

旭川市立病院医誌

第49巻 1 号

平成29年12月発行

ISSN 0287-024X



市立旭川病院
Asahikawa City Hospital

【症例報告】

マイコプラズマ肺炎に合併した不思議の国のアリス症候群の1例

小児科 佐竹 明

両肺多発結節影と両側肺門リンパ節腫大が認められ無治療で病変が
縮小したIgG 4 関連疾患の1例

呼吸器内科 大塚 慎也

絵本の読み聞かせによって暴力が改善された青年期女子症例の治療経過
～絵本の読み聞かせの治療的意義について～

看護部 横山 麻美

【看護研究】

看護補助者への日常生活ケア統一に向けた取り組み
～清潔ケア統一を図るための看護補助者への指導～

看護部 田中のぞみ

【研究発表】

当院採血室におけるトラブル事例の検証と再発防止に向けた取り組み

中央検査科 畑山 明美

【長期研修報告】

第125回日本臨床細胞学会細胞検査士養成講習会

中央検査科 荻田 力

【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49巻 1号

平成29年12月発行

目 次

【症例報告】

マイコプラズマ肺炎に合併した不思議の国のアリス症候群の1例

..... 小児科 佐竹 明 1

両肺多発結節影と両側肺門リンパ節腫大が認められ無治療で病変が縮小したIgG4関連疾患の1例

..... 呼吸器内科 大塚 慎也 4

絵本の読み聞かせによって暴力が改善された青年期女子症例の治療経過

～絵本の読み聞かせの治療的意義について～ 看護部 横山 麻美 11

【看護研究】

看護補助者への日常生活ケア統一に向けた取り組み

～清潔ケア統一を図るための看護補助者への指導～ 看護部 田中 のぞみ 17

【研究発表】

当院採血室におけるトラブル事例の検証と再発防止に向けた取り組み

..... 中央検査科 畑 山 明 美 22

【長期研修報告】

第125回日本臨床細胞学会細胞検査士養成講習会 中央検査科 茎 田 力 25

【臨床病理検討会】

第1回 平成28年7月5日 内科 栗山 知穂 26

第2回 平成28年7月28日 内科 大塚 慎也 27

第3回 平成28年9月8日 内科 柴田 進 29

第4回 平成28年11月15日 麻酔科 畑 昭 宇 31

第5回 平成29年2月14日 内科 岩崎 愛美 32

【教育研修報告】

精神科訪問看護基本療養算定要件（20時間以上の研修）研修会に参加して

..... 地域医療連携課 鍛治川 和 加 35

第31回イットリウム-90標識抗CD20抗体を用いた放射免疫療法の安全取扱講習会に参加して

..... 薬剤科 林 康 弘 36

第44回日本磁気共鳴医学大会に参加して 中央放射線科 福 田 泰 之 36

日本体外循環技術医学会北海道地方会及び人工心肺実技セミナーに参加して

..... 臨床器材科 佐 藤 勇 也 37

平成28年度院内感染対策講習会②に参加して 医療安全管理課 飯 野 ちあき 38

第55回全国自治体病院学会に参加して 看護部 横 山 麻 美 39

第55回全国自治体病院学会に参加して 看護部 久保田 り か 40

第55回全国自治体病院学会に参加して 薬剤科 佐 藤 有 寿 41

【医局抄読会記録】

近視の疫学と進行抑制 眼 科 菅 野 晴 美 42

当院におけるSGLT2阻害薬投与経験及び高齢者に対する投与の検討

..... 代謝内科 石 関 哉 生 42

下大静脈フィルター留置後に修正型電気けいれん療法を安全に施行できた総合失調感情障害の1例

..... 精神科 富 岡 健 42

ヘリコバクター・ピロリ除菌後に皮疹を生じた18例の検討 皮膚科 菅 原 基 史 43

エナメル上皮腫の治療について 歯科口腔外科 柴 山 尚 大 43

血小板数正常出血傾向 血液内科 柿 木 康 孝 43

線量勾配をつけたIMRT（強度変調放射線治療）～塗り分け照射的な治療～

..... 放射線治療科 川 島 和 之 44

重症患者の栄養管理ガイドラインについて 麻 酔 科 池 島 雄 太 44

非結核性抗酸菌によるペースメーカー感染の1例 胸部外科 新 井 洋 輔 45

B型肝炎の基本～B型肝炎治療ガイドライン（第2.2版）に準じて～ ... 消化器内科 助 川 隆 士 45

産婦人科手術におけるERASプロトコルについて 産婦人科 板 橋 彩 46

嚥下障害～時には喜ばれることもある～ 耳鼻咽喉科 相 澤 寛 志 46

「アレルギー検査」してください!!～食物アレルギーと経口負荷試験～

..... 小 児 科 中 嶋 雅 秀 46

両肺多発結節影と両側肺門リンパ節腫大が認められ、無治療で病変が縮小したIgG4関連疾患の1例

..... 呼吸器内科 大 塚 慎 也 47

専門医でなくても できる！ 肺炎の診断と治療 呼吸器内科 福 居 嘉 信 47

一皮むけた？（手指の膜様落屑を認めた3例）..... 総合内科 鈴 木 聡 48

リンパ節！どうよ!!	放射線科	花 輪	真	48
当科における完全鏡視下幽門側胃切除術の短期成績	外 科	阿 部	紘 丈	49
「先生、具合悪くて血圧が高いです…」	循環器内科	浅野目	晃	49
当科におけるロボット支援前立腺全摘除術（RALP）について～導入後2年間の報告～	泌尿器科	望 月	端 吾	49

【看護研究発表会記録】

混合病棟として質の高い看護提供を目指した取り組み～看護の質を保つために必要な課題～

.....	東 5 階	荻	真里枝	51
-------	-------	---	-----	----

病棟再編成の取り組みと現状～アンケート調査を基にした振り返り～

.....	西 5 階	山 口	琴 美	51
-------	-------	-----	-----	----

呼吸器内科・胸部外科における機能別看護の業務改善～早出・フリー業務を見直して～

.....	西 4 階	山 田	麻 紀	52
-------	-------	-----	-----	----

安全な身体拘束を実施するための当病棟での取り組み	北 第 1	高 橋	星	52
--------------------------------	-------	-----	---	----

手術室におけるKYTの効果	手 術 室	伊 藤	舞 子	53
---------------------	-------	-----	-----	----

看護補助者への日常生活ケア統一に向けた取り組み～清潔ケア統一を図るための看護補助者への指導～

.....	東 7 階	田 中	のぞみ	53
-------	-------	-----	-----	----

看護ケアに対する看護師の意識調査～口腔ケア事例を通して～	西 6 階	豊 嶋	瞬	54
------------------------------------	-------	-----	---	----

終末期がん患者の在宅に向けての退院支援	東 6 階	宮 本	愛	55
---------------------------	-------	-----	---	----

当院の女性看護職員の未就学児への子育て支援に関する実態調査	東 3 階	白 取	春 美	55
-------------------------------------	-------	-----	-----	----

「母親のインフルエンザ予防行動に影響する要因」	第1外来	吉 田	彩 子	56
-------------------------------	------	-----	-----	----

造血幹細胞移植患者の思いを取り入れたオリエンテーション内容の見直し

.....	西 7 階	須 田	枝里香	56
-------	-------	-----	-----	----

緊急心臓カテーテル治療を受ける患者の心理を明らかにする～精神的援助に視点をおいて～

.....	集中治療室	宮 川	美 希	57
-------	-------	-----	-----	----

妻の入院をきっかけに手紙の交換を開始した夫婦の入院経過～手紙を交換することの意味について～

.....	北 第 2	加 藤	祐 太	57
-------	-------	-----	-----	----

【がん診療連携拠点病院関連研修会】				59
-------------------------	--	--	--	----

【平成28年度各科学会発表ならびに投稿論文】				62
------------------------------	--	--	--	----

【Medical Essay】	10, 16, 21, 34, 50, 60, 61, 78
-----------------------	--------------------------------

【編集後記】	80
--------------	----

症例報告

マイコプラズマ肺炎に合併した
不思議の国のアリス症候群の1例*

小児科 佐竹 明** 藤本 隆 憲
古川 卓朗 中嶋 雅秀
ながのこどもクリニック 長野 奈緒子

【要 旨】 8歳男児。咳・微熱・頭痛に伴って「物が小さく見える」症状が出現。他にも、物が遠くに見える、近くに見える、自分の両手の大きさが違うと感じる、地面に足が着いていないようだ、などの症状を認めた。第6病日に当科紹介となり、不思議の国のアリス症候群（AIWS）と診断した。同時にマイコプラズマ肺炎の合併を認め、クラリスロマイシンを投与した。翌日AIWS症状は消失した。第18病日に再び物が遠くに見える症状が再燃したが、約1日で治まった。その後3年間再発していない。

はじめに

不思議の国のアリス症候群（AIWS）は、自分の体や周囲の物の大きさ・形などの知覚異常を特徴とする稀な疾患である。感染症や片頭痛、てんかんといった様々な疾患を背景に発病することが知られているが、小児においては感染症に併存することが多い。感染症はほとんどがウイルス感染で、特にEBウイルス感染の頻度が高い。マイコプラズマ感染症に伴うAIWSの過去の報告は1例のみであった。

症 例

〔症例〕 8歳、男児

〔主訴〕 物が小さく見える

〔出生歴・発達歴〕 特記事項なし

〔既往歴〕 2歳頃から喘息（軽症）。6歳から夜驚症。

〔家族歴〕 姉が統合失調症

〔現病歴〕

某年9月17日頃より軽い咳あり。9月20日、学校で黒板の字が小さく見える症状が出現したがすぐに治まった（第1病日）。9月21日、微熱と頭痛、吐き気が出現。と同時に物が小さく見える症状が頻発するようになった。9月24日、眼科を受診。近視はあるが、現在の症状との関連はないと言われた。9月25日（第6病日）、微熱と視覚異常が続くため近医を受診し、すぐに当院に紹介となった。

〔身体所見〕 体温：36.5℃、咽頭：軽度発赤、頸部リンパ節：小さなものを数個ずつ触れる、肺音：清、腹部：圧痛なし、肝脾腫なし

〔神経学的所見〕 意識：清明、項部硬直：なし、眼球運動：正常、深部腱反射：正常、筋力：上下肢とも異常なし、小脳失調：認めず（ただし指鼻試験の際に検査者の指が遠くに見えるのでやりにくいとの訴えあり）

〔視覚（感覚）異常についての訴え〕

- ・ 遠くの物は普通に見えるのに、近くの物は小さく（あるいは遠くに）見える。
- ・ 逆に手前に飛び出して見えることもある。

* : A case of Alice in Wonderland syndrome with mycoplasma pneumonia.

** : Akira SATAKE, et al.

Key words : 不思議の国のアリス症候群,
小児, マイコプラズマ

表 1

WBC	6990 / μ l	BUN	13.2 mg/dl	CRP	1.05 mg/dl
Seg	53.2 %	Cre	0.40 mg/dl	ESR	24 mm/ 1 h
Eo	0.6 %	TP	7.1 g/dl		
Ba	0.3 %	AST	35 IU/L	EBV	
Mo	10.3 %	ALT	19 IU/L	VCA-IgG	160 x
Lym	35.3 %	LDH	252 IU/L	VCA-IgM	<10 x
RBC	507万 / μ l	Na	137 mEq/L	EBNA	160 x
Hb	13.6 g/dl	K	4.1 mEq/L		
Ht	39.3 %	Cl	104 mEq/L	マイコプラズマ(PA)	
PLT	16.7万 / μ l	Ca	9.2 mg/dl	(9/25)	<40 x
		P	4.7 mg/dl	(10/10)	5120 x



図 1 胸部X線写真

- ・母親が遠くに見えるのに手が届くので変だ。
- ・歩く時に地面に足がきちんと着いていないような感じがした。
- ・自分の右手が小さく見えて、左手が大きく見えたりした。

1回の症状の持続時間は、短い時は1分程度で長くてもたぶん30分以内だとのことだが、患児の返答が曖昧で正確なところはわからなかった。

〔血液検査（表1）〕

CRPの軽度上昇と赤沈の軽度亢進以外は異常値を認めなかった。EBウイルス抗体価は、既感染パターンを示した。

〔胸部X線写真（図1）〕右下肺野に浸潤影を認めた。

経 過

症状・検査データからマイコプラズマ肺炎に伴うAIWSと診断した。マイコプラズマ肺炎に対してクラ

リスロマイシン12mg/kg/dを開始した。なお、初診時のマイコプラズマ抗体(PA)は40倍未満であったが、約2週間後には5120倍に上昇していた。

AIWSだということを踏まえてさらに聞いてみると、第1病日の夜に泣いて起きてきて「怖いから抱きしめて」と訴えるというエピソードがあった。母は夜驚症の症状だと思ってあまり気にとめていなかったが、その時のことを尋ねると「白いものが押し寄せてきて怖かった」とはっきりした記憶があり、幻覚症状だったと考えられる。

受診翌日から知覚異常症状は消失した。10月7日（第18病日）に再び物が遠くに見えるようになったが、翌朝には症状が軽くなり、同日夜には消失した。その後3年が経過しているが、症状は再燃していない。

考 案

不思議の国のアリス症候群（AIWS）は1955年にイギリスの精神科医のToddによって命名された症候群である。その症状の中核は、自己身体像の知覚障害で、自分の体（全体あるいは一部）が増大（伸長）・縮小（短縮）したり、体が軽くなって浮遊しているように感じる。また、視覚・聴覚・時間感覚の障害も伴う。特に視覚の障害は頻度が高く、物が小さく見える／大きく見える、遠くに見える／近くに見える、色彩が分からなくなる、存在しない物が見える（幻覚）など、多彩である。血液検査・脳波・画像検査（CT/MRI）では異常を認めず、臨床症状から診断する^{1),2)}。本症例では脳波・画像検査は行わなかったが、てんかんや脳症が疑われる症例では除外診断のために必要となる。

この症候群は、色々な疾患を背景に発症することが

知られているが、小児においては感染症がもっとも重要な要因である。Liuらの報告³⁾では、1～18歳のAIWS48例中25例(52%)は併存疾患を認めなかったが、ついで16例(33%)が感染症に伴って発症していた。2016年にBlomが発表した、成人例も含めたAIWS166例のレビュー²⁾によると、38例(23%)が感染症に伴う症例であるが、うち36例が18歳以下の症例であった。感染症38例の内訳は35例(92%)がウイルス感染であり、なかでもEBウイルスが26例(68%)と群を抜いて多く、その他には水痘帯状疱疹ウイルス、インフルエンザA、コクサッキーB1、サイトメガロウイルスがあげられている。ウイルス以外ではライム病、溶連菌、チフスが各1例ずつあるだけで、マイコプラズマの症例はない。本邦の報告例ではマイコプラズマ感染に伴うAIWSが1件見つかった⁴⁾。7歳女児の症例であるが、マイコプラズマ感染の回復期にAIWSが発症していること、AIWS症状の消失までに半年を要した点で、我々の症例と異なる臨床像を呈していた。

AIWSの予後については、多くの総説で「一般に症状は一過性で自然寛解し、予後良好」と記述されている。確かに神経学的後遺症を来した報告は1例もなく、予後良好と言える。しかしながら、寛解までに数日から数ヶ月と幅広く、また長期フォローの報告は少ないため、「一過性」かどうかに関しては定かではない。Weidenfeld&Borusiakによる6～11歳のAIWS9例の報告⁵⁾では、初発時の症状は数週から数ヶ月で全員寛解したものの、発症から1～6年後(平均4.6年後)に調査したところ、2名がそれぞれ発症後1年、3年で再発していた。また先のLiuらの報告³⁾では48例中15例に対して2.1年～13.5年(平均6.5年)後に追跡調査を行い、6例がその後イベントなし、3例が数回再発したが

それも寛解、6例(40%)が調査時点でまだ症状が残っているという結果だった。併存疾患と予後の関連が気になるところだが、残念ながらその点については触れられていない。しかし、一過性と言うより慢性の経過をたどる症例が少なからず存在するのは間違いない。我々の症例は寛解までの時間も早く、その後3年間再燃していないが、上記の報告を考慮すると追跡期間としてはまだ十分ではないかも知れない。

ま と め

マイコプラズマ肺炎に合併したAIWSの8歳男児例を報告した。比較的速やかに症状が寛解し、3年間再燃していない。マイコプラズマ感染に伴うAIWSの報告は過去に1例のみで、本症例とは臨床像が若干異なっていた。AIWSは稀な疾患であり、その予後についてもまだ十分なデータの蓄積がないのが現状である。

文 献

- 1) 松浦雅人：不思議の国のアリス症候群. 臨床精神医学 2015 ; 44 : 211-217.
- 2) Blom JD: Alice in Wonderland syndrome: A systematic review. Neurol Clin Pract. 2016 ; 6 : 259-270.
- 3) Liu AM, et al: "Alice in Wonderland" syndrome: presenting and follow-up characteristics. Pediatr Neurol 2014 ; 51 : 317-320.
- 4) 小俣卓, 他：マイコプラズマ感染後の不思議の国のアリス症候群の1例, 小児感染免疫 2014 ; 26 : 118.
- 5) Weidenfeld A, Borusiak P: Alice-in-Wonderland syndrome -a case-based update and long-term outcome in nine children. Childs Nerv Syst 2011;27:893-896.

症例報告

両肺多発結節影と両側肺門リンパ節腫大が認められ、 無治療で病変が縮小したIgG 4 関連疾患の1例*

呼吸器内科 大塚 慎也** 福居 嘉信
谷野 洋子 岡本 佳裕
消化器内科 斉藤 裕輔
耳鼻咽喉科 佐藤 公輝
臨床病理 高田 明生

【要 旨】 症例は66歳、女性。両顎下腺の腫脹を自覚し、当院耳鼻咽喉科を受診した。血液検査ではImmunoglobulin (Ig) G 4 が290mg/dlと高値であった。腹部造影CTスキャンで脾腫大が認められ、消化器内科での精査で自己免疫性脾炎と診断された。胸部CTスキャンでは、両肺に大小不同の多発結節影、両側肺門リンパ節腫大が認められ、当科に紹介された。右S6の結節影をガイドシース併用気管支腔内超音波断層法(EBUS-GS)で生検した結果、間質にリンパ球・形質細胞などの強い炎症細胞浸潤が認められた。右肺門リンパ節の超音波気管支鏡ガイド下針生検(EBUS-TBNA)では、IgG 4 陽性形質細胞/IgG陽性(CD138陽性)形質細胞が305個/616個(49.5%)とIgG 4 陽性細胞が優位であった。以上よりIgG 4 関連疾患と診断した。特に自覚症状はなく、無治療で経過観察としたが、再診時には肺病変、脾病変は著明に改善していた。

IgG 4 関連疾患は、全身の多臓器へのIgG 4 陽性形質細胞の浸潤や線維化を認め、硬化性・結節性の病変をきたす、新しい疾患概念である。両肺に多発結節影を認める症例は比較的少ない。本症例は、2011年に発表されたIgG 4 関連疾患包括診断基準では確定診断群に合致した。両肺に多発結節影を認めた症例は比較的少なく、また多臓器に病変が認められたが、無治療で改善した症例は非常に珍しいと考えられる。

はじめに

Immunoglobulin (Ig) G 4 関連疾患は、高IgG 4 血症および全身の臓器へのIgG 4 陽性形質細胞の浸潤や線維化を認める全身性疾患である。2001年にHamanoらによって、自己免疫性脾炎患者に高IgG 4 血症、病変

部への著明なIgG 4 陽性形質細胞の浸潤が認められることが報告された¹⁾。以降、脾臓以外にもさまざまな臓器に病変を認めることが明らかになり、IgG 4 関連疾患の概念が確立されてきた。今回我々は、両側多発結節影と肺門リンパ節腫大や脾頭部腫瘍など、多臓器に病変が認められたが、自然に縮小した症例を経験したため、文献的考察を加えて報告する。

症 例

症 例：66歳、女性。

主 訴：胸部異常影精査目的

既往歴：2003年5月、甲状腺乳頭癌に対して甲状腺部分切除

*：A case of spontaneously remitted IgG4-related disease with multiple lung nodules and bilateral hilar lymphadenopathy.

**：Shinya OTSUKA, et al.

Key words：IgG, IgG4, 肺, リンパ節

家族歴：特記すべきことなし

生活歴：喫煙なし，飲酒はビール850ml/日

現病歴：2016年6月8日，両顎下腺の腫脹を自覚し，当院耳鼻咽喉科を受診した。血液検査でIgG4が290mg/dlと高値であり，IgG4関連疾患が疑われた。AST，ALTも上昇していたため，7月6日に当院消化器内科を紹介受診した。胸腹部造影CTスキャンで腭頭部に低吸収領域が認められたほか，両肺に多発結節影と肺門リンパ節腫大が認められたため，当科を紹介受診した。

現 症：身長150.6cm，体重45.7kg，体温36.3℃，脈拍63回/分・整，血圧146/62mmHg，室内気SpO₂ 97%。胸部聴診上，異常所見なし。腹部平坦，軟，圧痛なし。両側顎下腺を触知。

検査所見 (Table 1)：CRPは基準範囲内で，IgG，IgG4，IL-2Rは高値だった。腫瘍マーカーの上昇は認められなかった。

胸部X線 (Fig. 1)：両中肺野に，長径12mm程度までの円形の結節影が数個認められた。

頭頸部CTスキャン：両側顎下腺は軽度腫大傾向が認められたが，明らかな左右差，局所腫大所見は認められなかった。両側上顎洞，左蝶形骨洞，両側篩骨洞から両側前頭洞の濃度上昇が認められ，慢性副鼻腔炎が疑われた。

胸部CTスキャン (Fig.2A-D)：舌区縦隔側に長径30mm



Fig. 1 胸部X線

程度の結節影が認められた。その他，両肺に長径2cmまでの大小不同の結節影が10個程度認められた。右肺門部には短径20mm程度に腫大したリンパ節が，左肺門部には短径12mm程度に腫大したリンパ節が認められた。腹部CTスキャン (Fig.3A-B)：腭頭部に，造影動脈相で他部位よりも染まりが弱く，平衡相，静脈相では実質と同等に濃染される，長径17mm程度の領域が認められた。胆膵超音波内視鏡：腭頭部に径16×11mm大の境界不明瞭な低エコー腫瘤が認められた。内部はheterogeneous patternであった。

腹部核磁気共鳴画像法 (MRI)：腭頭部に拡散強調像で淡い高信号を示す病変が認められた。T1強調像で



Fig. 2 A 胸部CTスキャン



Fig. 2 B 胸部CTスキャン



Fig. 2 C 胸部CTスキャン



Fig. 2 D 胸部CTスキャン



Fig. 3 A 腹部造影CTスキャン（動脈相）



Fig. 3 B 腹部造影CTスキャン（平衡相）

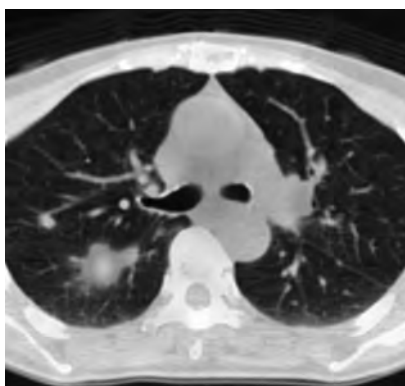


Fig. 4 PET-CT

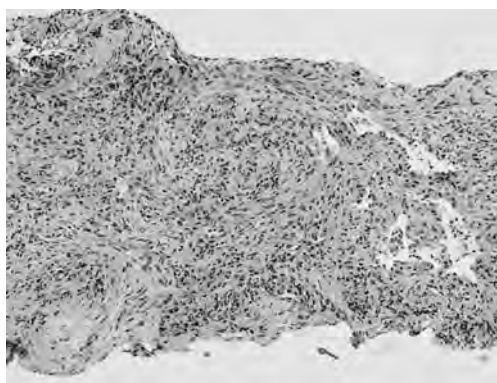


Fig. 5 Hematoxylin-Eosin染色 10倍

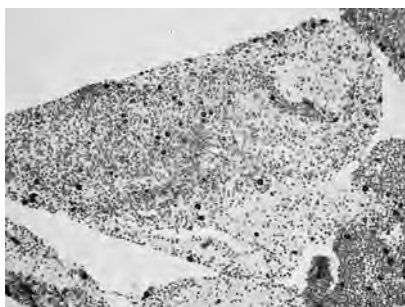


Fig. 6 A IgG (CD138) 染色 10倍

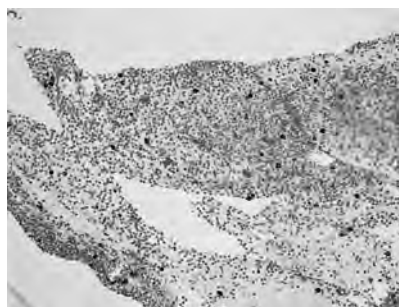


Fig. 6 B IgG4 染色 10倍

く淡い不均一な低信号，T2強調像では等信号であり，正常脾実質との境界は不鮮明であった。

磁気共鳴胆道膵管造影（MRCP）：主膵管には明らかな拡張や狭窄，口径不整は認められなかった。

FDG-PET（Fig.4）：両肺に多発する結節に，standardized uptake value（SUV）max = 3.9の集積が認められた。肺門リンパ節にも集積が認められた。顎下腺にも集積が認められたが，生理的集積の範疇だった。膵臓には明らかな異常集積を指摘できなかった。

臨床経過：7月11日，右S6の結節影に対し，ガイドシース併用気管支腔内超音波断層法（EBUS-GS）で生検を行った。組織の気管支粘膜上皮は失われ，間質にリンパ球・形質細胞などの強い炎症細胞浸潤と線維化を伴っていた（Fig.5）。免疫染色上，1片でIgG4陽性を示す形質細胞が増加していたが，比率の算定は困難であった。そのため，8月1日に超音波気管支鏡ガイド下針生検（EBUS-TBNA）を行った。右肺門リンパ節の生検で，IgG4陽性形質細胞/IgG陽性（CD138陽性）形質細胞 = 305個/616個（49.5%）とIgG4陽性細胞が著明に増加していた（Fig.6A-B）。また，IgG4陽性形質細胞は10個/HPFを越えていた。

以上より，IgG4関連疾患であると診断した。特に自覚症状がなく，本人も治療を希望しなかったため，



Fig.7 胸部CTスキャン（再診時）

投薬や手術などの治療は行わず、約3か月後の11月17日に再診とした。血液検査では初診時に比べ、IgGは1730mg/dlと低下していたが、IgG4は345mg/dlと上昇していた。胸部CTスキャンでは、初診時に左肺舌区縦隔側に認められた長径30mm程度の結節影は長径15mm程度に縮小しており、その他両肺に認められた多発結節影はほとんど消失していた。右肺門部のリンパ節は短径16mm程度に縮小し、左肺門部のリンパ節は測定できないレベルまで縮小していた（Fig.7）。また腹部造影CTスキャンでは、腭頭部の低吸収領域は消失しており、主訴であった両顎下腺の腫脹の増悪も認められなかった。再発し、自覚症状が出現すれば、改めて治療を検討することとし、そのまま経過観察の方針とした。

考 察

IgG4関連疾患とは、高IgG4血症および全身の臓器へのIgG4陽性形質細胞の浸潤や線維化を認め、病変部位に硬化性・結節性の病変をきたす全身性疾患である。2011年に厚生労働省難治性疾患克服研究事業研究班（厚労班）よりIgG4関連疾患包括診断基準が発表され²⁾（Table 2）、2014年には厚労班呼吸器分科会よりIgG4関連呼吸器疾患の診断基準が発表された³⁾（Table 3）。その他、自己免疫性腭炎⁴⁾、IgG4関連涙腺・唾液腺炎⁵⁾などもIgG4関連疾患に含まれ、それぞれ診断基準が設けられている。

IgG4関連疾患包括診断基準について、本症例では肺野の結節影や両側肺門リンパ節の腫大、両顎下腺の腫大、腭臓の限局性の腫大が認められ、高IgG4血症も呈したうえ、呼吸器病変の生検でリンパ球・IgG4陽性形質細胞の浸潤や線維化が認められたため、確定診断が得られた。

臓器別の診断基準にあてはめると、呼吸器病変については、両側肺門リンパ節の腫大や多発結節影、高IgG4血症が認められ、生検で間質への炎症細胞浸潤、IgG4/IgG陽性細胞比の上昇が認められたため、IgG4関連呼吸器疾患の疑診にあてはまった。唾液腺病変については、IgG4関連ミクリッツ病の診断基準は満たさず、腭病変については、自己免疫性腭炎の確定・準確定・疑診の基準は満たさなかった。

本症例では、初診時の頭頸部CTスキャンで慢性副鼻腔炎が指摘されており、嗅覚障害も認められた。ミクリッツ病では半数以上に嗅覚障害を認めるとされており⁶⁾、IgG4関連疾患における鼻副鼻腔独自の病変の存在も示唆されている⁷⁾。本症例の副鼻腔炎が、IgG4関連疾患の臓器病変の一つであった可能性も否定できない。

IgG4関連疾患の診断のためには悪性腫瘍や類似疾患の鑑別が重要とされている。多中心性キャスルマン病（MCD）については、縦隔肺門リンパ節の腫大や、広義間質への形質細胞の浸潤が認められることに関しては共通していた。しかしMCDによく見られる嚢胞性変化は認められず、CRPや血小板、IgG以外の免疫グロブリンの上昇も認められないことから否定的と考えられた。サルコイドーシスについては、呼吸器系病変の臨床診断群の除外はできなかったが、病変部の組織診で類上皮肉芽腫が認められなかったため、積極的に疑われなかった。膠原病、特にシェーグレン症候群は両顎下腺の腫脹や肺病変が認められたことから鑑別が必要な疾患であったが、口腔や眼の乾燥症状は認められず、病理所見でIgG4陽性細胞の浸潤が高度であったことから否定的と考えられた。好酸球性多発血管炎性肉芽腫症（EGPA）や多発血管炎性肉芽腫症（GPA）といった抗好中球細胞質抗体（ANCA）関連疾患でも血清IgG4が高値となることがあるが、腎症状や血管炎症状が認められず、類上皮肉芽腫が認められなかったことなどから診断基準を満たさず、否定的であった。肺癌については、胸部CTで結節影を呈していた部位や肺門リンパ節の生検で悪性所見が認められなかったため、積極的に疑われなかった。

井上らは、IgG4関連疾患の肺病変における典型的な胸部画像について、solid nodular, round shaped GGO, alveolar interstitial, bronchovascularの4タイプに分けて発表した⁸⁾。このうちbronchovascular typeは、気管支血管束や隔壁の肥厚が特徴的だが、一部には多発結節

影と肺門リンパ節の腫大が認められたとしており、本症例はこれにあてはまると考えられた。本文献中ではIgG 4 関連呼吸器疾患の13例中 2 例にのみ多発結節影が、3例にのみ肺門縦隔リンパ節の腫大が認められていた。そのため本症例は比較的珍しい画像所見を呈していると考えたが、2016年にはSunらが、本疾患17例中 8 例に多発結節影・腫瘤影が認められたと発表しており⁹⁾、各画像パターンの頻度に関して、いまだ定まった見解はない。

IgG 4 関連疾患の治療の第 1 選択は、ステロイド薬である。ただし病変部位が 1 か所のみで、黄疸、水腎症などの臓器障害が出現していない場合は、経過観察されることもある。本症例では複数の臓器に病変が認められたが、自覚症状がなく、患者自身も治療を希望しなかったため、無治療で経過観察とした。初診から約 4 か月後の再診時には、血液検査でIgG 4 は軽度上昇していたが、胸腹部CTスキャンでは肺病変・脾病変の著明な改善が認められ、治療介入はせずそのまま経過観察を続ける方針とした。本症例のように、複数臓器に病変がありながら無治療で改善した報告は、我々

が検索した限りでは確認できず、非常に珍しい経過であった。多発病変を有する患者にはすぐにステロイド薬を導入することが一般的となっているが、自覚症状がない場合、治療介入のタイミングにはまだ議論の余地があると考えられる。

画像検査で改善が認められたにも関わらず、血清IgG 4 値が上昇した理由は、現時点では不明である。ステロイド薬導入して画像所見が改善しても、血清IgG 4 値が高値のままであった症例の報告もあり¹⁰⁾、本症例も同様の経過をたどった可能性がある。IgG 4 値の推移だけで疾患活動性を評価することはできないと考えられており¹¹⁾、本症例においても、特に有意な所見とは考えなかった。

IgG 4 関連疾患は、2011年に包括診断基準が発表されたばかりの新しい疾患概念である。各臓器病変の特徴、治療開始のタイミングや長期予後、IgG 4 値と重症度の関連についてなどまだ不明な点が多く、今後の症例の蓄積とさらなる研究の進展が期待される。

本論文の要旨は第279回日本内科学会北海道地方会(2017年 2 月札幌)で発表した。

Table.1 Laboratory data

[Hematology]		γ -GTP		[Tumor markers]	
WBC	6190 /ul	LDH	92 IU/L	IL-2R	548 U/ml
Neu	57.1 %	TP	265 U	ACE	15.4 IU/l
Eo	4.4 %	Alb	7.9 g/dl	SCC	0.5 ng/ml
Baso	1.1 %	BUN	4.0 g/dl	Pro GRP	33.0 pg/ml
Mono	5.7 %	Cre	11.7 mg/dl	NSE	9.5 ng/ml
Lymph	31.7 %	Na	0.54 mg/dl	エラスターゼ 1	89 ng/dl
RBC	435×10 ⁴ /ul	K	140 mEq/l	SLX	27.3 U/ml
Hb	13.7 g/dl	Cl	3.9 mEq/l	DUPAN-2	< 25 U/ml
Ht	39.8 %		105 mEq/l	SPAN-1	11.8 U/ml
Plt	27.5×10 ⁴ /ul	[Serology]		CEA	1.7 ng/ml
		IgG		CA19-9	3.6 U/ml
		IgA	2103 mg/dl		
		IgM	184 mg/dl		
		IgG 4	53 mg/dl		
		CRP	290 mg/dl		
			0.05 mg/dl		
[Biochemistry]					
AST	37 U				
ALT	28 U				
ALP	445 U				

Table 2 IgG 4 関連疾患包括診断基準2011

【概念】

IgG 4 関連疾患とは、リンパ球とIgG 4 陽性形質細胞の著しい浸潤と線維化により、同時性あるいは異時性に全身諸臓器の腫大や結節・肥厚性病変などを認める原因不明の疾患である。罹患臓器としては脾臓、胆管、涙腺・唾液腺、中枢神経系、甲状腺、肺、肝臓、消化管、腎臓、前立腺、後腹膜、動脈、リンパ節、皮膚、乳腺などが知られている。

病変が複数臓器におよび全身疾患としての特徴を有することが多いが、単一臓器病変の場合もある。臨床的には各臓器病変により異なった症状を呈し、臓器腫大、肥厚による閉塞、圧迫症状や細胞浸潤、線維化に伴う臓器機能不全などに重篤な合併症を伴うことがある。治療にはステロイドが有効なことが多い。

【臨床診断基準】

1. 臨床的に単一または複数臓器に特徴的なびまん性あるいは限局性腫大、腫瘍、結節、肥厚性病変を認める。

2. 血液学的に高IgG 4 血症(135mg/dl以上)を認める。

3. 病理組織学的に以下の2つを認める。

①組織所見：著明なリンパ球、形質細胞の浸潤と線維化を認める。

②IgG 4 陽性形質細胞浸潤：IgG4/IgG陽性細胞比40%以上、かつIgG 4 陽性形質細胞が10/HPFを超える。

上記のうち、1)+2)+3)を満たすものを確定診断群(definite)、1)+3)を満たすものを準確定診断群(probable)、1)+2)のみをみたすものを疑診断群(possible)とする。

ただし、できる限り組織診断を加えて、各臓器の悪性腫瘍(癌、悪性リンパ腫など)や類似疾患(Sjogren症候群、原発性硬化性胆管炎、Castleman病、二次性後腹膜線維症、Wegener肉芽腫、サルコイドーシス、Churg-Strauss症候群など)と鑑別することが重要である。

本基準により確定できない場合にも、各臓器の診断基準により診断が可能である。

Table 3 IgG 4 関連呼吸器疾患診断基準

A. 診断基準

1. 画像所見上、下記の所見のいずれかを含む胸郭内病変を認める

肺門縦隔リンパ節腫大、気管支壁／気管支血管束の肥厚

小葉間隔壁の肥厚、結節影、浸潤影、胸膜病変

2. 血清IgG 4 高値(135mg/dl以上)を認める

3. 病理所見上、呼吸器の組織において以下の①～④の所見を認める

a：3項目以上、b：2項目

①気管支血管束周囲、小葉間隔壁、胸膜などの広義間質への著明なリンパ球、形質細胞の浸潤

②IgG 4 /IgG陽性細胞比>40%、かつIgG 4 陽性細胞>10cells/HPF

③閉塞性静脈炎、もしくは閉塞性動脈炎

④浸潤細胞周囲の特徴的な線維化*

4. 胸郭外臓器にて、IgG 4 関連疾患の診断基準を満たす病変*がある

〈参考所見〉低補体血症

*自己免疫性脾炎診断基準の花筵状線維化に準ずる線維化所見

*硬化性涙腺炎・唾液腺炎、自己免疫性脾炎、IgG 4 関連硬化性胆管炎、IgG 4 関連腎臓病、後腹膜線維症

B. 診断

1. 確定診断(definite)：1+2+3a、1+2+3b+4. 組織学的確定診断[definite(histological)]：1+3.

