

厚生連 尾道総合病院医報

第 22 号

厚生連尾道総合病院医報

第二十二号

平成二十四年十二月

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

目 次

巻頭言	伊藤勝陽.....	1
特別講演		
C型肝炎治療の新たな展開	茶山一彰.....	3
放射線治療の最近の進歩	平岡真寛.....	9
最新の抗がん剤副作用対策と在宅ケア	篠崎勝則ほか.....	15
がん地域連携の課題とがん地域連携クリティカルパスの普及にむけて	下村裕見子.....	21
症例報告		
直腸狭窄によるイレウスを発症して発見された前立腺癌の1例	森山浩之ほか.....	27
発症9日目に偽腔開存型へと進行した ulcer-like projection 型 急性大動脈解離に対する手術例	濱本正樹ほか.....	31
CPC		
急な心停止で死亡した血栓性血小板減少性紫斑病の1例	上田大介ほか.....	37
急激に全身状態が悪化した SLE の1例	須澤仁ほか.....	43
Trousseau 症候群による脳卒中症状が先行した肺腺癌の1例	竹井大祐ほか.....	47
市民公開講座		
肝がん 防いで！ 見つけて！ 治療して!!	橋本義政ほか.....	53

(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24年12月1日

目 次 (つづき)

看護研究

臨地実習に向けての学内演習の効果と課題	
患者の条件に合わせた日常生活援助の方法の理解	濱 川 英 子..... 59
入院早期より, 多職種で関わる退院支援と退院調整とは	高 橋 忍..... 65
病棟運営を円滑に行うための中途病棟配属者の育成	岡 本 尚 子..... 67
著 書	69
論文発表	70
学会発表	78
院内カンファレンス	105
職場だより	107
委員会報告	139
院内主要行事	169
「厚生連尾道総合病院医報」投稿規定	171
編集後記	173

— 卷 頭 言 —

Our hospital is your hospital
Your knowledge is our knowledge

参与 伊 藤 勝 陽

尾道に来させていただく迄の大半を大学で過ごしたので、地域医療についてはある程度想像はしていたものの、来てみて全く違うと実感した。大学在籍中も広島に身を置いているので当然地域貢献していたつもりであるが、異なると感じたのは尾道だったからなのかかもしれない。

病院が平原に引っ越して1年経過した。引っ越し前に市民病院と医師会と共に、話し合いの場を持ったが、その折、片山前医師会長から40日プロジェクトが示された。覚えておられる方も多いと思うが、さらに高齢化社会における急性期病院の在り方についても述べられた。急性期病院は救急救命と診断に力を注ぐべし。急性期対応処置後の治療方針はクリニカルパスにより回復期や生活期にバトンタッチ。患者のQOLの向上を図ること、QOD (quality of death: 死の質) をサポートすべくそれぞれの施設は退院時カンファランスを充実すること。患者の望む生活に密着し積極的にかかわるといったものだった。引っ越しに関しては、日頃、急性期病院にお世話になっているので、尾道の地域医療に大きな出来事である急性期医療の一翼を担う病院の引っ越しを医師会がただ静観するのではなく、尾道方式である在宅医療の利用拡大も念頭に乗り切してほしいというエールも送られた。医師会の結束が固い尾道だからできることなのかもしれないと強く感じるとともに、これが地域医療だと認識した。

急性期病院としての在り方は、市民や関連施設から肌で感じる病院への期待度、病院祭の成功、をみても一歩一歩定着してきたと言える。残るはシームレスな地域連携の確立。

2010年11月号の文芸春秋でも尾道方式は紹介されている。患者が在宅を望んでいるなら在宅医療を高度化すれば良い。病院と複数の開業医とがチームを組み在宅でも大病院に匹敵する医療環境を整えれば良いと1999年にスタートしたのが尾道方式である。尾道方式の基本はケアカンファランス (CC)。多職種が一堂に会しての短時間 (15分) での CC。

退院時カンファランスは当院でも行われるようになっていたが、数回見学させてもらった尾道市民病院のそれと比較すると説明が硬く、在宅主治医がそれを補足しかみ砕いて患者に話すことが多いように感じた。まだ患者サイドに立っての患者に安心感を与える説明となっていないのが残念である。

地域医療に関し2冊の本を紹介する。

- 1) 満足死 寝たきりゼロの思想 奥野修司 講談社現代新書 1880 2007年
- 2) 父の背中での地域医療 「尾道方式」の神髄 —カンファランスがつくる地域包括ケアシステム 片山 壽 社会保険研究所 2009年

昨年の医報第21号の特別講演と併せてぜひ読んでください。

本誌の充実と病院のますますの発展を祈念しています。

— 特別講演 —

C型肝炎治療の新たな展開

茶 山 一 彰

はじめに

最近まで主流であったC型慢性肝炎に対するPEG-IFN/RBV併用療法の治療効果には、種々の宿主およびウイルス側因子が関与していることが知られている。宿主因子としては、年齢、性別、肝線維化、IL28B^{1,2)}あるいはITPA^{3,4)}の遺伝子多型などが挙げられ、ウイルス側因子としては、genotype、ウイルス量の他、Core領域の70および91番目⁵⁾、NA5A領域のインターフェロン感受性領域(IFN sensitivity determining region: ISDR)⁶⁾、IFN/RBV抵抗性領域(IFN/RBV resistance-determining region: IRRDR)⁷⁾などのアミノ酸変異が挙げられている。最近、難治性の1b型に対して、telaprevirを用いた3剤併用療法が開始され、治療効果の向上が期待されているが、すでにその治療効果にもこれらの宿主およびウイルス因子が関与していることが報告されている^{8,9)}。3剤併用療法は、治療効果は高いものの副作用も多く、どのような症例に対して導入すべきか十分な考慮が必要である。本稿において、当院および関連施設のC型慢性肝炎に対する治療成績から、どのような症例に3剤併用療法を導入すべきかを考察し、C型慢性肝炎に対する今後の治療の展望について述べる。

IL28Bの遺伝子型およびHCV変異別のPegIFN/RBV併用療法の治療成績

当院および関連施設におけるgenotype 1b型高ウイルス量のC型慢性肝炎に対するPegIFN/RBV併用療法(長期投与を含む)のSVR率は47%(742例/1563例, TT解析)であった。IL28B遺伝子(rs8099917)の多型別に検討する

と、IL28B TTの症例でのSVR(sustained virological response)率は58%, NVR(non-virological response)率は13%であったが、TG/GGの症例ではSVR率は24%と有意に低く、NVR率は56%と高値であった(図1)。治療成

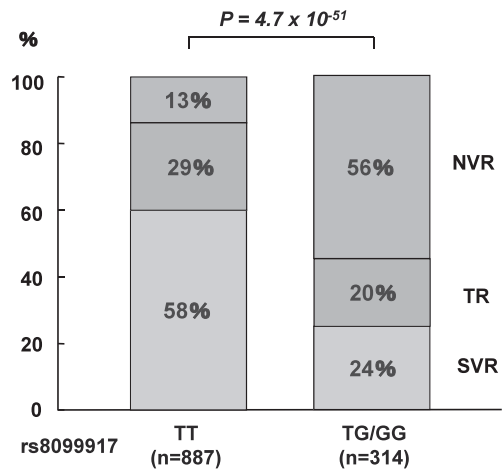


図1 IL28B genotype 別の PegIFN/RBV 併用療法の治療効果

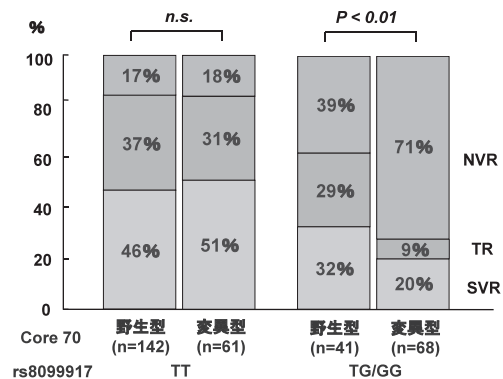


図2 IL28BおよびCore 70別の PegIFN/RBV 併用療法の治療効果

績には Core 70番のアミノ酸変異の有無および ISDR の変異数も関与しており、IL28B 遺伝子多型とウイルス因子を組み合わせることにより治療成績はさらに詳細に層別化される。IL28B TT の症例は、Core 70の変異に有無にかかわらず高い SVR 率 (48% vs 51%) であったが、IL28B TG/GG の症例においては、Core 70野生型では32%、変異型では29%であった (図2)。最も難治性の IL28B TG/GG, Core 70変異型では、71%が NVR であった。

難治性である IL28B TG/GG 症例の PegIFN/RBV 併用療法の治療成績

本邦における Genotype 1b 型 HCV に対する telaprevir を用いた 3 剤併用療法の臨床試験での SVR 率は73%であった¹⁰⁾。3 剤併用療法においても PegIFN/RBV 併用療法と同様に、宿主の IL28B 遺伝子が TT, あるいは HCV の Core 70が野生型の場合、治療効果が高いことが報告されている⁸⁾。さらに前治療の効果によって 3 剤併用療法の SVR 率は異なっている (図3)¹¹⁾。IL28B が TT の場合は前治療の効果に関わらず SVR 率は94%と非常に高い。IL28B が TG/GG の場合であっても前治療再燃例、すなわち前治療において一度でも血中 HCV の陰性化が得られた症例であれば SVR 率は91%と高い。一方、IL28B が TG/GG で前治療無効例、すなわち前治療で一度も血中 HCV の陰性化が得られなかった症例では SVR

率は30%と低値である。IL28B TT あるいは TG/GG の症例で前治療再燃例は、副作用をクリアできれば 3 剤併用療法によって、高い治療効果が期待できるため、今後問題となるのは IL28B TG/GG の症例で前治療無効例あるいは前治療の情報のない naïve 例であり、これらの症例に対してどのような治療を選択していくかの検討が必要と思われる。そこで IL28B TG/GG の症例において、どのような症例が PegIFN/RBV 併用療法において NVR になるのかを検討した。IL28B TG/GG の314例の内、PegIFN/RBV 併用療法で VR が得られた138例と NVR であった176例の治療前の臨床的背景を比較した (表1)。NVR 群は VR 群に比べ高齢、血小板低値、γ-GTP 高値、ウイルス量高値であり、Core 70変異型が多かった。多変量解析の結果、IL28B TG/GG の症例で NVR に寄与する因子

表1 IL28B TG/GG 症例における PegIFN/RBV 併用療法の VR 群と NVR 群の臨床背景

	VR (n=138)	NVR (n=176)	P
Gender (male/female)	61/77	74/102	0.99
Age	55 (16-78)	59 (22-74)	0.048
BMI	22.9	22.4	0.33
WBC	5000	4900	0.059
Hb	14.2	14.1	0.237
Plt	17.0	15.1	0.026
γ-GTP	47	52	0.032
T-cho	179	169	0.296
Fibrosis F0-2/3-4	44/14	54/25	0.33
ウイルス量(log IU/mL)	6.4 (5.3-7.3)	6.7 (5.5-7.8)	0.0003
Core aa70 Wild/Mutant	25/20	16/48	0.001
Core aa91 Wild/Mutant	19/26	35/29	0.2
ISDR mutation 0-1/2<	38/7	55/4	0.14
ITPA CC/CA,AA	106/32	139/37	0.64

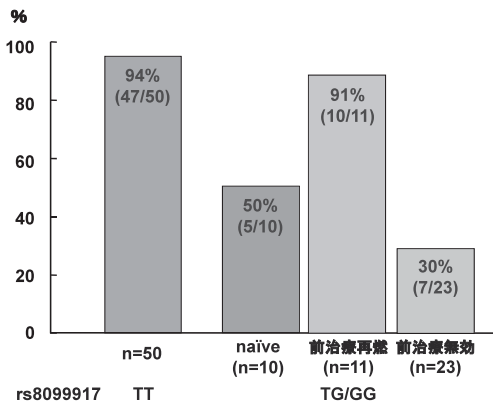


図3 IL28B genotype 別の 3 剤併用療法の SVR 率

表2 IL28B TG/GG 症例における PegIFN/RBV 併用療法の NVR に寄与する因子

factors	Simple		Multiple	
	OR	p value	OR	95% CI p value
性別	0.124	0.22		
年齢	0.059	0.109	10.428	(1.041-104.457) 0.046
BMI	2.913	0.383		
Fibrosis	0.110	0.245		
白血球数 (x10 ⁴ /mm ³)	0.064	0.215		
ヘモグロビン (g/dL)	0.055	0.193		
血小板数 (x10 ⁴ /mm ³)	11.027	0.220		
γ-GTP (IU/l)	2.262	0.545		
総コレステロール	0.095	0.265		
ウイルス量 (Log IU/ml)	0.002	0.013	25.759	(2.039-325.417) 0.008
Core 70 (Wild vs Mutant)	0.002	0.025	22.297	(2.219-224.084) 0.007
Core 91 (Wild vs Mutant)	0.223	0.213		
ISDR変異	0.114	0.345		
ITPA (CC vs CA/AA)	0.379	0.477		

として、高齢、高ウイルス量、Core 70変異型が抽出され(表2)、これらの3つの因子と実際の治療効果を検討した。IL28B TG/GG の症例における年齢別のNVR率は、50歳未満36%、50代55%、60代62%、70代67%と高齢になるほど増加した(図4)。またウイルス量が6 log未満の症例のNVR率は27%であったが、6-6.4 logでは45%、6.5-6.9 logでは60%、7 log以上では88%と増加した(図5)。IL28B TG/GG でウイルス量が7.2 log以上の症例は12例あったが、全例がNVRであった。CoreおよびISDRの変異と治療効果を検討としたところ、NVR率は、Core 70の野生型では39%であったのに対し、変異型では71%と有意に高かった(図2)。ISDRの変異数が2以上ある症例でのNVR率は36%であったのに対し、0-1の症例では61%と高い傾向にあった。

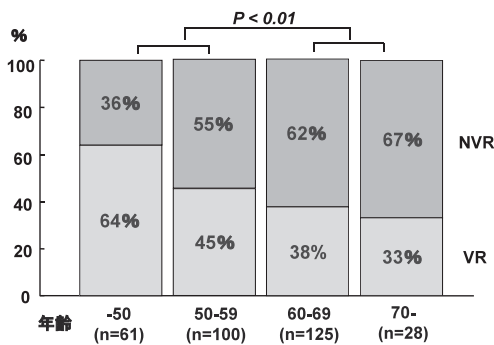


図4 IL28B TG/GG 症例における年代別の PegIFN/RBV 併用療法の治療効果

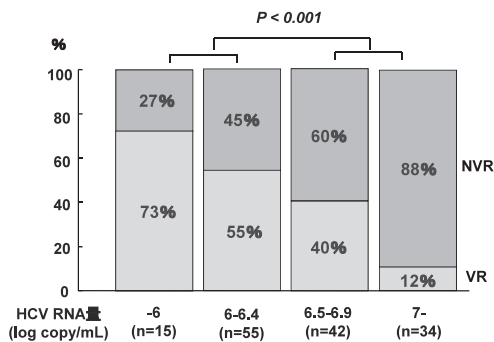


図5 IL28B TG/GG 症例におけるウイルス量別の PegIFN/RBV 併用療法の治療効果

ITPA 遺伝子多型と PegIFN/RBV 併用療法の治療成績

ITPA 遺伝子(rs1172354)の多型はPegIFN/RBV 併用療法によって生じる貧血の程度と関連しており^{3,4)}、ITPA CCの症例はCA/AAの症例に比べ、治療中のヘモグロビンの低下量が有意に多かった。治療中、貧血によってRBVの減量が必要であった症例の割合はITPA CA/AAの症例では43%であったのに対し、CCの症例は52%と有意に多かった(図6)。一方、ITPA 遺伝子多型と治療効果には関連があるという報告とないという報告がある。われわれの検討では、SVR率はITPA CA/AAの症例で43%であったのに対し、CCの症例で36%と有意差はないものの低い傾向にあった。治療前にヘモグロビンが15g/dL以上の症例は、治療中のヘモグロビン減少量あるいは貧血による症状が少ないためRBVを減量する割合が低く、ITPA CCの症例とCA/AAの症例で同程度であった。そこで治療前のHbが15g/dL以下の症例のみを検討したところ、ITPA CCの症例とCA/AAの症例で、RBVの減量率の差はより大きくなった。Hb 15g/dL以下の症例におけるSVR率は、RBV減量率の差を反映し、ITPA CA/AAの症例で41%であったのに対し、CCの症例では32%と有意に低かった(図7)。Telaprevir/PegIFN/RBVの3剤併用療法では、PegIFN/RBV療法に比べ、さらに強い貧血が生じ、やはりITPA遺伝子と関連があることが報告されている⁹⁾。当院においてtelaprevir/

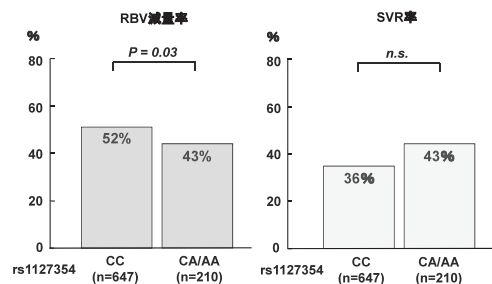


図6 ITPA 遺伝子多型別の PegIFN/RBV 併用療法の治療効果

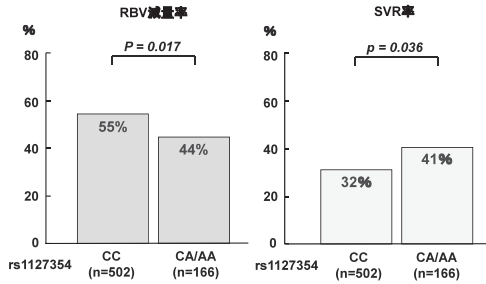


図7 Hb 15g/dL以下の症例におけるITPA遺伝子多型別のPegIFN/RBV併用療法の治療効果

PegIFN/RBV併用療法の臨床治験を行った症例においても、16例中5例(44%)が血球減少によりtelaprevirあるいは3剤の減量あるいは中止が必要であり、うち3例は高齢(60歳以上)女性であった。このように3剤併用療法においては、特に高齢女性あるいはITPA CCの症例において、貧血に対する対策が必要と思われる。

IL28BおよびITPA遺伝子多型からの治療戦略

これらの成績をもとに、1b型のC型肝炎患者に対する今後の治療戦略をたてた。前回治療での再燃例、あるいは新規または前治療無効例の内、IL28B TTの症例は、高い治療効果が期待できるため、telaprevirを用いた3剤併用療法を導入する。一方、新規または前治療無効例でIL28B TG/GGの症例のうち、特に高齢、高ウイルス量あるいはCore 70変異型の症例は通常の3剤併用療法の治療効果は低いことが予想され、治療期間延長やadd on療法など何らかの工夫が必要と思われる。また貧血を有する症例、高齢女性、ITPA CCの症例では貧血による治療の継続が困難となることが予想され、telaprevirあるいはRBVの投与量の調整が必要と思われる。

謝辞：本内容は広島肝臓 Study Groupの症例をまとめたものである。

広島肝臓 Study Group：広島大学病院：茶山一彰，他，広島赤十字原爆病院：吉良臣介・相

坂康之・森奈美・光井富貴子，川上消化器内科：川上広育，県立広島病院：北本幹也，安佐市民病院：辻恵二，広島記念病院：児玉英章，土谷病院：荒滝桂子，広島鉄道病院：相光汐美・山科敬太郎，広島中電病院：石飛朋和・鍋島由宝，広島総合病院：石田邦夫・野中裕広，呉医療センター：高野弘嗣・河野博孝，尾道総合病院：大林諒人・天野始，東広島医療センター：竹崎英一，三次中央病院：中西敏夫，阿座上隆広，マツダ病院：田村徹，済生会呉病院：伊藤博之，呉共済病院：山口修司，中国労災病院：守屋尚，県立安芸津病院：三浦敏夫，庄原赤十字病院：鎌田耕治，舩田内科：舩田一成，吉川医院：吉川正哉，中塩消化器内科：中塩了(敬称略)

文献

- 1) Tanaka Y, Nishida N, Sugiyama M, et al. Genome-wide association of IL28B with response to pegylated interferon-alpha and ribavirin therapy for chronic hepatitis C. Nat Genet 2009 ; 41 : 1105.
- 2) Ochi H, Maekawa T, Abe H, et al. IL-28B predicts response to chronic hepatitis C therapy--fine-mapping and replication study in Asian populations. J Gen Virol 2011 : 1071.
- 3) Fellay J, Thompson AJ, Ge D, et al. ITPA gene variants protect against anaemia in patients treated for chronic hepatitis C. Nature 2010 ; 464 : 405.
- 4) Ochi H, Maekawa T, Abe H, et al. ITPA polymorphism affects ribavirin-induced anemia and outcomes of therapy--a genome-wide study of Japanese HCV virus patients. Gastroenterology 2010 ; 139 : 1190.
- 5) Akuta N, Suzuki F, Sezaki H, et al. Association of amino acid substitution pattern in Core protein of hepatitis C virus genotype1b high viral load and non-virological response to interferon-ribavirin combination therapy. Intervirology 2005 ; 48 : 372.
- 6) Enomoto N, Sakuma I, Asahina Y, et al.

- Mutations in the nonstructural protein 5A gene and response to interferon in patients with chronic hepatitis C virus 1b infection. *N Engl J Med* 1996 ; 334 : 77.
- 7) El-Shamy A, Nagano-Fujii M, Sasase N, et al. Sequence variation in hepatitis C virus nonstructural protein 5A predicts clinical outcome of pegylated interferon/ribavirin combination therapy. *Hepatology* 2008 ; 48 : 38.
 - 8) Akuta N, Suzuki F, Hirakawa M, et al. Amino acid substitution in hepatitis C virus core region and genetic variation near the interleukin 28B gene predict viral response to telaprevir with peginterferon and ribavirin. *Hepatology* 2010 ; 52 : 421.
 - 9) Suzuki F, Suzuki Y, Akuta N, et al. Influence of ITPA polymorphisms on decreases of hemoglobin during treatment with pegylated interferon, ribavirin, and telaprevir. *Hepatology* 2011 ; 53 : 415.
 - 10) Kumada H, Toyota J, Okanoue T, et al. Telaprevir with peginterferon and ribavirin for treatment-naive patients chronically infected with HCV of genotype 1 in Japan. *J Hepatol* 2012 ; 56 : 78.
 - 11) Chayama K, Hayes CN, Abe H, et al. IL28B but not ITPA polymorphism is predictive of response to pegylated interferon, ribavirin, and telaprevir triple therapy in patients with genotype 1 hepatitis C. *J Infect Dis* 2011 ; 204 : 84.

— 特別講演 —

放射線治療の最近の進歩

平岡真寛

はじめに

従来, 日本では, がん治療において放射線治療が余り活用されていなかったが, 近年, 放射線治療を受ける患者さんの数は急増している。

(図1)

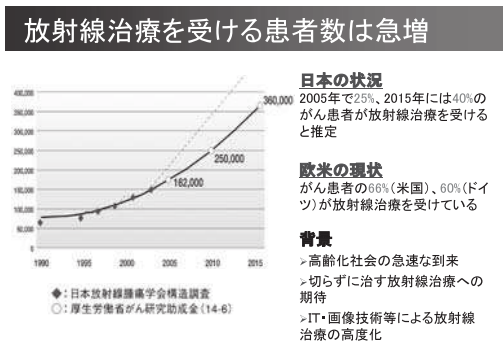


図1

厚生労働省がん助成金による研究によると, 2005年には, がんの診断を受けた人の25%, 4人に1人が放射線治療を受けている。10年前の1995年では5%であり, 10年間で大きく増加している。さらにその上げ足を高めると言われており, 2015年には40%の患者(36万人)が放射線治療を受けると推定されている。一方, 欧米の先進国の現状をみると, アメリカでは66%, ドイツでは60%のがん患者が放射線治療を受けており, 放射線治療は癌治療の主役の一つを担っている。

この急増の理由として最も大きいのは高齢化社会の急速な到来である。また, 切らずに治す放射線治療への期待もあり, それを可能にしているのは IT, 画像技術等による放射線治療の高度化である。

1. 放射線治療の殺細胞効果と治療戦略

放射線は細胞を非常に効率よく殺すことができるが, そのターゲットは細胞の核内に存在する DNA である。DNA の二重切断を引き起こすことによって, 損傷を受けた細胞は次に分裂することができなくて死に至る。逆に言えば, 放射線を受けたがん細胞は, その細胞が次に分裂するまで生きている。がんの9割を上皮性のがんである扁平上皮がん, 腺がんなどが占めているが, 扁平上皮がんは日~週単位で細胞が回っており, 治療に伴い見る見るがんが小さくなっていくが, 月単位で細胞が回っている線がんでは, すぐには小さくならなくて, ゆっくり縮小する。問題は, がん細胞にも正常細胞にもターゲットが存在することであり, 如何にがんに対する選択性を引き起こすかが放射線治療における最大の命題である。

その方法として, 2つあります。1つは, 生物学的な方法であり, 同じ線量が当たってもがんだけが損傷されるという治療です。これを実現するためには, がんにあって正常組織にないもの, あるいはがんにより特異的に発現しているものを見出す必要がある。このアプローチは, 少しずつではあるが着実に進んでおり, 化学放射線治療, 多分割照射が臨床現場で用いられている。中でも, 化学放射線治療は局所進行がんの標準治療として, 頭頸部がん, 食道がん, 肺がん, 膵臓がん, 子宮頸がんなどに普及している。今後は, 分子標的治療と放射線の併用が有望視されている。

もう一つのアプローチは, がん放射線を集

京都大学医学部附属病院放射線治療科

中させるという物理工学的なものである。近年の技術進歩が著しく臨床の現場で急速に浸透している。これから物理工学的手法の進歩について述べる。

2. 放射線治療の創世記

放射線科学の創設期を図2に示す。1895年にレントゲン博士がX線を発見して、放射線医学が誕生した。その後、ベックレル博士が放射線同位元素によって放射線が出ることを発見し、キュリー夫人はその物質がラジウムであることを発見して、いずれもノーベル賞を受賞した。



図2

図3が最も古い放射線治療装置です。この簡単な構造の中に、その当時とても高価であったラジウムが入っている。高価であり大量のラジウムが入られず、その当時治療できたのは、顔面にできた皮膚がん、耳鼻科のがん、乳がんと



図3

いった表面に近いがんだけであった。

文献に出てくる、最初に放射線治療によって治癒した女性の患者さんです。(図4)鼻に生じたがんが、鼻の形態を残してきれいに治っているという放射線治療の特色を示している。この患者は、放射線治療を受けた1-2年後に両目とも失明している。がんの放射線感受性より目のレンズの放射線感受性のほうがはるかに高く、がんが消失したことは、レンズには耐用線量以上の放射線が当たったことを意味している。大きな犠牲をはらって初めて、がんの治癒が期待できるというのが昔の放射線治療であった。

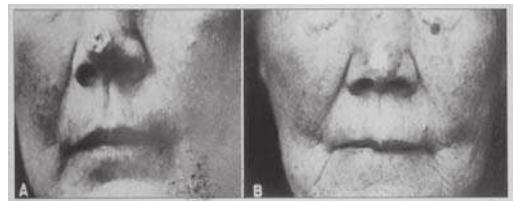


図4

戦後、高エネルギーのX線装置が開発されたことは放射線治療に大きなブレイクスルーを起こした。高エネルギーのX線の登場により、体の中を均等に当てるのが可能となり、がんの大多数を占める深部がんが放射線治療の適応となった。しかしながら、がんの周囲には放射線感受性の高い深部臓器(腎臓、肝臓、小腸など)多数あり、多くの場合、がんは周囲の正常組織よりも放射線感受性が低い。そのため、がんの制御を成し遂げるといった観点よりもどこまで正常組織が耐えられるかということを中心に放射線治療が行われた。結果として障害が多かったし、障害が多い割には治らないという印象を持たれた時代であった。

4. 二次元治療から三次元治療へ

この15年間で、放射線治療は二次元治療から三次元治療に進化した。三次元治療とはいろいろな方向から三次元的に放射線ビームを照射する方法です。これによって、腫瘍に対する放射線の集中性は飛躍的に高まり、多くのがんに治癒

線量まで照射できる状況になりました。

その三次元治療の中でも、臨床現場に急速に普及している最先端治療法が定位放射線治療と強度変調放射線治療です。(図5)

最先端三次元治療
 定位放射線治療 強度変調放射線治療

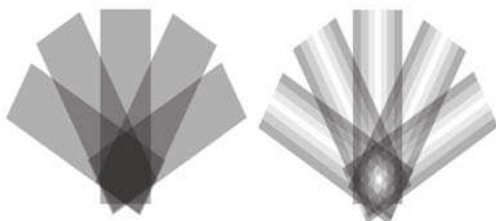


図5

定位放射線治療は、細くしたビームをいろいろな方向から照射して、その集中した部分に非常に大きな線量を与えるものです。いわゆるピンポイント照射がこれに当たります。対象となるがんは小さいもので、最大でも4cmまでです。

一方、強度変調放射線治療は、小さいがんには向いていません。少し大きなもの、複雑な形をしているもの、あるいは周辺に放射線に弱い正常組織が存在している場合に、非常に有効な方法です。同じように5本のビームで腫瘍をねらい撃ちしていますが、一つ一つの放射線は外側が黒くて、中側は段階的に白くなっていますが、黒いところが放射線治療の強度が強く、白いところが弱くなっています。そういうビームを5つ集めると、中が抜けてきます。これは空間的に強度を変えています。時間的に変えていくことも可能です。この技術によって、従来は想像すらできなかった線量分布を体の中に作り出すことが可能となりました。

5. 定位放射線治療の現状

定位放射線治療がまず成功したのは、脳内の病変です。スウェーデンの脳外科医であったLeksell博士が開発したガンナイフによって可能となりました。通常の放射線治療は、1回

2グレイという線量を週5回、月曜日から金曜日まで照射して、それを6週間から8週間するという治療期間の長い治療です。脳の定位照射では、放射線を手術のメスのように使って、1回照射にて脳内病変を制御しようというコンセプトのもとに開発されました。

脳病変に対する定位放射線治療が成功したので、その技術を体幹部のがんに使おうという機運が高まり、その技術開発がこの10年間進展しました。肺がん、肝がんについては保健掲載されました。最も普及しているのが、非小細胞肺癌(以下、肺がん)に対するものです。考え方は全く同じで、小さな肺がんいろんな方向からビームを当てます。動きがあるため1回照射は外れる可能性があるとのことで、3-8回くらいに分割して照射します。1回線量は通常照射の2グレイではなくて、12グレイとか20グレイという非常に大きな線量を与えます。

この肺がんの定位放射線治療は、日本の放射線腫瘍医が世界をリードしましたし、今もリードしています。最初に報告したのが防衛医大の植松であり、2001年に局所の制御率が94%という驚くべき報告をしました。2000年代前半の報告(表1)は、本治療にて局所効果がいかに高いかを示した報告が大部分でした。小さな肺がんながらも90%から95%の局所制御率が得られました。2000年後半に移ると、症例数がふえ、観察期間が延び局所制御率だけではなくて、生存率まで評価可能となった。3年生存率が36%から71%という、対象の大部分が手術不能がん

表1

Outcomes after SBRT for Stage I NSCLC (2001-2005)					
Author	Pub Year	Dose	Pts	Median F/U (mo)	Local Progression
Uematsu	2001	72Gy/10Fr	50	60	6%
Fukumoto	2002	48-60Gy/8Fr	17	24	6%
Hof	2003	19-26Gy/1Fr	10	15	20%
Onishi	2004	72Gy/10Fr	28	24	8%
Wulf	2004	26-57Gy/1-3Fr	12	11	5%
Nagata	2005	48Gy/4Fr	42	52	3%
McGarry	2005	75Gy/3Fr	47	15	13%

表 2

Outcomes after SBRT for Stage I NSCLC (2006-2010)							
Author	n	T1:T2	M: F	3y LC	3y OS	MST (mo)	
Nyman	2006	45	18:27	25: 20	80%	55%	39
Koto	2007	31	19:12	25: 6	77.9%	71.7%	NA
Fakiris	2009	70	34:36	NA	88.1%	42.7%	32.4
Ricardi	2009	62	43:19	52: 10	87.8%	57.1%	NA
Kopek	2009	88	51:36	45: 43	89%	36%	21.8
Matsuo	2010	101	73:28	74: 27	86.8%	58.6%	48.8

であることを考えると、従来の放射線治療に比べて優れているという評価に繋がりました。(表 2)

この治療法を客観的に評価するためには、臨床試験を行って前向きに評価する必要がある、JCOG040という臨床試験（主任研究者は平岡真寛，研究事務局は永田 靖）を実施しました。対象は、T1N0M0（腫瘍の大きさが3センチ以内、リンパ節転移がない、遠隔転移がない）症例です。それに対して第Ⅱ相の多施設臨床試験を行いました。対象には、手術不能例に加えて、手術可能例も含めました。手術可能例に対する世界初の臨床試験として注目されました。早く症例集積が完了した手術可能例（65例）について、3年間の経過観察期間を経て、2010年結果をオープンしました。治療を受けた患者の年齢中間値が79歳という高齢者を対象とした臨床試験であることが後からわかりました。グレード4，5という重篤な有害事象は認めませんでした。プライマリエンドポイントである3年粗生存率は76%でした（図6）。標準治療は肺葉切除術なので、その成績と比べました。（表3）日本の胸部外科医の肺がん手術成績は世界一です。浅村による肺がん学会のデータベース5,642人の成績は3年生存率が85%です。岡見はこのデータベースから80歳以上の症例を取り出して3年粗生存率73.8%という成績を出しています。

早期肺がんの定位放射線治療は、手術ができない患者では第1選択である。手術可能な患者

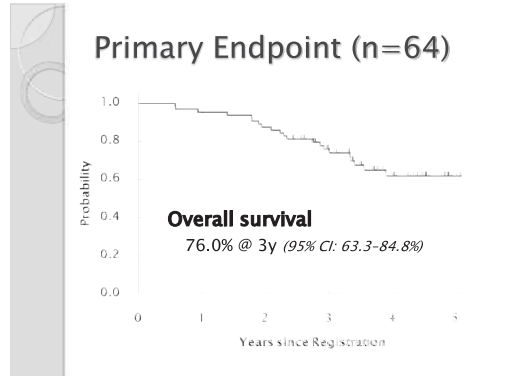


図 6

表 3

SBRT vs. Surgery						
Author	Number	Age	Stage	3-y OS	5-y OS	Year
Asamura	5642		IA	85	77.3	1999-2004
Okami	367	82 (80-90)	IA	73.8	62	
Matsuoka	40	>80	I	74	57	
Our study	65	79 (50-91)	IA	76*		

*In all eligible patients (n=64)

では肺葉切除が標準治療である。高齢者においては、定位放射線治療が1つのオプションになりうるだろうと思えます。

6. 強度変調放射線治療の現状

本治療は、英語で Intensity-modulated Radiation Therapy (略して IMRT) と言います。たまたま IT という言葉が入っているが、本治療は IT 技術 (information technology) が最もうまく治療法に展開できたものの1つだと言われています。

本治療が広く行われているのは、前立腺がん、頭頸部がんです。その他、脳腫瘍、子宮がん、悪性中皮腫、肛門がん、乳がん、食道がんなど数多くのがんで用いられており、保健収載されています。図7に前立腺がんについてシェーマで治療法を示しています。線量強度を最適化して前立腺への線量集中を飛躍的に高めまし

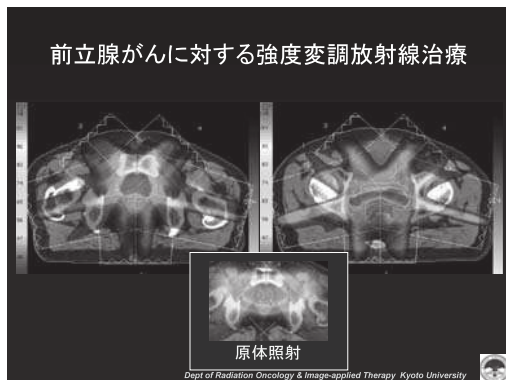


図 7

た。照射野だけでなく、その中の線量強度まで最適化しているのが、IT 技術の粋と言われる所以です。

強度変調放射線治療を用いると、直腸の線量を余りにしなくて前立腺の線量を上げることができます。72グレイという大きな線量まで照射すると、前立腺全摘術の成績と変わらないということが示されています。(図 8) 前立腺がんの治療成績は、手術と放射線治療が同等とされ、2つのオプションとして存在する時代になっています。

有用性が明確ながんに頭頸部がんもあります。特に、上咽頭がん、中咽頭がん、下咽頭がんです。いずれも、局所の制御とリンパ節転移の制御・予防が必要であり、頸部を広く含めて照射するのが標準治療です。その場合、口の中にも、また唾液腺全体に照射されるため、唾液腺障害が全例に発生し、患者の QOL を著しく

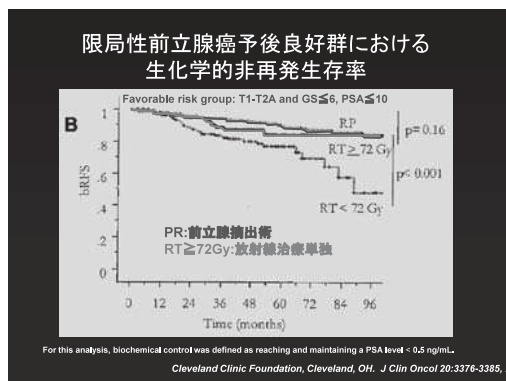


図 8

下げます。強度変調放射線を用いると、最も大きな唾液腺機能を有する耳下腺を外すことが可能なため、治療後の QOL を高く保つことができます。頭頸部がんでは必須の治療法になっています。

7. 三次元治療から四次元治療へ

三次元治療は大きく進歩し、定位放射線治療、強度変調放射線治療という革新的な治療法を生み出すまでに至りました。今後の放射線治療の課題は何かと言うと、時間軸を考慮した四次元放射線治療の実現です。

肺がん、肝臓がん、膵がんは呼吸運動によって大きく動きます。定位放射線治療、強度変調放射線治療、更に粒子線治療を含めて、高精度放射線治療と言いますが、これらの精度を高めた治療には動きに弱いという共通の課題を有する。

四次元放射線治療の方法として最も期待されているのが、がんの位置を認識して、動きを予測して追尾するという動体追尾照射です。本機器の開発に我々は2000年から産学連携により開発を開始し、2008-2010年に米国 FDA、日本 PMDA、EUCE マークの薬事承認を取得しました。日本の薬事よりも FDA 承認のほうが早く取れました。(図 9)

この革新的な放射線治療機器が創出された技術的なブレイクスルーは、加速管の小型化に成功したことでした。30センチの大きさにできたため、O-ring 構造の装置が可能となり、さらに

VERO開発の歴史

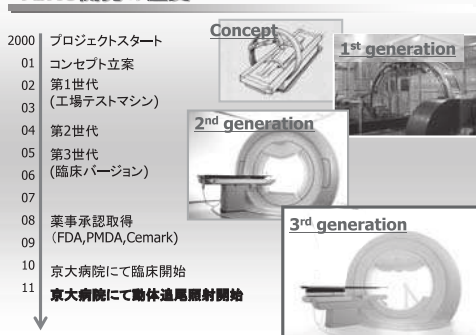


図 9

スペースに余裕があるのでジンバル構造という振り子構造を入れ込み、ビームを自由に振ることが可能になりました。

動体ファントムにて、動きに迅速かつ的確に対応することが確認できたため、臨床応用を2011年9月14日に開始しました。85歳の女性で、大腸がんの肺転移です。大腸がんの局所は制御され肺の転移が1個だけだということで、治療を実施しました。腫瘍の大きさは32ミリ、右の下葉に腫瘍がありました。

呼吸器内科の先生にお願いして、金マーカーを気管支内に入れました。この金マーカーと腫瘍の関係を見据えて、その金マーカーを指標にしました。

照射中に照射位置をどうやって知るかですが、腹壁の動きを赤外線モニターし、腹壁の動きと体内のマーカー（腫瘍の動きと相関）の動きをシミュレーションしました。両者の相関が極めて良好なことを確認して、腹壁の動きに合わせてビームを動かし、がんを追尾しました。

ビームを動かすと、体に変な線量分布が出るのではないかという懸念を払拭するために、動体追尾照射の際の線量分布を作成しました。従来の方法と比較して、照射野自身が小さくなっている一方で、動く照射野の中で、常に腫瘍がその中にあることを視覚的にも確認できました。これには、週末、京都大学のスーパーコンピュータをずっと回していました。肺の線量は20%強下げられることもわかりました。

本機器では、患者の治療に使ったビームそのものを検出できます。ビームががんに合わせてうまく動いていること、がんが常に照射野のど真ん中にあることが見えました。Dynamic tumor tracking with continuous real-time monitoringが世界で初めて実現した瞬間です。

この四次元治療は肺がんの定位放射線治療に行うことが可能となりました。今後は肝臓がんへの展開を行う予定です。また、2年先を目標に強度変調放射線治療の四次元化を目指しています。

最新の抗がん剤副作用対策と在宅ケア

篠崎 勝則・今津 邦智・木下真由美

はじめに

近年, 化学療法は,¹⁾ QOL に対しての患者意識の変化,²⁾ 嘔吐, 発熱性好中球減少症といった化学療法に伴う有害事象に対する支持療法の進歩と標準化,³⁾ 入院化学療法の不採算, 外来化学療法加算, 医療の効率化といった医療を取り巻く社会情勢の変化などにより, 化学療法は入院から外来へとシフトしています。

今回は, がん診療連携拠点病院で化学療法を受ける患者を診療する, 病院勤務者のみならず診療所や訪問看護ステーションの医療者を対象に, 抗がん剤治療に対する副作用, 特に発熱性好中球減少症と癌化学療法に伴う悪心・嘔吐に対する最新の支持療法とがん診療連携拠点病院での取り組みを紹介します。

発熱性好中球減少症 (Febrile Neutropenia: FN)

がん薬物療法を行う場合, 最も問題となる容量規定因子は骨髄毒性です。特に好中球数が減少すると, 発熱する危険性が高くなります。固形がんでは10~50%で発熱が起こるとされますが, 多くの発熱は原因不明です。発熱後直ちに広域の抗菌薬を投与すると, 症状が改善し, 致死率が低下する事が知られています。

絶対好中球数 (absolute neutrophil count; ANC) が $500/\text{mm}^3$ 未満, もしくは $1,000/\text{mm}^3$ 未満で $500/\text{mm}^3$ 未満になることが予測される状況下で, 38.3°C 以上の発熱あるいは1時間以上継続する 38°C 以上の発熱が生じている場合に発熱性好中球減少症 (febrile neutropenia; FN) と定義されます。

まずは, 患者背景, 臨床症状に応じてリスク

評価を行います。リスク評価に関しては, 2000年に Klastersky らが, FN 患者で重症化するリスクの低い群を選別する目的で, Multinational Association for Supportive Care in Cancer scoring system (MASCC スコア) を提唱しました。一方, IDSA ガイドライン (図1) では高リスクの因子として, ①7日以上持続する高度な好中球減少症 ($100/\mu\text{L}$ 以下), ②嚥下障害や高度な下痢を伴う消化管粘膜障害, ③消化器症状 (腹痛, 悪心・嘔吐, 下痢), ④新たに出現・変化した神経学的異常や精神症状, ⑤血管内カテーテル感染症, ⑥肺浸潤の出現または慢性肺疾患の存在, などが挙げられています。

高リスク

- 好中球減少が7日を超えると予測できる
- 以下の併存疾患がある
 - 血行動態が不安定
 - 口腔内または消化管の粘膜炎: 下痢, 嚥下困難
 - 腹痛または直腸周囲痛
 - 悪心・嘔吐
 - 下痢 (1日6回以上)
 - 神経学的/精神状態の変化
 - 血管内カテーテル感染
 - 新たな肺浸潤影, 低酸素血症, 基礎疾患にCOPD
 - 肝機能不全 (トランスアミナーゼ>基準値の5倍)
 - 腎機能不全 (クレアチニンクリアランス $<30\text{mL}/\text{min}$)

低リスク

図1 IDSA (Infectious Disease Society of America) のリスク分類

Freifeld A.: Clinical practice guideline for the use of antimicrobial agents in neutropenic patients with cancer.

次に, 治療アルゴリズム (図2) に沿って投与経路と抗生物質を選択します。治療を開始してから3~5日後に再評価を施行し, 状態によってその後の治療を決定します。

県立広島病院臨床腫瘍科

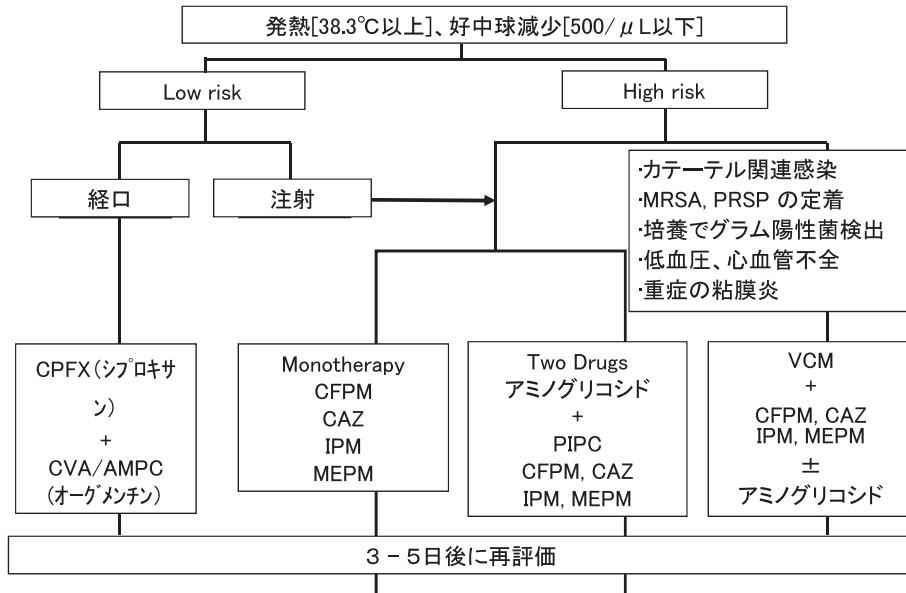


図2 発熱性好中球減少症に対するガイドライン
 IDSA Guidelines, Hughes WT; Clin Infect Dis 34: 730-51, 2002

38℃以上発熱した時に飲むお薬 (①および②)

① シプロキサ錠またはクラビット錠を熱が下がっても薬がなくなるまで、飲み続けてください。

シプロキサ錠 200mg (抗菌剤)
【1日3回毎食後に1錠ずつ7日間服用】

クラビット錠 250mg (抗菌剤)
【1日1回朝食後に1回2錠を7日間服用】

② カロナール錠を服用してください。熱が下がれば飲む必要はありません。

カロナール錠 200mg (解熱剤)
【1回2錠服用 6~8時間毎に追加服用可能】

★ 38℃以上発熱した時に、息が苦しい、ゼーゼーする、息をすると胸が痛い、ガタガタと震えがくる、気分が悪く水分も取れない、ぐったりする、その他気になる症状がある場合や、発熱後3日(熱が出た日を1日目として3日間)経過しても38℃以上の発熱がある場合には、県立広島病院臨床腫瘍科【Tel. 082-254-1818 (内)】へ連絡してください。

★ ①と②のお薬は一緒に服用しても結構です。

★ 次回来院時、38℃以上発熱した時は担当医に必ず伝えてください。

臨床腫瘍科 2008年10月作成 Ver.3

図3 発熱に対する支持療法

低リスク FN 患者では経口抗菌薬による外来治療が可能です(図3)。内服の抗生物質を1週間分処方しておき、発熱したら内服してもらい、解熱しても1週間内服を継続し、飲みきってもらうよう指導します。ただし、当該施設の

外来診療体制、救急時の対応、患者の意向や介護者の有無、病院までの移動手段や来院に要する時間などの評価は必要です。

癌化学療法に伴う悪心・嘔吐 (以下, CINV)

CINV は副作用の中で最も辛い症状のひとつです。2009年12月にNK1 受容体拮抗薬であるアプレピタント, さらに2010年4月には5-HT3 (セロトニン) 受容体拮抗型制吐剤としてパロノセトロン塩酸塩が使用可能となりました。また, 2010年5月には国内の制吐薬適正使用ガイドラインが作成されています。各種ガイドラインの支持療法を急性期 (図4), 遅発期 (図5) として示します。その他に, 県立広島病院では予防的に制吐剤を処方しています (図6)。デキサメサゾンが適正量使用されていない, つまり, 用量あるいは使用期間が少ない施設が多くみられますので, ガイドラインを周知する必要があります。また, 海外の調査では, 患者がCINVの中でも特に遅発性 (抗悪性腫瘍薬投与後24時間以降) に対して苦痛を訴えていると報告がなされています。また, 医師の悪心・嘔吐の予測頻度と患者が実際に経験する頻度に大きな差があるとの報告もあります。十分な観察・評価をし, 適切な支持療法を提供することも必要です。

図4 急性期悪心・嘔吐に対する治療薬

ガイドライン	高度催吐性化学療法	中等度催吐性化学療法	
		AC療法	AC療法以外
ASCO (2011)	アプレピタント + 5-HT3+ DEX	AC療法は高度催吐性化学療法に分類	Palonosetron + DEX
MASCC (2010)	アプレピタント + 5-HT3+ DEX	アプレピタント + 5-HT3+ DEX*	Palonosetron + DEX
NCCN (2010)	アプレピタント + 5-HT3 + DEX +/- ロラゼパム	AC療法は高度催吐性化学療法に分類	5-HT3+ DEX +/- ロラゼパム (CBDCA, CPI, FOF等には+ APRを推奨)
日本癌治療学会編 (2010)	アプレピタント + 5-HT3 + DEX +/- ロラゼパム	AC療法は高度催吐性化学療法に分類	5-HT3+ DEX +/- ロラゼパム (CBDCA, CPI, FOF等には+ APRを推奨)

*If Aprepitant is not available women receiving AC, PALO+DEX is recommended.

DEX: デキサメサゾン ロラゼパム, ワイバックス®

図5 遅発期悪心・嘔吐に対する治療薬

ガイドライン	高度催吐性化学療法	中等度催吐性化学療法	
		AC療法	AC療法以外
ASCO (2011)	アプレピタント + DEX	AC療法は高度催吐性化学療法に分類	DEX
MASCC (2010)	アプレピタント + DEX	アプレピタント	DEX
NCCN (2010)	アプレピタント + DEX +/- ロラゼパム +/- H2RA or PPI	AC療法は高度催吐性化学療法に分類	DEX ±アプレピタント* +/- ロラゼパム +/- H2RA or PPI
日本癌治療学会編 (2010)	アプレピタント + DEX +/- ロラゼパム +/- H2RA or PPI	AC療法は高度催吐性化学療法に分類	DEX ±アプレピタント* +/- ロラゼパム +/- H2RA or PPI

DEX: デキサメサゾン * preferred * Select patients: CBDCA, CPA, ドキソルビン

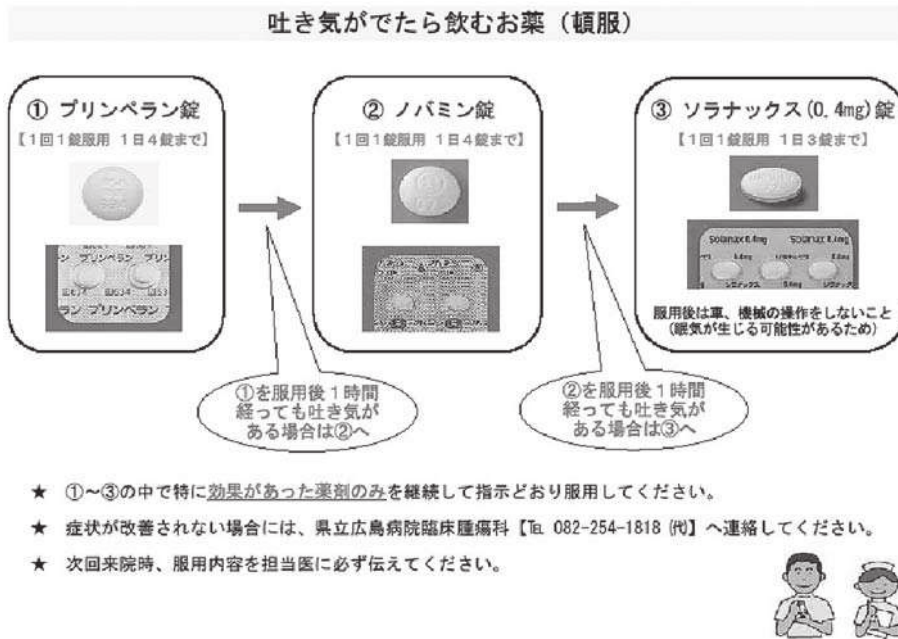


図6 悪心・嘔吐に対する支持療法

県立広島病院臨床腫瘍科における、 チーム医療としてのがん化学療法の提供

1) 有害事象に対する支持療法の徹底に関する 取り組み

県立広島病院では、開設当初から電話サポートとして、同意の得られた患者において有害事象の発現しやすい時期に、当院より電話をかけ、有害事象の有無やその対処方法を確認しています。特に化学療法導入初期や高齢者には当院から積極的に電話しています。患者からは、有害事象に関する支持療法の確認が大半を占めます。毎月あたりの電話件数は、患者からの電話と当院からの電話ではほぼ同程度です。

電話は主に看護師が担当し、判断に迷うケースは主治医に回すようにしています。時間外の電話は、当直の医師や薬剤師が対応します。電話相談の内容に関しては、毎朝の臨床腫瘍科カンファレンスで報告され、医療者が共有するようにしています。

有害事象に対するトリアージの周知・徹底のために、1) 院内がん医療従事者研修会での研修、2) 臨床腫瘍科で実施されている支持療法を当直医に周知するために夜間救急外来にマニュアルの配置(図3, 6)、3) 電話トリアージの作製を実施してきました。

安心、安全に化学療法を継続していくためには、医師だけでなく看護師、薬剤師といった多種職種の医療従事者の協力が重要です。

2) 在宅ケアの質の向上を目指した、地域連携科との取り組みと現状

県立広島病院臨床腫瘍科で、2010年度に化学療法抵抗性となり在宅ケア(Best supportive care, 以下 BSC)を提供する患者65名の在宅ケアの状況の評価するために、在宅医、訪問看護の有無について示したものです(図7)。当科で BSC を提供する患者で在宅医の設定を希望するものは、14名(22%)でした。在宅看取りに関しては、在宅医・訪問看護を共に設定した患者14名の中で5名(36%)でしたが、訪問看護のみ設定した患者には在宅看取り例はありま

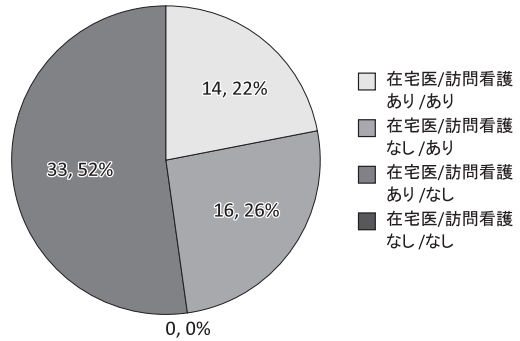


図7 県立広島病院臨床腫瘍科における在宅ケア患者(BSCのみ)の状況

せんでした。全体としては、65名中5名(7.7%)が在宅看取りとなっています。当科では、患者・家族ができる限り在宅ケアを展開したいと希望される患者・家族には、在宅医ならびに訪問看護を決めるように指導しています。この結果は、最期は家族に迷惑をかけたくないとか安心して最期を病院で迎えたいといった患者や家族の意向を表すもので、そのような意向に臨床腫瘍科として対応している結果と考えます。BSC患者における在宅ケア(看取り)に関する調査では、6割の患者が在宅療養を希望され、在宅看取りとなった患者は10%程度と報告されています。地域によっては、入院したくても入院できる施設がなく、結果として在宅看取りとなる場合もあるでしょう。在宅看取りは、一つの結果であり、最終目標ではありません。できる限り家で過ごしたいという気持ちは、ほとんどすべての患者の本音であると思います。我々は、在宅ケアの質を向上させるべく、また安心して患者・家族が在宅療養を継続できるように、取り組んでいく事が求められます。

おわりに

平成19年に施行された改正医療法(厚生労働省公示70号)により、医療計画制度の下で、いわゆる4疾病(がん・脳卒中・急性心筋梗塞・糖尿病)、5事業(救急・災害・へき地・周産期・小児)、さらに平成25年度からは精神疾患と在宅医療を加えた「5疾病・5事業および在宅医療」の医療連携体制の構築が進められるこ

とになります。また次期がん対策推進基本計画では、個別目標として「がん患者が住み慣れた家庭や地域での療養や生活を選択できるよう在宅医療・介護サービス提供体制の構築」が挙げられています。今後、在宅医療を含めた地域連携の有機的な展開が求められているのです。そのためには、それぞれのがん医療機関の現状と問題点を共有した上で、それぞれの医療機関の機能を明確化し、がん医療における役割分担と連携を推進することが必要です。そして在宅医療や介護サービスの提供体制を充足し、患者が家庭や住み慣れた地域での療養・生活を選択できるということが最終目標になります。今回のフォーラムが、地域のがん診療に関わる医療従事者にとってがん医療の方向性の確認と有機的な連携の推進のために意義深いことを期待します。

— 特別講演 —

がん地域連携の課題とがん地域連携クリティカルパスの普及にむけて

下 村 裕 見 子

はじめに

わが国のがん死亡数は、2009年には34万4,105人となっており、死亡数全体の30.1%を占めている¹⁾。また日本人が生涯でがんに罹る割合は、男性53%、女性40%で日本人の2人に1人はがんに罹る¹⁾といわれており、がんは国民にとって関心の高い疾患である。わが国は超高齢者社会の突入を迎え、生活習慣病を代表とする併存症を有した高齢者ががん罹患者のリスクが増加することが想定される。体力の向上、医学・医療の進歩とあいまって、高齢者であっても積極的治療や先進医療が功を奏し、予後も格段とよくなっている。その一方で、適切な治療やサポートが受けられずに彷徨う、いわゆる「がん難民」が社会問題化してきた。こうした状況の改善を求める患者会からの声を受けて²⁾、がん対策基本法が2006年6月に議員立法にて成立³⁾した。がん対策推進基本計画では、取り組むべき施策として、「標準的治療や先進的な医療の提供、術後の経過観察、在宅医療の実施、クリティカルパスの作成及び集学的な臨床研究の実施などを通じて、医療機能の分化、連携を推進していく」、「がん診療を行っている医療機関には、地域連携クリティカルパスの活用等により、医療機関の連携体制を構築し、切れ目のない医療の提供を実現することが望まれる」等⁴⁾が盛り込まれている。これにより、がん診療連携拠点病院および都道府県が認定した準ずる病院（以下、がん診療連携拠点病院等とする）は、2012年4月までに5大がん（胃、大腸、乳、肺、肝）地域連携クリティカルパスを整備することが義務づけられた⁵⁾。また平成22

年度診療報酬改定では、がん治療連携計画策定料750点、がん治療連携指導料300点が新設され、がん地域連携クリティカルパス（以下、がん地域連携パスとする）が診療報酬上の評価をうけることとなった。

1. 全国のがん地域連携クリティカルパスの現状

1.1 方法

2010年12月の時点で、がん診療連携拠点病院等に該当する469医療機関の病院長宛に、2010年12月25日付けでアンケートを郵送した。設問の一部は、連携実務者が回答するように求めた。2011年1月20日までに回収のあった調査票を集計の対象とした。

1.2 がん地域連携パス完成度

調査では129医療機関のうち62.3%でがん地域連携パスが完成していた。がん地域連携パスフォーマットは都道府県統一がん地域連携パスを目指す傾向にあり、完成または作成中であった。このことからすべてのがん診療連携拠点病院等で2012年4月までにがん地域連携パスを作成することは達成可能であると考えられた。

1.3 がん地域連携パス稼働状況

2008年3月末にはがん地域連携パス適応患者は759名であったが、2010年12月末には2,665名にがん地域連携パスが適用され、新規に適応される患者数は3.5倍に増加した（表1）。累計で6,491名ががん地域連携パスで医療を受けてい

