

旭川市立病院医誌

第51巻1号

令和元年12月発行

ISSN 0287-024X



市立旭川病院
Asahikawa City Hospital

【臨床研究】

当院呼吸器内科における平成 28 年度の肺炎入院症例の検討

呼吸器内科 市川 貴也

当院における完全鏡視下幽門側胃切除術の短期成績

外科 阿部 紘丈

【症例報告】

プレドニン+セファランチンの静脈内投与が有効であった

超高齢者 ITP（特発性血小板減少性紫斑病）の 1 例

修彰会 沼崎病院 前川 勲

【看護研究】

患者からの暴力防止に向けた対応方法の獲得

～ディエスカレーション技法を映像化し、自作 DVD を使用した試み

看護部 小川 諒

【2018 年旭川市医師会賞受賞業績要旨】

早期大腸癌の診断と治療に関する研究

消化器内科 斉藤 裕輔

【報告】

新しい水晶体の被ばく線量限度について

中央放射線科 大野 肇

【臨床病理検討会】

【教育研修報告】

旭市病誌

旭川市立病院医誌51巻1号

令和元年12月発行

目 次

【臨床研究】

当院呼吸器内科における平成28年度の肺炎入院症例の検討……………呼吸器内科 市川 貴也 …………… 1

当院における完全鏡視下幽門側胃切除術の短期成績……………外科 阿部 紘丈 …………… 7

【症例報告】

プレドニン＋セファランチンの静脈内投与が有効であった超高齢者ITP
(特発性血小板減少性紫斑病) の1例……………修彰会 沼崎病院 前川 勲 …………… 11

【看護研究】

患者からの暴力防止に向けた対応方法の獲得
～ディエスカレーション技法を映像化し、自作DVDを使用した試み……………看護部 小川 諒 …………… 15

【2018年旭川市医師会賞受賞業績要旨】

早期大腸癌の診断と治療に関する研究……………消化器内科 斉藤 裕輔 …………… 19

【報告】

新しい水晶体の被ばく線量限度について……………中央放射線科 大野 肇 …………… 23

【臨床病理検討会】

第1回 平成30年6月25日……………外科 市川 貴也 …………… 27

第2回 平成30年7月17日……………内科 森 香苗 …………… 28

第3回 平成30年10月11日……………内科 森 海人 …………… 30

第4回 平成30年11月20日……………小児科 上田 麻衣 …………… 31

第5回 平成31年3月5日……………内科 中條 太郎 …………… 33

【教育研修報告】

第25回日本精神科看護専門学術集会に参加して……………看護部 長田 勇樹 …………… 35

TOPIC2018に参加して……………臨床器材科 田中 義範 …………… 36

第41回日本造血細胞移植学会総会に参加して……………	看護部	前田 早紀 ……	37
第28回日本乳癌検診学会学術総会に参加して……………	中央放射線科	古谷 聡美 ……	38
CCT2018に参加して……………	臨床器材科	山口 和也 ……	39
第44回日本体外循環技術医学会大会に参加して……………	臨床器材科	佐藤 勇也 ……	40
第46回日本集中治療医学会に参加して……………	リハビリテーション科	黒澤 響平 ……	40
第57回全国自治体病院学会に参加して……………	看護部	池田 覚美 ……	41
第57回全国自治体病院学会に参加して……………	看護部	渡邊 光 ……	42
第57回全国自治体病院学会に参加して……………	薬剤科	鈴木 夢平 ……	43
第57回全国自治体病院学会に参加して……………	中央検査科	藤田 佳奈 ……	43
第57回全国自治体病院学会に参加して……………	臨床器材科	堂野 隆史 ……	44

【ICBMセミナー～臨床研究検討会～】

眼外傷……………	眼科	菅野 晴美 ……	45
薬剤関連性顎骨壊死……………	歯科口腔外科	柴山 尚大 ……	45
左室下壁仮性瘤に対するパッチ閉鎖術の1例……………	胸部外科	庭野 陽樹 ……	46
意識障害を伴う高Ca血症クリーゼを呈した 原発性副甲状腺機能亢進症の1例……………	代謝内科	永島 優樹 ……	46
生物学製剤による乾癬治療……………	皮膚科	坂井 博之 ……	47
大腸内視鏡的粘膜下層剥離術（ESD）におけるリドカイン粘膜下局注 の有用性……………	消化器内科	小林 裕 ……	47
ミトコンドリアミステリー……………	小児科	阿部 二郎 ……	47
気管切開カニューレの使い分け……………	耳鼻咽喉科	安川真一郎 ……	48
自殺関連行動で入院した青年期患者の長期経過……………	精神神経科	富岡 健 ……	48
NPPVガイドライン第Ⅱ版……………	麻酔科	大沼 淳 ……	48
当院における腎移植の総括……………	泌尿器科	田邊 起 ……	49
周産期感染症－GBS－……………	産婦人科	早坂 美紗 ……	49
当科におけるびまん性大細胞型B細胞性リンパ腫（DLBCL）の 後方視的検討……………	血液内科	下埜 城嗣 ……	50
HCCに対する経カテーテル治療で残るのはTAAだけ？ TAA;transarterial ablation……………	放射線科	花輪 真 ……	50
当院呼吸器内科における平成28年度の肺炎入院症例の検討……………	呼吸器内科	市川 貴也 ……	50
当院における腹腔鏡下鼠径ヘルニア根治術（TAPP）での Lap ProGrip導入と手術成績……………	外科	窪田 武哲 ……	50
放射線治療とペースメーカー－ガイドラインより－……………	放射線治療科	川島 和之 ……	51

心不全を契機として診断に至った心アミロイドーシス症例の

臨床像の検討	循環器内科	浅野 晃	51
君たちはどう逝くのか～ advance care planning	総合内科	鈴木 聡	52

【看護研究発表会記録】

小児の付き添い家族の入院環境に関する当院の実態調査と課題	西 5 階	小川 恵美	53
当病棟における退院支援のあり方を考える			
～昨年度の患者満足度の研究結果を通して～	東 7 階	佐々木彩花	53
安全な歩行入室を目指して～手術室看護師の情報収集への意識調査～	手術室	阿内 香里	54
酸素投与患者の耳介褥瘡予防への取り組み			
～褥瘡発生要因とアンダーラップ使用状況の調査～	西 4 階	小林 舞	54
慢性湿疹患者のスキンケアの自立をめざして	東 5 階	白橋 安奈	55
強度行動障害がみられる自閉症患者に対するハンドマッサージの効果			
～自傷他害行為の頻度から検証する～	北 第 2	辻澤 莉穂	55
若年妊婦の妊娠期におけるケアの振り返り	東 3 階	有野 美香	56
患者からの暴力防止に向けた対応方法の獲得			
～ディエスカレーション技法を映像化し、自作DVDを使用した試み～	北 第 1	小川 諒	57
長時間安静を強いられる患者に対する音楽療法の有用性	C C U	佐々木彩華	57
高齢者の周術期患者の術後早期離床に向けた取り組み			
～リハビリパンフレットを用いて～	西 6 階	佐藤 礼菜	58
化学療法を受ける患者が望む食事指導の検証	西 7 階	前田 早紀	58
鎮静下内視鏡検査を受けた患者の安全な帰宅に向けての取り組み			
～新規覚醒評価スコアを用いて～	外 来	山野 祐里	59

【がん診療連携拠点病院関連研修会】	61
-------------------	----

【平成30年度各科学会発表ならびに投稿論文】	63
------------------------	----

【Medical Essay】	6, 10, 14, 18, 22, 60, 62, 83
-----------------	-------------------------------

【編集後記】

臨床研究

当院呼吸器内科における 平成28年度の肺炎入院症例の検討*

呼吸器内科 市川 貴也** 大塚 慎也
岩崎 愛美 五十嵐 将
富岡 健 柴田 進
谷野 洋子 岡本 佳裕
福居 嘉信

【要 旨】 平成28年度に当院呼吸器内科に肺炎で入院した136症例の臨床的特徴を検討した。市中肺炎は113例、誤嚥性肺炎はいずれも71歳以上で32例だった。原因菌はK.pneumoniaeが最も多く、一般的に起因菌として重要であるS.pneumoniaeの検出率は低かった。これは尿中肺炎球菌抗原の検査実施率が低かったためと考えられる。治療薬はABPC/SBTの使用率が高く、奏効率は87.5%であった。誤嚥性肺炎の割合や全体の死亡率など一部の項目において、当院での前回（平成19年度）の調査結果と異なっており、当科の人事的な事情が関係していると考察される。

はじめに

超高齢社会の到来に伴い、本邦において肺炎患者は増加の一途をたどっている。肺炎の死因順位は、平成23年から平成28年にかけては悪性新生物、心疾患に次ぐ第3位であり、死因統計のルールが変更された平成29年では第5位であった¹⁾。死亡者数は、平成28年が約11万9千人、平成29年が約9万7千人と、一見大幅に減少したかのように見えるが、これは平成29年から原因選択ルールが明確化されたためであり¹⁾、今後さらに高齢化が進むにつれ、死亡者数の増加が予想される。

肺炎診療のガイドラインは、肺炎の病型ごとに『成人市中肺炎診療ガイドライン』、『成人院内肺炎診療ガ

イドライン』、『医療・介護関連肺炎診療ガイドライン』と3つのガイドラインが作られていた^{2,3,4)}。本報告においても、当時これらのガイドラインに基づいて診断を行ったが、平成29年にはそれらのガイドラインを1つにまとめた『成人肺炎診療ガイドライン2017』が発行された⁵⁾。

今回われわれは、当院呼吸器内科における平成28年度の肺炎入院の傾向を、患者数、原因菌、使用した抗菌薬、重症度や死亡率等、様々な角度で分析し、当科における肺炎患者の特徴を検討した。

対 象

平成28年4月1日から平成29年3月31日までに、当院呼吸器内科に肺炎の診断で入院した患者136人を対象とした。

方 法

対象について、レトロスペクティブに検討した。肺炎の診断は『成人市中肺炎診療ガイドライン』『医療・介護関連肺炎診療ガイドライン』『成人肺炎診療ガイドラ

* : Clinical features of patients with pneumonia admitted to the division of respiratory medicine at Asahikawa City Hospital from April 2016 to March 2017.

** : Takaya ICHIKAWA, et al.

Key words : 肺炎, 入院, 原因菌,
治療薬, 死亡率

イン2017』に基づいて行った。

原因菌は、原則3回の喀痰培養、一部の症例に関しては尿中肺炎球菌抗原・尿中レジオネラ抗原・血清マイコプラズマIgM抗体検査を実施した。

重症度については、市中肺炎、院内肺炎、医療・介護関連肺炎のいずれにおいてもA-DROP方式を用いて重症度評価をした。

本検討では、自宅からの入院を市中肺炎、施設入居者の肺炎を施設発症肺炎、当院他科または他院入院中に発症した肺炎を院内肺炎と定義した。また、上記の分類とは別に、医療従事者が嚥下障害または誤嚥を確認した症例に生じた肺炎を誤嚥性肺炎と定めた。

結 果

本検討期間に、肺炎のために当科に入院した患者は136人（男性86人、女性50人）であり、これは平成28年度に当科に入院した患者366人のうち37.2%を占め、肺癌で入院した患者104人（28.4%）を上回り、当科において最も多い入院理由であった。肺炎入院患者の年齢の中央値は76歳、平均値は75.7歳（男性 75.2歳、女

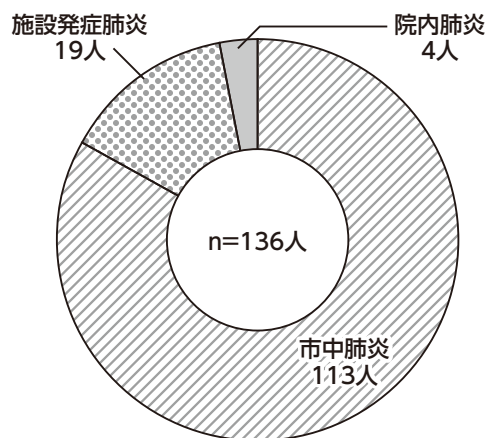


図1 肺炎の分類

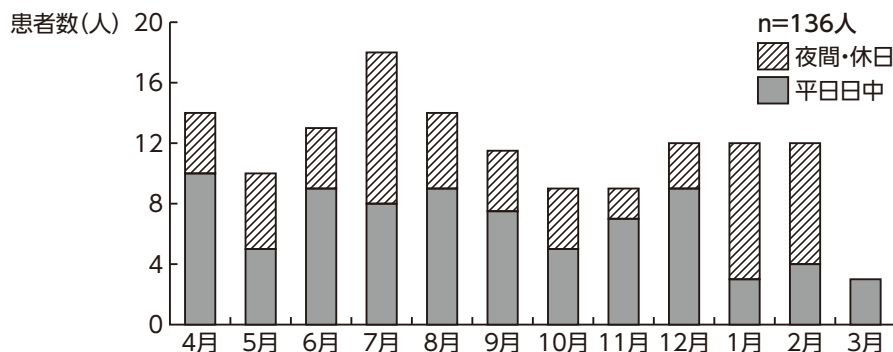


図2 月別・時間帯別の入院した患者数

性76.3歳）で、範囲は18歳から100歳までであった。

肺炎入院の内訳は、市中肺炎113人、施設発症肺炎19人、院内肺炎4人であった（図1）。肺炎患者の入院時期を月別でみると、7月が18人と最も多く、最も少なかったのは3月の3人であった（図2）。肺炎による入院の41.9%（57人）が、夜間・休日の入院であった。その内、市中肺炎113人では、夜間・休日の入院が36.8%（42人）であり、施設発症肺炎19人では、夜間・休日の入院が73.7%（14人）であった。

誤嚥性肺炎は32人（男性21人、女性11人）おり、発症年齢は71歳から94歳であった。65歳以上を高齢者と定義すると、高齢者肺炎の26.4%（32/121）は誤嚥性肺炎であった（図3）。性別でみると、65歳以上の誤嚥性肺炎の割合は、男性が27.6%（21/76）、女性が24.4%（11/45）であった。

原因菌は69.8%（95人）が不明であったが、原因菌が判明した中ではK.pneumoniaeが24.4%（10人）と最多であった。2番目に多かったのはH.influenzaeが19.5%（8人）、3番目に多かったのはK.oxytocaが14.6%（8人）であった（表1）。肺炎の起病菌として重要であるS.pneumoniaeは2.9%（4人）にとどまった。

治療は、2日以内に他院へ転院となった2人を除外して、全体の71.6%（96/134）がアンピシリン／スルバクタムナトリウム（ABPC/SBT）単独で治療されており、同薬のみで軽快したのは87.5%（84/96）であった。次に多い初回治療薬はセフトリアキソン（CTRX）の14人（10.4%）で、そのうち同薬のみで軽快したのは85.7%（12/14）であった（図4）。市中肺炎に限っても、ABPC/SBT単独のみで89.5%（68/76）が軽快していた。

その他の初回治療としてはメロペネム6人、ドリペネム5人、レボフロキサシン4人、タゾバクタム・ピペラシリンナトリウム3人、シタフロキサシン2人、メロペネム+アジスロマイシン1人、アンピシリン／スル

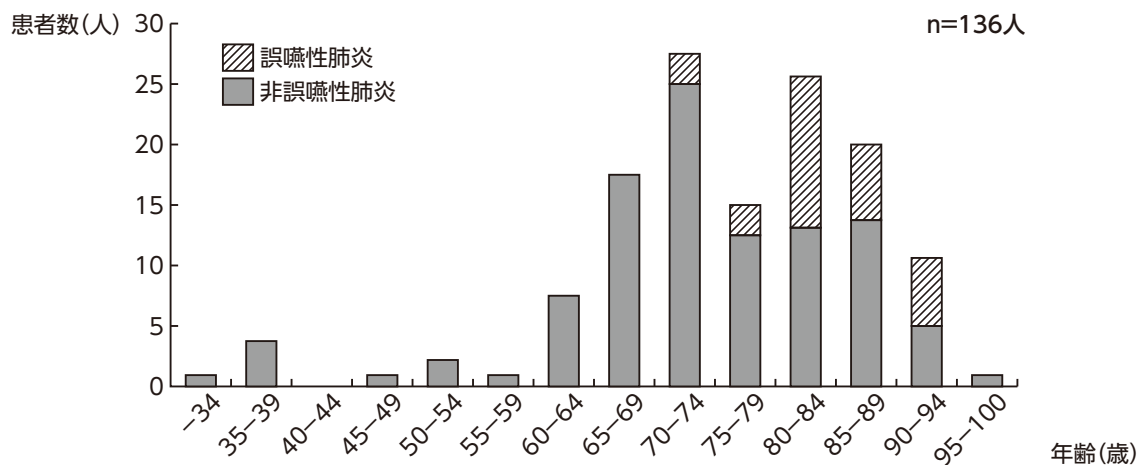


図3 年齢別にみた誤嚥性肺炎・非誤嚥性肺炎

表1 肺炎の原因菌

原因菌	割合	人数
K.pneumoniae	7.4%	10人
H.influenzae	5.9%	8人
K.oxytoca	4.4%	6人
P.aeruginosa	3.7%	5人
S.pneumoniae	2.9%	4人
E.coli	1.5%	2人
その他	14.6%	6人
不明	70.0%	95人
合計		136人

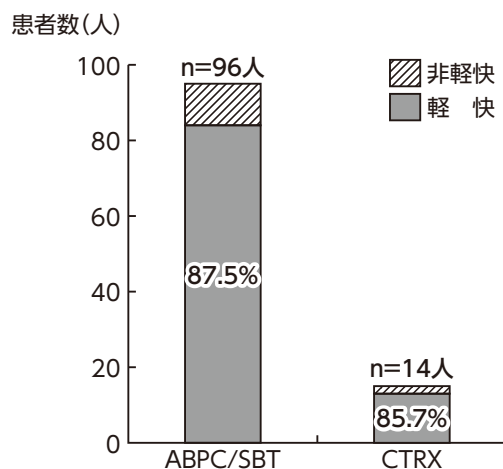


図4 初回選択した抗菌薬の使用数と奏効率

バクタムナトリウム+アジスロマイシン1人, アンピシリン/スルバクタムナトリウム+クラリスロマイシン1人であった。

入院期間の平均値は24.5日, 中央値は17日で, 範囲は1日から81日までであった。7日以内が7人, 8-14日が51人, 15-21日が28人, 22-28日が10人, 29-35日が12人, 36-42日が5人, 43-49日が5人, 50-56日が3人, 57日以上が15人であった (図5)。

転帰は, 軽快72.8% (99人), 転科6.6% (9人), 転院16.9% (23人), 不変1.5% (2人), 死亡2.2% (3人)であった (表2)。転科先の内訳は, 消化器内科が3人, 循環器内科が2人, 泌尿器科が2人, 血液内科が1人, 胸部外科が1人で, 転科理由はいずれも各診療科の原疾患治療 (当科入院中に発症したものを含む) のためであった。死亡した3人に関しては, 施設発症肺炎や院

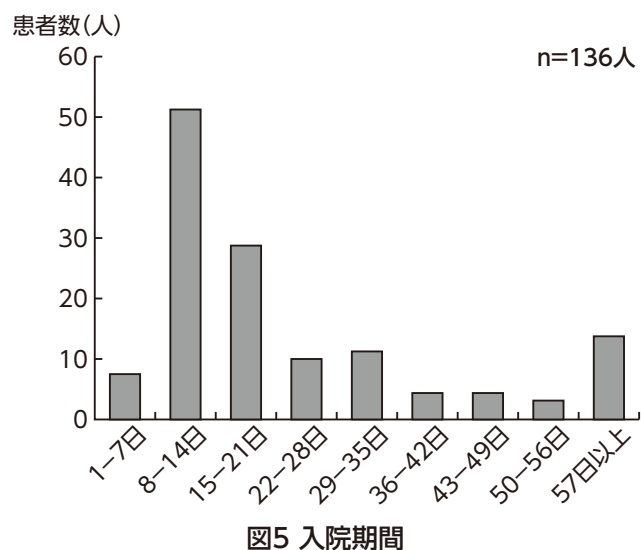


図5 入院期間

表2 入院患者の転帰

転 帰	割 合	人 数
軽 快	72.8%	99人
転 科	6.6%	9人
転 院	16.9%	23人
不 変	1.5%	2人
死 亡	2.2%	3人
合 計		136人

表3 肺炎の重症度と死亡率

A-DROP	患者数	死亡者数	死亡率(%)
0	20	0	0
1	51	0	0
2	43	2	4.7
3	19	1	5.3
4	2	0	0
5	1	0	0
合 計	136	3	2.2

内肺炎の死亡例はなく、全例が市中肺炎の死亡であった。成人市中肺炎診断ガイドラインが提唱する重症度（A-DROPシステム）で分類してみると、A-DROP 1点以下は死亡例がなく、2点では死亡率4.7%（2/43）、3点では5.3%（1/19）であった（表3）。4点以上は患者数が3人のみで、死亡例はなかった。年齢別でみると、69歳以下では死亡症例がなかったのに対し、70歳以上では死亡率が2.9%（3/102）、80歳以上では3.3%（2/60）であった。性別でみると、男性全体の死亡率

が2.3%（2/86）、女性全体の死亡率は2%（1/50）であった。死亡患者の肺炎の原因菌については緑膿菌1人、不明2人であった。

考 察

肺炎は一般に、病院外で日常生活をしている人に発症した市中肺炎、入院後48時間以上経過した患者に新たに発症した院内肺炎、医療ケアや介護を受けている人に発症した医療・介護関連肺炎、などに分類される⁵⁾。

また、近年では高齢化に伴い、誤嚥性肺炎の重要性が増しており、平成29年度には死因統計のルール変更により死亡原因として「誤嚥性肺炎」が「肺炎」とは別個に設けられた¹⁾。今回われわれは、平成28年度における当科での肺炎の特徴を検討すべく、1年間の肺炎入院症例を調査し、以前当科にて調査した平成19年度のデータや他院の報告と比較した。

本報告にて分析した項目（以下、平成28年度）は、概ね当院平成19年度調査⁶⁾（以下、平成19年度）のものを踏襲しており、北海道勤医協中央病院の報告⁷⁾を含めてそれぞれを比較したものを（表4）にまとめた。

平成28年度では平成19年度と比べて、年間の肺炎入院患者数はやや増で、患者年齢の中央値、市中肺炎や誤嚥性肺炎の割合、ABPC/SBTの使用率、入院日数の中央値には大きな違いはなかった。旭川市の老年人口割合は、平成17年度で22.4%、平成27年度で31.8%であり、この9年間における旭川市における高齢化率の変化を考慮すると、患者年齢の中央値や誤嚥性肺炎の割合に変化がなかったことはやや意外な結果といえる。

表4 各調査項目の比較

	当院(平成28年度)	当院(平成19年度)	北海道勤医協中央病院 (平成28年度)
年間の肺炎入院患者数	136人	103人	174人
患者年齢の中央値	76歳	79歳	平均値:72.4歳
市中肺炎の割合	83.8%	77.7%	ND
誤嚥性肺炎の割合	23.5%	26.2%	ND
原因微生物上位3菌種	1位 K.pneumoniae 2位 H.influenzae 3位 K.oxytoca	K.pneumoniae S.pneumoniae H.influenzae	H.influenzae S.pneumoniae S.aureus
ABPC/SBTの使用率	71.6%	72.8%	21.8%
ABPC/SBTの奏効率	87.5%	78.7%	ND
入院日数の中央値	17日	15日	9日
重症・超重症の割合	16.2%	30.7%	ND
肺炎患者の死亡率	2.2%	9.7%	ND

ND:no data

65歳以上に限定した誤嚥性肺炎の割合で見ると、平成19年度で32.5%、平成28年度では26.4%であり、むしろ減少しているように見受けられる。このような傾向が他施設でも認められるのかどうかは、われわれが検索した限り近年の国内調査の文献が見当たらないためはっきりしないが、当科のマンパワー的な事情が関与している可能性がある。平成28年度時点で当科の常勤医師数は3名であったが、そのうち1名が当年度末に退職予定、もう1名が当年度末で非常勤になる予定であったため、新規の肺炎患者の受け入れをやや制限していた。過去のカルテを参照して、平成28年度と平成19年度それぞれの肺炎入院患者における新患（当院初診の患者だけではなく、他科受診歴や単回の当科受診歴のある患者も含めた）の割合を調べたところ、平成28年度が53.7%、平成19年度が68.9%と違いがあった。また、新規の肺炎患者と当科通院中の肺炎患者で誤嚥性肺炎の割合を比較したところ、新規の肺炎患者では31.5%であるのに対して、当科通院中の肺炎患者では14.3%であった。このように、自宅から定期的に当科の外来を通院していた患者の割合が多くなったことにより、誤嚥性肺炎の割合が少なくなったと考えられる。

原因微生物上位3菌種は、1位はK.pneumoniaeで同じであったが、平成19年度で2位であったS.pneumoniaeが、今回の調査では分離率は2.9%（4人）で、5位という結果だった。この違いは、おそらく尿中肺炎球菌抗原検査を実施した患者数の違いに起因していると考えられる。平成19年度の報告では、具体的な検査対象となった患者数は明記されてないにせよ、「全例を対象とはしていないが疑わしい症例に関しては尿中肺炎球菌抗原検査を施行し」と書かれているのに対し、平成28年度では、136症例中16症例（11.8%）でしか尿中肺炎球菌抗原を調べていなかった。

16症例中、肺炎球菌抗原陽性は3例（残り1例は喀痰培養陽性）あり、陽性率は18.8%となる。これは、仮に平成19年度で全例尿中抗原検査を実施したと仮定した場合の陽性率8.7%よりも高く、今回の結果から「肺炎球菌による肺炎患者数が減少した」と結論付けることは困難であると考えられる。尿中抗原の検査実施率が低かった事は、本報告において原因菌不明が70%（平成19年度では59%）と高かった理由の一つとして挙げられるだろう。北海道勤医協中央病院との比較では、S.pneumoniaeとH.influenzaeの分離率が高い傾向は似通っているが、北海道勤医協中央病院ではS.aureusが3位（4.0%）となっており、当科の成績（平成28年度0.7%、平成19年度1.9%）と大きく異なっている。『成

人肺炎診療ガイドライン2017』によると、国内9研究、市中肺炎3,077例を対象としたメタアナリシスにおいて、原因微生物は約40%で分離され、その順位は、1位S.pneumoniae（18.8%）、2位H.influenza（7.6%）、3位S.aureus（4.2%）であった⁵⁾。この結果からは、S.aureusの分離率の低い当科の傾向が、むしろ他院の傾向とは異なるといえるだろう。

ABPC/SBTの奏効率が平成28年度のほうが9%ほど高いのは、おそらく重症・超重症患者（A-DROPスコア3点以上）の割合が低いことに関連していると考えられる。重症・超重症患者の割合が少ない理由については、前述と同様マンパワー的な事情により新規肺炎患者の入院の受け入れを制限したことが影響していると考えられる。新規の肺炎患者と当科通院中の肺炎患者で重症・超重症患者の割合を比較してみると、新規の肺炎患者では21.9%であるのに対して、当科通院中の肺炎患者では9.5%であった。また、重症・超重症患者が少ない傾向を反映してなのか、死亡率の低さも目立っている。故に、重症例が少ないことと併せて、本報告の死亡率の低下をもって当科における肺炎治療の水準が高くなったと言いがたい。なお、A-DROPスコアが4点以上の患者3人の転帰は、すべて「軽快」ではなく「転科」または「転院」であるが、いずれも肺炎がある程度改善してから転帰であり、平成28年度ではA-DROPスコア4点以上の死亡者はいなかったといえる。

当科での肺炎治療の特徴の一つとして、第一選択としてABPC/SBTを使用する頻度が高いことが挙げられる。当院では入院時に誤嚥性肺炎を強く疑う症例が多く、成人市中肺炎ガイドラインやJAID/JSC感染症治療ガイドライン－呼吸器感染症－に基づき、βラクタマーゼ阻害剤配合のペニシリン系抗菌薬であるABPC/SBTを中心として治療を開始することが多かった^{2),8)}。しかし、その選択は施設によって異なる場合があり、今回比較対象とした北海道勤医協中央病院では、第一選択薬としてCTRXを使用する頻度が高い（73.0%）。このように、高齢者の肺炎、特に誤嚥性肺炎において、第一選択薬としてABPC/SBTとCTRXのどちらを使用すべきか意見が分かれるところである。倶知安厚生病院で行われた後ろ向き調査によると、耐性菌リスクのない誤嚥性肺炎に対してABPC/SBTまたはCTRXを使用し、それぞれの患者背景を統計的に調整した上で解析したところ、有効率、死亡率、入院期間のいずれにおいても有意差を認めなかった⁹⁾。この結果からは、誤嚥性肺炎に対して

CTRXは十分選択肢となりうることが示唆され、今後も市中肺炎や誤嚥性肺炎の初期治療においていずれの抗菌薬を使用するかは議論の余地がある。

以上が、当科における平成28年度の肺炎入院患者および肺炎治療の傾向や特徴となる。調査項目を分析する限りは、概ね平成19年度の調査結果とほぼ同様であり、当科においてこの9年間、同程度の医療水準が保たれていることがわかった。しかし、前述の通り当科ではマンパワーの問題を抱えており、平成30年度現在では常勤1名、非常勤1名体制で、年間の新規肺炎患者の受け入れ数をかなり制限しているのが実状である。

高齢化率が上昇している旭川市において、高齢者の肺炎治療の重要性は日々増しており、今後の肺炎診療の取り組みは、当科のみならず当院全体で検討し、対応していく必要があるだろう。

文 献

- 1) 厚生労働省：平成29年（2017）人口動態統計月報年計（概数）の概況。
<http://www.pinkribbonfestival.jp/about/pdf/h29.pdf>
- 2) 呼吸器感染症に関するガイドライン作成委員会：成人市中肺炎診療ガイドライン 日本呼吸器学会、東京、2007.
- 3) 呼吸器感染症に関するガイドライン作成委員会：

成人院内肺炎診療ガイドライン 日本呼吸器学会、東京、2008.

- 4) 呼吸器感染症に関するガイドライン作成委員会：医療・介護関連肺炎診療ガイドライン 日本呼吸器学会、東京、2011.
- 5) 日本呼吸器学会成人肺炎診療ガイドライン2017作成委員会：成人肺炎診療ガイドライン2017 日本呼吸器学会、東京、2017.
- 6) 澁谷英子、ほか：呼吸器内科における平成19年度の肺炎入院症例の検討 旭川市立病院医誌、2009；41：1-6.
- 7) 中野亮司、ほか：当院の市中肺炎入院症例の抗菌薬投与の実態（会議録）日本内科学会雑誌、2018；107（臨時増刊）：255.
- 8) 一般社団法人日本感染症学会、公益社団法人日本化学療法学会 JAID/JSC感染症治療ガイドライン・ガイドライン作成委員会 呼吸器感染症WG：JAID/JSC感染症治療ガイドライン－呼吸器感染症－感染症学雑誌、2014；88：1-109.
- 9) 寺原史貴、ほか：誤嚥性肺炎に対するセフトリアキソンの有効性；傾向スコアを用いたスルバクタム／アンピシリンとの後方視的比較検討 医療薬学、2017；43：306-312.

Medical essay

今の自分を見つめて思うこと

夢を抱き、市立旭川病院に就職し無我夢中で働き続けています。当院の一番の魅力は、チーム看護体制を取っているため、患者様と十分な時間が共有でき看護が提供できることです。病院理念として患者様本位に看護を行うという姿勢があり、実際にベットサイドへ足を運び、時間をかけ患者様の思いや疑問や不安などを、ゆっくり聞くことができる環境にあります。またプリセプター制度が導入されており、新人時代は働く間、知識・技術だけではなく、精神面でのフォローしてもらいました。常に見守ってくれるという安心感や、いつでも相談できるという環境で、自分の看護観を確立しながら、成長していくことができたと思います。教育部門確立されており、学会、院内・院外研修に積極的に参加させてもらうことができ自己研鑽に励むことができます。様々な経験をしながら、常に成長していくことができる自分がいます。

(S.O.)

臨床研究

当院における完全鏡視下幽門側胃切除術の短期成績*

外科 阿部 紘 丈** 岡崎 遼
 山田 徹 本谷 康二
 村上 慶 洋 笹村 裕二
 武山 聡 子野日 政 昭

【要 旨】

【背景】腹腔鏡下幽門側胃切除術はすでに多くの施設で導入されており、近年では消化管再建までの手技を全て腹腔鏡下に行う完全腹腔鏡下胃切除術が標準術式となりつつある。当科では2012年4月より完全腹腔鏡下幽門側胃切除術（LDG）を導入したので、その短期成績について検討する。

【対象】2012年4月から2017年12月までに当院においてLDGを施行した87例。

【結果】症例の内訳は男性57例、女性30例。年齢の中央値は71歳5か月（40-95歳）であり、BMIの中央値は21.9(12.35-28.73)であった。臨床診断はcStage 1/2a/2b/3/4a/4bがそれぞれ65/7/12/2/0/1例であった。リンパ節郭清度はD1が9例、D1+が52例、D2が26例であった。再建方法はデルタ吻合によるBillroth I（B-I）法での再建が58例、結腸前経路でのRoux-en-Y（R-Y）再建が20例、Billroth II法での再建が9例であった。平均手術時間は241±54分であり、再建方法ごとに検討するとB-I再建が236分、R-Y再建が272分、B-II再建が202分であった。平均出血量は54.1±131.3mlであった。術後は平均2.16日で水分を開始し、3.98日目には食事を開始出来ていた。術後平均在院日数は9.07±2.84日であり、Clavien-Dindo分類Grade2以上の合併症発は3例（3.45%）に認められた。また、縫合不全は経験しなかった。

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

は じ め に

胃癌治療における幽門側胃切除術は近年低侵襲手術への流れを受け腹腔鏡やロボット支援下にて行われることが多くなった¹⁾。胃癌治療ガイドライン²⁾において

もcStage Iの胃癌に対する腹腔鏡下幽門側胃切除術は日常診療の選択肢となりうるとされている一方で、現時点ではcStage II以上の進行癌においては推奨する根拠に乏しいとされている。当院においては2012年より切除から再建までをすべて鏡視下に行う完全鏡視下幽門側胃切除術（LDG）を導入し、適応は当初cStage Iから始め徐々に拡大し現在ではcStageによる制限は設けていない。今回は当院で施行したLDGの手術成績並びに短期成績について報告する。

* : Short term outcomes of total laparoscopic distal gastrectomy for Gastric cancer.

** : Hirotake ABE, et al.

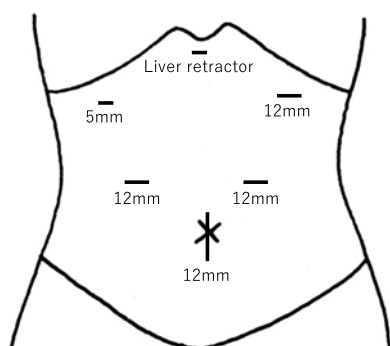
Key words : 腹腔鏡下手術, 幽門側胃切除術,
胃癌, 手術成績

対象・手術手技

2012年より2017年までに当院で施行したLDG 87症

例に対し後ろ向きに検討した。手術は全例内視鏡外科学会の技術認定医の執刀もしくは指導的助手により行われた。手術手技は5Port+心窩部からのLiver retractor挿入(図1)で行い、郭清は患者背景により

図1 ポートセッティング



D1/D1+/D2を選択した。再建についてはデルタ吻合によるBillroth I (B-I) 法を第一選択とし、残胃が小さい場合や十二指腸近傍の病変、逆流性食道炎の既往がある症例については結腸前経路でのRoux-en-Y (R-Y) 再建を選択した。また、高齢者や姑息手術症例などではBillroth II (B-II) 法での再建も考慮、選択した。

結 果

対象の患者背景は男性57例、女性30例で、年齢の中央値が71歳5ヶ月であった。術前診断はcStage I の早期胃癌が65例と大半を占めていた(表1)。手術時間240分(148-385分)、出血量20ml(0-960ml)、リンパ節の郭清個数は平均39.2個であった。また術中偶発症として自動縫合機による腸管損傷を2例(2.3%)に認めたが、いずれも腹腔鏡下にて対応可能であり、開腹移行

表1 患者背景

性別(男:女)	57:30
年齢*	71歳5ヶ月(40-95)
BMI**	21.8±3.68
ASA-PS*** (1/2/3/4)	14/66/7/0
cStage(1/2a/2b/3/4a/4b)	65/7/12/2/0/1

* 中央値(範囲)
** 平均値±標準偏差
*** American Society of Anesthesiologists Physical Status

表2 手術成績

手術時間(分)*	240(148-385)
出血量(ml)*	20(0-960)
郭清リンパ個数**	39.2±13.4
術中偶発症	2例(2.3%)
開腹移行	0例

* 中央値(範囲)
** 平均値±標準偏差

例は認めなかった(表2)。リンパ節の郭清度はD1 9例、D1+ 52例、D2 26例でありそれぞれの平均リンパ節郭清個数はD1 31.0個、D1+ 36.6個、D2 47.2個であった(表3)。

郭清度と手術時間を検討するとD1 190分、D1+ 248分、D2 227分であり(表3)、再建方法毎ではB-I 235分、R-Y 272分、B-II 188分であった(表4)。

術後短期成績は飲水開始が平均2.14日、食事開始が3.98日であり術後の平均在院日数は9.07日という結果であった。Clavien-Dindo分類(CD分類)2以上の合併症を3例(3.45%)に認めたが、縫合不全は経験しなかった(表5)。

表3 手術成績(郭清度別)

郭清度	D1	D1+	D2
症例数	9	52	26
郭清リンパ個数*	31.0±13.1	36.6±12.9	47.2±11.1
手術時間(分)**	190(148-242)	248(172-385)	227(160-330)

* 中央値(範囲)
** 平均値±標準偏差

表4 手術成績(再建方法別)

再建方法	B-I	R-Y	B-II
症例数	58	20	9
手術時間(分)*	235(160-362)	272(175-385)	188(148-316)

* 中央値(範囲)

表5 術後成績

飲水開始(日)*	2.14±0.97
食事開始(日)*	3.98±0.83
術後在院日数(日)*	9.07±2.84
手術合併症(CD分類≥2)	3例(3.45%)

* 平均値±標準偏差

考 察

早期胃癌に対する腹腔鏡下手術が日常診療の選択肢となり²⁾、日本内視鏡外科学会による第14回のアンケート調査においても胃癌に対する腹腔鏡下手術は年々増加している¹⁾。その一方で現時点では進行胃癌に対する腹腔鏡下手術の安全性や長期成績に対するエビデンスが乏しく推奨する根拠に乏しいとされている。そこで、今回当院での完全鏡視下腹腔鏡下幽門側胃切除術導入後の手術成績について後ろ向きに検討した。

患者背景としては当初cStage I の症例を適応としていたこともあり早期癌が多くなっていた。術中偶発症は2例でいずれも再建時の自動縫合機による腸管損傷であり、腹腔鏡下での修復対応が可能であった。郭清度毎の手術時間においてD1+症例の手術時間が最も長くなっていたが、これについては技術認定医以外の執刀症例が多く含まれていたことや、S状結腸癌の合併切除症例が含まれていたことなどが原因と考えられた。技術認定以外の執刀についてはKamedaらの報告³⁾によると、手術時間は長くなるもののその他の項目においては有意差を認めなかったとしており、当院でも同様の結果であった。

再建方法については生理的な再建経路であることから2002年にKanayaらによって報告されたデルタ吻合⁴⁾を基にしたB-I再建を第一選択としているが、幽門近傍の病変や残胃が小さくなる症例、逆流性食道炎の既往がある患者においては結腸前経路でのR-Y再建を選択した。B-II再建は術後長期においては残胃癌の発生など懸念される点が多く、通常の実験には含めていないが85歳以上の高齢者や進行癌での姑息手術の際などでは手術時間を短くできることや術後早期の安全性から選択肢としている。

術後成績としては導入当初には飲水開始時期を術後

3日目、食事開始を5日目としていたことからやや長い結果となったが、最近では術後1日目の水分開始、3～4日目で食事開始としている。術後平均在院日数については9.07±2.84日と良好な経過であった。CD分類2以上の合併症は3例に認めたが、縫合不全を伴わない感染2例と術後のイレウス1例のみであり国内の既報^{5,6)}と比較しても同等で安全に導入できたと考える。

お わ り に

今後は進行胃癌症例や術前化学療法症例などの困難症例も増加してくる可能性があり、慎重な症例選択が重要となるとともに、さらなる症例の蓄積と長期成績に対する検討が必要である。

文 献

- 1) 日本内視鏡外科学会：内視鏡外科手術に関するアンケート調査—第14回集計結果報告—14th Nationwide Survey of Endoscopic Surgery in Japan. 日内視鏡外会誌 2018；23：763-789.
- 2) 日本胃癌学会 編：胃癌治療ガイドライン第5版 金原出版 東京 2018
- 3) Kameda C, Watanabe M, Suehara N, et al: Safety of laparoscopic distal gastrectomy for gastric cancer when performed by trainee surgeons with little experience in performing open gastrectomy. Surgery Today 2018；48：211-216.
- 4) Kanaya S, Gomi T, Momoi H, et al: Delta-shaped anastomosis in totally laparoscopic Billroth I gastrectomy: new technique of intraabdominal gastroduodenostomy. J Am Coll Surg 2002；195：284-287.
- 5) 田中秀幸，土居浩一，緒方健一，ほか：完全腹腔鏡下幽門側胃切除術420例の術中偶発症と術後成績。癌と化療 2014；41：1473-1475.
- 6) 野村肇，細木久裕，遠藤真一郎，ほか：幽門側胃切除術における開腹手術と腹腔鏡手術の短期治療成績の検討 日臨外会誌 2014；75：12-17.

