがあると感じる看護師は９割以上だった。

チーム制運用については，６割が改善が必要と感じている。具体的には，手術件数，手術時間，物品管理量，精神的負担などチームによって業務量に差があると感じている。

【考察】担当科の手術に入る機会が増えたことで，手技や手順，医師が好んで使用する器械を把握しやすくなったと考える。それに対し，担当科以外の手術や臨時手術に入ったときに，自信がなく苦手意識が生じていると考える。苦手意識を改善するには，繰り返し手術に入ることが望ましいが，11の診療科全てを網羅するには努力と時間が必要である。そのため，個々のスキルアップのための勉強会の開催，手順やマニュアルの改正を行い，担当科以外の看護師が入ってもスムーズな手術展開が可能となるようにすることが重要である。主体的に行動できるメンバーの育成と，科によって感じている業務量の負担を減らすため，定期的に各科の構成，チーム編成，定期的なローテーションなどを検討していく必要がある。

【結論】

１．チーム制導入後は，術式・手術の流れ，担当科特有の医材・器械についての理解が深まった。
２．担当科以外の手術に対して，自信がないと苦手意識を感じている。
３．定期的なカンファレンス・勉強会の実施，マニュアル・手術看護手順のさらなる充実が必要である。
４．定期的なチーム編成やローテーションなどの検討が必要である。

XELOX療法を受けている患者の援助～電話サポートを通じて～

外来化学療法センター　〇半田　淑江，岡田いづみ

【はじめに】XELOX療法は，有害事象である手足症候群や末梢神経障害の悪化により治療を中断する例がある。今回，受診日以外にも電話で患者をサポートすることで，皮膚障害や末梢神経障害に対して主体的にセルフケアを行うことができ治療を中断することなく８コース継続できた事例を経験したので報告する。

【事例紹介】S状結腸がん　腹膜播種，50歳代女性，20××年×月S状結腸切除術，Stage Ⅳ。20××年×月XELOX療法を導入し外来化学療法センターで電話サポートを１コース目８日目から開始した。

【研究方法】

Ⅰ．研究期間：2013年３月１日～８月５日
Ⅱ．方法：
１．HFSと末梢神経障害の症状チェックシート（『有害事象共通用語規準Ｖ.4.0　日本語訳JCOG版）』に基づいて作成した）を用い状況を確認する。
２．サポート日ごとにセルフケアの状況をセルフチェックシートで評価し必要性と不足分を指導する。

【倫理的配慮】研究の目的，方法，プライバシーの確保などを文書にて説明し同意を得た。

【結果】受診日は直接セルフケアについて実技指導し８日目と15日目は電話で介入した。スキンケアは４コース目の15日目からでき，家事においては家族のサポートがあった。６コース目からテーピングを行うことができ，7コース目では足底に圧をかけないように工夫する

など行動変容がみられた。寒冷暴露を体験したことで日常生活の注意点をより一層理解し８コース治療を継続して行うことができた。

【考察】電話サポートにより，適切な時期に適切な介入ができ症状を悪化する誘因を実際に経験したことで予防的なケアの必要性が分かり自ら実践する行動変容が見られ，セルフケア能力の向上に繋がった。電話サポートで日常生活の支障を確認し，セルケア指導を繰り返し行ったことが治療継続の一要因となった。治療を継続できた中には家族の支えと協力があったことが関与している。

【結論】

・電話サポートは適した時期に適した援助をできる。

・電話サポートはセルフケア能力の向上に繋がる。

Medical essay

Choosing　Wisely（賢く選ぼう）

「医療否定論」が盛んである。高齢社会にあって，生命予後と無関係な「無駄な医療」が行われているのではないかという疑問を持っている人が増えてきていることが一つの理由ではないだろうか。最近「室井一辰著：絶対受けたくない無駄，日経BP社」なる刺激的な一冊を読んだ。医療米国内科専門医認定機構財団が中心となって，米国医学会の71学会が「無駄な医療」を順次公開してゆく計画を進行中であり，すでに51学会から公表されている，という。この背景には医療制度の違いや人生観，死生観といった各国の事情が絡み合っており，単純に日本でも行うべきであるとは言いがたい。しかし，青天井で増加する医療費のことを考えると，このままで良いとも云えないのではないだろうか。

この問題には，まず「念のため医療」の是非がある。米国では，医療費が高いこと，保険会社による診療内容の適正査定が厳しいことなどから，必要性の低い医療行為を念のために行うというインセンテイブが働き難く，ガイドライン型の診療行為になっている。

二つ目は「診療報酬」の問題である。日本では，診療報酬が「DPC」といった包括型が一部の医療機関で取り入れられているが大多数の病院は単純な「出来高払い」となっており，そのために医療経営上「過剰な検査，投薬」が行われていることも否定できない。必要のない医療行為は「知識がない」，「良かれと思って」，「無駄と知りつつ」という三パターンがある，という著者の指摘にはうなづける点が多い。

高騰を続ける医療費を誰が，どのように負担するのかを含めて医業を生業としている者は，今後の医療制度改革に深い関心を持って欲しい。何年か後に「そんなはずじゃなかったのに」と臍を噛むことになることだけは避けたいものだ。

（I.M.）

がん診療連携拠点病院関連研修会【平成25年度】

・がん診療連携講演会（８月22日）

・当科における大腸多発癌手術症例の検討	留萌市立病院外科	
・やってみよう！緩和ケア	緩和ケア認定看護師	外川　仁美
・がん放射線治療の実際と適応	放射線科	川島　和之

・化学療法センター勉強会（９月18日）

CVポート穿刺方法とテープ固定について	外来化学療法センター	半田　淑江

・３病院共同開催　市民公開講座・第５回道北がん診療連携拠点病院共同開催公開講座　　がんと共に生きる(９月21日)

シンポジウム　座長　外科　子野日政昭

・がんは不治の病か？「がんと共に生きる」時代へ	旭川厚生病院副院長	中野　詩朗
・訪問診療で出会った「がんと共に生きる」人々へ	リバータウンクリニック院長	鈴木　康之
・がんを体験して気づいた「がんと共に生きる」とは		広瀬真由美
・「がんと共に生きる」ために相談支援センターができること	旭川厚生病院がん相談支援センター	小玉かおり

・第７回市民公開講座　知っておきたい肺がんの診断と治療　ー増える肺がんへの対策（11月30日）

コーディネーター　副院長　斉藤　裕輔

・肺がんの診断と予防について	呼吸器内科	岡本　佳裕
・外科治療について	外科	福永　亮朗
・放射線治療と緩和医療について	放射線科	川島　和之

・第４回地域医療連携のつどい　心臓血管治療の最前線（５月27日）

コーディネーター　副院長　斉藤　裕輔

・心臓カテーテル治療のトレンド	循環器内科	石井　良直
・心臓血管手術の最前線	胸部外科	大場　淳一
・血管内治療のトレンド	放射線科	花輪　　真

・厚生労働省指針に準拠した緩和ケア研修会（８月31日・９月１日）　2013年度市立旭川病院緩和ケア研修会

Medical essay

漢方薬と不定愁訴

漢方薬の効果効能書きは，わかりにくいとよく言われる。以前この欄で，二日酔いの特効薬として五苓散を紹介したが，その効能書きは「口渇，尿量減少するものの次の諸症状；浮腫，ネフローゼ，二日酔い，急性胃腸カタル，下痢，悪心，幅吐，めまい，胃内停水，頭痛，尿毒症，暑気あたり，糖尿病」というもので，西洋医学的には理解不能だ。

しかし，「五苓散は体内の水を捌く薬」と知っていれば，なんとなく理解可能だろう。五苓散ばかりでなく，漢方薬の効能書きは確かに西洋医学的にはわけのわからないものが多い。

例えば升麻葛根湯の効能書きは「感冒の初期，皮膚炎」だが，この記述だけで升麻葛根湯がどのような薬であるかおわかりになる方はいるだろうか？風邪と皮膚炎という病名がつながらないので，「やっぱり漢方はわけがわからん」となる方が多いのではなかろうか。この解決法は，五苓散と同じで，西洋医学的病名から離れることである。升麻葛根湯は，急性の感染症の初期で皮疹を伴うものに使う薬，と理解すれば良い。もともと葛根湯は風邪薬というより，急性感染症の初期治療薬なのである。葛根湯がそのような薬であるとわかれば，葛根湯の効能書きに「中耳炎，リンパ節炎，扇桃炎，結膜炎，角膜炎」などと書かれている理由が理解できる。その葛根湯に升麻という生薬を加えることによって，皮疹を伴う急性炎症性疾患に対応させたものが升麻葛根湯である。「はしか」のような病態を想定しているのである。対象病名の記載のない漢方薬すらある。三物黄ごん湯の効能書きにいたっては「手足のほてり」だけである。釣藤散なんかも「慢性に続く頭痛で中年以降，または高血圧の傾向のあるもの」となっている。病名・診断が出来なければ治療ができないという西洋医学的な常識にはまったく合わない。それではやはり漢方薬は役立たずなのか？というとそんなことはない。漢方薬を処方するにあたって，正確な西洋医学的病名は必ずしも必要ないが，漢方理論的には処方対象は絞られるのである。要は理論体系が異なるということである。漢方理論の中には西洋医学病名は入ってこないということだが，これは当たり前だ。漢方理論と漢方薬は近代西洋医学より2000年ほど歴史が古いのだから。

で，この「病名が必ずしも必要ない」という特色は，実は結構「使える」のである。病名が不明でも「症状」をたよりに「とりあえず」処方できるからだ。たとえどのような主訴であったにしても，処方しようと思えば，いくつかの漢方薬を候補にすることができる。これが案外と実臨床には役立つのである。結論を言ってしまおう。漢方薬には，西洋医学的な意味での「不定愁訴」はないのである。

（M.S.）

平成25年度学会発表ならびに投稿論文

内　科
［学会発表］

1）大動脈解離により左冠動脈主幹部閉塞をきたした１例
市立旭川病院・内科
井澤　和眞，石井　良直，菅野　貴康，井川　貴行
木谷　祐也，広瀬　　愛
（第４回旭川ACS研究会，2013年１月，旭川）

2）ヘモクロマトーシスに心不全を合併した１例
市立旭川病院・内科
木谷　祐也，広瀬　　愛，井川　貴行，井澤　和眞
菅野　貴康，石井　良直
（第63回市立・厚生CCUカンファレンス，2013年2月，旭川）

3）Unique Characteristics of IB-IVUS Findings in Coronary Spastic Angina with Organic Stenosis.
Department of Cardiology，Asahikawa City Hospital
Takayuki Kanno，Yoshinao Ishii，Kazuma Izawa
Takayuki Igawa，Yuya Kitani，Ai Hirose
Internal Medicine，Cardiovascular，Respiratory and Neurology Division，Asahikawa Medical University
Naoyuki Hasebe
（第77回日本循環器学会総会，2013年３月，横浜）

4）ST上昇型側壁心筋梗塞の１例
市立旭川病院・内科
井川　貴行，木谷　祐也，浅野目　晃，平山　康高
菅野　貴康，石井　良直
（第12回救急医療症例研究会，2013年４月，旭川）

5）完全房室ブロックの１例
市立旭川病院・内科
木谷　祐也，浅野目　晃，平山　康高，井川　貴行
菅野　貴康，石井　良直
（第12回救急医療症例研究会，2013年４月，旭川）