東京女子医科大学病院 社会支援部

表1 がん種別がん地域連携パス稼働状況

	～2008年3月末			2008年4月～2009年3月末			2009年4月～2010年3月末			2010年4月～2010年12月末		
	完成数	運用割合	適応患者数	完成数	運用割合	適応患者数	完成数	運用割合	適応患者数	完成数	運用割合	適応患者数
胃	13病院	61.5%	149人	21病院	57.1%	134人	47病院	51.1%	382人	113病院	56.6%	554人
大腸	10病院	50.0%	155人	17病院	58.8%	130人	37病院	51.4%	279人	100病院	38.0%	435人
乳	10病院	60.0%	259人	15病院	53.3%	416人	33病院	36.4%	643人	87病院	39.1%	938人
肝	8病院	37.5%	58人	11病院	18.2%	10人	25病院	24.0%	25人	73病院	19.2%	31人
肺	8病院	25.0%	15人	12病院	25.0%	13人	27病院	29.6%	35人	82病院	21.9%	95人
前立腺	6病院	33.3%	112人	6病院	33.3%	255人	13病院	46.2%	617人	27病院	37.0%	437人
膀胱				1病院	100.0%	10人	2病院	50.0%	31人	3病院	100.0%	83人
子宮							1病院	0.0%		2病院	50.0%	3人
緩和	1病院		0人	2病院	50.0%	10人	2病院	100.0%	8人	5病院	80.0%	46人
胆道、膵臓	1病院	100.0%	5人	1病院	100.0%	4人	1病院	100.0%	9人	2病院	50.0%	2人
甲状腺	1病院	100.0%	3人	1病院		0人	1病院		0人	2病院		0人
その他	1病院	100.0%	3人	1病院	100.0%	28人	1病院	100.0%	28人	1病院	100.0%	41人
			759人			1,010人			2,057人			2,665人

ることが確認された。

2010年4月から2010年12月末までの都道府県別にがん地域連携パス適応患者数を見てみると、多い順に、千葉県、大阪府、静岡県、岐阜

県、広島県、東京都、島根県、群馬県、神奈川県、新潟県、石川県、愛知県、岡山県となっていた(図1)。

がん地域連携パスの適応患者数を着実に積み

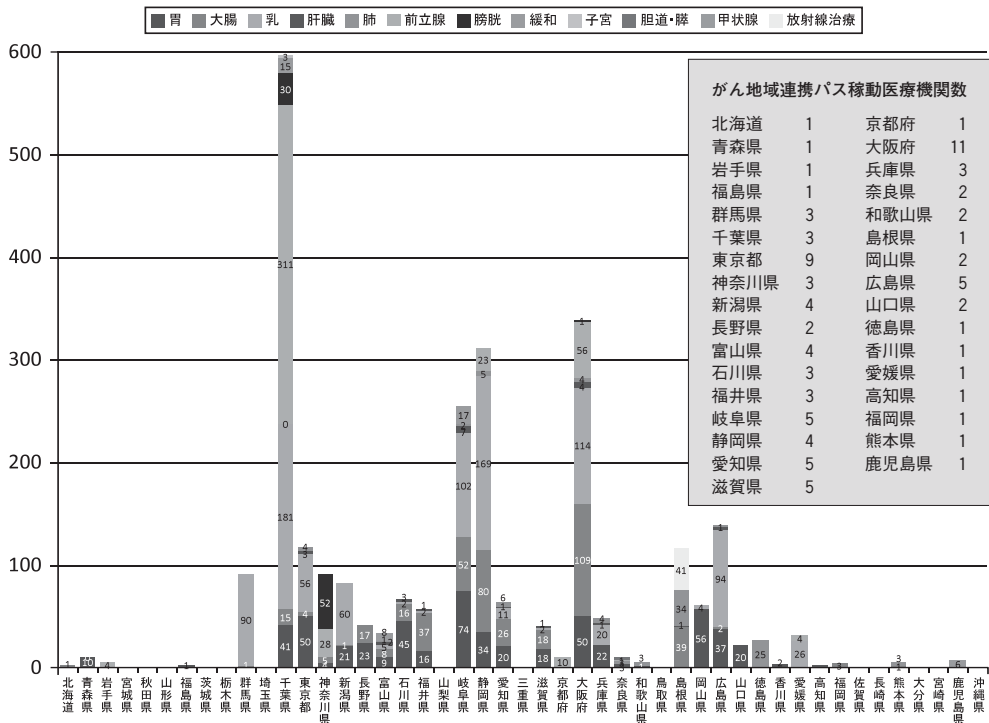


図1 都道府県別 がん地域連携パス適応患者数、稼働医療機関数

上げている地域もしくは医療機関とそうでない地域とで、すでに格差が生じている実態が把握できた。北海道を含む、東北地方や一部を除いた四国、九州地方においては、がん地域連携パス適応患者数がすべてのがん種において本調査の時点において少なかった。このことから全国的にがん地域連携パスの活用が定着されたとは言いがたい。

5大がんのうち、肝がん、肺がんにおいては、作成が完了している医療機関数ならびに適応患者数ともに、他のがん種に比べると少ない傾向にあった。疾患特性による連携の難しさが考えられる。但し、今回がん種別の意識調査は行っていないため推測の域を出ない。肝臓がんの死亡率の国内の地域比較では、東日本より西日本の方が高い傾向にあり、かつ再発しやすい性質をもっている⁴⁷⁾ がんであることからがん地域連携パスの活用が急務である。肺がんはコンピュータ断層撮影 (CT: computerized tomography) 以外では早期の再発を検知することは難しい疾患である。このことから病院医師はかかりつけ医ががん医療への参画に消極的であると考えることが懸念される。今後、患者数の増加が予想されるがん種だけに、連携体制の構築とかかりつけ医の役割に関する認識の一致が急がれる。また高齢化率が急速に進展してくる大都市における更なるがん地域連携パスの活用が急務である。

1.4 がん地域連携パス診療報酬上の課題

診療報酬収載に影響を受けての明らかな適応数増加は認められなかった。その理由としては、そもそもがん地域連携パス作成が完了したばかりで運用にいたっていないと想定された。また診療報酬による収載がされたことで、算定可能条件の患者にのみがん地域連携パスを適応している医療機関が見受けられた。このことががん地域連携パス適応数の伸びなやみを来している要因と考えられた。

診療報酬算定がなされなかった要因として、届出なし、院内周知遅れによる算定漏れといった「運用上の問題」と長期外来フォロー後の開

始、入院加療無しといった「制度上の問題」とに大別された。但し、診療報酬収載できる対象の患者群しか、がん地域連携パスを適応していない医療機関があること、症例の積み上げでの分析でなくあくまで心象での回答であることから要因の分析には限界がある。

2. がん診療の課題

2.1 病院医師の意識調査

病院医師が考えるがん地域連携パスが進まない要因としては、「患者家族が病診連携を望まない」「かかりつけ医ががん医療に消極的」「病院医師の事務作業増加」が前述のアンケート調査で多い回答であった。

しかしながら、NPO 法人愛媛がんサポート「おれんじの会」が実施した、「がん病診連携に関するアンケート」⁶⁾ を見ても、患者家族は病院医師とは異なる回答を寄せていた。すなわち、かかりつけ医にがんについて相談できる体制を肯定的にとらえていた。

2.2 問題の背景

がん地域連携パスによる病診連携を行うには、絶対条件として、かかりつけ医を有していることが前提となる。その上で、がん医療における二人主治医制の定着が第一義の目的となる。がん医療においては、病院医師でのみ治療行為が多くの場合行われており、かかりつけ医がいたとしても、かかりつけ医は多くの場合、がん治療に参画をしてこなかったと推測される (図2)。かかりつけ医ががん医療に参画する



図2 がん診療連携の課題

ことによって、切れ目のないがん医療が実現され、患者のがんに対する相談の敷居を低くすることができる。また、がん医療の均てん化、標準治療（ガイドライン）が地域に普及し、地域における質の高いがん医療の提供が可能となる。

病院では専門スタッフを揃え窓口を提示し、相談体制の整備につとめつつある。しかしながら、相談窓口の広報が不足しているとともに、患者家族が不安の表出ができていないことが考えられる。支援とは「医療者への相談の敷居を低くすること」に他ならない。患者自身が、セルフケアチェックをすることで体調の変化を理解し、不安の表出に繋がることが期待される。

3. 東京都がん医療の取組み

3.1 がん治療連携指導料に関する施設届出

かかりつけ医ががん診療の連携システムに参加する意思表示のひとつとして、がん治療連携指導料の施設基準に係る届出が行われていることが望ましい。東京都の場合、東京都医師会のリーダーシップの元、地区医師会が協力し、届出施設数が2,062医療機関（2011年10月現在）を超えている。医師会ならびに行政の協力は大きい。

3.2 東京都がん診療協議会「連携促進委員会」

都内にあるがん診療連携拠点病院らから選出された連携担当者による「連携促進委員会」を

立ち上げ、統一の運用手順書や診療報酬 Q&A 等の作成を行っている。東京都統一がん地域連携パスを普及させるためには、連携業務の標準化と均てん化が必要となる。

4. お薬手帳の問題点と地域におけるチーム医療

4.1 方法

東京女子医科大学病院門前に保険薬局を有する薬局グループ1社が有する25店舗（都内18店舗、他県7店舗）に勤務する薬剤師151名に対し、アンケートを依頼した。アンケートの実施時期は、2011年9月1日～9月20日とした。薬剤師151名のうち、146名から回答があり、回収率は96.7%であった。

4.2 保険薬局薬剤師が感じるお薬手帳の問題点

保険薬局薬剤師は、服薬指導に際し困った経験の有無に関して、頻繁にある5.5%、よくある24.0%、ある45.9%、たまにある23.3%、ない0%、無回答1.4%であり、日常的に医療情報、患者情報がないために服薬指導において困る事象が発生していた。

服薬指導を行う上で情報がなく困っていることは、処方意図50.0%、医師の説明内容48.6%、病名39.0%、適応外処方意図37.0%、処方変更理由36.3%、治療方針22.6%であった。医師と保険薬局薬剤師の情報伝達手段として、処方箋とお薬手帳だけでは不十分と感じて

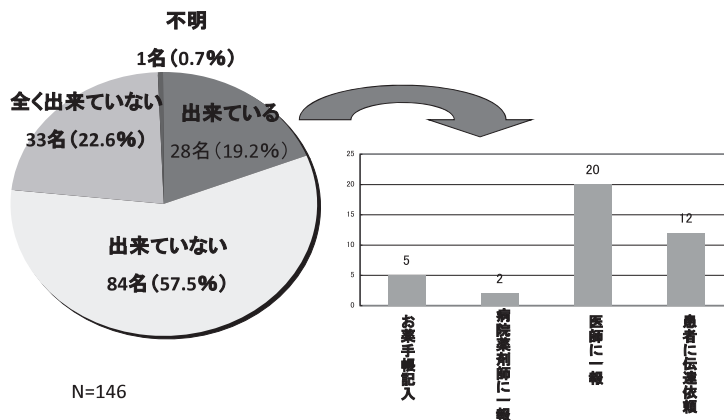


図3 保険薬局薬剤師における医師らへの患者の情報フィードバック体制

いた。

保険薬局薬剤師は、患者の訴えや指導内容を医療機関にフィードバックしていると回答したのは19.2%であった(図3)。フィードバックの方法は、患者に伝達依頼やお薬手帳記入とあったが、患者の服薬に関する理解度が低い現状や患者がお薬手帳を医師に見せている率が31.3%であることを加味するとフィードバック方法を検討する必要があると考えられた。

今後の高齢化率増加を鑑み、保険薬局薬剤師に留まらず、ケアマネジャーやヘルパー、地域包括支援センター等へのがん地域連携パスの啓発を進め、情報共有と目標共有のツールとしていくことが望まれる。

結 語

全国のがん診療連携拠点病院等におけるがん地域連携パスの現状を示し、今日のがん医療連携の課題を整理した。がん地域連携パス作成は概ね完成していたが、取り組みや連携実績、加算の算定実績には、がん種、地域による差が大きいことが明らかになった。

がん地域連携パス普及の障壁は、病院医師が、「患者が病診連携を望んでいない」「かかりつけ医ががん医療に消極的」と感じていることに起因していた。その背景には、がん医療における二人主治医制の定着が図られていないことにあった。病診連携は、かかりつけ医機能の重要性を認識するプロセスとなる。

今後は高齢化率増加を鑑み、保険薬局薬剤師に留まらず、ケアマネジャーやヘルパー、地域包括支援センター等へのがん地域連携パスの啓発を進め、情報共有と目標共有のツールとしていくことが望まれる。

謝 辞

本調査研究は、平成20年度厚生労働科学研究費補助金(がん臨床研究事業)「全国のがん診療連携拠点病院において活用が可能な地域連携クリティカルパスモデルの開発」(主任研究者:谷水正人)研究成果の一部である。

引用文献

- 1) 財団法人がん研究振興財団:わが国におけるがん対策のあゆみ <http://www.fpcr.or.jp/publication/statistics.html> (アクセス2011年10月31日)
- 2) 若尾文彦:がん対策基本法に基づくがん医療連携, 地域医療連携実践ガイドブック, 治療増刊号 vol.90, 721-725, 2008, 南山堂, 東京
- 3) がん対策基本法: <http://www.mhlw.go.jp/shingi/2007/04/dl/s0405/3a/pdf> (アクセス2011年10月31日)
- 4) がん対策推進基本計画: <http://www.mhlw.go.jp/shingi/2007/06/s0615-1.html> (アクセス2011年10月31日)
- 5) がん診療連携拠点病院の整備について:厚生労働省健康局長 http://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/dl/gan_byoin02.pdf (アクセス2011年10月31日)
- 6) がん病診連携連携に関するアンケート:NPO 法人愛媛がんサポート「おれんじの会」<http://haisai.jp/orange/> (アクセス2012年6月30日)

症 例 報 告
C P C
市 民 公 開 講 座
看 護 研 究

— 症 例 報 告 —

直腸狭窄によるイレウスを発症して発見された前立腺癌の1例

森山 浩之¹・吉野 干城¹・住谷 大輔²・中原 雅浩²・小野川靖二³
米原 修治⁴・西原 圭祐⁵・山本 克己⁶・福島 雅之⁷

I. 緒 言

今回われわれは、直腸の全周性狭窄によるイレウスを発症したことから発見された前立腺癌の1例を経験したので、本症に対して若干の文献的考察を加えて報告する。

II. 症 例

患者：86歳，男性

主訴：腹部膨満，下痢，下血，体重減少

既往歴：肺塞栓症，深部静脈血栓症，糖尿病，慢性腎不全，クローン病，前立腺肥大症などにて近医で治療中。

現病歴：受診20日前から腹部膨満，食欲不振，下痢が出現し，時に血便が混じるようになった。さらに2ヵ月間で19kgの体重減少を認めたため近医から当院内科に紹介され，精査目的にて入院となった。腹部単純レントゲン検査では結腸全体に著明なガス像を認め，立位像にて鏡面形成像がありイレウス状態であった。大腸内視鏡検査が行われるも，直腸に全周性狭窄がありスコープが挿入できなかった。腹部造影CTでは直腸壁の全周性肥厚があり，造影増強効果の亢進を認めた。骨盤骨に転移が疑われる所見を認めたことからPSAが提出されたところ，著明高値をとっていたため当科に紹介となった。

現症：身長168cm，体重58.7kg。血圧122/70mmHg，脈拍70/分。直腸診では肛門より4cm奥に示指先の挿入ができないほどの高度な狭窄を認め，直腸粘膜には不整は認めないものの全周性に硬結を触知した。

入院時検査所見：末梢血液検査では異常所見

を認めなかった。血液生化学検査では，CRE 1.38mg/dlと軽度の腎機能障害を認めた。FBS 131mg/dl。PSAは1081.360ng/ml（正常4.0以下）と著明高値をとっていたが，CEAは3.9ng/ml（正常5.5以下），CA19-9は10.8U/ml（正常37.0以下）と正常値であった。尿沈渣には異常を認めていない。

画像検査所見：腹部造影CT（図1）では直腸壁の全周性肥厚があり，造影増強効果の亢進を認めた。同部を先進部として結腸の拡張があり，イレウス状態であった。また両側の水腎症を認め，その原因は尿管膀胱移行部と考えられた。骨盤骨には結節状の硬化像を認め，骨転移と考えられる所見であった。

以上の所見からイレウスの原因として前立腺癌の直腸浸潤が強く疑われたが，診断が確定していないことから外科にて人工肛門造設術が行われた。この際，当科にて診断確定のため前立腺針生検を施行した。直腸に高度な狭窄があり示指の挿入もできない状態であったため経直腸的超音波下の生検は不可能であり，会陰部皮膚を通して触れる腫瘤を経皮的に生検した。

生検組織の病理学的所見：小型の腫瘍細胞が索状に配列して浸潤増殖する poorly differentiated adenocarcinoma, Gleason's grade 4の像と，小型の不整腺管を形成して浸潤性に増殖する moderately differentiated adenocarcinoma, Gleason's grade 4の像と。

¹JA 尾道総合病院泌尿器科

²JA 尾道総合病院外科

³JA 尾道総合病院内科

⁴JA 尾道総合病院病理研究検査科

⁵JA 尾道総合病院放射線科

⁶内科・循環器科 山本医院

⁷福島クリニック

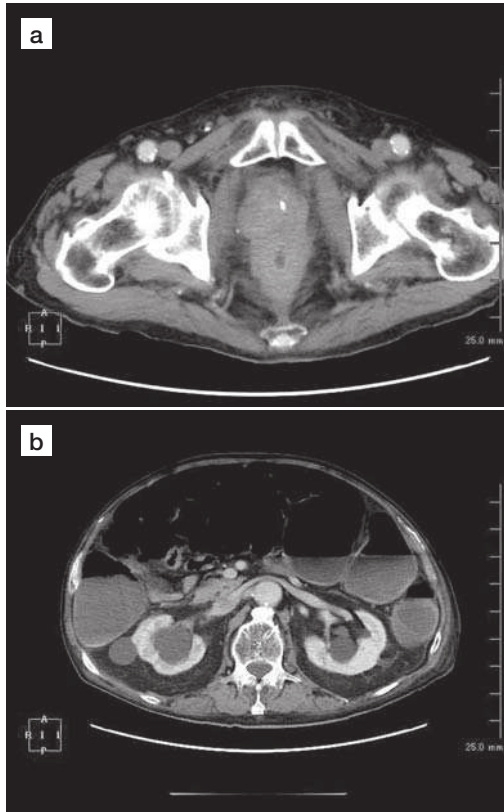


図1 造影 CT 所見

- a：直腸壁の全周性肥厚があり，造影増強効果の亢進を認めた。
- b：同部を先進部として結腸の拡張があり，イレウス状態であった。また両側の水腎症を認め，その原因は尿管膀胱移行部と考えられた。

son's grade 3 の像が混在していた (図2)。前立腺性酸性フォスファターゼ (PAP) の免疫染色では陽性所見が確認された (図3)。

以上の所見から前立腺癌の直腸浸潤であることが確定したため，抗男性ホルモン療法を開始した。治療開始後1カ月の時点では，直腸診上は狭窄の改善は認めなかった。その後は他施設へ転院となり，近医による往診治療が行われることになった。診断時1081.360ng/mlであったPSAは治療により下降するも，治療開始後8カ月を経過する現在でも7.94ng/mlにとどまり正常化には至らず，また直腸狭窄にも改善所見を認めていない。高齢であることや社会的理由から，現在も抗男性ホルモン療法が継続されている。

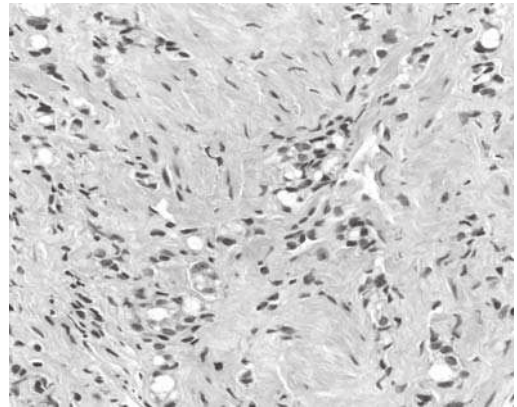


図2 生検組織の病理学的所見 (HE 染色, X20)

小型の腫瘍細胞が索状に配列して浸潤増殖する poorly differentiated adenocarcinoma, Gleason's grade 4 の像と，小型の不整腺管を形成して浸潤性に増殖する moderately differentiated adenocarcinoma, Gleason's grade 3 の像が混在していた。

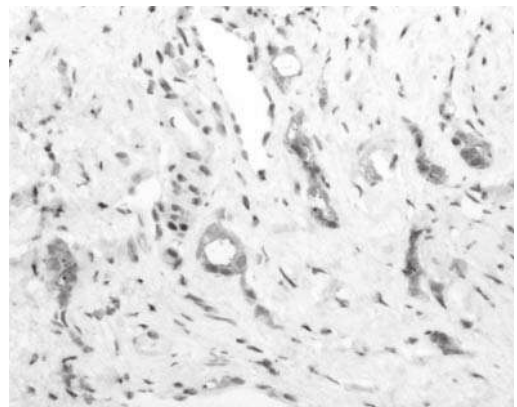


図3 前立腺性酸性フォスファターゼの免疫染色所見陽性所見を呈した。

Ⅲ. 考 案

直腸狭窄を来す疾患として，良性疾患では炎症性腸疾患，放射線性腸炎，腸間膜脂肪織炎などが，悪性疾患では直腸原発悪性腫瘍，周囲臓器癌の浸潤，他臓器癌の Douglas 窩転移などがある¹⁾。隣接する臓器でありながら前立腺癌の直腸浸潤は比較的新たなものであり，本邦では前立腺癌初発例の3.1%，再発例も含めると6.2%と報告されている²⁾。その理由としては前立腺と直腸の間にある Denonvilliersw 筋膜が障壁となるためと考えられている。

Lazarus³⁾は前立腺癌の直腸浸潤様式を3型に分類し、直腸前方に腫瘤を形成するものを1型、直腸全周に狭窄を認めるものを2型、直腸粘膜まで癌細胞が浸潤し直腸粘膜潰瘍を形成するものを3型とした。癌が前立腺被膜を貫通して Denonvilliersw 筋膜に浸潤すると、まずはその前葉と後葉の間で腫瘍が直腸を囲むように広がり、さらに Denonvilliersw 筋膜を貫通しても直腸筋膜が障害となるため腫瘍は直腸に対して全周性に広がったのちに直腸筋層や粘膜下層に浸潤していく。そのため、前立腺が存在する直腸前方のみに腫瘤を認める1型よりも全周性狭窄を認める2型が最も多いとされ、自験例も2型であった。1型腫瘍は粘膜下腫瘍、2型腫瘍はびまん浸潤型直腸癌、3型腫瘍は早期直腸癌との鑑別診断が重要である⁴⁾。

直腸全周に狭窄を認める前立腺癌の画像診断としては、CTでは前立腺腫瘍が直腸と連続したうえで直腸を輪状に圧迫している所見（脂肪織の消失による前立腺と直腸の境界の不明瞭化、直腸壁の全周性肥厚）が重要である¹⁾。自験例でも同様の所見を認めている。

全周性狭窄を呈する前立腺癌直腸浸潤では前述のようにびまん浸潤型直腸癌との鑑別が必要になるが⁵⁾、組織学的にはどちらも低分化型腺癌の場合が多いことから^{1,6)}確定診断には生検標本のPSAやPAPの免疫学的染色を行うことによる鑑別が必要である。直腸粘膜生検での陽性率は約70%であるが、経直腸的超音波を用いた深部生検が正診率を上げるとの報告がある⁵⁾。自験例では高度な直腸狭窄のため超音波プローブの挿入が出来ず、会陰部皮膚を通して触れる腫瘍の経皮的生検により診断せざるを得なかった。

治療法としては内分泌療法が第一選択であり、その奏効率は70~80%で直腸狭窄が速やかに解除された症例も報告されている¹⁾。内分泌療法により狭窄が解除できない症例では、放射線療法を併用することにより症状が消失した症例も報告されており⁷⁾、その奏効率は90%とされる⁸⁾。それでも通過障害が重篤な症例に対しては、ステント留置または人工肛門造設を考慮

する必要がある。ステント留置では出血や穿孔およびステントの遊走や逸脱などの合併症も認められるが、直腸は他の部位に比べて解剖的に直線であり蠕動運動が少ないため留置が比較的容易であり、ステント留置は人工肛門造設より低侵襲であるとする報告がある⁹⁾。直腸癌の術前診断にて直腸切断術や骨盤内臓全摘が施行され、術後の病理検査にて前立腺癌が判明したという症例報告^{10,11)}も散見される。初期診断の誤りが患者への多大な侵襲をもたらす結果になるため、外科医と泌尿器科医の十分な連携が必要である。自験例では初診時既にイレウス状態であったためこれを改善する必要があったこと、また前立腺癌の診断が確定していなかったことから人工肛門造設を先行せざるを得なかった。

直腸浸潤を伴った前立腺癌は骨転移などの遠隔転移を伴っていることが多く長期予後は不良で、2年生存率は41.7%と報告されている²⁾。自験例でも抗男性ホルモン療法に対する反応は認めるものの、PSAは治療開始後8ヵ月を経過する現在も正常化しておらず、予後は不良であると推察される。

本邦における直腸狭窄をきたした前立腺癌については、2010年渡辺ら¹²⁾が42例の集計を行っている。この集計に漏れていたと思われる症例および以後の報告例を加えると、自験例が本邦71例目の報告となる(表1)。組織型についての記載のある64例では、高分化型腺癌1例、中分化型腺癌10例、低分化型ないし低分化型を含む腺癌症例50例、未分化型、乳頭状腺癌、印環細胞癌が各々1例ずつであり、高悪性度の症例が大多数を占めていた。症状では、排便症状があった例が51例、イレウスを呈していた例が13例あった。Lazarus分類は、記載のある62例中48例(77%)が2型であった。本疾患に対する治療として消化管に対する手術が行われた例は、記載のある70例中35例と半数を占めていた。

表1 直腸浸潤を伴う前立腺癌症例(渡辺ら¹²⁾の報告へ追加)

症例	報告者	発表年	年齢	初発・再燃	排便症状	イレウス	排尿症状	水腎症	Lazarus分類	PSA	組織型	直腸癌の合併	治療法	予後
43	細川	1970	66	初発	あり		あり		1	—	高分化型		両側除睾術, ヘキスロン内服	報告時生存中
44	角田	1990	70	治療中						?			ホルモン療法→人工肛門	報告時生存中
45	大竹	1995	76	初発					2	45	低分化型		内分泌療法, 放射線療法	9ヵ月後死亡
46	山口	1999	62	初発					1	73	低分化型		内分泌療法, 放射線療法	7ヵ月生存中
47	馬場	1999	74	初発	あり	あり			2	31	?		双口性人工肛門→ホルモン療法	報告時生存中
48	粕谷	2001	80	初発	あり	あり			2	?	中分化型		腹会陰式直腸切断術	第8病日死亡
49	中	2001	77	初発	あり	あり	あり	あり	2	98	中分化型		内分泌療法	1ヵ月生存
50	中山	2002	73	初発	あり			あり	2	388	低分化型		内分泌療法, 放射線療法	報告時生存中
51	木島	2005	70	治療中断	あり				3	23.2	低分化型		内分泌療法, 放射線療法→人工肛門, 膀胱瘻	3年間生存
52	々	2005	81	初発	あり			あり	1	91.72	?		内分泌療法→放射線療法	1年3ヵ月生存
53	三枝	2006	72	治療中					?	31	低分化型		ホルモン療法	?
54	石村	2006	65	再燃	あり				2	12.47	?		骨盤内臓全摘	術後16ヵ月生存中
55	高田	2006	73	初発	あり				2	197	低分化型		ホルモン療法	6ヵ月生存
56	横田	2007	64	初発	あり		あり		2	50.5	低分化型		内分泌療法→UFT 併用→放射線療法	3年間生存
57	々	2007	77	初発	あり				2	8	未分化癌		骨盤内臓全摘→内分泌療法	3年間生存
58	倉谷	2007	60歳代	初発	あり				2	331.97	低分化型		人工肛門→ホルモン療法→人工肛門閉鎖	44ヵ月生存
59	大城	2008	70歳代	初発			あり		?	?	?	あり(2ヵ所)	内分泌療法, 内視鏡的粘膜切除, 直腸低位前方切除術	4ヵ月生存
60	木原	2009	82	初発	あり				2	118	低分化型		ホルモン療法	1年間生存
61	島田	2009	75	初発					3	?	低分化型		?	?
62	松下	2010	60歳代	初発	あり				2	1000以上	中分化型		ホルモン療法	報告時生存中
63	熊谷	2010	84	初発	あり				2	?	低分化型		Mile's手術	?
64	澤崎	2011	85	初発	あり	あり			2	122.1	低分化型		ホルモン療法→放射線療法	報告時生存中
65	久保	2011	74	初発	あり				2	183.3	低分化型	あり	ホルモン療法→放射線療法	報告時生存中
66	森	2011	65	初発	あり				2	1020	中-低分化型		内分泌療法	報告時生存中
67	々	2011	82	初発	あり	あり			2	465	印環細胞癌		人工肛門造設→ホルモン療法	1年6ヵ月生存
68	々	2011	77	再燃		あり			2	0.076	?		双口性人工肛門→ホルモン療法再開	報告時生存中
69	日月	2011	68	初発	あり				2	230.805	低分化型		ホルモン療法	報告時生存中
70	橋本	2011	82	初発	あり				?	6.72	低分化型		骨盤内臓全摘	術後9ヵ月生存中
71	自験例	2012	86	初発	あり	あり	あり	あり	2	1081.36	低分化型		人工肛門造設→ホルモン療法	8ヵ月生存中

IV. 結 語

直腸浸潤により直腸全周性狭窄を来した前立腺癌の1例を経験し、若干の文献的考察を加えて報告するとともに本症の本邦報告例を集計した。

文 献

- 1) 倉谷義智, 大西知子, ら: 大腸内視鏡検査が診断の契機となった前立腺癌直腸浸潤の1例. Gastroenterol Endosc 49:1281-1288, 2007.
- 2) 柳田俊彦, 薄井良浩, ら: 直腸浸潤を示した前立腺癌の臨床的検討. 西日泌尿 55:1419-1423, 1993.
- 3) Lazarus JA: Complete rectal occlusion necessitating colostomy due to carcinoma of the postate. Am J Surg 30:502-505, 1935.
- 4) 中山隆盛, 白石好, ら: 直腸狭窄により発見された前立腺癌の1例. 日臨外会誌 63:3052-3056, 2002.
- 5) 土橋隆志, 木下恒材, ら: 直腸癌との鑑別を要した前立腺癌直腸浸潤の1例. 日臨外会

誌 66:716-719, 2005.

- 6) 鈴木 裕, 小林 孝, ら: 下部直腸にびまん性狭窄を来した前立腺癌の1例. 胃と腸 37:211-216, 2002.
- 7) 河野修三, 池上雅博, ら: 直腸狭窄により発見された前立腺癌の1例. 日臨外会誌 59:2170-2173, 1998.
- 8) Siegel AL, Tomaszewski JE, et al: Invasive carcinoma of prostate presenting as rectal carcinoma. Urology 27:162-164, 1986.
- 9) 曾我部正弘, 中園雅彦, ら: 前立腺癌浸潤による直腸狭窄に対して Expandable Metallic Stent を留置しえた1例. Gastroenterol Endosc 42:2142-2147, 2000.
- 10) 菅原 元, 山口晃弘, ら: 直腸全周性狭窄で発見された前立腺癌の1例. 日臨外会誌 63:2280-2284, 2002.
- 11) 本城総一郎, 安宅正幸, ら: 直腸全周性浸潤と狭窄を示した前立腺癌の1例. 日臨外会誌 64:3179-3183, 2003.
- 12) 渡辺絢子, 赤坂聡一郎, ら: 直腸狭窄で発見された前立腺癌の3例. 西日泌尿 72:648-653, 2010.

— 症 例 報 告 —

発症9日目に偽腔開存型へと進行した ulcer-like projection 型急性大動脈解離に対する手術例

濱本 正樹・森藤 清彦

I. 緒 言

解離した偽腔が早期に血栓閉塞する偽腔閉塞型急性大動脈解離は、偽腔開存型と比較して良好な予後をたどるとされている。上行大動脈に解離を認める Stanford A 型急性大動脈解離においても、偽腔開存型は緊急手術の絶対適応であるが、偽腔閉塞型では特定の条件を満たせば降圧安静療法による保存的治療でも予後が良好である^{1,2)}。

大動脈造影検査を行った時に、造影剤が内膜から血栓閉塞した解離腔に向かって潰瘍状に突出している部分が見られることがあり、これを ulcer-like projection (ULP) と呼称している。この ULP は解離の内膜裂口 (エントリー) や大動脈の分枝動脈の内膜入口部に一致するとされている。近年、偽腔閉塞型大動脈解離において、ULP を有する場合は有しない場合に比べて予後が悪いことが判明し^{3,4)}、偽腔閉塞型大動脈解離とは別に ULP 型大動脈解離と定義するようになった。

今回、われわれは保存的治療を選択した Stanford A 型 ULP 型大動脈解離が発症9日目に偽腔開存型解離に進展したため緊急手術を行った症例を経験した。Stanford A 型 ULP 型大動脈解離の手術適応について文献的考察を加えたので報告する。

II. 症 例

【症例】52歳, 女性。

【主訴】胸背部痛

【家族歴】特記すべきことなし。

【既往歴】高血圧に対して内服治療を受けてい

たが、自己中断していた。

【現病歴】平成×年12月バレーボール中に突然下顎から前胸部にかけての激痛を自覚したため、当院に救急搬送された。

【来院時現症】来院時の意識レベルは清明であり、胸痛を訴えていた。血圧 108/68mmHg (左右差なし), 心拍数 52/分 整, 酸素飽和度 100% (room air) であった。頸静脈怒張はなく、心雑音を聴取しなかった。

【来院時血液検査所見】WBC 7540/ μ l, Hb 12.8g/dl, Plt 19.4万/ μ l, PT 活性 115%, APTT 35.8秒, Fib 148mg/dl, FDP 2.1mg/dl, D ダイマー 0.7mg/dl, GOT 20IU/l, GPT 18IU/l, LDH 165IU/l, BUN 21mg/dl, Cr 0.56mg/dl, CPK 97IU/l, CPK-MB 7IU/l, Troponin T 定性 (-), pH 7.429, PO₂ 77.4 mmHg, PCO₂ 38.8mmHg, HCO₃⁻ 25mmol/l, BE +1.4 (下線は異常値を示す)。

【胸部単純像所見】前縦隔に軽度の拡大を認めた。心胸比は56%で、肺うっ血像を認めなかった。

【心電図】心拍数68/分, 洞調律であった。心筋虚血を思わせる ST-T 変化を認めなかった。

【胸腹部 CT 所見】胸腹部造影 CT では、上行大動脈から遠位弓部大動脈まで大動脈解離を生じていた (Stanford A 型)。ほとんどの解離腔は早期相, 遅延相ともに造影されず、血栓閉塞していた。しかし弓部大動脈の血栓化偽腔に淡く染まる ULP を認めた。上行大動脈の最大短径が39mm, 血栓化した偽腔の厚さが10.5mm であった。心嚢水貯留は認めなかった (図1 a, b)。

JA 尾道総合病院心臓血管外科

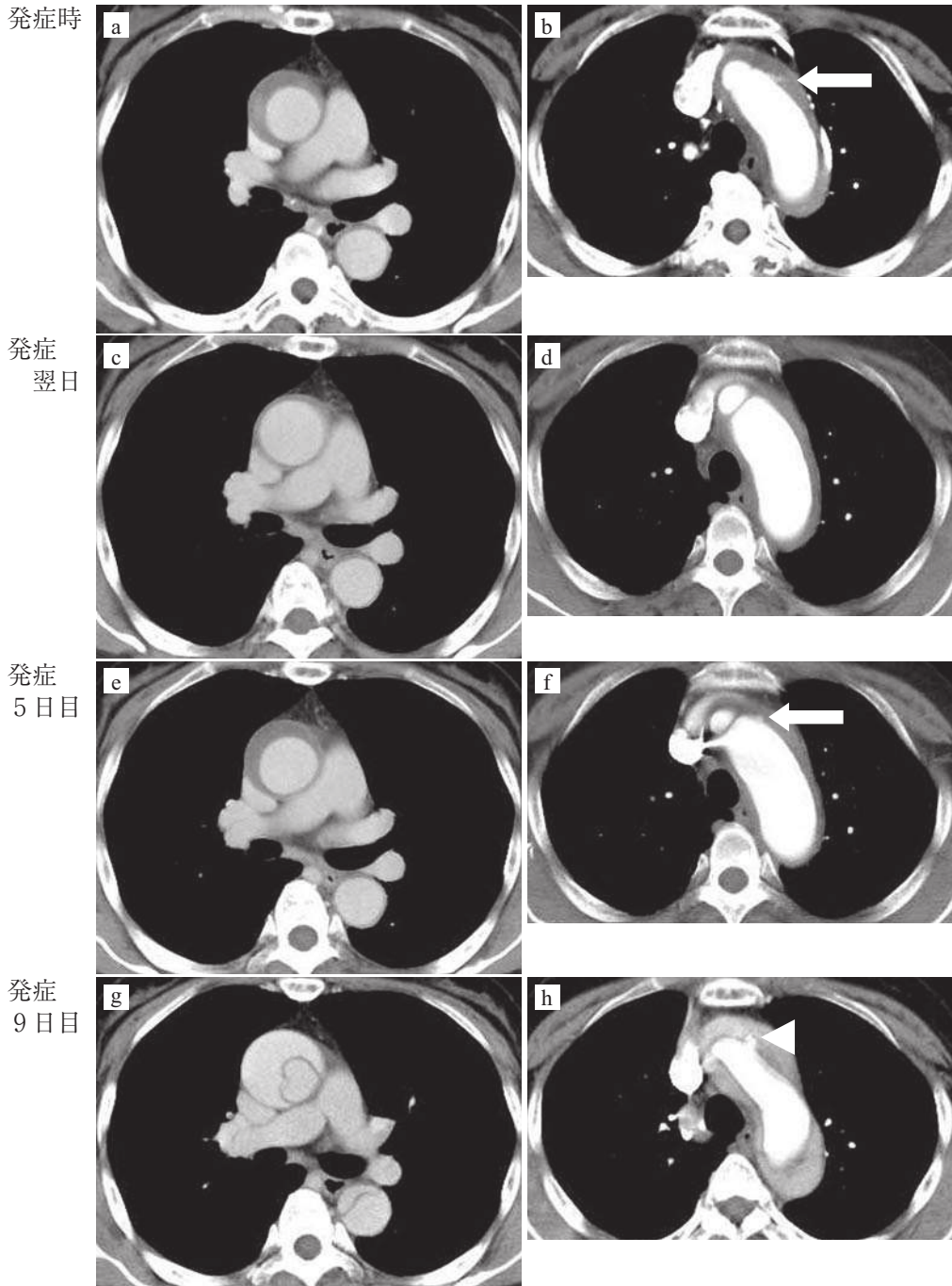


図1 胸部造影 CT 像 (a~h)

発症時 (a および b)：上行大動脈から弓部大動脈にかけて大動脈解離を認め、偽腔は血栓閉塞している。弓部大動脈の偽腔に少量の造影剤の漏出を認め (白矢印)、この部位がエントリーと考えられた。

発症翌日 (c および d)：偽腔容積が減少し、偽腔への造影剤の漏出も認めない。

発症 5 日目 (e および f)：上行大動脈では偽腔容積が再び増加している。弓部大動脈に ULP を認める (白矢印)。

発症 9 日目 (g および h)：偽腔再開通により、偽腔開存型に移行している。弓部大動脈にエントリーを認める (白矢頭)。解離は腹部大動脈まで及んでいた。

【**心臓超音波所見**】心収縮は良好で asynergy を認めなかった。大動脈弁閉鎖不全症や心嚢水の貯留を認めなかった。

【**来院後経過**】Stanford A 型 ULP 型大動脈解離と診断した。心タンポナーデを認めないこと、上行大動脈径も小さく血栓閉塞した偽腔の厚さも11mm 以下であること、上行大動脈の偽腔に ULP を認めなかったことから保存的治療（安静臥床，降圧剤持続静注）を選択した。

【**造影 CT 検査（発症翌日）**】大動脈解離の範囲に変化はなかった。偽腔は血栓で閉塞し，早期相，遅延相ともに偽腔への造影剤の漏出を認めなかった。上行大動脈径は38mm と拡大傾向はなく，偽腔も急速に退縮した。心嚢水は認めなかった（図1c, d）。

上記 CT の結果から，大動脈解離は ULP 型から偽腔閉塞型に移行し，経過良好と判断した。安静度を徐々に上げ（発症2日目から他動座位，3日目から自動座位，4日目から室内歩行，5日目から病棟内歩行），経口摂取（発症2日目から水分摂取と内服を，3日目から食事）を開始した。収縮期血圧は100～120mmHg，心拍数が60/分台と良好にコントロールできていた。

しかし発症5日目に再度胸背部痛を生じたため造影 CT 検査を行った。

【**造影 CT 検査（発症5日目）**】上行大動脈の偽腔の厚みが10mm と増加しており，弓部大動脈には，発症翌日の造影 CT で消失していた ULP を再度認めた。心嚢水は認めなかった（図1e, f）。

造影 CT 検査の結果から，ULP は非常に小さく偽腔はほとんど血栓閉塞したままであったため，保存的治療を継続した。

しかし，発症9日目に安静時の背部痛を自覚したため，緊急造影 CT 検査を行った。

【**造影 CT 検査（発症9日目）**】上行大動脈から腹部大動脈まで偽腔が再開通し，偽腔開存型大動脈解離を呈していた。弓部大動脈の ULP がエントリーと考えられた。心嚢水は認めなかった（図1g, h）。

偽腔開存状態となったため，Stanford A 型偽

腔開存型急性大動脈解離に準じて緊急手術の適応と判断した。

【**手術所見**】両鎖骨下動脈送血，右房脱血で体外循環を確立した。全身冷却を行い，心停止とした。上行大動脈を切開すると，偽腔内に血栓を認めたがエントリーは認めなかった。大動脈を横断し，偽腔内に外科用接着剤 BioGlue® を注入した。1.5cm 幅のテフロンフェルトを外巻きとし，5-0 ポリプロピレン糸の水平マットレス縫合を行って断端形成とした。中枢温度26度で循環停止とし，弓部大動脈を切開した。弓部大動脈の左総頸動脈起始レベルでエントリーを認めた。選択的脳分離体外循環を行い，左鎖骨下動脈分岐部より中枢側で弓部置換術を行った。腕頭動脈と左総頸動脈は再建したが，左鎖骨下動脈は温存できた。体外循環からは容易に離脱できた。手術時間648分，体外循環時間294分，大動脈遮断時間243分，選択的脳分離体外循環時間176分，下半身循環停止時間89分であった。

【**術後造影 CT 検査**】上行から弓部大動脈の人工血管置換部に問題はなかった。しかし下行大動脈以下で偽腔開存型大動脈解離が残存していた。

Ⅲ. 考 察

大動脈解離は偽腔の血流状態によって，偽腔開存型，偽腔閉塞型，ULP 型と大きく3つに分類できる。偽腔閉塞型大動脈解離は，偽腔が血栓閉塞し全く血流を認めない状態を指す。この閉塞した偽腔内に1か所でも ULP を認めた場合，偽腔閉塞型ではなく ULP 型大動脈解離と定義される。さらに ULP のサイズが CT や MRI の体軸横断面像で2～3断面以上に渡って認められれば，それ以外の偽腔が血栓閉塞していても偽腔開存型に分類される。

ULP は大動脈のどの部位でも生じ，その発生個数も1か所から複数か所までさまざまである。解離の診断時には認めなかった ULP が経過途中で発生することもあるし，経時的に拡大して偽腔開存型に進展する場合もある。本症例では，当院搬送時に弓部大動脈に ULP を認め

ULP 型大動脈解離と診断したが、翌日の CT で ULP が消失したため良好な予後が期待された。しかし、発症 9 日目に偽腔開存型大動脈解離に進行し、緊急手術を余儀なくされた。このように ULP 型大動脈解離は発症からある程度経過しても偽腔開存型に移行するリスクがあり、症状に注意しながら定期的に画像診断を繰り返す必要がある。

ULP 型大動脈解離は、ULP 以外の偽腔は血栓閉塞しているため、その治療方針は偽腔閉塞型大動脈解離に準ずる点が多いと考えられる。Stanford A 型偽腔閉塞型大動脈解離に対する治療ガイドラインでは、①大動脈弁閉鎖不全や心タンポナーデを合併している場合は緊急手術を考慮する、②上行大動脈に明らかな ULP を有する場合は早期の手術を考慮する、③解離が進行する確率が高い高危険群（上行大動脈の径が 50mm 以上あるいは偽腔の厚みが 11mm 以上）は、場合によっては手術を考慮する、④偽腔閉塞型から ULP 型あるいは偽腔開存型に移行した場合は、すみやかに手術を行う、⑤以上の基準に当てはまらない場合は初期の内科治療（降圧安静療法）が可能である、と記載されている⁵⁾。このガイドラインに準ずると、Stanford A 型 ULP 型大動脈解離の手術適応としては、

(i) 大動脈閉鎖不全や心タンポナーデ合併例は緊急手術を行う、(ii) 上行大動脈に ULP を認める場合は緊急/準緊急に手術を行う、

(iii) 高危険群の場合は準緊急に手術を行う、

(iv) 上行大動脈が偽腔開存型に移行した場合は緊急に手術を行う、となる。緊急手術（24 時間以内）でも準緊急手術（2～3 日以内）でもどちらでもよい場合は、その施設の手術成績や麻酔科・手術室の状況によって臨機応変におこなうのが良い。当院での Stanford A 型急性大動脈解離に対する緊急手術の手術死亡率は 6%

（1 例/16 例；手術死亡した 1 例は、手術直前に大動脈破裂による心肺停止を来し、蘇生術を行いながら手術を行ったが救命できなかった）と満足のいくものであった（日本胸部外科学会による 2008 年学術調査結果では急性 A 型大動脈解離に対する手術死亡率は 11.1% と報告され

ている）。従って、当院では上記の条件 (i)～(iv) を満たせば可能な限り緊急手術で対応する方針としている。本症例は、発症時に上記のどの条件も満たしていないことから保存的治療の適応とした。しかし偽腔開存型に進行して緊急手術が必要になったことから、ULP が上行大動脈だけでなく弓部大動脈までに存在すれば再解離の危険性の高さを認識して、より慎重な経過観察あるいは準緊急での手術が必要ではないかと考えられた。Sueyoshi らも、上行から弓部大動脈に存在する ULP は高率に破裂や解離の進行などの大動脈イベントを発症するため、注意深い経過観察が必要であると報告している⁶⁾。牧野らも、保存的治療の経過中に手術を考慮する条件の一つに、ULP が上行・弓部に出現した場合、を挙げている⁷⁾。本症例は、発症 5 日目に再解離を生じたと予想される胸背部痛が出現していることから（偽腔は依然として血栓閉塞していたが、偽腔の容積が増えており、再解離して早期に血栓化したのではないかと推測される）、この時点で準緊急手術を行う必要があったと考えられる。ここでエントリー切除を含む解離大動脈の人工血管置換術を行えば、術後に下行大動脈以下に解離は残存せず、その後の QOL は異なったものになったのではないかと考えられた。

IV. 結 語

Stanford A 型 ULP 型大動脈解離が発症 9 日目に偽腔開存型解離に進展したため緊急手術を行った症例を経験した。ULP が弓部大動脈までに認められる場合は、偽腔開存型への進行の危険性が高いと認識して、早期に手術介入する必要があると考えられた。

文 献

- 1) Kaji S, Akasaka T et al: Long-term prognosis of patients with type A aortic intramural hematoma. *Circulation* 106 [suppl 1]: I-248-I-252, 2002.
- 2) 池永 茂, 高橋雅弥ら: 血栓閉塞型 Stanford A 型急性大動脈解離における緊急手術.

胸部外科 58 : 347-350, 2005.

- 3) Kitai T, Kaji S et al: Impact of new development of ulcer-loke projection on clinical outcomes in patients with type B aortic dissection with closed and thrombosed false lumen. *Circulation* 122 [suppl I] : S74-S80, 2010.
- 4) Jang YM, Seo JB et al: Newly developed ulcer-like projection (ULP) in aortic intramural haematoma on follow-up CT: is it different from the ULP seen on the initial CT? *Clin Radiol* 63 : 201-206, 2008.
- 5) 循環器病の診断と治療に関するガイドライン (2010年度合同研究班報告. 大動脈瘤・大動脈解離診療ガイドライン (2011年改訂版) p28-30, 2011.
- 6) Sueyoshi E, Matsuoka Y et al: New development of an ulcerlike projection in aortic intramural hematoma: CT evaluation. *Radiology* 224 : 536-541, 2002.
- 7) 牧野 裕, 佐藤公治ら: 偽腔閉塞型 Stanford A 型急性大動脈解離の治療戦略. *日血外会誌* 21 : 11-13, 2012.

急な心停止で死亡した血栓性血小板減少性紫斑病の一例

上田 大介¹・佐上晋太郎²・江崎 隆²・米原 修治³

I. はじめに

血栓性血小板減少性紫斑病 (thrombotic thrombocytopenic purpura: 以下 TTP) は諸臓器の細動脈における血小板血栓の形成により多彩な症状を呈する疾患である¹⁾。今回我々は、特発性に TTP を発症し血漿交換などの治療に反応せず2日の経過で死亡された症例を病理解剖する機会を得ることができたので病理解剖所見も含めて報告する。

II. 症 例

【症例】39歳 男性

【主訴】意識障害

【既往歴】高血圧

【生活歴】喫煙歴：10本×19年 飲酒歴：なし

【家族歴】特記すべきことなし

【現病歴】当院初診2日前より、全身倦怠感を自覚していたが経過観察していた。起床後、家人と意思疎通できず、当院救急外来に搬送され精査加療目的に入院となった。

【入院時現症】身長175cm, 体重107.4kg, JCS III-100, 体温39.1℃, 血圧127/84mmHg, 脈拍139/分整, 呼吸数16回/分

対光反射正常, 眼瞼結膜に貧血なし, 眼球結膜に黄染あり, 口腔内・歯肉に出血なし, 項部硬直なし, 胸部聴診上呼吸音・心音に異常を認めず, 腹部は平坦, 軟, 全身皮膚に点状出血を認めた。

【来院時検査所見 (表1)】来院時の検査所見では、血小板は8000/ μ lと著明に減少していた。破碎赤血球を認め、ヘモグロビンは10.4g/dlと低下, ビリルビンは間接ビリルビン優位に上昇, LDHは1969IU/lと著増しており溶血

性貧血の所見であった。白血球・CRPの上昇を認めたものの、プロカルシトニンは陰性であった。FDP19 μ g/ml, D-dimer 16.6 μ g/mlと上昇していたが、凝固系の延長はみられなかった。また、BUN 35.5mg/dl, Cre 1.4mg/dlと腎機能障害を認めた。

胸部単純写真：心胸郭比60.1%であり、肺野に異常陰影を認めず。

心電図：洞調律, 140/分と洞性頻脈, ST変化なし。

単純CT：明らかな頭蓋内出血性病変を認めず, 心嚢水少量あり, 腹部に明らかな異常を認めず。

表1 来院時血液検査成績

WBC	11800/ μ l	T-Bil	5.16mg/dl	CRE	1.4mg/dl
RBC	427x10 ⁴ / μ l	D-bil	1.13mg/dl	CPK	185IU/l
Hb	10.4g/dl	I-Bil	4.13mg/dl	AMY-B	80IU/l
Ht	28.2%	GOT	55IU/l	CRP	3.63mg/dl
Plt	8000/ μ l	GPT	31IU/l	NH3	32 μ g/dl
PT	72%	ALP	256IU/l	FBS	617mg/dl
APTT	35.2sec	γ GTP	18IU/l	Na	145mEq/l
Fib	248mg/dl	LDH	1969IU/l	Cl	92mEq/l
FDP	19 μ g/ml	CHE	370IU/l	K	4.8mEq/l
D-dimer	16.6 μ g/ml	TP	6.3g/dl	Ca	4.5mg/l
AT-III	111.8%	ALB	3.4g/dl	Mg	1.3mEq/l
HbA1c	11.5%	BUN	35.5mg/dl	PCT	<0.5ng/ml

¹JA 尾道総合病院臨床研修医²JA 尾道総合病院内科³JA 尾道総合病院病理研究検査科

【臨床経過】

意識障害の原因となりうる疾患として頭蓋内病変、代謝性疾患、薬物による影響を除外した。また発熱・血小板減少より感染に起因する播種性血管内凝固症候群（disseminated intravascular coagulation：以下 DIC）を疑ったが、特徴的にみられる凝固系の延長は認めず否定的であった。著明な血小板減少・意識障害・溶血性貧血・腎機能障害・発熱より TTP と診断した。第 1 病日に血漿交換療法を施行することとし、まずは新鮮凍結血漿 4 単位輸注した。またステロイドパルス療法として methylprednisolone 1000mg/day を投与した。背景に感染があることも念頭にいれ、ヒト免疫グロブリン 2.5g/day・melopenem 1g/day を使用した。また、抗凝固療法として danaparoid 1250 単位を投与した。血漿交換の前に採血を施行した結果（表 2）、貧血と LDH の増加より溶血性貧血の進行が示唆され、肝機能障害の増悪と凝固系の延長が認められた。同日血漿交換を開始し新鮮凍結血漿 32 単位を使用した。血漿交換終了後、意識レベルは改善なく。その後も収縮期血圧は

120～140 台、呼吸数は 20～25 回/分、体温は 38℃ 台で推移した。第 2 病日朝の血液検査所見（表 2）ではさらなる溶血性貧血の進行と肝機能・腎機能障害の増悪が認められた。頻呼吸となりその後突然収縮期血圧が 60 台、心拍数が 30 台に低下し呼吸が停止した。12 誘導心電図では全胸部誘導にて ST 上昇を認め、心エコー検査にて心室壁運動がびまん性に低下していた。無脈性電気活動として胸骨圧迫を開始し、気管挿管・adrenaline 投与を行ったものの自発呼吸の再開なく死亡した。

Ⅲ. 病理解剖所見

上肢、全胸部、大腿の皮膚に点状出血を認めた。

心臓は 430g であり、左右両心室の肥大を認めた。心外膜に点状出血を認め、また左右両心室の断面にはびまん性の心筋出血を認めた（図 1 a）。組織学的検索では、心筋内の小血管に血小板血栓を認め、心筋出血の原因と考えられた（図 1 b）。冠動脈の硬化は軽度であり心筋梗塞は認めなかった。

肝の重量は 2200g で、高度の脂肪肝の状態であった。末期の循環不全状態を反映して高度の小葉中心性肝細胞変性を認めた。

組織学的に血栓（図 1 c-1）は PATH 染色が陰性であることからフィブリン血栓ではなく（図 1 c-2）、免疫組織学的に血小板の細胞膜に発現するとされている CD31 が強陽性であること²⁾（図 1 c-3）から血小板血栓であることが確認できた。他方、死後判明した von Willebrandfactor - cleaving protease の活性は 0% であり、von Willebrandfactor - cleaving protease inhibitor は陽性であったことから、病理学的・生化学的にも TTP であることが確認できた。

表 2 血液検査成績の推移

	来院時	来院日午後	来院翌日朝
WBC	11800/ μ l	12500/ μ l	164000/ μ l
RBC	427x10 ⁴ / μ l	319x10 ⁴ / μ l	288x10 ⁴ / μ l
Hb	10.4g/dl	10.2g/dl	8.6g/dl
Ht	28.2%	28.7%	26.3%
Plt	8000/ μ l	10000/ μ l	12000/ μ l
PT	72%	43%	36%
APTT	35.2sec	49.8sec	42.2sec
Fib	248mg/dl		207mg/dl
D-dimer	16.6 μ g/ml		22.4 μ g/ml
AT-III	111.8%		89.8%
T-Bil	5.16mg/dl	5.89mg/dl	10.08mg/dl
GOT	55IU/l	70IU/l	580IU/l
GPT	31IU/l	504IU/l	1395IU/l
ALP	256IU/l	217IU/l	217IU/l
Γ -GTP	18IU/l	21IU/l	33IU/l
LDH	1969IU/l	3320IU/l	9333IU/l
BUN	35.5mg/dl	41.6mg/dl	51.1mg/dl
CRE	1.4mg/dl	1.8mg/dl	2.4mg/dl
CRP	3.63mg/dl	3.25mg/dl	3.30mg/dl

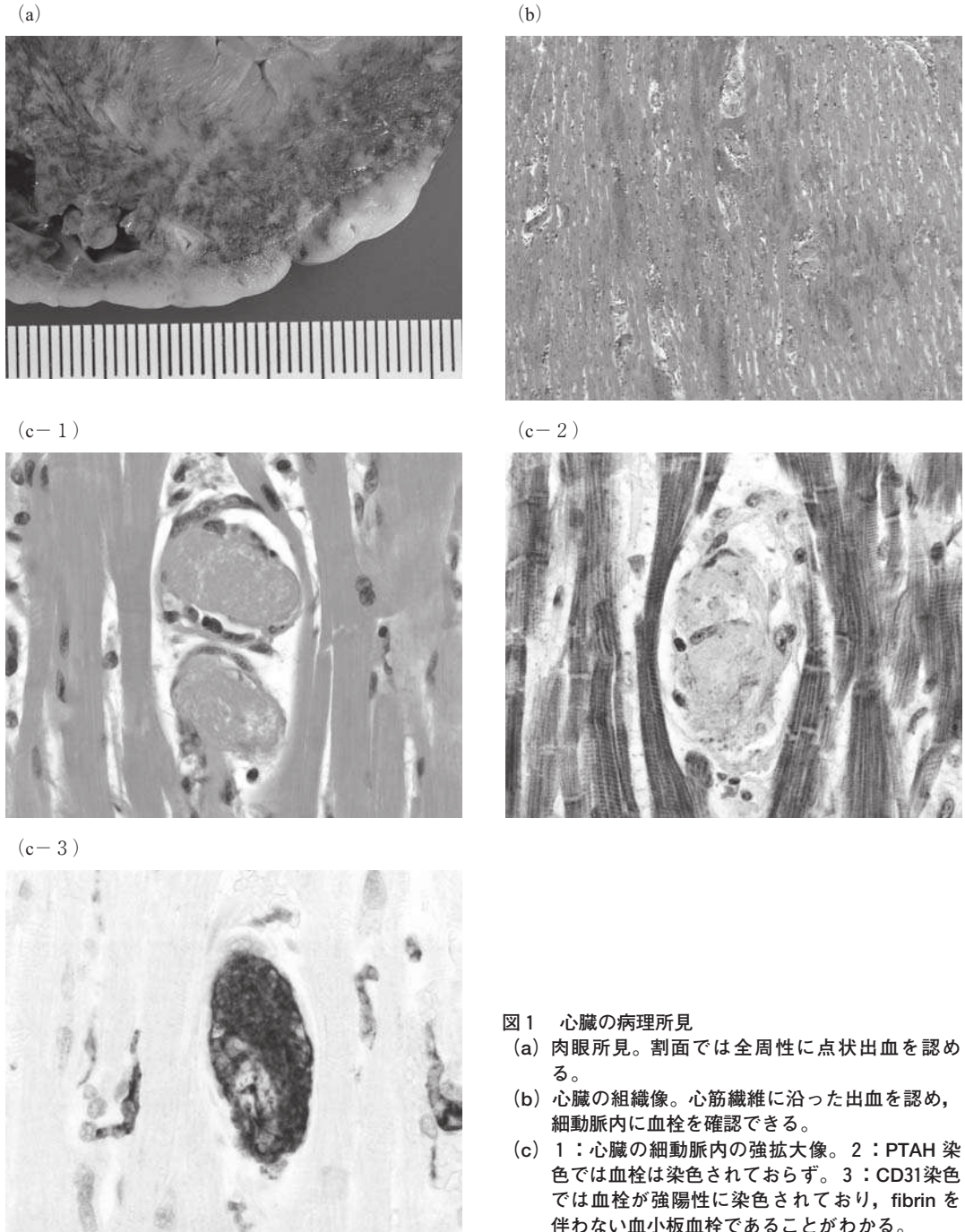


図1 心臓の病理所見

- (a) 肉眼所見。剖面では全周性に点状出血を認める。
- (b) 心臓の組織像。心筋繊維に沿った出血を認め、細動脈内に血栓を確認できる。
- (c) 1：心臓の細動脈内の強拡大像。2：PTAH染色では血栓は染色されておらず。3：CD31染色では血栓が強陽性に染色されており、fibrinを伴わない血小板血栓であることがわかる。

IV. 考 察

本症例は著明な血小板減少をはじめ TTP の 5 徴¹⁾ を満たし、その他の臨床所見より比較的

速やかに TTP の診断を下すことができた 1 例であった。TTP の 5 徴とは、①血小板減少、②血栓性細血管障害による溶血性貧血、③急性腎不全、④動揺性の神経障害、⑤発熱であり、

Moschcowitz の 5 徴としても知られている¹⁾。TTP には特発性に生じるタイプ、感染・悪性腫瘍・薬剤・妊娠を契機に発症するタイプがあるが³⁾、その発症には血液内に存在する止血因子である von Willebrandfactor (以下 vWF) が関与していることが示されている³⁾。vWF は血管内皮細胞・骨髄巨核球において止血因子としての活性の高い超高分子 vWF として産生され、VWF-cleaving protease (以下 vWF-CP) である ADAMTS13 により切断されることでその活性を調整されている。典型的な急性 TTP では ADAMTS13 自己抗体 (inhibitor) の存在により ADAMTS13 の活性が低下することで超高分子 vWF が血中に残存し、血小板血栓が形成される。全身の細血管において血栓が形成され微小循環障害を生じ、本疾患の 5 徴に代表される多彩な臨床症状が形成されると考えられている⁴⁾。多発性微小血栓が全身性に生じる疾患として DIC が挙げられ鑑別が問題となる。病理組織における鑑別点としては、DIC で見られる血栓はフィブリン主体であり PTAH 染色で濃染するが TTP の血栓では少数顆粒状にしか染まらない点⁵⁾、DIC では血栓形成の主座が毛細血管であるのに対し TTP では細動脈からより末梢で血栓形成が生じる⁶⁾ ことなどが挙げられる。本症例では特殊染色からも、血栓の局在からも TTP と一致する所見が得られたと言える。

治療の第一選択は血漿交換であり、血漿交換以前では 90% 以上であった死亡率が血漿交換導入により 18% に減少した⁷⁾。その有効性は ADAMTS13 に対する自己抗体の除去と ADAMTS13 の補充・高分子 vWF の除去・血小板活性化を助長する高サイトカイン血症の改善などによる。精神神経症状・血小板数・LDH を指標に連日～週 3 回行い、徐々に頻度を減らしていく手法が一般的である⁸⁾。その他、自己抗体の産生抑制効果を期待して副腎皮質ステロイド薬によるパルス療法も併用され、血漿交換単独より血漿交換とステロイドパルスを組み合わせの方が寛快率が高かったという報告がある⁹⁾。また、免疫抑制剤¹⁰⁾ や抗血小板薬¹¹⁾ が用

いられることもある。

本症例では TTP との診断の後第一病日より血漿交換・ステロイドパルス・背景に存在する感染症に対する治療を行ったものの、反応に乏しく救命することはできなかった。その直接死因として、瀰漫性に生じた心筋内の出血による心原性ショックが原因であると推察された。小川らの報告¹²⁾ によれば、血漿交換に反応せず 4 日の経過で死亡した TTP 症例の剖検において、心筋内のびまん性の心筋出血を認めそれが死因に関与したとしており、我々が経験した症例と類似したものであった。

死後に判明した vWF に関する検査結果は vWF-CP 活性：0%，vWF-CP inhibitor：陽性であった。vWF-CP inhibitor が存在し vWF-CP 活性が低下する定型的な TTP は血漿交換に反応し予後の良い群であるとされているが¹³⁾、Zheng らによれば重篤な vWF-CP 活性の低下と高力価の vWF-CP inhibitor を持つ症例では血漿交換に対する反応が悪いとされている¹⁴⁾。本例は vWF-CP は 0% と著明に減少しており、そのために血漿交換に対する反応が不良であった可能性があることが示唆された。他方、長谷川らの報告によれば、血漿交換により寛快した TTP 症例であっても、ADAMTS13 活性または血小板数が改善するのは数日間の血漿交換の後である¹⁵⁾。本症例は死亡までに 1 回の血漿交換しか行えておらず、早期に受診することで、全身状態が良好な状態で治療が開始されていれば救命できた可能性があると考えられた。

V. 結 語

TTP の一部検例を経験したので報告した。

参 考 文 献

- 1) Moschcowitz E: Hyaline thrombosis of the terminal arterioles and capillaries: a hitherto undescribed disease. Proc N Y Pathol Soc 24 : 21, 1924.
- 2) 田中良哉：CD31 医学のあゆみ 193 : 839 - 843, 2000.
- 3) Matsumoto M, Yagi H, Ishizashi H, et al.: The

- Japanses experience with TTP/HUS. *Semin Hematol.* 41 : 68–74, 2004.
- 4) Fujimura Y, Matsumoto M, et al.: von Wilbrand factor –cleaving protease and Upshaw-Schulman syndrome. *Int J Hematol* 75 : 25–34, 2002.
 - 5) 浅田裕士郎, 住吉昭信, ら : 血栓性血小板減少性紫斑病の病理. *病理と臨床* 13 : 942–953, 1995.
 - 6) 重松秀一 : 病理形態学よりみた DIC, TTP, HUS の比較と異同. *日本臨床* 51 : 11–14, 1993.
 - 7) Zheng XL, Kaufman RM, Goodnough et al.: Effect plasma exchange on plasma ADAMTS13 metalloprotease activity, inhibitor level, and clinical outcome in patients with idiopathic and non-idiopathic thrombotic thrombocytopenic purpura. *Blood* 103 : 4043–4049, 2004.
 - 8) TTP, HUS と TMA *血液・腫瘍科* 49 : 117–139, 2004.
 - 9) De la Rubia, J Lopez A, Arriaga F, et al.: Response to plasma exchange with plasma exchange and steroid as combined therapy for patients with thrombotic thrombocytopenic purpura. *ActaHaematol.* 102 : 12–16, 1999.
 - 10) Allan DS, Kovacs MJ, Clark WF.: Frequently relapsing thrombotic thrombocytopenic purpura treated with cytotoxic immunosuppressive therapy. *Haematologica* 86 : 844–850, 2001.
 - 11) Suehiro A, Yoshimoto H, Higasa S, et al.: Platelet aggregating activity of plasma in patients with thrombotic thrombocytopenic purpura evaluated by a particle counting method using light scattering. *Int J Hematol* 70 : 40–46, 1999.
 - 12) 小川弥生, 向井正也, ら : 全身性エリテマトーデスに併発した血小板減少性紫斑病の一例. *日本臨床免疫学会誌* 29 : 342–347, 2006.
 - 13) Mori Y, Wada H, Gabazza EC, et al.: Predicting response to plasma exchange in patients with thrombotic thrombocytopenic purpura with measurement of vWF-cleaving protease activity. *Transfusion* 42 : 572–580, 2002.
 - 14) Long Zheng, Richard M, et al: Effect of exchange on plasma ADAMTS13 metalloprotease activity, inhibitor level, and clinical outcome in patient with idiopathic and nonidiopathic thrombotic thrombocytopenic purpura. *Blood* 13 : 4043–4049, 2004.
 - 15) 長谷川みどり, 久志本浩子, ら : 血栓性血小板減少性紫斑病と顕微鏡的多発血管炎に対する血液浄化療法 ICU と CCU 29 : 5126–512, 2005.

