

旭川市立病院医誌

第52巻 1号

令和2年12月発行

ISSN 0287-024X



市立旭川病院
Asahikawa City Hospital

【臨床研究】

妊娠11週未満の流産手術に対する手動真空吸引法
(MVA: Manual Vacuum Aspiration) の実際

産婦人科 早坂 美紗

【看護研究】

RALP術前後における尿失禁に対する患者の思いについての調査

看護部 近井 真椰

【臨床病理検討会】

【教育研修報告】

【開院90周年記念特集記事】

旭市病誌

旭川市立病院 医誌52巻1号

令和2年12月発行

目 次

【臨床研究】

妊娠11週未満の流産手術に対する手動真空吸引法

(MVA: Manual Vacuum Aspiration) の実際……………産婦人科 早坂 美紗 …………… 1

【看護研究】

RALP術前後における尿失禁に対する患者の思いについての調査……………看護部 近井 真椰 …………… 7

【臨床病理検討会】

第1回	令和元年6月19日	小児科	市川 貴也	11
第2回	令和元年7月4日	内科	本吉 章嵩	12
第3回	令和元年8月21日	外科	道塚 瞬	15
第4回	令和元年11月28日	内科	浅沼 翼	18
第5回	令和2年2月20日	小児科	森 海人	19

【教育研修報告】

第58回日本臨床細胞学会秋期大会～細胞診断学の可能性を問う

ー新たなるパラダイムへ～に参加して	中央検査科	荃田 力	22
第18回The Echo Live 2019に参加して	中央検査科	湊 舞	23
第64回日本透析医学会学術集会 (JSDT) に参加して	臨床器材科	磯 雅	23
第66回日本不整脈心電学会学術大会に参加して	臨床器材科	山口 和也	24
第33回日本手術看護学会年次大会に参加して	看護部	鈴木美智子	25
看護教員・看護教育担当者の教育実践力を高めるー本質を見極め			
課題解決しようー研修会に参加して	看護部	矢田 由美	26
CVPPP (包括的暴力防止プログラム) 研修に参加して	看護部	国村 裕美	27

第7回包括的暴力防止プログラム指導者養成研修に参加して……………	看護部	豊嶋 瞬……………	28
第136回医用超音波講義講習会に参加して……………	中央検査科	石山 拓真……………	29
日本血管撮影・インターベンション専門診療放射線技師認定機構			
第3回ワークショップに参加して……………	中央放射線科	三ツ井貴博……………	30
第12回植込みデバイス関連冬季大会に参加して……………	臨床器材科	堂野 隆史……………	31
第53回日本臨床腎移植学会に参加して……………	看護部	藤渡 鷹志……………	31
2019年度第2回同種造血細胞移植後フォローアップのための			
看護師研修会に参加して……………	看護部	前田 早紀……………	32
2019年度第2回同種造血細胞移植後フォローアップのための			
看護師研修会に参加して……………	看護部	山田すみえ……………	33
第58回全国自治体病院学会に参加して……………	看護部	辻澤 莉穂……………	34
第58回全国自治体病院学会に参加して……………	看護部	小川 恵美……………	35
第58回全国自治体病院学会に参加して……………	薬剤科	宮下 大輔……………	35
第58回全国自治体病院学会に参加して……………	中央検査科	畑山 明美……………	36
第58回全国自治体病院学会に参加して……………	医療安全管理課	石井 良直……………	37
【ICBMセミナー～臨床研究検討会～】			
最近のアトピー性皮膚炎治療……………	皮膚科	坂井 博之……………	39
免疫チェックポイント阻害薬と内分泌代謝障害～注意点と			
対処方針～……………	代謝内科	永島 優樹……………	39
歯科用インプラント……………	歯科口腔外科	柴山 尚大……………	39
急性冠症候群（Acute Coronary Syndrome：ACS）の初期対応……………	循環器内科	石井 良直……………	40
放射線治療における口腔管理……………	放射線治療科	志摩 朋香……………	40
腹臥位胸腔鏡腹腔鏡下胸部食道亜全摘術の初期成績……………	外科	岡崎 遼……………	40
当科で診断した肺胞出血85例の検証……………	呼吸器内科	棟方 奈菜……………	41
貧血を契機に診断された、潰瘍性大腸炎を背景とした第13因子			
欠乏症……………	血液内科	宮下 直樹……………	41
ガイドラインに基づいた薬剤性消化管出血診療……………	消化器内科	岩間 琢哉……………	42
左室後乳頭筋から発生した乳頭状弾性線維腫の1例……………	胸部外科	古川夕里香……………	42
最近の緑内障手術……………	眼科	菅野 晴美……………	42

当院神経内科の現況と展望	神 経 内 科	片山 隆行	43
甲状腺疾患 最近の治療について	耳鼻咽喉科	杉浦 文康	43
風評被害に負けない！新型コロナウイルスの基礎知識	小 児 科	中嶋 雅秀	44
Point-of-care 肺超音波	救急診療科	丹保亜希仁	44
デキストロメトルファン中毒によりカタトニアを呈した1症例	精神神経科	花香 真宣	44
集中治療における鎮痛・せん妄へのアプローチについて：改訂版			
成人ICU患者の疼痛、不穏およびせん妄の管理に関する			
臨床ガイドライン（J-PADガイドライン）より	麻 酔 科	佐藤 慧	45
ゆく人 くる人 もどる人	総 合 内 科	鈴木 聡	45
メイロン1Lはいけません！	放 射 線 科	花輪 真	46

【看護研究発表会記録】

ニュートラルゾーン使用状況の現状分析と問題点の抽出	手 術 室	定岡 瑚都	47
精神科急性期病棟における内服管理能力判断シートの有用性の検討	北 第 1	山田 愛未	47
地域包括ケア病棟スタッフの退院支援に関する意識調査			
～患者の生活を見据えた退院支援～	東 7 階	西塚 由起	48
退院指導に対する看護師の意識変化～腹部ステントグラフト内挿術後			
パンフレット導入と勉強会を実施して	西 4 階	宮崎 友里	48
間欠自己導尿施行者の災害に対する意識調査	第 1 外 来	伊藤久美子	49
虚血性心疾患患者の生活習慣と看護師指導の関連性	東 5 階	北川 愛	49
当院のアピランスケアの実態と今後の課題	西 6 階	須田結梨佳	50
化学療法、放射線治療を受けている患者の口腔ケアに関する意識調査	西 7 階	杣畑ますみ	51
看取りの近いがん患者の家族が安心できるケアを目指して～看取り			
のパンフレットの活用の実態と課題～	東 3 階	木村 梨乃	51
排痰介助の定着化を目指して～手順書の作成と導入～	I C U	石河 稚菜	52
RALP術前後における尿失禁に対する患者の思いについての調査	西 5 階	近井 真椰	52
精神科病棟勤務が看護師の子育てに与える影響	北 第 2	本郷 沙織	53

【がん診療連携拠点病院関連研修会】			55
-------------------	--	--	----

【令和元年度各科学会発表ならびに投稿論文】	56
【Medical Essay】	10, 21, 37, 38, 46, 53, 54, 74
【開院90周年記念特集記事】	75
【編集後記】	83

臨床研究

妊娠11週未満の流産手術に対する手動真空吸引法 (MVA: Manual Vacuum Aspiration) の実際*

市立旭川病院 産婦人科 早坂美紗** 林博章
市立稚内病院 産婦人科 村上幸治 西脇邦彦

【要 旨】 妊娠初期流産における外科的処置手術については頸管拡張および掻刮法 (dilatation and curettage: D&C) は吸引法 (dilatation and evacuation: D&E) に切り替えられるべきであるとされ、手動真空吸引法 (manual vacuum aspiration: MVA) が推奨される。本邦では、2018年4月より妊娠初期流産に対する手術としてMVAが保険収載となった。当院では2018年4月よりMVAによる流産手術を導入しており、従来法のD&Cと比較検討したMVAの安全性、手術完遂度等に関する後方視的検討を行った。

2017年4月から2019年5月までに当院で妊娠11週未満の流産手術を実施した67症例を対象とした。25症例にMVAを実施し (MVA群)、42症例にD&Cを実施した (D&C群)。2群間の妊娠週数はMVA群: 9週, D&C群: 8週とMVA群で有意に高かった ($P=0.02$)。手術時間、術中出血量も両群間で有意差はなかった。

追加治療が必要となる合併症は術中D&C群で1例 (500mL以上の出血) あったが、このほか子宮穿孔、頸管裂傷などの合併症は両群ともに認めなかった。また術後予定外の外来受診や入院を必要とする子宮内感染、出血などの合併症はMVA群: 0例, D&C群: 6例 (14%)、遺残による再手術はMVA群: 0例, D&C群: 2例 (4.7%) であった。術中子宮収縮剤を使用した症例はMVA群: 13例 (52%)、D&C群: 35例 (83%) とMVA群で少ない結果となった ($P=0.01$)。

従来の報告同様、当院での流産手術においてもD&Cに比べMVAは手術時間、出血量を増加させず、合併症頻度も低いことが明らかとなった。手術中の子宮収縮剤使用頻度が少ないことからMVAの出血量が少ないことが示唆される。MVAの安全性、有用性が明らかとなった。

はじめに

妊娠初期流産に対する治療は、本邦では薬物療法は未承認であるため、感染性流産でなければ、子宮内容

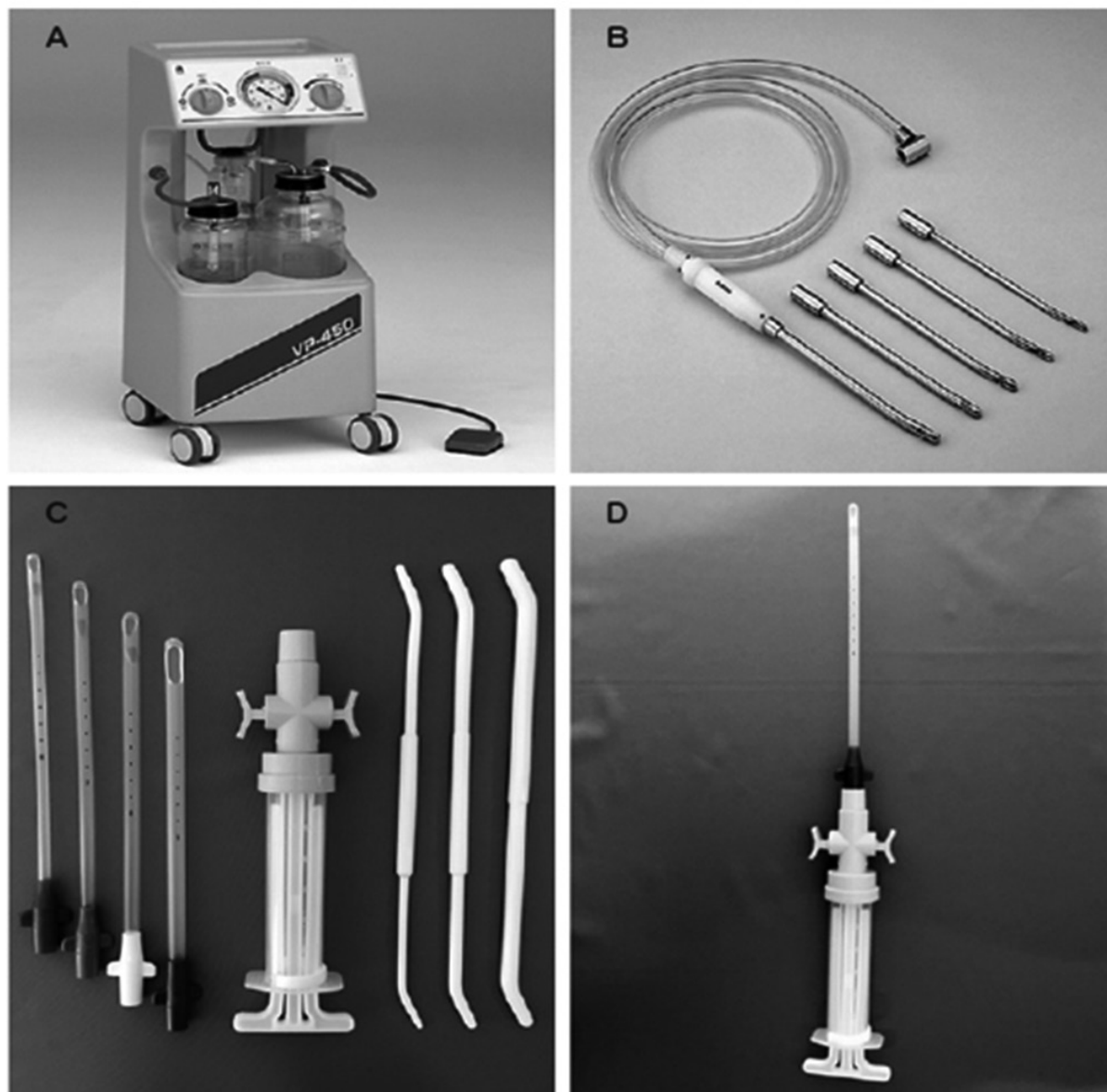
の自然排出を待つ待機療法もしくは子宮内容除去術による外科的治療法の選択肢を説明し患者に選択してもらうインフォームド・ディシジョンを得ることが求められようになった¹⁾。

妊娠初期流産における外科的治療法として、子宮頸管拡張後、胎盤鉗子とキュレットを用いて行う掻刮術 (D&C) のほか、吸引器を用いて子宮内容物を吸引除去する吸引法 (D&E) があり、このなかでも電動吸引器を用いる電動吸引法 (electric vacuum aspiration: EVA) や、カニューレを挿入しアスピレーターを取り付け、圧を開放し子宮内容を摘出する手動真空吸引法 (MVA) などがあげられる (図1)。

* : Clinical experience of manual vacuum aspiration (MVA) for early first-trimester abortion.

** : Misa HAYASAKA, et al.

Key words: manual vacuum aspiration (MVA),
dilatation and curettage (D&C),
妊娠初期流産, 流産手術



A,B:EVAシステム（アトムメディカル社）
C,D:MVAキット（ウィメンズヘルス・ジャパン株式会社）

図1 EVAとMVAに用いられる器具 文献1) より引用

日本では2015年10月に手動真空吸引器（Women's MVAシステム）が認可され、2018年4月より妊娠初期流産に対する手術としてMVAが保険収載となった。今回、当施設で施行したMVA症例について、手術の安全性、完遂度等に関する後方視的検討を行った。

方 法

2017年4月から2019年5月までに妊娠11週未満の流産手術を実施した連続症例を対象とした。すべての

症例でMVAもしくはD&Cが選択された。同一症例に対する再手術は含めない。

患者背景、手術成績、術後合併症について診療録を用いて後方視的に検討した。合併症は入院期間の延長や、予定外の検査や薬物投与、また予定外の外来受診、入院、再手術など、追加治療が必要となった有害事象とした。

術式の決定は術者に一任されており、入院期間は患者の希望に沿い1泊2日もしくは日帰りとした。術前に

子宮頸管拡張器（ラミケンアール®：ケンメディカル株式会社、兵庫県、日本）による頸管拡張をおこなった。手術は全例手術室で行い、麻酔方法は担当麻酔科医が最終決定し静脈麻酔もしくは脊椎麻酔が選択された。

すべての症例で術前に麻酔下での経膈超音波検査を行い、子宮ゾンデで子宮の内腔長と方向を確認した。必要があればヘガール型子宮頸管拡張器を使用し頸管拡張を追加した。

MVAではWomen's MVAシステム（ウィメンズヘルス・ジャパン株式会社、東京都、日本）を使用した。術中の薬剤使用については術者に一任されており、出血量に応じて子宮収縮薬（パルタンM注0.2mg®, メチルエルゴメトリンマレイン酸塩：持田製薬株式会社、東京都、日本）を使用した。すべての症例で麻酔覚醒後に診察を実施したのち退院を許可した。退院後はフォローアップのためすべての症例で1～2週間後の外来診察を行った。

統計学的手法はχ² 二乗検定を用いて行い、P<0.05をもって有意差ありとした。

結 果

1. 患者および患者背景

2017年4月から2019年5月までに当院で妊娠11週未満の流産手術を実施した症例は70例あり、このうち同一症例への再手術3例（子宮内遺残：2例、胞状奇胎：1例）を除いた67例を検討対象とした。全期間でD&Cを実施した症例は42例（D&C群）、2018年4月以降MVAを実施した症例は25例（MVA群）であった。

両群の患者背景について表1-1に示す。年齢はD&C群32.5±5.0歳、MVA群32.0±5.9歳、未経産症例はD&C群17例（40.4%）、MVA群9例（36.0%）であった。このほか妊娠、出産回数に有意差はなかった。妊娠週数（中央値）はMVA群：9週、D&C群：8週とMVA群で有意に高い結果となった（P=0.02）。

表1-1 患者背景

	MVA群	D&C群	P値
年齢（才）	32.0 ± 5.9	32.5 ± 5.0	0.65
G（回）※1	2.2 ± 1.0	2.2 ± 1.1	0.91
P（回）	1 ± 0.9	1 ± 0.8	0.93
初産（例）	9 (36.0%)	17 (40.4%)	0.79
妊娠週数（週）	9 ± 1.0	8 ± 1.3	0.02

※1：今回妊娠を含む

2. 手術手技・成績

MVAでは、まず妊娠週数に適当なカニューレを、陰圧をかけずに挿入し、陰圧をかけて回転させながら引き抜く。7週までなら1-2回、8-9週で2-3回、10-11週では3-5回の吸引を行った。可及的に経腹超音波検査でモニターしながら実施した。手術成績について表1-2に示す。手術時間はD&C群8（4-28）分、MVA群9（3-25）分、術中出血量も両群間で有意差はなかったが、術中50g以上の出血があった症例はD&C群6例（14.2%）、MVA群0例（0%）であった（P=0.07）。術中子宮収縮剤を使用した症例はD&C群35例（83.3%）、MVA群13例（52.0%）と有意差をもってMVA群で少ない結果となった（P=0.01）。

MVA群では吸引回数は3.5（3-5）回、使用したカニューレは7-9mm、胎盤鉗子併用症例が8例（32%）あった。

表1-2 妊娠初期流産における各手術法の成績

	MVA群	D&C群	P値
手術時間（分）	9 (3-25)	8 (4-28)	0.65
出血量（g）	少量	少量	0.07
出血>50g（例）	6 (14.2%)	0	0.07
収縮剤使用（例）	35 (83.3%)	13 (52.0%)	0.01
吸引回数（回）	-	3.5 (3-5)	
胎盤鉗子併用（例）	-	8 (32%)	

3. 合併症

追加治療が必要となった術中・術後合併症について表1-3に示す。術中合併症はD&C群1例（2.3%）、MVA群0例（0%）で認め、500gを超える出血があった。その他子宮穿孔、頸管裂傷などの術中合併症は両群ともに認めなかった。

表1-3 各手術法における追加治療が必要となった周術期合併症

	MVA群	D&C群	P値
術中（例）※1	0	1 (2.3%)	0.65
術後（例）※2	1 (4.0%)	6 (14.2%)	0.24
再入院（例）	0	2 (4.7%)	0.52
再手術（例）※3	0	2 (4.7%)	0.52

※1：500gを超える出血

※2：MVA群（出血1例）、D&C群（出血5例、感染1例）

※3：子宮内遺残による再手術のみを含む

術後、予定外の外来受診や入院、手術を要する合併症は、D&C群6例（14.2%）、MVA群1例（4.0%）であった。D&C群は出血5例、感染1例、MVA群は出血1例を認め、このうちD&C群の2例が入院管理となった。子宮内遺残による再手術はD&C群2例（4.7%）、MVA群0例（0%）であった。

考 察

人工妊娠中絶と流産処置についてWHOは2012年に「安全な中絶に関するガイドライン」を発表した。そのなかで妊娠12-14週までの外科的処置には真空吸引法を推奨しており、頸管拡張および掻把法（D&C）は吸引法（D&E）に切り替えられるべきであるとしている²⁾。国際産科婦人科連合もそのSafe Abortion委員会において、3回以上のD&Cを受けた女性で子宮腺筋症の率が高い、EVA後に掻爬術を併用するとMVAに比べて子宮腔癒着の発生頻度が上昇する、などと報告しており強くD&Eを勧めている。また米国産婦人科学会も第一妊娠三半期での流産の指針として、鋭的掻把単独よりも吸引掻把法が優れており、第一妊娠三半期において子宮内容物が無いことを確信している限り、吸引法に鋭的掻把法を日常的に追加することはさらなる利益をもたらさないとしている³⁾。日本における人工妊娠中絶の方法として2015年にはD&Cが33%、D&C

とEVA併用が47%と報告されており、D&Cの実施率が0%のイギリスや0-4%のアメリカと比べてもD&CからD&Eへの切り替えに遅れをとるかたちとなっていた^{4,5)}。

日本産婦人科医会でもWHOのガイドラインが発表された同年、人工妊娠中絶手術の術式や合併症に関する全国調査を行っている（表2）。人工妊娠中絶手術の術式は、吸引（D&E）+掻爬（D&C）併用法が5割、D&Eが3割、D&Cが2割であった。合併症の総発生率、特に子宮内遺残の発生率は、D&Eと比較してD&E+D&CおよびD&Cで、また、D&E+D&Cと比較してD&Cで有意に高かった（ $P<0.01$ ）。また、D&Cは他の2法と比較して子宮穿孔の発生率が高かった（ $P<0.05$ ）。さらに術前の子宮頸管拡張器使用や術中の超音波ガイドは合併症の軽減に繋がっていなかった。子宮穿孔例の84%に開腹あるいは腹腔鏡手術による子宮修復が行われていた（表3）。子宮穿孔例の56%に腸管損傷を認め、そのうち3例（腸管損傷全体の5%）に人工肛門造設が行われていた¹⁾。

MVAのEVAに比べた利点は、音が静かであり覚醒下での手術の際に患者への心理的影響が少ないこと、排出物の肉眼的確認が容易で無菌的に検体を採取することなどが挙げられる。欠点はディスプレイ製品として高価であることで、カニューレ（吸引嘴管）のバラ売

表2 妊娠12週未満の人工妊娠中絶時の合併症頻度（対10万件比）

	発生総頻度	合併症ごとの発生頻度		
		子宮内遺残	子宮穿孔	大量出血 ^{※1}
総頻度	355.0	292.5	18.8	16.9
術式				
吸引法	112.4	97.8	4.9	9.8
吸引+掻把法	294.8 ^{※2}	226.9 ^{※2}	12.7	19.1
掻把法	588.6 ^{※2,3}	503.7 ^{※2,3}	36.4 ^{※4}	18.2
術前頸管拡張				
あり	408.1	324.1	25.7	22.3
なし	282.2 ^{※5}	249.2 ^{※6}	9.4	9.4
超音波ガイド				
あり	326.1	324.1	25.7	22.3
なし	376.4	309.0	20.7	15.5

文献1)より引用

※1：輸血を要するもの

※2： $P<0.01$ vs. 吸引法 ※3： $P<0.01$ vs. 吸引+掻把法

※4： $P<0.05$ vs. 吸引法, 吸引+掻把法

※5： $P<0.01$ vs. 頸管拡張あり, ※6： $P<0.05$ vs. 頸管拡張あり

表3 流産手術による子宮穿孔例の概要

	症例数	発生率 (%)
総数	63	100%
適応		
人工妊娠中絶	36	57%
稽留・不全流産	25	40%
不明	2	3%
妊娠週数		
12週未満	45	71%
12週以降	5	8%
不明	13	21%
子宮穿孔の診断時期		
手術中	47	74%
術後当日	7	11%
翌日以降	8	13%
不明	1	2%
手術		
開腹手術	43	68%
腹腔鏡手術	10	16%
なし	5	8%
不明	5	8%
腸管損傷		
あり	35	56%
なし	18	29%
不明	10	16%

文献1) より引用

りなどが普及に必要であるとの見解も認める¹⁾。妊娠10週未満の流産に対してMVAもしくはEVAを実施した1727例を対象とした後方視的研究では、両群の再手術率に差はなく、主要合併症頻度はMVA群2.5%、EVA群2.1%と両群間に有意差は認めなかった (P=0.56)。D&Eにおいて、MVAの安全性はEVAに劣らないとされている⁶⁾。

妊娠18週までの不全流産患者357例を対象とした無作為化試験 (D&C vs MVA) において、MVAがD&Cより出血量、疼痛が少なく手術時間も短く、穿孔や再手術、敗血症の発症率等には差を認めなかったと報告されている⁷⁾。D&CではD&Eより大きな頸管拡張が必要になることが多いため痛みが強く、麻酔の減量が困難であり手術時間も長くなる傾向がある⁸⁾。本邦でも子宮内容物遺残、子宮穿孔、大量出血などの全合併症の頻度はD&C群で0.6%、D&E群で0.1%とD&Cの合併

症頻度はD&Eのみよりも6倍多く、D&EはD&Cに比べより安全な処置になりうると報告している⁴⁾。当院の成績でも従来の報告同様D&C群にくらべMVA群でより合併症頻度が低いことが明らかとなった。また術中の子宮収縮剤使用がMVA群で有意に少なかったことから、D&Cに比較してMVAでの出血量がより少ないことが示唆される。また今回の症例群は当院でのMVA導入直後の症例であるが、合併症の増加や手術時間の延長を認めなかった。このことからMVAの手技習得は容易であり、術者の習熟度による手技への影響が少ないことが示唆される。

D&Cの後遺症として子宮内腔の一部または広汎な子宮内腔癒着に起因するAsherman症候群発生に留意すべきである。D&Cによる流産手術や人工妊娠中絶術後に子宮内膜基底層への損傷が生じた場合、Asherman症候群の発現が多いとされている⁹⁾。Asherman症候群は流産の外科的治療後に2-48%の頻度でみられることが報告されている。MVAを実施した症例ではAsherman症候群は認められなかった¹⁰⁾。今回の検討では長期的な後遺症への検討は行っておらず、今後これらの後遺症についても検討を行う必要があると考える。

おわりに

流産手術においてD&Cに比べMVAは手術時間、出血量を増加させず、合併症頻度も低いことがわかった。また今回の検討ではMVAでは手術中の子宮収縮剤使用を減少させる可能性が示唆された。本邦においても多くの症例が一般開業医クリニック等での外来施術を選択されており、安全に実施可能な手術手技であることが今回の検討からも裏付けられた。

文 献

- 1) 日本産婦人科医会 研修ノート 引用 [2020-02-10] Available from URL <https://www.jaog.or.jp/note/3>.
- 2) World Health Organization, Department of Reproductive Health and Research, Safe abortion: technical and policy guidance for health systems Second edition, 2012
- 3) ACOG Committee on Practice Bulletins Gynecology: Obstet Gynecol 2015; **125**: 1258-1267.
- 4) Sekiguchi A, Ikeda T, Okamura K, et al: A safety

- of induced abortions at less than 12 weeks of pregnancy in Japan. *Int J Gynecol Obstet* 2015; **129**:54-7.
- 5) Cates W, Grimes DA, Schulz KF: *Am J Prev Med* 2000; **19**:12-17.
 - 6) Goldberg AB, Dean G, Kang MS, et al: Manual versus electric vacuum aspiration for early first-trimester abortion: a controlled study of complication rates. *Obstet Gynecol.* 2004; **103**: 101-7.
 - 7) Verkuyl DA, Crowther CA: Suction v. conventional curettage in incomplete abortion. A randomised controlled trial. *S Afr Med J.* 1993; **83**: 13-5.
 - 8) Tunçalp O, Gülmezoglu AM, Souza JP: Surgical procedures for evacuating incomplete miscarriage. *Cochrane Database Syst Rev.* 2010; **(9)**: CD001993.
 - 9) Yu D, Wong YM, Cheong Y, et al: Asherman syndrome-one century later. *Fertil Steril* 2008; **89**:759-79.
 - 10) Gilman AR, Dewar KM, Rhone SA, et al: Intra-uterine Adhesions Following Miscarriage: Look and Learn. *J Obstet Gynaecol Can.* 2016; **38**: 453-7.

看護研究

RALP術前後における尿失禁に対する患者の思いについての調査*

西病棟第5ナースステーション

近井真椰**

中村美農

越江真紀

岡由香理

原井絵里

【はじめに】

当科において、ロボット支援腹腔鏡下根治的前立腺摘除術（以下RALPとする）を行うようになり4年が経過した。RALPは開腹術による前立腺全摘術と比較して身体への侵襲も少なく、機能の温存が期待できることから、RALP症例が増加している。術後合併症である尿失禁は、従来行われていた開腹術、RALP共に70～90%の割合で発生すると言われているが、当科においても、術後合併症の中で尿失禁をきたす割合が高い。

RALP症例においては、術直後から3ヶ月までの尿失禁改善率が高く期待でき、1年ほどで84～96%軽快すると言われているが、尿失禁をきたすことで精神的に落ち込む患者も見受けられる。青木ら¹⁾は、「多様な不安や恐怖症性不安障害を理解し、不安緩和するように努め、患者が積極的に治療に参加していく気持ちが持てるように支援していくことが大切である」と述べており、尿失禁に対する介入が重要になると考えた。

そこで今回は、RALP後の合併症である尿失禁に焦点をおき、術前後に患者へのアンケートを実施することで、術前後に抱えている思いを分析、把握することで、患者の思いに沿った介入を目指すための一助にしたいと考える。尚、ここでいう尿失禁の定義は、前立

腺癌で根治的前立腺全摘術、RALPを受けたことによる合併症として生じる、自らの意思に反して尿が漏れる状態とする。

【目的】

RALP後の合併症である尿失禁に対し、術前に抱えている患者のイメージと術後の実際との相違の有無を明らかにする。

【研究対象・方法】

1. 対象：泌尿器科入院中のRALPを受ける患者10名
2. 研究方法（データの収集方法）：アンケートによる単純集計，調査期間：2019年5月～9月，集計分析：2019年9月
3. 術前アンケートは病棟看護師よりクリニカルパスを用いた術前オリエンテーションを行ったあと配布し、術後アンケートはRALPを施行後、尿道留置カテーテルを抜去した2日目に配布し、アンケートはナースステーション前に回収箱を設置し回収した。

【倫理的配慮】

書面にて研究の目的・方法を説明。参加に同意しない場合であっても不利益は受けない事、途中でも取りやめられる事、プライバシー保護につとめ、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事を説明。同意書へのサイン記載、アンケートへの回答を以同意されたとみなす。

【結果】

対象者はアンケート調査期間内にRALPをうける患

*：Survey about patient's thoughts for urinary incontinence at before and after surgery RALP.

**：Maya CHIKAI, et al.

Key words: RALP, 尿失禁, 不安, ケアプラン

者とし、配布者数10名中、術前アンケートの回収は10名（回収率100%）、術後アンケートは9名（回収率は90%）であった。

1. 術前アンケート

1) 病棟看護師の術前オリエンテーションについて
パスを用いた手術前の病棟看護師のオリエンテーションで入院から手術後までの状態をイメージできたかという質問については、「はい」90%、「いいえ」10%であった。

2) 医師または看護師に、手術後起こりうると説明された合併症について

「尿漏れ」10名（100%）、「排尿時の痛み、ヒリヒリ感」5名（50%）、「尿に血が混じる」5名（50%）、「尿の出が悪い、残尿感がある」2名（20%）、「尿意で目が覚める」2名（20%）、「トイレに行く回数が多い」3名（30%）、「傷の痛み」6名（60%）、「発熱」50%、「その他」0%であった。

3) RALP後排尿に関する症状で、手術後自分に起こりうると予想している合併症について

「尿漏れ」10名（100%）、「排尿時の痛み、ヒリヒリ感」5名（50%）、「尿に血が混じる」5名（50%）、「尿の出が悪い、残尿感がある」1名（10%）、「尿意で目が覚める」1名（10%）、「トイレに行く回数が多い」3名（30%）、「傷の痛み」4名（40%）、「発熱」0名（0%）、「その他」0名（0%）であった。

4) 手術後起こりうる合併症で自分に起こって欲しくない症状について

「尿漏れ」9名（90%）、「排尿時の痛み、ヒリヒリ感」5名（50%）、「尿に血が混じる」3名（30%）、「尿の出が悪い、残尿感がある」3名（30%）、「尿意で目が覚める」1名（10%）、「トイレに行く回数が多い」3名（30%）、「傷の痛み」8名（80%）、「発熱」3名（30%）、「その他」0名（0%）であった。

5) 手術前の思いについて（表1）

心配なことがあれば何でも良いので教えてください。

2. 術後アンケート

1) 手術後に尿漏れについて

「尿漏れがある」6名（66%）、「尿漏れは殆どない」3名（33%）であった。

2) 手術後に悩まされた症状について

「尿漏れ」3名（33%）、「排尿時の痛み、ヒリヒリ感」2名（22%）、「尿に血が混じる」0名（0%）、「尿の出が悪い、残尿感がある」1名（11%）、「尿意で目が覚める」0名（0%）、「トイレに行く回数が多い」0名（0%）、「傷の痛み」3名（33%）、「発熱」0名（0%）、「その他」0名（0%）であった。

3) 看護師による術前オリエンテーション内容と術後の状態との違いについて

「看護師の説明と同じ症状・状態である」4名（44%）、「看護師の説明を聞いた症状・状態よりひどいと感じる」2名（22%）、「看護師から聞いていた内容より症状・状態は軽かった」3名（33%）、「その他」0名（0%）であった。

4) 尿漏れにより感じた思いについて

「常に気になる」1名（11%）、「戸惑い」1名（11%）、「心配・不安」3名（33%）、「イラ立ち」0名（0%）、「落ち込み」0名（0%）、「恥ずかしい」0名（0%）、「その他」0名（0%）であった。

5) 手術前の看護師の説明でもっと説明してもらいたかった内容について

「尿漏れ」0名（0%）、「排尿時の痛み、ヒリヒリ感」0名（0%）、「尿に血が混じる」0名（0%）、「尿の出が悪い、残尿感がある」0名（0%）、「尿意で目が覚める」0名（0%）、「トイレに行く回数が多い」0名（0%）、「傷の痛み」2名（22%）、「発熱」0名（0%）、「その他」0名（0%）であった。

6) 手術後の思いについて（表2）

手術が終わり、数日が経過しましたが、心配なことなどがあれば何でもかまいませんので教えてください。

表1 手術前の思い（自由記載）

「尿漏れについて」
「尿漏れの程度と期間、常時パット使用であれば退院後の仕事に影響する」
「手術が無事に終わってほしい」
「1年後でも尿漏れがあると聞いたので心配」

表2 手術後の思い（自由記載）

「尿漏れがいつまで続くか心配」
「今後の尿漏れ」
「いつ尿漏れが治るか」
「尿漏れに対して術前は実感がなく人ごととして聞いていた」
「睡眠時の夜尿についてもっと酷くなると覚悟していた」
「もともと尿漏れは起こると思っており、その通りだった」

【考察】

RALPの術後合併症として高頻度で尿失禁をきたすと言われているが、当科においても、術後6割で尿失禁をきたしており、3割の患者が術後尿漏れに悩まされていることが今回のアンケートで明らかとなった。

日野原²⁾は「尿失禁の状態に陥ると患者は尿失禁に伴う苦痛や不快に苦しむばかりではなく、人前で失敗するのではないかとといった不安、羞恥心に心を悩ます。

また、このような不安や羞恥心から他者との関わりを避けたり、社会的活動を制限するといった社会的問題も生じることがある」と述べている。実際に、術前後のアンケートからは、全員が術後起こってほしくない合併症として「尿失禁」をあげており、自由記載からは「尿漏れの程度と期間、常時パット使用であれば退院後の仕事に影響する」「尿漏れがいつまで続くのか心配」との回答があった。

排尿は生活の中で切り離すことのできない重要な部分であり、尿失禁それ自体が生命に直接影響することは少ないが、自らの排泄をコントロールできない状況が持続することは、生活の質に影響を及ぼすことが懸念される。

当科では、外来よりパンフレットを用いた骨盤底筋体操推奨や、入院当日（手術2日前）より、術後2日目までの経過について、クリニカルパス用紙を使用しながら術前オリエンテーションを行っている。術前アンケート結果より、入院時に病棟看護師のオリエンテーションを受け、9割が入院から術後までの状態について「イメージできている」と回答している。さらに、術後の合併症として、全員が「尿失禁」について説明されたと回答しており、術後アンケートでは8割で自身の術後の尿失禁の可能性を予測していた。看護師による術前オリエンテーション内容と術後の状態との違いについては、「看護師の説明と同じ症状・状態であっ

た」との回答が4割、「看護師から聞いていた内容より症状・状態は軽かった」が3割を占め、手術後の看護師の説明で術前にもっと説明してもらいたかった内容について、尿失禁についてを希望する回答がなかったことから、現行の介入により、術直後の全体像のイメージをもつことにつなげることができているのではないかと考える。

一方で、術後の尿漏れが「説明より重症だった」との回答が3割でみられる。また、尿漏れに対し「不安・心配」を感じている割合が最も多いことから、尿失禁をきたす可能性を予測していても、術後の尿失禁に対し戸惑いや心配、不安を感じていることが示された。

川口ら³⁾は「術前の患者の意識は手術や癌という疾患に関することが大きく、術後の排尿障害について考えるゆとりがない」と述べている。術前後のアンケートより「手術が無事におわってほしい」、「尿漏れに対して術前は実感がなく人ごととして聞いていた」との回答があることから、術後に尿失禁が生じたときに初めて自分の問題として捉え、戸惑いや心配、不安が生じるのではないかと推察できる。

当科では、術後4日目に退院までの経過をパス説明用紙に沿って尿漏れに可能性についても説明している。しかし、患者自身は尿道留置カテーテル留置している状態であり、尿失禁について実感が無い状態である。

したがって、実際に症状が出現してからのケア、すなわち、尿道留置カテーテル抜去後、尿失禁が生じてからの、より具体的な介入が重要となると考える。しかし、当科では統一された尿失禁に対するケアプランはなく、尿失禁に対する説明は、担当した看護師に一任されている傾向にある。佐藤ら⁴⁾は「外的資源の活用は心理面と相関し、外部の資源を取り入れ活用する物ほど不安がなく精神的な安定がもたらされている」と述べている。

外的資源とは「人間からみて外界に存在し、人間が問題解決や推論などの認知課題を実行する際に利用し得る資源」を言い、適切なタイミングでの情報提供や具体的な対処方法を示すことは、患者の問題解決にあたり重要であると考えられる。このことから、術後尿失禁の経過やパットの使用方法など、具体的な内容を取り入れた尿失禁ケアプランの検討が必要であることが言える。

今回の研究では症例数が少なく、集計結果の正当性が確実なものとはいえない。よって、この結果を参考とし、統一された尿失禁ケアプランの確立に向け、今後取り組んでいきたい。

【結論】

1. 患者は尿失禁を予測していても、術後に尿失禁が生じたときに初めて自分の問題として捉え、戸惑いや心配、不安が生じると考えられる。
2. 術前オリエンテーションに加え、術後の尿失禁に対する具体的な情報提供を積極的に行う事は有効であった。
3. 統一された尿失禁ケアプランの検討、確立が必要である。

【引用・参考文献】

- 1) 青木輝明, 天木嘉清, 平井勝也ほか: 系統看護学講座 別巻1 臨床外科看護総論, 医学書院, 2003: 226-227.
- 2) 日野原重明: 尿失禁へのアプローチ, 医療ジャーナル社, 1998: 51.
- 3) 川口寛介, 竹内登美子, 青木頼子他: 根治的前立

腺全摘除術後の患者が排尿障害の改善を実感するまでの経験, 日本看護研究学会雑誌, 2016;39:61.

