

旭川市立病院医誌

第50巻 1号

平成30年12月発行

ISSN 0287-024X



市立旭川病院
Asahikawa City Hospital

【症例報告】

心サルコイドーシスに対するステロイド治療中に発症した

肺ノカルジア症の1例

呼吸器内科 岡崎ななせ

異なる経過をたどった重症レジオネラ肺炎の2例

呼吸器内科 宮野 真博

妻の入院後から手紙の交換を開始した夫婦の心理的变化

～手紙の効用について～

看護部 加藤 祐太

【看護研究】

訪問看護との連携で患者の言動に変化をもたらした要因の検討

看護部 岩田 照枝

【臨床病理検討会】

【教育研修報告】

旭市病誌

The Journal of Asahikawa City Hospital

Vol.50 No.1
December 2018

【Case Reports】

APulmonary Nocardiosis during steroid treatment for cardiac sarcoidosis

..... Nanase OKAZAKI

Different outcomes of 2cases of severe Legionella pneumonia.

..... Masahiro MIYANO

Psychological change of a couple who exchanged letters after the wife's hospitalization:

Usefulness of writing letters.

..... Yuta KATO

【Nursing Reports】

Therapeutic significance of cooperation between the psychiatric outpatient section and home-visiting

nursing care service. Terue IWATA

旭川市立病院誌
第五十卷
第一号
平成二十一年一月

旭川市立病院 医誌50巻 1 号

平成30年12月発行

目 次

【症例報告】

心サルコイドーシスに対するステロイド治療中に発症した肺ノカルジア症の1例	呼吸器内科	岡崎ななせ	1
異なる経過をたどった重症レジオネラ肺炎の2例	呼吸器内科	宮野 真博	7
妻の入院後から手紙の交換を開始した夫婦の心理的变化～手紙の効用について～	看護部	加藤 祐太	13

【看護研究】

訪問看護との連携で患者の言動に変化をもたらした要因の検討	看護部	岩田 照枝	17
------------------------------------	-----	-------	----

【臨床病理検討会】

第1回 平成29年6月22日	内科	高橋 一輝	23
第2回 平成29年8月29日	内科	栗山 知穂	25
第3回 平成29年9月5日	麻酔科	岡崎ななせ	27
第4回 平成29年10月4日	麻酔科	宮野 真博	30
第5回 平成29年11月16日	内科	宮本 寛之	32

【教育研修報告】

第65回日本心臓病学会学術集会に参加して	中央検査科	湊 舞	36
CVIT2017に参加して	臨床器材科	山口 和也	37
2017年度ICU・CCU看護教育セミナー初級コースに参加して	看護部	岩渕 雄多	38
平成29年度感染制御専門薬剤師講習会に参加して	薬剤科	栗栖 幹典	39
JSS北海道第32回地方会学術集会に参加して	中央検査科	山田 和明	40
第51回日本臨床腎移植学会に参加して	看護部	藤渡 鷹志	40

東レ社製血液浄化装置TR-55Xメンテナンス講習会に参加して	臨床器材科	田中 義範	41
東レ社製血液浄化装置TR-55Xメンテナンス講習会に参加して	臨床器材科	澤崎 史明	42
第56回全国自治体病院学会に参加して	看護部	栗本真里枝	43
第56回全国自治体病院学会に参加して	看護部	新名 絵美	44
第56回全国自治体病院学会に参加して	薬剤科	山口 純子	44
第56回全国自治体病院学会に参加して	中央検査科	相馬 史典	45
第56回全国自治体病院学会に参加して	臨床器材科	河田 修一	46

【ICBMセミナー～臨床研究検討会～】

パターン認識的臨床診断名:TAFRO症候群－自験例での考察－	血液内科	横山 翔大	47
炎症性腸疾患における精神疾患の特徴～クローン病編～	消化器内科	稲場 勇平	47
眼内レンズ	眼科	菅野 晴美	47
患者状況に応じた糖尿病治療	代謝内科	永島 優樹	48
無症候の両親にそれぞれSCN5AおよびKCNQ1の変異をみとめ,異なる遺伝伝達 および表現型を示したQT延長症候群の三姉妹例	小児科	古川 卓朗	48
日本版敗血症診療ガイドライン改定と初期治療	麻酔科	笠羽 一敏	48
当院における完全鏡視下噴門側胃切除術の短期成績	外科	本谷 康二	49
定位放射線治療(リニアック)とガンマーナイフの微妙な関係	放射線治療科	川島 和之	49
皮膚非結核性抗酸菌感染症の治療経験	皮膚科	野村和加奈	50
精神症状が先行したHIV関連神経認知障害の1例	精神神経科	廣田亜佳音	50
癌性腹水に対する腹水濾過再静注療法(CART)の実施経験	産婦人科	板橋 彩	50
眩暈で入院後,翌日にWallenberg症候群をきたした1例	耳鼻咽喉科	田川 愛	51
習慣性顎関節脱臼に対する手術経験	歯科口腔外科	矢島 優己	51
心サルコイドーシスに対してステロイド治療中に発症した肺ノカルジア症の1例	呼吸器内科	岡崎ななせ	52
「心臓サルコイドーシス,症例・ガイドライン」	循環器内科	幸村 近	52
Carpe diem(全人的医療でいまを生きる)	総合内科	鈴木 聡	52
大動脈弁閉鎖不全症に対する弁形成術の2例	胸部外科	須野賢一郎	52
退院支援はわれらの救世主となるか?	泌尿器科	山本 祥太	53
HCCに対するTAA	放射線科	花輪 真	53

【看護研究発表会記録】

帯状疱疹神経因性疼痛に対する温電法の効果について	東 5 階	吉澤 佳奈	55
がん性疼痛緩和に対するアロマセラピーの芳香浴の有効性	西 7 階	西崎 千夏	55
精神科看護師のストレス緩和の検証ー夜勤帯におけるアロマセラピーの効果ー	北 第 2	佐藤 愛	56
地域包括ケア病棟における退院支援の満足度調査	東 7 階	鴫 美貴子	56
訪問看護との連携で患者の言動に変化をもたらした要因の検討	第 1 外 来	岩田 照枝	57
プレウォーミング導入への取り組み	手 術 室	洞 佑佳里	57
当院の男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と 促進・抑制要因の明確化	東 3 階	新庄 史佳	58
時間外勤務がワークバランスに及ぼす影響の実態調査	西 5 階	藤渡 鷹志	58
ICU見学型オリエンテーションの検討 ～心理的变化(不安・ストレス)の視点から～	I C U	渡邊 光	59
エンゼルメイク導入によるエンゼルケアへの意識の変化について	東 6 階	高橋 歩	60
抗がん剤点滴治療中患者の排泄物取り扱いについて	西 6 階	上田 裕子	60
再入院した喘息患者の服薬管理が継続困難となる要因についての調査	西 4 階	池田 覚美	61

【随筆】

2018 ロシアワールドカップ紀行	副 院 長	石井 良直	63
-------------------------	-------	-------------	----

【がん診療連携拠点病院関連研修会】	66
-------------------------	----

【平成29年度各科学会発表ならびに投稿論文】	67
------------------------------	----

【Medical Essay】	5, 6, 12, 22, 35, 46, 54, 62
-----------------------	------------------------------

【編集後記】	87
--------------	----

フォーミュラリーをご存知ですか

多くのDPC病院において、診療報酬上の動機づけから後発医薬品への変換が進んできました。当院でも2017年12月現在、その使用量は数量比率で90%程度となっており、医薬品購入費の削減に寄与しています。しかし、新規発売医薬品（＝先発医薬品）の一部においては、その効能効果が安価な従来品と変わらないにも関わらず、製薬メーカーが販売戦略上、使用を促進している場合も見受けられます。

フォーミュラリー（以下、FMという）とは、「医療機関における患者に対して最も有効で経済的な医薬品の使用における方針」と定義されます。これは、1997年に世界保健機関（WHO）が、「医薬品の合理的使用とは、個々の患者に臨床上のニーズに適した医薬品が適切に使用され、その地域において最小のコストで薬物治療が提供されること」と提言したことに端を発するといわれています。

FMの考え方は、先発医薬品を後発医薬品に変えることが全てではありません。例えば、高脂血症治療を行う患者に対して、どの薬剤を使うのが最も適切でかつ最小コストなのかを、採用薬の中で順位付けするものです。本邦では2010年ころより一部病院にて取り組みが始まり、最近では、診療報酬を決める中央社会保険医療協議会（中医協）の場においても「FM＝費用対効果」に関する議論がなされるようになりました。

2018年6月、当院においても、リツキシマブ製剤およびG-CSF製剤にてFM導入を行いました。また、今後も対象薬剤を増やしていくこととなっております。対象薬剤の情報は、処方時にオーダーシステム上に表示されます。また、サイボウズ上にも情報提供を行います。

FMは、各病院の状況に合わせ作成・導入すべきものであり、費用対効果を踏まえた薬剤の使用を原則とします。結果として、医療の質を落とさずコストの削減が可能となります。

(T.A.)

症例報告

心サルコイドーシスに対するステロイド治療中に発症した
肺ノカルジア症の一例*呼吸器内科 岡崎 ななせ** 谷野 洋子
福居 嘉信

【要 旨】 症例は68歳男性。2008年にサルコイドーシスと診断され経過観察となっていたが、2017年に心サルコイドーシスによる重症心不全のためステロイドの内服が開始された。ステロイド投与開始から約3ヶ月後、咳嗽や痰、熱感を自覚して当院を受診した。血液検査で炎症反応が上昇し、胸部造影CTで右肺上葉の背側に内部不均一な浸潤影が認められた。入院時のグラム染色で肺ノカルジア症と考えられ、ST合剤とメロペネムで加療を行った。加療開始後は炎症反応の低下と浸潤影の縮小を認め、抗菌薬の感受性試験ではST合剤への感受性も確認された。菌種の特定は当院では出来なかったが、その後症状と画像所見、血液検査所見は軽快し、退院となった。肺ノカルジア症は再発しやすいため長期のST合剤の内服が推奨されており、本症例においても減量しながら投与を続けている。現在外来でフォローアップを行っているが、再発なく経過している。

はじめに

ノカルジアとはグラム陽性の放線菌であり、肺などの臓器に日和見感染を起こすことが知られている。肺ノカルジア症は免疫抑制状態の患者で発熱や呼吸器症状が出現した際には鑑別に挙げるべき疾患の一つとされる。今回、心サルコイドーシスに対するステロイド投与中に発症した肺ノカルジア症の一例を経験したため、考察と併せて報告する。

症 例

【症 例】 68歳男性

【主 訴】 咳嗽、喀痰

【既往歴】

15歳時 スキーで右下腿複雑骨折

30歳頃 腰椎ヘルニア

1994-5年 肝嚢胞、肝血管腫

2000年 急性前立腺炎

2000年頃 胸膜炎

【生活歴】 喫煙（既往）：24-57歳、0-40本/日

アルコール：焼酎水割り2-3杯/day

【現病歴】 2006年10月14日に完全房室ブロックのため当院循環器内科初診となり、ペースメーカー植え込み術が施行された。その後定期フォローされていたが、2006年頃から顔面に皮疹が出現し、2008年に当院皮膚科を受診。皮膚生検で非乾酪性類上皮細胞肉芽腫が確認され、完全房室ブロックの既往からもサルコイドーシスが疑われた。胸部CTでは両側肺門リンパ節腫大、肺野の多発粒状影、気管支血管周囲間質の肥厚が認められた。気管支肺泡洗浄（BAL）ではリンパ球が36%、CD4/CD8比が4.6であり、血液検査ではリゾチームが19.0μg/mlと高値。以上よりサルコイドーシスと診断された。肺病変は、自覚症状もなく治療適

* : Pulmonary Nocardiosis during steroid treatment
for cardiac sarcoidosis

** : Nanase OKAZAKI, et al.

Key words: 肺ノカルジア症, 免疫不全状態,
ステロイド, サルコイドーシス

応外と考えられた。心病変については、心不全徴候なく安定しており、利尿剤と少量のβブロッカーで経過観察する方針となった。

経過観察の間2014年に当院泌尿器科で前立腺癌と診断され、PSA監視療法の適応となった。2017年1月にPSAが上昇し、手術治療の検討のため心機能の精査が行われた。心臓カテーテル検査でForresterⅢの心不全、左室造影では左室基部を中心に全域の壁運動低下を認め駆出率27%だった。サルコイドーシスの重症心病変と考えられ、ステロイド治療開始の方針となった。前立腺癌に対して3月14日から5月2日に放射線照射を行った後、7月31日よりプレドニゾロン(PSL)30mg/日で内服開始。4週ごとに5mgずつ減量し、9月25日からPSL20mg/日投与していた。10月5～13日に本州へ旅行した。旅行中より咳嗽やオレンジ色の痰が一日に数度出現。旅行後から熱感を自覚したが検温はしなかった。10月23日に当院循環器内科と呼吸器内科を受診し、血液検査で白血球数の上昇とCRP高値が認められた。胸部X線写真では右上肺野縦隔側に浸潤影が出現。造影CTで右肺上葉に浸潤影が出現し、右肺門部リンパ節との境界が不明瞭となっていた。肺炎の合併と考えられ、同日循環器内科に入院となった。

【入院時現症】身長170cm、体重66.5kg

体温35.9℃、脈拍65回/分・整

血圧103/61mmHg、SpO₂94%（室内気）、胸部聴診上心雑音、ラ音を聴取せず。

【検査所見】白血球数 $15.33 \times 10^3/\mu\text{l}$ (Seg. 86.1%, Eosino 0.2%, Baso 0.1%, Mono 3.7%, Lymph 9.9%), 赤血球数 $4.24 \times 10^6/\mu\text{l}$, ヘモグロビン13.0g/dl, ヘマトクリット40.0%, 血小板数 $354 \times 10^3/\mu\text{l}$, ナトリウム141mEq/L, カリウム3.7mEq/L, クロール104mEq/L, BUN 24.1mg/dl, Cre1.00mg/dl, eGFR57.8ml/min/1.73, UA7.3mg/dl, TP 6.7g/dl, ALB 3.3g/dl, A/G 0.97, T-BIL 0.8mg/dl, AST (GOT) 19IU/L, ALT (GPT) 25IU/L, LD (LDH) 282IU/L, CK (CPK) 74IU/L, 血糖156mg/dl, CRP 5.62mg/dl, BNP 67.3pg/ml (下線部は異常値)

【胸部X線写真(図1)】右上肺野縦隔側に浸潤影

【胸部CT(図2)】右肺上葉に直径3cm程度の腫瘤が出現、右肺門部リンパ節との境界が不明瞭。腫瘤は薄い隔壁を伴い、内部は辺縁と比べて低吸収。



図1 胸部X線写真

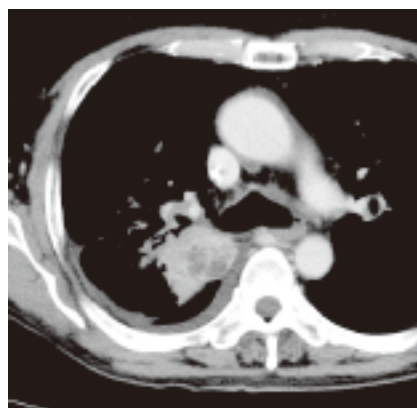


図2 胸部CT

【入院後経過】10月23日の入院時の喀痰からグラム染色で放線菌様の桿菌が認められ、肺ノカルジア症と診断した。ST合剤(ダイフェン)4T/2×内服、メロペネム0.5g×3回点滴静注を開始した。ノカルジアは脳膿瘍を来すことがあるため、同日頭部CTを施行したが、脳膿瘍を疑う所見は認められなかった。10月26日には喀痰が減少し、血液検査でWBC 9300/ μL , CRP5.54mg/dlと炎症反応が低下した。10月30日の胸部X線写真では浸潤影が改善した。10月31日の胸腹部造影CTでは右肺上葉の腫瘤性病変は縮小し、周囲の浸潤影も改善した。11月2日にはメロペネムを終了した。11月6日には喀痰培養でノカルジアとの最終報告があり、抗菌薬の薬剤感受性はAMK, IPM/CS, LZD, MINO, STにsensitive, LVFX, CAMはresistantであった。菌種の特定は当院では出来なかった。症状増悪なく、11月8日にPSL 15mg/日に減量、ダイフェンの内服継続の上退院となった。その後11月

27日外来受診時にはWBC 7100/μl, CRP 0.03mg/dlとなり、胸部X線、CTでは右上葉S2の結節影は縮小した。PSLは12.5mg/日、ダイフェンは2T/2×に減量した。その後も肺ノカルジア症は再発なく経過している。今後6-12ヶ月間ダイフェンを投与する方針である。

考 察

ノカルジアは、グラム陽性の放線菌であり、主に土壌中や水中に存在する。傷口から侵入して皮膚や皮下組織に病変を生じると皮膚ノカルジア症と呼ばれる。経気道的に吸入して肺に感染すると肺ノカルジア症となる。この場合、重症化すると血行性に全身に播種することがあり、播種性ノカルジア症と呼ばれる。また、肺ノカルジア症では血行的に脳膿瘍を生じることが多いとされる。本稿では主に肺ノカルジア症について述べる。

通常、肺ノカルジア症は免疫抑制状態の患者に日和見感染として生じることが多い。具体的には、臓器移植後、HIV/AIDS患者、ステロイドや免疫抑制剤投与中、胆癌患者などに多く、細胞性免疫低下でより罹患しやすくなるとされている。このような免疫不全患者でのノカルジア症の発症率は健常者の140～340倍であるとされる¹⁾。ただし、免疫抑制状態ではなくても、COPDや気管支拡張症など局所の肺疾患がある患者にもノカルジア症が生じることがある。

本症例ではサルコイドーシスに対しステロイドを用いて加療中であった他、前立腺癌の合併があり、細胞性免疫能が低下していたと考えられる。また、サルコイドーシスの経過中に気管支喘息と診断されており、肺での局所の免疫能低下に寄与していた可能性がある。本邦では気管支喘息に対してステロイド使用中に

肺ノカルジア症を合併した症例が報告されている²⁾。

肺ノカルジア症の臨床症状は咳嗽、喀痰、発熱、全身倦怠感などであり、特徴的な臨床症状に乏しい。同様に、画像所見も浸潤影や結節影、すりガラス影など多彩な像を示し、特異的な所見がない。Kurahataらの報告では、肺ノカルジア症のCT所見では浸潤影が多い（59例中28例、47%）とされるが、肺に基礎疾患を有する患者では異常陰影がノカルジア症の病変か判断がつかないことも多い（59例中12例、20%）³⁾。肺ノカルジア症は比較的稀な疾患であることに加え、例えば免疫抑制剤投与中などの患者では鑑別に挙がる疾患が多様であり、診断に苦慮する原因となっている。

ノカルジアに特異的な血清学的検査はまだ確立されておらず、確定診断のためには培養や菌体の分離が必要である。だが、ノカルジアの培養では生育速度が1-2週間程度と一般の細菌と比較して遅く、診断に苦慮するケースも多い。このため、迅速に施行することが可能なグラム染色が非常に有用である。過去には、喀痰や気管支肺泡洗浄液のグラム染色において、グラム陽性の放線菌を認めることで診断に結びついた症例が多く報告されている^{2) 4) 5)}。

本症例はCTで内部に隔壁を伴う結節影を呈したが、前立腺癌の放射線治療後であったことから、当初は肺転移も疑われた。しかし、最終的には喀痰のグラム染色でグラム陽性の放線菌が確認されたことで肺ノカルジア症が疑われ、培養で確定診断された。ただし、文献上は喀痰や気管支肺泡洗浄液から菌体が検出されず、経皮肺生検や胸腔鏡下肺生検を行って診断を確定させた症例も報告されている^{6) 7)}。診断に難渋する場合には肺生検もやむを得ないが、過大な侵襲を避けるためには喀痰のグラム染色を複数回行うなどの

表

	N.farcinica	N.nova complex	N.cyriacigeorgica	N.abscessus	N.brasiliensis
ST合剤	S	S	S	S	S
IPM	S	S	S	S	R
AMK	S	S	S	S	S
CTRX	R	S	R	S	R
MINO	R	R	R	S	R
LZD	S	S	S	S	S

試みが求められる。

ノカルジア属には *N.farcinica*, *N.nova complex*, *N.cyriacigeorgica*, *N.abscessus*, *N.brasiliensis* といった複数の菌種が存在し、それぞれ抗菌薬への感受性が異なる（表）が、一般の細菌検査室では菌種の同定が難しい。本症例も当院での菌種の同定は不可能であった。このような場合、培養での感受性試験の結果をもとに抗菌薬治療を考慮する必要がある。一般的にノカルジア症に対してはST合剤が第一選択薬として用いられる。しかし、ST合剤に対する耐性菌も存在するため注意が必要である。その割合は国や地域により異なる。近年の米国の報告では、552例のノカルジア症のうち2%がST合剤耐性菌によるものであった⁸⁾。本邦のある報告では、肺ノカルジア症患者59人中16人（27%）がST合剤耐性菌に感染していた³⁾。このため、抗菌薬投与の際には常に感受性試験を行う必要がある。また、ST合剤では副作用が生じることが少なくない。本邦の単一施設における検討では、第一選択薬としてST合剤を投与した9例中5例（55.5%）で薬剤性肺障害、骨髄抑制、腎障害、肝障害、食欲不振などの副作用のため、治療薬の変更を余儀なくされている⁹⁾。一般的に、副作用によりST合剤が使用できない場合はIPMとAMKの併用などが用いられることが多い。また、重症例においてはST合剤とIPM、AMKの併用が行われる。本症例では、画像上比較的重症感がありステロイド治療によって誘発された肺膿瘍ということも考慮して、まずはST合剤とMEPMの2剤を投与した。その後、経過が良好であり、感受性試験においてもST合剤に対する感受性が認められたため、投与を継続した。いずれに対しても副作用なく症状と検査所見の改善が認められた。退院後はST合剤を減量中であり、副作用が生じないか注意深く経過観察を行う必要がある。

ノカルジア症の予後は重症度と患者の全身状態、基礎疾患などに影響されるが、近年では、ノカルジア症を発症した臓器移植後の患者のうち、89%（35例中31例）が適切な治療によって治癒したとの報告がある¹⁰⁾。ノカルジア症は再発しやすいことが知られており、抗菌薬投与が長期間に及ぶことが多い。具体的には、通常の症例では約6か月、基礎疾患のない患者では約3か月の治療が行われることが多い。重症な肺ノカルジア症では6か月から1年間、脳膿瘍を来した場合は1年以上の投与が推奨される。

理論的にはST合剤の予防投与でノカルジア症を予防できるのではないかと考えられる。例えば、免疫抑制状態の患者に対してニューモシスチス肺炎の予防目的にST合剤を投与している場合、副次的にノカルジア症にも予防効果があるのではないかと考えられる。しかし実際は、ニューモシスチス肺炎に対する予防投与量（1～2錠×3回/週）では投与量が少なく、ノカルジア症の予防効果はないとする報告がある^{10) 11)}。また、前述のようにST合剤は副作用を生じることが多い一方で、ノカルジア症は比較的稀な疾患である。このため、ノカルジアのみをターゲットにしたST合剤の予防投与の意義は乏しいと考えられる。ただし、ノカルジアに対するST合剤の予防投与については、まだ十分な検討がなされたとは言えず、今後の知見の蓄積が待たれる。

ノカルジア症は早期に発見して適切な抗菌薬治療を行うことが重要である。特に免疫抑制状態の患者で発熱や咳嗽が出現した場合は常にノカルジア症を鑑別に入れ、喀痰や気管支肺泡洗浄液のグラム染色などを診断の手掛かりとすることが必要である。

文 献

- 1) Filice et al. Nocardiosis in persons with human immunodeficiency virus infection, transplant recipients, and large geographically defined populations. J Lab Clin Med 2005;145:156-162.
- 2) 坂東千昌, 他. ステロイド薬投与中の気管支喘息症例に発症した肺ノカルジア症の1例. 日呼吸会誌 2008;46:1024-1028.
- 3) Kurahata et al. Pulmonary nocardiosis: A clinical analysis of 59 cases. Respir Investig 2014; 52:160-166.
- 4) 安里光秀, 他. グラム染色がきっかけで確定診断となった肺ノカルジアの一症例. 沖縄赤十字医誌 2009;17:45-47.
- 5) 林 菜穂, 他. ANCA関連血管炎に合併した肺ノカルジア症の1例. こうち 2015;44:93-96.
- 6) 鈴木 淳, 他. 急速に増大する肺結節影の診断に苦慮したSLEの一例. 関東リウマチ 2014;47:292-299.
- 7) 清水愛果, 他. 顕微鏡的多発血管炎の経過中に出現し、診断に苦慮した肺ノカルジア症の一例. 関東リウマチ 2013;46:48-56.

- 8) Brown-Elliott et al, Sulfonamide resistance in isolates of *Nocardia* spp. from a US multicenter survey. *J Clin Microbiol.* 2012;50:670-672.
- 9) 石黒 卓, 他.肺ノカルジア症12例の臨床的検討－単一施設の後方視的研究－. *日呼吸会誌* 2015; 4:133-138.
- 10) Peleg et al, Risk factors, clinical characteristics, and outcome of *Nocardia* infection in organ transplant recipients: a matched case-control study. *Clin Infect Dis.* 2007;44:1307-1314.
- 11) Coussement et al, *Nocardia* Infection in Solid Organ Transplant Recipients: A multicenter European Case-control Study. *Clin Infect Dis.* 2016;63:338-345.

Medical essay

誰かの一番になりたい

神経性無食欲症のために受診した女子高生のAさんは、「誰かの一番になりたい」と診察室でよく口にしていた。Aさんは中学3年時から食事制限するようになり、体重が極端に減少した。そのために病院を受診した。しかしその後も、Aさんの体重増加がみられないので、入院することになった。

入院後、Aさんは自分の気持ちを徐々に語るようになった。Aさんのすぐ下に妹と弟がいて、母親は妹弟の世話で忙しかった。そのため、姉であるAさんはお姉さんだからということで我慢させられてばかりいた。何をするにも妹弟の次であった。そこで、Aさんは親に褒めてもらおうとして、勉強やスポーツを一生懸命に頑張ったが、それでも親はそれほど喜んでくれなかった。そうこうしているうちに、Aさんはだんだんと食欲がなくなって体重が減ってきたという。「親は私を一番には思ってくれなかった。だから私は誰かの一番になりたいとずっと思っている」と述べた。

子どもたちは常に親の一番になりたいと思っている。親から一番大切にされる存在になりたいのである。でも現実とはなかなかそうもいかない。自分よりも幼少のきょうだいがいるために親の関心がきょうだいに向き、手のかからない年上の子は放って置かれる。あるいは、勉強やスポーツで良い成績をあげるという条件を満たさないと関心を向けてくれない親もいるかもしれない。子どもたちは親の一番になって、親からしっかりと愛されることで、自分自身のことを好きになり、そして、他の人を愛することができる大人に成長していくのではないだろうか。「一番大切な存在だよ」というメッセージを子どもたちに繰り返して伝えたい。

(A.T.)

ガイドライン医療

多くの疾患に対して「診断・治療ガイドライン」が作られており、これを順守した診療が行われている。ガイドラインはEBM（EvidenceBasedMedicine）に基づいており、そこには別のE（Experience）を参考にした医療が立ち入る余地はない。

過日、今話題のDOAC（direct oral anticoagulant）の勉強会に出席する機会があった。その道では高名な教授のお話を興味深く拝聴した。

演者は、開口一番「高齢社会にあっては、ガイドライン医療は、再考されるべきである」と述べた。彼は続けて「そもそもガイドラインを作成するためのEBMの対象者は壮年者であり、それを高齢者に適応することには無理がある」と、まさに「わが意を得たり」であった。

「心房細動」の患者に「DOAC」が投与される。しかし5年先、10年先の生命予後が保障されていない高齢者の約半数の死因は「心房細動」とは無関係である、と云う。

自分の専門の造血管腫瘍について考えてみたい。「ガイドライン」は、対象疾患の治癒（cureを目指した医療＝100か0か）を基本的な考え方として作られていることは当然であり、それを否定するつもりはない。だが現在、自分が日々診療している患者の年齢は75歳以上の超高齢者が大多数である。患者は、基礎疾患が「血液疾患」ではあるが同時に心不全、繰り返す誤嚥性肺炎、慢性腎障害そして認知症などを合併している。このような患者にcureを目指す医療を行うことは難しい。しかし、何もしないで命の終わるのを診てゆくことが果たして「医療」と云えるのだろうか。少なくとも、残り少ない人生をなるべく苦痛がなく過ごすことが出来る医療（care＝共存を目指す医療＝60せめて40）が行われるべきではないかと考え、それを実践しているつもりである。そのスタンスは、最後まで諦めないという意味では「緩和医療」とは、少し違っていると考えている。

医者になって50年以上も「血液専門医」として過ごしてきた。振り返って見ると、あの時代には「本流の治療」以外に多くの「裏技治療」を経験（実践）してきた。「倫理委員会」などと云う面倒なルールがない時代の医者には、EBM（Experimental Based Medicine）がまだ生き残っていた。

急性期病院から紹介されて88歳の「非ホジキン・リンパ腫、臨床期Ⅱ＝前医では、なぜかⅣ期と云われた」の患者が入院してきた。治療を行えば、十分治療効果が期待される印象がある。

だが、前医では「認知症もあり、化学療法は副作用があり選択すべきではない。自然の経過に任せましょう」と説明を受けてきていた。家族は、頑なに治療を拒否している。「認知症」で人は死なないが、リンパ腫では死んでしまうと思うのだが。「ニコニコ」と笑っているおとなしいおばあちゃんの段々と大きくなっていく「頸部のリンパ腫」をなすすべもなく診ている日々である。

超高齢社会にあって「高齢者・診療ガイドライン」が早急に検討されることが望まれる。

(I.M.)

症例報告

異なる経過をたどった重症レジオネラ肺炎の2例*

呼吸器内科 宮野真博** 福居嘉信
谷野洋子

【要 旨】 症例1は75歳、男性。発熱と労作時の胸苦しさを自覚し近医を受診して、肺炎と診断され当科紹介入院となった。入院日はCTRXとAZM投与した。入院翌日の尿中レジオネラ抗原が陽性であり、レジオネラ肺炎と診断し、CRRXをLVFXに変更した。第19病日には改善し退院となった。症例2は72歳、男性。発熱や咳嗽、下痢などで受診し、肺炎と診断され入院した。第1、第2病日はABPC/SBTを投与した。肺炎の急激な悪化などからレジオネラ肺炎が疑われ、第3病日からLVFXの投与を開始した。第4病日に尿中レジオネラ抗原を検出し、レジオネラ肺炎と診断された。第5病日からAZMの点滴も追加したが、軽快するまでに日数がかかり、第64病日に他院へ転院となった。

レジオネラ症は、旭川では2017年の1年間で8例報告されている。本症例では、疫学および検査所見的には典型的といえる。症例1と症例2ではLVFXやAZMの投与開始日に違いがあった。

は じ め に

レジオネラ肺炎は1976年、米国フィラデルフィアにおける在郷軍人集会（Legion）で集団肺炎として発見されたところから、legionnaires' diseaseと命名された。レジオネラ属菌は、もともと土壌や水環境に普通に存在する菌である。しかしながら、快適な生活や水資源の節約のため、エアロゾルを発生させる人工環境（噴水等の水景施設、ビル屋上に立つ冷却塔、ジャグジー、加湿器等）や循環水を利用した風呂が屋内外に多くなっていることから、感染する機会を増やしているとされている¹⁾。レジオネラ感染症は感染症法で4類感染症に指定されており、2017年には、全国で1722例報告された。そのうち北海道が44例で、旭川では8例が報告された²⁾。

今回当科に、ほぼ同時期に2人がレジオネラ肺炎の

ため入院となった。一方の症例では、すみやかに改善し19日で退院となったが、もう一方の症例では、抗菌薬治療後も中心静脈ポートを挿入するなど2か月以上入院を要した後に、リハビリテーション目的に他院へ転院となった。同時期に入院し異なる転帰をたどったレジオネラ肺炎の2症例について報告する。

症 例 1

【症 例】 75歳男性

【主 訴】 全身倦怠感

【既往歴】 高血圧、脂質異常症、胃食道逆流症

【家族歴】 特記すべきことなし

【生活歴】 喫煙：18歳から現在、1本/日、飲酒なし

【現病歴】 高血圧症、脂質異常症などで近医に通院していた。2017年12月7日より発熱を自覚し、その後労作時の胸苦しさと動悸を自覚したため、12月11日近医を受診した。胸部X線で左肺に浸潤影が認められ、血液検査でCRPと、BUNの上昇が認められた。また室内気でSpO280%と呼吸不全も認められた。肺炎が疑われCTRX 1gとブレドニゾロン20mgを点滴後、当科紹介となった。

* : Different outcomes of 2 cases of severe Legionella pneumonia.

** : Masahiro MIYANO, et al.

Key words: レジオネラ, 肺炎, 感染症

【現 症】身長152.8cm, 体重55.75kg
体温36.8℃, 脈拍75回/分・整
血圧134/83mmHg, SpO₂93% (酸素経鼻 2 L/分)。
左胸部全体で吸気時にcoarse cracklesを聴取。腹部平坦, 軟, 圧痛なし。

【検査所見 (Table. 1)】白血球数が好中球優位に増加しCRPも著明高値を示した。BUNとCreが高値であり, eGFRの低下も認められた。

【胸部X線 (Fig. 1)】左上肺野から下肺野の広範囲に濃厚な浸潤影が広がっており, airbronchogramを伴っていた。

【胸部CTスキャン (Fig. 2)】左上葉と下葉の気管支血管束の周囲を中心として広範囲にairbrochogramを伴う浸潤影が認められた。浸潤影の周囲にはすりガラス様陰影が認められた。左上葉では肺気腫の合併を疑わせるswisscheeze様の陰影も認められた。また左胸水も認められた。

【臨床経過】12月11日に当科入院後より左肺炎の診断にてCTRX 2 g/日の投与を開始し, AZM 2 g単回投与した。翌12月12日, 尿中レジオネラ抗原陽性であったためCTRXの投与は終了した。レジオネラ肺炎に対して, 腎機能障害を考慮し, 12月12日のみLVFX 500mg/日投与し, 12月13日以降は250mg/日で内服を継続した。12月17日に解熱した。12月25日には酸素投与を終了した。12月27日に全身状態の改善に伴いLVFXの内服を終了し, 12月29日に退院となった。

症 例 2

【症 例】72歳男性

【主 訴】発熱, 咳嗽

【既往歴】喘息, 高血圧, 糖尿病

【家族歴】特記すべきことなし

【生活歴】喫煙歴: 23歳から33歳まで10年間10本/日, 飲酒なし

【現病歴】喘息および高血圧で当科に通院していた。2017年12月1日より39℃以上の発熱があったが, 医療機関を受診はなかった。12月5日頃より少しぼーっとしている様子だった。12月6日から下痢, 12月7日夜からは咳嗽, 皮膚の黄染を自覚した。症状が持続するため12月8日に当科を予約外受診した。

【現 症】身長167.5cm, 体重49.4kg, 体温40.3℃, 脈拍100回/分・整, 血圧120/68mmHg, SpO₂ 95% (酸素経鼻 1 L/分)。左背側で吸気時にcoarse crack-

les聴取。腹部平坦, 軟, 圧痛なし。

【検査所見 (Table. 2)】白血球数とCRPの増加, AST・ALT高値と, 低Na血症, 低K血症が認められた。

【胸部X線 (Fig. 3)】左中下肺野に広汎な浸潤影が認められた。

【胸部CTスキャン (Fig. 4)】左下葉のほぼ全域と左上葉の一部にairbronchogramを伴う濃厚な浸潤影が認められた。

【臨床経過】12月8日に当科入院後, 左肺炎の診断でABPC/SBT 3 g×2/日を開始した。失禁したためレジオネラ尿中抗原は検査に提出できなかった。翌日から週末であり尿中抗原検査は3日後まで施行できなかった。12月9日にも39.2℃の発熱あり, 呼吸不全が悪化し酸素8L/分でSpO₂は90%程度となった。またせん妄も認められた。12月10日にはさらに呼吸不全が悪化し酸素14L/分でSpO₂は88%程度まで低下した。ABPC/SBTが無効であったこと, 肺陰影の急速な悪化, 入院前からの下痢, AST・ALTの高値などから, レジオネラ肺炎が疑われ, LVFX 500mg×1回/日点滴を追加した。12月11日に尿中レジオネラ抗原陽性を認めレジオネラ肺炎と診断した。12月12日にAZM500mg×1回点滴を追加しABPC/SBT投与を終了した。12月18日に喀痰からStaphylococcus epidermidisが検出されたことや, 12月25日にCRPが下がり止ったことなどから同日よりAZMを中止し, VCM 1000mg×2回/日の点滴開始した。12月28日には呼吸不全は酸素1.5L/分でSpO₂は96%程度まで改善した。2018年1月6日より嚥下調整食1Jを1日1回で開始した。1月8日, 酸素投与を終了した。1月11日末梢静脈ルートが確保出来なくなり, LVFXとVCMの点滴は終了し, 3号液500mL/日皮下投与に変更した。その後, 徐々に脱水と低蛋白血症が進行したため, 1月17日に中心静脈ポート造設しビーフリード輸液を開始した。輸液により脱水が改善するとともに, 徐々に食事摂取量が増加し, 低蛋白血症は入院時と同等まで改善した。2月9日リハビリテーションを目的として他院へ転院となった。

考 察

日本国内で2007年1月1日から2016年12月31日の10年間で10,310例がレジオネラ肺炎と診断された。196名が死亡した。致死率は70代で2.1%となってい

る、性別は男性8,394名、女性1,916名と男性に多かった。一年のうち7月を中心に増加し、翌3～5月にかけて減少する傾向が認められた。患者全体の平均年齢は67.8歳（男性66.3歳 女性74.6歳）で、50歳以上の者が91.9%を占めた³⁾。本症例では、72歳男性と75歳男性であり疫学の側面からは典型的な症例である。

レジオネラ感染症の主な症状としては、発熱（91%）、肺炎（89%）、咳嗽（46%）、呼吸困難（40%）、意識障害（17%）、下痢（10%）、多臓器不全（8.6%）、腹痛（2.3%）がある。特に高齢者においては呼吸困難を呈する割合が高い傾向が報告されている³⁾。一方、宮下らの報告（176症例）によると、体温の中央値は39.0℃で、症状は多い順に、咳嗽（70%）、呼吸困難感（68%）、喀痰（51%）、精神状態の変化（35%）、頭痛（12%）、消化器症状（10%）胸痛（9%）があるとされている。本症例において出現した症状は、発熱、肺炎、呼吸困難と典型的な要素が多い。しかしながら、症例2では、意識障害と下痢が出現している。これらの症状はレジオネラ肺炎の古典的な症状とされているが、疫学的には頻度は低い。しかしながら、レジオネラ肺炎を疑う上で重要な症状であることは本症例の経過からも言える。

検査所見の特徴として、宮下は、典型的なレジオネラ肺炎において、白血球数は肺炎球菌性肺炎と同様に増加する。またCRPも細菌性肺炎と同様もしくはそれ以上に上昇する。また肝機能障害や腎機能障害を併発する頻度は、他の肺炎球菌性肺炎やマイコプラズマ肺炎と比較して有意に高い。機序は不明であるが低ナトリウム血症を来すこともレジオネラ肺炎の大きな特徴と述べている⁴⁾。Uedaらは、肝機能障害が23%、腎機能障害が35%、低ナトリウム血症が7.7%で認められたと報告している⁵⁾。画像所見の特徴としては胸部X線像では大葉性肺炎像や多発性病変を呈することが多く、時に胸水が認められる。胸部CTでは非区域性に進展するconsolidationとその周囲のすりガラス陰影が特徴的であると述べている⁶⁾。

本症例の検査所見は、2例ともに白血球数の増加とCRP上昇が認められた。一方で腎機能障害は症例1のみで、肝機能障害と低ナトリウム血症は症例2のみで認められた。

レジオネラ肺炎の治療は、キノロン系薬およびマクロライド系薬が第一選択となっている。細胞内増殖菌でありヒトの体内ではマクロファージなどの中で増殖

するレジオネラに対して、キノロン系やマクロライド系はマクロファージ細胞内への移行性が優れることに起因している⁶⁾。CBrdetらによるメタ解析によると、キノロン単剤投与は、マクロライド単剤投与群と比較して死亡率が有意に低下し、入院日数も約3日短縮するとされている⁷⁾。本症例において投与された抗菌薬は2症例ともにキノロンとマクロライドの併用が選択された。

日本での単一施設における比較的大きな規模での報告として、埼玉県立循環器・呼吸器病センター呼吸器内科が65例のレジオネラ肺炎における治療成績と重症合併症を報告している。その報告では65例のうち6例（9.2%）が死亡した。また65例中8例は入院当日には抗レジオネラ薬が投与されなかったが、その中で死亡した者はいなかった。同様に重症合併症（人工呼吸器管理を必要とする呼吸不全、腎不全、播種性血管内凝固症候群、間質性肺炎）を来した症例でも抗レジオネラ薬投与開始が遅れた者はいなかった⁸⁾。Uedaらの報告では、26例中2例（7.7%）が死亡している⁵⁾。本症例では2例とも死亡せず経過した。

症例1と症例2における違いの一つとして、LVFXやAZMの投与開始時期の違いが挙げられる。しかしながら上記の報告を踏まえると、治療の遅れのみが本症例における転帰の違いの原因であるとは言い難い。発熱してから入院するまでの日数、入院してからレジオネラに有効な抗菌薬が投与されるまでの日数などが、転帰に影響を与えたかもしれない。しかしながら現段階では、明確な原因は判明せず今後のさらなる研究が求められる。

文 献

- 1) NIID国立感染症研究所「レジオネラ症とは」引用 [2018-2-19]
<https://www.niid.go.jp/niid/ja/diseases/ra/legionella/392-encyclopedia/530-legionella.html>
- 2) 北海道感染症情報センター「レジオネラ（データ）」引用 [2018-2-19]
Available from URL <http://www.iph.pref.hokkaido.jp/kansen/433/2017.csv>
- 3) 国立感染症研究所 感染症疫学センター「我が国のレジオネラ症の発生動向調査における概要 2007.1.1～2016.12.31」引用 [2018-2-19]
Available from URL <https://www.niid.go.jp/>

niid/ja/legionella-m/legionella- idwrs/7638-
legionella-20171030.html

- 4) 宮下修行：非定型肺炎 Up-to date. THE LUNG perspectives 2018;26;27-31.
- 5) Akihiro Ueda, Masayuki Oki, Hidetaka Yanagi et al : Clinical Characteristics of Legionella Pneumonia Diagnosed with Legionella Urinary Antigen Tests.Tokai J Exp Clin Med; 2016;41; 8-13.
- 6) 比嘉 太：レジオネラ肺炎に対する抗菌薬の選択をどうするのか？呼吸器ジャーナル; 2017; 65;462-468.