医療と AI

AI（人工知能）の医療分野への応用が進んでいます。

日本の医療現場では、来るべき超高齢化社会に向け多くの課題が存在しています。そんな中で医療に関する課題が AI で解決できるのではないかという期待がもたれており、実際に患者対応、病理・画像診断、治療などあらゆる場面での AI の活用・研究が始まっています。

医療現場に AI を取り入れるメリットについて考えてみましょう。

第一に AI による病気発見の精度向上があげられます。つまり画像診断に AI を導入することで、診断能力の向上や病気の見落としを減らすことができると期待されています。小生の専門分野である消化器内科領域でも胃癌診療に対する AI の応用はすでに始まっています。AI 内視鏡画像診断システムの導入（未承認ではありますが）による、①ピロリ菌胃炎の診断能力の向上や②早期胃癌の発見率の上昇が確認され論文報告されています。近い将来は、内視鏡 × AI が当たり前の時代がやってくるのかもしれません。

第二に AI を活用することで、医療業界全体の効率化を可能にすることも大きなメリットでしょう。近年は、一般のクリニックでも、AI がカルテの入力補助に用いられ病名や症状などの入力効率化から医療現場の業務効率が上がり始めています。また、診察現場のみならず、創薬の分野でも AI 技術の導入によって、新薬開発のスピードが進み、開発された新薬の承認のプロセスが速くなることなどが期待されています。このように、AI 技術の活用で医療業界全体の効率化がメリットとして挙げられます。

医療 × AI の身近な例を提示します。まずは診療支援システムにより患者の疾患の見落としを防ぐ事を目標とした診療支援システム「ホワイテ・ジャック」。これは自治医科大学で試験的に用いられている診療システムで、患者の情報やデータをもとに、疑われる病気を AI がリストアップして医師の診断を助けることを可能にします。またお隣韓国では、SELVAS AI 社にて、AI によってがんなどの病気の 3 年以内の発病率を予測し、健康アドバイスをしてくれるサービス「Selvy Checkup」を展開しています。

AI は医療の分野で日々研究が進められています。AI の特徴である自己学習の能力を、どのようにして医療に適用していくかはまだ課題が残されています。しかし、医療現場の多くの課題を解決する手助けとして AI を用いるメリットは大きく、医療分野に大きな革命を起こす可能性を秘めているでしょう。

(Y.I.)

症例報告

プレドニン+セファランチンの静脈内投与が有効であった 超高齢者 ITP（特発性血小板減少性紫斑病）の一例*

修彰会 沼崎病院 前 川 勲** 沼 崎 彰
市立旭川病院 血液内科 竹 村 龍

はじめに

特発性血小板減少性紫斑 (idiopathic thrombocytopenic purpura : ITP) の疫学, 特に発症頻度についての検討は, これまで少ない。平成17年度の臨床個人調査票を基にした解析では, 人口10万人に対して13.9人のITP患者が存在し, 年間の新規発生患者は人口10万人当たり2.4人である。年齢は20 ~ 40歳, 女性が男性の約3 ~ 5倍であるが, 高齢社会となっている現在では, 男女差が減り60 ~ 80歳にもピークが認められていることが報告されている^{1),2)}。

ITPの治療については, 2004年, 2014年に「治療ガイドライン」が示されている。これによれば, ビロリ菌の除菌, First line治療として副腎皮質ステロイド→摘脾, Second line治療としては免疫抑制剤・リツキサン・ダナゾールのほか, 近年開発されたトロンボポエチン受容体作動薬 (TPO-R agonist) などが挙げられている^{3),4)}。

しかし, 実地臨床で遭遇する「高齢者ITP」では, 多くの合併症や身体状況から, 必ずしもこれらのガイドラインを順守した治療選択が出来ない場合も少なくない。

今回, 我々は重度の要介護度にある91歳・超高齢者

のITPに対して表題の併用療法を施行し, 有効であった症例を経験したので報告する。

症例並びに臨床経過

症例 : 91歳, 女性。

平成25年来, アルツハイマー型認知症・高血圧・慢性心不全として市内の老人施設に入所生活を続けていた。

平成29年11月2日, 発熱があり「市立旭川病院」に緊急入院となった。肺炎 (誤嚥性) と診断され, 抗生剤投与により改善した。入院時の血液検査で高度の血小板減少と貧血が認められた。著しい出血傾向は認めなかったが, 潜血便を認め消化管出血が貧血の原因と推定された。

臨床経過・血液学的所見からITPと診断された。骨髓穿刺検査は, 患者の一般状態から未施行であった。

絶食の上「デキサメザゾン大量療法」が行われ, 血小板は増加したが, その効果は一過性であった。長期の療養を求め「一般病床と介護病床=ケアミックス」を有する「沼崎病院」に同年12月1日, 転入院となった。

患者は, 要介護度5, 認知症高齢者の生活自立度Mであった。意識レベルは, 問いかけには僅かに反応する。食事は「介助によってかろうじて数口の摂取」が可能であった。排泄は「おむつ」を使用。

入院時検査成績を (表1, 2) に示す。

血小板減少以外の二系統に大きな異常は認めなかった。前医での輸血により血色素は, 8.4g/dlであった。

凝固検査に異常はない。肝機能・腎機能・甲状腺機能に異常はない。

胸部X-P・胸部CT検査では両下肺野に肺炎の不

* : Clinical efficacy of intravenous Cephadrant in patient with elderly ITP.

** : Isao MAEKAWA, et al.

Key words : 高齢者 ITP,
セファランチン非経口投与

WBC	5120/ μ l	TSH	1.660 μ lU/ml	<血液型>	TP	5.6g/dl	Na	135mEq/l
neutro	71.8%	fT3	1.22pg/ml	A Rh(+)	T-Bil	0.6mg/dl	K	2.6mEq/l
mono	6.7%	fT4	1.38ng/dl	<感染症>	AST	21U/l	Cl	100mEq/l
lymph	21.5%			HCVAb -	ALT	19U/l	Ca	7.3mg/dl
RBC	258x10 ⁴ / μ l	s-Fe	μ g/dl	HBsAg -	LDH	173U/l	P	2.2mg/dl
Hb	8.4g/dl	TIBC	μ g/dl	WaR -	ALP	300U/l		
Ht	25.7%			<尿>	γ -GTP	123U/l	CRP	4.7mg/dl
MCV	100fl			蛋白 +/-	CPK	13U/l		
MCH	32.6pg			血尿 +/-	T-chol	100mg/dl		
MCHC	32.7%				TG	55mg/dl	ProBNP	4246pg/ml
PLT	1.3x10 ⁴ / μ l				UA	3.3mg/dl		
					Cre	0.41mg/dl		
					BUN	13.6mg/dl		

表1 入院時検査成績

表2 入院時検査成績

完全治癒像を認め、両側下肺野に胸水貯留を認めた。心電図では左室肥大・非特異的なST・T変化があり、ProBNP：4246pg/mlと高値を示していた。腹部単純X-Pでは「腸管気腫症」を認めたが、その原因は不明であった。また、両下肢腓腹筋部および踵部にgrade：2～3の褥瘡を認めた。

以上から「重篤な心不全・褥瘡を併発したITP」と診断した。IVH、PEGによる栄養管理については、家族が希望しなかった。末梢静脈補液、利尿剤の投与、可能な限り経口摂取を促した。血小板減少に対する治療は、著しい出血傾向がないことから「血小板輸血」は行わず、他の治療法を検討した。

摂食状況から「経口的な薬剤投与」は困難と考えた。摘脾の選択肢はなく、ステロイド・ホルモン治療の選択を検討したが、長期投与による免疫力低下・易感染性・褥瘡への悪影響などが懸念された。比較的少量の「ステロイド」に加えて静脈投与可能な「セファランチン注」との併用療法を検討した。

臨床経過を（図1）に示す。

経口摂取が不完全なため「ピロリ菌」除菌療法は不可能であった。平成29年12月1日～16日からデキサメサゾン6.6mg/day、12月22日からプレドニン10mg/dayを経静脈的に投与した。

治療に反応し血小板は、増加した（1.3→7.7万）。しかし、長期のプレドニン投与による副作用が懸念されたため非経口投与可能な薬剤としてセファランチン注の併用投与を選択した。

平成30年1月5日から、セファランチン10mg/dayを経静脈的に投与し、同年5月16日の死亡まで継続した。プレドニンは2月1日に5mg/dayに減量し、さらに3月4

日から2.5mg/dayに減量した。この間、血小板数は10万以上を維持することが出来た。

経過中に37～38度台の発熱がしばしば認められた。その都度TAZ/PIPC、MEPMを短期間投与した。1月20日の熱発時に褥瘡部位および静脈血からPseudomonas aeruginosaが検出されたがMEPMでコントロールされた。褥瘡に関しては、様々な局所治療をおこなったが改善は、得られなかった。

5月になり心不全のコントロールが難しくなり利尿剤としてサムスカを追加投与したが、効果に乏しく5月16日、心不全（老衰死）で死亡した。

当院入院後の全経過は、約6ヶ月であった。全経過を通して貧血の増悪は、認められず輸血の必要はなかった。また肝機能・腎機能に著しい異常は認めなかった。「プレドニン＋セファランチン投与」に起因すると思われる副作用は、認められなかった。

考 察

「セファランチン」は、タマサキツヅラフジ（Stephania cefarantha Hayata）から抽出されたアルカロイド製剤である。細胞膜安定作用、免疫機能増強効果、巨核球前駆細胞増加作用があり^{5),6)}、放射線による白血球減少、脱毛症、滲出性中耳炎などに対する適応のほか「まむし咬傷」の特効薬として知られている。本剤は、ITPの治療ガイドラインには採用されていないが、血液専門医の多くは実地臨床の場において、ITP症例に対して本剤を投与した経験があると思われる。

これまでも本剤の有効性について、いくつかの症例報告があるが多数例での検討の報告例は少ない^{7),8),9)}。

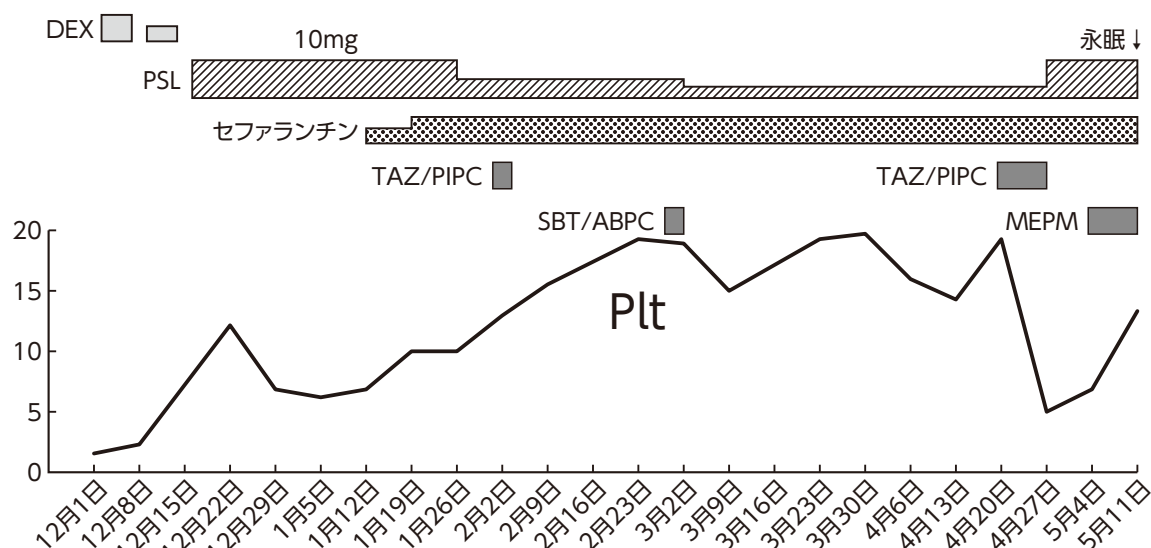


図1 臨床経過

北大血液内科の高畑らは、北海道内の血液内科・関連病院での「ITPに対するセファランチンの使用経験例」を後方視野的に調査し報告している¹⁰⁾。

報告では、10施設から47例が集計された。結果、血小板が1万以上の増加を34例（74%）に認め、うち5万以上の増加は21例（44%）に認められたと報告している。また主治医による総合評価では、36例（77%）が「有用」との高い評価が得られている。

これまでのセファランチンの有効例は、全て経口投与例であり、今回の経静脈投与の報告はこれまでなされていない。

現在、多くの疾患に対して「診療・治療ガイドライン」が提唱され、実臨床の間でも汎用されている。勿論、血液疾患にあっても同様であり、ITPにあっても「ガイドラインに沿った治療」が行われている。これらのガイドラインの目的は、疾患の治療を目指している内容（cureを目指す治療）であることは当然である。

だが、高齢社会が進行とともに高齢者のITP患者が増加していることが明らかである。高齢者では、複数の疾患を併発しており、また生命予後に配慮した場合には、必ずしもcureを目指した治療を進めるべきかどうかは難しく、むしろ病気との共存（care）を目指した治療方法を選択することも否定されるべきではない。

今回の症例は、超高齢者、認知症、心不全、褥瘡などの複雑なリスクを持っており、さらに経口摂取が出来ないという様々な悪条件を持っていた。

ITP治療では、多くの症例でステロイド・ホルモンが有効であるが、減量後に再燃する症例も少なくない。

著者は、ステロイド・ホルモンの長期投与が難しい症例に対しては、比較的少量の「ステロイド・ホルモンとセファランチンの併用投与」が有効であることを経験している。

今回の症例でも、ステロイド・ホルモンが有効と考えられたが、長期投与のリスクが高いと判断した。さらに経口摂取が不可能であったため「セファランチンの経静脈投与」を選択した結果、血小板のコントロールが得られ、出血死というリスクは回避され、最終的には「老衰死」という最終像を迎えることが出来た。

今後、同様の症例の実地診療においてひとつのヒントを与えるものと考え報告した。

ま と め

様々な合併症を持った超高齢者・ITP症例に対して「比較的少量のステロイド・ホルモン＋セファランチンの併用・経静脈投与」により有効であった。

高齢社会にあって高齢者に適応される「診療ガイドライン」の検討が望まれる。

文 献

- 1) 倉田義之：臨床個人調査票（平成17年度）集計による特発性血小板減少性紫斑病の全国疫学調査、厚生労働省科学研究費補助金 難治性疾患克服事業 平成19年度報告書「血液凝固異常症に関する調査研究」2008：90-94.
- 2) 倉田義之：ITPの疫学～発症頻度と長期予後、血液フロンティア、医薬ジャーナル社 2004：14：

- 1907-1913.
- 3) 藤村欣吾：出血性疾患：診断と治療の進歩. IV 後天性疾患の診断と治療, 1.特発性血小板減少性紫斑病. 日内誌 2004; 98: 69-76.
- 4) 富山住昭：特発性血小板減少性紫斑病 (ITP) 治療の参照ガイド. 血液フロンティア, 医薬ジャーナル社 2012; 22: 487-493.
- 5) 宮原正信, 他：生体膜系に対するビスコクラウリン型アルカロイドの作用とその作用機序に関する研究. 第1報 細胞膜傷害による K⁺ 遊出に対するセファランチンの阻止作用 1977; 89: 749-756.
- 6) 新上哲生, 他:Cepharanthin(Ceph)のimmunomodulatorとしての作用機序 1983; 11: 201-205.
- 7) 設楽利二, ほか：血小板減少症に対するセファランチンの効果. 北関東医学 1994; 44: 639-643.
- 8) 小林正之, ほか：特発性血小板減少症にたいするセファランチン大量投与の試み. 臨血 1992; 3: 405-407.
- 9) 中山志郎, ほか：特発性血小板減少症に対するセファランチンの臨床的効果. 臨血 1992; 33: 408-409.
- 10) 高畑むつみ, 他：特発性血小板減少性紫斑病におけるセファランチン大量療法の有用性—後方視的多施設共同研. 臨血, 2012; 53: 1983-1989.

Medical essay

「困ったものだ！」

職員の皆様で知っている方は少ないとは思いますが、私共が病院で扱っている放射線に関して、たくさんの方で規制がかけられています。主なものでは厚生労働省の「医療法」、同じく厚生労働省の「電離放射線障害防止規則」、文部科学省の「放射線同位元素等による放射線障害の防止に関する法律」の三つがあります。そして、ここ最近、これらの法律が改正のラッシュ状態となっています。

改正の理由としては、国際的な基準から遅れてきているためと説明されていますが、実際は東京オリンピック開催に当たり、国際的に恥ずかしくないように、また、テロリスト対策として改正を行ったと考えられています。

「放射線同位元素等による放射線障害の防止に関する法律」は、今年9月には「放射性同位元素等の規制に関する法律」と法律名まで変わってしまいました。そして今後は放射線障害を防止するのみではなく、放射性同位元素の盗取を防ぐために、各施設で「特定放射性同位元素防護規定」を制定し、放射性同位元素の盗難を防止することが厳しく定められました。(この法律では、盗難を防止することを防護と呼んでいます。)

2005年にアルカーイダのテロリストが、管理の厳しい核物質ではなく、盗取しやすい放射性同位元素を通常の爆弾と一緒に爆発させ、付近を放射性物質で汚染させることを目的とした「汚い爆弾 (dirty bomb)」の製造および使用を企てました。しかしこの計画はアメリカ政府に発覚し、犯人が拘束されるという事件が起こりました。このためテロリスト対策として放射性物質の盗難防止規定が定められたのです。

テロリストが余計なことをしてくれたおかげで困ったものですが、これらの沢山の法律改正により、院内の関係する規定も変更を加えなければならない事態となり、放射線管理業務を行っている当科職員の仕事が増えてしまいました。また、同様に病院を運営管理している事務職員の皆様にも大変にご迷惑をかけています。この場を借りてお詫びいたします。ここまで書いて、気がつけば medical essay と題しているのに全然 medical ではありませんでした。すみません。

(H.O.)

看護研究

患者からの暴力防止に向けた対応方法の獲得*

～ディエスカレーション技法を映像化し，自作DVDを使用した試み

北病棟第1ナースステーション 小 川 諒** 菅 原 美智子
山 村 美 保 福 本 きよみ

【はじめに】

精神科病棟において看護師は暴力行為を受けやすいとされているが，当病棟も暴力を受ける頻度や危険性が高いなどの理由から暴力や攻撃性への対処は重要な位置づけにある。総合病院であることもあり，新しく精神科に異動した職員と数年間勤務している職員では経験の差があるということから対応の仕方に違いが出てくる。正しく対応できないために，暴力行為へと発展している事例もあった。

しかし，当病棟には暴力行為に対する統一されたマニュアルはなく，常日頃，暴力行為防止に対する知識を身に付けるような場面が少ない。そのために全職員が正しい知識を身につけなければならない。特に新しく精神科に異動した職員には早期に身につけてもらう必要があると考えた。暴力を未然に防ぐ方法としてディエスカレーションが推奨されている。ディエスカレーションとは，心理学的知見を基に，言語的・非言語的なコミュニケーション技法によって怒りや衝動性，攻撃性を和らげ，患者を普段の穏やかな状態に戻すこととされている。それを元にして暴力に対する適切な対応を身に付けることで，暴力行為を未然に防止できると考えた。

* : Acquiring response measures to prevent violence by patients.
～ Trial by using self-made DVD that visualizes de-escalation technique.

** : Ryo OGAWA, et al.

Key words : 映像化，ディエスカレーション，
職員の知識の習得

【目的】

ディエスカレーションの模範的シミュレーションを交えたDVDを研究チームが作成する。精神科職員（看護師，看護助手）に作成したディエスカレーションのDVDを見てもらい，視聴前と視聴後にアンケート調査を行い，看護職員の暴力防止に対する知識が習得できたかを検証し，今後の課題を明確にする。

【研究・方法】

1. DVD作成：「医療者のための包括的暴力防止プログラム」の本を元にDVDを作成する。段階的なディエスカレーション（誘因期，エスカレート期，危機相，停滞・回復期，危機後抑うつ期）に分けてそれぞれの場面を解説する。DVDの中では各段階における正しい対応の仕方と誤った対応の仕方のシミュレーション（看護師が実演）と解説を収録する。
2. DVDの視聴
 - 1）視聴期間：2018年6月1日～6月10日
 - 2）対象者：当病院に勤める精神科病棟の看護師と看護助手（計49名）
 - 3）DVDは複数枚作成し，病棟に配置する。各自で視聴する形式をとり，病棟での視聴・自宅に持ち帰っての視聴を可とした。
3. アンケート作成：アンケートの中には，ディエスカレーションの各段階における設問項目（誘因期・エスカレート期は設問2つずつ，設問1つにつき8問，計32問）（危機相，停滞・回復期と危機後抑うつ期は設問1つずつ，設問1つにつき8問，計16問）（合計48問）を作成した。また，誘因期とエ

スカレート期はディエスカレーションの使用頻度と重要性が高いため、設問は2つずつにするものとする。

1) 調査方法：無記名・項目選択・自由記載

2) アンケート調査

収集期間：DVD視聴前（2018年5月20日～5月31日）1回実施

DVD視聴後（2018年6月11日～6月22日）

1回実施（合計2回のアンケートを実施）

【倫理的配慮】

当病院の精神科病棟に勤める看護師と看護助手を対象とし、書面や口頭にて研究の目的・方法を説明する。

また、アンケートは匿名とし、プライバシーの保護に努め、研究の結果が公表されて個人が特定されないようにすることを説明する。また、不利益として聞かれないことは遠慮なく拒否できることを説明する。

【結果】

1. 研究への参加・アンケートへの同意

当病院に勤める看護師・看護助手49名に同意書を配布したところ、44名の同意を得ることが出来た。

2. DVD視聴前と視聴後の全体のアンケート結果

DVD視聴前のアンケートでは、回収率100%で、44名からの回答を得ることができ、DVD視聴後のアンケートでは、回収率88.6%で39名からの回答を得た。また、設問に対する正答率はDVD視聴前の平均が32.9問/48問で68.5%、DVD視聴後の平均が36.9問/48問で76.8%という結果となった。

3. 職種別（看護師・看護助）に見たDVD視聴前と視聴後の結果

職种的に見てみると、看護師のDVD視聴前の平均が34.9問/48問で72.70%、視聴後の平均が38.6問/48問で80.4%であった。看護助手のDVD視聴前の平均は29.1問/48問で60.6%、DVD視聴後の平均が33.4問/48問で69.6%という結果になった。

4. 経験年数別のDVD視聴前と視聴後の結果

ここでは精神科の経験年数が3年未満である職員と3年以上である職員に分けて計算することとする。（経験年数3年目経過時点からプリセプターや指導者などをする機会が増えるため、1つの目処とする）

精神科経験年数3年未満の職員のDVD視聴前の平均は、34.6問/48問で72.0%、DVD視聴後の平均が38.1問/48問で79.3%であった。精神科経験年数3年以上の職員のDVD視聴前の平均は32.3問/48問で

67.3%、DVD視聴後の平均は35.2問/48問で73.3%という結果になった。

【考察】

今回のアンケート調査から、DVDを視聴する前と視聴した後の結果を比べると、DVDを視聴する前の正答率は68.5%であるが、DVDを視聴した後の正答率は76.8%であり、8.3%の上昇が見られるという結果になった。このことから、DVD視聴前と比べ、職員が暴力防止に向けた知識を身につけることができたと言える。DVDの中では、看護師が患者の各段階（誘因期、エスカレート期、危機相、停滞・回復期、危機後抑うつ期）を想定したディエスカレーションのシミュレーションを収録していたが、「動画で関わり方を学ぶことができ、分かりやすかった」との声も寄せられた。

各段階ごとの暴力行為に移行する誘因やその徴候を観察することの必要性、各段階における、してはいけないこと・正しい対応の仕方を職員の中で共通認識を持つことが出来たと言える。新福は、「院内暴力の予防のために、危機は予防できることを病棟の全スタッフが認識することと、職場内研修を重ねること」¹⁾を勧めている。DVDの中では各段階の具体的な場面を例に挙げて説明を行い、基本的な対応の仕方や暴力防止のイメージを認識すると共に、知識を高めることが出来た。また、そもそも「ディエスカレーションの存在を知らなかった」という意見もあった。

近年、当病院では、包括的暴力防止プログラム（CVPPP）の講義なども開催し、暴力防止に向けた取り組みが行われているが、まだまだその認知度は低く、講義回数も少ない。そのため、今回ディエスカレーションのDVDを作成し、視聴したことにより、職員が暴力防止に向けた関わり方を認知することができ、技法を学ぶことで知識が向上したと考えられる。DVDを視聴する前と視聴した後のアンケートでは正答率の上昇が見られたが、数値は低い。今回の研究では、アンケートの結果に平等性を持たせるため、DVDの視聴を1回としたが、今後は繰り返しDVDを視聴し、知識を深めていく必要があると言える。また、アンケートの回答を配布し、正しい知識を身につけてもらうようにしていく必要がある。

職種別に見たアンケート結果では、DVD視聴前と視聴後を比較すると、看護師、看護助手共に、DVD視聴後の方が正答率の上昇が見られたが、看護師と看護助手を比べると、正答率の差が見られた。当院の精神科病棟では、看護助手も患者と関わる機会が多く、

患者からの暴力行為を受けることもある。看護助手からは、「患者の異変に気づいたら、看護師に報告することくらいしか出来ない」との意見もあった。その理由として、暴力に介入することの自信の少なさや技術の未習得が挙げられる。患者と関わる上で、場合によっては、その場ですぐに対応しなくてはならない場面もあり、患者に関わる全ての職員が適切な対応の仕方を身につける必要があると考える。看護助手に対する指導場面や講義も少ないため、今回の研究において、作成したDVDを使用し、知識を身につけることができたことは有効であったと考える。

経験年数別に見たDVD視聴前と視聴後の調査では、精神科の経験年数3年未満の職員と、経験年数3年以上の職員を分けて正答率を出した。両者共にDVD視聴前と視聴後を比べると、視聴後の方が正答率は高くなっている。しかしながら、精神科の経験年数が3年未満の職員の方が経験年数3年以上の職員に比べ、正答率が6%高いという結果になった。今回、研究を行う上で、経験年数が多い職員ほど、適切な対応ができていると考えていたが、予想通りの結果にはならなかった。

過去の論文の中には、精神科経験年数を積むことでディエスカレーションのスキルが向上することや、暴力の被害に遭遇する看護師は経験年数の短い看護師に多いことを報告している論文もあったが、田辺は「《患者との関係性》《看護師の経験年数》は暴力を察知するための要因でもあり、その反面、認識を鈍らせる要因でもある」²⁾と述べており、経験年数によって適切な対応が出来ているということではないということが明らかとなった。また、そのような結果となった要因として、ディエスカレーションが病棟内で浸透しておらず、指導を受ける機会が少ない環境であったことも挙げられる。研究の結果から、経験年数に関わらず、

患者の対応の仕方に困難を感じていることがわかった。

今後、暴力防止に向け、ディエスカレーションを病棟内で広め、共通認識をもって知識を高めていく必要がある。DVDという媒介を通して、知識を高めていくことは、繰り返し何度も視聴することができ、各自のタイミングで学ぶことができる。経験年数に関わらず、共通の教材で学ぶことができる方法でもあり、統一した理解を得てもらうには有効であったと言える。

また、今回の研究では、DVDを視聴した後の暴力を受けた件数の調査を行うことはできなかったが、今後調査を行い、明らかにする必要がある。今後とも、職員が暴力に対する正しい知識と技術を身につけることができるよう、繰り返し取り組んでいくことが課題である。

【結論】

1. 作成したディエスカレーションのDVDにより職員の知識が向上した。
2. 看護師、看護助手に関わらず、共通の知識を得る必要がある。
3. 経験年数に関わらず、何度も繰り返しDVDを視聴し、知識を深める必要がある。
4. 今後とも職員が暴力に対する知識と技術を深めることができる方法を検討しながら取り組んでいく必要がある。

【引用・参考文献】

- 1) 新福知子：看護師のための“院内暴力”予防と対応.看護展望 2005；30：1447-1450.
- 2) 田辺有理子：精神科病棟における患者の暴力に関する看護師の認識とその影響要因.日本精神科看護学会誌 2010；53：281-285.

Medical essay

青春 18 きっぷでの旅行を思い出しました

2019 年の台風 15 号。千葉県ではいまだに停電が回復していない地域があり被害の報道が続いています（9 月 20 日現在）。北海道には直接の影響はありませんでしたが、今年遠方から東京に総合内科専門医試験を受けに行った先生方はその影響を受けたことと思います。小生もその一人です。今後の参考になるか？と思い、自身の備忘録として簡単に記録を残しておきます。

2019 年 9 月 7 日（土）試験前日に東京入り。

台風が近づいているとは聞いていたが、その日東京は晴天であり実感はなく、帰りの飛行機の心配などしていなかった。

2019 年 9 月 8 日（日）第 47 回 総合内科専門医 資格認定試験。

朝から試験開始。16:40 試験終了。スマートフォンの電源を入れると『JAL 国内線』という題名のメールが届いていた。いやな予感…。内容を見ると『ご予約便が欠航となりました。』との文字。外は雨も降っておらずこんなに明るいのに？とにわかには信じられず、別便に変更が可能だろうか、と考えながらとりあえず羽田空港へ向かうことに。他の大勢の内科医達とともにりんかい線→東京モノレールに乗り換え羽田空港第1ターミナルへ。電光掲示板を見上げると『欠航』の文字が。やはり本当だ、と再確認。JAL ホームページで調べると明日午前中も概ね欠航のよう。明日の別便に変更したとしても同じような立場の人はたくさんいるだろうし、現時点ではどの便で帰れるかもわからない。どうする？翌日 9 月 9 日（月）は通常通り 8:30 から外来予約を入れてある。なんとか明日の朝まで旭川に戻る方法はないものか？？しばし考えた末、とりあえず陸路で帰る方法を検索。昭和世代としてはこのときほどスマートフォンのありがたさを感じたことはない。

以下、羽田空港から旭川駅までのルートとその料金。

羽田空港第1ターミナル→浜松町（東京モノレール）	¥490
浜松町駅→東京駅（JR 山手線）	¥160
19:20 東京駅発→23:29 新函館北斗駅着（はやぶさ 37 号）	¥22,690
23:40 新函館北斗駅発→23:59 函館駅着（はこだてライナー）	¥360
カプセルホテル宿泊代	¥2,300
6:02 函館駅発→9:48 札幌駅着（スーパー北斗 1 号）	¥12,050(函館→旭川)
10:00 札幌駅発→11:25 旭川駅着（ライラック 11 号）	
交通費および宿泊代 合計	¥38,050

タクシーに乗り正午前に病院に到着してからは通常通り外来業務に戻ることができた…。

以上、今回の台風による顛末でした。不在の間お世話になった皆様、ご迷惑をおかけして申し訳ありませんでした。この場をお借りしてお礼申し上げます。

(T.K.)

2018年旭川市医師会賞受賞業績要旨

早期大腸癌の診断と治療に関する研究*

消化器内科 齊 藤 裕 輔** 垂 石 正 樹
小 澤 賢一郎 稲 場 勇 平
助 川 隆 士 杉 山 隆 治
小 林 裕

I. はじめに

特近年、食餌の欧米化や高齢化も相まって、日本における大腸癌死亡者数は増加しており、2017年の統計によると男性では約28,700人で癌死亡の第三位（1位肺癌、2位胃癌）、女性では約24,800人で2003年以来第1位を占めている。大腸癌は、近年の化学療法の進歩が著しいと言えども、stage IVで発見されると、5年生存率はおおよそ10%程度とその予後は不良であるが、早期発見さえできれば、99%近い5年生存率が得られる。このため、他の癌と同様、早期発見、早期治療が重要である。当科において、2015年までに診断治療した早期大腸癌1,945病変（Tis（粘膜内）癌 1,459病変、T1（SM癌）486病変）でみると、死亡例はわずか2例のみであり、5年生存率は99.9%と良好であるため、早期大腸癌の診断および治療法の選択は今後の高齢化も考慮すると増々重要となる。

II. 早期大腸癌診療においてこれまで我々が行ってきた研究内容

1. 表面型大腸癌の深達度診断と内視鏡治療

大腸癌の発育進展は、腺腫の増大に伴って、遺伝子変異が蓄積して大腸癌になる、というAdenoma-carcinoma sequenceがこれまで一般的とされてきた（Vogelstein B. et al. N Engl J 1988; 319:525-532.）が、それとは異なる経路（de novo cancer）の存在も考えられていた。Mutoらは1985年に発見が困難であり組織異型度が高く、小さなうちから粘膜下層に浸潤する“表面型大腸癌”の存在を報告した（T. Muto, et al. Dis Colon Rectum. 1985）。我々は、これらの表面型早期大腸癌の発見に勢力を注ぎ、それらの注腸X線学的深達度診断（J. Watari, Y. Saitoh, et al. Radiology 1997）や色素散布を併用した通常内視鏡による深達度診断（Y. Saitoh, et al. Gastrointest Endosc 1998）、さらには、内視鏡検査で病変発見と同時に施行可能な、超音波細径プローブによる深達度診断について報告してきた（Y. Saitoh, et al. Gastrointest Endosc 1996;44:34-39., Y. Saitoh Y, et al. Proceedings of 5th Harvard EUS course 1999）。さらに、これら表面型を含む早期大腸癌に対する良好な内視鏡治療成績についても報告した（Waxman I and Saitoh Y. Gastrointest Endosc 2000, Y. Saitoh Y, et al. Techniques in Gastrointest Endosc 2002, Y. Saitoh, et al. ASGE clinical symposium: Endoscopic Mucosectomy 2003）。

2. 表面型大腸腫瘍の国際的位置づけに関する研究

このように、日本では多くの表面型癌、腫瘍が発

* : Research in the diagnosis and treatment of early colorectal carcinomas.