6）心電図について
市立旭川病院・内科
石井　良直
（第12回救急医療症例研究会，2013年４月，旭川）

7）冠攣縮について
市立旭川病院・内科
石井　良直
（第16回旭山循環器フォーラム，2013年５月，旭川）

8）経口抗凝固療法の現状と臨床検査の活用
市立旭川病院・内科
幸村　　近
（日本検査血液学会北海道支部総会，2013年５月，札幌）

9）心臓カテーテル治療のトレンド
市立旭川病院・内科
石井　良直
（市立旭川病院地域医療連携のつどい，2013年５月，旭川）

10）血栓多量の右冠動脈のAMIに対してモンテプラーゼ＋血栓吸引が有効であった１例
市立旭川病院・内科
菅野　貴康，木谷　祐也，浅野目　晃，平山　康高
井川　貴行，石井　良直
（第９回心筋梗塞ネットワーク勉強会，2013年６月，旭川）

11）冠攣縮－ガイドラインを見直す－
市立旭川病院・内科
石井　良直
（第９回心筋梗塞ネットワーク勉強会，2013年６月，旭川）

12）この症例のこの時期にはこの画像診断？
市立旭川病院・内科
石井　良直
（第19回道北循環イメージングセミナー，2013年７月，旭川）

13）冠CT時代の冠攣縮の診断はいかにあるべきか
市立旭川病院・内科
石井　良直，井川　貴行，菅野　貴康，木谷　祐也
浅野目　晃，平山　康高
旭川医大・循環呼吸神経病態内科学分野
長谷部直幸
（第61回日本心臓病学会，2013年９月，熊本）

14）冠攣縮性狭心症患者における血流依存性血管拡張反応（FMD）は低下しているか？
市立旭川病院・内科
井川　貴行，石井　良直，菅野　貴康，木谷　祐也
浅野目　晃，平山　康高
旭川医大・循環呼吸神経病態内科学分野
長谷部直幸
（第61回日本心臓病学会，2013年９月，熊本）

15）器質的狭窄を有する冠攣縮性狭心症におけるIB-IVUS所見の特徴
市立旭川病院・内科
菅野　貴康，石井　良直，平山　康高，井川　貴行
浅野目　晃，木谷　祐也
（第37回日本心血管インターベンション治療学会北海道地方会，2013年10月，札幌）

16）心電図を診る～自動解析診断の落とし穴も加味して～
市立旭川病院・内科
石井　良直
（第３回心疾患領域セミナー，2013年11月，旭川）

17）輸血依存性の骨髄異型性症候群に続発した心ヘモクロマトーシスの１例
市立旭川病院・内科
大場　彩音，木谷　祐也，菅野　貴康，平山　康高
井川　貴行，浅野目　晃，石井　良直
（第110回日本循環器学会北海道地方会，2013年11月，札幌）

18）血栓症治療薬使用の実際（抗血小板薬・抗凝固薬）
市立旭川病院・内科
幸村　　近
（旭川市薬剤師会講演会，2013年11月，旭川）

19）超音波内視鏡を用いた大腸SM深部浸潤癌に対する内視鏡的完全摘除可否の術前診断
市立旭川病院・内科
杉山　隆治，斉藤　裕輔，垂石　正樹，小澤賢一郎
中嶋　駿介，中村　和正，鈴木　　聡，助川　隆士
千葉　　篤
同　　・病理
高田　明生
旭川医大・消化器・血液腫瘍制御内科
藤谷　幹浩
（第78回大腸癌研究会，2013年１月，東京）

20）早期大腸癌の診断と治療－最新の話題も含めて
市立旭川病院・内科
斉藤　裕輔
（第61回福岡ブロック大腸精検懇話会，2013年２月，福岡）

21）早期大腸癌の深達度診断
市立旭川病院・内科
斉藤　裕輔
（第32回大腸内視鏡検査法研究会，2013年２月，大阪）

22）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９回実地医家の実戦内視鏡研究会，2013年３月，大阪）

23）壁外発育型GISTの２例
市立旭川病院・内科
中嶋　駿介，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
斉藤　裕輔
（第112回日本消化器病学会北海道支部例会，2013年３月，札幌）

24）MDCTのmultiplanar reformation像が術前に有用であった盲腸軸捻症の２例
市立旭川病院・内科
杉山　隆治，中嶋　駿介，鈴木　　聡，中村　和正
助川　隆士，小澤賢一郎，千葉　　篤，垂石　正樹
斉藤　裕輔
（第112回日本消化器病学会北海道支部例会，2013年３月，札幌）

25）アミオダロン服用による肝機能障害を発症した３例
市立旭川病院・内科
助川　隆士，松本　昭範，中嶋　駿介，杉山　隆治
鈴木　　聡，中村　和正，小澤賢一郎，千葉　　篤
垂石　正樹，斉藤　裕輔
（第112回日本消化器病学会北海道支部例会，2013年３月，札幌）

26）当院におけるプロイメンドの使用経験
市立旭川病院・内科
垂石　正樹，福田　直樹
（CINV Forum 2013 in Asahikawa，2013年３月，旭川）

27）クローン病の診断と治療
市立旭川病院・内科
斉藤　裕輔
（旭川消化管勉強会，2013年３月，旭川）

28）当院におけるクローン病に対するAdalivmabの使用経験
市立旭川病院・内科
垂石　正樹
（旭川消化管勉強会，2013年３月，旭川）

29）画像所見からみた炎症性腸疾患の鑑別診断
市立旭川病院・内科
斉藤　裕輔
（飯伊消化器研究会，2013年４月，飯田）

30）ワークショップ：大腸SM癌の取り扱い；超音波内視鏡を用いた大腸SM深部浸潤癌に対する内視鏡的完全摘除可否の術前診断
市立旭川病院・内科
杉山　隆治，斉藤　裕輔
旭川医大・消化器・血液腫瘍制御内科
藤谷　幹浩
（第85回日本消化器内視鏡学会総会，2013年５月，京都）

31）『がんに立ち向かう！近隣の名医とともに』；当院における消化管癌治療の現状
市立旭川病院・内科
垂石　正樹
（日本癌治療学会市民公開講座in旭川，2013年６月，旭川）

32）機能性消化管障害について
市立旭川病院・内科
垂石　正樹
（アステラスセミナー，2013年８月，旭川）

33）内視鏡的拡張術が有効であった食道壁内憩室症の１例
市立旭川病院・内科
小田切信介，小澤賢一郎，杉山　隆治，川内　宏仁
中村　和正，鈴木　　聡，助川　隆士，千葉　　篤
垂石　正樹，斉藤　裕輔
（第107回日本消化器内視鏡学会北海道支部例会，2013年８月，札幌）

34）上部消化管内視鏡検査中に発生した脳空気塞栓症の1例
市立旭川病院・内科
中嶋　駿介，斉藤　裕輔，川内　宏仁，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
（第107回日本消化器内視鏡学会北海道支部例会，2013年８月，札幌）

35）当科における悪性大腸狭窄に対する大腸ステントの使用経験
市立旭川病院・内科
杉山　隆治，川内　宏仁，中村　和正，助川　隆士

小澤賢一郎，千葉　　篤，垂石　正樹，斉藤　裕輔
（第107回日本消化器内視鏡学会北海道支部例会，2013年９月，札幌）

36）造影検査が診断に有用であった潰瘍性大腸炎合併直腸狭窄の１例

市立旭川病院・内科
藤山　朋代，川内　宏仁，杉山　隆治，中村　和正
助川　隆士，小澤賢一郎，千葉　　篤，垂石　正樹
斉藤　裕輔
（第113回日本消化器病学会北海道支部例会，2013年８月，札幌）

37）腸重積を契機に発見されたPeutz Jegher's症候群の１例

市立旭川病院・内科
川内　宏仁，杉山　隆治，小澤賢一郎，垂石　正樹
斉藤　裕輔
（第158回旭川消化器病談話会，2013年９月，旭川）

38）直腸カルチノイド腫瘍の診断と治療方針－NET G1とG2の差異を中心に

市立旭川病院・内科
斉藤　裕輔，垂石　正樹，杉山　隆治，川内　宏仁
中村　和正，助川　隆士，小澤賢一郎，千葉　　篤
同　　・病理
高田　明生
旭川医大・消化器・血液腫瘍制御内科
富永　素矢，藤谷　幹浩
（第34回日本大腸肛門病学会北海道地方会，2013年９月，札幌）

39）腸重積を契機に発見されたPeutz Jegher's症候群の１例

市立旭川病院・内科
斉藤　裕輔，川内　宏仁，杉山　隆治，小澤賢一郎
鈴木　　聡，中村　和正，千葉　　篤，垂石　正樹
同　　・病理
高田　明生
旭川医大・消化器・血液腫瘍制御内科
富永　素矢
（第24回浜名湖胃と腸フォーラム，2013年９月，浜松）

40）短期間に形態変化を認めた直腸SM癌の１例

市立旭川病院・内科
杉山　隆治，川内　宏仁，小澤賢一郎，中村　和正
助川　隆士，千葉　　篤，垂石　正樹，斉藤　裕輔
（腸を診る会2013年９月例会，2013年９月，旭川）

41）潰瘍性大腸炎（UC）の治療－最近の話題－

市立旭川病院・内科
垂石　正樹
（旭川消化管勉強会，2013年９月，旭川）

42）炎症性腸疾患（IBD）の診断と治療－クローン病を中心に－

市立旭川病院・内科
斉藤　裕輔
（旭川消化管勉強会，2013年９月，旭川）

43）当院における大腸癌化学療法の検討－XELOX療法－を中心に

市立旭川病院・内科
垂石　正樹
（大腸癌講演会in旭川2013，2013年10月，旭川）

44）ワークショップ：大腸内視鏡－苦痛のない挿入法，見落としのない観察法<<ビデオ>>：細径軟性大腸内視鏡PCF-PQ260による苦痛の少ない易しい挿入法

市立旭川病院・内科
川内　宏仁，垂石　正樹，斉藤　裕輔
（第86回日本消化器内視鏡学会・第51回日本消化器がん検診学会（JDDW 2013），2013年10月，東京）

45）ワークショップ：細径内視鏡を活用した消化器診療；女性におけるstandard scopeとしての細径軟性大腸内視鏡PCF-PQ260の有用性

市立旭川病院・内科
小澤賢一郎，垂石　正樹，斉藤　裕輔
（第86回日本消化器内視鏡学会・第51回日本消化器がん検診学会（JDDW 2013），2013年10月，東京）

46）画像所見からみた炎症性腸疾患の鑑別

市立旭川病院・内科
斉藤　裕輔
（平成25年度胃癌個別検診・大腸がん検診実施登録医療機関合同研修会，2013年10月，福岡）

47）化学療法が奏効した直腸癌術後骨髄癌腫症の１例

市立旭川病院・内科
中嶋　駿介，小澤賢一郎，川内　宏仁，杉山　隆治
中村　和正，鈴木　　聡，助川　隆士，千葉　　篤
垂石　正樹，斉藤　裕輔
（第51回日本癌治療学会，2013年10月，京都）

48）小腸疾患の診断と治療－総論

市立旭川病院・内科
斉藤　裕輔
（第159回旭川消化器病談話会特別講演会ミニレクチャー，2013年11月，旭川）

49）潰瘍性大腸炎に対するインフリキマブの使用経験

市立旭川病院・内科
垂石　正樹，杉山　隆治，川内　宏仁，小澤賢一郎
斉藤　裕輔
（第7回インフリキシマブ症例研究会，2013年11月，旭川）

50）シンポジウム：早期大腸癌精密診断のための内視鏡学；超音波内視鏡による大腸SM深部浸潤癌に対する内視鏡的完全切除摘除可否の術前診断

市立旭川病院・内科
斉藤　裕輔
旭川医大・消化器・血液腫瘍制御内科
藤谷　幹浩
（第68回日本大腸肛門病学会総会，2013年11月，東京）

51）直腸MALTomaの１例

市立旭川病院・内科
杉山　隆治，川内　宏仁，小澤賢一郎，中村　和正

助川　隆士，千葉　　篤，垂石　正樹，斉藤　裕輔
（第69回腸を診る会，2013年11月，旭川）

52）糖尿病とFMD
市立旭川病院・内科
武藤　英二
（第５回EWTOPIA・KYUSYU検討会 IN 釧路，2013年５月，釧路）

53）糖尿病患者におけるピタバスタチン投与による血清脂質および血管内皮機能の改善効果
市立旭川病院・内科
武藤　英二，宮本　義博，土屋　慶容
（第56回日本糖尿病学会年次学術集会，2013年５月，熊本）