①～④すべて

2. 準確定診断(probable)：1+2+4、1+2+3b+参考所見

3. 疑診断(possible)：1+2+3b

C. 鑑別診断

Castleman病(plasma cell type)、膠原病関連肺疾患、granulomatosis with polyangiitis(Wegener肉芽腫症)、eosinophilic granulomatosis with polyangiitis(Churg-Strauss症候群)、サルコイドーシス、呼吸器感染症、RosaiDorfman病、inflammatory myofibroblastic tumor、悪性リンパ腫、肺癌 など

引用文献

- 1) Hamano H, Kawa S, Horiuchi A, et al: High serum IgG4 concentrations in patients with sclerosing pancreatitis. N Engl J Med 2001 ; 344 : 732-8.
- 2) Umehara H, Okazaki K, Masaki Y, et al: Comprehensive diagnostic criteria for IgG4-related disease (IgG 4 -RD) 2011. Mod Rheumatol 2012 ; 22 : 21-30.
- 3) 松井祥子, 山本洋, 源誠二郎, 他. IgG 4 関連呼

- 吸器疾患の診断基準. 日呼吸誌 2015; 4 :129-132.
- 4) 日本膵臓学会, 厚生労働省難治性膵疾患に関する調査研究班. 報告 自己免疫性膵炎臨床診断基準 2011; 膵臓 2012; 27 : 17-25.
- 5) Masaki Y, Sugai S, Umehara H: IgG4-related diseases including Mikulicz's disease and sclerosing pancreatitis: diagnostic insights. J Rheumatol 2010; 37 : 1380-1385.
- 6) Takano K, Yamamoto M, Kondo A, et al: A clinical study of olfactory dysfunction in patients with Mikulicz's disease. Auris Nasus Larynx 2011; 38 : 347-351.
- 7) Takano K, Yamamoto M, Kondo A, et al: A case of reversible hyposmia associated with Mikulicz's disease. Otolaryngol Head Neck Surg 2009; 141 : 430-1.
- 8) Inoue D, Zen Y, Abo H, et al: Immunoglobulin G4-related Lung Disease: CT Findings with Pathologic Correlations. Radiology 2009; 251 : 260-70.
- 9) Sun X, Liu H, Feng R, et al: Biopsy-proven IgG4-related lung disease. BMC Pulmonary Medicine 2016; 16 (20) .
- 10) 鈴木信明, 佐伯敬子, 佐藤和弘: IgG 4 関連疾患に胸膜炎を合併した 2 症例の検討. 日呼吸会誌 2011; 49 : 97-102.
- 11) 山本元久, 高野裕樹, 氷見徹夫: IgG 4 関連疾患: SMARTデータベースから日常診療へ. 口咽科 2015; 28 : 7 -14.

Medical essay

緩和ケア

「緩和ケア」が新たな医療体制として市民権を得て来ている。そのこと自体に特段反対するわけではない。しかし、医者になって以来「造血器腫瘍」の治療医として過ごしてきた老医としては、この風潮には些かの疑問を持っている。

これまで自分が関って来た大多数の患者には「残念ながら、この病気があなたの死に病です」と告げることから診療を始めてきた。医療の最終目的が「患者の病を治癒させること」と考えれば、自分の対象とした患者にはごく例外的な例を除いては、この目的を達することが出来なかった。残念ながら、対象疾患の治療効果は「治癒」ではなく「寛解＝ある期間病気が再燃しない状態」と呼ばれている。

誤解を覚悟で云えば「治癒を目指す治療法がない状態」になって「もう選択すべき治療法はありません」という時点で「緩和ケア＝残る人生をその人らしく生きる道」が突然登場しているように思われる。だが、自分が対象としてきた患者は、完治させることが出来ないという意味でにおいて「発病、診断、治療開始」の段階ですでに「緩和ケア」にあると云える。

明らかに予後不良な「血液疾患」の診療にあつては、患者（人生の最後へと向かっている人）と医者（図らずも人生最後の主治医となった医者）は「緩和ケア」という「同じボート」に乗っている。片側のオール（医療者の役割＝延命）には、抗腫瘍剤・放射線治療・ときに外科的治療などがある。そしてもう一方のオール（患者の物語）には、病気を持ちながら残りの人生を如何に生きてゆくのかというそれぞれの患者の人生観・死生観を尊重しつつ選択される精神的なケア、そして症状緩和的な治療などがある、と思う。

だが多くの血液腫瘍・治療医は、何時の日にか多くの「造血器腫瘍・患者」に「寛解」ではなく「治癒を目指す治療を行いましょう」と自信を持って患者に告げることが出来る日が来ることを願っている。

(I.M.)

症例報告

絵本の読み聞かせによって暴力が改善された 青年期女子症例の治療経過 ～絵本の読み聞かせの治療的意義について～*

看護部・北1病棟 横山 麻美** 村山 正貴
福本 きよみ
精神科 武井 明

【要 旨】 精神遅滞を伴った自閉スペクトラム症の女子例（初診時12歳）に対する入院治療の経過を報告した。幼児期から音に過敏で、コミュニケーションが苦手で小学校では孤立していた。小学校5年時から学校から飛び出すようになったため、中学校1年時に当科を初診した。亡くなった父方祖父の幻覚が現れ、家を飛び出すため入院を繰り返したが、入院中は看護師に対する暴力がみられた。5回目の入院時から保護室を使用し、看護師による絵本の読み聞かせを始めて1年2ヵ月間続けた。その結果、父親による兄姉と患者への過去の体罰に対する恐怖感を語り出し、それとともに暴力行為は改善され退院した。絵本の読み聞かせによって、患者は看護師との一体感や安心感を得たことで、これまで抑えてきた恐怖感を伴った体験を言葉にして語るができるようになり、症状の改善につながったと思われる。

はじめに

母親が幼い子どもに絵本を読んで聞かせる読み聞かせは、昔から世界中の国々で行われている¹⁾。読み聞かせによって、子どもたちは自分の大好きな母親と一緒に本の世界の楽しさを味わい、心を躍らせて未知の世界への冒険ができ、新しい知識を吸収することで成長の糧にすることが可能になる²⁾。しかし、絵本の読

み聞かせの対象は幼児から小学校低学年くらいまでであり、子どもが成長するにしたがって、そのような読み聞かせをすることが少なくなる¹⁾。

今回、われわれは、暴言や暴力を呈している青年期女子の患者に対して、入院後に保護室を使用して看護師による絵本の読み聞かせを試みた。本論文ではその治療経過を報告し、看護師による読み聞かせの治療的な意義について考察した。

症 例 呈 示

症例の呈示に際しては、患者と保護者に対して公表についての説明を行い、口頭および文書で同意を得た。そのうえで、個人情報保護の観点から、本人が特定できないように本論文の趣旨が損なわれない範囲で改変した。

〔症例〕 初診時12歳、女子
既往歴：特記すべきことはない。

* : A therapeutic process of an adolescent girl whose violence was reduced by picture-book reading: therapeutic significance of picture-book reading.

** : Mami YOKOYAMA, et al.

Key words : a sense of security, autistic spectrum disorder, dissociation, picture-book reading, violence.

家族歴：両親は患者が2歳時に離婚し、その後は父親に引き取られ、養育は主に父方祖母が行っていた。父親（40代）、兄（20代）、姉（10代後半）、父方祖母（70代）の6人暮らし。父親はトラック運転手である。

生育歴：満期安産で出生し、出生時の異常は認められなかったが、人見知りが激しい子であった。始歩・始語は1歳前後であった。母親は幼い患者を放置したまま出歩くことが多かったという。患者は大きな音に過敏で、とくに掃除機の音を怖がった。3歳時から保育園に預けられたが、人見知りが激しいために、家族や保育士の後ろに隠れてしまい同年代の子の集団に馴染めず、一人で塗り絵をしていた。両親が離婚後は、父方祖母が患者の養育を行ってきたが、言い出したらきかない患者に手を焼くことが多く、患者が癇癇を起すと叱りつけるか、無視して放置するかのどちらかであったという。

現病歴：小学校は通常学級に入学したが、同級生と言葉で上手にやり取りができないため、クラスでは孤立していた。小学校5年時から、教室で気に入らないことがあると学校から飛び出すようになり、担任や教頭が追いかけることがたびたびあった。学業成績は下位であった。X年4月、中学校入学後も通常学級に在籍したが、授業中に教室から飛び出したり、壁や机を蹴ったり、彫刻刀を持って「死んでやる」と叫んだりし、そのたびに教室で大騒ぎになった。そのため、同年5月26日（中学校1年時）に市立旭川病院精神科（以下、当科）を父親同伴で初診した。

初診時の現在症：やや肥満気味の体型で、視線がほとんど合わず、話しかけても壁を見ながら「はい」「いいえ」と短く返答をするだけであった。また、学校生活についての質問をすると、急に不機嫌になって診察室から飛び出してしまい、十分な問診ができなかった。

初診後に行われたWISC-IVでの結果では、全検査IQ54、言語理解58、知覚推理54、ワーキングメモリー60、処理速度70で群指数間にバラツキがみられた。また、下位項目も全体的に低かったが、「類似」「積木模様」「数唱」「符合」は極端に低値で偏りが認められた。

治 療 経 過

第Ⅰ期：初診時から1回目の入院までの時期（X年5月26日～X+1年8月1日：1年3ヵ月間）

初診後も教室から出て行ったり、教室の窓から飛び降りようとしたりする行動を繰り返し、教師が目を離

せない状態が続いた。そのため、X+1年4月（中2）からは特別支援学級に在籍し、一人の教師が患者に付きっきりで対応するようになった。しかし、校内で頻回に過呼吸を起こし、そのたびに近医に救急搬送された。X+2年7月（中3）、「霊が憑いている。助けて」と大声で叫んで家から飛び出すようになったため、同年8月1日に当科の閉鎖病棟に1回目の入院をした。第Ⅱ期：入院後に暴力や興奮が続く時期（X+2年8月1日～同年11月21日：3ヵ月間）

4人部屋に入院したが、入院当初は看護師が話しかけても返答せず、内服、食事、処置などを一切拒否した。また、廊下を歩行時に全身の力が抜けた状態となって倒れ込んだり、過呼吸を起こしたりすることを繰り返した。しかし、血液生化学検査、脳CT検査、脳波検査では異常は認められなかった。入院して数日後には発語は少ないものの、脱力や過呼吸が消失し、食事も摂れるようになった。患者が退院を強く要求するため、同年8月5日に退院した。

しかし、同年8月22日から突然泣き出して自宅から飛び出すようになったため、同年8月25日に2回目の入院をして短期間で退院した。その後も、突然落ち着かなくなって家から飛び出すという理由で入院を繰り返し、約3ヵ月間に計5回入院をした。

2回目から5回目の入院では、毎回4人部屋に入院し、衝動的な行動に至りやすいため、腹部拘束が行われた。いずれの入院期間も2週間から3週間であった。入院直後は看護師には「帰る」「人殺し」「触るな」と怒鳴り、看護師に対して殴る、蹴るなどの暴力を振るった。また、腹部拘束をすり抜けてナースステーションに侵入し、病棟外に出てきこうとすることもあった。その際に患者を制止した看護師を蹴飛ばしたり、押し倒したりした。このような状態が2回目から4回目までの入院で繰り返された。しかし、5回目の入院になると、暴言や暴力はあるものの、「首を吊って死ぬんだ」と言いながらも、「自分が死んでも誰も悲しんでくれない」と孤独な気持ちをわずかであるが看護師に語るようになった。

同年11月18日に5回目の入院から退院した。退院後、間もなくしてから、5年前に亡くなっている父方祖父の声がすると言い出して、「じいちゃんがこっちにこいと言っている」「じいちゃんと同じように自分も死んだ」と言って自宅で興奮したために、同年11月21日に6回目の入院に至った。

第Ⅲ期：保護室を使用するまでの時期（X+2年11月21日～X+3年3月18日：4ヵ月間）

当初は4人部屋に入院した。入院後も父方祖父の声が聞こえて姿も見えると訴え大暴れしたため、腹部拘束を開始した。「じんちゃんが呼んでるから死なせて」「じいちゃんが好きなので早くじいちゃんの所に行かせろ」「生きていても楽しいことは何もない」などと訴えた。その一方で、口調が穏やかで看護師と自然なやり取りをすることができる時期もあった。しかし、突然、表情が陰しくなり、乱暴な口調となり、「うるせーな。やんのか、このくそバァバァ」と看護師に暴言を吐いた。腹部拘束をすり抜けて廊下に飛び出したため、看護師が病室に戻そうとすると、「病室には戻らねーよ。はーあ、何だよ。お前はじいちゃんか。見えるんだよ。はなせよ」「じいちゃんがいるよ。ここは病院じゃなくて火葬場だ。皆死んでる」と興奮しながら訴えた。衝動的になりやすく、薬物療法でも十分に鎮静できないため、X+3年1月から修正型電気けいれん療法（mECT）が1クール施行された。

mECT終了後も、時折、「じいちゃんが包丁持って殺しに来る」などと叫んでいたが、その一方で、看護師に対して「かわいいね。付き合ってほしい」「ありがとう」「ごめんね」「チューしよう」などと言って甘えるようになった。また、「看護師さんの家族になりたい。だって姉たちは私のことを『おい』としか呼んでくれないから」とも言っていた。

同年2月になってから再び、「じいちゃんの声がする」「こっちに来る」「殺される」などと訴えて興奮することが多くなった。同年3月15日には、タオルで自分の首を絞めようとし、同室の他患に対して「ぶっ殺すぞ」と言って、その患者の首を絞めようとした。さらに、食事の際に付いてきた箸で自分の胸や看護師を刺そうとし危険な状態が続いた。他患や看護師に危害が及ぶ危険性が高かったので、同年3月18日から保護室を使用して隔離した。

第Ⅳ期：保護室使用後に絵本の読み聞かせを開始した時期（X+3年3月18日～X+4年4月8日：1年2ヵ月間）

入室直後は腹部・四肢拘束を行った。食事の際に看護師が拘束をはずすと、看護師を押し倒してナースステーションに行き病棟外に出ようとした。また、ベッドに備え付けのテーブルを振り上げて保護室の窓ガラスを割ろうとすることもあった。しかしその一方で、

「ねんねできなーい。ミルク飲ませてー」「私は1歳の赤ちゃん。ご飯をまぜまぜしてね」「いい子いい子して」「おっぱい飲ませて」と看護師に甘えた口調で話しかけ、食事の介助や身体接触を求めてくることがたびたびあった。

患者の問題行動の背景に、これまでに養育者との間に十分な愛着が形成されていないことも一因として存在すると考え、X+3年6月18日から看護師による絵本の読み聞かせを開始した。看護師が保護室内の患者のベッドに横並びになって座り、1対1で絵本の読み聞かせをほぼ毎日行った。使用した絵本は、看護師が持ち寄った「ぐりとぐら」「あさえとちいさいもうと」「アンパンマン」などである。当初、患者は「ボケ」「バカ」「死ね」などと言って真剣に聞こうとはしなかった。しかし、読み聞かせを粘り強く続けるうちに、患者は看護師に身体的接触を頻繁に求め、抱き付くようになり、看護師の体に自分の体を密着させて話を聞くようになった。看護師の匂いを嗅ぐ行為もみられた。患者は絵本を読んでもらって笑ったり、もう一度読んでほしいとねだったりした。同年8月3日には患者が看護師に対して絵本を読んでもらうと言い出すようになった。看護師には「お母さんに抱かれた時はどんな気持ちなの？」としばしば聞いていた。

絵本の読み聞かせを続けるようになってからは、保護室から飛び出そうとして看護師を突き飛ばすことが少なくなった。主治医には「看護師さんが慌てるのがおもしろいので、飛び出そうとした。ごめんなさい。私のために一生懸命になってくれるのがうれしかった」と述べた。同年10月になると、患者は「お母さんみたいだ。大好き」と言って看護師に抱きついて離れようとせず、看護師の腕をなめることもあった。また、看護師が退室するとサルのぬいぐるみを抱っこし、ぬいぐるみにおっぱいをあげようとする行為もみられた。同年12月からは看護師に手紙を書くようになり、「〇〇看護師さんが大好き」「病院が楽しいので一生入院したい」という内容を書き、「こんにちは」「ありがとう」「ごめんなさい」という言葉を日常会話の中で遣う場面が多くなった。

しかし、X+4年2月、高等養護学校行くことが決まってから、頭痛、腹痛、嘔吐が出現するようになった。保護室から2人部屋に移動後の同年3月12日、病室の窓ガラスを割って手掌に切り傷を負った。「大好きな〇〇看護師さんが廊下で他患に優しく話しかけて

いる声が聞こえて腹が立った」「高等養護学校に行きたくない」と述べていた。その後は身体症状が消失し、精神的にも落ち着いたため、同年4月8日に退院した。絵本の読み聞かせは退院直前まで続けた。

第Ⅴ期：高等養護学校入学後（X+4年4月8日～同年7月30日：4ヵ月間）

X+4年4月、高等養護学校に入学し寮生活を開始した。入学当初は、学校の規則を守り、勉強にも励んでいた。しかし、同年5月の連休明けから夜間に寮内を徘徊し、部屋のプレートをはずして食べる行為が認められたり、大声を出す生徒に暴言を吐いたりしたために、寮を出て自宅からの通学になった。しかしその後も、学校では壁に頭を打ちつけ、自宅ではトイレにこもり「殺せ」と叫ぶようになったため、同年5月21日に7回目の入院をした。

7回目の入院でも保護室使用したが、興奮が激しいためmECTが1クール施行された。mECT終了後、「学校に行きたくない」「一生病院にいたい」「寮に戻りたくない」と言う一方で、「看護師さん、ぬいぐるみでお母さんごっこしようよ」「一緒に寝ようよ」「寝るまでここにずっといて」などと看護師に甘えるようになった。興奮することがなくなったため、同年6月23日に退院した。その後は、食欲低下と嘔吐のために同年6月30日～7月22日（入院8回目）に入院し、さらに、自宅の2階から飛び降りようとしたため、同年7月30日に9回目の入院をした。

第Ⅵ期：過去の恐怖感を伴った体験を語る時期（X+4年7月30日～同年10月20日：3ヵ月間）

9回目の入院も保護室に入院した。入院直後は看護師に殴りかかったが、数時間後には何事もなかったかのように看護師に穏やかに接していた。9回目の入院では、父親から体罰を受けたことを看護師に初めて話すようになった。患者は「中学生の時に学校を抜け出したこととお父さんに叩かれた。昔、お父さんがお兄ちゃんやお姉ちゃんを叩いているのを見て怖かった。普段はやさしいお父さんが怒ると怖い人なの。叩かれた時のことを思い出すと怖い」「お兄ちゃんも私にすぐに怒るので怖い。お父さんとお兄ちゃんがつかみ合いの喧嘩をすることが多くて家にいるのが嫌だった」と述べた。また「私は小中学校時代に友達がいなかった。高等養護学校に行って初めて一人だけ友達ができた」とも話していた。自宅での恐怖を伴った体験を話せるようになった後は、精神的に落ち着く

ようになり、同年8月14日に退院した。その後、興奮や暴力が理由で入院することはなくなり、食欲低下と嘔吐といった身体症状で入院し、同年10月5日～10月9日（入院10回目）、同年10月13日～10月20日（入院11回目）に入院した。11回目の入院の退院直前に看護師宛てに次のような手紙を書いてきた：

「看護師さんをたくさん叩いてごめんなさい。皆優しくしてくれてありがとうございます。また入院した時にはよろしく願います。外来を受診した時には遊びに来ますね」

退院後、高等養護学校を退学して地域の就労支援事業所に通所を始めた。

考 察

1. 症状出現の背景

本症例は小中学校時代に学業成績が下位で、受診後に施行されたWISCにおいても知能指数が54と低かったことから、中等度の精神遅滞が存在すると考えられる。また、幼児期から人見知りや偏食が激しく、大きな物音などに敏感という感覚過敏があり、さらに集団内では孤立しコミュニケーションが上手にできないことから、精神遅滞とともに自閉スペクトラム症（Autistic Spectrum Disorder：ASD）が併存していると考えられた。WISCにおける群指数や下位項目のスコアが全体的に低いものの、バラツキがみられることから発達への偏りが示唆される。

また、生育歴からは乳幼児期において母親からは十分な養育がなされず、離婚後から父方祖母によって養育がなされたが、ASDや精神遅滞があったことで、子育てが難しい子であった。そのため、父方祖母は患者が癇癪を起しても叱りつけるか、無視して放置するかのどちらかで、患者の特性に応じた子育てが十分にできていなかった可能性がある。そのような養育環境の中で、父親による体罰を受けたり、兄姉が父親から体罰を受ける場面を見たりしたことが患者の外傷体験となって、中学生以降に衝動的な行為や暴力に至り、解離性の幻視や幻聴が出現するようになったと考えられる。

2. 保護室の使用と絵本の読み聞かせ

（1）4人部屋での入院

当初、患者は入院するたびに病棟で看護師に対して暴言を吐き、暴力を振るうことを繰り返した。このような暴言や暴力には看護師と緊密なかかわりをもつこ

とになったので、自分と看護師との関係性を確認するために、看護師が嫌がることをしても自分を見捨てずに見てくれるのかという看護師を試す意味合いがあったと考えられる。また、患者は「殺される」と繰り返して訴えていたが、この「殺される」には「助けてほしい」「守ってほしい」という患者の気持ちが込められていたと考えられる。したがって、患者の示す暴言や暴力、および「殺される」という言動は、病棟が本当に安心できる場所なのかということを確認しようとする患者の必死な姿としてとらえることができる。

「自分が死んでも誰も悲しんでくれない」「自分を『おまえ』としか呼んでくれない」という患者の言葉には、家族によって大切に扱われなかったこれまでの患者と周囲の大人との関係が示されている。自分は大切な存在で価値のある存在なのだと思えない患者は、生きている意味がないと感じ、「死」を求めようとする行動を繰り返したと考えられる。

(2) 保護室の使用と絵本読み聞かせの開始

6回目に入院から保護室を利用したことが治療の大きな転機になっていた。静かで守られた空間で、看護師が濃厚にかかわる機会ができ、看護師に清拭、食事介助、着替えなど入院生活に必要な介助を行ってもらった。保護室を使用した後も、暴言や暴力が続いたが、その頻度は少なくなり、その一方で退行を示すようになった。看護師に対して「まぜまぜして」「いい子、いい子して」と今まで言えなかったことを看護師との関係が深化したことで初めて口にするようになり甘えられるようになった。

絵本の読み聞かせを開始したことで、退行がさらに促進されてたと考えられる。患者は看護師が絵本を読む声を聞きながら看護師に身体接触するなかで、安心感や安全感を徐々に確かなものにしていった。そして、母親に抱かれたという体験が乏しいまま成長してきた患者は、絵本の読み聞かせを通してこれまで十分に体験できなかった母性との触れ合いを体験することができたと考えられる。その結果、患者の衝動的な行動が徐々に少なくなっていく。

第Ⅵ期において、病院が安心で安全であることが確かめられてから、父親によって患者が体罰を受けたり、兄弟が父親から体罰を受ける場面を見たりしたことを自ら語り出すようになった。これまで外傷体験になっていた恐怖感を伴った体験を初めて言葉にすることが可能になったことで、外傷体験に伴う不安や恐怖

が緩和され、外傷体験に圧倒されて解離症状を呈することがなくなったと考えられる。

3. 絵本の読み聞かせの効果

絵本の読み聞かせの効用については、ただ単に母親が一方的に子どもに絵本を読んで聞かせるのではなく、母親が読む絵本を子どもがのぞきこみ、母親の声を聞くことで一緒になって絵本を読むことができることが重要であることが指摘されている³⁾。また、酒木によると⁴⁾、絵本を媒介することで、それまで硬直化していた母子間の情緒的交流が促進され、幼児期に十分形成できなかった関係を育む役割を果たすことが述べられている。

今回、看護師が行った絵本の読み聞かせの効果として、①看護師を独り占めできて常に自分に関心が向けられる状況が作られること、②絵本を読む看護師の声の高さ、強弱、抑揚などが患者に心地よい気持ちを生起させること、③読み聞かせの際に患者が看護師に身体接触することで、患者が看護師の肌のぬくもりを感じることができること、などが挙げられる。このような体験を通して、患者は看護師との一体感を体験し、安心感や安全感を得ることができたと考えられる。その結果、これまで心の中に抑えてきた恐怖感を伴った体験を初めて言葉にして語るができるようになり、症状の改善につながったと思われる。絵本の読み聞かせは健常な子どもに対してだけではなく、発達障害やさまざまな精神症状を持つ子どもに対しても精神的な成長を促進する行為と考えられる。

以上のように、絵本の読み聞かせは、患者と読み手である看護師との間に一体感を生み、患者に安心感や安全感を生起させ、精神的な安定をもたらす効果があると考えられた。

本症例に対して、貴重など意見をいただきました宇部フロンティア大学特任教授 酒木保先生に深謝いたします。また、数多くのご助言をいただきました市立旭川病院精神科 原岡陽一先生、佐藤譲先生ならびに同院北1病棟看護スタッフの皆さまに心からお礼申し上げます。

文 献

- 1) 笹倉剛：感性を磨く「読み聞かせ」。北大路書房、1999。
- 2) 増村王子（編）：読み聞かせの発見。岩崎書店、1973

- 3) 中川李枝子：子どもはみな問題児．新潮社，2015.
4) 酒木保：心の橋渡し法としての絵本の利用－境界

性人格障害と思われる一例から－．思春期青年期
精神医学2002；12：47-56.

Medical essay

呼吸器内科の適正な医師数とは？

当院の呼吸器内科は、平成29年3月までは常勤3人と研修医0～1人で診療してきましたが、平成29年4月からは常勤1人と非常勤1人と研修医0～1人に減りました。

日本内科学会のホームページなどを見ると、「日本の病院勤務医の約35%が内科医」「日本内科学会の会員数は11万人」「日本呼吸器学会の会員数は1万2千人」と書かれています。ここから単純計算で求めると、「病院勤務医が100人いると、そのうち約35人が内科医で、そのうち約3.8人が呼吸器内科医」となります。それを当院の医師約70人に当てはめると、内科医24.5人、呼吸器内科医2.7人が全国平均値となります。となると、「昨年度までの呼吸器内科の医師数は全国平均並みの人数だったんだ」という解釈もできますが、実感としては、昨年度までの常勤3人と研修医0～1人でも、他科や他院からの依頼には十分に応えられず、外来患者は予約時間からさらに2時間半待っていて、自分自身は夜間の病院からの呼び出しに疲労困憊し、とても医師数が足りているとは言えない状況でした。

必要な医師数を考えるときに最も重要なことは、夜間・休日の待機当番が過重負担とならないこと、と私は考えています。例えば、20歳代で健康状態に問題が無ければ、1か月に17～19日の待機当番は可能だと思います。しかし、30歳代前半になると1か月に14～16日が精一杯で、30歳代後半では1か月に11～13日、40歳代前半では8～10日が限度ではないでしょうか。

次に、必要な医師数を考えるときに重要なことは、患者や他科や他院からの依頼に十分対応できることだと思います。昨年度までの常勤3人と研修医0～1人のときも、病棟の仕事が多かったため、転院や転科の依頼を断ることがあったり、外来担当医を毎日1人しか出せなかったために外来患者の待ち時間も長くなったりしていました。

これらのことを考えると、外来や待機当番をある程度ひとりのできる中心的なメンバーとなる医師が5人いて、それにローテートで2～4か月間の研修に来る初期研修医や内科専攻医が1～2人いる、という体制が望ましいと思います。

この「中心的メンバー5人+その時々で入れ替わる人」という構成は、私が子供のころに見たテレビ番組に多かったような気がします。「8時だヨ！全員集合」、「ドラえもん」、「ルパン三世」、「サザエさん」など、いずれのテレビ番組もほぼ毎回出ている中心的メンバーが5人で、それにゲスト的な人物が加わって話が盛り上がっていきます。

呼吸器内科もこのようにメンバーが増えてほしい、と願う一方で、突然医師数が増えるとは思えないのも事実です。既存の総合内科や呼吸器外科の人数が増えたり、感染症内科や腫瘍内科や老年内科を新たに立ち上げることができる医師を招聘したりする方が、現実的かもしれない、ということもあります。

(Y.F.)

看護研究

看護補助者への日常生活ケア統一に向けた取り組み ～清潔ケア統一を図るための看護補助者への指導～*

看護部・東7階 田 中 のぞみ** 中 島 松 江
多津美 知 果 太 田 智 美

はじめに

2月の病棟再編に伴い、地域包括ケア病棟が新設され、役割として一般病棟から急性期治療を終えた患者が在宅や施設に向け準備を担う病棟となった。病棟新設に伴い、看護体制が変わることで、看護業務が増え負担が大きくなることから看護補助者へ日常生活援助の業務を移行していく必要があった。そこで、看護補助者の業務を見直し、清潔ケア（全身清拭、陰部洗浄、洗髪、足浴、マウスケア、洗面）を最優先に考え、取り組むこととした。しかし、実際に看護師と看護補助者が一緒にケアを行ったところ、看護師のケアの方法に個人差があり、看護補助者が戸惑うことがあった。また、看護補助者が所属していた病棟によって行ってきた援助や経験に差があり、ケアの統一を図れるよう基本に戻る必要があった。そこで、同じ看護が提供できるような取り組みを考え、当院看護補助者業務・看護技術マニュアルの周知、模擬人形での技術練習、実践を行った結果をここに報告する。

目 的

患者に安全安楽な看護ケアを提供できるよう看護師と看護補助者の清潔ケアを統一する。

【方法・内容】

- ①調査期間 2016年2月1日～6月30日
- ②対 象 東7階病棟看護師14名（新人1名と看護
研究員3名を除く）
看護補助者8名
- ③データ収集 聞き取り調査
- ④取り組んだ内容
 - 1）看護技術マニュアル、看護補助者業務2月～4月
 - 2）看護補助者研修、学研ナーシングサポート（以下
eラーニングとする）
10項目視聴 2月～3月
- ①業務上の責任と倫理
- ②感染予防
- ③移動のお世話
- ④清潔のお世話
- ⑤排泄のお世話
- ⑥食事のお世話
- ⑦医療安全
- ⑧環境整備
- ⑨洗面のお世話
- ⑩医療機器の消毒
- 3）看護補助者が経験した清潔ケアの把握（チェック
表を用いて評価）
最低1回ケアを経験することとした 資料1参照
- 4）認定看護師、理学療法士による勉強会 2月
 - ①オムツ交換 ②移乗・移送 ③食事介助

* : A strategy to standardize daily life care by nursing aids.

～Instruction for nursing aids to standardize hygiene and personal care.～

** : Nozomi TANAKA, et al.

Key words : 清潔ケア, ケア統一

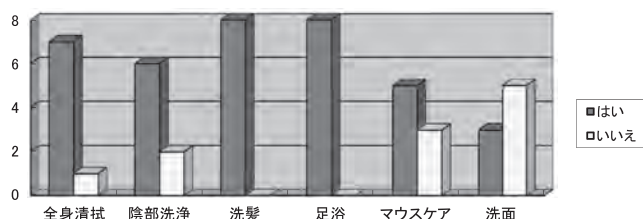
5) 模擬人形（さくらちゃん）を使用した勉強会（全身清拭、オムツ交換、陰部洗浄、マウスケア、洗面について）3～5月

6名参加し参加できなかったのは2名 1人は勉強会を録画したDVDを視聴

6) 看護補助者に今まで経験したことがある清潔ケアについて聞き取り調査を行う、看護師、看護補助者へのアンケート 6月

結 果

①看護補助者8名に今まで経験したことがある清潔ケアについて聞き取り調査を行った。



- ・清潔ケアは一通り全部したことある 3名
- ・洗面以外の清潔ケアは行ったことがある 2名
- ・足浴と洗髪は行ったことがある 1名
- ・清拭、足浴、洗髪は行ったことがある 1名
- ・マウスケアと洗面以外は行ったことがある 1名

看護補助者に対する聞き取り調査の結果、清潔ケアの経験の差がみられた。

②アンケートを看護師と看護補助者全員を対象に行った。

看護補助者へのアンケートの結果は『マニュアルをみて清潔ケアの方法はわかりやすかったか』の質問には、はいが7名、いいえが1名だった。『eラーニングを見て清潔ケアの方法はわかりやすかったか』の質問には、はいが8名、『模擬人形（さくらちゃん）を使用した勉強会で清潔ケアの方法わかりやすかったか』の質問には、はいが6名、無回答が2名、『勉強会はわかりやすかったか』の質問には、はいが6名、無回答が

2名、『清潔ケアは統一されたか』の質問には、されたが2名、無回答が6名だった。

看護師へのアンケート結果は『看護補助業務、看護技術マニュアルを見て清潔ケアの指導はしやすかったか』の質問には、はいが10名、いいえが3名、無回答が1名だった。『eラーニングを視聴し清潔ケアは指導しやすかったか』の質問には、はいが12名、いいえが1名、無回答が1名だった。『模擬人形（さくらちゃん）を使用した勉強会を通して清潔ケアは指導しやすかったか』の質問には、はいが9名、いいえが3名、無回答が2名、『勉強会を行ったことで指導しやすかったか』の質問には、はいが9名、いいえが1名、無回答が4名、『清潔ケアは統一されたか』の質問には、されたが2名、されていない、不十分が6名、わからないが1名、無回答が5名だった。

結 論

今回行った学習方法（マニュアル、eラーニング、勉強会）はわかりやすいとの意見も多く方法としては良かった。しかし学習した事に対する理解度や到達度の数値化による評価は困難であり、個人差もありどこまでできているのかは不明である。そのため看護師と看護補助者の清潔ケアが統一に至っているという評価も曖昧になる。清潔ケアというのは患者の爽快感、清潔を保つためのものであり、患者からの意見が最大の評価となる。今後は患者の声を聞きながら、清潔ケアに取り組んでいきたい。そして基本的なケアが習得できているか定期的に確認を行い、模擬人形やスタッフ同士での技術演習を重ねていくことが望ましい。その際にはケアのポイントがわかる技術チェックリストを作成・使用し、スタッフ間の理解度や到達度を確認していく。また、アンケートの結果から定期的な勉強会があった方が良いという意見があるため、勉強会を開催していく。患者に安全安楽な看護ケアを提供するためには、看護補助者との情報共有が必要となってくる。そのため、看護補助者全員に伝わるように看護補助者の情報共有ノートの活用と、カンファレンスへの参加を促していくことが必要と考え今後検討していく。

資料 1 看護補助者の保清チェック表（実施した回数は最低 1 回）

	全身清拭	陰部洗浄	洗 髪	足 浴	オムツ交換	洗面介助	マウスケア	シャワー浴
A さん	2	2	2	1	2	1	2	3
B さん	5	5	1	1	5	1	1	3
C さん	4	4	1	1	3	1	1	4
D さん	1	2	1	1	3	1	1	3
E さん	2	8	1	1	5	1	1	4
F さん	3	5	3	2	3	1	1	4
G さん	1	1	1	1	1	1	1	3
H さん	1	1	1	1	1	1	1	1

看護補助者 計 8 名中 8 名回答		
看護補助業務、看護技術マニュアルを見て清潔ケアの方法はわかりやすかったか	はい：7 人	いいえ：1 人
e-ラーニングを視聴して清潔ケアの方法はわかりやすかったか	はい：8 人	いいえ：0 人
模擬人形（さくらちゃん）を使用した勉強会を通して清潔ケアの方法はわかりやすかったか	はい：6 人 ・実物大の方がよりリアルでとてもよかった	いいえ：0 人 無回答：2 人
勉強会はわかりやすかったか	はい：6 人	いいえ：0 人 無回答：2 人
清潔ケアを行うのにわかりやすかった、参考になった指導方法はどれか（複数回答可）	人形使用した勉強会：7 人 e-ラーニング：5 人 マニュアル等の紙面：1 人 講師による勉強会：1 人 理由：紙面は後からでも読み返すことができ、人形・e-ラーニングは実技だったので見て覚えることができた	
実際に患者へ清潔ケアを行うにあたり困ったことや不安だったことはあるか	・マウスケアの方法に不安があったが看護師に確認し不安は解消された ・点滴や酸素投与、バルンカテーテルが留置されている患者への援助→担当の看護師に相談し不安は解消された	
今後、清潔ケアに関連してどのような勉強会や資料があると良いか	・定期的に勉強会を開いた方が良い ・DVDの視聴や実技	
清潔ケアのケアは統一されたか	された：2 人	無回答：6 人

看護師 計14名中14名回答		
看護補助業務、看護技術マニュアルを見て清潔ケアの指導はしやすかったか	はい：10人 ・基本に返ることができ看護補助者と同じ内容のものを見ることで同じ意識を持てた ・後に何度も読み返せる ・マニュアルを見ながらの方が手順がしっかりとしているため指導しやすかった	いいえ：3人 ・助手の日常生活援助の経験の差で指導の仕方が変わるのでやりにくい面もあった ・指導を行ったことがない 無回答：1人
e-ラーニングを視聴し清潔ケアは指導しやすかったか	はい：12人 ・基本の振り返りになる ・手技をどのように行うのかを目で見て理解してもらうことができる ・マニュアルのみでなく視覚も利用し理解が深まった	いいえ：1人 無回答：1人
模擬人形（さくらちゃん）を使用した勉強会を通して清潔ケアは指導しやすかったか	はい：9人 ・実践することでイメージしやすく患者に対してスムーズに行えた ・実際に日頃看護補助者が疑問に思っていたことを模擬人形を使用し実演できた ・看護補助者だけでなく看護師にも模擬人形を使用した勉強会に参加すればもっと統一した指導ができたと思う	いいえ：3人 ・参加できなかった ・看護補助者への指導を行ったことがない 無回答2人
勉強会を行ったことで指導しやすかったか	はい：9人 ・実践することで注意点などがわかり患者に対してもスムーズに行えた ・勉強会をすることで統一した指導を行うことができたのではないかと思う	いいえ：1人 ・参加できていない 無回答：4人
清潔ケアを行うに当たり指導に役立った、参考になったのはどれか（複数回答可）	紙面（マニュアル）：8人 e-ラーニング：10人 人形を使用した勉強会：8人 講師による勉強会：10人 全て選んだ人は3人 他は組み合わせが異なる <理由> ・マニュアルだけでなく映像で見たり実践することはとてもわかりやすい ・e-ラーニングで知識を増やしマニュアルで確認、勉強会で振り返ることによりよい実施に繋がると思う ・全て行うことにより良い指導に繋がったと思う ・全てが必要と思った ・実際に目で見て理解してもらうこと、何度も読み返せる	
実際に看護補助者へ清潔ケアを指導するにあたり困ったことはあるか	・今まで経験していなかったことが多いため、自分の仕事ではないという考え方をしていたり、独自のやり方や考えがあることがある ・援助に対する根拠の不足	

今後清潔ケアを周知するにあたりどのような勉強会や資料があるとよいか	・できていないと判断したところを中心とした定期的な勉強会の開催 ・今回も実施したが講師や人形を使用した勉強会
清潔ケアは統一されたか	された：2名 わからない：1名 無回答：5名 されていない・不十分：6名 <意見> ・看護補助者が「わからない」「忘れたと」の返答があり、人によってできていない部分がある ・清潔ケアの基本的な内容は理解できたと思うが、全員が実際に実行できているは確認できていない（評価していない） ・シャワー浴や洗面所での洗髪、陰部洗浄はできていると思う。マウスケアは実際に行っているところを見ていないため不明。磨き残しの確認や自分で歯みがきができない患者さんへの援助はできていないと思う。 ・まだ不十分 ・保清や食事介助、洗面などはできてきていると思うが、体交はあまり助手さんの行う機会が少ないと思う

Medical essay

人間は死ぬものである

先日、漢方の講演会に行ってきた。講師の方は中医学が専門であった。

中医学と漢方医学、似たり寄ったりと見る向きも多だろうが、日本独自のアレンジを施し独立的に発展してきた漢方医学に比べ、中医学はかなりマニアックだ。「男は8の倍数、女は7の倍数で一生を歩む」というアレである。

先日の講演でも似たような話が出た。いわく「人間は衰えて死ぬように出来ている」と。演者に言わせると「高齢者が日々死に近づくのは当たり前」で「それが自然の摂理」だと言う。だから「(高度医療を施して) 高齢者を生きながらえさせようとするのは間違っている」とのこと。なるほど確かに傾聴に値するご意見と思う。ただ、「だから(自然の許容範囲を超えて高齢者が長生きをするようになったから)、子供が減って少子化になっている」とまで言われるとちょっと首をかしげたくなるが、中医学の世界では自然万物の運行すべてが健康と係わっているの、人間のあずかり知らぬところでそのような自然の摂理が働いているのかもしれない。

ちなみに、昨今の医療費増大は、時の政府が「人命は地球よりも重い」などと叫んだことも一因であると思う。「長生き」することこそが人生の目的のように錯覚し、人命尊重ならぬ人命偏重という世相を生み出してしまったのではなかろうか。

しかしここに来て、終活がブームだという。自分自身で、お葬式やお墓のあり方を考えておく、というのが終活の現状のようだが、「いかに死ぬか」を考えることは「いかに生きるか」を考えることと表裏一体であると思う。「老いを受け入れ、淡々と死へ向かって歩む」という一種の諦観が穏やかな最期を迎える鍵なのかもしれない。

医療費肥大化の方向を変えるのは、医療費の抑制ではなく、新しい人生哲学の創造だと思うのだが、はてさて、自分はそのような諦観に至れるかどうか、全く自信はない。 (M.S.)