急激に全身状態が悪化した SLE の 1 例

須澤 仁¹・田口 和浩²・米原 修治³

I. はじめに

SLE (systemic lupus erythematosus) は、発病率は10万人あたり10~100人と推定され、20~40歳代の若年女性に好発し、DNA-抗 DNA 抗体などの免疫複合体の組織沈着により起こる全身性炎症性病変を特徴とする自己免疫疾患である¹⁾。一般的な治療方法は NSAIDs やステロイドの内服であり、保険適応外であるが免疫抑制剤を併用する場合もある。

今回我々は、ステロイド内服加療中に急激に全身状態が悪化した1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

【患者】50歳女性

【主訴】心窩部痛、嘔吐

【生活歴】特記事項なし

【アレルギー】ペニシリン

【既往歴】#1. SLE: 22歳時に SLE と診断され、腎生検にてループス腎炎を指摘されている(詳細不明)。44歳頃からは当院内科にて通院加療を受け、プレドニン10~30mg で治療されていた。

#2. 子宮内膜症: 44歳から何度か出血を来し、貧血が出現していたが、止血剤で対処が可能であった。当院産婦人科で通院加療されていた。

#3. 意識消失発作、痙攣: 45歳から度々出現するも、数分で軽快していた。CT, MRI にて出血等なく、動脈瘤を指摘されるのみであった。

#4. ITP: PAIgG(+), ステロイドパルスで対処(詳細不明)。

【現病歴】X年3月10日、腹痛、嘔吐を主訴に救急車にて近医を受診した。

受診時、茶褐色の残渣様の嘔吐があり、CTにて胸腹水、腸管浮腫を認め、腸炎が疑われた。

血液検査では WBC18300/ μ l, CRP1.56mg/dl と炎症反応の上昇, Plt は 8.4×10^4 / μ l と軽度低下, BUN27.4mg/dl, Cre0.77mg/dl と脱水を認めた。入院後より絶飲食とし、抗生剤(CTR X 1g), ステロイド(プレドニン20mg)の点滴と輸液(3号液1000ml, 細胞外液1500ml)にて保存的加療を行った。

翌3月11日には WBC9000/ μ l, CRP11.57mg/dl と炎症反応は上昇, Plt 5.0×10^4 / μ l と血小板数はさらに低下し, BUN27.0mg/dl, Cre1.15mg/dl と腎機能の悪化を認めた。全身状態は安定していたが、当院がかかりつけであったため、当院に転院となった。当院に到着後突然血圧や意識レベルの低下が出現し、まずはプレドバ点滴静注を開始し、気管挿管のうえ人工呼吸器にて呼吸管理を行った。

【身体所見・理学所見】血圧153/71mmHg(ドパミン塩酸塩5ml/h), 心拍数132/分, 体温35.2度, 意識レベルJCS2桁, SpO₂検知不能。呼吸音は両側とも減弱。腹部は平坦, 軟, 筋性防御認めず, 腸蠕動音聴取しなかった。

【入院時血液検査所見】(表1) WBC12800/ μ l, CRP18.98mg/dl と炎症反応は増悪。Plt は 4.4×10^4 / μ l と低下し, 凝固・線溶系の異常も認めたことから, DICの状態と考えられた。また, BUN29.9mg/dl, Cre1.8mg/dl と腎機能の悪化を認めた。

¹JA 尾道総合病院臨床研修医

²JA 尾道総合病院外科

³JA 尾道総合病院病理研究検査科

表1 入院時血液検査所見

WBC	12800	/ μ l	LDH	567	IU/l
RBC	427	$\times 10^4/\mu$ l	ChE	124	IU/l
Hb	13.2	g/dl	TP	3.2	mg/dl
Plt	4.4	$\times 10^4/\mu$ l	Alb	2.0	mg/dl
PT	52	%	BUN	29.9	mg/dl
APTT	31.2	sec	Cre	1.8	mg/dl
Fib	321	mg/dl	CPK	345	IU/l
AT-III	51.2	%	AMY	655	IU/l
D-dimer	2.4	μ g/ml	CRP	18.98	mg/dl
T-Bil	0.33	mg/dl	Na	135	mEq/l
GOT	75	IU/l	K	5.3	mEq/l
GPT	41	IU/l	Cl	112	mEq/l
ALP	60	IU/l	Ca	4.3	mEq/l
γ -GTP	24	IU/l			

【胸部 CT 所見】右肺に胸水貯留を認めた。

【腹部 CT 所見】下行結腸，S 状結腸，直腸に異常は認めなかったが，上行結腸は軽度壁肥厚を認め，脂肪織の毛羽立ちを伴った小腸の浮腫状の壁肥厚を認めた（図1）。また，腹水の貯留も認めた。肝臓，胆嚢，膵臓，子宮には特記すべき所見は認めなかった。

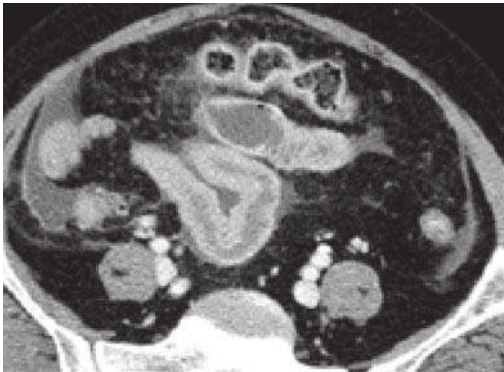


図1 脂肪織の毛羽立ちを伴った，小腸の浮腫状の壁肥厚，腹水の貯留を認めた。

【入院後経過】CPAPによる呼吸管理とドパミン塩酸塩点滴静注による血圧コントロールを継続した。血液検査上，DICと炎症反応の増悪を認めたが，炎症反応の増悪の原因としては，SLEの増悪によるものか，感染によるものかは不明であった。抗DIC療法と並行して，マキシピーム2g/day，プレドニン20mg（第1病日），ソルメルコート125mg/day（第2病日以降）にて点滴加療開始した。また，腎不全も認められたため，ラシックス，マンニゲン点滴するも無尿状態が続いた。

保存的療法を継続するも，血液検査上，炎症反応，凝固系，腎機能は増悪し続け（図2），入院8日目永眠された。

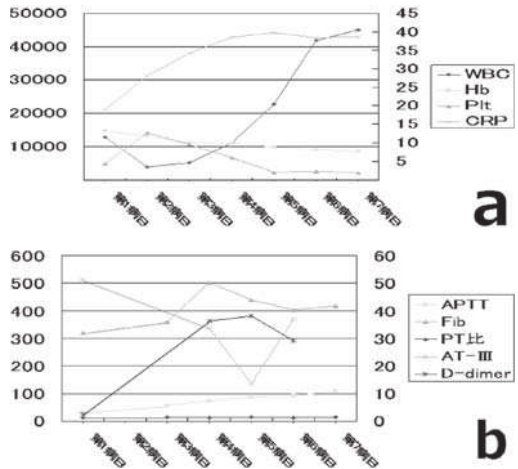


図2 (a, b) 内科的治療を行うも，炎症反応，貧血，血小板減少，凝固系の異常が増悪し続けた。

Ⅲ. 病理解剖所見

【主病変】Treitz 靱帯から90cmの部位に11cmにわたる全周性の潰瘍形成を認め，潰瘍内には4カ所の穿孔を認めた（図3）。組織学的には急性腸炎の像であり，潰瘍底の壊死物にはCandida および bacterial Colony を認めた（図4）。腹腔内には2300mlの消化管内容物をまじ

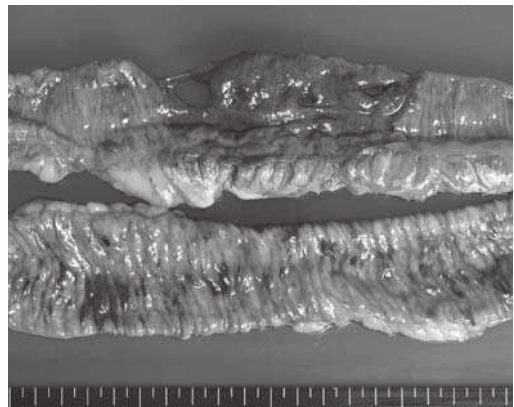


図3 Treitz 靱帯から90cmの部位の小腸に，全周性潰瘍，4カ所の穿孔を認め，脂肪織の餽化を伴っていた。

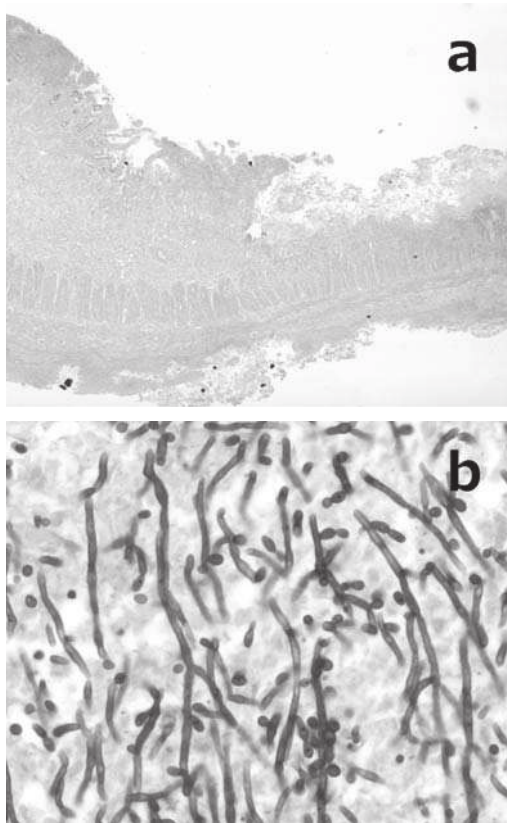


図4 (a) 小腸壁の潰瘍には炎症細胞の浸潤を認め、急性腸炎の像を呈していた。
(b) 潰瘍底の壊死物には *Candida* および bacterial Colony を認めた。

えた膿性腹水を貯留していた。大網脂肪織には鹸化を来していた。急性化膿性腹膜炎の原因と考えた。

【副病変】急性化膿性腹膜炎を侵入門戸とする菌血症によって、心筋、腎臓、甲状腺には abscess の形成を認め、心内膜では細菌性心内膜炎による僧房弁、大動脈弁の疣贅形成を認めた。

肺は重量右, 390g, 左, 360g で、両肺ともに器質化を伴う誤嚥性肺炎を認めた。下葉を中心として高度の急性鬱血水腫を伴っていた。

肝臓は重量1100g で、右葉には0.8cm 大の、左葉には1.0cm 大の cavernous hemangioma を認めた。末期の循環障害に伴って、高度の小葉中心性幹細胞変性を認めた。

腎重量は右160g, 左150g で、両腎とも高度

の下部尿管ネフローゼを認めた。左腎には僧房弁あるいは大動脈弁の疣贅の塞栓によると考えられる新鮮梗塞を認めた。

また、ステロイドの投与による副腎皮質の萎縮、中心性肥満、子宮体部の5cm 大の平滑筋腫などがあげられる。

【直接死因】急性小腸炎の穿孔による急性化膿性腹膜炎に伴う循環不全が重視された。

Ⅳ. 考 察

SLE は全身性炎症疾患であり、炎症は皮膚・粘膜、筋・関節、腎、神経、心血管、肺、消化器、造血器、リンパ節等、全身性に起こるため、症状は多彩であるが、中でも腹部症状はしばしば認められる症状である。急激な腹痛を来した場合は、ループス腸炎等を含めた消化管病変、膵炎、無石性胆嚢炎、ループス膀胱炎などが原因として挙げられる。

急性腹症を来した SLE 患者の CT 画像上の特徴としては、腸間膜血管のうっ血や、腸に隣接した脂肪の不鮮明化を伴った虚血性腸疾患の所見があり、全周性・対称性の腸管壁の肥厚を呈し、ターゲットサインを認めること等が挙げられる²⁾。SLE に起因する消化管病変は穿孔を来すことは比較的まれであり、本邦における SLE 患者で腸管穿孔が起こったという症例報告は少なく、医中誌で検索しても20件程度である。SLE における消化器病変の病態は、Pollark³⁾ や Kistin⁴⁾ らは、全身の血管炎の一環として捉えられており、通常の虚血性腸炎と異なり、びらん・潰瘍性病変を伴わない粘膜下組織を首座とした浮腫性変化⁵⁾、炎症細胞浸潤を伴ったフィブリノイド壊死、といった病理学的特徴が知られている。SLE 自体の病勢やステロイド治療、腸閉塞による機械的内圧の上昇に伴う炎症変化の合併などのいくつかの原因が相まって、粘膜浮腫→潰瘍形成→穿孔という経過を辿ると推測されているが、第一選択薬剤であるステロイドの大量投与により消化器症状が顕在化せず⁶⁾、結果的に唯一の救命方法である外科的治療が遅れることがしばしばある⁷⁾。

一方、今回の薬歴を考慮すると、腸管穿孔の

原因としては、ステロイドの長期内服が最も疑われた。ステロイドによる穿孔の機序としては、大腸のリンパ濾胞を消失させ結果的に細菌の侵入を容易にし、さらに大腸粘膜の細胞周期を遅らせ線維細胞の活性化を減弱させることにより穿孔を導くと言われている⁸⁾。実際に今回の病理組織検査では、潰瘍底の壊死物には *Candida* および *bacterial colony* を認めており、ステロイドの長期内服により粘膜障害や易感染性が起こり、カンジダ等の感染が原因で小腸穿孔に至ったと考えられた。

《内科的考察》

ステロイド点滴静注開始後12-48時間で反応が乏しければ、感染性腸炎など他の病態も考慮に入れるべきであった。この時点で血液培養を提出しておき、血中 β -D グルカンを測定して上昇を確認し、さらに貯留していた腹水の細胞診を行っていれば、真菌感染や消化管穿孔との診断に辿りつけた可能性はある。また、近医入院時は free air は認められなかったが、確定診断に至る前の段階でも外科的処置を視野に入れ外科にコンサルトする事も必要であったかもしれない。ただ、来院時点ですでに DIC を発症し全身状態は非常に悪い状況であったため、先述した検査の結果が出揃うよりも前の段階で外科的な治療を行っていたとしても、本症例において予後の改善を見込めたか否かは不明である。本症例のように、来院時より意識障害を有し、且つ非常に全身状態が悪いにもかかわらず原因が不明である場合は、治療の Golden Time を逃さないように、早期から積極的な診断的アプローチを講ずることが必要であると再認識させられた。

V. 結 語

SLE に対してステロイドの内服加療中に、粘膜障害や易感染性を背景としたカンジダ等の感染が原因で小腸穿孔に至り、続発した敗血症、DIC により急変した症例を経験したので報告した。

参 考 文 献

- 1) 「難病情報センター」〈<http://www.nanbyou.or.jp/entry/215>〉
- 2) Byun JY: CT Features of Systemic Lupus Erythematosus in Patients with Acute Abdominal Pain: Emphasis on Ischemic Bowel Disease, Radiology. 211 : 203-209, 1999.
- 3) Kistin MG, Kaplan MM et al: Diffuse ischemic colitis associated with SLE response to subtotal colectomy. Gastroenterology 75 : 1147-1151, 1978.
- 4) Pollark VE, Grove WJ, Kark RM, et al: Systemic lupus erythematosus stimulating acute surgical conditions of the abdomen. N Engl J Med 259 : 258-266, 1958.
- 5) 高橋裕樹: 膠原病の消化器病変. 日臨免誌 24 : 112-124, 2001.
- 6) Berg P, Postel AH, Lee SL: Perforation of the ileum in steroid-treated systemic lupus erythematosus. Am J Dig Dis 5 : 274-282, 1960.
- 7) Zizic TM, Shulman LE, Steven MB: Colonic perforation in SLE. Medication 54 : 411-426, 1974.
- 8) Remin SG, Melrath DC: Bowel perforation in steroid treated patients. Ann Surg 192 : 581-586, 1980.

Trousseau 症候群による脳卒中症状が先行した肺腺癌の一例検例

竹井 大祐¹・風呂中 修²・門田 秀二³・勝谷 昌平⁴・米原 修治⁵

I. はじめに

Trousseau 症候群は悪性腫瘍に伴う血液凝固亢進により脳卒中症状を生じる病態であり、乳癌や子宮癌などの婦人科系腫瘍での合併例が多く報告されている。Trousseau 症候群による脳卒中の原因としては播種性血管内凝固症候群 (dismissed intravascular coagulation: 以下 DIC と略す) に伴う非細菌性血栓性心内膜炎 (non-bacterial thrombotic endocarditis: 以下 NBTE と略す) による心原性脳塞栓症、血管内凝固による微小血栓・塞栓、深部静脈血栓症を併発した卵円孔開存による奇異性脳塞栓症、脳静脈洞血栓症、腫瘍塞栓などが挙げられる¹⁾。今回われわれは、Trousseau 症候群による脳卒中症状が先行した肺腺癌の一例検例を経験したので報告する。

II. 症 例

【患者】60歳, 男性

【主訴】呂律困難, 四肢脱力

【既往歴】特記事項なし

【生活歴】喫煙歴: 20本/日×40年, 飲酒歴: ビール350ml/日, 職業: 造船業

【現病歴】生来健康であった。○年△月, 検診にて蛋白尿, 血尿を指摘され, 精査加療目的に当院腎臓内科を受診した。精査にて IgA 腎症活動型に伴うネフローゼ症候群と診断され, ステロイド療法, 降圧剤による加療が開始された。○年△+3月, 早朝より呂律困難, 両手足の脱力感を自覚し, 当院救急外来を受診した。

【現症】身長: 152cm, 体重: 58kg, 意識: 清明, 血圧: 106/61mmHg, 脈拍: 82/min 整, SpO₂: 97% (室内気), 瞳孔: 右3.5mm, 左

3.5mm, 対光反射あり, 上下肢: 拳上保持・屈曲・伸展可, しびれなし, 握力: 右9kg, 左18kg

【画像】頭部単純 CT では右半卵円中心に低吸収域を認めた (図1)。頭部 MRI (拡散強調画像) では左小脳半球, 左前頭葉, 右半卵円中心に高信号域を認めた (図2)。



図1 頭部単純 CT
右半卵円中心に低吸収域 (矢印) を認める。

【血液検査】血液検査では白血球数の上昇, ヘモグロビンの低下, 血小板数の減少を認めた。凝固系ではフィブリノーゲン低下, FDP 上昇を認めた。その他, 肝胆道系酵素値の軽度の上昇, 腎機能障害を認めた (表1)。

¹JA 尾道総合病院臨床研修医

²JA 尾道総合病院呼吸器内科

³JA 尾道総合病院脳神経外科

⁴JA 尾道総合病院腎臓内科

⁵JA 尾道総合病院病理研究検査科

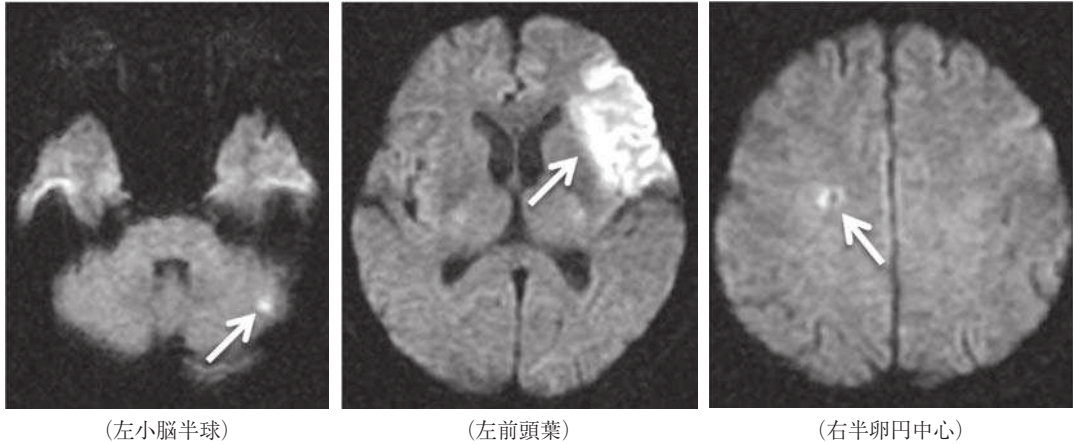


図2 頭部MRI(拡散強調画像)
左小脳半球, 左前頭葉, 右半卵円中心に高信号域(矢印)を認める。

表1 血液検査所見

WBC	14500	/ μ l	LDH	698	IU/l
RBC	358	$\times 10^4$ / μ l	ChE	215	IU/l
Hb	10.7	g/dl	TP	5.8	g/dl
Ht	31.5	%	Alb	2.9	g/dl
Plt	9.1	$\times 10^4$ / μ l	BUN	34.6	mg/dl
PT	70	%	Cr	1.30	mg/dl
PT-INR	1.21		UA	8.0	mg/dl
APTT	25.9	sec	T-CHO	181	mg/dl
Fib	86	mg/dl	TG	72	mg/dl
FDP	123.4	μ g/mL	CRP	8.07	mg/dl
AT-III	108	%	Na	144	mEq/l
T-Bil	0.55	mg/dl	K	3.8	mEq/l
AST	45	IU/l	Cl	108	mEq/l
ALT	64	IU/l	Ca	4.8	mg/dl
ALP	379	IU/l	IP	2.5	mg/dl
γ -GTP	97	IU/l	FBS	141	mg/dl

脈に塞栓像を認めており、鎖骨上リンパ節、縦隔リンパ節、肺門リンパ節の腫大も認めた(図4)。血液検査では白血球数の上昇、ヘモグロビンの低下を認めた。腫瘍マーカーでは肺癌のマーカーであるCEA、シフラ、Pro-GRPはいずれも上昇、悪性リンパ腫のマーカーとなる可溶性IL-2受容体値も軽度上昇していた(表2)。病理学的な確定診断のため、腫大した気管分岐下リンパ節(#7)に対して経食道的穿刺吸引細胞診を施行し、腺癌細胞を検出した。画像的には原発巣とみなしうる病変の指摘は困難であったが、臨床的に肺腺癌 T4N3M1a, stage IV

【心電図】洞調律

【臨床経過】多発性脳梗塞と診断し、ヘパリン、エダラポン点滴にて治療を開始し、PT-INR値が2前後となるようにワーファリン治療を併用とした。治療により呂律困難や四肢のしびれなどの脳神経症状の改善が得られ、約3週間の経過で退院となった。

○年△+4月頃から右前腕の腫脹を自覚し、近医から血栓症の疑いにて当院に紹介となった。胸部写真では右肺中下肺野の線状網状影に加えて、右第1弓の突出、両肺門部陰影の腫大、左の肋骨横隔膜角の鈍化を認めた(図3)。胸部CTの肺野条件では両肺野に5~20mm大の多発結節影、左肺には軽度の胸水を認めた。胸部CTの縦隔条件では右内頸静脈と鎖骨下静



図3 胸部レントゲン写真

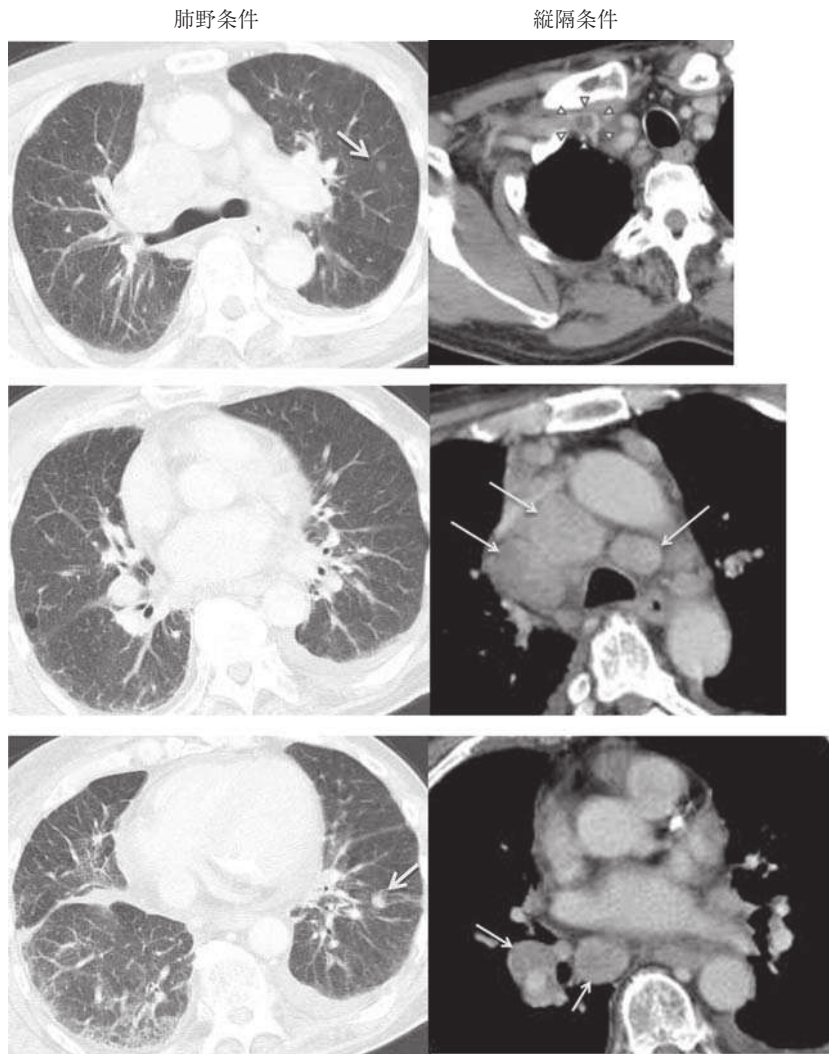


図4 胸部 CT

肺野条件では両肺野に多発結節影 (矢印), 左胸水貯留も認めた。縦隔条件では右内頸静脈と鎖骨下静脈に塞栓 (矢頭) を認めており, 鎖骨上リンパ節, 縦隔リンパ節, 肺門リンパ節の腫大 (矢印) も認めた。

表2 腫瘍マーカー

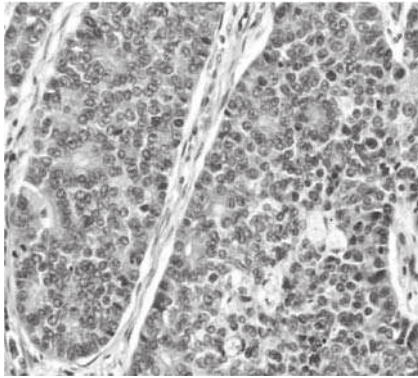
CEA	53.3 ng/mL	(5.0 ng/mL 未満)
シフラ	16.8 ng/mL	(2.8 ng/mL 未満)
Pro-GRP	71.4 pg/mL	(81 pg/mL 未満)
s-IL2R	818 U/mL	(122~496 U/mL)

よび上大静脈症候群の合併と診断した。上大静脈症候群による右前腕腫脹の症状緩和のために縦隔リンパ節に対して, 放射線治療を行った。化学療法に関しては多発性脳梗塞後で PS

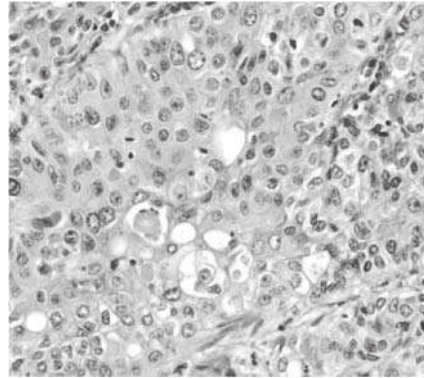
(Performance status) は3と不良であること, また患者に化学療法の希望もなく, BSC (Best supportive care) の方針で緩和ケアを継続とした。症状緩和に努めたが, ○年△+5月に永眠された。

Ⅲ. 病理解剖所見

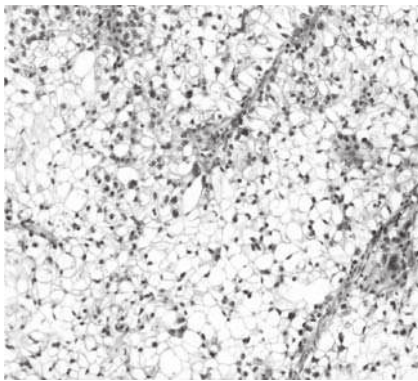
胸腔内には右650ml, 左1650mlの胸水の貯留を認めた。肺は重量右700g, 左450gで左肺S6には1.8×1.5×1.5cm大の境界不明瞭な気管



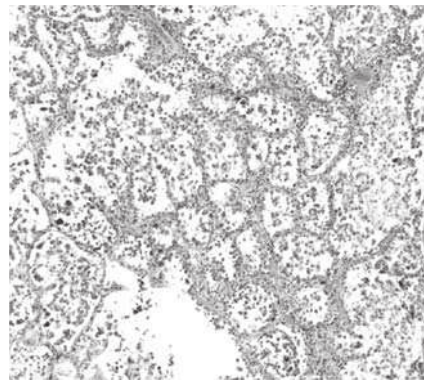
Large cell neuroendocrine carcinoma



Acinar adenocarcinoma



Clear cell adenocarcinoma



Bronchiolo-alveolar carcinoma

図5 病理組織像

Large cell neuroendocrine carcinoma, Acinar adenocarcinoma, Clear cell adenocarcinoma, Bronchiolo-alveolar carcinoma 像が混在する Combined large cell neuroendocrine carcinoma and adenocarcinoma の像を呈した。

支を巻き込む灰白色調の腫瘍形成を認めた。組織学的には large cell neuroendocrine carcinoma (免疫組織化学染色でクロモグラニン A：陽性, シナプトフィジン：陽性), poorly differentiated acinar adenocarcinoma, clear cell adenocarcinoma, localized bronchiolo-alveolar carcinoma, non-mucinous type が混在する combined large cell neuroendocrine carcinoma and adenocarcinoma の像 (図5) であり, 両肺, 両胸膜, 大網, 肝臓, 脾臓, リンパ節 (両肺門, 縦隔, 両鎖骨上, 大動脈周囲) に転移巣を認めた。また, 非腫瘍部の肺組織ではアスベスト小体と細気管支周囲の線維化を認め石綿肺の所見として矛盾しないものであった。

心臓は僧帽弁では基部に線維化, 石灰化を認

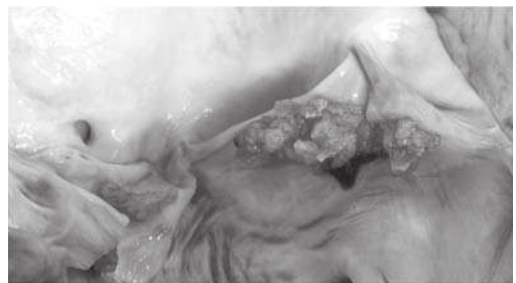


図6 大動脈弁の疣贅

め, 大動脈弁には 5 mm 大の疣贅 (図6) を認めた。非感染性心内膜炎の像と考えた。

肝臓の非腫瘍部では, ヘモジデリン沈着と小葉中心性肝細胞変性を認めた。

腎臓ではメサングウム増殖性糸球体腎炎像を認め, 臨床的に指摘されていた IgA 腎症とし

て矛盾しない所見であった。また、両腎に急性梗塞巣を認めた。

直接死因としては、両肺の癌性リンパ管症に加えて、大量の胸水貯留による呼吸不全が重視された。

Ⅳ. 考 察

本症例は、Trousseau 症候群による脳卒中症状が先行した肺腺癌の一剖検例である。

Trousseau 症候群とは悪性腫瘍に伴う血液凝固亢進により脳卒中を生じる病態であり、傍腫瘍性神経症候群の一つと考えられている。脳は組織因子が豊富であり、凝固抑制因子であるトロンボモジュリンが少ないため、DIC による血栓症の標的臓器となりやすい²⁾。悪性腫瘍の組織型では腺癌合併例が多く、臓器別では乳癌や子宮癌などの婦人科系腫瘍が最も多く、次いで肺癌、消化器癌、腎臓癌、前立腺癌などで多いとされている³⁾。Trousseau 症候群の病態としては、まずは癌細胞に対して T 細胞、顆粒球が活性化し、引き続き単球やマクロファージの活性化から高サイトカイン血症を生じ、さらに血管内皮細胞が刺激された結果組織因子の増加を来し、外因系の凝固反応が活性化し凝固能が亢進すると考えられている (図7)。また、腺癌の場合には cancer procoagulant というムチンのシアル酸部位が第 X 因子を直接活性化することで凝固能が亢進するとも考えられている³⁾。また、凝固能の亢進から血小板血栓やフ

ィブリン血栓が形成されて NBTE を来し、塞栓症を生じることも報告されている⁴⁾。本症例では、生前には指摘できなかった大動脈弁の疣贅が病理解剖で確認された。本症例の多発性脳梗塞の原因としては、DIC に伴う NBTE による心原性脳塞栓と考えた。

NBTE とは心臓弁膜に可動性を持つ無菌性の疣贅の形成であり、大動脈弁心室側や僧房弁の心房側に多いと報告されている⁵⁾。また、臨床症状としては脳、心臓、脾臓、腎臓、四肢末端といった全身臓器に塞栓症状を引き起こすことが知られている⁶⁾。本症例では、生前に多発性脳梗塞を発症しており、また病理解剖所見では両腎に急性梗塞像を認めた。これらの所見は悪性腫瘍に伴う凝固能の亢進から NBTE を生じ、全身性の多発塞栓症を来したものと考えた。

一般的には、悪性腫瘍の合併自体が凝固亢進状態を引き起こす考えられており、そこに化学療法や手術、感染といった身体的侵襲が加わると、さらに血栓塞栓症の危険性が高まる。Trousseau 症候群の診断に特異的なものはないが、担癌患者に脳神経症状が生じた場合には、速やかに D-ダイマーを測定し高値であれば脳転移よりも脳梗塞を疑い、MRI で血栓の存在を確認することが重要ではないかと考える。

Ⅴ. 結 語

心電図で心房細動などを認めない成因不明の脳梗塞あるいは多発性脳梗塞患者の診療においては、悪性腫瘍に合併した Trousseau 症候群も鑑別疾患として挙げておく必要がある。また、担癌患者における脳卒中症状の合併は PS の低下を引き起こしその後の抗癌治療を難渋化させるため、悪性腫瘍の治療の際には Trousseau 症候群の合併を考え D-ダイマーの定期的モニタリングを行うことで、脳卒中の予防、ひいては化学療法の継続が可能になると考えられる。

参 考 文 献

- 1) 五十嵐夏恵ら：時間的・空間的に多発する脳梗塞を呈した Trousseau 症候群の 2 例，癌の臨床 55(7)：531～535, 2009

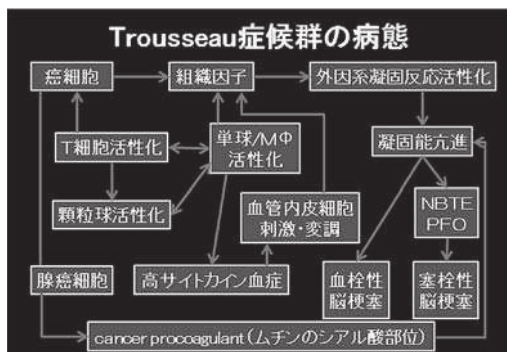


図7 Trousseau 症候群の病態
NBTE : non-bacterial thrombotic endocarditis
PFO : Patent Foramen Ovale

- 2) 高橋英明：担がん患者の脳梗塞，新潟県医師会報 No.713：2～5，2009
- 3) 岡崎智治ら：悪性腫瘍に伴う血栓・塞栓症の発症率および発症機序に関する検討，医学検査 Vol.60 No.1：3～9，2011
- 4) 橋本洋一郎：脳卒中の再発を防ぐ！知っておきたい Q&A 76：37～39，2009
- 5) 大山吉幸ら：非感染性血栓性心内膜炎による多発性脳梗塞が初発症状であった肺腺癌の1例，日呼吸会誌 47(1)：42～46，2009
- 6) 田村厚久ら：肺癌に合併する非細菌性血栓性心内膜炎の特徴とその意義，肺癌 34(6)：843～852，1994

— 市民公開講座 —

肝がん 防いで！ 見つけて！ 治療して！！

橋本 義政・天野 始・大林 椋人

はじめに

平成24年2月26日に市民公開講座において、“肝がん”についての講演を一般市民の皆様の前で担当させて頂きました。当院においては大林医師、天野医師が“肝がん”の治療に長きにわたり従事されており、診断、治療が確立しております。今回、橋本がお二人のこれまでの診療について役不足ながら報告させて頂きました。解りにくい部分もあったと思われる内容にも関わらず皆様に熱心に聞いて頂き感謝しております。講演会を振り返り話の内容を振り返り、また改めてお伝えしたい事を加え文面に残したいと思います。

その中で“肝がん”は第5位に位置する非常に重要な疾患です。国民病と言ってもおかしくない“肝がん”の治療に足して国をあげてこれまでに治療の改善が試みられてきております。1950年代には“肝がん”は見つかった時には手遅れであった病気でしたが各種診断、治療法の改善によりその予後は改善しています。

(図2)

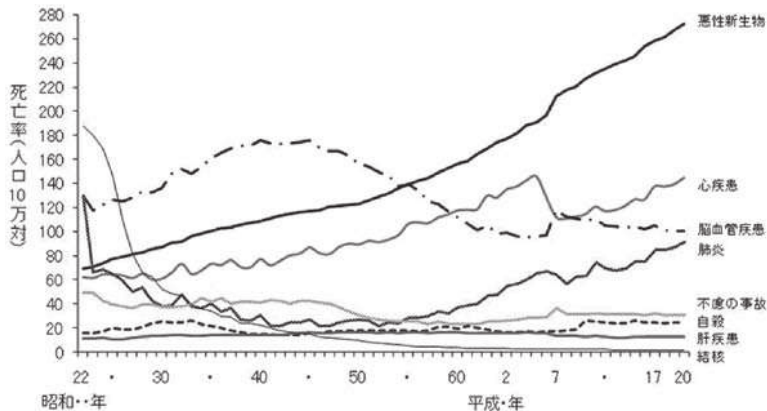
• 1978年から1982年	5.1%
• 1983年から1987年	13.9%
• 1988年から1992年	24.9%
• 1993年から1997年	32.0%
• 1998年から2002年	38.8%
• 2003年から2005年	42.7%

全国原発性肝癌追跡調査
(1965年から2年おきに実施)の結果を5年ごとに区切って解析したところ示されたもの

日本における肝がん死亡者数

“がん”は日本人の死因の第一位です。(図1)

図2



注：1) 平成5・7年の心疾患の低下は、死亡診断書(死体検察書)(平成7年1月発行)において「死亡の原因欄には、疾患の終末期の状態としての心不全、呼吸不全等は書かないでください」という注意書きの発行前からの認知の影響によるものと考えられる。
2) 平成7年の脳血管疾患の上昇の主な要因は、I CD-10(平成7年1月適用)による原死因選択ルールの明確化によるものと考えられる。

図1

JA 尾道総合病院消化器内科

その成果もあり、近年は“肝がん”の死亡数は“がん”減少傾向を認めております。(図3)

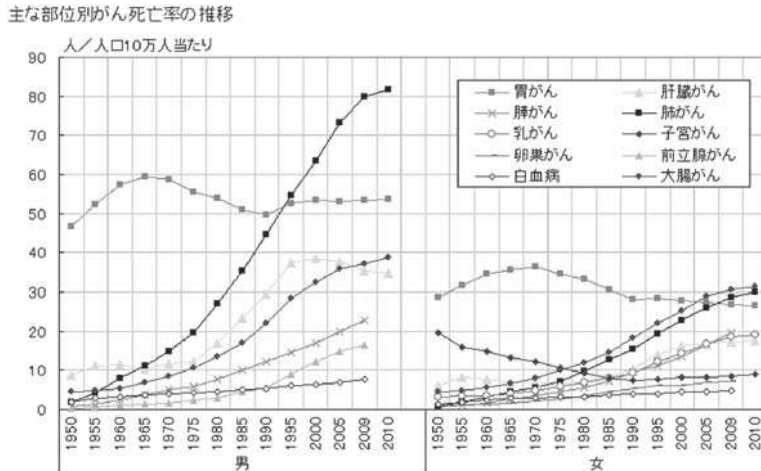
この背景を省みるに国のがん対策基本方針である3大予防が成功している事が重要です。3大予防とは、1次予防である“がんの予防”、2次予防である“がんの早期発見”、3次予防

である“がんの早期治療”です。この事から今回の講演の題を“防いで！ 見つけて！ 治療して!!”と名付けさせて頂きました。

“防 い で”

“肝がん”は危険因子が明確です。(図4)

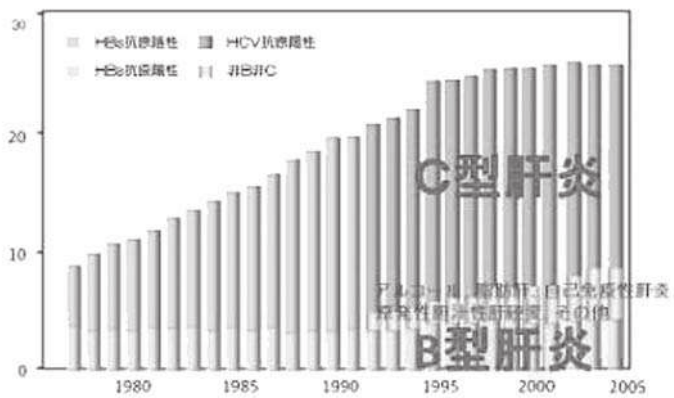
もっとも大きな原因としてC型肝炎が、そ



(注) 肺がんは気管、気管支のがんを、子宮がんは子宮頸がんを含む。大腸がんは結腸と直腸S状結腸移行部及び直腸のがんの計。最新年は年計(概数)
(資料)厚生労働省「人口動態統計」

図3

原因別にみた肝がんによる死亡数の経年的推移 (1977-2005年)



(人口10万人別)

田中純子 日本医報 69巻 増刊号4、15-22 (2011)

図4

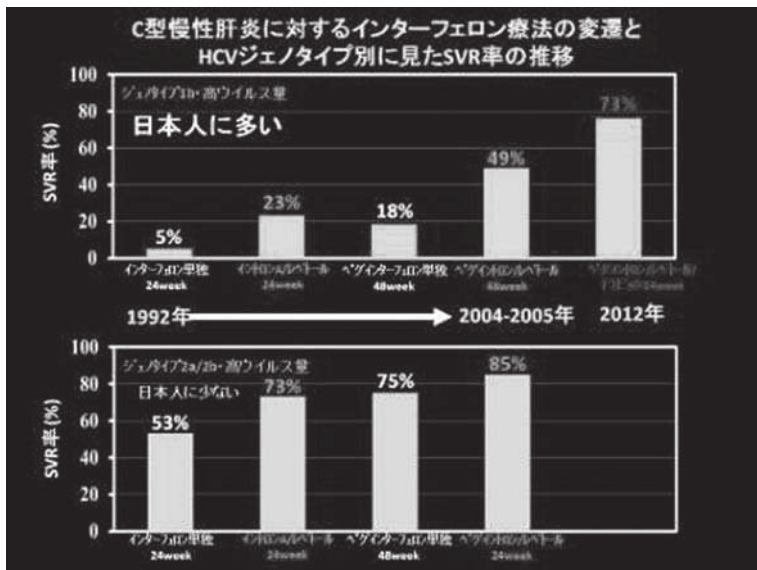


図 5

れに続いて B 型肝炎があげられます。その他にはアルコール、脂肪肝、自己免疫性肝炎、原発性胆汁性肝硬変があります。

C 型肝炎は近年インターフェロンを中心とした治療法の進歩が著しく、これまで治りにくかった C 型肝炎も治る病気として認識される様になりました。(図 5)

これら治療の進歩により“肝がん”の発生率が下がってくる事も明らかになってきました。(図 6)

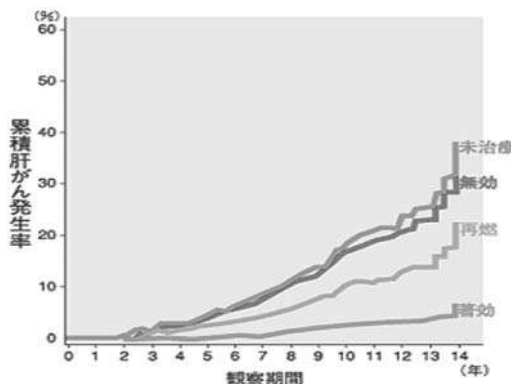


図 6

また、B 型肝炎に対する治療として従来までのインターフェロンに加え、近年は核酸アナログという内服薬での治療が目覚ましい成績をあげています。B 型肝炎は C 型肝炎の様に体から完全に排除する事はできませんが、核酸アナログを内服する事でウイルスを持続的に抑える事が可能です。その結果、“肝がん”の発生を抑えられています。(図 7)

核酸アナログ製剤による肝がん発現率の低下

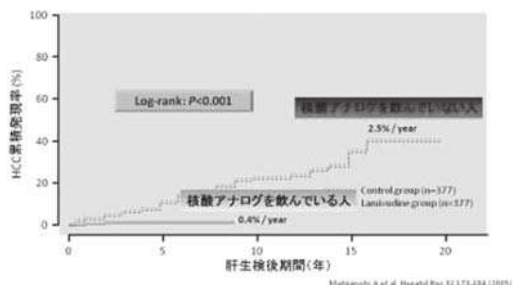


図 7

その他の自己免疫性肝炎、原発性胆汁性肝硬変についてはステロイド、ウルソデオキシコール酸の投与による肝機能の改善を行う事が重要と言われています。アルコール、脂肪肝については禁酒、減量が一番なのですが(我々も実際

に自分の体で体験しますが) なかなか難しく実はこの領域は予防が最も難しい領域かもしれません。

B型肝炎, C型肝炎を始め, 予防治療は近年著しく発達しており, 積極的な治療が“肝がん”の予防に重要です。

“見つけて”

残念ながら“肝がん”が出来たとしても, より早期に発見して適切な治療を行えば, 長生きができる可能性が高くなります。(図8)

早く見つけるためには血液検査と画像検査の2本立てが重要です。

血液検査では腫瘍マーカーの測定が大事でAFP(アルファフェトプロテイン)とPIVKA-II(ピブカツー)の組み合わせが必要です。この二つを組み合わせる事で83%の“肝がん”を見つける事ができると言われています。逆にいうと20%近くの“肝がん”は血液検査だけでは見つからないという事です。そのため画像検査は必須の検査なのです。

画像検査には超音波, CT, MRIがあります。また, それぞれの検査で造影剤を使うと“肝がん”が見つかる可能性が高くなります。ただ造影剤の副作用の問題もあるので, CTやMRIは年に一回程度, エコーに関しては3ヶ月に一回を目安に検査をしていく場合が多いです。

検査が多くなり, 患者様としては病院にずっと定期受診をして頂く事となり負担もかかりますが, 適切な検査を行う事で“肝がん”が出来たとしても早期に見つける事が可能です。そして適切な治療を行う事でより長生きが出来る様になればと考えます。

“治療して”

がんを治療する時の理想としては, がん細胞だけを取り除き, がんが無い所は綺麗に残すという事が理想です。ただ, 現在の医学ではそれは不可能で, また画像(写真)で見えるがんの周囲には, 画像で見えない多数のがん細胞があります。

“肝がん”の治療で, 重要な点は2点あり, まず第一に“肝がん”は肝臓のどこからでも出来るという事と, 第二に肝臓が硬くなると再生力も弱くなっていくという事があります。

以上の事から“肝がん”の治療においては, がんとその周囲を含めて治療する事が重要ですが, 治療の際にはがんの治療とともに治療後の肝臓の負担が小さくなる様に治療を行い, そして次の発がんの可能性も考えていく事が不可欠です。

それらの事を踏まえ, “肝がん”の治療は個人個人で大きく3つに分けられ, これらの治療方法の中から患者様の状態に合わせた治療を行っています。

3つの治療とは経皮的治療とカテーテルを使

	T1	T2	T3	T4
①腫瘍が1つに限られる ②腫瘍の大きさが2cm以下 ③脈管(門脈, 静脈, 胆管)に広がっていない	①②③ すべて合致	2項目合致	1項目合致	すべて合致せず
リンパ節・遠隔臓器に転移がない	I期	II期	III期	IVA期
5年生存率	71.3%	60.1%	41.9%	22.9%

図8

う治療と手術です。その中で内科が行う治療としては経皮的治療とカテーテルを使う治療があり、これらを中心にお話させていただきます。経皮的治療は近年 RFA（ラジオ波焼灼療法）が主流です。（図9）

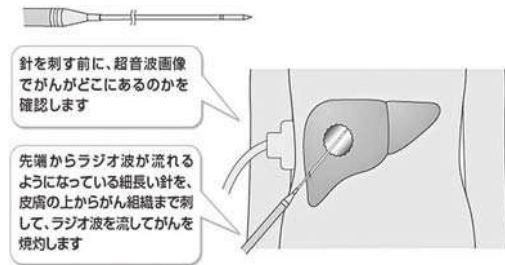


図9

当院では、現在年間約100人の患者様に治療を行っています。治療は30分から1時間で終わり入院日数も数日間ですので、患者様の負担も比較的少ない治療です。

もうひとつの治療であるカテーテルをつかう治療は TACE（肝動脈化学塞栓療法）と言います。（図10）

カテーテルの治療を行う際、当院では同時にCTの撮影を行う事が可能です。CTを撮影する事で非常に小さい“肝がん”を見つける事も

可能です。この治療は診断と治療が連結した非常に有用の検査と言えます。

この二つの大きな治療以外にもリザーバー、分子標的薬と言った治療もあります。当院では手術を含め治療の選択肢が非常に豊富ですので、“肝がん”に対する適切な治療を行い“肝がん”による苦痛を減らす事ができるのではと考えております。

当院では“肝がん”に対して、これまで述べてきた“防いで”“見つけて”“治療して”を、患者様の状態に合わせて提供する事が可能です。また、そうする事で患者様の人生に貢献する事が出来るのではと考えております。（図11）

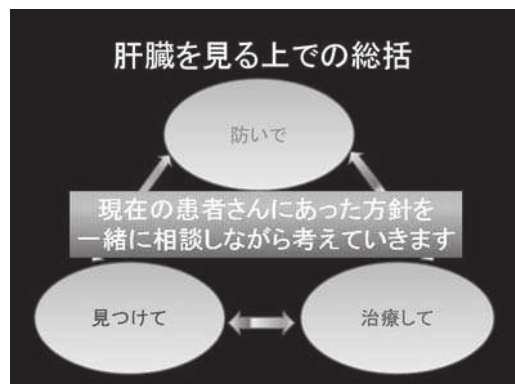


図11

●肝動脈化学塞栓療法(TACE)

がん細胞は肝動脈から栄養を摂取して増殖していきます。したがって、この肝動脈をふさいでしまうと増殖することができずに壊死することになります。

肝動脈をふさぐには、太ももの付け根の血管(動脈)からカテーテルを挿入して肝動脈へ導き、がん細胞に栄養を与えている動脈に血管をふさぐための物質(塞栓物質)を流し込みます。このときに、抗がん剤を注入することが一般的です。

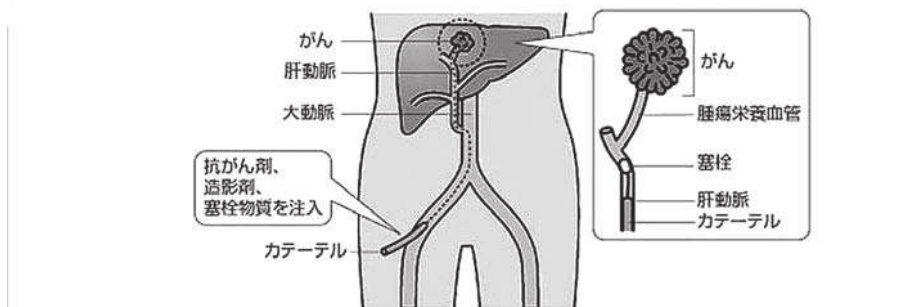


図10

最後になりますが、この様な機会を与えて下さった天野先生、大林先生、病院スタッフの方々、市の職員の方々、そして来場して下さいました市民の方々に厚く御礼申し上げます。

— 看護研究 —

臨地実習に向けての学内演習の効果と課題 患者の条件に合わせた日常生活援助の方法の理解

濱 川 英 子

I. はじめに

本校は、3年課程の専門学校であり、2009年度の新カリキュラム導入とともに、統合分野に「看護技術の実践評価」を科目として設定している。

2年次の基礎看護学実習Ⅱ・Ⅲ、3年次の統合実習Ⅰ・Ⅱの前に、それまでの学びの統合を行う目的で、看護技術を中心に、知識・技術・態度の統合を目指しそれぞれの実習に臨ませる。新カリキュラムでは、看護実践能力の育成の

ために、限られた臨地実習時間以外にも、より現場のリアルな場면을体験させるための演習の強化が求められている。

今回は、基礎看護学実習Ⅱの前に行う「看護技術の実践評価」の授業を中心に、実習経験に乏しい2年生の学びの実際から、臨地実習につなぐための学内演習の効果と課題を紹介する。

(各臨地実習と、看護技術の実践評価の授業の関係は図1参照)

