

厚生連 尾道総合病院医報

第 26 号

目 次

巻 頭 言	杉 田 孝.....	1
特別講演		
肝細胞がん外科治療における最近の進歩	中 井 肇.....	3
シンプル感染対策～いくつかのやめるべきこと	志 馬 伸 朗.....	7
訪問看護の現状と在宅復帰をスムーズにするための課題	岡 田 祥 子.....	13
包括的心不全治療のススメ	猪 又 孝 元.....	17
カンファレンス		
四肢悪性腫瘍の機能再建術について	杉 田 孝.....	23
向精神薬と笑顔	阪 口 周 二.....	25
尾道地域における当院の役割		
～心臓リハビリテーションについて～	松 本 武 史.....	29
地域救命救急センターの現状と展望	宇 根 一 暢.....	33
めまいの初期診療	石井 秀将ほか.....	37
「外来での慢性心不全患者への支援の実際」		
～心不全患者の支援に大切なこと～	富 山 美由紀.....	43
CPC		
急性動脈閉塞症から感染性心内膜炎を診断し剖検にて		
疣贅による塞栓症を証明し得た血液透析患者の1例	船石 邦彦ほか.....	49
急性呼吸不全を合併し、病理解剖で確定診断された食道原発神経内分泌癌の1例		
.....	別木 智昭ほか.....	55
(次頁つづく)		

目 次 (つづき)

看護研究

手術室における中堅看護師の育成	檀 上 美由紀.....	59
著 書		61
論文発表		62
学会発表		68
院内カンファレンス		109
院内主要行事		111
職場だより		113
委員会報告		134
「厚生連尾道総合病院医報」投稿規定		148
編集後記		150

— 巻 頭 言 —

苦難・忍耐・鍊達・希望

JA 尾道総合病院 病院長 杉 田 孝

「真赤激」の決意をもって広島カープは2016年ペナントレースに臨み、見事リーグ優勝を勝ち取った。25年ぶりの勝利である。今年も足繁くマツダスタジアムに通い、幸運にも「神ってる」と言わしめた鈴木誠也の9回逆転サヨナラスリーランや黒田の日米通算200勝の試合を見ることが出来た。その試合では、黒田の投げた投球がファールされ、そのボールをキャッチして一緒に行っていた孫に渡すことができ、一躍孫の英雄になれた。締めは東京ドームでの優勝決定試合も観戦できたことである。このゲームは9月10日であったが翌11日が東京出張のため、優勝決定試合になるなど夢にも思わずあらかじめチケットを購入しこの幸運に出会えた。当日東京ドーム最寄りのJR水道橋駅を下りたときから、真っ赤なユニフォームで満ちており、さらにドームの周りはまるでマツダスタジアムと見まがうほど赤色に染っていた。

カープは6対4でジャイアンツを下し、緒方監督を高々と胴上げした。また涙にくれる黒田、両手を派手に広げた新井の胴上げが、正に私の目の前で続いた。この時、選手の輪の中心で涙の黒田と新井が抱き合って喜んでいたのが印象的であった。

このカープの優勝は黒田と新井の存在なくしては語れない。しかし去年は3年連続のAクラスを逃したものの、チームは着実に力をつけてきたのは事実だ。選手の猛練習はもとより、監督以下一致団結した首脳陣と絶え間ない球団の強化への努力が結実した感がする。さらに加えてスタジアムを真っ赤に染めるファンの応援が大いに優勝への後押しになったのは間違いない。

カープは私たちに歓喜と希望を与えてくれた。25年もの長期にわたり優勝から遠ざかり、その間主力選手はフリーエージェントで他球団に移っていったが、カープにはこの制度で有力選手を獲得することができなかった。しかし自前の若手選手を見いだし育て、さらにはカープ愛に満ちた黒田と新井が戻ってきてくれた。このようにしてカープは苦難を乗り越えた。

苦難は忍耐を生み、忍耐は鍊達を生み、鍊達は希望を生んだ。この希望はわれわれを欺くことがない。このような希望を、誇りにしたいと思う。

— 特 別 講 演 —

肝細胞がん外科治療における最近の進歩

中 井 肇

要 約

肝細胞癌に対する切除成績は年代ごとに向上しており、当科の肝細胞癌切除症例の5年生存率も65.2%と、以前に比して良好なものとなってきた。

肝細胞癌手術成績向上の要因としては、術前肝予備能検査の確立、手術手技の向上、周術期管理の向上、術後再発に対する治療成績の向上等、種々の項目があげられるが、今回は、最近特に進歩が著しい術前画像診断、なかでも3Dワークステーションシステムを使用した術前肝切除シミュレーション、および手術手技の進歩として、肝切除時に使用する新しいエネルギーデバイス、腹腔鏡下肝切除術、更には周術期における多職種協働のチーム医療について、当院での症例を提示しながら紹介した。

I. 肝細胞癌切除成績の向上

全国原発性肝癌追跡調査報告によると、肝細胞癌切除後の5年累積生存率は1980年代は40.8%であったが、1990年代には53.4%と向上しており、更に最近の当科での肝細胞癌切除後5年生存率は65.2%と改善していた(図1)。

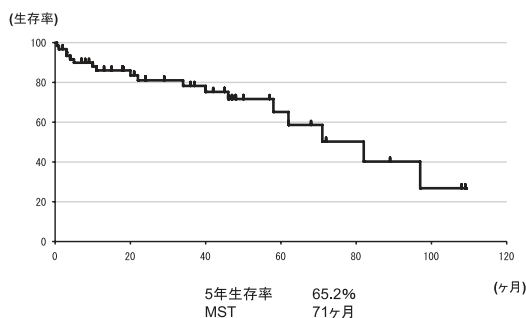


図1 肝細胞癌切除症例の生存率(尾道市立市民病院)

肝がん診療ガイドライン¹⁾のなかで、肝細胞癌に対する治療法の選択基準として「エビデンスに基づく肝細胞癌治療アルゴリズム」(図2)

【推奨】

肝細胞癌の病態に応じた治療法の選択基準として『幕内班アルゴリズム』が推奨される(グレードB)。

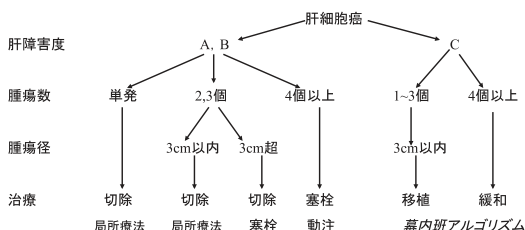


図2 肝細胞癌治療アルゴリズム

が推奨され、肝切除の適応がおおむね示されたことは、治療成績を向上させるうえで重要である。ただ個々の症例の治療を考えるに当たっては、更なる詳細な検討が必要で、特に肝切除を施行する際には、種々の術前肝予備能検査が必須である(表1)。

表1 肝細胞癌手術成績向上の要因

- ★術前肝予備能検査の確立
 - 肝障害度 Child-Pugh分類 99mTc-GSA肝シンチグラフィ (ICG R15, PT)
 - MDCTの導入による術前肝切除シミュレーション
- ★手術手技の向上
 - 解剖学的肝切除の導入(クイノーの亜区域分類, 術中エコー)
 - 新しい手術手技の導入(グリソフ輪一括処理, Anterior approachによる肝切除, Belghiti hanging maneuver)
 - 新しい手術機器の導入(CUSA, アイソクール, 自動縫合器, Tissue Link等々)
- ★周術期管理の向上
- ★術後再発に対する治療成績の向上

尾道市立市民病院 副院長

当科では^{99m}Tc-GSA 肝シンチグラフィーを行い、これより肝細胞癌切除後の残存肝予備能（RLU-15）を算出し、安全に肝切除が可能か否かを、それぞれの症例で検討している。この際に3D ワークステーションシステムを使用した術前肝切除シミュレーションが有用となってくる。

Ⅱ. 最新の3D 画像解析システム (SYNAPSE VINCENT)

MDCT や MRI などのモダリティから大量に出力される画像を3次元表示することができるシステムを3D ワークステーションシステムと呼ぶが、様々なアプリケーションにより各診療科に最適な画像を作成できる。このシステム（SYNAPSE VINCENT）を使用して、当院に導入された320列 MDCT 画像から肝臓、門脈、肝静脈等を抽出し、これらを組み合わせて、肝細胞癌切除前に3D 脈管構築を行っている（図3）。これにより種々の理由から複雑な肝切除

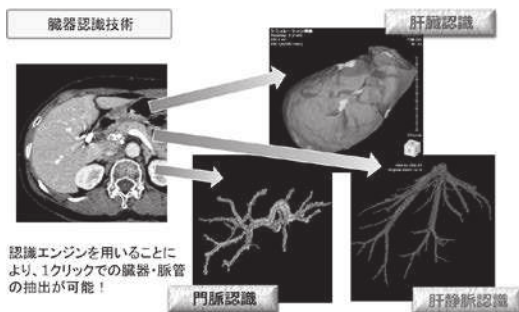


図3

術式が必要な症例に対しても、術前に肝切除シミュレーションを行うことで、より安全に手術を施行することが出来るようになった。これに関連した当科での症例を提示する。患者は60歳代、男性で直腸癌術後肝転移（単発性）に対して、中肝静脈を合併切除する肝拡大内側区域切除術を施行されている（図4）。その1年後に肝右葉 S5・S6・S7境界領域に3cm大の直腸癌肝転移が単発性に再々発（図5）。肝予備能は良好であったが、右肝静脈が腫瘍により浸潤を受けており、更に前回の肝切除で中肝静脈が切

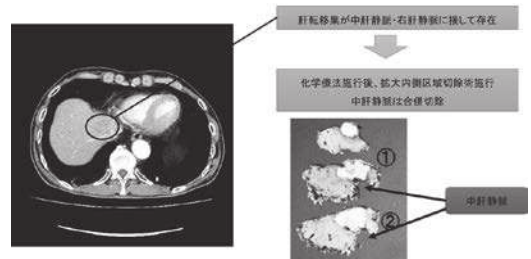


図4 初回 肝切除 術前造影 CT

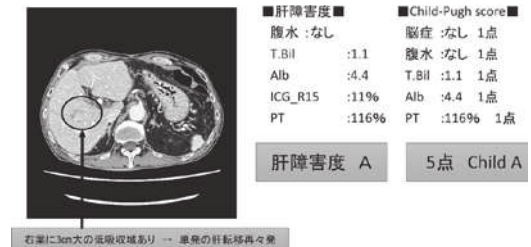


図5 再肝切除 術前造影 CT

除されているため、再肝切除にあたってはドレナージ Vein を確保する必要がある、また門脈枝の切離部位も複雑となるため、SYNAPSE VINCENT を使用した3D-CT 脈管再構築像を基に、切離ラインをデザインし、肝切除に臨んだ（図6、7）。最終的には肝拡大 S6亜区域切除術にて腫瘍を過不足なく切除出来た（図8）。



図6 肝静脈の3D 再構築像

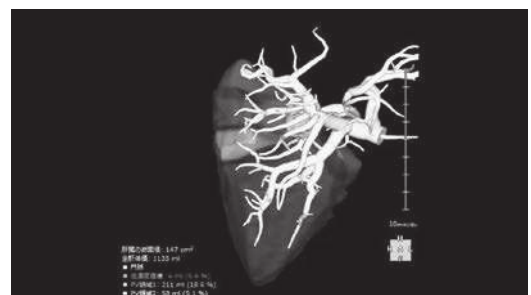


図7 再構築像・手術シミュレーション（門脈）

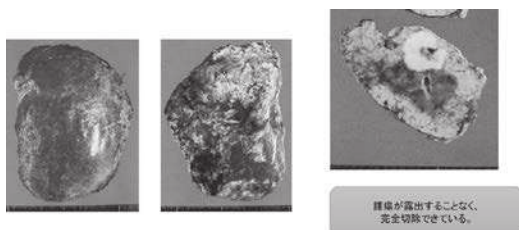


図8 摘出標本



図9 腹腔鏡下肝切除術

Ⅲ. 手術手技の進歩 (新しいエネルギーデバイス)

最近の手術手技の向上には目を見張るものがある(表1)。特に新しい手術機器の導入により、手術時間、術中出血量は以前に比して改善された。当科では超音波凝固切開装置であるハーモニック FOCUS を肝切除に積極的に使用しており、これにより種々の恩恵を受けている(表2)。

	Patients using UCS (n=26)	Patients not using UCS (n=27)	p value
Operation time (min)	296±103	368±121	0.031
Blood loss (ml)	301±218	740±693	0.004
Discharge volume from drain (ml)	158±98	259±229	0.063
In hospital stay (day)	19.7±10.6	25.7±21.5	0.208

表2 Comparative study of liver resection using UCS or not

また新しいエネルギーデバイスにより、腹腔鏡下肝切除術もより安全に施行可能となっている(図9)。整容性にも長けており(図10)、今後のより一層の普及が見込まれる。



図10 術後の創部

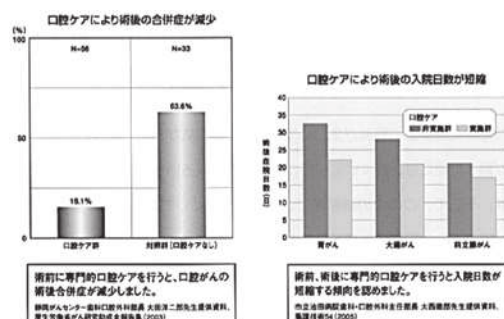
Ⅳ. チーム医療

従来の肝細胞癌外科治療において、その主体をなすものは医師、看護師であったが、最近では術前、術中、術後を通じて、多職種が関与するようになった(図11)。具体的には、管理栄養士



図11 チーム医療

養士を中心とした NST による術前術後の栄養評価および指導，歯科衛生士による口腔ケア，理学療法士による術前術後のリハビリテーション等である。これらにより術後合併症が減少し，在院日数の短縮に貢献出来ている（図12）。



さらに、術前の処置として、麻酔の時に歯が傷ついたり抜けたりするリスクを軽減するために、動いている弱い歯の固定処置を行ったり、保護用のマウスピースを作ったりします。

図12

また臨床工学技士が手術室に常駐することにより，種々の手術機器の管理が充実し，より安全に手術を施行することが出来るようになってきた。

V. お わ り

以上のように種々の分野での進歩により，肝細胞癌の外科治療成績は向上している。今後は鏡視下手術の分野における進歩により，より低侵襲な肝細胞癌に対する外科治療の発展が期待されるところである。

引 用 文 献

- 科学的根拠に基づく肝臓診療ガイドライン
2013年版，金原出版，東京，2013

— 特 別 講 演 —

シンプル感染対策～いくつかのやめるべきこと

志 馬 伸 朗

1. 病院感染管理の背景的問題

医療の進歩は、複雑系の拡大に他ならない。いわゆる先進的医療は、数多くの医療従事者が、多数の薬剤や診療機器、手技を含有した複雑なシステムを動かしながら、困難疾病に対する救命や機能的回復を目指している。しかし複雑系は、本質的な危うさや脆さを内在し、理想通りの遂行は往々にして妨げられる。病院複雑系における脆弱性の代表的なものが、感染症であろう。

もともと感染防御能の低い、あるいは診療経過中に感染防御能が低下した宿主が、時として

病原菌とりわけ耐性菌の存在しうる環境におかれつつも強力な侵襲的介入をうけるのが医療現場である。従って、感染症に対する適切な予防、治療的介入を実践することは全ての医療従事者に課せられた重要課題である。例えば、集中治療室入室患者の半数以上は何らかの感染症を伴っている。そして、集中治療患者の最頻の死亡原因は、感染症とそれに伴うショック・臓器不全、すなわち敗血症である^[1]。

21世紀初頭より、米国CDCでは、“耐性菌感染症を防止するための12のステップ”スローガンを掲げてきた（表1）^[2]。そこでは多くの

表1 米国疾病管理センターの「耐性菌出現防止のための12ステップ」（急性期施設成人用）

カテゴリー	ステップ	内 容
感染予防	1	予防接種 退院前にリスクのある患者には、インフルエンザと肺炎球菌のワクチン接種 毎年インフルエンザワクチンの接種
	2	カテーテル抜去 必要なときだけ挿入 適性なカテーテル使用 適切なカテーテルの挿入と管理 不要になれば抜去
効果的な感染症の診断治療	3	病原体の特定 患者検体の培養 予想される病原体と感受性に合った経験的治療を実施 同定と感受性が判明すれば標的治療を実施
	4	専門家に相談 重篤な感染症患者では感染症専門医に相談
賢明な抗菌薬使用	5	抗菌薬使用についての制御管理 個々の施設での抗菌薬使用を管理する
	6	ローカルデータを使用 自施設の感受性を知る 自施設の患者背景を知る

	7	感染症を治療し、汚染を治療しない 汚染防止のため、適切な消毒剤を使用して、血液培養や他の検体培養を実施
	8	血液培養を実施し、決して皮膚やカテーテルのハブを培養しない 感染症を治療し、保菌・定着を治療しない 肺炎を治療し、気管の定着を治療しない 菌血症を治療し、カテーテル先端やハブの定着を治療しない 尿路感染症を治療し、挿入カテーテルの定着を治療しない
	9	バンコマイシンの不要な時を知る 感染症を治療し、汚染や保菌を治療しない 血管カテーテル挿入患者の発熱は、常にバンコマイシンの適応ではない
	10	抗菌薬治療を終了する 感染症が治癒すれば終了 培養陰性で、感染症でないのなら終了 感染症でないと診断されたら終了
感染伝播防止	11	病原体から隔離する 標準予防策の実施 感染症の体液等の封じ込め（感染経路別対策の実施） 疑問に感じたら、感染症の専門家に相談
	12	感染の鎖を切る 病気なら出勤しない 手指を清潔にする 模範を示せ

文献2より抜粋，日本語訳

診療行為について，“止める”あるいは“しない”推奨がなされている。放置すれば拡大する複雑系に対して、努めて単純化し，“害を減らす”ことにより，合併症としての感染症を減らそうという意図ととれる。

2. 予 防

（ア）手洗い

適切な感染防止策（プレコーション）の遂行により，病原体の伝播から患者を守ることは感染管理の基本である。ケア提供者が徹底すべき基本的な予防策には，全ての体液に接触する前に適用される標準予防策と，個々の感染原因病原体を標的として行われる感染経路別予防策とがある。最も重要なのは特に全ての予防策に通じる“手洗い”であり^[3]，全ての処置前後には適切な手洗いが不可欠である。目に見える汚れない時にはアルコールベースの速乾式手指消毒剤を使用することが現実的で効果的な手洗い方法であり^[4]，各ベッドサイドや手洗い場には

必ず配備する。手洗いは，数少ない“積極的に推進すべき”行為である。特に医師における手洗い遵守率が低いことは普遍的かつ大きな問題あり，これに対しては全病院的な手洗い推進プログラムの適用を含め推進する余地がある。

（イ）デバイス：きれいにに入れて，隙あらば抜く

気管チューブ，血管内カテーテル，尿路バルーンカテーテル，ドレナージチューブ，胃管などのデバイスの存在や留置の手技に伴い皮膚や粘膜などの生体の解剖学的防御バリアが破綻し感染症が発生しやすくなる。医療従事者は留置期間が延長すればするほど感染発生の危険性が高まることを認識すべきである。デバイスは必要と時のみ留置し，不必要になれば速やかに抜去することを常に意識し，日々その適応検討を行う。

デバイスは適切なプリコーションに則って“きれいに”留置する。いかなるデバイスも留

置・操作手技を素手で行うべきでない。中心静脈カテーテル関連血流感染症に対する予防バンドル（表2）にも、日々の必要性検討と早期拔去が推奨されている^[5]。なお、末梢動脈カテーテル挿入時においても、滅菌手袋の着用と滅菌穴あきドレープの使用が勧められる。

表2 中心静脈ラインバンドル

1. 手指衛生
2. 挿入時のマキシマルバリアプレコーション
3. 2%クロルヘキシジンによる皮膚消毒*
4. 鎖骨下静脈を第一選択
5. 日々必要性を評価し不要なラインを早期拔去

*日本では1%クロルヘキシジン製剤を使用

3. 診 断

① 感染症診断は微生物学的診断を

感染症の適切な診断は、適切な抗菌治療のために不可欠であり、ひいては患者予後の改善や不適切な抗菌薬使用の回避へと繋がる。感染症診療を考える際にはどのような背景を持つ患者において、どの臓器に、どのような微生物による感染症が発生している（と推定される）のかを考え、その推論上に微生物学診断を置くことが重要である。そして適切な微生物診断が、適切な抗菌薬投与に結びつく。

CRPに代表される全身性炎症反応指標は、測定も容易でデジタル数値での情報把握が可能のため、臨床医が用いやすい指標である。しかし、炎症反応はあくまで感染症の一所見であり、逆に感染症は炎症反応を引き起こす一つの因子にすぎない。炎症反応所見は診断上極めて限定的な情報しか与えてくれない。CRPに対して抗菌薬を開始し、CRPを頻回に測定し、この変化“のみ”を治療目標とするという診療行為は止めるべきである。

② 臓器と微生物の診断

患者診察（病歴、基礎疾患、症状、デバイス所見など）に画像診断を加えて想定感染巣を評価する。そして、1)推定された感染巣からの

検体を無菌的に採取する、2)迅速検査としてのグラム染色を活用する、3)定着(colonization)と感染(infection)を区別することが重要である。

細菌学的検査にはサーベイランス検査と、診断的検査がある。サーベイランス検査は、特別な目的により患者の保菌状況を通常常在菌の存在する部位（鼻腔、咽頭、肛門など）のサンプルの細菌学的評価を行うものである。これは病棟あるいは病院における組織的な耐性菌疫学の情報を得るために用いるものであり、原則として個々の患者治療とは無関係である。

喀痰、尿、排液などは、盲目的にあるいは定期的に培養検査に提出しない。検体は肉眼的評価による膿性度の評価に続き、グラム染色による評価で原因菌と炎症程度を推定したうえで、培養同定/感受性検査に進むべきかどうか考える。膿性でない、あるいはグラム染色で炎症像や細菌像を認めない検体を盲目的に培養することは、定着菌の抽出という意味の薄い行為につながりかねない。抜去したデバイスの先端や留置中のデバイスから検体を用いた細菌学的検査は、感染症の診断と治療には結びつかない。

一方、通常常在菌叢の存在しない無菌部分（血液・髄液など）からの診断検体は、原因菌確定と治療に繋がる。また、感染症の重篤度や不良予後も反映する。少なくとも血液培養は経験的抗菌薬の新たな投与開始あるいは変更前に行われるべき検査である。ただし、採取時の汚染(コンタミネーション)は、重大な誤認治療に結びつく危険性があるので、厳密な無菌操作により採取する。検出率を高めコンタミネーションを判断しやすくするために、好気・嫌気各ボトルに10mlずつ×2セットの採取を目標とする。すでに留置されている血管カテーテルからの検体採取は、そのカテーテルが原因となる血流感染症の診断を目的とするものでない限りやめた方がよい。

いずれにせよ微生物学的診断は、治療に繋がる有益な検査を、標的を絞って行うことが肝要であり、過剰検査を回避することは病院コスト削減にもつながる^[6]。

4. 治療

① 抗菌療法の問題点

抗菌薬は体内に過剰増殖した病原菌の総量を減じる目的で使用されるが、同時にその薬剤に感受性のある常在細菌を死滅させ、細菌叢を攪乱させる。常在菌叢の攪乱は、抗菌薬に耐性を持つ病原菌の相対的な定着増殖を招き、後の耐性菌感染症の“危険因子”となる^[7, 8]。従って、抗菌薬は可能な限り対象菌に限定的効果を有するもの（狭域のもの）を、過剰な長期投与を避けて投与するのがよい。

② 投与期間短縮に向けた方策：目的の明確化と3日ルール

抗菌薬の投与期間を可及的に抑制する方策として、個々の抗菌薬の用途を確認することが重要である。予防的投与なのか、治療的投与なのか、治療であれば経験的治療なのか、標的治療なのか。予防的抗菌薬及び経験的抗菌薬には3日ルールが適用できる。予防的抗菌薬の投与期間は術前から術中、長くとも術後24時間以内が常識であり、3日以上投与継続は支持されない^[9]。経験的抗菌薬は、一般的には3日目（48～72までに細菌学的評価と臨床効果判定が可能であるため、その時点で中止、継続、変更を再

評価する。

③ 経験的治療から標的治療への適切な移行

重症感染症での抗菌療法で重要なのは、後に判明する原因菌に対して適切な経験的治療が行えているか否かである^[11]。集中治療室の感染症、人工呼吸器関連肺炎、菌血症、敗血症性ショックなど重症病態では経験的治療の適切性が予後を決定する。この場合には、臓器と微生物の類推を行ったうえで、標的原因菌を十分カバーするスペクトラムの抗菌薬を選択することが重要である。経験的治療薬の選択に際して考慮すべき項目を表3に示した。特に抗菌薬の投与歴や、個々の施設での感受性データを把握しておくことが重要である。原因菌が判明し、患者状態の悪化がない場合には標的治療薬をより狭域・単剤の薬剤に変更する（狭域化:De-escalation）。De-escalationは抗菌薬の過剰投与及び耐性菌選択の危険回避に寄与する重要な戦略である。治療期間は一般的に7～10日間であり^[10, 12]、炎症反応指標の陰転化のみを目標とした長期投与は慎む。感染性心内膜炎、骨髄炎、ドレナージできない深部膿瘍などが4～8週間あるいはそれ以上の長期治療が必要になる例外感染症があることを知っておく。

表3 経験的抗菌薬選択に際し考慮すべき主な情報

原因臓器の推定	病歴・身体所見 デバイスの有無・留置期間と挿入部位 画像診断
原因菌の推定	膿性検体のグラム染色 各種迅速検査（尿中抗原など）
耐性菌感染リスクの評価	入院歴 耐性菌の保菌 / 定着 過去 / 現在の抗菌薬投与状況 施設内抗菌薬感受性データ（antibiogram）
患者重症度	敗血症 / 敗血症性ショックの併存 高 APACHE スコア 免疫抑制状態（特に好中球減少症 <1000/ μ L）

APACHE = acute physiology and chronic health evaluation

6. ま と め

感染防止の観点から、止めるべきことを中心に必要な介入について考察した。複雑系をシンプル化することの重要性を認識頂き、部署や病院全体での意識改革と実践の普及のための参考になれば幸いである。

引 用 文 献

1. Angus DC, van der Poll T. Severe sepsis and septic shock. *N Engl J Med* 369 (21) : 2063, 2013.
2. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). CDC's campaign to prevent antimicrobial resistance in health-care settings. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep.* 19 : 51 : 343, 2002
3. Katz JD: Hand washing and hand disinfection: more than your mother taught you. *Anesthesiol Clin North America* 22 : 457 – 471, 2004
4. Hugonnet S, Perneger TV, Pittet D. Alcohol-based handrub improves compliance with hand hygiene in intensive care units. *Arch Intern Med* 162 : 1037 – 1043, 2002
5. Pronovost P, Needham D, Berenholtz S, et al. An intervention to decrease catheter-related bloodstream infections in the ICU. *N Engl J Med* 355 : 2725 – 2732, 2006
6. Morris AJ, Smith LK, Mirrett S, et al. Cost and time savings following introduction of rejection criteria for clinical specimens. *J Clin Microbiol* 34 : 355 – 357, 1996
7. Oztoprak N, Cevik MA, Akinci E, et al. Risk factors for ICU-acquired methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* infections. *Am J Infect Control* 34 : 1 – 5, 2006
8. Crouch Brewer S, Wunderink RG, Jones CB, et al. Ventilator-associated pneumonia due to *Pseudomonas aeruginosa*. *Chest* 109 : 1019 – 1029, 1996
9. 公益社団法人日本化学療法学会 / 一般社団法人日本外科感染症学会. 術後感染予防抗菌薬適正使用のための実践ガイドライン, 2016
10. Bochud PY, Bonten M, Marchetti O, et al. Antimicrobial therapy for patients with severe sepsis and septic shock: an evidence-based review. *Crit Care Med* 32 : S495 – 512, 2004
11. Kumar A, Ellis P, Arabi Y, et al and the Cooperative Antimicrobial Therapy of Septic Shock Database Research Group. Initiation of inappropriate antimicrobial therapy results in a fivefold reduction of survival in human septic shock. *Chest* 136 : 1237 – 48, 2009.
12. Hayashi Y, Paterson DL. Strategies for reduction in duration of antibiotic use in hospitalized patients. *Clin Infect Dis* 52 : 1232 – 40, 2011.

— 特 別 講 演 —

訪問看護の現状と在宅復帰をスムーズにするための課題

岡 田 祥 子

I. は じ め に

訪問看護ステーションほんわかにはH23年9月に株式会社として開設しました。居宅介護支援事業所も併設しています。

当ステーションの特徴は癌ターミナル期の看取りやCAPD、褥瘡、創傷処置、ストーマ、PEG、心不全、胃瘻チューブ、CVポート設置、DMコントロールといったような医療依存度の高いケースが多いのが現状です。私たちは「素早い対応ときめ細かいサービス」をモットーとして、日々訪問看護に取り組んでいます。

II. 訪問看護の実態

当訪問看護が開設したH23,9/1～H27,12/31までの4年間のデータを整理したところ、全訪問看護件数が152件でした。そのうち78人が男性、74人が女性でした。ケアカンファレンスの開催件数は87件と予測より多めでした。

在宅で看取りができた件数は44件で、在宅看取りに至らなかった件数は41件でした。在宅看取りの死因別人数を集計してみると、がん29人、心不全6人、老衰3人、認知症2人、COPD 1人、腎不全1人、その他2人で、圧倒的に癌が多かったです。

在宅看取りに至らなかった理由としては①独居または介護協力者が希薄であること②家族に看取りまでの決意がないこと③在宅でのコントロール困難な症状の出現などが挙げられます。

②の場合でも在宅チームの連携がしっかりして、信頼感や安心感を抱いてもらえたら、最初は「最期は病院へ」という意向で帰った家族も、このまま在宅で頑張ろうという気持ちに移行していくケースもよくあります。

③のコントロール困難な症状は主に呼吸困難とせん妄で、呼吸困難は家族が看っていて一番辛いといわれる症状であることや、せん妄は体動が激しいため夜が眠れないことが多く、介護者が疲れ切ってしまうためと考えられます。

また癌の症状といえば代表的なものに疼痛がありますが、最近是在宅医や緩和ケア看護師に相談したり、在宅訪問による指導を受けることで、スムーズに麻薬のコントロールが出来るようになりました。

III. 訪問看護の具体的活動内容

1) 癌ターミナル期の依頼があった場合

医療連携室から出来るだけの情報をもらい、在宅復帰が決定すれば直ぐに入院中の本人や家族に面会に行きます。そして退院前に自宅に訪問し、環境の確認（玄関の入り口や居室の場所、トイレと浴室の位置や距離、廊下の幅や段差、手すりの必要性 etc.）と介護用ベッドのレイアウトやその他の福祉用具（ポータブルトイレ、オーバーテーブル、柵 etc.）や物品について確認します。

2) 退院前ケアカンファレンスへの参加

本人と家族と医療チーム（病院主治医、病棟看護師、PT、OT、ST、薬剤師、栄養士、緩和ケア看護師 etc.）と在宅チーム（在宅医、ケアマネージャー、訪問看護師、訪問介護士、通所介護事業所、訪問入浴事業所、訪問リハビリ、調剤薬局 etc.）とで在宅療養に向けて情報交換したり、療養者と家族の意向を確認したり、医師のアドバイスをふまえてサービス内容の検討や調整をします。ケアカンファレンスへの参加

訪問看護ステーションほんわか

は顔が見える関係でのやり取りになるので、細かい所まで聞けることや、面識ができたことで話しやすくなり、その後の連携がスムーズに出来るというのが大きなメリットです。このような事からケアカンファレンスは、在宅療養をスムーズに進めるための重要なイベントだといえます。

3) 往診や病院受診への同席

訪問看護では必要があれば往診時間に合わせ訪問したり、病院受診やICに同席することがあります。主治医と直接やり取りができ、正確な情報が得られるからです。訪問看護を始めた頃は、利用者に「受診して先生はどう言われてましたか」と質問をしていましたが、曖昧な返事が多く医師の治療方針がよくわかりませんでした。そこでタイムリーに確実な情報を得るために受診について行くようになりました。

4) 多職種間の連携

往診・病院受診などで得た情報や訪問看護での情報を適宜、関連のある在宅ケアチームに報告し、最新情報を共有するようにしています。もちろん在宅ケアチームからも何かあれば連絡をもらったり、相談し合ったりと多職種間の連携に努めています。

5) 早期に医療連携相談窓口へ

何か問題が発生した時には、当事業所内で解決しようとせず、直ぐに関連の医療連携相談窓口に相談をかけます。いつも快く対応してくれるので、どんな事でも気軽に相談できます。解決できる問題ばかりではありませんが、早期解決の糸口になったり、幅広い対応に繋がりが助かっています。

6) 介護者への精神的支援

訪問看護では本人以上に介護者への支援が重要になってきます。なぜなら介護者がギブアップしたら、それ以上の在宅継続は困難になるからです。常に介護者の体調に配慮しながら声かけを欠かさないようにしています。時には訪問看護時間が延長してもご家族と対話をしたり、要請があれば訪問看護時間外でも相談に出向きます。また緊急コールには速やかに訪問することで安心感を抱いてもらえるよう努力しています。

す。

7) グリーフケア

当訪問看護ステーションは亡くなられてから2～3週間が過ぎた頃に、グリーフケアとしてお花を持って訪問しています。たいていのご遺族はとても表情がスッキリとされ、生前の故人のことを明るく一緒に語ってくれます。中には気になるご遺族もいらっしゃるのですが、その時はスタッフが数回、訪問することもあります。

Ⅳ. 在宅復帰をスムーズにするための課題

1) 退院前ケアカンファレンス開催の徹底

在宅復帰をスムーズに実施する為には、タイムリーな退院調整が最も重要です。そのためには必ず退院前ケアカンファレンスを開催することで、病院主治医と在宅医の参加が望ましいと思われませんが、不在の場合でも参加できるスタッフで実施すべきだと考えます。

退院前ケアカンファレンスで訪問看護師が必要としている情報は①簡潔な病状経過（看護サマリー）②今後、予測される症状と最新の血液検査データ③入院前と退院時のADLの違い④違いがあるなら自宅の住宅環境について問題になるところはないか⑤本人と家族が自宅に帰って不安や心配なことではないか⑥介護者のことや家族関係性において気になることはないかなどです。また緊急時の連絡体制を明確にしておくことは、在宅療養開始への安心感に繋がります。

2) 早期の介護保険申請

在宅では福祉用具やサービスを受けるために介護保険の申請が必要になります。癌患者では末期まで比較的ADLがよいことや本人や家族がその必要性を感じないため申請を拒否されることもあります。できるだけ早い時期に申請手続きをして欲しいのですが、このように申請のタイミングが上手くいかず、遅れて困ることがあります。

3) 経済的不安への支援

介護保険サービスや訪問看護を受けるにしても個人負担があるので、経済的なことについては説明が必要です。特に低所得者の方に対しては、前もって補助制度のアドバイスを一言つけ

加えることで、サービスが安心して受けられるようになります。

4) 休日対応可能な調剤薬局の体制づくり

癌ターミナル患者では、必ず経口摂取困難な状態になったり、疼痛コントロールが必要になります。内服を中止して注射に替えたり、麻薬の種類や量を替えたりしなければならないのですが、全ての調剤薬局が特殊な薬剤や麻薬を取り扱っているわけではありません。またこの地域で休日に対応してくれる薬局もありません。できるだけ早めに予測して対応しているのですが、急な症状の出現に関しては土日や連休などの時は大変困っています。

5) アクシデントに対応できるシステムづくり

これからはますます老夫婦や独り暮らし、同居家族がいても日中不在という世帯が増えていくと予測される中、急なアクシデントに対するレスパイト可能な病院や施設であったり、在宅での継続可能な対応システムや人材が必要だと思っています。

V. お わ り に

地域で活動する訪問看護師の視点から、在宅復帰の課題を述べましたが、まだ訪問看護職が一般に正しく理解されていないと感じることがよくあります。訪問看護先で「介護士さんが来てくれた」と言われる度に、訪問看護師の仕事について説明しなければなりません。

また訪問看護の依頼は突然で、予測が立たないことが多く、せっかくターミナルの依頼があっても、人員不足のため断らなければならないこともあります。これからますます在宅への需要は広がり、看護師の活躍が期待される世の中になっていくと思われます。訪問看護職に携わる者として、地域への啓蒙活動や、病院看護師や未就業看護師に訪問看護の魅力をしっかり伝えることで、人材育成に貢献できるよう頑張りたいと思います。

包括的心不全治療のススメ

猪 又 孝 元

1. は じ め に

2025年, わが国では団塊の世代のすべてが75歳以上の後期高齢者となり, 勤労世代の2人で1人の高齢者を支える時代を迎える。これほど急速に超高齢化社会に突入する国家は, これまで世界に類を見ない。これまでの医療体質は, 青壮年での治療を前提にした管理にあった。国民皆保険の庇護のもと医療へのフリーアクセスという夢物語を享受してきたわが国において, カテーテル治療をはじめとした一点介入診療は循環器疾患領域での強力なエンジンとなり, その発展を牽引してきた。しかし, 医療環境は急速にその舵取りの転回を求めてきている。すなわち, 高齢者を対象とした「病氣と共存しながら, QOLの維持・向上を目指す」新たな医療の形である。心血管病の終末期病態である心不全は, その見すえるべき代表疾患である。

このほど最終報告が出された社会保障制度改革国民会議¹⁾でも, 病院完結型の医療から, 地域完結型の医療への転換が強く求められた。そのなかの各論として強く提唱されたことは, 医療職種の職務の見直しとチーム医療の確立である。2025年までのあと10年あまりに, われわれ医療者は何を達成できるのか, 何をす

べきなのか。少なくともこれからの医師像として, 現場で自分の手を動かす診療以上のものがあるときに求められよう。その守備範囲は, 自身の診療から院内, 地域, 学術組織, そして, 社会全体という様々な「チーム」への参画とリーダーシップである。

2. 心不全チーム医療の治療標的は何か

1) 心不全ステージ分類と先制治療

心不全を語るうえで, 病態形成における神経体液性因子の関わりとともに, この四半世紀に提唱された画期的な概念として, ステージ分類(図1)²⁾があげられる。NYHA分類で代表され

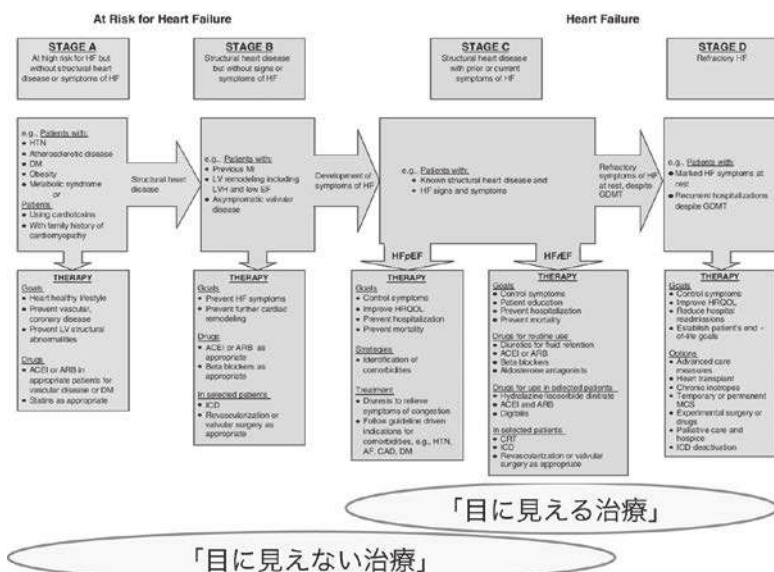


図1. ACCF/AHA 心不全ガイドラインにおけるステージ分類(文献2より)
ステージの概念は、徴候を軽減する「目に見える治療」と予後を改善する「目に見えない治療」との時間的推移である。

る心不全の「状態」というものは、管理の時相でいか様にも変化する。しかし一方で、基盤をなす「固有の」心不全病態は常に進行・悪化を続けているとの着眼点である。快方へ向かえない難治性心不全例に出会うたび、なれの果てとなる前にもっとやれる治療介入はなかったのか—先手を打つ、いわゆる先制医療の重要性を感じる場面が少なくない。

心不全チーム医療を語る際、概してステージDを対象に議論されることが多い。しかし同時に、チーム医療はA、Bといったステージ前半にも大きく寄与できる。長期予後を改善させるアウトカム自体、個々の事例や医療者の経験から実感することはまず不可能である。「目に見えない治療」には、医師の動機付けを誘導すべく、チームとして目的意識を補填するシステムが必要である。言い換えれば、医師は自らの弱点を知って身を律する工夫が必要である。

2) 心不全再入院をどう防ぐか

一方、ステージDである。この四半世紀、入院下心不全の予後はほぼ不変である。そして、その予後不良の足かせは再入院率の高さにある³⁾。患者像として、心臓移植を目指すような超重症心不全は決して多くなく、高齢者、腎機能障害、そして、左室駆出率の保たれた心不全（HFpEF）が目につく。HFpEFもまた、予後を改善させる薬物療法が見出せない疾患群である⁴⁾。

入院治療で心不全は軽快し退院するが、外来管理の過程で徐々に悪化の途をたどり、入院加療を必要とする閾値を超えると再入院に至る。再入院の予防には、2つの方法論が提案される（図2）。ひとつは、入院中の心不全改善を十二分に求めること。もうひとつは、退院後の悪化の進行を緩めること。そのいずれにおいても、チーム医療の重要性は計り知れない。心不全予後を改善させる治療法が頭打ちにあり、一方で、現在の心不全患者像は加齢に関連した多疾患有病者であるからである。心不全単体への治療の限界を知り、その限界に寄り添う医療をいかに担当医師が自覚できるか、そこから目指すべきチーム医療が開始される。

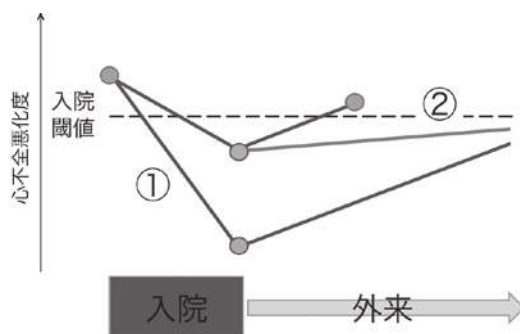


図2. 心不全再入院を食い止める2つの手法
再入院の予防には、入院中の心不全改善を十二分に求める（①）か、退院後の悪化の進行を緩める（②）かのいずれかの方策を練る。

3) 患者のアドヒアランス、医療者のアドヒアランス

チーム医療における重要な介入点として、服薬アドヒアランスを考えてみる。予後を改善する心不全薬は「目に見えない治療」だけに、患者サイドはもちろん、医師の意識や動機付けにも目配せをする必要がある。

患者の自己管理を向上させることで、心不全の予後は改善する⁵⁾。その代表は、服薬遵守である。残薬確認から始めるが、認知症、家族のサポート、薬物治療への理解、経済的問題などを踏まえた対応が必要である。一方、医師側のアドヒアランスも不十分なままである。至適薬物に関し施設間の処方率の格差が大きく、医療者個人の努力だけで是正は難しい。推奨治療を普及させる専門ナースや包括診療チームの確立、チェックシート様のプログラムが有用とされる。その結果、処方率が向上し、心不全予後が改善したとの報告がある（図3）^{6) 7)}。

両方向のアドヒアランスとも、医師自らの問題意識と徹底へ向けたアクションが必要であり、チーム医療の出番である。

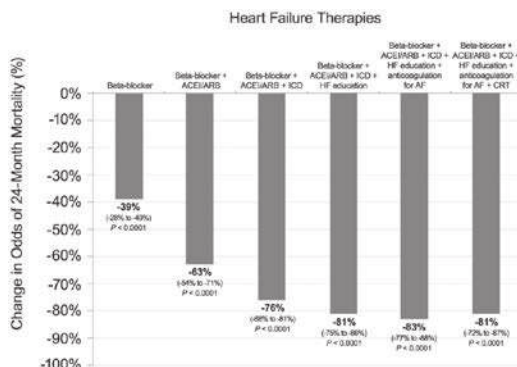
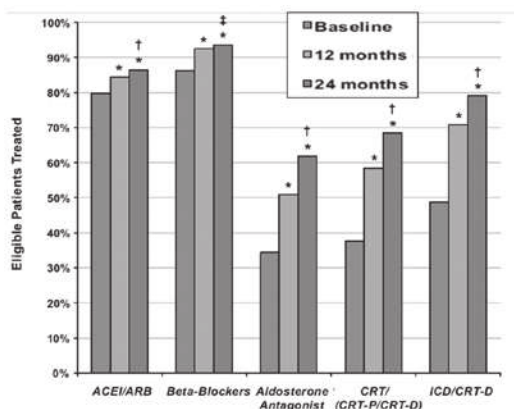


図3. 心不全治療の処方アドヒアランス

心不全推奨治療を推進するプログラムを導入することで、処方率が向上し（文献6）、心不全予後が改善した（文献7）。

3. 心不全チーム医療をどう実践するか

1) チーム医療を定着，発展させる医師の姿勢
チーム医療の最大の役割は，目標を共有することである。

加齢と多疾患有病という現代の心不全の特徴から，多数の診療科や職種が共同参加し，さらには，介助・介護にあたる周囲のサポーター，さらには経済的・人的資源を提供する社会負担にすら意識の方向性が求められる。終末期医療においては，今まで「最後まで戦うことが，医療従事者に求められた姿勢である」と信じていた医師が，「苦しみを和らげ静かな最期を看取することも大切な医療従事者としての役割である」ことを認めていくパラダイムシフトが必要である。

「チーム医療において医師は主導的役割を担わず，一職種として参加すべき」と記載される成書も多い。しかし，欧米のナース・プラクティショナーのように，診療での決定権を有するナースはわが国で存在せず，医師の指導のもとではじめて活動が可能となる。医師の理解と協力なしでは，チーム医療は形骸化する。良否はともかく，現時点でのわが国の心不全チーム

医療は，医師による適正なリーダーシップが成功の鍵を握る。業界として，リーダーたる医師の育成が急務な事由がここにある。

2) 心不全入院パスの実践

箱を作る，武道で言えば形（かた），というところであろうか。チーム医療において最重要課題である患者管理を向上させる「3本の矢」は，チェックリスト，指導ツール（手帳，患者指導），カンファレンスと言われる。その一環として当科では，いち早く心不全入院管理クリティカルパス（パス）を導入した。

多種多様な急性心不全の病態に，画一管理のパスの概念は馴染みにくい。そこで当科では，パス運用のポイントを絞り，入院患者の約8割を占める Nohria-Stevenson 分類 profile B 患者のみを対象とし，医者の縛りを点滴治療の日数制限と目標 ADL 達成後の早期退院のみとした。メディカルスタッフには，起坐呼吸の消失をもって，リハビリテーションや患者指導を自律的に開始するスケジュールを組んだ（図4-1）。ここで留意すべきは，担当部署をまたいだ情報交換がときに不十分で，患者指導ひとつとっても指導項目に抜けや重なりが散見された

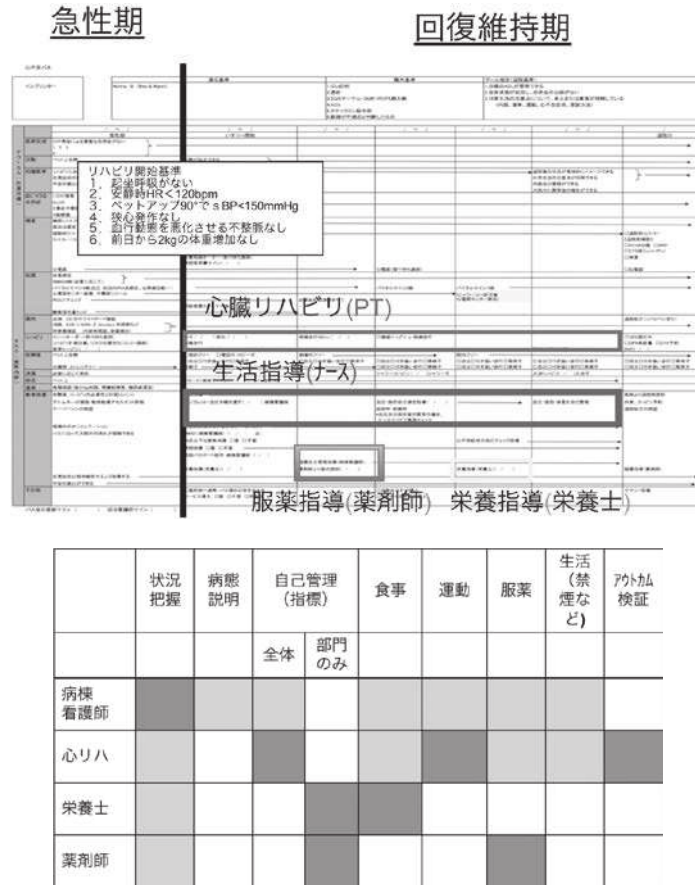


図4. 急性心不全クリティカルパスの一例(北里大学病院)

起坐呼吸の消失をもって、リハビリテーションや患者指導を自律的に開始させた(図4-1)が、指導項目に抜けや重なりが散見された(図4-2; 濃色は十分に指導され、白色は指導がなかった項目)。(渡辺, 猪又, 日本心臓病学会2011(神戸)にて発表)

事実である(図4-2)。組織全体を俯瞰し、横断的な調整をかける役割は、リーダーたる医師の重要な責務である。

3) 心不全地域連携

高齢者病としての心不全は、common diseaseと化しつつある。心不全を取り扱う主体は、決して専門家と呼ばれる医師ではなく、今や地域診療を下支えする一般医であろう。院内としての活動をいかに地域全体に広げられるかー患者の流動性と医療者の役割分担を踏まえ、今後の心不全診療全体を占う重要な論点である。

当科では、心臓二次予防センターというゲー

トキーパー的部門を立ち上げ、中等症以下の心不全患者も含めた地域管理を運用している。年1回の定期チェックと病状変化時の対応を通じて、必要な情報共有と追加治療を行ってきた。その結果として、紹介先の専門の別に関わらず、その遠隔期予後には差が生じない状況まで進展した。その際、やりとりする医療者間で共通言語の確立に努めてきた。現在、BNP値と下肢筋力の2つの臨床指標を重視している。

4. おわりに

チーム医療を阻むハードルは何か。それは、コストである。

心不全の現場から伺える医療者の態度は、燃え尽きと逃避とに2極化しつつあるように思える。労務量と患者数の増加という現場の苦悩に答えるには、効果のみならず、効率を論点にせざるを得ない。最近、前述した当科パスにおいて、患者への個別指導と集団指導の効率を検証する試みを行った。患者背景に差のない両群比較において、指導後の疾病管理理解度スコアは、集団指導群で有意に理解度が良好であった（図5-1）。一方、集団指導群は、個別指導群に比べ、患者指導に関わる医療スタッフの総所要時間が短縮した（図5-2）。

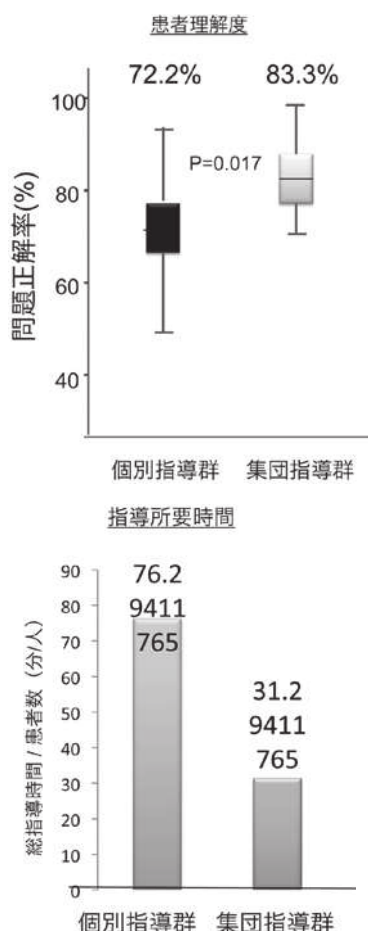


図5. 心不全患者教育の個別指導と集団指導の比較（北里大学病院）

集団指導群では、疾病管理理解度が良好であり（図5-1）、患者指導に関わる医療スタッフの総所要時間が短縮した（図5-2）。（林，猪又，ら．日本循環器学会2014（東京）にて発表）

心不全チーム医療が健全な形で定着するには、労務に見合った報酬が必須である。しかし、旧来と異なり、今や新たな報酬を求めるにはエビデンスが不可欠である。われわれが患者管理によかれと思う医療行為が、単なる自己満足でなく、患者の生存やADL、さらには、医療経済的にも有効であることを実証する必要がある。これこそが、医師に求められた大きな役割であり、そのタイムリミットは刻々と迫っている。

参考文献

- 1) 社会保障制度改革国民会議報告書・首相官邸政策会議 平成25年8月6日。
<http://www.kantei.go.jp/jp/singi/kokuminkaigi/pdf/houkokusyo.pdf>
- 2) Yancy CW, Jessup M, Bozkurt B, et al. 2013 ACCF/AHA guideline for the management of heart failure: a report of the American College of Cardiology Foundation/American Heart Association Task Force on practice guidelines. *Circulation* 2013 ; 128 : e240-e327.
- 3) Fonarow GC1, Stough WG, Abraham WT, et al. Characteristics, treatments, and outcomes of patients with preserved systolic function hospitalized for heart failure: a report from the OPTIMIZE-HF Registry. *J Am Coll Cardiol* 2007 ; 50 : 768-777.
- 4) Grigorian Shamagian L, Gonzalez-Juanatey JR, Roman AV, et al. The death rate among hospitalized heart failure patients with normal and depressed left ventricular ejection fraction in the year following discharge: evolution over a 10-year period. *Eur Heart J* 2005 ; 26 : 2251-2258.
- 5) McAlister FA, Stewart S, Ferrua S, et al. Multidisciplinary strategies for the management of heart failure patients at high risk for admission: a systematic review of randomized trials. *J Am Coll Cardiol* 2004 18 ; 44 : 810-819.
- 6) Fonarow GC, Albert NM, Curtis AB, et al. Improving evidence-based care for heart failure in outpatient cardiology practices: primary results

of the Registry to Improve the Use of Evidence-Based Heart Failure Therapies in the Outpatient Setting (IMPROVE HF). *Circulation* 2010 ; 122 : 585 – 596.

