## 理　　念

・私たちは生命の尊さと人間愛を基調に、力を合わせて病める人々を守ります。

・私たちは、地域の基幹病院としての自覚を持ち、常に新しくより高い知識の習得と技術の研鑽に励みます。

## 基 本 方 針

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

厚生連尾道総合病院

厚生連尾道総合病院医報　第二十五号　平成二十七年十二月

ISSN 0919-5610
The Medical Bulletin of Onomichi General Hospital
2015　No.25

# 厚　生　連
# 尾道総合病院医報

第　25　号

## 目　　次

巻 頭 言 ……杉　田　　孝…… 1

特別講演
総合診療と地域医療
～大学病院が担う総合診療医育成と地域医療資源の需給～ ……田　妻　　進…… 3
在宅医から見た家庭の変遷 ……本　多　元　陽…… 7
内視鏡的摘除された大腸 T1 癌に対する追加治療の
適応基準～最近の動向 ……田　中　信　治…… 9

症例報告
右腎癌および膵背側に発生した後腹膜脂肪腫に対して
後腹膜鏡下同時手術を施行した１例 ……森 山 浩 之 ほか…… 13

カンファレンス
知っておきたい IBD の話題 ……小野川　靖　二…… 17

CPC
急速な経過を辿った退形成膵管癌の１例 ……和田あずさほか…… 21
消化管ステント留置を行った進行食道癌の１例 ……内 海 孝 法 ほか…… 27
切除術後に自然経過を観察し得た心臓血管肉腫の一例 ……小 野 泰 輔 ほか…… 33
若年発症した進行胃癌の一例 ……福 原 基 允 ほか…… 39

（次頁つづく）

厚 生 連 尾 道 総 合 病 院 医 報
Med. Bulle. Onomichi Gener. Hosp.

発行者　厚生連尾道総合病院
発行日　平 成 27 年 12 月 1 日

目　　次（つづき）

看護研究
　退院支援についての人材育成と連携強化 ……光　吉　直　子…… 45
　在宅生活を基盤においた退院支援への取り組み ……田　中　千枝子…… 47
著　　書 …… 49
論文発表 …… 50
学会発表 …… 56
院内カンファレンス …… 89
院内主要行事 …… 91
職場だより …… 95
委員会報告 ……120
「厚生連尾道総合病院医報」投稿規定 ……136
編集後記 ……138

— 巻　頭　言 —

# 病院長として赴任して

JA 尾道総合病院　病院長　杉　田　　孝

本年４月１日尾道総合病院病院長に着任した。今私には、２つの大切なキーワードがある。「地域医療構想」と「医療事故調査制度」である。

## １．地域医療構想について

尾道での最初の仕事は地域救命救急センターの開所式で挨拶と除幕をする事からスタートした。病院は尾三地域の３次救急はもとより、地域の中核病院として名実共にその役割を担う事となった訳である。

本院は平成23年５月に現在の平原に新築移転したが、その計画段階から現在の病院機能を予測・計画され、非常に合理的な構造となっている。これらは弓削前病院長を始めとする歴代の先人達の先見性の賜である。

わが国においては超高齢社会と人口減少社会を迎え、いわゆる2025年問題と言われる団塊の世代が75才（後期高齢者）となり、後期高齢者人口が2,200万人となり、４人に１人が75才以上という社会となる。これに対して国は地域医療構想を策定し、現在都道県単位で2025年に向けて病床の機能分化と連携を進め、医療需要と病床の必要量を推計し定める作業が始まっている。

当院はまさに時を得て､高度急性期機能を有した医療機関としてその存在感を示し、また責任ある病院として発展するチャンスを与えられていると思われる。

病院職員が医療の原点である所の、人のために役に立てる喜びを感じ、生きがいや働きがいを感じることのできる病院でありたいと思う。

## ２．医療事故調査制度

一方高度急性期医療を全うするためには、医療安全は欠くことのできない重要な要素である。わが国において様々な不幸な事件を経て、ようやく医療事故調査制度がスタートした。医療安全を文化として受け入れ、患者の皆さんはもちろんの事、医療者自身をも守ることができる「安心・安全な医療」が求められている。

尾道総合病院は尾三地域における中核病院として、今後もその責任を果たして行かなければいけないと心に留めている。

— 特　別　講　演 —

# 総合診療と地域医療
## ～大学病院が担う総合診療医育成と地域医療資源の需給～

田　　妻　　進

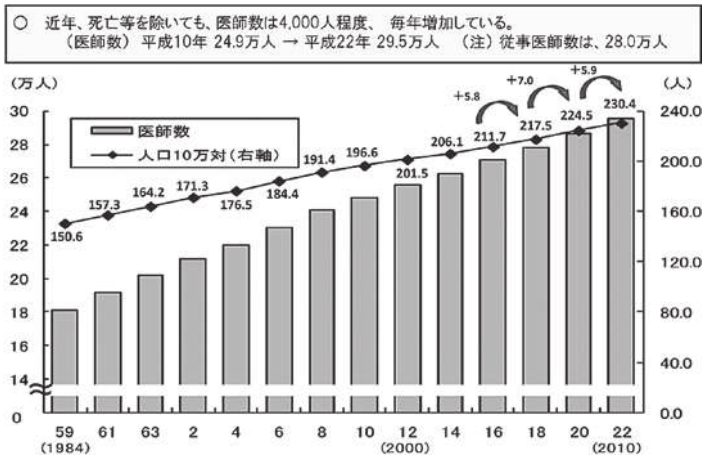

### 要　　約

我が国が直面する医療課題は地域医療の担保である。その戦略として総合診療の位置づけが改めて見直されている。本講演では大学病院が担う病院総合診療医育成とそれに伴う地域医療資源の需給について，地域枠，研修制度，医学研究のゆくえに絡めて論じた。


### Ⅰ．医療資源需給と総合診療

日本の医療水準は世界的に極めて高いレベルにあると信じられている。その根幹は皆保険制度である。しかしながら，少子化と高齢化という人口問題と高度専門診療の推進により深刻な医師不足問題が浮上している。我が国の医師数は年次的に増加しているにもかかわらず（図１），診療科偏在（図２）と地域偏在（都市部への集中）（図３）により国民の間では地域格差感が広がっている[1)]。行政はその対応として地域枠医学部入学を推進したが（図４），今年はその卒業の波の始まりの年に当たる。単純な数合わせでは解決できない医師不足の実態にどのように対処すべきかをプライマリケアの実態から考えてみよう。

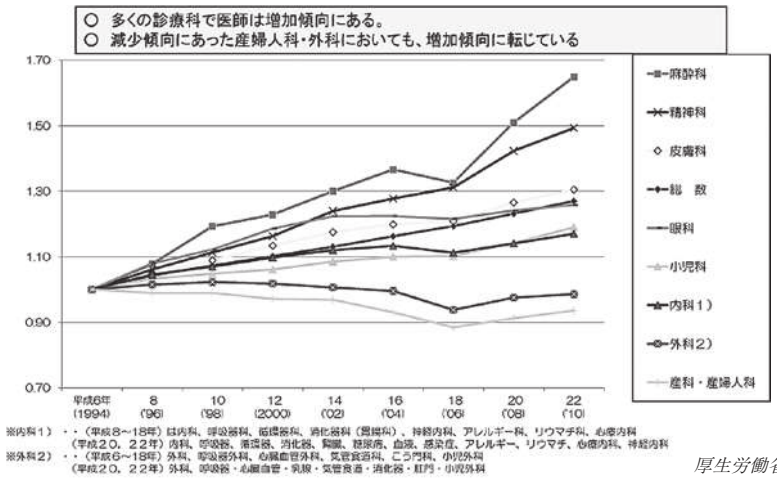
プライマリケアの実態に関する疫学研究として，１）一般住民に生じる健康問題，２）医療機関受診の検討，３）実際の受療行動，さらにそのフローとして，４）救急外来受診・入院診療の要否・大学病院の役割が報告された代表的な結果を図５に示す[2)]。すなわち，①一般市民の健康問題は１か月間に80％，②医療機関への受診を検討するのは33％，さらに③実際に受療行動に出るものは22％なのである。そのうち，④救急外来の受診は1.3％，⑤入院となるものは0.8％，さらに⑥大学病院などの高度な医療機関に紹介受診（あるいは入院）は実に0.1％とされている。それらの普遍的な一般市民の受療行動をもとにプライマリケア現場における医療者の診療分担を検討する必要がある。すなわち，医師への受診を検討する対象には総合診療医・家庭医が対応し，救急外来受診や一般病棟への入院による診療は病院総合診療医，そして高度な医療を必要とする病態には高度専門病院への搬送により高度専門医が診療する，という診療分担である。




厚生労働省ＨＰより

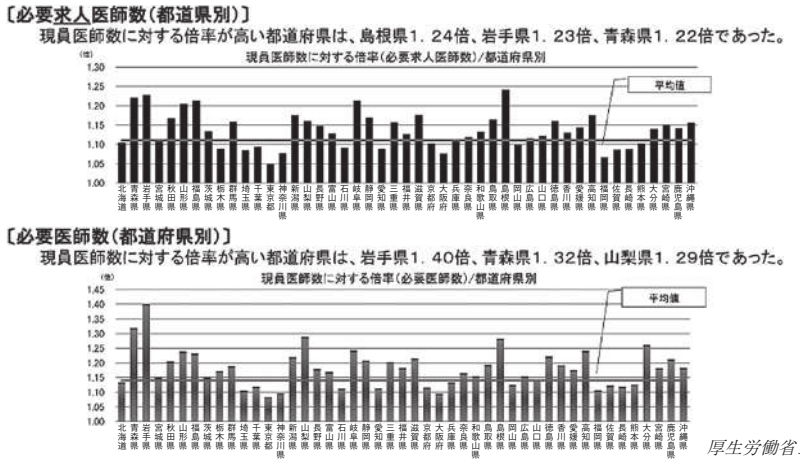
**図１　人口10万人に対する医師数の推移**

広島大学病院　総合内科・総合診療科　教授




厚生労働省ＨＰより

図２　診療科別医師数の推移




厚生労働省ＨＰより

図３　都道府県別・求人／必要医師数

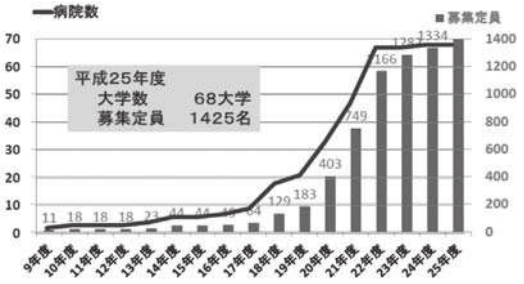



図４　医学部入学定員における地域枠

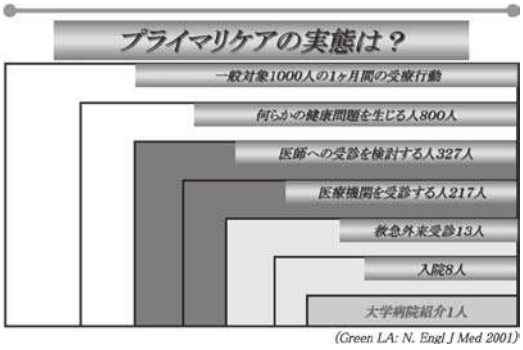



図５　プライマリケアの実態と診療分担

頻度の高いコモンディジーズの診療も外来で完結できるものから入院診療を要するケースまで多彩であるが，高度な医療機器や専門的スキルを必要としない場合には診療ガイドラインなどを効率的に活用しながら診療を完結することで，限られた医療資源を有効に活用できる。一方，救急搬送や先進的医療を要するものに対しては高度技能医と積極的に連携するために確かなトリアージを行うことである。その両者において総合診療医の役割が重要となる。

## Ⅱ．大学病院と総合診療医育成

総合診療医とはいかなる医師なのか。欧米では General practitioner（GP）や Family medicine として取り扱われている医師と考えてよい。制度上のアクセス制限がなく，彼らのスクリーニングを受けたうえで，さらに高度な医療が必要と判断された場合に紹介状をもって病院などの高度医療機関を訪れるシステムである。即ち保険制度上，直接病院を受診することを容認せず，総合診療医・家庭医の確かな診断のうえに病院を受診することから，診断力・判断力・マネジメント力を有する医療人として総合診療医・家庭医を育成しなければならない。

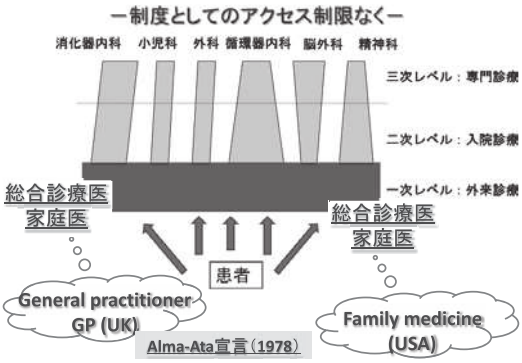



図６　総合診療医・家庭医（欧米型）

その育成において大学病院およびそのネットワーク医療機関の果たす役割は重要である。その専門医養成カリキュラムは，現在遂行中の日本プライマリ・ケア連合学会の家庭医療専門医育成プログラムをもとに作成されつつある（表１）（図７）。

表１　プログラム概要

- 研修期間：3年以上
- 研修科目
  - 総合診療専門研修（18か月以上）
    - 診療所・小病院（研修Ⅰ）、病院総合診療部門（研修Ⅱ）の両方で研修する（それぞれ6か月以上）→ 研修1は原則的に同一施設で6か月、ただし、同一施設での3か月×2ブロックに分けることは認める
  - 領域別研修
    - 内科は6か月、小児科は3か月、救急は3か月相当を必修とする。
    - その他に、プライマリ・ケアに関連の深い診療領域として外科、整形外科、産婦人科、精神科、皮膚科等での研修を選択することができる。

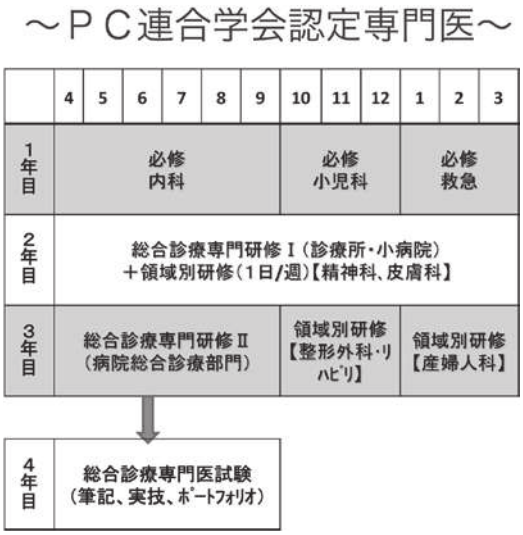



図７　総合診療専門医（U.S.Family Medicine 型）

一方，大学病院が専門医養成へと軸足を移しつつある結果として，危惧されることとして学問水準の低下が挙げられている（図８，９）。いかに研究志向，学究マインドを担保しつつ診療スキルをトレーニングしていくかが課題なのである。

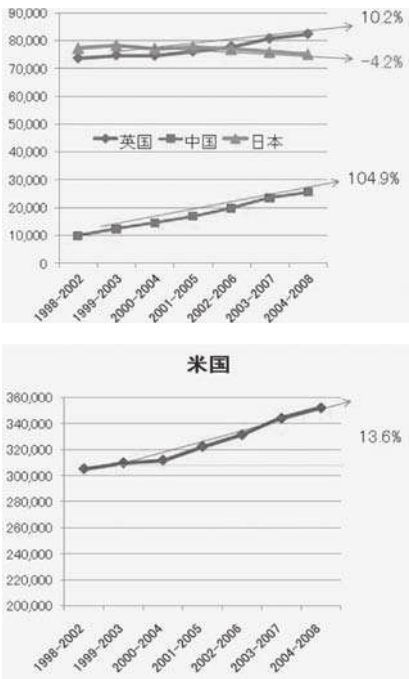



図８　各国の臨床医学論文数の推移

主要3誌(New England Journal of Medicine、Lancet、JAMA)への掲載数

| 順位 | 1993-1997 | 論文数 | 1998-2002 | 論文数 | 2003-2007 | 論文数 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 米国 | 3314 | 米国 | 3695 | 米国 | 2677 |
| 2 | イギリス | 920 | イギリス | 1484 | イギリス | 873 |
| 3 | カナダ | 377 | カナダ | 511 | カナダ | 462 |
| 4 | オランダ | 277 | オランダ | 502 | ドイツ | 343 |
| 5 | フランス | 274 | フランス | 432 | フランス | 300 |
| 6 | ドイツ | 253 | ドイツ | 410 | オランダ | 294 |
| 7 | イタリア | 236 | イタリア | 374 | イタリア | 279 |
| 8 | スイス | 166 | スイス | 282 | オーストラリア | 260 |
| 9 | オーストラリア | 155 | オーストラリア | 261 | スイス | 252 |
| 10 | スウェーデン | 156 | スウェーデン | 224 | ベルギー | 177 |
| 11 | スコットランド | 151 | スコットランド | 216 | スウェーデン | 166 |
| 12 | 日本 | 122 | 日本 | 183 | スコットランド | 145 |
| 13 | ベルギー | [illegible] | デンマーク | 158 | スペイン | 141 |
| 14 | デンマーク | [illegible] | ベルギー | 152 | デンマーク | 135 |
| 15 | スペイン | 90 | [illegible] | 136 | 中国 | 102 |
| 16 | フィンランド | 88 | フィンランド | 121 | ノルウェー | 86 |
| 17 | イスラエル | 53 | オーストリア | [illegible] | フィンランド | 79 |
| 18 | オーストリア | 50 | ノルウェー | 83 | 日本 | 74 |
| 19 | ウェールズ | 48 | イスラエル | 75 | ブラジル | 67 |
| 20 | ノルウェー | 40 | ニュージーランド | 60 | ニュージーランド | 67 |
| | | | | | | 7 |

高鳥毅志郎 製薬協政策研ニュースNo.25 (2008.7)

**図９　臨床研究論文数**

**図10　大学病院が育成を目指す総合診療医**

## Ⅲ．病院総合診療医と臓器専門医の役割分担

総合診療医と臓器専門医の役割分担のあり方は両者共通の課題である。両者の有効な連携を構築するには次の３点を明確にすることが総合診療医にとって重要である[3)]。すなわち，①初期診療においてどこまでを担当するのか，②そこに求められる診療スキルとは何か，③専門医への紹介の要否とタイミング，に留意して両者の補完的な役割分担に努めることである。最近多数登場しているガイドラインはその円滑な遂行に寄与することが期待される。

具体的には,①多彩な受療動機(例えば,腹痛,頭痛，発熱など）に対応する初期診療におけるトリアージツールとして該当するガイドラインを実用的に活用すること，さらに，②診療アルゴリズムにおいて担当するべき診療に向けたスキルアップ，例えば医療面接法や生理的検査・画像診断の習熟をガイドラインから読み取り，完結しうる診療スキル習得に努めながら，③初期診療でのアウトカムから病態を的確に評価して高度医療の要否を判断する際にもガイドラインのフローチャートを有効に活用できる。プライマリケアの現場でいかにガイドラインへのアクセスを迅速かつ適切に実践できるかが，総合診療医と臓器専門医の効率的な連携に不可欠である。病院という診療現場での実情を踏まえれば，不要不急の専門医への受診を抑制して的確な初期診療を遂行することこそ，病院総合診療医が習熟すべきガイドライン活用の妙である。

## Ⅳ．お　わ　り　に

稿を終えるにあたり，講演の機会を頂いたＪＡ尾道総合病院の関係者各位に誌面を借りて深甚なる謝辞を申し上げる。

## 引　用　文　献

１）厚生労働省ホームページ http://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/dl/chiiki-gyousei_03_05.pdf
２）Green LA, Fryer GE Jr, Yawn BP, et al. Ecology of medical care revisited.　N Engl J Med. 2001；344：2021－5.
３）田妻　進．病院総合診療と消化器系スキル～複合的専門能力を活用する発想～．日本病院総合診療医学会雑誌 2010；1：6－9.

— 特 別 講 演 —

# 在宅医から見た家庭の変遷

本　多　元　陽

## Ⅰ．は じ め に

中山間地域の御調町で開業して約30年が経過しました。交通機関の不便な地域のため当初より往診・訪問加療の件数は多く，色々な家庭内の風景を見てきました。しかし，高齢化・少子化・家族形態の変遷など最近はその風景が大きく変わってきました。地域包括ケアシステム発祥の地での現在の在宅診療の現状をお話していきたいと思います。

## Ⅱ．御調町の現状

医療機関としては公立みつぎ総合病院と開業医３軒・歯科開業医３軒がここ何十年変わっていません。しかし，公立みつぎ総合病院の医師数は徐々に減少し常勤医師の科も減っています。また御調町の人口も50年前の12,000人から30年前は8,500人となり，現在は約7,200人と激減しています。その中で訪問先も以前は当たり前だった３世代・４世代の同居の家庭が激減しています。老老介護・高齢者の一人暮らし・高齢者と独身の子の同居などが珍しくなくなっています。また，最近は自宅での生活を諦めて老人ホームやサービス付き高齢者向け住宅（サ高住）などの施設に入所される方が多くなり，訪問も自宅から施設に変更となるケースも増加しています。

## Ⅲ．当院での往診・訪問先の変遷

昭和60年頃より往診先は平均30～40件で推移していました。電子カルテにて確認できた平成19年の訪問先は自宅のみで31件でした。老人ホームが御調町に出来た平成20年からホームへの訪問・往診が増加し，平成22年にはそれが逆転し自宅20件に対して施設は24件になり，さらに平成25年には自宅が30件に対し施設が40件と大幅に増加しています。このように御調町以外より当地の施設に入所の方や御調町より町外の施設や家族の許に転居される方など以前にはあまり無かった人の移動が起きています。

また施設内に入所される方々も色々な事情を持たれています。家族･親族と縁を切られた方･天涯孤独の方・家族が疾患のため介護が受けられないなどの方々が入所されています。また生活保護の方も増加しています。ゴミ屋敷の中で一人暮らしをされ生活が破綻された方や重度認知症のため徘徊を繰り返され病院に救急搬送をされた方も老人ホームに入所されると，キチンとした生活と医療の提供でまるで認知症はなかったかのように生まれ変わられています。人の温もりと温かい食事・清潔な環境など人間にとって最低限必要なものがいかに重要かを改めて認識しました。

## Ⅳ．訪問診療の経過
## （平成19年１月～平成25年12月）

訪問先：自宅67件　施設90件
自宅や施設での看取り：31件
病院に入院後死亡：32件
町以外の施設に転居：35件　不明３件
現在継続中：56件

当初は自宅での看取りを希望されていましたが，家族や本人の希望などで最期を病院で迎えたいとの方も多く，本人の家族に迷惑をかけたくない想いが表れています。それ以外にも腎不全・心不全の増悪・脳梗塞症・肺炎などに罹患

御調町本多医院

した場合や輸液が困難となった時にやはり入院を希望されています。家族の身体的・精神的負担も強くなり自宅での看取りを諦めたのだと思います。

また身寄りのいない一人暮らしの方を施設で看取った例は７名あり，施設のスタッフ・ヘルパーや訪問看護師の協力で平穏に見送ることができました。葬儀・納骨までも施設の大家さんが面倒をみる現状を改めて知りました。いわゆる2025年問題として今後迎える多死時代に向けて今後の日本の将来像を垣間見ることになりました。

## Ⅴ．思い出に残る症例

１）自殺企図を保健師と連携して防いだ例

80歳代の女性。脳梗塞後遺症と抑うつ状態で一人暮らし。定期的に訪問診療を行っていました。訪問時に希死念慮を伺わせる言動があり，精神科医を受診するよう説得をしていましたが，頑なに拒否をされていました。しかしある訪問の日に自殺企図をほのめかす行動があったため，しっかり傾聴をしながら「常に見守るから絶対そのままで待っているように」と指示をして地区担当保健師に連絡をして緊急の訪問を依頼しました。保健師が自宅を訪問後，遠方の家族に連絡しながら臨床心理士と連携し精神科医に繋げて，自殺企図を防げることが出来ました。

２）家族と繋がりがなくなった末期癌の精神障害者の看取りの例

60歳代の統合失調症の男性。一人きりの家族との連絡が取れぬ胆管癌末期の状態でＡ病院より在宅主治医を依頼されました。経済的問題を抱えるも生活保護の申請も難しい状況のため自宅にて看取りの予定で病院より退院となりました。訪問看護・地区担当の保健師・包括支援センター・民生委員・近所の方々などと協議して，地域で看取りを行うと決定され支援が開始されていました。訪問看護やヘルパーは勿論，近所の方々の見守りや食事の援助などもありました。しかし死亡届は３親等以内の親族でなくてはならないとの規則が判り，協議の結果，病院に入院なら院長の死亡届で受理されることが判明して在宅での看取りを諦めました。緩和ケア病棟に入院後しばらくして死去され，近所の皆さんによる葬儀で見送られました。

３）町外からの身寄りのいない一人暮らしの末期癌患者

60歳代の男性。脂腺癌の末期状態で急性期病院より看取りの依頼があり，当地のサービス付き高齢者向け住宅（サ高住）に転居され在宅主治医となりました。施設に入所時はうつ病もあり精神的にも非常に不安定な状態に加え，疼痛のコントロールも困難な状態となり一時的に緩和ケア病棟に入院をされました。その後落ち着かれ再び施設に帰宅となり，施設で穏やかに過ごされました。しかし症状が不安定となる度に入退院を２回繰り返し，３回目の入院中に急変して他界されました。入院中は精神的には安心をされていましたが，施設に帰宅後は家庭に帰ったようなほっとした表情をみせていました。施設でも病院とは異なる家庭的な雰囲気を味合うことが出来たのではと「ふりかえりのカンファレンス」で意見が出ていました。

## Ⅵ．ま　と　め

御調町には約40年前より地域包括ケアシステムが構築されていますが私の開業時には既に当たり前のシステムとして機能していました。御調町には小学校単位（30年前には７校・現在は２校）で公民館があり，その地区ごとに保健師が担当されています。総計９名と人口割りでの保健師の数はおそらく御調町が日本一だと思います。連携病院の医師や訪問看護師･ヘルパー･民生委員･近所の住民などが当たり前に連携し，助け合うこの恵まれた環境の中で，いち早く問題の解決を図ることができるのは非常に有難いことです。また普段より住民のニーズをこまめに拾い最も必要なサービスに繋げて行き，地域全体で支えて行くというシステムは地域医療に携わる者として非常に心強い存在です。前述の症例のように色々な課題を抱えた方々を地域で最期まで支えるために，このシステムをより活用し今後も地域一体で取り組んで生きたいと考えています。

— 特　別　講　演 —

# 内視鏡的摘除された大腸 T1癌に対する追加治療の適応基準～最近の動向

田　　中　　信　　治

早期大腸癌において，粘膜内癌（Tis 癌）は転移しないため，局所の完全摘除で根治可能であるが，摘除病変が SM 癌（T1癌）であった場合は約12％にリンパ節転を認めるため，内視鏡治療後の追加治療が必要か否かを判定する必要がある[1)]。ガイドラインには以下のように記載されているが，②に関してはガイドライン委員のコンセンサスが得られていないため推奨度は敢えて記載していない[1)]。

---

①垂直断端陽性の場合は外科的切除を追加することが望ましい。

②摘除標本の組織学的検索で以下の一因子でも認めれば，追加治療としてリンパ節郭清を伴う腸切除を考慮する。

（1）SM 浸潤度1,000 μm 以上

（2）脈管侵襲陽性

（3）低分化腺癌，印環細胞癌，粘液癌

（4）浸潤先進部の簇出（budding）Grade 2/3

注）

• 垂直断端陽性とは，癌が粘膜下層断端に露出しているものである。

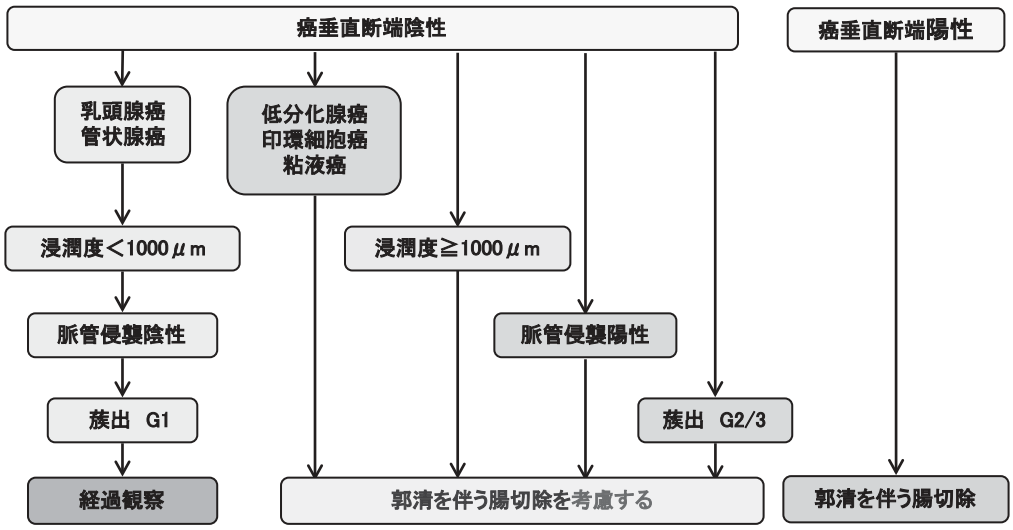
---

内視鏡的摘除標本の SM 深部断端が陽性の場合は，局所に癌が遺残している可能性も高く外科的切除を追加することが望ましいことに議論の余地はない。

問題は，根治基準からはずれた②の（1）～（4）の条件を認めた場合の具体的対応である。注意すべき点は，②の中の条件をひとつでも認めれば追加治療としてリンパ節郭清を伴う腸切除を行うべきであると記載されているわけではないということである。具体的には，(2) ～ (4) の条件をひとつでも認めた場合は，リンパ節転移のリスクが高いので追加手術を行うべきであると考えられるが，1,000 μm 以深浸潤例のすべてが追加手術の絶対適応になるわけではないということである。SM 浸潤度 1,000 μm 以上であっても９割程度はリンパ節転移がないわけであり，SM 浸潤度以外のリンパ節転移危険因子，個々の症例の身体的・社会的背景，手術の合併症，術後の QOL や患者自身の意思等を十分に考慮したうえで追加治療の適応を決定することが重要である（図１）[1)]。

実際，近年の症例の集積によって，SM 浸潤 1,000 μm 以上の内視鏡的摘除 pT1b 癌でもリンパ節郭清を伴う追加手術が絶対的に必要でない条件が明らかになりつつある[2) 3)]。Nakadoi ら[2)] によると，①脈管侵襲陽性，②低分化腺癌，印環細胞癌，粘液癌，③浸潤先進部の簇出（budding）grade 2/3の条件を認めなければ，SM 浸潤度にかかわらず大腸 T1癌のリンパ節転移率は1.2％程度である。同様の報告が予後の解析からもなされている[3)]。また，大腸癌研究会でのプロジェクト研究報告でも pT1b 癌でも未分化型成分を伴わない T1癌で脈管侵襲が陰性，簇出が軽度（G1）であれば，SM 浸潤度にかかわらずそのリンパ節転移率は約1.3％であることが明らかになった（表１）。

広島大学大学院 医歯薬保健学研究科 内視鏡医学 教授




大腸癌治療ガイドライン−医師用. 2014年度版

図１　内視鏡的摘除後の T1（SM）癌の治療方針

表１　JSCCR プロジェクト研究「1,000μm 以深 SM 癌転移リスクの層別化」の結果（委員長：味岡洋一教授）

SM浸潤度≧1000μm

| 追加リスク因子 | | n | pN（＋） | pN（＋）% | 95% CI |
|---|---|---|---|---|---|
| なし | | 881 | 12 | 1.4% | 0.1～2.4% |
| 1因子 | ① | 207 | 34 | 16.4% | 11.7～22.9% |
| | ② | 309 | 35 | 11.3% | 8.0～15.4% |
| | ③ | 246 | 48 | 19.5% | 14.8～25.0% |
| 2因子 | ①＋② | 85 | 11 | 12.9% | 6.6～22.0% |
| | ①＋③ | 166 | 62 | 37.3% | 30.0～45.2% |
| | ②＋③ | 92 | 25 | 27.2% | 18.4～37.5% |
| 3因子 | ①＋②＋③ | 97 | 42 | 43.3% | 33.3～53.8% |
| | | 2083 | 269 | 12.9% | 11.5～14.4% |

① 簇出high grade, ② 未分化型成分あり, ③ 脈管侵襲陽性

一方で，外科手術の合併症（図２）や術後再発リスクもゼロではない。外科的手術を施行したとしても，フォローアップ研究会による報告では，リンパ節転移を認めない pT1癌の再発率は結腸で0.8%, 直腸で4.1% と報告されている[4)]。さらに，高齢化社会を迎えた現在，患者の年齢・基礎疾患・身体的活動度・患者の意志・人工肛門になるか否かなどの要素も充分に考慮した上で外科手術を追加するかどうかを比較検討しなくてはならない要素も多い。特に下部直腸の病変に対する Miles 手術の術後 QOL には性機能や排便排尿障害などの問題点もある。ISR で肛門が温存されても排便機能障害の問題が残るため十分な患者に対する説明が重要である。

現在まだ，内視鏡的摘除 pT1癌が1,000μm を超えた SM 浸潤の場合に，どのような病理組織学的条件（すでに記載されている因子以外に，粘膜筋板の破壊パターン，癌の異型度，浸潤様式，浸潤先進部の分化度，肉眼型なども含めて）であればどの程度のリンパ節転移率であるとい

NCD (National Clinical Database)
結腸右半切除術 2.3% (n=19,070)
低位前方切除術 0.9% (n=16,695)
Kobayashi et al. J Gastroenterol 49; 1047-1055
Tomita et al. Dis Colon Rectum 57; 1075-1081

日本消化器外科学会アンケート調査
結腸右半切除術 0.7% (n=14,048)
結腸部分切除術・S状結腸切除術 0.37% (n=20,029)
高位前方切除術 0.24% (n=6,375)
低位前方切除術 0.42% (n=13,402)
日本消化器外科学会データベース委員会
2009年度調査報告

図２　大腸の手術死亡率

う詳細なデータはガイドラインに記載されていないが，前述の大腸癌研究会でのプロジェクト研究の成果として，次回の改訂版で各病理学的条件下での個々の具体的なリンパ節転移率（%）の記載が期待されている。その際には，下部直腸とそれ以外のT1癌の悪性度の差[5]も考慮されるべきであろう。なお，これらに関して，多施設の前向き研究で長期予後を検証することもエビデンスをさらに強固なものにするための今後の大きな課題として残されているが，治療された大腸T1癌の予後に関する全国規模の多施設共同前向きコホート研究（厚労科研・石川班付置研究，研究代表者：田中信治）の開始準備が厚生労働省の班会議で進んでいる。

現時点での内視鏡的摘除大腸T1（SM）癌の根治度判定基準の解釈と具体的な運用上の要点について解説したが，主治医の思い入れでで治療方針を誘導すべきではなく，客観的なエビデンスを患者に呈示したうえで患者と十分な話し合いを行うことが重要である（図３）。

患者の身体状況
・年齢
・基礎疾患
・身体的活動度
・手術リスク
・人工肛門になるか否か
・術後のQOL

患者の人生観
価値観・意思

病変の転移再発リスク
個々の症例における
具体的なリンパ節移
リスク

内視鏡治療はあくまで摘除生検であり，根治度判定結果を聞きに受診する必要があることを術前によく説明して，術後に病変の転移リスクや患者背景を総合的に評価し，患者とともに追加手術を行うか否かを話し合い決定することが重要である。

図３

## 文　　献

1）大腸癌研究会編：大腸癌治療ガイドライン 2014年版医師用．金原出版，東京，2014
2）Nakadoi K, Tanaka S, Kanao H, et al: Management of T1 colorectal carcinoma with special reference to criteria for curative endoscopic resection. J Gastroenterol Hepatol 27: 1057－62, 2011
3）Yoshii S, Nojima M, Nosho K, et al: Factors Associated With Risk for Colorectal Cancer Recurrence After Endoscopic Resection of T1 Tumors. Clin Gastroenterol Hepatol 12: 292－302, 2014
4）樋口哲郎，榎本雅之，杉原健一ほか．Stage I 大腸癌のフォローアップについて．日本大腸肛門病学会雑誌 59: 857－862，2006
5）Ikematsu H, Yoda Y, Matsuda T, et al. Long-term outcomes after resection for submucosal invasive colorectal cancers. Gastroenterology 144: 551－9, 2013

# 症例報告
# カンファレンス
# CPC
# 看護研究

— 症　例　報　告 —

# 右腎癌および膵背側に発生した後腹膜脂肪腫に対して後腹膜鏡下同時手術を施行した１例

森山　浩之[1]・梶原　　充[1]・平野　巨通[2]・米原　修治[3]・森脇　和彦[4]

## Ⅰ．緒　　言

後腹膜に発生する脂肪腫は比較的まれであり，その多くは腎周囲に発生するとされる。今回われわれは，右腎癌および膵背側に発生した後腹膜脂肪腫に対して，後腹膜鏡下に右腎および後腹膜脂肪腫の摘除術を同時に施行した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**：偶然に発見された右腎腫瘍および後腹膜脂肪腫の治療。

**既往歴**：高血圧，肺気腫にて治療中。

**現病歴**：近医へ気管支肺炎のため入院中，便潜血陽性に対する原因検索目的で行われた腹部CTにて，右腎腫瘍，転移性肝腫瘍，転移性右肺腫瘍および後腹膜腫瘤が疑われた。また，大腸内視鏡検査が行われたものの，途中から挿入困難にて観察が不十分であった。これらに対する精査，治療を目的に当院に紹介となった。

**現症**：身長158cm, 体重54kg。血圧133/77mmHg, 脈拍82/分。体温36.4℃。胸腹部, 外陰部には特記すべき異常所見なし。表在リンパ節は触知せず。

**入院時検査所見**：末梢血液検査，血液生化学検査では異常値はなかった。尿沈渣は正常であった。

**腹部CT**：右腎下極に径4.8cmの腫瘤があり，腎癌として矛盾しないと考えられた。膵背側大血管前面に脂肪成分を主体とする内部構造が均一な長径７cmの腫瘍があり，膵を腹側に圧排していた（図１）。

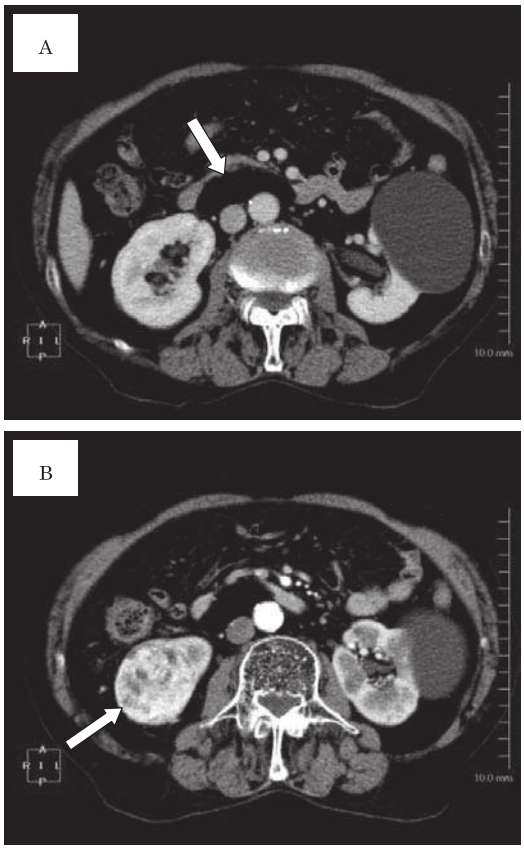



**図１　腹部CT**

**A：膵背側大血管前面に脂肪成分を主体とする内部構造が均一な長径７cmの腫瘍（矢印）があり，膵を腹側に圧排していた。**

**B：右腎下極には径4.8cmの腫瘤（矢印）があり，腎癌と考えられた。**

[1]JA尾道総合病院泌尿器科
[2]JA尾道総合病院内科
[3]JA尾道総合病院病理研究検査科
[4]因島総合病院内科

右腎腫瘍以外にも肝や肺に腫瘍の存在が疑われており，また便潜血陽性所見の原因を調べる目的のため PET-CT が行われた。PET-CT では右腎腫瘍に FDG の集積を認め腎癌の診断であったが，それ以外の部位には悪性腫瘍を疑わせる所見は認めなかった。

以上の所見から右腎癌および後腹膜脂肪腫と診断し，手術を行うことにした。

**手術所見**：全身麻酔下，右腎体位にて手術を行った。まず型のごとく後腹膜鏡下に右腎摘除を行い，続いて後腹膜脂肪腫の切除を開始した。脂肪腫の右辺縁を内視鏡にて確認することができたため（図２），この部分を後腹膜操作腔内へ引き出しながら膵臓の下面および大血管の前面から鈍的・鋭的に剥離していくと，明らかな被膜損傷を起こすことなく脂肪腫を摘出することができた。

**切除標本**：右腎の下極には47×44×40mm の腫瘍を認めた。同時に切除した脂肪腫の大きさは70×45×15mm であった（図３）。

**病理組織学的所見**：Mature adipocyte の nodular な増殖よりなる腫瘍組織であり，lipoma の像と見なされた。Lipoblast は認めず悪性を示唆する所見はなかった（図４）。腎腫瘍については淡明細胞型腎細胞癌，G2，INF α，pT1b と診断された。

術後１ヵ月，急性胆嚢炎を発症した際に撮影された CT では，後腹膜の脂肪腫は消失していた（図５）。

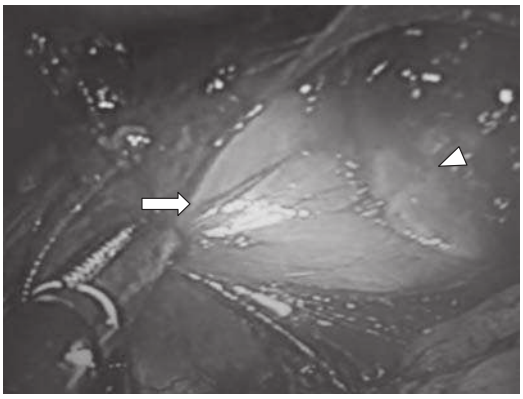


**図２　術中所見**

**十二指腸（矢頭）が付着した脂肪腫（矢印）の右辺縁を内視鏡にて確認することができた。**

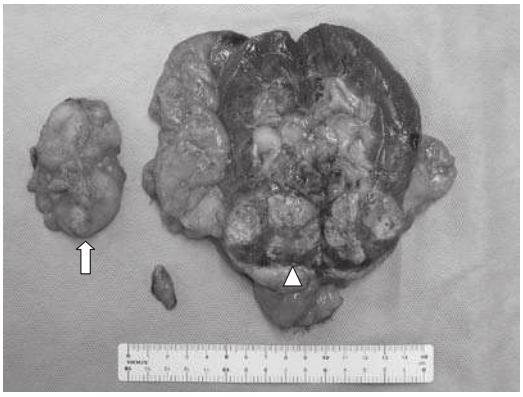


**図３　切除標本**

**右腎の下極には47×44×40mm の腫瘍（矢頭）を認めた。脂肪腫（矢印）の大きさは70×45×15mm であった。**

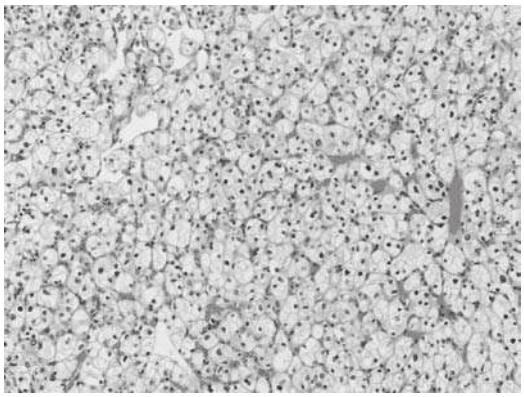


**図４　病理組織学的所見（HE 染色，×10）**

**Mature adipocyte の nodular な増殖よりなる腫瘍組織であり，lipoma の像と見なされた。Lipoblast は認めず悪性を示唆する所見はなかった。**

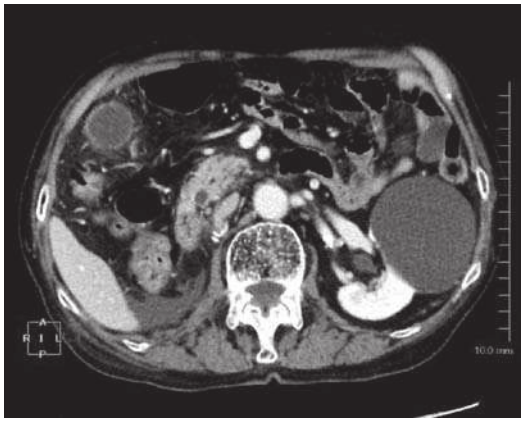


**図５　術後１ヵ月の CT**

**後腹膜の脂肪腫は消失していた。**

現在は，紹介元で定期的なCT検査による経過観察が行われている。

## Ⅲ．考　　察

後腹膜腫瘍とは，後腹膜腔に発生し，上下行結腸，十二指腸，膵，腎，副腎，尿管などの後腹膜諸臓器以外の組織で，臓器形態を成さないものに由来する腫瘍と定義されている[1)]。後腹膜腫瘍の発生頻度は全腫瘍の0.2％とされる[2)]。後腹膜脂肪腫は後腹膜の脂肪組織に由来するまれな腫瘍で，後腹膜腫瘍の1.8～6.1％程度に認められ[3,4)]，主に腎周囲に好発する。

後腹膜脂肪腫は小さいころは無症状で経過することが多いため，早期に発見されることは少ない。腫瘍が大きくなるに従い腹部腫瘤，腹部膨満を自覚することがあり，さらに周囲臓器の圧迫症状として，便秘，腹痛，悪心・嘔吐などの消化器症状，血尿･排尿障害などの尿路症状，下肢浮腫，下肢放散痛などの神経・血管圧迫症状が認められることがあるが，これらの症状は発生部位と大きさにより異なる。自験例と同部位である膵体部背側に発生した径2.5cm程度の小さな後腹膜脂肪腫の小児例[5)]では，術前には食後の腹痛を訴えていたが術後には消失している。自験例では70×45×15mmの後腹膜脂肪腫であったが，術前には腫瘍のよる症状は認めなかった。

後腹膜脂肪腫の画像診断はCT，MRIなどにより行われる。CTではCT値が正常脂肪組織より低いか同等で内部が均一であり，境界が明瞭で造影されないことが特徴である[6)]。一方，MRIでは，T1強調画像で均一なhigh intensityを示す境界明瞭な腫瘤として描出されることが特徴である。鑑別すべき疾患としては脂肪肉腫や脂肪芽腫が挙げられるが，脂肪肉腫は浸潤性で被膜が一部破壊されており，CT値は正常の脂肪組織に比べて高く不均等で，造影剤にて脂肪成分の少ない部分が増強されることが特徴である[7)]。脂肪芽腫では，MRI所見で粘液腫状部分を示すT1強調画像で低信号，T2強調画像で高信号の領域や線維性隔壁を示す低信号の線状構造の混在が特徴的な所見とされ，またガドリニウム造影では時に腫瘤内部に不均一な濃染像が認められることで，脂肪腫との鑑別が可能となる場合がある。しかし，脂肪芽腫や悪性所見が画像上明瞭でない高分化型脂肪肉腫を術前に脂肪腫と鑑別診断することは困難であり，最終的には病理組織診断にゆだねられる。

後腹膜脂肪腫の発生部位について言及している報告は極めて少ない中で[8)]，Farbman[9)]は，後腹膜脂肪腫は腎周囲脂肪織より起こると述べている。後腹膜脂肪腫は緩徐に増大するため巨大化して発見されることが多く，その発生部位を明確にできない症例も多いと考えられる。腸骨動脈を取り巻くように発育した症例[8)]，膵体部背側に発生した症例[5)]などがまれな部位に発生した症例として報告されており，自験例も膵後面より発生しておりまれな症例と考えられる。

脂肪腫の治療は，良性疾患であるため摘出の是非も議論されるが，周囲臓器への物理的圧排を示すものや，画像上悪性が疑わしいものは積極的に切除すべきであるとの考えもある[8)]。自験例では腎癌を合併しており，手術の際には腎摘除術を優先的に考えてはいたが，脂肪腫は膵を腹側に圧排していたことから合併切除が可能であれば行うという術前の計画で手術に臨んだ。本症に対する治療は切除手術であるが，従来は開腹にて行われてきた。2009年野田ら[10)]が腹腔鏡下に摘出した後腹膜脂肪腫としては全世界を通じて第１例目の症例を報告している。文献的検索ではその後の報告例は見出すことができず，自験例は内視鏡的に切除した後腹膜脂肪腫症例としては本邦第２例目の報告となる。腹腔鏡下手術が広く用いられるようになった現在，後腹膜脂肪腫に対する手術も今後は腹腔鏡下に施行される症例が増加すると予想される。

病理学的に良性と診断されたものにも，繰り返す再発や悪性変化を認めた症例の報告もある[11)]。再発症例については病変の取り残しが原因と考えられ，一方悪性化の原因については脂肪腫と考えられていた組織の中に脂肪腫様の高分化型脂肪肉腫の成分が含まれていた可能性がある[5)]。以上より，手術の際には完全摘出することが重要であり，切除後にも長期にわたる経

過観察が必要と考えられる。

## Ⅳ．結　　語

右腎癌に対する後腹膜鏡下腎摘除術の際に，同時に膵背側に発生した後腹膜脂肪腫を後腹膜鏡下に摘除した１例について報告し，文献的考察を加えた。

## 文　　献


１）笹野伸昭：後腹膜の概念並びに腫瘍の病理．臨放線 13: 785－793, 1968.