- 4) 佐藤大介, 佐藤富美子: 術後1年までの前立腺癌患者の機能障害に対する対処行動とQOLの関連, 日がん看会誌, 2010;24:21.
- 5) 遠藤一樹, 松香敏彦, 清河幸子: 問題解決における外的資源の利用効果についての検討, 日本認知科学会第31回大会, 2014:398
- 6) 有賀洋文: コンチネンスケアの充実を目指して排泄ケアガイドブック, 照林社, 第1版第1刷, 2017
- 7) 岡田知子, 原口恵美, 上田裕之: 根治的前立腺全摘術を受けた患者のボディイメージに対する思い, 第45回日本看護学会論文集 急性期看護, 2015:170-173.
<http://www.kango-sakuin.nurse.or.jp/member/pdf/1405358.pdf>

Medical essay

学生に伝えたい豆知識

毎年5月より4か月間ほど学生実習を受けている。今年は新型コロナウイルス感染拡大の影響で当初は中止と判断されたが、9月より日程は短縮されたが無事再開することができた。今年は教育を学ぶ者すべての方々が新型コロナウイルス感染拡大のより多大な影響を受けてしまい、本当に気の毒であると感じている。しかしこれもまた運命、与えられた時間を大切に一生懸命勉学に励んでほしい。

さて、私は毎年学生に必ず聞くことがある。それは有機溶媒などを一斗缶から分注作業をする際、灯油ポンプを使用する。これの使い方がわからない学生が年々増えている。昭和の時代を生きてきたものにはありえない話だと思うが、教えるほうは楽しい。黙って見ているとタンクが満タンになるまで延々とポンプをシュコシュコし続けたり、止め方を知らなかったり。私は入れ物より高い位置に置く、最初ポンプをシュコシュコした後は手を離しても良い、止めるときはネジを開けるなどを伝える。以上の原理は「サイフォンの原理」であると教える。

ついでに聞く。栓抜きや缶切りである。これも使ったことのない学生が増えているのには驚く。確かに今やビールは缶、缶詰にはリングプルがついているから必要ないかもしれないが、昭和の人間としてはやや寂しい。

さらに聞く。幼少期に飲んだ缶ジュース。当然リングプルはついてないが小さい缶切りがついていた。飲み口と空気穴の二か所穴をあける。これは知らなくてもよいのは当然だが、昔話を交え結構喜ばれる。

まだまだ、マッチの使い方、ダイヤル電話のかけ方などなど。

以上のことは確かに必要のない知識かもしれないが、平成、令和と便利な情報社会の中、私はあえて我が子のような学生に、昭和の豆知識を伝授して楽しんでいる。

(M.N.)

臨床病理検討会

令和元年度第1回

【日 時】令和元年6月19日

【演 題】消化管出血を来し死亡した未分化大細胞型リンパ腫の一例

【発表者】市川 貴也

【症 例】70歳 男性

【主 訴】発熱

【現病歴】

X-1年11月から倦怠感が出現し、X年1月に食思不振と脱水症状のため前医入院となった。3週間程度で退院したが、2月下旬に倦怠感を主訴に前医再入院。39℃台の発熱と腹水から腹膜炎が疑われ抗生剤治療を行ったが改善なく、全身状態は悪化傾向であった。追加検査でsIL-2R 3万U/mlを超え、CTでは傍大動脈リンパ節の腫脹を認めたことから悪性リンパ腫が疑われ、3月上旬に当院血液内科紹介となった。

【既往歴】

57歳 結核、58歳～アルコール性肝硬変、高血圧、糖尿病、脂質異常症

【生活歴】

タバコ：20歳～12本/日

アルコール：12年前に一時期禁酒していたが、すぐ再開

【内服薬】

ロサルタン 50mg/1x, ヒドロクロロチアジド 12.5mg/1x, ベザフィブラート 400mg/2x, フェブキソスタット 10mg/1x, ピタバスタチン 1mg/1x, リナグリプチン 5mg/1x, アセトアミノフェン 600mg/2x

【入院時現症】

身長：178 cm, 体重：56.5 kg (BMI=17.8)

体温：36.6℃, 脈拍：95 /min,

血圧：85/45 mmHg, SpO₂：97% (room air)

JCS：I-1, PS：4

右後上腸骨棘部に自発痛あり、圧痛・腫脹発赤なし
体表リンパ節腫大なし、下腿浮腫なし

【血液検査】

[血算] WBC 5380/ μ L, (Band 2.0%, Seg 88.0%, Eosino 0.0%, Baso 0.0%, Mono 9.0%, Lymph 1.0%), RBC 2.19×10^6 / μ L, Hb 6.5g/dl, Ht 18.4%, Plt 30×10^3 / μ L

[凝固] PT% 27.2%, APTT秒 76.5秒, Fib 175mg/dl, AT-III 26%, D dimer 4.8 μ g/mL, FDP 7.8 μ g/mL

[生化学] Na 127mEq/L, K 3.5mEq/L, Cl 95mEq/L, Cre 1.71mg/dl, TP 4.2g/dl, Alb 1.7g/dl, T-Bil 2.8mg/dl, D-Bil 2.1mg/dl, AST 47IU/L, ALT 5IU/L, γ -GTP 141IU/L, LDH 196IU/L, CRP 13.7mg/dl, Fe 81 μ g/dl, UIBC 24 μ g/dl, TIBC 105 μ g/dl, Ferritin 1410 μ g/dl, sIL-2R 33800U/mL, BNP 231pg/mL

【骨髄検査】

有核細胞数 11500 / μ L, 巨核球数 0 / μ L, 貪食像 (-), 腫瘍細胞 (-)

【胸部X線】(入院時)

気管は右に偏位しており、左肺野はびまん性の透過性低下を認める。

【胸部CT】(入院時)

左胸水・腹水貯留を認める。傍大動脈リンパ節の腫大を複数認める (Φ約1cm)

【臨床診断】

血球貪食症候群を伴う悪性リンパ腫疑い

【入院後経過】

血球貪食症候群の病態を来していると考え、入院日よりステロイドパルス (mPSL 1gx 3days) を開始した。同日深夜より下血が出現し、翌日EGDおよびCS施行したところ、胃～十二指腸に多発する不整形潰瘍は認めたものの活動性の出血は認めなかった。

出血源は小腸と考えられ、PPIおよびアドナ内服で経過観察とした。その後、連日RBC/PC/FFP輸血を行った。ステロイドパルスで全身状態の改善認めず、入院6日目に化学療法 (CHOPE療法) を開始するも、入院7日目に再度大量の下血が出現した。輸血を強化したが出血コントロール不良であり、入院8日目に死亡が確認された。

【病理解剖で明らかにしていただきたいこと】

- ・胸水および腹水は癌性胸腹水なのか。
- ・下血の原因は何か (潰瘍は腫瘍性なのか)。
- ・黄疸があり、腫瘍の肝浸潤はあるのか。
- ・骨髄中に血球貪食像や腫瘍浸潤はあるのか。
- ・傍大動脈リンパ節腫大は腫瘍性なのか。

【病理解剖所見】

1. ALK陰性未分化大細胞型リンパ腫

- ー傍大動脈リンパ節、肺門部リンパ節、肝、脾、腎、小腸、骨髓
- 2. 消化管出血（小腸）
- 3. 左胸水 1300 ml, 腹水 1000 ml, 細胞診 Class V
- 4. 右肺線維性癒着性胸膜炎
- 5. 陳旧性心筋梗塞（後壁）
- 6. 大動脈弁高度石灰化

【質疑応答】

○入院時、DICだったのか？

→血液所見上はDICを来しているようにも考えられるが、肝不全があるためDICスコア上はDICには該当しなかった。

○ステロイド投与時にPPIの予防投与はしたのか？

→していない。タール便などの症状出現後からPPI内服開始している。

○トータル何単位輸血したのか？

→正確には把握していないが、10単位以上はしていると思われる。

○病変部の生検はできていないのか？診断は付いていないのか？

→生前は生検出来ておらず、リンパ腫「疑い」のまま亡くなっている。

【まとめ】

発熱、sIL-2R高値、傍大動脈リンパ節腫脹のためリンパ腫疑いで当科紹介入院となったが、消化管出血のため急速な転帰を辿り生前診断が困難だった一例を経験した。病理解剖の結果、死因は小腸潰瘍からの出血と考えられ、同部位からはリンパ腫細胞が認められた。病理組織学的には傍大動脈リンパ節を原発とするALK陰性未分化大細胞型リンパ腫と考えられ、肺門部リンパ節、肝、脾、腎、骨髓など広範囲に転移・浸潤を認めた。

令和元年度第2回

【日 時】 令和元年7月4日

【演 題】 原因不明の高CK血症が遷延し高CO₂血症をきたし亡くなった症例

【発表者】 本吉 章嵩

【症 例】 78歳 男性

【主 訴】 前胸部重苦感

【現病歴】

X年6/4に就寝時に急な前胸部重苦感（Chest Pain

（CP）10/10）を自覚した。冷汗（-）、嘔気（+）、放散痛（-）。その後も同程度の症状が持続した。

X年6/6に腰痛・下肢痛を主訴に前医を受診した。腰部X線上異常所見なし。L/DでAST/ALT 447/310U/Lと高値を認めた。NSAIDs処方されるも、薬は自己判断で服用せず。この間もCP 7-8/10程度で持続していた。X年6/8に倦怠感・食欲低下出現し前医再診。採血施行（結果は翌日）。ECG上aVRでST上昇の指摘あるも帰宅となった。

X年6/9点滴希望で前医を再診した。その際前日の採血の結果でCK 9975U/L, CK-MB 279U/L, トロポニンT 1.25ng/mLであることに気付かれ、当科紹介。救急車で転院搬送となった。来院時CP 5/10。ECGはCRBBBのため評価困難であったが、aVR V1でST上昇、I II V3-6でST低下を認めた。ST上昇型重急性心筋梗塞の診断で保存的加療の方針でCCU即入となった。

【既往歴】

20歳頃 虫垂炎

数十年前 変形性股関節症

【risk factor】

HT(-), DLp(-), DM(-), obesity(±), smoking (-)

【嗜 好】 alcohol (-)

【家族歴】 心疾患 (-)

【アレルギー】 なし

【内服薬】 なし

【入院時現症】

身長：163.0 cm, 体重：68 kg（自己申告）, BMI：25.6
脈拍：90/min・整, 血圧：133/85mmHg, BT：36.1℃,
SpO₂：97%（O₂ 鼻腔カニューレ 2L/min）, 意識：清明
頭頸部：異常所見なし

胸 部：S1・S2 (→) S3・S4 (-), no murmur, no
rale→KillipI

腹部：異常所見なし, 四肢：異常所見なし

【ECG：救急外来（CP5/10）】

HR：92bpm, sinus, CRBBB+LAH, axis：-73deg
PQ：0.17sec, QRS：0.13sec, QT/QTc：0.38/0.42sec
SV1+RV5=4+8mm,

I aVL qRs, II III aVF rSr', V1 rSR', V2 qrs, V3-6
qrS ST-T)

aVRV1 STelev (aVRV1 +1mm)

I aVL V3-6 STdep (V5 -2mm)

V1 negT (-1.5mm), V3-6 biphasicT (-+)

V3-5R ST elev (+0.5mm), V7-9 STdep (V7-1mm)

【胸部X線 (CCU入室時)】

CTR 56%, 両側胸水 (-), congestion (-), 右下肺野に線状陰影あり

【血液検査 (当院救急外来)】

WBC $10.27 \times 10^3/\mu\text{L}$, Hb 14.1g/dL, Plt $346 \times 10^3/\mu\text{L}$, Na 136mEq/L, K 4.4mEq/L, Cl 96mEq/L, BUN 30.3mg/dL, Cre 0.67mg/dL, eGFR 86.1mL/min/1.73, TP 6.3g/dL, ALB3.6 g/dL, T-BIL 0.8mg/dL, AST 314U/L, ALT 261U/L, LD 1294U/L, CK 6318U/L, CK-MB 261U/L, 血糖 132mg/dL, CRP 0.79mg/dL, TCHO 156mg/dL, TG 108mg/dL, TnI 11.57ng/mL, BNP 143.4pg/mL

【心エコー】

EF:57%(MOD), wall motion:apical hypo-akinesis 一部dyskinesis

【入院後経過】

6/9 ST上昇型亜急性心筋梗塞の診断で保存的加療開始。同日よりピタバスタチン 1mg/日 開始。

6/10 CK高値遷延認めたが、CK-MBと乖離あり、筋原性のCK上昇合併を疑った。

6/11 胸部症状訴え、心筋マーカー再上昇あるも、ECG変化に乏しく、広範な誘導でST-T変化あり、心筋炎の可能性も考えられた。

6/13 意識状態悪化。BGAで $p\text{CO}_2$ 123mmHgの著明な高 CO_2 血症を伴うⅡ型呼吸不全が出現。胸部X線、胸部CTで両下葉に無気肺増悪認めた。同日よりBiPAP開始。BiPAP開始後、 $p\text{CO}_2$ 47.9mmHgと改善し、CPAPに変更したが、徐々に CO_2 再貯留したため、BiPAPを再開。その後再び改善傾向となり、日中は経鼻での酸素投与に変更。 CO_2 貯留の原因として、呼吸筋の筋力低下+無気肺が疑われた。

6/20 高CK血症の鑑別として神経筋疾患がないか神経内科へコンサルト。後日『明らかな筋力低下・筋萎縮・筋把握痛がなく神経筋疾患を積極的に示唆する所見は乏しい。確定診断には針筋電図や筋生検が必要。スタチンによる高CK血症の可能性あり』との返事あり。

6/21 血液検査で左方移動伴うWBC上昇、CRP上昇あり。胸部X線所見から誤嚥性肺炎を疑い、スルバシリン (ABPC/SBT) 3g+生食 100mL 1日2回点滴開始。

6/22 上記返事神経内科よりありピタバスタチンを中止。

6/27 CKアイソザイム検査施行し、マクロCK高値を認めた。同日座位で左腰部痛あり単純CT施行。左腸腰筋周囲に内部に高吸収域を伴う液体貯留あり。総合内科へコンサルト。『L/D変化と併せ腸腰筋膿瘍よりは血腫を疑う。亜急性に進行する神経筋疾患が背景にある可能性あり。神経内科に改めてコンサルトした方がよい。』との返事あり。

6/28 整形外科受診。『可能性としては腸腰筋内血腫よりは膿瘍を疑う。血培、結核感染の検索を推奨する。』との返事あり。同日神経内科も受診。『筋力低下なく、感覚障害も目立たない。認知症もない。呼吸不全は神経筋疾患の可能性は低い。スパイロと胸部X線を最大呼気時、最大吸気時で撮った方がよい。』との返事あり。

6/30, 7/2 深吸気時と深呼気時の胸部X線撮影。

7/2 神経内科再診。『胸部X線上、最大呼気位、吸気位では半肋間しか動き無く、スパイロでは%VC 48%と拘束性障害認める。急性に呼吸筋の筋力低下が起きる病気としてギラン・バレー症候群、横隔膜初発のALSで拘束性障害があるため、検討する必要がある。』との返事あり。

7/5 BiPAP 終日offで CO_2 貯留なく経過。CCU退室し、一般病棟へ。

7/12 負荷TIではnegative ECG。SPECTでも明らかな虚血所見なし。

7/20 sBP 60 mmHg台、 SpO_2 80%台 前半 (O_2 : mask 6L/min) となった。開眼したまま呼びかけにも痛み刺激にも反応なし。呼吸は下顎呼吸様。下肢挙上し、 O_2 10L/minへupし、sBP 70mmHg台、 SpO_2 90%台前半へ。BGA上pH 7.158, $p\text{CO}_2$ 128.0mmHgの著明な呼吸性アシドーシスを認めた。DNARであり、経過観察の方針になった。

7/21 O_2 10L/minでも SpO_2 80%台となり、HR徐々に低下し、Asystoleとなった。死亡確認、AiCT施行し、病理解剖を依頼した。

【臨床診断名】

#1 ST上昇型亜急性心筋梗塞

#2 高CK血症

#3 Ⅱ型呼吸不全

【病理解剖・組織診断】

〈主病変〉

1. 多発性筋炎 (疑い)

a) 急性～亜急性リンパ球性心筋炎 (心: 470g)

b) その他、横紋筋の筋炎（前頸筋、横隔膜、腸腰筋）

2. 気管分岐部喀痰貯留

3. 気管支・肺胞性肺炎

〈副病変〉

中等度大動脈粥状硬化症

腸腰筋血腫（多発性筋炎による）

【組織所見】

〈病理解剖所見〉

・外表

瞳孔径左/右=5/5mm，左右差なし。死後硬直は見られない。背面に紫斑が観察される。眼球・眼瞼結膜に黄染なし。体表リンパ節は触知されない。ヘリオトロープ疹，ゴットロン丘疹など皮膚筋炎に特徴的な所見は剖検時には明らかに観察されなかった。

・胸水・胸腔

胸水は左右少量，淡黄色。肉眼的にその他の異常は指摘されない。

・腹水・腹腔

腹水は少量，黄褐色。肉眼的にその他の異常は指摘されない。

・心臓

重量470g。肉眼的に剖面で明らかな梗塞を疑わせる所見はない。組織学的には部位により程度の差があるものの，血管周囲～心筋細胞間に中等度の大小単核細胞，組織球，少量の多核白血球の浸潤を認めた。周囲の心筋間質には浮腫及び軽度の繊維化も見られる。急性～亜急性リンパ球性心筋炎の像である。

・大動脈（胸部・腹部）

動脈壁は繊維化と硝子化，粥腫形成を認める。中等度の粥状硬化症の所見。

・肺・気管・気管支

肺重量左/右=385/170g。剖検時，気管分岐部に喀痰の貯留あり。組織学的左肺下葉（S9）に気管支・肺胞性肺炎の所見を認めた。右肺上葉および下葉において，虚脱した肺胞構造が散見された。

・肝

重量1100g。核糖原が散見されるほか，著変はない。

・胆嚢，膵

著変を認めない。

・脾

重量125g。赤白髄の境界がやや不明瞭になっている。他著変をみない。

・腎，尿路

重量左/右=170/145g。糸球体に明らかな異常を見ない。急性尿細管壊死の所見はみられない。

・副腎

重量左/右=12/10g。右副腎にリンパ球の小集簇をみる。

・骨髄

Cellularity=60%。顆粒球，形質細胞が増加し，赤芽球は減少している。

・その他横紋筋（横隔膜，前頸筋，腸腰筋）

間質に浮腫及びリンパ球の軽度～中等度の炎症細胞浸潤および浮腫，軽度の繊維化を見る。腸腰筋には出血も観察される。

・その他臓器（脳，食道，胃，甲状腺，前立腺）

著変を認めない。

〈総括〉

70代男性，多発性筋炎及び急性～亜急性リンパ球性心筋炎の症例。多発性筋炎に関し，詳細な臨床的精査はできていないが，全身の横紋筋に系統的な筋炎がみられ，多発性筋炎によるものと考えられる。本症例では，心筋炎による心室壁運動低下に，横隔膜の炎症，肺炎，気管支喀痰貯留の病態が合併し，呼吸循環動態が破綻し死に至ったものと推察される。

【質疑応答】

1. ACSや心筋炎だと考えるとECG所見は典型的なのか？

→CRBBBのためST上昇自体は有意な所見ではないが，V2-5でq波は通常認めないため，異常所見ではある。ACSとして典型的なECG所見かというそうはいえない。心筋炎では広範な誘導でST上昇認めることが多く，心筋炎としても典型的とは言えない。

2. 症状は発症からずっと続いていたのか？

→当科で問診上はCP7-8/10程度で持続していた。

3. 来院時の血ガスは？

→カルテ上記載ないため，取っていないと思われる。

4. 呼吸苦はあったのか？

→あった。

5. 多発筋炎は否定的だが確定診断するには針筋電図や筋生検が必要と神経内科から言われていたが，神経内科から強く検査を勧められれば，検査していたか。

→勧められれば，検査していただろう。

6. 筋症状疑われている人にスタチンを使っているが，

AMIでは一般的な治療か？

→スタチン開始前から高CK血症あり，原因としてはあまり考えてはいなかった。AMIではよほどの理由がなければルーチンとしてスタチン投与する。

7. 神経症状は，病歴上なかったか？

→今までに神経症状の出るような既往はなかった。

8. 既往歴の話ではなく，現病歴上はなかったのか？

→なかったと思う。（実際には総合内科鈴木Drの問診上，同年5月ごろから起き上がるのが大変になったり，複視が出現したりしていた。）

【まとめ】

臨床経過上，亜急性心筋梗塞が疑われたが，高CK血症，Ⅱ型呼吸不全が遷延し，病理結果として多発性筋炎が判明した1例を経験した。

令和元年度第3回

【日 時】令和元年8月21日

【演 題】von Recklinghausen病に伴う腸間膜動脈破綻による腹腔内出血の一例

【発表者】道塚 瞬

【症 例】63歳 男性

【主 訴】嘔気，転倒，左眼瞼の裂傷

【現病歴】

X年4月21日，22時頃に，くにもと病院で処方されている薬（詳細不明）を内服後，自宅トイレで排尿時に嘔気が出現し，体動困難となった。その後，隣の家に助けを求めに行った際に転倒し，左眼瞼を受傷。本患者は当院呼吸器内科，代謝内科にかかりつけの為，鷹栖救急隊から当院へ搬送依頼。23時15分頃に当院へ救急搬送された。腹部単純CTで腹水貯留，直腸周囲に軽度高吸収域が認められた。しかし，造影CT施行も明らかな造影剤の血管外漏出は認められなかった。外科へ緊急手術の適応についてコンサルトするも適応なく，同日当院消化器内科に入院となった。

【既往歴】

慢性咳嗽，脂質異常症，耐糖能異常（当院代謝内科）

高尿酸血症（当院呼吸器内科）

von Recklinghausen病（当院皮膚科）

痔核（くにもと病院 2013年 手術，現在も通院中）

【内服薬】お薬手帳の持参なし

当院呼吸器科処方：L-カルボシステイン，プラバスタチンナトリウム，アロプリノール

【生活歴】独居，東鷹栖に妹在住

【アレルギー】なし

【来院時現症】

BT 35.5℃，BP 103/63mmHg，HR 90/min 整，SpO₂ 75%（O₂ 4 L/min Nasal），意識清明，JCS 0

頭頸部：左眼瞼付近に約2cmの裂傷あり，眼瞼結膜蒼白（+），眼球結膜（-），頸部リンパ節腫脹（-）

胸部：心音 整，S₁（→），S₂（→），S₃（-），S₄（-）呼吸音 左右差（-），no rales

腹部：膨満，軟，腸蠕動音亢進，自発痛（-），臍周囲に圧痛（+），反跳痛（-）

四肢：四肢冷感著明，皮疹（-），下腿浮腫（-）

【神経学的所見】

GCS E4V5M6，瞳孔3/3mm 対光反射，速/速 共同偏視（-），上肢Barre徴候（-/-），握力左右差（-），四肢麻痺（-）

【BGA】

4/21 23：29 O₂ 4 L/min Nasal

pH 7.329 PaCO₂ 26.2mmHg PaO₂ 107.3mmHg Na 135.8mEq/L，K 3.15mEq/L

【血液検査】

<血算>

WBC 7820/ul，Seg 66.2%，Eosino 0.8%，Baso 0.3%，Mono 4.3%，Lymph 28.4%，RBC 357万/ul，Hb 10.4 g/dl，Hct 32.5%，Plt 18万/ul，MCV 91.0 fl，MCH 29.7 pg，MCHC 35.3%

<生化学>

TP 5.8 g/dl，Alb 3.5 g/dl，AST 41 IU/l，ALT 29 IU/l，LDH 183 IU/l，ALP 222 U/L，γ-GTP 76 IU/l，T-Bil 0.4 mg/dl，D-bil 0.1 mg/dl，BUN 20.6 mg/dl，Cre 1.16 mg/dl，eGFR 50.2mL/min，CRP 0.53 mg/dl，Na 137 mEq/l，K 3.4 mEq/l，Cl 104 mEq/l，LD 183 IU/l，CK 85 IU/l，CK-MB 29 IU/l，血糖 382 mg/dl，AMY 114 IU/l，リパーゼ 46 IU/l

【頭部単純CT】

明らかな頭蓋内出血なし。左前額部に皮下出血を認める。

【腹部単純CT】

直腸周囲に高吸収域あり。腸管内ガス貯留著明で腸管拡張認めるが，明らかな閉塞起点は認めない。明らかなFree airなし。胆石あり。腹水貯留（+）。

【臨床経過】

von Recklinghausen病，耐糖能異常，脂質異常症，

高尿酸血症で当院にかかりつけであった。

X年4月21日、22時頃に近医で処方された内服薬（詳細不明）を服用後、嘔気が出現し体動困難となった。隣の家の人に救助を依頼し、救急要請となった。腹部単純CT上では、腹水貯留、直腸周囲に軽度高吸収域があるものの造影CTで明らかな出血減などは認められず、保存的治療の方針となった。

入院後、貧血に対し輸血を施行した。腹部圧痛が増悪し、22日13時30分ごろ吐血、呼吸停止、VTとなった。CRP施行し、挿管・ICU管理となった。ICU入室後に除脳硬直様の痙攣があり、対光反射の消失を認めた。全身の単純CT施行し、腹腔内出血が疑われた。IVRでの出血源検索が考慮されたが、出血源が同定できる可能性は低く、腎障害もあることからIVRは施行しない方針となった。その後、誤嚥性肺炎を発症し、SBT/ABPC投与開始。IC施行し、急変時の際はDNARの方針となった。4月28日未明に、気管吸引後よりチェンストークス様呼吸となり、血圧低下が認められた。昇圧剤使用もBP 40-50 mmHg台となった。BGAでHb10.2→8.9へ低下し、腹腔内出血の再出血が疑われたが保存的治療となった。6:35 モニター上心停止となった。6:40 循環停止し、永眠される。

病理解剖所見

【外表所見・開腹時所見】

解剖は死後1時間45分で行われた。体重は72kg、腹部脂肪臓厚は1.5cmで肥満・るい瘦なし。腹部は膨隆し、波動を触れる。死後硬直はほとんど認められない。背部に軽度の紫斑あり。チアノーゼなし。

瞳孔は4mmで正円同大。眼瞼結膜は貧血様で、眼球結膜に軽度の浮腫が認められる。体幹や四肢（上肢優位）皮膚に無数のポリープやカフエオレ斑は認められる。リンパ節腫大なし。陰嚢水腫あり。腹腔内に5200mlに血性腹水及び800mlの凝血塊が認められる。

【剖検時所見】

●大腸：肉眼的に下行結腸～S状結腸では粘膜面の出血・変性が目立ち、敷石状の壊死物の付着やポリープ状病変が多数認められる。同深部腸間膜付着部には出血や凝血塊が認められる。組織学的に粘膜は高度な好中球浸潤を伴い、広範囲に壊死・脱落する。炎症により、壁構造が不明瞭となる部分もある。粘膜表層には壊死物が付着する。高度の炎症を伴った虚血性腸炎の所見である。腸間膜には高度の炎症や浮腫を伴い、血腫の形成が認められる。

●脳：肉眼的に脳底部は脆弱となり浮腫状、点状出血が散見される。組織学的に大脳皮質主体に毛細血管のうっ血が目立つ。一部では、血管外に漏出する赤血球も認められる。また、海馬や肉眼的に変性の強かった脳底部などでは、好酸性で収縮した細胞質と軽度濃縮した核を有するred neuron様の細胞が認められ、低酸素・虚血障害の所見と考えられる。蘇生後脳症として矛盾しない。中脳、橋、下垂体に著変なし。

●肺：左肺345g、右肺390g。右肺は不全分葉である（中葉なし）。肉眼的には、右胸膜に一部軽度の癒着があり、横隔膜面に2.5×1.0cm大の繊維性プラークが認められる。右胸水は少量である。両葉ともうっ血は目立たない。

左胸腔に癒着はないが、淡黄色透明の胸水は250ml認められる。組織学的には、左肺および右肺下葉に気管支肺炎の像が認められる。肺胞上皮細胞は反応性に軽度腫大する。多核巨細胞が散見される。両側上葉には胸膜が繊維性に肥厚する像が認められる。

●肝臓：重量1130g。肉眼的にややうっ血あり。組織学的には肝左葉主体に小葉中心性の肝細胞の脱落が目立つ。同部位に一致して胆汁うっ滞や軽度の単核球浸潤が認められる。門脈域は保たれる。線維化や脂肪沈着はほとんど認められない。循環不全による肝障害の像である。

●心臓：重量380g。右室壁厚6mm、左室壁厚16mm。左心室腔はやや狭く軽度の左室肥大を認める。弁長はいずれも正常範囲内であるが、大動脈弁に1mm以下の小結節が認められる。心嚢液は少量である。組織学的には、核の軽度の大小不同はあるが、心筋径は保たれる。病的な錯綜配列や線維化は認められない。心外膜炎なし。一部循環不全の影響と思われる壊死領域あり。肉眼的に見られた小結節は明らかではない。

●皮膚：皮膚には、結節性病変が多発する。臍部皮膚よりサンプリングした。組織学的には、繊細な線維性成分と毛細血管を伴い紡錘形細胞のびまん性増殖が認められる。von Recklinghausen病に伴う神経線維腫として矛盾しない。

●胃：肉眼的には粘膜面に軽度の線状出血が認められる。また、上部前壁漿膜側に複数の硬結を触れる。組織学的に硬結は紡錘形の細胞が錯綜して増殖する像からなる。硝子化を伴うものもある。免疫染色で紡錘形細胞はc-kit陽性、CD34陽性、S-100陰性、 α SMA陰性でありGISTの所見である。上皮に異型なし。明らかな

出血なし。

●十二指腸：Vater乳頭より，3cm口側の漿膜側に直径8mm大の腫瘤あり。組織学的には，腫瘤は粘膜下層から固有筋層にかけて紡錘形の細胞が錯綜して増殖する。免疫染色で紡錘形細胞はc-kit陽性，CD34陰性，S-100陰性， α SMA陰性でありGISTの所見である。

●胆嚢：4mm大までの結石が三個認められる。組織学的には，自己融解が強く粘膜面の観察は困難である。壁に肥厚は目立たない。Rokitansky-Aschoff洞を散見する。

●脾臓：重量60g。組織学的には，うっ血がやや目立ち，白脾髄・赤脾髄はやや不明瞭となる。脾柱は保たれる。髓外造血像や血球貪食像なし。

●膵臓：大きさ，硬度ともに異常なし。融解認められない。組織学的に小葉構造は明瞭である。一部にごく軽度の線維化が認められるが，ラ氏島構造も保たれ，膵管にも異常は認められない。

●副腎：肉眼的に右副腎はやや肥大している。組織学的には，淡明細胞が結節状に増生する像が認められる。炎症細胞浸潤は乏しい。Zonation消失は明瞭ではなく，非腫瘍性副腎皮質結節と思われる。

●腎臓：重量は左170g，右145g。

尿管および糸球体は保たれる。糸球体の硝子化や動脈硬化性変化は乏しい。

●膀胱：肉眼的に尿道口および底部に出血が認められる。カテーテル挿入の影響と思われる。また，尿管口や三角部の浮腫がやや目立つ。組織学的に粘膜面は軽度浮腫状であるが，上皮や間質に異型は認められない。

●前立腺：肉眼的に前立腺は軽度肥大し，複数の小結節を触れる。組織学的にPZ領域に2mm長のadenocarcinomaが認められる。Gleason scoreは3+3=6相当である。また，CZ領域主体に壊死・うっ血が目立つ。低酸素および循環不全による変化と考える。

●精巣：著変なし

●甲状腺：著変なし

●食道：著変なし

CPCの討議内容のまとめ

- 1) 腹腔内出血の有無，出血部位
- 2) 脳の新規病変の有無
- 3) 吐血の原因
- 4) 膵炎の有無

症例のまとめと総括

【CPC討議内容（臨床上的問題点）への解答】

- 1) 腹腔内出血の有無，出血部位

腹腔内に多量の血性腹水や凝血塊が認められた。下行結腸～S状結腸周囲に強い変化があり，腸間膜に血腫の形成があったことから同部位の腸間膜動脈が出血源であったと考える。