研究発表

当院採血室におけるトラブル事例の検証と 再発防止に向けた取り組み*

中央検査科 畑 山 明 美** 二 郷 元 彦
武 田 晃 典 幸 村 近

はじめに

当院の採血室は月平均4千人、年間のべ5万人の採血を行っている。採血という業務上、また来室する患者数故に、多種多様なトラブルが発生しうる部門である。本演題では実際に起こったトラブル事例を挙げ、その発生理由の検証、再発防止の取り組みに関して報告する。

トラブル事例と対策

- 1, 採血ラベルの貼りまちがい：手貼りの必要な特殊採血管をわかりやすく配置した(図1)。また、採血管を準備する職員と、実際に採血する職員がダブルチェックを行うこととした。
- 2, 穿刺部位の重度内出血のため入院治療を必要とした例：採血困難なため複数回の穿刺を行った患者が、数日後に広範な内出血を起こし、皮膚科に入院した。ワーファリンコントロール不良が背景として認められたが、患者からは「採血で何回も刺されたせいだ」といった不満が聞かれたため、対策が必要であると考えられた。採血後の嚴重な圧迫止血を患者自身にも協力いただけるようポスター(図2)で周知し、複数回の穿刺に関しては限度回数を明確にマ

ニュアルで定めた。

- 3, 神経損傷疑い事例：採血後数日経過してから、神経損傷を疑う症状を訴えてこられた患者がいた。採血時の詳細な記録がなかったため、状況を検証することが困難であった。この対策として、穿刺時にしびれや痛みの有無を必ず確認し、これらの症状がみられた際にはすぐに抜針するようマニュアルに定め、実施している。また、その際に採血合併症チェックシート(図3)で症状の詳細を患者様とともに確認し、カルテ上に記載している。これにより、採血後時間が経過していても状況を検証することを可能とした。他にも患者サービスの向上、業務のスムーズ化を図るため、いくつかの工夫を行っており本演題において紹介した。

以上

平成28年11月5日

第96回北海道医学大会臨床検査医学分科会
(於旭川市)にて発表した

* : Investigation of problematic cases of the blood-drawing room; strategies for prevention.

** : Akemi HATAYAMA, et al.

Key words : 採血トラブル, 神経損傷

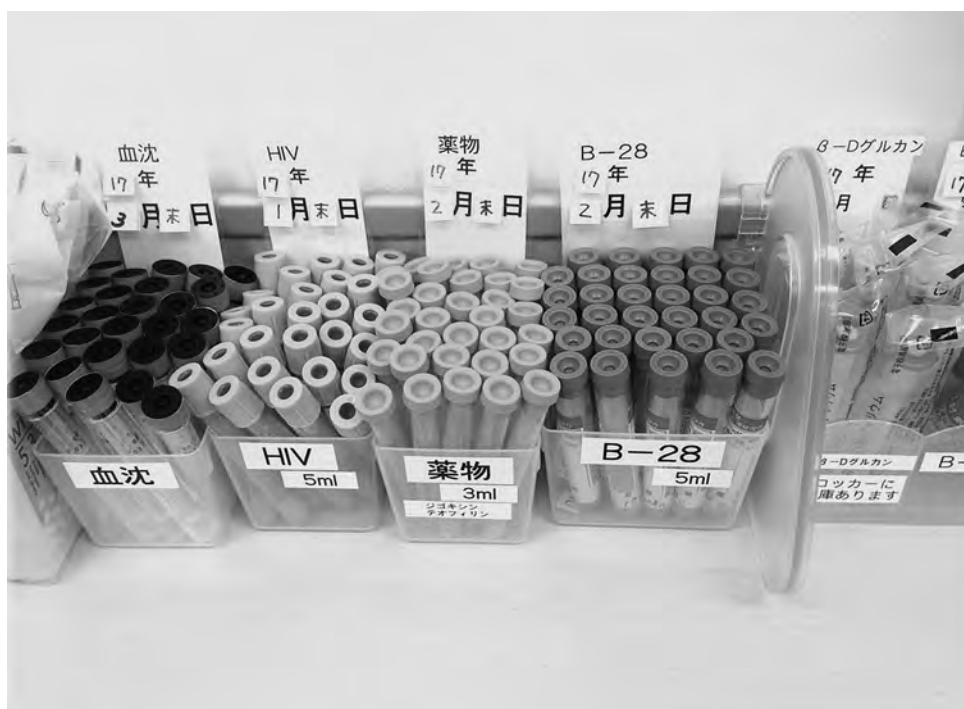


図 1 特殊採血管の配置の実際



図 2 圧迫止血に関するポスター

「先ほどの採血時の痛みについて、記録を残したいので、少しお話伺ってもいいですか？」

＜採血部位＞

☐右 ☐左

☐肘部 ☐前腕部 ☐手の甲 ☐その他

＜いつ？＞

☐針が刺さった瞬間 ☐採血途中 ☐採血終了後

＜どこが？＞

☐穿刺部 ☐穿刺部より末梢の前腕部 ☐指先

☐その他（ ）

＜どんな症状？＞

☐ビリビリ、ビリビリ ☐動かしづらい ☐熱い感じ

☐冷たい感じ ☐その他（ ）

＜針を抜いたら症状は？＞

☐消えた ☐残っている

＜穿刺部の状態は？＞

☐腫れている ☐発赤がある ☐変化なし ☐その他（ ）

「以上です。ご協力ありがとうございました。こちらの手では重いものを持たないようにして、安静を保ってください。時間が経ってから、また痛むようでしたら、必ずスタッフにご相談ください。」

図3 採血合併症チェックシート

第125回日本臨床細胞学会細胞検査士養成講習会

中央検査科 荃 田 力

平成28年7月4日から16日までの2週間、東京都墨田区にある東京医学技術専門学校において開催された第125回日本臨床細胞学会細胞検査士養成講習会に参加してきましたので、その報告をします。

今回の講習会では、主に講義と実習に分かれており、講義では染色理論や免疫・分子病理の基礎、細胞の構造・機能などの総論から婦人科・呼吸器・体腔液などの各論に至るまで幅広い分野において詳細に教えてもらいました。実習では顕微鏡を使って各分野の正常、感染症、癌などの日常業務でも経験することのある症例や普段あまり見ることのできない稀少例まで多くの標本を鏡検することができました。稀少例は本などでしか見ることができず、実際の標本を見てみると若干イメージが違っていたり見え方が異なって見え、実際の標本を見ることの重要性を改めて感じ、理解を深めることができました。また、標本を鏡検する際に正常の細胞像（細胞所見）を正確に理解・把握していなければならないと感じました。

どの分野においてもまず正常の細胞像がわからなければ、癌などの悪性または悪性と思われる細胞を見てもその細胞が悪いものなのかどうかさえも判断することができないため、いかに自分の頭の中に正常の像をイメージし、その像と比べてどの位所見が違うのかなどを考えなくてはなりません。さらに、検体の種類や採取法、年齢などの様々な条件によっても細胞所見は異なってくるため、臨床情報なども参考にし、これら

の情報を踏まえて標本中に出現する細胞の性状を理解してスクリーニングを行わなければなりません。そのため、普段から正常の症例を数多く見て、自分の中のイメージや所見をしっかりと固めておく必要性を認識しました。

また、細胞診と組織診が密接に関係していることも改めて感じました。今までは、細胞診の症例だけを見て、その標本中に出現している細胞の細胞所見を覚えていました。しかし講習会では細胞診の標本とセットで組織のHE染色が一緒についている症例が多く、HE染色の標本を見てから細胞診の標本を見てみると、HE染色にて組織での集塊や構造、細胞の特徴などが細胞診の標本でもそのまま細胞所見が反映され、組織の像のイメージが持てれば細胞診の像の特徴も関連づけて覚えることができ理解を深めることができました。これからは細胞診の標本を見るだけでなく、組織の標本も同時に見ていきたいと思います。

最後に、この講習会を通じて他施設の方々と交流し、様々な情報交換をすることができてとても有意義な2週間を過ごすことができました。また、2週間朝から晩まで同じ人たちと一緒に勉強をするというのは学生以来で、社会人になってからはなかなか経験することのできないことだったので、とても貴重な経験をさせていただきました。今回経験したことを今後の職務に活かせるようこれからも努力していきたいと思います。

臨床病理検討会

平成28年度第1回

【日時】平成28年7月5日

【演題】肝硬変による難治性腹水の一例

【発表者】栗山 知穂

【症例】50代，男性

【主訴】発熱，意識障害

【現病歴】

2014年7月22日40℃の発熱と意識障害を認め，近医に搬送された。胸腹水貯留，黄疸，肝機能障害を認め，即日入院となった。アルコール多飲歴からアルコール離脱症状などの精神障害の恐れもあったため当科を紹介され，7月23日に当院に転院となった。

【既往歴】特記事項なし

【嗜好】喫煙：4本/日×37年，飲酒：焼酎2.7L/3-4年（朝から飲酒）

【現症】

身長161.0cm，体重61.0kg，JCS I-2，SpO₂ 95%（room air）

体温37.2℃，脈拍103bpm（整），血圧120/70mmHg
眼瞼結膜蒼白（+），眼球結膜黄染（+），女性化乳房（+），心音：no murmur，呼吸音：no rale

腹部膨満，軟，肝脾腎触知せず，腹壁静脈怒張（+），くも状血管腫（+），全身に色素沈着（+）

ばち指（+），羽ばたき振戦（-），姿勢時振戦（+），下肢浮腫（+）

【血液検査】

WBC 13,690/uL，RBC 1.87 106/uL，Hb 6.9g/dL，Ht 22.0%，MCV 117.6fl，Plt 59 103/uL，PT 25.1sec，PT-INR 2.25，PT 19.2%，APTT 85.3sec，Fib 99.4mg/dL，Na 135mEq/L，K 2.7mEq/L，BUN 14.8mg/dL，Cre 0.61 mg/dL，Alb 1.5g/dL，T-Bil 12.5mg/dL，D-Bil 5.7 mg/dL，AST 75IU/L，ALT 33IU/L，ALP 490IU/L， γ -GTP 31 IU/L，LDH 371IU/L，CK 916IU/L，ZTT 22.8K-U，CHE 68IU/L，CRP 3.12mg/dL，Glu 97mg/dL，AMO 60ug/dL，RPR（-），TPLA（-），HCV-Ab（-），HBs-Ag（-），HBs-Ab（-），HBc-Ab（-），VCA-IgG 320倍，VCA-IgM < 10倍，EBNA-Ab 160倍，HSV-IgG（+），HSV-IgM（-），

CMV-IgG（-），CMV-IgM（-），HAV-IgM（-），HEV-IgA（-），ANA（-），AMA（-），CEA 3.2ng/mL，AFP 1.8ng/mL，CA19-9 13.7U/mL，PIVKA-II 268MAU/mL，IgG 2,416mg/dL，IgA 1,490mg/dL，IgM 426 mg/dL

【Xp】胸部：心胸郭比57%，rt.CPA dull，左横隔膜挙上（+），腹部：全体的に透過性低下

【CT】頭部：特に異常なし，胸部：両側胸水（+）
腹部：腹水（++），肝表面の凹凸不整（+），脾腫（+），脾腎シャント（+），胃静脈瘤（+）

【臨床診断】非代償性アルコール性肝硬変（Child-Pugh 13点 Grade C）

脾腎シャント・胃静脈瘤，胸腹水，アルコール離脱症状

【入院経過①】

2014年7月23日当科に入院した。非代償性アルコール性肝硬変と診断された。肝不全対策として，分枝鎖アミノ酸（BCAA）製剤やラクツロース[®]，胸腹水に対し利尿剤を開始した。第14病日に肺炎を発症し，NSAIDsとSBT/ABPD投与を施行した。第26病日に黒色便，吐血を認めた。内視鏡で食道静脈瘤（Ls F2 Cb RC1），胃静脈瘤（Lg-f F2 Cw），NSAIDs性と考えられる出血性胃潰瘍を認め，内視鏡的止血術を施行した。第55病日に，リハビリ目的で近医に転院した。その後自宅退院となり，当科外来でフォローとなった。

【入院経過②】

腹水コントロールは良好なものの再びビリルビン上昇を認め，胃静脈瘤も発達していることから2015年3月10日当科に入院した。腹水は改善したが，Child-Pugh 12点 Grade C，肝障害度Cと，肝予備能は不良であった。内視鏡では食道静脈瘤（Ls F2 Cb RC0），胃静脈瘤（Lg-f F3 Cw RC0）を認めた。第6病日に胃静脈瘤に対しバルーン閉塞性逆行性静脈的閉鎖術（B-RTO）を施行したが，十分な効果は得られなかった。門脈圧低下と低血小板血症や貧血などの改善を目的に，第14病日に部分的脾動脈塞栓術を施行した。第17病日にCTで脾動脈の十分な塞栓を確認した。胃静脈瘤の著明な改善も認め，第21病日に退院となった。

【入院経過③】

2015年7月上旬から感冒様症状を認め，内服薬を自

已中断した。その頃から腹水貯留を認め、8月18日に腹水濾過濃縮再静注法（CART）を施行するもコントロール不良であった。8月26日に腹水コントロール目的で当科に入院となった。腹水検査ではWBC 280/uLであり、細菌性腹膜炎が疑われた。アルダクトンA[®] 50mg、ラシックス[®] 40mgの処方に加え、サムスカ[®] 7.5mgを導入し利尿剤を強化、さらに腹満感に対し適宜アルブミン投与やCARTを施行し、貧血に対しRBC赤血球輸血も繰り返した。入院当初は腹水貯留が多量なため、頻回のCART施行が必要であった。胸部Xpでは左胸水貯留を認めた。体重は60.80kgであった。第50病日頃に両側に著明な胸水貯留を認めたが、徐々に週1回のCARTで腹水をコントロール可能となった。第70病日頃、著明な右胸水貯留を認め、咳嗽も出現したが、第81病日に体重53.15kgに減少し、退院となった。その後右胸水の増加に伴い咳嗽が悪化した。当科外来にて週1回のアルブミン投与、CART、右胸腔ドレナージを施行した。細菌性腹膜炎による腹水中のWBC上昇があったが、抗生剤投与にて改善した。

【入院経過④】

2016年5月6日 施設で転倒し、意味不明な言動が持続したため、当科を受診した。

羽ばたき振戦、血中アンモニア濃度上昇を認め、肝性脳症増悪の診断で当科入院となった。肝予備能はChild-Pugh 15点 Grade C、肝性脳症の昏睡度はⅡ度であった。補液により脱水改善後、第3病日に退院を目標に補液を中止した。第6病日に黒色便を認め、上部消化管出血と診断された。輸血、アルゴンプラズマ凝固による止血術を行ったが、第9病日に発熱、咳嗽が出現し、右胸水の増加を認めた。第10病日に尿量減少と血圧低下を認め、永眠された。

【病理解剖で明らかにしていただきたいこと】

- ・肝硬変の原因はアルコール性で良いか。
- ・肝硬変の進行度はどの程度か。
- ・右胸水のみ増加を認めたが、解剖時に右横隔膜の裂孔はなかったか。
- ・腎不全を最終的な死因として考えていいのか。

【病理解剖所見】

体重58.7kg、
非代償期肝硬変（アルコール性）600g、萎縮（++）、
食道静脈瘤3本（非破裂性）
右胸水3000ml、左胸水100ml、右肺萎縮、胸膜肥厚、
胸水圧迫性無気肺、黄疸腎、右腎150g、左腎185g、最

終死亡原因が腎不全であったかは不明、脾部分梗塞、
十二指腸腫瘍、膀胱三角部下端に膀胱腫瘍、横隔膜に
裂孔なし、明らかな癌なし

【質疑応答】

- ・ばち指は肝硬変でもよく見られる病態なのか。
肝硬変により肺でのシャント率が上昇することばち指になるといわれている。
- ・入院時採血でCK上昇しているのはなぜか。痙攣していたのか。
痙攣等はなかった。アルコール離脱時には、痙攣等がなくてもCK上昇を認めることが多い。
- ・アルコール依存症にしてはγ-GTPはあまり上昇していないようだがなぜか。
肝硬変の進行により飲酒量が減少してきたこと、逸脱する酵素自体が減少していたことが考えられる。
- ・細菌性腹膜炎の原因は腹腔穿刺による医原性のものなのか。
肝硬変患者は一般に腸管粘膜のバリアが脆弱になることで特発性細菌性腹膜炎になると考えられている。
- ・亡くなる前にみられた消化管出血は静脈瘤破裂だったのか。
静脈瘤破裂ではなく、門脈圧亢進胃症による胃壁からの出血だった。

【まとめ】

肝硬変による難治性腹水の一例を経験した。最終的には肝性脳症が増悪し、脱水著明で急性腎不全に至ったと考えられる。

平成28年度第2回

【日 時】平成28年7月28日

【演 題】生前に組織型が確定しなかった肺癌の一部検例

【発表者】大塚 慎也

【症 例】60代、男性

【主 訴】背部痛、発熱、体重減少

【現病歴】

平成26年5月頃から背部痛を自覚した。5月12日、背部痛、発熱、体重減少を主訴に、当院消化器内科を受診した。胸部X線、CTで右上葉に腫瘍影とその周辺に浸潤影、縦隔リンパ節の腫大を認めた。肺癌が疑われ、精査・加療目的に同日当科入院となった。咳嗽・

喀痰は認めなかった。

【既往歴】32歳 メニエール病

【生活歴】喫煙：30本/day×39年 職業：元会社員

【現症】

身長158cm, 体重60kg, 体温36.6℃, 血圧130/76mmHg, 脈拍70bpm, 呼吸数18/分, SpO₂ 97-98% (Room air), 胸部聴診上, 異常呼吸音なし。

【血液検査】

WBC 8470/ul, RBC 3.95 10⁶/ul, Hb 12.7g/dl, Plt 250 10³/ul, BUN 18.7mg/dl, Cre 1.01mg/dl, Alb 3.4g/dl, T-Bil 0.6mg/dl, D-Bil 0.0mg/dl, AST 24IU/l, ALT 21IU/l, LD 164IU/l, CRP 11.1mg/dl, γ -GTP 111IU/l, CEA 3.8 ng/ml, CA 19-9 5.3U/ml, SCC 0.6ng/ml, NSE 8.9ng/ml

【画像所見】

(胸部X線) 右上肺野縦隔側に, 長径4.5cmの橢円形の腫瘤影を認め, その外側にシルエットサイン陰性の浸潤影を認めた。右中肺野, 気管分岐部の高さに, 浸潤影を認めた。

(胸部CT) 右上葉S1に長径41mmの腫瘤を認めた。縦隔リンパ節が短径41mmに腫大しており, 上大静脈を圧排していた。右上葉背側には, 閉塞性肺炎を表す浸潤影を認め, 本来見えるはずのB2が見えなくなっていた。

(脳造影MRI) 明らかな転移性脳腫瘍を示唆する所見を認めなかった。

(骨シンチグラフィ) 明らかな転移性骨腫瘍を示唆する所見を認めなかった。

【気管支鏡検査】

右上葉B1, B2入口部を閉塞する腫瘍を認めた。この部位から生検を行ったが, 結果は肉芽組織であり, 細胞診の結果もⅢaで, 明らかな悪性所見を認めなかった。

気管支鏡検査で診断がつかなかったため, 外科的にリンパ節の生検を行った。

【胸腔鏡補助下リンパ節生検】

免疫染色: TTF-1 (+), p63 weak (+), CK7 (-), CEA (-), SP-A (-), Napsin A (-), chromogranin A (-), synaptophysin (-), vimentin (-), S-100 (-)

診断名: Undifferentiated carcinoma 分類不能癌

【臨床診断】肺癌 右上葉原発 分類不能癌 T2a, N2, M0, StageⅢA

【臨床経過】

StageⅢAであれば, 一般に根治手術は困難であり,

根治照射が可能であれば化学放射線療法か放射線単独療法, 根治照射不可能であれば化学療法が選択される。本症例では, CTで両下肺野背側にスリガラス影を認め, 間質性肺炎を合併していると考えられたため, 平成26年6月26日, Carboplatin+nab-Paclitaxelでの化学療法が開始された。1コース目に, grade3の好中球減少を認めたが, 回復した。

4コース終了後, 右上葉S1にみられた原発巣は増大し, 縦隔リンパ節病変は縮小した。治療効果判定はStable diseaseであった。その後は11月28日-12月14日にPemetrexed単剤で, 12月24日-平成27年1月6日にDocetaxel単剤で, 1月14日-28日にはCarboplatin+TS-1併用, 2月12日-3月6日にはCisplatin+TS-1併用(2月27日には腫瘍を栄養する動脈の塞栓術施行), 3月24日-5月14日にはVinorelbine単剤, 5月28日-6月25日にはCarboplatin+TS-1併用で化学療法が施行されたが, 状態は徐々に悪化した。7月10日から外泊したが, 7月12日の早朝に, 呼吸困難・腹痛・吐血を認め, 救急車で帰院した。来院時, 血圧84/46mmHg, 心拍数140bpmとショックバイタルであり, 呼吸数24/分, SpO₂ 90%(酸素10L/分)と酸素化も不良な状態だった。上部消化管出血を疑い消化器内科コンサルトしたが, 緊急内視鏡検査を行う前に意識消失した。アドレナリン計5A静注し胸骨圧迫を行ったが, 甲斐なく永眠された。

【病理への依頼】

- ・直接死因の出血源について(消化管転移からの出血なのか, 潰瘍からの出血なのか)
- ・原発巣の最終的な病理診断について
- ・癌の広がり, 遠隔転移の有無について

【病理解剖組織学的診断(最終診断)】

- (1) 肺癌: 大細胞癌, 右肺上葉原発(腫瘍の大きさ=16.5x14.0x13.0cm)
- (2) その転移:
 1. リンパ節: 肺門部, 気管分岐部, 縦隔, 2. 右上葉気管支, 3. 肝臓, 4. 右大静脈, 5. 脾頭部, 6. 腸間膜, 7. 十二指腸: 1 Borrmann II type, 3.5x2.2cm, 8. 空腸: Borrmann I type
- (3) 消化管内出血: 大量, 凝血塊として, 全長にわたる。十二指腸, 空腸転移からの出血。
- (4) 空腸の陥頓ヘルニア, 空腸転移の部位。
- (5) 右肺線維性癒着性胸膜炎
- (6) 左胸水貯留: 100ml, 透明

- (7) 動脈・大動脈硬化症：粥腫状硬化症
- (8) 前立腺肥大症：超胡桃大
- (9) 胃潰瘍：薬物療法（H₂ ブロッカー）服用中
- (10) 副腎皮質萎縮

(11) 圧迫性無気肺：右中・下葉

腫瘍：

- (1) 原発巣を右肺上葉とする。
- (2) 十二指腸，小腸（空腸），結腸，肝臓，リンパ節などにおける転移巣の核・細胞・組織構築のいずれも同一である。
- (3) 腫瘍の形態：

核は類円型。細胞としても異型性を示し，接着性を持つての集合を示す。細胞の多くは類円異型の大小不同性の軽度－中等度の像。多形性には乏しい。組織構築は，胞巣をなし，特定の構築を認めない。

- (4) 特殊・免疫染色：

PAS (-)，Mucicarimin (-)，Fontana-Masson (-)，Grime-lius (-)，SP-A (-)，TTF-1 (-)，S-100 (-)，Chromogranin (-)，Synaptophysin (-)，NSE (-)，CD56 (-)，muscle-actin (-)， α SMA (-)，HMB (-)

- (5) まとめ：

大細胞癌の定義『未分化な悪性上皮性腫瘍で，小細胞癌の細胞学的特徴や腺上皮や扁平上皮への分化を欠く。腫瘍細胞は大きな核，顕著な核小体と中等量の細胞質を持つ』に適合する。

- (6) 病理組織診断：Large cell carcinoma of the lung
肺大細胞癌

【質疑応答】

- ・ grade 3 の好中球減少とは，どういうことか。
→米国National Cancer Institute (NCI) のCancer therapy evaluation program (CTEP) が公表した，Common Terminology Criteria for Adverse Events (CTCAE) v4.0 に準じて，化学療法による副作用を評価した。好中球が500－1000/ulに減少した場合，grade 3（重症または医学的に重大であるが，ただちに生命をおびやかすものではない）に相当する。
- ・経過中，上記の好中球減少のほか，化学療法による副作用は認めなかったか。
→CBDCA+nab-PTXの1コース目に，低血圧とCreの上昇を認めた。4コース目ではgrade 2 の好中球減少を認めた。その後も複数回白血球減少，好中球減少を認めたが，いずれもgrade 2 程度であった。CBDCA + TS-1 の2コース目には高Ca血症を認め

たため，ランマーク投与して対応した。動脈塞栓術後には肝酵素の上昇を認めたため，ヒシファーゲンで対応した。

- ・ stageⅢAの非小細胞肺癌の予後はどれくらいか。
化学放射線療法を行っても5年生存率は20－25%程度。本症例では初診から1年2か月程度生存し，治療効果はあったと考えられる。
- ・ 咯血と吐血の見分け方は？
→咳に伴って血を排出すれば，咯血である可能性が高い。

【まとめ】

生前に分類不能癌と判定され，剖検で大細胞癌と診断された肺癌の1例を経験した。

平成28年度第3回

【日 時】平成28年9月8日

【演 題】大動脈弁・僧帽弁置換術後に貧血と慢性心不全を呈して長期入院した1例

【発表者】柴田 進

【症 例】75歳，男性

【主 訴】労作時呼吸困難，意識消失発作

【現病歴】1987年，連合弁膜症に対して札幌医科大学病院で僧帽弁置換術，大動脈弁置換術，三尖弁形成術施行され，同時期より糖尿病も指摘された。その後，時期不詳だが本州に転居した。2003年11月，めまいを主訴に西東京中央総合病院に救急搬送，徐脈性心房細動を指摘され，同年12月に恒久的心臓ペースメーカー植込み術を施行された。2007年頃から人工弁の機械的溶血性貧血，2012年頃から下腿浮腫，労作時呼吸困難などの心不全を指摘された。2012年8月22日，旭川転居に伴い当科初診，心不全の悪化を認め，精査加療目的に翌日入院となった。心不全の改善を認め，同年9月15日に退院した。退院後は塩分制限がなかなか守れなかった。2013年7月20日－9月28日，心不全の増悪と貧血進行を認め当科に2回目の入院をした。入院前から少量の下血の自覚あり，当院消化器内科で上下部消化管内視鏡検査施行するが明らかな消化管出血は認めなかった。10月26日，再度下血を自覚して，同時期から下腿浮腫，労作時呼吸困難を認めた。10月29日，定期外来受診時に貧血の進行，心不全の増悪を認め，即日入院となった。

【内服薬】

Rp1. トラセミド (4mg) 2T/2x
Rp2. フロセミド (40mg) 1T/1x
Rp3. エプレレノン (25mg) 1T/1x
Rp4. トルバプタン (15mg) 1T/1x
Rp5. アゾセミド (60mg) 1T/1x
Rp6. カルベジロール (2.5mg) 1T/1x
Rp7. ペリンドプリルエルブミン (4mg) 1T/1x
Rp8. ワルファリンカリウム (1mg) 1T/1x
Rp9. ビルダグリプチン (50mg) 2T/2x
Rp10. ジゴキシシン (0.125mg) 0.5T/1x
Rp11. ピモベンダン (2.5mg) 1T/2x
Rp12. アンブロキソール (45mg) 1c/1x
Rp13. アズレンスルホン酸ナトリウム0.5g/1x
Rp14. レバミピド (100mg) 3T/3x
Rp15. ウルソデオキシコール酸 (100mg) 3T/3x
Rp16. アロプリノール (100mg) 1T/1x
Rp17. ラベプラゾールナトリウム (10mg) 1T/1x
Rp18. 硝酸イソソルビド徐放剤 (40mg) 1枚/日

【既往歴】

1965年 交通外傷で入院, 輸血歴 (+)
1985年 関節リウマチ (数年でフォロー中止)
2012年 胆石胆嚢炎 (西東京中央総合病院)

【家族歴】

心疾患/突然死 (-)

父: 食道癌 母: 関節リウマチ, 脳梗塞

兄・弟5: 直腸癌 弟6: 胃癌 (同胞6人, 息子2人)

【冠危険因子】 糖尿病 (1987年, 内服薬で加療), 高血圧症 (-), 脂質代謝異常症 (-), 喫煙歴: 40本/日 (40-48歳), 肥満 (-)

【嗜好】 アルコール: ビール/日本酒/ワイン1000ml/週3 (2012年頃から減酒)

【アレルギー】 食物 (-), 薬物 (-), 造影剤 (-)

【入院時現症】 身長: 168.7cm, 体重: 54.4kg (前回退院時48.5kg)

脈拍: 68/min・整, 血圧: 99/49mmHg, 体温: 36.5°C, 経皮的動脈酸素飽和度: 97% (酸素経鼻 1L/分 半座位), 意識: JCS 0

頭頸部: 眼瞼結膜貧血 (-), 黄疸 (-), 両側頸静脈怒張 (半座位)

胸部: 心尖部で機械弁の開放音 (+), 肺野全体で笛声音 (+), 両下肺で水泡音 (+)

腹部: 平坦・軟, 圧痛 (-), 腸蠕動音良好, 肝2横指

触知・脾・腎触知せず, 腹部血管雑音 (-), 手術痕 (-)
四肢: 浮腫 (++)/(++), 大腿部血管雑音 (-/-), 両足背は浮腫強くて動脈触知不可

【L/D】

WBC 4680/ μ l Neut 78.7% Lym 11.3% Mono 6.2%
Eos 3.4% Baso 0.4% RBC 213x10⁴/ μ l
MCV 96.2fL
MCH 32.4pg Hb 6.9g/dl Ht 20.5% Plt 5.8x10⁴/ μ l
TT 55.7% APTT 38.0 sec FIB 234.6mg/dl
TP 7.7g/dl Alb 3.7g/dl T-Bil 3.1mg/dl D-Bil 0.9mg/dl
AST 28U/l ALT 9U/l LDH 420U/l
ALP 344U/l γ -GTP 31U/l CK 70U/l CKMB 9U/l
AMY 67U/l BUN 29.6mg/dl Cre 1.25mg/dl
BS 132mg/dl HbA1c 4.9% Na 134mEq/l K 3.9mEq/l Cl 101mEq/l Ca 8.7mg/dl
CRP 0.53mg/dl BNP 349.9pg/ml digoxin 0.56ng/ml
尿定性: 色調黄色 性状清 pH 7.0 蛋白 (-) 糖 (-) 潜血 (-) WBC (-)
尿沈渣: RBC 1-4/H WBC 1-4/H 細菌 (+1)
【ECG】 HR 71/min, Vp + 自脈, Axis -72°, QRS 0.15sec, QT 0.46sec.