** : Yusuke, SAITOH, et al.

Key words : 早期大腸癌, 表面型早期大腸癌,
内視鏡診断, 内視鏡治療

見されていたが、欧米、特に米国においては、表面型大腸腫瘍発見の報告はほとんどみられず、「少なくとも米国においては表面型腫瘍は大腸癌において重要な部分を占めていない」とみなされていた。「米国では表面型大腸腫瘍の頻度・重要性が過小評価されている」との仮説を立て、1年間、米国テキサス州のUniversity of Texas Medical Branch at Galveston (1,100床の大学病院) にて、前向き症例対象研究を行った。その結果、日本と同様色素散布を併用すると、米国における表面型腫瘍の発見頻度は22.7%と日本での発見頻度と同等であり、腺腫や癌の頻度も隆起型の病変と比較して有意に高かったことを報告した (Y. Saitoh, et al. Topic Forum, 1999 ASGE, Orland, Y. Saitoh, et al. Gastroenterology 2001)。



3. 早期大腸癌、微小大腸癌の通常内視鏡診断-多施設前向き研究

大腸癌研究会「内視鏡摘除の適応」プロジェクト研究の一環として、拡大内視鏡や超音波内視鏡を用いずに、色素散布を併用した通常内視鏡所見のみで、「外科手術を行うか、内視鏡治療を行うか、放置するか」の基準を作成する事を目的として、全国7施設で前向きに症例を集積して治療法選択における深達度診断の基準を作成した。その結果、隆起型で緊満感、固さ、凹凸不整、皺襞集中、孤の硬化を有する、表面型では緊満感、固さ、凹凸不整、皺襞集中、陥凹内凹凸隆起、強い発赤、周囲のひきつれ、孤の硬化、台状挙上、の有無について着目し、これらいずれの所見を認めない病変では積極的に内視鏡治療を行い、これらいずれかの所見を認める病変では外科手術を考慮することが推奨されることを報告した (斉藤裕輔, 他. 胃と腸, 2006)。

同様に5mm以下の微小病変についても、同様の方法で基準を作成した。その結果、5mm以下の微小病変においては、1. 緊満感、2. 溝状ではなく面状の陥凹、3. 陥凹内の凹凸、4. 粗造 (表面の光沢が消失し、ざらざらした所見)、5. 広基性病変では立ち上がり正常粘膜、の有無に注目して色素散布を併用する。これらの所見が一つ以上認められる病変については癌、時にSM癌の可能性もあるため内視鏡的完全摘除が必要で

ある。内視鏡的に過形成と診断した病変については原則経過観察で良い。内視鏡的に隆起型良性腺腫と診断した病変は、癌の頻度が極めて低く、上述した微小癌としての所見をいずれも認めない病変については経過観察とし、原則3-5年 毎の経過観察を行う、ことを報告した (斉藤裕輔, 他. 胃と腸, 2009)。

これらの基準は、後に述べる、日本消化器病学会大腸ポリープ診療ガイドラインにおいても治療法選択における深達度診断の基準として採用されている。

4. 内視鏡摘除後大腸SM癌の転移・再発に関する後ろ向き多施設共同研究

大腸癌取り扱い規約や大腸癌治療ガイドライン2005が発刊されて以来、これらのガイドラインは大腸癌治療後の中期経過から一定の評価を得てはいるが、一方で、大腸SM癌に対して依然としてoversurgeryとなっているという問題点も指摘されている。

その理由として、仮に追加腸切除を行わずに経過をみて転移や再発を生じた際の追加腸切除などのsalvage治療により、根治、または予後の改善が可能な、というエビデンスが得られていないからである。この疑問を解消する目的で、大腸癌研究会において、内視鏡摘除後大腸SM癌の転移・再発に関する後ろ向き多施設共同研究 (アンケート調査) を行った。内視鏡摘除単独あるいは内視鏡摘除後追加手術で治療を行った大腸SM癌のうち、2001年から2008年の間に再発した病変に以下の項目について症例を収集し解析を行った。

その結果、大腸SM癌治療後の再発例で経過観察可能であった90例中、54例(60%)が現病死しており、リンパ節、遠隔転移、粘膜下層以深の局所再発例のいずれにおいても予後が不良であり、内視鏡治療後の経過観察の決定は慎重に行うべきであることを報告した。また再発時に外科手術施行 (可能) 例では、予後の有意な延長を認めたことを報告した (斉藤裕輔, 他. 胃と腸, 2015, Y. Saitoh, et al. Dig Endosc 2015)。

5. 大腸ポリープ診療ガイドラインの作成

日本消化器病学会の診療ガイドライン統括委員会からの諮問を受けて、国際的なガイドラインの作成基準である、Grades of Recommendation Assessment, Development and Evaluation (GRADE) systemを用いて、作成副委員長として大腸ポリープ診療ガイドラインの作成を行った。作成委員会でClinical question (CQ) を87個作成し、key wordsから文献検索式を決定し、computerとハンドサーチによる文献検索を行った。

26,765文献のタイトルと抄録を確認し、2,082編を採

用候補論文として全文を読み、構造抄録を作成した。

エビデンスレベルの調整後に、各自推奨草案を作成、その後、全項目について全員で確認し、意見が分かれる・判断が困難なCQについては必要に応じてDelphi法で推奨案の最終決定を行った。評価委員からの意見調整後、パブリックコメントを求め、2014年4月1日に、大腸ポリープ診療ガイドラインの発刊にこぎつけた。しかし、文献検索期間を2011年9月まで、として作成したため、発刊と同時に、いくつかの問題点（特に微小病変に対するcold polypectomy）も指摘されており、現在、改訂版の発刊に向けて最終作業中である。



6. 患者さんに優しいPCF-PQ260を用いた大腸内視鏡検査

大腸腺腫の内視鏡的摘除により、大腸癌死亡を50-76%減少させることが可能であることがこれまでに報告されている（Winawer SJ, et al. N Engl J Med 1993, Zauber AG, et al. N Engl J Med; 2012）ており、欧米では大腸癌検診の一環として2000年から大腸内視鏡検査が一部無料化され、大腸癌死亡は明らかに減少している。一方、本邦では、近年も大腸癌死亡者数は減少していないが、その原因として、大腸癌検診における低い大腸癌発見率（約0.2%）のため、自分は大腸癌にはならないとの思いこみの他、精密検査としての

大腸内視鏡検査のつらさが原因とされている。この問題を克服するために、私たちは、オリンパス社と協力して、細径で軟性、少ない苦痛で深部大腸の挿入性に優れた受動彎曲機能を有する「Olympus PCF-PQ260」を開発した。

この機種を用いて、当科で2013年までに4,029例の大腸内視鏡検査を施行した。この内視鏡は特に、痩せ型の女性患者の苦痛軽減に極めて有用であり、対象の54%は以前の腹部手術や大腸の過長などの挿入困難因子を有していたが、97.2%の患者でsedationは不要であり、98.1%で全大腸内視鏡検査が問題なく可能であった。また、Numerical Rating Scale (NRS:0-10)を用いて評価した検査の疼痛は、平均で 1.9 ± 2.3 と、sedation無しで、極めて苦痛の少ない全大腸内視鏡検査が可能であった。

Ⅲ. おわりに

我々はこれまでに、旭川市内での大腸癌に関する市民公開講座を積極的に行い（過去10年で12回）、大腸癌撲滅に向けて旭川市民への積極的な啓蒙活動を行ってきた。また、我々はこれまで世界15か国で、30回の海外公演、ライブデモンストレーション等も積極的にこなしており、旭川を拠点として世界的にも大きな貢献を示してきた。

今後も我々は、上述した内視鏡機器も併用して早期発見による大腸癌死亡の減少、およびT1（SM）癌に対する内視鏡治療の適応拡大を通じて、大腸癌に対する低侵襲治療の普及に努めていく所存である。

Medical essay

「ブラックホールをみて思うこと」

歴史上の人物がある病気で命を落とした場合、それが自分の専門領域の疾患であればより強い関心を持ってしまうのは、医療関係者だとよく経験することだと思います。

2019 年の重大ニュースの一つに、5500 万光年彼方の銀河の中心に存在する超大質量ブラックホールを、史上初めて電波望遠鏡で撮影に成功した偉業があります。ブラックホールは 1916 年に論文発表されたアインシュタインの一般相対性理論から理論的に存在が予言されていましたが、その理論の発展に大きな貢献をもたらした人物にドイツの天文学者カール・シュバルツシルトがいます。

神童と呼ばれたシュバルツシルトは最初の論文を僅か16歳で発表し、1901年28歳の若さでゲッティンゲン大学準教授に就任しました。1914年に第一次世界大戦が勃発すると40歳過ぎだったにも関わらず軍に入隊。そして、1916年ロシア戦線で砲弾の弾道計算の合間に重力をめぐるアインシュタインの発見を勉強している時、完璧な球の形をした星の付近で空間と時間がどのように歪むかを完全かつ正確に理解し、その結果である「シュバルツシルトの解」を戦場からアインシュタインに送っています。つまり、シュバルツシルトが一般相対性理論の数学的な帰結としてブラックホールを導き出したわけです。しかし残念なことに彼は戦線の最中に天疱瘡を発症し、この発見のわずか数か月後に42歳で亡くなりました。

天疱瘡は表皮および粘膜上皮細胞間の接着因子に対する自己抗体によって発症する自己免疫疾患で、皮膚科の難病の一つです。自発的に水疱、びらん、潰瘍が出現する病気で、あたかも全身熱傷のような状態になることもあります。現在はステロイド全身投与などで治療可能ですが、おそらく1910年代の第一次世界大戦中では治療の手立てはなかっただろうと思います。シュバルツシルトが理論的にブラックホールを見つめていた時点で天疱瘡を発症していたかどうかは確認できませんが、戦争中に発症した天疱瘡という絶望的な状況は、彼自身がブラックホールに墜落して帰還不能になったかのようなのです。

生きている時代が違えばさらに素晴らしい仕事を達成したであろうシュバルツシルトに思いを馳せると、病気は避けがたい場合もありますが、争い事は起こらない平和な世の中であるようにと2019年夏の終わりに切に感じます。

(H.S.)

報 告

新しい水晶体の被ばく線量限度について*

中央放射線科 大 野 肇**

○ICRPの新しい勧告について

放射線防護の目的は、脱毛、白内障などの線量のしきい値を持つと考えられる確定的影響の発生を防止し、発ガン、遺伝的影響などのしきい値を持たないと考えられている確率的影響を容認できるレベルに制限することである。

国際的な放射線防護に関する勧告を行う機関である国際放射線防護委員会（International Commission on Radiological Protection : ICRP）は publication 118 (2012年8月)において、過去の勧告（1990年、2007年）で、検知可能な水晶体の混濁および視覚障害のしきい線量をそれぞれ5Gy（グレイ）および8Gyとしているのは過小評価の可能性があることを示唆し、新しい眼の水晶体のしきい線量は、0.5Gyと見直された。

これは、最近の検査技術の進歩により、放射線誘発の水晶体変化を検出、定量化、記録することが早期に可能となったこと、また、過去の勧告は、広島・長崎の原爆投下後のデータから得られたものであったが、その後のスリーマイル島原発事故、チェルノブイリ原発事故によって得られたデータを積み重ね、新しく得られた結果を反映させたものである。この勧告により、眼の水晶体のしきい線量は、0.5Gyと見直された。

過去の勧告では、しきい線量8Gyより、50年間作業し被ばくしたとしても1年あたりは160mSv（ミリシーベルト）となり、安全側に丸めて年150mSvとされていた。（ここで急に単位がGyからSvに変わったが、この

領域では同等であり、被ばく線量としてはSvの単位を使用する。）今回の新しい勧告により、ICRPは職業被ばくに対する眼の水晶体の等価線量限度を5年間の平均で年20mSv、年最大50mSvに変更すると発表した。

これは、従来の3分の1以下の値であり、全世界の関係者を震撼させた。

このことを受けてIAEA（国際原子力機関）は、ICRP声明を支持しBSS（国際基本安全基準）の暫定版を刊行し、現在、技術文書の刊行準備を行っている。

また、IEC（国際電気標準会議）、ISO（国際標準化機構）においても、同様の動きが進められている。

日本の法令（放射線障害防止法、医療法、電離放射線障害防止規則など）においても、今後取り入れられる方向であり、原子力規制委員会 第7回 眼の水晶体の放射線防護検討部会（平成30年2月21日開催）において、平成33年4月1日までに法令に取り入れるよう議論されている。

○放射線被ばくによる白内障の発生について

眼および水晶体の構造を（図1）に示す。水晶体は、眼において透明な凸レンズの役割を果たしている。

水晶体は中心帯のところで新しい細胞が生まれて、その後、赤道の方に動いて行く。その間に上皮細胞が分化する過程で、細胞核やミトコンドリアなど全ての細胞内小器官を喪失し繊維質の状態になって行く。水晶体繊維細胞は主にクリスタリンというタンパク質によって構成されるため、水晶体は透明である。水晶体の特徴として、構成する全細胞が生死に関係なく生涯水晶体内部にとどまる。

白内障とは、本来は透明な水晶体が何らかの原因で混濁し、光が通り難くなる状態であり、皮質白内障、核白内障、後囊下白内障の3つに分類される。白内障の主

* : New Radiation Dose Limit for the Lens of the Eye.

** : Hajime ONO.

Key words : ICRP, 水晶体, 白内障,
等価線量限度, 放射線防護メガネ

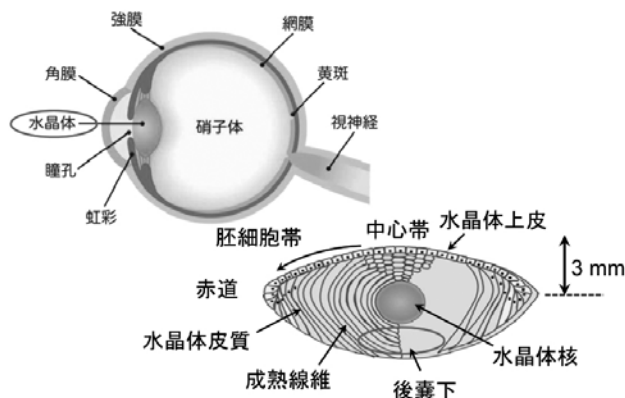


図1 眼と水晶体の構造

第134回放射線審議会「新水晶体の等価線量限度適用に関する課題」より

たる原因は加齢であり、60歳以上の集団では96%以上に水晶体混濁が認められるとの報告もある。加齢による白内障は主に核と皮質に生じ、放射線による白内障は主に後囊下と皮質に生じる。

これまでの疫学的知見から、放射線による白内障には3つの型が考えられている。①被ばくしてから10年以内の早期に生じ、明確なしきい線量を伴う、早発性後囊下白内障、②被ばくしてから何十年も経てからの遅発性に生じ、明確なしきい線量を伴わない、遅発性後囊下白内障、そして③皮質白内障である（図2）。

早発性後囊下白内障は、放射線に被ばくした細胞のDNAが損傷し修復された場合に細胞の増殖促進が行われ、増殖促進により水晶体上皮細胞が水晶体繊維細胞に分化する前に、急激に後囊下に押し出されることが原因と考えられている。また、遅発性後囊下白内障は、細胞のDNAが未修復の場合に細胞の非可逆的増殖停止（早期細胞老化）が生じ、水晶体上皮で早期老化した水晶体上皮細胞が、他の水晶体上皮細胞の分裂に

伴い分化できないままゆっくりと後囊下に押し出されることが原因と考えられている。

○水晶体の被ばく線量の測定方法

専門的には、水晶体の被ばく線量は、『3mm線量当量』で評価を行うこととなっている。3mm線量当量というのは、国際放射線単位測定委員会（International Commission on Radiation Units and Measurements：ICRU）で定めた概念的な線量であるが、直接測定することはできない。そのため、実務的には、胸部（女性は腹部）と頭部に装着した個人被ばく線量計より線量当量の高い方の値を3mm線量当量とみなして管理している。なお、胸部の測定値は1cm線量当量、頭部の測定値を70 μ m線量当量といい、1cm線量当量は全身、70 μ m線量当量は皮膚の被ばく線量として評価が行われている。

被ばく線量は、個人被ばく線量計により測定され、測定会社から使用施設に対し測定値が報告される。

その測定値の評価は、その使用施設により行われ、その評価結果は永年保存されている。例えば、異常に高い値が報告されたとしても、調査の結果、個人被ばく線量計を撮影室内に置き忘れていたため異常値が出たと判明した場合は、その測定値を棄却し、通常の被ばく線量を推定し、それを記録し永年保存することとなる。

○業種別の水晶体の被ばく線量分布

平成28年度の日本における業種別の水晶体の線量分布は（表1）のとおりである。ダントツで被ばく線量が多いのは一般医療であり、造影検査に従事しているもの、中でも特に、循環器内科、放射線科等のIVRに従事している医師の被ばく線量が高いと考えられて

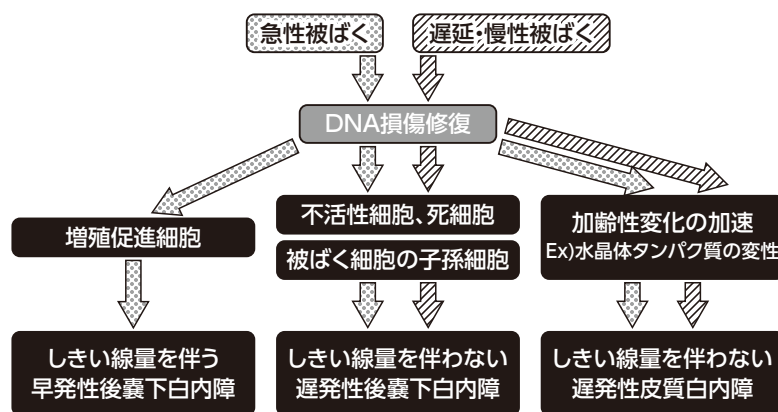


図2 放射線白内障の3つの型

線量区分 (mSv)	一般医療	歯科医療	獣医療	一般工業	非破壊検査	研究教育	合 計
20以下	353,725	3,132	14,740	64,040	434	64,463	500,534
20～50	1,966	1	0	9	1	3	1,980
50～100	380	0	0	1	0	1	382
100～150	38	0	0	0	0	0	38
150超	8	0	0	0	0	0	8
合 計	356,117	3,133	14,740	64,050	435	64,467	502,942

(株)千代田テクノル、長瀬レンダウア(株)のデータより

表1 業種別の水晶体被ばく線量分布(平成28年度)

循環器内科医		消化器内科医		放射線科医		看護師		放射線技師	
A	37.0	A	7.1	A	12.0	A	7.6	A	4.0
B	22.8	B	3.8			B	6.9	B	2.0
C	20.1	C	2.1			C	5.9	C	1.7
D	12.3					D	3.7	D	1.4
E	12.0							E	1.0

抜粋 単位はmSv

表2 当院の科別の水晶体被ばく線量分布(平成29年度)

いる。

○当院における科別の水晶体被ばく線量

平成29年度の当院における科別の水晶体被ばく線量は(表2)のとおりである。循環器内科医の被ばく線量が多くなっており、3名の医師が新しい勧告による被ばく線量限度である年20mSvを超えていることになる。このままでは法律改正後には、この3名を被ばく事故として原子力規制委員会に届出をする必要が生じる。

その他の科では消化器内科医や看護師の被ばくが多くなっている。消化器内科医は、ERCPをはじめとしたX線透視下での検査を数多く行なっているためであり、看護師に関しては、循環器内科、放射線科の血管造影検査に従事し、検査中に検査室内で作業する時間が長いためと考えられる。

なお、当院の放射線科医は、検査中に遮蔽板を十分に活用しているため水晶体の被ばく線量もさほど多くなっていないと思われる。

○水晶体の被ばく防護

放射線防護の三原則は、時間、距離、遮蔽である。

これは、放射線を出す時間あるいは作業する時間を短くすること、放射線源から可能な限り距離をとり、離れて作業をすること、放射線源と自分の間に適当な遮蔽物をおいて作業をすることを意味している。また、医療における従事者の放射線被ばくは、直接線(直接X線管球から出てきたX線)によるものより、散乱線(患者の体中で散乱して体外に出てくるX線)の方が

多くなっている。医療の場、特にIVR等においては、作業の性格上、時間を短くすることや離れて作業することは困難であることが予想される。そのため、適当な遮蔽物を使用することが重要である。

水晶体の被ばくを防護するためには、遮蔽物として放射線防護メガネを着用することが、最も重要であると考えられている。放射線防護メガネには、いろいろな形状のものがあり、いくつかのメーカーから発売されている。(図3)

レンズ面がフラットな通常のメガネのような形状のもの、レンズ面が顔面の局面に沿った形状のもの、レンズ面はフラットだが側面に遮蔽体がついた形状のものなどがある。レンズ面がフラットなものは、側面からのX線が遮蔽できず防護上は有効性が劣る。また、側面に遮蔽体がついた形状のものは、遮蔽体により視野



図3 放射線防護メガネ

が狭くなるという欠点があり、顔面の局面に沿った形状ものが主流となっている。

また、防護メガネのレンズ内に含まれている鉛量も多いものと少ないものがある。含有する鉛量が多い方がより多くのX線を遮蔽することができるが、鉛量が多いとメガネ自体が重くなり、長時間の装着には不都合が生じる場合もある。

放射線防護メガネのX線遮蔽能力については、札幌医科大学附属病院 放射線管理グループによる報告があり、鉛含有量が一番少ないタイプの防護メガネであっても約80%のX線を遮蔽することが可能であるとのことである。当院において行なった実験でも同様の結果が得られている。このことから、通常装着している測定器による被ばく線量が10mSvという結果になっていても、放射線防護メガネを装着していれば、実際の被ばく線量は2mSvであるという評価が可能であり、その値を評価結果として保存することができる。

○当院での対応

当院では、平成28年度の日本放射線技術学会総会にて、水晶体被ばく線量限度の見直しが話題になった際に、速やかに循環器内科医師に説明を行い、平成29年度より血管造影検査に携わる医師に対し、個人個人にそれぞれ1個の放射線防護メガネを貸与して装着していただいている。この際、医師一人一人にカタログを見ていただき、適当だと思えるものを選んでいただき購入した(図4)。各個人に1個ずつを割り当てることで、個人専用という気持ちになって使用していただくということと、不特定多数の肌に付着するメガネを使用するのでは、不快感もあるだろうと考えたためである。

自分が普段から装着しているメガネの上から防護メガネを装着することの煩わしさや、防護メガネが曇り



図4 当院の放射線防護メガネ

やすいなどの問題はあるが、現在はほとんどの医師が装着して作業を行っている。

前段で平成29年度の循環器内科医の水晶体被ばく線量を提示したが、防護メガネの効果を反映した被ばく線量の評価としては、それぞれ80%減の値となり、医師A 7.4mSv、医師B 4.6mSv、医師C 4mSv、医師D 2.5mSv、医師E 2.4mSvとなるため、法律が改正されたとしても問題のない被ばく線量が実現できている。

○最後にお願

中央放射線科では、院内で100人以上の被ばく線量の管理を行っている。残念なのは、作業中に個人被ばく線量計を装着しない方が存在することである。将来、もしも放射線障害が発生した場合、被ばく線量の記録がなければ、放射線障害とは認定されずに不利益が生じる可能性もある。

是非とも個人被ばく線量計を装着していただくようお願いしたい。

臨床病理検討会

平成30年度第1回

【日 時】平成30年6月25日

【演 題】難治性多発性骨髄腫患者に発症した重症感染症の一例

【発表者】市川 貴也

【症 例】76歳 女性

【主 訴】発熱

【現病歴】

2009年6月に近医にて貧血を指摘され当科紹介初診し、単クローン性ガンマグロブリン血症 (MGUS) と診断された。経過観察していたが、2014年9月には多発性骨髄腫に進行し、同年11月より化学療法 (VCD療法) を開始した。当初化学療法は有効で経過していたが、その後治療抵抗性となったためレジメンを変更し、2016年3月18日よりTd療法施行後SD (Stable Disease) であった。外来でTd療法治療中の2016年9月5日より発熱あり、翌日には42℃の高熱と呼吸状態悪化を認め救急搬送し、9月6日当科入院となった。

【history】

既往歴・生活歴・家族歴に特記すべき事項なし

【入院時現症】

身長:146.3 cm, 体重:58.1 kg (BMI=27.1)

BT:39.8℃, HR:132 /min, BP:150/70 mmHg,

SpO2:86% (リザーバー O2 10 L/min)

JCS: II-10 GCS: E3V5M6

胸部: 両側肺雑あり

【血液検査】

[血算] WBC 270 / μ l, (Promyelo 1.0%, Myelo 4.0%, Meta 2.0%, Band 3.0%, Seg 7.0%, Eosino 0.0%, Baso 0.0%, Mono 4.0%, Lymph 77.0%), RBC 2.25×10^6 / μ l, Hb 8.2 g/dl, Ht 25.1%, Plt 27×10^3 / μ l

[凝固] PT% 45%, APTT秒 35.8秒, Fib 469.8 mg/dL, AT-III 85%, D dimer 1.8 μ g/mL

[生化学] Na 140 mEq/L, K 4.0 mEq/L, Cl 111 mEq/L, Cre 0.89 mg/dl, TP 5.2 g/dl,

Alb 2.6 g/dl, T-Bil 1.0 mg/dl, D-Bil 0.3 mg/dl, AST 19 IU/L, ALT 21 IU/L, ALP 117 IU/L, γ -GTP 37 IU/L, LDH 259 IU/L, Glu 176 mg/dL, CRP 22.35 mg/dl,

PCT 46.5 μ g/dL, IgG 1580 mg/dL, IgA 10 mg/dL, IgM 9 mg/dL, β -D-glucan <6.0 pg/ml, フェリチン 794.8 ng/mL, BNP 863.2 pg/mL

[血液ガス分析] (O2 10 L/min)

pH 7.354, PaCO2 31.3 mmHg, PaO2 64.6 mmHg, BE -7.7 mmol/L, HCO3- 17.0 mmol/L, Lactate 61 mg/dL

[感染症]CMV-ag (-), 尿中肺炎球菌抗原 (-), 尿中レジオネラ抗原 (-)

【胸部X線】(2016/9/6)

両肺野びまん性に透過性が低下しており、とくに右下肺野に濃い浸潤影を認める。

【胸部CT】(2016/9/6)

両側下葉 (右>左) に浸潤影を認める。両側胸水を認める。

【スコアリング】

● A-DROP

(1)年齢 (女性 $\geq$ 75歳): 76歳→Yes

(2)脱水 (BUN $\geq$ 21mg/dL or 脱水所見あり): BUN 17.2mg/dL→No

(3)呼吸 (SpO2 $\leq$ 90% or PaO2 $\leq$ 60Torr): SpO2 86% (O2 10L/min)→Yes

(4)見当識 (意識障害あり): JCS II-10→Yes

(5)血圧 (収縮期血圧 $\leq$ 90mmHg): BP 150/70→No

判定: 3点 (入院治療が必要)

⇒重度の呼吸不全あり、挿管管理等の集中治療を要するためICU入室

● SIRS

(1)体温 ($>38^\circ\text{C}$ or $<36^\circ\text{C}$): 39.8℃→Yes

(2)心拍数 (>90 /分): HR 132/分→Yes

(3)呼吸数 (>20 /分 or PaCO2 <32 Torr): PaCO2 31.3Torr→Yes

(4)白血球数 ($>12,000/\mu\text{l}$ or $<4,000/\mu\text{l}$): WBC 270/ μl →Yes

判定: 4項目中4項目を満たし、SIRSと判定

【血液培養】

Enterobacter aerogenes (MEPM sensitive) が検出された。

【診断】 Enterobacter敗血症を伴う重症肺炎

【第1回入院後経過】

9月6日ICUに即入し、気管挿管され人工呼吸管理となった。血液培養採取後にMEPM+CPFGおよびヒドロコルチゾンの投与開始。翌9月7日Cre 1.88mg/dLと上昇し、急性腎不全を発症した。同日よりCHF施行開始。9月8日に血液培養の結果が判明（Enterobacter aerogenes）し、MEPM継続した。同日にはCRPが38mg/dLまで上昇。また、抗菌薬投与後間もなく黄疸が出現した。薬剤性の肝障害を疑って速やかにMEPM+CPFGの投与中止し、感受性試験でsensitiveであったCFPMに切り替えた。WBC低値に対しては、G-CSFを使用し、1週間後には基準値範囲内に上昇した。発熱とCRPは徐々に改善傾向で、9月20日の胸部X線では肺炎像の改善が見られた。しかし、9月26日の血液培養でStaphylococcus epidermidisが検出され、その後再度発熱。CRPも上昇傾向となった。全身状態の悪化に伴いG-CSFの反応性が減弱し、WBCは低値で推移した。感受性試験でStaphylococcus epidermidisはCFPM抵抗性であったため、CFPMにTEICを追加。しかし病状はさほど改善せず、さらにβ-D-glucanの上昇も認めたためMCFGの使用も開始した。10月3日にはklebsiella pneumoniaeが検出され、速やかにCFPMを終了してDRPMの投与を開始（TEICは継続）。その後発熱とCRPは改善傾向となり、10月15日には呼吸器を離脱でき、ICUから一般病棟に転棟した。しかし、10月24日に臀部潰瘍からの培養でカルバペネム耐性腸内細菌科細菌（CRE）klebsiella pneumoniaeが検出された。まずDRPMを中止してCFPMに変更、その後使用許可が下りたTGCに切り替えた（TEICは継続）。その他、いくつかの抗菌薬や抗真菌薬の投与を試みたが治療の効果は乏しく、発熱とCRP高値は持続。尿培養・痰培養・血液培養それぞれからCRE klebsiella pneumoniaeが検出されるようになり、病態は悪化の一途を辿り12月6日に死亡した。

【病理解剖で明らかにしていただきたいこと】

- ・ 骨髄の病理的評価
- ・ 肺炎起因菌の検索
- ・ 腎機能低下の原因は何か
- ・ 黄疸の原因は何か
- ・ 血尿の原因は何か

【病理解剖所見】

1. 多発性骨髄腫 IgG-κ

2. 肺炎起因菌は同定できず
3. 敗血症性塞栓症・陳旧性肺梗塞
4. 出血性膀胱炎
5. ヘモジデロシス (骨髄、脾、肝)
6. 腹水 50 ml, 胸水 100/80 ml

【質疑応答】

○今回のような免疫不全を伴う原疾患がある状態で肺炎になった場合、起因菌としてまず何を想定するか？
→免疫不全状態とはいえ本症例では市中肺炎であるため、まずは市中肺炎で最も頻度の高い肺炎球菌を疑うべきだと考える。

○経過の中でβ-D-glucanが上昇しているが、ニューモシスチス肺炎の予防は行ったのか？

→予防はしなかった。痰培養でもニューモシスチスは検出されておらず、ST合剤による血球減少の副作用出現の可能性を考慮して、予防投与を行わなかった。

【まとめ】

多発性骨髄腫治療中にEnterobacter敗血症を伴う肺炎を引き起こし、その後様々な細菌種が血液培養から検出された一例を経験した。最終的にはCRE K.pneumoniaeが出現し、治療に難渋した。病理解剖では、敗血症性塞栓症や出血性膀胱炎といった所見を認めたが、直接的な死因は明らかにならなかった。

平成30年度第2回

【日 時】 平成30年7月17日

【演 題】 入院後急激な経過で死亡に至った劇症型心筋炎の一例

【発表者】 森 香苗

【症 例】 64歳 男性

【主 訴】 血圧低下

【現病歴】

2018年1月初旬から鼻汁、咳嗽を認めていた。その際体温は計測していなかった。

1月9日に 家庭血圧はSBP 80-90 mmHg程度と普段（150/90 mmHg程度）より低く、倦怠感を自覚していた。上気道症状は改善傾向であったが、自宅休養していた。

1月11日に朝の血圧が80/51 mmHgとやはり低値であり、降圧薬は自己判断で休薬した。同日、内服調整の依頼も兼ねて、かかりつけの近医を受診し心電図検査したところ、ST上昇型急性冠症候群（STEACS）

の疑いで当院循環器内科紹介となり、転院搬送された。胸痛などの自覚症状はなかった。当院の心電図でも前医と同じ所見であり、STEACS（下壁）の疑いで入院、緊急カテーテル検査の方針となった。

【既往歴】

2006年9月：高血圧で吉田病院かかりつけとなる手術歴なし

【冠動脈危険因子】

高血圧（+）、脂質異常症（-）、糖尿病（-）、肥満（-）
喫煙（+）：18歳から20-30本/day

【家族歴】

心疾患（-）

【入院時現症】

身長162 cm 体重54 kg

体温38.3℃ 血圧95/58 mmHg 脈拍71 bpm, SpO₂: 95%（room air）

頭部：眼瞼結膜蒼白（-）、眼球結膜黄染（-）頸部リンパ節触知（-）

胸部：心音 整 no murmur, no rale, S1S2(→), S3S4（-）、呼吸音no rale

腹部：軟・圧痛なし、肝臓・脾臓・腎臓触知（-）
下腿浮腫（-）

【入院時内服薬】

ディオバン®錠80 mg 2錠、アーチスト®錠10 mg 1錠、
アダラート®CR錠40 mg 1錠
セララ®錠50 mg 1錠、タナトリル®錠5 mg 1錠

【血液検査】

WBC $12.18 \times 10^3 / \mu\text{L}$ (Seg 68.0%, Eosino 1.0%, Baso 0.0%, Mono 5.0%, Lymph 10.0%), RBC $3.72 \times 10^6 / \mu\text{L}$,
Hb 11.3 g/dL, MCV 89.8 fl, Plt $212 \times 10^3 / \mu\text{L}$
TP 6.0 g/dL, Alb 2.8 g/dL, T-Bil 0.2 mg/dL, D-Bil 0.0 mg/dL, ALT 46 U/L,
AST 174 U/L, LD 601 U/L, γ -GTP 43 U/L, CK 1562 U/L, CK-MB 103 U/L,
BUN 26.5 mg/dL, Cre 1.43 mg/dL, eGFR 39.8 mL/min, Na 135 mmol/L, K 3.4 mmol/L, Cl 104 mmol/L,
CRP 10.90 mg/dL, トロポニン I 61.88 pg/ml,
BNP 423.8 pg/ml

【血液ガス検査】 O₂ネーザルL投与下

pH 7.504, pCO₂ 24.2 mmHg, pO₂ 95.6 mmHg, HCO₃ 18.6 mmol, BE -3.2 mmol, sO₂ 97.2 %

【心電図】

HR 69/min, sinus, axis 90°

II, III, aVF: ST上昇(III aVF: 9 mm) I, aVL, V1-5: ST低下(V2: -7 mm)

【心臓カテーテル検査】

左冠動脈で急性冠症候群を疑うような高度狭窄は認めなかった。右冠動脈への側副血行路も認めなかった。右冠動脈で、同じく有意な狭窄は認められなかった。カテーテル中も心電図に著変はなくST上昇したままで来院時と同様であった。

左心室造影で、下壁に壁運動の低下が認められた。

【心筋生検】

生検を試みたが、検体採取の際、心筋を穿孔。そのため、生検の検体は回収できず、検査は中止となった。

【胸部Xp】

心筋生検後の胸部XpでCPangle sharp（胸水貯留 - ）、心胸郭比 53%肺うっ血（+）軽度、スワン・ガンツカテーテルの先端は肺動脈に留置されていた。

【胸腹部CT】

心筋生検後のCTで、心嚢液の貯留が少量、心臓の後面から下面にかけて、右心付近に、最大で7-8mm程度の厚さで見られた。発熱の熱源となるような肺炎や膿瘍、尿路感染を疑わせる水腎症や腎周囲の炎症所見などは見られなかった。

【入院後経過】

1/11 CCU入室し、ハンプ1Vを3mL/Hrで開始。血圧は収縮期血圧70-80mmHgで推移した。同時にセフメタゾールNaも開始。

1/12 イノバン0.3% 3mL/Hrで開始し、以降8mL/Hrまで漸増。血圧は収縮期血圧70-90mmHgで推移した。

1/13 ドブポン0.3% 3mL/Hrで開始。以降7mL/Hrまで漸増。血圧は収縮期血圧60-70mmHgで推移した。

低血圧が遷延し治療抵抗性であったため、心肺補助循環（PCPS）も考慮されたが、ご本人の同意が得られず、施行しなかった。また、急変時は蘇生は行いが長時間のCPRは希望されなかった。

1/14 13:03にpulselessVT出現。胸骨圧迫開始し、13:07に除細動150J 1回施行とアドレナリン1A静注したが、13:13にPEAとなり、ご家族に連絡し、胸骨圧迫終了。

13:21に死亡確認となった。

【病理解剖で明らかにして頂きたかったこと】

1. 今回の心原性ショックの原因はなにか
2. 心筋穿孔は死亡にどの程度関わったか

【病理解剖所見】

1. 急性心筋炎 520 g
2. 低酸素性肝細胞壊死 1,295 g
3. 両肺尖bullae
4. 大動脈粥状硬化症
5. 腹水 100 ml, 胸水 350/350 ml

心嚢液は血清で少量であった。心筋穿孔部分は直接は特定できず、心外膜の脂肪織にわずかに出血が見られることから、右室前面と推測した。心筋全体に心筋断裂を認める強いリンパ球浸潤が見られた。

穿孔は死因となるほどの影響はなく、死因は心筋炎が一番に考えられた。

【質疑応答】

1. 感染を疑って血液培養等の検査を行ったか。
→行ったが、血液培養で明らかに感染の原因といえる起炎菌は検出できなかった。喀痰は排出できず、検査ができなかった。尿検査も行ったが、尿路感染を疑う結果は得られなかった。
2. 左室造影で左室壁の菲薄化などの異常所見は見られたか。
→左室造影は心臓の内側から行うので壁の菲薄化は分からなかったが、CCU入室前の心エコーでは、壁の厚さに異常は見られなかった。
3. 心筋生検は壁運動の低下している部分を狙って行ったのか。
→心筋生検は壁運動低下部分にかかわらず、穿孔を避けるため心室中隔から行うこととなっている。今回も心室中隔を目標として行ったが結果的に右室の前面を穿孔した。
4. 心エコーはどの程度の頻度で行ったのか。
→入院初日は穿孔によって急速な変化があると考えられたため、4回行ったが、以降は一日一回で経過観察した。
5. 心筋炎は壁運動の低下している部分に局所的であったのか。
→心筋炎のリンパ球浸潤は強い程度で全周性に見られた。病理所見からは壁運動低下が全体的に見られてもおかしくない状態であった。

平成30年度第3回

【日 時】平成30年10月11日

【演 題】胆嚢癌、胆嚢炎にClostridium difficile 腸炎

を合併した一例

【発表者】森 海人

【症 例】89歳 男性

【主 訴】食欲不振、上腹部痛

【現病歴】2016年10月14日より上腹部痛が出現。同時に食欲が低下し、黒色便を認めたため、17日、当院消化器内科受診。急性胃十二指腸粘膜障害(AGML)、胆嚢腫瘍疑いで同日入院となった。

【既往歴】

単径ヘルニアで手術(時期は不明)

40年程前 左下肢骨折

2009年 出血性胃潰瘍(当院にて入院加療)

2014年～ 胆嚢ポリープ

【入院時現症】

血圧 106/61 mmHg, 脈拍 86 /分, 整体温 36.3 ℃, SpO2 91% (room air).

腹部：平坦軟, 圧痛 (-)

直腸診：黄色便

【入院時内服薬】

酸化マグネシウム, ランソプラゾール

【血液検査】

WBC $4.16 \times 10^3 / \mu\text{L}$, RBC $4.24 \times 10^6 / \mu\text{L}$, Hb 13.3 g/dL, Ht 37.2 %, MCV 87.7 fL, Seg 66.5 %, Eosino 0.0 %, Baso 0.5 %, Mono 7.5 %, Lymph 25.5 %, Plt $87 \times 10^3 / \mu\text{L}$.

