

厚生連 尾道総合病院医報

第 29 号

目 次

巻 頭 言	田 妻 進.....	1
特別講演		
認知症の基礎 —急性期病院スタッフが知っておくべきこと—	加 納 俊 彦.....	3
原 著		
当院へ救急搬送された初回熱性けいれん症例330例の検討	木原 裕貴ほか.....	9
症例報告		
外傷により圧可変式シャントバルブ破損をきたした1小児例	磯部 尚幸ほか.....	13
膀胱小細胞癌の2例	中野 芳紀ほか.....	17
出生時に開窓を施行し、再発を生じた巨大な甲状舌管嚢胞の一例	伊藤 翼ほか.....	23
鼠径ヘルニア根治術に用いられたメッシュが原因となって形成された膀胱結石の1例	角西 雄一ほか.....	27
カンファレンス		
当院における肺癌外科治療の現状	山木 実ほか.....	33
『がん薬物療法専門医』として ～市中病院における役割～ 肺がん診療における最新のエビデンス	鈴 木 朋 子.....	37

(次頁つづく)

目 次 (つづき)

CPC

腹部巨大腫瘍の治療中に急変をきたした一例	田辺 裕雅ほか	43
劇的な経過を辿った壊死型虚血性大腸炎の1例	田所 和樹ほか	51
大動脈腸管瘻による消化管出血後に急変をきたした一例	榊原 俊哉ほか	59

看護研究

急性期病院における看護補助者の患者搬送技術の習得に向けて

—搬送条件統一化と患者体験の有効性—	田中千枝子ほか	65
--------------------------	---------	----

著 書		71
論文発表		72
学会発表		80
院内カンファレンス		111
院内主要行事		112
職場だより		115
委員会報告		138
「厚生連尾道総合病院医報」投稿規定		151
編集後記		153

JA 広島厚生連尾道総合病院のポテンシャル

JA 広島厚生連尾道総合病院 病院長 田 妻 進

JA 広島厚生連尾道総合病院が定期発刊する医報の巻頭言の執筆を依頼され、改めて2019年4月の病院長就任以降の7か月あまりを振り返りながら、当院のもつポテンシャルに思いを馳せる。

2019年は新天皇ご即位により年号が令和と改められ、人心一新の空気感と祝賀ムードの高まりに国全体が包まれた。改元直後の5月には国家的慶事に係る長期間の国民祝日を経験した。その期間は様々な事前対策により医療機関を含めて目立った混乱もなく慶事に関わる予定行事は順調に進んだが、秋以降は相次ぐ自然災害により予定された慶事は一部変更を余儀なくされる事態となり、改めてグローバルな環境保全への取り組みの必要性がクローズアップされた。国境を越えた危機感の共有と地球温暖化対策に向けた行動が令和時代に求められることを痛感したところである。

さて、当院を取り巻く環境も予断を許さない。地域医療における医師不足とそれに伴う医療体制維持への危機感が次第に増している。特に救急医療や緊急手術において影響が際立っている。従来、尾三を含む県東部で営まれてきた医療について、その“環境保全”に向けた取り組みは必ずしも明確な舵取り役を有さず、関係する各医療機関の献身に委ねられているのが実情である。その結果、当該地域での当院の担う役割は質的にも量的にも目に見えて増幅しており、共存するリスクを含めた迅速かつ的確な対策が求められている。それらを踏まえて、当院は自らが掲げる理念、「良質で安全な医療提供」の堅実な遂行に向けて注力するために、ガバナンス強化に舵を切り、7月に統括副院長を配置、10月には診療部長を4名増員して6名体制で病院の機能強化と構造改革を推し進めている。

国レベルでも地域医療構想という変革に向けた嵐が吹き荒れている。既存の医療施設を『高度急性期』、『急性期』、『慢性期』という括りでグループ化して医療体制の効率的運用を目指す政策が業界を震撼させた。人口問題、高齢化社会、医療費膨張という深刻な財務課題を背景に医療行政を考えると、その戦略自体は理解できるとはいえ、実際の施設間機能分化と連携・補完は容易ではなく、今日まで複合的な役割を担いながら地域医療を支えてきた医療機関において安易(?)な“仕分け”に激しい反発を招く結果となった。本来の志向性では、“競争ではなく連携”、“物理的な効率性ではなく全人的な補完体制”を目指すべき地域医療構想において、当院が担うべき役割が問われている。その見地に立って、誠実、堅実かつ着実に役割を遂行していくためにも、前述の新たな幹部体制が機能することを期待している。

尾道地域は2019年初頭のニューヨークタイムズ誌「2019年に行くべき52か所」に日本から唯一選ばれた【しまなみ海道】の影響もあって知名度が高まり、国内外からの来訪者が増加しつつある。加えて、尾道港開港850年記念イベントがその歴史的重要性を魅力的に発掘して地域活性化を後押ししている。2020年はOlympic yearである。インバウンドが大挙して訪れることも想定して、様々な形で当該地域における社会貢献に注力したいものである。

JA 広島厚生連尾道総合病院のポテンシャルが多くの方から期待されていることに誇りを感じつつ、その責任の重さに緊張している毎日である。

— 特別講演 —

認知症の基礎

—急性期病院スタッフが知っておくべきこと—

加 納 俊 彦

(はじめに)

我々開業医が日頃扱う認知症患者に対する対応の仕方と急性期病院での認知症患者の対応の仕方は自ずと違いがあり、急性期病院スタッフが必要としている知識は、主に周辺症状(BPSD)に対する対応の仕方と考える。しかし、周辺症状への対応の仕方はむしろ開業医の弱点なところである。よってこれらの対応の仕方は専門家に任ずとして、この講では認知症という疾患を理解してもらうための基礎について述べたいと思う。

(認知症高齢者の現状)

平成22年における65歳以上の高齢者人口は2,874万人で、そのうち介護保険制度を利用している認知症高齢者は約280万人で、日常生活自立度Ⅰ又は要介護認定を受けていない人が約160万人、MCIの人(正常と認知症の間の人)が約380万人と言われている。しかし、このMCIの人がすべて将来認知症になるのではなく、一部の人が認知症になると言われている(図1)¹⁾。よって、このMCIの人達の中から認知症の人を早期診断し、早期対応していくことが重要と言われている。

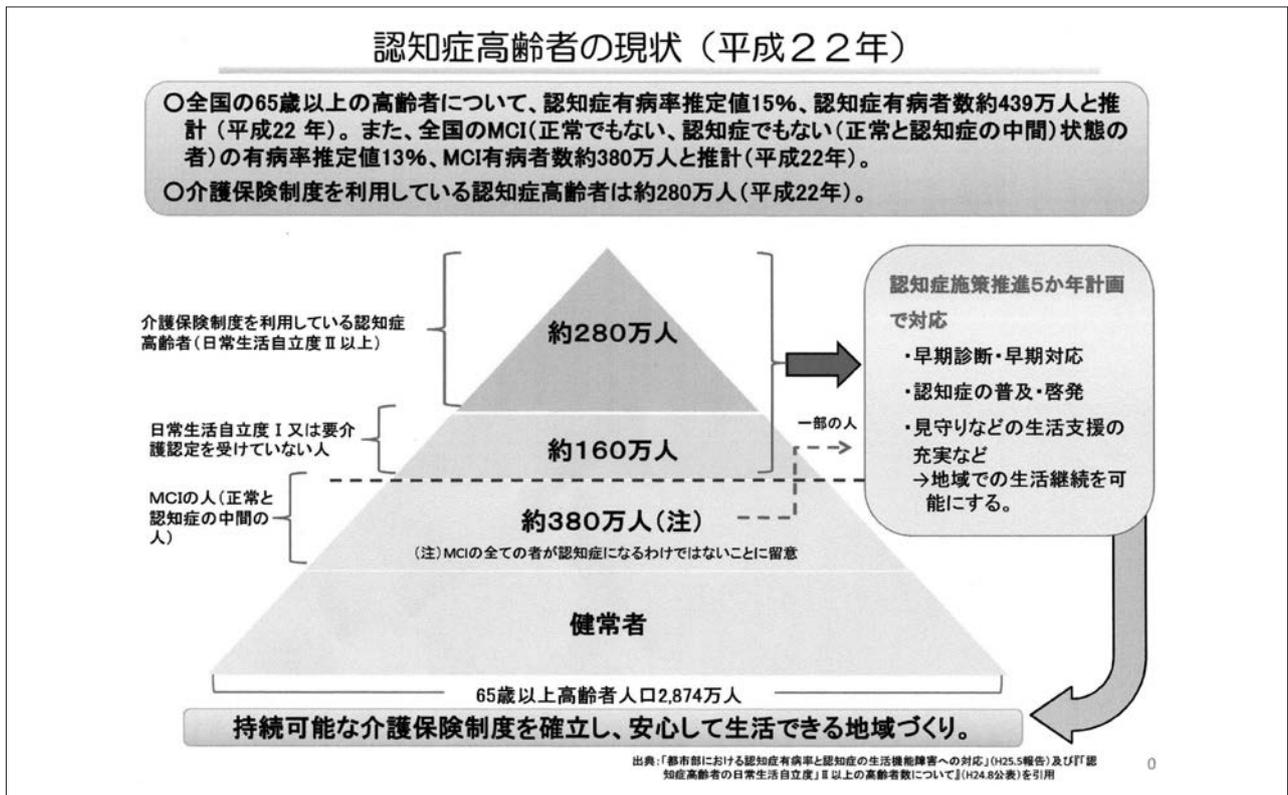


図1

(認知症の定義)

認知症とは、一度正常に達した認知機能が後天的な脳の障害によって持続性に低下し、日常生活や社会生活に支障をきたすようになった状態と言われ、それが意識障害のないときに見られる²⁾。よって、物忘れがあっても日常生活に支障がなければ認知症とは言わない。

(せん妄と認知症の違い)

急性期病院では、せん妄に遭遇する事が多いと思われる。せん妄の場合は、発症は急激で、初発症状は錯覚、幻覚、妄想、興奮で始まり、夜間や夕刻に現れることが多い。持続も数日から数週間で治まる。身体疾患を合併している事が多く、薬剤の関与もしばしばある。環境の変化も関与することが多い。

一方認知症は、発症は緩徐で初発症状は物忘れから始まる。日内変動に乏しく、永続的である。身体疾患は時にあるが、健康なことが多い。薬剤の関与や環境の関与はない。

しかし、認知症患者がせん妄を起こすことが多いため、一度の診察で厳密に両者を鑑別する事は困難である³⁾。

(原因別認知症の割合)

認知症を来す疾患はたくさんあるが、アルツハイマー型認知症が一番多い。アルツハイマー型認知症とは、典型的なアルツハイマー病とアルツハイマー病に脳血管障害が合併したものを合わせた総称である。これが全認知症の約6割を占める。アルツハイマー型認知症について多いのが、脳血管性認知症とレビー小体型認知症である。この3疾患で約9割を占める。

(認知症の症状)

認知症の症状は、大きく分けて中核症状と周辺症状がある。中核症状は認知機能障害で、記憶障害に加えて、実行機能障害、失行、失語、失認、見当識障害、注意障害、人格変化、計算力障害がある。記憶障害は症状の進行の過程で必ず見られるもので、その他は必ずしもすべて見られるものではない。

周辺症状 (BPSD) は、これも大きく分けて活動性亢進と活動性低下が見られる。活動性亢進は、暴力、暴言、興奮、徘徊、帰宅願望、介護拒否、妄想、幻覚、せん妄がある。活動性低下には、自発性低下、発語減少、尿・便失禁、うつ状態、不安、睡眠障害等がある。介護の面から見ると、活動性亢進が問題となることが多い。活動性低下は、急性期病院においてはリハビリに支障を来すことが多い。

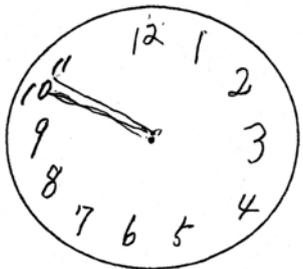
(老化による物忘れと認知症の物忘れの違い)

老化による物忘れは、体験の一部を忘れ、ヒントを与えられると思い出せる。時間や場所の見当がつき、日常生活に支障はない。物忘れの自覚がある。一方、認知症の物忘れは体験全体を忘れ、新しい出来事を記憶出来なく、ヒントを与えられても思い出せない。時間や場所の見当がつかない。日常生活に支障が出ているにも関わらず自覚がない。

(診断)

認知症の診断にはいくつか方法があるが、尾道市医師会では、アルツハイマー型認知症の早期診断のツールとして、時計描画テストを改良した尾道市医師会方式認知症早期診断を採用している⁴⁾。時計描画テストは、1989年、アメリカのボルフライン先生が初めて認知症の診断に応用したもので、時計の絵を上手に描けるか描けないかで認知症を診断する方法である⁵⁾。認知症の疑いのある患者に時計を描いてもらって、10時10分の針を描くよう指示すると、アルツハイマー型認知症の患者は特有の絵を描く。代表的なパターンが3つあり、その一つが10時50分現象である (図2)。これは、10時10分を描くよう指示しても、長針と短針が10を指す。つまり10時50分になっている。これは10という数字にとらわれて10時50分になってしまう現象である。2つ目は、デジタル表示で、針を描かずに数字で10時10分と表示する (図3)。3つ目は、放射線パターンで、放射状に針を多数描く現象で、時計の針が動いている事を表していると言われている (図4)。アルツハイマー型

CD (Clock drawing) Test



1. 円の中に時計の文字盤を描いてください。
2. 10時10分の針を描いてください。

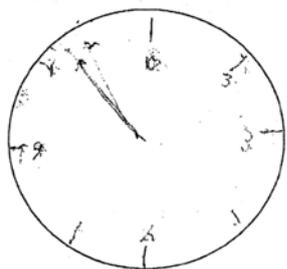
氏名 TN 年齢 29 歳 性別 男 女

実施期日 平成 17年 7月 29日 No. 12421

基礎疾患 アルツハイマー型痴呆

HDS-R 14点

CD (Clock drawing) Test



1. 円の中に時計の文字盤を描いてください。
2. 10時10分の針を描いてください。

氏名 K.T 年齢 82 歳 性別 男 女

実施期日 平成 17年 8月 10日 No. _____

基礎疾患 AD

HDS-R 14

図2 10時50分現象



1. 円の中に時計の文字盤を描いてください。
2. 10時10分の針を描いてください。

NAME: SM AGE: 81 SEX: F HDS-R: 22

DIS: 高血圧症, 高脂血症

COM: 自分の時計の文字盤(12,1,2...)と針が書けない。
服薬管理不足。同じことがよくある。



1. 円の中に時計の文字盤を描いてください。
2. 10時10分の針を描いてください。

17. 7. 19

T. S 女 80才

図3 デジタル表示

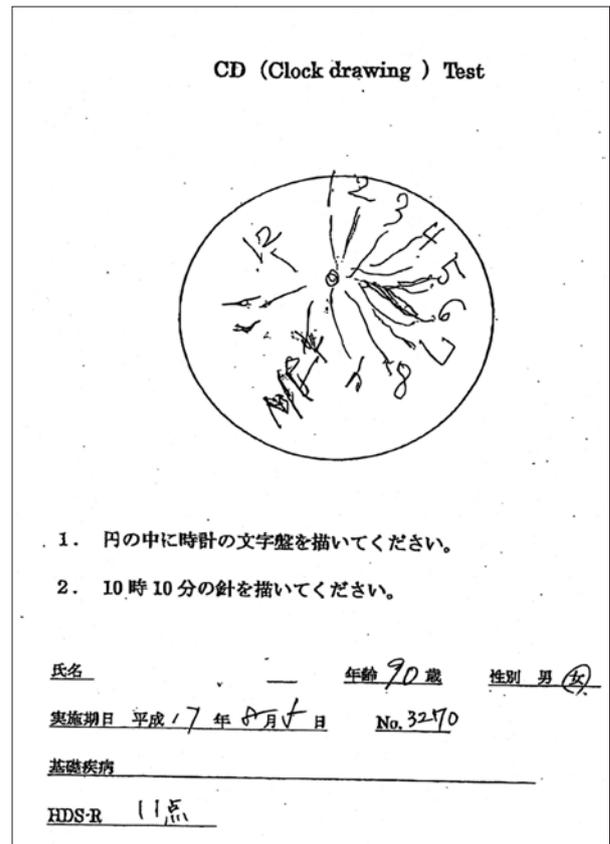
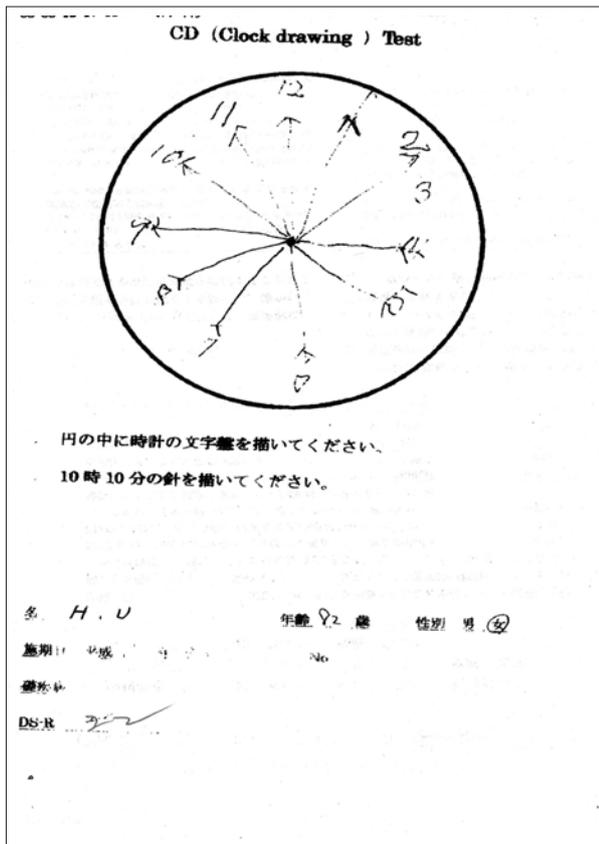


図4 放射パターン

認知症の患者では、軽度の患者は10時50分現象、中等度の患者はデジタル表示、高度の患者は放射線パターンを描く傾向が強い。

しかし、この時計描画テストはアルツハイマー型認知症の患者の診断には有効だが、他の原因で起こる認知症患者は正常に描けるので、診断につながらない。そのために他の検査、長谷川式簡易知能検査、MMSE、各種血液検査（甲状腺機能検査、肝機能検査、腎機能検査、ビタミンB1・B12）、頭部CTは初診の患者には必ず行わなければならない。

(治療)

現在、認知症に対する治療法は、中核症状に対する治療と、周辺症状に対する治療に分けられる。

中核症状に対する治療は、未だに根治的な治療法はなく、症状の進行を遅らせる薬による治療がある。医療保険で認められているのは、アルツハイマー型認知症とレビー小体型認知症である。他の原因で起こる認知症は、原疾患の治

療が行われる。一部の疾患には治療によって認知症が回復するものもある。

(中核症状改善薬) 6)

1. ドネペジル

陰性症状が強く、元気をつけたい時はドネペジルを処方する。初期から高度アルツハイマー型認知症に一貫して使える。

2. ガランタミン

ドネペジルに比べて興奮性が少ない。脳血管性認知症にも効果があると言われている。よって、元気のいいアルツハイマー病や脳血管障害を合併したアルツハイマー病に処方する。

3. リバスタグミン

唯一の貼り薬なので、服薬管理が容易なのが利点。自分で薬が飲めない患者あるいは拒否する患者、独居認知症患者に処方する。

4. メマンチン

メマンチンだけは他の3剤と作用機序が

異なるので、他の3剤と併用が認められている。介護上ストレスの多いBPSDに抑制効果がある。傾眠効果があり、夕食後に服用すると眠剤を減らす効果がある。

(周辺症状の治療薬) ⁶⁾

1. チアプリド

在宅生活が可能な程度の陽性症状に使う。25mg錠を1錠から初めて漸増して維持量を定める。最大6錠までに留める。

2. 抑肝散

興奮の強い、体幹バランスの悪いレビー小体型認知症、前頭側頭型認知症に使う。アルツハイマー型認知症にはあまり効かないが、中には良く効く場合があるので試してみる価値あり。

3. ハロペリドール

暴力はなくて、もっぱら妄想が強い患者に使う。

4. クエチアピンフマル酸

入院しそうな陽性症状の強い患者に使う。抑制効果が強いので微調節が必要。糖尿病には使えない。身体の傾斜を来たす。

5. エチゾラム

患者を落ち着かせるため、特に夕方症候群予防に午後3時頃に飲ませると良い。

6. リスペリドン

暴力に対して屯用で用いてもよい。暴力的で拒薬するときは1mgか2mgシロップを1日3回まで服用さす。パーキンソニズムの悪化は必須。常用は望ましくない。

(治療薬の問題点)

病態によって、用量を間違えると副作用ばかりが前面に出るため気をつける。時期と適正な用量を間違えなければ有効だが、薬を使いこなすにはある程度、知識と経験を要する。周辺症状の薬の中には認知症では保険適応外の薬があるため注意を要する。周辺症状の場合はできるだけ介護の工夫をして、薬による治療をできるだけ避けるようにすることが望ましい。

(予防)

認知症の原因によっては予防できるものではないものがある。予防できるものとしては、脳血管性認知症の場合、生活習慣病の改善が有効である。アルツハイマー型認知症の場合、糖尿病の改善が有効である。廃用型認知症の場合、若い頃から仕事一辺倒で、趣味がなく、生き甲斐もなく、交友も少なく、家庭も不和な人が定年後になる事が多いので、出来るだけ趣味を多くし、友達を多く持ち、家庭円満になるよう努力する必要がある。

(認知症患者への具体的な接し方)

いろいろな医療関係者や認知症患者を介護した家族の認知症患者への具体的な接し方の体験談をネットで公開しているので、参考に記載する。

認知症ちえのわ net <http://chienowa-net.com/>

日本医療研究開発機構 (AMED) の認知症研究開発事業の支援を受けて開設

参考文献

- 1) 厚生労働科学研究費補助金 (認知症対策総合研究事業) 「都市部における認知症有病率と認知症の生活機能障害への対応」平成23年度～平成24年度 総合研究報告書 研究代表者 朝日 隆
- 2) 認知症疾患治療ガイドライン2010
- 3) 長谷川典子 池田 学: 認知症とせん妄. 日老医誌 2014; 51: 422-427
- 4) 加納俊彦: 尾道市医師会方式認知症早期診断マニュアルの活用. 厚生連尾道総合病院報 第18号 2008年 13-18
- 5) Wolf-Klein GP, Silverstone FA, Levy AP, Brod MS: Screening for Alzheimer's disease by clock drawing. J Am Geriatr Soc 37(8):730-734, 1989
- 6) 河野和彦: 認知症薬物療法マニュアル コウノメソッド2008 Ver.2R メソッド会版

原 著
症 例 報 告
カ ン フ ァ レ ン ス
C P C
看 護 研 究

当院へ救急搬送された初回熱性けいれん症例330例の検討

木原 裕貴¹・玉浦 志保¹・本村 あい¹・岩瀧真一郎¹・橘高 祐子¹
 木村 俊介¹・高橋 志保¹・藤川 皓基¹・武内香菜子¹・村上未希子¹
 立石 裕一²・大野 綾香²・洲澤 彩香²・吉光 哲大³

緒 言

熱性けいれん（以下、FS）は主に生後6～60か月までの乳幼児に起こる。通常は38度以上の発熱に伴う発作性疾患（けいれん性、非けいれん性を含む）で、髄膜炎などの中枢神経感染症、代謝異常、その他の明らかな原因がみられないもので、てんかんの既往のあるものは除外される、と定義されている¹⁾。2015年に発表されたFS診療ガイドライン¹⁾では、来院時にFSが止まっている場合、ルーチンにジアゼパム座薬（以下、DZP）を投与する必要はないと明記されたが、同時にDZPの再発予防効果についても言及されている。ガイドライン発刊後、DZP非使用例は増加しているが、一方で同一発熱機会内の再発症例も一定数経験する。当院は広島県に3箇所ある小児救急拠点医療施設のうちの一つであり、基本的に救急車の要請は断ることなく診療を行っている。今回我々は、当院へ救急搬送された初回FS症例の臨床像を後方視的に解析し、来院時のDZPの投与が推奨される指標について検討した。

対 象 と 方 法

2013年から2017年までの5年間に初回FSのため救急搬送された330例（6～60か月）を対象とした。てんかんの既往のある症例は除外した。単純型と複雑型（焦点性発作、発作時間15分以上、複数回反復のうち一つ以上）に分類し、各種臨床因子（年齢、血液検査データ、けいれんの家族歴、発達障害の指摘、1歳未満か否か、発熱後1時間以内か否か、発症時体温が39度以

下か否か、抗ヒスタミン薬の内服、DZP使用、別の発熱機会でのFS発症）を比較検討した。血液検査は323例に行われていた。また、来院時けいれんが持続していた症例を除外した316例を対象に、同一発熱機会内の再発の有無で2群に分類し、前述の臨床因子について比較検討した。統計学的解析は、Rを用いて χ^2 乗検定、Mann-Whitney U検定を行い、 $p < 0.05$ を有意とした。なお、本研究は当院倫理委員会の承認を受けている。

結 果

FS診療ガイドラインが浸透した2017年はDZPの非投与例が大きく増加していた（図1）。全330例中、複雑型は73例、単純型は257例であった。複雑型FS症例は発達障害の指摘のある症例を有意に多く認めた（ $p = 0.046$ ）が、その他の臨床因子や血液検査のデータでは複雑型と単純型の間で有意差はみられなかった（表1）。来院時けいれんが持続していた症例を除外した316例において、同一発熱機会内での再発は21例（6.6%）でみられた（表2）。DZPの使用は同一発熱機会内での再発を有意に抑制していた（ $p = 0.0008$ ）。一方で、同一発熱機会内での再発例は別の発熱機会でのFS発症例を多く認めた（ $p = 0.022$ ）。

¹JA尾道総合病院 小児科

²広島大学病院 小児科

³安佐市民病院 小児科

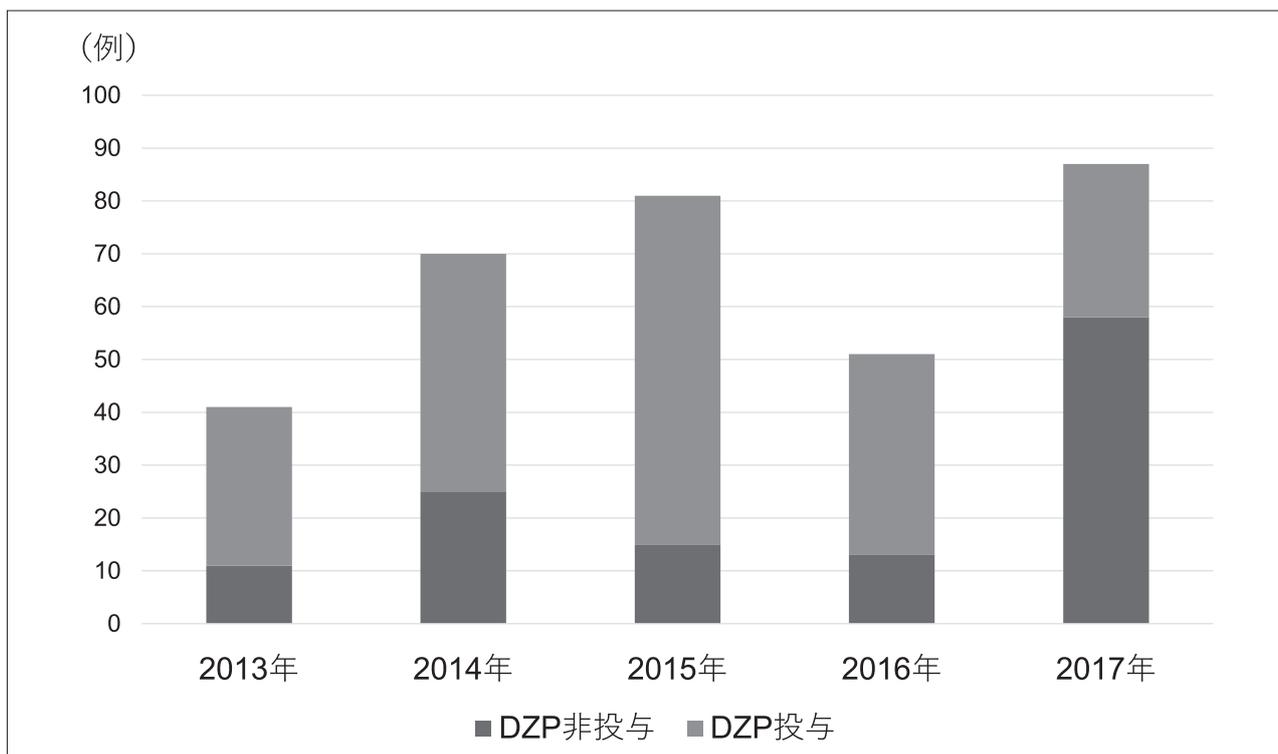


図1 2013年から2017年におけるFS時のDZP投与例の推移

表1 初回FS症例（てんかん既往なし）における複雑型と単純型の比較

	複雑型FS n=73	単純型FS n=257	p値
1歳未満	11	42	0.935
けいれん時39°C未満	25	68	0.247
DZP使用	39	169	0.0736
けいれんの家族歴	26	75	0.309
発達障害の指摘	6 (8.2%)	6 (2.3%)	0.0463
発熱後1時間以内か	15	37	0.275
抗ヒスタミン薬内服	8	31	0.839
別の発熱機会でのFS発症	12	24	0.132
男、女	40,33	141,116	1
	複雑型FS 中央値 (範囲)	単純型FS 中央値 (範囲)	p値
年齢	1.58 (0.58-2.5)	1.58 (0.50-2.16)	0.527
Na (mEq/l)	135 (127-140)	135 (127-141)	0.577
Cl (mEq/l)	103 (97-108)	103 (94-114)	0.757
CRP (mg/dl)	0.32 (0.02-6.46)	0.43 (0.02-10.49)	0.493
WBC (/μl)	12100 (2669-49400)	11380 (3000-27800)	0.722
Hb (g/dl)	12.3 (9.4-13.7)	12.2 (9.9-14.6)	0.998
好中球/リンパ球	3.27 (0.38-9.23)	3.08 (0.17-34.7)	0.769
RDW (%)	12.4 (10.4-16.8)	12.5 (10.4-25.6)	0.846
血糖 (mg/dl)	129 (81-401)	125 (86-282)	0.0721
Ca (mg/dl)	9.2 (8.3-10.5)	9.3 (8.2-10.4)	0.357

表2 初回FS症例(てんかん既往なし、来院時けいれんなし)における再発の有無での比較

	同一発熱機会内の再発あり n=21	同一発熱機会内の再発なし n=295	p値
1歳未満	2	48	0.611
けいれん時39°C未満	7	79	0.69
DZP使用	6 (29%)	198 (67%)	0.0008
けいれんの家族歴	5	90	0.997
発達障害の指摘	1	10	1
発熱後1時間以内か	5	42	0.41
抗ヒスタミン薬内服	1	36	0.447
別の発熱機会でのFS発症	6 (29%)	29 (10%)	0.022
男, 女	9.12	164.131	0.365
	同一発熱機会内の再発あり中央値 (範囲)	同一発熱機会内の再発なし中央値 (範囲)	p値
年齢	1.75 (0.58-4.5)	1.58 (0.5-5.0)	0.285
Na (mEq/l)	135 (129-140)	135 (127-141)	0.75
Cl (mEq/l)	103 (97-108)	103 (94-114)	0.508
CRP (mg/dl)	0.54 (0.05-6.46)	0.40 (0.02-10.49)	0.588
WBC (/ μ l)	10970 (4300-22410)	11380 (2669-29010)	0.217
Hb (g/dl)	12.5 (9.9-13.7)	12.2 (9.9-14.6)	0.997
好中球/リンパ球	2.59 (0.48-8.66)	3.15 (0.17-34.7)	0.179
RDW (%)	12.5 (11.0-15.7)	12.5 (10.4-25.6)	0.531
血糖 (mg/dl)	127 (81-352)	125 (86-282)	0.849
Ca (mg/dl)	9.3 (8.6-10.5)	9.3 (8.2-10.4)	0.911

考 察

我が国でのFSの有病率は7~11%と欧米の2~5%と比較して多い^{2,3)}。FSは単純型と複雑型に分類されるが、複雑型は約25~30%と言われている²⁾。実際に当院で複雑型FSと診断した症例は22%であった。また、複雑型FSは後のてんかん発症との関連性が指摘されている¹⁾。複雑型FSの定義の一つである焦点性発作やけいれん持続時間は、保護者の観察による要素が大きいため、複雑型FSと単純型FSを鑑別する客観的指標が求められている。好中球/リンパ球比やRDWに差を認めた報告があるが^{2,4)}、本研究においては有意差を認めなかった。一方で本研究では発達障害の指摘が複雑型FS例に有意に多くみられた。発達障害の指摘は発熱時DZP適応の一つにも挙げられており¹⁾、複雑型FS例の鑑別に有用な指標である

可能性がある。今後は、これに加えてより客観的指標の検討も行う必要がある。

2015年のガイドライン発刊後、当院では2017年のFSによる搬送症例におけるDZPの使用が減少していた。ガイドラインでDZPの再発予防効果について言及されているように、既報⁵⁾⁶⁾と同様、本研究においても同一発熱機会内のけいれん再発はDZP非使用例に多くみられた。しかしDZPの副作用として、ふらつきや転倒、意識障害の判定を困難にするなどの危険性があるため、同一発熱機会内の再発を予測し、再発リスクの高い症例を選択してDZPを使用する有用な指標が望まれる。しかし本研究では、来院時けいれんが止まっている初回FSの場合、同一発熱機会内の再発に関与した因子はDZPの使用の有無以外にはなく、来院時におけるDZPの使用の是非を示唆する他の指標の同定は困難であった。

本研究において、初回 FS で同一発熱機会内での再発例は、別の発熱機会での FS 発症例が多かった。当院は広島県に3箇所ある小児救急拠点医療施設のうちの一つであり、尾三医療圏のうちで24時間365日小児科救急診療を行っている唯一の施設である。そのため、尾三医療圏の FS の再発例や別の発熱機会での発症例の大部分を検討したと考える。しかしながら、FS を発症しても当院を受診しない例の存在は否定できず、本研究における同一発熱機会内および別の発熱機会での FS 発症についての検討の限界として挙げられる。また、FS の再発予測因子は、①両親いずれかの FS 既往、②1歳未満の発症、③短時間の発熱・発作間隔、④発作時体温39℃以下、と言われているが¹⁾、これらの因子は初回の FS における同一発熱機会内での再発の予測因子とは言われていない。本研究でこれらの予測因子の検討を行ったが、複雑型、あるいは同一発熱機会内での再発という点においては差がみられず、現時点では同一発熱機会内での再発予測は困難であるといえる。今後は、症例の蓄積を行うと同時に、同一発熱機会内での FS 再発症例を長期的に追跡することにより、これらの因子が別の発熱機会での再発予測因子になりうるのかどうか検討し、新たな知見を見出したい。

文 献

- 1) 日本小児神経学会：熱性けいれん診療ガイドライン2015. 初版, 東京, 診断と診療社, 2015.
- 2) Yigit Y, Yilmaz S, et al: The role of neutrophil-lymphocyte ratio and red blood cell distribution width in the classification of febrile seizures. *Eur Rev Med Pharmacol Sci* 21: 554–559, 2017.
- 3) 伊藤昌弘：熱性けいれん. *小児科診療*81 増刊号: 804–808, 2018.
- 4) Goksugur SB, Kabakus N, et al: Neutrophil-lymphocyte ratio and red blood cell distribution width is a practical predictor for differentiation of febrile seizure types. *Eur Rev Med Pharmacol Sci* 18: 3380–3385, 2014.
- 5) 船田桂子, 田村雅人, ら：熱性けいれん頓挫後24時間以内の再発を予防するためのジアゼパム坐薬の効果. *小児科臨床* 68: 1731–1736, 2015.
- 6) Hirabayashi Y, Okumura A, et al: Efficacy of a diazepam suppository at preventing febrile seizure recurrence during a single febrile illness. *Brain Dev* 31: 414–418, 2009.

