## 理念

- ・私たちは生命の尊さと人間愛を基調に、力を合わせて病 める人々を守ります。
- ・私たちは、地域の基幹病院としての自覚を持ち、常に新 しくより高い知識の習得と技術の研鑽に励みます。

## 基本方針

農業協同組合員によって創設された厚生連尾道総合病院は、その組合員及び地域すべての住民のための保健・医療・福祉・介護活動を通じて、医師会と連携し地域に貢献します。

厚生連尾道総合病院

厚

生 連

尾道総合

病

院医

第二十一号

平成二十三年十二月

ISSN 0919-5610

The Medical Bulletin of Onomichi General Hospital 2011 No.21

# 厚 生 連 尾道総合病院医報

## 第 21 号

## 目 次

巻頭言伊	藤	勝	陽	1
特別講演				
グローバル化社会と人材育成浅	原	利	正	3
サイコオンコロジー:がん患者の心理的反応に配慮したケア内	富	庸	介	11
心に残る最期の時 ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・		章	敏	17
自分らしくがんと向きあうために				
- ホスピスでの経験から- ······田	村	恵	子	23
実践!患者参加型医療				
~効果的に調整を行うコツ~生	駒	真有	美	29
原  著				
Coronary Artery Bypass Grafting in Our Institute				
~ from one surgeon experience for five years ······Masal	кі На	mam	oto·····	35
症例報告				
前立腺小細胞癌の2例森 [	山浩	之ほ	か	41
高齢者腹部大動脈瘤破裂に対する2救命例二十	申大	介ほ	か	47
CPC				
右腎細胞癌,胃悪性リンパ腫の治療後に膠芽腫を併発した1例※		旭ほ	か	51
急速な進行を認めた肝血管肉腫の1例柳月	日梢	江旭	か	57
		(次]	頁つづく	

厚生連尾道総合病院医報 Med. Bulle. Onomichi Cener. Hosp. 発行者 厚生連尾道総合病院

発行日 平成23年12月1日

## 目 次 (つづき)

看護管理者として、今後解決したい課題と情報活用について
情報を活用し、救急センターの安全・公平・効率的な運用を目指す …内 海 元 美 63
周産期医療センターと連携し小児救急拠点病院の充実を図る久 保 幸 江 65
著 書
論文発表
学会発表
院内カンファレンス
職場だより107
委員会報告
院内主要行事
「厚生連尾道総合病院医報」投稿規定 ・・・・・・・・・・168
編集後記



#### 一巻頭言一

## Our hospital is your hospital Your knowledge is our knowledge

病院長 伊 藤 勝 陽

学会発表後には必ず発表内容を投稿するよう大学では伝えていました。また国内での発表より海外での発表を増やすように伝えるようになったのはそれほど過去のことではありません。

研究、診療、教育の3本柱が医学という科学の分野に求められてきたことですが、第一線で働く当院では医療という分野での診療貢献がより求められているように思います。勿論診療と研究、教育は切り離すことは困難ですが。

さて当院でも国内のみならず海外でも発表されていることは先生方の出張伺いから知ることができます。しかし残念ながら出張の数と本医報に掲載される論文数に大きな差があります。学会や研究会で発表したら無条件に論文にして投稿するようお願いします。

黒田参与から当院が医誌を持つようになるまでに成長したことと、2009年の医報の巻頭言に医学部の卒業生が研修先を選ぶ時の判断基準として病院誌があることを挙げられていることを聞きました。しかし、もし海外の学会誌に投稿された英語論文数が1流病院の証しとするならば、当院はまだその域にまで到達しないように感じます。

ところで論文にも当然倫理規定があります。一般には二重投稿と臨床例や動物を対象とした実験的研究においては倫理委員会の承認と被験者からの informed consent を得ていることが求められます。後者においては個人情報保護のため、本文・図表とも患者氏名、住所、ID などの個人を特定できる記載がないことです。また本誌は当然二重投稿を避けるため限られた論文しか掲載できません。そのため多くの学会誌に掲載された論文をそのまま掲載は出来ませんが、それぞれの編集委員会で修正依頼のある元原稿は掲載出来ます。是非編集委員会にお持ちください。医師のみならずコメディカルからの投稿も歓迎します。

先日、金子みす、記念館長の矢崎節夫さんに日本医学放射線学会秋季臨床大会で講演して頂きました。平成8年から小学校の教科書に「大漁」が載っているので、みす、についてご存知の方もあると思いますが、3月11日の震災後からは「こだまでしょうか」が TVで放映されていたので、こちらは良く知られていると思います。私とあなた、私と患者ではなく、あなたと私、患者と私。自分側だけでなく、すぐに相手側、むこう側にまなざしを向けること、自分側と相手側、両方に佇むことで、初めて大切なこと、真理、真実に出合えると述べられていました。患者様と言っている施設ではこの関係にはなれないとも。院内図書館がないのが残念ですが、医局図書に金子みす、の詩集はあるべきと感じました。

本誌の充実を祈念しております。

#### 一特別講演—

## グローバル化社会と人材育成

#### 浅 原 利 正

尾道総合病院の開院を心からお祝い申し上げ ます。

先ほど、院内を見せていただきました。廊下も大変広く、ゆとりがあるという印象を受けました。エントランスも吹き抜けになっていて、病院に来られる患者さんも何かしらの不安をお持ちですので、ゆとりというのは大変必要ではないかと思います。病院をそういう形できちんと設計してこられた関係者の方に敬意をささげたいと思います。

放射線科、救急センターも病棟も見せていただきました。このあたりでは、群を抜いて立派な建物です。またスタッフの方も、大変すばらしい方がおいでになっています。

皆さんご存知の通り、日本の医療は様々なひずみが生じて、国民の期待に決して十分に応えることができていない状況にあります。これを改めていくのは、私達医療にかかわる者の使命だと思っていますので、是非力を合わせて、日本の医療を再構築していきましょう。

何はともあれ、日本の社会は、急速に高齢化が進んでおりますので、その中で医療をどの様に再構築するかということも含めて、根本的に将来の人類社会を見据えた構想が必要ではないかと思います。皆様方のお力添えをいただきたいと思っておりますし、また、この立派な病院の病院長をはじめとしてスタッフの方々も、大きな責任を背負われたと思っております。是非とも期待に応えていただきます様、心からお願いして記念講演を始めたいと思います。

医療の話をすると、私も随分医療現場から遠ざかっていますので、別の話をさせていただき

たいと思います。本日のタイトルにありますように、今私たちの住んでいる社会で進みつつある"グローバル化社会"というものと、その中において"人材育成"というものがどうあるべきか、という話をしていきたいと思います。

私が4年前に東広島キャンパスに職場を移し て思うことは、まさしく大学というのは多様性 を受け入れている組織だということです。研究 者も様々な方がおられます。文学部・文学研究 科の教員に、「哲学の領域で何が今一番課題で すか | という質問をしたときに、いろいろある のだけれども, 例えば, 「無人の森の中で木が 倒れたら音がするか | というようなことも. 随 分前からテーマだそうです。無人の森の中で木 が倒れたら音がすると思う方, 手を挙げてみて ください。もちろん、哲学的なテーマですから 様々な意見があるわけですが,「無人であれば 音が聞こえない。だから、音がしない」という 意見もあるのだそうです。そういう人たちの中 で仕事をしているということを、自己紹介に代 えさせていただきたいと思います。

5月26日に、広島大学のサタケメモリアルホールで、広島大学講演会を開催いたしました。 演者は、2008年にノーベル化学賞を受賞された下村脩さんです。長崎大学薬学部のご出身です。 2008年はあと3人ノーベル賞を受賞されています(物理学賞 南部陽一郎氏及び小林誠氏・益川敏英氏)。非常に画期的なことで、日本中が元気になったわけです。当日は、学内のサタケメモリアルホールと学内2か所のテレビ中継会場をあわせて、約1,300人もの方にお越しいた

広島大学長

だきました。大変すばらしい講演でした。研究は GFP, 最近様々な細胞や生物学的なマーカーとして使われている光るたんぱく質, これはもともとオワンクラゲから抽出して生成したものがイクオリンという物質で, 最終的には GFPになって応用されるようになったわけです。光る物質をマーカーとして使える訳ですから, さまざまな解析, 分析に使われるようになりました。

医学部の学生が「先生がなさろうとしたことは、結果が出るかどうか分からないのに、なぜ続けることができたのですか」と質問しました。すると下村先生が、なぜそのような質問するのかという顔をしてしばらく沈黙されました。そして、「それは、結論が出るまでやるのです」と答えられました。私たちは、そういう気持ちでいろいろなことに取り組まないといけないと思いました。

西条農業高校の学生も来ていまして、「先生はこのクラゲの光る物質を発見された訳ですけれども、それが終わったら今度は何をしようと思っていましたか」という質問をしました。下村先生は「実はその次に光るキノコの研究をしたかった。だけど、ノーベル賞を受賞してそれができなくなった」と答えておられました。2009年に講演をお願いしましたが叶いませんで、広島大学にクラゲの研究者がおり、彼がしつこく頼み込みまして、やっと5月に実現しました。そういう研究者の姿を、若い人たちに見せることができたということが私にとっては大きな喜びでした。

本日の話は、「明日の国づくりは今日の人づくりである」ということが、簡単な話のまとめとなります。大学で、そういう方に講演に来ていただいて、若い人たちにインパクトのある「研究者とはどういうものか」ということを話してもらうということは、とても大事なことだと思い、さまざまな形で計画をしているわけです。来る11月には昨年ノーベル化学賞を受賞された、北海道大学の鈴木章先生にお越しいただくことにしています。学生の反応がどれくらいあるかということを大変楽しみにしています。

学術研究は、20世紀の後半から急速に進歩し、 特に情報化通信技術の進歩というのは、私たち の住んでいる社会を時間的にも距離的にも短く しています。それが如実に現れたのが、2年半 程前に起きたリーマンショックです。一つの証 券会社が多大な負債を抱えて経営不安に陥り, 世界のいたるところに影響を及ぼしました。東 日本大震災でも, 東北地方にあるモノづくりの 拠点が崩壊したために、アメリカのボーイング 社の飛行機やドイツのベンツの生産が一時スト ップしました(現在も十分に回復していないと 思いますが)。日本で起こったことが、世界で 様々な分野にすぐ影響するようになっているわ けです。つまり、グローバル化、地球が一つに なっていて, いろいろなことに影響が及び易く なっています。

江戸時代,日本の武士は,飛び道具は卑怯だということで,剣術を鍛えましたが,長い間鎖国政策をとっていましたから,外国で発明された銃等は進化してゆき,とても剣では太刀打ちできなくなっていきました。グローバル化の現象に,私たちが目をつむったり,顔をそむけたりすると,同じようなことが起こってくると思います。

今,北アフリカや中東で民主化が進んでいます。その影響は、インターネットを通じて、あらゆる国に情報が伝わり、民主化が遅れている国の意識を目覚めさせる等、ソフト面でのグローバル化が急速に進んでいるということも間違いないと思います。

グローバル化社会が進展しているということ を、私たちは認識しなければいけないわけです。 実は意外とグローバル化社会が十分に浸透しな いのが、医療の世界と法律の世界です。

医療というのは、特に日本の医療というのは 冒頭で申しました通り、地域医療というのが重 要な課題の一つになっています。そのせいか、 ゆとりがなくなってきています。これは個人と しても組織としても社会としても、あまりいい ことではないと思います。 グローバル化社会の進展で大きな問題は、競争になってしまうことです。競争になってしまうと、心のゆとりは無くなります。このことは、真剣に私たちが考えていかなくてはいけない問題であろうと思います。グローバル化社会が進展しても、心のゆとりを保つということを是非心がけなくてはいけないと思います。また、法学がなぜ限局化しているかというと、これは医療とは全く別の意味でして、例えば国際法の範疇は別ですが、国によって法律が違います。

大学で国際交流を進めていく中で、留学生を 受け入れたり、広島大学の学生を海外に派遣し たりするときに、法学の分野というのは少し異 質です。日本人の学生は国内法を勉強しており、 それは他の国の法律に適応できるものではない ということですが、根本的な考えは同じだそう です。そうですけれど、違いはあります。アメ リカに行くと州によっても法律が違いますし、 我々は違いを理解しなければいけません。この グローバル化社会がますます進展していくと, 最終的には皆さんが価値観が違うということを 受け入れて. 同じような認識で生きていかなけ ればいけないわけです。もちろんそのために異 文化を理解し, 受け入れて, 最終的には共生す ることだと思います。それは国際平和という基 盤に成り立つ「共生」と思います。したがって、 異文化を理解するためには,一番大きな手段と しての言語を身に付け、文化、芸術はもちろん 民族、宗教等、そういったものを理解しておく 必要があるわけです。

実は日本人の中だけでも,様々な考えの方が おられて,住んだ環境も違う,生きてきた過程 も違うという意味では,理解が必要なわけです。

最も異文化理解が進んでいるようで進んでいないのは、夫婦の関係ではないかと思います。 分かったようなことを言っても、お互いに受け入れにくい状態のこともありますので、それを原点にするとむしろ、例えば韓国の人やベトナムの人やトルコの人など、様々な国の方との理解は進むはずです。むしろ違うから興味があるということもありますね。異文化理解というの は、基本的に理解する手段としての言語、語学 というのはある程度身に付けなければいけない 部分があります。そして、文化を理解する。そ れは必ずしも容易ではありません。

学生の時に、イザヤ・ベンダサンの「ユダヤ 人と日本人 という本を読みました。2年程前 に,本学の学生がインタビューに来たとき, 「先生はどんな本を学生に勧められますか」と 聞かれまして,「『ユダヤ人と日本人』という本 が面白いですよ」と紹介したことがあります。 アメリカのニューヨークのマンハッタンの真ん 中に、ウォルドルフ=アストリアという高級ホ テルがあります。そこにユダヤ人が住んでいま した。日本人が彼と「あなたはなぜこんなとこ ろに高額のお金を出して、しかも家族で住んで いるのですか | という話をしたら、「ここに住 んでいるとホテルの入口にも守衛さんがいて、 部屋の中も監視してくれて安全だ | と答えまし た。ユダヤ人はこれまでに様々の迫害を受け, 今でも緊張した環境に生きているところがあり. 生きていくことが大変なのだと思います。だか らホテルに高額なお金を払ってでも,安全を守 るために住んでいるという、これは日本人には 考えられないことですね。海外に行かれた方は 沢山おられるかと思いますが、日本は間違いな く一番治安が優れています。

昨年の夏、広島大学の学生を、2週間のプログラムでオーストラリアのメルボルンのラ・トローブ大学という協定校に短期研修で派遣しました。現地で英語の授業を受けたり、学生交流をしたり、アボリジニという原住民と交流するなど、いわゆる異文化理解の促進を目的としたプログラムです。学生たちは、自由時間に5~6人のグループでダウンタウンに出て行くわけです。「治安も良くてよかったですよ」というから、「世界が全部そうではないから、そこはよく分かっておかないといけないよ」という話をしました。まさしく治安のことも、異文化理解の上で大変重要なことだと思います。

学会でスペインに行ったときに, 夜, 日本人のグループと一緒に食事をした際, 「スペイン

はいかがですか」と尋ねたところ、「先ほどひどい目に遭いました」と言っておられました。 数人で観光へ行って、タクシーを降りたところで集団に囲まれて、お金を取られたと言われていました。マドリッドはそんな街ですから気を付けないといけません。昼間でもロサンゼルスは裏通りを歩いたらいけないと言われました。ニューヨークで夜歩くなんてもってのほかです。以前は地下鉄も危険でしたので、乗らないようにしていました。今はかなり安全になったようですけども。

そういうことを理解しないと、国際社会で生きていくのは非常に難しくなります。言語・文化・民族・宗教、そういう異文化を全て理解していく努力をしていかないといけないと思うわけです。反対に日本のことも、もっとよく知らないといけないと思います。

ある商社のトップの方から聞いたことですが、 日本人の社員を海外の出先機関へ派遣すると、 まず現地の取引先の方がパーティを開いてくれ るそうです。その時に日本のことをいろいろ聞 かれるそうですが答えることができないと、簡 単に言えば、なかなか商談がうまくいかなくな るといいます。

ある新入社員が、東大寺について、いつ、どういう人が建立したのかなど聞かれましたが、知らなかったそうです。それで信用を無くしたという話を聞いて、日本のことをいろいろ知っておく必要があると思った次第です。当然、相手にとってみれば、日本の文化を理解することも、日本人を理解することにつながるわけですから。

そこで、本日は日本の文化について考えるという意味で、日本の文化としてどのようなものがあるかを並べてみました。例えば、生け花、俳句、和歌、日本の木で作った箸、床の間、わび・さび、粋などもありますね。和服、歌舞伎、浮世絵、蕎麦、畳、鍋、落語、能・狂言、折り紙、おみくじ、漫画、下駄、芸者、風呂敷、富士山、これらは外国でも随分人気がありますね。歌舞伎というのは浄瑠璃が原点となっています。

武士道や交番、桜、義理、神道、平仮名、相撲、 あはれというのは、英語で表現するのは非常に 難しいです。日本人は、食事するときに「いた だきます」と言いますよね。これも説明するの が非常に難しいです。こういう言い方もできま す。「ご飯を食べるときに、食物に、それを作 ってくれた人に、感謝を表しているのです | と。 そういう日本の文化というのは、そうではない 外国の人たちにとっては、大変興味深いことで す。このようなことを調べて、外国の人と交流 するというのは面白いことだと思います。私た ちは意外と自分たちの中のことは分かりますが. 外から見た姿は分かり難い, 例えばこちらのス タッフの方々は外から見た尾道総合病院はなか なか分かりにくいものです。海外から見た日本, という視点で一度物を見て、「海外の人が日本 をどう見ているか | ということを想像したうえ で話をすることも大事だと思います。他覚的に 自分自身を見直すという視点は欠け易い訳です。 グローバル化社会になると, 広い視野で物事を 見るということが必要となってくるのではない かと思います。

そのようにして、日本のことをもっとよく知る。そして、海外から見た日本の姿を考えて、 国際交流を進めていくことが大事です。私たちが住んでいる人類社会において、ますますグローバル化が進展していく中で、人材育成がどうあるべきか、ということを、少しだけ時間を取って考えてみたいと思います。

何といっても、人材育成というのは、社会人として一番大事な仕事ではないかと思います。 どんな職場でも人材を育成しています。教育とは小学校・中学校・高校・大学でしているだけではなく、さまざまな職場で教育していますし、地域社会で人間を育てています。もちろん家庭も含めてです。地域社会というのは、いろいろなグループの集まりですよね。そう考えますと、人を育てるということは、極めて大事なことだと思います。冒頭で、本日の話の結論は、「明日の国づくりは、今日の人づくり」といいましたが、将来日本の国を成熟した大人の国にする 為には、今きちんとした人材を育成しておかないといけないと思います。したがって、現在皆さん方がなさっておられる人づくりというのを、もう少しそういった目で見ていただけると、また新鮮な気持ちで取り組めるのではないかと思います。是非とも人づくりを大切にしていただきたいと思うわけです。

簡単に例を挙げて説明しますと, 私は外科医 ですが、外科医が手術を教わるのは手術室です。 正直なところ、見ているだけではなく、実際に 自分がしてみないとなかなかできません。もち ろん, 見て教わらなければ手術はできないわけ ですが、先輩の上手な手術をずっと見ていて、 自分でしてみて覚えていくわけです。大事なの は、自分でしてみるということです。自分でし てみるときに、先輩が必ずついて指導してくれ るわけですが、だれが見ても先輩がした方が早 く済むわけです。だけど、教えないと後継者は 育たないので、教えなければいけません。教え るためには辛抱が必要です。だめだから自分が する、といって取りあげれば、その人はいつま で経っても育たないわけです。何かを教えると いうのは忍耐が必要です。人材育成というのは 忍耐だと思います。

東日本大震災で気付かされたことがもう一つ あります。それは、やはり20世紀は「物の時代」 で21世紀は「心の時代」だと言われており、そ うなるべきではないかと期待されています。20 世紀は物の豊かさとかお金を追及してきました。 経済発展が国の発展と同じように言われた時代 です。しかし、東日本大震災の惨状を見てみま すと、物質的な豊かさを求めすぎ、効率のみを 優先し、自然に目を向けていなかったのではな いかと気付かされたのではないでしょうか。M 9.0は想像できなかったと言われています。津 波の災害は、せいぜい数メートルといわれてい たのが, 40M ぐらいの高さまで達しています。 それは、私たちが自然に目を向けていなかった から, あのようなすごい犠牲を払わなくてはい けなくなったのではないかと思います。

だから, 物の豊かさを求めてきたという価値

観を、21世紀には変えていかなくてはいけないのではないかと思うわけです。グローバル化社会というのも、基本的には経済発展を目的に進展していったわけですが、経済発展は成熟した国においては限界があるわけです。

なぜ限界があるかというと、格差が生じてきてしまっているからです。アメリカ社会でもそうです。世界最先端の文明を誇るアメリカ社会が、貧富の格差が大きくなって綻びが出始めてきています。日本はまだ、素晴らしいと思います。

3月11日の大震災の翌々日に、TVでこういう場面を見ました。被災した方々の家は崩壊し、多くの方がコンビニで物資を買うために、並んで待っておられるわけです。これは世界のマスコミに報道されて、なんと日本は秩序正しい国なのだろう、と言われました。フロリダで起こった災害の時は、略奪がTVで放映されました。この違いは日本民族の忍耐強さという風に言われていましたけども、そうかもしれませんが一方では、実は日本は格差が非常に少ない社会だから、略奪のようなことは起こらず、秩序が保たれているといえます。

リーマンショックの時に, 証券会社・金融機 関はトップが報酬を返上したり、やめたりして、 かなりの税金をつぎ込んで立ちなおったわけで すが、立ち直ったら、またすぐ1億円とか2億 円とかのボーナスを貰う訳です。すぐにアメリ カ国民は非難しました。税金を使って立ちなお らせた会社のトップが、また少し業績が回復し たからといって、そんなにボーナスを貰うのは おかしいと、アメリカ国民は怒ったわけです。 その時に、ある金融組織のトップがこう言いま した。「自分たちはあの時一生懸命努力したけ れど、会社を救うことはできなかった。それは 私たちの責任ではない」と。「では、その前に どんどん繁栄して沢山給料をもらったのも, あ なた方の努力ではないのではないか」と国民が 反論した訳です。そういうことに関してはディ ベートの国ですから、いいことを言って反論し たと思いました。

そのように考えると、格差がないということは大事ではないかと思いますが、このまま競争が続くと、やがて日本も米国のようになり、格差社会が広がるのではないかという懸念があります。したがって、この辺りで価値観を変えるべきではないかと思っています。

人材育成では、個人や組織の有り様が大事であると思いますが、その際多様性も大事だと思っています。いろいろな人がいて組織全体として相乗作用を発揮して大きな力になっていきます。

山野を埋め尽くしている竹藪がありますよね。ひと山数万本の竹山がいっせいに花が咲くときがあるそうです。そして、一斉に花が咲いたあとは、全部枯れるそうです。なぜそうなるかというと、根が全部つながっているからなのだそうです。根が全部つながっているということは、皆同じような竹なのです。

何が言いたいかというと、均一社会・組織の 脆弱性について先月号の文芸春秋で立花隆氏が 書いていますが、皆が均一、同じになったらお かしくなるのではないかと。何か破綻した時に 皆が破綻してしまう。いろいろな人がいていい、 いろいろな個性があっていい。組織としてはそ れを受け入れるべきだ。ということが書いてあ りました。この竹山に象徴されるような話だと 思います。

人材育成にも、そういうことが大事ではないかと思います。5人のグループを作るときに、同じような5人がいるということは、全部足して5にしかならないが、さまざまな能力を持った人間が5人集まると、それは5以上の力になる可能性があります。人を育てるときに、多様性ということを認め、受け入れることが大事ではないかと思うわけです。

塩野七生氏の本が好きで、「ローマ人の物語」を読みました。古代ローマ帝国は確かにすごい 国です。歴史がなぜ面白いかというと、基本的 には実際に人類の歴史のうえで起こったことを 書いているからです。塩野さんが書いています が、古代ローマ時代から長く続いた都市が二つあり、ローマとヴェネチアです。両市とも他と比べて民族や市民が優れていたというわけではなく、その民族や市民の知恵を活用する仕組みができていたから、と言っています。もう一つの理由は、やみくもに性懲りもなく突入する。歴史の教訓として、私たちが学ぶこととして共感をしたわけです。私たちが組織として何かを為すときに、人を作ることは一番大事ですが、その人をどう活かすかということは、もっと大事なことだろうと思うわけです。

教育は基本的に厳しさと温かさが必要だと思います。飴と鞭ですかね。それに育つには時間がかかります。そのために必要なことは,忍耐と辛抱です。

広島大学の責任者としてこういう講演をするときに、必ず広島大学の紹介をするように広報 担当から言われていますので、残りの時間で紹介したいと思います。

留学生交流は国をあげて進められていますが、2000年頃を境に海外からの留学生は増えているものの、日本から留学する学生が減っています。日本からの留学先はアメリカ、中国、イギリス、オーストラリア、ドイツ、台湾などです。アメリカへの留学者数は最も多いときで47,000人程でしたが、最新のデータでは約半分の24,842人と減少しています。留学しない理由を講義のとき、本学の学生に聞きました。それらは、①言葉に自信がない②日本は治安がいい③留学しても評価されない④行かなくても不自由しない、でしたが中でも①「言葉に自信がない」が一番多いという結果でした。ただし、広大の講義に出ていた学生に限っての話ではありますが。

この4つは結構当たっていると思います。次は広大の留学生の推移です。昭和35年は4人,これが平成19年頃から毎年100人くらいずつ増えています。

現在,広島大学は学生数約15,000人,内訳は 学士課程(学部)約11,000人,大学院約4,500 人です。今年度の科学研究費です。これは職員 も応募できます。採択件数は9位,配分額は12 位です。

これが現在のレベルです。満足はしていません。それぞれのランクをあげていかないといけないと思っています。

朝日新聞が毎年出している受験生向けの大学ランキングです。それによりますと、教育分野での国公私立大学学長からの評価は、国立大学の中で5位と評価されています。障がいのある学生への支援は、全大学で1位(全国障害学生支援センター調べ)、そして社会人の受入れについては、国立大学の中で1位、全大学でも4位と高く評価されています。日本の大学で社会人の占める割合は約5%ですが、欧州では20%以上です。21世紀は知識基盤社会といわれていますから、学び直しの機会は増えてくると思われます。そうなると、大学の受け入れ環境の整備が求められます。事務職員力は4位です。

教養教育が重要であると考えています。科学研究の進歩につれて、専門分野もますます深化しています。そうなればなるほどに、専門教育の基盤となる教養教育の重要度は増してくると考えます。教員の方にお願いしていることは、学生が物事に興味を持つ、やる気を出す、そのような教育をしてほしいといっています。そのような姿勢を身に付ければ、興味を持って自分で学ぶようになると思います。知識を伝えることも大切ですが、興味を持たせること、これが大切なのではないかと考えます。

大学間競争も、国際間競争に進展しています。信頼性の高い国際的な大学ランキングがいくつかあり、これはその一つで「QS世界大学ランキング」です。広島大学の世界ランキング順位は2009年、2010年それぞれ259位、254位です。国内順位はいずれも13位です。

大森貝塚の発見者エドワード・モースは, 1877年に来日し、日本の感想を次のように述べています。「自分の国では道徳的教訓の重荷になっている善徳や品性である挙動の礼儀正しさ、 他人の感情への思いやりを、あらゆる階層の日本人は生まれながらに持っている」(中央公論2010.10)と感心しています。私たちは日本人であることに、もっと誇りを持っていいと思います。過剰に謙虚になる必要はないと思います。

「現状維持を図るだけでは間違いなく後退することを意味する」これは、ウォルト・ディズニーの言葉です。実は現状維持を図ることは、なかなか困難です。より高いレベルを目指してこそ現状維持が図れることを、彼は言っています。

「ゆで蛙」という言葉をご存知でしょうか? 現職に就いたときに、ある教員から言われました。「学長、ゆで蛙にならないようにしましょう」と。蛙は温度変化に鈍感なのだそうです。 鍋に水を張り、蛙を入れて徐々に温度を上げていくと、一定の温度になったらコトンと死ぬのだそうです。自分の周りの変化に気が付かないと死ぬようなことになりますよ、という教訓でした。広島大学もそうならないように気を付けて運営したいと思います。

最後に、チャールズ・ダーウィンの言葉を紹介しておきましょう。「種の起源」にこう書いてあります。「生き残る種は、賢いものでも、強いものでもなく、環境に適応できたものである」と。

#### 一特別講演—

サイコオンコロジー:がん患者の心理的反応に配慮したケア

#### 内 富 庸 介

#### 要 旨

サイコオンコロジーの第一の目的は、がんが(患者・家族・医療スタッフの)心に与える影響を調べること、第二の目的は、がんの罹患や生存に影響を与える心理・社会・行動学的要因を探すことである。いずれの目的も予防・治療方法の開発を目指している。

精神的ケアは、末期患者に限らないため、がんに関連する情報開示(検査の必要性、診断、治療法、再発、積極的抗がん治療から緩和医療への移行など)を前提する場合、医療者は悪い知らせを伝えた後に生じる落胆、孤立感、疎外感、実存的苦悩、絶望など通常範囲の心の反応への対応から、うつ病、適応障害など幅広い抑うつへのより専門的な対応まで必要とされる。Psycho-Oncologyの臨床実践、そして今後展望について概説する。

索引用語:精神腫瘍学, コミュニケーション, うつ

#### 1. はじめに

がんや心筋梗塞など、生命を脅かす疾患を抱えることは、人の心に深刻な事態をもたらす。 インフォームドコンセントを前提とした医療が近年わが国でも導入されているが、情報を伝えられた後の人の心への手当ては世界的に見てもまだまだ極めて貧弱である。がんの診断を含む多くの(主に悪い)情報が説明され、その情報は将来を根底から覆すだけの甚大なる影響を有する。がんであることを伝えられると誰もが一度は死を連想し、落胆、悲嘆、絶望の淵に沈む。

人の心を端的に表すときに、「知・情・意」という言葉が使われる。「知」は知識、「情」は感情をあらわすが、「情」は本人にとって良いものか悪いものか、特にがん医療においても将来を判断する場合において重要な役割を果たす。「意」は意思や意識である。最終的に患者の同意をもって医療が始まるが、「説明と同意」と

いうインフォームドコンセントの訳を、人の心(知・情・意)に対比させると、「情」がすっぽり抜け落ちていることがわかる。本来、説明すべき情報という言葉には「情」が入っているが、単なる「説明」というと画一的な無機質な「知」の提供という響きがある。本来、患者の感情を理解することもインフォームドコンセントには含まれているはずである。今後、まず、医師には、「情」をさらに意識したインフォームドコンセントを、そして全ての医療従事者に「情」のこもったコミュニケーション技術の習得が期待される。

#### 2. サイコオンコロジー (精神腫瘍学) について

欧米では、がんの診断など真実を伝える医療 の是非に関する議論に決着がついた1970年代後

岡山大学大学院医歯薬学総合研究科 精神神経病態学教室

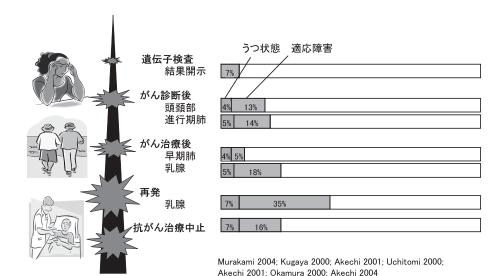


図1 がんの進行と抑うつ(うつ状態・適応障害)の1ヶ月有病率:国立がんセンター

半に,がん専門病院にサイコオンコロジー部門が誕生した。サイコオンコロジーは精神医学,心理学,腫瘍学,免疫学,内分泌学,社会学,倫理学など多くの学問領域から成り立っている。

これまでの研究成果によると、がんに関する 悪い知らせを伝えられても過半数の方は数週間 で気持ちのつらい状況から抜け出し回復できる 一方で、悪い知らせに続いて20-40%の方は遷 延した抑うつを経験することが明らかになって いる (図1) (文献1-8)。抑うつを抱えるこ とは、患者のみならず家族の QOL を低下さ せ、さらには治療に関する意思決定やコンプラ イアンス, 自殺, 入院日数の長期化など, 実に さまざまな面に甚大なる影響をもたらす。現在, サイコオンコロジーは、がんの予防にはじまり、 検査,治療,再発,積極的抗がん治療の中止, 緩和ケアへの移行を含め全てのがんの臨床経過 において患者の抑うつを早期に発見し治療を行 う体制を整え、本来の患者の意向を踏まえたが ん治療の提供体制を支えるべく格闘している。

### 3. がん医療における心のケアとしての コミュニケーションの位置づけ

まず、がん患者の心の評価とケアの枠組みを 大まかに分類して目星をつけることを目的に、 英国 NHS-NICE がん患者の支持緩和ケアマニ ュアル2004を紹介する(図2)(文献9)。4つの段階は、心の負担を通常レベルから重度の精神障害までに分類し、各段階における医療提供者、評価方法とケアの内容を記している。これはあくまでも英国の医療事情を反映して作成されたものであること、そして各段階は重なりあっており厳密に線を引けないことをお断りしておく。

ここで、がん医療従事者の役割を第一段階から見ていくと、まず、患者の心理的ニード評価である。これはわが国では問題ないだろうか。次に、疑わしいと思ったとき必要に応じて精神保健の専門家に患者を紹介すること。これはどうだろうか。意外と精神保健の専門家へ相談をせずに抱え込んでいないだろうか。介入としては基本的なコミュニケーション(適切な情報提供、理解の確認、共感、敬意)となる。第一段階に位置づけられているが、共感を含む基本のコミュニケーションは困難な技術である。

第二段階は、心理的知識を有するレベルとある。わが国では認定・専門看護師の一部、ソーシャルワーカー、家庭医 (GP)、となるのだろうか。がんの診断時、治療時、再発時、抗がん治療終了時などストレスが高まる心の軌跡を頭に入れ、その際にスクリーニングを行う。ケアとしては、心配や気持ちを聞きながら信頼関係

第四段階:精神保健専門家(心理職・精神科医)
評価、精神疾患の診断、重症の気分障害、人格障害、薬物乱用、精神病性障害を含む、複雑な精神的問題)
介入、薬物療法と心理療法(認知行動療法)
第三段階:制練と認定を受けた専門家(心理職)
評価・心理的苦痛の評価と精神疾患の診断(重症度を識別し必要に応じ精神科医に紹介)
が入、加ウンセリングと心理療法(不安マネジメント、解決志向的アプローチ)
第二段階・心理的苦痛のスワルーング(がんの診断時、再発時、治療中止時などストレス時)
介入、問題解決技法のような心理技法(問題解決療法など).
第一段階・全ての医療者
評価・心理的ニトの認識(必要に応じて精神保健の専門家に紹介)
介入:基本的なコミュニケーション(適切な情報提供、理解の確認、共感、敬意)

#### 図 2 がん患者の心理学的評価とサポートの4段階 - 英国がん患者の支持・緩和ケアマニュアル NHS-NICE 2004-

を構築し非審判的に傾聴する支持的精神療法を 提供する。コミュニケーション技術訓練を終了 した医師もここに相当するであろう。また,危 機介入,問題解決技法を提供する。これにはあ る程度の研修は必須である。そして,生活に支 障をきたす程度の心の負担(適応障害)やうつ 病,不安障害,せん妄などを専門家に依頼する。 第三段階は,軽度一中等度の不安,うつ,怒 り,スピリチュアルな問題を評価し解決する。 これは,経験,研修を積んだ精神看護専門看護 師(リエゾン),心理職相当だろうか。わが国 では結構,医師,看護師が引き受けているのだ ろう。本来は,高度の心理学の知識と研修が必 要とされる。

第四段階は,精神医学的診断のもと,重度のうつ病,せん妄,不安障害,人格障害,アルコール障害,自傷行動など精神疾患の治療,認知行動療法である。殆どが精神科医,博士号取得の心理職であろう。

がん医療における心のケアとしてのコミュニケーションを図3にまとめると、第一段階は全ての医療者が身につけておくべきもの、そして診断、再発、抗がん治療の中止などの悪い知らせを伝える医師は、第二段階の一部も求められているのである。従って、知識習得だけでは足りず、ロールプレイを用いた研修会などに参加して実技演習が必要となる(文献10)。

#### 4. 目を向けて欲しいがん医療における コミュニケーションの第三・四段階

全てのがん患者にメンタルケアが必要とはい



図3 がん医療における患者一医師間のコミュニケ ーションの4段階

え、やはり苦悩が強く、重症の精神医学的疾患がまず最優先されるべきであろう。その代表例が、うつ病である。米国の報告であるが、医師、看護師によるうつ状態の評価の調査がある。それぞれ、軽度のうつ状態の30%、29%が、重度のうつ状態の13%、14%が認識されているに過ぎない(文献11-12)。知識ではうつ病の存在は理解していても、いざ評価となると、「誰もりして見逃していないだろうか。患者に共感する心と、患者の精神状態を評価する頭を同時に働かせることは難しいことだが、実践に活かさないと重度の患者の苦悩は癒されない。

第三段階の困難な点は、「死ぬんですか!!」と怒りや恐怖を患者から露にされ、対応に窮する感情への対応の場合である。ついつい、安易に励ましたり、マシンガントークで説き伏せようとしていないだろうか。「がんの半分は治り、そうでない場合も緩和ケアがあり。。。。」。そこに、沈黙を用いて間をおく技術が養われると、

- →「(沈黙) ……死ぬのでは…ないかと…思われたのですね (共感)」
- →「今の体のだるさでは, そう思われるのは当 然です…よね。(保証)」
- → 「……今, 一番気がかりにされていることは 何でしょうか? (探索)」
- →「具体的な計画がありますか?…それはできると思います」などと対応できたらどうだろうか。本来の患者の人生の目標が聞き出せるかもしれない(娘の結婚式,息子の就職,孫の誕生,入園式,仕事の計画など)。

http://pod.ncc.go.jp/ダウンロードできます
Akizuki et al, JPSM 2005

# ① <u>この1週間</u>の気持ちのつらさを平均して、数字にOをつけて下さい。

最高につらい 中くらいにつらい つらさはない

## ② その気持ちのつらさのためにど の程度、日常生活に支障があり ましたか?

最高に支障がある

中くらいに支障がある

支障はない

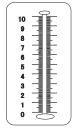


図4 気持ちのつらさと支障の寒暖計

一方で、がん医療を知らない精神科医・心理職は第三・四段階の技術を持っているだけで、それだけではまったく役に立たない。がんの知識とがんに伴う心の反応を知らないと、患者とも医療チームとも信頼関係が築けない。むしろ、精神科医・心理職は第一、第二段階を学ぶ研修機会をがん医療の現場で持つべきであろう。

したがって、がん医療におけるコミュニケーションを活かすには、それぞれの技術を結集するチーム医療が前提となろう。

#### 5. 実践に活かすための試み

#### 1) コミュニケーション技術研修会

がん対策基本法の理念に沿って2007年10月にはじまった医療研修推進財団主催、日本サイコオンコロジー学会協力の、がん医療におけるコミュニケーション技術研修会はがん臨床経験3年以上の医師を対象としたプログラムである(http://www.pmet.or.jp/)。2時間の講義と8時間のロール・プレイで構成され二日間かけて行われる。参加者4名にファシリテーターが2名と模擬患者1名が配置される。参加医師は、第二段階の難治がんの診断を伝える、再発、抗がん治療中止のシナリオ用いたロールプレイの体験を通して、コミュニケーション技術を参加者同士の観察と討論によって身につけていく。

#### 2) うつの評価と専門家との連携

最もストレスが高まる再発時にスクリーニングを行い、その評価を基に医師がコミュニケーション技術を駆使して、患者に説明し、同意に基づいて精神腫瘍科に連携するプログラムの開発が海外では報告されている。我々は、図4に示すつらさと支障の寒暖計を使用して、それぞれ4点と3点以上と出た陽性者に担当看護師が専門家への連携を促進するプログラムを実施した(文献13-14)。結果は、再発患者が多いある病棟の入院患者の精神腫瘍科受療が2.5%から11.5%に跳ね上がった。担当看護師のコミュニケーション技術あっての成果であった。

#### 6. おわりに

がん医療従事者のメンタルケア技術を改善していく第一歩として、是非、コミュニケーション技術研修会の参加を推奨する(http://www.pmet.or.jp/)。共感の技術が確実に上がる。そして精神保健専門家(精神科医、心療内科医、精神看護専門看護師(リエゾン)、臨床心理士など)との連携チーム作りである。これには医療者間のコミュニケーション技術が必要となる。がん医療従事者が安心して心のケアを提供するには第三・四段階の見極めができるよう精神保健の専門家と協調し、第一・二段階のメンタル

ケアを安心して専念できる環境を整備するべき である。こうして、患者、家族そして医療者と のコミュニケーションが、日本におけるがん医 療における心のケアの重要な役割を果たしてい くであろう。

#### 引 用 文 献

- 1 Murakami Y, Okamura H, Sugano K, et al.: Psychologic distress after disclosure of genetic test results regarding hereditary nonpolyposis colorectal carcinoma. Cancer 101: 395-403, 2004
- Okamura H, Watanabe T, Narabayashi M, et al.: Psychological distress following first recurrence of disease in patients with breast cancer; prevalence and risk factors. Breast Cancer Research and Treatment 61:131— 137, 2000
- 3 Kugaya A, Akechi T, Okuyama T, et al.: Prevalence, predictive factors, and screening for psychologic distress in patients with newly diagnosed head and neck cancer. Cancer 88: 2817-2823, 2000
- 4 Uchitomi Y, Mikami I, Kugaya A, et al.: Depression after successful treatment for nonsmall cell lung carcinoma; a 3-month follow-up study. Cancer 89:1172-1179, 2000
- 5 Akechi T, Okamura H, Nishiwaki Y, et al.: Psychiatric disorders and associated and predictive factors in patients with unresectable nonsmall cell lung carcinoma; a longitudinal study. Cancer 92: 2609–2622, 2001
- 6 Akechi T, Okuyama T, Imoto S, et al.: Biomedical and psychosocial determinants of psychiatric morbidity among postoperative ambulatory breast cancer patients. Breast Cancer Research and Treatment 65: 195— 202, 2001
- 7 Uchitomi Y, Mikami I, Nagai K, et al.: Depression and psychological distress in patients during the year after curative

- resection of non-small cell lung cancer. J Clin Oncol. 21 : 69-77, 2003
- 8 Akechi T, Okuyama T, Sugawara Y, et al.: Major depression, adjustment disorders, and post-traumatic stress disorder in terminally ill cancer patients; associated and predictive factors. J Clin Oncol. 22:1957-1965, 2004
- 9 National Institute for Clinical Excellence. Improving Supportive and Palliative care for Adults with Cancer. 2004
- 10 内富庸介,藤森麻衣子.がん医療における コミュニケーションスキルー悪い知らせを 伝える.医学書院.2007 東京
- 11 Passik SD, Dugan W, McDonald MV, et al.: Oncologists' recognition of depression in their patients with cancer. J Clin Oncol. 16:1594-600, 1998
- 12 McDonald MV, Passik SD, Dugan W, Rosenfeld B, Theobald DE, Edgerton S. Nurses' recognition of depression in their patients with cancer. Oncol Nurs Forum 26: 593-9, 1999
- 13 Shimizu K, Akechi T, Okamura M, et al.: Usefulness of the nurse-assisted screening and psychiatric referral program. Cancer 103: 1949-1956, 2005
- 14 Akizuki N, Yamawaki S, Akechi T, et al.: Development of an Impact Thermometer for use in combination with the Distress Thermometer as a brief screening tool for adjustment disorders and/or major depression in cancer patients. J Pain Symptom Manage 29:91-9, 2005

#### 一特別講演—

## 心に残る最期の時

#### 林 章 敏

#### I. 緩和医療の現状

中世ヨーロッパにおいて、ホスピスは辛い状況の中で亡くなられる方々に安らぎと必要な援助を提供する働きから始められた。そして、その精神は今でも大切にされている。

近代ホスピスは、1879年にアイルランドにおいてセントビンセント病院にOur Lady's Hospice が設立され、看護が生かされるようになったころから始められた。現代のホスピスは1967年にシシリーソンダースがイギリスにセントクリストファーホスピスを設立した時からその働きの中に医学が持ち込まれ、疼痛管理などを専門的に行うようになった。

日本のホスピスは1972年に大阪の淀川キリスト教病院で Organized care of dying patients としてチーム医療が提供されたときにはじまる。1981年には施設としての聖隷ホスピスが設立され、1996年には日本緩和医療学会が設立された。

このような歴史の中で、対象がターミナルの 方々ばかりではなく、生命を脅かす疾患による 問題に直面した患者さんと家族にへと変化して いった。WHO による緩和ケアの定義も2002年 にそのように改定されている。

現在の緩和医療は治療の初期から患者さんと その家族に関わり、必要に応じてその比率を変 えながらその人の生きることを支える医療にな っている。まさに、治療と緩和医療とが並行し て提供される「パラレルケア」が重要になって きているのである。

#### Ⅱ. 緩和医療の効果による新たな問題

そのような中,緩和医療は生活の質を上げる のみならず、抑うつの発生する割合を減少させ、 生命予後を伸ばす効果もあることが示されている¹)。このような中、痛みや様々な辛さが軽減されながら、限られた余命を過ごす日々が徐々に長くなってきていることが示されている。これは医療やケアの効果としては評価されるものの、実際に過ごす患者さんの立場からは、死と向き合う時間がそれだけ長くなってきていることにもつながる。その時間の過ごし方は大変大きな問題になりつつある。その一つがスピリチュアルペインであろう。

#### Ⅲ. スピリチュアルな面について

スピリチュアルケアと聞くと、それだけで難しいもの、怪しげなものというイメージを持つ人も多い。しかし、本来スピリチュアリティーはすべての人が持つものであり、特別なものではない。前述のようなイメージをもつ読者にもわかりやすく、親しみやすく解説していきたい。

#### №. スピリチュアリティー

人が生きていくときに、ただ生きるだけでは 満足しない。身体面でも、精神面でも人が次第 に弱っていくとき、「早く終わりが来ればいい のに」と思うことがある。自殺するまではない が、生きていく意味や目的、うれしさなどを感 じなくなった時、早く終わりが来ることを望む ことがある。それはなぜだろうか。

人は生きているだけでは居られないからである。何を求めて生きているのだろうか。

宮下らの調査<sup>2)</sup>で、興味深い結果が示されている。日本人が「望ましい死」を迎えるために必要だと考えていること、と題した一般市民

聖路加国際病院緩和ケア科

2,548人および遺族513人を対象とした調査結果である。80%以上の人が大切にしたいと思っていることと、人によって重要さが異なることとが示された。

#### 人によって重要さが異なること 苦痛がない •出来るだけの治療を受ける 望んだ場所で過ごす 自然な形で過ごす ・希望や楽しみがある 伝えたいことを伝えておける先々のことを自分で決められる 医師や看薄師を信頼できる 負担にならない ・病気や死を意識しない 家族や友人といい関係でいる 他人に弱った姿を見せない 価値を感じられる 落ち着いた環境で過ごす • 僧仰に支えられている ・人として大切にされる 人生を全うしたと感じる スピリチュアルな内容が多い

#### 表 1 日本人が終末期に大切にしたいと考えている こと

この中で示されていたのは、身体面や環境面ではなく、どのように生きていくか、という意味や目的、喜びなどが感じられることであった。

これらのニーズを見るときに、一つ参考となる説がある。人の欲求には段階があり、生きていくための欲求の上に、様々な欲求があるとするマズローの欲求段階説である³)。



図1 マズローの欲求段階説を基にした欲求の分類

この中で述べられている,生理的欲求と,安全の欲求は生物的欲求とみなすことができる。 一方,愛・所属の欲求や自我・自尊の欲求,自己実現の欲求等は人としての根源的欲求とみなすことができる。人がただ生きているだけで満足できないのは,人は本来,これらの根源的な欲求を求める存在だからとも言える。

この,マズローの欲求段階説を基に,先の日本人が終末期に大切にしたいことを整理すると,表2のようになる。

この表を見ると、日本人が終末期に大切にし

マズローの歌車	日本人が弥末期に大切にしたいと考えていること	欲求の分類	
生理的欲求			
安全の欲求	苦痛がない 望んだ場所で過ごす 落ち事いた環境で過ごす 出来るだけの治療を受ける 自然な形で過ごす 病気や死を強制ない	生物的欲求	
費、所属の欲求	家族や友人と良い関係でいる 信仰に支えられている	人としての根源的欲求	
自我・自尊の欲求	医師や番諧師を信頼できる 負担! ならない 由立していうにされる 人として大切にされる たりのことを値分で決められる 他人に弱った液を見せない 価値を思じられる		
自己実現の欲求	伝えたいことを伝えておける。 希望や楽しみがある 人生を全うしたと感じる		

表 2 日本人が終末期に大切にしたいと考える事 (マズローの欲求段階説に沿って)

ていることの中で,人としての根源的な欲求が 多いことがわかる。

また、WHO (世界保健機構) は、スピリチュアルを次のように定義している。

- スピリチュアルとは、「人間として生きることに関連した経験的 一側面であり、身体感覚的な現象を超越して得た体験を表す 言葉である。
- 多くの人々にとって、"生きていること"がもつスピリチュアルな 側面には宗教的では月子か含まれているが、"スピリチュアル" は"宗教的でと同じ音味ではない。"
- スピリチュアルが因子は身体的、心理的、社会的因子を包含した、人間の"生"の全体像を構成する一因としてみることができ、生きている意味や目的についての関心や懸念と関わっていることが多い。
- 特に人生の終末に近づいた人にとっては、自らを許すこと、他の人々との和解、価値の確認などと関連していることが多い。

#### 表 3 緩和ケアにおけるスピリチュアルの定義 (WHO 1989)

ここに述べられていることの一つ一つの意味には大変深いものがあるが、基本にあるのは、はじめの一行に述べられている「人間として生きる事」に関連したものであるということである。

では、どのようはどのように「人間として生きる」ことを感じているのであろうか。人間として生きることを感じるためには、感じるための根拠、支えが必要である。その支えには、次のようなものがある<sup>4)</sup>。

そして、それらのものを得ることで人はうれ しさを感じ、人として生きていくことができる。 これらのことは、普段はほとんど意識される ことはないかもしれない。しかし、これらを失 いかけた時、人はそれを強く意識し、求めるよ うになる。



図2 人として生きる支え

その「生きる支え」を求める、本来人に備わっていることがスピリチュアリティーなのである。

#### V. スピリチュアルに健全な状態 (Spiritual well-being)

人は、人として生きることを自然に感じることができる状況では、体も心も平安の中で過ごすことができる。しかし、普段生活している中でどれだけの人が、人として生きる支えを全てでどれだけの人が、人として生きる支えを全の人は、いくらか満たされないものを感じていながらでも「足る」ことを知っている。それを支えているのは、「希望」である。今は満たされていなくとも、いつかはもう少し良くなるのではないかと思う。ある部分が満たされること、もとはその希望を持つことで、他の部分が満たされていなくてもそれなりに過ごすことができる。これがスピリチュアルに健全な状況なのである。



図 3 スピリチュアルに健全な状態 (Spiritual well-being)

#### Ⅵ. スピリチュアルペイン

しかし、このような平安な状態を揺るがすような状況が生じる。この希望を持てなくなった状態である。この希望を根底から覆すのが、「悪い知らせ」であるとロバートバックマンは述べている<sup>51</sup>。がんの診断や、がんの再発、その他、生命の危機に直面せざるを得ない様々な状況がそれである。

この「悪い知らせ」のために人は様々な心の 辛さを経験する。人として生きる支えを失うの である。この「悪い知らせ」のために人が持つ 希望を3つのものが障害する。それを村田は, 時間性,関係性,自立性であると述べている が,これがいわゆる村田理論である。その障害 のゆえに人は,様々な心の葛藤,苦痛を感じ る。それがスピリチュアルペインである。



図4 スピリチュアルペインの構造

時間が限定されることで、それまでの予定や計画は根本から覆される。そして、優先順位、価値観や意味、目的が従来とは異なってくる。おそらく読者も、「あと一時間後に、この地球は滅亡します。」などという知らせが訪れると、この本を読むのをやめるに違いない。これは些細なことだが、「悪い知らせ」によって悉く覆されてしまうのである。

また,それまで自分自身の価値や役割を認めてくれていた人との関係性が失われることで,自分自身の価値や役割を見失ってしまう。

自分自身の力でそれまでできていたこと,決めてきたことが,できなくなってしまう。そうすると,自己実現や自我,自尊が傷つけられてしまうのみならず,自分自身の存在自体が意味

のないことのように感じ、「早く終わりが来れば良いのに…」、と思うことすらある。

これらのように、時間性、関係性、自律性が 障害されることによって、自らが生きる支えと していたものが感じられなくなった状態がスピ リチュアルペインである。

ここで、ひとつ気を付けなければならないことがある。それは、人の存在を脅かすものは、確かに時間性や関係性、自律性の障害であるが、人は時間、関係性、自律性だけを望んでいるのではないということである。そこから得られる愛や所属、自我・自尊、自己実現などを望んでいるということである。

#### 人として生きる支えが障害されて生じる心の痛み

欲求	スピリチュアルニーズ	スピリチュアルペイン
所属と愛情	愛し、愛されたい 数し、許されたい	孤独 罪の意識
自我·自尊	人から高い評価を受けたい 自己の価値を認めたい 達成感を持ちたい	依存に伴う自己価値額の低下や無価値感 人生の意味や目的の喪失 自己や人生に対するコントロール感の喪失
自己実現	自分らしくありたい 創造的でありたい 真実を知り、受け容れたい	自分らしくなくなる 何も生み出せない 苦難や死の意味への間、かけ 死への恐怖

表 4 人の求めるスピリチュアルニーズとスピリチュアルペイン

したがって、スピリチュアルペインの定義は表4のように「人として生きる支えが障害されて生じる心の痛み」となる。その根底には、スピリチュアルニーズがあることを忘れてはならない。

自律性の障害	• 「先生! 私らしくなくなる!」
生きる意味への問い	<ul> <li>「今はただ生きているわけだし、生きてても意味がない。 一日を過ごしているわけ。」</li> </ul>
苦痛や苦悩の意味へ の問い	<ul> <li>「わたしかこれだけ吐き気で苦しむのはわたしが難楽 いからでしょうか。」</li> </ul>
罪の許し、罪責感	<ul> <li>「わたしなんかいされるはずないし、速感かけたらいけないんです。」</li> </ul>
永遠の生命、死後の世 界への希望	• 「死んだ後ってどうなるんですかね。」
真の愛への希求 孤独	<ul> <li>「自分が死んでも誰も悲しんでくれる人がいるわけでなし。」</li> </ul>
人生の肯定、後悔	<ul> <li>「本当なら、家族仲良くのほうが良いんでしょうけどね。」</li> </ul>

表 5 患者さんの言葉に込められるスピリチュアルペイン

これらのことは、患者自身がそのままの言葉 で語ることは少ないであろう。むしろ表5のよ うな言葉で語られることが多いため、普段の患者の言葉に傾聴し、そのこめられた思いに心を 傾ける必要がある。

#### Ⅵ. スピリチュアルケア

では、スピリチュアルケアはどのようにすれば良いのであろうか。基本的には、人が求めるスピリチュアルニーズに応えることがスピリチュアルケアである。したがって、難しい禅問答のような対応だけがスピリチュアルケアではない。もちろん、そのような対応が求められるときもある。しかし、それはむしろごく一部と言える。



図5 スピリチュアルケア

それを示したのが図5である。その具体的な 内容は、むしろ次に述べるスピリチュアルコミ ュニケーションのところに記したい。

#### Ⅷ. スピリチュアルコミュニケーション

しかし、スピリチュアルペインになってから それらを癒すことは容易ではない。

ここで、視点を変えてみたい。確かにスピリチュアルペインを感じてから対応することも重要である。その癒しは重要である。しかし、人が求めるスピリチュアルニーズ、人が人として生きるために必要なものがわかっているのであれば、人がそれらを見失い、心を痛めてからそれに対応するのではなく、痛みを覚える前に、痛みを覚えなくても良いように普段から関わることが必要なのではないだろうか。

このようにスピリチュアルペインとなった人 の心にケアするのではなく, 普段からこれらの 人としての生きる支えを意識したコミュニケー

#### スピリチュアルコミュニケーション



図6 スピリチュアルコミュニケーション

- ・「人として生きる支え」を意識しながら日常のコ ミュニケーションを図ること
- 人を支えるコミュニケーション
- 患者が愛や赦し、意味や目的、誇りなどを自然に感じることが出来るような普段のケア
- 共に悩む人間としてともにいる
- 時に、参考となる考え方や生き方を示す
- 患者がスピリチュアルベインを感じる前に、予防的に関わり 続ける

#### 表 6 スピリチュアルコミュニケーションの要点

ションを図ることをスピリチュアルコミュニケーションと呼びたい。

それを図6,表6に示す。一言でいうならば、 人を支えるコミュニケーションである。時に参 考となる考え方や生き方を示す必要もあるが、 基本的には、普段からの関わり、ケアがとても 重要である。

## スピリチュアルコミュニケーション

愛し愛されること	<ul><li>その人個人に関心を示し、思いやりの心で接する</li><li>自然に感謝できるように接する</li></ul>
赦し赦されること	<ul><li>ありのままの個人を受け容れる</li><li>恥、罪、後悔の思いに対応する</li></ul>
意味や目的・価値を 感じられるようにする	•自立、自律を援助する
誇りを感じられるよう にすること	<ul><li>その人の辞りに触れる</li></ul>
死への不安	• 死を前掛こした話をし、共有する
希望	<ul><li>希望を叶える</li><li>希望を支える</li></ul>

表 7 スピリチュアルコミュニケーションの内容

その具体的な内容を表7に示す。このように 普段のコミュニケーションの中でも十分に可能 なことなのである。 例えば、自然に感謝できるような接し方の一つとして、筆者が実践していることがある。それは患者を診察し、一通りの診療が終わって退室する間際に「今、何かお手伝いすることありませんか?」と一言声をかけることである。

家族や周りの人に負担をかけていると思う人の場合,何かをしてもらった後に出てくる言葉は,「申し訳ないわねぇ。」という場合が多い。しかし,この「何かお手伝いすることありませんか?」と尋ねて,何かをしてもらった後に出てくる言葉は,「ありがとう。」である場合が多い。これは大きな違いである。自分が人の迷惑になっていると感じなくて済むのである。このように,普段のケア,接し方がトータルとしてその人を支えるのである。

まさしく,スピリチュアルケアはトータルケアである。言葉だけで人を支えることはできない。と感じている。

#### Ⅳ. 支えになることの難しさ

人の支えになろうと思っても,なかなか出来ず,悩むことも多い。しかしそんなとき,私自身にとって,とても支えになった体験があるので紹介したい。



図7 スピリチュアルケアにおける大切な態度

スピリチュアルケアにおける大切な態度として表8に示されることが挙げられる。

その中の一つに存在(staying)がある。その 意味を深く感じさせられたことがある。

以前, ある研修会でスピリチュアルケアのロ

ールプレイが行われた。私自身も参加者の一人として参加した。その中の状況設定は、私自身が80歳過ぎの女性で、すい臓がん末期のため予後数週間で、寝たきり状態となり、家族もなく、自分では何もすることができず、手助けを必要とした状態で、生きる意味を見失い、早く逝ってしまいたいと思っている。というものであった。その中で、私のケアを担当する役になる方とロールプレイしたのである。

私自身、どんどん落ち込んでいった。生きる 意味は何も感じられなくなり、ますます早く終 わりが来ればいいのに、と思うようになった。

しかし、ふと不思議な感覚に気が付いたのである。このような状況では、普通、落ち込んでいきながら、ますます不安に駆られ、辛くなっていくであろうのに、不思議と安心して落ち込んでいたのである。

いくら落ち込んで行っても、自分を見ていて くれる人がいて、自分の辛さに向き合ってくれ ている人が目の前にいたからであると実感し た。そう感じた時に、存在することの意味を感 じ取ることができた。

たとえ、目の前の人が落ち込んで行っても、 自分の関わりで何も変わらないように見えても、 自分のケアが足りないと感じるそのようなとき でも、それでも関わり続ける意味はそこにある ように感じることができたのである。

- 沈黙(待つということ)
- そうも思いたくなりますよね
- つらいですよね
- つらい時には、これまで何が支えでしたか?
- これからはどうでしょう?
- なぜそんなに頑張ってきたんですか?
- なぜそんなに頑張ってこれたんですか?
- 少しでも支えになれればと思っています。

#### 表8 スピリチュアルケアにおける大切な対応

スピリチュアルケアにおける大切な対応を表 8にまとめた。この最後に、自分が相手の支え になりたいと伝えることを挙げた。まさにこの ような思いを伝えるためである。

#### X. ま と め

スピリチュアルケアにとどまらない、スピリチュアルコミュニケーションの大切さについてまとめた。人の支えになること、人のうれしさにつながることが最も大切なことであることが伝われば幸いである。

#### 参考文献

- 1) Early Palliative Care for Patients with Metastatic Non-Small-Cell Lung Cancer. JenniferSTemel, ほか. 8, 2010年, The new England Jornal of medicine, 第363巻, ページ:733.
- 2) Good death in cancer care: a nationwide quantitative study. MiyashitaM, SanjoM, MoritaT. 6, 2007年, Ann. oncol, 第18巻, ページ: 1090-7.
- 3) アブラハム. H.マズロー.:完全なる人間 魂のめざすもの. 第2. 東京:誠信書房, 1998.
- 4) 林 章敏. 心に残る最期の時. 東京: あ・ うん, 2010.
- 5) ロバートバックマン. 真実を伝える-コミュニケーション技術と精神的援助の指針. (訳) 恒藤暁, 他. 東京:診断と治療社, 2000.