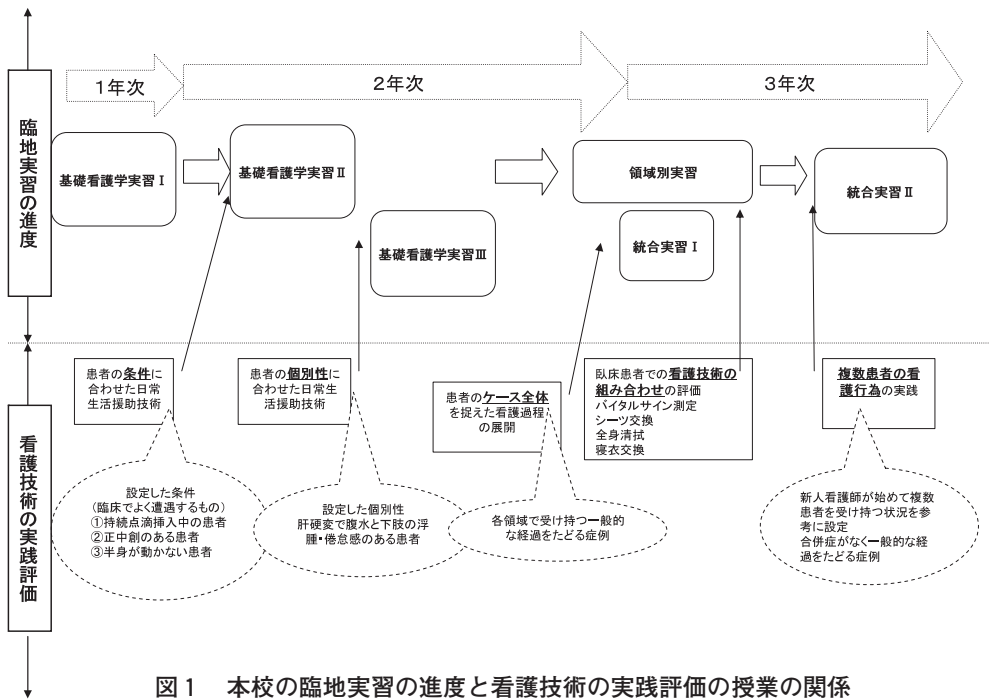


図1 本校の臨地実習の進度と看護技術の実践評価の授業の関係

II. 基礎看護学実習Ⅱの学習内容と学生の状況

基礎看護学実習Ⅱは、2年次前期の実習であり、学生が初めて患者の置かれた条件を考えながら日常生活援助を実践する実習である。

学生は、1年次の基礎看護学実習Ⅰで、日常生活援助の原理・原則の実施の学びを修得している。

それを踏まえて、基礎看護学実習Ⅱでは、患者の置かれた条件によって、何を考慮しながら日常生活援助を行えばよいか、学生は考え実施する。

また、日常生活援助の実施を通して、援助を行うための必要な情報収集と分析、援助方法の計画、援助の実施と振り返り、方法の再検討といった看護の過程を学ぶ。

さらに、患者の反応を確認しながら、患者の望ましい方向を目指すために、看護には、必ず目標の設定が必要であることも理解する。

学習の進度上、疾患特有の看護は履修の途上

であり、患者の置かれた状況を把握した患者全体のケース展開、看護上の問題点を抽出、優先順位を決定しながら看護計画を立案し看護実践するのは難しい。

また、実習そのものの経験が少なく、1年次の基礎看護学実習Ⅰで45時間（9日間）の実習を行ったのみであり、患者とのコミュニケーションや、指導者への報告も精一杯の状況である。

学内と看護用具が違っただけで戸惑いが多く、効率的な実習のための時間配分や、優先される内容は判断しがたい時期である。

III. 基礎看護学実習Ⅱの準備としての「看護技術の実践評価」

(図2参照)

基礎看護学実習Ⅱでの学習の核となる、患者の条件の設定として、①持続点滴挿入中の患者 ②正中創のある患者 ③半身が動かない患者とした。

これは、比較的臨床でよく遭遇する条件であり、それぞれ、チューブ類の挿入された患者、

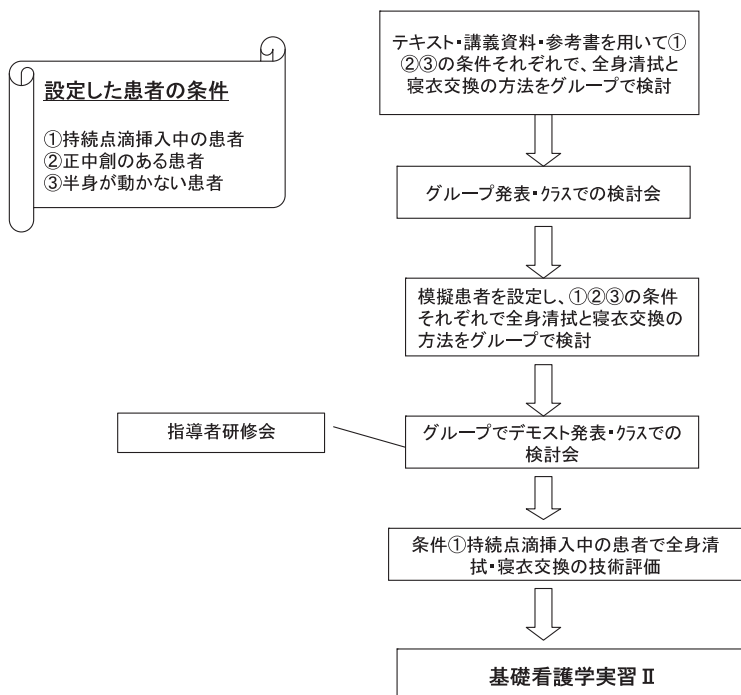


図2 基礎看護学実習Ⅱの準備としての「看護技術の実践評価」の授業の流れ

皮膚に損傷があり、バリア機能が低下している患者、痛みのある患者、自力で動けない患者に置き換えることができると条件と考えた。

まず、それぞれのグループで、以上の3点の条件を加えた患者の全身清拭と寝衣交換の方法について既習学習をもとに、テキストや参考書で方法を考える。

このとき、必ず方法には根拠があることを意識させ、患者にとってなぜその方法が良いか考えさせた。

その後、グループで発表し、クラス全体でさらに検討会を行った。

しかし、机上の学習だけではイメージしにくいいため、可能な限り模擬患者をそれぞれの条件で設定し、実際に援助を実施することで、机上の学習だけでは理解できなかった内容に気付かせた。

それらをもとに、患者にとって最も良いと考えられる方法を検討させ、デモンストレーションを交えて発表し、再度クラスで検討会を行った。

検討会終了後は、個人の評価として、個々で、実際の実習記録を用いて患者の条件を加えた看護技術の方法をまとめた。

また、持続点滴挿入中の患者の全身清拭・寝衣交換の技術評価を行っている。

個人の技術評価の条件を持続点滴挿入中の患者の設定にした理由は、感染予防への配慮、患側への配慮など、他2点の条件の評価内容を含む条件である点と、今後必ず臨床で遭遇する条件であると考えたためである。

IV. 学生の学びの実際

机上の学習のみでの方法論の検討会と模擬患者による援助方法の検討会後で、それぞれ学生の学びを抽出した。(結果1・2参照)

学びの抽出方法は、学生の自由記載による検討会後の感想や気づき、学びについて、それぞれ同一の意味を持つと思われる内容をキーワードとしてまとめた。

結果1は、模擬患者を設定せずテキストや参考書を中心にそれぞれの患者の条件を加え、全

身清拭と寝衣交換の方法を検討した後の学生の学びである。

結果2は、それぞれの条件で学生による模擬患者を設定し、実際に全身清拭と寝衣交換の演習を行い、デモンストレーションを交えた発表と方法を検討した後の学生の学びである。

対象者はどちらも38名であり、複数の内容を含んでいる。

結果1では、グループごとにさまざまな意見を聞き、検討したため、援助を行うには多様な方法があるなどと71%の学生が感じている。

また、援助の根拠の必要性に36%、知識と技術の習得が重要であると55%の学生がこの段階でも気づいている。

また、原理・原則があつての工夫が大切であると42%が述べている。

しかし、経験知の少ない2年生にとっては、臨床で良く遭遇する患者の条件と言っても机上の学習だけではほとんどイメージができない状況であり、そのため、条件がひとつ加わっただけでも、援助を行う困難さを34%の学生が感じているが、28%が実際のイメージがわからずどうして良いかわからないと述べている。

結果2では、実際に援助場面を見ることで具体的なイメージを持つことができ、より多くの内容に気づいたと84%の学生が述べている。

原理・原則があつての工夫の大切さについては、結果1の42%から結果2では、68%に増加し、さらにボディメカニクスの使用や、援助者の動線を考える、安楽な寝衣の交換の方法や体位についてなど基本的で、具体的な内容が想起されている。

また、援助の方法についても、より具体的な内容を記述し、持続点滴挿入中の患者の、適切な点滴台の位置、寝衣交換や体位変換時の点滴ルートへの安全面への配慮、滴下数の合わせ方、正中創のある患者の、創部の周辺の拭き方、腹圧をかけないための安楽な体位と移動方法、半身が動かない患者の、安全で安楽な体位変換、姿勢など、合計36%が具体的な援助方法を述べている。

今後の学習への動機づけは、結果1では

結果1 (学生の学びの抽出) テキストや参考書のみでの援助方法の検討会後
N=38人 自由記載による複数回答

キーワード	内 容	人数	%
知識の増加	さまざまな意見交換ができた	27	71
	自分が気づけなかったことが知れた		
	多様な方法があることが知れた		
学習への動機付け	知識が重要	21	55
	今後も学習が必要		
	技術練習が大切		
	技術をもっと練習して上手になりたい		
	学びを深めたい		
原理・原則の大切さ	良い援助がしたい	16	42
	原理原則を大事にしたい		
	原理・原則あつての応用		
	原理・原則が改めて大切とわかった		
患者理解の重要性	大切なことはどの技術でも同じ	7	18
	患者の安全・安楽が1番大切		
	患者にあった援助を行うには患者の情報が必要		
援助の根拠の大切さ	どのような情報があれば患者にあった援助ができるか考えたい	14	36
	良い援助がしたいコミュニケーションをとることで患者の情報が得られる		
	援助を行うには根拠が大切		
条件が加わることの困難感	根拠を踏まえて方法を選択する	13	34
	条件が1つ加わっただけでどうして良いかわからない		
	今まで行ってきた方法だけではできない		
経験知の少なさ	多様な方法があり何を選択してよいかわからない	11	28
	患者の状態がイメージできない		
	どのような状況かわからない		
	患者が想像できない		
	どのくらい動かないのかまた、動かしてよいのかわからない		
正中創はどうなっているのか			
点滴の刺入部はどうやって拭くのか困った			

結果2 (学生の学びの抽出) 模擬患者設定による援助方法の検討会後
N=38人 自由記載による複数回答

キーワード	内 容	人数	%
知識の増加	実際のデモストを見て多くのことに気づいた	32	84
	自分たちが気づけなかったところに気づけた		
	意見交換ができて学びが深まった		
	多様な意見が聞けて良かった		
学習への動機付け	技術練習が必要	26	68
	患者にとって良い援助がしたい		
	実習ではさまざまな患者を受け持つので知識が必要		
	実習で頑張ろうと思った		
	指導者・教員・グループと相談しながら良い援助をしたい		
原理・原則の大切さ	さらに学習が必要だと感じた	26	68
	ボディメカニクスを使用するの必要を感じた		
	援助者の動線を考える必要がある		
	患者にとって安楽な体位は何か考える必要がある		
患者理解の重要性	安楽な寝衣交換の方法がわかった	2	5
	ベッド柵の必要性がわかった		
具体的な援助方法の理解	患者にとっての安楽な姿勢がわかった	14	36
	いままでの基本を忘れていたことに気づいた		
	患者の情報を知っておくと援助の工夫ができる		
	安全な点滴台の位置がわかった		
	点滴施行中の寝衣交換がわかった		
	点滴ルートの袖の通し方がわかった		
点滴の滴下数の合わせ方がわかった			
経験知の少なさ	半身が動かない患者の安全で安楽な体位変換がわかった	1	2
	創部の拭き方がわかった		
	創部の痛みは経験がなく理解できない		

結果1より結果2でより具体的な内容となったもの
結果1・2でそれぞれ特化した内容
学生の困難さや経験知の少なさを表している内容

55%, 結果2で68%に増加した。また, 結果2では, 模擬患者を用いた検討会後であり, 実習に向けての具体的なイメージが広がったためか, 実習に備え, さまざまな患者の状況を考え技術練習が必要であるなど実際の臨地実習を意識した内容を述べている。

しかし, 実際には創部の痛みは理解できないのでどのように援助すれば良いか戸惑ったと述べている学生もあり, 学生による模擬患者であることから, 患者の状況を充分再現しているとは言えず, 学内での模擬患者設定の限界も感じている。

V. 考 察

看護実践能力の育成を目指した新カリキュラムの導入から, 3年が経過し「看護技術の実践評価」の科目も合わせて試行錯誤を繰り返してきた。

基礎看護学実習Ⅱは, 患者の個別性や看護の過程を理解する第一歩となる実習である。

患者の個別性を考える初めの段階として, 患者の条件に合わせて援助を工夫する, それは原理・原則あつての工夫であり, 患者の反応を確認しながら創意工夫を繰り返す過程を学ぶ。

結果1・2から, さまざまな方法とその根拠は知識としてわかっても, 実習の経験知に乏しい2年生にとっては, 患者の置かれた条件そのものが, 机上の学習だけではイメージできず, 理解しがたいと言える。

特に, 点滴の固定の状況やルート of の長さ, 創部の状態と管理方法, 患者の身体の重さは想像しがたく, 1年次の基礎看護学実習Ⅰでも体験していない学生が多い。

また, 健康な学生にとっては, 創の痛みや身体の動かしにくさなど, 実際の生活の中でも未体験の内容も多い。

そこで, 患者の様子や, 状態は可能な限り模擬患者として再現し, 実際に援助を行い, 援助方法を工夫していく演習を取り入れ, その後, 学生によるデモンストレーションを交えた検討会を取り入れた。

結果2から, 実際に援助を行うことで, 机上

の学習だけでは気づけなかった具体的な援助の方法や内容に気づくことができている。

また, 1年次の学びである日常生活援助の原理・原則の内容も具体的に想起されている。

対象の条件に合わせた具体的な援助方法としては, 適切な点滴台の位置や, 点滴ルート of の長さに配慮しながらの体位変換など, 実際に援助を行って自らが行動し, 患者と自分の位置関係などから気づいた内容である。

さらに, ボディメカニクスの使用や動線を考え, 物品の配置を工夫する点は, 実際の援助を行いながら, 1年次の原理・原則の学習内容が想起されたと言える。

同時にそれらをデモンストレーションで発表し, 根拠を踏まえて説明したため, 発表グループ以外の学生も視覚を通して確認ができ, 患者の条件に合わせた日常生活援助の方法の理解が深まった。

今後の学習の動機付けとして結果2では, 基礎看護学実習Ⅱの学習内容がより具体的に意識された内容が見られ, 学生にとって, 自らが学ぶ学習内容の理解とイメージ化ができれば, 実習への動機づけとなり, 具体的な課題が明確化すると考える。

検討会後は, 実習に向けて, 看護技術を繰り返し練習するという行動が見られ, 良い援助を実施するためには, 看護技術の向上が不可欠であると実感し, 自ら学ぶ姿勢につながっている。

学生が主体的に患者の条件に合わせた援助方法を考え, 援助を実施, 検討後さらに援助を工夫し実施する繰り返しの中で, 看護の過程を学ぶ点は基礎看護学実習Ⅱの学習の核となる。

教員や指導者の支援を受けながら, 学生の学びが深まるように実習に向けても強化したい内容である。

以上の点から, できるだけリアルな状況を取り入れた演習の効果は大きいと言える。

しかし, 実際には, 臨床現場に近いリアルな演習への取り組みは課題が多い。

医療用具などのコストがかかる点や, 演習時間と場所の確保など制限に加えて, 準備の煩雑さや, 病室, 模擬患者の設定などリアルさを再

現するには限界もある。

さらに一方的な講義形式ではなく学生が主体的に学び、気づいていく過程を指導にいかしていくためには、十分なマンパワーが必要となる。

また、学内での学びが円滑に実習への学びにつながっていくためには臨地の指導者の理解と協力が不可欠と言える。

Ⅵ. ま と め

1. 経験知に乏しい時期の学生にとって患者の状態はイメージしにくいいため、よりリアルな体験を演習に取り入れることで患者の状態がイメージができる。
2. 机上の学習のみでなく、実際の援助を通して具体的な援助方法が理解できる。
3. 学生が主体的に、多様な援助方法の中から根拠と結びつけて選択し、他者との意見交換を行うことにより、学びが深まる。
4. 自らが学ぶ学習内容の理解により、学習への動機付けとなり、具体的な学習の行動につながる。
5. 学内での、臨床現場に即したリアルな体験は限界があり、課題も多い。
学内演習での課題への取り組みと同時に、
臨地実習での体験を通しての指導方法の検討が重要である。

Ⅶ. お わ り に

新カリキュラムでは統合分野が新設され、看護基礎教育にも、より看護の実践能力の育成が求められるようになった。

今後もさまざまな課題に取り組みつつ、学内の講義・演習と臨地実習の学びが統合できる教育方法を検討したい。

また、今回の結果を踏まえて、実際の臨地実習への効果を検証したい。

参 考 文 献

- 1) 田島桂子：看護実践能力育成に向けた教育の基礎：第2版，医学書院，2004
- 2) 田島桂子：看護学教育評価の基礎と実際：

— 看護研究 —

入院早期より, 多職種で関わる退院支援と退院調整とは

高 橋 忍

I. はじめに

少子高齢化社会が進展する中, 医療を取り巻く環境は厳しく, 医療が一医療機関で完結することは難しくなっている。急性期病院において高度化, 専門化した医療, 在院日数の短縮, 医療機関の機能分化と連携体制づくりが急務となってきた。

そこで, 入院中の看護を, 退院後転院後も確実に実施し, 患者の療養に継続性を持つ。また, 患者個々の目標に向かって, 入院早期よりチーム医療を行い, 退院支援や退院調整を行うことが看護師の役割であると考ええる。

当院の理念の一つに「力を合わせて病める人々を守ります」とあり, チーム医療の重要性をうたっている。患者に合った医療を提供するために, それぞれの専門職が共通の目標を持ち, 互いに連携し協働する事が求められる。

II. 本 論

当院は広島県東部の尾道市にあり, 高齢化率30%である。平成23年5月に新病院に移転し, 以前の病床数442床より393床に減った。紹介率65.9%逆紹介率85.4%で, DPC, 7対1看護体制, 50対1急性期看護補助加算を取得し, 急性期医療を担う地域の基幹病院である。

当病棟は46床の外科病棟で, 平均在院日数12日, 病床稼働率94.3%である。22年度の外科の手術件数1301件, 高齢で侵襲の高い手術患者, 終末期, 化学療法の患者がいる。

患者と家族が安心して生活の場に帰れるための, 退院支援と退院調整の現状と方策を下記に述べる。

1) 退院支援に対しては, 多職種を含む効果

的なカンファレンスを行う。

現在, 週4回患者カンファレンスを看護師のみで行っている。しかし, 多職種を含めたカンファレンスを定期的に行っていないために, 訓練状況とベットサイドケアがリンクされていない。また, 組織横断的に活動する緩和ケア, 褥瘡, NST チームへの依頼件数は少ない。チームへの介入を, 医師に依頼しても「メリットがない」「カンファレンスに参加する時間調整が難しい」と言われる。

「チームケアは専門機能を持ち寄って, 切れ目なく, 縫い目もなく, 一体的に機能することが求められる¹⁾」と記されている。機能を果たすためには, 多職種とのカンファレンスが良い方法の一つであると考ええる。患者と家族の問題, 多職種間の問題を明確化し調整を図り, 目標を共有することで, 看護師はタイムリーに問題に対し指導, 合併症の予防を行う。また, 看護師は多職種の専門的知識を得る事が出来る。具体的には, 組織横断的に活動するチームの活動日の午前中に, 患者の現状把握, 問題点の絞り込み, チームに依頼することを考え効率の良い情報交換の時間を作る。多職種の臨床能力を見て学ぶことで, 研修機能も期待できるため, チーム回診時には, 管理者とスタッフ複数が同席しケアの仕方を見て学ぶ。そして, 回診内容をスタッフに伝え評価日を設定し次の活動に繋げる。

患者家族が, 療養生活をどこでどのように送るかを選ぶことが出来るように多角的な視点で看護を提供することが必要である。

2) 退院調整に対しては, 地域に根ざした保

JA 尾道総合病院看護師

健，医療，福祉，介護のネットワークを作る。

看護師は入院時に，入院の目的とゴールの確認が出来ていない。そのため，退院支援と調整のアセスメントが不十分となっている。ゴールが曖昧であり退院を話すと「追い出される」と言われ，患者と医療者間のずれが生じている。また，引き続き医療的な管理が必要な患者へ，患者の住む地域の制度やサービスを取り入れた，患者を取り巻く環境調整が遅れている。

継ぎ目のないケアの提供のために，看護サマリーの提供のみでなく顔の見える情報交換の場をつくる。具体的には，当病棟で退院調整に積極的に取り組んでいる看護師でグループを作る。メンバーは，受け持ち看護師と共に，在宅や転院時に継続する処置を考えサポートする。看看連携を取り入れ，自部署に訪問してもらい患者家族を含めて，実際のケアや処置を共に考え情報共有する。退院後には電話での聞き取りを行い，成功体験をスタッフで共有し，看護師のモチベーションを上げ次に繋げるようにしていきたい。

Ⅲ. 結 論

多職種を含むカンファレンスは，週間予定表を作成し，チーム活動日に合わせ看護師のみでカンファレンスを行い，チームへの依頼内容を話し合い，またチームで決定した内容を基に看護計画の追加修正を行っている。しかし，定着しているとは言い難い。管理者は，患者一人ひとりが持つ退院に向けての目標に沿えるようにリハビリテーションの調整や指導，準備が整うコーディネートが出来るようにスタッフを教育していく必要がある。

限られた入院期間で質の高い医療を提供するためには，今後ますます認定看護師，多職種，地域とのネットワークが必要となる。管理者は，多職種との協働を調整し，尊重し合う組織風土を作り，連携の最も大きな効果は，患者が利益を得ることであるとスタッフに伝えていきたい。

引 用 文 献

- 1) 「チームケア論」 鷹野和美 ぱる出版，2008，P48

参 考 文 献

- 1) 井部俊子・中西睦子監修：看護経営，経済論，日本看護協会，2010
- 2) 大串正樹著者：ナレッジマネジメント，医学書院，2010
- 3) 尾形裕也著：看護管理者のための医療経営学，日本看護協会出版会，2010
- 4) 篠田道子：チームの連携力を高めるカンファレンスの進め方，日本看護協会出版会，2010
- 5) 鷹野和美：チームケア論，ぱる出版，2008
- 6) P・F ドラッカー著：マネジメント，ダイヤモンド社，2010

— 看護研究 —

病棟運営を円滑に行うための中途病棟配属者の育成

岡 本 尚 子

I. はじめに

当院は農場協同組合員によって創設され、その組合員及び地域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することを使命として設立された。病床数386床の二次救急を中心とした急性期病院を目指し、平成23年5月に新築移転し、尾道市（約115千人）を中心とした山間部から島嶼部の医療を担っている。移転と同時にカルテの電子化を行い、ICU・回復室を増設した。また入院センター、化学療法センターなどを専門特化にし、患者のニーズと医療の高度化に対応している。また7：1看護体制をとり、平均在院日数12日で、病床稼働率86.1%という状況である。自病棟は、46床の内科病棟で内視鏡検査・治療、がん化学療法を受ける患者が主となっている。

新築移転の際、病棟編成、1年間に9名のスタッフ移動があり、それに加えて4名が産休・育休に入った。病棟スタッフの平均年齢34歳で女性のライフイベントを考え、またワーク・ライフ・バランスの重視から、病棟運営には中途病棟配属者のマンパワーは欠かせない。常に新しい中途病棟配属者を受け入れながら病棟運営を円滑に行うための課題と解決策を述べる。

II. 本 論

〈課題〉

7：1看護、ワーク・ライフ・バランスの重視、女性のライフイベント、診療報酬の改正などから、病棟は常に看護師不足が起り、スタッフの入れ替えと補充が行われている。しかしメンバーの変更に関係なく常に質の高い看護が

要求されるため、病棟管理者は看護の質を維持するため速やかな人材育成と病棟への定着化を行っていかなければならない。

〈解決策〉

看護の質の維持のための中途病棟配属者用教育プログラムの作成

病棟の看護師不足は不定期に突然発生する。不足した人数は院内外より補充され、病棟への配属は経歴や面接などで適性を評価し行われる。しかし補充された人（中途病棟配属者）は年代、教育、経験年数や内容、習得した知識、技術がさまざまで能力を一定の枠に当てはめて評価することは困難である。そのため教育プログラムも立てにくく、個別性を要する。

当院では新人の教育プログラムは完成しているが、中途病棟配属者の教育プログラムはなく、病棟任せとなり、自病棟ではプリセプター任せになっている。中途病棟配属者用教育プログラムも必要と考え、新人教育プログラムを参考に試みることにした。

〈結果〉

中途病棟配属者の看護技術は習得している能力に個人差があり、新築移転時に統一した業務にも病棟ごとに異なったやり方が発生していた。したがって経験内容に関係なく全員に新人と同じ内容の看護技術能力の確認と指導が必要と考えた。そこで新人と同じ技術チェックリストを活用し、指導も病棟できめた技術項目ごとの新人教育担当者に依頼しておこなってみた。これにより、看護技術項目の漏れがなく内容にも統一性を図ることができた。

業務は、配属約一ヶ月後に夜勤業務そしてり

一タ業務へと進んでいく。業務役割を果たせるか状況を見ながらおこなっているが、業務の習得にかかる期間に大きな個人差がみられた。これは経験や適応能力が影響していると考ええる。また病棟に明文化された業務役割の評価基準が無いため、日頃の実践を複数のスタッフの意見を参考におこなっている。そのため、評価が曖昧になっている。今後スタッフ全員で共有出来る評価基準が必要である。

中途病棟配属者は、所属が変わったことで今まで一人前として自他共に認められ、行っていたことが出来なくなり、培ってきたアイデンティティーがくずれてしまう。自信喪失の中、人間関係も一から築きながら業務をこなしていかなければならない。不安な声も度々聞かれ、不安に対して早期面接を行うようにした。面接により、不安の具体的内容を知り対応することが出来た。また評価の内容を正しく伝えたことで自信を取り戻すことにも繋がった。

Ⅲ. 結 論

質の高い看護を提供するための中途病棟配属者への育成には以下のことが有用であった。

- 新人教育プログラムの活用
- 個別性を重視した業務習得の評価
- 目標管理と、不安の軽減のための面接

Ⅳ. お わ り に

限られた人的資源のなかで中途病棟配属者が持つ知識・技術は重要で、育成は質の高い看護に繋がる。

参 考 文 献

- 1) 勝原裕美子：看護師のキャリア論，ライフサポート社，2007.
- 2) 金井壽宏：働く人のためのキャリア・デザイン，PHP 研究所，2007.
- 3) パトリシアベナー著，井部俊子監訳，ベナー看護論 新訳版，医学書院，2005.

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. 症状・画像から見抜く! 膵胆道系の鑑別診断. 小膵癌診断の最前線. p150-158, 花田敬士編, 羊土社, 東京, 2011.
- 2) 飯星知博, 花田敬士. 症状・画像から見抜く! 膵胆道系の鑑別診断. 膵管内乳頭粘液性腫瘍 (IPMN) と鑑別すべき類似疾患. p114-121, 花田敬士編, 羊土社, 東京, 2011.
- 3) 花田敬士. 緊急時に迷わない! 消化器症状への救急対応. 急性閉塞性化膿性胆管炎の救急対応. p130-137, 藤田直孝編, 羊土社, 東京, 2011.
- 4) 花田敬士. 緊急内視鏡マニュアル (DVD 付). 膵胆道癌. p206-213, 赤松泰次, 長谷部修編, 南江堂, 東京, 2012.
- 5) 小野川靖二, 楠見朗子. 内視鏡技師・看護師ポケットナビ. 内視鏡による診断と介助のポイント. p86-107, 田村君英編, 中山書店, 東京, 2012.
- 6) 小野川靖二. 経管栄養の知識とトラブル対策. 胃瘻造設手技. p428-433, 望月弘彦編, へるす出版, 東京, 2012.

眼 科

- 1) 小林 賢. 眼科ベーシックポイント. 外傷. p214-219. 下村嘉一, 木内良明, 井上幸次, 坂本泰二監修. メジカルビュー社, 東京, 2012.

論 文 発 表

内 科

《消化器内科・内視鏡センター》

- 1) (Kawakami H), (Maguchi H), (Mukai T), (Hayashi T), (Sasaki T), (Isayama H), (Nakai Y), (Yasuda I), (Irisawa A), (Niido T), (Okabe Y), (Ryozawa S), (Itoi T), Hanada K, (Kikuyama M), (Arisaka Y), (Kikuchi S): Japan Bile Duct Cannulation Study Group. A multicenter, prospective, randomized study of selective bile duct cannulation Performed by multiple endoscopists: the BIDMEN study. *Gastrointest Endosc.* 2012 Feb; 75(2): 362–72, 372. e1.
- 2) (Ozaka M), (Matsumura Y), (Ishii H), (Omuro Y), (Itoi T), (Mouri H), Hanada K, (Kimura Y), (Maetani I), (Okabe Y), (Tani M), (Ikeda T), (Hijioka S), (Watanabe R), (Ohoka S), (Hirose Y), (Suyama M), (Egawa N), (Sofuni A), (Ikari T), (Nakajima T). Randomized phase II study of gemcitabine and S-1 combination versus gemcitabine alone in the treatment of unresectable advanced pancreatic cancer (Japan Clinical Cancer Reserch Organization PC-01 study). *Cancer Chemother Pharmacol.* 2012 Jan 17. [Epub ahead of print]
- 3) (Sofuni A), (Maguchi H), (Mukai T), (Kawakami H), (Irisawa A), (Kubota K), (Okaniwa S), (Kikuyama M), (Kutsumi H), Hanada K, (Ueki T), (Itoi T). Endoscopic pancreatic duct stents reduce the incidence of post-endoscopic retrograde cholangiopancreatography pancreatitis in high-risk patients. *Clin Gastroenterol Hepatol.* 2011 Oct; 9(10): 851–8; quiz e110. Epub 2011 Jul 13.
- 4) (Yamaguchi K), (Kanemitsu S), (Hatori T), (Maguchi H), (Shimizu Y), (Tada M), (Nakagohri T), Hanada K, (Osanaï M), (Noda Y), (Nakaizumi A), (Furukawa T), (Ban S), (Nobukawa B), (Kato Y), (Tanaka M). Pancreatic ductal adenocarcinoma derived from IPMN and pancreatic ductal adenocarcinoma concomitant with IPMN. *Pancreas.* 2011 May; 40(4): 571–80.
- 5) (Maguchi H), (Tanno S), (Mizuno N), Hanada K, (Kobayashi G), (Hatori T), (Sadakari Y), (Yamaguchi T), (Tobita K), (Doi R), (Yanagisawa A), (Tanaka M). Natural history of branch duct intraductal papillary mucinous neoplasms of the Pancreas: a multicenter study in Japan. *Pancreas.* 2011 Apr; 40(3): 364–70.
- 6) 花田敬士, 飯星知博, 平野巨通, 福田敏勝, 米原修治. 胆嚢過形成と胆嚢腺腫. *臨牀消化器内科* 26(5): 529–534, 2011.
- 7) 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, 福田敏勝, 米原修治. 膵・胆管合流異常合併胆嚢腺扁平上皮癌の1例. *肝胆膵画像* 13(5): 526–532, 2011.
- 8) 花田敬士, 飯星知博. 超音波内視鏡ガイド下膵仮性嚢胞ドレナージの基本手技. *消化器内視鏡* 23(8): 1377–1382, 2011.
- 9) (弓削 亮), 福本 晃, 佐上晋太郎, 飯星知博, 小野川靖二, 平野巨通, 天野 始, 花田敬士, 日野文明, 大林諒人, 米原修治. 背景粘膜に萎縮をともなわない *Helicobacter pylori* 陰性の陥凹型胃腺腫の1例. *日本消化器病学会雑誌* 108(8): 1399–1404, 2011.
- 10) 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, 黒田義則, 米原修治. 前向きな成績の検討からみた分枝型 IPMN の治療方針. *消化器内科* 52(6): 640–645, 2011.

- 11) 花田敬士, 飯星知博, 平野巨通, 佐上晋太郎, (弓削 亮), 小野川靖二, 福本 晃, 天野 始, 日野文明, 大林諒人, 福田敏勝, 米原修治, (片山 壽). 予後改善を目指した膵癌の診断と治療最前線. 京都消化器医学会会報 27: 17-22, 2011.
- 12) 花田敬士, 飯星知博, 平野巨通. 胆管狭窄に対するステント治療の最前線.
Medical Practice 29(1): 117-121, 2012.
- 13) (弓削 亮), 花田敬士, 飯星知博, 佐上晋太郎, 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, (佐々木民人), (茶山一彰). 主膵管軽度拡張を契機に発見された膵上皮内癌の1例.
肝胆膵画像 14(1): 72-77, 2012.
- 14) 山雄健太郎, 飯星知博, 花田敬士, (片山 壽). 病診連携システムを用いた膵癌の早期診断.
膵胆道 FRONTIER 2(1): 42-45, 2012.
- 15) 花田敬士, 飯星知博, 平野巨通, 天野美緒, 山雄健太郎, 佐上晋太郎, 小野川靖二, 福本 晃, 橋本義政, 天野 始, 日野文明. 膵疾患診断における ERCP の役割 肝胆膵画像 14(2): 153-159, 2012.

《腎臓内科》

- 16) 勝谷昌平, 江崎 隆. 腹膜アクセス関連手術による地域連携.
腎と透析 71別冊アクセス 2011: 137-139, 2011.
- 17) 勝谷昌平, 江崎 隆. 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.
腎と透析 71別冊アクセス 2011: 143-145, 2011.
- 18) 江崎 隆, 勝谷昌平, (落合真理子), (浜口直樹). 透析室のない急性期病院における通院透析の実情.
腎と透析 71別冊アクセス 2011: 295-296, 2011.
- 19) 江崎 隆, 勝谷昌平. 担癌患者における PD ラスト.
腎と透析 71別冊腹膜透析 2011: 105-106, 2011.
- 20) 江崎 隆, (山内崇宏), 勝谷昌平. 結節性動脈周囲炎による腎不全に対して腹膜透析を導入した一例.
腎と透析 71別冊腹膜透析 2011: 113-114, 2011.
- 21) 勝谷昌平, 江崎 隆. 当院における PD による地域連携の取り組み.
腎と透析 71別冊腹膜透析 2011: 259-260, 2011.
- 22) (窪田 実), (宮崎美紀子), (岡本貴行), (都筑優子), 勝谷昌平, (篠崎倫哉), (深澤瑞也), (西澤欣子), (松岡哲平), (丸山弘樹), (山川正人). 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.
腎と透析 71別冊腹膜透析 2011: 333-334, 2011.
- 23) 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. 新規システム導入の経験 -視力低下のある患者への手動式腹膜透析を行って-.
腎と透析 71別冊腹膜透析 2011: 378-379, 2011.
- 24) 勝谷昌平. 塩分・水分摂取と体重増加 ~体重管理は減塩から~.
透析ケア 17(10): 12-17, 2011.

《呼吸器内科》

- 25) 風呂中 修, 実綿 慶, 大月鷹彦ほか: 扁平上皮癌を除く非小細胞肺癌に対するペバシズマブ療法の適応基準に関する検討.
広島医学: 173-176, 2012.
- 26) (Kawase S), (Hattori N), (Ishikawa N), (Horimasu Y), (Fujitaka K), (Furonaka O), (Isobe T), (Miyoshi S), (Hamada H), (Yamane T), (Yokoyama A), (Kohno N). Change in serum KL-6 level from baseline is useful predicting life-threatening EGFR-TKIs induced interstitial lung disease.
Respir Res. 26, 97, 2011.

循環器科

- 1) Watanabe N, (Toyofuku M), (Hayashi Y).
A case of adult ductus arteriosus with congestive heart failure and severe mitral regurgitation.
Cardiovasc Interv and Ther 26: 278-280, 2011.
- 2) 渡邊紀晶, (塩出宣雄), (正岡佳子), (村岡裕司), (豊福 守), (沖本智和), (大塚雅也), (為清博道), (三戸森児), (川瀬共治), (香川雄三), 妹尾淳弘, (林 康彦).
左前下行枝慢性閉塞病変に対し中隔枝を経由する側副血行路を介した同側逆行性アプローチにて再開通に成功した一例
CVIT Jpn Ed 4: 48-52, 2012.

心臓血管外科

- 1) Masaki Hamamoto
Coronary artery bypass grafting in our institute ~from one surgeon experience for five years
厚生連尾道総合病院医報 21: 35-39, 2011.
- 2) (二神大介), 濱本正樹
高齢者腹部大動脈破裂に対する2救命例
厚生連尾道総合病院医報 21: 47-50, 2011.
- 3) 濱本正樹, (古川智邦)
左冠状動脈主幹部解離に対してステント留置術を先行させた Stanford A 型急性大動脈解離
胸部外科 64: 823-827, 2011.
- 4) 濱本正樹
腎虚血と下肢虚血を同時に合併した DeBakey I 型急性大動脈解離に対する治療経験
日本血管外科学会雑誌 20: 885-890, 2011.
- 5) 濱本正樹, (二神大介)
僧帽弁置換術を行った mirror-image dextrocardia の1例
日本心臓血管外科学会雑誌 40: 282-285, 2011.
- 6) 濱本正樹, (二神大介)
特発性血小板減少性紫斑病を合併した大動脈弁狭窄症に対する大動脈弁置換術の1例
—トラネキサム酸術中持続静注療法—
日本心臓血管外科学会雑誌 41: 99-102, 2012.
- 7) Masaki Hamamoto, (Daisuke Futagami)

Double-line closure of anterior postinfarction ventricular septal perforation.

Asian Cardiovasc Thorac Ann 20: 214–216, 2012.

8) (二神大介), 濱本正樹

人工弁感染性心内膜炎術後1ヶ月で発症したペースメーカー感染

胸部外科 65: 223–226, 2012.

外 科

1) 山木 実, 則行敏生, (下田清美), (向井勝紀), 米原修治.

肺門リンパ節に認められた原発不明リンパ上皮腫様癌の一例

日本呼吸器外科学会雑誌 25: 106–109, 2011.

2) 則行敏生, 橋本佳浩.

新たな化学療法センターを目指して

薬事新報 2695: 9–14, 2011.

3) 田口和浩, 則行敏生, 山木 実, 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, 高橋 元, 米原修治.

cIA (cT1N0M0) 期肺癌の臨床的検討と積極的縮小手術の適応

広島医学 64: 395–398, 2011.

4) 山木 実, 則行敏生, (下田清美), 風呂中 修, (塩谷咲千子), 実綿 慶, 追口哲彦,

濱本正樹, 米原修治.

大量咯血により心肺停止をきたした気管支拡張症

胸部外科 64: 1180–1183, 2011.

脳神経外科

1) (繆 旭), 福本 晃, 追口哲彦, 米原修治

—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

厚生連尾道総合病院医報 21: 51–56, 2011.

小 児 科

1) 佐々木伸孝, (宇根幸治), (宮地佐和子), (佐藤正義)

尾道市5歳児相談事業1年間のまとめ

広島県小児科医会会報 53: 78–83, 2012.

産婦人科

- 1) 頼 英美, (坂手慎太郎), (原 香織), (中島裕美子), (占部 智), (吉本真奈美), (藤東淳也), (伊達健二郎), (内藤博之), (占部 武), (上田克憲)
分娩時出血性ショックから救命された後, 5日目に発症した Sheehan 症候群の一例
現代産婦人科 60: 91-95, 2011.
- 2) 友野勝幸, (三好剛一), 三好博史, 佐々木 克, 上田健太郎, 迫口哲彦
Trousseau 症候群に対し原疾患の治療が奏功した子宮体癌の1例
現代産婦人科 60: 149-153, 2011.
- 3) Yosuke Kawakami, (Tamaki Toda), (Toshinao Nishimura), (Junichi Sakane), (Kazuya Kuraoka), (Kazuhiro Takehara), (Tomoya Mizunoe), (Kiyomi Taniyama)
Histological Correlation of Glandular Abnormalities in Cervical Liquid-Based Cytology
Pathology Research International, Vol. 2011, Article ID 743836, 6 pages

皮膚科

- 1) (松阪由紀), 堀 郁子, (中村吏江), 森本謙一, 米原修治
Verruciform xanthoma の1例
臨床皮膚科 66(4): 321-324, 2012.

泌尿器科

- 1) 森山浩之, (梶原 充), (沖 真実), (金岡隆平), (石 光広), 目崎一成, 森 浩希, 米原修治, 風呂中修, (広川 裕), (大塚信昭)
FDG-PET にて最終的に悪性病変と診断された肺癌腎転移の1例
広島医学 64: 210-213, 2011.
- 2) 森山浩之, (金岡隆平), (石 光広), 米原修治, (坪井 啓), (白崎義範)
膀胱 Spindle Cell Carcinoma の1例
広島医学 64: 241-244, 2011
- 3) (石 光広), 森山浩之, 米原修治, (黒田直人), (金岡隆平), (児玉光人)
小児 Xp11.2/TFE3 転座腎癌
臨床泌尿器科 65: 487-491, 2011.
- 4) 森山浩之, (金岡隆平), (石 光広), 米原修治, (福島雅之)
前立腺部尿道より発生した線維上皮性ポリープ
臨床泌尿器科 65: 493-495, 2011
- 5) 森山浩之, (金岡隆平), (石 光広), 米原修治, 目崎一成, (児玉光人)
膣前壁に発生した血管筋線維芽細胞腫
臨床泌尿器科 65: 497-500, 2011.
- 6) 森山浩之, (金岡隆平), (石 光広), 米原修治, (山辺高司)
経尿道的手術により完全切除できたと考えられる β -hCG 産生膀胱癌の1例
広島医学 64: 274-277, 2011.
- 7) 森山浩之, (末廣真一), (金岡隆平), (石 光広), 米原修治

- 膀胱癌と併存した膀胱内前立腺ポリープの1例
広島医学 64: 319-321, 2011.
- 8) 森山浩之, (金岡隆平), (石 光広), 米原修治, (児玉光人)
排尿困難を主訴とした膀胱頸部前立腺貯留嚢胞の1例
広島医学 64: 371-374, 2011.
- 9) 森山浩之, (金岡隆平), (石 光広), 米原修治
精索腫瘍として発見された悪性リンパ腫の1例
西日本泌尿器科 73: 487-492, 2011.
- 10) 森山浩之, (金岡隆平), (石 光広), 米原修治
転移巣が β -hCG および G-CSF を産生していたと想定される β -hCG 産生膀胱癌の1例
泌尿器外科 24: 1519-1523, 2011.
- 11) 森山浩之, (金岡隆平), (石 光広), 米原修治, (瀬尾一史)
高齢男性にみられた cecoureterocele の1例
西日本泌尿器科 73: 570-574, 2011.
- 12) 森山浩之, 吉野干城, (金岡隆平), (石 光広), 米原修治, (山辺高司), (福島雅之)
前立腺小細胞癌の2例
厚生連尾道総合病院医報 21: 41-46, 2011.
- 13) 森山浩之, 吉野干城, 米原修治, (黒田直人)
腎癌との鑑別が困難であった後腎性腺腫の1例
西日本泌尿器科 74: 90-95, 2012.

麻 酔 科

- 1) (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)
複数傷病者への対応困難時プロトコール
プレホスピタル・ケア 24(5): 54-60, 2011.

放 射 線 科

- 1) 森 浩希
腫瘍核医学の現状
山陽核医学カンファレンス記録集 第49号: 1-4, 2011.

病理研究検査科

- 1) 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)
乳腺原発悪性リンパ腫の穿刺吸引細胞診の1例
日本臨床細胞学会広島県支部会誌 32: 29-34, 2011.
- 2) 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
乳腺管状癌の穿刺吸引細胞診の1例
日本臨床細胞学会広島県支部会誌 32: 61-65, 2011.

- 3) 森山浩之, (梶原 充), (沖 真実), (金岡隆平), (石 光広), 目崎一成, 森 浩希,
米原修治, 風呂中 修, (広川 裕), (大塚信昭)
FDG-PET にて最終的に悪性病変と診断された肺癌腎転移の1例
広島医学 64: 210-213, 2011.
- 4) 森山浩之, (金岡隆平), (石 光広), 米原修治, (坪井 啓), (白崎義範)
膀胱 Spindle Cell Carcinoma の1例
広島医学 64: 241-244, 2011
- 5) (石 光広), 森山浩之, 米原修治, (黒田直人), (金岡隆平), (児玉光人)
小児 Xp11.2/TFE3 転座腎癌
臨床泌尿器科 65: 487-491, 2011.
- 6) 森山浩之, (金岡隆平), (石 光広), 米原修治, (福島雅之)
前立腺部尿道より発生した線維上皮性ポリープ
臨床泌尿器科 65: 493-495, 2011.
- 7) 森山浩之, (金岡隆平), (石 光広), 米原修治, 目崎一成, (児玉光人)
陰前壁に発生した血管筋線維芽細胞腫
臨床泌尿器科 65: 497-500, 2011.
- 8) 森山浩之, (金岡隆平), (石 光広), 米原修治, (山辺高司)
経尿道的手術により完全切除できたと考えられる β -hCG 産生膀胱癌の1例
広島医学 64: 274-277, 2011.
- 9) 森山浩之, (末廣真一), (金岡隆平), (石 光広), 米原修治
膀胱癌と併存した膀胱内前立腺ポリープの1例
広島医学 64: 319-321, 2011.
- 10) 森山浩之, (金岡隆平), (石 光広), 米原修治, (児玉光人)
排尿困難を主訴とした膀胱頸部前立腺貯留嚢胞の1例
広島医学 64: 371-374, 2011.
- 11) 森山浩之, (金岡隆平), (石 光広), 米原修治
精索腫瘍として発見された悪性リンパ腫の1例
西日本泌尿器科 73: 487-492, 2011.
- 12) 森山浩之, (金岡隆平), (石 光広), 米原修治
転移巣が β -hCG および G-CSF を産生していたと想定される β -hCG 産生膀胱癌の1例
泌尿器外科 24: 1519-1523, 2011.
- 13) 森山浩之, (金岡隆平), (石 光広), 米原修治, (瀬尾一史)
高齢男性にみられた cecoureterocele の1例
西日本泌尿器科 73: 570-574, 2011.
- 14) 森山浩之, 吉野干城, (金岡隆平), (石 光広), 米原修治, (山辺高司), (福島雅之)
前立腺小細胞癌の2例
厚生連尾道総合病院医報 21: 41-46, 2011.
- 15) 森山浩之, 吉野干城, 米原修治, (黒田直人)
腎癌との鑑別が困難であった後腎性腺腫の1例
西日本泌尿器科 74: 90-95, 2012.
- 16) 米原修治 (分担執筆)
乳がん, 脳および中枢神経系腫瘍

原爆放射線の人体影響 (第2版) 132-137, 150-156 文光堂 2012.

薬 剤 部

- 1) (小笠原康雄), (荒川隆之), (池本雅章), (岡田麻衣子), (岡野太一), (竹山知志),
(土井久美子), (藤井秀一), (松本俊治), (向田俊司), 安原昌子, (山口伸二), (山本明子),
(佐和章弘), (新井茂昭), (長崎信浩), (中村徹志)
広島県下19施設における抗菌薬密度と耐性菌検出率に関するサーベイランス
環境感染誌 26: 378-384, 2011.
- 2) 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)
広島県東部8施設における基質特異性拡張型 β -ラクタマーゼ産生菌の検出状況とその要因に
関する検討
医療薬学 38: 1-8, 2012.

学 会 発 表

内 科

【国際学会】

《消化器内科・内視鏡センター》

- 1) The 47th ASCO Annual Meeting (2011.6.3-7, Chicago, Illinois, USA)
A randomized phase II study of gemcitabine plus S-1 versus gemcitabine alone in patients with unresectable pancreatic cancer.
(Omuro Y), (Ikari T), (Ishii H), (Ozaka M), (Suyama M), (Matsumura Y), (Itoi T), (Egawa N), (Yano S), Hanada K, (Kimura Y), (Ukita T), (Ishida Y), (Tani M), (Ohoka S), (Hirose Y), (Hijioka S), (Watanabe R), (Ikeda T), (Nakajima T).
- 2) 1st. Makassar Colorectal Cancer (MCC) (2011.6.4, Makassar, Indonesia)
Endoscopic Diagnosis and Endoscopic Treatment for Colorectal Tumors in Onomichi General Hospital, Japan.
Onogawa S
- 3) The European Multidisciplinary Cancer Congress (2011.9.23-27, Stockholm, Sweden)
A randomized phase II study of gemcitabine plus S-1 combination chemotherapy versus gemcitabine monotherapy in patients with advanced biliary tract cancer. GS-COMBI study.
(Sasaki T), (Isayama H), (Ito Y), (Yasuda I), (Toda N), Hanada K, (Matsubara S), (Maguchi H), (Yashima Y), (Kamada H), JEIBIC study group.
- 4) The International Pancreatic Reserch Forum 2011 (2011.11.26, Osaka, Japan)
A female case of autoimmune pancreatitis with a pseudocyst.
Sagami S, Hanada K, Amano M, Yamao K, Hashimoto Y, Fukumoto A, Iiboshi T, Onogawa S, Hirano N, Amano H, Hino F, Fukuda T, Yonehara S.
- 5) 2012 Gastrointestinal Cancer Symposium (2012.1.19-21, San Francisco, USA)
Comparing the treatment outcomes between unresectable and recurrent cases receiving gemcitabine and S-1 combination chemotherapy in patients with advanced biliary tract cancer: pooled analysis of two prospective studies.
(Sasaki T), (Isayama H), (Ito Y), (Yasuda I), (Toda N), (Yagioka H), (Matsubara S), Hanada K, (Maguchi H), (Kamada H), (Hasebe O), (Mukai T), (Okabe S), (Maetani I): JEIBIC study group.

《腎臓内科》

- 1) 5th Asian Chapter Meeting of International Society for Peritoneal Dialysis (Pattaya, Thailand, 2011.10.6-8)
Peritoneal Dialysis Patients in the Islands of the Setouchi Inland Sea
Masahira Katsutani and Takashi Esaki

【国際研究会】

《消化器内科・内視鏡センター》

- 1) Bonastent Summit 2012 (2012.3.31, Jeju, Korea)
Discussant Session IV

Special Technique for Complications during Metal Stenting

Hanada K

【全国学会】

《消化器内科・内視鏡センター》

- 1) 第97回日本消化器病学会総会 (東京 H23.5.22)
膵疾患の診断と病態
花田敬士
- 2) 第9回日本臨床腫瘍学会学術総会 (横浜 H23.7.22)
ワークショップ5：胆膵癌化学療法の現状と問題点
非切除および術後再発胆道癌に対する gemcitabine 単独療法と gemcitabine/S-1
併用療法の多施設共同無作為化比較試験 -GS-COMBI- (中間報告)
(佐々木隆), (伊佐山浩通), (伊藤由紀子), (安田一郎), (戸田信夫), 花田敬士,
(松原三郎), (真口宏介), (八島陽子), (鎌田英紀), (向井 強), (岡部純弘),
(長谷部修), (前谷 容)
- 3) The 9th Annual Meeting of Japanese Society of Medical Oncology (横浜 H23.7.22)
International Section 3: Hepato-biliary-pancreatic Cancer
A randomized phase II study of gemcitabine plus S-1 combination chemotherapy versus gemcitabine
monotherapy in patients with advanced biliary tract cancer.
(Sasaki T), (Isayama H), (Ito Y), (Yasuda I), (Toda N), Hanada K, (Matsubara S),
(Maguchi H), (Yashima Y), (Kamada H), (Maetani I), (Hasebe O), (Mukai T), (Okabe S)
On behalf of JEIBIC study group
- 4) 第42回日本膵臓学会大会 (青森 H23.7.30)
座長 膵外分泌
花田敬士
- 5) 第42回日本膵臓学会大会 (青森 H23.7.30)
膵癌の早期診断における内視鏡的経鼻膵管ドレナージ (ENPD) 留置下膵液細胞診の有用性
飯星知博, 花田敬士
- 6) 第81回日本消化器内視鏡学会総会 (名古屋 H23.8.17)
司会 シンポジウム4 悪性胆道狭窄に対する経乳頭的アプローチ
花田敬士
- 7) 第81回日本消化器内視鏡学会総会 (名古屋 H23.8.19)
パネルディスカッション6 悪性完全胆道閉塞に対する胆管深部挿管の工夫
花田敬士
- 8) 第18回日本門脈圧亢進症学会総会 (福岡 H23.9.15-16)
経皮経肝静脈造影下 CT が有用であった小腸静脈瘤の一例
橋本義政, 天野 始, 天野美緒, 佐上晋太郎, 山雄健太郎, 福本 晃, 飯星知博,
小野川靖二, 平野巨通, 花田敬士, 日野文明
- 9) 第18回日本門脈圧亢進症学会総会 (福岡 H23.9.15-16)
十二指腸水平脚の静脈瘤破裂に対して IVR が奏功した PBC の1例
佐上晋太郎, 天野 始, 天野美緒, 山雄健太郎, 橋本義政, 福本 晃, 飯星知博,
平野巨通, 花田敬士, 日野文明
- 10) 第47回日本胆道学会学術集会 (宮崎 H23.9.17)

ランチョンセミナー 8

肝門部胆管癌に対するステント治療 ～部検例の所見を交えて～
花田敬士

- 11) 第47回日本胆道学会学術集会 (宮崎 H23.9.17)
パネルディスカッション1 ERCP 後膵炎の予防と対策
クリニカルパスを用いた ERCP 関連手技のリスクマネージメント
飯星知博, 花田敬士
- 12) 第47回日本胆道学会学術集会 (宮崎 H23.9.17)
消化管術後症例に対するダブルバルーン内視鏡を用いた ERCP 関連処置における主乳頭正面視の工夫
山雄健太郎, 花田敬士, 飯星知博
- 13) 第82回日本消化器内視鏡学会総会 (JDDW2011) (福岡 H23.10.20-23)
座長 ポスターセッション EUS・FNA 関連1
花田敬士
- 14) 第82回日本消化器内視鏡学会総会 (JDDW2011) (福岡 H23.10.20-23)
パネルディスカッション9 膵管癌の危険因子と早期診断
膵上皮内癌の拾い上げにおける画像診断の手がかり -EUS および MRCP の所見を中心に-
花田敬士, 飯星知博, 福田敏勝
- 15) 第82回日本消化器内視鏡学会総会 (JDDW2011) (福岡 H23.10.20-23)
ポスターセッション 潰瘍性大腸炎4
Azathioprine・6-MP を使用した潰瘍性大腸炎の寛解維持についての検討
小野川靖二
- 16) 第82回日本消化器内視鏡学会総会 (JDDW2011) (福岡 H23.10.20-23)
パネルディスカッション
クリニカルパスを用いた ERCP 関連手技のリスクマネージメント
飯星知博, 花田敬士, 佐上晋太郎, 福本 晃, 小野川靖二, 平野巨通, 天野 始,
日野文明
- 17) 第82回日本消化器内視鏡学会総会 (JDDW2011) (福岡 H23.10.20-23)
EUS にて認められた低エコー域が診断の契機となった膵上皮内癌の1例
山雄健太郎, 福本 晃, 飯星知博, 天野美緒, 佐上晋太郎, 橋本義政, 小野川靖二,
平野巨通, 花田敬士, 天野 始, 日野文明, 大林諒人
- 18) 第82回日本消化器内視鏡学会総会 (JDDW2011) (福岡 H23.10.20-23)
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 の有用性
福本 晃, 飯星知博, 花田敬士
- 19) 第66・67回日本消化器内視鏡技師研究会 (熊本 H23.10.21-22)
シンポジウム
当院における内視鏡看護 - 新人教育の効果及び新センター整備
楠見朗子
- 20) 第49回日本癌治療学会学術集会・Flash Report of JSCO 2011 (名古屋 H23.10.27-29)
進行胆道癌に対する GEM 単独療法と GEM+TS-1 併用療法の多施設共同無作為化比較試験:
GS-COMBI 試験
(佐々木隆), (伊佐山浩通), (伊藤由紀子), (安田一郎), (戸田信夫), 花田敬士,

(松原三郎), (真口宏介), (八島陽子), (鎌田英紀), (向井 強)

《腎臓内科》

- 21) 日本医工学治療学会第27回学術大会 (岡山 H23.4.22-24)
島嶼部における PD 症例の検討
勝谷昌平, 江崎 隆, 石川哲大, (頼岡徳在)
- 22) 日本医工学治療学会第27回学術大会 (岡山 H23.4.22-24)
超高齢者における栄養評価-間接熱量計を用いた安静時エネルギー消費量 (REE) の測定
江崎 隆, 波止元裕美, 越智せりか, 山本智恵, 貝原恵子, 松谷郁美, 吉広一寿,
小野川靖二
- 23) 第56回日本透析医学会学術集会・総会 (横浜 H23.6.17-19)
イコデキストリン透析液 1日1回交換1年で EPS 様の病態を呈した一例
江崎 隆, 勝谷昌平, 石川哲大, (落合真理子), (浜口直樹), (頼岡徳在)
- 24) 第56回日本透析医学会学術集会・総会 (横浜 H23.6.17-19)
イコデキストリン透析液により全身性紅斑をきたしたと考えられた一例
勝谷昌平, 江崎 隆, 石川哲大, 福田敏勝, (頼岡徳在)
- 25) 第56回日本透析医学会学術集会・総会 (横浜 H23.6.17-19)
たこつぼ型心筋症を発症した血液透析患者の2症例
(荒川哲次), (山内崇宏), 江崎 隆, (平塩秀磨), (頼岡徳在)
- 26) 第17回日本腹膜透析医学会学術集会・総会 (さいたま H23.9.24-25)
ワークショップ2 「PD 療法における地域連携の重要性」
当院における PD 療法による地域連携の取り組み
勝谷昌平, 江崎 隆, 石川哲大, 福田敏勝
- 27) 第17回日本腹膜透析医学会学術集会・総会 (さいたま H23.9.24-25)
ミトコンドリア異常症による末期腎不全患者に腹膜透析を導入した一例
江崎 隆, 勝谷昌平
- 28) 日本医工学治療学会第28回学術大会 (札幌 H23.3.23-25)
敗血症性ショックに対し PMX, CHDF に組み換えトロンボモジュリン製剤を使用し, 消化管
出血を生じた一例
江崎 隆, 勝谷昌平, 石川哲大, 坂本 旭, 堀 郁子, 森本謙一

《呼吸器内科》

- 29) 第51回日本呼吸器学会学術講演会
平成23年4月22日, 23日, 東京国際フォーラム
「肺癌の化学療法による B 型肝炎ウイルスの再活性化に関する前向きな検討」
風呂中 修, 実綿 慶, (塩谷咲千子)
- 30) 第51回日本呼吸器学会学術講演会
平成23年4月22日, 23日, 東京国際フォーラム
「気管支鏡検査後の喀痰検査の有用性に関する検討」
(塩谷咲千子), 実綿 慶, 風呂中 修

【全国研究会】

《消化器内科・内視鏡センター》

- 1) 第12回臨床消化器病研究会 (東京 H23.7.23)
司会 肝胆膵の部 乳頭部腫瘍の診断と治療のコンセンサス

花田敬士

- 2) 第55回日本消化器画像診断研究会（金沢 H23.9.2）
座長 「膵Ⅱ」
花田敬士
 - 3) 第55回日本消化器画像診断研究会（金沢 H23.9.2）
Von Recklinghausen 病に合併した十二指腸乳頭部カルチノイドの1例
佐上晋太郎
 - 4) 第56回日本消化器画像診断研究会（横浜 H24.2.4）
膵 hamartoma の1例
山雄健太郎，花田敬士，天野美緒，佐上晋太郎，橋本義政，福本 晃，飯星知博，
小野川靖二，平野巨通，天野 始，日野文明，福田敏勝，米原修治
 - 5) 第1回 FNA Masters（東京 H24.2.11）
司会 Interventional EUS 施行における GF-UCT240 と GF-UCT260 の違いについて
花田敬士
- 《腎臓内科》
- 6) 第15回日本アクセス研究会学術集会・総会（東京，王子 H23.9.18-19）
CAPD カテーテル再埋没術を行った2症例
勝谷昌平，江崎 隆，石川哲大
 - 7) 第15回日本アクセス研究会学術集会・総会（東京，王子 H23.9.18-19）
当院における腹膜アクセス関連手術
勝谷昌平，江崎 隆，石川哲大，福田敏勝，則行敏夫
 - 8) 第15回日本アクセス研究会学術集会・総会（東京，王子 H23.9.18-19）
多剤耐性緑膿菌感染によりカテーテルロスに至った一例
江崎 隆，勝谷昌平，石川哲大，福田敏勝，則行敏夫
 - 9) 第15回日本アクセス研究会学術集会・総会（東京，王子 H23.9.18-19）
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），勝谷昌平，（篠崎倫哉），（深澤瑞也），（松岡哲平），（丸山弘樹），
（山川正人），（西澤欣子），（岡本貴行），（都筑優子），（松井浩輔），（船木威徳）
 - 10) 第15回日本アクセス研究会学術集会・総会（東京，王子 H23.9.18-19）
一般演題口演2「PD 合併症」
座長 勝谷昌平
 - 11) 第15回日本アクセス研究会学術集会・総会（東京，王子 H23.9.18-19）
一般演題ポスター1-6「PD カテーテル」
座長 江崎 隆
 - 12) 第5回飛鳥腹膜透析研究会（裾野 H23.10.1-2）
教育講演：SMAP の出口部作製
勝谷昌平
 - 13) 第5回飛鳥腹膜透析研究会（裾野 H23.10.1-2）
特別講演：SMAP で広がる尾道の PD
勝谷昌平