【CXp】 AP view, CTR測定不可, 右CPA dull, 両側肺うっ血 (+)

【心エコー】 LVEF: 58% (MOD), IVC: 26mm, 呼吸変動 (-), 鬱血肝 (+), MR II°

【入院経過】

入院後は内服を継続し, それに併用して利尿剤のフロセミドを静注で使用した。貧血に関しては入院時に赤血球2単位を輸血してからはHb 7g/dl台を保っていた。入院後一時的に利尿が得られたが, その後すぐに利尿が乏しくなり, 体重の変化を認めなかったため, フロセミドを40mgまで増量した。フロセミド増量後は利尿の増加に伴い, 体重も減少して, フロセミドを減量していった。入院時と比較して, 胸水の著明な減少を認め, 入院前の体重に戻った。本人の希望もあり年明けに一度外泊を許可した。外泊時に食事制限が守られず, 1日で3kgの体重増加を認めた。体重の増加に伴い, 呼吸状態の悪化を認めたため, 酸素投与を再開し, フロセミドの静注は継続した。その後は入院中にも食事制限が守れず, 体重がなかなか減量しなかった。さらに胸水の増加を認め, フロセミドを40mgまで増量した。しかし, その後も胸水は増加して, 5月10日に呼吸状態の悪化を認めた。さらに意識状態の悪

化、血圧低下を認め、5月11日に永眠となった。意識状態の悪化時に胸部レントゲン写真、血液ガスを採取したが、意識状態の悪化の原因となる所見は認めなかった。

【病理解剖で明らかにしていただきたいこと】

小腸からの消化管出血、機械弁の異常の有無について

【病理解剖組織学的診断】

1. 僧房弁・大動脈弁置換術後 (595g)
2. 右室永久ペースメーカー装着
3. 左肺下葉 気管支肺炎 (1,020g)
4. 右肺圧迫性無気肺 (365g)
5. 肝線維症～肝硬変 (1,075g)
6. 右腎 oncocytoma (長径2.5mm)
7. 胆石症 (ビリルビン結石)
8. 腹水850ml 淡血性, 胸水100/1,900ml 清

機械弁の異常、消化管出血の原因となる病変は認めなかった。

【主な質疑応答】

- ① 外泊で一日3kgも体重が増えることはあるのか。
答：外泊時期が正月ということもあり、暴食暴飲したと考えられる。
- ② 入院後の食事制限が守れないのはどういう意味か。
答：自分で売店で食べ物を買っていた。
- ③ 正球性正色素性貧血で小腸からの消化管出血を疑う根拠はあるか。
答：フェリチンは正常範囲内だが、アルコール飲酒歴もあり、大球性と小球性の貧血が重なって正球性となった可能性がある。
- ④ ワーファリンのコントロールはどうだったか。
答：良好でした。

【まとめ】

臨床経過、病理所見ともに慢性心不全の末期として矛盾しないものであった。よって死因は弁置換術後の慢性心不全と考える。

平成28年度第4回

【日 時】平成28年11月15日

【演 題】肺炎を契機にみつかったAML with MRC (acute myeloid leukemia with myelodysplasia-related changes) の1例

【発表者】畑 昭宇

【症 例】76歳、女性

【主 訴】発熱、咳嗽、倦怠感

【現病歴】2014年6月より食欲低下を認めていたが、2014年8月22日から発熱・咳嗽・倦怠感出現し、8月25日に赤平市内クリニック受診。肺炎が疑われ、その後滝川市立病院救急外来紹介受診。その際に右肺炎とHb 5.9g/dLの低値があり、同院入院。末梢血にて芽球出現、急性白血病を疑われ、8月28日当院血液内科に入院となった。

【既往歴】高血圧、脂質代謝異常、糖尿病

【家族歴】特記事項無し

【処方薬】

ハーブジゴキシンKY錠 (0.125) 1T/1x朝、アルダクトンA錠 (25) 1T/1x朝、ランソプラゾールOD錠 (15) 1T/1x就寝時、アダラートCR錠 (20) 2T/2x朝夕、ムコサル錠 3T/3x毎食後、アストミン (10) 3T/3x毎食後

【現症】

BT 39.3℃, BP 112/57, SpO₂ 92% (RA) → 97% (nasal 2L)

胸部：肺音；右中～下肺野にcoarse crackleを聴取
下腿浮腫なし

【採血検査】

〔血算〕WBC 8.87×10³/μl, Band 15.0%, Seg 18.0%, Eosino 0.0%, Baso 2.0%, Mono 1.0%, Lymph 17.0%, UCC-1 42.0%, NRBC 11.0%, Primyelocyte 2.0%, Metamyelocyte 3.0%), RBC 263万/μl, Hb 8.4g/dl, Hct 24.3%, Plt 149×10³/μl

〔電解質〕Na 131mEq/L, K 3.8mEq/L, Cl 98mEq/L, Ca 8.6mg/dL

〔凝固〕APTT 33.5秒, PT-INR 1.11, Fib 772mg/dL, FDP 6.4μg/mL, D-dimer 2.5μg/mL

〔生化学〕BUN 14.1mg/dl, Cre 0.54mg/dl, TP 5.9g/dl, ALB 2.9g/dl, T-BIL 1.2mg/dl, AST 20IU/L, ALT 16IU/L, ALP 183IU/L, LD 322IU/L, CK 37IU/L, CRP 21.4mg/dl, PCT 0.12ng/mL, BS 244mg/dL, HbA1c 7.2%, Fe 14mg/dL, UIBC 136μg/mL, Ferritin 700ng/mL

【画像所見】

〔胸部Xp〕右中肺野から下肺野にかけて浸潤影を認める。

〔胸部CT〕右中肺野から下肺野の末梢に浸潤影を認める。

【骨髄検査所見】

NCC (骨髄有核細胞数) 18.9万/μl, Blast (芽球) 27.6%, 3系統の血球に異型性強い。

【赤血球・赤芽球形態】

一部の赤芽球に核形不整や2～6核程度の多核形成、細胞質の不染や狭小化、好塩基性斑点を伴う巨赤芽球様変化が目立つ。また、奇形赤血球を散見する。

【顆粒形態】

好中球や好酸球に脱顆粒もしくはPelger核異常が目立ち、また2核を示す骨髓球または桿状球や大型好中球を認める。

【巨核球・血小板形態】

出現している巨核球の一部にMicromegakaryocyteや小型巨核球を認め、若干の血小板産生を伴っている。

WHO分類に則ってAML with MRC (acute myeloid leukemia with myelodysplasia-related-changes) と診断した。

【入院後経過】

骨髓検査からAML with myelodysplasia-related-changes と診断した。入院時のCTでは右下葉にActiveな肺炎を認めており、血液検査では凝固障害や貧血以外の血球減少も軽度であったため、肺炎治療を先行し、肺炎の改善を待って化学療法を行うこととした。

喀痰からはCandida tropicalis以外には菌は検出されず、フルカバーでの抗生剤 (PIPC/TAZ, L-AMPB, ABK, LVFX) で肺炎は改善傾向を認めたが、9月12日より再び発熱とCRP上昇が出現した。同時期より全身に紫斑、紅斑などが出現し、差し替える度に末梢ルート刺入部が発赤・腫脹を認めるようになり、また、9月22日には右中肺野に新たに肺炎像が出現した。発熱や皮疹、肺炎にはAML/MDSが関与している可能性が高いと判断し、抗生剤を投与しながら、AML/MDSに対して9月24日からCA (G) 療法を開始した。

化学療法開始後からは解熱し、全身に出現していた紅斑も改善傾向を認めたが、10月5日より再び発熱とともにCRP上昇 (CRP 4→30) が出現し、10月6日のCTでは右下葉の陰影は改善していたが右上葉や左肺に多発浸潤影が出現していた。

これまでの経過から発熱・CRP変動が大きいにもかかわらず、バイタルは安定しており、また肺炎像も移動していることから、感染だけではなく、MDS/AMLによる免疫反応が発熱、炎症反応、肺炎、皮疹などを誘発している可能性も高いと考え、10月7日にBMAを行ったところ、Blast44.2%と増悪しており、CA (G) 療法は無効であったと判断。

10月8日には肺の浸潤影は両肺に拡大し、呼吸状態

の悪化や、L/DでもAMLの増悪と考えられるLDH上昇・腎機能障害・CRP高値 (CRP=35) がみられ、感染や本人の全身状態からリスクはあるが、一連の症状の改善には原疾患コントロールが必要と判断し、10月8日からdoseを調整してIDA+AraCを開始した。また、肺炎に関しては感染以外に原疾患の影響も考え、mPSLパルス療法を開始した。

しかし、呼吸状態は増悪し、酸素化維持できず、10月10日23:09永眠された。

【病理解剖で明らかにしていただきたいこと】

起炎菌不明の肺炎を合併しており、抗生剤は真菌を含め全てをカバーしていたがCT上の肺浸潤影の改善に乏しかった。経時的に改善と増悪を繰り返していた肺炎像やCRP変動 (CRP46.49まで上昇) は感染というよりAML with MRCによる免疫反応による肺への炎症細胞や芽球が浸潤した可能性があり、肺浸潤影の原因について病理解剖依頼した。

【質疑応答】

Pelger核とは何か？

Pelger核とは白血球の核に形態異常があり好中球の遊走能が低下している。通常は好中球の核分節は2から5分節起るがPelger核では2分節のみしかみられない。この現象は好酸球や好塩基球でもみられる。また核クロマチンの粗い凝集があり顆粒球系の成熟障害と考えられている。

【病理解剖の結果 (胸水のみ)】

Reactive mesothelial cells

反応性中皮細胞が散在性に出現している。異型細胞の出現を認めない。

赤血球 (+++), 好中球 (少数), リンパ球 (少数), 組織球 (少数)

平成28年度第5回

【日 時】平成29年2月14日

【演 題】IgG4関連疾患で多様な病態を示した症例

【発表者】岩崎 愛美

【症 例】70代、男性

【主 訴】腹痛

【現病歴】2012年7月26日に腹痛を自覚し、留萌市立病院に救急搬送された。腹痛は自然軽快したが、頸部や鼠径部のリンパ節腫大を認め、赤十字病院血液内科に

入院となった。

IgG 4 関連疾患、後腹膜線維症、両側耳下腺炎の診断となった。プレドニン20mg内服開始したが、短期間で自己中断した。

2014年12月臍周囲の腹痛が出現した。2015年2月強い腹痛を自覚し、近医を受診した。CTで腹部大動脈瘤を認め、当院胸部外科へ紹介となり、入院となった。

【既往歴】

20代 虫垂炎の手術

30歳 中耳炎関連で手術（詳細不明）

【生活歴】

喫煙：20本/日×26年、アルコール：機会飲酒、アレルギー：食物（-）、薬剤（-）

【検査所見】

[L/D]

WBC $8.84 \times 10^3 / \mu\text{l}$, Hb 11.7g/dl, MCV 90.4fl, MCHC 33.6g/dl, Plt $359 \times 10^3 / \mu\text{l}$, Eosino 20.9%, 血沈 60 121.0mm, Na 135mEq/L, K 3.8mEq/L, Cl 102mEq/L, BUN 11.4mg/dl, Cre 0.9mg/dl, eGFR 60.4, TP 9.0g/dl, ALB 2.7g/dl, T-BIL 0.4mg/dl, AST 18IU/L, ALT 12IU/L, LD 174IU/L, CRP 1.81mg/dl, TCHO 161mg/dl, IgG 4225mg/dl, IgG 4 1890mg/dl, IgA 145mg/dl, IgM 40mg/dl, HbA 1c (NGSP) 5.5%, 抗核抗体 細胞質型 (-), 紡錘体型 (-), ゴルジ体型 (-)

【画像所見】

[CT]

腎動脈分岐下で紡錘状の腹部大動脈瘤を認め、最大径は45mm大であった。2012年と比較して外膜周囲の肥厚は軽減したが、大動脈全体は拡大していた。

【入院後経過】

腹痛を伴う腹部大動脈瘤のため緊急入院。降圧治療をして経過観察。

第7病日、頸部から腹部にかけて強い疼痛を自覚、血圧は200mmHg以上と上昇、両下肢のチアノーゼも認めた。緊急で腹部CTを実施したが、大動脈径に著変は認めなかった。MRI所見より脊髄梗塞と診断とされ、IgG 4 関連疾患の増悪と判断し、プレドニン20mg開始した。第13病日、腹痛のたびに切迫破裂が否定できないため、ステントグラフト内挿術を施行した。肉眼的には右大腿動脈の外膜の肥厚を確認した。病理学的検査ではIgG 4 陽性細胞は確認されなかった。

第20病日、血便を認めたため、緊急で上下部消化管内視鏡を施行した。EGDでは胃の萎縮を認め、十二指

腸には発赤を伴うびらんを認めた。CSでは、Raに虚血に伴う潰瘍、S状結腸にほぼ全周性に粘膜面の血流不良像と潰瘍像を認めた。腸管虚血による病態と考えられた。

第47病日、腹部全体の圧痛に加えて、下肢痛と全身チアノーゼが出現した。腹部CTでfree airを認め、消化管穿孔の診断で緊急開腹手術を行った。術中所見では小腸からRaまでに虚血を認め、S状結腸に大きな穿孔を認めた。これらの腸管を切除し、小腸ストマを造設した。病理ではCMV腸炎の診断だった。第124病日、療養目的に近医に転院した。

転院後2ヶ月後、突然胸痛を自覚し、当院へ救急搬送された。前胸部誘導でST上昇を認め、前壁急性心筋梗塞の診断となった。冠動脈造影では左冠動脈前下行枝が完全閉塞しており、引き続き冠動脈インターベンションを施行して薬剤溶出性ステント1本留置した。心筋梗塞後第18病日、近医に転院した。

転院後2ヶ月後、腸管壊死の疑いで当院へ救急搬送された。腹部は板状硬、CTでは門脈ガス、全小腸に壁内気腫を認め広範囲腸管壊死の診断となった。全小腸切除が必要であり、予後は非常に不良で手術は不可能と判断され、保存的治療を行ったが、ストマから出血に加え、腹痛も頻回となり2週間後に死亡した。

【臨床上の問題点】

- ・すべての病態をIgG 4 関連疾患で説明できるのか。
- ・例えば結節性多発動脈炎の合併はないか。

【質問】

①抗血小板薬や抗凝固薬は内服していたか？

→薬剤溶出性ステント留置後にアスピリンとプラビックスが内服開始となったが、それ以前には抗血小板や抗凝固薬は内服・点滴はしてなかった。

②ステロイドの量の経過はどうなっていたか？

→入院後プレドニン20mgで内服開始となったが、対麻痺が起こればプレドニン40mgに増量しその後漸減し、入院から3ヶ月後プレドニン8mgで退院。腸管壊死で救急搬送となり、プレドニン10mgまで増量した。

【病理組織診断】

1. IgG 4 関連疾患 癥痕期 腎、大動脈、左右冠動脈、唾液腺
2. 陳旧性心筋梗塞、前壁、左前下行枝ステント留置後
3. 胸腹部大動脈瘤、腹部大動脈ステント留置後

- 4. 脊髄梗塞 癒痕
- 5. 小腸ピラン、腸管切除術後
- 6. 左胸水 100ml 清

【まとめ】

IgG 4 関連疾患で多彩な病態を示した 1 例を経験した。病理では明らかにならなかったが、結節性多発動脈炎などの膠原病を合併していた可能性もあった。

Medical essay

多死社会

高齢社会が進行中である。高齢社会は、当然「多死社会」である。多くの人が自宅で命を終えていた時代があった。そして何時の時からか「病院死」が八割を超えてしまった。「病院死」が医療費増の一因であるとの認識から「在宅看取り」を目的とした施策が考えられている。かかる医療経済的な問題とは別に「人の死＝とりわけ高齢者の死」について考えてみたい。

高齢者の死を「Lynn&Adamson」は、以下の三つのパターンを提唱している。

- 1) がん等；死亡の数週間前まで機能が保たれ、以後急激に低下。意識や認知能力は、通常最後まで保たれる（本人の希望確認が可能）。
- 2) 心臓・肺・肝臓等の臓器不全；時々重症化しながら、長い期間にわたり機能は低下。増悪した症状は軽減されるが、元のレベルまで回復しない。（比較的早期の段階から本人の意向を確認することが可能）。
- 3) 老衰・認知症等；長い期間にわたり徐々に機能は低下。末期には自力で食事接種が出来ない（本人の意思確認は一般に困難）。

筆者が勤務している病院は、一般病棟と介護療養病棟からなるケアミックスの医療機関である。在院患者の年齢は85歳以上、女性が大多数である。様々な基礎疾患を持っている患者が大多数であるが癌患者は、少数である。死因の大多数は、肺感染症・慢性心不全の急性増悪である。年間100余名の患者が死亡しており、まさに「看取り医療」を実践している医療機関である。人生の最後を上記のパターンからみると「タイプ；2＋3」が多い。他施設からの入院時や基礎疾患の増悪時には、予後を勘案しながらの治療方針を選択することになるが、認知症高齢者も多いことから患者の希望を確認することが出来るケースは多くはない。そのため家族の意思・期待度などを考慮した説明が特に重要となる。

現在、行政では各医療機関をその機能から区分けする施策（機能分化）を進めてきている。

ここでは、各医療機関が対象としている患者をその治療内容（医療費用）から分類する考え方を基本としている。しかし「多死社会・人の死が必然」であることを考えれば「最後の場所」として各医療機関が果たしている現実なども勘案した「医療機関の役割」を評価することも必要であることが痛感される。

(I.M.)

精神科訪問看護基本療養算定要件（20時間以上の研修） 研修会に参加して

地域医療連携課 鍛治川 和 加

平成28年9月2日（木）から4日（日）の3日間、札幌市にある北海道看護協会で開催された、精神科訪問看護基本療養算定要件（20時間以上の研修）研修会に、参加させていただきましたので報告します。

3日間の研修を受け、精神科訪問看護は今後発展していく要素が、たくさんある分野であると実感しました。精神科の領域における制度改革に向け尽力している聖路加国際大学の萱間真美講師の講義は、興味深いものが多く1日のみの研修では足りませんでした。萱間講師が「生活保護のケースワーカーは当たり外れがあり、やる気のある人とやる気のない人が居る。やる気のある人に当たればラッキーだが、それ以外だと残念な結果になる。相談にのってくれる人を見て選ぶ必要もある」と話されていたのが印象的であり、実際に訪問時にも、担当者が変わったのに何カ月も連絡がないなどがありました。

統合失調症の方に対し「『いつでも電話をかけてきて。大丈夫ですよ』という魔法のことばがある」と話されており、見捨てられ感、嫌われている、もう来てくれないのではないかとと思っている利用者には有効な言葉であると知りました。電話が多いとケアが足りているのか、または病状の変化を疑う必要があり、アセスメント能力を向上させる必要があると感じました。また、利用者と同じくらいに家族の支援も重要であり、家族が健康で過ごせるように家族支援ができるように複数名訪問をして、片方ずつ同時に話を聞くことも大切であると学びました。対象者のエンパワメントを高めていくには、褒めることをフィードバックし、認めることが重要。「頑張ってるね」という言葉は、対象者に対し丸投げの言葉のため、「『この前は心配だった

けど、今日はこれまで大丈夫だったから良かった。』と伝えることで自分は看てもらっている安心感を受ける」「ポイントを押さえて褒めることが大切。具体的に注意深く観察して、『この間この薬が変わったよね』と言ってくれることで安心する」と話されていたため、今後は伝えるときにはより具体的に話をしていく必要があると感じました。

2日目は薬理作用について看護師の立場からの講義だったため、看護師が利用者に対して「一般病棟でも患者さんにはどういう作用で何に対して効く薬と説明しているのに、精神科に関しては薬については先生に聞いてみてくださいと言っているところが多い」と話されており、自分に思い当たる節がありました。医師からどのような説明を聞き内服しているかを確認することで、どの程度理解されているかを把握することができる。薬の副作用を理解することで、身体合併症の早期発見につながると学びました。精神症状が悪化すると的確に症状を訴えることができなくなるため、フィジカルアセスメントを向上させることにより、何気ない変化にも気づくことができ、また病棟のように毎日観察できるわけではないため、訪問中にいかに対象者が出しているメッセージを的確に読み取るかが重要になってくると思いました。そのためには知識を深めると同時に経験も積み重ねていかなければならないと学びました。

3日目は精神科看護の実地で、疾患によって生きにくさを生じている対象に、その人らしく生きるにはどのように支援していくかということを学びました。そして、各自事例を紹介し、その後事例検討を行いました。グループワークにより、全道各地からの人とディ

スカッションすることができ、同じ悩みを持ったり、一つの事例に対し様々な意見を聞くことができました。訪問看護は利用者を抱え込みやすく、わからなさ、方向性の目指すところが不明、看護師の孤立感を減らすために事例検討は大事であると学びました。また利用者の生きるというエネルギーを向上するには、

協働する看護展開のダイナミクス、成長できる看護を実践するには、支援者の心身共に健康でなければならぬことが重要であると3日間で学ぶことができました。今回の学びを生かせるように、日々試行錯誤しながら看護力を高めて実践していきたいと思います。

第31回 イットリウム-90標識抗CD20抗体を用いた放射免疫療法の安全取扱講習会に参加して

薬剤科 林 康 宏

平成28年10月29日（土）に行われた、第31回イットリウム-90標識抗CD20抗体を用いた放射免疫療法の安全取扱講習会に参加したので報告する。

本講習会はイットリウム-90標識抗CD20抗体を用いた放射免疫療法の薬剤調製にあたり、必要な専門知識および標識の技術的手技を習得するために必要なものである。

また、イットリウム-90標識抗CD20抗体の調製担当者は放射性医薬品取扱責任者から任命され、本講習内容を受講することが必須となっている。

講習内容は、放射性医薬品の臨床応用、治療可否決定のための読影・判定、放射線安全管理、法令・届出事項及び退出基準、放射線測定及び放射性廃棄物の安全管理、内用療法用放射性医薬品の安全管理についてであった。当院では現在約20件の実績があり、調製においてはいずれも標識率95%以上を保っている。

なお、今回の講習から実技訓練が省略されているため、初回調製時は事前にアイソトープを使用しないコードランを行い、これまで通り正確かつ安全な調製を行いたいと考える。

第44回 日本磁気共鳴医学会大会に参加して

中央放射線科 福 田 泰 之

平成28年9月9日から11日の3日間にわたり開催された第44回日本磁気共鳴医学会大会に参加してきました。年に一度開催されるこの大会はMR学会とも呼ばれ、医師や放射線技師、研究者、医学物理士、メーカー関係者などMRIに携わる全ての職種を対象としてい

ます。大会の内容はMRIに関する講演や演題のみで構成され、今大会の詳細は未だ発表されていないものの、前年度の実績では演題数が約600題、参加者は約2000人と、まさにMR学会と呼ぶに相応しいほどの大規模な大会です。開催期間中に全ての演題を終えるた

めに、ポスター展示も含め全9会場で発表が行われ、開催時間は長い日で朝8時から20時までとビッシリスケジュール…。さらに昼食はランチョンセミナー、夕食はイブニングセミナーと、食事の時間も含め“MRI漬け”の3日間を過ごしてきました。上述の通り多くの会場を使用して講演や研究発表が行われるため、残念ながら全ての発表を見ることは出来ませんでした。主に心臓領域の発表を中心に時間の許す限り多くの演題を聴講してまいりましたので報告いたします。

今回は「より良い画像」を撮像するために数多くの知識を習得することを目標に掲げました。心臓領域はMRI検査の中でも撮像がトップクラスに難しい領域の一つであり、そうたらしめている原因の一つは“動き”です。MRIのみならず画像診断において“動き”は画質を低下させる難敵ですが、心臓領域では呼吸・心拍動の二つの動きと戦わなくてはなりません。特に日常の心臓MRI検査においては、不規則な動き、つまり不整脈への対処が「より良い画像」への高い壁となります。今大会の講演で、不整脈症例において画質が低下する原理や、その際に有効なテクニックなど多くの

ことを学ぶことが出来ました。また、動きによる画質低下への対処だけではなく、造影剤注入から約10分後に撮像する遅延相において、正常心筋と障害心筋とのコントラストを向上させる技術など、講演や一般演題を通じて心臓MRI検査の成功へのカギを握る内容を多く学んできました。

もちろん心臓領域だけではなく、その他の領域やMRIの原理、最新技術、また近年のホットトピックスであるMRI対応型デバイス埋め込み患者への検査の流れや安全管理などなど、頭がパンクしてしまう寸前まで知識を取り入れてきました。今回この大会に参加して得た知識や経験をMRI検査室のスタッフと共有し、「より良い画像」を撮像するために活かしていきたいと思います。スキルアップは「より良い画像」へと繋がり、それはさらに診断能の向上、そして患者さんの為へと繋がっていくと上司から教えられたことがあります。そのファーストステップであるスキルアップ、その為の貴重な機会を与えていただきました教育研修課の皆様はじめ関係者の皆様に、この場をお借りして御礼申し上げます。ありがとうございました。

日本体外循環技術医学会北海道地方会及び 人工心肺実技セミナーに参加して

臨床器材科 佐藤 勇也

私は平成28年9月17日、18日にわたって、函館市で行われた日本体外循環技術医学会北海道地方会及び人工心肺実技セミナーに参加させて頂きました。まず、人工心肺実技セミナーはトラブルシューティングを中心に、実際の装置を操作しながらの学習でした。いくつかの例題として体験させていただいた中でも、手動で送血ポンプを回した経験は衝撃的でした。送血ポンプが停止した場合、手動にて送血流量を確保する作業はかなりの重労働で、本当に術中に起きた時にどこまで維持できるか、そしてその作業をしながら、ポンプの停止した原因を特定できるのか、一人では自信があ

りませんでした。今後の臨床の現場でも様々なトラブルが起きる可能性はゼロではなく、その場面に立ち会った場合に迅速に正しい対処ができるように今後も日々勉強が必要だと感じました。

北海道地方会に関しては、一日目はチーム医療における臨床工学技士の役割や補助循環の基礎、人工肺の歴史について、講師の先生方からの講演を聞かせていただき、二日目は各施設からの一般演題の報告でした。どの報告も勉強になるものばかりでしたが、やはりステントグラフトやMICSなど低侵襲な治療に関するものが増えてきており、患者様にとってより良い治

療が行えるように最新の情報を積極的に得ていくことの重要性を感じました。

二日間と短い間でしたが、貴重な経験と様々な知識

を得ることができました。今後の臨床の現場に生かすことで、患者様に還元できればと考えております。素晴らしい機会をいただきありがとうございました。

平成28年度院内感染対策講習会②に参加して

医療安全管理課 飯 野 ちあき

主催 一般社団法人 日本感染症学会

日時 平成28年12月12・13日

会場 フォレスト仙台

12月12日

【医療機関と行政の連携】

石黒 信久（北海道大学病院感染制御部）

【院内感染関連微生物と微生物検査】

大花 昇（福島県立医大検査部）

【血液媒介感染対策および職業感染対策】

国博 広之（聖マリアンナ医大感染症学講座）

【日常衛生管理】

白石 正（山形大学医大薬剤部・感染感染制御部）

【周術期感染対策】

森兼 啓太（山形大医大検査部・感染制御部）

【多罪耐性菌検出時のICTによる介入ならびにアウトブレイク対応の実際】

吉田真紀子

（東北大学大学院医学系研究科総合感染症学分野）

【呼吸器感染対策】

大崎 能伸（旭川医大呼吸器センター）

12月13日

【院内感染対策にシステム化・連携】

萱場 広之

（弘前医大付属病院検査部・感染制御センター）

【高齢者介護施設における感染制御】

遠藤 史郎（東北大学病院感染管理室）

【感染制御の基本】

森 浩子（福島県立医大病院感染制御部）

【医療器材関連感染】

金光 敬二（福島県立医大感染制御部）

【抗菌薬の適正使用】

渡辺 彰（東北医大加齢医大研究所）

【院内感染の法規】

賀来 満夫（東北大学）

今年度ICTメンバーとして活動を始めましたが、感染に対する知識が乏しかったため活動に不安も感じ、調べることに限界を感じていました。

今回の学びが活動内容につながる知識となり、根拠として理解できました。4職種（医師・薬剤師・検査技師・看護師）が参加され、内容はとても充実されていましたが、特に印象に残ったことや学びとして感じられたことを報告いたします。

まず基本的な標準予防策を学んだことです。適切な手指衛生については、擦式アルコール製剤の適切な使用量（液状タイプは約3ml・ゲル状タイプ2～3プッシュ）→除菌率＝3ml：98％，1ml：50％）とされていきました。手洗い推奨とともに適切な使用量もスタッフに伝えていくようにします。またPPEの適切な使用において、手袋装着のままのアルコール消毒や二重手袋の装着による処置をおこなっていないかという問いがありました。アルコール消毒に関してはチェッカーローションによりムラがみられること、手袋は外すときに汚染がついた状態がほとんどでした。手袋は医療者自身を守るためのものだけではなく、患者を微生物の伝播から守るものであるという意識が大事になってきます。標準予防策の遵守することが基本となることを再認識することができました。

医療器材関連感染においてはクロルヘキシジン／銀あるいはミノサイクリン／リファンピシン含有のCVカテーテルが日本でも使用できるようになり、総合的

なCRBSI対策をおこなっているにも関わらずCRBSI率が低下しない場合使用することとなっていました。総合的対策には①スタッフ教育②マキシマルバリアプリコーションの実践③0.5%より高濃度のCHGアルコール製剤による皮膚消毒とされていました。

職業感染対策としては針刺し安全器材に関しては医療者を守るだけでなく、清掃する人などが針刺しする事例も多く、導入の必要性がいわれます。針刺し事例の発生場所としてのデーターからは、病室・手術室が3割、外来他が1割（職業感染制御研究会）となっており、病室の発生割合は減少、手術室では増加傾向にあり、当院でも同様かと感じました。手術室における血液汚染については日頃ゴーグルなどを使用していますが、マスク付ゴーグルを観血的処置を行った手術に使用したルミノール反応では9割が目には浴びている状

況の結果となっていました。日頃、医師はなかなか装着されていない状況なので勧めていきたいと思います。手術室における針刺し防止対策として、組織的対策・工学的対策・手術作業環境・標準予防策・チームワークの改善としての例が具体的に示されているので参考に当院でも検討をすすめていきたいと感じました。足への針刺し切創の事例も多く、取り組みの必要性が示唆されていました。安全器材の導入は針刺し事例を減少させ、経費も削減できるとされていることから手術室での医療材料の検討もすすめていきたいと思っています。（メス・鈍針など）

今回、手術室の清掃方法改善や針刺し対策など多くの課題がみえ、また学んだことをICT活動に生かせるよう努力していきたいと思っています。ありがとうございました。

第55回 全国自治体病院学会に参加して

看護部 横山 麻美

平成28年10月20日、21日の2日間、富山県の富山県民会館および富山第一ホテルで開催された第55回全国自治体病院学会が開催されました。ポスターセッションでの発表も兼ねて参加させていただいたため報告します。

今回の学会のテーマは「地域とともに輝き、羽ばたけ自治体病院！ー富山から発信、あいの風に乗ってー」というものでした。そのためシンポジウムでの発表は地域医療をテーマにしたものが多くありました。

わたしは2日目に「興奮、暴力、解離症状を呈した思春期女子患者に対する絵本の読み聞かせー安心感の獲得に向けてー」と題して発表をしました。幼少期に両親が離婚し、母親からの愛情を受けることができなかった患者に対し、看護師による絵本の読み聞かせを行った結果、行動変容がみられた症例についてでした。半年程度、毎日30分程絵本の読み聞かせを続けました。うまく言葉に表せられなかった患者が、長い入院期間を病院スタッフとともに過ごし、少しずつ自己

の思いを表すことができるようになっていった経過を看護研究の題材にしました。研究を通し、愛着形成に必要な時期に、安心感を与えることが重要であることを学ぶことができました。精神看護の学会しか参加したことがないこともあり、自治体病院学会では、精神看護の発表数は少ない印象を受けました。他者の研究発表を聞き、その中でも長期入院患者の退院に向けた取り組みについて関心を抱きました。当病棟は急性期病棟であり、入院日数短縮に向けて入院患者の振り分けも必要です。退院後の生活を検討するにあたり、他職種との連携が非常に重要となっています。退院先が自宅、施設なのかサポートしてくれる家族や社会資源があるのか等入院中のカンファレンスで検討し合うことがとても重要です。又、入院中でもOTの参加や試験外出、外泊を繰り返すことも重要な治療の一環であり、患者にとっても気分転換にもなります。今後退院するにあたり、患者は入院前の生活が可能であるのか、自宅退院の際きちんと内服行動が取れるのか等入

院中に見極めることも必要です。患者ひとりひとりに
ついてきちんと理解し、治療を受けながら退院に向
けて看護師は何をしてあげられるのかを考えて看護に
あたる必要があると改めて学ぶことができました。
わたしは退院支援についての知識があまりないた
め、研究発表に参加したことで今後の課題を見出す
ことができました。又、発表自体はポスターセッション
での発表は初めてでした。ポスター自体はシンプルに
見やすくすることを心がけていました。他者のポスター
を拝見した際、色使いや枠組みを工夫し、工夫する取

り組みをたくさん見ることができました。発表者は発
表に参加する側の気持ちを考えて発表することも必要
であることも学びました。

今回の学会参加を通し、改めて学ぶことや今後の課
題を見出すことができました。実際に参加しないと気
付けなかったこと、看護師として何ができるのか再認
識することで今後の援助に活かすことができると思い
ました。今回学んだことをスタッフ間で共有し、今後
の看護に活かしていきたいと思います。

第55回 全国自治体病院学会に参加して

看護部 久保田 り か

平成28年10月20日・21日の2日間、富山県民会館に
て開催された第55回全国自治体病院学会に参加し発表
しましたので報告します。

術前経口補水療法（ORT）に対する外科病棟看護師
と患者の認識調査という標題で研究発表を行いました。

質問紙を対象患者15名と病棟看護師20名に配布し、
その調査から患者と看護師ではORTに対する理解度
にばらつきがあり双方のORTの認識は違うことが明らか
になりました。

患者に説明されている内容について、看護師の理解
が曖昧であったことや知識不足などが、患者とのORT
に対する認識の差の要因であると考えます。

入院患者に対し、病棟看護師が再度ORTの説明や看
護介入を行う事で全ての患者に対して安全で効果的な
ORT実施をすることにつながります。そのためには、
病棟看護師の知識を深める事、ORTについての関心
を持つ事が必要です。看護師に対して勉強会を開催し
ORTについての知識や関心の強化を行った結果、理解
度を深めることができました。

この結果から、病棟看護師に対して勉強会の開催・
再度アンケート調査を行い追研究を行いました。結

果をうまく反映する事ができませんでした。また、発
表時の表グラフは、口頭説明する事が多く見学者に分
かりづらい内容となってしまいました。持参資料も活
用する事ができず、誰が見ても分かりやすい資料作り
やポスター作りをする必要があり、今回の反省点とな
りました。発表の際に、「はじめに」と「結論」を見や
すく掲示する事で誰が見ても一目で分かる掲示方法が
適切だと思います。そうすることで簡潔に、伝える事
ができると思います。

他の研究発表では、褥瘡関係や点滴テープの固定方
法、ユマニチュードの概念を使用した認知症の研究等
が行われており様々な研究内容があるのだと感じまし
た。専門的な事から、普段行っている看護業務の中
での疑問や援助方法などを再度考え直すなど幅広いテ
マで研究が行われており興味を持ちながら勉強する事
ができました。

次回研究を行う時は、今回の反省点を生かして分か
りやすく簡潔にまとめて発表できるようにしたいと思
います。

自治体病院学会という大きな会で発表できたこと
は、自分の強みや学びに変える事ができました。

第55回 全国自治体病院学会に参加して

薬剤科 佐藤 有 寿

平成28年10月20日（木）・21日（金）の2日間、富山県富山市で開催された第55回全国自治体病院学会に、ポスターセッションの発表も兼ねて参加しましたため報告します。

本学会では、『ワルファリンカリウム内服中における具体的な食事の目安』と題し、演題発表を行いました。ワルファリンカリウムには、他剤のみでなく、様々な飲食物との相互作用があります。ワルファリンカリウム内服中における、ビタミンK、アルコール、及びセイヨウオトギリソウの摂取可能な上限量について理解を深め、薬剤管理指導業務に活用したい一心で、研究に臨みました。結果として、各々の具体的な上限摂取量の理解に至る事が出来ませんでした。しかし、上限摂取量を検討する方法の模索を今後の課題とし、更に、目安となる摂取量について知識を深める事が出来たため、業務に活用していきます。

薬剤分科会におけるポスターセッションにて、中でも注目した演題は、岩手県立中央病院の金子侑未先生による、「ワルファリンとミコナゾールゲル併用によりPT-INR上昇が見られた1症例」の発表でした。ワルファリンの禁忌薬にミコナゾールが追加されたばかりの時期であり、且つ、自分と同じくワルファリンを題材とした研究であったため、発表を心待ちにしていました。症例において、PT-INRは12以上まで上昇したという事実に驚愕し、改めて、2剤併用の危険性について学習する事が出来ました。

ランチョンセミナーでは、「水利尿剤を適正使用するために」というテーマの下、公立陶生病院の味岡正純先生による「高齢者における心不全治療 ～心不全再入院とADL低下を防ぐために～」を拝聴しました。浮腫の治療にあたり、フロセミドと同様の作用機序を持つ利尿剤を多量に内服すると、血液から、ナトリウム、クロム、及び水が排出されます。すると、体は“出

血している”と認識し、栄養を貯留すべく、神経・内分泌系が亢進し、心機能低下時と同様の状態を引き起こすため、予後が悪くなるのではないかと味岡先生は考察しました。しかし、トルバプタンは、水のみを排泄する利尿剤であり、ナトリウムは関与せず、腎機能や血圧もあまり変化が無かった、というデータもあるようです。特に、トルバプタンは腎機能や心収縮力が良好な方に効果があり、公立陶生病院における再入院患者数も減少したそうです。当院の胸部外科においても、トルバプタンは処方頻度が多い薬剤であるため着目し、口渇や腹部膨満感等の副作用発現に注意しながら治療経過を確認していきます。

総会イブニングセッションでは、全国自治体病院協議会会長の邊見公雄先生による「生命輝かそう全国の自治体病院 ～チャレンジング メディソン、ドラマティック ホスピタル～（よい医療を効率的に地域住民と共に）」を拝聴しました。講演では、『医療従事者が下を向いていたら、患者は治らない。嘘でも上を向いて、生命を輝かそう』という言葉が、最も印象的でした。医療の現場で、他者と接する際の笑顔の重要性について、再認識する事が出来ました。更に、邊見先生が名誉院長を務める赤穂市民病院では、“医療安全いろはカルタ”を自ら作成し、定期的にカルタ大会を実施しているそうです。赤穂市民病院の職員から募集した標語を元に、『明るく医療安全対策をしよう』という考えから生み出されたカルタであり、あまりの着眼点の素晴らしさに圧倒されました。

本学会では、自分が興味を持つ分野のみでなく、様々な分野について学習する事が出来ました。加えて、共に出席した当院の職員の方々をはじめ、他の医療機関の皆様と交流を深め、貴重な時間を過ごす事が出来ました。本学会で得た経験を大切に、日々の業務に励んでいきたいと思いをします。

医局抄読会記録（28年度）

近視の疫学と進行抑制

近視人口は、アジアを中心に世界的に増加している。特にこの数十年で急増しており、その原因は遺伝や環境の多くの因子が複雑に関与していると考えられています。最近急増していることから、特に環境因子の変化が重要視されています。

東アジアの中高年の近視の有病率は、日本人では40%程度シンガポール38.7%とどの国も50%以下です。それに対して若年者の近視の有病率は、18歳の日本人では51.7%、シンガポールは91.7%と若年者の近視は増えております。

近視進行の環境因子として、子供および両親が高学歴、両親が近視、若年時に屋外で活動する時間が少ない、室内での近見作業が長い、都市に居住そして経済的に裕福な家庭であると近視が進行しやすいと報告されています。

近視進行の理論的背景は、眼軸の過伸展と網膜後方へのdefocusが影響することが考えられております。サルの実験では、凹レンズで焦点を網膜後方に移動させると眼軸が延長しました。またヒヨコの実験では、凹レンズ効果のある部位の眼軸が伸展しました。

多焦点眼鏡を用いて網膜周辺のdefocusを矯正する方法では、統計学的に有意な近視抑制効果が得られましたが、臨床的に治療に用いるのには効果が不十分でした。オルソケラトロジーでも有意な眼軸抑制効果が報告されておりますが、日本では眼科学会のガイドラインでその適応が20歳以上に反しているので一般的には使用できません。しかし、北米、欧州、東アジアでは広く導入されています。

アトロピン点眼による近視抑制も報告されています。シンガポールでの研究で1%アトロピン点眼が近視を抑制し、眼軸も変化しませんでした。1%では散瞳状態が続くため低濃度のアトロピン点眼での研究が行われ、0.01%のアトロピン点眼でも効果があることが報告されました。日本ではこの0.01%アトロピンを用いた治験が現在行われています。近視の進行抑制のため様々な研究が行われていますが未だに確実な方法は確立されておられません。（眼科 菅野 晴美）

当院におけるSGLT 2 阻害薬投与経験及び高齢者に対する投与の検討

2015年5月より長期処方が可能となったSGLT 2 阻害薬について投与前投与後の比較検討を行った。また、SGLT 2 阻害薬の適正使用に関するRecommendationの改訂により高齢者に対する投与も可能となったことから、高齢者投与に対する検討も行った。