- 2) 脳の新規病変の有無

出血や梗塞など新規病変は明らかではなかった。低酸素および循環不全による変化をきたしており，蘇生後脳症として矛盾のない所見であった。

- 3) 吐血の原因

肉眼的に胃には線状出血が認められたが，組織学的に胃および食道の変化は乏しかった。

吐血の原因は明らかではない。

- 4) 膵炎の有無

膵臓組織は保たれており，急性膵炎の所見は認められない。

【総括】

嘔気・腹痛を訴え，急激な経過をたどり死亡した60代男性の症例。剖検時は腹腔内に多量の血性腹水が認められ，下腸間膜動脈支配領域末梢の腸間膜内に出血が認められた。腸間膜動脈の破綻と考えられる。同動脈の支配領域と思われる部位の下行結腸からS状結腸にかけて腸管は広範囲に壊死・変性しており虚血性腸炎の所見を呈していた。腸間膜動脈破綻による腹腔内出血，出血性ショックを直接死因と考える。

[診断名]

【主診断】

1. 腹腔内出血
2. von Recklinghausen病
3. 気管支肺炎
4. 蘇生後虚血性脳症
5. 肝虚血性障害

【副診断】

1. 前立腺癌
2. 胃・十二指腸GIST
3. 非腫瘍性副腎皮質結節
4. 両側腎嚢胞
5. 陰嚢水腫
6. 胆石症

令和元年度第4回

【日 時】令和元年11月28日

【演 題】アスベストによる胸膜プラークを基礎疾患に持ち、治療抵抗性の肺炎を発症した1例

【発表者】浅沼 翼

【症 例】70歳代 男性

【主 訴】発熱

【現病歴】

アスベスト暴露歴（建設業：配管工事に38年従事）があり、X-11年6月より胸膜プラーク、肺気腫などで半年ごとに通院していた。X-2年6月、X-1年8月にそれぞれ肺炎のため当院呼吸器内科に入院していた。X年5月26日、発熱を自覚してかかりつけ医を受診、解熱剤と抗菌薬（詳細不明）を処方された。2日ほど服用して症状が軽快し自己中断した。その後は痰や咳が続いていたが、普段通りの生活を送っていた。

6月1日夜、37.5℃の発熱と寒気を自覚して解熱剤を服用して就寝した。6月2日、定期受診のため当科を受診、血液検査で炎症反応高値とCTにて右上肺野の浸潤影を認めたため、肺炎と診断され当科に緊急入院することになった。

【既往歴】

特記事項なし

【内服薬】

レスプレン（20）3T/3x、カルボシステイン（500）3T/3x

【生活社会歴】

喫煙：40本/日×25年（20歳～45歳）

飲酒歴の記載なく詳細不明。

【入院時現症】

身長169cm、体重50.20kg、体温37.7℃、脈拍回115/分・整、呼吸12/分、血圧114/66mmHg、室内気SpO2 93%、胸部聴診上異常音無し。

【血液検査所見】（入院時）

WBC 11740 / μ l、RBC 441万 / μ l、Hb 13.9 g/dl、Ht 42.4 %、MCV 96.1 fl、MCH 31.5 pg、MCHC 32.8 g/dl、PLT 33.1万 / μ l、Seg 74.6 %、Eosino 4.3 %、Baso 0.2 %、Mono 7.5 %、Lymph 13.4 %、Na 142 mEq/L、K 4.1 mEq/L、CL 107 mEq/L、BUN 17.0 mg/dl、Cre 0.61 mg/dl、eGFR 97.6、UA 2.6 mg/dl、TP 7.5 g/dl、ALB 3.1 g/dl、A/G比 0.70、T-Bil 1.4 mg/dl、D-Bil 0.1 mg/dl、AST 14 IU/L、ALT 8 IU/L、LDH 162 IU/L、

BS 114 mg/dl、AMY 40 IU/L、CRP 11.33 mg/dl、 γ -GTP 19 IU/L、Ca 8.8 mg/dl

【胸部X線】（入院時）

CTR 41.7 %、心拡大なし。両側CPA 軽度dull、右上葉にニボーを伴う浸潤影認める。

【胸部CT】

両肺に気腫性肺のう胞を多数認める。右上葉に浸潤影認める。

【入院後経過】

6月2日入院。スルバシリン3g q8、ソル・メドロール40 mg点滴を開始。病状に合わせてステロイド量を漸減していき経過は順調であったが、6月15日に38.4℃の発熱を認めた。初めは全身状態も良く比較的徐脈であったため薬剤熱を疑い被疑薬を中止したが、発熱、CRP上昇が続いたことと胸部X線の浸潤影の拡大を認めたため肺炎の再燃と診断。再燃時セフトリアキソン2gを使用したが発効がなかったため、6月23日からメロペネム3gとソル・メドロール40mg投与を開始した。その後も発熱、CRP高値認め肺炎は悪化傾向。7月11-13日にジスロマック500 mg/day内服、7月18日からクラリスロマイシン200 mg/day開始、7月20日テオフィリン徐放錠200 mg/dayを開始するも症状改善なかった。7月21-23日再びジスロマック500 mg/day内服するも、その後も38度以上の発熱が持続した。7月25日からクリンダマイシン1200 mg x2点滴開始、葛根湯とアリナミンFの内服を開始。

8月1日 気管支鏡を施行。右上葉・中葉から膿汁様の灰色痰の排出を認め、同部位から痰培養提出。右B3bを生食で洗浄した。8月3日アンブロキシール徐放錠開始、8月7日 喀痰推進目的でムコフィリン吸入、呼吸リハビリを開始。8月8日クリンダマイシン終了、グレースビット内服開始。8月14日、気管支鏡による痰培養でアスペルギルスが検出され、ブイフェンドを開始。肝機能障害に対し一時的にヒシファーゲンも投与した。グレースビットは効果認めず終了。プレドニンは免疫抑制効果を懸念し、漸減した。その後も発熱認めず、8月18日から酸素飽和度低下認め、酸素投与開始。8月22日の胸部X線では左肺への肺炎拡大を認めた。8月23日、ブイフェンド・メロペネムは終了、ファンガード、タゾピペ、ジスロマック（3日間）投与を開始。その後も肺炎領域は拡大、9月上旬には、一時酸素mask 8L程度まで増量となった。抗菌薬・抗真菌薬は継続し、8月23-25日、9月10-12日、9月16-

18日はジスロマックも投与。酸素状態は改善傾向となり、9月中旬にはnasal 3L程度まで減量できたが、同時期から37-8℃程度の発熱がみられるようになった。

経過から考えて、タゾピペは効果的でなくなったと判断。喀痰培養では9月1日、9月15日と続けてEnterobacter cloacaeが検出されていたことも踏まえ、9月20日からタゾピペは終了し、セフェピム、アミカシンを開始した。経口摂取も不良となったため、9月20日から補液開始。10月6日の血液検査で炎症所見がやや改善。胸部X線でも右中肺野の浸潤影が軽度改善。10月11日の血液検査で低カリウム血症あり、プレドニンを減量した。10月16日38.7℃の発熱あり、再度痰培養提出。Acinetobacter baumanniiが検出されたが、感受性良好のため現行治療継続した。低カリウム血症に対してアスパラK内服開始。その後も38℃台の発熱が持続した。10月24日内服困難、10月25日には食事摂取不良となり、喀痰の自力排出も難しくなった。10月26日の血液検査では炎症反応が悪化。胸部X線では右中下肺野に広範囲の浸潤影が出現。10月27日にはO2 10LでSpO2 94%と呼吸不全が悪化。10月31日呼吸浅く下顎様、呼名反応なし。11月1日 Hr300ml、血圧徐々に低下。11月2日HR低下、呼吸停止。23:18死亡確認。

【病理解剖で明らかにしていただきたいこと】

- ・びまん性胸膜肥厚と診断できる所見が認められるかどうか。
- ・石綿肺と認定できる所見が認められるかどうか。
- ・臨床経過上は入院してからずっと肺炎が治らず段々悪化していったように見えたが、肺炎のような病状はどうして良くならなかったのか。

【病理解剖所見】

1. 石綿肺、線維性胸膜炎
2. 両側肺炎（気管支炎・肺胞性肺炎）
3. 右胸水貯留（膿性・50ml）
4. るい瘦
5. 大動脈粥状硬化症（軽度～中等度）

【質疑応答】

○外科的ドレナージを検討しなかったのか？

→外科と検討したが、癒着が酷いために手術をしたらエアリークが止まらなくなり助からない可能性が十分あるから行わなかった。

○肺炎の原因としてアスペルギルスは考えなかったのか？

→ β -D-glucan正常、アスペルギルス抗原陰性であり、呼吸器疾患の治療歴が長い患者では常在菌化することも少なくないため可能性は低いと考えた。

【まとめ】

アスベストによる胸膜プラークを基礎疾患に持ち、治療抵抗性の肺炎を発症した1例を経験した。

令和元年度第5回

【日 時】 令和2年2月20日

【演 題】 胃腸炎症状の後に突然死を来した7歳男児の一例

【発表者】 森 海人

【症 例】 7歳 男性

【主 訴】 嘔吐、腹痛

【現病歴】

来院10日前より2-3日に1度嘔吐を繰り返していたが、食事は摂取していた。来院当日の朝5時に1度嘔吐し、かかりつけのK病院を受診し、急性胃腸炎として対症療法で帰宅した。帰宅後、昼12時頃から嘔吐を繰り返し、食事飲水困難となった。その後、口渇感や腹部全体の痛み、下痢が出現し、夜間小児一次救急を受診し、脱水所見を認めたため同日当科に入院となった。

【既往・発達歴】

1歳1ヶ月時、気管支炎でK病院に入院した際に高CK血症（10,000 IU/L前後）を指摘。

2歳4ヶ月時、粗大運動の遅れを指摘。

5歳時、自閉症スペクトラム障害の診断。

ジストロフィン遺伝子異常なし。

Pompe病スクリーニング検査異常なし。

タンデムマススクリーニング検査異常なし。

【家族歴】 父方の叔父が28歳時にAMIで死去。

【入院時現症】

体重23kg、体温 36.2℃、脈拍 159/min、SpO2 98% (room air)

頭頸部：顔面蒼白、咽頭発赤 (+)、口腔内乾燥 (+)、口唇チアノーゼ (+)

胸部：心音・肺音正常

腹部：平坦、軟、臍周囲に圧痛 (+)、腸蠕動音減弱

皮膚：ツルゴールやや低下、CRT < 2sec

【血液検査】

WBC 15,320/ μ L、RBC 467万/ μ L、Hb 11、1 g/dL、Plt 44万/ μ L、Na 140mEq/L、K 4.8mEq/L、Cl 101mEq/L、

BUN 33.0mg/dL, Cre 0.68mg/dL, TP 7.4g/dL, Alb 4.2g/dL, T-Bil 1.6mg/dL, AST 220U/L, ALT 220U/L, LD 1,000U/L, CK 5,346U/L, CRP 0.23mg/dL, ALP 419U/L, γ -GTP 15U/L

【静脈血液ガス検査】

pH 7.155, pCO₂ 36.0mmHg, HCO₃⁻ 12.4mEq/L, BE -15.4mEq/L, AG 27.6mEq/L, Lac 124.9mg/dL, Glu 230mg/dL

【尿検査】

尿比重 $\geq$ 1.030, 混濁 1+, pH 5.0, 尿蛋白定性 1+, 尿糖定性 -, ケトン体 +/-, 潜血反応 -, ウロビリノゲン 1+, ビリルビン 1+, 亜硝酸塩 -, 白血球反応 -

【腹部x線】

小腸ガス少量貯留, niveau (-)

【入院後経過】

入院当日:21時入院。脱水の治療として輸液を開始。乳酸アシドーシス判明後は輸液をビカーボン[®]に変更。嘔吐腹痛は軽快し、経口摂取もできるようになり就寝した。高CK血症、肝機能異常、乳酸アシドーシスを認めたため、翌日に精査を予定していた。

入院翌日:午前4時頃、入眠しており体動を確認。

7時10分、母親より身体が冷たいとのcallがあり、心肺停止を確認。CPRを開始。モニター上波形はasystole。7時58分、30分ほど蘇生処置を行ったが、心拍再開なく死亡確認となった。

【AiCT】

脳浮腫を認めるが、頭蓋内にその他の異常を認めない。気道に液体貯留と両側肺水腫を認めるが死後の変化と考えられる。心筋壁肥厚と肝腫大を認める。

【ミトコンドリアに関する検査】

ミトコンドリア遺伝子パネル解析:ミトコンドリア内の代謝に関わるNAXD遺伝子の変異を認めた。

ミトコンドリア呼吸鎖複合体酵素活性:酵素活性の低下を認めた。

皮膚線維芽細胞の酸素消費量測定:酸素消費量の低下を認めた。

【病理解剖で明らかにして頂きたいこと】

- ・病理学的に死因は何であったと推定されるか。

- ・骨格筋においてミトコンドリア病に特徴的な赤ボロ繊維 (ragged red fiber) は認められたか。
- ・心筋及び肝臓の病理学的所見。
- ・電子顕微鏡でミトコンドリア病を疑わせる病理学的異常を認めたか。

【病理解剖所見】

1. NAD (P) HX dehydratase欠損症, 心筋炎, 骨格筋炎
2. 急性小腸炎, 大腸炎
3. 肝細胞低酸素性壊死
4. 諸臓器の鬱血

【質疑応答】

1. 高CK血症を見たときにどの疾患を疑い、何の検査をすべきか。
→筋疾患をまず疑うが、小児ではジストロフィン遺伝子やPompe病のスクリーニング検査、代謝異常を網羅的に調べるタンデムマススクリーニング検査が挙げられる。
2. 自閉症スペクトラムと筋疾患を同時に起こす疾患はあるか。
→神経系、筋骨格系を同時に障害する疾患は存在するが、自閉症スペクトラムという形で出るかは不明。
3. 前医ではミトコンドリア病は疑われていたか。
→3歳頃までは乳酸高値であり、10歳頃に筋生検を予定していたことから、ミトコンドリア病を疑っていたと思われる。
4. ミトコンドリア病は一般的に母系遺伝とされているが、母親にミトコンドリアの異常は認められたか。
→両親の検査結果について正式な結果はまだ届いていないが、本疾患は常染色体劣性遺伝形式を取る疾患であることが分かっている。
5. ミトコンドリア病は電子伝達系の障害が本態であるか。
→本疾患は電子伝達系の呼吸鎖の障害が主体であるが、ミトコンドリア病の中にはtRNA等が障害されるものもある。

災厄の夏に反省する

東京オリンピックで熱く盛り上がるはずだった2020年の夏は、新型コロナの流行が依然先行き不明で記録的な豪雨と猛暑も加わり、災厄の夏として記憶されそうです。Covid-19による騒動には、患者に対する誹謗中傷や医療従事者がうけた風評被害もあります。根拠がなく噂にすぎない情報に左右されてしまう言動は知識不足がもたらすといえますが、根底には病気に対する恐怖と偏見があるのでしょう。Covid-19に限らず昔から病気に対する偏見は常にあり、医療に関わる人間はそれを取り除く努力を続けているつもりです。しかし残念なことに、時には医者が恐怖と偏見の発生に加担してしまうような場合があります。

現在アトピー性皮膚炎は、治療ガイドラインの浸透と高い有効性をもった薬剤の登場もあり、的確な治療を行えば症状が改善しない場合はなくなりました。しかし、平成時代の初期に日本のアトピー性皮膚炎診療が大混乱し、全身が真っ赤で、激しい痒みのため掻き傷だらけ、日常生活もままならないという患者さんが多発する事態が生じていました。重症なアトピー性皮膚炎では概して顔の症状が強くなりがちで、このような場合皮膚科医は“赤鬼様顔貌を呈する”とも表現していました。わかりやすい比喩的表現ですが、アトピーで苦しんでいる患者に対して赤鬼様とは侮辱的で配慮がなく、今ではpolitical incorrectnessと批判されるかもしれません。

1993年（平成5年）モンスターによる殺人ではないかと話が進むが実はアトピーだった、というミステリ小説が発表されました。例えば、「人物の頭頂部には、髪がほとんどなかった。（中略）顔は、血にまみれて真っ赤だった。人相などない。瞼はふくらみ、その下にかろうじて開いているらしい両眼は、まるで岩の裂け目のようで、ごく細かった。切れ目から除く充血した目で、怪物はちらと（登場人物名）を見据えた。」と表現されています。この小説では吸血鬼伝説のモデルで“血の伯爵夫人”とも呼ばれ、少なくとも300人以上を殺害した16世紀のハンガリー王国貴族、エリザベート・バートリに関わるサイドストーリーが伏線的に描かれています。したがって、過激な表現はミステリとしての技術的なものですが、実際のアトピー患者さんにしてみると気持ちの悪いものではないでしょう。この小説が“赤鬼様顔貌”に触発されたのかどうかはわかりませんが、アトピー診療に携わっていた皮膚科医がこれを便利な用語として使っていたことは反省すべきと思います。

昔は医者がほぼ独占していた様々な文献/情報も、今では患者の立場でも簡単に入手できる時代です。患者目線の医療として、患者目線の表現にも気を付けなければと思います。

ちなみに、この作品の作者には稚内や釧路、新十津川など北海道を舞台にした数々の傑作があります。三作品ともほぼSFに近い奇想天外なトリックですが、印象に残る面白いミステリでおすすめです。

(H.S.)

第58回 日本臨床細胞学会秋期大会 ～細胞診断学の可能性を問うー新たなるパラダイムへ～に参加して

中央検査科 荃 田 力

令和元年11月16, 17日に岡山市で開催された「第58回日本臨床細胞学会秋期大会～細胞診断学の可能性を問うー新たなるパラダイムへ～」に参加したので報告する。

中皮腫における早期診断を目指すために、中皮腫と反応性中皮細胞や癌腫との鑑別点、免疫染色やFISH検査を行うことの重要性について学んできた。

典型的な中皮腫の細胞像では、核腫大と明瞭な核小体を伴うなど核異型が強い場合や、相互封入像、hump様突起、オレンジ好性細胞の出現など様々な形態学的な特徴が認められる。中には異型が弱く、これら特徴的な所見に乏しい場合があり、反応性中皮細胞との鑑別に苦慮する場合がある。

個々の細胞に異型が弱い場合でも、標本中に2核細胞の出現頻度が高く、単調な細胞像を示す場合には中皮腫の可能性も考えられる。このような細胞像を認めた際は、積極的に免疫染色やFISH検査を行う必要がある。早期または進行性の中皮腫によって、背景に出現

するマクロファージの形態に変化が見られ、進行性の中皮腫ではマクロファージの核異型は弱くおとなしい印象で、核のくびれといった不整が目立つ活動性のマクロファージが目立つ場合には早期の中皮腫である可能性がある。集塊や細胞の形状だけでなく、背景の所見にも着目することも重要である。

また、通常は病理組織診断がなければ中皮腫と判定できないが、細胞診断が実施されていれば他の所見と総合して中皮腫と判定出来る場合がある。

Papanicolaou染色の形態学的特徴やセルブロック標本を作製し、免疫染色の結果など詳細な所見を記載していれば石綿健康被害者の救済の申請をすることも可能であるとのことで、日頃から細胞所見を丁寧に記載する必要がある。細胞診による診断の重要性を再認識することが出来た。

今回学んできた事を今後の職務に活かしていきたい。最後に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。

第18回 The Echo Live 2019に参加して

中央検査科 湊 舞

2019年6月15日・16日に大阪府大阪市の松下IMPホールにて開催された第18回 The Echo Live 2019参加させて頂いたため報告します。

今回の学会テーマは、“全ての病は心不全に通ず：Stop Heart Failure by Our Echo！”でした。この学会は、以前から工夫が凝らされた講演や発表が多いと聞いており、実際に参加し充実した二日間を過ごすことができました。中でも選択コースの心不全、弁膜症例徹底論は大変勉強になりました。

一つの症例に対して二人の代表者がそれぞれ異なる意見をパワーポイントを用いて主張・討論し、最後は、実際にどのように処置または手術を行ったのか答え合わせまでする丁寧な討論会でした。通常業務で医師と意見交換する機会やその場に居合わせることがあまりなく、循環器内科的な考えや、手術するとしたら…と言った様々な医師の意見を直接聞いた事は大変貴重な経験でした。

また、神戸市立医療センター中央市民病院の北井 豪先生の発表「心房細動合併心不全に対する治療戦略」では臨床でも多くみる心不全と心房細動を題材とし、血行動態や治療方法等について分かりやすく説明して頂きました。心不全と心房細動のリスク因子は共通の

もの（高齢、高血圧、肥満、虚血性心疾患の合併など）が多く、洞調律の患者でも心不全合併例の場合、心房細動の発症リスクが上がるとの報告がされています。

逆に、心不全がない患者でも心房細動に罹患している場合心不全の発症リスクが高まることが知られています。心房細動が心機能に与える影響として、①不整脈により心拍変動が大きくなり、心筋酸素需要が増加する。②頻拍持続による心筋障害が生じ心筋収縮力の低下。③心房収縮の喪失により最適な左室充満圧を保てない。などが挙げられていました。

また、心房細動・心不全合併例の治療として、カテーテルアブレーションによるリズムコントロール群が薬物治療によるレートコントロール群よりイベント発生率が低いと報告がありました。

当院でも多くの心房細動、心不全患者の心エコー検査を行っております。北井先生の講演を聴き、経過観察の際には前回画像や数値を比較検討し、より注意をはらいながら心機能評価を行うよう心掛けます。

今回、このような機会を与えて頂きありがとうございました。この学会で受けた刺激を忘れず、日々の業務に生かせるよう努力していきます。

第64回 日本透析医学会学術集会（JSDT）に参加して

臨床器材料 磯 雅

2019年6月28日～30日に横浜で開催された第64回JSDT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。JSDT(The 64th Annual Meeting of the Japanese Society for Dialysis Therapy) は、日

本透析医学会による本邦でも有数の大きな学術集会であり、約20,000名の医療関係者が一同に集う透析療法の代表的な学会であります。日本全体の知識・技術の向上のため、毎年およそ3,000もの一般演題や講演プ

ログラムが企画されています。

私は、2日目に一般演題で「透析用カテーテル接続部における閉鎖式輸液システムの材質についての検討」と題して発表を行ってきました。『当院ICUで持続的腎代替療法施行中にカテーテル接続部が破損し、回路外れを経験した。再発防止を目的にその原因となった接続部の材質に対する基礎的検討を行い、従来使用していたポリプロピレン製より同一製品のポリカーボネート製の方が高強度で安全性向上に寄与できること、ただしポリカーボネート製は透析用ではなく通常輸液の製品であるため流量・圧力特性に留意が必要である』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は電解水血液透析（H₂含有水を使用した透析）についてのシンポジウムや一般演題があり、電解水血液透析は総死亡と非致死性心脳血管病の複合エンドポイントにおい

てリスクが41%軽減するとの報告があり印象的でした。

2018年までに国内10施設での実施であり、現在旭川でも導入されているとのことでしたので、今後のデータにも注目したいと思いました。

他に災害対策の演題も多く見受けられ、ブラックアウトを経験した立場として災害対策マニュアルの定期的な見直しやシミュレーションが必要であると感じました。

また、展示ブースには各社最新の透析装置や関連機器が多数並べられており、操作方法や新たな機能などを勉強することができました。

今回の学会参加で学んだ知識を臨床に活かし、質の高い医療を提供できるよう日々努力して行きます。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66回 日本不整脈心電学会学術大会に参加して

臨床器材料 山口 和也

今年度から当院で始まった新規業務であるカテーテルアブレーションについて勉強するために、2019年7月24日～27日に横浜市のパシフィコ横浜で行われた第66回日本不整脈心電学会学術大会に参加してきました。

本学会では心電図、カテーテルアブレーション、植え込みデバイスなどの講演があり、アブレーション関連ではSVC isolationを行う際に、右心耳の位置を術前にCTで把握しておくことで、その上部を洞結節枝が走行しているため、徐脈の合併症を減らすことができることを医師の講演で話しておりました。

コメディカルの一般演題で、このことに関連付けることができるような発表があり、洞結節枝の走行を把握することで洞不全症候群の合併症を回避できると話しており、発表では5年間でアブレーション治療を前提として心臓CTを施行した約600症例を対象に洞結節枝の走行を把握し、その結果、右冠動脈から分岐しているのが63%、左冠動脈が22%、両者から分岐が15%

で、右冠動脈から上大静脈の後回りが半数以上で、左冠動脈から上大静脈の後回りも多く、上大静脈と右房の移行部下部レベルの高さから走行しているものが多くみられると発表していました。

医師、看護師、診療放射線技師、臨床工学技士による合同シンポジウムでは、肺静脈の周囲に脂肪が多いと、アブレーション後に徐脈になりやすいこと、レーザバルーンを使用する場合にはアブレーションした位置がわからないため、モニターの表面にラミネートを重ねて、そこにアブレーションした部位を手書きで書き込むと良いなど、様々な取り組みや工夫などを知ることができました。また欧米では、心房細動の危険因子であるメタボリックシンドローム、高血圧、運動不足、そして最大の危険因子である飲酒に関して看護師が患者指導を積極的に取り組むことで心房細動の治療、再発に貢献しているという発表を聞き勉強になりました。

デバイスでは、まだ国内では認可が降りていない

め使用はできないが、アブレーションカテーテルで Thermocool smart touch QPOT Micro というデバイスが海外では使用されており、現在国内で使用されている Thermocool smart touch よりもイリゲーション性能が向上しており、安全性や治療効果が上がると講演していました。

企業展示の中では、360° VR を利用した教育、カテーテル検査室を見学できるシステムがあり、実際に体験してきましたが、2施設で数種類の症例データがあり、アブレーションの手技や方法だけでなく、カテ室

の中に居るような状況なので機器の配置やスタッフの立ち位置、モニターの構成などを知ることができ、とても勉強になりました。

現在、当院でカテーテルアブレーションを開始し、大きなトラブルなく経過していますが、知識不足や機器操作に関しても課題が山積みであり、今回の学会参加で得た知識を臨床で活かし、安全なアブレーション治療をおこなえるようにサポートしていきたいと思います。

今回は、このような有意義な機会を与えて頂き感謝致します。

第33回 日本手術看護学会年次大会に参加して

看護部 鈴木 美智子

2019年10月11日・12日の2日間、岡山で開催された日本手術看護学会主催の日本手術看護学会年次大会にて参加、発表したので報告します。

今回の学会は、「周術期における手術室看護師の役割とやりがいー地域へ繋げる周術期看護ー」というテーマで開催されました。近年日本では、超高齢化、複合的な疾患をもつ患者等ハイリスク症例の増加と同時に入院期間の短縮化が進んでおり、手術後の地域包括ケアや少子高齢化を見据えた生活の質に焦点を当てた医療の提供が求められている。そのため、手術室看護師の役割も地域へ繋がられるようにと注目されており、手術室看護師の役割は手術中の看護に限らず、多岐に渡り求められていることを学びました。

自身の看護研究発表では、「安全な歩行入室を目指してー術前訪問に対する手術室看護師の意識調査ー」というテーマで発表を行いました。手術室への入室方法として歩行入室を導入していますが、手術室看護師の術前訪問からの情報収集やアセスメント不足により安全面に問題があると感じ、安全な入室方法を行うために意識調査を行いました。その結果、情報収集は行えていましたが、入室方法へのアセスメントに繋がられていない可能性や、病棟看護師との連携不足が考えられました。研究や発表の一連の過程から、安全な歩行

入室方法をすすめる上では、情報共有が重要であることを学びました。歩行入室に限らず患者の情報は、術前訪問を行った麻酔科看護師や器械出し看護師、リーダー、病棟看護師などチーム全体で把握することがより安全な看護に繋がると考えました。

自身の看護研究発表以外では、様々な教育講演、研究発表に参加しました。その中でも興味深く感じた研究として、手術予定時間超過時の家族への術中訪問についての研究がありました。当院でも手術時間が長い手術では、病棟より手術室へ、家族が心配されているとの問い合わせを受けることがあります。他院では待機する患者家族の不安緩和のために、あらかじめ医師と対応を決め、術中訪問という方法を行っていることを知りました。当院では患者家族と手術室看護師が関わる時間は少なく、不安緩和への介入は患者に対するものが主となっていましたが、今回の学びを機に待機患者家族にも視点を向け、介入していく必要があると感じました。また、患者や家族へ安心できる医療を提供するためには、医師や病棟看護師との連携が重要であると考えました。

今回の学会参加によって得られた学びを手術室看護師一同で共有し、今後の手術看護の実践に活かしていきたいと思います。

看護教員・看護教育担当者の教育実践力を高める ー本質を見極め課題解決しようー研修会に参加して

看護部 矢 田 由 美

令和元年10月17日～18日の2日間に北海道看護協会主催で開催された研修に参加させていただきましたのでここに報告します。講師は、前東京工科大学、元東京都立看護専門学校、斉藤茂子先生でテーマは「アクティブ・ラーニングはこんなに素晴らしい！」という内容で開催されました。1日目の午前中のみ講義があり、その後各テーマにチーム分けされたメンバーでのグループワークがメインでした。

講義内容は、現在求められている看護の教育方法・評価について、教育目標分類学について説明を受けました。私が学生の時は受動的な講義形式の指導がメインでしたが、現在はグループワーク等の学習者主体の学び方が進められてきていることを知りました。その中で、「学習方法による知識定着率」というものがあり、授業を受けて2週間後の反応として、講義では5%、読む10%、グループ討議50%、模擬演習75%、実践及び他者に教える90%という統計があり、アクティブ・ラーニングにより主体的、体動的な学習が成果を上げることが学びました。

1日半のグループワークでは、私たちのグループは「新人、学生の対人関係能力育成」というテーマで、それぞれの医療機関での新人の傾向について、どのように対応していくことが望ましいのかという事を話し合いました。実際に体験したことをもとにして、入れ歯を外して洗浄することを知らない新人についてグループワークをしました。私たちが普段患者さんに対して介助していることが、学生や新人は「できない」のではなく「知らないからできない」という事で、具体的に見せて、説明して理解できたか確認し、実践すると

いう指導が必要になることをグループワークしました。

実際日々の忙しい業務の中、上記のことを実践するのは正直難しいです。しかし「育てる」ということを目標に行っていく必要があるという事を感じました。当病棟での新人も、日常生活のなかで患者さんへの配慮や環境整備等がなかなかできず指導しても理解を得るまでに時間がかかることもあります。毎年新人が来ますが、時には途中で離職してしまうことも最近では多いです。看護職の理想と現実のギャップは大きく、忙しい業務の中で学生から急に看護師としての意識の変化を求められたりと、メンタル的な変化が大きいのが現状です。

今回の研修で、最近の看護学生や新人看護師の状況について、自分が所属している部署の新人の傾向として、自分が難しい、困っていると感じていることが、他の施設の指導者の方たちも大体同じように感じていることがわかりました。

毎年新人指導をするにあたり、日々の業務が忙しい中で自分なりに努力して指導しているつもりですが、なかなか理解してもらえないこともあります。伝え方ひとつで、落ち込ませてしまうこともあります。人に教えるという事は難しく、病棟内でもなかなか統一した指導ができていない現状にあると感じます。またプリセプターに任せきりになっている現状もあると感じました。病棟内スタッフ全員で、新人を育てていくという思いになれる病棟になればいいなと感じた研修でした。貴重な時間をありがとうございました。

CVPPP（包括的暴力防止プログラム）研修に参加して

看護部 国 村 裕 美

令和元年8月20日～23日の4日間で札幌にて開催されたCVPPP（包括的暴力防止プログラム）研修を受講させていただきましたので報告します。

この研修は、精神科領域の現場における暴力に対し、専門的な知識、技術に基づいた包括的な対処技能を修得することを目的に行われました。身体技術であるブレイクアウェイ、チームテクニクス、ロールプレイ演習といった技術習得のために多くの時間が割かれた研修でした。

CVPPPの理念として「精神科医療においておこる当事者の攻撃や暴力を適切にケアするためのプログラムである。当事者も援助者もともに同じ人としてPerson Centeredと考え、お互いに尊重され守られるべき存在である。援助者は苦しんでいる当事者の味方であり、援軍となることが最も攻撃性や暴力行動のリスクを下げるものである」と掲げています。患者は幻覚妄想や入院処遇に対する恐怖から自分を守ろうと必死になっています。私達医療者は「助けに来た」という姿勢が大事で、最も尊重されにくい緊迫した場面でこそ徹底した当事者の尊重と人権が保障されなければならないと話されていました。

CVPPPの構成要素は、①攻撃性に対するリスクアセスメント、②怒りや攻撃性をしずめるためのディエスカレーション、③暴力行為に対してチームで身体的介入をはかるチームテクニクス、④突発的におそわれた際に適切に逃げるためのブレイクアウェイ、⑤暴力がおさまった後のアフターケアとしての振り返り、となっています。ディエスカレーションとは、患者に何らかの刺激が加わり攻撃性がエスカレートしていく際に、普段の患者にもどれるように言語的・非言語的手段で興奮をおさめ、落ち着かせようとする介入方法です。単に気分を落ち着かせることに加え、共感し、治療の信頼関係をつくり、交渉による問題解決や環境調整など危機を回避するためのあらゆる方略を含みます。管理的にならずに交渉し最終的には患者に選択してもらえようにはたらきかけていきます。

身体介入を行わなければいけない場面でもディエスカレーションが最も優先されるべきものとして考えられています。ディエスカレーションのスキルとして、個人の価値を認め尊厳や面子を保つこと、傾聴、相手が感情を語れるように批判しない態度で接し共感すること、パーソナルスペースの確保、サイドウェイスタンス、部分的な同意や自己開示などによりお互いが満足するような交渉をすることが重要であると学びました。患者の暴力に対してすべての介入が功を奏せず、言語での介入に反応できなくなったと判断されたときに身体介入であるチームテクニクスを適応させます。

これはあくまでも最終手段であり、本来してはいけないものとしての意識が必要です。チームテクニクスを行う際には安全な運用でなければなりません。肩、胸腹部、背部、頸部、頭部の圧迫、どの部位であっても苦痛を伴う力を加えること、強制的・威圧的な言動、当事者が恐怖を覚えるような介入は絶対的な禁止事項となっています。また窒息の予防、適切な力に留意しなければなりません。基本的には3人以上のチームとなって介入します。この中でリーダーとなる人がディエスカレーション、身体介入、環境調整、移動など介入方法を判断し、同時に相手との交渉役にもなります。

左右のメンバーの状態を把握し指示を出すこともリーダーの役割です。リーダーは的確なアセスメントとマネジメント技術が求められ、緊迫した状況の中ではとても難しく訓練が必要だと感じました。ブレイクアウェイは、緊急時の離脱方法です。患者にダメージを与えることなくいったん離れ次のケアに備えるためにあります。ケアのためにいったんパーソナルスペースを確保する技術ということになります。解剖、運動学的理解により力の入りにくい方法や方向、手首の屈曲、相手の攻撃線の外に出るといったテクニックがあります。振り返りは、ストレス状態からの解放と再発防止のために行われます。当事者、スタッフそれぞれに行われるものですが、特に、職員に対しては、関与した職員が、自分の対応が未熟だったためにことが大きく

なったと思わせてしまうことがないようにサポートすることが重要であると学びました。

この研修を通して患者がどうして暴力に至らなければならなかったのか、どのような思いでいるのか、身体介入されているときはどのような気持ちなのか、どうして欲しいと思っているのかなど常に相手の立場に

なって考え寄り添うことが問題解決につながるのだと感じました。精神疾患をもつ患者は、些細なことでも暴力で気持ちを表現することがあります。介入する側は恐怖心もあるため理想通りにいかないことも多いですが、相手の立場にたったケアができるよう研修で学んだことを活かしていきたいと思います。

第7回 包括的暴力防止プログラム指導者養成研修に参加して

看護部 豊 嶋 瞬

今回、令和元年8月20日～23日に札幌市で開催された第7回包括的暴力防止プログラム（以下、CVPPP）指導者養成研修に参加させていただきましたのでご報告致します。

今回のCVPPP指導者養成研修で、CVPPPとは包括的なものであって身体介入だけのものではない。助けに行くための技術であるということ、そして抑え込むものではなくスタッフ当事者ともに安全安心になるためのものであることが重要だと学びました。研修内容としては講義と実技演習を行いました。