54）糖尿病性神経障害の検査，および高血圧・尿中Albとの関連について
市立旭川病院・内科
宮本　義博，武藤　英二，土屋　慶容
（第56回日本糖尿病学会年次学術集会，2013年５月，熊本）

55）動脈硬化予防もふくめたDPP-4阻害薬の有用性
市立旭川病院・内科
武藤　英二
（外科ニ水会６月例会講演会，2013年６月，旭川）

56）ビルダグリプチンによる血管内皮機能の改善効果
市立旭川病院・内科
武藤　英二
（Diabetes Seminar in Sapporo，2013年６月，札幌）

57）糖尿病患者におけるビルダグリプチン投与後の血管内皮機能変化
市立旭川病院・内科
土屋　慶容，武藤　英二，宮本　義博
（第45回日本動脈硬化学会，2013年７月，東京）

58）動脈硬化予防もふくめたDPP-4阻害薬の有用性
市立旭川病院・内科
武藤　英二
（札幌北部臨床研究会，2013年７月，札幌）

59）動脈硬化予防のための食後高血糖へのアプローチ
市立旭川病院・内科
武藤　英二
（稚内学術講演会，2013年７月，稚内）

60）糖尿病患者における脂質異常症治療薬投与後の血管内皮機能変化
市立旭川病院・内科
武藤　英二
（第19回旭川中性脂肪研究会，2013年８月，旭川）

61）動脈硬化予防のための食後高血糖・脂質異常症へのアプローチ
市立旭川病院・内科
武藤　英二
（根室糖尿病スモールミーティング，2013年９月，根室）

62）動脈硬化予防のための食後高血糖へのアプローチ
市立旭川病院・内科
武藤　英二
（網走学術講演会，2013年９月，網走）

63）ω3脂肪酸製剤の血管内皮への影響
市立旭川病院・内科
武藤　英二
（ロトリガ発売記念講演会，2013年10月，旭川）

64）糖尿病の予防
市立旭川病院・内科
武藤　英二
（市民講演会，2013年10月，旭川）

65）DPP-4阻害薬と動脈硬化
市立旭川病院・内科
武藤　英二
（糖尿病治療を考える会，2013年10月，札幌）

66）テネリグリプチンと動脈硬化
市立旭川病院・内科
武藤　英二
（テネリア発売1周年講演会，2013年10月，札幌）

67）DPP-4阻害薬の真の実力を探る
市立旭川病院・内科
武藤　英二
（Novartis Diabetes Seminar 2013，2013年10月，旭川）

68）糖尿病患者におけるフェノフィブラート投与後の血清脂質および血管内皮機能変化
市立旭川病院・内科
土屋　慶容，武藤　英二，宮本　義博
（第47回日本糖尿病学会北海道地方会，2013年11月，札幌）

69）糖尿病患者におけるDPP-4阻害薬の血管内皮機能改善効果
市立旭川病院・内科
武藤　英二，宮本　義博，土屋　慶容
（第47回日本糖尿病学会北海道地方会，2013年11月，札幌）

70）レパグリニドの有効性と安全性の検討
市立旭川病院・内科
宮本　義博，武藤　英二，土屋　慶容
（第47回日本糖尿病学会北海道地方会，2013年11月，札幌）

71）糖・脂質代謝eGFR WBCに対する禁煙の長期効果－東神楽町検診受診男性の追跡調査－
東神楽町国民健康保険診療所
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47回日本糖尿病学会北海道地方会，2013年11月，札幌）

72）動脈硬化予防のための食後高血糖・脂質異常症へのアプローチ
市立旭川病院・内科
武藤　英二
（芦別市医師会学術講演会，2013年11月，芦別）

73）PP-4阻害薬と動脈硬化

市立旭川病院・内科
武藤　英二
（第２回士別・名寄糖尿病講演会，2013年11月，士別）

74）糖尿病とともに楽しく生きよう
市立旭川病院・内科
武藤　英二
（糖尿病について考える会，2013年11月，旭川）

75）動脈硬化予防のための食後高血糖治療薬グリニド薬とDPP-4阻害薬の併用投与による臨床効果
市立旭川病院・内科
武藤　英二
（第２回旭川代謝カンファレンス，2013年11月，旭川）

76）インスリンデクルデクの使用経験
市立旭川病院・内科
土屋　慶容
（第47回糖尿病病診連携の会，2013年11月，旭川）

77）動脈硬化予防のための食後高血糖へのアプローチ
市立旭川病院・内科
武藤　英二
（紋別地区学術講演会，2013年11月，紋別）

78）骨髄原発悪性リンパ腫の１例
市立旭川病院・内科
橋口　淳一，松岡　里湖，千葉　広司，柿木　康孝
（第266回日本内科学会北海道地方会，2013年２月，札幌）

79）再生不良性貧血に対する造血幹細胞移植後にPosterior reversible encepharopathy syndrome（PRES）を発症し，後遺症として前頭葉徴候を認めた１例
市立旭川病院・内科
松岡　里湖，橋口　淳一，千葉　広司，柿木　康孝
（第35回日本造血細胞移植学会総会，2013年３月，金沢）

80）術後に自然消退が確認された十二指腸原発の形質転換濾胞性リンパ腫の１例
市立旭川病院・内科
千葉　広司，橋口　淳一，松岡　里湖，柿木　康孝
（第48回日本血液学会春季北海道地方会，2013年４月，札幌）

81）当科における高齢者同種造血幹細胞移植の後方視的検討
市立旭川病院・内科
柿木　康孝，松岡　里湖，橋口　淳一，千葉　広司
（第24回北海道造血細胞移植研究会，2013年５月，札幌）

82）Biclonal gammopathyを呈しているマクログロブリン血症の１例
市立旭川病院・内科
石尾　　崇，橋口　淳一，千葉　広司，柿木　康孝
（第267回日本内科学会北海道地方会，2013年６月，札幌）

83）経過中にLight-chain escapeを認めた難治性多発性骨髄腫の１例
市立旭川病院・内科
橋口　淳一，石尾　　崇，千葉　広司，柿木　康孝
（第268回日本内科学会北海道地方会，2013年９月，旭川）

84）2-CdA/Rituximab療法が奏効したHairy cell leukemiaの１例
市立旭川病院・内科
橋口　淳一，石尾　　崇，千葉　広司，柿木　康孝
（第55回日本血液学会秋季北海道地方会，2013年９月，札幌）

85）治療関連慢性骨髄単球性白血病を発症しAzacitidineが奏効している再発AMLの１例
市立旭川病院・内科
石尾　　崇，橋口　淳一，千葉　広司，柿木　康孝
（第269回日本内科学会北海道地方会，2013年11月，札幌）

86）COPDに対する私の治療方針
市立旭川病院・内科
福居　嘉信
（金星薬学セミナー，2013年８月，旭川）

87）COPD（肺気腫，タバコ肺）について
市立旭川病院・内科
福居　嘉信
（旭川ケーブルテレビ「元気のミカタ教えて！ドクター」，2013年９月，旭川）

88）呼吸器を専門としない先生のための成人喘息診療
市立旭川病院・内科
福居　嘉信
（旭川学術講演会，2013年11月，旭川）

89）肺がんの診断と予防について
市立旭川病院・内科
岡本　佳裕
（市立旭川病院第７回市民公開講座，2013年11月，旭川）

［投稿論文］

１）腸管感染症
市立旭川病院・内科
垂石　正樹，斉藤　裕輔
（菅野健太郎，上西紀夫，井廻道夫編集：消化器疾患最新の治療2013-2014．東京：南江堂，2013：175-179.）

２）大腸癌研究会プロジェクト研究の結果報告「内視鏡摘除手技の標準化」における「最大径20mm以上の大腸腫瘍に対する各種内視鏡摘除手技の局所根治・偶発症に関する多施設共同研究（前向きアンケート調査）：20mm超大腸ポリープコホート」
大腸癌研究会プロジェクト研究「内視鏡摘除手技の標準化」会議（斉藤　裕輔）
（胃と腸　2013；48：197-204.）

３）座談会：大腸ESDの安全で効率的な一般化を目指して
司会：田中　信治，味岡　洋一
出席：斉藤　　豊，豊永　高史，斉藤　裕輔
山野　泰穂，渡辺　聡明
（胃と腸　2013；48：205-221.）

４）編集後記
市立旭川病院・内科
斉藤　裕輔

（胃と腸　2013；48：249.）

Quick Tips on Colonoscopy e-only Techniques.

5）Informed consent (41-44.)

6）Sedation (71-72.)

7）Rs-Sjunction (144-145.)

8）Splenic flexure (174-175.)

9）Transverse colon (184-185.)

10）Hepatic flexure (202-203.)

11）Cecum to the Terminal ileum (214-215.)

12）Insertion strategy for the patients with postoperative adhesion (226-227.)

13）Insertion strategy for elderly patients(260-261.)

14）Important points for less overlooking observation (292-293.)

市立旭川病院・内科

Yusuke Saitoh

(Igarashi M, Tanaka S編：Tokyo：日本メディカルセンター，2013：292-293.）

15）「モニター画像」と「手の感覚」から判断する大腸内視鏡挿入攻略法：書評　鈴木康元著（改訂第２版）

市立旭川病院・内科

斉藤　裕輔

（内科　2013；111：539.）

16）大腸ポリペクトミー

市立旭川病院・内科

斉藤　裕輔，杉山　隆治

旭川医大・消化器・血液腫瘍制御内科

富永　素矢

（消化器内視鏡プロフェッショナルの技；Ⅱ治療：１消化管腫瘍に対する内視鏡治療. 東京：日本メディカルセンター，2013：155-159.）

17）炎症性腸疾患の上部消化管病変

旭川医大・消化器・血液腫瘍制御内科

坂谷　　彗，藤谷　幹浩，嘉島　　伸，田邊　裕貴
稲場　勇平，伊藤　貴博，田中　一之，堂腰　達矢
安藤　勝祥，河本　　徹，野村　好紀，上野　伸展
後藤　拓麿，富永　素矢，盛一健太郎，横田　欽一
高後　　裕

兵庫医科大学・内科学・上部消化管科

渡　　二郎

市立旭川病院・内科

斉藤　裕輔

（胃と腸　2013；48：636-644.）

18）大腸内分泌腫瘍（カルチノイド腫瘍）の診断と治療ーNET G1とG2の差異を含めて

市立旭川病院・内科

斉藤　裕輔，垂石　正樹，杉山　隆治，川内　宏仁
中村　和正，助川　隆士，小澤賢一郎，千葉　　篤
同　　・病理
高田　明生

旭川医大・消化器・血液腫瘍制御内科

藤谷　幹浩

福岡大学筑紫病院・病理部

岩下　明徳

九州中央病院

飯田　三雄

（胃と腸　2013；48：1004-1015.）

19）TypeⅢ（sporadic type）胃カルチノイド腫瘍多施設集計

長野県立須坂病院・内視鏡センター

赤松　泰次

福井県立病院・臨床病理科

海崎　泰治

市立旭川病院・内科

斉藤　裕輔

（胃と腸　2013；48：1023-1028.）

20）MRSA腸炎

市立旭川病院・内科

斉藤　裕輔，垂石　正樹

（浅香正博，菅野健太郎，千葉　努編；消化器病学ー基礎と臨床；8章消化器疾患各論. 東京：西村書店，2013：898-902.）

21）Unruptured cystic artery pseudoaneurysm accompanied by Mirizzi syndrome：a report of a case.