- 7) C Burdet, R Lepeule, X Duval et al : Quinolones versus macrolides in the treatment of legionellosis: a systematic review and meta-analysis. J Antimicrob Chemother 2014;69;2354-2360.
- 8) 高柳 昇, 石黒 卓, 松下 文, ほか：レジオネラ肺炎65例における重症合併症とその治療成績 日呼吸会誌; 2009;47;558-568.

Table. 1

[Hematology]		[Biochemistry]		血糖	191.0mg/dL
WBC	18570/ μ l	Na	143.0mEq/L	CRP	41.8mg/dL
Band	11.0%	K	4.0mEq/L	BNP	53.2pg/mL
Seg	84.0%	Cl	111.0mEq/L	[抗酸菌]	
Eosino	0.0%	BUN	41.8mg/dL	M.tuberculosis	(-)
Baso	0.0%	Cre	1.7mg/dL	M.avium	(-)
Mono	2.0%	eGFR	31.0ml/分/1.7	M.intracellula	(-)
Lymph	2.0%	Alb	2.7g/dL	[尿中抗原]	
Atypical Lymph	1.0%	UA	5.4mg/dL	尿レジオネラ抗原	(+)
RBC	402 10^4 / μ l	T-Bil	1.0mg/dL	尿肺炎球菌抗原	(-)
MCV	93.5fl	AST	27.0IU/L		
Hb	13.2g/dl	ALT	24.0IU/L		
Ht	37.6%	ALP	195.0IU/L		
Plt	195.0 10^3 / μ l	LDH	195.0IU/L		



Fig. 1

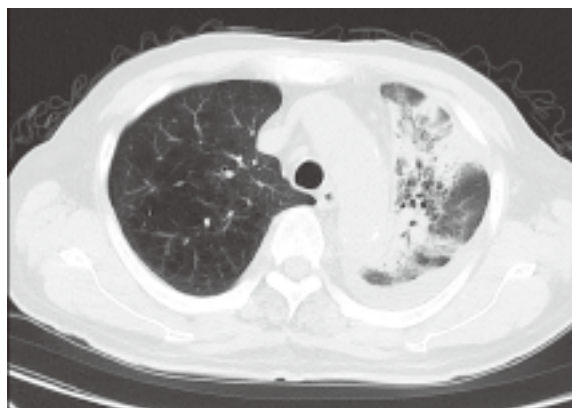


Fig. 2

Table. 2

[Hematology]		IP	1.3mg/dL	リパーゼ	53.0U/L
WBC	11050/ μ l	BUN	21.5mg/dL	CRP	33.1mg/dL
Band	%	Cre	0.85mg/dL	AMO	24.0 μ g/dL
Seg	97.0%	eGFR	67.9ml/分/1.7	TCHO	105.0mg/dL
Eosino	0.0%	Alb	2.2g/dL	HDL-C	35.0mg/dL
Baso	0.1%	UA	3.7mg/dL	TG	65.0mg/dL
Mono	0.8%	TP	5.4g/dL	LDL-C/計算値	57.0mg/dL
Lymph	2.1%	T-Bil	1.1mg/dL	Ca	8.1mg/dL
Atypical Lymph	%	D-Bil	0.4mg/dL	[抗酸菌]	
RBC	338 10^4 / μ l	AST	186.0IU/L	M.tuberculosis	(-)
MCV	89.1fl	ALT	97.0IU/L	M.avium	(-)
Hb	10.5g/dl	ALP	157.0IU/L	M.intracellula	(-)
Ht	30.1%	ChE	100.0IU/L	[尿中抗原](入院3日目)	
Plt	191 10^3 / μ l	γ -GTP	14.0U/L	尿レジオネラ抗原	(+)
[Biochemistry]		LDH	420.0IU/L	尿肺炎球菌抗原	(-)
Na	130.0mEq/L	CK	1218.0U/L		
K	3.2mEq/L	CK-MB	10.0U/L		
Cl	99.0mEq/L	血糖	237.0mg/dL		
		AMY	67.0U/L		



Fig. 3



Fig. 4

平均寿命と健康寿命

昨年、私用で「丹後宮津」を旅する機会があった。京都府北部～滋賀県は、百歳以上の人たちが日本一多い「長寿地域」である。この要因を分析するために、寿命のもっとも短い東北地域との比較調査が進められている、と聞いた。この問題に興味があったので少し勉強してみた。

いろいろな処で「日本は世界に誇る平均寿命の長い国である」という意見を目にする。「平均寿命」の定義は、すでに確立しており議論の余地はない。

日医でも「サクセスフル・エイジング」として、これを日本の医療体制の成果であることを強調している。そして、今後は「平均寿命ではなく健康寿命の延長」を目指すことが強調されている。確かに正論ではあるが「健康寿命」については、些かの混乱がある。

「旭医だより、147号」に「旭川医師会副会長・子野日DR」が巻頭言でこの問題を論じているが、過日の142回「日本医師会定例代議員会」でもこの問題に対する質問があった。質問の主旨は「健康寿命の定義とは？」であったが、担当者理事の答えは、どうもいまひとつ曖昧であった。

確かに「健康」とは優れて「個人的な感覚」である。日本では「あなたは自分を健康であると感じていますか」という質問に「イエス」との答えを「健康寿命の定義」として用いているようだ。一方「WHO」では、健康寿命とは平均寿命から日常的・継続的な医療、介護に依存して生きる期間を除いた期間、とその定義を明確にしている。

正確ではないが65歳以上の高齢者の約6割程度は、何らかの医療行為を受けているのではないだろうか。とすれば、その人たちはすでに「病気を持つ者＝病者」であり健康であるとはいえないだろう。一方、高齢者の「介護認定において要介護度Ⅱ以下」の人を健康と定義しては、という考え方もあるようだ。このほうが何となく納得する意見であると感じられる。

介護認定調査では、高齢者の要介護度を移動（移乗）・食事・排泄・清潔保持、そして認知度（記憶・判断力）などから総合的に判定される。これらのADL・IADLに何らかの介護を要すれば「健康が損なわれている」と判断することが妥当であると思う。

話は変わるが、ある問題を論じる時には「言葉の定義」をまず共通認識として統一することが大切である。従来の日本的な曖昧さをベースにして物事を論じることは、問題を混乱させるだけである。

欧米では、14世紀に神学者によって有名な「オツカムの剃刀」という概念がつくられた。これは「思考節約の原理」とも云われている。ある事柄を説明するには必要以上に多くの過程を設定すべきではない。仮説は「シンプルのほうが良い」という考え方である。

われわれの日常にあっても参考とすべき「思考論理」ではないだろうか。

(I.M.)

症例報告

妻の入院後から手紙の交換を開始した夫婦の心理的变化 —手紙の効用について—*

市立旭川病院・北2病棟 加藤 祐太** 池田 奈美子
 市立旭川病院・精神科 谷口 誠子 大西 かおり
 武井 明 佐藤 譲
 原岡 陽一

【要 旨】 うつ病の症状が遅延化した妻の入院をきっかけに、夫婦間で手紙の交換を開始した夫婦の心理的变化を報告した。手紙の交換後からは、話し言葉では語れなかったお互いの素直な気持ちを文章で表現するようになった。夫は当初、妻に対して、一方的なものの言い方をして高圧的な態度を示したが、手紙を書くようになってからは、うつ病の妻を気遣い、慰め、励ますようになった。一方、妻は家族を支えるための夫の負担が大きく、そのため、夫に精神的な余裕がなかったことを理解するようになった。今回手紙の交換の結果、夫婦間の理解がこれまで以上に深まり、妻の抑うつ症状の改善にもつながったと考えられた。手紙を書く行為には、相手に自分の気持ちを伝える前に自らの言葉を整理し、自分の気持ちや相手との関係性を見直す作業が必要であり、このような作業が話し言葉にはない手紙の長所であると思われた。

はじめに

日常生活におけるコミュニケーションの大部分は、話し言葉によって気軽に行われている。しかし、話し言葉には、その気軽さゆえに、しばしば相手を傷つけたり、不愉快な思いをさせたりすることがある。また、話し言葉はその場からすぐに消えてなくなってしまう、後で見返すことができない。そのような話し言葉の短所を補うのが手紙ということができるかもしれない。このような手紙の特徴を生かした治療報告がな

されてはいるが¹⁾、主治医と患者との間でのやり取りであり、夫婦間での手紙の交換についての報告はない。

今回われわれは、話し言葉にはない手紙の力を活用して、夫婦間のコミュニケーションが深まり、妻の抑うつ症状が改善につながった夫妻を経験したので報告する。

症 例 呈 示

症例の呈示に際しては、患者・家族に対して文書で同意を得た。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】 A子（妻）、70代、うつ病

【既往歴】 特記すべきことはない。

【家族歴】 夫のB男（70代）は、公務員を60歳で定年退職して現在は無職であり、声が大きく、一方的に話をし、相手の言葉を聞き入れないところがある。息子

* : Psychological change of a couple who exchanged letters after the wife's hospitalization : Usefulness of writing letters.

** : Yuta KATO, et al.

Key words: couple, depression, hospitalization, letter, spoken language

(40代)は自閉症で他院に長期間入院している。この息子はこだわりが強く、パニックを時々起こすが、B男の怒鳴り声がフラッシュバックするのが原因のようである。

【現病歴】A子は専業主婦でやや難聴である。B男が定年退職後は、B男が家計のやり繰りをするようになった。X-3年4月、自閉症の息子のために入院中の医療機関の近くへの引っ越しを計画してからA子はうつ病を発症し、当科に通院するようになった。これまでに抑うつ症状が増悪し、当科に数回入院したことがある。

X年3月、B男が硬膜下出血で手術を受け、夫婦のみでの生活が困難となり、同年7月に夫婦で同じ施設に入所した。しかし、その直後からA子の不眠、食欲低下、ふらつき、めまいが増悪し、同年10月に当科に入院した。

【入院後の経過】

第Ⅰ期：ふらつきやめまいが目立つ時期（X年10月～X+1年2月）

入院当初のA子はふらつきとめまいが続き、転倒することもあったので、車椅子や歩行器を使用して移動した。入院後の脳MRIでは多発性脳梗塞が認められた。

A子が入院して間もない時のB男は、A子に対して大声で一方向的に話をし、高圧的に接していた。B男は「あのバカは俺に何度も電話してくる。せっかく面会に来て寝てばかりだ。こっちの苦労がわかってない。主治医とケースワーカーは俺たちをひどい施設に入所させたので腹が立つ」と看護師に不満をぶつけてきた。B男はA子の面会のために、週に3～4回の頻度で訪れたが、面会のたびに看護師に怒鳴るような言い方で不満を述べた。そんなB男に対してA子は、自分の言いたいことも言えず我慢している様子であった。

入院後のA子はB男の体調のことや息子の将来をしきりに心配していた。A子によると、「今の夫は私を怒ってばかりであるが、夫の性格はもともと明るくにぎやかな性格でした。でも、X-3年4月に私が初めて入院してから怒りっぽく、命令口調でものを言うようになりました」と述べていた。

入院4ヵ月後もふらつき、めまい、不眠などのA子の症状が改善されなかった。B男の態度がA子の症状を悪化させていると推測されたため、主治医が夫婦間

での手紙の交換を勧めた。当初、B男は「妻と手紙の交換は恥ずかしい」と言って拒否していたが、その後、受け入れてA子との手紙の交換が始まった。

看護師は、相手の手紙を読んでどうであったのかという感想を時折A子とB男に聞くということで関わった。

第Ⅱ期：手紙の交換を開始した時期（X+1年3月～同年11月）

X+1年3月7日（B男→A子への手紙）：

「私は今一人で家の中で過去のことを思い出しています。結婚して40数年の間、山あり谷ありでしたが、今回のようなピンチは初めてです。部屋に積まれているあなたの布団を見て悲しい思いがします。なぜ、私たちにこのようなことが続くのかと…。今はどん底ですが、これからは七転八起、良いことが訪れると信じましょう。息子のことは、あなたや親戚の人たちの言うことを聞いて、何とかなると考えるつもりです。主治医の先生やスタッフにまかせましょう。私はやることがたくさん出てくると急にあなたに強く当たって、言葉が乱暴になり、怒ったりします。でも心の中ではいつも済まなかったと思い、反省しています。許してください。もう家のことは心配しないで体調が良い方向に向かうよう精進してください。私も体に気をつけていきますので二人で乗り越えましょう。じいちゃんもばあちゃんも天国から見守ってくれていると思います」

同年3月8日（A子→B男への手紙）：

「私への気遣いの手紙ありがとうございます。なぜ私たち家族ばかり悪いことが続くのかと泣いてばかりいましたが、お父さんの手紙に書かれていた力強い言葉を目にして、体調が少しでも元に戻るよう頑張ろうという気になりました。どこまで戻るのか不安で、主治医の先生に聞いたところ元には戻らないとはっきりと言われました。とても悲しくなりましたが、心配しないでください。外は良いお天気です。さぞかし気持ちが良いでしょう。私の涙はやっと止まりました。安心してください。前向きに生きていこうと決心しました。これからは何事も良い方向へ進んでいくと思います。二人で頑張りましょうね。お父さん」

同年3月10日（A子→B男への手紙）：

「主治医の先生の回診があり、この手紙を書いたノートを見せました。話だけでは忘れるので大事なことは文字にして残しておくことは良いことだから、も

う少し続けなさいと言われました。今日も来てくれてありがとう。私のことをいろいろ心配してくれているのに、私は自分のことばかり主張してごめんなさい」

この時期のA子は、病棟で笑顔が見られるようになった。

同年3月12日（B男→A子への手紙）：

「これから息子自身も自分でいろいろと考えてくれることを祈りたいと思います。あまり悩まないで進んでいきましょう。春になれば暖かくなり、血管も太くなり、血の流れも良くなり、元気になると思うよ。主治医の先生も春になったら、体調が良くなると言っていたので、あまり心配しないでお互い頑張りましょう。あなた自身も良い方向に進んでいると前向きに考えて過ごしてください。病は気からというからね」

同年3月12日（A子→B男への手紙）：

「私は息子が障害を持って生まれたので、神様を恨んだことが何度も何度もありました。私たちの何がいけなかったのでしょうか。今さらこんなことを言っても、しょうがないのでただただ息子の気に入った施設が今後見つかり、素直に入所してくれることを祈るだけです。その時はまたお父さんに苦勞かけるとは思います。よろしくお願いします。さっきの電話で、お父さんが息子の症状を聞いて泌尿器科病院にまで相談に行ってくれたことを聞いて、本当に息子のことを考えてくれていることを知りました。感謝しています。ありがとう」

この時期には病棟での面会時に夫婦二人とも笑顔が多く、和やかに会話をするようになった。A子のふらつき、めまい、不眠などの症状は変動しながら持続していたが、ホールに出てきてテレビを観るようになった。

A子は「夫が手紙を書いたノートを持ってきてくれた」とうれしそうに看護師に話しかけてくるようになった。

同年3月27日（A子→B男への手紙）：

「今日で入院して5ヵ月が経ちましたが、全然よくなりません。かえってめまいやふらつきが悪くなったような気がします。私の体はどうなってしまったのでしょうか。お父さん一人で寂しい思いをさせて、申し訳なく思っています。前回の手紙に自転車に乗ると書いてありましたが、本当に気をつけてね。また泣きごとを書いてしまいました。ごめんなさい。主治医の先生がおっしゃるようにもう少し先の春を待ってみます」

この時期のA子は看護師に「手紙を交換するようになって夫のことがわかるようになった。若い頃の恋人同士に戻ったようだ」と述べていた。また、B男の面会後にはA子もナースステーションのところまで見送りに来るようになった。

B男は手紙を書いたノートを持参した際に看護師に対して、「あいつも大変だったからなあ」「いつもお世話になっています。本当に助かってます」などと穏やかな口調で話しかけてくるようになった。

同年3月29日（B男→A子への手紙）：

「早く病院へ行きたいのですが、今日は夕方になると思います。ごめんなさい。世の中にはまだまだ体の悪い人が沢山いることを考えて、与えられた運命を素直に受け止め、今後どのようにして生きていくか考えましょう」

この時期のA子はふらつきやめまいが続いているが、日中は1日中臥床することはなく、読書や歩行訓練をすることが多くなった。看護師がA子に手紙の感想を聞くと、「夫がどうして威圧的な態度をとるのかわかりました。一人で自閉症の息子のことや家のことを抱えて、余裕がなかったことがわかりました。相談できる人もいなかったのも、大変だったんだと思います。恋愛結婚だったけど、ここまで夫とじっくり話せる機会が今までありませんでした」と答えてくれた。

手紙の交換を通して、B男はA子や看護師と穏やかに話をするできるようになったが、その後、B男が不眠のために他院に入院したため手紙の交換は終了した。これまで不安が強く何事についても決断することができなかったA子は、めまいやふらつきが多少改善したため、施設に入所することを自ら決断して、X+1年11月に退院した。

なお、薬物療法は入院時から処方の変更はなく、デュロキセチン20mg/1×朝食後、ジアゼパム4mg/2×朝夕、トラゾドン25mg、フルニトラゼパム2mg/1×就寝前である。

考 察

1. A子の抑うつ症状が遷延化した理由

A子の抑うつ症状が遷延化した要因のひとつとして、B男のA子に対する高圧的な態度が関係していたと考えられる。B男の態度が高圧的な態度に変化したのは、定年退職後からである。B男は退職後、家計の管理をA子からまかされるようになった。その後、A

子の入院が繰り返されたことで、家事全般をB男が担い、さらに、自閉症の息子の将来についても考えなくてはいけなくなった。

そのような状況のなかでB男自身が硬膜下血腫で手術を受けるということも重なった。B男の負担が過度になり、精神的な余裕がなくなり、A子に対して高圧的な態度で接するようになったと考えられる。そのような態度が、A子の不安や緊張を高め、抑うつ症状を遷延化させてしまったと推測される。

2. 手紙の交換による夫婦関係の変化

入院後、A子とB男の夫婦間で手紙の交換を主治医からの提案で開始した。手紙の交換を開始した当初から、お互いを気遣う文章を書き、普段の面会時には言葉で話せなかった内容を素直に手紙のなかで表現していた。B男の手紙は高圧的なものではなく、A子に対する気遣い、自分自身の大変さ、家族の将来の行方に対する思いなど表現されていた。そして、妻であるA子に対する感謝の思いを素直に書き綴っていた。

一方、A子はB男が書いた手紙を読んでB男の優しさにふれ、B男自身が追い詰められた状態であったことをこれまで以上に理解するようになった。

このような夫婦間での手紙の交換によって、相手の本当の気持ちを理解し、お互い慰め、励まし合うことができるようになった。そして、思い通りにならない人生を恨みながらもそれを受け入れていこうとする思いを夫婦間で共有するようになった。今回の手紙の交換を通して、A子とB男における夫婦関係がこれまで以上に深まったと考えられる。

3. 手紙の効用

通常の話し言葉は、その場限りで後で見返すことができず、思いついたことをすぐに言葉にするので、時には相手に不愉快な思いをさせることがある。

一方、手紙については、野崎が「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できるようになり、その結果、新たな展開への糸口をみつけることが可能になると述べている²⁾。また、轡田は、手紙を書くという行為は自分と相手との関係性を客観的に観察し直す行為であると述べている³⁾。さらに、相手との関係性にとどまらず、自分自身を新たに見直す機会にもなり、何をどう書くかと考える行為自体が自分を客観的に見つめる行為であると指摘している³⁾。

今回の夫婦では、手紙の交換を行ったことで、話し

言葉では感情的になってしまっていたB男が、手紙を書くことで、話し言葉では表現できなかった自分の思いを素直に表現して、A子に伝えることが可能になった。また、話し言葉は、その場からすぐに消えてしまうが、この夫婦は相手からの手紙を読み返すことで、相手の本当の気持ちにより近づくことができた。その結果、夫婦間の気持ちの理解がより深まり、同じ思いを共有することができるようになったと考えられる。手紙を書く際には、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ため、自分の気持ちや相手との関係性を見直す作業を繰り返すことになる。そのような作業は話し言葉にはない手紙の長所といえることができる。

4. 看護師の役割

今回の手紙の交換をした夫婦に対する看護師の役割について、次に考えてみたい。

A子の入院後から夫婦間で手紙の交換を開始していることから、信頼できる看護師がいる入院病棟であるからこそ夫婦間で手紙のやり取りを安心して行うことができたと考えられる。入院病棟という治療的な枠組みがあったので、自宅において夫婦二人では行うことが難しい手紙の交換が可能になったと思われる。また、相手の手紙を読んでどうであったのかという感想を看護師が時折二人に聞くという介入が行われたが、看護師が間に入ることで、自分の気持ちの気づきや気持ちの言語化が促されたと考えられる。

稿を終えるにあたり、貴重なご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、本症例の治療と看護にご協力いただいた市立旭川病院北2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) 森島章仁：手紙（葉書）の意味とその精神療法的効果－摂食障害の1例を通して－. 精神科治療学 1999;14:667-675.
- 2) 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. マガジンハウス, 2011.
- 3) 轡田隆史：いきいきと手紙を書く. 講談社, 1999.

看護研究

訪問看護との連携で患者の言動に 変化をもたらした要因の検討*

第1外来ナースステーション 岩田 照枝** 渡辺 文
坂口 伊津美 岡田 いづみ

はじめに

当院精神科外来では、医師と患者の信頼関係を保つことを目的とした医師の方針により、基本的に看護師は診察室には入らない規定としている。患者と関わるのは注射などの処置時に限られ、医師と情報交換する時間も十分に確保できず、看護師は患者の状態を把握するのが困難な状況であった。

2016年4月から当院の訪問看護室が立ち上がり、又市内の訪問看護ステーションで緊急訪問看護も始まり、患者に関わる看護師間で情報共有が可能となり、患者の状態を把握しやすくなった。

今回検討した症例は女性患者（以後A氏とする）で、調子が悪く受診回数が増えており、その都度、安定剤の注射を行っていた。このような時期に当院訪問看護室から、他患とのトラブルに巻き込まれているという情報を得た。この情報を外来看護師間で共有し、処置の時間に声をかけて体調を確認し、話を聞くことを繰り返した。その結果、A氏は自分自身で問題を明確にし、気持ちを言葉にすることで気持ちを整理し、自分が何をすべきか気付くことで行動出来るようになった。A氏の言動に変化をもたらした要因を検討す

るために、外来でのA氏との関わりを振り返ろうと考えた。

研究の方法と研究期間

【事例研究】

研究期間：X年6月から8月の3ヶ月間

【事例紹介】

A氏 30歳代 女性

病名：統合失調症

略歴：当科通院中の32歳発症の統合失調症で、内服で落ち着いていた。

経過

6月頃、当院訪問看護室からの情報で、A氏が他患とのトラブルに悩んでいることがわかった。同時に、トラブル相手の院外訪問看護ステーションからも、トラブル相手の精神状態が悪く周囲の人に頻回に電話をかけているという情報が入った。A氏本人からトラブルに関する話はなかったが、表情が暗く、これまで安定剤の注射を受けていなかったが、外来受診時と当院訪問看護時の週4回受けるようになった。そこで、外来看護師は受診の際に話を聞くようにした。

6月29日の受診時の様子では口数が少なく、調子が悪く眠れないと言い、これ以上の声かけは負担になると考え話を続けなかった。7月7日の受診からはトラブル相手とのトラブルを話し始めるようになり、この日の受診時は、夜中に何度も電話があり、出ないで相手を怒らせてしまったことを気にしていた。外来看護師から「体調が悪いので休んでいることを伝えたらわかってくれないかな」と話すと、A氏は「言ってみよ

* : ATherapeutic significance of cooperation between the psychiatric outpatient section and home-visiting nursing care service.

** : Terue IWAEA, et al

Key words: 精神科外来看護, 情報共有, 訪問看護, 継続看護

うかな」と看護師のアドバイスを素直に聞き入れた。当院訪問看護室からの情報では、A氏は体調が幾分楽になってきたと言っていることがわかった。7月21日の受診でA氏は「トラブル相手の電話に出なかったのは調子が悪かったから、と伝えるとわかってもらえた。いつも言いたいことを言えなかったが、伝えなければならないことは言わないとダメだ」と話された。当院訪問看護室からは睡眠が良好となっているという情報が入った。8月18日の受診時には、眠れるようになり家の片付けをやり過ぎて疲れる事を話していた。外来看護師から、体調を考えて動きすぎないよう話すと、気をつけると言い聞き入れていた。また、安定剤

の注射を受けに来なくなった。

倫理的配慮

今回の研究にあたり、患者の同意を得ることは病状の悪化に繋がる可能性があるとの主治医の判断にて、患者からの同意を得ることはしなかった。研究発表に際しては、個人が特定できないように配慮した。

関わり場面

患者への関わり場面をプロセスレコードで振り返ったものを基に再構成した。

場面1：（6月29日）最近表情が暗く注射も週4回受けている。他患とのトラブルに悩んでいると当院訪問看護から情報があった。

患者の言葉・行動	その時の看護師の考え・感情	看護師の言葉・行動	今振り返って思うこと・気づき
③あんまり眠れていないです。体もこわいし、調子悪い。	①最近表情暗く、注射回数も増えている。患者と話すために、眠りについて聞いてみよう。	②夜眠れている。	①②③④⑤⑥⑦⑧⑨⑩から、体調不良をうかがわせる様子があり、これ以上の問いかけは負担になると考え、看護師は、話を続けないほうがよいと考えた。
⑥あまり食べていないです。	④やはり調子が悪いんだ。何かあるのかな。	⑤ご飯は食べているの。	
⑨わかりました。ありがとうございます。	⑦声をかけても一言しか返ってこない。食べられていないようなので、水分くらいは摂ってほしい。	⑧調子が悪くても、水分は摂るようにしてね。	
	⑩次回受診日に、続きを聞いてみよう。		

場面２：（７月７日）当院訪問看護から調子が悪いのが続いていると情報があった。

患者の言葉・行動	その時の看護師の考え・感情	看護師の言葉・行動	今振り返って思うこと・気づき
⑬うーん、あんまり眠れていない。実は、夜中に何度も電話が入って、出ないでいたら、無視しているって言われて、相手を怒らせちゃったんですよね。調子が悪くて、出なかったんです。	⑪相変わらず表情暗く、声をかけても、また話してくれないかな。	⑫少し眠れるようになった。	⑪⑫⑬から医師や看護師また当院訪問看護師と話す中で、A氏は辛い思いが強くどうしようもなく、話し始めたのか、心配して声をかける中で、相談する気持ちになったのか、気持ちを少し表現する気になってきた。
⑭そうですよね、自分の身体のほうが大切ですよね。そうなんです、みんなにいつも気を遣って、疲れるんですよね。	⑭夜中に電話してくるほうが非常識だと思う。調子が悪くて電話に出ない行動を褒めたい。	⑮でも自分の身体のことを考えたら、結果的に間違えではないと思うけど、でも怒られると気になっちゃうよね。	⑭⑮⑯は、看護師は、患者の思いを受け止めながら、行動を肯定した。しかし、患者は、電話に出ない理由を相手に伝えず怒らせた。自分の欠点を表現しているが、今気がついたのか、わかっていたのかは、わからない。
⑰言ってみようかな。	⑰いつになく、自分の状況を言葉にできている。普段から自分の考えを相手に伝えることはしない。電話に出ないのは、調子が悪いからと言っても、相手は不快にならないと思うが、言えないのかな。	⑱体調が良くないから、休んでいたことを、正直に話せばわかってくれないかな。病気と長いことつきあってきた〇〇さんなら、今休まなければならない事がわかるよね。	⑰⑱⑲は、看護師と話す中でA氏は、自分の気持ちを伝えようかなと思えた。

場面3：（7月21日）当院訪問看護から、体調幾分楽になったと情報があった。

患者の言葉・行動	その時の看護師の考え・感情	看護師の言葉・行動	今振り返って思うこと・気づき
②②少し眠れるようになりました。電話の件、言ってみたんです。夜中電話に出ないのは無視しているからじゃなくて、調子が悪いから出なかったと説明したんです。そしたらわかってくれました。	②②表情良く、笑顔見られる。	②①少し眠れるようになったの。	②②②②より、A氏は、誤解を解きたい気持ちが強くあり、看護師から話してみるよう言われ、行動する気になった。普段の患者では想像できない行動力があった。
②⑤いつも言いたいこと言わないでいたけど、伝えなきゃならないことは、言わないとだめですね。安心しました。	②③誤解が解けて、気持ちが楽になったんだと感じた。	②④わかってくれて良かったね。でも自分の気持ちを伝える事ができて、偉いね。	②③②④②⑤は、看護師は、行動できたことを評価し、一緒に喜んだ。

場面4：（8月18日）訪問看護から睡眠良好となっていると情報があった。

患者の言葉・行動	その時の看護師の考え・感情	看護師の言葉・行動	今振り返って思うこと・気づき
②⑥だいぶ眠れるようになりました。家の片付けをついついやりすぎてしまうんです。やりだすと、いっぺんにやってしまって、疲れています。	②⑦体調以外のことも話せるようになってきて、表情も良い。問題解決して、気持ちが楽になったのかな。でも、動きすぎて心配。	②⑧少し眠れるようになって良かったね。でも自分の身体のことを考えて疲れない程度にすると良いかもね。	②⑥②⑦②⑧②⑨③④より、A氏の体調は改善傾向にあるが、活動的になってきており、これが続くと体調を崩す可能性がある。看護師は行動を見ていかなければならないと感じ、経過観察していこうと思った。
②⑨わかりました。気をつけます。先生からも、そう言われました。この靴見て下さい。かわいいでしょう。気に入っているんです。	③⑩会話の内容が飛び、普段より気持ちが高揚している。これは、問題解決して嬉しいのか、気分が上がっているのか判断がつかない。		

考 察

受診回数が多くなり、受診毎に安定剤の注射をしていたA氏に関わるきっかけとなったのは、当院訪問看護室からの情報であった。当院訪問看護室開設以前に比べて患者の状態を把握しやすくなり、訪問看護室と連携することは、患者の言動に変化をもたらすには効果的だと考える。外来と訪問看護師間の連携の現状と課題を研究した矢野¹⁾らの文献によると、患者が安全で安心できる医療・看護を継続していくためには、診察内容や患者の状態など情報を共有するための連携の重要性を述べている。今回、訪問看護室の情報を外来看護師間で共有して関わったことでA氏との間に信頼関係が築かれ、このことが言動の変化につながったと考える。

他患とのトラブルに悩んでいる情報をもとにして関わった場面1では、外来看護師は、A氏が注射を受ける際には声かけを多くして話しやすい雰囲気を作り、困っていることを相談できるように関わっていた。意識的に話しかけているが、声をかけても話が續かないときには患者のペースに合わせて無理に会話を続けることはしていなかった。調子の悪さが続いているという情報をもとにして関わった場面2でも、患者の表情、声の感じを判断して患者のペースに合わせたことで、A氏は自ら現在抱えている問題を話し始めるようになった。西留²⁾らの研究では、継続看護は①気楽に相談すること、②声かけや不安への傾聴、他職種への調整など通院が続くよう工夫する、③不安軽減のための電話相談、④質問しやすい環境作りなどが重要であると述べている。得た情報を外来看護師間で共有し、支援の方向性を統一し継続して関わることで、外来看護師はA氏にとって安心して話やすい環境になったといえる。

場面2と3では、自分の行動が相手にとって良くなかったのではないかと悩んでいたA氏に対し、看護師が行動を支持したことで自分に自信が持てるように変化していた。さらに、なぜ電話に出なかったのか相手に話してみてもどうか、という看護師のアドバイスも聞き入れ、自ら誤解を解く行動に移すこともできていた。新宅³⁾らによる治療的人間関係における看護者の役割を研究した文献では、「患者との関わりに置いて目の前に起こった出来事を患者と看護師が協同して話し合うなどカウンセリング的手法を適用しながら、感情を受け止めていった事で、カウンセラーとしての役

割を看護者が果たしており、その結果、患者は次第に自己洞察が出来るようになり、依存から自立へ向かうようになった」と述べている。場面2と3で、看護師は良かったところを褒めて評価し、辛さを共有した上で行動を肯定し、問題解決に向けて自身が考えられるように関わっており、看護師がカウンセラーとしての役割を果たしていたと考えられる。

場面1から4までの経過からは、自分自身で問題を明確にし、気持ちを言葉にすることで気持ちを整理し、自分が何をすべきか気がつくことで行動できるようにA氏の言動が変化していることがわかる。当院訪問看護からの情報をもとに外来看護師間で患者への関わりを検討したことは、A氏にとって心地良い受診環境となり、結果、言動の変化につながったと考える。

結 論

1. 当院訪問看護と連携することは、患者の状態把握と外来における患者への関わり方を方向付ける上で効果的であった。
2. 当院訪問看護からの情報を外来看護師間で共有することは、その時々患者の状態に応じた関わりができ、患者にとって安心できる受診環境となっていた。
3. 看護師が患者の行動を支持し、問題解決に向けて考えられるように継続して関わることは患者の自己洞察を促し、依存から自立への援助につながった。

文 献

- 1) 矢野優子：外来－訪問看護師間の連携の現状と課題. 日本看護学会論文集 地域看護 2010;41:169-172.
- 2) 西留美子：外来における継続看護の研究. 共立女子短期大学看護学科紀要 2012;第7号:11-18.
- 3) 新宅智恵：治療的人間関係における看護者の役割. 山口大学附属病院院内看護研究発表会集録 1999:49-53.
- 4) 長田春香：看護師の明示化されない情報の共有のされ方. 金沢大学附属病院看護研究発表論文集録 2010;42:81-84.
- 5) 太田知子：精神科外来看護師に求められる力. 精神科看護 2013;40:16-22.
- 6) 武井 明：総合病院精神科における訪問看護ステーションと連携した患者支援. 精神科治療学

2014;29:261-266.

- 7) 北恵都子：地域生活の継続を支援する精神科外来
看護ケアリストの作成.日本看護学会論文集 精神
看護 2015;45:246-249.

Medical essay

同病異治

先日、分子標的薬の話聞いた。

スライドには、ピッタリとはまり合うジグソーパズルのピースが2つ描かれていた。薬が有効な患者を入念に選択してマッチングさせる、という説明をジグソーパズルのピースに見立てたのである。根源的な病因にピンポイントに効く薬を作り、それが有効と判断される患者を入念に選択する。なるほど、ジグソーパズルの隣り合うピースをピッタリとはめ込むイメージではある。同じ〇〇病（癌）でも、患者ごとに有効な薬は異なり、それぞれ個別に選択する時代になるだろう、と言った講師は「個別化医療」という言葉でまとめ、新時代の到来という口ぶりではあった。

だが、漢方の世界にはこのジグソーパズルと同じ意味合いで、「鍵と鍵穴の関係」という言葉が大昔からある。鍵穴（患者）にピッタリと合う鍵（漢方薬）を使え（処方しろ）、という意味だ。また、「同病異治」という言葉もある。同じ病気（症状）でも、患者それぞれに異なる漢方薬で治療する、という意味で、どちらも個別化医療を言い表す言葉である。個別化医療という概念は、東洋医学には何百年も前からあったのだ。ちなみに、昨今の西洋医学でもいろいろな分野で個別化の方向に向かっているようだ（近年、多くの科で、やたらめったら新しい病名が世に出てくるのはその表れだと思う）。

実はこの同病異治、「漢方薬は効かない」と言われる原因のひとつである。〇〇という症状には△△湯が効くからといって、△△湯ばかりを処方してもダメなのだ。例えば、冷え症に使われる漢方薬は、繁用される方剤だけでも10種類くらいはあって、それを患者ごとに使い分けなければならない。ところが、この使い分け—患者固有の体質（病因）を見極めるのが難しい。たかだか10種類の冷えの漢方薬から本人に見合ったひとつを選択するのが大仕事なのである。で、つついマニュアル的に△△湯を処方してしまふ。で、効かない、となる。そして、未熟な漢方処方医は毎日へこむのである。

さて、勘の良い方はお気づきだろう。漢方用語には異病同治という言葉もある（意味はだいたいおわかりと思う）。で、件の分子標的薬が同病異治の方向性であるのなら、異病同治という結果もあり得るだろう。〇〇癌に有効な××という分子標的薬を投与したら（まったく異なる）□□病も治った、という症例が近い将来出てくるかもしれない。

(K.S.)