SGLT 2 阻害薬は腎尿細管に発現しているSGLT 2 受容体を阻害することにより腎尿細管におけるブドウ糖の再吸収を抑制し、尿中にブドウ糖を排泄することにより血糖値を下げる新しいタイプの糖尿病薬である。

対象患者は当院通院中の2型糖尿病患者。SGLT 2 阻害薬以外の糖尿病薬について制限はなく、SGLT 2 阻害薬を投与し2か月以上経過した患者50名を対象とした。患者の平均年齢は53.9歳、平均糖尿病罹病期間は11.4年、平均体重80.5kgであった。

SGLT 2 阻害薬投与前後で比較検討を行った。HbA 1c投与前 $8.3 \pm 0.8\%$ 、投与後 $7.4 \pm 0.9\%$ ($P < 0.001$)、体重投与前 $79.1 \pm 15.3\text{kg}$ 、投与後 $77.1 \pm 14.9\text{kg}$ ($P < 0.001$)と有意に低下した。GPT投与前 $46 \pm 6.6\text{IU/L}$ 、投与後 $35.9 \pm 4.9\text{IU/L}$ ($P < 0.001$)と有意に改善した。eGFRは低下、尿酸値、血圧についても有意に低下を認めた。使用した6種類のSGLT 2 阻害薬についてHbA 1c、体重変化などを比較検討したが有意差を認めなかった。SGLT 2 阻害薬投与による有害事象の発生は認めなかった。高齢者に対する投与でもHbA 1c低下、体重の減少を認めた。

SGLT 2 阻害薬の投与によりHbA 1cの改善だけではなく、体重の減少、GPTの低下、尿酸値の低下、血圧低下といった血糖改善以外の作用についても確認できた。高齢者に対する投与の検討でもHbA 1cは低下し、副作用を認めなかった。（代謝内科 石関 哉生）

下大静脈フィルター留置後に修正型電気けいれん療法を安全に施行できた総合失調感情障害の1例

深部静脈血栓症（Deep vein thrombosis：DVT）に起因する肺塞栓症（Pulmonary embolism：PE）は、突然死に至ることがあり、精神科領域でもきわめて重要な病態である。DVTやPEの発生には、肥満、脱水、過鎮

静、向精神薬の関与などが想定されている。DVTやPEに対する治療・予防として下大静脈(inferior vena cava: IVC)フィルターが留置されることがある。IVCフィルターが留置された精神疾患の患者に対して、修正型電気けいれん療法(modified electroconvulsive therapy; mECT)が施行された症例は、国内ではこれまで3症例が報告されているのみであり、その安全性も十分に確立されているとは言えない。今回われわれは、永久型IVCフィルターが留置された統合失調感情障害患者に対して、mECTを安全に施行して精神症状の改善がみられた症例を経験したので報告する。

症例はフィリピン出身40歳代の女性で、躁病症状を繰り返し、そのたびに他院に入院した。当科初診時には多弁多動と被害妄想・幻聴が認められた。薬物療法による効果が得られなかったためmECTが施行され、精神症状が改善された。その後、左下肢のDVTを併発しIVCフィルターが留置されたが、その直後から多弁多動と被害妄想・幻聴が認められ、当科に入院し再びmECTが施行された。mECT施行に際しては、胸部外科および麻酔科と連携しながら、けいれんによるIVCフィルター留置部位の体動を避けるために、タニケットを前腕に巻いて行った。その結果、精神症状は改善され、IVCフィルターの変位や損傷は認められず安全に施行することができた。本症例によって、IVCフィルター留置患者に対してもmECTが安全に施行できる可能性が示された。(精神科 富岡 健)

ヘリコバクター・ピロリ除菌後に皮疹を生じた18例の検討

ヘリコバクター・ピロリ除菌療法に伴い皮疹が生じることが報告されており、特に慢性胃炎に健康保険適応となった2013年2月以降は投薬症例数の増加に伴い患者数が増加している。今回、2009年から2015年までに当科を受診したヘリコバクター・ピロリ除菌薬内服中ないし内服後に皮疹を生じた18例を検討した。男女比は2:16で、年齢は31歳から82歳だった。皮疹は播種状紅斑丘疹型が10例、多型紅斑型が7例、紅皮症が1例であった。発症時期は内服開始から平均7.7日目であり、7例で入院加療を必要とした。全例で除菌使用薬3剤のDLSTを施行し13例で1剤以上が陽性となり、アモキシシリン陽性の症例が10例で最も多く、次いでクラリスロマイシン陽性が4例、ランソプラゾールが4例であった。3剤いずれの薬剤にも陽性反応を

示した2例でDLSTを再検査し、両症例とも1剤のみ陽性へと結果が変わった。3剤いずれもDLST陰性だった1例ではアモキシシリンの薬剤パッチテストが陽性であった。(皮膚科 菅原 基史)

エナメル上皮腫の治療について

エナメル上皮腫ameloblastomaは、顎骨に発生する最も代表的な歯原性腫瘍で、全歯原性腫瘍中30%を占める。その発生は、エナメル質産生能を有する細胞ameloblast(エナメル芽細胞)の腫瘍化したものである。WHO分類では、充実性/多嚢胞型、骨外性/周辺性、類腱型、単嚢胞型に分類される。臨床症状は、一般的に無痛性腫脹を呈するが、進行例では疼痛、隣在歯の動揺や歯根吸収、オトガイ神経知覚異常を呈する。また、特徴的な症状として局所再発を繰り返すことが知られている。WHO分類別での再発率は、充実性/多嚢胞型と類腱型で20%、骨外性/周辺性で10%、単嚢胞型で15%である。エナメル上皮腫を治療する上での問題点は、若年者に好発し局所再発を繰り返す点、稀に悪性転化する点がある。これら問題点を解決する治療法としては、顎骨切除または反復処置が挙げられる。顎骨切除は根治性が高いが、機能や整容が失われる。一方、反復処置は開窓/摘出後、新生骨を含め残存腫瘍の摘出を繰り返す方法である。以前はエナメル上皮腫の治療としては顎骨切除が一般的であったが、反復処置は開窓/摘出後、新生骨を含め残存腫瘍の摘出を繰り返す方法であり、機能や整容の維持が可能となり、QOL向上が可能となった。今後も反復処置の適応を十分に検討し、エナメル上皮腫の治療を行っていきたい。

周術期口腔機能管理について

手術、化学療法の際の周術期口腔機能管理の内容和病院収益について説明した。

(歯科口腔外科 柴山 尚大)

血小板数正常出血傾向

血小板数が正常で出血傾向を示す患者を診たときに、どう考えどうアプローチするかを概説し、過去1年間に後天性血友病の患者2例を経験したので提示する。

症例1は60歳代男性。3週間ほど前から四肢の皮下出血を自覚。発熱、出血部位の疼痛もあり、感染症が疑われ当院の総合内科受診。皮下出血は出血素因も疑われたため、検査したところ、血小板数22.9万、PT

10.5秒と正常であったがAPTTが108.1秒と延長していたため血液内科受診となった。APTTクロスミキシングテストでインヒビターパターンを呈したためさらに精査して凝固第Ⅷ因子活性<1%,第Ⅷ因子インヒビター活性43.6BU/mlと判明。後天性血友病と診断した。治療としては貧血が進行しており、腸腰筋内血腫も認めたため止血治療が必要と判断し、遺伝子組み換え凝固第Ⅷ因子製剤（ノボセブンHI）を使用し、インヒビター抑制治療としてプレドニン1mg/kgの投与を行った。1週間程度でHb減少は収まり出血素因は改善傾向にあると判断した。保険請求点数は170万点超となり中央審査で返戻も来たが査定されることはなかった。

症例2は60歳代男性。幼少時より知的障害あり施設に入所していた。最近、全身の皮下出血、口腔内血腫が多くなり、血尿も出てきたため、出血傾向が疑われ当科受診。問診上、上記症状は半年ほど前から徐々に始まっていたようであった。精査で血小板数26.2万、PT 10.7秒、APTT 109.9秒であった。APTTクロスミキシングテストではインヒビターパターンを呈していた。治療としては、当科受診時Hb 8.1を示していたが進行性ではなく、知的障害で患者本人からの同意はもちろんの事、頻回の点滴も無理そうに思えたので、当院精神科入院の上、まずはプレドニン1mg/kgで開始した。実姉には致命的出血時のDNARの了承を得ていた。治療後1カ月頃からAPTTの改善を認めた。プレドニンは漸減し、3カ月後にはAPTTは正常化した。

（血液内科 柿木 康孝）

線量勾配をつけたIMRT（強度変調放射線治療）～塗り分け照射的な治療～

当院で、IMRT（強度変調放射線治療）が開始され5年が経過し標準的な照射として広く用いられてきている。他院からもIMRT目的での紹介も増加している。

IMRTの技術により、脊髄などのリスク臓器を避け、不整形の腫瘍によりFitした形状の範囲の線投与が可能になった。そのため、腫瘍への線量増加が可能になり腫瘍制御の可能性があがり、ターゲット以外の線量低下により有害事象を軽減できている。

なかでも、定位放射線治療（ピンポイント照射）は、特に脳病変に有用で80-90%以上の局所制御が得られ、転移性脳腫瘍では外科的手術に多くが置き換わっている。しかし、複数病変が近接しているときの低線量領域の重なりを考慮した治療はこれまでできなかった。

IMRTを用いた複数個の同時治療で低線量域の重なりリスク軽減と高い効果が可能になった。更に、これまでより大きな転移へも安全に定位放射線治療が可能になっている。

一方、放射線治療の利用は、画像上ははっきりした腫瘍の範囲へ高線量を投与すること、リンパ節転移などのように転移可能性がある、又は転移好発部位への予防的な低い線量投与する二つの目的がある（外科手術での予防的郭清術範囲のイメージ）。これまでは転移リスクに合わせて照射野内の線量を変化すること（塗り分けたような照射）は、困難であったが、IMRTの技術を応用することで可能になってきた。

その例として、多発脳転移症例ではこれまで全脳照射が行われてきたが、晩期放射線障害としての認知機能低下の問題があり脳転移コントロール可能な線量は投与できず短期間の転移制御目的の緩和照射に終わってきた。新しい技術により、予防的全脳照射と病変部への高線量投与が同時に可能となりより長期制御が期待できる。

骨盤領域の前立腺癌では、前立腺周囲に病変が留まっていれば手術、又は放射線治療による根治治療が標準であるが、たった1個のリンパ節転移があるとホルモン療法等の薬物治療による根治できない前提の治療になってしまう。中間的な治療選択がなく大きな問題であるが、IMRTの技術を応用することで、前立腺には70Gy、転移リンパ節には60Gy、骨盤内リンパ領域には45Gyと塗り分け照射を安全に行うことが可能で、根治を期待した放射線治療を提供している。

以上、具体的な症例を供覧し解説した。

（放射線治療科 川島 和之）

重症患者の栄養管理ガイドラインについて

本邦には、広い分野の症例を対象とした日本静脈経腸栄養学会による栄養ガイドラインなどが存在するが、国際的には複数存在する重症患者全般をターゲットとした栄養ガイドラインは存在しなかった。そこで、国際ガイドラインでは言及されていない治療なども考慮し、日本集中治療医学会から日本版重症患者の栄養療法ガイドラインが作成された。2017年1月の時点では総論が公開されており、各論はパブリックコメントを募集し始めたところである。主に成人に関する項目についての概要を説明する。

重症患者に対して栄養管理を行うことは重要であ

り、栄養療法開始前に栄養評価を行いリスクの同定をすべきとしている。栄養投与に関しては、早期からの経腸栄養の開始を勧めている。その投与量は現時点では未確定だが、推定されるエネルギー消費量よりも少なく投与することを推奨している。重症化前に低栄養を認めない場合は静脈栄養は経腸栄養が20kcal/hr以上投与できていれば行わないとし、その具体的な開始時期や投与量に関しては明確ではないとしている。また、経腸栄養の開始の判断や不耐性への対処、病態ごとの栄養管理や一部の特殊な栄養剤についても述べられている。

全体としては主な諸外国のガイドラインと同様、早期からの経腸栄養を重視した内容となっている。重症患者の栄養療法にかかわる場合、本ガイドラインを参考にすることが望まれる。（麻酔科 池島 雄太）

非結核性抗酸菌によるペースメーカー感染の1例

【背景】非結核性抗酸菌の中には、培養で7日以内にコロニーを形成する迅速発育群が存在し、現在100種類以上の菌種が同定されている。迅速発育性抗酸菌は皮膚軟部組織や骨に感染しやすいとされ、手術部位感染（SSI）や人工物感染の原因として認識されてきているが、心臓デバイス感染の報告は稀である。今回、迅速発育性抗酸菌によるペースメーカー感染という稀な1例を経験したため、報告する。

【症例】80歳代、女性

【診断】ペースメーカー感染

【現病歴】洞不全症候群・徐脈に対して永久ペースメーカー植え込み術施行。退院後、左前胸部の発赤・疼痛が出現し、術後17日目に当科入院となった。

【現症】身長 139.5cm 体重 40.1kg 体温 37.6℃ HR 70回/min NBP 128/47mmHg 左前胸部に軽度発赤・腫脹・圧痛あり

【入院時検査】〔L/D〕WBC 7100/ μ l, Seg 70.5%, Eo 2.7%, ESR 94mm/h, CRP 2.88mg/dl, β -Dグルカン<6.0pg/ml, PCT 0.02ng/ml

〔エコー検査〕ペースメーカー本体の前面に深さ 9 mm 程度の液体貯留を認めた。

【入院後経過】炎症反応が強くなく、発熱も微熱にとどまるため、金属アレルギーなどの可能性も考え、すぐには手術はおこなわず、セファゾリンで治療開始。経過中にペースメーカー前面の穿刺を行ったところ、写真のような膿汁が確認でき、こちらも抗酸菌陽性とな

ったため、ペースメーカー抜去を行った。迅速発育性抗酸菌が起炎菌と疑われたため、術翌日よりCAM+CPFX開始。その後は入院時陽性であったCRPも改善して経過し、入院33日目に転院となった。転院後、*M.mageritense*という菌種及び耐性が報告された。

【まとめ】*M.mageritense*は迅速発育性抗酸菌の一つであり、報告は稀ではあるが、心臓デバイス感染を引き起こすことがある。そのため、グラム陽性桿菌が検出された際や起炎菌が同定できない場合には、迅速発育性抗酸菌も念頭に置いた起炎菌検索・同定が必要である。

この迅速発育性抗酸菌症に対する治療は抗生剤の多剤併用が推奨されているが、マクロライド系抗生剤への耐性菌も存在するため、菌種まで確定し、十分な感受性試験を行った方がよいと考えられる。

（胸部外科 新井 洋輔）

B型肝炎の基本～B型肝炎治療ガイドライン（第2.2版）に準じて～

B型肝炎ウイルス（HBV）はDNAウイルスであり、からだから排除できないウイルスである。臨床的治癒の状態でも肝臓細胞内にDNAが残存している。genotype A～J型の9種類のタイプが存在し、B、Cが日本に多いtypeである。

HBVの自然史は、乳幼児期に感染すると免疫応答がない無症候性キャリアとなる。HBVに対する免疫応答が起けると、肝炎の持続状態となる。活動性の高いHBe抗原陽性の慢性肝炎、e抗原陰性の慢性肝炎となり、多くは肝硬変に至る。中には徐々に活動性が下がり、非活動性キャリアとなる場合があり、臨床的寛解に向かう場合もある。それらの時期は個々の症例によって異なり、どのくらい持続するかはわからない。成人で感染すると急性肝炎を起こす。そのまま沈静化し、臨床的寛解になる場合もあるが、非活動性キャリアで持続したり、慢性肝炎になったりする場合もある。

慢性肝炎の状態であれば抗ウイルス療法が必要であり、その後の肝硬変への進行を抑える必要がある。肝硬変はウイルスを認めれば、抗ウイルス療法が必要である。無症候性キャリアは免疫発動がないため、抗ウイルス療法の必要性はなく、慢性肝炎に移行した段階で治療が必要になる。非活動性キャリアは抗ウイルス療法の必要はなく、経過観察を行う。臨床的治癒となった場合は治療の必要性はないが、免疫抑制療法や化

学療法を行う場合は、HBV-DNAの定期検査が必要であり、ウイルス出現時に劇症肝炎を予防するために、治療が必要になることがある。

HBVはからだから排除できるウイルスではないが、ウイルスを抑えることで、肝硬変の進展抑制や肝細胞癌の発生抑制につながり、予後改善につながる。HBVの状態を考えて、治療・定期検査の方針を立てることが大事である。（消化器内科 助川 隆士）

産婦人科手術におけるERASプロトコールについて

ERAS：Enhanced Recovery After Surgeryとは

- 術後早期回復のためのプロトコール
- 医療の標準化と患者を含めた医療チームでの情報共有を目的としたクリニカルパスと重なる部分も多いが、相違点として、入院前からのプログラムがあること、手術患者の早期回復に特化していること等があげられる
- 欧州静脈経腸栄養学会で提唱され、はじめは大腸の手術に対して適応されたが、その他の分野にも広がりを見せている
- 術後の消化管機能の回復に重点を置いており、術後麻痺性イレウス予防のために、不必要な絶食期間を設けず、過剰な輸液を行わないことが特徴
- ERAS導入によって入院日数の短縮、術後疼痛の緩和、合併症や再入院率の低下、患者満足度の上昇、コストの削減が期待できる

産婦人科におけるERAS

カウンセリング：入院前に術前、術後の経過、検査等について説明する

術前体調管理：4週間前から禁煙、貧血の積極的な是正

腸管前処置：ルーチンでは行わない

絶飲食：固形物は6時間前、水分は2時間前まで可、炭水化物含有水の経口摂取

麻酔前投薬：ルーチンでは行わない

血栓予防：機械的予防策にヘパリンを併用する、経口避妊薬を中止する

抗菌薬：皮膚切開60分前までに投与、長時間手術、多量出血、肥満では追加投与

皮膚の前処置：剃毛は行わない、皮膚消毒はイソジンよりクロルヘキシジンが良い

麻酔：短時間作用型麻酔薬を用いる 制吐剤：2種

類以上の制吐剤を併用する

低侵襲手術：推奨する

経鼻胃管：ルーチンでは行わない

体温／循環：保温し、過不足無く補液を行う

血栓予防：弾性ストッキングとフットポンプの使用、悪性腫瘍手術では術後28日間ストッキング着用

補液：術後24時間以内に終了

食事：術後24時間以内に常食摂取

腸閉塞予防：下剤投与、チューイングガムの使用を検討

血糖管理：180-200mg/dl以下でコントロールを行う

（産婦人科 板橋 彩）

嚥下障害～時には喜ばれることもある～

社会の高齢化に伴い嚥下障害患者は次第に増加してきていると思われる。なかなか改善につなげることができずに忸怩たる思いをすることも少なからずある。そのような中、高齢ではあったが指導により嚥下の改善につながった例があったため、報告する。

79歳男性、「この1年ほど、液体はむせやすい。固形物もたまに気管に入る。」という主訴にて受診、局所に器質的異常・運動麻痺を認めず。

嚥下内視鏡検査においては陥凹への唾液貯留が軽度、着色水嚥下による同部位への貯留を認め、さらに舌根部刺激での咳嗽がほとんど生じない程度の知覚低下を認めた。

この状況に対し、1) 食事に集中する 2) 吸気しながら飲まない 3) うつむき嚥下 4) 息こらえ嚥下などの指導を行ったところ、自覚的にはむせは完全に消失したという。

高齢で咽喉頭知覚低下もあり、改善があまり期待できないことが危惧されていたが、患者さん自身に説明を理解する力、指導を実行する能力があったため、存外に良好な結果を得られた。

（耳鼻咽喉科 相澤 寛志）

「アレルギー検査」してください!! ～食物アレルギーと経口負荷試験～

食物アレルギーの診断においては、抗原感作の有無の検査のみならず、十分な問診と、実際の摂取によるアレルギー症状誘発の確認が必要である。特異的IgE抗体検査は容易に行いうるが、この結果のみで判断した場合、不適切な食事制限に結びつきかねない。実際

に食品を摂取し、誘発症状を確認する食物経口負荷試験は、食物アレルギー診断に必須の検査であるが、一般にはまだ広く知られているとは言いがたいのが現状である。

当科では、2013年度から、月1回の食物アレルギー外来を設置し、主に入院での食物経口負荷試験を実施してきた。今回の発表では、実際に経口負荷試験を行った症例を報告し、また、当科で施行した食物経口負荷試験51試験の概要について報告した。試験の対象年齢は0歳から7歳で1-2歳が最も多かった。負荷食物は、鶏卵（卵白・卵黄）が約半数を占め、ついで小麦、牛乳と乳幼児期のアレルギーの原因食品が多かったが、エビやアーモンドといった食品でも負荷試験を行った。試験の結果、負荷陽性は19/51で、誘発症状としては、約9割に皮膚症状を認めた。アナフィラキシーを呈した例はなかった。負荷後の食品摂取状況では、負荷試験陰性例では、全例で食事制限を解除できしており、負荷試験陽性例においても、負荷試験の結果から、微量ないし少量の摂取が可能な例が半数以上であった。

小児の食物アレルギー診療において食物経口負荷試験は重要かつ必須の検査である。

（小児科 中嶋 雅秀）

両肺多発結節影と両側肺門リンパ節腫大が認められ、無治療で病変が縮小したIgG4関連疾患の1例

症例は66歳、女性。2016年6月初旬、両顎下腺の腫脹を自覚し、当院耳鼻咽喉科を受診した。血液検査ではImmunoglobulin (Ig) G4が290mg/dlと高値であった。腹部造影CTスキャンで脾腫大が認められ、消化器内科での精査で自己免疫性脾炎と診断された。胸部CTスキャンでは、両肺に大小不同の多発結節影、両側肺門リンパ節腫大が認められ、当科に紹介された。右S6の結節影をガイドシース併用気管支腔内超音波断層法（EBUS-GS）で生検すると、間質にリンパ球・形質細胞などの強い炎症細胞浸潤が認められた。右肺門リンパ節の超音波気管支鏡ガイド下針生検（EBUS-TBNA）では、IgG4陽性形質細胞/IgG陽性（CD138陽性）形質細胞が305個/616個（49.5%）とIgG4陽性細胞が優位であった。以上よりIgG4関連疾患と診断した。特に自覚症状はなく、無治療で経過観察としたが、同年11月の再診時には肺病変、脾病変は著明に改善していた。

IgG4関連疾患は、全身の多臓器へのIgG4陽性形質細胞の浸潤や線維化を認め、硬化性・結節性の病変をきたす、新しい疾患概念である。両肺に多発結節影を認める症例は比較的少ない。本症例は、2011年に発表されたIgG4関連疾患包括診断基準では確定診断群にあてはまった。両肺に多発結節影を認めた症例は比較的少なく、また多臓器に病変が認められたが、無治療で改善した症例は非常に珍しいと考えられる。

（呼吸器内科 大塚 慎也）

専門医でなくてもできる！肺炎の診断と治療

肺炎を疑う症状としては37.0℃以上の発熱と喀痰が特に重要です。その他、咳、呼吸困難、頻呼吸、胸痛、食欲不振、不活発、日常活動低下、会話困難などの原因が肺炎だったということも、よくあります。

それらの症状をみた場合、肺炎の可能性も考えて検査をすることが大事です。検査としては、酸素飽和度、血液検査（血算、血液像、CRP、BUN、Cr、尿一般・沈査、BNP、Dダイマー）、胸部X線、胸部CTを行います。

肺炎の診断は、

- ①胸部X線やCTで、肺野に、浸潤影、すりガラス影、粒状影などが認められる
- ②37.5℃以上の発熱、喀痰、白血球9000/ μ L以上、CRP高値のうち2項目以上、
の両方が認められた場合になされます。

入院治療を行うか、外来治療を行うかは、成人市中肺炎の重症度分類（A-DROP分類）を用いて判断します。

- A（Age）： 男性70歳以上、女性75歳以上
 - D（Dehydration）： BUN 21以上、または脱水あり
 - R（Respiration）： SpO₂ 90%以下
 - O（Orientation）： 意識障害あり
 - P（Blood Pressure）： 収縮期血圧90mmHg以下
- この何れかが該当すれば、入院が無難です。

治療する前に、

「肺炎は、（特に高齢者では）命取りにあることが多い病気です」

「正しい治療をしても、肺炎の勢いが強ければ、助からないことがあります」

「最悪の場合、今日または明日に、息を引き取ることでも十分ありえます」

などの説明を家族にしておくことが重要です。

抗菌薬は、

- ・特別な事情がなければ、スルバシリン 3g×2回点滴。
- ・誤嚥性でないことが確実であれば、セフトリアキソン 2g×1回点滴
- ・マイコプラズマやレジオネラの可能性があれば、クラビット500mg×1回点滴
- ・外来治療であれば、ジェニナック 2T/1xまたはグレースビット 2T/1xを3日分処方。本日は帰宅したらすぐ内服
- ・末梢静脈ルートが確保できない場合、チエナム筋注用0.5g×2回筋注

などが推奨されます。

通常、治療開始3日後に、血液検査と胸部X線を行って治療効果の判定を行います。このとき、入院時よりもCRPが高かったとしても慌てる必要はありません。体温、全身状態、酸素飽和度、白血球数、胸部X線などと合わせて総合判断します。その後は、週2回くらいの頻度で、血液検査と胸部X線を行います。

初期治療で病状が改善すると良いのですが、良くならない場合もあります。

良くならないときは、まず、肺炎ではない病気の可能性を考えます。心原性肺水腫、癌、間質性肺炎、血管炎、膠原病、サルコイドーシス、肺塞栓などを鑑別します。具体的には、喀痰細胞診、血液検査（BNP、KL-6、SP-D、MPO-ANCA、PR3-ANCA、ACE、Dダイマー）、胸部CT再検、などを行います。

次に、これまで投与した抗菌薬の効かない病原微生物が原因である可能性も考えます。具体的には、マイコプラズマ、レジオネラ、結核、アスペルギルス、クリプトコッカス、ニューモシスチス、インフルエンザウイルス、サイトメガロウイルスなどについて検査をします。

さらに、膿瘍の形成、誤嚥の持続などの有無を確認します。

肺炎の診断と治療は、呼吸器内科医でなくても十分できます。

みんなで肺炎の診断と治療を行きましょう。

(呼吸器内科 福居 嘉信)

一皮むけた？（手指の膜様落屑を認めた3例）

異なる疾患でありながら類似した病像を呈した3症例を経験したため報告する。

【症例1】39度の発熱、咽頭痛、頸部痛、倦怠感を主訴に来院した17歳女性。有痛性頸部リンパ節腫脹と体幹の丘疹状発疹、肝機能障害を認めた。伝染性単核球症を疑って経過観察入院したが、EBV既感染、CMVとHIVは未感染であった。発熱が遷延し第6病日に手指の膜様落屑と心嚢液貯留を認め、不全型川崎病の診断で小児科転科、アスピリン、IVIGを開始して解熱した。

【症例2】川崎病、アトピー性皮膚炎の既往のある22歳男性。5日間続く39度の発熱、咽頭痛、下痢、手の発赤・硬化、関節痛などを主訴に来院。眼球結膜充血、舌発赤、頸部リンパ節腫脹、体幹・四肢の発赤、手掌足底の硬性浮腫、肝機能障害、CRP上昇を認めた。発熱が遷延し第5病日に手掌足底の膜様落屑を認めた。川崎病再燃、黄色ブドウ球菌性毒素性ショック症候群、エルシニア腸炎などを疑い、IVIG、VCM、CTRX投与を開始した。治療への反応は乏しかったが徐々に症状は改善した。

ペア血清でYersinia pseudotuberculosis (Yp) 2a型の抗体価上昇を認め、同感染症と診断した。

【症例3】51歳女性。2日前からの悪寒戦慄を伴う39度の発熱、咽頭痛、全身の疼痛を主訴に救急搬送となった。ショックバイタルで黄疸、開口障害、舌発赤、体幹の発赤、手指の硬性浮腫、WBC、CRPの著明な上昇、肝腎機能障害を認めICU入院。月経中タンポン使用歴があり、月経関連毒素性ショック症候群（TSS）を疑いVCM、CLDM、IVIGを開始したところ全身状態は著明に改善した。腔培養でTSST-1産生性MSSAを検出し月経関連TSSと診断した。

TSS、Yp感染症ではスーパー抗原の関与により非特異的なT細胞活性化が惹起され類似した病態を呈する。川崎病も類似症状を呈するためTSSやYp感染症の関連を疑う声もあるが、関連性は証明されていない。鑑別診断を立てることで相互に無関係な疾患に対する診断能力向上に寄与する。（総合内科 鈴木 聡）

リンパ節！どうよ！！

難治性リンパ漏に対するIVR治療、症候性リンパ節転移に対するIVR治療についてその概容を述べる。

（特に術後の医原性）リンパ管損傷、胸管損傷による難治性リンパ漏に対して、その確定診断においてはリンパ管造影を要するが、リンパ管造影には従来、用いられてきたKimmoth法による、いわゆる足背のリンパ管を直接細針で穿刺して、Lipiodolを注入しリンパ

管、胸管を直接造影する方法はその手技の煩雑さ難易度が高い故に用いられなくなった。それに代わり鼠径部のリンパ節を直接穿刺しLipiodolを注入しリンパ管、胸管を直接造影するnodal lymphographyによりリンパ管造影が再びより簡便な手技として近年用いられるようになった。リンパ漏に対する治療として、リンパ管造影自体が、Lipiodolの直接炎症惹起作用により、約半数の症例で漏出部の閉鎖を促すことができる。さらに、直接胸管に細径カテーテルを挿入し、NBCA-Lipiodolを用いた塞栓療法で、漏出部の閉鎖をする方法、直接リンパ管穿刺にて液状硬化物質を用いて漏出部の閉鎖をする方法、などで、リンパ漏の治療が可能である。

出血、圧迫障害などの症候性リンパ節転移に対しては、リンパ節に血液供給している動脈より、血管塞栓用球状塞栓物質（BEADS）を用いて塞栓する方法、あるいは、無水エタノールを直接穿刺注入するPEITによる方法で壊死させることが可能である。外科的切除が困難で、化学療法、放射線治療等で奏効しない症例にも、適応可能で、極めて短期間で治療効果を得ることが可能である。（放射線科 花輪 真）

当科における完全鏡視下幽門側胃切除術の短期成績

腹腔鏡下幽門側胃切除術はすでに多くの施設で導入されており、近年では消化管再建までの手技を全て腹腔鏡下に行う完全腹腔鏡下胃切除術が標準術式となりつつある。当科でも2012年4月より完全腹腔鏡下幽門側胃切除術（以下LDG）を導入し、2016年12月までに60例の症例に施行した。

症例の内訳は男性39例、女性21例。年齢の中央値は70歳（44-92歳）であり、BMIの中央値は21.74（12.35-28.72）であった。術前の進行度としてはStage 1 a/1 b/2 a/2 bがそれぞれ46/5/8/1例であった。再建方法はデルタ吻合によるBillroth I（B-I）法での再建が44例、結腸前経路でのRoux-en-Y（R-Y）再建が14例、Billroth II法での再建が2例であった。R-Y再建の際のY脚の吻合はLinear Staplerでの側々吻合とし、Staplerの挿入口はBarbed sutureによる腹腔内での手縫い縫合閉鎖を行った。平均手術時間は252±45分であり、再建方法ごとに検討するとB-I再建が243分、R-Y再建が286分であった。平均出血量は59.5±100.5mlであった。郭清リンパ節個数は郭清度毎に、D1で24.3個、D1+で35.5個、D2では45.6個であった。術後は平均2.65日

で水分を開始し、4.22日目には食事を開始出来ていた。術後平均在院日数は9.3±2.5日であり、Clavien-Dindo分類Grade 2以上の合併症発は2例（3.3%）に認められた。また、縫合不全は経験しなかった。

当院において導入後現在までに施行されたLDG症例を後ろ向きに検討した結果、合併症の発生率も低く安全に導入できたと考えられた。今後さらなる症例の蓄積を重ね、長期成績についても検討が必要である。（外科 阿部 紘丈）

「先生、具合が悪くて血圧が高いです…」

夜間救急外来の当直中に血圧上昇と体調不良を主訴に受診される患者はほとんどの先生方が経験されているものと思われる。その際の対応はどのように行えばよいのだろうか。

血圧上昇に加えて、それにより臓器障害が急速に進行している状態は高血圧緊急症と言われ、緊急で降圧治療を要するような病態であり、静注薬を用いた速やかな治療が必要になる。逆に、血圧が高値だけで臓器障害を伴わないような場合は緊急降圧の対象とはならず、ガイドライン（高血圧治療ガイドライン2014：JSH2014）でもそのように明記されている。

血圧上昇に対してはその背景・原因を考えねばならないだろう。身体的不調（疼痛・めまい・持病の悪化）や精神的不調（不安、ストレス）などでも血圧は容易に変動・上昇するものであり、原因に対処をしないと改善しにくいものである。普段の値との比較も大事であり、普段から家庭血圧を測っている人であれば普段の値と比べてどのくらい高いのか、測っていない人であれば普段から高値であるのに一時的な値をみてより不安になってさらに高値になっている可能性なども考えられるので家庭血圧の測定を指示すべきであろう。

降圧薬の内服により過降圧になったりする可能性などもあり、救急レベルでの安易な降圧剤の追加処方では控えた方が望ましいと考える。

（循環器内科 浅野目 晃）

当科におけるロボット支援前立腺全摘除術（RALP）について～導入後2年間の報告～

【目的】当科におけるロボット支援前立腺全摘除術（RALP）症例につき検討した。

【対象・方法】2014年9月から2016年12月に前立腺癌に対して本術式を行った101例 手術時年齢：51-77（平

均68歳) BMI17.1-32.3kg/m² (平均23.6) 術前PSA0.090-55.0ng/ml (中央9.30), clinical T 1 c/T 2 a-b/T 2 c/T 3 a=49/30/12/10例 全例同一術者で執刀した。術後観察期間1-28か月 (平均12)

【結果】コンソール時間133-383分 (中央195分), 術中出血量 (尿込み) は0-460ml (中央値0 ml) で, 術中輸血症例はなかった。開腹・腹腔鏡手術への移行例はなかった。5例で術後そけいヘルニアを発症した。それ以外にClavien-Dingo-Grade 2以上の術後合併症はなかった。術後入院日数は7-66日 (中央9日) 摘出腫瘍重量25-108g (平均49g), 病理組織診断は, pT 2 /pT 3 a/pT 3 b/pT 4 =66/22/9/1例 断端陽性率はpT 2 :6.1%, pT 3 - 4 :53.1%であった。観察期間中にpad 1枚/日以下の尿禁制を獲得したのは87例 (86.1%) で, うち25例は術後1か月以内であった。この100余例の執刀経

験の中で, 術後尿禁制獲得と癌根治性の向上につき工夫を重ねてきた。尿禁制については, 尿道周囲組織の補強処置等を心がけることにより, 前半群と比して後半群で有意に尿禁制獲得率が向上した ($p<0.05$)。癌根治性としては, 切除断端陰性率の向上と拡大リンパ節郭清の施行に取り組んでいる。前者はまだ開放手術と比して優れた結果は出せていないが, 尿禁制獲得のための膀胱頸部温存処置が断端陽性率に影響している可能性もあり, 今後検討を要する。拡大郭清については, 癌根治性のoutcomeはまだ出ているが, 手術時間の短縮が課題ではある。

【結論】初期症例以降, 重篤な合併症なく施行できた。尿禁制獲得及び, pT 3以上の症例における断端陰性に向けて, さらなる手術手技の向上が必要である。

(泌尿器科 望月 端吾)

Medical essay

“君” づけで呼ぶこと

先日, 二十数年ぶりに高校時代の同窓会に出席した際に, “君” づけで名前を呼ばれたことにとっても新鮮な思いをしました。“君” と呼ばれることで一気に昔の自分に戻るだけではなく, 自分が仲間として受け入れられているんだという感覚を強く持つことができ, 話も弾みました。

そういえば, 思春期外来で男子の患者さんと呼ぶ際に, 何も考えずに “君” づけでマイクを通して名前を呼んでいることに気づきました。中学生や高校生の男子の場合は, 呼ぶ方も呼ばれる方も “君” を用いることに違和感はまったくないと思います。でも, 思春期の男子が学校を卒業して20歳を越え30歳近くになった時に, 彼らを引き続いて “君” づけで呼んでもよいものかと迷うことがあります。思春期から大人になるまで診てきた男子の患者さんに, “さん” づけで呼ぶことは, 相手に対する気持ちがこもっておらず, 何となく事務的な響きがあり, 患者さんと医者との間に一定の距離があるような感じがします。

“君” づけで呼ぶ方が, 医者が相手により親しみをもち, 心理的な距離が近いという感じがします。すでに20歳を越えた思春期外来の患者さんを “君” づけで呼ぶ時には, 苦しい思いをした思春期を治療という共同作業で乗り越えてきた仲間であるという気持ちを込めたいと思います。

思春期外来の男子の患者さんたちが, 中年以降になっても, 私から “君” づけで名前を呼び続けたいと思います。しかし, その時の私はすでに定年を迎えていることでしょう。 (A.T.)