市立旭川病院・内科

Satoshi Suzuki, Yusuke Saito, Kazumasa Nakamura
Ryuji Sukegawa, Atsushi Chiba, Shunsuke Nakajima
Ryuji Sugiyama, Kenichiro Ozawa, Masaki Taruishi
同　　・病理
Akio Takada

(Clinical Journal of Gastroenterology 2013；6：490-495.)

22）糖尿病患者におけるピタバスタチンの血管内皮機能改善効果

市立旭川病院・内科

武藤　英二

（薬理と治療　2013；41：685-688.）

23）糖尿病患者におけるグルベス配合錠投与後の血管内皮機能変化

市立旭川病院・内科

武藤　英二

（診療と新薬　2013；50：999-1001.）

24）A型血球とO型血球の混在を同胞間で認めたAmosの１家族例

市立旭川病院・内科

柿木　康孝
同　　・中央検査科
長瀬　政子，高木　奈央

日本赤十字社北海道ブロック血液センター

内村　大祐，佐藤進一郎，髙本　　滋

（日本輸血細胞治療学会誌　2013；59：593-600.）

25）当科における未治療成人急性骨髄性白血病症例の後方視的解析

北大・血液内科
竹村　龍
市立旭川病院・内科
千葉　広司，橋口　淳一，松岡　里湖，柿木　康孝
（旭川市立病院医誌　2013；45：1-6.）

26）喘息の診断は難しい，と思うことがありますか？
市立旭川病院・内科
福居　嘉信
（北海道医報　2013；1134：24-25.）

27）アレルギー性鼻炎合併喘息全国実態調査（SACRA）を，北海道旭川市で夏季に行った結果
市立旭川病院・内科
福居　嘉信，谷野　洋子，岡本　佳裕
（喘息　2013；26：168-173.）

28）鼻炎合併喘息の実態
市立旭川病院・内科
福居　嘉信
（臨床免疫・アレルギー科　2013；60：498-502.）

29）ペンタミジンにより低血糖を来たしたニューモシスチス肺炎の１例
市立旭川病院・内科
福田　直樹，谷野　洋子，岡本　佳裕，福居　嘉信
宮本　義博
（旭川市立病院医誌　2013；45：16-20.）

外　科
［学会発表］

１）胆石・胆のう炎に対する手術～腹腔鏡下手術ってなに？
市立旭川病院・外科
村上　慶洋
（市立旭川病院第６回市民公開講座，2012年２月，旭川）

２）緊急手術を施行した上行結腸軸捻転症の２例
市立旭川病院・外科
櫛引　敏寛，村上　慶洋，福永　亮朗，笹村　裕二
武山　　聡，沼田　昭彦，子野日政昭
（第98回北海道外科学会，2013年２月，札幌）

３）腹腔鏡下手術を施行したイレウスを伴う胃石の１例
市立旭川病院・外科
松居　祐樹，村上　慶洋，櫛引　敏寛，福永　亮朗
笹村　裕二，武山　　聡，沼田　昭彦，子野日政昭
（第98回北海道外科学会，2013年２月，札幌）

４）腹腔鏡下鼠径ヘルニア根治術(TAPP)の利点と導入に当たっての問題点
市立旭川病院・外科
村上　慶洋，櫛引　敏寛，福永　亮朗，笹村　裕二
武山　　聡，沼田　昭彦，子野日政昭
（第98回北海道外科学会，2013年２月，札幌）

５）再発鼠径ヘルニアに対するTAPPにおける初回術式別の問題点と対処法
市立旭川病院・外科
村上　慶洋，櫛引　敏寛，福永　亮朗，笹村　裕二
武山　　聡，沼田　昭彦，子野日政昭
（第11回日本ヘルニア学会，2013年５月，仙台）

６）Cushing症候群にて発見されたACTH産性胸線カルチノイドの１例
市立旭川病院・外科
福永　亮朗，笹村　裕二
（第30回日本呼吸器外科学会総会，2013年５月，名古屋）

７）腹腔鏡下鼠径ヘルニア根治術（TAPP）における困難症例と対処法
市立旭川病院・外科
村上　慶洋，吉見　泰典，福永　亮朗，笹村　裕二
武山　　聡，沼田　昭彦，子野日政昭
（第19回北海道内視鏡外科研究会，2013年６月，函館）

８）待機的に腹腔鏡下手術を施行した胆嚢捻転症の１例
市立旭川病院・外科
吉見　泰典，村上　慶洋，福永　亮朗，笹村　裕二
武山　　聡，沼田　昭彦，子野日政昭
（第103回日本臨床外科学会北海道支部例会，2013年７月，室蘭）

９）大腸癌イレウスに対するSEMSの挿入と腹腔鏡下手術の経験
市立旭川病院・外科
村上　慶洋，吉見　泰典，福永　亮朗，笹村　裕二
武山　　聡，沼田　昭彦，子野日政昭
（第103回日本臨床外科学会北海道支部例会，2013年７月，室蘭）

10）十二指腸原発GISTに対しPPPD，右腎，右半結腸，肝部分切除術後12年目に肝転移をきたし肝切除を施行した１例
市立旭川病院・外科
吉見　泰典，子野日政昭，櫛引　敏寛，村上　慶洋
福永　亮朗，笹村　裕二，武山　　聡，沼田　昭彦
（第68回日本消化器外科学会総会，2013年７月，宮崎）

11）Component Separation法を用いたS状結腸切除およびストーマ閉鎖と同時に修復した腹壁瘢痕ヘルニアの１例
市立旭川病院・外科
吉見　泰典，村上　慶洋，福永　亮朗，笹村　裕二
武山　　聡，沼田　昭彦，子野日政昭
（第99回北海道外科学会，2013年９月，札幌）

12）ESD後穿孔に対し腹腔鏡下手術を施行した１例
市立旭川病院・外科
小田切信介，村上　慶洋，吉見　泰典，福永　亮朗
笹村　裕二，武山　　聡，沼田　昭彦，子野日政昭
（第99回北海道外科学会，2013年９月，札幌）

13）特発性腸間膜膿瘍の１例
市立旭川病院・外科
福永　亮朗，村上　慶洋，笹村　裕二，武山　　聡
沼田　昭彦，子野日政昭
（第75回日本臨床外科学会総会，2013年11月，名古屋）

14）外来治療について

市立旭川病院・外科
福永　亮朗
（市立旭川病院第7回市民公開講座，2013年11月，旭川）

15）外科研修医の腹腔鏡下手術の基本手技の習得におけるTAPP，胆嚢摘出術，虫垂切除術の役割

市立旭川病院・外科
村上　慶洋，吉見　泰典，福永　亮朗，笹村　裕二
武山　　聡，沼田　昭彦，子野日政昭
（第104回日本臨床外科学会北海道支部例会，2013年12月，札幌）

16）Ball Valve症候群を呈した１型早期胃癌に対し腹腔鏡下幽門側胃切除を施行した１例

市立旭川病院・外科
吉見　泰典，村上　慶洋，福永　亮朗，笹村　裕二
武山　　聡，沼田　昭彦，子野日政昭
（第104回日本臨床外科学会北海道支部例会，2013年12月，札幌）

17）横行結腸が嵌頓し緊急手術を施行したMorgagniヘルニアの１例

市立旭川病院・外科
岩間　琢哉，村上　慶洋，吉見　泰典，福永　亮朗
笹村　裕二，武山　　聡，沼田　昭彦，子野日政昭
（第104回日本臨床外科学会北海道支部例会，2013年12月，札幌）

18）当科における直腸癌手術の検討

市立旭川病院・外科
吉見　泰典，村上　慶洋，福永　亮朗，笹村　裕二
武山　　聡，沼田　昭彦，子野日政昭
（旭川外科談話会，2013年12月，旭川）

19）腹腔鏡下手術ってなに？

市立旭川病院・外科
村上　慶洋
（旭川ケーブルテレビ，元気のミカタ教えて！「ドクター」2013年，旭川）

［投稿論文］

１）ユジノ・サハリンスク市への公式訪問報告2012－医療交流部門

市立旭川病院・外科
子野日政昭
同　　・胸部外科
大場　淳一
（旭川市立病院医誌　2013；45：26-28.）

２）マンモグラフィ施設画像認定に関しての報告－旭川市医師会乳癌検診委員会の取組み－

旭川市医師会乳癌検診委員会
和田　博司，平田　　哲，池上　　淳，菅野　普子
赤羽　弘充，沼田　昭彦，黒蕨　邦夫，黒田　龍彦
粟井　是臣
（日本乳癌検診学会誌　2013；22：129-132.）

胸部外科
［学会発表］

１）大血管転位症に対しペースメーカー治療を施行した２症例の検討

市立旭川病院・胸部外科
安達　　昭，大場　淳一，宮武　　司，吉本　公洋
増田　貴彦，奥山　　淳，村瀬　亮太，青木　秀俊
（第94回日本胸部外科学会北海道地方会，2013年２月，札幌）

２）当院における収縮性心膜炎への外科的治療の検討

市立旭川病院・胸部外科
村瀬　亮太，安達　　昭，奥山　　淳，増田　貴彦
吉本　公洋，宮武　　司，大場　淳一，青木　秀俊
（第94回日本胸部外科学会北海道地方会，2013年２月，札幌）

３）内視鏡下静脈採取法リユーザブルデバイスを用いたHow To

市立旭川病院・胸部外科
吉本　公洋，村瀬　亮太，増田　貴彦，奥山　　淳
安達　　昭，宮武　　司，大場　淳一，青木　秀俊
（第43回日本心臓血管外科学会ホスピタリティルームレクチャー，2013年２月，東京）

４）Endoscopic Harvest fo Radial Artery with the use of Non-Disposable system

市立旭川病院・胸部外科
吉本　公洋，大場　淳一，村瀬　亮太，奥山　　淳
増田　貴彦，安達　　昭，宮武　　司，青木　秀俊
（21st Annual meeting of the Asian society for Cardiovascular and Thoracic Surgery，2013年４月，神戸）

５）胆嚢がんの心転移の１例

市立旭川病院・胸部外科
大場　淳一，宮武　　司，吉本　公洋，奥山　　淳
杉本　　聡，青木　秀俊
（第16回北海道心臓外科フォーラム，2013年５月，札幌）

６）心臓血管手術の最前線

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のつどい，2013年５月，旭川）

７）大動脈弁置換術後の大動脈近位部拡大に対するRe-do手術

市立旭川病院・胸部外科
吉本　公洋，大場　淳一，村瀬　亮太，奥山　　淳
増田　貴彦，安達　　昭，宮武　　司，青木　秀俊
（第41回日本血管外科学会，2013年５月，大阪）