臨床病理検討会

平成29年度第1回

【日時】平成29年6月22日

【演題】C型慢性肝炎に発症した肝細胞癌の一例

【発表者】高橋 一輝

【症例】60代、男性

【主訴】なし（肝細胞癌治療目的）

【既往歴】

1998年：献血の際にHCV抗体陽性を指摘

2005年：近医にてミノファージェンC®投与開始

2008年8月：当院消化器内科紹介初診

2011年：前立腺癌，転移性肺腫瘍にて加療（CR）

2014年5月：食道静脈瘤に対してEIS

2014年7月～8月：PSEで71%の塞栓

2014年11月～2015年3月：PEG-IFN®+RBV®治療

2015年4月：腹部膨満感，浮腫出現

2015年5月：腹水コントロールのため入院

【現病歴】

2015年10月14日の造影CTで，S4領域に早期濃染，wash outを認める肝細胞癌を示唆する所見を認めたため精査を行った。MRI，CEUSで肝細胞癌の診断となり，MRIで多発性病変が疑われたため2015年11月2日に精査・加療目的で入院となった。

【現症】

身長170.4cm，体重79.8kg

体温36.5℃，脈拍75bpm（整），血圧133/78 mmHg

眼瞼結膜蒼白（-），眼球結膜黄染（-），心音：no murmur，呼吸音：no rale

腹部：軟，圧痛なし，肝脾腎触知せず

羽ばたき振戦（-），下肢浮腫（-）

【血液検査】

WBC 2,170/uL，RBC 3.65×10^6 /uL，Hb 12.7g/dL，Ht 37.5%，MCV 102.7 fL，Plt 94×10^3 /uL，PT 12.3 sec，PT-INR 1.211，PT 79.1%，Na 135mEq/L，K 4.2mEq/L，Cl 104mEq/L，BUN 13.6mg/dL，Cre 0.73mg/dL，TP 6.9g/dL，Alb 3.2g/dL，T-Bil 1.8mg/dL，D-Bil 0.5mg/dL，AST 53IU/L，ALT 32IU/L，ALP 440 IU/L， γ -GTP 32 IU/L，LDH 276 IU/L，CK 174IU/L，AMO 126 μ g/dL，CRP 0.10mg/dL，felitin 189.2ng/mL，AFP 588.0ng/mL，PIVKA-II 56 MAU/mL，

【肝予備能】

（Child-Pugh分類）9点 Grade B

脳症軽度（2点）腹水軽度（2点）T-Bil 1.8mg/dl（1点）Alb 3.2g/dl（2点）PT% 79.1%（1点）

（肝障害度）Grade B

腹水軽度（B）T-Bil 1.8mg/dl（A）Alb 3.2g/dl（B）PT% 79.1%（B）ICG 59%（C）

【CT】

単純CT：S4領域に腫瘤影（+）

造影CT：動脈相で早期濃染。

門脈相でwash out（+）。平衡相でwash out（+）

【MRI】

単純MRI：S4領域にT2強調脂肪抑制でhigh，T1強調画像でhighの腫瘤影（+）

造影MRI：phase 1で造影効果（+），phase 2，phase 3でwashout（+）

【CEUS】造影効果のある腫瘤影（+）

【血管造影】

肝臓内腫瘤影多発，主病変はS4/2領域で，主病変の周囲に多数の娘病変（+）

【臨床診断】

#1 肝細胞癌 T3 N0 M0 cStage III

多発性病変，最大径 2cm以上，脈管侵襲なしリンパ節・遠隔転移なし

#2 C型肝炎，肝硬変

Child-Pugh分類 B，肝障害度 B

【入院経過①】

入院5日目に1回目のTACE施行。CTAP（冠動脈造影下CT）で造影効果がなく，CTHA（経動脈性門脈造影下CT）で早期濃染washoutする像をS4/2に認め，S2，S3，S5/8，S6/7領域にも娘病変あり。S4/2のlesionに対して，Lip 3ml+エピルビシン25mg+MMC 4mgとgelpartにてTACEを施行。S2，S3の病変に対してはlip1ml+エピルビシン15mg+MMC 2mgにてTAIを施行。入院16日目に2回目のTACEを施行。S5/8，S6/7に対して，total lip 4ml+ミリプラ70mgでB-TAI施行し入院24日目に退院。

【入院経過②】

S4/2の主病変周囲にsatellite lesion，同区域にdaughter lesionの残存を認めた。

S3領域にもstainの残存を認め、追加TACEが必要であったため、再度TACE目的で2015年12月8日入院となった。入院2日目に前回治療したS4/2のS2の領域で、main tumorの周囲のsatellite lesion、同区域のdaughter lesionの残存病変に対してエピルピシン30mg+MMC4mg total lip 5ml+ミリプラ70mg使用しTACE施行。TACE後評価目的のCTで腹水貯留を認めたが、経過観察として退院。2016年1月6日よりサムスカ3.75mgから7.5mgに増量したが、2月1日のCTでは腹水の増加を認め、ラシックス・アルダクトンの増量を行った。しかし、その後も体重の増加を認めた。経過観察中に3月24日のMRIでは肝内に多発再発と腹水の増加を認め、血液検査ではT-bil13.2, Alb2.8, PT% 83.4, 腹水中等度、軽度脳症で、Child-Pugh分類Cであった。そのため、TACEの適応はなく、腹水コントロールによる緩和的な治療の方針となった。

【入院経過③】

2016年4月13日に食欲不振と嘔気を認め、体重が72kgとなった。4月25日には食欲減退が進行し、脱水傾向を認めたため、脱水補正と腹水コントロール目的で2016年4月25日当科入院となった。利尿薬を中止し補液開始。体重増加が見られたため、入院3日目で補液を終了し、4日目からアルダクトン+ラシックスを再開。9日目からサムスカを再開し12日目に退院。

【退院後経過】

退院後ラシックス80mg、アルダクトン100mg、サムスカ7.5mgに増量し経過を見ていた。5月31日に泌尿器科の受診があり、血液検査で、BS479, HbA1c 11.8と糖尿病を認めDPP-4阻害薬（ジャヌビア）とSGLT2阻害薬（フォシーガ）の投与を開始した。腹満感の改善と体重の減少が見られたが、すぐに腹水貯留傾向となり、腹水ドレナージとアルブミンの点滴による治療を継続。9月1日に胸痛の持続を訴え救急外来を受診。胸部レントゲンで、両側CPAの鈍化を認め、肝臓癌によるものと考えられる胸水貯留を認めたが、経過観察で症状軽減したため帰宅。9月7日に日中は普通に生活していたが、徐々に呼吸が微弱になり、救急要請。救急隊到着時は顔周囲に血液が付着しており波形はAsystoleでCPRを開始し当院救急搬送。DNARであったためCPRを中止し、17時50分に家族と死亡確認し永眠。

【病理解剖であきらかにして頂きたいこと】

- ・肝細胞癌の進展度はどの程度か
- ・死亡1週間前に胸痛の訴えがあったが死因との関連性はないか
- ・前立腺癌の再発所見はなかったか

【質疑応答】

- ・この程度の肝細胞癌の状況で来た場合に発見から1年弱で永眠されていますが、予後はこの程度であったのでしょうか？ステージⅢのHCCだとこれ以上の生存期間の延長が可能であったかどうか。
→HCCの場合腫瘍の伸展と肝予備能を考慮しないと いけなく、この患者はChild-Pugh Bではあるが9点とChild-Pugh Cに近い状況であり、1年弱という生存期間になったと考えます。肝予備能を保てていればもう少し長く生存できた可能性はあります。普通はもう少し長い生存期間になります。
- ・救急外来に来院した際に顔面に血液が付着していたのですが、肝硬変のある患者で、varixなどはなかったのでしょうか？
→以前にEISを施行してはいるが、直近では胃カメラや造影CTは施行していないのではっきりとはわからないが、予備能が落ちてきている状況ではvarixは成長してきている可能性はあり、varixの破裂もあったと考えられる。
- ・98年に初めてHCCを指摘され2014年11月から2015年の3月にかけてかなり間があいており、肝硬変になってからC型肝炎の治療をしているみたいなのですが、その理由は？
→HCCを指摘される直前に前立腺癌が見つかり、その余命がわからなかったためC型肝炎は治療してなかった。前立腺癌も肺転移で見つかり抗がん剤治療を開始したところ肺病変がなくなり予後が期待できると判断し治療を開始した。
- ・今回のように肝硬変になってからC型肝炎の治療をするのは遅くはなかったのですか？
→結果論からすれば今回の症例とその時点の治療法を考えると遅かったと判断せざるをえません。IFN治療であれば遅いと考えられますが、肝硬変が非代償期でなければ、現在の新しい治療で十分に間に合う状況であったと考えられます。
- ・TACEのembolisationとそうではないもの使い分けとは？
→TACEはジェルパットを使用し、ジェルパットに

は肝臓へのダメージがあるため使い分けています。基本的にはselectiveにいったときはジェルパッドを使うようにしています。Selectiveで治療ができない場合はアルビオマイシン+エピルピシンといったアントラサイクリン系の抗がん剤を使って全肝臓に散布し治療します。そうすることで肝臓に対するダメージが減らせます。主病変はTACEでdaughter病変は抗がん剤を散布する治療を行いました。

B-TACEを施行したのはバルーンで閉塞して使用すると効果が高まり、多発性病変なので何回治療ができるように肝動脈の障害を防ぐためにいろいろな薬剤を使用した。

- ・急に体重が減って全身状態が悪化したということはないですか？
→急激に減らしすぎて、脱水傾向になったのが問題ではあった可能性は否定できない。
- ・最後の入院の際に利尿薬をやめた理由はなんですか、そしてすぐに再開した理由を教えてください。
→利尿薬の過剰投与が考えられたため調整目的に利尿薬を一時的に中止し、輸液を行いました。その後すぐに体重が増加してきたため、利尿薬の量を調整し再開しました。
- ・輸液を行ったら3rdスペースに逃げていくことが考えられますがいかがですか？
→短期的に利尿薬の調整のために一度中止して調整するようにしました。数日間の調整であったため大きな影響はないと考えます
- ・臨床的、電解質などから死因が推測できるようなものはありませんでしたか？
→明らかな電解質の異常はありませんが、死後の血糖は高値を認めておりました。

【病理解剖所見】

非代償期肝硬変 1450 g, 萎縮 (+), 肝内に多発する肝細胞癌 (+)

心臓 395g 心筋梗塞を示唆する所見 (-)

右肺 465g, 左肺 445g, 転移を示唆する所見 (-)

右腎 200g, 左腎 250g, 脾 270g 1/3 塞栓部分梗塞 (+),

腹水 5000ml 清

前立腺は萎縮, 残存病変 (-)

骨髄 低形成

明らかなvarix (-), 胃内容物は食残のみ

【まとめ】

C型慢性肝炎に発症した肝細胞癌の一例を経験した。最終的には肝細胞癌, 肝障害が進行し, 肝不全に至ったと考えられる。

平成29年度第2回

【日 時】平成29年8月29日

【演 題】間質性肺炎による呼吸不全の一例

【発表者】栗山 知穂

【症 例】76歳 男性

【主 訴】呼吸困難

【現病歴】

H25年, 健診で胸部異常影を指摘され, 7月に当科初診。胸部X線で両側下肺野に網状影を認め, fine cracklesを聴取したため, 間質性肺炎が疑われた。自覚症状に乏しかったため当科定期通院とはせず, 高血圧症でかかりつけのクリニックでの経過観察を依頼した。

H26年1月頃より階段を上った際, 速歩時, 坂道歩行時の息切れを自覚し, 近医を受診。間質性肺炎の精査加療目的で2月26日に当科紹介受診となった。H25年7月よりも症状が増強しており, 安静時でSpO₂ 84-93%と酸素飽和度の低下も認めた。

H26年4月11日, 間質性肺炎および酸素飽和度低下の精査加療目的で当科1回目の入院となった。

【既往歴】H9年 高血圧症, 下肢静脈瘤手術 (時期不明)

【嗜 好】喫煙 20本/日×58年 (16-74歳)

【職業歴】18-70歳 ガラスサッシ販売

【現 症】身長 161.0 cm, 体重 61.0 kg

JCS I-2, 体温 37.2 °C, 脈拍 103 bpm (整),

血圧 120/70 mmHg, SpO₂ 95% (room air)

心音: 正常, 呼吸音: 吸気時にfine crackles (+/+), ばち指 (+)

【内服薬】

アンブロキシソール錠 (15) 1 T/1 x, クラリスロマイシン錠 (200) 1 T/1 x, ニフェジピンCR錠 (20) 1 T/1 x, チクロピジン錠 (100) 1 T/1 x, アトルバスタチン錠 (10) 1 T/1 x, 酸化マグネシウム錠 (330) 1 T/1 x

【血液検査】

WBC 9, 260 /uL, RBC 4.21×10⁶, Hb 13.1g/dL, Ht 37.7%, Plt 215×10³/uL, Seg 73.7%, Na 141mEq/L, K

3.5mEq/L, Cl 109mEq/L, Ca 8.7mEq/L, BUN 11.9mg/dL, Cre 0.71mg/dL, UA 6.4mg/dL, TP 7.1g/dL, Alb 3.0g/dL, T-Bil 0.4mg/dL, AST 22IU/L, ALT 12IU/L, LDH 273IU/L, CK 131IU/L, CRP 1.71mg/dL, 血糖181mg/dL, IgG 2, 115mg/dL, IgG4 153mg/dL, SP-D 92.4ng/mL, KL-62, 110U/mL, RATIA 291IU/mL, RATIA (+), RAHA160倍, HOMOGENES<40, SPECKLED<40, NUCLEOLA 320, CENTROME<40, PERIPHER<40, 核膜型<40, PCNA型<40, PCNA様型<40, 細胞質型 (-), 紡錘体型 (-), ゴルジ体型 (-), P-ANC (-), C-ANCA (-), C-ANCA (-)

【血液ガス検査 (H26年 4月18日)】 room air

pH 7.429, pCO₂ 41.6mmHg, pO₂ 62.5mmHg, HCO₃26.9mmol/L, BE2.4mmol/L, AG12.8mmol/L, sO₂ 92.4%, Lac 19.0mg/dL, A-aDO₂ 35.5

【胸部X線 (H26年 4月11日)】

左右横隔膜の挙上 (+), 気管の右方偏位 (+), 左1-4弓突出 (+), CTR 62%, 両側中～下肺野で粒状網状影 (+), 前回H26年2月と比較し著変なし。

【胸部CT (H26年 2月26日)】

両側全肺葉で末梢優位に気腫性変化 (+), 牽引性気管支拡張 (+)

【呼吸機能検査 (H26年 4月11日)】

VC 1.95L (53.9%), FVC 1.96L (55.8%), FEV₁ 1.77L (63.0%), FE₁/FVC 90.3, DLCO 19.1, DLCO/VA 45.9, 拘束性障害あり, 肺拡散能力低下

【臨床診断】 特発性間質性肺炎, 慢性呼吸不全

【入院経過①】

第1病日, 安静時0.5L/min, 体動時2L/minで酸素投与開始。第6病日, 呼吸リハビリテーション開始。第9病日, 間質性肺炎の副作用のあるチクロピジン錠, アトルバスタチン錠を中止。クラリスロマイシン錠も長期内服の理由が不明であり, 中止とした。第31病日, 在宅酸素療法を導入し退院。酸素投与設定は安静時0.5L/min, 体動時2L/min, 階段昇降時3L/minとした。

【入院経過②】

H26年5月12日に退院し2週間毎日通勤し体操もしていたところ, 呼吸苦増強, 食欲低下を認めた。6月2日予定通り当科外来を受診。SpO₂ 82% (nasal 2L/min) と酸素飽和度低下を認め, 4L/min酸素投与でSpO₂94%に改善。血液検査ではWBC11, 430/uL,

CRP3.06mg/dLと炎症反応上昇を認めた。胸部X線では著変なし。特発性間質性肺炎に気管支炎を合併したことによる慢性呼吸不全の増悪と診断し, 当科即入となった。

第1病日, 気管支炎に対し, ABPC/GBT 3g x2投与開始 (喀痰培養: MRSA (2+), 食食像 (-)。安静時nasal 4L/min, 移動時 mask 8L/minで酸素投与を開始。呼吸リハビリテーション開始。第11病日, 移動時mask 8L/min酸素投与でSpO₂ 80%に低下を認め, 移動時mask10L/minに変更。第12病日からmPSL 40mg点滴を開始した。第16病日よりmPSL終了しPSL30mg内服に変更。第19病日, 炎症反応改善を認めABPC/GBT点滴を終了。呼吸状態の改善認めず間質性肺炎の改善を見込めなかったため, エンドキサン®500mgを点滴投与。その後も呼吸症状変化なく経過。第30病日, 38.4℃の発熱を認め, 胸部X線では両側下肺野の粒状影増強を認め, 肺炎の診断。第30病日から第40病日までABPC/GBT 3g x2を投与。第44病日, PSL内服を25mgに減量した。第103病日, 尿路感染による38.0℃発熱あり。第109病日までLVFX 500mg点滴投与。第200病日, 37.7℃発熱あり。胸部X線で右上肺野に空洞病変が出現。胸部CTでは右S3に壁肥厚した嚢胞が出現し, 両側下葉ですりガラス影が蜂巣肺に置換されていた。肺炎の診断でABPC/GBT 3gx2投与開始。第218病日, 採血, 胸部X線, 症状の改善を認めず, ABPC/GBT投与を終了。第203, 207病日に提出した喀痰培養よりM.kansasiiが検出され, 第227病日に肺非結核性抗酸菌症の診断。第228病日からINH 300mg, RFP 450mg, EB 750mgの内服投与開始。第231病日, RFPによるPSL作用減弱に対し, PSL 25mg内服を40mgに増量。INH投与によるビタミンB6欠乏予防のため, ビドキサール30mg内服開始。第263病日, 37.1℃発熱あり。酸素mask 14L/min投与でも呼吸苦認め, ネーザルハイフローを導入。炎症反応上昇, 喀痰増加も認め, 気道感染疑い。内服困難となったため肺非結核性抗酸菌症に対する治療薬以外の内服薬を中止。PSL40mg内服を点滴投与に変更。また, 第203病日以降の喀痰でKlebsiella pneumoniaeを認めていたため, CTRX 2g x1点滴投与を開始。第266病日, 酸素飽和度維持しているものの呼吸苦が強く, モルヒネ投与を開始。第269病日, 永眠となった。

【病理解剖で明らかにして頂きたいこと】

- ・診断は特発性肺線維症で良いか
- ・死因は間質性肺炎による呼吸不全で良いか
- ・肺非結核性抗酸菌症の状態はどうか

【病理解剖所見】

- ・特発性間質性肺炎540/700g, 右肺上葉非結核性抗酸菌症（活動性）
- ・左室肥大 555g
- ・大動脈粥状硬化症
- ・胸水 50/50ml 清

【質疑応答】

Q. 過敏性肺臓炎は除外できるのか

A. 亜急性の過敏性肺臓炎のCT所見は淡い粒状影が特徴的であり、本症例とは合致しない。羽毛布団などが原因となる慢性の過敏性肺臓炎では画像診断での鑑別が困難といわれているが、入院後に症状改善を認めなかったことから否定的である。

Q. 薬剤性間質性肺炎は除外できるのか

A. 本症例では副作用に間質性肺炎が挙げられている薬剤として、チクロピジン、アトルバスタチンが処方されていた。しかし、いずれも薬剤性間質性肺炎の原因として代表的な薬剤ではない。また、薬剤性間質性肺炎の場合CTでの陰影の分布が異なるため、本症例では薬剤性は否定的である。

Q. 胸部X線で心胸郭比62%と拡大しているようだが、心臓、肺、どちらが原因なのか。

A. 既往としては高血圧症、間質性肺炎のみ。心エコーを施行していないため、明らかな原因は不明。ECGでは1度房室ブロックを認めるのみだった。病理解剖により、高血圧症による左室の壁肥厚を認めた。

Q. ステロイド投与は、間質性肺炎の治療目的か、呼吸症状緩和目的か。

A. 特発性間質性肺炎はステロイド反応性が低く、ステロイドによる効果は限定的、または無効とされている。しかし、一部の症例では効果を認めることもあるので、間質性肺炎の治療目的で投与した。

Q. M.kansasiiを検出したとのことだが、入院前から患者に潜伏していたM.kansasiiが入院後活動したのか、ステロイド投与などにより感染してしまったのか。

A. M.kansasiiはヒト-ヒト感染をしない菌であり、生活環境内の至る所に生息している。発症時、病

棟内で集団感染は認めず、入院後に感染したとは考えにくい。間質性肺炎という肺の基礎疾患の増悪による患者自身の免疫力低下と、ステロイド投与により、入院後感染した可能性も否定できない。また、入院前から潜伏していたM.kansasiiが活動した可能性も否定できない。

平成29年度第3回

【日 時】平成29年9月5日

【演 題】分枝型IPMNを背景として発症した膵体尾部癌の一例

【発表者】岡崎ななせ

【症 例】69歳男性

【主 訴】なし

(膵体尾部癌に対する化学療法目的)

【既往歴】

2001年 心不全、三尖弁閉鎖不全、大動脈弁閉鎖不全、2型糖尿病指摘

2006年 三尖弁閉鎖不全、大動脈弁閉鎖不全に対しTVR、AVR、心房細動に対しPVisolation/RAMaze施行（当院胸部外科）、COPD

2011年 帯状疱疹（当院皮膚科入院）

2014年 心不全増悪（当院循環器内科入院）

【現病歴】

2009年7月、肝機能障害の精査目的で施行されたCTで膵尾部に10×14mm大の分枝型IPMNを指摘された。以降CTで半年おきに定期フォローしていた。2014年に心不全の増悪で当院循環器内科に入院したため、IPMNのフォローは一時延期となり2013年5月以降CTは施行されず経過した。2015/1/5にフォロー再開とし腹部造影CTを施行したところ、膵体尾部に28×11×20mmの低吸収域と主膵管拡張を認め、膵体尾部癌が疑われた。#11脾動脈幹には12×6mmのリンパ節を認めた。2015/1/9にEUSを施行し、膵体部から尾部にかけて56×18mmの低エコー腫瘤を認め、通常型膵癌と診断した。

PK (Pbt), TS 3, CH (-), DU (-), S (+), RP (+), PVsp (+), A (-), PL (-), OO (-) T4, N1, M0 cStage IVaであり、治療について患者と相談した結果化学療法を希望された。2015/1/27に化学療法目的に当科入院となった。

【現 症】

身長：156cm 体重：57.25kg BMI：23.52
BT：37.0℃ BP：121/74mmHg HR：98bpm
SpO2：94% (room air)

【生活歴】

喫煙（既往）：20歳頃～60歳 20-25本/日，飲酒：65歳頃よりなし

【家族歴】 特記事項（-）

【内服薬】

アローゼン顆粒® 1g/1×，アロプリノール錠® 100mg 1T/1×，ウルソ錠®100mg 3T/3×，クレストール錠® 2.5mg 1T/1×，ジゴシン散® 0.2g/1×，フロセミド錠® 20mg 1T/1×，プロプレス錠® 4mg 1T/1×，ベイスンOD錠® 0.3mg 2T/2×，メトグルコ錠® 250mg 2T/2×，ラニチジン錠® 150mg 1T/1×，ワーファリン錠® 1mg 2T/1×，ルブラック錠® 4mg 1T/1×，ヒューマログミックス25 朝26単位，夕4単位

【入院時血液検査】

白血球数 $5.40 \times 10^3/\mu\text{l}$ (Seg54.3%，Eosino 2.4%，Baso 0.6%，Mono 8.1%，Lymph 34.6%)，赤血球数 $3.99 \times 10^6/\mu\text{l}$ ，ヘモグロビン12.6g/dl，ヘマトクリット36.3%，MCV 91.0fl，MCH 31.6pg，MCHC 34.7g/dl，血小板数 $177 \times 10^3/\mu\text{l}$ ，ナトリウム141mEq/L，カリウム3.6mEq/L，クロール101mEq/L，BUN 13.1mg/dl，Cre 0.67mg/dl，eGFR 89.6，UA 8.3mg/dl，TP 6.2g/dl，ALB 3.8g/dl，A/G 1.58，T-BIL 0.9mg/dl，D-BIL 0.1mg/dl，AST (GOT) 22IU/L，ALT (GPT) 12IU/L，LD (LDH) 256IU/L，CK (CPK) 133IU/L，血糖275mg/dl，HbA1c (NGSP) 6.7%，AMY 110IU/L，CRP 0.03mg/dl，ALP 266IU/L，CHE 288IU/L， γ -GTP 41IU/L，CCR24H 101.3ml/min，Ca 9.5mg/dl，リパーゼ35U/L，CEA 6.3ng/ml，CA19-9 59.4 U/ml，DUPAN-2 157U/ml，SPAN-1抗原 30.4 U/ml

【画像所見】

〈腹部造影CT〉（2015/1/5）

膵体尾部に動脈相で造影効果不良の $28 \times 11 \times 20$ mmの腫瘍と主膵管の拡張が認められ，膵体尾部癌が疑われた。#11脾動脈幹に新たに 12×6 mmと8mmの2つのリンパ節が出現し，転移の可能性が指摘された。#8，#12にも数mm大のリンパ節を認めた。

〈EUS〉（2015/1/9）

膵体部から尾部にかけて 56×18 mmの低エコー腫瘍を認め，通常型膵癌として矛盾しない所見であった。

その内部には 13×13 mmの腫瘍があり，以前から指摘されていた分枝型IPMNと考えられた。

【第1回入院後経過】

1/29よりジェムザール（GEM）1500mg/日を投与した。5日目の2/3から両手背，後頸部，下肢に掻痒感と境界不明瞭な発赤が出現し，皮膚科にコンサルトした。GEMによる薬疹が疑われ，外用デルモベートとタリオンで対応した。その後2/5に再度GEMを投与した。投与後紅斑は一時増悪してから一旦落ち着いたが，時間経過と共に癒合傾向のある浮腫性紅斑が増加した。再度皮膚科にコンサルトしプレドニン40mg divを開始した。その後皮疹は次第に消退したため，プレドニンを漸減し2/16に終了した。皮疹の改善した2/17よりTS-1を一段階減量した100mg/日で開始したが，有害事象の出現なく2/28に退院となった。

【退院後経過】

2015/4/2よりTS-1②コース目施行。4/27CTで膵体尾部癌は 28×18 mmから 17×13 mmに縮小。前回2015/1/5のCTで 12×6 mmに増大していた#11リンパ節は短径数mmからそれ以下まで縮小し，化学療法の治療効果と考えられた。また，右肺S1，S2，左肺S9等肺野には複数の小結節が出現し肺転移の可能性が指摘された。5/18からTS-1③コース目，6/29よりTS-1④コース目施行。7/13のCTでは腫瘍は 17×13 mmから 15×10 mmへと軽度縮小。しかし肺結節のうち左肺S9の小結節が増大し転移の可能性があり，SDの判定となった。その後TS-1⑥コース目までを施行し，9/28の採血ではCA19-9 169.4U/ml，DUPAN-2 353U/mlと増加した。10/5のCTで腫瘍は 27×19 mmに増大，リンパ節は前回同様だったが左肺S9の小結節はさらに増大し転移が疑われPDの判定となった。その後の治療としてBSC，効果の減弱したTS-1の継続，セカンドオピニオンの選択肢を提示した。患者は当初TS-1の継続を希望したが，その後10/19に旭川医大第三内科でセカンドオピニオンを受けた。同院でFOLFIRINOXも検討されたが，心機能が悪く難しいと判断され，TS-1で副作用がないことからTS-1の増量を提案された。当院循環器内科通院中であり，当院で治療継続の方針となった。11/9からTS-1を最大量の120mg/日に増量し，③コース目まで施行した。③コース目施行時の2/1のCTで原発巣は 31×25 mmに増大，腹部リンパ節と肺結節も増大し，肺野には新規病変も認められた。再度BSCも提示した

が、腫瘍抑制を期待しTS-1 継続を強く希望されたため治療継続とした。⑥コース目までを施行した後の7/25外来受診時には腹部膨満感の訴えがあり、8/1のCTでは原発巣・肺転移増大と腹水の出現を認めPDの判定となった。化学療法継続の希望があったためTS-1 継続とした。

第回入院

【現病歴】

2016/8/22腹部膨満感、食欲不振を主訴に受診した。黒色便と、腹部USで多量の腹水の出現を認めた。8/23には黒色便の原因検索のため上部消化管内視鏡検査を施行。胃体下部大弯に粘膜下隆起を認め膵癌腹膜播種が疑われたが、上部消化管には明らかな出血源を認めなかった。黒色便は腸管に浸潤した腫瘍からの出血による可能性も考えられた。TS-1 を中止し緩和療法目的に同日入院となった。

【入院後経過】

腹満に対して週2回程の頻度で腹水穿刺を施行し、9/5にはトラマールで疼痛コントロールを開始した。緩和目的での転院を勧めたが、自宅への退院を強く希望された。試験外泊を試みて退院は困難と理解されたが、当院での最後まで入院を強く希望された。10日間の短期間であれば転院を受け入れられ、9/26に転院となった。

第3回入院

【現病歴、入院後経過】

10/3に発熱し、呼吸状態が悪化したためO₂ 3 L/minの投与を開始した。10/6には癌性疼痛、倦怠感に対して塩酸モルヒネ10mg/日cisを導入。10/8には意識レベルが低下し、10/10AM 8:45死去された。

【病理で診ていただきたいこと】

- ① 膵癌の進行状態
- ② 直接の死因
- ③ 呼吸不全の原因

【病理解剖所見】

1. 膵体尾部癌（浸潤性膵管癌、高分化型管状腺癌）
2. [1の転移・浸潤] 十二指腸、門脈、脾動脈・上腸間膜動脈神経叢
[1の転移] 腹腔、肝、右肺、横隔膜、胃、下部食道
[1のリンパ節転移] 膵臓周囲、胃大弯
3. 右気管支肺炎（左/右 240/490g）

4. 心肥大（550g）、陳旧性心筋梗塞（側壁から後壁）、三尖弁および大動脈弁置換術後
5. 横隔膜プラーク形成
6. 左線維性胸膜癒着
7. 腎尿細管のヘモジデリン沈着および石灰沈着（左/右 140/145g）
8. 腹水 1,400ml 淡黄清

【質疑応答】

- ・膵癌はCT等をretroに見直すといつくらいから認められていたのか。
IPMNが指摘されてから2013年8月までは、半年に1回程度の頻度でCTを撮像して経過観察を行っていた。2014年に3回心不全で入院していた間は造影は躊躇われ、CTの撮像を見送っていた。2014年の腹部エコーでは異常所見の指摘はなく、腫瘍マーカーの上昇も認められていなかった。CTをretroに見返しても膵癌を疑わせる所見は認められない。
- ・今回の膵癌はIPMNに併発したものか、IPMNが癌化したものか。
IPMNには分枝型と主膵管型の2つの分類がある。統計的には分枝型IPMNに癌が合併する場合は、IPMNが癌化するよりIPMNに併発して別の部位に癌が発生することが多いとされている。今回は臨床的には分枝型IPMNと考えられ、併発が疑われていた。
- ・MRCPを見ると主膵管型のようにも見えるが？
2009年に施行されたEUSで分枝型IPMNと診断された。診断時のカルテ記載は不明だが尾側膵管が拡張しているようにも見え、これは粘液分泌によると考えた。今の段階でMRCPを再検討すると、主膵管型IPMNとも考えられる所見に見える。
- ・IPMNの正式名称は。
IPMNの正式名称は「膵管内乳頭粘液性腫瘍」で、spell outすると「intraductal papillary mucinous neoplasm」となる。乳頭状の増殖を示す膵管内腫瘍であり、主膵管型は悪性になることが多く分枝型は良性的なことが多いとされる。悪性を示す画像上の所見がいくつかあり、それらにあてはまらなければ基本的には経過観察の方針とされる。
- ・3回目の入院で発熱し酸素投与が必要になったのは肺炎と考えて良いのか。
臨床経過からは気管支肺炎を合併したと判断されていた。

- ・病理学的には本症例の膵癌はIPMNから進展したのか。

病理学的にはIPMNを母地として癌化したと考えられた。このようなケースは主膵管型が多いが、分枝型でもないとは言えない。

- ・耐糖能異常はあったか。

膵癌の診断時は急激な耐糖能低下は認められなかった。化学療法の施行中から耐糖能異常が見られ、代謝内科にコンサルトを行いつつ加療した。経過の途中から内分泌機能が低下したと考えられる。

- ・IPMNは見つかった時点では経過観察以外の治療方針はないのか。

基本的には経過観察だが、癌化のリスクが高いと手術加療の方針となる。IPMNがある時点で背景膵から癌化する確率が0.4-1%とされており、合併していない場合の4-5倍にリスクが上がる。本症例では当初は分枝型と考えられ、内部に結節があるなどといった癌化のリスクが高い所見もなかったため経過観察とした。また、心不全の合併のため耐糖能も低下しており、当初から積極的に手術は勧めづらかったという経緯がある。

平成29年度第4回

【日時】平成29年10月4日

【演題】血球貪食症候群を合併した血管免疫芽球形T細胞リンパ腫（AITL）の1例

【発表者】宮野 真博

【患者】73歳 男性

【主訴】発熱

【現病歴】

2016年3月11日頃から感冒様症状あり3月14日に近医を受診した。抗生剤内服にて一時的に症状軽快するも、全身倦怠感、盗汗、体重減少が出現し、3月30日に遠軽厚生病院を紹介受診した。骨髓、末梢血ともに異型リンパ球を認め、単純CTにおいて全身のリンパ節腫脹を認めていた。リンパ腫を疑われ精査目的に2016年4月13日当院血液内科入院となった。

【既往歴】

高血圧、脂質異常症

【生活歴】

喫煙：20～45歳 30本/日 以降28年間禁煙

アルコール：日本酒1合/一ヶ月

【アレルギー】なし

【家族歴】特記事項なし

【服薬歴】

（1/26 遠軽厚生病院より処方）レザルタス®配合錠 HD 1T/1x, アトルバスタチン®錠10mg 1T/1x

（3/31 感冒症状あり遠軽厚生病院より処方）ネキシウムカプセル20mg 1C/1x, セフカペンピボキシル塩酸塩®錠100mg 3T/3x, カロナール®錠200mg 6T/3x

【入院時現症】

身長：168.7cm, 体重：68.5kg, JCS：0

SpO2：97%（RA）, BP：134/70mmHg, HR：94/bp-m, BT：37.7℃

頭部：眼瞼結膜貧血なし, 眼球結膜黄染なし

胸部：no murmur, no rale

腹部：肝脾を触知しない

四肢：左鼠径リンパ節を触知。下肢～体幹に掻痒を伴わない5～10mm大の紅斑多数あり。

神経学的所見：異常なし

【血液検査】

【血算】WBC 3090/μl, (Band 7.0%, Seg 41.0%, Eosino 0.0%, Baso 0.0%, Mono 29.0%, Lymph 21.0%, Atypical lymph 2.0%), RBC 3.25×10^6 /μl, Hb 10.0g/dl, Ht 29.3%, Plt 190×10^3 /μl

【凝固】PT-INR 0.99, APTT秒 37.3秒, Fib 337.5 mg/dL, 血中FDP 4.9μg/mL, Dダイマー 4.2μg/mL

【生化学】Na 134 mEq/L, K 3.8mEq/L, Cl 106mEq/L, Cre 0.79mg/dl, TP 9.4g/dl, Alb 2.7g/dl, UA7.4mg/dL, T-Bil 0.5mg/dl, D-Bil 0.1mg/dl, AST 24IU/L, ALT 22IU/L, ALP 247IU/L, γ-GTP 72IU/L, LDH 354IU/L, CK 41 IU/L, TG 121mg/dL, CRP 1.45mg/dl, IgG 4115mg/dL, IgA 814mg/dL, IgM 1048mg/dL, フェリチン 719.8ng/mL, β2MG-血清 5.8mg/L, S-IL-2R 4815U/mL

【造影CT】

頸部、胸部、腹部、鼠径部リンパ節腫大の他に、短径1cm以下のリンパ節を多数認めた。また長径12cmの脾腫を認めた。

【リンパ節生検】

リンパ濾胞が消失し、内皮の腫大による高内皮細静脈（HEV）が認められた。小型から中型の腫瘍性リンパ細胞に加えて、好酸球・形質細胞が認められ、背景にEBウイルス陽性細胞が散在していた。また、濾胞

樹状細胞（FDC）が拡大したものも認められ、CD21陽性を示した。異型リンパ細胞はCD3およびCD4陽性の所見であった。リンパ節染色体（G-Band）検査では、異常染色体が認められた。

【骨髓検査】

骨髓穿刺にて、中型から大型で好塩基性が強く、核形不整の異型リンパ球が認められた。骨髓染色体検査においても、リンパ節と同様の異常染色体を認めた。骨髓生検においても異型細胞の浸潤を疑う所見が認められ、骨髓浸潤ありと判断された。

【血清・尿免疫電気泳動】

明らかなM蛋白血症を認めなかった。

【診断】 血管免疫芽球性T細胞リンパ腫（Ann Arbor分類：Ⅳ期、国際予後指標（IPI）：High risk）

【第1回入院後経過】

リンパ腫が強く疑われ、また4月16日より発熱と倦怠感の症状が強く4月18日よりプレドニン30mg/dayを開始した。4月27日にAITLと診断され、4月28日にTHP-COP①を施行した。5月10日の採血にてCMV抗原陽性となり、再び陰性化する6月16日まで化学療法を施行できなかった。CMV陰性化確認後の6月17日にTHP-COP②を施行した。1コース目では白血球と血小板の減少が著明であり、手指の痺れも認めたため減量して施行した。2コース目施行による白血球と血小板減少後においては、白血球・血小板ともに順調に増加した。白血球上昇を確認後の7月11日に1度退院となった。