外傷により圧可変式シャントバルブ破損をきたした1小児例

磯部 尚幸¹・織田 祥至¹・加藤 豊²・木原 裕貴²

I. 緒 言

水頭症術後のシャント機能不全の原因として複数の要因が挙げられるが、頭側カテーテル先端部での閉塞のことが多く¹⁻³⁾、バルブ自体の破損は比較的稀である。今回、外傷によりバルブ破損をきたしシャント機能不全を呈した小児の1例を経験したので報告する。

II. 症 例

〈患者〉 9歳 男児

主訴 経口摂取困難

既往歴 中脳水道狭窄による先天性水頭症（生後5日目に脳室腹腔短絡術施行）シャント機能不全（4回；原因不明1回，カテーテル脱落2回，バルブ破損1回/5歳時）シャント感染（2回）精神発達遅滞

家族歴 特記事項なし

現病歴 2回目のシャント感染によりシステム全体を入れ替えた脳室腹腔短絡術から約10ヶ月が経過していたが特に異常を認めていなかった。その日も特別支援学校の授業を終え放課後

デイケアに行っていたが、夕方目の下が青くなっていることを施設スタッフに指摘され、同日家人に付き添われ救急外来を受診した。眼瞼から鼻周囲に皮下血腫を認めたが機嫌は悪くなく普段と変わらないため診察のみで帰宅となり、翌日小児科を再診した。右側頭頭頂部に皮下腫脹が認められたため頭部CTが施行されたが頭蓋内に明らかな異常を認めず、引き続き経過観察となった。しかしその後経口摂取が減じてきたため点滴を受けるも症状改善せず、皮下血腫の指摘から23日目に脱水に伴う高Na血症をきたし小児科に入院となった。その際再検されたCTで脳室側カテーテルに沿って右前頭葉に低吸収域を認めたため脳外科に紹介となった。

神経学的所見 平生に比し活動性に乏しかったが顔面四肢に運動麻痺等の異常所見は見られなかった。

理学的所見 右側頭頭頂部に軟らかい皮下腫脹を認めた。

画像所見 外来で施行されていたCTでは右側頭から頭頂部に皮下腫脹を認めるのみであった（図1）。しかし入院時に再検されたCTでは脳

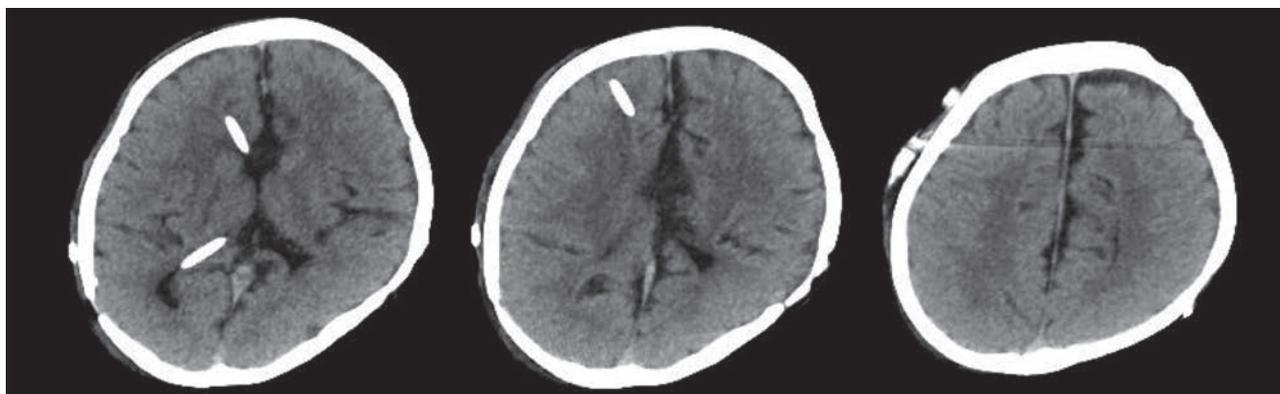


図1 頭部単純CT（小児科外来受診時）
右側頭から頭頂部にかけて皮下カテーテルに沿って腫脹を認めるが、脳室の拡大や脳実質内には明らかな異常を認めず。

¹JA 尾道総合病院 脳神経外科

²JA 尾道総合病院 小児科

室は狭小化し右前角部に挿入されていたカテーテル周囲に低吸収域を認め、軽度ながら右から左へ正中偏位も伴っていた。また皮下のカテーテルに沿って腫脹を認め（図2）、骨の volume rendering (VR) 法で右前頭頭頂部に留置されているシャントバルブの形態が途中でずれており破損が疑われた（図3a）。

治療方針 バルブ破損によるシャント機能不全と判断、シャントシステム全体を入れ替えた方が侵襲度は増すものの術後機能不全や感染などの併発症の観点からは望ましいものの、これまでに複数回の再建術がなされており、脳室もスリット状態にあり右前角部以外で脳室内へのカ

テーテル挿入も難しく今回は損傷を受けたバルブのみを再建することとした。

術中所見 全身麻酔下に以前加えられていた右前頭部の半弧状の皮膚切開の一部を切開、皮下組織を切離し脳室側カテーテルとシャントバルブとの接続部を露出した。その後右頭頂部で腹側カテーテル直上の頭皮を切開し、カテーテルを損傷しないようにペアンで皮下組織を剥離し腹側カテーテルを確認した。脳室側カテーテルとバルブとの接続部を外し、腹側よりバルブを体外に引き出すと VR 法で描出されていたようにバルブ中央よりやや腹側でサイフォンガードが露出した状態で損傷を受けていた（図4）。

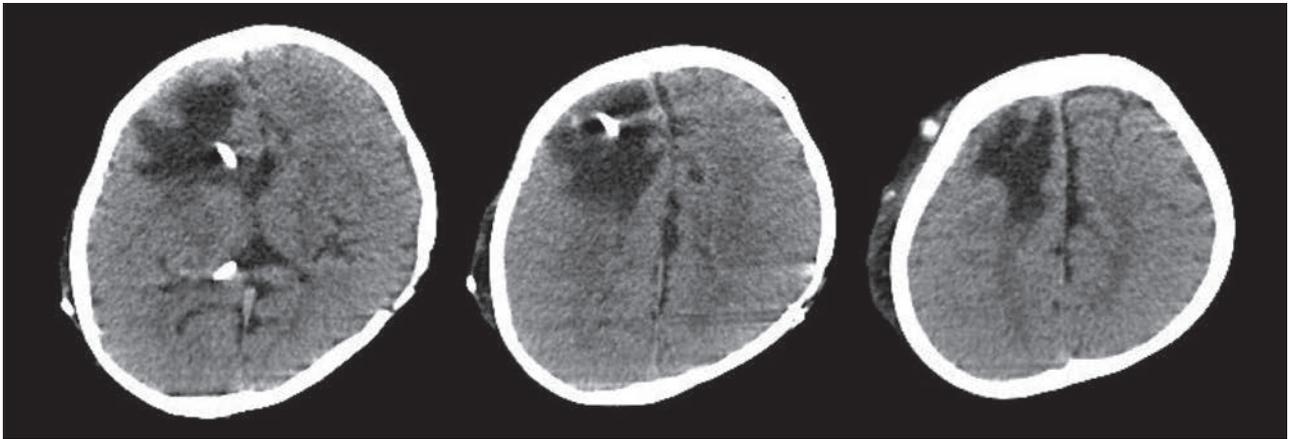


図2 頭部単純 CT (入院時)
脳室は狭小化し右前角部に挿入されているカテーテル周囲に低吸収域を認める他、皮下カテーテルに沿った皮下腫脹も増大している。

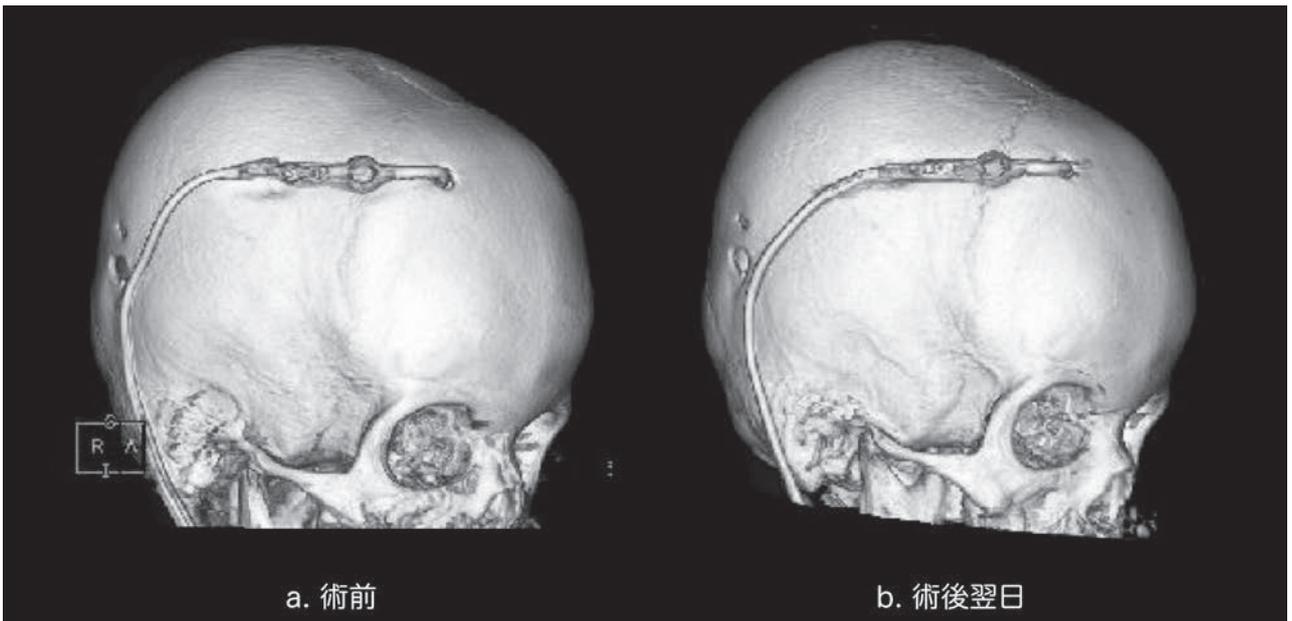


図3 骨の volume rendering 法
a. 術前：バルブの腹側でカテーテルとの連続性が途中で上方にずれている。
b. 術後翌日：バルブから腹側カテーテルが連続性に描出されている。

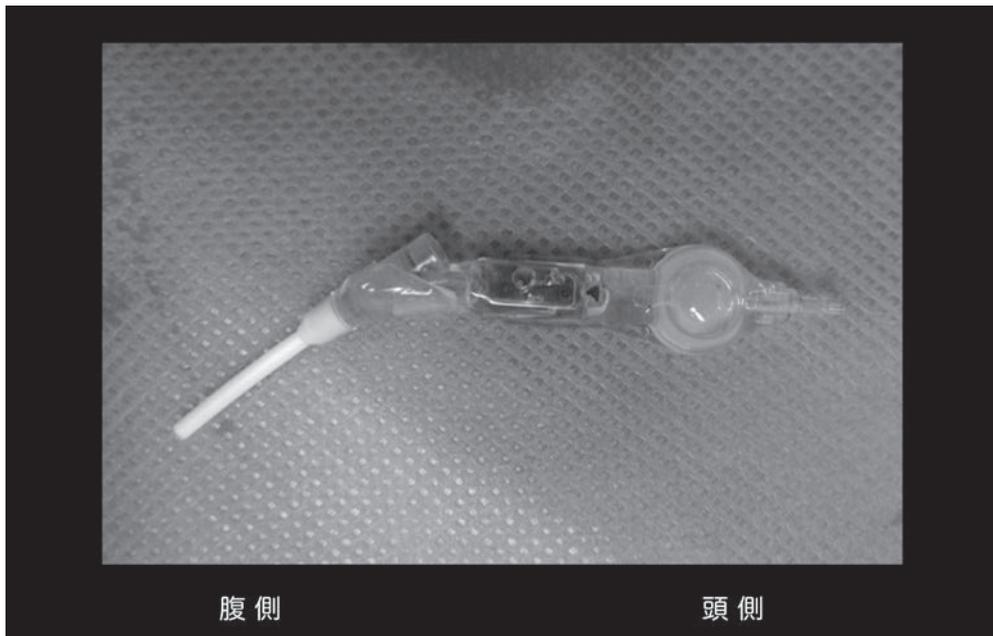


図4 破損していた圧可変式バルブ
バルブ中央よりやや腹側で破損し、付属のサイフォンガードがバルブ外に露出している。

術前と同様の150mmH₂Oに圧設定した新たなバルブを腹側から脳室側へと皮下を通し先に脳室側カテーテルと接続した後、壊れたバルブが腹側カテーテルと一体型であったため既存の腹側カテーテルを切離し破損したバルブを除去、直のコネクタを介し新たなバルブと腹側カテーテルとを接続し閉鎖した。術翌日CTを再検、VR法で新たに挿入されたバルブの正常な形態は確認しえ(図3b)、患児も経口摂取可能となり居宅退院となった。

Ⅲ. 考 察

水頭症に対するシャント手術は、カテーテルを体内に設置する処置であるが故に、感染や機能不全はある意味避けられない合併症である。髄液の過剰排除によるオーバードレナージや逆に過少といったシャント圧設定の不適合による問題は、1990年代中頃より体外から非侵襲的に圧設定が変更できる圧可変式バルブシステムの導入により回避できることが多くなり^{4,6)}、当院でも30-200mmH₂Oと18段階の圧設定を行うCodman-Hakim programmable valve(CHPV) shunt systemを主に用いている。ただCHPVは強い磁気によって設定圧が変更されるため、MRI実施後の圧設定の確認や磁気に対する配

慮を要する他、バルブの破損や圧設定機能に損傷が加わらぬよう患者への指導も医療側に求められている。

シャント機能不全の原因としては、①カテーテルやバルブ内での閉塞、②接続部でのカテーテルの脱落、③カテーテルの不適切な部位への迷入、④カテーテルの断裂やバルブ破損の他、脳室腹腔短絡術では腹水や腹腔内嚢胞形成等の腹部合併症が挙げられるが、一般に脳室内や腹腔内に挿入されたカテーテルの閉塞によることが多く¹⁻³⁾、バルブ自体の損傷による報告は意外と少ない。CHPVのバルブ破損に関しては2005年に岡崎ら⁷⁾、2006年に佐藤ら⁸⁾が症例報告しているがいずれも頭部打撲に伴う破損であった。また圧調整カムの脱落やステータの脱落も報告されており^{9,10)}、留置時間が長いほど脱落が生じやすいこと⁹⁾、また脱落した症例はシャント術施行時の年齢が1歳以下であったことより、CHPVのバルブにかかるストレスが小児と成人では異なることも推測されている¹⁰⁾。単純写真では気づきにくいわずかな脱落も存在しており、軽微な頭部外傷を繰り返すことの多い小児例では注意を要する病態とされている⁹⁾。

一方、小児期に水頭症手術が必要となった症例には精神発達遅滞を併発されていることも多

い。本症例も言葉は喃語しか喋れず、直接外傷をきたしたかどうかを患児から確認することは不能であり、今回頭部を打撲した現場も直接は確認されていなかった。バルブが留置されていた右前頭から頭頂部に挫創など外見上明らかな外傷を受けた所見も見られなかった。しかし眼瞼から鼻周囲に皮下出血を認めており、また除去されたバルブ自体の破損状況からも外部からの強い衝撃により損傷されたものと考えられ、今回の一連の症状の経過は頭部外傷によりバルブ破損をきたしシャント機能不全を呈したことによるものと考えられた。バルブ破損によりシャント機能不全にはなったものの破損したバルブから脳脊髄液が皮下に漏れる逃げ道が存在していた分、カテーテル閉塞のように脳脊髄液が全く排除されずに急速に頭蓋内圧が亢進する病態とは異なり、緩徐に状態が増悪し症状が進行する経過となった。その中で骨のVR法による画像は、皮下に留置されたカテーテルの走行やバルブの形状を明瞭に描出し、バルブ損傷の裏付けに極めて有用であった。

IV. 結 語

外傷によりシャントバルブの破損をきたし、シャント機能不全を呈した小児の1例を経験した。精神発達遅滞を伴い患者自身からの情報が得られ難い状況下で volume rendering 法を用いた3D画像はバルブ破損の形態評価に有用であった。

文 献

- 1) 横山連智, 織田哲至, ら: 小児水頭症における短絡管機能不全についての検討. 小児の脳神経 20: 231-236, 1995
- 2) 長嶋達也: 水頭症に対するシャント手術の合併症. 小児外科 41: 689-694, 2009
- 3) Browd SR, Ragel BT, et al: Failure of cerebrospinal fluid shunts: part I: obstruction and mechanical failure. Pediatr Neurol 34: 83-92, 2006

- 4) Hebb AO, Cusimano MD: Idiopathic Normal Pressure Hydrocephalus: A Systematic review of diagnosis and outcome. Neurosurgery 49: 1166-1186, 2001
- 5) 橋本正明, 向井裕修, ら: Siphon Guard を付属したコッドマンハキム圧可変式バルブの使用経験. 脳神経外科速報 14: 923-926, 2004
- 6) 橋本正明: 特発性正常圧水頭症の予後. 神経内科 162: 353-358, 2005
- 7) Okazaki T, Oki S, et al: A rare case of shunt malfunction attributable to a broken Codman-Hakim programmable shunt valve after a blow to the head. Pediatr Neurosurg 41, 241-243, 2005
- 8) Sato K, Shimizu S, et al: Disparity between adjusted and actual opening cerebrospinal fluid pressure in a patient with the Codman Hakim programmable valve: occult form of shunt failure due to head banging. Case report. J Neurosurg 105, 425-427, 2006
- 9) 林康彦, 喜多大輔, ら: ハキムシャントバルブの圧調整カム脱落の2例. 小児の脳神経 37: 369-373, 2012
- 10) Mauer UM, Kunz U: More malfunctioning Medos Hakim programmable valves: cause for concern? J Neurosurg 115: 1047-1052, 2011

膀胱小細胞癌の2例

中野 芳紀¹・森山 浩之¹・角西 雄一¹・米原 修治²
高澤 信好³・福島 雅之⁴・岡橋 誠⁵

キーワード：小細胞癌 (small cell carcinoma),
膀胱 (urinary bladder)

I. 緒 言

小細胞癌は肺に好発する腫瘍であるが、肺以外の臓器にも発生することが知られている¹⁾。最近われわれは、高齢男性に発生した膀胱小細胞癌を2例経験したので、若干の文献的考察を加えて報告する。

II. 症 例

症例 1

患者：89歳，男性。

主訴：肉眼的血尿。

現病歴：無症候性肉眼的血尿が出現したため近医を受診。腹部エコーにて膀胱内に径25mmの腫瘤を認めたため、精査および治療目的に当科紹介となった。

尿道膀胱鏡所見：膀胱右側壁に、一部に乳頭状の部分はあるものの大部分は結節型広基性の腫瘍を認めた。

MRI：膀胱右側壁に26mm大の内腔へ突出する腫瘤を認め、膀胱癌と考えられた。膀胱壁に浸潤し、筋層を示すT2WIでの低信号は断裂していた。一部では膀胱壁外への浸潤を疑う広がりも認めた(図1)。両側腸骨にT2WIで高信号を認め、骨転移も鑑別にあげられた。

胸腹部CT：膀胱内腔に突出する腫瘤を認めた。肺には原発病変はなく、他臓器転移やリンパ節転移などの所見は認めなかった。

骨シンチグラフィ：第6胸椎，右第7肋骨起始部，左胸鎖関節，右腸骨に集積亢進像を認め、多発性骨転移と考えられた。

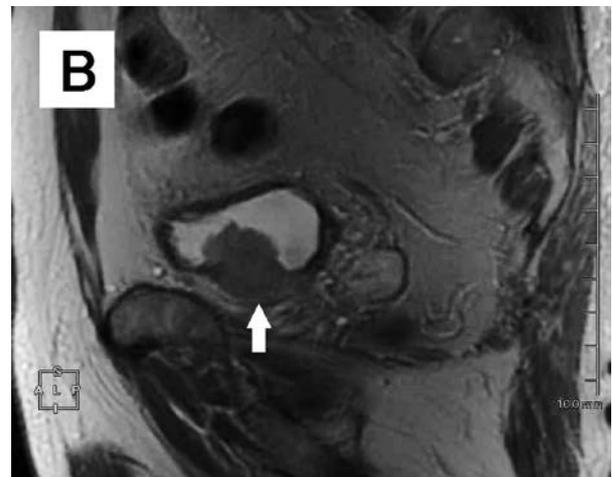
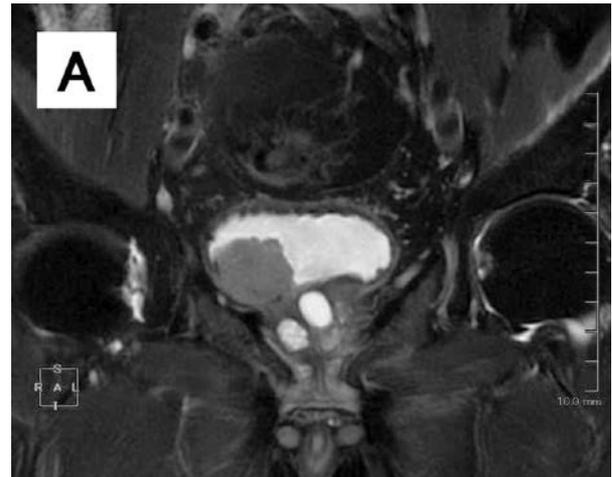


図1 MRI (A：冠状断像，B：矢状断像)
A：膀胱右側壁に26mm大の内腔へ突出する腫瘤を認め、膀胱癌と考えられた。
B：膀胱壁に浸潤し、筋層を示すT2WIでの低信号は断裂していた。一部では膀胱壁外への浸潤を疑う広がりも(矢印)認めた。

¹JA 尾道総合病院 泌尿器科

²JA 尾道総合病院 病理研究検査科

³JA 尾道総合病院 放射線科

⁴福島クリニック

⁵おかはし内科医院

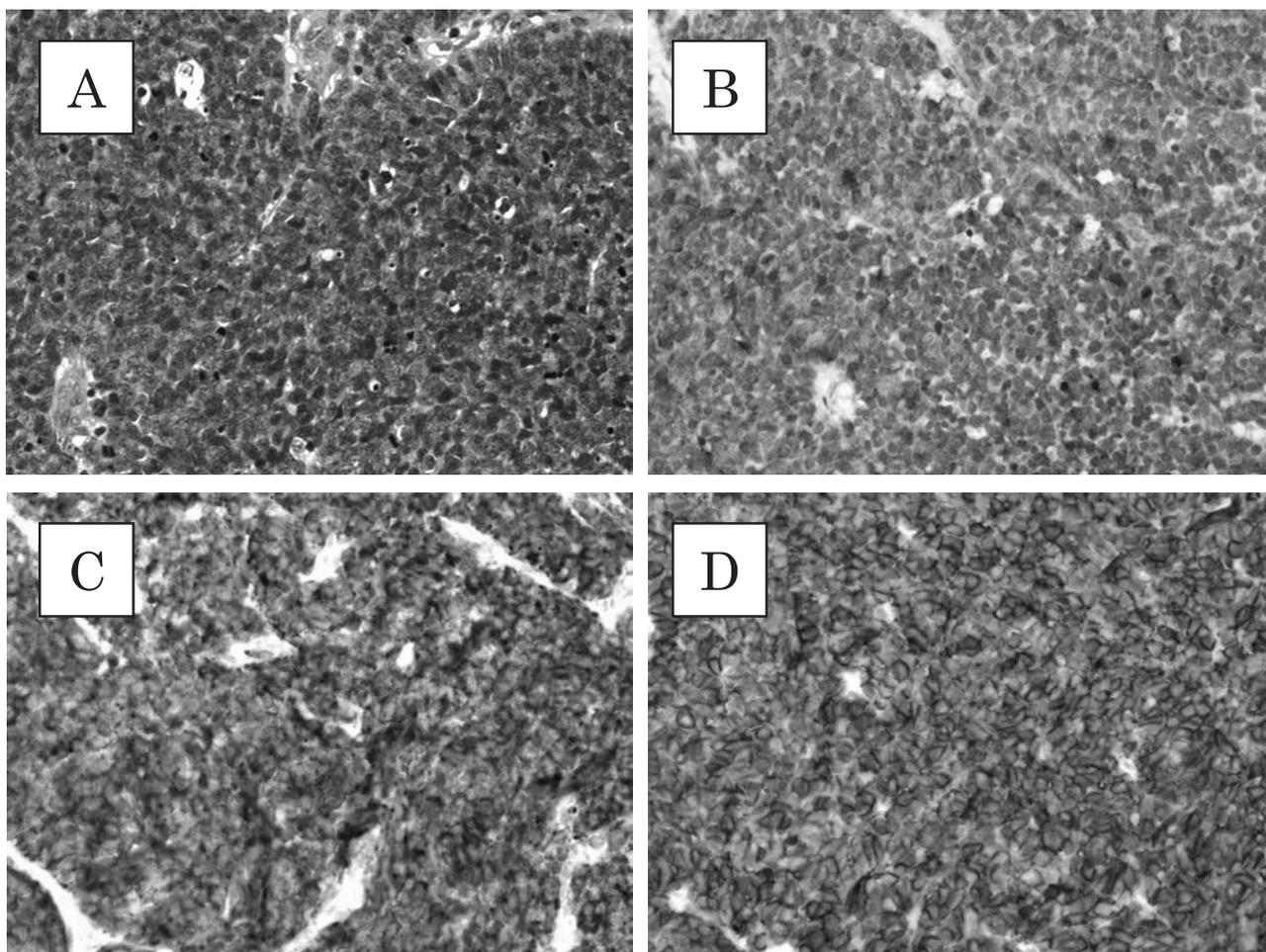


図2 病理組織学的所見

- A : HE 染色, x20
- B : 免疫組織化学的染色…NSE 陽性
- C : 免疫組織化学的染色…synaptophysin 陽性
- D : 免疫組織化学的染色…CD56陽性

以上検査結果から骨転移を有する浸潤性膀胱癌と考えられたため、確定診断を得ることおよび腫瘍量の減少を目的として経尿道的膀胱腫瘍切除術を行った。

経尿道的切除組織の病理組織学的所見：裸核状の腫瘍細胞が胞巣状、びまん性に増殖する像を認めた。地図状の壊死を伴い、核分裂像を高頻度に認めた。通常の尿路上皮癌と比較して核クロマチンは増量が目立った。核密度が高く nuclear molding を伴っていた。以上の所見より小細胞癌の像と見なされた (図 2 A)。標本上では固有筋層への明らかな浸潤を認め、pT2以上と判断された。免疫組織化学的染色で小細胞癌は NSE 陽性, chromogranin A 陰性, synaptophysin 陽性, CD56陽性, TTF-1陰性で

あった (図 2 B, C, D)。以上の所見より混合型小細胞癌 small cell carcinoma (90%)>> urothelial carcinoma G3 (10%), pT2以上, ly1, v0と診断された。

肺を含め他臓器には原発腫瘍を認めないことから、浸潤性膀胱小細胞癌 cT3N0M1と判断した。病理結果が判明したのちに提出した NSE は11.4 ng/mL (正常：10以下), Pro-GRP は71.7 pg/mL (正常：81未満)であり、NSE の軽度上昇を認めた。

化学療法の適応であると考えられたが、年齢や認知機能の問題から化学療法を行うことは困難であると判断した。以後出現が予想される血尿の防止を目的として、膀胱部への放射線療法 (30回, 60Gy) を行った。その後は、患者側の

都合にて定期的な受診は終了となった。初診後11ヵ月を経過した時点で、嚥下障害や嘔声の出現のために当科を受診した。単純CTでは両側肺野の多数の転移、後腹膜リンパ節の転移を認め、さらに縦隔には長径6cmのリンパ節転移があり、これが嚥下障害や嘔声の原因と考えられた。しかし、放射線照射を行った膀胱原発部には腫瘤状病変は認めず、頻尿の訴えはあったものの治療後は肉眼的血尿の出現はなかった。以後は best supportive care にて経過をみたが、初診後13ヵ月で癌死した。

症例 2

患者：82歳，男性。

主訴：肉眼的血尿。

現病歴：無症候性肉眼的血尿が出現したため近医を受診。膀胱鏡検査にて膀胱後壁上方に径25mmの腫瘤を認めたため、精査および治療目的に当科紹介となった。

尿道膀胱鏡所見：膀胱後壁上方やや右寄りに、結節型広基性の腫瘍を認めた。

胸腹部 CT：膀胱内腔に突出する32 x 24mmの腫

瘍像を認めた。壁外の脂肪織に毛羽立ちがあり、壁外浸潤が疑われた(図3)。肺には原発病変はなく、他臓器転移やリンパ節転移などの所見は認めなかった。

MRI：膀胱頂部の壁は不整に肥厚し、早期より濃染していた。壁外の脂肪織にも毛羽立ちがあり、壁外に浸潤していると考えられた。

病理学的な診断を確定するため、経尿道的膀胱腫瘍切除術を行った。

経尿道的切除組織の病理組織学的所見：小型裸核状の腫瘍細胞が充実性胞巣を形成して増殖する像を認め、小細胞癌の像とみなされた(図4A)。腫瘍は固有筋層への浸潤を伴い、pT2以上と判断された。免疫組織化学的染色で小細胞癌はNSE陽性、chromogranin A陰性、synaptophysin陽性、CD56陽性、neurofilament陰性、E-cadherin陰性、TTF-1陽性、uroplakin-2陰性、Ki-67 labeling index:100%であった(図4B, C, D)。