８）胆嚢癌からの転移性心臓腫瘍の1例

市立旭川病院・胸部外科
奥山　　淳
（第130回旭川心臓を診る会（ACC），2013年６月，旭川）

９）Zenithステントグラフト＋Palmazステントを留置後の腹部大動脈瘤の拡大に対し人工血管置換術を行った１例

市立旭川病院・胸部外科
奥山　　淳，吉本　公洋，大場　淳一，宮武　　司
杉本　　聡，青木　秀俊
（第109回日本循環器学会北海道地方会，2013年６月，札幌）

10）急性大動脈解離疑いとして紹介されたが診断に難渋した４症例

市立旭川病院・胸部外科
宮武　　司，大場　淳一，吉本　公洋，奥山　　淳
杉本　　聡，青木　秀俊
（第109回日本循環器学会北海道地方会，2013年6月，札幌）

11）基部および大動脈全置換後の僧帽弁置換で人工弁周囲逆流がおき難渋したMarfan症候群の１例

市立旭川病院・胸部外科
吉本　公洋
（第1回北大循環器・呼吸器外科疾患懇話会（第61回北大心臓疾患研究会），2013年６月，札幌）

12）Valsalva瘤を生じたためベントール手術を要し，術後吻合部仮性瘤を生じた感染性心内膜炎の１例

市立旭川病院・胸部外科
奥山　　淳，大場　淳一，吉本　公洋，宮武　　司
杉本　　聡，青木　秀俊
（第99回北海道外科学会，2013年９月，札幌）

13）CABG術後正中創感染あるいは縦隔炎に対する創閉鎖術

市立旭川病院・胸部外科
杉本　　聡，大場　淳一，宮武　　司，吉本　公洋
奥山　　淳，青木　秀俊
くにもと病院形成外科
阿部　清秀
（第95回日本胸部外科学会北海道地方会，2013年９月，札幌）

14）左内胸動脈－左冠動脈下行枝が開存する冠動脈バイパス術後の不安定狭心症に対し，回旋枝と右冠動脈への左開胸によるRe-do冠動脈バイパス術を行った１例

市立旭川病院・胸部外科
吉本　公洋，杉本　　聡，奥山　　淳，宮武　　司
大場　淳一，青木　秀俊
（第95回日本胸部外科学会北海道地方会，2013年９月，札幌）

15）石灰化上行大動脈を伴った弓部大動脈瘤に対するステントグラフト内挿術において上行大動脈－debranchingを‘real chimney法’により施行した１症例

市立旭川病院・胸部外科
宮武　　司，大場　淳一，吉本　公洋，奥山　　淳
杉本　　聡，青木　秀俊
同　　・放射線科
花輪　　真
（第95回日本胸部外科学会北海道地方会，2013年９月，札幌）

16）80歳以上のAVR３例の経験

市立旭川病院・胸部外科
杉本　　聡
（第131回旭川心臓を診る会（ACC），2013年11月，旭川）

17）頚動脈へのデブランチングを併用した弓部大動脈ステントグラフト内挿術２例の報告

市立旭川病院・胸部外科
宮武　　司，大場　淳一，吉本　公洋，奥山　　淳
杉本　　聡，青木　秀俊
同　　・放射線科
花輪　　真
（第85回北海道シネアンジオ研究会，2013年11月，札幌）

18）膝窩動脈瘤の４例

市立旭川病院・胸部外科
杉本　　聡，大場　淳一，宮武　　司，吉本　公洋
奥山　　淳，青木　秀俊
（第33回日本血管外科学会北海道地方会，2013年11月，札幌）

19）破裂性腹部大動脈瘤手術症例での一時的閉腹法としてのsilo/Bogoda bag法の経験

市立旭川病院・胸部外科
大場　淳一，青木　秀俊，宮武　　司，吉本　公洋
奥山　　淳，杉本　　聡
同　　・麻酔科
一宮　尚裕，飛世　史則，山岸　昭夫
（第37回北海道救急医学会，2013年11月，札幌）

20）当院における重症三尖弁閉鎖不全症に対する三尖弁置換術の検討

市立旭川病院・胸部外科
奥山　　淳，大場　淳一，宮武　　司，吉本　公洋
杉本　　聡，青木　秀俊
（第110回日本循環器学会北海道地方会，2013年11月，札幌）

［投稿論文］

１）二心室修復後の純型肺動脈閉鎖症：新たな課題（editorial comment）

市立旭川病院・胸部外科
大場　淳一
（日本小児循環器学会雑誌　2013；29：125-128.）

２）回転原体照射による術後放射線療法が奏功した心臓血管肉腫の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，奥山　　淳，青木　秀俊
（日心外会誌　2013；42：420-424.）

３）胸部外傷の手技（第7章）

市立旭川病院・胸部外科
大場　淳一（訳）
（Campbell,J：救急救命スタッフのためのITLS 第2版（原書第７版）．大阪：メディカ出版：2013）

耳鼻咽喉科

［学会発表］

1）めまい漢方の３方剤
市立旭川病院・耳鼻咽喉科
佐藤　公輝，相澤　寛志，北尾　恭子
（日本耳鼻咽喉科学会北海道地方会第207回学術講演会，2013年３月，札幌）

2）即実践！使える咳漢方　風邪の漢方的理解と咳漢方の切り分け
市立旭川病院・耳鼻咽喉科
佐藤　公輝
（札幌市内耳鼻咽喉科開業医38会グループ勉強会，2013年６月，札幌）

3）高齢者への漢方薬の使用経験～めまい症例を中心に～
市立旭川病院・耳鼻咽喉科
佐藤　公輝
（第22回北海道老年病漢方研究会学術講演会，2013年８月，札幌）

4）漢方薬が聴力改善に寄与したと思われた２例
市立旭川病院・耳鼻咽喉科
佐藤　公輝，相澤　寛志，北尾　恭子
（第30回東洋医学会北海道支部学術大会，2013年10月，札幌）

5）釣藤散の使用経験
市立旭川病院・耳鼻咽喉科
佐藤　公輝，相澤　寛志，北尾　恭子
（日本耳鼻咽喉科学会北海道地方部会第208回学術講演会，2013年10月，札幌）

6）当科における突発性難聴の入院治療成績の検討
市立旭川病院・耳鼻咽喉科
北尾　恭子，相澤　寛志，安藤　敬子，佐藤　公輝
（日本耳鼻咽喉科学会北海道地方部会第208回学術講演会，2013年10月，札幌）

小児科
［学会発表］

1）小児初期救急医療における留意事項と症例検討
市立旭川病院・小児科
佐竹　　明
（北海道小児救急地域医師研修会，2013年11月，名寄）

2）制吐剤による急性ジストニアの３例
市立旭川病院・小児科
中嶋　雅秀，上田　泰弘，佐竹　　明，小西　貴幸
（第34回道北小児科懇話会，2013年12月，旭川）

泌尿器科
［学会発表］

1）ホルモン治療抵抗性前立腺癌に対するドセタキセル療法の検討
市立旭川病院・泌尿器科
村橋　範浩，西村　陽子，望月　端吾，金川　匡一
（第388回日本泌尿器科学会北海道地方会，2013年１月，札幌）

2）治療に苦慮した転移性腎癌の２症例
市立旭川病院・泌尿器科
西村　陽子，村橋　範浩，望月　端吾，金川　匡一
（第８回道北泌尿器科談話会，2013年１月，旭川）

3）当院における生体腎移植の臨床的検討
市立旭川病院・泌尿器科
村橋　範浩，西村　陽子，望月　端吾，金川　匡一
（第46回日本臨床腎移植学会，2013年２月，東京）

4）当院の膀胱全摘除術症例における臨床病理学的検討
市立旭川病院・泌尿器科
村橋　範浩，西村　陽子，望月　端吾，金川　匡一
（第101回日本泌尿器科学会総会，2013年４月，札幌）

5）当院における尿道狭窄症に対する内尿道切開術の検討
市立旭川病院・泌尿器科
西村　陽子，村橋　範浩，望月　端吾，金川　匡一
（第101回日本泌尿器科学会総会，2013年４月，札幌）

6）腎臓移植－その実際と成績－
市立旭川病院・泌尿器科
金川　匡一
（旭薬グループ勉強会，2013年４月，旭川）

7）市立旭川病院における高齢者の開腹・鏡視下手術の検討
市立旭川病院・泌尿器科
西村　陽子
（第45回北大泌尿器科医局研究発表会，2013年５月，札幌）

8）前立腺導管腺癌の４例
市立旭川病院・泌尿器科
菊地　　央，西村　陽子，望月　端吾，金川　匡一
（第389回日本泌尿器科学会北海道地方会，2013年６月，札幌）

9）排尿障害と過活動膀胱～おしっこのこと，年のせいだと思っていませんか？
市立旭川病院・泌尿器科
望月　端吾
（台場地区市民勉強会，2013年６月，旭川）

10）幼児上部尿路結石に対する経尿道的尿管結石砕石術の検討
北大・泌尿器科
西村　陽子，守屋　仁彦，三井　貴彦，橘田　岳也
菅野由岐子，今　　雅史，野々村克也
（第22回日本小児泌尿器科学会，2013年７月，東京）

11）腎移植の実際
市立旭川病院・泌尿器科
金川　匡一
（北見市民公開講座腎移植ってなんだろうin北見，2013年９月，北見）

12）当科における恥骨後式根治的前立腺全摘129例の臨床的検討
市立旭川病院・泌尿器科
菊地　　央，西村　陽子，望月　端吾，金川　匡一
（第390回日本泌尿器科学会北海道地方会，2013年10月，旭川）

13）尿膜管癌に対して腹腔鏡下尿膜管摘除・膀胱部分切除術を施行した１例
市立旭川病院・泌尿器科
望月　端吾，菊地　　央，西村　陽子，金川　匡一
（第390回日本泌尿器科学会北海道地方会，2013年10月，旭川）

14）家族で学ぼう～前立腺がんの話～：進化した手術パート１：根治的前立腺全摘除術～開腹手術と腹腔鏡手術について
市立旭川病院・泌尿器科
望月　端吾
（市民公開講座旭川前立腺がんフォーラム2013，2013年10月，旭川）

15）旭川の腎移植成績
市立旭川病院・泌尿器科
金川　匡一
（講演会第10回腎移植ってなんだろう？，2013年10月，旭川）

16）尿膜管癌に対して腹腔鏡下尿膜管摘除・膀胱部分切除術を施行した１例
市立旭川病院・泌尿器科
望月　端吾，菊地　　央，西村　陽子，金川　匡一
（第27回日本泌尿器内視鏡学会，2013年11月，名古屋）

産婦人科
［投稿論文］

１）16歳の卵管境界悪性腫瘍の１例
市立旭川病院・産婦人科
岸　　秀昭，北　　香，中田　俊之，林　　博章
（臨床婦人科産科　2013；67：1077-1080.）

精神神経科
［学会発表］

１）思春期外来の子どもたち－女の子は言いたい放題－
市立旭川病院・精神科
武井　　明
（第４回倉敷地区精神科医懇話会，2013年２月，倉敷）

２）精神科医療機関と訪問看護ステーションとの連携
市立旭川病院・精神科
武井　　明
（平成24年度北海道子どもの虐待防止フォーラム「専門職のための子どもの虐待に関する研修」，2013年２月，札幌）

３）精神科思春期外来から見たこども達の今！－思春期のこども達が抱える心の問題の理解と対応について－
市立旭川病院・精神科
武井　　明
（平成24年度稚内保健所思春期保健研修会，2013年３月，稚内）

４）発達障害について－子どもから成人まで－
市立旭川病院・精神科
武井　　明
（訪問看護ステーションモモ研修会，2013年４月，旭川）

５）大人の発達障害－自閉症スペクトラム障害を中心に－
市立旭川病院・精神科
武井　　明
（成人期発達障害学術講演会，2013年６月，札幌）

６）心の問題・児童思春期
市立旭川病院・精神科
武井　　明
（旭川いのちの電話第35期電話相談員養成講座，2013年６月，旭川）

７）当科を受診した広汎性発達障害および注意欠如多動性障害の成人例の臨床的検討
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
（北海道精神神経学会第123回例会，2013年７月，札幌）