- 7) Fonarow GC, Albert NM, Curtis AB, et al. Incremental Reduction in Risk of Death Associated With Use of Guideline-Recommended Therapies in Patients With Heart Failure: A Nested Case-Control Analysis of IMPROVE HF. *J Am Heart Assoc* 2012 ; 1 : 16 – 26.

カンファレンス
C P C
看護研究

— カンファレンス —

四肢悪性腫瘍の機能再建術について

杉 田 孝

I. は じ め に

悪性骨・軟部腫瘍は発生頻度が低いものの、多くの分類があり、またこれらは疾患特有の症状に乏しいことなどから診断や治療に難渋する場合が多い。しかし発生頻度、好発年齢、好発部位を参考にすると診断の助けとなる。

II. 治 療 の 歴 史

歴史的に見ると悪性骨・軟部腫瘍は放射線治療や化学療法に抵抗性があり、非常に予後不良とされていた。特に骨肉腫などでは四肢を切断してもなお5年生存率は10%程度であった。しかし化学療法の発達により予後が改善され、局所効果のある場合は切断から根治可能な広範切除が可能となった^{1) 2)}。同時にCTやMRIなどの画像診断の発達により、外科的病期診断に従った広範切除の導入により治癒的切除が可能となった³⁾。切除後に腫瘍用人工関節や血管柄付き骨移植あるいは処理骨さらには人工骨による再建術など手術方法の進歩と共に患肢温存手術が主流となってきた。

患肢温存のための補助療法も発達し、術前・術後の放射線治療、特にわれわれは密封小線源治療 (Brachytherapy) により、軟部悪性腫瘍の縮小手術を可能にした患肢温存術を行っている。

骨腫瘍に対しては液体窒素を用いた cryosurgery (凍結外科) により、患肢温存が行われている。

III. 治 療 の 実 際

左大腿骨遠位端骨肉腫に対する広範切除後の人工膝関節による患肢温存術を供覧する (図1-4)。

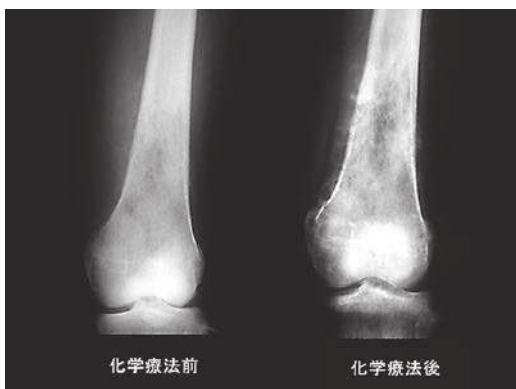


図 1

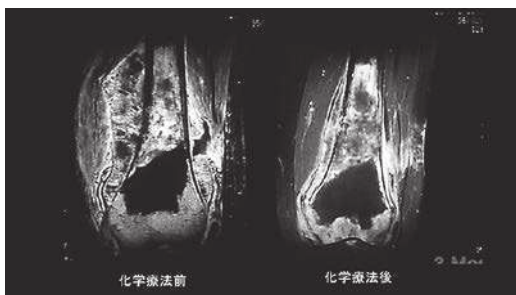


図 2

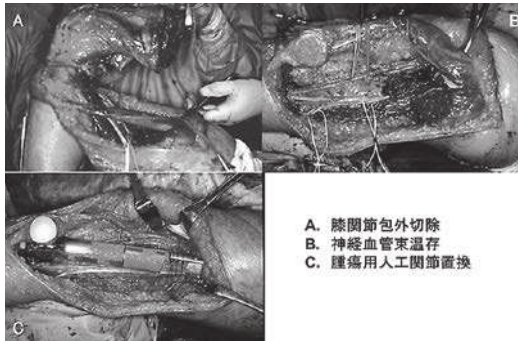


図3

Ⅳ. 基礎的研究

われわれはリポソーム（人工脂質二重膜）を応用し、リポソーム内に治療薬と磁性体を封入し、静脈や関節内投与で地場を与える事により、意図した場所に意図的に薬剤等が投与可能となる Intentional Delivery System を世界で初めて開発した。外磁場装置を利用するなどして、非侵襲的かつ効果的なシステムの開発に成功した^{4) 5)}。

Ⅴ. お わ り に

骨・軟部腫瘍の臨床および病理診断は高度の専門性を必要とする。安易な治療は不幸な転帰を招く。悪性腫瘍が疑われた場合は、躊躇すること無く専門施設への紹介が望ましい。

文 献

- 1) 日本整形外科学会骨・軟部腫瘍委員会：整形外科・病理悪性軟部腫瘍取り扱い規約．3版，東京，金原出版，2002.
- 2) 日本整形外科学会骨・軟部腫瘍委員会：整形外科・病理悪性骨腫瘍取り扱い規約．3版，東京，金原出版，2002.
- 3) Enneking WF: Musculoskeletal Tumor Surgery, New York, Churchill Livingstone, 1983.
- 4) Kubo T, Sugita T, et al: Targeted delivery of anticancer drugs with intravenously administered magnetic liposomes in osteosarcoma-bearing hamsters. Int J Oncol 17, 309-315, 2000.
- 5) Kubo T, Sugita T, et al: Targeted systemic chemotherapy using magnetic liposomes with incorporated Adriamycin for osteosarcoma in hamsters. Int J Oncol 18, 121-125, 2001.

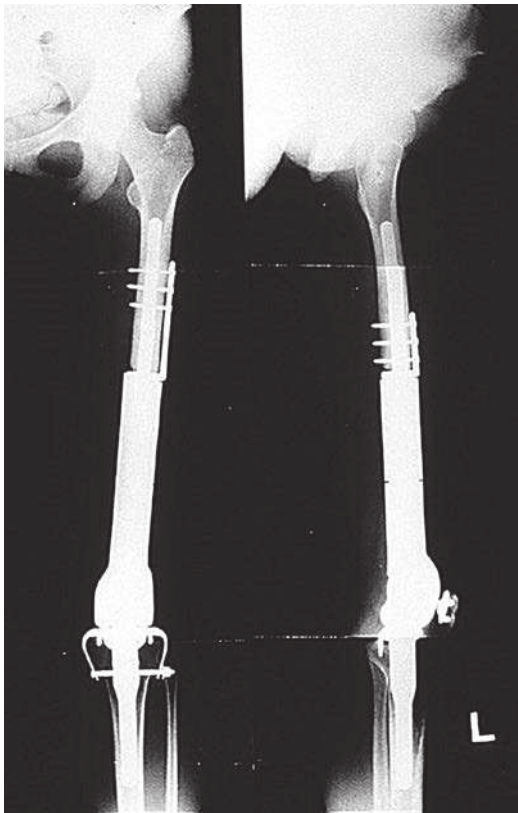


図4

— カンファレンス —

向精神薬と笑顔

阪 口 周 二

精神科へ転科して考えたこと

私は、元内科医です。心療内科と一般内科で働き、6年目に精神科に転科しました。精神科医として働きはじめて、しばらくして、内科との違いに二つほど気づきました。一つは、「ベテランだからといって患者さんの治療の進展には、あまり差がない」ということでした。特に重度の精神疾患において、その傾向が強いようでした。重度であれば、治療の流れはだいたい決まっていて、誰がやっても結果はほとんど同じです。内科や他の身体科の場合は、ベテランである方が治療の進展がスムーズであることが多いので、これは大きな違いに思えました。

もう一つは「流派によって治療方針自体が大きく異なる」ということです。精神科医になった当初は、患者さんの考え方に影響を与えるアドバイスを模索していました。例えば「道は開ける」のような、悩みからの脱出法として古典的な世界的ベストセラー書籍を患者さんに勧めるようなことをしていたのです。しかし、カンファレンスでその事をお話したときに、出席していた他の精神科医から爆笑されました。気持ちちは分かるけど、精神科の患者さんにそのようなことをするのは無駄だということです。あくまで客観的に向精神薬の処方を検討し、同時に行動療法などで作戦を立てながら患者さんに接していくよう勧められました。（行動療法を中心とした治療を行なう先生たちが多い病院でした。）そういうものかと思って、その後はそのような治療を行なってきました。ところが、精神科医になって6年くらい経った頃に大野裕先生の講演を聞きました。認知行動療法の大家です。その後の懇親会などでゆっくり接する時間

があったので、昔の失敗談として、患者さんに本を紹介したことをお話ししました。すると大野先生は「患者さんの状態に気をつけていれば、それは間違いではありませんよ」とおっしゃったのです。そして、その時に気がついたのです！精神科医によって、いろんな考え方や対処法があることに！

それから私は「結果もあまり変わらないなら、自分なりのやり方をさせてもらっても良いのではないだろうか？せめて目の前の患者さんに機嫌良くなってもらおう」と考え、そのように心がけて診察するようになりました。

緊張とリラックスが、薬の作用に大きく影響する

すると、不思議なことが起こってきました。私が担当すると、患者さんが以前よりも安定してくることが増えてきたのです。自分でも不思議に思えました。元心療内科医でもあり、心と身体の関係についても関心があったので、関係するような文献を何冊も渉猟しました。すると、おもしろい話を見つけましたのです。「モンテレイ・パーク フットボール場 食中毒事件」というものです。以下、ノーマン・カズンズの『生への意欲』から引用します。

「私の推測は、1982年10月23日の『ロサンゼルス・タイムズ』の報道記事によって、いよいよ強められた。この第一面に載った記事は、カリフォルニア州モンテレイ・パークで行なわれたフットボール競技の際に起こった事件を報じていた。

そのゲームの途中で四人の観客がはげしい吐

JA 尾道総合病院 精神科

き気と眩暈のために、席を立たなければならなかった。学校の職員が現場で質問した結果、四人の患者はスタンド下の自動販売器でソフトドリンクを買って飲んだということが判明した。その飲料はシロップに、土地の水道管を通った水をまぜたものであった。原因はシロップか、水か。もし水ならば、水道管の硫酸銅に水がまじったのだろうか。もしシロップが犯人ならば、細菌体に汚染されたシロップだったのか。

その競技場には拡声機がなかったので、チアリーダーに言いつけて、数人の客の急病の正確な原因がつきとめられるまで、自動販売器のソフトドリンクを絶対に飲まないようにとアナウンスさせた。そのアナウンスが行なわれると、競技場はたちまち気絶する人、もどす人で大騒動になった。そして191人が入院しなくてはならなくなった。町の救急車と乗用車とが競技場と地域の五つの病院との間を忙しく往復した。救急患者担当の医師たちは、まぎれもない食物中毒の徴候が認められると報告した。自分でかかりつけの医師に診てもらった観客が何人ぐらいいいたかは、誰にもわからなかった。

しかし試験所の分析によれば、水にもシロップにも異常はなかった。競技中に発病した人たちは、それが確かめられるとみな急によくなった。

このエピソードは、暗示と肉体的な病気との関連性を立証する、数限りない歴史上の出来事のほんの一例にすぎない。

この話から、気持ちと身体症状には大きな関係があることが理解できました。暗示などでも、その人の気持ちが不安になれば、それは心身の症状に大きく影響することになります。そして、それは医師の目でも見分けがつかないレベルのようです。これらのことに強く関係しているのは自律神経だと思われました。そこで、新潟大学の免疫学教授である安保徹先生がたくさんの著書を出版されていた時期でしたので、それらを読みつつ、私自身も自律神経学会に入会して、さらに学んでみました。実際に、担当患者さんの症状に照らし合わせながら、治療と

検討も続けました。そして、私なりに下記のようなことを考えるようになったのです。

自律神経にはスライドのように、交感（緊張）神経と副交感（リラックス）神経があり、それぞれが強く働けば、それに連動して様々な身体症状が出現します。要するに自律神経のバランスを調整してあげることが、その人の心身の状態を良くすることにつながります。心身は、互いに強く影響しますから、どちらかが安定すれば、もう一方も安定してくることになります。気持ちを安定させるには体調を安定させることが有効でもあるし、その逆もなりたつわけです。ポイントは、相手を上手にリラックスさせることのようにです。（たまたま、リラックスしすぎて調子を崩している人もいますが、多くの人は緊張しすぎています。）そこで、健康に関係のある書籍をいろいろと読んで、実際に自分で試してみ、診察時に幾つかのリラックス法を勧めるようになりました。

私が勧めるリラックス法は、①「食べる、飲む」、②「眠る」、③「趣味や気晴らしなど、楽しいことをする」、④「呼吸法、笑い、ゆっくり行動する」、⑤「薬物療法」などです。これらのメカニズムを、個々の患者さんに応じて、アレンジして説明しています。薬だけに頼りすぎていると、「私の力だけでは、どうにもならないんだ。私は無力だ」ということを、無意識に自分に言い聞かせてしまいがちです。すると自信がなくなってくるので、ますます精神的に弱く、不安定になりがちです。そのようにならないために、薬以外に、自分でもできるリラックス法も身につけていただくようになりました。初診時には、その指導もするようにしています。もっとも、上手に患者さんにリラックスしてもらうには、医師－患者関係も大切です。それによって、プラセボ効果やノセボ効果の観点からも、治療効果や患者さんの満足感が大きく変わってくるようになります。

緊張とリラックス

緊張(交感神経)・・・不安, 興奮も含む

血圧↑, 脈拍↑, 発汗, 唾液などの分泌↓,
胃腸の働き↓(食欲低下・便秘), 血糖↑,
血液の凝固能↑, 血管が収縮, 免疫力↓, 瞳孔↑

リラックス(副交感神経)

血圧↓, 脈拍↓, 唾液などの分泌↑(口臭が減る),
胃腸の働き↑(食欲向上・下痢), 血糖↓,
血液の凝固能↓, 血管が拡張, 免疫力↑, 瞳孔↓
※交感神経+副交感神経=自律神経

睡眠薬についての誤解

睡眠は, 全ての人間における心身の状態に, 最も大きく影響します。不眠が続けば, 集中力や判断能力が低下するので, ミスが多くなります。血圧だけでなく, 血糖値までも上がってきます。イライラすることが増えて, ケンカしやすくなります。そのイライラが自分に向かってくれば, 気持ちが落ち込んできます。もし4～5日も全く眠れなかったら, 誰にでも幻覚や妄想が出現してきますし, これを統合失調症や認知症として誤診されてしまうケースも時々あります。人間は眠っている間に身体の修理と, 記憶や気持ちの整理が行われます。これが上手く行われないと, 心身ともにボロボロになり, ど忘れも増えることになるのです。

眠れなかったらどうなるか？

- ・ 集中力や判断能力が低下→ミスが多くなる
- ・ 血圧や血糖値が上がる
- ・ イライラがひどくなる→ケンカになりやすい
- ・ 気持ちが落ち込んでくる
- ・ 4～5日続くと, 誰にも幻覚や妄想が現れる
→統合失調症や認知症に間違われることもある

人は眠ることで身体の修理と記憶の整理も行う

(活性酸素の除去、免疫力UP)

睡眠状態を改善するために, 医療の間では睡眠薬を使うことが多いのですが, ここに幾つかの誤解があります。これらについては, 下記のスライドをご覧ください。

睡眠薬について

- 睡眠薬は, 作用時間が短いものと長いものがある。
- 作用時間が短い方が身体に良いと思っている方が多いが, 実は, こちらの方が依存性や副作用が強い。
- 短時間作用型の睡眠薬の中止が困難であれば, 徐々に長時間作用型の睡眠薬に切り替えて, それを減らしていくと, 止めやすい。
- 眠れるかどうか不安でたまらない人には, 長時間作用型の睡眠薬の方が効果的。
- 夕方に, 緩やかに効く安定剤を服用して, リラックス状態になれば, よく眠れることも多い。

日中に抗不安薬を飲み続けている方は, 眠る頃に抗不安薬の効き目が切れてきますから, 不眠になりがちです。このような不眠症は医原病と呼ぶべき性質のものです。

不眠に対しては薬物療法が手っ取り早く, 診察時間も少なく楽です。しかし, 本当に患者さんのことを考えて, 睡眠障害を改善してあげるためには, 「睡眠衛生指導」が重要です。スライドに記載しているようなことを説明し, 納得してもらっただけでも睡眠状態が改善することもあります。

睡眠衛生指導

- ・ 年齢とともに必要な睡眠時間は減ってくる。合計5～6時間で大丈夫な人も多い。
- ・ 早くフンに入りすぎないこと。
- ・ 昼は上半身を起こし, なるべく横にならない。
- ・ 昼寝は20分以内にとすること。
- ・ 入浴を上手に使うこと。
- ・ 眠る1～2時間前から明るさを避ける。
- ・ お酒に頼らないこと！
→眠りが浅く, 早く目が覚める。

抗不安薬の使い方

抗不安薬の使い方も、基本的には睡眠薬と同様です。ベンゾジアゼピン系の抗不安薬が目の敵にされている状況ですが、これは抗不安薬の薬価が低すぎることも原因の一つだと思われます。上手に使える、費用対効果がとても良い薬です。診察時に患者さんにリラックスしてもらえば、効き目が良くなります。これはお酒の酔い方に似ています。家で飲む酒と、外に出かけて飲む酒では、酔い方が違いますよね。たいていは家で飲む方が酔いが早く回ります。リラックスした状態で飲むから、酔いの効果が早く出てくるのです。たまたま、家で飲むと酔わないという方がいらっしゃいます。その場合は、相手の家庭の事情が複雑なことが多いので、あまり深入りしないようにしています（笑）。

向精神薬を良薬とするかどうかは、医療者のかもし出す雰囲気が大きく影響されます。ご自分の心のゆとりも大切にして、どうぞ上手く処方してあげてください。

抗不安薬について

- 抗不安薬も、作用時間が短いものと長いものがある。
- 作用時間の短いものが身体に良いと思われていることが多いが、実はこちらの方が依存性が強い。（デパスなど）
- 少しずつ、作用時間の長いものに切り替えていくと、止めやすい。ただし、作用時間が長く、効き目も強い抗不安薬は長期間処方しないこと。（セパゾンなど）
- 抗不安薬は、漫然と使い続けられないこと。落ち着いている時には服用しないようにする。
- SSRIの問題点（アクチベーションシンドローム、薬価、30億ドルの和解金など）。

抗不安薬は上手に使えると怖くない。

— カンファレンス —

尾道地域における当院の役割 ～心臓リハビリテーションについて～

松 本 武 史

I. は じ め に

慢性心不全は各種心疾患に伴う心臓のポンプ失調により肺および/または体循環系のうっ血や組織の低灌流が継続し、日常生活に支障をきたしている病態である。心不全は世界各国の入院の主要要因であり欧米では1～2%の罹患率とされており、我が国では患者数にして100万人を超えているとも言われている。ACC/AHA（米国心臓学会/米国心臓協会）の心不全治療ガイドラインにおいて生活習慣病とされている高血圧、糖尿病、肥満、メタボリックシンドロームなど冠危険因子とされている病態は心不全 stage A とされ心不全の高リスク因子として扱われるようになり我が国の慢性心不全ガイドラインにおいても早期からの介入を推奨している¹⁾。高齢化社会を迎える我が国において、このような病態を持った高齢者は多く、今後心不全患者は増え続けていく事が予測される。

心機能の低下は日常生活を制限しQOLを低下させるとともに、様々な病態をもたらし入院を繰り返すこともまれではなく、若年者では仕事における業務の制限やそれに伴う休職や離職も問題となる。特に高齢化社会を迎えている我が国においての高齢者の罹患率においては多疾患を有する事も多く再入院率も高く、入院初期においては安静臥床を強いられる事も多く、そのたびに筋力低下、ADLの低下を来していく事が問題である。

広島県では、平成23年度より広島県地域医療再生計画の中で広島大学病院の「心不全センター」を中心とし県内に6病院に「心臓いきいきセンター」設置し、心不全患者のQOL改善、

再入院率の低下を目的として、多職種で包括的に患者支援ができる体制作りを行っている。「心臓いきいきキャラバン研修会」は地域内のみならず、地域外の医療従事者も対象とし、心不全患者支援のために病院間、多職種間でのより良いサポート体制につき協議を行っている。本稿ではその中で行った心臓リハビリにつき概説する。

II. 心臓リハビリテーションとは

心臓リハビリテーションの定義は時代とともに変化し、1964年の世界保健機関（WHO）による心臓リハビリテーションの定義では「心臓リハビリテーションとは、患者が可能な限り良好な身体的、精神的、社会的状態を確保するために必要な行動の総和であり、患者自身の努力により社会・地域におけるできるだけまともな地位を確保することである」²⁾とされ患者自身の努力すなわち「心臓リハビリ＝運動療法」であったものが、その後の時代の変化に伴い2005年の米国心臓協会（AHA）は「心臓リハビリテーションという言葉は、心疾患患者の身体的、心理的、社会的機能を最適化させるだけでなく、基礎に存在する動脈硬化過程の進行を安定化、遅延あるいは退縮させる事により、罹患率、死亡率の低下を目的とした協調的で多面的なインターベンションを意味する」³⁾と定義され、運動療法を心臓リハビリテーションの一因子とした、再発予防のための患者教育、精神的サポートも含めての包括的リハビリに変遷している。（図1）

JA 尾道総合病院 循環器科

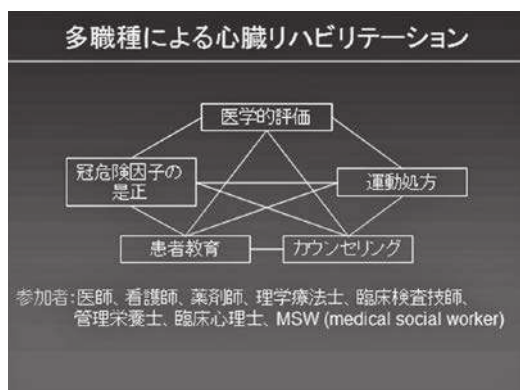


図1

Ⅲ. 心臓リハビリテーションの目的

心臓リハビリテーションの目的は心疾患患者におけるQOLおよび予後の改善であり、運動療法を含め多職種介入による包括的心臓リハビリテーションによる心不全の増悪、進展の抑制となる。(図2)

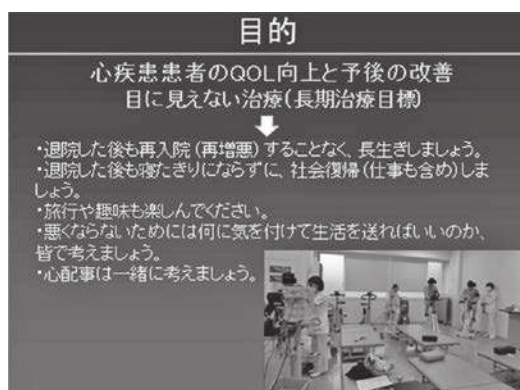


図2

Ⅳ. 心臓リハビリテーションの効果

特に、心臓リハビリテーションの同義語として用いられてきた運動療法の効果には様々なものがあり、日本循環器病学会のガイドライン⁴⁾においてもその効果につき述べられている。(図3)

実際に虚血性心疾患に対してステント療法施行後に運動療法を追加する群と、追加しない群における心事故回避率、再入院回避率では運動療法追加群で有意に高かった。(図4)⁵⁾

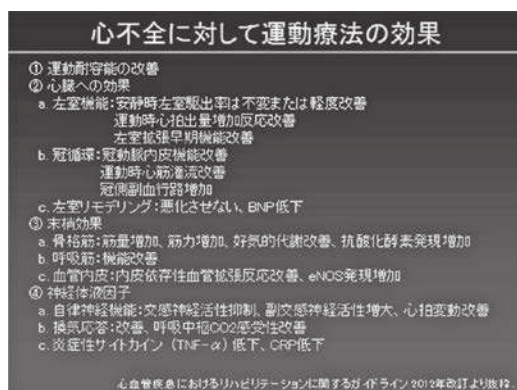


図3

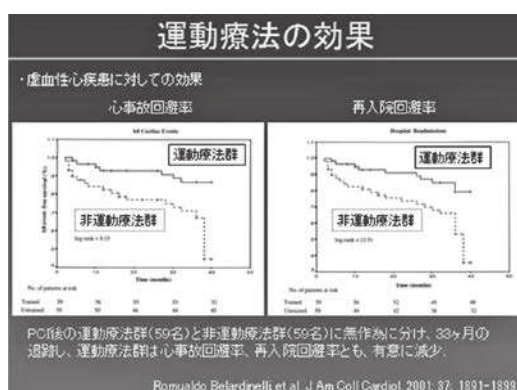


図4

このことから冠動脈病変に対しての局所治療に運動療法を追加する事により有意に再発を抑制できる事が示された。

また、慢性心不全症例においても運動療法を追加した群では、追加しなかった群に比し有意に生存率と入院回避率の改善効果が認められており、慢性心不全患者においての運動療法を含めた心臓リハビリテーションの有効性が示された。(図5)⁶⁾

更に、慢性疾患でもある心不全症例では先にも述べたように増悪による入院を繰り返す事が多く、再入院を繰り返す症例における死亡率も非再入院群に比べ高いものとなっているが、再入院因子として服薬コンプライアンス不良や塩分制限の不徹底など患者側因子である事も多くなっている。(図6)

別の報告においても患者側因子による増悪、再入院因子の報告(図7)がなされており、食

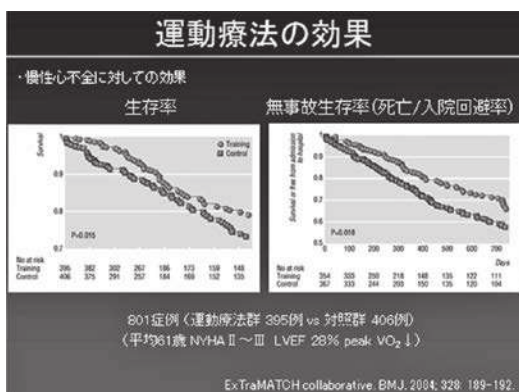


図5

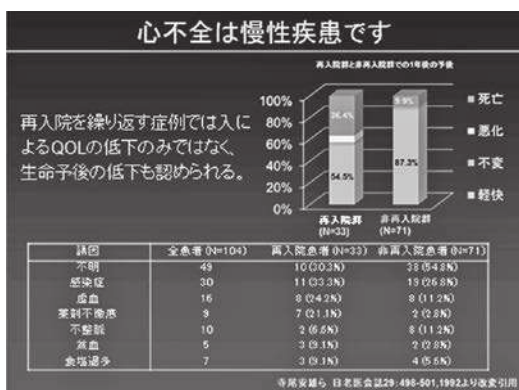


図6

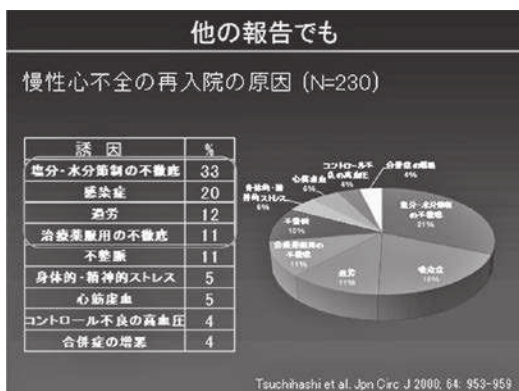


図7

生活や服薬コンプライアンスも含めた包括的心臓リハビリテーションの重要性が見いだせる。多職種による包括的介入により再入院率を減少、ひいては再入院率減少に伴う医療費削減効

果を示唆する報告(図8)⁷⁾もされており、医療費問題を抱えている我が国における今後の心不全診療における多職種介入による心不全患者の管理は大きな基盤となる。

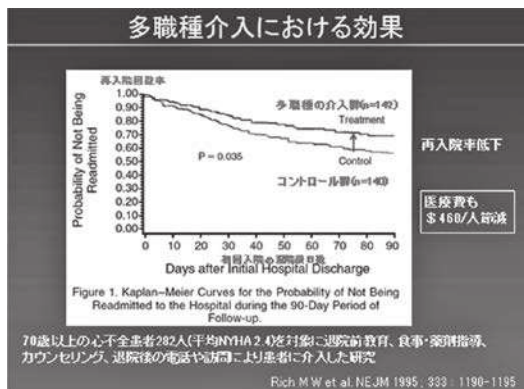


図8

V. 当院における取り組み

当院における取り組みとしては入院患者を対象とした多職種カンファレンスを行う事により情報共有を行っている。また、その中で1症例にしほり退院にあたっての問題点、今後の再入院要素へいかに介入し再入院事象を予防できるか医学的側面、心理的側面、社会的側面からの意見を交えてのカンファレンスを行っている。(図9)



図9

入院患者においては短期入院を除き、基本的に心不全入院症例はほぼ全例運動療法を処方しており、必要に応じて退院後の外来運動療法への移行を行っている。

また、退院後は心不全診察のみでなく心不全認定看護師による「ハート外来」も毎週火曜日に行っており、全ての心不全患者を対象としたセルフケア支援、生活調整、精神的支援を行うとともに、病棟スタッフとも退院後の病状共有を行う事により心不全患者管理における病棟から外来への移行にむけた看護体制を考察する事ができるようにしている。

その他として、重症心不全で入退院を繰り返す症例に対しては外来でのカルペリチド（ハンブ®）、ドブタミン（ドブポン®）投与を行う事で入院の回避ができ、患者のQOL改善に努めている。

Ⅵ. お わ り に

高齢化社会、食生活の欧米化に伴い心血管疾患やそれを基盤とする慢性心不全症例の増加は想像に難くない、今後の医療情勢も考慮するといかに医療費を少なく、また効率的に慢性疾患の管理ができるかの工夫が必要になるに違いない。

尾道の基幹病院である我々にできる事は、心血管病に対してのカテーテルを用いた局所治療をはじめとした医学的な疾患へのアプローチはもちろんの事、院内に在籍する多職種の意見を基に目の前の一症例をいかに管理していくかを考え、実行に移すことである。

そのためには、新たな人材の育成も必要であろうし、自分自身の情報のup dateが必要である。多職種介入とは各分野の視点から新しいものを提供できる関係性も持たなければならない責任もある。

参 考 文 献

- 1) 循環器病の診断と治療に関するガイドライン（2009年度合同研究班報告）. 慢性心不全治療ガイドライン（2010年改訂版）（班長 松崎益徳）
- 2) Brown RA : Rehabilitation of patients with cardiovascular disease. Reported of a WHO Expert Committee. World Health Organ Tech Rep Ser 270 : 3-46, 1964
- 3) Leon AS, Franklin BA, et al : Cardiac rehabilitation and secondary prevention of coronary heart disease : An American Heart Association Scientific Statement from the council on clinical cardiology (subcommittee on exercise, cardiac rehabilitation, and prevention) and the council on nutrition, physical activity, and metabolism (subcommittee on physical activity), in collaboration with the American Association of Cardiovascular and Pulmonary Rehabilitation. Circulation 111 : 369-376, 2005
- 4) 循環器病の診断と治療に関するガイドライン（2011年度合同研究班報告）. 心血管疾患におけるリハビリテーションに関するガイドライン（2012年改訂版）（班長 野原隆司）
- 5) Romualdo Belardinelli, et al : Exercise Training Intervention After Coronary Angioplasty: The ETICA Trial. J Am Coll Cardiol 37 : 1891-1900, 2001
- 6) ExTraMATCH Collaborative : Exercise training meta-analysis of trials in patients with chronic heart failure (ExTraMATCH). BMJ 328 : 189, 2004
- 7) Michel W. Rich, et al : A multidisciplinary intervention to prevent the readmission of elderly patients with congestive heart failure. N Engl J Med 333 : 1190-1195, 1995

— カンファレンス —

地域救命救急センターの現状と展望

宇 根 一 暢

JA 尾道総合病院地域救命救急センターは2015年4月1日より県の認可を受けICU 4床、HCU12床で本格稼働を開始しました。その背景としては、厚労省が掲げる地域医療のビジョンが大きく関与しています。具体的には患者様、ご家族に提供すべき地域包括ケアシステム（地域完結型医療）を考えた際に尾三二次医療圏において高度急性期医療を担う救命救急センターが名目の最後のピースとして必要とされている状態であったことが挙げられます（図1）。また図2の通り広島県内の救命救急センターの設置状況は沿岸部特に県西部に集中しており県北部及び県中央部から東部にかけてはかなり手薄な状態となっておりました。平成25年度からは日中の時間帯は救急医療用ヘリコプター（ドクターヘリ）により広域搬送の形で補完する形を取るようになったとはいえ、まだまだ空白地域とって差し支えない現状でした。事実、県東部ではこれまで救命救急センターは福山市民病院のみとなっており、患者の受入が集中した場合や地理的条件によっては搬送に時間がかかるなど救命率に悪影響があると懸念されておりました。それらの問題点を解決することがわれわれに課せられた使命であると考えています。

救急医療という面では、当院ではこれまで小児救急においては、小児救急医療拠点病院、地域周産期母子医療センターとして積極的に備三地域の小

児救急医療の中心的役割を担ってきました。一方成人救急疾患についても、病院群輪番制病院（二次救急）として重症疾患も含めて積極的な救急受け入れを行ってきた実績があります。今回の地域救命救急センター設置はそれらをもとに主に尾三二次保健医療圏（26万人余り）をカ

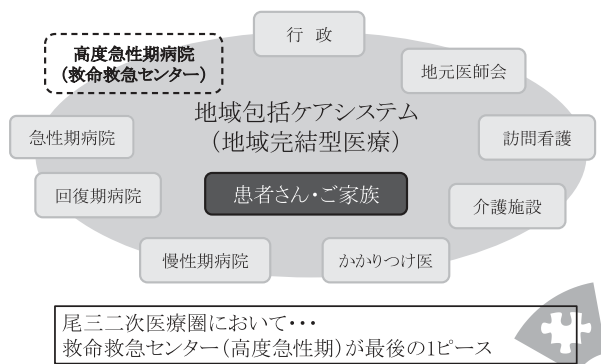


図1 厚労省が掲げる地域医療のビジョン



図2 広島県内の救命救急センター設置状況

JA 尾道総合病院 救急総合診療部部長

バーすることを目的としています。

当地域の患者背景の特徴としては、急速に進む高齢化がまず挙げられます。全国平均の24%と比しても平成26年時点で30%を超え、さらに県全体より5年も早い平成27年をピークと予測される急速で高度な高齢化社会は日本全体の縮図ともいえる状況です。当然、高齢化に伴い重

症重篤な患者の増加も懸念されています(図3)。さらに尾道市の概況は、図4の通り人口14万人強の内65歳以上の人口比率は32.6%となっており、全国平均の24.1%と比べてもかなり高い数字となっております。先述したように、患者の高齢化は重症化・重篤化とも直結しており、尾三全体では、三原市や世羅町を加え25万

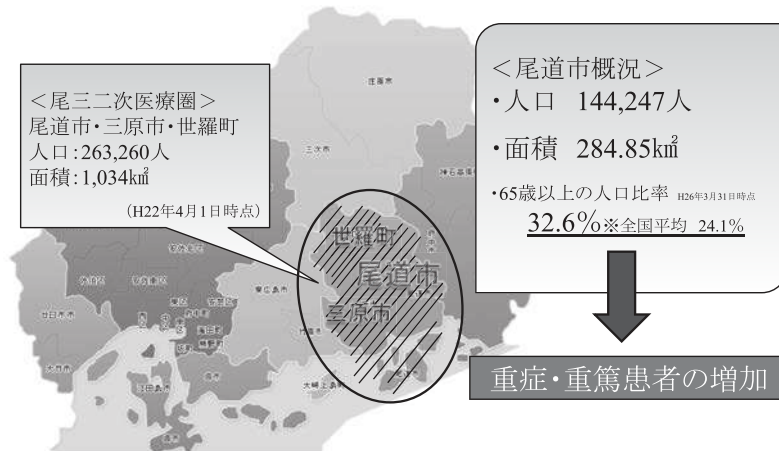
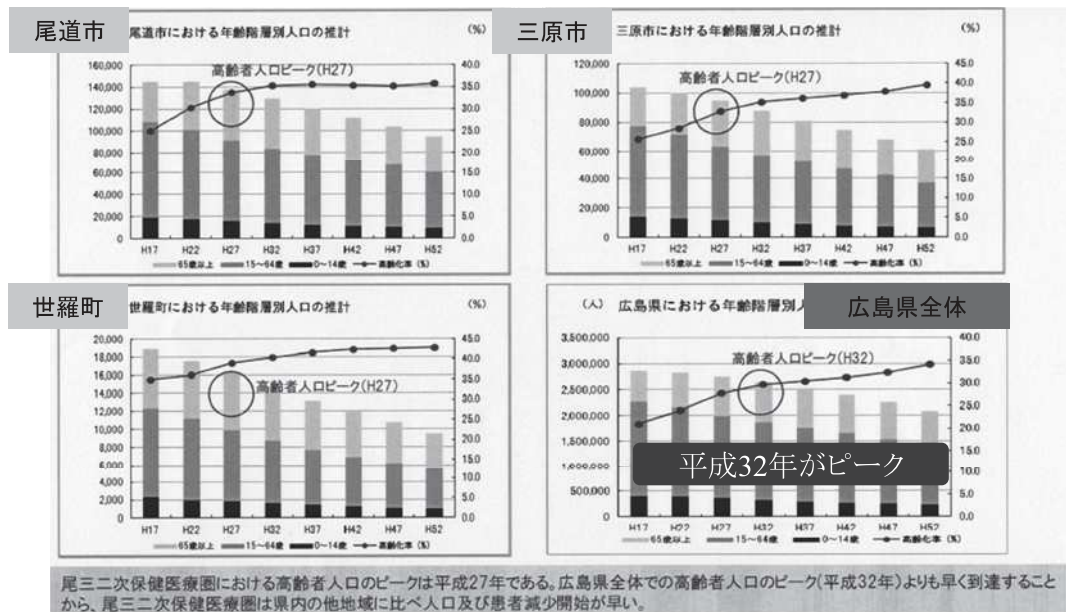


図3-1 尾道市の概況と尾三二次医療圏



(当院コンサルタント会社より資料提供)

図3-2 尾三二次医療圏の高齢者数の推移

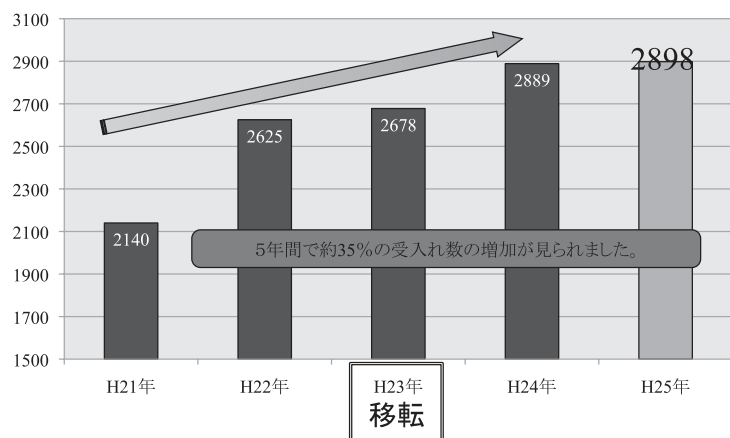


図4-1 救急車受入れ件数推移

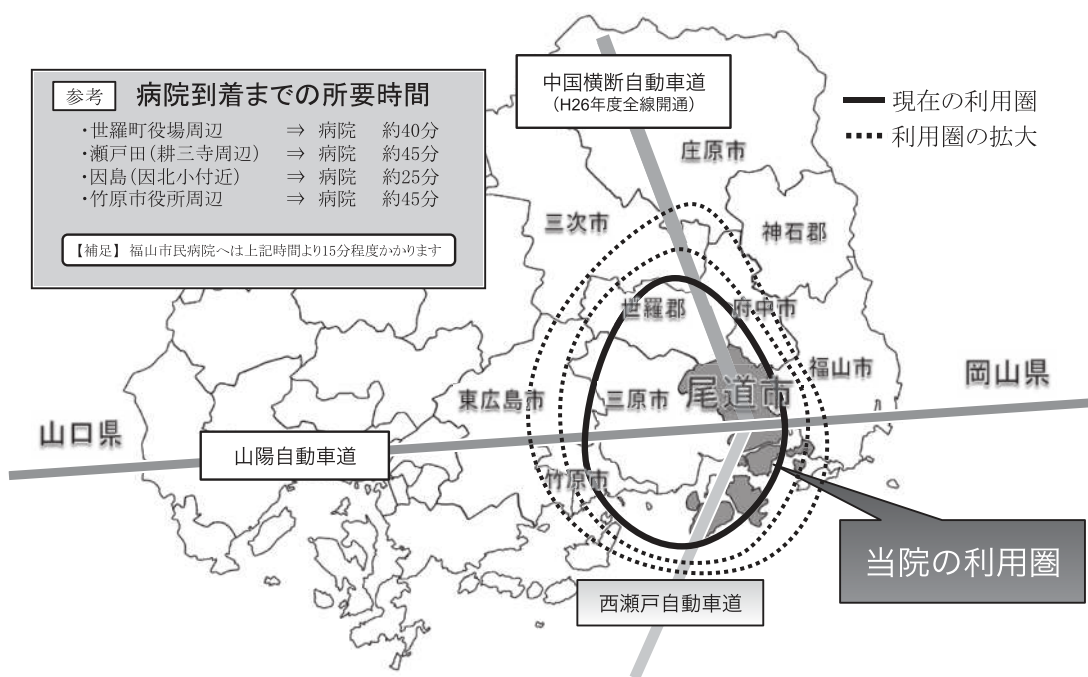


図4-2 その他(診療エリア拡大予測)

人以上という数字となり、今後とも患者の重症化に加え疾患の複雑化もより一層進んでいくことは間違いありません。さらに、尾道地域の特徴として交通の要衝としての意味合いも大きくなって来ております。具体的には東西に山陽自動車道、国道2号バイパス(三原尾道バイパス)が走り、南北には西瀬戸自動車道(しまなみ海

道)に加え平成26年度には中国横断自動車道(尾道松江道)が開通し圏域を超えた県北、島嶼部など診療エリアの拡大が予測されています(図5)。

さらに救急搬送件数も増加の一途をたどっておりは年間3,000台弱でその内厚生労働省の重症基準に相当する症例が平成26年度で755件と

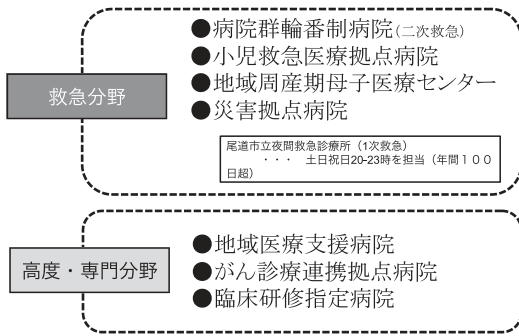


図5 JA 尾道総合病院の取り組む政策医療

なっています。これは、平均で2件/日相当であり医療資源的には対応可能ぎりぎりの数かと個人的には考えております。搬送地域別でも、年々尾道圏域外からの搬送件数は増加しており平成26年度で救急搬送の32%にのぼり今後もより一層の増加が見込まれます。

最後に現状と今後に向けての課題についてです。現在、救命救急センター開設後数カ月ですが、現時点でも継続して様々な問題点がありそれらに向けて改善を目指して努力しているところです。まず、問題点としては、救急専従医が平日日勤1名しかおらず夜間・休日はこれまでの変わらない医師の体制であること、敷地内にヘリポートがなく広域搬送に対応が不十分であること、精神科や外傷専門医が不在であり対応が不十分となる疾患があること、慢性的な病床の不足があり入院を要する紹介に充分に応えられないことなどがあります。これらに対応するためには救急医増員により重症患者に対して病院前救護からER・集中治療まで一貫した治療を行える体制を構築すること、不足する診療科の疾患に対する初療体制の構築、適切な医療機関への紹介をおこなうこと、地域協力医療機関との連携により可能な限り救急患者不応需をなくしていくことが目標となります。医師不足が叫ばれている昨今、これらは口で言うほど簡単なことではありませんが根気強く解決に向けて努力を続けていくことが必要であると考えています。

最後に、救命救急センターというとテレビなどで見るような重症な疾患ばかりを思い浮かべ

ますが、当院では総合診療部門と協働し自歩行で来院される患者から地域の先生からの紹介患者、ホットラインを通じた救急車やドクターヘリによる現場からの救急搬送まで幅広く対応しています。現在救急専門医はセンター長を含め2名と微力ではありますが今後も地域の救急医療に貢献できるよう精進していきますので皆様何卒よろしくお願い申し上げます。

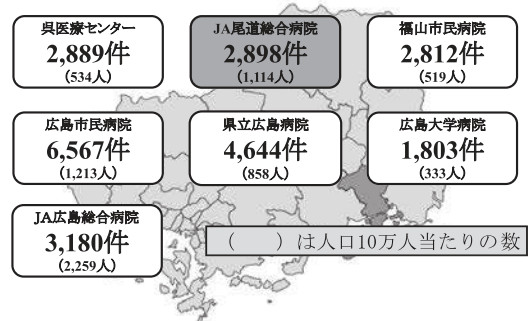


図6 他の救命センターとの受入件数比較
(平成25年度 救命救急センターの評価結果ー救命救急センターを設置する病院の年間受入救急車搬入人員ー)

— カンファレンス —

めまいの初期診療

石井 秀将・片桐 佳明・高原 大輔

I. はじめに

“めまい”は救急室を訪れる患者に見られる最も頻度が高い症候の一つである。その多くは内耳や前庭神経の障害による“末梢性めまい”であり、対症療法を行いながら経過観察していれば自然に軽快することが多い。一方、めまい患者の中には少数ながら（報告によって異なるが1～5%前後）小脳・脳幹の出血や梗塞による“中枢性めまい”も含まれるため、注意深く診療を行う必要がある。

II. めまい患者の問診

めまいの初期診療においては、まず詳細な病歴聴取を行う必要がある。以下のPQRSTの順に問診の要点を述べる。

P (Position, Place) は頭位／体位または場所である。どんな場所に居て、どんな姿勢の時にめまいがしたのかを詳しく問診する。

Q (Quality) はめまいの性状であり、患者の訴えるめまいが“回転性めまい”、“浮動性めまい”、“眼前暗黒感”のどれに該当するのかを確認する。成書には“回転性”と“浮動性”をまずはっきりと区別する様に書かれているが、実際の患者の訴えはしばしば曖昧で厳密に区別することが難しく、訴えが途中で変化することも多いため、参考程度にとどめる。一方“眼前暗黒感”は前失神 (Presyncope) を意味しており、前庭障害よりも貧血や低血圧、不整脈など一過性の循環障害をきたす病態を考える必要がある。

R (Referred symptoms) は随伴症状であり、特に難聴や耳鳴、耳閉感などの蝸牛症状の有無と左右差について聴取する。多くの高齢者ほ

とも難聴や耳鳴を有しているため、その症状が今回のめまいと同時期に出現したもののなかどうかを確認する必要がある。蝸牛症状を伴って発症しためまいはメニエール病などの内耳疾患であることが多いが、例外として前下小脳動脈 (AICA) 領域の梗塞でも蝸牛症状を呈することがある。

S (Severity) はめまいの程度・重症度である。患者が起き上がれるか、つかまり立ちできるか、つたい歩きできるかなどを確認する。何回くらい嘔吐したのか、水分や食事が摂取できるかといったことも確認する。立つことも歩くことも出来ず、水分も摂れない様な患者は無理に帰宅させずに入院を考慮する。

T (Time) は時間経過であり、めまいの鑑別診断を行う上で重要な情報をもたらす。良性発作性頭位めまい症 (Benign Paroxysmal Positional Vertigo, 以下 BPPV と記す) のめまいは頭位変換後に数秒から数十秒で消退し、長くても1分を超えない。メニエール病のめまい発作は一旦始まると通常数時間は持続する。前庭神経炎では数日間の激しい回転性めまいの後、数週間にわたってふらつきが残ることが多い。