肺を含め他臓器には原発腫瘍を認めないことから、浸潤性膀胱小細胞癌 cT3N0M0と判断した。NSEは7.8 ng/mL(正常:10以下)、Pro-



図3 胸腹部 CT
膀胱内腔に突出する32 x 24mmの腫瘍を認めた。壁外の脂肪織に毛羽立ちがあり、壁外浸潤が疑われた。

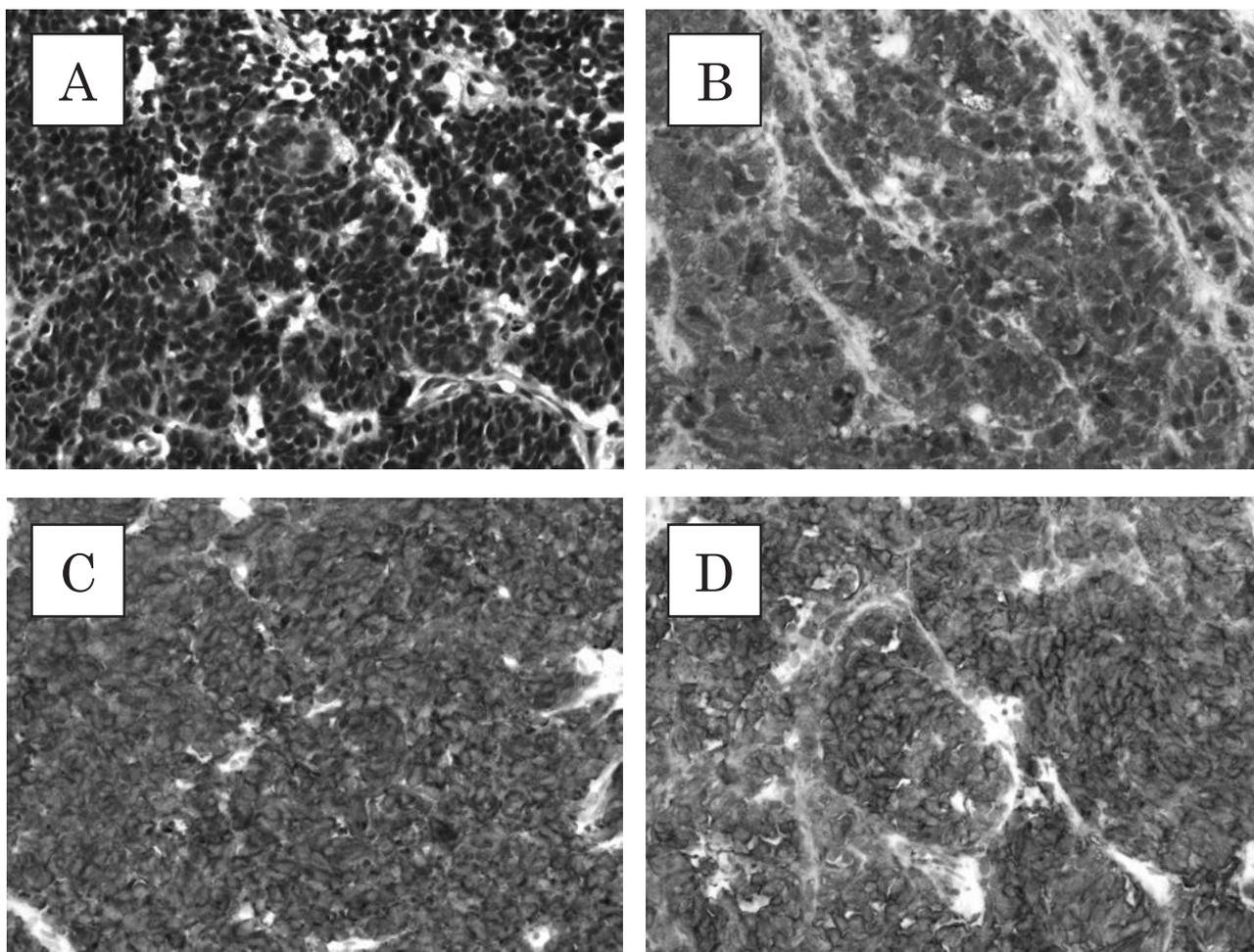


図4 病理組織学的所見

- A : HE 染色, x20
- B : 免疫組織化学的染色…NSE 陽性
- C : 免疫組織化学的染色…synaptophysin 陽性
- D : 免疫組織化学的染色…CD56陽性

GRP は53.3 pg/mL (正常 : 81未満) と、両者とも正常であった。

膀胱全摘除術の適応であると考えられたが、年齢と認知機能面を考慮し、膀胱部分切除術を選択した。

膀胱部分切除組織の病理組織学的所見は Small cell carcinoma of urinary bladder, partial cystectomy, pT3, pL1, pV0であった。

膀胱部分切除術後は adjuvant chemotherapy を提案したが患者は希望せず、経過観察を行うことになった。術後7ヵ月で右胸鎖関節部の腫脹が出現し、生検にて骨転移が明らかとなった。そこで同部に放射線療法 (30Gy, 15f) を行った後、CDDP+VP-16療法を2コース施行したと

ころ、画像上右鎖骨転移は消失した。しかし、その2ヵ月後には左頸部のリンパ節腫脹が出現し、生検で小細胞癌の転移であることが判明した。この際のCTでは、右腸骨に溶骨性変化を認め、骨転移と考えられた。

Ⅲ. 考 察

膀胱小細胞癌は、1981年に Cramer ら²⁾ により肺の小細胞癌に極めて類似した病理学的所見を示す癌として初めて報告された。膀胱小細胞癌の発生頻度は全膀胱悪性腫瘍のうち0.35～0.7%³⁾とされており、比較のまれな疾患である。

病理組織学的には肺小細胞癌と同様の組織像を示す高悪性度腫瘍で、腫瘍は充実性に増殖し、

細血管性の間質が大小の不規則な癌胞巣を取り囲んでいる。ときに、花冠状配列, リボン状配列を伴う。腫瘍細胞は小型で, 細胞質が乏しく, 類円形あるいは紡錘形のクロマチンに富む核を有する⁴⁾。腎盂・尿管・膀胱癌取扱い規約⁴⁾では, 小細胞癌成分の存在は予後不良因子であることから, 小細胞癌の成分の多寡に関わらず小細胞癌と診断するとされている。

膀胱小細胞癌の発生機序については諸説報告されているが, 1) neural crest origin の迷入細胞の癌化, 2) 正常膀胱粘膜内に存在する neuroendocrine cell の癌化, 3) 尿路上皮細胞に存在する multipotential epithelial reserve cell の癌化などがあげられている⁵⁻⁷⁾。膀胱小細胞癌には尿路上皮癌や腺癌との混在例も多いことから, 現在では 3) の尿路上皮に存在する multipotential epithelial reserve cell の癌化説が有力であると考えられている。免疫組織化学的染色では神経内分泌細胞のマーカーである NSE, chromogranin A の陽性率がそれぞれ90, 40.6%と報告されている⁸⁾。その他, synaptophysin が約70%で陽性となる⁹⁾。自験例では2例ともNSEおよびsynaptophysin陽性, chromogranin A陰性の結果であった。小細胞癌の腫瘍マーカーとしてはNSE (neuron-specific enolase), pro-GRP (progastrin-releasing peptide) が知られており, 陽性を示す症例が多いことから病理診断が出た場合は確認しておく必要がある。自験例での測定時期は2例とも腫瘍の経尿道的切除後であったためか, 症例1においてNSEが軽度上昇していたのみであった。肺の小細胞癌では, 治療前のNSE値が高値の症例では予後が不良であることが示されている¹⁰⁾。主な転移好発部位はリンパ節, 肝臓, 骨である³⁾。一般的な尿路上皮癌では肺転移の頻度が高いとされるが, 膀胱原発小細胞癌ではその頻度が低いことも特徴の一つである⁹⁾。治療としては手術療法, 化学療法, 放射線療法を含めた集学的治療が行われる。化学療法は肺小細胞癌に準じて etoposide+cisplatin が用いられることが多い¹¹⁾。そのほかのレジメンとしては, irinotecan+cisplatin¹²⁾ や etoposide+carboplatin¹³⁾

などの有用性が報告されている。しかし, 集学的治療にて一旦はCRが得られても, 早期に急速な再発が見られた症例もある¹⁴⁾。低用量のテガフル・ウラシル配合剤の内服が奏功し2年半以上再発や新規の転移がみられない症例が報告されており¹⁵⁾, 症例1では用いてみたが患者の拒否により継続できなかった。自験例では2例とも年齢と認知機能面から化学療法や膀胱全摘術を施行できず, 治療後の良好なQOLの維持を目的として症例1では放射線療法を, 症例2では膀胱部分切除術を選択した。症例1は最終的にはさらなる転移の出現により初診後13ヵ月で癌死したが, 放射線療法後は膀胱由来の症状は認めず, 治療効果は得られたと考える。また症例2では, 術後転移を認めたが, 手術時の切除断端は陰性であり, 膀胱部分切除という手術法の選択は適切であったと考える。

本邦における膀胱小細胞癌の報告例は現在100例あまりにのぼると推察されるが¹⁶⁾, 詳細な症例検討としては2008年の波多野ら¹⁷⁾による66例の報告がある。それによると, 年齢は29~84歳(平均66.3歳), 性別は男性51例, 女性15例で男女比は3.4対1。主訴としては血尿が58例(87.9%)と多く見られた。診断時に病期が明らかであった57例中病期Iは2例のみであり, ほとんどの症例が病期II以上の浸潤癌として発見されていた。組織学的に尿路上皮癌などの他の癌成分の混在を認めた症例(mixed type)は30例(45.5%)であった。予後としては, 平均12ヵ月の観察期間において29例(43.9%)が癌死していた。欧米においても全生存期間の中央値は19.6ヵ月で5年生存率は8.1%と報告されており³⁾, 予後は極めて不良である。膀胱小細胞癌の予後の改善のためには, 有効な化学療法の開発が必須である。また, 特に高齢患者においては治療後のQOLを十分に考慮した治療戦略を立てることも重要であると考えられる。

IV. 結 語

最近当科で経験した高齢男性にみられた膀胱小細胞癌の2例について報告した。

文 献

- 1) 益田典幸：小細胞癌. 日臨 58:135-140, 2000.
- 2) Cramer SF, Akikawa M and Cebelin M : Neurosecretory granules in small cell invasive carcinoma of the urinary bladder. *Cancer* 47:724-730, 1981.
- 3) Choong NW, Quevedo JF, Kaur JS, et al. : Small cell carcinoma of the urinary bladder : the Mayo Clinic experience. *Cancer* 103:1172-1178, 2005.
- 4) 日本泌尿器科学会, 日本病理学会, 日本放射線学会(編):腎盂・尿管・膀胱癌取扱い規約. 第1版, 金原出版, 東京, 2011.
- 5) Reyes CV and Soneru I : Small cell carcinoma of the urinary bladder with hyper calcemia. *Cancer* 56:2530-2533, 1985.
- 6) Oesterling JE, Brendler CB, Burgers JK, et al. : Advanced small cell carcinoma of the bladder : successful treatment with combined radical cystectomy and adjuvant methotrexate, vinblastine, doxorubicin, and cisplatin chemotherapy. *Cancer* 65:1928-1936, 1990.
- 7) Kim CK, Lin JI and Tseng CH : Small cell carcinoma of urinary bladder. *Urology* 24:384-386, 1984.
- 8) Abbas F, Civantos F, Benedetto P, et al. : Small cell carcinoma of the urinary bladder and prostate. *Urology* 46:617-630, 1995.
- 9) Abrahams NA, Moran C, Reyes AO, et al. : Small cell carcinoma of the urinary bladder : a contemporary clinicopathological study of 51 cases. *Histopathology* 46:57-63, 2005.
- 10) Boher JM, Pujol JL, Grenier J, et al. : Markov model and markers of small cell lung cancer : assessing the influence of reversible serum NSE, CYFRA 21-1 and TPS levels on prognosis. *Br. J. Cancer* 79:1419-1427, 1999.
- 11) 平井耕太郎, 佐野 太, 喜多かおる, ら : Etoposide, carboplatin, 外照射併用療法の奏効した膀胱原発小細胞癌の1例. 泌尿紀要 51:635-638, 2005.
- 12) 舟橋 亮, 山田哲夫, 村山鐵郎 : CPT-11 と CDDP による Neo-adjuvant 化学療法を施行した膀胱原発小細胞癌の1例. 泌尿紀要 53:129-132, 2007.
- 13) Okamoto H, Watanabe K, Nishiwaki Y, et al. : Phase II study of area under the plasma-concentration-versus-time curve-based carboplatin plus standard-dose intravenous etoposide in elderly patients with small-cell lung cancer. *J Clin Oncol* 17:3540-3545, 1999.
- 14) 今園義治, 川畑史郎, 松尾幹彦, ら : 急速に進行した膀胱小細胞癌の1例. 西日泌尿 64:716-720, 2002.
- 15) 能見勇人, 高原 健, 南幸一郎, ほか : テガフル・ウラシル配合剤の低用量内服が奏功した進行膀胱神経内分泌癌(小細胞癌)の1例. 日泌尿器会誌 106:269-273, 2015.
- 16) 奥田英伸, 鄭 則秀, 中村吉宏, ら : 膀胱小細胞癌の1例. 泌尿紀要54:285-287, 2008.
- 17) 波多野浩士, 川村憲彦, 角田洋一, ら : 膀胱小細胞癌の3例. 泌尿紀要 54:297-300, 2008.

出生時に開窓を施行し、再発を生じた巨大な甲状舌管嚢胞の一例 A Case of recurrence Huge Thyroglossal Duct Cyst in Oral Floor, which was fenestration in perinatal.

伊藤 翼¹・鷹津 冬良¹・(原 潤一)¹・米原 修治²・瀬浪 正樹³

1. 緒 言

甲状舌管嚢胞は前頸部正中に腫瘤として認められることが多く、また発生部位や腫瘤の大きさにより咽頭や喉頭進展を認め気道症状を生じることがある。今回我々は出生時に開窓したが再発し、二重舌、気道症状を呈した口腔内舌下に生じた甲状舌管嚢胞を経験したので報告する。

2. 症 例

患者：8歳, 男性

主訴：舌下部の腫脹

既往歴・家族歴：特記事項なし

現病歴：出生時に舌下部に粘液嚢胞様疾患を認め(図1)、穿刺吸引すると唾液様貯留物が吸引、アミラーゼ値より先天性ガマ腫の診断のもと、経過観察を行うが、増大傾向にあったため、



図1 出生時 口腔写真

¹JA 尾道総合病院 歯科口腔外科

²JA 尾道総合病院 病理研究検査科

³JA 尾道総合病院 麻酔科

本症例は第63回日本口腔外科学会学術集会(2018年11月2日 千葉)において発表した。

生後4月で当院小児外科医にて開窓術を施行，その後問題なかったが，最近になり舌下部の腫瘍の増大を認め，経口摂取困難や舌の圧排により呼吸が難しくなってきたことを主訴に当院小児科より平成29年3月1日に当科に紹介された。

現症：正中口腔底の粘膜下に長径40mm程度の境界明瞭な弾性軟の球状腫瘍形成を認めた。骨格的に下顎前突を認め，咬合は反対咬合であった。また，舌は腫瘍により後方に圧排されており，二重舌を呈していた（図2）。

全身所見：身長130cm，体重27kgで栄養状態は良好であった。

画像所見：歯科パノラマレントゲンでは異常所見認めなかったが，MRI画像では口腔底正中に40mmの腫瘍形成認め，内部はT2強調で均一な高信号で辺縁の整った境界明瞭な嚢胞像を認めた（図3）。

臨床検査所見：血液一般検査，血清生化学検査及び尿検査に異常は認めなかった。

臨床診断：口腔底良性腫瘍（類皮嚢胞の疑い）

処置及び経過：平成29年3月29日に全身麻酔下，嚢胞摘出術を施行した。口腔底の腫瘍により舌は後方に圧排されていたため喉頭展開および挿管困難であったことよりビデオ喉頭鏡のMcGRATH®を用いて喉頭展開を試みたところ，

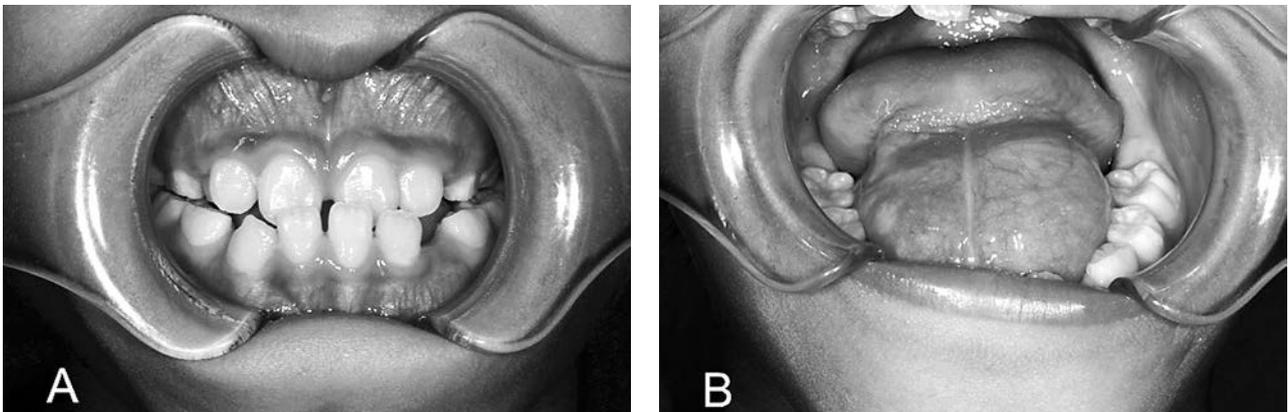


図2 歯科初心 口腔写真
A；閉口時 B；開口時

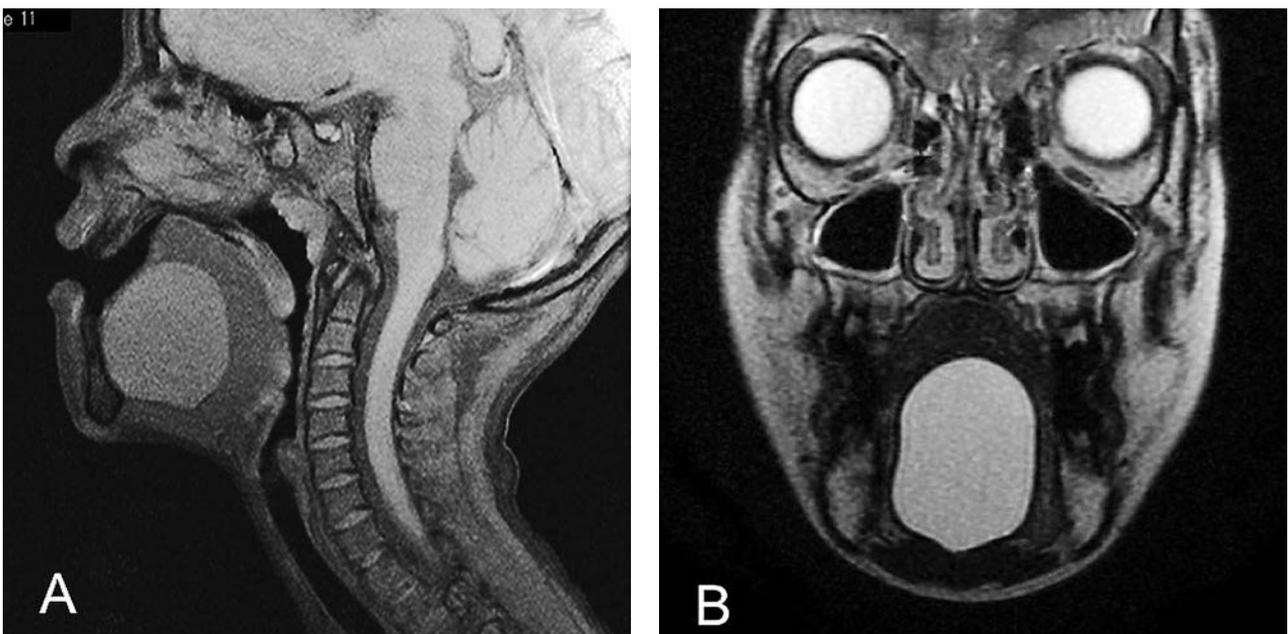


図3 MRI画像 A；矢状断T-1強調画像
B；冠状断T-2強調画像

喉頭蓋を確認出来なかった (Cormack 分類Ⅳ)。そこで、マッコイ喉頭鏡で喉頭展開したところ、喉頭蓋と声門裂下縁 (Cormack 分類Ⅲ) が直視で確認出来たため、挿管し、麻酔を維持し手術を施行した。手術は口腔内より施行し、舌下部粘膜の切開を行い、鈍的に剥離を行い40mm×40mmの嚢胞を摘出した (図4)。摘出した嚢胞は薄い一層の皮膜で覆われており、内容物は漿液性であった。病理組織診断では甲状舌管嚢胞の診断であった。術後の抜管の際は挿管時と異なり咽頭を圧排していた嚢胞がなくなったことより喉頭展開が容易であった。術翌日より経鼻栄養による食事を開始したが、咽頭部の違和感が強く経鼻栄養管は抜去し、経口摂取を開始した。術後1週間入院したのちに退院の運びとなった。現在術後2年経過しているが、再発等は認めておらず嚥下障害や気道症状も改善しており経過は良好である (図5)。

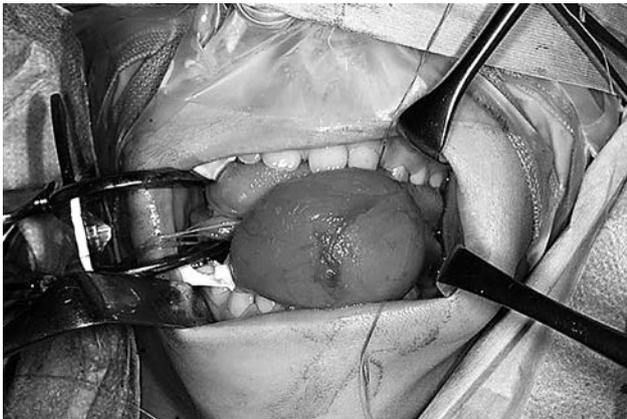


図4 術中写真



図5 術後口腔写真

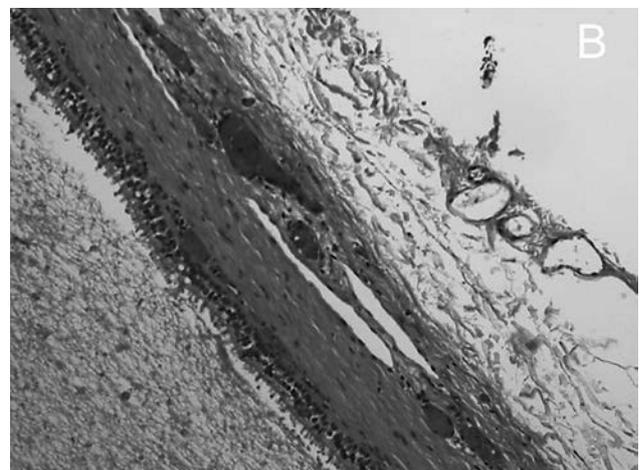
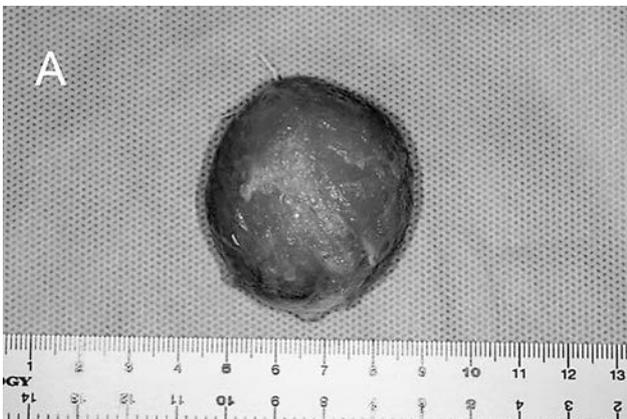


図6 摘出物および病理組織像

病理組織学的所見：嚢胞壁は内面に上皮層、外層は絨毛円柱上皮に裏装された繊維性結合組織よりなり、粘液細胞 (杯細胞) の散在を認めるが、甲状腺組織は認めない (図6)。臨床的部位を考慮し、甲状舌管嚢胞と診断となった。

病理組織学的診断：甲状舌管嚢胞

3. 考 察

甲状舌管嚢胞は胎生期に甲状舌管が舌根部の舌盲孔から甲状腺に向い下降し、舌骨前面を通り後面に回り込んでから下降し甲状腺に至る経緯をたどる経路に甲状舌管の遺残から発生するとされており¹⁾、若年者に多く、70%は30歳までに生じるとされる²⁾。頻度については86,000人中31人 (0.036%) に発生するとの報告もある³⁾。発生部位については Colohan²⁾ らによると舌骨・甲状軟骨間が60%、舌骨上が24%、胸骨上が13%、口腔底が1%とされている。本症

例では上記の分布とは異なり、口腔底からおとがいにかけて嚢胞は進展していた。臨床診断では発生部位からも皮様嚢腫を強く疑ったが、術中初見で摘出した嚢胞内容物が液性であり、皮膚等の付属器官を認めなかったことや病理所見から否定された。しかしながら、甲状腺組織を認めず、臨床的な位置からも通常の甲状舌管嚢胞とは異なる様な所見を受けた。幼少期に先天性ガマ腫の診断下開窓療法が施行されており、その再発も疑われるがガマ腫にしては皮膜が厚く保たれ、摘出が容易であったこと、嚢胞が正中に位置しており偏在性でなかったこと等から甲状舌管嚢胞の診断となった。口腔底部に発生する鑑別すべき疾患としては、甲状舌管嚢胞、ガマ腫、リンパ管腫、血管腫、皮様嚢胞、異所性甲状腺腫、脂肪腫、リンパ節腫大などが考えられる⁴⁾。鑑別は困難なこともあり病理組織所見での確定診断を要する。また、甲状舌管嚢胞の治療については、穿刺法、開窓術、造袋術、摘出術、経過観察が報告されている。穿刺法はもっとも簡便な方法であるが、再発率が90%という報告があり⁵⁾、出生時に認めたものも甲状舌管嚢胞であったのではないかと予想された。口腔底部に発生した嚢胞や腫瘍が原因で呼吸障害をきたしてしまうことが報告されているが、甲状舌管嚢胞は稀に喉頭に進展する例もあり、本症例のように呼吸困難を呈する症例⁶⁾も報告されている。重篤な呼吸障害を来すこともあり、本症例でも挿管時にMcGRATH®を使用したことが、喉頭展開が困難であったことから、術前でも緊急に気道確保が必要な場合もある。また、術後においても出血や喉頭浮腫などの可能性もあり、緊急時における気管切開などによる気道確保を常に考慮しておく必要があると考えられた。

4. 結 語

今回われわれは口腔底に再発した巨大な甲状舌管嚢胞の一例を経験したので、ここに報告する。

本論文に関連し、著者全員に開示すべきCOIはない。

本論文の要旨の一部は、第63回日本口腔外科学会学術集会（2018年11月2日 千葉）において発表した。

5. 謝 辞

稿を終えるにあたり、本症例の手術に際してご協力いただきました当院病理組織診断科 米原修治先生、麻酔科 瀬浪正樹先生、広島大学病院歯科麻酔科 大植香菜先生に深謝致します。

参 考 文 献

1. Welch KJ, Randolph JG, Ravitch, et al: Pediatric Surgery, 4th ed., pp.539-552, Year Book Medical Publishers, Inc, Chicago, 1986.
2. Colohan DP, Hillborn M: An unusual case of intermittent upper airway obstruction. J Emerg Med 11:157-160, 1993
3. Sistrunk WE: The surgical treatment of cysts of the thyroglossal tract. Ann Surg 71:121-122, 1966
4. 北村龍二, 西尾順太郎, 古澤栄之, 他: 舌下部に発生した甲状舌管嚢胞の1例. 日口外誌 1990; 36 (8): 1935-1939.
5. 佐野真幸, 北原伸郎, 達間真希子: 舌根部嚢胞の2症例. 耳鼻・頭頸外科, 75: 881-884, 2003.
6. 都築秀明, 藤枝重治, 坂下雅文・他: 呼吸困難を呈した甲状舌管嚢胞の1例. 日気食会報 55:340-346, 2004.