講義ではCVPPPの理念からはじまり、暴力に関しても当事者がなぜ暴力を振るうのかと考えたときに幻聴や幻覚に恐怖を感じて自分を守るために暴力といった形をとるケースもあるという講義を受け、今までは暴力が人を傷つけるものとししか考えておらず、自分を守る手段でもあることを学ぶきっかけになりました。そして、日々の看護業務の中でどういう理由から暴力という形をとったのかアセスメントし患者を助ける手助けになるよう看護介入していく必要があると学ぶことができました。

実技演習では様々な状況におけるブレイクアウェイとチームテクニクスを行いました。ブレイクアウェイでは当事者とのパーソナルスペースを確保するためにどのように動けばいいのかだけではなく、当事者の

行動をどのような心情で行動したのかを理解した上でパーソナルスペースを確保して次の援助につなげることが重要であり、関係形成の上でもスタッフの対応が重要ということを知ることができました。その次にチームテクニクスでは最低3名で対応するもので、当事者に対して守りたいという気持ちを伝える事が重要であり、介助者は単に当事者への身体介入をするだけではなく介助者も守りたいというノンバーバルなメッセージを伝えることが重要だと学びました。

また介助者は、最も当事者の抵抗を感じやすいため適切な力で介入する事もノンバーバルなメッセージとして当事者に伝わるのだと実技演習を通して感じました。一方、当事者の立場では身体介入されずに思いを聴いてくれ、その思いに寄り添ってくれる事に安心感を得られると実感しました。しかし、身体介入が必要となる場面もあるため、適切な介入をアセスメントする能力が重要であると学びました。

当院においてもCVPPPの研修が行われており、CVPPPトレーナーとして今後も継続して研修を開催していき知識や技術を共有していければと思います。CVPPPの考え方は日々の看護ケアに活かせると感じたため、特にディエスカレーションやリスクアセスメントを活かして日々の看護ケアを行っていこうと思います。

第136回 医用超音波講義講習会に参加して

中央検査科 石 山 拓 真

2019年12月15日（日）に東京国際フォーラムで行われた第136回医用超音波講義講習会に参加してきました。主催は日本超音波検査学会で超音波の知識・技術の習得とさらなる向上を目的とし、稀有な疾患も含め多くの疾患概念や超音波所見に精通する検査チェッカーに必要な知識について領域別に開催されました。チェッカーとは確認する人のことで特に、判断に迷った時の助言と描出できないときの補助を行います。エコーのチェッカーに求められるものは基本的な知識・技術、希少な症例の知識、緊急に対応すべき症例の知識、説得力のある画像を描出する知識・技術の4つです。今回、チェッカーに必要な知識を学ぶために腹部領域と体表領域の講義を受けました。

腹部領域は判断に苦慮する症例に遭遇した後輩技師に助言する上で、チェッカーとして知っておくべき疾患の知識や検査の進め方、考え方などを症例を通して学ぶための講義で、内容は「肝臓・胆道・脾臓」、「消化管」、「泌尿器・婦人科」の3つに分かれていました。臨床でもよく見かける症例から珍しい症例まで多くの症例があり、参考書にもあまり載っていない希少な症例はこのような講習会や学会に参加しないとなかなか勉強出来ないためとてもいい経験になりました。消化管の講義では判断に苦慮する類似疾患の鑑別方法を学ぶものでした。消化管の超音波診断には①病変の部位と分布②壁の厚みの程度③層構造④エコーレベル⑤壁の変形⑥内腔の拡張、狭小化⑦壁の硬さ⑧蠕動の状態⑨壁外の変化⑩血流の10のポイントがあり、類似疾患

でもどちらのほうより当てはまる数が多いか比べるだけでほとんど鑑別できるということを学ぶことができました。日常の検査でもとても活用できるものでした。

体表領域はチェッカーとして活躍の講師が他の技師から相談を受けた症例や自身が悩んだ症例についての講演でした。講演方法は症例提示形式で、司会者とディスカッションしながら、各症例のこういったところに着眼点を置き検査を進めたかについて解説するものでした。内容は「乳腺」、「ヘルニア・陰嚢・鼠径部」、「唾液腺・甲状腺・リンパ節」の3つにわかれていました。超音波検査の画像や動画を見て自分で何の疾患なのか考えつつ、司会者がどんな疾患が考えられるか、何を否定できるかなど解説していたので普段の検査をする上でどこに注意して画像を見たらいいのかとても勉強になりました。普段自分以外の検査の仕方を見たり考え方を聞いたりする機会が少ないので、自分のやり方や考え方を見つめなおすいい機会にもなりました。超音波画像を撮って何があるか所見を書くだけでなく、疑われる疾患から次に行ってほしい検査や生検方法などもレポートにかくことが重要だということを知り、それを実践することで自身のレベルアップにつなげていきたいと思いました。

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

日本血管撮影・インターベンション専門診療放射線技師認定機構

第3回 ワークショップに参加して

中央放射線科 三ツ井 貴 博

2020年1月11日に行われた、日本血管撮影・インターベンション専門診療放射線技師認定機構第3回ワークショップに参加してきましたので報告させていただきます。例年、この講演会は国内でも有数の症例数の多さの血管造影やインターベンションを行う施設で、最新の手技や最新のマシンの使用状況などについての講義と、その施設見学が主体で行われていましたが、今回からワークショップとして参加者による最近のIVRにおける問題や課題についてグループワークとプレゼンテーションを行い総合討論するという新しい試みも行われました。

今年の会場は2019年の秋に大阪府岸辺に新築移転したばかりの国立循環器病研究センターで行われました。出来立てホヤホヤの臭いが残る感じの会議室で、午前中は3人の講演・講義を拝聴し、午後はグループワークと施設見学が行われました。病院長であり血管外科医の小林順二郎先生の「国立循環器病研究センターにおけるハイブリッド手術室の役割」では、大動脈弁狭窄症に対するTAVI (Transcatheter Aortic Valve Implantation: 経カテーテル大動脈弁置換術) や MitraClip® (僧帽弁閉鎖不全症に対するカテーテル治療) など、手術室と血管造影室の両方の機能を有するハイブリッド手術室での症例を、具体的な手術方法からわれわれ放射線技師に求められる知識について詳細に講義していただきました。

放射線部の部長であり放射線科医の福田哲也先生の「国立循環器病研究センターのIVRと放射線技師と私」では、放射線科医の福田先生が、手技の際の相方となる放射線技師に対して求める行動について、手技中のことだけでなく、準備に関すること、仕事以外の学会発表などについて、どのようにしたらモチベーションを高く持ち、仕事や研究に臨むことができるのかについて講義していただきました。

放射線部主任技師である放射線技師の土井祥平先生の「国立循環器病研究センター ハイブリッド手術室

における画像支援について」では、いままで講義していただいた症例などに対して、実際にどのように放射線技師が介入し、支援していくのか具体的に講義していただきました。特に同じ放射線技師として感心し、羨ましく感じたところは、国立循環器病センターでは血管造影室9部屋、ハイブリッド手術室4部屋に、それぞれ異なる4メーカーの最新の血管造影装置が導入されていて、毎日ほぼフルに稼働している中で、それらマシンの特徴や機能を考慮して、対象疾患ごとに細かく分けられた診療科によって各部屋の使用枠を決めて、使用目的・対象となる部位・手技別に使用する装置を振り分けているところでした。装置別に対象となる手技に有用と考えられる最新の手技支援アプリケーションが導入されていて、それらを使いこなすのは大変だろうけどやりがいがあるだろうなと思いました。

午後からは、二つのテーマについてのワークショップが行われました。現在、放射線技師の中でも特に話題になっている、「DRLの更新に向けて個々の施設としてどう取り組むべきなのか」と「水晶体被ばく低減に向けた防護具使用の最適化について」というものでしたが、私は前者のグループになりました。

DRLとは放射線の線量低減診断レベルというもので、機器の最も効率的な線量が提示され、それよりも極端に多かったり少なかったりした場合、適正な線量設定しているのか再考する必要があるという指標になるものです。これは日本では2015年に初めて発表されましたが、それが2020年に新しいものが発表される予定ということで、そのことについてグループ内で議論し、まとめたものを代表者が発表するというものでした。

全国各地から集まった地域も年代もバラバラのグループでしたが、どこの施設も似たような悩みや問題があることがわかりとても興味深い議論ができました。また同じテーマでも、違うグループでは切り口の違う議論がされていて、各グループの発表もとても興味深

く非常に勉強になりました。今回参加させていただいた経験をもとに、今後の検査・治療に役立てるだけで

なく、いろいろな情報を職場のみんなにフィードバックできるように努めたいと思います。

第12回 植込みデバイス関連冬季大会に参加して

臨床器材科 堂 野 隆 史

2020年2月7日～8日の2日間、愛知県名古屋市で開催された第12回植込みデバイス関連冬季大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。

近年、リードレスペースメーカや皮下植込み型除細動器など、心臓植込みデバイスの発達が目覚ましいものがあり、人工知能を応用した不整脈や心不全の新しい診断アルゴリズムが登場しています。この学会は、このような最新の心臓植込みデバイスに関連する治療についての講演やシンポジウムが行われました。

一般演題の中で、遠隔モニタリングの演題が数多く発表されていました。遠隔モニタリングとは、ペースメーカや心室再同期療法患者のデバイス使用状況が毎月病院に送信され、患者の心不全状態などを把握できるシステムです。現在当院では、アラートの評価と医師への提案などを臨床工学技士が行っています。他施設では、それに加え看護師などが遠隔モニタリングにて心不全傾向を確認し、直接患者さんに電話を掛け、

生活指導を実施しており、とても印象的な講演でした。今後当院でも、医師、看護師、臨床工学技士で連携し、植込みデバイス患者に対する遠隔モニタリングを用いた診療支援を実施していかなければならないと思いました。

今回私は「植込み型心臓デバイスに対する放射線照射の影響」という表題で、植込みデバイスの機能完全喪失に至るまでの累積放射線量について発表を行いました。植込み型心臓デバイス装着患者に対する放射線治療では、不適切な作動が報告されています。そのため、放射線治療を行う際は、デバイスの耐容線量を理解し、電磁干渉などの相互干渉のリスクを十分認識したうえで、他職種と密に連携し実施することが重要と思います。

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。

第53回 日本臨床腎移植学会に参加して

看護部 藤 渡 鷹 志

今回、2月19日（水）から2月21日（金）の3日間にわたり、東京都浜松町の浜松町コンベンションホールにて開催された「第53回日本臨床腎移植学会」に演題発表も兼ねて参加させていただきましたので報告し

ます。

「高齢ドナーに対する看護介入の振り返り」という表題で発表しました。本邦は超高齢化社会を迎えています。腎移植では献腎ドナーの不足により生体腎移植が

大多数を占めています。以前は親から子や兄弟間の移植が多かったのですが、現在は移植医療の進歩により夫婦間腎移植が増加傾向にあります。ドナー不足を解消すべく、マージナルドナーというものが存在しています。マージナルドナーには高齢者や糖尿病・高血圧などの既往がある方が含まれており、今後増加していくことが予測されます。本症例では当院最高齢である80歳代のドナーを経験しました。術後経過は順調でしたが、せん妄や不安、失見当識障害など精神面での術後合併症が強く出現しました。精神的苦痛緩和への看護介入を行い医師と情報共有し連携を図ることで早期退院に繋がり、他症例と比べても遜色ない経過となりました。

従来、移植後はレシピエントに重点を置いてしまう傾向にありますが、特にマージナルドナーの場合では心身の健康が阻害されていないか十分に観察する必要があります。また、生体腎移植の場合健康な人がドナーとなり、腎提供後に片腎になってしまうため定期受診を継続することが重要となります。しかし、途中で受診しなくなる方が多いのが現状です。今回の様な高齢ドナーや既往歴の多いマージナルドナーであ

れば定期受診の重要性は高くなります。どうすれば継続できるかを工夫することも大切だと感じました。

今回の症例を振り返ったことで、高齢化社会における移植医療の課題を考えることができました。学会全体でも、腎移植の高齢化における問題点についての演題発表が多かったと思います。移植時に高齢である場合や、移植後の患者さんが高齢になってきた場合があるようです。そのなかで内服アドヒアランスが低い場合や認知症に対する介入方法、ドナーの健康管理についてなどの発表がありました。そのような問題を抱えている場合には、多職種で連携しチーム医療を提供することがとても大切だと感じました。移植医療だけではなく、医療全体で高齢化社会の影響があると思います。そのため高齢者の特徴を理解し、個別性に合わせた看護を提供できるよう学習を深めることが必要だと実感しました。

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

2019年度第2回 同種造血細胞移植後フォローアップのための看護師研修会に参加して

看護部 前 田 早 紀

2020年2月8日に東京都で開催された2019年度第2回同種造血細胞移植後フォローアップのための看護師研修会に参加させていただきましたので報告します。

今回の研修では事前に、同種造血細胞移植における移植片対宿主病（GVHD）や晚期合併症、感染症や抗菌薬についての基礎知識、移植後の長期フォローアップの意義と看護の役割などについてのeラーニング講座を完了しました。その後、症例検討を行い、アセスメント、看護計画立案などの展開を行ったうえで当日の研修に臨みました。

研修では用意されたシナリオを用いて、グループ討

議、ロールプレイを行いました。患者さんに対する指導や思いの傾聴、指導方法など難しいと感じる場面がありましたが、道外の病院、移植経験年数の異なる看護師と交流、意見交換ができて多くのことを学びました。造血細胞移植後は経過が長期であるため、入院加療から外来通院に移行したとしても継続的に支援する体制があることは、患者さんや家族が安心して移植に臨むために重要であるとされています。近年、日常生活だけでなく職場や学校などの社会生活への復帰をスムーズに進め、QOLを高めるための長期フォローアップが求められています。

当院でも20～60歳代まで移植を受ける患者さんの年齢は様々です。それぞれの世代のニーズに応えることができ、患者さんや家族の思いに寄り添った看護が

できるよう、今回の研修での学びを移植後看護外来での活動に役立てていきたいと思います。

2019年度第2回 同種造血細胞移植後フォローアップのための看護師研修会に参加して

看護部 山 田 すみえ

今回、2020年2月8日に東京で行われた同種造血細胞移植後フォローアップのための看護師研修会に参加させていただきましたので報告いたします。

研修を受けるにあたり事前のE-Learning講義により移植後の晩期合併症や移植片対宿主病（GVHD）についての知識を深めることができました。また、研修会では演習を通して造血細胞移植後長期フォローアップ（LTFU）外来で求められている看護師の役割や実際の介入方法についての学びを深めることができました。

移植後の晩期合併症や慢性GVHDは容易に改善しない場合や再燃、新たな症状の出現など、経過が複雑となることも多く、合併症やGVHDを理解し備えうまく付き合うことを並行して行わなければならないため、看護師として造血細胞移植に関する幅広い知識を持つことが不可欠であると思います。

さらに、個々の理解度やセルフケア能力を見極め、生活習慣や家族のサポート状態を知り、同じケアの提供や提示ではなく、その人が実生活のなかでより簡便で継続できる方法を看護ケアとして提供していかなければならず、様々な知識と工夫が必要となります。

しかし、研修を通して移植後のGVHDや晩期合併症

を抱える患者さん、御家族へ解決策を提示できない問題も多くあり、話を聞くことや思いに寄り添うことがひとつの支援になり得るということを学ぶことができました。そのためには、コミュニケーション技術を向上させていくこともLTFU外来看護師にとって大切なスキルの一つであると思います。

移植を受けた患者さんと御家族がいつでも安心して相談できるように、LTFU外来に関わるすべての看護師が移植に関わる様々な知識や看護ケアのしっかりとした根拠を持ち、個別性に配慮したケアや情報提供ができるよう学習を継続していくとともに、統一した質の高い看護を提供できるよう病棟全体で取り組んでいく姿勢も必要であると考えます。

今後、LTFU外来では、移植前の辛い抗がん剤治療や急性GVHDなどさまざまな困難を乗り越え、退院後も晩期合併症や慢性GVHDなどの様々な苦痛を抱えている移植後の患者さんや御家族が、今ある症状との折り合いをつけながら移植治療を受けて良かったと思えるように、思いに寄り添い解決策をともに考え一緒に悩みながら、少しでも身体的、精神的辛さを緩和できるようサポートしていきたいと思います。

第58回 全国自治体病院学会に参加して

看護部 辻 澤 莉 穂

私は令和元年10月24日から25日に徳島県で開催された第58回全国自治体病院学会に参加し、発表をした。学会では、総会特別講演、総会シンポジウム、10の分科会があり、デジタルポスターセッションがあった。参加者は医師や看護師、放射線技師、薬剤師などといった様々な分野の参加があった。当科病棟精神科の分野はもちろんのこと、普段接することはない他分野の方たちと意見交換を行うことで新たな発見や医療の視野が広がった。患者一人にケアを行うにあたって、様々な職種が関与していることを再認識し、他部門との連携をはかることの重要性を再認識した。

私が発表した研究のテーマは「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」である。自傷他害行為がみられ終日身体拘束を余儀なくされているA氏にハンドマッサージを行った。マッサージ開始当初は他害行為がみられていたが、開始2か月後には他害行為が減少し、看護師の声掛けに視線を合わせ笑顔をみせることが多くなり、この時期の入浴時に「ありがとう」という言葉を発し、看護師が驚く場面があった。

ハンドマッサージによる触れる—触れられるというやり取りは、言葉を用いないコミュニケーションであり、A氏と看護師との関係を深めるきっかけになったハンドマッサージを繰り返し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た。強度行動障害を伴った自閉症患者との関わりは困難だが、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。

上記報告をすると他院の看護師からマッサージに関する質問がいくつか寄せられた。どの質問の背景にも他院にも同様な患者がおり、関わりが困難でケアやコミュニケーションをどのように行うのかを悩んでいるとのことであった。一般的には強度行動障害を持つ患者や自閉症患者へは新しい遊びやケアを取り入れることは環境の変化につながり受け入れることが難しい。しかし、その困難さを抱えたままでは患者と医療者の距離をつくり、なかなか親密性や安心感を得るような関係性を築くことを阻害する要素となっているとも考える。今回、本研究で良い結果がみられたため、他院でも同様な症状がある患者にマッサージを取り入れると話す病院関係者がいた。本研究の成果が他の患者にも実施されるのだと考えると喜ばしい限りであった。関わりが困難な患者であっても、対象にとってより安心できるケアや安全な療養環境づくりを考えて実践していくことが大切だと学んだ。

今回の学会参加や発表を通して、新たに学んだことをスタッフに共有し、患者にとっての安全や、医療者との関係性をよりよいものを目指していくことが必要だと考えた。学会に参加し他院、他部門との関わりから今後につながる知見を得ることができた。今回の学びを日々の看護やケアを考え、実践していく。

第58回 全国自治体病院学会に参加して

看護部 小 川 恵 美

令和元年10月24日、25日に徳島県で行われた第58回全国自治体病院学会に参加しましたので報告します。

今回「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」の演題で、付き添い家族が入院環境に対して、不便や負担、不安に思っていることに関してアンケート調査を実施、その結果を踏まえ検討したことを発表しました。

アンケート結果では、付き添い家族の方が食事を用意すること、入浴時間の制限があること、ベッド環境に関して不便があると感じていることがわかりました。

また、看護師の経験度や説明不足により、家族が不安を抱えていたこともわかりました。さらに、慣れな

い環境の中で、看護師に相談したいが頼みにくいなどの不安や負担を抱えていることもわかりました。そのため、家族が不安を生じることのないよう説明する情報をスタッフ間で周知、統一していくことや家族の話を傾聴しどのような援助を必要としているか確認していく必要があると考えました。

他の病院からの意見交換等も行う機会があり、付き添い家族の環境に関しても、他の病院とのシステム自体の違いがあることや処置に関しても様々な方法があることがわかりました。二日間という短い期間ではありましたが、本学会で得た貴重な経験を今後の看護ケアに生かしていければと考えております。

第58回 全国自治体病院学会に参加して

薬剤科 宮 下 大 輔

2019年10月24・25日に徳島県で開催された第58回全国自治体病院学会に参加し、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。今回の学会のテーマは「医療の源流と新時代の潮流」であり、鳴門の渦潮にちなんだ医療に対する大きな時代の見直しの必要性について考えることでした。現在、人口の減少と高齢化、診療科や医師の地域偏在、また働き方改革による影響など、自治体病院を取り巻く環境も厳しくなっています。今回、特別講演の1つに、地域社会を守るために自治体病院が出来ることについて発表があり、地域住民に必要とされる病院作りを実践することが重要であると思いました。

薬剤分科会のテーマは、「地域医療連携において自治

体病院薬剤師が担うべき役割」であり、病診薬連携の重要性と対応について、その1つにお薬手帳等を用いた退院時の院外への薬剤情報提供があり、今後の薬剤師業務を行う上で参考になりました。

私は、「UGT1A1遺伝子多型を有する患者へのイリノテカン（以下、CPT-11）投与における副作用の実態調査と課題」を演題テーマとし、CPT-11の安全性について発表しました。CPT-11投与における好中球減少や下痢などの有害反応は遺伝子多型の影響を受けやすく、注意深く観察し、患者個々の状態を踏まえた上で投与量を設定する必要があることを報告しました。

私が今まで参加した多くの学会は、薬剤師が主体で

あり、今回、医師や看護師など他職種も多く参加する学会での発表を経験したことで、自信が付いたと同時に薬剤師の職能を幅広くアピールできたと感じました。今回の経験を生かして他職種との医療連携に努め

ていきたいと考えています。

この度は、貴重な機会をいただきましたことに感謝いたします。

第58回 全国自治体病院学会に参加して

中央検査科 畑 山 明 美

2019年10月24、25日に徳島市で開催されました第58回全国自治体病院学会に参加しましたので報告します。

学会テーマは、「医療の源流と新時代の潮流」でした。

徳島は太平洋、紀伊水道、播磨灘の3つの海と、日本三大河川の1つ四国三郎・吉野川などの川に囲まれている地域です。また、徳島では潮干狩りや釣り、鳴門の渦潮の情報源として「潮見表」が生活に浸透しているそうです。「潮の流れ」と同様に医療を取り巻く新時代の流れを見極めようというテーマで、数多くの講演や演題が発表されておりました。

私の演題発表では「採血室における合併症チェックシートの運用状況と集計データからの検討」をテーマに5分ほどお話しさせていただきました。中央採血室では採血に起因する神経損傷疑い事例を事後に検証する目的で合併症チェックシートを作成しており、その頻度と、詳細に関して検討を行い、報告しました。頻度は全採血患者数の0.007%、約1万4000人に1人の割合でした。日本臨床検査標準協議会発行の標準採血法ガイドラインによると、「神経損傷の頻度は1万から10万回の穿刺で1回」とあり、この範囲内でした。チェックシートの集計からは女性に多い傾向（男性6対女

性10）がみられました。ビリビリや熱い感じ、冷たい感じといった感覚異常は14件、動かしづらいといった運動異常が1件、その両方が1件でした。また、「いつ症状が発生したか？」の問いには、針が刺さった瞬間7件、採血途中3件、採血終了後5件と抜針後にも多い傾向が明らかとなり、想定外でした。採血途中のしびれや痛みの質問には反射的に「無い」と答え、抜針後に一息ついたところで、違和感に気づくのではと考察します。

今回検討した16件はいずれも重篤な後遺症には至らず、自然軽快されました。今後も患者情報の集積や、適切な患者指導で、安全な採血検査を続けていくことが重要であると考えています。発表後のディスカッションでは、他施設から「当院でも導入を検討しており参考にしたい」「どのタイミングでチェックシートを作成するのか」「チェックシート導入にあたって苦労したことはあるか」などの質問をいただきました。聴衆からのポジティブな反応があったことは大変喜ばしいことでした。

最後になりましたが、このような機会を与えていただいた関係の皆様に関心より感謝申し上げます。ありがとうございました。

第58回 全国自治体病院学会に参加して

医療安全管理課 GSM 石 井 良 直

令和元年10月に徳島市にて開催された自治体病院学会に参加した。「医療事故調査制度に基づき報告した3事例を振り返って」の題目で発表させて頂いた。3年前の同学会で1例報告を行い、医療事故調査制度に基づく当院からの報告が3例となったため再度発表した次第である。

再発防止策として3事例共通に挙げた点は、個々の病態に応じたインフォームドコンセントを充実させること、医療チームとしての連携を深める点であり、今後の改善に期待したい。センターからの報告では、2018年12月までに病床数400床以上の病院から医療事故報告が未だない施設は63%にのぼり、また北海道

からの報告は65件であり、当院の3件の報告は多いといえる。再発防止に向けた検討を綿密に行うことが組織全体の医療安全の醸成や発展に寄与するものと思われ、本制度への報告は、医療の信頼を取り戻すプロフェッショナル・オートノミーとしても重要と考える。

学会期間中はあいにく雨のことが多かったが、会場は熱気にあふれていた。当院からの演題発表も、看護師3題、薬剤師1題、放射線技師1題、臨床検査技師1題、臨床工学技士1題とあり、どの演題も堂々とした発表であり、各部門においての日々の仕事に対する責任感や誇りを感じ取ることができ、とても頼もしく感じた。

Medical essay

対面？ WEB？？

Covid-19の流行に伴い、コミュニケーションのあり方も変わってきている。

インターネットを通じれば、世界中どこにいる相手とでも顔を見ながら会話ができる時代だ。以前からそういった環境は既に出来ていたのだが、今までのあり方を簡単に変えることが出来ず、結局は顔をつきあわせてのコミュニケーションが主流であったのだと思う。

それをたった一つの感染症の流行があつという間に変えてしまった。今までの普通が出来ない時代。便利な世の中、様々なツールを利用して新たな環境に移行していく時代の最中と思われる。

相手がアメリカにいようがイギリスにいようが、ブラジルにいようが…Zoomで同時に顔を合わせて飲み会を開くことも出来る。わざわざ東京や大阪に行かなくても、学会に参加することが出来る。すごく便利で快適な世の中になったが、何かが物足りない。

直接会って会話をする。言葉がなくても伝わるコミュニケーションもある。そのような交流は画面から伝わってくる映像、電話口で聞こえてくる音ではまかないきれない物があると思う。新しい生活様式への変化を受け入れつつ、以前のコミュニケーションをどのように取り入れていくのか。変わりゆく時代の中で、自分の考え方も変えていきながらよりよいコミュニケーションを取っていきたい。

(H.A.)

「AI超え」の1手

人工知能（AI）は、21世紀に入り、急速な進歩を遂げ、我々の生活になくてはならない技術となっている。医療の分野も例外ではなく、次々と新たな技術が開発されおり、特に画像診断領域では人間の処理能力を凌ぐソフトウェアも現れた。

AIは、何万人の検査を読影しても疲れを知らず、微細な変化を捉えられ、時に1mmの脳動脈瘤も簡単に見つけてしまう。将来的には人間と取って代わるのではないかと予想されるくらいである。人間の職業を脅かす程進歩したAIであるが、エンターテインメントの世界でユニークな活用がたくさん見受けられてもいる。

一例として、将棋というゲームのインターネット中継にAIの予想を組み入れて放送されるようになった。

将棋は、我々素人がプロの指し手を予想することは至難の業であり、勝負が決着するまでに12時間以上かかることもあり、およそ中継に向かないゲームであった。同じような駒が並んでいて、どちらが勝っているのかわかりづらいゲームである将棋において、この数値化の貢献は将棋中継に革命をもたらし、「観る将」なる新たなファン層が生まれた。10の60乗ともいわれる膨大な変化を、AIはその場面々々で有利、不利を数字で評価してくれるので、あたかも競馬の直線勝負、サスペンス映画のどんでん返しのようなスリリングな展開を演出してくれるのである。

反面あまりにも強くなりすぎたため、人間の指す将棋に意味がなくなるのではないかと囁かれていたのだが、今年一人のプロが「AI超え」の1手を指し話題となった。

そのプロが考慮した時間わずか23分で指した1手は、4億場面を10分ほどで計算し、その正解率は90%以上の性能を有するAIが、通常以上の6億場面まで計算数を増やさなければ発見できないならいほどの指し手であったのだ。

当時のテレビ、新聞でも取り上げられたこの話題は、あたかもAIの判断を神のごとく崇めていた風潮を打ち破ってくれた痛快事であり、人間の思考の奥深さ、感性、直感の偉大さとともに、AIの現在の限界点を示したと思う。人間がAIに取って代わられると危惧するよりも、人間にしかできないことを磨き、共存していく時代の流れを感じた。

その流れに乗って、私も、もう少し将棋が強くなればよいなと考えるのであった。

(Y.H.)

ICBMセミナー ～臨床研究検討会～(令和元年度)

最近のアトピー性皮膚炎治療

アトピー性皮膚炎にはバリア機能異常、痒み、Th2型アレルギー炎症の三つの因子が深く関わり、これらが互いに影響を及ぼしながら慢性の皮膚炎が生じる。アトピー性皮膚炎治療では、慢性化した皮膚炎を強い痒みのため掻き壊し、その結果さらに皮膚炎が悪化するという悪循環を断ち切る必要がある。治療の基本薬は保湿剤、外用ステロイド薬、外用カルシニューリン拮抗薬、抗ヒスタミン薬などであるが、難治性の症例では短期間のステロイドやシクロスポリン内服、紫外線療法なども併用される。これら標準的治療でも十分な効果が得られない場合に対して、現在アトピー性皮膚炎でも生物学的製剤による治療が導入されている。

デュピルマブはインターロイキン4受容体 α サブユニットに結合する抗体製剤で、インターロイキン4と13の作用を抑えることによりアレルギー炎症の改善効果をもたらす。治療の適応要件は重症度が中等症以上で、直近6か月間の抗炎症外用薬では十分な効果が得られない、または副作用などのためこれらの外用剤による治療が継続できず、かつIGA3（中等症）以上、EASI（Eczema Area and Severity Index）16以上、BSA 10%以上をみたす場合である。当院でデュピルマブ治療を行った18人（男15、女3）においても、EASI、TARC（Thymus and activation regulated chemokine）、IgEそれぞれの平均は21.8、19740 pg/ml、5456 IU/mlとその多くが重症例であった。治療効果は高く、シクロスポリンを内服していてもTARC高値を示すような患者でも劇的な臨床症状の改善が得られた。また、TARC、IgEなどのバイオマーカーも速やかな低下がみられた。効果不十分のため治療を中断した症例は1例のみであった。当科の経験でもデュピルマブが難治性アトピー性皮膚炎に対して有用であることが確認された。

（皮膚科 坂井 博之）

免疫チェックポイント阻害薬と内分泌代謝障害 ～注意点と対処方針～

免疫チェックポイント阻害薬は、治験段階から内分泌領域における自己免疫性有害事象多く報告されており、時に内分泌的緊急治療を要することもあり早期発

見・対処が必要である。免疫チェックポイント阻害薬は抗PD-1抗体、抗PD-L1抗体、抗CTLA-4抗体の3系統が現時点で市販されており、悪性黒色腫、非小細胞肺癌、腎細胞癌、ホジキンリンパ腫、切除不能の再発胃癌など各診療科領域での適応がある。内分泌領域における副作用として、1型糖尿病、甲状腺機能異常症、下垂体機能低下症、副甲状腺機能低下症、副腎皮質機能低下症が知られている。

1型糖尿病は抗PD-1抗体による報告が多く、高血糖症状として口渇、多飲・多尿など、慢性的な高血糖として、体重減少、全身倦怠感、意識障害に注意し、定期受診での血糖採血および糖尿病域に至らずとも上昇傾向にも注意をする。甲状腺領域は、甲状腺中毒症、機能低下症報告がある。甲状腺中毒症状として動悸、発汗（特に手掌）、発熱、下痢、振戦に、甲状腺機能低下症では倦怠感、食欲低下、徐脈、体重増加が発生しうる。

定期検査では甲状腺採血を行うが、fT4とTSHが両方低下している場合、下垂体機能低下症の可能性があるため注意する。下垂体機能低下症では抗PD-1抗体・PD-L1抗体ではACTH単独低下が、抗CTLA-4抗体ではTSH低下の併発やゴナドトロピン分泌低下症も知られている。症状として易疲労感、体重減少、血圧低下、精神障害、低血糖、頭痛、視野障害があるが、ACTH、コルチゾールなどは院内測定できずACTH低下による副腎不全は診断が遅れがちになるため、緊急時に疑った場合はホルモン検査を提出してステロイド投与を検討する。副腎皮質機能低下症や副甲状腺機能低下症は報告が少ない。副作用対策・スクリーニングは各診療科でのチェックが必要であるが、内分泌障害は症状が非典型的であることも多く注意を要する。

（代謝内科 永島 優樹）

歯科用インプラント

歯科用インプラント（以下 インプラント）は長年の基礎的、臨床的研究により安定した臨床成績を示しており、歯の欠損症例にとどまらず、顎顔面口腔領域の外傷、奇形、および腫瘍症例などにおいて広く臨床応用されている。近年では、外傷や腫瘍症例におけるインプラントを用いた補綴処置が保険収載され、患者の

QOLを大きく向上させている。令和2年に当院がインプラントシステムを導入したことを幅広く周知してもらうために、インプラント治療の概要について報告した。

インプラント治療は、平成16年2月に「インプラント義歯」として先進医療が開始され、平成24年4月から「広範囲顎骨支持型装置」として保険導入された。保険医療としての適応基準は、高度の顎骨欠損、すなわち悪性腫瘍、良性腫瘍、嚢胞、外傷などによって顎の1/3以上と高度に骨がなくなった場合や、多数の先天性歯牙欠如症の場合である。当科では良性腫瘍や悪性腫瘍術後における咬合再建が必要な症例において、積極的に導入しようと考えている。

今回われわれは、当院でインプラントを導入したことに伴い、インプラント治療の概要について説明した。今後インプラント治療を補綴処置の選択肢の1つとして、積極的に提供していきたいと考えている。

(歯科口腔外科 柴山 尚大)

急性冠症候群 (Acute Coronary Syndrome : ACS) の初期対応

我が国において、急性冠症候群 (ACS) ガイドライン2018年改訂版が発行されたことから、特に初療医の先生に向けて初期対応のポイントを概説した。

来院後10分以内に12誘導心電図でST上昇か否かを判断し、ST上昇型心筋梗塞 (STEMI) であれば、ただちに再灌流療法を施行する。STEMIの治療では、発症から再灌流までの総虚血時間をいかに短くするかが重要であり、治療目標は発症から120分以内の再灌流達成である。また、経皮的冠動脈インターベンション (PCI) をfirst medical contactから遅くとも90分以内に施行することが重要である。さらに、再灌流療法を実施できない施設にSTEMI患者が受診した際には、施設の滞在時間 (door-in-door-out time) 30分以内をめざすことが求められる。ACSの診断におけるバイオマーカーとしてはトロポニンが推奨されているが、従来のCK-MBよりコストが高く、時系列に複数回測定するにはまだまだ問題点があると考えられる。

ACS、特にSTEMIは早期に診断して治療開始することが求められるが、心電図診断は発症早期ほど難しく、採血結果を待たずに循環器医に相談することが肝要である。

(循環器内科 石井 良直)

放射線治療における口腔管理

頭頸部放射線治療患者において、治療中に口腔内合併症 (粘膜炎、味覚障害、唾液分泌低下、嚥下機能の低下、組織壊死、二次がん) が出現し、それはしばしば患者のQOLを低下させ、場合によっては治療を中断させてしまうこともある。そこで放射線治療中のQOLの維持、治療完遂のサポートとして口腔内合併症の減少及び局所の症状緩和が必要である。また、放射線の晩期障害の予防・リスク軽減から、放射線治療開始からのリスク管理、治療終了後の長期的な歯科サポートも必要である。

頭頸部放射線治療に伴う急性障害として、放射線性口腔粘膜炎、放射線性口腔乾燥症、口腔内感染症、味覚障害があげられる。これらの急性障害を軽減させるために主に3つのことを行っている。1.放射線治療用マウスピースの作製。放射線治療用マウスピースは周囲健全組織への余分な照射を回避、歯科金属による散乱線から粘膜を保護、照射中の位置固定の確実化を目的としている。マウスピースを装着することにより舌と上顎とのスペースを確保できる。2.IMRT (強度変調放射線治療) の使用。IMRTは複数のビームを組み合わせ、照射する放射線に強弱をつけることで病変に放射線を集中させ、周囲の正常組織への余分な照射を極力減らす方法である。IMRTの使用により正常組織への線量低減ができる。3.放射線治療開始前、治療中、治療後の口腔管理。特に放射線治療中は口腔粘膜炎の対処法が大事である。口腔粘膜炎に対し、口腔清掃保持、口腔内保湿、疼痛コントロールを患者に応じて行う。2018年より放射線治療に伴う口腔粘膜炎で生じる疼痛を緩和する口腔粘膜保護材「エピシル」が登場し、疼痛コントロールの補助として期待されている。