<第2回入院>

【現病歴】

2016年7月19日にTHP-COP③コース目目的に入院となった。

【現 症】

頭部：左口唇と左舌辺縁に潰瘍あり。口腔内異常なし。

四肢・全身：表在リンパ節を触知しない。

【血液検査】

【血算】 WBC 6190/μl, (Band 15.0%, Seg 71.0%, Eosino 0.0%, Baso 0.0%, Mono 7.0%, Lymph 3.0%, Atypical lymph 3.0%), RBC $2.87 \times 10^6/\mu\text{l}$, Hb 10.0g/dl, Ht 29.7%

【凝固】 PT-INR 1.11, APTT 34.3秒, Fib 160.3mg/dL, 血中FDP 17.5μg/mL, Dダイマー13.0μg/mL

【生化学】 Na 136mEq/L, K 3.5mEq/L, Cl 109mEq/L, Cre 1.40 mg/dl, TP 9.7g/dl, Alb 1.8 g/dl, UA 8.3mg/dL, T-Bil 0.6mg/dl, D-Bil 0.1 mg/dl, AST 19IU/L, ALT 41IU/L, ALP 224IU/L, γ -GTP 106IU/L, LDH 268IU/L, CRP 3.32mg/dl, IgG 5364mg/dL, IgA 1063mg/dL, IgM 491mg/dL, フェリチン 1934.8ng/mL

【骨髓検査】

骨髓検鏡にて、明らかな血球貪食像やリンパ腫様の細胞は認めなかったが、形質細胞の増加を認め、また多彩な形質細胞が認められた。骨髓染色体検査にて、前回入院時同様、異常染色体を認めた。

【血清・尿免疫電気泳動】

明らかなM蛋白血症を認めなかった。

【画像所見】

【胸腹部Xp】 明らかな異常所見を認めなかった。

【単純CT】リンパ節腫大に関して大きな変化は認めなかった。明らかな肺病変も指摘されなかった。

【第2回入院後経過】

入院時採血でのCMV抗原陽性が発覚し、化学療法を開始できなかった。8月1日より発熱が出現し、白血球は著しく低下し、フェリチンの上昇や体液貯留も見られ、臨床的に血球貪食症候群が強く疑われた。8月10日に血球貪食症候群に対してメチルプレドニゾロンによるパルス療法を開始したが白血球の上昇は認められず、8月11日にエトポシドの投与も開始した。症状は改善せず、呼吸状態が悪化と、薬剤や腫瘍崩壊症候群によると考えられる腎機能悪化が認められ、8月16日よりICUでの呼吸管理と血液透析導入の方針となった。ICU入室後BiPAPを開始した。8月17日胸腔ドレーン挿入した。腎機能に関しては透析にて安定して経過した。ICU入室以降も、白血球上昇は認められなかったため、漸減していたメチルプレドニゾロンを再度増量し、エトポシド投与も行い血球貪食症候群の改善を試みた。胸腔ドレーン挿入後、胸水は消失し、一時的に酸素化の改善が見られた。しかし、8月19日朝より呼吸状態の急激な悪化が見られ、サクシオンでは気管内より血性水様の内容物が多量に引け、肺出血が疑われた。気管内挿管による呼吸管理を施行するも呼吸状態改善せず同日9：05死亡確認となった。

【病理解剖で明らかにしていただきたいこと】

1. 血球貪食症候群をきたしていたのか。
2. 肺出血の原因は何か。
3. 反応性胸水増加の原因は何か。

【病理解剖所見】

1. 血管免疫芽球形T細胞リンパ腫（大動脈周囲，腸間膜内，脾周囲，肺門・縦隔脾，骨髓），化学療法後
2. 両肺球菌感染症，両肺出血（960/860g）：好中球反応を伴わないグラム陽性球菌を肺から検出された。マクロファージに貪食されたグラム陽性球菌も認めた。異物も認められた。
3. 血球貪食症候群（脾，骨髓）：脾臓は320gと正常の3倍近くの大きさになっている。濾胞はほとんど残っていなかった。マクロファージに取り込まれた赤血球を多数認め，血球貪食が確認された。骨髓でも同様にマクロファージに取り込まれた赤血球を多数認め，血球貪食が確認された。
4. 低形成骨髓
5. ヘモジデローシス（肝臓：1630g，脾）：鉄沈着を認めた。
6. 胸水 100/0 ml 清，右胸腔ドレーン留置により胸水貯留なかった。
7. リンパ節：ほぼ壊死しているが，残存部分は核濃縮している。リンパ腫細胞は確認できなかった。

【質疑応答】

- ・HPSが疑われた時点でマルクをしても良かったのではないか。
→臨床症状からはHPSは明らかではあったが，しても良かったとも言える。白血球数などが化学療法を施行していないにもかかわらず急激に低下していることはまずHPSを疑わせる。
- ・CTは腹膜炎に似た画像に見えるが，腹部症状はなかったか。腹水あるが脾炎などはなかったか。
→腹痛など腹部症状なく，脾酵素上昇も認められなかった。呼吸苦のみであった。
- ・腎機能が悪化したのは造影CTにはよるものではないのか。
→造影CT前の腎機能は悪くなかった。造影CTが腎機能低下のきっかけになった可能性はあるが，エトポシドの腎毒性の影響や尿酸・リンの上昇から腫瘍崩壊症候群が起こっておりその影響を受けた可能性の方が高いと考えられる。
- ・サイトメガロウイルス抗原血症が問題となった方でしたが，ウイルス感染を示唆する所見はあったのか。
→なかった。腸管粘膜も保たれており問題なかつ

た。肺は出血してないところは正常なところが多かった。

- ・リンパ節の壊死はよくあることなのか。なぜなのか。

→massiveな壊死が急激に起こる病態は珍しく，ケモ後は線維化する場合が多い。なぜかはわからない。

【まとめ】

血球貪食症候群を合併した血管免疫芽球形T細胞リンパ腫の一例を経験した。血球貪食症候群をコントロールできず最終的に肺出血を来し死亡に至った。

平成29年度第5回

【日 時】平成29年11月16日

【演 題】両弁置換術後経過中に合併症が多発した長期透析患者の一例

【発表者】宮本 寛之

【症 例】61歳 男性

【主 訴】労作時息切れ

【現病歴】

S50年（21歳時）から慢性糸球体腎炎のため血液透析導入。北彩都病院で維持透析中だった。

H20年頃から坂道の歩行で，H23年から100m程度の平地歩行で息切れを自覚。H23/4/8北彩都病院から精査目的で当院循環器内科紹介。心房細動（Af），弁膜症（ASR，MS），透析心と診断されアミオダロン®，ピモベンダン®の内服開始。その後Afは洞調律となり自覚症状は改善。心エコー上弁膜症の所見は徐々に悪化傾向を認めていたが，手術適応がなかったため，H26/6月より前医へfollowを依頼。H27/2月より数m程度の平地歩行で息切れを自覚。2/13当科外来受診。ECG上Afで，心エコーで弁膜症の悪化を認めた。アミオダロン®を増量したが，2/20再診時もAf。2/24精査加療目的で当科入院。

【既往歴】

H5年 右手根管開放術，H17年再手術

H6年 左手根管開放術

H7年 二次性副甲状腺機能亢進症に対し副甲状腺摘出術

H10年 C型肝炎（旭川赤十字病院）

H17年 左鎖骨下静脈拡張術

H23年 脊柱管狭窄症（旭川赤十字病院）

両手ともばね指の手術複数回あり

【risk factor】

HT (-), DLp (-), DM (-), Obesity (-),
Smoking (既往) : 20-30歳 10本/day

【嗜好】

Alcohol (-)

【家族歴】

父：中咽頭癌， 母：急性心筋梗塞

【内服薬】

リズミック錠® 10mg 1 T/1 x, オパルモン錠® 5µg
3 T/3 x, アカルディカプセル® 1.25mg 4 C/2 x, アル
ファロールカプセル® 0.5µg 1 C/1 x, チラーヂンS錠®
50µg 1.5 T/2 x, リオナ錠® 250mg 6 T/3 x, ワーファ
リン錠® 1 mg 1 T/1 x

【入院時現症】

身長：158.0cm, 体重：58.6kg (BMI=23.4)

HR：81/min・不整, BP：72/49mmHg, BT：
36.5℃, SpO2：98%

頭頸部：no anemia, no icterus, 頸動脈bruit (-/-)

胸部：S1・S2 (→) S3・S4 (-), max 3 LSB
SEM III/VI, no rale

腹部：soft, flat, tenderness (-), bowel sound良
好, 肝触知せず, abd bruit (-), ope scar (-)

四肢：edema (-/-), femoral bruit (-/-), 左前腕
部に内シャントあり

【入院時血液検査】

WBC 4350/µl, RBC 3.58×10⁶/µl, Hb 12.0g/dl, Ht
36.9%, MCV 103.1fl, MCH 33.5pg, MCHC 32.5g/dl, Plt
190×10³/µl, Seg 70.7%, Eosino 6.0%, Baso 0.5%,
Mono 6.0%, Lymph 16.8%, 血沈30 35.0mm, 血沈60
98.0mm, 血沈120 112.0mm, TT 48.1秒, TT 32.3%,
TT-INR 1.38, APTT対照 27.8秒, APTT 30.5秒, Fib
499.6mg/dl, Na 137mEq/L, K 4.6 mEq/L, Cl
101mEq/L, Ca 9.9mg/dl, IP 3.7mg/dl, BUN 26.3mg/dl,
Cre 5.96mg/dl, eGFR 8.5, UA 3.2 mg/dL, TP 6.9g/dl,
Alb 3.4g/dl, A/G 0.97, T-BIL 0.5mg/dl, D-BIL
0.1mg/dl, AST 21IU/L, ALT 23IU/L, ALP 225IU/L,
CHE 230IU/L, γ-GTP 34IU/L, LDH 229IU/L, CK
40IU/L, CK-MB 12IU/L, AMY 62IU/L, T-cho
195mg/dl, CRP 0.87mg/dl, リゾチーム 27.2µg/ml,
ACE 25.4IU/L

【胸部X線】

CTR 53 %, 両側CPAは鋭角, 肺血管影やや増強

【ECG】

HR 85bpm, Af, axis 46度, QRS 0.10, QT 0.40,
SV1+RV5=6+15 mm, V5-6 sl.STdep (-0.5 mm)

【心エコー】

IVS/PW 10/10mm, LAD/AoD 55/35mm, LVDd/Ds
43/23 mm, EF (M) 72%, TRΔP=23mmHg, IVC
10mm, LV wall motion n.p. valve function
大動脈弁：3尖で石灰化 (+), dop AVA 0.97/0.60
cm², AS LV-Ao 59 (39) mmHg, AR I ~ II°
僧帽弁：交連部癒合 (+), 石灰化 (+), MS area MVA
1.2cm²程度, PHT 166msec (1.32cm²) MS LA-LV
25/11mmHg, MR trivial

【頸動脈エコー】

IMT (mean) R/L 0.88/1.30mm, 両側CCA~ICAにか
けてplaque (+), 明らかな狭窄 (-)

【脈波】

R/L ABI 1.16/1.48, baPWV 900/944

【肺機能検査】

VC 2.69L, %VC 73.6%, FVC 2.60L, FEV1.0 2.04 L,
FEV1.0 (G) 78.4%

【胸腹部CT】

冠動脈は3枝に高度石灰化, 大動脈弁と僧帽弁の石
灰化も高度。縦隔リンパ節腫大あり, 大動脈弓部周囲
には長径2.5cm大のリンパ節あり。肺野には明らかな
病変認めず。両側鼠径部にも小リンパ節あり。

【心臓カテーテル検査】

MS：PG (mean) 13.5~16.7mmHg, MVA1.08~
1.16cm² (Gorlin式)

AS：LV-Ao=46 mmHg (引き抜き圧較差),
AVA 0.72~1.55cm² (Gorlin式)

【冠動脈造影検査】

有意狭窄所見 #1 long75%, #7 90%, #13 75%

【循環器内科入院assessment】

心カテではMSはsevereであり, ASもmoderate~
severeであった。LVGではEF56%はあり, 左室壁運動
も正常に保たれており, 内腔の拡大もなく透析心には
なっていなかった。CAGでは#1 long75%, #7 90%,
#13 75%など3枝病変であった。特に#7 90%につい
ては高度な狭窄であり, 負荷TLシンチでも虚血所見が
あり治療が必要と判断した。

弁膜症に加えSMIもあり, 心不全症状もきたしてい
ることから2弁置換に加えLAD #7へのバイパス術を
依頼する方針とした。Afについても2014年6月の当

科外来受診時までは洞調律を維持しており、Maze手術もあわせて依頼する事となった。

【胸部外科入院後経過】

2弁置換およびLAD #7に対しCABG、Maze手術の依頼。平成27年3月16日に当科入院、18日の透析のち3月19日に手術施行。手術は人工心肺使用による体外循環のもと心筋保護液注入（順行性／順行性選択的＋逆行性）による心停止を補助手段に、メイズ手術（MAZEIV）、大動脈弁置換術（機械弁使用）、僧帽弁置換術（機械弁使用）、三尖弁輪形成術（人工弁輪使用）、冠動脈バイパス術（一枝：左内胸動脈－左冠動脈前下行枝）を行なった。

術前から収縮期血圧が70mmHg程度であるが麻酔導入時に50mmHg台までの血圧低下があり補液と強心剤投与にて手術を開始。長年の透析の影響か組織が非常に脆く、Atricareで挟んだ心房が千切れた。体外循環離脱時には大量の強心剤を要し、後負荷軽減による血行動態安定化を期待しIABPによる補助を行った。心外膜が剥がれた部位や縫合線やペーシングワイヤー刺入部などから噴出性の出血を認めた。大量の赤血球、血漿、血小板の輸血を要し、組織接着用シートやフィブリン糊も使用。術中透析を行うが、大量補液と輸血により心浮腫をきたし閉胸は不可能。凝固因子の補充により止血を得て、開胸のまま集中治療室へ帰室、術後の加療を開始。術中バランスは+6460mlとなり20日からCHDFでの透析および除水を開始。しかし血圧は低く大量の強心剤の減量は緩徐にしか進まず、心筋浮腫の改善認め3月23日に閉胸術を施行、心嚢内を洗浄のち大網を前縦隔に充填し閉胸。大網は有茎として使用するが、そのさい横行結腸から上行結腸に掛けての腸管壊死を認めた。腸間膜動脈の拍動は触知しNOMIと考えられた。結腸右半切除を行い腸管吻合は行わず回腸断端による人工肛門（ストマ）を造設。術後は集中治療室にて加療、CHDF継続と共に強心剤を使用。IABPは26日に抜去可能。連日のCHDFを要すが、血小板の減少が著明で出血傾向をきたし、都度赤血球および血漿の輸血、連日の血小板輸血を要した。4月2日から透析に移行、6日抜管、同日強心剤からの離脱。4月28日気管切開のち5月7日に呼吸器装着にてICU退室、一般病棟へ転棟。しかし5月8日意識障害でICU入室。血圧低下による脳血流の低下、喀痰排出障害による低酸素血症からの低酸素脳症や高二酸化炭素血症によるCO2ナルコーシスと考えた。のち

後遺症もなく、意識レベルも改善。5月23日人工呼吸器も離脱、Tピース開始。5月8日の採血で朝のコルチゾールが3.6μg/dlと低値。5月21日にACTH負荷試験を行うに負荷後も判定値の18μg/dl以下までの上昇、前値の2倍以下の上昇に留まり副腎不全と考えた。ソルメドロール125mg投与したところ、血圧が100mmHgみられた。5月26日ICU退室、透析室での透析開始。6月1日持続性副腎機能不全と診断しステロイド開始。ソルコーテフ®静注で開始、これにて血圧は上昇した。以後、内服に切り替え。6月3日ストマから出血あり。腸管壊死の兆候無いが、小腸からの出血が疑われた。6月22日麻痺性イレウスを疑い食事をとめた。血液培養から腸球菌検出。7月14日胆嚢穿破、横隔膜下膿瘍に対しドレナージ。次第に意識レベル改善。7月31日食事再開。8月26日スピーチカニューレに変更。8月中旬からリハビリテーション目的の転院を考慮。紹介もとの北彩都病院に打診。具体的な日程調節の前段階の状態。9月19日午前6：00 VFとの電話連絡あり。心臓マッサージおよびマスクによる換気を行った。心電図はVF。両側鼠径、頸部拍動なし。心臓マッサージ継続し、脈拍を確認。気切部のカニューレを代えて気切部で換気。DCを行うもVF波形は変わらず。6：05頃の瞳孔は左右とも2mm程度大で対光反射あったが、6：20には瞳孔左右差が出て大きさも拡大。リドカイン投与しDCを複数回行うも効果なし。3分ごとのエピネフリン投与も行った。6：30頃に波形がVT様になり、一時鼠径、頸動脈、上腕動脈で拍動が触れたがすぐに消失。心臓マッサージ、人工呼吸、エピネフリン投与、ドーパミンとNAD持続を継続する。再びVT様波形になり脈を一時触れるが、数分でVF様波形に戻り脈も触知不能。270J（最高）DC効果なし。7：00頃、御家族到着。瞳孔は散大。心電図はVF様。7：17呼吸停止。心停止。心音なし、自発呼吸無し。瞳孔散大、対光反射無し。午前7時17分 永眠された。

手術

平成27年3月19日

メイズ手術（MAZE IV）、大動脈弁置換術（機械弁使用）、僧帽弁置換術（機械弁使用）、三尖弁輪形成術（人工弁輪使用）、冠動脈バイパス術（一枝：左内胸動脈－左冠動脈前下行枝）

平成27年3月23日

閉胸術、大網充填術、右半結腸切除術＋人工肛門造

設術

【病理解剖で明らかにして頂きたいこと】

1. 死因は何か
2. 心臓破裂はあったのか
3. 弁置換術後の状態はどうか

【病理解剖所見】

1. 心肥大 (530g) , 心原性突然死疑い
2. 透析アミロイドーシス $\beta 2$ -microglobulin
3. 末期腎不全 (105/45g) , 維持透析状態
4. 慢性肝炎 (HCV, A1, F1)
5. 大動脈粥状硬化症
6. 腹水750ml清, 胸水 (100/0 ml)

→死因は心原性突然死の疑い, 心臓破裂はなし, 弁機能は保たれていた。

【質疑応答】

- ・透析心とはなにか。
→正確な定義はない。透析患者において, 心不全を疑わせる自覚症状が軽度で, 左室拡張およびうっ血性心不全発症と相関するとされている貧血, 低アルブミン血症, 低カルシウム血症等の因子が著明な異常を示していないにもかかわらず, 拡張型心筋症様の著明な左室拡張と左室収縮機能障害の合併を示すことを「透析心」と呼ぶことがあるとされている。
- ・過去に手術歴があるが, その時点でアミロイドーシスは指摘されていなかったのか。
→事前にアミロイドーシスと診断されていたかなど

は詳細不明。

- ・心エコーの所見について数値ではわかりにくいので, 病状を具体的に教えてほしい。
→大動脈弁, 僧帽弁の弁口面積が正常より小さく, 圧較差が大きい上に, 逆流も認めていた。しかし, EFは72%で50%以上, 壁運動に異常はなし。心臓の動きには問題ないが弁機能が悪いために心不全徴候があらわれていた。
- ・弁口面積の評価基準について教えてほしい。
→正常は2~3cm², 1.5cm²より大きければ軽度, 1.0~1.5cm²で中等度, 1.0cm²より小さいと重症となる。
- ・冠動脈造影検査での狭窄の評価に関して, 「long」という表現は距離が長いということか。また, 「long」の定義は何cm以上のことを言うのか。
→冠動脈造影検査において「long」は距離が長いことを示しており, 具体的な定義はない。
- ・様々な合併症が起こったが, NOMIや胆嚢穿破に対してはどのような治療を行ったのか。また, NOMIの原因は何が考えられるのか。
→閉胸術中にNOMIを発見したため, 右半結腸切除術と人工肛門造設術を追加した。胆嚢穿破に対しては胆嚢ドレナージを行った。NOMIの原因は術後心拍出量が低下したことではないかと考えられている。

Medical essay

どうなるBIO時代

近年, 皮膚科業界でもBIO製剤 (生物学的製剤) が続々新登場している。

乾癬はレミケードを皮切りに年々種類が増え, 今年はアトピー性皮膚炎に適応の新製品が発売された。当院でもアトピーのBIO製剤は治験を行っており, 今後も増える見込みである。掌蹠膿疱症や化膿性汗腺炎にもBIO製剤の適応拡大が検討されており, 市場は拡大の一途である。

難治性疾患に効果的な薬剤の登場は, 医者としては非常にありがたい。しかし, 現行の医療制度では膨らみ続ける薬剤費はまかないきれず, 制度崩壊は確実だろう。アメリカのような医療における格差社会化はこれからの時代, やむを得ないように思う。

(W.N.)

第65回 日本心臓病学会学術集会に参加して

中央検査科 湊 舞

今回、平成29年9月29日～10月1日に大坂国際会議場にて開催された第65回日本心臓病学会学術集会に一般演題の発表も兼ねて参加させて頂いたため報告します。

今回の学会テーマは「臨床心臓病学のジェネラリティとスペシャリティ」でした。本学会では心臓病の基礎的な講演から、稀な疾患について深く掘り下げた専門的な演題もあり、心臓病について幅広く、深く学べる場でした。

私は3日目に一般演題の発表で「心尖部肥大型心筋症におけるストレインパターンの検討」について発表させて頂きました。心尖部肥大型心筋症（以下APH）は一般的に予後良好とされていますが、長期経過観察中に心室中部閉塞性肥大型心筋症（以下MVO）や心尖部瘤を形成することがあります。心尖部瘤を合併した場合、約43%で突然死や心停止、心不全などの心イベントが発生するとの報告もあります。今回、当院で診断されたAPHに対してストレイン解析を施行し心尖部瘤との関係について検討しました。

ストレイン解析により、長軸方向ストレイン（以下LS）が低値を示す左室全体および局所壁運動評価支

援ツール（以下AFI）陰性群と高値を示すAFI陽性群の二つのパターンに分類しました。AFI陰性群は心尖部瘤、MVOを伴う例が多く見られ、AFI陽性群では背景に高血圧を伴う例が多く見られました。このことよりAFI陰性症例では慢性心筋虚血により将来、心尖部瘤が形成される可能性が高いと思われ、APHの長期観察にストレイン解析が有用ではないかと考えられました。

他の発表では放射線治療後の左室壁運動異常の原因を心エコー画像だけではなく、PETやMRIなどの画像を用いて多角的に考察し放射性心筋炎を特定した症例もあり、とても印象深かったです。

今回、初めて全国学会で発表させて頂きました。大変緊張しましたが、良い経験となりました。道内の学会では聞くことが出来ないような様々な心臓病疾患に関しての演題や講演を聞くことができ、大変勉強になりました。このような貴重な経験をさせて頂き、ありがとうございました。この学会で受けた刺激を忘れず、日々の業務に生かせるよう努力していきたいと思っています。

CVIT2017に参加して

臨床器材料 山 口 和 也

この度7月6～8日に京都府の国立京都国際会館で行われたCVIT2017に参加してきました。

日本心血管インターベンション治療学会（CVIT）は2009年に日本心血管インターベンション学会（JSIC）と日本心血管カテーテル治療学会（JACCT）の2大カテーテル治療学会が統合し、CVITとして誕生した学会で今年9回目の開催となりました。

本学会は国内最大級の心臓カテーテルにおける学術大会であり、本年もメディカル約700演題、コメディカル約200演題、その他に特別セッション、シンポジウムが行われ、また経皮的冠動脈形成術（PCI）、末梢血管内治療（EVT）のライブデモンストレーションも同時開催されました。

当院循環器で今後EVT件数が増加していく可能性があり、また個人としてEVTの知識が少ないため現在の治療戦略や新デバイスなどの情報を得るためEVTライブを中心に見学してきました。EVTライブでは新デバイスの使用、ワイヤーテクニックや、血管撮影の撮影角度をどの方向で見ると良いかなど、今後の臨床で役立てることができる内容が多くありました。

PCI関連では新しいステントの講演を聞き、メドトロニック社製ステントResoluteOnyx®はCore wire-Technologyを搭載し、屈曲病変における通過性能、血管追従性の向上、またコア（プラチナ-イリジウム）をコバルト合金ワイヤーと組み合わせたことでステント留置時に不可欠な視認性が向上し正確な位置への留置が可能となり、今後期待できるステントである印象を受けました。またバイオトロニック社製ステントOrsiro®は現在国内では承認されていないため使用できず、使用実績のあるヨーロッパの初期成績の講演を聞いて来ました。ヨーロッパ内で留置された約30000症例に対するクリニカルデータでは小血管、糖尿病症例ともに48カ月以内のステント血栓症は0%であり、ST上昇型急性心筋梗塞（STEMI）に関しても24カ月以内のステント再狭窄に伴う再血行再建は5.4%と良好な成績を得られていると報告していました。近

年、ステントの構成部位であるlinkと呼ばれる金属と金属の接合部が2本の金属からなる2 linkデザインのステントが様々なメーカーから販売されているなか、Orsiro®は3 linkのステントである。3 linkのステントは2 linkに比べ柔軟性が劣るため、冠動脈内に留置すると血管壁を伸展させてしまい、その結果、血管壁にストレスが生じ、この事がステント内再狭窄の原因因子の1つであることが知られている。しかしOrsiro®の2.25～3.0mmステントではstrut厚が60μmと現状では一番薄く、らせん構造のステントデザインにより、Fracture耐性と柔軟性に富んでいるため、血管壁のストレスが生じにくいと報告されており、こちらのデバイスに関しても今後期待できる印象を受けました。

本学会では「IVUS血球エコーの重要性を再認識した1症例」と題して発表も行ってきました。血管内超音波法（IVUS）とは超音波により、血管撮影では知ることができないplaque性状や量、lumen径、vessel径などが評価でき、IVUSを使用することで治療の質を向上させることができるPCIの重要なサポートツールであり、当院では臨床工学技士がIVUSを操作し、医師と共に画像診断を行っています。今回の発表内容は狭心症の患者に対しPCIを施行し、高度狭窄病変にステント治療を行い治療自体は成功したが、治療対象部位の手前に血管撮影では判別できないがIVUSでは血管内腔が2腔像となっている部位を認めていた。しかし、このことに気付かなかったため、後日IVUSで2腔像を認めた部位が狭窄となっていたため治療を追加する事となった症例です。IVUS上でも見極めが非常に難しい症例でしたが、我々が操作ならびに画像診断のサポートを行っているからには、このような見落としを起ささないよう、今後個人による画像診断能力の差を埋めていくようなスタッフ教育を行う必要について発表しました。

また、今回の学会では昨年から当院でおこなっている、カテーテルカンファレンスの方向性や内容を充実させるため、他の病院ではどのような取り組みや工夫

をしているのか勉強してきました。現在我々、臨床工学技士が中心となり、放射線科看護師、放射線技師の3科で行っています。当初は心臓カテーテル検査を受ける患者の情報共有を図る目的で開始しましたが、時間やスタッフの人数確保などの問題から定期的にカンファランスを行うことが難しく、またスタッフ間の知識の差が大きく、まずは基礎知識を習得する方向に内容を変更し、現在はカンファランスから勉強会に内容を変更し取り組んでいます。学会では近年、構造的心臓病（structural heart disease：SHD）に対する低侵襲カテーテル治療が国内でも広まってきていることもありSHDカンファランスに関する発表が多数みられました。どの発表も多職種が患者を違う視点から観察し、その情報を共有することで安全で良い治療を患者に提供しようとハートチームで奮闘していました。そ

の中でカテーテルにおけるコメディカルカンファランスの発表を行っていた施設の臨床工学技士の方にカンファランスの内容などについて話を聞くと、他職種に対し教育や知識の共有を図るのに、まずは興味を持ってもらうこと、そして次に興味を持つことで自己学習し疑問点や解らないことがあれば理解できるように確実に教えていくことで、カンファランスは円滑に進み、継続することができ、重要性も認識してくるとのアドバイスをいただき、当院のカンファランスもスタッフで重要性があるものと認識できるような形にし、継続していきたいと思いました。

今回の学会参加で学んだ知識を臨床に活かし、患者様に安全かつ質の高い医療を提供できるように日々努力して行きます。

2017年度ICU・CCU看護教育セミナー初級コースに参加して

看護部 岩 渕 雄 多

平成29年8月31日から3日間、東京都にて開催された2017年度ICU・CCU看護教育セミナー初級コースに参加しましたので報告致します。

3日間の講義の中で、呼吸、循環、脳神経、心電図、フィジカルアセスメントなど基本的な部分から、実際の臨床における治療や看護について幅広く学ぶことができました。

当院のICUに入室する患者は挿管する場合も多くあり、挿管後は床上安静を強いられてしまいます。床上安静が長期になるとADLの低下が考えられるため、状態が安定に向かうと早期に床上リハビリを開始しています。主には理学療法士による床上リハビリですが、医師の指示などで看護師が行うこともあります。抜管後の患者に座位や端座位を行うこともありますが、挿管している患者に対してはほとんどが臥床によるリハビリが多いのが現実です。

他院では挿管している患者が歩行器を使って自力歩行をしたり、自力で車椅子に移動し自走するなど、早

期リハビリが進んでいることに驚かされました。一日に一度はギャッジアップ座位をし、徐々に端座位、立位と安静度を拡大することで日に日に全身状態が改善していく患者の姿が紹介されており、リハビリの必要性を強く感じました。

また、挿管チューブを挿入している患者のサクシオンについても考えさせられました。患者の呼吸状態、換気、酸素化によってはPEEPがかかっていますが、サクシオンやその他の処置の際に呼吸器から離脱することで肺が虚脱してしまいます。サクシオンにより痰を吸引することで更に肺の虚脱を招いてしまいます。サクシオンチューブの太さが挿管チューブの太さの半分を超えると陰圧がかかりすぎてしまい、より虚脱してしまうことを実験の動画を通して知りました。日々の勤務ではサクシオンチューブの太さを考慮していなかったため、この学びを共有し、活かしていこうと感じました。

平成29年度 感染制御専門薬剤師講習会に参加して

薬剤科 栗 栖 幹 典

平成29年7月22日に慶應義塾大学日吉キャンパス藤原洋記念ホールで開催された一般社団法人日本病院薬剤師会主催の講習会に参加させていただきました。この講習会は感染制御専門薬剤師や感染制御認定薬剤師といった認定申請に必須の講習会となっており、末尾に示したプログラムに沿って基礎的な内容から専門的な内容まで幅広い講演を聴講させていただきました。今回はその中から、1演題目の内容を中心に報告いたします。

近年、不適切な抗菌薬使用に起因する薬剤耐性菌の発生が国際的な問題となっており、このまま何も対策を取らなかった場合、2050年には耐性菌による死亡者数は癌による死亡者数を超えると言われております。このような背景を踏まえ、日本では2016年に薬剤耐性（AMR：Antimicrobial resistance）対策アクションプランが制定されました。このAMR対策アクションプランでは医療分野のみならず、畜産分野も含めた抗菌薬の適正使用がうたわれています。具体的に医療分野では、2013年度比で2020年までに経口セファロスポリン、フルオロキノロン、マクロライド系薬を50%削減することが求められています。

このような医療分野におけるAMR対策の推進には、抗菌薬適正使用支援チーム（AST：Antimicrobial Stewardship Team）による介入が重要視されており、2018年度からはASTの取り組みに対して診療報酬が加算されることが決定しました。われわれ薬剤師はASTの中核的メンバーとして活躍が期待されていることから、抗菌薬のTDMだけではなく抗菌薬の選択や

使用期間等についてもしっかり提案できるよう研鑽を積む必要があると感じました。

私は今年度からICTメンバーの一員となったこともあり、今まで以上に抗菌薬のTDMを行う機会が増えました。今後はより専門的な知識を身につけ、微力ではありますが、AMR対策推進及び感染症治療に貢献していきたいです。

プログラム（敬称略）

- 1 抗菌薬適正使用の考え方 ～薬剤耐性対策アクションプランを含めて～
国立大学法人富山大学 感染予防医学講座／感染症科 教授 山本 善裕
- 2 院内感染対策におけるワクチン
国立研究開発法人 国立がん研究センター中央病院 感染症部 部長 岩田 敏
- 3 知っておきたい微生物と耐性菌
三重大学医学部付属病院 中央検査部／感染制御部 主任臨床検査技師 中村 明子
- 4 真菌感染症と抗真菌薬の使い分け
愛知医科大学病院 感染症科／感染制御部 教授（特任） 山岸 由佳
- 5 婦人科感染症と治療
一般財団法人平成紫川会小倉記念病院 感染制御部部長／婦人科 副部長 宮崎 博章
- 6 蚊媒介性感染症
国立国際医療研究センター 国立感染症センター 医師 忽那 賢志

JSS北海道第32回地方会学術集会に参加して

中央検査科 山 田 和 明

平成30年3月3日(土)に札幌医科大学で行われたJSS北海道第32回地方会学術集会において発表を兼ねて参加しましたので報告します。

JSSは日本超音波検査学会の略で、超音波検査に携わるメディカルスタッフが主体の学会です。領域は心・血管、腹部(消化器・泌尿器など)、体表(乳腺・甲状腺など)と多岐に渡り、今回の北海道の地方会でも参加者は300人を超えていました。この地方会で私は「心尖部瘤化を認めた心尖部肥大型心筋症の超音波所見」と題して演題発表をしました。心尖部肥大型心筋症は一部の症例で左室中部閉塞から心尖部の瘤化を伴うとされ、心尖部瘤内は血流が停滞しやすく血栓形成の原因となり、脳梗塞などの塞栓源になると言われています。心電図で経過を観察することが簡便で良く用

いられていますが、心エコー検査では心尖部瘤の発症前から瘤化を予測できるのではないかと考え、実際に経験した症例を元に発表し、無事に終えることができました。

興味を持って拝聴したのは筑波大学附属病院の中島英樹さんによる「症例から考える断層法とドプラ法の基本」と題した講演でした。心エコー検査において基本となる断面がしっかり描出できなければ有意な所見を見逃しかねない、これは全てに通じるものだと感じました。具体的には、今回の発表にも通じる真の心尖部の描出方法や各種計測の際のテクニックなど、基本を理解し日常の業務に応用することが正確な評価に繋がられることを再認識しました。

第51回 日本臨床腎移植学会に参加して

看護部 藤 渡 鷹 志

今回、2月14日(水)から2月16日(金)の3日間にわたり、兵庫県神戸市、神戸ファッションマートにて開催された「第51回日本臨床腎移植学会」に演題発表も兼ねて参加させていただきましたので報告します。

「腎移植後間欠的自己導尿が必要となった一症例との関わり」という表題で発表しました。現在の本邦では糖尿病性腎症が増加傾向にあります。本症例の対象も糖尿病性腎症により腎代替療法が必要となり、血液透析を経て生体腎移植を行いました。腎移植の術後経過は良好でしたが、尿道カテーテル抜去後に糖尿病性神経因性膀胱による排尿障害があり、自己導尿の手技

習得が余儀なくされました。糖尿病性網膜症も併発しているため、うまくカテーテルを挿入できず手技習得は難渋しました。また、透析から開放された喜びの反面、自己導尿の制約から精神的ダメージも大きい状況でした。

精神的サポートと、病棟間でのカンファレンスを重ね手先の感覚を頼りに指導を進めることで手技習得につながりました。対象となった患者は糖尿病による合併症を併発しており、退院に向けて様々な問題点がありました。腎移植をしたことがゴールではなく、移植後に満足感が得られる生活を送れることが大切だと再認識しました。

今後、糖尿病を原疾患とした腎移植が増加すると予測されるため、今回の症例のように様々な問題点を抱えた症例が増えてくることが考えられ、個別性に合わせた介入が必要であると考えます。本症例を通しての経験を今後の看護に活かしていきたいと思います。

学会全体を通して印象的だった発表は啓発活動についての発表です。腎代替療法を選択する上で3療法から自己のライフスタイルにあった治療法を選択することが望ましいですが、移植医療に対してあまり理解されていない現状もあると考えます。移植医療に対して、全国各地では様々な啓発活動がされているが医療関係者の参加が多く一般人の関心が薄い現状があります。移植医療は自分とは関係のない話であると感じている人も少なくないと考えます。では、そういった人々にどのように啓発活動をしたら良いかを考えた

きにメディアを通じてより多くの人々に普及啓発することが重要であると話されていました。メディアに対して調査を行い、実際の報道につながるにはどのような要素が必要かを抽出していたが、それは地域医療の中でも通ずると感じました。当院は道北管内唯一の腎移植施設として移植コーディネーターが中心となり、「教えて、腎移植」といった啓発活動や各施設へのパンフレット配布などを行っています。今回の発表結果を参考にし、患者さんが自己に合った治療法として腎移植も一つの選択肢と考えられるように更なる啓発活動を行っていききたいと思います。

今回の学会参加を通して学んだことを、今後に活かしていけるように努力したいと思います。このような学習の機会を与えていただきありがとうございます。

東レ社製血液浄化装置 TR-55X メンテナンス講習会に参加して

臨床器材料 田 中 義 範

2017年11月26日 当院にて開催されました、東レ社製血液浄化装置 TR-55Xメンテナンス講習会に参加しました。参加者は全員臨床工学技士で、当院より2名、旭川医科大学付属病院から1名、旭川赤十字病院から1名の計4名で受講いたしました。

TR-55Xは集中治療室における持続的血液浄化療法(CRRT)をはじめ、血漿交換療法など多種の血液浄化療法を施行可能な装置です。当院ではICU・CCUにて持続的血液透析濾過術(CHDF)のために使用することがほとんどです。CHDFは外来透析患者様が行うような、いわゆる“透析”とは治療効果が大きく異なります。CHDFでは腎機能低下・心不全を伴う急性心筋梗塞の患者様や開心術後の患者様、重症敗血症にともなうショック状態の患者様など、高い効率の透析では血行動態が破たんしてしまうような患者様に行われます。このような患者さまに対し、非常に低い治療効率で長時間行うことで血行動態を維持しながら行っていくのがこの治療の特徴です。このような背景から、本

装置は重症例に使用されることが多く、術中の装置トラブルが致命的となることも十分に考えられます。そこで装置の安全性を維持し、より安全な治療を提供できるようメンテナンス講習会に参加致しました。

講習会では、各ポンプ類の精度点検をはじめ、安全装置のセンサ類の動作点検、定期交換部品および故障した場所の部品交換法など多岐にわたります。TR-55Xは血液を循環させるための血液ポンプ、透析液を供給する透析液ポンプ、血液浄化機より濾過を行う濾過ポンプ、補液をおこなう補液ポンプの4つのポンプを用いて血液浄化を行います。CHDFでは患者様の体液量コントロールを目的に除水を行いますが、この除水もこれらのポンプでコントロールしています。よってポンプの流量異常は過除水などを引き起こす可能性もあります。また長い時には数日間連続で治療が行われることから、少しの誤差も総合的には大きな数字となるため、ポンプの精度維持は極めて重要となります。講習ではポンプローターの回転数チェック方