鼠径ヘルニア根治術に用いられたメッシュが原因となって 形成された膀胱結石の1例

角西 雄一¹・森山 浩之¹・中野 芳紀¹・米原 修治²

I. 緒 言

今回われわれは、鼠径ヘルニアの手術に用いられたメッシュが原因となって形成された膀胱結石の1例を経験したので、本症に対して若干の文献的考察を加えて報告する。

II. 症 例

患者：75歳，男性。

主訴：肉眼的血尿。

既往歴：4年前他院にて右鼠径ヘルニアに対してヘルニア根治術（メッシュプラグ法）。

現病歴：肉眼的血尿が出現したため近医を受診し膀胱炎として治療を受けるも，その後も2カ

月間にわたって肉眼的血尿が繰り返してみられた。原因精査のため当科に紹介となった。

現症：身長158cm，体重70kg。体温36.5℃，血圧100/67mmHg，脈拍79/分。右鼠径部上方に手術瘢痕を認めた。表在リンパ節は触知せず。

入院時検査所見：末梢血液検査，血液生化学検査では，軽度の貧血と低蛋白血症を認めた。尿沈渣はRBC 50-99/HPF，WBC 50-99/HPFであり，尿培養では *Enterococcus faecalis* が分離された。尿細胞診は陰性であった。

膀胱鏡所見：膀胱後壁右上方に結石を認めた。結石には可動性がなく，膀胱壁に固着していた（図1）。

腹部CT：結石の大部分は膀胱内へ存在するも

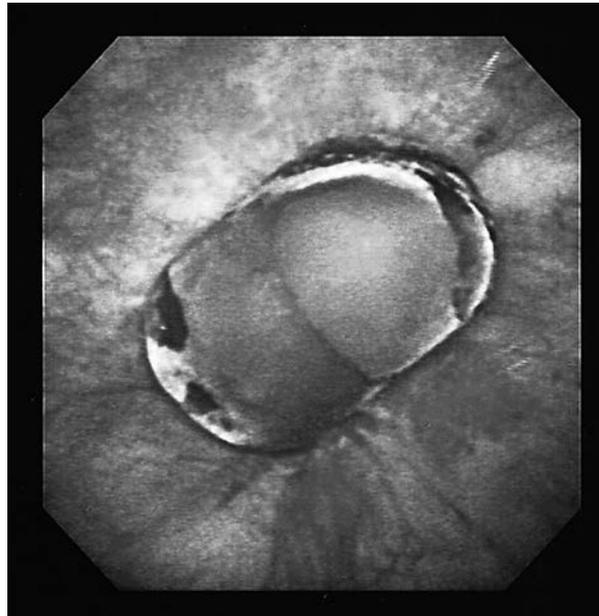


図1 膀胱鏡所見
膀胱内後壁右上方に結石を認めた。結石には可動性がなく，膀胱壁に固着していた。

¹JA 尾道総合病院泌尿器科

²JA 尾道総合病院病理研究検査科

の、一部は壁外にも突出していた（図2）。膀胱壁外に突出している部分には周囲脂肪織に毛羽立ちがあり、慢性炎症の存在が考えられた。

MRI：膀胱後壁右上方に結石と考えられる無信号域を認め、結石の外側は憩室状に膀胱外方へ突出する部分の中に位置した（図3）。憩室状部分の周囲は T1強調画像で低信号，T2強調画像で淡い高信号から低信号を示し，造影増強効果認めた。肉芽組織や線維組織などが疑われた。

結石は膀胱後壁右上方に存在したことで、患者は以前に右鼠径ヘルニアに対してメッシュ手術を受けた既往があったがこの患側は右側であっ

たこと、われわれが以前に経験したことのある鼠径部膀胱ヘルニア¹⁾は圧倒的に男性に多くしかも患側は右側に多く通常の鼠径ヘルニアと誤認される可能性があることなどから、鼠径ヘルニアの手術に用いられたメッシュに関連して形成された異物結石を第一に考えた。また、膀胱憩室内結石であった場合でも、経尿道的な手術では憩室内部の結石処理が困難である可能性や憩室の切除も必要であることから、手術方法は膀胱部分切除術を選択した。

手術所見：下腹部正中切開にて膀胱前腔を展開した。膀胱頂部右側には膀胱へと続く硬い索状

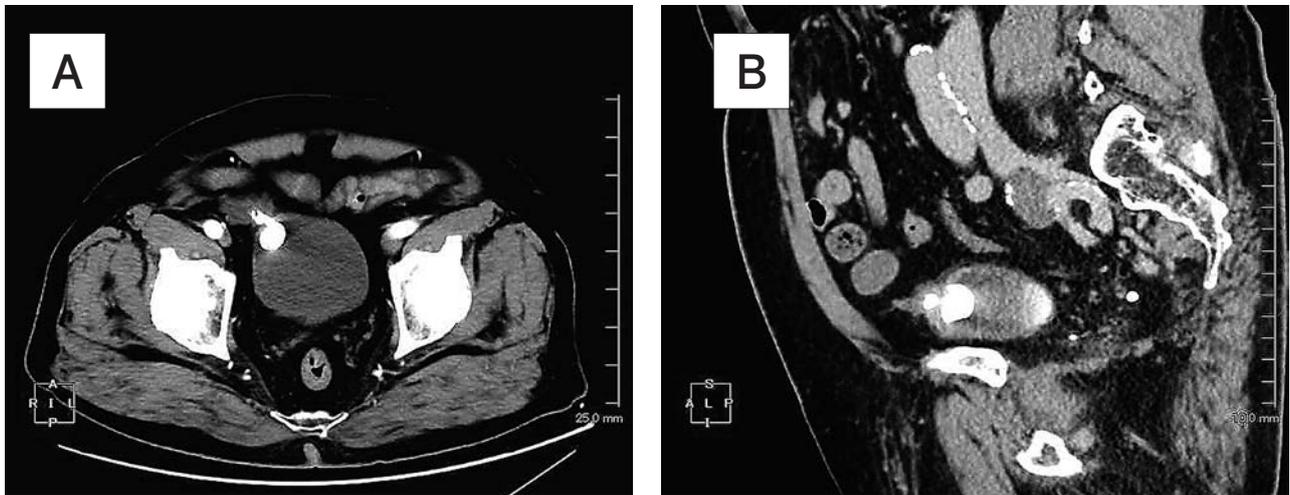


図2 腹部CT (A:横断像, B:矢状断像)
膀胱壁に付着するような形状の結石であり、壁外にも結石が突出していた。

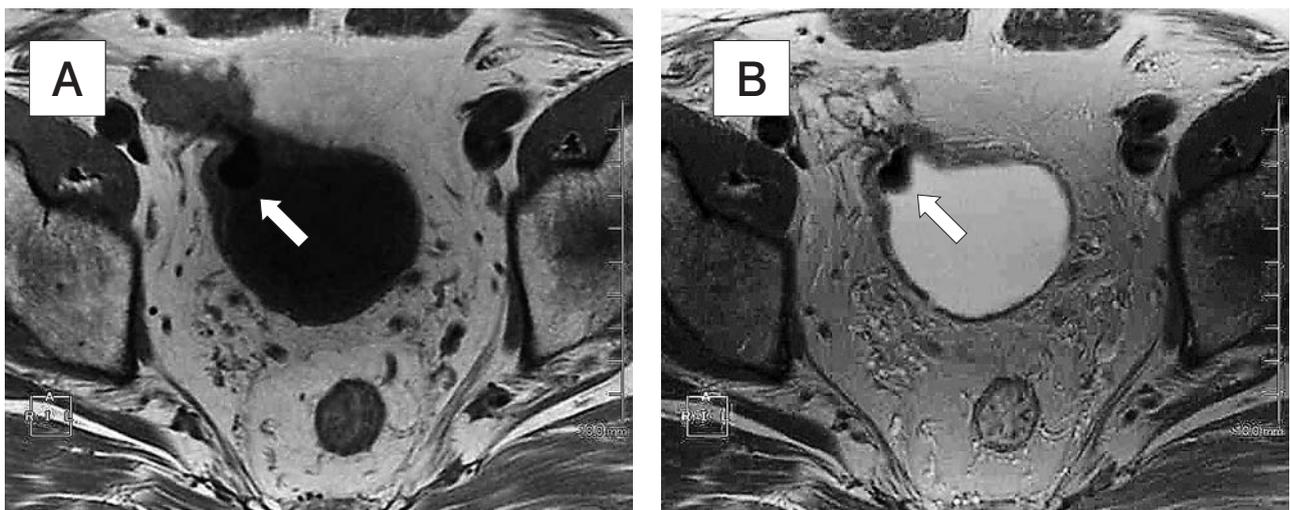


図3 MRI (A:T1強調画像, B:T2強調画像)
膀胱後壁右上方に結石と考えられる無信号域を認め（矢印）、結石の外側は憩室状に膀胱外方へ突出する部分の中に位置した。憩室部分の周囲は T1強調画像で低信号，T2強調画像で淡い高信号から低信号を示し，造影増強効果認めた。肉芽組織や線維組織などが疑われた。

組織が確認され、これを右外腸骨動脈近傍で切離した後膀胱へと向かって剥離した。ここで膀胱壁を解放して結石を確認し（図4）、さらに膀胱壁の切開を結石周囲に行うことにより摘出を終了した。膀胱壁は吸収糸にて2層に縫合閉鎖した。手術中の所見では、自験例は鼠径へ

ルニアの手術に用いられたメッシュに関連して形成された膀胱異物結石であったと考えられた。

切除標本：膀胱内の結石は膀胱外の索状組織内の結石と線維状構造物でつながっていた（図5）。切除標本では、肉眼的にはメッシュその

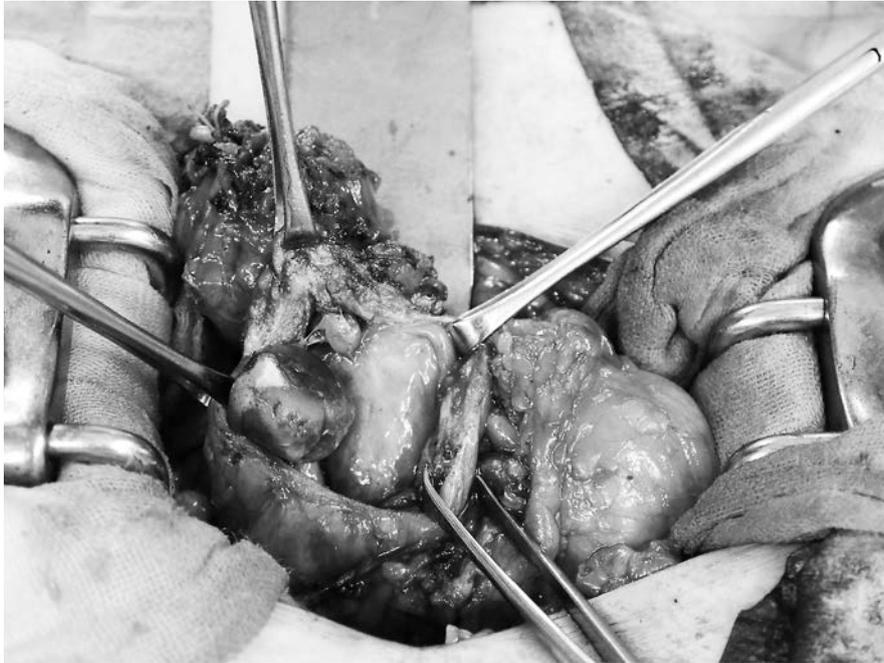


図4 手術所見

膀胱壁を解放して結石を確認し、さらに膀胱壁の切開を結石周囲に行うことにより摘出を終了した。



図5 切除組織

膀胱内の結石は、膀胱外の索状組織内の結石と線維状構造物でつながっていた。切除標本では、肉眼的にはメッシュそのものを確認することはできなかった。

ものを確認することはできなかった。

病理組織学的所見：膀胱部分切除標本は、メッシュと思われる線維状の異物を被包化した線維性結合組織よりなっていた。標本作成の過程でメッシュの線維は線維性結合組織から脱落し、その跡は組織欠損として観察された（図6）。

結石分析結果：結石成分は、リン酸水素カルシウム98%以上であった。結石内には異物(糸状)を含んでいた。

その後の経過：術後2ヵ月の検尿では、尿所見は完全に正常化していた。

Ⅲ. 考 察

成人の鼠径ヘルニアに対する根治術は、組織縫合法に代わり近年はメッシュ法が第一選択となっている²⁾。メッシュ法は組織縫合法と比較して、再発や術後愁訴などの合併症が少ないと報告されている³⁾。メッシュ法における術後合併症については、感染や dislocation による再発、腹膜損傷によりメッシュが腹膜を破り腹腔内へ突出したことによる癒着性イレウスや絞扼性イレウスを来した症例が散見される⁴⁾。しかし、近接する臓器へのメッシュの迷入はまれで

ある。メッシュが迷入したと報告されている臓器としては盲腸⁵⁾ や S 状結腸⁶⁾ などの報告があるが、膀胱への迷入の報告は比較的少ない。自験例は膀胱結石の存在が発見の契機となったが、この結石形成のためには膀胱外へ置かれたメッシュがまず膀胱内へ迷入する必要があったと考えられる。報告例によると、2001年の山本らの報告⁷⁾ が本邦におけるメッシュの膀胱内迷入の第1例目と考えられる。その後4例の報告^{8) 9) 10) 11)} があることから、文献検索上自験例は本邦第6例目の報告となる（表1）。この6例を検討してみると、男性5例、女性1例で、年齢は48～75歳で平均66歳であった。鼠径ヘルニア手術からの本症発症までの期間は10ヵ月から12年であった。患側は、自験例を含めて全例右側であった。患側が右という点については、江村ら⁸⁾ は膀胱内にメッシュが迷入するためにはヘルニア門の近傍に膀胱が存在していたと考えられ、さらに膀胱ヘルニアの患側は右側が多いという点からいずれの症例も膀胱ヘルニアを合併していた可能性があるとして述べている。自験例の鼠径ヘルニアの手術記録を取り寄せてみると、「ヘルニア囊の内側に脂肪に包まれた大き



図6 病理組織学的所見（HE染色，x5）

標本作成の過程でメッシュの線維は線維性結合組織から脱落して、その跡は組織欠損として観察された。

表1 ヘルニア術後, メッシュが膀胱内へ迷入したと考えられる本邦報告例

No.	報告年度	報告者	年齢	性別	発見契機	術前期間	ヘルニア型	患側
1	2001	山本 ⁷⁾	61	男	頻回の膀胱炎	16ヵ月	鼠径ヘルニア	右
2	2004	柴田 ⁸⁾	59	男	血尿, 尿閉	10ヵ月	鼠径ヘルニア	右
3	2009	江村 ⁹⁾	67	男	下腹部痛	12年	両側再発鼠径ヘルニア	右
4	2015	園田 ¹⁰⁾	48	女	頻尿・尿路感染	2年	内鼠径ヘルニア	右
5	2017	飯田 ¹¹⁾	84	男	肉眼的血尿	1年	鼠径ヘルニア	右
6	2019	自験例	75	男	肉眼的血尿	4年	鼠径ヘルニア	右

な腫瘍が存在しており, これはヘルニア囊の剥離の障害になるため切除した」と記載されていた。この脂肪織に包まれた腫瘍が膀胱ヘルニアであったと推察される。これまでの報告例の中にも, 術直後に下腹部痛・血尿が出現して尿路損傷が疑われたと記載された症例があり⁹⁾, この症例でも手術中に膀胱ヘルニア自体への操作が加えられた可能性がある。

Watson¹²⁾によれば347例の膀胱ヘルニアのうち術前に診断できたのは25例(7.2%)のみで, 279例(80.4%)は術中に診断されており, 43例(12.4%)は術後の感染や尿瘻で発見されていた。つまり膀胱ヘルニアでは, 12.4%の症例は術前・術中には気付かれていないことになる。つまり, 鼠径ヘルニア術後のメッシュの膀胱内迷入症例では, 術前・術中に膀胱ヘルニアの存在に気付かれていなかったか膀胱ヘルニアを鼠径ヘルニアと誤認されていたことが原因であることになる。

いまだ膀胱ヘルニアの本邦報告例は多くはないが, 一方欧米の文献では膀胱ヘルニアはさほどまれな疾患ではなく鼠径ヘルニア患者の1~3%に認められ¹³⁾, 中でも50歳以上の鼠径ヘルニアを有する男性の少なくとも10%に認められるとされている¹⁴⁾。

以上から, 50歳以上の男性における特に右鼠径ヘルニアの場合, 膀胱ヘルニアの存在も念頭において診断・治療にあたれば, 本症の発生を防ぐことができると考えられる。

IV. 結 語

鼠径ヘルニアの手術に用いられたメッシュが原因となって形成された膀胱結石の1例を報告し, 本症と膀胱ヘルニアとの関連性について述べた。

文 献

- 1) 森山浩之, 中原雅浩, ら: 術前診断が可能であった鼠径部膀胱ヘルニアの1例. 広島医学 62:349-352,2009.
- 2) 田中里奈, 菊一雅弘, ら: メッシュ使用後の再発鼠径ヘルニアの検討. 日外科系連会誌 35:120-125,2010.
- 3) 堀 孝吏, 坂本昌義: 成人鼠径ヘルニア(上)一治療の最前線. 医事新報 4178:33-36,2004.
- 4) 岡澤 裕, 永易希一, ら: 鼠径ヘルニア術後に絞扼性イレウスを発症した1例. 日腹部救急医会誌 31:1097-1099,2011.
- 5) 伊藤浩明, 舟橋啓臣, ら: 鼠径ヘルニア根治術後, メッシュプラグによる大腸穿通をきたした1例. 日臨外会誌 65:2963-2966,2004.
- 6) 吉野泰啓, 佐藤 純, ら: メッシュプラグ法による内鼠径ヘルニア術後に膀胱S状結腸瘻をきたした1例. 日臨外会誌 74:2008-2012,2013.
- 7) 山本裕信, 田口恵造, ら: 鼠径ヘルニア術後にメッシュが膀胱内へ迷入?した1例. 泌

- 尿紀要 47:701,2001.
- 8) 江村正博, 新保正貴, ら: 鼠径ヘルニア修復時のメッシュプラグ迷入により生じた膀胱結石. 臨泌 63:45-459,2009.
 - 9) 園田洋史, 南村圭亮, ら: 鼠径ヘルニア根治術後メッシュが膀胱内迷入をきたした1例. 日臨外会誌 76:922-925,2015.
 - 10) 柴田孝弥, 工藤淳三, ら: 鼠径ヘルニア術後, 膀胱内に迷入したメッシュプラグの1例. 名古屋市立病院紀要 27:25-27,2004.
 - 11) 飯田孝太, 星山文明, ら: 鼠径ヘルニア修復用メッシュが膀胱内に迷入した1例. 泌尿器科紀要 63:421-425,2017.
 - 12) Watson LE : Hernia, 3rd ed, pp555-575, CV Mosby Co., St. Louis, 1948.
 - 13) Koontz AR : Sliding hernia of diverticulum of bladder. Arch Surg 70:436-438,1955.
 - 14) Iason AH : Repair of urinary bladder herniation. Am J Surg 63:69-77,1944.

当院における肺癌外科治療の現状

山木 実・則行 敏生

I. はじめに

原発性肺癌の罹患数は、厚生労働省「全国がん罹患数2016年速報」では12万人を超えており、そのうち約40%に手術適応があると考えられている。CT検診の普及に伴う早期肺癌が増加、および高齢化に伴う高齢者肺癌の増加により縮小手術が行われる機会も増加している。当院における肺癌外科治療の現状と、縮小手術の適応について報告する。

II. 肺癌に対する標準術式と縮小手術

現在、肺癌に対する標準術式は、癌が存在する肺葉と肺門・縦隔のリンパ節を郭清する肺葉切除+縦隔リンパ節郭清である¹⁾。これに対し、切除する肺の体積を少なくして、肺機能の温存を図る術式が、縮小手術である。縮小手術は、解剖学的肺区域に基づく切除を行う区域切除と、腫瘍の存在する部位を非解剖学的に切除する部分切除に分けられる。区域切除は、肺門部のリンパ節郭清が可能であるが、部分切除ではリンパ節が郭清されないことが、大きな違いである。また、縮小手術の適応において2つに区分される。再発のリスクが低い腫瘍において、肺葉切除が可能な患者に対し肺機能を温存する目的で行う積極的縮小手術と、肺機能の低下などで、肺葉切除が困難な患者に対して行う消極的縮小手術とである。消極的縮小手術は、本来であれば肺葉切除が必要な患者に行われるため、局所再発のリスクが高くなってしまう。

III. 積極的縮小手術の適応

積極的縮小手術の適応は、血行性・リンパ行性転移のない肺局所にとどまる肺癌、すなわ

ち病理学的早期肺癌・病理学的非浸潤癌である。病理学的な早期肺癌を術前の胸部CT画像で推定する試みが行われた。薄切胸部CT上のconsolidationの最大径を、腫瘍最大径で割った値：C/T比（consolidation to tumor ratio）が0.5以下であれば、病理学的な早期肺癌であることが示された²⁾（図1）。

腫瘍径とC/T比を用いて、積極的縮小手術の適応についての臨床試験が行われている（図2）。

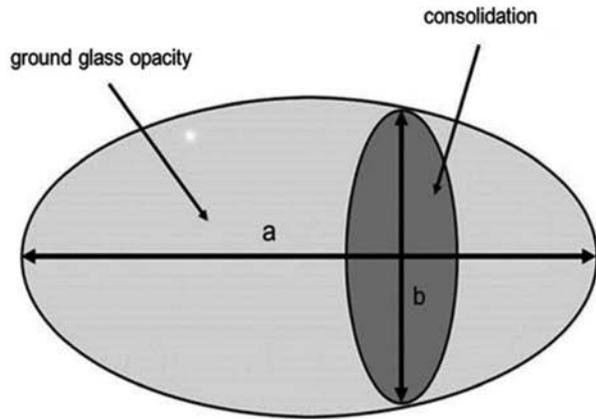
画像上2cm以下、C/T比0.25以下の非小細胞肺癌に対する部分切除を行った試験（JCOG0804/WJOG4507L）では、330例の症例が登録され、5年無再発生存は99.7%であった³⁾。

画像上2～3cm、C/T比0.5以下の非小細胞肺癌に対する区域切除の妥当性を検証する試験（JCOG1211）では、予定登録患者数390人で、症例集積中である。

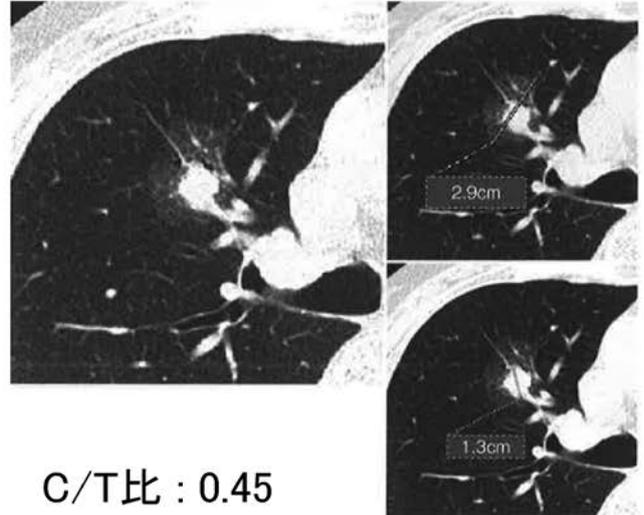
肺野末梢小型非小細胞肺癌（画像上2cm以下、C/T比0.5以上）に対する、区域切除と肺葉切除の第Ⅲ相試験（JCOG0802/WJOG4607L）では、1,100超の症例が登録され、2020年に最終報告がなされる。予後で区域切除が非劣勢であり、かつ呼吸機能が区域切除群で10%良好であることが示されれば、区域切除が肺野末梢小型非小細胞肺癌（画像上2cm以下、C/T比0.5以上）に対する標準治療となる。

病変の大きさ: tumor size

充実成分径の割合: consolidation to tumor ratio(C/T比)



C/T比



C/T比 : 0.45

図1 C/T比

積極的縮小手術の適応

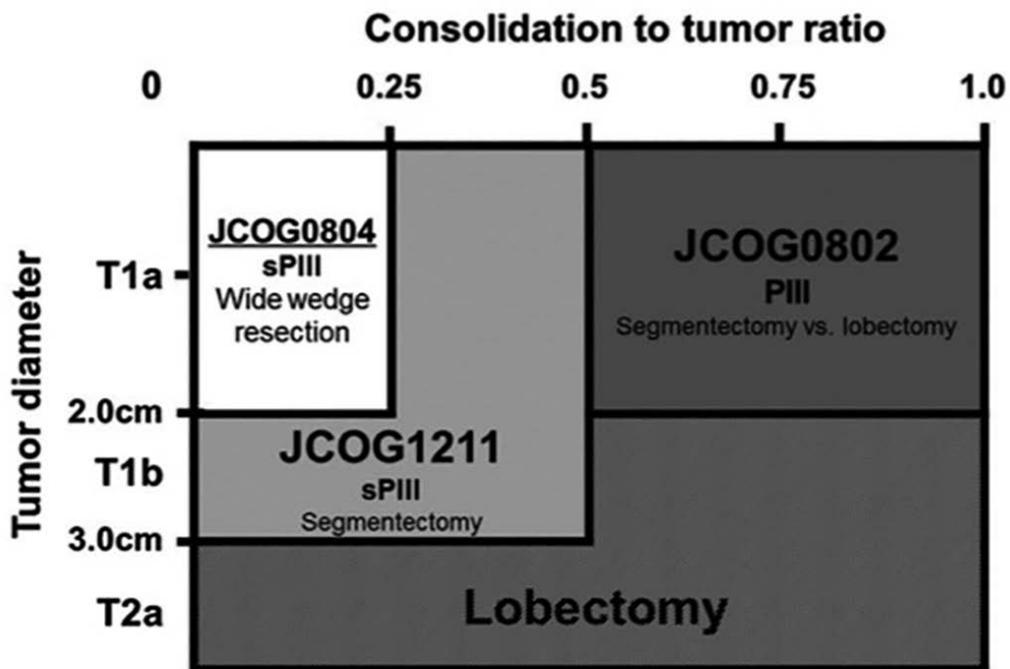


図2 積極的縮小手術の適応

Ⅳ. 当院における肺癌手術の現状

2010年以降, 年間80から120例の呼吸器外科手術が行われ, そのうち原発性肺癌に対する手術は, 年間50例前後である(図3)。2/3は, 標準手術である肺葉切除が行われており, およそ1/3の症例に区域切除・部分切除などの縮小手術が

術が施行されている(図4)。

当院における積極的縮小手術の適応としては, 腫瘍最大径3cm以下で, CT上スリガラス陰影(GGO = ground-glass opacity)主体の病変, PET陰性, 術中迅速病理で低悪性度の腺癌あるいは高分化扁平上皮癌, リンパ節転移無しの症例, としている。

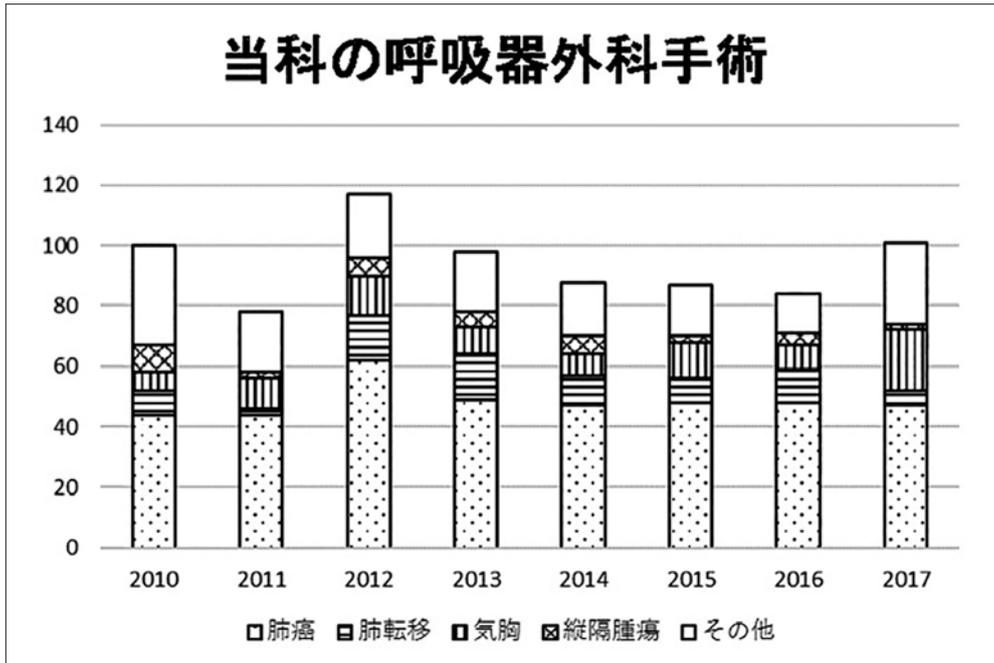


図3 当科の呼吸器外科手術

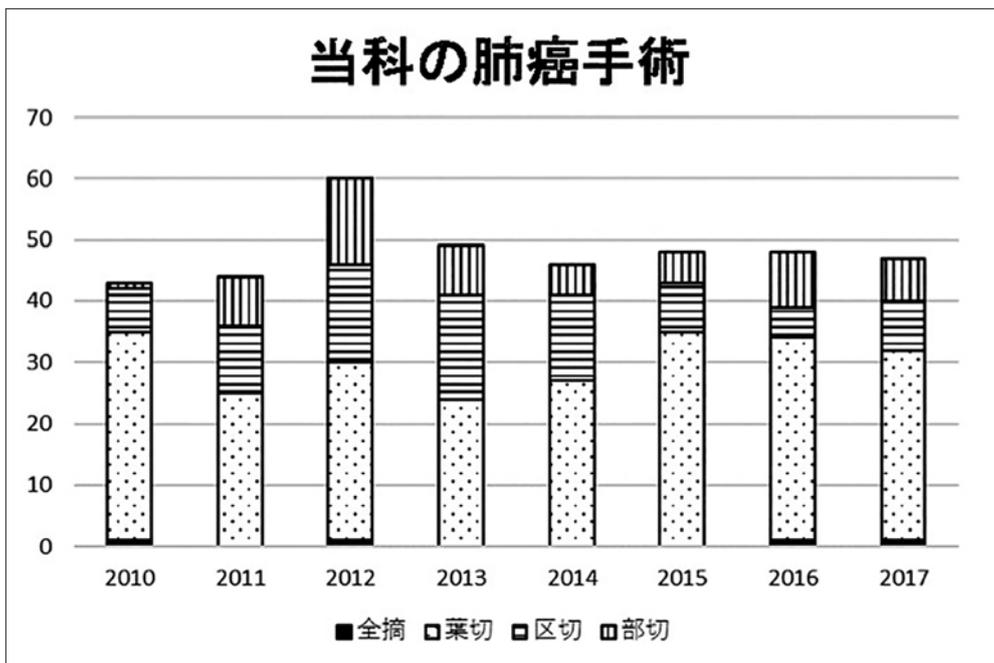


図4 当科の肺癌手術

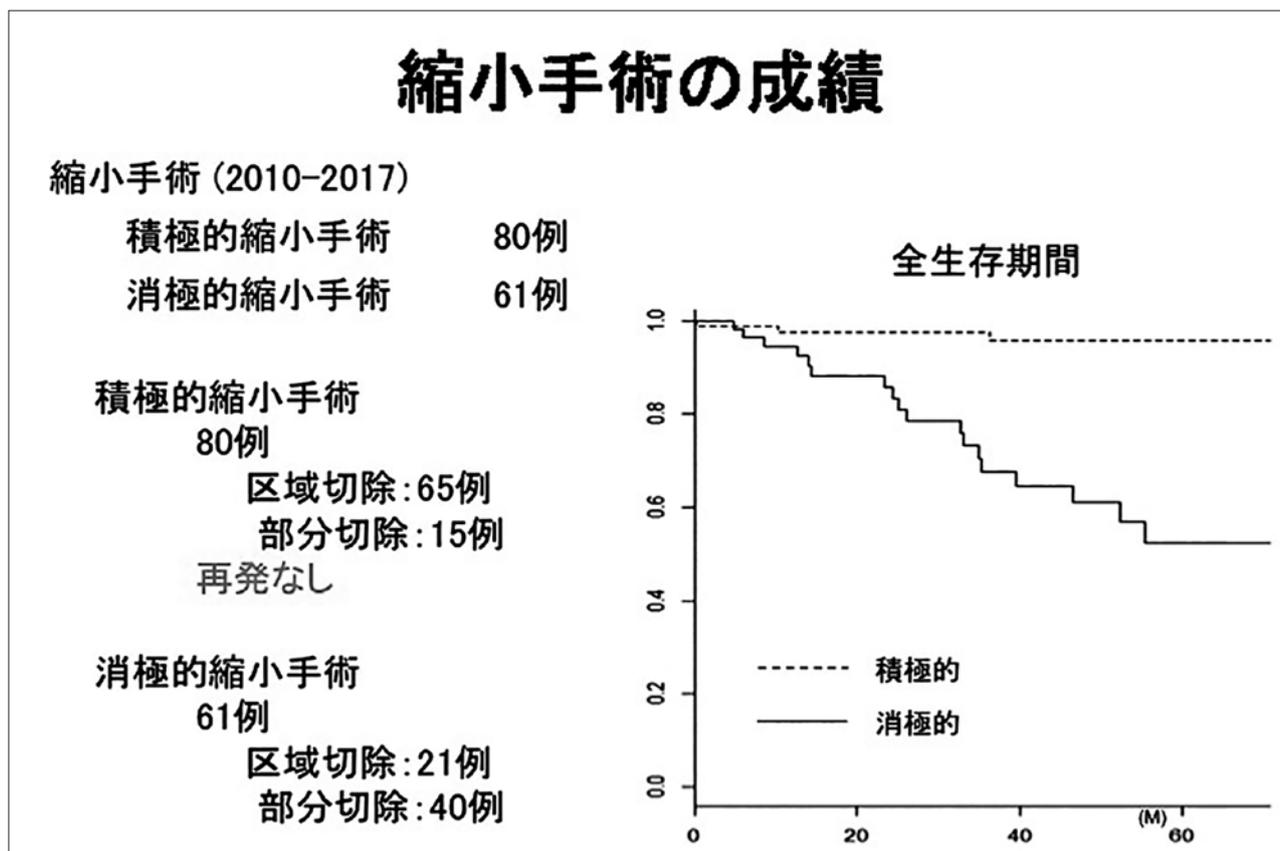


図5 当科の縮小手術の成績

縮小手術の成績は、2010年から2017年の間で141例の縮小手術が行われ、積極的縮小手術80例、消極的縮小手術61例であった。積極的縮小手術の内訳は、区域切除65例、部分切除15例で、現在のところ再発症例は認めていない。消極的縮小手術の内訳は、区域切除21例、部分切除40例で、心肺機能の低下や併存疾患の存在、高齢であることなどハイリスク症例のため、生存率は低下している（図5）。

V. お わ り に

肺癌に対する積極的縮小手術の適応と、当院での肺癌手術の現状について報告した。

参 考 文 献

1. Ginsberg RJ, Rubinstein LV, et al: Randomized trial of lobectomy versus limited resection for T1 N0 non-small cell lung cancer. Lung Cancer Study Group. Ann Thorac Surg. 60:615 – 622, 1995
2. Asamura H, Hishida T, et al: Radiographically determined noninvasive adenocarcinoma of the lung. survival outcomes of Japan Clinical Oncology Group 0201. J Thorac Cardiovasc Surg. 146:24 – 30, 1995
3. Suzuki K, Watanabe S, et al: A Nonrandomized Confirmatory Phase III Study of Sublobar Resection for Peripheral Ground Glass Opacity Dominant Lung Cancer Defined with Tracic Thin-section Computed Tomography(JCOG0804/WJOG4507L). J Clin Oncol. 35(Suppl):abstr8561, 1995

『がん薬物療法専門医』として ～市中病院における役割～ 肺がん診療における最新のエビデンス

鈴木 朋子

はじめに

『がん薬物療法専門医』とは

日本臨床腫瘍学会が2005年に薬物療法専門医制度をつくり、翌2006年4月1日付けでがん薬物療法専門医として初めて認定されました。

質の高いがん薬物療法を実現するために、幅広い臓器のがん薬物療法の知識と技術を持つことを期待された専門医です。全国のがん診療連携拠点病院・大学病院やがんセンターなどに在籍しており、1,331名（2019年4月1日現在）が専門医認定を受けています。それぞれの専門医やメディカルスタッフと連携しながらがん治療を行っています。しかし、まだまだがん薬物療法専門医の地域間格差は大きく、沖縄と石川県では人口100万人あたりの人数には20倍の格