２）Armstrong JR，Cohn I：Primary malignant retroperitoneal tumors．Am J Surg 110: 937, 1965.

３）山形敞一，大内栄悦，ら：消化器病の１例，後腹膜腫瘍．日本臨床 35: 89－98, 1977.

４）鈴木　彰，加藤栄一，ら：巨大な後腹膜脂肪腫の１例．外科治療 38: 371－374, 1978.

５）岩崎　稔，田村　淳，ら：膵体部背側の後腹膜腔に発生した脂肪腫の１例．日小外会誌 44: 627－632, 2008.

６）Hunter JC，Johnston WH，et al：Computed tomography evaluation of fatty tumors of the somatic soft tissues; clinical utility and radiologic-pathologic correlation．Skeletal Radiol 4: 79－91, 1971.

７）永井輝男，松本満臣：全身 CT 診断学．Pp661－662, 朝倉書店，東京，1983.

８）加藤貴吉，山田卓也，ら：左外腸骨動脈を取り巻く様に発育した骨盤内後腹膜脂肪腫の１例．日外科連会誌 29: 927－931, 2004.

９）Farbman AA：Retroperitoneal fatty tumors: Report of a case and collective review of the literature from 1937 to 1947．Arch Surg 60: 343－362, 1950.

10）野田弘志，住永佳久，ら：腹腔鏡下に摘出した後腹膜脂肪腫の１例．日臨外会誌 70: 2174－2177, 2009.

11）杉村克治：後腹膜脂肪腫の１例．臨皮泌 20: 717－722, 1966.

— カンファレンス —

# 知っておきたいIBDの話題

小野川　靖二

## Ⅰ．はじめに

炎症性腸疾患（IBD：inflammatory bowel disease）は消化管に炎症をおこす原因不明の慢性疾患であり，狭義には潰瘍性大腸炎（UC：ulcerative colitis），クローン病（CD：Crohn's disease）を指す。日本人の食生活の変化ともに炎症性腸疾患患者数も増加してきている。近年，その病因・病態は腸管内の免疫反応が大きくかかわっていることが明らかとなってくるとともに，新たな治療薬や治療方法が臨床に使用されるようになった。厚生労働省研究班より「潰瘍性大腸炎・クローン病　診断基準・治療指針」[1]が出されており，標準的な治療方法として臨床使用されているので，代表的な内科治療法について紹介する。

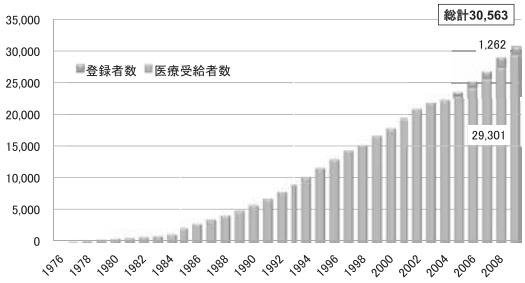



図１　クローン病の患者数の推移

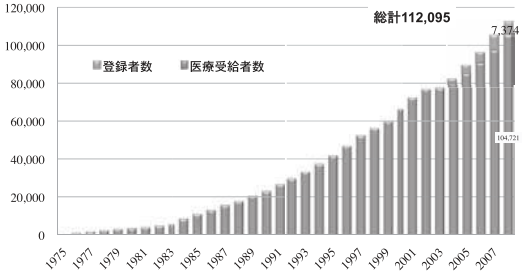



図２　潰瘍性大腸炎の患者数の推移

## Ⅱ．5-ASA製剤

現在３種類の5-ASA製剤が開発・臨床使用されている。5-ASAは血中濃度ではなく病変粘膜での薬剤濃度を高く保つ事が重要であり，ドラッグデリバリーシステムの視点から，これらを使い分けていく必要がある。病巣が肛門部近傍である場合には坐剤の使用などが有効である。患者個々により反応が異なる場合があるため，同一部位の病巣であっても効果が同様とは限らない。また，病状により効果に違いが出る事があるため，効果が思わしくない場合は，他の5-ASA製剤にローテーションすると効果が得られる事がある。疾患活動性のある時は高用量の5-ASA製剤での寛解導入が図られる。

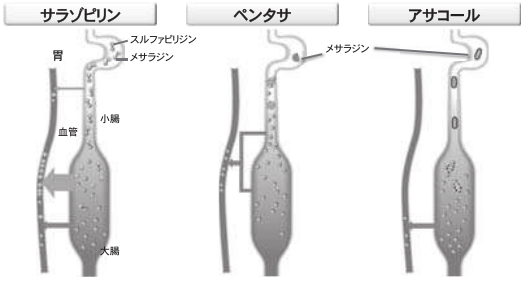



図３　5-ASA製剤の薬物動態

## Ⅲ．ステロイド剤

5-ASA製剤で十分な改善が得られない場合にはステロイド剤が使用される。

潰瘍性大腸炎で直腸炎型や左側大腸炎型のS状結腸程度までの場合にはステロイド坐剤や注腸薬を使用し，安易にステロイドの全身投与を

尾道総合病院　消化器内科

行わないように心がける。

ステロイド剤はプレドニゾロンの内服投与が行われる。プレドニゾロンは１日30～40mgの経口投与から開始し，効果が得られれば速やかに20mgまで減量する。以降は５mgずつ減量し，最終的には内服中止にする事を原則とする。潰瘍性大腸炎をステロイドで加療し，減量中に増悪・再燃する場合には「ステロイド依存」として免疫抑制剤を用いた離脱法を行う。

プレドニゾロンの内服を開始しても明らかな効果が認められない場合には，プレドニゾロン１～1.5mg/kgを目安として点滴静注を行う。１～２週間で明らかな効果が得られない場合には「ステロイド抵抗」として，その他の治療を加えていく事となる。

## Ⅳ．免 疫 調 節 薬

アザチオプリン

プレドニゾロンの減量に伴って症状の増悪・再燃し，離脱ができない「ステロイド依存」の場合，免疫調整薬であるアザチオプリン50～100mg/日を投与する。副作用がみられる場合には6－MP30～50mg/日を使用する。アザチオプリンや6－MPは効果発現まで１～３ヶ月を要するので，経口プレドニゾロンの減量は併用開始後１～２ヶ月経過してから徐々に減量していく様にする。

タクロリムス

重症の潰瘍性大腸炎の場合，タクロリムスで免疫抑制を行う場合がある。タクロリムスは血液濃度をモニタリングしながら使用する必要があり，寛解導入当初は頻回に採血を行って高トラフ値（10～15ng/ml）にコントロールし，２週間後低トラフ値（５～10ng/ml）とする。

３ヶ月以上の長期投与は保険適応外となるため，寛解導入後は前述のアザチオプリンに切り替えを行う必要がある。

シクロスポリン

重症の潰瘍性大腸炎の寛解導入には，現在保険適応外であるが，シクロスポリンの持続静注療法も効果が高い。１日２～４mg/kgを24時間持続静注し血中濃度を400ng/ml前後にコントロールする事で寛解導入を行う。腎障害や感染症などの重篤な副作用に注意する必要がある。

## Ⅴ．白血球除去療法

白血球除去療法にはLCAP（leukocytaheresis）とGCAP（granuloapheresis）とがある。潰瘍性大腸炎では両者とも保険適応となっているが，クローン病ではGCAPのみが保険適応となっている。炎症細胞の除去に加え炎症性サイトカインの放出を促したり，骨髄からの幹細胞を導出することで炎症を抑え組織修復を促すとされている。通常は週１回の治療を行うが，寛解導入時には週２回行うと効果が高い。安全性が高く，中等症で重症度が高くないケースに使いやすい。

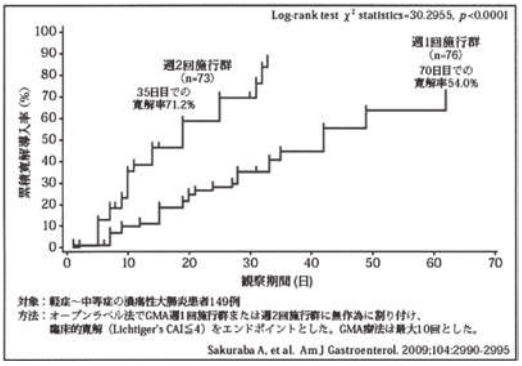



**図４　GCAPの寛解導入率**

## Ⅵ．抗TNF-α抗体製剤

現在２種類の抗TNF-α抗体製剤（インフリキシマブ，アダリムマブ）が臨床使用されている。免疫の要となるTNF-αを抑制するため事前に感染症のチェックを行っておく必要が有る。比較的早期に抗TNF-α抗体製剤を使用することで再発率や手術率を低下させることができるため，クローン病においては発症早期から強力に炎症を抑え疾患をコントロールする「Top-down療法」が行われるようになった。

インフリキシマブを投与する場合には，投与時反応に対応できる体制を整えた化学療法室等で５mg/kgを２時間以上かけて点滴静注する。初回投与後２週，６週目に投与し，以降は８週

おきに投与を行う。十分な効果が得られない場合には14週目以降の投与量を10mg/kg に増量する事が可能である。

アダリムマブを投与する場合は初回160mg の皮下注射を行い，２週間後に80mg の皮下注射を行う。その後は２週間ごとに40mg の皮下注射を行う。自己注射が可能な患者の場合には，教育指導して自己注射を行う。

様々な内科的治療があるが，内科的治療で効果が得られない場合には，状態を悪化させる前に手術治療を考えがけと協力して診療していくことが重要である。

**Top Down / Step up**

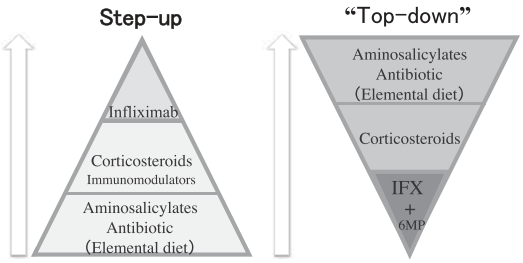



**図５　Top-down 療法と Step-up 療法**

## 文　　献

１）渡辺守：潰瘍性大腸炎・クローン病 診断基準・治療指針．厚生労働科学研究費補助金難治性疾患克服研究事業「難治性炎症性腸管障害に関する調査研究」平成23年度分担研究報告書，2012

— C　P　C —

# 急速な経過を辿った退形成膵管癌の１例

和田あずさ[1]・寺岡　雄吏[2]・平野　巨通[2]・花田　敬士[2]・米原　修治[3]

## Ⅰ．は　じ　め　に

退形成膵管癌（anaplastic carcinoma）は，浸潤性膵管癌の一亜型である。膵癌の中でも非常に珍しく，膵癌登録報告2007によると2001年から５年間の膵癌報告総数中わずか0.6%であったと報告されている[1)]。発育が急速で，診断時にはすでに進行している場合が多いため，予後は非常に不良であり，有効な治療法も確立されていないのが現状である。

今回我々は，急速な経過を辿った退形成膵管癌の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】**78歳女性

**【主訴】**心窩部痛，腹部膨満感，食欲不振

**【生活歴】**飲酒：なし，喫煙：なし

**【家族歴】**特記事項なし

**【現病歴】**約20XX年５月中旬頃より心窩部痛，腹部膨満感，食欲不振が出現した。症状の改善が見られないため，５月31日に近医を受診した。腹部CTで膵腫瘍を指摘され，６月５日，精査加療目的に当院を紹介受診した。

**【入院時現症】**意識清明は清明で，バイタル異常なし。腹部は軟らかく膨満していた。心窩部に自発痛を認めた。心肺に異常所見なし。

**【入院時血液検査所見】**WBC 12000/μL，CRP 2.42 mg/dLと軽度の炎症反応上昇を認めた。また，CA19-9は20314 U/mLと高値であった（表１）。

**表１　血液検査所見**

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| WBC： | 12000 | /μL | TP： | 6.8 | g/dL |
| %Ne： | 80.6 | % | Alb： | 3.7 | g/dL |
| RBC： | 448×10⁴ | /μL | BUN： | 15.3 | mg/dL |
| Hb： | 13.7 | g/dL | CRE： | 0.56 | mg/dL |
| Ht： | 42.6 | % | | | |
| PLT： | 30.4×10⁴ | /μL | Na： | 141 | mEq/L |
| T-bil： | 0.43 | mg/dL | K： | 5.0 | mEq/L |
| AST： | 21 | IU/L | Cl： | 101 | mEq/L |
| ALT： | 18 | IU/L | CRP： | 2.42 | mg/dL |
| ALP： | 170 | IU/L | FBS： | 109 | mg/dL |
| γ-GTP： | 16 | IU/L | HbA1c： | 6.1 | % |
| LDH： | 205 | IU/L | | | |
| CHE： | 204 | IU/L | CEA： | 6.7 | ng/mL |
| Amy： | 76 | IU/L | CA19-9： | 20314 | U/mL |

**【画像】**腹部エコーでは膵尾部に７cm大の境界不明瞭で内部が不均一な腫瘍を認めた（図１）。腹部造影CTでは膵尾部に造影効果の乏しい７cm大の境界不明瞭で内部やや不均一な腫瘍を認め（図２-a），腫瘍の辺縁は後期相で淡い造影効果を認めた。また，傍大動脈リンパ節が腫大しており転移が疑われた（図２-b）。

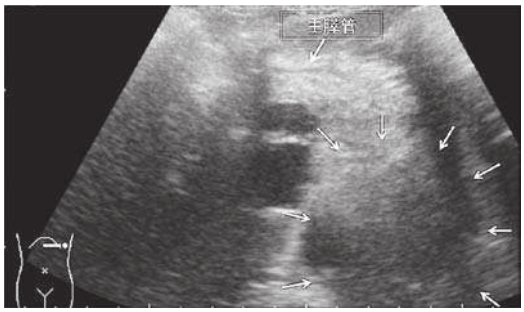
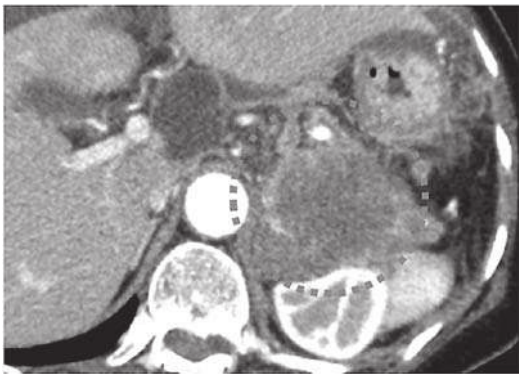



**図１　腹部エコー**
**膵尾部に７㎝大の内部不均一な腫瘍を認める**

[1]JA尾道総合病院　臨床研修医
[2]JA尾道総合病院　消化器内科
[3]JA尾道総合病院　病理研究検査科

(a)



(b)

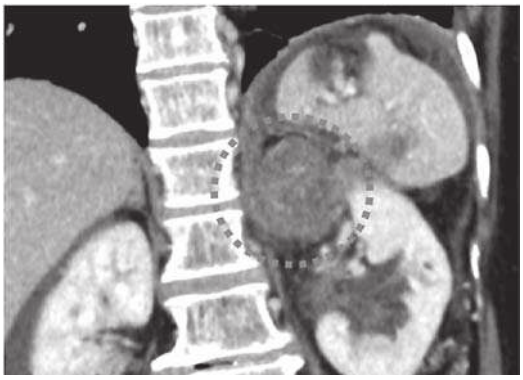


図２　腹部造影 CT

（動脈相・水平断）
膵尾部に造影効果の乏しい７㎝大の境界不明瞭で内部やや不均一な腫瘍を認める。腫瘍の辺縁は後期相で淡い造影効果を認める。

（動脈相・冠状断）
傍大動脈リンパ節の腫大を認め，転移が疑われる。

**【臨床経過】** ６月５日の CT で膵体尾部癌と診断した。精査加療目的で同月16日に入院の予定であったが，状態が急速に悪化したため13日に入院した。前回 CT では認められなかった大量の腹水が出現し，細胞診の結果，異型を示す多核巨細胞を多数認め，class Ⅴ（adenocarcinoma）であった（図３）。各種画像と合わせ，膵体尾部癌，cStage Ⅳ b（T4N3M1）と診断した。

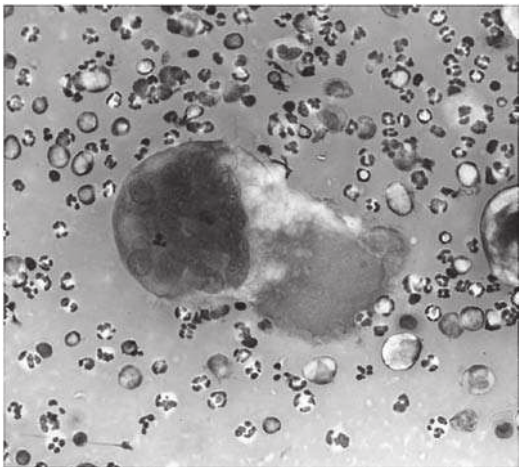


図３　腹水細胞診（×400,Giemsa 染色）
異型を示す多核巨細胞を多数認め，class Ⅴ（adenocarcinoma）と診断した。

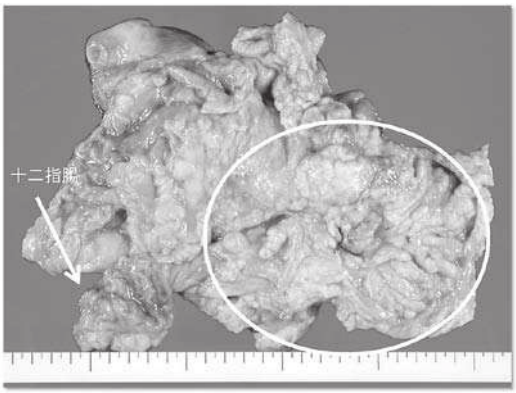
急激な全身状態の悪化から，本人，家族への十分な Informed consent のもと，緊急で６月14日より Gemcitabine1334mg（1000mg/㎡）による化学療法を行った。

また，組織学的診断目的で６月17日に EUS-FNA を施行した。得られた検体の組織診では，壊死物質に混在して不整で大型核を持つ多核巨細胞を認め，退形成癌と診断した。翌日，全身状態のさらなる悪化により，以後の化学療法を中止し，緩和治療の方針とした。６月21日，意識障害が出現し，呼吸不全となり永眠された。

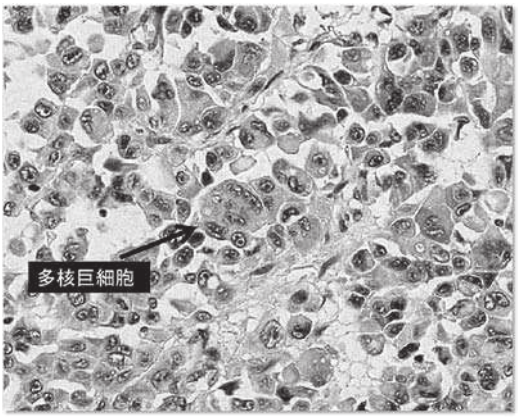
## Ⅲ．病理解剖所見

膵は白色調で分葉状の形態を呈し，重量は 200g であった。膵尾部に７×４×４cm の灰白色充実性の腫瘍を認めた（図４a）。

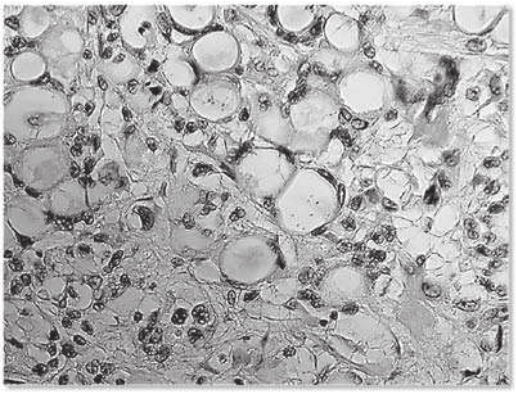
腫瘍の組織像は，EUS-FNA で得られた所見と同様に奇怪な大型核を持つ巨細胞，多核巨細胞を認め，退形成癌であった（図４b）。同部位では印環細胞癌（図４c），中分化型腺癌（図４d）も認め，脾静脈への腫瘍塞栓を認めた。



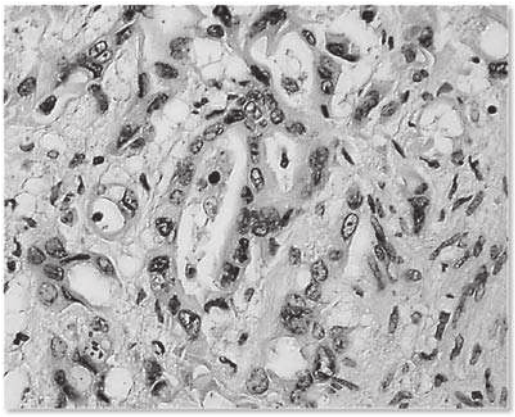

(a) 肉眼所見．膵尾部に灰白色充実性の７×４×４cm の腫瘍を認めた。




(b) 組織像．Anaplastic carcinoma の像を呈していた（×400,HE）



(c) 組織像　腫瘍内には印環細胞癌も混在していた（×400,HE）



(d) 組織像　中分化型腺癌の像（×400,HE）

**図４　膵臓の病理所見**

膵体部主膵管には，異型のある上皮細胞を認め，Pan-IN 3と考えられた。

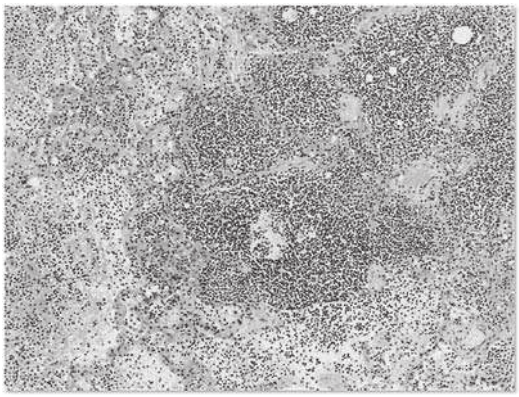
腹水貯留が5500ml と著明であった。

肺は両下葉で急性うっ血性肺水腫を認めた。組織像では，右肺上葉で多数の好中球の集積とうっ血像を認めた（図５a）。また細胞壁を有する植物様の残渣異物も確認され，急性嚥下性肺炎の像であった（図５b）。

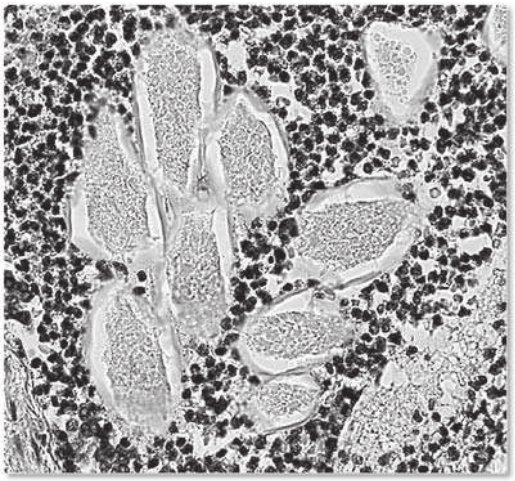
右肺下葉，左肺上葉にも同様に急性嚥下性肺炎の像を認めた他，退形成癌の転移像も認められた（図５c）。

腹部 CT で転移が疑われた傍大動脈リンパ節にも転移があり，その他，小腸，大腸，副腎，大網, 横隔膜と全身にわたって転移像を認めた。

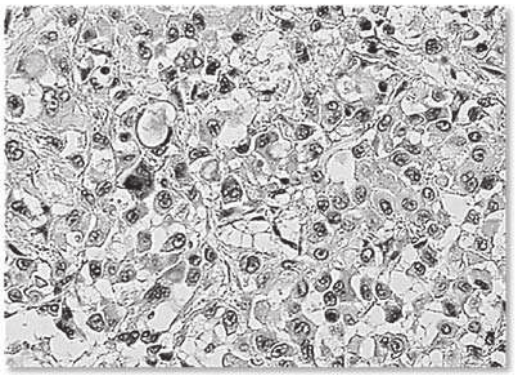
直接死因は，膵退形成癌の急速な進行による多臓器障害と全身衰弱，大量の腹水貯留に伴う横隔膜挙上に加えて，両肺の急性嚥下性肺炎による呼吸不全であったと推測された。



(a) 肺の組織像．著明な好中球集積とうっ血を認めた．（×40,HE）



(b) 細胞壁を有する植物様の残渣異物が右肺下葉・左肺上葉に存在していた（×100,HE）



(c) 右肺下葉・左肺上葉に膵にみられた退形成癌と同様の細胞がみられた（×400,HE）

図５　肺の病理所見

## Ⅳ．考　　察

本症例では初診より第９日で確定診断を得て，かつ第10日で化学療法を導入し迅速に治療介入を行ったにも関わらず，救命に到らなかった膵退形成癌の一剖検例である。膵癌取扱い規約第６版において，膵退形成癌は膵管由来の腫瘍と考えられており，浸潤性膵管癌の中の退形成膵管癌として分類されている。膵癌の中でも非常に珍しく，2001年から５年間の膵癌報告総数中わずか0.6% であったとされている[2)]。膵退形成癌の特徴的な画像所見を通常型膵管癌と比較する（図６）。退形成癌は造影 CT では腫瘍

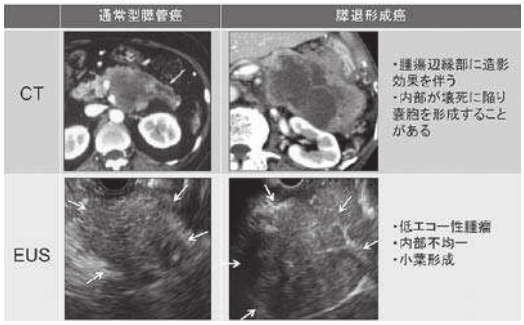



図６　通常型膵管癌と膵退形成癌の画像比較

は多血性な場合が多く，ときに腫瘍内部が壊死に陥るため，腫瘍辺縁部に造影効果を伴う場合や嚢胞を形成することがある。EUS では低エコー性腫瘤として描出され，内部は不均一で小葉形成がみられることが多く，いずれも本症例でも認められる所見であった[3)]。

また，通常型膵管癌が膵管方向への分化を示すのに対し，膵退形成癌では腫瘍細胞が充実性～髄様な増殖をし膨張性発育を示す（図７）。

| | 通常型膵管癌 | 膵退形成癌 |
|---|---|---|
| 膵癌全体に占める割合 | 約90% | 約0.6% |
| 発育形式 | 膵管上皮から発生し，膵管方向への分化を示す | 腫瘍細胞の充実性～髄様な増殖による膨張性発育 |
| 術後科学療法 | Gemcitabine<br>S-1 など | 確立されていない |
| 生存期間中央値 | 切除例　18.2か月<br>非切除例　7.8か月 | 全体　11.0か月<br>非切除例　4.4か月 |

図７　通常型膵管癌と膵退形成癌の臨床徴候の比較

そのため膵退形成癌は早い発育を示し，診断時にはすでに巨大な腫瘤になっていることが多いとされる[4]。結果として生存期間中央値は通常型に比べてより短いとされている。本症例でも診断時すでに腫瘍は７cm 大に膨張性に発育し，脈管や多臓器への転移を認めていた。

治療の原則は手術が唯一の根治を目指した治療であるが，切除例，非切除例間で生存期間中央値に有意差が見られなかったとの報告もあり，手術リスクと期待される治療効果とのバランスを考慮する必要がある[5]．化学療法については、Gemcitabine+S-1を使用し奏効が認められたとの報告もあるが，Gemcitabine，S-1，CDDP などによる化学療法を施行するも効果が乏しく，予後不良となったという報告が大半であり，今後の症例の蓄積が待たれる[6]。

放射線治療については単独使用，化学療法との併用とも今のところエビデンスがない。

本症例で，膵体部の主膵管上皮は Pan-IN 3の像を認めた。Pan-IN とは膵上皮内腫瘍性病変のことで，膵管内の異型上皮病変全般を上皮内癌も含め進行性の腫瘍性病変と捉えたものである。異形度により４段階に分類されており，Pan-IN 経路による膵の段階的発癌が言われている。本症例は主病変とははなれた主膵管に Pan-IN 3病変の併存を認めた。

次に，膵退形成癌の組織学的分類について述べる。膵退形成癌は組織学的に紡錘細胞型，巨細胞型，多形細胞型，破骨細胞型の４型にさらに分類され，４型を比較して腫瘍径，部位，腫瘍内部の造影効果の有無には差は認めない。しかし上の３型の生存期間中央値が半年以下であるのに対し，破骨細胞型は10年生存率が50%を上回っており，明らかに予後に差が見られる。そのため治療選択前に可能な限り亜分類まで診断をつけることが重要となる。

さらに診断における EUS の有用性について述べる。EUS は内視鏡の発展により膵癌の診断に重要な役割を果たすようになってきている。EUS-FNA により，組織学的な確定診断を得ることができ，可能であれば積極的に施行することが勧められている[6]。本症例では，EUS-FNA により退形成癌の確定診断を得ることができた。切除不能な膵癌が強く疑われる症例でも，積極的に EUS-FNA を行い，組織学的診断を行うことで治療方針の決定の一助となる可能性がある。

## Ⅴ．結　　語

急速な経過を辿った退形成膵管癌の１例を経験した．膵退形成癌のようなまれで予後不良な癌においては，いまだ有効な治療法は確立されておらず，今後も症例の蓄積が待たれる．

## 参　考　文　献


1）日本膵癌学会編．膵癌取扱い規約．第６版．東京：金原出版．2007.

2）児玉亮，牛丸博泰ら：異なる進展様式を示した退形成膵管癌の２剖検例．ENDOSCOPIC FORUM for digestive disease Vol 28：127－142．2012.

3）真口宏介，小山内学ら：膵腫瘍の超音波診断．Jpn J Med Ultrasonics Vol 37 No.4：425－433．2010.

4）荒川元，小西孝司ら：３か月に急速な発育浸潤と多発性肝転移を呈した退形成膵管癌（膵多形細胞型）の１例．膵臓15：448－453．2000.

5）香川幸一，古川善也ら：膵紡錘細胞型退形成癌の１切除例－本邦で報告された膵退形成癌手術例の検討－．日消誌．108：1428－1436．2011.

6）内田大輔，植木亨ら：EUS-FNAB にて診断し化学療法にて加療した退形成膵管癌の１例．胆と膵 Vol.30：815－819．2009.

— C P C —

# 消化管ステント留置を行った進行食道癌の１例

内海　孝法[1]・寺岡　雄吏[2]・小野川靖二[2]・今川　宏樹[2]・福本　　晃[3]・米原　修治[3]

## Ⅰ．は　じ　め　に

食道ステントは，進行食道癌による狭窄，食道気管瘻，食道縦隔瘻に対する姑息的治療の一つであり，患者の quality of life（以下，QOL）改善に有用な方法である。今回我々は，無治療経過観察中であった高齢食道癌患者の腫瘍狭窄に対して食道ステント留置術を行ったが，その後急激な経過を辿った１例を経験したのでその一剖検例を報告する。

## Ⅱ．症　　例

**【患者】**90歳，男性

**【主訴】**嚥下困難，食事摂取困難

**【現病歴】**平成Ｘ年８月，貧血の精査目的で施行した上部消化管内視鏡検査で早期胃癌（生検で Adenocarcinoma, Group 5）と診断した。しかし，高齢であり，本人の治療希望もなく経過観察となった。平成Ｘ＋１年６月，上部消化管内視鏡検査の再検を行ったところ，新たに早期食道癌（生検で Squamous cell carcinoma）が見つかったが, 同様に無治療経過観察を希望された。平成Ｘ＋３年４月に，嚥下困難，食事摂取困難が出現し精査加療目的に入院となった。

**【既往歴】**高血圧, 脂質異常症, 発作性心房細動, B 型慢性肝炎，大動脈弁狭窄症

**【生活歴】**喫煙：20本/日×70年間
飲酒：なし

**【内服薬】**ロサルタン50㎎, ジルチアゼム200㎎, エペリゾン150㎎，ワルファリン３㎎，シロスタゾール200㎎，リマプロストアルファデクス15μg，クロチアゼパム15㎎，ウルソデオキシコール酸300㎎，ファモチジン40㎎

**【身体所見】**体温35.5℃，血圧140/72mmHg，脈拍79回 / 分不整，SpO2 94%（room air）。湿性咳が間欠的に出現しており，茶褐色粘稠痰を認めた。聴診で心尖部に収縮期雑音を聴取し，肺野では rhonchi を聴取した。

**【検査所見】**

血 算：WBC 11200 /μL，RBC 408×104 /μL，Hb 13.6 g/dL，Ht 41.7 %，Plt 30.9×104 /μL

生 化 学：T-Bil 0.64 mg/dL，GOT 18 IU/L，GPT 13 IU/L，LDH 312 IU/L，CK 67 IU/L，TP 6.9 g/dL，Alb 3.2 g/dL，BUN 16.1 mg/dL，CRE 0.82 mg/dL，CRP 6.43 mg/dL，Na 139 mEq/L，K 4.0 mEq/L，Cl 98 mEq/L，HbA1c 6.6 %

腫瘍マーカー：CEA 6.3 ng/mL，CA19-9 16.3 U/mL

**【胸部単純Ｘ線写真】**CTR 50%，肋骨横隔膜角は両側鋭，明らかな異常陰影を認めなかった。

**【入院後経過】**入院２日目に上部消化管内視鏡検査を行ったところ，切歯より25～35cm の中部食道に全周性の２型進行癌を認め，内腔は腫瘍により狭窄していた（図１）。また，胃体上

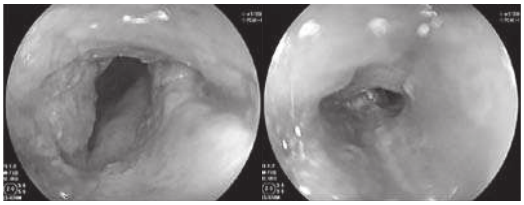


**図１**

[1]JA 尾道総合病院臨床研修医
[2]JA 尾道総合病院消化器内科
[3]JA 尾道総合病院病理研究検査科

部前壁に約15mm大で発赤調の境界不明瞭なⅡc病変を認めた（図２）。嚥下困難，食事摂取困難は食道癌による腫瘍性狭窄が原因であると考えられた。高齢であることと全身状態から手術の適応はなく，放射線療法，化学放射線療法なども希望されなかった。食道開通を目的とした食道ステントを強く希望され，ステント留置に伴う合併症について十分なICを行い同意を得た。入院５日目，covered typeの自己拡張型メタリックステントを用い，病変部を覆うように挿入し処置を終了した（図３，４）。ステント挿入後から喀痰の増量，低酸素血症を来すようになり，炎症反応の上昇も認めた。胸部単純X線写真では下肺野に浸潤影がみられた。ステント留置に伴う嚥下性肺炎と診断し，直ちに酸素投与と抗生剤治療を開始。その後しばらくは臨床症状，検査データは改善傾向にあったが，入院９日目に突然意識状態の悪化を来し，入院11日目に永眠された。

本人希望のため積極的な治療，CTなどの精査を行えておらず，死因究明のために病理解剖を行った。

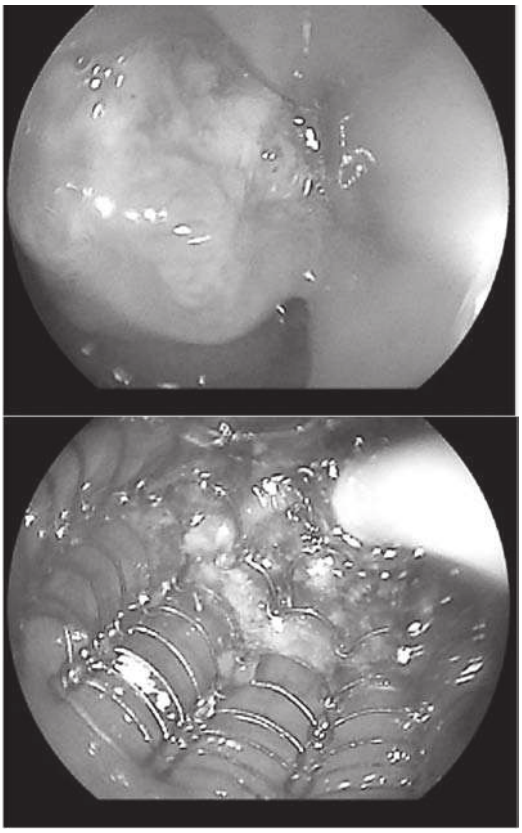


図３

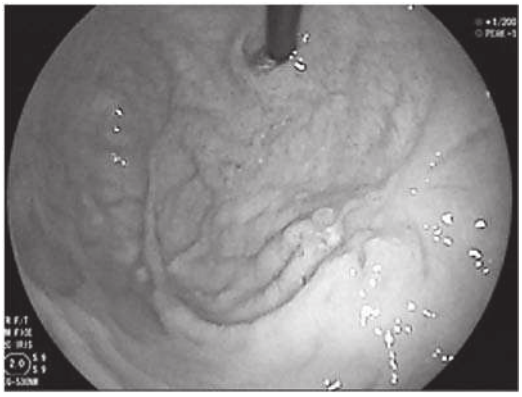


図２

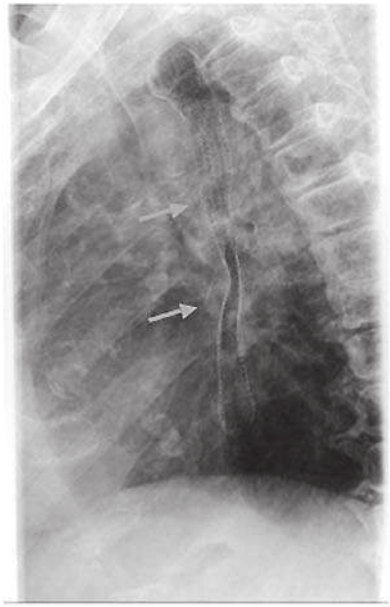


図４

## Ⅲ．病理解剖所見

胸部中部食道には，９cm にわたって，全周性の２型灰白色腫瘍を認め，内腔には食道ステントが留置されていた（図５）。病理組織学的には，腫瘍は明瞭な角化と癌真珠を伴っており well differentiated squamous cell carcinoma と診断した。腫瘍は，気管膜様部を越えて気管内腔，両側気管支内腔へ直接浸潤しており高度な狭窄を来していた（図６，７）。

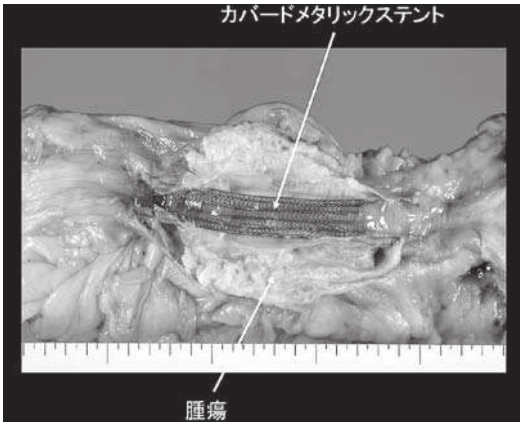



図５

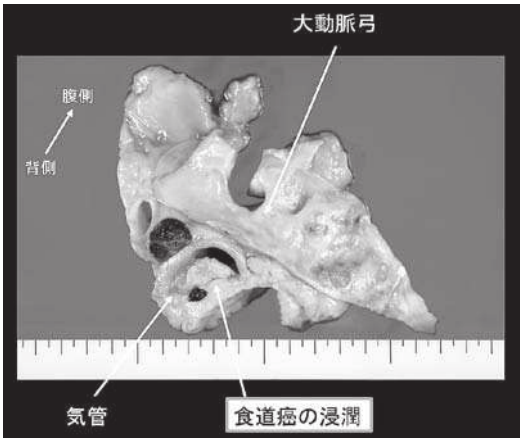



図６

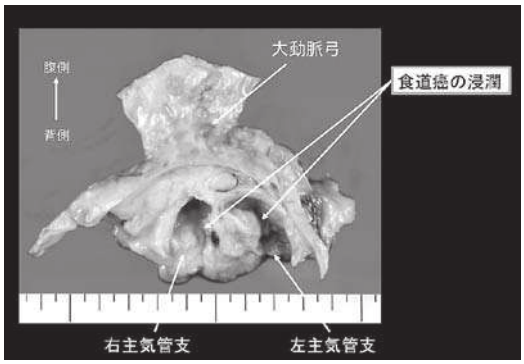



図７

肺は重量，右922g，左696g であり，下肺葉中心にうっ血所見を認めた。右肺下葉には肺胞内に異物型多核巨細胞の浸潤を伴う急性及び器質化嚥下性肺炎を認め，左肺下葉には急性気管支肺炎を認めた。末期の呼吸不全の原因としては，腫瘍浸潤による気道の狭窄，両肺下葉の肺炎が重視された。

胃では，慢性萎縮性胃炎を認め，体上部前壁に15×10mm 大の Type 0-Ⅱc 病変を認め，組織学的には，粘膜内に限局する well differentiated tubular adenocarcinoma であった。本腫瘍の浸潤転移は認めなかった。

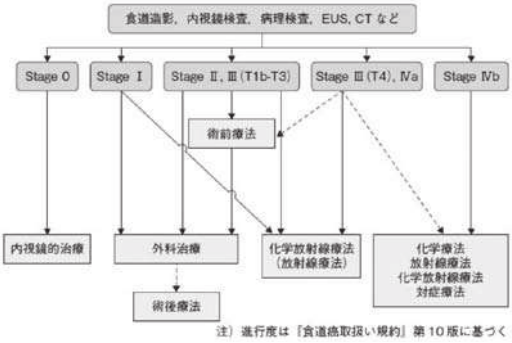
直接死因として，食道腫瘍の気管分岐部から左右主気管支への浸潤による気道狭窄，右肺下葉の急性及び器質化嚥下性肺炎，左肺下葉の急性気管支炎による窒息が重視された。

## Ⅳ．考　　察

食道癌は世界において2008年に48万1,000人が罹患（癌のうちで第８位），40万6,000人が死亡（癌のうちで第６位）している[1)]。本邦においては，食道癌の粗罹患率は人口10万に対して13.7人（男性23.8人，女性4.1人）であり[2)]，2009年の粗死亡率は人口10万に対して9.3人（男性16.2人，女性2.8人）である[3)]。食道癌の組織型は，日本では90％以上が扁平上皮癌である[4)]が，欧米では50％以上が腺癌であり，扁平上皮癌は40％以下である[5)]。また，食道癌はしばしば他臓器癌の重複を認め，特に，頭頸部癌や胃癌，肺癌など upper aerodigestive tract において

重複の多いことが知られている[6]。日本食道学会の全国登録によれば約20％の症例に重複癌を認め，同時性癌８％，異時性が12.2％であったとしている。重複癌の種類では胃癌，頭頸部癌（咽頭癌），大腸癌，肺癌の順[4] に多いとされている。本症例も，食道癌の組織型は扁平上皮癌であり，胃癌との重複癌症例であった。本症例においては，初期に指摘されていた胃癌の進行度を越えるように食道癌が急激に発育し死因に関与した。

他の癌の治療と同様に，治療方針は癌の病理組織・病期診断によって決定する。「食道癌診断・治療ガイドライン2012」に食道癌治療のアルゴリズムが示されている（図８）[6]。近年，




〔文献[6] より引用〕

**図８**

化学療法，化学放射線療法などの集学的治療成績が向上してきており，切除不能進行食道癌に対しても全身状態が許せば，積極的に治療が行われるようになってきた[7]。一方，それができない症例では，原発巣残存による狭窄で食事ができないばかりでなく，頻回の嘔吐，誤嚥による肺炎，気道への圧排や浸潤による咳嗽や呼吸困難など，QOL 低下は著しい[9]。このような患者の QOL を低下させる症状を緩和させる治療が姑息的療法である[8]。食道癌に対して施行される姑息的療法にはさまざまなものがある（表１）[8]。中でも食道ステントは，バイパス手術などに比べ低侵襲であり，挿入留置の操作が短時間かつ容易であること，数日で嚥下困難が軽快し経口摂取が可能になるなど，その他の姑息

**表１**

| 表1　食道癌に対する姑息的療法 |
|---|
| 食道手術 |
| 　バイパス手術 |
| 　姑息的食道切除 |
| ステント留置 |
| レーザー治療 |
| 　Nd：YAGレーザー |
| 　アルゴンプラズマ凝固 |
| 　Photodynamic therapy（PDT） |
| 電気凝固（BICAP probe） |
| 放射線治療 |
| 　外部照射 |
| 　腔内照射（brachytherapy） |
| ブジー |
| エタノール局注 |
| 化学療法 |
| 胃瘻，腸瘻 |

〔文献[8] より引用〕

的療法比較して優れた利点を有する[8] とされている。ステントに伴う合併症は，ステントの逸脱や挿入に伴う不快感・疼痛をはじめ，瘻孔形成，消化管穿孔，気道圧迫，出血，嚥下性肺炎など，中には直接死因に関わる重篤な合併症の報告も散見される[7-11]。本症例では，患者が非常に高齢であること，本人の希望がないこと，全身状態の観点から積極的な治療は行わなかった。しかし，病状の進行とともに食事摂取が困難となり，経口摂取に対する本人の強い希望から，合併症に関する十分な IC を行った後に食道ステントを用いた通過障害解除療法を行った。気管切開などの救命処置なども希望されなかった。すでに気管・気管支浸潤が高度であり非常に致死的な状況であった状況下で，食道ステント留置に伴い食道が拡張される反面，気道の狭窄がより高度になり閉塞を来したことと，食道ステントによって嚥下性肺炎を起こし致死的になった可能性が考えられた。

## Ⅴ．結　　語

食道ステント留置後に，急激な経過を辿った１例を経験した。食道ステントは，経口摂取，瘻孔閉鎖，QOL 改善に大きく寄与する反面，

致命的な合併症を生じる可能性も少なくないため，適切な病勢把握，適切な治療選択・安全性の再確認，十分なインフォームドコンセントを行いその適応を検討することが重要である。

## 参　考　文　献


1）WHO GLOBOCAN 2008：Cancer Incidence and Mortality Worldwide

2）Matsuda T, Marugame T et al：Cancer incidence and incidence rates in Japan in 2005：Based on data from 12 population-based cancer registries in the Monitoring of Cancer Incidence in Japan（MCIJ）Project. Jpn J Clin Oncol. 41：139－147，2011.

3）平成21年人口動態統計：厚生労働省大臣官房統計情報部

4）The Japanese Society for Esophageal Diseases: Comprehensive registry of esophageal cancer in japan（1998，1999）. 3rd ed，2002.

5）Trivers KF, et al：Trends in esophageal cancer incidence by histology, United States，1998－2003.Int J Cancer. 123（6）：1422－8，2008.

6）日本食道学会編：食道癌診断・治療ガイドライン2012年４月版，金原出版，2012.

7）コンセンサス癌治療：第11巻第２号（通巻第41号），2012.

8）西巻　正，下地英明，ら：胸部食道癌の姑息的療法の実際，外科治療，95（3）：275－282，2006.

9）川久保博文，竹内裕也，ら:食道ステント，ICU & CCU Vol.36（10）：741－6，2012.

10）田中寿明，末吉　晋，ら：進行・再発胸部食道癌症例に対するステント治療成績，日消外会誌39（9）：1465－1471，2006.

11）中村裕也，太田正穂，ら：非切除進行食道癌患者に対する食道ステント留置に伴う合併症，日消誌103：812－818，2006.