PT 14.0秒, PT比 1.25, PT-INR 1.25, PT (%) 59.5%, APTT対照 28.6, APTT 35.9秒, Fib 248.2 mg/dL. Na 133 mmol/L, K 4.0 mmol/L, Cl 101 mmol/L, IP 3.4 mg/dL, BUN 26.1 mg/dL,

Cre 0.90 mg/dL, eGFR 60.0 mL/分/1.73m², UA 4.6 mg/dL, TP 6.3 g/dL, Alb 3.6 g/dL,

T-Bil 1.3 mg/dL, D-Bil 0.4 mg/dL, AST 333 U/L, ALT 143 U/L, LD 1208 U/L, CK 299 U/L, AMY 67 U/L, CRP 4.84 mg/dL, ALP 615 U/L, ChE 210 IU/L, γ -GTP 57 U/L, Ca 9.0 mg/dL, 血糖 146 mg/dL, HbA1c 6.4 %, CEA 3.9 ng/mL, AFP 2.6 ng/mL, CA19-9 <2.0 U/mL。

【上部内視鏡検査(10/17)】

食道：食道癌疑い, 切歯より30 cm, 0-IIc型, 5 mm。

胃：胃体部から前庭部にかけてびらん, 潰瘍多発。

胃体部全体, 小弯に瘢痕化した潰瘍(Stage S2)を認める。

十二指腸：球部から上十二指腸角にかけてびらん多発。

【腹部超音波検査(10/17)】

肝臓：辺縁不整で肝硬変を疑う。肝門部リンパ節腫大を認める。

胆嚢：全周性に胆嚢壁肥厚を認め、胆嚢内にdebris及び隆起性病変を認める。

脾臓：腫大(110mm×53mm)

【造影CT検査(10/17)】

胆嚢壁肥厚を認める。

胆嚢内に造影効果を有する10×14mm 隆起性病変、8×15mm 有茎性病変。

【入院後経過①】

10/17, オメプラゾール20 mg×2回静注投与開始。

10/18, 39.2℃の発熱を認め、胆嚢炎疑いとして、ワイスタール1 g×2回/日で治療開始。

10/19, MRCP施行。

【MRCP検査】

胆嚢壁肥厚を認め、胆嚢炎が疑われる所見を認める。

総胆管結石などを認めず、胆管拡張は認めない。

【入院後経過②】

10/20, 急性期DIC診断基準で血小板数 6.7万 / μ L (3点), FDP 124.3 μ g/mL (3点), PT比 1.44 (1点), Total score 7点でDICと診断し、ワイスタールをメロペネム0.5g×3回/日に変更。

10/31, 全身に発赤を伴う小丘疹を認め、薬疹を疑い、メロペネムをゾシン4.5g×3回/日に変更。その後も発熱持続したが、CTで明らかな発熱源は認められなかった。

11/6, 抗菌薬中止し、ナイキサン100mg 3錠/日、内服開始。

11/8, 水様便認め、CD抗原、毒素陽性、CDAD (Clostridium difficile関連腸炎) と判断し、フラジール250mg 4錠/日、内服開始。

11/15, コーヒー残差様吐物を認め、NSAIDs潰瘍を疑い、緊急上部内視鏡検査施行。胃角小弯に鮮血様のコアグラの付着を伴う潰瘍が多発しているのを認め、1カ所に露出血管を認め、クリップで止血処置を行った。

11/16, 黒色便を認めるとともに血圧低下。止血確認目的に上部内視鏡検査を行ったが、露出血管や新たな出血源は認めず、止血は得られていた。

Hb 7.5 g/dLと低値を認めRBC 2単位輸血したが、次第にSpO₂低下。20:36, 死亡確認。

【病理解剖で明らかにして頂きたいこと】

1. 直接的な死因は何か。
2. 下部消化管の炎症、出血所見。
3. 胆嚢癌の浸潤度。
4. 肺炎はどの程度あったか。

【病理解剖所見】

1. 胆嚢癌 乳頭状腺癌。胆嚢床に腫瘍の浸潤は認められない。漿膜下層までの浸潤。
2. 偽膜性腸炎、炎症所見はそれほど強くない。
3. 左肺下葉 気管支肺炎 (460/415 g)
4. 大動脈粥状硬化症
5. 胸水 50/200 ml

死因は、胃潰瘍による出血が一番と考えられる。

【質疑応答】

1. 11/16以前のHbの推移はどのようであったか。

→11/15以降に急激な低下が見られた。

2. DICの原因は胆嚢炎で良いのか。熱源は胆嚢炎によるものか。

→DICの原因は胆嚢炎と考えられる。発熱は当初は胆嚢炎によるものと考えていたが、腫瘍熱の影響も疑ってNSAIDsの使用を開始した。

3. 初回のAGMLの原因は何か。

→ヘリコバクター・ピロリ除菌後であり、PPIは処方されていた。高齢であり、処方通りに内服できていなかった可能性はある。腰痛などに対し、NSAIDsを服用していた可能性もある。

4. 11/15の胃潰瘍の原因は何か。

→NSAIDs+DICによるものと考えられる。

5. 胆嚢炎に対してSBT/CPZはfirst choiceで良いのか。

→重症の胆嚢炎ではない場合、耐性菌の問題もあり、MEPMより、SBT/CPZを使用することが多い。

6. CD腸炎でCD毒素が陽性の場合、VCMがfirst choiceではないのか。

→軽少な場合はMNZ, 重症例、再発例に対してはVCMと使い分けている。

平成30年度第4回

【日 時】平成30年11月20日

【演 題】大動脈解離Stanford A型に心タンポナーデを合併した一例

【発表者】上田 麻衣

【患者】80歳代 女性

【主 訴】 胸苦， 冷汗， 嘔吐

【現病歴】

施設入所中。2016年11月X-1日17時頃より胸苦・冷汗が出現した。その後，食欲不振・嘔吐も出現し，11月X日午前にかかりつけ医を受診した。同院で撮影した造影CTにて大動脈起始部に解離所見を認め，同日当院搬送となった。

【既往歴】

右腎臓摘出術（30歳代），高血圧（60歳代），脳梗塞後右上肢麻痺（87歳），認知症

【内 服】

バイアスピリン100mg 1T分1，チアプリド 50mg 1T分1，ファモチジン 10mg 1T分1，
メマリー 20mg 1T分1，マグミッド 330mg 4T分2，
センノシド 12mg 2T分1，抑肝散 7.5g 分3，
ルネスタ 2mg 1T分1，リスパダール 1mg 1T分1

【嗜好】 喫煙歴・飲酒歴は記載なく詳細不明

【現 症】

JCS 10 BT 37.7℃ BP 左上腕 102/70mmHg 右上腕 98/75mmHg HR 90bpm SpO2 96%(room air)

【血液検査所見】（入院時）

WBC 17,980 / μ L (Seg 89.2%), RBC 336 万 / μ L, Hb 10.3 g/dL, Plt 22 万 / μ L, Na 140mEq/L, K 4.7 mEq/L, Cl 102 mEq/L, Ca 8.8 mg/dL, BUN 36.9 mg/dL, Cre 1.73 mg/dL, UA 6.1 mg/dL, TP 7.0 g/dL, Alb 3.5 g/dL, T-Bil 0.7 mg/dL, D-Bil 0.1mg/dL, ChE 210 U/I, ALP 279 U/I, AST 25 IU/L, ALT 24 IU/L, LDH 202 IU/L, γ -GTP 13U/I, CK 131 IU/L, CK-MB 10U/I, CRP 1.88 mg/dL, トロポニンT 0.3 pg/mL, BNP 129.3 pg/mL, 血糖 175 mg/dL, PT 11.4 sec, PT-INR 1.03, APTT 28.8 sec, Fib 305.9 mg/dL, D.D 21.8 μ g/ml

【心電図】（入院時）

HR 96bpm sinus rhythm, QRS axis 66° 正軸, PR 0.16s, QRS 0.08s, QT延長(-), STchange(-)

【胸部Xp】（入院時）

肺野異常陰影なし，両側CPA sharp, CTR 52%，右第1弓突出

【造影CT】（入院当日 前医にて撮影）

大動脈弁輪部からバルサルバ洞にかけて解離所見は認めず。
ST-junctionから弓部大動脈小弯側にかけて解離所見あり。

弓部3分枝は真腔から分岐しており解離の進展は認めず。

心臓周囲に全周性に心嚢液貯留あり。胸水貯留はなし。弓部遠位端から下行大動脈、それ以降の分枝にかけては解離所見認めず。

【心エコー所見】（入院翌日）

IVSd/LVPWd 11/11mm LVDd/Ds30/17mm
LA/Ao 39/43:0.9

EF 76% FS 44% 左室壁運動異常なし Valsalva 39mm STjunction 27mm AsAo 52mm AR(-)

大動脈弁上7mm上より石灰化した解離内膜像あり 偽腔内石灰化 右室前面に心嚢液貯留あり

【診 断】

大動脈解離Stanford A型

【入院後経過】

上記診断で，胸部外科に即日入院，ICU入室となった。ご家族と相談の上，年齢や合併症を考慮し，緊急手術は施行せずに降圧療法のみで経過をみる方針となった。

X+1日 午前2時頃，収縮期血圧 120mmHg以上となりニカルジピンにて降圧を開始した。その後，収縮期血圧 110mmHg前後，HR 80-90 bpm台で推移した。モニター波形は sinus だったが，心房性期外収縮の多発を認めた。同日の血液検査でWBC 21430/ μ L, CRP 6.33mg/dLと入院時と比べ，炎症反応の上昇を認めた。心エコー検査では上行大動脈の拡大，右室前面の心嚢液貯留を認めたが，バルサルバ洞・STジャンクションの拡大や明らかな大動脈弁閉鎖不全は認めなかった。

X+2日目，午前0時20分頃，心拍数が150bpmまで上昇，Afの出現あり，血圧83/59mmHgと低下を認めたため，ニカルジピンを中止し，リスモダン静注を開始した。午前3時15分，SpO2 80%台に低下し，呼吸苦が出現したため，酸素マスク10L/minで投与開始した。

心エコーでは，右室前面の心嚢液増加，軽度の大動脈弁閉鎖不全を認めたが，明らかな壁運動異常は認めなかった。同日午前に酸素3L/min投与でSpO2 96%まで酸素化が改善したため，ICU退出となった。胸部レントゲンでは，右肺うっ血，心拡大の進行(CTR 60%)，左肺野の透過性低下を認めた。

X+3日，午前1時50分頃，HR 170 bpm まで上昇し，再度Afの出現あり，リスモダン静注を行った。午前7時には会話可能であったが，午前7時10分，モニター

にて徐脈（HR 40 bpm）を確認し、看護師が訪室したところ、呼吸停止、心音なし、脈拍触知せず、午前7時30分に永眠された。死後の心エコーでは、心嚢液の著明な貯留を認め、心腔内が確認できなかった。胸部レントゲンはX+2日目と比べ著明な変化はなく、肺うっ血と心拡大（CTR 62%）の所見を認めた。

【病理解剖で明らかにして頂きたいこと】

- ・心タンポナーデ、胸腔内出血の有無
- ・大動脈解離の進行具合

【病理解剖所見】

①大動脈解離：Stanford A type.

- (1)内膜裂孔部：弁上部、上行/弓部前、弓部/下行部
(2)解離部（凝血塊存在部）：弁基部～弓部（～胸部上1/3まで解離）
②出血（解離による）
(1)心タンポナーデ：心嚢内出血：230gの凝血塊（2）心基部/心外膜下（3）肺門部
③大動脈動脈硬化症：高度、大動脈、腸骨動脈
④心肥大：左室肥大、左心室厚：25mm、重量：405g
⑤臓器のうっ血(軽度)：肝臓、肺、腎臓、脾臓

【質疑応答】

<臨床経過>

○前医ではなぜ造影CTを撮影したのか？

前医からの診療情報提供書に詳細な記載はなかったが、前医受診時には、血圧が測定できない程のショックバイタルであり、大動脈解離等の緊急を要する疾患を念頭におき、造影CTを撮像したと推測される。

○心嚢液が増加した際、心嚢穿刺を行うという選択肢はなかったのか？

ご家族の方の希望で、積極的な治療は行わない方針となっていたため心嚢穿刺は施行しなかった。

<病理解剖>

○画像所見と病理解剖所見を踏まえ、最終的な解離範囲、心タンポナーデの発症起点となる動脈の破綻部位は同定に至ったのか？

解離範囲に関して、病理解剖所見では、弓部～下行大動脈にも動脈破綻が及んでおり、画像所見よりも破綻部位は広範囲であった。血管は容易に破綻し、解剖の際の手技的要因で細かな血管損傷があったと推測されるため、最終的な解離範囲は画像所見からの判断となる。

大動脈基部にも破綻所見を認めており、組織学的に捉えるのは難しいが、外膜まで破綻が及んでいたこと

が推測され、心タンポナーデの発症起点となったと考えられる。

○臨床的に大動脈弁閉鎖不全は認めなかったとのことだが、病理解剖所見でも矛盾はなかったのか？

大動脈弁の開閉に支障を来す破綻所見はなく、臨床所見との矛盾は認めなかった。

○冠動脈の解離、それに伴う心筋梗塞の発症はなかったのか？

病理解剖所見で冠動脈への解離の進展はなく、臨床経過においても心筋梗塞の発症はなかった。

平成30年度第5回

【日 時】平成31年3月5日

【演 題】肺癌終末期に腹膜播種を合併した一例

【発表者】中條 太郎

【症例】60歳代 女性

【主訴】腹痛

【現病歴】

2005年2月にCTで右肺上葉・下葉に異常陰影が認められ、呼吸器内科受診となった。肺腺癌の診断にて当院外科で右下葉切除術および右上葉部分切除術が施行され、病理では、いずれも腺癌の診断だった。その後当院外科で経過観察されていた。

2009年5月CTで胸水の貯留が認められ、胸水細胞診では腺癌であり、癌性胸膜炎と診断された。以降、同年7月～2015年10月まで当科で入退院を繰り返しながら化学療法を施行した。

2009年7月 Gefitinib内服開始したが、10月に両肺多発転移が出現し、PDであった。

2009年11月～12月 CBDCA+PTXを計2コース施行

2010年1月～2012年7月 GEM+VNRを計19コース施行

2012年9月～2013年3月 DOCを計6コース施行

2013年5月～2014年3月 PEMを計10コース施行

2014年5月～2015年5月 GEM+VNRを計14コース施行

2015年7月～9月 AMRを計3コース施行

2015年10月14日 ERL+Bmab施行

同年10月15日に脳MRIで左小脳半球内、右後頭葉小脳テント側、右頭頂葉側部に2-3mm大の転移が認められた。同年10月末には嘔気・下痢の症状が強くなり、ERL

+Bmab中止し、以後緩和療法となった。

2016年1月に排痰困難、呼吸苦を生じ、救急搬送され当科入院。慢性呼吸不全の診断で、安静時1L/分、体動時2-5L/分の在宅酸素療法を導入し退院となった。

2016年5月3日より排便ない状態が続き、5月8日より腹痛を自覚。5月9日に嘔気を自覚、腹痛が増悪し、救急搬送となった。単純CTで上行～下行結腸まで多量の便が認められ、便秘による腹痛と考えられ当科入院となった。

【既往歴】胆石胆嚢炎術後（2005年）

【入院時現症】

身長：144.5cm 体重：57kg

BT：35.7℃ HR：95/min BP：125/75mmHg

SpO2：95%（nasal 2L/分）

腹部膨満、筋性防御なし、反跳痛なし、腸蠕動音聴取

【血液検査】

[血算] WBC 14850/ μ l, RBC 473万/ μ l, Hb 14.8 g/dL, PLT 231×10^3 / μ l, Seg 65.1%, Eosino 0.2%, Baso 0.1%, Mono 2.8%, Lymph 31.8%

[生化学] Na 138 mEq/L, K 3.9 mEq/L, CL 101 mEq/L, BUN 28.7 mg/dl, Cre 0.5/mg/dl, eGFR 92.8, ALB 3.6 g/dl, T-BIL 0.9 mg/dl, AST 27 IU/L, ALT 42 IU/L, LDH 294 IU/L, CPK 15 IU/L, AMY 83 IU/L, CRP 1.59 mg/dl, ALP 457 IU/L, γ -GTP 147 IU/L

【腹部単純X線（2016/5/9）】

横行結腸のガス貯留が認められた。

【胸部単純X線（2016/5/9）】

浸潤影、結節影認められ、肺癌の多発転移の所見が認められた。

【腹部単純CT（2016/5/9）】

拡張した腸管とニボーが認められた。

【胸部単純CT（2016/5/9）】

両肺で浸潤影、結節影あり、肺癌の多発転移の所見が認められた。

【入院後経過】

2016年5月9日入院後、腹部造影X線施行し、腹膜播種によるS状結腸狭窄が疑われた。5月12日に外科へ転科し、回腸ストマ造設術が施行され、5月19日に当科へ再転科となった。6月3日には腹部症状は落ち着き、本人やご家族とご相談の上、在宅療養に向けて退院調整を進めていた。

6月13日に朝に突然呼吸困難が出現、SpO2 70%後半

に低下した。酸素を増量、痰の吸引などで一旦改善した。6月14日に自力での排痰が困難になり、呼吸困難、それに伴うパニックが生じた。苦痛や不安の軽減にモルヒネ1日10mg持続静注開始となった。

6月14日の呼吸苦、パニック状態となったときは酸素マスク14L/分とネーザル10L/分併用でSpO2 98%であった。症状が落ち着いたら酸素は安静時で4L/分まで下げることができた。その後も痰貯留で排痰困難による呼吸苦やSpO2の低下などが生じ、酸素6Lに上げることが何度かあった。

前胸部痛を訴えるようになってきたため、7月7日にモルヒネを1日20mgに増量した。その後数日は、症状はやや軽快していたが、ふたたび呼吸困難感、不安感が増悪し、パニックも生じるようになってきたため7月13日にモルヒネ1日40mgに増量した。

7月15日には呼吸苦増悪し、安静時の酸素6L/分に増量した。また「何でもいから楽にして」と訴えるなど、不安感も増悪しており、モルヒネを1日70mgに増量した。その後、徐々に呼吸苦が増悪し、安静時酸素8L/分に増量した。前胸部痛も悪化し、7月19日には「何してもこわい」との発言あり、モルヒネを1日150mgに増量した。

その後は「こわい」など訴えが続いたが、大きな変化はなく経過していた。7月28日徐々にSpO2低下し、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】

- ・多発肺転移、及び腹膜播種が2005年の肺腺癌の再発と考えて良いか。
- ・2016年5月の回腸ストマ造設の時と比べてイレウスの状態はどうか

【質疑応答】

- ・癌の遺伝子検査は施行しなかったのか。
- 診療録では遺伝子検査を施行した記載はなかった。
- ・6月13日の呼吸不全は排痰困難が原因だったのか。
- 痰の吸引によりSpO2が改善したため、おそらくそうではないかと考えている。
- ・2016年5月9日のCTでは腹水はなかったのか。
- CTでは明らかな腹水はなかった。
- ・腹膜播種が起きたため狭窄が起きたのか。
- 腹膜播種によって腸管に癒着が生じた場合、狭窄となることもある。

第 25 回 日本精神科看護専門学術集会に参加して

看護部 長 田 勇 樹

今回、平成30年10月26日・27日に香川県のサンポート高松にて開催された第25回日本精神科看護専門学術集会に一般演題の発表も兼ねて参加させていただきましたので御報告致します。

今回私は、『衝動行為を呈したADHDの学童期男児に対する「遊び」を介した関わり』という表題で発表しました。当初、患児の看護師に対する迷惑行為を問題行動と捉えていましたが、「遊び」として捉え直したことで、患児と余裕をもって関われるようになり、患児との間の信頼関係を深めることができました。さらに、患児はいきいきと自分の気持ちを表出できるようになったことで、衝動行為が減少しました。このように、衝動行為を呈した発達障害の児童でも、発達段階に合わせた「遊び」を通しての関わりが重要であると学べました。

学術講演では、『パーソナル・リカバリーのための共同意思決定』と題しての講演がありました。

リカバリーには、臨床的リカバリーとパーソナル・リカバリーに分けられ、臨床リカバリーは、症状・機能の回復であり、パーソナル・リカバリーは、病氣的な制限がある中で就労・一人暮らしなど自分の希望する生活ができるようになる客観的なリカバリーや人生の意味を見いだす主観的なリカバリーがあります。精神疾患からのリカバリーは、単に疾患からの回復だけではなく、よりよい人生を送れるようになるようになっていくことであり、リカバリーを促すには、医療では急性期医療の視点が中心になってしまいがちであるが、問題解決のためには、患者のストレングスに着目して本人の自信を高めることが大事であるとのことでした。そのため、患者さんのストレングスに意識的に注目して支援していけるようこれから看護してい

たいと思います。また、判断能力が低下している患者さんも多く、他職種の連携がとても大事であり、当院でも、他職間の連携を取り合って本人のリカバリーを促していけるよう努力していきたいと思いました。

また、ワークショップ『他科に誇れる精神科の専門技術 Mental Status Examination の基礎講座』では、内科や外科などの病棟で働く場合に、解剖生理・病態生理を勉強して働くと思いますが、精神科においても同じように大事であるといわれていました。また、内科外科などのフィジカルアセスメントに相当するのがMental Status Examinationであるとのことでした。

Mental Status Examinationでは、精神科の専門性として看護記録が重要だということでした。また、患者の行動を観察し、患者の内的体験を傾聴しデータとして記録に再現し、「ここに治療看護が必要です」と概念化することが大事でとのことでした。精神科に異動して3年が経ちましたが、精神症状や薬物療法などまだまだ知識不足だと感じ、少しでも患者看護に活かせるよう勉強しなければいけないと思い知らせされた研修内容でした。

ポスターセッションでは、『精神症状が活発な重度精神発達遅延患者に対する音楽を取り入れた看護の効果』や『強度行動障害患者への行動制限緩和に向けた取り組み』や『長期隔離中の自閉症患者への情緒的安寧をめざしたかかわりが与えた影響』などどこの施設でも、困っていることは同じで、大事なものは患者と向き合っただけでかかわってこうと決意することが大事だと思いました。重度の精神発達遅延や自閉症があり、暴力的なために保護室に入っている患者に対して、暴力との紙一重の中にあるが、どうしてこのような状態になっているのか、何かしてあげることができないの

かということを日々自問自答していきたいと思ひます。

このように今後につながる研修・発表をたくさん聞くことができとても有意義な学会参加になりました。

TOPIC2018に参加して

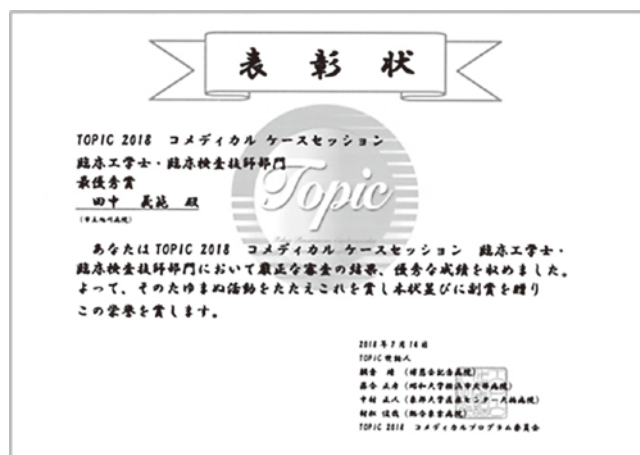
臨床器材料 田 中 義 範

2018年7月12日から14日までの3日間東京で開催されたTOPIC(Tokyo Percutaneous cardiovascular Intervention Conference)2018に参加してきました。

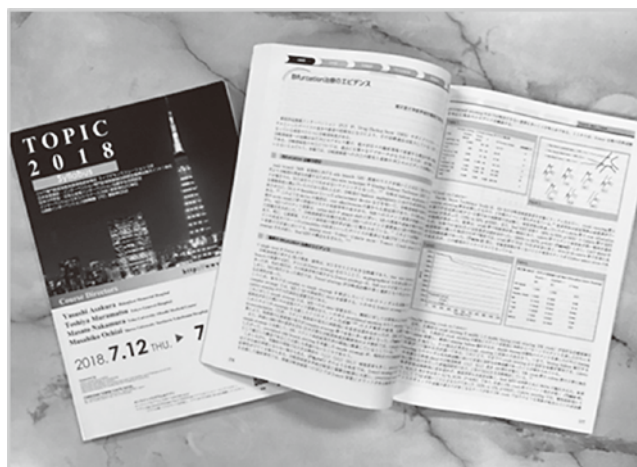
TOPICはカテーテルインターベンション関連の学会で、例年3,000人以上が参加する規模の大きな学会です。本学会におけるメインの話題は虚血性心疾患に対するカテーテル治療に関するものですが、ここ最近著しい発展を遂げている末梢動脈疾患（おもに下肢動脈疾患）に対するインターベンション治療（endovascular treatment：EVT）や大動脈弁狭窄症や僧帽弁閉鎖不全症、心房中隔欠損症などといった構造的な疾患に対するカテーテル治療の話題も取り上げられます。今回、私は下肢動脈疾患に対するEVTに関する最新の知識取得を目的に参加しました。

最近、下肢動脈に対するEVTは飛躍的に発展しています。これまで行われてきた腸骨動脈に対するステント治療のみならず、浅大腿動脈（superficial

femoral artery：SFA）に対するバルーン・ステント治療、さらに膝よりもさらに末梢の血管に対するバルーン治療も行われています。特にSFA領域の治療においては非常に活発な議論が行われています。治療デバイスの進化もあり、これまで治療困難であったSFAにおける10cmを超えるような閉塞病変も今日では治療可能となってきています。SFAに留置可能なステントも開発されていますが、いまだ長期開存には課題が残っている状況です。学会では、SFAの治療で大事なものはガイドワイヤーを閉塞病変の中心に通すことだと報告されていました。病変の縁を通り抜けたガイドワイヤーにバルーンやステントを通して血管を拡げた場合、拡張不良が起きやすく結果的に再狭窄につながる事が盛んに言われていました。このため、体表面からのエコー画像や血管内超音波（intravascular ultrasound：IVUS）といった画像診断機器を上手に使いこなすことが有効であることを



最優秀演題賞賞状



TOPIC シラバス

学びました。当院ではIVUSを我々臨床工学技士が担当しており、EVTにおいても自分たちの技術向上が重要であることを学びました。また、ここ最近血管の再狭窄を防ぐための薬剤が塗布されたバルーン（drug coated balloon：DCB）も開発され、ステントを留置しない治療方法も出てきています。学会では、狭窄病変に対するDCBに対する治療効果は非常に高いものの、閉塞病変に対してはまだ課題が残るデバイスであることが報告されました。今後当院での治療に生かせる情報が盛りだくさんの会でした。

また、本学会にはコメディカルの一般演題もあり、私も演題登録をして発表してきました。「IB-IVUSを用いた急性心筋梗塞における冠循環障害検出の試み」

と題して、急性心筋梗塞治療後のIVUS画像を解析することで、梗塞領域を予測できるか検討を行いました。臨床工学技士の発表は私を含め4件と少なめでしたが、最優秀演題賞をいただきました。多くの方々に評価いただき、私自身にとって本学会の参加は大きな進歩になりました。最優秀演題は論文化され、毎年参加者に配布されるシラバス（著名な先生方のレビューが掲載される論文集）に掲載されます。私の発表も次年度のシラバスに掲載されることが決まりました。市立旭川病院の名を少しでも全国に広げられたらと思います。今回、このような貴重な機会をいただきました教育研修課のみなさまには心より感謝申し上げます。

第41回 日本造血細胞移植学会総会に参加して

看護部 前田 早紀

平成31年3月7日から3月9日の3日間、大阪国際会議場で開催された第41回日本造血細胞移植学会総会に参加し、発表させて頂きましたので報告します。

1日目、2日目は看護教育講演や、一般口演を拝聴しました。今回の学会ではAYA(adolescent and young adult)世代と言われる、小児と成人のはざまにある思春期・若年成人患者の注目した講演が多かった印象があります。この世代の抱える問題は、就学や就労、生殖機能温存、ボディイメージの変化など、社会的・精神的問題が多く生じています。造血細胞移植後、身体機能の回復までは平均2年を要するとされています。

社会復帰するにあたり、看護師の役割として、長期フォローアップへのニーズが高まっていることを改めて知りました。当院にも、造血幹細胞移植を受けた患者さんの長期フォローアップを目的とした移植後看護

外来が設置されています。入院中の患者さんに生じる問題だけではなく、退院後の生活に目を向け、長期的に患者さんに寄り添う看護も重要であると感じ、今後の自身の課題として、スキルアップしていきたいと考えます。

3日目は、ポスターセッションで、看護研究で行った「造血幹細胞移植、化学療法を受ける患者が望む食事指導の検証」を発表しました。会場から食事指導をするにあたり、当院での栄養士との連携についての質問を頂きました。他病院の発表でも、様々なテーマで看護師だけではなく、医師や理学療法士など他職種と連携した発表がありました。食事指導に限らず、他職種と連携して行うチーム医療の重要性を改めて学びました。今回の学びを日々の業務に活かし、患者さんによりよい医療・看護を提供することができるよう努めたいと思います。

第 28 回 日本乳癌検診学会学術総会に参加して

中央放射線科 古 谷 聡 美

平成 30 年 11 月 23 日、24 日に大阪国際会議場で行われた第 28 回日本乳癌検診学会に参加して来ましたので報告いたします。

平成 30 年 2 月に中央放射線科では道北地区初の乳房用自動超音波画像診断装置（ABUS）の導入とマンモグラフィ装置の更新を行いました。ABUS とは乳房全体を数回に分けて自動スキャンし、再構成された画像を任意の角度から何度でも観察できる新しい超音波装置です。

また新しく導入されたマンモグラフィ装置ではトモシンセシス（3D マンモグラフィ）の撮影も可能となりました。

ここ数年デンスブレスト（高濃度乳房）が話題となっており、今回の学会でも高濃度乳房に関するシンポジウムがありました。高濃度乳房とは、全乳房に対して乳腺の割合が高い乳房のことをいい、マンモグラフィで病変が乳腺に隠れてしまうことが問題となります。

高濃度乳房の場合、超音波検査を追加することで乳がんの検出率が 1.5 倍になったという J-START の研究報告（2015 年）もあり、自分が高濃度乳房なのか、そうではないのかをまず知ることが重要であるとされています。しかし、視覚評価による乳腺密度の判定では読影者によりばらつきが出てしまうことが問題視されており、今回のシンポジウムでは統一化するための判定基準の提案や、さまざまな方法で乳腺密度を計算

し判定を出してくれるソフトウェアの紹介とその問題点などの話をされていました。また高濃度乳房と告知を受けても「現在乳がん検診における科学的根拠のある検診方法は現時点でマンモグラフィ以外にない」とされているため、対策型乳がん検診で超音波は行われていません。超音波検査による乳がん検診の有効性を検証する J-START の比較試験では、感度及びがん発見率が上昇するとの結果が得られていますが、死亡率減少効果は明らかではなく、特異度の低下などの不利益を最小化するための対策等も今後の課題となっています。

またその他に学会で印象的だったのは、乳がん検診の予約を電話予約からインターネット予約に変えたところ、受診者数が急激に増加したというものです。インターネット予約では病院の開院時間外でも予約を受けることが可能で、ホームページから簡単に予約が出来るようになれば当院でも患者数の増加に繋がるのではないかと思います。

患者さんに安心して検査を受けていただけるよう、また次も当院で検診を受けたいと思っていただけるよう、今回学会で学んだことを日々の業務に活かせるように努力していきたいと思います。このような機会を与えていただき、ありがとうございました。

CCT2018に参加して

臨床器材科 山口 和 也

平成 30 年 10 月 25 日～27 日に神戸で開催された CCT2018 に一般演題の発表も兼ねて参加させて頂きましたので報告致します。

CCT(Complex Cardiovascular Therapeutics) は 海外の著名な医師を招待し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を主とした学会であり, 海外の治療状況を知ることができます。

近年ではコメディカルセッションも充実してきており, 基礎知識から応用まで幅広い講演プログラムが企画されていました。

私は 2 日目に一般演題で「IVUS Report を活用した新人教育」と題して発表を行ってきました。血管内超音波法 (IVUS) は PCI の重要なサポートツールであり, 画像分析能力を必要とするイメージングデバイスです。IVUS はグレースケールによる画像描出であり, 画像診断をおこなう上で曖昧な画像から不確定な診断となる場合があります, IVUS 業務に携わるスタッフは統一した画像見解をできることが PCI をサポートする上で非常に重要となります。我々は, IVUS 操作及び IVUS 計測部位の所見などを当院オリジナルの Report を作成し管理しており, 新人教育に IVUS Report は有用であるか評価しました。結果は教育の一環として Report 業務を取り入れることで, 過去の新人教育に比べ早い段階で一人前として, 独りでカテーテル業務を行えるようになったこと, また Report を活用することで IVUS 画像に対し統一した画像見解を早期にできるようになり, また一人前として業務を任せられるようになった後も継続した教育を行えたことから,

IVUS Report は新人教育に有効であったと発表してきました。

プログラムの中で関心があったものとして, コメディカルライブという, 京都桂病院から EVT のライブ中継を行いコメディカルの視点で治療への関わり方や工夫などを中継施設と学会場でディスカッションを行う企画があり, このライブ中継で EVT 治療時に MASIMO 社製のポータブル型パルスオキシメータに搭載されている機能で PI (Perfusion Index) 灌流指標をモニターすることで末梢循環状態を観察するのに有用であると話されていました。EVT 治療では動脈造影以外で下肢灌流の指標となるものが無かったので当院でも EVT を安全かつ治療のエンドポイントの指標として, この機器を使用してみたいと思いました。

他には, 構造的な心臓病(structural heart disease:SHD) に対する低侵襲カテーテル治療の講演も多数あり, 経カテーテル的大動脈弁植え込み術 (TAVI: Transcatheter Aortic Valve Implantation) の基本から国内の成績や施設での工夫, 取り組みについての話や, 2018 年から保健適用となった経皮的僧帽弁形成術 (MitraClip) の基本, 近未来に国内でも保健適用となる予定のデバイス, 左心耳閉鎖システム (WATCHMAN) の話を聞くことができました。

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。

最後にこのような貴重な機会を与えて頂き, 心より感謝申し上げます。

第 44 回日本体外循環技術医学会大会に参加して

臨床器材科 佐藤 勇也

今回、金沢で行われた第 44 回日本体外循環技術医学会大会にて参加させていただきました。2018 年 11 月 10 日から二日間にわたって行われ、日本全国からたくさんの方がいらっしゃっていて、白熱した発表や議論が交わされ、大いに刺激を受けました。私は、「当院における心筋保護液および投与間隔変更による影響」について発表させていただきました。会場や座長の方から今後の展望などの質問があり、今後は症例数を増やし、長時間の大動脈遮断症例への影響を検討していきたいと回答しました。大会内で特に興味深かったシンポジウムとしては、TEVAR の普及により各施設でも症例数が減少傾向にある胸腹部大動脈置換術に

おける体外循環に関するものでした。還流量や還流方法、体温管理など、全国でもトップクラスの施設の臨床工学技士からの発表があり、ほとんど経験のない私には大変勉強になりました。また、植え込み型補助人工心臓に関する講演もあり、今後補助人工心臓を装着した患者の増加はほぼ間違いなく、自宅での療養生活をどのようにして支えていくか議論されていました。

二日間という短い時間ではありましたが、この貴重な経験を今後の臨床に活かしていければと考えております。参加させていただきました、本当にありがとうございました。

第 46 回日本集中治療医学会に参加して

リハビリテーション科 黒澤 響平

今回、2019 年 3 月 1 日～3 日に国立京都国際会館・グランドプリンスホテル京都にて開催された、第 46 回日本集中治療医学会学術集会に発表も兼ねて参加したので報告します。

今回の学会では、2010 年に提唱された TAFRO 症候群と呼ばれる疾患が重症化し、集中治療を必要とした女性に急性期から長期間リハビリを行った経過について報告してきました。本症例は、集中治療やその後の治療にて病態が安定したにも関わらず著しい筋力低下を呈し、その症状が長期間持続しました。しかし、装具や補助具を使用したリハビリ介入により ADL の改善を認め自宅復帰に至りました。TAFRO 症候群は

非常に珍しい疾患であり、運動機能の低下を示した症例も報告されているものの、リハビリに関する報告はほとんどありません。そのため、今回の報告は臨床的に意義のあるものであったと考えております。

近年、集中治療領域における重症疾患患者の生存率は著しく向上しております。しかし、今回私が報告した症例と同様に集中治療を経て病態が軽快したにもかかわらず、長期間にかけて運動機能の低下や精神障害を呈する PICS と呼ばれる状態が問題視されています。

現在、PICS の 1 つの解決策として早期リハビリが検討されています。早期リハビリでは、人工呼吸器管理されている患者に対する呼吸介助や排痰介助といっ

た呼吸リハビリ，呼吸器合併症や身体機能の低下を予防するための早期離床などが行われており，その効果は人工呼吸器離脱期間の短縮，ICU 入室期間や入院日数の短縮，運動機能の維持・向上といったかたちで現れています。

日本集中治療医学会学術集会でも早期リハビリの報告が増加しており，リハビリを主体としたセッションが連日組まれるまでになっています。去年の学術集会では，早期リハビリを開始するためのシステム作りや，集中治療室でリハビリの介入時間や量をどのようにして増やすかといった報告が多かった印象でした。今年の学術集会では，リハビリを実施するタイミングや適切な内容などの検討が多く，リハビリの質の向上が論点となっていました。

また，早期リハビリや離床に関する講演の中では，

「チーム」というワードが多く使われておりました。

早期リハビリを行うにあたり，効率的，効果的かつ安全なリハビリを提供するには，多職種がチームとして連携を取り合い，ゴールの共有や役割の明確化が必要です。去年の診療報酬改定にて新たに追加された「早期離床・リハビリテーション加算」においても，医師，看護師，理学療法士，作業療法士，臨床工学技士といった多職種のチームを構成し早期リハビリや離床を行うことが明記されています。当院でも集中治療室にて理学療法士，作業療法士，看護師によりリハビリが提供されていますが，他の職種との連携体制は整っていないのが現状です。集中治療室におけるリハビリの質の向上，医療事故のリスク軽減，治療効果の向上のためにも，チームによる包括的なリハビリの推進が必要と考えています。

第 57 回 全国自治体病院学会に参加して

看護部 池田 覚 美

平成 30 年 10 月 18 日・19 日の 2 日間，福島県で開催された第 57 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，「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」という表題で発表を行いました。年代別に結果を分類することで各年代の特徴が分かり年代による傾向をふまえたアセスメントを行うことが必要であることが分かりました。また内服管理能力判断の再評価を繰り返し行うことが今後の課題であり，再評価のタイミングについて考えた時，薬カートを見ていると自己管理できそうな人もいるように感じており，理解力が得られているのかアセスメントした上で内服管理能力判断の再評価を行っていくことが必要であると感じました。今回の研究を通して，研究を行う際対象人数が 14 人と少なく考察をするのも曖昧になり正直困った部分がありました。

今後研究に携わる際には，研究対象が多くなるよう

に工夫する必要があると思いました。

また特別講演で「地域で“暮らす”そして生きるに伴走する看護」というテーマで話を聞き，退院支援・退院調整について考えさせられました。講演では，退院支援は暮らしぶりを知ることから始まると話しており，大事な薬をなぜ飲んでいないのかなどお薬の整理をするのも入院時がチャンスであることを話していました。