差があります。広島県内には30名、そのうち尾三地域ではまだ1名という状況です（図1）。

がん薬物療法専門医に求められるもの

薬物療法に関する十分な基礎的知識、標準的治療の正確な実施、がん化学療法に伴う副作用に対する適正な対処、EBM創生のための臨床試験の実施、緩和医療、セカンドオピニオンの対応は勿論のこととして、さらに現在がん治療医に求められていることとしては、緩和医療まで包括した患者個々に適した診療（①病状の変化に応じた治療のフレキシビリティ②患者とのコミュニケーション能力③実地医療に本当に必要な臨床研究④EBMとNBMの融合）が期待されています。

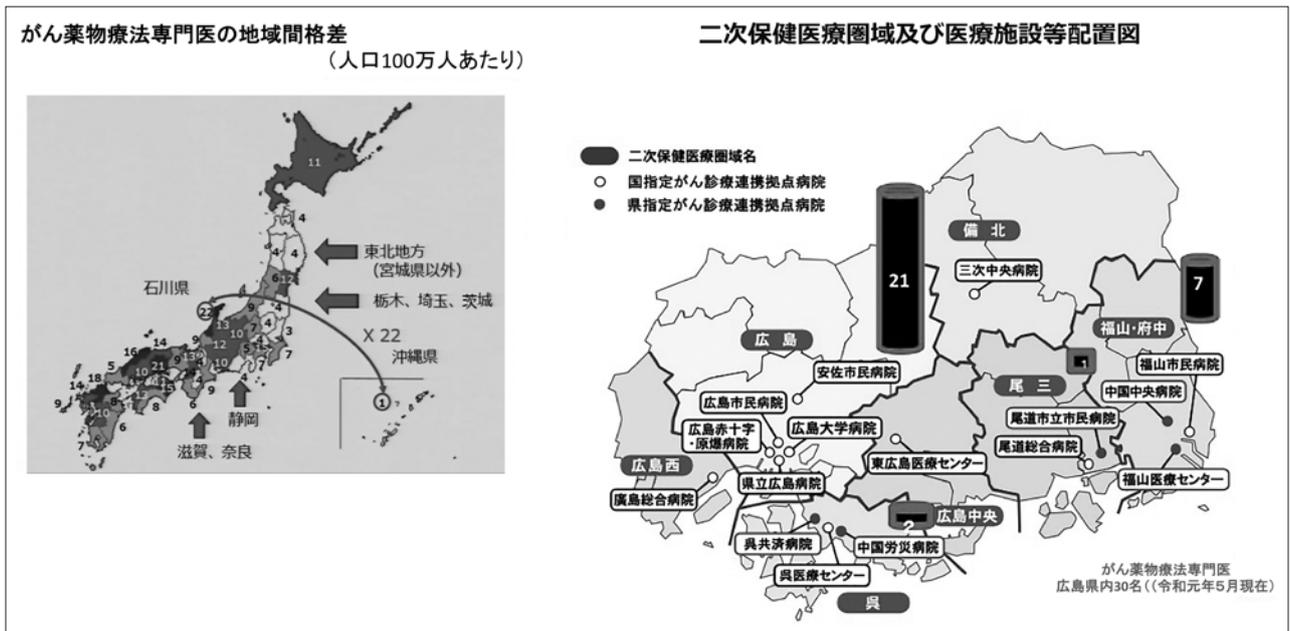


図1

JA 尾道総合病院 呼吸器内科

腫瘍内科医の役割

がん薬物専門医は臓器専門医・病態別専門医といった区分けから言いますとおそらく病態別専門医だろうと思います。呼吸器内科専門医 消化器内科専門医……といった方々との共同のなかで、アレルギー専門医、感染症専門医というふうに臓器を必ずしもえらばないがん薬物療法専門医として抗癌剤に詳しい専門家としてチーム医療を形成していくことだと思います（図2）。手術や内視鏡検査など全てをこなすオールマイティな腫瘍内科医をめざすよりも、専門分野の知識や技術を高め、他の専門家とチーム医療をするほうが、患者さんのためにもなるのではないかと考えます。自分で責任を持って行うことと、他の専門家に相談したほうが良いことの見極めが重要です。

市中病院のがん薬物療法専門医（腫瘍内科医）として

地域がん診療連携拠点病院のレベルが上がれば、確実に患者さんのメリットになると考えられます。他科と連携させて頂きながら、がん薬物療法の適応・効果・副作用の判断/対処、全身疾患であるがんに対するマネジメント、緩和治療（支持療法・症状コントロール（癌性疼痛 etc.））のサポートをさせて頂けると幸いです。

地域の病院でもチーム医療が上手くできれば、大病院や都会の診療レベルに負けない治療を提供することができ、患者さんに対する大きなメリットとなります（図3）。多くの方に支えられて勉強してきた内容を尾三地域の患者さんに還元していきたいと思えます。

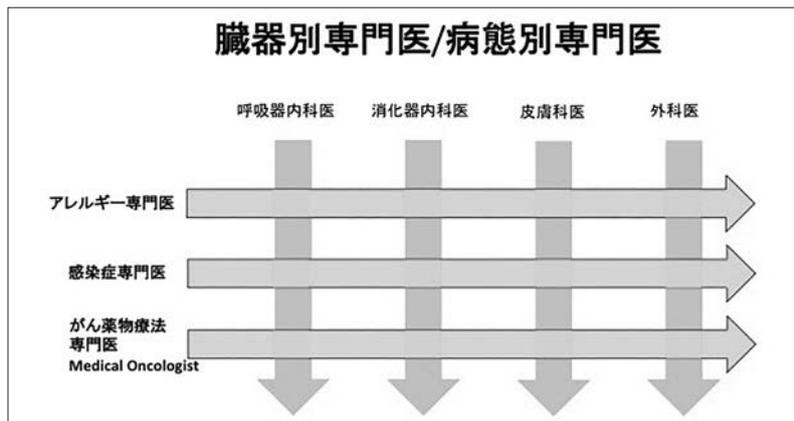


図2

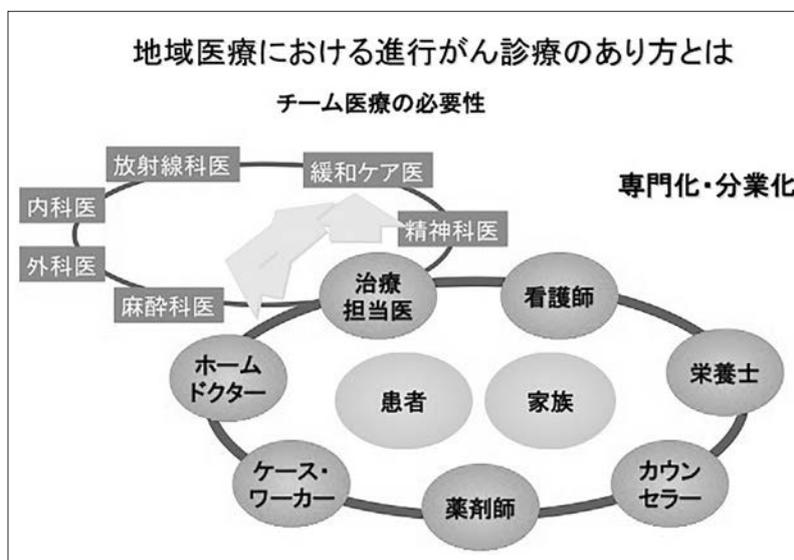


図3

◎ 肺がん診療における最新のエビデンス

日本における死因の第1位は、「がん」です。日本人の二人に一人はがんになって、三人に一人はがんにより死亡する時代です。その中で肺癌は日本人のがん死亡の第一位です（図4）。

ドライバー遺伝子と個別化医療

20世紀の肺癌薬物療法は殺細胞性抗癌薬の時代でした。しかし、今世紀になり、分子標的薬が登場し、肺癌の薬物療法に革命をもたらしま

した（図5）。

第一の革命は、ドライバー遺伝子（driver gene）の発見と個別化医療の始まりです。ドライバー遺伝子とは、その遺伝子に特定の異常が1回はいるだけで細胞ががん化する、すなわちその一つの遺伝子で癌化させてしまうことができるような力をもっている遺伝子です。肺癌においては特に腺がんの遺伝子異常を解析すると、日本人の約半数に上皮成長因子受容体（epidermal growth factor receptor：EGFR）

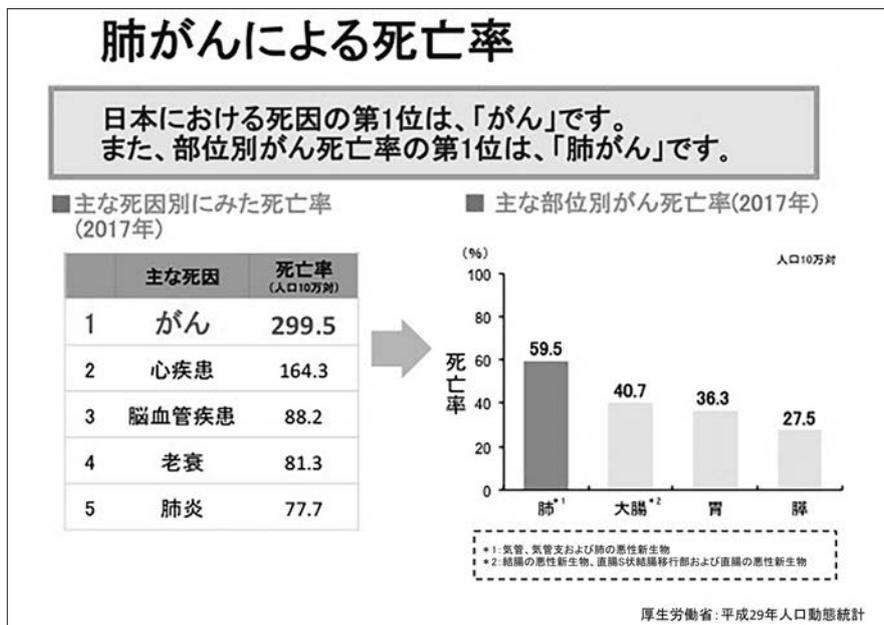


図4

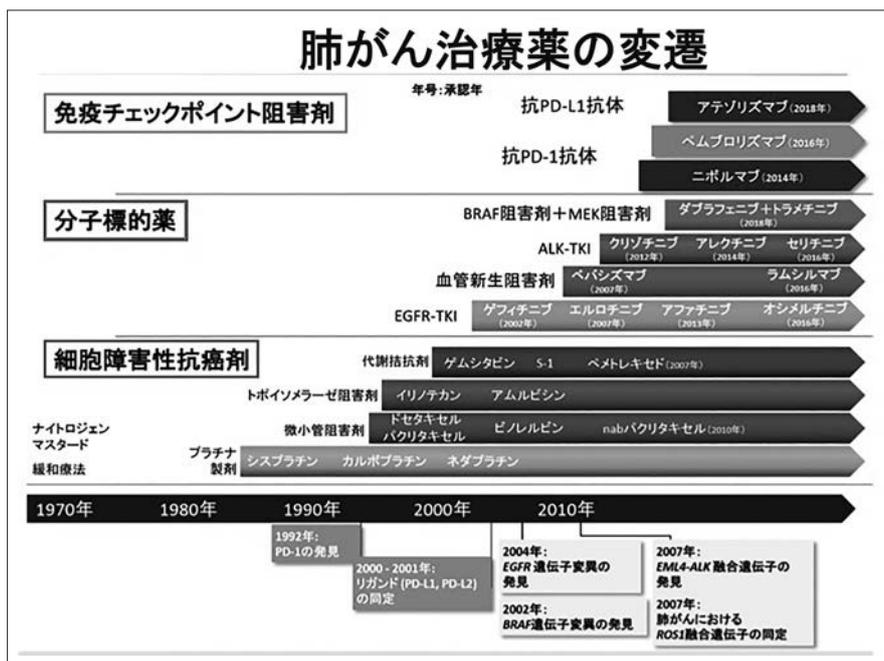


図5

遺伝子変異があり，その他 ALK (anaplastic lymphoma kinase) 融合遺伝子や ROS1 (c-ros oncogene 1) 等，次々にドライバー遺伝子が発見され (図6)，これらに対する治療薬の開発も続いています (図7)。

免疫チェックポイント阻害剤

悪性黒色腫に続き，2015年に免疫チェックポイント阻害薬ニボルマブが肺癌で承認されました。従来の免疫療法が抗腫瘍効果の増強に力点が置かれていたのに対し，この薬剤は「癌に

よる免疫監視機構からの逃避」をブロックする点が大きく異なります。さらに，2016年には PD-L1の発現が50%以上の進行期非小細胞肺癌の1次治療において，免疫チェックポイント阻害薬，ペムブロリズマブが標準的治療薬であるプラチナ併用療法よりも有意に生存を延ばすという臨床試験結果が報告されました。免疫チェックポイント阻害薬は，他の薬剤と比較して，有効例においては長期に亘って病勢コントロールが得られることより，長期生存例の増加が期待されます。一方で，未経験の免疫関連有

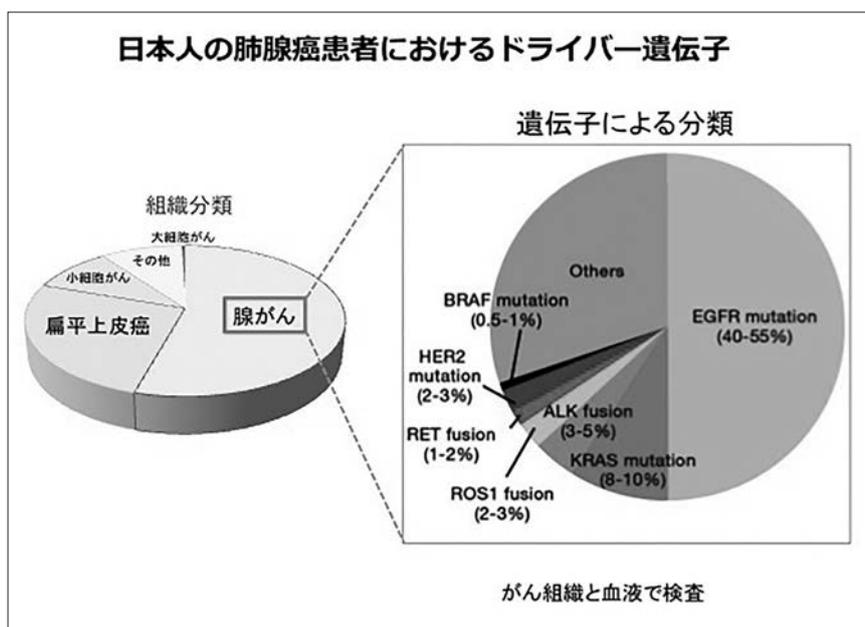


図6

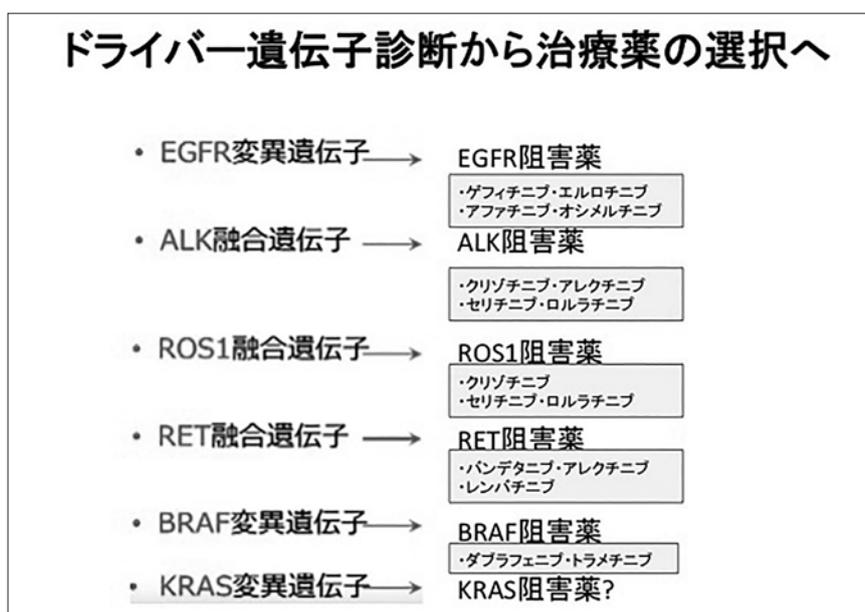


図7



図8

害事象が発生しています。

甲状腺機能異常，腸炎，下垂体炎，1型糖尿病ならびに皮膚炎等，全身にわたります。特に，間質性肺炎は我が国において頻度が高く，死亡例も少なからず報告されています（図8）。これらの副作用は悪性疾患を診療してきた医療者には経験されたことがないものであり，これに対しては，診療科・職種横断的，すなわち全病的に取り組みを推進する必要性が叫ばれるようになってきています。

ま と め

肺癌領域における治療薬の開発は加速し，これに伴い進行期肺癌の生命予後は大きく伸びています。今世紀初頭における進行期非小細胞肺癌の中央生存期間は6カ月でありましたが，多くの新規薬剤の登場，その最適医療の開発により，現在は進行期であっても5年生存を目標とする時代となりました（図9）。そこでは，バイオマーカーの検索に基づいて薬剤選択をする

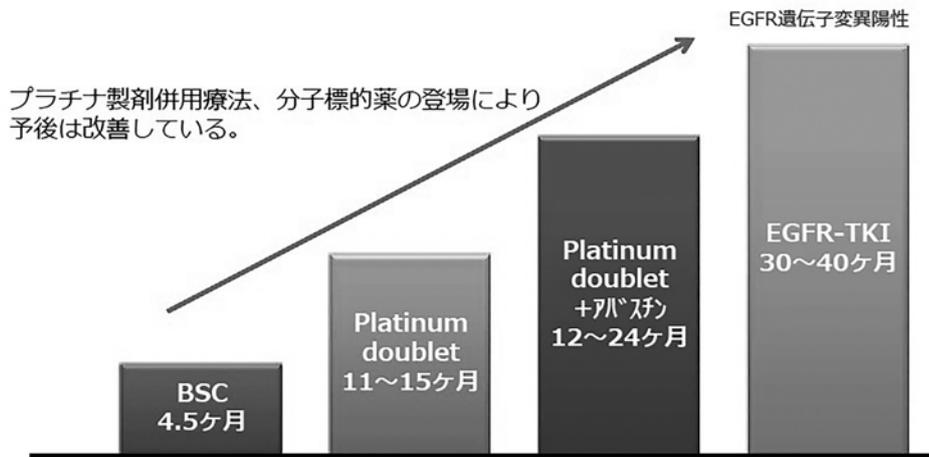
方向性がより明確になっています。

2008年までは，組織型の検査のみで，治療方針の決定に必要な情報が得られました。

2009年にはEGFR 遺伝子変異陽性のNSCLCに対しEGFR TKIが著効することが明らかとなり，EGFRの検査が治療方針決定に必須となりました。2012年にはALK 融合遺伝子陽性のNSCLCに著効するALK 阻害剤が承認され，ALK 検査も治療方針決定に必須となりましたさらに，2016年以降は第3世代EGFR TKIや免疫チェックポイント阻害剤の承認に伴い，re-biopsy 検体を用いたT790M 遺伝子変異検査，PD-L1の病理検査も必要になっています（図10）。

今後さらに質の高いエビデンスが集積されることが予想される一方で，分子標的治療薬や免疫チェックポイント阻害剤は従来の抗癌薬に比べて医療費が高額となる側面もあります。我々医療従事者が医療経済も視野に入れたうえで，治療選択を考える時代が到来しつつあります。

非小細胞肺癌化学療法への進歩と生存期間の延長



化学療法だけでなく、分子標的薬の有害事象をマネジメントする事で患者の予後に寄与する事が出来る。

図9

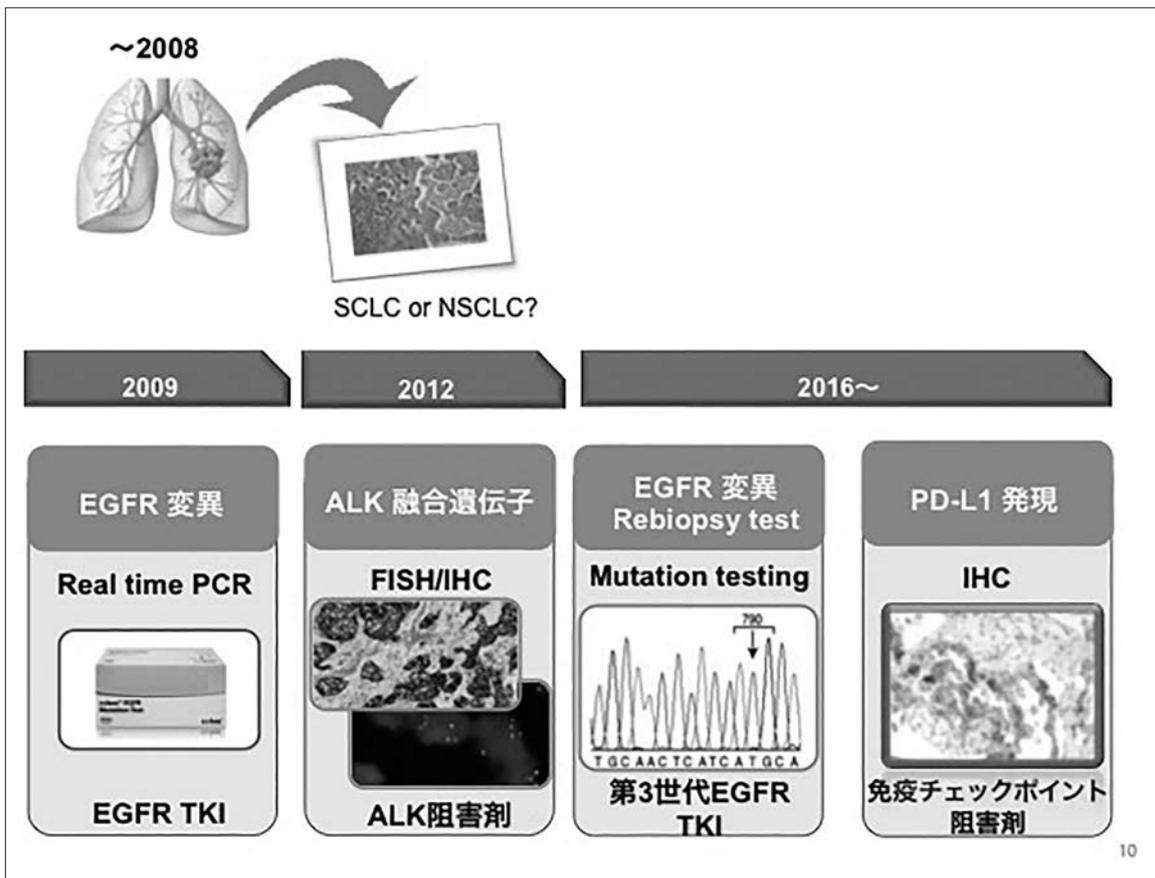


図10

腹部巨大腫瘍の治療中に急変をきたした一例

田辺 裕雅¹・坂下 知久²・西田 賢司³・米原 修治³

I . 緒 言

腹部腫瘍による腹部膨満感は、婦人科外来にて比較的頻度の高い症例である。当院にて腹部巨大腫瘍による治療中に容態が急変した一例を経験したので、若干の文献的考察を加えて報告する。

II . 症 例

患者：69歳，女性

妊娠・分娩歴：5経妊3経産

既往歴：B型肝炎（治療歴あり），10年前から気管支喘息の治療中

主訴：腹部膨満感

現病歴：数年前から不正性器出血を認め，その後約2ヵ月前から腹部膨満感を自覚していた。

症状の増悪と，体重減少にて前医を受診，腹水，腹部腫瘍を認め20XX年3月22日に当院へ紹介受診となった。

来院時現症：身体所見は身長154cm，体重58kg（本来は65kg），体温37.0℃，血圧112/82 mmHg，脈拍116回/分の頻脈とSpO₂は95%（room air）と軽度の低下を認めた。腹部は著明に膨隆していた。血液検査ではWBC 22100/μl，Fib 487 mg/dl，D-dimer 78.5 mg/ml，LDH 1674 U/l，CRP 8.02 mg/dlと上昇を認め，腫瘍マーカーのCA19-9 11257 U/ml，CA125 2073 U/mlは上昇していた（表1）。腹部造影CTでは腹腔内に22×13×18cmの腫瘍を認め，嚢胞部分と充実部分との混在する卵巣腫瘍が疑われた。多量の腹水を伴っており，卵巣癌腹膜播種が考えられた（図1）。左乳腺には不均一に濃染する腫瘍影があり，乳癌又は転移性腫瘍が疑われた。さらに

表1 血液検査所見

血液検査					
<血算>		<生化学>		<腫瘍マーカー>	
WBC	22100 /μl	T-BIL	0.50 mg/dl	CEA	4.4 ng/ml
RBC	392 万/μl	AST	21 U/l	CA19-9	1125.7 U/ml
Hb	9.5 g/dl	ALT	7 U/l	CA125	2073 U/ml
Ht	30.7 %	γ-GTP	37 U/l		
MCV	78.5 fl	LDH	1674 U/l		
MCH	24.3 pg	CK	84 U/l		
MCHC	31.0 万/μl	TP	8.0 g/dl		
PLT	35.2 万/μl	Alb	3.0 g/dl		
		BUN	13.5 mg/dl		
		Cr	0.59 mg/dl		
		Na	136 mEq/l		
		K	4.7 mEq/l		
		Cl	102 mEq/l		
		Ca	9.7 mg/dl		
		CRP	8.02 mg/dl		
<凝固系>					
PT	61 %				
PT-INR	1.23				
APTT	31.7 秒				
Fib	487 mg/dl				
D-dimer	78.5 mg/ml				

¹JA 尾道総合病院 初期研修医

²JA 尾道総合病院 産婦人科

³JA 尾道総合病院 病理診断科

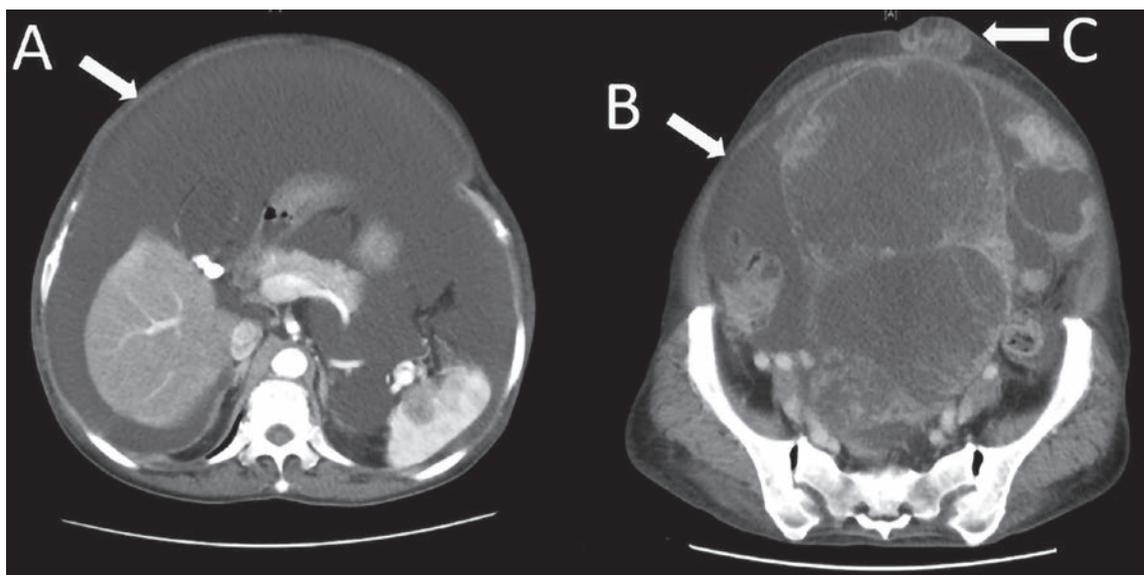


図1 腹部造影 CT 画像
 腹腔内に多量の腹水（矢印 A）を認め、嚢胞成分と充実成分の混在する
 22×13×18cmの腫瘤（矢印 B）と皮下腫瘤を認めた（矢印 C）。

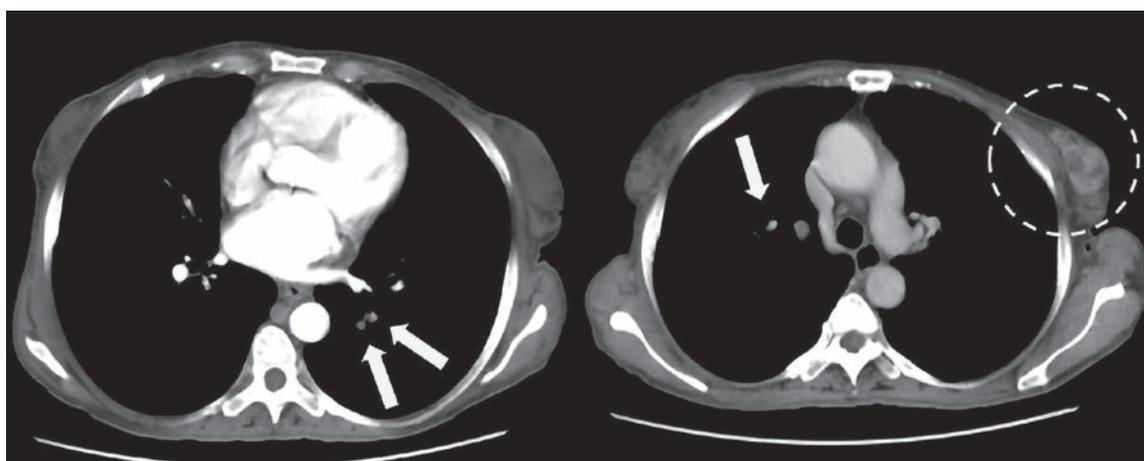


図2 胸部造影 CT 画像
 左乳腺に不均一に濃染する腫瘤影あり（丸印），肺動脈の右上葉枝，
 左下葉枝に血栓を認めた（矢印）。

肺動脈の右上葉枝と左下葉枝に血栓を認めた（図2）。

臨床経過：臨床診断にて卵巣癌疑い，癌性腹膜炎，肺血栓症，左乳癌疑いと診断した。呼吸機能低下のため肺塞栓症に対しての抗凝固療法を優先しエドキサバン（30 mg/day）の内服を開始した。卵巣癌の確定診断に必要な試験開腹は肺塞栓症，抗凝固療法及び全身状態からリスクが高いと判断した。腹水細胞診，子宮頸部細胞診，子宮内膜組織診，皮下腫瘤の生検を実施し，検査結果から類内膜腺癌と診断した（表2）。腹部腫瘍は卵巣癌及び子宮浸潤，子宮体癌及び

卵巣癌浸潤，又は重複癌が考えられた。鑑別のためにMRIを行った。骨盤から腹腔への一部嚢胞を伴う巨大充実性腫瘤から，卵巣癌の可能性が高いと診断し（図3），第11病日からカルボプラチン・パクリタクセルによるTC療法を開始した。その後も腹水の増悪がみられ治療緩和のため第15病日と第26病日に腹水穿刺での腹水除去を行った。第32病日にTC 2サイクル目を施行した。第36病日の1時25分より突如のSpO₂ 80-81%の低下を認めたため肺塞栓症を疑い，未分化ヘパリン15,000単位/日を開始した。造影CTでは動脈血栓，深部静脈血栓は認

表2 細胞診, 組織診検査結果

<p>検査結果一覧</p> <ul style="list-style-type: none">• 腹水細胞診……………クラス判定:V• 子宮体部細胞診……陽性• 子宮頸部細胞診……AGC(異型腺細胞)• 子宮内膜組織診……類内膜腺癌• 皮下腫瘤組織診……類内膜腺癌 <p>⇒卵巣癌(子宮浸潤)、子宮体癌(卵巣転移)、または重複癌</p>
--