#### 一特別講演—

## 自分らしくがんと向きあうために -ホスピスでの経験から-

#### 田 村 恵 子

#### はじめに

多くのがん患者と家族の願いから生まれたがん対策基本法が制定されて4年半余りが経過し、がん医療を取り巻く状況は大きく変化している。緩和ケアの領域では、「早期からの緩和ケアの提供」を目標に、がんにより生ずる苦痛や苦悩を感じた時から、誰もが緩和ケアを受けられるように、また、患者が希望する療養場所で過ごすことができるよう、様々な取り組みが行われている。

筆者は、終末期がん患者に対する全人的ケアの実践を目指すホスピスに関心をもち、その扉を叩いた。あれから、二十数年の時間が流れ、多くの患者や家族との出会いと別れを体験した。それぞれの患者との思い出の糸を手繰り寄せてみると、共に泣いたり笑ったりして過ごした日々が、一人一人の笑顔と共によみがえってくる。患者一人一人が自分の人生を生き抜き、生き切っているのだ。

本稿では、筆者のホスピスでの経験をもとに、 がんと診断されたときから、がんと共に歩む全 ての道程で、患者が"自分であること"を大切 にして生きるために伝えたいことを,5つの視点 から述べる。

#### I. ホスピス・緩和ケアってなに?

#### 1. ホスピスの源流

ホスピスは、中世ヨーロッパにおいて修道院が疲れた旅人に一夜の宿と温かい食事をもてなしたことにその始まりがある。近代ホスピスの原型は、1879年12月にアイルランドのダブリンにシスターズ・オブ・チャーチ創立者であるマ

ザー・メアリー・エイケンヘッドにより設立さ れた「聖母マリア・ホスピス (Our Lady's Hospice)」である。その約90年後の1967年に、 シスターズ・オブ・チャーチが3番目に設立し たセント・ジョセフ・ホスピスで学んだシシリ ー・ソンダース博士(Dame Cicely Mary Strode Saunders)が、ロンドン郊外に現代のホスピス 緩和ケアの原型といえる「セント・クリストフ ァー・ホスピス (St. Christopher Hospice)」を 創設した。ソンダース博士は,人生の終末期に ある患者の痛みを身体的,心理的,社会的,そ してスピリチュアル (spiritual) な4つの側面 からとらえて, それらを和らげるケアの重要性 を説き, 患者とその家族に対して学際的な専門 職チームによる全人的なケアの実践を提唱した。 このケアの理念は, 死にゆく患者と家族のニー ズと選択に基づいており、最期の時までより良 く生きるための新しいアプローチとして世界的 に広がった。

また、ソンダース博士は医療用麻薬を経口で 定期的に与える方法を用いて積極的にがん疼痛 の緩和を行い、実践をもって、麻薬への耐性と 依存に対する恐怖を取り除いた。この実践が、 後に世界保健機構(WHO: World Health Organization)におけるがん疼痛緩和の戦略へ と発展し、世界中のがん患者の痛みの緩和に貢献することへと繋がっている。

#### 2. 緩和ケアの誕生

「緩和ケア (Palliative Care)」という言葉は、1973年にカナダ・モントリオールにあるマギー

淀川キリスト教病院ホスピス

ル大学附属ロイヤル・ビクトリア病院(Royal Victoria Hospital)のバルフォア・マウント(Balfour Mount)教授によって初めて使われた。同病院があるカナダのケベック州はカトリックが主流であり、欧州のカソリック国と同様に「ホスピス」という言葉は「慈善救済院」というややネガティブな意味に受け取られる傾向にあった。そこで、マウント教授は、自分たちが行っているターミナルケアを「緩和ケア」と表現して、1975年にはホスピスケアの考え方を受け継ぐ緩和ケア病棟(PCU: Palliative Care Unit)を開設した。ここで実践されたケアはセント・クリストファー・ホスピスをモデルとしたものであり、近代ホスピスの影響を受けながら、緩和ケアが誕生し発展していった。

#### 3. 緩和ケアの定義とホスピスケアの特徴

上述した経緯の中で、WHOは、1989年にがん患者を痛みから解放することを目指す緩和ケアについての定義を提示した。定義では、緩和ケアは終末期の患者の抱える様々な痛みを積極的に和らげる全人的なケアであり、患者と家族にとりより良いクオリティ・オブ・ライフ(QOL: Quality of Life)の実現が目的とされた。その後、欧米ではがん以外の疾患への緩和ケアが適切に提供されていない状況を踏まえて、緩和ケアの広がりを目指した新たな定義(表1)」を示すこととなり、この定義は今も世界中で活用されている。

#### 表1 緩和ケアの定義

・緩和ケアとは、生命を脅かす疾患による問題に直面している患者とその家族に対して、痛みやその他の身体的問題、心理社会的問題、スピリチュアルな問題を早期に発見し、的確なアセスメントと対処(治療・処置)を行うことによって、苦しみを予防し、和らげることで、クオリティ・オブ・ライフを改善するアプローチである。

(WHO, 2002)

一方,ホスピスとは、その誕生の経緯から、「自分の死に直面するという最も難しい旅において、患者の安全を守り、安楽を提供する」ための避難所(Shelter)としての役割を担うケア

を意味している2)。

#### Ⅱ. 悪い知らせと緩和ケア

がんの臨床経過は、がんを疑う症状の自覚から始まり、精査、診断、治療と非常に長く続く 慢性疾患の様相を呈している。患者は臨床経過 にそって次々と新たな局面と向き合うことを余 儀なくされ、その都度、さまざまな心理的な負 担を体験する。

がんであるとの診断を伝えられた患者の多く は、その時の状況を「頭の中が真っ白|「何も 覚えていない | などと表現するように、強い衝 撃を受けて何も感じたり考えたりすることがで きなくなっていることがほとんどである。その 背後にはがんイコール死とのイメージが根強く 残っており、がんであるとの知らせは、患者の 将来の見通しが根底から揺らぐ「悪い知らせ|3) であるととらえられている。「悪い知らせ」に よるその後の心理的変化は図14)に示すとおり であり、患者は自己の生命の危機に直面して、 「何かの間違いだ」とその事実を否認するとい う防衛機制を用いて危機から身を守ろうとする。 このため医師の説明はもちろんのこと、そのと きの状況さえ覚えていないことが多い。一方で は、「もうだめだ」「私の将来はない」と絶望感 を感じる、「こんなに頑張ってきたのにどうし て」「何も悪いことはしていない」などの強い 怒りがわきあがってくることもある。患者の置 かれた状況によっては、「きっといい治療法が 見つかる」「大丈夫だ。絶対助かる」のような 心の反応を示すこともある。心理的衝撃に伴う 混乱した状態は2~3日間は続き、さらに、

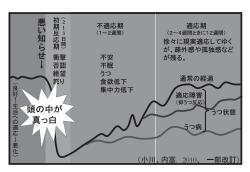


図1 「悪い知らせ」による心理変化

「今後どうなっていくのだろうか| 「治療がで きないってどういうこと | などの強い恐怖感を 覚え,不眠や食欲低下,集中力の低下などが起 こりやすい状態となる。また、気持ちが落ち込 んで気力や活気が減退するなどのうつ状態を示 すこともある。個人差はあるが、通常1週から 10日間でこの状態は軽減し、新たな状況への適 応が始まる。

人間は、本来的にはこのような心理的衝撃に 適応することが可能であるが、一部の患者はこ れらの時期が過ぎても気持ちの落ち込みや不安 が続き、適応障害やうつ状態を呈することがあ る。これまでの仕事や家事が手につかない、眠 れないなど、日常生活に支障を感じる場合には サイコオンコロシストなどの専門家による治療 を受けることが大切である。

#### Ⅲ. 緩和ケア病棟ってどんなところ?

#### 1. 日本におけるホスピス・緩和ケアの変遷

わが国におけるホスピスケアは、1973年8月 に淀川キリスト教病院において、柏木哲夫医師 を中心とする医療チームにより「死にゆく患者 への系統的なケア (OCDP: organized care of dying patients」として始められた。1981年には, 浜松市の聖隷三方原病院に末期がん患者ための 院内独立型ホスピス(緩和ケア病棟)が初めて 創設され、1984年に院内病棟型ホスピスが淀川 キリスト教病院に開設された。1990年4月には ホスピスや緩和ケアについての診療報酬上の評 価として「緩和ケア病棟入院料」(表2)が設 定され,がんとエイズの2疾患には限定された

#### 表 2 緩和ケア病棟入院料の施設基準

1)主として悪性腫瘍の患者又は後天性免疫不全症候群に罹患している患者を入院 させ、緩和ケアを一般病棟の病棟単位で行うものであること。

2)当該病棟において、一日に看護を行う看護師の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が七又はその端数を増すことに一以上であること。ただし、当該病棟におい て、一日に看護を行う看護師が本文に規定する数に相当する数以上である場合には、当該病棟における夜勤を行う看護師の数は、本文の規定にかかわらず、二以

3) 当該療養を行うにつき十分な体制が整備されていること

3/31の構造にかいて、緩和ケアに関する研修を受けた医師が配置されていること (当該病棟において緩和ケア病棟入院料を算定する悪性腫瘍の患者に対して緩和 ケアを行う場合に限る)。 5)当該療養を行うにつき十分な構造設備を有していること。

6) 当該病棟における患者の入退棟を判定する体制がとられていること。

7.1 健康保険法第六十三条第二項第四号及び高齢者医療確保法第六十四条第二項 第四号に規定する選定療養としての特別の療養環境の提供に係る病室が適切な割合であること。

百でのもこ。 8)がん診療連携の拠点となる病院若しくはそれに準じる病院であること又は財団法 人日本医療機能評価機構等が行う医療機能評価を受けていること。 9)連携する保険医療機関の医師・看護師等に対して研修を実施していること。

(平成22年 厚生労働省告示第72号:基本診療料の施設基準等の一部を改正する件 「緩和ケア病棟入院料の施設基準」より抜粋

が、緩和ケアが医療保険制度として認められる ようになった。これを機に、わが国においても 緩和ケアという言葉が積極的に使われるように なった。

がん患者や家族の QOL の改善を目指した緩 和ケアは、徐々にその必要性が認識されるよう になり、専門施設を持たない大学病院などにお いてコンサルテーション型の緩和ケアが行われ るようになった。緩和ケアを必要とする患者は 終末期だけに限らないことから、2002年には一 般病床の入院患者に対して緩和ケアチームによ る症状の緩和を提供した場合について「緩和ケ ア診療加算」が認められるようになった。さら に、患者の意向を踏まえて、住み慣れた家庭や 地域で療養しながら QOL の良い生活を送るこ とができるように、在宅医療も拡充されている。

#### 2. 淀川キリスト教病院ホスピスにおけるケア の特徴

上述したホスピスや緩和ケアの目的を踏まえ て、当院ホスピスでは、患者と家族の OOL を 改善して"自分らしく生きること"を目標とし ている。このために、患者や家族が持つ全人的 な痛みや苦悩を積極的に和らげて, 患者の状態 にあわせて快適な日常生活が営めるように学際 的な多職種チームでケアを実践している。

ホスピスに入院した206名の終末期がん患者 に出現した症状に関する調査では、全身倦怠感 と食欲不振がほぼ全例,痛みと便秘が8割弱, 不眠が6割,呼吸困難5割に出現しており,患 者は非常にさまざまな身体的苦痛を体験してい た50。がんはかつて痛みにより悶え苦しむこと で人々に恐れられていたが、現在では、WHO 除痛ラダーに則って積極的に緩和が図られてお り、痛みは最もコントロールが可能な症状であ る。症状を緩和するとは、症状を軽減するとい う一方向の考え方ではなく、患者にとって「ち ょうどよい具合 | に和らげるという意味を含ん でいる。このため、患者が体験する全ての症状 をマネジメントするには、それぞれの症状の個 人的意味に焦点をあてた詳細な検討が必要であ り、症状マネジメントにおける患者の主体的な

参加が不可欠である。がんの進行・再発に伴う 患者の心理には、「元気な人にはわからない」 と表現される孤独感、「痛みがどんどん強くなってゆく、これからどうなっていくの…」と訴 えられる不安や恐怖、それと共に生まれる簡単 にあきらめたくない気持ちなどがある。さらに、 患者は、積極的な抗がん治療に中止に伴う絶望 感や医療者から見捨てられてしまうのではない かとの不安、自己の死がいつも視野の中にある ことによる苦悩などを体験する。

こうした苦悩の存在とは無関係に病状は確実 に進行し、患者は他者の援助がないと日常生活 を営むことができなくなり、家族に対して過度 な負担をかけている自分の存在をうとましく感 じ、自己の存在についての意味を問うなどスピ リチュアルな痛みを覚えるようになる。この痛 みを解決することは容易ではないが、他者の力 を借りながら未完の仕事を完成させたり、家族 と共に残された日々を過ごしたり、ライフ・レ ビューにより人生をまとめあげるなど、その患 者が望む方法でケアが行われる。家族や親しい 人たちとの相互関係が強められて維持されるこ とで、患者は終焉のときまで自分らしく生きる ことができる。このようなホスピスケアについ て,ソンダース博士はその本質を「あなたは "あなたのまま"で」(表3)と述べており、 当院ホスピスでもとても大切にしているケアの 理念である。

#### 表 3 あなたは、"あなたのまま"で

あなたは、"あなたのまま"で たいせつです。

あなたの人生の最後の瞬 向までたいせつな人です。 ですから、私たちはあなた が安らかに死を迎えられるだ けでなく、最後まで生きられ るように全力を尽くします。



Saunders, D. C.

#### Ⅳ. 緩和ケアをうまく活用するために

#### 1. がん医療における緩和ケアの位置づけ

がんは、2人に1人がかかり、3人に1人が 死に至る"国民病"ともいえる病気である。

がん対策の総合的かつ計画的な推進を図るため「がん対策基本法」(平成18年6月20日法律第98号)が2007年4月1日から施行され、がん対策の基本的な方向性を定めた5か年計画の「がん対策推進基本計画」に則って施策が進められている。緩和ケアに関しては、「治療の初期段階からの緩和ケアの実施」が重点的に取り組むべき課題として掲げられ、がん診療に緩和ケアを組み入れた包括的がん治療モデルへの転換が図られている。がん診療連携拠点病院を中心として、緩和ケアチームやホスピス・緩和ケア病棟、在宅療養支援診療所などによる地域連携の推進が目標とされ、様々な取り組みが行われている。

#### 2. 穏やかな緩和ケアへの移行

本来、医療は、それぞれの患者が望む OOL を維持しながら、治癒のために必要な治療が行 われることを目標としている。しかし、進行・ 末期がんの患者は, 医師より科学的根拠に基づ くがん治療が功を奏しなくなったことを説明さ れ、症状緩和を主とする緩和ケアへの移行を勧 められて苦悩する。なぜなら、この移行は単な る医療の枠組みの変更を意味しているのではな く、それまで患者が信じ続けてきた客観的な指 標に価値を置く生き方から、〈私〉という主観 的な指標を中心に据えた世界に身を置くことを 意味しているからである。このため積極的治療 から緩和ケアへの移行においては、医師はまず 真実を伝えることが大切なことであり、 患者の 個別性に最大限の配慮を払いながら、患者が家 族と十分に相談しながら納得できる意思決定が できるように適切な情報提供を行うことが望ま れる。また、看護師などの医療者は意思決定に 必要とされる情報を補いながら、患者・家族の 意思決定におけるペースを尊重して〈待つ〉姿 勢を示すことも重要である。

患者は、単に、医療者から与えられる情報提供を待つだけでなく、病気や病状を正しく理解し、不安なことや気がかりなことは自ら質問する姿勢を身につけておくことが求められる。しかし、こうした姿勢は一朝一夕に身につくものではないことから、「7つの道しるべ~がんと上手に向き合うために~」(表4)<sup>6)</sup>などを参考にして、がんと診断されたときから徐々に習得することが望まれる。

#### 表 4 7つの道しるべ

#### ~がんと上手に向き合うために~

- 1. 自分の病気について、理解するように努めましょう
- 2. 不安なことや気になることを整理してみましょう
- 3. 自分の状況を隠さず伝えることも大切です
- 4. 上手に質問する方法を身につけましょう
- 5. 話をしっかり聞きましょう
- 6. 自分の希望や考えを率直に伝えましょう
- 7. こころの健康にも目を向けましょう

(コミュニケーションの道しるベーがんと上手に向き合うために一、 2011)

#### V. 大切な人ががんになったとき

がんは患者のみならず家族や親しい人たちにも大きな衝撃を与えることが多く、家族も患者同様に全人的に苦悩する。家族は「第2の患者」として位置づけられケアが必要な存在である。しかし、実際の医療場面では、家族はケアの提供者として取り扱われることがほとんどであり、家族のケアは後回しとなっている。家族は時でも早く病気を治して元気になってほしいと強く願い、多少の無理を引受けつつもケア提供者としての役割を遂行しようとしている。医療者は、家族が介護による心身の疲労や経済ととず必要である。

家族へのケアが十分ではない現状も踏まえて、家族が、患者を支えるためのケアのポイントが、「患者さんをささえる家族のための6か条」(表5)<sup>7)</sup>としてまとめられている。家族へのケアまではなかなか手が回らない状態であったとしても、少なくとも家族の介護に対するねぎ

#### 表5 患者さんをささえる家族のための6か条

- がん情報を集めましょう
- 自分にどういう援助ができるかを考えましょう
- 患者さんの言動の変化や反復をあらかじめ 想定しておきましょう
- ・ 患者さんの要望をよく聞きましょう
- ・患者さんの要望に沿っているかどうか常に確認しましょう
- ・ 家族も自分の生活を大切にしましょう

(家族ががんになったとき、 2007)

らいと疲労への気遣い,自分の生活を大切にするような言葉かけは,すぐにでも取り組めることである。

#### おわりに

がんとの診断を受けて、長い年月をがんと共に生きることは決してたやすいことではない。特に、がんの進行に伴って、積極的な治療が功を奏さず、緩和ケアへの移行を余儀なされた患者と家族の無念さは想像を絶するものであろう。しかし、緩和ケアはそれまでの与えられる医療ではなく、そこに主体的な参画が求められる医療である。患者と家族、医療者がそれぞれの立場から、患者が終焉のときまで"自分らしく生きる"ための十分な話し合いと意思決定が営まれることがその基本であることは言うまでもない。そのために、死の現実に目を背けることなく、真実に基づく関係性を基盤とするケアが営まれことが望まれる。

#### 引 用 文 献

1) WHO HP: Cancer WHO Definition of Palliative Care 2002a.

http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/ Accessed Aug. 21, 2011.

- 2 ) Shirley Ann Smith SA (2000) [Hospice Concepts], Research Press, pp 2-4.
- 3) Buckman, R. 恒藤暁監訳 (2000) 『真実を 伝える コミュニケーション技術と精神的援助の指針』, 診断と治療社, 13頁.
- 4) 小川朝生, 内富庸介編集(2010)『これだけは知って知っておきたいがん医療における

心のケア』, 創造出版, 8-20頁.

- 5) 淀川キリスト教病院ホスピス編 (2007) 『緩和ケアマニュアル』, 最新医学社, 2-3頁.
- 6) がんになっても HP: こころのサポート コミュニケーションの道しるベーがんと上 手に向き合うために-2011.

http://med.astrazeneca.co.jp/oncology/onc\_qa/images/onc\_communication03.pdf Accessed Aug. 21, 2011.

7) がん情報サービス HP: がんとつきあう 家族ががんになったとき 2007.

 $\label{lem:http://ganjoho.jp/public/support/family/fam01.} html \ \ Accessed \ Aug. \ 21, \ \ 2011.$ 

#### 一特別講演—

# 実践!患者参加型医療 ~効果的に調整を行うコツ~

#### 生 駒 真有美

#### 1. は じ め に

愛媛県の難病連携システムは平成13年に愛媛 県難病医療連絡協議会として発足を起点にはじ まった。当初は県庁内に事務所を置き活動して いたが、平成19年に国立病院機構愛媛病院に事 業委託し、地域連携室内に席を置き、県内の保 健所保健師と連携を図りながら、多職種多事業 所カンファレンスを開催しながら地域からボト ムアップする方式を取りながら活動している。 (スライド1参照)

#### 平成22年度 難病医療連絡協議会 相談内容詳細

訪問	院内ケース	84	207
面談	院外ケース	123	207
4. 7-	院内ケース	395	695
カンファ	院外ケース	300	695
h*II 767	院内ケース	8	10
グリーフケア	院外ケース	5	13
外来その他	院内ケース	224	224
相談	TEL•面談相談	2772	4094
作談	メール手紙	1322	4094
医療機関挨拶		379	379
ILIZE	松山市内	25	100
出張	市外	114	139
レスパイト入院			204
合計		56	12
•			

スライド1

#### 〈難病医療連絡協議会とは〉

国の事業で県が実施しているものであり、各都道府県に難病医療専門員(以下コーディネーターとする)約10年前よりスタートした。現在42都道府県に設置され、コーディネーターは29県37名が配置されている。職種は、保健師・看護師・社会福祉士など多岐にわたり設置場所も病院・大学・行政機関など様々である。

愛媛県の場合は、平成19年より、愛媛病院を 拠点病院と指定し、レスパイト専門病棟(40 床)を持ちながら事業を行っていて、全県下より入退院の受け入れをしている。

#### (事業内容)

国で決められた内容として、①難病研修会の 開催、②各種情報提供・患者・家族相談、年間 相談件数、③多職種・関係機関間のネットワー ク構築などがあるが、活動の内容・ネットワー クの構築方法については各県コーディネーター の裁量に任されている。

愛媛県の特徴としては、主に診断医から依頼 があり、インフォームドコンセントの時点から 立会い保健所と共に、手続き関係を早急に行 い、引き続き面談を行い本人家族の希望に沿っ たマネジメントを開始する。(詳細は後述)

#### 〈拠点病院(国立病院機構愛媛病院)について〉

レスパイトベット40床と医師3人を配置し、診断後の在宅療養を整え、バックアップする場としている。診断病院でのインフォームドコンセント・セント後、詳しいインフォームドコンセント・リハビリテーション査定・導入(PT/OT/STを含め)の為、入院受け入れをしている。

#### (ポイント)

入院先が少なくなっている昨今, 貴重なベットをシェアし, ご本人ご家族, 医療看護介護スタッフが納得し, より良い在宅生活を継続するためにレスパイト入院受け入れ体制をとってい

愛媛県難病医療連絡協議会 難病医療専門員 国立病院機構愛媛病院 地域連携室 地域連携コーディ ネーター

国立病院機構四国がんセンター がん相談支援・情報センター 地域連携コーディネーター

愛媛県緩和ケア推進センター 相談員

る。

入院の目的は、本人にはゆっくりと時間をとってインフォームドコンセント・嚥下訓練・リハ、胃瘻造設・交換、NIPPVの導入、その他MRI等検査、人工呼吸器の調整などのため、家族には介護の休養、ケア方法の指導、メンタルケアなどとしている。①入院期間は原則2~4週間、毎週医師・師長・コーディネーターなどで入院判定会議を行い、②定期のレスパイト入院、③定期入院以外に緊急入院先ともなり、④レスパイト先のない県内医療過疎地域からの受け入れも行っている。(H22年度継続事例数291件)

⑤その他:神経難病専門外来(30分/回)の予 約窓口・外来立ち会い,入院前の病棟見学案内 なども行っている。

## 2. インフォームドコンセント立会い から多職種チームによる地域ネットワークの確立と支援

全国的に難病患者に限らず年々,入院先確保 自体が難しく,長期入院先確保は困難となって いる,且つ,患者自身も在宅療養を望む場合が 多い。愛媛県としては独自の取り組みを行い,

地域のレスパイト病院

在宅療養を基本に「地域でその人らしさを支える」というコンセプトで保健所保健師を軸に地域と病院をつなぐ調整を行っている。

#### **〈調整の流れ〉**(スライド2参照)

I) 対象は拠点病院レスパイト入院の有無に関わらず、全県下の神経難病ケースとし、各診断医から診断後の、インフォームドコンセント時の立ち会い、フォローアップ依頼が来る。インフォームドコンセントには保健所保健師と同席し、コーディネーターは主に今後の療養時の経済面、地域での介護体制等説明、保健師は、①特定疾患・身障等手続関係、②地域での療養現状・注意点など説明する。退院までに、本人家族の意向を十分に聞き、場合によっては拠点病院、もしくは地域のレスパイト病院先を探し、在宅療養チームを構成し地域に繋ぐ。

#### 1) (入院中に) 多職種チーム構成

ケアマネージャー・訪問看護, 訪問診療, レスパイト先など, 本人家族と相談し決定。

レスパイト入院先・訪問診療医探しは厳しい が、日頃保健所と地域や病院をラウンドしてい

1. 診断医から依頼あり:インフォームドコンセント同席

→ Co•PHNは、主に患者家族の生活する

<u>地域</u>の医療・介護体制の現状、療養時の経済面等説明



2. <u>拠点病院</u>(愛媛病院)で、地域スタッフを交え<u>カンファレンス</u> 多職種・多事業所チーム・レスパイト入院先を整えて退院

3. Co(コーディネーター) とPHN(保健所保健師) が中心になり 地域で 多職種多事業所チームを継続的に調整・フォロー

→「自宅訪問」や「地域の病院で、現場の多職種チームと共にカンファレンスや インフォームドコンセント」を定期的に行う ★告知セット

↓在宅を軸にレスパイト入院を繰り返しながら療養生活



亡くなった後は みんなが自然と声を掛け合い自宅訪問し、 チームでのグリーフケア →遺族・スタッフへのフォロー

スライド 2

るので空き状況を把握し,再度保健所と受け入れ願いに伺う。

メンバー構成は同じ医療機関や事業所でまとめるのではなく、基本的に多事業所を導入する。 その方が色々なアイディアが出てうまくいっている。そして、同じ訪問看護・ケアマネなどに特定するのではなく数回経験した人は、次回は新しい人にお願いしてサブで入ってもらうように配慮し、人材育成に努めている。

#### 2) 多職種チーム構成後, 在宅へ

カンファレンスは、本人家族も含め訪問診療 Dr・ケアマネージャー、訪問看護、ヘルパー、 デイ、市・県保健師・メーカー(呼吸器・福祉 用具等)や場合によっては救急隊なども含め介 護・看護・医療・福祉・行政・救急・その他関 係機関等地域スタッフを交えている。

特にレスパイト入院時は、入院中に必ずカンファレンスを開催し、Drより病状説明。本人家族に今後の意思確認、ケアマネージャーよりケアプラン確認し、次回入院日と期間・必要時外来日など(レスパイトがルーチン化しているケースは、次回外来は入れず直接入院する)決定調整してから退院し安心した在宅療養できる

ようにつなげている。

外来のみで対応している場合は後日保健師と 自宅訪問し、意向を十分に聞きながら現状に合 わせて今後の受け入れ先・スタッフの確保・調 整を継続していく。

尚、カンファレンスの主なコントローラーは ケアマネージャーで、チーム全体をみてカンファレンスの開催のタイミングを計りメンバーに 連絡調整、会議開催時は司会を行う。ケアの主 役は訪問看護で、緊急時のファーストコールを 受けたり、病棟看護師と顔を合わせた連携など を図っている。保健師とコーディネーターは総 合マネジメントに回り、チーム全体が円滑に動いているか患者ースタッフ間・スタッフ間など 様々な人間関係の緩衝役や調整、今後の療養体 制の指南役を心がけているとなっている。

#### 3) グリーフケア=遺族フォロー

(スライド3参照)

ケースの状況により、亡くなった後、保健師 や関わっていたスタッフなどとグリーフケアに 赴き、故人を偲んだり、必要により市保健師や 関係機関に繋ぎ遺された遺族のフォローに繋ぐ

## グリーフケア数と内容



年度	件数
H14	2
H15	9
H16	9
H19	7
H20	15
H21	8
H21	13

- 保健所保健師やスタッフが声かけ
- 関わっていた多職種スタッフで訪問
- ■故人を共に偲ぶ

「これでよかった。これしかなかった」という 思いを共有

・残された遺族へのフォロー

例:独居になった夫への介護保険サービス の開始

例: 社会活動への参加援助

こともある

〈コーディネーターの動き〉(スライド4参照) 病院外来日(水曜日)以外は県内各保健所に 出向きラウンド(対象者は拠点病院レスパイト の有無を問わず全例)

拠点病院以外にも各地域をラウンドし、レス パイト入院ベットを協力確保させて頂き、ケー ス状況に合わせたフォローアップをしている。 コーディネーターの移動は JR・バイクとし、 基本的には午前:保健師、ケアマネージャー、 訪看と「ケース宅訪問」(1~2件), 午後 多 職種多事業所チームカンファレンス後(1~2 件) 現地関連病院挨拶・調整を行っている。保 健所保健師と日頃からまめに連絡を取り合って いる為、当日のコーディネーターへの依頼・当 日の行動スケジュールは保健師が現場を見て判 断・相談し、スケジューリングしている。その 人が実際日々過ごしていく地域や現場に出向き, 地域とも密に連絡を取り合い「足で稼ぎ」変遷 していく地域の状況に合った調整を行うように 心がけている。

#### 3. 多職種チームカンファレンスの詳細

#### 〈方法〉

退院時にほぼ全例カンファレンスを開催する。 開催時は担当ケアマネージャー, 訪問看護, デ イ, ショート, 訪問入浴, ヘルパー, 福祉用具 など多岐にわたる事業所が参加する。

地域の受け入れ病院やクリニックでもカンファ レンスが開催される

#### 〈ポイント〉

拠点病院や地域のレスパイト病院では.

○基本は地域で在宅療養 ○貴重なベットをシェアする為に長期入院ではなく週単位のレスパイト入院を確保しより全県・地域全体で良い在宅生活を続けていくようにする、○本人家族の意向を十分に聞き、ケアマネージャー・訪問看護などの決定、在宅訪問診療医は訪問看護が選択。○調整の主役は、病院はMSW、地域に帰るとケアマネージャー、○地域でのレスパイト先の確保、○十分にインフォームドコンセントを行い、どこまで対処療法を行うか。人工呼吸器装着をどうするか?介護・経済面の説明をしっかり行い、現時点での意志を聞いて、退院

#### 普段の連携方法「足で稼ぎ」「顔を合わせた」 地域を主体にした連携チームへの支援・調整

【JR(市内はバイク)で移動 → 駅で保健所保健師と合流)】

\*コーディネーターの行動スケジュールは基本的に保健所管理



. . .

<スケジュール(例)>

月: 地域 訪問

(例 宇和島)

火: 地域訪問 (例 四国中央)

水:愛媛病院

·AM外来(完全予約)

・PMカンファレンス

木:がんセンター

**金**: 地域訪問 (例 八幡浜)

<地域でのコーディネーターの一日の動き >

現地までJRで移動

(松山市内から両県境まで1.5時間)



昼食:一緒に食べながら訪看やケアマネ事務所でカンファレンス

午後 Coが入り地域の医師一診断医一拠点病院主治医を繋ぐ

多職種チームカンファレンス(1~3件)

現地関連病院・クリニック・訪看等挨拶・調整

\*常にレスパイト入院先の開拓・受け入れ継続の為の努力

スライド 4

までに一次的に決定し地域へつなぐ(いつ意向が変わっても良い旨を何度も伝える),○次のレスパイト入退院日を決めて退院(安心感・介護へのモチベーション保持に繋がる)

#### 〈意義〉

カンファレンスをして本人家族・多職種が顔 を合わせ、色々な立場の人の情報を聞き、話し 合う事により

①本人家族の自己決定・選択・精神面のフォローの場。患者家族とスタッフが同じ場で説明を聞き話し合う事により、②なるたけ支援する側・される側の心のバリアフリー化をはかる③その場でリアルタイムに情報共有を(現在入っている介護サービス・今後の方向性などの確認も)により、円滑で確実な情報交換を行がない、④関わっていく人々の合意行い人間関係調整の場となる、⑤本人は基より介護者・スタッフへの心のケア(心身面の疲労度チェックの場)といったことを実現する場所になると考えており、次回カンファまでにケースは基よりスタッフも次回までの目標を決めて解散することは、話し合いに参加する意義・意欲付けへとなっている。

病気の発症後、早い段階での充分な説明をすることにより、本人家族・現場スタッフが正しい病気の理解・今後の対処方法、療養方法について理解できていると全員が現状・今後のイメージ絵を持て、①多職種の介入により地域でのより良いケア体制を用意可能、②本人-スタッフ間のリスク・トラブル回避等ができる。

#### 〈その人らしさを地域で支えることとは〉

本人家族も含めた良いチームワーク・継続方法を作り、みんなが今後の療養の意思統一ができ、在宅・地域に帰ることが本当の意味で良い療養生活のスタートになる。その後、その地域に根ざした細やかな調整をチームがまとまって成長していくことが本当の意味のその人らしさを支えることだと痛感する。それには本人の生き方・死生観・家族の介護力・経済面などをある程度クリアにしておかないと良い療養ができ

ない。

本人家族には、とにかく何があっても何を選 んでも最期まで共にいることを伝えて、なるた け明るく心がけ、自然体で、連絡を密にして気 づいたことを気軽に話し合おうとチームで日々 話し合っている意思統一している。

本人家族と話し合いながら、将来を見据えて (予後や経済状況)、その人の家庭環境・経済 状況に合わせた選択。制度や療養等すべてにお いて「できることできないこと」「メリットと デメリットをわかりやすい言葉でゆっくり説明 する」ことが大事である。

#### 5.終わりに

#### 〈コーディネーターの役割・活用方法〉

~第3者の立場を最大限に生かし

チームが動きやすい状況を作る~

(医療・看護・介護・福祉・行政側) へは,

- ①保健所を軸に多職種チーム・医師との人間関 係調整・バイザー
- ②情報の共有化・フィードバックする媒体となっている。関わるチームの皆はどんな立場にあれ、ケースのその後の事もずっと気になっていて所属も職種も違うチーム内は以心伝心で、分かってくれているはず。はありえない為、少しのことでも、コーディネーターが間に入り調整しまめに報告連絡する媒体として使うような体制になっている。それが、関係機関間の信頼関係良い連携に繋がり、それが本人家族にも良い影響を与えていくように努めている
- ③多職種多事業所チームスタッフの介護疲労度 チェックを行ったり、③家族もスタッフも一人 で抱え込まない協力体制つくりとして、スタッ フには本人家族をしっかり受け止める「勇気、 元気」を保つ為に自分自身の ON OFF のスイ ッチを持つことやカウンセリングやコーチング などを行っている。

(本人・家族側) へは

①介護疲労度チェック・カウンセリング,②訪問も間に入れながら日頃言えない家族内・スタッフとの話を聞き,人間関係調整・信頼関係の構築に心がけている。

カンファレンスを進めていくに当たり,現場のスタッフのみんなは,どんなに先が見えなりそうになっても何度も話し合いを繰り返し,次に繋ぐ努力を惜しまず,カンファレンスを現場の区切りとして生かしている。チームが一緒に苦しみも楽しみも体験しながら,すべてを受けとめ,返しながら,先を見据えたその時ゴールを決め,状況により手法を変え調整しながら確実に実行していこうとしている。

そうしてきた結果、2年半の在宅での療養後、 遺族となった妻から下記の言葉を頂いたことが ある。「医療スタッフの皆さんは, 主人や先生 に面と向かって言いにくいことも, 私に代わっ て伝えてくれました。どんな時にも100%私の 見方をしてくれるのでした。でも本当は、患者 である主人が一番楽に過ごせるよう、そして人 間らしく安らかな死を迎えることが出来るよう, 応援して下さっていたのです。主人が難病にな ったことは悲しいことですが、この人達と出会 えて、本当に良かった、幸せだったと思ってい ます。喜びも苦しみも、悲しみも、常に共有し て下さり、最高の支援をしていただいたこと、 一生忘れません。いつも全力で支援して下さっ た医療スタッフの皆さんと共に, 最期まで頑張 り抜いた在宅療養、主人にとってはこれで良か ったのだと思います|

## 〈地域に息づき,根づく草の根の連携ネットワーク〉

とはいえ、これが正解!という答えの無い中、 日々の生活の中で、療養を援助する側、受ける 側の家族問題も複雑化(受ける側にも本人と家 族の意向の違いもある)の、色々な思いが複雑 に交叉することもあり、また昨今の地域格差に よる地方と都会の療養生活の違いへの理解(老 後、地方への県外からの流入も増加)など問題 が山積している中、重要になってくることはケ ースに向き合い面倒がらずにしっかり話し合い を進めていくことである。

一緒にチーム医療をしていく中で,「自分の

意見が必ず正しい訳ではない。」ことをわかって進めていき、人の意見を聞く・考える心の余裕。本当の意味で将来にわたり、本人の為になることは何であるか常に立ち返ること。その為に今、何をやるべきか。話し合える時間、感受性の豊かさ何事も楽しくやっていく姿勢を意つ事がチームとして大事だということを日がリスとしている。それがリスとして独けている。それがリスなり回避につながり信頼関係を深めあうことといからに見えて近道だったのではないからに見えて近道だったのではないからに見えて近道だったのではないかと痛感し、とにかく現場に向かい、顔を合わせてある人間・信頼関係の確立されたチームだと何事も乗り越えていけるという事を実感した8年間であった。

そして今、皆が地域で共に生活する仲間として、各地域で根づいた人として生きていくこと・死んでいくことについて共に考える・話し合える場が広がり、顔を合わせた多職種のネットワークが難病だけでなくがんや他疾患にも向けて生きづきはじめている。

#### 参考文献

- 1) 愛媛県難病医療連絡協議会:http://www9. ocn.ne.jp/~nanbyo-e/
- 2) レスパイト入院:介護者である家族が介護 の疲労から休息を取るため、ご本人の健康チェックのために入院していただくこと
- 3) 神経難病ネットワーク愛媛: http://ha4. seikyou.ne.jp/home/tsukasa-1/shinkeinanbyou/ index.html

原著症例報告CPC看護研究

# 一原 著一

# Coronary Artery Bypass Grafting in Our Institute

~from one surgeon experience for five years

#### Masaki Hamamoto

#### I. Introduction

Coronary artery bypass grafting (CABG) becomes the standard treatment for the patients with coronary artery disease and the most commonly performed operation for cardiac surgeons. In the annual report of 2008 by The Japanese Association for Thoracic Surgery, 17,764 cases of isolated CABG were performed annually in Japan, which account for 31% of all cardiovascular operations (a total of 57,941 operations)<sup>1)</sup>.

In June 2005, I started to perform CABG at Onomichi general hospital. Here I make a brief report of my first 5-year-experience of CABG and describe how to perform off-pump CABG (OPCAB) successfully.

#### I. Patients

Between June 2005 and December 2009, 68 patients underwent isolated CABG at Onomichi general hospital, which included 48 males (mean age of 67 years) and 20 females (mean age of 72

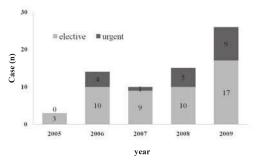


Fig 1. The number of CABG in each year

years). The number of patients over the age of 80 were 7 and 6 of them were female. Fig 1 demonstrates the number of CABG in each year.

# ■. The strategy of CABG

Our surgical strategy of isolated CABG has changed with time. Isolated CABG is classified into three methods in terms of the application of cardiopulmonary bypass (CPB) and cardiac arrest; conventional CABG, on-pump beating CABG, and OPCAB. Conventional CABG was performed under cardiac arrest induced by the administration of cardioplegic solution with the assistance of CPB. On-pump beating CABG was performed using CPB without cardiac arrest. OPCAB was completed without CPB and cardiac arrest. Because CPB is associated with complications such as cerebral infarction, acute renal failure, and lung edema, it is recommended not to use CPB as much as possible. Soon after I commenced CABG here, my first priority was to anastomose the grafts to the targeted coronary arteries completely even if CPB and cardiac arrest were applied. On-pump beating CABG was sometimes performed according to the process of technical transition from conventional CABG to OPCAB. OPCAB was introduced 6 months later along with the advancement of the anastomotic technique. However, the unexpected conversion from OPCAB to on-pump beating CABG was conducted when

Department of Cardiovascular Surgery, JA Onomichi Genaral Hospital, Onomichi, Japan

hypotension and malignant arrhythmia such as ventricular fibrillation and atrioventricular block occurred during OPCAB.

Our current strategies and graft selection are as follows: 1) complete myocardial revascularization is carried out under OPCAB technique, 2) the left anterior descending artery (LAD) is grafted with the right internal thoracic artery (ITA) in an in situ fashion, 3) the second choice of the graft is the left ITA which is used to revascularize the left circumflex artery (LCx) and the diagonal branch (Dx), 3) the ITAs (left or right ITA) are used as an in situ graft, not as a composite graft, 4) the saphenous vein graft (SVG) is used along with bilateral ITAs to revascularize the right coronary artery (RCA), and 5) the radial artery (RA) is selected along with ITAs to revascularize LCx, Dx, or RCA in patients with severe stenosis (≥ 99%) or occlusion.

#### M. Operative technique

I summarize current OPCAB technique at our institution. The heart is exposed through standard full median sternotomy. After heparinization (300 unit/kg) and introduction of activated clotting time > 400 sec, the distal anastomoses are performed in turn, LAD, RCA, then at last LCx with 7.5-0 polypropylene sutures. The exposure of the targeted coronary arteries is obtained using Tentacles<sup>TM</sup> (Sumitomo Bakelite CO., LTD., Tokyo). The stabilization devices, Octopus® Evolusion (Medtronic Inc., Minneapolis) or Acrobat™ (VITAL Corp., Tokyo), are used to provide a motionless surgical field. intraluminal shunt tube (JMS, Hiroshima) is also used during anastomosis to prevent coronary ischemia. The proximal anastomosis at the ascending aorta is performed using polypropylene sutures under the anastomosis assist device named eNclose® II (Century Medical, Inc., Tokyo). Before proximal anastomosis, epiaortic ultrasonography is used to assess atherosclerotic

plaques at the ascending aorta for the prevention of cerebral infarction.

# V. Post-operative management

CABG must be accompanied by adequate postoperative management to prolong graft patency and to reduce patients' morbidity and mortality.

ESC/EACTS Task Force on Myocardial Revascularization proposed the mnemonic "ABCDE" approach to promote the optimal medical therapy and lifestyle change2: "A" for antiplatelet therapy, anticoagulation, angiotensinconverting enzyme inhibitors (ACE-I), angiotensin receptor blockers (ARB); "B" for βblockers and blood pressure control; "C" for cholesterol treatment and cigarette smoking cessation; "D" for diabetes management and diet; and "E" for exercise.

Aspirin and warfarin are prescribed for the patients undergoing OPCAB using both arterial and venous grafts with or without atrial fibrillation (AF). Dual antiplatelet agents consisting of aspirin and clopidogrel are indicated for the patients using all arterial grafts without AF. ACE-I and ARB should be considered in patients with low left ventricular function (ejection fraction < 40%). βblockers is routinely used to reduce heart rate including myocardial oxygen consumption and to prevent post-operative incidence of AF. Aggressive lipid lowering therapy is carried out using statin for the patients with hyperlipidemia and CABG using venous graft. It is recommended to reach LDL-cholesterol < 100 mg/dl or LDL / HDL cholesterol ratio < 2. Atherosclerotic change of SVG is also prevented by reducing lipid aggressively3).

#### M. Result

CABG was completed by the aid of extracorporeal circuit in 37 patients and no bypass circuit was needed in remaining 31 patients. The rate of OPCAB gradually increased with time (Fig

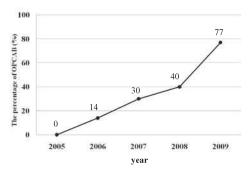


Fig 2. The rate of OPCAB

2). OPCAB was initiated from 2006, accounted for 14% of all CABG cases. In 2009, the rate of OPCAB reached 77% and became standard procedure for myocardial revascularization in our hospital.

The conversion from OPCAB to on-pump beating CABG was recognized only 1 case per year from 2007 to 2009. The conversion was not associated with hospital death.

Table 1 shows the choice of grafts and its patency rate confirmed by coronary angiography 2 weeks after the operation. LITA and SVG are two major grafts and each graft patency rate is acceptable.

Thirty-day mortality is 1.5% (1 / 68 cases) and in-hospital mortality is 2.9% (2 / 68 cases). One female patient who had chronic renal failure on

Table 1. The choice of grafts and its patency rate

graft	n	patency
LITA	63	98.4%
RITA	4	100%
RA	8	100%
GEA	2	100%
SVG	89	95.5%
total	166	97.6%

LITA = left internal thoracic artery;

RITA = right internal thoracic artery;

RA = radial artery; GEA = gastroepiploic artery;

SVG = saphenous vein graft

long-term hemodialysis died 3weeks after urgent OPCAB (LITA-to-LAD and SVG-to-LCx) because of multiple organ failure. Another female patient with 88 years of age suffered from electrical storm during CABG, which resulted in permanent cerebral damage. She died 4 months after the operation.

#### **W.** Discussion

My first CABG was performed with the use of CPB under cardiac arrest because my surgical skill of distal anastomosis was insufficient to provide good-shaped anastomotic configuration under beating heart. Six months later I went to the advanced level, on-pump beating CABG. I was able to maintain blood pressure during the

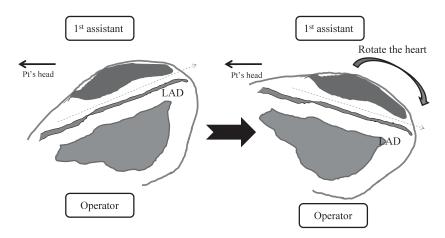


Fig 3. The position of the heart for making LAD anastomosis easier

anastomosis of LCx territory under the beating heart supported by the CPB. However, it was difficult to fully expose the lateral side of the heart because cannulae placed via the superior and inferior vena cava for CPB was the obstacles to the right side of the chest wall when I pulled the heart toward the right side. Therefore, it was also difficult to revascularize LCx even if CPB was applied.

I noticed the usefulness of no-cannulae surgical field to obtain better exposure. I thought over how to stabilize hemodynamics and how to make better positioning of the heart for easy handling of the

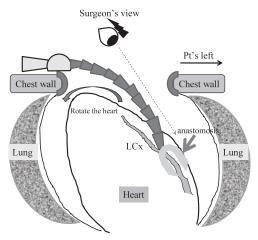


Fig 4. The LCx anastomosis is performed on the cliff of the heart

anastomosis. First, it is important to stabilize the coronary artery, LAD or Dx, as directing toward the operator, which make the anastomosis easier as compared with its direction away from the operator toward first assistant (Fig 3). Second, the LCx is encircled with vascular loop and pulled laterally to reduce swaying motion of the surgical field. Third, we should think it ordinary to revascularize LCx in a cliff-like surgical field (Fig 4). Fourth, we should hold the needle as is like a hook to suture the heel of the anastomotic site of LCx (Fig 5). After grasping these surgical knacks regarding OPCAB, the rate of performing OPCAB has increased year by year.

#### VIII. Conclusion

I reported my surgical experience of CABG for five years. The rate of OPCAB has increased from 14% in 2006 to 77% in 2009, which was attributable to the technical stabilization and good exposure of the targeted coronary arteries. Thirty-day mortality was 1.5%.

#### References

 Sakata R, Fujii Y et al: Thoracic and cardiovascular surgery in Japan during 2008.
 Annual report by The Japanese Association for Thoracic Surgery. Gen Thorac Cardiovasc Surg 58: 356-383, 2010.

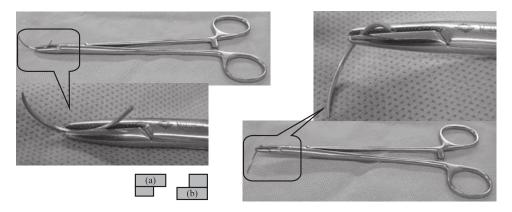


Fig 5. Special grasp for LCx anastomosis
(a) Special grasp of a suture needle for LCx anastomosis, (b) Common grasp of a suture needle

- 2) Kolh P, Wijns W et al: Guidelines on myocardial revascularization. The task force on myocardial revascularization of the European Society of Cardiology (ESC) and the European Association for Cardio-Thoracic Surgery (EACTS). Eur J Cardiothorac Surg 38: S1-S52, 2010.
- 3) Hata M, Takayama T et al: Efficacy of Aggressive lipid controlling therapy for preventing saphenous vein graft disease. Ann Thorac Surg 88: 1440-1444, 2009.

#### Summary

From June 2005 to December 2009 I experienced 68 cases of coronary artery bypass grafting (CABG) in Onomichi general hospital. Among them, 48 were male (mean 67 years old) and 20 were female (mean 72 years old). CABG was completed by the aid of extracorporeal circulation in 37 patients and no bypass circuit was needed in remaining 31 patients. The rate of off-pump CABG has increased from 14% in 2006 to 77% in 2009, which was attributable to the technical stabilization and good exposure of the targeted coronary arteries. Thirty-day mortality was 1.5% (1 death / 68 patients) and in-hospital mortality was 2.9% (2 deaths / 68 patients).