法、テスト回路を用いた実流量チェックの方法を学びました。今回の講習では当院の装置を使って行われましたが、ポンプローターを分解すると普段見えない部分に血液汚染があり、普段からの管理の必要性を感じました。TR-55Xには治療を安全に施行するための安全機構も多く備えられています。各種気泡センサや圧力センサ、溶血を検知する漏血センサなどがあります。これらが正常に動作しなければ安全な治療は不可能です。一つ一つセンサが作動するかをチェックしていきます。最後に圧力センサへの接続チューブなどの定期交換部品の交換方法やクランプなど故障しやすい部品の交換方法を学びました。TR-55Xは比較的コンパクトな装置で、狭い空間に部品が納められており、部品交換はなかなか難しいものでした。

メーカーの方からコツを教わりながら、方法を習得することができました。

今回の講習会で当院のTR-55Xに異常はありませんでしたが「だから大丈夫」ではなく、これからもしっかり装置の安全を維持できるよう努力したいと思います。まずは、年2回の頻度でメンテナンスを実施していく予定です。今後も病院にはたくさんの医療機器が導入されてくることが予想されます。それらを安全に使用して頂けるよう我々臨床工学技士も日々努力していきたいと思っています。

最後に、今回メンテナンス講習会受講の機会を与えてくださいました教育研修課の皆様にご心より感謝申し上げます。

東レ社製血液浄化装置 TR-55X メンテナンス講習会に参加して

臨床器材料 澤 崎 史 明

平成29年11月26日に、当院小会議室にて行われたTR-55Xメンテナンス講習会に参加させて頂きました。

本講習会には、当院から2名、旭川医大1名、旭川赤十字病院1名の計4名の臨床工学技士が参加し、1日かけてTR-55Xの内部構造からメンテナンス方法について学びました。TR-55Xは、持続的血液濾過透析（以下、CHDF）を行うための装置であり、当院では年間30症例、120日程度稼働している装置です。CHDFは、血行動態が不安定で集中治療管理が必要な患者に対して行う血液浄化療法のひとつです。CHDFは、ひとたび始めると平均4日程度、患者は装置に繋がれたままとなります。そのため、TR-55Xの精度や安全性は高くなければなりません。我々、臨床工学技士は生命維持管理装置の操作、および保守・点検を業とする職種であり、TR-55Xもその対象の装置です。我々はTR-55Xの操作はもちろんの事、保守・点検を適切に行い、精度が高く安全な状態で、患者に提供していかなければなりません。そのため、今までは、メ

ンテナンス料を支払いメーカーに定期点検を依頼して精度や安全性を確保していました。しかし、当科の方針として、今後は、メーカーへの依頼を辞め、自分たちで定期点検を行っていくこととしました。本講習会では、実機を実際に分解し、普段では目にすることのない内部構造を見ることが出来、装置の仕組みやアラームの原因、装置の故障時にも対応できる判断力が身についたと感じます。また、4名という少人数制の講習会で、全員が実際に触れながら学び、更に、疑問点などもその都度質問できる環境であったため、より理解を深めることが出来ました。

本講習会の学びから、後日定期点検表を作成し、定期点検を実施してみました。これで最低限の精度や安全性は確保できるようになったと考えます。今後はそれを維持する為にも計画的に点検を実施し、TR-55Xをベストの状態で患者に提供できるよう取り組んでいきたいと考えています。

最後になりましたが、このような貴重な機会を与えてくださり、本当にありがとうございました。

第56回 全国自治体病院学会に参加して

看護部 栗 本 真里枝

平成29年10月19日・20日の二日間、千葉県幕張メッセで開催された第56回全国自治体病院学会に参加させていただき、発表致しましたのでここに報告します。

今回私は、「混合病棟として質の高い看護の提供を目指した取り組み～看護の質を保つために必要な関わり～」という表題で発表を行いました。東5階ナースステーションは平成28年1月の病棟編成で、循環器内科と皮膚科の混合病棟になりました。皮膚疾患の看護の経験が浅い看護師が多い為、看護の質の低下に繋がる可能性があると考え、様々な取り組みを行ってきました。その中でも、私は特に指示連絡簿を見直したことで、マニュアルの整備をしたことで、実際に効率よく看護することができ、他スタッフにも対応しやすいものになったと感じました。混合病棟になった当初、皮膚科看護の経験を積まないまま、夜勤で皮膚科患者を受け持たなければならず、不安も多くありました。しかし、指示連絡簿とマニュアルを見直すことで、誰もがケアや処置方法がわかるようになり、慣れない皮膚科患者の看護に対応できるという強みに変えることができました。また、ポスターセッションでの発表は、文字系列や色合いにも配慮し、要点を絞り伝えたい所をピックアップして発表することができました。

他院の研究を見た中で印象に残ったものはA病院の「時間外勤務短縮への取り組み」という表題です。病床数は52床で、看護体制は10：1の病院でありましたが、内科の急性期、慢性期、終末期の患者を対象とする混合病棟で、認知症患者や看護度の高い患者が多数入院している病棟でした。A病院では、時間外が多く、その多くの理由は「記録が定時を超えても終わらない」という意見であり、“時間外システム”というものを導入していました。“時間外システム”とは、ナースコールや電話などに対応せず、30分間記録時間を設けることです。実際に、私の所属する部署でも時間外勤務が多く、その理由のひとつには処置に追われ記録時間が確保できないということも理由の一つにありました。A病院では、時間外システムを導入した結果、導入前は平均60分だった時間外を41分に縮小することができていました。このようなシステムを導入することで、看護師の負担の軽減に繋がり、翌日に疲労が蓄積することも減り、より一層レベルの高い看護へと繋げていくことが可能であると感じました。

今回、学会で自分の発表以外にもこのように数多くの発表を聞くことができ、より自己学習への意気込みが出ました。今後も様々なことに興味を持ち、看護師として精進していきたいと思っています。

第56回 全国自治体病院学会に参加して

看護部 新 名 絵 美

平成29年10月19、20日の2日間、千葉県にて第56回全国自治体学会へ参加させていただきましたので報告します。

特別講演では、「超高齢社会での地域医療を担う看護の今と未来」と題して2025年問題について述べられていました。2025年には超高齢社会になります。介護が必要になってから死に至るまでの平均年数は女性で12年といわれています。講演では、「治す医療から治し支える医療への転換」が求められており、地域包括ケアシステムのシンボルである植木鉢モデルが示されていました。本人や家族の選択と心構えのもと、住まい、医療、介護、福祉、生活支援が一体となり連携しサポートしていくという意味が込められています。また、退院して家に帰ることや家で過ごすことが当たり前であるという考えのもと人生にうるおいを与える看護が必要だとも述べられていました。在宅でその人らしく過ごせるよう外来看護師として何ができるかを考

え行動していくことが必要だと感じました。

デジタルポスターセッションでは、外来待ち時間に対する発表がありました。第一外来では、待ち時間に対する苦情0件を目標にあげています。他院の発表によると、アンケート調査にて待ち時間が長いと感じる時間は60分と90分が最も多かったそうです。当科でも、混雑時は予約患者さんの待ち時間が60分を超えることがあります。そのため、予約時間より30分以上遅れている場合は、中待合へアナウンスを行っていません。しかし、忙しくアナウンスを行えなかったり、待ち時間の説明不足によりクレームを受けることが希にあります。結論で述べられていたように、待ち時間や診察に満足して頂けるよう患者さんへ積極的関わっていくことが当科でも必要だと感じました。

今回の学会参加を通して、新たに学んだことや改めて感じたことが多くありました。今後の看護実践に生かしていきたいと思います。

第56回 全国自治体病院学会に参加して

薬剤科 山 口 純 子

平成29年10月19日・20日に千葉県の幕張メッセで開催された第56回全国自治体病院学会に参加しポスターセッションにて発表しましたので報告します。

今回の学会テーマは「医療がつくる地方創生～2025年、その先へ～」で、団塊の世代が75歳以上の後期高齢者となる2025年のさらに10年先まで視野に入れて、自治体病院のあり方、担うべき役割を考えようというものでした。都市部と地方都市のそれぞれの立場から、地域包括ケアシステム、在宅医療、高齢者の終

末期医療等に関する特別講演やシンポジウムが行われました。また、臨床医学分科会では17年ぶりに精神科領域のシンポジウムが行われました。

薬剤分科会のテーマは「地域医療連携における薬剤師の更なる貢献を目指して」で、特別講演では千葉県共用脳卒中地域連携パスの多職種による取り組みが紹介されました。シンポジウムでは地域医療連携における薬剤師の役割について、病院薬局・保険薬局・行政のそれぞれの立場の演者から、薬業連携研修会やかか

りつけ薬剤師等に関する話題提供と討論が行われました。

私は「院外処方せんにおける疑義照会に関する調査」と題し、保険薬局と処方医との間で行われる疑義照会を病院薬剤師が仲介した場合の所要時間について調査し発表しました。今回は新しい試みとして、紙ポ

スターに加えて液晶モニターにもスライドを映して発表するデジタルポスター形式で行われました。今回の調査結果をもとにして、件数の多い典型的な疑義照会内容や対象薬剤を中心に対応策を実施し、医療従事者の業務負担軽減と待ち時間短縮も含めた患者サービス向上につなげていきたいと考えています。

第56回 全国自治体病院学会に参加して

中央検査科 相馬 史典

平成29年10月19日、20日の2日間千葉県千葉市にある幕張メッセ・ホテルニューオータニ幕張にて開催された第56回全国自治体病院学会にポスターセッションでの発表のため参加させていただいたので報告いたします。

今回の学会は「医療がつくる地方創生～2025年、その先へ～」をテーマに開催されました。またこのテーマに対する様々なシンポジウムでの発表がありました。未曾有の超高齢化社会に対処すべく、自治体病院の役割として治す医療だけではなく、生活を支える医療の重要性が増してきていること。保険・福祉・介護さらには住宅や就労にまで、医療政策の視界を広げていかなければならないこと。医療こそが地方創生の基本であるということを知らなければならないということ。このような様々なことを学びました。また私は今回新たな試みとして行われたデジタルポスターセッションの臨床検査分科会に「当院におけるFISH検査の実施状況と有用性」と題して発表をしてきました。現在の造血器腫瘍の分類では染色体転座や遺伝子異常に比重を置いたWHO分類が重視され染色体遺伝子検査が大きな役割を担っています。染色体遺伝子検査の

代表的な3法（FISH法、G分染法、PCR法）の内、当院ではFISH法を用いて染色体異常の検査を行っており、過去5年の実施状況とその有用性を合わせて報告しました。実際各年毎に入院、外来、疾患毎に件数の調査と比較をしてみると件数の増加の様々な理由が考えられ、日常のルーチン検査を改めて分析することにも意義があることを学びました。また院内で行うFISH検査の重要性にも改めて気づかされました。また新たに導入されたデジタルポスターセッションはポスターセッションにスライドショーでの発表を加えた発表方法でした。発表自体はスライドショーを用いて行い、ポスターは発表の前後に見て回る人のために用いられているようでした。今回発表者はマイクを使用していなかったため、後ろで聞いていると少し発表の内容が聞こえにくかったのが残念でした。

今回私は初めての大きな学会への参加で、少し不安や緊張もありましたが、抄録やポスター作成、発表を通じて全国学会を実際に肌で感じることができ、とても良い経験ができたと思います。ありがとうございました。

第56回 全国自治体病院学会に参加して

臨床器材科 河 田 修 一

平成29年10月に千葉県幕張メッセで行われた、第56回全国自治体病院学会に出席してきましたので報告します。

演題発表は臨床工学分科会部門にて、演題名『当院透析室における感染管理の変遷』と言うテーマで発表してきました。発表の際は早朝のセッションにも関わらず子野日院長が公聴に来ていただきました。

発表内容は当院透析室が開設して20年が経過しまして、20年間における感染管理の変遷を臨床工学技士の視点での改善や変更点などを中心に発表してきました。発表の最後に座長からインフルエンザ対策についての質問があり、当院の対応方法は半閉鎖ベッドに隔

離して対応していると説明いたしました。

今回の発表形式はデジタルポスターでのプレゼンテーションであり、私自身初めての経験でしたので、とても新鮮であり勉強になりました。

また、学会初日の夜には病院管理責任者の青木先生と子野日院長の粋な計らいで参加者同士の懇親会を開催していただきまして、多職種の方々と交流を深めることができ有意義な時間を過ごすことが出来ました。この場を借りて御礼申し上げます。

今後は本学会で学んできたことを臨床業務に活かし、病院に貢献していきたいと考えております。

Medical essay

明日への学び

先日テレビを見てみると、ダーウィンが進化論のヒントを得たガラパゴス島にいる小鳥、フィンチの話をしていました。フィンチは、硬い木の実を食べるくちばしの大きなものと、サボテンや大型の鳥の寄生虫を食べるくちばしの小さいもの2種類がいます。

ある時、ガラパゴス島は大干ばつに襲われ、サボテン類は絶滅し、くちばしの小さいフィンチは食糧不足で激減しました。大型の鳥の寄生虫を食べるにも数に限りがあり、ある時フィンチは寄生虫を食べようとして、くちばしを深く入れ過ぎて出血させてしまいました。フィンチはそれを飲むことで、大型の鳥の血が高栄養であることを学習し、吸血することで生き残るようになりました。そして、より出血させやすいようにくちばしが長くなったということです。

また、フィンチの中には、木の幹の中にいる幼虫を確実に捕獲するために、小枝を折り、爪楊枝のように巧みに使い、幼虫を穿り出すものまで出てきました。

このように、進化することで危機を乗り越える姿を見てみると、医療改革といつも背中合わせにいる私たちも、危機感をもつことで進化し、生き残らなければと強く感じました。この吸血行動への変化のように、今、求められている地域包括ケアシステム構築へ向け、自分自身の意識改革が必要だと、テレビを見て学びました。危機感というエネルギーが、発想と変化を生み出すということを忘れず、病院の生き残りをかけて日々、努力していきたいと考えています。

(S.O.)

ICBMセミナー～臨床研究検討会～(29年度)

パターン認識的臨床診断名：TAFRO症候群－自験例での考察－

発熱，血小板減少，体液貯留，臓器腫大を来す病気といえど何を思い浮かべますか？これに貧血，進行性の腎機能障害が加わったら？

色々な病気が考えられると思いますが，鑑別の一つにTAFRO症候群という聞き慣れない疾患があります。TAFROはthrombocytopenia（血小板減少），anasarca（全身浮腫，胸腹水），fever（発熱，全身炎症），reticulin fibrosis（骨髄の細網線維化，骨髄巨核球増加），organomegaly（臓器腫大；肝脾腫，リンパ節腫脹）の頭文字をとったもので，2010年に高井らにより提唱された疾患概念です。リンパ節生検の病理はCastleman病様の像呈し，臨床像も一部はCastleman病に重なりますが，TAFRO症候群特有の所見も多く，異同に関しては現時点では不明です。急性あるいは亜急性の経過をとり全身状態が急速に悪化する症例も多く，迅速かつ的確な診断と治療が重要な疾患です。当科でも急速な全身状態の悪化により集中治療管理が必要であった症例や急死した症例を経験しています。発熱，血小板減少，体液貯留，臓器腫大をみたらTAFRO症候群である可能性も頭に置いて頂ければと思います。

（血液内科 横山 翔大）

炎症性腸疾患における精神疾患の特徴 ～クローン病編～

【背景・目的】炎症性腸疾患（IBD）は原因不明の腸疾患であり，その病態は寛解と増悪を繰り返す慢性疾患である。クローン病（CD）と潰瘍性大腸炎（UC）を代表としIBDにおける精神疾患の合併について欧米で以前より着目されているが，発症機序については明らかでない。今回我々は若年発症例が多く，小腸に炎症をきたしやすいCDにおける精神疾患合併の要因や特色を明らかにする目的で検討を行った。

【方法】対象は2004年～2017年までに当院と関連病院でフォローアップしえたCD患者158名。経過中に発症した精神疾患（不安神経症，うつ病，統合失調症）や不眠症について後方視的に検討を行った。また精神疾患発症に関する危険因子についてFisher's exact testに

よる単変量解析，Coxハザードモデルによる多変量解析にて検討した。検討項目は，性別，病型，手術回数，罹病期間，生物学的製剤の使用である。なお精神疾患に関しては全例で精神神経科専門医による診断にて治療された。

【結果】精神疾患や不眠症を発症した症例は37/158（23.0%）であった。内訳は精神疾患18症例（不安神経症12例，うつ病4症例，統合失調症2症例），不眠症19症例であった。精神疾患の発症に関して，手術回数が複数回の症例で有意に発症例が多く（ $P < 0.05$ ），罹病期間が10年以上の症例でも有意に発症を認め（ $P < 0.01$ ），精神疾患発症の危険因子と考えられた。また多変量解析では，罹病期間（10年以上）で有意差を認めた（HR 1.95， $P = 0.04$ ）。

【結論】CD治療経過中に複数回手術治療を要する難治例において有意に精神疾患の発症を認め，精神疾患発症の予防として病勢コントロールが重要である可能性がある。また精神疾患発症例の多くが罹病期間10年以上であり，長期経過例では精神疾患発症の可能性を十分に考慮したケアが必要であると考えられた。

（消化器内科 稲場 勇平）

眼内レンズ

以前眼内レンズの歴史や種類についてお話ししました。今回は眼内レンズのよる視力矯正について詳しくお話します。視力の表記は，VDが右視力のこと，VSが左視力のことです。最初に裸眼視力が記載され，その右の（）内に矯正最良視力が記載されます。続いて球面レンズの値と円柱レンズの値とその軸が書かれます。一般的な眼内レンズでは，球面レンズの矯正を行うことができますが，円柱レンズの矯正はできません。乱視が残ることになります。乱視が残ると見え方が悪くなるため，眼鏡による矯正が必要になります。乱視も矯正する眼内レンズが数年前より使用可能となり当院でも昨年から使用しております。乱視は眼の表面の歪みで強くゆがんでいる強主経線とその直角方向に弱主経線があり，それを相殺するように眼内レンズを挿入します。実際のレンズの挿入ビデオを供覧します。はじめに6時方向にマーキングを行い，それに軸の角度を合わせて，挿入する軸をマーキングし

ます。最終的に誤差が30°以内なら矯正効果は期待できます。

次に多焦点眼内レンズについてお話しします。このレンズが開発されてから10年くらいになりますが、年々改良されております。最新のレンズではレンズ表面の溝を深くすることにより焦点距離を伸ばせるようです。多焦点レンズのみでは乱視が残ってしまいますが、このレンズに乱視矯正を加えたレンズも昨年から使用されるようになっていきます。多焦点レンズは自由診療ですが、先進医療に指定されております。先進医療Aの申請施設は全科で1117件ありますが、多焦点眼内レンズの申請施設は634件あり、ほとんどが個人病院です。

調節性眼内レンズも開発中ですが、まだ臨床では使われておりません。現在使用されている眼内レンズについて説明しました。

(眼科 菅野 晴美)

患者状況に応じた糖尿病治療

我が国では高齢化社会の進行に伴い高齢者・高齢糖尿病患者数ともに著しく増加しており、今後もますますこの傾向は続くものと考えられる。全般的に、糖尿病治療においては、本来患者の血糖のみならず年齢、併存疾患といった医学的背景、ADLの状況、患者の社会的役割や家族・生活状況などを総合的に勘案し治療内容を選択する必要があるが、日常臨床の中で全患者に対し、全ての要素を考慮した上で患者教育・治療内容を選択できるとは限らない。しかしながら、高齢糖尿病患者においては糖尿病合併症の進行、糖尿病以外の疾患、さらにフレイル・サルコペニア・ADL低下・認知症・転倒・骨折といったいわゆる老年症候群の合併が多い。また、代謝機能の低下に伴い若年者よりも治療による低血糖をきたしやすくその症状も典型的なものでないことや無症状であることも多く、把握しづらいため、より慎重かつ適切な患者教育・治療内容選択が求められる。糖尿病治療薬は2009年にDPP 4阻害薬、2010年にGLP-1受容体作動薬、2014年にSGLT 2阻害薬の上市と、2010年からメトホルミンの高用量投与が可能となったことで治療選択肢の拡大・治療効果の改善をみているが、同時に高齢者糖尿病等に対する不適切な治療に起因する重大な副作用や合併症が散見され、DPP 4阻害薬やSGLT 2阻害薬においては上市後しばらくしてから適切な使用に関するrecomme-

dationが日本糖尿病学会から発表され注意喚起がなされるに至った。また昨年、日本老年医学会と日本糖尿病学会との合同チームにより、高齢者糖尿病診療ガイドライン2017が策定され高齢者糖尿病の取り扱いに関する重要性が周知されつつある。今回は、高齢糖尿病患者における糖尿病の特徴と、それを踏まえた適切な患者教育や薬物選択について概説する。

(代謝内科 永島 優樹)

無症候の両親にそれぞれSCN5AおよびKCNQ1の変異をみとめ、異なる遺伝伝達および表現型を示したQT延長症候群の三姉妹例

先天性QT延長症候群では遺伝子診断の進歩により、遺伝子変異に基づいた日常診療が可能となってきている。今回複合変異の発端者を含む、QT延長症候群の家族例を経験した。発端者は女児で、6歳時より運動時の失神を繰り返し受診した。補正QT時間(Bazett) 0.67sと延長を認め、失神の既往と合わせQT延長症候群と診断し、β遮断薬および運動制限を開始した。以後無症状だったが、10歳時にβ遮断薬内服中にも関わらず失神が再発したことを契機に、発端者の遺伝子検査と、家族の遺伝子検査を含むスクリーニングを行った。発端者はKCNQ1 p.K358_Q359delとSCN5A p.A1330Tの複合変異ヘテロ接合体であり、父と姉にはSCN5A p.A1330T、母と妹にはKCNQ1 p.K358_Q359delのヘテロ接合性変異を同定した。その後発端者はβ遮断薬、Naチャネル遮断薬で8か月間失神なく経過しているが、植込み型除細動器を検討している。SCN5Aの変異を有する姉は心電図所見なく経過観察としたが、一方でKCNQ1の変異をもつ妹は運動負荷心電図でQT延長をみとめたため、一次予防としてβ遮断薬と運動制限を開始した。遺伝子変異のみならず、臨床検査結果や家族歴等を加え検討することが治療方針決定に重要であった。

(小児科 古川 卓朗)

日本版敗血症診療ガイドライン改定と初期治療

【緒言】日本版敗血症診療ガイドライン(J-SSCG) 2016が発表されてから約1年が経過した。J-SSCG2016には敗血症診療に関するエビデンスの集大成として一定の評価がある一方、明確な推奨が示されず、臨床の疑問に答えを出せていない分野もある。

今回は、敗血症の定義の変遷、診断基準、初期治療

に焦点を当てて紹介したいと考える。

【敗血症の定義】敗血症の初期の定義ともいえる sepsis-1 として全身性炎症反応症候群（SIRS）の概念が1992年に導入された。SIRSの診断基準は、体温、脈拍、白血球数、呼吸数（または動脈血二酸化炭素分圧）で規定されたシンプルなものであり、その簡便さから広く定着していった。しかし、特異度の低さなどが問題視され、2001年に新たな診断基準であるsepsis-2が提案された。しかし、これは診断のための項目数が24にもおよび、簡便性に欠ける上、何項目満たせば敗血症と診断するかというカットオフ値も示されておらず、診断精度もさほど向上しないことから広く定着はしなかった。結果的にsepsis-1が使われ続け、SSCGでも2004年版、2008年版ではSIRSを推奨している。

しかし、sepsis-1の特異度の低さが問題として残り、8人に1人は重症敗血症を見逃すという結果も示され、これに代わる診断基準の模索が加速した。

2016年に米国において敗血症の新しい定義が発表され、sepsis-3と呼ばれている。この定義においては全身炎症よりも臓器障害を重視していることが最大のポイントである。その診断基準には臓器障害の重症度スコアとして知られているSOFA scoreが主軸となっており、「感染症疑い+SOFA scoreが2点以上」のとき、敗血症と診断する。ただし、ICU以外の場合では簡便性があり迅速に評価が可能なqSOFA（quick SOFA）を用いることとなっている。

【初期輸液】敗血症の循環管理において、初期輸液が重要であることは議論の余地は無いが、「何を投与すべきか」については長年議論されているものの統一された見解はなく、施設での傾向、主治医の嗜好によっても影響されていたと推測される。

J-SSCG2016においては、初期輸液として生理食塩液や乳酸リンゲル液といった晶質液を30mL/kg以上投与することを推奨している。また、人工膠質液であるHES製剤については「投与しないことを推奨」と記載されている。アルブミンについても「初期蘇生に用いないことを推奨」との記載があるが、「大量の晶質液を必要とする場合や低アルブミン血症では投与を考慮する」との記載もある。

【結語】敗血症の診断は、治療開始のタイミングを決める上で最も重要な起点である。重症化してからの対応では死亡例の増加や人工呼吸器装着気管・ICU在室

期間の延長につながりかねない。Sepsis-3はまだまだ検討の余地があり、問題点もたくさん抱えているものの、弱点を補いながらうまく活用することでさらにsepsisの診断精度を高めていく工夫が必要である。

（麻酔科 笠羽 一敏）

当院における完全鏡視下噴門側胃切除術の短期成績

【はじめに】上部胃癌に対しては胃全摘または噴門側胃切除が適応となる。噴門側胃切除は機能温存が可能であるため、胃全摘と比較して術後の体重減少が少ないことや吸収能が保たれるという利点が報告されている。当科では2016年4月より完全腹腔鏡下噴門側胃切除術（TLPG）を導入し、2018年1月までに8例に施行したのでその短期成績について報告する。

【再建手技】全例でDouble tract再建を選択した。食道側のStaple右断端を切開し3-0PDSにて2針全層縫合後、結腸前で空腸を挙上しStapler 45mmにて側々吻合を施行。挿入口を3-0PDSにて連続縫合による仮閉鎖後、Stapler60mmにて閉鎖しfunctional end-to-end anastomosisを施行した。食道空腸吻合より約20cm肛門側で残胃空腸吻合、さらに約20cm肛門側でY脚の空腸空腸吻合を施行した。

【結果】8例の症例に対してTLPG, double tract再建を施行した。手術時間の中央値は251分（235-360）、リンパ節郭清個数の中央値は24.5（8-33）、術後在院日数の中央値は9（8-14）であった。Clavien-Dindo分類 grade II以上の術後合併症の発生はなかった。全例、現在までに逆流症状の訴えはなく良好な経口摂取が得られている。

【結語】当院におけるTLPGは現在までに術後合併症発生はなく安全に導入できた。今後は長期成績を含めたさらなる解析が必要である。

（外科 本谷 康二）

定位放射線治療（リニアック）とガンマーナイフの微妙な関係

リニアックはコバルト治療に変わり放射線治療での外照射機器汎用機として広く配置され、幅広い放射線治療（1-2門の単純な治療からIMRT（強度変調放射線治療）、定位放射線治療）に対応している。

25年ほど前より、定位放射線治療（ピンポイント照射）専用機としてガンマーナイフが登場し、脳治療の高精度治療専用機として発達してきている。これまで

できなかった高精度治療と高い局所制御で、標準治療の一つになっている。中でも北海道は第Ⅰ号機が導入され全国的にも早く、多くの脳疾患を脳神経外科中心に治療してきた歴史がある。適応は、脳の悪性腫瘍、聴神経腫瘍や髄膜腫のような良性腫瘍、脳動静脈奇形（AMV）、三叉神経痛などの機能性疾患である。1998年からは、リニアックでの定位放射線治療が保険収載となり、高機能リニアックで同様の治療が可能になった。ガンマーナイフ施設では、転移性脳腫瘍の3 cm以内、3-4個以内が適応であったが、一時は適応外の治療が行われたり頭蓋外病変を考慮しない治療で問題となったりした。現在では、高精度リニアックで代替可能で、1回治療、侵襲的固定などのデメリットもあり新規導入はなくなっている。リニアックで代用可能なことや同じ質の治療であることがあまり医師のなかでも知られていないため、わざわざ札幌まで治療に行く患者も見受けられた。

近年、定位放射線治療専用機とし、サイバーナイフ、IMRT（強度変調放射線治療）専用機として、トモセラピー、ノバルリス、Vero 4 DRTなどが開発され札幌を中心に導入が進み、道北の患者利用の可能性がでてきている。（いずれも保険診療）さらに、陽子線治療も可動し選択の幅がひろがってきた。その特徴を写真や動画で供覧した。

一部の特殊な疾患や特定の部位の癌でなければ、大半は高精度の汎用リニアックで対応可能であり、これらの専用機の絶対的適応は限られている。

主治医として、これらの治療の紹介や患者希望時の基礎知識として参考となるよう症例、写真とともに供覧した。

（放射線治療科 川島 和之）

皮膚非結核性抗酸菌感染症の治療経験

皮膚非結核性抗酸菌感染症は菌の検出率が低く、診断が困難である。また、確立した治療法はなく、各菌種ごとに蓄積された治療経験に基づいて治療されているのが現状である。

症例1は61歳女性。SLE治療のためPSL10mg内服中だった。左手関節背側部が腫脹し抗菌薬を内服した。腫脹は一旦改善したが、左手背・肘に硬結性紅斑が出現し、当科を受診した。生検標本の細菌培養で *Mycobacterium chelonae* を検出し、抗菌薬3剤併用療法を行った。途中外科的切除を行い、以後再発無く

7ヶ月で治療を終了した。

外傷を契機に健常者に生じた疑い症例2例についても併せて供覧する。

（皮膚科 野村和加奈）

精神症状が先行したHIV関連神経認知障害の1例

HIV関連神経認知障害は、HIVの中枢神経感染症によって引き起こされる脳症で、認知機能障害、気分障害、運動機能障害など多彩な症状を示し、時に幻覚や妄想など精神病症状を呈することもある。症例は抑うつ症状、過敏さ、せん妄を呈して精神科を受診した48歳の男性である。場所と時間の見当識障害、易怒的傾向、尿便失禁、歩行障害がみられた。精神症状は動揺性を示し、せん妄と考えられた。当科に入院後にHIV感染症が判明し、頭部MRIのFLAIRにて高信号領域を認めたことからHIV神経認知障害と診断された。入院直後から抗精神病薬の投与を開始し、安定した睡眠が得られてからは、せん妄は改善されたが、記憶障害は持続した。改訂版長谷川式簡易知能評価スケール（HDS-R）では11点、認知症検査のミニメンタルステート検査（MMSE）では19点であった。抗HIV治療が開始されてからは、記憶障害は徐々に回復し、HDS-Rが24点、MMSEが23点にまで改善した。その後、自らの性的関係について述べるようになり、「30代に複数の男性や女性と性交渉した経験がある」と陳述した。精神症状の改善がみられたにもかかわらず、その後に行なった頭部MRIでは白質病変が入院時よりもさらに拡大傾向を示した。本症例では抗精神病薬と抗HIV治療薬による治療によって、精神症状と認知機能障害の改善がみられた。HIV関連神経認知障害に先行する精神症状は特徴的なものではなく、一般の精神科臨床でみられる非特異的な精神症状であるため、日常診察において、HIV感染も念頭に置く必要があると考えられた。

（精神科 廣田亜佳音）

癌性腹水に対する腹水濾過再静注療法（CART）の実施経験

悪性腫瘍に伴う大量の腹水は強い腹満感や呼吸苦などを生じ、患者のADLやQOLを著しく低下させる。しかし頻回の腹水ドレナージは全身状態を悪化させ、化学療法の中止につながる。症状改善と栄養状態の維持回復のために腹水濾過濃縮再静注療法（CART）が考

慮される。従来の方法では細胞成分や粘液の多い癌性腹水は処理困難であったが、濾過膜の洗浄機能が追加されたKM-CARTが考案され癌治療の現場で少しずつ導入されるようになった。

最近5年間に当科で行った悪性腫瘍に対するCARTについての成果を報告する。2012年1月から2017年10月までに12症例に対し、32回KM-CARTを施行した。原疾患は卵巣癌が9例と最も多く、その他腹膜癌、悪性腹膜中皮腫、子宮頸癌1例ずつであり、うち4例では化学療法を継続しながらCARTを行った。ドレナージした腹水量は平均5355mlで最大13800mlであった。副作用として38度以上の発熱が18.8%に認められたが、全例翌日には解熱した。濃縮液中の蛋白質量の平均は109gで、再静注後に血清TP、Albは有意に上昇していた。

悪性腫瘍に対して大きな副作用なくCARTを施行でき、腹水貯留による症状を改善し、かつ血液製剤を用いずに血清蛋白量を増やすことができた。

(産婦人科 板橋 彩)

眩暈で入院後、翌日にWallenberg症候群をきたした1例

救急外来で遭遇する急性眩暈の大部分は末梢性眩暈であるが、その中にある中枢性眩暈を確実に拾い上げることは非常に重要である。MRIの普及によって急性期脳梗塞の診断は格段に進歩したが、いまだ初診時に診断できない中枢性眩暈は一定数存在する。今回、初診時のMRIで陰性であったが翌日にWallenberg症候群をきたした一例を経験したので、報告するとともに、急性眩暈の鑑別や診察のポイントなどについて述べる。

症例は74歳男性で主訴は回転性眩暈と嘔吐。2017年12月X日の朝4時頃に回転性眩暈を発症、2回嘔吐し、症状改善しないため救急要請し当院搬送された。救急外来受診時のvitalはBP177/70と高血圧である他は正常であった。明らかな神経学的異常所見はなく脳MRIで急性期所見を認めなかったため当科コンサルされた。当科診察時には注視で左向きの固定性眼振、頭位変換では方向交代性眼振を認めた。経過観察入院後、昼頃から嚥下困難感を自覚されたが、喉頭内視鏡検査では明らかな麻痺所見等は認めなかった。しかし翌日に右側のHorner症候群、球麻痺、左上下肢の温痛覚障害が出現し、Wallenberg症候群疑いで再度MRIを

施行したところ右延髄外側梗塞が判明。他院神経内科へ転院となった。

急性期眩暈で外来受診した患者のうち中枢性眩暈の割合は1-5%前後とされるが救急外来受診ではその頻度は上昇する。中枢性眩暈でも明らかな神経学的異常所見を認めないものや初回MRIで陰性であるものは一定数存在し、発症初期であるほどMRIの感度は低率である。またBranch Atheromatous Diseaseと言われる穿通枝基部におけるアテローム性梗塞では、症状進行性であるため初診時に有意な異常所見がなくとも経過観察の重要性は高い。また最近注目されている中枢性眩暈の鑑別方法としてベッドサイドで施行可能なHINTS法がある。これは発症3時間以内の急性眩暈患者における脳梗塞に対する感度100% 特異度96%という非常に有用な検査だが、難点も多く実臨床レベルでの報告が期待される。

(耳鼻咽喉科 田川 愛)

習慣性顎関節脱臼に対する手術経験

顎関節は頬骨弓下に沿って形成された下顎窩の中にあり、開閉口運動に関与している。顎関節脱臼とは下顎頭が関節結節を乗り越えて、復位が困難となった状態である。顎関節脱臼を繰り返す場合は、保存的治療のみでは対応が困難なことがあり、外科的治療の検討が必要となる。当科で習慣性顎関節脱臼の患者に対し、外科的治療を選択した症例を経験したので報告する。症例は81歳、女性。前日より自力閉口が困難となり、家族に付き添われ2013年1月当科初診となった。現症として、閉口障害、耳珠前方の陥凹、流涎を認めた。認知症のため開口制限ができず、2013年1月から2016年10月まで27回の顎関節脱臼を繰り返しており、徒手整復および開口制限を中心とした保存的治療で対応していた。保存的治療では顎関節脱臼を繰り返すため、2017年2月全身麻酔下で関節結節削除術を施行した。術後7日間顎外固定を行い、術後14日目に退院した。術後1年経過するが再発なく、経過良好である。習慣性顎関節脱臼において、初期の顎関節脱臼に対しては保存的治療が第一選択となるが、今回外科的治療において良好な結果が得られたため、顎関節脱臼を繰り返す場合は早期に外科的治療を行う選択肢もあると思われた。最後に、2017年の周術期口腔機能管理を行った診療実績を発表した。

(歯科口腔外科 矢島 優己)

心サルコイドーシスに対してステロイド治療中に発症した肺ノカルジア症の1例

症例は68歳男性。2008年にサルコイドーシスと診断され経過観察となっていたが、2017年に心サルコイドーシスによる重症心不全のためステロイドの内服が開始された。ステロイド投与開始から約3ヶ月後、咳嗽や痰、熱感を自覚して当院を受診した。血液検査で炎症反応が上昇し、胸部造影CTで右肺上葉の背側に内部不均一な浸潤影が認められた。入院時のグラム染色で肺ノカルジア症と考えられ、ST合剤とメロペネムで加療を行った。加療開始後は炎症反応の低下と浸潤影の縮小を認め、抗菌薬の感受性試験ではST合剤への感受性も確認された。菌種の特定は当院では出来なかったが、その後症状と画像所見、血液検査所見は軽快し、退院となった。肺ノカルジア症は再発しやすいため長期のST合剤の内服が推奨されており、本症例においても減量しながら投与を続けている。現在外来でフォローアップを行っているが、再発なく経過している。

(呼吸器内科 岡崎ななせ)

「心臓サルコイドーシス、症例・ガイドライン」

サルコイドーシスは原因不明の全身性肉芽腫性疾患である。サルコイドーシスの病変が心臓に及ぶと高度房室ブロックを来すことがあるため、日常の循環器診療においてまれならず遭遇する疾患である。しかし致死性不整脈や重症心不全をきたした患者の中で非典型例も存在し、サルコイドーシスと診断できない場合もある。心臓サルコイドーシスの頻度は欧米に比べわが国で高く、副腎皮質ステロイドなどによる心臓病変の進展抑制が期待されるので、早期の適切な診断が要求される場所である。2016年に初めて、日本循環器学会から「心臓サルコイドーシスの診療ガイドライン」が発表された。心臓限局性サルコイドーシスの存在が明らかになったこと、PETや心臓MRIなどによる画像診断が進歩したことが取り上げられた。病理学的な組織診断が得られなくても、特徴的な臓器所見や前述の画像診断の組み合わせで臨床診断群として診断が可能になっている。当科で経験した持続性心室頻拍症例2例を提示し、その臨床経過や左室瘤などの心エコー図所見の特徴を示した。

(循環器内科 幸村 近)

終末期がん患者の飛行機旅行

症例は76歳女性。4か月前から腹痛、食欲不振、体重減少などを自覚するようになり、左上肢の腫脹が出現したため受診。左内頸・鎖骨下静脈血栓症、左鎖骨上窩リンパ節腫脹、縦隔・腹腔内リンパ節腫脹、右水腎症を認め、リンパ節生検からsignet-ring cell carcinomaを認めたが、精査にもかかわらず原発巣不明であった。入院後、相次いで肺塞栓症、閉塞性黄疸、左水腎症による腎後性腎障害を来し、その都度酸素投与、胆管ステント留置、尿管ステント留置など対症療法を行ったが、原発不明癌に対する化学療法などの適応は乏しく、緩和的治療を中心としたbest supportive careが中心になると考えられた。