今後も頭頸部放射線治療中のQOLの維持、治療完遂を目標に患者に応じて口腔管理を行っていく必要があると考えられる。

(放射線治療科 志摩 朋香)

腹臥位胸腔鏡腹腔鏡下胸部食道亜全摘術の初期成績

近年、食道癌 (食道胃接合部癌) に対し、腹臥位胸腔鏡腹腔鏡下胸部食道亜全摘術が施行されることが増えてきている。当科でも2017年より、腹臥位胸腔鏡腹腔鏡下胸部食道亜全摘術を導入したので、その手術成績ならびに術後の短期成績について検討した。

症例は2017年1月より2019年11月までに当院にお

いて、腹臥位胸腔鏡腹腔鏡下胸部食道亜全摘術を施行した6例である。手術方法だが、胸部操作は腹臥位で、腹部操作は碎石位にて行った。また、再建方法は全胸骨後胃管再建で、吻合方法はOverlap5例、機能的端々吻合1例で行い、郭清度はすべてD2で施行した。

症例の内訳は男性4例、女性2例、年齢の中央値は65歳4ヶ月、BMIの平均値は18.2、局在は中部胸部食道3例、上部胸部食道1例、腹部食道1例、食道胃接合部1例であった。術前診断はcStageⅠが2例、cStageⅡが3例、cStageⅢが1例であった。手術成績としては、平均手術時間407分、平均出血量178ml、平均リンパ節郭清個数は25.3個であった。また、術中偶発症・開腹移行例を認めなかった。

術後経過は良好で、食事開始は術後7.5日、術後在院日数は29日という平均値であった。CD分類Ⅲa以上の合併症は吻合部狭窄1例、膿胸1例のみであった。鏡視下手術の利点としては、手術創が非常に小さく、術後疼痛が減少しそれにより術後ADLの低下や合併症の減少が認められることである。特に術後肺炎の割合は開胸開腹で34%であったのに対し、鏡視下手術では12%であったとの報告もされている。また、開胸開腹よりも正確で精密な視野確保が可能であり、より安全な手術操作による合併症の減少が見込まれるだけでなく、根治性を損なわない手術も可能であると思われる。結果として入院期間が有意に短縮したという報告もなされている。

当院の腹臥位胸腔鏡腹腔鏡下胸部食道亜全摘術は、既報告例と比較しても良好で安全に導入できたと考えられ、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と考ええる。

(外科 岡崎 遼)

当科で診断した肺胞出血85例の検証

【目的】肺胞出血は時に急激な転機を辿る疾患で、原因疾患も様々である。当科における肺胞出血症例85例を検討し、その特徴から肺胞出血を考慮すべき点について検討した。

【方法】2006年1月から2019年4月までの13年4か月で経験した85例の肺胞出血例の特徴を検討した。診断は、1.血痰、咳、発熱、呼吸困難のいずれかの症状または酸素飽和度の低下が認められる、2.胸部X線またはCTスキャンで浸潤影またはすりガラス影が認められる、3.気管支肺胞洗浄で血性回収液が認められる、ま

たは病理解剖でびまん性の肺胞出血が認められる、の3点を満たしたものを肺胞出血とした。

【結果】臨床症状として血痰を呈する症例は39%だった。危険因子としては、抗血小板薬や抗凝固薬等の抗血栓薬を内服している症例が39例と45%程度を占めていた。聴診所見の記載があるものが82例で、捻髪音が44% (36/82例)、水泡音38% (31/82例)、双方聴取する症例は13% (11/82例) だった。画像所見上は汎小葉性のすりガラス影を優位に呈する症例が69%、浸潤影を優位に呈する症例が31%で、両側に陰影を呈する症例が85%、片側が15%だった。

【結論】当科で診断した肺胞出血例では血痰を伴わない症例が多く、半数近くは抗血栓薬を内服していた。また、聴診上は捻髪音に近い割合で水泡音を認めた。画像上は両側のすりガラス影或いは浸潤影をきたす症例が多かった。

(呼吸器内科 棟方 奈菜)

貧血を契機に診断された、潰瘍性大腸炎を背景とした第13因子欠乏症

【症例】37歳、男性

【主訴】全身倦怠感

【現病歴】X年8月上旬より全身倦怠感やめまいを自覚されたため、同年11月に前医を受診されたところ血液検査でヘモグロビン5.7g/dLと著明な貧血が認められた。貧血の精査加療目的に11月5日に当科入院となった。

【既往歴】特記事項なし

【家族歴】兄、姉が血小板無力症

【臨床経過】入院時の一般的な凝固線溶検査では異常所見が認められず、当初は対症的に赤血球輸血、血小板輸血を行った。後日第13因子活性の低下が判明し第13因子欠乏症と判断した。また、入院後から下血が認められたため大腸内視鏡検査を施行し、潰瘍性大腸炎の診断となった。第13因子の補充に加え、潰瘍性大腸炎に対してはメサラジン製剤の投与を開始したところ下血の改善を認めたため退院とした。

【考察】第13因子欠乏症は一般的に行われる凝固線溶検査では異常所見を認めないことが多く、診断が困難であることも多い。

本症例でも第13因子活性の低下以外には明らかな異常所見を認めず、また、血小板無力症の家族歴を有することから当初は診断に苦慮した。また、第13因子

欠乏症の後天的な原因には悪性腫瘍や播種性血管内凝固症候群、炎症性腸疾患等があげられる。潰瘍性大腸炎の重症度と第13因子活性が相関するという報告がかなり以前からされており、本症例ではクロスミキシング試験の結果からインヒビターの存在を否定的と考えたため潰瘍性大腸炎を背景とした第13因子欠乏症と判断した。

【結語】 出血傾向を有する患者で一般的な凝固線溶検査で異常所見を認めない場合には第13因子欠乏症を考慮する必要がある。

(血液内科 宮下 直樹)

ガイドラインに基づいた薬剤性消化管出血診療

消化管障害をきたす薬剤には、NSAIDsや抗血栓薬、ステロイドなどが挙げられる。NSAIDsは、高齢化に伴う運動器・疼痛性疾患の増加から服用者が増加している。また、当院では歴史的に循環器疾患の患者が多いこともあり、抗凝固薬による薬剤性消化管出血を経験することも多い。今回、NSAIDsや抗凝固薬による薬剤性消化管出血診療についてガイドライン（消化性潰瘍診療ガイドライン 2015）に基づいて紹介する。

NSAIDs潰瘍は、アラキドン酸カスケードを介した粘膜障害や抗血小板作用が原因で発生し、胃において10～15%、十二指腸において3%発生し、消化管出血の頻度は約1%である。非アスピリンNSAIDsでは投与3か月以内の潰瘍発生リスクが高く、NSAIDs潰瘍の特徴として出血や狭窄などの合併症を有することが多いが、自覚症状がないことが多い。そのため、NSAIDs服用者には内視鏡検査や貧血のモニタリングなど潰瘍発症に注意が必要である。

代表的な抗凝固薬であるDOACによる消化管出血は、直接的な消化管障害作用はなく薬剤の消化管停留による局所的な抗凝固作用にその他の消化管障害が加わり発生する。抗凝固薬に関連した消化管出血の危険因子としては、①高容量のDOAC、②抗血小板薬やNSAIDs・ステロイドの併用、③75歳以上、④慢性腎臓病合併、⑤ヘリコバクターピロリ感染、⑥消化管病変の既往、⑦ワルファリン投与患者の低いTTR（PT-INRが至適治療範囲内に達成されている期間）が挙げられる。

薬剤性消化管障害への対処法としては、NSAIDsを処方する際には潰瘍および消化管出血のリスク低下のためにP-CAB、PPIの併用が推奨されている。抗凝固

薬を処方する際にも、リスクが高い場合にはP-CAB、PPIの併用を検討する必要がある。

(消化器内科 岩間 琢哉)

左室後乳頭筋から発生した乳頭状弾性線維腫の1例

【背景】 原発性心臓腫瘍は全剖検例の0.0017-0.02%と稀であり、そのうち70%が良性腫瘍とされる。乳頭状弾性線維腫は粘液腫、脂肪腫に次いで多く、良性腫瘍の10%以下である。その発生部位は弁組織に由来するものが大多数を占め、左室内発生のは珍しい。

【症例】 80代女性。来院1か月前に歩行時胸部圧迫感を自覚し受診。聴診上2LSBを最大とするLevine II/VIの収縮期雑音を聴取し、心臓超音波検査にて軽度の僧帽弁逆流と左室後乳頭筋に付着する2.5cm大、ひも状で可動性のある左室腫瘤を認めた。以上より乳頭状弾性線維腫を疑い手術の方針とした。

【手術】 硬性鏡を併用し、superior transseptal approachにて経僧帽弁的に施行。術中所見では、腫瘍は有茎性で後乳頭筋に付着していた。肉眼的に腫瘍の断端は残さず切除した。後乳頭筋はわずかに切除したのみであり乳頭筋の修復は行わなかった。腫瘍の表面は細かい粒状で、水に浮かべるとイソギンチャク様を呈しており、肉眼的に乳頭状弾性線維腫と判断した。また、病理所見でも同様の診断であった。術後心雑音は消失し、心臓超音波検査上、僧帽弁逆流の増加も認めなかった。経過良好につき術後22日目に自宅退院。

【考察】 乳頭状弾性線維腫の約85%が弁組織由来であるとされており、本症例の様な乳頭筋発生のもや左室自由壁から発生するものは文献上少ない。治療は外科的切除が基本であり、腫瘍の位置により経左室的、経大動脈弁的、経僧帽弁的アプローチがある。本症例では経僧帽弁的に行い硬性鏡も併用することで良好な視野を得た。

【結語】 左室後乳頭筋から発生する乳頭状弾性線維腫の稀な1例を経験したので文献的考察を加えて報告する。

(胸部外科 古川夕里香)

最近の緑内障手術

緑内障手術の目的は眼圧を下げることです。眼圧は眼内で作成される房水の循環によって制御されています。房水は、毛様突起で産生され水晶体の全面を通り、瞳孔から前房へ移動し隅角から繊維紐柱帯を通過

し、シュレム管に入り集合管を通り眼外に抜けてゆきます。隅角には開放隅角と閉塞隅角があり、開放隅角では隅角の構造を観察することができますが、閉塞隅角では観察できません。

今までの代表的な緑内障手術は、レーザー手術を含め5つの方法があります。その中でも繊維柱帯切開術は、開放隅角の症例で隅角の繊維柱帯を切開し、前房とシュレム管を直接交通させる術式です。従来の方法では、眼の外から強膜を切開し、眼内のシュレム管を切開しました。最近では、白内障手術の際に白内障の手術創部を利用して眼内のシュレム管を切開したり、シュレム管にステントを挿入する方法が行われております。これらの手術は、緑内障を合併した白内障で開放隅角の症例に適応があります。隅角を直接切開する手術は、角膜上に隅角鏡を置いて隅角を観察しながら特殊なフックで繊維柱帯を切開します。隅角鏡とフックは昨年購入し、手術可能となっています。隅角に挿入するステントの代表が、iStentです。この手術も隅角鏡を角膜上に置いて隅角を観察しながらアーチの部分をシュレム管に挿入し、シュノーケルの部分が見えるように調整します。iStentはチタン製で、通常のMRI撮影は可能です。当院におけるiStent使用の施設基準は昨年度申請済みで、iStent使用のための講習会は先週受講済みです。今後症例を選んで隅角繊維柱帯切開の方から施行する予定です。

(眼科 菅野 晴美)

当院神経内科の現況と展望

当院神経内科は2019年7月に常勤医が着任し、「市立病院」として市民がまずアクセスする病院で「脳神経を診る」診療科のゲートキーパーであることを目標に置いている。現在の新患内訳としては、脳血管障害(17%)、振戦などの不随意運動(12%)、認知症(12%)が多く、次いで頭痛・末梢神経疾患・腫瘍・髄膜炎等の炎症性疾患・頸椎疾患・筋疾患・自律神経疾患・てんかんなど多岐にわたる。

神経内科診療において緊急性の高い疾患は脳血管障害であるが、超急性期脳梗塞(発症4.5時間以内)であれば、tissue plasminogen activator (tPA) による血栓溶解療法がガイドラインでも推奨されており、適切な症例選択と実施が重要なため今後の体制整備が急務である。

また、近年では血管内治療についてもデバイスの進

歩とエビデンスの集積がみられ、tPA単独では再開通困難であった症例でも治療選択域が広がりつつある。

適切な脳卒中診療を実践していくためには、「断らない救急」を目指した診療体制の充実のほか、患者データベースの整備や、発症時間・治療開始時間など適切な指標を用いた医療の質の計量化とそれに基づくタイムロスの短縮などが重要である。

今後は、神経救急診療体制の拡充、脳ドックなどを通じた予防的医療・検査枠の拡充、市民への周知・啓発のほか、認知症に対する「物忘れ外来」の設置なども計画している。

(神経内科 片山 隆行)

甲状腺疾患 最近の治療について

バセドウ病、甲状腺腫瘍について、最新のガイドラインより検査、治療のポイントをまとめた。バセドウ病は甲状腺疾患診断ガイドライン2013の診断基準を満たした症例は全例治療の対象であり、妊娠4週0日～15週6日の患者を除き内服加療が第一選択となる。メチマゾール(MMI)とプロピルチオウラシル(PTU)間で最終的な治療効果に有意差は認めないが、MMIの方がPTUに比べ甲状腺ホルモン正常化が早く達成できる。また、初期投与量は副作用の点からMMI15mg/日が望ましい。薬物療法以外では、手術療法や内照射があるが、いずれも薬物療法が困難な場合などに限られ、第一選択にはならない。

甲状腺腫瘍はエコーで癌と診断されるのは全体の2.6-8.3%であり、癌のうち約90%が乳頭癌である。乳頭癌は進行が緩徐であり、長径10mm未満の癌は治療してもその後の生存率に統計学的な差を認めないことから、治療対象は10mm以上とすべきである。また、同様の理由で10mm未満の腫瘍の針生検も行うべきではなく、10mm以上となるまで経過観察することが望ましい。また画像検査においてはエコーが最も優れており、TIRADS (Thyroid Imaging Reporting and Data System) の4a,4b,4c,5を悪性と診断した場合、感度99%、特異度74%と報告されている。CTやMRI、FDG-PETなどは存在診断や周囲の臓器との関係性は診断できるが、甲状腺腫瘍そのものの質的診断には不適切である。

(耳鼻咽喉科 杉浦 文康)

風評被害に負けない！ 新型コロナウイルスの基礎知識

2019年12月に中国湖北省武漢市で発生した、新型コロナウイルス（2019nCoV）感染症について概説した。中国武漢市で発生した同感染症は、数週間で中国全土を席卷し、世界各国で発生が認められるようになった。

WHOは2020年1月31日に「国際的に懸念される公衆衛生上の緊急事態」（PHIEC）を宣言し、これを受け、日本でも指定感染症への指定が前倒しされた。

現在までの知見では、死亡率は2-3%と高くはないが、急速に感染が拡大し、世界的な流行につながる危険がある。発表日時点では旭川市での発生は認めていないが、道内ではすでに数例の発生を認めており、今後の発生に注意が必要と考えられる。感染対策についても説明した。

（小児科 中嶋 雅秀）

Point-of-care 肺超音波

Point-of-care ultrasound（POCUS）は系統的超音波検査と異なり、目的を絞って短時間で検査・診断・処置を行える点が特徴である。POCUSは様々な領域で利用されており、呼吸器疾患に対するpoint-of-care肺超音波も普及してきている。肺は空気を含んでおり他の臓器のように実質を映し出すことができないため、肺超音波検査では様々なアーチファクトを利用して診断する。肺超音波の基本は、胸膜ラインの成り立ちを理解することである。超音波は音響インピーダンスの差が大きい部分で反射するため、音響インピーダンスの非常に小さな空気と他の組織の境目においてほぼ全ての超音波が反射する。臓側胸膜直下にある肺胞組織の含気が強反射体となり、臓側胸膜が高輝度に描出されたものが胸膜ラインと考えたとよい。肺胞より深部には超音波が到達しないため、胸膜ラインより深部の画像はアーチファクトである。気胸の場合は壁側胸膜と空気の境目で超音波が反射するため、壁側胸膜が高輝度に描出される。代表的な肺超音波所見を以下に示す。
Lung sliding：胸膜ラインの呼吸に同調するスライド
Lung comet：胸膜ラインから短く伸びる高輝度線
Lung pulse：胸膜ラインの心拍動に伴う振動
Seashore sign：Mモードで胸膜ラインを境に海と砂浜が描出される所見
B-line：胸膜ラインから画面深部まで伸びる高輝度線
A-line：胸膜ラインの多重反射

Curtain sign：吸気時に胸膜アーチファクトにより実質臓器が覆われる所見

Point-of-care 肺超音波では、気胸、肺水腫、肺炎、無気肺、胸水、血胸、肺挫傷、皮下気腫などを迅速に診断できる。X線やCT検査より簡便に、繰り返し施行できることもPOCUSの利点である。また、ドレナージなどの処置にもPOCUSは利用される。穿刺部位の血管の確認や、超音波ガイド下手技により合併症のリスクを軽減することができ医療安全の面からも有用である。POCUSによる診断や処置には、施行者の技術や知識に加え、超音波診断装置の性能も欠かすことができない重要な要素である。

（救急診療科 丹保亜希仁）

デキストロメトルファン中毒によりカタトニアを呈した1症例

気分高揚感や精神的苦痛からの逃避を求めて、鎮咳薬であるデキストロメトルファン（市販名：メジコン）乱用の報告が若者を中心に増えている。それに伴い、デキストロメトルファンの過量服薬により、カタトニアを呈したという症例が少数ではあるが散見されるようになった。今回、当科においてデキストロメトルファンの過量服薬によりカタトニアを呈し、透析が有効であった症例を経験したので報告した。

症例は10代女性、自閉スペクトラム症の診断で当科に通院していた。インターネットで購入したデキストロメトルファン170錠（2550mg：致死量600mg）を過量服薬し、もうろう状態となり搬送された。興奮し奇声をあげ、発汗、発熱、頻脈、瞳孔散大、眼球ミオクローヌス、運動失調、横紋筋融解症を認め、中毒症状とセロトニン症候群を呈した。補液治療を行い、第1～2病日にかけて意識障害は改善したものの、第3病日からカタレプシーが加わり、意識障害が再燃し、尿量低下、頻脈が悪化したため、第6病日から透析が導入され、その結果、カタトニア症状が消退した。

これまでの報告では、デキストロメトルファンの有する複数の薬理学的特性から、カタトニアだけではなく、自律神経症状や横紋筋融解症などを伴い複雑な臨床像を呈することが指摘されている。今回の症例は透析によって症状が劇的に改善された。カタトニアの治療では、ベンゾジアゼピン系薬剤や電気けいれん療法が推奨されているが、薬剤性の場合には透析がきわめて有効であると考えられた。臨床現場でカタトニアを

診た場合には、その原因を丁寧に検索して、病態に合わせた治療を行う必要がある。

(精神神経科 花香 真宣)

集中治療における鎮痛・せん妄へのアプローチについて：改訂版 成人ICU患者の疼痛、不穏およびせん妄の管理に関する臨床ガイドライン（J-PADガイドライン）より

改訂版成人ICU患者の疼痛、不穏およびせん妄の管理に関する臨床ガイドライン（J-PADガイドライン）より、集中治療における鎮痛・せん妄についてまとめた。

鎮静薬使用の要点は、人工呼吸期間・ICU入室期間の改善を目的に浅い鎮静深度でおこなうこと、鎮静は毎日中断すること、ベンゾジアゼピン系鎮静薬の使用を最小限にすること、の3点である。ICU入室期間・人工呼吸期間・せん妄などの短期的アウトカムの改善の観点から、重症内科系・緊急外科系術後のICU患者における各種RCTにおいて、有意性が示されており、ベンゾジアゼピン系鎮静薬（ミダゾラムやロラゼパム）ではなく非ベンゾジアゼピン系鎮静薬（プロポフォールやデクスメトミジン）の使用が推奨される。各種RCTでのプロポフォールとデクスメトミジンの比較では、せん妄発生率はデクスメトミジンがプロポフォールより多く、コミュニケーション可否はデクスメトミジンがプロポフォールより適しており、深い鎮静の必要時にはデクスメトミジンは薬効薬理より不適である点から、両薬剤とも使用の適材局面が違うため甲乙付けがたい。

また、せん妄患者で人工呼吸器離脱の妨げとなっている不穏症状に対しては、人工呼吸期間、ICU入室期間の短縮や死亡率の低下と関連がないというRCTの結果より、デクスメトミジンの推奨を検討されている。なお、呼吸器離脱の妨げとなっていない非不穏状態の患者での有用性は現時点ではガイドラインでは明確な結論を出していない。

ICUにおける鎮痛管理について、オピオイドは鎮痛管理の主力であり続けているが、副作用である鎮静作用・せん妄・呼吸抑制・イレウス・免疫抑制に注意が必要である。オピオイドの使用節減と術後鎮痛とリハビリ最適化による多角的な鎮痛をガイドラインでは推奨している。安静時疼痛と処置時疼痛について、それぞれ概説し、また補助的非オピオイド薬使用について、

アセトアミノフェン、ケタミン、リドカイン、神経障害性疼痛治療薬、非ステロイド性鎮痛薬それぞれの各論について解説を行った。

(麻酔科 佐藤 慧)

ゆく人 くる人 もどる人

邦人の海外旅行者数は年間1800万人程度で推移している一方、訪日外国人は2003年以来のビジット・ジャパン・キャンペーンにより増加傾向にあり、2018年には3000万人を超えた。外国人労働者の増加に伴い、在留外国人も増加の一途を辿っており、外国人や海外旅行者と診療の場で遭遇する機会は増加している。

2015年から2019年までの5年間に総合内科を受診した海外渡航関連の患者74人（日本人41人、外国人33人）について検討した。その中で、渡航予定の日本人（23人）を「ゆく人」、外国人旅行者（14人）を「くる人」、海外旅行からの帰国邦人（14人）や海外居住の邦人（4人）、本国に帰国する可能性のある在留外国人（19人）を「もどる人」と定義した。

「ゆく人」の渡航先・目的は様々だが受診目的のほとんどはトラベラーズワクチン接種であった。渡航先や滞在期間などによって推奨されるワクチンは異なるが、FORTHをはじめ様々なサイトで検索することが可能である。またこの際に麻疹や風疹など不足している定期接種のキャッチアップを勧めることが肝要である。「くる人」の出身国はアジア諸国が大半を占め、受診理由のほとんどは邦人と同様のcommon diseasesであった。問題になるのはコミュニケーションの手段や医療費の回収である。アジア人が多いため英語だけでは不十分であり、近年は医療通訳サービスや翻訳アプリなども活用される機会があるが、今のところ当院では前者には使い勝手に難があり、後者は精度の問題が残る。「もどる人」では主に国内に常在しない感染症が過剰に懸念されがちであるが、実際のところそのような疾患は少なく、わずかに1例細菌性赤痢の症例を経験したに過ぎなかった。むしろインフルエンザのように本邦とは流行時期の異なるcommon diseasesや海外で開始されたワクチンを継続するのに本邦では国際標準と異なるなどの問題があった。

このように海外旅行関連や外国人の診療は非日常的な経験であるために戸惑うことも多いが、情報収集やコミュニケーションのためのツールが存在することをあらかじめ知っておくこと、また稀な疾患より当然な

からcommon diseasesの対応が中心になることを忘れずにいることが肝要である。

(総合内科 鈴木 聡)

メイロン1Lはいけません！

造影剤腎症 (Contrast induced nephropathy; CIN - 造影後急性腎障害 PC-AKI) の発症のリスク因子は検査前の腎機能障害の存在である。CINの発症は患者の生命予後やQOLに影響するため、造影CTの際はCINの発症予防に留意すべきである。

腎機能低下症例に対して造影CTを施行するにあたっては、CINの予防を行わなければならない。本邦の「腎障害患者におけるヨード造影剤使用に関するガイドライン2018」では、有効性のある方法として、生理

食塩液輸液が推奨されている。外来検査などで造影検査前に十分時間がとれない、輸液負荷が不可能な場合などには、1.26%炭酸水素ナトリウム液の輸液による方法が記載されている。

炭酸水素ナトリウム液の輸液による代替法を施行するにあたり、1.26%ではなく、8.4%濃度の炭酸水素ナトリウム液 (メイロン) を都合1L投与する医療事故による死亡報告があった。当該事故は心疾患、抗凝固療法などの患者背景があったが、CIN予防をするに当たり留意すべき事例であった。その概略を呈示すると同時に、CIN予防に関しての有効かつ安全な施行法を供覧する。

(放射線科 花輪 真)

Medical essay

ゲノム医療～大腸癌の抗がん剤～

最近の大腸癌の化学療法について少し書いてみます。

進行した大腸癌に対する化学療法は、1990年代では5FUの時代と言われており生存期間は12ヶ月程度 (1年) でした。2000年に入り新規薬剤の追加とともに生存期間は延長し、現在は30ヶ月 (2年半) 期待できるようになりました。少し専門的になりますが、標準治療は殺細胞性抗がん剤と分子標的薬 (近年いろいろな分野で使われるようになった〇〇mab製剤) の併用療法です。1次治療、2次治療で殺細胞性抗がん剤2種類の柱となる治療薬が用いられ、加える形で分子標的薬を併用することで有効性を高めています。

消化器癌におけるゲノム医療が最も進んでいる分野は大腸癌で、2018年8月RAS・BRAF遺伝子変異と呼ばれる遺伝子検索が組織腫瘍を用いることで可能となりました (現在は血液検査でも測定可能となっています)。RAS遺伝子に変異がある場合は、先で述べた分子標的薬が効きにくいことがわかっており、遺伝子変異の有無の検索は抗がん剤のレジメン選択に不可欠となっています。またもう一方のBRAF遺伝子に変異がある場合は、予後が不良であることもわかっています。

1次治療、2次治療が耐性となった後の治療 (後方治療) について、現在2種類の治療薬が確立しています。しかしながら、奏功率は1%～2%の腫瘍縮小効果となり生存期間の延長は満足できるものではありません。そのため後方治療をしながら、さらなる治療を目指し、マイクロサテライト不安定性 (MSI) が高頻度に認められないかさらに遺伝子検索を加えます。

このMSIが高頻度に認められた場合をMSI-Highと呼び、新規治療薬の免疫チェックポイント阻害剤の治療対象となります。MSI-Highの大腸癌を含む様々な固形癌に対して本治療薬で劇的な有効性が報告され話題となりました。しかしながら、MSI-Highが認められる大腸癌の割合は約6-8%にとどまり頻度が低いのが難点です。

(Y.I.)

看護研究発表会記録(元年度)

ニュートラルゾーン使用状況の現状分析と問題点の抽出

手術室 ○定岡 瑚都, 幅 かおり
浜村 楓, 中西 香織
飯野ちあき

【はじめに】

ニュートラルゾーン（以下NZとする）とは、鋭利器材を直接受け取るにより切創事故が起きることを予防するための中間受け渡し区域である。針刺し・切創事故は職業感染に繋がる可能性が高く、当院でも切創予防のためNZを使用している。当院でのNZ使用状況の現状分析を行い、問題点とその要因を明らかにした。

【研究対象・方法】

- I. 対象：医師17名，看護師13名
- II. 研究方法：自作式質問紙を用いてNZの使用に関わる要因として考えられる「器材の量」「意識」「手術時間」「経験年数」「コミュニケーション」「NZを置く位置」の6つの項目に対しNZの使用の可否について比較し要因を明らかにした。
- III. 分析：フィッシャーの正確確率検定を用いた。

【結果】

「意識」ではNZの使用の可否について医師の皮切時と術中、「コミュニケーション」ではNZの使用の可否について看護師の閉創時、医師の皮切時と術中、「NZを置く位置」ではNZの使用の可否について医師の閉創時有意差が認められた。

【考察】

「意識」「NZを置く位置」「コミュニケーション」でNZの使用の可否について有意差が認められ、NZの使用にこれらが影響することが示された。「意識」では看護師は安全に配慮しながら鋭利器材を取り扱うためNZへの意識が高いが、医師は手術内容がメインとなるためNZに対する意識が薄れていると示唆される。

「NZを置く位置」では手術開始前に共通認識としてNZの位置を確認しておらず、看護師・医師間で認識の違いが影響していると示唆された。「コミュニケーション」では双方向にNZの使用を認識されたとき、NZを使用できているといえる。NZへの意識が低い場合やNZを置く位置を決めていない状況でも、コミュニケー

ションを強化することでNZを使用することが可能だと示唆される。

【結論】

- I. NZの使用には「意識」「NZを置く位置」「コミュニケーション」が影響している。
- II. コミュニケーションを取ることでNZへの意識が低い場合やNZの置く位置を決めていない状況でも使用頻度を高めることができる。

精神科急性期病棟における内服管理能力判断シートの有用性の検討

北1階 ○山田 愛未, 赤澤 優弥
豊嶋 瞬, 福本きよみ

【はじめに】

昨今、入院医療中心から地域生活中心へという理念が示され、できる限り長く地域で生活できるような対応が取られている。自宅で長く生活するためには適切な内服管理が必要と考えられる。当院では内服管理能力判断シートを使用し、内服薬の管理方法のアセスメントをしている。しかし精神科病棟では適応されていず、全ての患者で看護師管理が現状である。そこで当院精神科病棟において内服管理能力判断シートを使用し、その有用性を検証したので報告する。

【方法】

当院の内服管理能力判断シートを用いて、当病棟入院中の患者について評価し、内服自己管理を継続出来た患者を単純集計し有用か否かを判断する。

【結果・考察】

3ヶ月の研究期間で当病棟に入院した患者105名中、認知症、過量服薬や希死念慮の既往のある患者、入院時に隔離や拘束といった行動制限のある患者を除外すると対象者は67名であった。1週間以上の入院期間を経て、状態が落ちついて退院時まで誤薬なく内服できた自己管理可能と判断された患者は2名であった。

今回の検討において、内服自己管理ができたのは67名中2名であり、当院の内服管理能力判断シートは有用ではなかったと考える。当院精神科病棟における課題や問題点を明確にし、内服管理能力判断シートを改良していくことが必要である。精神疾患を抱える患者が自宅や地域で長く生活できるようにするためには、

確実な内服治療が不可欠である。そのため、患者自身が主体的に薬物療法に参加できるように、入院時から退院後の生活を見据え、早期から適切な服薬管理に向けた関わりが重要である。一方、研究を行う課程で、当院精神科病棟看護師において、患者の病気や服薬に対する理解度、あるいは自発的な服薬行動を把握し判断する能力の個人差が見られることが判明した。統一された判断基準がもてるようカンファレンスの徹底も必要といえる。

地域包括ケア病棟スタッフの退院支援に関する意識調査～患者の生活を見据えた退院支援～

東7階 ○西塚 由起, 増山 知子
水沢 幸枝, 里吉 祐子

【はじめに】

入院期間が短くなっている現在、早期から生活の場に戻ることを意識して、適切な医療を行うことがとても重要である。2012年には地域包括ケアシステムという概念が登場し、老いて障害があっても住み慣れた地域で最期まで暮らし続けるシステムの構築を目指している。より良い退院支援を行うには、退院後の生活を見据えた目標を共有できることが望ましいと考える。そこで、現状把握と課題を明確にすることを目的として、実際に病棟看護師が退院後の生活をイメージし、日々の退院支援を行っているのかを明らかにしたいと考え、調査を行った。

【研究の対象・方法】

地域包括ケア病棟に勤務する看護師12名に独自のインタビューガイドに沿って、半構造化インタビューを行い、その内容をカテゴリー化した。

【倫理的配慮】

研究の目的・方法を書面、口頭で個別に説明し、同意書への署名をもって同意を得た。

【結果・考察】

退院時の目標設定を行う際に、患者・家族の思いに沿いつつも、日々の関わりの中から、現状のADLと目標にズレがないかを考え、話し合いを行っていることがわかった。しかしながら、設定した目標を達成できないまま、退院支援が終了し、患者が退院する時点で全ての看護師が不安を感じていた。退院後の患者の生活を24時間通してイメージすることは難しいが、ある程度は生活場面でイメージをしている結果が得られた。退院後の生活を24時間でイメージすることができ

れば、不安に感じている項目について入院中に話し合いや検討を重ね、より良い退院支援に繋がると考えられる。

【結論】

1. 病棟看護師の退院支援に関する意識は、以下であった。
 - ・目標設定時には、患者、家族の思いに沿うことを意識していた。
 - ・動作や介護面に重点をおいた目標設定を意識していた。
 - ・全看護師が患者の退院に対して何らかの不安を感じていた。
 - ・24時間軸での生活のイメージはしにくい、場面ではイメージをしていた。
2. 患者の生活を24時間軸で考え、退院後の生活を想定した退院支援を行うことが今後の課題である。

退院指導に対する看護師の意識変化

～腹部ステントグラフト内挿術後パンフレット導入と勉強会を実施して～

西4階 ○宮崎 友里, 竹田 翔哉
矢田 由美, 大住 円
多田 啓子

【はじめに】

退院後の自己管理を充足するにあたり、患者指導を行うためには看護師の指導能力を高めることが必要となってくる。当科では開腹・開胸術後の患者へ資料を用いて統一した指導が行われている。しかし、近年増加傾向にあるステントグラフト内挿術後の患者では退院指導が確立されていない。これを一例に挙げ、パンフレット作成や勉強会を行うことにより退院指導に対する看護師のどのような意識変化があったか検証したい。

【方法】

病棟看護師20名に対し、ステントグラフト内挿術後の退院指導についてパンフレットを作成、勉強会前後でアンケートを実施し意識調査を行う。

【結果・考察】

パンフレット作成前アンケートの結果、ステントグラフト内挿術後の患者に対して退院指導を実施している看護師は約20%と少数であった。しかし、退院指導を行っていなかった看護師の中でも、その必要性を感じていない看護師はほとんどいなかった。未実施の要

因として、治療法や日常生活の注意点に関する看護師の知識不足や指導時間の不足を感じていた。ステントグラフト内挿術後の患者は在院期間が短いため、いつ、どのような方法で退院指導を行えば良いのかわからない、といった現状があったのではないかと考えた。

指導時期の明確化のため退院指導日の設定、知識不足を補うために勉強会の実施、指導時間の短縮のためにパンフレットの作成を行った。その結果、勉強会やパンフレット作成を行ったことで、ほとんどの看護師が意識して自発的に指導しようと思うようになり、意識の変化がみられた。今回の研究期間では退院指導の実施件数が少ないため、今後実際に指導を行い使用しているパンフレットの評価や更新を続けていくことが必要であると考えられる。

【結論】

- ・勉強会実施とパンフレット導入は、退院指導をするためのツールとして有効な手段である。
- ・学習機会を増やすことで意識や知識が高まり、退院指導に対する意識変化が見られた。

間欠自己導尿施行者の災害に対する意識調査

第1外来 ○伊藤久美子, 福原 千尋
平澤 彩, 近藤 美紀
増田 千絵

【はじめに】

北海道胆振東部地震を経て、自己導尿患者への防災指導の必要性を感じた。防災意識や防災行動について調査し、今後の自己導尿指導の課題を明らかにする。

【方法】

間欠自己導尿を行っている患者に質問紙調査を行った。研究期間は令和元年5月から7月、得られたデータは防災意識尺度全国平均と比較し、防災行動の有無、内容を把握し、それら行動別に防災意識を比較検討した。

【結果】

調査票は52名に配付し、そのうち調査項目全てに回答のあった32名を分析対象とし、有効回答率は62%であった。

年齢については60歳以上が94%を占めた。自己導尿経験年数は、5年未満が18名、10年以上が13名であった。防災対策について、対策をしているが9名であった。停電と断水が続いた状況を想定した質問では、