III. めまい患者の診察／検査

めまい患者の診察において最も重要な眼振の観察である。めまいを訴えている患者の目を見ると、眼球の律動的な往復運動が観察され、このときどちらか一方へ向かう動きが速く、この急速相の方向を眼振の向きとする。多くの場合は左右どちらか一定の方向へ向かう“方向固定性眼振”であるが、右方注視時に右向き眼

振、左方注視時に左向き眼振が出現するといった“注視方向性眼振”や、上下方向に向かう“垂直性眼振”が観察された場合は中枢性めまいであることが示唆される。BPPVの眼振は安静時には停止しており、Dix-Hallpike試験（図1）などの頭位変換刺激によって眼振が誘発され、数十秒で消退する。

つづいて聴力の左右差を確認する。救急室では精密な聴力検査を行うことは出来ないため、患者の耳元で指を擦り合わせるなどして左右の聴こえ方の違いを尋ねる。音叉が使用できれば尚良い。

神経学的所見としては、回内回外運動や指鼻試験／膝踵試験によって四肢失調の有無を確認する。可能であれば座位／立位をとらせて体幹失調も観察する。患者に「パカカラ、パカカラ…」

などと言ってみてもらい、構音障害を確認する。Wallenberg 症候群を代表とする脳幹病変では交叉性温痛覚麻痺、Horner 徴候、嗄声や嚥下障害などの多彩な脳神経症状が観察される。

救急室では中枢性めまいの除外診断と称して頭部CTが撮影されることが多いが、そのほとんどは不必要または不十分な検査と言わざるを得ない。めまいの多くは末梢性であるから、ルーチン検査として全例に頭部CTを撮影するのはあまりに無駄が多い。少なくとも典型的な病状を呈しているBPPVやメニエール病の確実例には不要な検査である。突発性の激しい頭痛を伴うめまいで小脳出血が疑われる場合などは頭部CTの絶対適応となる（図2）。一方、急性期の脳梗塞において頭部CTの感度は非常に低く¹⁾、ほとんど無力と言っても過言ではない（表1）。



図1 Dix-Hallpike 試験

右45°頭部捻転坐位から右45°懸垂頭位へと頭位変換する。右後半規管型BPPVであれば数秒の潜時の後に回旋成分の強い眼振が誘発され、数十秒で消退する。懸垂頭位から坐位に戻す時には逆向きの眼振が出現する。左側も同様に行い、患側を決定する。



図2 小脳出血例の頭部CT

突然バットで殴られたような激しい頭痛と回転性めまい、呂律困難で発症して救急受診。

表1 急性期脳梗塞における画像検査の感度

CTでは脳梗塞の診断は困難な場合が多い。MRIも超急性期では3割近くが偽陰性となる。(Lancet 369: 293-298, 2007.)

	n	CT	MRI
All	356	16%(12-23)	83%(77-88)
>12h	135	16%(9-27)	92%(83-97)
3-12h	131	20%(12-33)	81%(69-90)
<3h	90	12%(5-24)	73%(59-84)

めまいの原因となるのは主に後頭蓋窩の病変であり、アーチファクトのため特に描出が不良である。頭部 CT で異常所見が無いから末梢性などという短絡的な診断は厳に慎むべきである。MRI 拡散強調画像を撮影することが出来れば CT よりは遥かに有用であるが、超急性期の脳梗塞は MRI ですら3割近くが見逃されることとなる。さらに10mm径以下の微小梗塞に限ると約半数が初回 MRI では検出できないとする報告²⁾もあるため、疑わしい症例では繰り返し撮影を行ってみる必要がある。

Ⅳ. 救急室でのめまいの鑑別診断

救急室では、まず大きく三つの病型（頭位性めまい、反復性めまい発作、急性重症めまい）のいずれかに振り分けるところから鑑別を始めるのが実用的である³⁾。

頭位性めまい（Recurrent positional dizziness）は頭位変換によって誘発されるめまいで、その多くは BPPV である。BPPV はめまいの原因として最も多い疾患で、全体の3割から5割を占めるとされる⁴⁾。卵形囊斑から脱落した炭酸カルシウムの結晶（耳石）の塊が半規管内に迷入することで発症し、頭を動かすたびに浮遊する異所性耳石が異常なリンパ流を生じてめまいを起こす。耳石が動かなくなればリンパ流も停止するため、めまいの持続時間は数秒から数十秒で、長くても1分を超えない。多くの場合は数週間の経過で自然に軽快するが、後述の耳石置換療法を行えば治癒を促進させることができる。注意が必要なのは「動くときめまいがする」と訴える患者が皆 BPPV とは限らないことである。前庭神経炎やメニエール病などすべてのめまい患者は安静にしているのが最も安楽であり、動くとき気分不良や嘔気が増強する。BPPV の特徴はむしろ「動かない限りはめまいがせず眼振も停止している」ことである。また、持続時間の長い頭位性めまいでは小脳虫部の病変による“悪性頭位性めまい”の可能性も考慮する必要がある。

反復性めまい発作（Recurrent attacks of dizziness）は過去に同様のめまい発作を繰り返

し起こしているもので、メニエール病や片頭痛性めまいなどであることが多いが、一過性脳虚血発作によってめまいを繰り返している場合もありうる。メニエール病は耳鳴・難聴・耳閉感などの蝸牛症状を伴うめまい発作を繰り返す疾患であり、内リンパ水腫がその本態と考えられている。内耳は内リンパ腔と外リンパ腔の二重構造になっており、それぞれ組成の異なる内リンパ液と外リンパ液で満たされている。このうち内リンパ液が過剰に貯留した状態が内リンパ水腫であり、ときに内外リンパ腔を境界するライスネル膜が破綻して内リンパ液が漏出し始めると激しいめまい発作が出現する。内リンパ液の漏出が停止して元の状態に回復するには一定の時間を要するため、めまい発作は数時間以上続く。

急性重症めまい（Acute severe dizziness）は急性発症の激しい持続性めまいである。患者はめまいのため身動きがとれず、動こうとすると気分不良を強く訴えて嘔吐するためしばしば頭位性めまいと誤解されるが、頭位性めまいと大きく異なるのは安静時においても眼振が持続していることである。急性重症めまいの代表的な疾患は前庭神経炎である。突然の激しい回転性めまいと嘔気で発症し、多くの患者は救急車で来院してそのまま入院することとなる。めまいは数日から数週間かけて徐々に軽快し、一度きりで反復しない。蝸牛症状その他の随伴症状が何も無いことが特徴でもある。感冒症状が先行することが多いとされるが必須ではない。現在、特発性末梢性顔面神経麻痺（Bell 麻痺）は単純ヘルペスウイルスによる第Ⅶ脳神経の単ニューロパチーであることが確実視されているが、前庭神経炎は同様の病態が第Ⅷ脳神経に起こったものと想定されている。

前庭神経炎との鑑別がしばしば問題となるのが中枢性めまい、なかでも小脳・脳幹梗塞である。高齢者に限ると急性重症めまい患者の25%が中枢性であったとする報告もある⁵⁾。前述の様に小脳・脳幹梗塞の診断において CT は感度が低く、超急性期においては MRI でさえも見逃されることが少なくない^{1) 2)}。

前庭神経炎と小脳・脳幹梗塞を鑑別するテクニックとして近年注目されているのが HINTS exam である⁶⁾。HINTS とは急性重症めまい患者の目に現れる三つの徴候、すなわち Head Impulse test, Nystagmus, Test of Skew の頭文字をとったものである。Head Impulse test (図3)



図3 Head impulse test

患者の頭部をすばやく20°回旋させた時、前庭眼反射が正常であれば固視が維持される(上段)。前庭神経炎では、眼球が頭位と一緒に動いてしまい、一瞬遅れて戻ってくる(下段)。

は前庭眼反射の試験である。検査者は患者と向かい合わせになって患者の頭部を両手で保持し、検査者の鼻先を注視しておく様に指示する。患者の頭部を左右いずれかにすばやく約20°回旋させた時、前庭眼反射が正常に機能すれば患者の頭部が動いても眼位は検査者の方を向いたまま固視が維持される。前庭神経炎などで前庭眼反射が障害されていると、患側の Head impulse test では眼球が頭位と一緒に動いてしまい、一瞬遅れて検査者の方に戻ってくる。Head impulse test の所見が異常であれば前庭神経炎などの末梢性疾患である可能性が高い。小脳梗塞は前庭眼反射に直接関与しないため、Head impulse test は正常となる。すなわち急性重症めまいにおいて Head impulse test が正常であれば中枢性を疑う。低頻度ではあるが限局した脳幹病変でも末梢性に類似した所見となる可能性があるため、残る二つの徴候と合わせて診断を行う。Nystagmus は眼振のことで、常に一定の方向に向かう“方向固定性眼振”は中枢性でも末梢性でも見られ

るが、注視する方向によって眼振の向きが変わる“注視方向性眼振”が認められれば中枢性が示唆される。Test of Skew は斜偏倚 (skew deviation) の有無を診る試験である。斜偏倚とは左右の眼位が垂直方向にずれている所見で、片眼ずつ遮蔽することにより検出する。患者が眼位を揃えようと頭を傾けているのも陽性所見とされる。斜偏倚の出現頻度は低いが、この所見が認められれば脳幹病変が強く示唆される。一定のトレーニングを受けた医師がこの三つの徴候に注目して診断を行った場合、脳卒中に対する感度、特異度はそれぞれ100%, 96% とされ、これは発症から48時間以内の急性期脳梗塞において MRI 拡散強調画像の診断能を凌駕する成績とのことである。

V. めまいの初期治療

まずは細胞外液などの輸液を行いながら抗暈剤、制吐剤を投与するのが一般的である。海外ではジメンヒドリナート(ドラマミン)注射剤やセロトニン受容体拮抗薬、スコポラミン貼付剤などが用いられるが、日本にはない剤型または保険適応外である。日本で使用される薬剤についての比較研究は多くないが、ヒドロキシジン塩酸塩(アトラックス P) 25mg 静注が最もめまい感と嘔気を強く抑制し、総合的に急性期のめまい治療に有効であったとする報告がある⁷⁾。ヒドロキシジンは抗コリン作用を有するため、緑内障や前立腺肥大を有する患者ではジアゼパム 5 mg などで代用する。

日本ではめまいの治療に炭酸水素ナトリウム注射液(メイロン)が好んで用いられている。このメイロン療法は第二次世界大戦前に海軍の要請で兵士の船酔い対策として開発された日本固有の治療法であり、海外の文献やガイドラインには一切登場しない。内耳の血管拡張・血流増加がその薬理作用と考えられているが、臨床効果についての明確なエビデンスが無いまま今日まで漫然と使用され続けている。注意すべきなのはメイロンのナトリウム含有量が 833mEq/L と著しく多いことである(生理食塩水 154mEq/L の 5 倍以上の濃度)。また繰り返

し嘔吐した後の患者に炭酸水素ナトリウムを投与するとアルカローシスを助長する恐れもある。7%メイロン20mLを2A静注する程度であれば大きな問題にはならないと思われるが、メイロン250mLの点滴投与は行うべきではない。

患者が帰宅可能となった場合は対症的にベタヒスチン（メリスロン6mg 3～6錠分3）やジフェニドール（セファドール25mg 3錠分3）、メトクロプラミド（プリンペラン5mg 1錠頓用）などの経口剤を処方すると良い。

疾患特異的な薬物療法としては、前庭神経炎に対するステロイド剤（メチルプレドニゾロン100mgを3日間、以後漸減など）、メニエール病に対する浸透圧利尿剤イソソルビド（イソバイドシロップ90～120mL分3）などがある。

BPPVに対する治療としては耳石置換療法（Canalith-repositioning procedure）が行われる⁴⁾。これは半規管内を浮遊する異所性耳石を卵形囊に還納すべく特定の順序で頭位を変えていく治療手技である。耳石は解剖学的な位置関係から後半規管に迷入していることが多く、この後半規管型BPPVに対して考案されたEpley法（図4）は、耳鼻咽喉科医のみならず総合医、家庭医らによって広く積極的に行われており、1～2回の施術での有効率は9割とされる。一度原理を理解してしまえば決して難しいものではなく、典型例を1, 2例ほど経験すれば修得可能な手技である。

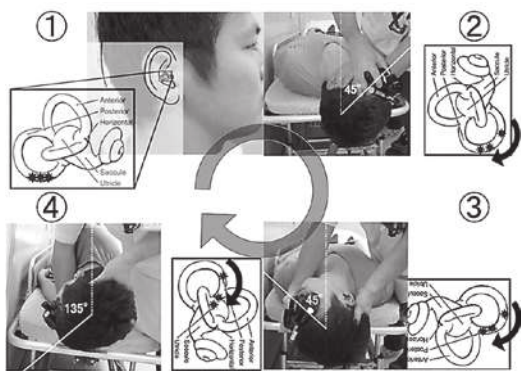


図4 右後半規管型BPPVに対する耳石置換療法(Epley法)

- ①患側の耳介を後半規管の相似形とみなす。
- ②患側を下にした45°懸垂頭位で1分以上。
- ③健側を下にした45°懸垂頭位で1分以上。
- ④さらに90°回転した頭位で1分以上。

VI. 結 語

めまいの初期診療の鍵は代表的な三つの末梢性疾患（良性発作性頭位めまい症、メニエール病、前庭神経炎）の臨床像を正しく理解することである。これらのいずれにも合致しない場合、特に脳血管障害のリスク因子を多く有する高齢者に発症した急性めまいでは中枢性めまいを疑って積極的に精査を進めるべきである。

文 献

- 1) Chalela JA, Kidwell CS, et al: Magnetic resonance imaging and computed tomography in emergency assessment of patients with suspected acute stroke; a prospective comparison. *Lancet* 369 : 293–298, 2007.
- 2) Saber Tehrani AS, Kattah JC, et al: Small strokes causing severe vertigo; Frequency of false-negative MRIs and nonlacunar mechanisms. *Neurology* 83 : 169–173, 2014.
- 3) Kerber KA: Vertigo and Dizziness in the Emergency Department. *Emerg Med Clin North Am* 27 : 39–50, 2009.
- 4) Kim JS, Zee DS: Clinical practice; Benign paroxysmal positional vertigo. *N Engl J Med* 370 : 1138–1147, 2014.
- 5) Norrving B, Magnusson M, Holtås S: Isolated acute vertigo in the elderly; vestibular or vascular disease? *Acta Neurol Scand* 91 : 43–48, 1995.
- 6) Kattah JC, Talkad AV, et al: HINTS to diagnose stroke in the acute vestibular syndrome; Three-step bedside oculomotor examination more sensitive than early MRI diffusion-weighted imaging. *Stroke* 40 : 3504–3510, 2009.
- 7) 五島史行, 矢部はる奈, ら: めまい急性期における薬物選択. *耳鼻臨床* 102 : 315–320, 2009.

— カンファレンス —

「外来での慢性心不全患者への支援の実際」

～心不全患者の支援に大切なこと～

富 山 美 由 紀

はじめに

慢性心不全は、高血圧や虚血性心疾患などすべての心疾患の終末像である。慢性的な長い経過をたどり、高齢化とともに心不全患者数も増加している。在宅医療の推進、平均在院日数の短縮化等もあり、疾病を持ちながら地域で生活をしている心不全患者も多い。そのため外来で慢性心不全患者を支援することは、とても重要なことである。

今回、2015年11月に院内で開催された心不全講演会において「外来での慢性心不全への支援の実際～心不全患者の支援に大切なこと～」という題名で講演する機会があった。その内容を中心に報告する。

1. 心不全入院

2014年に心不全と診断され、当院に入院した患者167名のうち、67.1%が2回目以上の心不全入院であった。さらに5回以上入退院を繰り返している心不全患者も多い。(図1) 慢性心不全の急性増悪は、急性心不全入院の患者の約7割とのデータもある。(図2) 高齢の慢性心不全患者の入院では、点滴や尿バルーン、あるいはバイパップなどにより、ベッド上安静が数日続き、認知機能やADLが低下することがある。また、不穏や転倒などをおこし、自宅での生活が困難となる場合も多い。そのためリハビリや転院調整のため在院日数は長くなり、QOLが低下することは容易に予想される。2014年に心不全で当院に入院した患者の平均在院日数は 21.9 ± 15.7 日である(図3)。この数字は、心不全患者の全国的平均在院日数とほぼ同

様で、この再入院率の高さや在院日数の長さは、心不全患者の大きな問題となっている。

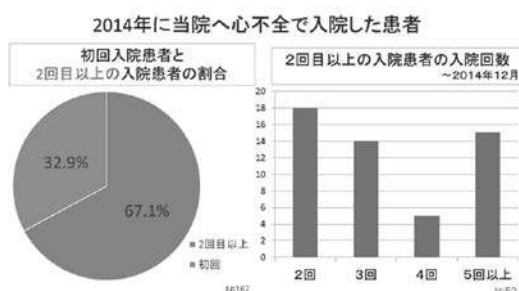


図1



図2

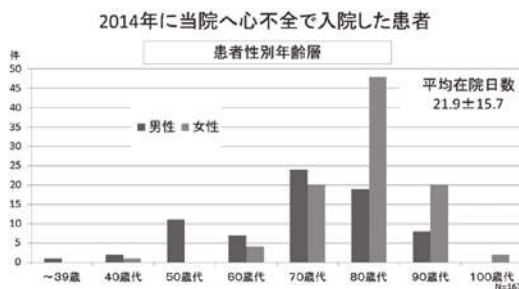


図3

尾道総合病院 慢性心不全認定看護師

2. 心不全疾病管理の目標

慢性心不全の疾病管理の大きな目標は、病状の進行をゆっくりとし、重症化入院を回避することである。(図4)しかし、心不全の原因となる基礎疾患は様々であり、多疾患を有している高齢心不全患者も多い。独居、高齢者夫婦のみの世帯など心理・社会的な個々の異なる問題もある。また、心不全患者が増悪して入院する誘因には、塩分・水分制限の不徹底、疲労、治療薬服用の不徹底、ストレスなど医学的な要因以外の予防可能なことが多い。(図5)そのため、患者の生活背景、役割、家族サポート、経済状況、社会資源の活用状況など考えながら、患者の自己管理、セルフケアを高めていくことが重要となる。さらに長期的に慢性的な経過をたどるなかで、患者の加齢変化、患者を取り巻く周囲の状況変化にも介入しなければならない。患者の療養生活を継続させるには多職種多施設と連携し、支援をつないでいくことも必要である。

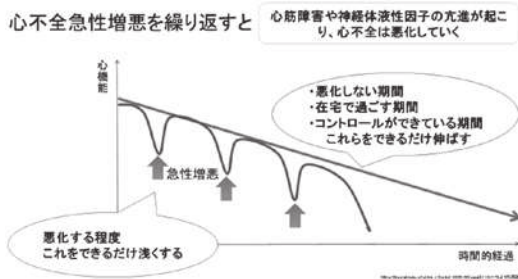


図4

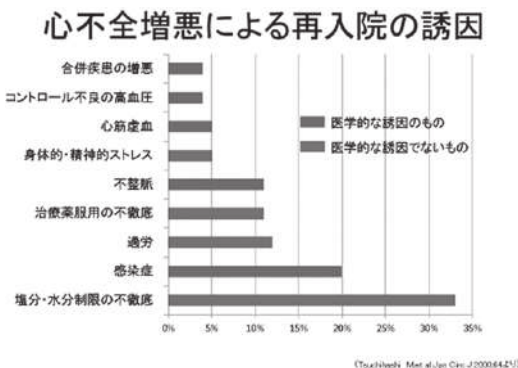


図5

3. 外 来 支 援

3-1 ハート外来（看護外来1回/週）

ハート外来では、心不全に関する知識や症状モニタリング、増悪時の対処方法など食事療法、薬物療法、活動と運動療法について理解が得られるよう支援をしている。慢性心不全患者の再入院回避や重症化予防を目標としているが、患者は長年培った生活習慣の中に必要な療養行動を取り入れることに困難を要する。生活の中で、自分の心臓とうまく付き合っていけるよう理解出来ても、療養行動が実行できないこともある。少しでも出来ていることや努力を認め、患者自身が納得して継続出来るセルフケアと一緒に考える必要がある。

近年、抑うつ、不安、ソーシャルサポート不足などが患者の心理・社会的要因が心不全患者の予後に関与することも注目されている。これは心不全患者だけでなく、心筋梗塞後、心臓の術後患者も同様である。在院日数が短い急性期病院においてハート外来では、不安や悩みをかかえたまま退院している循環器疾患患者の在宅療養での困りごとの相談に応じ、心不全への移行や進行予防を支援している。(図6)

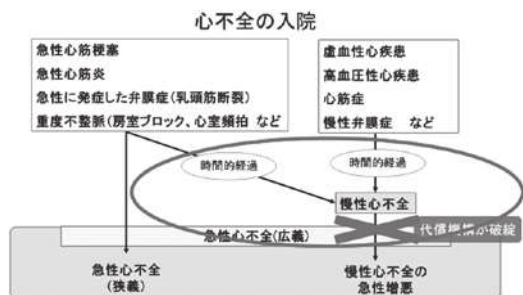


図6

3-2 心臓リハビリテーション

心不全に対する心臓リハビリテーション(以下心リハ)の有効性は実証されており、運動療法は心リハのひとつである。当院は2012年から外来心リハを始め、月曜日から金曜日の午後に行っている。心不全患者は、心機能にあわせた生活活動が必要である。心リハでは、運動前後

の血圧や脈拍, 酸素飽和度などを患者と一緒に確認しながら, 活動時の心負荷の程度や休憩をいれることの重要性を理解してもらうようになっている。また, 患者は定期的な運動療法により「いつもよりしんどい」「以前より楽に自転車がこげる」など自分の調子をセルフモニタリング出来るようになっていく。地域で外来心リハが行える施設がないため, 心リハは当院で行い, 普段の診療はかかりつけ医に通院している患者もいる。

4. 心筋梗塞・心不全手帳

当院では, 広島県が作成した広島県心筋梗塞・心不全地域連携パス手帳(以下手帳)(図7)を使用している。この手帳には大きく2つの役割がある。ひとつ目は, 患者のセルフケア向上としての活用である。患者は, 日々の血圧や体重を記録し, 医療者に見せる。また, 医療者に聞きたいことや普段の心配事なども書くスペースがあり, 医療者は手帳を確認しながら, 体調の変化や生活状況を聞いていく。出来ていることを褒め, 生活上の困りごとや間違った療養行動があれば, 一緒に考えていく。この積み重ねで, 患者は徐々に心不全増悪の症状や体重変化, 浮腫などの身体所見を理解し, セルフマネジメントが出来るようになる。さらにセルフケア獲得は早期受診, 重症化予防を可能にする。

ふたつ目は, 連携手帳としての活用である。手帳には地域の医療機関, 訪問看護, デイサービス, 薬局など多施設多職種の誰でも記入できるスペースがある。それをそれぞれが確認することで治療内容や, 食事・運動療法, 患者の目標などが情報共有できる。手帳は, 患者自身が持ち歩く連携手帳となっており, 患者と医療者だけでなく, 多職種同志のコミュニケーションツールともなっている。

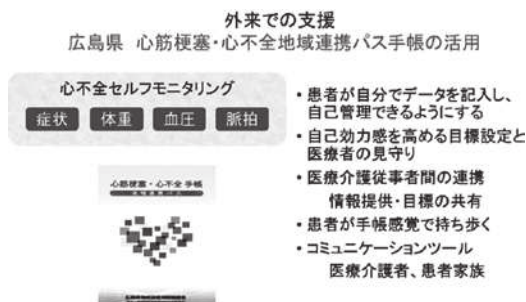


図7

5. 支援の実際

【患者】A氏 80代女性

【背景】20代から高血圧を指摘されていたが未治療。2006年に心不全増悪で当院に入院し, その後はかかりつけ医に通院。

認知機能に問題なし。ADLは自立。

【現病歴】2013年から心不全増悪で当院での入退院を繰り返す。3回目の入退院後からハート外来での介入を開始。その時の状況を以下に示す。(図8)

【家族背景】夫と2人暮らし。夫も肺がんで入退院を繰り返している。子どもは近所に3人いる。

【社会資源】介護保険なし。生活保護を受給している。

2013年3回目心不全増悪時の状況

 身体所見 血圧152/94mmHg SpO₂98% HR50bpm AF 体重60.9kg	心エコー		血液データ		【内服薬】 アジルサルタン20mg ニフェジピンCR20mg アゾセミド30mg ニコランジル5mg ニトログリセリン25mg トルバプタン3.75mg ワルファリンカリウム2mg 他
	LVDd(mm)	59.9	Hb(g/dl)	12.2	
	LAD(mm)	59.8	BUN(mg/dl)	11.4	
	LVPW(mm)	12.5	Cr(mg/dl)	0.74	
	EF(%)	72.2	ALB(g/dl)	3.7	
	TRFQ (mmHg)	30.3	BNP(ng/ml)	335.4	
Moderate MR			UA(mg/dl)	6.3	
			Na(mEq/L)	141	
			K(mEq/L)	4.0	

図8

5-1 ハート外来での介入

A氏の心不全増悪時の主な自覚症状は, 呼吸苦であった。食欲はあり, 夜も比較的よく寝ている。浮腫を「太った」「肥えてしんどい」と

表現していたため、体重の増加と浮腫の関係を説明した。そして、それが心臓のしんどくなっているサインであることを理解できるように次のように関わった。

- 1) 体重を毎日測定し、手帳への記録を促す。
血圧計は自宅になかったが、体重計はあり、毎日測定することが出来た。手帳をみながら週に2～3kg体重が増えていることを一緒に確認し、短期間の体重増加は脂肪でなく水分が貯留し、増加していることを伝えた。
- 2) 水分摂取量を確認し、水分過多について一緒に考える。

A氏は水分摂取が健康にいいと考え、水やお茶を一日4Lほど摂取していた。みそ汁などの摂取も多い。心臓が弱っている人に水分の取りすぎは良くないと説明し、まず普通に喉が渴いた時だけに少しずつ水分を取るよう伝えた。正確な量は測定できなかったが、コップ何杯飲んだか正の字にして回数を手帳につけることが出来た。水分を少し減らすと楽になるというA氏の発言はあったが、実際には喉もよく乾き、飲水量はあまり減っていなかった。

- 3) 喉が渴く原因を一緒に考える。

食事内容を聞くと塩分を多く摂取していることが分かった。そこでA氏が自分の塩分摂取状況を理解出来るよう塩分チェックシートを用いた。(図9)漬物や、つくだ煮、ハム、惣菜などのいつも摂取している食品に塩分が多いこと、さらにそれに塩分の多い調味料を多量に使用していることを図で一緒に確認していった。少しの工夫で減塩につながると説明したが、食事内容はすぐに変えれそうになかった。そこで、調味料の使用を減らしてみようと提案すると、使用した調味料を手帳へ記録してくれるようになった。(図10)

図9

図10

5-2 疾患と病氣

A氏は「芋ご飯に塩いっぱいかけて食べるとおいしい。芋は便がよくでるからいい。」など塩分指導後も自分なりに困りごとに対して、行動をとっていた。健康にいいと水を多く飲んでいたことも、塩をかけて芋を食べることもA氏の価値観による行動である。医療者は、自分と患者がとらえている心不全が違うことを理解する必要がある。患者にとって心不全は「疾患」ではなく「病い」である。(図11) すなわち患者は心不全に困っているのではなく「すぐに肥える」「便がでない」「動くとしんどい」など生活の中の困りごとを捉えているのである。在宅療養では、疾患は生活の一部であり、患者では

なく生活者としてみるものがきわめて重要である。(図12)

A氏の強みは、手帳への記録が出来、受診行動が出来ていることであった。しかし、いつも明るいA氏が「夫の世話がしんどい」「子ども達は、何もしてくれん」と怒ったり、情けないと涙ぐんだりすることもある。患者をとりまく周囲環境、感情、価値観にも関心を示し、支援していくことが大切である。

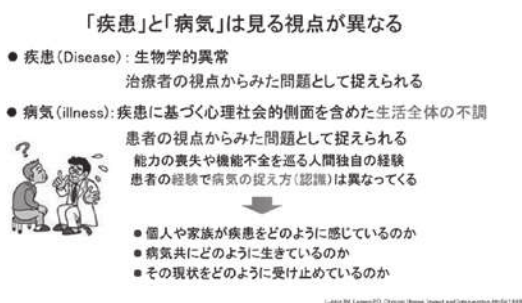


図11

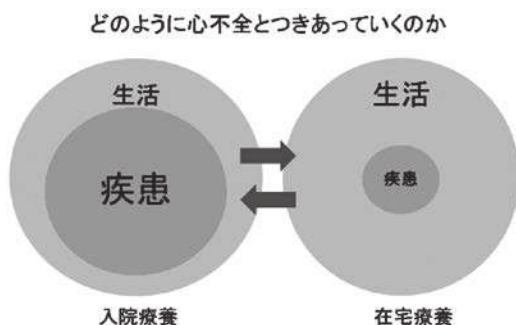


図12

6. 心不全患者の支援に大切なこと

患者の行動は、自身の健康に関する価値観、生活の中で大切にしていること、経済的状況、その時の心理状態などの影響を受ける。患者の行動にはその人なりの理由があることを考え、出来ていないことばかりに目をむけるのではなく、まずはその思いを聴くことが重要である。心不全患者は、生涯にわたって自分の心機能に見合った生活を強いられる。社会資源の活用もしながら患者の強みをいかし、生活の中に療養行動を取り入れいこう一緒に考えていく

必要がある。しかし、介護保険対象外の年齢やADLは保たれている患者は、生活を支援できる社会サービスが少ない。心不全は内部障害であり、介護度が低く、ソーシャルサポートの活用も視野にいれ考える必要がある。また、どのように生活を送ればいいのか、何のために治療を行っているのか心理的支援が得られないまま生活している患者も多い。患者の支援者として、療養行動と生きがいに関連付け、セルフケアが継続できる支援が出来ればと考えている。

おわりに

心不全患者の支援に大切なことは多くある。多くの問題を抱える慢性心不全患者を支えるには、外来支援だけでなく、院内外の連携、チーム医療も必要である。患者を取り巻く多職種、多施設をつなぎ、今後も患者支援を続けていきたい。

参考文献

- 1) 循環器病の診断と治療に関するガイドライン (2009年度合同研究班報告). 慢性心不全治療ガイドライン (2010年改訂版) (班長: 松崎益徳)
- 2) 真茅みゆき, 池亀俊美, 加藤尚: 心不全ケア教本, 第1版, 東京, メディカル・サイエンス・インターナショナル, 2012.
- 3) 和泉徹, 筒井裕之監修: 心不全を予防する発症させない再発させないための診察ストラテジー, 初版, 中山書店, 2006.
- 4) 佐藤幸人: 最強! 心不全チーム医療スペシャリスト集団になる, 第1版, メディカ出版, 2014.
- 5) 長江弘子: 生活と医療を統合する 継続看護マネジメント, 第1版, 医歯薬出版, 2014.
- 6) 松本千秋: 医療・保険スタッフのための健康行動理論 実践編 生活習慣病の予防と治療のために, 第1版, 医歯薬出版, 2010.
- 7) 広島県地域医療再生計画 <https://www.pref.hiroshima.lg.jp/soshiki/64/hirosimakensintiikiiryousaiseikeikaku.html> (観覧2016年4月)

急性動脈閉塞症から感染性心内膜炎を診断し剖検にて 疣贅による塞栓症を証明し得た血液透析患者の1例

船石 邦彦¹・大下 真代²・森藤 清彦²
尾畑 昇悟²・大久保 愛子³・江崎 隆³・米原 修治⁴

キーワード：感染性心内膜炎，急性動脈閉塞症，塞栓症，血液透析，MRSA

〈要 旨〉

症例は82歳，女性。平成27年5月に糖尿病性腎症の増悪のため，他院にてバスキュラーアクセスカテーテルで透析施行していた。同年7月14日に両下肢痛を自覚し造影CT検査を施行したところ両側大腿動脈以下が造影されず，急性動脈閉塞が疑われ，当院救急搬送後直ちに外科的血栓除去術が行われた。なお同日施行した心臓超音波検査では僧帽弁後尖に約2cmの疣贅を認め，血液培養検査にてグラム陽性球菌を検出し，感染性心内膜炎と診断した。抗生剤投与するも術後2日目に全身状態の急速な悪化をきたし同日夕に死亡した。剖検では僧帽弁に疣贅を認め，下肢骨格筋に出血性梗塞を認めた。疣贅および血栓内いずれからもグラム陽性菌を認め，メチシリン耐性黄色ブドウ球菌（MRSA）と同定した。本例は疣贅から急性動脈閉塞症を引き起こしたことを証明し得た貴重な1例と考えられた。

I. は じ め に

感染性心内膜炎は心臓の弁膜や心内膜，大血管内膜に細菌集簇を含む疣贅を形成し，様々な臨床症状を呈する全身性敗血症性疾患である。とりわけ血液透析患者では感染性心内膜炎の合併が多いとされており，塞栓症の合併は27～45%¹⁾とされているが，疣贅により両下肢動脈閉塞を来したことを証明している報告は少ない。今回，われわれは血液透析患者で急性動脈

閉塞症を伴う感染性心内膜炎を診断し，また剖検にて疣贅と同種菌を塞栓巣から検出したことにより閉塞症が疣贅によるものと証明し得た症例を経験したため報告する。

II. 症 例

【患者】82歳女性

【主訴】両下肢痛

【既往歴】2型糖尿病 慢性腎不全 高血圧症 高脂血症 気管支喘息 右上腕骨顆上骨折

【生活歴】喫煙歴なし 飲酒歴なし

【現病歴】2015年5月に糖尿病性腎症由来の慢性腎不全にて，他院で右内頸静脈からバスキュラーアクセスを用いて血液透析を行っていた。同年7月14日午前9時より両下肢痛を自覚したため造影CT検査を施行したところ，両側大腿動脈以下が造影されず（図2A），急性動脈閉塞が疑われ，発症から4時間後に当院に救急搬送された。

【身体所見】体温：34.5℃，血圧：136/66mmHg，脈拍：127/分・整，呼吸数：30回/分，SpO₂：88%（2l/min酸素投与下），両下肢に冷感，チアノーゼ高度，触覚・温痛覚は正常だが，筋力 は著明に低下，両側大腿動脈は触知可能だが両側膝窩・足背動脈はドップラー信号を聴取せず。

¹JA 尾道総合病院 初期研修医

²JA 尾道総合病院 心臓血管外科

³JA 尾道総合病院 腎臓内科

⁴JA 尾道総合病院 病理研究検査科

表 1 搬送時血液検査所見

CBC		Biochemistry		BGA(O ₂ 2L)	
<u>WBC:</u>	<u>25,100 /μL</u>	T-Bil:	0.51 mg/dL	pH:	7.242
RBC:	317 / μ L	GOT:	46 U/L	<u>PO₂:</u>	<u>32 mmHg</u>
<u>Hb:</u>	<u>8.8 g/dL</u>	GPT:	14 U/L	PCO ₂ :	39.1 mmHg
Ht:	28.6 %	<u>LDH:</u>	<u>360 U/L</u>	HCO ₃ :	16.2 mmol/L
%Ne:	95.5 %	<u>CK:</u>	<u>831 U/L</u>	<u>BE:</u>	<u>-9.9 mmol/L</u>
%Ly:	2.4 %	TP:	6.6 g/dL	<u>Lac:</u>	<u>7.1 mmol/L</u>
PLT:	16.4 万/ μ L	Alb:	1.9 g/dL		
PT:	50 %	<u>BUN:</u>	<u>44.8 mg/dL</u>		
PT-INR:	1.36	<u>CRE:</u>	<u>4.01 mg/dL</u>		
APTT:	41.1 秒	UA:	3.2 mg/dL		
<u>FDP:</u>	<u>272 μg/mL</u>	CRP:	27.73 mg/dL		
<u>Dダイマー:</u>	<u>96.2 μg/mL</u>	Na:	133 mEq/L		
AT-Ⅲ:	66 %	<u>K:</u>	<u>5.4 mEq/L</u>		
		Cl:	96 mEq/L		

【入院時検査所見（表1）】末梢血白血球は25,100/ μ Lと上昇しており，血清CRPは27.7mg/dLと著明な炎症反応を認めた。その他凝固系障害，腎機能障害，電解質異常を認めた。

【入院後経過】急性動脈閉塞症の原因として心原性を疑い心臓超音波検査を施行し，僧帽弁後尖に約2.0cmの疣贅を認めた（図1B）。両下肢急性動脈閉塞症に対して緊急血栓除去術を施行した。術後の血管造影では両側大腿動脈以下の血流の再開を認めた（図2B）。また血流の再開とともに持続血液透析濾過療法（CHDF）を開始した。血液培養検査において術前，術中の血液培養検査と，バスキュラーアクセス先端培養のいずれからもグラム陽性球菌が検出されたため感染性心内膜炎と診断し，抗生剤ペニシリンG（PCG）とメロペネム（MEPM）の投与を開始した。依然両下肢に冷感，チアノーゼ，重度の筋力低下，把握痛は認めたが足背動脈は触知良好で安静時疼痛の訴えを認めなかった。術後2日目に突然意識レベル低下を来した。頭部CTでは明らかな出血や梗塞巣を認めず，術後早期よりCHDFを継続していたにも関わらず代謝性アシドーシスが高度進行し，同日19時58分に死亡した。

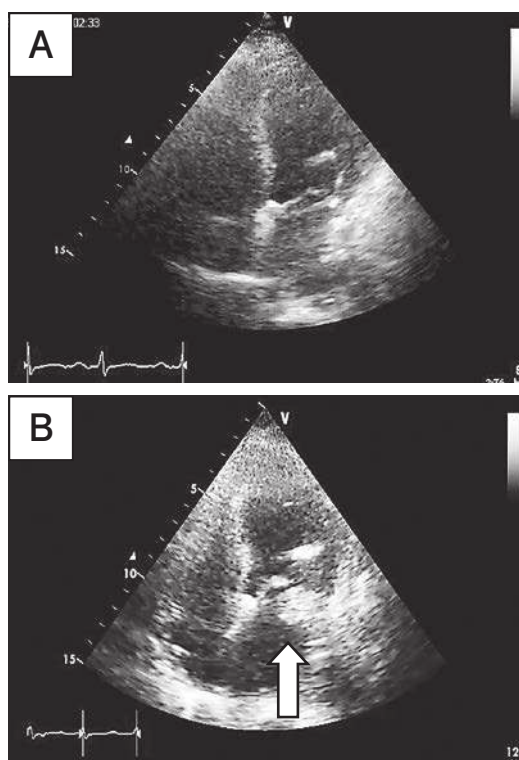


図 1 心臓超音波検査所見

- A. 搬送2か月前：僧帽弁に異常所見なし。
B. 搬送時：僧帽弁後尖に約2cmの疣贅を認める（矢印）。

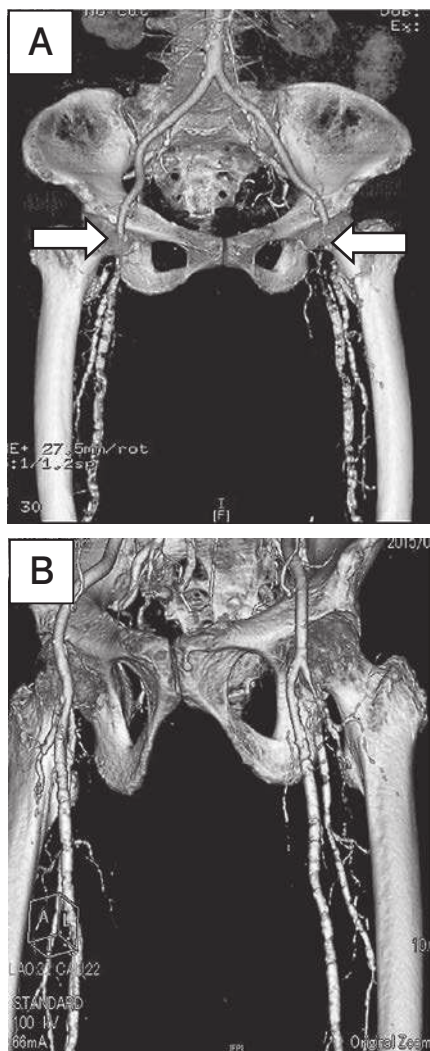


図2 3D-CT 所見

- A. 搬送時：両側大腿動脈レベルでの閉塞（矢印）と浅大腿動脈の著明な石灰化を認める。
B. 搬術後2日目：両側大腿動脈以下の血流が改善されている。

Ⅲ. 病理解剖所見

死後12時間32分で行った病理解剖では心臓の肉眼所見で僧帽弁後尖基部に約2.0cmの疣贅を認めた（図3A）。その疣贅のHE染色ではバクテリアルコロニーが多数存在し、血栓は細菌性心内膜炎を核として形成されていた（図3B）。さらに疣贅のグラム染色を行ったところ、グラム陽性球菌が多数検出された（図3C）。

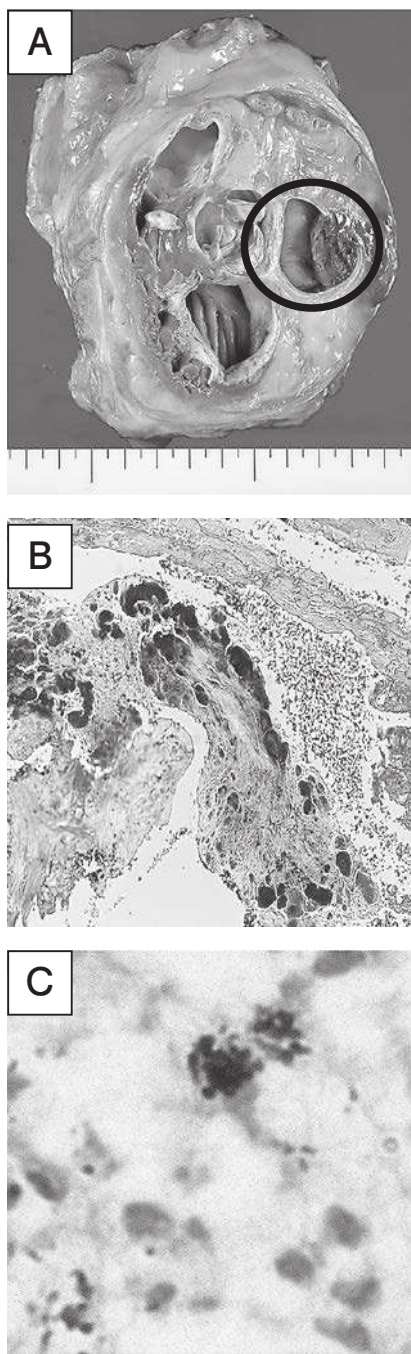


図3 病理標本

- A. 心臓の肉眼所見：僧帽弁後尖基部に2.5×2×1 cmの壁在血栓を認める。
B. 疣贅の顕微鏡所見（HE染色）：バクテリアルコロニーを多数認める。
血栓は細菌性心内膜炎を核として形成された。
C. 血栓のグラム染色所見：グラム陽性球菌を多数認める。

腓腹筋の肉眼所見では腓腹筋から多量の血液の流出を認め（図4A）、下肢骨格筋の出血性梗塞を認めた（図4B）。PTAH 染色では正常筋繊維と比較して変性像、壊死像がはっきりと認められた（図4C）。疣贅と塞栓子の培養からは MRSA が検出された。これらの所見から疣贅から両下肢動脈閉塞を引き起こしたと考えられた。敗血症と急性期 DIC に加え両下肢骨格筋の出血性梗塞による循環不全が直接死因と考えられ、グラム陽性球菌の侵入門戸として頸部透析ルートが考えられた。

Ⅳ. 考 察

感染性心内膜炎は心臓の弁膜や心内膜、大血管内膜に細菌集簇を含む疣贅を形成し、様々な臨床症状を呈する全身性敗血症性疾患である¹⁾。1994年に Duke 大学が提唱した診断基準²⁾が最も広く知られており、いくつかの見直しを経て2005年の American Heart Association のガイドラインでは改訂 Dukes 診断基準が掲載された³⁾。特に血液透析患者は感染性心内膜炎の合併が多く、Hanslik ら⁴⁾は血液透析患者では非透析患者より20～50倍の頻度で感染性心内膜炎が発症したと報告している。感染性心内膜炎の起因菌は本邦での報告では *Streptococcus viridans* が最多であるが⁵⁾、血液透析患者では *Staphylococcus aureus* が最多となっている。これは血液透析患者の感染経路としてバスキュラーアクセス関連が大半であるため⁵⁾と考えられる。すなわち血液透析患者はバスキュラーアクセスから細菌が血液内に侵入しやすく、さらに免疫力の低下も相まって健常人より感染性心内膜炎の発症が多いと考えられる。また本邦にて透析患者における起因菌として MRSA の報告が散見されている。本症例もまさしくバスキュラーアクセスが感染経路と考えられ、起因菌は MRSA であった。

血液透析患者に合併した感染性心内膜炎の死亡率は65%との報告があり予後不良である⁵⁾。予後不良の原因は起因菌の *staphylococcus* 属は塞栓症の合併が多い^{6) 7)} ことや慢性腎不全においては薬剤の投与量に制限を受けることなどが

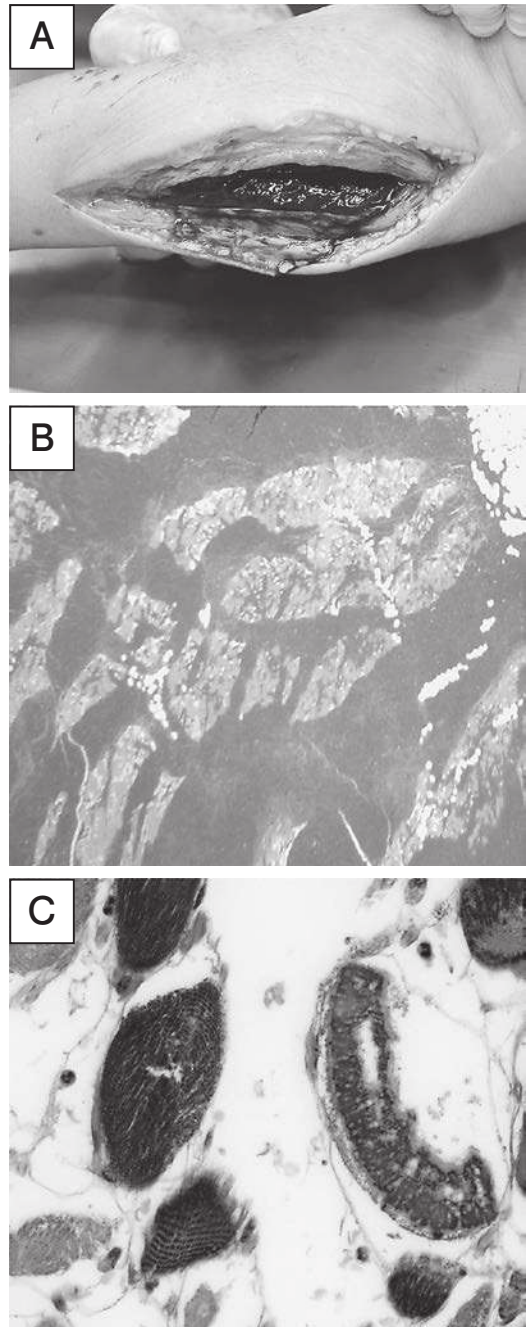


図4 病理標本

- A. 腓腹筋の肉眼所見：腓腹筋から多量の血液の流出を認める。下肢骨格筋の出血性梗塞を認める。
- B. 腓腹筋の顕微鏡所見（HE 染色）：新鮮出血を認める。
- C. 腓腹筋の顕微鏡所見（PTAH 染色）：変性・壊死像を認める。

挙げられる。

さらに本症例のように急性動脈閉塞症に対する血行再建術後に発生することの多い合併症に筋腎代謝症候群がある。筋腎代謝症候群は骨格筋の虚血, 再灌流によって生じる腎不全を主体とした全身性代謝障害であり, 臨床的には阻血性壊死の所見や血性筋酵素の上昇, 腎不全を呈する極めて予後不良な疾患である⁸⁾。本症例では下肢の横紋筋組織は一樣に凝固壊死に至っており, 発症機序がほぼ同様であるクラッシュ症候群にみられるまだら状壊死⁹⁾はみられなかった。これは虚血の原因が機械圧迫による動脈の不完全な閉塞とは異なり塞栓子により主幹動脈が完全閉塞に陥っていたことによると考えられた。本症例では原疾患に加え塞栓子が両下肢を閉塞させたことも予後不良にさせた原因であろうと考えられる。

V. 結 語

剖検によって塞栓症や膿瘍を証明している文献は散見されるものの, その塞栓内に血液および疣贅と同一の細菌を証明し得た報告は少ない¹⁰⁾。そのため本症例は剖検にて疣贅と同種菌を塞栓巣から検出したことにより閉塞症が疣贅によるものと証明し得た貴重な1例と考えられた。

参 考 文 献

- 1) 日本循環器学会2007年度合同研究班日本循環器学会合同研究班報告: 感染性心内膜炎の予防と治療に関するガイドライン (2008年改訂版). ホームページ公開のみ, P3, 2008
- 2) Durack DT, Lukes AS, et al : New criteria for diagnosis of infective endocarditis : Utilization of specific echocardiographic findings. Am J Med 96 : 200-209, 1994
- 3) Baddour LM, Wilson WR, et al : Infective endocarditis. Diagnosis, antimicrobial therapy, and management of complications. Circulation 111 : e394-e433, 2005
- 4) Hanslik T, Flahault A, et al : High risk of severe endocarditis in patients on chronic dialysis. Nephrol Dial Transplant 12 : 1301-1302, 1997
- 5) 佐藤祐二, 藤元昭一 : 【透析患者における難治感染症最新の診断と治療】 感染性心内膜炎. 臨床透析 22 : 209-216, 2006
- 6) Hoen B, Alla F, et al : Association pour l' Etude et la Prevention de l' Endocardite Infectieuse (AEPEI) Study Group : Changing profile of infective endocarditis : results of a 1-year survey in France. JAMA 288 : 75-81, 2002
- 7) Piper C, Wiemer M, et al : Stroke is not a contraindication for urgent valve replacement in acute infective endocarditis. J Heart Valve Dis 10 : 703-711, 2001
- 8) 釘宮敏定 : 【MNMS の臨床】 MNMS とは何かーその病態と定義、そして発生機序の解明から治療までー. CLINICIAN No.367 : 67-75, 1988
- 9) 西村哲郎, 平出 敦ら : クラッシュ症候群の筋病理組織学的検討. 日本救急医学会雑誌. 11 : 269-274, 2000
- 10) 佐々木真太郎, 三好寛明ら : 発熱と頭痛, 関節痛を訴えて救急外来を受診した40歳代後半男性例. 山形病医誌 43 : 47-57, 2009

急性呼吸不全を合併し、病理解剖で確定診断された食道原発神経内分泌癌の1例

別木 智昭¹・寺岡 雄吏²・中土井鋼一²・今川 宏樹²・小野川靖二²・米原 修治³

I. はじめに

食道癌の組織分類では扁平上皮癌が約90%以上を占めると報告されており、他の組織分類の癌は非常にまれである。中でも未分化癌に分類される食道神経内分泌癌は早期からリンパ節転移、遠隔転移を認め、悪性度が高く予後不良の悪性腫瘍と言われている。今回、我々は急性呼吸不全を合併し、確定診断が得られる前に永眠され、病理解剖の結果、食道神経内分泌癌の合併が判明した症例を経験したので報告する。