# 一症 例 報 告 —

# 前立腺小細胞癌の2例

森山 浩之<sup>1</sup>·吉野 干城<sup>1</sup>·金岡 隆平<sup>1\*</sup>·石 光広<sup>1\*\*</sup>·米原 修治<sup>2</sup> 山辺 高司<sup>3</sup>·福島 雅之<sup>4</sup>

# I. 緒 言

前立腺小細胞癌は比較的稀な疾患であり、前立腺上皮性悪性腫瘍のなかで1%を占めるに過ぎないとされる10。

今回われわれは、前立腺全摘除術により診断された1例、および前立腺癌に対する抗男性ホルモン療法中に出現した1例の前立腺小細胞癌の2例を相次いで経験したので、本症に対する若干の文献的考察を加えて報告する。

#### Ⅱ. 症 例

#### 症例1

**患者**:76歳,男性。 **主訴**:PSA 高値。

既往歴:糖尿病にて治療中。3年前 PSA (正常4.0未満) が5 ng/ml と異常値であったため 他院にて前立腺針生検を受けたが,悪性所見は認めなかった。

現病歴:近医にて提出された PSA が11.40 ng/ml と高値であったため、精査を目的として 当科を紹介受診した。

**現症**:身長156cm, 体重47kg, 体温37.5℃, 血圧137/85mmHg, 脈拍71/分整。直腸診では, 前立腺は中等度腫大し境界明瞭,表面は平滑, 弾性軟であり,前立腺癌の存在は疑われなかっ た。

検査所見:末梢血,血液生化学検査では, FBS が220mg/dl と高値をとっていた以外は異常値なし。検尿は正常。PSA は11.40ng/ml と上昇。

PSA の上昇から前立腺癌の存在を疑い,経 会陰式前立腺針生検を施行した。 針生検組織の病理組織学的所見:採取した前立腺組織10片中右葉背側の1片において,40%の領域で二層性の失われた atypical epitheliumが小型の密在性腺管を形成して増殖する像を認めた。Well differentiated adenocarcinoma, Gleason's grade 3の像に一致した。Gleason's score = 3 + 3。

画像所見:MRIではT2強調脂肪抑制像において両葉に結節状の低信号域が認められ前立腺癌の存在が疑われたが、被膜外浸潤は明らかではなかった。右大腿骨にT1強調画像において低信号域、T2強調画像において高信号域に描出される2cm程度の領域が認められた。造影後は徐々に濃染しており、転移性骨腫瘍が疑われた。しかし骨シンチグラフィーでは同部には異常集積を認めず、骨転移ではないと判断した。

以上の検査結果より, 臨床的には局所限局性 前立腺癌 (T2aN0M0) と診断した。治療法と して放射線療法または前立腺全摘除術を提案し たところ, 患者は前立腺全摘除術を選択した。

前立腺全摘標本の病理組織学的所見:前立腺 右葉において,既存の prostatic gland の周囲に 小型腺管を形成して浸潤増殖する腫瘍組織を認 めた。Well differentiated adenocarcinoma, Gleason's grade 3の像に一致した。被膜直下を中心 として,充実性の胞巣を形成して浸潤性に増殖

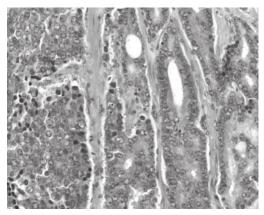
¹JA 尾道総合病院泌尿器科

<sup>\*</sup>現籍 広島大学大学院医歯薬総合研究科腎泌尿器科学 \*\*現籍 たかの橋中央病院泌尿器科

<sup>&</sup>lt;sup>2</sup>JA 尾道総合病院病理研究検査科

³村上記念病院

<sup>4</sup>福島クリニック



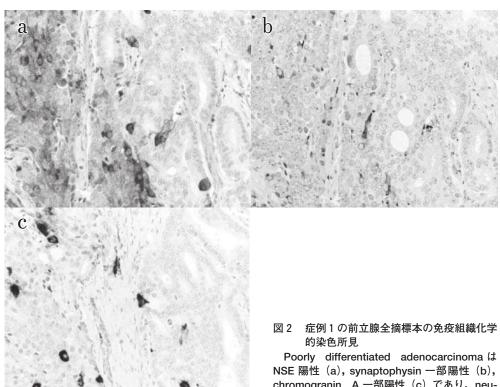
症例1の前立腺全摘標本の病理組織学的所見 (HE 染色, X20)

前立腺右葉において, 既存の prostatic gland の 周囲に小型腺管を形成して浸潤増殖する腫瘍組織を 認めた。Well differentiated adenocarcinoma, Gleason's grade 3の像に一致した。

被膜直下を中心として, 充実性の胞巣を形成して 浸潤性に増殖する poorly differentiated adenocarcinoma, Gleason's grade 4の像を認め, 一部で ロゼット様の配列を示した。

する poorly differentiated adenocarcinoma, Gleason's grade 4の像を認め、一部でロゼット様の 配列を示した。Poorly differentiated adenocarcinoma は被膜を超えて perineural invasion を示 し、リンパ管や静脈には腫瘍寒栓の形成をみた。 しかし,標本上の剥離面には腫瘍の露出は認め なかった (図1)。取扱い規約の表記に従えば、 Well differentiated adenocarcinoma, wel, > Poorly differentiated adenocarcinoma, por, int2, ly(+), v(+), pn(+), rt/post-ant(PZ),  $24 \times$  $17 \times 14$ mm, ew(-), INF $\beta$ , cap(+), sv(-), ur(-), b(-), r(-), Gleason's score = 3 + 4。TNM 分類では pT3aN0Mx であった。

前立腺全摘標本の免疫組織化学的染色所見: 追加して行った免疫組織化学的染色検査では, Poorly differentiated adenocarcinoma lt neuron specific enolase (NSE) 陽性, synaptophysin -部陽性, chromogranin A一部陽性であり, neuroendocrine differentiation を伴っていた (図 2)。



chromogranin A 一部陽性 (c) であり, neu-

以上より、前立腺小細胞癌と診断した。

その後の経過: 術後 1 ヵ月で血液中の neuron specific enolase (NSE), pro Gastlin releasing peptide (proGRP), PSA を提出したところ, NSE は5.7 ng/mL (正常10以下), proGRP は 42.7 pg/mL (正常70未満) と正常値であった。 PSA は術後 1 ヵ月では0.058 ng/ml であったが, 術後 3 ヵ月には0.008 ng/ml と測定限界値以下となった。本例では根治手術になっている可能性もあると考え追加治療はおこなわず 3 ヵ月毎の PSA 測定による厳重な経過観察を続けているが, 術後 6 ヵ月を経過する現在も PSA は0.008 ng/ml である。

#### 症例 2

**患者**:72歳,男性。 **主訴**:肉眼的血尿。

既往歴:7年3ヵ月前 PSA が56.4ng/ml(正常4.0未満)と高値をとっていたため当科を受診し,前立腺針生検にて前立腺癌と診断された(図3)。腹部 CT では転移所見はなかったが,骨シンチにて第5腰椎に転移を疑わせる所見を

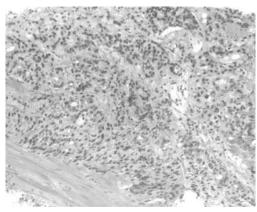


図3 症例2の前立腺生検の病理組織学的所見 (HE 染色, ×20)

生検組織 6 本中 2 本の前立腺組織では atypical epithelial cell が索状に配列し,あるいは各個単離して瀰漫性に増殖する像を認め,poorly differentiated adenocarcinoma,Gleason's grade 4 および grade 5 の像に一致した。ほかの 3 本では atypical epithelium が小型の腺管を形成して浸潤性に増殖する像を認めた。Well differentiated adenocarcinoma,Gleason's grade 3 の像に一致した。残りの 1 本では,low grade PIN の像を伴っていた。

認め、臨床病期は T2bNoM1c と診断した。患者の希望によりホルモン療法として両側精巣摘除術を行ったが、その後の受診はなかった。前立腺癌診断後 5 年10ヵ月を経過した頃、頻尿おおび排尿困難を訴えて当科を受診した。この際の PSA は5.592ng/ml と異常値であったため非ステロイド性抗男性ホルモン剤の投与を開始し、以後は近医にて治療が継続された。近医で定期的に提出された PSA は、今回の受診直前まで2 ng/ml 前後で経過していた。

現病歴:肉眼的血尿が出現したため近医にて 膀胱鏡検査が行われたところ,膀胱頸部に乳頭 状腫瘍を認めた。今回,この腫瘍に対する治療 目的にて当科を紹介受診した。

現症:胸腹部には特記すべき異常所見なく, 陰嚢内は両側精巣摘除術後のため空虚であった。 表在リンパ節は触知せず。前立腺は直腸診上は 中等度腫大しており,弾性硬であった。

入院時検査所見:末梢血,血液生化学検査では,赤血球401万/mm³, Hg12.7g/dl と軽度の 貧血を認める以外異常値はなかった。検尿・沈 渣では血膿尿であった。

膀胱腫瘍または前立腺癌の膀胱頸部浸潤が疑われたため、腰椎麻酔下に経尿道的手術を施行した。

**術中所見**:腰椎麻酔下に尿道および膀胱内を 観察すると,膀胱頸部に存在した腫瘍は前立腺 癌が膀胱内へ浸潤したものであると考えられた。 病理組織所見を得るため,膀胱内への突出部を 切除して手術を終了した。

経尿道的切除組織の病理組織学的所見:腫瘍組織は、充実性胞巣を形成して増殖する腫瘍組織よりなっていた。部分的には cribriform pattern を示して増殖する像を伴っていた。前立腺癌の膀胱浸潤と見なされた。Gleason's score 5+4 (図4)。

PSA の上昇が軽度であるにもかかわらず臨床的な進行を認めたことから、前立腺小細胞癌の存在を疑って免疫組織化学的染色を追加した。

経尿道的切除組織の免疫組織化学的染色所 見:免疫組織化学的染色では、腫瘍細胞には部 分的に chromogranin A 陽性, synaptophysin 陽

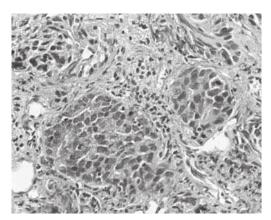


図 4 症例 2 の経尿道的切除組織の病理組織学的所 見(HE 染色, ×20)

腫瘍組織は,充実性胞巣を形成して増殖する腫瘍 組織よりなっていた。部分的には cribriform pattern を示して増殖する像を伴っていた。前立腺 癌の膀胱浸潤と見なされた。Gleason's score=5 +4。

性, CD56陽性所見を認め, neuroendocrine differentiation と考えられた (図5)。

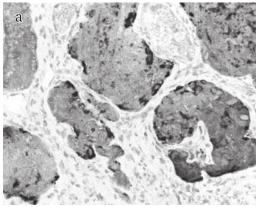
以上より、通常の前立腺癌が抗男性ホルモン療法中に neuroendocrine differentiation を起こした状態, すなわち前立腺小細胞癌へと変化したものであると診断した。

画像検査所見:胸腹部 CT では右外腸骨動静脈後方に2cm の腫大リンパ節を認め、転移が疑われた。その他の臓器には明らかな転移像はなかった。骨シンチでは異常集積は認めていない。

その後の経過:病理組織学的所見を受け腫瘍マーカーを提出したところ、PSA は4.04ng/ml (正常4.0未満) と軽度の異常を認めたが、NSE は7.9ng/mL (正常10以下)、proGRP は33.5pg/mL (正常70未満) と正常値であった。治療としてエストラムスチン2 cap/日の内服を開始したが、排尿困難の出現など臨床症状の進行が認められたためドセタキセルによる化学療法に変更し現在も継続中である。

# Ⅱ. 考 案

前立腺小細胞癌については、2001年4月に刊行された泌尿器科・病理 前立腺癌取扱い規約第3版<sup>2)</sup>に記載されていた組織学的分類には



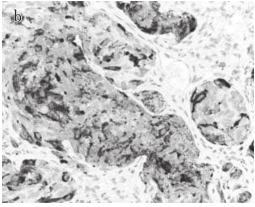


図 5 症例 2 の経尿道的切除組織の免疫組織化学的 染色所見

腫瘍細胞には部分的に chromogranin A 陽性(a), synaptophysin 陽性(b), CD56陽性所見を認め, neuroendocrine differentiation と考えられた。

神経内分泌癌しか該当する疾患名がないにもかかわらず、多くの報告で前立腺小細胞癌という疾患名が用いられてきた。しかし、2010年に改訂された第4版<sup>3)</sup>では、神経内分泌癌ではなく前立腺小細胞癌という疾患名のみが採用されている。そこで、今回われわれは本症に対して最新の取り扱い規約に従って前立腺小細胞癌という名称を用いた。

前立腺小細胞癌の組織発生については大別すると次のような3通りの説がある40。つまり①正常な前立腺に存在し、その産生ペプチドがアンドロゲン調節機構を介して前立腺上皮の外分泌機能、増殖、分化に関与していると考えられている argyrophil cell や argentaffin cell に由来

するという説、②腺癌の脱分化により発生するとする説、③上皮と神経内分泌型の両方の癌へと分化しうる multipotential prostatic epithelial stem cell に由来するとする説である。諸説には賛否両論があり決着はついていないが、現在のところ③の説が広く受け入れられている<sup>5),6)</sup>。また前立腺の上皮細胞は分泌管腔細胞、基底細胞、神経内分泌細胞の3種類の細胞から構成されているが、正常の神経内分泌細胞は post mitotic cell であることから、これが直接癌化して小細胞癌(神経内分泌癌)として完成することはないとされる<sup>1),7)</sup>。

本症は臨床経過から, ①初発時より純粋な小 細胞癌のみ認めるもの。②初診時より腺癌と小 細胞癌が混在する場合,③初診時は腺癌のみで 抗男性ホルモン療法の経過中に小細胞癌の発現 を認める場合に大別され、Mayo Clinic での統 計では、①が67%、②が19%、③が14%を占め ていた4)。しかし、ホルモン抵抗性の前立腺癌 の10~20%に小細胞癌を認めたという剖検報告 もあり8)。③の症例は実際にはさらに多く存在 している可能性がある。自験例では、症例1は ②の診断時から小細胞癌と腺癌の混在を認める 例、症例2は③の抗男性ホルモン療法の経過中 に小細胞癌の発現を認めた症例であった。前立 腺癌の発生機序を前述の stem cell レベルでの 悪性化としてとらえた場合, 小細胞癌への方向 のみへの悪性化が進行した場合には純粋な小細 胞癌となり, 腺癌と小細胞癌の双方向へ悪性化 が進行した場合は腺癌と小細胞癌が混在するこ とになる<sup>9)</sup>。また、抗男性ホルモン療法の経過 中に神経内分泌癌の発現を認める機序としては, アンドロゲン除去による腺癌の神経内分泌細胞 様変化の関与も推定される。しかし、神経内分 泌細胞様変化を起こした細胞の増殖能は低く, この仮説のみではこのようにして発生した小細 胞癌の増殖能を説明することは困難である<sup>9)</sup>。 一方,神経内分泌細胞はアンドロゲンレセプタ ーが欠如していることから抗男性ホルモン療法 には抵抗性であり、さらにボンベシン様物質、 セロトニン, カルシトニンなどの成長因子とし ての作用を有するホルモンを分泌して腫瘍細胞

の増殖に関与しているとの想定があり<sup>10)</sup>,これらのことが神経内分泌化した腫瘍の予後不良と関係している可能性がある。ただ、これら①,②,③のいずれの病態も同一の疾患名で報告されていることには、今後検討の余地があると思われる<sup>11)</sup>。

確定診断は病理学的検索に委ねられる。特に 免疫組織染色は診断に有用な情報となり12), NSE, chromogranin A, synaptophysin などの神 経系マーカーに陽性を呈することが多い。腺癌 との混在を認める場合, 小細胞癌と診断するた めに必要な占有率については, 現在のところ明 確な規定はない。血清マーカーに関しては, PSA は症例全体の約25%でのみ上昇を認め、 有用なマーカーとはならないとされる13)。有用 な腫瘍マーカーとしては NSE が一般的に知ら れているが、proGRP が有用であるとの報告も ある<sup>14)</sup>。自験例では2症例とも NSE, proGRP は正常であったため現時点ではマーカーとして 用いることはできないが、今後の経過観察中に も測定していく予定である。前立腺癌に対する 抗男性ホルモン療法中に PSA の上昇が無いに も関わらず臨床的な進行を認める症例を経験す ることがあるが、このような例では小細胞癌へ と分化している可能性があるため前立腺再生検 による組織学的な確認や NSE, proGR などの 上昇の有無の確認が必要である。

本症の本邦報告例は1988年の村尾ら<sup>15)</sup> の症例が第1例目と考えられ、近年報告例は増加しており2006年には影山ら<sup>16)</sup> が82例を集計している。この集計には、初診時に診断された症例のみならず、初診時は腺癌のみで抗男性ホルモン療法の経過中に小細胞癌の発現を認めた症例も含まれている。影山らの検討では、予後の明らかであった54例での1年生存率は27%、2年生存率は10%と、これまでの報告どおり予後は極めて不良であった。また診断時 NSE 値と転帰が明らかな26例では、NSE 値が100ng/ml を越える症例はすべて4ヵ月以内に死亡しており、死亡例21例では NSE 値と生存期間に有意な相関を認めたと報告されている。また、一般に本症は限局癌で発見されることは稀で、70~75%

以上は初診時すでに遠隔転移を起こしていると される<sup>17)</sup>。

本症に対しては、従来の前立腺癌に対する抗男性ホルモン療法は無効である。したがって治療法としては化学療法が検討されることになり、肺小細胞癌に用いられる EP 療法(etoposide+cisplatin)や IP 療法(irrinotecan+cisplatin)のどちらかが行われている症例が多い $^{16}$ 。しかし、これらの報告例の臨床経過をみると、最初の数カ月は化学療法に良く反応しているが、その後再燃して1年前後で癌死している症例が多い。今後、さらに有効な治療法の確立が望まれる。

症例1では早期に発見できたため現時点では 前立腺全摘除術のみで現在のところ経過良好で あるが、今後も注意深い経過観察が必要である と考えている。また症例2では、必要となれば 一定の効果があるとされている上記の化学療法 を行う予定である。

# Ⅳ. 結 語

初回治療時に前立腺小細胞癌と診断された1例,および前立腺癌の診断後抗男性ホルモン療法中に出現した前立腺小細胞癌の1例を経験し,本症に対して若干の文献的考察を加えて報告した。

# 文 献

- 1) Helpap B and Kollermann J: Undifferentiated carcinoma of the prostate with small cell features: Immunohistochemical subtyping and reflections on histogenesis. Virchows Arch 434: 385-391, 1999.
- 2)日本泌尿器科学会 日本病理学会/編:泌尿器科・病理 前立腺癌取扱い規約 第3版.東京,金原出版,2001.
- 3)日本泌尿器科学会 日本病理学会/編:泌尿器科・病理 前立腺癌取扱い規約 第4版、東京、金原出版、2010.
- 4) Oesterling JE, Hauzeur CG, et al: Small cell anaplastic carcinoma of the prostate: a clinical, pathological and immunohistochemical study of

- 27 patients. J Urol 147: 804-807, 1992.
- 5) Aygum C: Small cell carcinoma of the prostate: a case report and review of the literature. Md Med J 46: 353-356, 1997.
- 6) 古川正隆,津田 聡,ら:前立腺癌の経過中に出現した前立腺小細胞癌の1例.西日泌 尿 66:18-22,2004.
- 7) Bonkhoff H: Neuroendocrine cells in benign and malignant prostate tissue: morphogenesis, proliferation, and androgen receptor status. Prostate (Suppl) 8: 18-22, 1998.
- 8) Wang W, Epstein JI: Small cell carcinoma of the bladder and prostate: a morphologic and immunohistochemical study of 95 cases. Am J Surg Pathol 32:65, 2008.
- 9) 舛森直哉:前立腺における神経内分泌細胞. 臨泌 60:439-451,2006.
- 10) Abrahamsson PA:Neuroendocrine differentiation in prostatic carcinoma. Prostate 39:135-148, 1999.
- 11) 森山浩之, 沖 真実, ら:前立腺神経内分 泌癌の1例. 広医 62:297-300, 2009.
- 12) 大嶋正人,大山信雄,ら:前立腺小細胞癌 の1例. 日生病医誌 27:124-130, 1999.
- 13) 橋本義孝, 木村 剛, ら:前立腺小細胞癌 の1例. 泌尿紀要 46:425-427, 2000.
- 14) 石津和彦,都志見睦生,ら:化学療法併用 放射線療法が有効であった前立腺小細胞癌の 1 例. 泌尿紀要 48:97-100,2002.
- 15) 村尾 烈,棚橋豊子:前立腺原発の小細胞 癌の1例.癌臨 34:1624-1628,1988.
- 16) 影山 進,成田充弘,ら:前立腺小細胞癌 の3例 —本邦報告例による予後解析—. 泌 尿紀要 52:809-815,2006.
- 17) Abbas F, Civantos F, et al:Small cell carcinoma of the bladder and prostate. Urology 46:617-630, 1995.

# 一症 例 報 告 —

# 高齢者腹部大動脈瘤破裂に対する2救命例

# 二神 大介・濱本 正樹

# I. 緒 言

近年,高齢化社会の到来に伴い,腹部大動脈瘤患者の絶対数が増加し,年齢層も上昇してきている<sup>1)</sup>。それとともに,超高齢者での腹部大動脈瘤破裂症例が散見されるようになったが,大動脈瘤破裂の緊急手術は待機手術に比較して救命率が低く,特に超高齢者での救命例は希である<sup>2)</sup>。今回,われわれは超高齢者での腹部大動脈瘤破裂症例 2 例を経験したので若干の文献的考察を加えて報告する。

# Ⅱ. 症 例

**症例1**:91歳男性 **主 訴**:嘔気

既往歴:特記すべきことなし

現病歴:2009年2月X日, 嘔気を主訴に近 医を受診した。触診で腹部拍動性腫瘤を認め, 超音波検査で径10cm の腹部大動脈瘤を指摘さ れたため, 当院に救急搬送された。

入院時現症: 来院時, 意識は清明であった。 血圧115/71mmHg, HR73/分, 腹部左側に巨大 な拍動性腫瘤を触知した。

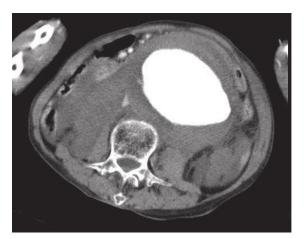
血液検査所見: WBC9750/mm³, Hb8.8g/dl, Ht25.8%, PLT17.0×104/mm³, AST21U/l, ALT 9 U/l, LDH227U/l, BUN29.8mg/dl, Cr 1.3mg/dl, CRP2.13mg/dl

腹部造影 CT 所見: 腎動脈分枝下に最大径10 cm の紡錘状の腹部大動脈瘤を認め, 周囲に血腫を認めた (図1)。

以上より腹部大動脈瘤破裂と診断し、来院時から35分で手術室に搬送し、緊急手術を施行した。

**手術所見**:全身麻酔下に仰臥位で手術を開始 した。腹部正中切開で開腹したところ後腹膜は 血腫で膨隆し暗赤色を呈していた。後腹膜を切

心臓血管外科







開し、瘤頚部を用手的に剥離した。ヘパリン3 mlを静注し、瘤頚部で大動脈を遮断した。末梢側の右側は総腸骨動脈を、左側は内・外腸骨動脈をそれぞれ剥離し、遮断した。18×9 mmの Hemashield graft (Meadox Medicals, Oaklamd, NJ, USA) を用い、中枢側は腎動脈下の腹部大動脈と 4-0prolene にて端々吻合を行った。末梢側は、右側は総腸骨動脈で端々吻合し、左側は内・外腸骨動脈を別々に再建した。下腸間膜動脈は良好な逆血を認めたため再建しなかった。手術時間は 4 時間55分、術中出血量は3330mlで、濃厚赤血球 8 単位を輸血した。

術後経過:術後の血行動態は安定し呼吸状態に問題がなかったため、術翌日に人工呼吸から離脱した。術後5日目より流動食を開始したが、腸管虚血・イレウス等の消化器系合併症を認めなかった。術後22日目に立位歩行も可能となり、軽快退院となった。

**症例 2**:84歳女性 **主 訴**:下腹部痛

**既往歴**:狭心症(平成14年冠動脈ステント留置),高血圧,糖尿病

現病歴:2010年12月 X 日21時,入浴中に気分不良,下腹部痛を自覚し,近医に救急搬送された。造影 CT 検査で腹部大動脈瘤破裂(腎動脈下に最大径6 cm の腹部大動脈瘤)を認めたため,当院に救急搬送された。

**入院時現症**:身長150cm, 体重63kg (BMI 28) と肥満体形であった。血圧107/40mmHg, HR 112/分,搬送時,意識は清明で,腹部は全体的 に膨隆し,拍動性腫瘤を触知した。

血液検査所見:WBC27900/mm³, Hb9.0g/dl, Ht25.8%, PLT27.3×104/mm³, AST29U/1, ALT21U/1, LDH166U/1, BUN17.2mg/dl, Cr 1.2mg/dl, CRP0.30mg/dl

腹部造影 CT 所見: 腎動脈分岐下に最大径 6 cm の紡錘状の腹部大動脈瘤を認めた。両側の 総腸骨動脈も拡大しており、石灰化も著明であった。周囲に血腫を認めた。

近医から持参してきた腹部造影 CT 写真で腹

部大動脈瘤破裂と診断し、来院から60分後に手 術室に搬送し、緊急手術となった。

手術所見:全身麻酔下に仰臥位で手術を開始した。腹部正中切開で開腹したところ,後腹膜腔に血腫の形成を認めた。肥満のため術野が深く,脂肪組織も豊富であり,手術に難渋した。瘤頚部を用手的に剥離していったが破裂による再出血を生じたため,ヘパリン3mlを急いで投与し,大動脈を遮断した。末梢側は左右とも総腸骨動脈を剥離し,遮断した。

再建は16×8 mm の Y 型人工血管(症例1 と同製品)を用い、中枢側は腎動脈下の腹部大動脈で、末梢側は左右とも総腸骨動脈で端々吻合した。下腸間膜動脈は閉塞していたため再建しなかった。手術時間は5時間34分、術中出血量は6500ml、輸血は濃厚赤血球液6単位、新鮮凍結血漿8単位であった。

術後経過:術当日に人工呼吸から離脱したが、 肥満と術後の腹部膨満から呼吸状態が悪化した ため、非侵襲的陽圧換気療法を行った。術当日 から血便を認めていたが、充分な補液と循環動 態の安定化で消失した。呼吸状態は徐々に安定 し、術後5日目に陽圧換気療法を離脱した。呼 吸不全と腸管運動の低下により術後13日目でよ うやく流動食を開始できたが、イレウス等の消 化器系合併症を認めなかった。立位と歩行器に よる歩行は可能となり、リハビリ目的に術後39 日目に転院した。

# Ⅲ. 考 察

腹部大動脈瘤破裂の手術成績を左右する因子として、術前のショック症状の有無と持続時間、患者の年齢および合併疾患、手術時間、術中出血量および輸血量、術後合併症である腸管虚血の有無などが報告されている<sup>3)</sup>。これらの要因を踏まえると、①迅速な術前診断と手術室へのすみやかな搬送、②出血のコントロール、③手術時間の短縮、④腸管虚血の回避、が良好な結果を得るためには重要となる。

迅速な術前診断を行うためには、すぐに施行できて検査時間が短い超音波検査や腹部単純CTが有用である。腹部大動脈破裂の診断と手

術に必要な情報(瘤と腎動脈の位置関係,瘤頚 部の蛇行の程度)を同時に得るためには腹部造 影 CT が最も良い。しかし血行動態が安定して いても瘤の再破裂が突然生じることがあり、時 間のかかる造影 CT 検査まで行うよりは、単純 CT のみ行って検査時間の短縮をはかる必要が ある。一方、ショック状態であれば CT 検査を 行うことが困難であり,腹部超音波検査で腹部 大動脈瘤があれば破裂を疑ってすみやかに手術 室に搬送する。本2症例は術前に造影 CT 検査 が行われているが(症例1は当院で、症例2は 他院で施行)、術前に再破裂を生じなかったの は幸運であった。しかし、ひとたび再破裂して ショック状態になれば手術室に搬送すらできな くなる。単純 CT や超音波検査では十分な情報 が得られないが、手術室に迅速に搬送すること を優先し検査に時間をかけないことが大切であ る。

手術時間の短縮も重要である。今回の症例で は Y 字型の人工血管(吻合個所は3か所;中 枢側は腹部大動脈で1か所、末梢側は腸骨動脈 で2か所)で置換したが、吻合個所を減らし出 血量の減少につながるI字型の人工血管(吻合 個所は2か所;中枢側・末梢側ともに腹部大動 脈で1か所ずつ)を選択するべきという報告も ある4)。ただし、[字型人工血管置換術の末 梢側吻合部は、動脈硬化が最も強い大動脈 bifurcation の直上にあたり、吻合が困難なこと もある。従って末梢側の吻合を腸骨動脈とする Y字型の人工血管を選択することが多い。最 近は低侵襲治療としてカテーテルで人工血管を 留置するステントグラフト内挿術が増加傾向に ある。腹部大動脈瘤破裂では開腹手術に比べて 術後死亡率が低く5),近い将来治療の第一選択 になる可能性が高い。

出血のコントロールを行うためには、開腹して大動脈瘤の中枢側を鉗子で遮断する方法が確実である。そのためにも手術室への速やかな搬送が大切であるが、血行動態が不安定で開腹して遮断するまで生命を維持できないと予測される場合には、大動脈遮断用バルンを留置し、一時的に血行動態を安定化させる方法がある<sup>6)</sup>。

この場合は盲目的な手技となり動脈の蛇行によってはスムーズに留置できないこともあるが, 輸液や輸血を大量に急速投与するよりは短時間 で循環動態を安定化できる。

腸管虚血は術後の重篤な合併症の一つである。 発生率は0.2~10%と低いが、致死率は45~ 75%と高い。腸管への血流は上および下腸間膜 動脈, 左右の内腸骨動脈が担っている。そのう ち下腸間膜動脈は腹部大動脈瘤から分岐してい ることが多く. 再建すべきかどうかが議論の的 となっている。腸管へ血流を供給する動脈は辺 縁動脈による側副路が形成されているため,下 腸間膜動脈を結紮しても腸管虚血に陥る頻度は 低い。一方,下腸間膜動脈を結紮することで腸 管虚血を発症する患者背景として,腹腔動脈/ 上腸間膜動脈の狭窄・閉塞性病変の存在、腸管 切除の既往, 内腸骨動脈の狭窄・閉塞病変の存 在,術前の低血圧などが挙げられている7)。腹 部大動脈破裂では術前に低血圧のことが多く腸 管血流の術前評価が不十分なために, 非破裂例 に比べ術後腸管虚血の頻度が高い。本症例1で は下腸間膜動脈の良好な逆血を認めたので、良 好な側副路が形成されていると判断し再建しな かった。術後に腸管虚血を発症しなかったので 良好な経過を得たが、可能であれば再建を行う べきと今は考えている。症例2では下腸間膜動 脈の逆血を認めなかったため閉塞と判断して再 建しなかった。しかし術後に一過性の血便を認 めたことから,下腸間膜動脈の閉塞ではなく側 副路の形成が不良と判断して再建すべきであっ たと反省している。腹部大動脈破裂は術後の腸 管虚血発症のハイリスクと認識して, 下腸間膜 動脈の逆血の有無にかかわらず積極的に再建す べきと考えられる。

# Ⅳ. 結 語

高齢者における腹部大動脈瘤破裂の救命例を 二例経験した。救命のためには、救急外来での 迅速な診断、重篤なショック状態の回避し、速 やかな手術への搬送、下腸間膜動脈の再建をお こなうことが重要であると考えられた。

# 文献

- 1) 古林 圭一, 西本 昌義, 福本 仁志ほか:高齢者(80歳以上)破裂性腹部大動脈瘤の治療成績と問題点. 日心外会誌 34:1-4,2005.
- 2) 向井 資正,八百 英樹,宮本 巍ほか: 90歳以上の高齢者に対する腹部大動脈瘤手術 の手術成績ならびに遠隔成績についての検討. 日心外会誌 32:206-208,2003.
- 3) 吉田 昌弘,鴻巣 寛,久保 速三ほか: 超高齢者破裂性腹部大動脈瘤の1手術例.日 心外会誌 26:51-54,1997.
- 4) 松本 拓也,福田 篤志,前原 喜彦ほか:96歳ショックを伴った腹部大動脈瘤破裂の1救命例.日心外会誌 36:337-341,2007.
- 5) Schermerhorn ML and Cronenwett JL: Rutherford's Vascular Surgery. 7th ed., Philadelphia, Elsevier Saunders, 2002, 2009.
- 6) Matsuda H, Tanaka Y et al: Transbrachial arterial insertion of aortic occlusion balloon catheter in patients with shock from ruptured abdominal aortic aneurysm. J Vasc Sur 38: 1293–1296, 2003.
- Schermerhorn ML and Cronenwett JL:
   Rutherford's Vascular Surgery. 7th ed.,
   Philadelphia, Elsevier Saunders, 1962, 2009.

#### - C P C -

# 右腎細胞癌,胃悪性リンパ腫の治療後に 膠芽腫を併発した1例

繆 旭<sup>1</sup>·福本 晃<sup>2</sup>·迫口 哲彦<sup>3</sup>·米原 修治<sup>4</sup>

### I. は じ め に

腎細胞癌に対して片腎摘出後約1年の患者が,上部消化管内視鏡検査にて偶発的に胃悪性リンパ腫(diffuse large B cell lymphoma)を指摘された。R-CHOP療法を3コース施行し完全寛解となったが,半年後突然の右片麻痺が出現した。画像では左大脳半球に辺縁が不鮮明な腫瘤影を認め,脳腫瘍と診断した。症状緩和目的に放射線治療を施行したが,肺炎を併発し呼吸不全で死亡した。2年間で腎細胞癌,悪性リンパ腫,膠芽腫の3重癌を発症した珍しい1例を経験したので報告する。

# Ⅱ. 症 例

【患者】83歳,男性

【主 訴】食欲不振・下痢

【既往歴】特記事項なし

【嗜好歴】喫煙歴:なし

アルコール歴:1合/日

【現病歴】食欲不振・下痢を主訴に近医を受診 した。血液検査にて軽度の肝機能異常を指摘さ れ、上部消化管内視鏡検査にて食道静脈瘤を指 摘された。腹部 CT で肝硬変の所見と右腎に腫 瘤影を指摘された。

食道静脈瘤,右腎腫瘤に対して精査加療目的 で当院内科を紹介受診した。

【身体,理学所見】身長:163cm,体重:73kg,血 圧:120/48,脈 拍:69回/分,整,体 温:36.7℃,SpO2:98% (room air), 眼球結膜の黄染なし,胸腹部に異常所見なし,表在リンパ節触知せず,神経学的所見に特記事項なし

【入院時血液検査所見】(表1)大球性貧血,

表 1 入院時血液検査

WBC	4300	/μI	ALP	539	IU/I	AFP	8.3	IU/I
RBC	352	$\times 10^4 / \mu I$	<b>γ</b> -GTP	196	IU/I	PIVKA- II	16	IU/I
Hb	12.3	g/dl	LDH	199	IU/I			
Ht	36.1	%	ChE	190	IU/I	IgG	1465	mg/l
MCV	102.5	%	TP	7.6	g/dl	IgA	944	mg/l
MCH	34.9	%	Alb	3.4	g/dl	IgM	1162	mg/l
Plt	9.0	× 10 <sup>4</sup> / µ l	BUN	18.1	mg/dl	alla solo della dila disso	20.0	
			Cr	0.9	mg/dl	血清補体価	28.9	U/ml
PT	94	%	Na	142	mEq/I	C3	3.7	mg/d
INR	1.13		K	3.7	mEq/I	C4	108	mg/d
APTT	34.8	**	Cl	108	mEq/I		100	IIIB/ G
Fib	222	mg/dl	CRP	0.26	mg/dl	抗体価	<40	mEq/
T-Bil	0.79	mg/dl	СРК	112	IU/I	抗ミトコンド リア抗体	(-)	
ZTT	14.4	K.U.	AMY-B	104	IU/I	,, par-		
AST	99	IU/I	HBs-ag	( <del>-</del> )				
ALT	90	IU/I	HCV-ab	( <del>-</del> )				

血小板減少と肝胆道系酵素の上昇を認めた。 HBs 抗原陰性, HBc 抗体陽性, その他の各種 抗体や腫瘍マーカーは正常範囲内であった。

【腹部造影 CT 所見】(図1) 肝内に15mm 前後の嚢胞が散在し、胆嚢頚部には約10mm の結石を認めた。両側の腎には大小の嚢胞があり、動脈相にて右腎中極前壁よりに低吸収域を伴う辺縁が濃染される25mm 大の腫瘤を認めた。

【上部消化管内視鏡検査所見】(図2) 食道中部~下部に連珠状で Red Color Sigh 陽性の食道静脈瘤を認めた。

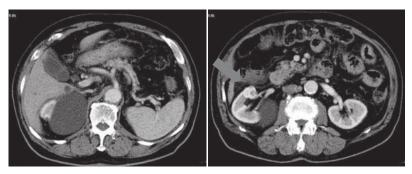
【臨床経過①】以上より食道静脈瘤、右腎腫瘍、肝硬変症(Child-Pugh A)と診断した。食道静脈瘤に対して内視鏡的硬化療法を施行した。右腎腫瘍に対して後腹膜鏡下右腎摘出術を施行し、最終病理診断は Renal cell carcinoma であった。

¹JA 尾道総合病院臨床研修医

<sup>&</sup>lt;sup>2</sup>JA 尾道総合病院消化器内科

<sup>3</sup>JA 尾道総合病院脳神経外科

<sup>&</sup>lt;sup>4</sup>JA 尾道総合病院病理研究検査科



腹部造影 CT 検査

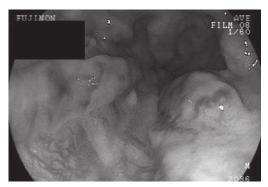
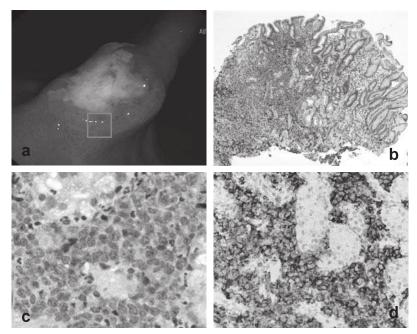


図 2 上部消化管内視鏡検査 Lm, F2, Cb, 連珠状で Red Color Sigh 陽性の食 道静脈瘤を認めた。

【臨床経過②】半年後,食道静脈瘤の経過観察 目的で施行した上部消化管内視鏡検査で胃角部 小弯前壁寄りに辺縁平滑な20mm 大の潰瘍性病 変を認めた (図3a)。生検の結果はびまん性大 細胞性悪性リンパ腫 (diffuse large B cell lymphoma, DLBCL) であった (図3b, c, d)。 頚部から骨盤の CT や骨髄穿刺などにて転移を 認めず, Lugano 国際分類 stage I と診断した。 免疫組織学的染色にて CD20陽性であり, R-CHOP 療法(リッキサン600mg, アドリアシン 30mg, エンドキサン400mg, オンコビン 1 mg) を3コース施行した。3コース後,上部消化管



a:胃角部中央の潰瘍性病変 b:病変部の組織像

c:病変部の強拡大像

d:病変部の免疫学的染色(CD20陽性)

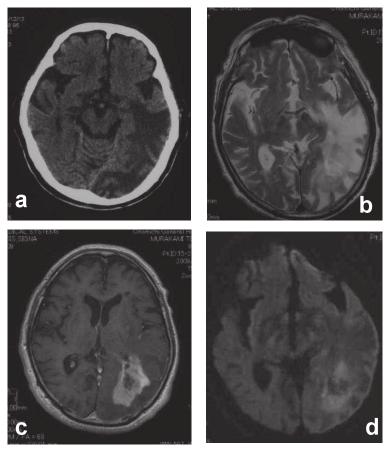


図 4 a:単純頭部 CT b:MRI T2 強調像 c:造影 MRI d:MRI 拡散強調像

内視鏡検査で病変は肉眼的に消失し,生検でも 慢性炎症の像を認めるのみであったため,完全 寛解と判断し治療を終えた。

【臨床経過③】R-CHOP療法終了より約半年後,肝性脳症が出現し入院加療していたところ,突然右片麻痺が出現した。頭部CTにて左大脳半球に広範囲な低吸収領域を認め(図4a),頭部 MRIにて左側頭葉に辺縁が不鮮明で不整なリング状の造影効果を示す腫瘤影と周囲に著明な浮腫を認めた(図4b:T2強調像,4c:造影MRI,4d:拡散強調像)。画像所見から脳腫瘍と判断し,症状緩和目的で放射線治療(24Gy/12f)を施行した。画像上脳浮腫は著しく軽減し腫瘍も縮小したため(図5:造影MRI),放射線照射を再開した。その後しばらく経過は安定していたが,入院45日目に突然の発熱と喀痰と共にSpO2の低下が出現した。胸部レントゲ

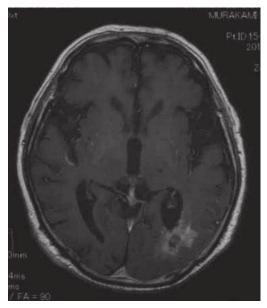


図5 造影 MRI (麻痺発症24日目)

ン検査にて両側肺野にびまん性に浸潤影を認めた。肺炎の診断で, 抗生剤を投与するも呼吸不全が急激に悪化し, 同日中に永眠された。

## Ⅲ. 病理解剖所見

【主病変】脳は重量1200g, 髄液排出後1170g であり, 小脳重量は120g であった。左後頭葉では側脳室後核に接して, 4×3×3 cm大の辺縁不鮮明な軟化巣を認めた (図 6 a)。組織学的に nuclear pleomorphism の強い腫瘍細胞がびま

ん性に増殖する像よりなり,しばしば pseudopalisading を呈していた (図 6 b:弱拡大, 6 c:中拡大, 6 d:強拡大)。Glioblastoma multiforme の像に一致した。

肺は重量右950g, 左850g で両肺とも高度の 急性鬱血水腫の像であり, 軽度の急性気管支炎, 急性間質性肺炎の像を呈していた。(図7)

肝臓は重量800g で、macronodular type の肝硬変症の像であった。(図 8)

剖検時,右腎細胞癌,胃悪性リンパ腫の再発

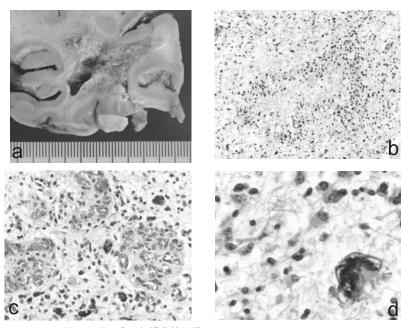


図6 脳の病理組織学的所見

- a:左後頭葉の側脳質に接して4cm 大の軟化巣
- b:偽柵状配列(pseudopalisading)
- c : 血管内皮細胞の増殖 (endothelial proliferaion)
- d:多核の巨細胞

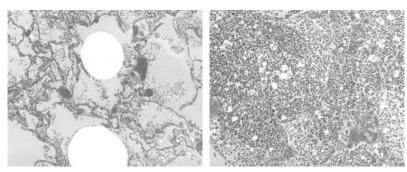
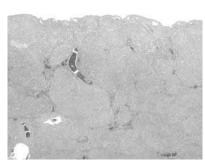


図7 肺の病理組織学的所見

a:急性うっ血水腫 b:好中球, リンパ球の浸潤



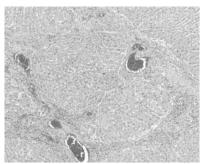


図 8 病理組織学的所見

a, b:macronodular type の肝硬変症

転移は認めなかった。

【副病変】上行結腸,直腸の管状腺腫,直腸の管状絨毛線種,下行結腸の憩室,膵尾部の7mm 大の副脾などを認めた。

【直接死因】両肺の高度の急性鬱血水腫,軽度の急性気管支肺炎,急性間質性肺炎による呼吸 不全が直接因子と考えられる。

### Ⅳ. 考 察

本症例は脳腫瘍の鑑別診断に苦慮した1例であった。突然の片麻痺という発症機転から当初は脳梗塞を疑った。頭部 CT にて浮腫は側頭葉から後頭葉にかけて広範囲に存在していたが、梗塞であるならば側頭葉と後頭葉をそれぞれ栄養する左中大脳動脈及び左後大脳動脈で同時に梗塞が起こらないとこのような画像所見は呈さない。片麻痺のみという臨床症状からは、そのようなイベントが起きたとは考えにくかった。また脳梗塞に伴う浮腫では通常皮髄境界が不明瞭になり、脳溝は消失する1)が、本症例では境界は比較的保たれており、脳梗塞は否定的と考えた。

単純 MRI の T1 画像で低信号, T2 画像で高信号を示す腫瘍の存在を認め,造影 MRI では腫瘍辺縁は不整にリング状に濃染された。膠芽腫の特徴的な画像所見として, T1 強調像で低~等信号, T2 強調像で不均一な高信号を示し,周囲には広範な浮腫を伴うことが多い¹。よって膠芽腫を最も強く疑ったが,鑑別疾患として原発性悪性リンパ腫,転移性脳腫瘍(既往から腎細胞癌,胃悪性リンパ腫)を考えた。悪性リ

ンパ腫は通常 MRI の拡散強調像で腫瘍全体が 均一な高信号を示すことが多い<sup>2)</sup>。また転移性 脳腫瘍は,皮髄境界に好発し,辺縁平滑と考え た。多発性であることが多く<sup>3)</sup> 両疾患は否定 的。以上より画像診断上は膠芽腫を考えたが, 典型的な膠芽腫の性質ともやや異なる点があり, 臨床上は診断に至らなかった。

本症例では2年前に腎細胞癌,10か月前に胃悪性リンパ腫があり,生前どちらの再発転移も認めなかったが2種類の悪性腫瘍の既往があった。

腎細胞癌の脳転移率は5~10%で,豊富な側副血行を有するために右腎細胞癌より左腎細胞癌の方が血行性に脳転移を起こしやすい<sup>4)</sup>。脳転移が診断された時期を見ると,初診時にすでに脳転移を認める症例は少なく,多くが腎摘除後3年以上経過してから診断されている。<sup>4)</sup>

一方,胃悪性リンパ腫は悪性リンパ腫全体の2%を占める。大多数はB細胞由来で,病気分類上は低悪性度のMALTリンパ腫から高悪性度のびまん性大細胞型悪性リンパ腫まで多彩である。悪性リンパ腫全体の脳転移率は5~9%,非ホジキンリンパ腫の脳転移率は1.2~2.1%と少なく5),本邦では1980年以降胃悪性リンパ腫の脳転移に関する症例報告は「MEDLINE」で検索した範囲では1例のみである。6)

原発性脳腫瘍は脳腫瘍全体の82%で、神経膠腫の一種である膠芽腫(glioblastoma)は神経膠腫(glioma)の33%、脳腫瘍全体の9%を占める。星状膠細胞由来の極端に未分化な細胞が

腫瘍化したもので、浸潤性破壊性に増殖するた め予後不良である。放射線感受性は低く90%以 上で再発が見られ、亜全摘術後の平均余命は1 ~2年とされている。膠芽腫を含む3重癌以上 の合併は比較的稀で、1994年までの文献的な報 告は17例しかない。多重癌の合併はさまざまな 環境因子が関連しており、癌の診断技術や治療 法の向上に伴い, 平均寿命が延長したために別 の癌が発症するとも考えられる。また抗癌剤や 放射線治療自体にも時に発癌を促進することが あり、少ないながらも多重癌の割合は増加して いる。報告されている17例のうち9例は Turcot's syndrome などの遺伝性疾患である。 Turcot's syndrome とは若年発症で大腸腺種と脳 腫瘍を合併する稀な遺伝子疾患であるが、本症 例と類似する点があることは興味深い。<sup>7)</sup>

#### V. 結 語

腎細胞癌,胃悪性リンパ腫,膠芽腫を含む3 重癌の1例を経験した。病理学的にはそれぞれ 典型的な組織像を示しており,原発性の腫瘍と して矛盾しない所見であったが,脳腫瘍の合併 を含むという非常に稀な症例であった。

# 参考文献

- 1) 前原忠行, 土屋一洋: ちょっとハイレベル な頭部疾患の MRI 診断, 膠芽腫. 勝俣康 史. 東京, 秀洞社, 100-102, 2008
- 2) 前原忠行, 土屋一洋: ちょっとハイレベル な頭部疾患の MRI 診断, 悪性リンパ腫. 尾 崎裕, 前原忠行. 東京, 秀洞社, 103-105, 2008
- 3) 前原忠行, 土屋一洋: ちょっとハイレベル な頭部疾患の MRI 診断, 転移性脳腫瘍. 古 村慎二. 東京, 秀洞社, 112-116, 2008
- 4) 富士男, 荒井由和他:腎細胞癌の脳転移. 日泌尿会誌, 75, 278-282, 1984.
- 5) Kenichi Ono, Hirohiko Arimoto: Multisentric Involvement of Non-Hodgkin's Lymphoma in the Central Nervous System and Testis. Neurol Med Chir (Tokyo) 44, 493–496, 2004.
- 6) 阿久津典之, 中垣卓他:脳転移と考えられ

た悪性リンパ腫の一例. 道南医学学会 No.39, 3-5, 2004.

7) 児玉良典,下山芳江他:多重癌を合併し, 広範な浸潤を示した脳腫瘍の1例. 現代医 学,51,127-131,2003.

#### - C P C -

# 急速な進行を認めた肝血管肉腫の1例

柳田 梢江1・天野 始2・弓削 亮2・米原 修治3

# I. は じ め に

血管肉腫は皮膚,軟部組織,乳房,肝,脾,骨などに発生する血管原性の悪性腫瘍で,肝臓原発悪性腫瘍の中でも稀な疾患である。病因は多くの場合不明であり,画像による正確な診断も容易ではない。画像診断上は海綿状血管腫との鑑別が問題となり,確定診断は病理組織像による。血管肉腫は月の単位で急速に進展し,確立された治療法も現段階ではないため,予後は極めて不良である。今回我々は肝血管肉腫(以下本症)の1例を経験したので報告する。

# Ⅱ. 症 例

【症 例】60歳代 男性

【主 訴】右上腹部痛

【既往歴・家族歴】特記事項なし

表 1 入院時血液検査所見

WBC	9050	/μΙ	СРК	108	mg/dl	
RBC	36.6	$\times$ 10 <sup>4</sup> / $\mu$ I	CRP	2.77	mg/dl	
Hb	11.5	g/dl	Na	125	mEq/l	
Plt	7.3	$\times$ 10 <sup>4</sup> / $\mu$ I	К	5.0	mEq/l	
PT	52	%	CI	99	mEq/l	
T-Bil	7.61	mg/dl	NH3	62	μg/dl	
AST	143	IU/I			, g	
ALT	144	IU/I	【腫瘍マー	【腫瘍マーカー】		
ALP	862	IU/I	AFP	3.8	ng/ml	
$\gamma$ -GTP	777	IU/I			-	
LDH	1022	IU/I	AFP-L3		%未満	
ChE	214	IU/I	PIVKA-II	45	AU/ml	
TP	7.2	g/dl	CEA	1.3	ng/ml	
Alb	3.3	g/dl	CA19-9	3.7	U/ml	
AMY-B	66	IU/I				
BUN	31.4	mg/dl				
Cr	1.8	mg/dl				

肝胆道系酵素は著明に上昇していた。炎症反応も亢進し、貧血、血小板の減少も認めた。腎機能障害も増悪し、電解質の異常も認められた。腫瘍マーカーは PIVKA-II が軽度上昇していた。

# 【嗜好歴】喫煙歴,飲酒歴:なし 【現病歴】

高血圧,高脂血症,狭心症にて近医で加療中,右上腹部痛が出現し,当院紹介17日前に近医を受診した。腹部 CT にて肝内に多発腫瘤を認め,転移性肝腫瘍が疑われた(図1)。原発巣検索のため全身 CT,上部・下部消化管内視鏡検査を施行されるも異常所見を認めず,確定診断のために肝腫瘍生検を施行され,肝血管肉腫と診断された。その後,患者の希望にて当院へ転院となった。

#### 【入院時現症】

身長162cm, 体重64.4kg BP116/78mmHg, HR94回/分, KT36.2℃,

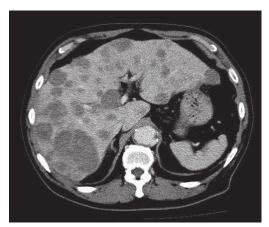


図1 入院時腹部造影 CT 検査所見 肝臓の両葉にわたって大小不同の腫瘤影を認める。 腫瘤は境界明瞭,辺縁は不整で全体的に造影効果に 乏しい。なお,発症60日前の造影 CT 検査では,異 常所見を認めなかった。

¹JA 尾道総合病院臨床研修医

<sup>&</sup>lt;sup>2</sup>JA 尾道総合病院消化器内科

<sup>3</sup>JA 尾道総合病院病理研究検査科

SpO2 99% (room air)

身体所見:眼球結膜および全身皮膚に黄染を認める。

腹部圧痛はなく,右肋骨弓下に肝を触知せず。

表在リンパ節触知せず。神経学的所 見に特記事項なし。

#### 【臨床経過】

前医にて肝血管肉腫と診断されていたが、肝不全が進行しており、Best Supportive Care (BSC) の方針とされていた。しかし、患者の希望によりテセロイキン(遺伝子組み換え型IL-2製剤)を用いた免疫療法の使用を選択した。画像検査上病変は肝内に限局していたため、入院当日に固有肝動脈よりテセロイキン70万単位を動注した(図2)。以後、リザーバー留置による、テセロイキン動注の継続も検討したが、肝不全の増悪を認めたことからリザーバーの留置は施行せず、入院4日目よりテセロイキン70万単位連日静注を開始した。しかし、肝不全の進行とともに腹痛が増強したため、入院11日目にモルヒネを開始した。その後、徐々に血圧は低下し呼吸状態も悪化し、同日永眠された。

図2 肝動脈造影 肝動脈造影では、肝内に多発する腫瘤によって肝動脈は伸展、圧排を受けており、腫瘍濃染は認められなかった。

#### Ⅲ. 病理解剖所見

全身の皮膚および眼球結膜の高度の黄疸を認 めた。腹腔内には50mlの腹水を認めた。肝臓 は重量3000gと重量増加を認めた。肝内には両 葉に渡り, 多発性に最大径4cm 大の出血性腫 瘤を認めた(図3)。組織学的には、紡錘型で、 大型の核質に富む核、明瞭な核小体を有した腫 瘍細胞が充実性に増殖し、血管腔を形成する像 を認め (図4a). 免疫組織化学的に腫瘍細胞は 血管内皮マーカーである CD34, Factor VIII が 共に陽性を示した (図4b, c)。これらの所見 は生前の肝腫瘍生検での肝血管肉腫の像に一致 した。肝細胞の残存する部位でも類洞に沿って 腫瘍細胞の進展を認めた。非腫瘍部肝実質には 部分的に高度の肝内胆汁鬱滞を認めた。肺は重 量右260g, 左210gで肉眼的には著変を認めな かったが、組織学的には両肺の肺胞隔壁に異型 の強い短紡錘形核を認め, 血管肉腫の肺転移像 と考えた。(図5)。

【直接死因】腫瘍の広範な肝内転移による肝機 能不全が重視された。

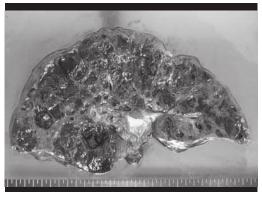
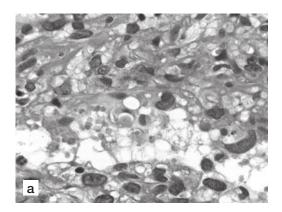
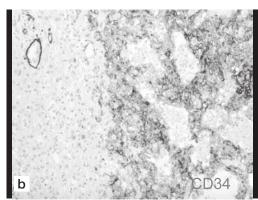


図3 肝臓肉眼所見 割面像 肝臓の重量は増加し、肝の大部分が血腫様の腫瘍で 占拠されている。腫瘍は融合し、壊死部が認められ る。





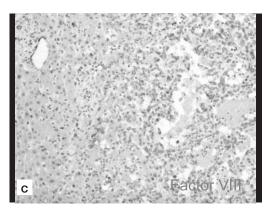


図 4 肝臓 病理所見

- a. HE 染色:紡錘形で,大型の核質に富む核,明 瞭な核小体を有した腫瘍細胞が充実性に増殖す る像を認め,腫瘍細胞が血管腔を形成してい る。
- b. 免疫組織化学的染色:CD34陽性。 c. 免疫組織化学的染色:Factor VIII 陽性。

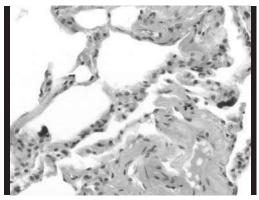


図5 肺転移巣 病理所見 肺胞隔壁の血管内に異型の強い短紡錘形核を認め る。

### Ⅳ. 考 察

血管肉腫とは血管内皮細胞由来の腫瘍であり,既存の血管構造に沿って発育する。全血管肉腫の内,皮膚原発が50%と最多であり,肝臓原発は17%を占める¹¹。その他の原発臓器としては脾臓や乳腺,骨などの報告がある。肝血管肉腫は原発性肝腫瘍の約0.3%と稀な腫瘍だが,肝原発非上皮性悪性腫瘍の中では最も頻度が高いとされている²¹。高齢男性に好発するが,若年女性例も報告されている。危険因子としては塩化ビニルモノマー,トロトラスト,ヒ素,ラジウムなどの化学物質や環境因子の曝露歴,蛋白同化ホルモンの長期服用などが挙げられる³¹。しかし,現在ではこういった物質に曝露する機会は減っており,その大半は原因が不明である。本症例でもこれらの曝露歴は指摘できなかった。

症状は非特異的な腹痛,食欲不振,倦怠感,体重減少などがみられる。本疾患は,発症早期から栄養豊富な血液に直接接していることから,進行が非常に急速なために,症状が認められた時点で,既に腫瘍が肝内に多発していることや,他臓器に転移が認められることも多い。転移臓器としては肺,胸膜,骨,脾が多い。そして,短期間の内に肝不全の進行や腹腔内出血,DICなどを認め,平均して3.5ケ月で死亡に至るとされており⁴,本症例のように急激な経過をたどる。

一般的な画像所見は,腹部超音波検査では不 整な高エコーを呈する充実性腫瘍や、多数の嚢 胞が集合した嚢胞性腫瘤像として描出されるこ とが多い5)。経過中に、嚢胞状血管腔の形成や 腫瘍の出血、壊死に伴って、腫瘍内に低エコー を認めることもある。単純 CT では、結節状の 低吸収域を示す。造影早期より腫瘍周辺が濃染 し, 辺縁から中心方向へ向かう濃染範囲の拡大 がみられることが多く、血管腫と類似したパタ ーンが多い60。よって、血管造影でも綿花状の 造影剤の貯留がしばしば認められる。このこと より,血管腫との鑑別に苦慮した例の報告も多 いが, 急速な増大傾向, 腫瘤内の血腫形成, 肝 表面より膨隆する所見, 娘結節の出現は血管腫 としては非典型的であり、血管肉腫の可能性を 示唆する所見と考えられる。しかし, 本症例で 造影効果が認められなかったように、血管腫様 の所見は頻度的に多いが, 特異的ではない。血 管肉腫では腫瘍内での出血や壊死が生じて画像 が修飾され, 多彩な所見を呈すため, 画像所見 のみでは診断をつけることは困難と考えられる。

確定診断には肝腫瘍生検が有用である。組織学的には,腫瘍細胞は紡錘形~類円形で大型の異型核を持ち,進展の形式は腫瘍細胞が類洞に沿って浸潤性に増殖する。免疫染色にて腫瘍細胞は血管内皮マーカーである CD31, CD34, Factor VIII が陽性を示し,診断の助けとなるで。しかし,これまでの報告では生検に伴う腫瘍破裂や腹腔内出血があり,穿刺の際は肝実質を介すること,出血傾向や凝固系異常の確認も必要である。

治療だが、稀な腫瘍であり、進行が非常に速いという点から、有効な治療法はほとんどなく、現段階では体系立った治療法は確立されていない。その中で、手術により、再発を認めていないという症例報告があることから、肝切除が第一選択になると考えられる。しかし、肝内多発例や、肝予備能の低下から、手術適応となるのは約2割程度である<sup>8)</sup>。本症例においても肝内に腫瘍が多発し、肝不全も進行していたことから手術の適応とはならなかった。化学療法、放射線療法なども施行されているが、いずれも有

効性は認められていない<sup>9)</sup>。

その他では、免疫療法の施行例の報告がある。 血管肉腫の原発として最も多い皮膚の血管肉腫 に対しては, テセロイキンの有効性が示されて いる。テセロイキンとは、ヒトの脾臓由来のリ ンパ球から得た m-RNA を出発材料として遺伝 子組み換え技術により、大腸菌内で産生された インターロイキン2製剤である。臨床試験にて テセロイキン単独での奏効率は36%との報告が あり100. 遠隔転移のない原発病巣のみであれば、 CR を得ることも可能とされており、肝臓原発 例に対しても投与が試みられている。IL-2と は T 細胞増殖因子として報告されたサイトカ インであり、テセロイキンは癌細胞に対して直 接的効果を有しておらず, NK 細胞・LAK 細 胞などの IL-2activated killer (IAK) 細胞を活性 化し、癌細胞を障害する能動免疫である。IAK 細胞が血管内皮細胞と親和性が高いことから, 血管肉腫に対する効果が高いと考えられてい る11)12)。肝血管肉腫に対するテセロイキン単独 で効果を認めた例はないが、肝切除との併用に て生存期間の延長を認めたという報告はある。 そこで、本症例においても、肝不全が進行し、 前医では BSC の方針とされていた状態ではあ ったが, 患者の治療への希望もあり, 免疫療法 を選択した。画像検査上病変は肝内に限局して いるため、テセロイキンを動注することで選択 的に病巣へ投与し, その効果が最大限に得られ ることを期待したが, 肝不全は進行した。

現時点では体系立った治療法は確立されていないが、今後、血管肉腫の研究が進み、よりよい治療法が開発されることで治療戦略が構築されることが期待される。

# Ⅴ. 結 語

稀な非上皮性肝腫瘍である肝血管肉腫の一例を経験したので報告した。生前に確定診断がつき,免疫療法を施行したが,反応は乏しく約1ケ月半の経過で永眠された。既報告の如く,予後は極めて不良であった。

# 参考文献

- 1) Kim HR et al: Clinical features and treatment outcomes of advanced stage primary hepatic angiosarcoma, Ann Oncol 2009; 20: 780—788.
- 2) Ishak KG et al: Mesenchymal tumours of the liver, IRAC Press, Lyon 2000: 196-198.
- 3) Koyama T et al: Primary Health Angiosarcoma, Radiology 2002; 222: 667-673.
- 4) 森田哲史ら: Kasabach-Merritth 症候群を呈した肝血管肉腫の1症例,日消外会誌1996; 29: 1663-1667.
- 5)板橋 司:肝胆膵疾患の超音波,I肝腫瘤性病変,肝悪性腫瘍-血管肉腫.肝胆膵 2001;43:274-275.
- 6)澤田星子:肝血管肉腫の画像と病理,肝胆 膵2004;49:612-617.
- 7) 福永真治:中間悪性および悪性血管性腫瘍の臨床病理,病理と臨床2005;23:1297-1302.
- 8) Timaran CH et al: Hepatic angiosarcoma, Am. surgery 2000; 66: 1153-1157.
- 9) Locker GY et al: The clinical features of hepatic angiosarcoma, Medicine 1979; 58: 48 -63.
- 10) 池田重雄ほか: Biotherapy 1989; 3: 811
- 11) Damle NK, Doyle LV, Bender JR, et al: Interleukin2-activated human lymphocytes exhibit enhanced adhesion to normal vascular endothelial cells and cause their lysis. J. Immunol. 1987; 138: 1779–1785.
- 12) 池田重雄ほか:皮膚血管肉腫にたいする IL-2 を組み込んだ集学的治療-イムネース 研究会3年間のまとめ-Skin Cancer 1995; 10: 137-141.