— C P C —

# 切除術後に自然経過を観察し得た心臓血管肉腫の一例

小野　泰輔[1]・大道　和佳子[2]・徳毛　健太郎[2]
益田　健[2]・森藤　清彦[3]・尾畑　昇悟[3]・米原　修治[4]

## Ⅰ．は　じ　め　に

原発性心臓腫瘍は非常に稀な疾患であり，その頻度は剖検例で0.0017～0.33％である。原発性心臓腫瘍の約75％は粘液腫に代表される良性腫瘍であるが，残りの25％は悪性であり，血管肉腫や横紋筋肉腫，線維肉腫など肉腫の頻度が最も高い[1)]。単独では症状が出現しにくいため，心臓超音波検査や心臓手術の際，あるいは剖検時に偶然発見されることがほとんどである。転移も高頻度であり症状出現時にはある程度病状が進行している場合が多く，予後は平均７ヶ月程度と心臓以外で初発した肉腫の場合と比べて著しく予後不良である[2)]。

今回我々は心不全の精査を目的とした心臓超音波検査で発見し，造影CT・MRI・心嚢穿刺で血管肉腫を疑い，切除術により診断を確定し得た症例を経験した。本症例は術後１年11ヶ月という比較的長い経過をたどり，病理解剖する機会を得たので報告する。

## Ⅱ．症　　例

**【患者】**68歳，男性
**【主訴】**呼吸困難
**【既往歴】**気管支拡張症
**【生活歴】**喫煙：60～80本/日　47年
飲酒：日本酒換算2.5合/日
**【家族歴】**特記事項なし
**【現病歴】**COPDで近医加療中であったが，20XX年４月頃より労作時呼吸苦を自覚，room airでSpO2：89％と低下し，下肢の浮腫も出現したので当院呼吸器内科に紹介受診した。
**【現症】**体温：36.3℃，心拍数：86回/分 整，血圧：146/95mmHg, SpO2：72％（room air）→96％（3L経鼻）
顔面，両下肢に浮腫あり
呼吸音：正常呼吸音，ラ音なし
心音：Ⅰ音 純，Ⅱ音 純，過剰心音（－），心雑音（－）
**【初診時検査所見】**
血液検査所見：CRP 2.50 mg/dl, WBC 9970/μl, Hb 15.1 g/dl, Ht 47.5%, PLT 19.5×10⁴/μl, TP 6.5 g/dl, Alb 3.8 g/dl, T-Bil 1.03 mg/dl, AST 50 U/L, ALT 98 U/L, LDH 204 U/L, BUN 17.2 mg/dl, Cr 0.75 mg/dl, Na 144 mEq/L, K 4.2 mEq/L, Cl 105 mEq/L, BUN 112.4 pg/ml, 心筋トロポニンT定性（-）, CEA 1.4 ng/ml, AFP 3.2 ng/ml, CA19-9 4.9 U/ml, SCC抗原 0.9 ng/ml, シフラ 1.2 ng/ml, Pro-GRP 32.2 pg/ml, NSE 10.4 ng/ml, 可溶性IL-2受容体 179U/ml
胸部X線検査（図１）：CTR 54%と心陰影の拡大を認めた。肺野は異常陰影を認めなかった。
心電図：HR 80，正常洞調律。
心臓超音波検査（図２）：四腔像で心嚢水貯留，右房内に可動性のない構造物を認めた。構造物の大きさは39.6mm×37mm大。EFは62.6％と保たれていた。
造影CT（図３）：上大静脈から右房内に約７㎝大の，造影増強を伴う辺縁不整な腫瘤影あり。右房内から心膜腔に浸潤を認めた。
MRI：CTの部位に一致して，内部不均一，T1強調で低信号，T2強調でやや高信号を示す腫

[1]JA尾道総合病院臨床研修医
[2]JA尾道総合病院呼吸器内科
[3]JA尾道総合病院心臓血管外科
[4]JA尾道総合病院病理研究検査科

瘤を認める。FIESTA 像では，腫瘍はカリフラワー状に観察され，Gd で造影効果を認める。冠動脈造影検査：冠動脈に有意狭窄はなく，左冠動脈より腫瘍に feeding artery を認めた。

**図１　胸部 X 線検査**
**CTR：54%，右 CPA dull，左第３・４弓突出**

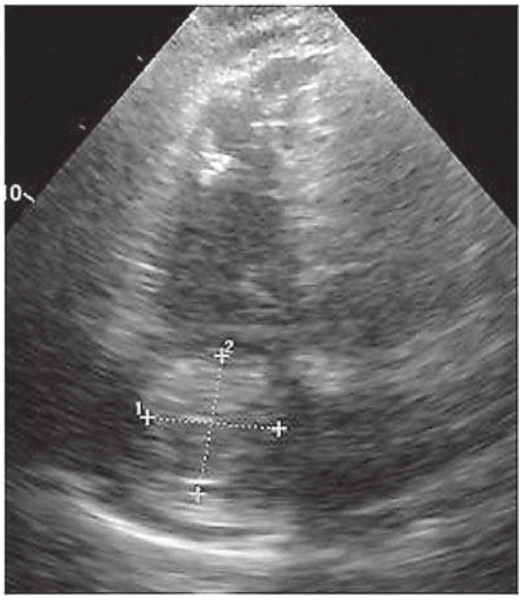


**図２　心臓超音波検査**
**心嚢水貯留，右房内に可動性のない構造物あり**

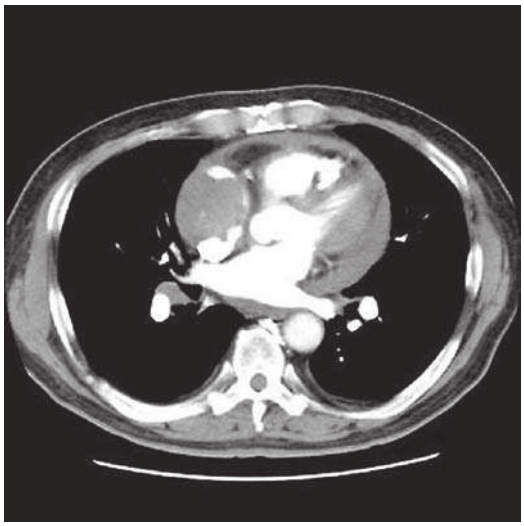


**図３　造影 CT**
**上大静脈から右房内に約７㎝大の，造影増強を伴う辺縁不整な腫瘤影あり**
**右房内から心膜腔に浸潤を認める**

**【臨床経過】**

入院後に心嚢穿刺を行い，血性心嚢水を約 600ml 排液した。病理細胞診で ClassⅡという結果であったが，画像上心臓原発の血管肉腫が疑わしいと考えられ，入院第７病日に腫瘍摘出術およびウシ心膜による右房再建・ペースメーカー植え込み術を行った。術中の迅速病理診断では血管肉腫との診断であった。腫瘍は約７㎝大で肉眼的には壁側胸膜・三尖弁・右室への浸潤は認めず，切除断端は全て陰性であった（図４）。病理所見では，右房壁から右房内腔に向かって増殖する腫瘍組織を認めた。腫瘍は短紡錘形核を持つびまん性の増殖よりなり，また管腔形成性で，新鮮な出血を伴っていた。免疫染色では，血管内皮マーカーである CD31・CD34陽性，第Ⅷ因子一部陽性であった（図５）。以上より病理学的に血管肉腫 angiosarcoma，T2bN0M0，G2，Stage ⅡB（UICC 第７版）と確定診断した。術後補助療法が必要と考えられたが，放射線治療・化学療法共に心臓血管肉腫に対する有効性が明らかでないこと，及び重症 COPD があるため治療により呼吸機能が増悪する可能性が高いと判断し，Best Supportive

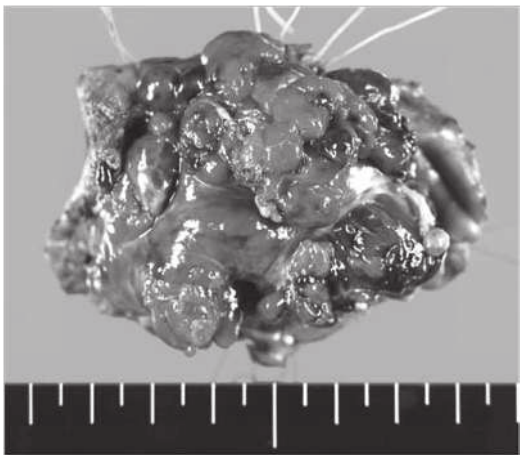
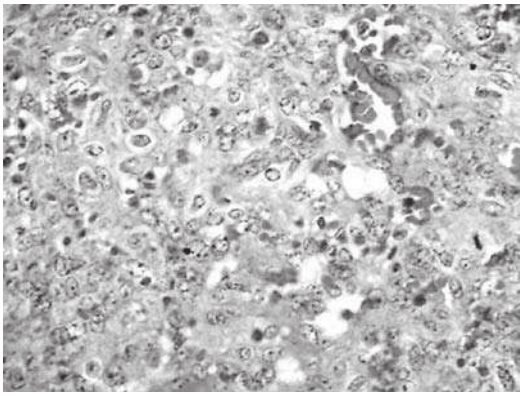
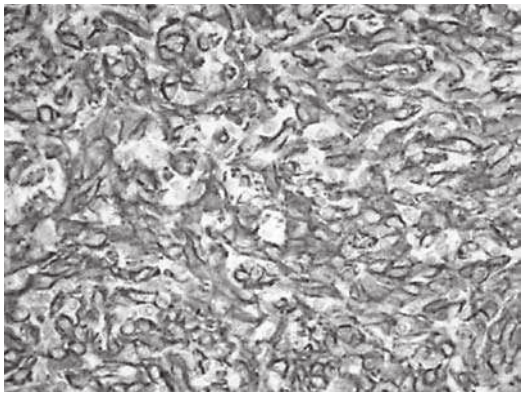


図４　切除標本
肉眼的には壁側胸膜，三尖弁，右室への浸潤は認めず
切除断端は全て陰性

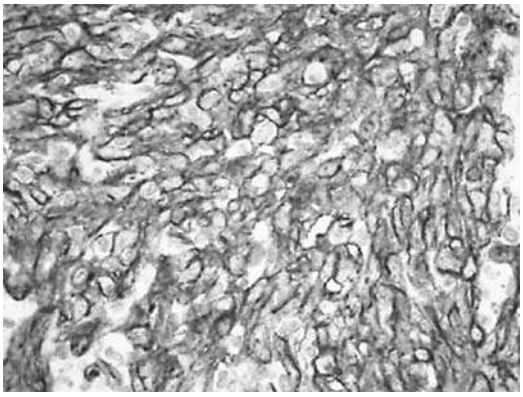
Care を行うとともに画像による経過観察を行う方針とした。COPD に関しては徐々に呼吸機能の悪化を認めたため，術後１年で在宅酸素療法を導入した。術後５ヶ月目に行った PET-CT で左第７肋骨と第８胸椎右横突起にそれぞれ SUVmax6.9，SUVmax6.2の集積を認め，どちらも骨転移と考え姑息的放射線治療を開始した。術後９ヶ月の PET-CT では放射線治療を行った左第７肋骨や第８胸椎右横突起への集積は減弱～消失しており治療効果を認めたが，新たに左第２肋骨，左腸骨，左肺 S6に集積を認め放射線治療を行った。術後１年２ヶ月の PET-CT で新たに左上腕骨頭，左第４肋骨，左第６肋骨，右第５肋骨，右第７肋骨，胸骨正中部，第１腰椎右縁，右大腿骨頸部，肝 S4に集積あり転移



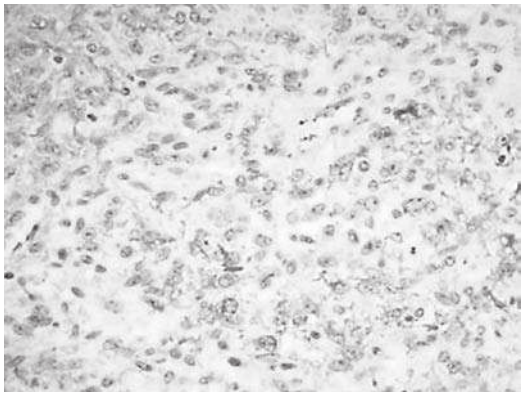
A）HE（×400）



B）CD31（×400）



C）CD34（×400）



D）Factor Ⅷ（×400）

図５　病理所見
A）短紡錘形核をもつ細胞のびまん性の増殖，管腔形成性，新鮮な出血あり
B，C，D）CD31・34，第Ⅷ因子陽性

と考えたが疼痛緩和などの対症療法のみを行った。同時期の造影CTで大動脈弓レベルで上大静脈前方に存在する結節の拡大と，心臓下面で下大静脈前方にも約13mm大の結節あり，いずれも再発腫瘤が疑われた。術後１年７ヶ月に行った造影CTで右肺下葉S10の結節，上大静脈前方の結節の増大を認めた。その後も定期的に経過観察を行っていたが，徐々に呼吸状態が悪化し，術後１年11ヶ月目の定期受診時に酸素投与３L（経鼻）でSpO2 55%と著明な低下を認め，緊急入院した。入院時の血液検査でHb 12.4 g/dLと貧血があり，CRP 1.66 mg/dlと炎症反応の上昇を認め，動脈血ガスでPaCO2 75.7 mmHg・pH 7.238と呼吸性アシドーシスの所見であった。胸部X線検査では前回検査と比べてCTRの拡大，両側CPA dullであり肺門部を中心に両肺下葉の透過性低下を認めた。以上よりCOPD増悪および心不全悪化による呼吸不全，または血管肉腫の進行による全身状態悪化を考え，心不全治療として利尿剤を開始した。入院後は酸素を増量し呼吸状態改善を認めたが，入院２日目に呼吸困難感・チアノーゼの悪化を認めた。酸素６L投与で酸素化改善したが，入院３日目に心肺停止の状態で発見され，同日死亡確認した。

呼吸不全の原因が心臓血管肉腫の増悪によるものなのか，COPDの増悪によるものなのか精査するため，ご家族の同意を得て病理解剖をおこなった。

## Ⅲ．病理解剖所見

右心房では短紡錘形核をもつ腫瘍細胞のびまん性増殖と微小血管を認め，心臓血管肉腫の局所再発の所見であったが心臓自体に影響を及ぼすほどのものではないと判断した。両肺は上葉を中心に気腫性変化あり，炭分沈着を認めた。下葉はうっ血性の変化あり，左肺に散見された最大径1.5㎝大の暗赤色小腫瘤は，顕微鏡所見において短紡錘形細胞の増殖と微小血管の増生が確認され，血管肉腫の転移と考えた。胸水は右500ml，左1200mlで半透明漿液性，細胞診でクラスⅡと診断した。肝臓は左葉全体に11×11×８㎝大の出血性腫瘤を認め，右葉にも２㎝大の出血性腫瘤があり，それぞれ短紡錘形細胞の増殖と微小血管の増生を認め血管肉腫の転移と考えた。左右の肋骨骨髄にも短紡錘形の細胞の増殖と微小血管の増生を認め，転移による所見と考えた。前立腺右葉に６×６mm大の濃度上昇域を認め，管腔内には淡青色調の粘液を認め，好酸性の結晶様物質を散見した。核の濃染も認め前立腺癌の所見であったが神経浸潤・脈管浸潤は認めなかった。

以上より肺・肝・骨に多発転移を認めたものの汎小葉性肺気腫およびそれに伴う心不全と胸水貯留による呼吸不全が原因と考えられ，心臓血管肉腫は直接の死因には関係していないと考えられた。

## Ⅳ．考　　察

心臓腫瘍は原発性心臓腫瘍と続発性心臓腫瘍に分類されるが，原発性心臓腫瘍は非常に稀な疾患であり，その頻度は剖検例で0.0017～0.33%と報告されている[1)]。一方，続発性心臓腫瘍は原発性の20～40倍とも100～1000倍とも言われている[3)]。原発性心臓腫瘍の約25%が悪性であり，中でも心臓血管肉腫が最も多いとされている[4)]。心臓血管肉腫はほとんどが右心房起源で，発育速度が非常に速く，進行するまで症状が出現しにくい。そのため発見が遅れることが多く非常に予後が悪い疾患として知られており，平均予後は７ヶ月程度と言われている[2)]。臨床症状としては弁障害や流出路狭窄などの血流障害から心不全をきたすものや，心筋・心膜への浸潤による拡張障害や心タンポナーデを来すこともある。さらに腫瘍の部位によっては刺激伝導障害や，心室頻拍などの起源となることもある[1)]。また転移が高頻度であり，血行性に脳・肺・骨などへ遠隔転移がみられたと報告されている[5)]。本症例では心嚢液の貯留と心不全を認め，また理学症状として呼吸困難・浮腫を認めた。

心臓腫瘍の診断には，経胸壁あるいは経食道心臓超音波検査やCT・MRIなどが有用である。一般的に報告されている心臓血管肉腫の画

像所見の特徴として，CT では腫瘍が低吸収な腫瘤として示され，内部は不均一に造影される。MRI では，腫瘍は不均一な信号を示し，カリフラワー状に増殖しているのが特徴である。T1強調・T2強調では，ともに等信号で内部に散在する高信号域をもつとされている[6)]。本症例においてもこれらの特徴を多く示し，術前に心臓血管肉腫と診断することができた。冠動脈造影をすることで冠動脈疾患を除外し，心臓腫瘍の冠動脈への浸潤の評価を行う事も重要である[7)]。

本症例では，心臓超音波検査で心臓内に構造物を認め，頻度や緊急性を考慮し，腫瘍か血栓かの鑑別を考えた。血液検査で凝固系の数値の動きが軽度であり，また造影 CT で造影効果と明らかな心膜腔への浸潤を認めたため血栓は除外した。次に造影効果が強いこと，辺縁がカリフラワー状で悪性を疑う所見があること，浸潤がみられることより粘液腫のような良性疾患を除外し，悪性疾患であると考えた。さらに全身検索において心臓以外の臓器に腫瘍性病変がみられないことから，心臓原発の悪性腫瘍と判断した。

心臓血管肉腫の治療法は原則手術による治療が必要だが，腫瘍の境界が不明瞭なことが多く，衛星病巣がしばしば多発性にみられ腫瘍の発生が多中心性になることから切除範囲の決定が難しいのが現状である[7)]。手術以外の治療法として，サイクロフォスファミド，ドキソルビシン，ビンクリスチン，シスプラチン，ダカルバジンなどを組み合わせて使用した化学療法やインターロイキン２製剤を用いた免疫療法，放射線治療などが予後を延長させたとの報告があるが，いずれも有効性を示すエビデンスに乏しく治療方法としては確立されていないため，治療方針の確立が今後の課題になると思われる[4) 7)]。

本症例は切除術後，姑息的放射線治療を含めた緩和的治療のみで約２年という比較的長い予後を得ることができた。そのため，併存疾患である COPD や心不全をコントロールすることがより重要であったと考えられる。

## Ⅴ．結　　語

手術可能と判断され他症例と比べて長い自然経過をたどった心臓血管肉腫の一例を経験し，病理解剖をする機会を得たので報告する。

## Ⅵ．参　考　文　献


１）須田正章ら：心臓超音波スクリーニング検査にて発見された心臓血管腫の１例，心臓41（4）：437－442，2009

２）滝沢信一郎ら：心膜炎兆候にて発症した右房原発血管肉腫の１例，心臓39（11）：1008－1012，2007

３）堀朱矢ら：診断に苦慮した原発性心臓腫瘍の１例，日本胸部臨床71（3）：292－298，2012

４）富永正樹ら：心タンポナーデで発症した心臓原発血管肉腫の１剖検例―本邦報告例での検討―，癌の臨床59（2）：189－195，2013

５）川久保幸紀ら：心臓腫瘍，綜合臨床57（12）：2933－2940，2008

６）Wolfgang F.Dähnert：Radiology Review Manual (Dahnert，Radiology Review Manual)

７）千田秀一ら：血管肉腫，関節外科31（suppl-1）：217－219，2012

— C P C —

# 若年発症した進行胃癌の一例

福原　基允[1]・兼光　　梢[2]・中土井鋼一[2]・宍戸　孝好[2]
小野川靖二[2]・平野　巨通[2]・米原　修治[3]

## Ⅰ．は　じ　め　に

若年性胃癌の定義は40歳未満で診断された胃癌であり，一般的に組織像は未分化型が多く，リンパ行性転移，腹膜播種をきたしやすいため，予後不良とされている。今回，若年発症した進行胃癌の１例を経験したので報告する。

## Ⅱ．症　　例

**【患者】**20歳代，男性。
**【主訴】**繰り返す嘔吐。
**【既往歴】**なし。
**【生活歴】**喫煙歴：15歳から10本/日
飲酒歴：なし　職業：農業，畜産業。
**【家族歴】**特記すべきものなし。
**【現病歴】**201X 年３月より食欲低下を認め，嘔吐を繰り返していた。その後，水分の摂取も困難になり，２週間で５kg の体重減少を認めたため同年４月，当院総合診療科を受診した。
**【現症】**身長：175 cm，体重：79.3 kg
意識清明，血圧：112/68 mmHg，脈拍：95回/分，体温：36.9℃，呼吸数：12回/分，$SpO_2$：96 %（room air），胸部：異常所見なし，腹部：膨満，両下腹部に硬結を触れる，腸蠕動音減弱，波動あり，下腹部に自発痛と圧痛あり，反跳痛なし，筋性防御なし，眉弓突出，手足肥大あり。
**【検査所見】**
血液検査所見：WBC 10400/μL，RBC 414×104/μL，Hb 12.5 g/dL，Ht 37.3%，Plt 42.9×104/μL，PT 59%，APTT31.5秒，Fib 533 mg/dL，T-BIL 0.71 mg/dL，AST 14 U/L，ALT 12 U/L，ALP 159 U/L，γ-GTP 19 U/L，AMY 82 U/L，P-AMY 58 U/L，ChE 285 U/L，TP 6.6 g/dL，Alb 3.6 g/dL，BUN 32.3 mg/dL，Cr 2.85 mg/dL，UA 10.7 mg/dL，Na 126 mEq/L, K 8.2 mEq/L, Cl 91 mEq/L, HbA1c 6.0 % (NGSP)，CRP 2.96 mg/dL，CEA 1.6 ng/mL，CA19-9 20 U/mL，S-IL2R 385 U/ml
尿検査：比重1.010, pH 5.0, 蛋白（2+），潜血（3+），赤血球 ≧100 /HPF，白血球 1-4 /HPF
**【腹部単純 CT】**著明な腹水と胃壁の肥厚と両側の水腎症を認めた（図１）。

**図１　腹部単純 CT**
**腹水は著明であり，胃壁の肥厚と両側の水腎症を認めた。**

[1]JA 広島厚生連尾道総合病院　初期臨床研修医
[2]JA 広島厚生連尾道総合病院　消化器内科
[3]JA 広島厚生連尾道総合病院　病理研究検査科

**【上部消化管内視鏡検査】**全体的に浮腫状の胃粘膜であり，胃壁は送気で伸展が不良であった。胃体上部後壁にひだ集中を伴う不整な陥凹性病変を認めた（図２）。Borrmann4型の進行胃癌（スキルス胃癌）と診断し，胃体上部後壁，胃体中部大弯，胃体下部大弯から生検を施行，病理組織検査はGroup5（Por2>Sig）であった（図３）。また非腫瘍部の胃粘膜は萎縮性の変化を示しており，鏡検にてHelicobacter pyloriを多数認めた。

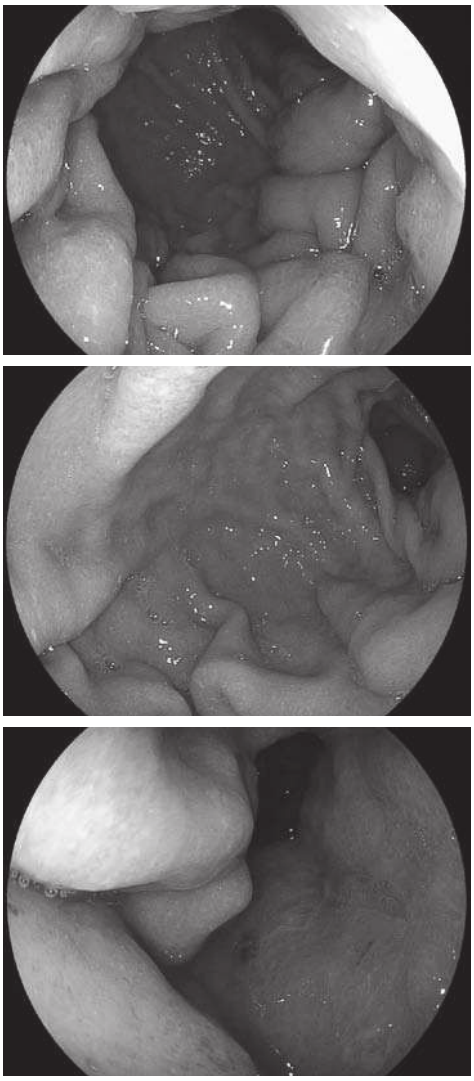


**図２　上部消化管内視鏡検査**
**全体的に浮腫状の胃粘膜で，送気では伸展が不良であった。胃体上部後壁に引きつれを伴う肉眼型分類で４型（びまん浸潤型）の陥凹性病変を認めた。**

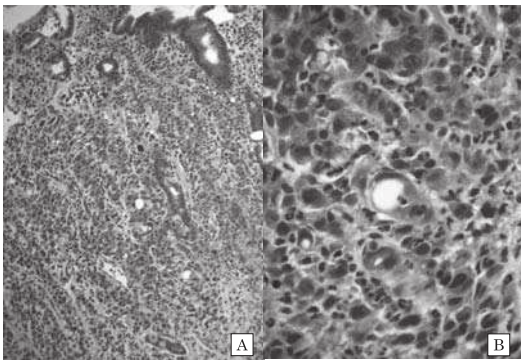



**図３　生検標本**
**A：胃腫瘍（HE 染色 弱拡大）**
**Poorly differentiated adenocarcinoma (por2) の像を認めた。**
**B：胃腫瘍（HE 染色 強拡大）**
**一部には signet-ring cell の混入を認めた。**

**【腹水検査】**リバルタ反応陰性，比重 1.018，蛋白量 4.2 g/dL，細胞数 2037 /uL
細胞診：class Ⅴ，adenocarcinoma

**【臨床経過】**

諸検査にて進行胃癌 T4N0M1 PER cStage Ⅳ（胃癌取り扱い規約 第14版）と診断した。また腹膜播種による両側水腎症を認めた。腹膜播種に伴う腎後性腎不全に対し，右尿管口に26Fr のダブル J カテーテルを挿入し，留置した。栄養状態の改善および，化学療法目的に第４病日，CV ポートを作成した。本例は HER2 が陰性であり，また eGFR44.1と改善に乏しいため，十分なインフォームドコンセントを行い第９病日よりテガフール・ギメラシル・オテラシルカリウム（TS-1）単剤療法（TS-1 120 mg/body/day）を開始した。第15病日に右尿管に留置したカテーテルの閉塞による急激な腎機能の悪化を認め，中止した。右尿管カテーテルを抜去し，左に S－J カテーテルを留置，尿道カテーテルと固定し，流出不良時は適宜洗浄を行うことを可能にした。腎機能の改善がみられたため，第24病日より TS-1＋シスプラチン（CDDP）併用療法：SP 療法を開始したが，再度腎機能の低下がみられ，第31病日に CDDP を80％に減量（CDDP 95 mg/body/day）して投与した。その後も副作用の嘔吐が強く，第33

病日からTS-1を60 mg/body/dayに減量したが，内服不可能になり第36病日に中止した。中止後の第42病日の腹部CTでは，左水腎症の改善の他，大きな変化はなくStable Disease (SD)と判断した。第52病日よりTS-1の隔日投与（TS-1 120 mg/body/2day）を開始するが，嘔吐のため第54病日に中止した。第59病日よりレジメンをweekly paclitaxel（PTX 125 mg/body/day）に変更して開始した。PTX投与前は腹水のコントロールは不良であったが，開始後は腹水の増加はなく，腎機能も改善傾向であった。しかし，第101病日に発熱性好中球減少症と考えられる40度の発熱があり，２クール３コース目で中断した。効果判定のため第103病日に施行した上部消化管内視鏡検査では，送気にて胃壁伸展の改善を認めたが，胃噴門部から幽門輪の後壁～小弯にかけて広範囲に腫瘍は進展していた。以上より内視鏡画像的にProgressive Disease(PD)と判断した。食事摂取も可能となったため，第106病日に退院し，外来化学療法の方針となった。しかし，翌第107病日に繰り返す嘔吐を主訴に再入院した。入院後，嘔吐のため食事摂取は困難であり，血管内脱水による腎前性の腎機能障害を来していた。第113病日の夕方に著明な腹痛を訴え，一時的なショック状態となったがCTでは明らかな穿孔は認めず，採血では多臓器不全の所見であった。第114病日12時10分に永眠した。

## Ⅲ．病理解剖所見

**【主病変】**

胃の肉眼像では太いヒダがしめ縄状に連続し，胃壁はびまん性に肥厚していた。胃体部後壁の潰瘍性病変からは出血が認められた。組織学的には体部後壁の潰瘍部を中心として，小型裸核状の腫瘍細胞が各個単離して，胃壁全層にわたり，びまん性に浸潤する像を認め，非充実型の低分化腺癌（poorly differentiated adenocarcinoma (por2)）であった。PAS染色では，濃染した粘液を有するsignet-ring cellも散見した。CEA染色は陽性であった（図４）。腫瘍は食道に直接浸潤しており，小腸から直腸にかけての播種を認めた。また癌性腹水が10 L貯留していた。

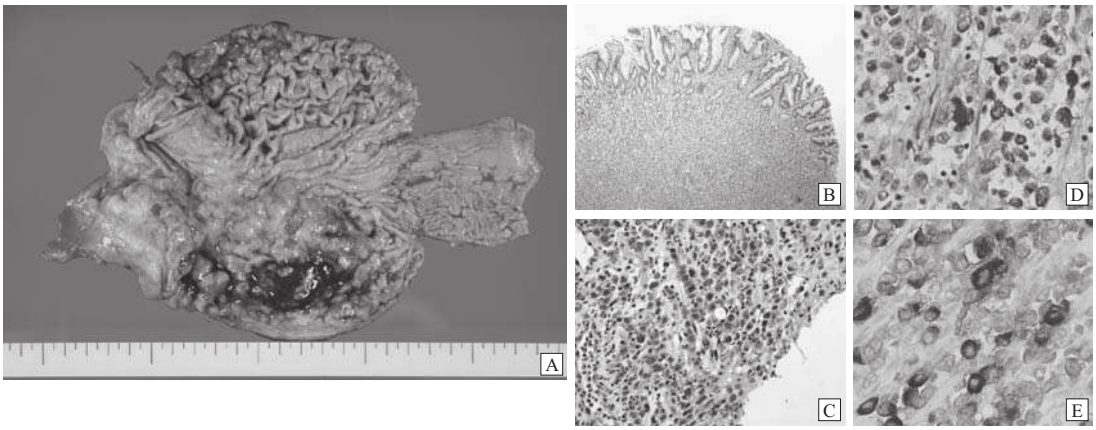



**図４　病理標本**

**A：胃（肉眼像）太いヒダがしめ縄状に連続し、胃壁はびまん性に肥厚している。胃体部後壁の潰瘍性病変からは、持続的に出血している。**

**B，C：胃（HE染色）体部後壁の潰瘍部を中心として、小型裸核状の腫瘍細胞（Poorly differentiated adenocarcinoma (por2)）が各個単離して、胃壁全層にわたり、びまん性に浸潤する像を認めた。**

**D：胃（PAS染色）濃染した粘液を有するsignet-ring cellが散見している。**

**E：胃（CEA染色）腫瘍細胞はCEA陽性である。**

**【副病変】**

末端肥大症による変化として眉弓の突出，手足の肥大，両側睾丸の萎縮（重度），両側睾丸の造精機能低下症（重度），副腎皮質の萎縮（重度）を認めた。尿管は腫瘍により狭窄および閉塞し，それが原因で水腎症をきたしていた（図５）。腎臓は尿細管上皮細胞の剥離，変性をきたし，尿細管内に赤血球円柱を認め，急性尿細管壊死の像を呈していた。また，間質の肥厚およびリンパ球浸潤があり，腎盂腎炎の像も認めた。肝臓は肝内に中等度の胆汁うっ滞を認め，被膜への腫瘍浸潤も認めた。肝門部付近に比較的境界明瞭な腫瘤性病変を認めた。その部位の肝細胞質がPAS染色で濃染し，ジアスターゼ消化後，PAS染色で白く抜けることから，グリコーゲンを豊富に含んでいることが予想された。これは静脈灌流異常に伴う偽病変と考えられ，門脈本幹を経ずに肝内に流入する静脈灌流が原因とされている。肺はうっ血水腫をきたしており，肺動脈の枝に器質化した壁在血栓を認めた。胸膜には腫瘍浸潤により結節状になっている部分を多数認めた。

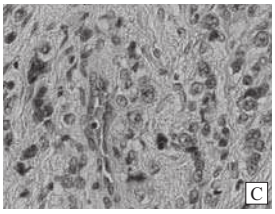



**図５　病理標本**
**A：腎臓～尿管（肉眼像）　両側尿管は腫瘍による狭窄および閉塞があり、水腎症を認めた。**
**B：尿管（弱拡大）　尿管に腫瘍が浸潤しており、内腔に向かって増殖している。**
**C：尿管（強拡大）　尿管に浸潤する腫瘍細胞を認める。**

**【直接死因】**

心血管系には異常所見はなく，肺動脈の中枢側にも血栓はなし。また肺には食物残渣なく，窒息も否定的であり，直接死因は癌性腹膜炎による全身衰弱と大量の腹水貯留による循環不全が重視された。

## Ⅳ．考　　察

患者は，若年発症した胃癌（低分化型腺癌，印環細胞癌），癌性腹膜炎の進行により全身衰弱と循環不全を引き起こした一剖検例である。

本症例は20歳代で発症した若年性胃癌であった。頻度は，全胃癌症例の10％以下[1]である。進行癌では肉眼型は潰瘍浸潤型，びまん浸潤型が多く[2]，その理由として，若年者の粘膜層が胃酸や癌浸潤に対して強い抵抗性を持つため，癌細胞が疎な間質組織を横に広げるためという説が有力とされている[3]。組織型では未分化型が多く[4]，それは腸上皮化生が少ない萎縮性粘膜や，萎縮のない粘膜に発生することが多いためという報告がある[4]。転移はリンパ行性転移，腹膜播種が多い。予後は進行が早く，悪い[5]とされているが，若年性胃癌でも比較的初期の段階で発見され，根治術を施行できれば，その予後は期待できる[3]。若年性胃癌の危険因子として喫煙，飲酒，塩分過剰，家族歴，Helicobacter pylori感染が報告されている[6]。若年者は環境要因への曝露が短いことから，宿主

要因である体質の影響が大きいと考えられてきた。しかし，若年性胃癌全体でみると家族歴の影響はオッズ比で約４倍[7]であり，それに比べ Helicobacter pylori のオッズ比は13倍[6]とされ，これまでわかっている危険因子の中で最も大きな影響を与えていると考えられている。Helicobacter pylori の感染時期は５歳までで，感染経路は家族内感染が多く，主に母－子感染[8]と言われており，感染様式は経口感染[8]である。Helicobacter pylori が関係している疾患としては胃潰瘍，十二指腸潰瘍，萎縮性胃炎，鳥肌胃炎, 胃癌, MALT リンパ腫, 胃過形成ポリープ, 特発性血小板減少性紫斑病，機能性ディスペプシアがある。この中で鳥肌胃炎は，若年性の未分化型胃癌の高リスク群[9]と言われている。小児では Helicobacter pylori 胃炎のうちほとんどが鳥肌胃炎を呈していた[10]。29歳以下を対象に行った調査では，鳥肌胃炎が認められると胃癌になるリスクが64.2倍[9]である。今回の症例では Helicobacter pylori 感染は認めたが，病理において鳥肌胃炎のような所見は認められなかった。

除菌治療の適切な時期は，５歳以上での除菌治療が推奨されているが，実際，消化器内科医が検査を行える年齢からが適切な時期と言える。また子供を産む世代である20～30歳代の若年者に行うことが家族内感染を減少させるという報告もある[11]。以上より若年性の胃癌を減少させるためには中学生（13歳）以上，40歳未満までに除菌を行うことが望ましい[11]と考えられる。そのために中学生全員に Helicobacter pylori の診断を行い，陽性者に対して除菌治療を行う自治体もある[12]。また横澤ら[13]は2007年～2011年の長野県のある高校２年生，2102人を対象にした研究を報告した。学校検診で尿中抗 Helicobacter pylori 抗体検出用試薬による一次検診を行い，2102例中99例が陽性となった。99例中50例が二次検診として上部消化管内視鏡検査を受け，39例で Helicobacter pylori 感染を認めた。また39例中29例で鳥肌胃炎を認めた。Helicobacter pylori 感染を認めた39例はすべて除菌に成功した。今後，このような取り組みの広がりが, 若年性胃癌の減少に寄与すると考える。

また本症例は眉弓が突出した特徴的な顔貌をしており，手足の肥大があり，病理解剖においても両側睾丸の萎縮，両側睾丸の造精機能低下症，副腎皮質の萎縮を認め，末端肥大症による変化と考えられた。末端肥大症は成長ホルモン産生下垂体腺腫が自律性に成長ホルモンを産生分泌することによっておこる。合併症は糖尿病，高血圧，脂質異常症，心不全（acromegalic heart），甲状腺肥大（adenomatous goiter），手根管症候群，変形性関節症，睡眠時無呼吸症候群，悪性腫瘍がある。悪性腫瘍を合併する原因は，成長ホルモンがインスリン様成長因子（IGF-1）となり作用し，IGF-1は癌細胞の細胞周期を促進し，抗アポトーシス作用を示すためとされている[14]。腫瘍組織において IGF-1遺伝子や IGF-1受容体遺伝子の過剰発現が認められている腫瘍もあるという報告がある[15]。悪性腫瘍の罹患率は，悪性腫瘍全体の発生率が1.5倍，消化器癌（小腸・結腸・大腸）が2.1倍，脳腫瘍が2.7倍，甲状腺癌が3.7倍と高値である[15]。また末端肥大症の胃癌発生率は約３倍という報告[15]もあり，本症例の胃癌に罹患する危険因子の一つであったと考えられる。

## Ⅴ．結　　語

今回，若年発症した進行胃癌の１例を経験した。本症例の危険因子は Helicobacter pylori 菌感染と末端肥大症であった。今後，胃癌の危険因子を啓蒙し，早期に発見，早期治療を行うことで若年者の胃癌の発生率減少に寄与できるのではないかという考えに至った。

## 【参　考　文　献】


１）平井 昭博，中谷 正史，ら：若年性胃癌の臨床病理学的検討および予後の比較検討．癌と臨床 44（8）: 1998.

２）小林 世美：若年性胃癌．胃と腸 7: 8－80, 1972.

３）香川 佳寛，前川 宗一郎，ら：若年者胃癌の臨床病理学的検討．臨床と研究 71（1）: 1994.

4）中村 恭一：胃癌の組織発生．胃癌の臨床：72－90，1983
5）梅山 馨，曽和 融生，ら：若年性癌．外科 Mook 28: 125－135，1982.
6）菊池 正悟：我が国における Helicobacter pylori 感染の推移と若年性胃癌の実態．Helicobacter Res 9（5），1999.
7）菊池 正悟：若年性胃癌と Helicobacter pylori 感　染．Helicobacter Res 3: 241－273，1999.
8）奥田 真珠美，坊岡 美奈，ら：小児・若年者の Helicobacter pylori 感染率と感染経路：胃がん予防のために小児科医がすべきこと．Helicobacter Res 16（4）: 2012.
9）苅部 豊彦，福井 広一：Helicobacter pylori 関連鳥肌胃炎と未分化型腺癌に関する分子病理学的研究 : Helicobacter Res 11（11）: 2007.
10）今野 武津子，村岡 俊二：小児の Helicobacter pylori 胃炎の特徴と病理．Helicobacter Res 3: 230－235，1999.
11）間部 克裕，大野 正芳，ら：小児・青年期の Helicobacter pylori 感染症における除菌治療の適応－内科医の立場から－．Helicobacter Res 16（4）: 2012.
12）永原 章仁，北條 麻理子，ら：慢性胃炎・胃癌と H.pylori．順天堂醫事雑誌 60: 8－15，2014.
13）横澤 秀一，赤松 泰次，ら：Helicobacter pylori 感染スクリーニング検査の学校検診への導入．Helicobacter Res 16（4）: 2012.
14）對馬 敏夫：病態に見る内分泌疾患の治療（1）先端肥大症．医学と薬剤 41（3）: 1999.
15）樋口 佳則，佐伯 直勝，ら：Acromegaly における悪性腫瘍および良性腫瘍の合併の検討．日本内分泌学会雑誌 80: 2004.

— 看　護　研　究 —

# 退院支援についての人材育成と連携強化

光　吉　直　子

## Ⅰ．序　　論

2025年に団塊の世代が全て75歳以上となる中で，慢性疾患や複数の疾患を抱えながら地域で暮らす人々が急速に増加し続けている。2014年度の診療報酬改定では，病院の機能分化・連携の意向が色濃く示されるとともに「在宅医療の充実」が掲げられた。その背景には，わが国の高齢化人口の増加・疾病構造の変化に加え，医療費の増大などが大きく関係している。結果，病院の在院日数の短縮が進み，多くの患者が入院前の健康状態に回復する前に退院を余儀なくされる状況にある。そのような社会情勢の中，看護師にはこれまで以上に期待が大きく専門性が求められる。これらのことから自部署での退院支援を通して看護師の人材育成と連携強化について述べる。

## Ⅱ．本　　論

私の所属する内科病棟は，46床で検査・抗癌剤治療・慢性疾患治療などを目的とした入院がほとんどで患者は後期高齢者が多く平均年齢78.8歳で認知症や寝たきりの患者も少なくない。当科の平均在院日数13.3日在宅復帰率78.5% 病床稼働率94.5％再入院率17.2％（平成25年度）であり退院しても数日後再入院されることもある。スタッフは30名で30歳代以上の中堅看護師が過半数を占めるが，日々の業務に追われ在宅復帰を見据えた支援行為まで至っていない。現状として筋力低下が進み入院前に出来ていた日常生活が出来なくなり認知症の悪化や廃用症候群の進行にも繋がる可能性が高い。また入院後，患者のＡＤＬが低下すると老老介護・独居という生活環境から転院を選択せざるを得ない状況もある。転院先が決まるまで入院継続となり患者の闘病意欲・家族の介護意欲の低下，医療費の増大，転倒転落の増加となる。また，退院前カンファレンスを開催しているが退院支援指導料なども把握しておらず，ケアマネージャーが来院しても看護師と情報交換することは少ない。退院支援担当の看護師は病棟主任１名のみで活動としては介護度認定のある患者が入退院時，担当ケアマネージャーに連絡することを受け持ち看護師に啓蒙する程度である。この状況では退院支援を行っているとは言えず患者・家族が地域で安心して暮らせるとは言いがたい。これらのことから今後の課題として１.看護師の退院支援についての知識不足２.ケアマネージャーとの情報交換不足の２点を挙げる。在宅退院や転院となっても患者・家族が安心して生活できるようにするためには，日頃から患者，家族の思いを聞き，退院前ケアカンファレンスのみではなく，患者訪問に来院するケアマネージャーとの情報交換を密にして，それぞれがもつ役割と責任を果たすことが求められる。そしてこれらの解決策として課題１に対し[1)]，退院支援のコアチームを立ち上げスタッフへ退院支援についての教育を行う[2)]。患者や家族とのかかわりを多くし今後の意向を聞きながら信頼関係を築き，回復意欲を強め在宅や転院に向けて早期に関わる[3)]。退院スクリーニングを行い地域連携室と連携を図り情報を密にとる。課題２に対し[1)]，家族やケアマネージャーから入院前の日常生活動作の範囲について情報収集する[2)]。ケアマネージャー来院時，必ず看護師が立ち会い患者情報の共有を図る[3)]。看護

6A 病棟科長

サマリー用紙の見直しを行い多職種が見ても患者のＡＤＬがわかりやすい記載とする。

これからの看護職に求められることは入院患者の看護のみでなく地域へ戻った患者がいつまでも地域で生活できるように継続看護を行い健康維持することである。それは患者が満足するのみでなく家族や患者を取り巻く地域住民の満足にもなる。そのためには看護師の退院支援の知識を高め連携強化し継続看護していくことが重要であると共に，それが将来の医療費減少につながり，看護師にとって患者が地域で生活を継続できることは達成感にもなると考える。これらのことが実践できるよう看護管理者は職場風土，仕事内容，スタッフの健康状態，リスク管理をふまえた行動が必要である。

## Ⅲ．結　　論

患者・家族が満足できる看護を提供できればスタッフの満足にも繋がる。職場環境が整い看護職員が定着することは，良い看護サービス提供や接遇の向上などにつながり，患者満足はもとより病院評価が高まるなど，病院にとって有益度が増すこととなる。また職場環境を整備することにより，職員の満足度やモチベーションアップにつながり，看護職員にとっては専門職として健康で生き生きと働き続けることができる職場になる。

## 参　考　文　献

１）尾形裕也：看護管理者のための医療経営学　日本看護協会出版会　2009
２）看護展望：メヂカルフレンド社　vol.39 No.9 2014.8
３）日本病院会雑誌：日本病院会　vol.61 No.8 2014.8
４）手島恵編著：スタッフの主体性を高めチームを活性化する！看護のためのポジティブ・ネジメント　医学書院．2014

— 看 護 研 究 —

# 在宅生活を基盤においた退院支援への取り組み

田　中　千枝子

## Ⅰ．序　　論

医療保険・介護保険制度の改正は，継続看護を要する患者の病院から在宅への移行を促進する内容となっている。在院日数短縮化の傾向が強まり，回復途上にあり継続ケアを必要とする療養者の在宅移行数が増加している。その結果，在宅移行時における医療機関の連携において，医療処置の多い患者の退院支援，介護者の問題，院内外の関連機関との情報共有が求められている。しかし，病院から地域への在宅移行時の連携は必ずしも円滑に行われているとはいえず，連絡調整のタイミングや医療従事者と患者・家族間の意見のずれ，退院指導が生活の場に適した内容になっていないことが挙げられる。よって患者・家族が安心し在宅療養ができるようなシステム作りが必要である。自部署の現状を基に，退院支援への取り組みについて述べる。

## Ⅱ．本　　論

当院は県東部地区の急性期医療を担う病院で，地域医療支援の充実を目的に紹介患者，救急医療，及び入院医療の提供に力を入れている。紹介率83.4％，逆紹介率80.2％，在宅復帰率82％で平均在院日数は11.8日（平成25年）と短縮している。当病棟の病床数は46床の内科・皮膚科の混合病棟で，平均在院日数は14日前後であり，入院患者の平均年齢は72歳である。

### １．多職種間との連携

当院では退院支援を病棟主任が担っており，週１回退院支援カンファレンスを開催し，患者の今後の受け入れ先や在宅復帰に向けスタッフと情報共有を行っている。また，入院時と入院２週間目にはPNSがケアマネージャー（以後ケアマネと略す）へ連絡をし，情報共有することが院内の取り決めとなっている。しかし，カンファレンスやケアマネへの情報は，治療経過や医療処置に関する内容が主体で，療養生活上の問題や退院後の在宅生活に関する内容は議論されていない。そのためか，継続看護が円滑にいかず療養者・家族に不安や不自由が生じ，在宅生活を断念したり緊急受診するケースがある。連携のあり方が療養生活の質を左右することを認識しそのしくみをつくることが急務である。

同時に週１回の退院支援カンファレンスでは，多職種の参加もなく，看護師間だけでの情報交換で終わってしまい，個別的な患者理解がなされておらず，アウトカム分析が出来ていない。そのため，まずは院内での顔の見える関係づくりとし，カンファレンスへの参加を呼びかけ，さまざまな視点から患者を看ていきディスカッションしていきたい。スタッフへ多職種との細かな情報交換が，早期退院に向けた患者・家族の安心・安全へとつながっていくことが意識できるよう啓蒙したい。

### ２．在宅療養に向けた情報共有

退院前に地域医療連携室を中心とし，継続看護の充実化に向け多職種が集合し，退院前カンファレンスを行っている。しかし，時に病棟看護師の視点と訪問看護師やケアマネが求める情報のずれが生じている。そのずれとは日常生活自立度に対する認識にある。治療を行う病院は，病院の管理下での生活が最優先される。治療後の安静の保持や排泄行動が今まで通り行われず，ベッド上での生活を余儀なくするケースも

5B 病棟科長

ある。しかし，その安静が精神状態を不安定にしたり，日常生活行動が衰える原因となり，今まで通りの生活が行えなくなっている。訪問看護師やケアマネはその人自身の日常生活が把握できているが，在院日数の短い入院期間の中で，看護師がどこまでADLを維持し，本来のその人自身の生活スタイルに戻せるかが大きなカギとなる。入院時から患者１人ひとりの生活状況を把握し，従来のADLを低下させないという意識を向上し看護援助に取り組む必要がある。

また，患者・家族の意向を尊重し，早期から自宅での生活をイメージした退院準備と多職種との積極的な情報交換が重要である。退院後は在宅か，それとも転院かの移行先の情報が取れていない。そのため，患者１人ひとりの復帰先を示し，スタッフへの可視化によって，取り組みへの意欲も変わってくると考える。

以上をまとめ，退院支援に向けた方策を以下に掲げ実践する。１．退院支援カンファレンスで多職種の参加を呼びかけ，療養生活上の問題や退院に向けた在宅生活に関する内容を視点に挙げ，情報交換する。２．入院前の日常生活自立度と退院後の移行先の情報を取り，復帰先一覧表を作成し可視化する。

## Ⅲ．結　　論

現在の病院治療の方向は，病院完結から在宅への継続へと移ってきており，退院支援に関してもニーズは多様になっている。退院支援は在宅療養支援であり意思決定支援でもある。このことから社会が看護師に求める役割は大きい。患者・家族が安心できる退院支援の仕組みを整えることが今後の課題である。

## 参　考　文　献

１）アン・W・ワジナー：アウトカム・マネジメント，日本看護協会，2006
２）樋口キエ子他：病院と地域をつなぐ看護師の育成を目指して，看護展望 vol39 no.5－0436，メヂカルフレンド社，2014
３）福井トシ子他：診療報酬改定から再考する自施設の役割，看護管理 vol.24 no.08，医学書院，2014

著　　書

論　文　発　表

学　会　発　表

院内カンファレンス

院　内　主　要　行　事

# 著　　書

## 内　　科

《消化器内科》

1）花田敬士．これだけは知っておきたい膵疾患診療の手引き．花田敬士編，中外医学社，東京，2014. 4

（分担執筆）

1）花田敬士．これだけは知っておきたい膵疾患診療の手引き．予後良好な小型の膵癌を診断するポイントは何ですか？．p201－206，花田敬士編，中外医学社，東京，2014. 4

2）（飯星知博），花田敬士．これだけは知っておきたい膵疾患診療の手引き．のう胞と充実成分が混在する病変に遭遇した場合鑑別診断のコツを教えて下さい．p263－272，花田敬士編，中外医学社，東京，2014. 4

3）花田敬士，平野巨通，岡崎彰仁．消化器病診療．ERCP．p296－299,「消化器病診療（第２版）」編集委員会編，医学書院，東京，2014. 10

4）花田敬士．消化器内視鏡のお悩み相談室．超音波内視鏡（EUS）．p202－245，八隈秀二郎編，文光堂，東京，2014. 10

5）花田敬士．ERCP Technical Report．Visi Glide を若手医師が用いる際の注意点．p4．糸井隆夫編，オリンパスメディカルシステムズ，東京，2014. 10

6）花田敬士．膵がん･胆道がん診療と化学療法．緩和的対症療法－ステント留置．p168－170，古瀬純司編，ヴァン メディカル，東京，2015. 3

《腎臓内科》（分担執筆）

1）江崎　隆．透析ケア．p317－318，メディカ出版，大阪，2014

## 病理研究検査科

1）佐々木健司，（園部　宏）．細胞診断マニュアル－細胞像の見方と診断へのアプローチ－．骨・軟部．p260－263．元井　信，畠　榮，村上　渉，小林孝子，亀井敏明編，篠原出版，東京，2014.