【学会地方会】

《消化器内科・内視鏡センター》

- 1) 第104回日本内科学会中国地方会 (山口 H23.5.28)
座長 消化器9
花田敬士
- 2) 第104回日本内科学会中国地方会 (山口 H23.5.28)
膵酵素の上昇と膵腫大を認めた劇症1型糖尿病の1例
佐上晋太郎, 花田敬士, 日野文明
- 3) 第95回日本消化器病学会中国支部例会 (米子 H23.6.18)
血便を契機に発見された大腸カルチノイドの一切除例
上田大介, 小野川靖二, 天野美緒, 佐上晋太郎, 山雄健太郎, 橋本義政, 福本 晃,
飯星知博, 平野巨通, 花田敬士, 天野 始, 日野文明, 中原雅浩, 米原修治
- 4) 第95回日本消化器病学会中国支部例会 (米子 H23.6.19)
AFP 産生胃癌を原発とする転移性肝腫瘍による続発性 Budd-Chiari 症候群の1例
中村真也, 福本 晃, 天野美緒, 佐上晋太郎, 山雄健太郎, 橋本義政, 飯星知博,
小野川靖二, 平野巨通, 花田敬士, 天野 始, 日野文明, 米原修治
- 5) 第95回日本消化器病学会中国支部例会 (米子 H23.6.19)
家族性膵癌の親子例
上野沙弥香, 佐上晋太郎, 花田敬士, 天野美緒, 山雄健太郎, 福本 晃, 飯星知博,
小野川靖二, 平野巨通, 天野 始, 日野文明, 米原修治
- 6) 第106回日本消化器病学会中国地方会 (米子 H23.7.3)
司会 シンポジウム 胆膵疾患の内視鏡診断と治療の進歩
花田敬士
- 7) 第106回日本消化器病学会中国地方会 (米子 H23.7.3)
シンポジウム
内視鏡的経鼻膵管ドレナージ (ENPD) 留置下で施行した膵液細胞診の有用性
飯星知博, 花田敬士, 平野巨通, 福田敏勝, 米原修治
- 8) 第106回日本消化器病学会中国地方会 (米子 H23.7.3)
胆管狭窄の質的診断における spyglass の使用経験
山雄健太郎, 花田敬士, 天野美緒, 佐上晋太郎, 橋本義政, 福本 晃, 飯星知博,
小野川靖二, 平野巨通, 天野 始, 日野文明
- 9) 第106回日本消化器病学会中国地方会 (米子 H23.7.3)
膵腫瘍に対して EUS-FNA を施行し islet cell tumor と診断しえた一症例
天野美緒, 花田敬士, 佐上晋太郎, 山雄健太郎, 橋本義政, 福本 晃, 飯星知博,
小野川靖二, 平野巨通, 天野 始, 日野文明
- 10) 第106回日本消化器病学会中国地方会 (米子 H23.7.3)
軽度の主膵管拡張を契機に診断された膵上皮内癌の一例
柳田梢江, 飯星知博, 天野美緒, 佐上晋太郎, 山雄健太郎, 橋本義政, 福本 晃,
小野川靖二, 平野巨通, 花田敬士, 天野 始, 日野文明, 福田敏勝, 米原修治
- 11) 第49回日本消化器がん検診学会東北地方会 (盛岡 H23.7.9)
ランチョンセミナー 膵臓がんの早期発見・地域連携パス
花田敬士
- 12) 第96回日本消化器病学会中国支部例会・第107回日本消化器内視鏡学会中国地方会
(岡山 H23.12.3-4)

座長 胆膵

飯星知博

- 13) 第96回日本消化器病学会中国支部例会・第107回日本消化器内視鏡学会中国地方会
(岡山 H23.12.3-4)
合同シンポジウム 2 消化器疾患に対する画像診断の進歩 - 中国地方における現状 -
10mm 以下の小膵癌の診断・治療成績と早期診断における EUS の有用性
飯星知博, 花田敬士, 平野巨通, 福田敏勝, 米原修治
- 14) 第96回日本消化器病学会中国支部例会・第107回日本消化器内視鏡学会中国地方会
(岡山 H23.12.3-4)
多発性内分泌腫瘍症を伴わない大腸粘膜神経腫 1 例
佐上晋太郎, 福本 晃, 天野美緒, 山雄健太郎, 橋本義政, 飯星知博, 小野川靖二,
平野巨通, 花田敬士, 天野 始, 日野文明, 米原修治
- 15) 第96回日本消化器病学会中国支部例会・第107回日本消化器内視鏡学会中国地方会
(岡山 H23.12.3-4)
自然壊死をきたした肝細胞癌の 2 例
山雄健太郎, 橋本義政, 天野美緒, 佐上晋太郎, 福本 晃, 飯星知博, 小野川靖二,
平野巨通, 花田敬士, 天野 始, 日野文明
- 16) 第96回日本消化器病学会中国支部例会・第107回日本消化器内視鏡学会中国地方会
(岡山 H23.12.3-4)
レックリングハウゼン病に合併した十二指腸傍乳頭部 neuroendocrine tumor の 1 例
天野美緒, 花田敬士, 佐上晋太郎, 山雄健太郎, 橋本義政, 福本 晃, 飯星知博,
小野川靖二, 平野巨通, 天野 始, 日野文明
- 17) 第96回日本消化器病学会中国支部例会・第107回日本消化器内視鏡学会中国地方会
(岡山 H23.12.3-4)
嚢胞形成を伴った自己免疫性膵炎の一例
中村真也, 花田敬士, 天野美緒, 佐上晋太郎, 山雄健太郎, 橋本義政, 福本 晃,
飯星知博, 小野川靖二, 平野巨通, 天野 始, 日野文明, 福田敏勝, 米原修治
- 18) 第96回日本消化器病学会中国支部例会・第107回日本消化器内視鏡学会中国地方会
(岡山 H23.12.3-4)
膵管内腫瘤を形成し局在診断に難渋した膵全体癌の一例
竹井大祐, 花田敬士, 天野美緒, 佐上晋太郎, 山雄健太郎, 橋本義政, 福本 晃,
小野川靖二, 飯星知博, 平野巨通, 天野 始, 日野文明
- 19) 日本消化器病学会中国支部 第14回教育講演会 (岡山 H23.12.4)
膵癌早期診断の最前線
花田敬士
《腎臓内科》
- 20) 第104回日本内科学会中国地方会 (宇部 H23.5.28)
非特異的な臨床所見により発見された ANCA 関連血管炎の一例
柳田梢江, 江崎 隆, 勝谷昌平
《呼吸器内科》
- 21) 第104回日本内科学会中国地方会 (山口 H23.5.28)
Erlotinib が著効した肺腺癌 (女性, 非喫煙者, EGFR 遺伝子変異陰性) の 1 例

上田大介, 実綿 慶, (塩谷咲千子), 風呂中 修

22) 第105回日本内科学会中国地方会 (米子 H23.11.12)

ペバシズマブ療法の不適基準の観点からみた扁平上皮癌を除く切除不能非小細胞肺癌の臨床因子に関する検討

実綿 慶, 大月鷹彦, 風呂中 修

23) 第46回日本呼吸器学会中国・四国地方会 (倉敷 H23.7.15,16)

当院における多剤耐性緑膿菌の検出状況について

実綿 慶, 大月鷹彦, 風呂中 修

【地方研究会】

《消化器内科・内視鏡センター》

1) Pancreas and Biliary Tract Cancers Treatment Seminar (福山 H23.4.7)

セッション I 膵臓癌における Interventional Oncology

花田敬士

2) 尾道地区 GERD セミナー (尾道 H23.4.26)

特別講演 PPI をとりまく最近の話題 -GERD の話題を中心-

小野川 靖二

3) 浦添市医師会学術講演会 (浦添 H23.5.18)

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

4) 第113回広島消化器病研究会 (広島 H23.5.21)

座長

花田敬士

5) 第113回広島消化器病研究会 (広島 H23.5.21)

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 の有用性 (優秀賞受賞)

佐上晋太郎, 福本 晃, 花田敬士, 天野美緒, 山雄健太郎, 橋本義政, 飯星知博,
小野川靖二, 平野巨通, 天野 始, 日野文明

6) 第4回東京 FNA 倶楽部 (東京 H23.5.25)

特別講演 EUS-FNA のための EUS 画像診断

花田敬士

7) 消化器画像診断カンファレンス (浜松 H23.6.4)

特別講演 小膵癌診断の最前線 ~地域連携を活かして~

花田敬士

8) 第17回尾三因消化器内視鏡研究会 (尾道 H23.6.10)

特別講演 静脈瘤治療について -特に IVR 治療-

天野 始

9) 第80回尾道医師会生活習慣病関連講演会 (尾道 H23.6.15)

座長

日野文明

10) 産業医科大学大学院腹部外科腫瘍学臨床講義 (北九州市 H23.6.21)

地域連携を生かした膵癌早期診断の取り組み

花田敬士

11) 第7回医生ヶ丘消化器・内分泌外科セミナー (北九州市 H23.6.21)

ミニレクチャー

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

- 12) 第12回北海道消化器画像・MIT 研究会（札幌 H23.6.25）
基調講演 小膵癌診断における EUS・ERCP の役割
花田敬士
- 13) 第5回広島 PDN セミナー（尾道 H23.7.2）
知っとこ！胃瘻の日常ケアとスキンケア
小野川靖二
- 14) 世羅地区 EPA 研究会（世羅 H23.7.7）
動脈硬化抑制を目指した最近の知見
日野文明
- 15) 第111回尾道消化器病同好会（尾道 H23.7.26）
司会
花田敬士
- 16) DM ボード in 備後（尾道 H23.8.4）
司会 糖尿病合併症例の脂質管理を考える
日野文明
- 17) 播磨膵癌早期発見ネットワーク勉強会（加古川 H23.8.11）
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
- 18) 市民公開講座「もっと知ってほしい すい臓がんのこと」（広島 H23.9.10）
すい臓がん診断の最前線
花田敬士
- 19) 第16回 PEG・在宅医療研究会学術集会（岐阜 H23.9.10）
ランチョンセミナー2 Introducer 変法のその先へ ～シースダイレータの可能性～
小野川靖二
- 20) 第2回 Kyoto Pancreatobiliary Meeting（京都 H23.9.23）
特別講演 膵疾患における画像診断の最前線
花田敬士
- 21) 鈴鹿地区 膵・胆道腫瘍 早期発見のための地域連携セミナー（鈴鹿 H23.10.6）
特別講演 地域連携を生かした膵癌早期診断の取り組み
花田敬士
- 22) 第14回九州がん懇話会（福岡 H23.10.15）
特別講演 小膵癌診断における内視鏡診断の役割
花田敬士
- 23) 尾道市医師会学術講演会（尾道 H23.10.26）
座長 特別講演
花田敬士
- 24) 第4回胆膵スキルアップセミナー in 広島（広島 H23.10.29）
司会 特別講演
花田敬士

- 25) 第4回胆膵スキルアップセミナー in 広島 (広島 H23.10.29)
経乳頭的ドレナージの手技
山雄健太郎
- 26) Hiroshima Cancer Chemotherapy Symposium (広島 H23.11.2)
座長 特別講演 I 膵癌化学療法 -GEMSAP 試験と局所進行膵癌を中心に-
花田敬士
- 27) 第1回長野 EUS・ERCP 研究会 (長野 H23.11.5)
超音波内視鏡のライブデモンストレーション
症例1 コンベックス EUS, 症例4 ERCP
花田敬士
- 28) 第18回尾三因消化器内視鏡研究会 (尾道 H23.11.11)
パネルディスカッション
内視鏡観察における診断の工夫 -上部消化管内視鏡検査における拡大・特殊光検査-
小野川靖二
- 29) 第6回尾道 DM フォーラム (尾道 H23.11.16)
座長 特別講演 糖尿病薬物療法の新たな治療戦略
日野文明
- 30) 第8回広島県消化器内視鏡技師研究会・消化器内視鏡機器取扱い講習会 (広島 H23.11.20)
教育講演① 地域・多種域の連携を生かした膵癌早期診断実践
花田敬士
- 31) 第8回広島県消化器内視鏡技師研究会・消化器内視鏡機器取扱い講習会 (広島 H23.11.20)
シンポジウム ミニ講演「こんなことで感染は拡大する」
楠見朗子
- 32) 第112回尾道消化器病同好会 (尾道 H23.11.22)
特別講演 早期胃癌の内視鏡診断と治療
小野川靖二
- 33) 第34回備後肝胆膵研究会 (福山 H23.11.24)
症例検討 胆道疾患
佐上晋太郎
- 34) 第15回いわての肝胆膵フォーラム (盛岡 H23.11.26)
膵癌早期診断の最前線
花田敬士
- 35) 尾道生活習慣病フォーラム (尾道 H23.11.29)
座長 特別講演
日野文明
- 36) 第8回備後上部消化管疾患研究会 (福山 H23.12.2)
座長 特別講演
小野川靖二
- 37) 第8回備後上部消化管疾患研究会 (福山 H23.12.2)
胃癌に対する化学療法の症例報告
佐上晋太郎
- 38) 尾道市医師会学術講演会 (尾道 H23.12.7)

- 座長 特別講演
小野川靖二
- 39) 消化器学術講演会 (尾道 H24.1.12)
座長 特別講演
花田敬士
- 40) 第39回肝胆膵症例研究会 (東京 H24.1.19)
ミニレクチャー 早期診断し得た膵癌の画像と病理
花田敬士
- 41) 第123回相模原胃と腸研究会 (相模原 H24.1.25)
特別講演 地域連携を生かした膵癌早期診断の実践
花田敬士
- 42) 第248回世羅郡医師会学術講演会 (世羅 H24.2.16)
特別講演 PPI を取り巻く最近の話題 -GERD を中心に-
小野川靖二
- 43) 第83回尾道市医師会生活習慣病関連講演会 (尾道 H24.2.22)
座長
日野文明
- 44) 倉敷胆膵学術講演会 (倉敷 H24.2.23)
特別講演 膵癌早期診断の最前線
花田敬士
- 45) 第5回消化器がん化学療法におけるチーム医療を考える会 (松山 H24.3.10)
特別講演 地域連携を生かした膵がん早期診断
花田敬士
- 46) 第1回尾三炎症性腸疾患研究会 (尾道 H24.3.22)
司会
小野川靖二
- 47) 第1回尾三炎症性腸疾患研究会 (尾道 H24.3.22)
特別講演 潰瘍性大腸炎治療の最近の話題
小野川靖二
- 《腎臓内科》
- 48) 第23回備後透析懇話会 (福山 H23.4.10)
当院における後期高齢者の腹膜透析導入症例の検討
勝谷昌平, 江崎 隆
- 49) 第23回備後透析懇話会 (福山 H23.4.10)
PD 普及の方策 当院での取り組み
勝谷昌平, 江崎 隆
- 50) 第20回中国腎不全研究会 (広島 H23.10.23)
下腹部切開示指挿入矯正法を行った4例
勝谷昌平, 江崎 隆, 石川哲大, 福田敏勝, 則行敏生
- 51) 第20回中国腎不全研究会 (広島 H23.10.23)
第20回中国腎不全研究会 PD 部会アンケート報告
勝谷昌平

- 52) 第20回中国腎不全研究会 (広島 H23.10.23)
PD 部会セッション特別講演
座長 勝谷昌平
- 53) 第20回中国腎不全研究会 (広島 H23.10.23)
ポスターセッション3「急性腎不全1」
座長 勝谷昌平
- 54) PD 山陽塾 2012 in 福山 (福山 H24.2.5)
教育講演: PD のすすめ
勝谷昌平
- 55) 第14回連携フォーラム (尾道 H24.2.23)
慢性腎臓病 (CKD) について
勝谷昌平
- 56) 尾三 PD 地域連携セミナー (尾道 H24.3.10)
尾三地区の PD 地域連携について
江崎 隆
- 57) 尾三 PD 地域連携セミナー (尾道 H24.3.10)
特別講演
座長 勝谷昌平
- 《呼吸器内科》
- 58) COPD・肺癌予防講座 (三原 H23.6.5)
必見! あなたの肺年齢は? ~慢性閉塞性肺疾患 (COPD) について学ぼう~
風呂中 修
- 59) 第8回備後肺癌化学療法研究会 (尾道 H23.6.10)
Spike Fever を繰り返した高齢者女性
実綿 慶, 大月鷹彦, 風呂中 修
- 60) 第8回備後肺癌化学療法研究会 (尾道 H23.6.10)
気管支喘息加療中に足底のしびれ感を自覚した1例
風呂中 修, 実綿 慶, 大月鷹彦
- 61) 第6回広島呼吸器クリカルケアカンファレンス (広島 H23.7.25)
足底のしびれ感が出現した難治性気管支喘息の1例
大月鷹彦, 実綿 慶, 風呂中 修
- 62) 院内感染対策研修会 (尾道 H23.9.15)
ユッケありますか? ~呼吸器内科医による食中毒のはなし~
風呂中 修

循環器科

【全国研究会】

- 1) 第23回カテーテルアブレーション委員会公開研究会 (横浜 H23.10.21)
変行伝導 (左脚ブロック) を伴った逆伝導のみの右室自由壁の副伝導路を介した房室回帰性頻拍の1例
尾木 浩, 渡邊紀晶, 上田健太郎, 森島信行

【学会地方会】

- 1) 第99回日本循環器学会中国地方会（下関 H23.11.26）
急性心筋梗塞治療後に発熱が持続し、診断に苦慮した一例
渡邊紀晶，尾木 浩，上田健太郎，森島信行

【地方研究会】

- 1) 三原尾道地区 PCI 研究会（三原 H23.4.20）
一癖も二癖もある最近の LAD 症例
上田健太郎，渡邊紀晶，尾木 浩，森島信行
- 2) 第28回尾道循環器研究会（尾道 H23.6.7）
上室性頻脈における高周波カテーテルアブレーション
尾木 浩，渡邊紀晶，上田健太郎，森島信行
- 3) 福山・尾道 Network Meeting（福山 H23.10.19）
当院における心房細動治療の現状
尾木 浩，渡邊紀晶，上田健太郎，森島信行
- 4) 尾道みなとライオンズクラブ講演会（尾道 H23.11.18）
心筋梗塞にならないために
上田健太郎，渡邊紀晶，尾木 浩，森島信行
- 5) 福山アテローム血栓座談会（福山 H23.12.1）
心臓疾患領域の血液サラサラ療法
上田健太郎，渡邊紀晶，尾木 浩，森島信行
- 6) 遠隔モニタリング活用検討会（広島 H24.2.4）
ICD 術後6年後に SVC coil の impedance 上昇を認めた1例
尾木 浩，渡邊紀晶，上田健太郎，森島信行
- 7) 因島地区循環器カンファレンス（因島 H24.2.23）
最近の AMI は昼間に歩いてやってくる！～非 ST 上昇型心筋梗塞の特徴～
上田健太郎，渡邊紀晶，尾木 浩，森島信行
- 8) 心不全の体液管理を考える会（尾道 H24.3.26）
当院におけるサムスカの使用経験
上田健太郎，渡邊紀晶，尾木 浩，森島信行

心臓血管外科

- 1) 第9回備後糖尿病療養指導士会（尾道 H24.1.28）
特別講演 さらりと学ぶ末梢動脈疾患の基礎
濱本正樹
- 2) 尾道市整形外科医会総会および講演会（尾道 H24.2.23）
特別講演 足の外来診療 ～末梢動脈疾患を中心に～
濱本正樹

外科

- 1) 2011 SAGES meeting (San Antonio, USA 2011.4.2)
Is it possible to standardize a single-incision laparoscopic cholecystectomy by means of four refinements?
D. Sumitani, M. Nakahara, T. Fukuda, F. Kuranishi T. Noriyuki, M. Yamaki, K. (Shimoda), (A. Tanaka), M. Hamaoka, G. Takahashi, K. Taguchi, Y. Kuroda
- 2) 第23回広島呼吸器外科カンファレンス (広島 H23.4.14)
大量咯血により心肺停止をきたした気管支拡張症の1例
山木 実, 則行敏生, 高橋 元, 田口和浩, 濱岡道則, (田中飛鳥), 住谷大輔, 福田敏勝, 中原雅浩, 倉西文仁, 黒田義則
- 3) COLORECTAL CANCER SYMPOSIUM IN ONOMICHI (尾道 H23.4.19)
Bevacizumab 併用後に肝切除が可能と成った1例
高橋 元
- 4) COLORECTAL CANCER SYMPOSIUM IN ONOMICHI (尾道 H23.4.19)
当院における XELOX +Bevacizumab 療法の現状
田口和浩
- 5) 第28回日本呼吸器外科学会総会 (別府 H23.5.12)
左肺化膿症を伴った成人食道気管支瘻の1手術例
山木 実, 則行敏生, (下田清美), 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
- 6) 第28回日本呼吸器外科学会総会 (別府 H23.5.12)
c1A(cT1N0M0) 肺癌の臨床的検討と積極的縮小手術の適応について
田口和浩, 則行敏生, 高橋 元, 濱岡道則, (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, 米原修治
- 7) 第26回備後外科手術手技研究会 (福山 H23.5.31)
当院における腹部内臓動脈瘤の4手術例
田口和浩
- 8) 広島大学第2外科同門研修会 (広島 H23.6.18)
肝切除術後感染性合併症の週術期臨床因子の検討
福田敏勝
- 9) 第37回尾三因医学会 (三原 H23.6.26)
完全鏡視下幽門側胃切除術後デルタ吻合施行例の治療成績
福田敏勝, 中原雅浩, 山口恵美, 濱岡道則, 高橋 元, 田口和浩, 住谷大輔, 山木 実, 倉西文仁, 則行敏生, 黒田 義則
- 10) 第37回尾三因医学会 (三原 H23.6.26)
傷のないお腹の手術
田口和浩, 中原雅浩, 山口恵美, 高橋 元, 濱岡道則, 住谷大輔, 山木 実, 福田敏勝, 則行敏生, 倉西文仁, 黒田 義則
- 11) 11th Makassar Colorectal Cancer (Makassar, Indonesia 2011.6.3)
The More You Know the Better you get Tip-bit-tip about Laparoscopic Colectomy
M. Nakahara, T. Fukuda

- 12) 19th International Congress of the EAES (Torino, Italy 2011.6.15)
Laparoscopic-Assisted Colectomy for Treatment of Rectal Cancer
M. Nakahara, K. Taguchi, Y. Kuroda, F. Kuranishi, T. Noriyuki, T. Fukuda, M. Yamaki,
D. Sumitani, (A. Tanaka), M. Hamaoka
- 13) 19th International Congress of the EAES (Torino, Italy 2011.6.15)
Four Contrivance Reduce Operative Stress in Single-Incision Laparoscopic Cholecystectomy.
K. Taguchi, M. Nakahara, T. Fukuda, G. Takahashi, M. Hamaoka, (A. Tanaka), D. Sumitani,
M. Yamaki, T. Noriyuki, F. Kuranishi
- 14) 第93回尾道外科系懇話会 (尾道 H23.7.7)
巨大胃粘膜下腫瘍の一切除例
濱岡道則
- 15) 第66回日本消化器外科学会総会 (名古屋 H23.7.13)
単孔式腹腔鏡下胆嚢摘出術に有用な手術手技
中原雅浩, 福田敏勝, (田中飛鳥), 濱岡道則, 田口和浩, 高橋 元, 倉西文仁,
則行敏生, 住谷大輔, 山木 実
- 16) 第66回日本消化器外科学会総会 (名古屋 H23.7.13)
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, 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
- 17) 第46回日本呼吸器学会中国・四国地方会 (倉敷 H23.7.15)
大量咯血により心肺停止をきたした気管支拡張症の1例
山木 実, 則行敏生, 山口恵美, 高橋 元, 田口和浩, 濱岡道則, 住谷大輔, 福田敏勝,
中原雅浩, 倉西文仁, 黒田義則
- 18) 第50回日本肺癌学会中国・四国支部会 (倉敷 H23.7.15)
肺癌術後15ヶ月後に胸部異常陰影を認めた一例
柳田梢江, 山木 実, 山口恵美, 田口和浩, 高橋 元, 濱岡道則, 住谷大輔, 福田敏勝,
中原雅浩, 則行敏生, 倉西文仁, 米原修治
- 19) 第13回連携フォーラム (尾道 H23.8.11)
診断に難渋した骨盤内腫瘍の1例
住谷大輔
- 20) 第16回中国四国内視鏡外科研究会 (広島 H23.9.1)
シンポジウム 単孔式腹腔鏡下胆嚢摘出術を安全かつ容易に行うための手術手技
中原雅浩, 福田敏勝, 濱岡道則, 田口和浩, 高橋 元, 山口恵美, 住谷大輔, 山木 実,
則行敏生, 倉西文仁, 黒田義則
- 21) 第16回中国四国内視鏡外科研究会 (広島 H23.9.1)
腹腔鏡下幽門側胃切除術後の再建手技としてデルタ吻合を導入した施設の初期治療成績
福田敏勝, 中原雅浩, 山口恵美, 濱岡道則, 高橋 元, 田口和浩, 住谷大輔, 山木 実,
則行敏生, 倉西文仁, 黒田義則
- 22) 第16回中国四国内視鏡外科研究会 (広島 H23.9.1)
巨大な胃平滑筋腫の一切除例
濱岡道則, 山口恵美, 高橋 元, 田口和浩, 住谷大輔, 山木 実, 福田敏勝, 中原雅浩,
則行敏生, 倉西文仁, 黒田義則

- 23) 第16回中国四国内視鏡外科研究会 (広島 H23.9.1)
術前診断に苦慮した巨大 S 状結腸癌の1切除例
高橋 元, 則行敏生, 山口恵美, 田口和浩, 濱岡道則, 山木 実, 住谷大輔, 福田敏勝,
中原雅浩, 倉西文仁, 黒田義則
- 24) 第19回日本乳癌学会学術総会 (仙台 H23.9.2)
当院における Luminal-HER2+ 乳癌症例の検討
田口和浩, 倉西文仁, (春田るみ), 高橋 元, 濱岡道則, (田中飛鳥), 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, 佐々木健司
- 25) 第94回尾道外科系懇話会 (尾道 H23.9.15)
内視鏡手術における教育とトレーニング
住谷大輔
- 26) 第2回 HALS グループミーティングプログラム (東京 H23.10.29)
右側結腸癌における HALS (Hand Assisted Laparoscopic Surgery)
中原雅浩
- 27) JA 尾道総合病院オープンカンファレンス (尾道 H23.11)
司会
大腸癌化学療法におけるチーム医療について
中原雅浩
- 28) 第52回日本肺癌学会総会 (大阪 H23.11.3)
局所再発に対して胸壁切除を施行した限局性胸膜中皮腫の1例
則行敏生, 山木 実, 倉西文仁, 中原雅浩, 福田敏勝, 住谷大輔, 高橋 元, 田口和浩,
山口恵美, 風呂中 修, 大月鷹彦, 実綿 慶, 米原修治
- 29) 第52回日本肺癌学会総会 (大阪 H23.11.3)
胸壁軟骨肉腫の1手術例
山木 実, 則行敏生
- 30) 第3回小切開・鏡視外科学会 (東京 H23.11.11)
当院における急性虫垂炎手術術式の検討
田口和浩, 中原雅浩, 山口恵美, 高橋 元, 濱岡道則, 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112回尾道消化器病同好会 (尾道 H23.11.22)
盲腸印鑑細胞癌の一例
山口恵美
- 32) 第73回日本臨床外科学会総会 (東京 H23.11.17)
当院における腹部内臓動脈瘤の4手術例
田口和浩, 福田敏勝, 山口恵美, 高橋 元, 濱岡道則, 住谷大輔, 山木 実, 中原雅浩,
則行敏生, 倉西文仁, 黒田義則
- 33) 第73回日本臨床外科学会総会 (東京 H23.11.17)
Billroth II 法再建後の Braun 吻合と輸出入脚の腸間膜間際での内ヘルニアが原因で輸入脚閉塞
症を呈した1例
濱岡道則, 山口恵美, 高橋 元, 田口和浩, 住谷大輔, 山木 実, 福田敏勝, 中原雅浩,
則行敏生, 倉西文仁, 黒田義則
- 34) 第73回日本臨床外科学会総会 (東京 H23.11.17)

- Bevacizumab 使用後に切除を施行した大腸癌同時肝転移の1例
高橋 元, 中原雅浩, 山口恵美, 田口和浩, 濱岡道則, 山木 実, 住谷大輔, 福田敏勝,
則行敏生, 倉西文仁, 黒田義則
- 35) 第66回日本大腸肛門病学会学術集会 (東京 H23.11.25)
大腸憩室出血に対する単孔式内視鏡手術
住谷大輔, 中原雅浩, 濱岡道則, 高橋 元, 田口和浩, 黒田義則
- 36) 第36回広島内視鏡下外科手術研究会 (広島 H24.1.27)
シンポジウム 直腸癌に対する鏡視下手術の定型化の試み
中原雅浩, 住谷大輔, 福田敏勝, 濱岡道則, 田口和浩, 高橋 元, 山口恵美, 山木 実,
則行敏生, 倉西文仁, 黒田義則
- 37) 第5回単孔式内視鏡手術研究会 (広島 H24.2.18)
座長
TANKOで“ここまでできる”⑤
中原雅浩
- 38) 第5回単孔式内視鏡手術研究会 (広島 H24.2.18)
単孔式腹腔鏡下胆嚢摘出術は内視鏡手術の入門手技になりうるか?
濱岡道則, 中原雅浩, 福田敏勝, 山口恵美, 高橋 元, 田口和浩, 住谷大輔, 山木 実,
則行敏生, 倉西文仁
- 39) 第5回単孔式内視鏡手術研究会 (広島 H24.2.18)
右側結腸憩室出血に対して単孔式内視鏡手術を施行した2例
住谷大輔, 中原雅浩, 福田敏勝, 山口恵美, 高橋 元, 田口和浩, 濱岡道則, 山木 実,
則行敏生, 倉西文仁
- 40) 第5回単孔式内視鏡手術研究会 (広島 H24.2.18)
当院における急性虫垂炎手術術式の検討
田口和浩, 中原雅浩, 福田敏勝, 山口恵美, 高橋 元, 濱岡道則, 住谷大輔, 山木 実,
則行敏生, 倉西文仁
- 41) 第5回単孔式内視鏡手術研究会 (広島 H24.2.18)
どこまで単孔式腹腔鏡下胆嚢摘出術は可能か?
高橋 元, 中原雅浩, 福田敏勝, 山口恵美, 田口和浩, 濱岡道則, 住谷大輔, 山木 実,
則行敏生, 倉西文仁
- 42) 第5回単孔式内視鏡手術研究会 (広島 H24.2.18)
大腸疾患に対する単孔式内視鏡手術の位置づけ
中原雅浩, 住谷大輔, 福田敏勝, 濱岡道則, 田口和浩, 高橋 元, 山口恵美, 則行敏生,
山木 実, 倉西文仁
- 43) 第5回単孔式内視鏡手術研究会 (広島 H24.2.18)
単孔式腹腔鏡下胆嚢摘出術の定型化
中原雅浩, 福田敏勝, 濱岡道則, 田口和浩, 高橋 元, 山口恵美, 則行敏生, 山木 実,
住谷大輔, 倉西文仁
- 44) 第102回広島がん治療研究会 (広島 H24.3.24)
シンポジウム 直腸癌に対する外科治療 (特に肛門温存手術)
中原雅浩

小児外科

- 1) 第158回日本小児科学会広島地方会 (広島市 H23.12.4)
先天性十二指腸狭窄症に合併した新生児胃破裂の1例
内田 晃, 和田知久, 大谷玲子, 捻橋紀久, 則松知章, 玉浦志保, 辻 徹郎,
佐々木伸孝, 武田倫子, (大津一弘), (福原里恵)

脳神経外科

- 1) 第70回日本脳神経外科学会学術総会 (横浜 H23.10.12-14)
ワーファリン内服中の頭部外傷後に発生した浅側頭動脈仮性動脈瘤の2治療経験
門田秀二, 迫口 哲彦
- 2) 第18回日本神経内視鏡学会 (岡山 H23.11.17-18)
中脳海綿状血管腫による急性閉塞性水頭症に第三脳室底開窓術が有効だった1例
門田秀二, (富永 篤), 迫口哲彦, (木下康之)

小児科

- 1) 第51回広島新生児研究会 (広島 H23.5.7)
Apert 症候群の女児例
大谷玲子, 捻橋紀久, 則松知章, 岩本 立, 辻 徹郎, 佐々木伸孝, 門田秀二
- 2) 第157回日本小児科学会広島地方会 (広島 H23.6.5)
新生児脳梗塞の1例
捻橋紀久, 大谷玲子, 則松知章, 玉浦志保, 辻 徹郎, 佐々木伸孝, 門田秀二
- 3) 第157回日本小児科学会広島地方会 (広島 H23.6.5)
尾道市5歳児相談事業1年間のまとめ
佐々木伸孝, (宇根幸治), (宮地佐和子), (佐藤正義)
- 4) 第37回尾三因医学会 (三原 H23.6.26)
新生児マスキリーニングが発見の契機となったファブリー病の1家系
佐々木伸孝, 尾木 浩
- 5) 尾道感染症ワークショップ (尾道 H23.11.25)
小児の咳嗽について
佐々木伸孝
- 6) 第158回日本小児科学会広島地方会 (広島 H23.12.4)
先天性十二指腸狭窄に合併した新生児胃破裂の1例
内田 晃, 和田知久, 大谷玲子, 捻橋紀久, 則松知章, 玉浦志保, 辻 徹郎,
佐々木伸孝, (大津一弘), (福原理恵)
- 7) 第31回広島小児アレルギー研究会 (広島 H24.2.9)
長時間作用性 β_2 刺激薬併用の有無による, 吸入ステロイド治療中の気管支喘息症例における
気道過敏性, 肺機能についての検討
辻 徹郎

産婦人科

- 1) 尾道産婦人科医会（尾道 H23.7.15）
子宮頸癌の最近の動向
川上 洋介
- 2) 三原・尾道産婦人科医会（尾道 H23.8.25）
当院での母体年齢による周産期予後の検討
友野勝幸, 佐々木 克, 頼 英美, 川上洋介, 三好博史
- 3) 第63回日本産科婦人科学会学術講演会（大阪 H23.8.29）
帝王切開後に判明した原発性肺高血圧症合併妊娠の1例
（三好剛一）, 友野勝幸, 三好博史, 佐々木 克
循環器科 上田健太郎
岡山医療センター 循環器内科 松原広己
- 4) 第62回広島産科婦人科学会（呉 H23.9.4）
卵巣に原発した癌肉腫の1例
友野勝幸, 頼 英美, 川上洋介, 三好博史, 佐々木 克
- 5) 第64回中国四国産科婦人科学会学術講演会（徳島 H23.9.18）
当院における40歳以上の初産婦に関する検討
友野勝幸, 頼 英美, 川上洋介, 三好博史, 佐々木 克
- 6) リレー・フォー・ライフ・ジャパン 2011 in 広島（尾道）（尾道 H23.9.19）
子宮頸がんの最近の話題
佐々木 克
- 7) 第50回日本臨床細胞診学会秋季大会（東京 H23.10.23）
内膜細胞で推定された mixed adenoneuroendocrine carcinoma（MANEC）の1例
川上洋介, 米原修治, 佐々木健司, 神田真規, 杉山佳代
- 8) 子宮がん検診従事者研修会（尾道 H23.11.2）
子宮頸癌とウイルス ～Oncogenesis と Virotherapy～
川上洋介
- 9) 広島県東部産婦人科医会（福山 H23.11.17）
当院における子宮内膜症性卵巣嚢腫に対するジェノゲスト使用症例の検討
頼 英美, 藤本悦子, 川上洋介, 三好博史, 佐々木 克
- 10) 第7回備後婦人科悪性腫瘍研究会（福山 H24.2.3）
卵巣がん脾転移の1例
JA 尾道総合病院産婦人科 藤本悦子, 川上洋介, 頼 英美, 佐々木 克
同 外科 福田敏勝
同 病理 米原修治

耳鼻咽喉科

- 1) 第37回日本耳鼻咽喉科学会中国四国地方部会連合学会（松山 H23.6.4-5）
類似所見を呈した小児中耳炎2症例
久保田和法,（福島典之）,（平位知久）,（中下陽介）,（片桐佳明）

- 2) 第37回日本耳鼻咽喉科学会中国四国地方部会連合学会 (松山 H23.6.4-5)
硬膜外膿瘍を合併した急性乳様突起炎例
長 陽子, 久保田和法, 森 直樹
- 3) 東部備後耳鼻咽喉科医会学術集会 (福山 H23.7.9)
Ai を行った一例
森 直樹, 長 陽子, 久保田和法
- 4) 第50回広島頭頸部腫瘍研究会 (広島 H23.7.13)
当科で経験した鼻腔 spindle cell carcinoma の1例
古家裕巳, 長 陽子, 森 直樹
- 5) 広島耳鼻咽喉科アレルギー疾患研究会 (広島 H23.10.13)
アレルギー性鼻炎と副鼻腔炎症例における前頭陥凹領域の病変について
—CT 画像による解剖学的構造異常の解析を中心に—
久保田和法, 長 陽子, 森 直樹, (竹野幸夫)
- 6) 第37回日本耳鼻咽喉科学会中国地方部会連合講演会 (米子 H23.11.6)
副鼻腔炎症例における前頭陥凹周囲の病変の検討
—CT 画像による解剖学的構造異常の解析を中心に—
久保田和法, 長 陽子, 森 直樹, (竹野幸夫), (平川勝洋)
- 7) 第21回日本耳科学会総会 (沖縄 H23.11.24-26)
上鼓室に類似 CT 所見を示した小児中耳炎の2例
久保田和法, (福島典之), (平位知久), (片桐佳明), (益田 慎)

眼 科

- 1) 第85回備後地区眼科症例検討会 (福山 H23.8.27)
演題: 眼内レンズ偏位に対して眼内縫着を行った1例
國原依里子, 小林 賢
- 2) 第14回お好み倶楽部 (広島 H23.11.26)
演題: 眼内レンズの片側ループ逢着を行った1例
國原依里子, 小林 賢
- 3) 第70回広島地方眼科学会 (広島 H23.11.27)
演題: 視神経乳頭周囲に新生血管が生じた原田病の1例
國原依里子, 小林 賢
- 4) 第86回備後地区眼科症例検討会 (福山 H24.3.3)
演題: 網膜色素線条に伴う新生血管にアバスチン硝子体内注射を行った1例
國原依里子, 小林 賢

皮 膚 科

- 1) 日本皮膚科学会 第129回広島地方会 (広島 H23.9.4)
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
堀 郁子, 森本謙一, 中村吏江, 豊田明美, 徳永陽子, 橋本佳浩, 山本智恵, 寺岡郁子
- 2) 日本皮膚科学会 第129回広島地方会 (広島 H23.9.4)

遺伝性対側性色素異常症の3例

坂本 旭, 堀 郁子, 森本謙一

- 3) 日本皮膚科学会 第130回広島地方会 (広島 H24.3.4)

好酸球性蜂窩織炎を合併した悪性リンパ腫の1例

堀 郁子, 坂本 旭, 森本謙一, 米原修治, 松阪由紀, 河合幹雄, 秀 道広, 壺井ひとみ

- 4) 日本皮膚科学会 第130回広島地方会 (広島 H24.3.4)

Basaloid follicular hamartoma の1例

坂本 旭, 堀 郁子, 森本謙一, 米原修治

泌尿器科

- 1) 第99回日本泌尿器科学会総会 (名古屋 H23.4.24)

TFE3 関連融合遺伝子形成を伴った小児腎細胞癌の1例

(石 光広), 森山浩之, (金岡隆平), 米原修治, (黒田直人), (児玉光人)

- 2) 広島県北部泌尿器科勉強会 (三次 H23.6.10)

前立腺小細胞癌の2例

森山浩之

- 3) 前立腺癌 Expert-Meeting (尾道 H23.7.23)

高齢男性にみられた cecoureterocele の1例

排尿困難から発見された膀胱頸部前立腺貯留性嚢胞の1例

森山浩之

- 4) 前立腺癌 Expert-Meeting (尾道 H23.12.3)

最近経験した比較のまれな前立腺癌症例

—若年性前立腺癌, 前立腺印環細胞癌, 直腸狭窄を来たした前立腺癌—

森山浩之

麻 酔 科

- 1) 尾道市医師会救急蘇生委員会学術講演会 (尾道国際ホテル H23.9.9)

新しい救急蘇生法のガイドライン (2010) について

瀬浪正樹

- 2) 第8回世羅地区救急カンファレンス (公立世羅中央病院 H23.12.8)

2010年救急蘇生法ガイドライン改定のポイント

瀬浪正樹

- 3) 尾道市医師会救急蘇生委員会学術講演会 (尾道国際ホテル H24.3.8)

原因が不明であった CPA の1症例

瀬浪正樹

放射線科

- 1) 第49回山陽核医学カンファレンス (岡山 H23.5.14)

腫瘍核医学の現状

森 浩希

- 2) 第55回広島県東部放射線医学会 (福山 H23.6.16)
不明熱の一例
西原圭祐
- 3) 第3回三次市立三次中央病院緩和ケア研修会 (三次 H23.6.25,26)
がん性疼痛
がん性疼痛事例検討
高澤信好
- 4) 第16回日本緩和医療学会学術大会 (札幌 H23.7.29-31)
転移性脳腫瘍に対するリニアックを用いた定位放射線治療
当院での実施状況と効果について (ポスター発表)
高澤信好
- 5) 第3回尾道総合病院緩和ケア研修会 (尾道 H23.9.23,24)
企画責任者
高澤信好
- 6) 第1回テルモエリア勉強会 (尾道 H23.10.5)
画像診断の基本
森 浩希
- 7) 第51回日本核医学会学術総会 (つくば H23.10.29)
PET 設備を有さない当院が他施設に依頼する PET 検査の現状と課題について
森 浩希, 西原圭祐, (廣川 裕), (新宅香恵子)

病理研究検査科

- 1) 第50回日本臨床細胞学会秋季大会 (東京 H23.10.22-23)
膺疾患に対する超音波内視鏡下穿刺吸引細胞診 (EUS-FNA) における誤判定例の検討
佐々木健司, 齋藤久美子, 杉山佳代, 神田真規, 米原修治, 花田敬士
- 2) 第50回日本臨床細胞学会秋季大会 (東京 H23.10.22-23)
EUS-FNA における細胞診の成績
神田真規, 齋藤久美子, 杉山佳代, 佐々木健司, 米原修治, 花田敬士
- 3) 第37回日本臨床細胞学会広島県支部総会 (広島 H24.3.17)
内視鏡的経鼻膵管ドレナージ (ENPD) 留置下で採取された膵液細胞診の有用性
—上皮内癌の細胞像を中心に—
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, 飯星知博,
花田敬士

研 修 医

- 1) 第104回日本内科学会中国地方会 (宇部 H23.5.28)
Erlotinib が著効した肺腺癌 (女性, 非喫煙者, EGFR 遺伝子変異陰性) の1例
上田大介, 実綿 慶, (塩谷咲千子), 風呂中 修
- 2) 第104回日本内科学会中国地方会 (宇部 H23.5.28)

- 非特異的な臨床所見により発見された ANCA 関連血管炎の 1 例
柳田梢江, 江崎 隆, 勝谷昌平
- 3) 第95回日本消化器病学会 中国支部例会 (米子 H23.6.18)
AFP 産生胃癌を原発とする転移性肝腫瘍による続発性 Budd-Chiari 症候群の 1 例
中村真也, 福本 晃, 天野美緒, 佐上晋太郎, 山雄健太郎, 橋本義政, 飯星知博,
小野川靖二, 平野巨通, 花田敬士, 天野 始, 日野文明, 米原修治
- 4) 第95回日本消化器病学会中国支部例会 (米子 H23.6.18)
血便を契機に発見された大腸カルチノイドの一切除例
上田大介, 小野川靖二, 天野美緒, 佐上晋太郎, 山雄健太郎, 橋本義政, 福本 晃,
飯星知博, 平野巨通, 花田敬士, 天野 始, 日野文明, 中原雅浩, 米原修治
- 5) 第95回日本消化器病学会中国支部例会 (米子 H23.6.18)
家族性膵癌の親子例
上野沙弥香, 佐上晋太郎, 花田敬士, 天野美緒, 山雄健太郎, 福本 晃, 飯星知博,
小野川靖二, 平野巨通, 天野 始, 日野文明, 米原修治
- 6) 第106回日本消化器病学会中国地方会 (米子 H23.7.3)
軽度の主膵管拡張を契機に診断された膵上皮内癌の一例
柳田梢江, 飯星知博, 天野美緒, 佐上晋太郎, 山雄健太郎, 橋本義政, 福本 晃,
小野川靖二, 平野巨通, 花田敬士, 天野 始, 日野文明, 福田敏勝, 米原修治
- 7) 第50回肺癌学会 中国・四国支部会 (倉敷 H23.7.16)
膵癌術後15ヶ月後に胸部異常陰影を認めた 1 例
柳田梢江, 山木 実, 山口恵美, 田口和浩, 高橋 元, 濱岡道則, 住谷大輔, 福田敏勝,
中原雅浩, 則行敏生, 倉西文仁, 米原修治
- 8) 第96回日本消化器病学会中国支部例会・第107回日本消化器内視鏡学会中国地方会
(岡山 H23.12.3-4)
嚢胞形成を伴った自己免疫性膵炎の一例
中村真也, 花田敬士, 天野美緒, 佐上晋太郎, 山雄健太郎, 橋本義政, 福本 晃,
飯星知博, 小野川靖二, 平野巨通, 天野 始, 日野文明, 福田敏勝, 米原修治
- 9) 第96回日本消化器病学会中国支部例会・第107回日本消化器内視鏡学会中国地方会
(岡山 H23.12.3-4)
膵管内腫瘤を形成し局在診断に難渋した膵全体癌の一例
竹井大祐, 花田敬士, 天野美緒, 佐上晋太郎, 山雄健太郎, 橋本義政, 福本 晃,
小野川靖二, 飯星知博, 平野巨通, 天野 始, 日野文明

薬 剤 部

- 1) 第21日本医療薬学会年会 (神戸 H23.10.1)
糖尿病患者における血糖自己測定の手技に関するアンケート調査の検討
藤本雅宣, 井上由貴, 門前 縁, (田中三紀子), 和田英子, 金子 生, 高橋謙吾,
比良大輔, 平井俊明, 俵 留美子, 松谷郁美, 安原昌子, 橋本佳浩

看護科

- 1) 国際家族看護学会 (京都 H23.6.24~26)
ポスター発表
Impotence of Crisis Intervention with observation of a whols Family
～a case study of applied “Crisis Interventi on Theory”～
ICU 高月利枝
- 2) 第42回日本看護学会 成人 I II (大阪 H23.9.17~18)
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 和田加奈子
- 3) 第5回備後サイコオンコロジー (尾道 H23.11.10)
疼痛コントロールに難渋した症例
～村田理論を使用し, スピリチュアルペインを振り返る～
6A 藤原ちえみ (緩和ケア認定看護師)
- 4) 第4回日本静脈経腸栄養学会 中国支部学術集会 (鳥取 H23.12.17)
脊柱起立筋間膿瘍を伴う巨大褥瘡の一例
5B 村上美香
- 5) 第11回広島県看護協会 三原・尾道支部 看護研究発表会 (三原 H24.2.18)
弾性ストッキング除去の統一
～長期装着による不快感の軽減にむけて～
7B 黒川嘉美
- 6) 第11回広島県看護協会 三原・尾道支部 看護研究発表会 (三原 H24.2.18)
母親のにおいが帝王切開児にもたらず効果
NICU 村上晶子
- 7) 第34回 JA 広島県厚生連医学学会 (広島 H24.2.18)
正期産児に対するカンガルーケアプログラムの作成とその効果
4A 羽田舞子
- 8) 尾道三原地区緩和ケア研究会 (尾道 H24.3.15)
デスクンファレンスを行ってみて
～一般病棟での病棟看護師へのアンケート調査をして～
6A 藤原ちえみ (緩和ケア認定看護師)

院内看護研究発表会

- 1) 弾性ストッキング除去の統一
～長期装着による不快感の軽減に向けて～
7B 病棟 ○城本真希, 黒川嘉美, 徳永典子, 岡田敏子
- 2) 短期入院における患者教育
～自主制作 DVD を使用して定着化を図る～
3B 病棟 ○四枝ひとみ, 田邊文恵, 土岐義行, 瀬尾香奈子
- 3) 正期産児に対するカンガルーケアプログラムの作成とその効果

4 A 病棟 ○羽田舞子, 来山美千子, 井上尚美, 益濱 綾, 上本真理

4) 急性期病院における終末期の看護を考える

～肺がん患者遺族へのアンケート調査を基に～

6 A 病棟 ○村上智加, 藤原ちえみ, 藤井絵里奈, 村上智恵美, 山本めぐみ

5) 母親のにおいが帝王切開児にもたらず効果

NICU ○村上晶子, 行広朋美, 水野香織, 枡原裕美, 米田恵美

看護専門学校活動報告

1) 進路説明会 (福山商業高校4.27, 府中東高校5.11, 10.19, 総合技術高校5.14, 11.30, 尾道商業高校5.18, 11.30, 三原高校 (定時制) 5.19, 神辺高校5.12, 11.25, 12.9, 油木高校5.25, 福山葦陽高校6.3, 因島高校6.13・27, 12.12, 24.1.23, 尾道高校6.18, 24.2.22, 福山誠之館高校 (定時制) 7.6, 三次青陵高校7.12, 豊田高校9.16, 如水館高校10.19, 河内高校10.27, 伯方高校24.2.8, 瀬戸田高校24.2.14, 三原東高校24.2.15, 松永高校24.2.17, 福山地区4.19, 7.14, 12.16, 呉地区5.11, 三次地区5.23, 尾道地区6.8, 12.14, 24.3.14, 広島市西区6.9, 24.1.31, 三原地区6.15, 12.15, 東広島地区7.13, 広島市安芸区10.18, 広島市中区11.25)

藤田照美, 野坂裕之, 後藤通雄

2) 広島国際大学講師 (広島 4.20・25・28)

藤田照美

3) 日本看護協会総会 日本看護協会長表彰状授与 (東京 6.8)

藤田照美

4) 広島県看護協会三原尾道支部進路相談会「しまなみ交流会館」(尾道 6.11)

濱川英子

5) 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 (広島 7.8, 8.24, 10.13, 24.1.19)

藤田照美

6) 尾道看護専門学校運営会議 (尾道 7.15)

藤田照美, 畠ゆかり, 得沢世津子, 矢野初美, 濱川英子, 中満美幸, 高垣由美子, 船山幸代, 石田恵美, 野坂裕之, 後藤通雄

7) ケーススタディ発表会 (広島 8.3・4)

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

8) 実習指導者研修会 (尾道 8.4, 10.14)

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

9) 院外講師会議 (広島 8.18)

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

10) 新人助産師研修会講師 (広島 9.16)

藤田照美

11) 第55回広島県看護学校研究発表会 担当校 (広島 10.7)

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

12) 教員養成研修実習受入 (広島 11.4~12.2)

広島県厚生連尾道看護専門学校

- 13) 尾道看護専門学校あり方検討会 (尾道 12.12, 24.1.25, 2.27, 3.27)
藤田照美, 畠ゆかり, 野坂裕之
- 14) 看護教員実習報告会 県立広島大学 (広島 12.15)
矢野初美, 船山幸代
- 15) 広島県看護協会 一日町の保健室 保健相談 (尾道 24.1.11)
藤田照美
- 16) 第33回広島県農村医学研究会 (広島 24.2.18)
藤田照美, 畠ゆかり, 得沢世津子, 矢野初美, 濱川英子, 中満美幸, 高垣由美子,
船山幸代, 石田恵美
- 17) 院内講師会議 (広島 24.3.12)
藤田照美, 畠ゆかり, 得沢世津子, 矢野初美, 濱川英子, 中満美幸, 高垣由美子,
船山幸代, 石田恵美, 伊藤美子
- 18) 看護展望 (2012 Vol.37 No.2) 臨時増刊号
臨床との連携でつくる統合実習の展開
濱川英子, 畠ゆかり
- 19) 第33回広島県農村医学研究会発表 (広島 24.2.18)
※日常生活援助技術の「基本動作」に視点をおいた実習指導
—学生・指導者・教員間で情報共有を行って—
中満美幸

栄 養 科

- 1) 第4回日本静脈経腸栄養学会中国支部学術集会 (出雲 H23.12.17)
噴門部癌の胃瘻造設患者に対して化学療法に向けた栄養管理を行った一例
越智せりか, 岡本裕美, 赤毛弘子, 金子美樹, 村上美香, 貝原恵子, 久保幸恵,
藪木雅人, 吉廣一寿, 松谷郁美, 江崎 隆, 小野川靖二

緩和ケア委員会

- 1) 第16回日本緩和医療学会 (札幌市 H23.7.29-30)
転移性脳腫瘍に対するリニアックを用いた定位放射線治療
～当院の実施状況と効果について～
高澤信好
- 2) 第16回日本緩和医療学会 (札幌市 H23.7.29-30)
緩和ケアチームが対応に難渋した舌・口腔底・下顎がんの一症例
石川哲大, 高澤信好, 木保正彦, 森元真由美, 島居孝恵, 吉岡彩子, 西村 寛,
平井俊明, 山本智恵, 豊田直之
- 3) 尾道瑠璃ライオンズクラブ例会 (尾道市 H23.9.7)
宝船発進! JA 尾道総合病院
石川哲大
- 4) 緩和ケア地域医療研究会 (尾道市 H23.9.27)

尾道総合病院の緩和ケア

石川哲大

- 5) 平成23年度 豊かな死を迎えるための市民公開講座（尾道市 H24.2.4）

『豊かな死』を迎えるために

石川哲大

NST 委員会

- 1) 第4回日本静脈経腸栄養学会中国支部学術集会（出雲 H23.12.17）
「噴門部癌の胃瘻造設患者に対して化学療法に向けた栄養管理を行った一例」
越智せりか，赤毛弘子，金子美樹，岡本裕美，村上美香，貝原恵子，久保幸江，
藪木雅人，吉廣一寿，松谷郁美，江崎 隆，小野川靖二
- 2) 第4回日本静脈経腸栄養学会中国支部学術集会（出雲 H23.12.17）
「脊柱起立筋間膿瘍を伴う巨大褥瘡の一例」
村上美香，貝原恵子，久保幸江，赤毛弘子，金子美樹，越智せりか，岡本裕美，
藪木雅人，吉廣一寿，松谷郁美，江崎 隆，小野川靖二
- 3) 第4回日本静脈経腸栄養学会中国支部学術集会（出雲 H23.12.17）
「身長予測推定式の有用性」
吉廣一寿，藪木雅人，金子美樹，赤毛弘子，越智せりか，岡本裕美，松谷郁美，
村上美香，貝原恵子，久保幸江，江崎 隆，小野川靖二
- 4) 第27回日本静脈経腸栄養学会学術集会（神戸 H24.2.23-24）
「超高齢者における栄養評価間接熱量計を用いた安静時エネルギー消費量（REE）の測定」
江崎 隆，越智せりか，岡本裕美，山本智恵，松谷郁美，村上美香，貝原恵子，
小野川靖二
- 5) 第27回日本静脈経腸栄養学会学術集会（神戸 H24.2.23-24）
「高カロリー点滴の流量誤差」
江崎 隆，越智せりか，岡本裕美，山本智恵，松谷郁美，村上美香，貝原恵子，
小野川靖二

院内カンファレンス

JA 尾道総合病院 特別講演会 (23. 6. 30)

ゴール∞無限

メキシコ五輪マラソン銀メダリスト 君原健二

第17回尾三地域がん連携フォーラム (23. 7. 28)

血液造血管腫瘍の病診連携 ～プライマリーケアフィジシャンとスペシャリストの架け橋～

川崎医科大学 血液内科学教授 和田秀穂

第254回 JA 尾道総合病院オープンカンファレンス (23. 8. 11)

第13回 連携フォーラム

興味ある脾腫瘍の1例

消化器内科 天野美緒

足底のシビレ感が出現した難治性気管支喘息の1例

呼吸器内科 大月鷹彦

診断に難渋した骨盤内腫瘍の1例

外科 住谷大輔

第255回 JA 尾道総合病院オープンカンファレンス (23. 10. 26)

C型肝炎治療の新展開

広島大学病院 病院長 茶山一彰

JA 尾道総合病院オープンカンファレンス (23. 11. 1)

～大腸癌化学療法におけるチーム医療について～

レジメン管理のポイントについて

県立広島病院 薬剤師 今津邦智

有害事象のマネージメントについて

県立広島病院 がん化学療法認定看護師 木下真由美

標準治療の必要性について

県立広島病院 臨床腫瘍科 主任部長 篠崎勝則

第18回尾三地域がん連携フォーラム (23. 11. 4)

放射線治療の最近の進歩

京都大学大学院医学研究科 放射線医学講座

放射線腫瘍学・画像応用治療学教授 平岡真寛

第19回尾三地域がん連携フォーラム (24. 1. 19)

最新の抗癌剤副作用対策と在宅ケア

県立広島病院 臨床腫瘍科主任部長 篠崎勝則

地域連携パス講演会 (24. 2. 14)

がん地域連携の課題とがん地域連携パス普及に向けて

東京女子医科大学病院 地域連携室・クリニカルパス推進室 下村裕見子

第256回 JA 尾道総合病院オープンカンファレンス (24. 2. 23)

第14回 連携フォーラム

CKD (慢性腎臓病) について

腎臓内科 部長 勝谷昌平

開業医からみた地域医療連携

土本ファミリークリニック 院長 土本 薫

CPC (24. 2. 23)

CPC 特異な経過をたどった肺疾患の1例

研修医 竹井大祐

市民公開講座『市民のためのがん最前線』(24. 2. 26)

肝炎ウイルス検診を受けましょう！尾道市の取り組み

尾道市健康推進課 小林理恵

肝がん 防いで！見つけて！治療して！！

JA 尾道総合病院 内科部長 橋本義政

肝がんに対する外科治療の役割

JA 尾道総合病院 外科部長 福田敏勝

笑いと健康

公立みつぎ総合病院副院長 保健福祉総合施設

施設長 沖田光昭

職 場 だ よ り
委 員 会 報 告
院 内 主 要 行 事

...the first time I had ever seen a man with a beard and a turban.

...the first time I had ever seen a man with a beard and a turban.

...the first time I had ever seen a man with a beard and a turban.

...the first time I had ever seen a man with a beard and a turban.

...the first time I had ever seen a man with a beard and a turban.

...the first time I had ever seen a man with a beard and a turban.

...the first time I had ever seen a man with a beard and a turban.

...the first time I had ever seen a man with a beard and a turban.

...the first time I had ever seen a man with a beard and a turban.

...the first time I had ever seen a man with a beard and a turban.

...the first time I had ever seen a man with a beard and a turban.

...the first time I had ever seen a man with a beard and a turban.

...the first time I had ever seen a man with a beard and a turban.

...the first time I had ever seen a man with a beard and a turban.

...the first time I had ever seen a man with a beard and a turban.

...the first time I had ever seen a man with a beard and a turban.

...the first time I had ever seen a man with a beard and a turban.