看護研究発表会記録（28年度）

混合病棟として質の高い看護提供を目指した取り組み
～看護の質を保つために必要な課題～

東 5 階 ○荻 真里枝，新海奈津美
深川かおり，宮井 沙織
上山 圭子

【はじめに】

平成28年1月，当病棟は循環器内科・皮膚科の2科混合病棟となった。看護の視点や業務が異なることから，皮膚科患者への看護の質が低下してしまう可能性に気づき，様々な取り組みと今後の課題が明確になったので報告する。

【方法】

1. 平成27年12月元皮膚科病棟，西4階病棟へ業務見学
2. 皮膚科はリーダー1名，メンバー2名の配置で活動。夜勤体制をチーム別から部屋別へ変更
3. 指示簿の統一化
4. 午前回診日である火・木曜日以外の月・水・金曜日にも軽症患者の午前回診を行えるか医師と検討，試験運用開始
5. 業務マニュアル整備
6. 医師・病棟看護師・地域医療連携室の医療相談員・理学療法士など医療スタッフで定期カンファレンス実施
7. 勉強会の実施

【結果】

1. 回診や手術入退室のイメージが付きスムーズに業務に移行できた。
2. リーダー・メンバー業務に専念できた。患者数やケア内容，勤務人数によりメンバー1名になるとメンバー業務が増大し，ケアの質が低下する危険性がある。
3. 皮膚科入院時指示のマスター変更。ケア内容の記入方法を統一し，スムーズに情報共有できた。
4. 外来患者も多く医師に回診できる時間的余裕がなかった。現在も午後に業務が混在し，定時に業務終了することができていない。
5. 事前作成したマニュアルでは不明点も多い。皮膚科業務についていない看護師も数名いるため，早

急なマニュアル改訂が必要。

6. 医師を中心に医療者間での情報共有ができた。褥瘡発生部位の周知・感染予防策の徹底不足で褥瘡悪化，接触感染と考えられる水痘発症事例がでてしまった。
7. 医師・手術室認定看護師による勉強会を行い看護師全体で知識を深めることができた。

【今後の課題】

1. 各業務のマニュアル化
2. 病棟看護師全員へ業務内容が周知される

【おわりに】

混合病棟になり業務が複雑化する中で，自分たちが働きやすいように独自のルールを作成し，実践していく事でIAの発生なく今日を迎えている。今後も責任ある看護を継続していきたいと考える。

病棟再編成の取り組みと現状～アンケート調査を基にした振り返り～

西 5 階 ○山口 琴美，日詰由美子
坂 恵子，金野 陽子
中川 恵子

【はじめに】

病棟再編後（以後，再編とする）約半年が経過し，業務に関することや看護師のストレスについて様々な意見が聞かれるようになった。先行研究では業務検討を行う際の困難さについて示唆されている。当病棟でもどのようなことが問題となっていたのかを調査するためアンケートを行った結果，今後の課題について明らかにしたので報告する。

【研究方法】

調査期間：平成27年12月上旬～平成28年3月31日

アンケート調査：平成28年6月

対象：当病棟看護師25名

【結果・考察】

アンケートでは「他科の業務がわからなかった」「ナースコールで他科の対応ができなかった」の回答が80%を占めていた。業務に関しては業務改善委員が決定した内容をスタッフに周知するという方法をとったが，スタッフが再編後の業務をイメージできるような

内容ではなかった。

また、「気分が落ち込む」の回答が35%「睡眠時間が減った」の回答が25%だった。新しい業務や新しいスタッフ、新しい環境の中で分からないことを抱えながら働くことがストレス増大の一因となっていたと考える。再編後にスタッフがストレスを抱えず働ける環境を整えるためには、十分な準備期間を設け、再編前にスタッフにしっかりと業務内容を周知していくことや、再編後の病棟で働くイメージができるような院内留学やシミュレーションといった勉強会の実施が必要である。また、新病棟を一から築き上げるという意識をスタッフ全員が持ち、全員参加型の検討を行うことが必要である。

【結論】

1. 処置や検査の見学だけではなく院内留学やシミュレーションを含めた勉強会の実施をすることで、再編後の病棟で働くイメージが付きやすい。
2. 再編準備を進める際は業務改善委員が中心となり、全員参加型の検討を行うことが必要である。
3. 再編による異動は看護師のストレスが大きい。
4. 新病棟を築き上げていくにはスタッフ個々の努力と意識改革が必要である。
5. 再編後スタッフが不安なく円滑に業務を行うためには十分な準備期間が必要である。

呼吸器内科・胸部外科における機能別看護の業務改善～早出・フリー業務を見直して～

西4階 ○山田 麻紀, 松岡 郁子
五味川真代, 大住 円
尾崎 由悦

【はじめに】

平成28年2月の病棟再編に伴い、西病棟4階ナースステーションは呼吸器内科と胸部外科の2科の混合病棟となった。再編成前に業務のすりあわせを行ったが、全く特性が異なる呼吸器内科と胸部外科の日勤ネーベン業務をあわせることは困難であった。

そこで業務改善を目的に、まず機能別看護として導入している早出業務とフリー業務の見直しを行い、業務改善を図ることとした。

【取り組んだ内容】

病棟再編成から3ヶ月が経った5月に、師長・新人看護師を除いた全看護師21人を対象に、早出・フリー業務の改善ポイントについて、無記名でのアンケート

を実施した。その結果を元に業務の見直しを行い、その体制を1ヶ月間継続した。その後、再度同様のアンケートを実施し、更なる見直しを行った。

【結果】

今回の取り組みの結果、早出・フリー業務に関しては改善できた。ナースコール対応を行いながら、並行して検査・他科受診などの搬送業務をこなせるようになり、診材請求や員数点検も時間内に実施できるようになった。

【結論】

ナースコール対応は看護師にとって避けては通れない業務の一つである。立て続けに鳴るナースコールの対応に追われ、記録や他の業務が後回しとなり、結果として時間外業務の増加に繋がっていた。現在は、訪室を多くし患者の行動パターンを把握することで、事前に対応した結果、ナースコールの数は減ってきている。

しかし、看護必要度の高い患者やナースコールの多い患者が在院している場合は、早出・フリースタッフのみではナースコール対応が厳しい現状にあるのも事実である。そのため、ナースコールの多い患者を受け持つ看護師がPHSを所持し、ナースコール対応を早出・フリースタッフとともに行うこととしたがまだ定着していない。

今後の課題として、それぞれのスタッフがナースコールに対する意識を更に高める必要がある点が挙げられる。業務内容を適宜見直し、必要時には業務改善を図ることで、より良い看護を提供できるよう努力していきたい。

安全な身体拘束を実施するための当病棟での取り組み

北第1 ○高橋 星, 眞籠 麻美
江蔵 祥平, 福本きよみ

【はじめに】

精神科では幻覚妄想に支配され精神運動興奮が激しくなり、行動の自制が困難になる場合がある。薬物投与や隔離などの対応では、患者及び他患の安全を確保することができず身体拘束が考慮されるが、拘束をすることで二次的な合併症や偶発的な事故に繋がることがあり、最悪の場合死亡に至る恐れもある。しかし、抑制帯の使用方法は複雑であり、当病棟に合ったわかりやすい手順書などもないため、手技に関しては、勤務年数などで力量の違いがでてしまう。そのため統一

された安全な方法で身体拘束を行えているのかという疑問を感じ、今回の業務改善に至った。

【取り組んだ内容】

前年度、抑制帯の委託販売を行っているピネルジャパンに依頼し、当院で抑制帯の使用方法についての勉強会を開催した。勉強会後に当病棟で実施していた手技を見直すと、腹部抑制帯のベッドへの固定方法や四肢抑制帯の巻き方と固定ピンの位置が不適切、また使用頻度の少ない肩抑制帯や寝返り防止抑制帯などの適切な装着方法を知らないスタッフが多いなどの問題点が見つかった。そのため、スタッフ全員が統一された安全な方法で身体拘束を実施できるように抑制帯の手順書を作成し、スタッフ全員で情報の共有を図れるようにした。また、今年度より年に2回身体拘束の勉強会を開催した。

【結果】

「写真つきの手順書なのでわかりやすい」「難しい抑制の方法でもスムーズに行えるようになった」「勉強会で実際に自分が患者役をして身体拘束をされることで、患者の苦痛やストレスを共感でき今後も早期に身体拘束を緩和できるよう努めていきたい」などのスタッフの意見があがった。

【結論】

精神科病棟においては、治療の一環として身体拘束を行うことは必要不可欠な場合もある。在院日数も減少し急性期の患者が多くなっているため、今後ますますその機会が増えることが予想される。そのため、スタッフ全員で身体拘束の手技を統一し、患者が安全に治療を受けられるよう努めていく必要がある。

手術室におけるKYTの効果

手術室 ○伊藤 舞子, 中島 祥子
嶋澤 隆博, 飯野ちあき
原井 絵里

【はじめに】

当手術室の過去3年のインシデントアクシデント(以下IA)件数は増えている。IA発生時は当事者がIA分析を行い、看護師長又は部署リスクマネージャーと話し合い、手術室定例会議にて共有を行っている。状況が類似したIAが繰り返される要因の一つとして、危険予知への意識が低いことが上げられ、危険予知トレーニング(以下KYT)が必要であると考え、その効果を検証することとした。

【目的】

KYT前後のアンケートから危険予知への意識変化、KYTの効果を検証。

【対象・方法】

研究期間:2016年5月1日～2016年9月23日 対象:手術室看護師(研究メンバー3名は除く)16名 研究方法:4場面のKYTをKYT基礎4ラウンド法に沿って実施。KYT前後にアンケートを実施し「危険の認識」「危険回避行動」「他者へ着目する必要性」の 카테고リーに分けて分析。

【結果】

「危険の認識」と「危険回避行動」の項目ではKYT前後で意識変化が見られた。「他者へ着目する必要性」の項目では意識変化は見られなかった。

【考察】

「危険の認識」は、自身の危険予測が不十分であり現場にはより多くの危険があると気づき、常に危険を意識して働くことの必要性を認識したと考える。「危険回避行動」は、自分で思っていたより安全の為の行動がとれていないと認識し危険予知への意識を高めることができたと考える。「他者へ着目する必要性」は、意識変化は見られず、KYTを繰り返し行うことで危険予知への意識の向上に役立つと考える。

【結論】

1. 危険予知が不十分であるという認識につながり、危険を意識していく必要性の認識が高められた。
2. 事前の準備・確認、スタッフとの良好な関係が必要であることの認識を高め、KYTの必要性を認識できた。
3. 1回のKYTは危険予知への意識の変化には至らず、KYTを繰り返し行うことでKYTの効果につながる事が示唆された。
4. 自作のKYTシートがイメージしやすかったこと、ディスカッションが活発に行われたことでKYTの効果を高めた。

看護補助者への日常生活ケア統一に向けた取り組み～清潔ケア統一を図るための看護補助者への指導～

東7階 ○田中のぞみ, 中島 松江
多津美知果, 太田 智美

【はじめに】

地域包括ケア病棟新設に伴い、看護体制が変わり看護師業務が増えることから、看護補助者に日常生活援

助業務を移行していく必要があった。そこで看護補助者の業務を見直し、清潔ケア（全身清拭、陰部洗浄、洗髪、足浴、マウスケア、洗面）を最優先に考え取り組むこととした。しかし、看護師と看護補助者が共にケアを行ったところ、看護師のケアの方法に個人差があり看護補助者が戸惑うことがあった。また看護補助者の経験にも差があり、ケアの統一を図れるよう基本に戻る必要があった。同じケアが提供できるような取り組みを考え、当院看護補助者業務・看護技術マニュアルの周知、模擬人形の技術演習、実践を行った結果を報告する。

【対象・方法】

対象は、病棟看護師14名、看護補助者8名

方法は、看護補助者業務、技術マニュアルの周知、学研ナーシングサポート（以下e-ラーニングとする）視聴、勉強会、聞き取り調査、アンケート調査実施

調査期間は2016年2月1日～6月30日

【結果】

看護補助者が今まで経験した清潔ケアについての聞き取り調査の結果は、清潔ケアを一通り経験したのは3名、それ以外は経験の差がみられた。看護師と看護補助者ともにマニュアルやe-ラーニング、模擬人形を使用した勉強会はわかりやすいという意見が多く、看護補助者からは紙面は後から読み返すことができ、模擬人形やe-ラーニングは実技でよりわかりやすいという意見が得られた。看護師からは基本に戻る良い機会になった、看護補助者と同じ意識が持てた、実践することでイメージしやすく患者に対しスムーズに行えたとの意見が得られた。清潔ケアが統一されたかの質問には統一できていない、わからないという意見が半数を占めた。

【結論】

マニュアル、e-ラーニング、模擬人形の実技、日常生活援助関連の勉強会はわかりやすいとの意見が多く方法としては良いという結果が得られた。今後も技術演習を重ね、チェックリストを用い、理解度、到達度を評価しケアの統一を図れるよう患者の声を聞きながら取り組んでいきたい。

看護ケアに対する看護師の意識調査～口腔ケア事例を通して～

西6階 ○豊嶋 瞬、松浦 梨紗
廣嶋麻衣子、河田 由紀
葛西佳代子

【目的】

咬傷予防でシーネを装着しており薬剤性歯肉肥大が生じ、歯肉潰瘍の状態となってしまった患者に口腔ケアを実施してきた。看護者によって口腔ケアの方法・手技が異なり、症状に改善が見られず苦手意識を持った看護師が多かった。歯科衛生士の指導の下マニュアルを作成し手技を統一したところ症状は著しく改善し、苦手意識が軽減したと思われる発言が多く聞かれるようになった。そこで、看護師の意識の変化を明らかにすることで、口腔ケアに限らず他のケアにおいてもより質の高いケアの提供が期待できると考え、看護師の意識の変化と変化に影響を与えた要因を明確にしたいと考えた。

【方法】

対象：病棟看護師19名。方法：手順書導入前後でのケアの取り組みを、関心・積極性・不安や疑問の項目に分類し、5段階で評価。調査期間：平成28年2月～8月。

【結果・考察】

手順書を導入したことにより、ケアに対する意識は高まり口腔ケアに対する関心や学習意欲が向上するなどの効果が得られた。約6割のスタッフが口腔内の状態の改善を実感しており、満足感や自信を得ることができた。手順書導入前後の比較で、口腔ケアに関心があると答えた看護師は32%から74%へと増加している。導入前後において、関心や積極性の向上は明らかであり、導入前より意識してケアに取り組むことができていた。さらに39%に学習の意欲が向上する、口腔ケアに対する関心が向上するなどの効果をもたらした。口腔ケアに限らず、どの看護ケアにおいても知識の習得が必要であり、不安や疑問を解決するためには、知識不足を補うための勉強会等の学習できる場やマニュアルなどの手順書が重要であると考えた。病棟全体で学習できる場を設けることで意識の変化につながり、より積極的な介入が実現できる。

【結論】

1. 手順書導入により看護師の口腔ケアへの関心度は高まった。

2. ケアを積極的に実施したいという気持ちには口腔内環境の改善が影響していた。
3. 手順書の使用や手技の統一、知識を深めることが、看護ケアの質の向上につながる。

終末期がん患者の在宅に向けての退院支援

東6階 ○宮本 愛, 本間香緒里
山田 佳奈, 村田 和恵
小田 浩美

【はじめに】

終末期患者は様々な症状を呈することやその不安からも自宅退院を目標にしづらく、自分らしい生活を送れないまま予後を過ぎてしまうことが多い。今回、早期退院したいという終末期患者の意思に沿えず入院日数が長期化した事例を倫理カンファレンスで振り返ったのでここに紹介する。

【患者紹介】

Y氏。男性。胃癌・肝臓転移・リンパ節転移があり終末期の患者。45歳。独身。職業トラック運転手。愛煙家。病院嫌いで点滴嫌い。家族は両親と兄と姉と妹。両親は本人と同じアパートの別の部屋に住んでいた。主な介護者は母親。父子間の関係は良好とは言えなかった。本人は自宅のベッドで最期を迎えたいという想いがあった。

【経過】

抗がん剤を使用した追加治療は行えないためBSC方針となっている。癌性疼痛のコントロールのためEpiポートを留置し持続でモルヒネの投与を行っていた。

本人は自宅退院を強く希望したが、家族は自宅退院への不安を感じていた。医療者は訪問診療・訪問看護導入の必要性を感じていたが、本人・家族の理解は得られなかった。しかし気持ちに変化が生じ、在宅サービスの導入を受け入れ自宅退院となる。

【実施】

NRSで疼痛を評価し、苦痛緩和に努めた。

医師と看護師間の情報共有として週1回カンファレンスを実施し、看護スタッフ間でのチームカンファレンスを都度実施した。

本人へ退院の意向を確認し、医師へ家族へのICを依頼した。

訪問診療依頼先との合同カンファレンスを実施した。

【退院後の倫理カンファレンスシート記載内容】

【不一致の要因】

- ・両親は高齢であり状態の悪い息子を介護するのは不安が大きい。反対に本人は自宅で過ごしたいという思いが強いため周りの意見は聞き入れられない状態。
- ・本人・家族とも訪問看護・訪問診療がなぜ必要なのかといったことが十分に理解できておらず、今後の病状悪化が予測できていない。

【おわりに】

今回の学びを活かしその人らしい最期を迎えられるように、今後も患者に寄り添った看護を提供していきたい。

当院の女性看護職員の未就学児への子育て支援に関する実態調査

東3階 ○白取 春美, 武市久美子
藤島真紀子, 森 麻紀子
多田 啓子

【はじめに】

当院において、育児負担が最も高い未就学児の子育てをしながら仕事と家庭生活を両立している看護職員が様々な育児支援を求めていることを耳にした。その世代は組織において重要な役割を担っており、個々の職場と家族のサポート体制の実情を知り、職場にどのような子育て支援を求めているかを明らかにし職場の協力体制の参考にしたいと考えた。

【方法】

調査期間：平成28年7月6日～7月20日

対象：当院で未就学児の子育てをしている女性看護職員（正規雇用）、55人

回収率67%，有効回答率61%

調査方法：無記名質問紙調査方法

【結果・考察】

当院における育児支援制度の調査をしたところ、認知度と利用状況は比例しており、全国のデータに比べ育児支援制度は整備されていた。対象者は、家族のサポートを受け家事や育児を工夫し、また勤務調整が必要で且つ家族のサポートが得られない時は利用可能な育児支援制度を活用しながら仕事と家庭生活を両立していた。しかし、希望した制度が利用出来なかった、職場の状況を気遣い制度の利用を躊躇したという回答も見られた。子育て世代のニーズには、現在ある制度を確実に利用しできるようにし、また夜勤免除や病児

保育の希望があった。

このように、制度は存在しても利用できない事例が増えれば、働きながらの子育てを困難にする可能性があり、子育て世代の女性看護職員の離職につながるため、キャリアを継続できるような働きやすい環境作りが重要であり、上司や同僚のサポートが不可欠である。

【結論】

1. 当院の育児支援制度は、全国のデータに比較して整備されている。
2. 未就学児の子を持つ女性看護職員は、仕事と家庭生活を両立する上で葛藤しつつも、様々な手段を利用し工夫をしながら困難を乗り越えている。
3. キャリア継続のためには、上司・同僚からのサポートが不可欠である。
4. 子育て支援ニーズには、現在ある制度の利用の他に、夜勤免除や病児保育の利用が挙げた。

母親のインフルエンザ予防行動に影響する要因

第1 外来 ○吉田 彩子, 横山 絹恵
新名 絵美, 岡田いづみ

【はじめに】

母子の置かれている環境や感染予防に対する認識が、インフルエンザ予防行動に影響を与えているのではないかと考え、その要因を明らかにするために認識調査を行った。

【研究方法】

研究期間：2016年5月16日～5月31日

対 象：当科を受診した中学生以下の子どもを養育している母親

調査方法：自記式質問調査方法（資料1）

調査内容：母子の属性や置かれている環境

【結果・考察】

0～3歳の1人目の子どもを養育している20～30代の就業している母親に、予防行動率が低い傾向がみられた。仕事を持ち、多くのケアを必要とする乳幼児期の子育てを初めて行っていることが母親の心の余裕、時間的な余裕を奪い予防行動に影響をもたらしていると推察できた。子どもへの予防行動が母親に比べ重要視されない傾向があり、実施率も低かった。子どもが嫌がり予防行動をとれない現状が実施率の低下に繋がっている。低年齢の子どもでも、母親の援助を得ながら行える予防方法の啓蒙が必要である。「予防行動なし群」は、予防行動やインフルエンザを軽視している

わけではなく、予防行動を重要と感じインフルエンザを怖いと考えていた。予防行動を行いたい、子どもが早く予防行動を行えない母親のジレンマがあることがわかった。今後は、このような母親への支援が必要である。予防接種をしない理由は、費用面よりも完全に罹患を防げないことだった。予防接種の実施には母親の考えが大きく影響するため、今後は予防接種に前向きになれるようワクチンに対する知識を伝えていく必要がある。

【結論】

1. 母親の予防行動には、心の余裕時間的な余裕、予防行動に対する認識が影響しており、低年齢の子どもを養育していることが予防行動を低下させていた。
2. 予防接種の実施には、母親の接種効果への認識が影響していた。
3. 予防行動率を高めるには、時間をかけずに簡単に取り入れられる予防法と予防接種の効果について啓蒙していく必要がある。

造血幹細胞移植患者の思いを取り入れたオリエンテーション内容の見直し

西7階 ○須田枝里香, 井上理香子
新城由紀子, 矢作 遥香
坪崎 春美

【はじめに】

当科では年間約10件の造血幹細胞移植を行っており、移植前には患者・家族を対象にオリエンテーションを行っている。これまでもオリエンテーション内容の見直しは行ってきたが看護師が不足していると感じたことを追加しているだけで、実際に患者の意見を取り入れた内容変更には至っていなかった。そこで、移植後患者から移植に関する実際の声を聞くことによりオリエンテーション内容の見直しを図り、患者の気持ちに寄り添ったオリエンテーションを行うことで不安の軽減につなげていきたいと考えて本研究を行った。

【方法】

当科にて造血幹細胞移植を行った患者4名より半構成的インタビューを行い得た結果をカテゴリー化して分析した。

【結果】

インタビュー内容の分析の結果、〈移植についての理解〉と〈移植後の実際〉の2領域と4つのカテゴリー

一と8つのサブカテゴリーに分類された。さらに「前もって防護環境に入室していたから不安はなかった」「副作用について事前に説明されていたら心構えが違った」「何か言ったら看護師さん達が全部対応してくれたからストレスはなかった」「とてもよくしてもらったから。我が儘言っただけ全部聞いてもらったから全然何もないです」などを含む32のコードが抽出された。

【考察】

看護師は、現在のオリエンテーション内容では移植中の生活をイメージしにくいと考えていたが、インタビューの結果、化学療法の段階で防護環境を経験した患者は移植中の生活をイメージしやすいということが示唆された。河野らは「患者本人の自覚と努力が移植の成功には大きな役割を果たす」と述べており、オリエンテーション内容に出現しうる副作用や対処方法を取り入れることで、患者の自発的な予防行動につながると言える。また、患者の声から、移植前より患者の思いを傾聴し寄り添うことは、看護師と患者の信頼関係を構築し、患者のストレスの軽減につながる。よって、患者の思いを抽出しオリエンテーション内容に取り入れることが必要である。

緊急心臓カテーテル治療を受ける患者の心理を明らかにする～精神的援助に視点を置いて～

集中治療室・CCU ○宮川 美希, 関口 寿江
川口 朋子, 里吉 祐子

【はじめに】

急性心筋梗塞（以下AMI）で治療が必要と診断された場合、緊急心臓カテーテル治療（以下 緊急PCI）による救命処置が早期に実施される。患者は救急医療の場の緊張感や馴染みのない環境の中、現在自分に起きている事象が理解できていない状況で、緊急PCIを受けなければならない。私達は緊急PCIの介助につく際には、精神面の援助の必要性を感じながらも、救命治療の処置や介助が最優先となるため、十分な精神的援助が行えていないと感じていた。本研究では緊急PCI中の患者の思いを調査し、どのような精神的援助が必要かを検討した。

【対象と方法】

2016年5月～8月中旬にAMIで緊急PCIを受けCCUに入室した患者13名。入室後にインタビューを行い、結果を分類・分析した。

【結果】

インタビューの結果＜時期1＞では未知の体験に対する不安や恐怖、状況の受け入れ・覚悟、医療者の言動に対する怒りなどがあった。＜時期2＞では治療を受けることに対する不安や恐怖、状況の受け入れ・覚悟、周囲への関心があった。＜時期3＞では治療の進行などに対する疑問・不安、医療者への遠慮、医療者への不信感・信頼感、今後の生活への不安、治療への関心があった。

【考察】

患者の多くは治療中に不安や恐怖を感じているが、気持ちを表現しづらい状況にある。治療中の患者は自分の現状を把握しようと、医療者の言葉や行動に敏感となっている。何のために行う処置か、どれくらいの苦痛が伴うのか、時間はどれくらいかかるかなど情報提供することで、患者の不安や恐怖を軽減させることができる。患者が医療者に求めるのは、確かな医療技術と暖かな人間性であり、看護師は、患者の状況を把握し、暖かみのある心のこもった言葉がけや関わりが必要といえる。

【結論】

患者は不安や恐怖を抱きながら治療を受けており、医療者に対する遠慮や慣れない環境などから、自分の感情も抑えている。患者が気持ちを表出できるよう働きかけ、状況を把握し、暖かみのある心のこもった言葉かけや関わりが必要である。

妻の入院をきっかけに手紙の交換を開始した夫婦の入院経過～手紙を交換することの意味について～

北第2 ○加藤 祐太, 谷口 誠子
池田奈美子, 大西かおり

【はじめに】

妻のうつ症状が遷延化した夫婦に対して、手紙の交換を取り入れたところ、夫婦間の理解が深まり、妻の症状が改善された。この事例の入院経過を報告するとともに、手紙の交換が自分の気持ちを相手に伝えるコミュニケーションの手段として有効であることを考察したい。

【事例】

A氏（妻）B氏（夫）

B氏はA氏が鬱で入退院を繰り返すようになり、B氏の身体的、精神的負担が大きく、怒りっぽく、威圧的になった。そのことでA氏はさらに体調不良を憎悪

させ入院した。B氏の面会時にも、何も言えなく我慢している状況が続いた。この夫婦に主治医から手紙を交換するコミュニケーションが提案され、夫婦がこれを受け入れた。

【結果・考察】

今回の入院で、夫婦間で手紙の交換をすることで、お互いの気持ちを理解し、慰め、励ますようになった。野崎は、「書く」ことで自分の心を吐露し、次に自分の考えや気持ちを整理整頓して的確に表現することが可能になり、その結果、新たな展開への糸口を見つけることが可能になると述べている¹⁾。今回呈示した夫婦についても、話し言葉では、B氏は感情的になってしまい、A氏に自分の思いを上手に表現できなかったが、文章を書くという方法を用いることで、感情的にならずに自分の思いを素直に表現することが可能になり、互いの気持ちの理解が深まり、相手を思いやる気持ちを表現されるようになった。手紙によるコミュニ

ケーションは、相手に自分の気持ちを伝える前に自らの言葉を推敲し整理することができるため、自分の感情を素直に出せたのではないかと考えられる。

コミュニケーションの問題が背景にある夫婦の事例に対して、手紙の交換という手段はとても有効であったと考えられる。

【結論】

- ・これまで話し言葉では表現されることがなかった気持ちが文章で表現されるようになり、夫婦間での互いの理解が深まった。
- ・手紙を書く作業は自分の考えや気持ちをじっくり考え、整理することができるという点が話し言葉にはない特徴であると考えられた。

文 献

- 1) 野崎京子：心療内科女医が教える 人に言えない不安やストレスと向き合う方法 2011：94-95.

がん診療連携拠点病院関連研修会【平成28年度】

・第7回 地域医療連携のつどい「メスに頼らない内科診療－分子標的治療から全人的医療まで」（5月30日）

座長 副院長 齊藤 裕輔

- ・分子標的治療で血液がんのCureをめざす
- ・糖尿病治療薬の進歩
- ・全人的医療でいまを生きる

血液内科

糖尿病・代謝内科

総合内科

柿木 康孝

宮本 義博

鈴木 聡

・がん市民講演会（8月20日）

座長 放射線治療科 川島 和之

- ・2人に1人ががんになる時代に

－私の経験と日本人の生き方について－

豊岡中央病院 会長

田下 昌明

・市立旭川病院ELNEC-Jコアカリキュラム看護師教育プログラム（9月17日・9月18日）

講師 道内の緩和ケア認定看護師等

・厚生省の開催指針に準拠した緩和ケア研修会（10月1日・10月2日） 2016年度 市立旭川病院 緩和ケア研修会

・がん診療連携講演会（10月28日）

座長 消化器内科 垂石 正樹

- ・当院におけるがん相談支援センターについて
- ・当院における化学療法センターの現状と看護のポイント

がん相談支援センター看護師

がん化学療法看護認定看護師

小野寺知美

鈴木慎太郎

・第10回市民公開講座「胃癌／大腸癌を克服する・共に生きる」（11月12日）

座長 副院長 齊藤 裕輔

- ・内視鏡治療で胃癌／大腸癌を克服する
- ・身体に優しい外科手術で胃癌／大腸癌を克服する
- ・抗がん剤治療で胃癌／大腸癌と共に生きる

消化器内科

外科

消化器内科

富永 素矢

村上 慶洋

垂石 正樹

・3病院共同開催（旭川厚生病院主管）第8回道北がん診療連携拠点病院共同開催公開講座（11月19日）

「わかりやすい肺がんの話」

座長 旭川厚生病院 副院長 中野 詩朗

- ・肺がんの検診・診断
- ・肺がんの手術治療について
- ・体に優しい放射線治療
- ・ここまで進んだ肺がんの薬

旭川厚生病院 呼吸器科

市立旭川病院 外科

市立旭川病院 放射線治療科

旭川医科大学病院 呼吸器センター

秋葉 裕二

福永 亮朗

川島 和之

佐々木高明

体験コーナー

あなたの一酸化炭素濃度を測ってみませんか？

『厳しい夫の効用』

うちの夫は妻に厳しい、と妻（私）は思う。

私が当院に赴任して最初の3年は学術面で特に多忙だった。なかでも3年目は専門医試験受験のため、毎朝3時に起きて勉強をしていた。夜は保育園児の寝かしつけが必要で、結局一緒に寝てしまうため早朝に勉強するしかなかった。そんなギリギリの生活をしている私に、ある日夫は「(おまえは)運動も読書もしないでさあ、(自己研鑽のできないダメなヤツ)…」と言い放った。ちなみに夫は私と同じ職種でラン歴5年のランナー、かつ読書家である。(心の声→)「おいおい、子供2人育てつつ、基幹病院の常勤医続けて試験勉強やれてるだけでも十分じゃない？ そっちは、子供が寝た後は自由な時間が沢山あるから読書もはかどるだろうけどさ。そんなこと言うなら、週の半分以上寝かしつけ代わってよ。」と静かに憤ったが、声に出したら倍返しをくらうので何も言わないでおいた。またある日、胃部不快感のため内視鏡検査を受けたところ、軽度の逆流性食道炎が見つかった。それについて夫に告げたところ、「痩せれば治るんじゃない」と一括された。(心の声→)「私、BMI 19。デブで逆食になるほどの体型じゃないんだけど。」勿論、これについても反論はしていない。

さて、そんな夫婦関係だが、悪い事ばかりでもない。上記2件について、さほどこちらに落ち度がある訳でもなかったが、言われっぱなしも腹立たしいので策を考えた。まず、受験生で時間は無いが、見返してやる為に効率的な運動について考えた。手っ取り早く、自動車通勤を自転車にかえてみることにした。やってみると自動車で20分かかると通勤が自転車では25分とたったの5分しか変わらなかった。トータルタイムロス10分で往復300キロカロリー消費できる。さすがに、暇な時間は勉強にあてたいので読書はしなかったが、試験が終わってからはボチボチ本も読んでいます。

ついでに、逆食の件で暗に「デブ」と言われたので痩せる事にも取り組んだ。試験から解放された去年の春からランニングを始め、今年の正月からは糖質制限もしている。白米、パン、麺類、芋類、砂糖粉類使用のスイーツは基本的に食べない(例外：結婚記念日や20キロ以上走った日はご褒美としてアイスをちょっと食べたりはする)。体重はおかげで4キロ減った。現在体脂肪率は19%台である。アラフォー後半女性としてはかなりいい数字だろう。フルマラソンももうちょっとでサブフォーのところまで来た。ストイックな生活に思われるが、案外調子に乗ると苦痛ではない。この歳になると目的の無いダイエットは続かないが、趣味と健康の為であれば生活習慣として定着し、自然と続いている。

よく、夫婦でランニングが趣味、と知られると「一緒に走ったりするんですか？ 仲がいいんですね？」なんて言われるが、私が走りはじめた経緯は上記の通りであり、仲が良いからでは決してない。実際、一緒に走るのは海外旅行中の朝ランで保身が必要な場合だけである。しかし、きっかけはなんであれ、運動が日常化するとストレス発散になり、体調も良い。そんな夫とも、同じマラソン大会に参加すると並走はしないものの連帯感を共有し、完走後はお互いに努力をねぎらい合う。そういう相手がいるというのはありがたい事だ。

このように、夫が厳しいと妻はそれなりに成長すると言えるだろう。男性の皆様、優しいだけではダメかもしれませんよ。ちょっと厳しいくらいの方が、奥様の長所が引きだせるかもしれません。ちなみに、最初に書いた逆流性食道炎は痩せても(やはり)治ってはいない。

※これとは関係なく、家事を沢山分担してくれている事については夫に日々感謝しております。

(W.N.)