## 看　護　科

（分担執筆）

1）高月利枝．ICU のモニタリング．循環器モニタリング．中心静脈圧モニター．急性重症患者ケア．pp58～67，大槻勝明編，総合医学社，東京，2015.

# 論　文　発　表

## 内　　科

《消化器内科》

1）花田敬士，（飯星知博），平野巨通，小野川靖二，（福本　晃），今川宏樹，片村嘉男，新里雅人，（天野美緒），寺岡雄吏，池本珠莉，天野　始，日野文明.
内視鏡を用いた膵癌の早期診断の現況と新たな展開
Frontiers in Gastroenterology　19(2)：41－45，2014. 4.

2）花田敬士.
切除不能膵癌に最適なステントとは？
膵・胆道癌 FRONTIER　4(1)：12－14，2014. 4.

3）花田敬士，（飯星知博）.
胆道疾患における EUS/IDUS
日本胆道学会雑誌　28(2)：163－171，2014. 5.

4）（Kawakubo K），（Isayama H），（Kato H），（Itoi T），（Kawakami H），Hanada K，（Ishiwatari H），（Yasuda I），（Kawamoto H），（Itokawa F），（Kuwatani M），Iiboshi T，（Hayashi T），（Doi S），（Nakai Y）.
Multicenter retrospective study of endoscopic ultrasound-guided biliary drainage for malignant biliary obstruction in Japan.
J. Hepatobiliary Pancreat Sci.　21(5)：328－334，2014. 5.

5）（Kobayashi G），（Fujita N），（Maguchi H），（Tanno S），（Mizuno N），Hanada K，（Hatori T），（Sadakari Y），（Yamaguchi T），（Tobita K），（Doi R），（Yanagisawa A），（Tanaka M）.
Natural history of branch duct intraductal papillary mucinous neoplasm with mural nodules: a Japan pancreas society multicenter study.　Pancreas　43(4)：532－538，2014. 5.

6）（Horaguchi J），（Fujita N），（Kamisawa T），（Honda G），（Chijiiwa K），（Maguchi H），（Tanaka M），（Shimada M），（Igarashi Y），（Inui K），Hanada K，（Itoi T），（Hamada Y），（Koshinaga T），（Fujii H），（Urushihara N），（Ando H）；committee of Diagnostic Criteria of The Japanese Study Group on Pancreaticobiliary Maljunction.
Pancreatobiliary reflux in individuals
with a normal pancreaticobiliary junction: a prospective multicenter study.
J. Gastroenterol.　49(5)：875－881，2014. 5.

7）（飯星知博），花田敬士.
膵がん，胆管がんの早期診断
診断と治療　102(5)：728－734，2014. 5.

8）花田敬士，岡崎彰仁，泉　良寛，新里雅人，池本珠莉，兼光　梢，寺岡雄吏，平野巨通.
膵癌早期診断のための実戦的アルゴリズム
肝胆膵　68(6)：857－863，2014. 6.

9）花田敬士，岡崎彰人，泉　良寛，新里雅人，寺岡雄吏，兼光　梢，池本珠莉，小野川靖二，今川宏樹，中土井鋼一，片村嘉男，天野　始，平野巨通，日野文明.
胆道ステント挿入後胆管炎の特徴

肝胆膵　69(1)：105－111，2014. 7.
10）花田敬士，新里雅人，岡崎彰仁，泉　良寛，寺岡雄吏，兼光　梢，池本珠莉，平野巨通.
膵癌早期診断における EUS の役割と実際－膵上皮内癌は診断可能か？－
胆と膵　35(8)：677－683，2014. 8.
11）(Yamaguchi K)，(Okusaka T)，(Shimizu K)，(Furuse J)，(Ito Y)，Hanada K，(Shimosegawa T).：Committee for revision of clinical guidelines for pancreatic cancer of Japan Pancreas Society.
EBM-based Clinical Guidelines for Pancreatic Cancer (2013)
issued by the Japan Pancreas Society: a synopsis.
Jpn J Clin Oncol.　44(10)：883－888，2014. 10.
12）花田敬士.
膵癌診療ガイドラインの改訂をめぐって－化学療法を含めて－
巴杏　152：9－10，2014. 10.
13）(Sasaki T)，(Isayama H)，(Nakai Y)，(Ito Y)，(Yasuda I)，(Toda N)，(Yagioka H)，(Matsubara S)，Hanada K，(Maguchi H)，(Kamada H)，(Hasebe O)，(Mukai T)，(Okabe Y)，(Maetani I)，(Koike K).
Treatment outcomes of chemotherapy between unresectable and recurrent biliary tract cancer.
World J Gastroenterol.　20(48)：18452－18457，2014. 12.
14）花田敬士
膵癌早期診断のための医療連携
CLINICIAN　61(634)：1173－1175，2014. 12.
15）(Itokawa F)，(Kamisawa T)，(Nakano T)，(Itoi T)，(Hamada Y)，(Ando H)，(Fujii H)，(Koshinaga T)，(Yoshida H)，(Tamoto E)，(Noda T)，(Kimura Y)，(Maguchi H)，(Urushihara N)，(Horaguchi J)，(Morotomi Y)，(Sato M)，Hanada K，(Tanaka M)，(Takahashi A)，(Yamaguchi T)，(Arai Y)，(Horiguchi A)，(Igarashi Y)，(Inui K).
Exploring the length of the common channel of pancreaticobiliary maljunction on magnetic resonance cholangiopancreatography.
J. Hepatobiliary Pancreat Sci.　22(1)：68－73，2015，1.
16）Imagawa H，Ikemoto J，Kanemitu K，Teraoka Y，Izumi Y，Nakadoi K，Okazaki A，Katamura Y，Shinzato M，Onogawa S，Hirano N，Hanada K，Amano H，Hino F.
A trial of the use of patency capsules in combination with overnight capsule endoscopy.
Digestion　91(1)：46－49，2015. 1.
17）Hanada K，Okazaki A，Hirano N，Izumi Y，Teraoka Y，Ikemoto J，Kanemitsu K，Hino F，Fukuda T，Yonehara S.
Diagnostic strategies for early pancreatic cancer
J. Gastroenterol.　50(2)：147－154，2015. 2.
18）花田敬士.
膵癌早期診断の最前線～膵癌診療ガイドライン改訂をふまえて～
広島市内科医会報　76：18－19．2015. 3.
19）花田敬士，岡崎彰仁，泉　良寛，平野巨通 .
膵癌の早期発見と医療連携
日本臨床　73(3)：423－427，2015. 3.

《腎臓内科》

1）江崎　隆.
腹膜透析２年目に水疱性類天疱瘡をきたし，治療中に難治性腹膜炎を発症し，カテーテルロスに至った一例
腎と透析　77（別冊腹膜透析2014）：199－200，2014.

《呼吸器内科》

1）竹井大祐，山木　実，則行敏生，竹元雄紀，河島茉澄，齊藤竜助，佐々田達成，吉田　誠，天野尋暢，福田敏勝，中原雅浩，益田　健.
術後病理検査にて診断された肺イヌ糸状虫症
胸部外科　68(1)：76－79，2015. 1.

# 外　　科

1）Hanada K，Okazaki A，Hirano N，Izumi Y，Teraoka Y，Ikemoto J，Kanemitsu K，Hino F，Fukuda T，Yonehara S.
Diagnostic strategies for early pancreatic cancer
Japan Gastroenterol.　50(2)：147－54，2014.

2）石橋　操，福家幸子，小田原めぐみ，則行敏生.
がん化学療法を受ける患者の全人的問題に対するヘルスダイアリーファイルの有用性の検討
厚生連尾道総合病院医報　24：13－20，2014.

3）小田原めぐみ，石橋　操，則行敏生
化学療法を受ける患者のセルフケアに対するヘルスダイアリーファイルの有効性の検討
厚生連尾道総合病院医報　24：21－28，2014.

4）大下真代，西田賢司，山木　実，則行敏生，米原修治.
肺癌術後に多臓器不全となった１例
厚生連尾道総合病院医報　24：41－45，2014.

5）竹元雄紀，山木　実，則行敏生，米原修治.
経過中食道大動脈瘻孔をきたした原発不明癌の１例
厚生連尾道総合病院医報　24：51－56，2014.

6）佐々田達成.
本当は怖くない。乳がんのはなし。
厚生連尾道総合病院医報　24：57－59，2014.

7）竹井大祐，山木　実，則行敏生，竹元雄紀，河島茉澄，齊藤竜助，佐々田達成，吉田　誠，天野尋暢，福田敏勝，中原雅浩，益田　健.
術後病理検査にて診断された肺イヌ糸状虫症
胸部外科　68（1)：76－79，2015.

8）(山口恵美)，(住谷大輔)，中原雅浩.
盲腸原発の大腸印環細胞癌の１例
日本大腸肛門病学会誌　68(2)：92－96，2015.

# 整 形 外 科

1）（Mori R），（Yasunaga Y），（Yamasaki T），（Nakashiro J），（Fujii J），（Terayama H），Oshima S，（Ochi M）.
Are cam and pincer deformities as common as dysplasia in Japanese patients with hip pain?
Bone and Joint Journal　96－B(2)：172－176，2014.

2）大島 誠吾.
鏡視下股関節唇縫合例における MRI T2 mapping を用いた経時的軟骨評価
Hip Joint　40：261－263，2014.

3）（中村 達也），（谷出 康士），大島誠吾.
股関節唇損傷術後リハビリにおけるクリニカルパス運用　現状と課題
Hip Joint　40 Suppl.：173－175，2014.

4）大島誠吾，数面義雄，盛谷和生，西森　誠.
股関節唇損傷例における術後成績と T2 mapping を用いた軟骨評価の検討
JOSKAS　39(2)：474－475，2014.

# 泌 尿 器 科

1）森山浩之，吉野干城，（大原慎也），（児玉光人）.
疼痛のため緊急治療を必要とした前立腺嚢胞の１例.
広島医学　67：454－457，2014.

2）森山浩之，吉野干城，（大原慎也），米原修治，森　浩希，目崎一成，西原圭祐，（長谷川吟子）
膀胱浸潤性尿路上皮癌・肉腫様型の２例.
広島医学　67：521－527，2014.

3）森山浩之，吉野干城，（大原慎也），米原修治，森　浩希.
多房嚢胞性腎細胞癌の１例.
広島医学　67：588－591，2014.

4）Tateki Yoshino，（Shinya Ohara），Hiroyuki Moriyama.
Lymphoepithelioma-like carcinoma of urinary bladder:a case report and review of the literature.
BMC Research Notes　2014，7：779.

5）森山浩之，吉野干城，（大原慎也），米原修治.
巨大水腎症の１例.
厚生連尾道総合病院医報　24：29－31，2014.

6）森山浩之.
腹腔鏡手術用に工夫したメス.
臨床泌尿器科　69：310－311，2015.

# 麻　酔　科

1）（高原昌哉），（小万純生），瀬浪正樹，長谷朋美，（突沖満則），（江木美峰）.
救急隊員による傷病名及び傷病程度の判断に関する実態調査
プレホスピタル・ケア　27(6)：65－67，2014.

# 放 射 線 科

1）森　浩希.
当院の核医学検査の現況と検査数減少に対する考察
厚生連尾道総合病院医報　24：7－11，2014.

# 病理研究検査科

1）（Hiromi Sugiyama），（Munechika Misumi），（Masao Kishikawa），（Masachika Iseki），Shuji Yonehara，（Tomayoshi Hayashi），（Midori Soda），（Shoji Tokuoka），（Yukiko Shimizu），（Ritsu Sakata），（Eric J.Grant），（Fumiyoshi Kasagi），（Kiyohiko Mabuchi），（Akihiko Suyama），（Kotaro Ozasa）.
Skin Cancer Incidence among Atomic Bomb Survivors from 1958 to 1996
RADIATION RESEARCH　181，531－539，2014.

2）森山浩之，吉野千城，（大原慎也），米原修治，森　浩希.
多房嚢胞性腎細胞癌の１例
広島医学　67:588－591，2014.

3）森山浩之，吉野千城，（大原慎也），米原修治，森　浩希，目崎一成，西原圭祐，（長谷川吟子）.
膀胱浸潤性尿路上皮癌・肉腫様型の２例
広島医学　67:521－527，2014.

4）Keiji hanada，Akihito Okazaki，Naomichi Hirano，Yoshihiro Izumi，Yuji Teraoka，Juri Ikemoto，Kozue Kanemitsu，Fumiaki Hino，Toshikatsu Fukuda，Shuji yonehara.
Diagnostic strategies for early pancreatic cancer.
J Gastroenterol　50:147－154，2015.

5）米原修治，（西坂　隆）.
原爆被害者の乳癌
病理と臨床　33:30－34，2015.

6）神田真規，米谷久美子，相部晴香，杉山佳代，佐々木健司，米原修治，佐々木　克.
子宮体部　ポリープ状異型腺腫の一例
日本臨床細胞学会広島県支部会誌　35:19－22，2014.

7）杉山佳代，米谷久美子，相部 晴香，神田真規，佐々木健司，米原修治.
甲状腺低分化癌の穿刺吸引細胞像
日本臨床細胞学会広島県支部会誌　35:32－36，2014.

# 研　修　医

1）村上千佳，（西田賢司），寺岡雄吏，（福本　晃），米原修治.
急激な経過をたどった進行胃癌の１例
厚生連尾道総合病院医報　24：47－50，2014，12.

2）笹田将吾，（西田賢司），寺岡雄吏，平野巨通，米原修治.
臨床的に確定診断に至らなかった重症肝硬変の１例
厚生連尾道総合病院医報　24：37－40，2014，12.

3）竹元雄紀，山木　実，則行敏生，米原修治.

経過中食道大動脈瘻孔をきたした原発不明癌の１例
厚生連尾道総合病院医報　24：51－56，2014，12.

４）大下真代，（西田賢司），山木　実，則行敏生，米原修治.
肺癌術後に多臓器不全となった１例
厚生連尾道総合病院医報　24：41－45，2014，12.

# 薬　剤　部

１）江草徳幸，平井俊明，安原昌子，（橋本佳浩）.
オキシコドン徐放錠における end-of-dose failure の発現因子に関する検討
医療薬学　40(4)：222－229，2014.

２）堀川俊二.
論壇　高齢化社会における薬剤師の役割を考える
週刊薬事新報　2858：2014.

# 看　護　科

１）（高原昌哉），（小万純生），瀬浪正樹，長谷朋美，（突沖満則），（江木美峰）.
救急隊員による傷病名及び傷病程度の判断に関する実態調査
プレ・ホスピタルケア　27(6)：65－67，2014.

# 学　会　発　表

## 内　　科

【国際学会】

《消化器内科》

1）Tokyo Confernce of Asian Pancreato-billiary International Endoscopist（Tokyo 2014.6.27）
Session Moderator. What Is the Best Management of Malignant Hilar Stricture
Keiji Hanada

2）Tokyo Confernce of Asian Pancreato-billiary International Endoscopist（Tokyo 2014.6.27）
Session Discussor. T-CAP Statement of management of WON
Keiji Hanada

3）United European Gastroenterology week 2014.（Vienna, Austria 2014.10.21）
poster. NEW DIAGNOSTIC STRATEGIES FOR THE EARLY DIAGNOSIS OF PANCREATIC CANCER
Keiji Hanada

【全国学会】

《消化器内科》

1）第100回日本消化器病学会総会（東京 H26.4.25）
座長　膵癌
花田敬士

2）第100回日本消化器病学会総会（東京 H26.4.26）
IFII-2-3. Ⅱ Challenge to the pancreatic and biliary cancers 2. Pancreatic cancer-Challenge to the early detection. Diagnostic strategies for the early diagnosis of pancreatic cancer.
Keiji Hanada

3）第100回日本消化器病学会総会（東京 H26.4.26）
一般口演　当院における胆石を伴わない急性壊死性胆嚢炎の検討
池本珠莉

4）第100回日本消化器病学会総会（東京 H26.4.26）
ポスター　当院における膵がん教室の成果と課題
寺岡雄吏,（天野美緒）, 今川宏樹, 片村嘉男, 新里雅人,（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

5）第87回日本消化器内視鏡学会総会（福岡 H26.5.16）
シンポジウム　司会　分枝型 IPMN の診断・悪性度の評価における内視鏡の役割
花田敬士

6）第87回日本消化器内視鏡学会総会（福岡 H26.5.16）
シンポジウム　カプセル内視鏡の現状と問題点 当院で採用している“overnight-CE”運用のパテンシーカプセル導入後の有用性
今川宏樹,（福本　晃）, 小野川靖二

7）第87回日本消化器内視鏡学会総会（福岡 H26.5.16）
一般演題　ポスター　切除不能悪性消化管閉塞に対する Gastrointestinal ステントの有用性の検討

池本珠莉

８）第87回日本消化器内視鏡学会総会（福岡 H26.5.15－17）
一般演題　ポスター　座長
小野川靖二

９）第87回日本消化器内視鏡学会総会（福岡 H26.5.15）
一般演題　ポスター　当院において紐付き胆管ステント使用症例の検討
新里雅人，花田敬士，（飯星知博），平野巨通，小野川靖二，（福本　晃），（天野美緒），
寺岡雄吏

10）第87回日本消化器内視鏡学会総会（福岡 H26.5.15）
一般演題　口演　当院における膵頭十二指腸切除術前胆道ドレナージの成績
寺岡雄吏，花田敬士，（天野美緒），今川宏樹，片村嘉男，新里雅人，（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

11）第45回日本膵臓学会大会（北九州 H26.7.12）
パネルディスカッション　膵癌早期診断を目指して　膵癌早期診断の現状と課題
花田敬士

12）第45回日本膵臓学会大会（北九州 H26.7.12）
ミニ特別企画　膵癌診療ガイドライン2013をめぐって　早期診断された膵癌症例の術後経過観察における問題点
花田敬士，岡崎彰仁，泉　良寛

13）第45回日本膵臓学会大会（北九州 H26.7.12）
特別企画　膵癌診療ガイドライン2013をめぐって SP7　切除不能膵癌におけるステント療法の課題
花田敬士

14）第45回日本膵臓学会大会（北九州 H26.7.12）
特別企画　膵癌診療ガイドライン2013をめぐって SP13　地域医療圏における膵癌教室の意義
花田敬士，岡崎彰仁，泉　良寛

15）第45回日本膵臓学会大会（北九州 H26.7.13）
市民公開講座　基調講演　早期膵癌の診断
花田敬士

16）第50回日本胆道学会学術総会（東京 H26.9.26）
一般演題　ポスター　術前評価・ドレナージ　座長
花田敬士

17）第50回日本胆道学会学術総会（東京 H26.9.26）
ポスター　内視鏡的十二指腸乳頭切開術（EST）施行における抗血栓薬取り扱いの現状と成績
岡崎彰仁

18）第50回日本胆道学会学術総会（東京 H26.9.27）
モーニングセミナー　司会　切除不能局所進行胆道癌に対するDownsizing chemotherapyの有用性
花田敬士

19）第50回日本胆道学会学術総会（東京 H26.9.27）
ポスター　inside stentを使用した内視鏡的胆道ドレナージ術の治療成績
泉　良寛　他

20）第22回日本消化器関連学会週間（神戸 H26.10.25）
サテライトシンポジウム　膵癌診療最前線　総括発言
花田敬士
21）第22回日本消化器関連学会週間（神戸 H26.10.25）
ワークショップ（内視鏡・消化器・検診）微小膵癌発見のための検査・診断法　司会
花田敬士
22）第22回日本消化器関連学会週間（神戸 H26.10.25）
ワークショップ　膵癌早期発見のための診断アルゴリズム
寺岡雄吏，花田敬士，平野巨通
23）第22回日本消化器関連学会週間（神戸 H26.10.25）
ポスター　当院で経験した膵癌早期診断25例の術後長期成績
池本珠莉，花田敬士，新里雅人，平野巨通，（飯星知博），福田敏勝，米原修治
24）第23回日本消化器関連学会週間（神戸 H26.10.26）
ポスター　小腸外病変を認める際のカプセル内視鏡検査の必要性について
今川宏樹，（福本　晃），池本珠莉，寺岡雄吏，（天野美緒），片村嘉男，（飯星知博），
小野川靖二，平野巨通，花田敬士，天野　始，日野文明
25）第53回日本臨床細胞学会秋季大会（下関 H26.11.8）
教育講演　膵癌の早期診断における内視鏡検査と膵液細胞診の役割
花田敬士
26）第53回日本臨床細胞学会秋季大会（下関 H26.11.8－9）
ポスター　内視鏡的経鼻膵管ドレナージを用いた膵液細胞診における膵上皮内腫瘍性病変の鑑別
佐々木健司，杉山佳代，神田真規，米原修治，花田敬士
27）厚生労働科学研究　難治性疾患等政策研究事業 難治性膵疾患に関する調査研究委員会
（東京 H27.1.13）
講師
花田敬士
28）平成26年度第二回 家族性膵癌に関する小班会議プログラム（東京 H27.1.20）
JA 尾道総合病院での膵癌早期発見を目指した取り組み
花田敬士
29）第30回日本静脈経腸栄養学会学術集会（神戸 H27.2.12）
ポスター　自然落下法の導入に向けた基礎実験
越智せりか，金子美樹，山本智恵，江崎　隆，小野川靖二
30）第30回日本静脈経腸栄養学会学術集会（神戸 H27.2.12）
ポスター　患者・家族参加型栄養評価アセスメントシートの導入
村上美香，貝原恵子，金子美樹，越智せりか，山本智恵，和田英子，松谷郁美，江崎　隆，
小野川靖二

《呼吸器内科》

31）第52回日本癌治療学会学術集会（横浜 H26.8.29）
高度催吐性化学療法における Fosaprepitant の希釈投与に関する検討
江草徳幸，福家幸子，村上利恵，比良大輔，平井俊明，安原昌子，橋本佳浩，佐々田達成，
益田　健，則行敏生

32）第42回日本集中医療医学会学術集会（東京 H27.2.9）
呼吸不全・ECMO　VV-ECMO 管理を要した肺胞出血を伴う難治性 ANCA 関連血管炎の１例
（下地清史），（近藤丈博），（櫻谷正明），徳毛健太郎，（黒住悟之），（河野秀和），
（吉田研一）

【全国研究会】

《消化器内科》

１）第15回臨床消化器病研究会（東京 H26.7.26）
症例検討　司会　肝胆膵　主題２ 胆：「胆嚢管癌の画像と病理」
花田敬士

２）第15回臨床消化器病研究会（東京 H26.7.26）
症例検討　肝胆膵　主題２ 胆：「胆嚢管癌の画像と病理」 EUS および経口胆道鏡が術前診断に有用であった胆嚢管癌の１例
寺岡雄吏

３）第61回日本消化器画像診断研究会（奈良 H26.9.6）
座長　膵３
花田敬士

４）第61回日本消化器画像診断研究会（奈良 H26.9.6）
一般口演　膵尾部に小型の限局性腫瘤を形成し，膵腫瘍との鑑別に難渋した１例
兼光　梢，花田敬士，池本珠莉，寺岡雄吏，泉　良寛，新里雅人，中土井鋼一，岡崎彰仁，
今川宏樹，片村嘉男，小野川靖二，平野巨通，天野　始，日野文明

５）第１回膵がん早期発見プロジェクトの会（鹿児島 H26.11.21）
特別講演　病診連携で取り組む膵癌早期診断の実践
花田敬士

６）EUS の TS モードに関する意見交換会（東京 H26.12.20）
社内講演
花田敬士

７）日総研出版セミナー（東京 H27.2.14）
内視鏡看護の基礎知識と実際
花田敬士

８）第４回 FNA masters（東京 H27.2.21）
講師　花田敬士

９）第３回膵癌早期診断研究会（東京 H27.2.27）
基調講演　膵癌を早期に診断し得た症例の検討会
花田敬士

10）第62回日本消化器画像診断研究会（東京 H27.2.28）
一般演題７　座長　膵３
花田敬士

11）第62回日本消化器画像診断研究会（東京 H27.2.28）
一般演題２　膵１　興味深い画像所見を呈した膵腫瘍の１例
泉　良寛，花田敬士，岡崎彰仁，福田敏勝，米原修治

12）日総研出版セミナー（大阪 H27.3.15）
内視鏡看護の基礎知識と実際

花田敬士

《呼吸器内科》

13）第37回広島県農村医学研究会（広島 H27.2.21）

全身麻酔下全肺洗浄を施行した自己免疫性肺胞蛋白症の１例

徳毛健太郎

【全国学術集会】

《腎臓内科》

１）第20回日本腹膜透析医学会　学術集会・総会（山形 H26.9.6－7）

腹膜透析中止以降に，腹腔穿孔トラブルが起こった３例の検討

江崎　隆，大久保愛子，勝谷昌平，（落合真理子），（浜口直樹），（川西秀樹）

２）第20回日本腹膜透析医学会　学術集会・総会（山形 H26.9.6－7）

腹膜透析中止後に大量腹水が出現した一例

大久保愛子，江崎　隆，勝谷昌平，（落合真理子），（浜口直樹），（川西秀樹）

３）第20回日本腹膜透析医学会　学術集会・総会（山形 H26.9.6－7）

当院における CAPD カテーテル留置術114例の検討

江崎　隆，大久保愛子，勝谷昌平

４）第30回日本静脈経腸栄養学会学術集会（神戸 H27.2.12－13）

患者・家族参加型栄養評価アセスメントシートの導入

村上美香，貝原恵子，金子美樹，越智せりか，山本智恵，和田英子，松谷郁美，江崎　隆，小野川靖二

５）第30回日本静脈経腸栄養学会学術集会（神戸 H27.2.12－13）

自然落下法の導入に向けた基礎実験

越智せりか，金子美樹，山本智恵，江崎　隆，小野川靖二

【学会地方会】

《消化器内科》

１）第101回日本消化器病学会中国支部例会（岡山 H26.6.21）

専門医セミナー　司会　症例２　「膵臓」

花田敬士

２）第101回日本消化器病学会中国支部例会（岡山 H26.6.21）

シンポジウム　長期予後を目指した消化器癌治療の現状と展望　長期予後を目指した膵癌早期診断プロジェクトの実践と治療成績

新里雅人，花田敬士，（飯星知博）

３）第101回日本消化器病学会中国支部例会（岡山 H26.6.21）

一般口演　ダブルバルーン内視鏡検査が有用であった小腸出血の２例

竹井大祐，天野尋暢，河島茉澄，（山口恵美），（寿美裕介），佐々田達成，吉田　誠，山木　実，福田敏勝，則行敏生，中原雅浩，今川宏樹，福本　晃

４）第101回日本消化器病学会中国支部例会（岡山 H26.6.21）

一般口演　膵上皮内癌に対して膵体尾切除３年後に，残膵２カ所の浸潤性膵管癌を認めた１例

池本珠莉，花田敬士，兼光　梢，寺岡雄吏，中土井鋼一，泉　良寛，岡崎彰仁，今川宏樹，片村嘉男，新里雅人，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112回日本消化器内視鏡学会中国支部例会（岡山 H26.6.29）

教育講演　司会　Interventional EUS：過去，現在，将来

花田敬士

6）第112回日本消化器内視鏡学会中国支部例会（岡山 H26.6.29）
一般口演　Intraductal papillary neoplasm of the bile duct（IPNB）の１例
寺岡雄吏，池本珠莉，今川宏樹，片村嘉男，新里雅人，小野川靖二，平野巨通，花田敬士，天野　始，日野文明，米原修治

7）第112回日本消化器内視鏡学会中国支部例会（岡山 H26.6.29）
一般口演　カプセル内視鏡検査で診断しダブルバルーン内視鏡で止血し得た重症大動脈弁狭窄症合併消化管出血（Heyde 症候群）の１例
小野泰輔，寺岡雄吏，今川宏樹，小野川靖二，片村嘉男，新里雅人，平野巨通，花田敬士，天野　始，日野文明

8）第112回日本消化器内視鏡学会中国支部例会（岡山 H26.6.29）
一般口演　診断に難渋した胃未分化癌の一例
兼光　梢，小野川靖二，池本珠莉，寺岡雄吏，泉　良寛，新里雅人，中土井鋼一，岡崎彰仁，今川宏樹，片村嘉男，平野巨通，花田敬士，天野　始，日野文明

9）第112回日本消化器内視鏡学会中国支部例会（岡山 H26.6.29）
一般口演　当院における原因不明の消化管出血診療の現状
今川宏樹，池本珠莉，兼光　梢，寺岡雄吏，泉　良寛，中土井鋼一，岡崎彰仁，片村嘉男，（新里雅人），小野川靖二，平野巨通，花田敬士，天野　始，日野文明

10）第13回 FNA Club（東京 H26.8.23）
Session　司会　Interventional EUS（EUS-FNA を含む）の偶発性
花田敬士

11）第111回日本内科学会中国地方会（出雲 H26.11.8）
一般演題　座長
小野川靖二

12）第111回日本内科学会中国地方会（奨励賞受賞）（出雲 H26.11.8）
大腸全摘後に多発小腸潰瘍を認めた潰瘍性大腸炎の１例
寺岡雄吏，小野川靖二，今川宏樹，中土井鋼一，池本珠莉，兼光　梢，花田敬士，天野　始，日野文明

13）第111回日本内科学会中国地方会（出雲 H26.11.8）
一般演題　High risk stigmata を２項目満たし，手術の結果 adenoma と確定診断された混合型膵 IPMN の１例
串畑あずさ，岡崎彰仁，泉　良寛，平野巨通，花田敬士，福田敏勝，米原修治

14）第102回日本消化器病学会中国支部例会（中国支部専修医奨励賞受賞）（広島 H26.11.29）
専修医奨励賞　膵　限局的膵管狭窄を呈し，興味ある細胞診および病理組織像を呈した慢性膵炎の１切除
兼光　梢，花田敬士，池本珠莉，寺岡雄吏，泉　良寛，中土井鋼一，岡崎彰仁，今川宏樹，片村嘉男，小野川靖二，平野巨通，天野　始，日野文明，福田敏勝，米原修治

15）第102回日本消化器病学会中国支部例会（広島 H26.11.29）
研修医奨励賞　胆・膵２　EUS で周囲低エコー領域を認めた膵上皮内癌の１例
福原基充，花田敬士，岡崎彰仁，泉　良寛，池本珠莉，兼光　梢，寺岡雄吏，中土井鋼一，今川宏樹，片村嘉男，小野川靖二，平野巨通，天野　始，日野文明，福田敏勝，米原修治

16）第113回日本消化器内視鏡学会中国支部例会（広島 H26.11.29）

専修医奨励賞　司会　胆・膵
花田敬士

17）第113回日本消化器内視鏡学会中国支部例会（中国支部専修医奨励賞受賞）（広島 H26.11.29）
専修医奨励賞　胆・膵　肝胆道系病変の良悪性診断における超音波内視鏡ガイド下穿刺吸引細胞診（EUS-FNA）の有用性
池本珠莉，花田敬士，兼光　梢，寺岡雄吏，泉　良寛，岡崎彰仁，平野巨通，米原修治

18）第113回日本消化器内視鏡学会中国支部例会（広島 H26.11.29）
研修医奨励賞　小腸・大腸　診断に難渋した原因不明の消化管出血の１例
村上千佳，今川宏樹，池本珠莉，兼光　梢，寺岡雄吏，泉　良寛，中土井鋼一，岡崎彰仁，片村嘉男，小野川靖二，平野巨通，花田敬士，天野　始，日野文明

19）第113回日本消化器内視鏡学会中国支部例会（広島 H26.11.30）
一般演題　胆・膵２　興味ある画像所見を呈し，EUS-FNA が確定診断に有用であった stage Ⅰ膵乳頭腺癌の１例
泉　良寛，花田敬士，岡崎彰仁，池本珠莉，兼光　梢，寺岡雄吏，中土井鋼一，今川宏樹，片村嘉男，小野川靖二，平野巨通，天野　始，日野文明，齊藤竜助，福田敏勝，米原修治

20）第24回日本消化器内視鏡学会中国支部セミナー（米子 H27.1.12）
講演８　胆膵疾患における内視鏡的ステント治療の最前線
花田敬士

《腎臓内科》

21）第44回日本腎臓学会西部学術大会（名古屋 H26.10.3－4）
イコデキストリン透析液による腹膜透析が体液管理に有効であった難治性ネフローゼ症候群の一例
大久保愛子，江﨑隆，勝谷昌平

22）第111回内科学会中国地方会（島根 H26.11.8）
全身症状と腎機能障害の出現により発見された CRP 陰性の ANCA 関連血管炎の一例
別木智昭，大久保愛子，江崎　隆，勝谷昌平

23）第111回内科学会中国地方会（島根 H26.11.8）
トルバプタンによる治療を開始した両側性多発性嚢胞腎の１例
森岡　裕彦，大久保愛子，江崎　隆

【地方研究会】

《消化器内科》

１）Kowa Web カンファレンス in 尾三（尾道 H26.4.4）
社内講演　糖尿病治療の最前線
日野文明

２）第116回広島消化器病研究会（広島 H26.4.19）
座長
小野川 靖二

３）第92回尾道市医師会生活習慣病関連講演会（尾道 H26.4.23）
特別講演　座長
日野文明

４）尾道医師会学術講演会（尾道 H26.4.30）
講演会　当科におけるシメプレビルの経験

片村嘉男

5）第11回広島北部腫瘍研究会（三次 H26.5.22）
講演会　膵癌診療ガイドライン改正点と FOLFIRINOX
花田敬士

6）第34回府中地区消化器病研究会（府中 H26.5.23）
特別講演　膵 IPMN および膵癌早期診断に関するトピックス
花田敬士

7）第８回広島 PDN セミナー（尾道 H26.5.24）
講師　胃ろう管理と全身管理
小野川 靖二

8）第23回尾三因消化器内視鏡研究会（尾道 H26.6.13）
パネルディスカッション　内視鏡検査における鎮静について
中土井鋼一，岡崎彰仁

9）賀茂東部医師会学術講演会（三原 H26.6.17）
特別講演　動脈硬化の最新の知見と治療戦略
日野文明

10）潰瘍性大腸炎治療セミナー（尾道 H26.6.19）
特別講演　座長
小野川 靖二

11）第７回 Pancreato-Biliary Oncology Club in Hiroshima（広島 H26.6.20）
一般演題　当院における FOLFIRINOX 導入症例報告
新里雅人

12）Next Lecture Meeting（尾道 H26.6.26）
特別講演　座長
小野川靖二

13）DM Skill Up Seminar in 尾道（尾道 H26.7.3）
特別講演　座長
日野文明

14）第44回九州膵研究会（福岡 H26.7.3）
特別講演　膵癌早期診断の現状と課題
花田敬士

15）呉医師会講演会（呉 H26.7.14）
講演会　膵癌の早期発見を目指して　病診連携を生かした膵癌早期診断の実践
花田敬士

16）第99回福山 MRI 勉強会（福山 H26.7.16）
特別講演　膵癌早期診断における MRI（MRCP）の役割
花田敬士

17）尾道市医師会学術講演会（尾道 H26.8.6）
特別講演　座長
天野　始

18）第９回西濃消化器病診連携の会（大垣 H26.8.20）
Session　病診連携を生かした膵癌早期診断

花田敬士

19）尾道糖尿病セミナー（尾道 H26.8.26）
特別講演　糖尿病治療の新しいトピックス
日野文明

20）抗血栓療法と消化管障害を考える会（尾道 H26.9.9）
特別講演　抗血小板療法に伴う消化管障害マネジメント
小野川靖二

21）第128回備後内視鏡研究会（福山 H26.9.11）
講演　IBD 最近の話題
小野川靖二

22）第128回備後内視鏡研究会（福山 H26.9.11）
症例検討会　十二指腸疾患の１例
兼光　梢

23）広島市内科医会学術講演会（広島 H26.9.16）
講演会　地域医療連携を生かした膵癌早期診断の実践　～膵癌診療ガイドラインの改訂をふまえて～
花田敬士

24）第１回 GI Web in Aizu（会津若松市 H26.10.2）
講演会　膵がん早期診断の最前線
花田敬士

25）第５回泉州消化器フォーラム（泉佐野市 H26.11.1）
特別講演　膵癌早期診断の最前線
花田敬士

26）福山消化器疾患学術講演会（福山 H26.11.5）
一般講演　当院における内視鏡診療と HP 除菌治療
小野川靖二

27）第40回備後肝胆膵研究会（福山 H26.11.6）
シンポジウム　司会　胆嚢癌と鑑別を要する疾患に対する診断と治療
花田敬士

28）第40回備後肝胆膵研究会（福山 H26.11.6）
シンポジウム　胆嚢癌と鑑別を要する疾患に対する診断と治療　ミニレクチャー
花田敬士

29）第40回備後肝胆膵研究会（福山 H26.11.6）
シンポジウム　胆嚢癌と鑑別を要する疾患に対する診断と治療　症例検討
岡崎彰仁

30）第24回尾三因消化器内視鏡研究会（尾道 H26.11.14）
パネルディスカッション　消化器内視鏡におけるリスクマネージメント
岡崎彰仁

31）鹿児島市民公開講座　～すい臓がんってどんな病気？～（鹿児島 H26.12.7）
特別講演　膵癌早期発見の最前線
花田敬士

32）大鵬薬品工業株式会社社内研修会（尾道 H27.1.19）

社内講演　進行再発膵癌の化学療法について
花田敬士

33）第２回京阪奈胆膵フォーラム（京都 H27.1.23）
特別講演　膵癌早期診断の最前線
花田敬士

34）第２回愛媛肝胆膵腫瘍研究会（松山 H27.1.24）
特別講演　膵癌早期診断の現状と課題
花田敬士

35）Diabetes Clinical Meeting（尾道 H27.1.28）
座長
日野文明

36）尾三因エリア「IBD のつどい」（尾道 H27.1.29）
座長
小野川靖二

37）第17回 Infliximab 治療を考える会（福山 H27.2.5）
座長
小野川靖二

38）タケキャブ錠新発売記念講演会（尾道 H27.2.10）
上部消化管疾患治療新時代の幕開け
小野川靖二

39）市民公開講座（尾道 H27.2.11）
今話題のヘリコバクターピロリ菌と胃癌治療　～最新の内視鏡診療も含めて～
今川宏樹

40）新浜セミナー（尾道 H27.2.19）
特別講演　抗血小板療法に伴う消化管障害マネジメント
小野川靖二

41）第37回広島県農村医学研究会（広島 H27.2.21）
一般口演　今話題のヘリコバクターピロリ菌と胃癌治療　～最新の内視鏡診療も含めて～
今川宏樹

42）第３回三原本郷地区 Primary Care Seminar（三原 H27.3.4）
一般講演　当院における HP 診療と今後
小野川靖二

43）因島医師会学術講演会（尾道 H27.3.11）
特別講演　上部消化管疾患治療新時代の幕開け
小野川靖二

44）第45回備後リウマチ懇話会（福山 H27.3.12）
症例検討会　司会
小野川靖二

45）第122回尾道消化器病同好会（尾道 H27.3.24）
ミニレクチャー　肝炎治療の最前線
片村嘉男

46）尾道市医師会学術講演会（尾道 H27.3.25）

特別講演　座長
小野川靖二

47）佐世保膵・胆道疾患フォーラム（佐世保 H27.3.27）
特別講演　膵癌早期診断における EUS の役割
花田敬士

48）尾道市市民公開講座（尾道 H27.3.28）
市民公開講座　総合司会　みんなで知ろう !!　糖尿病
日野文明

《腎臓内科》

49）第７回尾道 CKD-MBD 研究会（尾道 H26.7.1）
腎性貧血を通した CKD 連携
江崎　隆

50）第24回岡山 Pit 研究会（岡山 H26.9.30）
腹膜透析中止以降に，腹腔穿孔トラブルが起こった３例の検討
江崎　隆，大久保愛子，勝谷昌平，（落合真理子），（浜口直樹），（川西秀樹）

51）尾道医師会学術講演会　一般演題（尾道 H27.1.14）
CKD 患者への血圧管理への取り組み
江崎　隆

52）第12回広島 NST 研究会（広島 H27.1.31）
膵摘後の難治性脂肪性の下痢に対する便脂肪染色の有用性
吉廣一寿，江崎　隆，小野川靖二

53）尾道医師会学術講演会　特別講演（尾道 H27.2.18）
地域連携で支える CKD～ADPKD の最新の知見
江崎　隆

《呼吸器内科》

54）第55回尾道呼吸器疾患研究会（尾道 H26.5.13）
特別講演　症例検討会　肺癌の分子標的治療
益田　健

55）第40回尾三因医学会（尾道 H26.6.29）
当院における ALK 融合遺伝子陽性肺癌に対する Crizotinib 使用経験
益田　健，徳毛健太郎，大道和佳子

56）尾道医師会学術講演会（尾道 H27.3.4）
特別講演　座長
益田　健

# 循 環 器 科

【全国学会】

1）第23回日本心血管インターベンション治療学会学術集会（名古屋 H26.7.24－26）
Comparison of Everolimus eluting stent with Sirolimus eluting stent for unprotected left main coronary artery disease
　　大久保陽策

2）第62回日本心臓病学会学術集会（仙台 H26.9.27）
救急，虚血性心疾患　座長
　　森島信行

【学会地方会】

3）第21回日本心血管インターベンション治療学会中国四国地方会（岡山 H26.9.6）
日術前における血行再建の複雑さを痛感した担癌患者の１症例
　　大久保陽策

4）第111回日本内科学会中国地方会（出雲 H26.11.8）
急性心筋梗塞患者における入院時の急性腎不全が予後に与える影響
　　大久保陽策

5）第111回日本内科学会中国地方会（出雲 H26.11.8）
側湾症に合併した巨大食道裂孔ヘルニアにより心不全を呈した一例
　　古森遼太．大久保陽策，瀧口　侑，尾木　浩，上田健太郎，森島信行

【地方研究会】

6）おのみち在宅支援講演会（尾道 H26.9.25）
特別講演　房細動における抗凝固療法
　　尾木　浩

7）第３回しまなみ血管治療研究会（尾道 H26.11.17）
当院における CLI 症例について
　　瀧口　侑

8）心臓いきいき研究会（尾道 H26.11.20）
循環器科におけるリハビリの重要性
　　瀧口　侑

9）おのみち抗凝固療法 Network Meeting（尾道 H26.11.28）
　　尾木　浩

10）尾道医師会学術講演会（尾道 H27.1.14）
特別講演　座長
　　森島信行

11）第22回 Development interventional conference（広島 H27.2.6）
ATHLETE Wizard 78が有用であった CTO 症例
　　大久保陽策

# 心臓血管外科

【全国学会】

1）第42回日本血管外科学会総会（青森 H26.5.21）
表在静脈血栓症に肺動脈血栓症を合併した１例
森藤清彦，尾畑昇悟

# 外　　科

【全国学会】

1）第114回日本外科学会定期学術集会（京都 H26.4.3－5）
当院における急性虫垂炎手術術式の検討
河島茉澄，中原雅浩，天野尋暢，竹井大祐，（山口恵美），（寿美裕介），佐々田達成，
吉田　誠，山木　実，福田敏勝，則行敏生

2）第87回日本消化器内視鏡学会総会（福岡 H26.5.16）
一般口演　当院における膵頭十二指腸切除術前胆道ドレナージの成績
寺岡雄吏，花田敬士，（天野美緒），今川宏樹，片村嘉男，新里雅人，（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

3）第26回日本内分泌外科学会総会（名古屋 H26.5.23）
一般口演　原発性副甲状腺機能亢進症　原発性副甲状腺機能亢進症の診断と治療経験
春田るみ，則行敏生，佐々田達成，河島茉澄，竹井大祐，（山口恵美），（寿美裕介），
吉田　誠，天野尋暢，中原雅浩，福田敏勝，黒田義則，米原修治

4）第31回日本呼吸器外科学会総会（東京 H26.5.30）
一般演題　横隔膜　術後創部から発症した肋間肺ヘルニアの１例
山木　実，則行敏生

5）第22回日本乳癌学会学術総会（大阪 H26.7.10－12）
TRI-Weekly ABraxane + Cyclophosphamide followed by FEC 療法による術前化学療法（ACTG-breast 02）
佐々田達成，（重松英朗），（梶谷桂子），（大原正裕），（恵美純子），（桝本法正），
（松浦一生），（尾崎慎治），（土井美帆子），（角舎学行），（有廣光司），（片岡　健），
（岡田守人）

6）第12回日本臨床腫瘍学会学術総会（福岡 H26.7.18）
基礎医学１　Dual Color in situ Hybridization 法による HER2 遺伝子増幅の検出 IHC 法との比較
佐々田達成，米原修治，神田真規，佐々木健司，山木　実，則行敏生

7）第69回日本消化器外科学会総会（郡山 H26.7.18）
ミニオーラル　大腸：腹腔鏡４他　肥満患者の安全かつ確実な直腸処理に HALS（Hand Assisted Laparoscopic Surgery）は有用である
中原雅浩，吉田　誠，（寿美裕介），（山口恵美），河島茉澄，竹井大祐，竹元雄紀，
天野尋暢，福田敏勝

8）第27回日本小切開・鏡視外科学会（函館 H26.8.21）
パネルディスカッション　座長　鏡視補助下手術の多様性を問う
中原雅浩

９）第27回日本小切開・鏡視外科学会（函館 H26.8.21）
パネルディスカッション　鏡視補助下手術の多様性を問う 大腸疾患に対するHALS（Hand Assisted Laparoscopic Surgery）の有用性
中原雅浩，吉田　誠，福田敏勝，河島茉澄，齊藤竜助，竹井大祐，竹元雄紀，天野尋暢，山木　実，佐々田達成，則行敏生

10）第６回日本 Acute Care Surgery 学会学術総会（青森 H26.9.21）
一般演題　救急外科全般２　当科で経験した門脈ガス血症４例の検討
竹元雄紀，天野尋暢，（濵岡道則），竹井大祐，河島茉澄，齊藤竜助，（山口恵美），（寿美祐介），佐々田達成，吉田　誠，山木　実，福田敏勝，中原雅浩，則行敏生