８）思春期の自殺関連行動
市立旭川病院・精神科
武井　　明
（平成25年度子どもを支える教育者のための自殺予防ゲートキーパー専門研修，2013年８月，旭川）

９）生きる時間を共有するために
市立旭川病院・精神科
原岡　陽一
（訪問看護ステーションモモ研修会，2013年８月，旭川）

10）発達障がいの理解－思春期の特徴と二次障害の予防や対応－
市立旭川病院・精神科
武井　　明
（平成25年度稚内保健所思春期保健研修会，2013年９月，稚内）

11）北海道における児童精神科医療の地域連携－精神科思春期外来における自閉症スペクトラム障害の実態－
市立旭川病院・精神科
武井　　明
（第54回児童青年精神医学会総会，2013年10月，札幌）

12）子どもの精神療法－思春期症例に対する非言語的治療－
市立旭川病院・精神科
武井　　明
（第54回児童青年精神医学会総会，2013年10月，札幌）

13）思春期の子どもたちのビミョーな気持ち
市立旭川病院・精神科
武井　　明
（特別支援教育講演会，2013年10月，当麻）

14）思春期外来からみた高校生
市立旭川病院・精神科
武井　　明
（平成25年度北海道旭川東高等学校PTA教養講座，2013年10月，旭川）

15）発達障害やいろいろな悩みを抱える子どもたち
市立旭川病院・精神科

武井　　明
（平成25年度上川管内特別支援学級配置学校長協議会経営研修会，2013年12月，旭川）

16）当科思春期外来における広汎性発達障害患者の実態
－2005年から2012年の診療統計から－
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
旭川圭泉会病院
鈴木　太郎
旭川福祉専門学校
平間　千絵
（北海道精神神経学会第124回例会，2013年12月，札幌）

17）思春期の子どもたちのビミョーな気持ち　パートⅡ
市立旭川病院・精神科
武井　　明
（平成25年東川町特別支援教育講演会，2013年12月，東川）

［投稿論文］

1）描画を用いて改善された神経性無食欲症の女子中学生の治療経過－「窓」の表現をめぐって－
市立旭川病院・精神科
武井　　明
（日本芸術療法学会誌　2011；42：52-61.）

2）精神科思春期外来を受診した高校生の広汎性発達障害
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
旭川福祉専門学校
平間　千絵
（旭川市立病院医誌　2013；45：7-11.）

麻酔科

［学会発表］

1）自然気胸のドレーン挿入後に再膨張性肺水腫になり，分離肺換気チューブにて管理した１症例
市立旭川病院・麻酔科
小野寺美子，山岸　昭夫，田辺　美幸，飛世　史則
一宮　尚裕
（第30回旭川全身管理研究会，2013年５月，旭川）

2）腹部大動脈瘤破裂後abdominal compartment syndrome（ACS）予防に腹腔内陰圧持続吸引を施行し，救命しえた１症例
市立旭川病院・麻酔科
山岸　昭夫，飛世　史則，一宮　尚裕
同　　・胸部外科
大場　淳一
（日本集中治療医学会第22回北海道地方会，2013年10月，旭川）

3）Postoperative Recovery Following Total Knee Arthroplasty：Effects of Combined Analgesia.
市立旭川病院・麻酔科
Yoshiko Onodera
旭川医大・麻酔科
Megumi Matsumoto, Takafumi Iida, Keiya Takahashi
Shigeaki Otomo, Tomoki Sasakawa
Takayuki Kunisawa, Keiko Mamiya
Osamu Takahata, Hiroshi Iwasaki
（American Society of Anesthesiologists Annual Meeting 2013，2013年10月，サンフランシスコ）

4）当院の産婦人科手術における術前経口補水療法について－患者及び病棟看護師からのアンケートより－
市立旭川病院・麻酔科
田辺　美幸，山岸　昭夫，小野寺美子，飛世　史則
一宮　尚裕
（日本臨床麻酔学会第33回大会，2013年11月，金沢）

5）８歳の大動脈縮窄症手術における分離肺換気に，Arndt気管支ブロッカーが有用であった１症例
市立旭川病院・麻酔科
小野寺美子，山岸　昭夫，田辺　美幸，飛世　史則
一宮　尚裕
（第31回旭川全身管理研究会，2013年12月，旭川）

［投稿論文］

1）非侵襲的全ヘモグロビン濃度測定が有効であった脳死下臓器提供の１症例
市立旭川病院・麻酔科
田辺　美幸
札幌医科大学・麻酔科
杉野　繁一，宮下　　龍，成松　英智，山影　道明
（麻酔　2013；62：699-701.）

2）当院の産婦人科手術における術前経口補水療法の検討－術前経口補水療法導入前後における比較－
市立旭川病院・麻酔科
山岸　昭夫，高橋　桂哉，大槻　郁人，飛世　史則
一宮　尚裕
旭川医大・麻酔科蘇生科
岩崎　　寛
（臨床麻酔　2013；37：771-774.）

皮膚科

［学会発表］

1）天ぷら粉に繁殖したコナヒョウヒダニによるアナフィラキシーの１例

市立旭川病院・皮膚科
坂井　博之，野村和加奈
旭川赤十字病院・皮膚科
木ノ内基史
旭川医大・寄生虫
中尾　　稔
（第393回日本皮膚科学会北海道地方会，2013年２月，札幌）

２）当科で経験したChurg-Strauss症候群
市立旭川病院・皮膚科
野村和加奈，坂井　博之
（第394回日本皮膚科学会北海道地方会，2013年６月，旭川）

３）成人にみられたCoxsackievirus A6感染症の２例
市立旭川病院・皮膚科
野村和加奈，坂井　博之
（第395回日本皮膚科学会北海道地方会，2013年８月，札幌）

４）接触皮膚炎症候群の２例
市立旭川病院・皮膚科
坂井　博之
（第７回道北皮膚科臨床研究会，2013年10月，旭川）

５）外用薬による接触皮膚炎症候群の２例
市立旭川病院・皮膚科
坂井　博之，野村和加奈
（第43回日本皮膚アレルギー・接触皮膚炎学会総会学術大会，2013年11月，金沢）

［投稿論文］

１）ホスホマイシンナトリウムとプロプラノロール塩酸塩の併用による膿疱型薬疹の１例
市立旭川病院・皮膚科
坂井　博之
旭川医大・皮膚科
菅野　恭子，岸部　麻里，飯塚　　一
（臨床皮膚科　2013；67：485-489.）

２）ライム病の１例－抗菌薬感受性について－
市立旭川病院・皮膚科
野村和加奈，坂井　博之
旭川医大・皮膚科
飯塚　　一
（皮膚科の臨床　2013；55：1372-1376.）

歯科口腔外科

［学会発表］

１）映像教材を用いた口腔ケア指導と実施意欲の検討
市立旭川病院・歯科口腔外科
佐藤　栄晃
旭川医大・歯科口腔外科学講座
竹川　政範，小神　順也，松田　光悦
（日本口腔ケア学会総会・学術大会，2013年６月，福岡）

［投稿論文］

１）頬部軟組織内に大きな結石様石灰化物の形成をきたした１例
市立旭川病院・歯科口腔外科
谷　　和俊，西村　泰一
医療法人徳洲会帯広徳洲会病院
藤盛　真樹
旭川医大・歯科口腔外科学講座
岡田　益彦，松本　　章，松田　光悦
（日本口腔外科学会雑誌　2013；59：265-269.）

薬剤科

［学会発表］

１）産婦人科病棟における薬剤師の活動内容と展望
市立旭川病院・薬剤科
平野　真弓，寺田　和文，田岡　久央，岡崎　邦俊
同　　・看護部
多田　啓子
同　　・産婦人科
林　　博明
（第７回旭川薬剤師会・病院薬剤師会合同会員研究発表会，2013年２月，旭川）

２）血液透析患者への薬学的介入の試み
市立旭川病院・薬剤科
栗栖　幹典，岡崎　邦俊
（第７回日本腎臓病薬物療法学会学術集会，2013年10月，広島）

３）市立旭川病院におけるエリブリンメシル酸塩の使用状況と有害事象の調査
市立旭川病院・薬剤科
林　　千景，岡崎　邦俊
同　　・外科
福永　亮朗，笹村　裕二，沼田　昭彦，子野日政昭
（第52回全国自治体病院学会，2013年10月，京都）

中央放射線科

［学会発表］

１）当院における肺動静脈分離撮影法の検討
市立旭川病院・中央放射線科
西田　　純，大野　　肇，石澤　　博，福田　泰之
（北海道ヘリカルCT研究会，2013年１月，札幌）

２）シンポジウム「各モダリティにおける心筋虚血診断機序を理解する」：MRI検査「心筋虚血診断における心臓MRI検査」
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69回春季大会，2013年４月，札幌）

３）当院における体幹部MRI検査
市立旭川病院・中央放射線科
川崎　伸一
（第38回道北画像研究会，2013年６月，旭川）

４）MRI検査
市立旭川病院・中央放射線科
福田　泰之
（診療放射線技師基礎技術講習，2013年７月，旭川）

５）基礎講習MRI検査－MRI装置－
市立旭川病院・中央放射線科
川崎　伸一
（平成25年度日本診療放射線技師会基礎講習「MRI検査」，2013年７月，旭川）

６）基礎講習MRI検査－MRIの安全管理－
市立旭川病院・中央放射線科
川崎　伸一
（平成25年度日本診療放射線技師会基礎講習「MRI検査」，2013年７月，旭川）

７）Cardiac Imagingを語る－MRI編－
市立旭川病院・中央放射線科
川崎　伸一
（平成25年度第1回室蘭放射線技師会研修会，2013年８月，室蘭）

８）放射線治療計画用CTにおけるロットの異なるファントムがCT値－電子密度変換テーブルに及ぼす影響についての検討
市立旭川病院・中央放射線科
西館　文博，畑中　康裕，石澤　博，有路　智行
（第52回自治体病院学会，2013年10月，京都）

９）CRからFPDへの装置更新時に行った基礎的検討
市立旭川病院・中央放射線科
菅野　聡美，竹内　顕宏
（平成25年度社団法人日本放射線技師会北海道地域学術大会，2013年10月，札幌）

10）CTにおける低管電圧撮影の画質評価
市立旭川病院・中央放射線科
小木　有紗，石澤　博，福田　泰之，西田　純
大野　肇
（平成25年度社団法人日本放射線技師会北海道地域学術大会，2013年10月，札幌）

11）TBT法を用いた肺動静脈分離撮影法の検討
市立旭川病院・中央放射線科
西田　純，大野　肇，石澤　博，福田　泰之
（日本放射線技術学会北海道部会，2013年11月，旭川）

12）非造影MRIによる右副腎静脈描出の検討
市立旭川病院・中央放射線科
福田　泰之，川崎　伸一，小木　有紗，三ツ井貴博
石澤　博，有路　智行，西田　純
（日本放射線技術学会北海道部会学術大会第69回秋季大会，2013年11月，旭川）

13）胸腹部領域におけるSyngo Workplace iFlow使用の基礎的検討
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
福田　泰之，西田　純
（放射線技術学会北海道部会平成25年度秋季学術大会，2013年11月，旭川）

14）回転強度放射線治療（VMAT）における至適架台回転角度についての検討
市立旭川病院・中央放射線科
畑中　康裕，石澤　博，有路　智行，西館　文博
（放射線技術学会北海道部会平成25年度秋季学術大会，2013年11月，旭川）