II. 症 例

【患者】79歳、男性

【主訴】呼吸苦

【既往歴】高血圧、高脂血症、糖尿病

【生活歴】飲酒：機会飲酒

喫煙：10本（20～40歳）

職業：造船業勤務（塗装業歴あり）

【現病歴】平成X年10月頃より嚥下困難、全身倦怠感を自覚し、食事摂取不良となっていた。平成X年11月、全身倦怠感の増悪を認めたため近医を受診したところ、胸部レントゲン検査で著明な肺門部の鬱血像を認め、精査加療目的で、当院に入院となった。

【現症】体温36.6℃、血圧136/47mmHg、脈拍92回/分整、呼吸回数26回/分、SpO₂81%（リザーバマスク5L）。心音で異常音認めず、呼吸音でcoarse cracklesを聴取した。

【検査所見】血算：WBC 24800/μL, RBC 351×10⁴/μL, Hb 7.1 g/dL, Ht 23.5 %, Plt 37.7×10⁴/μL

生化学：T-Bil 1.40 mg/dL, AST 19 U/L, ALT 13 U/L, ALP 184 U/L, γ-GTP 52 U/L, LDH

360 U/L, CHE 96 U/L, CK 57 U/L, CK-MB 9.0 U/L, TP 6.0 g/dL, ALB 2.4 g/dL, BUN 27.8 mg/dL, CRE 0.73 mg/dL, FBS 555 mg/dL, HbA1c 7.6 %, BNP 124.9 pg/mL

電解質：Na 133 mEq/L, K 5.1 mEq/L, Cl 103 mEq/L

腫瘍マーカー：CEA 224.4 ng/mL, CA19-9 145.1 U/mL, AFP 2.7 ng/mL, SCC 9.0 ng/mL

感染症、免疫：HBs抗原(-), HCV抗体(-), CRP 5.46 mg/dL

【胸部X線検査】心胸郭比は54.6%と軽度心拡大、肋骨横隔膜角は鈍で胸水貯留を認めた。気管の右側への偏移と縦隔陰影の拡大、両側下肺野を中心に網状影を認めた（図1）。



図1 肋骨横隔膜角は鈍で胸水貯留を認めた。気管の右側への偏移と縦隔陰影の拡大、両側下肺野を中心に網状影を認めた。

¹JA 尾道総合病院 初期臨床研修医

²JA 尾道総合病院 消化器内科

³JA 尾道総合病院 病理研究検査科

【胸部造影 CT】縦隔条件では、胸部上部食道に4.5cmに亘り全周性の壁肥厚を認め、動脈相で内腔に3.5×2.5cm大の造影効果の乏しい辺縁不整である充実性腫瘍を認めた。また気管分岐部より上方で拡張を認めた。肺野条件では胸水を認め、右肺上葉、中葉背側にすりガラス陰影が広範に分布していた。急性肺炎、癌性リンパ管症を疑う所見であった。食道以外に腫瘍性病変を認めず、転移を疑うリンパ節や遠隔転移は見られなかった（図2.3）。

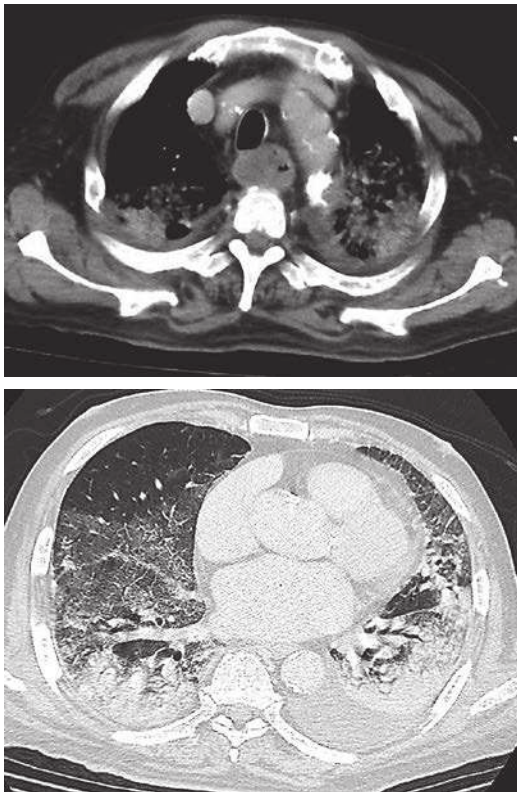


図2.3 縦隔条件では、食道の全周性の壁肥厚を認め、動脈相で内腔に3.5×2.5cm大の造影効果の乏しい辺縁不整である充実性腫瘍を認めた。肺野条件では胸水を認め、右肺上葉、中葉背側にすりガラス陰影が広範に分布していた。

【入院後経過】胸部 X 線検査で肺鬱血像を疑う所見を認めたため、心機能の精査を行ったが、心不全は否定的であった。炎症反応の上昇を認め、胸部 X 線検査と胸部 CT の所見から肺炎と非心原性の肺水腫による呼吸不全と診断し、

セフトリアキソンナトリウム 2 g/日の静注を開始し、呼吸管理目的で NPPV（Non invasive Positive Pressure Ventilation）を使用した。しかし、症状は改善せず呼吸状態の増悪を認めたため、第2病日に緊急で気管挿管を行なった。また CT で食道に腫瘍病変を認め、気管への浸潤を疑ったため、気管支鏡検査、上部内視鏡検査を施行した。

気管支鏡検査では、気管分岐部より 2 cm 口側の膜様部に隆起性病変を認め、壁外圧排が疑われる所見であった。気管支肺胞洗浄の細胞診ではクロマチン濃縮の強い核を持つ大型の細胞集塊を認め、病的には adenocarcinoma が推測された（図4）。上部消化管内視鏡検査では、

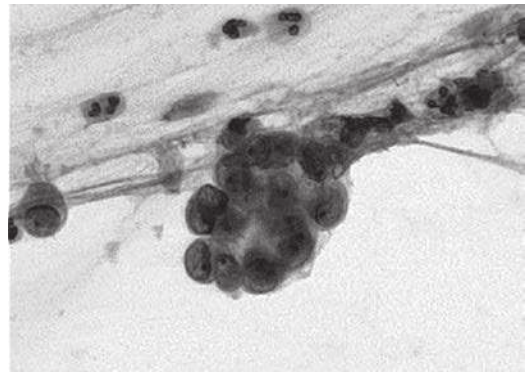


図4 気管支肺胞洗浄の細胞診ではクロマチン濃縮の強い核を持つ大型の細胞集塊を認めた。

食道上切歯列より20～24cmの範囲に粘膜下腫瘍様の立ち上がりを有する隆起性病変を認め、表面には一部びらんや浅い潰瘍を伴っていた（図5）。腫瘍の潰瘍底部分から生検を行い、小型裸核状の腫瘍細胞がびまん性に増殖する像を認め Adenocarcinoma と診断した。

呼吸不全に対し継続して人工呼吸管理を行ったが、呼吸状態は改善せず増悪を認めた。第7病日から腎機能低下を認め、高 K 血症が顕在化した。高度腎不全から、多臓器不全となり、全身状態の増悪を認め第12病日に永眠された。

確定診断を得ることと死因の究明のために病理解剖を行った。

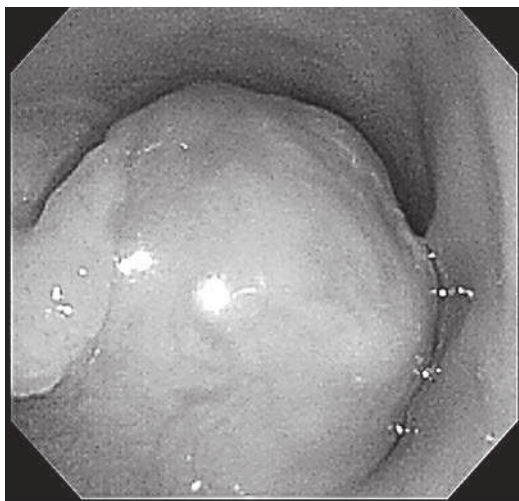


図5 上部消化管内視鏡検査では、食道上切歯より20～24cmの範囲に粘膜下腫瘍様の立ち上がり有する隆起性病変を認め、表面には一部びらんや浅い潰瘍を伴っていた。

Ⅲ. 病理解剖所見

胸部中部食道には内腔をほぼ閉塞する5×3.5×2cm大の灰白色充実性の腫瘍を認め、気管を圧排していたが、直接浸潤は認めなかった。腫瘍を構成する細胞は生検時に見られた核細胞質比の高い小型の裸核状の腫瘍細胞が主体であり、免疫染色でTTF-1陽性、CEA陽性、CK7陽性、CK20陰性であったため、肺原発のAdenocarcinomaが考えられた。しかし、画像上、明らかな肺の腫瘍性病変を認めないこと、癌性リンパ管症を否定できない所見などから診断に難渋した。また、地図状壊死、ロゼット形成様、もしくは腺管様構造とも考えられる大型の核の細胞も認めため、追加の免疫染色を行ったところ、Synaptophysin、ChromograninA、CD56で陽性であり、最終的に食道原発神経内分泌腫瘍と診断した。壊死や分裂像を多数認め、大型の腫瘍細胞が主体で、核小体も目立つため、食道原発神経内分泌腫瘍の中でも大細胞神経内分泌癌と診断した。

肺は硝子膜形成がされるびまん性肺胞障害や肺胞腔内にバクテリアの塊と扁平上皮細胞を認め、誤嚥との関連性が示唆される急性気管支肺

炎像、一部、肺梗塞像も認めており、多彩な肺病変を認めた。腫瘍病変や腫瘍のリンパ節転移は認めなかった。

Ⅳ. 考 察

本症例は生前の検査では確定診断がつかず、死亡後の病理解剖後に免疫染色を行ったことによって確定診断がついた、診断に難渋した非常に珍しい食道原発神経内分泌癌の1例である。

2008年推計で食道癌による死亡者数は全悪性新生物死亡者数のうち3.4%に相当する¹⁾。食道癌の組織分類では扁平上皮癌が90%以上を占め、扁平上皮癌以外の特殊組織食道癌の発生頻度は5.8%と報告²⁾されている。

今症例の確定診断となった神経内分泌癌の頻度は、食道癌全体の1～2%を占めるといわれ、カルチノイド腫瘍/高分化神経内分泌腫瘍、Mixed adenoneuroendocrine carcinoma (以下MANEC)、神経内分泌癌に分類される神経内分泌腫瘍の一つとして定義されている。カルチノイド腫瘍は内分泌細胞から構成される上皮性腫瘍で、悪性度の低い癌種と位置づけられている³⁾。一方で神経内分泌癌は組織学的に内分泌細胞へ分化する癌細胞から構成され、早期より著明な脈管浸潤や転移をきたす予後不良な高悪性度癌であり、小細胞癌、大細胞神経内分泌癌を包括する³⁾。MANECは腺癌成分と神経内分泌癌成分が混在し、それぞれが30%以上を占める高異型度、高悪性度の癌種をさす。本症例は腫瘍を構成する細胞としては、大型の腫瘍細胞が主体で、核小体も目立っていた。腺癌への分化を示唆する所見を全体の30%以上で認めなかったため、MANECではなく、大細胞神経内分泌癌と診断した。腫瘍の直接浸潤やリンパ節転移を認めなかった症例であったが、確定診断前に呼吸不全が進行し、死に至ったため、生前に食道神経内分泌癌の治療を施行することができなかった。

食道神経内分泌細胞癌183例の5年生存率は9%、50%生存期間は6か月で早期よりリンパ節転移、遠隔転移を認める予後不良な疾患といわれている⁴⁾。生存期間中央値は局所病変のみ

の群で8か月、遠隔転移群で3か月とも報告されている⁵⁾。神経内分泌腫瘍の診断マーカーとしては Synaptophysin, ChromograninA, CD56 が代表的である⁶⁾。神経内分泌細胞癌の治療は手術、化学療法、放射線療法単独か併用療法があるが、治療の原則が確立されていないのが現状である。遠隔転移のない症例では局所の手術療法、放射線療法、全身化学療法が有効とされている⁷⁾。

本症例で診断を導く手がかりとなった TTF-1 は甲状腺、肺の上皮細胞、間脳に出現する核ホモドメイン転写因子であり、甲状腺の腫瘍や肺原発の腫瘍の鑑別のために用いられる⁸⁾。肺腺癌は CK7陽性、CK20陰性を示すことがある。そのほか肺腺癌に特異性の高いマーカーとして、TTF-1, サーフアクトアントアポ蛋白 (PE-10, SP-A) Napsin A がある⁷⁾。本症例でも生検時の病理診断では CEA 陽性、TTF-1陽性、CK7陽性、CK20陰性で肺原発腺癌が疑われた。しかし TTF-1は他の組織型の癌でも陽性となることがあり、特に神経内分泌癌の場合は他部位の臓器でも陽性が報告されている⁸⁾。このことは本症例の神経内分泌癌の診断を支持するものである。また本症例では、肺に腫瘍性病変を認めないにも関わらず、気管支肺胞洗浄細胞診で腫瘍細胞が疑われる像を認めたのは、両肺に強い炎症性変化を伴う肺炎像を認めていたために、細胞診で class V と診断された可能性が考えられる。また、気管支肺胞洗浄細胞診と腫瘍病理組織で同一の大型の細胞を認めたこと、病理組織で誤嚥を示唆する所見を認めたことから、腫瘍細胞を誤嚥した可能性も否定はできないと考えた。

V. 結 語

急性呼吸不全を合併し、病理解剖で確定診断された食道原発神経内分泌癌の1例を経験した。食道神経内分泌癌は頻度がまれであり、病理組織の免疫染色が確定診断に必要となるため、鑑別として挙げていなければ診断を確定することは難しい。今後、更なる症例の蓄積と検討が必要である。

参 考 文 献

- 1) 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.
- 2) 井手博子：特殊組織型の食道癌病理の立場から 肉眼的診断を中心に. 胃と腸40 (3) : 279-287, 2005.
- 3) 大橋健一，田久保海誉：腫瘍病理鑑別診断アトラス 食道癌. 1版，東京，文光堂，136, 2012.
- 4) 杉浦功一，小澤壮治，ら：食道小細胞癌の1切除例と文献報告例の検討. 日本消化器外科学会雑誌37 (2) : 123-129, 2004.
- 5) Casas F, Ferrer F, et al: Primary small cell carcinoma of the esophagus : a review of the literature with emphasis on therapy and prognosis. Cancer 80 : 1366-1372, 1977.
- 6) 森永正二郎：病理診断－原発不明癌の病理診断に役立つ免疫染色－. 原発不明がん (向井博文編). 1版，東京，メジカルビュー社，126-163, 2012.
- 7) Brenner B, Shah MA, et al : Small-cell carcinoma of the gastrointestinal tract a retrospective study of 64 cases. Br J Cancer 90 : 1720-1726, 2004.
- 8) S. Nicholas Agoff, Laura W. Lamps, et al: Thyroid Transcription Factor-1 Is Expressed in Extrapulmonary Small Cell Carcinomas but Not in Other Extrapulmonary Neuroendocrine Tumors. Mod Pathol : 13 (3), 238-242, 2000.

— 看護研究 —

手術室における中堅看護師の育成

檀 上 美 由 紀

I. はじめに

高度化する医療, 患者の高齢化, 患者の価値の多様化に対応するためには, 安全で, 質の高い医療・看護の提供が必要であり, 組織の中核を担う中堅看護師の育成が重要である。

当院は広島県尾三医療圏の急性期医療を担う基幹病院として救急患者や, 紹介による手術目的の患者を多く受け入れている。平成26年度は4,272件の手術を実施した。看護師は36名(科長1名, 主任2名)で, 手術室の経験年数は1年目～4年目(以後新人～一人前と呼ぶ)が20%, 5年目～10年目(以後中堅と呼ぶ)40%, 11年目以上(以後ベテランと呼ぶ)40%である。今後, 部署異動や世代交代が起き, ベテラン看護師が不在になる事も十分考えられる。しかし, 中堅看護師は, 自分が次世代を担うリーダーや後輩への役割モデルとし成長出来ていないことに対し危機感が不足している。中堅看護師の能力を十分に発揮し, 自律するための育成について述べる。

II. 中堅看護師の現状と分析

当手術室では, ベテラン看護師のリーダーシップ力が強い。その為, 中堅看護師は, 実践力はあるが, 自発的な提案やイノベーションを起こす機会を失っている。また, 中堅看護師は, 組織横断的な, 役割として各種委員会に属している。しかし, 委員会報告は行っているが, 手術室という特殊な部署においての, 感染予防対策や手術室看護記録の監査など, 自律的な部署内での活動や, 取りきめの周知が不十分である。また, 部署内での業務改善などへの提案もされていない。原因としては, 部署目標を個人目標

に連動させた, 目標管理を行っているが, 各個人への動機づけが十分出来ていないため, 能力開発に対するインセンティブが弱い。したがって, 組織的役割遂行や, 自己研鑽・組織へコミットメントするなどの認識が弱い。そして, ベテラン看護師の行動力があるため, 中堅看護師が意見や提案を積極的に出さなくても問題は解決されている。

また, 後輩育成に関しては, 確かな知識, 根拠のある行動, 実践力が問われる。しかし, 手術の技術はマニュアル通りに教えることはできるが, レディネスを把握し, 根拠のある指導ができていない。原因としては, 中堅看護師は経験があり, 業務は難なくこなせているが, 実地指導を行っていない為, 指導するためのスキルが少ない。中堅看護師がいきいきと, 主体的に行動ができ, 新人～一人前への役割モデルとなるように, 仕組みを作っていく必要がある。

III. 中堅看護師育成のための方策

小山田は「既存の能力開発には多様な手法が用いられていたが, 多くの手法に経験学習を通じた学びと, 中堅看護師が自分自身や職場について内省する機会が含まれていた。これに加えて他者からの承認を受ける機会を設けることは, 中堅看護師の能力開発において重要である」¹⁾と述べている。目標管理面接をツールとして用い, 中堅看護師には, 部署内でのリーダーシップを取り, 委員会活動や, 自己研鑽, 後輩指導に積極的に取り組むことや, 役割モデルとなることを期待している事を伝えて行く事が大切である。そして, 組織に貢献し, リーダーシッ

JA 尾道総合病院 看護部副部長 手術室科長

プをとり、改善に取り組めるように内発的動機づけをおこなう必要がある。同時に、自己成長のためのキャリアアップについての方向付けも行う。これは、自分自身や職場について内省する機会にもなる。そして、手術室業務の中での成功体験について効果的な承認を行っていくことは、自己効力感、評価や処遇への満足感を高めモチベーションアップとなる。また、技術の共有、カンファレンスでの論議、看護を語る「場」を作り、リフレクションを行う。これは、共通経験を通し、貢献意欲、コミュニケーション能力、対人能力、実践力の向上となる。

次に、中堅看護師に実地指導者の役割の委譲を行う。実地指導者として、ベテラン看護師や主任のサポートを受け、指導の知識・技術・態度を学び、指導することの重要性を認識することができる。これらを経験することで、スキルが向上し、指導への自信になる。一方、周囲の役割期待や、ストレスなど、様々な葛藤もある。コミュニケーションをとり、スタッフ間の良好な関係を維持するよう働きかけ、支援していく事が重要である。

Ⅳ. お わ り に

人を育てる組織にするためには、目標管理や、承認、リフレクションなどを行う「場」を意図的に作る事が必要である。良い「場」を設けることで自身を振り返る事ができ、次への行動を意識化させ、強化させ自律していく事になる。また、役割を委譲し、後輩への役割モデルとして成長できるよう支援していく事も大切である。管理者として、スタッフ一人一人が大切な人財であることを念頭に入れ、中堅看護師の育成に取り組んでいく必要がある。

引 用 文 献

- 1) 小山田恭子：我が国の中堅看護師の特性と能力開発手法に関する文献検討，日本看護管理学会誌，13(2)，2009，P.78

参 考 文 献

- 1) 井上祐子，倉田節子，岡須美恵：中堅の中間管理者がとらえる人材育成に関する問題，ヒューマンケア研究学会誌，第6巻，第2号，2015
- 2) 喜多村美千代，栗原清美，三宅美恵子：中堅看護師のやる気に影響する要因，看護協会出版会，看護学会論文集，看護管理，41，53-56，2010
- 3) P.F. ドラッカー，上田惇生訳：経営者の条件，ダイヤモンド社，2013
- 4) 三木明子：最新の知見からいきいき働ける職場づくりを考える，看護展望7，メジカルフレンド社，2015

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. 南山堂医学大辞典. 南山堂, 東京, 2015. 4
- 2) 花田敬士, 平野巨通, 岡崎彰仁, 泉 良寛. ガイドラインには載っていない肝胆膵がん **Practical Treatment**. 肝外胆管狭窄に適したステントの選択と管理はーステントの選択と最適な留置法について. p120-122, 古瀬純司, 石井 浩, 奥坂拓志, 山口武人, 山下竜也編, メジカルビュー社, 東京, 2015. 4
- 3) 花田敬士. 胆道・膵臓. 膵上皮内癌. p191-193, 渡辺 守, 糸井隆夫編, 医学出版, 東京, 2015. 4
- 4) 花田敬士. 患者さんのための膵がん診療ガイドラインの解説. 日本膵臓学会膵癌診療ガイドライン改訂委員会, 金原出版, 東京, 2015. 6

論 文 発 表

内 科

《消化器内科》

- 1) 森山浩之, (吉野干城), 米原修治, 中原雅浩, 日野文明, 森 浩希, (大田垣博文).
赤血球増多症を伴ったエリスロポエチン産生腎細胞癌の1例
広島医学 68(7): 380-385, 2015.
- 2) 花田敬士, 岡崎彰仁, 泉 良寛, 平野巨通, 天野 始, 小野川靖二, (今川宏樹), 中土井鋼一,
(寺岡雄吏), 池本珠莉, 兼光 梢, 日野文明, (福田敏勝), 天野尋暢, 米原修治.
膵上皮内癌の1例
広島医学 68(7): 367-368, 2015.
- 3) 花田敬士, 泉 良寛, 南 智之, 池本珠莉, 兼光 梢, 岡崎彰仁.
膵 EUS 走査法のコツと描出限界について
胆と膵 36(7): 633-638, 2015.
- 4) 花田敬士.
膵疾患の内視鏡診断・治療 Update
Rad fan 13(10): 2-5, 2015.
- 5) (峯 徹哉), (明石隆吉), (伊藤鉄英), (川口義明), (菅野 敦), (木田光広), 花田敬士,
(宮川宏之), (山口武人), (森實敏夫).
ERCP 後膵炎ガイドライン
膵臓 30(4): 541-584, 2015.
- 6) (菊山正隆), 花田敬士, (植木敏晴).
膵体部高度脂肪化を CT にて確認した膵上皮内癌の3例
膵臓 30(4): 626-632, 2015.
- 7) (M. Yamaguchi), (T. Fukuda), (M. Nakahara), (M. Amano), (D. Takei), (M. Kawashima),
(Y. Sumi), (H. Amano), (S. Yonehara), K. Hanada, (T. Noriyuki).
Multicentric solid pseudopapillary neoplasms of the pancreas diagnosed by endoscopic ultrasound-guided
fine needle aspiration: a case report
Surg Case Rep. 1 (1): 10.1186/s40792-015-0111-8, 2015.
- 8) K. Hanada, A. Okazaki, N. Hirano, Y. Izumi, T. Minami, J. Ikemoto, K. Kanemitsu, F. Hino.
Effective screening for early diagnosis of pancreatic cancer
Best Practice & Research Clinical Gastroenterology 29: 929-939, 2015.
- 9) (和田あずさ), (寺岡雄吏), 平野巨通, 花田敬士, 米原修治.
急速な経過を辿った退形成膵管癌の1例
厚生連尾道総合病院医報 25: 21-25, 2015.
- 10) 花田敬士.
膵癌早期診断の最前線
SRL 宝函 36(4): 13-19, 2016.
- 11) (Saito R), (Fukuda T), (Amano H), (Nakahara M), (Yoshida M), (Yamaki M), Hanada K,
(Yonehara S), (Noriyuki T).

Follicular cholangitis associated with focal biliary stricture treated with left hepatectomy after 8 years of follow-up: A rare case report.

Mol Clin Oncol. 4 (1): 114–118, 2016.

- 12) (Kurihara T), (Yasuda I), (Isayama H), (Tsuyuguchi T), (Yamaguchi T), (Kawabe K), (Okabe Y), Hanada K, (Hayashi T), (Ohtsuka T), (Oana S), (Kawakami H), (Igarashi Y), (Matsumoto K), (Tamada K), (Ryozawa S), (Kawashima H), (Okamoto Y), (Maetani I), (Inoue H), (Itoi T).

Diagnostic and therapeutic single-operator cholangiopancreatography in biliopancreatic diseases: Prospective multicenter study in Japan.

World J Gastroenterol. 22(5): 1891–1901, 2016.

- 13) (Nakano M), (Oka S), (Tanaka S), (Kunihara S), (Igawa A), (Aoyama T), (Imagawa H), Onogawa S, (Ueno Y), Hanada K, (Chayama K),
Clinical usefulness of transabdominal ultrasonography prior to patency capsule for suspected small-bowel strictures.

Scand J Gastroenterol 51(3): 281–287, 2016.

外 科

- 1) 齊藤竜助, (原田ジェームス統), (水野 豊), (岡本道孝), 則行敏生.

頭部腫瘍で発見された食道小細胞癌の1例

広島医学 68(5): 270–273, 2015.

- 2) 齊藤竜助, 中原雅浩, 竹井大祐, (河島茉澄), 佐々田達成, 吉田 誠, 山木 実, 天野尋暢, (福田敏勝), 則行敏生.

当科における腹腔鏡下ヘルニア修復術の導入と治療成績

日本ヘルニア学会誌 2 (1): 13–17, 2015.

- 3) 森山浩之, (吉野干起), 米原修治, 中原雅浩, 日野文明, 森 浩希, (大田垣博文).

赤血球増多症を伴ったエリスロポエチン産生腎細胞癌の1例

広島医学 68(7): 380–385, 2015.

- 4) 花田敬士, 岡崎彰仁, 泉 良寛, 平野巨通, 天野 始, 小野川靖二, (今川宏樹), 中土井鋼一, (寺岡雄史), 池本珠莉, 兼光 梢, 日野文明, (福田敏勝), 天野尋暢, 米原修治.

腭上皮内癌の1例

広島医学 68(7): 367–368, 2015.

- 5) (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.

肛門類基底細胞癌の1例

広島医学 68(8): 432–434, 2015.

- 6) 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.

限局性悪性胸膜中皮腫

胸部外科 68(9): 761–763, 2015.

- 7) (M. Yamaguchi), (T. Fukuda), M. Nakahara, (M. Amano), D. Takei, (M. Kawashima), (Y. Sumi), H. Amano, S. Yonehara, K. Hanada, T. Noriyuki.

Multicentric solid pseudopapillary neoplasms of the pancreas diagnosed by endoscopic ultrasound-guided fine needle aspiration: a case report

Surg Case Rep. 1 (1): 10.1186/s40792-015-0111-8, 2015.

- 8) 山木 実, 則行敏生, 竹井大祐, 竹元雄紀, 齊藤竜助, 米原修治.
縦隔リンパ節転移に対し摘出術を行った原発巣不明皮腫

胸部外科 68(11): 941-943, 2015.

- 9) (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, 天野尋暢,
(福田敏勝).

憩室炎による S 状結腸膀胱瘻に対する腹腔鏡下手術 6 例の経験

広島医学 68(10): 515-518, 2015.

- 10) (河島茉澄), 和田知久.

鼠径ヘルニアのヘルニア嚢内に認めたアニキサス肉芽腫

日本小児外科学会雑誌 51(6): 1065-1069, 2015.

- 11) 齊藤竜助, 則行敏生, (大成亮次), 山木 実, 天野尋暢, (福田敏勝), 中原雅浩, 川崎由香里,
(木村厚雄), (奥道恒夫).

特発性血気胸症例の検討

広島医学 68(11): 549-552, 2015.

- 12) Saito R, (Fukuda T), Amano H, Nakahara M, Yoshida M, Yamaki M, Hanada K, Yonehara S,
Noriyuki T.

Follicular cholangitis associated with focal biliary stricture treated with left hepatectomy after 8 years of follow-up: A rare case report.

Mol Clin Oncol. 4 (1): 114-118, 2016.

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

長期生存を得られている腹膜播種を伴う小腸癌の 1 例 (原著論文)

癌と化学療法 43(1): 121-124, 2016.

小 児 科

- 1) 藤原 信

極低出生体重児退院時の頭部 MRI の側脳室面積と 3 歳時精神運動発達 (原著)

日本小児科学会雑誌 119(9): 1358-1365, 2015.

耳鼻咽喉科

- 1) (石井秀将), (羽嶋正明), (津村 薫), (三好綾子), (岩田和弘).

包丁による頸部刺創の 1 例

広島医学 68: 231-232, 2015.4.

- 2) (石井秀将), (羽嶋正明), (津村 薫), (河野崇志), (岩田和弘).

小児眼窩壁骨折 13 例の検討

耳鼻咽喉科臨床 108: 517-523, 2015.7.

- 3) (Sugino H), (Tsumura S), (Kunimoto M), (Noda M), (Chikuie D), (Noda C), (Yamashita M),

(Watanabe H), (Ishii H), (Tashiro T), (Iwata K), (Kono T), (Tsumura K), (Sumiya T),
(Takeno S), (Hirakawa K).

Influence of Pneumococcal Conjugate Vaccine on Acute Otitis Media with Severe Middle Ear
Inflammation: A Retrospective Multicenter Study

PLoS One 10, 2015.9.

泌尿器科

- 1) 森山浩之, (吉野干城), 米原修治, 高澤信好, (正岡智子).
膀胱原発 MALT リンパ腫の1例
広島医学 68: 243-248, 2015.
- 2) 森山浩之, (吉野干城), 米原修治, (森尾隆義).
経尿道的前立腺切除術により診断された前立腺導管癌の1例
広島医学 68(5): 274-277, 2015.
- 3) 森山浩之, 米原修治, (吉野干城).
尿管に発生した浸潤性尿路上皮癌明細胞型の1例
泌尿器科紀要 61(6): 241-244, 2015.
- 4) 森山浩之, (吉野干城), 米原修治, 中原雅浩, 日野文明, 森 浩希, (大田垣博文).
赤血球増多症を伴ったエリスロポエチン産生腎細胞癌の1例
広島医学 68(7): 380-385, 2015.
- 5) 森山浩之, 梶原 充, 米原修治, 目崎一成.
成人に見られた精巣成熟奇形腫の1例
広島医学 68: 489-491, 2015.
- 6) 森山浩之, 梶原 充, 平野巨通, 米原修治, (森脇和彦).
右腎癌および臍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
厚生連尾道総合病院医報 25: 13-16, 2015.
- 1) 梶原 充.
Trends in Urology; 学童期切迫性尿失禁は中高年期以降の過活動膀胱の独立した危険因子である
LUTS PIAZZ 2: 2015
- 7) (吉野干城), 森山浩之, (関野陽平).
腹腔鏡下尿管切石術を施行した2例
西日本泌尿器科 78(1): 29-35, 2016.

麻 酔 科

- 1) 笹田将吾, (早瀬一馬), 岩光麗美, (卜部智晶), 中布龍一, 瀬浪正樹, 弓削孟文.
難治性気胸に対する肺胞縫縮術を自発呼吸下で麻酔管理した1症例
麻酔と蘇生 51(3): 33-36, 2015.
- 2) 村上千佳, 中布龍一, 笹田将吾, (卜部智晶), (高田菜々子), (早瀬一馬), 瀬浪正樹.
術翌日に頭蓋内硬膜下血腫が判明した帝王切開術の麻酔経験
麻酔と蘇生 51(3): 41-43, 2015.
- 3) (卜部智晶), 中布龍一, (早瀬一馬), (高田菜々子), 瀬浪正樹

フルルビプロフェン使用の有無が術後シバリング発生頻度へ及ぼす影響

麻酔 64(10): 1036-1039, 2015.

4) 中布龍一

硬膜穿刺をした 診断, その場での対処, 患者への説明, 合併症としての頭蓋内硬膜下血腫について

LiSA. 22(3): 266-269, 2015.

5) 黒田皓二郎, (古宮陽子), (江木暁子), (右田貴子), (岡田邦子), (前川隆英)

大腿骨観血的整復固定術後の疼痛管理手段として比較的長期の持続大腿神経ブロックが有効であった1例

日本臨床麻酔学会誌 35(6): S331, 2015.

病理研究検査科

1) 森山浩之, (吉野干城), 米原修治, 中原雅浩, 日野文明, 森 浩希, (大田垣博文).

赤血球増多症を伴ったエリスロポエチン産生腎細胞癌の1例

広島医学 68(7): 380-385, 2015. 7

2) 花田敬士, 岡崎彰仁, 泉 良寛, 平野巨通, 天野 始, 小野川靖二, (今川宏樹), 中土井鋼一, (寺岡雄吏), 池本珠莉, 兼光 梢, 日野文明, 福田敏勝, 天野尋暢, 米原修治.

腭上皮内癌の1例

広島医学 68(7): 367-368, 2015. 7

3) 山木 実, 則行敏生, 竹井大祐, 竹元雄紀, 齊藤竜助, 米原修治.

縦隔リンパ節転移に対し摘出術を行った原発巣不明皮腫

胸部外科 68(11): 941-943, 2015. 10

4) (M. Yamaguchi), (T. Fukuda), M. Nakahara, (M. Amano), D. Takei, (M. Kawashima), (Y. Sumi), H. Amano, S. Yonehara, K. Hanada, T. Noriyuki.

Multicentric solid pseudopapillary neoplasms of the pancreas diagnosed by endoscopic ultrasound-guided fine needle aspiration: a case report

Surg Case Rep. 1 (1): 1186/s40792-015-0111-8, 2015. 10

5) 和田あずさ, (寺岡雄吏), 平野巨通, 花田敬士, 米原修治.

急速な経過を辿った退形成膵管癌の1例

厚生連尾道総合病院医報 25: 21-25, 2015. 12

6) Saito R, (Fukuda T), Amano H, Nakahara M, Yoshida M, Yamaki M, Hanada K, Yonehara S, Noriyuki T.

Follicular cholangitis associated with focal biliary stricture treated with left hepatectomy after 8 years of follow-up: A rare case report.

Mol Clin Oncol. 4 (1): 114-118, 2016. 1

歯科口腔外科

1) (神田 拓), (木村直大), (安藤俊範), (虎谷茂昭), 原 潤一, (岡本哲治).

「ケルビズムと診断された両側下顎骨中心性巨細胞病変の1例」

日口外誌 61(1): 543-547, 2015.

薬 剤 部

- 1) 藤本雅宣，江草徳幸，青木直美，喜多村裕子，畝本由貴，藤本英子，高橋謙吾，俵留美子，安原昌子，堀川俊二.

S-1服用患者における「フオイパン含嗽液」の口内炎発症に対する有効性および微生物汚染に関する検討

医薬ジャーナル 51(8): 147-151, 2015.

- 2) 井上由貴，平井俊明，江草徳幸，堀川俊二.

当院におけるフェンタニル舌下錠の使用経験と適正使用のための薬剤師の関わり

広島県病院薬剤師会誌 50(3): 151-156, 2015.

学 会 発 表

内 科

【国際学会】

《消化器内科》

- 1) Tokyo Conference of Asian Pancreato-biliary International Endoscopist (Tokyo 2015.7.3)
Session. Discusser
Keiji Hanada
- 2) Tokyo Conference of Asian Pancreato-biliary International Endoscopist (Tokyo 2015.7.4)
Morning seminar. Moderator
Keiji Hanada
- 3) Asian Pacific Digestive Week 2015 (Taipei 2015.12.6)
The relationship between specialists and general practitioners for early diagnosis of pancreatic cancer contributes to improvement of its prognosis.
Hanada K.
- 4) Asian Pacific Digestive Week 2015 (Taipei 2015.12.6)
Clinical and histopathological characteristics of pancreatic carcinoma in situ featuring EUS
Minami T.
- 5) Asian Pacific Digestive Week 2015 (Taipei 2015.12.4)
A clinical study of recurrence in stage 0 and IA pancreatic cancer(PC)
Kanemitsu K.
- 6) Asian Pacific Digestive Week 2015 (Taipei 2015.12.6)
EUS-FNA is superior to ERCP tissue sampling in suspected malignant biliary lesions without pancreatic cancer
Ikemoto J.
- 7) Mukhtar Ahli Bedah Digestif (Makassar, Indonesia 2016.1.23)
Session. Endoscopic Diagnosis and Endoscopic Submucosal Dissection procedure for Gastric cancer
Onogawa S.
- 8) Mukhtar Ahli Bedah Digestif (Makassar, Indonesia 2016.1.23)
Session. Practical procedure and clinical outcome of endoscopic submucosal dissection for colorectal tumors
Nakadoi K.

【全国学会】

《消化器内科》

- 1) 第101回日本消化器病学会総会 (仙台 H27.4.23)
パネルディスカッション
早期慢性膵炎の病態と予後 早期慢性膵炎患者における長期経過観察例の検討
岡崎彰仁, 花田敬士, 平野巨通
- 2) 第101回日本消化器病学会総会 (仙台 H27.4.23)
司会

花田敬士

3) 第101回日本消化器病学会総会 (仙台 H27.4.23)

座長 膵癌 1

花田敬士

4) 第101回日本消化器病学会総会 (仙台 H27.4.23)

当院での IPMN 切除症例の検討

泉 良寛, 花田敬士, 岡崎彰仁, 池本珠莉, 兼光 梢, (寺岡雄吏), 泉 良寛,
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

5) 第101回日本消化器病学会総会 (仙台 H27.4.23)

膵尾部に小型の限局性腫瘤を形成し, 術後1年半で再発を来した自己免疫性膵炎の1例

兼光 梢

6) 第101回日本消化器病学会総会 (仙台 H27.4.23)

胆道閉塞を来し, EUS-FNA で確定診断し得た高齢の膵頭部悪性リンパ腫の1例

池本珠莉

7) 第101回日本消化器病学会総会 (仙台 H27.4.25)

消化管閉塞を合併した切除不能膵頭部癌症例における悪性胆道閉塞に対する胃空腸吻合部から
アプローチする胆道ステント留置法

花田敬士

8) 第89回日本消化器内視鏡学会総会 (名古屋 H27.5.29)

座長 膵 EUS-FNA 1

花田敬士

9) 第89回日本消化器内視鏡学会総会 (名古屋 H27.5.29)

ランチョンセミナー

造設手技の変遷と更なる進化 新 Introducer 変法キットの登場 ～従来法との比較～

小野川靖二

10) 第89回日本消化器内視鏡学会総会 (名古屋 H27.5.29)

ビデオワークショップ

膵上皮内癌における ENPD 複数回細胞診の有用性

岡崎彰仁

11) 第89回日本消化器内視鏡学会総会 (名古屋 H27.5.31)

当院における小児大腸内視鏡検査の現状

小野川靖二

12) 第89回日本消化器内視鏡学会総会 (名古屋 H27.5.31)

大腸 ESD におけるデクスメトミジンによる鎮静についての検討

中土井鋼一, 池本珠莉, 兼光 梢, (寺岡雄吏), 泉 良寛, 岡崎彰仁, (今川宏樹),
片村嘉男, 小野川靖二, 平野巨通, 天野 始, 花田敬士

13) 第89回日本消化器内視鏡学会総会 (名古屋 H27.5.31)

ワークショップ

膵胆道疾患における超音波内視鏡診断の新展開 膵上皮内癌の EUS 所見 -スクリーニングに
向けて-

泉 良寛, 花田敬士, 岡崎彰仁

- 14) 第89回日本消化器内視鏡学会総会（名古屋 H27.5.31）
ERCP 時の propofol sedation は有用である
南 智之
- 15) 第89回日本消化器内視鏡学会総会（名古屋 H27.5.31）
慢性膵炎の経過観察中に EUS で周囲低エコー領域を示した膵上皮内癌の 1 例
兼光 梢
- 16) 第89回日本消化器内視鏡学会総会（名古屋 H27.5.31）
抗血栓療法を施行中の超高齢者急性閉塞性胆管炎における緊急 EST の安全性の検証
池本珠莉
- 17) 第56回日本臨床細胞学会総会（松江 H27.6.14）
ワークショップ
膵上皮内癌に迫る一細胞診による上皮内癌の診断は可能か
花田敬士
- 18) 第46回日本膵臓学会大会（名古屋 H27.6.18）
イブニングセミナー
EUS-FNA 今伝えたいこと、知りたいこと
兼光 梢
- 19) 第46回日本膵臓学会大会（名古屋 H27.6.19）
ランチョンセミナー
膵疾患の内視鏡診断・治療 Update
花田敬士
- 20) 第46回日本膵臓学会大会（名古屋 H27.6.19）
特別企画 症例検討 ～あなたならどうする～
岡崎彰仁
- 21) 第46回日本膵臓学会大会（名古屋 H27.6.20）
モーニングセミナー
切除不能膵癌に対する消化管ステント治療－診療ガイドライン改訂に向けて－
花田敬士
- 22) 第46回日本膵臓学会大会（名古屋 H27.6.20）
特別企画 膵疾患におけるチーム医療Ⅱ膵癌
地域医療圏および院内連携を生かした膵癌早期診断プロジェクト
花田敬士
- 23) 第46回日本膵臓学会大会（名古屋 H27.6.20）
ミニパネルディスカッション 自己免疫性膵炎治療の現状と課題
自己免疫性膵炎に対する長期ステロイド維持療法の成績
岡崎彰仁
- 24) 第46回日本膵臓学会大会（名古屋 H27.6.20）
FOLFIRINOX 療法が奏効し、外科的手術を施行し得た局所進行膵癌の 1 例
泉 良寛
- 25) 第51回日本胆道学会学術集会（宇都宮 H27.9.18）
座長 内視鏡治療 3
花田敬士

26) 第51回日本胆道学会学術集会 (宇都宮 H27.9.18)

胆道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
南 智之, 花田敬士, 平野巨通, 岡崎彰仁, 泉 良寛, 兼光 梢, 池本珠莉, 日野文明

27) 第53回日本消化器がん検診学会大会・第57回日本消化器病学会大会・第90回日本消化器内視鏡学会総会 (JDDW2015) (東京 H27.10.8)

パネルディスカッション 基調講演
地域医療連携を生かした膵癌早期診断の実践
花田敬士, 岡崎彰仁, 泉 良寛

28) 第53回日本消化器がん検診学会大会・第57回日本消化器病学会大会・第90回日本消化器内視鏡学会総会 (JDDW2015) (東京 H27.10.8)

パネルディスカッション
微小膵癌における膵液細胞診と EUS-FNA の診断成績の検討
兼光 梢, 花田敬士, 平野巨通

29) 第74回日本癌学会学術総会 (名古屋 H27.10.9)

腫瘍別シンポジウム 膵がん研究の最近の進歩: 基礎研究から臨床開発・応用へ
病診連携を生かした膵癌早期診断の実践
花田敬士, 岡崎彰仁, 南 智之, 泉 良寛

30) 第90回日本消化器内視鏡学会総会 (JDDW2015) (東京 H27.10.10)

転移性膵腫瘍における EUS-FNA の有用性について
岡崎彰仁, 花田敬士, 池本珠莉, 兼光 梢, (寺岡雄吏), 泉 良寛, 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

31) 第90回日本消化器内視鏡学会総会 (JDDW2015) (東京 H27.10.10)

IPMN 切除例における造影 EUS の有用性の検討
泉 良寛, 花田敬士, 岡崎彰仁, 平野巨通, 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, 天野 始, 日野文明, (福田敏勝),
米原修治

32) 第90回日本消化器内視鏡学会総会 (JDDW2015) (東京 H27.10.10)

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, 岡崎彰仁

33) 第55回日本臨床化学会年次学術集会 (大阪 H27.10.31)

ランチョンセミナー
膵癌早期診断の最前線
花田敬士

《呼吸器内科》

34) 第43回日本集中治療医学会学術集会 (神戸 H28.2.12)

感染・感染対策①
たこつば型心筋症の合併が考えられた破傷風の1例
徳毛健太郎, 大道和佳子, (益田 健), 瀧口 侑, 吉田 敬

【学会地方会】

《消化器内科》

1) 第103回日本消化器病学会中国支部例会 (宇部 H27.6.13)

司会 中国支部専修医奨励賞「胆膵」

花田敬士

2) 第103回日本消化器病学会中国支部例会 (宇部 H27.6.13)

術後約5年、膵神経内分泌腫瘍 (NET) の肝転移再発に TACE が有効であった1例

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

3) 第103回日本消化器病学会中国支部例会 (宇部 H27.6.13)

新規経口抗凝固薬 (noveloralanticoagulants: NOAC) が原因と考えられた collage-nous colitis の1例

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

4) 第103回日本消化器病学会中国支部例会 (宇部 H27.6.13)

早期慢性膵炎の観察中に MRCP 及び EUS の画像変化が診断契機となった膵上皮内癌の1例

森岡裕彦, 花田敬士, 池本珠莉, 兼光 梢, (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

5) 第114回日本消化器内視鏡学会中国支部例会 (広島 H27.6.28)

司会 中国支部専修医奨励賞 膵臓

花田敬士

6) 第114回日本消化器内視鏡学会中国支部例会 (広島 H27.6.28)

ワークショップ 中国地方における消化器領域のステント治療の現状と問題点ー将来に向けての展望ー (胆膵系)

inside stent を使用した内視鏡的胆道ドレナージの治療成績

岡崎彰仁, 花田敬士, 泉 良寛, 南 智之, 平野巨通

7) 第114回日本消化器内視鏡学会中国支部例会 (広島 H27.6.28)

診断に難渋した胃乳頭腺癌の1例

福原基允, 小野川靖二, 池本珠莉, 兼光 梢, (寺岡雄吏), 泉 良寛, 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, 天野尋暢,
米原修治

8) 第90回中国四国外科学会総会 (岡山 H27.9.11)

急速な膨張性発育を呈した横紋筋肉腫を伴う紡錘細胞型 pancreatic anaplastic carcinoma の1切除例

大野夏美, 天野尋暢, 安部智之, 藤國宣明, 山木 実, 吉田 誠, 則行敏生, 中原雅浩,
米原修治, 岡崎彰仁, 花田敬士

9) 日本超音波医学会第25回九州地方会学術集会 (鹿児島 H27.9.27)

ランチョンセミナー 膵がんの早期診断の最前線

花田敬士

10) 第115回日本消化器内視鏡学会中国支部例会 (岡山 H27.12.5)

H. pylori 除菌により特異的な形態変化を示した早期胃癌の1例

福原基允, 中土井鋼一, 池本珠莉, 兼光 梢, 泉 良寛, 岡崎彰仁, 南 智之,
宍戸孝好, 片村嘉男, 小野川靖二, 平野巨通, 花田敬士, 天野 始, 日野文明, 米原修治

11) 第104回日本消化器病学会中国支部例会 (岡山 H27.12.5)

主膵管狭窄周囲の拡張分枝膵管に認められた膵上皮内癌の1例

松本 渉

《呼吸器内科》

- 12) 第113回日本内科学会中国地方会 (広島 H27.12.12)
予後不良な転帰をたどった侵襲性肺炎球菌感染症の1例
徳毛健太郎, 大道和佳子, 吉田 敬
- 13) 第113回日本内科学会中国地方会 (広島 H27.12.12)
非典型的検査所見を呈した過敏性肺炎の1例
川野可奈子, 徳毛健太郎, 大道和佳子, 吉田 敬
- 14) 第54回日本呼吸器学会中国四国地方会 (松江 H27.12.19)
好酸球性肺炎が疑われ診断 治療に難渋した肺胞出血の1例
大道和佳子, 徳毛健太郎, 吉田 敬

【全国研究会】

《消化器内科》

- 1) パープルリボンセミナー in 広島 (広島 H27.5.9)
基調講演 膵がんの危険因子を有する場合の経過観察法
花田敬士
- 2) パープルリボンセミナー in 広島 (広島 H27.5.9)
基調講演 選択肢が増えた膵がんの化学療法
花田敬士
- 3) 第2回 EUS の TS モードに関する意見交換会 (東京 H27.6.7)
TS モード画像と病理の対比検討
花田敬士
- 4) 第16回臨床消化器病研究会 (東京 H27.7.25)
症例検討 胆:「肝門部胆管狭窄の診断と治療」
Peutz-Jeghers 症候群に合併した肝門部胆肝癌の一例
南 智之
- 5) 第16回臨床消化器病研究会 (東京 H27.7.25)
座長:症例検討 胆:「肝門部胆管狭窄の診断と治療」
花田敬士
- 6) 第14回 FNA club Japan (東京 H27.8.22)
ミニレクチャー 小膵癌を診断するには ERCP の視点から
岡崎彰仁
- 7) 第51回肝胆膵治療研究会 (名古屋 H27.8.22)
特別講演 膵癌早期診断の最前線
花田敬士
- 8) 第63回日本消化器画像診断研究会 (鎌倉 H27.9.11)
興味ある画像所見を呈し胆管囊胞腺癌が疑われた1例
池本珠莉, 花田敬士, 兼光 梢, 泉 良寛, 岡崎彰仁, 南 智之, 天野 始, 天野尋暢,
米原修治
- 9) 第5回膵がん教室ワークショップ in 津 (津 H27.11.7)
膵がん患者家族をどのように支えていくことができるのか
市中病院における膵がん教室の実践 ～医師側からのサポート～

花田敬士

- 10) 第5回膵がん教室ワークショップ in 津 (津 H27.11.7)

座長 膵がん教室をどのように立ち上げて運営していくのか

花田敬士

- 11) 第23回膵癌治療を考える会 (大阪 H27.11.20)

膵がん早期診断の最前線

花田敬士

- 12) Pancreatic Cancer Symposium in 中四国 (広島 H28.1.29)

司会 花田敬士

- 13) 第5回膵癌早期診断研究会 (名古屋 H28.2.26)

司会 花田敬士

- 14) 第64回日本消化器画像診断研究会 (名古屋 H28.2.27)

乳頭型の肉眼型を呈し、急激な経過をたどった肝門部領域胆管癌の1例

池本珠莉

- 15) 第64回日本消化器画像診断研究会 (名古屋 H28.2.27)

急速な膨張性発育を呈した、横紋筋肉腫を伴う膵原発 anaplastic carcinoma with spindle cell type の1例

兼光 梢

- 16) 第64回日本消化器画像診断研究会 (名古屋 H28.2.27)

座長 膵 I

花田敬士

【地方研究会】

《消化器内科》

- 1) 第117回広島消化器病研究会 (広島 H27.4.4) 「優良賞受賞」

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

池本珠莉, 花田敬士, 兼光 梢, (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, 米原修治

- 2) 第96回尾道市医師会生活習慣病関連講演会 (尾道 H27.4.8)

座長 日野文明

- 3) インスリン治療セミナー (尾道 H27.4.14)

座長 特別講演

日野文明

- 4) 膵癌地域連携懇話会 (那覇 H27.5.15)

特別講演 地域医療連携を生かした膵癌早期診断の最前線

花田敬士

- 5) 第2回尾三オメガ3系脂肪酸を考える会 (尾道 H27.5.21)

座長 特別講演

日野文明

- 6) 尾道医師会学術講演会 (尾道 H27.6.3)

座長 特別講演

天野 始

- 7) 尾道医師会学術講演会 (尾道 H27.6.3)

特別講演 B型肝炎治療の最近の話題

片村嘉男

8) COOK International ERCP Dinner Meeting Hiroshima (広島 H27.6.9)

シンポジウム

Minami T.