# 一看護研究—

看護管理者として,今後解決したい課題と情報活用について 情報を活用し,救急センターの安全・公平・効率的な運用を目指す

# 内 海 元 美

#### 1. は じ め に

当院は、病床数442床の県東部地域の基幹病 院として急性期医療を担っている。平成18年 7:1入院基本料を取得し、地域がん診療連携 拠点病院にも認定された。平成20年4月から DPC 対象病院となり、平成22年8月末の平均 在院日数は12.7日、病床稼働率は90.1%であ る。私の管理する病棟は55床で、循環器内科、 心臓血管外科,皮膚科,麻酔科の混合病棟で, その中に ICU 2床を配置している。平成21年 度の ICU の稼働率は退院患者数を含めると 108%となる。特定集中治療室管理料は1ヶ月 平均4,294,690円であった。平均患者数は2.2人 /日である。平成23年5月には新築移転が決定 しており, 救急センターと称し, 総合診療科 (総合診療·救急診療) 集中治療部 (ICU 8 床, HCU 仕様 4床, 救急ベッド 6床) が稼 働予定となっている。定期的に開催している ICU 運営委員会でも ICU 2床から8床への増 床が可能であるか検討を行った。過去3ヶ月の ICU 入室データと各病棟・救急からの集中治 療が必要な患者を調査し、シミュレーションし た結果,一日平均7床は入室している状態にな る結果が得られた。この結果から現行の ICU 2床から6床増設し、8床と決定された。私は 新病院での救急センターの担当となった。救急 センターの稼働には多くの期待がかけられてい る。情報を活用し、救急センターの安全・公平・ 効率的な運用を目指し、課題と解決策を述べる。

### 2. 本 論

#### 課題

- 1. ICU の入室状況・空床情報が明確でな く、活用されていない。
- 2. ICU 入室基準・退室基準が明確でなく, 標準化されていない。

#### 1に対して

現在の ICU の平均滞在日数は2日で約9割 の患者が心臓外科の術後, 重症心疾患患者であ る。 定床 2 床という問題もあるが、 他科の患者 の入室が少ない。入室させたいと依頼があって も空いておらず断ることもある。平成21年度の ICU 入室対象者の主な疾患患者を DPC コード から算出すると、重症膵炎26件、急性心筋梗塞 40件, 重症心不全36件, 敗血症28件, くも膜下 出血15件、多発外傷4件であった。21年度の手 術件数は4155件であった。ICU 入室レベルの 患者がいても入室できていない一方で、ICU 2床が常に満床ではない。つまり効率的な ICU 運用ができていないことになる。その原 因の一つとして入室状況・空床情報が ICU・ 科長室でしかわからず、可視化できていない。 他の病棟からの入室は直接 ICU 責任者へ連絡 し、空床を確認して入室となっている。平成21 年度より、手術室からは院内ホームページへ、 タイムスケジュールを掲載された。ICU・病棟 側はそれを見て患者の手術出棟時間や帰室時間 を予測し, 準備やスケジュール管理を行ってい る。その方法で院内ホームページを活用し

ICU からも入室状況・空床情報・入室予定を 発信する。院内へ掲示することで、急変時の入 室依頼や、手術予定患者の入室予測もでき依頼 がしやすくなる。また、病棟側も ICU からの 退室予測ができ、病床管理も行いやすくなる。 手術室・救急・病棟から発信される情報を受け 取り、ICU から発信する情報を活用すること で、人・時間管理に活かしていきたい。新病院 では移転と同時に電子カルテが導入される。 ICUと病棟の電子カルテの連動は難しいらし いが、病床管理システムに関してはシステム上 で情報が共有でき活用・管理できるようシステ ム委員会(ワーキンググループ)へ提案してい く。そうすることで情報の一元化を実現し、 医 療の質,患者サービスの向上,医療現場の安全 性の確立や業務の効率化へつながると考える。

#### 2に対して

現在、入室の多い心臓外科・循環器科の疾患 の入室・退室基準は把握し, 予測をしながら調 整を行っているが、他科の疾患についての入室・ 退室基準があいまいである。急変は仕方がない が,入室基準・退室基準が標準化されるとベッ ドコントロールが行いやすい。現在, 各科の重 症患者は各病棟のリカバリー室へ入室し, 集中 ケアをしている。それらのデータを収集し、入 室・退室基準の標準化を行うこととした。集め るデータ項目は病名、術式、リカバリーへの滞 在期間,入室時の患者の状態(術直後・急変), 退室時の状態(ドレーン抜去, A ライン抜去 など)とし、リカバリー滞在期間を予測される ICU 入室期間とし、他のデータ情報から入退 室基準を作成する。この標準化された基準で再 度シミュレーションを行い、院内・救急の患者 の把握・基準の見直しを検討し、新病院のマニ ュアル作成を行っていく。

#### 3. お わ り に

医療従事者には患者にとって最善の医療・看 護を提供するだけでなく,提供し続けることが 求められている。経営の視点を持った看護のマ ネージメントが不可欠である。人・金・物・情 報を活かし、より質の高い、安全な看護が提供できるよう管理することが重要である。新病院の救急センターの人的資源・医療機器などの投資は非常に大きい。それを考えると救急センターは新病院の経営の要となる。急性期・危機的状態の患者を24時間365日受け入れる体制を創っていかなければならない。救急センターの安全・公平・効率的な運用を行っていく必要がある。また、電子カルテ導入により、情報を数値化し、分析を活用する能力を身につけ、管理に活かしていきたい。

# 参考文献

- 1) 井部俊子,中西睦子:看護管理学習テキスト第5巻看護情報管理論,日本看護協会出版会 2004
- 2)太田勝正,猫田泰敏,編:看護情報学,医学書院,2008
- 3) 角田 誠:ナースのためのかみくだき実践 病棟・病院マネージメント:日総研出版, 2003
- 4) 水流聡子,中西睦子,他:よりよい医療サービス提供に向けた看護情報の活用,医学書院:看護管理,vol.18 no.11 2008
- 5) 高島尚子,大森雅彦:「平成22年度診療報酬改定」解説,日本看護協会出版会:看護,vol.62 no.6 70-79 2010
- 6) 斉藤訓子:平成22年度診療報酬改定 専門性の高い看護師の成果と評価,日本看護協会 出版会:看護,vol.62 no.8 40-63 2010
- 7) 武井純子, 他:患者を受け入れるための病 床管理の工夫, 地域の安全を守る取り組み, 医学書院:看護管理, vol. 19 no. 5 2009

# 一看護研究—

# 周産期医療センターと連携し小児救急拠点病院の充実を図る

# 久 保 幸 江

# I. は じ め に

今年度、診療報酬改定がおこなわれ「救急、 産科、小児、外科等の医療再建」に焦点をあて た配分がなされた。そのなかで小児や妊産婦を 含めた救急患者を受け入れる医療機関と新生児 等の緊急搬送を担う活動が評価された。また NICU 入院患者を受け入れる後方病床を充実す ることで在宅重症児(者)受け入れ加算、超重 症児(者)入院加算が見直されることなど、周 産期医療、小児医療がクローズアップされた。

# Ⅱ. 本 論

当院は、442床の急性期病院で、広島県東部地域の基幹病院として、2次救急、がん連携拠点病院、災害拠点病院、小児救急拠点病院などの指定を受けている。人口15万人(0~14歳の人数 12,155人 13.4%)の尾道市にあり、おもに尾三地域の小児医療を担い周産期センターも併設している。また、DPC 対象病院となっており、平成23年5月に新築移転予定であるが、今後の事業計画で周産期医療センターを生かした小児救急拠点病院の更なる機能充実に取り組むつもりである。

当病棟は、病床数58床で小児科、小児外科、 耳鼻科、眼科、内科の混合病棟となっている。 スタッフは、看護師30名(科長1名・主任3名 を含む)看護助手1名、メディカルクラーク1 名で編成され、平均年齢34.1歳、経験年数は平 均4年であった。平成22年6月のデータでは、 在院日数8.5日、1日平均入退院数9.3人、病床 稼働率79.8%となっている。病院の理念から地 域住民に選ばれるよう、病院の特徴を生かし看 護サービスを提供できるよう日々心がけている。

入院患児の特徴として, 小児科領域の疾患だ けでなく, 脳神経外科や整形外科など小児疾患 全般を対象としている。また周産期医療センタ ーからは低出生体重児や何らかの障害を持ち. 退院前に不安を抱える母親に日常生活のリズム を知り育児を安心しておこなえるよう母子入院 も受け入れている。また退院後も長期的フォロ - が必要となる患児が多く、病状悪化や急変時 は当病棟に入院するため、病棟で看護師とのコ ミュケーションが円滑にできることが理想であ る。しかし、現状として、周産期医療センター では2:1の看護配置で、病棟は、7:1の看護 配置となり、看護師のかかわる時間が少なくな っている。周産期医療センターと病棟看護師間 の情報共有も不十分であり、特に疾患以外の育 児状況やサポート体制,精神面のフォローなど の情報収集に必要以上の時間をついやしている。 家族も当病棟ではなく周産期医療センター看護 師に相談する場面があり、病棟看護師のモチベ ーションの低下につながっている。以上のこと から, 当病棟の問題点として以下のことを抽出 した。

#### Ⅲ. 問題点

- 1. 経験不足により周産期医療センターから転 棟してくる患児(特に乳児)に対するスタッ フの不安が強い
- 2. 当病棟に入院中でも、家族が周産期医療センターに相談に行くことで看護師のモチベーションが低下

JA 尾道総合病院新 2 科長

# Ⅳ. 方 策

#### 1. 周産期医療センターと連携

母子入院か決定した時点で周産期医療センターに訪問し、児の状態や家族との面談を行えるよう、周産期医療センター科長と連携を図る。スタッフが情報収集や対象児に必要な技術や指導を習得できるよう業務時間内に仕事配分や時間調整を図り、訪問しやすい環境作りをする。看護師が事前訪問することで患者が安心できる看護を提供できる。また、在宅に退院する場合、周産期医療センターで事前に退院調整合同カンファレンスを行なっている。開催時、病棟スタッフも参加することで、児や家族の問題点や課題が明確になり受け持ち看護師としてのモチベーションアップに繋がる。

#### 2. 人材育成・活用

入院する小児は小児科領域の疾患だけでなく, 脳神経外科や整形外科など全般の小児疾患が対 象となる。このことから幅広い知識が要求され るが、勤務異動や再就職した看護師では小児看 護経験が少ない。また技術に対し不安を抱えて いる看護師が多く、急変時や重篤な小児の入院 対応に不備を生じている。これらを解決するた めに,教育計画の見直しや研修に参加できるよ う積極的に関わっていく。当院は教育支援が充 実しており、研修にかかる費用も確保されてい る。しかし、習得した知識の共有が少なく十分 に活用されていない。習得した知識を活用でき るよう研修参加者が他スタッフへ教育するなど リーダーシップがとれる環境を作る。このこと で成長意欲や達成感を得ることができる。また. スタッフも知識を得ることで不安が軽減され, 満足度も上がる。より安全な看護が提供でき, 患者満足度もあがり病院評価もよくなり選ばれ る病院になる事などで、 当院が教育にかけたコ ストをよりプラスに転換させることができる。

#### V. ま と め

患者から選ばれ,かつ質の高い看護サービス を提供し,病院をブランド化するために,自分 自身がリーダーシップを発揮してスタッフの意 欲をもりたて、動機づけをおこないつつ看護師 自身も成長できるような環境づくりをおこなう。 病院の理念、経営方針に基づき、看護職がより 安全で質の高い看護を提供するためにはワーク ライフバランスが保たれ看護職の確保、定着を 進めることが大切である。尾三地域で唯一の周 産期センターと連携を図り、小児救急拠点病院 の役割を果たすよう看護管理をおこない病院経 営に参画していきたい。

# 参考文献

- 1) 井部俊子, 他:看護経営·経済論, 日本看護協会出版, 2006
- 2) 伊藤雅教, 他:職員育成・モチベーション アップと, コスト削減を同時達成するには, 看護管理, vol. 20 no. 3, 2010
- 3) 尾方裕也:看護管理者のための医療経営学, 日本看護協会出版会,2009
- 4) 尾方裕也:「志なき医療者は去れ!」, 株式 会社マスブレーン, 2009
- 5) 河野秀一:看護人材とお金,看護管理, vol.20 no.3,2010

著書論文発表学会発表院内カンファレンス

# 著 書

#### 内 科

(分担執筆)

《消化器内科・内視鏡センター》

- 1) 花田敬士, 楠見朗子. 技師&ナースのための消化器内視鏡ガイド. 内視鏡室の安全管理. p82 -102, 田村君英編, 学研メディカル秀潤社, 東京, 2010.
- 2) 花田敬士. 肝・胆・膵癌画像診断アトラス. 膵管癌. p226-235, 工藤正俊, 山雄健次編, 羊土社, 東京, 2010.
- 3) 花田敬士. EUS 下穿刺術. 肝胆道系病変へのアプローチ. p100-105, 山雄健次, 入澤篤志編, 南江堂, 東京, 2011.
- 4) 花田敬士. EUS 下穿刺術. 胆囊腫瘍. p136-137, 山雄健次, 入澤篤志編, 南江堂, 東京, 2011.
- 5) 花田敬士. EUS 下穿刺術. 肝胆道系病変に対する EUS-FNA. p198-199, 山雄健次, 入澤篤志編, 南江堂, 東京, 2011.
- 6) 花田敬士. EUS 下穿刺術. COLUMN. p22-50, 山雄健次, 入澤篤志編, 南江堂, 東京, 2011.

# 論 文 発 表

#### 内 科

《消化器内科・内視鏡センター》

1) 花田敬士, 飯星知博. 膵の SCN と MCN 最近の知見.

肝胆膵画像 12:681~685,2010.

2) 花田敬士,飯星知博,平野巨通,小野川靖二,福本 晃,弓削 亮,佐上晋太郎,天野 始, 日野文明,大林諒人,(神田真規),(佐々木健司),米原修治.『癌性腹膜炎の診断における EUS-FNA の意義.

胆と膵 31: 1189~1192, 2010.

3) 花田敬士, 飯星知博, 平野巨通. 胆管狭窄に対する Stenting Strategy 悪性中下部胆管狭窄切除 不能中下部悪性胆道閉塞に対する Stenting Strategy UMS と CMS の成績と使い分け.

胆と膵 31 臨増特大: 947~954, 2010.

- 4) (相方 浩), (平松 憲), 花田敬士, 天野 始, (茶山一彰). 肝細胞癌以外の肝腫瘍. 日本臨床別冊肝・胆道系症候群 II: 291~293, 2010.
- 5) 花田敬士, 飯星知博. よく使う日常治療薬の正しい使い方.

レジデントノート 12: 1581~1586, 2010.

6) 花田敬士, 飯星知博, 平野巨通, 日野文明, 天野 始, 目崎一成, 森 浩希, 福田敏勝, (山 崎総一郎), (古川善也). 膵内分泌腫瘍の画像診断.

肝胆膵画像 12:438~448,2010.

7) 花田敬士. 胆管結石の内視鏡治療-基本から困難例まで.

Digestive News 2010年4月: 4~6, 2010.

8) (Kamisawa T), (Suyama M), (Fujita N), (Maguchi H), Hanada K, (Ikeda S), (Igarashi Y), (Itoi T), (Kida M), (Honda G), (Sai J), (Horaguchi J), (Takahashi K), (Sasaki T), (Takuma K), (Itokawa F), (Ando H), (Takehara H). Pancreatobiliary reflux and the length of a common channel.

J Hepatobiliary Pancreat Sci 19: 121~124, 2010.

9) (Yamao K), (Yanagisawa A), (Takahashi K), (Kimura W), (Doi R), (Fukushima N), (Ohike N), (Shimizu M), (Hatori T), (Nobukawa B), (Hifumi M), (Kobayashi Y), (Tobita K), (Tanno S), (Sugiyama M), (Miyasaka Y), (Nakagohri T), (Yamaguchi T), Hanada K, (Abe H), (Tada M), (Fujita N), (Tanaka M). Clinicopathological Features and Prognosis of Mucinous Cystic Neoplasm With Ovarian-Type Stroma: A Multi-Institutional Study of the Japan Pancreas Society.

Pancreas 40:  $67 \sim 71$ , 2011.

10) 花田敬士. 汎用型 GW の限界を探る 指導医の目線で自施設の若手ドクターが使用した際の 留意する点.

ERCP Technical Report October: 8, 2010.

11) 花田敬士, 飯星知博, 平野巨通. [ここまで進んだ内視鏡診断] 早期胆嚢癌.

消化器内視鏡 22: 1926~1932, 2010.

#### 《腎臓内科》

12) 勝谷昌平, (山内崇宏), (頼岡徳在). 高齢腹膜透析患者におけるイコデキストリン透析液 1 日 1 回交換.

腎と透析 69 別冊腹膜透析 2010: 490-492, 2010.

13) (長嶋信行), (平塩秀磨), 江崎 隆, (川瀬佳代子), (山内崇宏), 勝谷昌平, (落合真理子), (浜口直樹), (頼岡徳在). 意識障害の鑑別が困難であったアシクロビル脳症を呈した腹膜透析 患者の1例.

広島医学 63(6): 459-462, 2010.

- 14) (山内崇宏), 勝谷昌平, (頼岡徳在). 当院における CAPD カテーテル留置術50例の検討. 中国腎不全研究会誌 18: 116-117, 2010.
- 15) 勝谷昌平, (山内崇宏), (頼岡徳在). SMAP における出口部作製は縦切開が良い. 中国腎不全研究会誌 18: 119-120, 2010.
- 16) 勝谷昌平, (山内崇宏), (頼岡徳在). 病診連携により良好な管理が得られている高齢者 CKD の2 症例.

中国腎不全研究会誌 18: 125-126, 2010.

- 17) 勝谷昌平, 江崎 隆, (頼岡徳在). かかりつけ医との病診連携で管理した PD 患者の 2 症例. 中国腎不全研究会誌 19: 315-316, 2010.
- 18) 江崎 隆,勝谷昌平,(頼岡徳在). 肥満を有する患者に有用な上腹部出口 (Upper Abdominal Exit: UAE).

中国腎不全研究会誌 19: 227-228, 2010.

19) 吉田 博,高垣大介,吉永知奈美,田中千枝子,上角絹子,増田尚美,江崎 隆,勝谷昌平. 自尿が出ることの大切さを再認識させられた高齢 CAPD 患者の一事例.

中国腎不全研究会誌 19: 229-230, 2010.

## 心臓血管外科

1) 濱本正樹

糖尿病による末梢動脈疾患とその治療法

厚生連尾道総合病院医報 20:69-74,2010

2) 濱本正樹

両頚部深部静脈血栓症に対して緊急血栓除去術を要した1例 日本血管外科学会雑誌 19:767-771,2010

### 小 児 科

1) 平田 修,佐々木伸孝,辻 徹郎,(梶山 通),(岸 高正) バルプロ酸が有効であった難治性部分発作重積型急性脳症の1例 小児科臨床 63:1183-1188,2010

#### 外 科

1) 中原雅浩

ここまで進んだ大腸癌治療

厚生連尾道総合病院医報 20巻 Page 106-109, 2010

#### 産婦 人科

Hiroshi Miyoshi, (Kaoru Yamaoka), (Satoshi Urabe), (Miho Kodama), (Yoshiki Kudo).
 Functional expression of purinergic P2X7 receptors in pregnant rat myometrium
 Am. J Physiol RegulIntegr Comp Physiol 298: p.1117-1124, 2010.

#### 病理研究検查科

1) 森山浩之, (沖 真実), 石 光広, 平野巨通, (山内崇宏), 中原雅浩, 濱岡道則, (新津宏明), 米原修治

スニチニブ内服中に出現した消化管穿孔の1例.

泌尿器外科 23:623-627, 2010.

2) 森山浩之, (沖 真実), (梶原 充), 金岡隆平, 石 光広, 米原修治, 森 浩希, (児玉光人) 陰嚢内脂肪腫の1例.

広島医学 63: 395-397, 2010.

3) 森山浩之,米原修治,金岡隆平,石 光広,高澤信好,森 浩希 TURBT により診断された β-hCG 産生膀胱腫瘍.

臨床泌尿器科 64:597-600,2010.

4) 森山浩之, (沖 真実), (梶原 充), 金岡隆平, 石 光広, 勝谷昌平, 米原修治 黄色肉芽腫性腎盂腎炎の1例.

広島医学 63:463-465,2010.

5) 森山浩之,金岡隆平,石 光広,目崎一成,米原修治,(山辺高司) 後腹膜鏡下腎摘除術が可能であった重複下大静脈を伴う左腎細胞癌の1例.

広島医学 63:531-534,2010.

6) 森山浩之,金岡隆平,石 光広,米原修治 顆粒球コロニー刺激因子(G-CSF)産生膀胱癌の1例.

西日本泌尿器科 72: 475-479, 2010.

7) 森山浩之,金岡隆平,石 光広,則行敏生,(石崎康代),瀬浪正樹,森本謙一,堀 郁子, 米原修治,目崎一成,(松原賢治)

17歳女性にみられた後腹膜傍神経節種の1例.

広島医学 63:665-669,2010.

8) 森山浩之, (沖 真実), (梶原 充), 金岡隆平, 石 光広, 米原修治 限局性前立腺癌に対する恥骨後式順行性前立腺全摘除術の病理学的成績.

広島医学 63:691-695,2010.

9) 森山浩之,金岡隆平,石 光広,米原修治,木曽哲司,森 浩希,(福島雅之) 初診時より巨大な後腹膜リンパ節転移を認めた前立腺癌の1例.

厚生連尾道総合病院医報 20: 31-35, 2010.

10) 金岡隆平,石 光広,森山浩之,米原修治,木曽哲司,森 浩希,目崎一成 非特異性限局性尿管炎の1例.

厚生連尾道総合病院医報 20:37-39,2010.

11) 石 光広,金岡隆平,森山浩之,森 浩希,米原修治,(福島雅之) 膀胱内に発生した感染性尿膜管のう胞の1例.

厚生連尾道総合病院医報 20:41-44,2010.

12) 森山浩之,金岡隆平,石 光広,(沖 真実),(梶原 充),米原修治,(児玉光人) 免疫組織学的に CA 19-9 陽性所見を認めた腎浸潤性移行上皮癌の 2 例. 泌尿器外科 24: 199-204, 2011.

13) 金岡隆平,森山浩之,石 光広,米原修治,(福島雅之) BCG 膀胱内注入療法後に発生した結核性精巣上体炎の1例. 広島医学 64: 164-166, 2011.

14) 神田真規, 齋藤久美子, 相部晴香, 杉山佳代, 佐々木健司, 米原修治 穿刺吸引細胞診で診断し得た唾液腺導管癌の1例.

日本臨床細胞学会広島県支部会誌 31:9-14,2010.

#### 皮 膚 科

1) 中村吏江,森本謙一,堀郁子,米原修治,鼻岡佳子 イミキモド5%クリーム外用にて消退した乳房外 Paget 病の1例 日皮会誌 120巻14号 Page 3115-3119, 2010

## 泌尿器科

1) 森山浩之, (沖 真実), 石 光広, 平野巨通, (山内崇宏), 中原雅浩, 濱岡道則, (新津宏明), 米原修治

スニチニブ内服中に出現した消化管穿孔の1例.

泌尿器外科 23:623-627, 2010.

2) 森山浩之, (沖 真実), (梶原 充), 金岡隆平, 石 光広, 米原修治, 森 浩希, (児玉光人)

陰嚢内脂肪腫の1例.

広島医学 63:395-397,2010.

3) (梶原 充), (増本弘史), (井上省吾), (小林加直), (大原慎也), (亭島 淳), (三田耕司), (松原昭郎), (沖 真実), 森山浩之, (加藤昌生) 小児 non-monosymptomatic nocturnal enuresis に対するコハク酸ソリフェナシンの有用性について.

夜尿症研究 15: 49-53, 2010.

4) 森山浩之,米原修治,金岡隆平,石 光広,高澤信好,森 浩希 TURBT により診断された β-hCG 産生膀胱腫瘍.

臨床泌尿器科 64:597-600,2010.

5) 森山浩之, (沖 真実), (梶原 充), 金岡隆平, 石 光広, 勝谷昌平, 米原修治

黄色肉芽腫性腎盂腎炎の1例.

広島医学 63:463-465,2010.

6)(梶原 充),(宮本克利),(桐谷玲子),森山浩之,(牟田口和昭),(上田光孝),(浅野耕助), (奥谷卓也),(三田憲明),(中原 満),(松原昭郎)

骨盤臓器脱に対する Tension-free-Vaginal Mesh (TVM) 手術の初期経験.

広島医学 63:518-522,2010.

7) 森山浩之,金岡隆平,石 光広,目崎一成,米原修治,(山辺高司) 後腹膜鏡下腎摘除術が可能であった重複下大静脈を伴う左腎細胞癌の1例.

広島医学 63:531-534,2010.

8) 森山浩之,金岡隆平,石 光広,米原修治 顆粒球コロニー刺激因子 (G-CSF) 産生膀胱癌の1例.

西日本泌尿器科 72: 475-479, 2010.

9) 森山浩之,金岡隆平,石 光広,(小野広一) 経皮的硬化療法にて治療した後腹膜漿液性嚢腫の1例.

広島医学 63:601-603,2010.

10) 森山浩之,金岡隆平,石 光広,則行敏生,(石崎康代),瀬浪正樹,森本謙一,堀 郁子, 米原修治,目崎一成,(松原賢治)

17歳女性にみられた後腹膜傍神経節種の1例.

広島医学 63:665-669,2010.

11) 森山浩之, (沖 真実), (梶原 充), 金岡隆平, 石 光広, 米原修治 限局性前立腺癌に対する恥骨後式順行性前立腺全摘除術の病理学的成績. 広島医学 63: 691-695, 2010.

12) 森山浩之

病院めぐり JA 尾道総合病院泌尿器科

臨床泌尿器科 64: 1031, 2010.

13) 森山浩之,金岡隆平,石 光広,米原修治,木曽哲司,森 浩希,(福島雅之) 初診時より巨大な後腹膜リンパ節転移を認めた前立腺癌の1例.

厚生連尾道総合病院医報 20:31-35,2010,

14) 金岡隆平,石 光広,森山浩之,米原修治,木曽哲司,森 浩希,目崎一成 非特異性限局性尿管炎の1例.

厚生連尾道総合病院医報 20:37-39,2010.

15) 石 光広,金岡隆平,森山浩之,森 浩希,米原修治,(福島雅之) 膀胱内に発生した感染性尿膜管のう胞の1例.

厚生連尾道総合病院医報 20:41-44,2010.

16) 金岡隆平, (沖 真実), (井上省吾), (林哲太郎), (吉野干城), 石 光広, (梶原 充), (田辺徹行), 森山浩之

厚生連尾道総合病院泌尿器科における7年間の鏡視下腎摘,腎部分切除,および腎尿管全摘術. 厚生連尾道総合病院医報 20:59-63,2010.

17) (梶原 充), (正路晃一), (宮本克利), (増本弘史), (井上省吾), (桐谷玲子), (小林加直), (大原慎也), (亭島 淳), (三田耕司), (松原昭郎), (沖 真実), 森山浩之前立腺肥大症における過活動膀胱合併例の特徴.

西日本泌尿器科 73: 1-5, 2011.

第21号, 2011年

18) 森山浩之,金岡隆平,石 光広,(沖 真実),(梶原 充),米原修治,(児玉光人) 免疫組織学的に CA 19-9 陽性所見を認めた腎浸潤性移行上皮癌の 2 例. 泌尿器外科 24: 199-204, 2011.

19) 森山浩之, (沖 真実), (梶原 充), 金岡隆平, 石 光広 上部尿路上皮内癌に対する BCG 注入療法の検討. 西日本泌尿器科 73: 97-100, 2011.

20)金岡隆平,森山浩之,石 光広,米原修治,(福島雅之)BCG 膀胱内注入療法後に発生した結核性精巣上体炎の1例.広島医学 64: 164-166, 2011.

## 麻酔科

1) 石橋優和

麻酔関連新薬と麻酔管理の変化,レミフェンタニルとロクロニウム 厚生連尾道総合病院医報 20: p53-p58, 2010

- 2) (中村隆治), (佐伯 昇), (讃岐美智義), 檜高育宏, (濱田 宏), (河本昌志) コンパクトデジタルカメラを用いた携帯型ビデオ気管支ファイバースコープシステムの試 麻酔と蘇生 46: 39-43, 2010
- 3) 檜高育宏,(井関雅子),(稲田英一)帯状疱疹後神経痛 神経ブロック療法皮膚科の臨床 52:1732-1736,2010
- 4) (森田善仁), (井福正貴), (小松修治), 檜高育宏, (土肥徳秀), (井関雅子) 痛みによる睡眠障害質問票の開発のための前研究 慢性疼痛 29: 41-46, 2010

5) 檜高育宏,(井関雅子),(馬場喜弓)

各施設の慢性痛に対するオピオイドの使用戦略,順天堂大学医学部附属順天堂医院, —順天堂 医院におけるオピオイド治療の考え方と現状—

皮膚科の臨床 52: 1732-1736, 2010

### 放射線科

1)目崎一成,森 浩希,高澤信好,木曽哲司 外傷による内胸動脈損傷に対し動脈塞栓術を施行した一例 厚生連尾道総合病院医報 第20号: 27-29, 2010.

2) 西原圭祐, (杉原修司), (森岡伸夫), (庄盛浩平), (野坂加苗), (桑本聡史), (井藤久雄), (小川敏英)

オートプシーイメージングを施行した 4 例 死後 CT と剖検との比較 臨床放射線 2010; 55: 574-578.

3) 西原圭祐, (杉原修司), (森岡伸夫), (塚本和充), (佐藤真也), (小川敏英) オートプシー・イメージングによる死因推定

臨床放射線 2010; 55: 1151-1156.

4) (Shomori K), Nishihara K, (Tamura T), (Tatebe S), (Horie Y), (Nosaka K), (Haruki T),

(Hamamoto Y), (Shiomi T), (Nakabayashi M), (Ito H)

Geminin, Ki67, and minichromosome maintenance 2 in gastric hyperplastic polyps, adenomas, and intestinal-type carcinomas: pathobiological significance.

Gastric Cancer 2010; 13: 177-185.

5) (Ishibashi M), (Fujii S), (Kawamoto K), Nishihara K, (Matsusue E), (Kodani K), (Kaminou T), (Ogawa T)

The ability to identify the intraparotid facial nerve for locating parotid gland lesions in comparison to other indirect landmark methods: evaluation by 3.0 T MR imaging with surface coils.

Neuroradiology 2010; 52: 1037-1045.

6) (Ishibashi M), (Fujii S), (Kawamoto K), Nishihara K, (Matsusue E), (Kodani K), (Kaminou T), (Ogawa T)

Capsule of parotid gland tumor: evaluation by 3.0 T magnetic resonance imaging using surface coils. Acta Radiol 2010; 51: 1103-10.

## 薬剤部

1) 安原昌子, 比良大輔, 橋本佳浩, 金本隆司, 佐和章弘 診断群別包括払い制度 (DPC) 導入が注射用抗菌薬の使用動向や購入金額などに与える影響 日本病院薬剤師会雑誌 第46巻 4 号 (527-530) 2010年

### 地域医療連携室

1) 豊田直之

実践!連携に効く!尾道方式

パート2. 自病院への働きかけ

地域連携 入退院支援 Vol. 3 No. 2;45-50, 2010

2) 豊田直之

実践!連携に効く!尾道方式

パート3. 地域関係機関への働きかけ

地域連携 入退院支援 Vol. 3 No. 3;60-64, 2010

3) 豊田直之

明日の医療を支える専門職「医療ソーシャルワーカー」

MEDICAL PARTNERING 2010. 9 Vol. 49; 9-10, 2010

## 看 護 科

1) 内視鏡センター 楠見 朗子

内視鏡治療における内視鏡技師の役割 ~偶発症の分析から~

厚生連尾道総合病院医報 20: 117-119, 2010

2) 手術室 檀上美由紀

手術物品管理の効率化 ~SPD カードの紛失をなくす~ 厚生連尾道総合病院医報 20: 121-124, 2010 第21号, 2011年

3) 南 2 病棟 亀田多津子,岩下 光 妊娠期から産褥期まで母子トータルケアを目指して 〜継続的な支援関係づくり〜 文化連情報 H22.5月号

# 学 会 発 表

#### 内 科

#### 【国際学会】

《消化器内科・内視鏡センター》

1) 41th Joint Meeting of the International Association of Pancreatology and the Japan Pancreas Society 2010 (2010, 11.11-13, Fukuoka, JAPAN)

Moderators Forum19.

Hanada K

2) 41th Joint Meeting of the International Association of Pancreatology and the Japan Pancreas Society 2010 (2010, 11.11-13, Fukuoka, JAPAN)

Symposium1

The Value of Cytology Using Endoscopic Naso-pancreatic Drainage (ENPD) for Early Diagnosis of Pancreatic Cancer.

Iiboshi T

3) 41th Joint Meeting of the International Association of Pancreatology and the Japan Pancreas Society 2010 (2010, 11.11-13, Fukuoka, JAPAN)

Forum2

Indication of Resection for Intraductal Papillary Mucinous Neoplasm (IPMN): A Prospective Study in a Single-institution.

Yuge R

4) 4 th Asian Endoscopy Future Forum (2011, 1.14–16, Chimelong, China)

Devices of therapeutic ERCP for patients with a Rouxen-Y anastomosis using a short-type double balloon enteroscopy.

Hanada K

《腎臓内科》

5) 13th Congress International Society for Peritoneal Dialysis (2010, 7, 23-26, Mexico City, USA) Peritoneal dialysis for elderly patients.

MasahiraKatsutani, (Takahiro Yamauchi), (Mariko Ochiai), (Naoki Hamaguchi), Takashi Esaki, (NoriakiYorioka)

#### 【全国学会】

《消化器内科・内視鏡センター》

1) 第96回日本消化器病学会総会(新潟 H22.4.22-24)

シンポジウム10

前向きな成績の検討から見た分枝型膵 IPMN の治療方針の再考

花田敬士, 飯星知博, 平野巨通

2) 第96回日本消化器病学会総会(新潟 H22.4.22-24)

膵上皮内癌の診断を目的に施行した内視鏡的経鼻膵管ドレナージ (ENPD) 留置成績の検討 飯星知博

3) 第96回日本消化器病学会総会(新潟 H22.4.22-24)

タクロリムスが有効であったが、狭窄により外科切除となった UC の1例 佐上晋太郎

4) 第96回日本消化器病学会総会(新潟 H22.4.22-24)

Infliximab で緩解維持療法中に小腸狭窄をきたしたクローン病の1例

小野川靖二

5) 第79回日本消化器内視鏡学会総会(東京 H22.5.13-15)

国際シンポジウム2

The diagnostic algorithm including EUS is important for the early diagnosis of small pancreatic carcinoma less than 1 cm.

Hanada K

6) 第79回日本消化器内視鏡学会総会(東京 H22.5.13-15)

シンポジウム6

胆膵内視鏡医の育成と ERCP 関連手技による偶発症

花田敬士

7) 第79回日本消化器内視鏡学会総会(東京 H22.5.13-15)

ワークショップ3

分枝型膵 IPMN の治療方針・経過観察の決定に必要な画像診断体系

花田敬士

8) 第79回日本消化器内視鏡学会総会(東京 H22.5.13-15)

中規模地方病院における緊急内視鏡でのチーム医療 ―内視鏡技師とともに―

小野川靖二

9) 第79回日本消化器内視鏡学会総会(東京 H22.5.13-15)

内視鏡的に摘除できた十二指腸脂肪腫の1例

弓削 亮

10) 第79回日本消化器内視鏡学会総会(東京 H22.5.13-15)

シンポジウム

内視鏡治療における内視鏡技師の役割 ~偶発症の分析から~

(楠見朗子), 花田敬士, 小野川靖二, 福本 晃

11) 第46回日本胆道学会学術集会(広島 H22.9.24-25)

ビデオワークショップ2

胆管深部挿入困難症例に対する膵管ガイドワイヤー法,プレカット法,膵管ステントの有用性 飯星知博

12) 第46回日本胆道学会学術集会(広島 H22.9.24-25)

エキスパートレクチャー1

ERCP の基本手技を見直す ~困難例の対策を含めて~

花田敬士

13) JDDW 2010 YOKOHAMA 第18回日本消化器関連学会週間(横浜 H22.10.13-16)

当院における高齢者の出血性消化性潰瘍症例の検討

小野川靖二

14) JDDW 2010 YOKOHAMA 第18回日本消化器関連学会週間(横浜 H22.10.13-16)

胃 SMT に対する EUS-FNA の有用性 ~当センターの現況~

弓削 亮

15) JDDW 2010 YOKOHAMA 第18回日本消化器関連学会週間(横浜 H22.10.13-16) 高齢者における内視鏡的完全除去が困難な総胆管結石症に対する内視鏡的胆管ステント留置術 (ERBD) の検討

佐上晋太郎

16) JDDW 2010 YOKOHAMA 第18回日本消化器関連学会週間(横浜 H22.10.13-16)当院におけるダブルバルーン内視鏡の現況と有用性福本 晃

17) JDDW 2010 YOKOHAMA 第18回日本消化器関連学会週間(横浜 H22.10.13-16) パネルディスカッション22

膵癌の早期診断に向けた戦略 -地域病診連携を生かした取り組み-花田敬士、飯星知博

- 18) JDDW 2010 YOKOHAMA 第18回日本消化器関連学会週間(横浜 H22.10.13-16) 胆管深部挿入困難症例に対する膵管ガイドワイヤー法,プレカット法,膵管ステントの有用性 飯星知博
- 19) JDDW 2010 YOKOHAMA 第18回日本消化器関連学会週間(横浜 H22.10.13-16) 小腸ダブルバルーン内視鏡(DBE)を用いた胃切除術後症例における胆道アプローチテクニック

花田敬士

- 20) JDDW 2010 YOKOHAMA 第18回日本消化器関連学会週間 (横浜 H22.10.13-16) EUS-FNA の導入が膵癌の治療成績を変えたか? 飯星知博
- 21) JDDW 2010 YOKOHAMA 第18回日本消化器関連学会週間 (横浜 H22. 10. 13-16) ランチョンセミナー

WallFlex Duodenal Stent の有用性-ステンティングはバイパス手術の代わりに成り得るのか? 花田敬士

《腎臓内科》

- 22) 第55回日本透析医学会学術集会・総会(神戸 H22.6.18-20) SMAP 埋没期間中にカテーテル腹腔内部分に鞘状の組織が形成された一例 勝谷昌平、(山内崇宏)、(落合真理子)、(浜口直樹)、江崎 降、(頼岡徳在)
- 23) 第55回日本透析医学会学術集会・総会 (神戸 H22.6.18-20) 腎臓内科医の PD カテーテル留置トレーニングプログラム: APES (窪田 実), (宮﨑美紀子), (岡本貴行), (都筑優子), (田中希穂), (西澤欣子), 勝谷昌平, (篠崎倫哉), (深澤瑞也), (松岡哲平), (丸山弘樹), (山川正人)
- 24) 第55回日本透析医学会学術集会・総会(神戸 H22.6.18-20) 血液浄化療法を施行し救命しえたパラコート中毒の一例 (山内祟宏), 勝谷昌平, 江崎 隆, (頼岡徳在)
- 25) 第16回日本腹膜透析医学会学術集会・総会(大分 H22.11.6-7) 担癌患者における PD ラスト

江﨑 隆, 勝谷昌平

26) 第16回日本腹膜透析医学会学術集会・総会(大分 H22.11.6-7) 結節性動脈周囲炎による腎不全に対して腹膜透析導入した一例 江﨑 隆, 勝谷昌平 27) 第16回日本腹膜透析医学会学術集会・総会(大分 H22.11.6-7) 新規システム導入の経験 ~視力低下のある患者へ手動式腹膜透析を行って~ 岡本奈保子,橋川広大,西村智子,井上京子,岡本尚子,江崎 隆,勝谷昌平

28) 第16回日本腹膜透析医学会学術集会・総会(大分 H22.11.6-7) 当院における PD による地域連携の取り組み 勝谷昌平、江﨑 隆

29) 第16回日本腹膜透析医学会学術集会・総会(大分 H22.11.6-7) 腎臓内科医による PD カテーテル留置は PD プログラムを活性化させる (窪田 実),(宮崎美紀子),(岡本貴行),(都筑優子),(西澤欣子),勝谷昌平, (篠崎倫哉),(深澤瑞也),(九川弘樹),(川川正人),(松岡哲平)

#### 【全国研究会】

《消化器内科・内視鏡センター》

1) 第11回臨床消化器病研究会(東京 H22.7.31)

司会 主題 (2)

胆「膵胆管合流異常と胆嚢病変」 花田敬士

2) 第53回日本消化器画像診断研究会(北九州 H22.9.3-4)

座長 一般演題 PDAC 2 花田敬士

3) 第8回 FNA-Club Japan (広島 H22.9.25) 司会

飯星知博

- 4) 膵・胆道癌病診連携学術講演会(仙台 H22.6.4) 地域連携を生かした膵がん早期発見の取り組み 花田敬士
- 5) Lilly インターネット講演会(尾道 H22.7.22) 非切除胆道癌に対する集学的治療の現状と課題 花田敬士
- 6) 第11回臨床消化器病研究会(東京 H22.7.31) 急性膵炎を契機に診断された膵上皮内癌の1例 弓削 亮
- 7) 第11回臨床消化器病研究会(東京 H22.7.31) びまん性の壁肥厚を呈した膵胆管合流異常合併胆嚢腺扁平上皮癌の1例 佐上晋太郎
- 8) 第53回日本消化器画像診断研究会(北九州 H22.9.3-4) 嚢胞性病変を伴い腫瘍進展範囲の術前診断が困難であった膵全体癌の1例 花田敬士
- 9) 第53回日本消化器画像診断研究会(北九州 H22.9.3-4) 膵嚢胞径の経時的変化を契機に診断し得た膵上皮内癌の1例 佐上晋太郎
- 10) すい臓がんを理解するレクチャー・シリーズ (広島 H22.11.27) 基調講演

膵臓がんの診断・内視鏡治療最前線 ~小膵癌の診断からステント治療まで~ 花田敬士

11) すい臓がんを理解するレクチャー・シリーズ(広島 H22.11.27)

パネリスト

診断医の立場から

花田敬士:

#### 《腎臟内科》

12) 第 3 回 Aska Peritoneal Dialysis Educational Society(裾野 H22.4.10-11) 教育講演:SMAP の出口部作製 勝谷昌平

13) 第21回日本サイコネフロロジー研究会 (岡山 H22.6.5-6) 腹膜透析導入後 ADL, 精神面の飛躍的な改善をみた高齢者の一例 勝谷昌平, 江崎 隆

14) 第21回日本サイコネフロロジー研究会 (岡山 H22.6.5-6) 威圧的で攻撃的な訴えをする腹膜透析患者とのかかわり 吉田 博,久川愛子,村上幾美,渡辺桂子,田中千枝子,上角絹子,増田尚美, 江崎 隆,勝谷昌平

16) 第 4 回 Aska Peritoneal Dialysis Educational Society(裾野 H22.10.16-17) 特別講演:SMAP で広がる尾道の PD 勝谷昌平

17) 第14回日本アクセス研究会学術集会・総会 (河口湖 H22.10.30-31) 腹膜アクセス関連手術による地域連携

勝谷昌平, 江崎 隆

- 18) 第14回日本アクセス研究会学術集会・総会(河口湖 H22.10.30-31) SMAP 埋没期間中にカテーテル腹腔内部分に鞘状の組織が形成された一例 勝谷昌平, 江崎 隆
- 20) 第8回日本在宅透析支援会議・総会(川口 H23.2.26-27) ランチョンセミナー:慢性腎臓病患者の地域連携 CKD と PD の普及 地域連携による PD 療法の普及

勝谷昌平

#### 【学会地方会】

《消化器内科・内視鏡センター》

1) 第94回日本消化器病学会中国支部例会·第105回日本消化器内視鏡学会中国地方会 (松江 H22.11.6-7)

司会 合同シンポジウム1

高齢者消化器がんの診断と治療の工夫

第21号, 2011年

花田敬士

2) 第94回日本消化器病学会中国支部例会 · 第105回日本消化器内視鏡学会中国地方会 (松江 H22.11.6-7)

座長 膵2

飯星知博

3) 第93回日本消化器病学会中国支部例会(下関 H22.6.12-13)

シンポジウム1 基調講演

膵癌に対する診断治療の問題点と新たな展開

花田敬士

4) 第93回日本消化器病学会中国支部例会(下関 H22.6.12-13)

シンポジウム1

膵病変に対する超音波内視鏡下穿刺吸引細胞・組織診(EUS-FNA)及び関連手技の適応、問 題点

飯星知博, 花田敬士, 佐上晋太郎, 弓削 亮, 福本 晃, 小野川靖二, 平野巨通, 天野始, 日野文明

5) 第93回日本消化器病学会中国支部例会(下関 H22.6.12-13)

短期間に CA19-9 の上昇を認めた黄色肉芽腫性胆嚢炎の1例

(沼田賢治), 飯星知博, 弓削 亮, 佐上晋太郎, 福本 晃, 小野川靖二, 平野巨通,

花田敬士, 天野 始, 日野文明, 大林諒人, 福田敏勝, 米原修治

6) 第93回日本消化器病学会中国支部例会(下関 H22.6.12-13)

膵胆管合流異常に併発した膵癌による悪性閉塞性黄疸に対して、超音波内視鏡下胆道ドレナー ジが有用であった1例

(住元庸二), 花田敬士, 飯星知博, 平野巨通, 小野川靖二, 福本 晃, 佐上晋太郎, 弓削 亮, 天野 始, 日野文明, 大林諒人

7) 第93回日本消化器病学会中国支部例会(下関 H22.6.12-13)

膵癌浸潤による十二指腸狭窄に対し、内視鏡的メタリックステント留置術が有用であった1例 佐上晋太郎, 花田敬士, 弓削 亮, 福本 晃, 飯星知博, 小野川靖二, 平野巨通,

天野 始, 日野文明, 大林諒人

8) 第104回日本消化器病学会中国地方会(岡山 H22.6.27)

シンポジウム

当院におけるカプセル内視鏡検査・ダブルバルーン内視鏡検査の現況

福本 晃, 小野川靖二, 花田敬士

9) 第104回日本消化器病学会中国地方会(岡山 H22.6.27)

ダブルバルーン内視鏡を用いた術後再建腸管に対する ERCP 〜当センターの現況〜

人工肛門静脈瘤及び回腸導管静脈瘤破裂の1例

弓削 亮, 花田敬士, 福本 晃, 飯星知博, 小野川靖二

10) 第94回日本消化器病学会中国支部例会 · 第105回日本消化器内視鏡学会中国地方会 (松江 H22.11.6-7)

合同シンポジウム1

80歳以上の高齢者における膵癌の診断・治療の現状

飯星知博, 花田敬士, 平野巨通

11) 第94回日本消化器病学会中国支部例会・第105回日本消化器内視鏡学会中国地方会

(松江 H22.11.6-7)

腸管穿孔をきたした直腸病変を伴わない潰瘍性大腸炎の1例

上野沙弥香, 小野川靖二, 福本 晃, 佐上晋太郎, 弓削 亮, 飯星知博, 平野巨通,

花田敬士, 天野 始, 日野文明, 大林諒人, 中原雅浩, 黒田義則, 米原修治

12) 第94回日本消化器病学会中国支部例会·第105回日本消化器内視鏡学会中国地方会 (松江 H22.11.6-7)

嚢胞性病変を伴い腫瘍伸展範囲の術前診断が困難であった膵癌の1例

柳田梢江, 佐上晋太郎, 弓削 亮, 飯星知博, 福本 晃, 小野川靖二, 平野巨通, 花田敬士, 天野 始, 日野文明, 大林諒人, (佐伯吉宏), 黒田義則, 米原修治

13) 第94回日本消化器病学会中国支部例会·第105回日本消化器内視鏡学会中国地方会 (松江 H22.11.6-7)

悪性胃十二指腸狭窄に対する内視鏡的ステント留置の現況

弓削 亮, 花田敬士, 小野川靖二, 佐上晋太郎, 福本 晃, 飯星知博, 平野巨通, 天野 始

14) 第94回日本消化器病学会中国支部例会·第105回日本消化器内視鏡学会中国地方会 (松江 H22.11.6-7)

胃・食道静脈瘤に対して食道バルーン併用下に行った経皮経肝的静脈瘤塞栓術が有用であった 4 例

佐上晋太郎, 天野 始, 弓削 亮, 福本 晃, 飯星知博, 小野川靖二, 平野巨通, 花田敬士, 日野文明, 大林諒人

15) 第94回日本消化器病学会中国支部例会·第105回日本消化器内視鏡学会中国地方会 (松江 H22.11.6-7)

EUS-FNA が診断に有用であった悪性膵内分泌腫瘍の一例

中村真也, 花田敬士, 弓削 亮, 佐上晋太郎, 飯星知博, 福本 晃, 小野川靖二, 平野巨通, 天野 始, 日野文明, 大林諒人, 福田敏勝, 米原修治

《呼吸器内科》

16) 第36回尾三因医学会(尾道 H22.6.27)

Gefitinib 療法と KL-6 値のモニタリング 実綿 慶,塩谷咲干子,風呂中修

《腎臓内科》

17) 第40回日本腎臓学会西部学術大会(広島 H22.10.8-9) イコデキストリン透析液1日1回交換にて長期に維持できている高齢者の一例 勝谷昌平、江崎 隆、(頼岡徳在)

18) 第40回日本腎臟学会西部学術大会(広島 H22.10.8-9)

両下肢紫斑を契機とした IgG4 関連腎炎の一例

(山内崇宏), 勝谷昌平, 江崎 隆, (頼岡德在)

19) 第40回日本腎臓学会西部学術大会(広島 H22.10.8-9) 最近当院で尿異常,腎機能障害精査の過程で発見された多発性骨髄腫の3症例 (中村有希),(平塩秀磨),江崎 隆,(上野敏憲),(横山敬生),(頼岡徳在)

20) 第40回日本腎臓学会西部学術大会(広島 H22.10.8-9) 左上大静脈遺残を有する患者にブラッドアクセスカテーテルを挿入し血管走行の判断に苦慮した一例 (清水美奈子), (平塩秀磨), 江崎 隆, (山内崇宏), (土井俊樹), (横山敬生), (頼岡德在)

#### 【地方研究会】

《消化器内科・内視鏡センター》

1) 第112回広島消化器病研究会(広島 H22.4.3)

座長 一般演題 I

花田敬士

2) 第15回尾三因消化器内視鏡研究会(尾道 H22.6.18)

司会 特別講演

花田敬士

3) 第15回北海道 EUS セミナー (札幌 H22.6.18)

司会 ライブ Ⅱ

花田敬士

4) 尾道地区臨床消化器懇話会(尾道 H22.7.16)

司会

花田敬士

5) 尾道地区臨床消化器懇話会(尾道 H22.7.16)

座長 特別講演

花田敬士

6) 第16回尾三因消化器内視鏡研究会(尾道 H22.11.26)

司会

花田敬士:

7) 第16回尾三因消化器内視鏡研究会(尾道 H22.11.26)

座長 一般演題

小野川靖二

8) 第16回尾三因消化器内視鏡研究会(尾道 H22.11.26)

座長 特別講演

小野川靖二

9) 第3回胆膵スキルアップセミナー (広島 H23.2.5)

座長 特別講演

花田敬士

10) 第112回広島消化器病研究会(広島 H22.4.3)

高齢者における内視鏡的完全除去が困難な総胆管結石症に対する内視鏡的胆管ステント留置術 (ERBD)の検討

佐上晋太郎, 花田敬士, 飯星知博

11) 第112回広島消化器病研究会(広島 H22.4.3)

胃 SMT に対する EUS-FNA の有用性 ~当センターの現況~

弓削 亮,福本 晃,小野川靖二,米原修治,花田敬士

12) 松永沼隈地区医師会学術講演会(福山 H22.4.7)

特別講演

抗凝固療法における問題点 ~上部消化管合併症を中心に~

小野川靖二

13) 実践事例ビデオで具体策を! 内視鏡看護の基礎知識と実際(広島 H22.4.29) 花田敬士

14) 第11回札幌臨床消化器懇話会(札幌 H22.7.3)

特別講演

非切除胆道癌に対する Interventional Oncology

花田敬士

15) オリンパス社内講演会(東京 H22.7.9)

講師

花田敬士

16) 尾道地区臨床消化器懇話会(尾道 H22.7.16)

低用量アスピリンの最近の話題

小野川靖二

17) 因島薬品株式会社社内研修会(尾道 H22.7.23)

胆膵疾患を中心に診断と治療

花田敬士

18) 第108回尾道消化器病同好会(尾道 H22.7.27)

症例呈示

腸管穿孔をきたした直腸病変を伴わない潰瘍性大腸炎の1例

弓削 亮

19) 実践事例ビデオで具体策を! 内視鏡看護の基礎知識と実際 (岡山 H22.8.22) 花田敬士

20) 深安地区医師会学術講演会(福山 H22.10.13)

動脈硬化退縮に向けた新たな展開

日野文明

21) 第21回 神戸消化器フォーラム (神戸 H22.10.23)

特別講演

病診連携を生かした膵癌早期診断 ~小膵癌スクリーニングの戦略~

花田敬士

22) 学術講演会 Cancer board への関わり (尾道 H22.11.2)

当院における Cancer board の現状と展望

佐上晋太郎

23) 第109回尾道消化器病同好会(尾道 H22.11.16)

ミニレクチャー

地域連携に基づいた小膵癌の拾い上げ

飯星知博

24) 第109回尾道消化器病同好会(尾道 H22.11.16)

症例呈示

主膵管軽度拡張から発見された膵上皮内癌の一例

上田大介

25) 第3回 Kyusyu Panc-Bil Meeting (福岡 H22, 11, 20)

特別講演

予後改善を目指した小膵癌診断の最前線 ~危険因子の理解と地域連携~

花田敬士

26) 第16回尾三因消化器内視鏡研究会 (尾道 H22.11.26) 小腸疾患の内視鏡診断と治療の進歩 - カプセル内視鏡・ダブルバルーン内視鏡の実際につい て-

福本 晃

27) 京都消化器医会例会(京都 H22.12.11) 膵癌早期診断の戦略 -地域連携を生かした拾い上げの実践-花田敬士

28) レクチャーミーティング (尾道 H23.1.17) メタボリックシンドローム ~その病態と対策~ 日野文明

29) 第216回佐伯臨床研修会(広島 H23.1.18) 膵癌早期診断の戦略 -地域連携を生かした拾い上げの実践-花田敬士:

30) 第50回六甲北消化器疾患研究会 (三田 H23.1.21) エキスパートレクチャー

病診連携を生かした膵癌早期診断 ~小膵癌スクリーニングの戦略~ 花田敬士

31) 第20回日本消化器内視鏡学会 中国支部セミナー (松江 H23.1.29-30) 胆膵疾患における内視鏡診断と治療手技 花田敬士

32) 第22回日本消化器内視鏡学会 甲信越支部セミナー (新潟 H23.1.23) 内視鏡的胆道ドレナージの実践 花田敬士

33) 第20回山陽膵·胆道疾患研究会(広島 H23.2.10)

症例呈示

短期間に胆嚢壁肥厚および CA19-9 の上昇がみられた1例 佐上晋太郎

34) 鈴鹿地区 膵・胆道腫瘍 地域連携パスセミナー (鈴鹿 H23.2.17) 特別講演

病診連携を生かした膵癌早期診断 ~小膵癌スクリーニングの戦略~ 花田敬士

35) 胆膵画像カンファレンス (福山 H23.2.22)

症例検討

佐上晋太郎

36) Biliary tract & Pancreatic cancer conference — Revised 胆膵症例徹底検討会 — (広島 H23.2.23) 症例呈示

嚢胞径変化を契機に診断した膵疾患の1例

飯星知博

37) Biliary tract & Pancreatic cancer conference — Revised 胆膵症例徹底検討会 — (広島 H23.2.23) 症例に関するトピックス

花田敬士

38) 第2回 香川胆膵セミナー (香川 H23.2.25)

特別講演

ERCP 関連手技 ーそのコツと応用ー

花田敬士

39) 沖縄膵・胆道癌講演会 (那覇 H23.3.10)

特別講演

膵臓癌における Interventional Oncology

花田敬士

40) 大鵬薬品出張所社内勉強会(福山 H23.3.15)

講師

花田敬士

《腎臓内科》

41) 第21回備後透析懇話会(福山 H22.4.18)

42) 第21回備後透析懇話会(福山 H22.4.18)

SMAP 出口部作製における術式・術後ケアと術後出口部感染の関連について

勝谷昌平, 江崎 隆

43) 第21回備後透析懇話会(福山 H22.4.18)

CAPD 関連手術手技 - 最近の話題

勝谷昌平, 江崎 隆

44) 第13回三次地区透析従事者勉強会(三次 H22.4.20)

特別講演:地域で支える CAPD 療法

勝谷昌平, 江崎 隆

45) 第2回 PD 山陰塾 (米子 H22.7.18)

ワークショップ:PD でのさまざまな取り組み

PD における地域連携の取り組み

勝谷昌平

46) 第11回連携フォーラム (尾道 H22.8.26)

CKD(慢性腎臓病)に関する最新の話題

江﨑 隆

47) 第19回中国腎不全研究会(広島 H22.9.12)

かかりつけ医との病診連携で管理した PD 患者の 2 症例

勝谷昌平, 江崎 隆, (頼岡徳在)

48) 第19回中国腎不全研究会(広島 H22.9.12)

肥満を有する患者に有用な上腹部出口(Upper Abdominal Exit; UAE)

江崎 隆, 勝谷昌平, (頼岡徳在)

49) 第19回中国腎不全研究会(広島 H22.9.12)

自尿が出ることの大切さを再認識させられた高齢 CAPD 患者の一事例

吉田 博,高垣大介,吉永知奈美,田中千枝子,上角絹子,増田尚美,江崎 隆,勝谷昌平

50) 第2回尾三 CKD (慢性腎臟病) 研究会 (尾道 H22.11.30)

特別講演:地域で支える慢性腎臓病治療

勝谷昌平

51) PD 地域連携講演会&合同ミーティング (福山 H23.1.15)