(1) 断水時、尿量が増えてしまうので飲水を制限して

も良いと答えたのは14名であった。

- (2) カテーテルがあまり残っていないため、回数を減らすのは仕方が無いと答えたのは13名であった。
- (3) 暗くてよく見えないため、回数を減らすのは仕方が無いと答えたのは8名であった。
- (4) 水がなくて洗えないので、回数を減らすのは仕方が無いと答えたのは13名であった。防災意識尺度の平均値は75.4点であった。

【考察】

対象者の防災意識尺度の平均点は、防災意識尺度の平均値50点に比べ高かった。その要因は、対象者の多くが60歳以上の高齢者であるためと考える。

防災意識尺度の点数別に自己導尿経験年数の平均値を出したところ、経験年数の短い方が防災意識が高い結果となった。調査結果から、防災意識が高く防災対策を取っていても、防災についての正しい知識が身についていないということが明らかになった。

【結論】

1. 間欠自己導尿患者の防災意識は高い傾向にある。
2. 高齢で間欠自己導尿の経験年数の短い人は防災意識が高い傾向にある。
3. QアンドA方式の指導や災害バックの中身を具体的に説明するなどの方法で、間欠自己導尿の原理や必要性について高齢者にもわかりやすく説明する必要がある。

虚血性心疾患患者の生活習慣と看護師指導の関連性

東5階 ○北川 愛, 石本 奈巳
塩入 清絵, 竹本久美子
森川 友美

【はじめに】

経皮的冠動脈インターベンション（PCI）は身体的侵襲が少ないため患者は疾患を軽くとらえがちで、生活習慣改善の動機づけが低いと感ずることがある。虚血性心疾患の再発予防と予後改善のため患者には生活習慣の改善や薬物療法の遵守を含めた自己管理が求められる。

当科では退院指導の一環として、病態ならびに生活習慣上の注意点につき看護師が指導している。しかし、振り返りは行っておらず疾患にかなった療養生活が送れているのか疑問を抱いた。看護師の指導がどの程度理解され、行動変容に繋がっているのか、またどのような関わりを持つことが良いのか調べてみることにした。

【対象・方法】

対象：PCI 後再評価のために入院してきた患者で自ら返答、記載できる患者

調査方法：量的研究 質問紙調査法

調査期間：H31 年4 月30 日から8 月31 日まで

調査項目：治療回数と合併症の有無。就労の有無、協力者の有無について比較検討生活習慣については指導した内容を3 段階で評価してもらい比較また指導方法による差も比較した。

【結果】

回収された29 名（回収率は69%）、そのうち有効回答100%、男性25 名（86%）、女性4 名（13%）全体の平均年齢は62.1 歳

【考察】

就業の有無による有意差はなかった。社会的役割を持つ患者に対する介入として患者が選択、決定していく関わりをサポートすることが大切と考える。協力者の存在は実践状況に差は認められなかった。患者自身の自己管理能力を高めることが第一選択と考える。初回発症後ほど実践率は高く、看護師の介入は生活習慣の行動変容に影響があると考えられる。

今後の課題としてPCI後の再入院時に生活習慣に関連した行動変容の評価と患者背景を考慮した具体的な療養指導が必要である。

【結論】

- ① 就業や協力者の有無は患者の生活習慣の行動変容には影響がない。
- ② 初回発症時の看護師の介入は生活習慣の行動変容に影響がある。
- ③ 良好な生活習慣を継続するためには患者背景をアセスメントし具体的な方法を提示する必要がある。
- ④ 再入院時には定期的な評価とフィードバックが必要。

当院のアピアランスケアの実態と今後の課題

西6階 ○須田結梨佳、金澤 絵美
川村つぐみ、宮崎 真実
小田 浩美

【はじめに】

アピアランスケアとは、医学的整容的心理社会的支援を用いて外見の変化を補完し、外見の変化に起因するがん患者の苦痛を軽減するケアである。がん治療に

伴い、外見の変化やボディイメージの変化があり、患者の大きな悩みや不安となっている。

外見ケアについて患者から詳しく知りたいという意見が多くある。アピアランスケアについて院内全体ではどのようなになっているのか現状を知りたいと思った。

【方法】

当院の看護スタッフに対してアピアランスケアの実態を調査するため質問紙法を行った。得られた結果を集計し、アピアランスケアの実態と現状を分析した。

【結果】

アピアランスケアについて関心はあるものの、認知度は低く、実際に介入出来ている看護師は少なかった。

患者への適切な説明が困難な場面に遭遇している看護師も多かった。

【考察】

アピアランスケアは外見変化に起因するがん患者の苦痛を軽減し、その人らしい生活を送ることが出来るようにするために重要である。患者からアピアランスケアについて詳しく知りたいという要望があっても適切な返答ができなかったという意見や介入の適切な時期が難しいという意見があった。

適切に情報を提供できるよう援助していかなければならないと考えている看護師も多い。患者に寄り添い、悩みの本質が何であるのかを把握し見極めていく必要がある。

当院ではアピアランスケア外来が開設され、外見ケアが身近なものになることが予測される。認定看護師と連携を図り、知識を深め、院内に広めていく必要がある。

【結論】

- ① アピアランスケアに対する関心は高かったが、言葉の認知度の低さや知識不足であることから対応が困難な場面に遭遇するという現状が多いということがわかり、今後は認定看護師に依頼し一任するのではなく、認定看護師との連携をとりながらアピアランスケアについての知識向上を図っていく必要があると考える。
- ② 看護師として患者に寄り添い、患者の悩みの本質が何であるのかを把握し介入時期を見極めていく必要がある。

化学療法、放射線治療を受けている患者の口腔ケアに関する意識調査

西7階 ○杉畑ますみ, 大熊 麻美
武田 志織, 吉岡 ルミ
曳地 光恵

【はじめに】

化学療法の合併症である口腔粘膜障害は疼痛による苦痛、嚥下困難などを引き起こす。当院では含嗽をメインとしたパンフレットを使用し指導を行っているが、実施状況は把握できていない。口腔ケア管理が重要視されているいま、患者が口腔ケアの必要性や症状が治療の影響であることをどの程度理解されているのか現状を知り、今後の課題を考える。

【方法】

口内炎を引き起こすことが報告されている抗がん剤（代謝拮抗薬、抗腫瘍性抗生物質、アルキル化薬、植物性アルカロイド）を使用した患者に独自のアンケートを行った。結果を単純集計し、患者が口腔ケアの必要性や治療での副作用を理解しているか、現状を分析した。

【結果】

対象者は16名で、初回のパンフレットの説明で15人の患者は口腔ケアが重要と回答し、口腔粘膜症状をイメージできた患者は12人いた。また、治療後に口腔粘膜障害が出現し苦痛と感じていた患者は12名いた。口腔内症状について必要としている情報は、出現する症状、治療期間、症状に合わせたケアが上位を占めていた。毎日口腔内を観察していた患者は半数であった。

【考察】

治療前のパンフレット説明で、口腔ケアの重要性や口腔粘膜症状をイメージできた患者は多いが、口腔内の観察をしている患者は半数だった。アンケートの結果で口腔ケアの重要性を感じている患者が多くを占めており、今後も日々の観察を基本とした口腔ケアの実施が重要であることを理解してもらい、口腔ケアへの関心を高め、維持してもらう働きかけが必要であることが分かった。

また、治療による口腔粘膜症状をイメージすることで心構えもできると思われるので、患者が必要としている情報やケアの方法などをパンフレットに追加し、内容の充実を図る必要性が示唆された。さらに、日々変化していく口腔内の状況を把握し、症状に合わせたケア方法の指導や実践が必要不可欠となる。

指導方法に関するマニュアルを整備し、スタッフ間で統一した指導を行えるよう、口腔ケアの手順を示したフローシートの作成などを検討する。

看取りの近いがん患者の家族が安心できるケアを目指して～看取りのパンフレットの活用の実態と課題～

東3階 ○木村 梨乃, 高野友美子
今井亜由美, 岸田ゆかり
櫛引由美子

【はじめに】

看取りの患者・家族のコミュニケーションを助けるツールとして2年前から「これからの過ごし方」というパンフレットを導入した。しかし、十分に活用できず家族ケアに後悔したという意見も聞かれたため活用の実態を明らかにし、課題を見つける。

【方法】

質問紙調査。研究対象はA病棟勤務看護師33名。研究方法、目的を文書で説明し、データ収集期間は平成31年4月から令和元年5月までとした。

【結果】

アンケート集計数は33名中32名、回収率は97%だった。看取りが近いがん患者の家族と関わることに困難さを感じている看護師は96%であった。

パンフレットの有用性を「知っている」が31%、「知らない」が68%であった。パンフレットは62%が「説明したことがない」と回答。その理由として、「対象が受け持ち患者でなかった」が50%、次に「渡す時期が正しいのか迷う」が35%、「パンフレットの存在を知らなかった」が25%いた。

パンフレットを説明して感じたことについては、「言葉だけの説明よりパンフレットを用いたほうが家族の理解が得られた」が91%、「家族にわかりやすく説明できた」66%と肯定的な意見があった。

【考察】

看取りが近いがん患者の家族と関わることに不安を抱えている看護師が多いことが明らかとなった。パンフレットの説明したことがない理由としては、パンフレットの有用性や存在を知らなかったり、受け持ち患者ではなかったことや渡す時期に迷ったためなどが明らかとなった。

例会で説明はしたが、周知が不十分なことがわかり、再度例会や勉強会でパンフレットの活用方法や有用性について説明していく必要があると考えた。説明した

ことがある看護師からは肯定的な意見が聞かれ、家族ケア向上の一つのツールとしてパンフレットの有用性が当病棟でも証明できた。

患者の状態や家族の希望、不安などを情報共有しパンフレットを渡す必要性があるのか、渡すタイミングはいつにするかなどチームカンファレンスを行い家族が安心できるケアに繋げていく。

排痰介助の定着化を目指して ～手順書の作成と導入～

ICU ○石河 稚菜, 富澤奈津希
菅野 祐子, 上山 圭子

【はじめに】

当ICUでは、呼吸ケアへの関心が高まってはいるものの、排痰介助の方法には個人差があり、それぞれ手技が異なり経験や感覚で実施している。そして、排痰介助に関するマニュアルは整備されていなかった。

そこで、排痰介助のマニュアルを作成し、排痰介助を実施した後にカンファレンスを行い情報共有する、この一連の流れを手順書にして実施することで、排痰介助が定着できるかを検討した。

【方法】

対象はICU在籍中の看護師18名とした。手順書を作成し勉強会を開催した。排痰介助を行った後に定期的にカンファレンスを行い、患者について情報共有した。手順書に沿って3か月間実施後、対象者にアンケートをした。そして、単純集計シグラフにまとめた。

【結果・考察】

排痰介助手順書を用いて勉強会に参加し排痰介助の知識が深まったと回答した者の割合は94%、スクイージングの手技が身についたのは78%、排痰介助のための体交ができたのは67%であった。今回の排痰介助マニュアルを組み入れた手順書の導入で、今までの間違った手技を修正し、正しい知識や効果的な介助の技術を身につけることができたと言える。

カンファレンスを行い排痰介助の理解が深まったのは78%、カンファレンスで情報共有できたのは89%、カンファレンスで得た情報を患者に活かしたのは78%であった。そのため、カンファレンスを行うことで個別的な介助の理解ができ、話し合うことで患者の状態や効果がわかり、次の介助に活かせることができた。

排痰介助の実施回数は手順書導入前と比較して増えたのは72%、手順書を活用できたのは83%、今後もスクイ

ージングや体交ができるのは94%であった。手順書を導入したことで排痰介助の回数が増え、以前よりも意識して介助するようになり今後も継続して行える結果となった。

【結論】

1. 排痰介助手順書を作成し勉強会を行ったことが、正しい排痰介助の知識や手技を獲得することに効果的だった。
2. 排痰介助手順書を導入し、実施した後にカンファレンスで情報共有するという一連の流れが排痰介助の定着化に繋がった。

RALP術前後における尿失禁に対する患者の思いについての調査

西5階 ○近井 真椰, 中村 美農
越江 真紀, 岡 由香理
原井 絵里

【はじめに】

ロボット支援腹腔鏡下根治的前立腺摘除術（以下RALPとする）は、術後合併症として尿失禁をきたす割合が高く、精神的に落ち込む患者もいる。尿失禁に対する介入が重要になると考え、RALP後の尿失禁への思いを把握するためアンケートを実施、調査分析した。

【方法】

2019年5月～9月にRALPを受ける患者10名にアンケートを実施。

【結論】

1. 患者は尿失禁を予測していても、術後に尿失禁が生じたときに初めて自分の問題として捉え、戸惑いや心配が生じる。
2. 術前オリエンテーションに加え、術後の尿失禁に対する具体的な情報提供が必要。
3. 統一された尿失禁ケアプランの確立が必要。

【結果・考察】

アンケート結果より、術前後のアンケートでは全員が術後起こってほしくない合併症として尿失禁をあげ、入院から術後までの状態については、9割がイメージできていると回答。さらに、全員が術後合併症として尿失禁について説明を受け、8割で自身の術後の尿漏れの可能性を予測していた。現行の介入で術後の全体像をイメージすることができていたと考える。

一方で、事前に尿失禁の可能性を理解しているが、

術後6割で実際に尿失禁を生じ、不安・心配を感じている割合が多かった。このことから、症状が実際に生じた時に初めて自分の問題として捉え、戸惑いや心配が生じていると考える。

したがって、術後、尿失禁が生じた場合には、対処行動がとれるよう具体的な介入がより重要となるため、今後は尿失禁出現後の排尿ケアを徹底するための尿失禁プランを検討し、積極的なケアに向け取り組む必要がある。

精神科病棟勤務が看護師の子育てに与える影響

北2階 ○本郷 沙織, 佐藤 朋枝
伊藤 香菜, 大西かおり

【はじめに】

近年、総合病院精神科病棟に多様な患者が入院するようになり看護師の役割が、患者の内面により関心を向け、気持ちにこれまで以上に寄り添う看護が求められるようになってきている。神経症圏患者や思春期患者については、生育歴や発達歴を詳細に聴取することが必要なため、患者が幼少期から親子関係にさまざまな問題を抱えて成長してきたことを知る機会も多くなった。

そのため、実際に当病棟の看護師からも、自分の子どもとの関わりを振り返る機会となり、考えさせられるという言葉が聞かれている。そこで、看護師が精神科での経験を通じてどのようなことを感じ、実際の子育てにどのような影響を与えているのかを明らかにしたいと考え、子育てについてのインタビューを行い質

的な分析を試みた。

【方法】

当病棟で働く子育て経験のある看護師を対象とし、属性をアンケート用紙に記入し、面接は個室で15分程度の半構成的面接を実施した。インタビュー内容を逐語録におこしコード化し、カテゴリーを作成した。

【結果】

86のコードが抽出され14のサブカテゴリー、6のカテゴリーが抽出され、精神科病棟に勤務することが子育てに与える影響は【子どもの主体性の尊重】【安心感・安全感的提供】【敏感で応答的な関わり】【成長過程における関係性に着目】【相談できる相手の存在】【患者と子どもとを比較】が抽出された。

【考察・結論】

患者と接することで、看護師は生育歴の大切さを実感しながら、自分自身の《子育てを振り返る》機会が増え、これまで気に留めていなかった子どもの言動や自分の態度に対して立ち止まって考え、子どもとの関わり方を変化させている。

具体的には子どもの主体性を尊重したり、子どもに対して敏感に反応し、応えようとする力を身につけたり、安心感・安全感的提供していくよう行動するということである。

本研究により、精神科看護と子育ての多くの共通点を見いだすことができ、看護から子育てへ、子育てから看護へ多くの学びや意義を付与することができるということが明らかとなった。

Medical essay

世界の格言

- 私達はいわば二回この世に生まれる。
一回目は存在するために、二回目は生きるために。(ルソー)
- 生きるとは呼吸することではない。行動することだ。(ルソー)
- 人生は全て次の二つから成り立っている。
したいけど、できない。できるけど、したくない。(ゲーテ)
- 自分自身を信じてみるだけでいい。
きっと、生きる道が見えてくる。(ゲーテ)
- われわれは現在だけを耐え忍べばよい。過去にも未来にも苦しむ必要はない。
過去はもう存在しないし、未来はまだ存在していないのだから。(アラン)
- 乗りかけた船には、ためらわず乗ってしまえ。(ツルゲーネフ)

世の中には幸も不幸もない。ただ、考え方でどうにもなるのだ。(シェイクスピア)

人生は学校である。そこでは幸福より不幸の方が良い教師である。(フリーチェ)

寒さにふるえた者ほど太陽を暖かく感じる。人生の悩みをくぐった者ほど生命の尊さを知る。(ホイットマン)

人間、志を立てるのに遅すぎるということはない。(ボールドウィン)

自分が立っている所を深く掘れ。そこからきつと泉が湧きでる。(ニーチェ)

一見して人生には何の意味もない。しかし一つの意味もないということはある得ない。(アインシュタイン)

人生とは自転車のようなものだ。倒れないようにするには走らなければならない。(アインシュタイン)

いつかできることは、すべて今日でもできる。(モンテーニュ)

一羽のツバメが来ても夏にはならないし、一日で夏になることもない。

このように、一日もしくは短い時間で人は幸福にも幸運にもなりはしない。(アリストテレス)

(Y.M.)

Medical essay

質問の裏に隠された糖尿病患者さんの思い

長いこと糖尿病看護に携わっていると、患者さんとの関わり方を考えさせられる場面に多く出会います。

外来でこんな例がありました。仮にAさんとしましょう。Aさんは超速効型インスリンを1日3回、各食前に自己注射していました。診察時「食欲のない時にインスリン注射はどうしたら良いですか？少なくとも打ったほうが良いですか？」と医師に聞き、医師は「食べない時は打たないか、半分くらい食べられるなら半分の量を打ってください」と答えました。質問に対しては的確な答えを得られたのですが、診察室から出てきたAさんは、何故か物足りなさそうな顔をしていました。外来を出ていくときに「食欲がない時には注射をどうするか悩めますよね」と声を掛けたところ、「そうなんです。親の体調が悪く、心配で食欲がわからないんです」と話し出しました。一頻り話をした後「くよくよしていても仕方がないから、普段通りにやっていきます」とAさんは満足して帰られました。Aさんはインスリン注射をどうするのか聞きたかったのではなく、食欲がわからないその理由を誰かに聞いてほしかっただけだったのです。

また、こんな例もありました。先ほどのAさんと同様、超速効型インスリンを1日3回、各食前に自己注射しているBさんが「食欲のない時にインスリン注射はどうしたら良いですか？少なくとも打ったほうが良いですか？」と医師に聞きました。医師は「食べない時は打たないか、半分くらい食べられるなら半分の量を打ってください」と答えました。診察室から出てきたBさんに「食欲がない時には注射をどうするか悩めますよね」と声を掛けたところ、「そうなんです。でも、自分のやり方（インスリン調整の仕方）が間違っていないくて安心しました」と話され、満足して帰られました。Bさんは自己管理方法のお墨付きをもらいたかったのです。AさんとBさん、質問は同じですが、それぞれの思いは全く違いました。

糖尿病患者さんの療養支援は、その患者さんを知ることから始まります。患者さんが質問してくる意図は、その患者さんに聞いてみないとわかりません。質問に対しての答えを返すだけではなく、その質問の裏に隠された患者さんの思いを引き出し、患者さんに合わせた療養支援をしていきたいものです。

(C.M.)

がん診療連携拠点病院関連研修会【令和元年度】

- ・厚生労働省の開催指針に準拠した緩和ケア研修会（7月28日）2019年度 市立旭川病院 緩和ケア研修会

- ・市民公開講座「アピアランス（外見）ケア講演会」（8月31日）
 - 座長 市立旭川病院 血液内科診療部長 柿木 康孝
 - ・どうしたらいい！？がん治療の副作用による髪とツメと肌と人付き合いの悩み
 - ・患者さんと社会をつなぐ～医療者によるアピアランス（外見）ケア

国立がん研究センター中央病院 アピアランス支援センター長 臨床心理士 心理学博士	野澤 桂子
--	-------

- ・出張ミニセミナー・がん相談会（9月4日）
 - ・ミニセミナー「アピアランス（外見）ケアについて」緩和ケア認定看護師 外川 仁美
 - ・がん相談会がん相談支援センター 相談員 小野寺知美
 - ・ウィッグなどのケア用品の展示・説明

- ・市立旭川病院ELNEC-Jコアカリキュラム看護師教育プログラム（10月19日・10月20日）

講師 道内の緩和ケア認定看護師等

- ・第13回市民公開講座「市立旭川病院 精密治療の最前線」（10月26日）
 - 座長 副院長 斉藤 裕輔
 - ・リンパの漏れ？・・・リンパ瘻治します！放射線科 花輪 真
 - ・ロボット支援手術～5年間の進歩と、新たな術式～泌尿器科 望月 端吾
 - ・胸部外科診療概要～今、当科ではこんなことをやってます～胸部外科 村上 達哉

- ・がん診療連携講演会（11月7日）
 - ・セカンドオピニオンについてがん相談支援センター 相談員 小野寺知美
 - ・「放射線治療」って、こんな感じです。放射線治療科 川島 和之

- ・3病院共同開催（旭川厚生病院主管）第11回道北がん診療連携拠点病院共同開催公開講座（11月23日）

「がん治療最前線」

 - 座長 旭川厚生病院 診療部長 光部兼六郎
 - ・緩和ケアのトリセツ旭川厚生病院 緩和ケア認定看護師 今野なぎさ
 - ・胃がん手術の変遷・開腹手術、腹腔鏡下手術、ロボット支援下手術旭川厚生病院 外科主任部長 柳田 尚之
 - ・知ってほしい“抗がん剤の治療”の基本市立旭川病院 がん専門薬剤師 寺田 和文
 - ・旭川にゲノム検査がやってきた旭川医科大学 内科学講座 講師 田邊 裕貴

令和元年度学会発表ならびに投稿論文

内 科
[学会発表]

- 1) 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
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
(第285回日本内科学会北海道地方会, 2019年2月, 札幌)
- 2) 高カリウム血症に伴う洞不全症候群で意識消失した一例
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17回救急医療症例研究会, 2019年3月, 旭川)
- 3) 冠攣縮によるSTEMIの一例
市立旭川病院・内科
北川 拓, 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17回救急医療症例研究会, 2019年3月, 旭川)
- 4) Clinical Significance of Intraluminal Intensity of Blood Speckle after Revascularization in Acute Myocardial Infarction
市立旭川病院・内科
菅野 貴康, 石井 良直, 北川 拓, 小林 祐也
鈴木 伸穂, 浅野目 晃, 井澤 和真
同 臨床工学室
田中 義範
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83回日本循環器学会学術集会, 2019年3月, 横浜)
- 5) 急性心不全治療に関して
市立旭川病院・内科
井澤 和真, 佐藤 祐樹, 北川 拓, 小林 祐也
井川 貴行, 菅野 貴康, 石井 良直
(心不全治療を考える会 in 旭川, 2019年5月, 旭川)
- 6) 特別講演: 狭心症を見逃さないために～抗凝固療法をからめて～
市立旭川病院・内科
石井 良直
(東予Cardiovascular Meeting, 2019年5月, 新居浜)
- 7) 心筋虚血およびviability評価としての心筋シンチグラフィを中心とした診断の流れ

- 市立旭川病院・内科
菅野 貴康, 石井 良直
(第37回北海道心臓核医学研究会, 2019年6月, 札幌)
- 8) 心不全患者に対するNOACの使用経験
市立旭川病院・内科
小林 祐也, 佐藤 祐樹, 北川 拓, 井川 貴行
井澤 和真, 菅野 貴康, 石井 良直
(Circulation Conference in Asahikawa, 2019年7月, 旭川)
- 9) Tc-PYP/TL Dualシンチを見直す
市立旭川病院・内科
井川 貴行, 佐藤 祐樹, 北川 拓, 小林 祐也
井澤 和真, 菅野 貴康, 石井 良直
(第25回道北循環イメージングセミナー, 2019年7月, 旭川)
- 10) TL/BMIPPdualシンチが有用であった2症例
市立旭川病院・内科
北川 拓, 佐藤 祐樹, 小林 祐也, 井川 貴行
井澤 和真, 菅野 貴康, 石井 良直
(旭川心疾患画像診断セミナー2019, 2019年8月, 旭川)
- 11) 二度の急性心膜炎を契機に冠攣縮性狭心症(CSA)を発症した一例
市立旭川病院・内科
北川 拓, 小林 祐也, 浅野目 晃, 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67回日本心臓病学会学術集会, 2019年9月, 名古屋)
- 12) 冠動脈疾患における血流依存性血管拡張反応(FMD)と冠危険因子の検討
市立旭川病院・内科
小林 祐也, 石井 良直, 北川 拓, 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67回日本心臓病学会学術集会, 2019年9月, 名古屋)
- 13) 当院における負荷心筋血流シンチグラフィの現況～運動負荷の有用性も含めて～
市立旭川病院・内科
小林 祐也, 佐藤 祐樹, 北川 拓, 井川 貴行

- 井澤 和眞, 菅野 貴康, 石井 良直
(Heart Failure Seminar in Asahikawa, 2019年11月, 旭川)
- 14) 冠動脈瘤に攣縮を生じた冠攣縮性狭心症の1例
市立旭川病院・内科
佐藤 祐樹, 石井 良直, 北川 拓, 小林 祐也
井川 貴行, 井澤 和眞, 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122回日本循環器学会北海道地方会, 2019年11月, 札幌)
- 15) PCI急性期&慢性期の抗凝固療法のこれからを考える
市立旭川病院・内科
石井 良直
(旭川AF-PCIカンファレンス, 2019年12月, 旭川)
- 16) 急性心筋梗塞(AMI)再灌流後の冠動脈内血球エコー強度の有用性
市立旭川病院・内科
菅野 貴康, 石井 良直, 井澤 和眞, 井川 貴行
小林 祐也, 北川 拓
同 臨床工学会
田中 義範
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33回日本冠疾患学会学術集会, 2019年12月, 岡山)
- 17) 器質的狭窄合併冠攣縮性狭心症の検討
市立旭川病院・内科
石井 良直, 菅野 貴康, 井澤 和眞, 井川 貴行
小林 祐也, 北川 拓, 佐藤 祐樹
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33回日本冠疾患学会学術集会, 2019年12月, 岡山)
- 18) 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, 江崎 幹宏
(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2回総会, 2019年1月, 東京)
- 19) 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, 大藤さところ, 福島 若葉, 梁井 俊一
林田 真理, 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 索真
進士 明宏, 北村 和哉, 辻川 知之, 山下 真幸
長沼 誠, 櫻井 俊之, 猿田 雅之, 田中 浩紀
本谷 聡, 邊見慎一郎, 宮川 一平, 田中 良哉
日暮 琢磨, 中島 淳, 桐野 洋平, 水木 信
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2回総会, 2019年1月, 東京)
- 20) 炎症性腸疾患における血栓症発症の予防・治療に関する臨床試験
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2回総会, 2019年1月, 東京)
- 21) 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一例
小林 裕, 齊藤 裕輔, 吉田 萌, 杉山 隆治
助川 隆士, 稲場 勇平, 小澤賢一郎, 垂石 正樹
(第285回日本内科学会北海道地方会, 2019年2月, 札幌)
*優秀演題賞受賞
- 22) 潰瘍性大腸炎治療におけるステロイドの位置づけ
市立旭川病院・内科
垂石 正樹
(レクタブル発売1周年記念講演会, 2019年3月, 旭川)
- 23) ESDにて完全切除し得た胃原発炎症性筋線維芽細胞性腫瘍の1例
小林 裕, 吉田 萌, 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118回日本消化器内視鏡学会北海道支部例会,

2019年3月, 札幌)

- 24) The utility of fecal calprotectin as a biomarker for predicting the clinical outcome of granulocyte and monocyte adsorptive apheresis treatment in patients with ulcerative colitis.

Ueno N, Murakami Y, Iwama T, Sasaki T, Kunogi T, Takahashi K, Tanaka K, Ando K, Kashima S, Inaba Y, Moriichi K, Tnabe H, Taruishi M, Fujiya M, Okumura T.

(ECCO2019, 2019年3月, Copenhagen)

- 25) 最新のIBD治療について

市立旭川病院・内科

稲場 勇平

(IBD治療Lecture Meeting, 2019年3月, 旭川)

- 26) 日本消化器病学会 大腸ポリープ診療ガイドラインー2020年改訂版のポイントー

市立旭川病院・内科

稲場 勇平, 斉藤 裕輔

(市立旭川病院病診連携の会, 2019年5月, 旭川)

- 27) 早期大腸癌の診断と治療ー注腸X線検査の有用性を含めて

市立旭川病院・内科

斉藤 裕輔

(第20回長野県大腸疾患研究会, 2019年6月, 松本)

- 28) 早期大腸癌の診断と治療

市立旭川病院・内科

斉藤 裕輔

(第81回八ヶ岳消化器病研究会, 2019年7月, 小諸)

- 29) 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, 江崎 幹宏

(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」令和元年度第1回総会, 2019年7月, 東京)

- 30) 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, 林田 真理, 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, 鎌田 紀子, 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 索真, 進士 明宏, 北村 和哉, 辻川 知之, 山下 真幸, 長沼 誠, 櫻井 俊之, 猿田 雅之, 田中 浩紀, 本谷 聡, 邊見慎一郎, 岸 昌廣, 高津 典孝, 宮川 一平, 田中 良哉, 日暮 琢磨, 中島 淳, 桐野 洋平, 水木 信久, 山田 哲弘, 松岡 克善, 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」令和元年度第1回総会, 2019年7月, 東京)

- 31) 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」令和元年度第1回総会, 2019年7月, 東京)

- 32) 当科で経験した潰瘍性大腸炎に発症したcolitic cancer

寺澤 賢, 稲場 勇平, 池田 淳平, 小林 裕, 杉山 隆治, 助川 隆士, 小澤賢一郎, 垂石 正樹, 斉藤 裕輔

(第119回日本消化器病内視鏡学会北海道支部例会, 2019年9月, 札幌)

- 33) 門脈大循環短絡路血栓後に発症し, 治療し得た, B型肝硬変による肝細胞癌の1例

市立旭川病院・内科

浅沼 翼, 助川 隆士, 池田 淳平, 寺澤 賢, 小林 裕, 杉山 隆治, 稲場 勇平, 小澤賢一郎, 垂石 正樹, 斉藤 裕輔

同 ・放射線科

花輪 真

(第125回日本消化器病学会北海道支部例会, 2019年9月, 札幌)

- 34) 直腸腺腫内癌合併した直腸粘膜脱症候群の1例

市立旭川病院・内科

斉藤 裕輔

(第36回浜名湖胃と腸フォーラム, 2019年9月, 浜松)

- 35) 症例コメンテーター: 胃底腺粘膜型胃癌の1例; 直腸T細胞性リンパ腫の1例; S状結腸腸間膜脂肪織炎との鑑別が困難であった下腸間膜静脈閉塞症の1例

市立旭川病院・内科

斉藤 裕輔

- (第36回浜名湖胃と腸フォーラム, 2019年9月, 浜松)
- 36) 粘膜脱症候群を合併した直腸腺腫内癌の1例
寺澤 賢, 齊藤 裕輔, 池田 淳平, 小林 裕
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
(2019年度旭川医科大学第三内科症例検討会, 2019年9月, 旭川)
- 37) 特異な画像所見を呈した孤発性デスモイド腫瘍の1例
池田 淳平, 小林 裕, 寺澤 賢, 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
(2019年度旭川医科大学第三内科症例検討会, 2019年9月, 旭川)
- 38) ディスカッション: IBDにおける粘膜治癒について
市立旭川病院・内科
稲場 勇平
(Asahikawa IBD Meeting, 2019年11月, 旭川)
- 39) 特異な画像所見を呈した孤発性デスモイド腫瘍の1例
池田 淳平, 齊藤 裕輔, 小林 裕, 寺澤 賢
杉山 隆治, 助川 隆士, 稲場 勇平, 小澤賢一郎
垂石 正樹
(日本内科学会第287回北海道地方会, 2019年11月, 旭川)
- 40) 炎症性腸疾患入院患者における静脈血栓塞栓症の発症頻度: 多施設前向き試験.
市立旭川病院・内科
稲場 勇平
旭川医大・消化器・血液腫瘍制御内科
岩間 琢哉, 安藤 勝祥, 杉山 雄哉, 村上 雄紀
久野木健仁, 佐々木貴弘, 高橋慶太郎, 上野 伸展
嘉島 伸, 盛一健太郎, 田邊 裕貴, 山田 聡
仲瀬 裕志, 藤谷 幹浩, 奥村 利勝
(JDDW2019第61回日本消化器病学会大会, 2019年11月, 神戸)
- 41) 早期大腸癌の診断と治療－鑑別診断を含めて
市立旭川病院・内科
齊藤 裕輔
(令和元年度 熊本県がん検診従事者(機関) 認定協議会 胃がん・大腸がん検診従事者講習会, 2019年11月, 熊本)
- 42) 完全寛解後再燃した後天性血友病A
市立旭川病院・内科
竹村 龍, 高橋 承吾, 下埜 城嗣, 柿木 康孝
(第54回日本血液学会春季北海道地方会, 2019年4月, 札幌)
- 43) 胃MALTリンパ腫寛解後に自己免疫性溶血性貧血を発症しリツキシマブが奏効した1例
市立旭川病院・内科
三輪 翔大, 下埜 城嗣, 宮下 直樹, 関根 隆博
笠原 耕平, 柿木 康孝
(第286回日本内科学会北海道支部主催北海道地方会, 2019年7月, 札幌)
- 44) 急激な経過を辿り生前診断が困難だった未分化大細胞型リンパ腫の1例
市立旭川病院・内科
市川 貴也, 笠原 耕平, 高田 明生, 関根 隆博
宮下 直樹, 柿木 康孝
(第61回日本血液学会秋季北海道地方会, 2019年9月, 札幌)
- 45) CNS relapse alone of a patient with multiple myeloma after achieving sCR following tandem APBSCT
市立旭川病院・内科
笠原 耕平, 関根 隆博, 宮下 直樹, 柿木 康孝
(第81回日本血液学会学術集会, 2019年10月, 東京)
- 46) 消化管病変により大量下血をきたした未分化大細胞型リンパ腫の一部検例
市立旭川病院・内科
市川 貴也, 笠原 耕平, 高田 明生, 関根 隆博
宮下 直樹, 柿木 康孝
(第63回旭川市医師会医学会, 2019年11月, 旭川)
- 47) 当科で診断した肺出血85例の検討
市立旭川病院・内科
棟方 奈菜, 福居 嘉信, 谷野 洋子, 岡本 佳裕
(第118回日本呼吸器学会北海道支部学術集会, 2019年9月, 札幌)
- 48) Myocardial perforation and cardiac tamponade as an early complication of infective endocarditis
General Internal Medicine, Asahikawa City Hospital
Satoshi Suzuki, Keiko Suzuki,
Department of Radiation Medicine, Hokkaido University
Manami Iwasaki
Cardiovascular Surgery, Asahikawa City Hospital
Tatsuya Murakami
(米国内科学会日本支部年次総会・講演会, 2019年6月, 京都)
- 49) ジェネラルマインドは世代間でどう異なるのか～すべての医師にとって“ジェネラルが共通言語になるには”～
福島県立医科大学 白河総合診療アカデミー
東 光久
奈良県立医科大学 地域医療学
赤井 靖宏
八田内科医院
八田 告
市立旭川病院・内科
鈴木 聡

近江八幡市立総合医療センター 腎臓内科

原 将之

(米国内科学会日本支部年次総会・講演会, 2019年6月, 京都)

50) 多彩な症状を呈した自己免疫性疾患を伴う骨髄異形成症候群の1例

市立旭川病院・内科

鈴木 聡, 鈴木 啓子

(日本プライマリ・ケア連合学会北海道ブロック支部第7回地方会, 2019年6月, 札幌)

51) 仙腸関節炎を伴った梨状筋の化膿性筋炎の1例

市立旭川病院・内科

鈴木 聡, 鈴木 啓子

(日本内科学会第286回北海道地方会, 2019年7月, 札幌)

52) 1日前から発熱した65歳男性 賽は投げられた

市立旭川病院・内科

鈴木 聡

(第18回北海道IDATENクリニカルカンファレンス, 2019年7月, 札幌)

53) 耳が痛い話

市立旭川病院・内科

鈴木 聡

(第23回北海道GIMカンファレンス, 2019年10月, 札幌)

54) 誤嚥性肺炎を発症した海外からの旅行者を酸素投与かで帰国させた1例

市立旭川病院・内科

森 海人, 鈴木 聡, 鈴木 啓子

(日本プライマリ・ケア連合学会北海道ブロック支部第7回プライマリ・ケアフォーラム, 2019年11月, 札幌)

[投稿論文]

1) 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

佐々木貴弘, 斉藤 裕輔, 垂石 正樹, 杉山 隆治
助川 隆士, 稲場 勇平, 小澤賢一郎

同 病理診断科

高田 明生

(胃と腸 2019; 53: 1800-1807.)