9) 武田薬品工業株式会社 医学教育会 (福山 H27.6.10)

社内講演会

花田敬士

10) 第97回尾道市医師会生活習慣病関連講演会 (尾道 H27.6.17)

座長

日野文明

11) 第16回春季オープン消化器フォーラム (仙台 H27.6.26)

特別講演 膵癌早期診断の最前線

花田敬士

12) 第388回浜松消化器病研究会 (浜松 H27.7.2)

特別講演 膵癌早期診断の最前線

花田敬士

13) 第4回五国胆膵画像診断研究会 (観音寺 H27.7.4)

特別講演 膵癌早期診断の最前線

花田敬士

14) 第1回広島総合診療セミナー (広島 H27.7.4)

慢性下痢で受診した高齢男性の一例

平野巨通

15) 第16回広島消化器内視鏡懇談会 (広島 H27.7.14)

NBI 拡大内視鏡診断の実際

中土井鋼一

16) 新浜セミナー (尾道 H27.7.27)

特別講演 糖尿病薬物治療の最先端

日野文明

17) 第123回尾道消化器病同好会 (尾道 H27.7.28)

ミニレクチャー 膵癌診療ガイドラインの最新情報

花田敬士

18) 第123回尾道消化器病同好会 (尾道 H27.7.28)

膵癌に対する gemcitabine + nab-paclitaxel の使用経験

南 智之

19) 第24回尾三地域がん連携フォーラム (尾道 H27.7.31)

肝細胞癌に対する内科的治療

片村嘉男

20) pan-NET Expert Seminar in 中国 (広島 H27.8.1)

pan-NET 画像診断と EUS-FNA

花田敬士

21) 地域連携のつどい (尾道 H27.8.27)

- ウィルス性肝炎に対する最新の治療と肝細胞癌に対する内科的治療
片村嘉男
- 22) 膵炎フォーラム広島（広島 H27.8.29）
座長
花田敬士
- 23) 第4回沖縄胆膵内視鏡スキルアップ交流会（沖縄 H27.9.5）
特別講演 ERCP 困難症例に対する対策
花田敬士
- 24) 第4回沖縄胆膵内視鏡スキルアップ交流会（沖縄 H27.9.5）
症例呈示 膵上皮内癌の2例
池本珠莉
- 25) 第7回尾三炎症性腸疾患研究会（尾道 H27.9.17）
座長
小野川靖二
- 26) 第7回尾三炎症性腸疾患研究会（尾道 H27.9.17）
妊娠6ヶ月目に増悪し、G-CAP で寛解導入した UC の1例
池本珠莉
- 27) 第286回広島胃と腸疾患研究会（広島 H27.10.20）
症例検討
中土井鋼一
- 28) 第1回釧路肝胆膵セミナー（釧路 H27.10.29）
特別講演 地域医療を生かした膵癌早期診断の最前線
花田敬士
- 29) 諫早医師会学術講演会（諫早 H27.11.13）
特別講演 膵がん早期診断の最前線
花田敬士
- 30) 備後地区膵炎地域連携講演会（尾道 H27.11.19）
病診連携で取り組む慢性膵炎の診断と治療
花田敬士
- 31) Tottori Pancreatic Cancer Meeting（鳥取 H27.11.24）
特別講演 膵がん早期診断の最前線
花田敬士
- 32) ERCP に関する学術講演会（尾道 H27.11.26）
座長 特別講演
花田敬士
- 33) ERCP に関する学術講演会（尾道 H27.11.26）
特別講演 ERCP 後膵炎ガイドライン2015について
南 智之
- 34) 沖縄胆膵カンファレンス（浦添 H27.12.11）
座長 特別講演
花田敬士
- 35) 中国 GEP-NET 座談会（岡山 H28.1.23）

座長 総合討論

花田敬士

- 36) 松永沼隈地区医師会特別講演 (福山 H28.2.10)

特別講演 C型肝炎最新の治療

片村嘉男

- 37) 松永沼隈地区医師会特別講演 (福山 H28.2.10)

特別講演 糖尿病治療の最前線

日野文明

- 38) 第10回けいゆう病院横浜中央地区病診連携会 (横浜 H28.2.19)

膵癌早期診断の最前線

花田敬士

- 39) 尾道市医師会学術講演 (尾道 H28.2.17)

特別講演 逆流性食道炎治療について

小野川靖二

- 40) 第9回尾道DMフォーラム (尾道 H28.2.23)

座長 特別講演

日野文明

- 41) 尾道医師会学術講演会 (尾道 H28.3.9)

座長

天野 始

- 42) 尾道医師会学術講演会 (尾道 H28.3.9)

当院のC型肝炎治療の現況

片村嘉男

- 43) 尾道医師会学術講演会 (尾道 H28.3.9)

座長 特別講演

片村嘉男

- 44) 尾道医師会学術講演会 (尾道 H28.3.16)

座長 特別講演 C型肝炎の最新の治療

片村嘉男

- 45) 尾道若手消化器病セミナー (尾道 H28.3.16)

座長

花田敬士

- 46) 胆膵スキルアップセミナー in Tochigi (宇都宮 H28.3.19)

特別講演 微小膵癌の早期発見に向けた2軸の取り組み ～内視鏡技術の向上と病診連携の重要性～

花田敬士

- 47) 新浜セミナー (尾道 H28.3.30)

特別講演 糖尿病の最前線

日野文明

《呼吸器内科》

- 48) 第20回尾三地区感染対策研究会 (尾道 H27.5.27)

タミフル予防投与における効果の検証 ～職員アンケートを実施して～

藤本雅宣, 吉田 敬, 大道和佳子, 徳毛健太郎, 堀川俊二, 安原昌子, 森本典子,
豊田京子, 壇上美由紀, 増田尚美, 棒田静香

49) 第41回尾三因医学会 (三原 H27.6.28)

呼吸器悪性疾患に対する緩和ケアについて

小田原めぐみ, 原田 豊, 友野裕香, 森明千晴, 川根千佳, 堀内えり, 則行敏生,
谷出康志, 大道和佳子, 徳毛健太郎, 吉田 敬

50) 第61回尾道呼吸器疾患研究会 (尾道 H27.11.10)

症例検討会 ワンポイントレッスン 肺炎ワクチン
吉田 敬

循環器科

【国際学会】

- 1) American Heart Association Scientific sessions 2015 (AHA Funded research Award)
(Orlando, US 2015.11.7-11)

Influence of Endothelial Function and Rho-Associated Kinase Activity in Patients With Primary
Aldosteronism.

T. Matsumoto

【全国学会】

- 1) 第79回日本循環器学会学術集会 (大阪 H27.4.26)

Long term outcomes of acute kidney injury after acute myocardial infarction
大久保陽策

- 2) 第43回日本集中治療医学会学術集会 (神戸 H28.2.12)

感染・感染対策① たこつぼ型心筋症の合併が考えられた破傷風の1例
徳毛健太郎, 大道和佳子, (益田 健), 瀧口 侑, 吉田 敬

【学会地方会】

- 1) 第106回日本循環器病学会中国四国地方会 (松山 H27.6.19)

急性心膜炎を初発症状とした高齢男性 SLE 患者の一例
大久保陽策

- 2) 第107回日本循環器学会中国地方会 (広島 H27.11.28)

食道裂孔ヘルニアの修復により洞調律の維持が可能となった心房細動の一例
大久保陽策

- 3) 第113回日本内科学会中国地方会 (Young Investigator Award) (広島 H27.12.12)

急性非代償性心不全患者における腎機能悪化に関する検討
大久保陽策

- 4) 第113回日本内科学会中国地方会 (広島 H27.12.12)

肺動脈塞栓症を契機に多発転移を伴う肺癌を発見し急性期に究明した例
古森遼太, 松本武史, 大久保陽策, 瀧口 侑, 尾木 浩, 森島信行

【地方研究会】

- 1) 第36回尾道循環器研究会 (尾道 H27.6.8)

特別講演 座長
森島信行

- 2) おのみち抗凝固療法 Network Meeting (尾道 H27.6.25)
抗凝固療法
尾木 浩
- 3) Arrhythmia Conference in Hiroshima 2015 (広島 H27.7.11)
座長 不整脈診療における最新の知見
尾木 浩
- 4) 第6回心臓いきいきキャラバン研修会 (尾道 H27.7.23)
座長
尾木 浩
- 5) 第6回心臓いきいきキャラバン研修会 (尾道 H27.7.23)
尾道地域における当院の役割
松本武史
- 6) 新浜エリキュースセミナー (尾道 H27.9.29)
エリキュースの適正使用
尾木 浩
- 7) 第98回尾道市医師会生活習慣病関連講演会 (尾道 H27.10.7)
特別講演 座長
森島信行
- 8) 心不全講演会 in 尾道 (尾道 H27.11.17)
特別講演 座長
森島信行
- 9) 心不全講演会 in 尾道 (尾道 H27.11.17)
一般講演 座長
森島信行
- 10) 心不全講演会 in 尾道 (尾道 H27.11.17)
心不全と血管機能について
松本武史
- 11) 第5回しまなみ血管治療研究会 (尾道 H27.11.26)
当院における末梢血管治療の現状
瀧口 侑
- 12) 武田薬品工業株式会社 (福山 H28.2.23)
社内勉強会
松本武史
- 13) 心疾患病診連携講演会 (尾道 H28.3.1)
特別講演 座長
森島信行
- 14) 心疾患病診連携講演会 (尾道 H28.3.1)
一般講演 座長
森島信行
- 15) 心疾患病診連携講演会 (尾道 H28.3.1)
Rotablator が有効であった PCI 症例
大久保陽策

外科

【国際学会】

- 1) Mukhtar Ahli Bedah Digestif (Makassar, Indonesia 2016.1.23)
Laparoscopic of Colorectal Cancer in Onomichi General Hospital Japan
M. Nakahara
- 2) Mukhtar Ahli Bedah Digestif (Makassar, Indonesia 2016.1.23)
Laparoscopic Hepato-Biliary-Pancreatic Surgery in Onomichi General Hospital
H. Amano, T. Abe, N. Fujikuni, M. Yoshida, T. Noriyuki, M. Nakahara
- 3) Mukhtar Ahli Bedah Digestif (Makassar, Indonesia 2016.1.23)
Laparoscopic Operation of Gastric Carcinoma
N. Fujikuni
- 4) Asian Pacific Association for the study of the Liver (Tokyo 2016.2.21)
HCC: Treatment A Case of Resection for Complete Spontaneous Regression of Hepatocellular Carcinoma
R. Saito
- 5) Asian Pacific Association for the study of the Liver (Tokyo 2016.2.21)
HCC: Treatment Late-Onset Diaphragmatic Hernia after Radiofrequency Ablation of Hepatocellular Carcinoma
H. Takechi
- 6) Asian Pacific Association for the study of the Liver (Tokyo 2016.2.23)
Parallel Oral Sessions Gall Bladder/Hematological Disorders Prognostic Significance of Modified Glasgow Prognostic Score in Patients with Gallbladder Carcinoma
T. Abe

【全国学会】

- 1) 第115回日本外科学会定期学術集会 (名古屋 H27.4.16)
プレナリーセッション 上部消化管
低酸素は胃癌細胞の浸潤能亢進因子である CD24の発現を促進する
藤國宣明, (山本英喜), (田邊和照), (三隈俊博), (大段秀樹)
- 2) 第13回日本ヘルニア学会学術集会 (名古屋 H27.5.23)
シンポジウム 腹腔鏡下ヘルニア修復術の適応基準と成績
鼠径部ヘルニアに対する術式選択の現状と腹腔鏡下ヘルニア修復術 (TAPP) の適応の考察
中原雅浩, 齊藤竜助, (河島茉澄), 竹井大祐, 竹元雄紀, 大野夏美, 吉田 誠, 天野尋暢,
佐々田達成, 山木 実, (福田敏勝), 則行敏生
- 3) 第13回日本ヘルニア学会学術集会 (名古屋 H27.5.23)
ビデオワークショップ 特殊なヘルニアに対する治療戦略
直腸脱に対する治療戦略と手術成績
吉田 誠, 中原雅浩, 竹元雄紀, 竹井大祐, (河島茉澄), 齊藤竜助, 山木 実,
(福田敏勝), 則行敏生
- 4) 第13回日本ヘルニア学会学術集会 (名古屋 H27.5.23)
ヘルニア手術における教育 TAPP の腹膜閉鎖のこつとトレーニング
斎藤竜助, 中原雅浩, 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, 則行敏生
- 5) 第32回日本呼吸器外科学会総会 (高松 H27.5.14)
当院における肺大細胞神経内分泌癌の手術症例の検討
山木 実, 則行敏生, 大野夏美
- 6) 第51回日本肝臓学会総会 (熊本 H27.5.21)
肝内胆管癌における長期予後に関する臨床病理学的因子との検討
安部智之, (小林 剛), 天野尋暢, (田代裕尊), (黒田慎太郎), (岩子 寛), (橋本昌和),
(浜岡道則), (嶋本文雄), (大段秀樹)
- 7) 第27回日本肝胆脾外科学会学術総会 (東京 H27.6.11)
肝臓・肝移植 1
Glasgow prognostic score を用いた肝細胞癌に対する生体肝移植術症例の検討
安部智之
- 8) 第27回日本肝胆脾外科学会学術総会 (東京 H27.6.12)
胆道・IPNB 1
Clear cell variant を呈した IPNB (Intraductal papillary neoplasm of bile duct) の一切除例
天野尋暢
- 9) 第20回日本緩和医療学会学術大会 (横浜 H27.6.19)
痛みのスクリーニング「生活しやすさに関する質問票」の評価
島居孝恵, 藤原ちえみ, 小田原めぐみ, 則行敏生, 西村 寛, 重廣奈緒子, 中布龍一,
森元眞由美, 豊田直之, 佐藤暢洋, 村上啓一郎
- 10) 第20回日本緩和医療学会学術大会 (横浜 H27.6.20)
緩和ケア外来・緩和ケアチームが主導で化学療法を導入した3例について 則行敏生
高澤信好, 中布龍一, (壺井聡史), 竹元雄紀, 島居孝恵, 藤原ちえみ, 小田原めぐみ,
森元眞由美, 豊田直之, (木保正彦)
- 11) 第20回日本緩和医療学会学術大会 (横浜 H27.6.20)
緩和ケアチームの介入により化学療法の導入ができた乳がん患者の1例
藤原ちえみ, 小田原めぐみ, 島居孝恵, 則行敏生, 高澤信好, (壺井聡史), 竹元雄紀,
平井俊明, 中司博士, 森元眞由美, 村上利恵
- 12) 第20回日本緩和医療学会学術大会 (横浜 H27.6.20)
病棟看護師による緩和ケアチーム活動の評価
小田原めぐみ, 藤原ちえみ, 島居孝恵, 則行敏生, 森元眞由美, (木保正彦), 井上由貴,
山本智恵, 近藤瑞枝, 寅丸貴司, 宝利祐子
- 13) 第23回日本乳癌学会学術総会 (東京 H27.7.2-4)
症例報告 診断④
若年性線維腺腫の2例
竹元雄紀, 佐々田達成, 春田るみ, 竹井大祐, (河島茉澄), 斎藤竜助, 大野夏美,
吉田 誠, 山木 実, 天野尋暢, (福田敏勝), 中原雅浩, 則行敏生, 米原修治
- 14) 第23回日本乳癌学会学術総会 (東京 H27.7.2-4)
症例報告 特殊病理組織型
男性乳腺に発生した neuroendocrine carcinoma の1例
村上千佳
- 15) 第23回日本乳癌学会学術総会 (東京 H27.7.4)

エリブリンと好中球減少症

佐々田達成, 春田るみ, 村上千佳, 竹元雄紀, 竹井大祐, 斎藤竜助, 吉田 誠, 山木 実,
天野尋暢, (福田敏勝), 中原雅浩, 則行敏生

- 16) 第13回日本臨床腫瘍学会学術集会 (札幌 H27.7.17)

乳腺5 症例報告

男性乳腺に発生した neuroendocrine carcinoma の1例

村上千佳, 佐々田達成, 春田るみ, 山木 実, 則行敏生, 米原修治

- 17) 第70回日本消化器外科学会総会 (浜松 H27.7.16)

肝: 移植

肝細胞癌に対する Salvage 生体肝移植術の長期成績と有用性についての検討

安部智之

- 18) 第70回日本消化器外科学会総会 (浜松 H27.7.16)

胃: 基礎1

胃癌細胞の浸潤能亢進因子である CD24は低酸素によって発現促進する

藤國宣明, (山本英喜), (田邊和照), (三隈俊博), (大段秀樹)

- 19) 第28回日本小切開・鏡視外科学会 (久留米 H27.9.4)

企画②「小児」

小児虫垂炎に対する単孔式経臍腹腔鏡補助下虫垂切除術 (TULAA) の有用性

武智 瞳, 吉田 誠, 村上千佳, 竹元雄紀, 竹井大祐, 斎藤竜助, 大野夏美, 佐々田達成,
安部智之, 藤國宣明, 山木 実, 天野尋暢, 則行敏生, 中原雅浩

- 20) 第28回日本小切開・鏡視外科学会 (久留米 H27.9.5)

企画⑧「下部消化管」 座長

中原雅浩

- 21) 第28回日本小切開・鏡視外科学会 (久留米 H27.9.5)

企画⑧「下部消化管」

小切開創を有効利用した右側結腸癌手術 - HALS (Hand Assisted Laparoscopic Surgery)

中原雅浩, 吉田 誠, 斎藤竜助, 竹井大祐, 竹元雄紀, 村上千佳, 武智 瞳, 大野夏美,
安部智之, 藤國宣明, 天野尋暢, 山木 実, 佐々田達成, 則行敏生

- 22) 第57回日本消化器病学会大会 (JDDW2015) (東京 H27.10.8)

デジタルポスターセッション 肝臓 (腫瘍) 1

Glasgow prognostic score を用いた外科的切除を行った肝細胞癌に対する予後予測についての検討

安部智之

- 23) 第77回日本臨床外科学会 (福岡 H27.11.26)

大腸: 良性疾患 (腫瘍) 1

腹腔鏡補助下に切除した回腸神経鞘腫の1例

村上千佳, 吉田 誠, 中原雅浩, 米原修治

- 24) 第77回日本臨床外科学会 (福岡 H27.11.27)

胃: 悪性疾患 (化学療法なし) 6

胃限局型若年性ポリポースに多発性早期胃癌を合併した1例

斎藤竜助, (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

- 25) 第77回日本臨床外科学会 (福岡 H27.11.27)
臓腑: 悪性疾患 (化学療法あり) 2
急速な膨張性発育を呈した横紋筋肉腫を伴う pancreatic anaplastic carcinoma の1切除例
大野夏美, 安部智之, 天野尋暢, 村上千佳, 武智 瞳, 竹元雄紀, 竹井大祐, 斎藤竜助,
藤國宣明, 佐々田達成, 山木 実, 吉田 誠, 則行敏生, 中原雅浩
- 26) 第77回日本臨床外科学会 (福岡 H27.11.27)
臓腑: 悪性疾患 4
メトトレキサート関連肝原発悪性リンパ腫の1切除例
竹井大祐, 安部智之, 天野尋暢, 村上千佳, 武智 瞳, 竹元雄紀, 斎藤竜助, 大野夏美,
藤國宣明, 佐々田達成, 吉田 誠, 山木 実, 則行敏生, 中原雅浩
- 27) 第77回日本臨床外科学会 (福岡 H27.11.27)
胆嚢: 良性疾患 1
胆嚢腹壁穿通により蜂窩織炎を生じた1例
竹元雄紀, 天野尋暢, (福田敏勝), 武智 瞳, 村上千佳, 竹井大祐, 斎藤竜助,
佐々田達成, 藤國宣明, 安部智之, 吉田 誠, 山木 実, 中原雅浩, 則行敏生
- 28) 第77回日本臨床外科学会 (福岡 H27.11.27)
肝細胞癌に対しラジオ波焼却による遅発性横隔膜ヘルニア嵌頓をきたした1例
武智 瞳, 安部智之, 村上千佳, 竹元雄紀, 竹井大祐, 斎藤竜助, 大野夏美, 佐々田達成,
藤國宣明, 吉田 誠, 山木 実, 天野尋暢, 中原雅浩, 則行敏生
- 29) 第77回日本臨床外科学会 (福岡 H27.11.27)
傍十二指腸ヘルニアの1例
別木智昭, 斎藤竜助, 武智 瞳, 村上千佳, 竹元雄紀, 竹井大祐, 大野夏美, 安部智之,
藤國宣明, 佐々田達成, 吉田 誠, 山木 実, 天野尋暢, 中原雅浩, 則行敏生
- 30) 第77回日本臨床外科学会 (福岡 H27.11.27)
出血性ショックをきたした消化管出血の一切除例
川野可奈子, 安部智之, 竹井大祐, 則行敏生, 中原雅浩, 天野尋暢, 山木 実, 吉田 誠,
藤國宣明, 斎藤竜助, 佐々田達成, 竹元雄紀, 村上千佳, 武智 瞳, 米原修治.
- 31) 第56回日本肺癌学会 (横浜 H27.11.26)
小細胞肺癌・神経内分泌腫瘍
肺大細胞神経内分泌癌術後に孤立性脾転移を認めた1例
山木 実, 則行敏生, 大野夏美
- 32) 第28回日本内視鏡外科学会総会 (大阪 H27.12.12)
大腸 直腸脱・ヘルニア 2 司会
中原雅浩
- 33) 第28回日本内視鏡外科学会総会 (大阪 H27.12.12)
大腸 腹腔鏡手術の工夫 1
大腸疾患に対する HALS (Hand Assisted Laparoscopic Surgery) の有用性
中原雅浩, 吉田 誠, 斎藤竜助, 竹井大祐, 竹元雄紀, 村上千佳, 武智 瞳, 大野夏美,
安部智之, 藤國宣明, 天野尋暢, 佐々田達成, 山木 実, 則行敏生
- 34) 第28回日本内視鏡外科学会総会 (大阪 H27.12.12)
大腸 直腸脱・ヘルニア 2
当科における腹腔鏡下直腸後方固定術の導入と成績

- 吉田 誠, 中原雅浩, 武智 瞳, 村上千佳, 竹元雄紀, 竹井大祐, 齊藤竜助, 大野夏美, 安部智之, 藤國宣明, 佐々田達成, 山木 実, 天野尋暢, 則行敏生
- 35) 第28回日本内視鏡外科学会総会 (大阪 H27.12.12)
食道良性 手術 3
腹腔鏡下 Larrey 孔ヘルニア修復術の 1 例
藤國宣明, (田邊和照), (三隈俊博), (堀田龍一), (大段秀樹)
- 36) 第28回日本内視鏡外科学会総会 (大阪 H27.12.12)
小腸 クロウン病他
ダブルバルーン内視鏡検査が有用であった小腸出血の 3 例
竹井大祐, 天野尋暢, 武智 瞳, 村上千佳, 竹元雄紀, 齊藤竜助, 大野夏美, 安部智之, 藤國宣明, 佐々田達成, 吉田 誠, 山木 実, 則行敏生, 中原雅浩
- 37) 第52回日本腹部救急医学会総会 (東京 H28.3.3)
ダブルバルーン内視鏡検査が有用であった小腸出血の 3 例
竹井大祐
- 38) 第52回日本腹部救急医学会総会 (東京 H28.3.3)
小腸
腹腔内遊離ガスを伴った腸管嚢胞性気腫症の 2 例
竹元雄紀
- 【学会地方会】
- 1) 第114回日本消化器内視鏡学会中国支部例会 (広島 H27.6.28)
胃・十二指腸・食道 診断に難渋した胃乳頭腺癌の 1 例
福原基允, 小野川靖二, 池本珠莉, 兼光 梢, (寺岡雄吏), 泉 良寛, 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, 天野尋暢, 米原修治
- 2) 第53回日本呼吸器学会中国・四国地方会 (松山 H27.7.4)
胸膜・縦隔疾患
特発性血気胸症例の検討
斎藤竜助, 則行敏生, (大成亮二), 山木 実, (川崎由香里), (木村厚雄), (奥道恒夫)
- 3) 第53回日本呼吸器学会中国・四国地方会 (松山 H27.7.3)
肺腫瘍 2
副甲状腺ホルモン関連蛋白 (PTHrP) 産生多形肺癌の 1 例
大野夏美, 則行敏生, 山木 実
- 4) 第90回中国四国外科学会総会 (岡山 H27.9.11)
下部消化管 2・感染
直腸癌異時性腹膜播種再発に対して臍頭十二指腸切除術を施行した 1 例
斎藤竜助, 天野尋暢, 安部智之, 藤國宣明, 佐々田達成, 吉田 誠, 山木 実, 中原雅浩, 則行敏生
- 5) 第90回中国四国外科学会総会 (岡山 H27.9.11)
肝臓・膵臓
急速な膨張性発育を呈した横紋筋肉腫を伴う紡錘細胞型 pancreatic anaplastic carcinoma の 1 切除例
大野夏美, 天野尋暢, 安部智之, 藤國宣明, 山木 実, 吉田 誠, 則行敏生, 中原雅浩,

米原修治, 岡崎彰仁, 花田敬士

6) 第12回日本乳癌学会中国四国地方会 (徳島 H27.9.19)

ホルモン療法

内分泌療法へ抵抗性を示した進行再発乳癌に対するエベロリムスの使用経験

村上千佳, 佐々田達成, 武智 瞳, 竹元雄紀, 竹井大祐, 斎藤竜助, 大野夏美, 安部智之,
藤國宣明, 吉田 誠, 山木 実, 天野尋暢, 中原雅浩, 則行敏生, 春田るみ

7) 第12回日本乳癌学会中国四国地方会 (徳島 H27.9.19)

病理

副乳の非浸潤性乳管癌と鑑別が困難であった結節性汗腺腫の1例

武智 瞳, 佐々田達成, 村上千佳, 竹元雄紀, 竹井大祐, 斎藤竜助, 大野夏美, 天野尋暢,
中原雅浩, 則行敏生, 春田るみ

8) 第104回日本消化器病学会中国支部例会岡山 (H27.12.5)

肝細胞癌完全壊死の1例

斎藤竜助, 天野尋暢, 安部智之, 武智 瞳, 村上千佳, 竹元雄紀, 竹井大祐, 大野夏美,
藤國宣明, 佐々田達成, 吉田 誠, 山木 実, 中原雅浩, 則行敏生, 米原修治

【全国研究会】

1) 第21回大腸肛門機能障害研究会 (東京 H27.9.5)

骨盤臓器脱の治療法・手術法

仙骨子宮靱帯挙上術を併用した腹腔鏡下直腸後方固定術の導入と成績

吉田 誠, 中原雅浩, 武智 瞳, 村上千佳, 竹元雄紀, 竹井大祐, 斎藤竜助, 安部智之,
藤國宣明, 佐々田達成, 山木 実, 天野尋暢, 則行敏生

2) 第63回日本消化器画像診断研究会 (鎌倉 H27.9.11)

興味ある画像所見を呈し胆管囊胞腺癌が疑われた1例

池本珠莉, 花田敬士, 兼光 梢, 泉 良寛, 岡崎彰仁, 南 智之, 天野 始, 天野尋暢,
米原修治

3) 第20回中国四国内視鏡外科研究会 (岡山 H27.9.11)

シンポジウム

直腸癌に対する腹腔鏡手術の有効性と安全性

中原雅浩, 吉田 誠, 斎藤竜助, 竹井大祐, 竹元雄紀, 村上千佳, 武智 瞳, 大野夏美,
藤國宣明, 安部智之, 佐々田達成, 山木 実, 天野尋暢, 則行敏生

4) 第20回中国四国内視鏡外科研究会 (岡山 H27.9.12)

若手外科医は TANKO と TAPP で腹腔鏡手術の基本を習得する

中原雅浩, 竹元雄紀, 斎藤竜助, 武智 瞳, 村上千佳, 竹井大祐, 大野夏美, 安部智之,
藤國宣明, 佐々田達成, 吉田 誠, 山木 実, 天野尋暢, 則行敏生

5) 第6回 HALS 研究会 (東京 H27.10.17)

大腸疾患に対する HALS (Hand Assisted Laparoscopic Surgery) の有用性

吉田 誠, 中原雅浩, 斎藤竜助, 竹井大祐, 竹元雄紀, 村上千佳, 武智 瞳, 大野夏美,
安部智之, 藤國宣明, 天野尋暢, 山木 実, 佐々田達成, 則行敏生

6) 第38回広島県農村医学研究会 (広島 H28.3.12)

肝切除術の安全性は, 再生能にあり

天野尋暢, 安部智之, 藤國宣明, 佐々田達成, 山木 実, 吉田 誠, 中原雅浩, 則行敏生

【地方研究会】

- 1) 第59回尾道呼吸器疾患研究会（尾道 H27.5.12）
パネルディスカッション
肺がんのサルベージ手術
則行敏生
- 2) 第105回尾道外科系懇話会（尾道 H27.6.18）
慢性疾患・複合疾患の管理 司会
天野尋暢
- 3) 第105回尾道外科系懇話会（尾道 H27.6.18）
ミニレクチャー 遺伝性乳がん卵巣がん症候群
佐々田達成
- 4) 第105回尾道外科系懇話会（尾道 H27.6.18）
急速な膨張性発育を呈した横紋筋肉腫を伴う腭 anaplastic carcinoma の1切除例
大野夏美, 安部智之, 天野尋暢, 村上千佳, 武智 瞳, 竹元雄紀, 竹井大祐, 斎藤竜助,
藤國宣明, 佐々田達成, 山木 実, 吉田 誠, 則行敏生, 中原雅浩
- 5) 第41回尾三因医学会（三原 H27.6.28）
当科での腹腔鏡下幽門側胃切除時の体腔内再建における新しい取り組み
藤國宣明, 天野尋暢, 武智 瞳, 村上千佳, 竹元雄紀, 竹井大祐, 斎藤竜助, 大野夏美,
安部智之, 佐々田達成, 吉田 誠, 山木 実, 則行敏生, 中原雅浩
- 6) 第41回尾三因医学会（三原 H27.6.28）
呼吸器悪性疾患に対する緩和ケアについて
小田原めぐみ, 原田 豊, 友野裕香, 森明千晴, 川根千佳, 堀内えり, 則行敏生,
谷出康志, 大道和佳子, 徳毛健太郎, 吉田 敬
- 7) 第123回尾道消化器病同好会（尾道 H27.7.28）
当科における直腸脱の治療とその成績
吉田 誠
- 8) 第33回広島 GIS クラブ（広島 H27.8.21）
エネルギーデバイス使用の工夫 適切なエネルギーデバイス使用でより安全な腹腔鏡下直腸切
除術を目指して
吉田 誠
- 9) 第3回広島周術期フォーラム（広島 H27.9.16）
胃切除術における ERAS (Enhanced Recovery After Surgery) プロトコールに関する有用性の検討
藤國宣明
- 10) 第109回広島がん治療研究会（広島 H27.9.19）
肝原発悪性リンパ腫の1切除例
竹井大祐, 安部智之, 天野尋暢, 武智 瞳, 村上千佳, 竹元雄紀, 斎藤竜助, 大野夏美,
藤國宣明, 佐々田達成, 吉田 誠, 山木 実, 中原雅浩, 則行敏生
- 11) 大腸癌フォーラム（福山 H27.10.15）
特別講演
失敗例から学ぶ大腸癌腹腔鏡下手術 -S 状結腸, 上部直腸編-
中原雅浩
- 12) 第57回広島大学第二外科同門会研修会（広島 H27.12.5）

消化器内科と連携を密にした急性胆嚢炎の治療戦略

竹元雄紀

- 13) 大鵬薬品工業株式会社社内研修会 (尾道 H27.12.21)

社内研修会 機能再建手術と化学療法について

藤國宣明

- 14) 第44回広島内視鏡下外科手術研究会 (広島 H28.1.22)

シンポジウム 良性疾患 (胆嚢を除く) 若手外科医は TAPP で腹腔鏡手術の基本を習得する
中原雅浩, 竹元雄紀, 武智 瞳, 村上千佳, 竹井大祐, 齊藤竜助, 大野夏美, 安部智之,
藤國宣明, 佐々田達成, 吉田 誠, 山木 実, 天野尋暢, 則行敏生

- 15) 第18回 Hiroshima Oncology Group of gastric Cancer (HOG-GC) 学術講演会 (広島 H28.2.25)

パネルディスカッション NAC の総括と今後の展望

藤國宣明

- 16) ピンクリボンフォーラム in びんご 2016 (尾道 H28.2.28)

乳がんの抗がん剤治療について

佐々田達成

整 形 外 科

【国際学会】

- 1) INTERNATIONAL SOCIETY FOR HIP ARTHROSCOPY (Cambridge, England 2016.9.23-26)

The short-term results of hip arthroscopy in patients older than 65years of age with labral tears of the hip.
Seigo Oshima

【全国学会】

- 1) 第7回日本関節鏡・膝・スポーツ整形外科学会 (札幌 H27.6.19)

股関節鏡視下手術・関節唇 股関節ガングリオンに対し外科的治療を行った2例
大島誠吾

【地方研究会】

- 1) 第42回広島股関節研究会 (広島 H27.7.4)

股関節ガングリオンの2例
大島誠吾

- 2) 市民公開講座 (尾道 H27.9.5)

救急医療セミナー『介護, 看護に役立つ, 救急医療の初期対応』(地域医療を支える研修会) 転倒, 外傷, 骨折
盛谷和生

- 3) 尾道市医師会学術講演会 (尾道 H27.9.9)

座長
杉田 孝

脳神経外科

【学会地方会】

- 1) 第79回日本脳神経外科学会中国四国支部学術集会（広島 H27.4.12）
出血を伴い術前鑑別に苦慮した脳幹部脳膿瘍の1例
村上千佳, (光原崇文), 上田 猛
- 2) 第17回中国四国脳卒中研究会（松山 H27.9.5）
前脈絡叢動脈領域に生じた若年性脳梗塞の1例
上田 猛, 磯部尚幸, 西本武史
- 3) 第80回日本脳神経外科学会中国四国支部学術集会（高松 H27.12.5）
脳動脈瘤 妊娠8週でも膜下出血を発症した1例
上田 猛, 磯部尚幸, 西本武史, (岐浦禎展)

【地方研究会】

- 1) 新浜セミナー（尾道 H27.6.30）
脳卒中診療の最新的话题
磯部尚幸

小 児 科

【全国学会】

- 1) 第51回日本小児循環器学会（東京 H27.7.16）
早産児の生後早期の動脈管開存症に対する電気的心臓計測法による評価
藤原 信

【学会地方会】

- 1) 第165回日本小児科学会広島地方会（広島 H27.5.24）
結節性硬化症に伴う WEST 症候群に Vigabatrin を使用し、半球離断術を施行した生後9か月の1例
谷 博雄, 岡野里香, 藤原 信, 玉浦志保, 本田 茜, 岩瀧真一郎, 立石裕一, 波若秀幸, 内海孝法
- 2) 第67回中国四国小児科学会（宇部 H27.11.7）
Dieulafoy 潰瘍の1例
吉光哲大
- 3) 第166回日本小児科学会広島地方会（広島 H27.12.13）
眼症状で発症し全身型に移行した重症筋無力症の1小児例
内海孝法, 岡野里香, 藤原 信, 玉浦志保, 岩瀧真一郎, 立石裕一, 吉光哲大, 波若秀幸
- 4) 第138回日本皮膚科学会広島地方会（広島 H28.3.6）
ST 合剤が被疑薬と考えられた小児の薬剤性過敏症症候群の1例
森田知世, 渡部茉耶, 柳瀬哲至, 立石祐一, 岡野里香

【地方研究会】

- 1) 第59回広島新生児研究会（広島 H27.5.16）
JA 尾道総合病院の近況
岩瀧真一郎, 岡野里香, 藤原 信, 玉浦志保, 本田 茜, 立石裕一, 谷 博雄, 波若秀幸,

内海孝法

- 2) 第12回尾道三原小児疾患研究会 (三原 H27.7.9)

座長 小児の心身症への対応 ～不登校, 摂食障害～

岡野里香

- 3) 第12回尾道・三原小児疾患研究会 (三原 H27.7.8)

小児呼吸器感染症について

立石裕一, 岡野里香, 藤原 信, 玉浦志保, 岩瀧真一郎, 谷 博雄, 波若秀幸, 内海孝法

- 4) 第60回広島新生児研究会 (広島 H27.11.14)

脳室ドレナージの適応に苦慮した1例

波若秀幸, 岡野里香, 藤原 信, 玉浦志保, 岩瀧真一郎, 立石裕一, 吉光哲大, 内海孝法

- 5) 尾三地区保健対策協議会, 食物アレルギー研修会 (尾道 H28.2.25)

保育所における食物アレルギー対応の組織体制づくり

岡野里香

産婦人科

【国際学会】

- 1) 25th World Congress on Ultrasound in Obstetrics and Gynecology (Montreal 2015.10.10-14)

Two cases of fetal premature atrial contraction with cardiac dysfunction

Yurika Mukai, Michinori Yamashita, Tomohisa Sakashita, Masaru Sasaki

【全国学会】

- 1) 第51回日本周産期・新生児医学会学術集会 (福岡 H27.7.10)

妊娠方法による周産期予後についての検討

向井百合香, 佐々木克, 坂下知久

【学会地方会】

- 1) 第66回広島産科婦人科学会総会 (広島 H27.8.30)

早産を繰り返したOHVIRA症候群 (Obstructed Hemivagina and Ipsilateral Renal Anomaly syndrome) の1例

森岡裕彦, 向井百合香, 山下通教, 坂下知久, 佐々木克

- 2) 第68回中国四国産科婦人科学会学術講演会 (倉敷 H27.9.5)

帝王切開創部妊娠に対して創部楔状切除を行った一例

山下通教, 坂下知久, 森岡裕彦, 向井百合香, 佐々木克

【地方研究会】

- 1) 第16回広島産婦人科超音波研究会 (広島 H27.1.15)

胎児大動脈径と肺動脈径の比について

向井百合香, 勝部貴子, 坂下知久, 佐々木克

- 2) 第61回広島大学医学部産科婦人科学教室同門会総会 (広島 H27.2.11)

過去3年間に経験したAtypical polypoid adenomyoma 5例の臨床像

森岡裕彦, 勝部貴子, 向井百合香, 坂下知久, 佐々木克, 米原修治

- 3) 尾道産婦人科医会 (尾道 H27.5.22)

母体・産褥搬送の現状と症例の検討

坂下知久

- 4) 第17回広島産婦人科超音波研究会（広島 H27.6.18）
異なる経過をとった cystic hygroma の2症例
向井百合香，森岡裕彦，山下通教，坂下知久，佐々木克
- 5) 三原・尾道地区産婦人科医会合同学術講演会（尾道 H27.8.27）
尾三地区における周産期医療連携の試み
坂下知久

耳鼻咽喉科

【全国学会】

- 1) 第54回 日本鼻科学会総会（広島 H27.10.1-3）
アレルギー性副鼻腔真菌症の2症例
（長 陽子），高原大輔，石井秀将

【学会地方会】

- 1) 第41回日耳鼻中国地方部会連合講演会（宇部 H27.12.6）
側頸部に発生した乳頭癌の一例
高原大輔，片桐佳明，石井秀将

【地方研究会】

- 1) 第62回広島頭頸部腫瘍研究会（広島 H27.7.1）
側頸部に発生した乳頭癌の一例
高原大輔，片桐佳明，石井秀将
- 2) 第11回東部備後耳鼻咽喉科医会（福山 H27.7.4）
小児の眼窩壁骨折について
石井秀将
- 3) 尾三地区耳鼻科学術講演会（三原 H27.10.14）
花粉症における抗ヒスタミン剤の選択と新しい経口腸管免疫療法
座長 石井秀将
- 4) 第271回尾道総合病院オープンカンファレンス（尾道 H27.10.29）
めまいの初期診療
石井秀将
- 5) メルクセローノ社内レクチャー（広島 H27.12.9）
喉頭癌の治療について
石井秀将
- 6) 第7回 JA 尾道総合病院市民公開講座「市民のためのがん最前線」（尾道 H28.2.28）
のどのがんについて
石井秀将

皮 膚 科

【全国学会】

- 1) 第31回日本皮膚悪性腫瘍学会学術大会（大阪 H27.7.3）
左母指に生じた aggressive digital papillary adenocarcinoma の1例

森田知世, (菅 崇暢), 柳瀬哲至, (田中麻衣子), (河合幹雄), (秀 道広), (中島祐子)

2) 第30回日本皮膚外科学会総会・学術大会 (西宮 H27.10.10)

若年女性鼻粘膜に生じた孤立性線維性腫瘍の再発例手術経験

柳瀬哲至, (壺井聡史), 渡部茉耶, (森 直樹)

【学会地方会】

1) 第137回日本皮膚科学会広島地方会 (広島 H27.9.6)

乳房 Paget 病の1例

森田知世, 渡部茉耶, 柳瀬哲至, 米原修治, 佐々田達成

2) 第137回日本皮膚科学会広島地方会 (広島 H27.9.6)

成人ステイル病の1例

渡部茉耶, 森田知世, 柳瀬哲至, (飯星知博)

3) 第137回日本皮膚科学会広島地方会 (広島 H27.9.6)

診断に苦慮した膿疱性乾癬の1例

串畑あずさ, 渡部茉耶, 森田知世, 柳瀬哲至, 米原修治

4) 第67回日本皮膚科学会西部支部学術大会 (長崎 H27.10.17-18)

悪性黒色腫患者血中の末梢循環腫瘍細胞の検出と遺伝子異常の検索

柳瀬哲至, (柳瀬雄輝), (平郡隆明), (川口智子), (石井 香), (秀 道広)

5) 第138回日本皮膚科学会広島地方会 (広島 H28.3.6)

ST 合剤が被疑薬と考えられた小児の薬剤性過敏症候群の1例

森田知世, 渡部茉耶, 柳瀬哲至, 立石祐一, 岡野里香

6) 第138回日本皮膚科学会広島地方会 (広島 H28.3.6)

浅側頭動脈周囲に生じた木村病の1例

串畑あずさ, 森田知世, 柳瀬哲至, 米原修治

【地方研究会】

1) Psoriasis Academy Round Table discussion for the Young (広島 H27.11.6)

座長 関節炎の診断方法／インフリキシマブによる乾癬治療

柳瀬哲至

2) Psoriasis Interactive meeting (北九州 H27.11)

生物学的製剤導入の実際 ～安全性 Management を中心に～

柳瀬哲至

3) 安佐地区皮膚科医会 (広島 H27.11.11)

現在の乾癬の治療と病診連携 ～開業医の先生方と病院の橋渡し～

柳瀬哲至

4) 第5回広島皮膚科ゼミナール (広島 H28.1.21)

生物学的製剤使用症例の実際 ～難治例・有害事象の発生にどう対応すべきか?～

柳瀬哲至

5) ヤンセンファーマ株式会社 社内勉強会 (広島 H28.2.3)

乾癬の病態と治療

柳瀬哲至

6) 生物学的製剤による乾癬治療セミナー (福山 H28.3.4)

生物学的製剤の有用性と安全性

柳瀬哲至

泌尿器科

【全国学会】

- 1) 第103回日本泌尿器科学会総会（金沢 H27.4.18）
総会卒後教育プログラム 【女性泌尿器科】 間質性膀胱炎の診断と治療
（巴ひかる），梶原 充，（南里正晴）.
- 2) 第103回日本泌尿器科学会総会（金沢 H27.4.18）
学童期切迫性尿失禁は中高年期以降の過活動膀胱の独立した危険因子である
梶原 充
- 3) 第103回日本泌尿器科学会総会（金沢 H27.4.21）
高齢者過活動膀胱患者に対するミラベグロンの安全性，忍容性，有用性の検討
梶原 充
- 4) 第103回日本泌尿器科学会総会（金沢 H27.4.21）
排尿機能・神経泌尿器科/臨床 座長
梶原 充
- 5) 第26回日本夜尿症学会学術集会（奨励賞 受賞）（名古屋 H27.6.27）
学童期の切迫性尿失禁は中高年期以降の過活動膀胱の独立した危険因子である
梶原 充，（正路晃一），（北野弘之），（小畠浩平），（稗田圭介），（永松弘孝），（郷力昭宏），
（馬場崎隆志），（井上省吾），（林哲太郎），（亭島 淳），森山浩之，（松原昭郎）
- 6) 第22回日本排尿機能学会（札幌 H27.9.10）
ロコモティブシンドローム，転倒既往歴は過活動膀胱の危険因子である
梶原 充
- 7) 第22回日本農村医学会学術総会（秋田 H27.10.22）
卵巣癌手術において左完全重複尿管を断裂し再建した1例
（宮本俊輔），（丸山 聡），（栗村嘉昌），（小深田義勝），森山浩之
- 8) ABS Meeting 2015（広島 H27.10.30）
治療抵抗性 BPH/LUTS に対する診断と治療
梶原 充
- 9) 第10回日本骨盤臓器脱手術学会学術集会（東京 H28.2.13-14）
当院における Capio SLIM を使用した TVM 手術の初期体験
梶原 充，森山浩之

【全国研究会】

- 1) 第32回泌尿器科漢方研究会学術集会（東京 H27.6.20）
膀胱癌回腸導管造設術における大建中湯の腸管麻痺予防についての検討
梶原 充
- 2) 第9回小児夜尿症勉強会（埼玉 H27.7.25）
特別講演 中学生になっても治らない夜尿症 -学童期下部尿路症状の将来は？-
梶原 充，（正路晃一），（亭島 淳），森山浩之，（松原昭郎）
- 3) 排尿障害 UPDATA in Hiroshima ～QOL 向上を目指して～（広島 H27.9.17）
外来患者・一般医家からみた過活動膀胱
梶原 充

【地方研究会】

- 1) OAB フォーラム IN 尾道 (尾道 H27.6.10)
座長
森山浩之
- 2) OAB フォーラム IN 尾道 (尾道 H27.6.10)
女性 OAB の診断から治療まで ～生活習慣病との関連を交えて～
梶原 充
- 3) 広島西部泌尿器科フォーラム (広島 H27.7.31)
PSA の上昇をみない前立腺癌症例
森山浩之
- 4) 広島西部泌尿器科勉強会 (広島 H27.10.9)
Male LUTS/OAB に対する治療戦略 ～過活動膀胱診療ガイドライン2015をひもとく～
梶原 充
- 5) 備後泌尿器科セミナー (福山 H27.10.23)
泌尿器科領域のニッチとボーダー –骨盤臓器脱, 間質性膀胱炎, 膀胱陰痿, 急性尿閉–
梶原 充
- 6) 第68回広島医学会総会 (広島 H27.11.8)
BPH による急性尿閉に対する TWOC 失敗例におけるタダラフィル, シロドシン併用療法の忍
容性と有用性
梶原 充, 森山浩之
- 7) オストメイトのための講演会 (尾道 H27.11.29)
座長
森山浩之
- 8) オストメイトのための講演会 (尾道 H27.11.29)
膀胱とオシッコのはなし ～明るい明日ために～
梶原 充
- 9) 第158回広島泌尿器科地方会学術集会 (広島 H27.12.19)
Capio SLIM を使用した新しい TVM 手術 (Capio TVM) の初期経験
梶原 充, 森山浩之, (藤井照護), (浅野耕助), (奥谷卓也)
- 10) 第158回広島泌尿器科地方会学術集会 (広島 H27.12.19)
JA 尾道総合病院泌尿器科における手術統計
梶原 充, 森山浩之
- 11) 第2回広島西部地区排尿障害研究会 (広島 H28.1.28)
特別講演 ザルティアによりもたらされる明るい未来 –その可能性について–
梶原 充
- 12) 第59回福山泌尿器科会 (福山 H28.2.23)
ミニレクチャー 夜尿症診療の基本と応用 –夜尿症児の今と将来を考えて–
梶原 充
- 13) 安佐地区なでこフォーラム (広島 H28.3.2)
プライマリケアでの女性 OAB 診療について ～メタボとロコモの関連を交えて～
梶原 充
- 14) 過活動膀胱セミナー in Fukuyama (福山 H28.3.22)

女性過活動膀胱の真の姿を知って日常診療に取り組む為に！

梶原 充

麻 酔 科

【国際学会】

- 1) The 4th Annual Meeting of Indonesian Society of Anesthesiology for Pain Management (ISAPM)
(Manado, Indonesia 2015.10.17)
Super Lizer for Chronic Pain.
Masaki Senami MD, PhD

【全国学会】

- 1) 第62回日本麻酔科学会（神戸 H27.5.28-30）
腰椎手術における術後鎮痛としてのケタミン術前投与の影響
（早瀬一馬），中布龍一，笹田将吾，岩光麗美，（ト部智晶），瀬浪正樹
- 2) 第62回日本麻酔科学会（神戸 H27.5.28）
麻酔科関連 肝臓
肝切除術時の間欠的肝流入血流遮断法による血中乳酸値の推移の検討
岩光麗美，中布龍一，笹田将吾，（ト部智晶），早瀬一馬，瀬浪正樹
- 3) 第62回日本麻酔科学会（神戸 H27.5.28）
術後鎮痛 1
モルヒネによる患者自己調節経静脈鎮痛法ポース投与は術後早期の突出痛を緩和する
木村明生，（三好寛二），（中村隆治），（安田季道），（濱田 宏），（河本昌志）
- 4) 第20回日本緩和医療学会学術大会（横浜 H27.6.18-20）
緩和ケア外来・緩和ケアチームが主導で化学療法を導入した3例について
則行敏生，高澤信好，中布龍一，（壺井聡史），竹元雄紀，島居孝恵，藤原ちえみ，
小田原めぐみ，森元真由美，豊田直之，（木保正彦）
- 5) 第20回日本緩和医療学会学術大会（横浜 H27.6.18-20）
痛みのスクリーニング『生活のしやすさに関する質問票』の評価
島居孝恵，藤原ちえみ，小田原めぐみ，則行敏生，西村寛，重廣奈緒子，中布龍一，
森元真由美，豊田直之，佐藤暢洋，村上啓一郎
- 6) 第35回日本臨床麻酔学会（横浜 H27.10.22）
大腿骨観血的整復固定術後の疼痛管理手段として比較的長期の持続大腿神経ブロックが有効であった1例
黒田皓二郎，（古宮陽子），（江木暁子），（右田貴子），（岡田邦子），（前川隆英）

【学会地方会】

- 1) 第31回日本救急医学会中国四国地方会（徳島 H27.5.16）
陸上自衛隊の外傷教育へのJPTEC導入の試み
（山野上敬夫），（吉川孝次），（竹崎 亨），（岸田正臣），（櫻井由佳），瀬浪正樹，
（大坪 洋），（友安陽子），（玉川一博）