今回の研究に関しても薬について困っていることがあることが分かっており，詳しく聞かないと分からないことがあることが学びました。詳しく聞くことがその患者さんの病識を理解することにも繋がり，そこから支援に繋がっていくことを学びました。入院時に患者さんの住宅環境や ADL の介助に関する内容については詳しく聞くことはあっても薬について詳しく聞くことはなかったように感じました。入院時から患者さんの生活背景について深く聞き取るというのは患

者さんの身の回りのこと全て含まれており、薬についても困っていることなど詳しく聞いていくことが患者さんを知る上で必要なことであることを学びました。また、講演では患者さんの節目の時に医師に病状説明を促すことが大事との話を聞き、患者さん自身が病状を理解した上で今後意思決定できるように看護師は働きかけるようにしていくことが大切であることを学びました。

患者さんと家族で考えの違いというのはあることで

あり、今後どのような場で暮らしていきたいかを入院時から確認し、病状が変化した時にはその節目で再度確認していくことが必要であると学びました。患者さんを第一に考えて看護師としてどう行動していくべきか考えさせられる講演であり、今後活用していきたいと思いました。

今回学会に参加して学んだことを今後の看護実践に活かしていきたいと思います。

第 57 回 全国自治体病院学会に参加して

看護部 渡 邊 光

平成 30 年 10 月 18 日・19 日の二日間にわたり福島県郡山市で第 57 回全国自治体病院学会が開催され、けんしん郡山文化センターでデジタルポスターセッションにて発表しましたので報告します。

看護・看護教育文科会は 13 のブースからなり、急性期・慢性期看護や外来看護など様々な分野にわかれ同時に発表を開始しました。私は「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～」の演題で、現在実施しているオリエンテーションの方法が不安やストレスの軽減につながっているかを検討し発表しました。当 ICU では患者が直接 ICU に来る見学型のオリエンテーション(以下 ICU 見学)を行っています。ICU 見学は視覚的・聴覚的に捉える事ができるため患者のイメージ作りに役立っているといえます。しかし、ICU 入室中は環境に関するストレスよりも術後に起こる身体的ストレスの方が強く感じやすいことが分かり、ICU 見学に参加した患者でも軽減できるストレスには限界があることが分かりました。

そのため、ICU 入室中の看護師の関わりやケアを患者に合わせて充実させていく必要があると考えました。

また、患者の中には ICU 入室に対して不安を感じていながらも、ICU 見学の必要性が理解されず ICU

見学を希望していない患者もいることが分かりました。術後 ICU での管理を必要とする患者の高齢化が進んでおり、高齢者は新しいことへの理解や環境への適応が困難な場合が多いため事前のオリエンテーションがより重要になると考えます。本研究の結果を踏まえ、患者のニーズに沿ったオリエンテーションとなるよう ICU 見学を見直していく時期にあることが分かりました。

近年、少子高齢化が急速に進展しており、当院においてもニーズに沿った看護やケアの提供を行っています。自治体病院に求められる医療は変わりつつあり、市民に寄り添った医療・介護の連携が必要です。他院では急性期病棟における病棟デイケアの効果を研究していました。病棟入院患者の約 7 割が高齢者であり、5 人に 1 人が認知症患者であるため、QOL の維持・向上、心と身体の支援を目的として病棟デイケアを導入しました。離床時間の拡大や気分転換、日中の覚醒時間の拡大が図れ、参加した高齢者の反応も笑顔が見られるなど良好という結果でした。急性期病棟ですが、入院患者の特性に着目し患者のニーズに合わせたケアの提供を積極的に取り入れており、とても刺激を受けました。本学会で得た経験を今後の看護ケアに生かしていきたいです。

第 57 回 全国自治体病院学会に参加して

薬剤科 鈴木 夢 平

2018 年 10 月 18 日・19 日に福島県郡山市で開催された第 57 回全国自治体病院学会に参加したので報告します。

大会のテーマは「地域医療の明日を拓く～自治体病院の機能分化と連携強化～」でした。1 日目は特別講演とシンポジウムに参加しました。薬剤分科会の特別講演は「東日本大震災・福島第一原発事故後の相馬地方における住民の健康課題 南相馬市立総合病院での内部被ばく検査の取り組みから」で南相馬市立総合病院の医師の講演でした。学会参加の 1 か月前には北海道で最大震度 7 を観測する地震があり、当院でも一時停電し業務に支障が生じました。災害時に薬剤師として何ができるのか考える機会となりました。シンポジウムは全 3 題でした。平成 30 年度の診療報酬改定で薬剤師が「退院時共同指導料」を算定できるようになったと話があり、病院薬剤師と薬局薬剤師の連携の重要性を再認識しました。

2 日目は、薬剤分科会の一般演題発表がありました。

私は「腎移植患者における薬物間相互作用の未然回避に向けた取り組み」と題して当院薬剤科での取り組みについて発表しました。当院では腎移植患者に免疫抑制剤としてタクロリムスが用いられていますが、相互作用を引き起こす薬剤が多く併用薬には注意が必要です。対策として、「併用注意薬確認システム」を導入しています。さらに 2018 年 4 月から「腎移植後カード」の腎移植患者への提供を始め、調剤薬局で薬剤師にお薬手帳と一緒に渡してもらうことで薬物間相互作用の未然回避につながることを期待しています。抗生剤の適正使用に向けた取り組みなど他の医療機関や調剤薬局の薬剤師の発表を見聞きして参考になることも多くありました。今後の業務に役立てていきたいと考えております。

この度は貴重な機会をいただき、ありがとうございました。

第 57 回 全国自治体病院学会に参加して

中央検査科 藤 田 佳 奈

私は、平成 30 年 10 月 18 日～19 日に福島県郡山市で行われた第 57 回全国自治体病院学会に参加した。

今回、「*Helicobacter cinaedi* の院内小規模伝播が示唆された事例について」と題して、当院で経験した事例を発表した。その発表内容の概要について報告する。

Helicobacter cinaedi（以下 *H. cinaedi*）は抗がん剤治療中の患者や糖尿病患者などから分離され、菌血症や

敗血症、蜂窩織炎などの感染症を引き起こす。当院では 2012 年以降検出のなかった *H. cinaedi* が 2017 年に入り、複数の入院患者の血液培養から分離するという事例が発生した。発生時期は 2 つの期間に分けられ、期間Ⅰが 2017 年 1 月～5 月、期間Ⅱが 2017 年 8 月～11 月である。菌株が保存できた 6 名分（期間Ⅰ：3 名、期間Ⅱ：3 名）の分離菌株について、国立感染症研

究所に解析を依頼し、MLST (Multilocus Sequence Typing) による遺伝子型の特定を行った。

その結果、期間Ⅰに分離した菌株は sequence type (ST) 5, clonal complex (CC) 4 の型に、期間Ⅱの菌株は ST18, CC18 の型に分類された。分離された菌株は、期間Ⅰ及び期間Ⅱでそれぞれ別の ST に分類され、期間ごとでは同一の遺伝子型に分類された。ST5 と ST18 はそれぞれ異なる CC (4 と 18) に分類されたことから、遺伝的に異なる系統であると考えられた。

ST が同一であることが同一菌株に由来するという

ことではないが、同一 ST の菌株が同時期に同一病棟で分離されていた背景も考慮すると、同一菌株由来である可能性が高いと考えられた。

結果から *H. cinaedi* が小規模に院内伝播した可能性が示唆された。期間Ⅰ及び期間Ⅱともに分離した患者はすべて同性であり、過去にトイレを介したアウトブレイク事例の報告があったため、当院でもトイレを介しての患者間の伝播を強く疑った。トイレ使用後の清掃を徹底したところ、本菌の検出は無くなった。

第 57 回 全国自治体病院学会に参加して

臨床器材科 堂 野 隆 史

平成 30 年 10 月 18 日、19 日の 2 日間、福島県郡山市で開催された第 57 回全国自治体病院学会に参加させていただき、発表しましたのでここに報告します。

今回の学会は、「地域医療の明日を拓く～自治体病院の機能分化と連携強化～」をテーマに開催され、自治体病院の役割や課題、病院間連携についての講演やシンポジウムが行われました。

臨床工学分科会では「病院間連携・職種間連携における臨床工学技士の在り方」についてのシンポジウムがあり、院内のみならず自治体としての連携を強化する上での役割について討論が行われました。その中でも、機器管理の一環として、備品購入を査定する備品設備委員会に臨床工学技士が関わっている施設の発表がありました。備品整備委員会が開催する各部門のヒヤリングにも臨床工学技士が介入し、さまざまな観点

から聞き取りを実施することで、購入コスト削減や同等品における機器統一化など、経営と安全に貢献できていることが印象的でした。

今回私は「当院における透析患者へのシャントエコー検査の現状」という表題で、当院の現状と臨床工学技士がエコーを実施する有用性について発表を行いました。臨床工学技士は透析室に常勤しており、トラブル発生時も透析室で迅速に検査でき、狭窄部位の特定なども速やかに判断することができると思います。

今後もエコーを用いて継続的にシャント管理を行い、トラブルの早期発見に繋げていきたいと思っています。

今回、このような貴重な機会を与えていただき、ありがとうございました。学会で新たに学んだことを、今後の業務に活かしていきたいと思っています。

ICBM セミナー ～臨床研究検討会～（30 年度）

眼外傷

眼外傷来院時には、受傷日時と原因、外傷の部位、異物の有無、眼窩周囲の骨折、涙道の損傷、神経損傷、眼球損傷について必要に応じてX線CTを行います。また、頭蓋内出血や気腫、髄液漏、顔面骨折などがあれば脳外科、耳鼻科、形成外科にもコンサルトします。

眼瞼のみの裂傷では皮膚を縫合します。眼瞼裂傷でも涙点より鼻側の裂傷では涙小管断裂を伴います。涙小管は涙嚢に向かう涙の通り道で、整復しなければ後に流涙症となります。涙小管の再建には、涙小管の断端を探索し涙点からシリコンチューブを挿入し、断端から挿入後80バイクリルで涙小管を縫合します。

眼球の外傷の原因は、鉄片異物や針金、石、釘などがあります。眼球の外傷ではその到達度が視力や手術法の選択に大きく影響します。眼外傷の半数は角膜までで、水晶体、網膜と眼の奥に達するにつれ大がかりな手術を要します。

本角膜裂傷例においては、角膜中央が裂けて、上方に空気が見られます。裂傷からは前房水が漏れており角膜縫合が必要です。次の症例は角膜異物です。瞳孔中央に小さな異物があり角膜を穿孔しています。異物を抜くと房水が漏れるので角膜を縫合します。縫合・抜糸後の写真ですが、角膜中央に混濁が残る視力に影響します。次は釘による眼球穿孔例です。下方より釘が眼に刺さっており、虹彩を貫いて水晶体に達しています。術後水晶体は摘出され眼内レンズが挿入されています。虹彩には釘が貫いた痕が残ります。

眼内異物が水晶体に留まっていれば水晶体の摘出を行い、可能なら眼内レンズを挿入します。異物が硝子体中や網膜にある場合は異物の摘出、網膜の光凝固、水晶体の摘出が必要になります。眼球の二重穿孔（貫通）を来している場合は、視力予後はかなり困難で、眼球摘出になる可能性もあります。強角膜裂傷による虹彩脱出では、可能なら虹彩を眼内に整復しますが、挫滅や汚染されているようなら切除し、創部を縫合します。

鈍的外傷でよく見られるのは、前房出血です。極端な例では出血のため虹彩も瞳孔も見えません。出血の消退を待つて消退しないなら手術することもあります。

虹彩離断は、前房出血が消退したあとに見られることがあります。治療の必要はありません。外傷性白内障で水晶体前囊が裂けた場合は早期に水晶体の摘出が必要です。網膜振盪症は、眼球前方の強い圧迫により、その対側に浮腫が発生します。手術適応はありません。外傷の眼底写真を示しますが、網膜は腫れており、眼底出血も見られます。視力に影響する黄斑部のOCTをとってみると円孔が発見できました。経過によっては手術することもあります。外傷性の水晶体脱臼では、落下の危険性があり、水晶体摘出が必要です。

眼窩骨折では、上顎洞に眼窩組織が穿破することが多く見られます。閉鎖型と開放型に分類され、閉鎖型は症状も強く早めの手術が必要です。眼窩骨折の手術は、耳鼻科や形成外科にお願いしています。

眼外傷の治療には、正確な診断と適切な処置が必要です。

（眼科 菅野 晴美）

薬剤関連性顎骨壊死

薬剤関連性顎骨壊死(以下MRONJ)とは、骨吸収抑制作用を持つビスフォスフォネート製剤やデノスマブなどの使用中や後に顎骨壊死が生じ、粘膜や皮膚に露出した状態である。今回我々は、MRONJ stage2において積極的に外科治療を行うことによって良好な結果を得た2例を経験した。

症例1は、67才男性。初診日は2014年12月で、主訴は左上4部の骨露出と強い疼痛、悪臭であった。既往歴は前立腺癌、多発骨転移で2012年3月にゾメタが開始されていた。診断；MRONJ stage2。CT画像では左上4部の骨溶解像と腐骨形成を認め、当初は抗菌薬長期投与など保存的治療を行ったが、改善せず2016年全身麻酔下で上顎壊死骨切除術施行した。遊離した腐骨と壊死骨を可及的に除去し歯肉弁で閉鎖創とした。

術後創部は離開なく疼痛は改善し、現在義歯装着が可能となっている。

症例2は、74才男性。初診日は2018年5月で、主訴は左上4部の骨露出と強い疼痛、左オトガイ部の知覚異常であった。既往歴は大腸癌、前立腺癌、多発骨転移で2015年10月にゾメタ、2016年12月にランマークが開始されていた。初診時診断；MRONJ stage2。患者は

かかりつけ歯科医にゾメタを投与されていることを告げていなかったため、抜歯処置を受け顎骨壊死が発症した。CT画像では左下4の抜歯窩は治癒不全を起こし、左下顎髄質骨の不透過性が亢進していた。症例1と同様に当初は抗菌薬長期投与など保存的治療を行ったが改善せず、2018年全身麻酔下で下顎骨辺縁切除術施行した。辺縁切除後、壊死骨を可及的に除去し歯肉弁で閉鎖創とした。オトガイ部知覚異常感は残存したが、疼痛は改善した。

今回我々は、MRONJ stage2において積極的に外科治療を行うことによって良好な結果を得た2例を報告した。今後も患者の全身状態や予後を考慮に入れつつ、適切なMRONJ治療を行いたい。

(歯科口腔外科 柴山 尚大)

左室下壁仮性瘤に対するパッチ閉鎖術の1例

【背景】左室下壁瘤に対する左室形成術には様々な術式が報告されているが、今回当科では左室下壁瘤に対してパッチ閉鎖を行った一例を経験したので、若干の文献的報告を加えて報告する。【症例】60代男性。診断は陳旧性心筋梗塞、左室瘤、僧帽弁閉鎖不全症。心エコーにてEF35%、下壁に2cm大の仮性瘤とMR I度指摘された。造影CTでは左室下壁に60mm大の心室瘤を認めた。心筋シンチグラフィーにおいては瘤の部位のviabilityは無かった。【手術】左室瘤は後下行枝と房室間枝の間にあり、瘤壁は極めて薄く、剥離中にruptureを来した。瘤の外径は80×50mm、内部の破裂孔は50×20mmであった。瘤は前後乳頭筋と後下行枝が近く、直接閉鎖では乳頭筋が変位する事で僧帽弁への影響が懸念され、後下行枝損傷のリスクもあったためパッチ閉鎖を行う事とした。まず、ウシ心膜パッチに全周性にかけた3-0糸15針を左室内腔から貫壁性に刺出し、心膜パッチは心室内腔に挿入。刺出した糸はダクロンパッチにかけ糸を結紮し、二枚のパッチ間にfibrin糊を注入した。後乳頭筋からA3への腱索が一本切れていたためCV-5で再建を行い、左房側からの水テストでは中央からわずかなleakがあるのみだったが、弁輪が拡大していたためCE Physio2 28mmを用いて僧帽弁輪縫縮を追加した。その後、冠動脈バイパス(LITA-LAD)を追加した。手術時間10時間46分、人工心肺時間306分、大動脈遮断時間229分。術後経過は良好であり、術後のCTにて左室瘤は完全に消失しており、心エコーではMRは消失していた。術後27日で

退院となった。【考察】後下壁の左室瘤に対して左室形成術を行う際には、乳頭筋の変位による僧帽弁への影響と冠動脈の屈曲が懸念されるため、linear closureでは術後にMRの増加や、収縮力の低下を引き起こす可能性が高くなる。そのため、本症例のように瘤径が大きい場合はパッチ閉鎖の方が有効であると考えられた。【結語】後下壁左室瘤に対しパッチ閉鎖を行い良好な成績を得たので報告した。

(胸部外科 庭野 陽樹)

意識障害を伴う高Ca血症クリーゼを呈した原発性副甲状腺機能亢進症の一例

【症例】78歳女性【現病歴】糖尿病で当科通院中であったが、X-5日頃より食欲不振・嘔気・倦怠感を自覚し、X-1日当科予約外受診。補液および制吐剤処方して帰宅。翌X日再診して上部消化管内視鏡および腹部単純CTを施行したものの嘔気の器質的要因は認められずそのまま補液管理のため当科即日入院となった。【入院後経過】入院後補液継続したものの嘔気や倦怠感は改善なく、第2病日の採血で腎機能の経時的悪化を認め意識混濁もみられ、第3病日で多項目の採血を行ったところ血清Caが19.7mg/dl (アルブミン補正值 20.1)と著明に上昇あり、一連の症状は高Ca血症クリーゼに伴うものと考えられた。同日より生理食塩水の大量補液とフロセミド、ゾレドロン、エルカトニンの点滴を行いCa補正を行った。追加検査でintact-PTH 2747 pg/mlと著明高値とPTHrP陰性、左下副甲状腺に48x25x25 mmの腫大とMIBGシンチグラフィで同部位に一致する集積亢進を認めることから副甲状腺腫瘍による高Ca血症と診断した。全身状態改善に伴い、手術による腫瘍摘出をすすめたところ、東京での手術を希望され第32病日に退院、東京で腫瘍切除を行った。【高Ca血症クリーゼの治療について】生理食塩水による大量補液と、フロセミド投与による尿量確保を基本とし、エルカトニンやビスホスホネート投与による骨吸収抑制作用でCa低下を図る。多発性骨髄腫を原疾患とする場合はデノスマブ、副甲状腺癌や再発性副甲状腺機能亢進症に対してはシナカルセトの使用が有効とされる。高Ca血症クリーゼでは急性腎不全をきたすため、無尿をきたす場合には一時的な血液透析を考慮する。

(代謝内科 永島 優樹)

生物学製剤による乾癬治療

乾癬は表皮細胞、樹状細胞、リンパ球（特にTh17細胞）が病態に関与する皮膚と腱・靱帯付着部を場とする炎症性疾患である。炎症を引き起こすサイトカインとして、TNF α 、IL-23、IL-17Aが重要である。乾癬には幾つかの臨床病型がある。最も一般的な病型は尋常性乾癬（Psoriasis vulgaris: PV）で、頭部、肘膝などの関節伸側、下腿などを好発部位として境界明瞭な皮膚面から隆起し浸潤を触れる局面を形成する。表面には厚い銀白色の鱗屑が付着する。その他に滴状乾癬や膿疱性乾癬などがあり、脊椎関節炎として分類される乾癬性関節炎（Psoriatic arthritis: PsA）が皮膚病変に伴って生じる。2010年に乾癬およびPsAに対して生物学的製剤（Biologics: Bio）が使用可能になった。乾癬Bio治療はTNF α 阻害薬から導入されたが、現在は上記の全てのサイトカインに対する製剤が使用されている。

当院においては、2018年10月までに合計33例の乾癬患者にBio治療を行った。開始時年齢は35歳から78歳で、男19例女14例である。初回導入時の主たる病型はPV14例(43%)、PsA10例(30%)、乾癬性紅皮症2例(6%)、膿疱性乾癬4例(12%)、PVに関節リウマチの合併した症例が2例(6%)、アロポー型が1例(3%)であった。26例が現在も継続治療中であるが、悪性腫瘍発生、間質性肺炎、治癒（薬剤性膿疱性乾癬）、転院などの理由で7例は中止ないし終了している。

乾癬のBioによる治療効果は、従来の外用療法や全身的治疗（シクロスポリンなど）、紫外線療法などに比較して非常に優れている。当院でも全ての症例で外用剤の使用量が著明に減少し、発疹が完全に消失することも稀ではない。しかしながら、二次無効により発疹が再燃する、あるいは病型が変化しPsAによる関節症状が前面に出てくこともある。このような場合、製剤を変更するBio switchで治療効果を維持する必要がある。

（皮膚科 坂井 博之）

大腸内視鏡的粘膜下層剥離術（ESD）におけるリドカイン粘膜下局注の有用性

【背景・目的】内視鏡的粘膜下層剥離術(ESD)は外科手術に比べ侵襲性が少なく、従来の内視鏡的粘膜切除術(EMR)に比べ表面型病変に対する一括切除率が高いことなどから広く普及している。一方で治療時間の長さ

や合併症の多さなどが指摘されており、その原因の一つとして過剰な消化管蠕動が挙げられる。近年胃のリドカイン粘膜下層局注の安全性が報告されたが、大腸ESDにおける治療時間の短縮などの有用性について明確なエビデンスは得られていない。大腸ESDにおけるリドカイン粘膜下局注の有用性について明らかにする目的で検討を行った。

【方法】対象は2015年11月～2018年6月までに研究参加施設で大腸ESDを施行した患者78例。1%リドカインを粘膜下局注する群と生理食塩水を粘膜下局注する群にランダムに割り付け、ESDの粘膜下局注開始時から剥離終了時まで、15分おきに病変の口側・肛門側に1mlずつ粘膜下局注した。主要評価項目は大腸ESD施行時の治療時間、副次評価項目はリドカイン粘膜下局注の安全性、他の蠕動抑制薬の減量として前向きランダム比較試験で検討を行った。

【結果】患者背景、病変背景のいずれも有意差はなく、主要評価項目である治療時間は有意差を認めなかった(P=0.22)。サブグループ解析として右側結腸と左側結腸に分けて検討した結果、右側結腸にてリドカイン群で生理食塩水群より有意に治療時間が短縮した(P<0.05)。左側結腸では有意差は認めなかった。またリドカイン群では有意に腸管蠕動抑制薬の使用頻度が減少した(P<0.05)。

【結論】大腸ESDにおけるリドカイン粘膜下局注の有用性を前向きランダム化試験にて検討した。リドカイン粘膜下局注は右側結腸での治療時間短縮に有用であると考えられ、かつ経静脈的腸管蠕動薬の使用が有意に減少した。またリドカイン粘膜下局注では明らかな副作用は認められなかった。

（消化器内科 小林 裕）

ミトコンドリアミステリー

ヒトが生命活動を行う上で欠かせないエネルギーはATP（アデノシン3リン酸）の形で、細胞呼吸により賄われている。細胞呼吸は解糖系、クエン酸回路を経て、電子伝達系による酸化反応を首座とする糖代謝のみならず、アミノ酸代謝、脂肪酸代謝などと複雑な経路を絡みながら、ミトコンドリアという細胞内オルガネラで行われている。ヒトの生命維持にとって欠かせない神経系や循環器系の細胞は他臓器に比較し、大量のエネルギーを要し、現にミトコンドリアが最も豊富な臓器は心臓である。逆に神経系や循環器系はミト

コンドリア傷害（虚血・再灌流傷害など）やミトコンドリア病の表現型が最も出やすい臓器とも言える。

本発表ではミトコンドリアを介した生命維持機構を簡単な生理学的、生化学的な計算を用いることで定量的に示しながら、燃料（エネルギー）、酸素（呼吸）、循環（心臓）のクロストークをマクロな視点から概観し、重篤な先天性心疾患（左心低形成症候群）の背景にミトコンドリア病の合併を細胞呼吸計測により証明できた1症例を提示し、ミトコンドリア病に対する本邦での最先端の取り組みを紹介した。

（小児科 阿部 二郎）

気管切開カニューレの使い分け

気管切開カニューレは、①カフの有無、②単管か複管か、③側孔の有無、の3つの点で分類される。また、上記の点では分類できない特殊タイプも存在する。①カフ付きカニューレは、気管への流入防止やエアリーク防止の機能を有する。そのため、誤嚥リスクが高い症例や人工呼吸器装着症例に用いられる。一方、カフなしカニューレは違和感が少なく、カフによる気管壁壊死のリスクが少ない。②単管カニューレは構造がシンプルで安価なのが利点であるが、カニューレ内閉塞時はカニューレ全体の交換が必要となる。一方、複管カニューレは高価であるが、カニューレ内閉塞時に内筒のみ外して洗浄交換が可能であり、頻回に喀痰で閉塞する症例に用いられる。③側孔のあるカニューレは、呼吸が側孔を介して声門を通るため、発声が可能である。ただ、側孔から誤嚥することがあるため、誤嚥リスクが高い症例には用いることが困難である。また、カフ付き側孔なしカニューレに発声用バルブ（一方向弁）を接続すると呼吸排出路がなくなるため注意が必要である。④特殊タイプとしては、レティナ、アジャスタブルフランジが代表例である。レティナは軟らかく小さいため違和感が少なく、病状が安定している症例での長期気管切開孔の維持に適している。アジャスタブルフランジはラセン入りでフランジ位置調整可能であり、カニューレ長を調整することで超肥満体症例や下気道狭窄症例に用いられる。以上のような、それぞれのカニューレの特徴を考慮し、患者ごとに適切なカニューレを選択することが必要である。また、長期的に気管切開されている患者は漫然と同じカニューレに交換しがちであるが、嚥下機能や発声機能はQOLに強く関わっており、患者状態の変化に応じ都度適切

なカニューレ変更を心がけるべきである。

（耳鼻咽喉科 安川 真一郎）

自殺関連行動で入院した青年期患者の長期経過

2007年から2012年までの5年間に、過量服薬、自己切傷、飛び降り、縊首といった自殺関連行動のために当科に入院した20歳以下の患者147人（男性33人、女性114人）の退院後3年後と5年後の経過につき検討した。

その結果、自殺関連行動の再企図があった患者は3年後では36.1%、5年後では11.8%であり、観察期間が長くなるにつれて割合は低下した。

先行研究における対象患者は成人患者であるが、再企図率は1年以内で15～17%、2年で18～27%と報告されており、今回の結果で青年期患者では成人よりも再企図率がやや低い傾向が認められた。青年期という発達の途上時期から危機介入がなされ、精神科との繋がりを維持して継続的な治療が行われることによって、青年期患者での再企図率が成人より低化する可能性があると考えられた。

自殺関連行動のリスク要因については、退院5年後に再企図がある患者では、複数回入院、虐待・性被害の既往、無職者のそれぞれの割合が再企図なしの患者に比べて有意に高かった。このことは、虐待・性被害が自殺関連行動の発現要因になるだけでなく、長期的な転帰にも影響を与えるリスク要因として重要であることを示していると考えられた。したがって、虐待や性的被害の既往をもつ青年期患者の診療に際しては、将来的にも自殺関連行動に至る可能性があることを十分に注意しながら治療関係を維持し、長期にわたる経過観察の必要性が示唆された。

（精神神経科 富岡 健）

NPPVガイドライン 第Ⅱ版

NPPV (Noninvasive positive pressure ventilation) ガイドライン（第1版）が発刊され9年が過ぎ、第2版が発刊された。1998年在宅マスク人工呼吸の保険適応以来NPPV療法の在宅使用者は急激に増加し、当時、世界的にも急性期患者に対するNPPVガイドラインは存在していたが、慢性期を含めた広範囲のガイドラインは存在していなかった。第一版の発刊以来、NPPVの適応範囲は拡大され、新しい機器も登場し、使用される領域の拡大、人工呼吸関連肺炎とNPPVの関連、

代災害時の在宅呼吸器の問題点も新たな重要臨床課題として明らかになった。第一版からの変更点を中心として概説した。

(麻酔科 大沼 淳)

当院における腎移植の総括

【背景・目的】 末期腎不全に対する治療は血液透析、腹膜透析、腎移植の3つがあり、当院ではいずれの治療法も選択することができる。全国最北端の腎移植施設として1995年から生体腎80例、献腎12例の計92例の腎移植を行ってきた。2018年度で腎移植医療を休止するため、24年間の腎移植成績を後方視的に検討した。

【結果】 平均観察期間10年（2ヶ月～24年）、平均年齢は41.8歳（8-74歳）男女比66／26例（男性71.7%）、ABO血液型不適合移植（ABOiTx）19例（20.7%）、抗ドナー抗体陽性2例（2.2%）、透析未導入22例（23.9%）であった。全生存率は5年100%、10年96.7%、15年91.0%、20年75.6%で、全生着率は5年95.1%、10年88.8%、15年85.7%、20年69.2%であった。生体腎に限ると生着率は5年97.0%、10年91.1%、15年で88.0%であった。血液型不適合の有無で生着率に差は認めなかった。透析未導入症例では15年生着率は100%であった。死亡例は7例（7.6%）で、悪性腫瘍が3例、脳血管疾患1例、消化管穿孔1例、老衰1例、事故死1例であった。うち5例は死亡時に移植腎機能が維持されていた。

移植腎機能廃絶は10例（10.9%）で拒絶反応、慢性移植腎症、IgA腎症再発が3例ずつ、その他グラフト感染が1例であった。

現在当院に通院している患者の平均血清クレアチニンは 1.33 ± 0.29 (mg/dL) と良好であった。

【結語】 当院は小児から高齢者、免疫学的ハイリスク症例に対しても積極的に腎移植を行ってきたが、生存率、生着率、移植腎機能は良好であった。

(泌尿器科 田邊 起)

周産期感染症 - GBS -

<はじめに>

B群β溶血性連鎖球菌（Group B streptococcus; GBS）は現在でも先進国における新生児侵襲性感染症の主な原因となっている。ユニバーサルスクリーニングに基づいた分娩時予防的抗生剤投与により、早発型の新生児GBS感染症の発症率は低下したが、遅発型の発症率は不変であり、また近年は早発型の発症率低下

も頭打ちとなっている。当院で経験した新生児遅発型GBS感染症の症例を報告する。

<症例>

【母体背景】

30歳 2妊1産 前回妊娠時GBS(陰性)

合併症：潰瘍性大腸炎(UC) 当院消化器内科でメサラジン内服、緩解中

【現病歴 -母体経過-】

7週6日 当科初診、11週5日妊娠初期検査実施。以降妊娠経過・検査に特記異常なし。

35週5日母体感染症検査でGBS陰性。39週3日 自然陣痛発来で入院 自然経膈分娩。

分娩所要時間は10時間24分。出血量737g。新生児所見：男児 2782g Aps8-9-9。

分娩後経過も特記すべき異常なく、産褥6日目 母児ともに退院した。

【入院経過 -新生児-】

生後17日目前夜からの発熱・哺乳不良を主訴に小児科外来受診。外来処置中に徐脈となり、呼吸停止し心肺蘇生を行いROSC。ICU入院し蘇生を継続するも徐脈、血圧低下をみとめ、アドレナリン投与を繰り返す。入院約6時間後に蘇生処置中止、死亡確認をおこなった。

【検査結果】

頭部CT 頭蓋内異常所見なし

L/D：WBC 3240 CRP2.41 Plt15.3万

血液・尿細菌培養：B群β溶血性連鎖球菌 陽性（CPS Ia型）

髄液細菌培養：未採取

剖検：家族が希望されず

【最終診断】

遅発型B群β溶血性連鎖球菌感染症による敗血症性ショック

<考察>

当院では新生児GBS感染症への対策として、ガイドラインに則った母体スクリーニング、母体への予防的抗生剤投与を行っている。今回の症例をうけ、スクリーニング方法の徹底と培養検査方法の見直しを行った。しかし遅発型GBS感染症への対策は未だ明確な指針がないのが現状である。産褥期の対応についてはさらなる研究が必要であり、今後のワクチン開発や慎重なサーベイランスが期待される。

(産婦人科 早坂 美紗)

当科におけるびまん性大細胞型B細胞性リンパ腫 (DLBCL) の後方視的検討

びまん性大細胞型B細胞性リンパ腫は悪性リンパ腫の中で最も頻度の多いリンパ腫である。IPI, R-IPI, NCCN-IPIなどが現在までにDLBCLに広く用いられている予後因子である。我々はDLBCLにおいてCBCを用いた新たな予後予測モデルを検討した。

症例は当院でDLBCLと診断されR-CHOP療法が施行された211例について検討した。CBCの因子としてLMR(リンパ球数/単球数)とHbと血小板数を使用した。これらのcut off値はROC曲線を用いて1.9, 10 g/dl, $15 \times 10^4/\mu\text{l}$ とした。3つの因子はLMR < 1.9, Hb < 10 g/dl, 血小板数 < $15 \times 10^4/\mu\text{l}$ とした。CBC group1は3つの因子を持たないグループ, CBC group2は3つ因子のうち1つか2つをもつグループ, CBC group3は3つの因子すべてをもつグループとした。CBC group1は81例(38.4%), CBC group2は119例(56.4%), CBC group3は11例(5.2%)であった。また、それぞれのグループの5年OSは77.7%, 62.8%, 10.1%であった。DLBCLにおけるCBCの3つのデータを用いた予後予測モデルは有効であると考えられた。

(血液内科 下埜 城嗣)

HCCに対する経カテーテル的治療で残るのはTAAだけ？ TAA ; transarterial ablation

TAAという概念の経カテーテル的治療は以下に示す経緯で開発されてきた方法である。

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置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は従来の方法と比較しより高度な治療効果と、塞栓領域が極めて担癌部位に限局され正常肝組織への障害が少ないため、肝機能の温存を期待できる。

昨年、新規の分子標的薬であるレンバチニブがHCCに適応となり、良好な治療成績を上げている。レンバチニブの奏効率を上げ、継続治療をするためには、肝機能の温存が重要な要件の一つである。BCLC-Bステージなどの多発する腫瘍の状態においても、今後は、on demandなTACEが必要とされ、さらにそのTACE手技は、局所制御の向上と肝機能の温存を実行可能なTAAによる方法が、分枝標的薬との併用療法においてもますます重要となると思われる。TAAは単発腫瘍のみならず、今後の肝癌診療での経カテーテル的治療のKeyになると考える。

(放射線科 花輪 真)

当院呼吸器内科における平成28年度の肺炎入院症例の検討

平成28年度に当科に肺炎で入院した136症例の臨床的特徴を検討した。市中肺炎は113例、誤嚥性肺炎はいずれも71歳以上で32例だった。原因菌はK.pneumoniaeが最も多く、一般的に起因菌として重要であるS.pneumoniaeの検出率は低かった。これは尿中肺炎球菌抗原の検査実施率が低かったためと考えられる。治療薬はABPC/SBTの使用率が高く、奏効率は87.5%であった。死亡は3例であり、A-DROPで分類するといずれも2点または3点であった。誤嚥性肺炎の割合や全体の死亡率など一部の項目において、当院での前回(平成19年度)の調査結果と異なっており、当科の人事的な事情が関係していると考察される。

(呼吸器内科 市川 貴也)

当科における腹腔鏡下鼠径ヘルニア根治術 (TAPP) でのLap ProGrip 導入と手術成績

鼠径ヘルニアの原因は先天性のものや後天性のものがある。後天性は主に筋組織などの脆弱性による。そのため自覚症状は一側にも関わらず、もう一側にも潜在的に存在する可能性がある。このことから、全身麻酔のリスクが高い症例では開腹による鼠径ヘルニア根

治療としているが、全身麻酔が可能な症例に対しては、当科では主に両側のヘルニアの有無を同時に診断可能な腹腔鏡下鼠径ヘルニア根治術を採用している。

また、使用するメッシュLap Progrid®；（以下：LPG）は腹腔鏡下鼠径ヘルニア根治術（以下：TAPP）においてTacking固定を不要としたものである。当科では、LPGを5mmPortから安全に挿入し、かつ展開を容易にする方法を考案したので報告する。

通常12mmPortをメッシュ、縫合針等を挿入するため使用する施設が多い。しかし、5mmと比べ12mmPortは創部痛が有意に強い。また12mmの大きさでは、創部から腸管や大網などの脱出、いわゆる腹壁癒痕ヘルニアとなる可能性がある。そのため、当科では5mmPortより挿入可能な弱湾の針を使用し、メッシュの挿入・展開を容易にするため、巻き方を工夫し安全により低侵襲な手術を実現している。

その工夫によりLPGを用いたTAPPは若手外科医でも安全に施行可能であり、TAPPにおいて標準的な方法の一つとなり得る。

（外科 窪田 武哲）

放射線治療とペースメーカー – ガイドラインよりー

当院では歴史的に循環器疾患の患者が多く、ペースメーカー（PM）、植込み型除細動器（ICD）装着が多い。

また、高齢者のがん患者が増加し、手術・化学療法が適応にならず、放射線治療を選択する必要な方が増加している。

以前は、放射線治療時のペースメーカーの誤作動、機械故障について明確な危険線量はPMメーカーから提示されておらず、メーカーごとに注意喚起が一定でなかった。そのため照射野に少し近いだけで、PMの入れ替え、左右移動、放射線治療を避けるなどの対応がとられてきた。

近年、日本でもガイドラインが作成され、安全な準備・安全対策の基準が示されたので紹介する。

PMのリセット、オーバーセンシングが指摘される

1994年 米国医学物理学会で発表

2004年 日本の調査

循環医の関与あり 17% モニターあり 18%
線量評価実施 17%

2006年 日本の調査

循環医の関与あり 61% モニターあり 47%
線量評価実施 84%

2010年 JASTROガイドライン（4個のガイドラインを融合・発展）

動作異常の可能性をIC

PMの依存度の把握、循内との密接な連携

PM手帳、記録の確認、保存

放射線治療スタッフへのリスク周知と緊急時対応を決める。

PM本体部分には直接線を照射しない。

種々の治療計画上の注意点あり。可能であれば、2Gy以下めざす。

（他のガイドラインでは、10Gyで入替えの記載あり）

治療中：カメラ監視、ECGモニター

終了後のPMチェック

循環器のバックアップなければ他施設も考慮する

照射時に三次元的に照射方向を調整することで、基準線量以下に抑えた症例を2例提示した。

まとめ

最近のPMは性能向上し、耐容線量・対ノイズ性が向上し、簡単には致命的影響受けにくくなった。

かなり大まかな、放射線による影響の基準がしめされてきた。これと共にメーカーが具体的基準を示すようになってきた。

リスクに対する、対応手順やICについても触れられている。これにより放射線治療を避けるのではなく、リスク管理の方向性に向かっている。

当院の検討では、PM装着者でも、照射野から5cm程度、腫瘍から7-8cm程度の三次元的距離を取れば、放射線治療計画の工夫で治療可能。

数値によりリスクを検討し、照射可能、別部位に入替えなど決定できる。

それでも器械トラブルは、ゼロにはならないものとして対応が必要。

（2019, 10 改訂新ガイドラインのPDFファイルを医局共有ホルダーに保存）

（放射線治療科 川島 和之）

心不全を契機として診断に至った心アミロイドーシス症例の臨床像の検討

【目的】近年、心アミロイドーシスに関する知見や解析が進み報告例が増加している。当科にて心アミロイドーシスと診断した症例に関して、画像診断を中心に臨床像を検討した。