職 場 だ よ り

循 環 器 科

医 師 渡 邊 紀 晶

2011年4月よりこちらに赴任させていただきました。尾道という海と山に囲まれて祭りが多いこの街を楽しませていただいています。

循環器科としては2012年度から1人増えて5人体制で診療を行っております。主任部長の森島先生を中心に、虚血性心疾患については上田先生、不整脈疾患については尾木先生、指導を賜りながら妹尾先生と共に循環器疾患を中心に勉強させていただいております。

新病院に移転し、カテーテル検査室と外来とが同じ場所となり、少ない人数でもより安全にカテーテル検査・治療が可能となりました。放射線が出る部屋の隣に外来があるなんて聞いたことがない！しかし数人で外来をしながら検査・治療を行う当科として便利もよく、安全で考えてみたらなんて合理的なんだと感動した、当院循環器科の特徴です。

2011年度は冠動脈形成術が100件、カテーテルアブレーションが34件、心臓電気生理学的検査が43件行われました。移転に伴いやや昨年よりは減少が認められましたが、それでも症例数も多く、また下肢の治療も徐々に件数を伸びてきており、新しい治療の方法やいかに学会発表が出来るようなことをしていくか、先端の治療を目指すべく日々研鑽を重ねさせて頂いております。

外来部門としては火曜日午後には心不全外来が創設され、専門の医師と看護師による心不全指導が行われるようになりました。専門の資格を持った看護師の細やかな指導の元、心不全の再入院防止に向けて取り組みを行っております。

同時に心臓リハビリも入院だけでなく外来でのリハビリ運用についても開始致しました。広島大学病院主導の心臓リハビリセンターの中隔病院にも指定され、心臓リハビリテーションにも現在力を入れております。

また移転により新しいCTを利用するようになり冠動脈CTもより画像が鮮明になり、患者様の負担を減らすことが出来るようになりました。CTを撮影していると以前であれば入院し、冠動脈造影検査を行っていたような患者様にもCTで済むようになり、負担が軽減出来るようになった上、造影検査で入院していただいただけでは見つからなかったであろう、腫瘍を見つけることが出来てしまい「循環器科で癌が見つかる」という、一風変わったことも起こるようになってきました。

尾道に来て感じたことはやはり年齢が高い患者様が多いことです。我々の対象疾患は心臓ということになりますから高齢になって、あっちもこっちも悪いけどいよいよ危険となるとどうしても最後は心臓が悪くなってきてしまい当科を受診ということになることも多いような印象を受けています。高齢であるからこそ積極的な治療だけを選択肢に入れるのではなく「おくりびと」としても、生命の尊厳を守ってあげられるようなそんな医療を出来るよう、これからも心がけていきたいと思っています。これからもどうぞよろしくお願い致します。

心臓血管外科

主任部長 濱 本 正 樹

平成24年4月1日より二神大介先生の後任として森藤清彦先生（平成12年卒）が赴任いたしました。フランス留学中に磨いた技術を当院でも存分に発揮してくれると思います。

平成23年は心臓・大血管手術数が40例でした。冠動脈バイパス術では体外循環を使用せず左冠動脈（前下行枝、回旋枝）を両側内胸動脈で再建する術式が標準となりました。80歳以上の高齢弁膜症患者への手術も積極的に取り組んでおりますが、手術時間短縮のために形成術ではなく生体弁による置換術を第一選択としております。大動脈解離では外科手術用糊（BioGlue）を使用し、手術時間の短縮と吻合部出血の軽減が可能となってきました。

腹部大動脈・末梢血管手術では、腹部大動脈瘤手術が15例、末梢動脈手術（ASO に対する血行再建術、急性動脈閉塞症に対する血栓除去術、末梢動脈瘤手術など）が28例、内シャントなどの透析関連手術が58例、下肢静脈瘤手術が53例、と例年と同程度の手術を行うことができました。

小児外科

—平成23年度 入院統計から—

小児外科 和 田 知 久

平成23年度は入院および手術総数が89例と同数であった。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60例、67%であった。急性虫垂炎は6例ですべて外科で手術をしていただいた。泌尿生殖器系の手術は14例あり、内訳は停留精巣9例のほか膀胱尿管逆流症に対する逆流防止術が2例、尿道下裂の尿道形成術が2例、尿膜管遺残の1例であった。

一方新生児外科症例はわずか1例のみであったが、先天性十二指腸狭窄症に合併した胃破裂症例という稀な疾患であったためここに記しておきたい。症例は生後4日の女児で突然の腹部膨満、呼吸困難で紹介、入院となった。腹部レ線像にて free air を認めたため消化管穿孔と診断し緊急開腹。その結果、胃大彎側に大きな裂創を認め胃破裂と診断した。術後の回復は順調であったが胆汁排液が続きイレウスを疑った。イレウス管の挿入を試みた際の上部消化管造影で十二指腸狭窄と診断、執刀医の都合もあり他院に転送し手術を受けた。近年新生児管理の進歩で胃破裂症例が減少している中で典型的な破裂を認め、かつ先天性十二指腸狭窄の合併が稀で破裂の病態を考えるうえで貴重な経験であった。

整形外科

部 長 盛 谷 和 生

新病院2年目となりようやく電子カルテに慣れてきました。コンピューターさえあれば、どこでもカルテをみることができ、指示を出すことができ、仕事がスムーズにできるようになったと思います。

また、7月から産休中の横山先生が復帰し、整形外科6人体制となり、救急対応も以前よりスムーズにいくと思います。いままでご迷惑をおかけした諸先生にはこの場をお借りしてお詫び申し上

げます。

整形外科2年目で産休あけの横山先生の挨拶文を載せていただき職場だよりとさせていただきます。

ご紹介頂きました整形外科の横山です。整形外科1年目でまだ右も左も分らないままの出産、育児休暇となってしまう、先生方、スタッフの方々には大変ご迷惑をお掛けしました。今年7月から職場復帰し、周囲の方々に助けて頂きながら仕事と育児に追われる日々を過ごしております。仕事も育児も完璧に、というわけにはいきませんが、色々なことを学び、医師としても母としても少しずつ成長していきたいと思っています。今後ともよろ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23年4月1日から平成24年3月31日までの活動の概要は、入院患者294件（前年度比33件減）、手術室での手術 78件（前年度比7件減）（全麻手術36件、前年度比15件減）で、そのうちメジャー手術は21件（前年度比5件増、脳動脈瘤クリッピング6件、脳腫瘍15件）であった。内視鏡支援手術は10件施行した（昨年度比3件増 うち内視鏡支援下垂体腫瘍摘出術2件 内視鏡下脳内血腫除去術5件 第三脳室底開窓術 1件 他の内視鏡支援水頭症手術 2件）。他に脳血管内治療を3件（前年度比7件減、くも膜下出血に対する脳動脈瘤コイルリング3件）施行した。他にt-PAは4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24年3月31日までで総計31例となった。定位的放射線治療が転移性脳腫瘍に対し5件 放射線科で施行された。

平成23年度には人事異動があった。主任部長は門田 秀二（もんでん しゅうじ 昭和61年卒 脳神経外科専門医、脳卒中専門医）で不変である。

川本 仁志（かわもと ひとし）先生（平成2年卒、脳神経外科専門医、脳血管内治療専門医）が、平成23年9月30日付で退職され、その後中国労災病院に転勤された（当院在勤 平成21年4月－平成23年9月）。

迫口 哲彦（さこぐち てつひこ）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）は、平成24年3月31日付で退職され、県立広島病院に転勤された（当院在勤 平成21年10月－平成24年3月）。

平成24年4月からは、県立広島病院から上田 猛（うえだ たけし）先生が赴任された（平成18年卒）。JATECの認定医で、外傷や血管内治療に興味がある夢多き若者である。門田との年齢差は20年もあり、前主任部長の渡邊 憲治先生と門田の年齢差以上であるにもかかわらず、門田をあまり年長者とっていない節が感ぜられるのはひがみであろうか？

小 児 科

医 師 内 田 晃

2011年4月から小児科の後期研修医として尾道総合病院にて勤務させていただいております。

当院は備三地区の小児の中核病院としての役割を担っており、24時間体制の救急外来と、地域母子周産期センター NICU の双方を抱えています。そのため、超低出生体重児から一般小児、また

成人になってからのフォローが必要な患者さんと幅広い年齢層と、また多様な疾患をお持ちの患者さんを診察させていただいております。

当院で1年間勤務させていただいて、これまで何度も自分一人では到底対応しきれない状況が生まれましたが、その都度主任部長の佐々木先生を始めフットワークの軽い先生方がどこからともなく現れて助けてくださいました。私のような者でもこの一年間やってこれたのはこういったバックアップして下さる先輩方のおかげです。

小児科1年生から、2年生になり、少しはスムーズに診療できるようになった感はありますが、まだまだ勉強不足で専門的な知識もなく、常に的確な診断・治療を行えるようになるには程遠いと感じています。

休日の救急外来などは受診数が多く、どうしても一人ひとりの診察にかけられる時間が限られてしまいます。しかし、調子の悪くて受診した子供たちの状態が少しでも良くなるように、また重症の患者を見逃さないように、頑張っていきたいと思っております。

またこの4月からは小児科の人員が1人増員となりました。小児科医の減少が叫ばれている昨今、当院の小児科の人員が増員となったことは当院がこの地域の中核病院として皆様へ信頼され、さらなる働きを期待されていることだと思っております。

私も皆様の期待に応えられるように、小児科スタッフの一員として日々の診療に励んでいきたいと思っております。今後ともよろしくお願ひ申し上げます。

精神科

主任部長 木 保 正 彦

臨床心理士が一人退職し、新しい人が来られました。退職した吉岡心理士は、医学知識が豊富で、冷静沈着、鋭い指摘が出来る逸材でした。緩和ケアチームのメンバーとしても重要な役割を果たしてくれていました。新しく来てくれた徳田心理士は、これから経験を積んでもらって、精神科外来と緩和ケアチームを盛り立ててもらいたいと思っています。愛嬌と根性がありますので期待しています。

備後地区の精神科過疎化は、また一段と進みました。中国中央病院、因島総合病院、花園クリニックの精神科医師が去って行きました。数少ない精神科医だからこそ、連携と相互支援が重要だと思います。また、他科の先生方との連携もますます重要になってきました。皆様よろしくお願ひします。

産婦人科

主任部長 佐々木 克

まず当科の人事異動について報告します。平成23年3月末に三好剛一先生（平成15年卒→国立循環器病センターへ）、9月末に友野勝幸先生（平成20年卒→市立三次中央病院へ）、12月末に三好博史先生（昭和61年卒→東広島医療センターへ）が退職されました。後任として、4月に呉医療センターから川上洋介先生（平成3年卒）・県立広島病院から頼 英美先生（平成12年卒）、10月には市立三次中央病院から藤本悦子先生（平成20年卒）を迎えました。川上先生にはこれまでの婦人科腫瘍に関する研鑽を生かして、手術・化学療法を中心とした婦人科癌の集学的治療をリードしてもら

い、しばらく滞っていた学会への腫瘍登録再開の道筋もつけることができました。頼先生には県立広島病院の豊富な周産期症例の経験を当院にも生かして頑張ってもらっています。藤本先生は若手医師らしく、自由闊達な発想で活躍してくれています。

平成22年から取り組んでいた外患者のスリム化（長期通院患者の地元医療機関への逆紹介・婦人科癌定期検診希望者の市町検診への勧めなど）はある程度功を奏し、電子カルテ導入による外来診療時間の延長にも混乱なく対応できています。またスリム化の実現は、外来3診制から手術日である火曜日・木曜日の2診制を可能にしました。それまでの手術は全て午後1時開始で、しばしば並列手術を余儀なくされていましたが、朝から開始することで縦列でも午後5時に終了することが多くなりました。手術に関わるスタッフの時間外勤務の短縮や術中の分娩等にも対処し易くなりました。多少の外来収益の減少は、時間外手当の減少と医療安全の向上で代償されると考えます。一方で、病床数減少により「母体搬送の受け入れ不可」が現実のものとなる事態が発生するようになり、近隣の産科施設の理解と協力も呼びかけているところです。クリニカルパスにおける入院期間の設定の短縮や、癌化学療法患者の外来化学療法への移行など、これまでの対策だけでは決定的な打開策になっていないのが現状です。

平成23年にはインドネシアからアンティー先生が研修されました。ただ、来日して妊娠が判明したことはとても喜ばしいことですが、妊娠悪阻のために研修どころではなかったことは残念に思われます。

平成23年も色々なことを経験し考えさせられた1年間でした。援助して下さいました小児科・麻酔科その他多くの先生方ならびにスタッフの方々には深く感謝しています。この場をお借りしてお礼申し上げます。今後も「小さくても創意」の気持ちを忘れず、4人のチームワークを大切に事故のないように頑張ります。

【平成23年の主な産科要約】

- (1) 分娩総数；491例
 - ①単胎分娩数；476例 双胎（品胎）分娩数；15例（3.1%）
 - ②経陰分娩数；341例 帝王切開数；135例（27.5%）
- (2) 母体搬送数；56例
- (3) 頸管縫縮術；11例

【平成23年の主な婦人科手術要約】

- (1) 悪性疾患手術件数；66例
 - ①広汎性～準広汎性子宮全摘 5例
 - ②子宮頸部円錐切除（CIN 2～CIN 3） 30例
 - ③その他（腫瘍摘出・腫瘍縮小など） 31例
- (2) 良性疾患手術件数；95例
 - ①腹式子宮全摘・筋腫核出術 35例
 - ②腔式子宮全摘術 12例
 - ③開腹付属器手術 24例
 - ④腹腔鏡下手術 22例
 - ⑤子宮鏡下手術 2例

耳鼻咽喉科

「タイタニック号の悲劇から100年」

主任部長 森 直 樹

耳鼻咽喉科では、平成24年には医師は、森 直樹（昭和61年卒）、長 陽子（平成17年卒）、久保田和法（平成18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。看護科は人員削減で、沖原看護師と毛頭看護師（聴力検査専任）の2人となり、必要時には中央から臨時派遣となりました。Medical Assistantの竹本さんは変わりありません。言語聴覚士の吉瀬さんも変わりません。受付事務は、総合受付と各科の受付の二重構造のまま変わらず、耳鼻咽喉科、皮膚科、麻酔科・ペインクリニックの3科共同受付もそのまま、受付業務コンピュータの増設もないままです。器具の準備などをしてくれる看護学生は、今年も応援に来てくれています。

平成23年一年間の手術件数は、267件でした。内容は表1に示した通りです。病院移転に伴う手術休止がありましたので、昨年より少なくなっています。

平成23年の嚙下機能評価・リハビリは、147症例、VE だけでは評価困難な症例に対するVFは3件ありました。

イギリスの豪華客船タイタニック号が1912年4月15日に北大西洋で沈没してから、今年で100年になります。乗客乗員のうち約1500人が命を落とした近代史上最も有名な海難事故です。1997年ジェームズ・キャメロン監督の映画「タイタニック」が大ヒットしましたので、ご覧になった人も多いかと思います。工業技術の粋を集めた新鋭船の事故は、機械文明の進歩を謳歌していた社会に衝撃を与えました。沈没の原因は諸説ありますが、一つひとつは小さくても、それが集まると大事故につながるということを如実に示しています。

1. 障害物を早く発見して対処するためには、双眼鏡が必要です。航海士の交代に際して引継ぎが悪く、双眼鏡が行方不明になっていました。
2. 他船から再三の冰山警告の電信があったにもかかわらず、春先の北大西洋では冰山があっても当然と考えられたのでしょうか、対策がとられませんでした。
3. 最初の冰山警告を受信したとき、タイタニックは21ノットで航海していましたが、ニューヨーク到着が予定より遅れることのないように速度を落とさませんでした。
4. サザンプトンでは、救命ボートの使用訓練が行われる予定でしたが、誰も参加せず中止になっていました。一艘の救命ボート毎に担当乗組員が決められ、名札も貼られていましたが、事前にそれを確認した乗務員はいませんでした。
5. タイタニック号の防水隔壁が安全を保たれるのは第4室までの浸水が限度で、第5室を越える浸水が起これば沈没は免れないのですが（事故の際には第6室まで浸水しました）、タイタニック号は沈まないという「不沈伝説」が一人歩きしてしまいました。小さな救命ボートに乗るより、大きなタイタニック号に残って救助船を待つ方が安全と考えた乗客も多かったのです。
6. 当時のイギリスの規則では、全乗客の三分の一近くの人員が乗れる救命ボートを積んでいれば良しとされていました。タイタニック号には20隻（1300人分）あり、2200人の乗員のほぼ59%に相当し、規定を満たしていました。

20世紀初めのヨーロッパでは帝国主義政策が進み、領地、利益の争奪から戦争に向けて一触即発の状態、重く暗い空気が立ち込めていました。第一次世界大戦は1914年7月に始まっています。タイタニック号は、豪華客船であると同時に移民船でもありました。三等船室には明るい未来を求めて新大陸アメリカを目指した人々がヨーロッパ中から集まって乗り込んでいました。すでにアメリカン・ドリームを実現して一等船室に乗っていた人たちよりも多かったのです。普段は三等船室

から二等や一等船室の区域内には立ち入れません。いざ避難となって、三等区域から広い船内の、それまで通ったことのない通路を通過して救命ボートのある甲板に上がるのには、様々な障害がありました。タイタニック号の全長は268mで、新病院の東西方向の最長の長さよりはるかに大きな船です。

病院はタイタニック号のように、出発地と目的地が明確ではありません。タイタニック号2200人余りの乗客は全員ニューヨークに向かっていますが、入院患者は日付、時間にかかわらず、ばらばらに入院し、ばらばらに退院していき、しかも、疾患は多種多様です。この人達を安全に受け入れ、治療後に退院して貰うには、どれだけの努力がいるのでしょうか。物事には初めからミスが潜んでいて、誰かが「やってしまう」のを待っている（サヴィエリ・タータカワー）。

氷点下二度の冷たい海に沈まないよう、今年も引き続きよろしくお願ひいたします。

耳科手術 (13例)

湯浅法	2例
先天性耳瘻管摘出術	5例
チュービング	6例

鼻科手術 (74例)

内視鏡下鼻内手術	54例
Caldwell-Luc 手術	1例
鼻中隔矯正術+粘膜下下鼻甲介骨切除術	14例
鼻腔腫瘍摘出術	3例
鼻骨骨折整復固定術	1例
上顎骨亜全摘術	1例

咽頭手術 (95例)

アデノイド切除術+口蓋扁桃摘出術	53例
口蓋扁桃摘出術 (単独)	29例
アデノイド切除術 (単独)	1例
アデノイド切除術+チュービング	11例
中咽頭癌手術	1例

喉頭手術 (31例)

ラリングマイクロサージャリー	31例
----------------	-----

頭頸部腫瘍 (54例)

耳下腺腫瘍摘出術	13例
耳下腺癌手術	3例
顎下腺腫瘍摘出術	3例
唾石摘出術	4例
正中頸嚢胞摘出術	4例
正中頸嚢胞摘出術後瘻孔閉鎖手術	1例
側頸嚢胞摘出術	1例
舌腫瘍摘出術	2例
舌部分切除術	1例
口蓋癌手術	1例
頸部リンパ節試験切除	9例
頸部膿瘍手術	2例
気管切開術	5例
気管孔閉鎖術	1例
根治的頸部郭清術	2例
顔面皮膚癌切除術	1例
舌小帯短縮症手術	1例

眼 科

部 長 小 林 賢

H23年4月より越智文子医師が県立広島病院へと異動となり、新しく國原依里子医師を迎えての診療体制となりました。県立広島病院にて長谷部先生のご指導のもとに診療をされてきた先生であり、日常の診療も非常に頼もしく思っております。

5月より新病院での診療が始まり、移転と同時に電子カルテも導入するという強行でしたが、無事にスタートさせる事ができました。細かな修正がまだまだ必要な部分が多く、頭を悩ませますが、瀬戸内海を一望できるロケーションであり、ふと外を見渡すと心が癒されます。

外来に関しては、外来予約システムを積極的に取り入れることを始めました。H22年秋から予約システムを取り入れてきましたが、今年度からはさらに推進し、外来での待ち時間短縮に努めています。現在では1日の患者の8から9割程が予約患者となってきており、その効果も得られてきております。

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、H23年度は白内障手術520件・硝子体手術114件・その他の手術55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。また、白内障手術の待機期間が長くなっておりましたので、今年度から月曜日の午前中にも手術を行い、改善に努めております。

本年は、新体制のスタートと新病院への移転が重なり、近隣の先生方には多大なご迷惑をおかけ致しました。新病院の運用も無事に軌道に乗っていますので、今後ともよろしくお願い致します。

皮 膚 科

主任部長 森 本 謙 一

この原稿を執筆しているのは、2012年の6月です。

1年前の5月に当院は新築移転しましたが、移転準備から今日に至るまで、まーそれはそれは大変でしたね。皆様お疲れ様でした！限られた時間と人手のなかで、よく無事に移転できたと思います。皆さんひとりひとりのがんばりの賜物だと思います。

移転後はいろいろなゴタゴタギクシャクがありましたが、1年経過して落ち着いてきました。この間、それぞれの部署でいろいろな苦労や工夫があったと思います。地域の住民の方々に、医療を通じて最大限貢献できるように、皮膚科もいろいろな工夫をしてきました。それをここで紹介しようと思いましたが、スペース的にちょっと無理でした。別の原稿として書いて今号に投稿しましたので、ご一読いただければと存じます。(採用掲載されていることを祈ります！)

これからも地域のため、ともに働く仲間のためにがんばりますので、よろしくお願いします！

何のため？ 誰のため？ ～ファンクショナルアプローチで地域を守る～

【はじめに】

尾道市は人口約15万人の町で、65歳以上の人口が30%を占める高齢化が進んでいる地域です。団塊の世代が65歳以上になる数年後には、高齢者の割合はもっと増えると予測されます。

当院皮膚科がカバーする医療圏は、尾道市以外に三原市、福山市松永、世羅町、愛媛県今治市の島嶼部が含まれ、カバーする人口は約30万人です。このエリアの病院皮膚科は、当院皮膚科（常勤医3名）以外に、皮膚科一人医長の病院が3つ、週1、2日の皮膚科非常勤の病院が3つあります。皮膚科専門のクリニックは尾道市に5件、三原市に3件、福山市松永に2件あります。人口規模からすると、まずまず恵まれているのではないかと思います。

高齢者は基礎疾患が多く、一人で高血圧、糖尿病、動脈硬化、心房細動、脳梗塞後遺症、前立腺肥大、白内障、腰痛症…と多数の疾患を抱えている人が多く見られます。それぞれ急性期は病院で治療を受け、落ち着いたら地元のクリニックに通院するわけですが、高血圧、糖尿病、心房細動は内科クリニックへ、前立腺肥大は泌尿器科へ、白内障は眼科へ、腰痛は整形外科へ…となると、通院だけで多くの時間と労力が必要です。全部揃っている総合病院ですべて済ませたくなくなります。

（気持ちはよく分かります）

また生活保護の人は、あちこちの医療機関で「医療要否意見書」を書いてもらうのが面倒なので、そのような人の一部は「常連」と称して総合病院内でたむろしています。

【新築移転前】

当院は2011年5月に、それまで病院があった海岸近くの場所から小高い丘の上に新築移転しました。

移転前の当院は、受診について特にルールはなく、フリーアクセス状態でした。紹介状なし初診の特定療養費3,150円が設定されていましたが、生活保護や乳幼児医療の人には影響なく、受診に際してのハードルはそれほど高くありませんでした。

病院皮膚科でも湿疹、水虫などいわゆる common disease を多く診ていて、同時に悪性腫瘍の外来化学療法や、膠原病患者のフォロー、乾癬に対する生物学的製剤による治療も行っていました。外来はいつも騒然としていて、患者さんの待ち時間も長い状態でした。（皆さんごめんなさい）

そのような中で、新病院の設計、引越し準備が始まりました。

【これではマズイ！】

新病院への移転に際して、当時の院長より「入院治療、手術に特化したい」「癌治療を推し進めることが当院の生命線」とのお話があり、地域の急性期医療を引き続き担うことになりました。設計上も病棟、手術室は手厚く、外来は縮小傾向となりました。

この地区で複数の皮膚科医が勤務しているのは当院だけです。手術や入院が必要な患者さんや、重症皮膚疾患の患者さんが多く紹介受診されます。かねてから、もっと入院治療や手術に注力したいと考えていました。地域における総合病院皮膚科の役割を考えると、入院、手術、皮膚癌、重症難治性皮膚疾患に重きを置いて、外来の負担を削減する必要があると考えていました。

しかし新病院への移行にあたり、病院全体としてのポリシーが不明確でした。「入院・手術・癌治療へ」との院長の言葉もありましたが、具体的な行動目標は何もなく、予約制の議論も遅々として進みませんでした。（ちょっと書きすぎですかね）

できれば原則予約制とし、初診は紹介患者のみで飛び込み受診を抑制したいと考えていましたが、病院全体がどうしたいのかわからない。しばらく議論の行方を見守っていましたが、移転直前に予約制に移行してもうまくいくはずはありません。このままではマズイ！と思い、移転9ヶ月前から予約制への移行を準備し、移転6ヶ月前に勝手に予約制に移行しました。

【バリューエンジニアリング (VE) / ファンクショナルアプローチ (FA)】

バリューエンジニアリング (VE) とは、産業分野で生産性を最大化させるために編み出された

技法です。提供したい価値、あるいは目的とする機能（ファンクション）を妥当なコストで実現しようとする方法論です。

ファンクショナルアプローチ（FA）とは、目指す価値を実現するために必要な事柄を、物事の機能（ファンクション）の側面から分析、体系化する技法で、VEの根幹です。

たとえば、コップの機能（ファンクション）は、液体をその場に保持することです。冷蔵庫の真のファンクションは何でしょうか？食料を冷やすことでしょうか？違います。食料を腐らせないことです。（冷やすことは腐らせないための方法に過ぎません）

最終的に目指すファンクションは何か？私たちの真の価値・コアバリューは？医学の言葉で言えば、真のアウトカムは何か？これを明確にし、実現するための仕組みを作ること、これがファンクショナルアプローチを用いたバリューエンジニアリングです。

【尾道総合病院のファンクション】

では、私たちの病院の機能（ファンクション）とは何でしょうか？

当院では毎月、医師会議が行われます。この会議では冒頭に院長からのメッセージが発せられ、続いて事務方より行事予定、売り上げの報告があります。私が赴任して6年以上が経過しますが、院長からの話はほぼ毎月、経営上の数字（お金）の話です。事務方の話も大半がお金の話です。私たちの病院のファンクションは黒字を出すことなのです！…いえ違います。黒字を出すことは真のファンクションではなくて手段です。何のための手段か？それは病院が存続するための手段です。では何のために、誰のために病院は存続するのでしょうか？従業員の給料や退職金を払うためでしょうか？違います。病院が存続する一番の理由は、地域に必要な高度医療、救急医療を提供し続けるためです。

私たちの病院の真のファンクション（“使命”と読み替えてもよいでしょう）は、地域に必要な医療を安定して提供し続けることです。ではもう一步踏み込んで、病院が安定して医療を提供するのは誰のため、何のためなのでしょう？それはおそらく、地域住民のため、地域全体を守るためです。もう少し具体的に述べると、地域住民が安心して生活、活動できる社会をつくるためであり、住民一人ひとりが各々の人生を全うすることを健康面から手伝うためなのではないか、と私は考えます。ちょっと大きめに言うならば、医療という社会基盤（インフラストラクチャー）を整備することで、地域作りに貢献することが私たちの真のファンクションです。

しかし私たちの病院だけで尾道市やその周辺の地域を守ることは到底できません。規模も人材も足りませんし、もしそれらが充足できたとしても、すべての患者さんが当院まで来れるわけではありません。在宅や施設での療養が必要な患者さんも多く、その場での看取りも必要です。学校検診などの疾病予防活動も大事です。地域全体を効率よく守るには、地域の病院・クリニックが手を取り合って、できれば行政や住民を巻き込んで、ネットワークを作って、“面”で地域を守ることが不可欠です。それ以外によい方法を思いつきません。

【病院皮膚科のバリューエンジニアリング】

このネットワークの中で、病院が果たすべき役割を考えると、3つの使命が見えてきます。

まずは重症患者の診療です。入院治療、手術、化学療法、特殊検査、特殊治療など、クリニックでは対応困難な場合は病院で診療することになります。次に救急医療です。外傷や熱傷、マムシ咬傷やアナフィラキシーなど、土日夜間を問わず緊急対応が必要な患者さんへの対応も病院の役割です。3つめはクリニックの後方支援です。クリニックで治療中だが経過が思わしくない症例や、予想外の合併症で対応困難となった症例を引き受けます。

つまり、重症難治性疾患への対応、救急医療、地域のクリニックのバックアップが、病院皮膚科のファンクションだと考えます。

これらに対応するためには、一人一人の患者さんにそれなりの時間と労力を注ぐことが必要です。移転前は3診制で診察していましたが、入院患者にしっかり対応するために2診制とし、一人は病棟処置と院内紹介に専従としました。

外来診察医を2人に減らしましたが、重症難治性皮膚疾患や外来化学療法など手間と神経を使う患者さんの数は減らないので大変です。そこで、湿疹や水虫などの common disease, つまり病院とクリニックで診療内容に大差ない疾患については、できるだけ地域のクリニックを受診していただくように、繰り返し説明し、紹介状を書きまくりました。最初はなかなか理解していただけず、「わしはここがええから来とるんじゃ!金も払とるんじゃ!病院を選ぶのは患者の権利じゃ!!!」とお叱りやクレームを受けることも多くて大変でしたが、根気よく説明しました。「軽いときは地元の先生が主治医で、ひどくなったときは私たちが主治医です。そのときはちゃんと診ますから安心してください。」とか、「10年後あなたが不幸にして皮膚癌に罹って受診したとき、『今日は湿疹水虫の患者さんが100人来てるから明日にして』と言われてたらどう思いますか?」とか、いろいろ苦労しながら説明し、せっせと紹介状を書いて地元クリニックに逆紹介しました。(これはホントに大変な仕事でした。この説明は医者がしなくちゃいけないんですかね?)

また外来患者一人にかかる時間を確保するために、初診も再診も予約制としました。初診は原則として紹介患者のみとし、十分な診療ができるように紹介患者が同一日に集中しないようにしました。そのために紹介状と当院地域連携室でやりとりして初診予約日を調整してもらっていますが、これがクリニックの先生に不評で、「予約の取得が面倒!いままでは紹介状を渡して『行ってきなさい』で済んだのに!」とお叱りを受けました。しかし午前中の限られた時間、再診予約の合間に紹介患者が5、6人も来ると外来がパンクし、午後の手術に支障を生じてしまいます。クリニックの先生には頭を下げて謝りつつ、繰り返し説明してご了解いただいています。(と私は一方的に思っています)

上記の努力の甲斐あって、外来患者数は4割近く減少し、外来売り上げも減少しました(マズイ?!)。しかし紹介患者数が増えて、副次的に入院数や手術数が増加しました。仕事は大変になりましたが、その分売り上げも増加し、外来の減収分を補ってプラスになりました。(目論見どおり、とニヤリとしました)

「地域全体を守る」という真のファンクションを達成するためには、地域のすべての病院とクリニックでネットワークを作ることも必要です。今までの病診連携では、「クリニック → なじみの病院」という1対1の一方通行でした。これを「複数のクリニック ↔ 複数の病院」の双方向に拡張したいと考え、積極的に逆紹介しています。将来的には病院間やクリニック間でも情報や患者さんを双方にやりとりし、患者さんの居住地や勤務先に一番近いところで必要な医療を提供できるようになれば良いなと思っています。

そのためには各医療機関の信頼関係が大変重要で、顔を会わせてコミュニケーションを取るのが効果的です。幸い当地区にはかなり以前より皮膚科医会があり、2ヶ月に1回集まって勉強しています。1年ほど前からは専用のグループウェアを使って、疥癬の発生情報や臨床の話題などをタイムリーに共有できるような工夫も始めました。このようなネットワーク作りやその活性化も病院皮膚科のファンクションの一つかもしれません。

【おわりに】

病院で一人医長でがんばっている先生、地域でクリニックを開業している先生、大学から派遣さ

れているバイトの先生，いろいろな立場の先生がいると思います。医者の中には，「自分が一番」で，他医院で提供されている医療に疑問を呈するヒト（皮膚科医じゃないですよ，きっと）もいますが，私はそうは思いません。皆それぞれが自分のベストを尽くしていると思っています。今後は皆が信頼関係の上にネットワークを組み，一緒に勉強しながら診療レベルを向上させ，地域全体を守り続けていければ良いなと思います。病院皮膚科はその一員として，果たすべき使命（真のファンクション）を追求していきたいと思っています。

参考資料

1. 尾道市，三原市，福山市，世羅町の人口統計
2. ワンランク上の問題解決の技術 [実践編] 視点を変える「ファンクショナル・アプローチ」のすすめ. 横田尚哉. ディスカバー・トゥエンティワン. 2007

泌尿器科

主任部長 森 山 浩 之

平成23年度には大学の医局の指示にてとうとう2人体制になってしまいました。予想されていたことではありますが，実際に2人になってしまいますと1人あたりにかかる負担が大きく今でも戸惑うことがしばしばあります。去った2人の先生の代わりに来ていただいたのは，以前にも当科に勤務したことがある吉野千城先生（名前は千城ではなく千城で，たてきと読むのが正しいのですが…）で，彼はすでに自身の確固たる考えを持つ経験豊富な医師であり，その面では非常に救われています。

平成23年5月からは，新築なった病院の真新しい外来にて診療を行っています。出来上がった外来は設計図とは異なる部分もありますが，旧病院の外来とは違い非常にゆったりとした外来になっています。これまでと同様に外来に膀胱鏡台，レントゲン台，ESWLを設置してあり，通常の泌尿器科診療は外来にてほぼ完結できるようになっています。ただ，同時に導入された電子カルテの操作に不慣れなことで，診察終了までに医師自身が行わなければならない操作が増えたために，1人の患者さんの診察に要する時間が非常に長くなっています。今後は，この点を改善していきたいと考えています。

手術室において麻酔下に行いました手術・処置件数は317件で，最近では年ごとに着実に増加していた当科の手術件数は，平成23年には減少していました。4月から2人体制になったことが影響していると考えられます。当科における代表的な手術を以下に示します。

2011年 手術室において行った手術・検査件数 317件

代表的な手術内容

腹腔鏡下手術	26件
腎摘除術……………	12件
腎尿管全摘術……………	11件
腹腔鏡補助腎部分切除術……………	2件
腹腔鏡下精索静脈瘤根治術……………	1件
開腹腎摘除術	2件
開腹腎尿管全摘術	2件
開腹腎部分切除術	1件

前立腺癌診断数	73件 (生検数136例で検出率53.7%)
前立腺全摘除術	19件
経尿道的膀胱腫瘍切除術	71件
膀胱全摘術	2件
経尿道的尿管結石摘出術 (TUL)	10件
経尿道的前立腺切除術	6件
女性尿失禁・骨盤臓器脱手術	3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) 88件, などでした。

現在の医局の方針では、当科が元の3人体制に戻ることは非常に難しいと推察されます。院内外の皆様には引き続きまして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いたします。

麻 酔 科

副院長・麻酔科主任部長 瀬 浪 正 樹

平成24年4月より麻酔科では2名の移動があり、さらに院長として前の広島大学麻酔蘇生学講座教授の弓削孟文先生 (院長: 昭和48年卒) をお迎えした。実働部隊は4名体制 (副院長・主任部長: 瀬浪正樹 昭和51年卒, 部長: 森田善仁 平成9年卒, 部長: 檜高育宏 平成11年卒, 医員: 早瀬一馬 平成18年卒) で以前と変わりなく、多忙な生活を送っている。

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,

表1 平成23年外来集計

月	新患	再来	合計
1	7	430	437
2	15	388	403
3	9	435	444
4	9	445	454
5	12	336	348
6	11	472	483
7	12	438	450
8	11	451	462
9	14	391	405
10	13	422	435
11	10	457	467
12	5	366	371
計	128	5,031	5,159

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午前中だけ診察を行っているが、それぞれ医師一名が担当し、ブロックや投薬治療を主体に疼痛管理を行っている。受診患者が多い日は午後にまで治療が及ぶため手術麻酔に支障をきたさないよう応援医師を依頼している。月曜日の診察には弓削院長にも入っていただく予定であるが、院長業務の引き継ぎや把握に時間を要しており、いまだかかっていない。ペインクリニックの受診患者は平成23年では新患, 再来患者とも前年より減少している (表1)。また手術麻酔では平成23年の麻酔科管理症例は2224例であり前年の2395例より減少していた (表2)。これらの減少は平成23年5月1日に病院移転を行うに当たりその前後およそ2週間の手術症例を縮小したことやペインクリニックにおいては慢性異痛における新薬の発売により投薬での管理が容易になってきたことでブロックなどの特殊治療を必要としなくなってきたことが考えられる。

当院の抱える問題として毎年のごとく取り上げられ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、応援医師を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並列で手術をすることができず、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、午前中の並列での手術数は3件を越すことが出来ない。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。

麻酔科の待機では2名を配置し、時間外に延長した手術麻酔の引き継ぎや時間外急患への対応を行っている。時間内に終わる手術は少なく、大抵の場合、待機の2名は拘束されるが更に3名目や4名目が居残り麻酔をすることもある。休日急患麻酔でも4～5例と集中した場合1名では対応しきれぬため第二待機者も呼び出しがかかる。4名の常勤医のみでカバーをしているため一人当たりの分担当が多くなり、また、講習会や学会参加、リフレッシュ休暇などで不在となった場合は、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中央手術部での手術室が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23年麻酔症例の集計 麻酔科管理症例 2,224例

ASA PS			
1	359	1 E	26
2	1,396	2 E	266
3	121	3 E	52
4	0	4 E	4
5	0	5 E	0
6	0	6 E	0
合計	1,876		348
総計			2,224

年齢構成	男性	女性	合計
～1カ月	0	1	1
～12カ月	7	2	9
～5歳	80	35	115
～18歳	91	71	162
～65歳	420	617	1,037
～85歳	385	408	793
86歳～	28	79	107
合計	1,011	1,213	2,224

手術部位	
脳神経・脳血管	16
開胸・縦隔	73
心臓・大血管	66
開胸+開腹	10
開腹（上腹部）	329
開腹（下腹部）	380
帝王切開	147
頭頸部・咽喉部	339
胸壁・腹壁・会陰	272
脊椎	136
股関節・四肢（含む末梢血管）	444
検査	1
その他	11
合計	2,224

麻酔法	
全身麻酔(吸入)	285
全身麻酔(TIVA)	637
全身麻酔(吸入)+硬・脊・伝麻	83
全身麻酔(TIVA)+硬・脊・伝麻	722
CSEA	293
硬膜外麻酔	1
脊髄くも膜下麻酔	198
伝達麻酔	1
その他	4
合計	2,224

性別	
男性	1,011
女性	1,213
合計	2,224

体位	
仰臥位	1,935
腹臥位	63
側臥位	83
碎石位	127
坐位	12
その他	4
合計	2,224

放射線科

主任部長 森 浩 希

早いもので新病院での診療が始まって1年が経過しました。放射線科関連の業務は電子カルテやPACS（画像保存通信システム）等の導入に伴って格段に効率がよくなり、快適な運用ができています。旧病院では紙カルテやフィルム、依頼伝票の受け渡しに少なからずの労力を注いでいましたが、その作業から解放され、本来の撮影業務や読影業務に専心できる状態となりました。カルテが届かなくていらしたり、フィルムが行方不明になってあたふたしたりということがなくなったのは、最大の恩恵と考えています。

また新築移転に際して撮影機器の多くが新しくなったおかげで、効率よく必要な画像を提供できるようになりました。とくにCTはマルチスライスの撮影機器が2台となり、予約検査をこなしつつ、同時に急患にも対応できるようになりました。急患を含めて、まず最初にCT撮影が必要という症例は確実に増加しており、それを滞りなく施行するような体制づくりに努めています。MRIは3テスラと1.5テスラの2台で、それぞれの特徴をいかしつつ撮影をおこなっています。MRIでも急患症例や予約外症例が増えており、それに対応した予約体制に移行しています。いずれの検査とも急患に対応しつつ予定検査も増やしていくという柔軟性が必要で、高性能で高価な機器にみあった運営を求められているものと考えています。

新病院移転後の1年間（平成23年5月～平成24年4月）で施行した件数は、CTは約12000件、MRIは約5700件でした。

最後になりましたが、当科の医師を紹介いたします。放射線診断は木曾哲司（昭和48年卒）、森（平成3年卒）、目崎一成（平成5年卒）、西原圭祐（平成15年卒）、放射線治療は高澤信好（平成5年卒）、以上五名で昨年と変わりありません。伊藤勝陽（昭和47年卒）は病院長を辞し、参与という役職で病院を支える立場となりました。引き続きよろしくお願いたします。

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・救急車対応と予約・紹介状のない患者さんや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。担当医師は渡辺憲治 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。

表一 総合診療科 外来体制

	(月)	(火)	(水)	(木)	(金)
[AM]	渡 辺	石 川	渡 辺	平 野	渡 辺
補	【木曾】	【上田】	【木曾】	【石川】	【石川】
[PM]	渡 辺	石 川	渡 辺	石 川	渡 辺
補	【木曾】	【上田】	【木曾】	【平野】	【石川】

【総合診療科の診療体制】

平成23年度は新病院開院から総合診療科は新しい体制となりました。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（表-1）のように外来を補う Dr を配することとしました。

【総合診療科受付カウンター】

新病院移転後、予約のない患者さん等の受付を玄関正面の案内所で行っていましたが、病院の入り口で長い列ができる状態があり、当日受診できない説明に門前払いのような印象を持たれた患者さんからの苦情が多いため早急に改善策を打ち出す必要が生じました。電カルによる予約制とは言いながら、来院された患者さんを追い返す形は避けたいことでしたし、医師に全く会わずに離院することの理不尽さを解消しようと考え、平成24年1月より予約・紹介状のない患者さん・受診科が不明の患者さんの受付を総合診療科受付カウンターに移設し、トリアージナースがその場で総合診療科医師に相談できるように致しました。これにより、病院玄関でのトラブルも解消され、患者さんからの苦情は激減しました。

【救急診療・各科バックアップ体制】

旧病院から引き続きのことですが、救急対応の際には各科のバックアップ支援が不可欠と考え、全科の主任部長・部長と相談をして下記（表-2）の態勢を形成しています。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は好意的にご協力をいただき感謝しています。このシステム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ものであろうと自負しています。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)
総合診療科	AM	渡辺・(木曾)	石川・(上田)	渡辺・(木曾)	平野・(石川)	渡辺・(石川)
	PM	渡辺・(木曾)	石川・(上田)	渡辺・(木曾)	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	AM	Nrs PHS 7551	Nrs PHS 7551	Nrs PHS 7551	Nrs PHS 7551	Nrs PHS 7551
	PM	上田	尾木	森島	渡邊	渡邊
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
整形外科	AM	大島	世良	大島	世良	1/3 世良 2/4/5 大島
	PM	大島	世良	大島	世良	1/3 世良 2/4/5 大島

脳神経外科	AM	迫口	門田	門田	迫口	迫口
	PM	外来へ TEL 2130	外来へ TEL 2130	外来へ TEL 2130	外来へ TEL 2130	外来へ TEL 2130
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	森山	吉野	吉野	森山	吉野
	PM	森山	吉野(手術)	吉野	森山(手術)	吉野
産婦人科	AM	佐々木	頼	頼	藤本	川上
	PM	佐々木	頼	頼	藤本	川上
耳鼻咽喉科	AM	長	長	森	久保田	久保田
	PM	長	長	長	久保田	久保田
放射線科	AM	西原	森	目崎	西原	目崎
	PM	西原	森	目崎	西原	目崎
麻酔科	AM	石橋	瀬浪	檜高	松永	瀬浪
	PM	松永	石橋	松永	瀬浪	檜高
眼科	AM	小林	小林	小林	小林	小林
	PM	小林	小林	小林	小林	小林
歯科口腔外科	AM	原	原	原	原	原
	PM	原	原	原	原	原
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

病理研究検査科

主任部長 米 原 修 治
 科 長 佐々木 健 司
 科 員 杉 山 佳 代

病理研究検査科は医師1名、臨床検査技師5名（国際細胞検査士4名）、事務員1名の計7名で業務を行っています。

本年度、当科では新たに液状化検体細胞診（Liquid-based cytology：LBC）と HER2 遺伝子検査 Dual Color in situ Hybridization 法（DISH 法）を導入することになりました。

平成24年度診療報酬改定に伴い、液状化検体細胞診加算として、所定点数に85点が加算されることになりました。LBC とは採取した細胞を専用の保存液に回収し、細胞浮遊液として保存後、細胞診標本を作製する方法です。欧米では広く普及していますが、わが国においては発展途上の段階です。当科でも体腔液や穿刺吸引細胞診を行った針を洗浄した針洗浄液において、必要であれば LBC を行っています。LBC の利点としては、再検査が可能である、特殊染色や免疫染色が行える点にあります。これにより細胞診断の精度向上につながると考えます。

乳癌、胃癌における HER2 遺伝子検査において、従来法である FISH 法に代わる DISH 法が開発

されました。FISH 法は蛍光色素を用いるため、蛍光顕微鏡による観察が必要であり、長期保存が不可能でした。それに対し DISH 法は光学顕微鏡での観察が可能であり、腫瘍細胞の形態と陽性シグナルの観察が同時に行うことができます。現在 FISH 検査は外注検査で対応しておりましたが、DISH 検査を当科で行うことで、試料の保存の安全化、検査結果の精度管理が可能となり、より確実な検査結果を提供できると考えます。

新たな技術を取り入れつつ、患者様、臨床の先生方に信頼される検査データを提供できるよう日々努力してまいりますので、今後ともご指導よろしく願いいたします。

歯科口腔外科

医 師 木 村 直 大

歯科口腔科は、原主任部長と私の歯科医師2名と、米田歯科技工士、廣中看護師、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、義歯などの補綴といった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、のう胞、良性・悪性腫瘍等の口腔外科治療を中心に行っております。また、処置に対し極度の恐怖症のある患者や歯科治療に協力の得られない患者さんなどに対しては、静脈ルートを確保し、モニター監視下で静脈内鎮静下にて歯科治療も行ってまいります。さらには全身麻酔下における様々な手術も行っており、他科の先生方にもご協力いただきながら周術期の患者さんの全身管理を行っております。

また、当科では尾道を中心とした尾三地区、福山の歯科医院、病院の先生方より多くの紹介を頂いており、地域に密着した歯科診療を行っていくよう心がけております。

数年前より、院内 NST 委員会のサブグループとして口腔ケアチームを発足させ、活動しております。療養型施設での口腔ケアの意義は周知の通りですが、最近では、急性期病院在院時からの早期の口腔ケアが重要であることが唱えられてきています。特に、化学療法や放射線療法などの癌患者や、ICU などの気管挿管人工呼吸器管理中の患者は誤嚥性肺炎などのリスクもあり、これら患者の口腔ケアも病院歯科の役割と考えます。院内各職種の方々、また地域歯科との連携により、より良いシステムを作り進めていければと思っておりますので、今後どうぞ宜しくお願い致します。

薬 剤 部

科 長 安 原 昌 子

病院薬剤師?ではなく、“臨床薬剤師”です。

新病院への移転から早1年が経過し、薬剤部の新システムでの業務も板についたものとなっております。

薬剤部では、今年度、初の6年制薬学部を卒業した薬剤師2名を迎え、薬剤師19名、技術助手2名の計21名でスタートしました。

今年度改訂された診療報酬により、薬剤師の病棟における活動がさらに評価されており、薬剤部でも病棟活動に力を入れ、医師・看護師の業務の低減への寄与、臨床の現場での最善の薬物治療の

提案が可能とな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。

薬剤部では、入院患者への服薬管理指導業務はもちろんのこと、レジメン管理、抗がん剤無菌調製、抗 MRSA 薬の TDM 解析など、有効で安全な治療に貢献しています。DPC にともなう後発医薬品の選択・変更、同種・同効薬の絞り込みや抗菌薬届出制導入により、医薬品購入額減少に効果を上げています。NST、緩和ケアチーム、褥創委員会、ICT などの各種ラウンド、糖尿病教室への参加など、様々な活動にも積極的に関与しています。さらに、退院後においても、安心して治療ができるように、地域の調剤薬局との連携を図り、副作用情報や薬歴管理の充実に取り組んでいます。

また、地域の中核病院の薬剤部として、指導的な役割を果たすべく、各種学会・研修会へ参加し、現在、がん薬物療法認定薬剤師、感染制御専門薬剤師、日本 D-MAT 隊員登録、糖尿病療養指導士、漢方薬・生薬認定薬剤師、認定実務実習指導薬剤師、研修認定薬剤師（日本薬剤師研修センター認定）、生涯研修履修薬剤師などを取得しています。薬学部の実習生も受け入れており（3名ずつ11週間を3回）、未来の薬剤師の育成にも貢献しています。

薬剤部は、薬に関してジェネラリストであることをベースに、高い専門性を持つ臨床薬剤師として日々研鑽を積み、皆様と協力して信頼される医療の実現に努力していきたいと思っています。

健康管理センター

科長補佐 福 本 久 省

健康管理センターでは、疾病の予防、早期発見、症状の安定を目指して検診活動に取り組んでいます。

院内各科の医師、臨床検査科、放射線科、看護科、MA 他たくさんの方々に協力していただき業務を遂行しています。

健康管理センターの目指すもの

- 1) 総合病院の特性を活かしたセンター
 - 精度の高い検診
 - 精密検査や治療に直結できる検診
 - 各種オプションコースの設定、メニューの充実した検診
- 2) サービス、アメニティの向上に努め受診者の皆様に喜ばれ、選ばれるセンター
 - 医師の結果説明、保健師の事後指導の充実
 - スタッフのていねいできめ細かい対応とセンター内のアメニティ向上
 - 患者さんとドック受診者の動線が重なるが、基本方針としてドック優先の理解と協力を求める
- 3) 病院の経営に貢献する
 - 受診者数の増加を計る。受け入れについて院内各部署の協力を要請する
 - 健康管理センター運営会議を定期的開催し理解を求める

2011年度の実績は病院施設内検診では、外来人間ドック（職域健診・原爆健診を含む）1,890人、入院人間ドック391人、協会けんぽ健診1,558人、特殊検診（尾道市がん検診・石綿検診）930人、外来脳ドック266人、入院脳ドック146人、特定健診334人他合計7,268人の検診を実施しました。全

体の受診者数は、昨年度の5,911人から7,268人へ1,354人増加しました。特に脳ドックは利用される方の要望も多く92人から412人へ4倍増加しています。

巡回健診では、JA 尾道市、JA 福山市、JA 三原、JA 広島ゆたか、JA 庄原、JA 芸南ほか関連企業130か所で実施しました。巡回人間ドック（職域健診を含む）受診者7,128人、胃がん検診774人、骨粗鬆症健診1,025人など昨年度とほぼ同じ人数で実施しました。

その他、特定保健指導35人、巡回健診事後指導427人、健康教育、農業祭参加など実施しています。

2011年度、健康管理センターで新たに取り組んだ内容は、①協会けんぽ健診に腹部エコーをオプションとして同時実施、②1日人間ドックの保健指導、③健診パンフレットの作成、④脳ドックのオプション化、⑤市民がんフォーラムでの特定健診・市がん検診の実施です。

2012年度は、臍コース、肺コース、脳コースを新たに設け、専門的な内容の検診にも取り組み始めました。

これからも地域住民の方に安心して健診を受診して頂けるよう、健康管理センターのスタッフ全員で努力していこうと考えています。

看護部

さしのべる「手」・見守る「ひとみ」・看護の「こころ」

看護部長 樋本 瑞江

平成23年度は、病院の新築移転と同時に情報統合システム導入となり、看護科にとって絶好のチャンスであり大きな変革の年でした。

看護科の体制も看護科の運用をスムーズにするために看護部長・副部長のほかに、病棟統括科長・救急センター手術室統括科長・外来統括科長を配置しました。各部署の主任も教育退院支援担当と業務情報管理担当に役割を明確にしました。

病棟統括科長は、全体の病床管理を担当とし、試行錯誤しながら一日中ベッドマップをにらみPHSやメールで病床コントロールをしています。医師や各部署の看護師ひとりひとりの協力により、病床目標の達成に近づいています。

看護業務内容についても、他職種との協働により大きく変わりました。

各外来は、医師事務補助者の配置があり看護業務の見直しを行いました。

新設された入退院センターでは、入退院に必要な各種手続き等の窓口一元化を図ることができ、外来・病棟看護師の業務が削減されました。今後は、患者さんのかかえる問題や不安を把握し、その解決に向け専門多職種によるチーム医療を推進し患者サービスの向上を目指していきたいと考えています。

化学療法センターでは、通院治療の患者だけでなく入院患者の治療もセンターで実施することになり、より安心・安全な化学療法がチームで提供できるようになりました。今後は、化学療法センターと病棟の連携を密にして、患者の生活の質の向上に努めたいと考えています。

救急センターの機能・設備の充実がはかられ、重症患者の看護や救急入院患者の管理がスムーズにできるようになりました。

病棟には看護補助者を2名体制で配置しました。以前は、メッセージャー業務を中心にしていたのですが、シーツ交換・食事の介助・清潔の援助など日常生活援助を単独もしくは看護師と一緒に実施するようになりました。

以上のように、他部門の協力もあり看護業務の大幅な見直し・改善に取り組むことができました。「看護部が変われば病院が変わる」と言われていますが、どうでしょうか？ 元気で優しい看護科でありたいと思い奮闘しています。ますますパワーアップしていきますのでよろしくお願い致します。

看護科

情報を共有し安心できる看護の提供を目指して

5B 病棟 田 中 千 枝 子

新病院に移転し、あっという間に1年が経過しました。電子カルテの導入、入退院センターや回復室の立ち上げによって、システム化、業務改善ができました。始めは慣れないせいか、私自身も不安でいつもスタッフに確認、相談の毎日でした。

さて、5B 病棟ですが、内科と皮膚科の混合病棟で、看護師31名、看護補助者3名で、汗を拭き拭き頑張っております。内科では内視鏡関連の手術・検査が年間7,200件あり、患者さんは他院からの紹介や備三地域以外からも来られています。皮膚科では、週に2回（月・金）に手術があり、最近では日帰り手術や1泊～2泊手術も多くなっています。

今年度の5B 病棟の目標として、平成24年度の看護目標のキーワードでもある「院内連携の強化」を念頭に、病棟の特徴をふまえ、目標の1つに「患者に統一された看護の提供」を挙げました。まずは、院内で多職種が関わる回診やさまざまなラウンドに必ず看護師も参加していくことを目標としました。看護師が参加することで、より一層、情報交換・情報共有でき、患者に即した看護の提供ができると考えます。まだ2ヶ月ですが、主任を始め、スタッフの呼びかけによって、少しずつ定着しつつあります。

現在、在院日数の短縮化によって、非常に入退院が激しく煩雑な毎日です。少しでも患者に寄り添い、多職種との情報を共有し、患者・家族に安心して療養生活が送られるよう、また安心して退院できるよう、スタッフ一同頑張っております。「内科で入院するなら5B 病棟」とリクエストがもらえるような病棟を目指していきます。

外来は一つ ー患者さんの満足度向上を目指してー

外来科長 金 原 亜 子

新病院に移転し、一年が経過した。外来においては、電子カルテと医師の診察机以外は何もない状態から旧病院の必要な物品をスタッフ全員でかき集め、形をなんとか整え、オープンに臨んだ。電子カルテの研修は受けていても、実際に使い始めて様々な問題点がでてきた。あっという間の一年だったが、やっと、業務がスムーズに流れ始めてきたのかなと感じている。外来のスタッフ配置も変わり、看護師、メディカルアシスタント（MA）、事務職が協力しながらお互いの業務を整理し効率よく分担することが段々出来つつある。日々、小さなトラブルもあるが、スタッフ一人一人があわただしい業務の中で本当によく頑張ったと思う。急な休みがでて、協力をし合いながらやってきた。それは“患者さんに安全で満足してもらえる医療を提供していこう”という共通した思いがあるからである。「外来は一つ」というキーワードをまさに実感として感じとれた年でもあった。今後も、各科同士の応援をよりフレキシブルな体制にしていきたいと考えている。

内視鏡、化学療法、中央処置などセンター化されている部署は、旧病院から継続されているが、

内容はより専門的に高度になっている。今後は医療の発展に伴い、外来で高度医療を受けていく人が益々増えていくと予測できる。患者さんの安全はもちろんであるが、不安や質問に十分答えられること、又、副作用などの身体面の異常に早く気づくことのできる観察能力が外来看護師にはより求められていく。当院の外来看護師の多くは、患者さんへの気配り、目配り、心配りができ、医師や他のコメディカルとの調整能力にもたけている。

現在、育児休暇明けの時短取得中の看護師の人数も増えてきつつあるが、ベテランと若い看護師はお互いに、看護能力、調整能力、を学び合いながら助け合い、成長している。これからも患者さんに「この病院に来てよかった」と思ってもらえるようスタッフ一同頑張っていきたい。

よりスムーズな退院支援を目指して

7B 病棟 西 田 朋 美

7B 病棟は、整形外科の病棟で、病院の最上階に位置し、リハビリテーションセンターが隣接する恵まれた環境の中にあります。看護師・看護補助者35名が協力しチームワークで安全・安心な看護の提供のため日々努力しています。新病院となり病床数が55床から46床に減少し、さらなる転院調整・退院にむけたかかわりが重要となり、ベッドコントロールに苦戦する日々を送っているのが現状です。

整形外科は、骨折や脊椎疾患・炎症性疾患・関節疾患など手術を必要とする患者が多く、23年度は800件を超える手術がありました。日常生活動作の低下や障害などにより、すぐには元の生活に戻れない患者に対して個々に応じた看護を心がけています。特に「食事は座って。排泄はトイレで。」を目指し日々頑張っています。そのため、トイレ介助のナースコールは時間帯により連続することもありトイレは争奪戦です。トイレに関する苦情・トラブルも多く設備管理室にお世話になる事もしばしばです。

急性期病院として地域医療連携病院として機能していくため、医療福祉支援センターと連携し、退院支援・在宅復帰支援をすすめています。大腿骨頸部骨折では、大腿骨頸部転子部骨折地域連携パスを活用し、回復期への転院調整をしています。23年度は大腿骨頸部骨折95件のうち、7割は転院、3割は自宅や施設へパスでつないでいくことができました。

24年度は看護科の目標である「院内連携」を基盤に、スムーズな退院支援のため他職種との連携強化を病棟目標とし、常に患者・家族の立場で考え関わるようにしています。そして、チームワークを大切に、笑顔あふれる病棟になるよう今後も頑張りたいと思います。

東日本大震災における当院の医療救護班活動を振り返って

回復室 長 谷 朋 美

2011年3月11日に発生した東日本大震災の医療救護班として参加し、貴重な経験を致しましたので1年前の記憶を思い起こしながらご報告させていただきたいと思います。1年前の3月11日私は勤務中でした。そんな中「東北で大きな地震が起こった」という周囲の声と共に、病院のテレビから映し出される津波の光景に呆然としながらも、ピクとも揺れていない自分の周囲に本当に日本で起こった事なのかと半信半疑でいました。しかしすぐに当院のDMATメンバーに震災の事実が告げられ派遣に向けて調整が始まりました。私もDMATメンバーであるため自身の準備をしながら待機していました。しかし当院のDMAT派遣は交通の手配がつかず今回は見送りとなりました。DMATとして現地で活動することができずもどかしい気持ちでいたところ、広島県の医療救護班