15）造影CINE-SSFPによる急性冠症候群再潅流療法後のリスク領域評価
市立旭川病院・中央放射線科
川崎　伸一，福田　泰之，小木　有紗，大野　肇
西田　純，三ツ井貴博
同　・内科
石井　良直
（第69回日本放射線技術学会北海道部会秋期学術大会，2013年11月，旭川）

16）胸部CT検査におけるmotion artifact改善の基礎的検討
市立旭川病院・中央放射線科
菅野　聡美，石澤　博，福田　泰之，西田　純
大野　肇
（平成25年度旭川放射線技師会会員研究発表会，2013年11月，旭川）

17）X線テレビ装置における新型防護具による被ばく低減に向けた検討
市立旭川病院・中央放射線科
松崎　梨奈，三ツ井貴博，大塩　良輔
（平成25年度旭川放射線技師会会員研究発表会，2013年11月，旭川）

［投稿論文］

１）CRからFPDへの装置更新時に行った基礎的検討
市立旭川病院・中央放射線科
菅野　聡美
（旭川放射線技師会会誌　2013；35：46-49.）

２）心筋虚血診断における心臓MRI検査
市立旭川病院・中央放射線科
福田　泰之
（北海道放射線技術雑誌　2013；75：38-42.）

中央検査科

［学会発表］

１）ドプラ法における経肺圧較差（TPPG）評価の試み
市立旭川病院・中央検査科

小野寺英理，三浦　美里，長瀬　雅彦
同　　・内科
石井　良直
（JSS北海道第20回地方会学術集会，2013年３月，札幌）

２）ABO血液型表試験でmixed-fieldを示した１家族例

市立旭川病院・中央検査科
長瀬　政子
同　　・内科
柿木　康孝
（第61回日本輸血・細胞治療学会総会，2013年５月，横浜）

３）プロカルシトニン検査の検討

市立旭川病院・中央検査科
藤田　佳奈，小松　和明，中川　正彦，武田　晃典
同　　・内科
柿木　康孝
（第88回北海道医学検査学会，2013年9月，北見）

４）MWを使用した迅速法によるグリメリウス染色の染色性向上の検討

市立旭川病院・中央検査科
茎田　　力，山田　和明，越高　正広，高田　明生
（第2回日臨技術北日本支部医学検査学会，2013年10月，仙台）

５）心房中隔DS法における左房リモデリング機序の検討

市立旭川病院・中央検査科
長瀬　雅彦，小野寺英里，三浦　美里，金光　綾香
（日本超音波医学会第43回北海道地方会学術集会，2013年10月，札幌）

６）乳腺腫瘤性病変に対する超音波造影剤ソナゾイドの使用経験

市立旭川病院・中央検査科
中村　茂尚，熊谷　　希
（旭川市放射線技師会主催第３回超音波セミナー，2013年11月，旭川）

７）感染性大動脈二尖弁に伴ったバルサルバ洞瘤の超音波所見

市立旭川病院・中央検査科
三浦　美里，小野寺英里，金光　綾香，長瀬　雅彦
同　　・胸部外科
大場　淳一
同　　・内科
石井　良直
大西病院・循環器内科
川嶋　栄司
（第45回旭川心エコー勉強会，2013年11月，旭川）

８）当院外来での輸血状況

市立旭川病院・中央検査科
長瀬　政子，木元　宏弥
同　　・内科
柿木　康孝
（第57回日本輸血・細胞治療学会北海道支部例会，2013年11月，札幌）

リハビリテーション科

［学会発表］

１）拡張相肥大型心筋症患者の心臓リハビリテーションの経験

市立旭川病院・リハビリテーション科
濱岸　弦生
（第12回旭川心臓リハビリテーション勉強会，2013年11月，旭川）

臨床器材科

［学会発表］

１）体外式ペースメーカーの電池消費量に関する検討

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　將司，河田　修一，鷹橋　　浩
（第23回日本臨床工学会，2013年５月，山形）

２）市立旭川病院におけるバスキュラーアクセス管理の現状

市立旭川病院・臨床工学室
田中　義範
（道北臨床工学技士会学術講演会，2013年６月，旭川）

３）当院におけるIVUS Reportの運用状況

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　將司，河田　修一，鷹橋　　浩
（第22回日本心血管インターベンション治療学会学術集会・CVIT 2013，2013年７月，神戸）

４）内シャント光イメージングのための基礎的検討：１
－点拡がり関数を利用した透視像の改善－

北海道工業大学
榎本　敬宏，北間　正崇，守田　憲崇，清水　久恵
山下　政司，有澤　準二
市立旭川病院・臨床工学室
田中　義範
北大大学院・情報科学研究科
清水　孝一
（平成25年度電気・情報関係学会北海道支部連合大会，2013年10月，室蘭）

５）感染性心内膜炎に対し体外循環中にPMMA膜を使用した１症例

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　將司，河田　修一，鷹橋　　浩
（第20回日本体外循環技術医学会北海道地方会大会，2013年10月，室蘭）

６）An Evaluation Trial of The Perfusion Registry.

藤田保健衛生大学・医療科学部
日比谷　信，亀井　哲也，石田　沙織
大阪労災病院・臨床工学室
吉田　　清

神戸大学医学部付属病院・手術部
加納　寛也
市立旭川病院・臨床工学室
窪田　將司
埼玉医科大学国際医療センター・MEサービス部
関口　　敦
埼玉医科大学・保健医療学部
見目　恭一
（AmSECT Best Practices in Perfusion 2013，2013年10月，サンアントニオ）

7）市立旭川病院の心臓カテーテル業務

市立旭川病院・臨床工学室
山口　和也
（北海道心カテセミナーVol.3，2013年11月，札幌）

8）市立旭川病院における透析液管理の現状

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　將司，河田　修一，鷹橋　　浩
（道北臨床工学会，2013年11月，旭川）

9）体外循環の教育－市立旭川病院編－

市立旭川病院・臨床工学室
窪田　將司，田中　義範，山口　和也，澤崎　史明
堂野　隆史，米坂　直子，河田　修一，鷹橋　　浩
（第39回日本体外循環医学会学術大会，2013年11月，熊本）

10）体外循環症例登録プレパイロット試験を施行して

市立旭川病院・臨床工学室
窪田　將司，田中　義範，山口　和也，澤崎　史明
堂野　隆史，米坂　直子，河田　修一，鷹橋　　浩
藤田保健衛生大学・医療科学部
亀井　哲也，日比谷　信
（第39回日本体外循環医学会学術大会，2013年11月，熊本）

11）全国アンケートからみた補助循環での安全管理－日本体外循環技術医学会による補助循環に関する全国アンケート調査報告から－

独立行政法人国立病院機構名古屋医療センター・臨床工学室
高井　浩司
名古屋大学医学部付属病院・医療技術部臨床工学部門
中村　智裕
市立旭川病院・臨床工学室
窪田　將司
三菱京都病院・診療技術部臨床工学科
篠原　智誉
名古屋第二赤十字病院・第二臨床工学課
園田　　誠
群馬県立心臓血管センター・臨床工学課
安野　　誠
（第39回日本体外循環医学会学術大会，2013年11月，熊本）

12）静脈リザーバー内の微粒子についての検討

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　將司，鷹橋　　浩
（第39回日本体外循環医学会学術大会，2013年11月，熊本）

13）心内貯血槽内蔵型静脈リザーバー内の微粒子についての検討

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　將司，鷹橋　　浩
（第39回日本体外循環医学会学術大会，2013年11月，熊本）

14）ME機器保守管理

市立旭川病院・臨床工学室
田中　義範
（日本生体医工学会北海道支部第43回生体医工学研究会，2013年11月，札幌）

15）冠微小循環障害を引き起こす冠動脈プラークの特徴－心臓MRIとIVUSによる比較－

市立旭川病院・臨床工学室
田中　義範，山口　和也，澤崎　史明，堂野　隆史
窪田　將司，河田　修一，鷹橋　　浩
同　　・中央放射線科
福田　泰之，川崎　伸一
同　　・内科
木谷　祐也，浅野目　晃，平山　康高，井川　貴行
菅野　貴康，石井　良直
（第24回北海道臨床工学会，2013年12月，札幌）

16）４極LVリード「Attain Performa®」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　將司，河田　修一，鷹橋　　浩
同　　・内科
井川　貴行，菅野　貴康，石井　良直
（第24回北海道臨床工学会，2013年12月，札幌）

［投稿論文］

1）体外循環施行時の温度管理－現状と工夫－

市立旭川病院・臨床工学室
窪田　將司，田中　義範，山口　和也，澤崎　史明
堂野　隆史，河田　修一，鷹橋　　浩
同　　・麻酔科
山岸　昭夫，一宮　尚裕
（臨床体温　2013；30：24-27.）

2）透析患者に対してMUFは有効であるか

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　將司，河田　修一，鷹橋　　浩
（Jasect北海道　2013；11：19-23.）

3）血栓閉塞を伴うスタンフォードA型急性大動脈解離によりLMT閉塞を呈しPCIを施行した１症例

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　將司，河田　修一，鷹橋　　浩
同　　・内科
広瀬　　愛，木谷　裕也，井川　貴行，井澤　和眞
菅野　貴康，奥山　　淳，石井　良直
同　　・胸部外科
増田　貴彦，長谷川幸生，安達　　昭，吉本　公洋
宮武　　司，大場　淳一，青木　秀俊
（公益社団法人　北海道臨床工学技士会会誌　第23回学術大会研究発表論文　2013；23：36-41.）

4）急性心筋梗塞に対するPCI施行中，No-Reflowとなりショックとなった１症例－IVUSから得られた反省点－

市立旭川病院・臨床工学室
田中　義範，山口　和也，澤崎　史明，堂野　隆史
窪田　將司，河田　修一，鷹橋　　浩
同　　・内科
広瀬　　愛，木谷　祐也，井川　貴行，井澤　和眞
菅野　貴康，石井　良直
（公益社団法人　北海道臨床工学技士会会誌　第23回学術大会研究発表論文　2013；23：42-45.）

5）「AESCULON mini®」を用いたCRT設定の試み

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　將司，河田　修一，鷹橋　　浩
同　　・内科
井澤　和眞，菅野　貴康，石井　良直
（公益社団法人　北海道臨床工学技士会会誌　第23回学術大会研究発表論文　2013；23：88-91.）