11）第27回日本内視鏡外科学会総会（盛岡 H26.10.2）
要望演題　TAPP におけるより美しい腹膜縫合閉鎖を目指して
河島茉澄，中原雅浩，竹元雄紀，竹井大祐，齊藤竜助，佐々田達成，吉田　誠，山木　実，天野尋暢，福田敏勝，則行敏生

12）第27回日本内視鏡外科学会総会（盛岡 H26.10.2）
要望演題　後期研修医の行う単孔式腹腔鏡下胆嚢摘出術
竹井大祐，竹元雄紀，河島茉澄，齊藤竜助，佐々田達成，吉田　誠，山木　実，天野尋暢，福田敏勝，則行敏生，中原雅浩

13）第22回日本消化器関連学会週間（神戸 H26.10.26）
当院で経験した膵癌早期診断25例の術後長期成績
池本珠莉，花田敬士，新里雅人，平野巨通，（飯星知博），福田敏勝，米原修治

14）第55回日本肺癌学会学術集会（京都 H26.11.14）
転移性肺腫瘍２　子宮体癌治癒切除術後16年で肺転移再発をきたした一手術例
山木　実，則行敏生

15）第76回日本臨床外科学会総会（福島 H26.11.20）
一般口演　胆管：良性　繰り返す総胆管，肝内結石症，胆管炎で肝左葉切除を行った follicular cholangitis の１例
齊藤竜助，福田敏勝，竹元雄紀，竹井大祐，河島茉澄，佐々田達成，吉田　誠，山木　実，天野尋暢，中原雅浩，則行敏生

16）第76回日本臨床外科学会総会（福島 H26.11.20）
主題関連演題　内視鏡下虫垂切除術１　単孔式腹腔鏡下虫垂切除術の適応についての検討
河島茉澄，中原雅浩，竹元雄紀，竹井大祐，齊藤竜助，佐々田達成，山木　実，吉田　誠，天野尋暢，福田敏勝，則行敏生

17）第76回日本臨床外科学会総会（福島 H26.11.20）
一般口演　肺：良性２　術後病理検査にて肺イヌ糸状虫症と診断した１例
竹井大祐，山木　実，則行敏生，竹元雄紀，河島茉澄，齊藤竜助，佐々田達成，吉田　誠，天野尋暢，福田敏勝，中原雅浩

18）第76回日本臨床外科学会総会（福島 H26.11.20）
研修医　大腸２　腸固定不良により腸軸捻転を発症した一例
大下真代，中原雅浩，竹元雄紀，竹井大祐，河島茉澄，齊藤竜助，佐々田達成，山木　実，吉田　誠，天野尋暢，福田敏勝，則行敏生

19）第76回日本臨床外科学会総会（福島 H26.11.21）
要望演題口演　BMI の高い症例での手術の工夫 肥 満 患 者 に 対 す る HALS（Hand Assisted

Laparoscopic Surgery）　併用腹腔鏡下直腸切除術の有用性

中原雅浩，吉田　誠，河島茉澄，齊藤竜助，竹井大祐，竹元雄紀，佐々田達成，山木　実，天野尋暢，福田敏勝，則行敏生

20）第76回日本臨床外科学会総会（福島 H26.11.21）

一般口演　大腸：良性４　非閉塞性腸間膜虚血症（NOMI）を短期間に二度発症したものの救命し得た１例

河島茉澄，天野尋暢，中原雅浩，竹元雄紀，竹井大祐，齊藤竜助，佐々田達成，山木　実，吉田　誠，福田敏勝，則行敏生

21）第76回日本臨床外科学会総会（福島 H26.11.22）

一般口演　小腸：悪性２　イレウスを発症した肺大細胞癌象徴転移の１例

竹元雄紀，山木　実，則行敏生，竹井大祐，河島茉澄，齊藤竜助，佐々田達成，吉田　誠，福田敏勝，中原雅浩

【学会地方会】

１）第101回日本消化器病学会中国支部例会（岡山 H26.6.21）

一般口演 中国支部専修医奨励賞 消化管２ ダブルバルーン内視鏡検査が有用であった小腸出血の２例

竹井大祐，天野尋暢，河島茉澄，（山口恵美），（寿美裕介），佐々田達成，吉田　誠，山木　実，福田敏勝，則行敏生，中原雅浩，今川宏樹，（福本　晃）

２）第101回日本消化器病学会中国支部例会（岡山 H26.6.21）

一般口演　膵　膵上皮内癌に対して膵体尾切除３年後に，残膵２カ所の浸潤性膵管癌を認めた１例

池本珠莉，花田敬士，兼光　梢，寺岡雄吏，中土井鋼一，泉　良寛，岡崎彰仁，今川宏樹，片村嘉男，新里雅人，小野川靖二，平野巨通，天野　始，日野文明，福田敏勝，米原修治

３）第89回中国四国外科学会総会・第19回中国四国内視鏡外科研究会（松江 H26.9.4）

症例報告　小腸・大腸５　術前に診断しえた餅による食餌性イレウスの１症例

齊藤竜助，吉田　誠，村上千佳，竹元雄紀，竹井大祐，河島茉澄，佐々田達成，山木　実，天野尋暢，福田敏勝，中原雅浩，則行敏生

４）第89回中国四国外科学会総会・第19回中国四国内視鏡外科研究会（松江 H26.9.4）

腸固定不良により腸軸捻転を発症した一例

大下真代，中原雅浩，竹元雄紀，竹井大祐，河島茉澄，齊藤竜助，佐々田達成，山木　実，吉田　誠，天野尋暢，福田敏勝，則行敏生

５）第11回日本乳癌学会中国四国地方会（広島 H26.9.20）

症例報告　座長

佐々田達成

６）第11回日本乳癌学会中国四国地方会　優秀演題賞受賞（広島 H26.9.20）

症例報告　遺伝性乳がん・卵巣がん症候群の２例

齊藤竜助，佐々田達成，春田るみ，河島茉澄，吉田　誠，山木　実，天野尋暢，福田敏勝，中原雅浩，則行敏生，黒田義則

７）第51回日本呼吸器学会中国・四国地方会（米子 H26.7.11）

一般口演　術後病理検査にて肺イヌ糸状虫症と診断した１例

竹井大祐，山木　実，竹元雄紀，河島茉澄，齊藤竜助，佐々田達成，吉田　誠，天野尋暢，福田敏勝，中原雅浩，則行敏生，益田　健

８）第111回日本内科学会中国地方会（出雲市 H26.11.9）
一般演題　消化器６　High risk stigmata を２項目満たし，手術の結果 adenoma と確定診断された混合型膵 IPMN の１例
串畑あずさ，岡崎彰仁，泉　良寛，平野巨通，花田敬士，福田敏勝，米原修治

９）第113回日本消化器内視鏡学会中国支部例会（広島 H26.11.29－30）
胆・膵２　興味ある画像所見を呈し，EUS-FNA が確定診断に有用であった stage Ⅰ膵乳頭腺癌の１例
泉　良寛，花田敬士，岡崎彰仁，池本珠莉，兼光　梢，寺岡雄吏，中土井鋼一，今川宏樹，片村嘉男，小野川靖二，平野巨通，天野　始，日野文明，齊藤竜助，福田敏勝，米原修治

10）第102回日本消化器病学会中国支部例会（広島 H26.11.29－30）
限局的膵管狭窄を呈し，興味ある細胞診および病理組織像を呈した慢性膵炎の１切除
兼光　梢，花田敬士，池本珠莉，寺岡雄吏，泉　良寛，中土井鋼一，岡崎彰仁，今川宏樹，片村嘉男，小野川靖二，平野巨通，天野　始，日野文明，福田敏勝，米原修治

11）第102回日本消化器病学会中国支部例会（広島 H26.11.29－30）
EUS で周囲低エコー領域を認めた膵上皮内癌の１例
福原基充，花田敬士，岡崎彰仁，泉　良寛，池本珠莉，兼光　梢，寺岡雄吏，中土井鋼一，今川宏樹，片村嘉男，小野川靖二，平野巨通，天野　始，日野文明，福田敏勝，米原修治

【全国研究会】

１）第12回 Needlescopic Surgery Meeting（北九州 H27.1.31）
一般演題３　虫垂　当院における急性虫垂炎手術術式の検討
河島茉澄，中原雅浩，福田敏勝，竹元雄紀，竹井大祐，齊藤竜助，佐々田達成，山木　実，吉田　誠，天野尋暢，則行敏生

２）第12回 Needlescopic Surgery Meeting（北九州 H27.1.31）
一般演題４　胆嚢　胆石症に対する標準術式としての単孔式腹腔鏡下胆嚢摘出術
竹井大祐，中原雅浩，天野尋暢，竹元雄紀，河島茉澄，齊藤竜助，佐々田達成，吉田　誠，山木　実，則行敏生，福田敏勝

３）第62回日本消化器画像診断研究会（東京 H27.2.28）
一般演題２　膵１　興味深い画像所見を呈した膵腫瘍の１例
泉　良寛，花田敬士，岡崎彰仁，福田敏勝，米原修治

《小児外科》

４）第30回日本小児外科学会卒後教育セミナー（大阪 H26.5.11）
術後診断に難渋した白線ヘルニアの１例
河島茉澄，和田知久，（大津一弘）

【地方研究会】

１）第40回尾三因医学会（尾道 H26.6.29）
座長
天野尋暢

２）第40回尾三因医学会（尾道 H26.6.29）
一般口演　当院における鏡視下肝切除術の現況
天野尋暢，竹元雄紀，竹井大祐，齊藤竜助，河島茉澄，佐々田達成，山木　実，吉田　誠，福田敏勝，中原雅浩，則行敏生

３）第40回尾三因医学会（尾道 H26.6.29）

一般口演　当科における鼠径部ヘルニア治療の近況
竹元雄紀，中原雅浩，竹井大祐，河島茉澄，齊藤竜助，佐々田達成，吉田　誠，山木　実，天野尋暢，福田敏勝，則行敏生

4）第11回中国四国ヘルニア手術研究会（広島 H26.7.5）
一般演題　座長
中原雅浩

5）第11回中国四国ヘルニア手術研究会（広島 H26.7.5）
一般演題　当科における腹腔鏡下ヘルニア修復術（TAPP）導入初期の手術成績
竹元雄紀，中原雅浩，竹井大祐，河島茉澄，齊藤竜助，佐々田達成，吉田　誠，山木　実，天野尋暢，福田敏勝，則行敏生

6）第103回尾道外科系懇話会（尾道 H26.9.18）
症例検討　肝がんの外科治療
天野尋暢

7）第107回広島がん治療研究会（広島 H26.9.20）
限局性胸膜中皮腫の一例
竹井大祐，山木　実，則行敏生，竹元雄紀，河島茉澄，齊藤竜助，佐々田達成，吉田　誠，天野尋暢，福田敏勝，中原雅浩

8）第11回備後サイコオンコロジー研究会（尾道 H26.10.9）
一般演題　司会
則行敏生

9）第33回備後外科手術手技研究会（福山 H26.10.9）
特別講演　座長
中原雅浩

10）第42回広島内視鏡下外科手術研究会（広島 H27.1.30）
シンポジウム　教育的側面を考慮した上部消化管手術　腹腔鏡下幽門側胃切除術を活用した教育
福田敏勝，中原雅浩，竹元雄紀，竹井大祐，大野夏美，齊藤竜助，河島茉澄，佐々田達成，吉田　誠，山木　実，則行敏生

11）尾道市立市民病院がん診療統括部学術講演会（尾道 H27.2.10）
座長
佐々田達成

12）第２回広島 Lap ヘルニアセミナー（広島 H27.2.14）
Lap ヘルニア手術手技普及，定着　講師
中原雅浩

13）第112回尾道消化器病同好会（尾道 H27.3.24）
一般演題　憩室炎による結腸膀胱瘻に対する腹腔鏡手術の経験
大野夏美

14）第104回尾道外科系懇話会（尾道 H27.3.26）
一般口演　腹壁ヘルニアの１例
竹井大祐，中原雅浩，竹元雄紀，齊藤竜助，河島茉澄，大野夏美，佐々田達成，吉田　誠，山木　実，天野尋暢，則行敏生，福田敏勝

# 整 形 外 科

【国際学会】

1）International society for hip arthroscopy annual scientific meeting 2014.（Rio de Janeiro Oct.9）
Differences in the postoperative changes of the T2 values between patients with femoroacetabular impingement and border line dysplasia.
Oshima S，Sumen Y，Sakaridani K，Tanaka K，Tsuyuguchi Y，Yokoyama A，（Ochi M）

【全国学会】

1）第６回日本関節鏡・膝・スポーツ整形外科学会（広島 H26.7.24）
Femoroacetabular impingement 例と関節唇損傷単独例の軟骨変性の相違
大島誠吾，数面義雄，盛谷和生，田中　恒，露口勇輔，横山理子

2）第６回日本関節鏡・膝・スポーツ整形外科学会（広島 H26.7.24）
MRI を用いた解剖学的２重束前十字靱帯再建術後の患肢固定期間が大腿骨骨孔錨着に及ぼす影響の検討
露口勇輔，数面義雄，盛谷和生，田中　恒，大島誠吾，横山理子

3）第41回日本股関節学会学術集会（東京 H26.10.31）
高齢者の関節唇損傷に対する股関節鏡視下手術の短期成績
大島誠吾，数面義雄，盛谷和生，田中　恒，横山理子，露口勇輔

4）第41回日本股関節学会学術集会（東京 H26.10.31－11.1）
人工股関節全置換術を受ける患者への動画を使用した指導の効果　～ DVD を作成して～
橋本佳典，荒田雄子，藤原　誠，児玉真由美，近藤静香，前野佳菜，林　秀子，大島誠吾

5）第45回日本人工関節学会（福岡 H27.2.27）
Taperloc Complete Microplasty stem を用いた人工股関節置換術の X 線学的検討
大島誠吾，数面義雄，盛谷和生，田中　恒，横山理子，露口勇輔

【学会地方会】

1）第47回中国・四国整形外科学会（広島 H26.11.8）
内側半月板後角の横断裂に対して外側楔状足底板を用い保存治療を施行した症例の検討
露口勇輔，数面義雄，盛谷和生，田中　恒，大島誠吾，横山理子

3）第47回中国・四国整形外科学会（広島 H26.11.8）
Femoroacetabular impingement に対する股関節鏡視下手術の短期成績
大島誠吾，数面義雄，盛谷和生，田中　恒，横山理子，露口勇輔

【地方研究会】

1）第41回広島股関節研究会（広島 H26.11.29）
股関節唇石灰化に対して股関節鏡視下手術を行った１例
大島誠吾，数面義雄，盛谷和生，田中　恒，横山理子，露口勇輔

# 脳神経外科

【全国学会】

1）第25回日本頭蓋底外科0学会（千葉 H26.6.20）
シンポジウム　定位的放射線治療と外科手術Novalisを用いた頭蓋底髄膜腫治療の中長期成績
光原崇文，（荒川芳輝），（舟木健史），（国枝武治），（高木康志），（溝脇尚志），（宮本　亨）

２）第73回日本脳神経外科学会学術総会（東京 H26.10.9）
頭蓋底髄膜腫に対するNovalisを用いた通常分割定位放射線治療効果
光原崇文
３）第40回日本脳卒中学会総会（広島 H27.3.26）
延髄を高度に圧迫し四肢麻痺を呈した巨大血栓化椎骨動脈瘤の１例
上田　猛，光原崇文，（坪井俊之），（上山博康）

【学会地方会】
１）第78回日本脳神経外科学会中国四国支部学術集会（倉敷 H26.12.6）
特発性前脈絡叢動脈末梢部解離性動脈瘤の１例
上田　猛，光原崇文，（坂本繁幸），（岐浦禎展），（栗栖　薫）
２）第164回日本小児科学会広島地方会（広島 H26.12.14）
乳児期早期に半身けいれん，脳梗塞症状で発症したもやもや病の２例
郷田　聡，岩瀧真一郎，波若秀幸，窪田志保，谷　博雄，本田　茜，玉浦志保，岡野里香，上田　猛，光原崇文

【地方研究会】
１）松永沼隈地区医師会特別講演（松永 H26.7.17）
脳梗塞に対する血行再建　～急性期および慢性期にIVRが果たす役割～
光原崇文
２）第16回中国四国脳卒中研究会（広島 H26.9.6）
中大脳動脈巨大血栓化動脈瘤の１例
上田　猛，（松重俊憲），光原崇文
３）尾三脳神経外科 meeting（尾道 H26.11.21）
尾道総合病院脳外科が地域医療に果たす役割　～脳血管内治療の導入～
光原崇文
４）第22回広島頭蓋底外科研究会（広島 H27.1.23）
重症型 Neurofibromatosis type Ⅱにおける大型中枢神経系多発腫瘍の治療
光原崇文，上田　猛
５）新浜セミナー（尾道 H27.2.19）
特別講演Ⅰ　脳梗塞治療を考える　～どのような症例にメスが必要か～
光原崇文

# 小　児　科

【全国学会】
１）第41回日本マス・スクリーニング学会（広島 H26.8.23）
新生児マス・スクリーニングにて診断され５歳より酵素補充療法を開始した古典型ファブリー病の男児
岡野里香，波若秀幸，窪田志保，郷田　聡，谷　博雄，岩瀧真一郎，本田　茜，玉浦志保，（佐々木伸孝），（但馬　剛）
２）第59回日本未熟児新生児学会・学術集会（松山 H26.11.10）
妊娠初期の梅毒スクリーニング検査で陰性だった早期先天梅毒の１例
岩瀧真一郎，波若秀幸，窪田志保，郷田　聡，谷　博雄，本田　茜，玉浦志保，岡野里香

【学会地方会】

３）第163回日本小児科学会広島地方会（広島 H26.5.25）
発熱後の複視を主訴に Fisher 症候群の診断に至った１例
波若秀幸，窪田志保，郷田　聡，谷　博雄，岩瀧真一郎，本田　茜，玉浦志保，岡野里香，足立　徹

４）第241回広島県東部産婦人科医会学術集会（福山 H26.11.7）
JA 尾道総合病院の近況～小児科診療
本田　茜，波若秀幸，窪田志保，郷田　聡，谷　博雄，岩瀧真一郎，玉浦志保，岡野里香

５）第164回日本小児科学会広島地方会（広島 H26.12.14）
乳児期早期に半身けいれん，脳梗塞症状で発症したもやもや病の２例
郷田　聡，岩瀧真一郎，波若秀幸，窪田志保，谷　博雄，本田　茜，玉浦志保，岡野里香，上田　猛，光原崇文

【地方研究会】

６）第57回広島新生児研究会（広島 H26.5.31）
妊娠初期の梅毒スクリーニング検査で陰性だった早期先天梅毒の１例
岩瀧真一郎，波若秀幸，窪田志保，郷田　聡，谷　博雄，本田　茜，玉浦志保，岡野里香

７）第40回尾三因医学会（尾道 H26.6.29）
発熱後の複視を主訴に Fisher 症候群の診断に至った１例
波若秀幸，窪田志保，郷田　聡，谷　博雄，岩瀧真一郎，本田　茜，玉浦志保，岡野里香，足立　徹

８）第２回備後てんかん談話会（福山 H26.9.25）
West 症候群の１例
谷　博雄，岩瀧真一郎，波若秀幸，窪田志保，郷田　聡，本田　茜，玉浦志保，岡野里香

９）第58回広島新生児研究会（広島 26.12.20）
重症双胎間輸血症候群受血児に発症した IFALD に対しω3 系脂肪酸製剤を投与した１例
窪田志保，波若秀幸，郷田　聡，谷　博雄，岩瀧真一郎，本田　茜，玉浦志保，岡野里香

# 産 婦 人 科

【国際学会】

１）24th World Congress on Ultrasound in Obstetrics and Gynecology（Barcelona, Spain 2014.9.7）
Prenatal diagnosis of coarctation of the aorta using the three-vessel view by calculation the ratio of the diameter of the aortic root to that of the pulmonary artery
Yurika Mukai

【全国学会】

１）第50回日本周産期・新生児医学会総会（浦安 H26.7.13）
ポスター　当院で分娩管理した生殖補助医療後の妊娠についての検討
向井百合香，（寺岡有子），（佐村　修），佐々木　克

# 耳鼻咽喉科

1）第10回東部備後耳鼻咽喉科医会学術集会（福山 H26.7.19）
乳児のボタン型リチウム電池誤飲への対応
森　直樹

# 眼　　科

【全国学会】
1）第25回日本緑内障学会（大阪 H26.9.19）
手術　バルベルトインプラント術後に，経結膜 Sherwood Slit の作成が有効であった一例
徳毛花菜，（木内良明）
【学会地方会】
1）第163回日本小児科学会広島地方会（広島 H26.5.25）
発熱後の複視を主訴に Fisher 症候群の診断に至った１例
波若秀幸，窪田志保，郷田　聡，谷　博雄，岩瀧真一郎，本田　茜，玉浦志保，岡野里香，足立　徹
【地方研究会】
1）第40回尾三因医学会（尾道 H26.6.29）
発熱後の複視を主訴に Fisher の診断に至った１例
波若秀幸，窪田志保，郷田　聡，谷　博雄，岩瀧真一郎，本田　茜，玉浦志保，岡野里香，足立　徹

# 皮　膚　科

【全国学会】
1）第113回日本皮膚科学会総会（京都 H26.5.30）
表面プラズモン共鳴を用いた血管肉腫と血管内皮細胞の VEGF に対する反応による鑑別
柳瀬哲至，（柳瀬雄輝），（平郡隆明），（川口智子），（石井　香），（秀　道広）
2）第113回日本皮膚科学会総会（京都 H26.5.30）
多中心性細網組織球症の１例
壷井聡史，（森本謙一），（小林紘子），米原修治，（壷井ひとみ）
3）第66回日本皮膚科学会西部支部学術大会（高松 H26.11.8）
一般演題　代謝異常・肉芽腫　巨大皮下血腫を生じた Ehlers-Danlos 症候群　古庄型の１例
渡部茉耶，（河合幹雄），（田中暁生），（森崎裕子），（秀　道広）
【学会地方会】
1）第135回日本皮膚科学会広島地方会（広島 H26.9.7）
若年者に生じた基底細胞癌を合併した脂腺母斑の２例
渡部茉耶，壷井聡史，柳瀬哲至
2）第135回広島地方会（広島 H26.9.7）
当院における円形脱毛症に対するステロイドセミパルス療法の４例
壷井聡史，渡部茉耶，柳瀬哲至，（森本謙一）

３）第136回日本皮膚科学会広島地方会（広島 H27.3.1）
出没する皮疹から多発性骨髄腫の診断に至った Sweet 病の１例
渡部茉耶，壷井聡史，柳瀬哲至，（能宗紀雄）
４）第136回広島地方会（広島 H27.3.1）
BCG 接種後に生じた真性皮膚結核の１例
壷井聡史，渡部茉耶，柳瀬哲至
【地方研究会】
１）第40回尾三因医学会（尾道 H26.9.29）
座長
柳瀬哲至
２）尾道市医師会地域包括医療連携研修会（尾道 H26.7.30）
褥瘡の予防と治療
柳瀬哲至
３）エーザイ社内研修セミナー（福山 H26.11.4）
乾癬のメカニズムと治療法
柳瀬哲至
４）TNF-α ミーティング（福山 H27.1.23）
インフリキシマブ導入後もコントロールが困難な乾癬性紅皮症の１例
柳瀬哲至
５）天疱瘡治療戦略セミナー（福山 H27.1.28）
汗孔角化症に合併した落葉状天疱瘡
柳瀬哲至
６）尾三地区皮膚科医会（尾道 H27.3.11）
診断に苦慮した膿疱性疾患の１例　など
柳瀬哲至

# 泌尿器科

１）市民公開講座（尾道 H27.2.11）
「前立腺がんのすべてがわかる !!」
森山浩之

# 麻　酔　科

【全国学会】
１）日本麻酔科学会第61回学術集会（横浜 H26.5.15－17）
手術室で麻酔科医が排出する廃棄物量
中布龍一，早瀬一馬，岩光麗美，笹田将吾，卜部智晶，瀬浪正樹
２）第17回日本臨床救急医学会総会，学術集会（下野 H26.5.31－6.1）
JPTEC 陸上自衛隊第13旅団バージョン構築の試み
（山野上敬夫），（川畑浩和），（大坪　洋），（友安陽子），（尾形昌克），（竹崎　亨），
瀬浪正樹，（陸上自衛隊第13旅団）

３）日本臨床麻酔学会第34回大会（東京 H26.11.1）
小児難治性てんかんに対する迷走神経刺激装置植込術11症例の麻酔管理
岩光麗美，（加藤貴大），（原木俊明），（田口志麻），（濱田　宏），（河本昌志）

【学会地方会】

１）日本麻酔科学会中国・四国支部第51回学術集会（下関 H26.9.13）
異所性右鎖骨下動脈を合併した開心術で経食道心エコーを使用した２例
卜部智晶，中布龍一，早瀬一馬，岩光麗美，笹田将吾，瀬浪正樹

２）日本麻酔科学会中国・四国支部第51回学術集会（下関 H26.9.13）
レミフェンタニルによる痛覚過敏と考えられた２症例
早瀬一馬，中布龍一，笹田将吾，岩光麗美，卜部智晶，瀬浪正樹

【地方研究会】

１）第61回広島麻酔医学会（広島 H27.1.24）
羊水塞栓症による大量出血に対し遺伝子組換え活性型血液凝固第Ⅶ因子製剤を使用して救命しえた１症例
笹田将吾，中布龍一，岩光麗美，卜部智晶，早瀬一馬，瀬浪正樹，弓削孟文

２）第37回広島県農村医学研究会（広島 H27.2.21）
全身麻酔下全肺洗浄を施行した自己免疫性肺胞蛋白症の１例
徳毛健太郎，大道和佳子，益田　健，笹田将吾，早瀬一馬，瀬浪正樹

# 放 射 線 科

【地方研究会】

１）第58回広島県東部放射線医会（福山 H26.6.19）
両側後頭葉皮質下に所見を呈した一例
目﨑一成

２）第６回医師のための緩和ケア研修会（尾道 H26.9.20－21）
がん性疼痛
高澤信好

３）第25回 FUKUYAMA CT MEETING（福山 H26.11.29）
Ai についてのあれこれ
西原圭祐

４）ピンクリボンフォーラム in びんご（尾道 H27.1.18）
乳癌の放射線治療について
高澤信好

５）第38回福山レントゲンアーベェントの会（福山 H27.2.4）
特別講演　座長
森　浩希

# 精神神経科

【地方研究会】

1）第11回備後サイコオンコロジー研究会（尾道 H26.10.9）
一般演題　小児悪性疾患を抱える患者・家族のケアについて
小田原めぐみ，西村　寛，寅丸貴司，（高垣優子）

# 病理研究検査科

【全国学会】

1）第103回日本病理学会総会（広島 H26.4.25）
肝細胞癌および肺扁平上皮癌に血管内大細胞型 B 細胞リンパ腫を合併した一剖検例
西田賢司，米原修治，日野文明，（佐藤康晴），（吉野　正）

2）第87回日本消化器内視鏡学会総会（福岡 H26.5.15）
当院における膵頭十二指腸切除術前胆道ドレナージの成績
寺岡雄吏，花田敬士，（天野美緒），今川宏樹，片村嘉男，新里雅人，（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

3）第26回日本内分泌外科学会総会（名古屋 H26.5.22）
原発性副甲状腺機能亢進症の診断と治療経験
春田るみ，則行敏生，佐々田達成，河島茉澄，竹井大祐，（山口恵美），（寿美裕介），
吉田　誠，天野尋暢，中原雅浩，福田敏勝，黒田義則，米原修治

4）第22回日本消化器関連学会週間（神戸 H26.10.25）
当院で経験した膵癌早期診断25例の術後長期成績
池本珠莉，花田敬士，新里雅人，平野巨通，（飯星知博），福田敏勝，米原修治

5）第53回日本臨床細胞学会秋季大会（下関 H26.11.8－9）
内視鏡的経鼻膵管ドレナージを用いた膵液細胞診における膵上皮内腫瘍性病変の鑑別
佐々木健司，杉山佳代，神田真規，米原修治，花田敬士

【学会地方会】

1）第101回日本消化器病学会中国支部例会（岡山 H26.6.21）
膵上皮内癌に対して膵体尾切除３年後に，残膵２カ所の浸潤性膵管癌を認めた１例
池本珠莉，花田敬士，兼光　梢，寺岡雄吏，中土井鋼一，泉　良寛，岡崎彰仁，今川宏樹，
片村嘉男，新里雅人，小野川靖二，平野巨通，天野　始，日野文明，福田敏勝，米原修治

2）第112回日本消化器内視鏡学会中国支部例会（岡山 H26.6.29）
Intraductal papillary neoplasm of the bile duct（IPNB）の１例
寺岡雄吏，池本珠莉，今川宏樹，片村嘉男，新里雅人，小野川靖二，平野巨通，花田敬士，
天野　始，日野文明，米原修治

3）第111回日本内科学会中国地方会（出雲 H26.11.8）
一般演題 消化器６
High risk stigmata を２項目満たし，手術の結果 adenoma と確定診断された混合型膵 IPMN の１例
串畑あずさ，岡崎彰仁，泉　良寛，平野巨通，花田敬士，福田敏勝，米原修治

4）第113回日本消化器内視鏡学会中国支部例会（広島 H26.11.29－30）
胆・膵２

興味ある画像所見を呈し，EUS-FNA が確定診断に有用であった stage Ⅰ 膵乳頭腺癌の１例
泉　良寛，花田敬士，岡崎彰仁，池本珠莉，兼光　梢，寺岡雄吏，中土井鋼一，今川宏樹，片村嘉男，小野川靖二，平野巨通，天野　始，日野文明，齊藤竜助，福田敏勝，米原修治

５）第113回日本消化器内視鏡学会中国支部例会（広島 H26.11.29－30）
専修医奨励賞 胆・膵
肝胆道系病変の良悪性診断における超音波内視鏡ガイド下穿刺吸引細胞診（EUS-FNA）の有用性
池本珠莉，花田敬士，兼光　梢，寺岡雄吏，泉　良寛，岡崎彰仁，平野巨通，米原修治

６）第102回日本消化器病学会中国支部例会（広島 H26.11.29－30）
限局的膵管狭窄を呈し，興味ある細胞診および病理組織像を呈した慢性膵炎の１切除
兼光　梢，花田敬士，池本珠莉，寺岡雄吏，泉　良寛，中土井鋼一，岡崎彰仁，今川宏樹，片村嘉男，小野川靖二，平野巨通，天野　始，日野文明，福田敏勝，米原修治

７）第102回日本消化器病学会中国支部例会（広島 H26.11.29－30）
EUS で周囲低エコー領域を認めた膵上皮内癌の１例
福原基充，花田敬士，岡崎彰仁，泉　良寛，池本珠莉，兼光　梢，寺岡雄吏，中土井鋼一，今川宏樹，片村嘉男，小野川靖二，平野巨通，天野　始，日野文明，福田敏勝，米原修治

【全国研究会】

１）第62回日本消化器画像診断研究会（東京 H27.2.28）
一般演題２ 膵１
興味深い画像所見を呈した膵腫瘍の１例
泉　良寛，花田敬士，岡崎彰仁，福田敏勝，米原修治

【地方研究会】

１）第174回病理・細胞診領域研修会（尾道 H27.1.16）
検査室におけるリスクマネージメントについて
相部晴香

# 研　修　医

【全国学会】

１）第76回日本臨床外科学会総会（福島 H26.11.20）
大腸２　腸固定不良により腸軸捻転を発症した一例
大下真代，中原雅浩，竹元雄紀，竹井大祐，河島茉澄，齊藤竜助，佐々田達成，山木　実，吉田　誠，天野尋暢，福田敏勝，則行敏生

【学会地方会】

１）第111回日本内科学会中国地方会（出雲 H26.11.8）
一般演題　消化器６　High risk stigmata を２項目満たし，手術の結果 adenoma と確定診断された混合型膵 IPMN の１例
串畑あずさ，岡崎彰仁，泉　良寛，平野巨通，花田敬士，福田敏勝，米原修治

２）第111回日本内科学会中国地方会（出雲 H26.11.8）
側弯症に合併した巨大食道裂孔ヘルニアにより心不全を呈した１例
古森遼太，大久保陽策，瀧口　侑，尾木　浩，上田健太郎，森島信行

３）第111回日本内科学会中国地方会（出雲 H26.11.8）
全身症状と腎機能障害の出現により発見された CRP 陰性の ANCA 関連血管炎の一例

別木智昭

4）第111回日本内科学会中国地方会（出雲 H26.11.8）
トルバプタンによる治療を開始した両側性多発性嚢胞腎の１例
森岡裕彦

5）第102回日本消化器病学会中国支部例会（広島 H26.11.29－30）
EUS で周囲低エコー領域を認めた膵上皮内癌の１例
福原基充，花田敬士，岡崎彰仁，泉　良寛，池本珠莉，兼光　梢，寺岡雄吏，中土井鋼一，今川宏樹，片村嘉男，小野川靖二，平野巨通，天野　始，日野文明，福田敏勝，米原修治

6）第113回日本消化器内視鏡学会中国支部例会（広島 H26.11.29）
小腸・大腸　診断に難渋した原因不明の消化管出血の１例
村上千佳，今川宏樹，池本珠莉，兼光　梢，寺岡雄吏，泉　良寛，中土井鋼一，岡崎彰仁，片村嘉男，小野川靖二，平野巨通，花田敬士，天野　始，日野文明

7）第89回中国四国外科学会総会・第19回中国四国内視鏡外科研究会（松江 H26.9.4）
腸固定不良により腸軸捻転を発症した一例
大下真代，中原雅浩，竹元雄紀，竹井大祐，河島茉澄，齊藤竜助，佐々田達成，山木　実，吉田　誠，天野尋暢，福田敏勝，則行敏生

# 薬　剤　部

【全国学会】

1）第52回日本癌治療学会学術集会（横浜 H26.8.29）
高度催吐性化学療法における Fosaprepitant の希釈投与に関する検討
江草徳幸，福家幸子，村上利恵，比良大輔，平井俊明，安原昌子，橋本佳浩，佐々田達成，益田　健，則行敏生

2）第24回日本医療薬学会年会（名古屋 H26.9.28）
広島県下29施設による抗菌薬使用密度と耐性菌分離率に関する地域共同サーベイランス
（池本雅章），（伊藤孝史），（小笠原康雄），（川上恵子），（木村友美），（栗原晋太郎），（先森満子），（正畠和美），（菅原隆文），（滝　雪歩），（華山博子），（日浦昌洋），（武郷　徹），（藤井秀一），（船越幸代），（細川宜嗣），（堀田修次），（増田博久），（光廣貴紀），（宮田　篤），安原昌子，（山口伸二），（余越芳子），（米津亜希子），（木平健治）

3）第３回日本くすりと糖尿病学会（福岡 26.11.2）
広島県糖尿病療養指導士会の立ち上げから取り組みについて
堀川俊二

4）第８回日本保険薬局学会（広島 H26.11.23）
ランチョンセミナー　座長
堀川俊二

【学会地方会】

1）第53回日本薬学会・日本薬剤師会・日本病院薬剤師中国四国支部学術大会（広島 H26.11.8.9）
ランチョンセミナー　座長
堀川俊二

2）第53回日本薬学会・日本薬剤師会・日本病院薬剤師中国四国支部学術大会　（広島 H26.11.8.9）

S-1 服用患者の口内炎に対する「フォイパン含嗽液」の予防投与に関する検討
藤本雅宣，江草徳幸，青木直美，喜多村裕子，井上由貴，和田英子，高橋謙吾，
俵留美子，安原昌子，堀川俊二

【全国研究会】

1）全国 Web 講演会（東京 H26.10.15）
よりやさしいインスリン治療を目指して　～高齢者のインスリン治療を考える～
堀川俊二

【地方研究会】

1）インスリンディバイスセミナー（プロフェッショナルに学ぶ）（広島 H26.4.14）
座長
堀川俊二

2）インスリン Web セミナー（広島 H26.4.21）
よりやさしいインスリン治療を目指して　～高齢者のインスリン治療を考える～
堀川俊二

3）糖尿病療養指導と患者の QOL を考える会 中四国大会（広島 H26.4.24）
高齢者におけるインスリン治療の一例
堀川俊二

4）東讃地区糖尿病フォーラム（東かがわ H26.5.16）
よりやさしいインスリン治療を目指して
堀川俊二

5）第２回広島県北部地区高齢者糖尿病治療フォーラム（三次 H26.7.10）
座長
堀川俊二

6）第５回最新薬学セミナー（広島 H26.9.5）
座長
堀川俊二

7）広島県東支部薬剤師会（福山 H26.9.9）
座長
堀川俊二

8）三原竹原地区薬剤師研修会（三原 H26.9.17）
広島県北部地区糖尿病療養指導士会の取り組み
堀川俊二

9）尾道在宅支援講習会（尾道 H26.9.25）
循環器病棟における薬剤師の取り組み　－心臓いきいきセンターの紹介－
高橋謙吾

10）第６回安芸高田市糖尿病研修会（安芸高田 H26.10.22）
座長
堀川俊二

11）第４回東広島糖尿病研修会（東広島 H26.10.27）
高齢者のインスリン治療を考える
堀川俊二

12）尾道糖尿病セミナー（尾道 H26.11.6）

座長

堀川俊二

13）尾道・三原地区薬剤師会会員に対する抗がん剤の指導に関するアンケート調査
がん化学療法における JA 尾道総合病院と尾道薬剤師会との連携の現状と課題

比良大輔，喜多村裕子，井上由貴，藤本雅宣，平井俊明，江草徳幸，下岡由紀，安原昌子，堀川俊二

14）尾道・三原地区薬剤師会会員に対する医療用麻薬の指導に関するアンケート調査

平井俊明，井上由貴，比良大輔，江草徳幸，松谷郁美，安原昌子，堀川俊二

15）がん化学療法における JA 尾道総合病院と尾道薬剤師会との連携の現状と課題

平井俊明，青木直美，和田英子，井上由貴，高橋謙吾，比良大輔，江草徳幸，下岡由紀，安原昌子，堀川俊二，橋本佳浩

16）広島県病院薬剤師会　東支部研修会　第5回抗がん剤プロフェッショナル薬剤師研修会
（福山 H26.11.18）
座長

江草徳幸

17）広島県病院薬剤師会　東支部研修会　第５回抗がん剤プロフェッショナル薬剤師研修会
（福山 H26.11.18）
尾道・三原地区薬剤師会会員に対する抗がん剤の指導に関するアンケート調査
パネリスト

平井俊明

18）広島県北部地区 CDE の会（三次 H26.11.13）
座長

堀川俊二

19）第１回広島感染制御薬剤師セミナー基礎コース（広島 H26.11.22）
ファシリテーター

堀川俊二

20）第37回広島県農村医学研究会（広島 H27.2.21）
薬剤師が変えるがん化学療法と制吐薬統一による経済的効果

江草徳幸，喜多村裕子，井上由貴，藤本雅宣，比良大輔，平井俊明，下岡由紀，松谷郁美，井口奈美，安原昌子，堀川俊二

# 看　護　科

【全国学会】

１）第45回日本看護学会－慢性期看護－学術集会（徳島 H26.9.11－12）
慢性心不全疾患管理の充実にむけて取り組み

慢性心不全看護認定看護師　○富山美由紀
看護師　川上和美，定金裕美，沖野貴穂，前野美紀，西田朋美
リハビリ　浦田侑加，内海志美，村上並子
医療福祉支援センター　豊田直之，藤越貞子
医　師　森島信行，上田健太郎

２）第41回日本股関節学会学術集会（東京 H26.10.31－11.1）

人工股関節全置換術を受ける患者への動画を使用した指導の効果　～ DVD を作成して～
看護師　○橋本佳典，荒田雄子，藤原　誠，児玉真由美，近藤静香，前野佳菜，林　秀子
医　師　大島誠吾

3）第30回日本静脈経腸栄養学会（神戸 H27.2.13）
患者・家族参加型栄養評価アセスメントシートの導入
看護師　○村上美香，貝原恵子
栄養士　金子美樹，越智せりか，山本智恵
薬剤師　和田英子，松谷郁美
医　師　江崎　隆，小野川靖二

4）日本薬学会第135年学会（神戸 H27.3.28）
心不全のチーム医療　～薬剤師に期待される役割とは～　看護師の立場からの在宅医療
慢性心不全看護認定看護師　○富山美由紀

【学会地方会】

1）第28回中・四国ストーマリハビリテーション学会（広島 H26.6.28）
ストーマ周囲膿瘍を形成した患者のケア　～疼痛ケアの視点から～
がん性疼痛看護認定看護師　○小田原めぐみ
看護師　山崎智美，村上　唯，豊田明美，増田尚美
医　師　中原雅浩，吉田　誠，河島茉澄

2）第51回日本呼吸器学会中国・四国地方会　第53回日本肺癌学会中国・四国地方会
（米子 H26.7.11－12）
当院における周術期呼吸リハビリテーションの現状分析
看護師　○原田　豊，小田原めぐみ，小柳友美，大宮麻紀子，重白奈未子
リハビリ　谷出康士
医　師　則行敏生

3）第７回日本静脈経腸栄養中国支部学会（広島 H26.12.6）
大腸癌術後に人工呼吸器離脱に難渋した透析患者へのアプローチ
集中ケア認定看護師　○伊藤弥史

4）第32回日本集中治療学会中四国地方会（徳島 H27.1.17）
看護師のせん妄とせん妄対策に関する意識の変化
看護師　○瀬尾香奈子，高月利枝，青山雪枝，伊藤弥史，重田智洋

【全国研究会】

1）平成26年度日本心不全学会チーム医療推進委員会教育セミナー（広島 H26.11.2）
慢性心不全看護認定看護師の展開
慢性心不全看護認定看護師　○富山美由紀

【地方研究会】

1）広島循環器ケア・リハビリテーション研究会（広島 H26.5.10）
心不全患者の在宅療養をチームで支える　～多職種連携，地域連携のためのカンファレンス～
慢性心不全看護認定看護師　○富山美由紀

2）第28回備後ストーマ・排泄リハビリテーション研究会（福山 H26.5.24）
ストーマ周囲膿瘍を形成した患者のケア　～疼痛ケアの視点から～
がん性疼痛看護認定看護師　○小田原めぐみ
看護師　山崎智美，村上　唯，豊田明美，増田尚美

医　師　中原雅浩，吉田　誠，河島茉澄

3）第11回備後サイコオンコロジー研究会（尾道 H26.10.9）
小児悪性疾患を持つ患者と家族のケア
がん性疼痛看護認定看護師　○小田原めぐみ
看護師　山崎智美，村上　唯，豊田明美，増田尚美
医　師　中原雅浩，吉田　誠，河島茉澄

4）第29回備後ストーマ・排泄リハビリテーション研究会（尾道 H26.11.29）
複雑なストーマトラブルへの対応　～緊急時対応体制構築への取り組み～
看護師　○増田尚美，豊田明美，岡本尚子，長岡史恵，安友裕穂，桶本瑞江

5）第15回備後糖尿病療養指導士会（福山 H27.2.7）
Let's Try! 知って，考えて楽しむ企画立案　～世界糖尿病デーイベント報告～
糖尿病看護認定看護師　○貞安妙美

6）第37回広島県農村医学研究会（広島 H27.2.21）
JA 尾道総合病院の緩和ケアチームにおける認定看護師の役割
緩和ケア認定看護師　○島居孝恵

7）第37回広島県農村医学研究会（広島 H27.2.21）
当院における周術期呼吸リハビリテーションの現状分析
原田　豊

8）尾道市市民公開講座　～みんなで知ろう !! 糖尿病（尾道 H27.3.28）
あなたの足　大切に…　～糖尿病病変から足を守ろう～
糖尿病看護認定看護師　○貞安妙美

## 看　護　科（内視鏡センター）

【全国学会】

1）第73回日本消化器内視鏡技師学会（大阪 H26.10.24－25）
高張性経口腸管洗浄剤における服用量減量に向けての検討
消化器内視鏡技師　○楠見朗子，森田恵理子，栗本保美，佐藤静江，中宮清美，立花隆義，山根愛子
看護師　三島ゆかり，三阪雅美，柏原奈美
医　師　花田敬士，小野川靖二，中土井鋼一，今川宏樹

2）第８回日本カプセル内視鏡学会学術集会（東京 H27.2.15）
当院における「overnight-CE」（ON-CE）システムの現状　～読影支援制度開始に伴い技師介入を試みて～
消化器内視鏡技師　○栗本保美，楠見朗子，森田恵理子，佐藤静江，中宮清美，立花隆義，山根愛子
看護師　三島ゆかり，三阪雅美，柏原奈美
医　師　今川宏樹，中土井鋼一，小野川靖二，花田敬士

# 看護専門学校活動報告

1）進路説明会（尾道地区 5.7，府中東高校 5.14，三原東 5.15，戸手高校 5.23，6.23，三次高校 5.26，尾道高校 6.14，三原地区 6.14，西部地区 6.24，北部地区 6.25，中部地区 6.25，東部地区 7.1～3，10.30，御調高校 9.24，如水館高校 10.22，因島高校 11.5，松永高校 27.2.6，豊田高校・黒瀬高校 27.2.18）
　藤田照美，麻生辰成，畠ゆかり

2）定例実習指導者会議（尾道総合病院 4.15，6.17，10.21，11.18，12.16，27.3.17）
　藤田照美，畠ゆかり，得沢世津子，濱川英子，中満美幸，高垣由美子，船山幸代，山北理恵，石田恵美，伊藤美子，高橋　恵

3）院内講師会議（尾道 H26.3.14）
　藤田照美，麻生辰成，畠ゆかり，得沢世津子，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

4）広島県看護協会三原尾道支部まちの保健室（尾道 4.26）
　船山幸代

5）臨地実習開校式（尾道総合病院 5.19）
　藤田照美，麻生辰成，畠ゆかり，得沢世津子，濱川英子，中満美幸，高垣由美子，船山幸代，山北理恵，石田恵美，伊藤美子，20期生，21期生，22期生

6）慰霊祭（広島 6.1）
　麻生辰成

7）日本看護連盟総会（東京 6.3～4）
　藤田照美

8）実習指導者研修会（尾道 5.19，6.20，8.8，11.15，11.19，11.22）
　藤田照美，畠ゆかり，得沢世津子，濱川英子，中満美幸，高垣由美子，船山幸代
　山北理恵，石田恵美，伊藤美子

9）広島県看護協会三原尾道支部進路相談会（三原 6.18）
　船山幸代

10）尾道看護専門学校運営会議（尾道 7.18，広島 11.11）
　藤田照美，麻生辰成，畠ゆかり，得沢世津子，濱川英子，中満美幸，高垣由美子
　船山幸代，山北理恵，石田恵美，伊藤美子

11）解剖見学実務者会議（広島 8.9）
　濱川英子，伊藤美子

12）ケーススタディ発表会（尾道 8.7，8.8）
　藤田照美，麻生辰成，畠ゆかり，得沢世津子，濱川英子，中満美幸，高垣由美子
　船山幸代，山北理恵，石田恵美，伊藤美子

13）院外講師会議（尾道 8.22）
　藤田照美，麻生辰成，畠ゆかり，得沢世津子，濱川英子，中満美幸，高垣由美子
　船山幸代，山北理恵，石田恵美，伊藤美子

14）オープンキャンパス（尾道 8.22，12.22）
　藤田照美，麻生辰成，畠ゆかり，得沢世津子，濱川英子，中満美幸，高垣由美子
　船山幸代，山北理恵，石田恵美，伊藤美子

15）中国地区看護教育研究会（尾道 7.6，岡山 11.30，福山 27.3.14）

畠ゆかり，得沢世津子，濱川英子，中満美幸，高垣由美子，船山幸代，山北理恵
石田恵美，伊藤美子，高橋　恵

16）第57回広島県看護学校研究発表会（広島 10.4）
藤田照美，麻生辰成，畠ゆかり，得沢世津子，中満美幸，船山幸代，石田恵美

17）広島県看護協会三原尾道支部まちの保健室（尾道 10.8）
得沢世津子

18）全厚連看護部長会議（東京 10.9～10.11）
藤田照美

19）広島県看護教員養成講習会実習受入（尾道 11.17～12.5）
広島県厚生連尾道看護専門学校

20）広島県実習指導者講習会助言者（広島 12.4，12.9，12.11，12.15）
中満美幸

21）広島県看護教員講習会実習報告会（三原 12.12）
得沢世津子，高垣由美子

22）広島県看護教員講習会看護教育課程助言者（三原 12.17，27.1.6，1.9，1.15，1.21）
畠ゆかり

23）防火訓練（尾道 27.1.29）
藤田照美，麻生辰成，畠ゆかり，得沢世津子，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，高橋　恵，20期生，21期生，22期生