として福島県郡山市で医療救護活動を行って来てほしいと依頼を受けました。医療救護班はDMATとは役割が異なり、急性期から慢性期へ移行する時期の医療が求められ、避難所の巡回診療が主な活動となります。よってチームメンバーはDMATと同じメンバーではなく、内科医師、看護師2名、事務員1名、薬剤師1名、放射線技師1名の計6名で急遽編成しました。このチームは今回の派遣のために集合したチームで、同じ病院にしながら初めて会話する人も中にはいるという状況でした。一度も一緒に研修や訓練を行っていないチームとどんな活動ができるのか、現地の状況も分からず、必要な医療資機材や薬品も分からず前日まで漠然とした不安を抱えていました。しかし出発当日、院長をはじめ多くのスタッフが壮行式をして送り出してくださり、この任務の重さと使命感で身が引き締まる思いでした。発災から13日目であったため福島空港は使用できず東北新幹線も通行止め箇所があり、我々は伊丹空港から新潟空港へ飛び陸路で郡山市へ入りました。尾道から郡山まで約720kmを9時間かけて移動しました。初日は福島第2原発から約60km離れた所に位置する須賀川市の県中保健所（活動拠点）に入り、ミーティングを行いました。ミーティング終了後震度4の余震に遭遇し、被災地へ来たことを実感しました。翌日からは郡山市内9ヶ所の避難所を巡回診療しました。主な活動は喘息や腰痛、花粉症などに対する診療と、高血圧や糖尿病などの持病に対する処方薬の継続と服薬管理指導でした。また身体的症状に加え不眠やイライラと言った精神的症状を訴える方も多くみられました。診察をする中で震災前までは毎日治療を受けていたのにそれが出来なくなった不安、手持ちの薬が無くなっていく不安、症状悪化時の対応などにかく医療に対する多くの不安を耳にしました。そこで我々は5日間の中で9ヶ所の診療所を2周することとしました。2回訪問することで薬剤の効果や症状の安定を確認することができ、何よりも信頼関係を築くことで1度目の訪問時には言いだせなかった心中を話して下さったり、症状の改善を共に喜ぶことができました。また効率的に患者さんの状態を把握できるよう、次の医療班に継続できるようにと、即席のカルテを作成したりと限られた物資の中で工夫する重要性を学びました。医療救護活動といっても実際の現場は避難所であり、血液検査や画像診断ができる環境ではありません。患者さんの訴えから症状を判断し、理学所見と問診から重症度と緊急度を判断するといった最も基本的な医の原点、看護の原点を経験することが出来ました。まだまだ復興への道りは長く険しいものと思います。精神的ケアをはじめ今後も医療支援が途切れることなく提供されることで、被災された方々の心身が早期に回復されることをお祈りいたします。

また我々が現地で安心して活動することができたのは、情報提供や後方支援を行ってくれた当院の事務部門をはじめ各部署のスタッフの協力があってからこそできたことでした。心より感謝しております。

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（広報担当） 後 藤 通 雄

本校は、創立43年目を迎え、今年で1,131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、藤田学校長が就任2年目になりますが、入学式で19期生39名に祝辞として、「自ら学習する習慣を身につける・豊かな心を育む・一生付き合える真の友人と巡り合うこと」の三つを心がけてくださいと述べられ、今回の大震災で多くの命が失われ、ひとつの命を守るために死力を尽くすことが看護の第一歩であると理解してほしいと強く語られた。

5月12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、9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15日に4病院看護部長・副部長会議、8月18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16名が受験した。

9月27日～9月28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、病院が新築移転したにも関わらず、病院・本所・地域住民の方もたくさん参加され、大いに盛り上がりました。

10月7日には、看護学生研究発表会が広島で開催され、当校が当番校でありましたが、成功裏に終えることができました。

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、44名が入学した。2月24日に卒業記念講演会を開催し、如水館高校学校長・高橋秀幸先生から「社会人としての心構え」について、芸術家としての経験・如水館高校の教育効果等を交えながら講演していただきました。3月9日に卒業式を行い、17期生・32名を送り出した。

17期生より低圧持続吸引器・摘便モデルの寄贈を受け、看護実習で有効に使用しております。又、同窓会「暁」より、新病院の学生研修室にカラーコピー機・シュレッダーの寄贈を受け、実習に大いに役立たせてもらっています。

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、成果を得ることができました。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っております。

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おりますので、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 科

管理栄養士 山 本 智 恵

新築移転に伴い、ニュークックチルシステムを導入しました。調理した料理を急速冷却（90分以内に3℃まで下げる）し、一旦チルド庫で保存、それを冷たいまま盛り付け再加熱カートで温めて（中芯温度65℃以上）提供するシステムです。

このシステムのメリットとして色々ありますが大きくは次の3点です。

① 衛生管理に優れている。

急速冷却・チルド保存することで細菌の繁殖が無く、最終加熱をカートで行い、提供まで人の手が触れることが無いため衛生的に提供でき食中毒のリスクが減ります。

これにより最終加熱後2時間以内の喫食（大量調理衛生管理マニュアル）が可能になりました。

② 味がのる。

前日調理が可能であるため、特に煮物など味のはいりがよくなり、少ない塩分でも美味しくなる。2010年に“日本人の食事摂取基準”が改正され、塩分摂取目標量が男性9.0g未満、女性7.5g未満に変更（地域性を考慮して病院単位で摂取量を決めてよい）されましたが、これがクリアできました。常食で塩分7～9gで提供することが可能になりました。

③ 検査等で食事時間が遅れる方にも普通に提供できる。

最終加熱後2時間以内の喫食というきまりがあるため待ち食（パン・ジュース）でしか提供

できなかった食事が、チルド保存しておき連絡をもらってから加熱して提供できるようになりました。

新築移転の時には患者さんにお弁当を使わずに食事提供することが出来ました。

このシステムは加熱を2度行う為、オーバークッキングになりやすく、従来の調理方法ではうまくいきません。ミーティングを繰り返しおこない工夫と調整を続けています。

これからも皆様のご意見を頂きながら、患者さんの満足度が向上するよう、よりよい栄養管理・給食管理をおこなっていきたいと考えています。

皆様のご協力を宜しくお願い致します。

臨床研究検査科

主任部長 平 野 巨 通
科 長 細 谷 勝 己

平成24年4月より元副院長の渡邊憲治先生を臨床検査医としてお迎えすることになりました。医師不足が深刻な社会問題となっている昨今、臨床検査室に常勤医を配置している病院は大学病院や一部の大病院など、ごくわずかな病院に限られています。その中で、常勤医をお迎えできることは大変嬉しく、また誇らしいことだと考えております。

検体検査管理加算には施設基準（Ⅰ）～（Ⅳ）があり、臨床検査技師の数や常勤医の有無などの要件により取得加算が変わってきますが、当院は4月より管理加算（Ⅳ）の申請が可能になりました。管理加算（Ⅳ）は入院患者1人につき月1回500点の算定が可能で、当院では年間3500～4000万円の大きな収入となります。

「髪の毛1本のプラス」と言われる今改定で、臨床検査は前回ほどの目玉項目はありませんでしたが、血液採取や微生物学的検査、遺伝子検査などで増点が図られました。

ただ、生化学、血液および一般検査を中心に約70項目が実勢価格の水準に引き下げられたため、全体としては近年の水準と横ばいになるのではないかと考えております。

4月より HbA1c の結果を国際基準値（NGSP 値）と従来の日本糖尿病学会値（JDS 値）と併記して報告しています。これは世界中で使用している標準液と日本で使用している標準液の値が同じ濃度でありながら0.4%ズレているため、日本の HbA1c データが海外のデータとそのまま比較できないことが原因となっています。

世界中では NGSP 値を採用している国が多く、国内標準液をいきなり0.4%変えてしまうと、治療中の患者の判断に影響が出てしまうため NGSP 値と JDS 値をしばらく併記することになりました。しかし、将来的には NGSP 値に完全移行することになっていますので、その節はご協力をお願い致します。

臨床検査の外部精度管理は、各々の病院の検査データが国内において標準的な数値と合っているか審査を受けるもので、当院の平成23年度外部精度管理では日本臨床検査技師会サーベイで187点/189満点、広島県医師会サーベイでは、543点/545満点と良好な成績でした。

日本臨床検査技師会からは、数年におよぶ外部精度管理の成績や日々の機器管理の状況、問題発生時の対応などについて審査を受け、県内では当院を含め20施設が施設認証に合格しました。

また、当院は広島県医師会より、平成23年度精度管理調査成績優秀施設として表彰を受けております。

外部精度管理では、日頃の機器管理、試薬管理を厳重に行わないと中々好成績を取ることは出来

ません。検査科では一つひとつの検査データを大切に正確に報告できるよう努力してまいりますので、よろしくご協力いただきますようお願い致します。

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ものがあります。

- 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、すいがん教室、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23年度実績としては次の通りになります。

受件件数 がん患者27件、小児科20件、精神科10件、がんを除く身体科3件
総面接回数 がん患者131件、小児科625件、精神科276件、がんを除く身体科19件
心理検査等 発達検査34件、知能検査34件、心理検査4件
その他 カンファレンス86件、スタッフ33件

件数としては、平成22年度と比較して若干の減少傾向にありますが、実感としてはさほど忙しさは変わっていません。各件数が他科と比べると少ないとは思いますが、それは1ケース当たりには掛ける時間が違うためです。これは心理療法の特徴の1つと言えます。心理的な悩みについて話そうとすると、短い時間では足りないのが、通常1回50分程度という長い時間を取って面接を行っています。1日最大7件までしか見ることができないので、数を捌くことはできず、効率という点では悪いと言わざるを得ませんが、その分じっくりと話を聴いて内容を深めていくことを目指しています。

電子カルテ導入に伴いこれまでと予約の取り方は変わりましたが、元来機器を使用するような仕事ではないため、電子カルテの恩恵も煩雑さもさして受けず、特に大きな混乱もなく経過しています。今後は院内での心理療法士の存在や役割を更に知ってもらうように活動していければと思っています。よろしくお願ひします。

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

リハビリテーション科では今年度新採用理学療法士4人が仲間入りしました。今年度は理学療法士9人、作業療法士1名、言語聴覚士1人の体制となります。今年度の新規業務拡大及びスタッフ教育については以下のように計画しております。

〈今年度計画〉

- ① 癌のリハビリテーションの充実

- 緩和ケアチームカンファレンスの参加
- 癌のリハビリテーション料算定 乳癌術後のリハビリ介入。
- ② 心不全地域連携サポートチーム体制構築事業広島県指定病院としての活動への参加及び当院における心臓リハビリテーションの充実
- 外来心臓リハビリ, 心臓生き生き教室の検討・実施
- ③ リハビリスタッフ教育計画
- PT: 心臓リハビリ, 呼吸リハビリ研修受講し, PT 全員が4大疾患区分のリハビリが行えるような体制作りを目指す
- OT・ST: がんリハ算定対象患者枠の拡大を図るため, OT, ST 研修受講。
→リハビリ3職種ががん患者にかかわることができ, 専門性を生かして患者のニーズにより対応できるようになる。

- ④ 土日祝日リハビリの検討 増員の検討
- 土日祝日リハビリについては昨年度は必要人員を確保できず, 3連休の対応までとなっており, 3連休のうちスタッフ一人が1日勤務での実施しかできておりません。実施する患者の選択については専任医師より指示のあった患者について, リハビリの必要性を考慮し10~15人を選択して人数調整をして実施しています。土日祝日のリハビリ実施のためにはもちろんですが, 計画にあげている新規業務拡大と患者一人にかかる時間をもっと確保し, 急性期リハビリの充実をはかるためにも, 人員増員は今年度も検討必須な課題です。

〈平成23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: 1,937件 (入院 1,584件 外来 353件)
- 自宅復帰率: 67.5%
- 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	6,630	9,398
脳血管疾患等区分	10,006	14,449
呼吸器疾患区分	3,569	4,110
心大血管疾患区分	2,166	3,089
合 計	22,371	31,046

すくすく保育所

～開所20年を迎えます～

保育士 岡 崎 敬 子

平成4年10月, 旧病院の北館4階で子ども2名でスタート, 初年度は5名で始まってから20年間, 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, そして温かいご厚情に支えられのべ約150名の子どもが“すくすく”で3歳になるまで大きくなっていました。第1号の卒園児は今年で22歳になり, 社会人として立派に頑張っているそうです。先日の病院祭で会った中学生になった卒園児は「お母さんのような看護師を目指している」と頼もしく成長していました。20年という歳月の重みを感じながら, 改めて関わりご支援くださった多くの方々に感謝しております。

今年度は、入所希望者が大変多く2歳児にご協力をお願いして他園へ移っていただき、0・1歳児のみの保育となっています。短期保育（2歳児まで）や一時保育（就学前まで）はその時の状況次第で行っており、利用いただいています。希望される方は、保育所または人事課までお問い合わせください。

定員24名で一人一人のペースを大切にしながら家庭的な雰囲気保育を行っています。また、豊かな経験をする中で心も体もすくすくと成長していくよう、できるだけ色々なことにチャレンジしています。昨年、新病院に移転してからは毎月第二火曜日に玄関ホールで行われる院内コンサートに参加させていただき、歌や手遊びを披露しています。年齢的に少し難しいかなと思っていましたが、その時の気分左右されながらも、歌ったり踊ったり頑張っている子ども達です。そして患者さん達に喜んでいただいたり、誉めていただくことが自信につながっていったり、色々な方と触れ合うよい経験をさせていただいています。

今後も、よりよく子どもたちが育つよう、同時に保護者の皆様が安心してお仕事に励めるよう、保育士一同頑張っていきたいと思っております。皆様方のご指導、ご理解、ご協力を引き続きよろしく願いいたします。



プール遊び



野菜作り



クッキング



院内コンサート

人 事 課

書 記 山 下 雄 三

23年度は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っております。

総 務 課

係 長 井 上 幸 一 郎

平成23年度の総務課は、新病院開院に伴う様々な事に関わった一年でした。

5月の開院時には、地域住民の方々や医師会関係者への内覧会を開催し、その後は各方面からの病院視察依頼を受け、各部署の協力を頂きながらも対応に追われる日々が続きました。しかしながら、それだけ沢山の方に新病院を見て頂き、機能等を知って頂くことが出来て良かったと思えます。

また、6月には平原台町内会のシティクリーニングに参加し、地域の美化に協力させて頂き、9

月末～11月にかけては、保健所の立入検査・全国監査機構監査・農林水産省監査を受けました。

院内におきましては、新病院開院当初より駐車場、職員更衣室ロッカーなどを整備してきましたが、それ以外にも様々な点で院内外の皆様にご迷惑をおかけした事と思います。これからも職員が安心して業務に従事できる環境づくり、また地域の方が安心して生活できる病院づくりに努めて参りたいと思います。

医 事 課

医事課長 後 藤 祐 司

【スタッフ】

課長以下、係長1名、主事補1名、書記2名及び委託・派遣職員等を含めるとおおよそ80名で医事業務を遂行しております。

【主な業務内容】

①受付業務

外来の初診・再診及び入院患者さんの受付、診療手続き等を行います。

②計算業務

患者さんの一部負担金の計算処理を行います。

③会計業務

患者さんの一部負担金などの入金及び未収金管理等を行います。

④保険請求業務

各種保険者へ保険請求（診療報酬明細書）を行います。

⑤医師事務作業補助業務

電子カルテへの代行入力、診断書作成及び患者説明などを行います

⑥その他

個人情報の開示請求等及び診療情報の提供の申出に対する対応、医療報告及び 医療統計その他各種報告など

【当課の方針】

医事課は『病院の顔』とも言われます。私たちの対応で患者さんの病院に対する印象が変わってしまうこともあります。『病院の顔』として親切・丁寧・迅速な対応をモットーに患者さんを初め、ご来院の方々と接することを心がけております。

【今後の課題】

医療を取り巻くあらゆる法律の改正や制度改革が進展し、病院運営は大転換期を迎えています。医事課スタッフとして急激な変化の波に乗り遅れることなく、病院運営に寄与できるよう日々努力と研鑽を行って参ります。

医療安全管理室

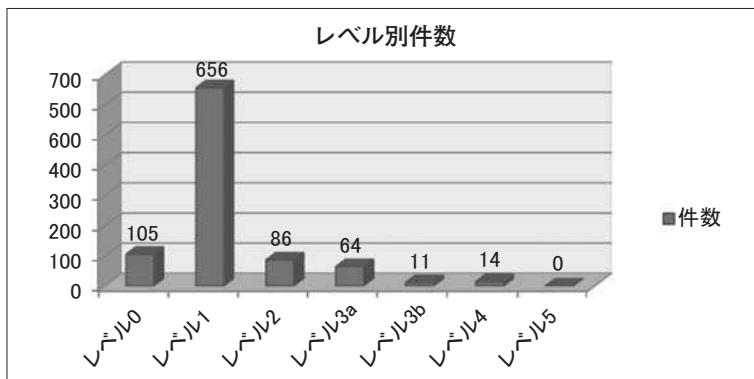
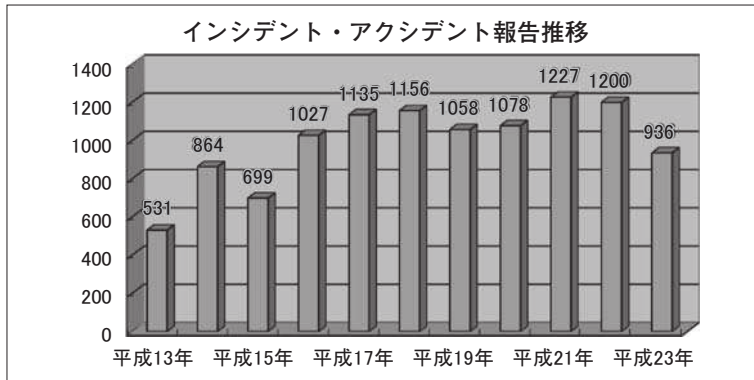
科 長 光 貞 由 美 子

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、一年が経過しました。平成23年度の活動目標は、基本を大切に、5S活動の普及・定着をめざし院内ラウンドなどの活動を行って

きました。

主な活動として、医療安全カンファレンスを毎週月曜日14時より医療安全室長の日野医師を中心に、看護部（看護部長・看護科医療安全担当科長）検査科・薬剤科・事務（人事・総務・医事）・感染管理・医療安全推進委員（警察 OB）の方を合わせて11名で開催しました。カンファレンスの内容は、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きました。

平成23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922件、アクシデント14件の合計936件でした。



新病院になって、転倒転落の件数は、203件とほぼ前年度と横ばい状況ですが、レベル3bの骨折に至る事例は、2件で前年度の15件から明らかに減少しています。その代り、薬剤（与薬）に関連した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を行い、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。

緩和ケア外来

緩和ケア科 石川 哲 大

緩和ケア外来は救急センター内の総合診療科診察室を共用として使用し、診察枠を毎週水曜日午前に変更しました。しかし、必ずしも体調が万全でない患者さんが主科受診の日に併せて緩和ケア外来も受診できるよう、水曜日以外でも可能な限り患者さんの都合に合わせて診察をすることにし、緩和ケア科は実質上は毎日受け入れ可能な外来としました。また、いろいろな悩みや相談したい事をたくさん抱える患者さん・ご家族とのお話を大切にするため、お一人に30分以上の診察枠を設けてゆっくりと話ができて患者さんの側から話が出しやすい雰囲気作りに努めています。

外来診察は、石川または高澤医師と森元 緩和ケア専従看護師および鳥居・藤原 緩和ケア認定看護師で行っていますが、さらに多職種で構成される緩和ケアチームのメンバーがいろいろな方面での支援の手を差し伸べます。管理栄養士（山本）による栄養・食事指導、緩和およびがん薬物療法認定薬剤師（平井・江草）による薬の相談・説明、精神神経科/臨床心理士による面談（木保医師、吉岡・西村）、社会福祉士（MSW）による介護などの書類の準備と申請の援助を行います。

平成23年度の年間のべ診察患者数は206人（平成22年度は150人）でした。当院が地域がん診療連携拠点病院として高度の先進的ながん治療に取り組む一方で緩和ケアの果たす役割も増大してきており、患者さんの心の動きを汲みとれる充実した外来診療を行えるよう努力してゆきたいと思しますので、院内各部署の皆様の皆様のご指導・ご支援をよろしくお願い申し上げます。

なお、緩和ケア外来にはかかりつけ医の先生方から既に漢方薬の処方がある患者さんや漢方薬を希望される患者さんもあります。「あまり詳しくは知らない」では通りませんし、患者さんのために漢方薬の知識を少しでも深めたいと思い、平成24年2月8日に当院大会議室で「第1回 尾道漢方入門講座」（講師：広島市薬王堂 吉本 悟先生，コメンテーター：勝谷漢方薬局 勝谷英夫先生）と題する講演会を開催しました。引き続き、漢方に対する勉強会を行う予定です。

医療福祉支援センター

副センター長 藤 越 貞 子

平成23年5月、新病院移転とともに医療福祉支援センターは開設されました。急性期病院の役割をはたしながら、「地域医療支援病院」「地域がん診療連携拠点病院」として、地域の医療・福祉機関との連携、充実・強化をはかる「地域完結型」医療をめざし、紹介患者の受入れを行う「地域連携室」、入院患者の退院支援・在宅支援・がん相談等を行なう「総合医療相談室」として患者さんやその家族が安心して療養生活が出来るよう支援することを目的に従来の「地域連携室」から「医療福祉支援センター」として業務整理をし、業務拡大を行いました。

センター長（日野副院長）以下13名のスタッフ（入退院センター担当看護師2名含む）で運用しています。

【平成23年度 目標】

1. 地域連携を強化する …… 紹介患者のスムーズな受け入れ体制を整備する
2. 患者支援を充実させる …… 退院支援機能・在宅療養支援機能の充実をする
3. 相談機能を充実させる …… がん相談・医療福祉相談を充実させる

以上、具体的な計画をあげ実践してきました。

新病院移転当初は紹介患者・予約患者・予約外患者の流れが混乱していた時期もありましたが、9月頃から徐々に落ち着いてきました。開業医の先生方からの紹介患者 FAX をできるだけ簡単に予約も早くできるよう工夫もしました。実績は下記参照ください。

退院支援として退院前ケアカンファレンス（在宅主治医参加）50回開催を目標にしてきましたが、24回と未達成でした。全退院時ケアカンファレンスは119回でケアマネや訪問看護の方々等の参加で開催することができました。

地域医療支援病院としてオープンカンファレンス2回、地域がん診療連携拠点病院としてがん研修会を3回開催しました。そのうち平成24年2月26日(日)には、市民公開講座として「がん医療最前線～肝がんの外科的・内科的治療，笑いの効果」を開催し約700名の参加があり非常に好評でした。

がん患者支援として毎月第2・4火曜日に「がんサロン」を開催し、患者同志の意見交換や医療相談、またリラクゼーション、薬、食事についてなど勉強の場としても活用していただいています。「睥がん教室」も1クール8回で開催しています。患者さんやその家族に喜ばれています。

ボランティア支援として患者案内、プチコンサート（月1回第2水曜）、生け花（週1回）などをしていただいています。ボランティア募集も積極的に行い、24年度からは、JA 尾道市女性部の方の協力で7名が患者案内に参加して下さることになり、日替わりではありますが、ボランティア体制が整いつつあるところです。

毎月1回「医療福祉支援会議」として会議を開催し、報告や課題の検討を行い、地域の方々が利用しやすい病院として取組み、改善を行っています。23年10月末から翌年3月まで伊藤院長とともに尾三地域、松永地域約240件の開業医の先生方に新築移転後の挨拶やご意見を伺うための訪問をさせていただきました。突然の訪問ながら快く対応して下さった先生方に感謝申し上げます。今後も地域連携、総合医療相談室機能を充実させ、医療福祉支援センターとして皆様方に活用していただけるよう頑張っていきたいと思っています。

23年度 紹介率・逆紹介率・救急車件数

	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	合計
紹介率	44.6%	69.9%	73.6%	75.6%	74.6%	73.7%	77.7%	78.5%	82.8%	80.4%	77.6%	81.5%	74.1%
逆紹介率	92.4%	52.0%	59.8%	66.7%	75.8%	73.9%	82.9%	80.7%	91.6%	80.7%	81.5%	90.8%	77.2%
紹介状件数	736	1,049	1,244	1,109	1,239	1,213	1,135	1,184	1,140	1,126	1,134	1,222	13,531
救急車件数	164	46	230	265	249	253	234	233	245	271	237	251	2,678

*紹介状件数は再診も含む総数

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。

医療安全管理委員会としては、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、人は間違いますが、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。

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左となる。
- 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。

医療安全対策について

～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 インシデント管理システムの実施・充実

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する意識をもって、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・感染情報」病院機能評価機構より発信の「医療安全情報」をグ
ループウェアにて院内に発信・配布

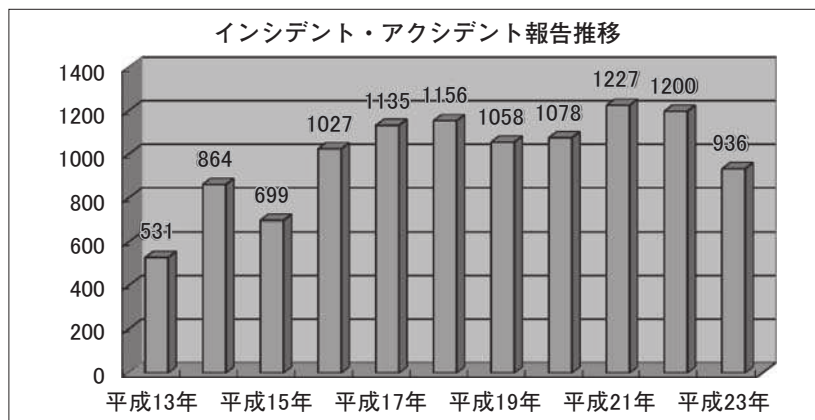
組織における活動

マニュアルの見直しと新規作成

平成22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23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922件、アクシデ
ント14件の合計936件でした。

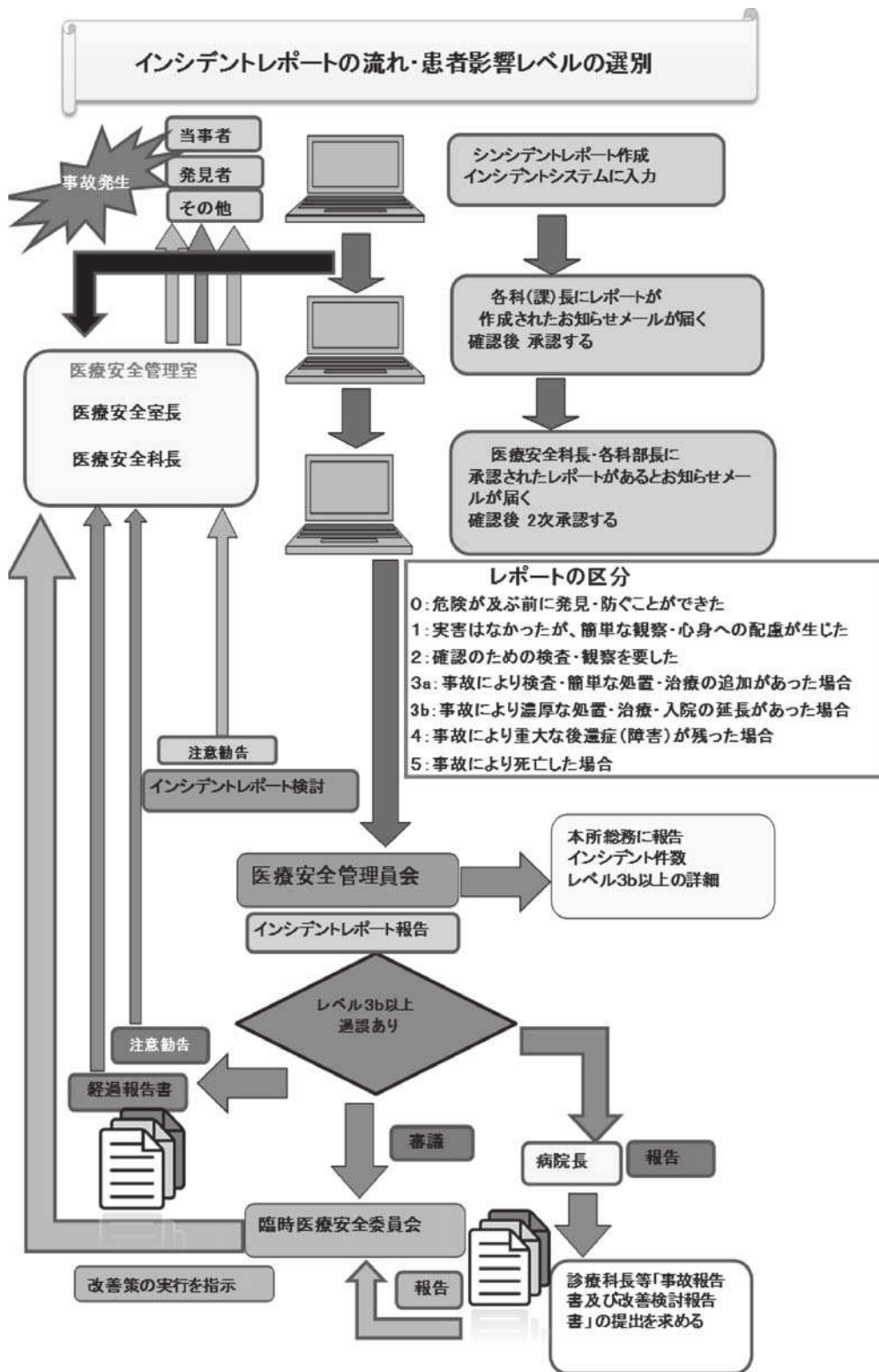


新病院になって、転倒転落の件数は、203件とほぼ前年度と横ばい状況ですが、レベル3 bの骨折
に至る事例は、2件で前年度の15件から明らかに減少しています。その代り、薬剤（与薬）に関連し
た事故が多くなってきています。原因は様々ですが、どんな場面に於いても起こりうるミスと言え
ますが起きてはならないミスであり、防止できるミスです。いつ・どこで・誰が・何を確認するの
か手順を明確にして確認作業を確実にやり、KYT 活動を取り入れて、減少へ結びつけたいと思
います。

今年度の研修は医療安全・感染と共同で実施しました。内容については、以下の通りです。

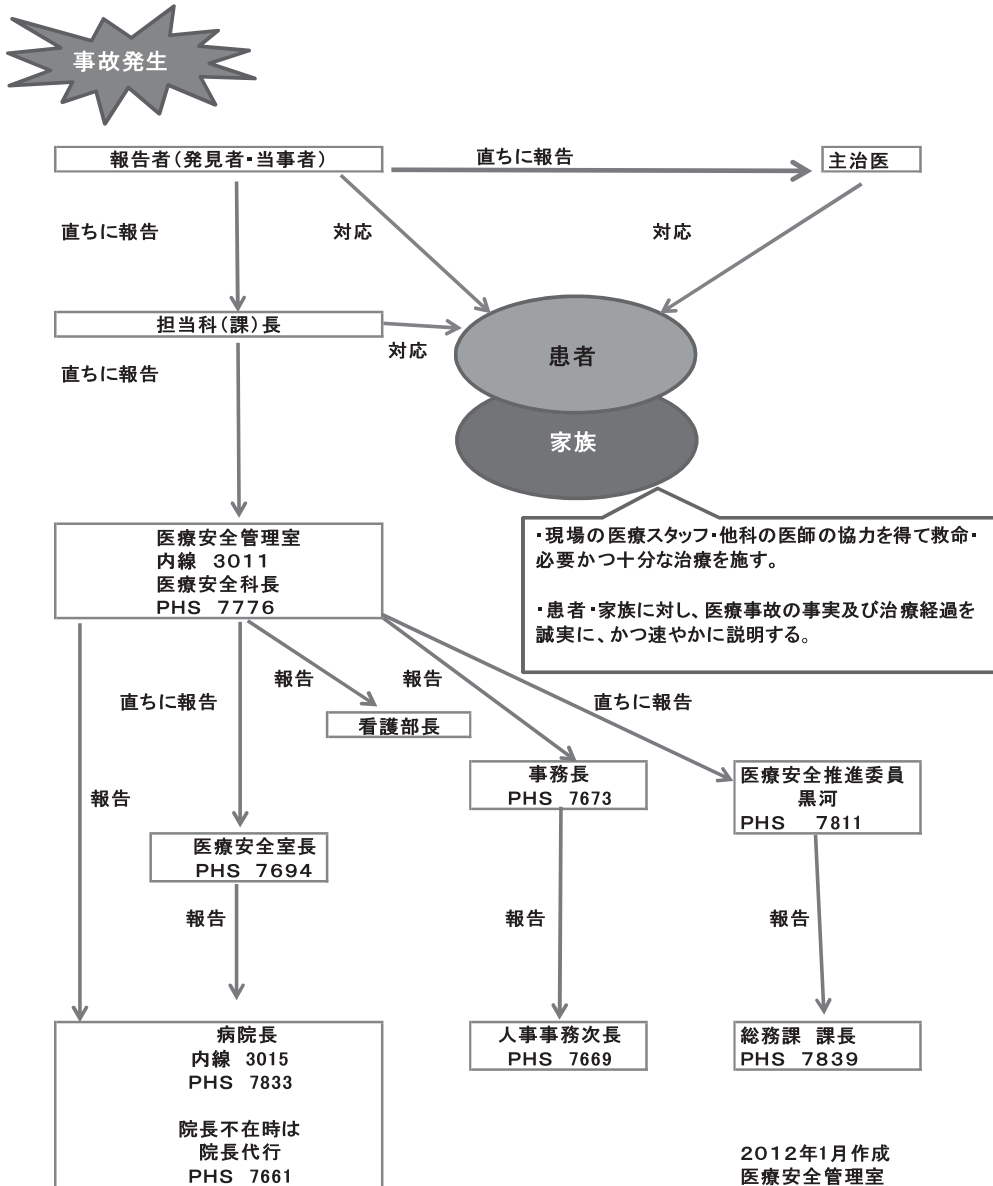
月 日	担 当	テーマ及び内容
4月4日	医療安全	医療安全について
4月4日	感染	標準予防策と感染経路別予防策
4月8日	感染	検体の取り扱い
5月11日	感染	感染予防 リネン・環境整備・排泄援助
7月8・15日	医療安全	護身術
7月	医療安全	KYT について
8月	医療安全	放射線科 造影剤について
9月	感染	O157について
10月	医療安全	薬局関連 DVD 鑑賞
11月	感染	検査 HIV について
12月	医療安全	放射線科
1月	医療安全	MRI について
3月	医療安全	今年度のまとめ

また新病院になってインシデントレポートの運用が電子化しました。その流れを図式化するとともに、重大事象発生時のマニュアル（時間内・時間外）も作成しました。



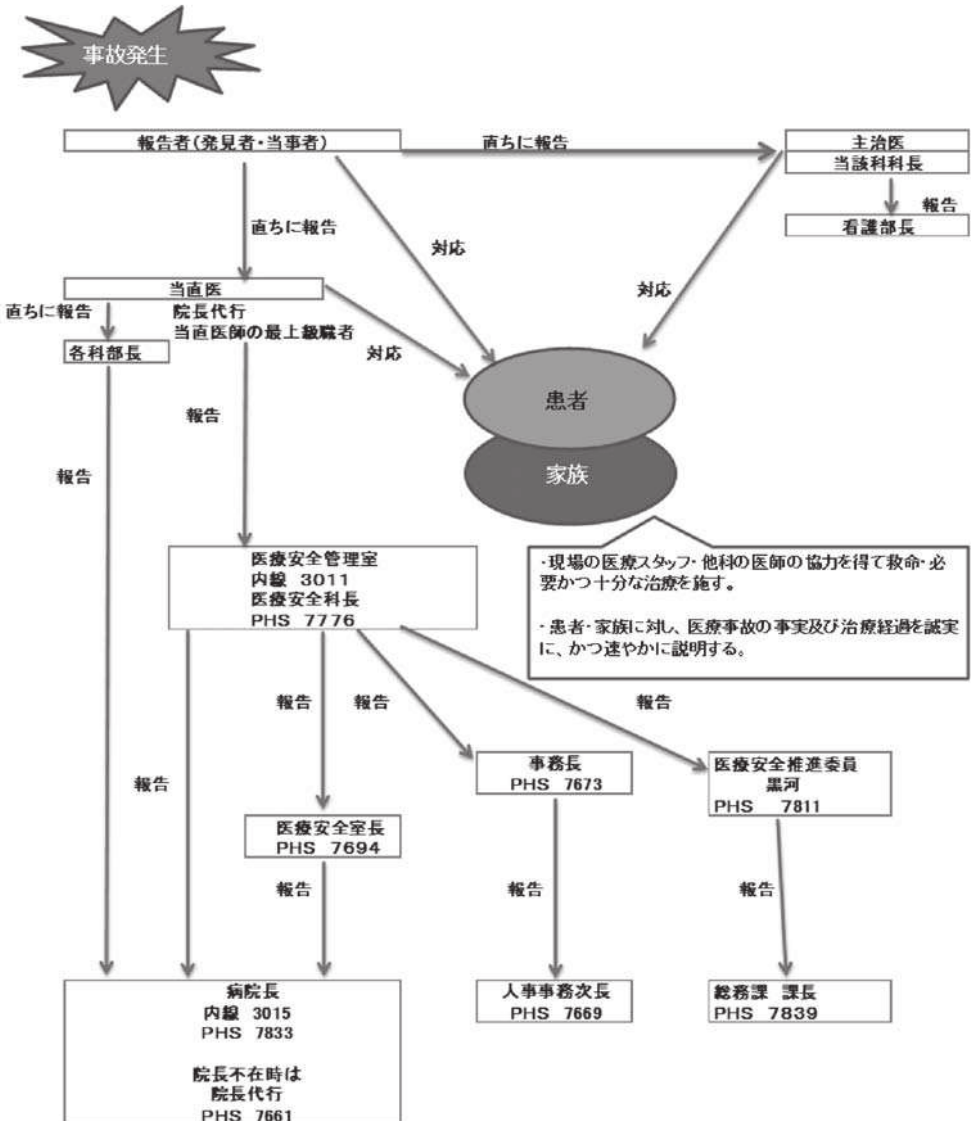
JA尾道総合病院における重大事象(医療事故)発生時に連絡体制

勤務時間内



JA尾道総合病院における重大事象(医療事故)発生時に連絡体制

夜間・休日



診療管理会議

委員長 木 曾 哲 司

診療管理会議は毎月第1金曜日の早朝に開催していますが、平成23年度の開催は病院の新築・移転があり、4月から6月を休止したため7回の開催となりました。今年度も病院機能評価（Ver 6.0）の項目を継続的に取り上げて評価しました。内容は第1領域から第6領域にかけて評価していない項目を中心とし、また、新築・移転後の必要な項目について、担当者に現状の評価と問題点を発表して頂きました。この中で、医療事故への対応、医療の質と安全のためのケアプロセス、病院の危機管理への適切な対応、廃棄物の処置については、重要な必要項目として取り上げました。項目を評価し発表して頂きました委員の方々には、感謝すると共に病院機能の進化に貢献していると考えています。継続的に取り上げていますので、Ver 6.0の項目は90%以上が終了し、PDCAサイクルを考慮している委員が増えて喜ばしい状況と判断しています。

ポケットマニュアルの追加作成が重要課題でしたが、今回改定を平成24年2月に終了し、職員に配布することになりました。第1回の作成は平成17年1月であり、病院機能評価（Ver 4.0）の受診前に、職員に内容を周知・徹底するための方法として、当時の看護部長であった向井看護部長の発案であったと記憶し、当時としてはすばらしいアイデアであり感心していました。改訂前の内容としては、病院理念、基本方針、倫理要綱、患者の権利、患者へのお願い、患者のプライバシー保護の方針について、当院の救急医療における役割と方針、地域における病院の役割・機能、JA尾道総合病院の診療上の基本方針、患者の安全確保に関する病院の方針、緊急時対応マニュアル、外来部門と病棟部門の方針、終末期医療についての臨床倫理が初回の内容ですが、わずかな修正のみで現在も活用できる内容であり、継続としてポケットマニュアルその1・その2に内容を記載しています。追加内容はポケットマニュアルその3とし、臨床における倫理の方針、臨床研究の規定、死亡時画像診断の手順、臓器提供症例発生時の対応について、が追加内容です。記載されているマニュアルの内容については、会議の委員の協力で作成され、特に診療の質向上委員会の協力に感謝しています。今後の課題としては、必要性の高い新たな内容の追加と、光貞看護副部長から提案がありましたが、現在のポケットマニュアルをポケットに入入手帳への変更などが課題と考えています。今後も委員の方々の協力をお願いします。

病床管理委員会

事務局 後 藤 祐 司

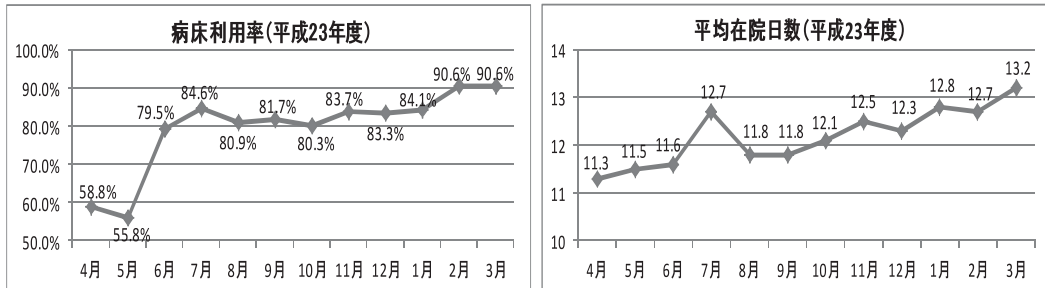
病床管理委員会は新病院移転後の9月29日に病床運用管理会議として第1回会議を開催し、その後毎週木曜日（平成24年1月より隔週木曜日）の午前8時45分より看護科長室において開催しています。

【委員の構成】

メンバーは院長、事務長、副院長、診療部長、看護部門、医療福祉支援センタ部門及び事務局等で構成されています。

【協議事項】

当委員会では効率的な病床運用による病床利用率の上昇及び適切な平均在院日数の維持等について協議を行ってきました。



また、土・日曜日に入院患者数が減少する傾向にありましたので『退院の許可は主治医が行い、退院の日は病棟科長が決定する』ことを再度周知しました。

さらに、入院患者数に大きな増減が予測された場合、院内メール等を利用して入退院促進の依頼を行いました。

【今後の課題と取り組み】

- 長期入院患者に対する対策
 - 入院患者数の確保
 - 適切な平均在院日数の維持
- などが挙げられます。

【まとめ】

今後上記の課題に対して病床管理委員会だけでは解決することは困難であります。皆様と共にこれらの課題を解決したいと考えておりますので、ご協力をよろしくお願い致します。

手術室運営委員会

手術室部長 瀬 浪 正 樹
 手術室科長 檀 上 美 由 紀

手術室運営委員会は、病院長，各科診療科主任部長，施設資材課長，臨床工学科主任，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23年度の手術件数は，3,844件（うち緊急手術は479件）である。

平成23年度議事および活動内容

① 新病院になり手術室数が6室から8室に増え，緊急手術にも対応できるようにしている。

現在も引き続きオペラマスターを活用し，手術室収支や手術室の稼働状況，月毎の手術件数の比較などの分析を行い，コスト意識を持った手術室運営を行っている。また，その内容を毎月委員会で報告し，運営状況を周知し対応策の検討を行っている。

現在は，午前中の手術室の稼働率が増え，収益に対する材料費も一定に抑えられた状態で維持運用できている。

② 新病院の電子カルテ化に伴う運用フローも定着化でき，各科医師の協力を得て，スムーズな運用を行うことが出来ている。また各部署間で，タイムリーに情報の共有化をはかる事ができ，効率的な運用が行われている。

新病院に移転して1年が経った。予定手術以外にも、近隣病院からの紹介による急患手術依頼や救急搬送も多い。今後も地域の中核病院として、それらに迅速に対応していく必要がある。そのためにも院内、院外を問わず手術前、中、後とスムーズな運用が可能となる様に、手術に関わる医療者間の連携をより一層図り、患者が安全、安楽に手術を受けられる様に取り組んでいきたいと考えている。

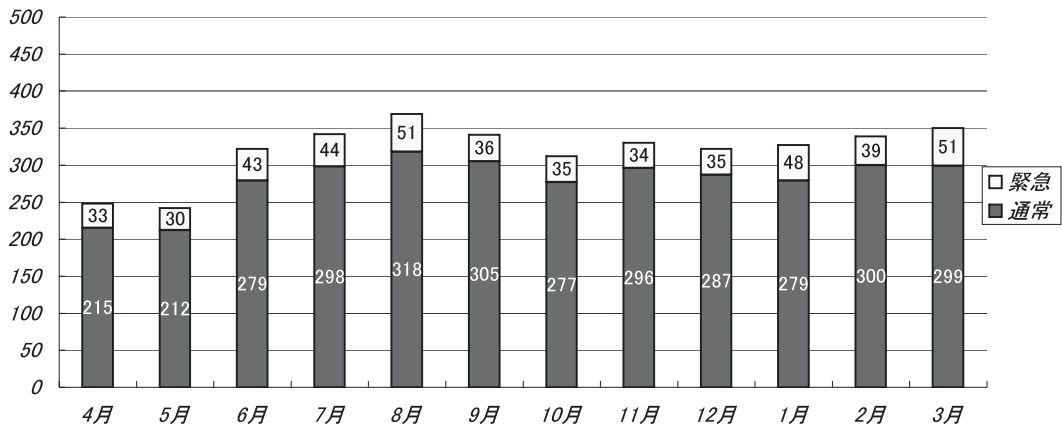
平成23年度 月別

	通常	緊急	総数
4月	215	33	248
5月	212	30	242
6月	279	43	322
7月	298	44	342
8月	318	51	369
9月	305	36	341
10月	277	35	312
11月	296	34	330
12月	287	35	322
1月	279	48	327
2月	300	39	339
3月	299	51	350
合計	3,365	479	3,844

平成23年度 科別

	通常	緊急	総数	1ヶ月平均
内科	20	1	21	1.8
脳外科	43	28	71	5.9
外科	786	180	966	80.5
小児外科	77	4	81	6.8
麻酔科	23	1	24	2.0
整形外科	726	75	801	66.8
産婦人科	273	83	356	29.7
皮膚科	137	4	141	11.8
泌尿器科	265	10	275	22.9
耳鼻咽喉科	235	10	245	20.4
眼科	580	29	609	50.8
小児科	0	0	0	0.0
血管外科	152	54	206	17.2
口腔外科	40	0	40	3.3
循環器内科	8	0	8	0.7
合計	3,365	479	3,844	320.3

H23年 年間月別集計



輸血療法委員会

委員長 瀬 浪 正 樹
委員 細 谷 勝 己

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様々な職種の人が携わっている医療行為の一つである。その為、安全かつ適切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、改善していくことが必要となる。平成23年度は3回の委員会を開催した。その協議事項を報告する。

1. 血液製剤の使用状況

平成23年度に使用した血液製剤は、RCC 2857単位、FFP 2579単位、PC 2720単位、自己血188単位でした。FFP/RCC=0.90（昨年0.54、基準値0.8未満）

昨年に比べ FFP、PC の使用が増加していた。

廃棄血は RCC 82単位、FFP 10単位、PC 40単位、自己血 65単位で RCC に関しては昨年より、増加していた。昨年は東北での大震災があり大変な年でしたが、その中で善意によって献血された血液製剤は大変貴重なものです。輸血を依頼されて、使用しなかった製剤は、一旦返品し他の患者さんに使用できるようにし、廃棄血の削減にご協力お願いします。

2. 輸血副作用報告

輸血副作用の報告は79件の報告があり、重篤な副作用はなく、回収率は85%だった。新病院になり輸血副作用の有無を電子カルテに記載し回収を行うようにした。回収率100%を目指しますのでご協力お願いします。

3. 電子カルテの輸血運用

輸血の依頼は従来伝票での運用でしたが、昨年から新病院となり、電子カルテでの運用となりました。その内容は以下の通りです。

- 輸血製剤の検査室からの出庫…検査システムに検査技師 ID と受取者 ID を入力。
出庫製剤リストの読み合わせ（検査技師・受取者）
- 出庫製剤リストをスキャンし電子カルテに保存（クロスマッチ施行時）
- 製剤の準備後、医師に連絡し製剤番号と出庫製剤リストの読み合わせ（医師・看護師）
- 患者のベットサイドで PAD に施行者（医師）の ID でログインし製剤番号と患者の安心バンドの照合を行う。
- 体温・血圧・脈拍・SPO2 副作用の記録（輸血前・5分後・10分後・15分後・終了時）
- 医師は輸血開始から5分後まではベットサイドを離れない。
- 外来…救急室・中央処置センターにおいて医師を呼び承認を行う。
- 夜間…指示医が不在の場合は夜間当直医が行う。
- 超緊急時の対応について…今後の検討課題とします。
- 輸血後の使用済み製剤バックは全て検査室に回収する。

4. 自己血採血バックの有効期限変更

診療科より自己血採血バックの有効期限の長いバックの使用希望があり検討を行い、現行の21日期限から35日期限の採血バックに変更した。

5. 緊急時の輸血運用マニュアルを輸血マニュアルに追加する予定です。

臨床検査適正化委員会

委員長 平野 巨通
事務局 細谷 勝己

2012年度診療報酬改定では、限られた財源の中で病院勤務医の負担軽減や救急・産科・小児・外科などの医療提供体制の立て直し、在宅医療の充実などについて重点的に評価され、全体改定率は0.004%、診療報酬（本体）では、1.38%のプラス改定となりました。

検体検査では約650項目のうち約70項目において、1～2点の減点となりました。さらに検査区分の細分化が行われ、今まで精密測定の見込みだったものが、定性、定量、半定量などと細かく分類されることになりました。

細菌培養や染色体検査など実勢価格とそぐわない点数配分が問題でしたが、病院機能としての必要性、高い技術を要するという理由で点数の引き上げが行われています。

主な改定内容としては、抹消血液像や尿沈渣での自動機械法と鏡検法で算定が分かれました。抹消血液像は機械法が15点、鏡検法は25点、尿沈渣はそれぞれ24点、27点の算定となっています。鏡検法は、異常が検出された検体を臨床検査技師が顕微鏡を用いて再評価する場合、また、医学的に妥当適切な場合とされています。

微生物学的検査についてはグラム染色40点から50点、細菌培養同定検査（呼吸器、および消化器）140点から160点、血液培養150点から190点、細菌薬剤感受性検査1菌種140点から170点、抗酸菌分離培養200点から230点、抗酸菌同定290点から370点と増点、悪性腫瘍・染色体遺伝子検査では約4～5%の増点となりました。

さらに感染防止対策加算では、加算1が400点、加算2では100点と改定されました。その施設基準では、感染管理に経験を有する医師、看護師以外に専任の臨床検査技師、薬剤師が求められており、感染対策チームとして質の高い活動が要件となっています。

血液製剤使用状況においては、昨年5月に病院移転が行われ患者数が一時的に減少した影響でRCCの使用量は22年度の約7割に留まりましたが、昨年度後半からは使用量も回復してきています。

臨床検査の外部精度管理では日本臨床検査技師会サーベイで187点/189満点、広島県医師会サーベイでは、543点/545満点と良好な成績でした。

日本臨床検査技師会からは、数年におよぶ外部精度管理の成績や日々の機器管理の状況から精度保証施設認定を受け、広島県医師会サーベイでは平成23年度成績優秀施設として表彰を受けております。

（平成23年度）

（委員長）		平野（検査科主任部長）	
委員	佐々木（小児科）	岡本（6 A）	後藤（医事課）
	風呂中（内科）	高橋（6 B）	佐々木（病理検査科）
	倉西（外科）	宮沢（検査科）	森友（次長）
	門田（脳外科）	石岬（検査科）	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事を目的として NICU 運営委員会が設置されています。

メンバーは各主任部長（産婦人科・小児科・小児外科・麻酔科）、産婦人科・NICU の科長、主任、医事課長で構成されています。

平成23年度の NICU の実績は年間入院数255名。院内出生児が234名、院外出生児が21名となっています。出生体重1000g 未満の児が3名、1000g～1500g 未満の児が4名、人工呼吸器管理の必要な児は23名、新生児手術症例は1名でした。

NICU 運営委員会では毎月の NICU 加算状況の把握、ベットコントロールについて、NICU としての災害マニュアルの作成、新規で使用することとなった機器類の紹介・勉強会の提案・実施、NCPDR 研修の結果など様々な議題について会議が行われています。

転院から1年が経ち、最近ではスタッフも電子カルテや重症系システムにも慣れてきて、少し余裕が出来てきたように感じられます。今後も定期的な NCPDR のシミュレーション開催など行っていき、児が安全な医療・看護を受ける事が出来、児の成長発達を妨げないような入院生活を送れ、1日でも早くご家族の元に戻すよう努力を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

当院は平成23年5月に新病院開院となり、同時に電子カルテ導入の予定でしたので、クリニカルパス推進委員会では平成22年度のうちから紙カルテベースのパスを電子パスに組み替える作業に取り掛かりました。パスの良否が病院診療のレベルを決めると言っても過言ではありませんが、精度を高める前段階として電カルに掲載できるものにしてゆくだけでも大変な作業でした。本委員会の各委員、病棟スタッフの努力に我がことながら敬意を表したいと思います。

開院後、しばらくは電カルでのパスの成果や動向を見つめ直すこととなりましたが、やはり課題は多く、12月の日本クリニカルパス学会に参加して問題点の修正方針を考える機会としました。

● 第12回日本クリニカルパス学会 2011. 12/09～12/10 東京都 京王プラザホテル

学会に参加し、多くのセッションを聴講した。シンポジウムでは、パスが病院の医療レベルを決定する因子と捉えて積極的にパスに関わる必要があるが、便利になる側面ばかりでなく、安全度を高めるものとして病院全体で考えなければならないこと、パスの作成そのものよりも見直すことが重要であること、という提言が印象に残った。

★ 会長基調講演：聖路加国際病院・院長 福井次矢 先生

「これからのチーム医療」

チーム医療では、異なる医療職種の仕事内容の可視化と協働することの目的を共有することが重要であるが、複数の専門職がタイミングよく各自の役割を果たすためにクリニカルパスが役に立つ。攻撃的・競合的なメンバーは好ましくない。Liberal arts (=一般教養) の見直しが急務。非専門的能力の重要性、プロフェッショナルとしての価値観について理解がある。患者のアウトカムと

してより良い医療・満足感の高い医療を目指すため、病院内の横断的テーマを専門とする職種が必要。

★ 特別講演：聖路加国際病院・理事長 日野原重明 先生

「医師・看護師・その他の医療チームを結び付ける絆」

教員数がそのままで医学部定員だけ増やしても医師の充足にはならない。しかも良い医師は生まれない。Didactic teaching（＝説教的な講義）はもはや化石と考えるべきであり、-ology と呼ぶ学問は視野が狭すぎる。今、Team based learning（＝グループ学習、TBL と略す）に比重を移し、知識の習得だけでなく、診断～治療をする実践的な能力を身につけ、協働することの重要性を学ぶべきである。学生時代からグループ学習を行い、お互いが教えあうという基本を自分のものにしてほしい。教員・指導医はその手助けをする役目で充分である。

クリニカルパス推進委員会スタッフは、学会会場で福井総合病院の勝尾信一先生にお会いし、電カルとパスについての講演を依頼しました。また、尾道市立市民病院と連携して進めている地域連携パスの立て直しを計画していることへの相談にも乗っていただき、東京女子医大の下村裕見子先生の推薦と連絡をしていただきました。

● クリニカルパス講演会（H24.02.14.）

講師：東京女子医大 地域連携室・クリニカルパス推進室 下村 裕見子 先生

演題：「がん地域連携の課題とがん地域連携パスの普及にむけて」

会場：尾道総合病院 大会議室

【報告】尾道市では5年ほど前に地域連携パスが運用され始めたが、その後パスの見直しや検討という動きが無いままとなっていた。医療界全体の流れや診療報酬の面などから地域連携は重視されるものとなりつつあり、より良い地域連携パスに作り直す時期となっている。

今回、尾道市立市民病院（代表：中井副院長）、尾道市医師会（委員：森本副会長）および当院医療福祉支援センター（センター長：日野副院長、室長：藤越副院長）・クリニカルパス推進委員会（委員長：石川）とで協議し、地域連携パス（特に5大がん・膵がん）の改訂に向けて方向性を考える契機とする講演会を企画した。講師の東京女子医大・地域連携室 下村 裕見子先生は第12回クリニカルパス学会においてパネルディスカッション『地域医療連携を考える』のセッションで座長を務められるなど、地域連携パスの牽引者とも言うべき存在である。学会に参加した石川が当院のパス推進でお世話になっている福井総合病院の勝尾 信一先生を通じて下村先生を紹介していただき、講演を依頼した。

伊藤院長の開会挨拶から座長を石川が引き継ぎ、下村先生のご略歴を紹介して講演開始となった。講演内容の主旨として、地域連携パスをどういう視点で作成し、何を患者さんに利点としてもたらすか、ということに重点を置いたお話であった。地域連携パスは、患者さんが急性期病医院から支援病院を経て在宅や療養施設で生活してゆく場面を見据えたものであるべきであり、その成果として最終的にかかりつけ医と患者さんに喜んでもらえるものでなければならないということを強調された。東京都、東京女子医大での下村先生は、院内で患者さんに丁寧にパスの説明をされ、かかりつけ医・調剤薬局にまで出向くという膨大な仕事をこなしておられるが、笑顔で「楽しくて仕方がない！」とおっしゃられた。ご講演後には活発な質疑応答があり、その中で開業医の岡橋誠先生から「パスって何ですか？ どう役に立つんですか？」という質問があった。これはパスそのものの原点回帰的な質問ではあったが、素朴ながらかかりつけ医の本音とも言うべき内容で、医療現場の声として今後パス改訂の作業上で重要なポイントを示唆していただいたような感があ

た。閉会の挨拶を尾道市立市民病院の中井副院長にいただき、講演会を終了した。

● クリニカルパス講演会 (H24.03.22.)