特別講演:PD における地域連携について

勝谷昌平

52) Kyushu Aska Peritoneal Dialysis Educational Society (阿蘇 H23. 2. 12-13)

教育講演:SMAP の出口部作製

勝谷昌平

53) Kyushu Aska Peritoneal Dialysis Educational Society (阿蘇 H23. 2. 12-13)

特別講演:SMAP で広がる尾道の PD

勝谷昌平

54) 第17回岡山 PIT 研究会 (岡山 H23.3.1)

終末期医療における PD の有用性 -担癌患者の 2 症例を通して-

勝谷昌平

55) 尾道 CKD フォーラム (尾道 H23.3.2)

地域で支える CKD

勝谷昌平

《呼吸器内科》

56) 第14回尾三地域がん連携フォーラム (尾道 H22.4.15)

座長 講演(1)

風呂中修

57) 第36回尾三因医学会(尾道 H22.6.27)

Gefitinib 療法と KL-6 値のモニタリング

実綿 慶, 塩谷咲干子, 風呂中修

58) 院内感染対策研修会(尾道 H22.10.15)

講師

これでいいのか?MRSA 対策

風呂中修

## 循環器科

【学会地方会】

1) 第17回日本心血管インターベンション治療学会中国・四国地方会(岡山 H22.9.4) 高度石灰化を有する透析患者の ASO に対し climbing rope technique にて高圧バルーンのデリ バリーに成功した一例

上田健太郎, 森島信行, 尾木 浩, 渡邉義和

2) 第97回日本循環器学会中国地方会(松江 H22.12.4)

甲状腺機能亢進症を合併した不安定狭心症の1例

柳田梢江, 渡邉義和, 尾木 浩, 上田健太郎, 森島信行

3) 第97回日本循環器学会中国地方会(松江 H22.12.4)

特発性肺動脈性肺高血圧症と診断しかけた閉塞性睡眠時無呼吸症候群の一例

渡邊義和,森島信行,上田健太郎,尾木 浩

4) 第97回日本循環器学会中国地方会(松江 H22.12.4) 切除後の肺動脈盲端に生じた血栓が原因と疑われた肺塞栓症の一例 上野沙弥香,渡邉義和,尾木 浩,上田健太郎,森島信行

#### 【地方研究会】

1) 第26回尾道循環器研究会(尾道 H22.6.8) 急性心筋梗塞に迫る;最新の診断技術と治療法 上田健太郎,渡邉義和,尾木 浩,森島信行

2) エパデール発売20周年記念講演会 (尾道 H22.2.1) 急性冠症候群と EPA/AA 比の関係

上田健太郎, 渡邉義和, 尾木 浩, 森島信行

3) 第20回備後シネアンジオ研究会(福山 H23.2.4) 最近の PAD 症例から

上田健太郎, 渡邉義和, 尾木 浩, 森島信行

# 心臓血管外科

1) 第45回広島循環器病研究会(広島 H22.6.5) 異時性に発症した人工弁感染性心内膜炎とペースメーカー感染 二神大介,濱本正樹

2) 第59回冠動脈造影研究会(広島 H22.6.19) 左室自由壁破裂に対する sutureless repair 後に発症した左室仮性瘤に対する一手術例 二神大介、濱本正樹

3) 第36回尾三因医学会(尾道 H22.6.27) 急性大動脈解離診断の難しさ ~非典型発症例に学ぶ~ 濱本正樹,二神大介

4) 第46回広島循環器病研究会(広島 H22.12.5) 冠動脈虚血を合併した急性大動脈解離〜冠動脈ステント留置術を先行させますか? 二神大介、濱本正樹

## 小 児 科

1) 第156回日本小児科学会広島地方会(広島 H22.6.6) 年長児に発症した腸重積床の1例 捻橋紀久,大谷玲子,則松知章,岩本 立,辻 徹郎,佐々木伸孝

2) 第3回日本小児体液研究会(神戸 H22.9.18)

捻橋紀久, (太田敏之), (坂野 堯)

3) 第49回日本小児外科学会中国四国地方会(松山 H22.9.18) 年長児に発症した腸重積症の2例 則松知章,和田知久

4) 第62回中国四国小科学会(広島 H22.10.24) H22/10/23-24 サルモネラ腸炎に関連した急性腎不全の1例 岩本 立、大谷玲子、捻橋紀久、則松知章、辻 徹郎、佐々木伸孝 5) 第55回未熟児新生児学会(神戸 H22.11.5)

胎児水腫のため緊急帝王切開で出生し,一過性異常骨髄増殖症(TAM)と診断された1例 岩本 立,大谷玲子,捻橋紀久,則松知章,辻 徹郎,佐々木伸孝

#### 外 科

1) 第3回広島 GIST 研究会(広島 H22.4.2)

再発病巣完全切除後 Imatinib 投与中止後に再燃した悪性胃 GIST の1例

福田敏勝, 倉西文仁, 則行敏生, 中原雅浩, 下田清美, 新津宏明, 濱岡道則, 黒田義則

2) 102th AACR (Orland H22, 4, 2-6)

Increase of Th1/Treg ratio in peripheral blood of breast cancer patients with autologous formalinfixed tumor vaccine

Fumito Kuranishi, Yoshinori Kuroda, Toshiyuki Noriyuki, Masahiro Nakahara,

Toshikatsu Fukuda, Minoru Yamaki, Daisuke Sumitani, Kiyomi Shimoda, Asuka Tanaka,

Michinori Hamaoka, Kazuhiro Taguchi, Gen Takahashi, Tadao Ohno

3) 市民公開講座(宮崎 H22.6.12)

自家癌ワクチンの臨床応用

倉西文仁

4) 第18回日本乳癌学会(札幌 H22.6.24-25)

当院における後期高齢者乳癌手術症例の検討

濵岡道則, 倉西文仁, 新津宏明, 佐伯吉弘, 下田清美, 石崎康代, 福田敏勝, 中原雅浩, 則行敏生, 黒田義則

5) 第36回尾三因医学会(尾道 H22.6.27)

単孔式腹腔鏡下胆嚢摘出術の経験

中原雅浩,福田敏勝,倉西文仁,則行敏生,山木 実,住谷大輔,田中飛鳥,濵岡道則,田口和浩,高橋 元,下田清美,黒田義則

6) 第90回尾道外科系懇話会(尾道 H22.7.6)

胆石イレウスの1例

濵岡道則

7) 第65回日本消化器外科学会(下関 H22.7.14-16)

より安全で確実な直腸癌に対する鏡視下手術を目指して

中原雅浩,石崎康代,福田敏勝,倉西文仁,則行敏生,佐伯吉弘,新津宏明,濵岡道則,下田清美,黒田義則

8) 第65回日本消化器外科学会(下関 H22.7.14-16)

直腸癌に対する術前化学放射線療法の検討

石崎康代,中原雅浩,濵岡道則,新津宏明,佐伯吉弘,下田清美,福田敏勝,則行敏生, 倉西文仁,黒田義則

9) 第65回日本消化器外科学会(下関 H22.7.14-16)

単孔式腹腔鏡下胆嚢摘出術 (SILS) 27例の経験

佐伯吉弘, 中原雅浩, 濵岡道則, 新津宏明, 下田清美, 石崎康代, 福田敏勝, 則行敏生, 倉西文仁, 黒田義則

10) 第65回日本消化器外科学会(下関 H22.7.14-16)

Stage IVa 膵癌切除症例の治療成績

福田敏勝, 濵岡道則, 新津宏明, 佐伯吉弘, 下田清美, 石崎康代, 中原雅浩, 則行敏生, 倉西文仁, 黒田義則

11) 第45回日本肺癌学会中国四国支部会(徳島 H22.7.14-16)

臨床病期 T1N0M0 肺癌の臨床的検討

田口和浩, 則行敏生, 風呂中修, 高橋 元, 濵岡道則, 田中飛鳥, 住谷大輔, 福田敏勝, 中原雅浩, 倉西文仁, 黒田義則, 下田清美, 山木 実, 実綿 慶, 塩谷咲千子, 米原修治

12) 第45回日本肺癌学会中国四国支部会(徳島 H22.7.14-16)

肺門リンパ節転移にて発見された原発巣不明なリンパ上皮腫癌の1例

山木 実,則行敏生,田口和浩,高橋 元,濵岡道則,田中飛鳥,下田清美,住谷大輔,福田敏勝,中原雅浩,倉西文仁,黒田義則

13) COLORECTAL CANCER SYMPOSIUM IN FUKUYAMA (福山 H22.7.20)

当院における XELOX 療法の検討

濵岡道則

14) 第108回尾道消化器病同好会(尾道 H22.7.27)

門脈内に異常なガスを認めた急性腹症の1例

濵岡道則

15) 第175回広島外科会(広島 H22.8.7)

卵巣転移を来した大腸癌の1例

須澤 仁,中原雅浩,田口和浩,高橋 元,濵岡道則,田中飛鳥,下田清美,山木 実, 住谷大輔,福田敏勝,則行敏生,倉西文仁,黒田義則

16) 第24回中国四国 ストーマリハビリテーション研究会(島根 H22.8.28)

単孔式腹腔鏡手術における術創管理の考察

藤原 誠, 高橋 忍, 中原雅浩

- 17) 第13回中国四国消化管内視鏡手術勉強会(高松 H22.9.3)
  - S 状結腸癌に閉塞性大腸炎を合併した1例

中原雅浩

18) 第85回中国四国外科学会総会(高松 H22.9.3-4)

胆石イレウスの1例

上田大介,福田敏勝,高橋 元,田口和浩,濵岡道則,田中飛鳥,下田清美,山木 実,住谷大輔,中原雅浩,則行敏生,倉西文仁,黒田義則

19) 第85回中国四国外科学会総会(高松 H22.9.3-4)

魚骨による小腸穿孔を来した2例

高橋 元,中原雅浩,田口和浩,濵岡道則,田中飛鳥,下田清美,山木 実,住谷大輔,福田敏勝,則行敏生,倉西文仁,黒田義則

20) 第85回中国四国外科学会総会(高松 H22.9.3-4)

21) 第85回中国四国外科学会総会(高松 H22.9.3-4)

直腸病変を伴わない潰瘍性大腸炎の1例

田口和浩,中原雅浩,高橋 元,濵岡道則,田中飛鳥,下田清美,住谷大輔,山木 実,

福田敏勝,則行敏生,倉西文仁,黒田義則,弓削 亮,福本 晃,小野川靖二,米原修治

22) 第85回中国四国外科学会総会(高松 H22.9.3-4)

より容易に単孔式腹腔鏡下胆嚢摘出術を行うために

中原雅浩,福田敏勝,田中飛鳥,濵岡道則,田口和浩,高橋 元,倉西文仁,則行敏生, 住谷大輔,山木 実,下田清美,黒田義則

23) 第2回小切開·鏡視外科学会(東京 H22.9.10-11)

右側結腸癌における HALS の有用性

中原雅浩,住谷大輔,田中飛鳥,濵岡道則,田口和浩,高橋 元,倉西 文仁,則行敏生,福田敏勝,山木 実,下田清美,黒田義則

24) 第91回尾道外科系懇話会(尾道 H22.9.16)

総肝動脈瘤の1手術例

田口和浩

25) 第91回尾道外科系懇話会(尾道 H22.9.16)

乳房温存療法の今昔

倉西文仁

26) 第7回日本乳癌学会中国四国地方会(高知 H22.9.25)

右乳癌術後胸骨傍リンパ節再発に対して自家癌ワクチン療法と放射瀬線療法を併用し完全寛解 を得た1例

田口和浩, 倉西文仁, 高橋 元, 濵岡道則, 田中飛鳥, 下田清美, 住谷大輔, 山木 実, 福田敏勝, 中原雅浩, 則行敏生, 黒田義則, 米原修治, (大野忠夫)

27) 女性のための癌予防講座 (三原 H22.10.1)

乳癌からあなたを守りたい

倉西文仁

28) 第51回肺癌学会(広島 H22.11.3-4)

血管合併切除により完全切除した胸腺癌の3例

山木 実,則行敏生,下田清美,濱本正樹,黒田義則,倉西文仁,中原雅浩,福田敏勝, 住谷大輔,田中飛鳥,濱岡道則,田口和浩,高橋 元

29) 第63回広島医学会総会(広島 H22.11.14)

総肝動脈瘤の1手術例

田口和浩,福田敏勝,高橋 元,濵岡道則,田中飛鳥,下田清美,住谷大輔,山木 実,中原雅浩,則行敏生,倉西文仁,黒田義則,二神大介,濱本正樹,米原修治

30) 第63回広島医学会総会(広島 H22.11.14)

保存的加療後に緊急手術を施行した門脈ガス血症の2例

濵岡道則,中原雅浩,高橋 元,田口和浩,田中飛鳥,下田清美,住谷大輔,山木 実,福田敏勝,則行敏生,倉西文仁,黒田義則

31) 第109回尾道消化器病同好会(広島 H22.11.16)

症例呈示

知って得する急性腹症の2例

高橋 元

32) 第23回日本内視鏡外科学会(横浜 H22.10.18-20)

当科における単孔式腹腔鏡下胆嚢摘出術の工夫

住谷大輔,中原雅浩,福田敏勝,倉西文仁,則行敏生,山木 実,下田清美,田中飛鳥,

濵岡道則, 高橋 元, 田口和浩, 黒田義則

33) 第23回日本内視鏡外科学会(横浜 H22.10.18-20)

直腸癌に対し腹腔鏡下手術は有用か?

中原雅浩,住谷大輔,福田敏勝,倉西文仁,則行敏生,山木 実,濵岡道則,田中飛鳥,田口和浩,高橋 元,下田清美,黒田義則

34) 第72回日本臨床外科医学会総会(横浜 H22.11.21-23)

肺門リンパ節のみに転移を認めた原発巣不明なリンパ上皮腫癌の1例

山木 実,則行敏生,下田清美,田口和浩,高橋 元,濵岡道則,田中飛鳥,住谷大輔,福田敏勝,中原雅浩,倉西文仁,黒田義則

35) 第72回日本臨床外科医学会総会(横浜 H22.11.21-23)

機能的吻合術後に吻合部再発を来した大腸癌の2例

田口和浩,中原雅浩,高橋 元,濵岡道則,田中飛鳥,下田清美,住谷大輔,山木 実,福田敏勝,則行敏生,倉西文仁,黒田義則,米原修治

- 36) 第72回日本臨床外科医学会総会(横浜 H22.11.21-23)
  - より安易に単孔式腹腔鏡下胆嚢摘出術を行うための工夫

中原雅浩,福田敏勝,田中飛鳥,濵岡道則,田口和浩,高橋 元,倉西文仁,則行敏生,住谷大輔,山木 実,下田清美,黒田義則

37) 第65回日本大腸肛門病学会学術集会(浜松 H22,11,26-27)

大腸憩室症に対する腹腔鏡下手術

中原雅浩,住谷大輔,倉西文仁,則行敏生,福田敏勝,山木 実,田中飛鳥,濵岡道則,田口和浩,高橋 元,下田清美,黒田義則

- 38) 第65回日本大腸肛門病学会学術集会(浜松 H22.11.26-27)
- 39) 第65回日本大腸肛門病学会学術集会(浜松 H22.11.26-27)
  - S 状結腸過長症による特発性巨大結腸症の一例

田中飛鳥,中原雅浩,高橋 元,田口和浩,濵岡道則,下田清美,住谷大輔,山木 実,福田敏勝,則行敏生,倉西文仁,黒田義則

40) 第65回日本大腸肛門病学会学術集会 (浜松 H22.11.26-27)

経仙骨腫瘍摘出術を施行した仙骨前面嚢胞性腫瘤の2例

住谷大輔,中原雅浩,高橋 元,田口和浩,濵岡道則,田中飛鳥,下田清美,山木 実,福田敏勝,則行敏生,倉西文仁,黒田義則

41) 第6回がんワクチン療法研究会(金沢 H22.11.27)

自家癌ワクチンによる T-cell 分画変化

倉西文仁

42) 肝疾患治療セミナー in 広島 (広島 H23.1.13)

肝切除時の合併症発生リスクと週術期栄養状態の関係

福田敏勝

43) 尾道市救急蘇生委員会学術講演会(尾道 H23.1.24)

62歳女性 血痰

山木 実

44) 福山内視鏡外科セミナー(福山 H23.2.5)

「知って得する腹腔鏡下手術のちょっとしたコツ」 ~左側結腸・直腸編~ 中原雅浩

45) 第36回日本臨床細胞学会広島県支部総会(広島 H23.2.12)

乳腺悪性リンパ腫の1例

杉山佳代, 斉藤久美子, 相部晴香, 神田真規, 佐々木健司, 米原修治, 倉西文仁, (小川喜輝)

46) 第36回日本臨床細胞学会広島県支部総会(広島 H23.2.12)

スライドカンファレンス

乳腺管状癌の穿刺吸引細胞診の1例

斉藤久美子,相部晴香,杉山佳代,神田真規,佐々木健司,米原修治,倉西文仁

#### 脳神経外科

1) 第35回日本脳卒中学会総会(岩手 H22.4.15-17) 右動眼神経麻痺のみで発症し、CT・MRI で診断困難であった海綿静脈洞部硬膜動静脈婁の1 例

門田秀二, (渋川正顕), (坂本繁幸)

2) 第69回日本脳神経外科学会学術総会(福岡 H22.10.29) 内視鏡下脳内血腫除去術の初期経験 追口哲彦,門田秀二、川本仁志

3) 第50回広島新生児研究会(広島 H22.12.4)

当院における新生児水頭症治療

-最近の経験から-

門田秀二, 佐々木伸孝, 岩本 立

## 小児外科

1) 第156回日本小児科学会広島地方会(広島市 H22.6.9)

年長児に発症した腸重積症の1例

捻橋紀久,大田玲子,則松知章,玉浦志保,岩本 立,辻 徹郎,佐々木伸考,武田倫子,和田知久

2) 第49回日本小児外科学会中国四国地方会(松山市 H22.9.18)

尿膜管遺残の4例

和田知久, 高橋 元, 則松知章

3) 第49回日本小児外科学会中国四国地方会(松山市 H22.9.18)

胸腔鏡下に摘出した esophageal cyst の1例

下田清美,山木 実,則行敏生,田口和浩,高橋 元,濵岡道則,田中飛鳥,住谷大輔福田敏勝,中原雅浩,倉西文仁,黒田義則,和田知久,米原修治

4) 第49回日本小児外科学会中国四国地方会(松山市 H22.9.18)

年長児に発症した腸重積症の2例

則松知章, 大谷玲子, 捻橋紀久, 玉浦志保, 岩本 立, 辻 徹郎, 佐々木伸孝,

和田知久,武田倫子

## 産婦人科

1) 第62回 日本産科婦人科学会学術講演会 (東京 H22.4.23) 分娩時の胎児心拍数細変動に関する検討 三好剛一, (佐野祥子, 中前里香子, 藤本英夫, 中西慶喜)

2) 尾道産婦人科医会(尾道 H22.6.23)

胎児診断へのアプローチ

三好剛一

3) 第61回 日本産婦人科学会広島地方部会(広島 H22.9.5) 当院における婦人科単孔式腹腔鏡下手術の経験

友野勝幸, 三好剛一, 三好博史, 佐々木 克

4) 第63回 中国四国産科婦人科学会学術講演会(岡山 H22.9.19) 針生検が診断に有用であった骨盤内腫瘍の1例 友野勝幸, 三好剛一, 三好博史, 佐々木 克

5) 市民公開講座 2 (尾道 H22.10.17) 婦人科癌のピットホール ~あまり知られていないホントの話~ 佐々木 克

- 6) 尾道総合病院オープンカンファレンス 251 (尾道 H22.10.28)
  - 1) 妊娠中の薬剤の使用に関する最近の動向 ~妊娠と薬情報センターの紹介~
  - 2) これからの医学研究を志す若手医師へ ~ 臨床と基礎研究の接点と研究の展開の仕方~ 『マグネシウムは早産を予防出来るのか?』 三好博史
- 7) 尾道産婦人科医会(尾道 H22.11.1) 妊娠と薬情報センターの紹介
  - 三好博史
- 8) 第46回 日本周産期·新生児医学会(神戸 H22.11.13) 一過性徐脈上の胎児心拍数細変動の臨床的意義について 三好剛一, (中前里香子, 藤本英夫)
- 9) 第57回 広島大学医学部産科婦人科学教室同門会総会(広島 H23.2.11) Trousseau 症候群を併発した子宮体癌の一例 友野勝幸, 三好剛一, 三好博史, 佐々木 克

### 病理研究検査科

1) 第146回 日本泌尿器科学会 広島地方会学術集会(広島 H22.6.12) 「限局性前立腺癌に対する恥骨後式順行性前立腺全摘除術の病理学的治療成績 | 金岡隆平,石 光広,森山浩之,米原修治,(沖 真実),(梶原 充)

2) 第49回 日本臨床細胞学会 秋期大会 (H22.11.21)

「乳腺原発扁平上皮癌の穿刺吸引細胞診の1例」

齋藤久美子, 杉山佳代, 神田真規, 佐々木健司, 米原修治, 倉西文仁, (小川喜輝)

- 3) 第36回 日本臨床細胞学会 広島県支部総会(広島 H23.2.12) 「乳腺穿刺吸引細胞診において推定し得た悪性リンパ腫の1例」 杉山佳代,齋藤久美子,相部晴香,神田真規,佐々木健司,米原修治,倉西文仁, (小川喜輝)
- 4) 第36回 日本臨床細胞学会 広島県支部総会(広島 H23.2.12) 「乳腺穿刺吸引細胞診の1例」 齋藤久美子、相部晴香、杉山佳代、神田真規、佐々木健司、米原修治、倉西文仁

#### 眼 科

1) 第11回お好み倶楽部(広島 H22.5.22) 難治性原田病の一例・術後眼内炎の一例 小林 賢,越智文子

- 2) 第69回広島地方眼科学会(広島 H22.11.7) インターフェロン療法中に原田病を発症した一例 越智文子,小林 賢
- 3) 第84回備後地区眼科医会 症例検討会(福山 H23.2.26) インジェクターを用いた眼内レンズ逢着術 小林 賢,越智文子

## 耳鼻咽喉科

1) 日耳鼻広島県地方部会平成22年総会ならびに学術講演会(広島 H22.4.10) 原因診断に苦慮した嚥下障害

森 直樹, 古家裕巳, 長 陽子, (山根利予子), (竹田和正)

2) 日耳鼻第36回中国四国地方部会連合学会(岡山 H22.6.5-6) 当科における Mohs ペーストの使用経験 古家裕巳,長 陽子,森 直樹,(竹田和正)

3) 東部備後耳鼻咽喉科医会学術集会(福山 H22.7.10) 中耳癌の一例

森 直樹, 古家裕巳, 長 陽子

4) 第16回広島県めまい研究会(広島 H22.12.2) 前庭神経炎を疑った眩暈症 森 直樹,古家裕巳,長 陽子

## 皮膚科

1) 第62回日本皮膚科学会西部支部学術大会(倉敷 H22.10) 褥瘡対策のための体圧分散マットレス適正導入数の算出方法

森本謙一,中村吏江,堀 郁子,豊田明美,徳永陽子,橋本佳浩,山本智恵,寺岡郁子

2)第62回日本皮膚科学会西部支部学術大会(倉敷 H22.10) Verruciform xanthoma  $\mathcal{O}$  1 例 松阪由紀, 堀 郁子, 森本謙一, 中村吏江

3) 第62回日本皮膚科学会西部支部学術大会(倉敷 H22.10) 日本紅斑熱の7例

堀 郁子,中村吏江,森本謙一,島津幸枝

4) 第40回日本皮膚アレルギー・接触皮膚炎学会(広島 H22.12) Schnitzler 症候群: rituximab を用いて治療した1例 森本謙一、堀 郁子、松阪由紀、中村東江、三原圭一朗

5) 日本皮膚科学会 第126回広島地方会(広島 H22.3) 動静脈瘻に伴った難治性足潰瘍の1例 中村吏江、堀 郁子、森本謙一

6) 日本皮膚科学会 第126回広島地方会 (広島 H22.3) 日本紅斑熱の7例

堀 郁子,森本謙一,中村吏江

7) 日本皮膚科学会 第127回広島地方会 (広島 H22.10) Verruciform xanthoma の 1 例

松阪由紀, 堀内賢二, 中山宏文, 矢村宗久

8) 日本皮膚科学会 第127回広島地方会 (広島 H22.10) 異所性過誤腫性胸腺腫の1例 堀 郁子, 松阪由紀, 森本謙一, 米原修治, 壷井ひとみ

9) 日本皮膚科学会 第128回広島地方会 (広島 H23.2)

色素失調症の男児の1例

松阪由紀、堀 郁子、森本謙一、西小森隆太、河合朋樹

10) 日本皮膚科学会 第128回広島地方会(広島 H23.2) TNFα 阻害薬の当院での使用経験 堀 郁子, 松阪由紀, 森本謙一

#### 【講演会】

1) 第204回 竹原地区医師会学術講演会(竹原 H22.10) 高齢者によくみられる皮膚疾患と対処法 森本謙一

2) 壺中研修会(岡山 H23.2)透析患者さんのフットケア・スキンケア 森本謙一

### 泌尿器科

1) 第98回日本泌尿器科学会総会(盛岡 H22.4.29) 男性の間質性膀胱炎(CPPS/IC)に関する臨床統計 (梶原 充),森山浩之,(正路晃一),(宮本克利),(増本弘史),(井上省吾), (桐谷玲子),(小林加直),(大原慎也),(亭島 淳),(三田耕司),(沖 真実), (松原昭郎)

2) 第146回 日本泌尿器科学会 広島地方会学術集会(広島 H22.6.12) 限局性前立腺癌に対する恥骨後式順行性前立腺全摘除術の病理学的治療成績 金岡隆平,石 光広,森山浩之,米原修治,(沖 真実),(梶原 充)

3) 第25回 広島 E·E 研究会(広島 H22.9.11)

後腹膜鏡補助腎部分切除術の経験 一市立札幌病院方式-

金岡隆平,石 光広,森山浩之,(沖 真実),(梶原 充),(桝知果夫)

4) 第62回 日本泌尿器科学会西日本総会(鹿児島 H22.11.5) B-hCG 産生膀胱癌の3例

金岡隆平,石 光広,森山浩之

5) 第148回 日本泌尿器科学会 広島地方会学術集会(広島 H23.1.22) 浸潤性膀胱腫瘍を疑わせた好酸球性膀胱炎の1例

石 光広, 金岡隆平, 森山浩之

6) 尾道・松永地区 前立腺癌 病診連携セミナー (尾道 H23.3.25) 前立腺癌患者における病診連携 森山浩之

#### 麻酔科

1) 第20回日本ペインクリニック学会中国・四国合同地方会(広島 H22.5) 神経根パルス高周波療法が奏功した慢性疼痛の3症例 石橋優和、瀬浪正樹、(久保隆嗣)、(撰 圭司)

2) 第26回日本救急医学会中国四国地方会(高松 H22.5) 複数傷病者への対応困難時プロトコールの作成について (高原昌哉),(小万純生),(丸田慎治),瀬浪正樹,(突沖満則),(藤原恒太郎), 長谷朋美,(江木美峰),(奥美映子)

3) 第26回日本救急医学会中国四国地方会(高松 H22.5)

Off the job training

座長 瀬浪正樹

4) 第44回日本ペインクリニック学会(京都 H22.7) 非がん疼痛に対するフェンタニル貼付薬の有用性の検討 檜高育宏,(井関雅子),(小松修治),(井福正貴),(森田善仁),(吉川晶子), (田部田英),(石井康多),(弘田博子)

5) 日本麻酔科学会中国・四国支部第47回学術集会(米子 H22.9) ペインクリニック・神経ブロック コメンテーター 瀬浪正樹

6) 第57回広島麻酔医学会(広島 H22.1) 当院におけるプレガバリンの使用状況について (撰 圭司),石橋優和,松永亜希,瀬浪正樹

7) 市民公開講座 (尾道 H23.2)

救急医療はどうなるの ~救急医療を巡る新事情~

座長 瀬浪正樹

8) 第25回日本ペインクリニック学会東京地方会(東京 H23.1) 外来問診票から得られた初診患者の痛み VAS と睡眠 VAS について 堀 郁子, 松阪由紀, 森本謙一, 米原修治, 壷井ひとみ 9) 日本皮膚科学会 第128回広島地方会(広島 H23.2)

色素失調症の男児の1例

(半田敦子), (井関雅子), (井福正貴), (小松修治), (榎本達也), (田部田英之),

(石井康多), 檜高育宏, (森田善仁), (吉川晶子), (武田昌子)

10) 第82回尾道地区内科会特別講演会(尾道 H23.2)

新しい慢性疼痛へのアプローチ

瀬浪正樹

11) 佐伯地区医師会学術講演会(広島 H23.2)

新しい慢性疼痛へのアプローチ

瀬浪正樹

## 放射線科

1) 第2回三次市立三次市民病院緩和ケア研修会(三次 H22.6.11~13)

オピオイドを始めるとき

高澤信好

2) 第52回広島県東部放射線医会(福山 H22.6.17)

若年男性の頸椎症例

森 浩希

3) 第25回山陰核医学研究会(松江 H22.7.3)

FDG-PET を施行した intravascular lymphoma の一例

西原圭祐, (杉原修司), (森岡伸夫)

4) 第2回尾道総合病院緩和ケア研修会(尾道 H22.7.4, 18)

高澤信好, (企画責任者)

5) 第53回広島県東部放射線医会(福山 H22.9.16)

生検にて診断を得た多発肝腫瘍の一例

目崎一成

6) 島根県警察検視官専科実務講習(松汀 H22.10.4)

画像診断概論、死後画像診断概論 (講演)

西原圭祐

7) 第4回中国地区 PET 懇話会 (岡山 H22.10.23)

FDG-PET の新保険適応疾患~読影の要点・注意点~①消化器系疾患

西原圭祐

8) 第14回東部放射線研究会(福山 H22.11.6)

最近2年間の胸部 IVR 症例

木曽哲司, 森 浩希, 目崎一成, 高澤信好

9) 第50回日本核医学会学術総会(埼玉 H22.11.11~13)

ガリウムシンチの現況と将来について (ポスター発表)

森 浩希

10) 第2回尾道市民病院緩和ケア研修会(尾道 H22.12.5)

放射線治療

高澤信好

11) 第8回オートプシー・イメージング学会総会(千葉 H23.2.5) 当院におけるオートプシー・イメージングによる死因推定 西原圭祐,(杉原修司),(森岡伸夫)

#### 研 修 医

1) CPC (尾道 H22.5.20)

右腎細胞癌, 胃悪性リンパ腫の治療後に膠芽腫を併発した一例

繆 旭,福本 晃,迫口哲彦,米原修治

2) 第43回日本呼吸器学会中国・四国地方会(徳島 H22.7.16) 直腸癌,肺転移に対する化学療法中に両肺野に広範なスリガラス陰影を認めた一例 上野沙弥香,風呂中修,実綿 慶,塩谷咲千子

3) 第31回日本臨床外科学会広島県支部(広島 H22.8.7)

卵巣転移を来たした大腸癌の1例

須澤 仁,中原雅浩,田口和浩,高橋 元,濱岡道則,田中飛鳥,下田清美,山木 実, 住谷大輔,福田敏勝,則行敏生,倉西文仁,黒田義則

4) 第249回院内カンファレンス・第11回連携フォーラム(尾道 H22.8.26)

CPC 急速な進行を認めた肝血管肉腫の一例

柳田梢江, 天野 始, 弓削 亮, 米原修治

5) CPC (尾道 H22.10.21)

興味深い転移形式を示し、長期生存した家族性膵癌の一例

上野沙弥香, 佐上晋太郎, 花田敬士, 米原修治

6) 第85回中国四国外科学会(香川 H22.9.4)

胆石イレウスの一例

上田大介,福田敏勝,高橋 元,田口和浩,濱岡道則,田中飛鳥,下田清美,山木 実,住谷大輔,則行敏生,中原雅浩,倉西文仁,黒田義則

7) CPC (尾道 H22, 11, 18)

AFP 産生胃癌を原発とする転移性肝腫瘍による 2 次性 Budd-Chiari 症候群の 1 例中村真也,福本 晃,米原修治

8) 第94回日本消化器病学会中国支部例会(松江 H22.11.6) 嚢胞性病変を伴い腫瘍進展範囲の術前診断が困難であった膵癌の1例 柳田梢江,佐上晋太郎,飯星知博,花田敬士

9) 第94回日本消化器病学会中国支部例会(松江 H22.11.6-7)

EUS-FNA が診断に有用であった悪性膵内分泌腫瘍の一例

中村真也, 花田敬士, 弓削 亮, 佐上晋太郎, 飯星知博, 福本 晃, 小野川靖二, 平野巨通, 天野 始, 日野文明, 大林諒人, 福田敏勝, 米原修治

10) 第94回日本消化器病学会中国支部例会 · 第105回日本消化器内視鏡学会中国地方会

(松江 H22.11.6-7)

腸管穿孔をきたした直腸病変を伴わない潰瘍性大腸炎の1例

上野沙弥香, 小野川靖二, 弓削 亮

11) 尾道消化器病同好会(尾道 H22.11.16)

腹部 US の軽微な主膵管拡張を契機に発見された膵上皮内癌の一例

上田大介, 飯星知博, 花田敬士, 佐上晋太郎, 弓削 亮, 福本 晃, 小野川靖二, 平野巨通, 天野 始, 日野文明, 大林諒人, 福田敏勝, 米原修治

12) 第97回日本循環器学会中国地方会(松江 H22.12.4) 甲状腺機能亢進症を合併した不安定狭心症の1例 柳田梢江、渡邊義和、尾木 浩、上田健太郎、森島信行

13) 第97回日本循環器学会中国地方会(松江 H22.12.4) 切除後の肺動脈盲端部に生じた血栓が原因と疑われた肺塞栓症の一例 上野沙弥香、渡邊義和

14) CPC (尾道 H23.2.24)急激に全身状態が悪化した SLE の1例須澤 仁,田口和浩,米原修治

15) CPC (尾道 H23.3.17) 著名な血小板減少と意識障害を認め急な心停止で死亡した一例 上田大介, 佐上晋太郎, 江崎 隆, 米原修治

### 薬剤部

- 1) 第43回日本薬剤師会学術大会 分科会13 シンポジウム (長野 H22.10.11) JA 尾道総合病院での外来化学療法における薬薬連携の取り組み 橋本佳浩
- 2) 第49回日本病院薬剤師会 中国四国支部学術大会(鳥取 H22.11.6) 小児喘息キャンプでの薬剤師の関わり ~子供のぜんそくに対する親の意識調査~ 比良大輔,塩津恵子,佐藤英治,吉富博則,佐々木伸孝,清水圭子,橋本佳浩
- 3) 第20日本医療薬学会年会(幕張 H22.11.13) 広島県東部8施設における ESBLs 産生菌の検出状況とその要因に関する検討 安原昌子, 横田武治, 土井久美子, 占部久美子, 原 景子, 富田哲夫, 伊藤哲子, 武郷 徹, 比良大輔, 橋本佳浩, 佐和章弘
- 4) 第26回日本環境感染学会総会(横浜 H23.2.18) 抗菌薬届出制および DPC 導入が抗菌薬使用率(AUD)などに与える影響 ~2007年度から2009年度,3年間の検討~ 安原昌子,住吉静香,森本典子

# 看 護 科

1) 第64回 日本消化器内視鏡技師学会(東京 H22.5.14) シンポジウム発表 内視鏡治療における内視鏡技師の役割 ~偶発症の分析から~ 内視鏡センター 楠見朗子

2) 尾三地区緩和ケア研究会 (みつぎ総合病院 H22.5.28) 周産期におけるグリーフケア 新生児集中ケア認定看護師 行広朋美

3) 第21回 日本サイコネフロロジー研究会(岡山 H22.6.5)

威圧的で攻撃的な訴えをする腹膜透析患者とのかかわり

南4病棟 吉田 博,久川愛子,田中千枝子,上角絹子,増田尚美,江崎 隆,勝谷昌平

4) 第41回 日本看護学会 看護総合(山口 H22.7.16~7.17)

訪室に関する患者・看護師の満足度調査 ~患者・看護師のアンケート調査の比較から~ 北3病棟 田代愛子、吉本 彩、村上美香、檜浦三千代

5) 第24回 中国四国ストーマリハビリテーション研究会(島根 H22.8.28)

単孔式腹腔鏡手術における術創管理の考察

新6病棟 上野友香理,藤原 誠,高橋 忍,中原雅浩

6) 第41回 日本看護学会 成人Ⅱ (福岡 H22.8.31~9.1)

自己管理可能と判断された患者の内服管理の現状 ~服薬指導の重要性~ 南4病棟 濱田莉加,河野沙知,吉田 博,小林千穂,佐藤裕子

7) 第16回 日本腹膜透析医学会(大分 H22.11.6~11.7)

ポスター発表

新規システム導入の経験 ~視力低下のある患者へ手動式腹膜透析を行って~

北 3 病棟 岡本奈保子, 橋本広大, 西村智子, 井上京子, 岡本尚子, 江崎 隆, 勝谷昌平

8) 第21回 備後ストーマリハビリテーション研究会(福山 H22.11.6)

回腸導管の腸脱出を認めたケアの1例

皮膚排泄ケア認定看護師 豊田明美

9) 第7回 日本循環器看護学会学術集会(尾道 H22.11.20)

心臓カテーテル検査・治療看護の教育方法 ~パワーポイントによる学習会を導入して~

南 3 病棟 金本亜矢子, 前野美紀, 高月利枝, 重田知洋, 音野みすず, 内海元美

10) 第11回 日本クリニカルパス学会学術集会 (愛媛 H2212.3)

急性心筋梗塞地域連携パス導入への取り組み

南3病棟 富山美由紀,音野みすず,崎本育美,菊岡 恵,工藤久実,内海元美, 森島信行

11) 第28回 日本ストーマ・排泄リハビリテーション学会(福岡 H23.2.4)

ポスター発表

膀胱全摘術後の回腸導管脱出を認めたケアの1例

皮膚排泄ケア認定看護師 豊田明美

12) 第10回 広島県看護協会 三原·尾道支部 看護研究発表会(尾道 H23.2.12)

手術室看護師と医師が感じるストレス分析とチーム制導入の効果

~SRS-18(心理ストレス反応尺度)と5つのカテゴリーを用いた検証~

手術室 和田加奈子

13) 第25回 日本がん看護学会学術集会 (神戸 H23.2.12~2.13)

大腸癌化学療法を受ける患者のヘルスダイヤリーファイルの作成と有用性

新6病棟 小田原めぐみ、石橋 操、寺下一歩

14) 第33回 JA 広島厚生連医学学会(広島 H23.2.12)

安全な内服自己管理にむけた取り組み

~服薬指導を充実させ、患者のセルフケア能力を高める~

南 4 病棟 渡辺桂子

15) 第26回 日本静脈経腸栄養学会(名古屋 H23.2.17)

脳卒中地域連携における嚥下訓練食の現状

新 4 病棟 貝原恵子

16) 第26回 日本環境感染学会総会 (横浜 H23.2.19) 当院における結核標準予防策の構築

尾道総合病院 ICT 住吉静香,安原昌子,森本典子

17) 日本脳神経看護研究学会広島地方部会 第6回研究発表会(広島 H22.3.5) 摂食・嚥下障害 チームアプローチの実践 脳卒中リハビリテーション認定看護師 小林雄一

### 院内看護研究発表会

- 1) 平成22年10月9日
  - ①手術室看護師と医師が感じるストレス分析とチーム制導入の効果 ~SRS-18(心理的ストレス反応尺度)と5つのカテゴリーを用いた検証~ 手術室 ○重白康弘,花谷宏美,重松美幸,和田加奈子
  - ②訪室に関する患者・看護師の満足度調査
    - ~患者・看護師のアンケート調査の比較から~ 北3病棟 ○田代愛子,吉本 彩,村上美香,檜浦三千代
  - ③高齢者のせん妄に対する看護師の意識と理解
    - ~せん妄の理解に向けて J-NCS を使用~
      - 新 5 病棟 〇高垣幸恵,岡田聡子,高橋義文,宮地紀美子
  - ④大腸がん化学療法を受ける患者のヘルスダイアリーファイルの作成と有効性 新6病棟 ○小田原めぐみ、石橋 操、寺下一歩

## 院内看護研修会 (講演)

- 1) 平成22年6月4日
  - 看護倫理を学ぶ
    - ~臨床で経験する事例より~ 福山大学 田中正孝
- 2) 平成22年8月28日

コーチングスキルを身につけよう シーズポート 森田由美子

3) 平成22年11月19日

ハグとユーモアを添えた思いやりの医療 お元気クリニック 岡原仁志

### 看護専門学校活動報告

1) 進路説明会(尾道商業高4.14, 11.24, 福山商業高4.28, 府中東高5.12, 10.20, 油木高5.26, 松永高5.27, 11.22, 23.2.18, 大和高6.3, 竹原高6.9, 因島高6.14, 23.1.24, 福山誠之館高7.7, 三原東高7.14, 7.21, 賀茂高7.21, 芦名まなび学園9.22, 如水館高10.13, 河内高11.11, 広島国際学院高11.19, 神辺高11.19, 総合技術高11.24,

豊田高11.26, 23.2.4, 23.2.18, 伯方高23.2.9, 瀬戸田高23.2.14, 広島中央学院高23.2.18, 興譲館高23.3.9, 東部地区4.21, 広島地区4.26, 6.9, 23.1.26, 23.3.24, 三次地区5.24, 尾道地区6.2, 12.15, 三原地区6.9, 東広島地区7.2, 福山地区7.13, 9.6)

藤田照美, 児山憲二, 後藤通雄

2) 広島県看護協会認定研修会(広島 6.11)

藤田照美

3) 広島県看護協会(三原・尾道支部)進路相談会(6.12) 藤田照美

4) 四病院看護部長·副部長会議(尾道 7.16)

藤田照美, 畠ゆかり, 矢野初美, 得沢世津子, 濱川英子, 中満美幸, 高垣由美子, 船山幸代, 山北理恵, 石田恵美

5) JA 広島県厚生連看護職リフレッシュ研修・講師(7.27) 藤田照美

6) 院内講師会議(尾道 8.11, 23.3.15)

藤田照美, 畠ゆかり, 矢野初美, 得沢世津子, 濱川英子, 中満美幸, 高垣由美子, 船山幸代, 山北理恵, 石田恵美

7) 院外講師会議(尾道 8.13)

藤田照美, 畠ゆかり, 矢野初美, 得沢世津子, 濱川英子, 中満美幸, 高垣由美子, 船山幸代, 山北理恵, 石田恵美

- 8) 広島県看護協会・認定看護管理者制度教育課程運営委員会 (9.6) 藤田照美
- 9) 広島県実習指導講習会 助言者 (広島 10.1, 10.12)

矢野初美

10) 広島県看護協会 一日町の保健室 保健相談(尾道 23.1.12) 藤田照美

- 12) 第32回広島県農村医学研究会(広島 23.2.19) 藤田照美, 畠ゆかり, 得沢世津子, 高垣由美子, 後藤通雄
- 13) 介護福祉士国家試験実施試験委員(広島 23.3.5, 23.3.6) 畠ゆかり

## クリニカルパス推進委員会

1) 第11回日本クリニカルパス学会(松山市 H22.12.3.-4.) 急性心筋梗塞連携パス導入の取り組み 富山美由紀,森島信行,音野みすず,崎本育美,菊岡 恵,工藤久実,内海元美

## 緩和ケア委員会

1) 第15回日本緩和医療学会(東京都 H22.6.18.-19.) 当院における緩和ケアに関するアンケート調査から今後の課題を検討する

- 〜緩和ケアにおける困難感・態度尺度を用いて〜 高橋 忍,石川哲大,高澤信好,東 幸美,森元眞由美,山本智恵,吉岡彩子, 平井俊明,上角絹子
- 2) 第15回日本緩和医療学会(東京都 H22.6.18.-19.) 尾道市医師会方式にて満足度の高い在宅緩和ケアを実践できた1症例 石川哲大,高澤信好,木保正彦,森元眞由美,吉岡彩子,平井俊明,山本智恵,豊田直之, 飯星知博,佐上晋太郎,安友裕穂,片山 壽
- 3) 松永沼隈地区医師会 講演会(松永市 H22.12.1.) 地域医療連携を考える ~緩和ケアを通して見えたもの~ 石川哲大
- 4) 平成22年度 広島県圏域地対協研修会(三原市 H23.2.6.) 緩和ケアから地域医療を考える ~地域がん診療連携拠点病院の役割~ 石川哲大

# 院内カンファレンス

### 第14回尾三地域がん連携フォーラム(22.4.15)

肺癌の診断と内科的治癒

尾道市立市民病院 巻幡 清

肺癌の手術療法と近未来予想図

外科 則行 敏生

終末期肺癌症例の在宅ケア

かなもと医院 長澤 弘明

### 第247回院内カンファレンス(22.4.22)

神経内視鏡治療の最新の動向 -脳はじかにはこんなふう-

脳神経外科 迫口 哲彦

腹腔鏡下肝切除術

外科 福田 敏勝

CPC (22.5.20)

 
 CPC
 右腎細胞癌,胃悪性リンパ腫の治療後に膠芽腫を併発した一例 研修医

 超
 旭

### 第248回院内カンファレンス(22.6.17)

加齢黄斑変性症とその話題

眼科 小林 賢

睡眠時無呼吸症候群 (SAS) がもたらす心疾患とは?

循環器科 上田 健太郎

#### 第15回尾三地域がん連携フォーラム(22.7.1)

がん患者の心理的反応に配慮したがん診療

岡山大学大学院 内富 庸介

### 第249回院内カンファレンス(22.8.26)

#### 第11回連携フォーラム

CKD(慢性腎臓病)に関する最近の話題

腎臓内科 江崎 隆

当科における顎矯正手術

歯科口腔外科 原 潤一

CPC 急速な進行を認めた肝血管肉腫の一例

研修医 柳田 梢江

#### 第250回院内カンファレンス(22.9.3)

#### 第3回尾道総合病院クリニカルパス研究会(第19回院内クリニカルパス大会)

総合診療科 石川 哲大

CPC (22. 10. 21)

CPC 興味深い転移形式をとり,長期生存した膵癌の一例 研修医 上野 沙弥香

时间区 工妇 70 加日

### 第251回院内カンファレンス(22.10.28)

妊娠中の薬剤の使用に関する最近の動向 ~妊娠と薬情報センターの紹介~

これから医学研究を志す若手医師へ ~ 臨床と基礎研究の接点と研究の展開のしかた~ 『マグネシウムは早産を予防できるのか?』

産婦人科 三好 博史

#### CPC (22, 11, 18)

CPC AFP 産生胃癌を原発とする転移性肝腫瘍による 2 次性 Budd-Chiari 症候群の 1 例 研修医 中村 真也

### 第17回尾道・三原地区緩和ケア研究会 4 周年記念講演会(22.11.19)

テーマ "自分らしく" がんと向き合うために ~ホスピスでの経験から~ 淀川キリスト教病院ホスピタル 田村 恵子

### 第16回尾三地区がん連携フォーラム(23.2.10)

「実践!患者参加型医療」効果的に調整を行うコツ 四国がんセンター愛媛病院 生駒 真有美

### 第252回院内カンファレンス(23.2.24)

### 第12回連携フォーラム

傷のないお腹の手術

消化器外科 中原 雅浩

CPC 急激に全身状態が悪化した SLE の1例 研修医 須澤 仁

### CPC (23. 3. 17)

CPC 著名な血小板減少と意識障害を認め急な心停止で死亡した一例 研修医 上田 大介 職 場 だ よ り 委 員 会 報 告 院 内 主 要 行 事

# 職場だより

## 循環器科

主任部長代理 上 田 健太郎

昨年4月からお世話になっております 循環器科 上田健太郎です。早いもので、こちらに赴任して1年半が過ぎようとしています。着任以来、循環器科の業務改革に取り組んできましたが、その多くは空回りしているのが現状です。中だるみを感じるこの頃ですが、今一度気を引き締めて、理想を失わず邁進していきたいと思います。

昨年から実際に循環器科のどこが変わったか、を述べますと、①心臓血管外科と合同カンファレンス(火・水・木)の開始、② AMI 地域連携パスの導入、③心大血管疾患リハビリテーション(月~金)の導入、④看護師・理学療法士との心臓リハビリカンファレンス(金)の開始、⑤下肢動脈疾患(いわゆる ASO)への積極的な血管内カテーテル治療の導入、⑥皮膚科と合同の下肢救済カンファレンス(水)…などです。

本年6月に広島県は、平成23から25年度の医療事業として「広島県新地域医療再生計画案」www.fukuyama.hiroshima.med.or.jp/chitaikyo/2011/110622\_2.pdf を発表し、「地域医療体制の確保」www.pref.hiroshima.lg.jp/www/contents/1311897696806/files/siryol\_1.pdf を優先的に取り組む方針を打ち出しました。その中で、心不全患者における回復期・慢性期のチーム医療体制として、広島大学心不全センターを中心とし、県内4病院を《心臓いきいきセンター》に選定し、地域リハビリテーション連携体制を強化することになりました…、と話が長くなりましたが、その4病院の一つにわがJA 尾道総合病院が選ばれました。今後、循環器科のひとつの大きな柱として【心臓リハビリテーション】により一層取り組み、将来的には【心不全地域連携パス】に繋げる方針です。これにより心不全患者の再入院が減少すれば、当直の先生方の負担も減少できるのではないかと考えております。

最近,心腎連関という概念が注目され,CKD(慢性腎臓病)をもつ患者は,心血管疾患の発症リスクが高いことが知られています。CKD の概念は2002年に米国で提唱されました(Am J Kidney Dis 2002; 39 (2 Suppl 1): S1-266)。CKD は末期腎不全や心血管疾患の大きな要因であり,透析や移植を要する腎不全患者が増えると医療費が増大すること,また CKD を早期に発見し適切に治療すれば回復する見込みもあること,などを背景に対策が急務であると認識され,その概念は欧州やアジアへも急速に広まりました。実際これまでのたった 1 年半の間にも,長年の透析により四肢の末梢血管の動脈硬化が進行し,治療に苦慮する症例に多々遭遇しました。残念なことにほとんどの方が下肢切断を免れませんでした。そういった症例に対し,最新の【血管内カテーテル治療(PPI;percutaneous peripheral intervention)】のテクニックを取り入れ,一人でも多くの方が下肢切断を免れるよう日々精進しております。

先日,新しく土谷病院からこられた渡邊先生(以前の渡邉先生とは字が違います)と一緒に,当院初となる左浅大腿動脈閉塞例に対する双方向アプローチ(仰臥位で膝裏からエコーガイドで膝窩動脈穿刺;いわゆる裏パン)を行い,見事開通に成功しました。ただテクニックも大事ですが,いかに CKD 患者を透析導入から回避させるか,という点も重要な課題です。そのためには腎臓内科の先生方,薬剤師さん,栄養士さんなどと密に連携し,われわれ循環器科も腎機能温存に真剣に取り組まないといけません。その点につきまして,今後ともご指導よろしくお願い申し上げます。

新病院に移転して《循環器科の診療体制に最も影響を及ぼすモダリティ》と期待しているのが、 GE Healthcare の【Discovery CT750HD】という新しい CT です。この CT は、X 線検出器の素材と して世界で初めて宝石のガーネットを使用し、従来に比べ約100倍の X 線反応速度を達成し、空間 分解能が最大44%向上しました。また,物質ごとに異なる情報を検出器が所得するため,血管の石 灰化部分と内腔を区別することが可能となり、われわれが日常行っている血管造影に近い画像を得 ることが可能です。したがって、狭心症を疑われるも低リスクな症例や、ステント留置後で無症状 の follow 症例は、今後心カテを行わず CT で評価するため、心カテ入院が激減しそうです。しか し、偶然に見つかる冠動脈狭窄症例が増加するため、今後はステント治療するか否かの見極めが重 要となります。安定狭心症に対する大規模試験として、2007年に COURAGE trial が発表されまし た (NEJM. 2007; 356: 1503-16)。安定狭心症患者2287例を対象とし、薬物療法先行群とカテーテ ル治療先行群の2群を比較し、4.6年の追跡期間で、治療効果は両群間に有意差なしという結果で した。以上より、カテーテル治療の長期予後に対する利点が乏しいと結論づけられたわけですが、 2008年には JSAP study という日本からの大規模無作為比較試験が発表され(JACC Intv. 2008; 1:469-479),カテーテル治療先行群の方が薬物療法先行群より、治療成績は良好であったこと が示されました。いずれにせよ,狭い病変を見つけたら片っ端から拡げるのではなく,個々の症例 の特徴をよく把握し、長期的な展望を持って【冠動脈インターベンション(PCI; percutaneous coronary intervention に臨みたいと考えております。

最後に不整脈治療に関してですが、当院では心臓電気生理学的検査(EPS)、高周波カテーテルアブレーション、ペースメーカー、両心室ペーシング(CRT-P)、植込み型除細動器(ICD)、両室ペーシング機能付き植込み型除細動器(CRT-D)などの総合的な不整脈の検査、治療を行っております。

発作性上室性頻拍(PSVT),WPW 症候群,通常型心房粗動などの上室性頻拍は突然の動悸により救急外来を受診する患者さんも少なくありません。これらの頻拍は【高周波カテーテルアブレーション(RFCA; radiofrequency catheter ablation】により根治出来るため,一度でも動悸発作があれば,積極的にアブレーションを行っています。又,数年前より[薬剤抵抗性で QOL の低下を伴う発作性心房細動]に対してもアブレーションを行っております。心房細動は他の上室性頻拍に比べより高度なアブレーション手技が必要ですが,【3D mapping system(CARTO)】,【イリゲーションカテーテル】の使用により,治療成績の向上,合併症・被爆線量の減少につながっております。また症例数の増加とともに,手技時間も短縮しています。現在,日本循環器学会のガイドラインでは発作性心房細動のアプレーションは class I a ですが,米国は症例によっては class I であり,今後日本でも適応が拡大していくと思われます。

徐脈性不整脈はペースメーカーを、基礎心疾患や心不全を伴う心室性不整脈は症例によっては ICD を植え込みます。これらのデバイスは定期的に外来で作動状況を確認する必要がありますが、最近では機種によっては患者さん側から手動、又は自動でインターネットのサーバーにデバイスの情報を送り、その情報を医師がネット上で確認出来る【遠隔モニタリングシステム】が使用可能となりました。以前は外来受診するまでデバイスの情報が確認できませんでしたが、このシステムにより、特に ICD 植込み症例で早期の対応が出来るようになりました。当院では島や山間部など遠隔地から受診される患者さんも多く、積極的に遠隔モニタリングシステムを活用しています。今後は開業医の先生とも連携して、遠隔モニタリングの情報を共有し、より効率的な運用を考えています。

以上,循環器科診療の現状と展望について述べました。わがままで身勝手なタイプの多い循環器 科(私だけかもしれませんが…)ですが、各科先生方に重宝される科にしてきたいと思いますの で、今後ともいっそうの御愛顧を賜りますよう、なにとぞよろしくお願い申し上げます。

## 心臓血管外科

副部長 二 神 大 介

平成22年4月1日より古川智邦先生の後任として赴任いたしました。現在,濱本正樹主任部長とともに2人体制で、診療を行っております。

平成22年度は開心術42例,手術数は200例以上でありました。昨年にはおよびませんでしたが,症例数は充分あり,これも当院を信頼してくださり紹介していただいた近隣の医師の皆様と当院に治療を任せてくださった患者様と家族の皆様方のおかげでございます。本当にありがとうございました。主な疾患としては,虚血性心疾患,心臓弁膜症,大動脈瘤,大動脈解離,閉塞性動脈硬化症,下肢静脈瘤,透析シャント関連などがあります。私個人としては腹部大動脈瘤,末梢血管手術を主に年間100例以上,手術を執刀させていただいております。以前とくらべると倍以上も手術を行っており,日々力不足を感じながら研鑽しております。当科は2名と少ないスタッフであり,循環器科医師と看護師,臨床工学技師,理学療法士,薬剤師,臨床検査技師など多くのスタッフに支えていただき,日常診療が行うことが出来ると思っております。急患などで手術がたてこんだときでも患者様本位の治療を続けたいと存じますので,これからも何卒よろしくお願いいたします。

## 小 児 科

医師 大 谷 玲 子

2010年4月から2年の初期臨床研修を終え、小児科医として、この尾道で働き始めました。 何を書こうか迷ったのですが、小児科医になろうと思ったきっかけから、実際働き始めて小児科 医になって良かったと感じたことを書こうと思います。

小児科を選んだのは、肝臓癌で亡くなった次兄の存在が大きかったと思います。当時私は $3\sim5$ 歳で兄は $5\sim7$ 歳でした。あまり多くは覚えていないのですが、まだ兄が元気な頃の夏に長兄と3人一緒に風呂場で水鉄砲をしてすごく楽しかった事、化学療法で髪の毛が無くなった兄の頭を指摘して母親にひどく叱られた事や、たまに病院から兄と一時帰宅してきた母親に会えたときの嬉しさとまた病院へ戻ってしまう時の寂しさ、植物状態のときにおばあちゃんが泣きながら目が乾かないように濡れたガーゼを交換していた事など色々有りました。しかし兄が亡くなってからの両親の落ち込みは子供ながらに強烈に覚えています。兄が他界してもう20年以上が経ちますが、今でもお酒を飲んで思い出話をすると涙が出てくるようです。

初期研修時には、いろんな科をローテートしてそれなりに興味を引かれた科も幾つか有ったのですが、これが刷り込みと言うのか、なんとなく小児科に決まっていました。ローテートしたのは大学病院だったので、患者さんはほぼ悪性腫瘍でした。そこには我が家と似たような境遇の家族がいっぱいいて、それぞれの家族背景を抱えながら懸命に病気と闘っていました。大学でステルベンに遭遇したときは本当に辛く小児科は無理かもしれないと考えたりもしました。けどやっぱり子供が好きで、生きるために生まれて、これから色んな事を経験すべき子供の役に立ちたいという思いは変わりませんでした。

尾道に赴任してから、1年と少しがたちました。去年よりは出来る手技や知識も増えてきて来ま

したが、まだまだ分からないことだらけで、諸先輩方に指導していただき、患者さんや家族から教えてもらいながら日々の診療を行っています。そんな日々の診療の中で、患者さんがどんどん成長するのを感じた時、NICUで1000gにも満たない未熟児の赤ちゃんを連日泊り込みで診て、その子が大きな後遺症も無く退院出来た時、大学で化学療法をして無事退院できた患者さんを尾道で診させてもらえる時、診ていた患者さん自身からありがとうの手紙や手作りのお菓子、似顔絵・折り紙などをもらった時は本当に小児科医でよかったと思います。