【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

3) 三原市医師会学術講演 (三原 H27.4.23)

痛みの基礎と治療 ～薬物療法を中心として～

瀬浪正樹

4) 第41回尾三因医学会 (三原 H27.6.28)

地域救命センターの現状と展望

宇根一暢, 瀬浪正樹

5) 因島医師会学術講演会 (尾道 H27.8.5)

痛みの基礎と治療 ～薬物療法を中心として～

瀬浪正樹

放射線科

【全国学会】

1) 第55回日本核医学会学術総会 (東京 H27.11.5-7)

他施設に依頼する FDG-PET 症例の分析と問題点

森 浩希, 西原圭祐

【地方研究会】

1) 第59回広島県東部放射線医会 (福山 H27.6.11)

頬部腫瘍の一例

西原圭祐

2) 緩和ケア研修会 (尾道 H27.9.12-13)

企画責任者

高澤信好

3) 緩和ケア研修会 (尾道 H27.9.12-13)

緩和ケア概論講師

高澤信好

5) 第19回東部放射線研究会 (福山 H27.11.13)

特別講演 座長

森 浩希

精神神経科

【全国学会】

1) 第20回日本緩和医療学会学術大会 (横浜 H27.6.18-20)

痛みのスクリーニング「生活しやすさに関する質問票」の評価

島居孝恵, 藤原ちえみ, 小田原めぐみ, 則行敏生, 西村 寛, 重廣奈緒子, 中布龍一,
森元真由美, 豊田直之, 佐藤暢洋, 村上啓一郎

【全国研究会】

- 1) 第60回癒しの環境研究会「レジリエンスを高める医療福祉環境」(東京 H27.10.12)
元気になる病院 司会
阪口周二

救急総合診療部

- 1) 第41回尾三因医学会(三原 H27.6.28)
地域救命センターの現状と展望
宇根一暢, 瀬浪正樹

病理研究検査科

【全国学会】

- 1) 第101回日本消化器病学会総会(仙台 H27.4.23)
膵腫瘍 その他 当院での IPMN 切除症例の検討
泉 良寛, 花田敬士, 岡崎彰仁, 池本珠莉, 兼光 梢, (寺岡雄吏), 泉 良寛,
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
- 2) 第56回日本臨床細胞学会総会(春期大会)(松江 H27.6.12-14)
乳腺原発血管肉腫の2例
杉山佳代, 神田真規, 佐々木健司, 米原修治, (倉西文仁).
- 3) 第46回日本膵臓学会大会(名古屋 H27.6.20)
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上皮内癌の細胞像
佐々木健司, 杉山佳代, 神田真規, 米原修治, 花田敬士
- 4) 第23回日本乳癌学会学術総会(東京 H27.7.2-4)
症例報告 診断④ 若年性線維腺腫の2例
竹元雄紀, 佐々田達成, 春田るみ, 竹井大祐, (河島茉澄), 斎藤竜助, 大野夏美,
吉田 誠, 山木 実, 天野尋暢, (福田敏勝), 中原雅浩, 則行敏生, 米原修治
- 5) 第13回日本臨床腫瘍学会学術集会(札幌 H27.7.17)
乳腺5 症例報告(1) 男性乳腺に発生した neuroendocrine carcinoma の1例
村上千佳, 佐々田達成, 春田るみ, 山木 実, 則行敏生, 米原修治
- 6) 第90回日本消化器内視鏡学会総会(東京 H27.10.10)
IPMN 切除例における造影 EUS の有用性の検討
泉 良寛, 花田敬士, 岡崎彰仁, 平野巨通, 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, 天野 始, 日野文明, (福田敏勝),
米原修治
- 7) 第77回日本臨床外科学会(福岡 H27.11.26)
腹腔鏡補助下に切除した回腸神経鞘腫の1例
村上千佳, 吉田 誠, 中原雅浩, 米原修治
- 8) 第77回日本臨床外科学会(福岡 H27.11.27)
研修医 出血性ショックをきたした消化管出血の一切除例

川野可奈子, 安部智之, 竹井大祐, 則行敏生, 中原雅浩, 天野尋暢, 山木 実, 吉田 誠,
藤國宣明, 斎藤竜助, 佐々田達成, 竹元雄紀, 村上千佳, 武智 瞳, 米原修治

【学会地方会】

1) 第103回日本消化器病学会中国支部支部例会 (宇部 H27.6.13)

肝3 術後約5年, 脾神経内分泌腫瘍 (NET) の肝転移再発に TACE が有効であった1例
兼光 梢, 片村嘉男, 池本珠莉, (寺岡雄吏), 泉 良寛, 中土井鋼一, 岡崎彰仁,
(今川宏樹), 小野川靖二, 平野巨通, 花田敬士, 天野 始, 日野文明, (福田敏勝),
米原修治

2) 第103回日本消化器病学会中国支部支部例会 (宇部 H27.6.13)

中国支部専修医奨励賞「消化管2」 新規経口抗凝固薬 (noveloralanticoagulants: NOAC) が原因
と考えられた collagenous colitis の1例
(池本珠莉, 中土井鋼一, 兼光 梢, (寺岡雄吏), 泉 良寛, 岡崎彰仁, (今川宏樹),
片村嘉男, 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103回日本消化器病学会中国支部支部例会 (宇部 H27.6.13)

中国支部研修医奨励賞「胆膵」 早期慢性膵炎の観察中に MRCP 及び EUS の画像変化が診断契
機となった膵上皮内癌の1例
森岡裕彦, 花田敬士, 池本珠莉, 兼光 梢, (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

4) 第114回日本消化器内視鏡学会中国支部例会 (広島 H27.6.28)

中国支部専修医奨励賞 胃・十二指腸・食道 診断に難渋した胃乳頭腺癌の1例
福原基允, 小野川靖二, 池本珠莉, 兼光 梢, (寺岡雄吏), 泉 良寛, 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, 天野尋暢,
米原修治

5) 第137回日本皮膚科学会広島地方会 (広島 H27.9.6)

乳房 Paget 病の1例
森田 知世, 渡部茉耶, 柳瀬哲至, 米原修治, 佐々田達成

6) 第137回日本皮膚科学会広島地方会 (広島 H27.9.6)

診断に苦慮した膿疱性乾癬の1例
串畑あずさ, 渡部茉耶, 森田知世, 柳瀬哲至, 米原修治

7) 第90回中国四国外科学会総会 (岡山 H27.9.11)

肝臓・膵臓 急速な膨張性発育を呈した横紋筋肉腫を伴う紡錘細胞型 pancreatic anaplastic
carcinoma の1切除例
大野夏美, 天野尋暢, 安部智之, 藤國宣明, 山木 実, 吉田 誠, 則行敏生, 中原雅浩,
米原修治, 岡崎彰仁, 花田敬士

8) 第115回日本消化器内視鏡学会中国支部例会 (岡山 H27.12.5)

研修医奨励賞 胃・十二指腸 H. pylori 除菌により特異的な形態変化を示した早期胃癌の1例
福原基允, 中土井鋼一, 池本珠莉, 兼光 梢, 泉 良寛, 岡崎彰仁, 南 智之, 宍戸孝好,
片村嘉男, 小野川靖二, 平野巨通, 花田敬士, 天野 始, 日野文明, 米原修治

9) 第104回日本消化器病学会中国支部例会 (岡山 H27.12.5)

肝1 肝細胞癌完全壊死の1例
斎藤竜助, 天野尋暢, 安部智之, 武智 瞳, 村上千佳, 竹元雄紀, 竹井大祐, 大野夏美,

藤國宣明, 佐々田達成, 吉田 誠, 山木 実, 中原雅浩, 則行敏生, 米原修治

10) 第115回日本消化器内視鏡学会中国支部例会(岡山 H27.12.5)

研修医奨励賞 胃・十二指腸 *H. pylori* 除菌により特異的な形態変化を示した早期胃癌の1例
福原基允, 中土井鋼一, 池本珠莉, 兼光 梢, 泉 良寛, 岡崎彰仁, 南 智之, 穴戸孝好,
片村嘉男, 小野川靖二, 平野巨通, 花田敬士, 天野 始, 日野文明, 米原修治

11) 第33回広島県医学検査学会(広島 H28.2.21)

乳癌における HER2 遺伝子増幅の検出 - DISH 法の有用性と問題点について -
相部晴香, 杉山佳代, 神田真規, 佐々木健司

12) 第41回広島県臨床細胞学会総会(広島 H28.3.5)

気管支肺胞洗浄液細胞診の1例
杉山佳代, 相部晴香, 神田真規, 佐々木健司, 米原修治, 徳毛健太郎

13) 第138回日本皮膚科学会広島地方会(広島 H28.3.6)

浅側頭動脈周囲に生じた木村病の1例
串畑あずさ, 森田知世, 柳瀬哲至, 米原修治

【全国研究会】

1) 第63回日本消化器画像診断研究会(鎌倉 H27.9.11)

胆1 興味ある画像所見を呈し胆管嚢胞腺癌が疑われた1例
池本珠莉, 花田敬士, 兼光 梢, 泉 良寛, 岡崎彰仁, 南 智之, 天野 始, 天野尋暢,
米原修治

【地方研究会】

1) 第117回広島消化器病研究会(広島 H27.4.4)

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
池本珠莉, 花田敬士, 兼光 梢, (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, 米原修治

2) 広島細胞検査士会ワークショップ(広島 H28.3.26)

脾臓の細胞診
佐々木健司

研 修 医

【全国学会】

1) 第77回日本臨床外科学会(福岡 H27.11.27)

傍十二指腸ヘルニアの1例
別木智昭, 斎藤竜助, 武智 瞳, 村上千佳, 竹元雄紀, 竹井大祐, 大野夏美, 安部智之,
藤國宣明, 佐々田達成, 吉田 誠, 山木 実, 天野尋暢, 中原雅浩, 則行敏生

2) 第77回日本臨床外科学会(福岡 H27.11.27)

出血性ショックをきたした消化管出血の一切除例
川野可奈子, 安部智之, 竹井大祐, 則行敏生, 中原雅浩, 天野尋暢, 山木 実, 吉田 誠,
藤國宣明, 斎藤竜助, 佐々田達成, 竹元雄紀, 村上千佳, 武智 瞳, 米原修治

【学会地方会】

1) 第79回日本脳神経外科学会中国四国支部学術集会(広島 H27.4.12)

出血を伴い術前鑑別に苦慮した脳幹部脳膿瘍の1例

村上千佳, (光原崇文), 上田 猛

2) 第103回日本消化器病学会中国支部支部例会 (宇部 H27.6.13)

早期慢性膵炎の観察中に MRCP 及び EUS の画像変化が診断契機となった膵上皮内癌の1例
森岡裕彦, 花田敬士, 池本珠莉, 兼光 梢, (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

3) 第114回日本消化器内視鏡学会中国支部例会 (広島 H27.6.28)

胃・十二指腸・食道 診断に難渋した胃乳頭腺癌の1例
福原基允, 小野川靖二, 池本珠莉, 兼光 梢, (寺岡雄吏), 泉 良寛, 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, 天野尋暢,
米原修治

4) 第66回広島産科婦人科学会総会 (広島 H27.8.30)

早産を繰り返した OHVIRA 症候群 (Obstructed Hemivagina and Ipsilateral Renal Anomaly syndrome)
の1例

森岡裕彦, 向井百合香, 山下通教, 坂下知久, 佐々木克

5) 第137回日本皮膚科学会広島地方会 (広島 H27.9.6)

診断に苦慮した膿疱性乾癬の1例

串畑あずさ, 渡部茉耶, 森田知世, 柳瀬哲至, 米原修治

6) 第104回日本消化器病学会中国支部例会 (岡山 H27.12.5)

主膵管狭窄周囲の拡張分枝膵管に認められた膵上皮内癌の1例
松本 渉

7) 第115回日本消化器内視鏡学会中国支部例会 (岡山 H27.12.5)

H. pylori 除菌により特異的な形態変化を示した早期胃癌の1例

福原基允, 中土井鋼一, 池本珠莉, 兼光 梢, 泉 良寛, 岡崎彰仁, 南 智之, 宍戸孝好,
片村嘉男, 小野川靖二, 平野巨通, 花田敬士, 天野 始, 日野文明, 米原修治

8) 第113回日本内科学会中国地方会 (広島 H27.12.12)

肺動脈塞栓症を契機に多発転移を伴う肺癌を発見し急性期に究明した例

古森遼太, 松本武史, 大久保陽策, 瀧口 侑, 尾木 浩, 森島信行

9) 第113回日本内科学会中国地方会 (広島 H27.12.12)

非典型的検査所見を呈した過敏性肺炎の1例

川野可奈子, 徳毛健太郎, 大道和佳子, 吉田 敬

10) 第138回日本皮膚科学会広島地方会 (広島 H28.3.6)

浅側頭動脈周囲に生じた木村病の1例

串畑あずさ, 森田知世, 柳瀬哲至, 米原修治

薬 剤 部

【全国学会】

1) 第1回日本医薬品安全性学会学術大会 (福山 H27.7.5-6)

座長

堀川俊二

2) 第1回日本医薬品安全性学会学術大会 (福山 H27.7.5-6)

薬剤師の介入により胃癌化学療法が安全に継続できた2症例

(喜多村裕子), 江草徳幸, 下岡由紀, 比良大輔, 平井俊明, 安原昌子, 堀川俊二

3) 第1回日本医薬品安全性学会学術大会(福山 H27.7.5-6)

「ワーファリン過量内服により PT-INR 延長を呈した認知機能の低下を伴う高齢者の一症例」

青木直美, 高橋謙吾, 比良大輔, 安原昌子, 堀川俊二

4) 第13回日本臨床腫瘍学会学術集会(札幌 H27.7.16)

肺がん患者のシスプラチン投与における short hydration 法の安全性について

江草徳幸, 福家幸子, 村上利恵, 喜多村裕子, 藤本雅宣, 比良大輔, 平井俊明, 堀川俊二,
(益田 健), 則行敏生

5) 第25回日本医療薬学会年会(横浜 H27.11.21-23)

バンコマイシン投与における腎障害の発現状況と危険因子の検討

(只佐宣子), (梶谷真也), (徳本和哉), (要田芳代), (川上恵子), (三島基靖),
(竹増まゆみ), (只佐正嗣), 堀川俊二

6) 第31回日本環境感染学会(京都 H28.2.19-20)

当院職員におけるオセミタミビル予防投与の検討 - アンケート結果から見えた実態と課題 -

棒田静香, 堀川俊二, 安原昌子, 森本典子

7) 第31回日本環境感染学会(京都 H28.2.19-20)

外膜タンパク OprD の変化が疑われるカルバペネム耐性緑膿菌が分離された一症例

森本典子, 堀川俊二, 安原昌子, 棒田静香

8) 日本薬学会第136年会(横浜 H28.3.26-29)

当院におけるシタグリブチン服用患者の HbA1c の推移と治療成績に影響を与える要因の検討

安原昌子, (田山剛崇), (佐和章宏), (三宅勝志)

【学会地方会】

1) 第15回中国四国糖尿病研修セミナー(岡山 H28.3.12)

広島県北部地区糖尿病療養指導士の会の取り組み

堀川俊二

【地方研究会】

1) アプルウエイ発売1周年講演会(広島 H27.4.16)

「副作用報告からみた SGLT2 阻害薬 ～主に脱水について～」

堀川俊二

2) TAKEDA(中国四国) Web seminar

アドヒアランス向上を目指した服薬管理(広島 H27.4.24)

「糖尿病患者の療養支援の実態と課題」

堀川俊二

3) 三原竹原地区薬剤師研修会(広島 H27.5.20)

「糖尿病患者の療養支援の実態と課題」

堀川俊二

4) 尾三ω3系脂肪酸を考える会(尾道 H27.5.21)

「糖尿病患者の療養支援の実態と課題 週1回 DPP4 製剤に期待すること」

堀川俊二

5) 最新薬学セミナー(広島 H27.5.22)

「糖尿病治療薬の UPTODATE 薬剤師の役割を考える」

堀川俊二

- 6) 広島県東部地区薬剤師会 学術講演会 (福山 H27.5.26)

座長

堀川俊二

- 7) 広島県病院薬剤師会東支部 学術集会 (福山 H27.5.26)

「抗血栓薬の服薬管理について -薬剤師の立場から-

高橋謙吾

- 8) 第20回尾三地区感染対策研究会 (広島 H27.5.27)

当院職員におけるオセルタミビルの予防投与に関するアンケート調査

藤本雅宣, 檀上美由紀, 増田尚美, 豊田京子, 森本典子, 大道和佳子, 徳毛健太郎,

吉田 敬, 安原昌子, 堀川俊二, 棒田静香

- 9) 第97回尾道市医師会生活習慣病関連講演会 (尾道 H27.6.17)

広島県北部地区 糖尿病療養指導士会の取り組み ~尾道地区での新たな糖尿病地域連携に向けて~

堀川俊二

- 10) 第43回備後糖尿病セミナー (福山 H27.7.3)

「よりやさしいインスリン治療を目指して ~高齢者や介護者に対するインスリン適正使用を考える~」

堀川俊二

- 11) 生活習慣病とアドヒアランスを考える会 (尾道 H27.7.13)

座長

堀川俊二

- 12) 第3回広島県北部地区高齢糖尿病治療フォーラム (三次 H27.7.30)

「副作用報告からみた SGLT2 阻害薬の患者指導のポイント ~主に脱水について~」

堀川俊二

- 13) 第4回三原本郷地区 Primary Care Seminar (三原 H27.8.11)

「糖尿病患者の療養支援の実態と課題 週1回 DPP4 製剤に期待すること」

堀川俊二

- 14) 広島県病院薬剤師会東支部 学術講演会 (福山 H27.8.24)

座長

堀川俊二

- 15) 第3回糖尿病やさセミナー (三原 H27.9.2)

「高齢糖尿病患者の療養支援を考える」

堀川俊二

- 16) 第2回北信糖尿病デバイス研究会 (長野 H27.11.29)

「よりやさしいインスリン治療を目指して ~高齢者や介護者に対するインスリン適正使用を考える~」

堀川俊二

- 17) 長崎諫早デバイス勉強会 (諫早 H27.12.1)

「よりやさしいインスリン治療を目指して ~高齢者に対するインスリン適正使用を考える~」

堀川俊二

- 18) 第13回尾三地区緩和ケア薬学研究会 (三原 H28.1.28)

「フェンタニル舌下錠の院内マニュアルの活用について」

畝本由貴

- 19) 佐伯区薬剤師会 研修会（広島 H28.2.17）

高齢者糖尿病患者における薬剤師の役割

堀川俊二

- 20) 第42回糖尿病の治療を考える会（広島 H28.3.24）

「よりやさしいインスリン治療を目指して ～高齢者や介護者に対するインスリン適正使用を考える～」

堀川俊二

- 21) 第38回広島県農村医学研究会（広島 H28.3.12）

JA 尾道総合病院職員のインフルエンザに対する予防投与に関する検証

藤本雅宣, 檀上美由紀, 増田尚美, 豊田京子, 森本典子, 大道和佳子, 徳毛健太郎,
吉田 敬, 安原昌子, 堀川俊二, 棒田静香

看護科

【全国学会】

- 1) 第20回日本緩和医療学会学術大会（横浜 H27.6.19）

痛みのスクリーニング「生活しやすさに関する質問票」の評価

島居孝恵, 藤原ちえみ, 小田原めぐみ, 則行敏生, 西村 寛, 重廣奈緒子, 中布龍一,
森元眞由美, 豊田直之, 佐藤暢洋, 村上啓一郎

- 2) 第20回日本緩和医療学会学術大会（横浜 H27.6.20）

緩和ケア外来・緩和ケアチームが主導で化学療法を導入した3例について

則行敏生, 高澤信好, 中布龍一, (壺井聡史), 竹元雄紀, 島居孝恵, 藤原ちえみ,
小田原めぐみ, 森元眞由美, 豊田直之, (木保正彦)

- 3) 第20回日本緩和医療学会学術大会（横浜 H27.6.20）

緩和ケアチームの介入により化学療法の導入ができた乳がん患者の1例

藤原ちえみ, 小田原めぐみ, 島居孝恵, 則行敏生, 高澤信好, (壺井聡史), 竹元雄紀,
平井俊明, 中司博士, 森元眞由美, 村上利恵

- 4) 第20回日本緩和医療学会学術大会（横浜 H27.6.20）

病棟看護師による緩和ケアチーム活動の評価

小田原めぐみ, 藤原ちえみ, 島居孝恵, 則行敏生, 森元眞由美, (木保正彦), 井上由貴,
山本智恵, 近藤瑞枝, 寅丸貴司, 宝利祐子

- 5) 第11回日本クリティカルケア看護学会学術集会（福岡 H27.6.27-28）

回復室におけるせん妄発症の予測因子の検討 ～集中治療せん妄スクリーニングチェックリストと導入して～

岡本奈緒

- 6) 第23回日本乳癌学会学術総会（東京 H27.7.2-4）

リンパ浮腫外来を通して見えてきた現状と今後の課題

来山美千子

- 7) 第13回日本臨床腫瘍学会学術集会（札幌 H27.7.16）

肺がん患者のシスプラチン投与における short hydration 法の安全性について

江草徳幸, 福家幸子, 村上利恵, 喜多村裕子, 藤本雅宣, 比良大輔, 平井俊明, 堀川俊二,
(益田 健), 則行敏生

8) 第51回日本胆道学会学術集会 (宇都宮 H27.9.17-18)

メディカルスタッフセッション 当院における膵・胆管系内視鏡検査クリニカルパスの工夫
楠見朗子, 森田恵理子, 栗本保美, 佐藤静江, 中宮清実, 立花隆義, 山根愛子,
三島ゆかり, 三阪雅美, 柏原奈美, 舩本美鈴, 松井 啓, 花田敬士, 岡崎彰仁, 泉良 寛,
南 智之

9) 第42回日本股関節学会学術集会 (大阪 H27.10.30-31)

人工股関節全置換術を受けた患者への退院指導
久保由貴子, 橋本佳典, 高橋 忍, 荒田雄子, 藤原 誠, 奈良原未雪, 繁田洋子,
大島誠吾

10) 第19回日本心不全学会学術集会 (大阪 H27.10.22-24)

心不全診療システムを構築する ～心不全ハート外来の役割～
富山美由紀

11) 第31回日本環境感染学会 (京都 H28.2.19-20)

当院職員におけるオセミタミビル予防投与の検討 - アンケート結果から見えた実態と課題 -
棒田静香, 堀川俊二, 安原昌子, 森本典子.

12) 第31回日本環境感染学会 (京都 H28.2.19-20)

外膜タンパク OprD の変化が疑われるカルバペネム耐性緑膿菌が分離された一症例
森本典子, 堀川俊二, 安原昌子, 棒田静香

【学会地方会】

1) 第54回日本肺癌学会中国四国支部会 (松山 H27.7.3-4)

メディカルスタッフ演題 呼吸器悪性疾患に対する緩和ケアについて
小田原めぐみ, 原田 豊, 友野裕香, 森明千春, 川根千佳, 堀内えり, 則行敏生,
大道和佳子, 徳毛健太郎, 吉田 敬, 谷出康士

【全国研究会】

1) 第42回日本脳神経看護研究会 (札幌 H27.10.16)

脳神経外科病棟における ADL についての職種間認識の相違
小林雄一, 東舎見真, 谷出康士

2) 第46回日本消化器がん検診学会中国・四国地方会 (広島 H27.11.28-29)

安全・安楽な検診を目指した上部内視鏡検査における工夫
楠見朗子, 森田恵理子, 栗本保美, 佐藤静江, 中宮清実, 立花隆義, 山根愛子,
三島ユカリ, 三阪雅美, 柏原奈美, 舩本美鈴, 松井啓, 小野川靖二, 中土井鋼一,
宍戸孝好, 平野巨通, 南 智之, 岡崎彰仁, 泉 良寛, 片村嘉男, 兼光 梢, 池本珠莉

3) 第33回日本集中治療医学会中国四国地方会 (広島 H28.2.20)

当院における Confusion Assessment Method for ICU (CAM-ICU) の有用性
菅野香奈子, 安国ひとみ, 高月利枝, 土居真由子, 岡田菜見子, 伊藤弥史, 青山雪枝,
重田知洋

4) 第33回日本集中治療医学会中国四国地方会 (広島 H28.2.20)

重症破傷風患者への合併症予防ケアの経験
高月利枝

5) 第33回日本集中治療医学会中国四国地方会 (広島 H28.2.20)

呼吸サポートチーム（RST）の活動報告と今後の展望

伊藤弥史

6) 第38回広島県農村医学研究会（広島 H28.3.12）

JA 尾道総合病院職員のインフルエンザに対する予防投与に関する検証

藤本雅宣, 檀上美由紀, 増田尚美, 豊田京子, 森本典子, 大道和佳子, 徳毛健太郎,
吉田 敬, 安原昌子, 堀川俊二, 棒田静香

【地方研究会】

1) 痔瘻地域連携懇話会（那覇 H27.5.15）

特別講演 安全な EUS/ERCP のために看護師・内視鏡技師ができること
楠見朗子

2) 第20回尾三地区感染対策研究会（尾道 H27.5.27）

タミフル予防投与における効果の検証 ～職員アンケートを実施して～

藤本雅宣, 吉田 敬, 大道和佳子, 徳毛健太郎, 堀川俊二, 安原昌子, 森本典子,
豊田京子, 檀上美由紀, 増田尚美, 棒田静香

3) 第41回尾三因医学会（三原 H27.6.28）

呼吸器悪性疾患に対する緩和ケアについて

小田原めぐみ, 原田 豊, 友野裕香, 森明千晴, 川根千佳, 堀内えり, 則行敏生,
谷出康志, 大道和佳子, 徳毛健太郎, 吉田 敬

4) 第5回乳がん看護研究会（広島 H27.6.30）

乳がんになったら地域から選ばれる病院をめざして
中上小百合

5) 第29回中国・四国ストーマリハビリテーション研究会（鳥取 H27.7.4）

退院後の生活を見据えた高齢者の在宅支援

村上 唯, 貞時宏美, 米田かおり, 大畑愛子

6) 第16回備後糖尿病療養指導士会（福山 H27.7.5）

あなたならどうする？高齢者のインスリン導入 ～その人らしく生きるために～
貞安妙美

7) 第31回備後ストーマ排泄リハビリテーション研究会（福山 H27.11.7）

ライフスタイルに合わせたストーマケア

川根千佳, 堀内えり, 原田 豊, 山本貴枝, 佐藤友美

8) 第3回尾三・福山糖尿病看護セミナー（尾道 H27.11.8）

運動習慣の獲得と継続に向けた取り組み
貞安妙美

9) 第8回尾道医師会地域包括医療連携研修会（尾道 H27.11.11）

J A 尾道総合病院における在宅復帰支援の現状 ～終末期の事例を通して～
森元真由美

10) 心不全講演会 in 尾道（尾道 H27.11.17）

外来での慢性心不全患者への支援の実際 ～心不全患者の支援に大切なこと～
富山美由紀

11) 第7回広島呼吸ケア研究会福山地区分科会（福山 H27.11.23）

魚骨による食道穿孔により長期人工呼吸管理が必要になった患者のケア ～在宅を目指した急性期の関わり～

友野裕香

- 12) 第17回備後糖尿病療養指導士会 (福山 H28.1.23)

認知症のある患者へのかかわり本人の持っている力を生かした指導

小林 泉

- 13) 第1回しまなみ糖尿病コメディカル交流会 (尾道 H28.2.27)

できることから始めよう! 糖尿病患者さんとのコミュニケーション

貞安妙美

看護専門学校活動報告

- 1) 進路説明会 (戸手高校・盈進高校・福山葦陽高校・銀河学院高校・福山明王台高校・市立福山・尾道高校・因島高校・瀬戸田高校 6.11, 尾道北高校・尾道東高校・尾道商業高校・如水館高校・三原東高校・三原高校・忠海高校・竹原高校・総合技術高校・西条農業高校 6.17, 広島新庄高校・千代田高校・吉田高校・向原高校・三次高校・三次青陵高校・日彰館高校・庄原格致高校・庄原実業高校 6.23, 市立広島中等教育・可部高校・高陽東高校・高陽高校・安芸高校・安芸府中高校・海田高校・安芸南高校 6.25, 御調高校・府中高校・世羅高校6.26, 御調高校 7.15, 三原東 9.4, 因島高校 11.4, 豊田高校・黒瀬高校 2.17)

西村英彦, 畠ゆかり

- 2) 定例実習指導者会議 (尾道総合病院 4.21, 6.16, 10.20, 11.17, 12.15, 28.3.15)

畠ゆかり, 濱川英子, 得沢世津子, 船山幸代, 高垣由美子, 山北理恵, 石田恵美, 伊藤美子, 高橋恵, 米田瑞恵

- 3) 広島県看護協会三原尾道支部まちの保健室 (尾道 5.2)

高垣由美子

- 4) 臨地実習開校式 (尾道総合病院 5.18)

日野文明, 西村英彦, 畠ゆかり, 濱川英子, 得沢世津子, 船山幸代, 高垣由美子, 石田恵美, 伊藤美子, 高橋 恵, 米田瑞恵, 21期生, 22期生, 23期生

- 5) 実習指導者研修会 (尾道 5.18, 6.19, 8.7, 10.23, 11.15, 11.19, 11.22)

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

- 6) 広島県看護協会三原尾道支部進路相談会 (三原 7.11)

畠ゆかり

- 7) 尾道看護専門学校運営会議 (尾道 7.24, 広島 12.8)

西村英彦, 畠ゆかり, 濱川英子, 得沢世津子, 船山幸代, 高垣由美子, 山北理恵, 石田恵美, 伊藤美子, 高橋 恵, 米田瑞恵

- 8) ふれあい看護体験 (尾道 7.31)

畠ゆかり

- 9) 解剖見学実務者会議 (広島 8.8)

高垣由美子, 米田瑞恵

- 10) ケーススタディ発表会 (尾道 8.6, 8.7)

西村英彦, 畠ゆかり, 濱川英子, 得沢世津子, 船山幸代, 高垣由美子, 石田恵美, 伊藤美子, 高橋 恵, 米田瑞恵

- 11) 院外講師会議 (尾道 8.21)

- 日野文明, 西村英彦, 畠ゆかり, 濱川英子, 得沢世津子, 船山幸代, 高垣由美子
石田恵美, 伊藤美子, 高橋 恵, 米田瑞恵
- 12) オープンキャンパス (尾道 8.21, 12.21)
西村英彦, 畠ゆかり, 濱川英子, 得沢世津子, 船山幸代, 高垣由美子, 山北理恵,
石田恵美, 伊藤美子, 高橋 恵, 米田瑞恵
- 13) 特定分野実習指導案助言者 (広島 9.15)
高垣由美子
- 14) 中国地区看護教育研究会 (岡山 5.30, 11.14)
畠ゆかり, 濱川英子, 得沢世津子, 伊藤美子, 米田瑞恵
- 15) 第58回広島県看護学校研究発表会 (広島 10.2)
西村英彦, 畠ゆかり, 濱川英子, 船山幸代, 石田恵美, 高橋 恵
- 16) 広島県看護協会三原尾道支部まちの保健室 (尾道 10.14)
高橋 恵
- 17) 全厚連看護部長会議 (東京 10.7~10.9)
畠ゆかり
- 18) 広島県看護教員養成講習会実習受入 (尾道 11.16~12.4)
広島県厚生連尾道看護専門学校
- 19) 西日本厚生連看護部長ブロック交流会 (山口 11.27)
畠ゆかり
- 20) 広島県看護教員講習会実習報告会 (三原 12.11)
石田恵美
- 21) 防火訓練 (尾道 28.2.24)
西村英彦, 畠ゆかり, 濱川英子, 得沢世津子, 船山幸代, 高垣由美子, 山北理恵
石田恵美, 伊藤美子, 高橋 恵, 米田瑞恵, 21期生, 22期生, 23期生
- 22) 第37回広島県農村医学研究会 (広島 28.3.12)
「病院祭を体験しての学び ~学生アンケート結果~」
濱川英子, 石田恵美

栄 養 科

【全国学会】

- 1) 第20回日本緩和医療学会学術大会 (横浜 H27.6.18~20)
病棟看護師による緩和ケアチーム活動の評価
小田原めぐみ, 藤原ちえみ, 島居孝恵, 則行敏生, 森元眞由美, (木保正彦),
井上由貴, 山本智恵, 近藤瑞枝, 寅丸貴司, 宝利祐子

リハビリテーション科

【全国学会】

- 1) 第20回日本緩和医療学会学術大会 (横浜 H27.6.20)
病棟看護師による緩和ケアチーム活動の評価
小田原めぐみ, 藤原ちえみ, 島居孝恵, 則行敏生, 森元眞由美, (木保正彦), 井上由貴,

山本智恵, 近藤瑞枝, 寅丸貴司, 宝利祐子

2) 第20回日本緩和医療学会学術大会(横浜 H27.6.20)

緩和ケアチームの介入により化学療法の導入ができた乳がん患者の1例

藤原ちえみ, 小田原めぐみ, 島居孝恵, 則行敏生, 高澤信好, (壺井聡史), 竹元雄紀,
平井俊明, 中司博士, 森元眞由美, 村上利恵

3) 第54回日本肺癌学会中国四国支部会(松山 H27.7.3-4)

呼吸器悪性疾患に対する緩和ケアについて

小田原めぐみ, 原田 豊, 友野裕香, 森明千春, 川根千佳, 堀内えり, 則行敏生,
大道和佳子, 徳毛健太郎, 吉田 敬, 谷出康士

4) 第42回日本脳神経看護研究会(札幌 H27.10.16)

脳神経外科病棟におけるADLについての職種間認識の相違

小林雄一, 東舎見真, 谷出康士

【地方研究会】

1) 第41回尾三因医学会(三原 H27.6.28)

呼吸器悪性疾患に対する緩和ケアについて

小田原めぐみ, 原田 豊, 友野裕香, 森明千晴, 川根千佳, 堀内えり, 則行敏生,
谷出康志, 大道和佳子, 徳毛健太郎, 吉田 敬

医 事 課

【全国学会】

1) 第20回日本緩和医療学会学術大会(横浜 H27.6.18-20)

病棟看護師による緩和ケアチーム活動の評価

小田原めぐみ, 藤原ちえみ, 島居孝恵, 則行敏生, 森元眞由美, (木保正彦),
井上由貴, 山本智恵, 近藤瑞枝, 寅丸貴司, 宝利祐子

2) 第20回日本緩和医療学会学術大会(横浜 H27.6.18-20)

痛みのスクリーニング「生活しやすさに関する質問票」の評価

島居孝恵, 藤原ちえみ, 小田原めぐみ, 則行敏生, 西村 寛, 重廣奈緒子, 中布龍一,
森元眞由美, 豊田直之, 佐藤暢洋, 村上啓一郎

医療福祉支援センター

【全国学会】

1) 第20回日本緩和医療学会学術大会(横浜 H27.6.18-20)

痛みのスクリーニング「生活しやすさに関する質問票」の評価

島居孝恵, 藤原ちえみ, 小田原めぐみ, 則行敏生, 西村 寛, 重廣奈緒子, 中布龍一,
森元眞由美, 豊田直之, 佐藤暢洋, 村上啓一郎

NST 運営委員会

1) 第23回 NST を本音で語る会 秋季合宿 (広島 H27.9.27)

症例検討：腎機能 NST 活動

小野川靖二, 江崎 隆, 安友裕穂, 久保幸江, 貝原恵子, 村上美香, 山本智恵,
金子美樹, 上野みなみ, 井上 栞, 黒飛佳子, 清石悠香, 藤本英子, 下岡由紀, 吉廣一寿,
則末 慶, 坂本卓也, 黒飛由衣

2) 第23回 NST を本音で語る会 秋季合宿 (広島 H27.9.27)

ワークショップ：簡易懸濁法について

藤本英子

3) 第23回 NST を本音で語る会 秋季合宿 (広島 H27.9.27)

ワークショップ：経口摂取時の観察・対応のポイント

小林雄一

院内カンファレンス

第269回 尾道総合病院オープンカンファレンス (27.4.30)

CPC「狭窄による通過障害を伴った上行結腸癌の一例」

JA 尾道総合病院 串畑あずさ, 米原修治

「向精神薬と笑顔」

JA 尾道総合病院 阪口周二

第270回 尾道総合病院オープンカンファレンス (27.6.25)

CPC「短期間に残瘻再発を認めた腭上皮内癌の一例」

JA 尾道総合病院 古森遼大, 米原修治

「肝細胞癌に対する内科的治療」

JA 尾道総合病院 片村嘉男

第6回 広島県心臓いきいきキャラバン研修 (27.7.23)

「尾道地域における当院の役割」

JA 尾道総合病院 松本武史

第24回 尾三地域がん連携フォーラム (27.7.31)

「肝細胞癌に対する内科的治療」

JA 尾道総合病院 片村嘉男

「肝細胞がん外科治療における最近の進歩」

尾道市立市民病院 中井 肇

第271回 尾道総合病院オープンカンファレンス (27.10.29)

CPC「急性動脈閉塞症術後に急激な経過をたどった一例」

JA 尾道総合病院 船石邦彦, 米原修治

「めまいの初期診療」

JA 尾道総合病院 石井秀将

「笑い与健康」

公立みつぎ総合病院 沖田光昭

心不全講演会 in 尾道 (27.11.17)

「外来での慢性心不全への支援の実際～心不全患者の支援に大切なこと～」

JA 尾道総合病院 富山美由紀

「心不全と血管機能について」

JA 尾道総合病院 松本武史

「包括的心不全診療のススメ～最新うっ血治療からチーム医療まで～」

北里大学 猪又孝元

救急医療と感染症 学術講演会 (27.11.18)

「感染管理のキホン」

広島大学 志馬伸朗

第4回 多職種連携推進研修会 (28.1.14)

「尾道市の高齢者をとりまく医療・福祉・介護の現状と課題について」

尾道市高齢者福祉課 砂田清勢美

「訪問看護の現状と在宅復帰支援をスムーズにするための課題」

訪問看護ステーションほんわか 岡田祥子

第272回 尾道総合病院オープンカンファレンス (28.2.25)

CPC「腹痛を主訴に種々の病態を呈した一例」

JA 尾道総合病院 松本 渉, 米原修治

「四肢悪性腫瘍の機能再建術について」

JA 尾道総合病院 杉田 孝

市民公開講座「市民のためのがん最前線」(尾道市との共催) (28.2.28)

「知っ得, お得, がん検診!」

尾道市健康推進課 胡子敦子

「がんとわかった時から始まる緩和ケア」

JA 尾道総合病院 則行敏生

「のどのがんについて」

JA 尾道総合病院 石井秀将

「放射線でがんを治す」

広島がん高精度放射線治療センター 権丈雅浩

尾道若手消化器病セミナー (28.3.16)

「睪癌の内科的治療」

広島大学病院 芹川正浩

院内主要行事

平成27年度

年 月 日	行 事	年 月 日	行 事
27. 4. 1	辞令交付式(新採用者医師・異動者・昇進者対象)	28. 1. 14	多職種連携推進研修会
4. 1	地域救命救急センター開設	1. 15	医療安全研修会
4. 9	広島県議会及び愛媛県議会議員一般選挙不在者投票	2. 4	院内感染対策研修会
4. 23	尾道市議会議員一般選挙及び尾道市長選挙不在者投票	2. 9	第3・四半期末監事監査
4. 30	第269回尾道総合病院オープンカンファレンス	2. 25	第272回尾道総合病院オープンカンファレンス
5. 14	平成26年度決算監事監査	2. 28	JA 尾道総合病院 市民公開講座
6. 11	地域の医療と連携を考える会	3. 1	心疾患病診連携講演会
6. 25	第270回尾道総合病院オープンカンファレンス	3. 10	地域医療支援病院諮問委員会
7. 23	第6回心臓いきいきキャラバン研修会	3. 12	第38回広島県農村医学研究会・通常総会
7. 29	ふれあい看護体験	3. 15, 22, 25	診療報酬改定説明会
7. 30	高校生医療体験セミナー	3. 16	尾道若手消化器病セミナー特別講演
7. 30	国立ウダヤナ大学との学術交流に関する姉妹縁組調印式		
7. 31	第24回尾三地域がん連携フォーラム		
8. 17	医療安全研修会		
8. 17	第1・四半期末監事監査		
8. 27	地域医療連携のつどい		
9. 12-13	がん診療に携わる医師に対する緩和ケア研修		
9. 14, 28	医療安全研修会		
10. 2	院内感染対策研修会		
10. 17	第4回笑 in 祭		
10. 22	広島県東部保健所立入検査		
10. 29	第271回尾道総合病院オープンカンファレンス		
11. 6	第13回備後サイコオンコロジー研究会		
11. 16	接遇研修会		
11. 18	「救急医療と感染症」学術講演会		
11. 30	第2・四半期末監事監査		
28. 1. 4	新年互礼会		

地域救命救急センター開設



出前講座



国立ウダヤナ大学と学術交流に関する姉妹縁組



地域医療連携のつどい



第4回 笑in祭



市民公開講座



臨床研修医修了式



職 場 だ よ り
委 員 会 報 告

職 場 だ よ り

内 科 (呼吸器内科)

主任部長代理 吉 田 敬

平成27年4月に部長が益田健から吉田敬に交代しました。徳毛健太郎、大道和佳子の計3名で診療を行いました。

7月に尾道市立市民病院の呼吸器内科の常勤医師が転勤となり、後任の常勤医師の派遣がなかったため、肺癌を主とした呼吸器疾患の当科への紹介患者数が増えました。

平成26年度は学会発表が少なかったため、積極的に学会発表を行いました。

循 環 器 科

部 長 松 本 武 史

平成27年4月より上田健太郎先生の後任として赴任いたしました松本武史です。私自身は当院がまだ古浜にあった時期にもお世話になっておりますが、新病院になっては初めてであり、絨毯でストレッチャーが減速して重くなるなど日々奮闘しながら、早いものでもう1年が経過しました。大学院では離れておりましたカテーテルやペースメーカー植え込みなども含め循環器一般として再スタートし日々忙しくしております。

今年の人事異動としましては瀧口侑先生が広島大学に帰学し、後任としまして木下弘喜先生を迎え新メンバーでのスタートとなりました。木下先生とは県立広島病院で2年間共に仕事した縁もあり息はぴったりです。彼は大学院では心不全に対しての心臓リハビリテーションを中心に学んでおり、日常の診療のみならず、当院でも取り組んでおります心不全患者を地域で支援し管理していく事を考える「心臓いきいきセンター」の中核として働いて（くれると信じて…）おります。

尾道地区のみの話ではありませんが、当地区におきましても高齢化は確実に進んでおり、多疾患も抱える高齢心不全患者の再入院も多くなっている状況であります。もちろん高齢者に限らず、若くして心不全を患った症例もあり、心不全に伴い休職や離職を余儀なくされるケースもあり、疾患面のみならず社会生活面における問題も抱えております。我々医師は疾患面に対して向き合いがちでもありますため、富山看護師（慢性心不全看護認定看護師）のサポートも頂き、薬剤師、理学療法士、栄養士、臨床心理士、ソーシャルワーカーの方々を含めた多職種による包括的管理により問題点の打開に努めております。

患者教育、患者家族への教育も重要な点と考えており「心臓いきいき教室」と題し、患者さんやご家族対象の勉強会や、開業医の先生や県内の他の基幹病院との連携を目的とした「心臓いきいきキャラバン研修会」を定期的に行っており心不全患者を取り巻く環境の変化に努めております。それでも、高齢者の独居や老々介護などの様々な問題も残っておりそのような症例をいかに管理していくかに皆で頭を悩ませております。

但し、心不全の原因となる心疾患に対しての医学的治療介入は必須であり、森島主任部長、尾木先生、松本、木下先生、大久保先生の循環器科医師5名で虚血性心疾患、不整脈、肺塞栓、弁膜症、心筋症、心筋炎、高血圧、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あり、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）など行っております。

平成27年4月からは地域救命救急センターが稼働した事もあり症例数も増え、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日も多くあり二つ目のカテ室や人員増員の必要性も感じております。

症例数の増加に伴い、当院ではカテーテルによる血管治療の分野におきまして新たにロータブレーター（Rotablator）を導入する事ができました。これは簡単に言いますと血管内のドリルみたいなもので、20～30ミクロンのダイヤモンドが埋めこまれており、冠動脈内を1分間に14～19万回転し動脈硬化部位を削ります。もちろん、全ての症例に使うわけではありません。動脈硬化が強く、血管の全周性に石灰化を来しており、バルーンのみでは拡張ができない病変に対して使用します。このデバイスにより当院でも苦慮しておりました石灰化の強い冠動脈症例に対しての治療効果が期待できます。

また、カテーテルでの不整脈治療の分野におきましても3D Electro-Anatomical Mapping（CARTO system）の導入も行いました。このシステムはカテ台の下に磁場発生装置を装着し、胸郭部位が磁場内に入った状況で心内にカテーテルを挿入すると3次元でカテーテル位置が把握できるとともに、心内電位を取る事で心腔内の電気の流れを視覚化できます。またCTやMRIの3Dと合成する事により詳細に心腔内の電気の流れを把握でき、不整脈の診断や治療、ひいてはX線の被爆時間の短縮も期待できるシステムであり、このシステムも使用し不整脈治療件数も伸びております。

医療の進歩は、技術の進歩の恩恵を受けるところもあり日常診療はより良いものとなっておりますが、病態を熟慮しそれに見合った技術を応用し治療にあたる事を念頭に日々精進しております。

これからも地域の医療に貢献できるようにスタッフと共にチーム医療を実践し、地域に根差した治療を目指して参ります。宜しくお願い致します。

当科の検査・治療数		
	2014年度	2015年度
冠動脈造影（CAG）	656	879
経皮的冠動脈形成術（PCI）	186	210
経皮的血管形成術（PTA）	31	32
心臓電気生理学的検査（EPS）	61	79
高周波カテーテルアブレーション（RFCA）	51	68
Pacemaker 植込み	49	58
Pacemaker 電池交換	16	18
ICD 植込み・電池交換、CRTD 植込み・電池交換	5	6

心臓血管外科

医 員 大 下 真 代

尾道総合病院での2年間の初期研修を終え、昨年度より、心臓血管外科の一員となりました大下と申します。現在、尾畑先生、森藤先生とともに3人体制で診療を行っています。

対象疾患は、冠動脈疾患・弁膜症・胸部および腹部大動脈瘤・大動脈解離などの心臓、大血管疾患に加え、閉塞性動脈硬化症・透析関連手術・下肢静脈瘤などの末梢血管治療も積極的に行っております。

心臓血管センターの中で、循環器内科と密に連携をとりながら、内科的・外科的治療法の可能性を考慮し、患者さん1人1人に最も効果的な治療法を選択し、実践しています。また、高齢化や低侵襲治療の普及に伴い、手術を受ける患者様も高齢の方が増えてきています。術後元気に退院できるよう心臓リハビリテーションも積極的に行っており、医師や看護師だけでなく、薬剤師、栄養士、理学療法士など、様々なスタッフが関わり、患者様とご家族をサポートしています。

下肢静脈瘤の領域においても、近年、低侵襲な血管内治療が普及し、本邦では2011年からレーザー治療が、2014年6月から高周波アブレーション治療が保険適用となっています。当院でも2014年12月中旬より高周波アブレーション治療を開始しております。現在までに、約50件の治療を行い、大きな合併症なく、安全に行うことができています。下肢静脈瘤は、血管疾患の中でも非常に頻度の多い疾患であり、下肢の腫脹や疼痛などの症状に悩まれている患者様が多くいらっしゃいます。より低侵襲な治療が受けられるということで、今まで躊躇されていた患者様にも手術を受けていただけるようになり、創部が小さく、術中・術後の疼痛も少ないため、喜んでいただけています。

今後も、尾道の医療に貢献できるよう、全力で頑張っていきますので、よろしくお願いします。

外科・内視鏡外科

2015年～新たなステージへ～

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、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たことにより外科・内視鏡外科はこの一年間で大きく変化しました。

今までは、臨床経験と手術技量の向上を第一に考え（外科医である限り手術が上手いに越したことはないのですが）、論文作成などの学術活動はなおざりとなっていました。そのため我々スタッフは大学に帰局した若手外科医も臨床経験と手術技量はまずまずと評価されていましたが、論文がほとんど無いと叱責されていました。しかし、学術活動がこれからの外科医には必要と大学で厳しく教育を受けた安部、藤國が論文作成の必要性を若手外科医に対し指導した結果、2015年の当科の論文数は大きく飛躍しました。外科の病院評価に外科手術件数、手術成績だけでなく論文数も重要であることから、当科の評価も上がっているのではないかと思います。

問題はこれからです。

将来性のある若手外科医にとって論文が多いことは非常に有利であるため、論文作成は必要であることは確かです。しかし、優秀な外科医になるためには、やはり多くの患者を診療し、多くの外

科手術を経験することが重要です。大部分の人間は凡人であるため、手術も経験数が多い方が上手くなるわけです。

若手外科医には臨床経験と学術活動のどちらも大切です。しかしながら人間には1日24時間という限られた時間しか神から貰っていないため、臨床経験と学術活動の比率配分を上手くしなければいけません。

論文作成を重要し過ぎて、臨床経験を疎かにしてしまう外科医を育てないように我々も十分注意しなくてはなりません。

外科・内視鏡外科を預かっている人間として、黒田元院長が築かれてきた「尾道出身者は手術が上手いなあ（頭はあまり偉くないけど…）」という評価を「尾道出身者は頭は偉いけど、手術は下手くそだなあ」という評価には絶対変えず、「尾道出身者は手術も上手いし、頭も偉いなあ」という、より高い評価になるように頑張っていきたいと思っています。

現在の当科の布陣は**消化器外科；上部消化管**）藤國，下部消化管）中原，奥田，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，山根，竹元，武智，仁科，別木の5人の新進気鋭の若手外科医を加えた合計14人となっています。

14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患者さんの治療を力の限り行っています。

脳神経外科

主任部長代理 磯 部 尚 幸

2016年4月の人事異動にて，上田 猛先生（平成18年卒）が島根県立中央病院に転勤されたものの，医局からはその人員補充がなされず，現在西本武史先生と私の二人で診療にあたらせていただいております。そのため昨年5月から外来診療を2診体制と致しましたがこの4月より再び1診に戻しての外来診療としております。一方特殊外来としての『てんかん外来』は，従来通り第1・3金曜日午後を広島大学脳神経外科のてんかん外科専門医による診療を継続してもらっています。