提供できる治療は限られているが、患者は以前より姉との再会・同窓会参加のために故郷の山形県への旅行を予定しており、本人・家族とも旅行の実現を強く希望した。介護力不足から終末期は療養型病院への転院希望だが、一時的退院は在宅酸素を導入すれば可能であり、旅行支援サービスを利用した国内旅行も並行して可能と考えられた。旅行実現には全身状態の安定を前提として、旅先での酸素の手配、航空機内の気圧変化に伴う酸素流量の変更、ロングフライト血栓症に対する予防、急変時の対応、エスコートする家族の調整など綿密なプランの作成が必要であった。病態の変化に対応しつつ準備を進め、4日間の短期間ではあるが終末期がん患者の国内旅行を成功させることができた。旅行終了後、患者は再入院を必要とし、10日間の経過ののち永眠したが、本人・家族とも満足感・達成感が得られ、biopsychosocial modelを重視した患者中心の医療に貢献できた。

Biopsychosocial modelを用いた検討では医学的に解決困難な問題に対して、心理社会的問題にも介入することで別の視点から問題解決・目標達成の糸口を掴むことができる場合がある。本症例では患者・家族の意向を確認し、目標を設定することで家族と医療者が協力して満足度の高い医療を提供できた。

(総合内科 鈴木 聡)

大動脈弁閉鎖不全症に対する弁形成術の2例

大動脈弁閉鎖不全症(AR; aortic valve regurgitation)の外科治療において、多くは弁置換術が施行されている。大動脈弁形成術が標準術式になりえない理由として、①弁置換(とくに生体弁)の早期ならびに

遠隔成績が向上したこと、②大動脈弁尖が菲薄で、その構造が単純であるゆえに弁形成術に使える手技が限られていること、③弁形成術後の弁逆流の術中評価が難しいことなどが挙げられる。しかし、生体弁の耐久性、機械弁の抗凝固療法に関する合併症などの問題があり、より良いQOLを得るため近年大動脈弁形成術が見直されている。今回、若年AR症例に対して形成術を施行した2例を経験したので報告する。

症例①：50歳男性。健診で心電図異常指摘あり、近医循環器内科受診。心エコーで3度AR（RCC prolapse）認めた。LVDd73mm、LVEF51%であり手術適応と判断し、当科入院となった。手術はRCCにcentral plicationを行い、suture annuloplasty、上行大動脈置換を併施した。術後1度ARまで改善。

症例②：42歳男性。健診で心雑音指摘あり、近医循環器内科受診。心エコーで4度AR（bicuspid valve）認めた。運動耐用量低下（NYHA II）を認め手術適応と判断し、当科入院となった。手術は癒合弁尖（LCC-RCC）にcentral plicationを行い、suture annuloplasty、上行大動脈置換を併施した。術後ARは消失した。

今回我々は若年のARに対して弁形成術を施行した2例を経験した。いずれも術後ARは改善した。術前にARの病態を正確に評価し、弁形成術の適応および治療戦略を立てることが重要であると思われた。

（胸部外科 須野賢一郎）

退院支援はわれらの救世主となるか？

【背景】 当院の経営は火の車である。最中、当院は2016年10月より退院支援加算1を算定できる施設となった。

【目的】 退院支援加算1を取得できる施設となり、患者サービスや経営赤字の改善にどの程度寄与しているのか調査した。

【方法】 2015年10月から2016年9月までに退院支援加算2を算定した患者85名（旧支援群）と2016年10月から2017年9月までに退院支援加算1を算定した患者78名（新支援群）を抽出し、社会的・身体的背景、医療介護サービス、ADL、退院支援介入までの期間や調整に要した期間につき、全診療記録を参照しまとめた。内科系科入院患者、地域包括ケア病棟を介在した患者、死亡患者は除外した。

【結果】 両支援群間において、社会的・身体的背景に

差異は見られなかったが、悪性腫瘍や循環器系疾患を理由に入院した患者が多かった。入院前から医療介護サービスを導入されていた患者は新支援群の方が多く、また新たに医療サービスを導入された数・種類は新支援群の方が多かった。入院後のperformance status（PS；ECOG）の推移はリハビリの有無に関係なく両支援群に有意差はなかった。手術を行った群と行わなかった群においては、手術を行った群の方が全入院過程に渡りPSがよかった。入院してから退院支援介入までの期間は両支援群間で20日間程度であり有意差はなかったが、退院調整に要した期間は旧支援群で約12日間、新支援群で約9日間と有意差があった（ $p<0.05$ ）。

【考察】 退院支援加算1が算定可能となったことで地域における他の医療事業所との連携が促進され、新しく導入できる医療介護サービスが充実し、地域の医療資源の有効活用が進んだと考えられる。また、退院支援加算1が算定可能となり、退院調整がより効率化され、調整に要する時間が短縮した。入院後、実際に介入するまでの期間が短くなれば、在院日数はさらに短縮できると言える。

【結語】 退院支援はわれらの救世主となり得る。

（泌尿器科 山本 祥太）

HCCに対するTAA

肝細胞癌（HCC）に対する経カテーテル的治療（TACE；transarterial chemo-embolization）は、HCCのstageにより治療適応が異なるが、限局した病変で肝予備能が良い症例においても良好な治療成績を得ることが可能である。その条件は、担癌区域に限局的に十分な量の抗癌剤含有lipiodol-emulsionを注入し塞栓を追加、かつ、腫瘍の辺縁を含めて取り残しなくTACEを行うことが肝要である。近年の製造技術の進歩により、マイクロカテーテルの材質が進化し、極めて細径（先端1.5Fr）で操作性も良好な製品が使用可能になった。その末梢血管への到達度の違いとRFAに迫る腫瘍壊死効果から、同方法はultra-selective TACEの次世代の方法として、TAA；trans-arterial ablationと言われつつある。また、血管造影と同時に動注CT（CTHA）を撮像する事により、治療部位の明確な把握が可能となった。両者の技術的進歩により、担癌区域に限局した極めて薬剤濃度の高いTACEが施行可能となり、治療成績を向上させる可能性がある。細径カ

テーテルの末梢血管への到達精度，それがもたらす治療効果について従来の方法と比較し今後期待される治療成績について述べる。

(放射線科 花輪 真)

Medical essay

うまい，安い，早い

臨床検査の講演会では，「うまい，安い，早い」というキャッチコピーが引用されることがある。大手外食チェーン店の標語になぞらえた臨床検査の要点である。この標語順は，そのまま某チェーン店の経営方針を表しているそうだ。創業時には「うまい，早い」の順で急成長し，調子に乗って標語順を「早い，うまい，安い」にして全国展開を目指したところが倒産の憂き目に遭った。その後反省した某チェーン店は，再度「うまい」を最優先に戻し「うまい，早い，安い」として再起を図り成功。以後，「うまい，安い，早い」として現在に至るという。

この標語が臨床検査になると「うまい＝正確性」「安い＝低コスト」「早い＝迅速性」となる。その優先順位で譲れないトップは「うまい＝正確性」である点は，どの施設でも同じだろう。実は昨年，医療法等の一部改正があり，2018年12月より検体検査に関する品質・精度管理で格段に厳正な基準が定められることとなった。「安い（低コスト）」も「早い（迅速性）」も重要なが，法的にも「うまい（正確性）」に焦点が当てられることとなる（それらの基準をクリアするのは大仕事になりそうで，検査科一同やや盛り下がり気味）。

一方，それに併行して「チーム医療」というキーワードが臨床検査の現場でも重要視されつつある。当院検査科でも，チーム医療の一環として，中央採血室（1F）・糖尿病センター外来採血室（3F），耳鼻科検査，眼科検査，検診センター（4F）に合計で約10名の人員を配し，多角化を図るとともに患者さんに接する検査に力を入れている。「うまい，安い，早い」に「優しい」を加えられたら幸いである。さらには学会発表や論文投稿によって「上へ」も加えられれば言うことはない。「高望み」というものかもしれないが，「希望」と置き換えて日々努力したいと思う。

(A.T.)



看護研究発表会記録(29年度)

带状疱疹神経因性疼痛に対する温電法の効果について

東 5 階 ○吉澤 佳奈, 小板橋由美子
山本 泉, 信太 彩美
上山 圭子

【はじめに】

皮膚科では带状疱疹患者に対し、薬物療法を行っているが、疼痛が緩和されずに苦痛となっていることが多い。漆畑は「带状疱疹は様々な疼痛を伴うことが特徴で、带状疱疹の治療目標は疼痛のケアであると言ってもよい。」と述べている。安楽に療養生活を送ってもらうために、温電法の有効性について、事例を通して検証し、今後の看護に生かしていきたいと考えた。

【方法】

皮膚科に入院した带状疱疹患者2名を対象とした。統一した方法で温電法を実施し、評価はフェイススケールと看護記録を用いた。

【考察】

全体的には温電法の効果に差を認めなかったが、強い疼痛のときには鎮痛効果が発揮される傾向があった。温電法に対し、両者から「温めるだけでも効果がある。」などといった言動が聞かれた。このことから温電法による疼痛の緩和と、安楽を得ることができたのではないかという結果が得られ、効果的な温電法を実施できたと考える。しかし、鎮痛剤を併用していることで疼痛が緩和した可能性もあり、温電法のみで鎮痛効果が得られたという評価は困難であると考ええる。今後も薬剤治療のみではなく、温電法を継続し、効果を評価していきたい。また、温電法を実施するに当たり、疼痛の評価を統一した手順で持続的に行った。看護師が患者や疼痛に関心を持ちアプローチすることで、苦痛や思いを伝えやすい場面を作ることができた。そして、疼痛増強時に適切なタイミングで、早期に温電法や薬剤を使用することにより、より一層、疼痛緩和につながるのではないかと考える。以上のことから、温電法は带状疱疹患者の疼痛緩和に対し、効果的な援助になったと考える。しかし、対象が2名と少なく、今後も継続して実施していく必要がある。

【結論】

・全体的には温電法の効果に差はなかったが、疼痛が強いときには鎮痛効果が発揮される傾向にあった。

- ・温電法によって、疼痛緩和と安楽が得られた。
- ・疼痛があることを表出しやすい環境を作ることにより、適切なタイミングで早期に温電法や薬剤投与などの援助を実施することができ、疼痛緩和につながった。

がん性疼痛緩和に対するアロマセラピーの芳香浴の有効性

西 7 階 ○西崎 千夏, 山田すみえ
瀧川 暁子, 坪崎 春美

【はじめに】

がん性疼痛は薬物療法が基本となるが、薬剤だけでは十分に疼痛緩和を図れないケースも多く、疼痛緩和を図るための効果的な看護について日々苦慮している。近年、アロマセラピーのエッセンシャルオイルの薬理作用が、心身の調和を図り疾患予防や回復に効果があると注目されている。血液疾患の特徴を考慮した上で、アロマセラピーの芳香浴ががん性疼痛緩和に有効であるかを検証するため本研究を行った。

【研究方法】

血液内科に入院中でオピオイドを使用し、レスキュー使用後のNumerical Rating Scale（以下NRS）が0ではない3名を選定した。鎮痛、鎮静、抗不安作用のある4種類のエッセンシャルオイルの中からあらかじめ1つ選択し、レスキューの与薬とともにエッセンシャルオイルを含ませたコットンを枕元に設置し芳香浴を行った。芳香浴前後の痛みをNRS値で比較し、研究の参加終了後、対象者にアンケートを行った。

【結果】

3名いずれも、レスキューを単独で使った場合より、エッセンシャルオイルとレスキューを併用した場合の方が、NRS値が低下した。アンケート結果から、「精神的安定やリラックス効果がある」「芳香浴中、安静にしているのが辛かった」などの回答が得られた。

【考察】

吉田らは「好ましい香りが交感神経系の働きを抑制し、不快な香りは交感神経系の緊張を高める」と報告しており、好きな香りによって交感神経が抑制され、心地良さを感じたことで気分転換や痛みによるストレ

スが和らぎ、疼痛閾値の上昇に繋がったのではないかと示唆された。がん性疼痛は、トータルペイン（全人的苦痛）とも言われているため、薬物療法とアロマセラピーを併用することで、エッセンシャルオイルが持つリラクセーション効果や心理的効果によりトータルペインの緩和に期待が持てると推測された。これまでの看護では十分な効果が得られなかったがん性疼痛緩和への一助となり得ると示唆されたが、症例数が非常に少なく、結果を一般化するには不十分であり今後も有効性の検討が必要である。

精神科看護師のストレス緩和の検証

一夜勤帯におけるアロマセラピーの効果－

北2階 ○佐藤 愛、市川 洋美
吉村里加子、大西かおり
WINフロンティア(株) 駒沢 真人

【はじめに】

精神科病棟の体制に伴う精神科看護師の心理的負担やストレスが増強している状態であった。本研究ではストレス緩和に効果があるアロマオイルを使用し、ストレスが高いとされる夜勤帯に焦点をあてアロマセラピー（以下アロマ）の効果を検証した。

【方法】

当病棟の看護師夜勤従事者（2交替、3交替）14名に、アロマ使用前後でアロマに関するアンケート、精神健康調査票12項目版（以下GHQ12）、自律神経測定アプリCOCOLOLO測定を実施した。期間は2ヶ月間で前半1ヶ月はアロマ未使用時、後半1ヶ月は使用時の看護師のストレス状況を把握し比較する。

【結果】

GHQ12ではアロマ未使用時で3交替、2交替とも精神的な健康状態を示したが、アロマ使用時で3交替、2交替とも精神的な健康状態となった。COCOLOLOではアロマ未使用の仕事後でストレスが3交替準夜で75%、深夜で40%、2交替で53%を示したのに対し、アロマ使用後は3交替準夜42%、深夜で100%、2交替で41%を示した。アンケートでは看護師のストレス要因は「ナースコールが頻回」等であり、患者対応に起因する意見が多かった。

【考察】

精神科看護師のストレス要因は患者対応に起因することがほとんどであることがわかった。アロマの効能は心身の疲労度や健康状態により個人差もあるが多数

の看護師はアロマによって一時的にストレスを緩和させ、落ち着いて患者の対応をすることができた。アロマは精神科看護師の夜勤帯におけるストレス緩和に有効であった。

【結論】

- ・アロマセラピーを使用することで精神的な健康状態を緩和することができた。
- ・アロマセラピーは心身の疲労度や健康状態により効果に個人差がある。
- ・精神科看護師のストレスは解消されにくいいため気持ちの切り替えが必要でありアロマセラピーを使用し気分転換を図ることはストレス緩和に繋がる。
- ・精神科看護師のストレスは患者対応に起因するものが多く、勤務帯は夜勤帯に限らず、日勤帯でも高い割合でストレスを感じていることがわかった。

地域包括ケア病棟における退院支援の満足度調査

東7階 ○鴫 美貴子、石坂 香織
三浦 睦子、森川 友美

【はじめに】

平成28年5月に地域包括ケア病棟が開設され、在宅や施設、他病院からの紹介を受け入れている。退院に向け患者・家族の意向を確認して支援してきたが、実際に退院後安心して生活が送れるように支援できていたのかを知る機会がなかった。今回満足度調査から退院支援における課題を明確にし、今後の看護の質の向上につなげていきたいと考えた。

【研究対象・方法】

2016年5月～2017年4月までの期間に当病棟から自宅退院した患者106名

（回答者は患者・家族いずれでも可とした）

先行文献の退院支援評価項目を参考に独自の質問項目を作成、無記名調査質問用紙を発送、返信用封筒を用いて回収し単純集計した。

【結果・考察】

対象106名のうち有効回答は42名。患者・家族に対し、退院に向け話を聞くことに対しては満足度が高かった。外泊や外出、リハビリ見学に対する満足度も高かったが、入院期間は退院準備に十分な時間だったか、退院までに自宅環境は整ったかに対しては不満の割合が多かった。入院中に知りたかった内容としては、胡らが退院支援の評価内容の因子の要素として挙げている「社会資源の活用方法の説明」「退院後の療

養上の説明」「生活上の安心感の確保」の3つに該当しており、これらの因子に関連した情報の提供が不十分であったことが考えられる。自宅へ退院した後に、実際の生活の中で、介護方法や医療的な管理、利用できるサービスなどについてもっと知りたいと感じた可能性もあり、患者の状態に合わせた生活をイメージして支援することが必要である。

【結論】

- ・入院中看護師に話を十分に聞いてもらうことや、退院についての不安を相談することについては満足度が高かった。
- ・入院期間は退院準備に十分な時間だったか、退院までに住宅環境は整ったかについては不満の割合が他の質問に比べて多かった。
- ・患者・家族の考える退院時のイメージと退院後の実際の生活とのずれが埋められるよう支援していく必要性が示唆された。

訪問看護との連携で患者の言動に変化をもたらした要因の検討

外来 ○岩田 照枝, 渡辺 文
坂口伊津美, 岡田いづみ

【はじめに】

2016年4月より当院の訪問看護室の設立にて外来看護師は情報入手が可能となり、従来よりも患者の状態を把握し易くなった。今回、訪問看護師の情報から受診回数が増えていた患者（以後A氏とする）へのアプローチの必要性を感じ、外来での継続支援を実施した。結果、A氏自らが問題解決に向けた行動変容がみられたので、関わりを振り返り患者に変化をもたらした要因を報告する。

【対象と方法】

A氏、30歳代、女性、統合失調症
プロセスレコードを用い患者への関わりを振り返った。

【結果・考察】

他患とのトラブルに悩んでいるという訪問看護師の情報からアプローチを開始した。当初、会話が途絶えることもあったがA氏のペースに合わせて受診の度に意識的に話しかけていくうちに、現在抱えている問題を表出し自身に向き合えたと考える。受診の度に時間を確保した事で患者が心を開き、安心して話ができる環境となった。

友人に自分の思いを伝えられず誤解された事に悩ん

でいたが、看護師の肯定的な意見を聞き、承認された事で自分に自信が持てた。また、A氏が言葉にすることで気持ちの整理ができ、自身の行動や感情に気づけた事から問題解決思考ができた。A氏の良い所を褒め辛さを共有した上で行動を肯定し、問題解決に向けて考えられる様に関わった事で、看護師はカウンセラーとしての役割を果たしており、依存から自立への援助に繋がった。

【結論】

1. 訪問看護と連携することは、患者の状態把握と外来における患者への関わり方を方向付ける上で効果的であった。
2. 訪問看護からの情報を外来看護師間で共有することは、その時々患者の状態に応じた関わりができ、患者にとって安心できる受診環境となっていた。
3. 看護師が患者の行動を支持し、問題解決に向けて考えられるように継続して関わることは患者の自己洞察を促し、依存から自立への援助につながった。

プレウォーミング導入への取り組み

手術室 ○洞 佑佳里, 十文字 巴
本多さやか, 中西 香織
飯野あき, 原井 絵里

【はじめに】

プレウォーミングとは術前より適切な加温を行うことであり、手術中の低体温を予防できると立証されている。そのため術前から加温することで中枢温と末梢温の体温較差の低下を生じさせ、麻酔導入による体温低下を予防できると考える。今回プレウォーミングの具体的な方法に取り組むため、先行研究の調査から術前加温に関する研究は認めたが、術前保温に関する具体的な方法は少なかった。そこで術前保温を含めたプレウォーミングの方法を、体温変化から検証して導入につなげたいと考えた。

【研究方法】

I. 対象：全身麻酔と硬膜外麻酔を併用し、消化器外科、碎石位で行う腹腔鏡下手術を受ける患者22名（神経障害を有する患者は除く）II. 方法：対照群と介入群に分類。介入群は入室前より靴下と手袋と上着を着用。入室より温風式加温装置を用いて手術室ベッドと患者を加温。対照群は手術開始直前に温風式加温装置で加温。III. 分析：両群の中枢温と末梢温を入室時か

ら開始2時間後までの計6回測定。平均値の差の比較にStudent-t検定を用いた。

【結果】

中枢温、末梢温共に有意差は認められなかった。しかし麻酔導入前から手術開始1時間後では中枢温の平均値は介入群で -0.27°C の低下に対し、対照群は -0.71°C の低下がみられた。

【考察】

中枢温の平均値では介入群と対照群との比較において差がみられたことから、介入群が周術期の再分布性低体温の予防につながったといえる。

両群を比較すると介入群で再分布性低体温を防ぐことにつながり、対照群である手術開始直前からの加温のみと比較すると、プレウォーミングに効果があったと考えられる。看護師の再分布性低体温の理解が不十分であることが、早期からの積極的な加温を行えていなかった要因である。そのため周術期における低体温の影響を理解し、プレウォーミングの導入につなげる必要がある。また、術前から身体を暖める方法を患者への説明に取り入れる必要がある。

【結論】

今回行ったプレウォーミングの方法は再分布性低体温を緩やかにでき、早期に取り組みが可能である。

当院の男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と促進・抑制要因の明確化

東3階 ○新庄 史佳, 平澤 彩
伊藤 美華, 高崎 若奈
櫛引由美子

【はじめに】

育児支援制度の実態についての研究は、女性看護職員を対象としたものが多い。そのため、未就学児を育てる男性看護職員の実態を調査し、性差による利用率の違いや背景を知り、男性看護職員が育児支援制度を利用できる環境を整えたいと考えた。また、男性看護職員が受けられる支援を周知することで、制度を活用して育児参加を促進したいと考えた。

【方法】

調査期間：平成29年5月1日から5月31日

対象：平成29年4月の時点で、当院において未就学児の子育てをしながら就業している男性看護職員（正規雇用者）7人

調査方法：無記名質問紙調査方法

【考察】

制度の認知度で男性看護職員の方が高いものは、配偶者出産休暇、育児参加休暇、院内保育であった。利用率は配偶者出産休暇は高いが、その他の制度利用率は男性看護職員の方が低い。子育てや家事を実際に行なった感想をアンケートしたところ、思っていたより大変、仕事を優先したいという意見があった。よって、育児に対する時間よりも仕事を優先するという男性特有の考え方が影響していると考えられる。

育児参加休暇利用率、配偶者出産休暇取得率どちらも全国と比べて低いという結果が出ている。休暇取得者の職場の特徴について内閣府は「（1）配偶者出産休暇制度、（2）WLBの取組、（3）上司の理解の3点が揃った職場は、休暇取得者の割合が8割を超えている」と述べており、当院では、（2）が整うことで育児支援制度の認知度と取得率の向上に繋がる。その手段として、媒体を活用することで、育児支援制度を有効に活用して育児時間を増やし、育児参加を促進できるのではないかと考える。

【結論】

1. 男性のみが取得できる育児支援制度の認知度は女性よりも高かった。
2. 育児支援制度の利用率は女性より男性の方が低い傾向にあるという結果がでた。
3. 育児支援制度について夫婦で話し合いをしている方が利用率は高い。
4. 当院の職場環境は整っている。
5. WLBの取り組みが整うことで当院男性看護職員の育児支援制度の認知度と取得率の向上に繋がる。

時間外勤務がワークライフバランスに及ぼす影響の実態調査

西5階 ○藤渡 鷹志, 片桐 千春
若原麻佐美, 住谷祐里恵
中川 恵子

【はじめに】

近年、看護師の時間外勤務（以降「時間外」と表記）の常態化が問題となっている。時間外が続くことで心身に悪影響を及ぼし、ワークライフバランス（以降「WLB」と表記）がとれないと感じている。そこで、時間外が当院に勤務する看護師のWLBにどのような影響を及ぼしているのかを明らかにするために実態調査をすることにした。結果を踏まえ自己のメンタル

ヘルスケアの見直し、時間外削減の意識づけ、業務改善への取り組み強化に繋げていきたいと考えた。

【対象・方法】

当院で昨年度時間外が多かった3部署、少なかった3部署の看護師を対象にアンケート調査を行い単純集計した。対象者134名。回答者は97名。

【結果・考察】

WLBという言葉の認知度は時間外の多い部署の方が高かった。時間外が多くてもやりがいがあるという回答が多かったが、モチベーションには繋がっていない。時間外を減らしたいという回答は全体で9割以上であった。また時間外により仕事に意欲的に取り組めていないという回答は9割であった。仕事と私生活のバランスがとれていないという回答は時間外が多い部署では6割、少ない部署では5割であり時間外が少ない部署でもWLBがとれていないという結果であった。どちらの部署も私生活では趣味、家族・友人等との時間、育児・介護の順に充実させたいと回答した。また未婚既婚や子ども・介護者の有無に関係なく時間外によってWLBに影響を及ぼしているという結果であった。時間外を減らしたいという気持ちがある中で実際には減っていない現状がモチベーションを低下させ悪循環となっていることがわかった。

【結論】

1. 時間外の「多」「少」に関わらず時間外自体がWLBに影響を及ぼしている。
2. 私生活で①趣味②家族（ペット）・恋人・友人との時間③育児・介護を充実させたいと感じている。
3. 時間外は肉体的・精神的疲労、勤務に対するモチベーションの低下、時間外の更なる増加、WLBがとれないという悪循環を引き起こす。
4. 時間外削減に向けた業務改善が急務である。

ICU見学型オリエンテーションの検討

～心理的变化（不安・ストレス）の視点から～

集中治療室・ICU ○渡邊 光、三浦 匡代
伊藤 修平、里吉 祐子

【はじめに】

ICUオリエンテーションは、術後におかれる環境と受けるケアを知ることができ、不安やストレスの軽減につながると考える。当ICUでは、希望する患者のみにICU見学型オリエンテーション（以下ICU見学）を行っているが、ICU見学に来なかった患者から不安や

ストレスになっていると思われる言葉が聞かれ、現在実施しているICU見学の方法が、不安やストレスの軽減につながっているのかを検討した。

【対象と方法】

平成29年5月から8月にICU入室患者のうち研究参加の同意を得たICU見学希望者に対し見学していない未参加群24人と、入室予定全患者を対象に見学した参加群18人に異なる調査用紙を使用し、単純集計を行った。

【結果】

- ・参加群ではICU入室に不安だった患者が少なく、ICU見学が役だった、イメージがついたと8割が回答した。
- ・未参加群ではICU入室に対し不安だった患者が3割いたが、ICU見学に参加した方がよいと思わなかった患者が4割いた。
- ・ICU滞在中のストレスは参加群が未参加群より少なかった。

【考察】

ICU見学はICUの環境が視覚的・聴覚的に捉えることができるため、患者がイメージしやすいと言える。また、ICU入室予定患者の中には不安は感じているが、ICU見学に参加しなくてよいと思っている患者がいることが分かった。あらゆる媒体から容易に情報を得られることや、入院期間の短縮などからICU見学に参加することが難しいと考えられた。ICU見学に参加することで、不安・ストレスの軽減につなげることができている。しかし、ICU見学に参加しなくても良いと感じている患者がおり、ICU見学の方法や内容を見直す時期である。

【結論】

- ・ICU見学に参加することで、ICU入室に対するイメージづくりに役立つ。
- ・不安はあるがICU見学への参加を希望する患者は少なく、見学の方法や内容を見直す時期にある。
- ・ICU見学は、環境面や身体的変化に対するストレスの軽減につながっている。

エンゼルメイク導入によるエンゼルケアへの意識の変化について

東 6 階 ○高橋 歩, 橋本 隆史
竹田さくら, 小田 浩美

【はじめに】

平成28年8月からエンゼルメイクが導入された。今までは処置としての意識が強かったように感じていたが、エンゼルメイクをしたことで丁寧な処置になり、ケアの質の向上につながったように感じた。そこで、エンゼルメイクを導入したことで、エンゼルケアに対する意識の変化が見られたのかを明らかにしたいと考えた。

【研究方法】

平成29年度採用者を除く全病棟看護師218名にアンケート調査を実施。有効回答168名、そのうちエンゼルメイク導入後にメイクをする機会があった103名を対象とし単純集計する。研究期間は平成29年4月～平成29年8月。

【結果】

エンゼルケアを行った際、満足感はありましたか。導入前は「はい」が74.8%。「いいえ」が21.4%。導入後は「はい」が79.6%。「いいえ」が13.6%。メイクの導入前後で、ケアに対する気持ちの変化として「エンゼルメイクを導入したことで家族参加を促しやすくなった」が31名。「家族参加は重要であると思う」が36名。「エンゼルケアに対する意識・関心が高まった」が41名。

【考察】

家族参加への声かけの意識が高まってきているが、家族に参加の声かけをする難しさを実感していた。意識の変化として、家族参加が重要だという変化がみられた。エンゼルケアの満足度については、導入により満足度が上がった。しかし知識が不十分だと感じている意見が多く、学習の機会を設けることが必要と考える。終末期にある患者と家族との関わりを持ち、信頼関係を築くことで、家族と一緒にケアを行うことが期待できる。看護師が家族に積極的にケアへの参加を促せる様に、技術的にも自信を持つ必要がある。

【結論】

- ・家族参加が重要という意識の変化が見られる。
- ・エンゼルケアへの満足度は上昇している。
- ・エンゼルケアへの家族参加の増加にはつながっていない。

- ・エンゼルケア、エンゼルメイクについて知識を深めるために、学習の機会を設けていく必要がある。

抗がん剤点滴治療中患者の排泄物取り扱いについて 看護師の意識・実態調査

西 6 階 上田 裕子, 浦木 早紀
小林 誠, 栗柄 未央
葛西佳代子

【はじめに】

近年、抗がん剤による職業性曝露が問題となり、排泄物から曝露する危険性が示唆されている。当院では、点滴の作製や接続についての対策やマニュアルが作成され、抗がん剤点滴投与時に対する曝露意識は高まっている。しかし、排泄物処理に関するマニュアルは明記されておらず、排泄物からの曝露対策が十分に行われていない。そこで、排泄物からの抗がん剤曝露に対する看護師の意識・実態を調査し、影響を及ぼす要因を明らかにすることで、今後の曝露対策に繋げたいと考えた。

【方法】

点滴抗がん剤を取り扱っている当病院病棟看護師144名を対象とした。抗がん剤と抗がん剤点滴治療中患者の排泄物からの抗がん剤曝露に対しての意識・実態を質問用紙を配布し、調査・分析した。

【結果・考察】

抗がん剤点滴施行時は9割が不安・危険・曝露に対する危険性を認識していたが、排泄物の取り扱いでは2～3割が認識できていなかったことが明らかになった。健康に及ぼす影響は2～5割が認識できておらず、具体的な曝露対策は2～5割が認識できていなかった。排泄物処理と比べ、抗がん剤に対する十分な知識があると推測していたが、実際には不十分な結果となった。適切な知識を有し、安心して取り扱うことで、今後の曝露予防対策に繋がることが望まれる。本研究において設定した5項目の排泄の援助では、個人防護具の使用は必須である。しかし、実際には使用率が高いマスク・エプロン・手袋でも6～8割程度の使用率で、ゴーグルに至っては1～3割程度の使用率であった。適切に個人防護具を身につけて排泄物の取り扱いが行われていないと言える。根拠を理解して方法が周知されることで、個人防護具の使用率が向上されることを期待したい。

【結論】

- ①抗がん剤点滴施行時に比べ排泄物への曝露危険意識は低い。
- ②抗がん剤点滴治療中の排泄物に対する知識を高め安心して取り扱うことが重要。
- ③抗がん剤、排泄物取り扱い時に防護具の使用の必要性を感じているが、適切に使用されていない。

再入院した喘息患者の服薬管理が継続困難となる要因についての調査

西 4 階 ○池田 覚美, 菅原 智津
小野あゆみ, 山口 紗弓
多田 啓子

【はじめに】

喘息は、発作と寛解を繰り返す慢性疾患の 1 つであり喘息患者の療養は長期にわたる。呼吸器内科では、平成26年から平成28年の2年間に喘息で入院した患者が述べ142人、そのうち再入院が25人、平均年齢は74.7歳と高齢者である。再入院となる背景には、内服、吸入剤の管理不足が半数を占めていることが入院時の内服管理能力シートから判明した。当科から退院した患者が自宅での服薬管理の継続が困難であった要因について実態調査を行った結果を報告する。

【方法】

I 対象 平成26年1月～平成28年12月の期間に喘息で再入院した患者25名中、他院に入院中の方、施設入所中で質問への回答が困難な方を除く18名。

II 方法 独自で考えた質問紙を用いてのアンケート調

査。事前にアンケートへの協力を電話連絡で伝え了解が得られた14名へ郵送し、14名の返信回答を得た。

Ⅲ期間 平成29年6月～8月

【倫理的配慮】

研究の目的、方法、プライバシーの確保などを文書にて説明し同意を得た。

【結果・考察】

対象者は60代2名、70代6名、80代3名、90代3名。

年代別分類の結果から、60代は飲み忘れや自己中断の経験があり、70代は飲み忘れや服用量が多いことに変化を感じている。また、90代は薬袋の文字や吸入残数の読みにくさ、服薬量が多いことに困難を感じている。これらの結果から、薬、吸入の継続治療に対する認識には年代により違いがあることが明らかになった。年代による傾向をふまえたアセスメントを行い、病識の理解が得られたかの確認と入院中の内服管理能力判断の再評価を繰り返し行うことが必要である。また、患者の理解が不足と考えられる場合は家族の支援を受けられるか、受けられない生活背景であれば、退院後の服薬管理が継続できるよう早期の退院支援介入をしていくことと服薬指導の充実を図ることが今後の課題である。

【結論】

服薬管理が困難となる要因には年代により違いがあり、①病識理解の不足、②内服指導の不足、③服薬管理サポートの不足が明らかとなった。

旭川で災害医療についてちょっと考えてみた

2018年9月6日（木）03時07分北海道胆振東部地震発生（マグニチュード6.7）。厚真町鹿沼（アツマチョウ シカヌマ）で震度7を観測。北海道で震度7を記録したのは、観測史上初めて。

当時小生は病院当直中、揺れで目が覚めました。2011年3月11日（金）の東日本大震災の時も病院で揺れを感じたため、その時と似た嫌な感じ？がしてテレビをつけて地震情報に見入っていました。間もなく停電となってしまいましたが“朝起きたら停電も直っているだろう”くらいに考えて再びベッドに潜り込みました。この時は後にブラックアウトと呼ばれる大規模停電になるとは思ってもみませんでした。当院では幸い9月6日11時には電気が復旧し電子カルテも通常通り使えるようになったためそれほど害はなかったようですが、自宅ではしばらく停電が続いて不便を感じた方も多かったものと推察します。

これまで旭川は（冬の大雪と低温を除けば）比較的災害が少ない土地だと思っていました。『地震ハザードステーション（Japan Seismic Hazard Information Station; J-SHIS）』（j-shis.bosai.go.jp）が公開している地震の震度予測データ（2018年版）によると、旭川市の『今後30年間にある震度以上の揺れに見舞われる確率』は震度5弱38.7%，震度5強7.4%，震度6弱0.7%，震度6強0.1%という値でした。数値の解釈の仕方は難しいですが、ちなみに今回の北海道胆振東部地震で震度7を記録した厚真町鹿沼は震度6強2.4%（震度5弱はなんと91.6%！）と予測されていました。ということは旭川でも震度5強の地震ならいつ起こっても不思議ではないというようにも受け取れます。

日本循環器学会のガイドライン（以下GL）の中に『2014年版災害時循環器疾患の予防・管理に関するGL』があります。通常GLは無作為前向き試験によりEBM（evidence based medicine）に基づいて作成されることが多いと思われませんが、このGLは『東日本大震災を含め、大規模災害が循環器疾患に対して与えた影響に関するこれまでの知見をまとめ、実際に震災を経験した各々の専門家が現時点において行っている方針・見解を集大成したもの』とのスタンスであることが記載されています。もちろん循環器疾患に関する記述がある一方で、一般的な災害時診療に際しての基本的な心構えなども書いてあります。この機会にぜひご一読を。

（T.K.）

2018 ロシアワールドカップ紀行

市立旭川病院 副院長 石井 良直

2018年7月16日、フランスの優勝でロシアワールドカップは幕を閉じた。判官びいきでクロアチアを応援していたが、今回初めて導入されたvideo assistant referee (VAR)による判定がクロアチアに不利に働いた不運もあった。日本時間0時キックオフの決勝戦、4年ごとにこの試合だけは時差を問わずテレビの生中継を見ることにしている。終わった時には、これであと4年も待たなきゃならないという、いわゆるワールドカップロスの感情が湧き上がってくる。

2017年8月31日、ワールドカップアジア最終予選、日本vsオーストラリア戦、埼玉スタジアムに夏休みを利用して観戦しに行った。2-0の完勝は予想以上の出来であり、日本はワールドカップ6大会連続の出場を決めてくれた。これで「ロシアに日本を応援に行くぞー」と盛り上がった。実はその前に日本がワールドカップに必ず出場すると信じていて、すでにモスクワ行きの飛行機は押さえてあったのだ。結果的に、薄氷の出場であったのは衆知の如くである。

大学時代のサッカー部の後輩との二人旅である。6月24日に成田からモスクワに直行便で飛び、モスクワで1泊。夕方モスクワの地下鉄を降りてホテルに向かっている間に、予選リーグ第2戦の日本vsセネガル戦がキックオフとなってしまった。ホテルの部屋に入りすかさずテレビをつけると、既に0-1で負けていた。前半をホテルのテレビで観て、ハーフタイムに近くのスポーツバーへ行き、後半はロシアンビールを飲みながら、比較的大画面で観戦。結果2-2の引き分けであった。空港で購入したスマホのSIMカードの不具合もあり再購入を余儀なくされたが、比較的安全なモスクワの夜の街であった。

翌25日にモスクワから空路でサンクトペテルブルグ(旧レニングラード)へ。夕方にウオッカを飲みつつ

民族舞踏ショーを楽しみ、レストランでボルシチとビーフストロガノフを堪能。翌26日は午前中に、有名なエルミタージュ美術館を鑑賞し、街並みを楽しみ、夕方にアルゼンチンvsナイジェリアの試合を観戦に地下鉄にて移動。大勢のアルゼンチンサポーターが、マラドーナ！メッシ！とずっと大声で歌い続けている。地下鉄乗車中でも飛び跳ねながらの大熱唱で、脱線するのではと不安になったが、ワールドカップ期間は仕方なしとあきらめているのか駅員さんもお咎めなし。熱狂的なアルゼンチンサポーターを近くで観戦できたのも一興でしっかり動画撮影した。サンクトペテルブルグスタジアムのライトアップは色とりどりに変わってゆきとても綺麗であった。スタジアム内の飲食販売は、コカコーラとバドワイザーのみ。FIFAの公式スポンサーのみの専売なのであろう。試合は1分け1敗で後のないアルゼンチンが何とかメッシの今大会初ゴールもあり勝利してベスト16に勝ちあがった。実は目の前で見る事ができたメッシの得点は、メッシ自身今大会の唯一の得点であり、おそらくワールドカップでの最後の得点になるであろう記念すべきゴールだと後から感慨に浸った。お蔭で試合後のサンクトペテルブルグの夜もアルゼンチンサポーターの暴徒などはなく盛り上がりを見せていた。今回はアルゼンチンのユニフォームを纏ったメッシを一度は見てみたいと思い、日本戦以外の観戦に加えたのだが、白夜のサンクトペテルブルグの街並みといい良い思い出となった。