『ポテト』でびっくり（旭川ケーブルテレビではありません）

外来患者に対して、あるいは入院患者の退院説明時に簡単ではありますが減塩指導をすることがあります。『高血圧治療ガイドライン2014』では“減塩目標は食塩 6 g/日未満”とされており、当院の塩分制限食も 6 g/日です。平成27年国民健康・栄養調査報告（厚生労働省 平成29年 3 月）を見ると、食塩摂取量の平均値は総数で10.0g/日（男性11.0g/日、女性9.2g/日）でした。当然地域による差もあり、北海道では総数9.7g/日（男性11.0g/日、女性8.7g/日）でした。この結果を見ると減塩目標を達成できている人は非常に少ないと思われます。

入院中の食事の味付けについて患者に聞くと、やはり“味が薄かった”“味気なかった”“おいしくなかった”と言う人が多い気がします。反対に“自宅でもいつも薄味なので何ともなかった”“おいしかった”と言う人もいるのですが、なかにはこんなことも…。

退院時のとある説明の場で。

（男性患者）「妻の料理は元々薄味なので病院食の方が味が濃いくらいでしたよ。」

（小生）「そうですか。それなら塩分制限は大丈夫ですね。（そういえば耐糖能障害もあったな。間食の有無についても聞いておこう。）」

（小生）「ふだん間食はしていませんか？例えばおやつを食べたりとか。」

（患者）「そうですね。ポテトをよく食べます。」

（小生）「ポテト？（まさか）チップス…ですか？」

（患者）「…はい。」

（妻）「朝起きたときからよく食べてますね。」

（家族）「おっきな袋を買ってひとりで食べてますよ。」

（小生）「…。」

ちなみにポテトチップスは60g, 85g, 28g（小袋）、135g（LサイズBAG）、170g（BIGBAG）等のサイズがあるのですが、カルビーによると（味付けによって多少の違いはあるようですが）重さの約 1 %の塩分（食塩相当量）が含まれているそうです。LサイズBAGをひとりで完食すると塩分1.3g摂取したことに。（平成27年 4 月 1 日より食品表示法が施行されました。それによりナトリウムの表示に代わり食塩相当量を表示することになったので食塩摂取量がわかりやすくなりました。）

『塩分制限していますか？』と聞くと、患者も『制限しているつもりです』と漠然と答えることが多いものです。もう一步つっこんで詳しく尋ねることが大事と痛感しました。（T.K.）

平成28年度学会発表ならびに投稿論文

内 科
[学会発表]

- 1) 50歳台の男性、就寝中の息苦しさで救急搬送された症例
市立旭川病院・内科
浅野目 晃, 中村 愛, 井川 貴行, 平山 康高
菅野 貴康, 石井 良直
(第14回救急医療症例研究会, 2016年2月, 旭川)
- 2) 80歳台の男性、冠動脈バイパス手術後の心不全の症例
市立旭川病院・内科
平山 康高, 中村 愛, 浅野目 晃, 井川 貴行
菅野 貴康, 石井 良直
(第14回救急医療症例研究会, 2016年2月, 旭川)
- 3) 50歳台の女性、バレーボール中に心肺停止となりAEDにて救命できた症例
市立旭川病院・内科
井川 貴行, 中村 愛, 浅野目 晃, 平山 康高
菅野 貴康, 石井 良直
(第14回救急医療症例研究会, 2016年2月, 旭川)
- 4) Mechanistic Significance of Paradoxical Apical Hypertrophic Change in the Recovery Phase of Takotsubo Cardiomyopathy
Department of Cardiology, Asahikawa City Hospital
Akira Asanome, Yoshinao Ishii, Yuya Kitani, Ai Hirose
Takayuki Igawa, Yasutaka Hirayama, Takayasu Kanno
Department of Internal Medicine, Cardiovascular, Respiratory and Neurology Division, Asahikawa Medical University
Naoyuki Hasebe
(第80回日本循環器学会総会, 2016年3月, 仙台)
- 5) 遠隔地発症心筋梗塞 (STEMI) に対する初期治療の近況
市立旭川病院・内科
中村 愛, 石井 良直
(循環器疾患レクチャーミーティング, 2016年6月, 旭川)
- 6) 心血管イベント再発リスクが高い症例とは？－狭心症の再発を認めた糖尿病性末期腎不全の一例－
市立旭川病院・内科
石井 良直
(Hyperlipidemia Meeting in Sapporo, 2016年6月, 札幌)
- 7) Opening Remarks : 今後の高血圧治療を考える
市立旭川病院・内科
石井 良直
(高血圧フォーラム in 旭川, 2016年6月, 旭川)
- 8) Prehospital Thrombolysisにより梗塞進展が抑えられた下壁梗塞の一例
市立旭川病院・内科
中村 愛, 鈴木 伸穂, 浅野目 晃, 井川 貴行
菅野 貴康, 石井 良直
(第12回心筋梗塞ネットワーク勉強会, 2016年6月, 旭川)
- 9) 非典型的症状のため診断に時間を要した心筋梗塞の一例
市立旭川病院・内科
中村 愛, 鈴木 伸穂, 浅野目 晃, 井川 貴行
菅野 貴康, 石井 良直
(第12回心筋梗塞ネットワーク勉強会, 2016年6月, 旭川)
- 10) メタボリックシンドロームで多枝病変を有した急性心筋梗塞の一例
市立旭川病院・内科
井川 貴行, 中村 愛, 鈴木 伸穂, 浅野目 晃
菅野 貴康, 石井 良直
(第12回心筋梗塞ネットワーク勉強会, 2016年6月, 旭川)
- 11) 心電図の診かた～自動解析診断の落とし穴も含めて～
市立旭川病院・内科
石井 良直
(医療センター循環器疾患に関する勉強会, 2016年6月, 旭川)
- 12) 左室内に多発性血栓を認めた若年女性の一例
市立旭川病院・内科
五十嵐 将, 鈴木 伸穂, 中村 愛, 浅野目 晃
井川 貴行, 菅野 貴康, 石井 良直
(第36回北海道心・冠血管イメージング研究会, 2016年7月, 旭川)
- 13) 私の医療への取り組み・今後の展望
市立旭川病院・内科
幸村 近
(北海七夕循環器セミナー, 2016年8月, 札幌)
- 14) 冠動脈CTにて診断困難であった強度石灰化症例とステント留置症例
富良野協会病院
名取 俊介, 野呂 忠孝
市立旭川病院・内科
石井 良直, 平山 康高, 井川 貴行
旭川医科大学内科講座・循環・呼吸・神経病態内科学分野
長谷部直幸
(第64回日本心臓病学会, 2016年9月, 東京)
- 15) ST上昇型急性心筋梗塞における右側胸部誘導での一過性陽性U波増高の意義
市立旭川病院・内科
菅野 貴康, 石井 良直, 中村 愛, 浅野目 晃
井川 貴行, 平山 康高
旭川医科大学内科講座・循環・呼吸・神経病態内科学分野
長谷部直幸
(第64回日本心臓病学会, 2016年9月, 東京)

- 16) スtent留置後，早期に新生内膜の石灰化を認めた透析患者の一例
市立旭川病院・内科
浅野目 晃，鈴木 伸穂，中村 愛，井川 貴行
菅野 貴康，石井 良直
(Circulation Conference in Asahikawa, 2016年10月，旭川)
- 17) 狭心症の診断は難しいー冠動脈はブレるんです？ー
市立旭川病院・内科
石井 良直
(旭川心血管診療セミナー，2016年11月，旭川)
- 18) 左室内に多発性血栓を認めた急性心筋炎の一例
市立旭川病院・内科
五十嵐 将，井川 貴行，鈴木 伸穂，中村 愛
浅野目 晃，菅野 貴康，石井 良直
(第116回日本循環器学会北海道地方会，2016年11月，札幌)
- 19) 狭心症・心筋梗塞を見逃さないために
市立旭川病院・内科
石井 良直
(心血管領域セミナー 2016，2016年11月，旭川)
- 20) もし，B型肝炎といわれたら
市立旭川病院・内科
助川 隆士
(肝臓病教室，2016年2月，旭川)
- 21) ウィルス性慢性肝炎治療のUp To Date ～実地に役立つメモ～後編
市立旭川病院・内科
助川 隆士
(旭川GI研究会，2016年2月，旭川)
- 22) 大腸ポリープガイドラインの解説と今後の問題点
市立旭川病院・内科
斉藤 裕輔
(松山胃腸疾患研究会・特別講演会，2016年2月，松山)
- 23) Yersinia腸炎の2例
市立旭川病院・内科
佐々木貴弘，杉山 隆治，助川 隆士，小澤賢一郎
垂石 正樹，斉藤 裕輔
(第168回旭川消化器病談話会，2016年2月，旭川)
- 24) 腸管Spirochetosisの1例
市立旭川病院・内科
佐々木貴弘，杉山 隆治，助川 隆士，小澤賢一郎
垂石 正樹，斉藤 裕輔
(第7回腸を診る会，2016年3月，旭川)
- 25) 大腸ESDにおける遅発性穿孔のリスク因子と抗生剤予防投与の効果に関する検討
市立旭川病院・内科
佐々木貴弘，富永 素矢，杉山 隆治，助川 隆士
稲場 勇平，小澤賢一郎，垂石 正樹，斉藤 裕輔
(第112回日本消化器内視鏡学会北海道支部例会，2016年3月，札幌)
- 26) Risk factors for infusion reactions of infliximab in patients with Crohn's disease
市立旭川病院・内科
Yuhei Inaba, Masaki Taruishi, Yusuke Saitoh
旭川医大・消化器・血液腫瘍制御内科
Mikihito Fujiya
(11th Congress of ECCO, 2016年3月，Amsterdam)
- 27) PL-26プレナリーセッション「IBD 臨床」難治性クローン病に合併する精神疾患についての検討
市立旭川病院・内科
稲場 勇平，垂石 正樹
旭川医大・消化器・血液腫瘍制御内科
藤谷 幹浩
(第102回日本消化器病学会総会，2016年4月，東京)
- 28) 胃癌の化学療法ー最近の話題
市立旭川病院・内科
垂石 正樹
(がんセミナー，2016年4月，旭川)
- 29) WS-2 JGES core session: Advanced Diagnostic endoscopy for treatment: 基調講演: 第90回 (Advanced Diagnostic endoscopy下部消化管) の振り返り
市立旭川病院・内科
斉藤 裕輔
(第91回日本消化器内視鏡学会総会，2016年5月，東京)
- 30) 炎症性腸疾患の内視鏡診断
市立旭川病院・内科
斉藤 裕輔
(第40回日本消化器内視鏡学会セミナー，2016年5月，東京)
- 31) Prognosis of Recurrence after Endoscopic Resection for T1 Colorectal Carcinomas: Results of a Multicenter Questionnaire Survey Conducted by Japanese Society for Cancer of the Colon And Rectum
Shiro Oka, Yusuke Saitoh, Shinji Tanaka, Yutaka Saito, Hiroaki Ikematsu, Masahiro Igarashi, Yoshiki Wada, Shin-ei kudo, Kiyonori Kobayashi, Yuji Inoue, Toshio Uraoka, Hiroyasu Ishii, Hiroo Yamano, Osamu Tsuruta, Shinji Nagata, Koichi Kurahara, Yuichiro Yamaguchi, Yasushi Sano, Hiroshi Kashida, Takahiro Horimatsu, Shoichi Saito, Hideki Ueno, Megumi Ishiguro, Hideki Ishikawa, Yoichi Ajioka, Yasuo Ohkura, Takahiro Fujimori, Toshiaki Watanabe, Kenichi Sugihara
(DDW 2016 (ASGE), 2016年5月，San Diego)
- 32) サイラムザの適正使用について
市立旭川病院・内科
垂石 正樹
(サイラムザ旭川学術講演会，2016年6月，旭川)
- 33) 当院のC型肝炎におけるIFN Free治療の検討

- 市立旭川病院・内科
助川 隆士
(上川・肝炎研究会, 2016年7月, 旭川)
- 34) 早期胃癌研究会2016年7月度例会 症例3: 十二指腸
市立旭川病院・内科
柴田 進, 齊藤 裕輔
(早期胃癌研究会2016年7月度例会, 2016年7月, 東京)
- 35) IBDの内視鏡診断/鑑別診断のup to dateシンポジウム 2
炎症性腸疾患診断と治療up to date 2016
市立旭川病院・内科
稲場 勇平, 齊藤 裕輔
(第44回日本潰瘍学会, 2016年9月, 旭川)
- 36) 経カテーテル動脈塞栓術(TAE)にて止血しえた小腸多発血管腫の1例
市立旭川病院・内科
栗山 知穂, 杉山 隆治, 佐々木貴弘, 助川 隆士
富永 素矢, 稲場 勇平, 小澤賢一郎, 垂石 正樹
齊藤 裕輔
(第119回日本消化器病学会北海道支部例会, 2016年9月, 札幌)
- 37) 術前診断に苦慮した十二指腸デスマイド腫瘍の1例
市立旭川病院・内科
柴田 進, 佐々木貴弘, 杉山 隆治, 助川 隆士
富永 素矢, 稲場 勇平, 小澤賢一郎, 垂石 正樹
齊藤 裕輔
同 ・病理
高田 明生
(第119回日本消化器病学会北海道支部例会, 2016年9月, 札幌)
- 38) 臨床コメンテーター
市立旭川病院・内科
齊藤 裕輔
(第30回浜名湖胃と腸フォーラム, 2016年9月, 浜松)
- 39) 直腸良性リンパ濾胞性ポリポースの1例
市立旭川病院・内科
齊藤 裕輔
(第30回浜名湖胃と腸フォーラム, 2016年9月, 浜松)
- 40) 大腸ポリープガイドライン—今後の問題点
市立旭川病院・内科
齊藤 裕輔
(第170回旭川消化器病談話会特別講習会ミニレクチャー, 2016年9月, 旭川)
- 41) 画像所見からみた炎症性腸疾患の鑑別診断
市立旭川病院・内科
齊藤 裕輔
(根室市学術講演会, 2016年10月, 根室)
- 42) IBD領域の立場から
市立旭川病院・内科
垂石 正樹
(第10回インフリキシマブ研究会, 2016年10月, 旭川)
- 43) 大腸癌なんて怖くない
市立旭川病院・内科
齊藤 裕輔
(市民講座, 2016年10月, 旭川)
- 44) 潰瘍性大腸炎に対する診療について～難治例を中心に～
市立旭川病院・内科
稲場 勇平
(Infliximab Seminar in Asahikawa, 2016年10月, 旭川)
- 45) 胃癌・大腸癌なんて怖くない
市立旭川病院・内科
佐々木貴弘
(市民講座, 2016年11月, 旭川)
- 46) Comparison of the therapeutic efficacy between tacrolimus and infliximab for refractory ulcerative colitis: multicenter experience
市立旭川病院・内科
Yuhei Inaba, Takahiro Sasaki, Ryuji Sugiyama,
Ryuji Sukegawa, Motoya Tominaga, Ken-ichiro Ozawa,
Masaki Taruishi, Yusuke Saitoh
(APDW2016, 2016年11月, 神戸)
- 47) 抗がん剤治療で胃癌/大腸癌と共に生きる
市立旭川病院・内科
垂石 正樹
(市立旭川病院 市民公開講座, 2016年11月, 旭川)
- 48) 内視鏡治療で胃癌・大腸癌を克服する
市立旭川病院・内科
富永 素矢
(市立旭川病院 市民公開講座, 2016年11月, 旭川)
- 49) B型慢性肝炎治療 — B型慢性肝炎治療ガイドライン(第2.2版)に準じて—
市立旭川病院・内科
助川 隆士
(第116回旭川臨床画像・IVR研究会, 2016年11月, 旭川)
- 50) ATG再投与が無効であったがメテノロン酢酸エステル錠が奏効している重症再生不良性貧血
市立旭川病院・内科
柿木 康孝, 石尾 崇, 竹村 龍, 千葉 広司
(第51回日本血液学会春季北海道地方会, 2016年4月, 札幌)
- 51) ATL急性型に対する同種骨髄移植後のリンパ腫型再発例に対してTHPCOP療法+モガムリズマブ投与を行い2年間超のCRを維持している症例
市立旭川病院・内科
柿木 康孝, 横山 翔大, 竹村 龍, 千葉 広司
(第3回日本HTLV-1学会学術集会, 2016年8月, 鹿児島)
- 52) Bortezomibが有効であった原発性形質細胞白血病
市立旭川病院・内科
須藤 啓斗, 横山 翔大, 竹村 龍, 千葉 広司
柿木 康孝

- (第58回日本血液学会秋季北海道地方会, 2016年9月, 旭川)
- 53) PEL-like lymphoma presented as pericardial effusion with gastrointestinal involvement
市立旭川病院・内科
横山 翔大, 竹村 龍, 千葉 広司, 柿木 康孝
(第78回日本血液学会学術集会, 2016年10月, 横浜)
- 54) 当院における期限切れ廃棄赤血球製剤についての検討
市立旭川病院・内科
柿木 康孝
同 中央検査科
木元 宏弥, 高木 奈央, 長瀬 政子
(第60回日本輸血・細胞治療学会北海道支部例会, 2016年11月, 札幌)
- 55) 当院における輸血後感染症検査への取り組みと現状
市立旭川病院・内科
柿木 康孝
同 中央検査科
高木 奈央, 木元 宏弥
(第60回, 日本輸血・細胞治療学会北海道支部例会, 2016年11月, 札幌)
- 56) COPDなどの診療, 先生はどうしていますか?
市立旭川病院・内科
福居 嘉信
(喘息・COPD病診連携会, 2016年7月, 旭川)
- 57) 咳の診療の注意点
市立旭川病院・内科
福居 嘉信
(Scientific Exchange Meeting in Asahikawa II, 2016年11月, 旭川)
- 58) 慢性硬膜下血腫の術後に発症したACTH単独欠損症の1例
市立旭川病院・内科
鈴木 聡, 鈴木 敬子
(第276回日本内科学会北海道地方会, 2016年2月, 札幌)
- 59) ショートケース1
市立旭川病院・内科
鈴木 聡
(第12回北海道GIMカンファレンス, 2016年2月, 札幌)
- 60) 足りない!
市立旭川病院・内科
鈴木 聡
(旭川研修医スキルアップセミナー, 2016年7月, 旭川)
- 61) 23.4℃
市立旭川病院・内科
鈴木 聡
(第12回北海道IDATENクリニカルカンファレンス, 2016年7月, 札幌)
- 62) 発熱と筋痛を繰り返したBorrelia miyamotoi感染症の3例
市立旭川病院・内科

鈴木 聡, 鈴木 啓子
(第278回日本内科学会北海道地方会, 2016年11月, 札幌)

[投稿論文]

- 1) Daikenchuto (TU-100) shapes gut microbiota architecture and increases the production of ginsenoside metabolite compound K
Hasabe T, Ueno N, Musch MW, Nadimpalli A, Kaneko A, Kaifuchi N, Watanabe J, Yamamoto M, Kono T, Inaba Y, Fujiya M, Kohgo Y, Chang EB
(Pharmacol Res Perspect, 2016 Feb 10; 4 : e00215)
- 2) 早期大腸癌診断と治療の最新情報 内視鏡摘除後大腸T1 (SM) 癌の転移・再発に関する多施設共同研究
市立旭川病院・内科
斉藤 裕輔
(大腸疾患NOW2016. 東京:日本メディカルセンター, 2016: 106-114.)
- 3) III 早期大腸癌診断と治療の最新情報 早期大腸癌の内視鏡治療の適応拡大 (1) T1b癌 (1,000μm以深SM癌) リンパ節転移リスク層別化の検討
味岡 洋一, 大蔵 康男, 池上 雅博, 市原 真, 江頭由太郎, 落合 淳志, 風間 伸介, 河内 洋, 鬼島 宏, 岸本 光夫, 九嶋 亮治, 工藤 進英, 小森 康司, 斉藤 裕輔, 菅井 有, 田中 信治, 谷口 浩和, 鶴田 修, 原岡 誠司, 比島 恒和, 松田 圭二, 山本智理子
(大腸疾患NOW2016. 東京:日本メディカルセンター, 2016: 63-68.)
- 4) 大腸ポリープ診療ガイドラインの概説
市立旭川病院・内科
斉藤 裕輔
(最新医学別冊. 大阪: 最新医学社, 2016: 109, 245-254)
- 5) The clinical importance of “bamboo joint-like appearance” on upper gastrointestinal endoscopy for the diagnosis of Crohn's disease
Tanabe H, Yokota K, Nomura Y, Ando K, Sakatani K, Tanaka K, Dokoshi T, Kashima S, Ueno N, Inaba Y, Ito T, Sutoh D, Ohta K, Ichiishi E, Sato K, Otake T, Kohgo Y, Moriichi K, Fujiya M
(Nihon Shokakibyo Gakkai Zasshi. 2016; 113: 1208-1215.)
- 6) 大腸憩室炎の診断と治療
市立旭川病院・内科
斉藤 裕輔, 杉山 隆治, 佐々木貴弘, 稲場 勇平, 助川 隆士, 小澤賢一郎, 垂石 正樹
同 外科
村上 慶洋
同 放射線科

花輪 真

(臨床消化器内科 2016 ; 31 : 437-444.)

- 7) 第5章潰瘍性大腸炎・クローン病と鑑別を要する腸疾患 ; 25
市立旭川病院・内科

斉藤 裕輔, 佐々木貴弘, 稲場 勇平

(直腸粘膜脱症候群. 炎症性腸疾患イメージングアトラス.
東京 : 日本メディカルセンター, 2016 ; 224-226.)

- 8) Soluble bioactive microbial mediators regulate proteasomal degradation and autophagy to protect against inflammation-induced stress.

Inaba Y, Ueno N, Numata M, Zhu X, Messer JS, Boone DL

Fujiya M, Kohgo Y, Musch MW, Chang EB

(Am J Physiol Gastrointest Liver Physiol 2016;311:G634-G647.)

- 9) 序説 : 消化管画像プレゼンテーションの基本と実際 消化管
病変診断の基本手順

市立旭川病院・内科

斉藤 裕輔

(胃と腸 2016 ; 51 : 1115-1118.)

- 10) 喀痰検査

市立旭川病院・内科

福居 嘉信

北海道大学病院内科 I

今野 哲

(膠原病・リウマチ・アレルギー研修ノート 2016:170-172.)

- 11) 当科に通院する成人喘息患者はどの吸入ステロイド薬を選択したか

市立旭川病院・内科

福居 嘉信, 谷野 洋子, 岡本 佳裕

(旭川市立病院医誌 2016 ; 48 : 1-3.)

- 12) 抗凝固薬の使い分け

市立旭川病院・内科

鈴木 聡

(レジデントノート 2016 ; 1066-1073)

外 科

[学会発表]

- 1) 感染制御を目指した外科的取り組みとその歴史～消化器外科
(汚染?) 手術における感染制御～

市立旭川病院・外科

村上 慶洋

(第46回日本人工関節学会, 2016年2月, 大阪)

- 2) Progrid TM Laparoscopic self-fixating meshの5mmPort からの挿入と展開を容易にするMix-Roll法

市立旭川病院・外科

村上 慶洋, 宮坂 衛, 阿部 紘丈, 福永 亮朗

笹村 裕二, 武山 聡, 沼田 昭彦, 子野日政昭

(第22回北海道内視鏡外科研究会, 2016年6月, 札幌)

- 3) 胆管ステントによるS状結腸穿孔の1例

市立旭川病院・外科

宮坂 衛, 阿部 紘丈, 福永 亮朗, 笹村 裕二

武山 聡, 沼田 昭彦, 子野日政昭

(第109回日本臨床外科学会北海道支部例会, 2016年7月, 札幌)

- 4) 腹腔鏡下にて治療し得た小腸型Chilaiditi症候群によるイレウスの1例

市立旭川病院・外科

阿部 紘丈, 村上 慶洋, 宮坂 衛, 福永 亮朗

笹村 裕二, 武山 聡, 沼田 昭彦, 子野日政昭

(第109回日本臨床外科学会北海道支部例会, 2016年7月, 札幌)

- 5) 前立腺全摘後の単径ヘルニアに対する腹腔鏡下単径ヘルニア根治術 (TAPP) の適応と問題点

市立旭川病院・外科

村上 慶洋, 宮坂 衛, 阿部 紘丈, 福永 亮朗

笹村 裕二, 武山 聡, 沼田 昭彦, 子野日政昭

(第109回日本臨床外科学会北海道支部例会, 2016年7月, 札幌)

- 6) 虫垂に発生した異所性平滑筋腫の1例

市立旭川病院・外科

宮坂 衛, 村上 慶洋, 阿部 紘丈, 福永 亮朗

笹村 裕二, 武山 聡, 沼田 昭彦, 子野日政昭

(第105回北海道外科学会, 2016年10月, 札幌)

- 7) 当院における腹腔鏡下腹壁癒痕ヘルニア根治術の導入と初期成績

市立旭川病院・外科

宮坂 衛, 村上 慶洋, 阿部 紘丈, 福永 亮朗

笹村 裕二, 武山 聡, 沼田 昭彦, 子野日政昭

(第105回北海道外科学会, 2016年10月, 札幌)

- 8) 当科における腹腔鏡下脾摘出術症例の検討

市立旭川病院・外科

村上 慶洋, 武山 聡, 宮坂 衛, 阿部 紘丈

福永 亮朗, 笹村 裕二, 沼田 昭彦, 子野日政昭

(第105回北海道外科学会, 2016年10月, 札幌)

- 9) 当科における腹腔鏡下イレウス解除術の検討

市立旭川病院・外科

宮坂 衛, 村上 慶洋, 阿部 紘丈, 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, 2016年11月, 旭川)

- 10) ProgridTM Laparoscopic self-fixating meshの5mmPortからの挿入と展開の工夫

市立旭川病院・外科

村上 慶洋, 阿部 紘丈, 福永 亮朗, 笹村 裕二

武山 聡, 沼田 昭彦, 子野日政昭

(第9回日本ヘルニア学会北海道支部総会, 2016年11月, 函館)

- 11) 腹腔鏡下手術を施行したS状結腸憩室穿孔の1例

市立旭川病院・外科

宮坂 衛, 阿部 紘丈, 福永 亮朗, 笹村 裕二

武山 聡, 沼田 昭彦, 子野日政昭

- (第78回日本臨床外科学会総会, 2016年11月, 東京)
- 12) 気胸を発症し手術を契機に診断されたBirt-Hogg-Dube症候群の1例
市立旭川病院・外科
福永 亮朗, 子野日政昭, 沼田 昭彦, 武山 聡
笹村 裕二, 村上 慶洋, 阿部 紘丈, 宮坂 衛
(第78回日本臨床外科学会総会, 2016年11月, 東京)
- 13) 乳癌術後13年後に胸腺転移にて再発した1例
市立旭川病院・外科
福永 亮朗, 子野日政昭, 沼田 昭彦, 武山 聡
笹村 裕二, 村上 慶洋, 阿部 紘丈, 宮坂 衛
(第78回日本臨床外科学会総会, 2016年11月, 東京)
- 14) 当科における腹腔鏡下イレウス解除術の検討
市立旭川病院・外科
宮坂 衛, 村上 慶洋, 阿部 紘丈, 福永 亮朗
笹村 裕二, 武山 聡, 沼田 昭彦, 子野日政昭
(第110回日本臨床外科学会北海道支部例会, 2016年12月, 札幌)
- 15) 当科における高齢者に対する完全腹腔鏡下胃切除の導入と初期成績
市立旭川病院・外科
阿部 紘丈, 村上 慶洋, 宮坂 衛, 福永 亮朗
笹村 裕二, 武山 聡, 沼田 昭彦, 子野日政昭
(第110回日本臨床外科学会北海道支部例会, 2016年12月, 札幌)
- 16) 当科におけるProgrip™ Laparoscopic self-fixating meshの導入と初期成績
市立旭川病院・外科
阿部 紘丈, 村上 慶洋, 宮坂 衛, 福永 亮朗
笹村 裕二, 武山 聡, 沼田 昭彦, 子野日政昭
(第110回日本臨床外科学会北海道支部例会, 2016年12月, 札幌)
- 17) 当科における腹腔鏡下腹壁癒着ヘルニア根治術の導入と初期成績
市立旭川病院・外科
阿部 紘丈, 村上 慶洋, 宮坂 衛, 福永 亮朗
笹村 裕二, 武山 聡, 沼田 昭彦, 子野日政昭
(第29回日本内視鏡外科学会総会2016年12月, 横浜)
- 18) Progrip™ Laparoscopic self-fixating meshの5mmPortからの挿入と展開を容易にするMix-Roll法
市立旭川病院・外科
村上 慶洋, 宮坂 衛, 阿部 紘丈, 福永 亮朗
笹村 裕二, 武山 聡, 沼田 昭彦, 子野日政昭
(第29回日本内視鏡外科学会総会, 2016年12月, 横浜)

[投稿論文]

- 1) 子宮脱と肛門からの小腸脱出を同時に伴った突発性直腸穿孔の1例
市立旭川病院・外科
栞原 尚太, 村上 慶洋, 福永 亮朗, 笹村 裕二

武山 聡, 沼田 昭彦
(日本臨床外科学会雑誌, 2016; 77: 887-890)

胸部外科 [学会発表]

- 1) ベントール手術後24年目大動脈基部仮性瘤の1例
市立旭川病院・胸部外科
内藤 祐嗣, 吉本 公洋, 奥山 淳, 宮武 司
大場 淳一
(第100回日本胸部外科学会北海道地方会, 2016年1月, 札幌)
- 2) 80歳以上高齢者の弓部大動脈手術
市立旭川病院・胸部外科
宮武 司, 吉本 公洋, 奥山 淳, 内藤 祐嗣
大場 淳一
同・放射線科
花輪 真
(第116回日本外科学会定期学術集会, 2016年4月, 大阪)
- 3) 抗凝固療法施行症例に対する観血的処置時ヘパリン置換の必要性
市立旭川病院・胸部外科
内藤 祐嗣, 大場 淳一, 宮武 司, 吉本 公洋
奥山 淳
(第116回日本外科学会定期学術集会, 2016年4月, 大阪)
- 4) 治療経過に難渋した維持透析患者両下肢ASOの1例
市立旭川病院・胸部外科
奥山 淳, 大場 淳一, 宮武 司, 内藤 祐嗣
新井 洋輔
(第10回日本下肢救済・足病学会北海道地方会, 2016年5月, 札幌)
- 5) 人工腱索断裂による僧帽弁逆流再発の1例
市立旭川病院・胸部外科
大場 淳一, 宮武 司, 奥山 淳, 内藤 祐嗣
新井 洋輔
(第19回北海道心臓外科フォーラム, 2016年5月, 札幌)
- 6) 人工弁周囲逆流(PVL)に対する再手術
市立旭川病院・胸部外科
内藤 祐嗣, 大場 淳一, 宮武 司, 奥山 淳
新井 洋輔
(第3回旭川心臓血管外科セミナー, 2016年6月, 旭川)
- 7) 人工弁周囲逆流(PVL)に対する再手術
市立旭川病院・胸部外科
内藤 祐嗣, 新井 洋輔, 奥山 淳, 宮武 司
村上 達哉
北海道立子ども総合医療・療育センター心臓血管外科
大場 淳一
(第101回日本胸部外科学会北海道地方会, 2016年8月, 札幌)

8) 広範囲胸部大動脈瘤に対して、弓部大動脈置換術と胸部ステントグラフト内挿術を施行した症例の検討

市立旭川病院・胸部外科

奥山 淳, 宮武 司, 新井 洋輔, 内藤 祐嗣

村上 達哉

同 ・放射線科

花輪 真

(第36回日本血管外科学会北海道地方会, 2016年9月, 札幌)

9) 急性大動脈解離に対する手術における断端形成の工夫

王子総合病院・心臓血管外科

飯島 誠, 牧野 裕, 東 亮太, 稗田 哲也

市立旭川病院・胸部外科

村上 達哉

(第101回日本胸部外科学会北海道地方会, 2016年8月, 札幌)

10) 急性肺血栓栓症を合併した膝窩静脈の静脈性血管瘤の1例

王子総合病院・心臓血管外科

稗田 哲也, 飯島 誠, 牧野 裕

市立旭川病院・胸部外科

村上 達哉

(第36回日本血管外科学会北海道地方会, 2016年9月, 札幌)

耳鼻咽喉科

[学会発表]

1) めまいの漢方3方剤を中心に

市立旭川病院・耳鼻咽喉科

佐藤 公輝

(第4回旭川漢方研究会(日本医師会生涯教育講座), 2016年2月, 旭川)

2) 葛根湯で風邪を治す

市立旭川病院・耳鼻咽喉科

佐藤 公輝, 相澤 寛志, 倉本倫之介, 安藤 敬子

(第213回日本耳鼻咽喉科学会北海道地方部会学術講演会, 2016年3月, 旭川)

3) めまい症例の検討からみた苓桂朮甘湯

市立旭川病院・耳鼻咽喉科

佐藤 公輝, 相澤 寛志

北海道大学病院・耳鼻咽喉科頭頸部外科

倉本倫之介

(第32回日本耳鼻咽喉科漢方研究会学術集会, 2016年10月, 東京)

4) 4方剤でめまいをどれだけ治せるか?

市立旭川病院・耳鼻咽喉科

佐藤 公輝

(第33回日本東洋医学会北海道支部学術大会, 2016年10月, 札幌)

5) 滋潤の2方剤

市立旭川病院・耳鼻咽喉科

佐藤 公輝, 蛸崎 文彦, 相澤 寛志

(第241回日本耳鼻咽喉科学会北海道地方部会学術講演会, 2016年10月, 札幌)

6) 耳の病気

市立旭川病院・耳鼻咽喉科

佐藤 公輝

(旭川シニア大学講義, 2016年11月, 旭川)

小児科

[学会発表]

1) 当院における15才以上で発症した川崎病症例の検討

市立旭川病院・小児科

古川 卓朗, 藤本 隆憲, 中嶋 雅秀, 佐竹 明

(日本小児科学会北海道地方会第296回例会, 2016年6月, 旭川)

2) 小児てんかんについて知ろうー病気のこと, 治療のこと, 生活のことー

市立旭川病院・小児科

佐竹 明

(薬剤師のためのてんかんセミナー, 2016年7月, 旭川)

3) 食物アレルギーとエピペンについて

市立旭川病院・小児科

中嶋 雅秀

(出張健康講座, 2016年9月, 旭川)

4) 無症候の両親にそれぞれSCN5AおよびKCNQ1の変異をみるとめ, 三者三様の遺伝伝達・表現型を示したQT延長症候群の三姉妹例

市立旭川病院・小児科

古川 卓朗, 藤本 隆憲, 中嶋 雅秀, 佐竹 明

北海道大学病院・小児科

泉 岳

滋賀医科大学・循環器内科

大野 聖子, 堀江 稔

(第21回日本小児心電学会学術集会, 2016年11月, 名古屋)

5) マイコプラズマ肺炎に合併した不思議の国のアリス症候群の一例

市立旭川病院・小児科

佐竹 明, 藤本 隆憲, 古川 卓朗, 中嶋 雅秀

ながのこどもクリニック

長野奈緒子

(第37回道北小児科懇話会, 2016年12月, 旭川)

泌尿器科

[学会発表]

1) G3, Ta膀胱癌の検討

市立旭川病院・泌尿器科

宮田 遥, 河津 隆文, 望月 端吾, 金川 匡一

- (第397回日本泌尿器科学会北海道地方会, 2016年1月, 札幌)
- 2) 腎癌pT3a症例の検討
市立旭川病院・泌尿器科
望月 端吾, 宮田 遥, 河津 隆文, 金川 匡一
同 病理
高田 明生
(第397回日本泌尿器科学会北海道地方会, 2016年1月, 札幌)
- 3) 副腎癌の1例
市立旭川病院・泌尿器科
宮田 遥, 河津 隆文, 望月 端吾, 金川 匡一
(第11回道北泌尿器科談話会, 2016年2月, 旭川)
- 4) 腎癌pT3a症例の検討
市立旭川病院・泌尿器科
望月 端吾, 宮田 遥, 河津 隆文, 金川 匡一
同 病理
高田 明生
(第104回日本泌尿器科学会総会, 2016年4月, 仙台)
- 5) 前立腺がんの新しい治療～ロボット手術について～
市立旭川病院・泌尿器科
望月 端吾
(あさひかわ市民講演会2016, 2016年6月, 旭川)
- 6) 腎移植－最近の話題－
市立旭川病院・泌尿器科
金川 匡一
(第9回道北腎移植セミナー, 2016年6月, 旭川)
- 7) 排尿障害について～ウロじゃない人～
市立旭川病院・泌尿器科
望月 端吾
(旭川研修医スキルアップセミナー, 2016年7月, 旭川)
- 8) 当院におけるTULの臨床的検討
市立旭川病院・泌尿器科
岩原 直也, 毛利 学, 望月 端吾, 金川 匡一
(第399回日本泌尿器科学会北海道地方会, 2016年9月, 旭川)
- 9) 去勢抵抗性前立腺癌に対するカバジタキセルの使用経験
市立旭川病院・泌尿器科
毛利 学, 岩原 直也, 望月 端吾, 金川 匡一
(旭川CRPC治療講演会, 2016年9月, 旭川)
- 10) 当院におけるTULの臨床的検討
市立旭川病院・泌尿器科
岩原 直也, 毛利 学, 望月 端吾, 金川 匡一
(第81回日本泌尿器科学会東部総会, 2016年10月, 青森)
- 11) 前立腺がんの最新手術～ロボット手術について～
市立旭川病院・泌尿器科
望月 端吾
(旭川前立腺癌フォーラム2016, 2016年10月, 旭川)
- 12) 泌尿器科診療の最近の話題
①過活動膀胱を中心に～当科におけるフェソテロジンの使用経験
- ②当科におけるロボット支援前立腺全摘除術(RALP)について～導入後2年間の報告～
市立旭川病院・泌尿器科
望月 端吾
(旭川泌尿器科疾患学術セミナー, 2016年10月, 旭川)
- 13) 巨大腎結石に対して腹腔鏡下腎盂切開術を施行した一例
市立旭川病院・泌尿器科
望月 端吾, 岩原 直也, 毛利 学, 金川 匡一
(第30回日本泌尿器内視鏡学会総会, 2016年11月, 大阪)
- 14) 当院におけるエンザルタミド投与症例の臨床的検討
市立旭川病院・泌尿器科
毛利 学, 岩原 直也, 望月 端吾, 金川 匡一
(第68回西日本泌尿器科学会総会, 2016年11月, 下関)
- 15) 献腎移植報告
市立旭川病院・泌尿器科
金川 匡一, 岩原 直也, 毛利 学, 望月 端吾
(第36回北海道腎移植談話会, 2016年11月, 札幌)
- 16) 前立腺癌の薬物治療
市立旭川病院・泌尿器科
望月 端吾
(第29回道北臨床薬学研究会, 2016年11月, 旭川)
- 精神神経科
[学会発表]
- 1) 思春期の自傷・自殺未遂を考える
市立旭川病院・精神科
武井 明
(平成27年度北空知地域自殺対策連絡会議, 2016年1月, 深川)
- 2) 若者のメンタルヘルスと自殺の現状
市立旭川病院・精神科
武井 明
(平成27年度上川中部自殺対策連絡会議, 2016年3月, 旭川)
- 3) 思春期の非言語的精神療法
市立旭川病院・精神科
武井 明
(第2回北海道児童思春期精神医学セミナー, 2016年5月, 札幌)
- 4) 思春期外来からみた今の高校生－何で悩み、何で困っているのか－
市立旭川病院・精神科
武井 明
(平成28年度生と性を考える講演会, 2016年6月, 別海)
- 5) 発達障がいと思春期
市立旭川病院・精神科
武井 明
(別海町子ども支援委員会講演会, 2016年6月, 別海)

- 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38回相談員養成講座, 2016年7月, 旭川)
- 7) 下大静脈フィルター留置後にmECTを安全に施行できた統合失調感情障害の1例
市立旭川病院・精神科
富岡 健, 武井 明, 土井 準, 土井 朋代
加藤亜佳音, 泉 将吾, 目良 和彦, 佐藤 譲
原岡 陽一
(北海道精神神経学会第129回例会, 2016年7月, 札幌)
- 8) 大人の発達障害
市立旭川病院・精神科
武井 明
(平成28年度北・ほっかいどうカウンセラー養成講座2級講座, 2016年9月, 旭川)
- 9) 思春期のこころー思春期外来から見える子ども達
市立旭川病院・精神科
武井 明
(児童・思春期メンタルヘルス事業, 2016年9月, 江差)
- 10) 発達障害と愛着障害
市立旭川病院・精神科
武井 明
(平成28年度旭川市子ども総合相談センター研修事業, 2016年9月, 旭川)
- 11) 日常診療に役立つ精神療法
市立旭川病院・精神科
武井 明
(日本精神神経学会精神科専門医制度生涯教育研修会, 2016年10月, 札幌)
- 12) 長期経過から考える思春期臨床ー自閉スペクトラム症を中心にー
市立旭川病院・精神科
武井 明
(第57回日本児童青年精神医学会総会, 2016年10月, 岡山)
- 13) 思春期外来を受診する高校生ー何で悩み, 何で困っているのか
市立旭川病院・精神科
武井 明
(平成28年度ステップアッププログラム講演, 2016年11月, 芦別)
- 14) 性同一性障害の生徒理解について
市立旭川病院・精神科
武井 明
(平成28年度ステップアッププログラム講演, 2016年11月, 芦別)
- 15) 子どもの育ちと親の育ちー子育てに込められた親の思いー
市立旭川病院・精神科

- 武井 明
(特別支援保育研修会, 2016年11月, 旭川)
- 16) 思春期の子どもたちのビミョーな気持ちとこころのケア
市立旭川病院・精神科
武井 明
(第51回北竜町PTA連合大会研究大会, 2016年11月, 北竜)
- 17) 総合病院精神科に入院した発達障害患者の後方視的検討
市立旭川病院・精神科
目良 和彦
(日本LD学会第25回大会, 2016年11月, 横浜)

[投稿論文]

- 1) 子どもの自殺未遂
市立旭川病院・精神科
武井 明
(旭川いのちの電話 2016, 125)
- 2) 思春期の支持的精神療法
市立旭川病院・精神科
武井 明
(第53回全国大学保健管理協会北海道地方部会研究集会報告書 2015; 8-15.)
- 3) 書評:「子どもの精神医学入門セミナー」
市立旭川病院・精神科
武井 明
(日本児童青年精神医学とその近接領域 2016; 57: 332-333.)
- 4) 薬物療法に頼りすぎることで見えなくなるもの
市立旭川病院・精神科
武井 明
(こころの科学 2016; 190: 48-52.)
- 5) 市立旭川病院救急外来を受診した児童青年期精神科患者の後方視的検討ー2008年ー2012年の診療統計からー
市立旭川病院・精神科
武井 明, 土井 朋代, 富岡 健, 土井 準
加藤亜佳音, 泉 将吾, 目良 和彦, 佐藤 譲
原岡 陽一
サンピエール病院
金子真一郎
(旭川市立病院誌 2016; 48: 11-14)

麻 酔 科

[学会発表]

- 1) 手術を契機に発症したと考えられる急性副腎不全の1症例
市立旭川病院・麻酔科
池島まり子, 山岸 昭夫, 松本 恵, 舘岡 一芳
南波 仁, 一宮 尚裕
(第35回旭川全身管理研究会, 2016年5月, 旭川)

- 2) 人工心肺使用手術における入室時AT-III値測定によるヘパリン抵抗性への対応
市立旭川病院・麻酔科
池島まり子, 山岸 昭夫, 池島 雄太, 畠山 陽介
館岡 一芳, 一宮 尚裕
(第21回日本心臓血管麻酔学会, 2016年9月, 横浜)
 - 3) 僧帽弁置換術直後にTEEにてclosed stuck valveを診断し2回の人工心肺下修復により解除された1症例
市立旭川病院・麻酔科
池島まり子, 山岸 昭夫, 池島 雄太, 松本 恵
館岡 一芳, 一宮 尚裕
(第21回日本心臓血管麻酔学会, 2016年9月, 横浜)
 - 4) バルプロ酸ナトリウム中毒に血液透析を行った1症例
市立旭川病院・麻酔科
酒井 渉, 南波 仁, 池島まり子, 松本 恵
山岸 昭夫, 館岡 一芳, 一宮 尚裕
(第25回北海道集中治療医学学会北海道地方会, 2016年9月, 旭川)
 - 5) 自殺企図によるカフェイン中毒の1症例
市立旭川病院・麻酔科
館岡 一芳, 南波 仁, 松本 恵, 池島まり子
山岸 昭夫, 一宮 尚裕
(第36回日本臨床麻酔学会, 2016年11月, 高知)
 - 6) 頻回の無呼吸発作に対し, 人工呼吸器管理を要した百日咳の1症例
市立旭川病院・麻酔科
酒井 渉, 山岸 昭夫, 池島 雄太, 館岡 一芳
南波 仁, 一宮 尚裕
(第36回旭川全身管理研究会, 2016年12月, 旭川)
- (第15回旭川関節疾患カンファレンス, 2016年1月, 旭川)
 - 2) 褥瘡の手術症例: 筋膜・筋皮弁を用いた2例
市立旭川病院・皮膚科
野村和加奈
(第1回北海道褥瘡研究会, 2016年2月, 札幌)
 - 3) ブシラミンによる薬剤性天疱瘡の1例ドース
市立旭川病院・皮膚科
菅原 基史, 野村和加奈, 坂井 博之
(第405回日本皮膚科学会北海道地方会, 2016年3月, 札幌)
 - 4) 複合性局所疼痛症候群(CRPS)の女児例: 皮膚病理組織学的所見を検討した1例
市立旭川病院・皮膚科
坂井 博之, 野村和加奈, 菅原 基史
同 小児科
中嶋 雅秀
同 麻酔科
一宮 尚裕
(第40回日本小児皮膚科学会学術大会, 2016年7月, 広島)
 - 5) 急性骨髄性白血病寛解導入療法後の白血球減少期に生じた皮膚白血病の1例
市立旭川病院・皮膚科
菅原 基史, 野村和加奈, 坂井 博之
同 内科
柿木 康孝
埼玉医大国際医療センター・皮膚腫瘍科・皮膚科
松谷 康祐
(第406回日本皮膚科学会北海道地方会, 2016年7月, 旭川)
 - 6) シクロスポリン内服が有効だった好酸球性膿疱性毛包炎の2例
市立旭川病院・皮膚科
野村和加奈, 菅原 基史, 坂井 博之
旭川医大・皮膚科
菅野 恭子
(第406回日本皮膚科学会北海道地方会, 2016年7月, 旭川)
 - 7) ヘリコバクター・ピロリ菌除菌により皮疹を生じた18例の検討
市立旭川病院・皮膚科
菅原 基史, 野村和加奈, 坂井 博之
(第407回日本皮膚科学会北海道地方会, 2016年9月, 札幌)
 - 8) G-CSF製剤(レノグラスチム)投与時に出現し多発結節の臨床像を呈したleukocytoclastic vasculitisの1例
市立旭川病院・皮膚科
坂井 博之, 野村和加奈, 菅原 基史
(第46回日本皮膚アレルギー・接触皮膚炎学会総会学術大会, 2016年11月, 東京)
 - 9) 動脈造影を施行した足趾皮膚潰瘍の2例
市立旭川病院・皮膚科
菅原 基史, 野村和加奈, 坂井 博之

[投稿論文]

- 1) 集学的治療が奏功した小児複合局所疼痛症候群の1例
市立旭川病院・麻酔科
山岸 昭夫, 一宮 尚裕
同 小児科
中嶋 雅秀
(日本ペインクリニック学会誌 2016; 23: 126-128.)