昨今夜間救急外来のコンビニ受診が叫ばれています。その中には見逃してはいけない患者さんも居られます。しかし殆どが軽症の風邪で『昼間に受診すれば良いのに』とか『一日様子見れないのかな…』、夜間の電話対応も『こんなことで…』と正直考えてしまうこともあります。でも、その根底には子供を心配する親の存在があるんだ。と、唱えながら日々がんばっています。

患者さんの強さをそばで見守りながら、親にとってはいくつになってもわが子は子供のままであり、出来ることは全部してあげたいという思いを忘れないで、少しでも小児医療の役に立てるように成長できれば良いなと思います。

## 精 神 科

主任部長 木 保 正 彦

精神科の初診は、必ず1時間以上かけています。そしてそのために、火曜日と木曜日の午後2時から3時まで、再来患者の予約を入れないようにしています。初診の予約は現在2ヶ月待ちです。 再来の予約もあまり余裕がありません。以上の理由から、外来患者さんにつきましては、皆さまの紹介をそのまま予約していただいても、診ることができません。

入院患者さんの診察依頼(コンサルト)につきましては、なるべくその日のうちに診察するようにしています。そのために午後4時以降は、再来患者さんの予約をできるだけ入れないようにしています。コンサルトの患者さんの予約を入れる際には、午後4時以降に入れてください。診察も午後4時以降になることがほとんどです。ご了承ください。

昨年の8月から、非常勤として中原光史医師が来られ、水曜日の午後に診察していただいています。主に安定した患者さんを診てもらっています。私は、水曜日の午後は、緩和ケアチームの一員として、ミーティングと緩和ケア回診に参加しています。ウィークデイに外来予約のない時間が持てるなんて、相当久しぶりでした。最初は新鮮でした。癌患者さんと正面から向き合うことは、たいへんなことです。緩和ケア研修、講演会等休日を含めて動員が多いので閉口します。それと私はロールプレイが死ぬほど嫌いです。

## 整形外科

主任部長 数 面 義 雄

5月から新病院となりましたが、電子カルテでの運用にいまだ慣れず、週末になるとコンピューター疲れが溜まり、ぐったりといった日々を送っています。新しいシステムで便利な面もありますが、逆に時間がかかるなど能率の悪い面もあります。手術まで長期待機をお願いしなければならない患者さんの数も減っていないのが現状です。紹介いただいております先生方には大変申し訳ありませんが、御高配のほど宜しくお願いいたします。また、ベッド数も少し減少し、転院をお願いす

第21号, 2011年

る患者数も少し増えたのでは思います。転院をお引き受けいただく先生方にはいつもながらお礼申 しあげます。

さて、4月より股関節外科専門医 大島誠吾医師が加わり、股関節鏡を使った鏡視下手術も増えております。以下に大島医師の皆さまへの挨拶文を載せさせていただき、職場だよりとさせていただきます。

平成13年に広島大学整形外科学教室に入局し、今年大学院を修了し赴任してまいりました大島誠吾です。大学院で基礎は骨髄間葉系幹細胞を用いた骨形成の促進に関する研究を行い、臨床では人工関節置換術、骨切り術などの股関節外科を学ばせて頂きました。また本邦では近年ようやく注目を集めてきている最小侵襲の関節温存手術である股関節鏡視下手術も、海外で学ぶ機会を与えて頂き多くのことを得ることができました。股関節鏡視下手術は股関節唇損傷など多くの疾患が適応となりますが、まだ手術を行う施設も少ないためなじみのない先生方も多いとは思います。しかし人工関節、骨切り術と比べ適応が非常に広く、股関節の外科的治療において有効かつ低侵襲な治療法です。新病院に移転後、徐々にではありますが股関節鏡視下手術をはじめ股関節外科を行っておりますので宜しくお願い致します。

## 脳神経外科

主任部長 門 田 秀 二

脳神経外科の平成22年4月1日から平成23年3月31日までの活動の概要は,入院患者327件(前年度比48件減),手術室での手術85件(前年度比5件増)(全麻手術51件,前年度比増減なし)で,そのうちメジャー手術は16件(前年度比1件増,脳動脈瘤クリッピング8件,AVM1件,脳腫瘍7件)であった。内視鏡支援手術は7件施行した。他に脳血管内治療を10件(前年度比3件増,脳動脈瘤コイリング9件(前年度比2件増))施行した。他にt-PAは6例に使用した。2005年10月の認可から細々と症例を重ねているが,平成23年3月31日までで総計27例となった。

平成22年度は門田秀二 (昭和61年卒 脳神経外科専門医, 脳卒中専門医)・川本仁志 (平成2年 卒, 脳神経外科専門医, 脳血管内治療専門医)・迫口哲彦先生 (平成10年卒, 脳神経外科専門医, 神経内視鏡学会専門医)の3人体制で異動はなかった。

## 小児外科

### 一平成22年度 入院統計から一

副院長 和 田 知 久

平成22年度の入院患者総数は92例で、このうち手術症例は89例であった。手術症例の中で最も多い疾患はそけいヘルニア、陰嚢および精索水腫で併せて50例、58%であった。続いて睾丸疾患は10例とほぼ昨年と変わりなかったが、その他尿道下裂3例、包茎4例、臍ヘルニア2例と minor surgery が多かった。新生児外科症例は2症例であったが尿膜管遺残の1例を手術した。残りの1例は先天性十二指腸閉鎖症と胃食道逆流症合併例だが無脾症候群が疑われかつ1心房1心室のため急遽他施設に搬送した。その他大きな手術としては膵管胆道合流異常、腸回転異常、横隔膜ヘルニア、腎盂尿管移行部狭窄などに対する手術を各々1例ずつ行った。

# 産婦人科

### 主任部長 佐々木 克

平成22年3月で松岡敏夫副院長(昭和49年卒→JA 府中総合病院へ)と江川美砂先生(平成17年卒→広島大学病院へ)が、5月には藤東猶也先生(平成9年卒→開業)が退職され、4月から私(昭和60年卒)が婦人科主任部長を拝命することとなりました。後任として大学から三好博史先生(昭和61年卒・産科主任部長)、JA 広島総合病院から三好剛一先生(平成15年卒)そして当院研修からスライドして友野勝幸先生(平成20年卒)という強力な助っ人布陣を得て、まずまず順調に始動しました。三好博史先生は何と言っても大学准教授として多方面に亘る豊富な知識と経験があり、三好剛一先生は超音波を中心とした胎児診断に精通し、友野勝幸先生は産婦人科1年生らしく自由闊達な発想で活躍してくれました。

H22年度は、病院移転・紙カルテから電子化への移行など病院全体の大変革の準備期間に位置づけられ、当科でも以下の事柄を実施(~予定)しました。

- 1) 外来患者数の制限・スリム化
  - ① H22年9月から外来診療予約制を導入
  - ② 骨粗鬆症・高脂血症患者など、地元医療機関への紹介
  - ③ 婦人科癌定期検診希望者の市町検診への移行の勧め
- 2) 病床数減少に対応すべく入院患者数の削減
  - ① クリニカルパスの入院期間の短縮
  - ② 癌化学療法患者の外来化学療法への移行

外来患者の一部には不満の声もあったと聞きますが、スタッフの協力もありなんとか乗り切っています。

秋にはインドネシアのティーウィ先生が約2ヵ月間,当科の見学をされました。前年度のリッキー先生と同様に、食べ物では赤色のかなり刺激的な味付けを好まれる先生でした。日本の若い女性が写真に写るとき V サインをすることを不思議に思っていらっしゃいましたが、今頃インドネシアでも流行らせているかもしれません。

年度末の H23年3月11日,外来診療を終え残務整理をしている最中,外来のテレビは東北地方で起きた未曾有の惨事の速報を流していました。東日本大震災です。その後のことは周知の通りで,地震と津波による壊滅的な被害に加え東京電力福島第1原発事故,さらに風評被害・・・・。自然の人を和ませ癒す力をもつ一方でその破壊力の惨さを感じます。都市の復旧・復興のみならず痛みを感じた人達の早期回復,そして原発事故の早期収束を望みます。

H22年度は卒後臨床研修を終えたばかりの、いわゆる産婦人科1年生の友野先生が加わりました。当科では初めての1年生で、彼らをどう指導するかの方針のないまま4月を迎え、当院で研修していたことで顔馴染みであったこと(長く産婦人科に関わっているような当方の錯覚)・希望枠で婦人科研修を長めに経験したこと・4人でも厳しい仕事量であることなどから、バック・アップはするものの4人体制の1/4戦力としてスタートしてもらいました。改めて振り返ると、友野先生には2軍経験のないままいきなり1軍先発出場するようなもので、初回から過度の負担を掛けてしまったと反省しています。

このように色々なことを経験し考えさせられた1年間でした。「小さくても創意」の気持ちを忘れず、事故のないように頑張ります。

### 【平成22年の分娩要約】

(1) 分娩総数;492例

①単胎;479例 双胎;13例(2.7%)

②経腟分娩;334例 帝王切開;158例(33.0%)

(2) 母体搬送数:48例 (9.8%)

### 【H22年の婦人科手術要約】

(1) 悪性疾患手術件数;85例

①広汎性~準広汎性子宮全摘 7例

②拡大~単純子宮全摘

i リンパ節郭清ありii リンパ節郭清なし23例

③子宫頸部円錐切除 24例

(高度異形成を含む)

④その他 (腫瘍摘出・腫瘍縮小など) 15例

(2) 良性疾患手術件数;98例

①開腹子宮手術 29例

②開腹付属器手術 22例

③ 腔式子宮全摘術 24例

④腹腔鏡下手術 16例

⑤子宮鏡下手術 7例

## 病理研究検査科

 主任部長
 米
 原
 修
 治

 科
 長
 佐々木
 健
 司

 科
 員
 神
 田
 真
 規

病理研究検査科は旧病院では、臨床研究検査科の奥に位置していましたが、新病院移転に伴い、臨床研究検査科と離れ、3階になりました。手術室の真向かいになったことで、手術中の先生が臓器を直接持って来て説明しやすくなり、どこを迅速にしてほしいかなどの具体的要望がよく理解できるようになりました。一方、旧病院では一個の検体から細菌検査と細胞診検査ができていたものが、感染対策の観点より、検体を分けて提出してもらうなど、看護師の方々の手間を増やす事柄も発生しました。一長一短ありますが、ご理解とご協力をお願いいたします。さて、今年受ける機能評価に際しては、ホルマリンの管理(使用量、保管庫の有無、暴露の抑制など)が重要なチェックポイントの対象となっております。よって、これまで院内各科で分注していたホルマリン溶液を、病理研究検査科で分注し、一括管理する方向で進めたいと思っています。各科のご協力をよろしくお願いいたします。

2011年3月にはこれまで乳癌に対する分子標的治療である,ハーセプチン投与に関係している HER2 遺伝子検査が,胃癌にも追加保険適応となりました。「HER2 過剰発現が確認された治療切除不能な進行・再発の胃がんまたは胃食道接合部癌」が対象となります。HER2 遺伝子検査は,従来どおり,当科で行っている免疫組織染色法(IHC)が胃癌でも保険適応ですし,生検での判定も可能です。また4月には HER2 遺伝子検査が術前補助化学療法の投与判断にも保険適応となりました。これからますます新たな分子標的治療薬が販売され,それに伴い遺伝子検査の必要性も高まることが予想されます。患者様,臨床の先生のためにより貢献できるよう,病理研究検査科一同努力していきますので、今後ともご指導、ご協力をお願いいたします。

### 眼 科

部長代理 小 林 賢

H22年4月より胡田麻里医師の異動に伴い、新しく越智文子医師を迎えての診療体制となりました。卒後4年目ですが臨床の基礎がしっかりとしており、今後の成長が楽しみな先生です。また、インドネシアから留学生も来られており、インターナショナルなチームとして頑張っております。

外来に関しては、H22年3月より光干渉断層計(OCT)が導入されました。それに合わせてルセンティスによる抗 VEGF 抗体療法もスタートさせることができ、今後は加齢黄斑変性症の治療も積極的に行っていきたいと思います。また H22年秋から外来予約システムを取り入れ、外来での待ち時間短縮に努めています。現在ではほとんどが予約患者となってきており、その効果も得られてきました。

手術に関しては、白内障手術・硝子体手術を中心に手術件数も着実に増加し、H22年度は白内障手術417件・硝子体手術98件でした。ご紹介下さる先生方には大変感謝をしております。今後の課題としては、白内障手術の予約が長くなっておりますので、1日の手術件数を何とか拡大させ、もっと短期間にしたいと思います。新病院のシステムに足を取られなかなか捗りませんが、限られた労力を上手く利用できればと思います。

今後もより良い医療を提供できるように、頑張って参りたいと思います。

### 耳鼻咽喉科

### 「2011年未来への旅立ち」

主任部長 森 直 樹

耳鼻咽喉科では、医師は平成23年も、森 直樹(昭和61年卒)、古家裕巳(平成16年卒)、長 陽子(平成17年卒)の3名で外来診療と入院治療、手術にあたっています。看護科からは、沖原看護師と宝利看護師そして毛頭看護師(聴力検査専任)が来てくれています。新病院では Medical Assistant として竹本さんが配属になりました。診療予約の調整、問診票や処置伝の入力、画像、診断書の準備などの業務をして貰っています。言語聴覚士は山根言語聴覚士の退職に伴い、吉瀬言語聴覚士が新しく採用されました。受付事務は、総合受付と各科の受付の二重構造となり、さらに耳鼻咽喉科は皮膚科、麻酔科・ペインクリニックと3科共同の受付となり、その複雑さは大変です。また、器具の準備などをしてくれる看護学生の応援も得ています。

平成22年一年間の手術件数は,282件でした。内容は表1に示した通りです。頭頸部腫瘍の件数が 増加する傾向は平成22年も同様に続いていました。小児扁摘は少子化を反映しているのか,以前ほ どの件数はありません。

平成22年の嚥下機能評価・リハビリは、161症例でした。新病院になってからは VF も可能になりましたが、問題はマンパワーです。

スタンリー=キューブリックの「2001年宇宙の旅」は、1968年に公開されました。その冒頭で、リヒャルト=シュトラウスの交響詩「ツァラトゥストラはかく語りき」の印象的な音楽がバックに流れ、ヒトの祖先が動物の骨を道具として使うことを覚えるシーンが登場します。それから何百万年が経ち、動物の骨が道具だった人類は、いまや宇宙船ディスカバリー号で木星に向かって飛行しています。ディスカバリー号に搭載されているのは、史上最高のコンピューター HAL9000です。

順調にみえていた飛行は HAL9000の反乱によって危機に直面しますが、HAL9000の思考部を停止 させたボーマン船長は木星に到達し、モノリスに遭遇します。

2011年に平原台から打ち上げられた「JA 尾道総合病院」号は、未来へ向かっての飛行を開始しました。しかし、電子カルテシステムは、初期の頃に比べればトラブルは減ってきたものの、電気屋さんの考える完璧と医師・看護師・コメディカルの求める利便性との乖離は埋まりそうもありません。HAL9000の反乱のようになるのでしょうか。予約診療システムと現実の患者さんの流れは想定外のことが多発し、医師、看護師、事務方の3つは、まるでメルセデスのエンブレムを逆にしたように120度の角度を持って、別々の方向にベクトルを向けてカリカリしています。宇宙評議会は木星探査の真の目的を明らかにしていませんでしたが、当院 HQ はモノリスを明らかにしていません。アメリカのスペースシャトル計画は、2011年7月21日のアトランティスの帰還で幕を閉じました。30年の旅の途中では、チャレンジャーの打ち上げ直後の爆発や、コロンビアの空中分解といった事故もありました。宇宙の平均的な暗さは、真っ暗な東京ディズニーランドの敷地にろうそくを3本ともした程度といわれています。「JA 尾道総合病院」号は漆黒の中を漂っていのでしょうか。アナログで流れる「美しき青きドナウ」の川岸に残っていたかったようにも感じるこの頃ですが、川の水は逆向きには流れません。今年も引き続きよろしくお願いいたします。

### 耳科手術(27例)

鼓室形成術 (非真珠腫)	3 例
湯浅法	5 例
鐙骨手術	1 例
先天性耳瘻管摘出術	10例
外耳道腫瘍摘出術	1 例
副耳	2 例
チュービング	5 例

#### 鼻科手術 (66例)

内視鏡下鼻内手術	40例
Caldwell-Luc 手術	2 例
鼻中隔矯正術+粘膜下下鼻甲介骨切除術	10例
鼻腔腫瘍摘出術	3 例
鼻前庭嚢胞摘出術	1 例
上顎骨骨折整復術	1 例
鼻骨骨折整復固定術	4 例
眼窩底吹き抜け骨折整復固定術	2 例
後鼻孔癌レーザー焼灼術	1 例
上顎骨亜全摘術	2 例

### 咽頭手術(87例)

アデノイド切除術+口蓋扁桃摘出術	44例
口蓋扁桃摘出術(単独)	35例
アデノイド切除術+口蓋扁桃摘出術+チュービング	1 例
アデノイド切除術+チュービング	1 例
下咽頭腫瘍摘出術	3 例
中咽頭粘膜下異物摘出術	1 例
咽頭皮膚瘻閉鎖術	1 例
咽頭皮膚瘻孔閉鎖術(大胸筋皮弁)	1 例

### 喉頭手術(43例)

ラリンゴマイクロサージャリー 喉頭全摘術	42例 1 例
頭頸部腫瘍(59例)	
	18例
顎下腺腫瘍摘出術	7 例
<b>唾石摘出術</b>	2 例
正中頸嚢胞摘出術	4 例
舌腫瘍摘出術	6 例
舌下腺摘出術	1 例
口腔・口蓋腫瘍摘出術	2 例
頸部リンパ節試験切除	5 例
頸部腫瘍摘出術	7 例
気管切開術	4 例
根治的頸部郭清術	3 例

## 泌尿器科

主任部長 森 山 浩 之

当科では、平成22年度も何とか石 光広医師(平成9年卒)、金岡隆平医師(平成15年卒)および森山(昭和55年卒)の3人体制で仕事を行うことが出来ました。いつ一人減らされるのかと、ひやひやしながらの1年でした。

平成22年に、手術室において麻酔下に行いました手術・処置件数は379件で、平成21年の351件よりわずかに増加しておりました。当科では他科のお邪魔にならないように、また手術室からの指示に出来るだけ沿うように努めながら手術を行っております。当科における代表的な手術を以下に示します。

### 2010年 手術室において行った手術・検査件数 379件

#### 代表的な手術内容

腹腔鏡下手術 15件(腎摘除術…9件,腎尿管全摘術…3件,

腹腔鏡補助腎部分切除術…2件,

腹腔鏡下副腎摘除術…1件),

開腹腎摘除術 5件,

前立腺癌診断数 82件(生検数158例で検出率53%),

前立腺全摘除術 24件, 経尿道的膀胱腫瘍切除術 77件, 膀胱全摘術 3件, 経尿道的尿管結石摘出術(TUL) 11件, 経尿道的前立腺切除術 8件.

女性尿失禁・骨盤臟器脱手術 2件,

また、ほとんどが外来にて行われた。

対外衝撃波結石破砕術 (ESWL) 95件, などでした。

腹腔鏡下手術は、私が赴任してきました平成14年4月から平成22年度末までに151例を経験して

おりますが、手術途中で開腹術へ変更せざるを得なかった症例はわずか1例のみです。

また、当科における恥骨後式前立腺全摘除術は、わたしが赴任してきました平成14年からは順行性術式を採用しております。より高い根治性を期待してこの術式を採用しましたが、現在でも大半の施設では逆行性術式が行われています。当科において順行性術式にて手術をした115例の病理学的な結果 $^1$ )では、切除断端に癌を認めた症例(ew+)は13例、11.3%でした。詳しく分析すると、pT2(癌は前立腺内に存在)での ew+は91例中3例(3.3%)、pT3(癌は前立腺外へ進展)での ew+は22例中10例(45.5%)でした。pT2における ew+は、癌は前立腺内に存在するにもかかわらず前立腺に切り込んでしまったために断端陽性となった、つまり手術の不成功を意味することになります。一般には pT2 症例での ew+は10-20%と報告されており、当科での pT2 症例における ew+の割合はこれらと比較しても非常に低く、順行性術式はやや時間を要するもののこれを採用していることの意義を証明できていると考えています。

平成23年度からは、医局の方針で当科は2人体制になることが決定しています。そうなりますと 院内外の皆様には大変なご迷惑をおかけすることになりますが、これからも泌尿器科をご支援いた だきますようお願いします。

1) 森山浩之・他:限局性前立腺癌に対する恥骨後式順行性前立腺全摘除術の病理学的成績. 広島医学 63:691-695, 2010.

### 麻酔科

副院長 瀬 浪 正 樹

麻酔科は常勤医4名体制(副院長・主任部長:瀬浪正樹 昭和51年卒,主任部長代行:松永亜希 平成10年卒,石橋優和 平成10年卒,檜高育宏 平成11年卒)で運営されているが,檜高育宏は人 事異動により平成23年4月からは撰圭司(平成16年卒)に代わり着任した。

当院での麻酔科の業務内容は1.手術麻酔、2.術前診察、3.ペインクリニック(外来、入

表 1 平成22年外来患者数

20 1	170022十八八心日奴		
月	新 患	再 来	
1	13	497	
2	9	510	
3	10	516	
4	9	525	
5	16	468	
6	16	506	
7	19	537	
8	18	528	
9	14	462	
10	11	476	
11	11	509	
12	6	434	
計	152	5,968	

院), 4. NICU 当直, 5. 研修医の指導, 6. 救急救命士研修, 7. 救急蘇生委員会での出動, 8. 各種講習会へのインスト参加, 9. 各種委員会への出席, 10. インドネシア研修医の指導等があげら れる。ペインクリニック外来においては毎日一人が担当し、ブロック や投薬治療を主体に疼痛管理を行っている。慢性痛に対する新薬の発 売に影響されてか受診患者数は新患、再来患者とも前年より減少した (表1)。平成22年の手術室利用件数は4,106例で麻酔科管理症例は 2,395例であった。これは平成21年(2,425例)とほぼ同数で大きな変 化は認められなかった。その内訳は表に示すとおりである。毎年のご とく問題点となるのは人員不足による業務の圧迫である。手術症例の 組み立ては麻酔科の医師数に依存しているため応援医師の依頼しては いるものの、それを上回るほどに件数が多いと手術を横に広げること ができず、手術症例をこなすため遅くまで麻酔をする必要が出てく る。午前中はペインクリニックと術前診察があるため手術に専念でき る医師数に制限が加わり朝からの手術数は3件を越すことが事が出来 ない。一方ペインクリニックでは一人医師での診療となるためブロッ クや診察のスキルを初心者に指導する機会をあまり作ることができな

い。急患に備えた麻酔科の待機では一人当たりの分担が多くなり、また、講習会や学会参加、リフ

レッシュ休暇などで出張した場合は残った麻酔科医にしわ寄せがきてしまうことになる。これに対し人員増が得られた時の業務改善への期待は大きいものがある。朝から麻酔に関わる医師が増えさらに新病院では手術室が8室と増加したため並列での麻酔の増加が期待できる。余力ができることで若手医師へのペインクリニックの指導や院内の各種委員会への出席や講習会、学会参加などが容易になってくる。待機の負担日数が減少し疲労度も減少出来てくるものと思われる。 一日でも早く人員増が達成できることを望むものである。

### 表 2 平成22年麻酔症例の集計

手術室利用症例 4,106例 麻酔科管理症例 2,395例

ASA PS			
1	354	1 E	25
2	1,549	2 E	284
3	134	3 E	46
4	2	4 E	1
5	0	5 E	0
6	0	6 E	0
合計	2,039		356
			14.86%

手術部位	
脳神経・脳血管	36
開胸・縦隔	92
心臓・大血管	60
開胸+開腹	3
開腹(上腹部)	364
開腹 (下腹部)	362
帝王切開	165
頭頚部・咽喉部	414
胸壁・腹壁・会陰	320
脊椎	133
股関節・四肢(含む末梢血管)	438
検査	0
その他	8
合 計	2,395

性別	
男性	1,093
女 性	1,302
合 計	2,395

年齢構成	男 性	女 性	合 計
~1カ月	0	0	0
~12カ月	12	4	16
~ 5歳	75	36	111
~18歳	96	82	178
~65歳	430	625	1,055
~85歳	448	468	916
86歳~	32	87	119
合 計	1,093	1,302	2,395

麻酔法	
全身麻酔(吸入)	198
全身麻酔(TIVA)	781
全身麻酔(吸入)+硬・脊・伝麻	75
全身麻酔(TIVA)+硬・脊・伝麻	772
CSEA	350
硬膜外麻酔	0
脊髄くも膜下麻酔	213
伝達麻酔	3
その他	3
合 計	2,395

体位	
仰臥位	1,596
腹臥位	160
側臥位	167
砕石位	427
坐 位	21
その他	24
合計	2,395

2010年科別症例数			
外科	787		
整形外科	549		
脳外科	54		
心臓外科	82		
小児外科	87		
皮膚科	34		
泌尿外科	92		
産婦人科	367		
眼科	14		
耳鼻咽喉科	285		
歯科	41		
内科	3		
合 計	2,395		

## 放射線科

主任部長 森 浩 希

念願の新病院移転から数ヶ月が経過し、ようやく落ち着きを取り戻しました。新たな環境で新しい機器に囲まれていると、新人の頃のような新鮮な気持ちになりますが、あらためて現代の医療が 高度な設備や高額な機器のうえに成り立っていることを実感します。

当科の医師は、木曽哲司(昭和48年卒)、森(平成3年卒)、高澤信好(平成5年卒)、目崎一成(平成5年卒)のこれまで通りの四名に、4月から西原圭祐が加わりました。西原は平成15年鳥取大学卒業で、地元尾道の医療に貢献するために希望赴任してきました。彼の加入により読影能力が倍増し、新病院稼働時からは CT、MRI のほとんどの症例を読影することができるようになりました。伊藤勝陽(昭和47年卒)は院長職に専心しており、新病院船出後も引き続き病院の顔として尽力しています。

新病院では撮影機器が大幅に入れ替わりました。CT は64列の最新機器を導入し、従来の16列と併せて2台のマルチスライス CT で増え続ける検査をこなしています。MRI は移設した1.5T (テスラ) の機器に加えて、最新鋭の3T 機を導入しました。3T の機器はまだ一般病院にはあまり普及していませんが、画質の向上は期待以上で、臨床に役立つ画像を提供できそうです。また血管撮影装置も CT が付属した最新機器に更新しており、治療と直結した手技が容易にできるようになりました。そのほかにも、電子カルテ導入に伴ってすべての画像を各端末に配信できる設備(PACS)も整備され、フィルムレス環境が整いました。

これら最新機器は多額の投資のうえで導入されており、それだけ画像診断に対する期待や要求も大きいものと考えています。宝の持ち腐れにならないよう質の向上に取り組むことはもちろんのこと、厳しい医療情勢の背景や即時対応の必要性から数をこなすことも求められています。不断の努力が必要なことを肝に銘じつつ、診療・診断にあたる毎日です。

# 歯科口腔外科

副部長 永 田 将 昭

歯科口腔外科は原主任部長と私の歯科医師2名と米田歯科技工士,恵谷看護師,浜原歯科衛生士,受付の大村さんの6名で診療にあたっております。

当科では歯牙う蝕,歯周病,義歯等の一般歯科診療はもとより,粘膜疾患,顎関節症,口腔外傷,各種炎症,智歯抜歯,嚢胞、良性・悪性腫瘍等の口腔外科治療を中心として行っております。

また、処置に対して極度の恐怖症のある患者には静脈ルートを確保し、モニター監視下必要に応じて抗不安薬と低濃度の全身麻酔薬を併用し、静脈内鎮静下にて安心で安全な歯科治療を心がけています。特に全身麻酔下における手術においては、医科の先生方にご協力を頂き、全身疾患を伴った有病者の手術や術後全身管理を行っております。

また,当科では尾三地区,福山,府中の歯科医院,病院の先生方より多くの症例をご紹介頂いており,患者利便のための地域連携を密にして,診療にあたっております。

当科では院内 NST 委員会のサブグループとして「口腔ケアチーム」の活動も致しております。 癌治療の有害事象としてさまざまな口腔トラブルがありますが、これらの口腔トラブルの対応は後 回しになる傾向にあります。しかし、口腔トラブルは口内炎や歯肉炎などの痛みによる経口摂取の 低下を招きます。吐き気や痛み等での口腔の不衛生から口腔内感染を引き起こし、また誤嚥性肺炎等の全身感染に広がる恐れがあります。口腔ケアは癌治療の初期より徹底させ、少しでも口腔トラブルを軽減させ、癌治療のスムーズな遂行を図る必要があると考えております。外来化学療法中、入院癌治療中の患者の口腔ケアは、チーム医療の観点からも病院歯科の重要な役割であると考えております。限られたマンパワーの中で、微弱ながら当科スタッフで力を合わせ頑張っていきたいと考えております。

## 総合診療科

主任部長 石 川 哲 大

平成21年4月に創設された総合診療科は、月曜から金曜日の8:30~17:00の急患・救急車対応と受診科の選択が難しい患者さんの診療にあたっています。スタッフは渡辺憲治 Dr/平野巨通 Dr/石川の3名で、院内緊急事態発生時(ハリーコール)に現場にいち早く駆けつけることも任務としています。

平成22年度は次年度新病院開院時の総合診療科の新しい体制の準備が始まりました。新病院では、救急総合診療部・救急センターとして同時に救急車3台が受けられるという広いスペースを与えられ、救急対応は勿論のこと、紹介状のない患者さん・予約のない患者さん…いわゆるウオークインの患者さんなどへの対応もすることになっており、人数は増えるわけではないのに業務が増えることに対して早くから対策を検討しました。まず、外来患者数が増えた状態で救急車を受ければ診療が滞ることが予想され、下記の(表-1)のように外来を補う-10 のように外来を補う-11 のように外来を補

50 1 400 E 157/8-11 217/017-103					
	(月)	(火)	(水)	(木)	(金)
[ AM ]	渡辺	石 川	渡辺	平 野	渡辺
補	【木曽】	【上田】	【木曽】	【石川】	【石川】
[ PM ]	渡辺	石 川	渡辺	石 川	渡辺
補	【木曽】	【上田】	【木曽】	【平野】	【石川】

表-1 総合診療科 外来体制

さらに、救急対応の際に各科のバックアップ体制の整備が不可欠と考え、全科の主任部長・部長と相談をして下記の(表-2)の一覧表が完成しました。構成人数が少ない科もあり、また手術や検査で余裕のない科もある中、このバックアップ体制作りに好意的にご協力をいただき、ありがとうございました。このバックアップ体制が完成したことは総合診療科にとって何よりも心強いもので、通常ではなかなか実現できないシステムです。これを基に、救急外来と各科とのより一層スムーズな連携を築きたいと思っていますので、よろしくお願い申し上げます。

表-2 救急患者への各科バックアップ体制

		(月)	(火)	(水)	(木)	(金)
10 H A= A D&	AM	渡辺・(木曽)	石川・(上田)	渡辺・(木曽)	平野・(石川)	渡辺・(石川)
総合診療科	PM	渡辺・(木曽)	石川・(上田)	渡辺・(木曽)	石川・(平野)	渡辺・(石川)
内 科	AM	山雄	実綿	大月	大月	佐上
	PM	天野 美	佐上	実綿	天野 美	橋本
循環器科一	AM	Nrs PHS 7218	Nrs PHS 7218	Nrs PHS 7218	Nrs PHS 7218	Nrs PHS 7218
	PM	上田	尾木	森島	渡邉	渡邉
外 科-	AM	高橋	濱岡	1/3/5高橋 2/4田口	濱岡	田口
	PM	高橋	濱岡	1/3/5高橋 2/4田口	濱岡	田口
*** T/ Al 41	AM	花岡	花岡	花岡	花岡	花岡
整形外科	PM	花岡	花岡	花岡	花岡	花岡
마스카 선스 번 판	AM	迫口	門田	川本	迫口	迫口
脳神経外科	PM	外来へ TEL	外来へ TEL	外来へ TEL	外来へ TEL	外来へ TEL
心臓血管外科 -	AM	濱本	濱本	濱本	濱本	濱本
	PM	濱本	濱本	濱本	濱本	濱本
皮膚科-	AM	森本	森本	森本	森本	森本
	PM	森本	森本	森本	森本	森本
泌尿器科	AM	外来へ TEL	外来へ TEL	外来へ TEL	外来へ TEL	外来へ TEL
	PM	外来へ TEL	外来へ TEL	外来へ TEL	外来へ TEL	外来へ TEL
女 相 1 利	AM	佐々木	頼	友野	川上	三好
産婦人科	PM	佐々木	頼	友野	川上	三好
T 自 III III A	AM	長	長	森	古家	古家
耳鼻咽喉科	PM	長	長	長	古家	古家
放射線科	AM	西原	森	目崎	西原	目崎
	PM	西原	森	目崎	西原	目崎
点 融 到	AM	石橋	瀬浪	檜高	松永	瀬浪
麻 酔 科	PM	松永	石橋	松永	瀬浪	檜高
III 1)	AM	外来へ TEL	外来へ TEL	外来へ TEL	外来へ TEL	外来へ TEL
眼 科	PM	外来へ TEL	外来へ TEL	外来へ TEL	外来へ TEL	外来へ TEL
上が日時はか	AM	外来へ TEL	外来へ TEL	外来へ TEL	外来へ TEL	外来へ TEL
歯科口腔外科	PM	外来へ TEL	外来へ TEL	外来へ TEL	外来へ TEL	外来へ TEL
精神神経科	AM	木保	木保	木保	木保	木保
	PM	木保	木保	木保	木保	木保

### 薬剤部

### さらなる飛躍をめざして

科 長 安 原 昌 子

新病院への移転が無事終了し、最新システムでの業務がスタートしました。新病院移転では、感激的な患者移送終了後、地味に薬剤部内の全ての薬剤の搬出・搬入を行いましたが、無事に終えることができました。これも皆様のご協力があればこそと感謝申し上げます。

新病院ではトーショー調剤監査システム導入により、特殊調剤が多い外来院内処方調剤および監査が簡便となりました。調剤監査システムは、散薬、水薬、軟膏調剤で導入しており、薬袋、水薬ラベル、お薬説明書は自動印刷されます。入院調剤では原則一包化(錠剤散剤別包)調剤としており、薬袋、分包紙には患者名・服薬時間・薬品名が印字されるため、服薬コンプライアンス、医療安全の向上に寄与しています。

注射剤調剤では、電子カルテに入力された翌日の注射処方を今回導入した自動注射払い出し装置に送信し、補液、抗がん剤、冷所薬品を除く注射薬を自動調剤しています。個人カセットに注射処方せん、注射薬(補液除く)、ラベル(患者識別バーコード付き)がセットされて機械から払い出された後、薬剤師が監査しながら補液をセットし、病棟用カートに納めます。個人カセットのネームカードには施用日、病棟、患者氏名が自動印字されるため、病棟用カートに納められた状態でも分かりやすくなっています。実施前の注射処方せんを薬剤師が薬品取り揃えをしながら監査することにより、適正な薬物治療の提供が可能となっています。

化学療法センターに隣接した無菌製剤室には安全キャビネット2台,クリーンベンチが2台設置され,抗がん剤や外来患者のTPNの調製をダブルチェックのうえ実施しています。化学療法は電子カルテレジメンオーダーに登録したプロトコールのみが使用できるシステムとなっています。注射処方せんには患者の身長,体重,体表面積,直近の検査値が記載されており,休薬期間内にはレジメンがオーダーできないシステムとなっているので,監査が容易となりました。また,注射調製業務支援システムにより抗がん剤溶解液量や抜き取り量が自動で計算されるため,調製リスクは低減しました。

薬剤管理指導業務は電子カルテと連動した服薬支援システムを活用し、全病棟を対象に行なっています。入院時の持参薬、OTC薬、健康食品、副作用・アレルギー歴などの患者情報をお薬手帳、薬の説明書、面談により確認することはもちろんですが、病棟・薬剤部間で薬剤管理指導依頼票を運用し、病棟看護師からの服薬指導の依頼にも随時対応しています。

新病院での業務では、医療安全に配慮された新システムよる業務の過誤の低減や、システムにより繰り出された時間がきめ細かい服薬管理指導や専門性の高い薬学的介入を可能にすることが期待されます。薬剤部では診療点数に特化した業務(薬剤管理指導業務、特定薬剤治療管理業務、無菌製剤処理業務)をベースに臨床の現場で最善の薬物治療を提案できるよう今まで以上にチーム医療に参画していこうと考えています。

### 地域医療連携室

医療ソーシャルワーカー 豊田 直之

平成11年度から開設された当院の地域医療連携室は今年で12年の実績を重ねました。今でこそ病院に地域医療連携室が設置されているのは必然となっていますが、当時は県内でも稀で、『地域医療連携』・『地域完結型医療への転換』の必要性を一早く感じ取り、早々に開設に至たりました。

12年間の地域連携事業の中で、当院と近隣医療機関との地域医療連携は仕組み・組織は成熟の域に達したと言っても過言ではありません。紹介患者の受入れ(紹介率:66.2%)、救急搬送患者の受入れ(救急搬送数:2,625件/年)、地域医療への連携(逆紹介率:87.0%)、共同診療(開放病床利用率:45.7%)、医療機器の共同利用(MRI:175件/年、CT:253件/年、内視鏡検査:284件/年)、地域連携パス(198件/年)と全国に誇れる実績を上げています。

このような地域医療連携が成熟した土壌にあっても更に強固な地域医療連携を構築するため今年度重点を置いたのが、『患者個々への医療連携』です。すなわち『退院時ケアカンファレンスの開催』です。要介護・要援助患者の在宅復帰の際には必ず退院時ケアカンファレンスを開催し、病院治療チームから在宅医療・介護チームへ情報をバトンタッチするように努めました。実績としては、在宅かかりつけ医が出席した退院時ケアカンファレンスは50件/年でした。

上記の地域医療連携を継続・向上させていくため近隣医療機関との地域医療連携としては、連携フォーラム等の研修会を開催し顔の見える連携をしたり、尾道市医師会の各種プロジェクト委員会に当院の専門職種が参画し協議・検討を行ったりしています。

また患者支援としては、昨年同様に市民公開講座「市民のためのがん最前線」の開催や「ふれあいサロン(がんサロン)」の定例開催、「がん教室」の開催準備を行うと共に、個々の患者に対しては医療福祉相談としてそれぞれのニーズに対応してきました。

地域医療連携は継続性・連続性の基に成り立つものだと感じています。一時でも手を休め、足を 止める事は地域医療連携を停滞させる事を意味すると感じます。引き続き地域のため、患者のため、病院のためになる地域医療連携を展開していけるよう、新病院への移転を機に、地域医療連携 室の組織改革を行いました。『医療福祉支援センター』と名称も変更し、地域医療連携を担う『地域医療連携室』と、患者支援を担う『総合医療相談室』に部屋を分け業務内容も整理しています。

## 看 護 科

### 看護部への期待

副院長 藤 越 貞 子

平成17年4月より看護部長を拝命し、6年間が過ぎました。この6年間は国の医療政策も大きく変化した時期でもあり、医療機能の分化、地域完結型医療の実施、在院日数の短縮など当院でも医療体制の変革がありました。

特に看護部に関しては、18年3月、訪問看護ステーション・居宅介護事業所を閉鎖し、急性期病院に特化し地域完結型病院を目指したこと、18年4月の診療報酬改定では7対1の看護配置の新設で、平均患者数に対して実際働いている看護師の数で評価されるようになり、当院の丁寧な看護も評価されるようになりました。そして経営にも貢献できるようになり、看護部にも明るい光がさし始めたことを実感したのもその頃です。

看護師数も平成18年の392名から22年4月には436名に増えましたが、重症度の高い患者や高齢者が増え、高度医療のもと看護の煩雑さはむしろ多くなったように感じます。平成19年11月から念願のICUが2床稼動し始めました。新病院では、ICUの増床予定あり、さらに重症患者にも対応できるようハード面の整備とともに看護師教育にも力を入れています。

平成22年4月から「新人看護職員研修」の努力義務化へと法改正があり、新人教育はさらに充実してきました。中堅看護師も、より専門性を求めて認定看護師を目指す人が増え、現在(23年度3月現在)8分野10名となり、23年度は4名が認定試験を受験予定です。また学会認定の資格者も増え、地域がん診療拠点病院、地域医療支援病院、二次救急指定病院、周産期母子医療センターなど看護職への期待は、大きくなってきたように思います。

多職種で関わるチーム医療が定着し、「チーム医療の要としての看護職」も少しずつ認められてきたのではないでしょうか。新病院では、現在実施している「ストーマ外来」「助産師外来」に加え、「失禁相談外来」「床ずれ・スキンケア相談外来」「フットケア」「リンパドレナージ」など看護専門外来整備しを開設します。

看護部の基本方針を「安全・安心でやさしい看護の実践」と掲げてきました。「やさしい看護」の実践のためには、「技術に裏づけされたやさしさ」と「感性」が必要です。トレーニング・アンド・トレーニング,そして自分自身が生活を豊かにし満足できる看護の実践が大事です。新病院では、病棟編成や、ICU、回復室、化学療法室、入院退院センターなどの増床や新設、紙カルテから電子カルテへと大きく変化します。

平成23年3月末で私は看護部長を卒業し、樋本瑞江新看護部長に引き継ぎます。新しい時代の到来と期待しています。当院に看護職の副院長制度ができ、3年が経過しました。23年度から看護部長とは別に、改めてこの制度を継続することになりました。新看護部の、さしのべる「手」、見守る「ひとみ」、看護の「こころ」に大きな期待がされています。患者さんのために頑張りましょう!

## ~コミュニケーションを大切に、安全で、 やさしい看護が提供できる病棟を目指して~

3B病棟 箱 崎 弘 美

3 B 病棟は、46床で、心臓外科・循環器科・麻酔科・放射線科の混合病棟です。

移転にまつわるエピソードといえば…元南3病棟は、ICU、回復室、3B、5Bへとスタッフがそれぞれ勤務移動してしまうため、新病院への移転物品も3分割。本棚・スチール棚・デジタルカメラ・冷蔵庫・コピー機などありとあらゆる品々の争奪戦があったわけです。時にはじゃんけんをし、時には早い者勝ちでラベルを貼り、それはそれは凄まじい日々でした。(ちなみにいつも争奪戦に敗れていたのは、回復室でした…)移転し2ヶ月が経過した今となっては懐かしい思い出となりました。

さて、3B病棟といえば皆様もご存知のとおり、とても複雑で迷路のような構造となっています。はじめて病棟を見学した時はあまりに、ナースステーションから離れている病室を見て愕然としました。モニター監視や輸液ポンプ・シリンジポンプなどの必要な患者はどうやって看護すればよいのだろうかととても困惑しました。又他病棟の景観の素晴らしいデイルームを羨望の眼差しで眺めていました。

しかし、頑張るしかありません。ピンチはチャンスに変え、5月1日移転と同時に新メンバーの看護師29名、看護補助者2名で3B病棟が始動開始しました。

尾道市では広島県内における急性心筋梗塞の地域医療推進モデルとして、平成22年4月から急性

心筋梗塞地域連携クリニカルパスの試験運用が始まっています。当院は、年間400例を超す冠動脈検査・治療を行っており、連携パス推進に向けた基幹病院としての役割も担っています。又昨年10月より、心臓リハビリテーションも運用し始め、新しく新設された心臓リハビリ室で、心不全・AMI 患者のリハビリが行われています。毎週金曜日に行われている心臓リハビリカンファレンスでは、医師、看護師、理学療法士が参加し、情報の共有をはかっています。

まだまだ試行錯誤の毎日ですが、急性期・慢性期・回復期・ターミナル期など様々な患者さんがおられます。それぞれの患者さんに順応できる安全で思いやりのある、やさしい看護が提供できるよう、スタッフ間のコミュニケーションを大切にし、日々頑張っていきたいと思います。

### 「地域周産期母子医療センターとしてスキルアップをめざす」

4A病棟 光 吉 直 子

私たち、産婦人科病棟は新病院に移転後、病床数30床で医師5名、助産師17名、看護師11名、看護助手1名のスタッフで、年間約500件の分娩(帝王切開含む)と婦人科手術年間400件と約200件の化学療法の患者様が入院されます。島嶼部や里帰り分娩と共に近隣の病院からの母胎搬送も多く、Dr・助産師・看護師が一丸となって患者様の医療に携わっています。

産前には週1回母親学級(分娩室・病室の見学、母児同室・カンガルーケアなどの説明)を開催 し、産後は母児同室を推進しながらかわいい赤ちゃんと接して癒されています。

経膣分娩後の5日間また、帝王切開後の1週間で育児や母乳の指導を行い、退院後助産師外来の1週間健診・1ヶ月健診でお母さんが困っていることはないか確認しています。困ったときにはいつでも相談できるよう電話相談を365日24時間体制で受け付けています。

地域周産期母子医療センターとして職種を超え共に看護できるようスキルアップを図るため、今年は産婦人科の三好博史先生と小児科の佐々木伸孝先生にご協力の下、4AとNICUのスタッフへNCPR(新生児蘇生法)の研修を行って頂きました。今後も研修を計画しています。また、「産科チーム」「手術チーム」「化学療法チーム」とチーム編成を行い、各チームが月に1回担当者を決めて勉強会を実施に取り組んでいます。

当科は毎年助産師学生の実習も受けており、本年度からは県立広島大学専攻科の実習も受け入れることとなりました。昼夜問わず分娩があれば指導と振り返りをしながら次世代の助産師育成にも力を発揮しています。当科は助産師・看護師が産婦人科病棟に入院される患者様の安全を第一に考え、優しい看護・信頼される看護・満足していただける看護を目指しています。

### 5 A 病棟

看護課長 柳 沼 洋 子

5階デイルームからの眺めは、海が見えて遠くに尾道大橋が見える。尾道はすばらしいと思えるところに引越してきました。そこに立って、今、私に神様が何かの褒美を与えようと言ってくれたら、きっと迷わず「絵の描ける才能を下さい」というでしょう。

新病院へ転院の当日朝早く、緊張しながら脳外科医の門田医師と慣れないリストバンドを患者につけながら何事もなく無事移送が終了することを祈りました。

月日がたつのは早く、もう4ヶ月が過ぎようとしています。現在の病棟は、脳神経外科・泌尿器科・歯科となりました。5Aは病棟看護師スタッフ32名・看護助手3名でスタートしました。とってもステキでユニーク・かつ個性的で知的な集団の脳神経外科・そして変わらずダンディで含み

笑いがとっても良く似合う・マイペースがぴったりの泌尿器科・そして今、新病院では歯科が加わってきました。どんなペアなのか全身全霊で日々観察を欠かさないようにしています。そして病棟の看護スタッフ達は、老若男女でチームを組み、笑ったり怒ったりのしながら患者の看護をしています。

新病院は、電子カルテになりました。私たちは、ずーと長く紙の中で、どんな看護をして患者に喜んでもらえるか、どんな看護がしたいのかを表現してきました。こんどは画面の中で、どんな看護を展開していきたいのか、画面の中で自分たちの看護を皆に見てもらえるようになります。皆の小さな気遣いの集まりが画面の中で生きていて、看護を語れる看護師がいっぱいになれるといいなと毎日肩こりに悩みながら平原を登って通っています。

## 広島県厚生連尾道看護専門学校

### ★ 風通しの良い教育環境を作ろう! ★

庶務課専門員 後 藤 通 雄

本校は、創立43年目を迎え、今年で1,099名を送り出し、それぞれ看護師・助産師・保健師として県内はもとより全国で活躍しています。

本年度は、伊藤学校長が就任2年目になりますが、入学式で18期生44名に祝辞として、「看護師になるんだ」という気持ちを大切にして、「患者と共感する看護師」になって欲しいと述べられた。 5月7日には、広島県東部地区看護学生スポーツ交流会が開催され、8年連続の総合優勝を果たしました。学生の努力に敬意を表したいと思います。

7月16日に4病院看護部長・副部長会議,8月11日に院内講師会議,8月13日に院外講師会議を 実施し、後期に向けての協力を要請した。7月26日には厚生連の推薦採用試験が実施され、本校から15名が受験し全員合格した。

9月30日~10月1日に学校祭を自治会主催で尾道国際ホテル・学校で開催し、各クラスの発表・クラブ活動の発表・食堂・バザー等たくさんのイベントが行われ、地域住民の方もたくさん参加されました。J-POPのバンドを招待し、ライブ形式でたくさんの曲を披露してもらい、大いに盛り上がりました。

10月5日には、看護学生研究発表会が広島で開催され、日頃の研究の成果を発表した。

11月3日に社会人・推薦入学試験,1月9日に一般入学試験,3月11日に二次の一般入学試験を実施し,39名が入学した。3月9日に卒業式を行い,16期生・30名を送り出した。2月25日に卒業記念講演会を開催し,前当厚生連常務 山口弘明先生から,「社会人としての心構え」について講演していただきました。

16期生より吸引シュミテーター (Q ちゃん) の寄贈を受け、看護実習で有効に使用しております。

最後になりましたが、2月の国家試験については、教職員を始め、院内・院外講師の方々のご協力を得て、全員合格でき大変ありがとうございました。又、新カリキュラムのもと、人間力のある 笑顔の素晴らしい実行力のある看護師を目指して育成して行きたいと思います。

数年前より学生数が減少傾向にあり、学生確保が学校経営の重点課題となっていますので、今後とも看護学校の運営・学生確保につきましては、皆様方のご理解と絶大なるご協力をお願いします。

## 栄 養 課

管理栄養士 金 子 美 樹

新病院移転に伴い、栄養科では新しい給食システム、『ニュークックチル』の導入を検討しました。徹底した温度管理の中で調理を行い、加熱した食品を一度急速冷却し、チルド状態にします。そして冷たいままで食品を盛り付け、再加熱カートで加熱して提供するシステムです。徹底した温度管理を行うことで細菌の繁殖を防ぐことができ、人の手が触れないまま最終加熱をするので衛生的に食事を提供することが可能です。また、一度冷却保存することで味の染み込みが良くなるため、減塩食(6g以下)もはるかに食べやすくなりました。旧システムでは厚生労働省が指導している普通食(塩分9g以下)を作ると、とても味が薄く美味しくないと言われていたのですが、ニュークックチルではあまり味の薄さを感じさせずに提供できるようになりました。また、献立も食種から全て見直しを行い、食器についても耐熱性・耐久性・デザイン等を考慮し、見た目から食欲がわくような食事を目指しました。システム導入により、温かいもの、冷たいものをそれぞれ適時適温で提供でき、おいしく食べることができます。

新病院に移転し運営開始後、不都合な点も多々出てくるかとは思いますが、それらの課題をひとつひとつ解決しながら患者さんに喜んで食べていただける食事を栄養科一丸となって取り組んでいきたいと思います。電子カルテ及び新給食システム導入と新たなことばかりで不安要素はたくさんありますが、みんなで力を合わせて患者の栄養改善に努めていきたいと思っています。

## 臨床研究検査科

主任部長 平 野 巨 通科 長 細 谷 勝 己

臨床研究検査科は平野主任部長,米原部長,科長以下,主任5名を含む臨床検査技師25名 (パート5名),助手1名で検体検査,生理検査に対応しています。

当検査科では、迅速、正確をモットーに年間約25万件の検査を実施しています。

診療前検査が定着し、迅速報告を行う為に、多くの検査項目で自動機械化が進んでいます。正確なデータを出す為には、検査機器のメンテナンスや試薬の管理、コントロール値の確認など厳重な監視が必要になります。

最新の検査機器では、いつも正確なデータが得られると思われがちなのですが、最新の機器であっても、時々、おかしなデータを出して来ることがあります。原因は、患者血清のマトリックスに由来するものやフィブリン、薬剤等による影響、測定器のサンプリング時の微妙なズレや測光系のバランスの変化など様々です。

検査科では、コントロール値の確認、患者個々の時系列データとの整合性、関連項目間チェック、再測定などを行い、正確な報告となるよう検査技師が管理を行っています。

診療には正確な情報が必要であり確認作業に若干時間のかかる場合もありますが,何卒ご理解, ご協力いただきますようよろしくお願い致します。

特定検診スタート以降、どこの病院でも同じデータになるよう全国的に臨床検査データ標準化事業が推進されています。それにより、多くの検査項目で測定値にほとんど差がないレベルに近づいていますが、基準範囲の設定が施設によって異なる為、各医療機関で臨床的判断が変わるという問

題が指摘されています。

基準範囲は各施設において膨大な健常者測定を行い正常範囲としたものや、多種の文献を引用して設定されているため、施設によって差があります。

当院でも健常者データをベースに測定試薬や使用機器の文献を参考に設定しておりますが、臨床 検査適正化委員会において新病院移転に伴い、広島県が推奨する広島大学病院を中心とした四病院 会(広大、日赤、県病、市民病院)の統一基準範囲の設定に変更することになりました。

検査項目によっては基準範囲が多少変わりますが、ご理解、ご了承いただきますようお願いいた します。

検査科ではより早く正確な報告は元より、検査に関するお問い合わせや情報提供も行います。皆様のご指導、ご鞭撻をお願い致します。

## 心理療法室

臨床心理士 西村 寛

心理療法室では、外来・入院患者を対象に、各科から患者の紹介を受けています。 主な業務内容としては次の通りです。

- 1 患者本人や家族との面接
- 2 心理検査, 発達検査
- 3 緩和ケア回診・外来, がんサロン, IC やカンファレンスへの出席
- 4 スタッフの気掛かりごと相談

#### ○平成22年度実績

受理件数 がん患者36件,小児科26件,精神科6件,がん除く身体科2件

総面接回数 がん患者237件,小児科574件,精神科347件,がん除く身体科24件

心理検査等 発達検査19件, 知能検査31件, 心理検査7件

その他 カンファレンス101件, スタッフ37回

平成22年度より心理士2人がフルタイムで2名勤務する体制となりました。

23年5月より病院が平原に移転しました。心理室は大きな器具もなく、主に書籍類の搬出だけだったため、荷造り自体はさほど苦労しないのですが、なにせ引越し前日の夕方まで面接を入れていたために、おもちゃ類(子どもも来るためおもちゃが揃っているのです)は荷造りしようにもできず、夜遅くまで残って荷物を詰めていた記憶があります。途中何度か心が折れそうになりましたが、皆様の協力も得ることができ、何とか無事に運び終えることができました。

新病院では机やロッカー、ソファーなどが新調され、気分も新たに仕事に励んでいます。今後と もよろしくお願いします。

## リハビリテーション科

### リハビリテーション部門現況について

科 長 村 上 並 子

今年5月に新築移転して、当部門はリハビリテーションセンターとして新たなスタートを切りました。位置は7階で、明るい室内になっております。昨年10月から心臓リハビリテーションの施設基準を取得し、心臓リハビリテーション室が1階に配置され、より設備も充実しています。

スタッフも4月より作業療法士、7月より理学療法士それぞれ1名ずつ増員となりました。より 充実したリハビリ実施のために、患者一人当りのリハビリ時間を増やし、早期離床、廃用進行の防止、日常生活動作能力の回復をはかっていくとともに、今年度はがんのリハビリテーションの算定 など、リハビリ対象の拡大をしていくことを計画しています。

電子カルテの導入により、リハビリカルテも一元化され、他部署から日々のリハビリ記録が閲覧できるようになっています。またリハビリからも電子カルテから患者情報を迅速に得ることができ、より多職種の情報を共有できる環境になりました。

今後はリハビリテーションセンター運営委員会でリハビリ運営を検討していく場を設け、土・日 リハビリの検討、運営にかかわる問題点や業務の拡大等、各疾患区分の専任医師の先生方の意見を いただきながら、よりよい運営を進めていければと考えております。

平成22年度リハビリテーション科 実施状況について

○ 年間処方件数:1,768件(入院 1,474件 外来 294件)

\*21年度 1.882件 (入院 1.502 外来 380)

○ 自宅復帰率:68.9%

\*21年度 69.4%

○ 疾患区分別リハビリテーション実施件数・単位数 (入院・外来)

リハビリテーション疾患区分	実施件数	単 位 数
運動器疾患区分	11,067	13,614
脳血管疾患等区分	14,389	16,231
呼吸器疾患区分	4,630	5, 336
心大血管疾患区分(10月より)	999	1,602
合 計	33,632	36,783

\*21年度年間合計件数 25,312件 単位数 32,269

## すくすく保育所

### ~ピカピカのすくすく~

保育士 岡 崎 敬 子

平成4年10月の開所以来,運営関係者の方をはじめ保護者の方々また,院内の多くの皆様の深いご理解,ご協力に支えられ19年目を迎えました。そして,このたびの病院の新築移転に伴い,すくすく保育所も院外に新築移転させていただきました。

平成23年5月2日に、伊藤院長先生、樋本看護部長さん、巴次長さん、総務課の村上係長さんに臨席を賜り、『開所式』も執り行っていただき、『ピカピカのすくすく』での生活がスタートしました。こんな記念に残る門出の瞬間に立ち合わせていただけたことをスタッフ一同大変ありがたく嬉しく思っています。

さて、移転当初は新しい環境に保育士も右往左往する中、2歳児は天井の高い、園庭側は大きな窓のある開放的な新しい保育所に喜びはしゃぐ反面、どことなく落ち着かないようで「ピカピカのすくすく好きじゃない」と言うこともあり、 $0\cdot 1$ 歳児は慣れない環境に不安を感じ登所時や保育士がお部屋を出入りすると泣いてしまったりしていましたが、1ヶ月も経つとすっかり新しい環境に慣れ、今度は、好奇心いっぱいの子ども達は『ピカピカのすくすく』を探索、探検し始め、あっちへこっちへと忙しそうでした。夏を迎える頃には落ち着いて、みんな、とても快適に過ごしています!芝生のある園庭で遊具遊びや、走り回って遊ぶことも喜び、「お庭で遊びたい!」とよくリクエストがあります。もう「ピカピカのすくすく好きじゃない」と言う声が聞かれることはありません。