24）中四国 JA 看護部会議（尾道 27.1.30）
藤田照美

25）全国農村医学会（茨木 11.12～14）
「看護専門学校での基礎看護技術修得に向けての取り組み」
～3年次中盤に看護技術を再学習する効果～
濱川英子，中満美幸，石田恵美，畠ゆかり

26）第36回広島県農村医学研究会（広島 27.2.21）
「生活体験の乏しい看護学生の家事手伝いを試みて」
伊藤美子，濱川英子

## リハビリテーション科

【全国学会】

1）第45回日本看護学会－慢性期看護－学術集会（徳島 H26.9.11－12）
慢性心不全疾患管理の充実にむけて取り組み
富山美由紀，川上和美，定金裕美，沖野貴穂，前野美紀，西田朋美，浦田侑加，内海志美，
村上並子，豊田直之，藤越貞子，森島信行，上田健太郎

【学会地方会】

1）第51回日本呼吸器学会中国・四国地方会　第53回日本肺癌学会中国・四国地方会
（米子 H26.7.11－12）
当院における周術期呼吸リハビリテーションの現状分析
原田　豊，小田原めぐみ，小柳友美，大宮麻紀子，重白奈未子，谷出康士，則行敏生

【地方研究会】

1）第11回備後サイコオンコロジー研究会（尾道 H26.10.9）
小児悪性疾患を抱える患者・家族のケアについて
小田原めぐみ，西村　寛，寅丸貴司，（高垣優子）

## 化学療法センター

【全国学会】

1）第52回日本癌治療学会学術集会（横浜 H26.8.29）
高度催吐性化学療法における Fosaprepitant の希釈投与に関する検討
江草徳幸，福家幸子，村上利恵，比良大輔，平井俊明，安原昌子，橋本佳浩，佐々田達成，益田　健，則行敏生

## 医療福祉支援センター

【全国学会】

1）第45回日本看護学会－慢性期看護－学術集会（徳島 H26.9.11－12）
慢性心不全疾患管理の充実にむけて取り組み
富山美由紀，川上和美，定金裕美，沖野貴穂，前野美紀，西田朋美，浦田侑加，内海志美，村上並子，豊田直之，藤越貞子，森島信行，上田健太郎

## NST 運営委員会

【全国学会】

1）第30回日本静脈経腸栄養学会学術集会（神戸 H27.2.12－13）
患者・家族参加型栄養評価アセスメントシートの導入
村上美香，貝原恵子，金子美樹，越智せりか，山本智恵，和田英子，松谷郁美，江﨑　隆，小野川靖二

2）第30回日本静脈経腸栄養学会学術集会（神戸 H27.2.12－13）
自然落下法の導入に向けた基礎実験
越智せりか，金子美樹，山本智恵，江﨑　隆，小野川靖二

【地方研究会】

1）第12回広島 NST 研究会（広島 H27.1.31）
膵摘後の難治性脂肪性の下痢に対する便脂肪染色の有用性
吉廣一寿

# 院内カンファレンス

**第265回　尾道総合病院オープンカンファレンス（26.4.24）**

「悪性黒色腫の末梢循環細胞（CTC）の検討」

尾道総合病院　皮膚科　柳瀬哲至

「知っておきたい IBD の話題」

尾道総合病院　消化器内科　小野川靖二

「在宅医より見た家庭内の風景の変遷」

本多医院　本多元陽

**第266回　尾道総合病院オープンカンファレンス（26.6.26）**

CPC「消化管ステント留置を行った進行食道癌の一例」

尾道総合病院　研修医　内海孝法，病理診断科　米原修治

CPC「膵腫瘍の一例」

尾道総合病院　研修医　和田あずさ，病理診断科　米原修治

**臨床病理検討会（26.7.28）**

CPC「切除術後に自然経過を観察し得た心臓血管肉腫の一例」

尾道総合病院　研修医　小野泰輔，病理診断科　米原修治

**第23回　尾三地域がん連携フォーラム（26.10.3）**

「末期患者とのコミュニケーション」

日本赤十字社医療センター　化学療法科　部長　國頭英夫

**第267回　尾道総合病院オープンカンファレンス（26.10.30）**

CPC「若年発症した進行胃癌の一例」

尾道総合病院　研修医　福原基允，病理診断科　米原修治

「最新のウイルス性肝炎の治療」

尾道総合病院　内科　片村嘉男

「笑いと健康」

公立みつぎ総合病院　副院長　沖田光昭

**第５回　広島県心臓いきいきキャラバン研修（26.11.20）**

「循環器診療におけるリハビリの重要性」

尾道総合病院　循環器内科　瀧口　侑

「急性期・専門病院でのリハビリの取り組み」

福山循環器病院　リハビリテーション課　大浦啓輔

**第３回　多職種連携推進研修会（27.1.15）**

「感染制御はみんなの力で！～地域として何が出来るだろう？～」

尾道総合病院　感染管理認定看護師　棒田静香

「JA 尾道総合病院における入院初期の情報共有の現状」

尾道総合病院　医療福祉支援センター　森元眞由美

**第268回　尾道総合病院オープンカンファレンス（27.1.22）**

「総合診療と地域医療」

広島大学病院　総合診療科　教授　田妻　進

**市民公開講座「市民のためのがん最前線」（尾道市との共催）（27.2.11）**

「お得な尾道市の健診情報！」

尾道市健康推進課　胡子敦子

「前立腺がんのすべてがわかる!!」

尾道総合病院　泌尿器科　森山浩之

「今話題のヘリコバクターピロリ菌と胃癌診療～最新の内視鏡診療も含めて～」

尾道総合病院　消化器内科　今川宏樹

**尾道若手消化器病セミナー（27.2.23）**

「早期大腸癌内視鏡診療の最前線」

広島大学大学院　医歯薬保健学研究科　内視鏡医学　教授　田中信治

# 院内主要行事

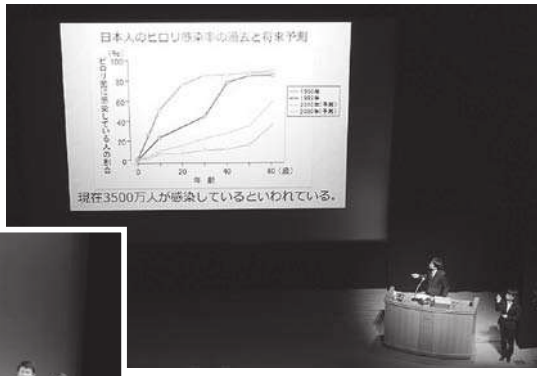
平成26年度

| 年　月　日 | 行　　事 | 年　月　日 | 行　　事 |
|---|---|---|---|
| 26.4.1-4.2 | 辞令交付式(新採用者医師･異動者･昇進者対象) | 26. 11. 14 | 院内感染対策研修会 |
| 4．17 | 経営改善計画進捗状況職員向け説明会 | 11. 16 | 尾道市医師会在宅医療推進拠点整備事業ケアカンファレンス研修会 |
| 4．18 | 府中市長選挙及び，府中市議会議員一般選挙 不在者投票 | 11. 20 | 第５回 広島県心臓いきいきキャラバン研修 |
| 4．24 | 第265回 尾道総合病院オープンカンファレンス | 11. 27 | 大腿骨頚部転子部骨折地域連携パス尾道地区ミーティング |
| 4．28 | 地域救命救急センター職員説明会 | 12. 2 | 医療安全研修会『チームステップス』 |
| 5．28 | 超音波検査学術講演会 | 12. 11 | 衆議院議員選挙不在者投票 |
| 6．12 | 地域の医療と連携を考える会 | 12. 11 | BSC 研修会 |
| 6．13 | 感染防止対策合同カンファレンス | 12. 17 | クリスマスコンサート |
| 6．26 | 第266回 尾道総合病院オープンカンファレンス | 12. 18 | メンタルヘルス研修会 |
| 7．2 | 医療安全研修会(反社会勢力への対応について) | 12. 18 | BSC 研修会 |
| 7．7 | 救急受入体制にかかる説明会 | 27. 1．5 | 新年互礼会 |
| 7．15 | 第２回 尾道市医師会地域連携NST研修会 | 1．14 | 新春コンサート |
| 7．17 | 地域連携の集い（松永） | 1．15 | 第３回 多職種連携推進研修会 |
| 7．28 | 臨床病理検討会 | 1．22 | 第268回 尾道総合病院オープンカンファレンス |
| 8．20 | DMAT 出動（広島市豪雨土砂災害） | 2．4 | 院内感染対策研修会 |
| 8．21 | ピンクリボンサロン | 2．6 | 医療安全研修会「チームステップス」 |
| 8．28 | 地域連携の集い（尾道） | 2．11 | 市民公開講座「市民のためのがん最前線」 |
| 8．28 | 医療体験セミナー | 2．23 | 尾道若手消化器病セミナー |
| 9．3 | 医療安全研修『個人情報保護における最近の課題』 | 3．2 | 個人情報保護研修会 |
| 9．18 | 地域連携の集い（三原） | 3．3 | ひなまつりコンサート |
| 10. 1 | 医療安全研修会 | 3．12 | 医療安全研修会 |
| 10. 3 | 第23回 尾三地域がん連携フォーラム | 3．25 | 臨床研修医修了式 |
| 10. 9 | 第11回 備後サイコオンコロジー研究会 | 3．27 | Cheerful SMAIL CONCERT |
| 10. 14 | 職場環境改善に係る研修会 | 3．30 | 部署別 BSC 発表会 |
| 10. 18 | 第３回 笑 in 祭 | | |
| 10. 30 | 第267回 尾道総合病院オープンカンファレンス | | |
| 10. 31 | 医療安全研修会 | | |

## 地域の医療と連携を考える会

## 医療体験セミナー

## 市民公開講座



## 尾道若手消化器病セミナー

（田中信治 先生）

## オープンカンファレンス（第268回）

（田妻　進 先生）

## 笑 in 祭

# 広島土砂災害への当院 DMAT 活動報告

DMAT 隊員
副院長　瀬　浪　正　樹

８月20日に発生した広島市における土砂災害により被災された皆様に，心からお見舞い申し上げます。一日も早い復興をお祈り申し上げるとともに，同じ広島県民の一員としてできる限りの支援をさせていただきたいと思います。

さて，８月20日，当院では災害当日，広島県からの DMAT の派遣要請を受け，隊員の調整を行った後，午前11時に現地に向けて出動しました。メンバーは医師１名，看護師２名，調整員（薬剤師・事務員）２名の計５名です。DMAT 活動拠点本部に指定されていた安佐南消防署へ参集し，指示により被害の大きかった八木地区で傷病者の搬出に備え待機するよう赴きました。待機場所は可部線の外側でしたが，車が通る場所以外は土砂が10cm 以上堆積しぬかるんでおり，歩くのも困難な状態でそこにもまだ濁水が流れてきていました。このため待機場所を少し離れた国道沿いに移し，消防・警察・自衛隊の合同待機場所としました。午前中には救出まで長時間を要す挟まれや，体が埋もれた患者さんが数名おられ，DMAT も現場まで行き「クラッシュ症候群」などの救出後の急激な心停止に備え点滴や薬の投与を行っていました。午後になり二次災害の危険が高く完全装備した DMAT でさえ現場までの立ち入りは制限されるようになりました。緊急援助協定で近隣各地から集まった消防・警察あるいは自衛隊などの必死の捜索活動にも関わらず，我々が待機していた時間帯には救出された生存者はいませんでした。

夕方の時点で消防からの情報で行方不明者が８名ということもあり，医療ニーズに対して一部の DMAT のみで十分であろうとの本部の判断から我々は帰院することとしました。

多くの人々が被災し，現場から治療を開始しないと助からない命もあることから機動性があり重症患者さんの状態の安定化をして医療施設まで届けることができる DMAT の派遣は非常に重要なものがあります。今回の災害では DMAT 派遣により数名の方々の救命をすることができたと報告されています。

一方，DMAT 派遣に際しては，隊員の日常業務の代行や災害に対する情報提供・物的支援，傷病者受け入れのためのベッドの確保など病院のバックアップが必要になります。この方面でご支援・ご協力していただいた皆様に感謝いたします。

# 職場だより
# 委員会報告

# 職　場　だ　よ　り

## 循環器科

部　長　尾　木　　浩

今年３月で上田健太郎先生（Ｈ６年卒）が広島市内で開業のため退職され，４月より松本武史先生（H15年卒）が赴任されました。

森島主任部長，私，松本先生，瀧口先生，大久保先生の循環器科医師５名で虚血性心疾患，不整脈，心不全，肺塞栓，弁膜症，心筋症，心筋炎，閉塞性動脈硬化症等の様々な病態に対して24時間体制で治療を行っております。当院は日本循環器学会，日本心血管インターベンション治療学会，日本不整脈学会，日本心電学会の認定研修施設です。

虚血性心疾患や下肢の虚血に対するカテーテル治療（PCI，PTA），不整脈における高周波カテーテルアブレーション（RFCA），デバイス植込み（pacemaker，ICD）など症例数は増加傾向にあり，又2013年からは心臓血管外科医師と伴に腹部大動脈瘤に対するステントグラフト治療も行っております。

現在，外来に隣接した心臓カテーテル検査室で主に治療を行っておりますが，症例数の増加や急患対応で一日中カテーテル治療を行っている事もあり，四月からは地域救命救急センターが稼働し，二つ目のカテ室の必要性を感じます。

慢性心不全の患者さんに対しては外来での心臓リハビリや心臓イキイキ教室（患者さんやご家族対象の勉強会），開業医の先生や県内の他の基幹病院との連携なども積極的に行っております。又，外来では富山看護師（慢性心不全看護認定看護師）が心不全患者のサポートをしてくれており，大変心強いです。

高齢化地域にて，侵襲的な検査や治療が困難な患者さんも多く，都市部とは違う医療の難しさもありますが，やりがいを感じております。コメディカルなど多くのスタッフと伴にチーム医療を実践し，地域に根差した治療を実践していこうと考えています。

**2014年４月～2015年３月当科の検査・治療数**

| | 症例数 |
|---|---|
| 冠動脈造影（CAG） | 656 |
| 経皮的冠動脈形成術（PCI） | 186 |
| 経皮的血管形成術（PTA） | 31 |
| 心臓電気生理学的検査（EPS） | 61 |
| 高周波カテーテルアブレーション（RFCA） | 51 |
| Pacemaker 植込み | 49 |
| Pacemaker 電池交換 | 16 |
| ICD 植込み・電池交換 | 3 |
| CRTD 植込み・電池交換 | 2 |

# 外科・内視鏡外科

## 2015年～新たな潮流

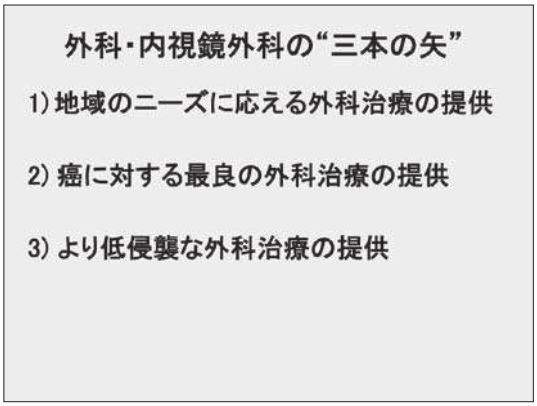
主任部長　中　原　雅　浩

2015年４月に当科で11年間勤務した福田（現・広島鉄道病院　外科医長）が異動になりました。福田は尾道総合病院では肝・胆・膵領域と胃領域を担当しており，その丁寧で柔らかな口調の診療，繊細かつ大胆な手技による確実な手術，物静かな振る舞いと腹立たしい事があっても常に大人の対応のできる人格者であったことから尾道総合病院は元より尾三因地区には必要不可欠な存在であったため，その異動の影響力は非常に大きなものでした。しかし，福田の代わりに広島大学から安部智之と藤國宣明という二人の，これから外科医として伸び盛りを迎える30台半ばの若い外科医が来てくれました。安部は肝・胆・膵領域を，藤國は胃領域を専門としています。安部は福岡県の飯塚病院という症例数の多い病院で後期研修医のトレーニングを行った後，広島大学消化器外科に入局しました。一方，藤國は７年前に当科で研修を行っています（覚えている方もおられるかもしれません）。二人とも大学の厳しい環境の中で教育された外科医であるため，今後さらに当科で多くの臨床経験を積むことにより優秀な外科医になってくれるでしょう。明治維新を成し遂げたのが20歳台－30歳台前半の若い志士たちであったことからも，志を持った若い人材が新たな潮流となり当科が更なる発展することを期待します。

現在の布陣は**消化器外科；上部消化管**）天野，藤國，**下部消化管**）中原，吉田，黒田元院長，肝・胆・膵）天野，安部，**呼吸器外科；**則行，山木，**乳腺・甲状腺外科；**佐々田となっています。これら９名のスタッフに加え，齊藤，竹井，竹元，村上，武智，大野の６人の新進気鋭の若手外科医を加えた合計15人となっています。

15人の外科医が頸から下の心臓を除く全ての臓器に対し，歴代の大先輩が築きあげてきた外科・内視鏡外科の歴史を汚さないように，諸先輩と同じく手術室で力の限り奮闘し，或る時は歓喜に高ぶり，或る時は落胆に打ちひしがれ，患者さんの治療を力の限り行っています。そして我々の一歩，一歩の積み重ねがこれからの外科・内視鏡外科の歴史を構築し，素晴らしく発展した未来へと繋がっていることを信じて日々の診療を頑張っています。

スライドに当科の実績とポリシーを示します。



## 平成26年外科手術件数

| 領域 | 臓器 | 件数 |
|---|---|---|
| 胸部 | 乳腺 | 70 |
| | 肺 | 87 |
| 消化管 | 食道、胃、十二指腸 | 123 |
| | 大腸、小腸、直腸 | 237 |
| | 肛門 | 60 |
| | 虫垂 | 64 |
| 肝胆膵 | 肝臓 | 30 |
| | 胆道 | 176 |
| | 膵臓 | 32 |
| | 脾臓 | 4 |
| 腹膜・腹壁 | ヘルニア | 109 |

| | |
|---|---|
| 総計 | 1117 |
| 待機手術 | 937 |
| 緊急手術 | 180 |
| | |
| 内視鏡手術 | 612 |

## 昨年度までの内視鏡手術症例数

大腸切除術（結腸、直腸）：1323例
胃切除術（幽門側、全摘、噴門側）：405例
虫垂切除術：191例
鼠径部ヘルニア修復術：201例
膵切除術：37例
脾臓摘出術：20例
肝切除術：33例
副腎摘出術：19例
単孔式胆嚢摘出術：556例

胸腔鏡下肺切除術：195例（2009以降）

内視鏡的乳房部分切除術：11例（2012以降）

**スタッフ紹介；**
肩書き（自称）と二言（一言ではなく敢えて二言です）に注目して下さい。

**呼吸器外科；**
**○よろず相談所的呼吸器外科医；則行敏生**
「positive thinking でやってみよう。」「世界水草レイアウトコンテスト入賞を目指しています♪」
**○イクメン呼吸器外科医；山木　実**
「患者さんの声に耳を傾ける診療を心掛けています。」

**乳腺・甲状腺外科；**
**○ Mr. ピンクリボン；佐々田達成**
「乳腺疾患の正確な診断，世界レベルの乳癌治療を目指して。」
「目標は体重60kg以下，フルマラソン３時間30分以内。」

**消化器外科；**
**○孤高の内視鏡外科医；中原雅浩**
「志は常に高く!!」「織田信長は天才か？凡人か？」
**○男気ある外科医を追い求める；天野尋暢**
「尾三因の肝・胆・膵癌完全撲滅!!」「趣味は仏像鑑賞。」
**○新幹線で何故か隣に人が座らない；吉田　誠**
「見た目ほど怖くないです。」「目標；内視鏡技術認定医を取る！直腸肛門機能性疾患を広める！」
**○現在修行中；安部智之**
「少々の事では体は壊しません。コツコツと働きます。」
「毎日を一生懸命に前を向いて生きていきます。」
**○世界一嫁が好き♥；藤國宣明**
「現在妻は妊娠６か月。胃外科を中心に頑張ります。」「好きなタイプはマシュマロの様な女性。」

**Trainee；**
**○走れる背の高いキリンさん；齊藤竜助**
「for the patient をモットーに。」「今年，フルマラソン走るぞ。」

**○自称：寡黙な外科医；竹井大祐**
「既往歴：パンペリ。患者の気持ちが解るつもりです。」
「まずは外科専門医取得に努力していきます。」
**○尾道生え抜き外科医；竹元雄紀**
「患者さんには優しく，手術はストイックに頑張ります。」
**○いつも全力なメガネ系女医；武智　瞳**
「何があっても前向きに頑張っていきます。」「全ての尾道の飲食店を制覇します。」
**○アイドル志望；村上千佳**
「一般外科の修行中です」「紹介状等はマネージャーを通してね。」
**○二児の母＋幹部自衛官；大野夏美**
「何度打たれても立ち上がります!!」

# 整 形 外 科

主任部長　盛　谷　和　生

横山先生が今年の５月から３回目の産休に入りまして，整形外科のスタッフは現在，数面先生，田中先生，大島先生，松浦先生，そして私の５人体制で診療をおこなっています。
新任の松浦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。

初めまして。今年４月よりこちらに赴任してきました松浦正己といいます。
出身は広島市で，広島学院中学・高等学校，広島大学を卒業し医師となりました。初期研修を広島市民病院で２年間行った後，整形外科の道へすすみ２年間同病院で勤務，その後はJA広島総合病院に２年間勤務，そしてこの４月からかねてより希望をしていたこの病院に転勤となりました。現在は自分が興味のある膝関節を中心に外傷や変性疾患など幅広く勉強させて頂いています。当初はシステムの違いなど戸惑うことばかりでしたが，少しずつ地に足がついてきたかな…と思っています。
好きな食べ物はお好み焼きで，学生時代は週に４－５回食べていました。好きなスポーツはバスケットボールで初めてから20年間飽きるくらいやりました。最近はロードバイクにどっぷりはまっていて，すぐそこにあるしまなみ海道を休日に走り，尾道にきて本当によかったなーと思っています!!同じように自転車に乗られる方がいましたら，是非声をかけて頂ければと思います。
まだまだ整形外科としては未熟で，先輩の先生方や皆様にご迷惑をかけることも多い状況ですが，真面目に熱意を持って診療に取り組んでいこうと思っています。今後とも宜しくお願い致します。

# 脳神経外科

医　師　磯　部　尚　幸

地域医療の中核となる総合病院として，日本脳神経外科学会専門医が脳血管障害・脳腫瘍・頭部外傷などを中心に診療を行っています。また顔面痙攣や三叉神経痛といった機能脳神経外科といった領域も対応させていただいております。特殊外来としては，第１・第３金曜日午後には広島大学脳神経外科のてんかん外科専門医によるてんかん外来を行っています。

当科では，『患者さんが最善の医療』を受けられるよう，患者さん･御家族の方が御自身の病気・治療法について御理解，また納得していただけるよう情報提供させていただきます。その上で手術は安全かつ確実な手術をめざし，己のできる最善を尽くした医療を提供させていただくことをモットーに，日々の診療にあたっております。

平成25年11月から『日本脳神経血管治療学会認定専門医』が赴任，平成26年４月からは『脊椎・脊髄』をも専門とした医師が赴任し，平成26年度は入院患者417名，手術件数は142件［主な内訳は，脳動脈瘤クリッピング16件（破裂２，未破裂14)･脳腫瘍摘出９件，バイパス６件，血管内手術症例では瘤内コイル塞栓７件（破裂４，未破裂３），頚動脈ステント留置17件，脊椎･脊髄７件］にまで増加いたしました。

しかし平成27年４月より今まで常駐していた『日本脳神経血管治療学会認定専門医』が転勤となったため，脳血管内治療に関しては広島大学脳神経外科血管内グループに治療支援をして頂きながらの対応に，脊椎・脊髄に関しては広島大学脳神経外科脊椎・脊髄グループに治療支援をして頂いたり，当院整形外科の方で対応をお願いしている状況です。

その一方で地域救命救急センターの開設と時期同じくして，脳外科スタッフは２名から３名に増員となりました。そのためこの５月から外来診療を１診から２診体制に，また診察時間外でも緊急を要する患者様の診療に積極的にあたらせていただいております。

備後地区の多くの病院とも連携をとり，患者さんの病状に合わせた治療が地域全体で行えるようこころがけています。

# 小　児　科

## 母として，小児科医として

医　師　玉　浦　志　保

先日３人目の育児休暇を終えて，復職いたしました玉浦です。長男は今年小学１年になりました。皆様のおかげで変わらず働くことができています。復帰して１か月，何より嬉しいのは「先生の復帰を待っていましたよ！」と言ってくださる患者さんの親御さんの言葉です。ご迷惑をおかけしました，と謝りながら，やはり待っていてくださることは本当にありがたく思います。

小児科というところは，育児経験が仕事に直結して生かせる場所です。子供の数を競うわけではありませんが，３人子育てしていると，乳児健診や発達相談での「子育て相談」でも，なんでも来い！という気持ちになります。

私が常日頃，患者さんのお母さんにお話しするのは，「子どもと接するときには常に笑顔で接してあげてください」ということです。最近は働くお母さんも珍しくなく，フルタイムで仕事も育児も頑張っている方もたくさんいます。そういう方は時間的には専業主婦の方よりも子供と接する時間が短くなってしまいます。しかしいくら子供と接する時間が長くても，育児ノイローゼ寸前の専業主婦のお母さんがしんどい思いをしながら，子供を叱ってばかりだと，子供にも母親にも良いわけがありません。また，シングルマザーであったり，病気がちの子供がいたりと，子供を取り巻く環境は本当に様々です。「たとえお父さんがいなくても，お母さんが仕事で忙しくてなかなか子供と接する時間が取れなくても，子供が病気でつらい状況であっても，お子さんと接するときには，ぜひ笑顔でいてください。それだけで子供は必ず幸せになれますから。」こんな話を診察でしたりします。

私は３人目の育児休暇で８か月程度，専業主婦をしていました。専業主婦ほど大変な「職業」は

ないと思います。私も期間限定だからできたのかな，と思います。確かにゆっくりできたし，子供とたくさん向き合って，期間限定の育児時間を楽しむことができました。復職してすぐは，子供に「なんで仕事行くんー？」と駄々をこねられた時もありましたが，子供たちはいつかわかってくれると思いながら日々頑張っています。小児科という仕事は私にとって天職と思っています。やっぱり私は子供が好きなのかな。

今後ともよろしくお願いいたします。

# 耳鼻咽喉科

主任部長代理　石　井　秀　将

石井　秀将（筑波大学 1994年卒）
片桐　佳明（東京医科大学 2006年卒）
高原　大輔（広島大学 2009年卒）

| | 月 | 火 | 水 | 木 | 金 |
|---|---|---|---|---|---|
| 1診 | 石井 | 片桐 | 片桐 | 高原 | 石井 |
| 2診 | 高原 | 手術 | 高原 | 手術 | 片桐 |
| 午後 | カンファレンス | 手術 | 小児外来<br>アレルギー外来<br>嚥下機能評価 | 手術 | 特殊検査<br>術後処置外来<br>嚥下機能評価 |
| 病棟／手術 | 片桐 | 石井・高原 | 石井 | 石井・片桐 | 高原 |

今年は耳鼻咽喉科医師３名のうち２名の異動がありました。まず平成14年より13年間勤務された主任部長の森　直樹先生が平成27年３月末に広島市立安佐市民病院に異動され，つづいて平成22年より５年間勤務された長　陽子先生が平成27年５月末にJA広島総合病院に異動されました。代わりに石井秀将と片桐佳明が着任し，新しい体制がスタートしたばかりです。これまで以上に積極的に外来・入院患者の診療と手術に取り組んでいきたいと考えていますので，ご指導ご鞭撻のほど宜しくお願い致します。

入院患者は常時10～15名で，平成26年度の入院患者数はのべ470名でした。頭頸部悪性腫瘍の患者も多く，放射線科との合同カンファレンスを定期的に行って個々の患者の治療方針を検討しています。

手術は毎週火曜日と木曜日の午前・午後に行っており，年間手術件数は約250～300件です。手術の待機期間は比較的短く，夏休み期間等を除けば概ね１ヶ月以内に手術が実施できます。扁桃摘出術・アデノイド切除術，内視鏡下鼻副鼻腔手術，喉頭微細手術（ラリンゴマイクロサージェリー）などの一般的な耳鼻咽喉科手術はもちろん，唾液腺腫瘍手術，頸部郭清術，口腔／咽喉頭悪性腫瘍手術なども行っています。

**〈耳科〉**

難治性滲出性中耳炎には鼓膜チューブ留置術を行います。慢性中耳炎・鼓膜穿孔に対しては接着法による鼓膜形成術を日帰りまたは短期入院で行っています。内耳性めまい（良性発作性頭位めまい症やメニエール病など），突発性難聴，顔面神経麻痺（ベル麻痺など）に対する検査･治療も行っています。乳幼児の聴覚評価などには聴性脳幹反応（ABR）検査も行っています。

**〈鼻科〉**

重症のアレルギー性鼻炎に対してアルゴンプラズマ凝固装置を用いた下鼻甲介粘膜焼灼術を行っ

ています。鼻中隔弯曲症などの鼻腔形態異常による高度鼻閉に対しては，鼻中隔矯正術や粘膜下下鼻甲介骨切除術も行います。薬物療法で改善しない難治性慢性副鼻腔炎・鼻ポリープに対してはマイクロデブリッダーを用いた内視鏡下副鼻腔手術を行っています。

**〈咽喉科〉**

慢性扁桃炎や扁桃肥大，アデノイド増殖症に対して口蓋扁桃摘出術・アデノイド切除術を多く行っています。咽喉頭内視鏡にもNBI（狭帯域光観察）が導入されており，表在性微小病変の早期発見が可能です。嚥下障害患者に対しては，言語聴覚士とともに嚥下内視鏡検査・嚥下造影検査を行っています。また気管切開術の実施と術後の気道管理も行っています。

**〈頭頸部外科〉**

頭頸部腫瘍の診断と治療も行っています。まず超音波画像診断装置（エコー）による観察を行い，これに穿刺吸引細胞診，生検，CT，MRI撮影などを加えて迅速に診断を行います。頭頸部悪性腫瘍（口腔癌，咽頭癌，喉頭癌，鼻副鼻腔癌，唾液腺癌）に対しては「頭頸部癌診療ガイドライン」「口腔癌診療ガイドライン」「NCCN guideline」などにもとづいて手術・放射線治療・化学療法を組み合わせた集学的治療を行います。

表１　平成26年度　耳鼻咽喉科手術件数（283件）

| | |
|---|---|
| **耳科手術（17例）** | |
| 鼓室形成術 | １件 |
| 鼓膜形成術 | １件 |
| 鼓膜チューブ挿入術 | ９件 |
| 先天性耳瘻管摘出術 | ５件 |
| 外耳道腫瘍摘出術 | １件 |
| **鼻科手術（83例）** | |
| 内視鏡下鼻・副鼻腔手術 | 47件 |
| 鼻中隔矯正術 | 20件 |
| 粘膜下下鼻甲介切除術 | 10件 |
| 鼻内ポリープ摘出術 | ５件 |
| 鼻骨骨折整復術 | １件 |
| **口腔咽頭手術（185例）** | |
| 口蓋扁桃摘出術 | 111件 |
| アデノイド切除術 | 61件 |
| 舌腫瘍摘出術 | ４件 |
| 咽頭腫瘍摘出術 | ４件 |
| 軟口蓋形成術 | ２件 |
| 舌小帯形成術 | ２件 |
| 口唇腫瘍摘出術 | １件 |
| **喉頭手術（48例）** | |
| ラリンゴマイクロサージェリー | 43件 |
| 下咽頭腫瘍摘出術 | ４件 |
| 喉頭膿瘍切開術 | １件 |
| **頭頸部手術（31例）** | |
| 頸部リンパ節摘出術 | 10件 |
| 耳下腺腫瘍摘出術 | ８件 |
| 顎下腺摘出術 | ７件 |
| 気管切開術 | ３件 |
| 気管切開孔閉鎖術 | １件 |
| 深頸部膿瘍切開術 | １件 |
| 頸部郭清術 | １件 |

# 眼　　科

## ～地域の拠点病院となるために～

部　長　宮　城　秀　考

平成27年４月より眼科部長として赴任して参りました宮城秀考（平成17年卒　広島大）と申します。尾道地区の総合病院における眼科が次々と閉鎖されていく中，当科は唯一入院施設を備えた恵まれた眼科です。そういった状況であるが故，三原～尾道における入院加療が必要な患者はもれなくご紹介頂いている現状です。現在は私と徳毛花菜先生（平成23年卒　高知大）の２人体制で診療を行っています。人手不足の感は否めませんが，地方大学の眼科入局者数が減少している昨今，地域の病院への人員確保は難しく，外来も手術も医師２人で力を合わせて取り組んでおります。昨年度は前任の足立先生が緑内障診療を専門にされていたこともあり，年間43件の緑内障関連手術を行いました。加えて硝子体手術も101件と，網膜剥離を含めた緊急手術を要する患者が当院に集中していることが窺えます。実際，私が昨年広島市で勤務していた時も，東部地区の急患をこの病院が一手に引き受けて頂いていたことを実感していました。そういった重要な病院であることを自覚し，現状に満足することなく，より新しい知識，より良い手技を取り入れ，常に上質な診療を目指さなければなりません。私自身は網膜・硝子体疾患を専門としておりますので，昨年度以上に広島県東部地区の網膜・硝子体疾患診療を中心的に担えるような体制を整えていきたいと考えています。外来では近年増加している加齢黄斑変性症患者の診断，治療のためIA（インドシアニン・グリーン・アンギオグラフィー）撮影装置の購入とOCT（三次元画像解析装置）のバージョンアップを進めています。手術に関してはより安全・低侵襲で短時間での効率的な硝子体手術を行うために広角観察システムの導入を申請しています。まずこういった拠点病院になくてはならない検査・治療機器を揃えた上で，臨床研究や学会発表の機会を増やし，より良い医療を患者に提供できる眼科を作り上げていきたいと思っています。

# 皮　膚　科

部　長　柳　瀬　哲　至

尾道総合病院皮膚科は，あらゆる皮膚の病気に対して，おもに地域の他の医療機関からご紹介いただいた患者のみなさまを中心に，皮膚科医３名による診療を行っています。

当科は総合病院の皮膚科ですので，湿疹皮膚炎であっても難治性のアトピー性皮膚炎や難治性湿疹であって通常の治療が奏効しない症例が多く，特にアトピー性皮膚炎では入院が必要になるケースにしばしば遭遇します。湿疹皮膚炎で大事なことは，なにより正しい生活指導と外用指導をおこない，それを継続して実践していただくことに尽きます。どんなに効果のある薬剤でも，患者さんに適切に内服・外用していただけないと改善しません。ですから，治りにくい湿疹の治療には患者さんに粘り強くわかりやすく説明を心掛け，十分にその治療の必要性・妥当性に納得いただくことが必要になります。難治性湿疹の背景に薬疹や金属アレルギーが隠れていることも稀にみられ，精査の結果薬剤性のアレルギーが見つかった場合には担当医の先生方に連絡し中止または他系統の薬剤への変更を依頼することもあります。もちろん湿疹皮膚炎群，薬疹･中毒疹のみならず，蕁麻疹，脱毛症や血管炎・膠原病，水疱症や光線過敏症，褥瘡や壊疽，熱傷まで幅広く対応しています。特に超高齢化社会を迎え，褥瘡や動脈閉塞性の壊死症例の紹介を受けることも多く，他科の先生や地

域の先生方と連携しながら入院や外来で対応しています。

平成26年度より前年度の森本謙一部長から柳瀬哲至が職を引き継ぎ，特に手術症例についてより手厚い診断と診療を意識しています。特に腫瘍の診断に関してはダーモスコピーや体表部エコーを用いた検査を充実させ，また治療に関してはこれまでは他院にお願いしていたような切除後の皮弁による再建，リンパ節郭清まで当院で完結させるように努力しています。

まだまだ私もスタッフも十分な診療能力とは言えずご迷惑をおかけしておりますが，日々研鑽し体制をより充実させ，地域のみなさまのより厚い信頼を得られるよう引き続き鋭意努力して参りますので，みなさまのご指導ご鞭撻，叱咤激励のほどお願いいたしまして今年度のご報告といたします。

# 泌尿器科

主任部長　森　山　浩　之

当科では，平成23年４月よりそれまでの３人から２人体制になっており，現在もそのままです。

私が当院へ赴任した平成14年４月から，さまざまな泌尿器科手術において腹腔鏡下手術を導入してきました。各部署のご協力により昨年腹腔鏡下前立腺悪性腫瘍手術の施設認定を得ることができましたが，その後順調に手術症例数は増えそれまでの開腹手術は行っておりません。これからも，新しい手術手技の導入には貪欲にチャレンジしていこうと考えています。

平成27年３月末にて，長年在籍していただきました吉野医師が転勤となりました。その代わりに，４月から梶原医師に広島大学から赴任していただきました。梶原医師の得意分野である骨盤臓器脱や腹圧性尿失禁などに対する手術が，今後は増加していくのではないかと予想されます。

手術室において麻酔下に行った手術件数は３人体制であった平成22年は378件でしたが，２人体制になった平成23年は317件，そして平成24年は253件と減少していきましたが，平成25年は261件，平成26年は280件と最近では少しずつ増加しております。

2014年（平成26年）の代表的な手術内容：

| | | |
|---|---|---|
| 腹腔鏡下手術 | 32件 | |
| 腹腔鏡下前立腺全摘除術（前立腺癌） | | 16件 |
| 腎摘除術（腎癌） | | ６件 |
| 腎部分切除術（腎癌） | | １件 |
| 腎尿管全摘術（腎盂癌，尿管癌） | | ６件 |
| 後腹膜鏡下尿管切石術 | | ２件 |
| 精索静脈瘤根治術 | | １件 |
| 開腹腎摘除術 | ４件 | |
| 前立腺全摘除術（開腹） | ０件 | |
| 経尿道的前立腺切除術 | ６件 | |
| 経尿道的膀胱腫瘍切除術 | 53件 | |
| 経尿道的膀胱結石手術 | 12件 | |
| 経尿道的尿管結石手術 | 14件 | |
| 高位精巣摘除術 | ２件 | |
| 膀胱瘻造設術 | １件 | |
| TVM 手術 | １件 | など |

これからも当科としての責務をできる限りこなしていくつもりではありますが，人数減のため院内外の皆様にはご迷惑をおかけすることが多々あろうと思います。特に２人とも手をおろすことができない手術中などには，泌尿器科領域の救急患者が発生しても対応することができません。このような点にはご配慮いただき，今後とも当科へのご協力をお願いいたします。

# 麻　酔　科

副院長・麻酔科主任部長　瀬　浪　正　樹

平成27年４月で大幅なスタッフの変更があった。弓削院長は平成27年３月で退任され，名誉院長に就任された。今後ペインクリニックでの仕事に専念していただくようになる。その他のスタッフでは早瀬一馬副部長と卜部智晶医員が退職し，代わって権理奈先生が副部長として，木村明生先生が医員として着任した。病院の機構の変化に伴い麻酔科の業務内容にも変化が出ている。１．手術麻酔，２．術前診察，３．ペインクリニック（外来，入院），４．研修医の指導，５．救急救命士研修，６．各種講習会へのインスト参加，７．各種委員会への出席の１から７までは変わりないが，当直業務がICU担当となり，さらにインドネシア研修が終了したためその指導はなくなった。

今年度の初期研修医は１年目が３名，２年目が５名いる。必須・自由枠での麻酔科選択や他科から麻酔科での研修を希望する医師などでほぼ１年を通して１名以上が麻酔科で研修を受けている。周術期管理をすることで患者の生理機能維持や術後痛対策を学び，病態生理を理解したうえで手術侵襲に対してどのように取り組んでいけばよいかを学習している。

業務は８：00のカンファレンスから始まる。手術症例のreview，当日の症例提示，ペインクリニック患者の治療方針の決定，確認を行っている。

当院の手術麻酔の傾向として最近，高齢者やハイリスクの患者が増えたことや手術手技の進歩により低侵襲手術が増えてきている。心臓血管外科では腹部大動脈瘤に対しステント挿入術が行われ，脳血管外科でも同様に血管内手術が行われてきている。ハイブリッド手術室が備わっていないため放射線科に出張しての麻酔となる。また，内科的に鎮静下での内視鏡処置が困難な場合も全身麻酔による出張麻酔が行われる。これらの手術の場合，全身麻酔を前提としたスタッフ配置や部屋の作りを考慮していないためストレスフルな麻酔となる。低侵襲手術を目指すがために長時間手術が増加してきており午前中からの手術枠の増加が求められている。このため手術麻酔に支障をきたさないよう午前から応援医師を派遣してもらっている。実績として平成26年の麻酔科管理症例は2,742例であり前年の2,511例より増加していた（後掲）。

**表１　平成26年外来受診患者数**

| | 再来 | 初診 | 総数 |
|---|---|---|---|
| １月 | 329 | 11 | 340 |
| ２月 | 294 | 11 | 305 |
| ３月 | 339 | 16 | 355 |
| ４月 | 342 | 14 | 356 |
| ５月 | 294 | 12 | 306 |
| ６月 | 330 | 14 | 344 |
| ７月 | 331 | 18 | 349 |
| ８月 | 378 | 22 | 400 |
| ９月 | 370 | 17 | 387 |
| 10月 | 376 | 24 | 400 |
| 11月 | 374 | 11 | 385 |
| 12月 | 339 | 11 | 350 |
| 総計 | 4,096 | 181 | 4,277 |

ペインクリニックでは一人医師での診療が行われていたが，午前中からの麻酔の応援もあり，マンパワー的に若干余裕ができてきて，ペインクリニックを若手医師が担当する時，上級医とともに診察・ブロック治療が行える機会が増えた。難治性慢性疼痛の治療は画一的ではなくTailor Madeの治療が必要になってくる。種々のブロックの適応や投薬薬種の決定などの判断に対して経験豊かな上級医からの意見は参考になる点が多くあると思われる。ペインクリニックの動向として，最近は他科か

らのがん性疼痛に対するブロック依頼が増えてきている。当科が行っている特殊ブロックとしては癌性疼痛管理での腹腔神経叢ブロック，三叉神経痛に対する上顎，下顎神経ブロック，眼窩下神経ブロック，帯状疱疹後神経痛や腰痛症，頚椎症に対して神経根ブロックなどがある。

**表２　平成26年麻酔症例の集計**　　麻酔科管理症例　2,742例

| ASA PS | | | |
|---|---|---|---|
| 1 | 354 | 1 E | 27 |
| 2 | 1,837 | 2 E | 264 |
| 3 | 204 | 3 E | 52 |
| 4 | 0 | 4 E | 4 |
| 5 | 0 | 5 E | 0 |
| 6 | 0 | 6 E | 0 |
| 合　計 | 2,395 | | 347 |
| | | 総　計 | 2,742 |

| 年齢構成 | 男　性 | 女　性 | 合　計 |
|---|---|---|---|
| ～１カ月 | 2 | 0 | 2 |
| ～12カ月 | 5 | 2 | 7 |
| ～５歳 | 82 | 31 | 113 |
| ～18歳 | 94 | 81 | 175 |
| ～65歳 | 507 | 721 | 1,228 |
| ～85歳 | 572 | 508 | 1,080 |
| 86歳～ | 49 | 88 | 137 |
| 合　計 | 1,311 | 1,431 | 2,742 |

| 手術部位 | |
|---|---|
| 脳神経・脳血管 | 63 |
| 胸腔・縦隔 | 80 |
| 心臓・血管 | 56 |
| 胸腔＋腹部 | 9 |
| 上腹部内臓 | 388 |
| 下腹部内臓 | 711 |
| 帝王切開 | 166 |
| 頭頚部・咽喉部 | 339 |
| 胸壁・腹壁・会陰 | 251 |
| 脊椎 | 141 |
| 股関節・四肢（含む末梢血管） | 530 |
| 検査 | 3 |
| その他 | 5 |
| 合　　計 | 2,742 |

| 麻酔法 | |
|---|---|
| 全身麻酔(吸入) | 290 |
| 全身麻酔(TIVA) | 1,381 |
| 全身麻酔(吸入)+硬・脊・伝麻 | 46 |
| 全身麻酔(TIVA)+硬・脊・伝麻 | 579 |
| CSEA | 277 |
| 硬膜外麻酔 | 1 |
| 脊髄くも膜下麻酔 | 166 |
| 伝達麻酔 | 2 |
| その他 | 0 |
| 合　　計 | 2,742 |

| 性別 | |
|---|---|
| 男　性 | 1,311 |
| 女　性 | 1,431 |
| 合　計 | 2,742 |

| 体位 | |
|---|---|
| 仰臥位 | 1,939 |
| 腹臥位 | 170 |
| 側臥位 | 201 |
| 切石位 | 407 |
| 坐　位 | 24 |
| その他 | 1 |
| 合計 | 2,742 |

# 放 射 線 科

主任部長　森　　浩　希

例年通り梅雨時のじめじめした時期にこの原稿の締め切りがやってきます。やはり１年が経過するのがあっという間で，年々加速度を増して過ぎ去っていくのを実感します。うちの家庭では２年前の妻の虫垂炎の事件がいまだに話題となる時期でもあります(毎年同じ私的な話題ですみません)。

さて放射線科の業務ですが, 昨年と同様で大きな機器の変更はありません。CT は相変わらず多くの件数をこなしています。やはり予約症例数と当日の飛び入り症例数がほぼ拮抗しており，多数の緊急患者を受け入れている状態です。正確には緊急症例とは言い難いのですが，まず CT で診断してからその後の方針を決めるという流れで, 来るもの拒まずという体制で臨んでいます。CT がなかった時代にはどうやって診療していたのか, もはや想像もつきません。ましてやマルチスライス CT でなければこれだけの件数を処理できるはずもなく, つくづくコンピュータの高速化や IT 技術の進歩が医療においてもいかに多大な恩恵を与えているかを体感することができます。MRI の件数も相変わらず増加傾向です。ただし MRI は検査時間を短縮することが難しく, 件数を増やすことがなかなかできません。個々のシークエンスの撮影時間は短くなっているのですが，あれもこれも追加でという要望が強く，結果として予定時間を超えることがしばしばです。必然的に時間外にずれこむことが多く，抜本的な改善のないまま日々件数をこなしている状態です。なお CT の年間総件数は14,704件で前年比10％増，MRI の年間総件数は6,832件で前年比２％増です。

今後の課題は PET 機器の導入です。がん診療連携拠点病院としては自院で PET 検査ができないのは非常に残念な状態です。機器更新が停滞している現状では，導入にはハードルが高いですが，なんとか近い将来に実現すればと考えています。

最後に当科の医師について。放射線診断は森（平成３年卒），目﨑一成（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）の合計４人でそれぞれ担当しています。

追伸。６月終了時点で我がカープは負け越し５, 首位とのゲーム差3.5です。例年逆風となる交流戦が, 今年は結果的にささやかな追い風となってくれました（初戦は尾道で辛勝)。さてこの稿が刷り上がったときには旨酒を酌み交わしているでしょうか。

# 病理研究検査科

（主任部長　米原　修治）

科　長　佐々木　健　司
科　員　神　田　真　規

当科の人事ですが，２名が臨床研究検査科へ異動となり，宮沢 貴久美が加わったことで１名減となりました。現在の人員は医師１名，臨床検査技師５名（国際細胞検査士資格取得者３名)，事務員１名の計７名です。

資格取得に関しては，昨年，認定病理検査技師制度　第１回認定試験が実施され，当科の相部晴香が合格しました。この認定資格は，通常の病理組織検査から免疫組織化学染色，遺伝子検査などにおいて質の高い病理標本を作製することを目的とした免許です。資格取得により病理組織検査のさらなる質の向上を目指します。さらに認定資格者がいることが，癌診療連携拠点病院の条件の一つに加わる可能性があります。

業務面では，病理組織診断，細胞診検査結果の報告が遅れていることにお気づきの臨床医の先生

方もいらっしゃると思います。ここ数か月，病理組織検体数が多く，当科でも可能な限り対応していますが，現在の日数でしか結果を報告できない現状です。例年６月，７月，10月は検体数の増加が見込まれますので，今よりさらに件数が増加することも考えられます。すべての検体を至急扱いにはできませんが，特に急ぎの検体に関しては具体的な日時をいただければ可能な限り対応いたします。ご迷惑をおかけしていると思いますが，よろしくお願いいたします。

また，この場を借りてのお願いですが，当科の顕微鏡写真撮影システム（パソコン）に画像を保存されている先生がいらっしゃいます。一時的に保存されることは問題ないのですが，長期間デスクトップに保存されているケースが多くなりましたので，定期的に削除させていただくことに決定しました。期限は画像が保存されてから１か月間です。その期間を過ぎたデータはこちらで削除いたします。ご了承ください。

# 歯科口腔外科

医　師　伊　藤　　翼

この４月から尾道総合病院に赴任いたしました伊藤です。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，浜原歯科衛生士，産婦人科からの看護師交代で２名，受付の高橋さんの６名で診療にあたっています。