皮膚科 [学会発表]

- 1) 掌跖膿疱症骨関節炎に対しMTXとアダリブマブを開始して皮疹の増悪を認め, ウステキヌマブで改善した1例
市立旭川病院・皮膚科
坂井 博之, 野村和加奈, 菅原 基史
旭川医療センター・糖尿病・リウマチ科
平野 史倫

大熊皮膚科医院・皮膚科

大熊 憲嵩

旭川医療センター・糖尿病・リウマチ科

平野 史倫

(第408回日本皮膚科学会北海道地方会, 2016年12月, 札幌)

[投稿論文]

- 1) 歯科金属除去で皮疹が改善し全身型金属アレルギーが疑われた2例

市立旭川病院・皮膚科

坂井 博之, 野村和加奈

(臨床皮膚科 2016; 70: 471-476)

歯科口腔外科

[学会発表]

- 1) 下唇血管平滑筋腫の1例

市立旭川病院・歯科口腔外科

小神 順也, 西村 泰一

(第61回日本口腔外科学会総会・学術大会, 2016年11月, 千葉)

薬 剤 科

[学会発表]

- 1) テルミサルタン錠と一包化した際のアスピリン腸溶錠における溶出率および含量の低下

旭川医科大学病院・薬剤部

岩山 訓典, 久保 靖憲, 小野 尚志, 山本 譲

大滝 康一, 山田 峻史, 安達 知輝, 福土 将秀

田崎 嘉一

市立旭川病院・薬剤科

栗屋 敏雄

(日本薬学会第136年会, 2016年3月, 横浜)

- 2) 医薬品グループ化による院内採用薬品数削減への取り組みとその成果

旭川医科大学病院・薬剤部

大滝 康一, 山本 譲, 佐藤 宝, 小野 尚志

小川 聡, 古川 博之, 田崎 嘉一

市立旭川病院・薬剤科

栗屋 敏雄

(日本薬学会第136年会, 2016年3月, 横浜)

- 3) 地域連携型チームの構築と人材育成と発展～病棟で実践する薬局薬剤師の研修カリキュラム～シンポジウム5チーム医療に対応できる薬剤師の養成に向けて：教育－連携－研究への展開

市立旭川病院・薬剤科

栗屋 敏雄

(第24回クリニカルファーマシーシンポジウム, 2016年6月, 大津)

- 4) 病棟薬剤師と感染制御チームによる眼科術後感染予防に用いる抗菌薬使用の適正化

旭川医科大学病院・薬剤部

吉田 光一, 三島 一登, 寒藤 雅俊, 都築 仁美

山本 譲, 田原 克寿, 山下 恭範, 福土 将秀

田崎 嘉一

市立旭川病院・薬剤科

栗屋 敏雄

(第24回クリニカルファーマシーシンポジウム, 2016年6月, 大津)

- 5) デートレイブドラッグは被害者の危機回避行動を鈍くする

旭川医科大学病院・薬剤部

松原 和夫, 大村 友博, 奥田 勝博, 浅利 優

田中 宏樹, 磯崎翔太郎, 山田ひろみ, 塩野 寛

清水 恵子

市立旭川病院・薬剤科

栗屋 敏雄

(第100次日本法医学会学術全国集会, 2016年6月, 東京)

- 6) 薬物代謝酵素遺伝子多型迅速判定法の開発とTDMへの応用～生体肝移植チーム医療における薬剤師業務の展開～

市立旭川病院・薬剤科

田原 克寿

旭川医科大学病院・薬剤部

山本 譲, 大村 友博, 松原 和夫, 松野 直徒

古川 博之, 田崎 嘉一

(第34回日本肝移植研究会, 2016年7月, 旭川)

- 7) QRコードによる院外処方箋内への検査値表示システムの構築

旭川医科大学病院・薬剤部

安達 和輝, 三嶋 一登, 山本 譲, 大滝 康一

佐藤 宝, 山田 峻史, 山下 恭範, 小野 尚志

小川 聡, 福土 将秀, 田崎 嘉一

市立旭川病院・薬剤科

栗屋 敏雄

(第26回日本医療薬学会年会, 2016年9月, 京都)

- 8) ワルファリンカリウム内服中における具体的な食事の目安

市立旭川病院・薬剤科

佐藤 有寿

(第55回全国自治体病院学会, 2016年10月, 富山)

[投稿論文]

- 1) 薬剤師業務と臨床検査 処方せんに検査値表示～地域におけるチーム医療に必要な患者情報の共有化

旭川医科大学病院・薬剤部

松原 和夫, 池見 泰明, 萱野勇一郎

市立旭川病院・薬剤科

- 粟屋 敏雄
(日本薬剤師会雑誌 2016 ; 68 : 1343-1347.)
- 2) 特集処方箋検査値トレーシングレポート活用術トレーシングレポート活用事例から地域医療連携の実践ポイントを学ぶー
①京都大学医学部付属病院でのトレーシングレポート活用事例
旭川医科大学病院・薬剤部
松原 和夫, 米澤 淳
市立旭川病院・薬剤科
粟屋 敏雄
(薬局 2016 ; 67 : 2906-2912.)
- 3) 薬剤師による継続的な吸入指導がもたらす喘息外来患者の喘息コントロール改善効果
旭川医科大学病院・薬剤部
井上 正朝, 内山 直樹, 長嶋 恵, 櫻庭 好祐
川崎 裕世, 寒藤 雅俊, 大井 希美, 笠茂紗千子
大滝 康一, 小野 尚志, 福土 将秀, 松原 和夫
田崎 嘉一
市立旭川病院・薬剤科
粟屋 敏雄
(医療薬学 2016 ; 42 : 620-625.)
- 4) 北海道の3施設における漢方薬使用の現状と漢方教育
旭川医科大学病院・薬剤部
佐藤 泉, 間宮 啓子, 加藤 育民, 島野 敏司
大滝 康一, 田崎 嘉一, 国沢 卓之, 岩崎 寛
市立旭川病院・薬剤科
粟屋 敏雄
(日本東洋医学雑誌 in press)
- 中央放射線科
[学会発表]
- 1) シンポジウム診断参考レベル (DRL) を考える～DRLの活用
法と今後の課題・提言～IVRについて
市立旭川病院・中央放射線科
三ツ井貴博
(日本放射線技術学会北海道支部学術大会第72回春季大会,
2016年4月, 札幌)
- 2) 「業務拡大に伴う統一講習: 静脈注射 (針刺し除く)・BLS・
注腸X線検査・IGRT」
市立旭川病院・中央放射線科
川崎 伸一
恵佑会札幌病院・放射線科
秋田谷藤弘
市立稚内病院・放射線科
早川 泰幸
(日本診療放射線技師会業務拡大に伴う統一講習会, 2016年
9月, 稚内)
- 3) 心臓遅延造影におけるガドピスト静注1.0Mの有効性
市立旭川病院・中央放射線科
川崎 伸一
(第29回旭川MRI研究会, 2016年9月, 旭川)
- 4) 胸部正面撮影におけるAEC動作特性の調整による被ばく低減
の試み
市立旭川病院・中央放射線科
山岸 千尋, 竹内 顕宏
(旭川放射線技師会会員研究発表会, 2016年10月, 旭川)
- 5) 脾臓における高分解能DWIの検討
市立旭川病院・中央放射線科
松浦 一生, 川崎 伸一, 福田 泰之, 菅野 聡美
對馬 弘明
(平成28年度日本放射線技師会北海道地域学術大会, 2016年
10月, 札幌)
- 6) MRI検査における画像処理
市立旭川病院・中央放射線科
福田 泰之
(第23回札幌テクノロジーフォーラム, 2016年11月, 札幌)
- 7) 心臓Late Gadolinium EnhancementにおけるGd-BT-DO 3Aの
有用性の検討
市立旭川病院・中央放射線科
菅野 聡美, 川崎 伸一, 福田 泰之, 大塩 良輔
三ツ井貴博, 石澤 博, 大野 肇
(日本放射線技術学会北海道支部学術大会第72回秋季大会,
2016年11月, 帯広)
- 8) アンギオセミナー肝細胞癌 (HCC) 治療における検査と治療
市立旭川病院・中央放射線科
三ツ井貴博
(日本放射線技術学会北海道支部学術大会第72回秋季大会,
2016年11月, 帯広)
- 9) Cine MRIによる左室dyssynchronyの評価
市立旭川病院・中央放射線科
福田 泰之, 川崎 伸一, 菅野 聡美, 三ツ井貴博
石澤 博, 大塩 良輔, 西舘 文博
(日本放射線技術学会北海道支部学術大会第72回秋季大会,
2016年11月, 帯広)
- [投稿論文]
- 1) 横隔膜同期を併用した息止めによる冠動脈MRAの有用性の
検討
市立旭川病院・中央放射線科
菅野 聡美, 川崎 伸一, 福田 泰之, 石澤 博
松浦 一生, 畑中 康裕, 大野 肇
(北海道放射線技術雑誌 2016 ; 80 : 48-49.)

2) 心筋MRIによる心筋内出血の描出を目的とした撮像法に関する検討

市立旭川病院・中央放射線科

福田 泰之, 川崎 伸一, 菅野 聡美, 松浦 一生

畑中 康裕, 三ツ井貴博, 石澤 博

(北海道放射線技術雑誌 2016; 80: 50-51.)

3) 心臓MRIによる急性心筋梗塞再灌流療法後の心筋内出血に関する検討

市立旭川病院・中央放射線科

川崎 伸一, 福田 泰之, 菅野 聡美, 西舘 文博

大野 肇

同 ・臨床工学室

田中 義範

同 ・内科

石井 良直

(北海道放射線技術雑誌 2016; 80: 52-53.)

4) 診断参考レベル (DRL) を考える～DRLの活用法と今後の課題・提言～IVRについて

市立旭川病院・中央放射線科

三ツ井貴博

(北海道放射線技術雑誌 2016; 81: 34-38.)

5) 2機種CT装置における画質評価

市立旭川病院・中央放射線科

對馬 弘明, 石澤 博, 西田 純

(旭川放射線技師会誌 2016; 38: 44-47.)

中央検査科

[学会発表]

1) 異なる経過を辿った高安動脈炎2症例

市立旭川病院・中央検査科

金光 綾香, 湊 舞, 三浦 美里, 山田 和明

小野寺英里, 長瀬 雅彦

同 ・内科

石井 良直

(第21回北海道心血管エコー研究会, 2016年3月, 札幌)

2) 心臓領域の痛みを解く

市立旭川病院・中央検査科

長瀬 雅彦

(日本超音波検査学会第29回北海道地分会, 2016年7月, 旭川)

3) 身になるCLSI～判定基準とアンチバイオグラム作成法in富良野～

市立旭川病院・中央検査科

藤田 佳奈

(第22回北海道臨床検査技師会基礎セミナー (微生物部門), 2016年7月, 富良野)

4) 肺動脈内に血栓が描出できた肺血栓塞栓症の1例

市立旭川病院・中央検査科

山田 和明, 湊 舞, 金光 綾香, 三浦 美里

長瀬 雅彦

同 ・内科

幸村 近, 石井 良直

(旭川心エコー勉強会, 2016年10月, 旭川)

5) 当院採血室におけるトラブル事例の検証と再発防止に向けた取り組み

市立旭川病院・中央検査科

畑山 明美, 二郷 元彦, 武田 晃典

同 ・内科

幸村 近

(第96回北海道医学大会臨床検査医学分科会, 2016年11月, 旭川)

6) 末梢血中に異形細胞と血球貪食像が出現した血管内大細胞型B細胞性リンパ腫の1例

市立旭川病院・中央検査科

勝美 友則, 山田 和明, 越高 正広, 二郷 元彦

武田 晃典

同 ・病理

高田 明生

(第55回日本臨床細胞学会秋期大会, 2016年11月, 別府)

7) 当院における期限切れ廃棄赤血球製剤の検討

市立旭川病院・中央検査科

木元 宏弥, 高木 奈央, 長瀬 政子

同 ・内科

柿木 康孝

(第60回日本輸血・細胞治療学会北海道支部例会, 2016年11月, 札幌)

8) 当院における輸血後感染症検査への取り組みと現状

市立旭川病院・中央検査科

高木 奈央, 木元 宏弥

同 ・内科

柿木 康孝

(第60回日本輸血・細胞治療学会北海道支部例会, 2016年11月, 札幌)

リハビリテーション科

[学会発表]

1) 「えっ?これくらいでもいいの?できる・続けられる運動の方法」

市立旭川病院・リハビリテーション科

濱岸 弥生

(平成28年度糖尿病について考える会, 2016年11月, 旭川)

臨床器材料
[学会発表]

1) 心原性ショックを合併した急性心筋梗塞に対するPCIの治療背景に関する検討

市立旭川病院・臨床工学室

田中 義範, 佐藤 勇也, 山口 和也, 澤崎 史明
堂野 隆史, 米坂 直子, 窪田 将司, 河田 修一
鷹橋 浩

同 ・内科

石井 良直

(第42回日本心臓血管インターベンション治療学会北海道地方会, 2016年3月, 札幌)

2) AT/AFに対するa-ATP治療が心室レート上昇により治療無効化された1症例

市立旭川病院・臨床工学室

堂野 隆史, 佐藤 勇也, 田中 義範, 山口 和也
澤崎 史明, 米坂 直子, 窪田 将司, 河田 修一
鷹橋 浩

同 ・内科

石井 良直, 菅野 貴康

(第26回日本臨床工学会, 2016年5月, 京都)

3) ワイヤレスカメラを用いたCAGフレーミングシュミレータの構築

市立旭川病院・臨床工学室

田中 義範, 佐藤 勇也, 山口 和也, 澤崎 史明
堂野 隆史, 米坂 直子, 窪田 将司, 河田 修一
鷹橋 浩

同 ・中央放射線科

竹内 顕宏

同 ・内科

石井 良直

(第25回日本心臓血管インターベンション治療学会学術集会・CVIT2016, 2016年7月, 東京)

4) CABG術後, free graftへのPCIにCT画像は有効であるーIVUSからの視点ー

市立旭川病院・臨床工学室

山口 和也, 佐藤 勇也, 田中 義範, 澤崎 史明
堂野 隆史, 米坂 直子, 窪田 将司, 河田 修一
鷹橋 浩

(第25回日本心臓血管インターベンション治療学会学術集会・CVIT2016, 2016年7月, 東京)

5) 中等度狭窄病変に多量の血栓による完全閉塞を認めたST上昇型急性心筋梗塞の1例

市立旭川病院・臨床工学室

田中 義範

(旭川イメージングカンファレンス, 2016年7月, 旭川)

6) Co-Medical Session 4 デバイスの基礎①「PCIデバイス」

市立旭川病院・臨床工学室

山口 和也

(SAPPORO LIVE DEMONSTRATION COURSE 2016, 2016年9月, 札幌)

7) 2つのAKI予測スコアシートの有効性の比較検討

市立旭川病院・臨床工学室

澤崎 史明, 佐藤 勇也, 田中 義範, 山口 和也
堂野 隆史, 米坂 直子, 窪田 将司, 河田 修一
鷹橋 浩

(第23回日本体外循環技術医学会北海道地方会, 2016年9月, 函館)

8) Analysis on perfusion cases using nationwide database in Japan

藤田保健衛生大学・医療科学部

亀井 哲也, 日比谷 信, 齋藤 千紘

市立旭川病院・臨床工学室

窪田 将司

大阪労災病院・臨床工学室

吉田 清

(AmSECT Quality and Outcomes2016, 2016年9月, ニューオリンズ)

9) 維持透析患者におけるMUFの効果

市立旭川病院・臨床工学室

窪田 将司, 佐藤 勇也, 田中 義範, 山口 和也
澤崎 史明, 堂野 隆史, 米坂 直子, 河田 修一
鷹橋 浩

同 ・胸部外科

大場 淳一

(第42回日本体外循環医学会学術大会, 2016年10月, 東京)

10) 体外循環症例登録データとの比較

市立旭川病院・臨床工学室

窪田 将司, 佐藤 勇也, 田中 義範, 山口 和也
澤崎 史明, 堂野 隆史, 米坂 直子, 河田 修一
鷹橋 浩

同 ・胸部外科

大場 淳一

藤田保健衛生大学・医療科学部

亀井 哲也, 日比谷 信

(第42回日本体外循環医学会学術大会, 2016年10月, 東京)

11) IVUS Reportの臨床活用

市立旭川病院・臨床工学室

山口 和也, 佐藤 勇也, 田中 義範, 澤崎 史明
堂野 隆史, 米坂 直子, 窪田 将司, 河田 修一
鷹橋 浩

(第43回日本心臓血管インターベンション治療学会北海道地方会, 2016年10月, 札幌)

12) 血栓吸引療法単独で治療を完結したSTEACSの1症例
市立旭川病院・臨床工学室

山口 和也, 佐藤 勇也, 田中 義範, 澤崎 史明
堂野 隆史, 米坂 直子, 窪田 将司, 河田 修一
鷹橋 浩

同 内科

石井 良直

(CCT2016, 2016年10月, 神戸)

13) 間歇補充型血液透析の血圧低下防止効果に関する検討
市立旭川病院・臨床工学室

佐藤 勇也, 田中 義範, 山口 和也, 澤崎 史明
堂野 隆史, 米坂 直子, 窪田 将司, 河田 修一
鷹橋 浩

(第90回北海道透析療法学会学術集会, 2016年11月, 札幌)

14) エコー装置を用いた透析中における上腕動脈血流量の評価に
関する検討

市立旭川病院・臨床工学室

佐藤 勇也, 田中 義範, 山口 和也, 澤崎 史明
堂野 隆史, 米坂 直子, 窪田 将司, 河田 修一
鷹橋 浩

(第27回北海道臨床工学会, 2016年11月, 札幌)

15) 効率的な末梢血幹細胞採取を目指したハーベスト数の検討
市立旭川病院・臨床工学室

澤崎 史明, 佐藤 勇也, 田中 義範, 山口 和也
堂野 隆史, 米坂 直子, 窪田 将司, 河田 修一
鷹橋 浩

(第27回北海道臨床工学会, 2016年11月, 札幌)

[投稿論文]

1) 心臓カテーテル検査, 治療後における血液透析時の合併症に
関する検討

市立旭川病院・臨床工学室

佐藤 勇也, 田中 義範, 山口 和也, 澤崎 史明
堂野 隆史, 米坂 直子, 窪田 将司, 河田 修一
鷹橋 浩

(北海道臨床工学会会誌 第26回学術大会研究発表論文
2016 ; 26 : 24-25.)

2) 心筋重量は心筋保護液投与量の指標となりえるか

市立旭川病院・臨床工学室

澤崎 史明, 佐藤 勇也, 田中 義範, 山口 和也
堂野 隆史, 米坂 直子, 窪田 将司, 河田 修一
鷹橋 浩

(Jasect北海道 2016 ; 14 : 1-5.)

3) PCPSトラブルガイド (1) PCPSが突然停止! バッテリーが
あるから大丈夫でしょ? (2) ワインみたいな尿が出た! 脱
血回路も震えて... (3) 患者さんの顔色が真っ青に! PCP
の流量は十分なのに...

市立旭川病院・臨床工学室

窪田 将司

(HEART nursing 2016 ; 29 : 24-35.)

4) 補助循環 (IABP, PCPS)

市立旭川病院・臨床工学室

窪田 将司

(CE臨床実習ルートマップ 2016 : 155-166.)

医療安全管理課

[学会発表]

1) 医療事故調査制度への報告を経験して

市立旭川病院

石井 良直, 阿部 朝乃, 武田 和明, 角 晃夫

大場 淳一, 子野日政昭, 青木 英俊

(第55回全国自治体病院学会, 2016年10月, 富山)

看護部

[学会発表]

1) インスリン療法に必要な指導ポイント

市立旭川病院・第1外来

増田 千絵

(配合溶解インスリン製剤発売記念講演会, 2016年2月, 旭川)

2) 造血幹細胞移植患者および化学療法施行 患者の食事に対す
る要望の調査

市立旭川病院・西病棟7階

長谷川 唯, 曳地 光恵, 栗原亜沙美

(第38回日本造血細胞移植学会総会, 2016年3月, 名古屋)

3) 緊急CAG後のフォレスト分類を用いた心不全重症度とせ
ん妄発症の関係について

市立旭川病院・CCU

吉田 朱里, 大西かおり, 岡 由香里

(第80回日本循環器学会学術集会, 2016年3月, 仙台)

4) チーム医療により治療困難症例にどうアプローチするか?
ー高度肥満を合併する糖尿病患者

市立旭川病院・第1外来

増田 千絵

(第22回北海道CDEスキルアップセミナー, 2016年4月, 札幌)

5) お宅の病院どうしていますか? ノロウィルス アウトブレイ
ク

市立旭川病院・医療安全管理課

桐 則行

(第10回旭川感染管理ネットワーク研修会, 2016年4月, 旭川)

6) 維持透析患者の水分, 食事管理での知識と自己管理行動の調
査

市立旭川病院・第3外来

古賀香奈子, 森峰美由紀, 難波 幸一, 櫛引由美子

- (第89回透析療法学会, 2016年 5 月, 札幌)
- 7) 患者が捉える自分の糖尿病の状態と影響する要因の検討
市立旭川病院・第1外来
増田 千絵
(第59回日本糖尿病学会年次学術集会, 2016年 5 月, 京都)
- 8) 日本感染管理ネットワーク北海道支部の活動について(第1報)～ICNの実践に繋がる研修会活動を目指して～
市立旭川病院・医療安全管理課
桐 則行
(第5回日本感染管理ネットワーク学術集会, 2016年 5 月, 別府)
- 9) 日本感染管理ネットワーク北海道支部の活動について(第2報)～ブロック化で地域に根差した活動を目指して～
市立旭川病院・医療安全管理課
桐 則行
(第5回日本感染管理ネットワーク学術集会, 2016年 5 月, 別府)
- 10) 腎臓が弱ってきたときの生活上の注意点
市立旭川病院・第1外来
増田 千絵
(第27回日本糖尿病性腎症研究会市民公開講座in asahikawa, 2016年 6 月, 旭川)
- 11) 糖尿病カンパセーション・マップ
市立旭川病院・第1外来
増田 千絵
(糖尿病カンパセーション・マップ ファシリテータートレーニング, 2016年 6 月, 旭川)
- 12) 在宅酸素療法の火気の取り扱いの実態調査と指導課題
市立旭川病院・東病棟7階
毛利 侑季, 森川 友美, 佐々木尚美
同 ・西病棟4階
岡田 直子
(北海道看護研究学会, 2016年 6 月, 札幌)
- 13) 一般内科病棟の退院支援に対する課題の抽出～急性期病院一般内科病棟の現状と意識調査から～
市立旭川病院・東病棟6階
赤澤 優弥, 須貝 敦子
同 ・西病棟4階
高石 麻未
同 ・手術室
仁矢佳菜美
同 ・地域医療連携課
小林 るみ
(看護の可視化と社会への発信～看護の実践知を未来へ～, 2016年 6 月, 札幌)
- 14) フットケア技術
市立旭川病院・第1外来
増田 千絵
- (第6回ステップアップフットケア, 2016年 7 月, 札幌)
- 15) 施設内感染症予防対策マニュアル作成について
市立旭川病院・医療安全管理課
桐 則行
(感染症予防対策研修会, 2016年10月, 旭川)
- 16) 安全機能付き翼状針による針刺し・切創事例の検討
市立旭川病院・医療安全管理課
桐 則行
(日本医療マネジメント学会 第16回北海道支部学術集会, 2016年10月, 旭川)
- 17) セルフケア支援とフットケア技術
市立旭川病院・第1外来
増田 千絵
(糖尿病重症化予防(フットケア)に係る研修会, 2016年10月, 札幌)
- 18) 側臥位体位固定の知識の統一を目指したDVDの教材の導入
市立旭川病院・手術室
後藤 結花, 岩崎 千春, 戸松 利佳, 中西 香織
(第30回日本手術看護学会年次大会, 2016年10月, 仙台)
- 19) 療養指導の基本(患者教育)
市立旭川病院・第1外来
増田 千絵
(第17回日本糖尿病療養指導士受講者講習, 2016年10月, 札幌)
- 20) 術前経口補水療法に対する外科病棟看護師と患者の認識調査
市立旭川病院・CCU
高柳 りか
同 ・西病棟6階
金澤 絵美
(第55回全国自治体病院学会, 2016年10月, 富山)
- 21) 興奮, 暴力, 解離症状を呈した思春期女子患者に対する絵本の読み聞かせ～安心感の獲得に向けて～
市立旭川病院・北病棟1階
横山 麻美, 村山 正貴, 長田 勇樹
(第55回全国自治体病院学会, 2016年10月, 富山)
- 22) 糖尿病看護とセルフケア支援
市立旭川病院・第1外来
増田 千絵
(第5回旭川糖尿病看護研究会, 2016年10月, 旭川)
- 23) ロボット支援手術における看護師の役割～術中体温管理について～
市立旭川病院・手術室
中西 香織
(北海道ロボット支援鏡視下手術研究会 第6回泌尿器科癌領域学術講演会, 2016年11月, 札幌)
- 24) 糖尿病カンパセーション・マップが患者の自己効力感に与える影響
市立旭川病院・第1外来
増田 千絵

(第50回日本糖尿病学会北海道地方会, 2016年11月, 札幌)

栄養給食科

25) 糖尿病療養指導カードシステム

[学会発表]

市立旭川病院・第1外来

増田 千絵

(糖尿病療養指導カードシステム導入のための講演会, 2016年11月, 札幌)

1) 誰でも簡単にできる糖尿病の食事療法

市立旭川病院・栄養給食科

阿部 望

(平成28年度市立旭川病院糖尿病について考える会, 2016年11月, 旭川)

26) 慢性合併症・高齢者糖尿病患者とそのケア

市立旭川病院・第1外来

増田 千絵

(第14回日本糖尿病療養指導士認定更新者用講習会, 2016年11月, 札幌)

Medical essay

文学, 映画のなかの病気

『文学, 映画のなかのこどもの病気』という医学雑誌内での連載がとても面白い。国内外の名著や映画に登場する小児疾患について, その疾患のエキスパートが推察・診断したり, その疾患の時代背景などを解説したりする記事である。

有名なところでは「ロレンツォのオイル」が解説されている。この映画は副腎白質ジストロフィーの治療について, 実在する両親と医療従事者側をモデルに葛藤が描かれており, 映画公開後の経緯が記事内には記されている。また「エレファントマン」も名作であり, 形態形成異常をもった青年の生涯を描いた作品で, 以前は神経線維腫症Ⅰ型(Von Recklinghouse病)と言われていたが, 最近ではプロテウス症候群と考えられ, 病気の解説が記載されている。

このような病気がメインの作品のみならず, 物語中の脇役の疾患にスポットをあてているところもこの連載の面白いところである。多少マニアックになるが(興味のある方は作品を見返してみたい), たとえば「若草物語」の三女ベスは猩紅熱に罹患後, 徐々に衰弱し亡くなるということになっているが, 連載内ではその原因がリウマチ性心疾患ではないかと予測している。また「クリスマスキャロル」の主人公スクルージが雇っていたクラチットの息子, ティムの病気は, 低身長, 跛行, 脱力発作というキーワードと当時の治療で改善した経緯とを考慮し, 尿細管性アシドーシスであった可能性が示されており, その想像力に感服する。

自分でも少し探してみると, 考察可能な作品は意外と多い。大人の病気になるが, 大好きな漫画「宇宙兄弟」には筋萎縮性側索硬化症と診断され, 徐々に症状が進行する主人公の恩人が描かれている。昔読んだ司馬遼太郎の「竜馬がゆく」には, 竜馬が時折高熱をだしマラリア(瘧: おこり)に感染していたのではないかとというくだりがある。

また非常に飛び抜けた能力をもつ人, 例えばシャーロック・ホームズや「デスノート」のLなどは, しばしば対人関係や身なりに無頓着で, また強いこだわりがあるように描かれており, 程度の違いはあるが自閉症スペクトラム障害の範疇に含まれるのではないかと考えられる。

こういう視点で作品を見直してみると物語を違う側面で観察でき, 医療者独特の楽しみ方を堪能できるのではないかなと思う。

(T.F.)

「旭川市立病院医誌」投稿規程

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

文献の書き方は次の形式による。

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

編 集 後 記

病院誌49巻完成に当たりまして、本年も多くの論文、報告を投稿頂き誠にありがとうございました。投稿頂きました研修医、医局医師、看護部をはじめとするメディカルスタッフの皆様、また、御多忙の中、査読を快くお引き受け下さいました編集委員の先生方に深謝致します。さらに、メディカルエッセイの寄稿願いを快くお引き受け下さいました、当院先輩医師、沼崎病院、前川 勲先生に心からお礼申し上げます。

本号は、症例報告3編、看護研究1編、研究発表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、2016-17年の学術面の集大成が綴られており、例年通り読み応えがある内容となっています。

皆様、ご存じの通り、当院の経営状況は悪化しており、そのような状況の中で毎日の仕事を行う上で、皆、何となく心が沈みがちになっていると思われます。そのような職員の様子は、必ず患者さんの目にも映り、病院全体の活気が益々低下することが危惧されます。

この状況を打破するための提案をしたいと思います。その方策は皆、笑顔で挨拶・仕事をすることです。作り笑いでは無く、自分が行っている仕事は患者さんのため、他の職員のため、病院のためになっていると考えることで、心から楽しい気分になり、笑顔が生まれるものです。職員全員が笑顔で仕事をし、明るい挨拶が、職員どおし、患者、学生を問わずに交わされている病院は活気にあふれ、皆が魅力的に感じる施設（職場）になり、患者さんは自ずと増えていくものと思います。ただ、どうすれば自分の仕事に重要な価値を見いだせるのでしょうか？私は、その答えこそが、学術活動にあると考えます。毎年書かせて頂いていますが、どうか、毎日の業務を単なる生活の糧やルーチンワークとしてこなさず、高い意識を持って遂行して下さい。患者さん一人一人を大切にすることで、必ず問題点が見えてきます。その問題点を個人だけのものではなく、回りのスタッフ全員の問題点として捉えられるよう働きかけてみて下さい。そのような環境が構築されれば、必然的に研究課題が生まれてきます。そしてそれをまとめて発表、論文化、本誌に掲載して下さい。医師の皆さんは、珍しい症例を見逃すこと無く診療に励んで頂きたい。日頃から、1例1例を大切に、そして細やかに診ていきましょう。年間に全ての医療スタッフが、最低でも1回は学会発表を行い、学会発表したものを論文化する。これを継続して行えば、当院は医学・看護学の優れた発信基地として、市民をはじめとして、周囲の基幹病院からも圧倒的な信頼、尊敬を勝ち取ることが出来、その中で職員一人一人に心からの笑顔が生まれ、病院全体に輝きが生まれると思います。学問に輝く病院には必ず患者さんが集まります。

一見、何の関係の無いようですが、学問を行う意識を職員全員が持つことが、本院の立て直しの特効薬となるものと私は確信しております。

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

2017年12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 先生	副院長	編集協力委員	栗屋 敏雄	薬剤科
編集委員	武井 明 先生	精神科		武田 晃典	中央検査科
	福居 嘉信 先生	内科		大野 肇	中央放射線科
	菅野 貴康 先生	内科		古川 美砂	看護部
	鈴木 聡 先生	内科	事務局	尾藤 真紀	教育研修課
	古川 卓朗 先生	小児科		佐々木史義	
	佐藤 公輝 先生	耳鼻咽喉科		清水るりこ	
	福永 亮朗 先生	外科			
	野村和加奈 先生	皮膚科			

《基本理念》

患者さん中心の医療を行い、市民から信頼される病院を目指します。

《基本方針》

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

《患者さんの権利》

～私たちは患者さんの権利を尊重します～

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

旭川市立病院医誌 [第49巻1号]

平成29年12月25日 印刷
平成29年12月25日 発行 [非売品]

編集発行人 旭川市金星町1丁目1番65号

青 木 秀 俊

発行所 旭川市金星町1丁目1番65号

市立旭川病院

印刷所 旭川市3条通4丁目

(株)あいわプリント

The Journal of Asahikawa City Hospital

Vol.49 No.1
December 2017

【Case Reports】

A case of Alice in Wonderland syndrome with mycoplasma pneumonia. Akira SATAKE

A case of spontaneously remitted IgG4-related disease with multiple lung nodules and bilateral hilar lymphadenopathy.
..... Shinya OTSUKA

A therapeutic process of an adolescent girl whose violence was reduced by picture-book reading:
Therapeutic significance of picture-book reading.
..... Mami YOKOYAMA

【Nursing Reports】

A strategy to standardize daily life care by nursing aids.
～Instruction for nursing aids to standardize hygiene and personal care.～
..... Nozomi TANAKA

【Research Presentation】

Investigation of problematic cases of the blood-drawing room; strategies for prevention.
..... Akemi HATAYAMA