こんな立派な保育所を建てていただいたことに改めて深く感謝しています。

平成22年度もおかげ様で定員いっぱいで活気に溢れましたが、今年度も多数の申し込みがあり、 年明けには定員いっぱいになる予定です。

園舎だけでなく、保育もより充実したものとなるように努めていきたいと思っております。今後 ともよろしくお願いします。



ピカピカのすくすく保育所



開所式

## 人 事 課

書 記 山 下 雄 三

22年度は VDT 健診を職員健診と同時に行ない、新病院での電子カルテ導入に先駆けて VDT 作業者の心身の疲労度チェックを行ないました。また昨年に引き続きメンタルヘルス対策として「心とからだの健康チェック」を実施し個人のストレス度・心身の健康度を把握し外部の専門機関よりアドバイスを受けました。

人事課の業務は給与計算をはじめ、診療費補助業務等福利厚生に関わる業務、安全衛生面ではインフルエンザ接種申込・健康診断申込等の業務も行なっております。これからも人事課として、職員皆が安心して業務に従事できるよう、"親切・迅速・的確"をモットーに努めていきたいと思います。

## 総 務 課

書 記 津 川 裕 美

院内が日に日に慌ただしさを増していった22年度ではありますが、四半期ごとの広島県厚生連定期監査、12月に行われた保健所による立入検査等、恒例の業務ももちろん疎かにはできません。しかしながら下半期になると総務課員一同、50年に一度の大事業と言われた新病院開院一色に染まっていた様に思います。

開院に直結する行事でもある3月17日の竣工式では、医療関係者だけでなくJAの役員の方も来 賓として迎え、改めてJAの病院として披露出来たのではないかと思っております。また、開院後 には尾道市医師会の先生方や地域住民の方に向けての内覧会を開き沢山の方にお越し頂き、地域の 基幹病院として期待頂いていることを実感致しました。これらの各行事では、部署の枠を越えてご 協力頂き、新病院を広く紹介することに繋がりました。今後も、地域に密着した信頼される病院を 目指し、さらに業務に励んでまいりたいと思います。

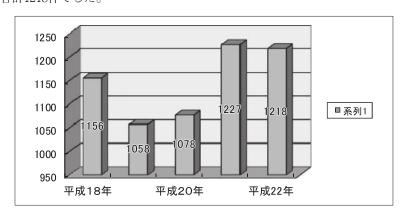
## 医療安全管理室

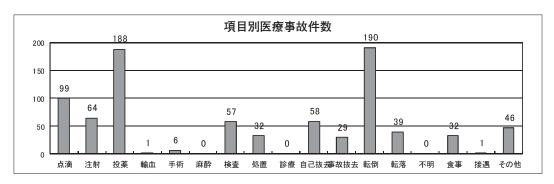
科 長 光 貞 由美子

今まで5年間,前科長の岡田さんが一から築かれた医療安全室をこのたび引き継ぐこととなりました。また,新病院に移転し,新しいインシデント管理システムも導入され,3か月が経過しました。医療安全管理室室長の日野副院長とともに,気持ちを新たに安全な医療の提供ができるよう取り組んでいきたいと思っています。平成23年度の活動目標は,基本を大切に,5S活動の普及・定着を行いたいと思います。

前科長からの引き継ぎの医療安全カンファレンスは、毎週月曜日13時より30分間続行していきたいと思います。メンバーは、医療安全管理室室長・看護部長・検査科・薬剤科・事務・外科部長・感染認定看護師に加え、今年度より、医療安全推進委員(警察 OB)の方を合わせて9名で活動したいと思います。役割としては、今までどうり病院全体の医療安全対策について協議・検討し、組織横断的改善策の標準化、医療安全対策の実行ができるよう周知徹底を図ることを目標に取り組んで行きたいと思います。

平成22年度のインシデント・アクシデントレポート提出件数は、インシデント1200件、アクシデント18件の合計1218件でした。





ここ最近、転倒転落より、投薬関連の事故が多くなってきています。原因は様々ですが、どんな 場面に於いても起こりうるミスと言えますが起きてはならないミスであり、防止できるミスです。 いつ・どこで・誰が・何を確認するのか手順を明確にして確認作業を確実に行い、KYT 活動を取 り入れて、減少へ結びつけたいと思います。

アクシデント報告18件の内容は転倒・転落による骨折等⇒15件,手術関連によるもの⇒3件(ガーゼ残存も含む)でした。

アクシデント報告件数は年々増加していますが、合併症と考えられる事例に対しての報告も医師へお願いし提出していただいた結果、増加したものと考えます。今後も、安全で安心できる医療の提供ができるよう活動してまいりたいと思います。

## 化学療法センター

看護師 福 家 幸 子

当院の化学療法室は平成17年9月に外来中央採血室内に開設され、増床を経てベッド数8床で、年間平均1623件、1日平均7件の外来化学療法を3名の看護師で行ってきました。リウマチ治療のレミケードを含め、5つの診療科が利用していました。

平成22年度の実績としては、年間件数は1982件、1日平均8件となっています。

新病院の建設に伴いセンター化が行われ、今年の5月6日に化学療法センターとして開設されました。ベッド数は15床となり、スタッフ数も医師が1名と看護師が4名となりました。開院後4か月間の利用件数は1055件で1日平均13件となっています。利用診療科は全診療科となり、レジメン登録などの規約の厳守が必要となりました。入院・外来全患者の化学療法を1つのセンターで行うシステムを導入しました。全患者の化学療法をセンターで行うメリットは、同じ看護師が関わることで信頼関係の構築や継続看護・患者情報の把握ができやすい、専門の薬剤師が無菌調剤室で調製するため、病棟における暴露がなく、安全で迅速な調製が可能である、また病棟看護師の業務負担の軽減となる、などではないかと考えます。メリットを最大限に生かしながら、確実・安全・安楽ながん化学療法を行い、患者のOOLの向上を目指していきたいと思っています。

また、患者・家族が副作用を理解し適切に自己管理ができること、取り組む意欲を保つことを目標に、ヘルスダイアリーファイル、副作用チェックシートを作成しました。日記代わりに記入してもらい、思いを伝えてもらうツールとしても活用していきたいと思っています。

そして、病棟、薬剤部はもちろん、他部門との連携を図っていきたいと思っています。さまざまな専門的視点からのお力をお借りしながら、患者・家族を支え、全人的なケアを行っていきたいと思っています。

# 委 員 会 報 告

## 医療安全管理委員会

委員長 日 野 文 明 医療安全担当 光 貞 由 美 子

安全で安心できる医療を提供することを目指して安全管理委員会は活動しています。

平成13年を「当院の医療安全元年」と位置付けて、医療安全管理委員会活動を続けています。4月から安全管理委員長が副院長の日野になりました。

医療安全管理員会としては、永遠の課題として、「人違い」を無くそうと目標を掲げていますが、なかなかゼロにならない現状があります。どの施設においてもヒューマンエラーは起こりうるものとしてエラーを誘発しない環境や、起こったエラーが事故に進展しないように安全管理体制が整備されてきたものと思います。過去の失敗の情報を収集・分析・整理し、再発防止策を講じつつ、人は間違うが、間違いは防げるものといった意識を共有することが重要だと思っています。

自分は患者誤認を起こすなど絶対にないという過剰な自信,確かに確認したはずという思い込み,いちいち確認しなくても大丈夫というルールを守らないことなど,どんなに知識や技術が身についていてもしてはいけないことです。「確認10秒、エラー一生」確実な確認が患者・家族,そしてあなたの未来を守ります。ということを意識し、安全確認・誤認防止に努めて活動していきましょう。

#### インシデント・レポートの提出意義

- 1) 患者安全の確保:報告された有害事象に病院が速やかに介入することで、患者に部署横断的かつ最適な治療を施すことが可能となる。
- 2) 事象の共有:レポートを提出した時点で、個人あるいは単一部門のみの問題でなく、病院管轄の問題として共有できる。
- 3) 透明性の確保:レポートの提出があれば、少なくともその時点で悪質な隠匿や隠蔽の意識がなかったことの証方となる。
- 4)正式な支援:治療支援のみならず、仮に報告事例が係争などに発展した場合においても、病院からの全面的支援が可能となる。
- 5) システムの改善:レポートにて明らかになった院内システムの不備等に対し、組織的な改善が可能となる。

平成22年度の医療安全の指針 ~医療の安全確保と質の向上を目指して~より安全な医療の推進のために

- ① 医療事故等事例の原因究明・分析に基づく再発防止策の徹底
- ② 質の高いケアを効率よく提供
- ③ 医療安全に対する意識の向上と安全な環境改善
- ④ システムと協働し、安全管理システムの構築を行う(新病院開設に向けて) 病院全体として組織の壁を越えて、役割を確実に実行し、現場各部門においても積極的な取り 組みが行われるように活動する。さらに、病院全体の取り組みと現場での取り組みとが効果的に

連携を図れるよう活動を通じて、医療事故の防止、医療の安全性、質の向上に努める。

1. インシデント・アクシデントレポートのリスク評価とフィードバック

レポートの集計・分析から事故の傾向を把握し原因の究明

院内暴力・暴言被害のレポートを救急患者の対応を図る会に提出し検討する

事例によっては、院内暴力対応委員会で対応を検討する

安全対策の妥当性を審議し安全対策の周知徹底

部署カンファレンスに参加し、分析・対応策をともに考え徹底を図る

院内ラウンドの充実

#### 2. 医療安全研修

医療安全研修会の企画運営,一人1回でも参加ができるように働きかける 参加できなかった人のための工夫をする。資料配布等

(一人一人が危機管理に対しての意識をもって、相手を大切に思う心が業務にでるような内容の研修会が開催できる)

- •薬物管理(ハイリスク薬・麻薬等)について
- 医療安全とは
- クレーム対応について
- 分析方法について
- 医療機器安全管理
- 造影剤使用時の管理・MRI・レントゲン
- 3. 医療安全広報活動

尾道総合病院 「医療安全情報」の発行

「ニュース あんぜん」の発行

(ホームページへの掲載)

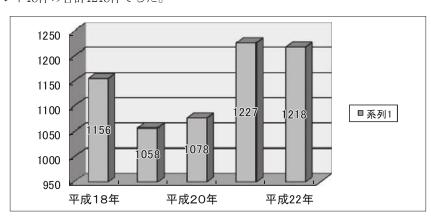
#### 4. 組織における活動

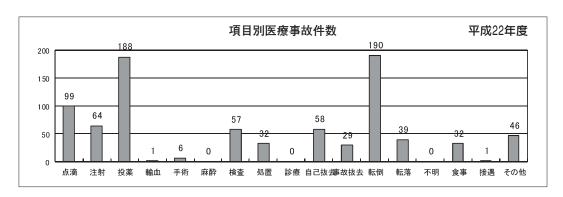
マニュアルの見直しと新規作成

平成21年度の活動内容をもとに前記のように考えて活動していきます。これらが達成できるよう具体的な活動内容を医療安全委員会としても検討を重ね提示して行きました。

各部署として・個人としてどう対応していくか,目標をあげて活動していただき,より安全な医療の推進のために頑張りました。

平成22年度のインシデント・アクシデントレポート提出件数は、インシデント1200件、アクシデント18件の合計1218件でした。





ここ最近、転倒転落より、投薬関連の事故が多くなってきています。原因は様々ですが、どんな 場面に於いても起こりうるミスと言えますが起きてはならないミスであり、防止できるミスです。 いつ・どこで・誰が・何を確認するのか手順を明確にして確認作業を確実に行い、KYT 活動を取 り入れて、減少へ結びつけたいと思います。

アクシデント報告18件の内容は転倒・転落による骨折等⇒15件,手術関連によるもの⇒3件(ガーゼ残存も含む)でした。

アクシデント報告件数は年々増加していますが、合併症と考えられる事例に対しての報告も医師へお願いし提出していただいた結果、増加したものと考えます。今後も、安全で安心できる医療の提供ができるよう活動してまいりたいと思います。

#### 平成22年度 業務実績

- 12月21日 日本医療評価機構医療安全情報49号 B 型肝炎母子感染防止策の実施忘れ
- 12月28日 感染リンク ICT No48配布
- 1月7日 医療安全情報 58号配布
- 1月7日 医療安全研修会案内配布
- 1月17日 転倒時の衝撃吸収マット購入伺い提出 4枚
- 1月19日 日本医療評価機構医療安全情報50号手術部位の左右の取り違え第2報 患者・家族からの暴力(暴行・暴言)の対応マニュアル
- 1月31日 感染リンク ICT No.49配布
- 2月2日 転倒時の衝撃吸収ワンダーマット3枚入る
- 2月8日 医療安全研修会不参加者へ資料配布
- 2月10日 医療安全情報 59号配布
- 2月18日 患者・家族等からの暴力(暴行・暴言)の対応 第3編 7. 防犯へ入れる
- 2月17日 日本医療評価機構医療安全情報51号凝固機能の把握不足 輸血拒否患者への対応に関するマニュアル第1編 各論 輸血 P48へ入れる

### 平成22年度 医療安全研修会

- 4月2日 医療安全・感染について
- 4月13日 医療安全・感染について
- 5月11日 医療安全
- 5月14日 インスリンについて
- 5月21日 医療安全

- 6月4日 困ったな、考えてみよう!こんな時 事例より考える看護倫理
- 6月11日 N95マスクの正しい着け方
- 6月14日 第21回よくわかるお薬のはなし
- 6月18日 MRI・造影剤について
- 7月20日 KYT 活動について
- 7月30日 危険薬の誤投与防止について
- 9月17日 エラープルーフに基づいた院内の事故防止対策
- 9月25日 病院機能評価 Ver. 6 対策 感染
- 10月5日 院内暴力対応について・ブラックリスト患者の運用
- 10月15日 これでいいのか? MRSA 対策
- 10月29日 MRI 検査・造影剤検査の安全管理について
- 11月9日 KYT 活動発表
- 11月12日 深部静脈血栓予防 (DVT)
- 11月16日 医療安全・感染
- 12月13日 キラーシンプトムを見逃すな
- 12月13日 医療安全
- 12月17日 感染対策
- 2月4日 医療安全·感染活動報告

## 病院開設準備委員会

副院長日野文明

平成23年5月の新病院開院に向け、具体的な診療体制の構築を検討する目的で、厚生連本所より 山田常務を委員の一員としてお迎えし、平成22年7月22日、計19名の委員で発足しました。

検討事項としては①外来完全予約制の導入(患者の待ち時間の短縮,効率の良いスタッフの配置,医師の負担軽減,急性期病院のコンビニ受診抑制等を目的)②救急センター構想(総合診療科,集中治療部(ICU・HCU・救急ベッド)により構成され,予約,紹介状のない患者のトリアージ,初期診療を行ない,必要に応じ専門外来,他の医療機関への紹介を行う,また,救急患者は総合診療科の医師が専門医,担当医と協働し,治療を行ない治療方針を決定する)③入退院センター構想(入退院に必要な各種手続き等の窓口一元化を図り,患者サービスの向上を目指す,入院当日は,患者すべてにリストバンドをつけ誤認の防止に努める)④セキュリティについて(ALSOK,電子錠,フェリカの使用)⑤物品供給センター(SPD)のあり方について(安全,確実,効率をコンセプトに業務をアウトソーシングする)等の協議事項を定め,以後1~2週間に1回の会議を平成23年4月21日まで計29回行ないました。

その中で、相澤病院等の視察・報告による内容修正、さらに人工透析の運用、人間ドックの運用、リハビリテーションセンターの運用についても協議が行われました。9月以降は、移転計画のスケジュールの具体的な日程の決定、また、新病院での電子カルテ導入に際しての講習会の予定が話し合われました。10月からは、患者移送に関しての市への救急車、及び自衛隊への要請の検討が始まり、11月からは具体的な移転ワーキンググループ(総合調整、患者移送、物品移転)を編成。患者移送に関しては当初、自衛隊広島第13旅団より6台の救急車が応援に来ていただくことになっていたものの、東北大震災のため断念した時期もありましたが、結果的には伊丹からの2台も含

め、計4台が移送に協力していただきました。全職員の努力の結果、平成23年3月17日、竣工式を 予定どおり、滞りなく完了。5月1日の患者移送に関しては、その前後での当院での外来診療の閉 鎖、手術の中断等が必要となり、地元医師会の先生方と十分な議論を尽くし、救急を含めた各医療 機関の御協力により、問題となるような事故も発生せず、無事に新病院への移転を完了することが 出来ました。

病院の新築移転という極めて大きなイベントは、医師として、また病院職員として生涯に1回経験するかどうかの一大事業です。振り返ると、あっという間に過ぎた感もありますが、構想約10年の長きにわたり、数え切れないような人達の努力と協力があってこそ成し遂げられたと感慨無量の気持ちです。誠にありがとうございました。心よりお礼を申し上げます。

# キャンサーボード運営会議

委員長 花 田 敬 士 事務局事務 上 田 由 美

平成22年度がん拠点病院としてがん医療従事者研修事業について報告いたします。

1 尾三地域がん連携フォーラムは年度内3回開催しました。

第14回では肺癌をテーマに、院内外の講師にて3者の講演にて開催しました。第15回ではがん 患者の心理について、サイコオンコロジーとコミュニケーション技術についての重要性を講演い ただきました。第16回では難病コーディネータを講師に迎え、地域医療連携での医療従事者の関 わり方についてのテーマに、介護の現場に立つケアマネージャーなどの出席が目立ち、関心度の 高さを感じました。いずれも盛会裏に終えることがかないました。引き続き次年度も、がん診療 連携拠点病院として2次医療圏の医療機関への教育・研修の役割を担い、魅力あるテーマを掲げ ていきたいと考えます。

平成22年4月15日(木) 【第14回尾三地域がん連携フォーラム】 尾道国際ホテル(130名参加) 座長 尾道総合病院 呼吸器内科部長 風呂中 修

「肺癌の診断と内科的治癒」

講師 尾道市立市民病院 呼吸器科医長 巻幡 清 座長 尾道市立市民病院 外科診療部長 川真田 修 「肺癌の手術療法と近未来予想図」

講師 尾道総合病院 呼吸器外科主任部長 則行 敏生 「終末期肺癌症例の在宅ケア」

講師 かなもと医院 院長 長澤 弘明

平成22年7月1日(木) 【第15回尾三地域がん連携フォーラム】 尾道国際ホテル (136名参加) 座長 尾道総合病院 精神神経科 木保 正彦 「がん患者の心理的反応に配慮したがん診療」 講師 岡山大学大学院 教授 内富 庸介

平成23年2月10日(木) 【第16回尾三地域がん連携フォーラム】 尾道国際ホテル (55名参加)

座長 尾道総合病院 緩和ケア認定看護師 島居 孝恵 「実践!患者参加型医療」効果的に調整を行うコツ 講師 四国がんセンター 生駒 真由美

緩和チームを中心に講師を招致し、一般市民の参加も多く、緩和に関する反響の大きさを実感 しました。

開催場所が駅前にて,交通の利便性が高く,ご年配の市民も参加しやすいとのお声をいただきました。

当院の活動にご理解いただけるよう,市民参加の可能な講演では,特に高齢化の進む尾三地域 ということもあり,利便性に配慮の必要性を感じました。

平成22年9月17日(金) 【緩和ケア講演会】 しまなみ交流館(約500名) 座長 尾道総合病院 緩和ケアチーム 石川 哲大 「心に残る最後のとき」

講師 聖路加国際病院 緩和ケア科医長 林 彰敏

2 その他に、緩和ケアに関する講演会にも携わりました。

平成22年11月19日(金) 【第17回尾道三原地区緩和ケア研究会 4周年記念講演】 尾道公会堂 (253名参加)

「自分らしくがんと向きあうために」ホスピスでの経験から 講師 淀川キリスト教病院 ホスピス専門看護課長 田村 恵子

昨年度に引き続きクリニカルパス第2弾として、内容のレベルもアップして講演いただきました。

平成22年11月26日(金) 【クリニカルパス講演会】 尾道国際ホテル (87名) 座長 尾道総合病院 クリニカルパス委員会委員長 石川 哲大 「パスの見直しとパスの教育」がん治療から慢性疾患まで 講師 福井総合病院 副院長 勝尾 信一

3 第2回目の市民公開講座を尾道市と連携し開催しました。

会場傍のてっぱん祭りとイベントが重なり、来場者不足が心配されましたが、当院ボランティアスタッフの街頭での呼びかけに大勢の市民の皆様にご来場いただきました。

先生方の講演に感動される声が高く、後日ふれあいサロンでも DVD を上映しました。 次年度も尾道市と提携し開催予定です。

平成22年10月17日(日) 【市民公開講座 市民のためのがん最前線】 しまなみ交流館 (約500人)

「がん検診を受けましょう」

講師 尾道市健康推進課 専門員 村上さつき 「婦人科がんのピットホール あまり知られていないホントの話」

## 講師 尾道総合病院 産婦人科主任部長 佐々木 克 「肺がん治療の現状と近未来予想図」 講師 尾道総合病院 呼吸器外科 主任部長 則行 敏生

4 当院開催2回目の緩和ケア研修会は、今年度日程を分け開催しました。

前回、開業医の先生方からの要望に、病院を2日連続して留守となり日程調整に苦慮するとあり、2週あけた設定としました。参加者の反応は、「講義に集中できる」「ハードさがなく、充実感に欠ける」と賛否両論でした。

依然開催に関しては、規模や日程調整が課題です。他院においても開催されており、人材確保が課題となりますので、ご協力をお願いします。

平成22年7月4日(日),7月25日(日) 【医師の緩和ケア研修会】 国際ホテル 参加医師 31名,講師 8名,ファシリテータ 9名 院外見学者 1名,院内見学者 6名,事務局 11名 (計66名)

5 キャンサーボード運営会議にも、尾道総合病院がん教室をスタートさせるべく、新しい風が吹き始めました。

各がん種に応じた教室開催をめざし、対象者数の少ない膵がんを皮切りに、多職種の協力を得て、尾道総合病院方式の教室運営をしていきます。

職員皆様のお力添えをお願いします。

平成22年12月8日(水) 国立がん研究センター 『入院膵がん・胆道がん教室』視察 平成23年2月16日(木) 視察参加者より報告説明会を開催 各所属長、各科選出サポートスタッフなど対象に実施

平成23年2月 国立がん研究センター 『第1回膵がん・胆道がん教室ワークショップ』参加 花田委員長(内視鏡センター長),山本科長(栄養科),沖野主任(北

3), 比良薬剤師, 豊田 MSW, 村上主任(南4), 吉岡臨床心理士

次年度スタートとし、多職種を含めて、尾道総合病院すいがん教室を8回シリーズで展開する予定です。

対象患者は少人数で,次回1年後のワークショップまでに1クール実施を目標 としました。

6 がん患者様とその家族の方を対象とする『ふれあいサロン』も定着してきました。

講師は院内職員でテーマを掲げ開催していましたが、年度末には、サロンに興味を持たれた院 外講師の申し出を受け、新たなスタイルを試みることができました。

平成23年3月のサロンでは、瀬尾臨床美術士による臨床美術の教室を開催しました。終了時には参加者から個々の作品を前に感動のコメントをいただけました。いつも以上にいきいきとした参加者の表情が伺えました。

医療者と敷居の高さを感じるといった声も増えていたタイミングに開催でき、患者様にとってのバリアフリーなサロン運営の見直しの必要性を実感しました。慎重な検討を要しますが、可能な限り様々な職種の講師をお願いしたいと考えます。次年度は平原への移転のため、2か月ほどお休みします。その間、継続への課題に取り組みます。

以上,主に研修・講演について報告いたしましたが,キャンサーボード運営会議ではがん診療連携拠点病院の整備指針に基づき,尾三地域の医療機関・行政への連携を重点に取り組んでおります。また,4年ごとの更新手続き,毎年の現況報告,年3回の補助金に係る計画・実施報告・交付申請などの提出に事務作業を要します。特に更新・現況報告に関しましては各部署の職員の皆様には,通常業務以外の労力をお願いすることになります。次年度も引き続き,がん関連のデーターの収集にご協力をお願いいたします。

## 病診連携推進会議

委員長 大 林 諒 人

本会議は毎月1回開催していましたが今のところとくに大きな課題が存在しないことから今年度 は偶数月に開催することとしました。

- 1)紹介率・逆紹介率、紹介状枚数、
- 2) 救急搬送件数,
- 3) 連携パス使用件数,
- 4) 退院支援業務報告(退院・転院に連携室として関わった患者について、毎月80件前後あり、 その病名、転帰先、支援内容、かかりつけ医、カンファレンスの有無などについて報告)、
- 5) 退院支援委員会からの報告,
- 6) 退院時ケアカンファレンスを実施したがん患者の動向について,
- 7) 尾道市医師会との連携について(理事会、各種委員会、プロジェクトからの報告)、

などについて毎回報告し意見を求め理解を得ました。皆さんの協力で本年度も地域医療支援病院としての業績に問題のない数字を残すことができました。また22年度から退院時共同指導料,介護支援連携指導料,急性期病棟等退院調整加算など連携室関連の業務が算定可能となりました。これらは当院では以前から取り組んでいた事柄であるためかえって算定漏れが発生する可能性が大です。そのため会議では毎月の算定症例についての報告をするようにしました。次第に増えてきましたがそれでも月20件くらいの算定であり,まだ算定可能なケースが埋もれているのではないかと思っています。

本年度の市民公開講座―市民のためのがん最前線―は10月17日(日)しまなみ交流館で行いました。今年度の基調講演は尾道市健康推進課の村上さつきさんにお願いし、講演は産婦人科 佐々木 克先生が「婦人科がんのピットホール―あまり知られていないホントの話―」、外科の則行敏生が「肺がん治療の現状と近未来予想図」と題して講演しました。会場は多くの市民で埋まり、終了後のアンケートでも好評でした。

つづいて10月25日には国際ホテルで尾道総合病院の新築・移転にむけて「地域医療連携懇話会」 を開催しました。多くの連携医療機関の先生方の参加があり、新病院のコンセプト、施設概要についての説明と質問その後の懇親会とこちらも盛会でした。

連携フォーラムは例年どうり2回開催しました。恒例となった夏のフォーラム後の懇親会には院外医師15名,院内医師17名の参加で盛り上がりました。顔の見える連携のため今後とも続けたいと思います。

新年度からは新病院での活動となります。新病院では地域基幹病院としての役割が増し、今以上に連携が大事になると思われます。連携室も医療・福祉支援センターの一部門として活動するようになります。外来も予約制となり連携室の仕事はさらに複雑、多忙になるでしょう。連携室として

は院内各部署との良好な関係を保ちつつ、院外の医療・介護・福祉の方たちに情報を発信し、患者 さんに良いサービスを提供しつづけるようにしなくてはなりません。大変ではありますが、そのた めにもこの病診連携推進会議のもつ重要性は大きいものとおもわれます。

平成22年度紹介率	说紹介率	救急車搬送件数

	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月
紹介率	62.2%	65.5%	65.6%	64.0%	63.3%	64.1%	67.7%	66.1%	70.8%	70.2%	67.3%	69.7%
逆紹介率	81.9%	79.4%	81.3%	79.5%	80.0%	89.3%	89.2%	89.1%	93.6%	85.6%	94.3%	104.7%
救 急 車	193	196	182	238	248	194	242	201	237	292	155	247

# 診療管理会議

委員長 木 曽 哲 司

診療管理会議は毎月第1週金曜日の午前8時から約30分の予定で開催しています。開催場所は北館4階講堂ですが、新人職員の教育・研修や看護学校の学校祭の関係で、平成22年度は9回の開催となりました。新病院では付属館の5階に大会議室があり、開催場所の心配は解消されます。

平成22年度の会議の内容は、Ver 6.0 の病院機能評価の評価項目に、担当者が課題に対して現状を評価し、改善すべき課題を発表する内容です。平成22年度は今迄取り組んでない第1領域から第6領域の中項目を、委員長が選んだ部課長中心の担当者に発表していただきました。議事録は総務課の辻井さんが担当しています。

会議の目的と意義は、病院機能評価の更新認定ですが、病院が新築・移転となり1年間の審査期間の延長が認められました。当院はVer 4.0 の認定を頂いていますが、求められる病院機能は多様化し、機能評価の審査はVer 5.0 から Ver 6.0 の時代に入りました。当院は平成18年度から会議を再開して継続して取り組んでいます。課題に取り組み担当者が評価し発表することは、各担当部署の良い教材となり人材育成にも役立ちます。また、評価項目は診療部門・看護部門・事務部門の3部門から構成されますが、評価は部門内の連携と共に3部門の連携も重視していますので、連携と共にチーム医療にも役立ちます。私は機能評価で第3者に評価して頂く目的と意義を、上記のためと解釈しています。

平成23年5月の開院に向けて、電子カルテの新たな導入や新築・移転のために、より多くの課題が増えての会議になりますが、課題に取り組むことは病院機能の向上には大切です。課題・目標に対しての行動には、課題を実行し評価し見直しをする PDCA サイクルが大切です。課題に対してまず実行することが大切ですが、評価し見直し行動している部署が次第に増加することを望んでいます。

院内では数多くの委員会や会議が活動し、新たな会や名称変更や統合が行われており、平成22年の秋に整理しました。人事異動は毎年行われますので、委員会や会議の委員長や事務局は異動に注意し、委員などの変更があれば総務課に報告してください。宜しくお願いします。

# 褥瘡対策委員会

皮膚・排泄ケア認定看護師 豊 田 明 美

褥瘡が適切に管理されているか否かが病院機能を評価する一つの指標となっている。診療報酬上も平成14年10月の褥瘡対策未実施減算処置に始まり、平成16年4月には褥瘡患者管理加算が算定され、現在1患者につき20点が算定できるようになった。

病院全体として褥瘡を管理する体制の整備は入院基本料の施設基準として定められており、当院でも基準を満たしている。さらに加算の施設基準もクリアし算定を行っている。

この度の新病院移転に伴い、全てのベッドに体圧分散効果のあるマットレスを採用した。さらに高機能のウレタンマットレスは、老朽化のため3年前から順次更新し、現在は計90枚の高機能ウレタンマットレスが整備され、褥瘡発生リスクの高い患者に対し使用している。

#### 【委員の構成】

下記の通り多職種混成チームで活動を行っている。

医師:森本謙一,堀郁子,看護科長:久保幸江,看護師:徳永陽子,豊田明美,薬剤部:高橋謙吾,栄養科:山本智恵,事務:寺岡郁子

#### 【褥瘡対策の現状】

第1,3週火曜日午後3時よりⅡ度以上の褥瘡患者全員を回診し,第2,4火曜日には新規褥瘡患者および重症患者の回診を行っている。

昨年度は9月に褥瘡対策研修会を全職種対象として開催した。113名が参加し、褥瘡対策の基本から一歩進んだテクニックまで、臨床ですぐに役立つ知識と技術を学ぶことが出来た。また、褥瘡対策を実践する看護師教育として新人を対象に卒後研修、キャリアアップとして専門コース研修を皮膚・排泄ケアの認定看護師が行い教育の充実を図った。

看護用具として新たに平成22年9月より体位変換枕をリース運用し各病棟に配布した。これにより褥瘡予防で重要な体位変換,ポジショニングがスムーズに行えるようになった。

#### 【褥瘡管理システムの変更】

電子カルテ導入に伴い、褥瘡対策システムが更新された。

これまでは褥瘡の写真を紙に貼って経過管理していたが、新システムでは画像データを褥瘡対策 システムに取り込み、回診記録もすべて電子カルテ内で行えるようになった。

加えて NST と同じシステムを使用することで連携も行いやすくなった。

#### 【褥瘡データの集計】

平成21年、22年ともに縟瘡発生率は0.6%未満と全国平均よりも低く推移している。

また発生した褥瘡の深さに関しても真皮までの褥瘡が全体の約7割であり、早期発見、報告体制による委員会の介入にて対応がなされている。

褥瘡保有者の転帰を調査したところ、約3割が治癒であった。また3割が転院となっており、転院先で治療・看護が継続して行われるように情報提供を行っている。今後も転院先との連携を強化するために、情報提供を継続していく重要性を感じている。また同じく約3割の褥瘡保有者は死亡されており、ターミナル期や全身状態の悪化により予防しきれない褥瘡発生がある現状も示唆された。

#### 【今後の課題と取り組み】

- 院外発生褥瘡(入院時にすでにある褥瘡)に対する対策 = 地域連携の強化
- 新病院体制, 新しい褥瘡管理システムの正常な機能

- NST チームとの更なる協働
- 効果的なデータフィードバック方法の検討などが挙げられる。

医師,看護師,薬剤師,栄養士,事務からなる混成チームで,施設資材課や看護部など関係部署 との協力の下,これらの課題を解決していきたい。

# 病床管理委員会

病院長補佐 大 林 諒 人

病床管理委員会は今年度も毎週金曜日の朝,看護部長,副部長,病棟科長を中心メンバーに,大 林、日野副院長、豊田 MSW などが参加して開催しました。事務局は松村医事課長です。適切な 入院患者の確保は、言うまでもなく病院経営の礎であり、それなくして良い医療の提供ができない のは当たり前のことですが、ややもするとスタッフは目の前の患者さんのことに一生懸命で、ベッ ド管理や病院経営については無関心になりがちです。そうならないために病床管理委員会から職員 に対し入院患者数、経営状況についてリアルタイムにメッセージを発信(病床管理委員会報)する ように致しました。しかしながら全国的な入院日数短縮の奔流(本院でも12日を切るようになりま した)には逆らえず、安定的な入院患者確保は至難の業となります。週末にはガランと空床が目立 ち、その代わり週明けにはドサッと新入院があります。大型連休のときはさらに大変で22年12月31 日には遂に入院患者数216名と過去最低記録を大幅に25名も更新してしまいました。公床442床です からベッドの半分以上が空いたことになります。そんななかで本年度は平均350名の入院患者数を 計画しスタートしましたが、結果は年間平均345.1名で目標未到達となりました。しかし目標未達 の原因は下の図に示すように4月,5月,12月の3ヶ月がそれぞれ330名,322名,319名と大きく ダウンしたためであり、それはいうまでもなく大型連休のためです。それ以外の月は昨年を上回る 実績を残すことができました。(ただし入院患者数とは午前0時の入院患者数であり、実際には入 退院の回転が激しいほど入院患者数は低くカウントされることになり、必ずしも病院のベッド利用 の実態を表してはいません。ちなみに23年1月下旬には入院患者数は390名台でも病棟は実質満床 状態で救急車を断らなければならない日も続きました。)計画どうりの入院患者数を達成するため には今後とも予定入院の患者さんのみでは困難であり、救急機能の強化とそれによる入院患者確保 および地域医療連携の推進とそれによる紹介患者増加を職員各位にお願いするしかありません。積 極的な救急患者の受け入れ,経過観察入院の推進,連携医院からの入院要請は必ずすぐに受けるな ど職員の皆さんにおねがいしてきましたが成果はまだ十分とは言えません。ベッドの管理、経営の 安定は病院のためだけではなく.患者さんや職員自身のためでもあるとの職員の意識改革に向けて 引き続きのメッセージ発信が必要であるとおもいます。また従来から病棟管理の責任者は病棟科長 であり、退院の日時は主治医ではなく病棟科長が決定するルールで病棟運営を行ってきたところで すが、なかなか徹底せず主治医が患者さんとの話し合いで退院日を決めてしまうケースが多く見ら れる現状がありました。あらためて「退院の許可は主治医が行い、退院の日時は病棟科長が決定す る」ことを周知させました。これも引き続き意識改革が必要です。

新病院ではベッド数が386床と今より56床減となります。また入退院センターが新設され病棟運営の方法が変わります。午前退院、午後入院が基本ルールとなるでしょう。急性期病院に特化したかたちで、救急処置センター、HCU など救急機能は非常に強化される予定です。ベッド管理はさらに慌ただしくなり満床と空床の間で波は激しくなるでしょうが、そのなかで最低限の入院患者確

保、大きな変動をできるだけ避けた上手な病棟運営ができるよう知恵と汗をかく必要が当委員会に 求められると思います。病院新築に伴う借金返済もあります。全職員のご協力をよろしくおねがい します。



# 手術室運営委員会報告

 手術部部長
 瀬
 浪
 正
 樹

 手術室科長
 檀
 上
 姜
 由
 紀

手術室運営委員会は、病院長、各科診療科主任部長、総務、施設資材課長、臨床工学科主任、看護部長、看護副部長、看護科長、手術室科長・主任で構成され、手術室の安全かつ適正な運営、業務の効率化を図るため、月1回定例開催している。

平成22年度の手術件数は、4140件である。前年度に比べ、50件手術件数が増加している。

#### 平成22年度議事および活動内容

① 平成22年度より、ホギメディカルの協力で、オペラマスターを導入し、手術材料のキット化を 進めていった。各科医師の理解と協力により、術式別のキット化がほぼ完了した。これにより、 看護師のピッキング時間・手術準備時間の短縮や不動在庫の削減につながった。また、手術毎の 材料や保険請求可能、不可材料などの使用状況や手術室の稼働状況の分析を行い、コスト意識を 持った手術室運営が行われてきている。

また、患者の安全管理として、タイムアウトの徹底や術後レントゲン撮影も定着してきた。

- ② 新病院開設に伴い,各科の機器,材料類のサンプル・デモ使用申請の増加が考えられたため,申請方法の統一と早めの説明を行う事で、スムーズに申請と使用が可能となった。
- ③ 新病院移転に伴う手術制限についての協力や電子カルテ化に伴う運用フローについて、各科医師への説明を行い、早めの理解と協力を得て、スムーズな運用を行うことが出来た。

新病院移転に伴い、新規医療機器、医療材料及び鋼製小物を購入し、手術室も2室増加した。ま

た、今後は急患件数の増加も考えられる。ハード面の充実だけでなく、電子カルテによる情報共有を行い、手術に関わる医療者間の連携を図り、患者が安全、安楽に手術を受らけれる様にソフト面での充実も図り、柔軟に対応できるようにしていきたいと思っている。

平成22年度 月別

平成22年度 科別

	通常	緊急	総 数
4 月	298	32	330
5月	282	25	307
6月	311	53	364
7月	330	42	372
8月	340	50	390
9月	291	46	337
10月	277	60	337
11月	296	35	331
12月	287	43	330
1月	305	45	350
2月	290	35	325
3 月	320	47	367
合計	3627	513	4140

	通常	緊急	総数	1ヶ月平均
内 科	39	2	41	3.4
脳 外 科	50	32	82	6.8
外 科	820	198	1018	84.8
小児外科	84	2	86	7.2
麻 酔 科	30	6	36	3.0
整形外科	762	68	830	69.2
産婦人科	345	90	435	36.3
皮 膚 科	148	8	156	13.0
泌尿器科	354	15	369	30.8
耳鼻咽喉科	288	8	296	24.7
眼 科	478	26	504	42.0
小 児 科	0	0	0	0.0
血管外科	141	56	197	16.4
口腔外科	37	0	37	3.1
循環器内科	51	2	53	4.4
合 計	3627	513	4140	345.0

# ICU 運営委員会

委員長 平 野 巨 通

新病院移転後から ICU は 2 床から 4 床に増床してスタートしました。また,ICU の壁 1 枚隔てた回復室には,同様の高規格ケアが可能なベッドが 7 床あります(夜間救急用のベッド 6 床も別に擁する)。新たに集中治療部も立ち上げられ,私平野(内科)と上田(循環器科),松永(麻酔科)の 3 名が担当に任ぜられました。主な仕事は ICU 科長の重田,回復室科長の内海と連携し,ベッドのトリアージをおこなうことです。

新病院の特徴として、各病棟での回復室が廃止され集中化されました。必然的に外科手術後などの重症患者は回復室や ICU で管理し、落ち着いてから一般病棟へ転棟するという流れになります。ICU への入室には一定の基準が設けられており、具体的には毎朝おこなわれる ICU カンファレンスで、どの患者さんが入室するかが決定されます。ICU カンファレンスにはいつも多くの医師に参加していただき、この場を借りてお礼申し上げます。ICU が満室の折、新たに ICU 管理が望ましい患者が発生した場合は、カンファレンスで定めた優先順位に沿って、押し出しなどを決定します。

以下に平成23年6月の ICU 入室患者を科別にお示しします。外科26名,心臓血管外科9名,泌尿器科6名,脳神経外科4名,循環器科2名,整形外科,口腔外科,婦人科,耳鼻科,皮膚科各1名となっています。

ICU 運営委員会は毎朝のカンファレンスとは別に、健全かつ円滑な ICU 運営や、急性期医療の質の向上を図る目的で、以前と同様に月1回開催されています。前委員長の瀬浪副院長にもオブザーバーとして参加いただいています。今後は救急センターとも連携し、地域医療のニーズに応える

よう発展させて行きたいと考えています。

# 輸血療法委員会

委員長 瀬 浪 正 樹委 員 宮 沢 貴久美

輸血療法は内科領域,外科領域で広く行われており,外来,病棟,手術室と複数の部署で,医師,看護師,臨床検査技師をはじめさまざまな職種の人が携わっています。

安全かつ適正な輸血療法が実施されるように、輸血療法委員会で病院内の現状を把握し問題点を検討、改善して行くことが必要となります。平成22年度は4回の委員会を開催致しました。協議事項を報告いたします。

1. 血液製剤の使用状況について

平成22年度に使用された血液製剤は、RCC・3614単位、FFP・2138単位、PC・1670単位、自己血226単位でした。FFP/RCC=0.59(昨年0.54、基準値0.8未満)

廃棄血は RCC・48単位, FFP・51単位, PC90単位と昨年より増加しています。輸血用血液製剤は献血による貴重な血液です。返品による廃棄血が増加していますので、輸血用血液製剤を依頼される場合は最少の単位数にしていただき、廃棄血の削減にご協力をお願いいたします。

2. 輸血副作用報告

輸血副作用の報告が25件ありました。(回収率86%)

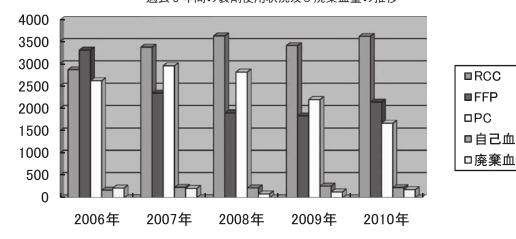
25件中重篤な副作用である呼吸困難の1件を輸血関連急性肺障害(TRALI)の疑いで、日赤血液センターに報告し、輸血製剤との因果関係の調査を依頼しましたが、輸血製剤との関連性は無しとの報告でした。

3. 広島県合同輸血療法委員会情報交換会に出席

平成22年12月に広島県健康福祉局長より、広島県合同輸血療法委員会の設置についての協力、参加の要請があり、その準備段階として2月26日「情報交換会」が開催されました。県内がん診療連携拠点15病院と広島西医療センターの16病院が参加し、各病院の製剤使用状況、委員会の運営状況の報告があり問題点などを意見交換しました。当病院の課題である輸血前後の感染症検査の施行にあたり参考になりました。

- 4. 平成22年9月1日より厚労省の「輸血療法の実施に関する指針」に則り、協議の結果 FFP・PC のクロスマッチを省略しました。
- 5. 輸血血液製剤の依頼時間が統一されていなかった為,血液センターへの発注が煩雑になっていました。血液センターからの定期納入便が午後にも1回増えた為,それに伴い血液製剤の依頼時間を統一するようにしました。
- 6. 次回改定時の輸血マニュアルに、緊急時の輸血について詳しく明記しフローチャートを作成 するように検討しました。

平成23年度目標,院内輸血マニュアル改定,輸血前後感染症の実施を行いたいと思います。



過去5年間の製剤使用状況及び廃棄血量の推移

# 臨床検查滴正化委員会

委員長 平 野 巨 通委 員 細 谷 勝 己

医療をめぐる制度改革の中で、臨床検査を取り巻く環境は年々厳しさを増しています。外来診療においては検査項目の包括化が生化学検査項目のみならず腫瘍マーカー、免疫学的検査へと拡大しており、さらに入院診療においては診療検査等計画表(クリニカルパス)や診断群分類別包括評価(DPC)などが導入され、収益を上げることが困難になっています。DPCにおいては昨年の保険診療改定により検体検査管理加算について、入院患者の1日あたりの包括点数に施設係数を乗じることが可能になりましたが、入院中に必要な検査も多く、持ち出しが発生するケースも出ています。増えることのない収入を考えるより、いかに支出を抑えるか、無駄な検査や過剰な検査を減らしていくことも必要です。

血液製剤使用状況においては RCC、FFP ともに平成21年度より増加しています。

FFP/RCC 比率では平成21年度は0.52でしたが、平成22年度は FFP の使用量が増え0.59となりました。また、廃棄血が過去3年間で一番多い量となっています。

当院では、血液製剤使用依頼により日赤より血液製剤を購入していますが、未使用のまま返却され、そのまま期限切れになる場合があります。未使用の血液製剤は患者請求できず、病院の持ち出しになりますので適正な発注をお願い致します。

臨床検査の外部精度管理調査は検体検査管理加算や機能評価において必要な要件になっており、 当院も毎年、日本臨床検査技師会、日本医師会、広島県医師会のサーベイに参加しています。

日本医師会精度管理調査では618点/620満点(99.7点/100点満点換算),広島県医師会では、527点/545満点(96.7点/100点満点換算)と良好な成績でした。

特に、日本臨床検査技師会では153項目全てが○評価で満点の評価をいただきました。全国サーベイで満点を取ることは難しく、日頃の正しいデータを返そうとする高い意識が結果として表れたものと思います。今後もこのレベルを維持したいと考えます。

臨床検査適正化委員会では、臨床検査に関する問題や運用について、ご意見、ご要望をお待ちしていますので、よろしくお願い致します。

#### (平成22年度)

(3	委員長)		平野(検査科主任	部長)
	大 林	(内 科)	風呂中(内 科)	松村(医事課)
	佐々木	(小児科)	岡 本(南 4)	佐々木 (検査科)
委員	倉 西	(外 科)	高 橋(新 6)	宮 沢(検査科)
	門田	(脳外科)	石 嵜 (検査科)	森 友 (次 長)
				事務局・細谷(検査科)

# NICU 運営委員会

NICU 科長補佐 恩 田 華 恵

NICU の安全かつ適正な運営と業務の効率化を図ることを目的として、NICU 運営委員会が設置されています。

各主任部長(産婦人科・小児科・小児外科・麻酔科),病棟科長・主任,医事課長で構成されています。

平成22年度の NICU の実績は年間入院数300名(帝王切開パス62名を含む)でした。入院児の内 訳は、院内出生児が264名、院外出生児が36名でした。院内でのハイリスク児の出生、ハイリスク 児の産科母体搬送の増加傾向が伺えます。

出生体重1000g未満の児が5名(内新生児死亡0名),出生体重1000g~1500gの児が10名でした。小児外科・脳外科による新生児手術症例は4名でした。

平成23年5月に当院は新病院へ移転しました。移転に向けての患者受け入れの調整,移転時の緊急搬送・緊急帝王切開時の対応についての検討,重症系システム導入についての情報提供を行い,無事安全に移転を行うことが出来ました。現在は、やっと新システムに慣れてきたところです。

9月には福山医療センター移転に伴う入院制限協力の要請を受け、当院でのベットコントロールについてのシステムを決定しました。

安全で安心な医療・看護の提供のため NCPR の開催,新しい医療機器の勉強会の開催なども提案し、継続していきたいと考えています。

# クリニカルパス推進委員会

委員長 石 川 哲 大

- ① 「第2回尾道総合病院クリニカルパス研究会」平成22年1月21日 於:旧病院 北4F 講堂 第2回尾道総合病院クリニカルパス (以後パスとする) 研究会は,17:30~19:00の2時間の予定で83名の参加者を得て開催された。
  - 1) 平成21年12月4日・5日, 岐阜での第10回日本クリニカルパス学会に参加した丸谷主任看護師から「教育セミナー」で得た知見の報告があった。この「教育セミナー」は、当院のパスのレベルアップをして下さった福井総合病院の勝尾信一先生がリーダーで大変人気があり、400人収容の会場に1500人以上が殺到したが、当院から参加の8名は何とか全員受講した。セミナーでは、パスの作成方法・パスの運用・パスの見直し・バリアンス分析・パスを普及させる方法

などの講義があり、パス作成演習も含まれるという非常に実践的な内容であった。これまでのパスを根本的に見直すことが必要となっていた当院にとって、その手法を学べたことは大変有意義であった。

- 2) ラパコレ・パスを取り上げてアウトカム検討結果を発表した。
- 3) 大腸ポリペクトミー・パスを取り上げてアウトカム検討結果を発表した。

アウトカム志向のパスについて集中的に検討する会となり、パス作成の方向性を見出す第一歩の研究会となった。また、来年度の電子カルテ導入の際のパスを具体的に意識することができた。

#### ② MegaOak HR クリニカルパス運用フローについて

平成22年6月18日, NEC 担当者から新病院で導入する電子カルテで運用するパスの作成フローを解説してもらい,パス推進委員会の活動体制を決めていった。パスで使用する用語やフォントを統一し,全病院的に標準化されたパスの様式を作り上げる事が差し迫った問題で,膨大な仕事量となったが,各委員が懸命に業務をこなして準備を進めた。

③ 「第2回尾道総合病院クリニカルパス研究会」平成22年9月3日 於:旧病院 北4F 講堂 まず,「研究会開催にあたって」と題してクリニカルパス推進委員会よりパス作成や見直しのポイントを解説した。次いで,各科から疾患の説明に引き続いて関連パスについての発表があったが,各部署から見直しについてかなり踏み込んだ内容になっており,電子カルテ導入に向けて始動している現状がよくわかった。

#### 【プログラム】

- 1-1 前立腺の働きと前立腺がん:泌尿器科 Dr 金岡
- 1-2 電子カルテに向けての前立腺生検パスの見直し:新館 4 F Nrs 吉本
- 2-1 白内障:眼科 Dr 越智
- 2-2 電子カルテ導入に向けた白内障パスの見直し:新館2F Nrs 木村
- 3-1 前十字靱帯損傷:整形外科 Dr 世良
- 3-2 電子カルテに向けての前十字靱帯再建術パスの見直し 新館 5 F Nrs 山元
- 4-1 気管支鏡:呼吸器内科 Dr 塩谷
- 4-2 電子カルテ導入に向けての気管支鏡検査パスの見直し:北3F Nrs 藤原

#### ④ 第17回福井総合病院パス入門講座 in スパ(通称 パスパ)への参加

福井総合病院 勝尾信一先生のご厚意により,平成22年9月11日(土)~12日(日)に福井県あわら温泉で開催された福井総合病院パス入門講座に,当院から循環器内科の上田 健太郎先生,音野みすず看護師,能登 香代看護師の3名に参加していただいた。

その後、10月7日に「パスパに参加して~あれもこれも色々わかりました~」とのタイトルで報告会をして下さった。参加の3名から『印象に残った講義内容』、『バリアンスが発生したら』、『パス作成グループワーク』、などなど充実した1日半の内容の解説があり、遠い国の話のようであったパスがぐっと近づいたと報告された。

⑤ 平成22年11月26日 クリニカルパス講演会 講師=福井総合病院 副院長 勝尾 信一先生 於:尾道国際ホテル

【演題名】「パスの見直しとパスの教育~がん治療から慢性疾患まで~」

【講演の目的】 平成21年10月1日に勝尾 信一先生に初めてパスについての講演をしていただい

たが、当時当院はパスをどういう方向へ持って行ったらいいのか皆目判らないような状態であった。

この第1回の講演で細いながらも道が見え始め、パス推進委員会も活性化され、少しずつでも前進している感覚が生まれてきた。今回2回目の講演は、現状での当院の方向性の見直しやバリアンス分析の方法、さらに次年度新病院での電子カルテ導入に向けてより精度の高いパスを作成することなどを中心に指導していただくことを目的とした。

#### 【講演内容】

I. パスの見直し

パスが進んでいない科への対策、パスが進んでいる科での運用の課題 パスのバリアンス分析と発展的展開 全病院的バリアンス分析、全科で使用するパスのバリアンス分析 パスの PDCA サイクル

Ⅱ. パス大会の開催について

パスの教育・啓蒙、パスの普及、新規パスの審査、パスの進化、医療の質の向上

#### 【講演の感想】

クリニカルパスのバリアンス分析について、当院でも昨年の勝尾先生のご講演・第10回日本クリニカルパス学会参加の成果により少しずつ理解を始めたところであったが、今回の講演ではさらに上位のレベルでお話しいただき、大きく頷ける内容であった。今年の講演開催の狙いとして、『パスが一応あります』という段階から一歩抜け出して『診療に役立つパス、患者さんにフィードバックできるパス』とはどんなものなのか、を考えたいと思っていたので少し難しい内容にはなったが、この1年間で力を蓄えてきた当院パス推進委員会・病棟スタッフは充分理解しながら聴くことができたと思う。

あとの懇親会には伊藤院長にも出席していただき,大勢のスタッフが参加して和やかな会とすることができた。今後もこの結束を維持して当院のパスを守り育てていきたいものである。

⑥ 平成22年12月3日・4日 第11回日本クリニカルパス学会 於:松山市 ひめぎんホール 演題発表:「急性心筋梗塞地域連携パス導入の取り組み |

循環器内科 看護科 ○富山 美由紀,森島 信行,音野 みすず,崎本 育美,菊岡 恵, 工藤 久実,内海 元美

【内容】 尾道総合病院の紹介/循環型診療システム/AMI 地域連携パス運用システムの構築/連携パスマニュアルの流れ/連絡ノートについて/連携パス活用のための看護師の役割

今回は、しまなみ海道を通れば2時間かからずに学会場へ行けるとあって16名の一大集団が松山へ集結した。循環器内科・看護科からの発表もスムーズに終え、当院の懇親会は松山日赤在勤中の経験を生かして石川がセッティングしたが、各自がパスについてのモチベーションの高さを語るほどに成長しており、頼もしい限りであった。

教育セミナーとして行なわれたセッションで、黒部市民病院の今田光一先生が『アドバンスコース-3 みんなで取り組むパスの進化実践マニュアル』との講演をされたが、これから電子カルテ導入をする段階でパスの精度を上げたい当院の事情に合致する内容であったので、近日中に尾道での講演をしていただけるよう依頼しておいた。

# 救急患者への対応を考える会

委員長 瀬 浪 正 樹

平成22年2月に時間外救急患者の受診に際し、病院としての責務を全うするための問題点を検討し改善していくことを目的として設立された。これはすでにあった救急処置室連絡会議が、現場で働くものの不都合や問題点を洗い出すものであるのに対し、それを解決したり検討し病院としての見解を示す機関が存在しなかったために救急処置室連絡会議の対極をなすものとして設けられたものである。この会は救急委員会に属するものである。

委員の構成は瀬浪診療部長(当時),木曽副院長,日野診療部長(当時),則行呼吸器外科主任部長,森本皮膚科主任部長,森耳鼻科主任部長,中原外科肛門科部長,藤越看護部長(当時),京泉科長,森友総務課長(当時),松村医事課長(当時),伊藤病院長代行(当時)であった。

これまで扱ってきた問題として、休日緊急入院時の主治医の決め方、当院で治療中の担癌患者が急患になった場合の受け入れ、問題患者の取り扱い特に回覧文書を受けた時の対応などである。この中で具体化したものは当院受診中の担癌患者が体調不良となり急患になった場合、受診許可証を発行しておいて病院の状況にかかわらず受診に応じることとした。また、患者・家族からの暴言や暴力を受けた時の対応マニュアルを作成(平成22年10月12日)し、回覧文書に関しては病院で方針決定をし外来部門へ周知することとしたなどである。その後、病院新築移転にかかわる懸案が多くなりその後の活動は休止状態にある。

# 医療の質向上委員会

委員長 和 田 知 久

病院機能評価を終えて休会状態であったが、Ver.6 受診に向けて再開した。まず委員の選考を行った。顧問に和田知久、委員長に石川哲大、副委員長に数面義雄、委員に以下佐々木伸孝、風呂中修、則行敏生、森浩希、森本謙一、豊田眞子、田中千枝子、橋本佳浩、細谷勝巳、森原義雄、オブザーバーに木曽哲司の委員となった。

以下に委員会の開催日と検討事項を列記した。

1) 平成22年10月27日開催

まず評価項目である「チーム医療の推進と医療の質の向上」の各項目について取り上げるべき課題について、木曽哲司オブザーバーの課題整理が行われ今後の検討項目が提示された。

- (1) 医療の倫理
  - a) 臓器移植, 心肺蘇生法, 輸血と宗教, 臨床研究の規定, 病棟での倫理的問題の対応
  - b) ターミナルステージの患者の対応, 手順
- ② 患者-医療者のパートナーシップ
  - c) 個人情報の適切な保護なども含めて再評価と見直し
- ③ チーム医療の推進と診療の質向上
  - d) 診療録の記載基準, 退院時サマリーの記載基準など情報の共有化
  - e) 対診,他科受診が円滑に行われるための手順書,診療協力の仕組み,検討会,カンファレンス:日時,参加者の業種,氏名,検討内容の要約などの記載
- 2) 平成23年2月16日開催

診療(医療)の質向上における課題について

① 医の倫理:臨床倫理的課題に対する病院の方針の明文化 臨床研究の規定は?

病棟での倫理的問題に対する対応, 運用手順

臓器移植については委員会で検討中

その他の医の倫理問題は?