私が尾道に赴任が決まったのが，３月中旬だったため，引っ越しや身の回りの整理，前の職場での引き継ぎで３月～４月にかけて少し忙しくしましたが，今は落ち着きこの尾道の地域医療に貢献できるように日々診療を行っています。

さて，当科では，粘膜疾患，顎関節症，口腔外傷，各種炎症，智歯抜歯，嚢胞，良性・悪性腫瘍等の口腔外科治療を中心に行っており，また入院中の患者さんの歯牙う触，歯周病，義歯などの補綴といった一般歯科診療も行っております。さらに，処置に対し極度の恐怖症のある患者さんや嘔吐反射のある患者さん，歯科治療に協力の得られない患者さんに対しては，静脈ルートを確保し，モニター監視下で静脈内鎮静下での歯科治療も行っております。入院では，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まで行っております。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，さらには近隣の県外の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。

院内では，術後の挿管管理中の ICU 患者や，化学療法や放射線治療中の患者さんの口腔ケアのほか，最近では手術前の患者さんなどの術前・術後の口腔ケアの重要性も周知されてきており，多くの患者さんをご紹介ご相談頂き周術期の口腔管理も行わせて頂いております。誤嚥性肺炎などの予防や，他の合併症の予防，また早期退院できるようし，退院後は地域のかかりつけ医院の先生に通院いただき引き続き歯科治療を含めた口腔のケアを行い，患者さんの QOL を下げない様にするためのより良いシステムを作り，周術期の患者さんの口腔ケアを積極的に介入させていただければと思っております。

今後も歯科口腔外科一同力を合わせて頑張ってまいりますので，何か御座いましたらご指導ご鞭撻のほど，宜しくお願い致します。

# 薬　剤　部

部　長　堀　川　俊　二

平成26年度は新人が２名加わり，薬剤師21名助手１名の合計22名でスタートしました。各病棟に病棟専任薬剤師を配置し，本年度の命題であった「病棟薬剤業務実施加算」の算定を11月から実施しております。これにより医薬品適正使用の推進，病棟におけるインシデント・アクシデントの減少，薬剤師の専門性を生かしたチーム医療の推進，また機能評価係数Ｉが付与されることから経営的にも大きな効果が期待されます。薬剤師にとっても個々の意識変革が求められ，未来の薬剤師の業務を構築していく上で重要な業務であると考えております。

薬剤師の職能も拡大し，薬剤師の活動する場も病棟，手術室，救急領域など広範囲にわたっております。今後ともご指導の程よろしくお願い致します。

# 健康管理課

係　長　岡　田　安　則

健康管理課は，院内での外来ドック・入院ドック・協会けんぽ・健保組合健診を中心とした『施設内健診』と，院外での JA 組合員・役職員を対象にした生活習慣病予防健診・職員定期健診等の『巡回健診』を実施しています。

施設内の健診では，平成25年４月より，がん診療連携拠点病院としての，専門医による診断と高度医療機器を使用しました「がんドック」がスタートし，がんの早期発見に威力を発揮しており，他院ではあまり実施していない大腸 CTC や MRCP などオプションで実施しています。平成27年４月からは子宮体がん検診を新設しています。また，JA 組合員･役職員を対象とした人間ドックを平成26年度より JA 福山市，平成27年度は JA 広島ゆたかで開始するなど，各 JA のニーズに対応した健診を実施しています。

今後もより充実した健康診断の実施や保健指導の拡充により，多くの受診者に喜ばれるサービスの提供を目指します。

| 施設内健診 | 25年度 | 26年度 |
|---|---|---|
| | 受診者数 | 受診者数 |
| 外来ドック | 1,026 | 1,048 |
| 入院ドック | 407 | 402 |
| 協会けんぽ健診 | 1,771 | 1,809 |
| 被爆者健診 | 30 | 42 |
| 子宮がん検診(単独) | 684 | 417 |
| 乳がん検診(単独) | 643 | 455 |
| 職域健診 | 1,414 | 1,754 |
| 脳ドック | 717 | 727 |
| 特定健診(単独) | 322 | 378 |
| がんドック | 42 | 78 |
| 大腸 CTC | 28 | 34 |
| MRCP | 16 | 20 |
| 計 | 7,100 | 7,164 |

| 巡回健診 | 25年度 | 26年度 |
|---|---|---|
| | 受診者数 | 受診者数 |
| 巡回健診 | 6,907 | 6,696 |
| 胃がん検診 | 661 | 581 |
| 大腸がん検診 | 4,745 | 4,605 |
| 前立腺がん検査 | 384 | 373 |
| 骨粗鬆症検査 | 732 | 654 |
| その他 | 1,047 | 896 |
| 計 | 14,476 | 13,805 |

| 施設外活動 | 25年度 | 26年度 |
|---|---|---|
| | 受診者数 | 受診者数 |
| 保健事後指導 | 248 | 293 |
| 健康教育 | 330 | 1,334 |
| 健康祭・農業祭 | 92 | 142 |
| 計 | 670 | 1,769 |

| 施設内活動 | 25年度 | 26年度 |
|---|---|---|
| | 受診者数 | 受診者数 |
| 特定保健指導 | 64 | 39 |
| 保健指導 | 922 | 2,000 |
| 計 | 986 | 2,039 |

# 医療福祉支援センター（地域医療連携室・総合医療相談室）

## ～センターの紹介と退院支援～

主　任　森　元　眞由美

医療福祉支援センターは，平成23年５月新病院に移転したと同時に開設されました。地域医療連携室・総合医療相談室・入退院センター（平成27年４月診療部門として独立）部門に分かれており日野センター長　藤越副センター長のもと多職種で構成しています。

センターが開設して４年が経過し院内外でも役割が浸透してきたと思いますが，私たちの役割を紹介させていただきます。

基本方針を　１．患者や家族に対し総合的な医療・福祉相談など医療サービスを行う事が出来る　２．障害を抱えて退院する患者や医療依存度の高い患者およびその家族が，安心して療養できるよう，地域の医療機関や福祉・行政機関などとの連携・調整を図り，支援することが出来る。とかかげ　１．地域連携の強化　２．患者支援の充実　３．相談機能の充実を目標にしています。

【地域医療連携室】

◎医療連携

・紹介患者予約・受診調整

◎地域連携

・地域医療支援病院事務局

　オープンカンファレンス開催　開放病床　共同機器利用のデーター管理

・地域がん診療拠点病院事務局　がん連携フォーラムの開催（市民公開講座）など

◎広報活動・地域医療との橋渡し

・「地域医療連携の集い」事務局

・診察内容，治療実績，各種活動，連携ニュースの発行

【総合相談室】

◎医療福祉相談

・介護保険，身体障害者手帳など社会保障制度の相談

・医療費，療養の相談　・その他社会制度の相談

・患者支援：IBD 教室の支援

◎がん相談

・がん治療に関する相談

・緩和ケアに関する相談

・セカンドオピニオンに関する相談

・ふれあいサロン（がんサロン），すいがん教室，ピンクリボンサロン（平成26年～開催）の支援

◎退院支援（在宅　転院など）
・自宅退院に向けた相談
・転院，施設入所などの相談
・医療依存度の高い患者の在宅復帰支援
◎ボランティア支援
・ボランティアの募集・登録管理
・プチコンサート，ボランティアコンサート，受付・移動図書ボランティアの支援
◎患者サポート体制
・苦情相談窓口
・患者様の声の集計

平成22年度（旧病院）の平均在院日数は13日でしたが26年は11.3日になり，入院期間の短縮化は目ざましいものです。平成37年（2025年）には３人に１人が65歳以上の「超高齢化社会」になると言われており，尾道の高齢化率も32.2％と全国平均を上回っています。このような背景の中，退院支援としては，病棟看護師が早期にスクリーニングをかけ患者相談予約票にて依頼があり介入しています。当院で治療したのち，どこで療養し，どんな生活をしたいかを本人と家族の希望にそって支援するため担当者を決め対応しています。今年度は，看護師４名　MSW ４名（内１名は事務業務のみ）が相談業務を行っており　介入件数は年々増加しています。

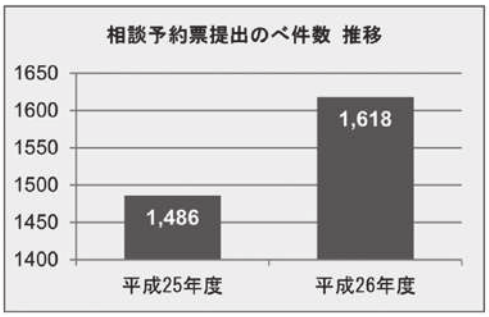
転院・在宅復帰支援をスムーズに行えるよう近隣の有床医療機関の窓口担当者を対象にした「地域の医療を考える会」には，院外から58名院内50名　在宅復帰支援のために，地域の医療機関，介護施設，ケアマネや訪問看護師など多職種を対象とした「多職種連携推進会議」には院外86名院内35名の出席をしていただきました。研修会では，グループワークもあり，活発な意見交換と顔の見える連携の場になりました。また，シームレスな在宅療養に移行するため，退院前カンファレンスを積極的に開催するよう働きかけています。かかりつけ医や病院主治医との時間調整が難しくかかりつけ医が出席してのカンファレンスは19件と伸び悩んでいますが，ケアマネや訪問看護とのカンファレンスは362件と年々増加しています。病棟看護師がケアマネや訪問看護に情報提供する場合，個人情報の問題がありどこまで説明して良いのか不安，突然病棟に来られても情報提供が難しいなどの問題があるためケアマネや訪問看護師には医療福祉支援センターで名前を記載していただいた後，当院で準備をした名札をして，病棟に行ってもらうなど，看護科退院支援委員会と協働して，情報提供しやすい体制を作りました。

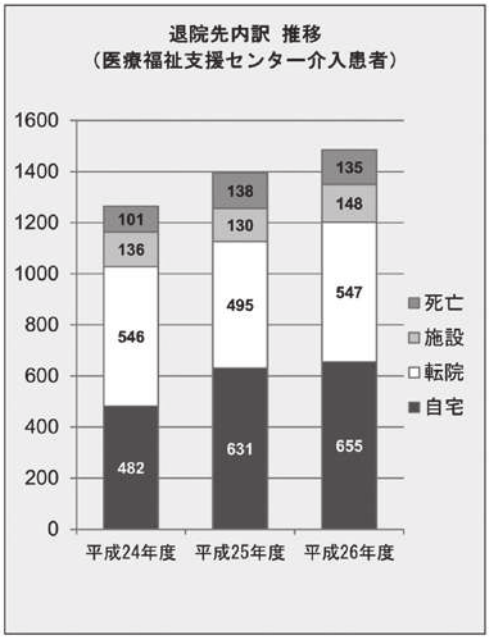
国の医療制度や病院の機能分化といった大きな流れのなかでスムーズな退院調整や在宅復帰支援は重要になってきています。私たちは「患者さん自身がどう生きたいか，どこで過ごしたいか」に耳を傾けながら急性期病院での退院支援の役割を果たしていきたいと思います。

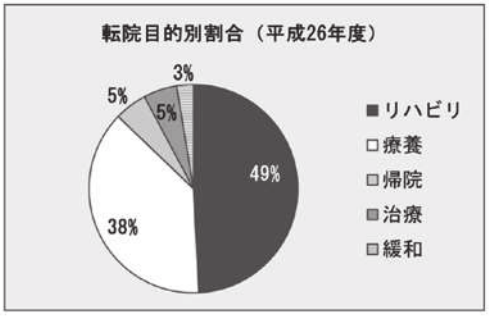
多職種で構成され多くの役割を頂いている当センターはビジネスマナーの「ホウレンソウ」「報告」「連絡」「相談」を徹底し，風通しの良い職場を心掛けています。

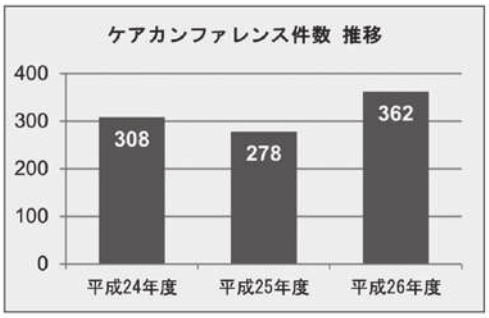
これからも院外　院内の架け橋となり，地域の皆様に愛される病院になるよう頑張っていきたいと思いますので宜しくお願い致します。

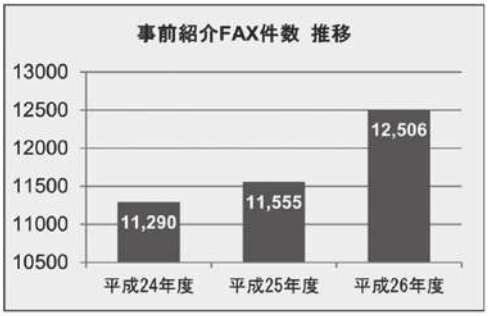
【医療福祉支援センター実績】




【医療福祉支援センター取り組み】

**連携医療機関・介護保険施設等**

**地域の医療と連携を考える会**
- 平成 24 年度より開始。
- 1 回／年開催（6 月頃）。
- 地域の有床医療機関の窓口担当者を対象。

**多職種連携推進研修会**
- 平成 24 年度より開始。
- 1 回／年開催（1 月頃）。
- 地域の医療機関、介護施設、ケアマネージャー、訪問看護師等を対象。

**地域医療連携のつどい**
- 平成 24 年度より開始。
- 1 回／年開催（8 月頃）。
- 地域の連携医療機関を対象。
- 医師、連携担当者との"顔の見える連携"を。

**回復期リハビリテーション病院訪問**
- 平成 24 年度より開始。
- リハビリ転院をした脳卒中患者に対し、転院先の病院を訪問する。
- 3 ヶ月に 1 度、医師や看護師、リハビリスタッフ、社会福祉士が主な転院先の病院を訪問。

**院内（多職種・医療福祉支援センター）**

**チーム・病棟カンファレンス**
- 心臓リハビリカンファレンス
- 7 B病棟（整形外科）リハビリカンファレンス
- 5 A病棟（脳神経外科）リハビリカンファレンス
- NICU カンファレンス

**病床運用管理会議**
- 2 週間に 1 回開催。
- 多職種・他部門で構成。
(医師（病床管理担当）、看護科長、医事課、情報企画課、医療福祉支援センター（室長、社会福祉士））

**看護科退院支援委員会**
- 毎月 1 回開催。
- 看護科主任を中心に構成。
- 各病棟にリンクナース（看護科主任）を 1 名配置。

**相談員ミーティング・事例検討会**
- 医療福祉支援センターにて開催。
- 相談員ミーティング：毎週火曜日開催。各相談員、担当患者の情報を報告し共有する。
- 事例検討会：毎週木曜日開催。相談員が持ち回りで事例を提供。相談業務向上を。

# 看護部長室

## 「看護の成果を可視化しよう」

看護部副部長　安　友　裕　穂

わが国では，急激な高齢化による患者数の増加に伴い，効率的で質の高い看護の提供が課題となっています。そこで，看護の質を評価する方法が何かないか考えていました。その時，日本看護協会が看護職員の労働環境の改善と看護の質向上を目指して「労働と看護の質向上のためのデータベース事業：DiNQL」の試行事業を実施していることを知り，平成26年度，DiNQL へ参加を決定し，５病棟が参加しました。評価指標データ（病院・病棟情報，労働状況，患者情報，看護職情報，褥瘡，感染，転倒･転落，医療安全）を IT システムに入力し，他施設と比較したベンチマーク評価を確認できました。平成27年度は，DiNQL も本格実施となり，10病棟が参加することにしました。

可視化によって自分たちの強みと弱みを把握し，強みを伸ばし，弱みを補う方法を他施設の取り組み事例や知恵の共有から学んでいき，病院全体の看護の質の向上に繋げていきたいと考えています。

平成26年度の看護科目標は，「患者･家族が満足できる看護を提供する」でした。看護科の横糸である委員会活動では，接遇の向上，丁寧な説明，インシデント０レベル報告の増加，業務上の決定事項の周知，安心して退院できる体制の確立などに取り組みました。成果としては服薬管理方法の統一による内服薬に関するインシデントの減少，患者の声によるお褒めの言葉の増加，スマイルシートの導入による看護師の腰痛予防がありました。

縦糸の部署ごとの目標管理と連動させ，看護科全体で取り組み，成果を共有することができました。

平成27年度看護科目標は病院の BSC を基に「コミュニケーションを充実させ，患者満足につながる看護を提供する」としました。看護科だけでなく，院内各部署，各部門と協力し，患者中心の看護を進めていきたいと考えています。

# 看　護　科

## 「チーム力」

看護科長　松　村　真由美
看護科長　長　岡　史　恵

当院外来では科長２名，科長補佐１名，主任２名，看護師60名，看護補助者１名で業務を担っています。近年，患者の在院日数は短縮され当院の平成27年５月の平均在院日数も11.1日と短く，入院前は診断がつく時期の不安な状況で側によりそえる看護，退院後は外来での継続看護が必要となります。また，外来勤務の看護師は，育児休暇復帰後に時間短縮勤務を取得している人も多く，ベテランから若手までワークライフバランスを踏まえた勤務体制が重要です。安全で専門性の高い看護が提供できるシステムづくりを検討し，平成25年５月からチーム制を導入，スタッフ間のフォロー体制を充実させるための取り組みを行っています。各診療科の診療時間や検査・治療・手術を考慮したチームを編成しました。看護の質の向上や維持のために，定期的な勉強会やミーティングの強化，情報を共有するための用紙の統一化など，各委員を中心に進めております。外来は多職種とのかかわりも多く常に連携が大切です。今後もコミュニケーションを充実させ患者満足に繋がる看

護の提供を課題として取り組んでいきたいと思います。

## ５Ａ病棟紹介

５Ａ病棟科長　岡　本　尚　子

５Ａ病棟は脳神経外科・泌尿器科・歯科口腔外科を主とした病棟です。

スタッフは看護師33名で認定看護師（皮膚・排泄ケア，脳卒中リハビリテーション看護）が２名います。看護補助者４名。脳神経外科医師２名，泌尿器科医師２名，歯科口腔外科医師２名です。

平成26年度入院患者1,089人，ベッド46床で稼働率90.9%，平均在院日数16.0日，入院患者の平均年齢68歳，手術件数281件です。患者さんは在宅へ881人，施設へ16人，他病院へ155人の方が退院されました。

他病院へ退院された患者さんの中で脳卒中地域連携パスを利用された患者さんは86人です。その方たちを医師・病棟看護師・リハビリ・MSWのメンバーで定期的に訪問しています。平成26年度は７回（因島総合病院･みつぎ総合病院各４回，福山リハビリテーション病院３回）訪問しました。退院前ケアカンファレンスは27件で，患者家族の気持ちを大切に，不安を少しでも軽減できるように，多職種と連携を取りながら行いました。

新しい知識技術の習得も認定看護師を中心に医師の協力を得ながら行っています。脳神経外科の血管内検査・治療が増え他部門と協働しての手順書の見直しや，医師の要望もあり脳梗塞の重症度判定の脳卒中急性期評価（NIHSS）を取り入れることが出来ました。

今後も安心安全に入院生活を送っていただく事を大切に，看護を行っていきたいと思います。

## 多職種との連携を強化し患者・家族の思いに寄り添う退院支援を目指して

７Ｂ病棟科長　高　橋　　忍

７Ｂ病棟は，病床数46床で整形外科・骨・関節・筋肉系・神経系の運動器疾患をもつ患者が主に入院しています。看護師32名（科長１名・主任２名）看護補助者３名が所属し平均年令は38才であり，経験豊富なスタッフが多数を占めています。

病棟は，７階にありリハビリテーション室と同じ階にあります。病院で一番高い所で晴れた日には瀬戸内海の大パノラマを堪能できます。その景観に患者も職員も癒されています。

看護の対象は，小児から高齢までであり年齢層は幅広く。また，治療においても救命・救急を必要とする外傷から慢性疾患と広範囲にわたっています。年間の手術件数は，1101件（H25）であり手術件数の増加があります。平均在院日数　19.8日，病床稼働率　94.1％であり，空床時には積極的に他科の入院を受け入れる体制を整えています。

高齢化率30％を超えている地域であるため，高齢者の入院患者も多くその中でも転倒による大腿骨骨折患者も多く，連携パスで回復期リハビリ病院へて転院した症例は61件（H25）です。適宜，他施設と地域連携クリニカルパスの検討を行い医療の質の向上・在院日数の短縮・患者の満足の向上に繋げています。

平成26年には患者指導を充実させるために医師・PT・看護師の協働でTHA（人工股関節全置換術）日常生活動作指導のDVDを作成しました。患者からは映像で見ると分かりやすいと好評を得ています。

運動器疾患のみに注目するのではなく，常に全身に目を向け危険の予測に結びつけています。また，障害を持ちながらも社会復帰する患者だけでなく，患者を取り巻く環境へも多職種との連携を

図りながらサポート体制を強化し支援体制を整えています。

患者が安心安全な治療・看護が継続できるよう，多職種とチームワークを大切に協働していきたいと思います。

# 広島県厚生連尾道看護専門学校

## 心のかよう看護をめざして　Heart to Heart

実習調整者　得　沢　世 津 子

本校は今年で創立46年目を迎えます。平成27年４月７日には新入生45名を迎え２年生，３年生と合わせて計123名が看護師を目指して毎日学習や実習に頑張っています。

今年から本校も新体制となり，新しく日野学校長が就任されました。また畠副学校長，濱川教務課長，船山教務課主任をはじめ経験豊かな教員たちで学習の支援をしています。

本校では充実したカリキュラムが組まれており，１年次には広い知識と教養を身につけるために情報科学や心理学，栄養学などの基礎分野や解剖生理学，生化学，病理学などの専門基礎分野と基礎看護学を中心とした専門分野Ⅰを学びます。１年次の実習としては「患者の療養環境を学ぶ」「看護師の役割を理解する」という目的で初めての病棟実習があります。学生は看護師に一生懸命ついて歩いて様々な看護師の援助や関わりを見学します。その中で「こんな看護師になりたい」「看護師ってすごい」という思いを抱き，看護師になりたい気持ちが強くなっていきます。１年次後半には初めて患者を受け持って観察技術，日常生活援助をとおして多くのことを学びます。技術はまだまだ未熟ですが患者からの「ありがとう，頑張ってね。」と感謝の言葉をいただくことも多く学生の学ぶ力になっています。

２年次の講義は病棟からの講師による各領域（成人・老年・小児・母性・精神）の看護を学ぶ専門分野Ⅱが中心となります。実習も患者さんの条件や症状を考えながら日常生活援助を提供していく実習になります。今まで机上で学んだこといかして，実際に患者への援助をとおして看護を学ぶ実習になっています。２年次の後半からは領域別実習が始まります。あらゆる対象，状況，場所での看護行為の実践を学んでいきます。

３年次は統合分野としての看護管理，災害看護，国際看護などを学びながら領域別実習が中心となります。卒業前にはチームで行う看護を学ぶ総合実習Ⅱを行っています。

３年間をとおしての講義と実習の中で患者や対象，指導者との関わりの中から学生は多くのことを学びます。基本的なコミュニケーション，対象の思いを知り寄り添うことの大切さ，確かな根拠に裏付けられた看護行為など，どれをとっても看護師にとって欠かすことのできないものです。

また，学校生活の中では先輩が後輩に技術指導を行ったり，学年の枠をこえて一緒に交流を深める活動として学校祭や体育大会なども行われています。

教育活動の中にボランティア活動も取り入れてさまざまな体験をとおして豊かな感性を育てることにも力を入れています。

今年２月の国家試験においては院内・院外講師の方々，各施設の実習指導者の方々のご協力のもと全員合格をすることができました。

「いのち」に真摯に向き合う看護。こころのかよう看護を目指して人として豊かな心を培える教育が行えるように今後も研鑽していきたいと考えています。

# 栄　養　科

管理栄養士　井　上　　栞

栄養科は，病院栄養士・委託業者が一丸となり，患者の栄養管理，また，安全で美味しい給食の提供ができるよう努めています。

本年度より「術前食」が開始となりました。この「術前食」で使用するのは“アイソカルアルジネードウォーター”という市販の栄養補助食品です。この飲み物は，摂取後２時間以内で胃を通過し，小腸で速やかに吸収されます。また，アルギニンや亜鉛，銅といった手術時や創傷治癒の際に必要量が増加すると言われている栄養素を含有しており，１本あたり100kcal/125ml とエネルギー補給が可能です。手術前日から絶飲食にするのではなく，差し支えの無い限り手術直前まで水分と炭水化物を摂取することによって，身体の飢餓状態や脱水状態を最小限にして，手術侵襲を軽減し，手術後の回復を早くすることが目的です。今後も患者により良い栄養管理が行えるよう，食事・栄養補助食品等の検討・改善を行っていきます。

また，病院栄養士は食欲不振など何らかの原因で食事摂取ができない患者の元に訪問し，患者個人に合った食事の提供や，病態・生活環境に応じた栄養指導を積極的に介入するよう心がけております。入院中の栄養管理だけではなく，食事（治療食）への意識向上を図り，退院後も継続していけるよう入院患者一人一人と関わっていきたいと思っております。技術者としての責任と自覚をもち，一層精進して参ります。他職種の皆様に協力をお願いすることがあると思いますが，その際はよろしくお願いします。

# 臨床研究検査科

（主任部長　平野　巨通）

科　長　細　谷　勝　己

平成26年度の臨床研究検査科は平野先生（主任部長），和田先生（検査医），検査技師28名（パート３名）の体制で業務を行いました。

臨床研究検査科は６セクション（一般検査，血液検査，生化学検査，免疫検査，細菌検査，生理検査）に分かれていますが，近年では各々の分野において高い専門性を要求される時代になっており，当院でも専門検査技師を配置しています。認定技師資格も年々増えており，どの医療機関でもエキスパートの育成が重要な課題になっています。

17時以降の時間外検査は技師１名で検体検査に対応していますが，普段，検体検査に従事していない技師も当直に入ります。時間外検査に従事するためには数ヶ月に及ぶ十分なトレーニングを行いますが，すべての検体検査業務を把握することはできません。時間外緊急項目のみの対応となりますので，以下注意点について，ご理解，ご協力をいただきますようお願い致します。

①当直時間帯での問い合わせは極力控えていただき，17時までに各検査室へお問い合わせいただきますようお願い致します。

②検体にはラベルを貼って提出していただいていますが，検査ではそのまま検査装置に挿入します。その時ラベルがまっすぐに貼られていないと装置がラベルを読み取らなかったり，誤って違う番号として認識することがありますので，正しくまっすぐ貼って頂きますようお願いします。

③検体に名前が無くゴムでくくり付けられていることがあります。名前の無い検体の取り違え事故

は非常に多く報告されています。また，第三者が名前を書いたり，ラベルを貼ることは医療事故に繋がりかねません。医療事故を起こさないよう検体に名前が無い検体は受付しませんので必ずフルネームの記名をよろしくお願い致します。

④病棟の早朝検査が非常に多く，救急外来の緊急検査が遅くなる事例が発生しています。時間外検査は救命のための検査であり，日常検査ではありませんのでご協力をお願い致します。

検査科では出来るだけ早く正確な報告ができるよう努力しています。緊急検査が重なり，止むを得ず優先順位をつけて検査する事もあり，ご迷惑をおかけすることがありますがご理解いただきますようよろしくお願い致します。

生理検査では，腹部エコー，心エコー，さらに乳腺エコーと胎児エコーの練習を行っています。技師の養成には時間がかかりますが，診療支援となるよう努力していきますのでご指導，ご鞭撻を賜りますようよろしくお願い致します。

# リハビリテーション科

## リハビリテーション科の現況について

科　長　村　上　並　子

平成26年度は作業療法士が一人採用となり，理学療法士12名，作業療法士３名，言語聴覚士１名，事務助手１名の計17名のスタッフでスタートし，急性期リハビリの充実に向けて力を合わせて取り組んできました。

新しい取り組みとしては，脳外科医師と病棟看護師とともにリハビリスタッフも同行する事になり，週１回のケースカンファレンスに，週１回の回診が加わり，全患者さんについて話し合う機会が増え，情報共有や方針の決定がより充実して行えるようになりました。

当院は救急救命センターとして名乗りを上げて，さらに急性期病院として高度な治療，技術が求められています。リハビリテーション科でも様々な疾患のリハビリテーションに発症後・術後早期から携わっており，１ヶ月平均200件を超えるオーダーへの対応，転退院に伴う連携先へのサマリー作成など煩雑な業務の中，スタッフ個々にその日のスケジュールをたてて，ロスタイム少なく業務をこなせるよう取り組んでいる毎日です。今後も短期間に集中的に多職種協同による効果的なリハビリの提供がより必要であり，医師や看護師等多職種とのカンファレンスやチーム医療活動，また，地域連携パス，ケアカンファレンスなど地域の医療，介護保険関係のスタッフとの連携をさらに強化していきたいと考えております。

〈平成26年度リハビリテーション科　実績〉

平成26年度診療報酬改定では，特に廃用症候群での算定要件が厳しくなり，その分癌のリハビリテーションの件数が多くなりました。

○ H26年度年間処方件数：2,592件（25年度 2,589件）
○ H26年度自宅復帰率：69%（25年度 69%）
○ H26年度診療報酬点数合計：11,731,749点（25年度 10,242,590点）
○ H26年度疾患区分別リハビリテーション実施件数・単位数（25年度）

| 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 | 9,034( 8,539) | 15,778(14,962) |
| 脳血管疾患等区分 | 9,763( 8,898) | 15,389(13,599) |
| 廃用症候群 | 2,828( 4,016) | 3,934( 5,596) |
| 呼吸器疾患区分 | 3,970( 3,589) | 5,021( 4,500) |
| 心大血管疾患区分 | 3,545( 3,385) | 5,889( 5,650) |
| 癌のリハビリテーション | 1,453(　　72) | 1,885(　　80) |
| リハビリテーション実施合計 | 30,593(31,508) | 47,896(46,712) |

# すくすく保育所

## ～元気いっぱい40人のすくすくっ子～

保育士　岡　崎　敬　子

病院東側にある院内保育所『すくすく』は，０歳児（産後８週）から２歳児までの児童をお預かりしています。毎年８月中旬に院内広報で次年度の入所児童募集のお知らせをしています。一時保育（対象児は，就学前までの職員の子ども）も行っていますので，利用を希望される方は人事課または，保育所の方に問い合わせください。

さて，26年度は入所希望者を全員受け入れ，24名だった定員を42名に増員，改修工事で保育室を増やし，保育士も増員。３月には児童40名，保育士８名と今までの倍近くの規模となりました。新病院の移転と共に新保育所に引っ越してきた23年度も右往左往しながら軌道に乗るまで暫く時間がかかりましたが，今回も今まで通りに物事が運べないことも多く試行錯誤しつつ，保護者の皆様のご理解ご協力を得ながら新体制を整えていくことが出来ました。そして，40名のすくすくっ子が賑やかに泣いたり，笑ったりしながらたくさんの成長を見せてくれました。毎月行われている院内コンサートにも参加させていただき，患者さんや院内の皆様に可愛い姿を披露しました。多くの方の応援や賞賛の拍手が『自信』に繋がり成長を後押ししていただいています。そのほかにも，季節の行事，食育活動・表現活動などを通して，豊かな心や生きる力を育て，一人一人を大切にした保育を行えるよう，子ども達がのびのびと楽しく過ごせるように職員一同努めています。

院内の皆様方には日頃より温かくご支援いただいていることに心より感謝しております。この場をお借りしてお礼申し上げます。今後ともよろしくお願い致します。

「お花見」

「プール遊び」

「運動会ごっこ」

「クッキング」

「芋ほり」

「3匹のこぶたの劇ごっこ」

「サンタさん登場」

「豆まき」

「卒園式」

～クリスマス会～

# 施設資材課

## 消耗品の取扱いについて

事務次長　施設資材課長　　巴　　宣　　人

消耗品と一言に言っても，施設資材課で取り扱う消耗品は多種多様な物品が対象となります。

ペーパータオル，ティッシュペーパー，トイレットペーパー，ボールペン，マジック，電池，洗剤，ボディーソープ，プリンター用トナー，DVD，etc…。施設資材課で取り扱う物品は，多様化しておりますが，常に価格交渉や同等品との比較検討を行いながら，良質でより安価な物品を購入することを心がけて対応しております。

物品の価格交渉や同等品との比較検討を行う場合，昔は複数の卸業者から見積を取り対応していましたが，現在は，卸業者からの見積に加え，ネットショップ・100円ショップ・ホームセンター・ドラッグストアなどの物品や価格も参考にしています。

よって，安価な物品を購入するために，ホームセンターやドラッグストアの広告などを常に監視し，安売りの時を狙って買いに行きます。ネットショップで購入する場合，注文後早ければ翌日には納品されるので，大変助かっております。

年間を通じて大量に使用するコピー用紙やペーパータオルなどは，メーカーや卸業者と0.1円単位で長期間にわたり価格交渉を行いますが，逆にメーカーや卸業者から値上げを要求されます。継続して購入することなどを条件として，なんとか同価格で対応してもらうように交渉しますが，どうにもならない場合もあります。

しかし，現状として，使用量が増加している物品もあるので，どのようにすれば経費削減につながるのかと日々考えながら価格交渉を行っております。

また，安価な物品を購入したり，安価な物品に切り替えたりするだけでなく，物品を管理することが経費削減対策の大変重要なポイントになります。物品が多種多様にわたっているため，管理が不十分になりがちですが，できるだけ物品の数量や価格等をデータ化し管理しております。

施設資材課として色々と経費削減を実施しておりますが，病院関係者や従業員の方からこちらの方が安いのではないか，こうした方が安く対応できるのではないか等のうれしい声を聞くこともあるので，経費削減対策を実施するうえでの励みになっております。

現行の物品より安価になる場合は，院内でサンプルを使用して頂き，評価が良ければ正式に採用となります。今後は，サンプルで物品を評価して頂くことが多々あると思いますが，『また，サンプル？』とか思わずに，安価な物品への切り替えで少しでも経費を抑えたいと考えておりますので，大変お手数をおかけいたしますがご協力のほどお願いします。

# がん診療支援外来（緩和ケア内科）

緩和ケア認定看護師　　島　　居　　孝　　恵

平成26年４月より石川先生に引継いで呼吸器外科部長，化学療法センター長でもある則行医師が緩和ケア内科外来を診療，担当することになりました。３回／週（火・水・金）午前中予約制です。

『緩和ケア』という言葉を聞くと終末期で，手のほどこしがない状態の人が行く所というイメージが，患者や医療者にも払拭されていない事から名称を『がん診療支援外来』とし，全人的苦痛（トータルペイン）の視点から，どの時期からでも受診出来ることを目指しました。その結果以前はBSC

の患者さんが多く紹介されていましたが，治療中の患者さんの割合が増加しています。又緩和ケアは諦めの医療ではありません『積極的な治療がもう出来ない』と主治医から言われ緩和ケアを紹介されて来られた患者でも本人のご希望が『治療出来るのならしたい』と言われれば，出来る方法を主治医ともう一度考え緩和的抗がん剤の治療や必要時はアセスメントする為に検査も行っています。

通院して来ることが困難な遠方の方やADLの低下を来した患者には，医療福祉支援センターと連携して在宅主治医や訪問看護師等の在宅支援チームの体制を整えて在宅主治医と一緒に関わって行きます。患者と家族の生活の場所は『家』です。痛みや症状をまずコントロールして住み慣れた家で過ごすこと，希望や大切に思っている事を聴いて，QOLの向上が図れるよう外来で診療しています。26年は外来からの紹介は33名あり延べ外来受診件数は543件でした。病棟からのがん診療支援チームへの新規紹介患者は78名でした。

９月よりがん診療連携拠点病院の指定要件として，苦痛のスクリーニングシートの導入が必須となり，生活のしやすさに関する質問票を作成しました。対象は化学療法をしている患者・放射線療法を受ける患者・がん診療支援外来を受診する患者です。この生活のしやすさに関する質問票は患者さんの痛みや症状，気持ちのつらさを理解して早期に対応する事が目的です，患者さんは自分の症状など理解して貰いたいと書いています。このツールを利用してがん患者に携わる医療者が患者理解を深め，対応出来ること，コミュニケーションにも役立てて頂きたいと思います。

# 委　員　会　報　告

## 医療安全管理委員会

委員長　瀬　浪　正　樹

病院で怪我をする，合併症を起こしてしまうなど不可抗力的なことでも医療事故や医療過誤といったおどろおどろしい言葉で表現されてしまい気持ちを落ち込ませてしまうことがあります。しかし環境ややり方が事故を起こしやすい状態ではその発生は減少することはありません。システムの安全管理向上のためには，個人を責めず，失敗を隠さず共有し，全体で学習して予防に当てていくことが必要となってきます。医療安全管理委員会では病院と患者さんとが関わることのある部門すべて，すなわち医師，看護科，医療機器，医薬品，院内感染，食品衛生，医療情報，防犯等安全管理にかかわる部門が一堂に会して情報交換を行い，重大な事故があれば問題点を抽出し再発を防ぐべく対策を講じマニュアルの見直しや対策の手段の広報を行ってきています。
平成26年における主な活動は以下の通りです。

**１．医療安全管理室**

①チームステップス講習を通じて，チーム医療に必要なコミュニケーションの重要性を体験してもらった。平成26年度は３回行い，それぞれの出席者は医師，看護師，薬局，臨床工学士，放射線技師，事務系など含め多くの人に参加してもらった。
　平成26年８月２日 112名，12月２日 112名，平成27年２月６日 111名

②医療事故発生時の対応，連絡，報告に関して連絡体制の見直しを行いスピーディーな対応が取れるよう改訂した。

③ノンテクニカルスキルの講演では個人のコミュニケーションスキルを高めるための方策を講義してもらった。

**２．看護科安全対策委員会**

インシデント・アクシデントレポートではいつも内服・与薬に関することが上位を占めている。このため平成26年度の目標は「内服のインシデント・アクシデントを減らす」こととした。発生時に原因調査して現状分析を行っている。さらに５R カードの運用を行った。

**３．医療機器安全管理**

落雷での停電に対し当院の脆弱性が出た部分があり，改善を行った。

**４．医薬品安全管理**

返品された分包済み薬品に関しては再利用することの危険性から破棄することが適切であると判断され，分包薬の再利用は行わないこととした。

**５．院内感染**

インフルエンザの流行期に職員の感染者が多く出た部署では予防与薬を行い対応した。未知の結核患者が入院し濃厚接触した事例がありそれぞれの対象者に検診を行っている。

その他，デング熱など特殊な流行性疾患についてその都度対応を検討した。

**６．食品衛生**

**７．医療情報管理**

電子カルテ閲覧で不必要なアクセスと考えられるような事案があり，アクセス制限をかけたり，不正アクセスが顕著な場合は注意を与えた。

**８．安全管理**

**９．その他**

異状死については事故調査を行うべきであるが，主治医として死後の解剖あるいはAiを行うことが必要であることを確認した。

色々なところに思いもよらない危険性が潜んでいるものです。安全で安心して仕事をするためには危険性を予知し回避することが必要です。皆さんの貴重な経験をレポートしていただき情報を共有していくことがその近道になります。ぜひ，わずかなことでもレポートしていただければと思います。

# 褥瘡対策委員会

皮膚・排泄ケア認定看護師　豊　田　明　美

褥瘡管理が適切に行われているか，否かが病院機能を評価する一つの指標となっています。

また，褥瘡に関する体制の整備は入院基本料の施設基準として定められており，診療報酬上も重要な責務を感じています。

27年度は地域救命救急センターの運用も始まるため，急性期・重症患者の褥瘡対策に重点を置きチームで協働し，より質の向上を図るよう活動を行っていきたいと考えています。

**【委員の構成】**

下記の通り多職種混成チームで活動を行っている。

医　師：（委員長）柳瀬哲至，森田知世，渡部茉耶　　看護科：岡本尚子，豊田明美

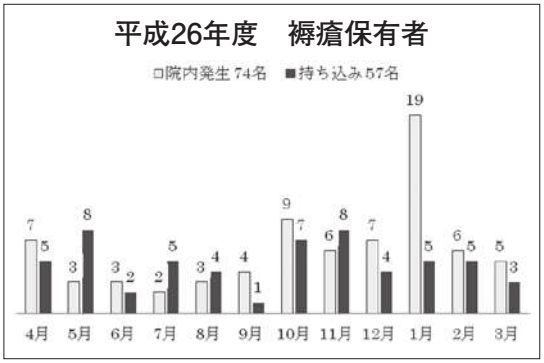
栄養科：井上　栞　　薬剤部：高橋謙吾，井口奈美　　医事課：奥田晋介

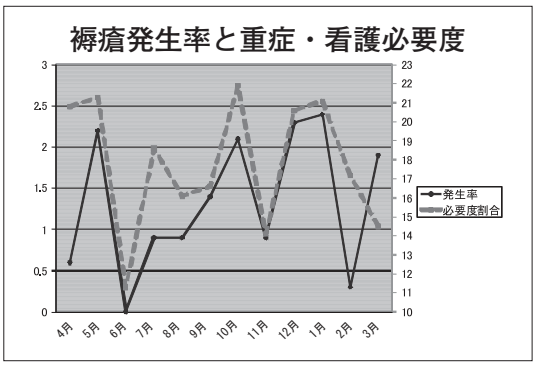
**【褥瘡対策の現状】**

第１，３週火曜日午後３時より院内，外発生問わず褥瘡患者全員を回診し，第2，４火曜日には新規褥瘡患者および重症患者の回診を行っている。

また回診記録を経時的に管理することで，褥瘡保有患者の転院時等に褥瘡経過を速やかに申し送り継続治療，看護に繋げている。

**【褥瘡データの集計と分析】**



褥瘡保有者は院内発生が74名（昨年度 60名），持ち込みが54名（昨年度 41名）と両者とも前年度に比べ増加となる残念な結果となった。

しかし推定褥瘡発生率は1.32％と（全国平均 1.31％）ほぼ全国平均と同等であり，今後も院内発生の予防と共に地域全体での褥瘡予防に貢献することが求められる。

また褥瘡発生増加の要因を患者背景から考察すると，重症であり日常生活に介助を要する患者を抽出する，看護必要度割合と発生率の推移が相関する結果が出ている。このことから当院でも重症患者は様々な褥瘡発生リスクがあり実際に褥瘡が生じていると推察される。

27年度は救急救命センターの稼働に伴い，重症患者の増加が予測されるため，26年度の結果をフィードバックし褥瘡予防対策に取り組む必要があると考える。

**【今後の課題と取り組み】**

・ICU 増床に伴う適切な体圧分散寝具及び体位変換枕の選択

・看護科 NST 褥瘡委員会の委員への啓蒙を中心に褥瘡予防対策の周知，徹底

## 病床運用管理会議

（委員長　花田　敬士）

委　員　岡　田　真　弓

病床運用管理会議は隔週水曜日の８時45分から看護科長室において開催しています。

メンバーは診療部長・主任部長・看護部門・医療福祉支援センター・事務部門等で構成されています。

当管理会議では，効率的で安心・安全な病床運用ができるように委員が情報共有しています。医師の協力により退院調整は病棟科長が行えることによって，病床利用率の上昇や平均在院日数の適正化がはかれています。

平成26年度は，新病院移転後，最も高い病床稼動が実現できました。これは皆様のご協力により得た結果と感謝しております。

平成27年４月，地域救命救急センターの立ち上げにより，これまで以上に病床確保に努めていかなければなりません。救急を断らない・ご紹介に対応できる地域の基幹病院として病床確保に努めてまいります。さらに診療部門に病床管理統括室を設置し，入院前から患者の流れを中心に考えたトータルケアを目的とするシステムの構築を進めたいと考えております。

今後も皆様とともに課題に取り組み，解決してまいります。ご協力をよろしくお願い致します。

# 手術部運営委員会

委員長　瀬　浪　正　樹

手術部運営委員会は，手術室内の安全で適正な運営や業務の効率化を図るため，月１回　朝８：00から定例開催が行っている。

平成26年度の手術室実績は以下の表に示すように，手術件数4,272件（うち緊急手術は461件）で１ヶ月平均356件であった。平成25年の4,134件（うち緊急手術は505件）よりおよそ150件増加し，脳神経外科，産婦人科，眼科で件数の増加が目立った。

平成26年度　月別

| | 通　常 | 緊　急 | 総　数 |
|---|---|---|---|
| ４月 | 315 | 41 | 356 |
| ５月 | 308 | 39 | 347 |
| ６月 | 326 | 39 | 365 |
| ７月 | 343 | 32 | 375 |
| ８月 | 329 | 42 | 371 |
| ９月 | 329 | 46 | 375 |
| 10月 | 347 | 35 | 382 |
| 11月 | 290 | 33 | 323 |
| 12月 | 323 | 40 | 363 |
| １月 | 290 | 39 | 329 |
| ２月 | 292 | 39 | 331 |
| ３月 | 319 | 36 | 355 |
| 合　計 | 3,811 | 461 | 4,272 |
| 麻酔科管理症例 | | | 2,742 |

平成26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 | 75 | 49 | 124 | 10.3 |
| 外　　科 | 925 | 190 | 1,115 | 92.9 |
| 小児外科 | 61 | 0 | 61 | 5.1 |
| 麻　酔　科 | 30 | 0 | 30 | 2.5 |
| 整形外科 | 732 | 81 | 813 | 67.8 |
| 産婦人科 | 373 | 74 | 447 | 37.3 |
| 皮　膚　科 | 204 | 10 | 214 | 17.8 |
| 泌尿器科 | 262 | 19 | 281 | 23.4 |
| 耳鼻咽喉科 | 276 | 2 | 278 | 23.2 |
| 眼　　科 | 687 | 19 | 706 | 58.8 |
| 血管外科 | 138 | 16 | 154 | 12.8 |
| 口腔外科 | 28 | 0 | 28 | 2.3 |
| 合　計 | 3,811 | 461 | 4,272 | 356.0 |

手術部運営の適正化や安全性向上をめざし平成26年度は以下のことを進めてきた。

① 周術期の肺血栓塞栓症の防止のため術前からDダイマーでのスクリーニングや術後フロートロンや弾性ストッキングの使用，術後の血液凝固阻止剤の投与が行われている。今後は早期離床に鑑み，弾性ストッキングの着用拡大を検討していく。

② 患者取り違えや術後異物残留などのインシデントやアクシデントを減少させる試みはすでに行われてきているが，タイムアウトの形骸化が起こってきている。また，ガーゼカウントにおいては摘出標本を整理するとき手術台に近いところで行っている数えるべきガーゼと混同してくることが指摘された。このためタイムアウトに関してWHOに準拠した手術安全チェックリストを作成し，入室前，麻酔導入前，執刀前，退室時の安全確認を行うべく準備を行ってきており，現在では外科手術を中心に運用されている。

　また，ガーゼカウントのタイミングは閉創前とし，カウントが合わない場合は創内の確認を重ねて行い，それでも合わない場合は閉創せずドレーピングしてレントゲン撮影を行うこととした。

③ 術前に大きなリスクがある患者や術式自体が大きくなる患者においては，関連各部署が集まり術前合同カンファレンスを行っている。リスクのある臓器を診療している担当の医師，執刀外科系医師，麻酔科医，手術部看護師，術後入院病棟（ICU，回復室）看護師，医療安全担当科長などが予想されうる合併症や術中・術後管理について検討している。

④ 曜日によって手術数の変動が大きく，また，各科での休暇や学会出張などで手術症例の減る場

合もあり手術室の稼働状況に差が出てきている。その変化を少なくするため，手術枠を他科に譲ったり，症例数の多い日から比較的すいている日に変更したりする事前協議を行っている。

⑤　術前の患者絶飲食での脱水を予防しバランスの取れた水分補給を行うため経口補液を始めることとした。

⑥　手術同意書において，代理人のサインは本人が記入できない時のみのサインと思いこみやすいが術後のトラブルを避けるため認知能力に問題の無い場合でも本人以外に代理人のサインをしてもらうことを徹底した。

⑦　手術中に手術台の角度を変えるとき，患者落下の危険が伴う。このため患者を固定後に手術台のローテーションテストを行い術者と看護師が共同で安全性を確認することを取り決めた。

## 輸血療法委員会

（委員長　日野　文明）

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26年度は６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26年８月から赤血球濃厚液（RCC）が赤血球液（RBC）に名称の変更があった。

平成26年度に使用した血液製剤は，赤血球液（RCC+RBC）2,797単位（前年 2,628単位），新鮮凍結血漿（以後 FFP）1,413単位（前年 1,099単位），濃厚血小板（以後 PC）1,720単位（前年 1,470単位），自己血 215単位（前年 178単位）で，洗浄赤血球は使用がなかった（前年も使用なし）。FFP・RCC+RBC 比は 0.25（昨年 0.21，基準値 0.54未満）昨年に比べ各血液製剤の使用が増加していた。