講師：福井総合病院 勝尾 信一 先生

演題：「電子パスを使いこなそう！」

会場：尾道総合病院 大会議室

【講演の目的】

尾道総合病院は平成23年5月に新病院に移転し、同時に電子カルテ導入となった。電カルではパスの精度が診療レベルを決めると言っても過言ではないため、パス推進委員会のメンバーは膨大な仕事をこなして紙パスからの移行準備を進め、ようやく間に合わせることができた。その後、電カルでは自動的にバリエーションの集計が可能と思込んでいたものが実際には出来ず、またもやパスの運用・分析が停滞しつつあった。そこで、これまで2度当院のパスのレベルアップのために講演をいただいた勝尾 信一先生をお招きして、電カル上のパスを使いこなすノウハウについてご講義いただくこととした。

【講演内容抜粋】

第1回の講演からアウトカム志向のパスについての指導を受けているが、今回は電カルでのパス運用に際して具体的にアウトカムをどう設定するのか、どれくらい労力が必要なのかを示された。パスを「医療の画一化」と誤解する Dr が多いが、「医療の標準化」であり「可視化」であることを強調された。また、電カルは簡単な操作で多大な結果を生むような『魔法の箱』ではないこと、投資と言えざる整備努力が無ければ勝手に進化することは無いこと、なども力説された。当院パス推進委員会が悩んでいるバリエーション分析については、紙カルテ（紙と鉛筆）との併用が有効なこと、分析しやすいコード分類が必須であること、日本クリニカルパス学会作成の Basic Outcome Master を利用すべきこと、病院ごとに要因分類・内容検討のバリエーションマスタの整備が必要なこと、などを解説していただいた。

【講演会の感想】

今回のご講演の前に当院パス推進委員会の委員から、①アウトカム評価とバリエーション入力漏れがないように努めているが、今後これをどう進展させればよいか、②バリエーションをどのように集計し、それを実際にどのように活用しておられるのか、③パスの内容修正の際、原本や修正過程の保存をどうしているのか、④当院ではオールバリエーション方式で時間がかかるため診療系などの分類をする方が良いのか、⑤パス画面で医師は記録を書き、看護師はほとんど書かない、これで良いのか、などの質問を挙げ、これを勝尾先生に伝達して講演内容に織り込んでいただいた。このことが功を奏し、聴く者に判り易い講演内容に仕上げて下さっていた。

パス推進委員会で議事が停滞気味で電子パスの運用に壁を感じていたが、明確に方向性を示す講演をしていただき、活気を取り戻すことができたような気がした。これまで勝尾先生には計3回のパス講演をお願いしたが、学会のリーダー・牽引者たる先生のご指導を受けられることは望外の幸せである。

電子カルテ状のクリニカルパスの運用についてバリエーション分析が容易になると甘い予想していましたが、やはり PC 任せで出来るものではなく、さらに電子パスへの理解度を上げなければ3年前のバリエーションの集積だけをしていた停滞時期に戻る危険性があるということが判りました。勝尾先生によれば「パスのレベルアップにつながるものとして、学会からアウトカム設定ソフトとして Basic Outcome Master (BOM) が発売されている。近日中に改訂版が出る予定なので、これを購入

することを勧めます」とのアドバイスを頂きました。モチベーションの高い本委員会スタッフの力を有効に活用できるよう、パスの方向性をよく見極めて進んでいきたいと思っております。

診療の質向上委員会

委員長 石川 哲 大

前身の医療の質向上委員会については、平成15年10月23日に旧病院・北館4Fで大林諒人先生以下和田知久・佐々木伸孝・数面義雄・篠田 勤・柏原 寛・平田加代子・藤越貞子・恵谷幸郎・青山洋子の計10名の委員で第1回が開催された議事録が残されています。その後、病院機能評価の審査を終えて一旦休止しておりましたが、平成22年10月27日に顧問：和田知久、オブザーバー：木曾哲司、委員長：石川哲大、副委員長：数面義雄、委員：佐々木伸孝、風呂中 肇、則行敏生、森浩希、森本謙一、岡田シカエ、田中千枝子、橋本佳浩、細谷勝己、森原義雄で復活・再開となりました。

本委員会は議事内容が捉えにくいものとはなりますが、病院のレベルアップに欠かせない事柄を議題にして院内の組織確認やマニュアル整備に努めてゆきます。例えば、「医の倫理」では臓器移植への対応、臨床研究と倫理委員会の規定、ターミナルステージの患者さんへの鎮静施行などの手順を話し合い、不足の点をどう改善するかを考えます。「個人情報の保護」ではIT化に向けてプライバシー保護の手順の明文化、診療録の記載基準・退院時サマリーなどの標準化を進める方針について検討します。「チーム医療と各科相互診療の円滑化」では電子カルテ導入に向けて院内紹介の手順の標準化や、クリニカルパスの普及とバリエーション分析からのフィードバックを推進・支援します。

新病院移転に際して本委員会は平成23年2月より『診療の質向上委員会』と名称を変更し、委員会の規約の見直しとともに各分野の課題に対して分担を決めて検討することにしました。

- ① 臨床における倫理の方針、臨床研究の規定、終末期医療：木曾
- ② 臓器移植・脳死判定の院内整備：木曾・石川 臓器提供対応委員会で作成
- ③ Aiについて現状把握と手順：森
- ④ 説明と同意の確認：森本・安友
- ⑤ セカンドオピニオンの手順：松村・森本・藤越
- ⑥ アレルギー歴など患者診療情報の共有：藤越・橋本・細谷・松村
- ⑦ 電子カルテにおける個人情報保護：松村・安友・細谷
- ⑧ 診療への患者参加：石川・安友・橋本
- ⑨ 多職種医療従事者の情報共有：風呂中・安友・橋本
- ⑩ 院内紹介など診療協力：則行・森・風呂中・森本・藤越・橋本・細谷
- ⑪ 複数科カンファレンスを含む症例検討会：則行・森
- ⑫ クリニカルパスの整備・推進など診療の標準化：石川

これら診療の質に関わる問題点の情報を収集して検討し、病院の置かれている現状をチェックして診療レベルを高めることができるよう病院への提言をまとめました。院内の各部署は一生懸命に働いていますが、病院の辿るべき方向を確認しながら毎日を過ごしていかなければなりません。患者さんや医師会の先生方の声に耳を傾け、より良い病院になってゆくよう議論を深めることが本委

員会の役目だと思っております。今後ともよろしくお願い申し上げます。

平成23年度の委員会メンバー

	区 分	職 名	氏 名
1	顧 問		和 田 知 久
2	委 員 長	診療部長	石 川 哲 大
3	副委員長	副院長	木 曾 哲 司
4	委 員	主任部長	風呂中 修
5	委 員	診療部長	則 行 敏 生
6	委 員	主任部長	森 浩 希
7	委 員	主任部長	森 本 謙 一
8	委 員	医療福祉支援センター長	藤 越 貞 子
9	委 員	看護部副部長	安 友 裕 穂
10	委 員	薬剤部長	橋 本 佳 浩
11	委 員	臨床検査科長	細 谷 勝 己
12	委 員	総務課長	松 村 英 昭

化学療法委員会

委 員 長 則 行 敏 生
看 護 師 福 家 幸 子

化学療法委員会はキャンサーボード運営会議の構成組織として、当院での化学療法が安全かつ円滑に施行できることを支援すること、化学療法の知識・技術の向上、患者サービスの向上を担うことを目標に設置されています。現在、医師、看護師、薬剤師、栄養士、相談支援センター、医事課などの多職種が参加し、毎月第2火曜日に行われています。

平成23年5月6日の新病院移転に伴い、外来化学療法室は入院・外来すべての化学療法を行うことを目的にセンター化されました。ベッド数は8床から15床に増床し、専従の看護師が4人配属されました。平成23年度は3,172件の化学療法を行い、一日の平均件数は13件となっています。化学療法の標準化のため、施行レジメンは全てレジメン審査委員会での承認を受け、電子カルテにレジメン登録するシステムとなりました。現在、約150のレジメンが登録されており、レジメン登録されていない化学療法を行うことはできません。

センタースタッフはレジメンの理解と治療目的・目標の理解、治療計画を把握し、确实・安全・安楽ながん化学療法を行うよう心がけています。今後、センター・病棟はもちろん、各部門とも連携を図りながら、化学療法を受ける患者のQOLの向上を目指し、支援していきたいと考えています。

化学療法委員会ではセンター化と共に、化学療法の知識・技術の向上を目標に、各病棟にリンクナースを設けました。現在は、各部門が同じ評価を行い、副作用に関わっていけるよう、入院患者の化学療法副作用のグレード評価に取り組んでいます。リンクナースが病棟ごとに毎月患者の副作用を集計し、センターが全体の集計を行って結果を共有しています。平成24年度は昨年1年間の集計を元に、当院の副作用の傾向を抽出し、予防やケアに生かしていこうと思っています。

化学療法室のセンター化・リンクナースの活動開始から1年が経過しました。入院・外来全ての

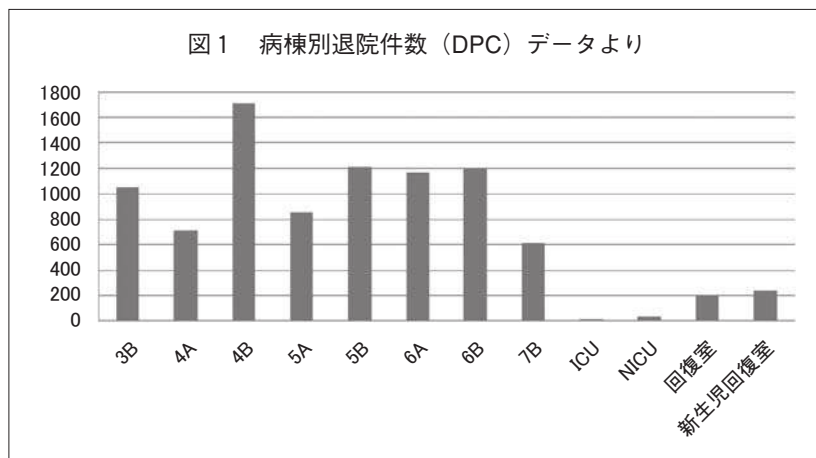
化学療法を行うシステムを最大限に生かすため、各部門がそれぞれの専門性を発揮しながら、お互いに尊重しあい、患者に効果的な治療が提供できるよう、また地域の方から信頼してもらえる化学療法センターになるよう、取り組んでいきたいと思っています。

診療情報管理委員会・DPC 委員会・コーディング委員会

副 院 長 森 山 浩 之
診療情報管理科長 豊 田 直 美

昨年病院移転後より、診療情報管理科は本館の最東端“こんな所に部屋が…?”と言われるような場所で動いています。DPC 企画室という小会議場があり、当科の会議はここでを行っています。

図1は2011年5月～2012年4月まで1年間の病棟別退院件数です。当科スタッフ4人で担当病棟を分担しており、退院1件ごとにDPCコードを採択しています。このDPCコードに対する主治医の承認が得られれば、包括分の診療報酬請求のもののできあがり。スタッフ1人あたり年間約2,400件のDPCコードを付与していることとなります。



DPC は診断名と実施された手術、処置の組合せで構成されるので、ひとつのDPCコードを付与するために、毎日その患者さんの診療録を閲覧することになります。更にDPC制度は退院ごとに1レコードとなりますが、診療報酬請求は1ヶ月毎に行われるので、月末最後の日には在院患者さん全てに、今回の入院中に実施される予定の手術・処置を予測してDPCコードを付与しておかなければなりません。

こんな煩わしい作業を医師にお願いしているという施設もありますが当院では、DPCは診療報酬請求の一手法なので事務方が担当するという方針で導入しました。アップコーディング（請求上高額なDPCコードを故意に付与すること）防止のためにも、厚生労働省は、DPCコードに主治医が関与することを義務づけています。そこで当院では、最後に医師にDPCコードを承認していただくという方法にしました。

この一連の業務で発生した問題や課題の検討、セミナーや研修会参加後の報告などを当委員会で行っています。

2008年から4年分のDPCデータと、電子カルテ上のデータ1年分が集積されましたので臨床指標研究、公開に向けても始動しました。

教育研修委員会

教育研修委員会活動状況，委員会からの提言

委員長 藤越貞子

教育研修委員会は「質の高い医療を提供するために、全職員に共通して必要な教育研修をすること」を目的に、診療部門、看護部門、薬剤部門、事務部門、地域医療・福祉部門、その他医療技術部門の代表で組織されています。

23年度は委員会を4回開催しました。医療安全や感染、連携に関する研修会の開催状況や評価をし、4月新人オリエンテーション・研修会においては、人事課とともに計画し主催をしています。委員長になって1年目、教育研修委員会は、病院全体の教育研修を統括している委員会としての自覚をもって、年次計画を策定することから始めなければならなかったと反省しています。

教育・研修は、全職員に対して必要性の高い課題についての教育・研修が年次計画として立てられており、確実に実施されていること、また実施された内容が参加者により評価され、次の計画に役立てられていることが重要です。全職種を対象とする教育・研修課題としては、患者の安全確保、感染管理、患者の権利、医療の倫理、接遇、個人情報保護などがあげられますが、年間計画の管理や、成果の確認を統括する部門は、現在ないので把握が難しい状況です。現在、教育研修委員会として計画、実施、評価ができているものは、新入職員対象の研修と接遇研修のみとなっています。組織が成長するためには教育が非常に大事です。組織横断的な取組みを統括する部門の整備が望まれるところです。

新病院になり、会議室が整備され環境的にも研修会が開催しやすくなりました。

当院は、各職種の外部の学会、教育・研修活動への参加も奨励されており、出張に関する規定もあり、専門分野での資格取得も特定修学制度や指定修学制度などが規定され支援されています。恵まれた環境を活かし、組織的に管理・支援する教育研修委員会もバージョンアップするよう検討しています。

図書委員会

昨年における委員会の活動状況 図書委員会からの提言

放射線科 目崎一成

現在の図書室の状況につき報告させていただきます。以前と比較して文献検索については随分便利になってきていると思います。これはIDとパスワードがありインターネット接続環境であれば各部署でも利用可能です。残念ながら図書室のインターネット環境がいまだに十分整備されておらず、ご迷惑をおかけしています。関係部署に働きかけておりますので今後は改善していくものと思います。しばらくお待ち下さい。それ以外にも問題点があれば総務の図書担当あるいは目崎にご連絡戴ければ対応します（お金のかかる話は相当な時間が必要です）のでよろしく願います。

臨床研修管理委員会

委員長 則 行 敏 生

臨床研修委員会は初期研修医の研修に関わる院内調整や対外交渉を行っています。

平成23年度は、研修医マッチングの結果1年次研修医が1名だけという非常事態となりました。研修医の減少の原因を探求しましたが、明確なものが得られませんでした。臨床研修委員会では研修プログラムの見直し（自由選択型）、病院見学者や医学生実習生に対してアンケート調査や積極的な関わりなどを行い、新築病院の効果もあり、平成24年度では5名のフルマッチとなりました。今後も魅力ある研修病院を目標に臨床研修委員会では活動を行います。その一環として、初期研修医の声を研修により反映させることを目的に研修医が中心として参加する初期研修プログラム推進委員会を臨床研修管理委員会の下部に組織しました。この委員会を通じ、研修医と指導医がより良い研修とは、互いに問いかけることができるようになればと思っています。

平成23年度の研修医は1年次1名、2年次5名の6名であり、平成24年3月2年次研修医5名が無事研修終了の評価を得て、消化器内科1名、呼吸器内科1名、循環器科1名、呼吸器外科1名、産業医1名として巣立ちました。指導に関わって頂いた方々、大変ありがとうございました。平成24年度は現在1年次5名、2年次1名で、積極的にモットーに頑張っています。ご指導の程よろしくお願いいたします。

労働安全衛生委員会

事務局 丹 羽 曜 子

毎年4月に1年間の活動計画を立て、毎月第4火曜日に職場巡視と委員会を開催しています。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不必要な物を置いていないかを中心に巡視しています。新病院に移って1年を経過しましたが、実際使っていく中で改善が必要なこともあり、その都度改善通知書を発行して改善に努めています。

職員の健康管理についてはメンタル関係の長期休業者、及びその予備軍を出さないため、今年はメンタルに良いというヨガ教室を開催したり、全職員にウェルリンク社のメンタルヘルス診断を3年連続で実施しました。

また、超過勤務80時間を超える職員には、産業医の面接を受けてもらうよう案内をしています。こころが不調を生じる前に対応していく必要があるからです。それでも不調になり、休業が必要になった職員に対して、JA 広島厚生連職場復帰プログラム原案を基に当委員会のメンバーの中から選任した復帰プログラム委員が定期的にメンタルヘルス復帰プログラム検討会を実施しています。

8月には定期職員健康診断実施し、全体の受診率は92.9%でした。健診結果で要精査、要治療と判定された職員には追跡調査も行ないました。

インフルエンザについても職員希望者全員にワクチン接種をすることができました。

当委員会では、職場の安全、職員の健康に重点を置いて活動していきますので、ご協力お願い致します。

材料委員会

委員長 門 田 秀 二

一昨年の同欄に、当院における材料費の方程式は①収益に対する材料の購入金額割合はほぼ10%で一定している、②その絶対金額は手術件数に比例する、とほぼこの2点に収斂すると書いた。この方程式は主に旧病院のデータから判明したものであるが、病院移転後も概ね成立するようである。但し、②は手術件数及び検査件数にと微調整する必要があった。

昨年同欄には苦しい病院事情に対して神風が吹くか？吹かないか？と書いた。2012年度診療報酬改定によって、手術点数の大幅な増額となり、シュミレーションによると1年間に8,000万円程度の収入増になるらしい。これは、従来低く見積もられ過ぎていたドクターズフィー (doctor's fee) を再評価する過程での是正と考えられる。

経営側として考えるであろう事は、収入増の次は、当然コスト削減である。旧病院における2010年度の月平均の材料費は7,560万円であったのに対し、2011年度の5月に新病院に移転した後の2011年度の月平均の材料費は約8,400万円であった（4月5月を除く）。

これが、診療報酬改定後の2012年度にどこまで抑えられるかが今後の課題である。収入は増えたが支出はそのままという夢のような話はないであろうが……。

旧病院では、万事大雑把だったデータ分析は、新病院になって様々な指標分析が可能になった。例えば、術式別に材料費を科別に比較することで、価格交渉などに活かすことができる。今後は償還価格をもとに分析し、材料比率を下げることや他の経営資源に貢献できるように、原価計算を導入する準備を施設資材課では考えているらしい。

この前段の記述は敷衍して言えば、科毎に尾三地域におけるシェアや、県内の他病院との比較もすでにされており、我々医師側から言うところの恐ろしいことである。これを学校に例えるならば、学期毎の成績に関し教師（＝病院）はデータを持っているが、生徒（＝我々医師）は通信簿を見せてもらえない状態に近い。繰り返すが実に恐ろしいことである。

この材料委員会の報告はここ数年門田が担当しているが、文体（というか発想する主体）が労働者としての医師側の要素と経営側の心情を推測しての要素が段落毎にグラデーションしているため、大変難解な文章になっている事をお断りしておきたい。

院内感染対策委員会

臨床検査科 森 本 典 子

平成23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23年度の MRSA 検出状況は新規106件（47%）、継続118件（53%）でした。総検体数は5190件で MRSA の検出率の年間平均は4.3でした。年間の平均で見ても今年度は低い検出率となりました。NICU からの検出が減少したのも要因のひとつだと思います。

MRSA (平成23年度)

月	新規	継続	検出数	総数	検出率(%)
4月	4	9	13	395	3.3
5月	6	3	9	267	3.4
6月	6	10	16	465	3.4
7月	12	9	21	461	4.6
8月	13	14	27	490	5.5
9月	11	8	19	450	4.2
10月	8	15	23	425	5.4
11月	14	8	22	430	5.1
12月	6	7	13	421	3.1
1月	7	9	16	453	3.5
2月	13	11	24	491	4.9
3月	6	15	21	442	4.8
合計	106	118	224	5190	4.3 (年平均)

MRSA の年度別推移

	新規	継続	計	検体総数	検出率(%)
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
平成22年度	137	178	315	6034	5.2
平成23年度	106	118	224	5190	4.8

MRSA 以外にも ESBL 産生の陰性桿菌が25件 MDRP (薬剤耐性緑膿菌) が3件検出されました。

ESBL 産生菌は MRSA と同じあつかいで対応してもらいました。MDRP については ICN の棒田科長に個室管理等 感染の指導してもらい他への感染はありませんでした。

2. 院内環境検査 (MRSA, レジオネラ菌, 大腸菌) について

- MRSA は23年度については各病棟が管理する方向でお願いしました。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、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した。

- レジオネラ菌 (モニター部署…冷却塔水)

冷却塔水では7月8月9月に検査を実施しました。8月の試料で一箇所のみ120CFU/100ml (要観察範囲) 検出されましたが、9月に提出された試料では望ましい範囲内でのレジオネラ菌数になっていました。他はすべて望ましい範囲内でした。

- 大腸菌 (モニター部署…栄養科)

平成23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

入院患者からは特に問題となる結核発生はありませんでした。

4. ノロウイルスについて

今年度、ノロウイルスについてはとくに院内発生はありませんでした。

5. 新型インフルエンザについて

大部屋で一人インフルエンザ陽性患者がでましたが、同室の患者様には、規定の投薬で拡大はみられませんでした。

6. 院内感染対策委員会での主な決定内容

第2種感染症協力医療機関の受け入れについては協力ならうけいれる。
ボイラーのレジオネラ検査は7・8・9月とする。

7. 院内の感染対策の勉強会について

ユッケありますか？（風呂中 Dr.）

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

結核研修会

広島 ICT 活動研修会

9. ICT の活動について

電子カルテになり、届出抗菌薬の届出も電子カルテ上でできるようになり、それとあわせて、適正使用と耐性菌の検出状況を把握、検討をおこない、届出のないものや抗菌薬の不適切使用と思われるものには電子カルテ上に付箋をはり注意をうながした。

病棟別に感染対策が守られているか週1回ラウンドをおこなった。

10. 院内感染対策委員会メンバー20名（平成24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） 桶本 瑞江（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（診療部長）	巴 宣人（事務次長）	松村 英昭（総務課長）
吉原 弘起（施設資材課）	光貞由美子（医療安全担当科長）	ICN 棒田 静香（感染管理担当科長）
金原 亜子（外来科長）	壇上美由紀（OP 室科長）	水野 香織（NICU）
BCICPS 安原 昌子（薬剤部科長）	山本 智恵（栄養科長）	安保 徳宏（放射線科主任）
森本 典子（検査科主任）	細谷 勝己（検査科長・事務局）	田淵 政司（清掃）

終わりに

近年 MRSA のみならずさまざまな薬剤耐性菌が検出されるようになりました。なおいつそう菌に対して注意を払っていかなければいけないと思います。

今年度は病院移転という大事業がありましたが、幸いにも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。昨年と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

新病院移転から1年あまりが経過しました。

昨秋に実施しました新病院における初回の患者満足度調査（通算8回）では、当病院に対する総合的な満足度は、外来患者では78%（前年67%）、入院患者では90%（前年80%）でありました。数年来固定化していた評価も大きく変化し、外来、入院ともに+10%とポイントアップしました。

以前には毎度示されていた施設（病室、トイレ、浴室、洗面所、駐車場など）改善の要望は一気に減少し、新築されたばかりの病院は利用者の方々に快適な療養生活を提供できる施設となっているようです。満足度のポイントアップはやはり病院施設の改善が大きく寄与していると考えられました。

しかしこの「+10%の満足度」には別の角度からの分析が出来ると思われま

す。狭小で老朽化著しかった旧病院から、設備も含め最新の施設になった新病院に移っても、満足度は10%しかアップしていないという見方もできます。

非常にラフな計算ですが、旧施設の満足度が50%であり、新施設の満足度が100%であると評価されていたと仮定したら、またそれがそのまま満足度の10%アップにつながっているとしたら、病院利用者が満足度評価を行う際の病院施設面の評価が占める割合は1/4程度ということになります。

利用者の満足度評価は実は設備施設面では大きなポイントを与えておらず、それとは異なる点で満足度の評価を与えているということが判ります。

やはり医療サービスの本質である診療行為自体、あるいはその周辺で感じられる対応態度、身だしなみ、言葉遣いや、あるいは待ち時間などで評価される面が意外に大きいことに改めて気づかされました。

施設大幅改善となっても「仏作って魂入れず」にならないよう、評価点数の高い言葉遣い、対応態度、身だしなみなどでのサービス改善維持に努めたいと考えているところです。

われわれ病院構成員のみならず患者さんをはじめ病院利用者の方々とともに、「満足度の高いみんなの病院」創りに努力する意欲を変わず持ち続けていきたいと思

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。平成23年5月に新病院新築移転のため5月の薬事委員会は中止としました。

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適正な使用ができ、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23年度の薬事委員会は、5回開催されました。第1回が7月27日(水)にあり、緑内障と高眼圧症治療薬の配合剤であるコソプト配合点眼液や新しいアルツハイマー型認知症治療剤など新規薬品が9品目、剤形変更が4品目、名称変更が2品目が新規採用となりました。第2回が9月30日(金)にあり、慢性疼痛の内服薬で ترامセツト や抗 HIV の新ガイドラインの薬である ツルバタ配合錠 とカレトラ配合錠 など15品目が新規採用となりました。第3回が12月1日(木)にあり、持続性選択 H1 受容体拮抗・アレルギー性疾患治療剤のザイザル錠など4品目が新規採用となり、そして後発医薬品導入委員会もおこない、国立がんセンターや高度医療センターなどを参考に抗がん剤を5品目その他13品目を後発医薬品に変更することが決まりました。第4回が平成24年2月1日(水)にあり、環状リポペプチド系抗生物質のキュビシン静注用や骨粗しょう症治療剤のリカルボン錠など6品目と販売中止にともないメーカー変更のプロスモン注を1品目が新規採用となりました。第5回が平成24年3月30日(金)にあり、アレビアチンの注射で血管炎や配合変化など起こしにくいホストイン静注や糖尿病の新しい薬のヒト GLP-1 アナログ製剤のビクトーザ皮下注など6品目、剤形変更が1品目、製造中止にともないメーカー変更が2品目新規採用となりました。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がんセンタ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。毎月第3火曜日17:00から緩和ケア委員会を開催していますが、院内の緩和ケアの方向性を検討し、年間の緩和ケア勉強会の設定などを行います。平成23年度には紆余曲折を経ながらエンゼルケア・マニュアルの原案を作成しました。

この委員会の活動に付随する《緩和ケアチーム》、《緩和ケア医師研修》、《学会・講演会など》についてまとめました。

《緩和ケアチーム》

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、森元緩和ケア専従看護師、島居・藤原緩和ケア認定看護師、平井・江草がん薬物療法および緩和薬物療法認定薬剤師、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【紹介時（初回）ケアカンファレンス】を行い、情報を共有して方針を検討します。その後、病室へ行って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16時に石川と森元看護師は病棟回診をして、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13:00から症状緩和に関わる緩和ケアチームのミーティングを行い、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23年度に緩和ケアチームに紹介をいただいた患者数は77名（平成22年度は51名）でした。退院支援として在宅主治医を決めて在宅療養へ移行された患者さんは5名でした。この場合には、在宅主治医＋看護師・ケアマネージャー・訪問看護ステーション・介護スタッフとともに【退院時ケアカンファレンス】を開催します。可能であれば、患者さん・ご家族にも参加していただき、情報の共有や顔の見える連携の形成を実践しています。

平成23年9月18日(日)～19日(月・祝)に開催された「リレーフォーライフ・ジャパン in 広島（尾道）」（尾道市びんご運動公園）へ緩和ケア委員会・緩和ケアチームとして積極的に参加しました。

《緩和ケア医師研修》

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、年に1回のペースで開催しています。本年度は第3回目として、平成23年9月23日(金)、24日(土)の2日間にわたって尾道総合病院大会議室で行いました。院外2名、院内9名（うち、2年目の臨床研修医5名）の計11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780分のややハードなスケジュールですが、全員熱心に聴講され活発なディスカッションも展開されて充実した研修会となりました。研修修了者には後日、県知事名・厚生労働省健康局長名の修了証書が授与されました。

《学会活動・講演会など》

平成23年7月29日～30日に札幌市で開催された第16回日本緩和医療学会では、「転移性脳腫瘍に対するリニアックを用いた定位放射線治療 ～当院での実施状況と効果について～」（高澤 信好）と「緩和ケアチームが対応に難渋した舌・口腔底・下顎がんの一症例」（石川 哲大ほか）の2題を発表しました。

平成23年12月1日に尾三地域緩和ケア勉強会として、要町病院の腹水治療センター長 松崎 圭祐先生をお招きして「改良型腹水濾過濃縮システム KM-CART による癌性腹水に対する積極的症狀緩和とがん治療への応用」と題する講演会を開催しました。院内はもとより院外からも多くの参加者があり、がん末期の腹水貯留で困っている患者さんが多いことが窺われました。この講演会をもとに当院倫理委員会に KM-CART 方式での腹水濃縮還元実施を申請し、認可を受けました。

平成24年2月4日、尾道国際ホテルで「豊かな死を迎えるための市民公開講座」（尾道市・市民公開講座／広島県地域対策協議会・地域ケア促進専門委員会）が開催され、石川が「『豊かな死』を迎えるために」と題する講演を行い、シンポジウムに出席しました。

また、第2・4火曜日の午後16時に開催している「ふれあいサロン」では、平成24年7月12日に公立みつぎ総合病院の沖田 光昭先生に「笑いと健康」というタイトルで講演をしていただきました。みつぎ総合病院そのものが緩和ケアの世界で有名なことに加え、沖田先生の人気もあって会場に入りきれないほどの参加者がありました。内容はとても分かり易くしてあり、間断なく笑い声が巻き起こる様な楽しいお話でした。沖田先生には平成24年2月26日の第3回市民公開講座（尾道総合病

院主催、しまなみ交流館)でも演題名「笑いと健康 そして、緩和ケアについて」での講演をお願いしましたが、巧みな話術と内容の素晴らしさで聴衆を魅了されました。

今後、地域がん診療連携拠点病院として、がん患者さんの在宅療養支援の要として、緩和ケアチームの病院横断的な働きが重みを増すことが予想されます。緩和ケア委員会・緩和ケアチームは、このことを肝に銘じ、チームワークによる総合力を発揮した活動をしてゆきたいと思います。

NST 運営委員会

委員長 小野川 靖 二
NST 専従者 岡 本 裕 美

平成23年度は新病院での電子カルテ導入に伴い、NST システムにおいても電子カルテと連動して運用することが可能になりました。従来は各病棟で全員が紙カルテを閲覧していましたが、現在は事前に各自で対象患者の状況を把握することができるようになり、またカンファレンスを1箇所集約することにより業務の効率化を図ることができるようになりました。

平成23年度は主に以下の活動を行いました。

1. NST 回診

平成23年度は合計33名の患者に対して栄養学的な助言を行いました。対象患者の入院診療科は合計9診療科にわたっています。また、昨年度と比較し外科からの依頼が増加したことが特徴に挙げられます。

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、当院では平成22年7月より栄養サポートチーム加算を取得しています。平成23年度は合計で176件の加算を取得しています。

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、NST 専門療法士資格取得をめざす看護師・薬剤師・管理栄養士・臨床検査技師などの教育を行っています。平成23年度は1名の NST 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、日本栄養士会より広島県内で唯一「栄養サポートチーム担当者研修 認定教育施設」の認定を受けており、平成23年度は3名の実地研修 (16時間) を受け入れました。

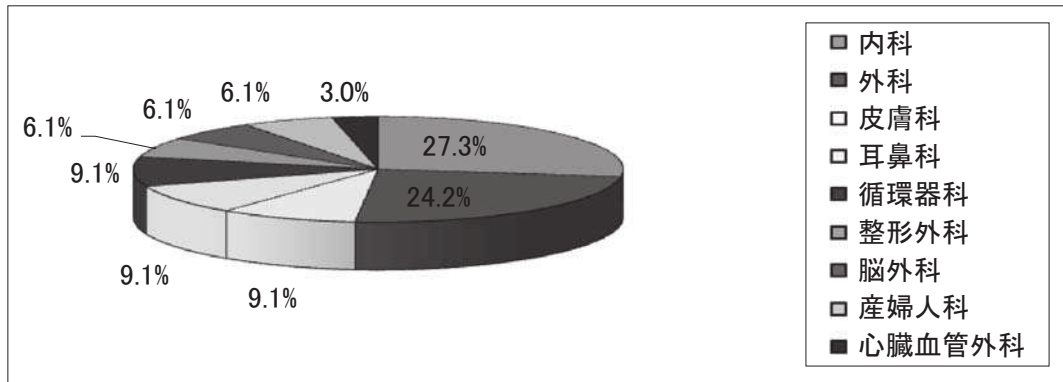
4. 学会活動

平成23年12月17日に出雲で第4回日本静脈経腸栄養学会中国支部学術集会在開催されました。当院より演題を3題発表しています。また、平成24年2月23日~24日に神戸で第27回日本静脈経腸栄養学会学術集会在開催され、当院 NST より2題発表しています。

上記以外にも NST に関する様々な勉強会に参加し、新しい知識の習得に努めました。今後も院内・院外ともに活発な委員会活動を行っていきたいと思います。

平成23年度 NST 依頼 診療科別割合

診療科	内科	外科	皮膚科	耳鼻科	循環器科	整形外科	脳外科	産婦人科	心臓血管外科	合計
人数(人)	9	8	3	3	3	2	2	2	1	33
割合(%)	27.3	24.2	9.1	9.1	9.1	6.1	6.1	6.1	3.0	100.0



栄養委員会

管理栄養士 山本智恵

新築移転に伴い、電子カルテ (NEC) と給食システム (グリーン) の調整・ニュークックチルの導入があり、早急に解決しなければならない事が多く、また業務内容、時間の変更が必要でした。

下げ膳については朝食、昼食分については回収を2回行い、夕食後は1回目の回収後は給食専用エレベーター内に回収用カートを入れておき20時まで動かす事で、病棟にできるだけ残食が残らないようにしました。

また給食システムの加熱時間とクールダウンに必要な時間が当初の予定より30分以上必要であった為、オーダーされた変更ができないまま加熱に入らざるをえなかったのですが、皆様にご協力いただき食事締め時間を9時・15時に変更することで、業務が円滑に回るようになりました。

これからも皆様のご意見を頂きながら、業務を円滑に行い、よりよい栄養管理・給食管理をおこなっていきたいと思っています。

皆様のご協力を宜しくお願い致します。

救急センター運営委員会

委員長 石川 哲 大

平成23年5月に尾道総合病院は新病院へ新築移転しましたが、新たに救急総合診療部・救急センターが開設されました。旧病院の手狭な救急外来とは打って変わり、新病院の救急センターは救急外来診察室が3室（救急車が同時に3台受けられる）・総合診療科診察室が2室・夜間小児科診察室が2室という大きな区画となりました。救急診察室には无影灯・麻酔器+麻酔ガス配管・モニター類があり、通路には手術用手洗い台も設置されていて緊急手術・外科処置を要する場合に対応できるものとなっています。また、救急外来から手術室・ICUなどのある3Fフロアへの直結エレベーターがあるため、外部の廊下や待合室を通ることなく安全に患者さんの搬送ができるようになりました。

救急センター運営委員会は、平成23年8月16日に準備委員会を発足させ、同年9月27日に第1回の開催となりました。救急総合診療部・救急センターには、救急外来・ICU・回復室・当直業務・総合診療科が包括され、本委員会は救急総合診療部/ICU/回復室のスタッフと救急や当直に関わりの深い内科・外科の医師、看護部・臨床研究検査科・放射線科・薬剤部・臨床工学科・事務職などのメンバーで構成されています。月に一度の委員会では、救急外来や当直体制の問題点やICU/回復室の運用状況、総合診療科の方針などを話し合います。

【救急外来】

救急外来は、総合診療科および各科医師が救急車の受け入れを行います。看護師は回復室からのメンバー（リーダー：長谷救急看護認定看護師）が業務にあたります。

月	救急搬送	Walk in	小児救急搬送	小児 Walk in	合 計
H23 5月	45	59	1	8	113
6月	214	284	16	50	564
7月	241	314	24	307	886
8月	215	332	34	224	805
9月	205	339	49	241	833
10月	218	316	25	50	600
11月	209	295	24	41	569
12月	214	422	31	80	747
H24 1月	237	520	34	1,076	1,867
2月	206	403	31	814	1,454
3月	213	418	38	833	1,502

《医師当直者（救急外来）ガイドライン》

新病院となって救急外来も様変わりしたため、当直体制の見直しが必要となりました。まず、医師当直者ガイドラインを改定することとし、平成23年10月からその作業に取り掛かりました。原則的に救急患者さんを断らないということを基本にし、当直医師の中の最上級職者を院長代行とすることなどを織り込んで円滑に当直業務が遂行できるようにと苦心の末、原案を作成しました。院長代行は、当直時間帯における病院緊急事態での指揮・指令を司り、救急外来閉鎖および解除の指示などを行います。11/8 主任部長会議、11/15 救急センター運営委員会、11/22 運営会議、11/25

医師会議, 11/28 部門間会議に上程して次々と承認をいただき, 12/1に一応の完成をみました。その後, 平成24年2/15に改訂版を発行しています。

やや曖昧となっていた当直日誌を整備し, その運用を周知しました。時に救急搬送を断るケースがあることが問題となり, 満床などでやむを得ない場合を含めて断った理由を記載することとしています。

【ICU・回復室】

ICU (平野主任部長, 重田科長) には外科の術後患者さんの入室が多いものの, ベッド稼働率は100%以上で推移しており, 回復室 (上田部長, 内海科長) も当初少なかった患者数も多くなって却ってベッドの回転を促進しなければならない状況になっています。ICU について, 平成24年5月から25年3月までのベッド利用率は120.8%, 入室は1624件 (147.6件/月)・480名 (43.6名/月), 平均在室日数は3.38日でした。

月	ICU 患者数 (のべ) (稼働率)	回復室
H23 9月	47人 (のべ146件)	157人
10月	47人 (のべ150件) (121%)	162人
11月	44人 (のべ156件) (130%)	150人
12月	55人 (のべ158件) (127%)	168人
H24 1月	52人 (のべ161件) (130%)	178人
2月	46人 (のべ153件) (132%)	144人
3月	48人 (のべ158件) (127%)	154人

【総合診療科の役割について】

新病院では電子カルテの導入に絡み, 外来診療は予約制となりました。しかし, 突然の受診や初診で予約および紹介状が無い患者さんや受診科が判らない患者さんは, 玄関先で開業医受診を促されることとなったため, 苦情が殺到したと聞きました。この事態は早急に改善されなければならず, 総合診療科ではこれらの患者さんを診察することを受諾し, 患者さんの受け入れ・案内も外来玄関の案内カウンターから総合診療科の受付カウンターに変更してもらいました。この案で実際の運用を開始したところ, その後は苦情も殆ど聞かなくなったとのことですので, やはり折角新病院に来てみたのに追い返された, というのは誰しも納得のいく話ではなかったようです。

前年度に引き続き, 総合診療科のために各科からバックアップ体制の支援をいただいていることが, 救急患者さんのスムーズな診療に大いに役立っています。

発足して経験の浅い救急総合診療部・救急センターですが, 今後ともよろしくご厚意申し上げます。

臓器提供対応委員会

委員長 木 曾 哲 司

平成22年7月の臓器移植法の改正に伴い, 当院は心停止下における腎臓・角膜の臓器提供が可能であり, 症例発生時に円滑な組織対応を行うために, 平成23年1月に臓器提供対応委員会が発足し

委員長に任命されました。腎臓移植の経験がある石川診療部長と院内コーディネーター重田の協力を得て活動を開始し、平成23年度は奇数月に定期開催することになりました。

委員会規約・心停止下における臓器提供の適応基準および院内対応マニュアルの整備、整備後は院内の職員に周知・徹底のためのマニュアルの配布と共に、臓器提供症例発生時の対応についてはポケットマニュアルに記載することになりました。また、臓器提供に関する研修会として9月には広島県移植コーディネーターの山本京子氏に「移植医療について」の院内講演をしていただきました。

臓器提供者が外因死の可能性がある場合の検視の手順・対応についての整備ができてなく、平成24年2月に当院の医療安全管理推進委員の黒川氏の司会で「臓器移植に伴う検視業務検討会」を尾道警察署で開催し、1. 心停止後の臓器提供の事例が発生した際には尾道署・刑事課（夜間は当直署員）へ連絡する。2. 広島県警・尾道署としては全面的な協力体制を敷き対応する。3. 早い段階からの情報共有があることで検視自体の要否や死亡宣告後の検視に要する時間の短縮が可能となる。ことなどを確認しました。

委員会発足後は平成24年3月に角膜移植の症例があり、マニュアルに従って行動し無事移植が終了しましたが、実施してみますと色々な課題・問題点があり次回の委員会で検討することになりました。

院内コーディネーターの役割は重要であり、平成23年度より重田・長谷の2名が臓器提供症例発生時の初期対応を担当しています。平成23年度の委員会構成は

委員長：木曾（副院長） 副委員長：瀬浪（副院長），委員：門田（脳神経外科主任部長）小林（眼科部長）光貞（医療安全管理室科長）壇上（手術室科長）重田（ICU科長）長谷（回復室主任）細谷（臨床検査科長）松村（総務課長） アドバイザー：石川（診療部長）で活動しました。なお、平成23年11月に脳死判定における平坦脳波解析の研修会に臨床検査部門が出席しています。

院内主要行事

平成23年度

年 月 日	行 事	年 月 日	行 事
23. 4. 1	辞令交付式	23. 9. 29	広島県東部保健所立入検査
. 4	新採用者オリエンテーション	10. 21	行政刷新・分権改革推進特別委員会病院視察
. 4	新採用職員歓迎会	. 26	第255回尾道総合病院オープンカンファレンス
. 6	広島県議会議員選挙不在者投票	. 31	全厚連による院内視察及びヒアリング及び意見交換会
. 6	地域医療対策第1回全体協議会	11. 1	JA 尾道総合病院オープンカンファレンス
. 11	厚生連尾道看護専門学校入学式	. 4	第18回尾三地域がん連携フォーラム
. 13	地域医療対策第2回全体協議会	. 7	農林水産省広島県厚生連検査(～11/10)
. 20	尾道市議会議員及び尾道市長選挙不在者投票	. 15	医療安全研修会
. 25	一般外来診療休診(～4/28)	. 24	広島県病院協会病院視察研修会
. 28	一般外来・救急外来診療休診(～5/5)	12. 2	尾三地域緩和ケア勉強会
5. 1	入院患者移送	. 13	医療安全研修会
. 1	新病院開院	. 19	周術期管理ナースについての講演会
. 5	新病院内覧会(地域住民対象)	24. 1. 4	新年互礼会
. 6	一般外来診療開始	. 12	消化器学術講演会
. 22	新病院内覧会(医師会対象)	. 19	第19回尾三地域がん連携フォーラム
. 31	ハサヌディン大学との調印式	. 20	病院祭実行委員会決起集会
6. 9	第253回尾道総合病院オープンカンファレンス	2. 14	地域連携パス講演会
. 9	広島大学浅原利正学長による開院記念特別講演会	. 23	第256回尾道総合病院オープンカンファレンス
. 17	新尾道総合病院開院記念式典&職員慰労会	. 23	第14回連携フォーラム
. 30	君原健二さんによる特別講演会	. 23	総務省大臣政務官他(ICT)視察
7. 16	院内 ICLS 研修会	. 25	ICLS 講習会
. 28	第17回尾三地域がん連携フォーラム	. 26	市民公開講座「市民のためのがん最前線」
8. 3	病院見学会(看護職就職希望者)	. 29	防火避難訓練
. 11	第254回尾道総合病院オープンカンファレンス	3. 1	医療安全研修会
. 11	第13回連携フォーラム	. 9	経営改善計画説明会
. 18	研修医採用試験	. 14	経営改善計画説明会, NST 勉強会
. 19	医療安全研修会	. 15	診療報酬改定説明会(医科)
9. 23	第3回尾道総合病院緩和ケア研修会(1日目)	. 22	クリニカルパス講演会
. 24	トリアージ訓練	. 27	JA 尾道総合病院鎮静セミナー
. 24	第3回尾道総合病院緩和ケア研修会(2日目)	. 29	診療報酬改定説明会(DPC)



浅原学長



茶山広大病院長講演



君原健二さん



市民公開講座



患者移送



消防訓練

「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。一平成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 infarction. 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, 1965.

・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. 著者名は2名まで記載し, 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 巻：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いたします。

編 集 後 記

編集委員長 森 山 浩 之

厚生連尾道総合病院医報は本号で第22号になりますが、初代の編集委員長大林諒人先生の後を受けて長い間編集委員長をお勤めになりました和田知久先生がこの度委員長を退くことを決断されました。和田先生には、ご本人から言われることはありませんでしたが、この間には大変なご苦勞があったものと推察いたします。和田先生の後任には幾人かの先生方のお名前が挙がったようですが、適任の先生がおられましたのになぜかこの大役が私 森山へ回ってまいりました。ご指名をいただきましたからには精一杯努力し、大林先生、和田先生がお作りになり発展させてこられた厚生連尾道総合病院医報をこれからも維持することが出来ればと考えています。しかし、編集委員会の努力だけでは不可能であり、皆様のご協力なしには成し得ないことです。引き続きましてご支援をお願い致します。

さて本号には、特別講演をお願いした先生方から3題のご投稿をいただきました。広島大学大学院消化器・代謝内科学教授 茶山一彰先生の「C型肝炎治療の新たな展開」、京都大学大学院医学研究科放射線医学講座放射線腫瘍学・画像応用治療学教授 平岡勝則先生の「放射線治療の最近の進歩」、東京女子医科大学病院地域連携室・クリニカルパス推進室 下村裕見子先生の「がん地域連携の課題とがん地域連携パス普及に向けて」という論文ですが、読ませていただきました際には、ご講演時の感激がよみがえってまいりました。先生方には、大変お忙しい中ご投稿をいただきましたことに感謝いたしますと同時に、厚く御礼申し上げる次第です。

院内からは、症例報告2題をご投稿いただきました。心臓血管外科の濱本先生から「発症9日目に偽腔開存型へと進行した ulcer-like projection 型急性大動脈解離に対する手術例」、泌尿器科の森山から「直腸狭窄によるイレウスを発症して発見された前立腺癌の1例」です。また、内科の橋本先生には、市民公開講座で口演された「肝がん 防いで！見つけて！治療して！」を論文にして投稿頂きました。研修医によるCPCは、上田先生、須澤先生、竹井先生から各々論文として提出していただきました。研修医の先生方には、今回の経験を糧に今後数多くの業績を残されますように期待しています。さらに看護専門学校濱川英子さんより「臨地実習に向けての学内演習の効果と課題（患者条件に合わせた日常生活援助の方法の理解）」を活動報告として投稿していただきました。

各委員会からは、これまでと同様1年間の活動状況についてご報告いただきました。内容を見させていただきますと、各委員会のご苦勞の一端が窺われます。

「職場だより」では、各部署のスタッフ紹介や仕事内容、実績や課題などについて書いていただきましたが、投稿者の考え方や意見などを自由に書くことのできる場になってもいいかもしれません。

最後になりましたが、投稿いただきました院内の皆様方には御礼を申し上げますと同時に、本号の発行にあたって多大なご尽力をいただきました竹内礼子さんに感謝申し上げます。

【編集委員会】

顧問：和田知久

委員長：森山浩之 副院長

委員：木曾哲司 副院長

瀬浪正樹 副院長

花田敬士 診療部長

中原雅浩 主任部長

橋本佳浩 薬剤部長

安友裕穂 看護副部長

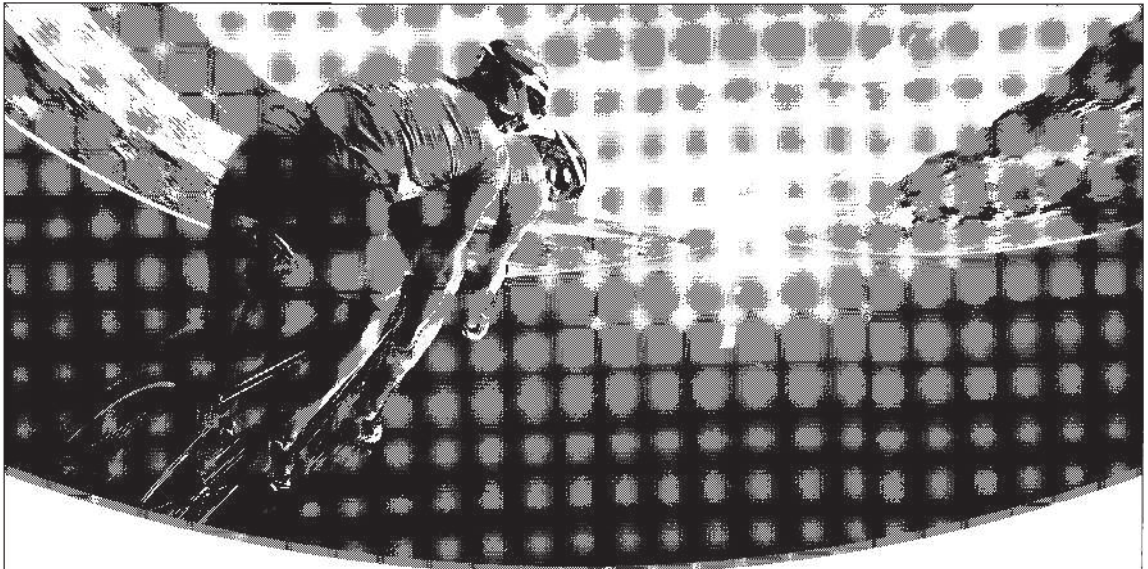
細谷勝己 臨床検査科長

畠ゆかり 看護学校教務課長

巴 宣人 事務次長

丹下博紀 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
 Crestor[®] 錠 2.5mg / 5mg
東田薬業収載
ロスバスタチンカルシウム錠 処方せん医薬品[※]
CRESTOR[®] ※1. 本来、飲用薬の併用、またはより併用するに
 応じ、アストラゼナカが、プロパピリンとの併用を認めます。

製造販売元（資料請求先）
アストラゼナカ株式会社
 〒531-0076 大阪市北区大淀中1丁目1番88号
 ☎ 0120 189 115（朝10時～夕方5時）
 メディカ/インフォメーションセンター



発売（資料請求先）
シオノギ製薬
 〒541-0045 大阪市中央区道修町3-1-8
 ☎ 0120-956-734（朝10時～夕方5時）
 シオノギ医薬情報センター

●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。

2011年12月作成

10th
 Anniversary



抗ヒトTNF α モノクローナル抗体製剤 薬価基準収載
レミケード[®]点滴静注用100
REMICADE[®] for I.V. Infusion100 (インフリキシマブ(遺伝子組換え)製剤)
生物由来製品 創薬 処方せん医薬品 (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）
田辺三菱製薬株式会社
 大阪市中央区北浜2-6-18

2012年3月作成



抗血小板剤

シロスタゾール口腔内崩壊錠

薬価基準収載

プレタール® OD 錠50mg・100mg

Pletaal® OD tablets 50mg・100mg

◇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。



製造販売元

大塚製薬株式会社

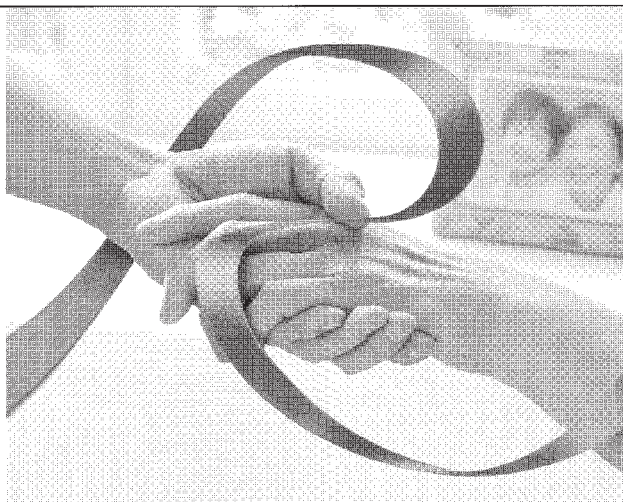
東京都千代田区神田司町2-9

資料請求先

大塚製薬株式会社 医薬情報センター

〒108-8242 東京都港区港南2-16-4 品川グランドセントラルタワー

〈12.06作成〉



アルツハイマー型認知症治療剤

薬価基準収載

リバスタッチ® パッチ 4.5mg・9mg
13.5mg・18mg

リバスタグミン経皮吸収型製剤

Rivastigmine transdermal patch

劇薬、処方せん医薬品^(注)

(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、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。



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

120601



別添・処方せん添付時：注意一語の有無により異なること
アルツハイマー型認知症治療剤 (薬価基準収載)

- 日本薬局方 ドネペジル塩酸塩錠
 - アリセプト**®錠 3mg
 - 錠 5mg
 - 錠 10mg
- 日本薬局方 ドネペジル塩酸塩細粒
 - アリセプト**®細粒 0.5%
- 日本薬局方 ドネペジル塩酸塩錠
 - アリセプトD**®錠 3mg
 - 錠 5mg
 - 錠 10mg

〈ドネペジル塩酸塩口腔内崩壊錠〉
- 日本薬局方 ドネペジル塩酸塩錠
 - アリセプト**®錠 3mg
 - 錠 5mg
 - 錠 10mg

〈ドネペジル塩酸塩錠〉

● 効能・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。

製造販売元  **エーザイ株式会社**
 東京都文京区小石川 6-10

販売提携  **ファイザー株式会社**
 東京都渋谷区代々木3-22-7

資料請求先 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

www.aricept.jp ART1205M01

新発売

OD錠

H₂受容体拮抗剤

薬価基準収載

プロテカジン®錠 5・10 OD錠 5・10

PROTECADIN® tablet 5・10 ラフチジン錠
 OD tablet 5・10 ラフチジン口腔内崩壊錠

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。

製造販売元
 資料請求先
 (医薬品情報室)



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/

2012年7月作成



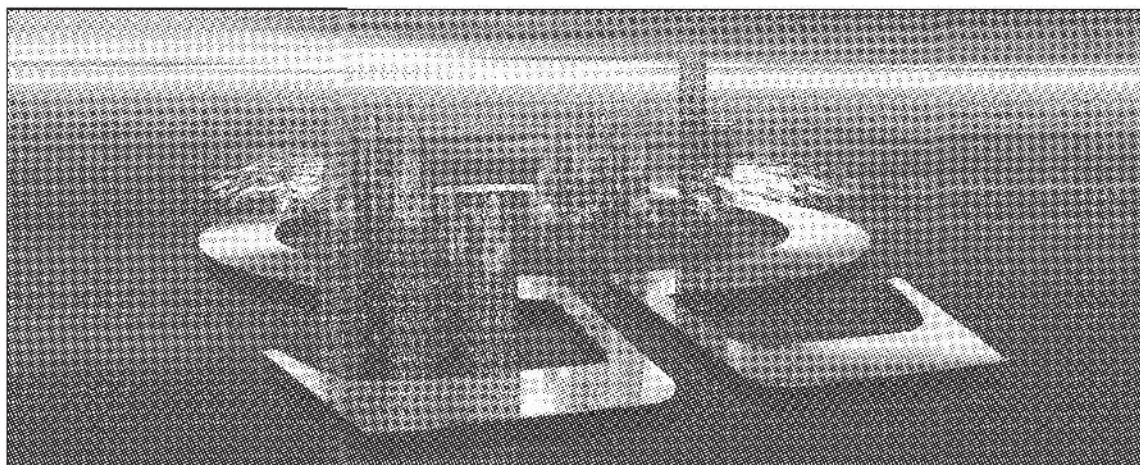
夏目漱石 (1867~1916)

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、生死の境をさまつた。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。

製薬会社は、
幸せな未来を
描いているだろうか？

MSDは、医薬品やワクチンの提供を通じて、日本の、そして世界の医療ニーズにお応えしています。そこで思い描いているのは、皆さまのすこやかな未来。薬の力を未来の力につなげるために。これからもMSDは、時代を切りひらく革新性と科学への揺るぎない信念で、画期的な新薬やワクチンの開発に取り組んでいきます。

MSD株式会社 東京都千代田区九段北一丁目13番12号 北の丸スクエア www.msd.co.jp



カルバペネム系抗生物質製剤 処方せん医薬品^注

薬価基準収載

オメガシン[®] 点滴用0.3g
点滴用0.3gバッグ

Omegacin[®] 0.3g, 0.3g Bag For Intravenous Drip Infusion

注射用ピアベネム(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。

製造販売元
[資料請求先]

Meiji Seika ファルマ株式会社
東京都中央区京橋 2-4-16
<http://www.meiji-seika-pharma.co.jp/>

作成: 2012.4



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^{注)}

注射用 **フサン**[®] 50

FUTHAN[®] 50 INJ.

[薬価基準収載]

注) 注意—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



MIRCERA[®]
epoetin beta pegol

持続型赤血球造血刺激因子製剤

生物由来製品、劇薬、処方せん医薬品^{注)}

[薬価基準収載]

ミルセラ[®] 注シリンジ

25 μ g、50 μ g、75 μ g

100 μ g、150 μ g、200 μ g、250 μ g

MIRCERA[®] Injection Syringe

25 μ g、50 μ g、75 μ g、100 μ g、150 μ g、200 μ g、250 μ g

エポエチンベータペゴル(遺伝子組換え) 注

® F. Hoffmann-L Roche社(スイス)登録商標

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、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下さい。http://www.chugai-pharm.co.jp

製造販売元



中外製薬株式会社

〒103-8324 東京都中央区日本橋室町2-1

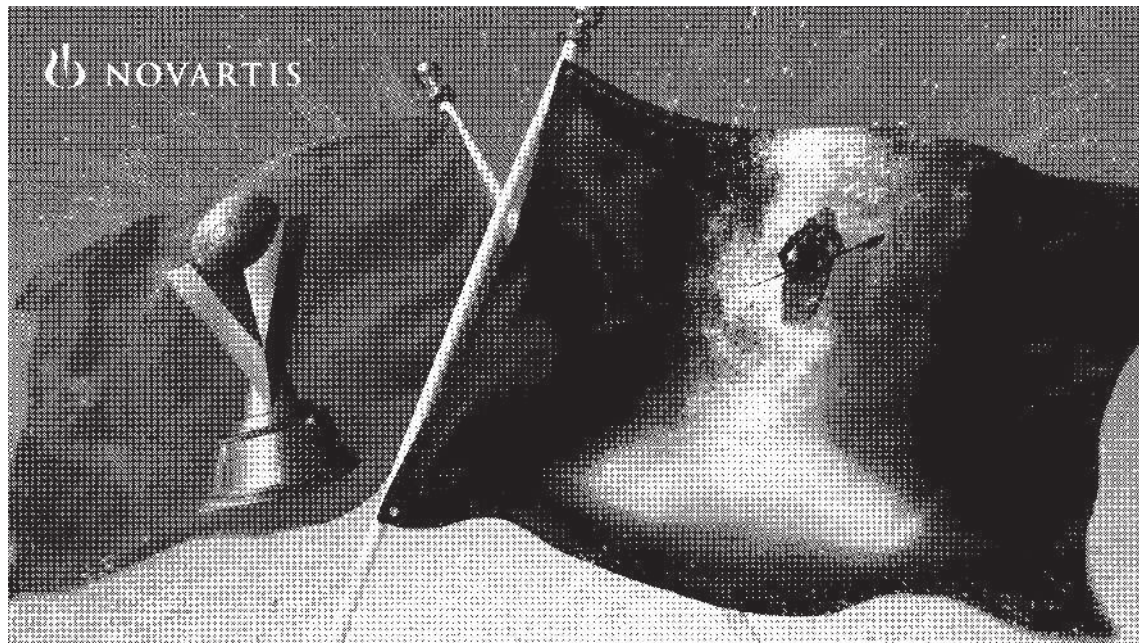
(資料請求先) 医薬情報センター

TEL.0120-189706 FAX.0120-189705

Roche ロシュグループ

2012年5月作成

NOVARTIS



選択的AT1受容体ブロッカー

ディオバン錠

160mg
80mg
40mg

DIOVAN Tablets

ディオバン ホームページ
www.diovan.jp

選択的AT1受容体ブロッカー/特異性Ca拮抗薬

エックスフォージ 配合錠

EXFORGE Combination Tablets

エックスフォージ ホームページ
www.exforge.jp

50mg
25mg

効能・効果、用法・用量、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。

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

TEL 03-5561-2811
FAX 03-5561-2812
www.novartis.jp

持続型赤血球造血刺激因子製剤

生物由来製剤、劇薬
処方せん医薬品、注意-医師等の処方せんにより使用すること

ネस्प
注射液 プラシリンジ

10-15-20-30-40 µg/1mL 60-120 µg, 0.6mL 180 µg, 0.9mL

薬価基準収載 一般名:ダルベポエチン アルファ(遺伝子組換え)

本剤の「効能又は効果」、「用法及び用量」、「禁忌」を含む「使用上の注意」等については最新の添付文書をご参照ください。



製造販売元 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

2011年3月作成
改訂版あり

シオノギ製薬

シオノギには
SONGがあります。

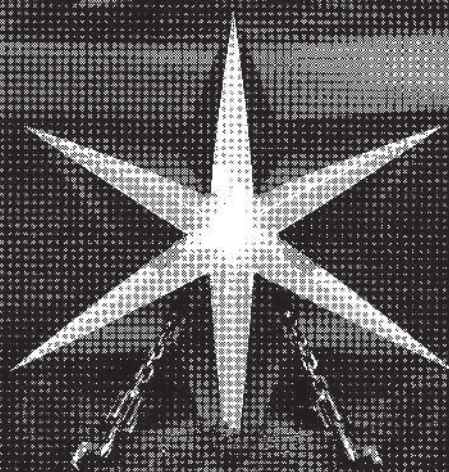
歌には、人を癒すチカラがあります。
くすりも歌のように、人を励まし、勇気づけ、
笑顔にするチカラがあります。

私たちは、くすりを通して
世界中の人々の健康に奉仕できるよう、
代謝性疾患・感染症・疼痛などの疾患領域を中心に、
研究開発から製品情報の提供まで、
日々努力を続けています。

すべての人々の
クオリティ・オブ・ライフの向上をめざして、
SONG for you! シオノギです。



2011.3.8.52



高親和性AT₁レセプターブロッカー

薬価基準収載

オルメテック錠 5mg 10mg
20mg 40mg

処方せん医薬品：注意—医師等の処方せんにより使用すること
—般名／オルメサルタン メドキシニル

※効能・効果、用法・用量および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（資本金100億円）

第一三共株式会社
東京都中央区日本橋本町3-5-1

2011年4月発表

持続性AT₁レセプターブロッカー
処方せん医薬品[※]

アジルバ[®]錠 20mg
40mg

(アジルサルタン錠) 注)注意—医師等の処方せんにより使用すること

新発売
薬価基準収載

効能・効果、用法・用量、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。

2012年5月作成

 (資料請求先)
武田薬品工業株式会社 医薬営業本部
〒103-8668 東京都中央区日本橋二丁目12番10号

あした
あなたの明日をささえたい

日本化薬は、1969年に抗がん剤を発売して以来、現在ではがん治療にかかわる製品を33品目提供しております。長期にわたり治療を受けられる患者さまのために、これからも、がんの診断、治療、ケアをトータルにサポートする企業であり続けます。

 **日本化薬株式会社**
東京都千代田区富士見一丁目11番2号

11.11作成



疼痛治療剤(末梢性神経障害性疼痛・線維筋痛症)

リリカ カプセル

® 25mg・75mg・150mg

プレガバリン カプセル PREGABALIN CAPSULE

処方せん医薬品 注意—医師等の処方せんにより使用すること

薬価基準収載

製造販売
ファイザー株式会社

〒151-8589 東京都渋谷区代々木3-22-7

製品情報お問い合わせ先：製品情報センター 學術情報ダイヤル
フリーダイヤル 0120-064-497

販売提携

エーザイ株式会社

〒112-8098 東京都文京区小石川4-8-10

製品情報お問い合わせ先：お客様ホットライン
フリーダイヤル 0120-419-497

●効能・効果、用法・用量、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。

2012年6月作成