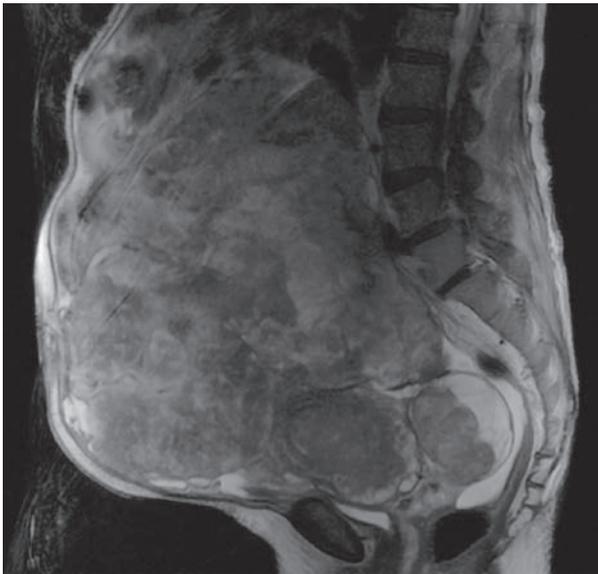


図3 骨盤 MRI T2強調画像
腫瘍は骨盤から腹腔へと巨大な充実性腫瘤であり、分葉上で一部に嚢胞をもつ。対側の卵巣も腫大していた。

めず、2時30分には SpO₂ 96-97%と回復を認めた。しかしその後8時30分に意識レベルの低下がみられ (JCS2), 脳梗塞を疑い MRI と頸部 MR angiography(MRA) を行った。FLAIR 画像では sylvius 裂や前頭葉脳表に高信号域を認め、側脳室内に液面血性や、小結節を認める (図4) クモ膜下出血の所見であった。MRA では右椎骨動脈瘤形成を認めたが、周囲に出血所見なく出血源は不明であった。頭蓋内出血を認めたため、ヘパリン、エドキサバンの投与を中止とした。その後施行した頭部 CT においても MRI 同様に、側脳室内に凝血塊を疑う高濃度域を認め、脳表や sylvius 裂からは CSF 濃度より薄い高濃度域を示しており時間の経過した出血が考えられた (図5)。その後著明なバイタル変動

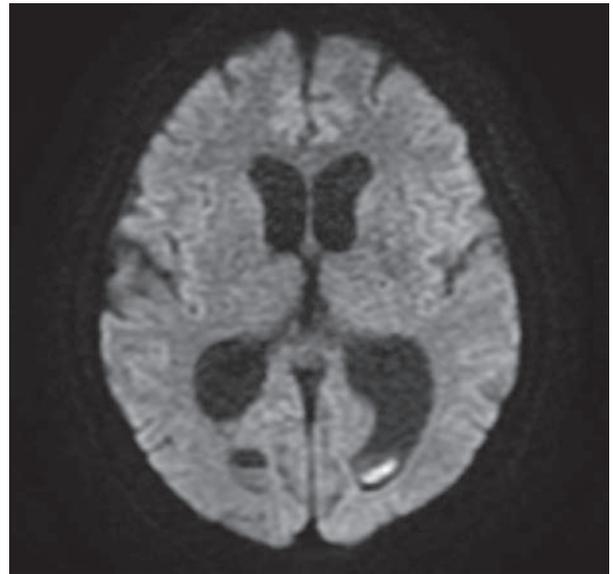


図4 脳出血発症の頭部 MRI FLAIR 画像
sylvius 裂や前頭葉脳表に高信号域を認め、側脳室内に液面血性や、小結節を認めた。

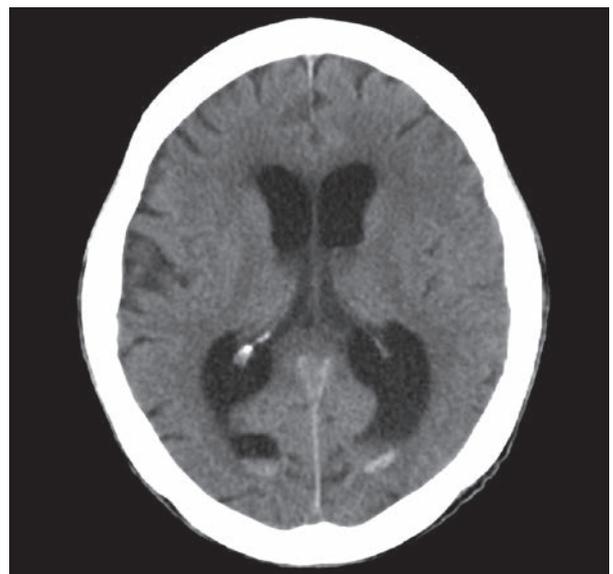


図5 頭部 CT 画像
脳室内に凝血塊を疑う高濃度領域を認めた。脳表や sylvius 裂は CSF 濃度より薄い高濃度を示していた。

もなく経過していたが、第42病日の4時11分に突然の洞性頰脈から心停止となり、永眠された。

Ⅲ. 病理解剖所見

死後5時間26分経過。剖検時、腹部は著明に膨満しており5,600 mlの淡血性腹水貯留と下腹部に20cm大の腫瘤を認め、MRI でみられた巨

大な腫瘍は縮小していた(図6)。多数の腹膜播種を認めたが大部分は壊死を来していた。播種は小腸およびS状結腸と広範囲に癒着していたが、腸閉塞は認めなかった。腹部腫瘍は左卵巢を置換性に増殖する充実性腫瘍と(図7)、子宮体部に筋層1/2を越えた外向性増殖を示す腫瘍がみられ、いずれも類内膜腺癌の像であっ

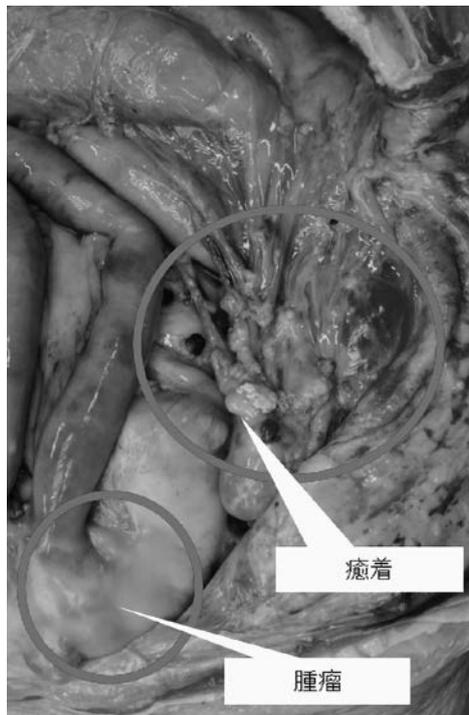


図6 病理解剖 腹部所見
5,600 mlの淡血性腹水貯留と下腹部に20cmの腫瘤を認めた。多数の腹膜播種を認めたが、大部分は壊死を来していた。小腸及びS状結腸に広範囲の癒着が見られた。

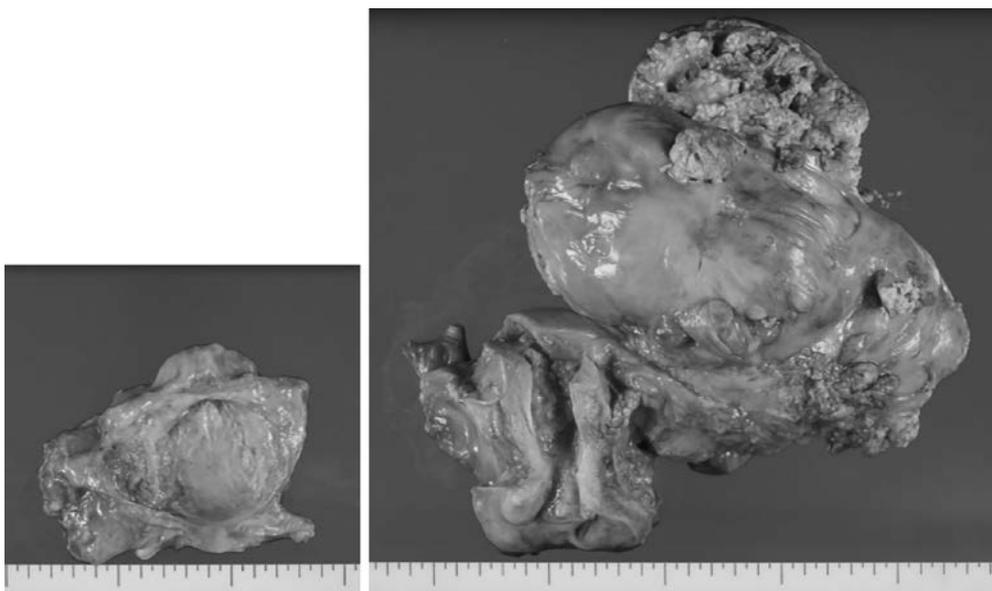


図7 病理標本(卵巢)
右卵巢は8.5×4×4cmの腫瘍であり、左卵巢：20×18×9cmの腫瘍であった。

た。子宮体部病変に上皮内癌成分を伴っていたことから、子宮体部原発の類内膜腺癌及び左卵巢転移と診断した(図8)。類内膜腺癌転移は左卵巢のほか、右卵巢、腹膜、横隔膜、右肺下葉に認められた。

左乳房には空砲性病変をともなう6cmの硬結を認めた(図9)。顕微鏡拡大にて観察すると間質を軸に異形上皮が乳頭状に増殖しており、周囲の乳管内繊維性被膜を伴った被包型乳頭癌の像であった(図10)。乳頭腫瘍は免疫染色のmammaglobinにて一部陽性を示した。

脳は重量1,082g、髄液排出後重量1,066gであった。左小脳半球主体に脳表へ凝血塊が付着しており、クモ膜下出血を呈していた(図11)。下垂体、大脳基底核、中脳、小脳半球にも、少量ながら実質への出血像がみられた。剖検時、臨床上指摘された左椎骨動脈瘤までは評価できなかった。

心臓は重量、360gで、卵円孔開存、右室拡張及び、軽度の左室肥大がみられた。胸腔には、左30ml、漿液性、右190ml、淡血性の胸水貯留を認めた。肺は重量、左256g、右350gで、

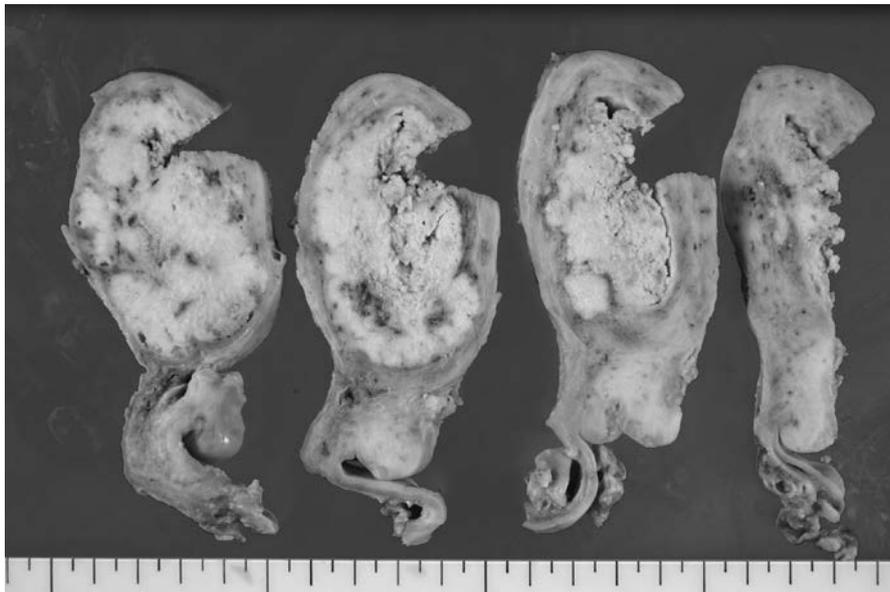


図8 病理標本(子宮体部)
内腔には腫瘍組織が充満していた。

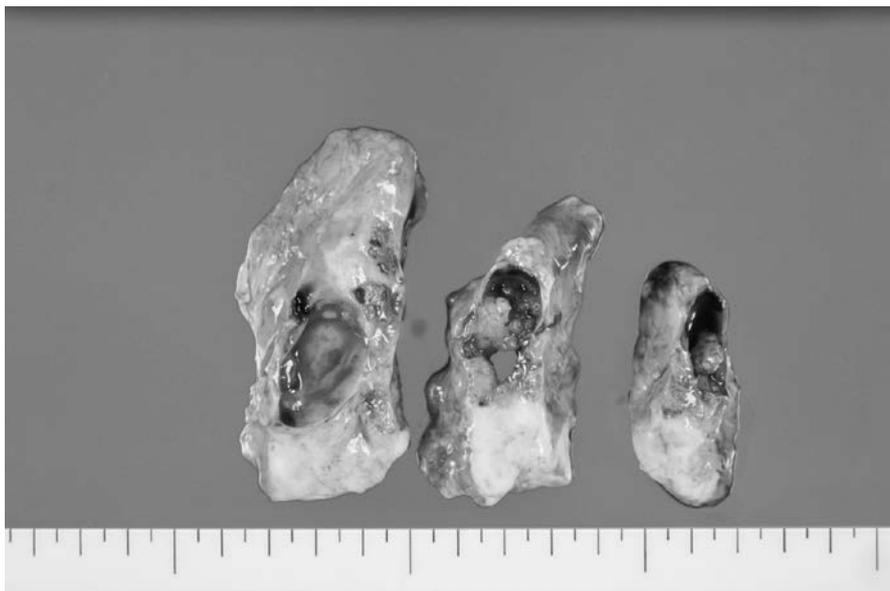


図9 病理標本(乳腺)
左乳房に空砲性病変を伴う6cmの硬結を認めた。

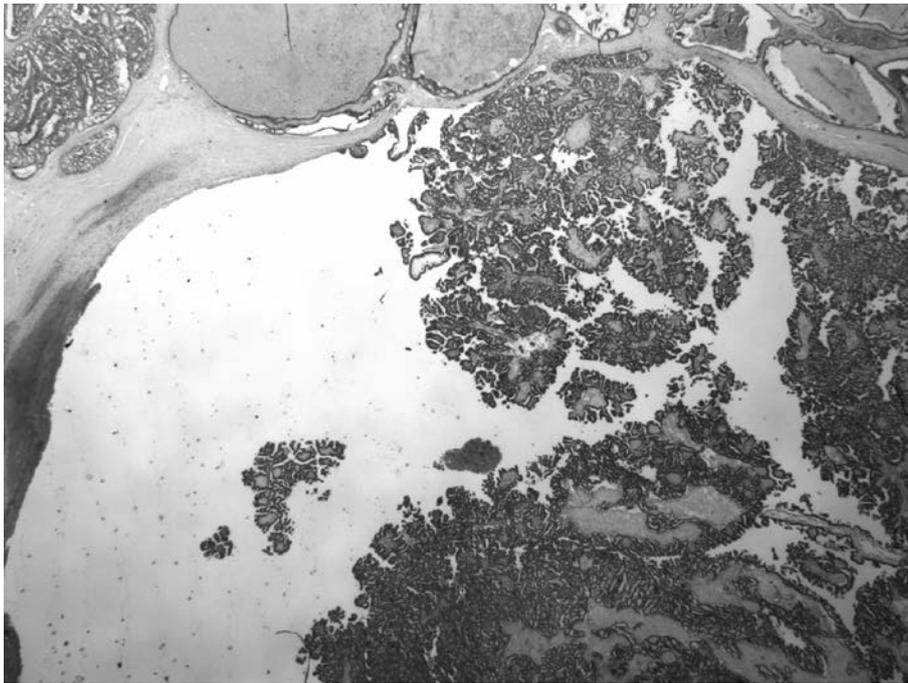


図10 病理標本（乳腺・顕微鏡100倍）
乳管上皮嚢胞から乳頭状に増殖していた。



図11 病理標本（脳）
重量1,082 g，脳底部への新鮮血液の付着が見られた。下垂体，大脳基底核，中脳，小脳半球には実質への点状出血像がみられた。

軽度の気腫性変化と局所的な圧排性無気肺像を認めた。また右肺下葉には1.8cmの類内膜腺癌の転移を認めた。

肝臓は重量, 1,275 gであり, 肝硬変であった。B型肝炎既往があるが, 炎症所見は認めなかった。漿膜には肉眼的に腫瘍の播種がみられた。

その他の副病変としては, 横行結腸の管状腺腫, 膵石, 胆嚢内ビリルビン石, 軽度の腎硬化症が挙げられた。

腹腔内腫瘍は卵巣腫瘍として治療していたが, 病理解剖所見にて子宮体部原発の類内膜腺癌, 左卵巣転移, 腹膜播種と診断した。第36病日のSpO₂と意識レベルの低下は, 以前に起こったクモ膜下出血による血管攣縮を考えた。直接死因に関しては広範な腫瘍転移による全身衰弱と左椎骨動脈瘤破裂による急性くも膜下出血を考えた。

IV. 考 察

脳動脈瘤は, 剖検や血管造影を受ける2-3%の高齢者に見られるとされ, 破裂が発症した場合は致死率が40%にもなる疾患である¹⁾。オランダのWermerらのメタアナリシスでの(19

論文より4,795患者, 26,122人/年) 小型未破裂脳動脈瘤の年間破裂率は0.5%であり²⁾, 本邦の小型未破裂脳動脈瘤の年間破裂率は0.5-0.8%となっていた(表3)^{3) 4) 5)}。破裂リスク因子には喫煙, 高血圧, 飲酒等のmodifiable因子や抗血栓薬, エストロゲン欠乏等のNon-modifiable因子が挙げられていた^{6) 7)}。又, 肺塞栓症の治療である抗血栓薬は動脈瘤内の血栓形成を減少させることにより, 動脈瘤の破裂率をわずかに増加させるという報告がある⁸⁾。動脈瘤と化学療法における研究では, プラチナベースの化学療法をうけた, 47人の女性(卵巣癌26人, 子宮内膜癌患者21人)にて投与前と投与後の血管内皮機能評価したところ投与後に低下していたという報告があり⁹⁾, 人臍静脈内皮細胞ヘシスプラチンを投与したIn Vitro研究においても投与後に血管内皮障害を惹起したと報告されている¹⁰⁾。閉経後のエストロゲン欠乏においては, 結合組織が機能低下を来すことにより, 動脈瘤発症の因子となる可能性や, エストロゲン補充療法が閉経後女性におけるクモ膜下出血のリスクの低下に有効であったとする報告もされてあり¹¹⁾, 今症例との関連を考えた。

表3 本邦の未破裂動脈瘤について

著者	研究名	患者数	年間破裂率(%/年)	全体破裂率(%/年)	ハイリスクの場所
石橋ら, 2009	Jikei 研究	419例 529瘤	0.8	1.4	後方循環
米倉ら, 2004	SUAVE研究	329例 380瘤	0.5	データなし	前交通動脈、脳底動脈
日本神経外科	UCAS JAPAN	5720例 6697瘤	0.5	0.95	前交通動脈 後交通動脈

病態としては子宮体癌原発による両側卵巣転移、腹膜播種及び肺転移による、凝固異常から肺塞栓症を考え、エストロゲン欠乏等がベースにある患者の、抗凝固療法や化学療法によるクモ膜下出血の可能性を考えた。

V. 結 語

子宮体癌の治療中にクモ膜下出血を来した一例を経験した。生前の検査と剖検病理組織では異なる診断が得られた症例であったがTC療法にて著明な縮小効果を得ることができた。小型未破裂動脈瘤の年間破裂率は比較的稀であるが、化学治療中の高齢女性においては脳血管が脆弱している可能性があり抗凝固薬投与の際は慎重に判断する必要があると考えた。

参 考 文 献

- 1) Wouter I. Intracranial Aneurysms. *N Engl J Med.* 336: 28-40, 1997
- 2) Wermer MJ, van der Schaaf IC, Algra A, Rinkel GJ. Risk of rupture of unruptured intracranial aneurysms in relation to patient and aneurysm characteristics : an updated meta-analysis. *Stroke* ; 38: 1404-1410, 2007
- 3) Yonekura M. Small unruptured aneurysm verification (SUAVe Study, Japan)--interim report. *Neurol Med Chir (Tokyo)* 44: 213-214, 2004
- 4) Ishibashi T, Murayama Y, Urashima M, et al : Unruptured intracranial aneurysms: incidence of rupture and risk factors. *Stroke* 40: 313-316, 2009
- 5) UCAS Japan Investigators, Morita A, Kirino T, et al: The natural course of unruptured cerebral aneurysms in a Japanese cohort. *N Engl J Med* 366: 2474-2482, 2012
- 6) Vlak MH, Rinkel GJ, Greebe P, et al. Lifetime risks for aneurysmal subarachnoid haemorrhage : multivariable risk stratification. *J Neurol Neurosurg Psychiatry.*84(6): 619-23. 2013
- 7) Robert J, Christopher S, Guy Rordorf, et al. Aneurysmal subarachnoid hemorrhage: Epidemiology, risk factors, and pathogenesis-up to date. 2017
- 8) Watanabe A, Tanabe A, Maruoka R, et al. Fibrates protect against vascular endothelial dysfunction induced by paclitaxel and carboplatin chemotherapy for cancer patients: a pilot study. *Int J Clin Oncol.* 20(4): 829-38.2015
- 9) Sekijima T, Tanabe A, Maruoka R, et al. Impact of platinum-based chemotherapy on the progression of atherosclerosis. *Ohmichi M.Climacteric.* 14(1): 31-40. 2011
- 10) Yu M, Han J, Cui P, et al. Cisplatin up-regulates ICAM-1 expression in endothelial cell via a NF-kappaB dependent pathway. *Cancer Sci.* 2008; 99(2): 391-397. doi: 10.1111/j.1349-7006.2008.00696.x
- 11) Schmidt M, Johansen MB, Lash TL, et al. Antiplatelet drugs and risk of subarachnoid hemorrhage: a population-based case-control study. *J Thromb Haemost* 8: 1468. 2010

劇的な経過を辿った壊死型虚血性大腸炎の1例

田所 和樹¹・心石 敬子²・江崎 隆²・米原 修治³

I. はじめに

壊死型虚血性大腸炎は全虚血性大腸炎の約10%と頻度は低いが予後が悪く、診断した時点で壊死粘膜を含めた広範囲の腸管切除の緊急手術が必要な疾患である。今回劇的な経過を辿った壊死型虚血性大腸炎の1例を経験したので、若干の文献的考察を加えて報告する。

II. 症 例

【患者】 64歳, 男性

【主訴】 意識障害

【既往歴】 高血圧, 双極性障害, イレウス, 便秘

【現病歴】 精神科通院歴があるが普段は独居で生活していた。20XX年10月19日0時頃より体調不良を主訴に近医を受診した。10日間排便が無かったため浣腸施行された。帰宅後下痢, 嘔吐を認め, 同日8時30分頃, 利用していたデイサービスの迎えの方が意識レベルが低下しているのを発見し救急要請した。

【内服】 炭酸リチウム200mg (3T), バルプロ酸200mg (3T), ゾテピン25mg (2T), ロラゼパム0.5mg (2T), プロメタジン25mg (1T), オランザピン10mg (1T), フルニトラゼパム2mg (1T), 酸化マグネシウム500mg (2T), ルビプロストン24 μ g (2C), センノシド12mg (1T)

【現症】 意識レベル JCS II -10

BP : 92/74 mmHg, HR : 101回 /min, BT : 36.5 $^{\circ}$ C, RR : 36回 /min, SpO₂ : 98% (リザーバー酸素投与 10L/分)

qSOFA : 3点 (意識レベル低下, BP < 100,

RR > 22)

皮膚 : 皮疹, 褥瘡無し 口腔 : 乾燥著明

呼吸音 : 明らかなラ音聴取せず

腹部 : 平坦, 軟, 腸蠕動音低下, 全体に圧痛あり, 筋性防御なし

【尿・血液検査所見】

表1 参照

表1 来院時血液検査, 尿検査

凝固		動脈血ガス	
PT-INR	1.12	pH	7.36
APTT	26.5	pO ₂	151 mmHg
D-dimer	83.7	pCO ₂	30.9 mmHg
AT-III	107	HCO ₃	17.0 mmol/L
		Glu	116 mg/dL
尿検査		Lac	5.6 mmol/L
蛋白	(4+)		
潜血	(2+)	追加採血	
赤血球	20-29 /HPF	プロカルシトニン	168.3 ng/mL
白血球	30-49 /HPF	アンモニア	207 N- μ g/dL
細菌	(2+)	リチウム	0.6 mEq/L
尿中肺炎球菌	(+)		
WBC	23,200 / μ L	γ -GTP	343 IU/L
Neut	86.2 %	CPK	308 IU/L
Hb	17.2 g/dL	AMY-B	428 U/L
Hct	52.9 %	BUN	31.0 mg/dL
Plt	21.6 万/ μ L	Cre	1.92 mg/dL
		CRP	1.87 mg/dL
TP	7.0 g/dL		
Alb	3.9 g/dL	Na	139 mEq/L
AST	1575 U/L	K	3.3 mEq/L
ALT	619 U/L	Cl	105 mEq/L
LDH	2042 IU/L	Ca	10.3 mEq/L
T-Bil	1.20 mg/dL	P	5.2 mEq/L
ALP	473 IU/L	Mg	11.4 mEq/L

¹JA 尾道総合病院 臨床研修医

²JA 尾道総合病院 腎臓内科

³JA 尾道総合病院 病理研究検査科

【画像】

来院時 CT 画像では S 状結腸に壁腫脹と内腔狭窄，造影効果亢進を認めた。腹腔内遊離ガスなし。左肺中葉背側に気管支壁の肥厚を伴う浸潤影あり。

【臨床経過】

腸管感染に伴う敗血症性ショックと，心エコー上も asynergy なく下大静脈は虚脱しており嘔吐，下痢，水分摂取不良による循環血漿量

減少性ショックが考えられた。ショック肝，腎不全など多臓器不全の状態にあり，腸管感染に誤嚥性肺炎も合併していると考え TAZ/PIPC 投与を開始した。高 Mg 血症の原因としてはリチウム製剤と Mg 製剤の併用や腸管粘膜の炎症による吸収増加などが考えられた。

入院後も血圧安定せずカテコラミンを開始した。Mg 補正のため血液透析（以下 HD）施行するも，血圧が保てず2時間程度で終了した。HD 終了時の Mg 値は5.0であった。（表2参照）

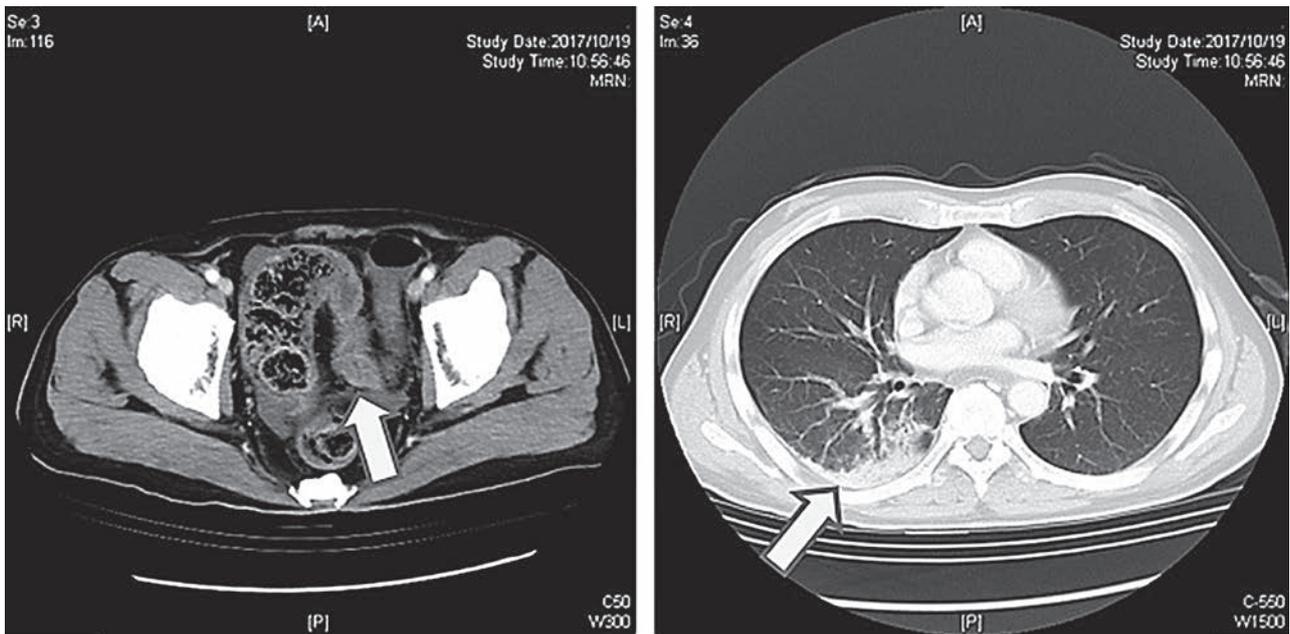
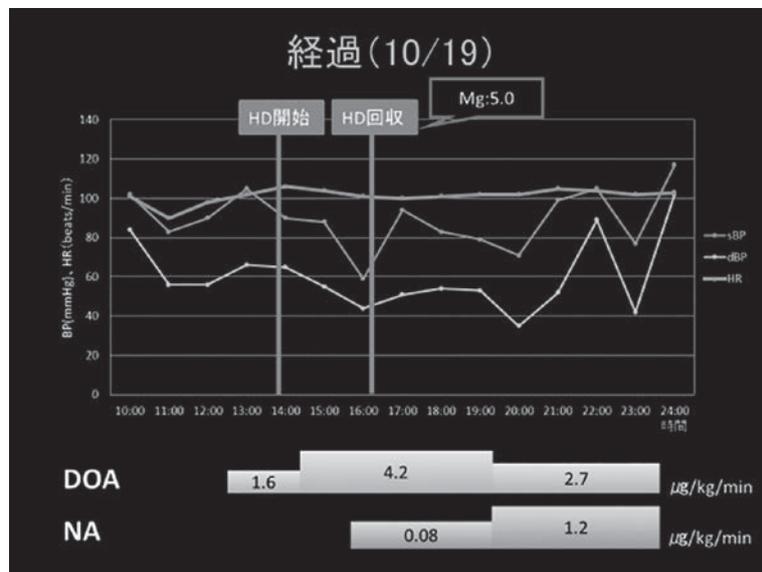


図1 S 状結腸に壁腫脹と内腔狭窄を認め，造影効果亢進あり。便塊は肛門側にもあり通過障害は軽度。腹腔内遊離ガスなし。左肺中葉背側に気管支壁の肥厚を伴う浸潤影あり。

表2 入院初日経過



17時頃から黒色の排便, 胃管排液を認めた。消化管出血を疑い, 腸管穿孔なども鑑別に腹部CTを再検した。CTでは門脈内, 腸管壁内ガスを認め手術も考慮されたが, バイタル安定せずこの時点での手術は不可能とされた(図2参照)。

入院2日目もカテコラミン使用していたが血圧は安定しなかった。前日HD施行中に血

圧低下認めたため持続的血液濾過透析(以下CHDF)を選択し開始するも再度血圧低下を認め1時間程度で終了した。その後も治療続けたが同日22時28分に永眠された。(表3参照)