2015年度の入院患者数は376名（男性205例，女性171例），平均年齢は 67.5 ± 21.3 歳，疾患の主な内訳は脳血管障害が225名（59.8%）と全体の約6割を占め，次いで外傷69名（18.4%），腫瘍22名（5.9%）でした。脳血管障害の内，出血59例，虚血145例と虚血が約2.5倍であり，その病型は穿通枝梗塞31例，アテローム血栓性梗塞46例，心原性梗塞34例，その他2例，不明25例，TIA 6例，RIND 1例でした。tPA療法は4例に施行，内2例で症状の改善が得られADL1で日常生活に復帰なされました。一方手術は71例で，脳動脈瘤クリッピング4例，腫瘍摘出10例，開頭血腫除去（血管障害6例，外傷2例），血管内治療は広島大学脳神経外科血管内グループの治療支援を受け，脳動脈瘤コイル塞栓2例，頸動脈ステント1例，内頸動脈－海綿静脈洞瘻コイル塞栓2例でした。2014年度が入院患者417例，手術件数142件であり，特に手術は大幅に減少させてしまいましたが、『患者さん第一』をモットーに，患者さん・御家族の方が病気・治療法について充分御理解，また納得していただけるような説明を心がけ，手術に際しては安全かつ確実な手技を実施し，己のできる最善を尽くした医療を提供できるように日々努めてまいります。二人体制に逆戻りし，院内あるいは近

隣の医療機関の先生方には御迷惑をおかけすることがあろうかと存じますが、今後とも引き続き宜しくお願い申し上げます。

小 児 科

部 長 藤 原 信

去年から今年にかけての移動は、去年11月に谷博雄（H20卒）が広島大学小児科に今年4月に波若秀幸（H24卒）が広島市民病院新生児科に移動し、去年11月に広島市立舟入病院から吉光哲大（H24卒）と今年4月から県立広島病院から大野綾香（H26卒）が赴任いたしました。なんといっても最近の当院小児科のニュースとしては、ベビーラッシュであることです。立石先生宅に第2子、吉光先生宅に第1子が誕生し、内海先生宅も今年中に第1子出産予定です。玉浦先生、岩瀧先生も現在小さなお子さんを育児しながら勤務しており、色々大変ではないかと思いますが、我が子と患者様両方の成長を喜び、楽しみながら仕事に家事に頑張ってくれています。当院の特徴としましては、小児科夜間休日診療の比重がとても高い事が上げられます。コンビニ診療の是非が問われていますが、本当の意味で昼より待たなくてすむから受診したという患者様はそれほどいるわけではなく、やはり心配だから受診しているケースがほとんどです。実際に簡単な知識があれば心配せずにすむケースがほとんどですが、この簡単な知識をご両親が理解することが以外に難しいのが実状です。なぜに抗生剤が効かない、熱だけで脳に障害はおきない、点滴は経口補水液と変わらないなど基本の基本を理解しているご両親は少ないのが現状です。算数ぐらい学校で簡単な医学的知識を教えれば色々な問題が解決すると思いますが、現状では、やはりコンビニ受診も可の小児夜間休日診療は必要であると考えています。今後も必要とされなければ、小児科は集約化されて行きます。近隣小児科開業院の先生方、地域住民からのニーズに敏感に反応してくことができるよう小児科医一丸となって頑張ってください。

産 婦 人 科

主任部長 佐々木 克

まずH27年4月からの人事異動について報告します。H26年4月から勤務していました勝部貴子先生（H21年卒）の広島大学病院への転勤に伴い、県立広島病院から山下通孝先生（H22年卒）を迎え入れました。勝部先生からは持ち前の明るさにより幾度となく癒されました。勉強も非常に熱心で、学会発表も順調にこなされました。技術面においても、短期間での上達ぶりには目を見張るものがありました。これから幾つかの施設で研修するなかで、立派な産婦人科医に育って欲しいと期待しています。

ところで、当院で2年間の研修を終えられた和田あずさ先生は、産婦人科希望で研修期間中の多くを当科で過ごされました。医局にとって貴重な人材との思惑がはずれ、4月からは大阪で産婦人科医としての第一歩を踏み出すことになりました。大阪でしっかりと鍛えられることを期待する一方で、上手に息抜きをして健康に気を付けて欲しいと思います。なお、広島大学病院に隣接する国道2号線沿いに、家業のラーメン店「和田党」があります。機会があれば是非お立ち寄りください（JA尾道総合病院関係者と名乗っても、何も特典はないと思いますが……）。

近年の紹介患者数や手術症例の増加は、日々の多忙さに拍車を掛けています。当院の地域周産期母子センターとして、また地域中核病院としての重責は日常診療の中で痛感していますが、現状の4人体制が続く限り、症例の制限もやむを得ないことかもしれません。院内外には種々の問題が山積していますが、現有常勤医4名（佐々木克 S60年卒・坂下知久先生 H6年卒・向井百合香先生 H12年卒・山下通教先生 H22年卒）で「小さくても創意」の気持ちを忘れず、さらに進歩したJA尾道総合病院に育てる所存です。皆様のこれまでと変わらぬご協力ならびにご指導を宜しくお願い申し上げます。

【平成27年の主な産科要約】

- (1) 分娩総数：499例
- ①単胎分娩数：486例
 - ②双胎分娩数：13例
 - ③経膈分娩数：365例（うち妊娠32週未満 2例）
 - ④帝王切開数：134例（うち妊娠32週未満 3例）
- (2) 母体搬送数：92例

【平成27年の主な婦人科手術要約】

- (1) 悪性腫瘍手術件数：87件
- ①広汎性～準広汎性子宮全摘 5件
 - ②単純子宮全摘（子宮内膜異型増殖症を含む）
 - リンパ節郭清あり 7件
 - リンパ節郭清なし 15件
 - ③子宮頸部円錐切除（高度異形成を含む） 34件
 - ③その他（腫瘍切除・腫瘍縮小など） 21件
- (2) 良性疾患手術件数（開腹・腹腔鏡）（うち腹腔鏡件数）
- ①子宮全摘術（腔式を含む） 24件（1件）
 - ②筋腫核出術 8件（0件）
 - ③卵巣腫瘍手術（付属器切除・腫瘍摘出） 41件（13件）
 - ④子宮脱手術（腔閉鎖など含む） 21件（0件）
 - ⑤異所性妊娠手術 9件（2件）
 - ⑥子宮鏡下手術・その他 88件（1件）

【平成27年の新規悪性腫瘍の治療症例】

	子宮頸癌	子宮体癌	卵巣癌	その他の癌
I 期	2 例	12例	12例	1 例
II 期	1 例	1 例	1 例	0 例
III 期	1 例	1 例	5 例	0 例
IV 期	1 例	1 例	3 例	0 例

耳鼻咽喉科

主任部長 石 井 秀 将

耳鼻咽喉科は石井秀将（平成6年筑波大学卒）、片桐佳明（平成18年東京医科大学卒）、高原大輔（平成21年広島大学卒）の常勤医師三名で診療を行っています。

平成27年4月に石井、同年6月に片桐が着任し、早いもので1年が過ぎました。この間、来る者は拒まず、やれる事は何でもやるというスタンスで診療を行って参りましたが、その結果として平成27年度の入院患者数はのべ502名となりました（平成26年度は470名）。

手術件数は前年の283件から338件へと増加しました。術式の内訳（表1）としては扁桃・アデノイド手術と内視鏡下鼻副鼻腔手術が多くを占めますが、頭頸部腫瘍の手術にも積極的に取り組んでおり、なかでも頸部郭清術は前年の1件から13件へと大きく増加しました。頸部郭清術は悪性腫瘍の頸部リンパ節転移に対する手術で、頸部を縦横に走行する幾多の神経／血管を可能な限り保存しながら、リンパ節群を一塊に切除しなければなりません。頸部郭清術を見ればその外科医の技量が分かるとされ、頭頸部癌専門医の試験でもその経験症例数が重要視されています。今後も経験を積み重ねて確実な手術を目指していききたいと思います。

卒後6年目となった高原が日本耳鼻咽喉科学会認定専門医試験に優秀な成績で合格し、スタッフ全員が専門医となったことは誠に喜ばしいことでした。その高原も今秋に広島大学医局に戻ることで、手術の段取りから飲み会の企画まで彼に頼り切りだった石井と片桐にとっては大きな痛手となってしまいます。

高原の後任は今年の4月に入局したばかりの医師とのことです。秋以降は新人の指導に時間を割くこととなりますので、手術件数などは一時的に減少するかもしれませんが、安全第一でやっていきたいと思いますので宜しくお願い致します。

表1 平成27年度 耳鼻咽喉科手術件数（338件）

（おもな手術内容）	
口蓋扁桃摘出術・アデノイド切除術	131件
内視鏡下副鼻腔手術	76件
顕微鏡下喉頭微細手術	32件
耳下腺・顎下腺手術	18件
頸部郭清術	13件
先天性耳瘻管摘出術	7件
甲状腺手術	6件
頸囊／頸瘻摘出術	4件
嚥下機能手術	3件
舌悪性腫瘍手術	3件
喉頭悪性腫瘍手術	1件
鼓室形成術	1件

皮膚科

部 長 柳 瀬 哲 至

平素より地域の先生がたには大変お世話になりありがとうございます。尾道総合病院皮膚科は、あらゆる皮膚の病気に対して、おもに地域の先生がたからご紹介いただいた患者の皆さまを対象に診療を行っています。2016年4月現在、皮膚科は部長柳瀬哲至（2002卒）ほか、森田知世（2010卒）、今年は信木晴菜医師（2013年卒）が加わり、部長以外は全員女性という華やかな職場となっています。（相対的に部長の地位の低下、部長の女性化がみられます。）

当科では、難治性の湿疹・アトピー性皮膚炎や蕁麻疹、薬疹・中毒疹、脱毛症や血管炎・膠原病、帯状疱疹や蜂窩織炎などの感染症、水疱症や光線過敏症、褥瘡や壊疽、熱傷や皮膚腫瘍病変まで幅

広く対応しています。当科では近年、①円形脱毛症に対する免疫療法やステロイドパルス療法による治療、②乾癬に対する生物学的製剤の導入の2点には特に力を入れています。円形脱毛症は生命を脅かす病気ではありませんがQOLの低下に大きな影響を与える難治性皮膚疾患です。当院では重症度や病態に応じスクワレン酸という外用薬を用いた免疫療法や、広範な脱毛症の初期に有効性の高いステロイドパルス療法などを用いて積極的に加療をおこない良好な結果が得られています。また、乾癬に対する生物学的製剤の導入は県内有数の症例数を維持し、その多くの症例では良好に経過しています。

当科では可能な限り軽いフットワークで、院内外における皮膚疾患に対応しようと努力しておりますので、お困りの症例がありましたらご連絡下さい。これからもスタッフとともども日々研鑽し体制をより充実させ、地域の先生がたおよび患者の皆さまのより厚い信頼を得られるよう鋭意努力して参りますので、引き続きご指導ご鞭撻のほどお願い申し上げます。

2015年度当科実績

- ・年間紹介患者総数 644人
- ・年間入院患者総数 243人
- ・手術室手術件数 225症例

(悪性黒色腫 1例 (センチネルリンパ節生検 1例), 基底細胞癌 15例, 有棘細胞癌 35例 (ボウエン病 4例, 日光角化症 2例を含む リンパ節生検 5例), 乳房外 Paget 病 2例, 軟部肉腫 4例, 熱傷・壊疽に対するデブリードマン 4例, 眼瞼再建 5例, 口唇再建 2例, 鼻部再建 2例など)

- ・乾癬患者数 30-40症例, うち生物学的製剤使用15症例

麻 酔 科

主任部長 中 布 龍 一

H26年から初期研修を当院で修了した笹田先生が麻酔科医として残留してくれたおかげで、麻酔科医は計6名と1名増員となっています。H27年4月に権先生、木村先生を迎え、9月からは黒田先生が赴任となりました。麻酔科管理症例数は、H27年度は初めて2800症例を越え、私が赴任となったH25年度と比較して300症例/年以上増加しています。したがって、麻酔科医が増えてもゆったりした手術室運営が出来ているわけではなく、目の前の症例に対応することで精一杯な状況に変わりはありません。時折、全8室ある手術室が満室状態の運営となることも。初期研修医のローテーターを含め麻酔科医全員で凌いでいます。

ペインクリニック経験の浅い若い医師が多いですが、瀬浪先生の指導のもと、これまでどおりペインクリニック外来を平日の午前中に行っています。薬物療法は勿論、星状神経節ブロック、硬膜外ブロック、末梢の三叉神経ブロックなど各種ブロックを行っています。電気鍼治療や近赤外線・半導体レーザーを用いた光線療法も頻用している治療法で意外と効果があります。特に尾道の企業で開発された半導体レーザーの「Sheep」という機種が患者さんに好評です。

手術室でのブロックは神経根ブロック、椎間関節ブロックや上下顎神経・半月神経節ブロックを、最近ではがん性疼痛に対する腹腔神経叢ブロックを行っています。症例数は少ないですが、硬膜外刺激電極による脊髄刺激療法や硬膜外腔の癒着剥離を行うエビドラスコピー、手掌多汗症に対する胸腔鏡下交感神経焼灼術も行っています。手術麻酔におけるブロックは全国的に流行りの末梢神経

ブロックを積極的に取り入れています。手術症例が豊富なので若い人たちにはいいトレーニングになっていると思います。

症例数は増加傾向にあり、手術室の回転がスムーズに行かず、他科の先生方には何かとご迷惑をかけることになると思いますが、これまでどおり来るもの拒まず、受け入れ可能な手術はすべて受けるという姿勢で、現状を維持できるよう頑張ります。

放射線科

主任部長 森 浩 希

放射線にはいろいろな種類がありますが、私が担当する講義では α 線、 β 線、 γ 線、X線の4種類に絞って教えています。このうち γ 線とX線は光と同じ電磁波で質量がありません。通り抜ける力が強く、体への障害は軽度です。譬えれば自転車で、すすいとどこでも通り抜けて、ぶつかっても軽症ですみます。 β 線の正体は電子です。小さいながらも質量と電荷があるため、通り抜けるのはあまり得意ではありません。譬えれば軽自動車でも小回りは利きますが、ぶつかればそれなりの事故になります。

では α 線はどうでしょうか。 α 線の正体はヘリウムの原子核で、陽子2個と中性子2個が結合した質量数4の粒子です。これは量子物理学の尺度からみるとかなり大きくて重い物質です。いわば大型のダンプトラックです。狭い道は通れず、ぶつかれば大きな事故になります。おまけに電荷を有するため、周囲から電子を奪う性質もあります。事故を起こした上に強盗まででかす、たちの悪い凶悪犯といえます。

α 線は体の中に入れば甚大な障害を起こすため、猛毒と考えられています。そのためこれまで医療に使用されることはありませんでしたが、最近になって α 線を放出する薬剤が開発され、先頃国内でも発売されました。ラジウム223を含んだ骨転移の治療薬です。一足早く使用されている諸外国からの報告では、安全性は確かで治療効果も高そうですが、“ α 線は医療には使用できない”という常識が覆されるのにはある種の感慨があります。

というわけで今回は学術的な話を枕にしてみました。

さて放射線科の業務ですが、大きな機器の変更はありません。16列CTが使用から12年経過するためそろそろ更新の時期にさしかかっています。来年のこの稿では新機種の紹介ができるかもしれませんが、まだ具体的な話には至っていません。CTは予定検査が6割、緊急検査が4割くらいの割合です。予約なしでもすぐ撮れるという状態は、急性期病院としては理想的なのでしょうが、その反面で被曝量が過剰ではないか、医療資源の無駄遣いではないかという問題は再考する必要があるかもしれません。昨年度のCT総件数は約14,900件で前年比1.4%の増加です。MRIは相変わらず予約待ちが長期となっています。ただし昨年度の総件数は約6,700件、前年比-1.5%と初めて減少に転じました。予約待ちが長い検査を省略したのか、CTで代用したのか、経過観察の期間を長くしたのか、詳細な理由は不明です。減少数はごくわずかなので、誤差範囲といえる程度ではありますが。核医学検査は依然として減少しています。院外へ依頼するPET検査は増加しているようですので、古典的な核医学検査の大半がPET検査に置き換わる潮流は必然と思われます。PET-CTの導入が実現できるように働きかけを続けていきたいと思います。

最後に当科の医師について。放射線診断は森（平成3年卒）、目崎一成（平成5年卒）、西原圭祐（平成15年卒）、放射線治療は高澤信好（平成5年卒）の合計4人でそれぞれ担当しています。

追伸。昨年ここに書いた旨酒を酌み交わすことはかないませんでした。今年のカーブは6月末時点で首位を独走状態です。まだまだ油断は禁物ですが、今年こそは酌み交わすことができますように。

病理研究検査科

(主任部長 米原 修治)

科 長 佐々木 健 司
科 員 杉 山 佳 代

当科の人事ですが、4月から加藤貴子が入りました。現在細胞検査士を目指し、毎日顕微鏡に向かって頑張っています。よって人員は医師1名、臨床検査技師6名（国際細胞検査士取得者3名、認定病理検査技師取得者1名）、事務員1名の計8名で業務を行っています。

昨年に引き続き、病理組織検体数が多く、結果報告が遅れ、大変ご迷惑をおかけしております。急ぎの検体に関しては、予め電話連絡をいただければ、可能な限り対応したいと思います。また今年に入ってから、検査機器が次々と不具合を起こしております。具体的には凍結切片作製装置、自動包埋装置、自動染色装置、パラフィン溶融器などで、修理や代替機で対応しております。古い機械ではすでに20年が経過しているものもありますが、なんとかまだ使えている現状を見て、日本製品の素晴らしさを感じつつ、業務に支障が出ないか、ハラハラしております。機器の不具合など不測の事態も予想されますが、皆様にご迷惑が掛からないよう、科員一丸となって頑張りたいと思いますので、ご協力の程よろしく願いいたします。

歯科口腔外科

主任部長 原 潤 一

7, 8年前から慢性疾患患者における口腔ケアの重要性が喧伝されはじめた。

口腔ケアがなされていない患者では、歯牙・歯周疾患の増悪、口腔内乾燥などの口腔環境の悪化により、経口摂食、咀嚼困難を招来し、また誤嚥性肺炎の発症率増加、症状重篤化の危険が高まると警告されていた。さらに認知機能の低下を惹起し、悪循環的に生活機能の低下、要介護状態からの脱却が困難との指摘がなされていた。

器質的・機能的口腔ケアの介入により、食欲・摂食の増進、栄養状態の改善が図られ、ひいては認知機能低下の予防も見込め、生活自立度の向上が得られるとの効果が謳われていた。

当科でも時期を同じくして、急性期、慢性期を問わず、NST チームの中で、入院病棟の依頼を受け、入院患者の口腔ケアを開始した。

改善例の学会発表を含め、積極的に取り組んだ時期もあったが、診療報酬が付いていなかったこともあり、自然と活動が休眠状態に陥っていた。

その後、急性期における口腔ケアの効果も臨床研究の中で明らかとなった。

殊に周術期における口腔ケアの介入は、術後の誤嚥性肺炎の発症頻度を大幅に低下させ、合併症治療に要する在院期間の減少にも繋がり、早期退院も可能になる、結果的に保険医療費の削減が予測されるとの発表が相次いだ。

以上の研究成果を基礎に、口腔ケアの総合医療におけるメリットが勘案され、4年前の診療報酬改正の際には、周術期における口腔ケアが保険医療に組み入れられることになった。

当時、当科でも、再度院内の口腔ケアシステムを作るべく、院内各科に協力を呼びかけたが、実働には至らなかった。

昨夏来尾道市歯科医師会から当院宛に周術期口腔ケア連携の申し出があり、当地歯科医師会、当院外科系医師、当科、担当事務を交え、数回の会議を経て、システム作りが行われ、その後、実質的には昨年10月から連携歯科医院、当院外科系各科、当科の間で周術期口腔機能管理の実施・運用が開始された。

当院外科系各科の手術件数が多いため、現在、月平均約45例の周術期口腔ケアを行っている状況である。

時機の熟し方に差異はあったとしても、当科単独では実働に至らなかったシステムが、歯科医師会の提案からスタートし始めたことに、忸怩たる思いがあるのは事実であるが、それを超えて急性期病院の歯科診療施設として重要な役割を分担できるようになったことは、大変喜ばしいことである。

今後は、化学療法患者、放射線治療患者なども対象として拡張し、連携歯科医院、当院各診療科と共に、当地においてこのシステムの円滑で、充実した運用を継続・発展させていきたいと考えている。

薬 剤 部

科 長 安 原 昌 子

薬剤部では、今年度新人3名が加わり、薬剤師22名、技術助手3名で業務を担っています。我々薬剤師は、薬物療法の有効性と安全性を確保するために、医薬品使用に関する全ての過程に関与すべく、その適正使用推進に努めています。また、ICTやNST、がん領域、緩和ケア、糖尿病など多くの医療チームの一員として、医師、看護師などと協働して医療に参画しています。人員不足の為、病棟専任薬剤師の病棟配置が困難となったことから「病棟薬剤業務実施加算」の算定を昨年4月から中断し、皆様にはご迷惑をお掛けしておりましたが、本年8月より再開する予定です。「病棟薬剤業務実施加算」の算定条件である病棟専任薬剤師の病棟配置により、病棟スタッフへの医薬品情報の随時提供、副作用の未然防止・重篤化回避などの他、病院経営面でも貢献できると考えます。「薬のことは薬剤師に」という皆様の期待に応えられるよう、日々努めて参りますので、今後ともご指導、ご鞭撻のほど宜しくお願い致します。

健康管理課

課 長 福 本 久 省

健康管理課では、院内でがんドック・2日ドック・1日ドック・保険組合健診・協会けんぽを中心とした『施設内健診』を実施しています。また院外ではJA組合員・役職員を中心とした生活習慣病予防健診・職員健診を『巡回健診』にて実施し、その後の保健事後指導・健康教育・農業祭への参加などでJAにふさわしい保健予防活動を展開しています。

施設内健診	26年度	27年度
	受診者数	受診者数
がんドック	78	109
1日ドック	1,048	1,153
2日ドック	402	426
協会けんぽ健診	1,809	1,849
被爆者健診	42	34
子宮がん検診（単独）	417	342
乳がん検診（単独）	455	485
職域健診	1,754	1,700
脳ドック	727	798
特定健診（単独）	378	336
計	7,110	7,232

巡回健診	26年度	27年度
	受診者数	受診者数
巡回健診	6,696	5,369
胃がん健診	581	551
大腸がん健診	4,605	4,480
前立腺がん検査	373	428
その他	896	1298
計	13,151	12,126

施設内検査	26年度	27年度
	受診者数	受診者数
胃内視鏡	3,345	3,539
胃 X-P	1,486	1,511
大腸 SF	345	404
大腸 CTC	34	33
MRI	746	797
MRCP	20	21
肺 CT	274	324
（PET-CT）	8	8
乳がん MMG	1,705	2,036
乳腺エコー	980	944
子宮頸がん検査	2,014	2,236
子宮体がん検査	0	125
腹部エコー	3,579	3,792
計	14,536	15,770

施設内活動	26年度	27年度
	受診者数	受診者数
保健指導	2,000	1,903
特定保健指導	39	43
計	2,039	1,946

施設外活動	26年度	27年度
	受診者数	受診者数
健診事後指導	293	169
健康教育	1,334	204
健康祭・農業祭	142	112
計	1,769	485

27年度の主な取り組みは、婦人科がん検診です。子宮体がんが子宮頸がんより罹患数が上回ったため、健診のオプションとして開始しました。125名の方が受診されました。28年度は施設内健診・巡回健診ともにピロリ菌検査をオプションで開始し、巡回健診において、4月41件5月69件6月81件と実施しています。

精度管理では、健診当日の外来受診予約に取り組み、受診者の満足度の向上につとめています。26年度は、施設内健診で46名、巡回健診で4名の方ががんの発見につながりました。そのうちの約半数が早期がんの状態の治療を開始しています。

今後も JA 尾道総合病院の強みを生かし、安全で体にやさしい健診を実施していけるよう、スタッフ一丸となって取り組んでいきます。

看護部長室

「急性期病院の看護師に求められるもの」

看護部長 樋 本 瑞 江

平成27年度は、4月1日地域救命救急センターの指定を受け三次救急機能を担うという新たなスタートとなりました。回復室（RR）13床がHCU12床となり看護配置は常時4対1とし救命救急入院管理料を算定することにしました。救急室は、看護師を増員し準夜を4人体制（小児救急対応含む）とし三次救急受け入れがスムーズにできる体制にしました。

また、救急患者を含め入院患者が増加していくことを予測して、入退院センターの機能を高めていきたいと考え入退院担当科長を配置し、看護師が入院予約時に退院調整が必要な患者のアセスメントをしていく体制としました。高齢患者が増加するなかで平均在院日数の短縮は進み、医療や介護が必要な状態で退院をしなければいけない現状です。患者が不安なく退院していけるように、入院前に可能な限り情報を得て予測されるリスクを洗い出し、入院前カンファレンスを行い多職種の介入によるトータルケアが提供できるシステムを構築していきたいと考えています。

急性期病院の看護師としては、高度医療や専門医療を提供するための知識・技術の習得が重要としてきましたが、在宅復帰を目指した支援を行っていくことが求められています。患者を地域の中で生活している人と捉えて看護を実践していく必要があります。平成28年度の看護科の目標は、「急性期病院として在宅生活を視野にいたした看護を提供する」です。連携強化、チーム医療の充実を図っていききたいと考えています。

看護科

「安心、安全な看護をめざして」

看護科長 田 中 千 枝 子

看護科長 松 村 真 由 美

当院外来では科長2名、科長補佐1名、主任2名、看護師59名、看護補助者1名で業務を担っており、1日700～800人の来院患者に対応しています。

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、ワークライフバランスを踏まえた勤務体制が重要です。平成25年5月からチーム制を導入しスタッフ間のフォロー体制を充実させる取り組みを行い安心、安全な看護が提供できるよう努めています。

外来ではさまざまな患者さんがいるため、看護師は現場を観察し、患者さんの表情や体調の変化に注意しなければいけません。ちょっとした変化に気づき、即対応できるよう日々努力しています。また時には、外来受診後、緊急手術となるケースもあり患者、家族の不安を軽減できるよう寄り添う看護を念頭に置き看護に力を入れています。

近年高齢化が進み独居や夫婦二人暮らしという背景が多く、退院後の介護や生活に不安を感じられています。いち早く情報をキャッチし入院前から退院後にむけシームレスな看護が提供できるよう各部署との連携をより深めています。患者、家族が安心して入院生活が送られるよう、そして退院後も在宅生活に視点をあて、不安の軽減に向け今後も関わっていききたいと思います。

多職種医療チームの協働による生活再構築を目指して

5A 病棟科長 小林 雄 一

5A 病棟は、脳神経外科・泌尿器外科・歯科口腔外科・皮膚科を主体とする病棟です。病棟スタッフは看護師36名（科長1名・主任2名）、看護補助者3名です。また、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名在籍しています。医師は脳神経外科2名、泌尿器科3名、歯科口腔外科2名、皮膚科3名です。

外科系混合病棟であり、手術をはじめ化学療法などの治療を安全に受け退院していただけるよう努めています。また、リハビリテーションや療養目的で転院される際も、地域連携パスなどを活用し継続した治療や看護、リハビリテーションを受けて頂けるよう配慮しています。

また患者・家族を中心として、医師・看護師・療法士・医療相談員・薬剤師・栄養士など多職種医療チームで協働した医療を提供しています。

更に脳卒中患者に対しては2か月に1回、回復期リハビリテーション病棟訪問を実施しています。対象病院は福山リハビリテーション病院・公立みつぎ総合病院・因島医師会病院です。医師・看護師・療法士・医療相談員で訪問し、多職種・多施設での情報共有を図り、施設の枠を超えた協働を推進しています。患者・家族を急性期病院退院後もフォローしているというメッセージは、在宅での生活に安心感を持っていただくことに繋がると考えています。そして急性期医療スタッフが患者・家族の回復期以降の状態を知ることが、急性期医療の結果を知ることであり、自身の介入の振り返りの機会となっています。

今後も5A 病棟に入院された患者・家族が安心・安全に治療・療養ができるよう、新人からベテランまで皆の力を結集して取り組んでいきます。

患者の努力や頑張りを認め、気持ちに寄り添う看護を目指して

7B 病棟科長 高 橋 忍

7B 病棟は整形外科病棟です。対象は、小児～高齢者であり幅広い年齢層で、高エネルギー外傷・スポーツ外傷・関節・神経系の運動器疾患をもつ患者さんが入院されます。入院治療期間は短縮されていますが改善までの治療経過は比較的長期です。

27年度手術件数は、910件、平均在院日数は18.5日稼働率95.3%です。近隣の回復期病床への転院患者も多く、地域支援センターと協働し入院早期より患者・家族と面談し転院先を決め回復期病院へと繋げています。

平成26・27年には股関節術後の指導を強化するために、医師・リハビリ・看護師で股関節術後禁忌肢位・生活指導のDVDを作成しました。繰り返し聴取できることで患者、家族の方から好評です。また、新人・異動看護師への教育としても活用しています。

手術後は、早期よりリハビリテーションが始まります。リハビリスタッフと週1回カンファレンスを行い、異常の早期発見や障害の拡大と二次的障害の予防のための情報交換を行っています。また、薬剤師・栄養士・装具士・医療福祉支援センターなどの様々な職種と連携し、安心・安全な看護が提供できるように多職種とチームワークを大切に、患者・家族が満足できる看護を提供しています。

「患者の努力や頑張りを認め、気持ちに寄り添う」をモットーとし、患者が目標に向かえるために看護師が提供しなければならない援助は何かを考え、患者自身が出来るADLをサポートしています。

人口の高齢化に伴い、高齢者の看護は重要となっています。運動器疾患を持つ患者は、動きの制約や生命予後が脅かされる危険があり、内科的合併症を有する率も高くなっています。今後も、術前・術後を通じて合併症を予防し早期発見、早期離床を促し受傷前のADLを獲得し、入院期間を延長することなく、自宅退院・地域に出来るだけ早く適切な状態でお帰しできるようスタッフ全員が同じ方向を向いて看護していきたいと思っています。

広島県厚生連尾道看護専門学校

私たちが学生のドリームサポーターになるために!!

教務課長 濱 川 英 子

看護学校は、H27年度スタッフが大幅に代わり、さまざまな経験を持った教員が、チームとして新たに成長することを目指しています。

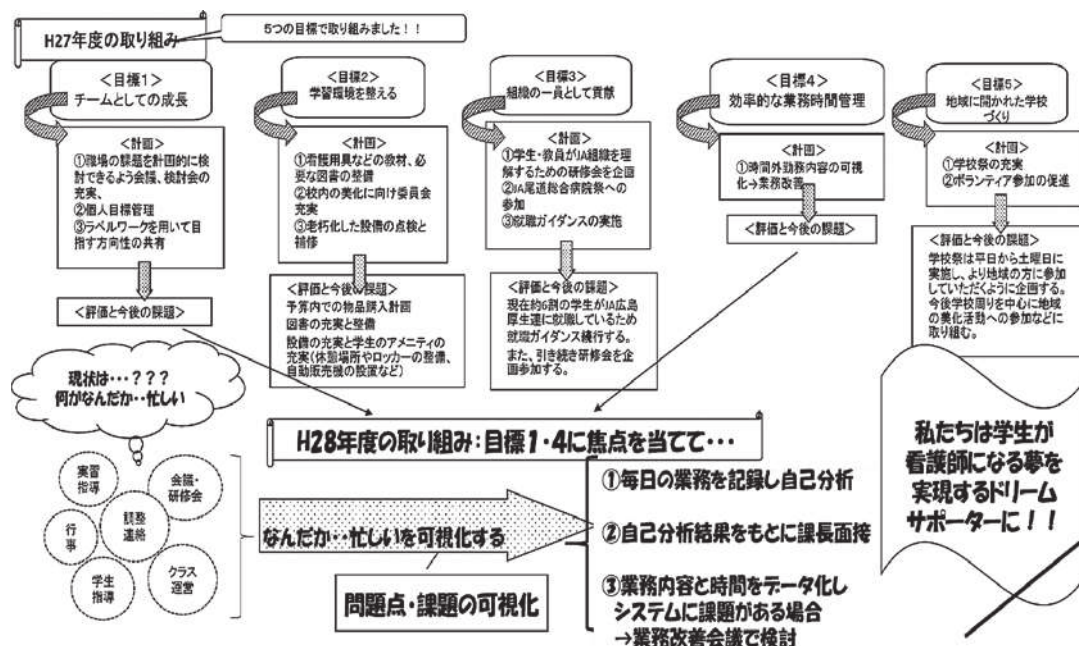
H27年度は上記の目標を掲げて取り組み、年度末には全員で自分たちの目標確認の場を設けました。そこから見えてきたものは「本来の役割である学生の教育のために有効に時間を使いたい。」という教員の思いでした。

そのためには効果的な時間管理が重要であり、日々の業務に追われて、「なんだかいつも忙しい」という状況を可視化する取り組みが必要だと感じました。

まずは、各教員がそれぞれ勤務時間と業務内容を書き出すことから始め、自己分析を行いました。それをもとに個別面接を行い、個人の課題と取り組みについて確認するとともに、皆で業務改善会議を行っています。

業務を見直すことでシステム化やマニュアル作成をし、教員が本来の役割が発揮できるように時間にも気持ちにもゆとりを持って教育ができることを目指しています。

まだまだ取り組みが始まったばかりで試行錯誤の繰り返しですが、看護師を目指す学生のドリームサポーターになれるように頑張っていきたいと思っています。



栄 養 科

管理栄養士 清 石 悠 香

栄養科は小野川先生（科長）、病院管理栄養士と委託業者により構成され、安全・安心できる食事の提供や患者の栄養管理、チーム医療の参加などの業務を行っています。

前年度は3月より、プレバイオ食を廃止し注入開始食を新設致しました。GFO はグルタミン、食物繊維、オリゴ糖を含み、長期絶食による腸管粘膜の萎縮やそれによる免疫能の減衰を防ぐ効果があることから、静脈栄養から経腸栄養への移行時期や、長期絶食の患者に濃厚流動食を開始する際の使用を勧められていました。今回新設した注入開始食では、GFO のみでは1回当たり36kcalであったのに対し、アルジネードウォーターを追加することで1回当たり140kcalの栄養補給ができ、経腸からの炭水化物補給が可能となりました。同時に経腸栄養プロトコールについても修正を行っています。今度も治療の進展や変化に伴い、食種の追加や食事内容の検討などを適宜行うよう努力して参りたいと思います。

また、栄養科ではNST、褥瘡委員会、がん診療支援チーム、RSTなどの各種チーム医療のカンファレンスや各病棟のカンファレンス、糖尿病教室や腫瘍教室など様々な活動に積極的に参加しています。それぞれ他職種の知識も持ち合わせながら、管理栄養士ならではの食事や栄養面の専門性を生かした提案が求められます。今後もさらに幅広い知識の習得が必要であり、そのためには看護師や薬剤師など多職種との連携が重要だと考えています。食事・栄養面のみではなく、さまざまな視点から患者の栄養管理の向上に繋がるよう、より一層精進してまいりますので、皆様のご協力をよろしくお願い致します。

臨床研究検査科

（主任部長 平野 巨通）

科 長 細 谷 勝 己

臨床検査技師等法の改正が45年ぶりに行われ4月から「検体採取」が新たに業務として加わりました。検体採取が認められるのは、①鼻腔拭液、鼻腔吸引液、咽頭拭液その他これらに類するものを採取する行為、②表皮および体表および口腔の粘膜を採取する行為、③皮膚ならびに体表および口腔の粘膜の病変部位の膿を採取する行為、④鱗屑、痂皮その他体表の付着物を採取する行為、⑤綿棒を用いて肛門から糞便を採取する行為の5項目となります。

厚生労働省の指定講習会の受講が必須で、2日間の日程で▽関連法令▽検体採取に関する知識や技能、態度▽味覚・嗅覚検査の知識や技能、態度▽シミュレーション▽確認検査の各カリキュラムを履修、試験を経て終了証が交付されます。当院では3名の技師が交付を受けています。

また、「検査説明・相談ができる臨床検査技師育成講習会」もスタートし患者様への検査説明・相談はもとより、医師や看護師にも検査説明やコンサルテーションを行う技師の育成に努めることになりました。検体採取や検査説明など臨床検査技師として職能を活かし診療支援につながるよう努力したいと考えます。

平成27年度の臨床研究検査科は平野先生（主任部長）、和田先生（専任検査医）、臨床検査技師29名（パート4名）の体制で業務を行いました。検査科では5部署に分かれ、一般検査2名、血液・輸血検査4名、生化学・免疫検査7名、微生物検査4名、生理検査11名で業務に従事しています。近年、各部門の専門性が高まっており認定資格の取得を推進、技師のスキルアップを目的とした口

レーションもを行っています。

平成27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229点/229満点, 日本医師会サーベイで635点/640満点, 広島県医師会117点/117満点と良好な成績でした。なお, 広島県医師会精度管理調査では上位3施設に入り優秀施設表彰を受けました。今後も正確な検査結果が出せるよう検査科一丸となって努力したいと思います。

検体検査では特に早朝時間帯の緊急検査が増えています。検査科ではそれぞれの緊急度合いがわからず順番に測定することになります。結果的に大至急の緊急検査が遅くなるおそれがありますので, 必ず「必要な緊急検査」のみの依頼としていただきますようお願い致します。

検査科では正確なデータを速く報告することを念頭に業務を行っています。皆様のご理解, ご協力をいただきますようよろしくお願い致します。

すくすく保育所

～42人, みんなで大きくなりました～

保育士 岡 崎 敬 子

院内保育所『すくすく』は, 平成4年10月に開所, 多くの方々に支えていただきながら24年目に入りました。一時は入所希望者を全員お預かりできず, 26年度より24名だった定員を42名に増員しました。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ます。定員枠が空いている時は, 短期入所も可能です。一時保育(対象児就学前までの職員の子ども)も行っていますので, 希望される方は人事課または, 保育所の方にお問い合わせください。多くの職員の皆様の子育てサポートができればと思っています。

さて, 27年度はのべ42名の児童と8名の保育士で“笑い声”“泣き声”賑やかに過ごしました。

友達と一緒に様々な経験をしながらたくさんの成長を見せてくれた子ども達です。

毎月の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可愛い姿を披露したり, 季節の行事, 食育活動・表現活動などをできる範囲で行い, 豊かな心や生きる力が育つように, また, 子ども達が安心してのびのびと楽しく過ごせるように, 一人一人を大切に人生の基盤作りの重要な時期ということを念頭に置き, 保育に取り組みました。

院内の皆様方には平素より深いご理解と温かい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。



「お花見会」



「プール遊び」



「お祭りごっこ」



「クッキング」



「運動会ごっこ」



「芋ほり」



「クリスマス会」



「第22回卒園式」

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27年度は、理学療法士11名、作業療法士3名、言語聴覚士1名、事務助手1名の計16名のスタッフでのスタートでした。

目標として、業務の効率性を向上させ、患者個々への実施時間の確保と内容の充実を図ったうえでの単位数の取得・収益のアップを目指していましたが、日々の煩雑な業務の中で、なかなか目標に届かず、26年度に比べ人員が1人少ないこともあり、結果としては年間処方数は昨年より多かったにもかかわらず、心大血管疾患以外は単位数が減少傾向となっていました。

心臓リハビリテーションはH23年から施設基準取得し、H24年より外来心臓リハビリテーションを開始して以来件数、単位数ともに年々増加しております。

外来についてはリハビリ担当者一人という枠の中で、毎日1～4人以内の患者数からなかなか拡大までには至っておりませんが、患者さんの中には実際に通院し始めてから動くことに自信が持てるようになり、外出が増え、QOLが向上して効果が表れている方もおられて、その様子を見てみると、急性期治療を終えた患者さんのフォローの必要性をととても感じます。地域に心臓リハビリを行っている医療機関が少ない中、急性期病院として、いかに患者さんが自宅で安全に、安心して自己管理できるように支援、指導していくか、どのように地域との連携を築いていくかが、求められていると強く感じています。

〈平成27年度リハビリテーション科 実績〉

- H27年度年間処方件数：2,658件（26年度 2,592件）
- H27年度自宅復帰率：69%（26年度 69%）
- H27年度診療報酬点数合計：10,945,685点（26年度 11,731,749点）
- H27年度疾患区分別リハビリテーション実施件数・単位数（26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	9,331(9,034)	15,292(15,778)
脳血管疾患等区分	9,372(9,763)	14,056(15,389)
廃用症候群	1,564(2,828)	2,067(3,934)
呼吸器疾患区分	4,024(3,970)	5,001(5,021)
心大血管疾患区分	3,760(3,545)	6,174(5,889)
癌のリハビリテーション	1,438(1,453)	1,784(1,885)
リハビリテーション実施合計	29,489(30,593)	44,374(47,896)

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

緩和ケアというと末期のケア、最期に受ける医療と思いませんか？

患者さんが、「緩和ケアを受けたいです。」と主治医に相談しても「あなたには、まだ早すぎる。」

と言われたとか、患者やその家族も「緩和ケアという言葉は言ってほしくない、麻薬は使いたくない。」という方がおられます。緩和ケアでは「その人らしさ」を大切にし、身体的・精神的・社会的・スピリチュアル（霊的）な問題について、早い時期からつらさを和らげる医療やケアを行い、がんの患者さんと家族の生活の質をより良いものにしていきたいと考えています。

がん患者さんや家族は、診断時や治療時などのさまざまな場面でつらさやストレスを感じます。さまざまな場面で、がん診療支援外来（緩和ケア内科）は患者さんと家族が自分らしく過ごせるように医学的な側面に限らず幅広い対応をしています。平成26年度から呼吸器外科主任部長 則行敏生医師が火、水、金曜日午前中、予約制で診療しています。

初診ではこれまでの臨床経過や現状を問診し、患者さんや家族の抱える問題点を検討し対応します。そのため、診察に1時間以上かかることもあります。時間をかけてゆっくり診察することで、患者さんや家族が望み、実現可能なことを模索しています。

平成27年度は緩和ケア内科外来への新規紹介患者は23名であり、延べ外来受診件数は418件でした。入院患者のがん診療支援チームへの新規紹介患者は85名でした。主治医だけから紹介を受け付けていましたが、がん拠点病院指定要件の更新（平成26年9月）に伴い、生活しやすさ質問票からの患者本人・家族の受診希望や医療スタッフからの紹介も受け付けています。これからも患者・家族そして医療スタッフのサポート的役割を果たして生きたいと思いますので、がん診療支援外来（緩和ケア内科）を宜しくお願い致します。

医療福祉支援センター（地域医療連携室・総合医療相談室）

主 任 森 元 眞 由 美

医療福祉支援センターは、医療依存度の高い患者及びその家族が、安心して療養を継続できるよう、地域の医療機関や介護・福祉・行政機関等と連携を図り、早期より支援できることを基本方針としています。紹介患者の受け入れを行う「地域医療連携室」と入院患者の退院支援・在宅支援・がん相談・患者やご家族からのご意見を聞く窓口の「総合医療相談室」に分かれています。

【平成27年度目標】

1. 後方支援を強化する
 - 1) 連携医療機関との連携を強化し、早期からの転院に取り組む
 - 2) 在宅復帰支援患者に早期から介入する
 - 3) 多職種によるケアカンファレンスを早期に実施する
2. 入院前から退院・転院支援に介入する
 - 1) 入退院センターと協働する
 - 2) 予定入院患者への介入ができる
 - 3) 入院時ケアカンファレンスを開催する
3. 地域連携パスの運用で連携を強化する
 - 1) 五大がん連携パスの運用を開始する
 - 2) 大腿骨パス・脳卒中連携パス・AMIパスの算定をする

以上 具体的な計画をかけた実践してきました。

退院支援としては、PFM（Patient Flow Management）の考え方が導入され、入退院センターにて、

入院決定と同時に患者・家族の身体的、精神的、社会的な問題を抽出し退院支援担当者に引き継ぐことができました。これにより早期に退院後の生活を見据えた支援ができ適正な入院期間で在宅療養の体制を整え患者の希望であった自宅退院を叶える事が出来たケースがありました。平均在院日数10.5日（平成26年度 11.3日）のなか、「3カ月まで入院できるんじゃない」「まだ、治ってないのに追い出すのか」「最大 何日まで入院できるの。出来るだけ長く入院させてください」と言われる事もありますが 患者が「追い出され感」を持たないように、地域や連携医療機関との顔の見える関係を図り、生活の場に帰ることも目標にした継続したサポートができるよう、「地域の医療と連携を考える会」「多職種連携推進研修会」の開催や病院訪問などで院外に出ていき連携強化を図りました。

今年度は、退院前カンファレンス399件 そのうち在宅主治医参加が20件 調剤薬局参加が10件ありました。薬業連携のためにも、調剤薬局の参加を増やして行くことが課題となっています。

総合医療相談室（がん相談支援センターも含む）では、入院患者の退院・在宅支援以外にも受診相談やがん相談・緩和ケア・セカンドオピニオン・医療費・福祉制度・介護相談など様々な相談に対応しています。患者様やご家族・地域の皆様が気軽にそして安心して相談できる相談室になるためパンフレットを作成し PR 活動も行いました。

私たちは、様々な相談に対応できる知識とスキルを身につけるため、研修会の参加や毎週1回の事例検討を重ねています。

毎月2回開催している、ふれあいサロン（がんサロン）には広島県がん対策課主催のピアサポーター研修を受けたボランティアスタッフが毎回参加してくださり、参加者からは「体験談などを聞く事により励みになりました」「辛いのは自分だけでなかった」など医療者だけでは出来ない貴重な役割を果たしていただいています。

27年度新しく始めた事業として次の2つがあります。1つめに、周術期口腔機能管理医科歯科連携システムの構築のため尾道市歯科医師会との連携と院内の調整を図りました。導入時は、外科で全身麻酔を受ける手術患者が対象としましたが、今後は全科のがん手術患者・化学療法・放射線治療患者など対象を広げていく予定です。術後の合併症の予防・嚥下性肺炎・化学療法中の口腔粘膜炎の予防など様々な利点があり患者の満足度の向上と入院期間の短縮化を期待されるものです。

2つめは、出前講座があります。出前講座は、①病院を身近に感じていただき地域住民との交流を図る ②地域住民への健康について知識の向上を図る事を目的とし、認定看護師や医師・助産師が地域に出向きお話をさせていただきました。

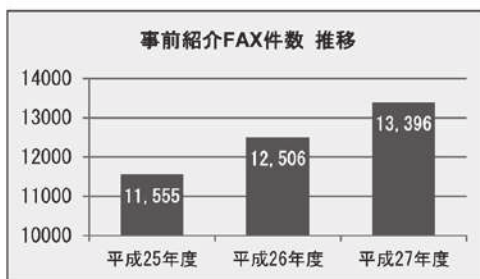
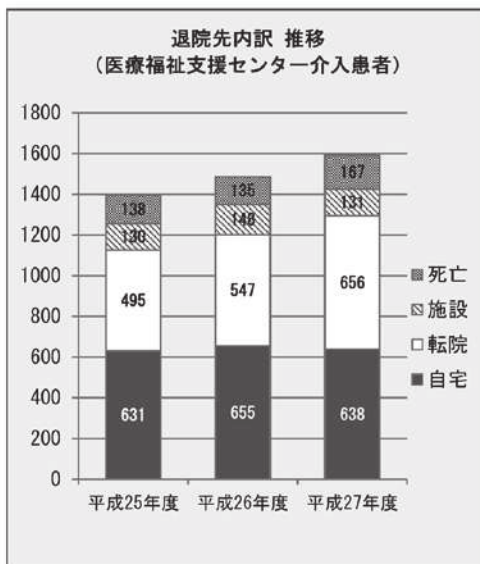
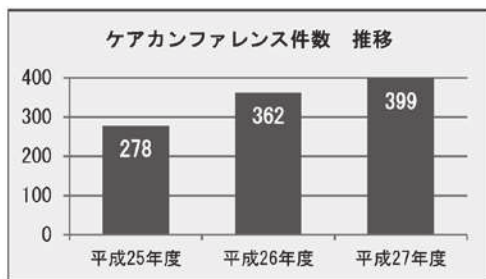
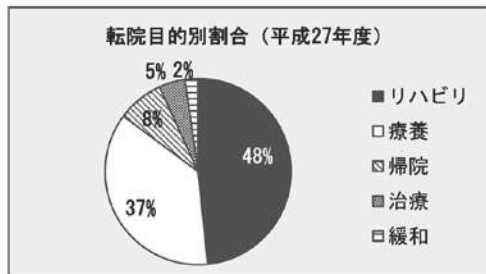
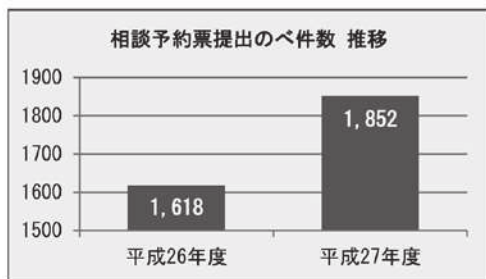
当センターは、事務局として調整を行い、生活習慣病について・健診の必要性・いのちの授業など6回講座を開催しています。地域の皆様との交流を通じ当院の役割を理解していただければと思っています。

平成27年3月をもって尾道総合病院の為に貢献していただいた藤越副センター長が退職されました。新病院に移転してから副院長（平成24年3月まで就任）・副センター長として体制を構築していただきました。チームワークよく、明るく活気ある職場で様々な行事や役割を果たせてくれたのも、リーダーとしての功績の賜物だとスタッフ一同 感謝しております。

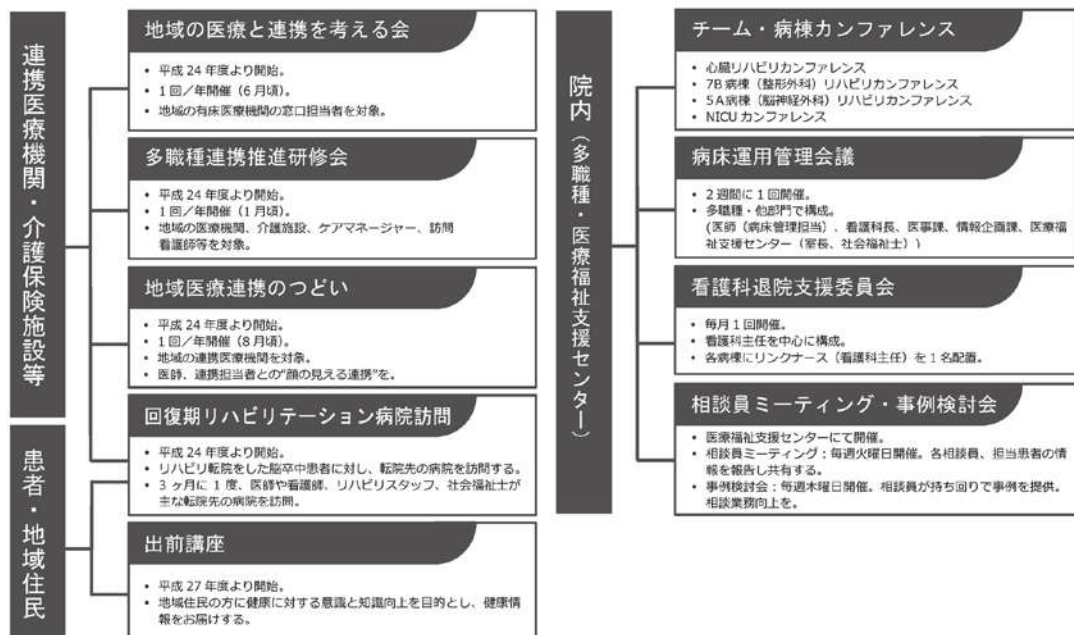
平成28年度からは、新体制になってのスタートです。平成28年4月には診療報酬の改定もあり退院支援も今以上に体制強化が求められてきます。私たちは急性期を担う地域医療支援病院、がん診療連携拠点病院として、患者さんの満足が得られるよう、また住み慣れたところで最期までその人らしく生きることを支えるために、院内・院外の連携を大切にしていきたいと思っています。