2) 大腸T1 (SM) 癌に対する内視鏡診療の現状と将来展望

田中 信治, 味岡 洋一, 上野 秀樹, 斉藤 裕輔
(大腸がんperspective 2019; 4: 104-111.)

3) The Incidence and Risk Factors of Venous Thromboembolism in Patients with Inflammatory Bowel Disease: A

Prospective Multicenter Cohort Study.

Ando K, Fujiya M, Nomura Y, Inaba Y,
Sugiyama Y, Kobayashi Y, Iwama T, Ijiri M,
Takahashi K, Ueno N, Kashima S, Moriichi K,
Tanabe H, Mizukami Y, Akasaka K, Fujii S,
Yamada S, Nakase H, Okumura T
(Digestion 2019; 100: 229-237.)

4) 大腸SM癌診療におけるEUS診断のコツ

市立旭川病院・内科

稲場 勇平, 斉藤 裕輔, 小林 裕, 杉山 隆治
助川 隆士, 小澤賢一郎, 垂石 正樹

旭川医大・消化器・血液腫瘍制御内科

藤谷 幹浩, 奥村 利勝

(Gastroenterological Endoscopy 2019; 61: 1145-1157.)

5) 虚血性腸炎

市立旭川病院・内科

斉藤 裕輔

(消化器疾患最新の治療2019-2020 Ⅲ消化管疾患C.
腸, 東京: 南江堂, 2019: 216-218)

6) 序説: 知っておきたい小腸疾患—小腸疾患の鑑別診断

市立旭川病院・内科

斉藤 裕輔

(胃と腸 2019; 54: 437-439.)

7) Autofluorescence Imaging Reflects the Nuclear Enlargement of Tumor Cells as well as the Cell Proliferation Ability and Aberrant Status of the p53, Ki-67, and p16 Genes in Colon Neoplasms.

Moriichi K, Fujiya M, Kobayashi Y, Murakami Y,
Iwama T, Kunogi T, Sasaki T, Ijiri M,
Takahashi K, Tanaka K, Sakatani A, Ando K,
Nomura Y, Ueno N, Kashima S, Ikuta K,
Tanabe H, Mizukami Y, Saitoh Y, Okumura T
(Molecules 2019; 24: pii:E1106)

8) 隆起型早期大腸癌におけるEUS診断

市立旭川病院・内科

斉藤 裕輔, 小林 裕, 稲場 勇平, 吉田 萌
杉山 隆治, 助川 隆士, 小澤賢一郎, 垂石 正樹

旭川医大・消化器・血液腫瘍制御内科

藤谷 幹浩

(胃と腸 2019; 54: 877-888.)

9) Predictors of invasive cancer of large laterally spreading colorectal tumors: A multicenter study in Japan.

Kiyonori Kobayashi, Shinji Tanaka,
Yoshitaka Murakami, Hideki Ishikawa,
Miwa Sada, Shiro Oka, Yutaka Saito,
Hiroyasu Iishi, Shin-ei Kudo, Hiroaki Ikematsu,
Masahiro Igarashi, Yusuke Saitoh, Yuji Inoue,

- Takashi Hisabe, Osamu Tsuruta, Yasushi Sano, Hiroo Yamano, Seiji Shimizu, Naohisa Yahagi, Keiji Matsuda, Hisashi Nakamura, Takahiro Fujii, Kenichi Sugihara
(J Gastroenterol Hepatol open 2019; doi:10.1002/jgh3.12222)
- 10) 十二指腸X線造影－低緊張性十二指腸造影を中心に
市立旭川病院・内科
斉藤 裕輔, 垂石 正樹, 小林 裕, 池田 淳平
寺澤 賢, 杉山 隆治, 助川 隆士, 稲場 勇平
富永 素矢, 小澤賢一郎
旭川医大・消化器・血液腫瘍制御内科
藤谷 幹浩
(胃と腸 2019; 54: 1243-1252.)
- 11) 深達度診断
市立旭川病院・内科
斉藤 裕輔, 小林 裕
(大腸内視鏡診断の基本とコツ 第6章超音波内視鏡診断.東京:羊土社, 2019; 173-181.)
- 12) case 1: 通常観察が有用であった症例
市立旭川病院・内科
斉藤 裕輔,
旭川医大・消化器・血液腫瘍制御内科
藤谷 幹浩
(大腸内視鏡診断の基本とコツ 第8章 case study.東京:羊土社, 2019: 188-193.)
- 13) Part I. The endoscopic diagnosis of colorectal T1 (SM) carcinoma, 1. Conventional colonoscopy including indigo-carmine dye spray.
Yusuke Saitoh, Mikihiro Fujiya.
(Endoscopic management of colorectal T1 (SM) carcinoma 2019; 3-10, Springer, Singapore)
- 14) Part I. The endoscopic diagnosis of colorectal T1 (SM) carcinoma, 5. Endoscopic ultrasonography including high-frequency ultrasound probes.
Yusuke Saitoh, Mikihiro Fujiya.
(Endoscopic management of colorectal T1 (SM) carcinoma Springer, Singapore 2019; 35-44.)
- 15) Useful prognostic tools based on complete blood cell counts in diffuse large B-cell lymphoma.
Joji Shimono, Shogo Takahashi, Ryo Takemura, Yasutaka Kakinoki
(Int J Lab Hematol 2019; 00: 1-8.)
- 16) 入院中または施設入所中の嚥下障害ある患者
市立旭川病院・内科
福居 嘉信
(Modern Physician 2019; 39: 598.)
- 17) 電子カルテ上の診察記事のまとめ方
市立旭川病院・内科
福居 嘉信
(Modern Physician 2019; 39: 696-697.)
- 18) 喘息とCOPDの接点
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 2019; 39: 726-728.)
- 19) Cerebrospinal fluid levels of alpha-synuclein, amyloid β , tau, phosphorylated tau, and neuron-specific enolase in patients with Parkinson's disease, dementia with Lewy bodies or other neurological disorders: Their relationships with cognition and nuclear medicine imaging findings.
市立旭川病院・内科
片山 隆行
旭川医大・第一内科
澤田 潤, 菊地 (竹口) 史織, 鹿野 耕平,
高橋 佳恵, 齋藤 f 司, 長谷部 直幸
旭川医大・放射線科
沖崎 貴琢
(Neuroscience letters, 2020; 715: 134564)

外 科 [学会発表]

- 1) 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
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, 沼田 昭彦,
子野日政昭
(ICBMセミナー～臨床研究検討会 (30年度) ～, 2019年1月, 旭川)
- 2) ペムプロリズマブが有効であった原発不明肺癌の1例
市立旭川病院・外科
福永 亮朗, 笹村 裕二
(第36回日本呼吸器外科学会学術集会, 2019年5月, 大阪)
- 3) 若手外科医からみた教育手術としての腹腔鏡下鼠径ヘルニア根治術 (TAPP) についての考察
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, 沼田 昭彦,
子野日政昭
(第17回日本ヘルニア学会総会, 2019年5月, 四日市)
- 4) 当科における腹腔鏡下鼠径ヘルニア根治術 (TAPP) の教育的意義とAdvance Surgeryを意識した指導方法に

ついでに考察

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17回日本ヘルニア学会総会, 2019年5月, 四日市)

5) TAPP法におけるde novo型鼠径ヘルニアに対するアプローチ方

市立旭川病院・外科

阿部 紘丈, 村上 慶洋, 窪田 武哲, 福永 亮朗
笹村 裕二, 武山 聡, 沼田 昭彦, 子野日政昭
(第17回日本ヘルニア学会総会, 2019年5月, 四日市)

6) 腹腔鏡下手術を行った大網裂孔ヘルニアの4例

市立旭川病院・外科

中條 太郎, 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17回日本ヘルニア学会総会, 2019年5月, 四日市)

7) 大動脈弁狭窄症の精査にて発見された門脈体循環シャントに対し腹腔鏡下にシャント血管離断術を施行した1例

市立旭川病院・外科

岡崎 遼, 村上 慶洋, 山田 徹, 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25回北海道内視鏡外科学研究会, 2019年6月, 帯広)

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115回日本臨床外科学会北海道支部例会, 2019年6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115回日本臨床外科学会北海道支部例会, 2019年6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115回日本臨床外科学会北海道支部例会, 2019年7月, 旭川)

11) 腹腔鏡下に切除し得た小児Meckel憩室の1例

市立旭川病院・外科

岡崎 遼, 村上 慶洋, 山田 徹, 本谷 康二

阿部 紘丈, 武山 聡, 笹村 裕二, 子野日政昭
(HOPES2019, 2019年9月, 札幌)

12) 膿瘍形成を伴う大腸憩室炎に対する保存加療後腹腔鏡下手術の有用性

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
(HOPES2019, 2019年9月, 札幌)

13) 粘液性嚢胞腫瘍との鑑別が困難であった脾内副脾に発生した類表皮嚢胞 (epidermoid cyst) の1例

市立旭川病院・外科

山田 徹, 村上 慶洋, 岡崎 遼, 本谷 康二
阿部 紘丈, 笹村 裕二, 武山 聡, 子野日政昭
(HOPES2019, 2019年9月, 札幌)

14) 結腸癌・直腸癌に同時手術を施行した高度肥満症例に発症した合併症の治療に難渋した1例

市立旭川病院・外科

岡崎 遼, 村上 慶洋, 山田 徹, 本谷 康二
阿部 紘丈, 武山 聡, 笹村 裕二, 子野日政昭
(第21回腫瘍外科症例検討会, 2019年10月, 札幌)

15) 尿管皮膚瘻による内ヘルニアに対し腹腔鏡下ヘルニア門閉鎖術を施行した1例

市立旭川病院・外科

岡崎 遼, 村上 慶洋, 山田 徹, 本谷 康二
阿部 紘丈, 武山 聡, 笹村 裕二, 子野日政昭
(第12回北海道ヘルニアを学ぶ会, 2019年11月, 旭川)

16) 前立腺全摘後の鼠径ヘルニアに対する腹腔鏡下鼠径ヘルニア根治術 (TAPP) -当院32例の検討-

市立旭川病院・外科

山田 徹, 村上 慶洋, 岡崎 遼, 本谷 康二
阿部 紘丈, 武山 聡, 笹村 裕二, 子野日政昭
(第12回北海道ヘルニアを学ぶ会, 2019年11月, 旭川)

17) ブースビデオ：結腸体腔内吻合

市立旭川病院・外科

村上 慶洋

(第32回日本内視鏡外科学会総会, 2019年12月, 横浜)

18) 当院における大腸憩室症に対する治療戦略

市立旭川病院・外科

阿部 紘丈, 村上 慶洋, 岡崎 遼, 山田 徹
笹村 裕二, 武山 聡, 子野日政昭
(第32回日本内視鏡外科学会総会, 2019年12月, 横浜)

19) TAPPにおけるProgrip Laparo Self-Fixtating Mesh展開のコツと教育効果

市立旭川病院・外科

村上 慶洋, 岡崎 遼, 山田 徹, 本谷 康二
阿部 紘丈, 笹村 裕二, 武山 聡, 子野日政昭
(第32回日本内視鏡外科学会総会, 2019年12月, 横浜)

20) Surgical T4b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

本谷 康二, 村上 慶洋, 岡崎 遼, 山田 徹
阿部 紘丈, 笹村 裕二, 武山 聡, 子野日政昭
(第32回日本内視鏡外科学会総会, 2019年12月, 横浜)

[投稿論文]

1) 当院における完全鏡視下幽門側胃切除術の短期成績

市立旭川病院・外科

阿部 紘丈, 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
(旭川市立病院誌 2019; 51: 7-9.)

2) 徒手整復後に腹腔鏡下手術を施行した閉鎖孔ヘルニアの3例

市立旭川病院・外科

宮坂 衛, 村上 慶洋, 阿部 紘丈, 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 2019; 81: 1382-1387.)

3) 特発性食道破裂に対し腹腔鏡下手術を施行した1例

市立旭川病院・外科

植村 慧子, 村上 慶洋, 阿部 紘丈, 福永 亮朗
笹村 裕二, 武山 聡, 子野日政昭

北海道大学病院・消化器外科Ⅱ

平野 聡

(日本消化器外科学会雑誌 2019; 52: 83-88.)

4) 腹腔鏡下で治療しえた小腸型Chilaiditi症候群の1例

市立旭川病院・外科

阿部 紘丈, 村上 慶洋, 窪田 武哲, 本谷 康二
笹村 裕二, 子野日政昭

(日本内視鏡外科学会雑誌 2019; 24: 386-390.)

5) Identifying the Essential Portions of the Skill Acquisition Process Using Item Response Theory.

Pawdel S, Watanabe Y, Kurashima Y, Ito YM,
Murakami Y, Tanaka K, Kawase H, Shichinohe T,
Hirano S

(Journal of Surgical Education 2019; 76: 1101-1106.)

6) Development of a novel training system for laparoscopic inguinal hernia repair.

Pawdel S, Kurashima Y, Kawarada Y,
Murakami Y, Tanaka K, Kawase H, Shichinohe T,
Hirano S

(Minim Invasive Therapy & Allied Technology
2019; 28: 254-260.)

7) Metastatic mixed adenoneuroendocrine carcinoma of the liver successfully resected by hepatic trisectionectomy following chemotherapy: A case report.

Sato O, Tsuchikawa T, Yamada T, Sato D,
Nakanishi Y, Asano T, Noji T, Yo K, Ebihara Y,
Murakami S, Nakamura T, Okamura K,
Shichinohe T, Mitsuhashi T, Hirano S.
(Clinical Case Report 2019; 7: 491-496.)

8) Impact of tumour budding grade in 310 patients who underwent surgical resection for extrahepatic cholangiocarcinoma.

Ogino M, Nakanishi Y, Mitsuhashi T, Hatanaka Y,
Amano T, Marukawa K, Nitta T, Ueno T, Ono M,
Kuwabara S, Yamada T, Hirano S
(Histopathology 2019; 74: 861-872.)

9) Mixed ductal-neuroendocrine carcinoma with unique intraductal growth in the main pancreatic duct.

Hirata K, Kuwatani M, Mitsuhashi T, Sugiura R,
Kato S, Kawakubo K, Yamada T, Asano T,
Hirano S, Sakamoto N
(Endoscopic Ultrasound 2019; 8: 129-130.)

胸部外科

[学会発表]

1) Closing remarks

市立旭川病院・胸部外科

村上 達哉

(VTE Expert Forum in 旭川, 2019年5月, 旭川)

2) 左室後乳頭筋から発生した乳頭状弾性線維腫の1例

市立旭川病院・胸部外科

古川夕里香, 庭野 陽樹, 内藤 祐嗣, 村上 達哉
(第91回北海道シネアンジオ研究会, 2019年6月, 札幌)

3) 胸部大動脈人工血管置換術後perigraft seroma

市立旭川病院・胸部外科

村上 達哉

(第3回北海道心臓・大血管外科手術手技研究会,
2019年6月, 札幌)

4) 大動脈弁置換術後の機械弁温存型基部置換術の検討

市立旭川病院・胸部外科

杉木 宏司, 内藤 祐嗣, 庭野 陽樹, 村上 達哉
(第121回日本循環器学会北海道地方会, 2019年6月,

札幌)

5) 両側大腿動脈瘤に腹部大動脈瘤・腸骨動脈瘤を合併した多発動脈瘤の1例

市立旭川病院・胸部外科

古川夕里香, 庭野 陽樹, 内藤 祐嗣, 村上 達哉
(第39回日本血管外科学会北海道地方会, 2019年9月, 札幌)

6) 左室後乳頭筋から発生した乳頭状弾性線維腫の1例

市立旭川病院・胸部外科

古川夕里香, 庭野 陽樹, 内藤 祐嗣, 村上 達哉
(第109回北海道外科学会, 2019年9月, 札幌)

7) 心タンポナーデで発症し左室仮性瘤を繰り返した僧帽弁感染性心内膜炎の1例

市立旭川病院・胸部外科

庭野 陽樹, 古川夕里香, 内藤 祐嗣, 村上 達哉
KKR札幌医療センター・心臓血管外科
杉木 宏司
(第104回日本胸部外科学会北海道地方会, 2019年9月, 札幌)

8) オーバーラッピング型左室形成術が奏効した若年虚血性心筋症の1例

市立旭川病院・胸部外科

内藤 祐嗣, 庭野 陽樹, 古川夕里香, 村上 達哉
(第104回日本胸部外科学会北海道地方会, 2019年9月, 札幌)

9) DOAC時代における新しいVTE治療

市立旭川病院・胸部外科

村上 達哉
(リクシアナWEB座談会, 2019年10月, 旭川)

10) 大動脈弁置換術後の機械弁温存型基部置換術の検討

市立旭川病院・胸部外科

杉木 宏司, 内藤 祐嗣, 庭野 陽樹, 村上 達哉
(第72回日本胸部外科学会定期学術集会, 2019年11月, 京都)

11) 市立旭川病院におけるがん関連VTE治療の現状

市立旭川病院・胸部外科

村上 達哉
(イグザレルトWEBカンファレンス, 2019年11月, 旭川)

[投稿論文]

1) Mycobacterium mageritenseによるペースメーカーポケット感染の1例

市立旭川病院・胸部外科

奥山 淳, 宮武 司, 新井 洋輔, 内藤 祐嗣, 村上 達哉
(胸部外科 2019; 72: 399-403.)

2) 高齢者の左冠状動脈肺動脈起始症に対する冠状動脈バイパス術

市立旭川病院・胸部外科

須野賢一郎, 杉木 宏司, 内藤 祐嗣, 村上 達哉
(胸部外科 2019; 72: 349-353.)

3) 膝窩動脈瘤に対する外科治療 腹臥位後方到達法での小伏在静脈グラフト使用および内視鏡下大伏在静脈採取の経験

北光記念病院・心臓血管外科

宮武 司

市立旭川病院・胸部外科

内藤 祐嗣, 杉木 宏司, 村上 達哉

国立病院機構北海道医療センター・心臓血管外科

吉本 公洋

北海道立子ども総合医療・療育センター・心臓血管外科

大場 淳一

(日本血管外科学会雑誌 2019; 28: 149-154.)

耳鼻咽喉科

[学会発表]

1) 耳の病気(難聴)

市立旭川病院・耳鼻咽喉科

佐藤 公輝

(旭川シニア大学 講義, 2019年7月, 旭川)

2) 漢方薬が奏功した顔面痛の1例

市立旭川病院・耳鼻咽喉科

佐藤 公輝

(第36回日本東洋医学会北海道支部会学術大会, 2019年10月, 札幌)

3) 難聴患者の諸症状改善に寄与した漢方処方例

市立旭川病院・耳鼻咽喉科

佐藤 公輝

(第35回日本耳鼻咽喉科漢方研究会学術集会, 2019年10月, 東京)

4) 五苓散が著効した夜間頭痛の1症例

市立旭川病院・耳鼻咽喉科

佐藤 公輝, 杉浦 文康, 相澤 寛志

(第220回日本耳鼻咽喉科学会北海道地方部会学術講演会, 2019年10月, 旭川)

[投稿論文]

1) 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

(漢方の最新治療 2019; 28: 191-198.)

小 児 科
[学会発表]

- 1) インヒビター保有血友病A患者に対するエミシズマブの使用経験
市立旭川病院・小児科
中嶋 雅秀, 藤本 隆憲, 古川 卓朗
(ヘムライブラセミナー in 旭川, 2019年3月, 旭川)
- 2) 関節症状を契機に半減期延長製剤による定期補充療法へ移行した血友病B患者 (当科での経験)
市立旭川病院・小児科
中嶋 雅秀, 藤本 隆憲, 古川 卓朗
(血友病セミナー in 旭川, 2019年7月, 旭川)
- 3) 旭川市夜間小児一次救急における経口抗菌薬処方状況
市立旭川病院・小児科 (旭川小児科医会)
中嶋 雅秀
(第46回日本小児臨床薬理学会学術集会, 2019年9月, 札幌)
- 4) 逆行性小腸造影により診断しえたメッケル憩室の1例
市立旭川病院・小児科
藤本 隆憲, 古川 卓朗, 中嶋 雅秀
同 ・内科
杉山 隆治
同 ・外科
村上 慶洋
(第40回道北小児科懇話会, 2019年12月, 旭川)

[投稿論文]

- 1) Long-term outcome of renal function in children after stem cell transplantation measured by estimated glomerular filtration rate.
Ukeba-Terashita Y, Kobayashi R, Hori D, Matsushima S, Sano H, Suzuki D, Nakajima M, Suzuki M, Ueno M, Fujita S, Kobayashi K.
(Pediatr Blood Cancer 2019 Feb;66)

泌尿器科
[学会発表]

- 1) 献腎待機中の腎癌3症例
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4回北海道泌尿器腎代替療法研究会, 2019年1月, 札幌)
- 2) 当院の腎移植成績
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406回日本泌尿器科学会北海道地方会, 2019年1月, 札幌)

- 3) 市立旭川病院におけるロボット支援膀胱全摘術の初期経験
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406回日本泌尿器科学会北海道地方会, 2019年1月, 札幌)
- 4) 当科における進行性前立腺癌に対するホルモン療法について
市立旭川病院・泌尿器科
望月 端吾
(第11回道北泌尿器がんセミナー, 2019年6月, 旭川)
- 5) ロボット支援鏡視下前立腺全摘除術における拡大リンパ節郭清の検討
市立旭川病院・泌尿器科
望月 端吾, 日下部直久, 星 達也
(第408回日本泌尿器科学会北海道地方会, 2019年9月, 旭川)
- 6) 前立腺癌の治療～最新の手術とは
市立旭川病院・泌尿器科
望月 端吾
(旭川泌尿器科がんフォーラム2019 (市民公開講座), 2019年10月, 旭川)
- 7) ロボット支援鏡視下前立腺全摘除術における拡大リンパ節郭清の検討
市立旭川病院・泌尿器科
望月 端吾, 日下部直久, 星 達也
(第33回日本泌尿器内視鏡学会総会, 2019年11月, 京都)

[投稿論文]

- 1) 腎移植後間欠的自己導尿が必要となった弱視患者へのかかわり
市立旭川病院・泌尿器科
藤渡 鷹志, 田邊 起, 安藤 伸, 中川 恵子, 栗栖 幹典, 望月 端吾, 金川 匡一
(日本臨床腎移植学会雑誌 2019 ; 7 : 111-114.)

精神神経科
[学会発表]

- 1) 愛着に問題のある子どもへの対応
市立旭川病院・精神科
武井 明
(興部町思春期保健研修会, 2019年2月, 興部)
- 2) 発達障害と思春期

市立旭川病院・精神科

武井 明

(旭川地域児童デイサービス等連絡協議会研修会,
2019年4月, 旭川)

3) 思春期自閉スペクトラム症の子どもたちが大人になる
道のり

市立旭川病院・精神科

武井 明

(第2回北海道児童思春期精神医学セミナー, 2019年
5月, 札幌)

4) 大人の発達障害

市立旭川病院・精神科

武井 明

(旭川いのちの電話相談員養成公開講座, 2019年6
月, 旭川)

5) 思春期外来を受診する中学生－何で悩み、何で困って
いるのか－

市立旭川病院・精神科

武井 明

(令和元年度町立中学校SOSの出し方教育講演会,
2019年7月, 別海)

6) 思春期外来を受診する高校生－何で悩み、何で困って
いるのか－

市立旭川病院・精神科

武井 明

(令和元年別海高校精神保健講演会, 2019年7月, 別
海)

7) せん妄の診断と治療について

市立旭川病院・精神科

武井 明

(旭川研修医スキルアップセミナー2019, 2019年8
月, 旭川)

8) 性的マイノリティについて－医療の現場から

市立旭川病院・精神科

武井 明

(稚内保健所思春期保健研修会, 2019年9月, 稚内)

9) 発達障害と思春期

市立旭川病院・精神科

武井 明

(令和元年度旭川市子ども総合支援センター第7回研
修事業, 2019年10月, 旭川)

[投稿論文]

1) 妻の入院後から手紙の交換を開始した夫婦の心理的変
化－手紙の効用について－

市立旭川病院・北病棟2階

加藤 祐太, 池田奈美子, 谷口 誠子, 大西かおり

同 ・精神科

武井 明, 佐藤 謙, 原岡 陽一

(旭川市立病院誌 2018; 50: 13-16.)

2) 神経性やせ症を呈した自閉スペクトラム症男子への“遊
び”を媒介とした治療介入

市立旭川病院・精神科

富岡 健, 武井 明

(日本サイコセラピー学会雑誌 2018; 19: 83-89.)

3) 子どもたちのビミョーな本音

市立旭川病院・精神科

武井 明

(日本評論社 2019)

麻 酔 科

[学会発表]

1) Comparison of the changes in cerebral oxygenation
during one-lung ventilation when using propofol with
desflurane.

市立旭川病院・麻酔科

Satoshi Sato

市立釧路総合病院

Mamiko Kondo

札幌医科大学麻酔学講座

Mitsutaka Edanaga, Michiaki Yamakage

(The European Anesthesiology congress 2019,
2019年6月, Vienna)

2) 巨大脳腫瘍への二期的腫瘍摘出術に対し、頭皮神経ブ
ロックを施行し安全に麻酔管理を行った小児の1例

市立旭川病院・麻酔科

小笠原 円花

札幌医科大学麻酔学講座

澤下 泰明, 寺田 拓文, 吉川 裕介, 新山 幸俊
山蔭 道明

(日本麻酔科学会北海道・東北支部第9回学術集会,
2019年9月, 仙台)

[投稿論文]

1) Continuous rectus sheath block in a patient with a
postoperative rectus sheath hematoma: a case report.

市立旭川病院・麻酔科

Sho Kumita, Takahiro Ichimiya

札幌医科大学麻酔学講座

Shunsuke Tachibana, Michiaki Yamakage

(JA Clinical Reports 2019; 5: 16.)

皮膚科
[学会発表]

- 1) 飼い猫からの感染が疑われたStreptococcus canis皮膚感染症の1例
市立旭川病院・皮膚科
上田 麻里, 野村和加奈, 坂井 博之
(第417回日本皮膚科学会北海道地方会, 2019年2月, 札幌)
- 2) 皮膚科からみたPsA
市立旭川病院・皮膚科
坂井 博之
(旭川 PsA Meeting, 2019年2月, 旭川)
- 3) 薬剤により誘発された感染および乾癬様皮疹
市立旭川病院・皮膚科
坂井 博之
(旭川乾癬・アレルギーフォーラム2019, 2019年3月, 旭川)
- 4) Dupilumabによるアトピー性皮膚炎治療
市立旭川病院・皮膚科
坂井 博之
(アトピー性皮膚炎セミナー in 旭川, 2019年5月, 旭川)
- 5) 扁桃摘出術後に改善した乾癬の臨床的検討
市立旭川病院・皮膚科
坂井 博之
(第13回道北皮膚科臨床研究会, 2019年10月, 旭川)
- 6) Dupilumabによるアトピー性皮膚炎治療
市立旭川病院・皮膚科
坂井 博之
(Dupixent Expert Meeting in Sapporo, 2019年11月, 札幌)
- 7) Interstitial granulomatous dermatitis with arthritis (Ackerman's syndrome) の1例
市立旭川病院・皮膚科
坂井 博之, 野村和加奈
旭川赤十字病院・皮膚科
菅原 基史
(第49回日本皮膚免疫アレルギー学会学術大会, 2019年11月・12月, 横浜)

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8回日本MS&G研究会主催技術講習会, 2019年1

月, 宮崎)

- 2) 肥満患者における頸部分枝(支脈)静脈穿刺CVポート留置法の検討
市立旭川病院・放射線科
花輪 真, 鎌田 洋
(第71回北海道血管造影Interventional Radiolog研究会, 2019年2月, 札幌)
- 3) 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
(第71回北海道血管造影Interventional Radiolog研究会, 2019年2月, 札幌)
- 4) 伝えてないIVRの小技も小技これってコツ?!
市立旭川病院・放射線科
花輪 真
(第71回北海道血管造影Interventional Radiolog研究会, 2019年2月, 札幌)
- 5) PADセミナー「症例提示からエキスパートと一緒に勉強しようPADに対するIVR」
市立旭川病院・放射線科
花輪 真
(第48回日本IVR学会総会, 2019年5月, 福岡)
- 6) Usage of Contemporary Drug-Eluting Stent by Japanese Interventional Radiologists for Femoropopliteal In-Stent Restenosis lesions
—COMBAT-ISR study—
Department of Radiology and Interventional Neuroradiology, Ishinkai Yao General Hospital
Takayama K
Investigators of COMBAT-ISR study, Nara Medical University
Ichihashi S, Kichikawa K
Asahikawa City Hospital
Hanawa M et al
(CIRSE 2019, 2019年9月, Barcelona, Spain)
- 7) (GWの誘導に工夫を要した) 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
(NEXT2019, 2019年10月, 奈良)
- 8) リンパの漏れ? ...リンパ瘻治します!!
市立旭川病院・放射線科
花輪 真
(市民公開講座, 2019年11月, 旭川)
- 9) 被ばくに関する話題提供

市立旭川病院・放射線科

花輪 真

(第20回北海道IVR談話会, 2019年12月, 札幌)

救急診療科

[学会発表]

1) 安全な処置のためのPOCUS

市立旭川病院・救急診療科

丹保亜希仁

旭川医科大学・救急医学講座

岡田 基, 藤田 智

(第92回日本超音波医学会学術集会, 2019年5月, 東京)

2) ポイントオブケア肺超音波〜CとAも評価する〜(日本専門医機構認定・麻酔科領域講習)

市立旭川病院・救急診療科

丹保亜希仁

(日本麻酔科学会第66回学術集会, 2019年5月, 神戸)

3) 救急処置におけるpoint-of-care ultrasoundの利用(パネルディスカッション: 救急医療で求められるpoint-of-care ultrasound (POCUS))

市立旭川病院・救急診療科

丹保亜希仁

旭川医科大学・救急医学講座

中西仙太郎, 堀越 佑一, 岡田 基, 藤田 智

(第47回日本救急医学会学術集会, 2019年10月, 東京)

4) タブレット型装置を用いたポイントオブケア超音波

市立旭川病院・救急診療科

丹保亜希仁

旭川医科大学・救急医学講座

岡田 基, 藤田 智

(日本超音波医学会第49回北海道地方会学術集会, 2019年10月, 札幌)

5) 院内採血による新鮮血全血輸血を行った3症例

市立旭川病院・救急診療科

丹保亜希仁

名寄市立総合病院・麻酔科

衛藤 由佳, 舘岡 一芳

(日本蘇生学会第38回大会, 2019年11月, 長崎)

6) 当院の医療圏における重症熱傷患者の生命予後予測の重要性

市立旭川病院・救急診療科

丹保亜希仁

旭川医科大学病院・救命救急センター

堀越 佑一, 岩原 素子, 藤田 智

(日本蘇生学会第38回大会, 2019年11月, 長崎)

歯科口腔外科

[学会発表]

1) チオプロニン(オチラ錠[®])で大疱瘡様の口腔粘膜炎を認めた薬疹の1例

市立旭川病院・歯科口腔外科

小川 仁

釧路労災病院

嶋崎 康相, 角 伸博, 藤盛 真樹

(第45回日本口腔外科学会北日本支部学術集会, 2019年5月, 弘前)

2) IgG4関連疾患が疑われた口蓋潰瘍の1例

市立旭川病院・歯科口腔外科

柴山 尚大, 小川 仁

(令和元年第3回北海道病院歯科医会例会臨床検討会 2019年9月, 旭川)

3) IgG4関連疾患が疑われた口蓋潰瘍の1例

市立旭川病院・歯科口腔外科

柴山 尚大, 小川 仁

(第64回日本口腔外科学会総会・学術大会, 2019年10月, 札幌)

薬 剤 科

[学会発表]

1) UGT1A1遺伝子多型を有する大腸がん患者のFOLFIRI療法における副作用の実態調査

市立旭川病院・薬剤科

宮下 大輔, 寺田 和文, 林 康弘, 小笠原貴子

栗栖 幹典, 廣川 力教, 栗屋 敏雄

(第13回旭川薬剤師会・旭川病院薬剤師会合同研究発表会, 2019年2月, 旭川)

2) UGT1A1遺伝子多型を有する大腸がん患者のFOLFIRI療法における副作用の実態調査と課題

市立旭川病院・薬剤科

宮下 大輔, 寺田 和文, 林 康弘, 小笠原貴子

廣川 力教, 栗屋 敏雄

(第66回北海道薬学大会, 2019年5月, 札幌)

3) デートレイブドラックに関する法医学的公判対応

旭川医科大学病院

清水 恵子, 奥田 勝博, 浅利 優, 田中 宏樹

磯崎翔太郎, 三上 八郎, 堀岡 希衣

市立旭川病院・薬剤科

栗屋 敏雄

京都大学医学部附属病院

松原 和夫

(第103次日本法医学会学術全国集会, 2019年6月, 仙台)

4) 「疼痛緩和のための薬物療法－基礎編」

市立旭川病院・薬剤科

寺田 和文

(市立旭川病院「緩和ケア勉強会」, 2019年7月, 旭川)

5) 「オピオイドの薬物動態を見直そう」

市立旭川病院・薬剤科

寺田 和文

(日本緩和医療学会第2回北海道支部学術大会, 2019年8月, 札幌)

6) 「疼痛緩和のための薬物療法－応用編」

市立旭川病院・薬剤科

寺田 和文

(市立旭川病院「緩和ケア勉強会」, 2019年9月, 旭川)

7) UGT1A1遺伝子多型を有する大腸がん患者のFOLFIRI療法における副作用の実態調査と課題

市立旭川病院・薬剤科

宮下 大輔, 寺田 和文, 林 康弘, 小笠原貴子
廣川 力教, 栗屋 敏雄

(第58回全国自治体病院学会in徳島, 2019年10月, 徳島)

8) 北海道地域における薬剤師業務の効率化

市立旭川病院・薬剤科

栗屋 敏雄

(第29回日本医療薬学会年会シンポジウム46, 2019年11月, 福岡)

9) 「知ってほしい“抗がん剤の治療”の基本」

市立旭川病院・薬剤科

寺田 和文

(公開講座「がん治療最前線」, 2019年11月, 旭川)

[投稿論文]

1) 感染制御チーム薬剤師の介入による白内障手術に用いる予防注射抗菌薬の削減

旭川医科大学病院・薬剤部

吉田 光一, 山本 譲, 大滝 康一, 都築 仁美
高橋 淳士, 寒藤 雅俊, 飯田 慎也, 笠茂紗千子
眞鍋 貴行, 三嶋 一登, 小野 尚志, 福土 将秀
田崎 嘉一

市立旭川病院・薬剤科

栗屋 敏雄

(医療薬学 2019; 45: 28.)