臨床的疑問点として, 直接死因や敗血症に至った経緯, 多臓器への障害の程度などが挙げられ病理解剖を依頼した。

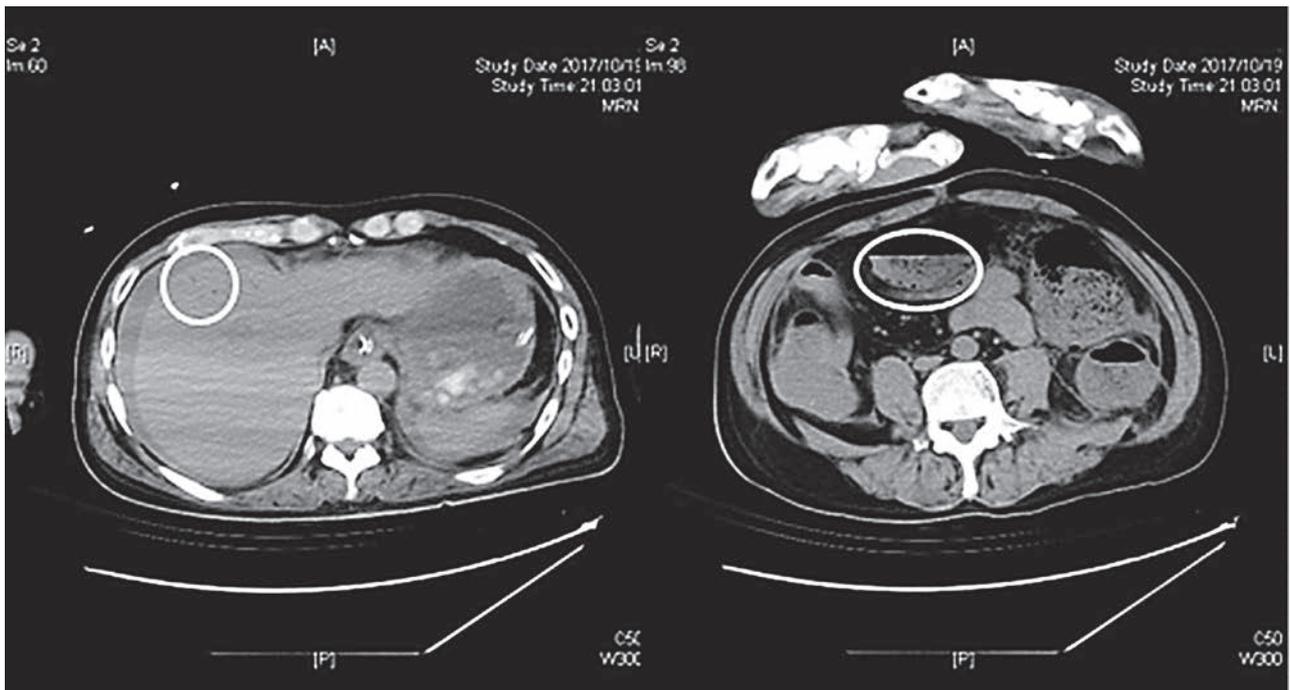
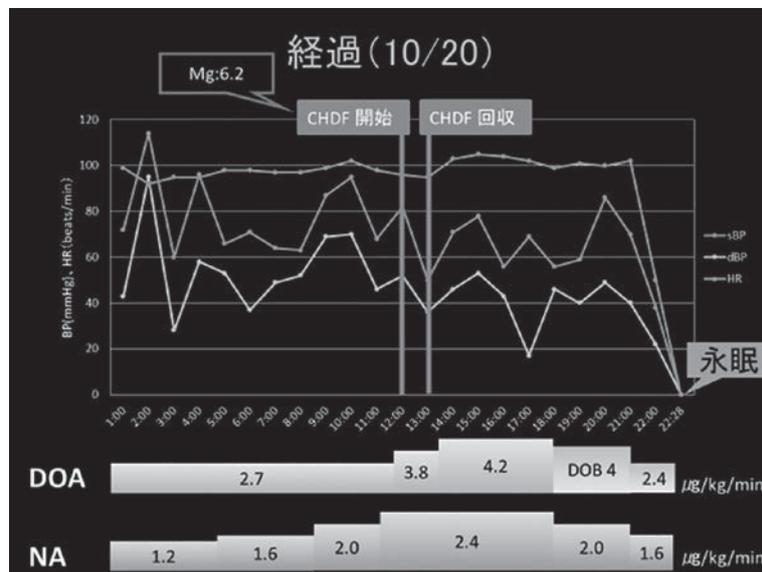


図2 再検時CT, 腸管壁内, 門脈内ガスあり

表3 入院2日目経過



Ⅲ. 病理解剖所見

死後1時間44分。腸管は、肉眼像では回腸末端150cm程度と左半結腸が変色，壊死していた(図3)。

横行結腸は正常部と壊死部の境界は明瞭，壊死部は粘膜から粘膜下層を中心に全層性の壊死をきたしていた。粘膜の浮腫，出血，鬱血あり虚血性変化の所見であった(図4, 5)。

下行結腸も全層性の壊死をきたしており細胞

内の核消失を認めた。また血管内にはフィブリン血栓を認めた(図6, 7)。

肝臓は門脈内にフィブリン血栓認め，中心静脈周囲，小葉中心性の肝細胞壊死を認めた(図8, 9)。

以上より病理解剖学的診断としては虚血性腸炎に伴う腸管壊死により，循環血漿量減少性ショック，敗血症ショックに至り死亡したものと考えられた。

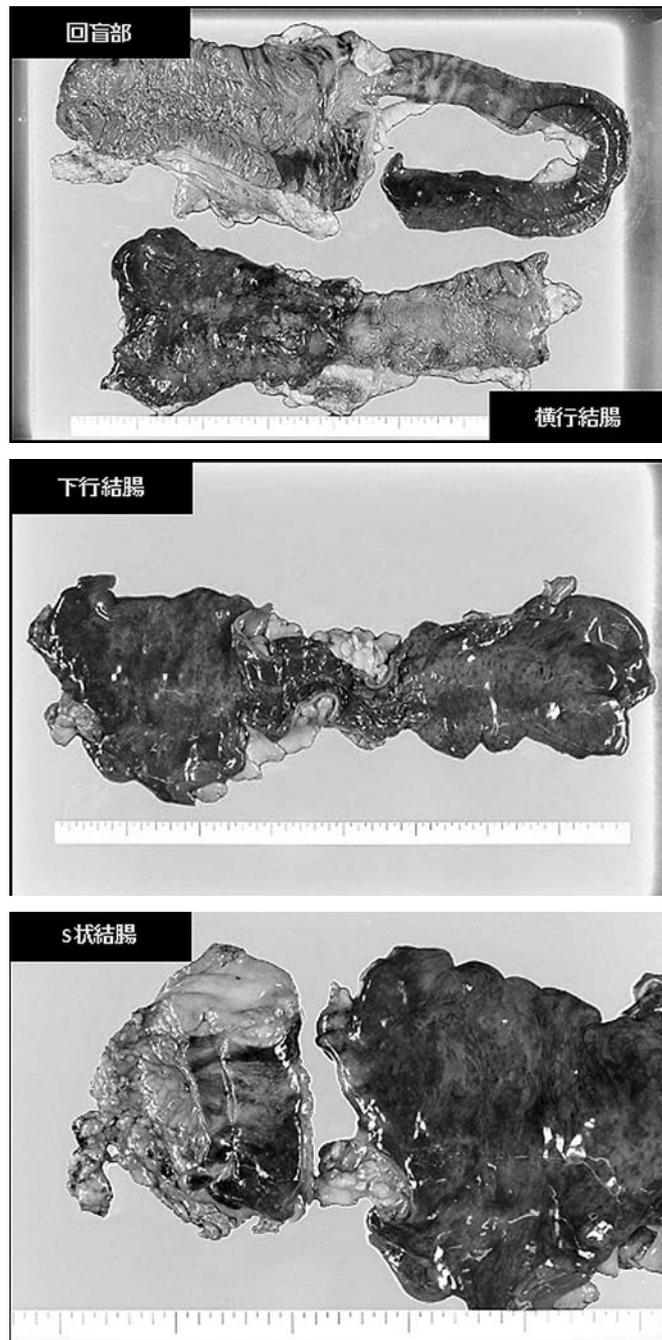


図3 病理標本(腸管) 回腸末端150cm程度と左半結腸壊死

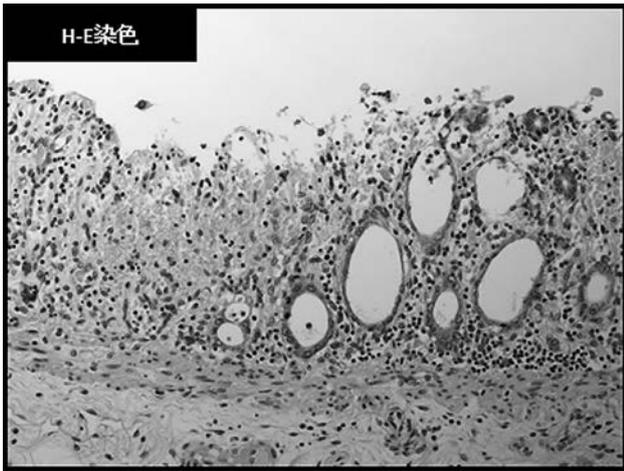


図4 横行結腸, H-E 染色
粘膜から粘膜下像を中心に全層性の壊死, 粘膜残存部では陰窩の萎縮あり

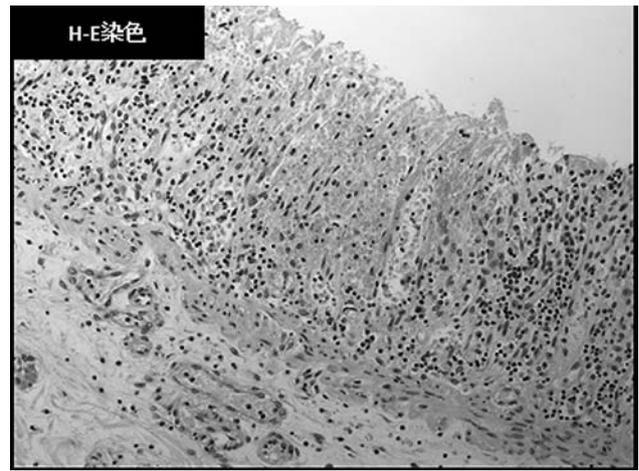


図5 横行結腸, H-E 染色
粘膜から粘膜下像を中心に全層性の壊死, 粘膜の浮腫, 出血, うっ血などの虚血性変化あり

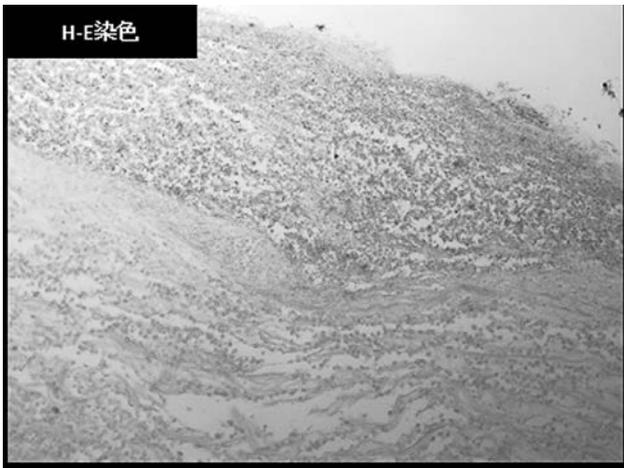


図6 下行結腸, H-E 染色
粘膜から粘膜下像を中心に全層性の壊死, 明らかな層の乱れはないが, 細胞内の核は消失

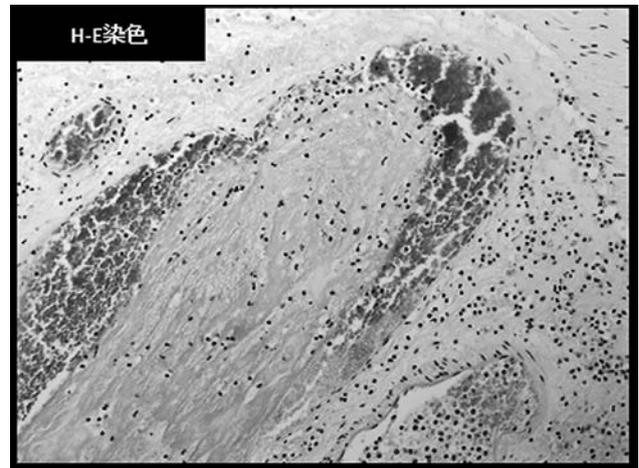


図7 下行結腸, H-E 染色
血管内にはフィブリン血栓あり

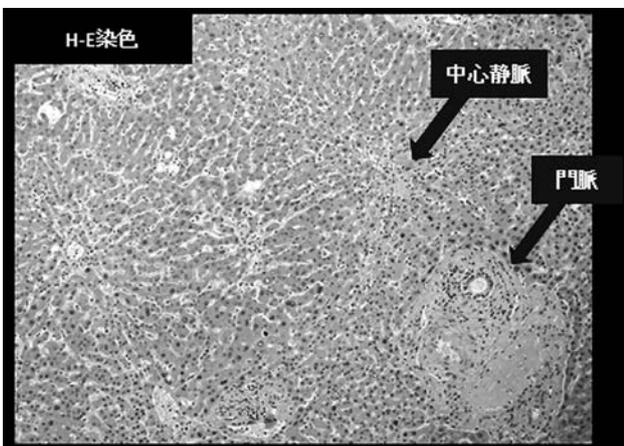


図8 肝臓, H-E 染色
中心静脈周囲, 小葉中心性の肝細胞壊死

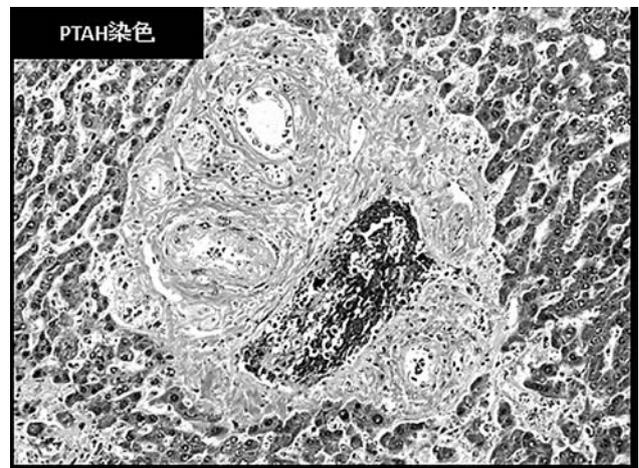


図9 肝臓, PTAH 染色
門脈内にフィブリン血栓あり

Ⅳ．考 察

病理解剖にて直接の死因は、虚血性腸炎に伴う敗血症ショックによる循環動態の破綻と考えられた。虚血の範囲は回腸末端と左半結腸であり、腸管を栄養する血管の走行を考えるとその壊死範囲には疑問が残る。

本症例の鑑別診断として、壊死型虚血性腸炎、非閉塞性腸管虚血 (NOMI) などが挙げられる。

壊死型虚血性腸炎の好発部位は、下行結腸、S 状結腸と左半側に多い。虚血性大腸炎の発生機序として、血管側因子 (高血圧・心疾患・糖尿病・脳梗塞などの動脈硬化性疾患) と腸管側因子 (便秘・浣腸による腸管内圧の上昇・腸管蠕動の亢進・腸管内細菌) があるが、壊死型は高齢者に多く、基礎疾患として高血圧、心疾患、脳梗塞、糖尿病などの動脈硬化性疾患を 50-85% と高頻度に合併する。壊死型の 90% は SIRS を呈しており、非壊死型と比較し陽性率は有意に高かったとの報告もある。高度の低心拍出量症候群や出血性ショックがないにもかかわらず、乳酸値が 5.55mmol/L 以上を呈する敗血症であれば腸管壊死を疑い、造影 CT などの画像検査を行った後必要な場合は試験開腹を行うべきであるとされている。術式の第一選択は、壊死粘膜を完全に含めた広範囲の腸管を切除し、口側断端を人工肛門として挙上する Hartmann 手術である。

本疾患は進行が急速である上、腸管壊死に伴う bacterial translocation から容易にエンドトキシン血症、DIC、敗血症性ショック、多臓器不全に至る極めて予後不良な疾患で、死亡率は 31~52% と報告されており、このうち切除施行例における死亡率も 41.7% と高率である。

本症例では左半結腸の広範な壊死を伴っており病態とも合致している。また報告と同様に SIRS も呈している。

NOMI は腸間膜血管に器質的閉塞が存在しないにもかかわらず、腸間膜虚血や腸管壊死を呈する疾患である。本邦では腸管虚血のうち 15~27% の頻度と報告されている。疾患自体の重篤性に加え、特徴的な症状に乏しく診断の困難性

が高く、治療開始が遅れることが多いため、致死率も 56~79% と高く予後不良の疾患である。病態は全身性の血圧低下や循環血漿量減少などの状況下で、ADH やアンジオテンシン、血管収縮薬などにより惹起される腸間膜収縮、腸間膜血管攣縮、それに続発する末梢腸間膜動脈枝の攣縮の結果としてもたらされる腸管虚血と言われている。好発部位は上腸間膜動脈領域であり、腸管壊死が非連続かつ分節状に広範囲に分布する。リスク因子として、高齢、透析、心疾患、長時間体外循環、薬剤 (カテコラミン、ジギタリス、利尿剤)、不整脈、糖尿病、脱水、出血などが報告されており、中でも維持透析や心臓手術後における報告は多い。診断には従来から選択的血管造影検査が標準とされている (上腸間膜動脈起始部の狭小化、不整像、アーケードの攣縮、腸管壁内血管の造影不良など)。本症例では下腸間膜動脈領域の左半結腸の広範な壊死を認めており本疾患の好発部位とは異なる。しかし回腸末端の分節性の壊死があること、脱水、カテコラミン使用していたことなどから本疾患も鑑別に上がると考えられる。

本症例の病態としては高度の慢性便秘から壊死型虚血性腸炎に陥り、局所的な DIC が惹起され、回腸末端を栄養する辺縁動脈に血栓が形成され、回腸末端と左半側結腸の壊死が同時に出現したと考えられる (図10)。

Mg の高値に関しては本症例の病態にどれほど関与しているかは不明だが、Mg が過剰になると神経伝達を妨げ、呼吸筋麻痺による呼吸不全や、心臓の刺激伝導系が遅延により房室ブロックや心停止、腸蠕動の低下による麻痺性イレウスが生じることが報告されている。経口投与された Mg は主に空腸より吸収されるが、潰瘍・出血・炎症などの消化管病変が存在する場合には、消化管粘膜からの吸収率が上昇するとされる。また、抗精神病薬内服や麻痺性イレウスにより腸管運動が減弱している場合には、投与された Mg が長時間消化管内に停滞した結果、吸収率が上昇する。本症例では漫然と投与されていた Mg 製剤が慢性便秘を助長させた可能性はある。

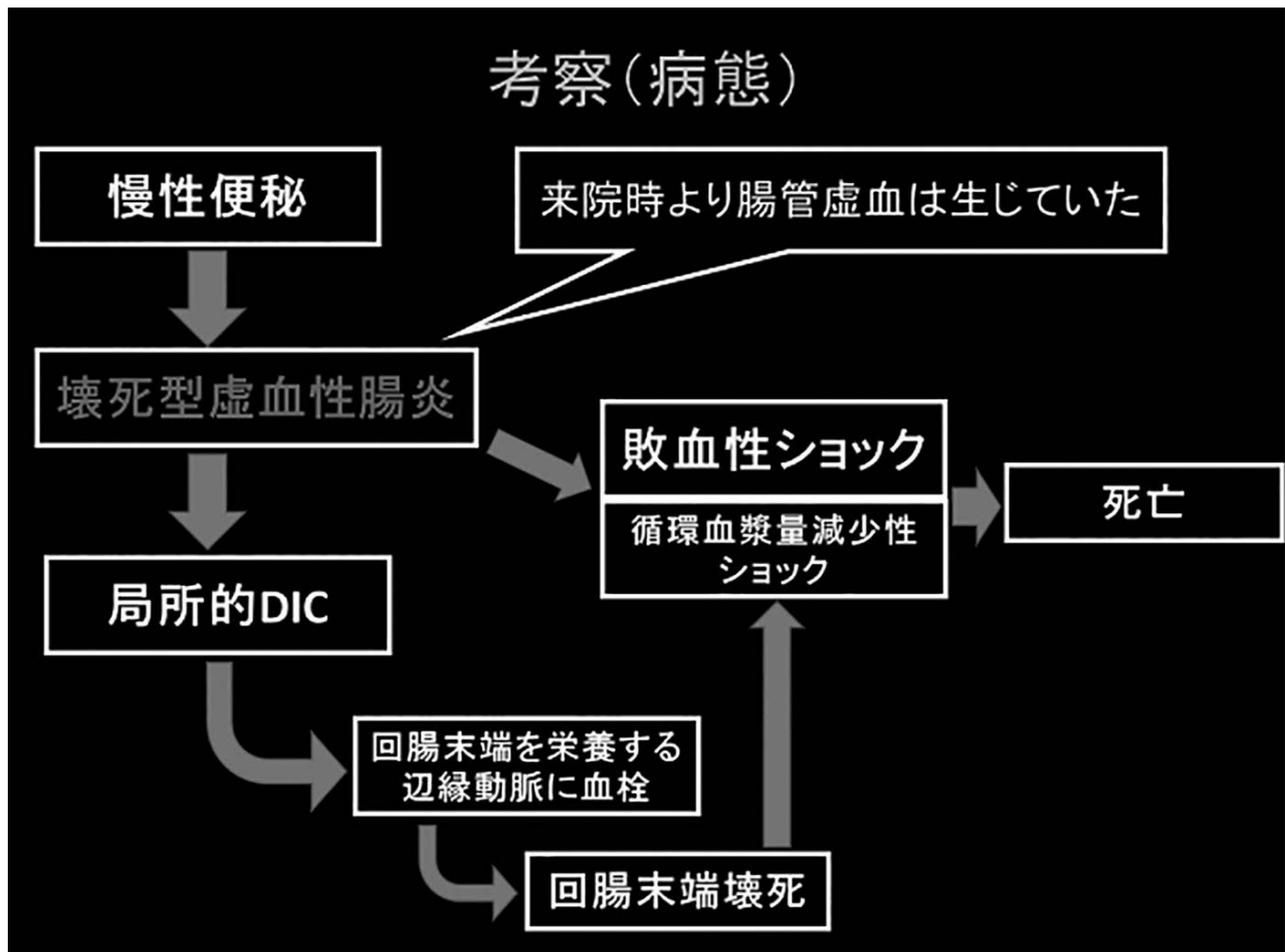


図10 本症例の病態考察

V. 結 語

今回の症例ではMgの異常高値を認めたが、病態の本質は腸管虚血であった。しかし来院時の血液データや画像検査からも正確な診断や治療方針の決定は困難であったと考える。

慢性便秘患者の重症例では腸管壊死を念頭に考える必要がある。

参 考 文 献

- (1) 透析フロンティア 2018, Vol.28, no.1, 2-15
- (2) 急激な経過を辿った全結腸型壊死型虚血性腸炎の1例 日本プライマリ・ケア連合学会誌 2016, vol.39, no.3, p.166-169
- (3) 急性下腸間膜動脈閉塞症の1救命例 日本腹部救急医学会誌 2013, 33(4): 745-748
- (4) 酸化Mgによる高Mg血症から腸管壊死, ARDSに至り血液透析・PMX及びCHDFを施行した1例 日本血液浄化技術学会雑誌 第23巻1号
- (5) 急性腎障害により意識障害を呈する高Mg血症を発症した1例 日本内科学会雑誌平成24年12月10日, 第101巻, 第12号

- (6) 酸化マグネシウム長期内服による重症高
マグネシウム血症の3例 日救急医学会誌,
2010;21:365-371

大動脈腸管瘻による消化管出血後に急変をきたした一例

榑原 俊哉¹・宍戸 孝好²・福原 基允²・矢野 成樹²・鵜飼 俊輔²・横出 正隆²
 松本 望²・清水 晃典²・中土井鋼一²・南 智之²・片村 嘉男²・平野 巨通²
 小野川靖二²・花田 敬士²・天野 始²・日野 文明²・西田 賢司³・米原 修治³

I . 緒 言

大動脈消化管瘻 (aorto enteric fistula ; AEF) は比較的稀ではあるが緊急性の高い疾患である。当院消化器内科にて AEF による消化管出血で急変した一例を経験したため文献的考察を交えて報告する。

II . 症 例

症例：80歳代, 男性

既往歴：腹部大動脈瘤破裂 (8年前 Y 字グラフト置換術), 糖尿病

主訴：意識レベル低下

現病歴：20XX 年10月10日, 自家用車内にて意識消失していたところ通行人に発見され救急搬送された。救急隊到着時は意識回復しており, 車内は高温であった。

来院時現症：身長：175 cm, 体重：60.4 kg, BT：39.3℃, BP：124/58mmHg, HR：108bpm, RR：30回/分, SpO₂：98% (O₂ 10L), GCS14点 (E3V5M6), JCS1- I

眼瞼結膜：貧血なし, 眼球結膜：黄疸なし, 心雑音：なし, 呼吸音：清

腹部：平坦軟・臍周囲に圧痛あり・腸音良好・反跳痛なし・Murphy 徴候なし・筋性防御なし
 血液検査 (表 1)：白血球の上昇, 好中球分

表 1 血液検査

WBC	18600/μl	T-Bil	0.86 mg/dl	pH	7.418
RBC	466 ×10 ⁴ /μl	AST	14 IU/l	pO ₂	145.0 mmHg
Hb	14.6 g/dl	ALT	13 IU/l	pCO ₂	31.0 mmHg
Ht	44.1 %	γ-GTP	38 IU/l	cHCO ₃	19.7 mmol/l
MCV	94.3 fl	LDH	157 IU/l	Lac	3.2 mmol/l
MCH	31.3 pg	CK	30 IU/l	尿蛋白	3+
MCHC	33.0 g/dl	TP	6.9 g/dl	尿糖	4+
%Ne	91.6 %	Alb	3.2 g/dl	ケトン体	-
%Ly	4.4 %	BUN	28.3 mg/dl	赤血球	1-4 /HPF
%Mo	3.8 %	Cr	1.44 mg/dl	白血球	5-9 /HPF
%Eo	0.2 %	Na	135 mEq/l	肺炎球菌	-
%Ba	0.1 %	K	3.9 mEq/l	レジオネラ	-
Plt	13.9 ×10 ⁴ /μl	Cl	100 mEq/l		
PT	75 %	Ca	9.6 mg/dl		
PT-INR	1.14	CRP	2.70 mg/dl		
APTT	29.8 秒	FBS	436 mg/dl		
Fib	504 mg/dl	HbA1c	9.6 %		
D-dimer	6.0 μg/dl	プロカルシトニン	1.71 ng/ml		

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 病理診断科

画の上昇，炎症反応の上昇，凝固能の亢進，腎機能の低下，HbA1cの上昇を認めた。(WBC 18600/ μ l, Ne 91.6%, CRP 2.70 mg/dl, Fib 504mg/dl, D-dimer 6.0 μ g/dl, BUN 28.3mg/dl, Cr 1.44mg/dl, HbA1c 9.6%)

胸部レントゲン：両肺の透過性の低下を認めた。

胸腹部単純CT (図1)：両肺背側の胸膜の肥厚を認めた。腹部大動脈内に air を認めた。

臨床経過：quickSOFA2点から肺炎による敗血症と診断，他に脱水を疑い抗生剤 (CTR_X)，補液加療を開始した。第3病日，血液培養ではグラム陰性桿菌が検出され，CTR_X は感受性が

あり，CRPも改善傾向のため現行治療を継続した。第5病日，確認のため胸部レントゲン施行し入院時と比較したところ，右肺下葉の透過性が低下しており嚥下性肺炎の併発も疑った。嫌気性菌をカバーするため抗菌薬はCTR_X からSBT/ABPCへと変更した。この後，肺炎は改善傾向であり退院を検討していたが，第13病日早朝に突然の大量下血があり，Hb 7.9g/dlと低下を認めた。RBC2単位輸血後，出血源精査目的で単純CTを撮影したところ胃内に出血を疑う大量の内容物を認めたため，上部消化管内視鏡検査を施行した。食道から胃内にかけては大量の血液残渣を認めたが，胃内に活動性の出

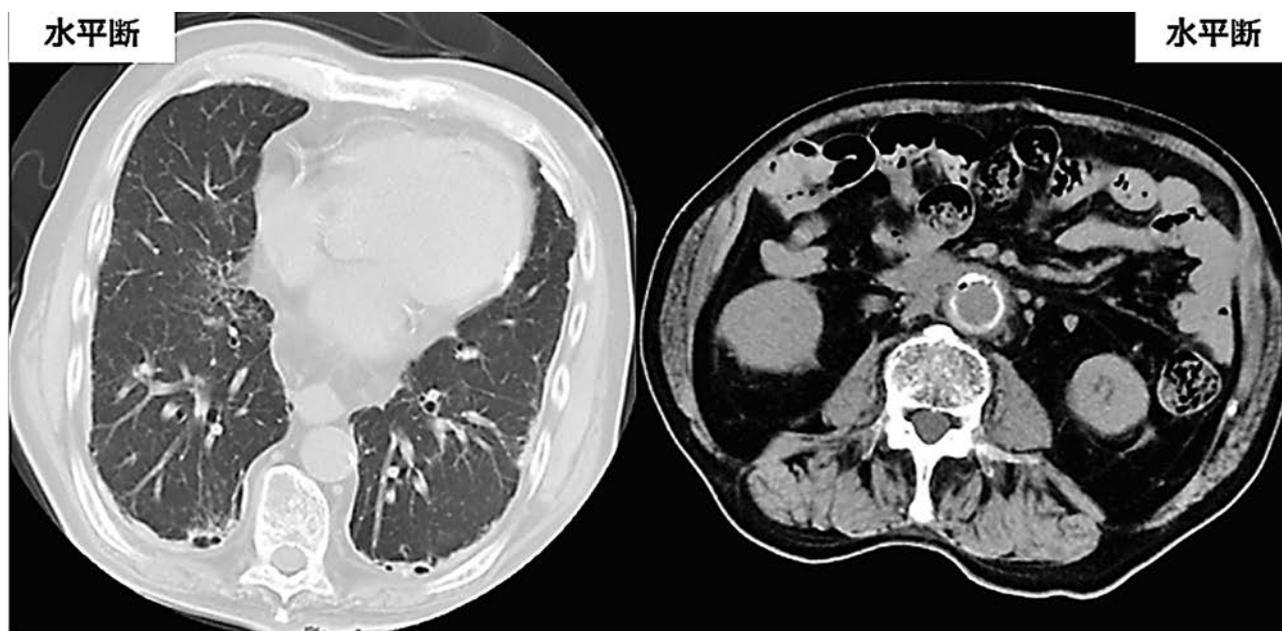


図1 両肺背側の胸膜の肥厚，腹部大動脈内に air を認めた。

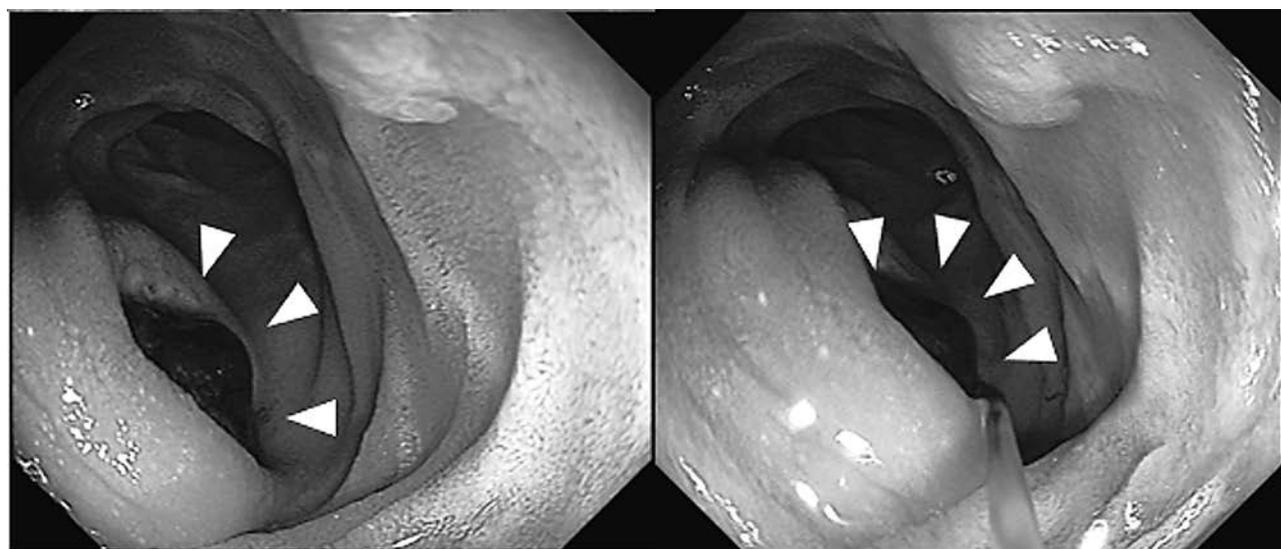


図2 3rd portionにて潰瘍を疑う所見(黄色マーキング部)を認め，水洗するも活動性の出血は認めなかった。

血はみられなかったため、十二指腸内部までスコープを進めた。十二指腸3rd portion に潰瘍を疑う所見を認めたが、水洗するも出血は認めなかった(図2)。活動性の出血は認めず、バイタルも安定していたため十二指腸潰瘍として絶食、プロトンポンプ阻害薬(PPI)、輸血追加の保存的治療の方針となった。しかし、同日18時過ぎより再度の大量下血、急激な血圧低下、意識レベル低下をきたし、大量補液、昇圧剤開始したが19時37分に永眠となった。

Ⅲ. 病理解剖所見

剖検時刻：死後13時間8分経過。剖検時、腹部は平坦であった。胃内容物1000ml(血液)、腸管内容物1400ml(血液)を認め、血性腹水の貯留は認めなかった。大動脈の人工血管吻合部口側に穿孔が認められておりゾンデで交通を確認した(図3)。総腸骨動脈分岐部から人工血管末端口側4cmまで血栓を認めていた。十二指腸では人工血管の穿孔に接する部位(vater 乳頭から肛門側に5cm)に同様に穿孔が見られた(図4)。