- ② 個人情報の保護に関する規定, 手順の明文化: 作成済み
- ③ 診療録の記載基準、退院時サマリーの記載基準(標準化と記載期限の遵守)
- ④ 対診,他科受診が円滑に行われるための手順書の明文化
- ⑤ 検討会,カンファレンス:日時,参加者の業種,氏名,検討内容などの記載があるか?
- ⑥ クリニカルパス:推進,バリアンスの検討,分析など

以上2回委員会を開催し、今後の検討課題の整理と担当者を決定。

# 病院情報統合システム委員会

委員長 佐々木 伸 孝

平成22年は本格的な電子カルテ導入段階へ入りました。まずは5月よりオーダー種ごとや部門ごとに分かれて運用 WG を開催し、関連部署の担当者と複数回にわたり業務の流れと運用ルールを確認していき、業務フローを完成させました。

8月に入ってからは、電子カルテを動かす基となるマスターの作成に取り掛かりました。マスターの出来具合や精度向上により、電子カルテの使いやすさや画面の見やすさにつながります。今回のマスター作成は全てを新規作成するのではなく、メーカーより提供を受けた標準的なサンプルに対して加工・修正を行いました。

年を越えて1月より電子カルテの操作研修を開始しました。操作研修は、今までに当院で作成した運用ルールやマスターを使用し、なるべく本番に近い状況で行いました。研修内容は職種ごとに異なり、医師・看護師は全4回その他職種は1回の研修を実施しました。

平成23年度になると、病院全体を使用したリハーサルを3回行い、いよいよ5月には本番を迎えることになります。今回は単なる電子カルテ導入ではなく、新築移転を伴った導入となります。 色々な問題点が出て、職員の皆様にはご迷惑を掛ける事も多いと思いますが、ご協力のほどよろしくお願い申し上げます。

# 診療情報管理委員会・DPC 委員会・コーディング委員会

診療情報管理科長 豊 田 直 美

#### 〈病院移転,電子カルテ導入後… 診療情報管理側面より〉

平成14年8月から診療録中央管理が始まり、平成23年4月末までの8年9ヶ月分の入院カルテ82,608冊を製本して来ました。紙折り作業や製本機の音がなくなった今日の当科では、PC キーボードとマウスのカチャカチャ音だけが響いています。モノ(カルテ82,608冊)管理は不要となり、退院サマリーから抽出したデータ管理を継続することになりました。退院サマリーも電子カルテ記事記録からコピー&ペーストで作成可能となりました。

#### 〈DPC 側面より〉

一月あたり900件に及ぶ退院を紙カルテ、紙連絡票で運用できるものか不安を抱えながら、平成20年より DPC 対象病院として支払を開始しました。自室と担当病棟、医事課の往復は、足と頭を駆使する毎日でした。DPC コードは医師の確認が必要と、厚生労働省から指導されています。連絡票を確認の証拠になるように綴ってきましたが、ペーパーレスとなった今日では、DPC システム上に医師の承認を(ログ記録)保存することになり、引続いてご協力いただいております。昨年(平成22年)の当院での DPC コード付与件数表をお示しします。(表1)

表 1 DPC コード付与件数 (平成22年)

順位	件数	DPC 名称
1	388	肺炎, 急性気管支炎, 急性細気管支炎 手術なし 手術・処置等2なし 副傷病なし
2	342	小腸大腸の良性疾患(良性腫瘍含む)内視鏡的結腸ポリープ・粘膜切除術等 副傷病なし
3	339	狭心症,慢性虚血性心疾患 手術なし 手術・処置1あり 手術・処置等2なし
4	334	白内障,水晶体の疾患 手術あり片眼
5	301	妊娠期間短縮,低出産体重に関連する障害(出生時体重 2500g以上) 手術なし 手術・処置等2なし
6	267	前立腺の悪性腫瘍 手術なし 手術・処置等1あり
7	255	胆管(肝内外)結石,胆管炎 限局性腹腔膿瘍手術等 手術・処置等2なし
8	227	肝・肝内胆管の悪性腫瘍 (続発性含む) その他の手術あり 手術・処置等 1 あり 手術・処置など 2 なし
9	219	心不全 手術・処置等1なし 手術・処置等2なし
10	193	胎児及び羊膜腔に関連する母体ケア、予想される分娩の諸問題 子宮全摘術等

#### 〈がん登録側面より〉

当院オリジナル作成の、がん患者サマリー様式も電子カルテ導入に伴い廃止となりました。がん新規診断件数は毎年、増加を続けています。(図1)がん登録は臨床の先生方のみならず、病理医と病理検査部門の皆さんのご支援のもとに、実施できています。新システムになりケースファインディングや、登録に必要となる情報の収集が容易になりました。平成22年の主な臓器別がん発生件数を表示します(図2)

図1 院内がん登録件数

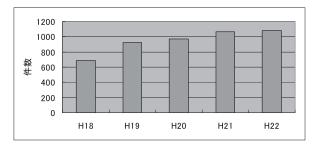
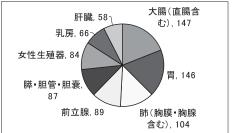


図2 5大がん年間新規診断件数(2010)



# 教育研修委員会

委員長 木 曽 哲 司

平成22年度の教育研修委員会の開催は4回で、人事異動の関係で委員の変更があり、平成23年2月14日の委員会の構成は

委員長 診療部門 木曽哲司 診療部門 日野文明 副委員長 診療部門 森 直樹 診療部門 目崎一成 委員 事務部門 森原義男 薬剤部門(事務局)砂鳥広之 事務部門 巴 宣人 地域医療福祉部門 細川真喜子 看護部門 安友裕穂 診療部門 山本知恵 診療部門 佐藤友重 診療部門 細谷勝己 診療部門 村上並子 診療部門 末脇 裕 診療部門 豊田直美 事務部門(図書室事務)吉岡由貴

です。平成22年9月から事務部門は森友俊文から森原義男に、12月から看護部門は豊田真子から安 友裕穂に、2月から末脇裕が委員となりました。2月の委員会で、森原から図書委員会規定・図書 室利用規定の改正案が、事務局から教育研修委員会規約の改正案が提出され承認されました。

平成22年度は17回の研修会が開催できました。オープンカンファレンス5回, 医療安全5回, クリニカルパス2回, 感染対策2回, 接遇1回, 新人職員教育研修1回, 褥創対策1回であり, 関連する委員会の活動と協力とともに委員の協力に感謝しています。また, 17回の中で院外講師は「N95マスクの正しいつけ方をマスターしよう」,「ベット上で身体にかかる危険な圧と対策」,「エラープルーフに基づいた院内の事故予防策」の内容で3回でした。最近は院内講師による研修会が増加しており, 診療部門・看護部門・事務部門の協力に感謝しています。医療倫理に関する研修会が少ないのが課題です。

毎年4月上旬に開催される新人職員の教育研修プログラムは大切です。私は尾道総合病院ポケットマニュアルの説明と5つのお願いを指導しています。会が終了後のアンケート調査では、理解度・活用度・資料・進行状態について、良い評価を毎年頂いています。特に午後の標準予防策と感染経路別予防策は毎年好評です。人材育成の第1歩の大切な会ですので、今後も関連する部署や講師の方々の協力をお願いします。

# 図書委員会

### 昨年における委員会の活動状況,委員会からの提言

委員長 目 崎 一 成

昨年の図書委員会の活動状況について報告させて戴きます。図書委員会は教育研修委員会のメン バーから構成され,不定期に開催されております。昨年の活動といたしましては,

- ① 新病院への移動について
- ② メディカルオンライン導入について
- ③ 購読雑誌の見積もりについて

が主な議題として話し合われました。それぞれオーバーラップする点もありますが、まず新病院に 移転するにあたって旧病院図書室の書籍をどうするのかというのが差し当たりの重要な課題となり ました。問題としてはかなり前から認識されていたのですが、実際の新図書室の見取り図が判明したのが、8月になってからでしたので、具体的な協議はそれ以降話し合われました。書籍を置く場所は旧病院よりやや広くはなったのですが、そのまま漫然と購入図書を保管していてはすぐいっぱいになるので、まずあまりに古い雑誌は破棄する方向で各部署にお願いしました。一方で試験的な期間を設けてメディカルオンラインを試してもらい、アンケートの結果ほとんどの部署から導入に前向きな意見を出していただきました。オンラインで使用できるパソコンが少ない部署からは紙の方が便利というご意見も頂きましたが、図書室の保管のスペースが限られていることや、自宅でもオンラインで文献が閲覧できるなどのメリットは大きいので導入の方向で進めさせていただきました。どうしても冊子体でとって欲しい雑誌は残しつつ、メディカルオンラインに重複する雑誌は各部署に、できる限り購入を中止していただくようお願いしました。購読雑誌の見積もりについては三社に見積もりをとって決定しました。

新病院移転後しばらく図書の閲覧の際にはご迷惑をおかけしましたが、23年8月現在メディカルオンラインに続き、洋雑誌オンラインジャーナルの閲覧も可能となり、利便性も昨年より大幅に向上したように思います。職員の皆様にさらにご活用して戴きますよう今後ともよろしくお願いいたします。

# 臨床研修管理委員会

臨床研修管理委員会では、研修プログラムの作成、研修スケジュールの調整、研修医の評価等、研修に係るすべての事項を管理しています。

平成22年度プログラムは全科経験型とし、将来プライマリー・ケアの出来る医師の育成を目指し 選択必修科目を経験するようにしました。

今年度はフルマッチにより5名を受け入れ、2年次5名と併せて10名体制となりました。

協力型病院として広島大学病院1名(1ヶ月産婦人科),公立みつぎ総合病院から1名(5ヶ月小児科・産婦人科・放射線科)を受け入れ、また、広島大学からの実習生、見学者を常に受け入れ研修医室も常にいっぱいの状況となりました。

指導医体制についても3名(内科・眼科・産婦人科)の医師に指導医講習会を受講してもらい, 指導医体制の強化を続けております。

8月に実施した採用試験と10月のマッチング結果は、平成23年度は1名の研修医の受け入れとなりました。新築移転する新病院では6名でのスタートとなります。

マッチング結果が1名となったことについて、原因を追及するとともに事務局では、講習会等を受講するなど研修医の求めるプログラム、処遇等の再検証を行い来年度に向けての努力をしております。また、平成23年3月11日の東日本大震災による研修医受け入れ施設として登録も行ないました。

3月末には、前年同様2年次5名の研修医の評価委員会を行い、5名全員問題なく修了しました。1名は当院整形外科医として、2名は消化器内科・循環器内科医として広島市内の病院へ、1名は循環器内科医として沖縄県へ、1名は救急医療のメッカ福井県へとそれぞれの道に進んで行きました。

最後に、今後も研修医が当院で初期研修をして良かったと思えるような研修内容、研修病院にしていきたいと思っております。

# 労働安全衛牛委員会

委員長 大 林 諒 人

今年度の本委員会は下記のメンバーでスタートしました。

委員長 大林副院長

副委員長 岡田広厚労尾道支部執行委員

委員(従業員代表) 委員(病院代表)

 大江
 広厚労尾道支部員
 吉岡
 人事課長

 池森
 広厚労尾道支部執行委員
 村上
 放射線科科長

 石嵜
 広厚労尾道支部員
 京泉
 外来統括科長

 森上
 広厚労尾道支部執行委員
 平田
 薬剤科長

松谷 職員組合員 井上 施設資材課長補佐

事務局 奥野 人事課係長

この委員会は労働者の健康を守ることと、快適な職場を作ることを2本柱に活動しています。本年度は上記メンバーで毎月第4火曜日に職場巡視と委員会を開催しました。職場巡視では、①危険な場所はないか ②労働環境は良いか ③不必要なものを置いていないか(整理、整頓、清潔、清掃の4S)を中心に巡視しました。院内各部署を年2回巡視する計画でスタートしました。これまで時に委員の出席が悪く、かろうじて3分の2の出席を確保した時期もありましたが、今年度はいつもほぼ全員の出席が得られました。委員の皆様には業務多忙の中ご苦労様でした。新病院への移転準備が進むなかで大きな施設整備は困難ですが、清掃の不十分な所、古い張り紙・不要な物品の撤去、粗大ごみの整理、ベニヤ板の剥がれ、乱雑な電気配線など現場で解決できることはその場で指摘して現場で解決して頂き、現場では解決困難なことは施設資材課へ要請し改善を図りました。皆様に気持ちよく協力して頂き、できる限りの職場作りはできたとおもっています。新病院では見違えるような広くてきれいな職場環境になることを考える時、このような劣悪な職場環境で懸命に働いてきた職員のご苦労に感謝すると同時に、こんな古くて狭くて汚れていた、しかし和やかだったそのなかで一生懸命に汗をかき働いたことに郷愁的感慨も湧いてきます。

委員会では毎月事務局から労災事故,長期休職者,時間外について報告がありました。労災事故は23年度は毎月0~4件,計16件発生し,そのほとんどは針刺しでした。

長期休業者は常時0名から2名位存在し、そのほとんどがメンタル関係ですが前年度よりは少ない傾向でした。メンタルヘルスに関しては今後とも重要な課題であり、今年度メンタルヘルス職場復帰セミナー(広島会場)に2名の委員が参加しました。従業員が安心して休業・復職ができるシステムが整備されていることが組織としても重要であるとの報告がありました。また今年度もメンタルヘルスチエックを施行し700名の対象者のうち638名を回収し、解析しました。やはりストレスの多い職場とそうでない職場がありますが、ストレスチエックと早期解決にむけて病院全体での取り組みが必要であるとおもわれます。

8月には定期健康診断を実施し、全体の受診率は95.9%で昨年と同じく高い受診率でした。受診は従業員の義務でもありますがご協力ありがとうございました。内訳は医師83.3%、看護課98.5%、医療技術・事務職・その他96.3%でした。健診結果では異常なし15%、要観察9%、要再検40%、要精査13%、要治療11%、治療中12%でした。要精査、要治療の人には人事課でその後のフォロー

#### アップを行いました。

本年度で旧病院での労働安全衛生委員会活動は幕を下ろし、新年度からは新病院での活動となります。これまでの労働環境劣化の悩みからは開放されそうですが、電子カルテの導入、人員削減、人間関係のストレス増加など新しい課題も出現するとおもわれます。引き続き労使一体となった、活発できめ細かい活動を展開していきたいとおもいます。皆様のご協力をよろしくおねがいします。

# 院内感染対策委員会

委 員 森 本 典 子

平成22年度の院内感染対策委員会の活動を報告します。

#### 1. MRSA の報告

平成21年度の MRSA 検出状況は新規137件 (25%), 継続404件 (75%) でした。総検体数は9022件で MRSA の検出率の年間の平均は6.1%でした。月別に見ても4,11月は検出率が8%を越えてしまったが、年間の平均で見ればほぼ平年通りの検出率となりました。

#### MRSA(平成22年度)

月	新規	継続	検出数	総数	検出率(%)
4 月	14	47	61	688	8.8
5 月	7	36	43	651	6.6
6 月	9	37	46	747	6.2
7月	17	26	43	846	5.1
8 月	11	32	43	796	5.4
9月	10	36	46	757	6.1
10月	17	21	38	767	5.0
11月	14	46	60	709	8.5
12月	6	24	30	725	4.1
1月	11	31	42	797	5.3
2 月	11	31	42	718	5.8
3 月	10	37	47	821	5.7
合計	137	404	541	9022	6.1 (年平均)

#### MRSA の年度別推移

	新規	継続	計	検体総数	検出率(%)
平成11年度	220	188	408	5567	7.3
平成12年度	206	209	415	5394	7.7
平成13年度	247	222	469	7004	7.0
平成14年度	321	180	501	8763	5.7
平成15年度	264	154	418	8205	5.1
平成16年度	301	157	458	8265	5.5
平成17年度	308	176	484	9551	5.1
平成18年度	342	154	496	8505	5.8
平成19年度	301	159	460	8436	5.4
平成20年度	301	159	460	8436	5.4
平成21年度	205	338	543	7379	7.4

#### 2. 院内環境検査(MRSA、レジオネラ菌、大腸菌)について

• MRSA(モニター部署……NICU、南館 2 階)

NICUでは4月に隔離室の水道の取手や体重計のボタン等から検出されましたが、後は検出されていません。南館2階からは検出されませんでした。環境中のMRSAは毎年ほぼ同一箇所から検出されており、MRSAが付着していると思われるところはアルコール等での消毒をお願いします。手指は手洗いや速乾性アルコール手指消毒剤等でこまめな消毒をお願いします。

#### • レジオネラ菌(モニター部署……NICU、南館2階、冷却塔水)

冷却塔水では6月に提出された試料で望ましい範囲内でのレジオネラ菌数が検出されました。南館2階 NICU からはレジオネラ菌の検出は無かった。

#### • 大腸菌 (モニター部署……栄養科)

平成22年度の大腸菌の検出はすべての箇所で検出は認めませんでした。

#### 3. 結核について

入院患者から結核が発生したが、入院時情報がなく、オーダーされた検査項目からスタッフが気付き、ICTが直ちに介入し、早期対処ができた為、感染拡大に至らず専門機関へ転院した。

#### 4. ノロウイルスについて

ノロウイルスが南2,新5で1名ずつ検出された。南2では持ち込みと判断。新5では感染経路は不明。その後感染拡大はなく,スタッフでは,下痢嘔吐症状を訴える者が数人発生,ノロウイルス陰性もしくは未検査だったが症状から就業制限をかけ対応した。

#### 5. 新型インフルエンザについて

昨年21年度はインフルエンザの流行がありましたが、今年度は新6にてスタッフ2名が罹患。検査では陰性だったが数人にインフルエンザ様症状がみられ、休職、サージカルマスクを義務付け、入院患者1人が発症したがその後拡大はしなかった。

#### 6. 院内感染対策委員会での主な決定内容

感染管理加算により、住吉科長が感染対策室の専従となり、ICT ラウンドも月1回を週1回することになりました。

#### 7. 院内の感染対策の勉強会について

N95マスクの正しいつけかたをマスターしよう これでいいのか MRSA 対策 インフルエンザのすべて

ICT 勉強会

感染リンクナースによる定例の勉強会

#### 8. 委員の参加講習会について

備三地区感染対策研修会

環境感染学会

新型インフルエンザについてのアンケートのまとめ(尾道保健所)

#### 9. ICT の活動について

届出抗菌薬の適正使用と耐性菌の検出状況を把握し必要時に介入と、届出用紙の提出状況の確認 ラウンドを行なった。

血倍ボトル2セット提出数アップにむけて取り組んだ。

バンコマイシンの TDM 解析の標準化

抗酸菌未検査患者の吸痰時の N95マスクの推進

#### 10. 院内感染対策委員会メンバー20名(平成23年3月現在)

委員長 佐々木 伸孝(小児	科部長 ICD)	
副委員長 風呂中 修(呼吸器	内科部長 ICD) 藤越 貞子(	副院長・看護部長)
日野 文明(副院長・医療安全	管理室長) 伊藤 勝陽(院長)	
委員		
石川 哲大 (総合診療部長)	森原 義男 (事務次長・総務課長)	藤木 翔(施設資材課)
岡田シカエ(医療安全科長)	住吉 静香(感染管理科長 ICN)	金原 亜子 (外来課長)
壇上美由紀(OP 室科長補佐)	水野 香織(NICU)	安原 昌子(薬剤部)
山本 智恵(栄養科)	安保 徳宏 (放射線科)	森本 典子 (検査科)
細谷 勝己 (検査科・事務局)	金本 隆司 (検査科)	田渕 政司(清掃)

#### 終わりに

一昨年は、新型インフルエンザが流行し、国や自治体、保健所の対応も各々差があり混乱した状況がありましたが 幸いにも今年度はとくに問題となる流行もありませんでした。しかし病院独自の危機管理体制を強化し、緊急を要する場合は、決定してすぐに実行しなければならない時もあり、安全のためには突然のマニュアル変更も起こり得ます。昨年は皆様のご協力のお陰で乗り切ることが出来ましたが、今後ともご理解とご協力をお願い致します。

# 医療サービス改善委員会

委員長 原 潤 一

待望の新病院が完成し、移転を経て、5月ゴールデンウィーク明けに開院いたしました。

改装は加えていても築50年の土台が残っていて、老朽化も著しかった旧病院に比較すれば、時代や地域が要求する以上の環境、設備を有しており、利用者に対し快適な療養生活を提供できる施設となりました。

施設改善に関わる当委員会としても、ここ何年来利用者の施設面(病室、トイレ、浴室、洗面所、駐車場など)改善への強い要望にさらされ、しかしまた老朽化に伴い施設改善の余地さえなく、右往左往していた実態がありました。

今回,施設の一期的,大幅改善により,今後しばらくはそのような声もほとんどなくなると予想され、一種特有な解放感を覚えております。

施設の大幅改善がなったとあれば、高いニーズを満たしたいと思っている利用者、患者の眼はますます、われわれスタッフの診療〜接遇態度、言葉遣い、身だしなみ、あるいは施設の清潔保持などに向けられてくると思われます。

いよいよわれわれ病院スタッフ一同の医療サービスへの意識、態度、実践が評価のまな板にのる

ことになります。今まで以上にソフト面のサービス改善に心してかかる覚悟の必要を感じています。

さらに、病院スタッフのみならず、病院利用者にも快適な "みんなの病院" として認識していただき、利用者、患者に対しても、療養環境を乱すような利用法、言動を慎んでいただくよう引き続き注意を喚起することも、委員会活動の一環であると考えています。

# 薬事委員会

委員長 橋 本 佳 浩

薬事委員会は各診療科主任部長等で構成され、平成22年度より看護科より看護部長と医療安全より看護副部長に入ってもらっています。原則 2 ヶ月に 1 回に開催していますが、平成23年 3 月は新病院新築移転のため中止としました。しかし緊急で使用したい医薬品ついては仮採用で対応しました。そして平成23年 3 月11日に起った未曾有の東日本大震災の影響で製薬工場があったメーカーの医薬品が品薄や供給停止など影響があり徐々に拡大し、患者さんや先生方には大変ご迷惑をかけました。中でもジョンソン・エンド・ジョンソンの消毒液やツムラの漢方薬などの代替え品の手配やあすか製薬のチラージン 8 など供給量不足による処方日数を30日までに制限をさせて頂きました。その後各メーカーとも 6 月,7 月には徐々に回復し 8 月にはほぼ完全に回復しました。

新規採用にあたり新薬を待たれている患者さんや安全で効率的な使用ができ、患者さんのコンプライアンス向上など考慮し採用を検討しています。また採用薬品の品目数が増えないように1増1減で行なっています。そして平成22年度の薬事委員会は、5回開催されました。第1回が5月31日(月)にあり、降圧薬の配合剤であるエカード配合錠 HD など新規採用薬品が6品目、剤形変更が6品目、製造中止によるメーカー変更が1品目その他小児用肺炎球菌ワクチン(プレベナー)の自費ワクチン1品目が採用となりました。第2回が7月26日(月)にあり、がん性疼痛コントロールで3日に1回貼り替えの製剤から1日1回貼り替えのフェントステープやラジカット注のアンプル製剤から使用しやすいバッグ製品など新規採用薬品が12品目、メーカー変更など5品目が採用となりました。第3回が9月29日(水)にあり、抗がん剤のエルプラット注の凍結乾燥品から液体製剤へ、ケタラール注の20mLから5mL製品への変更など新規採用薬品が3品目、剤形・規格変更が3品目採用となりました。第4回が11月30日(水)にあり、がん性疼痛治療剤で麻薬でない飲み薬のトラマールカプセルなど10品目が採用となりました。第5回が平成23年1月31日(月)にあり、内服しやすいアレロック錠のOD(口腔内崩壊)錠やケイツーシロップのスティック包装製品(一回量)など6品目が採用となりました。以上のように適切に薬事委員会を運営しています。

# 緩和ケア委員会

委員長 石 川 哲 大

緩和ケア委員会は当院の病院チーム医療の主眼であるキャンサーボード運営委員会に属しており、緩和ケアチームと理学療法士および各部署から1名ずつ選出された看護科緩和ケア委員がメンバーとなっています。緩和ケアチームは、身体症状に関わる医師として石川(専任)・Dr高澤、精神症状に関わる医師としてDr木保(平成22年8月より参加)、森元緩和ケア専従看護師、島居緩和ケア認定看護師、平井薬剤師、山本管理栄養士、吉岡・西村臨床心理士、豊田社会福祉士など、

多職種によるメンバーで構成されています。

緩和ケア外来は従来,第2・第4水曜日の午後に放射線科外来で行なっていましたが,午前中に他科受診のある患者さんが午後まで待つという不便さがありました。そこで,平成22年5月より小児外科外来診察室を使用させていただき,診察枠を毎週水曜日午前に変更しました。水曜日以外に来院される場合については,できるだけ患者さんの都合に合わせて診察をするよう心がけ,平成22年度の年間のべ診察回数は150回でした。

緩和ケアチームの活動は、病棟の患者さんへの緩和ケア診療が主体です。病棟主治医からの要請があれば主治医・病棟スタッフとともに初回ケアカンファレンスを行ない、情報を共有し方針を検討します。その後、主治医から患者さんへ緩和ケアチームの紹介をしていただき、一人ずつご挨拶をすることから介入を始めます。毎週月・金曜日の午後に石川と森元看護師は病室を回り、患者さん・ご家族のお話を聞き、病状経過の把握とともに主治医・病棟スタッフと方針について検討しています。毎週水曜日の午後1:00から症状緩和に関わるカンファレンスを行ない、その後に緩和ケアチーム全員で病棟回診を行なっています。平成22年度に緩和ケアチームに紹介をいただいた患者数は51名でした。在宅主治医を決めて在宅療養へ移行された患者さんは18名でした。

地域がん診療連携拠点病院の役割の一つに緩和ケア医師研修会の実施があり、昨年に引き続き第2回目として、平成22年7月4日(日)と7月25日(日)の2日間にわたって尾道国際ホテルで開催しました。院外16名、院内14名(うち、2年目の臨床研修医5名)の計30名の医師の参加があり、PEACE(Palliative care Emphasis program on symptom management and Assessment for Continuous

medical Education) - project に則ったプログラムを受講していただきました。合計795分のややハードなスケジュールですが、尾道市民病院と共通プログラムとしているため1日だけ受講という方もありました。今後、他院の先生方は勿論のこと、院内の先生方の当研修会への積極的なご参加をお願いしたいと思います。

平成22年6月18日~19日に東京都・東京国際フォーラムで開催された第15回日本緩和医療学会では、「当院における緩和ケアに関するアンケート調査から今後の課題を検討する~緩和ケアにおける困難感・態度尺度を用いて~」(高橋 忍ほか)と「尾道市医師会方式にて満足度の高い在宅緩和ケアを実践できた1症例」(石川 哲大ほか)の2題を発表しました。

平成22年9月17日,聖路加国際病院緩和ケア科の林 章敏先生をお招きして緩和ケア講演会を開催しました。会場のしまなみ交流館(700席)はほぼ満員で、市民の方の参加が多かったのが印象的でした。林先生の熱のこもったお話に感動し、尾道に緩和ケアの新しい風が巻き起こったように感じました。病院を挙げてこの講演会を支援して下さり、改めて心から感謝申し上げます。

平成22年12月1日,松永沼隈地区医師会(医師会長=橘高英之先生)からのお招きで「地域医療連携を考える ~緩和ケアを通して見えたもの~」と題する講演を石川が行ないました。がん診療における緩和ケアの重要性や当院の緩和ケアの活動報告などをお話しましたが、ご参集の先生方に熱心に聴講していただき、在宅緩和ケアへの理解も充分なことを実感しました。

平成23年2月6日に三原市のリージョンプラザで開催された広島県の圏域地対協研修会において、「病院から在宅へ、在宅緩和ケアへのバトンタッチ」のセッションで『緩和ケアから地域医療を考える〜地域がん診療連携拠点病院の役割〜』と題する講演を県から指名を受けた石川が発表しました。本研修会で特別講演をされた静岡がんセンターの山口 建総長にお話を伺う機会があり、同センターへの視察の内諾をいただきました。

平成23年2月18日~19日に、国立がん研究センター築地キャンパスで開催された『がん診療連携拠点病院 緩和ケアチーム研修会』に当院緩和ケアチームから木保正彦医師、平井俊明薬剤師、島居孝恵緩和ケア認定看護師、石川の4名で参加しました。自分たちのチーム活動の見直し、コンサ

ルテーションについて,職種別に抱える困難,倫理的ジレンマ,緩和ケアチームの明日への課題,などのセッションで4名それぞれが多くの知見を吸収しました。

まだまだ未熟な緩和ケアチーム・緩和ケア委員会ですが、病院全体が緩和ケアの心で診療ができることを目指して一歩ずつ前進してゆきたいと思いますので、よろしくお願い申し上げます。

# JA尾道総合病院 緩和ケアチームのご案内



当院では緩和外来・緩和ケアチームによるサポートを行っております。 緩和ケアは、がん末期のケアと思われがちですが、がんと診断された時 からがんと共に歩んでいる間も、そして最期の時まで患者様やご家族の 価値観を尊重し、ご意見やご希望に添ったその人らしい生活が出来るよう サポート致します。

緩和ケアチームは、多職種で構成され主治医・担当看護師とともに 様々な苦痛緩和の支援を行います。

緩和ケアチームへの相談、緩和外来を希望される場合は ご遠慮なく主治医・担当看護師にお尋ね下さい。





#### 緩和ケアチーム

チームリーダー 石川 医師 総合診療科 チーム専従看護師 看護科 森元 看護師 身体のつらさ担当 放射線科 高澤 医師 心のつらさ・不眠 精神神経科 木保 医師 緩和ケア認定看護師 看護科 島居 看護師 お薬担当 平井 薬剤師 薬剤科 食事・栄養担当 栄養科 山本 管理栄養士 心のつらさ・不安 精神神経科 吉岡・西村 臨床心理: がん相談員 地域医療連携室 豊田 社会福祉士



2010 11月 JA尾道総合病院緩和ケアチーム お問い合わせ 緩和ケア 森元 0848-22-8111(代表)

# NST 委員会

委員長 小野川 靖 二

2006年1月より病棟回診を開始し、栄養学的な立場から提言を行っています。 平成22年度は以下の活動を行いました。

#### 1. NST 回診

平成22年度は合計49名の患者に対して栄養学的な助言を行いました。

一昨年、昨年と徐々に対象患者数も増加してきています。

また、対象患者の入院診療科は、内科患者を中心に合計10診療科にわたっています。

#### 2. 栄養サポートチーム加算

平成22年度より NST 回診に対して保険点数が認められるようになりました。保険点数取得に向け態勢を整備し、サポート加算を取得しています。

平成22年度は合計で216件の加算をとっています。

#### 3. NST 教育

当院は日本静脈経腸栄養学会認定の「栄養サポートチーム (NST) 専門療法士認定教育施設」であり、専門療法士資格取得をめざす栄養士・看護師・薬剤師・検査技師などの教育を行っています。平成22年度は3名の専門療法士研修(40時間)を受け入れ、研修を行いました。

また,広島県内で唯一,栄養士会から「栄養サポートチーム担当者研修」の依頼も受けました。 16時間の NST に関する実地研修であり、合計 9 名の研修を行っています。

#### 4. 学会活動

平成22年度は2010年12月11日に下関で第3回日本静脈経腸栄養学会中国地方会が開催されました。当院より演題を1題発表しています。また,2011年2月19日~20日に名古屋で第26回日本静脈経腸栄養学会が行われ、当院NSTより1題発表しています。

今後も活発な委員会活動を行っていく予定です。

#### 業績

1. 第3日本静脈経腸栄養学会中国支部学術集会(下関. 22.12.11)

左視床出血により嚥下障害を合併した BMI 46.0 の高度肥満患者に対して NST 介入を行った 1 例

波止元裕美,金子美樹,赤毛弘子,越智せりか,山本智恵,貝原恵子,久保幸江,松谷郁美,佐々木恵子,吉廣一寿,山根利予子,中司博士,江崎隆,小野川靖二

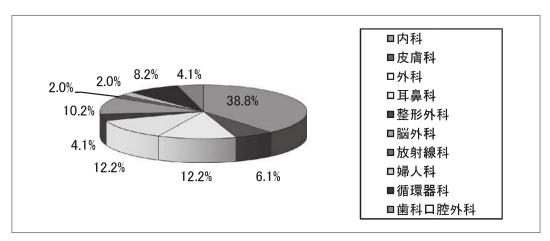
2. 第26日本静脈経腸栄養学会学術集会(名古屋, 23.2.19-20)

脳卒中地域連携における嚥下訓練食の現状

貝原恵子,村上美香,岡本尚子,安友裕穂,久保幸江,越智せりか,波止元裕美,山本智恵, 山根利予子,豊田直之,迫口哲彦,川本仁志,門田秀二,江崎隆,小野川靖二

	内	皮	外	耳	整	脳	放	婦	循	歯	
診療科		膚		鼻	形	外	射	   	環	歯科口腔外科	合
10 1st 11		/=		<del>71</del>	外	71	線		器	腔外	計
	科	科	科	科	科	科	科	科	科	科	
人数(人)	19	3	6	6	2	5	1	1	4	2	49
割合 (%)	38.8	6.1	12.2	12.2	4.1	10.2	2.0	2.0	8.2	4.1	100.0

平成22年度 NST 依頼 診療科別割合



# 栄養委員会

管理栄養士 岡 本 裕 美

栄養委員会は主に栄養科と看護科・事務部門との間で食事および栄養に関する事項について検討しています。平成22年度は新病院での食種構成や新調理システムの運用方法を中心に検討を行いました。

旧病院との大きな違いは、①入院予約の時点で食数が把握できること、②新調理システムにより 温かいものを温かく、冷たいものを冷たい状態で提供できることにあります。

①により、食事の計画発注・計画生産が可能となるため食材費の無駄を削減することができます。また、緊急入院の対応を減塩食に限定させていただくことで、今まで全食種にとっていた予備食の無駄を減らすことにつながるものと考えます。計画生産ゆえに食事オーダーの締め時間厳守が必要となりますが、その分今まで以上に病院食の内容を充実させ、患者に還元していくよう当委員会にて協議を行いました。

②により、再加熱カートを使用することでより適時適温の状態で食事を提供することが可能となります。また、最終的に加熱調理を行うニュークックチルシステムの利点を活かし、より安全で衛生的な食事を提供することができます。これにより、従来市販のもの等で対応せざるを得なかった待ち食を「遅食」にて対応することに致しました。この遅食の導入により、検査や透析等で食事時間が遅くなる場合にも通常の食事を提供できるようになる点が大きなメリットとなっています。

新調理システムにおいてまだまだ課題もありますが、栄養委員会を通して皆様のご意見を伺いな

第21号, 2011年

がらよりよい食事提供・栄養管理を目指していきたいと考えております。 今後とも皆様のご協力をよろしくお願い致します。

# 材料委員会

委員長 門 田 秀 二

昨年までの報告と同じように、2010年度の報告を材料委員会としてする時期になったが、今年はなんといっても病院移転を抜きには何事も語れない。

2010年4月~2011年7月の診療材料実績を分析しての解釈を手術室関連を列挙する。

2009年度と比較すると、新病院移転に際し、新規導入及び増設等による備品付属消耗品の増額により、診療材料費は増加傾向である。手術件数に関して、2009年度と同様に伸びてきており、手術材料費も増加している。

2010年度平均 75,600千円 2011年度平均 81,400千円 (4月除く)

〈対策〉術式別に症例数が多い材料費や,不動在庫を中心に材料費の標準化を進めていく必要がある。原価データを参照し,次項の手術稼働率をあげることで,資産の有効活用に貢献し,また材料費を効率的に有効活用するために,原価データの推移を見ていく必要もある。尚,手術稼働率は昨年より稼働率が上がっている。

これからは、原価データを参照しながら、午前にシフトしていく必要もあると考える。 医師会議では毎回当病院の危機的状況が叫ばれているが、病院の規模として潰れていくことが許される病院ではあり得ない。しかし、一朝一夕に事態が好転するとも思えない。神風が吹くか?吹

かないか?思い悩むより己のできることを愚直に実行していくしかないであろう。

# 院内主要行事

# 平成22年度

年	月	日	行 事	年	月	日	行 事
22.	4.	1	新採用者辞令交付式	22.	9.	17	医療安全研修会・緩和ケア研修会
		2	新採用職員歓迎会			30	尾道看護専門学校学校祭(~10/1)
		2	新採用者オリエンテーション		10.	4	・7 新病院運用説明会
		12	厚生連尾道看護専門学校入学式			9	看護研究発表会
		15	第14回尾三地域がん連携フォーラム			15	院内感染対策研修会
	•	22	第247回オープンカンファレンス		•	17	市民のためのがん最前線(市民公開講座)
	•	27	病院長就任パーティ			18-	~21 広島県立広島中学校3年生職場体験
	5.	10	電子カルテシステムに関する説明会			21	研修医 CPC
		19	新病院建築図の説明会			23	第24回厚生連親睦球技大会
		20	研修医 CPC			28	第251回オープンカンファレンス
	6.	1	看護科全体研修		11.	18	研修医 CPC
		11	院内感染対策研修会			19	看護科研修会
		17	第248回オープンカンファレンス			26	クリニカルパス講演会
		18	医療安全研修会			26	平成22年度第2 · 四半期末監事監査
	7.	1	第15回尾三地域がん連携フォーラム		12.	14	医療法第25条の規定による立入検査
		7	第22回参議院議員通常選挙不在者投票			15	・22 電子カルテシステム画面紹介
		26	平成23年度看護職員採用試験(推薦)			20	防火避難訓練
		30	医療安全研修会	23.	1.	4	新年互例会
	8.	2	新採用者のための病院見学会			14	学会参加, 研修報告会
		5	平成22年度第1 · 四半期末監事監査		2.	9	平成22年度第3・四半期監事監査
		9	一日看護体験			10	第16回尾三地域がん連携フォーラム
	8.	17	・19 平成23年度臨床研修医採用試験			24	第12回連携フォーラム
		19	平成23年度看護職員採用試験(一般)			24	研修医 CPC
		23	栗原中学校2年生職場体験		3.	11	サービスマネジメント発表会
		25	・26 新病院解説に向けた全体スケジュール説明会			17	新病院竣工式
		26	第249回オープンカンファレンス			18	学会参加,研修報告会パートⅡ
		26	第11回連携フォーラム		-	23	院内保育所卒業式
	9.	3	第250回オープンカンファレンス			25	研修医修了書授与式
		3	第3回尾道総合病院クリニカルパス研究会			29	東日本大震災・医療班派遣 (~4/4)



市民公開講座



防火避難訓練



東日本大震災医療班



新病院竣工式



第15回がん連携フォーラム

# 「厚生連尾道総合病院医報」投稿規定

- 1. 投稿者は、本院職員あるいは関係者とする。
- 2. 原稿の種類は、図説、原著、総説、CPC、看護研究、論文発表、学会発表、各科紹介、その他とする。
- 3. 原稿の採否については、編集委員会に一任のこと。
- 4. 原稿は、オリジナルの他、データ(ワードもしくはテキスト形式で保存し、図表はパワーポイントに保存されているものでも可)を保存したメディア(USBもしくは CD-R)もあわせて直接持参するか下記へ送付する。

送付先 〒722-8508 尾道市平原1-10-23 尾道総合病院内 医報編集委員会 原著,総説, CPC,看護研究の原稿は,原則として400字詰原稿用紙15~20枚程度 (刷り上がり4~5頁)とする。図表の1枚は原稿用紙1枚と換算して,原稿枚数に含める。

5. 図・表・写真は、本文中に貼り付けないで、必ず1枚ずつA4判の別紙に貼り付けること。 本文の欄外に挿入箇所を指示すること。

\*パワーポイント等で発表したスライドでの提出も可、その際プリントした図表を添付のこと。

- 6. 図・表・写真は、図1、表 2 のように記載し、第 1 図、第 2 表などとはしない。 なお、写真は図とする。
- 7. 本文中に引用した文献は、引用順に番号をつけ、本文中に1)、2) として引用箇所を明示すること。
  - ・雑誌は

著者名:標題, 雑誌名 巻:頁-頁, 西暦年とする。

- 例〕1) 本藤達也, 寺川宏樹:尾道総合病院内科における虚血性心疾患診療の現状。-平成4,5年の入院患者集計から心臓カテーテル法を中心に-厚生連尾道総合病院医報 5:65-68,1995.
  - 2) Grines CL, Browne KF et al: A comparison of immediate coronary angioplasty with thrombolytic therapy for acute myocardial infarctuion. N Engl J Med 328: 673-679, 1993.
- ・著者(単行本)は

著者(編集者)名:書名.版数,所在地,発行所,引用頁,西年暦とする。

- 例〕1)呉 建,沖中重雄:自律神経系総論.6版,東京,金原出版,355-393,1965.
  - 2) Scher AM: Physiology and Biophysics. 19th Ed, Philadelphia, Saunders, 365-599, 1565.
- ・単行本にある論文の引用については
  - 例〕1) 鳥飼龍生:甲状腺機能低下症.甲状腺叢書第2巻 甲状腺の臨床.久保政次ほか編,東京,協同医書出版社,82-103,1957.
    - 2) Furth J, Lorens E: Carcinogenesis by ionizing radiations. In Radiation Biology, ed by Hollaender A, New York, McGraw-Hill, Vol 1, pt 2, 1145-1201, 1954.
      - 註) 1. 著者名は姓名の順とする。
        - 2. <u>著者名は2名まで</u>記載し, 3人目以降は省略して"ら"または"et al" とする。

3. コンマ、ピリオドに十分注意すること。

8. 「論文発表」に関しては、著者名、標題、雑誌名をそれぞれ改行して記載する。著者名は全ての 姓名を記載

本院在籍者以外の者には()を付ける。雑誌名は、雑誌名 卷:頁一頁、西暦年とする。

例〕7)(八幡 浩), 黒田義則, (土肥雪彦)

胃癌における CDDP 術中腹腔内洗浄の検討

消化器癌 5:19-21, 1995.

8) Takasi Urushihara, (Kazuo Sumimoto), (Ryo Sumimoto), (Masanobu Ikeda), (Yasuhiko Fukuda) and (Kiyohiko Dohi)

Prevention of reperfusion injury after rat pancreas preservation using rinse solution containing nafamostat mesilate.

Transplantation Proceedings 28: 1874-1875, 1996.

- 9.「学会発表」に関しては、学会名、演題、発表者をそれぞれ改行して記載する。学会の開催地・ 開催年月日(元号年)を( )書きする。発表者名は全ての姓名を記載し、本院在籍者以外 の者には( )を付ける。
  - 例〕1) 第84回日本病理学会総会(名古屋7.4.17-19)

原爆被爆者における中枢神経系腫瘍の発生率研究

米原修治, (藤井秀治), (岸川正大), (小武家俊博), (徳永正義), (徳岡昭治), (Dale L. Preston), (馬淵清彦)

2) 第36回日本肺癌学会総会(千葉7.10.17-18)

シンポジウム1 悪性中皮腫最近の知見

悪性中皮腫の遺伝子異常

米原修治, (井内康輝)

- 10. 「各科紹介」に関しては、各科の現況、動き、話題などについて記載してください。 記載者の職名を必ず記載してください。
- 11. 執筆された原稿のコピーを1部お手元にお置きください。
- 12. 投稿規定をよく読んで、規定にしたがってご執筆くださるようお願いします。

# 編集後記

編集委員長 和 田 知 久

今回は病院の新築移転および移転後の環境変化対応に困難さが予想されたため、原稿の締め切り を遅くしました。その医報21巻の編集が遅くなってしまいました。

さて当院の開院を記念して広島大学学長 浅原利正先生にご講演をいただきました。題して「グローバル化社会と人材育成」で「今日の人づくり」についていろいろな話題を織り込みながらのお話で感銘を受けました。そのため今回特別講演として掲載させていただきました。

次に昨年行っている講演会の中でご発表いただいた先生方から投稿していただきました。がん連携フォーラムは3回行いましたが、このうち岡山大学精神科神経科教授 内富庸介先生には「サイコオンコロジー:がん患者の心理的反応に配慮したケア」と題したご講演をいただき、緩和ケアに関する講演会では聖路加国際病院緩和ケア科 林 章敏先生に「心に残る最後の時」、淀川キリスト教病院ホスピス 田村恵子先生には「自分らしくがんと向きあうために」と題してご講演いただきました。第3回目では四国がんセンター愛媛病院の生駒真有美先生に「「実践!患者参加型医療」効果的に調整を行うコツ」と題してご講演いただきました。

当院からは原著1題,症例報告2題をいただきました。原著は心臓血管外科の濱本先生から「Coronary Artery Bypass Grafting in Our Institute」,泌尿器科から森山先生方から「前立腺小細胞癌の2例」および心臓血管外科の二神先生から「高齢者腹部大動脈破裂に対する2救命例」の2題です。なお例年連携フォーラムで発表いただいた先生には手違いから投稿の案内を出せていませんでした。また研修医による CPC は繆および柳田研修医から各々論文として提出していただきました。更に看護サイドからは看護研究として久保科長並びに内海科長より報告していただきました。

各委員会から同じように報告していただきましたが、新たに救急委員会に属する形で救急患者への対応を考える会として問題点の解決策や病院の見解を示す目的で設立され報告がありました。

最後に「職場だより」では例年と同様、各部署から仕事の内容、課題や実績、スタッフの紹介などについて書いていただきました。また看護科や各部門からは取り組みとその実績や委員会報告として各委員会の活動状況や抱負などたくさんの報告もしていただきました。また病院移転騒動記と題して募集しました。みなさんご苦労はあったと思いますが残念ながら投稿はいただけませんでした。

最後になりますが投稿していただきました皆さんに紙面をお借りしてお礼申し上げます。

#### 【編集委員会】

委員長:和田知久 病院顧問

委 員:森山浩之 診療部長 橋本佳浩 薬剤部長 木曽哲司 副院長 豊田真子 看護副部長

瀬浪正樹 副院長 細谷勝己 臨床検査科長

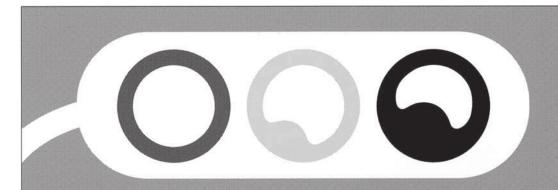
上四世 1 沙库克 白 4 1 2 千世 4 2 2 2 2 2

松村英昭 総務課長

1477大阳 心劝休区

村上正芳 総務課員

竹内礼子 総務課員(医局担当)



HMG-CoA還元酵素阻害剤

英価基準収載



●効能·効果、用法·用量、禁忌、原則禁忌 を含む使用上の注意等につきましては

製品添付文書をご参照ください。

製造販売元(資料請求先)

# アストラゼネカ株式会社

〒531-0076 大阪市北区大淀中1丁目1番88号 ●● 0120-189-115 (問い合わせフリーダイヤルメディカルインフォメーションセンター)



発売(資料請求先)

大阪市中央区道修町3-1-8 〒541-0045 (2) 0120-956-734(問い合わせフリーコールシオノギ医薬情報センター)

2009年6月作成



www.aricept.jp

劇薬・処方せん医薬品:注意一医師等の処方せんにより使用すること

日本薬局方 ドネペジル塩酸塩錠

⊕錠3mg 錠5mg

日本薬局方 ドネペジル塩酸塩細粒

錠 5mg 錠10mg

(菜価基準収載)

〈ドネペジル塩酸塩口腔内崩壊錠〉

内服ゼリー 3mg内服ゼリー 5mg内服ゼリー10mg

〈ドネペジル塩酸塩製剤〉

動能・効果、用法・用量及び禁忌を含む使用上の 注意等については添付文書をご参照ください。

ART1102M03

#### 製造販売元

エーザイ株式会社 東京都文京区小石川4-6-10



ファイザー株式会社 東京都渋谷区代々木3-22-7

販売提携

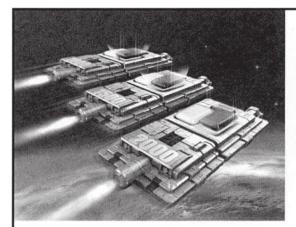
エーザイ株式会社 お客様ホットライン/ファイザー株式会社 製品情報センター



# みらいを すこやかに できる薬

かなえてほしい夢がある。 だから、私たちは薬をつくる。 2010年10月 万有製薬とシェリング・ブラウが ひとつになり、MSDとして、 日本での活動を開始しました。





高カロリー輸液用 糖・電解質・アミノ酸・総合ビタミン・微量元素液

処方せん医薬品\*

黎/本草淮107億

# エルネオパ。1号輸液

\*注意-医師等の処方せんにより使用すること

処方せん医薬品\*

**활価其準収數** 

# エルネオパ。2号輸液

\*注意-医師等の処方せんにより使用すること

ELNEOPA® No.1 Injection ELNEOPA® No.2 Injection













◇効能・効果、用法・用量、警告・禁忌を含む使用上の注意等は、製品添付文書をご参照ください。



販売提携 大塚製薬株式会社 東京都千代田区神田司町2-9 製造販売を 共ず会社 大塚製薬 株式会社 東京都千代田区神田司町2-9

Olsuka 製造販売元株式会社大塚製薬工場 徳島県鴫門市撫養町立岩字芥原115

資料請求先

株式会社大塚製薬工場 輸液DIセンター 〒101-0048 東京都千代田区神田司町2-2 〈11.04作成〉





アルツハイマー型認知症治療剤

薬価基準収載

# リパスタッチ<sup>®</sup>パッチ <sup>4.5 mg・9 mg</sup> 13.5 mg・18 mg

リバスチグミン経皮吸収型製剤

Rivastigmine transdermal patch

注)注意一医師等の処方せんにより使用すること

劇薬、処方せん医薬品注)

資料請求先



# 小野薬品工業株式会社

〒541-8564 大阪市中央区久太郎町1丁目8番2号

110701

●効能・効果、用法・用量、禁忌を含む使用上の注意等、 詳細は製品添付文書をご参照ください。



高血圧症・狭心症治療剤(持続性Ca拮抗薬) ®寒/処方せん医薬品・

日本薬局方 ベニジピン塩酸塩錠



CONIEL® Tablets

2mg·4mg·8mg錠

\*注意-医師等の処方せんにより使用すること

●「効能・効果」、「用法・用量」、「禁忌を含む使用上の 注意」等は製品添付文書をご参照ください。

製造販売元

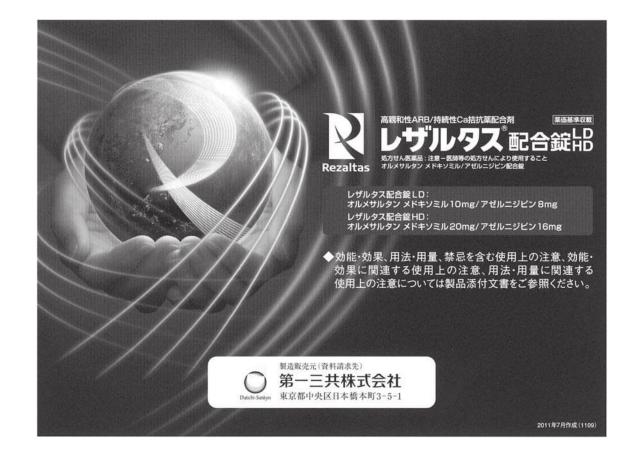
[資料請求先]

協和発酵キリン株式会社

東京都千代田区大手町一丁目6番1号 〒100-8185

www.kksmile.com





H2受容体拮抗剤

薬価基準収載

# プロテカジン。錠5・10

PROTECADIN® tablet 5·10 ー般名: ラフチジン

効能・効果、用法・用量、禁忌を含む使用上の注意、 効能・効果に関連する使用上の注意、用法・用量に 関連する使用上の注意等につきましては添付文書を ご参照ください。

■資料は当社医薬情報担当者にご請求ください。

2010年7月作成

夏目漱石 (1867~1916)

作家。胃潰瘍が持病で、43歳の時、療養先の修善寺で大吐血し、 生死の境をさ迷った。その後も再発を繰り返し、1916年、長編小説 「明暗」の執筆半ばで、胃潰瘍のために49歳の生涯を閉じた。

製造販売元 資料請求先 (医業品情報室) 大鵬薬品工業株式会社 〒101-8444 東京都千代田区神田錦町1-27 TEL.0120-20-4527 http://www.taiho.co.jp/



天明の昔からタケダはずっと 日本人の健康を守り続けています。

タケダの願いは「優れた医薬品の創出を通じて、 人々の健康と医療の未来に貢献する」こと。 ライフスタイルの変化に伴う様々な生活習慣病から日本人を守るために タケダはこれからも、様々な取り組みを続けていきます。 R adherence

2011年、タケダは 創業230年

持続性アンジオテンシンII 受容体拮抗薬/持続性Ca拮抗薬配合剤 |劇薬 処方せん医薬品注)| 薬価基準収載

# ユニシア配合錠品

(カンデサルタン シレキセチル/アムロジピンベシル酸塩配合錠)

メラトニン受容体アゴニスト 処方せん医薬品注)薬価基準収載

# ロゼレム錠8mg

(ラメルテオン錠)

選択的DPP-4阻害剤 [2型糖尿病治療剤] 「処方せん医薬品注) 薬価基準収載

# ネシーナ® 12.5mg 6.25mg

(アログリプチン安息香酸塩錠)

骨粗鬆症治療剤 骨ページェット病治療剤 |劇薬 処方せん医薬品注] 薬価基準収載

# ベネット。錠 17.5mg

日本薬局方 リセドロン酸ナトリウム水和物錠)

注)注意-医師等の処方せんにより使用すること 効能・効果、用法・用量、警告、禁忌を含む使用 上の注意等は、添付文書をご参照ください。

[資料請求先] 武田薬品工業株式会社 T540-8645 大阪市中央区道修町四丁目1番1号 http://www.takeda.co.jp/

2011 年 8 月作成 (T)





# 蛋白分解酵素阻害剤

(ナファモスタットメシル酸塩)

劇薬、処方せん医薬品注

# 注射用 フサン 10

FUTHAN 10 INJ.

[薬価基準収載]

劇薬、処方せん医薬品主

# 注射用 フサン 50

FUTHAN 50 INJ.

[薬価基準収載]

- 注)注意一医師等の処方せんにより使用すること。
- ※注射用フサン10と注射用フサン50では効能又は効果が 異なります。

効能又は効果、用法及び用量、禁忌を含む使用上の 注意等については、製品添付文書をご参照ください。

製造販売元



鳥居薬品株式会社

〒103-8439 東京都中央区日本橋本町3-4-1

資料請求先 鳥居薬品株式会社 お客様相談室 TEL 0120-316-834 FAX 0120-797-335

2009年8月作成

# その技術は命のために。





選択的抗トロンビン剤 アルガトロバン 注シリンジ 10mg[NP] (アルガトロバン水和物)

処方せん医薬品=(薬価基準収載)

《ハーフキット製剤》



《プレフィルドシリンジ製剤》



※10mL・20mL入りシリンジには横口(スリップ)タイプと(中口)ロックタイプがあります。

(資料請求先)



ニフ。ロファーマ株式会社

《生理食塩液》処方せん医薬品=〈薬価基準収載〉

〒541-0045 大阪市中央区道修町2丁目2番7号 http://www.np.nipro-pharma.co.jp/

注》注意一医師等の処方せんにより使用すること

■効能・効果、用法・用量、警告・禁忌を含む使用上の注意等に ついては各製品添付文書をご参照ください。

2011年10月作成(DK)

新発売

骨粗鬆症治療剤(活性型ビタミンD₃製剤)

薬価基準収載



**EDIROL**\*

エルデカルシト―ルカプセル 注)注意-医師等の処方せんにより使用すること

®中外製薬株式会社登録商標

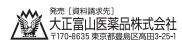
※「効能・効果」、「用法・用量」、「禁忌を含む使用上の注意」 等詳細については、添付文書をご参照ください。

製造販売元 〔資料請求先〕



中外製薬株式会社 〒103-8324東京都中央区日本橋室町2-1-1

Roche ロシュ グループ



2011年4月作成

#### 薬価基準収載

# 日本化薬の抗癌剤ラインナップ

ランタ 10mg/20mL 25mg/50mL 50mg/100ml

シスプラチン機例 Randa\* Inj.10mg/20mL・25mg/50mL・50mg/100mL

動注用アイエーコール 50mg・100mg





**ラステット**Sカフセル25mg・50mg

**プラステット**懸100mg/5mL

がいません。 Standard Towns Towns

ピノルビン 注射用 20mg

カルセド<sup>\*</sup>注射用20mg·50mg

**八イカムチン注射用1.1mg** ロゼウス ## 注液10mg · 40mg

MMを15パキ物質解析、wik No-Acked\* **エピルビシン塩酸塩注射用** 10mg [NK] エピルビシン塩酸塩注射液 18mg 55mL「NK」

オンコビン 注射用 1mg

イリノテカン塩酸塩点消輸注液 100mg 「NK」

ブレオ注射用5mg·15mg·30mg

ペプレオ 注射用5mg·10mg

ドキンルビシン 塩酸塩注射用 50mg 「NK」

ビアセチルカプセル 156.7mg

エクサール注射用 10mg イベスタチンカフセル10mg-30mg

パクリタキセル 注 30mg/5mL [NK] パクリタキセル製剤 Paclitaxel Inj. 30mg/5mL・100mg/16.7mL「NK」

コホリン 静注用7.5mg

\*注意-医師等の処方せんにより使用すること

※警告、禁忌、効能・効果、用法・用量、使用上の注意などは、製品添付文書をご参照ください。

# U NOVARTIS





抗愿性腫瘍剤(mTOR阻害剤)

エベロリスム級 制筆 処方せん医薬品 薬価基準収載

レトロジール位 劇第 - 処方せん医量品 - 単価単単収程

アロマターゼ阻害剤 「閉経後乳癌治療剤

抗悪性腫瘍剤(チロシンキナーゼインヒビター) グリベック®錠100mm

イマチニブメシル報報袋 中華 初りせん医薬品 薬価基準収額

抗原性腫瘍剤(チロシンキナーゼインヒビター) タシクナ\*\* 150... 150...

持続性ソマトスタチンアナログ マイクロスフェア似徐放性製剤 サンドスタチン LAR 筋注用器

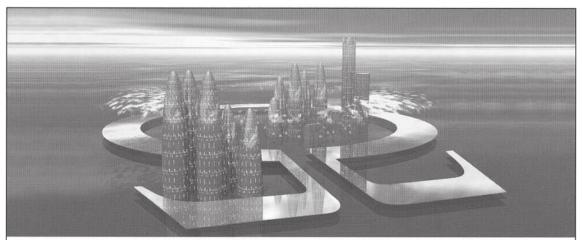
持続性ソマトスタチンアナログ製剤 サンドスタチン皮下注用器

オクトレオチド酢酸塩注射液 劇業 処方せん医薬品 業価基準収載

ノバルティス ファーマ 株式会社 東京都港区西麻布4-17-30 〒106-8618

ここにあげたすべての処方せん医薬品は、「注意一医師等の処方せんにより使用すること」。 効能・効果、用法・用量、警告、禁忌、使用上の注意等については、製品添付文書をご参照ください。 **図**0120-003-293 www.novartis.co.jp/direct/







カルバペネム系抗生物質製剤 <sub>処方せん医薬品注)</sub>

## 点滴用0.3g 点滴用O.3gバッグ

Omegacin® 0.3g, 0.3g Bag For Intravenous Drip Infusion

BIPM 注射用ビアベネム(略号: BIPM) 注)注意-医師等の処方せんにより使用すること

※効能・効果、用法・用量、用法・用量に関連する使用上の注意、禁忌、原則禁忌を含む 使用上の注意等、詳細は製品添付文書をご参照ください。

#### Meiji Seika ファルマ株式会社

製造販売元

[資料請求先] 東京都中央区京橋 2-4-16 http://www.meiji-seika-pharma.co.jp/ 2011年4月1日より社名変更いたしました。

作成:2011.4

薬価基準収載