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、よろしくお願い申し上げます。

【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】



委員会報告

医療安全管理委員会

委員長 瀬 浪 正 樹

患者さんの安全を確保し、安心して治療を受けていただけるよう患者さんにかかわる看護部門、医療機器関係、医薬品の安全管理、院内感染対策、食品衛生、医療情報管理、安全危機管理などの各部門がそれぞれの問題点を協議して、病院のシステムや運用を改善していくよう検討しています。平成27年度では以下のようなことを中心に検討をおこないました。

- ① ヒヤリハット検討会を4月以降立ち上げ、管理部門で、病院で起こった事例の情報を共有し対応にあたっています。インシデント・アクシデントでレベルが3b以上のものに対して調査を行い、対策を講じています。
- ② 無断離院する患者の事例が生じました。駅前交番で無事保護されていましたが、これまでであったマニュアルでは院内での動きがスムーズでなかったため改訂することとしました。
- ③ 平成27年10月から医療事故調査制度が施行されています。当院におきましてもJA尾道総合病院医療事故調査委員会規程を設け、院内職員に対して勉強会や医師会議で周知してきています。これまで以上に病院で亡くなられた患者さんに対し、Aiや解剖の必要性が高くなっていくものと思われます。
- ④ 病室や廊下の窓が大きく開放できる構造になっているため、窓からの転落の危険性が想定されます。窓の開閉を制御できる開閉ロック錠を購入し、対応しています。
- ⑤ 病院への出入り口はセキュリティが強化されており通常ロックされた状態になっていますが、職員が開錠し出入りした時を見計らって中に入ることが可能です。
このような状況で不審者が夜間院内に侵入したことがあります。見知らぬ人に通常いないところで遭遇した時の対応を取り決めました。
- ⑥ その他、チーム医療に不可欠なコミュニケーションスキルを身につけるため、チームステップス講習会を行っています。

褥瘡対策委員会

(委員長 柳瀬 哲至)

皮膚・排泄ケア認定看護師 豊 田 明 美

平成28年度診療報酬改定には、褥瘡対策に係る基準に変更はなかった。

しかし入院基本料に含まれる重要な要件であることは変わらず、また医療・看護の質を評価する指標の一つである褥瘡に対する対策を、これまで同様行っていくことは重要な責務であると考えている。

平成27年度は前年度と比較して、院内発生褥瘡、持ち込み褥瘡共に減少となり、褥瘡対策への取り組みとして現在行っている、褥瘡発生リスクのアセスメント→計画立案→実施→評価の一連のサイクルが適切に行われた結果であると言える。

【委員の構成】

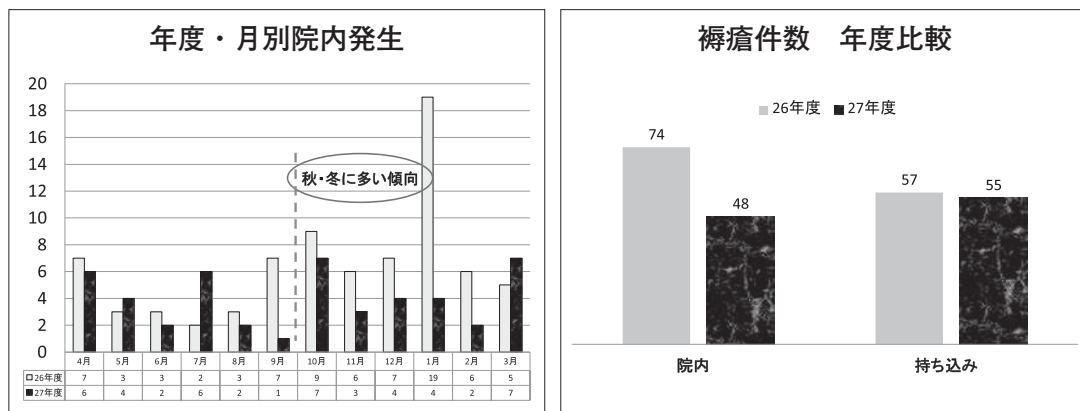
下記の通り多職種混成チームで活動を行っている。

医 師：(委員長) 柳瀬哲至, 森田知世, 信木晴菜 看護科：西田朋美, 豊田明美
 栄養科：伊藤 栞 薬剤部：高橋謙吾, 井口奈美 医事課：宝利裕子

【褥瘡対策の現状】

第1, 3週火曜日午後3時より院内, 院外発生全ての褥瘡患者の回診, 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ることができ切れ目のない継続的な治療及び看護を実現している。



【褥瘡データ】

平成27年度, 院内での褥瘡発生は, 複数年過去と比較しても最も少ない件数となった。

持ち込み褥瘡に関しては, ほぼ同数であり, また院内発生より多いことから在宅での褥瘡予防方法について啓蒙の必要性を感じる結果となった。

また, 月別の発生件数を抽出した結果より, 年度前半の4月から9月と後半の秋冬の10月から3月の褥瘡発生件数を比較したところ, 約1.7倍, 年度後半に発生が集中していることが明らかとなった。この要因として気温低下に伴う末梢への血流低下や, 脳梗塞・心筋梗塞といった脳血管・循環器系の疾患の増加や, 治療に由来する末梢の循環不良, 重症肺炎など呼吸器疾患の増加に伴う酸素化の不良等, 気候に関連することなどが考えられた。

この結果を看護科へフィードバックし褥瘡予防対策時の注意喚起を促す働きかけを行った。

【今後の課題と取り組み】

- ・体圧分散寝具の耐用年数が経過しているため, 体圧分散効果の低下を来たしていないか留意していく必要がある。
- ・近年中の体圧分散寝具新規導入の必要性について事務レベルへの報告, 相談を行っていく。
- ・在宅褥瘡の予防について, 家族・地域を含めた啓蒙活動を行っていく。

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部部長，看護部副部長，手術室科長，ICU科長，HCU科長，病院長，外科系各科主任部長，施設資材課，臨床工学科が委員となり手術室の安全かつ適正な運営と業務の効率化を図ることを目的として毎月第2水曜日の午前8時から開催されている。

手術室の運営状況は表1，2を参照していただきたい。

手術室利用件数	
	件数
平成22年度	4,086
平成23年度	3,835
平成24年度	4,138
平成25年度	4,134
平成26年度	4,272
平成27年度	4,693

平成23年5月に病院新築移転し運用できる手術室が6室から8室に増加した。移転の際は一時手術制限をかけていたため，その年度の手術件数は減少したが，以後増加傾向にある。

表－1 手術室利用件数の推移

月 別			
	通 常	緊 急	総 数
4 月	303	38	341
5 月	304	42	346
6 月	362	42	404
7 月	366	54	420
8 月	344	43	387
9 月	337	54	391
10月	370	36	406
11月	350	37	387
12月	344	54	398
1 月	332	49	381
2 月	355	44	399
3 月	396	37	433
合 計	4,163	530	4,693

表－2 平成27年度月別症例数

科 別			
	通 常	緊 急	総 数
内 科	13	1	14
脳 外 科	25	43	68
外 科	960	221	1,181
麻 酔 科	24	9	33
整 形 外 科	816	93	909
産 婦 人 科	355	87	442
皮 膚 科	223	1	224
泌 尿 器 科	302	17	319
耳鼻咽喉科	332	6	338
眼 科	886	26	912
心 臓 外 科	180	26	206
口 腔 外 科	46	0	46
循 環 器 科	1	0	1
合 計	4,163	530	4,693

表－2 平成27年度科別症例数

平成27年度の取り組みとして以下のことを取りまとめた。

- ① 予定手術の術前訪問で看護師が説明する範囲に関して，手術内容を問われた時は医師からの説明を行う。
- ② 患者確認，手術術式，異物遺残などのチェックのため5月から外科でのみ行われていた手術安全チェックリストの使用を8月から産婦人科さらに12月から全科で行うこととした。
- ③ 閉創前にガーゼが合わない時のフローシートの見直しを行った。レントゲン検査は2方向での

撮影とし、さらに発見できない場合はいったん閉創して挿管した状態でCT検査を行う。それでも確認できない場合は、体内遺残はないものとして手術を終了し、カルテに記載の上、科長に報告を行い家族に経緯を説明する。

レントゲンに映らないものの数値確認は体内に入れて使用する場合は看護師で材料の出入りをお互いに声を掛けあいカウント用紙に記入する。医師とも声を掛けあいお互いに確認していくこととした。

- ④ 縫合針の受け渡しに際し、紛失するインシデントが発生したが、受け渡し時に目を離さないことや医師へ持針器の針の把持が弱いときは声を掛けることを対策とした。

病床運用管理会議

(委員長 花田 敬士)

委 員 岡 田 真 弓

平成27年度は「救急患者を断らない」をスローガンに、病床管理統括室は「効率的な病床運用を行う」ことを目標としました。病床状況をコントロールすることによって、救急車応需率はほぼ100%維持され、三次救急医療機関としての使命が果たせたと思います。満床を理由とした救急車の受け入れ中止件数は0件となり、救急医療体制の確立にも貢献できました。

具体的な目標としては、新入院患者数930人／月・病床利用率96.4％／月・平均在院日数11.2日／月と非常に高い目標設定ではありましたが、入院患者数は目標達成できました。評価として、新入院患者数は959人／年、病床利用率94.0％／年（成人・小児含む）、在院日数10.5日／年となり、いずれも高い水準で結果を出すことができました。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。

病床運用管理会議では、効率的で安心・安全な病床運用ができるように情報共有し、病床利用率の上昇や平均在院日数の適正化に努めます。

今後も皆様とともに課題に取り組んでまいります。ご協力をよろしくお願い致します。

輸血療法委員会

(委員長 日野 文明)

委 員 細 谷 勝 己

輸血は血液成分を体内に入れる臓器移植のひとつであり、感染症や副作用などのリスクを伴うことから輸血における有効性と危険性を勘案し、安全かつ適正な輸血を行う必要があります。

輸血療法は血液中の赤血球などの細胞成分や凝固因子が減少、またはその機能が低下した場合にその成分を補充し臨床症状の改善を図る目的で行われます。

輸血療法委員会では、「輸血療法の実施に関する指針」（厚生労働省医薬食品局血液対策課）に基づき血液製剤の使用状況調査、輸血療法に伴う事故・副作用・合併症の把握と対策、適正使用の推進、血液製剤の安全性に関する情報収集などを行っています。

2015年は6回の委員会を開催しました。その協議事項について報告します。

1. 血液製剤の使用状況

2015年に使用した血液製剤は、赤血球液（以後RBC）2,690単位（前年2,797単位）、新鮮凍結血漿（以後FFP）1,392単位（前年1,413単位）、濃厚血小板（以後PC）1,320単位（前年1,720単位）、

自己血 159単位（前年 215単位）で、洗浄赤血球は使用がありませんでした（前年も使用なし）。RBC・FFP 比は0.51（基準値 0.54未満）でした。前年に比べ、各血液製剤の使用は減少しました。

廃棄血は RBC 58単位（前年 70単位）、FFP 4 単位（前年 16単位）、PC 100単位（前年 50単位）、自己血 41単位（前年 73単位）で、廃棄率はそれぞれ RBC 2.16%（前年 2.50%）、FFP 0.28%（前年 1.13%）、PC 7.58%（前年 2.91%）、自己血 25.79%（前年 41.71%）であり、廃棄製剤の合計金額は1,344,658円となりました。前年に比べ各血液製剤の使用が減少していたにもかかわらず、PC の廃棄は増加した結果となりました。

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することで廃棄血の削減につながりますので、ご協力をよろしくお願い致します。

2. 輸血副作用報告

輸血副作用の報告は蕁麻疹30件、悪寒 9 件、発熱 7 件、かゆみ 4 件、血圧上昇 3 件、皮疹・血圧低下が各 2 件、嘔吐 1 件の計58件、重篤な副作用は認められませんでした。

2015年の報告回収率は年間を通じ100%となりました。今後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、実施に向け検討を継続することとした。

- 同意書を取らずに輸血指示があった事例について

本人に説明済みとの Dr 判断であったが、止むを得ない緊急時を除き同意書は必要であり周知を徹底する。

- 3 次救急に対して在庫血の運用について

現行の RBC A 型 4 単位、O 型 4 単位、FFP 各10単位で様子を見る。

4. その他事項

- 輸血マニュアルの改正について

超緊急時の輸血マニュアルの修正、また委員構成についての改正を行いました。

臨床検査適正化委員会

(委員長 平野 巨通)

事務局 細 谷 勝 己

昨年, 日本臨床検査標準協議会 (JCCLS) は生化学的血液検査の42項目について共用基準範囲を設定, 公開されました。

近年, 生化学的血液検査において標準化対応試薬を使用することで測定値の施設間差が解消され, どこの病院に行っても検査値は同じという時代になりましたが, 基準範囲が施設によって違い, 臨床判断が変わることが問題となっていました。

この共用基準範囲は IFCC アジア地域調査 (1,958人), 日臨技調査 (3,231人), 福岡5病院会調査 (1,129人) のデータを統合して基準範囲を設定し, 昨年のパブリックコメントを経て最終的に決定, 公表に至りました。この共用基準範囲には日本医師会をはじめ29学会・団体の同意あるいは賛同が得られています。

広島県では4病院会 (広島大学・県立広島病院・広島市民病院・広島赤十字原爆病院) の基準範囲を広島県医師会が推奨しており JCCLS 共用基準範囲への変更が出されていません。県内では広島県医師会の基準範囲を利用している施設が多く, 近隣の病院との連携も必要であることから今後の動向に注目したいと考えます。

平成27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229点/229満点, 日本医師会サーベイで635点/640満点, 広島県医師会117点/117満点と良好な成績でした。また, 広島県医師会精度管理調査では上位3施設に入り優秀施設表彰を受けました。今後も正確な検査結果が出せるよう検査科一丸となって努力したいと思います。

【協議事項】

1. マイコプラズマ抗原検査と IgM 抗体検査の同時依頼については, 依頼画面から IgM 抗体検査を削除し抗原検査での実施をお願いします。
2. 緊急検査が多い件で電子カルテの初期表示が緊急検査画面になっているため医師が緊急を意識せずそのまま依頼を立てる場合有り。緊急画面を2ページ目とする。
3. タクロリムスの件数が少なくランニングコストが増加している件では炎症性腸疾患外来 (専門外来) で必須であり病院機能を踏まえ測定継続とする。
4. TBA (総胆汁酸) 検査件数が少なくランニングコストが上昇している件では, 多くはフォロー検査であるため外注に移行し経過観察を行う方針とする。

(平成27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)
	吉 田 (内 科)	岡 田 (5 A)	川 上 (医事課)
	岡 野 (小児科)	田 中 (5 B)	森 友 (総務課)
	磯 部 (脳外科)	石 寄 (検査科)	事務局 細谷 (検査科)

NICU 運営委員会

(委員長 岡野 里香)

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27年度の新生児特定集中治療室管理料算定件数の1ヶ月あたりの平均は159.6件(平成26年度163.0件)、NICU在室患者数の1日あたりの平均は5.3人(平成26年度5.2人)でした。

昨年度より正常分娩で出生した新生児をより安全に管理するために、出生から24時間新生児回復室でケアを行う取り組みを行っています。この取り組みはほぼ定着し、体温管理や呼吸管理、哺乳状態の観察などを行い状態を申し送ることで4A病棟と連携をとり安全な管理が来ています。

感染対策では、肘までの手洗い、手袋・ガウンの装着が徹底されMRSA検出も0ではありませんが、拡大することなくよい結果となっています。

今後もNICU運営について様々な協議を重ねながら安全な周産期管理と有効な病床の運用を行っていききたいと思います。

NICU・新生児回復室 平成27年度のべ在室患者数

	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)	178	282	319	429	230	225	223	243	148	269	258	121
※(件数)	152	188	195	197	120	163	149	155	111	155	157	97

※ NICU 管理料算定件数

クリニカルパス委員会

(委員長 森山 浩之)

事務局 吉 原 弘 起

クリニカルパス委員会では、平成26年診療報酬改定への対応と、消費税増税を見据えてパスの改善を実施しました。特に後発品の使用に関して、パスの内容を変更していききました。

審査基準

◆入院日数 ⇒ DPC入院期間Ⅱを超えていないか

◆医療資源投入量 ⇒ 注射や検査の回数、後発品の使用状況が適切であるか

調査分析ツール

◆DPC分析ソフト(EVE-ASP)等

みなさまのご協力により、ハイクオリティなパスへ改善しています。今後は、看護必要度データとDPCデータを用いて、クリニカルパスの見直しなど、効果的なパスのあり方を探っていきます。今後もDPC適合性調査を実施していきたいと思いますので、ご理解とご協力をよろしくお願いいたします。

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がん化学療法運営会議の下部組織として設置された。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。薬剤適正使用の観点より薬剤科を事務局とし、化学療法センター長をはじめとする医師、薬剤師、看護師を中心に組織され、奇数月第2火曜日に定例会を開催している。

2015年度は17レジメンを審議し、そのうち16レジメンを承認、2016年3月31日現在の総レジメン数は244となった。化学療法施行件数は4,510件（外来3,051件・入院1,459件）であり前年度4,488件（外来2,780件・入院1,708件）と比べ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は7,681本と前年度の7,445本を上回った。

支持療法薬剤に関する取り組みとして G-CSF 製剤の適正使用に関する文書を作成し、院内へ情報提供を実施した。また、運用面の検討や医師会議への報告等により「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」の遵守率向上を推進した。

シスプラチン投与における点滴時間を短縮できるショートハイドレーション法については運用方法を含め再検討した。運用面では飲水などの患者教育だけでなく、外来治療へ移行する場合を除き入院患者では施行しないこととし安全確保に努めた。また、各種文献をもとに腎保護作用があるとされる硫酸マグネシウムを増量することで、より安全に投与できるようレジメンを改定した。

パクリタキセル注射液にはアルコールが含まれており、投与前に使用する抗ヒスタミン薬とアルコールによる中枢神経抑制作用のため、投与後には自動車の運転等危険を伴う機械の操作に従事させないよう添付文書へ記載されている。しかしながら、パクリタキセル注射液の外来化学療法施行日に自動車等で来院される方が散見され、情報提供に関する運用について再検討する必要がある。そこで、パクリタキセル注射液とアルコールに関するパンフレットを改定し、情報提供を行うことで院内に周知した。

今後、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。

図書委員会

昨年における委員会の活動状況 図書委員会からの提言

委員長・放射線科 目 崎 一 成

このところ毎年そうなのですが図書費の上昇は続いています。それ以外には図書の収容場所の問題があり、そろそろ古い書籍については処分が必要になっています。後日各診療科の許可が戴ければ古いものから処分していかざるを得ませんが、個々の雑誌により必要性が変わってくるものと思われます。書籍を利用している部署に個別に相談することになると思います。ご協力をお願いいたします。

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

ろしく願います。

労働安全衛生委員会

(委員長 瀬浪 正樹)

事務局 中 洲 洋 輔

毎年4月に1年間の活動計画を立て、毎月第4金曜日に職場巡視と委員会を開催しています。職場巡視では①危険な場所はないか②労働環境は良いか③ unnecessaryな物を置いていないかを中心に巡視しています。さらに、巡視結果については改善レベル判定を設け、巡視結果をより明確にして、改善を促しやすくする取組みを始めました。巡視結果に基づき、口頭や改善通知書を発行して改善に努めています。

平成27年度労働安全衛生管理計画『スローガン：心身ともに健康に働くことのできる快適職場づくり 基本方針：健康意識を持つ（自分の事に気を配ると共に同僚にも気を配る） 目標：職員が自ら健康意識を持ち、定期健康診断を必ず受診できる』。平成27年度心の健康づくり計画書『スローガン：心身ともに健康に働くことのできる快適職場づくり 基本方針：人間関係・仕事のストレスを相談できる人をつくる 目標：新たな長期休業者を出さない』を基本に災害のない安全で健康で明るい職場づくりに取り組みました。

職員のこころの健康管理については、メンタル関係による長期休業者、及びその予備軍を出さない、早めの気づきと対応のため、昨年同様メンタルヘルスラインケア研修会、メンタルヘルスセルフケア研修会の開催を行いました。また、全職員にウェルリンク社のメンタルヘルス診断を実施しました。

また、超過勤務の続く職員に対しては、半年間で超過勤務の平均80時間を超える職員もしくはその期間一度でも100時間を越えた者については、産業医の面接を受けてもらうよう案内を行い、超過勤務の原因やこころの不調の有無について面談を行う機会を設けることができました。

さらに、職員自らの健康意識をより高めるために、平成26年度の定期健康診断にて要精査者になった職員について、受診状況確認を行い、健康診断後の追跡調査を行いました。平成27年度の特定健康診断は、受診率は95%であり、定期健康診断の受診率は97%でありました。

インフルエンザワクチン接種についても、例年と同様に職員希望者全員にワクチン接種をすることができました。

当委員会では、職場の安全、職員の健康に重点を置いて活動していきますので、引き続きご協力をお願い致します。

院内感染対策委員会

委員長・呼吸器内科 吉 田 敬

1. MRSA、耐性菌の報告

入院前と、入院後2日目までに感染しているものを持ち込みとし、入院3日目以降に検出されたものを新規としました。

MRSA	119例（新規71例、持ち込み48例）	昨年度より6例減少
ESBL産生菌	55例（新規19例、持ち込み36例）	昨年度より13例増加
MDRP	なし	昨年度より2例減少

昨年度より全体的に耐性菌の検出数が軽度増加しています。

M R S A と E S B L 産生菌は標準予防策と接触予防策での対策をとっています。

2. 院内環境検査

特に問題ありませんでした。

3. 肺結核

病棟での肺結核患者への濃厚接触者（患者，医療従事者）に対して，保健所と協議し対応を行いました。

4. I C T 活動について

院内の活動として，週1回のラウンドと抗菌薬の適正使用の検討を行いました。

院外の活動として，世羅中央病院，みつぎ総合病院，府中市民病院と年4回の検討会を行いました。

医療サービス改善委員会

委員長 原 潤 一

当委員会は、「病院機能評価機構」の推奨する院内組織形成に則り，平成16年夏から設置されています。

病院職員の接遇態度や，患者医療相談，患者・家族の意見，希望，苦情の受付とその検討，改善，さらに療養環境の整備など，診療以外の医療サービスに関して，病院職員が職種を問わず，常時の共通課題として認識し，組織的に検討する場となっております。医療サービスの改善策を検討し，提言することで，職員全員の医療サービスに対する責任感の養成，能力の開発，向上を図ることを目的としております。

当委員会は診療科，看護科，栄養科，薬剤科，臨床検査科，リハビリ科，放射線科，医療福祉センター，事務など，多岐にわたる病院各部署から選出された委員で構成されています。中には接遇研修を終え，接遇インストラクターの資格を有する委員も多数おります。

委員会開催も定期的には隔月開催とし，緊急審議を要する問題が生じた場合は，随時の委員会を開催することとしています。

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。

接遇研修については昨秋外部講師を招聘し，「接遇を通じた患者満足の上昇とクレーム対応について」と題する講演を頂き，接遇研修会を行いました。対応が大変困難な「クレーム」について，多数の参加者と共に深く学ぶことが出来た，有益な研修会でした。

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。

過去3年間は病院新築移転後に新規利用の患者対象の調査を行い，3年間平均での患者満足度は，外来患者で80%，入院患者で90%でした。初めて当院を利用された患者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。調査結果は院内広報誌「かけはし」に掲載し，利用者の目に触れるよう報告しています。

また患者満足度調査では，利用者の皆様から満足度の高い病院創りに対する貴重なご意見を頂いております。医療サービス改善の指針として，大いに活用しております。

最近，病院として，病院機能評価の審査を再度受ける方針であると知らされました。委員会の活動状況は当然審査の対象となっており，当委員会の現状が新バージョンの「病院機能評価機構」評

価事項に適合しているか否か、仔細には不明です。

新バージョンの評価では、以前にもまして、高度な委員会のあり方を要求されていると推測されますので、適合を得られるよう、当委員会の変革も必要かと考えています。

薬事委員会

(委員長 森山 浩之)

薬剤部長 堀 川 俊 二

薬事委員会の活動内容は医薬品の新規採用、採用中止の検討、副作用情報の共有等、医薬品に係る諸問題など多岐に渡ります。

メンバーは副院長、各科主任部長、薬剤師、看護師、事務部門で構成され、平成27年度は6回開催、18の新規医薬品、47の後発医薬品、66の限定使用医薬品が採用されました。

平成27年度の医薬品購入金額は約14億3千万円であり、前年度より約8千万円増加し、特に眼科用薬剤、新規抗がん剤、遺伝性代謝異常症用剤の増加が顕著でした。今年度から森山副院長が薬事委員委員長に就任されました。ご指導を受けながら病院の健全な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。

平成26年度からDPC/PDPSの「機能評価係数Ⅱ」に「後発医薬品指数」という評価が導入されました。次回の医療法改正に対応した積極的な後発医薬品の導入が求められます。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)

緩和ケア認定看護師 島 居 孝 恵

緩和ケア委員会は、緩和ケアの質の向上と普及を目的として、偶数月第3火曜日 午後16時30分から開催し、認定看護師を中心に検討内容を協議している。2014年度にはがん診療連携拠点病院の指定要件は整え、2015年度では指定要件の運用についてPDCAサイクルを検討した。

【27年度の検討課題と結果】

- ① タベンタドールの導入
- ② 緩和ケア医師研修会の開催：
2015年9月12-13日開催、参加人数 院内12名、院外3名参加
- ③ オピオイド導入パスの評価：結語
第20回 日本緩和医療学会（横浜）にて 小田原委員が発表
- ④ オピオイド投与に関する同意書について：同意書が不要と判断し廃止した。
- ⑤ オピオイド投与の指示について：
病棟や診療科により違いがあることが判明したため、統一指示となるように検討した。
- ⑥ オキシコンチン分3投与について：
症例により主治医・チームによる判断で処方可とした。
- ⑦ がん診療支援チーム紹介のフローチャートについて：
看護師からの紹介で病棟カンファレンスの開催を省くように改定した。
- ⑧ がん診療支援チーム介入患者の入院連絡について：

入院時連絡を徹底するように看護科に依頼した。

⑨ 看護師の IC に同席について：

同席の状況把握を行い、同席できない理由はマンパワー不足によるものであり、有効な解決手段を見出せなかった。

⑩ 生活のしやすさに関する質問票について：質問票使用による患者紹介数の変化などについて第20回日本緩和医療学会（横浜）にて島居委員が発表した。また、質問票の運用に関するアンケート結果に基づいたリンクナース会を開催し問題点と解決方法を検討した。

⑪ 看護師に対する緩和ケア研修会開催について：今後の検討課題とした。

NST 運営委員会

（委員長 小野川靖二）

NST 専従 上 野 みなみ

平成27年度は主に以下の活動を行いました。

1. NST 回診

平成27年度は合計55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12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27年度は合計で297件の加算を取得しています。

3. 注入開始食

平成28年3月1日より、プレババイオ食を廃止し、注入開始食を新設しました。プレババイオ食は1食あたり36kcalであり、より栄養補給量を充実させるべきだと考えたため廃止しました。注入開始食は GFO 1包 + 白湯50ml + アルジネードウォーター 1本であり、1食あたり140kcalの栄養補給ができます。使用時期としては、静脈栄養から経腸栄養への移行時期や、長期絶食の患者に濃厚流動食を開始する時等です。使用目的としては①経腸からの栄養補給（炭水化物補給）②胃粘膜や腸管萎縮に伴う消化吸収傷害の予防③腸管のホルモンやペプチドの分泌障害、腸管の局所免疫障害の予防。腸管由来のリンパ球の増加です。

注入開始食の新設に伴い、以前より使用しているプロトコールについても見直しました。「GFO + 白湯」の部分を「GFO + 白湯 + アルジネードウォーター」に変更しました。

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27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27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。

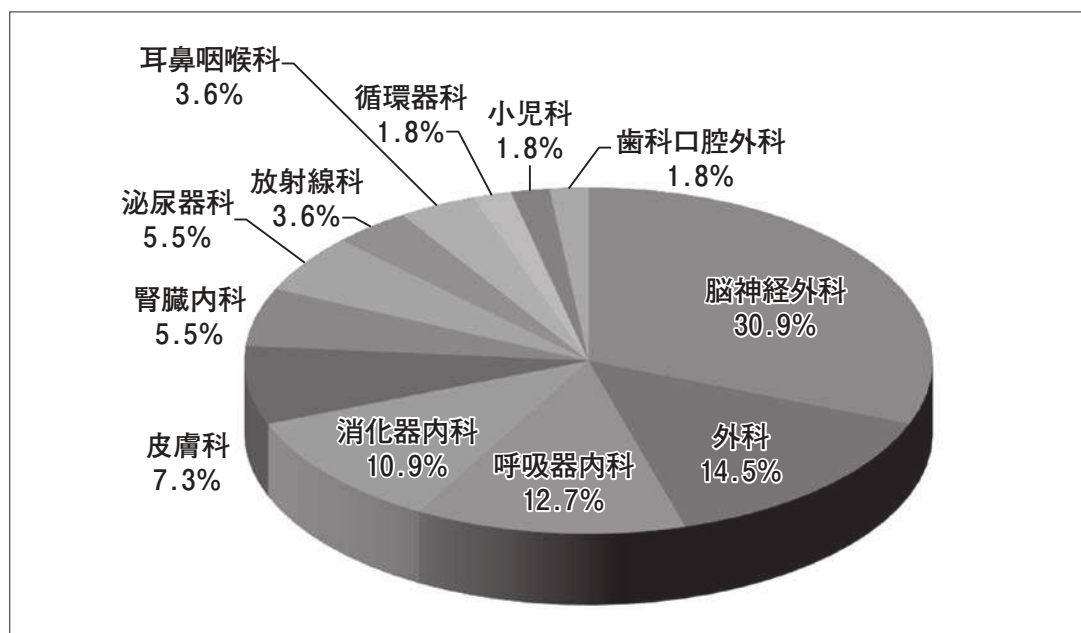
6. 学会・研究会活動

平成27年9月26日～27日に第23回 NST を本音で語る会秋季合宿が開催され、当番病院として当院 NST 運営委員会は企画・運営を行ないました。また、その会の中で当院より症例検討とワークショップ2題を発表しています。

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きたいと思います。

平成27年度 NST 介入 診療科別割合

診療科	脳神経外科	外科	呼吸器内科	消化器内科	皮膚科	腎臓内科	泌尿器科	放射線科	耳鼻咽喉科	循環器科	小児科	歯科口腔外科	合計
人数(人)	17	8	7	6	4	3	3	2	2	1	1	1	55
割合(%)	30.9	14.5	12.7	10.9	7.3	5.5	5.5	3.6	3.6	1.8	1.8	1.8	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

昨年度は度重なる構成メンバーの異動や地域救命救急センターの立ち上げに伴い、委員会としての十分な活動は行えていませんでした。しかし、今年度から救命救急センターの役割の一つである脳死下での臓器提供施設として、これに対応しうる体制構築やマニュアル作成を進めていく必要があります。これまで当院は、近隣施設と同様に心停止下での臓器提供しか認められておらず、その上そうした症例もほとんど経験したことのない状況でした。しかし、救命救急センターの認可を受けたことで、5類系（脳死下での臓器提供可能施設としての基準）を満たすこととなり、臓器提供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、本委員会でも現在急ピッチで整備を進めており、今年秋にはシミュレーション実施予定までこぎつけています。当面の課題としては、これらの無事にこなしながら、症例発生時に備えていくこととなりますが、これと並行して院内のスタッフへも教育・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、本文中に貼り付けしないで、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膀胱癌の一家系例. 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 infarction. N Engl J Med 328: 673-679, 1993.

・著者（単行本）は

著者（編集者）名：書名、版数、所在地、発行所、引用頁、西年暦とする。

例] 1) 呉 建, 沖中重雄: 自律神経系総論. 6 版, 東京, 金原出版, 355-393, 1965.

2) Scher AM: Physiology and Biophysics. 19th Ed, Philadelphia, Saunders, 365-599, 1965.

・単行本にある論文の引用については

例] 1) 鳥飼龍生: 甲状腺機能低下症. 甲状腺叢書第 2 巻 甲状腺の臨床. 久保政次ほか編, 東京, 協同医書出版社, 82-103, 1957.

2) Furth J, Lorens E: Carcinogenesis by ionizing radiations. In Radiation Biology, ed by Hollaender A, New York, McGraw-Hill, Vol 1, pt 2, 1145-1201, 1954.

註) 1. 著者名は姓名の順とする。

2. 著者名は 2 名まで記載し、3 人目以降は省略して“ら”または“et al”とする。

3. コンマ、ピリオドに十分注意すること。

8. 「論文発表」に関しては, 著者名, 標題, 雑誌名をそれぞれ改行して記載する。著者名は全ての姓名を記載

本院在籍者以外の者には () を付ける。雑誌名は, 雑誌名 巻: 頁-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

今年もあとわずかとなり、医報の編集後記を書く時期となりました。皆さんにとって、2016年はどういう一年だったのでしょうか。今年は何と言っても、広島カープ25年ぶりのセリーグ優勝が挙げられます。新井選手の2000本安打や黒田投手の200勝も花を添えました。日本一になれなかったのは少し残念でしたが、楽しみは来年まで取って置きましょう。

さて今年は特別講演から4題を投稿していただきました。尾道市民病院副院長 中井肇先生からは肝細胞癌の外科治療について、わかりやすくご講演いただきました。広島大学大学院医歯薬保健研究院応用生命科学部門救急集中治療医学教授 志馬伸朗先生からは最新の感染対策についてご講演いただきました。訪問看護ステーションほんわか 岡田祥子さんからは訪問看護の現状と在宅復帰にむけた課題についてご講演いただきました。北里大学北里研究所病院循環器内科教授 猪又孝元先生からは包括的心不全治療についてご講演いただきました。

次にカンファレンスからは杉田病院長、阪口先生、松本先生、宇根先生、石井先生、富山さんから6題の発表をいただきました。CPC からは船石先生、別木先生から2題の発表をいただきました。CPC の論文については原稿を依頼しても、指導医も研修医も転勤となったため、論文発表ができない状態となっている事態が発生しています。指導医の先生方はそのあたりも踏まえたご指導をお願い致します。

最後になりましたが、発表していただいた皆さんにはこの場を借りてお礼を申し上げます。

【編集委員会】

委員長：	平野 巨通	消化器内科部長
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	医療福祉支援センター科長
	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	事務次長・総務課長
	川上 多聞	情報企画課長・医事課長
	佐藤 祐輔	総務課
	竹内 礼子	総務課（医局担当）

持続性選択的DPP-4阻害剤/経口糖尿病用剤

マリゼブ[®]錠

12.5mg
25mg

オマリグリプチン錠

MARIZEV[®] Tablets

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については、
製品添付文書をご参照ください。

【MSDカスタマーサポートセンター】

医療関係者の方：フリーダイヤル 0120-024-961

<受付時間> 9:00～17:30（土日祝日・当社休日を除く）



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/>

2016年5月作成

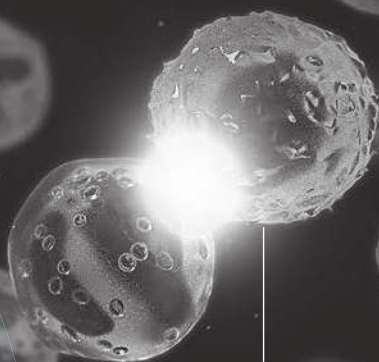
MRZ16AD049-0421

What science can do



喘息治療のための バイオ医薬品

白血球の一種である好酸球は、喘息患者さんの
気道に侵入し炎症を引き起こすことが知られて
います。アストラゼネカは、好酸球の表面に結合し、
ナチュラルキラー細胞を動員し、好酸球を血液
循環から排除するバイオ医薬品の開発に取り
組んでいます。



アポトーシス前の好酸球

バイオ医薬品により動員された
ナチュラルキラー細胞

アストラゼネカ株式会社

〒530-0011 大阪市北区大深町3番1号 グランフロント大阪タワーB
www.astrazeneca.co.jp/

シオノギ製薬

シオノギには
SONGがあります。

歌には、人を癒すチカラがあります。
くすりも歌のように、人を励まし、勇気づけ、
笑顔にするチカラがあります。

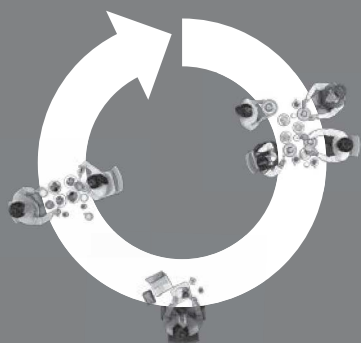
私たちは、くすりを通して
世界中の人々の健康に奉仕できるよう、
代謝性疾患・感染症・疼痛などの疾患領域を中心に、
研究開発から製品情報の提供まで、
日々努力を続けています。

すべての人々の
クオリティ・オブ・ライフの向上をめざして。
SONG for you! シオノギです。

S-O-N-G
for you!



2011.3.8.2



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 (テネリグリブ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)



SGLT2阻害剤—2型糖尿病治療剤—薬価基準収載

カナグル錠 100mg

CANAGLU® Tablets 100mg (カナグリフロジン水和物錠)

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。

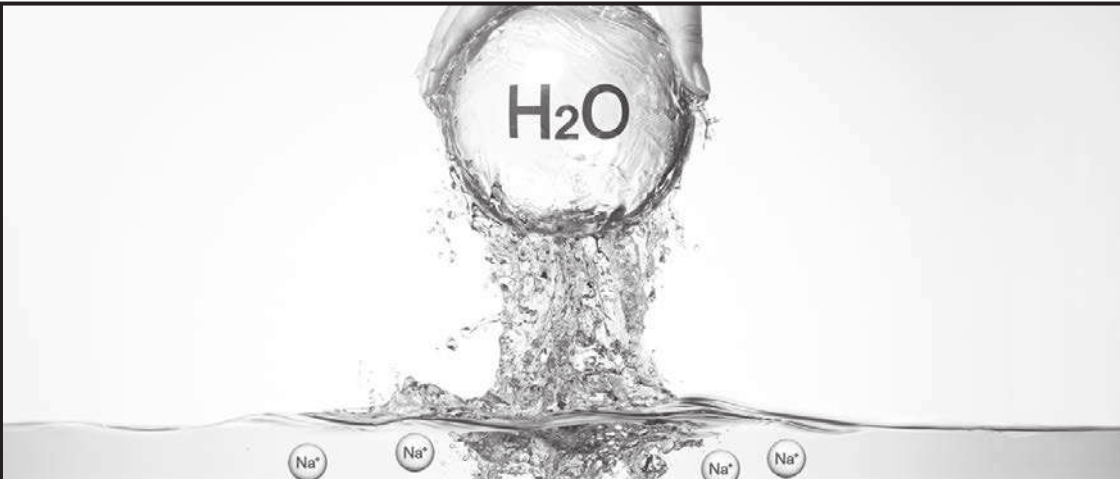


資料請求先
田辺三菱製薬株式会社
大阪市中央区道修町3-2-10



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10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® サムスカ錠 7.5mg
(tolvaptan) 15mg

Samsca tablets トルバプタン錠

* 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は、添付文書をご参照ください。

製造販売元 **大塚製薬株式会社**
Otsuka 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—医師等の処方箋により使用すること

製造販売元（資料請求先） **第一三共株式会社**
Daiichi-Sankyo 東京都中央区日本橋本町3-5-1

※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。

2015年4月作成



短時間作用型 β_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

注射用ランジオール塩酸塩

ONOACT[®]

注) 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、
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

まだないくすりを
創るしごと。

世界には、まだ治せない病気があります。

世界には、まだ治せない病気とたたかう人たちがいます。

明日を変える一錠を創る。

アステラスの、しごとです。



www.astellas.com/jp/

明日は変えられる。

 **astellas**
Leading Light for Life
アステラス製薬



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。その一つひとつに添えていくことが、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。

武田薬品工業株式会社

抗悪性腫瘍剤 剤型：錠・カプセル・注射液
ランダ IN **ランダ**錠 10mg/20mg
 Randa IN 錠 25mg/50mg
 カルボプラチン製剤

抗悪性腫瘍剤 剤型：錠・カプセル・注射液
動注用アイエーコールド 50mg・100mg
 シスプラチン製剤

抗悪性腫瘍剤 剤型：錠・カプセル・注射液
カルセド注射液 20mg・50mg
 注射用メルカプトリン塩酸塩

抗悪性腫瘍剤 剤型：注射液
ビルビリン注射液 10mg・20mg
 ビルビリン塩酸塩

抗悪性腫瘍剤 剤型：錠・カプセル・注射液
ラストレット Sカプセル 25mg・50mg
 エピドキシロン製剤

抗悪性腫瘍剤 剤型：錠・カプセル・注射液
ラストレット錠 100mg/5mL
 エピドキシロン製剤

抗悪性腫瘍剤 剤型：錠・カプセル・注射液
アブレオ注射液 5mg・15mg
 アスナブチン塩酸塩

抗悪性腫瘍剤 剤型：錠・カプセル・注射液
オダイン錠 125mg
 エキセメスタン製剤

抗悪性腫瘍剤 剤型：錠・カプセル・注射液
フェアストン錠 40-60
 エピドキシロン塩酸塩

抗悪性腫瘍剤 剤型：錠・カプセル・注射液
ヘスタチンカプセル 10mg・30mg
 日本薬研方 ケンニシメタカシロ

抗悪性腫瘍剤 剤型：錠・カプセル・注射液
バクソタキセル注 30mg/5mL
 バクソタキセル製剤

抗悪性腫瘍剤 剤型：錠・カプセル・注射液
カルボプラチン点滴静注液 50mg・150mg・450mg [NK]
 日本薬研方 カルボプラチン注射液

その他のお薬の併用剤・抗悪性腫瘍剤 剤型：錠・カプセル・注射液
イムノラダー 勝注用 80mg・40mg
 錠剤の改良剤（併用剤）（特許未定）（生体活性成分由来）

抗悪性腫瘍剤 剤型：錠・カプセル・注射液
イリリナチカン塩酸塩 点滴静注液 40mg [NK]
 イリリナチカン塩酸塩水和物点滴静注液

抗悪性腫瘍剤 剤型：錠・カプセル・注射液
エヒルビリン塩酸塩 注射液 10mg・50mg [NK]
 注射用エヒルビリン塩酸塩
エヒルビリン塩酸塩 注射液 10mg・50mg
 エヒルビリン塩酸塩注射液

抗悪性腫瘍剤 剤型：錠・カプセル・注射液
ドキシルビリン 塩酸塩注射液 10mg・50mg [NK]
 日本薬研方 注射用ドキシルビリン塩酸塩

シキカルボロド 高抗悪性腫瘍剤 剤型：注射液
ロゼウス 静注液 10mg・40mg
 シキカルボロド製剤

アロケラセ錠（併用剤）（特許未定）
エキセメスタン錠 25mg [NK]
 エキセメスタン錠

アロケラセ錠（併用剤）（特許未定）
アナストロール錠 1mg [NK]
 アナストロール錠

抗悪性腫瘍剤 剤型：錠・カプセル・注射液
イマチニブ錠 100mg [NK]
 イマチニブメシル酸塩錠

タキソド系抗悪性腫瘍剤 剤型：注射液
ドセタキセル点滴静注液 20mg/1mL [NK]
 ドセタキセル注射液

タキソド系抗悪性腫瘍剤 剤型：注射液
ドセタキセル点滴静注液 20mg/1mL [ニプロ]
 ドセタキセル注射液

抗悪性腫瘍剤 剤型：錠・カプセル・注射液
オキザリプラチン点滴静注液 50mg・100mg・200mg [NK]
 オキザリプラチン注射液

アロケラセ錠（併用剤）（特許未定）
レトロゾール錠 2.5mg [NK]
 レトロゾール錠

抗悪性腫瘍剤 剤型：錠・カプセル・注射液
ビカルタミド錠 80mg [NK]
 ビカルタミド錠

抗悪性腫瘍剤 剤型：錠・カプセル・注射液
ビカルタミド OD錠 80mg [NK]
 ビカルタミド OD錠

代償性抗悪性腫瘍剤 剤型：錠・カプセル・注射液
ゲムシタピン点滴静注液 200mg・1g [NK]
 点滴静注液（ゲムシタピン）塩酸塩

ゲムシタピン点滴静注液 200mg/5mL [NK]
 ゲムシタピン塩酸塩注射液

代償性抗悪性腫瘍剤 剤型：錠・カプセル・注射液
エヌケ・エスワフ、配合カプセル T20・T25
 テガフル・キメタシル・オダラシカラム配合カプセル剤

エヌケ・エスワフ、配合顆粒 T20・T25
 テガフル・キメタシル・オダラシカラム配合顆粒剤

エヌケ・エスワフ、配合 OD錠 T20・T25
 テガフル・キメタシル・オダラシカラム配合 OD錠（口内投与剤）

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 医療従事者向け情報サイト
<https://minipponkayaku.co.jp>

*注意：医師等の処方箋により使用すること

NK

Speciality, Biosimilar & Generic plus IVR

※警告、禁忌、効能・効果、用法・用量、使用上の注意などは、製品添付文書を参照ください。

2016年12月の 主な追補収載予定品のご案内

発売準備中

トーワのジェネリック

薬価基準未収載

ロイコトリエン受容体拮抗薬 アレルギー性鼻炎治療薬

モンテルカスト錠

5mg/10mg「トーワ」

日本薬局方 モンテルカストナトリウム錠
 先発・代表薬剤：キプレス錠、シングレア錠



薬価基準未収載

選択的AT₂受容体ブロッカー／利尿薬合剤 処方箋医薬品^(注)

バルヒディオ® 配合錠

MD/EX「トーワ」

バルサルタン／ヒドロクロロチアジド配合錠
 先発・代表薬剤：コディオ配合錠



薬価基準未収載

骨粗鬆症治療剤 処方箋医薬品^(注)

ラロキシフェン塩酸塩錠

60mg「トーワ」

ラロキシフェン塩酸塩錠
 先発・代表薬剤：エビスタ錠



薬価基準未収載

前立腺癌治療剤 劇薬、処方箋医薬品^(注)

ビカルタミドOD錠

80mg「トーワ」

ビカルタミド口腔内崩壊錠
 先発・代表薬剤：カソデックスOD錠



※注）注意—医師等の処方箋により使用すること

錠剤：90%縮小 PTP：45%縮小 ※画像はイメージです

※効能・効果、用法・用量、禁忌を含む使用上の注意等については、製品添付文書をご参照ください。

製造販売元

東和薬品株式会社

●資料請求・お問い合わせ先

学術部 DIセンター

24時間受付対応

トーワ クスリニ

 0120-108-932 FAX 06-6908-5797

2016年9月作成



安心と信頼の医療を、これからもサポートします。
 コニカミノルタのジェネリック医薬品です。

MRI用造影剤

処方せん医薬品^(注)

(ガドペンテト酸シメグルミン注射液) MEGLUMINE GADOPENTETATE intravenous solution syringe

薬価基準収載

ガドペンテト酸メグルミン静注液37.14%シリンジ5mL[F]
 ガドペンテト酸メグルミン静注液37.14%シリンジ10mL[F]
 ガドペンテト酸メグルミン静注液37.14%シリンジ13mL[F]

ガドペンテト酸メグルミン静注液37.14%シリンジ15mL[F]
 ガドペンテト酸メグルミン静注液37.14%シリンジ20mL[F]

※注）注意—医師等の処方せんにより使用すること

非イオン性造影剤

処方箋医薬品^(注)

非イオン性造影剤

イオパーク® 注

IOPAQUE® Inj.

薬価基準収載

(日本薬局方 イオヘキソール注射液)

イオパーク®300注 50mL (尿路・血管用)
 イオパーク®300注 100mL (尿路・血管用)
 イオパーク®300注 150mL (血管用)
 イオパーク®350注 50mL (尿路・血管用)
 イオパーク®350注 100mL (血管用)

(イオヘキソール注射液)

イオパーク®300注 20mL (尿路・血管用)
 イオパーク®350注 20mL (尿路・血管用)
 イオパーク®300注 10mL (骨髄用)

(日本薬局方 イオヘキソール注射液)

イオパーク®240注 シリンジ 100mL (尿路・CT用)
 イオパーク®300注 シリンジ 50mL (尿路・CT用)
 イオパーク®300注 シリンジ 80mL (尿路・CT用)
 イオパーク®300注 シリンジ 100mL (尿路・CT用)
 イオパーク®300注 シリンジ 110mL (CT用)
 イオパーク®300注 シリンジ 125mL (CT用)
 イオパーク®300注 シリンジ 150mL (CT用)
 イオパーク®350注 シリンジ 70mL (CT用)
 イオパーク®350注 シリンジ 100mL (CT用)

処方箋医薬品^(注)

非イオン性尿路・血管造影剤

オイパロミン® 注

OYPALOMIN® Inj.

薬価基準収載

(日本薬局方 イオパミドール注射液)

オイパロミン® 150注 50mL
 オイパロミン® 150注 200mL
 オイパロミン® 300注 20mL
 オイパロミン® 300注 50mL
 オイパロミン® 300注 100mL
 オイパロミン® 300注 20mL
 オイパロミン® 370注 50mL
 オイパロミン® 370注 100mL

(日本薬局方 イオパミドール注射液)

オイパロミン® 300注 シリンジ 50mL
 オイパロミン® 300注 シリンジ 80mL
 オイパロミン® 300注 シリンジ 100mL
 オイパロミン® 300注 シリンジ 150mL
 オイパロミン® 370注 シリンジ 50mL
 オイパロミン® 370注 シリンジ 65mL
 オイパロミン® 370注 シリンジ 80mL
 オイパロミン® 370注 シリンジ 100mL

※注）注意—医師等の処方箋により使用すること

コニカミノルタ ジャパン株式会社

ホームページアドレス <http://www.konicaminolta.jp / healthcare>

販売元 **コニカミノルタ株式会社**

191-8511 東京都日野市さくら町1番地 TEL(042)589-8147(代)

製造販売元 **富士製薬工業株式会社**

939-3515 富山県富山市水橋辻ヶ堂1515番地

効能・効果、用法・用量及び警告、禁忌、原則禁忌を含む使用上の注意等については添付文書をご覧ください。



■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。

経口FXa阻害剤

処方箋医薬品[※] 薬価基準収載

エリキュース[®] 錠 2.5mg
5mg

Eliquis. (アピキサiban錠)
epixdapi0205

(注) 注意—医師等の処方箋により使用すること

製造販売元 プリストル・マイヤーズ スクイブ株式会社
〒163-1328 東京都新宿区西新宿6-5-1
資料請求先: メディカル情報部 TEL.0120-093-507

販売元 ファイザー株式会社
〒151-8589 東京都渋谷区代々木3-22-7
資料請求先: 製品情報センター

2016年4月作成
EQ/16-03/0926/18-02/ELQ72F006C

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JA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。

JA 尾道総合病院