【対象・結果】心不全を契機に発見された6例の心アミ

ロイドーシス症例。年齢は41～76歳。ATTR型が3例、AL型が3例で、AL型の3例はいずれも背景に多発性骨髄腫を認めた。心エコーでは、全例でびまん性の左室肥大と拡張能障害を認め、EFの低下を3例に認めた。

心臓MRIでは、全例で左室の貫壁性もしくは心内膜下にほぼ全周性の遅延造影を認めた。99mTcPYP心筋シンチでは、全例で集積を認め、ATTRでは骨構造よりも強い集積を認める一方でALでは軽度の集積にとどまっており、両者の鑑別に有用であった。2例で洞不全症候群を合併し、うち1例はペースメーカー植込みを要した。診断効率を高めるため皮膚科にて皮下脂肪付き皮膚生検を施行したが、4/5例でアミロイド沈着を認めた。

【考察】左室肥大を合併した心不全例では、非虚血性心筋症として基礎疾患の鑑別が重要であるが、心エコーのみならずMRIやPYP心筋シンチが心アミロイドーシスの診断や病型診断に重要と考える。

(循環器内科 浅野目 晃)

君たちはどう逝くのか～ advance care planning

近年では終末期がん患者に対する緩和ケアは広く受け入れられているが、超高齢社会となった現在においても、非がん患者の終末期ケアの必要性については、最近になってようやく認知されてきたところである。

人生の最終段階における医療への関心は一般人も医療従事者も共通して高いことが厚生労働省の調査によってわかっているが、実際に終末期のプランを具体的に考えている人は少数である。がんと異なり、非が

ん疾患では終末期の予後予測しづらいという特徴があり、そのことが終末期プランを立てることの妨げになっていると考えられる。Advance care planning (ACP)とは、病気や認知症などで意思決定能力がなくなった場合に備えて、患者、家族や友人、医療従事者が前もって話し合い、本人の価値観を共有する過程のことである。それ以前にはadvance directive (AD)、すなわち延命治療の意思表示や代理意思決定者をあらかじめ決めておくなどの事前指示を作成することが推奨されていたが、SUPPORT試験ではADの作成が必ずしも患者本人の意向に沿った終末期ケアに繋がらないことが明らかになった。健康状態やライフステージによって患者自身の意向も変化するため、日頃から代理意思決定者や医療従事者とともに患者の価値観を共有しておくことで、患者の考えに対する理解が深まり、複雑な状況でも患者の意向に沿った対応が可能になるというのがACPの発想である。従って、病状が悪化してからではなく、定期外来、慢性疾患の診断時、介護依存度が増した時など、折々に意向を共有しておくことが望ましい。最近のRCTやsystematic reviewでは、ACPは通常ケアと比べて有意に患者の意向に沿った終末期ケアが実践される可能性が高まること示されている。急性期病院でACPを行うことは容易ではないが、患者・家族の価値観・感情などを共有しながら実現可能なケアを提案しつつ、患者本人にとってのbest interestを模索するshared decision makingという手法で意思決定を行うことが望ましい。

(総合内科 鈴木 聡)

看護研究発表会記録（30 年度）

小児の付き添い家族の入院環境に関する当院の実態調査と課題

西5階 ○小川 恵美，魚住 恭華
伊藤 早紀，鈴木佐江子
原井 絵里

【はじめに】

小児の入院は臨時入院の割合が多く，付き添い家族から食事，入浴，ベッドが準備されていないことに関して不便との意見がある。家族は，不安や戸惑いを感じている可能性があり，今後の看護に役立てるため，付き添い家族の入院環境について調査検討した。

【方法】

平成30年5月～7月に付き添い入院した保護者62人を対象にアンケート調査を実施。

【結果・考察】

アンケート結果から，食事の準備・浴室の利用・ベッドの狭さについて不便を感じていた。また，家族は入院時の説明が不十分と感じていた。病院の設備に関しては，付き添い家族もレストランの出前ができることや，貸しベッドについての金額など「知っていたら利用したいものもあった」との意見もみられた。当科では臨時入院の割合が多い。オリエンテーション用紙を渡していても，「紙を読む余裕はない」との意見があったように，状況によっては説明の一部が省略されたり，説明がされていても集中できず覚えられていないことや，看護師の経験により説明の内容に差が生じている可能性がある。看護師は付き添い家族が不慣れな環境の中で不安や戸惑いを感じていることを考慮し，親身になって家族の話を傾聴して，家族が少しでも快適に過ごせるよう要望の多かった項目について整理し，どのような援助を希望するか確認する必要がある。また，今後は，看護師の経験の差や説明不足による不安が生じないように最低限説明する情報をスタッフ間で統一していく必要がある。

【結論】

- ・付き添い家族は食事，入浴，ベッドに不便を感じている。
- ・入院時の説明を不十分だと感じている付き添い家族が多い。
- ・優先的に説明が必要な情報と家族から要望の多かつ

た情報を整理し，提供できるようにしていく。

- ・看護師の経験度や説明不足による不安が生じないよう，説明する情報をスタッフ間で統一する。
- ・付き添い家族は病院という慣れない環境での生活により不安や負担を抱えている。家族の話を傾聴し，どのような援助を希望しているか確認していく。

当病棟における退院支援のあり方を考える

～昨年度の患者満足度の研究結果を通して～

東7階 ○佐々木彩花，得能 寿子
近江谷律子，森川 友美

【はじめに】

東病棟7階ナースステーションが昨年行った看護研究の「地域包括ケア病棟における退院支援の満足度調査」では，入院期間や退院準備に関して不満足割合が他の項目に比べて多い結果であった。そこで，患者・家族の意向に沿った退院支援を実施していくために，私たちが行っている退院支援のあり方を再検討する必要性を感じた。

【研究対象・方法】

2018年5月～7月に地域包括病棟に入院している退院調整患者32名

先行文献の退院支援実践自己評価尺度の24項目に沿って，対象者の看護記録を含む全ての診療録から調査し，「出来ている・出来ていない」の2段階評価を行い単純集計した。

【結果・考察】

今回の調査では，ほとんどの項目で該当なしを除くと出来ている割合が多く，出来ていない項目は少なかった。しかし，患者・家族の情報収集の中で，患者の社会背景の生活史の情報が不足している部分があった。対象者の中で，退院の準備に関して不満のある患者が1名いた。この対象者を振り返ると，認知機能やADLと比較して，「患者の社会背景」の中の生活史が十分に情報収集できていなかった。このことから，もっと患者に興味を持って生活史を聞けていたら，もう少し患者・家族に踏み込んで話を聞き，確信を持って意思決定できるように支援をしていくことができたのではないかと考える。患者・家族の深い思い，本音を十分な時間を取って聴き，課題に向き合い，検討しな

がら退院調整部門につなげることが役割であり今後の課題と考える。

【結論】

- ・入院期間や退院の準備に対する不満の要因として、生活史を聞けていないことがあった。
- ・患者のこれまでの生き方に興味を持って意図して情報をとっていくことが生活史を聞くことにつながり、当病棟の退院支援においては、その情報を共有していくことが課題である。
- ・患者・家族の意向に沿った退院支援実践に向けて、患者・家族の深い思い、本音を十分な時間を取って聴き、課題に向き合い、検討しながら退院調整部門につなげていく必要がある。

安全な歩行入室を目指して

～手術室看護師の情報収集への意識調査～

手術室 ○阿内 香里, 鈴木美智子
松橋 佳奈, 嶋澤 隆博
飯野ちあき

【はじめに】

2016年6月から導入された歩行入室によって、ドレーンやラインの事故抜去や転倒の危険性、また歩行時の疼痛などで患者の安全安楽が確保されない状況を問題と感じた。歩行入室の問題から術前訪問（以下訪問）の情報収集、アセスメントすることが安全・安楽な看護を行うために必要な手術看護なのではないかと考えた。今回の手術室看護師（以下看護師）の情報収集、訪問、病棟との連携の現状を調査、分析することで安全な歩行入室を目指すことができるのではないのかと考え、本研究に取り組んだ。

【対象・方法】

対象：看護師13名。研究方法：安全・安楽な歩行入室の検討をするために追加を必要とする情報を抽出。17項目のアンケートを作成、「カルテからの情報収集」「訪問時の情報収集」「病棟看護師との連携」にカテゴリー分類。

【結果・考察】

「病棟看護師との情報共有」は『している、ときどきしている』84%と情報共有の必要性の認識は高かったが、「情報共有・依頼の inputs」を『していない』が8%であった。継続看護に必要な情報の病棟看護師との共有の必要性を十分に認識できていない場合がある。また、「入室方法の依頼」は『している、ときどきして

いる』85%であり病棟への依頼は行えているといえるが、「入室方法に不安を感じている」が77%であった。

訪問未実施により患者情報の把握が不十分となること、入室方法の判断に介入をしていないことなどが要因だと考える。訪問未実施の患者も含めて病棟看護師と連携、入室方法に介入し、訪問後も患者の情報共有と入室方法の選択を共に検討することも必要であると考える。

【結論】

1. 病棟看護師と連携し、安全・安楽な入室方法の検討を行っていくことを看護師に意識付けが必要とされる。
2. 歩行入室に必要な具体的な情報や病棟看護師との連携方法について訪問マニュアルに追加していくべきである。

酸素投与患者の耳介褥瘡予防への取り組み

～褥瘡発生要因とアンダーラップ使用状況の調査～

西4階 ○小林 舞, 高石 麻未
林 亜友未, 賢持みなみ
多田 啓子

【はじめに】

本病棟では長期酸素療法が必要な疾患が多く、耳介部への圧迫による医療機器関連圧迫創傷（MDRPU）の発生が報告されている。アンダーラップ導入後も耳介褥瘡の発生例がみられているため、より確実な褥瘡予防を目的に、褥瘡発生の要因とアンダーラップ使用に関する実態を調査した。

【方法】

I. 対象

1. 2018年6月1日～2018年8月31日までに酸素投与開始になった患者
2. 病棟看護師：22名

II. 調査方法

過去の褥瘡発生した患者（A群）と酸素開始時からアンダーラップを使用した患者（B群）のデータを比較した。病棟看護師にアンダーラップの使用状況について質問紙調査を行った。また、各勤務帯で耳介部、アンダーラップのずれがないか観察を依頼した。

【倫理的配慮】

院内倫理委員会の承認を得た。

【結果】

I. A群とB群のデータの比較結果

栄養状態を調べるために、ALB値、BMIそれぞれにt検定を用いて比較したところ、ALB値で有意差を認めたがBMIに有意差はなく、栄養状態に大きな違いはなかった。また、A群B群ともに高齢であり、日常生活自立度もJ-1、J-2の患者は殆どおらず、OHスケールで1点以上の患者が多いことは共通していた。

Ⅱ. B群での褥瘡発生件数について

今回の調査では、酸素投与開始日からアンダーラップを使用した12名の患者の全てで、褥瘡の発生、消退する発赤はなかった。

Ⅲ. 病棟看護師への質問紙調査の結果

耳介部の観察をしている95%のうち47%がアンダーラップの使用、疼痛があった場合との回答だった。自由回答では、「適切な使用方法がわからない」「手術後の人は酸素投与が短期間なので見ていないことが多く、疼痛時にみていた」等の回答があった。

【考察・結論】

- ・耳介褥瘡発生の要因として、ALBや日常生活自立度の低さが推測される。
- ・看護師のMDRPU予防への意識が低いことから、酸素開始時にアンダーラップを使用しようとする人が少ない。
- ・酸素開始時からアンダーラップを正しい方法で使用し、耳介の観察をすることで褥瘡発生予防につながるため、看護師への教育も重要である。

慢性湿疹患者のスキンケアの自立をめざして

東5階 ○白橋 安奈、渡部 祥子
森山なつき、佐々木眞佐代
上山 圭子

【はじめに】

慢性湿疹は皮膚の炎症により掻痒感や皮膚の発赤などの症状があり慢性的に経過する。入院中と同じケアを継続できれば悪化を予防できると考えた。勝木は「患者の療養行動は医療者からの指示を患者がどの程度忠実に守るか、という概念のもと受け身の立場で表現されてきた。しかし患者が主体的に治療参加をする必要性が重視されるようになった」1)と述べている。スキンケア指導により退院後の悪化は予防できたのか、またどのような指導が必要か検証したい。

【方法】

慢性湿疹で入院した患者1名を対象とした。入院中にパンフレットを用いてスキンケア方法の指導を行い

入院時、退院時、退院後1回目受診時の水分計による皮膚水分率の比較と痒みのスケール表を用いて評価した。

【結果】

入院前は妻の介助で2～3日に1回シャワー浴を行っていたが、入院中午前はシャワー浴、午後は清拭を看護師介助で行った。シャワー浴の方法について説明した際に出来る範囲で患者にスキンケアを実践してもらった。退院後は毎朝自力でシャワー浴に入り、軟膏塗布は妻の介助で一部は自分でも塗布していた。退院後初回受診時の皮膚水分率はわずかな低下が見られたが入院時までの悪化はなかった。掻痒スケールは入院時4点、退院時は1、2点に低下、退院後初回受診時は2点であった。毎日シャワー浴を行い、新陳代謝の促進、ローションと軟膏の重ね塗りにより皮膚の乾燥が予防でき、皮膚水分率の上昇に関与していることが示唆された。このように、看護師管理でスキンケアを継続することで皮膚水分率の上昇がみられた。

【考察】

正しいスキンケアを理解し継続することで掻痒や皮膚の状態が改善できることがわかった。スキンケアを早期に介入し継続ができれば、皮膚のバリア機能が守られ、慢性湿疹の悪化予防に効果があると考えられる。

対象が1名であったが、患者や家族の主体的に治療参加する姿勢が良い結果につながった。今後も継続して指導していく必要がある。

強度行動障害がみられる自閉症患者に対するハンドマッサージの効果

～自傷他害行為の頻度から検証する～

北2階 ○辻澤 莉穂、豊島置和子
山本 みき、大西かおり

【はじめに】

マッサージには愛着形成、オキシトシンの分泌が促進され、情緒安定をもたらし効果があるといわれている。強度行動障害がある自閉症患者に対してハンドマッサージを行うことで、自傷他害行為の頻度に変化がみられたため報告する。

【事例紹介】

A氏 30代 女性

病名：自閉症、強度行動障害

【考察】

A氏は重度の知的障害を伴った自閉症で、自傷行為

あるいは他者を引っ掻く、つねる、蹴るといった他害行為を伴う強度行動障害がみられた。ハンドマッサージ開始前は、警戒と緊張から自傷他害行為がみられた。マッサージ導入前と導入後2か月を比較してみると、全てのスコアで減少がみられた。マッサージはオキシトシンの分泌を促進し、対人関係の持ち方が成熟し、攻撃性も軽減され安らぎと結びつきに重要な働きを持つと言われている。

ハンドマッサージを繰り返すことで皮膚を介して心地よさを感じるとともに、看護師の思いや気遣いが伝わり、親密度や信頼といった感情が生まれるようになったのではないかと考える。

その結果、これまで他者の存在を無視するかのような態度をしていたA氏は、自分以外の対象にも関心や興味を向けるようになり、言葉を用いることはほとんどないが、看護師との相互のやり取りが可能になったと考える。A氏もハンドマッサージによりオキシトシンの分泌が促進され、情緒が安定し、看護師との関係が深まり、自傷他害行為が減少し、睡眠が改善したと考えることができる。

強度行動障害を伴った自閉症患者との関わりは困難であるが、ハンドマッサージを導入することで患者にとって看護師が安心できる対象となり、自傷他害行為が減少したと考える。

【結論】

強度行動障害がある自閉症患者に情緒安定をもたらすと言われているマッサージを行うことで、自傷他害行為の減少や夜間の睡眠の改善、笑顔など表情の変化がみられた。

ハンドマッサージを行うことで、肌と肌の触れ合いから安心できる対象となり、良好な関係を築くきっかけとなる。

若年妊婦の妊娠期におけるケアの振り返り

東3階 ○有野 美香、川崎友和子
松田 亜希、牧野美和子
櫛引由美子

【はじめに】

若年妊婦の9割は初診時に未婚で、妊娠イベントが突然に訪れている。若年妊婦の家族背景・状況により乳幼児虐待のリスク要因に繋がりがやすく、若年の母親に対しての心理・社会的支援を充実させることが必要である。今回、17歳未婚・望まない妊娠・初診は妊娠

23週で出産以外に選択肢がなく出産となった若年妊婦（A氏）の妊娠期の関わりを振り返ったのでここで紹介する。

【事例紹介】

A氏、女性、17歳、高校3年生、未婚、短大進学予定。キーパーソンは実母。両親、兄弟、祖父母と同居。23週初診、39週で自然分娩となる。

【考察】

同じ助産師が関わりゆっくり話を傾聴する時間を設けることでA氏の考えや思いを知ることへつながった。

また、個別に実施した母親学級で、A氏から主体的な発言が聞かれ行動変容がみられた。これらのことから、個別的な寄り添い型の関わりはA氏との人間関係構築に効果があり行動変容につながったと考える。若年妊婦の援助で実母の役割は重要とされる。実母の問題解決へ向け支援してきたことは、実母がA氏の妊娠を受け入れ、妊娠した娘との関係を新たに構築することの手助けとなった。実母の妊娠の受容はA氏の児への愛着形成に肯定的な影響を与え、若年妊婦の成長発達に大きく影響することから、若年妊婦と共に家族の支援を行うことは重要な役割である。

今回の事例では実母同伴の指導がほとんどであったが、本人の本音を傾聴し思いに沿った看護の提供のために個人面談を設ける必要があった。また、母親役割獲得の推進のためにも、A氏の実生活を考慮し可能な限り母乳育児が出来るよう援助が必要であった。

【結論】

- I. 個別的な寄り添い型の支援により人間関係構築と行動変容につながる。
- II. 児への愛着形成には、実父母の妊娠の受容が影響するため実父母への支援が必要である。
- III. 思いに添った看護の提供のために、個別面談の機会を設ける必要があった。
- IV. A氏と実母が希望する母乳育児を実現することは、愛着形成の促進に繋がり、母親役割獲得に必要であった。

患者からの暴力防止に向けた対応方法の獲得 ～ディエスカレーション技法を映像化し、自作DVD を使用した試み

北1階 ○小川 諒, 菅原美智子
山村 美保, 福本きよみ

【はじめに】

精神科病棟において看護師は暴力行為を受けやすいとされているが、暴力を未然に防ぐ方法としてディエスカレーションが推奨されている。ディエスカレーションとは、心理学的知見を基に、言語的・非言語的なコミュニケーション技法によって怒りや衝動性、攻撃性を和らげ、患者を普段の穏やかな状態に戻すこととされている。それを元にして暴力に対する適切な対応を身につけることで、暴力行為を未然に防止できると考えた。

【目的】

ディエスカレーションの模範的シミュレーションを交えたDVDを研究チームが作成し、暴力防止に対する知識を看護職員が習得できたかを検証し、今後の課題を明確にする。

【研究・方法】

「医療者のための包括的暴力防止プログラム」の本を元に段階的なディエスカレーションに分けてそれぞれの場面をDVDで解説する。また、視聴前と視聴後に看護師および看護助手を対象にテストを実施する。

【倫理的配慮】

書面や口頭にて研究の目的・方法を説明し、プライバシーの保護に努め、研究の結果が公表されて個人が特定されないようにすることを説明する。

【結果】

DVD視聴前と視聴後のアンケート結果では、DVD視聴後の方が正答率の上昇が見られた。また、看護師の方が看護助手に比べて正答率が高かった。経験年数別では、精神科経験年数3年以上の職員より3年未満の職員の方が正答率が高いという結果になった。

【考察】

DVD視聴後の方が正答率の上昇が見られ、職員が暴力防止に向けた知識を身につけることができたと言え、共通認識を持つことができたと考える。

そもそも「ディエスカレーションの存在を知らなかった」という意見もあり、関わり方を認知し、技法を学ぶことで知識が向上したと考えられる。また、看護助手も知識を身につけることができたことは有効であっ

たと考える。

経験年数によって適切な対応ができているということではないということも明らかとなった。そのような結果となった要因として、ディエスカレーションが病棟内で浸透しておらず、指導を受ける機会が少ない環境であったことも挙げられる。また、経験年数に関わらず、患者の対応の仕方に困難を感じていることがわかった。その為、ディエスカレーションを病棟内で広め、職員が知識や技術を身につけることで暴力を未然に防ぐことができるようにする必要がある。DVDの視聴によって身につけた知識を使用し、実際の臨床の場で活かすことができたという成功体験や、失敗事例を検証していくことが今後の課題である。

【結論】

1. 作成したディエスカレーションのDVDにより職員の知識が向上した。
2. DVDの視聴により、臨床の場で活かすことができたかを検証し、今後とも病棟内で暴力防止に向けて取り組んでいくことが必要である。

長時間安静を強いられる患者に対する音楽療法の有用性

CCU ○佐々木彩華, 高橋 純子
廣瀬 美緒, 里吉 祐子

【はじめに】

急性心筋梗塞(acute myocardial infarction以下AMI)患者で経皮的冠動脈インターベンション(percutaneous coronary intervention以下PCI)を施行した患者は、治療開始時から安静を強いられる。緊急入院のストレスに加えて下肢伸展位での安静は苦痛の訴えが多く聞かれる。1/fゆらぎの周波数を持つ音楽(以下ヒーリング音楽)はリラクセス効果があると言われ、治療上長時間安静の必要な患者に対し、一定の効果を得ることができたのでここに報告する。

【研究対象・方法】

2018年4月1日～7月31日までにAMIで緊急PCIを施行した男性14名、女性6名の合計20名。平均年齢69.55歳。鼠径に留置されているシースを抜去した後、安静が拡大するまでの6時間に、ヒーリング音楽を聴取するⅠ群10名と聴取しないⅡ群10名に分けた。精神面ではProfile of Mood States、身体面ではVerbal Rating Scaleを用いて2群間で比較した。

【結果】

精神面でⅠ群はⅡ群と比較して「緊張」「抑うつ」が健常の範囲に多く分布し、「活気」は健常の範囲外に多く分布した。「疲労」「怒り」「混乱」は両者ともに健常の範囲内に多く分布し有意差は見られなかった。身体面は共に腰痛を訴えた患者が9割だった。

【考察】

精神面において、ヒーリング音楽に誘発されて α 波が出始めると副交感神経の働きが高まり、交感神経が落ち着く。このことから音楽には気持ちを落ち着かせ、不安や緊張を軽減させる作用があるといえ、その反面 α 波の効果でⅡ群よりもⅠ群で活気が低下したという結果につながったのではないかと示唆される。疲労、怒り、混乱では、有意差が認められなかった。怒りや混乱という心理学的ストレス反応は音楽の聴取だけでは左右されないことが明らかになった。身体面においては、腰痛がある患者に対して音楽療法は疼痛緩和の代替療法として適切ではなかったと示唆される。

【結論】

音楽療法は長時間安静を強いられる患者にとって緊張や不安・抑うつへの緩和には有用である。疲労・怒り・混乱や長時間の安静による腰痛の緩和には効果は乏しい。

高齢者の周術期患者の術後早期離床に向けた取り組み～リハビリパンフレットを用いて～

西6階 ○佐藤 礼菜、鎌田 啓輔
安井 睦、安瀬 真紀
小田 浩美

【はじめに】

高齢者は、加齢による筋力や体力の低下があり、倦怠感や痛み等から術後の早期離床が困難となることがある。離床できない場合は、術後数日が経過してから理学療法士（PT）へリハビリを依頼していた。中でも胃と腸の腹腔鏡下術後は離床までの日数にばらつきがみられた。PTと連携し継続したリハビリを行うことで、ADLの低下を最小限にすることができ、早期離床に繋がるのではないかと考え、高齢者術後患者を対象に次のような取り組みをした。

【方法】

対象はWHOの高齢者の定義である65歳以上であり、腹腔鏡下で胃または腸を手術する患者。看護師（NS）がベッドサイドで行う運動をリハビリパンフ

レットとして作成し術前に対象者へ渡す。術後1日目から運用を開始し術後3日目までにトイレへの歩行ができることを離床の目標とする。離床できない場合はPTによるリハビリを術後3日目から開始する。パンフレットを配布した20名と配布していない20名の離床までにかかった日数を比較する。

【結果】

パンフレット配布群の離床までの平均日数は3.35日、非配布群は4.8日であった。

【考察】

パンフレットに記載されているリハビリはNSが指導可能な運動内容であり歩行は難しくても、できる範囲で運動を促すことができ継続した運動を実施できたと考える。またPTによるリハビリを開始する判断の基準を作ったことでNSが共通認識を持ち早期から離床に向けた介入をすることができた。NSが声をかける前から患者自身がパンフレットを参考に自主的に運動をしている場面もあった。早期からパンフレットを使用して説明を行ったことで患者も理解しやすく離床へのイメージができ意欲向上に繋がったのではないかと考える。

【結論】

1. パンフレットを使用したことで、離床へのイメージができ、患者の意欲向上に繋がると示唆された。
2. パンフレットを作成し継続した運動を行うことで、早期離床に繋がると示唆された。
3. PTによるリハビリを開始する判断基準を作ったことで、看護師が共通認識を持ち早期から離床に向けた介入をすることができた。

化学療法を受ける患者が望む食事指導の検証

西7階 ○前田 早紀、川口理恵子
吉田美恵子、曳地 光恵

【はじめに】

当科では化学療法を受ける患者全てにおいて、治療前に当科独自で作成したパンフレットを用いて、骨髄抑制期に重要な感染予防についての食事指導を行っている。しかし、指導後にも食事に関する質問の声が増えてきた。

そこで、患者へアンケートを実施し、患者が食事指導の際に、どのような情報を知りたいのかを明確にし、今後の感染予防に対する食事指導に役立てるため、本

研究に取り組んだ。

【研究方法】

当科に入院中の化学療法を受けた患者23名に、研究の趣旨を文書と口頭で説明し、研究の同意を得てアンケート調査を行い、結果をカテゴリー化した。

【結果】

アンケートの結果、「パンフレットに記載されている内容やそれ以外で食事に対して看護師に質問をしたことがあるか」という質問では、＜外部で調理したもの＞、＜生もの＞、＜発酵食品＞など12のコードから4つのカテゴリーへ分類された。

「どんなときにパンフレットを見直しているか」という質問では、＜外泊・外出時＞、＜退院後や外来化学療法移行時＞などの11のコードから3つのカテゴリーに分類された。「知りたいと思った情報はなにか」という質問では、制限が必要な食品を明確に知りたいという＜食べてよいもの、悪いもの＞をはじめとし、＜具体的に知りたい＞＜外泊時の食事＞といった7つのコードから4つのサブカテゴリー、2つのカテゴリーに分類された。

【考察】

今回の研究で、患者は食事制限の必要性を理解し、多くの情報を知りたいと思っていることが明らかになった。食事制限がなぜ必要であるのか、理由や根拠を具体的に説明することが重要な指導であることが示唆された。その食品がなぜ摂取できないのかを明確に伝え、理解してもらうことが適切な感染予防に繋がる。

患者が何を知りたいのか確認すること、食生活や嗜好を情報として把握し、個別性に応じた指導を行うことで、患者のニーズにも対応した食事指導の実現が可能となる。患者の『知りたい』という思いを看護師が十分に受容し、指導内容を理解できるよう支援していくことが重要である。

鎮静下内視鏡検査を受けた患者の安全な帰宅に向けての取り組み～新規覚醒評価スコアを用いて～

外来 ○山野 祐里、長内 知美
平出 浩子、中川真由子
橘内 幸子

【はじめに】

昨今、患者は苦痛の少ない検査を求め、鎮静下での内視鏡検査総件数が増加傾向にある。当院では上下部消化管内視鏡検査が年間約7000件行われ、鎮静下で検

査を受ける患者は年々増加している。鎮静下で検査を受けることは不安や苦痛の軽減にはつながるが、一方で薬剤による副作用が懸念され十分な観察が必要となる。今回、内視鏡診療における鎮静に関するガイドラインを再学習し観察環境を整えた。覚醒評価スコアを新たに作成し、帰宅時や帰宅後の偶発症を電話聞き取り調査することで、帰宅基準として安全かつ適正であるか検討したので報告する。

【方法】

対象：本研究に同意を得られた外来患者60名
男性39名 女性21名

年齢構成：30歳代から80歳代 平均年齢70.2歳

調査期間：2018年 3月～2018年 7月

統計解析：フィッシャーの正確確率検定を用い、P値0.05未満を有意差ありとした。

鎮 静 剤：ペチジン塩酸塩35mg、ジアゼパム10mgを指示量静脈注射

【結果】

有効回答は60名中60名で100%だった。覚醒レベルが0になったのは2時間で90%だった。電話調査では「カメラがトラウマだったけど、今回楽にできてよかった」、「いつの間にか検査が終わっていた」などの鎮静下内視鏡検査に満足される声があった。帰宅後偶発症を認めたのは14名（23%）だった。偶発症には主に眠気、次いでふらつきや頭痛が認められた。鎮静剤の投与量はガイドラインによる鎮静下内視鏡検査で使用する規定範囲量（5～10mg）だった。65歳以上と65歳未満で鎮静剤の投与量に有意差はないが、65歳未満に有意に偶発症の出現が多かった。酸素を継続した患者は帰宅後の偶発症の出現が少ない傾向にあった。その他の項目では注意する集団を抽出できなかった。

【考察】

新規覚醒評価スコアでは、ほぼ全員が帰宅基準を満たし安静解除となり無事に帰宅できており、本スコアが帰宅基準として安全かつ適正であると推察する。電話聞き取り調査では、帰宅後の偶発症を直接聞くことで信憑性の高いものとなった。65歳未満に偶発症の出現が多くみられたが、共通する項目は抽出できなかった。65歳未満の患者と、酸素を継続しなかった患者に対して帰宅後の偶発症に注意喚起が必要である。

Medical essay

処方せん疑義照会簡素化プロトコルについて

薬剤師にとって、院外処方、院内処方を問わず処方医に対する疑義照会および必要事項の確認等は、患者薬物療法を適切に進めるための重要な責務です。

処方内容の不備・不明点の確認に関しては、薬剤師法第 24 条において「薬剤師は、処方せん中に疑わしい点があるときは、その処方せんを交付した医師、歯科医師又は獣医師に問い合わせて、その疑わしい点をかめた後でなければ、これによって調剤してはならない。」との定めがあります。また、処方変更を行う際は、薬剤師法第 23 条の 2 において「薬剤師は、処方せんに記載された医薬品につき、その処方せんを交付した医師、歯科医師又は獣医師の同意を得た場合を除くほか、これを変更して調剤してはならない。」とされております。しかし、その内容の重要性は様々であり、形式的な確認だけに時間を取られる場合もあるのが実情です。

2010 年 4 月 30 日に厚生労働省医政局長通知が発出されてから、「プロトコルに基づく薬物治療管理（protocol-based pharmacotherapy management: PBPM）」導入による様々な患者薬物療法における業務効率化の効果が報告されるようになりました。

市立旭川病院においても、2018 年 6 月より院外処方における疑義照会プロトコル（以下プロトコルという）を作成し運用を開始しました。プロトコルの詳細内容についてはここでは述べませんが、形式的な疑義照会を中心に、院外からの処方せん疑義照会のうち 2 割弱がプロトコルの対象となり、迅速な回答による患者待ち時間の短縮と医師の業務負担低減に寄与していることが示されています。

処方せんへの検査値記載が始まったことも踏まえ、今後もプロトコル内容の見直しを続け、より一層の薬剤の適正使用を推進したいと考えております。

(T.A.)

がん診療連携拠点病院関連研修会【平成 30 年度】

・市立旭川病院 E L N E C - J コアカリキュラム看護師教育プログラム（9月15日・9月16日）

講師 道内の緩和ケア認定看護師等

・がん診療連携講演会（9月25日）

・在宅療養移行時の支援について

地域医療連携課 退院支援看護師

松倉 優弥

・リンパ浮腫ケアの実際～訪問看護師との連携について～

緩和ケア認定看護師

外川 仁美

・厚生労働省の開催指針に準拠した緩和ケア研修会（10月21日）

2018年度 市立旭川病院 緩和ケア研修会

・「アピアランス講演会 in 市立旭川病院」（11月16日）

座長 市立旭川病院 血液内科診療部長 柿木 康孝

・治療による見た目変化へのケア

東京大学医学部附属病院がん相談支援センター

副センター長 乳腺・内分泌外科助教

カバーメイク・外見ケア外来 分田 貴子

・3病院共同開催（旭川医科大学病院主管）第10回道北がん診療連携拠点病院共同開催公開講座（11月17日）

「地域で見守るがんの療養～病院から地域へ～」

座長 旭川医科大学病院 腫瘍センター長 鳥本 悦宏

・住み慣れた地域で生活するために

旭川医科大学病院 医療ソーシャルワーカー

尾崎 孝志

・訪問診療ってなに？なにができるのか？

リバータウンクリニック 院長 鈴木 康之

・自宅（施設）で生活する為に私達にできる事

あけぼの訪問看護ステーション 所長

～訪問看護師の立場から～

佐々木菊代

【なんでもがん相談】

各がん拠点病院がん相談員

・第12回市民公開講座「メスに頼らない内科診療－分子標的治療から全人的医療まで－」（11月23日）

座長 副院長 齊藤 裕輔

・よくわかる血液がんの治療

血液内科

柿木 康孝

・病気で医者にかからないために

総合内科

鈴木 聡

臨床検査技師に未来はあるか？

先日ある講演会の帰り、タクシーの運ちゃんと昔話で盛り上がってしまった。お互い高度成長期に生まれ育った世代で、田舎育ちだったこともあってか昭和レトロの花が咲いたのだ。トヨタの大衆車パブリカは団塊の世代全てのあこがれだった。洗濯機はどれも白い直方体でローラー式の脱水装置がモダンに見えた。電源 ON から画面が映るまで 10 秒ぐらいかかった白黒テレビは、回転式のチャンネルつまみが時々取れ落ちてチャンネルを替えられなくなった。正月と言え大家族が集まって、いところ同士家中を駆け回った。タクシーでひとしきり放談し、「あの頃は楽しかった」と結論した時ちょうど自宅に帰り着いた。

あの楽しかった昭和から、平成を超えて、今や令和の時代となった。昭和レトロの時代からは想像もつかなかった現実が今日の前にある。思えば臨床検査の世界も医学の進歩と時代の要請に合わせこの数十年で大きく変貌した。昭和 22 年当科は定性法、用手法の検体検査が主流の時代に誕生し、昭和 55 年効率化を目的に中央化された。その後自動分析機が普及し、小型コンピュータを搭載してますます高性能化し大量検体処理が可能になった。そして第 3 ミレニアム期となり自動分析機はオーダーリングシステムと連携され、バイオマーカー検査、ゲノム検査、質量分析など新しい解析技術を応用した検査が開発されてきている。今後は新たなステージを迎え、発病リスクの判別や予後診断、治療効果予測に遺伝子検査が期待されている。新しい分野での発見と理論が応用・実用化されるというのだ。臨床検査はより一層人間の生命に迫り、その重要性が増すと期待されている。

一方、職業としての臨床検査技師は消えゆく運命にあるとの予測がある。2013 年に英国の大学研究者が発表した「10 年後に消えている仕事ランキング」によると、医療関係者の中で臨床検査技師だけが「消える仕事」上位 10 位に入っている。根拠はコンピューター・AI による技術革新と自動化の進展とされている。はてさて、これは由々しき未来予想であるが、本当にこの職業に未来はないのだろうか？ いやいや私にはそうは思えない。理由はこれまでの臨床検査の歴史を振り返れば明らかだ。そう、くだんの英研究者の言う通り、「現在行っている業務」はなるほど機械に置き換わるかもしれない。しかしその頃にはおそらく「発病因子の早期診断検査」といった新しい業務に携わる検査技師が必要となっている。新たに開拓されるだろう未知数の多い臨床検査分野、そこにはやはり“人間の眼と人間の判断”が必要なのである。さあ、みなさん！未来に向かって頑張ろう！

(A.T.)



平成 30 年度学会発表ならびに投稿論文

内 科
[学会発表]

1) 当院における高尿酸血症治療の現状

市立旭川病院・内科

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

(旭川高尿酸血症と合併症を考える会, 2018年1月,
旭川)

2) 冠動脈疾患の診断・治療に核医学を活かす一症例からの考察一

市立旭川病院・内科

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

(旭川心疾患画像診断セミナー, 2018年3月, 旭川)

3) 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

(旭川心疾患画像診断セミナー, 2018年3月, 旭川)

4) 運動失語を合併したSTEMIの一例

市立旭川病院・内科

佐久間寛史, 小林 祐也, 鈴木 伸穂, 浅野目 晃
井澤 和真, 菅野 貴康, 石井 良直

(第16回救急医療症例研究会, 2018年3月, 旭川)

5) CPAPが有効であった重症心不全の一例

市立旭川病院・内科

小林 祐也, 佐久間寛史, 鈴木 伸穂, 浅野目 晃
井澤 和真, 菅野 貴康, 石井 良直

(第16回救急医療症例研究会, 2018年3月, 旭川)

6) 心室細動を繰り返したSTEMIの一例

市立旭川病院・内科

鈴木 伸穂, 佐久間寛史, 小林 祐也, 浅野目 晃
井澤 和真, 菅野 貴康, 石井 良直

(第16回救急医療症例研究会, 2018年3月, 旭川)

7) Impact of Interhospital Helicopter Transport on Total Ischemic Time in ST-elevation Acute Coronary Syndrome Patients Living in Rural Areas.

留萌市立病院・循環器内科

高橋 文彦, 後藤 全英

市立旭川病院・内科

石井 良直

旭川医科大学内科学講座循環・呼吸・神経病態内科学
分野

細口 翔平, 簗島 暁帆, 竹内 利治, 長谷部直幸

(第82回日本循環器学会学術集会, 2018年3月, 大阪)

8) Clinical Significance of Transient Apical Hypertrophic Change in the Recovery Phase of Takotsubo Cardiomyopathy.