6）IABPのこれだけチェックリスト10

市立旭川病院・臨床工学室
鷹橋　　浩
（ハートナーシング　2013；26：1118-1135.）

看護部
［学会発表］

1）消化器手術における周術期の感染対策の実際～手術前・中・後の映像からの検討

市立旭川病院・医療安全管理課
桐　　則行
（第５回SSI研究会，2013年２月，旭川）

2）非侵襲的陽圧換気療法（NPPV）マスク装着時の褥瘡予防に対するポリエチレンジェルシートの効果の検討

市立旭川病院・ICU
伊藤　修平，里吉　祐子，上野　美紀
（第40回日本集中治療医学会・学術集会，2013年２月，松本）

3）血液内科病棟でのインフルエンザ集団発生の検討

市立旭川病院・医療安全管理課
桐　　則行
同　　・感染対策チーム
木元　史子
（第28回日本環境感染学会，2013年３月，横浜）

4）シンポジウム：お宅の病院どうしてますか？

市立旭川病院・医療安全管理課
桐　　則行
同　　・西病棟３階
木元　史子
（第７回旭川感染管理ネットワーク研修会，2013年４月，旭川）

5）口腔粘膜傷害に対する看護の統一への試み

市立旭川病院・西病棟７階
鈴木慎太郎，井上理香子，高橋　恵美，坪崎　春美
（第24回北海道造血細胞移植研究会，2013年５月，札幌）

6）携帯用鋭利器材廃棄容器の変更で針刺しが減らせるか？

市立旭川病院・医療安全管理課
桐　　則行
同　　・西病棟３階
木元　史子
（第２回日本感染管理ネットワーク学術集会，2013年５月，高槻）

7）放射線治療に対する認識の現状と教育の重要性

市立旭川病院・放射線科外来
山本　康子，有路　郁美，関戸　真紀，岡田いづみ
（北海道看護研究学会，2013年５月，札幌）

8）持続硬膜外ブロックとスキンケア併用で下肢リンパ浮腫が改善されQOLが向上したがん性疼痛患者の１例

市立旭川病院・緩和ケア外来
外川　仁美
同　　・麻酔科
一宮　尚弘
（第37回日本リンパ学会，2013年６月，福岡）

9）中央材料室の歩き方

市立旭川病院・医療安全管理課
桐　　則行
（第37回北海道中材業務研究会，2013年６月，札幌）

10）シンポジウム：輸液療法における感染予防・患者に安全な医療を提供するために　アクセスポートの感染予防

市立旭川病院・医療安全管理課
桐　　則行
（第８回北海道感染対策セミナー，2013年７月，札幌）

11）糖尿病看護ナースのお仕事～血糖パターンマネジメント編～

市立旭川病院・糖尿病センター外来
増田　千絵
（稚内学術講演会，2013年７月，稚内）

12）感染対策基礎講座：直ぐに役立つ感染対策のキーポイント

市立旭川病院・医療安全管理課
桐　　則行
（旭川感染教育セミナー2013，2013年９月，旭川）

13）家族の思いを聴いていますか？～糖尿病患者の家族の支援を考えよう！～

市立旭川病院・糖尿病センター外来
増田　千絵
東北公済病院・函館五稜郭病院・青森市民病院
斉藤麻里子　　斉藤　幹子　　井上　和子
八戸赤十字病院
松橋　法子
（第18回日本糖尿病教育看護学会，2013年９月，横浜）

14）聴いてみなけりゃわからない！患者の行動にかくされた真実とは！？
市立旭川病院・糖尿病センター外来
増田　千絵
（網走市医師会学術講演会，2013年９月，網走）

15）Clostridium difficileの検査結果で現場はどう動くのか？
市立旭川病院・医療安全管理課
桐　　則行
（第２回感染症診断フォーラム北海道，2013年９月，旭川）

16）急性期精神科病棟における身体拘束に対しての看護師の意識と今後の課題
市立旭川病院・北病棟２階
志野原知里，宇田かおり
同　　・ICU
高橋　　剛
（第52回全国自治体病院学会，2013年10月，京都）

17）新人が指導者に求めることと，指導者が新人に求めることのギャップ
市立旭川病院・東病棟５階
林　亜友未，池田　論敏，鍛冶川和加，荒明　弘恵
（第52回全国自治体病院学会，2013年10月，京都）

18）前立腺全摘手術後１年以降の尿失禁に対する実態調査
－患者と病棟看護師との認識の相違－
市立旭川病院・西病棟４階
安藤　　伸，山口　琴美，佐々木直美，小田　浩美
（第52回全国自治体病院学会，2013年10月，京都）

19）新人看護師への支援状況の調査
市立旭川病院・手術室
杉野めぐみ，嶋澤　隆博，大野　麻希，飯野ちあき
阿部　朝乃
（第27回日本手術看護学会年次大会，2013年10月，大阪）

20）女性糖尿病患者のセルフケア能力と更年期症状の関係
市立旭川病院・糖尿病センター外来
増田　千絵
（第47回日本糖尿病学会北海道地方会，2013年11月，札幌）

21）糖尿病患者が入院に期待する事と背景
市立旭川病院・西病棟４階
竹田さくら，伊藤　香菜，新海奈津美，小田　浩美
（日本糖尿病学会北海道地方会，2013年11月，札幌）

22）当院におけるフットケアの取り組み
市立旭川病院・糖尿病センター外来
増田　千絵
（第２回士別・名寄糖尿病講演会，2013年11月，士別）

23）糖尿病の歴史から考える療養生活のコツ
市立旭川病院・糖尿病センター外来
増田　千絵
（糖尿病を考える会，2013年11月，旭川）

24）糖尿病患者のセルフケア確立へ向けて～５つの課題と看護援助
市立旭川病院・糖尿病センター外来
増田　千絵
（第２回旭川糖尿病看護研究会，2013年11月，旭川）

25）生体腎移植後における日常生活の実態調査
市立旭川病院・西病棟４階
樋屋　綾香，坂　　恵子，南日麻衣子，小田　浩美
（北海道腎移植談話会，2013年11月，札幌）

26）生体腎移植希望で倫理的に検討を要した３例
市立旭川病院・看護部外来
難波　幸一，岡田いづみ，谷口　早苗
（第33回北海道腎移植談話会，2013年11月，札幌）

27）インスリンデバイス指導のポイント
市立旭川病院・糖尿病センター外来
増田　千絵
（第47回糖尿病病診連携の会，2013年11月，旭川）

［投稿論文］

１）産婦人科手術後に間欠的空気圧迫装置と弾性ストッキングを併用した患者の装着感の調査
市立旭川病院・東病棟３階
伊藤　美華，川上　　恵，道井　智美，原　真梨子
多田　啓子
（旭川市立病院医誌　2013；45：29-32.）

２）心臓血管術後の観察と看護介入　術直後・早期の循環管理はどのようにすればよいの？
市立旭川病院・集中治療室
櫛引由美子
（呼吸器・循環器達人ナース　2013；34：8-15.）

３）根拠と自信を持って実践する術中看護手術室における体温管理
市立旭川病院・手術室
長井　香織
（手術看護エキスパート　2013;7(４):51-56.）

４）感染対策マニュアルが整備されている，適宜見直されている
市立旭川病院・医療安全管理課
桐　　則行
（INFECTION CONTROL　2013；22(春季増刊)：137-139.）

５）感染性廃棄物に関する院内マニュアルが整備されている
市立旭川病院・医療安全管理課
桐　　則行
（INFECTION CONTROL　2013；22(春季増刊)：140-145.）

６）季節的に市中で流行する感染症－インフルエンザ・ノロウ

イルスの流行状況－
市立旭川病院・医療安全管理課
桐　　則行
（INFECTION CONTROL　2013；22：984-992.）

栄養給食科
［学会発表］

1）体験して学ぶ食事療法
市立旭川病院・栄養給食科
澤田　幸佳
（医師・看護師・栄養士のための糖尿病・病診連携勉強会，2013年10月，旭川）

2）糖尿病患者における食事摂取量の傾向
市立旭川病院・栄養給食科
澤田　幸佳，阿部　　望，竹内奈保子，松田美保子
柴田　美保，吉住由花子
同　　・内科
武藤　英二，宮本　義博，土屋　慶容
同　　・看護部
増田　千絵
（第47回日本糖尿病学会北海道地方会，2013年11月，札幌）

Medical essay

Fitness to Practise (FtP)

日本内科学会雑誌，103：1956-1961，2014（福島　統）に上記の論文が掲載されている。すでに目を通された方も多いと思うが，些かの感想を書いてみたい。

これは英国で医学生（医学部）に配布されているいわゆる「べからず集」である。内容は，性犯罪・過度の飲酒・暴力行為などをしてはならない，というごく当たり前の倫理規定であるが，会議に遅刻しないこと・無断欠勤など耳の痛いことも記載されている。

「FtP」は，医師養成過程という時間軸の中で単に知識や医術の教育，研鑽だけでなく，医療者としての適格性を育て，評価してゆくことの必要性を説いている。

医療行為を学ぶことは，患者を殺すことができる知識や技術を会得することを意味しているとも云える。それ故にそれを使う者（医療者）の倫理観が強く求められているのだ，という主張は肯けるものである。医師国家試験に合格することは「殺人ライセンス」を手にすることでもあり，その諸刃の剣を如何に患者の幸せのために使うのかを教えることは，極めて重要ではないだろうか。

現在，医師不足・偏在を解消するために各地の医学部でいわゆる「地域枠」を設け，将来その地域で働く医師を育てようとしているが，これによって医学生の質が低下するのではないか，との懸念の声がある。個人的にはこの意見にはあまり賛意を表しない。全ての若者は，良き指導者によって優れた医療者になるに違いない，と確信しているからである。

自分を含めて先達こそが「FtP」を遵守し，己の背中で後に続く医療者を育てる覚悟が求められているのではないだろうか。

（I.M.）

「旭川市立病院医誌」投稿規程

1．本誌は市立病院旭川の機関誌として年１回発行する。
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，病例報告，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，%，℃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。著者名は３名までとし，それ以上は「ほか」または「et al」とする。欧文著者はカンマ，ピリオドを打たない。
「例」糸島達也,田中良治,安東正晴,ほか：電子スコープ周辺機器としての画像処理装置.日本臨床　1987；**45**：1174-1179.
Gallagher JJ et al：The preexitation 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46巻完成の運びに当たりまして，本年も多くの研究論文，報告を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心から深謝致します。

本号は，研究論文２編，症例報告１編，看護研究１編が主論文として掲載されました。その他，例年通りのCPC報告,教育研修報告，医局抄読会，看護研究発表会の記録が掲載されており，当院における，2013-14年の学術面の集大成が綴られています。

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，仕事上感じる疑問点や問題点について，調べ，研究し，その結果を学会または論文で発表して下さい。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ることは大変すばらしいことと考えます。研究発表，論文作成は苦労が大変多いですが，完成したときの達成感を一人でも多くの職員に味わって頂きたいと強く願っています。医師，看護師をはじめとして，個人が経験できる事項は本当に少ないものです。上述した疑問点の解析，方策を発表，論文化することで，一人，または数名の疑問，その問題の解決策をはるかに多くの方に知らしめることができ，自分たちの（良きも悪しきも）経験が多くの方の役に立つことが出来ます。このことは，最終的に患者さんにfeed backされるため，結果として，より大多数の患者さんの役に立つことが可能となります。技術的な面はもちろんのこと，市内の他病院には学術的にも負けない，という職員一人一人の自負と，それを裏付ける発表・論文という形での学問的な実績が市立旭川病院の将来に向けて絶対に必要と考えます。

来年以降も，本年よりもさらに多くの職員の方々からの投稿をお待ちしております。病院誌へ投稿しないと，ダメよ，ダメ，ダメ！

2014年９月

教育研修課長　斉藤　裕輔

旭川市立病院医誌

編集委員長	斉藤　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		
	望月　端吾	事　務　局	尾藤　真紀
	菅野　貴康		鈴木　賢司
	助川　隆士		直江　理子

《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．救急医療を行い、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は守られます。

旭川市立病院医誌 〔第46巻１号〕

平成26年９月30日　印　刷
平成26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10条通23丁目
中村印刷㈱

The Journal of Asahikawa City Hospital

Vol.46 No.1
September 2014

【Original Articles】

Regional collaboration of child and adolescent psychiatry.
..... Akira TAKEI

Statistics gathered from outpatients with adult asthma at Asahikawa City Hospital in autumn 2009.
..... Yosinobu FUKUI

Role allotment as medical cooperation in patients with haematological diseases.
..... Isao MAEKAWA

【Case Reports】

Ganglioneuroma of the oral floor. ..... Kyoko KITAO

【Nursing Reports】

Comparison of our current sedation scale and Richmond Agitation Sedation Scale.
..... Rie TAKAHIRA