翌27日、空路でモスクワ乗り継ぎでボルゴグラードへ。ロシア南部に位置しておりかなり暑かった。いよいよ日本戦予選リーグ3戦目である。

何よりもここまで1勝1分けできたので消化試合にならなくて良かったし、決勝トーナメントがかかる大事な試合である。到着した夜は夕食後、バーに立ち

寄ったが、なんと明日の対戦相手のポーランド人サポーターオヤジ2人組と隣席になった。こちらは日本オヤジ2人であるので、明日の試合を控えて一触即発の雰囲気になるかと思いきや、あちらは2敗しておりすでに予選敗退が決まっていたためもあるのか、和気あいあいと日本頑張れと言ってくれた。記念撮影をして（図1）お互いが明日の試合の健闘を誓い合って握手して別れた。ポーランドは陸続きのためか車で来ているとのこと。その後ホテルでシャワーを浴びたが、大きな金属のシャワーヘッドの安定感が悪くついに落下してきて第5指腱性槌指変形となった。平均寿命が日本より遥かに短いロシアの医療事情も心配だし、何たって時間が勿体ないので病院には受診せず、帰国翌日に受診し6週間の装具固定を余儀なくされた。翌28日試合当日は最高気温が40度近くにまで上がり直射日光はかなり辛かったが、湿度が低いのがせめてもの救いであった。サンクトペテルブルグのFIFA FANFESTA会場で購入した、今回のワールドカップマスコット、ザビワカ君の絵入りのブルーのキャップを被って会場へ。試合当日は今回導入となったビザ代わりのFAN-IDを首からぶら下げていれば会場へのバスやトラムは無料である。早めにスタジアムに着いたが、座席は西日を直に受けて暑かった。テレビで私が映らないか観ていると出発前に結構言われていたので、日の丸鉢巻にももちろん最新の日本代表ユニフォームを着用していたが、それはごく当たり前であり、はでなメイクをしていたり浴衣姿の女性もいたりして、そちらにスポットが当たるのでそれはそれで仕方ない、純粋に応援しようと心に決めた。7:3位でやはりポーランドサポーターの方が多いが、日本からのサポーターも若い人ばかりではなく、70歳台夫婦や、今のキャンディーズ（伊藤 蘭たち）よりもかなり年上と思われる女性3人組などバラエティに富んでいた。試合は先発メンバーを大幅に変えた日本が、負けているにもかかわらず最後の10分をボールキープして試合を終わらせる作戦に出た。もちろん勝っているポーランドも取ってボールを取りにいかないという珍しい展開となってしまった。当然私もブーイングしたが、勝ち上がるための作戦の一環であれば致し方ないか。確かに今大会得点のないレバンドフスキーが最後に面目躍如を狙っており怖かったし、同点に追いつける雰囲気もなかったので、結果論で西野監督の名采配？とい

うことにしておこう。会場では多くの日本人サポーターがスマホでコロンビアvsセネガル戦の結果を気にしている不思議な雰囲気でもあった。翌29日は空路で再びモスクワにもどり、赤の広場、グム百貨店、ワシリイ大聖堂（図2）、クレムリンなどを見学し、翌30日に帰国の途についた。

試合会場、FIFA FANFESTA会場、赤の広場、空港、あらゆる所のセキュリティが厳しく、荷物検査、携帯やタブレットの画面も見せないといけない場面や、FAN-IDを導入したりなど、プーチン大統領が国の威信をかけてテロなどの事件がなく無事大会を成功裏に終わらせようとする強い意志を感じた。また、これも当局が決めたことのようなのだが、試合当日の開催都市ではアルコールの販売が禁止されており、スーパーに行ってもアルコールは置いてあるが売らない事になっており、観戦後の暑い夜に部屋でビールを飲むことができなかったのが辛かった。ただ、若いポーランドの人々とのすれ違ふときの笑顔のハイタッチは気持ち良かったし、ホテルのフロント含めロシア人のおもてなしも意外で？有難かった。世界各国からロシアに集結した人々は首から写真つきのFAN-IDをぶらさげているのですぐにわかるし、各国の代表ユニフォームを着て街を歩いている人々も大勢いたので、国際色豊かでman-watchingしているだけでも楽しかった。セキュリティが厳しく窮屈な面もあったが、夜の街も安全に歩けたメリットもあったと思われる。物価は、ロシア内移動の飛行機代とホテル代が高かった面を除くと、タクシー、食事代は安くて、料理もまずまず美味しかった。夜に小腹がすいたときには日本から持参の、柿の種とかりんとうが重宝したし、持参したトイレットペーパーやティッシュペーパーの残りはホテルにプレゼントし、空いたスペースにお土産を入れられて良かった。

2002年の日韓ワールドカップの際は、3試合観戦し、特に横浜での日本vsロシア戦は日本のワールドカップ史上初勝利であり忘れられない試合となった。いつか海外でのワールドカップに行くことを願い、念願かなって今回ロシアに行くことができた。2022年はカタールで開催されるが、ちょっとハードルが高いので、2026年のアメリカ・カナダ・メキシコの共同開催に元気に行けると良いなーと思っている。どなたか一緒に行きませんか！



図1 ポーランド人サポーターと



図2 ワシリイ大聖堂

平成29年度学会発表ならびに投稿論文

内 科
[学会発表]

1) 狭心症・心筋梗塞を見逃さない心電図のポイント

市立旭川病院・内科

石井 良直

(士別循環器疾患連携セミナー, 2017年2月, 士別)

2) 心不全, 完全房室ブロックを合併したSTEMIの症例

市立旭川病院・内科

大塚 慎也, 鈴木 伸穂, 中村 愛, 浅野目 晃
井川 貴行, 菅野 貴康, 石井 良直

(第15回救急医療症例研究会, 2017年2月, 旭川)

3) 誤嚥が疑われ, モニターECGでST低下を呈したSTEMIの症例

市立旭川病院・内科

鈴木 伸穂, 中村 愛, 浅野目 晃, 井川 貴行
菅野 貴康, 石井 良直

(第15回救急医療症例研究会, 2017年2月, 旭川)

4) 自宅にて植込み型除細動器が作動した症例

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15回救急医療症例研究会, 2017年2月, 旭川)

5) 高血圧症例に対する β 遮断薬貼付製剤の有効性の検討

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26回旭川CCU症例検討会, 2017年2月, 旭川)

6) 機能的PCIにおける当院の工夫～虚血診断フローを中心に～

市立旭川病院・内科

石井 良直

(第34回北海道心臓核医学研究会, 2017年2月, 札幌)

7) 心血管イベントの再発リスクが高い所見とは?

市立旭川病院・内科

石井 良直

(Hyperlipidemia Forum in Asahikawa 2017, 2017年3月, 旭川)

8) Clinical Significance of Transient Positive U Wave in Precordial Leads in Patients with ST Elevation Acute Myocardial Infarction

Department of Cardiology, Asahikawa City Hospital

Takayasu Kanno, Yoshinao Ishii, Nobuho Suzuki
Ai Hirose, Akira Asanome, Takayuki Igawa

Department of Internal Medicine, Cardiovascular, Respiratory and Neurology Division, Asahikawa Medical University

Naoyuki Hasebe

(第81回日本循環器学会総会, 2017年3月, 金沢)

9) High Prevalance of Coronary Spastic Angina (CSA) in Patients with Fabry Disease as a Vascular Endothelial Dysfunction

Department of Internal Medicine, Cardiovascular, Respiratory and Neurology Division, Asahikawa Medical University

Yuya Kitani, Naoki Nakagawa, Naka Sakamoto, Yasuko Tanabe, Toshiharu Takeuchi, Nobuyuki Sato, Naoyuki Hasebe

Department of Cardiology, Asahikawa City Hospital

Yoshinao Ishii

(第81回日本循環器学会総会, 2017年3月, 金沢)

10) Functional Discrepancy over Systemic Vascular Reactivity-Impacts of Complicated Organic Coronary Lesions in Coronary Spastic Angina

Department of Cardiology, Asahikawa City Hospital

Takayuki Igawa, Yoshinao Ishii, Akira Asanome
Takayasu Kanno

Department of Internal Medicine, Cardiovascular, Respiratory and Neurology Division, Asahikawa Medical University

Naoyuki Hasebe

(第81回日本循環器学会総会, 2017年3月, 金沢)

11) 冠動脈疾患患者に対するスタチン療法

市立旭川病院・内科

井川 貴行, 鈴木 伸穂, 浅野目 晃, 井澤 和真
菅野 貴康, 石井 良直

(Endovascular Treatment 教育研究会, 2017年6月, 旭川)

12) 重症心不全と心嚢液貯留を認めたTAFRO症候群の1例

市立旭川病院・内科

鈴木 伸穂, 石井 良直, 菅野 貴康, 井川 貴行
浅野目 晃, 中村 愛, 竹村 龍

旭川医科大学内科学講座循環・呼吸・神経病態内科学分野

長谷部直幸

(第117回日本循環器学会北海道地方会, 2017年6月, 札幌)

13) ワーファリン・NOACの使い分けについて

市立旭川病院・内科

- 浅野目 晃, 鈴木 伸穂, 井川 貴行, 井澤 和眞
菅野 貴康, 石井 良直
(Circulation Conference in Asahikawa, 2017年8月, 旭川)
- 14) **新ガイドラインを加味して考える高リスク患者へのアプローチ**
市立旭川病院・内科
石井 良直
(脂質異常症エキスパートミーティング, 2017年9月, 旭川)
- 15) **重症心不全と心嚢液貯留を契機に診断されたTAFRO症候群の1例**
市立旭川病院・内科
鈴木 伸穂, 浅野目 晃, 菅野 貴康, 中村 愛
井川 貴行, 石井 良直, 竹村 龍
旭川医科大学内科学講座循環・呼吸・神経病態内科学分野
長谷部直幸
(第65回日本心臓病学会学術集会, 2017年10月, 大阪)
- 16) **後下壁急性心筋梗塞における右側胸部誘導での陽性U波増高の重要性**
市立旭川病院・内科
菅野 貴康, 石井 良直, 鈴木 伸穂, 中村 愛
浅野目 晃, 井川 貴行
旭川医科大学内科学講座循環・呼吸・神経病態内科学分野
長谷部直幸
(第65回日本心臓病学会学術集会, 2017年10月, 大阪)
- 17) **当院における心不全に対するトルバプタンの使用状況**
市立旭川病院・内科
井川 貴行, 鈴木 伸穂, 浅野目 晃, 井澤 和眞
菅野 貴康, 石井 良直
(Samsca Heart Forum in Asahikawa, 2017年10月, 旭川)
- 18) **冠攣縮を診る**
市立旭川病院・内科
石井 良直
(旭川薬剤師循環器セミナー2017, 2017年10月, 旭川)
- 19) **CTとMRIが診断に有効であったALCAPA症候群の1例**
市立旭川病院・内科
高橋 一輝, 鈴木 伸穂, 浅野目 晃, 菅野 貴康
井川 貴行, 井澤 和眞, 石井 良直
(第118回日本循環器学会北海道地方会, 2017年11月, 札幌)
- 20) **IBDを専門とする消化器医育成プログラムの開発**
鈴木 康夫, 竹内 健, 渡辺 守, 長堀 正和
高後 裕, 蘆田 知史, 藤谷 幹浩, 野村 好紀
稲場 勇平, 中村 志郎, 福島 浩平, 松井 敏幸
安藤 朗, 穂刈 量太, 金井 隆典, 藤井 久男
(厚生労働科学研究 難治性疾患克服研究事業「難治性炎症性腸管障害に関する調査研究」平成28年度第2回総会, 2017年1月, 東京)
- 21) **炎症性腸疾患における血栓症発症の頻度および危険因子に関する多施設共同研究**
藤谷 幹浩, 安藤 勝祥, 稲場 勇平, 野村 好紀
上野 伸展, 盛一健太郎, 前本 篤男, 蘆田 知史
田邊 裕貴, 仲瀬 裕志, 山田 聡
(厚生労働科学研究 難治性疾患克服研究事業「難治性炎症性腸管障害に関する調査研究」平成28年度第2回総会, 2017年1月, 東京)
- 22) **腸内細菌由来物質を用いた新規炎症性腸疾患治療薬の開発**
藤谷 幹浩, 上野 伸展, 野村 好紀, 嘉島 伸
盛一健太郎, 奥村 利勝, 前本 篤男, 蘆田 知史
田邊 裕貴, 高後 裕, 垂石 正樹
(難治性疾患実用化研究事業「独自の体外病態モデルによる難治性炎症性腸疾患の革新的治療薬開発に関する研究」平成28年度第2回総会, 2017年1月, 東京)
- 23) **大腸SM深部浸潤(T1b)癌に対する内視鏡的完全摘除の可否における術前超音波内視鏡診断の有用性**
市立旭川病院・内科
斉藤 裕輔, 稲場 勇平, 佐々木貴弘, 杉山 隆治
助川 隆士, 小澤賢一郎, 垂石 正樹
旭川医大・消化器・血液腫瘍制御内科
藤谷 幹浩, 奥村 利勝
(第86回大腸癌研究会, 2017年1月, 盛岡)
- 24) **主題II 総合討論**
市立旭川病院・内科
斉藤 裕輔
(第86回大腸癌研究会, 2017年1月, 盛岡)
- 25) **B型肝炎って治るの?**
市立旭川病院・内科
助川 隆士
(肝臓病教室, 2017年2月, 旭川)
- 26) **大腸粘膜下腫瘍の診断と治療**
市立旭川病院・内科
斉藤 裕輔
(日本消化器内視鏡学会第41回重点卒後セミナー, 2017年2月, 東京)
- 27) **神経内分泌腫瘍の1例**
市立旭川病院・内科
佐々木貴弘

- (第172回旭川消化器病談話会, 2017年2月, 旭川)
- 28) 高齢者の難治性潰瘍性大腸炎に対する新規治療薬の治療効果について
市立旭川病院・内科
稲場 勇平, 垂石 正樹, 斉藤 裕輔
旭川医大・消化器・血液腫瘍制御内科
藤谷 幹浩, 奥村 利勝
(第13回日本消化管学会学術集会 WS1Special Situation, 2017年2月, 名古屋)
- 29) 胃癌・腹膜播腫による小腸狭窄に対して消化管ステント留置を施行した2例
市立旭川病院・内科
岩崎 愛美, 佐々木貴弘, 杉山 隆治, 助川 隆士
稲場 勇平, 小澤賢一郎, 垂石 正樹, 斉藤 裕輔
札幌東徳洲会病院・消化器センター
富永 素矢
(第120回日本消化器病学会北海道支部例会, 2017年3月, 札幌)
- 30) ブレナリー：胃腫瘍に対する内視鏡的粘膜下層剥離術後の発熱に関する検討
市立旭川病院・内科
佐々木貴弘, 杉山 隆治, 助川 隆士, 稲場 勇平
小澤賢一郎, 垂石 正樹, 斉藤 裕輔
札幌東徳洲会病院・消化器センター
富永 素矢
(第114回日本消化器内視鏡学会北海道支部例会, 2017年3月, 札幌)
- 31) 胃・大腸がん化学療法の実際と最近の話題
市立旭川病院・内科
垂石 正樹
(旭川内科医会学術講演会, 2017年4月, 旭川)
- 32) 早期胃癌研究会方式による画像診断プレゼンテーションの基本と応用「序論：消化管病変診断の基本手順」
市立旭川病院・内科
斉藤 裕輔
(第56回胃と腸大会「第93回日本消化器内視鏡学会サテライトシンポジウム」, 2017年5月, 大阪)
- 33) 胃癌におけるラムシルマブの使用経験
市立旭川病院・内科
垂石 正樹
(旭川消化器癌学術講演会, 2017年5月, 旭川)
- 34) Endoscopic Management of Early Colorectal Carcinoma. Advanced Endoscopy Symposium and Workshop of the International Committee of ASCRS.
市立旭川病院・内科
Yusuke Saitoh
(American Society of Colon & Rectal Surgeons Annual Scientific Meeting, 2017年6月, Seattle)
- 35) ベーチェット病の1例
市立旭川病院・内科
佐々木貴弘
(第172回旭川消化器病談話会, 2017年6月, 旭川)
- 36) 当院におけるIBD治療の実際と今後の展開
市立旭川病院・内科
垂石 正樹
(薬剤師のためのIBDセミナー, 2017年6月, 旭川)
- 37) 大腸ステント留置のコツ
市立旭川病院・内科
杉山 隆治
(第38回旭川GI研究会, 2017年7月, 旭川)
- 38) IBDを専門とする消化器医育成プログラムの開発
鈴木 康夫, 竹内 健, 渡辺 守, 長堀 正和
松岡 克善, 高後 裕, 蘆田 知史, 藤谷 幹浩
上野 伸展, 安藤 勝祥, 野村 好紀, 稲場 勇平
中村 志郎, 福島 浩平, 松井 敏幸, 安藤 朗
穂刈 量太, 金井 隆典, 藤井 久男
(厚生労働科学研究 難治性疾患克服研究事業「難治性炎症性腸管障害に関する調査研究」平成29年度第1回総会, 2017年7月, 東京)
- 39) 炎症性腸疾患における血栓症発症の予防・治療に関する研究
藤谷 幹浩, 安藤 勝祥, 稲場 勇平, 野村 好紀
上野 伸展, 盛一健太郎, 前本 篤男, 蘆田 知史
仲瀬 裕志, 山田 聡
(厚生労働科学研究 難治性疾患克服研究事業「難治性炎症性腸管障害に関する調査研究」平成29年度第1回総会, 2017年7月, 東京)
- 40) 乳酸菌由来分子を用いた新規炎症性腸疾患治療薬の開発
藤谷 幹浩, 上野 伸展, 嘉島 伸, 田中 一之
坂谷 慧, 垂石 正樹, 奥村 利勝
(厚生労働科学研究 難治性疾患克服研究事業「難治性炎症性腸管障害に関する調査研究」平成29年度第1回総会, 2017年7月, 東京)
- 41) 消化管(形態学)下部消化管：「大腸隆起性病変の質的診断のピットフォール」3) 注腸造影・超音波内視鏡(EUS)を中心に
市立旭川病院・内科
斉藤 裕輔
(第18回臨床消化器病研究会, 2017年7月, 東京)
- 42) 症例提示：EUSが診断に有用であった直腸病変の1例
市立旭川病院・内科
斉藤 裕輔
(第18回臨床消化器病研究会, 2017年7月, 東京)
- 43) 早期大腸癌の診断と治療－歩みと展望
市立旭川病院・内科

- 齊藤 裕輔
(第34回北海道地区内視鏡懇談会, 2017年8月, 札幌)
- 44) 悪性大腸狭窄に対して緩和的ステント留置症例の検討
市立旭川病院・内科
杉山 隆治, 佐々木貴弘, 助川 隆士, 稲場 勇平
小澤賢一郎, 垂石 正樹, 齊藤 裕輔
(第121回日本消化器病学会北海道支部例会, 2017年9月, 札幌)
- 45) 食道原発未分化癌の1例
市立旭川病院・内科
高橋 一輝, 佐々木貴弘, 杉山 隆治, 助川 隆士
稲場 勇平, 小澤賢一郎, 垂石 正樹, 齊藤 裕輔
(第121回日本消化器病学会北海道支部例会, 2017年9月, 札幌)
- 46) シンポジウム「機能性消化管疾患 up to date」食道アカシア感受性遺伝子多型の解析
市立旭川病院・内科
稲場 勇平
旭川医大・消化器・血液腫瘍制御内科
藤谷 幹浩, 堂腰 達矢, 奥村 利勝
(第121回日本消化器病学会北海道支部例会, 2017年9月, 札幌)
- 47) 難治性クローン病における術後吻合部潰瘍の特徴と予後の検討
市立旭川病院・内科
稲場 勇平, 佐々木貴弘, 杉山 隆治, 助川 隆士
小澤賢一郎, 垂石 正樹, 齊藤 裕輔
旭川医大・消化器・血液腫瘍制御内科
藤谷 幹浩, 奥村 利勝
(第121回日本消化器病学会北海道支部例会, 2017年9月, 札幌)
- 48) 早期胃内分泌細胞癌の1例
市立旭川病院・内科
齊藤 裕輔
(第32回浜名湖胃と腸フォーラム, 2017年9月, 浜松)
- 49) ミニレクチャー: 消化管画像プレゼンテーションの基本と応用
市立旭川病院・内科
齊藤 裕輔
(第174回旭川消化器病談話会特別講演会, 2017年9月, 旭川)
- 50) 潰瘍性大腸炎に対する抗TNF α 製剤の治療効果
市立旭川病院・内科
垂石 正樹
(第11回インフリキシマブ研究会, 2017年10月, 旭川)
- 51) Endoscopic Diagnosis and Treatment of Early Colorectal Carcinomas-Advancements and Challenges.
市立旭川病院・内科
Yusuke Saitoh
(The 1st Joint Session between JDDW & KDDW & TDDW, 2017年10月, Fukuoka)
- 52) S2-3: 大腸SM深部浸潤(T1b)癌の内視鏡治療における術前超音波内視鏡診断の有用性 シンポジウム2: 大腸SM癌の診断と治療のストラテジー
市立旭川病院・内科
稲場 勇平, 齊藤 裕輔
旭川医大・消化器・血液腫瘍制御内科
藤谷 幹浩
(JDDW2017, 2017年10月, 福岡)
- 53) 胃潰瘍に対するESD後発熱に関与する因子の検討
市立旭川病院・内科
佐々木貴弘, 杉山 隆治, 助川 隆士, 稲場 勇平
小澤賢一郎, 垂石 正樹, 齊藤 裕輔
札幌東徳洲会病院・消化器センター
富永 素矢
(JDDW2017, 2017年10月, 福岡)
- 54) クロウン病における精神疾患の特徴
市立旭川病院・内科
稲場 勇平
(第2回旭川IBD研究会, 2017年10月, 旭川)
- 55) 特別企画ガイドラインセミナー 大腸ポリープ診療ガイドラインー解説と今後の問題点ー
市立旭川病院・内科
齊藤 裕輔
広島大学大学院・医歯薬保健学研究科・内視鏡医学
田中 信治
(第72回, 日本大腸肛門病学会学術集会, 2017年11月, 福岡)
- 56) 腺腫を併存した胃 GISTの1例
市立旭川病院・内科
杉山 隆治
(第175回消化器病談話会, 2017年11月, 旭川)
- 57) 当院における肝硬変患者の栄養状態とBCAA製剤
市立旭川病院・内科
助川 隆士
(Liver 栄養フォーラムin 旭川, 2017年11月, 旭川)
- 58) 超音波内視鏡検査を用いた大腸SM 深部浸潤(T1b)癌に対する内視鏡的完全摘除
市立旭川病院・内科
大塚 慎也, 齊藤 裕輔, 稲場 勇平, 佐々木貴弘
杉山 隆治, 助川 隆士, 小澤賢一郎, 垂石 正樹
(第61回旭川市医師会学会, 2017年11月, 旭川)
- 59) 胃がんを治すー根治を目指した診断・治療

- 市立旭川病院・内科
佐々木貴弘
(旭川市民公開講座, 2017年11月, 旭川)
- 60) 便秘の治療
市立旭川病院・内科
佐々木貴弘
(旭川G.I研究会, 2017年11月, 旭川)
- 61) 大腸癌は怖くないー早期大腸癌の診断と治療
市立旭川病院・内科
斉藤 裕輔
(2017市立旭川病院出張市民講座, 2017年11月, 旭川)
- 62) 潰瘍性大腸炎の診断と治療
市立旭川病院・内科
垂石 正樹
(K-netカンファレンス, 2017年12月, 旭川)
- 63) デュラグルチドの使用経験
市立旭川病院・内科
宮本 義博, 永島 優樹
(第51回日本糖尿病学会北海道地方会, 2017年11月, 札幌)
- 64) 大量デキサメサゾン療法により早期の溶血改善を認めた自己免疫性溶血性貧血の1例
市立旭川病院・内科
横山 翔大, 竹村 龍, 千葉 広司, 柿木 康孝
(第52回日本血液学会春季北海道地方会, 2017年4月, 札幌)
- 65) 中枢神経播種予防治療の2年後に多発脳腫瘍として再発した眼内原発悪性リンパ腫
市立旭川病院・内科
横山 翔大, 木村 弘幸, 竹村 龍, 千葉 広司, 柿木 康孝
(第59回日本血液学会秋季北海道地方会, 2017年10月, 札幌)
- 66) 化学療法後のmogamulizumab投与により長期寛解を得ている同種移植後再発ATLL
市立旭川病院・内科
竹村 龍, 木村 弘幸, 横山 翔大, 千葉 広司, 柿木 康孝
(第79回日本血液学会学術集会, 2017年10月, 東京)
- 67) ドナー型への血液型転換に時間を要しているABO主不適合骨髄移植の1例
市立旭川病院・内科
柿木 康孝
同 中央検査科
旭 千佳, 高木 奈央, 木元 宏弥
(第61回日本輸血・細胞治療学会北海道支部例会, 2017年11月, 札幌)
- 68) 急性期にICUでの全身管理を要したが、複数の免疫抑制剤による介入が奏功したと思われるTAFRO症候群の1例
市立旭川病院・内科
森永 千尋, 横山 翔大, 木村 弘幸, 竹村 龍, 千葉 広司, 柿木 康孝
(第281回日本内科学会北海道支部主催北海道地方会, 2017年11月, 旭川)
- 69) 手術不能胸部大動脈瘤による慢性DICに対して直接経口抗凝固薬で良好なコントロールを得ている1例
市立旭川病院・内科
木村 弘幸, 横山 翔大, 竹村 龍, 千葉 広司, 柿木 康孝
(第281回日本内科学会北海道支部主催北海道地方会, 2017年11月, 旭川)
- 70) 咳の診療 耳鼻咽喉科で診るか内科で診るか
市立旭川病院・内科
福居 嘉信
(平成28年度北耳会道北地区学術講演会, 2017年1月, 旭川)
- 71) 両側多発結節影と両側肺門リンパ節腫大が認められたIgG4関連疾患の1例
市立旭川病院・内科
大塚 慎也, 福居 嘉信, 谷野 洋子, 岡本 佳裕, 斉藤 裕輔
同 耳鼻咽喉科
佐藤 公輝
同 病理
高田 明生
(日本内科学会北海道支部主催 第279回北海道地方会, 2017年2月, 札幌)
- 72) 多臓器病変を有したが無治療で改善した1例
市立旭川病院・内科
大塚 慎也, 福居 嘉信, 鈴木 聡
(旭川研修医スキルアップセミナー2017, 2017年6月, 旭川)
- 73) スペシャリストからGIMを学ぶことの魅力を考える会ーブレナリーのDaughter session!ー
市立旭川病院・内科
鈴木 聡
(ACP (米国内科学会) 日本支部年次総会2017, 2017年6月, 京都)
- 74) 川崎病様症状を呈したYersinia pseudotuberculosis感染症の1例
市立旭川病院・内科
鈴木 聡, 鈴木 啓子
(第121回日本消化器病学会北海道地方会, 2017年9月, 札幌)

75) 尿閉を合併した無菌性髄膜炎, Meningitis-retention syndromeの1例

市立旭川病院・内科

岩崎 愛美, 鈴木 聡, 鈴木 啓子

(第281回日本内科学会北海道地方会, 2017年11月, 旭川)

76) 手足が腫れた!

市立旭川病院・内科

鈴木 聡, 鈴木 啓子

(第281回日本内科学会北海道地方会教育セミナー, 2017年11月, 旭川)

[投稿論文]

1) 序説: 知っておきたいまれな大腸良性疾患

市立旭川病院・内科

斉藤 裕輔

(胃と腸 2017;52:759-760.)

2) 図説「胃と腸」所見用語集2017画像所見「胃」竹の節状外観

市立旭川病院・内科

斉藤 裕輔

医療法人社団 慶友会・吉田病院

横田 欽一

(胃と腸 2017;52:598.)

3) 図説「胃と腸」所見用語集2017画像所見「腸」腸間膜付着側・付着対側

市立旭川病院・内科

斉藤 裕輔, 稲場 勇平

(胃と腸 2017;52:658.)

4) 図説「胃と腸」所見用語集2017画像所見「腸」縦走潰瘍

市立旭川病院・内科

斉藤 裕輔, 垂石 正樹

(胃と腸 2017;52:620-621.)

5) 図説「胃と腸」所見用語集2017画像所見「腸」蟹爪様所見

市立旭川病院・内科

斉藤 裕輔, 佐々木貴弘

(胃と腸 2017;52:647.)

6) 図説「胃と腸」所見用語集2017画像所見「腸」apple-core sign

市立旭川病院・内科

斉藤 裕輔, 杉山 隆治

(胃と腸 2017;52:640.)

7) 図説「胃と腸」所見用語集2017画像所見「腸」偽憩室形成

市立旭川病院・内科

斉藤 裕輔

札幌東徳洲会病院・消化器センター

富永 素矢

(胃と腸 2017;52:642.)

8) 図説「胃と腸」所見用語集2017画像所見「腸」haustraの消失

市立旭川病院・内科

斉藤 裕輔, 垂石 正樹

(胃と腸 2017;52:659.)

9) Pilot study of endoscopic retrograde 3-dimensional-computed tomography enteroclysis for the assessment of Crohn's disease

Tanabe H, Ito T, Inaba Y, Nomura Y, Ueno N,

Kashima S, Moriichi K, Fujiya M, Okumura T

(Eur J Radiol Open 2017; 4:58-62.)

10) 大腸スクリーニングの現状と将来展望 挿入から観察までー私のコツ全て教えます極細径スコープ

市立旭川病院・内科

斉藤 裕輔, 佐々木貴弘, 杉山 隆治, 助川 隆士

稲場 勇平, 小澤賢一郎, 垂石 正樹

札幌東徳洲会病院・消化器センター

富永 素矢

(胃と腸 2017;52:1163-1169.)

11) 大腸微小病変に対する内視鏡診断ー通常内視鏡診断

斉藤 裕輔, 田中 信治, 鶴田 修, 小林 広幸

清水 誠治, 津田 純郎, 平田 一郎, 工藤 進英

岩下 明德, 藤谷 幹浩, 多田 正大

(胃と腸 2017;52:1526-1533.)

12) 大腸1. 挿入手技(全大腸内視鏡検査)

池松 弘朗, 斉藤 裕輔, 五十嵐正広

(消化器内視鏡ハンドブック改訂第2版 日本メディカルセンター 東京 2017;pp356-365.)

13) Gangliocytic paraganglioma

斉藤 裕輔, 中島 俊介, 佐々木貴弘

(十二指腸内視鏡ATLAS 日本メディカルセンター 東京 2017;pp174-175.)

14) Advanced diagnostic endoscopy in the lower gastrointestinal tract : A review of JGES core sessions

Shiro Oka, Shinji Tanaka, Yasushi Sano

Yusuke Saitoh, Ryo Shimoda, Hisao Tajiri

(Digestive Endoscopy 2017;doi:10.1111/den.12977)

15) 炎症と気道過敏性

市立旭川病院・内科

福居 嘉信

北海道大学・呼吸器内科学分野

今野 哲

(別冊 BIO Clinica 2017; 6:33-37.)

16) 喘鳴とアナフィラキシー

市立旭川病院・内科

福居 嘉信

北海道大学・呼吸器内科学分野

今野 哲

(内科外来診断navi 2017;330-332.)

17) Isolated Adrenocorticotrophic Hormone Deficiency Following Chronic Subdural Hematoma in an Elderly Man : Is There a Connection ?

Department of General Internal Medicine, Asahikawa City Hospital

Satoshi Suzuki, Keiko Suzuki

(Internal Medicine 2017;56:1981-1985.)

外 科

[学会発表]

1) 当院における腹腔鏡下幽門側胃切除術の導入と短期成績

市立旭川病院・外科

阿部 紘丈, 宮坂 衛, 福永 亮朗, 笹村 裕二
武山 聡, 沼田 昭彦, 子野日政昭

(市立旭川病院抄読会, 2017年1月, 旭川)

2) 腹腔鏡下に切除した術前診断に苦慮した後腹膜血管腫の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106回北海道外科学会, 2017年2月, 札幌)

3) 当院における腹腔鏡下幽門側胃切除の導入と短期成績

市立旭川病院・外科

阿部 紘丈, 宮坂 衛, 福永 亮朗, 笹村 裕二
武山 聡, 沼田 昭彦, 子野日政昭

(第106回北海道外科学会, 2017年2月, 札幌)

4) 一般病院における研修医の腹腔鏡下手術トレーニングについての考察

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106回北海道外科学会, 2017年2月, 札幌)

5) 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53回腹部救急医学会総会ワークショップ, 2017年3月, 東京)

6) TAE後に部分切除可能であった胃GIST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89回日本胃癌学会総会, 2017年3月, 広島)

7) 当科における完全鏡視下胃切除術の導入と初期成績

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89回日本胃癌学会総会, 2017年3月, 広島)

8) 当科における完全鏡視下幽門側胃切除術の短期成績

市立旭川病院・外科

阿部 紘丈, 宮坂 衛, 福永 亮朗, 笹村 裕二

武山 聡, 沼田 昭彦, 子野日政昭

(第72回日本消化器外科学会総会, 2017年7月, 金沢)

9) 一般病院における研修医の腹腔鏡下手術トレーニングについての考察

市立旭川病院・外科

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72回日本消化器外科学会総会, 2017年7月, 金沢)

10) SEREX法による非機能性膵神経内分泌腫瘍に対するIgG抗体型腫瘍マーカーの探索研究

市立旭川病院・外科

本谷 康二

(第5回日本神経内分泌腫瘍研究会学術集会, 2017年9月, 仙台)

11) 徒手整復後に腹腔鏡下修復術を施行した閉鎖孔ヘルニアの3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9回Acute Care Surgery学会, 2017年9月, 札幌)

12) 当院における腹腔鏡下イレウス解除術の手術成績

市立旭川病院・外科

本谷 康二, 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Acute Care Surgery学会, 2017年9月, 札幌)

13) 当院における閉塞性大腸癌に対するSEMS挿入症例の検討

市立旭川病院・外科

阿部 紘丈, 村上 慶洋, 本谷 康二, 福永 亮朗

笹村 裕二, 武山 聡, 沼田 昭彦, 子野日政昭

(第9回Acute Care Surgery学会, 2017年9月, 札幌)

14) 根治切除不能な悪性腫瘍におけるOnchologicEmergency症例に対する腹腔鏡下手術の有用性と問題点

市立旭川病院・外科

村上 慶洋, 本谷 康二, 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Acute Care Surgery学会, 2017年9月, 札幌)
- 15) 胃脂肪腫の直上に発生した早期胃癌の1例
市立旭川病院・外科
本谷 康二, 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1回HOPES, 2017年9月, 札幌)
- 16) 超高齢者の大腸癌に対する腹腔鏡下手術の検討
市立旭川病院・外科
阿部 紘丈, 村上 慶洋, 本谷 康二, 福永 亮朗
笹村 裕二, 武山 聡, 沼田 昭彦, 子野日政昭
(第1回HOPES, 2017年9月, 札幌)
- 17) WorldGuideline推奨術式における最適なデバイスの追求
市立旭川病院・外科
村上 慶洋
(第11回日本腹腔鏡下鼠径ヘルニア手術手技研究集会
ランチョンセミナー, 2017年9月, 福岡)
- 18) 腹腔鏡下胃切除後再建の工夫
市立旭川病院・外科
阿部 紘丈, 村上 慶洋, 本谷 康二, 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, 2017年11月, 旭川)
- 19) 用手整復を行った閉鎖孔ヘルニアの4例
市立旭川病院・外科
本谷 康二, 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10回北海道ヘルニアを学ぶ会, 2017年11月, 札幌)
- 20) Lapprogripにて修復した腹腔鏡下鼠径ヘルニア根治術
(TAPP) 100例の検討
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10回北海道ヘルニアを学ぶ会, 2017年11月, 札幌)
- 21) 腹腔鏡下に治療した鼠径ヘルニア偽還納の1例
市立旭川病院・外科
本谷 康二, 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112回日本臨床外科学会北海道支部例会, 2017年
12月, 札幌)
- 22) The First Step to an expert—後期研修医の挑戦—
市立旭川病院・外科
阿部 紘丈, 本谷 康二, 村上 慶洋, 福永 亮朗
笹村 裕二, 武山 聡, 子野日政昭
北海道大学病院・消化器外科Ⅱ
平野 聡
- (第112回日本臨床外科学会北海道支部例会スポンサー
ドシンポ, 2017年12月, 札幌)
- 23) 直腸癌を合併した胸腺類基底細胞癌の1例
市立旭川病院・外科
福永 亮朗, 笹村 裕二, 村上 慶洋, 阿部 紘丈
本谷 康二, 武山 聡, 沼田 昭彦, 子野日政昭
(第79回日本臨床外科学会総会, 2017年11月, 東京)
- 24) 超高齢者の消化管悪性腫瘍に対する腹腔鏡下手術の検討
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30回日本内視鏡外科学会総会, 2017年12月, 京都)
- 25) Lapprogripを用いてTAPPにて修復した100病変の治療成績
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30回日本内視鏡外科学会総会, 2017年12月, 京都)
- [投稿論文]
- 1) 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, 村上 慶洋, 阿部 紘丈, 武山 聡
子野日政昭
北海道大学病院・消化器外科Ⅱ
平野 聡
(日本臨床外科学会雑誌 2017;78:1024-1029.)
- 2) 気胸に対する手術を契機に診断されたBirt-Hogg-Dubé症候群の1例
市立旭川病院・外科
福永 亮朗, 植村 慧子, 笹村 裕二, 村上 慶洋
阿部 紘丈, 宮坂 衛
(日本臨床外科学会雑誌 2017;78:1262-1266.)
- 3) Solitary thymic metastasis of breast cancer 13 years after surgery.
Fukunaga A, Sasamura Y, Takeda A, Murakami Y
Abe H, Miyasaka M
(Asian Cardiovasc Thorac Ann 2017;25:469-471.)
- 4) Identification of novel serum autoantibodies against EDI 3 in non-functional Pancreatic neuroendocrine tumors.
Hontani K, Tsuchikawa T, Hiwasa T, Nakamura T
Ueno T, Kushibiki T, Takahashi M, Inoko K
Takano H, Takeuchi S, Dosaka-Akita H
Kuwatani M, Sakamoto N, Hatanaka Y

Mitsuhashi T, Shimada H, Shichinohe T, Hirano S
(Oncotarget 2017;63:106206-106221.)