市立旭川病院・内科

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

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82回日本循環器学会学術集会, 2018年3月, 大阪)

9) 当院における冠動脈疾患診断の道筋

市立旭川病院・内科

石井 良直

(大雪冠疾患治療フォーラム2018, 2018年4月, 旭川)

10) 急性心不全に対するトルバプタンの使用経験

市立旭川病院・内科

浅野目 晃, 北川 拓, 小林 祐也, 鈴木 伸穂
井澤 和真, 菅野 貴康, 石井 良直

(水利尿を考える会 in 旭川, 2018年5月, 旭川)

11) 特別公演：脂質低下療法的重要性と狭心症診断の道筋について

市立旭川病院・内科

石井 良直

(第7回三角山循環器勉強会, 2018年6月, 札幌)

12) NOACを使いたい症例は？

市立旭川病院・内科

菅野 貴康, 北川 拓, 小林 祐也, 鈴木 伸穂
浅野目 晃, 井澤 和真, 石井 良直

(Circulation Conference in Asahikawa, 2018年6月,
旭川)

13) 当科における糖尿病を合併した心筋梗塞症例の診断・治療について

市立旭川病院・内科

鈴木 伸穂, 北川 拓, 小林 祐也, 浅野目 晃
井澤 和真, 菅野 貴康, 石井 良直

(第26回道北臨床心臓研究会, 2018年7月, 旭川)

14) 冠動脈疾患の治療指針に核医学検査が果たす役割について

市立旭川病院・内科

菅野 貴康, 北川 拓, 小林 祐也, 鈴木 伸穂
浅野目 晃, 井澤 和真, 石井 良直

(旭川心疾患画像診断セミナー 2018, 2018年8月, 旭
川)

15) 冠動脈の機能的虚血存在の証明における冠攣縮の役割

市立旭川病院・内科

石井 良直, 菅野 貴康, 浅野目 晃, 鈴木 伸穂
井澤 和真, 小林 祐也

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66回日本心臓病学会学術集会, 2018年9月, 大阪)

16) 心不全を契機に発見された心アミロイドーシス症例の臨床像の検討

市立旭川病院・内科

浅野目 晃, 石井 良直, 北川 拓, 小林 祐也
鈴木 伸穂, 井澤 和真, 菅野 貴康

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66回日本心臓病学会学術集会, 2018年9月, 大阪)

17) ランチョンセミナー：冠攣縮性狭心症・安定狭心症への診断・治療戦略～診療報酬の改定を考慮して～

市立旭川病院・内科

石井 良直

(第41回日本高血圧学会総会, 2018年9月, 旭川)

18) 高血圧合併冠動脈疾患における血流依存性血管拡張反応 (FMD) の検討

市立旭川病院・内科

小林 祐也, 石井 良直

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41回日本高血圧学会総会, 2018年9月, 旭川)

19) シンポジウム：虚血診断における器質的狭窄と冠攣縮の関わりを画像診断から判定する

市立旭川病院・内科

石井 良直, 菅野 貴康, 浅野目 晃, 井澤 和真
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32回日本冠疾患学会学術集会, 2018年11月, 熊本)

20) 二度の急性心膜炎後に冠攣縮性狭心症 (CSA) を発症した一例

市立旭川病院・内科

北川 拓, 浅野目 晃, 小林 祐也, 鈴木 伸穂
井澤 和真, 菅野 貴康, 石井 良直

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120回日本循環器学会北海道地方会, 2018年11月, 札幌)

21) 心不全を契機に心アミロイドーシスの診断に至った症

例の臨床像の検討

市立旭川病院・内科

浅野目 晃, 北川 拓, 小林 祐也, 鈴木 伸穂
井澤 和真, 菅野 貴康, 石井 良直

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120回日本循環器学会北海道地方会, 2018年11月, 札幌)

22) 心不全を診る

市立旭川病院・内科

石井 良直

(旭川薬剤師循環器セミナー 2018, 2018年12月, 旭川)

23) 特殊型炎症性腸疾患におけるアダリムマブとステロイドの前向き無作為化比較試験Castle Study：国内多施設共同試験

渡辺 憲治, 松本 主之, 仲瀬 裕志, 久松 理一
平井 郁仁, 小林 清典, 国崎 玲子, 長堀 正和
竹内 健, 大藤 さとこ, 福島 若葉, 梁井 俊一
稲場 勇平, 藤谷 幹浩, 櫻庭 裕丈, 角田 洋一
勝野 達郎, 大森 鉄平, 小林 拓, 秋山 純一
本田 穰, 佐藤 公, 佐々木誠人, 谷田 論史
加賀谷尚史, 馬場 重樹, 安藤 朗, 深田 憲将
岡崎 和一, 細見 周平, 湯川 知洋, 鎌田 紀子
山上 博一, 宮崎 孝子, 樋田 信幸, 中村 志郎
松浦 稔, 平田 敬, 石田 哲也, 松本 史弘
金城 福則, 金城 徹, 上野 義隆, 田中 信治
渡辺知佳子, 穂苅 量太, 高橋 索真, 進士 明宏
北村 和哉, 辻川 知之, 山下 真幸, 長沼 誠
猿田 雅之, 本谷 聡, 鈴木 康夫, 上野 文昭
日比 紀文, 渡辺 守

(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2回総会, 2018年1月, 東京)

24) 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
高後 裕, 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2回総会, 2018年1月, 東京)

25) 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, 岡崎 和一, 二見喜太郎
安藤 朗, 辻川 知之, 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, 稲場 勇平, 中村 志郎
渡辺 憲治, 福島 浩平, 松井 敏幸, 平井 郁仁

穂苅 量太, 金井 隆典, 長沼 誠, 藤井 久男
横山 薫, 木村 英明

(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2回総会, 2018年1月, 東京)

26) 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2回総会, 2018年1月, 東京)

27) 炎症性腸疾患における精神疾患の特徴～クローン病編～

市立旭川病院・内科

稲場 勇平

(市立旭川病院ICBMセミナー, 2018年1月, 旭川)

28) 早期大腸癌の診断と治療－現在・過去・未来－

市立旭川病院・内科

齊藤 裕輔

(北海道大学消化器内科セミナー, 2018年1月, 札幌)

29) 大腸T1癌診療のup to date－通常内視鏡とEUS診断

市立旭川病院・内科

齊藤 裕輔

(第7回FIGHT Japan研究会, 2018年2月, 大阪)

30) 大腸原発内分泌細胞癌の1例

市立旭川病院・内科

岡崎ななせ, 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122回日本消化器病学会北海道支部例会, 2018年3月, 札幌)

31) FAP患者における胃底腺ポリポシス合併早期胃癌の1例－NBIの有用性を中心に

小林 裕, 高橋慶太郎, 杉山 雄哉, 岩間 琢哉
井尻 学見, 安藤 勝祥, 野村 好紀, 上野 伸展
嘉島 伸, 盛一健太郎, 水上 裕輔, 藤谷 幹浩
奥村 利勝

(第116回日本消化管内視鏡学会学北海道支部例会, 2018年3月, 札幌)

32) リンパ節からのEUS-FNAにて診断し得たエキノコックス症の1例

堀内 正史, 野村 好紀, 小林 裕, 杉山 雄哉
岩間 琢哉, 佐藤 裕基, 井尻 学見, 高橋慶太郎
河端 秀賢, 林 明宏, 安藤 勝祥, 上野 伸展
嘉島 伸, 後藤 拓磨, 笹島 順平, 盛一健太郎
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, 2018年3月, 札幌)

33) 消化管病変に起因する脾腫によって汎血球減少を呈したクローン病の1例

齊藤 成亮, 上野 伸展, 小林 裕, 杉山 雄哉
岩間 琢哉, 佐藤 裕基, 井尻 学見, 高橋慶太郎
河端 秀賢, 林 明宏, 安藤 勝祥, 野村 好紀
後藤 拓磨, 嘉島 伸, 盛一健太郎, 水上 裕輔
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, 2018年3月, 札幌)

34) 潰瘍性大腸炎治療におけるステロイド使用のコツ

市立旭川病院・内科

垂石 正樹

(レクタブル発売記念講演会, 2018年3月, 旭川)

35) 長期経過のクローン病の1例

市立旭川病院・内科

稲場 勇平

(IBDフォーラム, 2018年3月, 旭川)

36) 肝硬変ってどんな病気

市立旭川病院・内科

助川 隆士

(旭川ケーブルテレビ元気のみカタ教えてドクター, 2018年3月, 旭川)

37) 早期大腸癌の診断と治療－現在・過去・(近) 未来－

市立旭川病院・内科

齊藤 裕輔

(HOTCCカンファレンス札幌, 2018年4月, 札幌)

38) 早期大腸癌の診断と治療－現在・過去・(近) 未来－

市立旭川病院・内科

齊藤 裕輔

(兵庫県グーフィス錠発売記念講演会, 2018年6月, 神戸)

39) 炎症性腸疾患の診断～ Part2：非感染性

市立旭川病院・内科

齊藤 裕輔

(第41回広島炎症性腸疾患研究会, 2018年6月, 広島)

40) 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, 岡崎 和一, 二見喜太郎
安藤 朗, 辻川 知之, 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, 稲場 勇平, 中村 志郎
渡辺 憲治, 福島 浩平, 松井 敏幸, 平井 郁仁
穂苅 量太, 金井 隆典, 長沼 誠, 藤井 久男
横山 薫, 木村 英明

(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30年度第1回総会, 2018年7月, 東京)

41) 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
高後 裕, 仲瀬 裕志, 山田 聡, 田中 一之
(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30年度第
1回総会, 2018年7月, 東京)

**42) 特殊型炎症性腸疾患におけるアダリムマブとステロイ
ドの前向き無作為化比較試験Castle Study:国内多施
設共同試験**

渡辺 憲治, 松本 主之, 仲瀬 裕志, 久松 理一
平井 郁仁, 小林 清典, 国崎 玲子, 長堀 正和
竹内 健, 大藤さとし, 福島 若葉, 梁井 俊一
稲場 勇平, 藤谷 幹浩, 櫻庭 裕丈, 角田 洋一
勝野 達郎, 大森 鉄平, 小林 拓, 秋山 純一
本田 穰, 佐藤 公, 佐々木誠人, 谷田 論史
加賀谷尚史, 馬場 重樹, 安藤 朗, 深田 憲将
岡崎 和一, 細見 周平, 湯川 知洋, 鎌田 紀子
山上 博一, 宮寄 孝子, 樋田 信幸, 中村 志郎
松浦 稔, 平田 敬, 石田 哲也, 松本 吏弘
金城 福則, 金城 徹, 上野 義隆, 田中 信治
渡辺知佳子, 穂苅 量太, 高橋 素真, 進士 明宏
北村 和哉, 辻川 知之, 山下 真幸, 長沼 誠
猿田 雅之, 本谷 聡, 邊見慎一郎, 宮川 一平
田中 良哉, 水木 信久, 鈴木 康夫, 上野 文昭
日比 紀文, 渡辺 守
(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30年度第
1回総会, 2018年7月, 東京)

**43) 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30年度第
1回総会, 2018年7月, 東京)

**44) 粘膜筋板の内反により深達度診断が困難であった直腸
表面型粘膜内癌の1例**

市立旭川病院・内科

齊藤 裕輔

(第34回浜名湖胃と腸フォーラム, 2018年9月, 浜松)

**45) 世界に広がり役立つ旭川の医療 2) 早期大腸癌 診断
と治療の進歩**

市立旭川病院・内科

垂石 正樹

(たいせつ安心 i 医療 ネット5周年記念講演会, 2018
年9月, 旭川)

**46) 「おなかの病気から家族をまもるー消化器内視鏡の最
前線ー」腸の病気と内視鏡**

市立旭川病院・内科

齊藤 裕輔

(JDDW2018第96回日本消化器内視鏡学会総会市民公
開講座, 2018年9月, 一宮)

**47) シンポジウム治療内視鏡全盛時代の内視鏡診断のあり
方 S2-4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

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

(第117回日本消化器内視鏡学会北海道支部例会,
2018年9月, 札幌)

**48) 反復性腸重積を誘発した腸管囊腫様気腫症に対して内
視鏡的穿刺吸引術が有効であった1例**

市立旭川病院・内科

小林 裕

旭川医大・消化器・血液腫瘍制御内科

村上 雄紀, 高橋慶太郎, 岩間 琢哉, 久野木健仁
安藤 勝祥, 上野 伸展, 嘉島 伸, 盛一健太郎
田邊 裕貴, 藤谷 幹浩, 奥村 利勝

(第117回日本消化器内視鏡学会北海道支部例会,
2018年9月, 札幌)

49) 微小な食道癌十二指腸潰瘍転移の1例

市立旭川病院・内科

小林 裕

旭川医大・消化器・血液腫瘍制御内科

林 龍之介, 安藤 勝祥, 岩間 琢哉, 佐藤 裕基
久野木健仁, 佐々木貴弘, 岡田 哲弘, 高橋慶太郎
河端 秀賢, 林 明宏, 上野 伸展, 後藤 拓磨
嘉島 伸, 盛一健太郎, 田邊 裕貴, 水上 裕輔
藤谷 幹浩, 奥村 利勝

(第117回日本消化器内視鏡学会北海道支部例会,
2018年9月, 札幌)

50) Crohn病に合併した痔瘻癌の1例

市立旭川病院・内科

小林 裕

旭川医大・消化器・血液腫瘍制御内科

久野木健仁, 安藤 勝祥, 田邊 裕貴, 村上 雄紀
岩間 琢哉, 高橋慶太郎, 上野 伸展, 嘉島 伸
盛一健太郎, 水上 裕輔, 藤谷 幹浩, 奥村 利勝

札幌東徳洲会病院・医学研究所

小野 裕介

(第123回日本消化器病学会北海道支部例会, 2018年9
月, 札幌)

**51) 虚血性心疾患既往患者に対する胃癌二次治療としての
RAM+PTXの選択**

市立旭川病院・内科

- 垂石 正樹
(旭川胃癌治療懇話会, 2018年9月, 旭川)
- 52) 下部消化管X線造影画像の成り立ち
市立旭川病院・内科
齊藤 裕輔
(第178回旭川消化器病談話会特別講演会ミニレクチャー, 2018年9月, 旭川)
- 53) 粘膜筋板の内反により深達度診断が困難であった表面型直腸粘膜内癌の1例
市立旭川病院・内科
吉田 萌, 佐々木貴弘, 井尻 学見, 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
(第三内科同門会学術症例検討会, 2018年9月, 旭川)
- 54) 内視鏡摘除後大腸T1(SM)癌の転移・再発例における経過と予後
市立旭川病院・内科
齊藤 裕輔
広島大学病院・消化器・代謝内科
岡 志郎, 田中 信治
(第39回日本大腸肛門病学会北海道支部例会, 2018年10月, 札幌)
- 55) 多発性骨髄腫に合併し腸重積をきたした小腸形質細胞腫の1例
市立旭川病院・内科
小林 裕
旭川医大・消化器・血液腫瘍制御内科
久野木健仁, 村上 雄紀, 岩間 琢哉, 佐々木貴弘, 高橋慶太郎, 安藤 勝祥, 上野 伸展, 嘉島 伸, 盛一健太郎, 田邊 裕貴, 藤谷 幹浩, 奥村 利勝
(第56回日本小腸学会学術集会, 2018年10月, 東京)
- 56) 内臓脂肪と腸腰筋筋肉量の変化からみたクローン病術後長期経過の検討
市立旭川病院・内科
小林 裕
旭川医大・消化器・血液腫瘍制御内科
安藤 勝祥, 村上 雄紀, 佐藤 裕基, 岩間 琢哉, 久野木健仁, 高橋慶太郎, 河端 秀賢, 林 明宏, 上野 伸展, 後藤 拓磨, 嘉島 伸, 笹島 順平, 盛一健太郎, 田邊 裕貴, 藤谷 幹浩, 奥村 利勝
(JDDW2018 (第60回日本消化器病学会大会), 2018年11月, 神戸)
- 57) 炎症性腸疾患診療における通院距離と入院頻度・期間および手術頻度との関連性
市立旭川病院・内科
小林 裕
旭川医大・消化器・血液腫瘍制御内科
嘉島 伸, 岩間 琢哉, 高橋慶太郎, 安藤 勝祥
- 上野 伸展, 盛一健太郎, 藤谷 幹浩, 奥村 利勝
(JDDW2018 (第60回日本消化器病学会大会), 2018年11月, 神戸)
- 58) びまん性発赤に対する画像解析の検討
市立旭川病院・内科
小林 裕
旭川医大・消化器・血液腫瘍制御内科
野村 好紀, 岩間 琢哉, 井尻 学見, 高橋慶太郎, 安藤 勝祥, 上野 伸展, 嘉島 伸, 盛一健太郎, 藤谷 幹浩, 奥村 利勝
(JDDW2018 (第56回日本消化器がん検診学会大会), 2018年11月, 神戸)
- 59) 通常内視鏡およびAFIによる潰瘍性大腸炎の再燃予測
市立旭川病院・内科
小林 裕
旭川医大・消化器・血液腫瘍制御内科
井尻 学見, 盛一健太郎, 齊藤 成亮, 岩間 琢哉, 高橋慶太郎, 安藤 勝祥, 野村 好紀, 上野 伸展, 嘉島 伸, 藤谷 幹浩, 奥村 利勝
(JDDW 2018 KOBE, 2018年11月, 神戸)
- 60) 潰瘍性大腸炎に合併するcolitic cancerの特徴
市立旭川病院・内科
稲場 勇平, 垂石 正樹, 齊藤 裕輔
(JDDW 2018 KOBE, 2018年11月, 神戸)
- 61) WS5-06大腸内視鏡的粘膜下層剥離術 (ESD) におけるリドカイン粘膜下局注の有用性
市立旭川病院・内科
齊藤 裕輔
旭川医大・消化器・血液腫瘍制御内科
佐々木貴弘, 井尻 学見, 岩間 琢哉, 藤谷 幹浩
(第73回日本大腸肛門病学会学術集会, 2018年11月, 東京)
- 62) 早期大腸癌の診断と治療に関する研究
市立旭川病院・内科
齊藤 裕輔, 垂石 正樹, 小澤賢一郎, 稲場 勇平, 助川 隆士, 杉山 隆治, 小林 裕
(平成30年度旭川市医師会賞受賞記念講演, 2018年11月, 旭川)
- 63) 早期発見が可能であったクローン病を背景としたColitic cancerの1例
市立旭川病院・内科
小林 裕
旭川医大・消化器・血液腫瘍制御内科
上野 伸展, 村上 雄紀, 岩間 琢哉, 久野木健仁, 佐々木貴弘, 高橋慶太郎, 安藤 勝祥, 嘉島 伸, 盛一健太郎, 田邊 裕貴, 藤谷 幹浩, 奥村 利勝
(第9回日本炎症性腸疾患学会, 2018年11月, 京都)
- 64) 潰瘍性大腸炎におけるステロイド治療の位置づけ

- 市立旭川病院・内科
垂石 正樹
(K-netカンファレンス, 2018年11月, 旭川)
- 65) 炎症性腸疾患の現状とこれから
市立旭川病院・内科
稲場 勇平
(第39回道北小児科懇話会, 2018年12月, 旭川)
- 66) 早期大腸癌の診断と治療
市立旭川病院・内科
斉藤 裕輔
(消化器疾患研究会, 2018年12月, 旭川)
- 67) 最先端のIBD治療と話題；IBD最近の治療の進歩
市立旭川病院・内科
垂石 正樹
(北海道IBD医療講演会, 2018年12月, 旭川)
- 68) 糖尿病神経障害のスクリーニングについて
市立旭川病院・内科
宮本 義博, 永島 優樹
(第52回日本糖尿病学会北海道地方会, 2018年11月, 旭川)
- 69) 当院でのGLP1受容体作動薬とSGLT2阻害薬との併用状況
市立旭川病院・内科
永島 優樹, 宮本 義博
(第52回日本糖尿病学会北海道地方会, 2018年11月, 旭川)
- 70) 緩和的治療としての脾照射で病勢コントロールできている高齢Hairy Cell Leukemia
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53回日本血液学会春季北海道地方会, 2018年4月, 札幌)
- 71) Triple hit lymphomaの2例
市立旭川病院・内科
高橋 承吾, 下埜 城嗣, 竹村 龍, 千葉 広司, 柿木 康孝
(第60回日本血液学会秋季北海道地方会, 2018年9月, 札幌)
- 72) Clinical analysis of newly diagnosed cardiac AL amyloidosis:A single institution experience.
市立旭川病院・内科
竹村 龍, 高橋 承吾, 下埜 城嗣, 千葉 広司, 柿木 康孝
(第80回日本血液学会学術集会, 2018年10月, 大阪)
- 73) 潰瘍性大腸炎 (UC) に合併したステロイド抵抗性特発性血小板減少性紫斑病 (ITP) に対しリツキシマブおよびエルトロンボパグ併用療法が奏効した1例

- 市立旭川病院・内科
市川 貴也, 高橋 承吾, 竹村 龍, 下埜 城嗣, 柿木 康孝
(第284回日本内科学会北海道支部主催北海道地方会, 2018年11月, 札幌)
- 74) 呼吸器疾患～コメディカルに必要な知識～
市立旭川病院・内科
福居 嘉信
(北都保健福祉専門学校理学療法学科同窓会平成30年度研修セミナー, 2018年9月, 旭川)
- 75) なんとしても同窓会に行きたい！－家族と医療スタッフで支える終末期がん患者の飛行機旅行－
市立旭川病院・内科
鈴木 聡, 岩崎 愛美, 鈴木 啓子
(日本プライマリ・ケア連合学会第6回北海道地方会, 2018年7月, 札幌)
- 76) ぴりぴりしてます
市立旭川病院・内科
岩崎 愛美, 鈴木 聡
(第20回北海道GIMカンファレンス, 2018年10月, 札幌)
- 77) 病気で医者にかからないために
市立旭川病院・内科
鈴木 聡
(市民公開講座, 2018年11月, 旭川)

[投稿論文]

- 1) 両肺多発結節影と両側肺門リンパ節腫大が認められ無治療で病変が縮小したIgG4関連疾患の1例
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 臨床病理
高田 明生
(旭川市立病院医誌 2018；49：4-10.)
- 2) 腸管感染症の診断と治療
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, 富永 素矢, 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
(胃と腸 2018；53：391-398.)
- 3) The incidence and risk factors of venous thromboembolism in Japanese inpatients with inflammatory bowel disease:a retrospective

cohort study.

Ando K, Fujiya M, Nomura Y, Inaba Y, Sugiyama Y
Iwama T, Ijiri M, Takahashi K, Tanaka K, Sakatani A
Ueno N, Kashima S, Moriichi K, Mizukami Y,
Okumura T
(Intest Res 2018; 16: 416-425.)

4) 下部消化管X線造影画像の成り立ち

市立旭川病院・内科
齊藤 裕輔, 垂石 正樹, 佐々木貴弘, 杉山 隆治
助川 隆士, 富永 素矢, 稲場 勇平, 小澤賢一郎
兵庫医科大学病院・消化管内科
渡 二郎
旭川医大・消化器・血液腫瘍制御内科
藤谷 幹浩, 奥村 利勝
(胃と腸 2018; 53: 1226-1242.)

5) 編集後記

市立旭川病院・内科
齊藤 裕輔
(胃と腸 2018; 53: 1823.)

6) 検査と診断V大腸疾患と内視鏡検査

市立旭川病院・内科
齊藤 裕輔
(消化器内視鏡技師試験即攻マスター第2版 医学図
書出版株式会社 東京 2018; p88-102.)

7) 超音波内視鏡 (EUS)

市立旭川病院・内科
齊藤 裕輔, 稲場 勇平
旭川医大・消化器・血液腫瘍制御内科
藤谷 幹浩
(内視鏡診断のプロセスと疾患別内視鏡像 日本メ
ディカルセンター 東京 2018; pp129-138.)

8) コラム：動湾曲細径スコープ

市立旭川病院・内科
齊藤 裕輔
(内視鏡診断のプロセスと疾患別内視鏡像 日本メ
ディカルセンター 東京 2018; pp64.)

9) 病因アレルギー同定の実際

市立旭川病院・内科
福居 嘉信
北海道大学・呼吸器内科学教室
今野 哲
(Modern Physician 2018; 38: 1020-1022.)

外 科

[学会発表]

1) 当院における完全鏡視下噴門側胃切除術の短期成績

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
(ICBMセミナー～臨床研究検討会(29年度)～,
2018年1月, 旭川)

2) 腹腔鏡下鼠径ヘルニア根治術は臨床研修医が外科へ興味を持つきっかけとなり得るか？

市立旭川病院・外科
高橋 一輝, 村上 慶洋, 本谷 康二, 阿部 紘丈
福永 亮朗, 笹村 裕二, 武山 聡
(第16回日本ヘルニア学会総会, 2018年6月, 札幌)

3) 腹腔鏡下手術を行った大網裂孔ヘルニアの1例

市立旭川病院・外科
宮本 寛之, 村上 慶洋, 本谷 康二, 阿部 紘丈
福永 亮朗, 笹村 裕二, 武山 聡, 子野日政昭
(第16回日本ヘルニア学会総会, 2018年6月, 札幌)

4) 用手整復を施行した閉鎖孔ヘルニアの4例

市立旭川病院・外科
大塚 慎也, 村上 慶洋, 本谷 康二, 阿部 紘丈
福永 亮朗, 笹村 裕二, 武山 聡, 子野日政昭
(第16回日本ヘルニア学会総会, 2018年6月, 札幌)

5) 腸閉塞をきたした大腿ヘルニア偽還納に対して腹腔鏡下手術を施行した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, 子野日政昭
(第16回日本ヘルニア学会総会, 2018年6月, 札幌)

6) 当院における腹腔鏡下鼠径ヘルニア根治術 (TAPP) Lap Progridの導入と手術成績

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16回日本ヘルニア学会総会, 2018年6月, 札幌)

7) 腹腔鏡下手術トレーニングにおける腹腔鏡下鼠径ヘルニア根治術 (TAPP) の有用性

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16回日本ヘルニア学会総会, 2018年6月, 札幌)

8) 超高齢者の盲腸捻転に対し腹腔鏡下盲腸捻転解除術を施行した1例

市立旭川病院・外科
窪田 武哲, 村上 慶洋, 本谷 康二, 阿部 紘丈
福永 亮朗, 笹村 裕二, 武山 聡, 子野日政昭

(第113回日本臨床外科学会北海道支部総会, 2018年7月, 旭川)

9) 食道胃接合部粘膜下腫瘍に対するLaparoscopy and Endoscopy Cooperative Surgery(LECS)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113回日本臨床外科学会北海道支部総会, 2018年7月, 旭川)

10) 当院における腹腔鏡下噴門側胃切除術の初期成績

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113回日本臨床外科学会北海道支部総会, 2018年7月, 旭川)

11) 根治切除不能癌・再発癌での消化管閉塞に対する腹腔鏡下消化管バイパス術

市立旭川病院・外科

窪田 武哲, 村上 慶洋, 本谷 康二, 阿部 紘丈
福永 亮朗, 笹村 裕二, 武山 聡, 子野日政昭
(第62回旭川医師会学会, 2018年7月, 旭川)

12) 困難症例に対するTAPPの手術手技, パネルディスカッション

市立旭川病院・外科

村上 慶洋, 窪田 武哲, 本谷 康二, 阿部 紘丈
福永 亮朗, 笹村 裕二, 武山 聡, 子野日政昭
(第11回北海道ヘルニアを学ぶ会, 2018年10月, 札幌)

13) 脾消化管吻合

市立旭川病院・外科

福永 亮朗, 窪田 武哲, 本谷 康二, 阿部 紘丈
村上 慶洋, 笹村 裕二, 武山 聡, 子野日政昭
(旭川外科懇話会, 2018年11月, 旭川)

14) 当科におけるLap Progridを用いたTAPPの手技と手術成績

市立旭川病院・外科

窪田 武哲, 村上 慶洋, 本谷 康二, 福永 亮朗
笹村 裕二, 武山 聡, 子野日政昭
(第112回日本臨床外科学会北海道支部例会, 2018年12月, 札幌)

15) cT4bの大腸癌に対し腹腔鏡下手術を施行した症例の検討

市立旭川病院・外科

阿部 紘丈, 村上 慶洋, 窪田 武哲, 本谷 康二
福永 亮朗, 笹村 裕二, 武山 聡, 子野日政昭
(第112回日本臨床外科学会北海道支部例会, 2018年12月, 札幌)

16) 当科における腹腔鏡下脾彎曲部結腸切除術の手術成績

市立旭川病院・外科

阿部 紘丈, 村上 慶洋, 窪田 武哲, 本谷 康二
福永 亮朗, 笹村 裕二, 武山 聡, 子野日政昭
(第112回日本臨床外科学会北海道支部例会, 2018年12月, 札幌)

17) 当院における腹腔鏡下イレウス解除術の治療成績

市立旭川病院・外科

本谷 康二, 村上 慶洋, 窪田 武哲, 阿部 紘丈
福永 亮朗, 笹村 裕二, 武山 聡, 子野日政昭
(第31回日本内視鏡外科学会総会, 2018年12月, 福岡)

18) 上部早期胃癌に対する腹腔鏡下噴門側胃切除術と腹腔鏡下胃全摘術の比較

市立旭川病院・外科

阿部 紘丈, 村上 慶洋, 窪田 武哲, 本谷 康二
福永 亮朗, 笹村 裕二, 武山 聡, 子野日政昭
(第31回日本内視鏡外科学会総会, 2018年12月, 福岡)

19) TAPPIにおけるラッププログリッップメッシュの5mmポートからの挿入と展開を容易にする方法と手術成績

市立旭川病院・外科

村上 慶洋, 窪田 武哲, 本谷 康二, 阿部 紘丈
福永 亮朗, 笹村 裕二, 武山 聡, 子野日政昭
(第31回日本内視鏡外科学会総会, 2018年12月, 福岡)

20) 胸膜中皮腫と鑑別困難であった肺癌に対しニボルマブを投与し長期生存を得た1例

市立旭川病院・外科

福永 亮朗

北海道中央労災病院・内科

岡本 佳裕

同 病理解断科

岡本 賢三

(第59回日本肺癌学会学術集会, 2018年11月, 東京)

[投稿論文]

1) 腹腔鏡下手術を施行したS状結腸憩室穿孔による糞便性腹膜炎の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

(外科 2018; 80: 1369-1373.)

2) 腹腔鏡下に切除した後腹膜静脈性血管腫の1例

市立旭川病院・外科

宮坂 衛, 村上 慶洋, 阿部 紘丈, 武山 聡
子野日政昭

北海道大学病院・消化器外科Ⅱ

平野 聡

(日本内視鏡外科学会雑誌 2018; 23: 85-92.)

3) Development of nobel training system for laparoscopic inguinal hernia repair.

Pawdel S, Kurashima Y, Kawarada Y, Murakami Y, Tanaka K, Kawase H, Shichinohe T, Hirano S
(Minimally Invasive Therapy & Allied Technologies 2018; 11: 1-7. Published online 11 Sep 2018)

4) Therapeutic activity of retroviral replicating vector-mediated prodrug activator gene therapy for pancreatic cancer

Inoko K, Hiraoka K, Inagaki A, Takahashi M, Kushibiki T, Hontani K, Takano H, Sato S, Takeuchi S, Nakamura T, Tsuchikawa T
(Cancer gene therapy 2018; 25: 184-195.)

胸部外科 [学会発表]

1) 各種止血剤の使い分けと工夫：TFFSの有用性

市立旭川病院・胸部外科
村上 達哉
(第4回旭川手術看護師セミナー, 2018年1月, 旭川)

2) 両側深部静脈血栓症を合併した、腎腫瘍のIVC塞栓症に対する治療経験

市立旭川病院・胸部外科
杉木 宏司, 庭野 陽樹, 内藤 祐嗣, 村上 達哉
同 泌尿器科
金川 匡一, 望月 端吾, 田邊 起, 山本 祥太
(第38回日本血管外科学会北海道地方会, 2018年9月, 札幌)

3) 左室下壁に生じた左室瘤に対してパッチ閉鎖を行った1例

市立旭川病院・胸部外科
庭野 陽樹, 内藤 祐嗣, 杉木 宏司, 村上 達哉
(第103回日本胸部外科学会北海道地方会, 2018年9月, 札幌)

4) 胸骨ワイヤが肺動脈内に迷入した1例

市立旭川病院・胸部外科
内藤 祐嗣, 庭野 陽樹, 杉木 宏司, 村上 達哉
(第103回日本胸部外科学会北海道地方会, 2018年9月, 札幌)

5) 上行大動脈wrapping術後遠隔期での再手術の治療経験

市立旭川病院・胸部外科
杉木 宏司, 庭野 陽樹, 内藤 祐嗣, 村上 達哉
(第108回北海道外科学会, 2018年9月, 札幌)

6) 当院におけるがん関連静脈血栓塞栓症の現状

市立旭川病院・胸部外科

村上 達哉

(Onco-Cardiologyセミナー, 2018年10月, 旭川)

7) 感染性心内膜炎を発症した閉塞肥大型筋の1例

市立旭川病院・胸部外科

内藤 祐嗣, 庭野 陽樹, 杉木 宏司, 村上 達哉
(第120回日本循環器学会北海道地方会, 2018年11月, 札幌)

[投稿論文]

1) 心サルコイドーシス症に合併した心室瘤に対する左室オーバーラッピング手術の経験

市立旭川病院・胸部外科

大場 淳一, 宮武 司, 吉本 公洋, 奥山 淳
杉本 聡

(日本心臓血管外科学会雑誌 2018; 47: 228-234.)

2) 肺上葉切除後の遺残左上肺静脈断端に起始する左房内血栓を切除した1例

市立旭川病院・胸部外科

吉本 公洋, 大場 淳一
同 外科

福永 亮朗

(胸部外科 2018; 71: 455-458.)

耳鼻咽喉科 [学会発表]

1) 風邪漢方のイロハ

市立旭川病院・耳鼻咽喉科

佐藤 公輝

(第10回旭川漢方勉強会－入門編－, 2018年2月, 旭川)

2) 聴力改善に寄与したと思われた漢方薬

市立旭川病院・耳鼻咽喉科

佐藤 公輝, 田川 愛, 相澤 寛志

(第217回日本耳鼻咽喉科学会北海道地方部会学術講演会, 2018年3月, 札幌)

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

(漢方領域セミナー, 2018年4月, 札幌)

4) 鼻副鼻腔内反性乳頭腫の悪性転化に関与する遺伝子変異の解析

北海道大学・耳鼻咽喉科

安川真一郎, 加納 里志, 中丸 裕爾, 高木 大
水町 貴論, 鈴木 正宣, 鈴木 崇祥, 中園 彬
本間 明宏

横浜市立大学市民総合医療センター・耳鼻咽喉科

畠山 博充

(第119回日本耳鼻咽喉科学会総会・学術講演会,
2018年5月, 横浜)

5) 4方剤でどれだけめまいに対応できるか

市立旭川病院・耳鼻咽喉科

佐藤 公輝

(第69回日本東洋医学会学術総会, 2018年6月, 大阪)

6) めまいに多用した4方剤の使い方

市立旭川病院・耳鼻咽喉科

佐藤 公輝

(耳鼻科漢方アカデミー in Hakodate, 2018年9月,
函館)

7) 耳の病気

市立旭川病院・耳鼻咽喉科

相澤 寛志

(旭川シニア大学 講義, 2018年11月, 旭川)

[投稿論文]

1) 漢方スッキリ方程式第19回「普通の」めまい×苓桂 朮甘湯

市立旭川病院・耳鼻咽喉科

佐藤 公輝

(週刊日本医事新報 2018; 4929: 14.)

2) Genetic mutation analysis of the malignant transformation of sinonasal inverted papilloma by targeted amplicon sequencing.

Department of Otolaryngology, Head and Neck
Surgery, Faculty of Medicine and Graduate School of
Medicine, Hokkaido University

Yasaukawa S, Nakamaru Y, Takagi D,

Mizumachi T, Suzuki M, Suzuki T,

Nakazono A, Homma A, Kano S

Department of Otolaryngology, Yokohama City
University Medical Center

Hatakeyama H

Department of Cancer Pathology, Faculty of Medicine
and Graduate School of Medicine, Hokkaido University
Tanaka S

Department of Cancer Center, Keio University
Hospital

Nishihara H

(Int J Clin Oncol 2018; 5: 835-843.)

3) 鼻副鼻腔内反性乳頭腫の悪性転化に関わる遺伝子変異 の検討

北海道大学大学院医学研究科・耳鼻咽喉科・頭頸部外
科学分野

安川真一郎, 加納 里志, 中丸 裕爾, 高木 大
水町 貴論, 鈴木 正宣, 鈴木 崇祥, 中蘭 彬

本間 明宏

横浜市立大学市民総合医療センター・耳鼻咽喉科

畠山 博充

北海道大学大学院医学研究科・腫瘍病理学分野

田中 信也

国立病院機構 北海道がんセンター・がんゲノム医療
センター

西原 広史

(北耳報 2018 第148号)

小児科

[学会発表]

1) エミシズマブを開始したインヒビター保有血友病Aの 1例

市立旭川病院・小児科

中嶋 雅秀, 古川 卓朗, 阿部 二郎

(第24回北海道血友病研究会, 2018年7月, 札幌)

2) 腹部症状が先行し、回盲部に不整形潰瘍を認めたIgA 血管炎の1例

市立旭川病院・小児科

中嶋 雅秀, 古川 卓朗, 阿部 二郎

同 内科

小澤賢一郎

(第30回道北小児科懇話会, 2018年12月, 旭川)

[投稿論文]

1) Four Japanese Patients with Congenital Nephrogenic Diabetes Insipidus due to the AVPR2 Mutations.

Noriko Namatame – Ohta, Shuntaro Morikawa

Akie Nakamura, Kumihiko Matsuo,

Masahide Nakajima

Kazuhiro Tomizawa, Yusuke Tanahashi

Toshihiro Tajima

(Pediatrics 2018 Jul 3 ID6561952.)