中央放射線科

[学会発表]

1) 非血管系IVRについて

市立旭川病院・中央放射線科

三ツ井貴博

(日本放射線技術学会北海道支部学術大会第75回春期大会アンギオセミナー, 2019年4月, 札幌)

2) 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

(診療放射線技師のためのフレッシューズセミナー, 2019年6月, 札幌)

3) 業務拡大に伴う統一講習会: 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, 2019年6月, 札幌)

4) 「研究発表 初めの一步」

市立旭川病院・中央放射線科

川崎 伸一

(函館放射線技師会第2回研修会, 2019年8月, 函館)

5) 私たちのカテ室被ばくについて考えよう～私たちの被ばく防護まちがえていないかな～当院の血管造影室の現状報告

市立旭川病院・中央放射線科

三ツ井貴博

(Sapporo Live Demonstration Course 2019 コメディカルセッション6, 2019年9月, 札幌)

6) スtentグラフト内挿術におけるエンドリーク解析の検討

市立旭川病院・中央放射線科

三ツ井貴博, 西田 純

北海道大学大学院保健科学研究院医学生体理工学分野
杉森 博行

市立旭川病院・放射線科

花輪 真

(日本放射線技術学会第47回秋季学術大会, 2019年10月, 大阪)

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

(第58回全国自治体病院学会in徳島, 2019年10月, 徳島)

8) IVR-CTを用いたCT下生検時における散乱線防護具の有用性について

市立旭川病院・中央放射線科

三ツ井貴博, 西田 純

同 ・放射線科

花輪 真

(日本放射線技術学会北海道支部学術大会第75回秋季大会, 2019年11月, 札幌)

9) 銅付加フィルタが画質と被曝に与える影響

市立旭川病院・中央放射線科

竹内 顕宏

(旭川放射線技師会会員研究発表会, 2019年11月, 旭川)

10) ディスカッション: 『今, 改めて被ばくについてかんがえてみよう』被ばく対策: VascularIVRを中心に

市立旭川病院・中央放射線科

三ツ井貴博

(第20回北海道IVR談話会, 2019年12月, 札幌)

中央検査科

[学会発表]

1) 平成30年度北海道臨床検査技師会旭川地区会コントロールサーベイ報告

市立旭川病院・中央検査科

木元 宏弥

(北海道臨床検査技士会旭川地区会精度管理報告会, 2019年1月, 旭川)

2) 当院でのFISH検査の現状

市立旭川病院・中央検査科

勝見 友則

(旭川MPN講演会, 2019年4月, 旭川)

3) 採血室における合併症チェックシートの運用状況と集計データからの検討

市立旭川病院・中央検査科

畑山 明美, 中村 希, 二郷 元彦, 武田 晃典
同 ・耳鼻咽喉科

佐藤 公輝

(第58回全国自治体病院学会in徳島, 2019年10月, 徳島)

4) 髄液細胞診にて骨髓腫細胞を認めた多発性骨髓腫の1症例

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
二郷 元彦, 武田 晃典

同 ・病理診断科

高田 明生

(第58回日本臨床細胞学会秋期大会, 2019年11月, 岡山)

5) 世界地図で見る感染症 ～疫学に触れる～

市立旭川病院・中央検査科

藤田 佳奈

(旭川微生物研究会, 2019年11月, 旭川)

6) 左室緻密化障害の経過観察中にAAEを使った1症例

市立旭川病院・中央検査科

湊 舞, 金光 綾香, 三浦 美里, 山田 和明
道下 英里, 長瀬 雅彦

同 ・内科

菅野 貴康, 石井 良直

同 ・胸部外科

吉本 公洋, 大場 淳一

(JSS北海道第37回地方会学術集会, 2019年12月, 札幌)

7) 超音波検査で門脈肝静脈シャントを同定できた肝性脳症の1症例

市立旭川病院・中央検査科

畑山 明美

(JSS北海道第37回地方会学術集会, 2019年12月, 札幌)

リハビリテーション科

[学会発表]

1) TAFRO症候群を契機に著明な筋力低下を呈した一症例に対するリハビリテーション

市立旭川病院・リハビリテーション科

黒澤 響平, 齋藤 肇

北海道千歳リハビリテーション大学

森野 陽

(第46回日本集中治療医学会学術集会, 2019年3月, 京都)

2) リハビリテーション栄養の基礎

市立旭川病院・リハビリテーション科

阿部 慎一

(地域リハビリテーション合同研修会, 2019年3月, 旭川)

3) 造血器腫瘍, 造血幹細胞移植へのリハビリテーション

市立旭川病院・リハビリテーション科

阿部 慎一

(厚生労働省主催 旭川がんのリハビリテーション研修会, 2019年10月, 旭川)

4) リュックサックの重心高が歩行時の体幹姿勢に及ぼす影響

市立旭川病院・リハビリテーション科

齋藤 肇, 松野 弘実, 武田 秀勝

(第6回日本予防理学療法学会学術大会, 2019年10月, 広島)

5) リハビリテーション栄養の基礎～理学療法士の視点から～

市立旭川病院・リハビリテーション科

阿部 慎一

(リハビリテーション栄養学会, 2019年11月, 稚内)

6) リハビリテーション栄養～様々な視点から～

市立旭川病院・リハビリテーション科

阿部 慎一

(道北地区理学療法研修会, 2019年11月, 旭川)

7) リハビリテーション栄養が有用であった低栄養とサルコペニアを合併した施行に偏りがある一症例

市立旭川病院・リハビリテーション科

阿部 慎一

(第9回日本リハビリテーション栄養学会学術集会, 2019年11月, 福岡)

[投稿論文]

1) 最重症TAFRO症候群を契機に著明な筋力低下を呈した一症例に対するリハビリテーション

市立旭川病院・リハビリテーション科

黒澤 響平, 齋藤 肇

北海道千歳リハビリテーション大学

森野 陽

(北海道理学療法, 2019; 36: 59-63.)

臨床器材科

[学会発表]

1) IB-IVUSを用いた冠循環障害検出の試み-急性心筋梗塞と安定狭心症における血球エコー強度の比較-

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48回心血管インターベンション治療学会北海道地方会, 2019年3月, 札幌)

2) Clinical significance of intraluminal intensity of blood speckle after revascularization in acute myocardial infarction.

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

同 ・臨床工学室

田中 義範

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83回日本循環器学会学術集会, 2019年3月, 横浜)

3) 過酢酸系洗浄剤ヘモクリンとステラケアCAの比較

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

鷹橋 浩

(第29回日本臨床工学会, 2019年5月, 盛岡)

4) 急性心筋梗塞における冠動脈内血球エコー強度に関する研究

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,

同 ・内科

石井 良直

(第58回日本生体医工学会大会, 2019年6月, 沖縄)

5) 透析用カテーテル接続部における閉鎖式輸液システムの材質についての検討

市立旭川病院・臨床工学室

磯 雅, 河田 修一, 鷹橋 浩

(第64回日本透析医学会学術集会・総会, 2019年6月, 横浜)

6) 長時間大動脈遮断症例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

鷹橋 浩

(第25回日本体外循環技術医学会北海道地方会, 2019年9月, 旭川)

7) 時間経過の違いに伴う急性心筋梗塞責任病変性状の差異に関する検討

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

鷹橋 浩

(第28回日本心血管インターベンション治療学会, 2019年9月, 名古屋)

8) LivaNova社製Connectのデータ抽出ツールを使用したJaSECT体外循環症例登録

市立旭川病院・臨床工学室

窪田 将司, 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

鷹橋 浩

同 ・胸部外科

内藤 祐嗣, 村上 達也

藤田医科大学・医療科学部

亀井 哲也, 日比谷 信

(第45回日本体外循環医学会学術大会, 2019年10月,

名古屋)

9) Priming液に使用する異なる膠質液の比較

市立旭川病院・臨床工学室

窪田 将司, 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
鷹橋 浩

同 ・胸部外科

内藤 祐嗣, 村上 達也

(第45回日本体外循環医学会学術大会, 2019年10月,
名古屋)

10) 急性心筋梗塞における冠微小循環障害とプラーク性状に関する検討- 60MHz IB-IVUSを用いた検討 -

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
鷹橋 浩

同 ・中央放射線科

川崎 伸一

同 ・内科

石井 良直

(第49回心血管インターベンション治療学会北海道
地方会, 2019年10月, 札幌)

11) コメディカルミーティングを導入して

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
鷹橋 浩

(第49回心血管インターベンション治療学会北海道
地方会, 2019年10月, 札幌)

12) スtent delivery中にスtentフラクチャーを起こした1症例

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
鷹橋 浩

(CCT2019, 2019年10月, 神戸)

13) カフ形状とカフ圧調整方法の違いによるカフ垂れ込み量の比較検討

市立旭川病院・臨床工学室

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
鷹橋 浩

(第58回全国自治体病院学会in徳島, 2019年10月, 徳島)

14) Primary PCI中にno reflowを呈した患者に対する60MHz IB-IVUSを用いた検討

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
鷹橋 浩

(第30回北海道臨床工学会, 2019年11月, 札幌)

[投稿論文]

1) 当院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

(日本体外循環技術医学会北海道地方会誌 2019;
16: 8-12.)

2) 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

(北海道臨床工学技士会誌 2019; 29: 75-77.)

3) 新規導入した瞬時血流量予備量比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
鷹橋 浩

同 ・内科

石井 良直

(北海道臨床工学技士会誌 2019; 29: 71-74.)

医療安全管理課

[学会発表]

1) 医療事故調査制度に基づき報告した3事例を振り返って

市立旭川病院

石井 良直, 葛西佳代子, 中谷 和貴, 阿部 朝乃
子野日政昭, 青木 秀俊

(第58回全国自治体病院学会, 2019年10月, 徳島)

看護部

[学会発表]

1) 背部リンパ浮腫患者の苦痛緩和～圧迫方法の工夫によりQOLの向上に繋がった事例

市立旭川病院・西病棟6階

外川 仁美, 栗栖 絵美, 小田 浩美

同 ・緩和ケア外来

中村 浩美

同 ・薬剤科

寺田 和文

同 ・外科

福永 亮朗

(第33回日本がん看護学術集会, 2019年2月, 福岡)

2) 橈骨動脈ラインの固定装具の検討

市立旭川病院・ICU

眞籠 麻未, 住本 誠一, 岩渕 雄多

(第46回日本集中治療医学会学術集会, 2019年3月, 京都)

3) 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～

市立旭川病院・第2外来

山野 祐里, 長内 知美, 平出 浩子, 中川真由子
橘内 幸子

(2019(平成31)年度北海道看護研究学会, 2019年4月, 札幌)

4) 看護の疑問を解決! わかると楽しい臨床研究

市立旭川病院・第1外来

増田 千絵

(第62回日本糖尿病学会年次学術集会, 2019年5月, 仙台)

5) 糖尿病透析予防支援について

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2019, 2019年5月, 旭川)

6) 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9回ステップアップフットケア, 2019年6月, 札幌)

7) 終末期がん患者の怒りの対応について, デスカンファレンスで振り返った一事例

市立旭川病院・東病棟3階

今井あゆみ, 櫛引由美子, 菅原 真紀, 岸田ゆかり
木村 梨乃, 畠山 美樹

(日本緩和医療学会第2回北海道支部学術大会, 2019年8月, 札幌)

8) フレイル予防を目的とした糖尿病看護ケアモデルの開発ー生活背景・身体機能・セルフケアの実態とケアニーズに関する全国調査ー

京都大学大学院医学研究科人間健康科学専攻

西村 亜希子

市立旭川病院・第1外来

増田 千絵

(第24回日本糖尿病教育看護学会学術集会, 2019年9月, 千葉)

9) 小児の付き添い家族に関する当院の事態調査と課題

市立旭川病院・西病棟5階

小川 恵美, 伊藤 早紀, 鈴木佐江子

(第58回全国自治体病院学会in徳島, 2019年10月, 徳島)

10) 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～

市立旭川病院・北病棟2階

辻澤 莉穂

(第58回全国自治体病院学会in徳島, 2019年10月, 徳島)

11) 終末期患者の家族に対して電話相談がコーピング手段となった関わり～ストレス・コーピング理論を用いて

市立旭川病院・第1外来緩和ケア外来

中村 浩美

同 ・西病棟6階

外川 仁美

(第50回日本看護学会慢性期看護学術集会, 2019年11月, 鹿児島)

[投稿論文]

1) 腎移植間欠的自己導尿が必要となった弱視患者へのかわり

市立旭川病院・泌尿器科病棟

藤渡 鷹志, 中川 恵子, 安藤 伸

同 ・泌尿器科

田邊 起, 望月 端吾, 金川 匡一

同 ・薬剤科

栗栖 幹典

(日本臨床腎移植学会雑誌2019; 7: 111-114.)

栄養給食科

[学会発表]

1) 調味料の基本のお話

市立旭川病院・栄養給食科

上田奈保子

(令和元年度糖尿病について考える会, 2019年11月, 旭川)

“新型”がカッコいいとは限らない

2020年10月1日 タバコが増税となった。私自身は喫煙習慣がないため懐は痛まないが、タバコが増税は患者に禁煙を勧める良い機会になるであろう。

私が幼少時、周囲に喫煙している大人は珍しくなかったが、現在喫煙人口は減り続けている。健康に有害であることが周知されてきたこと、また上述のように値段が上がってきたことも一因だろう（例：マイルドセブン（現メビウス）は1989年には1箱220円だったが、2020年10月1日の改定で540円へ）。さらに現在の若者の間では“タバコはカッコ悪い”というイメージがついているという（ある大学生のアンケート調査では男女ともに89%の学生が「タバコを吸う異性に悪い印象をもつ」と回答）。

しかし、私（昭和50年生まれ）の世代がタバコを吸い始めたきっかけはおそらく見た目が8割ではないだろうか？私も他人がタバコを吸う姿をカッコイイと思い、試験勉強の時に自身がタバコをくゆらせる姿を想像しながら眠気覚ましのためにハッカ味のパイポをくわえていたものである（結局本物のタバコは吸わなかったが）。

そんな中、数年前から新型タバコ（アイコス、グロー、プルーム・テックといった“加熱式タバコ”、さらに装置内もしくは専用カートリッジ内の液体（リキッド）を電気加熱させ、発生する蒸気（ベイパー）を吸い込む“電子タバコ”）が登場した。これまでのいわゆる紙巻タバコと比べ害が少ないということをホームページやCMでオシャレに宣伝しているが、WHOの報告では“現在、加熱式タバコが従来のタバコ製品よりも有害性が低いことを示す証拠はない”とされている。また、WHOの報告書では加熱式タバコと電子タバコをまとめて「ENDS:electronic nicotine delivery system）」と呼んでいる。まさに読んで字のごとく、ただニコチンを体内に供給するためのデバイスでしかない（日本ではニコチン入りの電子タバコの販売が許可されていないようだが）。そのデバイスを使う姿にかつて紙巻タバコに抱いた憧れは感じ得ない。“禁煙のため”新型タバコを始める人がいるが、少しでも禁煙を考えて新型タバコに切り替えた（私と同世代の）人はぜひ初心に帰って？自分がタバコを吸い始めたきっかけを思い出していただきたい。自身が新型タバコを使う姿はかつて憧れたものでは決してないはずだ。“カッコよさ”を感じない新型タバコのデバイスを購入してニコチンをはじめとした有害物質の吸収を続けるくらいならすっぱりと禁煙を。

参考文献：『新型タバコの本当のリスク アイコス、グロー、プルーム・テックの科学』田淵貴大著
（内外出版社）

(T.K.)



特集 市立旭川病院開院90周年記念

市立旭川病院90周年にあたって

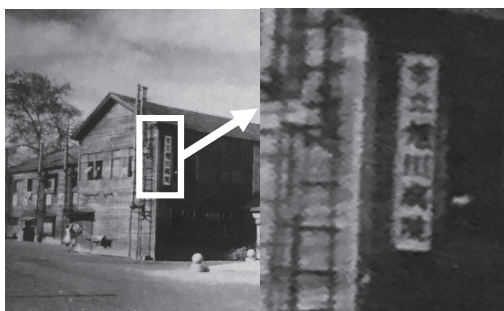
市立旭川病院
院長 齊藤 裕輔



2020年4月15日、市立旭川病院は開院90周年を迎えました。まずは、全職員で「開院90周年おめでとう」とお祝いしたいと思います。

当院は、1930年（昭和5年）、9条7丁目に旭川診療所として内科・外科の2科のみで開院しました。

その後、1954年（昭和29年）11月に現在の地に、内科、外科、レントゲン科、産婦人科、眼科、小児科、耳鼻科を標榜し、158床で新築開院しました。金星町に移転当時の病院の外観を写真に示します。



その後増床、診療科の増科等を経て現在の形になってきたのだそうです。当院の設立目的は「経済的な事情に関わりなく、（貧困者を含む）全ての旭川市民が最先端の医療を受けることのできる医療機関の設立」であったそうです。

このような崇高な設立目的の元、これまでに多くの先輩達のたゆまない努力（遊びも激しかったと思いますが）、また、当院を慕って下さった多くの患者さんの支えにより、今の当院が存在していることを、職員一同を代表いたしまして心から感謝申し上げます。

この先人たちの努力と伝統の上に成り立っている当

院の開院90周年を迎えるにあたり、2020年4月1日から院長を拝命致しました私見として、当院における現状の問題点と今後の展望について述べさせていただきます。

1. 当院の抱える問題点

職員の皆様も御存じのように、ここ最近の市立旭川病院は他の自治体病院と同様、「慢性的な赤字」が問題となっており、市民の間でも「お荷物」的な病院となっていたと思います。慢性的な赤字→最先端医療機器の購入困難→医師・職員のモチベーションの低下・不満→離職→スタッフ不足→赤字の更なる悪化、という悪循環に陥っていたと考えます。その根源は、職員の中に潜在的に存在していた「やってもやらなくても給料は同じ」「年功序列でポストや給料は自動的に上がる」「自分ではなく他の誰かがやる」「環境が悪い」など、悪い意味での公務員体質が積み重なった結果、少なくとも、日々刻々と変化する世の中の医療情勢の変化に対応しきれていなかったことが大きな原因と考えます。但し、医師・メディカルスタッフをはじめ職員一人一人の能力は高く、「個々のモチベーションを高めることができれば病院は必ず良い方向に向かうのに」、と考えておりました。そんな状況下でCOVID-19（以下コロナ）の流行がやってきました。

2. コロナ禍における当院の位置づけの変化

本年2月末に旭川でもコロナが発生し、感染症指定病院である当院に突然コロナ患者が搬送されてきました。緊急の危機管理と感染症病棟における患者対応が必要となりましたが、その状況下で当院のICT・看護部はじめ、全ての職員が心一つとなり、必死の診療が開始されました。特に、突然感染症病棟での患者看護

が必要となり、看護人員のやりくりがつかなかった際に、各病棟の師長達が自ら看護師として感染症病棟に赴き、看護ローテーションに加わってコロナ患者の看護に当たってくれた事には感銘を受けました。また「旭川に発熱難民を作らない」ことを目標に3月2日に開設され、以来750名強（2020年6月末現在）を診療してきた発熱外来の担当医師達も、各科に診察をお願いした際に快諾してくれました。さらに、一般病棟をコロナ病棟へと転化の準備を進めた際（連休前）には、手術・外来制限も含めて、全科の医師、全職員が一致協力しての病棟転化体制が構築されました。その結果、市立旭川病院は「コロナ病院」として評価が確立し、風評による患者減は今も続いているものの、逆に「市立はコロナをきちんと診てくれる病院で、市民にとって重要な病院である」との評価も頂くようになりました。

3. 今後の目標

上述しましたように、慢性的な赤字とコロナ禍の中で院長に就任させて頂きましたが、コロナ診療をきっかけとして当院の存在意義が再認識されると共にその評価は改善していると考えています。今後も引き続き、「コロナ病院」、感染症指定病院としての使命・役割をしっかりと果たしていきたいと考えます。当院は公的病院のため黒字経営を求められる病院ではありません。

私たちは、市内の他の基幹病院との役割分担を明確にした上で、利益追求型の病院では絶対に行い得ない、公的病院でしかできない使命・役割を果たすことが責務であると考えます。

一方で、90年続いてきた当院を、今後もさらに維持・発展させていくためには、できる限りの財政面の改善も必要であります。今回のコロナ診療をきっかけとして、悪い意味での公務員気質が改善・排除され、当院職員の意識・モチベーションが一層向上し、職員一人一人が、「自分が市立旭川病院を良くする」との意識を持つとき、当院の未来は輝かしいものとなることが期待されます。

4. おわりに

慢性的な赤字経営、地域医療構想の中での当院統廃合の是非、コロナ禍、の中で当院は90周年を迎えましたが、コロナで当院職員の意識は向上し、結束は固くなり、良い方向に向かっているものと確信しております。これまでの多くの先人たちが築き上げた業績に恥じないように、また今・今後の時代の流れを的確に受け止めつつ、学問的にも人間的にも患者さんや他院から尊敬されるようになることを目標として、私たち現役職員から次の世代に渡したいと考えます。90周年おめでとうございます。

病院長 齊藤裕輔

特集 市立旭川病院開院90周年記念

市立旭川病院の取り組み



当院は、1930（昭和5）年に旭川市立診療所として開設され、昭和12年に市立旭川病院と改称いたしました。当院の設立目的は、「経済的な事情に関わりなく全ての市民が最先端の医療を受けることのできる医療機関の設立」でありました。

この志は、現在も全職員に脈々と受け継がれており、「患者様中心の医療」を基本理念に、道北の基幹病院の一つとして、良質で安全な医療サービスの提供を目標に継続的に努力しております。

《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。

平成23（2011）年4月改訂

また、当院は自治体病院としての責務を果たすべく、以前から政策医療にも重点を置いて取り組んでまいりました。

1 感染症指定医療機関

上川中部医療圏唯一の感染症指定医療機関として感染症病床を有し、各種感染症対策を実施しています。新型コロナウイルス感染症に対しても、地域の中核的な医療機関として24時間体制で医療の提供を行っています。



2 精神疾患患者の診療

急性期病院としては道内トップクラスの100床の病床を有し、精神神経科の診療体制を構築して、身体疾患の有無に関わらず精神神経科を中心として全科を挙げて診療しております。

3 地域がん診療連携拠点病院

がん診療に継続的に全力を注いでおり、最先端のダヴィンチ手術（ロボット支援下腹腔鏡手術）も導入しております。



4 循環器疾患への対応

循環器疾患に対して24時間体制で取り組み、難手術も多数行っております。また、胸部外科診療も行い、内科的処置・外科的処置の双方で循環器疾患に対応しております。

5 救急医療

救急医療にも長年取り組んでおり2011（平成23）年9月9日に厚生労働大臣より表彰を受けております。「断らない救急」の実践に努力しております。



6 人材育成・研修受け入れ

教育病院として学生教育や、臨床研修病院の指定病院として卒後臨床研修にも力を注いでおります。

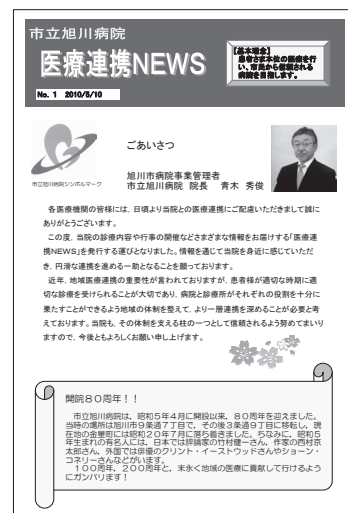


今後とも、最先端の医療を提供可能な道北の基幹病院かつ「最後の砦の病院」として、市民や地域住民の皆様からの信頼を得るべく、また、公的病院としての責務を継続的・発展的に果たすべく職員一同努力してまいります。

平成22(2010)年～令和2(2020)年の出来事

1. 平成22(2010)年度

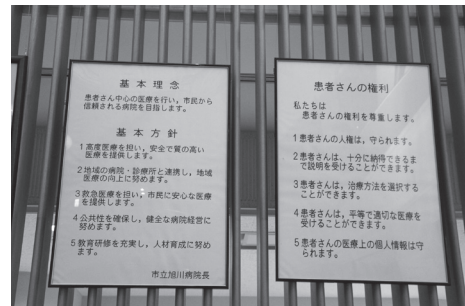
- 4月 医師事務作業補助体制加算20：1の施設基準取得
検体検査管理加算（Ⅳ）の施設基準取得
医師業務改善委員会の設置
職員相談室の設置
- 5月 看護必要度評価加算の施設基準取得
急性期看護補助体制加算50：1の施設基準取得
医療連携NEWSの発行
地域医療連携のつどいの開催
- 6月 精神病棟入院基本料13：1の施設基準取得
- 11月 診断書作成システムの導入
- 1月 ネームプレートの変更
- 3月 中期経営計画の策定



医療連携NEWS第1号

2. 平成23(2011)年度

- 4月 基本理念・基本方針・患者さまの権利の改訂
東日本大震災の被災地への医療救護班
第1団の派遣（福永亮朗医師、酒井浩之看護師、高橋剛看護師、濱岸弦生理学療法士）
- 5月 画像誘導放射線治療加算の施設基準取得
東日本大震災の被災地への医療救護班
第2団の派遣（鈴木聡医師、千田宏宣看護師、安藤伸看護師、吉田稔薬剤師、成田司事務員）
コーヒースalon「ビーンズ」がオープン
- 7月 皮下連続式グルコース測定の施設基準取得
- 8月 がん患者リハビリテーション料の施設基準取得
- 10月 がん治療連携計画策定料の施設基準取得
副院長4人体制の実施
医師事務作業補助業務の見直し
- 11月 医療安全管理室の設置
- 12月 産婦人科女性スタッフ外来の開設
- 1月 地域医療連携懇談会の開催
- 3月 消化器内科午後診療の実施



基本理念・基本方針・患者さまの権利の改訂



東日本大震災医療救護班出発式

3. 平成24(2012)年度

- 4月 感染防止対策加算1の施設基準取得
組織改編の実施（循環器病センター、消化器病センター、

糖尿病センター，化学療法センター，透析センター，
検診センターの位置付けの明確化)

救急外来センターの設置

地域医療連携課の設置

看護専門外来の開設

健診センターの受入枠の拡大

クレジット払いの導入

5月 7対1入院基本料の施設基準取得

6月 強度変調放射線治療（IMRT）の施設基準取得
登録医訪問開始

7月 中央採血室改修工事

自動採血管準備システム・採血台の更新

患者呼出案内モニター設置

9月 登録医パンフレット設置

3月 中期経営計画の見直し



登録医パンフレットの設置



ダヴィンチ使用手術



総合内科外来の新設



病院の機能評価認定の更新

4. 平成25（2013）年度

4月 透析液水質確保加算2の施設基準取得

医療情報管理課の設置

小児科食物アレルギー外来の開設

クレジット払い対象カードの拡大

5月 病理診断管理加算2の施設基準取得

6月 腹腔鏡下肝切除術の施設基準取得

11月 病棟再編成の実施

1月 電子カルテの導入

3月 病床削減（一般病床457床→396床）総病床数502床

5. 平成26（2014）年度

4月 処置・手術の休日・時間外・深夜加算1の施設基準取得

持続血糖測定器加算の施設基準取得

胃瘻造設術の施設基準取得

夜間の小児一次救急を当院でセンター化

病理診断科の設置

たいせつ安心i医療ネットへの参加による診療情報の共有・連携

7月 手術支援ロボット装置（ダヴィンチ）導入

9月 病理診断科を標榜し，24科体制

10月 総合内科外来の新設

11月 重油ボイラのガス化・高効率化工事の実施

3月 中期経営計画の中間評価の実施

病院機能評価認定の更新

6. 平成27（2015）年度

- 4 月 事業管理者業務と院長業務の分離
休日（土曜日）におけるリハビリテーションの開始
- 5 月 出張健康講座の開始
- 7 月 市立旭川病院だより「きらきら星」創刊
- 2 月 病棟再編成の実施

7. 平成28（2016）年度

- 4 月 医療保護入院等診療科の施設基準取得
児童思春期精神科専門管理加算の施設基準取得
精神科訪問看護の開始
留萌市立病院、名寄市立総合病院に医師派遣
図書ボランティア活動開始
- 5 月 地域包括ケア病棟入院料1の施設基準取得
地域包括ケア病棟の運用開始
- 7 月 精神科ショート・ケア「小規模なもの」の施設基準取得
病床削減（一般病床396床→372床）総病床数478床
- 12月 旭川医科大学との協定締結
認知症ケア加算2取得

8. 平成29（2017）年度

- 4 月 医事課と医療情報管理課の統合
- 5 月 1泊2日型人間ドックの開始
患者紹介ホットライン開始
- 8 月 精神科急性期治療病棟入院料1の施設基準取得
- 11月 下肢末梢動脈疾患指導管理加算の施設基準取得
- 1 月 腹腔鏡下子宮悪性腫瘍手術の施設基準取得

9. 平成30（2018）年度

- 4 月 1回線量増加加算、地域連携夜間・休日診療料、
看護補助加算、透析液水質確保加算及び慢性維持透析濾過加算、
導入期加算2及び腎代替療法実績加算、乳腺炎重症化予防・ケア指導料、
夜間休日救急搬送医学管理料の注3に掲げる救急搬送看護体制加算、
療養・就労両立支援指導料の注2に掲げる相談体制充実加算の施設基準取得
夜間急病センターの開設
旭川市から在宅医療・介護連携相談窓口業務を受託
マンモグラフィ装置、検診用3D乳腺超音波装置の導入
- 6 月 精神科リエゾンチーム加算、精神科急性期医師配置加算の施設基準取得
精神科リエゾンチームが活動開始
入院支援センターの開設
- 7 月 バルーン閉塞下逆行性経静脈的塞栓術、精神科在宅患者支援管理料の
施設基準取得
産後ケア事業日帰り型開始



きらきら星創刊号



図書ボランティア活動開始



マンモグラフィ装置

- 10月 腹腔鏡下膀胱悪性腫瘍手術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）、
抗HLA抗体（スクリーニング検査）及び抗HLA抗体（抗体特異性同定検査）の施設基準取得
- 11月 経営改善の取組の一環として職員給与の削減を実施
- 12月 ペースメーカー移植術及びペースメーカー交換術の施設基準取得
- 1月 胎児心エコー法の施設基準取得

10. 平成31（2019）年度

- 4月 救急診療科の設置
- 5月 ゴールデンウィークの開院
- 6月 アピアランスケア外来開設
- 8月 神経学的検査、CAD/CAM冠（歯科口腔外科）の施設基準取得
- 9月 運動器リハビリテーション料Ⅰの施設基準取得
- 10月 第1回市立旭川病院まつりの開催
- 1月 急性期看護補助体制加算25対1（補助者5割以上）、
急性期看護補助体制加算 夜間100対1、夜間看護体制加算、
緑内障手術（水晶体再建術併用眼内ドレーン挿入術）の
施設基準取得
病院機能評価認定の更新
- 3月 病棟再編の実施
発熱外来の開設
リアルタイムPCR検査装置の導入
新型コロナウイルスPCR検査の実施



市立旭川病院まつりのポスター

11. 令和2（2020）年度

- 4月 心臓ペースメーカー指導管理料の注5に掲げる
遠隔モニタリング加算、婦人科特定疾患治療管理料、
救急搬送看護体制加算1、外来排尿自立指導料、
精神科退院時共同指導料、広範囲顎骨支持型装置埋入手術、
経皮的冠動脈形成術（特殊カテーテルによるもの）、
外来緩和ケア管理料、自己クリオプレシピテート作製術（用手法）及び
同種クリオプレシピテート作製術、救急医療管理加算、
総合機能評価加算、せん妄ハイリスク患者ケア加算、
精神科急性期医師配置加算2のイ及びロ、
排尿自立支援加算、緩和ケア診療加算、
認知症ケア加算【加算3】、
診療録管理体制加算1の施設基準取得
Facebook（フェイスブック）のアカウント開設
- 5月 電子マネー決済の導入
- 6月 公式YouTube（ユーチューブ）のアカウント開設
- 7月 入院時のCSセット（ケアサポートセット）の導入
- 11月 産後ケア事業宿泊型開始



公式YouTube（ユーチューブ）のアカウント開設

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

文献の書き方は次の形式による。

- 1) 記載順序は、引用順とし本文に引用した箇所の右肩に^{1,2)}のように番号を付し、本文の末に一括して掲げ1) 2)とする。
- 2) 雑誌は著者名、論文名、雑誌名、年号(西暦)、巻数、頁数の順で記載する。欧文雑誌名は「Index medicus」、邦文誌は「医学中央雑誌」の省略名に準拠する。省略名にピリオドを打たない。筆者名は3名までとし、それ以上は「ほか」または「et al」とする。欧文著者はカンマ、ピリオドを打たない。
「例」糸島達也, 田中良治, 安東正晴, ほか: 電子スコープ周辺機器としての画像処理装置. 日本臨床 1987;45:1174-1179.
Gallagher JJ et al: The preexcitation syndrome. Prog Cardiovasc Dis 1978;20:285-289.
- 3) 単行本の場合は和書、洋書とも著者名、題名、編集者、発行地名、発行所名、版数、発行年号(西暦)、巻数、頁数の順で記載する。
「例」Weinstein L, Swartz MN. Pathologic properties of invading microorganisms. In: Sodeman WA Jr, Sodeman WA, editors. Pathologic physiology: mechanisms of disease. Philadelphia: Saunders. 1974:457-472.
- 4) 電子媒体からの引用については 引用月日, 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

病院医誌52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。

本号は、臨床研究論文1編、看護研究1編が主論文として掲載されました。その他、例年通りのCPC報告、教育研修報告、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2019年の学術面の集大成が綴られております。

本年（2020年）は年明け早々から、中国・武漢での新型コロナウイルス感染症の発生に始まり、クルーズ船、ダイヤモンド・プリンセスでのクラスター発生、国内症例の発生、諸外国での流行や都市のロックダウンから世界的なパンデミックに発展するなど、COVID-19という疾患により世界中の人々の生活様式が一変する激動の時代を迎えました。一般の受診患者数が減少する一方、当院は第二種感染症指定病院でもあるため、感染症病棟でのCOVID-19患者の受け入れのみならず、発熱外来の開設・発熱患者の受け入れ、患者増加に対応するための病棟再編など、職員の皆様には多大なるご尽力をいただきました。旭川市民をはじめ上川中部医療圏の地域住民に対する当院の貢献は、それなりに大きかったと思いますが、今後変わりゆく医療の世界に貢献するためにも、ここで得られた経験や知識を社会に向けて発信することもまた私たちに課せられた使命です。COVID-19によって医療の世界にもたらされたのは新興感染症への対応や感染対策などの問題だけではなく、従来の日常診療に対する見直しの必要性、一般市民の行動制限や経済的損失に伴う社会的不安、医療体制の逼迫や医療従事者のストレスなど様々です。このような問題点に向きあうことで臨床疑問を抱き、研究課題とし、学会発表や論文執筆につなげることはさらなる社会貢献につながります。今年度から開設した公式YouTubeチャンネルでの動画配信や急速に市民権を得つつあるオンラインカンファレンス・レクチャーなど情報発信の手段は様々です。職員全員が問題意識をもって、より良い医療の実現に向けて情報発信していただけることを願っております。我々編集委員がその一助になれることを願ってやみません。

2020年12月

教育研修課長 鈴木 聡

旭川市立病院医誌

編集委員長	菅野 貴康 先生	内科	編集協力委員	栗屋 敏雄	薬剤科
編集委員	武井 明 先生	精神神経科		二郷 元彦	中央検査科
	坂井 博之 先生	皮膚科		畑中 康裕	中央放射線科
	宮本 義博 先生	内科		増田 千絵	看護部
	中嶋 雅秀 先生	小児科	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(教育研修課長)			
	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52巻1号〕

令和2年12月28日 印刷
令和2年12月28日 発行〔非売品〕

編集発行人 旭川市金星町1丁目1番65号

青 木 秀 俊

発行所 旭川市金星町1丁目1番65号

市立旭川病院

印刷所 旭川市工業団地2条1丁目1-23

株式会社 総北海

The Journal of Asahikawa City Hospital

Vol.52 No.1

December 2020

【Original Articles】

Clinical experience of manual vacuum aspiration (MVA) for early first-trimester abortion.

..... Misa HAYASAKA

【Nursing Reports】

Survey about patient's thoughts for urinary incontinence at before and after surgery RALP.

..... Maya CHIKAI