胸部外科
[学会発表]

- 1) 非結核性抗酸菌によるペースメーカー感染の1例
市立旭川病院・胸部外科
新井 洋輔, 奥山 淳, 宮武 司, 内藤 祐嗣
村上 達哉
(第106回北海道外科学会, 2017年2月, 札幌)
- 2) ヘパリン起因性血小板減少症既往患者に対するヘパリン使用下体外循環を用いた開心術の経験
市立旭川病院・胸部外科
村上 達哉
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
(第106回北海道外科学会, 2017年2月, 札幌)
- 3) ランダム化比較試験後の腹部大動脈瘤破裂の課題ー多施設共同研究ー
市立旭川病院・胸部外科
村上 達哉
北海道大学大学院医学研究科・循環器・呼吸器外科
佐藤 公治, 若狭 哲, 松居 喜郎
HOCARD関連施設
石橋 義光, 大川 洋平, 上久保康弘, 須藤 幸雄
牧野 裕, 松浦 弘司, 丸山 隆史, 本橋 雅壽
山川 智士
(第45回日本血管外科学会学術総会, 2017年4月, 広島)
- 4) 膝窩動脈瘤手術症例の検討
市立旭川病院・胸部外科
宮武 司, 内藤 祐嗣, 奥山 淳, 新井 洋輔
村上 達哉
北海道医療センター・心臓血管外科
吉本 公洋
北海道立子ども総合医療・療育センター
大場 淳一
(第45回日本血管外科学会学術総会, 2017年4月, 広島)
- 5) 左腎動脈断端部動脈瘤の1例
市立旭川病院・胸部外科
内藤 祐嗣, 須野賢一郎, 杉木 宏司, 奥山 淳
村上 達哉
(第4回旭川心臓血管外科セミナー, 2017年6月, 旭川)
- 6) Aortocaval fistulaを合併した破裂性腹部大動脈瘤の1例
市立旭川病院・胸部外科

須野賢一郎, 内藤 祐嗣, 奥山 淳, 杉木 宏司
村上 達哉
(第37回日本血管外科学会北海道地方会, 2017年9月, 札幌)

- 7) 両側鎖骨下腋窩動脈瘤の1例
市立旭川病院・胸部外科
奥山 淳, 杉木 宏司, 須野賢一郎, 内藤 祐嗣
村上 達哉
(第107回北海道外科学会, 2017年9月, 札幌)
- 8) 三尖弁閉鎖不全症に対して弁置換を施行した2例の検討
市立旭川病院・胸部外科
内藤 祐嗣, 須野賢一郎, 杉木 宏司, 奥山 淳
村上 達哉
(第102回日本胸部外科学会北海道地方会, 2017年9月, 札幌)
- 9) 冠動脈バイパス術後の慢性大動脈解離に対するpartial root remodelingの経験
市立旭川病院・胸部外科
杉木 宏司, 須野賢一郎, 奥山 淳, 内藤 祐嗣
村上 達哉
(第102回日本胸部外科学会北海道地方会, 2017年9月, 札幌)
- 10) 外科領域におけるトルバプタンの有用性
市立旭川病院・胸部外科
村上 達哉, 須野賢一郎, 内藤 祐嗣, 奥山 淳
杉木 宏司, 青木 秀俊
(第102回日本胸部外科学会北海道地方会, 2017年9月, 札幌)

[投稿論文]

- 1) 肺血栓塞栓症を合併した膝窩静脈静脈性血管瘤の1例
市立旭川病院・胸部外科
村上 達哉
王子総合病院・心臓血管外科
稗田 哲也, 牧野 裕, 東 亮太, 飯島 誠
(日本血管外科学会雑誌 2017;26:113-116.)

耳鼻咽喉科
[学会発表]

- 1) 漢方べからず集
市立旭川病院・耳鼻咽喉科
佐藤 公輝, 蛸崎 文彦, 相澤 寛志
(第215回日本耳鼻咽喉科学会北海道地方部会学術講演会, 2017年3月, 札幌)
- 2) めまいを漢方で治す～4方剤の臨床的特徴～

市立旭川病院・耳鼻咽喉科

佐藤 公輝

(美瑛市医師会学術講演会, 2017年8月, 美瑛)

3) 漢方薬でめまいを治す～4方剤の使い方～

市立旭川病院・耳鼻咽喉科

佐藤 公輝

(オホーツク漢方現協会, 2017年9月, 北見)

4) 漢方薬が有効だった味覚障害の3例

市立旭川病院・耳鼻咽喉科

佐藤 公輝

(第34回日本東洋医学会北海道支部会学術大会, 2017年10月, 札幌)

5) めまいに多用した4方剤

市立旭川病院・耳鼻咽喉科

佐藤 公輝

(第33回日本耳鼻咽喉科漢方研究会学術集会, 2017年10月, 東京)

6) 当帰芍薬散が有効と思われた感冒後嗅覚障害の2例

市立旭川病院・耳鼻咽喉科

佐藤 公輝

(第216回日本耳鼻咽喉科学会北海道地方会, 2017年10月, 旭川)

7) 耳の病気(難聴)

市立旭川病院・耳鼻咽喉科

佐藤 公輝

(旭川シニア大学 講義, 2017年11月, 旭川)

小児科

[学会発表]

1) 髄膜刺激症状に乏しい帯状疱疹による髄膜炎の1例

市立旭川病院・小児科

古川 卓朗, 辻岡 孝郎, 中嶋 雅秀, 佐竹 明

(日本小児科学会北海道地方会第299回例会, 2017年6月, 旭川)

2) 「ただしく知ろう, こどもの食物アレルギー」

市立旭川病院・小児科

中嶋 雅秀

(旭川医師会成育講演会, 2017年9月, 旭川)

3) 学校におけるアレルギーへの対応とエピペンの使い方

市立旭川病院・小児科

中嶋 雅秀

(出張健康講座, 2017年8月, 旭川)

[投稿論文]

1) 無症候の両親にそれぞれSCN5AおよびKCNQ1の変異を認め, 異なる遺伝伝達および表現型を示したQT延長症候群の三姉妹例

市立旭川病院・小児科

古川 卓朗

北海道大学病院・小児科

泉 岳

滋賀医科大学・呼吸循環器内科

大野 聖子, 堀江 稔

(日本小児循環器学会雑誌 2017;33:431-437.)

泌尿器科

[学会発表]

1) 生体腎移植を施行したDent病の1例

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400回日本泌尿器科学会北海道地方会, 2017年1月, 札幌)

2) 当科におけるロボット支援鏡視下前立腺全摘除術の検討

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105回日本泌尿器科学会総会, 2017年4月, 鹿児島)

3) 市立旭川病院におけるロボット支援手術～導入後2年半の報告～

市立旭川病院・泌尿器科

望月 端吾

(平成29年度市立旭川病院地域医療連携の集い, 2017年5月, 旭川)

4) 腎移植後の出産ガイドラインについて

市立旭川病院・泌尿器科

田邊 起

(第10回道北腎移植セミナー, 2017年6月, 旭川)

5) 生体腎移植を施行したDent病の1例

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33回腎移植・血管外科研究会2017年7月, 小田原)

6) 当科における転移性腎癌に対する分子標的療法～本当に, 高RDIを目指すべきか?

市立旭川病院・泌尿器科

望月 端吾

(道北腎癌サミット, 2017年9月, 旭川)

7) 遠方のため通院間隔を延長した症例の検討

市立旭川病院・泌尿器科

田邊 起, 金川 匡一, 望月 端吾, 山本 祥太

同 看護部

安藤 伸

同 薬剤科

栗栖 幹典

(第37回北海道腎移植談話会, 2017年10月, 札幌)

8) スペシャリストから聞く腎不全の治療～腎移植治療の最前線

市立旭川病院・泌尿器科

田邊 起

(第14回教えて腎移植, 2017年10月, 旭川)

[投稿論文]

1) Role of Intrinsic (Graft) Versus Extrinsic (Host) Factors in the Growth of Transplanted Organs Following Allogenic and Xenogenic Transplantation

Tanabe T, Watanabe H, Shah JA, Sahara H, Shimizu A, Nomura S, Asfour A, Danton M, Boyd L, Dardenne Meyers A, Ekanayake-Alper DK, Sachs DH, Yamada K

(Am J Transplant 2017;17:1778-1790.)

産婦人科

[学会発表]

1) 当院における過去10年間の単純子宮全摘出術の後方視的検討

市立旭川病院・産婦人科

板橋 彩, 中田 俊之, 林 博章, 水無瀬 萌

(第57回日本産科婦人科内視鏡学会学術講演会, 2017年9月, 岡山)

2) 子宮頸部大細胞神経内分泌癌4例の報告

市立旭川病院・産婦人科

板橋 彩, 中田 俊之, 林 博章

(第95回北海道産科婦人科学会学術講演会, 2017年10月, 札幌)

3) 子宮頸部大細胞神経内分泌癌の1例

市立旭川病院・産婦人科

板橋 彩, 中田 俊之, 林 博章

(第56回日本臨床細胞学会秋期大会, 2017年11月, 福岡)

4) 婦人科低侵襲手術

市立旭川病院・産婦人科

板橋 彩, 中田 俊之, 林 博章

(市立旭川病院市民公開講座, 2017年11月, 旭川)

[投稿論文]

1) 当院における過去10年間の良性疾患に対する単純子宮全摘出術の後方視的検討

市立旭川病院・産婦人科

板橋 彩, 林 博章, 水無瀬 萌, 中田 俊之

(日本産婦人科内視鏡学会誌 2017;33:160-168.)

精神神経科

[学会発表]

1) 思春期の自殺関連行動－原因とその後の経過

市立旭川病院・精神科

武井 明

(平成28年度北空知児童思春期セミナー, 2017年2月, 深川)

2) 精神疾患の母親をもつ子どもたち

市立旭川病院・精神科

武井 明

(旭川市子ども総合相談センター研修会, 2017年3月, 旭川)

3) 成人の自閉スペクトラム症における不安, 抑うつ, 強迫について

市立旭川病院・精神科

武井 明

(第8回成人の発達障害勉強会, 2017年5月, 名古屋)

4) 摂食障害を呈した自閉スペクトラム症男児の入院治療について

市立旭川病院・精神科

富岡 健

(第9回旭川発達フォーラム, 2017年6月, 旭川)

5) 摂食障害を呈した自閉スペクトラム症男児の入院治療について

市立旭川病院・精神科

富岡 健, 武井 明, 土井 朋代, 廣田亜佳音

泉 将吾, 目良 和彦, 佐藤 譲, 原岡 陽一

(北海道精神神経学会第131回例会, 2017年7月, 旭川)

6) 思春期の子どもを抱える母親の支援を考える

市立旭川病院・精神科

武井 明

(江差保健所児童・思春期メンタルヘルス事業, 2017年8月, 江差)

7) 大人の発達障害

市立旭川病院・精神科

武井 明

(平成29年度北・ほっかいどうカウンセラー養成講座3級講座, 2017年8月, 旭川)

8) 精神科の患者さんの服薬指導について

[投稿論文]

ーうつ病・不安障害・統合失調症等の対応ー

市立旭川病院・精神科

土井 朋代

(旭川病薬カンファレンス, 2017年8月, 旭川)

9) ビミョーな子どもたち

市立旭川病院・精神科

武井 明

(根室管内養護教諭研究協議会, 2017年9月, 中標津)

10) 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39回相談員養成講座, 2017年10月, 旭川)

11) プロナンセリンを使用した統合失調症の治療経験

市立旭川病院・精神科

土井 朋代

(旭川思春期フォーラム, 2017年11月, 旭川)

12) 児童青年期から通院を継続している自閉症スペクトラム障害の就労状況について

市立旭川病院・精神科

武井 明, 富岡 健, 土井 朋代, 廣田亜佳音
泉 将吾, 目良 和彦, 佐藤 譲, 原岡 陽一

(第61回医師会医学会・平成29年度旭川医師会賞受賞者記念講演, 2017年11月, 旭川)

13) 発達障害と愛着障害

市立旭川病院・精神科

武井 明

(平成29年度旭川市子ども総合相談センター研修事業, 2017年12月, 旭川)

14) 思春期の自傷・自殺

市立旭川病院・精神科

武井 明

(平成29年度自殺対策関係者学習会, 2017年12月, 滝川)

15) 精神症状が先行したHIV関連神経認知障害の1例

市立旭川病院・精神科

廣田亜佳音, 富岡 健, 土井 朋代, 泉 将吾
目良 和彦, 武井 明, 佐藤 譲, 原岡 陽一
同 ・内科

鈴木 啓子, 鈴木 聡, 木村 弘幸, 千葉 広司
柿木 康孝, 箭原 修

(北海道精神神経学会第132回例会, 2017年12月, 札幌)

1) 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2005年～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.)

2) 永久型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, 廣田亜佳音
泉 将吾, 目良 和彦, 佐藤 譲, 原岡 陽一

(総合病院精神医学 2017;29:383-389.)

3) 児童青年期から通院を継続している自閉症スペクトラム障害患者の就労状況について

市立旭川病院・精神科

武井 明, 土井 朋代, 土井 準, 富岡 健
廣田亜佳音, 泉 将吾, 目良 和彦

旭川圭泉会病院

鈴木 太郎

(児童青年精神医学とその近接領域
2017;58:742-756.)

4) 児童青年期から通院を継続している自閉症スペクトラム障害患者の就労状況について

市立旭川病院・精神科

武井 明, 富岡 健, 土井 朋代, 廣田亜佳音
泉 将吾, 目良 和彦, 佐藤 譲, 原岡 陽一

(旭医だより 2017;145:43-44.)

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, 酒井 渉, 池島 雄太
松本 恵, 館岡 一芳, 南波 仁, 一宮 尚裕
(第44回日本集中治療医学会, 2017年3月, 札幌)

2) 多彩な臨床症状を示したTAFRO症候群の1例

市立旭川病院・麻酔科

汲田 翔, 望月 宏樹, 南波 仁, 一宮 尚裕
(第1回日本集中治療医学会北海道支部学術集会, 2017年9月, 札幌)

眼 科
[学会発表]

1) 白内障について

市立旭川病院・眼科

菅野 晴美

(目の健康講座, 2017年7月, 旭川)

皮膚科
[学会発表]

1) 後頸部に生じたSolitary Fibrous Tumor (SFT) 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

(第409回日本皮膚科学会北海道地方会, 2017年2月, 札幌)

2) 凍瘡と類似の病理所見を呈した複合性局所疼痛症候群 (CRPS) の女児例

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410回日本皮膚科学会北海道地方会, 2017年6月, 旭川)

3) 汎発性膿疱性乾癬に対するインフリキシマブの有用性

市立旭川病院・皮膚科

坂井 博之

(第11回道北皮膚科臨床研究会, 2017年11月, 旭川)

4) 皮膚生検が診断確定に寄与した特定心筋症の4例

市立旭川病院・皮膚科

野村和加奈, 坂井 博之

旭川医科大学・皮膚科

山本 明美

(第412回日本皮膚科学会北海道地方会, 2017年12月, 札幌)

5) ラモトリギン中止後消退し, 真皮内にCD1a+, S-100+, CD207-の組織球様細胞が浸潤した紅斑の1例

市立旭川病院・皮膚科

坂井 博之, 野村和加奈

同 内科

千葉 広司

遠軽厚生病院・皮膚科

菅原 基史

(第47回日本皮膚アレルギー・接触皮膚炎学会総会学術大会, 2017年12月, 鹿児島)

[投稿論文]

1) 凍瘡と類似の病理所見を呈した複合性局所疼痛症候群 (CRPS) の女児例

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

(日本小児皮膚科学会雑誌 2017;36:111-115.)

2) マンゴーゼリーによるアナフィラキシーの1例

市立旭川病院・皮膚科

坂井 博之, 野村和加奈, 菅原 基史

(Journal of Environmental Dermatology and Cutaneous Allergology 2017;11:144-148.)

3) Certolizumab pegol-induced folliculitis-like lichenoid sarcoidosis in a patient with rheumatoid arthritis

Department of Dermatology, Asahikawa City Hospital

Hiroyuki SAKAI, Wakana NOMURA

Motoshi SUGAWARA

(Case Reports in Dermatology 2017;9:158-163.)

歯科口腔外科
[学会発表]

1) 舌に発生した巣状口腔粘液症の1例

市立旭川病院・歯科口腔外科

矢島 優己, 柴山 尚大

旭川医科大学医学部・歯科口腔外科

吉田 将亜, 佐藤 栄晃, 藤井 ふみ, 小神 順也

竹川 政範

旭川赤十字病院・歯科口腔外科

岡 久美子

(第43回日本口腔外科学会北日本支部学術集会, 2017年5月, 函館)

2) 下顎骨骨折による外傷性顎動脈瘤の1例

市立旭川病院・歯科口腔外科

矢島 優己, 柴山 尚大

旭川医科大学医学部・歯科口腔外科

吉田 将亜, 藤井 ふみ, 佐藤 栄晃, 竹川 政範

(第19回日本口腔顎顔面外傷学会学術大会, 2017年7月, 札幌)

薬剤科
[学会発表]

1) 薬物間相互作用の未然回避に向けた取り組み

市立旭川病院・薬剤科

栗栖 幹典, 栗屋 敏雄

同 泌尿器科

金川 匡一

同 看護部

安藤 伸

旭川医療情報センター

竹田 堅太

(第50回日本臨床腎移植学会, 2017年2月, 神戸)

2) 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2

市立旭川病院・薬剤科

佐藤 有寿, 栗屋 敏雄, 廣川 力教, 横山 真也

吉田 稔, 寺田 和文

(第11回旭川薬剤師会・旭川病院薬剤師会合同会員研究発表会, 2017年3月, 旭川)

3) カルバマゼピン中毒に対するLipid Rescue後、血中濃度の
再上昇をきたした症例

市立旭川病院・薬剤科

田原 克寿

旭川医科大学病院・薬剤部

櫻庭 好祐, 山田 峻史, 田崎 嘉一

(第64回北海道薬学会, 2017年5月, 札幌)

4) 国内未承認睡眠薬のデイトレイドラッグとしての使用

市立旭川病院・薬剤科

栗屋 敏雄

京大附属病院・薬剤部

松原 和夫

旭川医科大学病院・薬剤部

清水 恵子, 奥田 勝博, 浅利 優, 田中 宏樹

堀岡 希衣, 塩野 寛

日立総合病院

磯崎翔太郎

東京都監察医務院

早川 輝

(第101次日本法医学会学術全国集会, 2017年6月, 岐阜)

5) 院外処方せんによる疑義照会に関する調査

市立旭川病院・薬剤科

山口 純子, 栗屋 敏雄, 廣川 力教

旭川医科大学病院・薬剤部

田崎 嘉一

(第56回全国自治体病院学会, 2017年10月, 千葉)

6) 薬剤師による処方入力支援を契機とした業務内容変更
が病棟薬剤師業務に与える影響と評価

市立旭川病院・薬剤科

栗屋 敏雄

旭川医科大学病院・薬剤部

飯田 慎也, 井上 正朝, 寒藤 雅俊, 都築 仁美

山下 恭範, 大滝 康一, 小川 聡, 福土 将秀

田崎 嘉一

(第27回日本医療薬学会年会, 2017年11月, 千葉)

[投稿論文]

1) 北海道の3施設における漢方薬使用の現状と漢方教育

市立旭川病院・薬剤科

栗屋 敏雄

旭川医科大学病院・薬剤部

佐藤 泉, 間宮 敬子, 加藤 育民, 島野 敏司

大滝 康一, 田崎 嘉一, 国沢 卓之, 岩崎 寛

(日本東洋医学雑誌 2017;68:157-164.)

中央放射線科

[学会発表]

1) モーションアーチファクト解説と対策「対策」

市立旭川病院・中央放射線科

福田 泰之

(日本放射線技術学会北海道支部学術大会第73回春季大会, 2017年4月, 札幌)

2) メディカルスタッフシンポジウム シンポジスト放射
線被爆の管理 (DRL) 血管造影室における被ばく管理

市立旭川病院・中央放射線科

三ツ井貴博

(第46回日本IVR学会総会, 2017年5月, 岡山)

3) 乳癌診療における各モダリティのガイドラインの意義
「MRI」検査

市立旭川病院・中央放射線科

福田 泰之

(苫小牧放射線技師会 平成29年度技術セミナー, 2017年7月, 苫小牧)

4) CT生検時における散乱線防護具の有用性について

市立旭川病院・中央放射線科

三ツ井貴博, 西田 純

同 放射線科

花輪 真

(第68回北海道血管造影・Interventional Radiology研究会, 2017年8月, 札幌)

5) 多発性骨髄腫のDWIBS (全身DWI) について

市立旭川病院・中央放射線科

川崎 伸一

(北海道DWIBS研究会, 2017年9月, 札幌)

6) **プログレッシブセミナー「上腹部(肝胆脾)MRIの撮像法」**

市立旭川病院・中央放射線科

福田 泰之

(第33回日本診療放射線技師学会大会, 2017年9月, 函館)

7) **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

(日本放射線技師会北海道地域学術大会, 2017年10月, 札幌)

8) **CT透視撮影における防護具による術者被ばく低減に向けた検討**

市立旭川病院・中央放射線科

岸梅あかね, 三ツ井貴博

(旭川放射線技師会会員研究発表会, 2017年11月, 旭川)

9) **放射線治療におけるマンモグラフィ用ディスポガウンの有用性の検討**

市立旭川病院・中央放射線科

對馬 弘明, 有路 智行, 西館文博, 畑中 康裕

(平成29年度旭川放射線技師会会員研究発表会, 2017年11月, 旭川)

10) **シンポジウム 被ばく低減への取り組み～DRLsの理解～**

市立旭川病院・中央放射線科

三ツ井貴博

(平成29年度旭川放射線技師会会員研究発表会, 2017年11月, 旭川)

[投稿論文]

1) **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

(北海道放射線技師会会報 2017;81-83.)

2) **心臓Late Gadolinium EnhancementにおけるGd-BT-DO3A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

(北海道放射線技術雑誌 2017;82:59-60.)

3) **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, 西館 文博

(北海道放射線技術雑誌 2017;82:75-76.)

中央検査科

[学会発表]

1) **当院における安全機能付き翼状針のよる針刺し, 切創事例の検討～エビネットとの比較～**

市立旭川病院・中央検査科

藤田 佳奈

同 ・感染対策チーム

岡本 佳裕, 中嶋 雅秀, 山本みず枝, 桐 則行

吉田 稔, 飯野あき

(第6回日本感染管理ネットワーク学会学術集会, 2017年5月, 函館)

2) **捺印標本でのFISH検査が診断に有用であったMALTリンパ腫の1例**

市立旭川病院・中央検査科

勝見 友則, 越高 正広, 八重樫 直

同 ・内科

幸村 近, 柿木 康孝

(第18回日本検査血液学会学術集会, 2017年7月, 札幌)

3) **心尖部肥大型心筋症 (APH) におけるストレインパターンの検討**

市立旭川病院・中央検査科

湊 舞, 金光 綾香, 三浦 美里, 山田 和明

道下 英里, 長瀬 雅彦

同 ・内科

幸村 近, 石井 良直

(第65回日本心臓病学会学術集会, 2017年9月, 大阪)

4) **AFIでのフォローアップが有用と考えられた心アミロイドシスの1例**

市立旭川病院・中央検査科

三浦 美里, 湊 舞, 金光 綾香, 山田 和明

道下 英里, 長瀬 雅彦

同 ・内科

幸村 近, 菅野 貴康, 石井 良直

(第53回旭川心エコー勉強会, 2017年10月, 旭川)

5) **菌血症を伴ったMycobacteriummageritenseによるペースメーカー感染の1例**

市立旭川病院・中央検査科

藤田 佳奈, 木元 宏弥, 中川 正彦, 武田 晃典

(平成29年度日臨技 北日本支部医学検査学会 (第6回), 2017年10月, 秋田)

6) **当院におけるFISH検査の実施状況と有用性**

市立旭川病院・中央検査科

相馬 史典, 勝見 友則, 武田 晃典

同 内科

幸村 近, 柿木 康孝

(第56回全国自治体病院学会, 2017年10月, 千葉)

7) ドナー型への血液型転換に時間を要しているABO主不適合骨髄移植の1例

市立旭川病院・中央検査科

旭 千佳, 高木 奈央, 木元 宏弥

同 内科

柿木 康孝

(第61回日本輸血・細胞治療学会北海道支部例会, 2017年11月, 札幌)

8) 心アミロイドーシスにおけるAFI経過が有用と考えられた1例

市立旭川病院・中央検査科

三浦 美里, 湊 舞, 金光 綾香, 山田 和明

道下 英里, 長瀬 雅彦

同 内科

幸村 近, 菅野 貴康, 石井 良直

(日本超音波医学会第47回北海道地方会学術集会, 2017年12月, 札幌)

リハビリテーション科

[学会発表]

1) 直腸がん術後に、経過の中で著明な筋力低下を来し、長期のリハビリテーションを要した1症例

市立旭川病院・リハビリテーション科

阿部 慎一

(平成29年度道北地区第1回がんリハビリテーション部門研究会, 2017年9月, 旭川)

2) 化学療法・放射線療法の合併症とリスク管理骨転移患者への対応

市立旭川病院・リハビリテーション科

阿部 慎一

(第1回旭川がんのリハビリテーション研修会, 2017年11月, 旭川)

3) 運動療法にまつわるウソホント

市立旭川病院・リハビリテーション科

濱岸 弦生

(平成29年度市立旭川病院糖尿病について考える会, 2017年11月, 旭川)

4) 各病院の施設紹介～現状と課題～

市立旭川病院・リハビリテーション科

阿部 慎一

(平成29年度道北地区第2回がんリハビリテーション部門研修会, 2017年12月, 旭川)

臨床器材料

[学会発表]

1) ペースメーカー患者における身体活動量の低下に及ぼす因子について

市立旭川病院・臨床工学室

堂野 隆史, 磯 雅, 佐藤 勇也, 田中 義範

山口 和也, 澤崎 史明, 米坂 直子, 窪田 将司

河田 修一, 鷹橋 浩

(第27回日本臨床工学会, 2017年5月, 青森)

2) IVUS画像における血流エコー領域描出の試み

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26回心血管インターベンション治療学会, 2017年7月, 京都)

3) IVUS血球エコーの重要性を再認識した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

(第26回日本心血管インターベンション治療学会, 2017年7月, 京都)

4) 人工心肺の基礎

市立旭川病院・臨床工学室

窪田 将司

(予防医学研究会, 2017年7月, 名古屋)

5) Co-Medical Symposium「興味深い症例を聞いてみよう part3」

市立旭川病院・臨床工学室

山口 和也

(SAPPORO LIVE DEMONSTRATION COURSE 2017, 2017年9月, 札幌)

6) 胸腹部大動脈症例における人工心肺時間短縮への取り組みと臓器灌流

市立旭川病院・臨床工学室

窪田 将司, 佐藤 勇也, 磯 雅, 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

村上 達哉

(第43回日本体外循環医学会学術大会, 2017年10月, 札幌)

7) PC-CAPTENデータ出力ツールを使用したJaSECT体外循環症例登録

市立旭川病院・臨床工学室

窪田 将司, 佐藤 勇也, 磯 雅, 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

村上 達哉

藤田保健衛生大学・医療科学部

亀井 哲也, 日比谷 信

(第43回日本体外循環医学会学術大会, 2017年10月, 札幌)

8) Automated data extract from commercial digitized perfusion recording system for the JaSECT perfusion registry.

市立旭川病院・臨床工学室

窪田 将司

藤田保健衛生大学・医療科学部

日比谷 信, 亀井 哲也

自治医科大学附属さいたま医療センター・臨床工学部

百瀬 直樹

大阪大学医学部付属病院・臨床工学部

吉田 清

(AmSECT Quality and Outcomes 2017, 2017年10月, ポートランド)

9) 当院透析室における感染管理の変遷

市立旭川病院・臨床工学室

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

(第56回全国自治体病院学会, 2017年10月, 千葉)

10) 分岐部病変に対する高速プルバックIVUSの有用性

市立旭川病院・臨床工学室

田中 義範, 佐藤 勇也, 磯 雅, 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45回日本心血管インターベンション治療学会北海道地方会, 2017年10月, 札幌)

11) I-HDFの効果ー血圧低下防止効果の検討ー

市立旭川病院・臨床工学室

磯 雅, 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

(道北臨床工学会学術セミナー, 2017年10月, 旭川)

12) CPR assist (日本光電社製)を用いた心カテ室における胸骨圧迫の評価

市立旭川病院・臨床工学室

磯 雅, 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28回北海道臨床工学技士会, 2017年11月, 札幌)

13) 超音波画像診断装置VISICUBEおよび超音波診断カテテルAltaViewの使用経験

市立旭川病院・臨床工学室

佐藤 勇也, 磯 雅, 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28回北海道臨床工学技士会, 2017年11月, 札幌)

14) 電気自動車充電設備が家庭に設置してある新規ペースメーカー植込み患者の対応

市立旭川病院・臨床工学室

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

(第28回北海道臨床工学会, 2017年11月, 札幌)

[投稿論文]

1) 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

(北海道臨床工学技士会誌 2017;27:14-15.)

2) 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

(北海道臨床工学会会誌2017.9.30号 2017;34-36.)

3) 2つのAKI予測スコアシートの比較検討

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

(Jasect北海道 2017;15:34-39.)

4) 気泡型人工肺の構造とガス交換原理を教えてください
気泡型人工肺での残留酸素ガスの排除法について教えてください

膜型人工肺の膜の種類と特徴について教えてください
均質膜・多孔質膜型人工肺ガス交換の原理を教えてください

市立旭川病院・臨床工学室

窪田 將司
(新ME早わかりQ&A 人工心肺・補助循環装置 南
江堂 2017;27-32.)

看護部
[学会発表]

- 1) 洗浄消毒後の内視鏡の清浄度調査とその効果について
市立旭川病院・医療安全管理課・感染対策
桐 則行
(第32回日本環境感染学会学術集会, 2017年2月, 神戸)
- 2) 造血幹細胞移植患者の移植前後における思いの聞き取り調査
市立旭川病院・西病棟7階
須田枝里香, 新城由紀子, 井上理香子, 坪崎 春美
(第39回日本造血幹細胞移植学会総会, 2017年3月, 松江)
- 3) Critical-Care Pain Observation Toolによる気管挿管患者の疼痛評価
市立旭川病院・ICU
近江谷裕子, 田上 恵子
同 ・西病棟6階
服部 恵美
(第44回日本集中治療医学会学術集会, 2017年3月, 札幌)
- 4) どうする? 高齢者糖尿病のインスリン自己注射支援
市立旭川病院・第1外来
増田 千絵
(高齢者糖尿病治療におけるインスリン製剤を考える会, 2017年3月, 旭川)
- 5) お宅の病院どうしてますか? 患者共有物品の管理
市立旭川病院・医療安全管理課・感染対策
桐 則行
(旭川感染管理ネットワーク研修会, 2017年4月, 旭川)
- 6) (大会長講演) 次代をつくるICN~シームレスな感染管理を目指して~
市立旭川病院・医療安全管理課・感染対策
桐 則行
(第6回日本感染管理ネットワーク学会学術集会, 2017年5月, 函館)
- 7) ストーマ造設患者に対し退院後訪問指導をおこなった1例
市立旭川病院・東病棟5階
菅原あゆみ
同 ・看護専門外来
大崎希世子

(第26回日本創傷・オストミー・失禁管理学会学術集会, 2017年6月, 千葉)

- 8) あなたは入退院を繰り返す患者さんをどう思いますか?

市立旭川病院・第1外来

増田 千絵

(旭川糖尿病ネットワーク2017, 2017年6月, 旭川)

- 9) セルフケア支援

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, 2017年6月, 札幌)

- 10) 病院から在宅へ 高齢者の安全を考える

市立旭川病院・医療安全管理課・感染対策

桐 則行

(第29年度看護管理者懇談会(看護協会), 2017年8月, 旭川)

- 11) 糖尿病患者の自己決定支援~高齢者~

市立旭川病院・第1外来

増田 千絵

(第6回旭川糖尿病看護研究会, 2017年8月, 旭川)

- 12) 高齢者に有用な下肢リンパ浮腫ケア

~マジックベルト付き弾性着衣による圧迫療法~

市立旭川病院・西病棟6階

外川 仁美

同 ・緩和ケア外来

中村 浩美

同 ・リハビリテーション科

松野 弘実

同 ・内科

垂石 正樹

(第48回日本看護学会慢性期看護学術集会, 2017年8月, 神戸)

- 13) 糖尿病と生活習慣

市立旭川病院・第1外来

増田 千絵

(市立旭川病院出張健康講座, 2017年9月, 旭川)

- 14) 感染管理組織と感染症法

市立旭川病院・医療安全管理課・感染対策

桐 則行

(現場で生かせる感染管理研修会(看護協会), 2017年9月, 旭川)

- 15) キーパーソンとしての姉の揺らぐ気持ちを支えたケア

市立旭川病院・西病棟6階

外川 仁美

同 ・緩和ケア外来

中村 浩美

(第41回日本死の臨床研究会年次大会, 2017年10月,

秋田)

16) 糖質のウソホント

市立旭川病院・第1外来

増田 千絵

(第5回生活習慣病研究会京のひろば, 2017年10月, 札幌)

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

市立旭川病院・東病棟5階

荻 真里枝・深川かおり

(第56回全国自治体病院学会, 2017年10月, 千葉)

18) 「母親のインフルエンザ予防行動に影響する要因」

市立旭川病院・第1外来

横山 絹恵, 新名 絵美

(第56回全国自治体病院学会, 2017年10月, 千葉)

19) 施設内感染症予防対策の構築に向けて～感染症予防対策
マニュアルの作成について～

市立旭川病院・医療安全管理課・感染対策

桐 則行

(平成29年度感染症予防対策研修会, 2017年10月, 旭川)

20) KYT教育の方向性

市立旭川病院・手術室

中島 祥子, 伊藤 舞子, 嶋澤 隆博, 原井 絵里
飯野ちあき

(第31回日本手術看護学会年次大会, 2017年11月, 大阪)

21) 隠れ飲食が糖尿病患者のこころと身体にもたらす影響

市立旭川病院・第1外来

増田 千絵

(第51回日本糖尿病学会北海道地方会, 2017年11月, 札幌)

22) 真相解明 糖尿病生活の事実

市立旭川病院・第1外来

増田 千絵

(平成29年度市立旭川病院糖尿病について考える会, 2017年11月, 旭川)

23) エキスパートナースによる下肢救済の実践と課題
糖尿病をもつ人の足を守るために大切なこと

市立旭川病院・第1外来

増田 千絵

(第13回日本下肢救済足病学会北海道地方会, 2017年11月, 札幌)

[投稿論文]

1) 次代をつくるICN～シームレスな感染管理を目指して～

市立旭川病院・医療安全管理課・感染対策

桐 則行

(日本感染管理ネットワーク会誌 2016;14:3.)

栄養給食科

[学会発表]

1) 腎臓にやさしい食事

市立旭川病院・栄養給食科

宮松 幸佳

(第15回日韓糖尿病性腎症研究会旭川市民公開講座, 2017年3月, 旭川)

2) そのウワサ, 解決します! 食事編

市立旭川病院・栄養給食科

上田奈保子

(平成29年度 糖尿病について考える会, 2017年11月, 旭川)

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

文献の書き方は次の形式による。

- 1) 記載順序は、引用順とし本文に引用した箇所の右肩に1, 2)のように番号を付し、本文の末に一括して掲げ1) 2)とする。
- 2) 雑誌は著者名、論文名、雑誌名、年号（西暦）、巻数、頁数の順で記載する。欧文雑誌名は「Index medicus」、邦文誌は「医学中央雑誌」の省略名に準拠する。省略名にピリオドを打たない。筆者名は3名までとし、それ以上は「ほか」または「et al」とする。欧文著者はカンマ、ピリオドを打たない。
「例」糸島達也、田中良治、安東正晴、ほか：電子スコープ周辺機器としての画像処理装置。日本臨床1987;45:1174-1179.
Gallagher JJ et al : The preexcitation syndrome. Prog Cardiovasc Dis 1978;20:285-289.
- 3) 単行本の場合は和書、洋書とも著者名、題名、編集者、発行地名、発行所名、版数、発行年号（西暦）、巻数、頁数の順で記載する。
「例」Weinstein L, Swartz MN. Pathologic properties of invading microorganisms. In : Sodeman WA Jr, Sodeman WA, editors. Pathologic physiology : mechanisms of disease. Philadelphia : Saunders. 1974:457-472.
- 4) 電子媒体からの引用については 引用日期,URLを記載する。
「例」PubMed Tutorial 引用日期[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50巻完成に当たりまして、多くの論文、報告を投稿頂きありがとうございました。投稿頂きました研修医、医局医師、看護部をはじめとするメディカルスタッフの皆様、また、御多忙にも関わらず査読を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、毎年メディカルエッセイの寄稿を頂いております、当院先輩医師、前川 勲先生にも心からお礼申し上げます。

本号では3編の症例報告（1編は症例研究）、訪問看護に関する1編の研究論文の他、各種研究会、発表会の報告が掲載されており、当院における、2017-18年の学術活動の集大成が綴られており、読み応えがある内容となっています。

毎年記載させて頂いておりますが、市立旭川病院の職員全員が毎日の仕事を単なる生活の糧やルーチンワークとして扱わず、高い意識を持って日常の仕事を遂行して下さい。患者さん一人一人に対して優しく接し、大切にしながら、仕事を行うことで、必ず問題意識が芽生えるはずです。その問題点を個人だけではなく、回りのスタッフとの共通の問題点となるよう働きかけて下さい。そのような環境が構築されれば、必然的に研究課題が生まれてきます。そしてそれをまとめて発表、論文化しましょう。問題意識を持ったスタッフ同士でdiscussionすることで、仲間との連帯感も強化され、ますます質の高い医療・看護の実践が可能となるでしょう。医師の皆さんは、珍しい症例を見逃すこと無く診療に励んで頂きたい。後で振り返ると珍しく貴重な症例が検査等の不備により、発表することができない、ということが無いよう、日頃から1例1例を大切に、そして細やかに診ていきましょう。全ての医療スタッフが、最低でも一年に1回は学会発表を行い、学会発表したものを論文化する。これを目標とし、継続して行えれば、当院は医学・看護学の優れた発信基地として、市民をはじめとして、周囲の基幹病院からも圧倒的な信頼、尊敬を勝ち取ることが出来るものと確信します。

患者さん、市内の他の基幹病院からの尊敬の念を抱かせる環境が整えば、職員一人一人にも心からの笑顔が生まれ、病院全体が一層生き生きとした活気、輝きが生まれると思います。活気があり職員一人一人が輝いている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、心からの笑顔で患者さんに真剣に接し、その中で学問を行う意識を職員全員が持つことが、本院の立て直しの起爆剤の一つとなると強く考えます。

小さな研究、症例報告でも結構です。来年の市立病院誌が、本年よりも多くの論文が投稿され、我々編集委員が、掲載論文を選択・査読するのに苦労する日が来ることを願っております。

2018年12月

教育研修課長 齊藤 裕輔

旭川市立病院医誌

編集委員長	齊藤 裕輔 先生	副院長	編集協力委員	栗屋 敏雄	薬剤科
編集委員	武井 明 先生	精神科		武田 晃典	中央検査科
	佐藤 公輝 先生	耳鼻咽喉科		大野 肇	中央放射線科
	福永 亮朗 先生	外科		太田 智美	看護部
	古川 卓朗 先生	小児科	事務局	尾藤 真紀	教育研修課
	菅野 貴康 先生	内科		佐々木史義	
	助川 隆士 先生	内科		清水るりこ	
	鈴木 聡 先生	内科			
	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50巻1号〕

平成30年12月28日 印刷
平成30年12月28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9条通7丁目左2号

植平印刷株式会社