泌尿器科

[学会発表]

1) 当院が退院支援加算1算定可能施設となつてからの地 域医療・病院経営に関する一考察

市立旭川病院・泌尿器科

山本 祥太, 朝日 麻希, 田邊 起, 望月 端吾
金川 匡一

(第403回日本泌尿器科学会北海道地方会, 2018年1月,
札幌)

2) 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, 山本 祥太, 田邊 起, 金川 匡一
(第403回日本泌尿器科学会北海道地方会, 2018年1月, 札幌)

3) 遠隔地のため通院間隔を延長した腎移植症例の検討

市立旭川病院・泌尿器科

田邊 起, 山本 祥太, 望月 端吾, 金川 匡一
(第51回日本臨床腎移植学会, 2018年2月, 神戸)

4) 移植後靦血的処置を要した尿路合併症症例の検討

市立旭川病院・泌尿器科

金川 匡一, 田邊 起, 山本 祥太, 望月 端吾
(第51回日本臨床腎移植学会, 2018年2月, 神戸)

5) 転移性腎細胞癌に対する分子標的療法施行症例の検討

市立旭川病院・泌尿器科

望月 端吾, 山本 祥太, 田邊 起, 金川 匡一
(第106回日本泌尿器科学会総会2018年4月, 京都)

6) 腎手術後CKD ～長期フォロー症例の検討～

市立旭川病院・泌尿器科

田邊 起, 山本 祥太, 望月 端吾, 金川 匡一
(第63回日本透析医学会学術集会, 2018年6月, 神戸)

7) 当科におけるロボット支援腎部分切除術 (RAPN) の初期経験

市立旭川病院・泌尿器科

望月 端吾, 山本 祥太, 田邊 起, 金川 匡一
(第404回日本泌尿器科学会北海道地方会, 2018年6月, 札幌)

8) 高齢者に対する腎移植

市立旭川病院・泌尿器科

田邊 起
(第11回道北腎移植セミナー, 2018年7月, 旭川)

9) 前立腺癌の治療・最新の薬物療法

市立旭川病院・泌尿器科

望月 端吾
(旭川前立腺がんフォーラム2018, 2018年10月, 旭川)

10) ロボット支援腎部分切除術 (RAPN) の初期経験

市立旭川病院・泌尿器科

望月 端吾, 山本 祥太, 田邊 起, 金川 匡一
(第32回日本泌尿器内視鏡学会, 2018年11月, 仙台)

[投稿論文]

1) Upregulation of CD80 on glomerular podocytes plays an important role in development of proteinuria following pig-to-baboon xeno-renal transplantation-an experimental study.

Tanabe T, Rivard CJ, Lanaspas MA, Watanabe H

Nomura S, Andres-Hernando A, Garth K, Sekijima M, Ishimoto T, Ariyoshi Y, Garcia GE, Shah J, Lennan B, Tasaki M, Pomposelli T, Shimizu A, Sachs DH, Johnson RJ, Yamada K
(Transpl Int 2018; 31 (10))

2) 生体腎移植を施行したDent病の一例

市立旭川病院・泌尿器科

岩原 直也, 田邊 起, 毛利 学, 望月 端吾, 金川 匡一
(腎移植・血管外科 2017; 29: 53-56.)

3) 腎移植患者の管理

市立旭川病院・泌尿器科

田邊 起
(現場で役立つ腎臓内科ポケットブック2018: 214-220.)

産婦人科

[学会発表]

1) 塩酸リトドリン注射製剤の先発医薬品と後発医薬品の副作用に関する比較検討

市立旭川病院・産婦人科

早坂 美紗

旭川医科大学・産婦人科

金井 麻子, 十川 香苗, 上田 寛人, 吉澤明希子, 千石 一雄
(第54回日本周産期・新生児医学会学術集会, 2018年7月, 東京)

精神神経科

[学会発表]

1) 思春期外来を訪れる子どもたちのビミョーな気持ちとこころのケア

市立旭川病院・精神科

武井 明

(平成30年度芦別市自殺対策講演会, 2018年2月, 芦別)

2) イマドキの若者たちの生きづらさを考える

市立旭川病院・精神科

武井 明

(平成30年若者自殺対策研修会, 2018年2月, 紋別)

3) 子どもたちが本当につらいことー症状でも病気でもなくてー

市立旭川病院・精神科

武井 明

(平成30年度第2回北海道児童思春期精神医学セミナー, 2018年5月, 札幌)

4) 精神科思春期外来の現状ー診察室外で子どもたちを支

える

市立旭川病院・精神科

武井 明

(平成30年度市立旭川病院地域医療連携のつどい,
2018年5月, 旭川)

5) 神経性やせ症を呈した自閉スペクトラム症男子の入院治療について

市立旭川病院・精神科

富岡 健

(第19回日本サイコセラピー学会, 2018年5月, 札幌)

6) 自閉症スペクトラム症の臨床経過ー幼児期から成人期までー

市立旭川病院・精神科

武井 明

(第52回根室管内特別支援教育研究大会, 2018年7月,
別海)

7) 大人の発達障害

市立旭川病院・精神科

武井 明

(平成30年度北・ほっかいどうカウンセラー養成講座
2級講座, 2018年9月, 旭川)

8) 発達障害と思春期

市立旭川病院・精神科

武井 明

(平成30年旭川子ども総合相談センター第11回研修事
業, 2018年10月, 旭川)

9) 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40回相談員養成講座, 2018年10
月, 旭川)

10) 不登校の今ー発達障害が注目されて変わったのか

市立旭川病院・精神科

武井 明

(平成30年度不登校を共に考える講演会, 2018年11月,
旭川)

11) 子どものころを支える

市立旭川病院・精神科

武井 明

(平成30年度自殺対策関係者学習会, 2018年11月, 砂
川)

12) 自殺関連行動で入院した青年期患者の長期経過

市立旭川病院・精神科

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

旭川圭泉会病院

鈴木 太郎

(北海道精神神経学会第134回例会, 2018年12月, 札幌)

[投稿論文]

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

市立旭川病院・北病棟1階

横山 麻美, 村山 正貴, 福本きよみ

同 精神科

武井 明

(旭川市立病院誌 2017; 49: 11-16.)

2) Neurofibromatosis Type 1 with Anorexia Nervosa.

Department of Psychiatry, Asahikawa City Hospital

Akira Takei, Tomoyo Doi, Akane Hirota, Hitoshi Doi

Takeshi Tomioka, Shogo Izumi, Kazuhiko Mera

Yuzuru Sato, Yoichi Haraoka

(International Medical Journal 2018; 25: 67.)

3) Rutter's Child and Adolescent Psychiatry, 6th edition, Blackwell Publishers, 2015(共訳)

市立旭川病院・精神科

武井 明

(長尾圭造, 氏家 武, 小野善郎, 吉田敬子監訳: ラ
ター児童青年精神医学(原著第6版) 明石書店 東
京 2018)

4) 摂食障害ー自閉スペクトラム症との近縁性をめぐって

市立旭川病院・精神科

武井 明

とよさと病院

天野 瑞紀

(こころの科学 2018; 200: 87-92.)

5) 自閉スペクトラム症 臨床経過ー幼児期から成人期までの症状の変遷

市立旭川病院・精神科

武井 明

(最新医学 2018; 73: 1322-1326.)

皮膚科

[学会発表]

1) 成人に発症した線状強皮症の1例

市立旭川病院・皮膚科

坂井 博之, 野村和加奈

(第17回旭川関節疾患カンファレンス, 2018年3月,
旭川)

2) 抗PD-1抗体製剤により誘発された薬剤性乾癬の1例

市立旭川病院・皮膚科

野村和加奈, 坂井 博之

(第82回日本皮膚科学会東部支部学術大会, 2018年9

月，旭川)

3) CARD14遺伝子変異を認めたテルビナフィン誘発性

汎発性膿疱性乾癬

市立旭川病院・皮膚科

坂井 博之，野村和加奈

藤田医科大学・皮膚科

福島 英彦，杉浦 一充

札幌乾癬研究所

飯塚 一

(第33回日本乾癬学会学術大会，2018年9月，松山)

4) 抗PD-1抗体製剤により誘発された薬剤性乾癬の1例

市立旭川病院・皮膚科

野村和加奈，坂井 博之

(第415回日本皮膚科学会北海道地方会，2018年9月，札幌)

5) 成人に発症した線状強皮症の1例

市立旭川病院・皮膚科

坂井 博之，野村和加奈

(第48回日本皮膚免疫アレルギー学会学術大会，2018年11月，奈良)

6) 最近の注射による皮膚疾患治療

市立旭川病院・皮膚科

坂井 博之

(旭川皮膚科医勉強会，2018年11月，旭川)

7) 当科でのインフリキシマブ使用状況

市立旭川病院・皮膚科

坂井 博之

(第12回道北皮膚科臨床研究会，2018年11月，旭川)

[投稿論文]

1) シクロスポリン内服が有効だった好酸球性膿疱性毛包炎の2例

市立旭川病院・皮膚科

野村和加奈，菅原 基史，坂井 博之

旭川医科大学・皮膚科学教室

菅野 恭子，山本 明美

(皮膚科の臨床 2018；60：223-227.)

2) Terbinafine-induced generalized pustular psoriasis in a patient carrying CARD14 mutation.

Department of Dermatology,

Asahikawa City Hospital

Hiroyuki SAKAI, Wakana NOMURA

Department of Dermatology, Fujita Health University

Hidehiko FUKUSHIMA, Kazumitsu SUGIURA

Research Institute of Psoriasis

Hajime IIZUKA

(The Journal of Dermatology 2018 Aug 25 doi : 10.1111/1346-8138.14608)

3) 急性骨髄性白血病の血液学的寛解期に生じた皮膚白血病の1例

市立旭川病院・皮膚科

菅原 基史，野村和加奈，坂井 博之

同 内科

柿木 康孝，竹村 龍

旭川医科大学・皮膚科学教室

松谷 泰輔，山本 明美

(Skin Cancer 2018；33：158-162.)

放射線科

[学会発表]

1) PTAデバイス

市立旭川病院・放射線科

花輪 真

(第7回日本MS&G研究会主催技術講習会，2018年1月，宮崎)

2) TAA；transarterial ablation u-TACEの進化形？進行形？

市立旭川病院・放射線科

花輪 真

(第121回旭川臨床画像IVR研究会，2018年3月，旭川)

3) 安心安全なCVポート；こんな留置方法いかがですか？

市立旭川病院・放射線科

花輪 真

(第43回リザーバー研究会，2018年8月，前橋)

4) スtentグラフトとTAEにて治療した肝動脈仮性動脈瘤の一例

市立旭川病院・放射線科

花輪 真，鎌田 洋

同 内科

助川 隆士，垂石 正樹，斉藤 裕輔，et.al.

(第31回日本IVR学会北日本地方会，2018年9月，山形)

5) 専用deviceを使用しない経皮経静脈的遺残ペースメーカーリード抜去

市立旭川病院・放射線科

花輪 真，鎌田 洋

同 胸部外科

宮武 司，内藤 祐嗣，杉木 宏司，村上 達哉

et.al.

(第31回日本IVR学会北日本地方会，2018年9月，山形)

放射線治療科
[学会発表]

1) 放射線療法について

市立旭川病院・放射線治療科

川島 和之

(平成29年度第5回化学療法学習会, 2018年2月, 旭川)

2) 当院での放射線治療の現状と今後

市立旭川病院・放射線治療科

川島 和之

(第11回胆振日高放射線治療研究会特別講演会, 2018年10月, 苫小牧)

薬剤科
[学会発表]

1) 業務改善と病院経営に貢献するためのベンチマークデータの活用

市立旭川病院・薬剤科

栗屋 敏雄, 廣川 力教, 横山 真也

同・経営管理課経理係

媚山 敏照, 有馬 有志

旭川医科大学病院・薬剤部

田崎 嘉一

(平成29年度大学病院情報マネジメント部門連絡会議, 2018年2月, 旭川)

2) 後発医薬品（ジェネリック）使用率向上への取り組みとその結果

市立旭川病院・薬剤科

栗屋 敏雄

旭川医科大学病院・薬剤部

橋場 哲也, 山本 譲, 大滝 康一, 佐藤 宝

安達 知輝, 小川 聡, 田崎 嘉一, 古川 博之

(平成29年度大学病院情報マネジメント部門連絡会議, 2018年2月, 旭川)

3) 処方箋への検査値QRコード印字による医薬品適正使用の推進

市立旭川病院・薬剤科

栗屋 敏雄

旭川医科大学病院・薬剤部

寺川 央一, 安達 知輝, 三嶋 一登, 大滝 康一

山本 譲, 春名 柚佳, 田崎 嘉一

(平成29年度大学病院情報マネジメント部門連絡会議, 2018年2月, 旭川)

4) 腎移植患者における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

鈴木 夢平

(第12回旭川薬剤師会・旭川病院薬剤師会合同会員研究発表会, 2018年3月, 旭川)

5) 塩基性吸湿性の錠剤と腸溶錠を一包化した際の融合(配合変化)メカニズム

市立旭川病院・薬剤科

栗屋 敏雄

旭川医科大学病院・薬剤部

岩山 訓典, 久保 靖憲, 大滝 康一, 小野 尚志

福土 将秀, 田崎 嘉一

(日本薬学会第138年会, 2018年3月, 金沢)

6) 病院薬剤師における災害活動と今後の課題

市立旭川病院・薬剤科

田原 克寿

(旭川病院薬剤師会学術講演会, 2018年6月, 旭川)

7) オピオイド製剤によるケミカルコーピングが出現した再発乳がんの1例

市立旭川病院・看護部

鈴木 吾朗, 外川 仁美, 小田 浩美

同・薬剤科

寺田 和文

同・外科

福永 亮朗

(第1回日本緩和医療学会北海道支部学術大会, 2018年8月, 札幌)

8) Linking Hospital and Community Pharmacy: The value of laboratory values stored in QR code prescription.

市立旭川病院・薬剤科

Toshio Awaya

旭川医科大学病院・薬剤部

Kazuto Mishima, Tomoki Adachi,

Hirokazu Terakawa

Sachiko Kasamo, Koichi Otaki, Takashi Ono

Masahide Fukudo, Yoshikazu Tasaki

(78th FIP World Congress of Pharmacy and Pharmaceutical Sciences 2018, 2018年9月, Glasgow)

9) 病院薬剤師が仲介する院外処方せん疑義照会等簡素化プロトコル実施の効果について

市立旭川病院・薬剤科

山口 純子

同・院長

子野日政昭

(日本医療マネジメント学会第18回北海道支部学術集会, 2018年10月, 室蘭)

10) 腎移植患者における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

鈴木 夢平

(第57回全国自治体病院学会in 福島, 2018年10月, 福島)

11) 災害避難所での医療

市立旭川病院・薬剤科

田原 克寿

(平成30年度旭川市学校保健研究集会, 2018年11月, 旭川)

12) 播種性血管内凝固症候群に対するトロンボモデュリン アルファ製剤の使用実績と適正使用

市立旭川病院・薬剤科

田原 克寿, 栗屋 敏雄

旭川医科大学病院・薬剤部

山田 峻史, 丹保亜希仁, 眞鍋 貴行, 櫻庭 好祐

小野 尚志, 田崎 嘉一

(第28回日本医療薬学会年会, 2018年11月, 神戸)

13) Linking Hospital and Community Pharmacy: The value of laboratory values stored in QR code prescription.

市立旭川病院・薬剤科

Toshio Awaya

旭川医科大学病院・薬剤部

Kazuto Mishima, Tomoki Adachi,

Hirokazu Terakawa

Sachiko Kasamo, Koichi Otaki, Takashi Ono

Masahide Fukudo, Yoshikazu Tasaki

(第28回日本医療薬学会年会, 2018年11月, 神戸)

[投稿論文]

1) テルミサルタン錠との一包化によりアスピリン腸溶錠 は成分量および溶出率が低下する配合変化を起こす

市立旭川病院・薬剤科

栗屋 敏雄

旭川医科大学病院・薬剤部

岩山 訓典, 久保 靖憲, 小野 尚志, 笠茂紗千子

飯田 慎也, 大滝 康一, 山田 峻史, 安達 知輝

福土 将秀, 田崎 嘉一

(医療薬学 2018; 44: 333.)

2) 点眼液の混合製剤による術前業務効率化と廃棄薬の削減

市立旭川病院・薬剤科

栗屋 敏雄

旭川医科大学病院・薬剤部

久保 靖憲, 小野 尚志, 神山 直也, 吉田 光一

寒藤 雅俊, 小枝 正吉, 大滝 康一, 小川 聡

三嶋 一登, 福土 将秀, 栗屋 敏雄, 田崎 嘉一

北海道薬科大学・薬学部薬物治療学分野

大滝 康一

(日本病院薬剤師会雑誌 2018; 54: 1391-1395.)

中央放射線科

[学会発表]

1) MRIの画像評価・性能評価

市立旭川病院・中央放射線科

福田 泰之

(日本放射線技師会基礎技術講習「MRI」, 2018年2月, 札幌)

2) 「Gd造影剤 Up to date」第2世代Gd造影剤の臨床応用

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74回春季大会, 2018年4月, 札幌)

3) 診療放射線技師のためのフレッシューズセミナー「病 気の理解」～呼吸器～

市立旭川病院・中央放射線科

川崎 伸一

手稲溪仁会病院

秋吉 和也

遠軽厚生病院

島崎 洋

(日本診療放射線技師会, 2018年6月, 札幌)

4) 業務拡大に伴う統一講習：静脈注射（針刺し除く）・ BLS・注腸X線検査・IGRT

市立旭川病院・中央放射線科

川崎 伸一

(日本診療放射線技師会, 2018年9月, 釧路)

5) 放射線治療におけるマンモグラフィ用ディスポウ 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

(第34回日本診療放射線技師学術大会, 2018年9月, 下関)

6) 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

(平成30年度日本診療放射線技師会北海道地域学術大会, 2018年10月, 札幌)

7) 乳腺密度測定ソフトウェアの使用経験

市立旭川病院・中央放射線科

山岸 千尋, 竹内 顕宏, 古谷 聡美

(旭川放射線技師会会員研究発表会, 2018年11月, 旭川)

8) 業務拡大に伴う統一講習：静脈注射（針刺し除く）・

BLS・注腸X線検査・IGRT

市立旭川病院・中央放射線科

川崎 伸一

（日本診療放射線技師会，2018年11月，札幌）

9) MRセミナー「MRに関するカンファレンス」

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74回秋季大会，2018年11月，札幌）

10) 大動脈瘤に対するステントグラフト留置術（TEVAR, EVAR）

市立旭川病院・中央放射線科

三ツ井貴博

（日本放射線技術学会北海道支部学術大会第74回秋季大会アンギオセミナー，2018年11月，札幌）

11) Navigator Echo+息止め 冠動脈MRA

市立旭川病院・中央放射線科

古谷 聡美，川崎 伸一，福田 康之

（第14回Signa 甲子園，2018年12月，東京）

【投稿論文】

1) 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誌 2018；40：22-25.）

2) 放射線治療におけるマンモグラフィ用ディスプレイの有効性の検討

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

（旭川放射線技師会会誌 2018；40：26-29.）

3) 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，三ツ井貴博，對馬 弘明

松浦 一生

（北海道放射線技師会会報 2018；1：108-110.）

中央検査科

【学会発表】

1) 心尖部瘤化を認めた肥大型心筋症の超音波所見

市立旭川病院・中央検査科

山田 和明，湊 舞，金光 綾香，三浦 美里

道下 英里，長瀬 雅彦

同 ・内科

幸村 近，石井 良直

（JSS北海道第32回地方会学術集会，2018年3月，札幌）

2) 多発する高エコー結節像を呈した肝腫瘍の1症例

市立旭川病院・中央検査科

畑山 明美

（JSS北海道第32回地方会学術集会，2018年3月，札幌）

3) 組織診で孤立性線維性腫瘍と診断された2症例の細胞診との対比

市立旭川病院・中央検査科

山田 和明，勝見 友則，荻田 力，越高 正広

二郷 元彦，武田 晃典

同 ・病理診断科

高田 明生

（第59回日本臨床細胞学会総会（春期大会），2018年6月，札幌）

4) Triple -hit Lymphomaの2例

市立旭川病院・中央検査科

勝見 友則，山田 和明，越高 正広，二郷 元彦

武田 晃典

同 ・病理診断科

高田 明生

（第59回日本臨床細胞学会総会（春期大会），2018年6月，札幌）

5) Helicobacter cinaediの院内小規模伝播が示唆された事例について

市立旭川病院・中央検査科

藤田 佳奈，相馬 史典，中川 正彦，木元 宏弥

武田 晃典，

同 ・耳鼻咽喉科

佐藤 公輝

国立感染症研究所・細菌第二部

林原絵美子，森 茂太郎，柴山 恵吾

（第57回全国自治体病院学会，2018年10月，郡山）

6) 血液培養からHelicobacter cinaediを分離した8症例について

市立旭川病院・中央検査科

藤田 佳奈，相馬 史典，中川 正彦，木元 宏弥

武田 晃典

（平成30年度日臨技北日本支部医学検査学会（第7回），2018年11月，青森）

7) グラム染色像より推定し得たAspergillus nigerによる鼻副鼻腔アスペルギルス症の1例

市立旭川病院・中央検査科

藤田 佳奈，相馬 史典，中川 正彦，木元 宏弥

武田 晃典

（平成30年度日臨技北日本支部医学検査学会（第7回），2018年11月，青森）

8) 甲状腺嚢胞穿刺液が診断の契機となった甲状腺乳頭癌

の1例

市立旭川病院・中央検査科

荻田 力, 勝見 友則, 山田 和明, 越高 正広

武田 晃典, 二郷 元彦

同 病理診断科

高田 明生

(第39回北海道臨床細胞学会学術集会, 2018年12月, 札幌)

[投稿論文]

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

市立旭川病院・中央検査科

勝見 友則

同 内科

幸村 近, 柿木 康孝

(日本検査血液学会雑誌 2018; 19: 314-319.)

リハビリテーション科

[学会発表]

1) がんのリハビリテーション～維持期と緩和期を中心に～

市立旭川病院・リハビリテーション科

阿部 慎一

(北海道理学療法士会道北支部平成30年度地域キャラバンin稚内, 2018年10月, 稚内)

臨床器材料

[学会発表]

1) 集学的治療を要したTAFRO症候群2症例の経験

市立旭川病院・臨床工学会

澤崎 史明, 磯 雅, 佐藤 勇也, 田中 義範

山口 和也, 堂野 隆史, 米坂 直子, 窪田 将司

河田 修一, 鷹橋 浩

(第45回日本集中治療医学会学術集会, 2018年2月, 幕張)

2) 急性心筋梗塞における冠動脈内血球エコー強度の検討

市立旭川病院・臨床工学会

田中 義範, 磯 雅, 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46回心臓血管インターベンション治療学会北海道地方会, 2018年3月, 札幌)

3) GNRIを用いた心臓手術における透析患者の術前栄養

状態評価の有用性

市立旭川病院・臨床工学会

澤崎 史明, 磯 雅, 佐藤 勇也, 田中 義範

山口 和也, 堂野 隆史, 米坂 直子, 窪田 将司

河田 修一, 鷹橋 浩

(第28回日本臨床工学会, 2018年5月, 横浜)

4) IHDF導入により著明な血圧低下改善効果を得られた 1症例

市立旭川病院・臨床工学会

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

(道北臨床工学会学術セミナー, 2018年6月, 旭川)

5) IB-IVUSを用いた急性心筋梗塞における冠循環障害検 出の試み

市立旭川病院・臨床工学会

田中 義範, 磯 雅, 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

(TOPIC 2018, 2018年7月, 東京)

*コメディカルケースセッション臨床工学会士&臨床検査技師部門 最優秀演題賞受賞

6) Comparison of BMI Of registered extracorporeal circulation cases by multicenter collaborative research.

Fujita Health University

Makoto Hibiya, Tetsuya Kamei, Chihiro Saitoh

Asahikawa City Hospital

Shoji Kubota

Jichi Medical University Saitama Medical Center

Naoki Momose

Osaka University

Kiyoshi Yoshida

(Meeting of Federation of Asian Perfusion Societies(FAPS2018), 2018年8月, ShangHai)

7) Data extraction for the Japanese perfusion registry from an extracorporeal circulation automatic recording system and remained issue.

Fujita Health University

Makoto Hibiya, Tetsuya Kamei

Asahikawa City Hospital

Shoji Kubota

LivaNova Japan K.K.

Hideyuki Kimura, Keisuke Ohkama

Philia System Co., Ltd.

- Takehiro Kazama
Osaka University
Kiyoshi Yoshida
(Meeting of Federation of Asian Purfusion Societies(FAPS2018), 2018年8月, ShangHai)
- 8) Analysis of Data Otained from the Japanese Perfusion Registry.**
Fujita Health University
Tetsuya Kamei Makoto Hibiya, Chihiro Saitoh
Asahikawa City Hospital
Shoji Kubota
Osaka University
Kiyoshi Yoshida
(Meeting of Federation of Asian Purfusion Societies(FAPS2018), 2018年8月, ShangHai)
- 9) Co-Medical Symposium 「興味深い症例を聞いてみよう－PART4－」**
市立旭川病院・臨床工学室
山口 和也
(SAPPORO LIVE DEMONSTRATION COURSE 2018, 2018年8月, 札幌)
- 10) 当科における左冠動脈肺動脈起始 (ALCAPA) に対する体外循環**
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24回日本体外循環技術医学会北海道地方会大会, 2018年9月, 札幌)
- 11) 植込み型デバイス感染の発生率～当院の植込み型デバイスにおける臨床工学技士の関わり～**
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29回北海道臨床工学会, 2018年10月, 札幌)
- 12) 新規導入した瞬時血流予備量比iFRの使用経験**
市立旭川病院・臨床工学室
田中 義範, 磯 雅, 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29回北海道臨床工学会, 2018年10月, 札幌)
- 13) 当院における透析患者へのシャントエコー検査の現状**
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57回全国自治体病院学会, 2018年10月, 郡山)
- 14) IVUS Reportを活用した新人教育**
市立旭川病院・臨床工学室
山口 和也, 磯 雅, 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
(CCT 2018, 2018年10月, 神戸)
- 15) 当院における心筋保護液および投与間隔変更に関する検討**
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44回日本体外循環技術医学会大会, 2018年11月, 金沢)
- 16) 胸腹部大動脈手術の部分体外循環施行中に上肢血圧が維持できない症例を経験して**
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 達也
(第44回日本体外循環技術医学会大会, 2018年11月, 金沢)
- 17) JaSECT体外循環症例登録データベースを用いた当院の解析－術後24時間以上の挿管を要した要因を検討してみて－**
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 達也
(第44回日本体外循環技術医学会大会, 2018年11月, 金沢)

[投稿論文]

- 1) 超音波画像診断装置VISICUBEおよび超音波診断カテーテルAlta View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
(北海道臨床工学技士会誌 2018; 28: 74-76.)
- 2) 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

(北海道臨床工学技士会誌 2018; 28: 85-87.)

3) 心カテスタッフのためのJOURNAL in JOURNAL カテJOB!カテReport 見せて! 魅せて! わくわくカテ室訪問

市立旭川病院・臨床工学室

山口 和也

(HEART nursing 2018; 31: 64-66.)

4) 日本における体外循環症例登録

藤田保健衛生大学・医療科学部・臨床工学科

日比谷 信, 亀井 哲也

市立旭川病院・臨床工学室

窪田 将司

埼玉医科大学

見目 恭一

名古屋医療センター・臨床工学室

高井 浩司

藤田保健衛生大学大学院・医学研究科

齊藤 千紘

埼玉医科大学国際医療センター・MEサービス部

関口 敦

神戸大学医学部附属病院・医療技術部・臨床工学部門

南 茂

東海記念病院・施設課

林 裕樹

大阪大学医学部附属病院・臨床工学部

吉田 靖

東邦大学医療センター佐倉病院・心臓血管外科

本村 昇

(体外循環 2018; 45: 1-14.)

5) 日本における体外循環症例データベースの解析ー2014ー2016年データの集計ー

藤田保健衛生大学・医療科学部・臨床工学科

亀井 哲也, 日比谷 信

市立旭川病院・臨床工学室

窪田 将司

藤田保健衛生大学大学院・医学研究科

齊藤 千紘

大阪大学医学部附属病院・臨床工学部

吉田 靖

(体外循環 2018; 45: 95-106.)

6) Association of Primary Hemodilution and Retrograde Autologous Priming with Transfusion in Cardiac Surgery: Analysis of

the Perfusion Case Database of the Japanese Society of Extra Corporeal Technology in Medicine.

Department of Hygiene Fujita Health University School of Medicine

Chihiro Saito, Shuji Hashimoto

Fujita Health University School of Health Sciences

Tetsuya Kamei, Makoto Hibiya

Asahikawa City Hospital Department of Clinical Engineering

Shoji Kubota

Osaka University Graduate School of Medicine

Department of Advanced Clinical Engineering

Kiyoshi Yoshida

(J Extra Corpor Technol 2018; 50: 231-236.)

看護部

[学会発表]

1) 興味と理解が得られる感染教育

市立旭川病院・医療安全管理課・感染対策

桐 則行

(第11回沖縄感染管理・洗浄滅菌研究会, 2018年2月, 沖縄)

2) 腎移植後に間欠的自己導尿が必要となった一症例との関わり

市立旭川病院・西病棟5階

藤渡 鷹志, 中川 恵子, 安藤 伸

同 薬剂科

栗栖 幹典

同 泌尿器科

田邊 起, 金川 匡一

(第51回日本臨床腎移植学会, 2018年2月, 神戸)

3) 症例を振り返り当院におけるRTCの役割の一考察

市立旭川病院・西病棟5階

安藤 伸

同 泌尿器科

金川 匡一, 田邊 起

同 薬剂科

栗栖 幹典

(第51回日本臨床腎移植学会, 2018年2月, 神戸)

4) 女性糖尿病の更年期におけるセルフケア能力と療養支援

市立旭川病院・第1外来

増田 千絵

(第9回豊平区糖尿病ブルーサークル, 2018年2月, 札幌)

5) 末梢静脈輸液カテーテル挿入時のシャワーカバーのり

- ユースの安全性**
市立旭川病院・医療安全管理課・感染対策
桐 則行
(第33回日本環境感染学会学術集会, 2018年2月, 東京)
- 6) 末梢静脈輸液カテーテル挿入時のシャワーカバーの必要性～シャワーヘッドの細菌汚染状況の調査～**
市立旭川病院・医療安全管理課・感染対策
桐 則行
(第33回日本環境感染学会学術集会, 2018年2月, 東京)
- 7) CCUスタッフの心不全患者の指導に対する実態調査**
市立旭川病院・CCU
奈良 朋香, 北林 文香
(第82回日本循環器学会学術集会, 2018年3月, 大阪)
- 8) 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
(第12回旭川感染管理ネットワーク研修会, 2018年4月, 旭川)
- 9) 女性糖尿病患者の更年期症状がセルフケア能力に与える影響 多施設横断研究**
市立旭川病院・第1外来
増田 千絵
同 内科
宮本 義博
京都大学大学院・医学研究科
西村亜希子, 原島 伸一
国民健康保険東川診療所
中田 宏志
(第61回日本糖尿病学会年次学術集会医療スタッフ優秀演題賞候補, 2018年5月, 東京)
- 10) 糖尿病を持つ人を“見る”魅力とやりがい**
市立旭川病院・第1外来
増田 千絵
(第61回日本糖尿病学会年次学術集会シンポジウム, 2018年5月, 東京)
- 11) 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
(旭川糖尿病ネットワーク2018, 2018年5月, 旭川)
- 12) 地域包括ケア病棟看護師が行う退院支援の課題～患者・家族への満足度調査を通して～**
市立旭川病院・東病棟7階
鴫 美貴子, 石坂 香織, 三浦 睦子, 森川 友美
(平成30年度北海道看護研究学会, 2018年6月, 札幌)
- 13) フットケアとチーム医療**
市立旭川病院・第1外来
増田 千絵
(第8回ステップアップフットケア, 2018年6月, 札幌)
- 14) 姉に会いたいと願う、予後が短いがん患者の思いを家族と共に支えた事例**
市立旭川病院・東病棟3階
畠山 美樹, 菅原 真紀, 今井亜由美, 岸田ゆかり
(日本緩和医療学会第1回北海道支部学術大会, 2018年8月, 旭川)
- 15) オピオイド鎮痛薬によりケミカルコーピングが出現した再発乳がん患者の1例**
市立旭川病院・西病棟6階
鈴木 吾郎, 外川 仁美, 小田 浩美
同 薬剤科
寺田 和文
同 外科
福永 亮朗
(日本緩和医療学会第1回北海道支部学術大会, 2018年8月, 旭川)
- 16) 神経障害＝足病変じゃない! 糖尿病患者の足を守るためにできること**
市立旭川病院・第1外来
増田 千絵
(Diabetes Joint Conference, 2018年10月, 旭川)
- 17) 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～**
市立旭川病院・ICU
渡邊 光, 三浦 匡代
(第57回全国自治体病院学会in福島, 2018年10月, 郡山)
- 18) 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**
市立旭川病院・西病棟4階
池田 寛美, 山口 紗弓
(第57回全国自治体病院学会in福島, 2018年10月, 郡山)
- 19) 糖尿病と腎臓の深～い関係**
市立旭川病院・第1外来
増田 千絵
(教えて腎移植～糖尿病と腎移植～, 2018年10月, 旭川)
- 20) 施設内感染予防の構築に向けて～感染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30年度感染症予防対策研修会, 2018年10月, 旭川)
- 21) 衝動行為を呈したADHDの学童期男児に対する「遊び」を介したかわり**
市立旭川病院・北病棟1階
長田 勇樹, 福本きよみ, 佐藤 志乃

(日本精神科看護専門学会学術集会, 2018年10月, 高松)

22) 『血糖コントロールを患者目線で考える』必要性をテーマにした参加型研修会の効果

市立旭川病院・第1外来

増田 千絵

(第52回日本糖尿病学会北海道地方会, 2018年11月, 旭川)

23) 余分な脂肪は糖尿病の敵！？

市立旭川病院・第1外来

増田 千絵

(平成30年度市立旭川病院糖尿病について考える会, 2018年11月, 旭川)

24) プレウォーミング導入への取り組み

市立旭川病院・手術室

十文字 巴, 洞 佑佳里

(日本手術看護学会年次大会, 2018年11月, 横浜)

[投稿論文]

1) 研修ですぐに使える, 初心者さんのための「どこが間違っている?」〇×クイズbest15 身体の清拭・口腔ケア

市立旭川病院・医療安全管理課・感染対策

桐 則行

(INFECTION CONTROL 2018; 27: 455-464.)

栄養給食科

[学会発表]

1) これで納得! 上手に食べるコツ

市立旭川病院・栄養給食科

宮松 幸佳

(平成30年度糖尿病について考える会, 2018年11月, 旭川)

Medical essay

電 話

電話というのはかけるのも, 受けるのも緊張する。

初めてのオンコール, 病院からの電話に逐一緊張していた。そして今でも病院から電話が鳴ると, 患者の急変なのではないかと緊張する。かけるときもそうで, 他科の先生や病棟, 他部署に電話する際にこんな内容で電話してよいのだろうか? こんな時間に電話して怒られないだろうか? などなど電話をする前に心配になり, 話す内容を考える。こんな場面は, 病院にいれば日常茶飯事だろう。

研修医の頃, ある先生の講演を聴いたことが今でも頭に残っている。どなただったか, 正確な情報は失念してしまったが, 国公立大学の外科講座の教授だったと記憶している。その先生曰く, 「全ての電話に『ありがとう』といって電話を受けるようにしている。」とのことであった。話の全体は長いので割愛するが, 『大事を未然に防ぐためにはどんな些細なことであっても報告してもらえよう, あの先生になら困ったときはいつ電話しても大丈夫!』と思われる必要がある。』と言う主旨であった。

受け手側の意識としてとても重要で, 今でも心にとめるようにしている。その一方で, かけるときには相手側の状況も考え, なるべく端的に必要な要件のみを伝えられるよう日々気をつけている。本当に必要な電話なのか? 相手側のほしい情報は何か? 自分ならどうするのか, どうしてほしいのか? 一度考えるだけで自分の成長, 強いてはチームの成長につながると考えている。実践はなかなか難しいが, 一人の力では成し遂げられないチーム医療としての成長は一本の電話から始まるかもしれない。

(H.A.)

「旭川市立病院医誌」投稿規定

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

編 集 後 記

病院誌51巻完成に当たりまして、本年も多くの研究論文、報告を投稿頂き誠にありがとうございました。投稿頂きました研修医、医局医師、看護部、中央放射線科をはじめとするメディカルスタッフの皆様、また、御多忙の中、査読を快くお引き受け下さいました編集委員の先生方に深謝致します。さらに、毎年メディカルエッセイを寄稿頂いております上に、本年は貴重な症例報告を御投稿頂きました沼崎病院、前川 勲先生に心からお礼申し上げます。

本号は、例年よりも充実した内容となっており、臨床研究論文2編、看護研究1編、中央放射線科からの研究報告1編、症例報告1編、が主論文として掲載されました。その他、例年通りのCPC報告、教育研修報告、ICBM (医局抄読会)、看護研究発表会の記録が掲載されており、当院における2018年の学術面の集大成が綴られており、例年にも増して一層読み応えがある内容となっています。

本年は、例年の研究報告に加えて、中央放射線科からの研究報告がなされたことは大変意義深い事と考えます。例年、述べさせて頂いておりますが、今後、人口減による地域医療構想に伴う急性期病床削減が実行される中で、当院が、今後とも道北地域における急性期基幹病院として十分な役割を継続するためには、当院職員の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・問題意識を持って仕事を遂行することが必要と考えます。そのことで必然的に日常診療における疑問点・問題点が見いだされ、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。各部署にも、今回の中央放射線科における「医療スタッフにおける放射線障害の現状」のような問題点や啓蒙すべき事項がいくつもあると思います。問題意識→問題点の拾い上げ→スタッフ間での話し合い→学会発表・論文化のプロセス、を各部署で意識的に行いましょう。これらが継続的に行われることで、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考えます。

Dataの入らない総説論文も大歓迎です。来年の本誌が、各部署からの一層多くの論文が投稿され、我々編集委員が、掲載論文を選択するために苦勞する、そのような日が来ることを期待しております。

2019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
	坂井 博之 先生	皮膚科		大野 肇	中央放射線科
	中嶋 雅秀 先生	小児科		太田 智美	看護部
	菅野 貴康 先生	内科	事務局	尾藤 真紀	教育研修課
	助川 隆士 先生	内科		新井 羊子	
	稲場 勇平 先生	内科		佐々木史義	
	鈴木 聡 先生	内科			
	阿部 紘丈 先生	外科			

《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51巻1号]

令和元年12月27日 印刷
令和元年12月27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 旭川市忠和5条8丁目3番1号

(株) 須 田 製 版

The Journal of Asahikawa City Hospital

Vol.51 No.1
December 2019

【Original Articles】

Clinical features of patients with pneumonia admitted to the division of respiratory
medicine at Asahikawa City Hospital from April 2016 to March 2017 Takaya ICHIKAWA

Short term outcomes of total laparoscopic distal gastrectomy for Gastric cancer. Hirotake ABE

【Case Reports】

Clinical efficacy of intravenous Cepharantin in patient with elderly ITP. Isao MAEKAWA

【Nursing Reports】

Acquiring response measures to prevent violence by patients.

～ Trial by using self-made DVD that visualizes de-escalation technique. Ryo OGAWA

【Summary of the accomplishment, Asahikawa medical association award 2018】

Research in the diagnosis and treatment of early colorectal carcinomas. Yusuke SAITOH

【Reports】

New Radiation Dose Limit for the Lens of the Eye. Hajime ONO