廃棄血は RCC+RBC 70単位，FFP 16単位，PC 50単位，自己血 73単位で，廃棄率はそれぞれ RCC+RBC 2.50％，FFP 1.13％，PC 2.91％，自己血 41.71％であった。廃棄製剤の合計金額は 1,070,326円となった。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。その為，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いたします。

２．輸血副作用報告

輸血副作用の報告は発熱９件，皮疹，血圧上昇が各６件，頻脈，血圧低下，かゆみが各３件，蕁麻疹２件，その他不明なものを含め35件の報告があり，重篤な副作用はなかった。平成26年の回収率は年間を通じ100％にすることができた。今後ともご協力をお願いいたします。

３．協議事項

血液製剤廃棄届け・血液製剤返品中止届けの運用について

血液製剤返品中止届けは現行の運用で行い，血液製剤廃棄届けは理由を医師に確認して看護師が記入しても良しとし，様子を見ることとした。

輸血前後の感染症検査について

輸血同意書には「輸血前後の感染症検査」について説明欄があるが，実際には３ヶ月後の検査の実施は難しい状況にあり，他の病院や広島県合同輸血療法委員会等の意見を参考とし，実

施に向け検討中です。

４．その他事項

- 新鮮凍結血漿（FFP），赤血球製剤について

  FFP の名称に変更があり，FFP-LR-1 が FFP-LR-120，FFP-LR-2 が FFP-LR-240，FFP-LR-Ap が FFP-LR-480 となった。また，赤血球製剤も名称の変更があり，赤血球濃厚液（RCC）が赤血球液（RBC）となった。

- 輸血マニュアルの改正について

  委員構成についての改正を行った。

- 委員会開催日について

  年間６回の開催を予定しており，開催日も固定の日時とした。

# 臨床検査適正化委員会

（委員長　平野　巨通）

事務局　細　谷　勝　己

近年，日常的に利用される生化学的血液検査の項目を中心に，標準化または標準対応された臨床検査値が広く利用されるようになりました。

以前は，病院によって検査値が変わるため医療機関ごとに検査をし直すことが必要でしたが，現在では多くの医療機関で標準化された検査結果を使用しており，医療機関が変わってもデータの推移を把握することも可能になってきました。しかし，各医療機関で使用されている基準範囲は，その設定において施設ごとに様々な方法が採用されているため，基準範囲が違うのが現状です。

基準範囲は，その結果解釈や判断の基準となる重要な指標であり，検査値が同じなのに基準値が違うことにより病院によって診療判断が変わるのは大変問題があります。

そこで2011年に共用基準範囲設定 WG（ワーキンググループ）を設立，2012年には JCCLS 基準範囲共用化委員会が発足し，2015年２月に推奨基準値の発表となりました。

これは強制では無いため採用の可否は各医療機関の判断に委ねられますが，多くの学術学会や専門医会から賛同を得ており，いずれ国内基準値となる見込みです。当院も標準化対応を行っており，国内の動向を注視し適宜対処したいと考えます。

平成26年度外部精度管理調査では日本臨床検査技師会サーベイで222点／223満点，日本医師会サーベイで642点／645満点，広島県医師会では，574点／580満点と良好な成績でした。

日本医師会サーベイにおいて CK（クレアチンキナーゼ）の２試料中１試料において C 評価（もう１試料は A 評価）となりました。検量線やコントロールの状態を確認しましたが，原因特定に到りませんでした。その後メーカーを含めて検討を行い，検量線の取り直し，トレーサビリティの確認を行いました。外部コントロール（QAP），他の精度管理調査で問題がない事を確認しています。

早朝緊急検査の状態については臨床検査適正化委員会に報告をしています。多い日は生化学，CBC が各50件を超え，その他にも検尿，凝固，輸血の検査が出されると電話にも出られないほど忙しい状況になります。また，検査機器の中で検体渋滞が起こり，本来の緊急検査が遅れる事例も発生しています。検査機器の処理能力もあり早朝検査は最小限，必要な検体だけ提出いただきますようご協力をお願い致します。

（平成26年度）

| 委員長 | 平野　巨通　（検査科主任部長） | | |
|---|---|---|---|
| 委員 | 和　田（検査医） | 佐々田（外　科） | 佐々木（病理検査科） |
| | 益　田（内　科） | 岡　田（５　Ａ） | 後　藤（医事課） |
| | 岡　野（小児科） | 田　中（５　Ｂ） | 川　上（総務課） |
| | 光　原（脳外科） | 石　嵜（検査科） | 事務局　細谷（検査科） |

# NICU 運営委員会

NICU 科長　柿　本　文　重

NICU 運営委員会は小児科の岡野先生を委員長として，小児外科，産婦人科，麻酔科の医師，医事課，４A 病棟，NICU のメンバーで構成され，隔月に開催されています。NICU と新生児回復室の患者数の推移の把握，NICU 管理加算算定件数の確認，その他問題点の検討を行っています。

平成26年度は診療報酬改正により新生児特定集中治療室管理料が変更となり，当 NICU も10月１日より管理料１　8,392点（出来高10,174点）から管理料２　6,327点（出来高8,109点）へ変更となりました。管理料区分変更に伴う対応として，NICU 入室基準の緩和を行い，在院患者数の確保に努め，NICU 当直は廃止となっています。

前年度より取り組みを行っている感染対策はかなり定着してきており，今後も継続していきたいと思います。また，正常分娩で出生した児の出生直後の管理をより安全に行うため新生児回復室を利用する試みも行っていますが，協議を重ねながら定着しつつあります。今後も当委員会で問題点を検討しながら安全な周産期管理を行っていきたいと思います。

NICU・新生児回復室　平成26年度のべ入院患者数

| | ４月 | ５月 | ６月 | ７月 | ８月 | ９月 | 10月 | 11月 | 12月 | １月 | ２月 | ３月 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 人数（のべ） | 134 | 141 | 168 | 175 | 158 | 185 | 205 | 184 | 136 | 149 | 140 | 110 |
| ※（件数） | 144 | 153 | 187 | 193 | 155 | 197 | 210 | 196 | 142 | 130 | 127 | 122 |

※ NICU 管理料算定件数

# 化学療法運営・レジメン委員会

（委員長　則行　敏生）

薬剤師　江　草　徳　幸

本委員会は，がん化学療法を安全に行うために各レジメンの有用性・安全性や化学療法の運用に関して検討する目的でキャンサーボード運営会議の下部組織として設置された。本委員会では抗悪性腫瘍薬の適正使用および化学療法の院内標準化を行うため，各種ガイドラインを中心とした標準的治療の推進を行っている。薬剤の適正使用との観点より薬剤科に事務局を設置し，化学療法センター長を中心とした医師，薬剤師，看護師を中心に組織され，毎月第２火曜日に定例会を開催している。

2014年度の化学療法施行件数は4,488件（外来2,780件・入院1,708件）であり前年度4,161件（外来2,345件・入院1,816件）を総件数で上回ったが，入院件数は減少しており外来化学療法への移行が伺える結果となった。無菌製剤室における化学療法ミキシング本数（支持療法薬剤も実施しているが本数含まず）に関しても7,445本と前年度の6,556本を大きく上回った。

28レジメンを審議し，そのうち27レジメンを承認，５レジメンを削除，新たにジーラスタ®皮下注併用の７レジメンを登録した。さらに制吐薬等の変更とジェネリック医薬品導入に伴いレジメンを全面改訂し，2015年３月31日現在の総レジメン数は228となった。

今年度はより安全な化学療法が実施できるよう化学療法に関する検査項目について具体的な検討を行った。まず，「免疫抑制・化学療法により発症するB型肝炎対策ガイドライン」に準じ，化学療法施行患者全例を対象にスクリーニングを実施することとした。さらに，イリノテカン注を施行する全患者を対象に*UGT1A1*検査を行う方針とし，各種検査項目を電子カルテ上にセット登録することで運用面についても検討を行った。今後はこれらの検査実施率向上を推進していく必要があると考える。

支持療法薬剤については国内外の文献やガイドラインを参考とし，制吐薬について再検討を実施し，2012年度以来の全面改訂を行った。グラニセトロン製剤を３㎎から１㎎へ全面改訂した結果，制吐効果を維持しながら医薬品購入金額を下げることができた。また，国内初の持続型G-CSF製剤であるジーラスタ®皮下注の採用に伴い，「G-CSF予防的投与申請書」を作成した。これによりG-CSFの適正使用が推進できるものと考える。その他の各種マニュアルについては，実運用に則したものへと適宜改訂を行った。

**⇒ G-CSF予防的投与申請書添付**

医療スタッフの安全対策としては抗悪性腫瘍薬の曝露対策について再検討を行った。閉塞式輸液システムの見直しにより，ISOPP（国際がん薬剤学会）の基準に適合しているBDファシール™システムを導入し，医療スタッフの安全面の向上を図った。

休日・祝日の緊急性を要する化学療法について協議することで，患者中心の医療に貢献できるよう運用面での検討を行った。今後も，化学療法に関して多職種が連携することで，より安全で効果的ながん医療に貢献できればと考える。

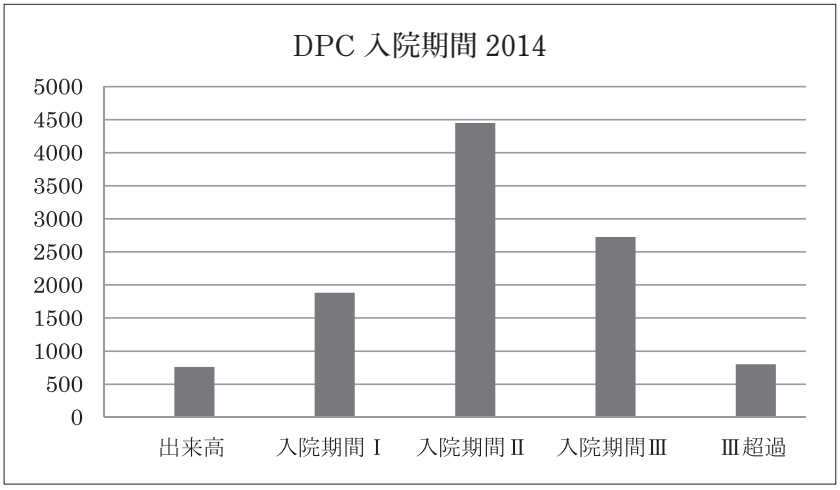
# 診療情報管理委員会・DPC 委員会・コーディング委員会

診療情報管理科長　豊　田　直　美

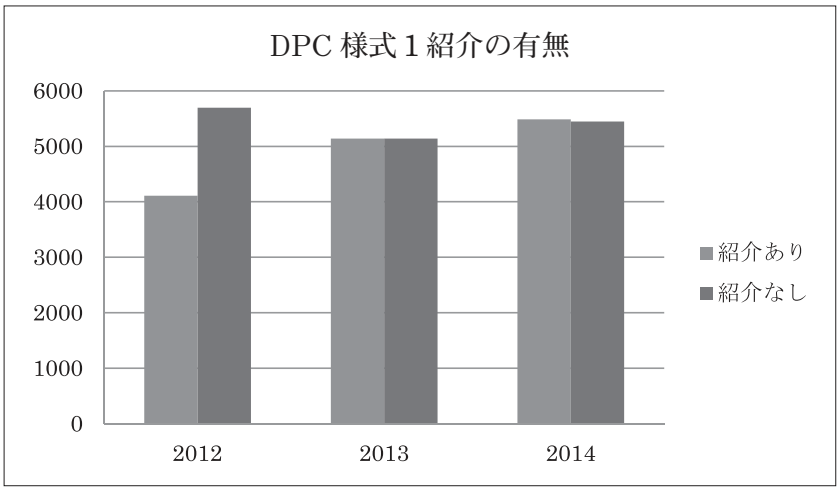
2014年 DPC 退院件数は，10,931件（レコード）を数えました。

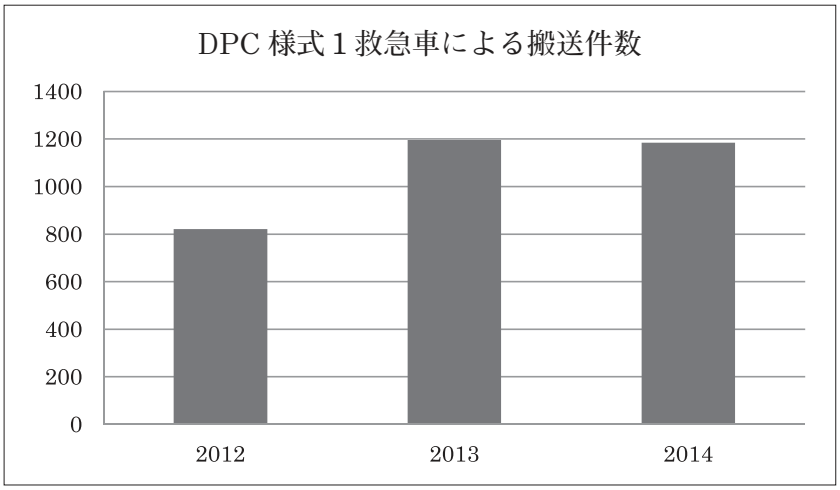
DPC の構成要素は，様式１といわれるカルテからの匿名化情報と E-F ファイルと名称づけられている診療明細・診療行為明細で大部分を占めています。診療情報管理科では様式１入力を担っています。入力した項目は全てデータ化され，情報減となります。2014年症例を用いて一部分をお示しします。

DPC 入院期間Ⅰ～Ⅲ超過のうち，どの期間で退院しているのか集計したものです。




DPC は現在のところ，入院のみ対象とされていますので，地域医療連携室などのデータとは異なりますが，入院患者さんの来院時紹介の有無と，救急車による搬送件数を2012年から比較してみました。






2014年診療報酬改定後，追加された入力項目に「予定・救急医療入院区分」があります。2014年４月～2015年３月の年度集計で示します。

予定・救急医療入院区分

| | |
|---|---|
| 予定入院 | 5,535 |
| 予定入院（化学療法目的の再入院含む） | 919 |
| 救急医療入院以外の予定外入院 | 2,207 |
| 吐血，喀血又は重篤な脱水で全身状態不良の状態　救急医療入院 | 201 |
| 意識障害又は昏睡　救急医療入院 | 370 |
| 呼吸不全又は心不全で重篤な状態　救急医療入院 | 383 |
| 急性薬物中毒　救急医療入院 | 6 |
| ショック　救急医療入院 | 30 |
| 重篤な代謝障害（肝不全，腎不全，重症糖尿病等）　救急医療入院 | 48 |
| 広範囲熱傷　救急医療入院 | 8 |
| 外傷，破傷風等で重篤な状態　救急医療入院 | 203 |
| 緊急手術を必要とする状態　救急医療入院 | 408 |
| その他上記の要件に準ずるような重篤な状態　救急医療入院 | 752 |

当委員会では，このようなデータから問題点など見つけ出し，討議を重ねています。

# 図書委員会

## もうすぐ1,000万　昨年における委員会の活動状況　図書委員会からの提言

委員長・放射線科　目　崎　一　成

現在の図書関連の状況につき報告させていただきます。

まずH27年度の図書関係の費用についてご紹介しておきます。H27年度の図書関係費用は9,935,852円（予定）となっています。H25年度は8,169,160円，H23年度は7,053,450円でした。冊数でみますとH27年度和雑誌59冊，洋雑誌39冊，H25年度は和雑誌60冊，洋雑誌39冊，H23年度は和雑誌47冊，洋雑誌38冊でした。詳細は割愛しますが，図書費用の上昇の主因は洋雑誌の高騰です。電子ジャーナルの主要な雑誌を取り扱っている某出版社が，有名雑誌の版権を次々と買収してその雑誌と抱き合わせのセット販売を推奨し，個別で不要な雑誌を減らそうにも逆にセットから外すと値段が高くなってしまう始末です。電子ジャーナルをやめると今まで買っていた雑誌も閲覧できなくなるため，高騰する値段を容認せざるを得ません。電子ジャーナルの価格設定は施設規模や国によって設定されており，当院より大きい規模の施設や大学病院では更に高い図書費用に頭を悩ませていることでしょう。ガリレオガリレイの知識を広く世に伝えた出版社，世界の医学電子ジャーナル最大手の企業に敬意を払って値上げを容認しつつ電子ジャーナルを継続するのか，紙媒体に戻るのか。私たちだけではなく，多くの病院図書館が現在岐路に立たされているものと思われます。

さて例年のお願いとしては，貸し出された図書が返却されず，製本時に欠けてしまう問題があります。お手元に長期借りている図書があれば返却をお願いいたします。

図書について何かありましたら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のでよろしくお願いします。

# 臨床研修管理委員会

（委員長　則行　敏生）

事務局　中　洲　洋　輔

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，魅力ある臨床研修病院づくりを目標に活動を行っています。

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研修医と指導医が“より良い研修とは”を互いに問いかけることができるようにしています。

また研修医募集活動も積極的に行い，研修病院合同説明会の参加，広島大学の臨床実習受入れ，見学者への対応など，少しでも多くの学生に尾道総合病院を知ってもらうため活動を行っています。

平成26年度の研修医は１年次５名，２年次５名の10名であり，平成27年３月に２年次研修医５名が無事研修終了の評価を得て，小児科，産婦人科，心臓血管外科，外科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27年度は現在１年次３名，２年次５名で，積極的にを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。

# 医療サービス改善委員会

委員長　原　　潤　一

当委員会は医療サービスの向上を目的として，診療科，看護科，薬剤部，栄養科，臨床検査科，放射線科，リハビリテーション科，地域連携室，担当事務などの各部署から選出された12人の委員で構成されております。

活動状況としては，定例の会議を２ヶ月に１回開催し，主管の行事として年２回の接遇研修，年１回の患者待ち時間調査，患者満足度調査などを行っています。

最近では，院内各部署の「接遇インストラクター」の協力を得て，服装・身だしなみや，接遇態度の自己チェック表の発行，接遇川柳の募集なども行いました。

昨年10月に行った患者満足度調査の結果を記しておきます。

近３年は調査対象を病院新築移転後に初めて当院に受診，入院された患者様に限りました。近３年間の満足度の平均値は外来患者様で79％，入院患者様で89％でした。初めて当院を利用された患者様が先入観なくお持ちになった，当院に対する「第一印象」を表すものといえます。このように，初めて当院をご利用になった方々から高い満足度を示していただいたことは，われわれ職員にとっては大きい励みにもなっています。

しかし一方，ご利用を重ねられる間に，病院・職員に対する満足度の評価が決して落ちることのないように，更に私どもが医療サービス向上の意識を持続していかなければいけないことも痛感しております。引き続き，ご利用の方々とともに快適な病院創りに邁進していきます。

評価の低かった項目では，今までも指摘されていましたが，診察までの「待ち時間」，診察後の「待ち時間」でした。病院としても待ち時間短縮対策として予約診療制を導入し，また推進させておりますが，その円滑な運用に問題を残しているようです。難題ではありますが，関係各部署との協議の中で，少しも改善の努力を怠らず，前進を目指します。

今後も，医療サービス向上を追及し，着実に活動を重ねていきたいと考えております。

# 薬事委員会

（委員長　天野　　始）

事務局　堀　　川　　俊　　二

薬事委員会の活動内容は，医薬品の新規採用，使用医薬品の検討・整理・変更・中止，副作用情報等，医薬品にかかわる諸問題など多岐にわたります。

メンバーは，副院長，各科診療科医師，薬剤師，看護師，事務で構成され，平成26年度は６回開催，39品目が新規採用されました。最近は新規抗癌剤，遺伝性代謝異常症など単価の高い薬剤の採用が増加傾向にあります。

平成26年度の年間医薬品購入金額は約13億５千万円であり前年度より約５千万円増加し，特に眼科用薬剤，抗癌剤，遺伝性代謝異常症用剤の増加が顕著でした。今年度２期目となる天野先生の辛口の意見を伺いながら病院の健全運営に貢献すべく委員会を運営していく所存でございます。

後発医薬品の採用に関しても薬事委員会で審議を行い，30品目が採用されました。当院はDPC対象病院として，院内で使用する医薬品は費用対効果に基づく選択が重要です。平成26年度から「後

発医薬品指数」という評価が導入されましたが，平成27年４月現在，後発医薬品の使用割合は70％となっています。次年度の医療法改訂に向け「財政審の後発品目標数量シェア80％」「○山市議会後発品目標75％を可決」など様々な意見が取り沙汰されております。動向に応じた後発医薬品の導入を検討して参ります。ご協力の程，よろしくお願い致します。

## 緩和ケア委員会

（委員長　則行　敏生）

事務局　村　上　啓一郎

平成26年度において，緩和ケア委員会は主に地域がん診療拠点病院の要件整備のため緩和ケアに関する新指定要件の対応を行いました。

**【委員の構成】**

メンバーは医師，薬剤師，看護師，社会福祉士及び事務職で構成されています。

**【緩和ケアに関わる主な新指定要件】**

（１）診療，診断結果，病状を説明する体制
（２）緩和ケアの提供体制
（３）病病連携，病診連携の協力体制
（４）研修の実施体制

**【新指定要件に対する主な対応・取り組み】**

（１）診療，診断結果，病状を説明する体制について
　オピオイド導入パスの作成，院内マニュアルの作成，ＩＣの同席の現状把握を進めました。
（２）緩和ケアの提供体制について
　生活のしやすさに関する質問票の作成，調剤薬局でのオピオイドの指導状況の現状把握，がん診療支援チーム実施計画書の作成等を行いました。
（３）病病連携，病診連携の協力体制について
　がん疼痛地域連携パスの作成やマップの作成を進めました。
（４）研修の実施体制について
　がん医療に携わる医師を対象とした緩和ケアに関する研修を毎年定期的に実施するため，小委員会を立ち上げました。また，看護師を対象とした，がん看護に関する総合的な研修を実施するための勉強会の企画・運営を検討しました。

**【まとめ】**

平成26年度の緩和ケア委員会では新指定要件整備のため，主に上記事項について取り組みました。その結果，皆さんの協力の下無事に地域がん診療拠点病院の指定要件を満たすことが出来ました。

今後も引き続き進めてきた取り組み等の評価や病院の各部署・各医療職において緩和ケアへの理解と知識の普及を進めていきたいと考えております。

# NST 運営委員会

（委員長　小野川靖二）

NST 専従　　上　　野　　みなみ

平成26年度は主に以下の活動を行いました。

## １．NST 回診

平成26年度は合計51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11診療科にわたっています。

## ２．栄養サポートチーム加算

平成22年度より NST 回診に対して保険点数が認められるようになり，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26年度は合計で220件の加算を取得しています。

## ３．術前食の導入

術前食として，アイソカル・アルジネードウォーター（125ml，100kcal，炭水化物18％）を採用し，医師の指示にて１～３本の摂取が開始となりました。絶食期間を短くし，水分と炭水化物（エネルギー源）を摂取することによって，異化の抑制とインスリン抵抗性の改善等を目的として，術前栄養管理を行なっています。

## ４．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26年度は５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。

## ５．NST 勉強会

平成26年度は合計12回の勉強会を行いました。適切な栄養療法を実施していくための知識や技術の習得を目的として，栄養に関する基礎知識から最新の話題まで幅広い内容を取り入れて実施しています。

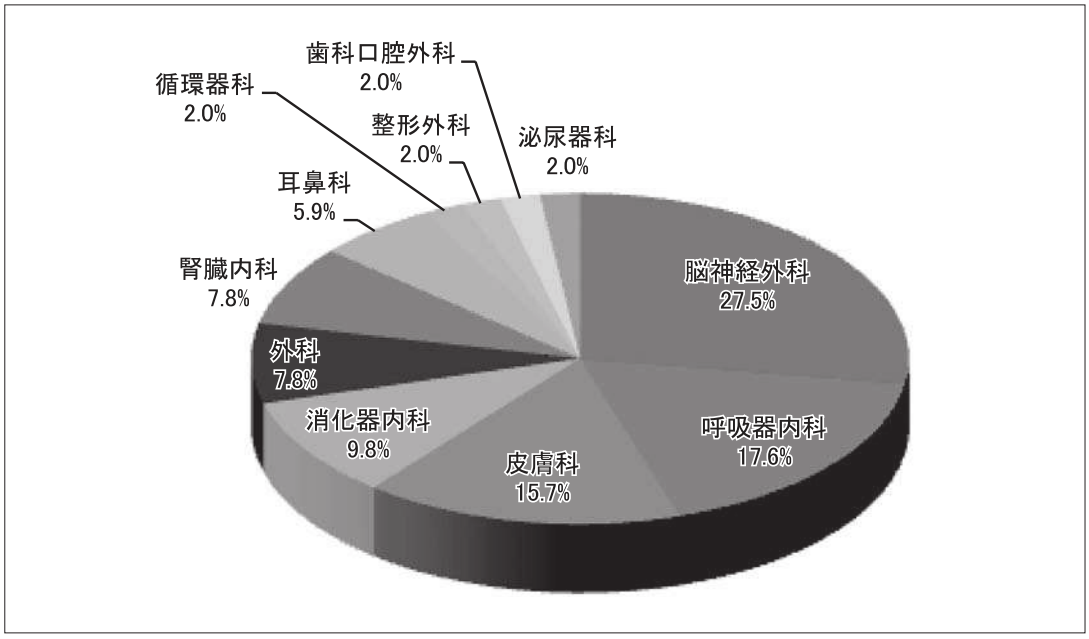
## ６．学会活動

平成27年１月31日に第12回広島 NST 研究会が開催され，当院より演題を１題発表しています。また，平成27年２月12日～13日に神戸で第30回日本静脈経腸栄養学会学術集会が開催され，当院より演題を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26年度　NST 介入　診療科別割合

| 診療科 | 脳神経外科 | 呼吸器内科 | 皮膚科 | 消化器内科 | 外科 | 腎臓内科 | 耳鼻科 | 循環器科 | 整形外科 | 歯科口腔外科 | 泌尿器科 | 合計 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 人数（人） | 14 | 9 | 8 | 5 | 4 | 4 | 3 | 1 | 1 | 1 | 1 | 51 |
| 割合（%） | 27.5 | 17.6 | 15.7 | 9.8 | 7.8 | 7.8 | 5.9 | 2.0 | 2.0 | 2.0 | 2.0 | 100.0 |




# 臓器提供対応委員会

（委員長　瀬浪　正樹）

## 臓器提供対応委員会における今後の課題と展望

院内コーディネーター　重　田　知　洋

昨年は度重なる構成メンバーの異動や３次救急への受け入れ体制整備などもあり，委員会としての十分な活動が出来ませんでした。しかし今年度からは，当院が地域救命救急センターとなったことにより，地域で果たすべき役割も大きく様変わりしてきます。これは臓器移植の分野においても例外ではなく，その最も大きな変更点として，脳死下での臓器提供が可能となることが挙げられます。これまで当院では，心停止下での臓器提供しか行うことが出来ませんでしたが，救命救急センターの認可を受けたことにより，５類系（脳死下での臓器提供可能施設としての基準）を満たし，今後脳死下での臓器提供施設として認められることになります。ただし，これについては必ず行わなければならないといった規定こそありませんが，これまでの他施設での経緯から考えると，当院でも症例発生時にはその対応を迫られることが予測されます。これに対し，当委員会でも脳死下提

供症例発生時のマニュアル作成が必要と考え，早急に取り組んでいく予定です。また院内のスタッフに対しても，共通認識のもと円滑に臓器提供が行われるよう教育・啓蒙活動に努めていきたいと考えています。

# 「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）上野沙弥香, 佐上晋太郎，ら：当院における家族性膵癌の一家系例．広医　65(7)：532－538，2012.

２）Grines CL, Browne KF, et al: A comparison of immediate coronary angioplasty with thrombolytic therapy for acute myocardial infarctuion.　N Engl J Med 328：673-679，1993.

・著者（単行本）は

著者（編集者）名：書名．版数，所在地，発行所，引用頁，西年暦とする。

例〕１）呉　建，沖中重雄：自律神経系総論．６版，東京，金原出版，355-393，1965.

２）Scher AM：Physiology and Biophysics. 19th Ed, Philadelphia, Saunders, 365-599, 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, Vol１，pt２，1145-1201，1954.

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－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 H7.4.17-19）
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 H7.10.17-18）
シンポジウム１　悪性中皮腫最近の知見
悪性中皮腫の遺伝子異常
米原修治，（井内康輝）

10.「各科紹介」に関しては，各科の現況，動き，話題などについて記載してください。
記載者の職名を必ず記載してください。

11. 執筆された原稿のコピーを１部お手元にお置きください。

12. 投稿規定をよく読んで，規定にしたがってご執筆くださるようお願いします。

# 編　集　後　記

編集委員長　　平　　野　　巨　　通

2015年も暮れようとしています。今年Aクラス入りはかないませんでしたが，カープの黒田投手の大リーグからの男気復帰，また，サンフレッチェの総合優勝など広島にとって素晴らしい出来事がありました。尾道総合病院でも４月から地域救命救急センターが開設され，尾三地区の医療に益々の貢献ができるようになりました。なお，今回から森山浩之先生に引き続いて私　平野が編集委員長に任命されました。これまでアカデミックな仕事から縁遠い私にできるのだろうかと悩みましたが，引き受けたからには精一杯頑張る所存ですので皆様のご支援をお願い致します。

さて今回は特別講演として広島大学教授　田妻進先生から「総合診療と地域医療～大学病院が担う総合診療医育成と地域医療資源の需給～」，本多クリニック　本多元陽先生から「在宅医から見た家庭の変遷」，広島大学教授　田中信治先生から「内視鏡的摘除された大腸T1癌に対する追加治療の適応基準～最近の動向」の３題を投稿していただきました。

院内からは症例報告として泌尿器科の森山先生から「右腎癌および膵背側に発生した後腹膜脂肪種に対して後腹膜鏡下同時手術を施行した１例」，カンファレンスとして消化器内科の小野川先生から「知っておきたいIBDの話題」，CPCから研修医の先生方から４題の計６題を発表していただきました。

当病院誌医報はISSN（国際標準逐次刊行物番号）登録されている由緒ある雑誌です。学会や研究会では多くの発表がありますが，それに比して論文発表が少ないように思われます。特に若い先生方には学会発表の集大成としての病院誌への投稿を期待しています。

最後になりましたが，医報に投稿していただいた皆様方に厚く御礼を申し上げます。

【編集委員会】
委員長：平野巨通　内科部長
委　員：瀬浪正樹　副院長
中原雅浩　外科主任部長
小野川靖二　内科部長
堀川俊二　薬剤部長
岡田真弓　看護科長
細谷勝己　臨床研究検査科長
畠ゆかり　看護学校副学校長
森友俊文　総務課長
川上多聞　情報企画課長
佐藤祐輔　総務課員
竹内礼子　総務課員

オレキシン受容体拮抗薬－不眠症治療薬－
ベルソムラ®錠 15mg 20mg
スボレキサント錠
Belsomra.
習慣性医薬品（注意－習慣性あり）
処方箋医薬品（注意－医師等の処方箋により使用すること）
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の詳細につきましては添付文書をご参照ください。
MSD
製造販売元［資料請求先］
MSD株式会社
〒102-8667 東京都千代田区九段北1-13-12 北の丸スクエア
http://www.msd.co.jp/
BEL15AD090-0720

－1周年－
選択的SGLT2阻害剤－2型糖尿病治療剤－
薬価基準収載
フォシーガ®錠 5mg 10mg
ダパグリフロジンプロピレングリコール錠
処方箋医薬品（注意－医師等の処方箋により使用すること）
効能・効果、用法・用量、禁忌を含む使用上の注意等は添付文書をご参照ください。
製造販売元（資料請求先）
アストラゼネカ株式会社 大阪市北区大深町3番1号
0120-189-115（問い合せフリーダイヤル：メディカルインフォメーションセンター）
販売（資料請求先）
小野薬品工業株式会社 大阪市中央区久太郎町1丁目8番2号
0120-626-190（問い合せフリーダイヤル：医薬情報部 くすり相談室）
2015年6月作成

シオノギ製薬

シオノギには
SONGがあります。

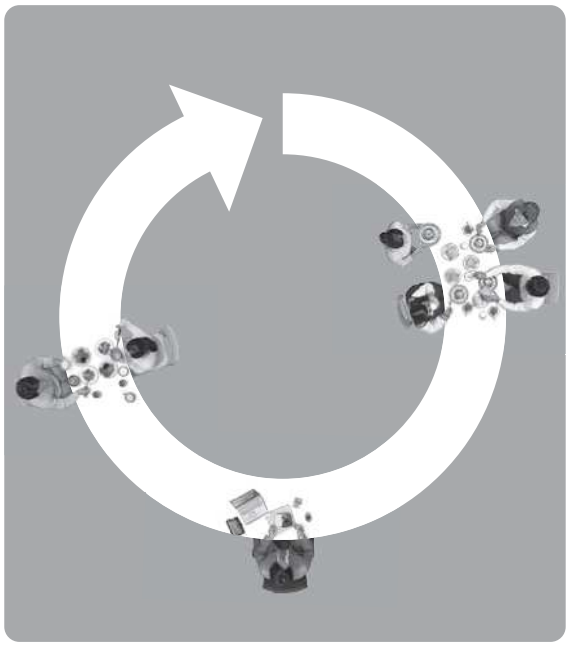
S-O-N-G
for you!

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（とうつう）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.B52



選択的DPP-4阻害剤―2型糖尿病治療剤― 薬価基準収載

テネリア®錠20mg

TENELIA® Tablets 20mg（テネリグリプチン臭化水素酸塩水和物錠）

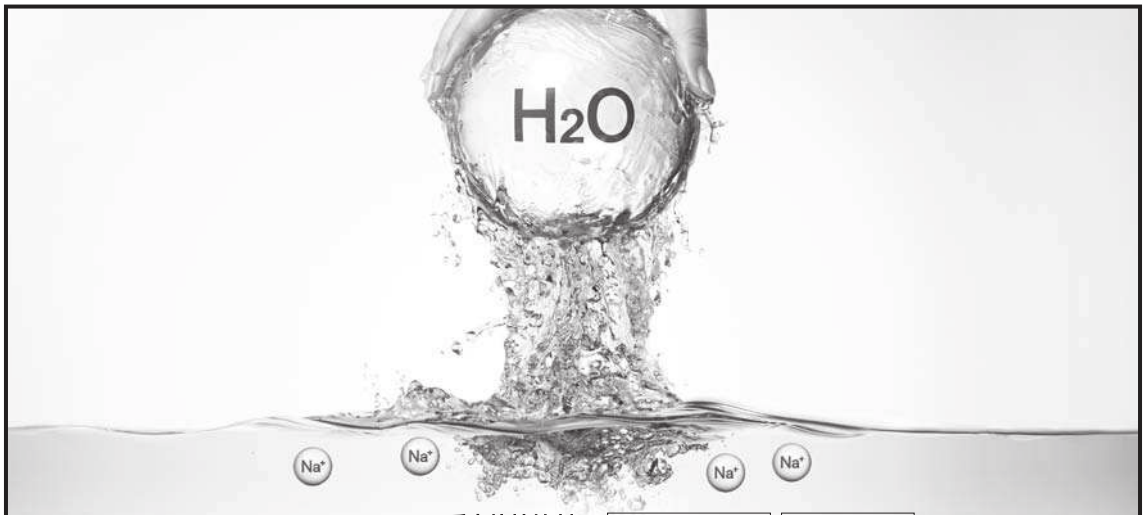
処方箋医薬品（注意―医師等の処方箋により使用すること）

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
大阪市中央区道修町3-2-10

販売元（資料請求先）
第一三共株式会社
東京都中央区日本橋本町3-5-1

2015年3月作成




V2-受容体拮抗剤　劇薬、処方箋医薬品*　薬価基準収載

Samsca® (tolvaptan)

# サムスカ®錠 7.5mg 15mg

Samsca® tablets　トルバプタン錠

＊注意ー医師等の処方箋により使用すること

◇効能・効果、用法・用量、警告・禁忌を含む使用上の注意等は、添付文書をご参照ください。

Otsuka

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

〈'14.11作成〉

Lixiana® edoxaban tablets

経口FXa阻害剤　薬価基準収載

# リクシアナ®錠 15mg 30mg 60mg

一般名：エドキサバントシル酸塩水和物

処方箋医薬品　注意ー医師等の処方箋により使用すること

※効能・効果、用法・用量および警告・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。

Daiichi-Sankyo

製造販売元（資料請求先）
第一三共株式会社
東京都中央区日本橋本町3-5-1

2015年4月作成

短時間作用型 $\beta_1$ 選択的遮断剤

劇薬、処方箋医薬品注)

# オノアクト® 点滴静注用 50mg,150mg

注射用ランジオロール塩酸塩　ONOACT®

注）注意ー医師等の処方箋により使用すること　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、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

2015年5月作成



Boehringer Ingelheim　astellas

胆汁排泄型持続性AT$_1$受容体ブロッカー　薬価基準収載
日本薬局方　テルミサルタン錠

## ミカルディス® 錠 20mg 40mg 80mg

テルミサルタン

処方箋医薬品
（注意-医師等の処方箋により使用すること）　Micardis® Tablets

胆汁排泄型持続性AT$_1$受容体ブロッカー／持続性Ca拮抗薬合剤　薬価基準収載

## ミカムロ® 配合錠 AP BP

テルミサルタン／アムロジピンベシル酸塩配合錠

劇薬、処方箋医薬品
（注意-医師等の処方箋により使用すること）　Micamlo® Combination Tablets AP·BP

**AP**：テルミサルタン40mg／アムロジピン5mg 配合錠
**BP**：テルミサルタン80mg／アムロジピン5mg 配合錠

胆汁排泄型持続性AT$_1$受容体ブロッカー／利尿薬合剤　薬価基準収載

## ミコンビ® 配合錠 AP BP

テルミサルタン／ヒドロクロロチアジド配合錠

処方箋医薬品
（注意-医師等の処方箋により使用すること）　Micombi® Combination Tablets AP·BP

**AP**：テルミサルタン40mg／ヒドロクロロチアジド12.5mg 配合錠
**BP**：テルミサルタン80mg／ヒドロクロロチアジド12.5mg 配合錠

■「効能・効果」「用法・用量」「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。

発売　アステラス製薬株式会社
東京都中央区日本橋本町2-5-1
［資料請求先］メディカルインフォメーションセンター　0120-189-371

製造販売　日本ベーリンガーインゲルハイム株式会社
東京都品川区大崎2丁目1番1号
資料請求先：DIセンター

2015年4月作成

*Better Health, Brighter Future*

タケダから、世界中の人々へ。より健やかで輝かしい明日を。

一人でも多くの人に、かけがえのない人生をより健やかに過ごしてほしい。タケダは、そんな想いのもと、1781年の創業以来、革新的な医薬品の創出を通じて社会とともに歩み続けてきました。

私たちは今、世界のさまざまな国や地域で、予防から治療・治癒にわたる多様な医療ニーズと向き合っています。その一つひとつに応えていくことが、私たちの新たな使命。よりよい医薬品を待ち望んでいる人々に、少しでも早くお届けする。それが、いつまでも変わらない私たちの信念。

世界中の英知を集めて、タケダはこれからも全力で、医療の未来を切り拓いていきます。

www.takeda.co.jp

武田薬品工業株式会社



抗癌剤の製品ラインナップ

薬価基準収載
*15.6作成

抗悪性腫瘍剤 劇薬・処方箋医薬品*
ランダ®注 10mg/20mL 25mg/50mL 50mg/100mL
シスプラチン製剤

抗悪性腫瘍剤 劇薬・処方箋医薬品*
動注用アイエーコール50mg・100mg
シスプラチン製剤

抗悪性腫瘍剤 劇薬・処方箋医薬品*
ハイカムチン®注射用1.1mg
ノギテカン塩酸塩製剤

抗悪性腫瘍性抗生物質 劇薬・処方箋医薬品*
カルセド®注射用20mg・50mg
注射用アムルビシン塩酸塩

抗悪性腫瘍性抗生物質製剤 劇薬・処方箋医薬品*
ピルビシン®注射用10mg・20mg
注射用ピラルビシン塩酸塩

抗悪性腫瘍剤 劇薬・処方箋医薬品*
ラステッドSカプセル25mg・50mg
エトポシド製剤

抗悪性腫瘍剤 劇薬・処方箋医薬品*
ラステッド®注100mg/5mL
エトポシド製剤

抗腫瘍性抗生物質 劇薬・処方箋医薬品*
ブレオ®注射用5mg・15mg
ブレオマイシン塩酸塩製剤

前立腺癌治療剤 劇薬・処方箋医薬品*
オダイン®錠125mg
フルタミド製剤

乳癌治療剤 劇薬・処方箋医薬品*
フェアストン®錠40・60
トレミフェンクエン酸塩製剤

抗悪性腫瘍剤 劇薬・処方箋医薬品*
ベスタチンカプセル10mg・30mg
日本薬局方 ウベニメクスカプセル

抗悪性腫瘍剤 劇薬・処方箋医薬品*
パクリタキセル注30mg/5mL 100mg/16.7mL「NK」
パクリタキセル製剤

抗悪性腫瘍剤 劇薬・処方箋医薬品*
カルボプラチン点滴静注液50mg・150mg・450mg「NK」
日本薬局方 カルボプラチン注射液

代謝拮抗性抗悪性腫瘍剤 劇薬・処方箋医薬品*
ゲムシタビン点滴静注用200mg・1g「NK」
点滴静注用ゲムシタビン塩酸塩

その他の生物学的製剤・抗悪性腫瘍剤 生物由来製品 劇薬・処方箋医薬品*
イムノブラダー®膀注用80mg・40mg
乾燥BCG菌株内用（日本株）「生物学的製剤基準」

抗悪性腫瘍剤 劇薬・処方箋医薬品*
イリノテカン塩酸塩点滴静注液40mg/2mL 100mg/5mL「NK」
イリノテカン塩酸塩水和物点滴静注液

抗腫瘍性抗生物質製剤 劇薬・処方箋医薬品*
エピルビシン塩酸塩注射液10mg/5mL 50mg/25mL「NK」
エピルビシン塩酸塩注射液

抗悪性腫瘍剤 劇薬・処方箋医薬品*
ドキソルビシン塩酸塩注射用10mg・50mg「NK」
日本薬局方 注射用ドキソルビシン塩酸塩

ビンカアルカロイド系抗悪性腫瘍剤 毒薬・処方箋医薬品*
ロゼウス®静注液10mg・40mg
ビノレルビン酒石酸塩静注液

前立腺癌治療剤 劇薬・処方箋医薬品*
ビカルタミド錠80mg「NK」
ビカルタミド錠

アロマターゼ阻害剤／閉経後乳癌治療剤 処方箋医薬品*
エキセメスタン錠25mg「NK」
エキセメスタン錠

アロマターゼ阻害剤/閉経後乳癌治療剤 劇薬・処方箋医薬品*
アナストロゾール錠1mg「NK」
アナストロゾール錠

代謝拮抗剤 劇薬・処方箋医薬品*
エヌケーエスワン®配合カプセルT20・T25
テガフール・ギメラシル・オテラシルカリウム配合カプセル剤

代謝拮抗剤 劇薬・処方箋医薬品*
エヌケーエスワン®配合顆粒T20・T25
テガフール・ギメラシル・オテラシルカリウム配合顆粒剤

抗悪性腫瘍剤 劇薬・処方箋医薬品*
（チロシンキナーゼインヒビター）
イマチニブ錠100mg「NK」
イマチニブメシル酸塩錠

タキソイド系抗悪性腫瘍剤 毒薬・処方箋医薬品*
ドセタキセル点滴静注液20mg/1mL 80mg/4mL「NK」
ドセタキセル注射液

タキソイド系抗悪性腫瘍剤
毒薬、処方箋医薬品*
ドセタキセル点滴静注20mg/1mL 80mg/4mL「ニプロ」

抗悪性腫瘍剤 劇薬・処方箋医薬品*
オキサリプラチン点滴静注液50mg・100mg・200mg「NK」
オキサリプラチン点滴静注液

アロマターゼ阻害剤／閉経後乳癌治療剤 劇薬・処方箋医薬品*
レトロゾール錠2.5mg「NK」
レトロゾール錠

資料請求先
日本化薬株式会社
東京都千代田区丸の内二丁目1番1号
日本化薬医薬品情報センター 0120-505-282（フリーダイヤル）
日本化薬医薬品情報 http://mink.nipponkayaku.co.jp

*注意・医師等の処方箋により使用すること

※警告、禁忌、効能・効果、用法・用量、使用上の注意などは、製品添付文書をご参照ください。

くすりのあしたを考える。
東和薬品

# 適度な硬度と速やかな崩壊性を両立したトーワのOD錠

## 当社独自のOD錠のためのRACTAB®技術

**機能性薬物粒子**（有効成分含有）
苦味マスキング・腸溶化・徐放化

**速崩壊性粒子**（糖類＋崩壊剤等）
糖類の表面に水分散性に優れた崩壊剤をコーティング

**圧縮成形**

**適度な硬度 ＋ 速やかな崩壊性**

## 主な製品一覧

劇薬、処方箋医薬品注）
高血圧症・狭心症治療剤 持続性Ca拮抗剤　薬価基準収載
**アムロジピンOD錠2.5mg/5mg/10mg「トーワ」**
日本薬局方 アムロジピンベシル酸塩口腔内崩壊錠
先発・代表薬剤：アムロジンOD錠、ノルバスクOD錠

処方箋医薬品注）
プロトンポンプ・インヒビター　薬価基準収載
**ランソプラゾールOD錠15mg/30mg「トーワ」**
ランソプラゾール口腔内崩壊錠
先発・代表薬剤：タケプロンOD錠

劇薬、処方箋医薬品注）
アルツハイマー型認知症治療剤　薬価基準収載
**ドネペジル塩酸塩OD錠3mg/5mg/10mg「トーワ」**
ドネペジル塩酸塩口腔内崩壊錠
先発・代表薬剤：アリセプトD錠

処方箋医薬品注）
HMG-CoA還元酵素阻害剤　薬価基準収載
**ピタバスタチンCa・OD錠1mg/2mg/4mg「トーワ」**
ピタバスタチンカルシウム口腔内崩壊錠
先発・代表薬剤：リバロOD錠

処方箋医薬品注）
持続性アンジオテンシンⅡ受容体拮抗剤　薬価基準収載
**カンデサルタンOD錠2mg/4mg/8mg/12mg「トーワ」**
カンデサルタン シレキセチル口腔内崩壊錠
先発・代表薬剤：ブロプレス錠

処方箋医薬品注）
糖尿病食後過血糖改善剤　薬価基準収載
**ボグリボースOD錠0.2mg/0.3mg「トーワ」**
ボグリボース口腔内崩壊錠
先発・代表薬剤：ベイスンOD錠

※注）注意―医師等の処方箋により使用すること

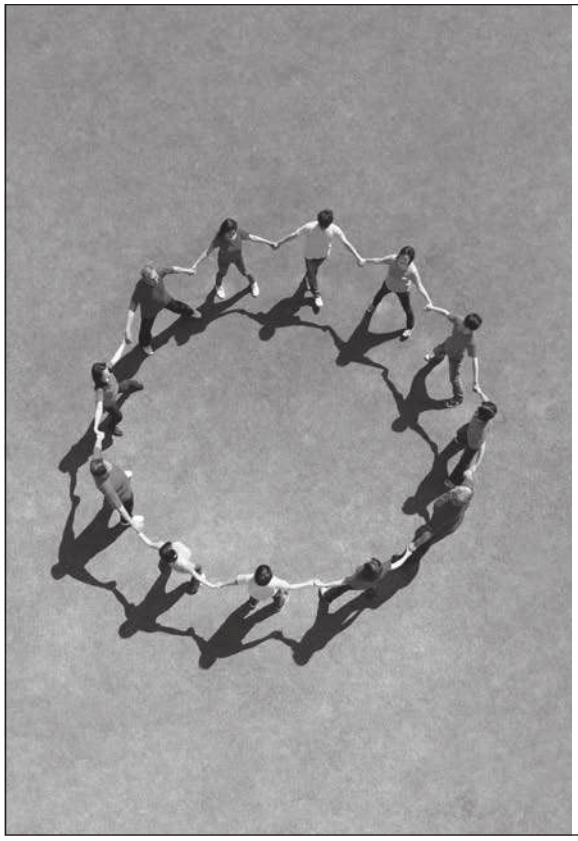
※効能・効果、用法・用量、警告、禁忌を含む使用上の注意等については、製品添付文書をご参照ください。

製造販売元
東和薬品株式会社

●医薬品情報に関するお問い合わせ
学術部DIセンター

24時間受付対応
0120-108-932（トーワ クスリニ）
FAX 06-6908-5797

2015年7月作成


スギ花粉症の減感作療法（アレルゲン免疫療法）薬　処方せん医薬品注）

薬価基準収載
200JAU/mLボトル
2,000JAU/mLボトル
2,000JAU/mLパック

# シダトレン®スギ花粉 舌下液

CEDARTOLEN®
注）注意―医師等の処方せんにより使用すること

「効能又は効果」「用法及び用量」「警告・禁忌を含む使用上の注意」等、詳細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 0120-410-520
FAX 03-3231-6890

2015年4月作成