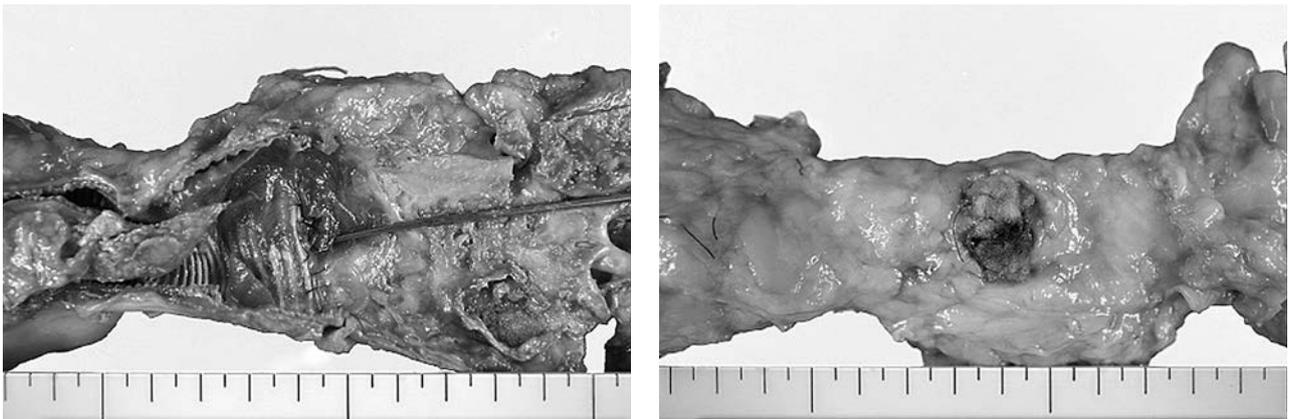


図3 人工血管上側及び、十二指腸 vater 乳頭から肛門側に5cmの部位に穿孔が認められた。

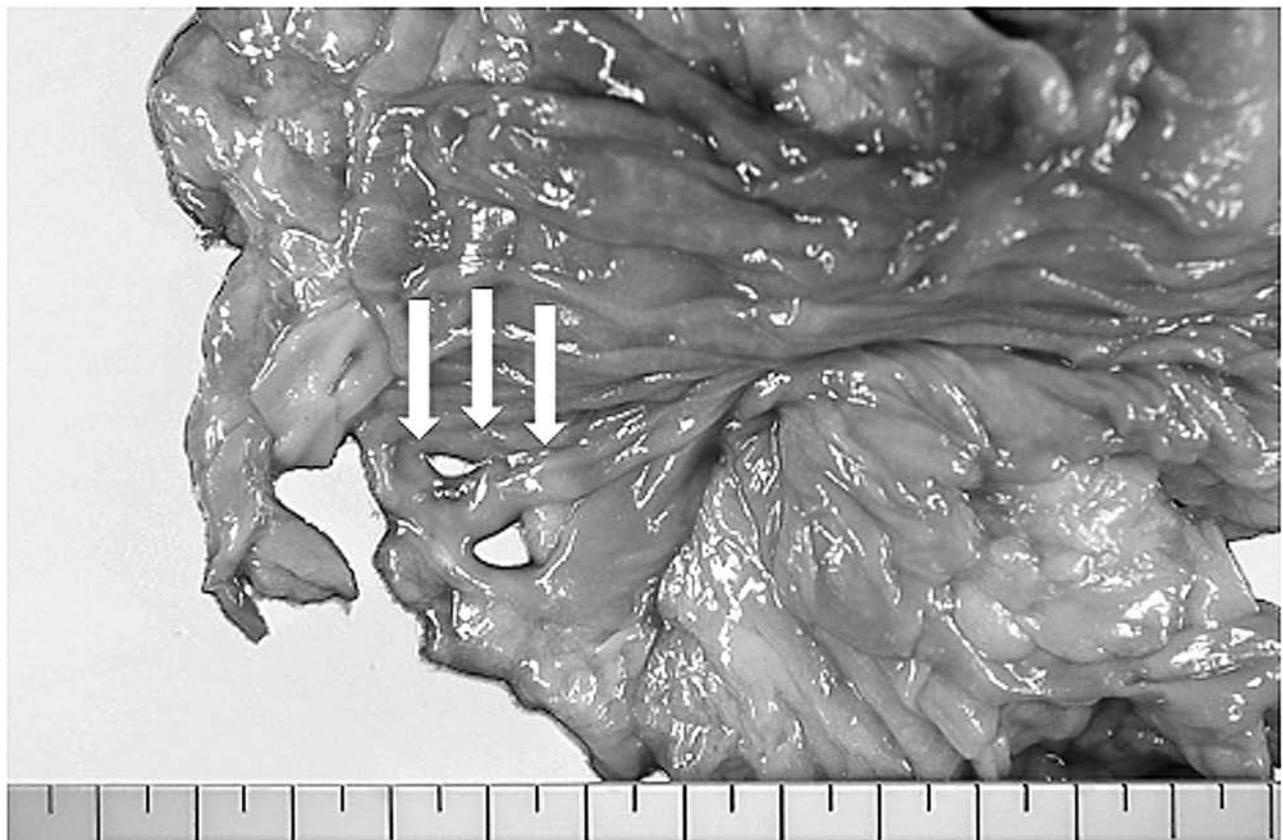


図4 十二指腸では人工血管の穿孔に接する部位に同様に穿孔が見られた。

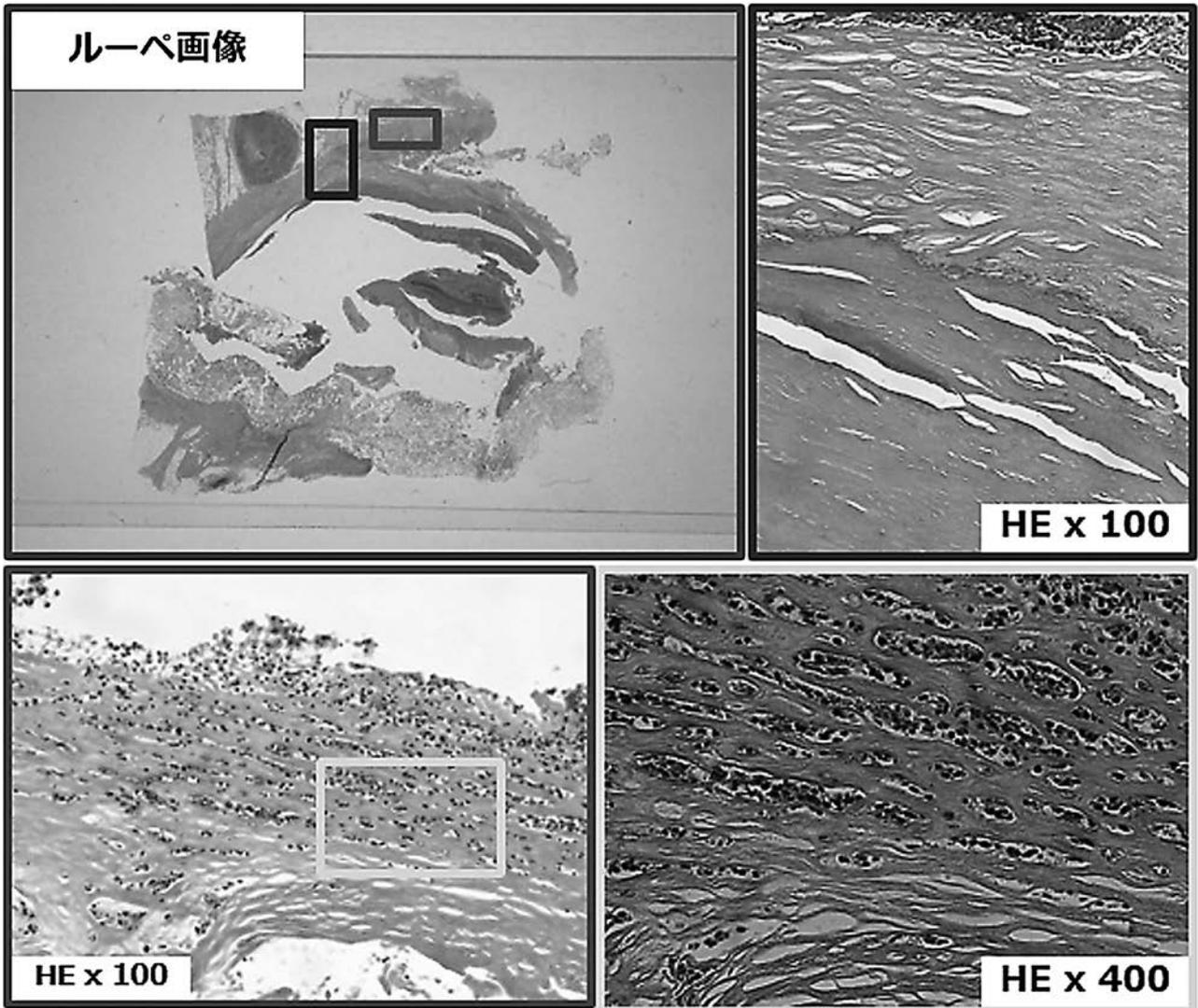


図5 大動脈と十二指腸の組織内の膠原繊維や弾性繊維の中に血液成分の浸潤が見られ、強拡大では多量の好中球浸潤を認めた。

大動脈と十二指腸の接触部位の顕微鏡写真では、人工血管の縫合糸部位に好中球の多量の浸潤を認めた。大動脈と十二指腸の組織内の膠原繊維や弾性繊維の中に血液成分の浸潤が見られ、強拡大では多量の好中球浸潤を認めた（図5）。大動脈人工血管と、接する十二指腸部分に感染があったことが示唆され、感染部位の組織の脆弱化、穿通が生じ、消化管出血の原因となったと考えられる。直接死因としては腹部大動脈十二指腸瘻からの消化管出血による急性循環不全が示唆された。

Ⅳ. 考 察

AEFのうち、大動脈十二指腸瘻は腹部大動脈疾患の人工血管置換術に伴う慢性的な合併症

の1つであり、早期診断が困難かつ致死率が高い疾患である。また、AEFは大動脈瘤などが原因で直接消化管に穿通する原発性と人工血管置換術後などに生じる二次性に分類され、一般的には二次性が多いとされている。部位は食道から直腸までのいずれの部位にも生じうるが、好発部位は十二指腸下降脚より肛門側の十二指腸であり、大動脈-十二指腸瘻がAEFの90%を占めるとされている¹⁾。二次性大動脈腸管瘻（secondary aorto-enteric fistula；SAEF）の成因としては吻合部に手術中、または2次的に起きた感染により吻合部の創部が開き、そこに形成された仮性動脈瘤が腸管に瘻孔を形成すること、手術直後から人工血管と腸管が接触し、拍動により腸管の圧迫壊死がおき瘻孔を形成する

こと, などが挙げられている。また, 吻合部感染が見られた場合 SAEF は20~45%と高い頻度で発症するとされている²⁾。自験例は腹部大動脈瘤破裂の既往があり Y 字グラフト置換術を施行され, 大動脈と十二指腸に瘻孔ができたもので SAEF に合致する。起因としては敗血症によって Y 字グラフトと十二指腸水平脚の接触部位に感染が起き, 組織の脆弱化が見られたものと思われる。AEF は腹痛, 拍動性腫瘍, 消化管出血が三徴とされている。³⁾ しかしこれらがすべて揃うことは少なく,⁴⁾ 本症例でも腹痛と消化管出血は認められているが拍動性腫瘍は観察されていない。また, 診断については, 上部消化管内視鏡観察における人工血管露出や瘻孔, 拍動性隆起が有用であるとされている。しかし, 活動性出血を認める場合には十二指腸深部への挿入は容易ではなく, 同部位に潰瘍を発見してもそれが人工血管の露出や瘻孔であるかどうかはあらかじめ AEF を鑑別に挙げていなければ診断は難しい。本症例でも十二指腸水平脚までスコープを到達させているが(図2)出血源と考えられる部位は人工血管の露出や瘻孔であると判断するのは難しかった。また, 腹部造影 CT 検査における腸管内への造影剤の漏出や大動脈内 air 像, 十二指腸に接する大動脈瘤, 血管造影検査における血管外への造影剤漏出も有用であると報告されている¹⁾。しかし, 上部消化管内視鏡検査, 腹部造影 CT 検査, 血管造影検査のいずれでも診断率は決して高くはなく, これらの検査を複数回行っても診断が難しい場合も多い。本症例でも入院時の腹部単純 CT (図1)において大動脈内 air 像が認められるが, 撮像時点では指摘することができず, 消化管出血も認められていなかったこともあり AEF を鑑別に挙げることは難しかった。また, AEF では約2/3の症例で大量出血の前に“herald bleeding”と呼ばれる前兆出血が見られることも特徴である⁵⁾。前兆出血の期間は数時間から数か月とさまざまであり, 本症例では直接死因となった大量出血当日に下血が観察されており, これが前兆出血と考えられる。AEF の治療については, まず出血コントロール目的にス

テントグラフト内挿入術を行い, 次に動脈側の処理や瘤切除, あるいは直接縫合閉鎖を行う。腸管側は瘻孔の二重閉鎖を行い, 可能ならば大網充填を行う。血行再建の方法としては腎動脈下の腹部大動脈の閉鎖及び腋窩-大腿動脈バイパス術, Y あるいは I グラフトによる人工血管置換術がある⁶⁾。本症例では致死的な出血から死亡までの期間が短く, 全身状態からも救命は難しかったが, 一時的なステントグラフト内挿入術が可能であったならば救命できた可能性もある。また, 本症例のように本出血や前兆出血を認める前に CT 画像で大動脈内 air 像が認められることもあるため, AEF は早期診断をし, 外科的手術につなげていくことが生存率を上げるためには重要だと考えられる。

V . 結 語

消化管出血後に AEF を来した一例を経験した。AEF の発症率は比較的稀である上に早期の発見が困難であり, 致死率も高い疾患である。前兆出血を疑う消化管出血があった症例で, 大動脈人工血管置換術後などの既往がある場合, 本疾患も鑑別に挙げる必要があると考えられた。

参 考 文 献

- 1) 岡田ら, 他: 大動脈縮窄症術後25年目に発症した人工血管-十二指腸瘻の1例, 日消誌 2012: 109: 2049-2057
- 2) 宮入ら, 他: 腹部大動脈人工血管感染に対する手術後遠隔期に腹部大動脈盲端が破綻し消化管出血を来した1例, 日血外会誌 2013: 22: 779-782
- 3) 利府ら, 他: 腹部大動脈瘤術後18年で発生した大動脈腸管瘻の1例, 日臨外会誌
- 4) 松原ら, 他: 消化管出血を主訴に来院した aortoenteric fistula の2症例, 日消誌 2016: 113: 1887-1893
- 5) 坂下ら, 他: 吐下血で発症した一次性大動脈十二指腸瘻の1例, 日血外会誌 2014: 23: 792-795
- 6) 荻野ら, 他: ダメージコントロールが有効

であった腹部大動脈－十二指腸瘻手術の1
例, 日血外会誌 2013 : 22 : 915－918

急性期病院における看護補助者の患者搬送技術の習得に向けて — 搬送条件統一化と患者体験の有効性 —

田中千枝子¹・増田 尚美¹・箱崎 弘美¹・内海 元美²・樋本 瑞江¹

I. はじめに

医療関係職と看護補助者が円滑に協働するためには看護補助者への研修は必須である。看護チームの一員として看護補助者を効果的に活用し、業務分担していくことでより質の高いケアにつながる。

久保は¹⁾「看護補助者の雇用にあたり、経験や資格についての規制はされておらず、医療機関において看護補助者として雇用される限り、医療に関する資格を持たない人として位置づけられます。」と述べている。よって補助者研修に携わる私たちは、補助者の今までの背景や経験を踏まえた教育体制を組むのではなく、看護チームの一員として役割が発揮できるような教

育体制を構築していかなければならない。

A 病院では年 4 回、看護補助者（以下、補助者）研修を開催している。平成29年度の補助者研修の1つに患者搬送技術の習得を目的として取り組んだ。しかし、患者搬送において、看護師が補助者に依頼する搬送条件に病棟差があった。そこで、補助者への統一した技術の習得に向け、搬送条件の統一化に取り組んだ。補助者研修では、点滴、酸素投与中の患者搬送をシミュレーションし、グループワーク（以下、GW）にて気づきを共有した。その後、実際に補助者自身が車椅子に乗ることにより、患者の搬送される心理状態について体験し、安全面への配慮、安心感につながる搬送技術の重要性が再認識でき、良い効果が得られた。

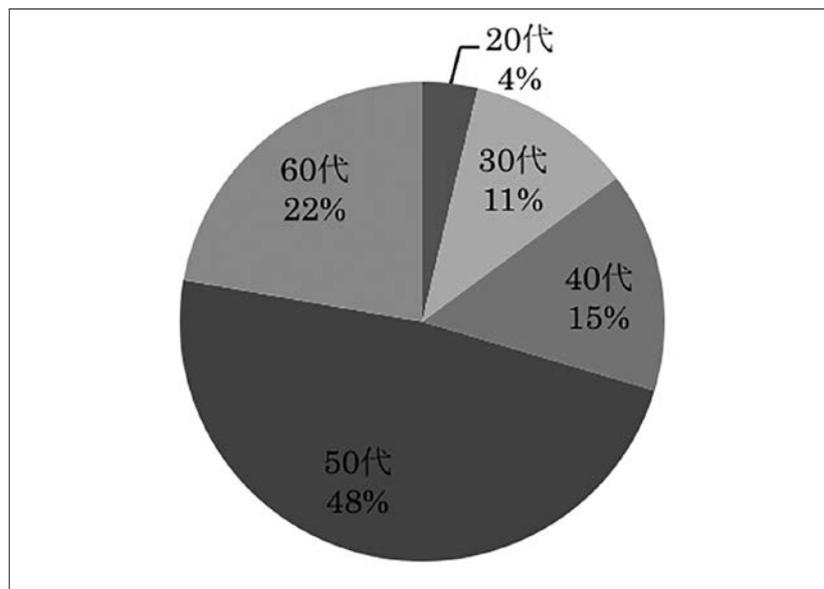


図1 看護補助者の年齢 (n=27)

¹JA 尾道総合病院 看護科

²広島県厚生連農業協同組合連合会 統轄看護部

Ⅱ. 目 的

1. 点滴・酸素投与中の患者の車椅子・ストレッチャー搬送技術の習得に向け、安全を考慮した搬送条件を統一させる。
2. 補助者研修での患者体験により、安全・安楽な搬送に気づける。

Ⅲ. 方 法

1. 研究期間：平成29年4月～平成30年2月
2. 対象者：病棟に勤務している補助者27名、平均年齢51.0歳
3. 方法
 - 1) 補助者に依頼している搬送状況について各部署へアンケート調査を実施する。
 - 2) 科長会で搬送条件を検討し、統一化する。
 - 3) 患者搬送技術の補助者研修を企画・実施する。
 - (1) 点滴・酸素投与中の患者の搬送をシミュレーションする。
 - (2) GW で気づきを共有し、全体でディスカッションする。
 - (3) 講師が点滴・酸素投与中の患者搬送時の注意事項を説明する。
 - (4) 実際に患者体験し気づきを共有する。
 - 4) 研修後に補助者にアンケートを実施する。

Ⅳ. 倫 理 的 配 慮

1. 補助者に研究の趣旨・方法と、研究協力に関する利益、不利益がないことを伝え、外部で発表を行う場合があること、また研究への参加を拒否できることを口頭で説明し承諾を得た。また、研究協力への同意は強制ではなく自由意志であり、いつでも参加拒否できることを伝え承諾を得た。
2. A 病院看護科倫理審査委員会で研究の趣旨・方法について説明し、承認を得た。
3. 本演題発表に関連し、開示すべき利益相反関係にある企業などはない。

Ⅴ. 結 果

ICU, HCU を含め計11部署に対し、補助者に依頼している搬送状況の現状について、アンケート調査を実施した。補助者が点滴中の患者を車イス搬送している部署は5部署、酸素中の患者を搬送している部署は2部署、麻痺のある患者を搬送している部署は6部署だった。また、ドレーン挿入中の患者を搬送している部署は6部署、膀胱留置カテーテル挿入中の患者を搬送している部署は5部署だった。

上記結果を科長会で報告後、搬送条件を検討し統一化に向け話し合いをもった。科長からは、部署ごとにばらつきがあったこと、依頼する看護師の責任上条件を決めないといけないという意見が出た。また、看護師が指示する内容について、補助者が断れないという現状もあり、看護師の判断を明確にすると同時に、搬送条件を決めるべきであるという意見が出た。よって、補助者に依頼できる条件として、点滴中の患者については車椅子に自力で移動が可能な患者のみとした。酸素投与量は2Lまでとし、看護師が患者の症状が安定していると判断した場合のみとした。また、搬送条件では車椅子用の点滴棒を設置すること、ストレッチャー搬送時補助者は足元側で誘導するよう定めた。補助者が搬送できる範囲を、レントゲン室、売店、理学療法室、各科外来とし、搬送中の患者に対し補助者が観察すべき内容として、点滴滴下の状態、気分不良の有無、危険行為の有無について定めた。また、輸液ポンプ、シリンジポンプ、持続吸引器といったME機器を装着している患者については搬送禁忌とした。搬送途中、患者の異変や点滴異常、危険行為があった場合は、近くにいた看護師へ声をかけること、そして補助者が患者を搬送する時は必ず携帯電話を持参し、連絡をするよう周知した。上記内容を補助者研修で、補助者へ説明し、不安な時や搬送条件を満たしていない時は、再度看護師に問うよう説明を追加した。看護師へは搬送条件と範囲を紙面にし、各部署の管理者が説明し、周知徹底した。

院内で統一した搬送条件と範囲についての業務基準を明文化し、マニュアル化した。また、新人の補助者のオリエンテーションで教育していくことにした。

補助者研修では、点滴・酸素投与中の患者の搬送をシミュレーションした。シミュレーション方法は、研修に携わっている科長が患者・看護師・補助者役となり、意図的に患者役は姿勢をずらし、看護師役は急に車椅子搬送のスピードを速めたり遅くしたりし、段差がある場所を声掛けもせずに移送するといった危険行為を取り入れた。段差時、患者役は不意に起こったことのように「あっ」と声を出す、しかし、看護師は搬送に一生懸命であるように業務に没頭した。その後、補助者が5～6名でGWをし、気づきを挙げ、全体でディスカッションした。そして、講師が注意事項を説明した。説明事項としシミュレーション内容を踏まえて、患者の姿勢、手足の動きを観察すること、段差や曲がるときはゆっくり声掛けをしながら行うこと、時々点滴の落ちを見る、点滴刺入部は痛くない

か、またしんどくないかの確認をする、酸素カニューレが外れていないか、ずれていないかの確認をするといった項目をパワーポイントで説明した。補助者には注意事項を振り返り確認できるように紙面で渡した。

補助者に患者体験してもらい、姿勢のずれ・速さ・曲がり方といった安全面や安心感につながる搬送について身をもって体験させた。体験中、「姿勢のずれがこれだけしんどいとは思わなかった」「スピードが速くなると怖くなった」「突然の段差の振動は体に響く」という声が上がった。研修後のアンケートでは、今後の活用度として活用できるが96%、理解度としてよく理解できたが96%であった。今後の活用に向けての意見として「搬送される患者の気持ちが体験してみて良く分かった」「体験することでスピードにより恐怖を感じたりしたので、今後に役立てていきたい」「優しさや思いやり、そして安全面を考えることが必要だと思った」という意見がでた。

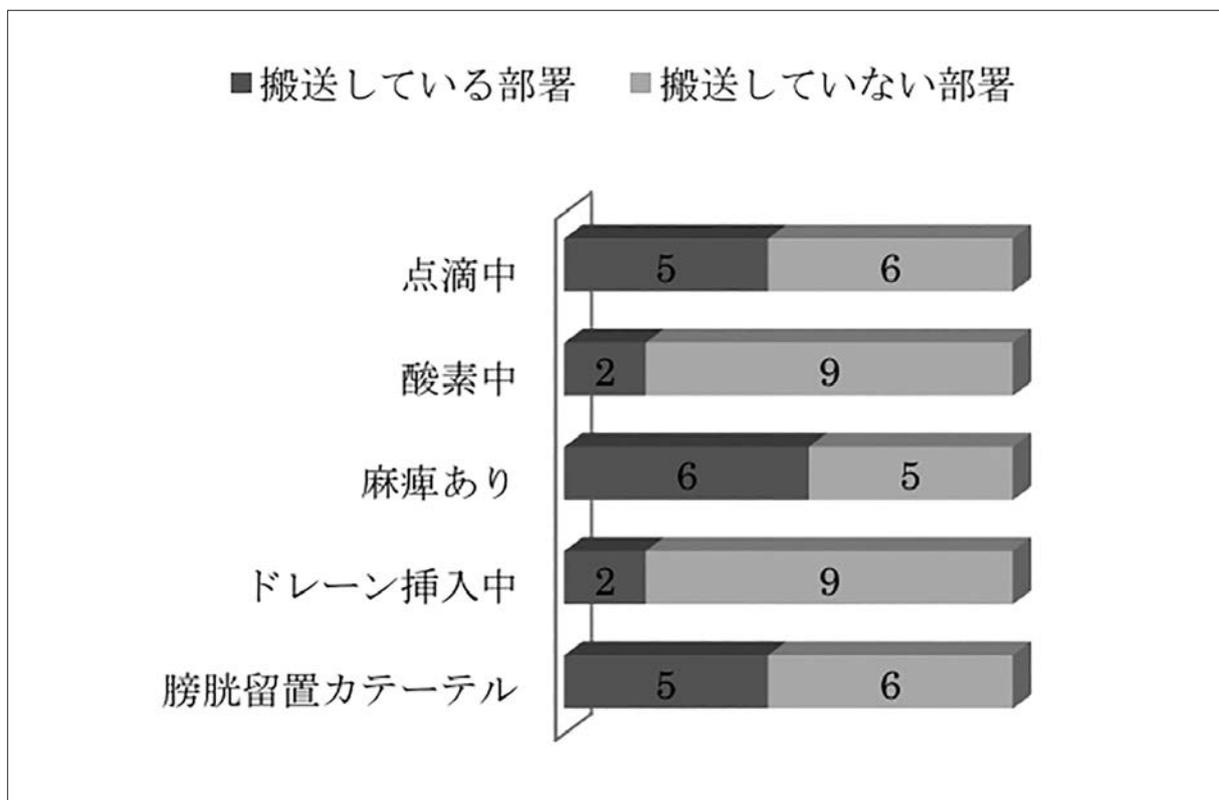


図2 看護補助者の搬送状況 (n=11)

Ⅵ. 考 察

1. 補助者の搬送条件、範囲

補助者に対する業務範囲の現状の把握不足と、看護師の判断によってどのような状態であれば搬送できるかの基準もなかった。また、それらを看護管理者も把握できていない現状があった。今回の補助者に依頼している搬送条件について検討を重ねていく中で、看護師と補助者の業務分担について共通認識がされていなかった。補助者の業務範囲として、日常生活に関わる業務、移動・搬送に関わる世話とは「看護職員は業務を依頼する上で行った判断や依頼内容について責任を負う」²⁾とあるものの、患者の状態をきちんと判断した上で補助者へ患者の搬送を依頼していたのかは明確ではない。実際に補助者が、点滴台を車椅子のフットレストの間にはさみ、搬送している姿を目の当たりにしたり、姿勢が整っていない患者を搬送している姿を見ることもあった。よって、看護師と補助者の双方への指導と教育が必要であると考えた。

今までの研修において、移動・移送・搬送についての講義と演習は行っていたが、点滴中や酸素投与中の患者搬送に対する注意点について

は、全体に向けて講義したことがなく、補助者は看護師に指示されたまま、患者を搬送していたのだと感じた。これも看護職員だけでなく、看護管理者の責任としても意識すべきであったと考える。

今回の研修を機会に、補助者へ搬送依頼するときは、看護師が責任をもって判断し依頼することを看護科全体で周知し、同時に補助者へも搬送条件を示し伝達したことで、看護師と補助者の業務範囲が明確になったと考える。また、搬送条件の統一によって、どこの部署でも同様に援助できることにつながった。

久保は³⁾「看護補助者と看護職が看護チームとして協働するにあたって、看護補助者への業務分担の最終判断は現場の看護職が行うことになります。現場の看護職には、患者の経過や予測される変化なども含めた患者の状態把握が必要であり、医療機関で示された看護補助者の業務範囲に基づき、その業務を行うことに看護の専門的判断を要するかどうかという点を踏まえて、看護補助者への委譲が妥当かどうかを判断することが求められます。」と述べている。現場の看護師がどこまで患者の状態を把握し、今後予測される変化を想定しながら指示していたかは不明であるが、何らかの問題が起こった場

表 1 看護補助者へ依頼できる搬送条件と範囲

項目	内容
補助者に依頼できる条件	点滴：車椅子に自力で移動可能な患者 酸素投与量：2L 以下 症状が安定している
搬送条件	車椅子用の点滴棒を設置する ストレッチャー搬送時補助者は足元側で誘導する
補助者が搬送できる範囲	レントゲン室、売店、理学療法室、各科外来
搬送中の患者に補助者が観察すべき内容	点滴滴下の状態、気分不良の有無 危険行為の有無 酸素カニューレのずれ・はずれの有無

合の責任はその看護師が負うという認識の甘さがあったと考える。日頃業務に追われ、何気なく補助者に依頼していたことについて、責任を持って指示・依頼することを習慣化させなければならぬ。さらに、補助者の業務を考えていく際、法令などの内容を看護管理者全体で吟味し、看護の専門的判断を要するかどうかについて、検討していかなければならぬ。

今回、院内で統一した業務基準を明文化し、マニュアル化した。マニュアルとして提示することによって、看護師と補助者お互いの役割分担が明確となったと考える。さらに、お互いの業務範囲をマニュアル化したことによって、看護師と補助者双方で必要時いつでも確認することもできる。また、新人の補助者のオリエンテーションでも活用できる。よって、マニュアル内容を明確にし、周知したことで補助者を含む看護チームの効果的な役割分担につながったと考える。

2. 補助者研修

当初、研修は講義中心であり演習の時間は後半に確認程度にしていた。しかし演習に時間を多くとることで技術を体で覚え、その感覚やコツをつかむことにもつながったと考える。

補助者研修でのシミュレーション後のGWでは、予想通り姿勢のずれや、搬送中のスピード、患者への声掛けが少ないという意見が出た。やはり、安全面については見ているでもその行為が危険行為にあたるかどうか判断しやすいため、意見が出やすかったのだと感じた。しかし、中には搬送中に気分は悪くないか、また、ちょっとした段差やゆれに対しても声掛けが必要ではないかという精神面に関する気づきが出た。これも、患者に対する思いやり、気遣いといった精神的配慮の必要性が認識できているからではないかと感じた。この意見を補助者全体で共有でき、学びにつながったと考える。

その後の患者体験では、車椅子やストレッチャーに乗ること自体初めての補助者も多く、スピードを速めた搬送の恐怖感や、ちょっとした段差が突然振動として伝わりびっくりしたといった、体験をしたからこそ分かった内容が多

く聞かれた。また、患者体験によって、患者への優しさや思いやりも大切であるといった、今後に活かせる内容も挙がった。今回患者体験を取り入れたことにより、補助者にとって驚きや感動もあり、より実感できたと考える。補助者自身が患者の心情や気持ち、患者の状態を配慮した搬送の重要性を感じ取れたのではないかと思う。患者体験の効果として、気づきの体験が必要であり、体験した後の行動変化が期待できる。この体験が情緒的な学びに終始してしまわないように、体験を意味づけていくことも大切である。今後補助者の搬送状況を確認していきたい。

補助者にとって安全で確実な業務を実施するためには、技術を中心とした参加型の研修が有効であったと考える。補助者が身をもって体験したことで、患者の立場に立った思いに気づけ、声掛けの重要性や配慮すべき内容が改めて認識できたと考える。

VII. 結 論

1. 搬送条件と搬送範囲の明確化により、円滑な援助につながる。
2. 看護師が補助者に依頼する条件を判断することで、看護師と補助者の搬送条件の統一ができた。
3. 補助者の患者体験は、安全・安楽を考えていく上で有効である。

引 用 文 献

- 1) 久保裕子：看護補助者が看護チームの本当の一員となるために必要なこと、看護展望, 40 (10), p.18, 2015.
- 2) 日本看護協会：平成24年度厚生労働省看護職員確保対策特別事業「看護補助者活用推進のための看護管理者研修テキスト」, p.9, 2013.
- 3) 前掲書 1), p.17.

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. 月刊 糖尿病. 糖尿病と膵癌早期診断. P89-93, 門脇 孝, 医学出版, 東京, 2018.
- 2) Keiji Hanada, Akinori Shimizu, Tomoyuki Minami. Pancreaticobiliary Maljunction and Congenital Biliary Dilatation. Role of Ultrasonography for the Diagnosis of Pancreaticobiliary Maljunction and Congenital Biliary Dilatation. P103-109, Terumi Kamisawa, Hisami Ando. Springer.
- 3) 花田敬士. 膵・消化管 NET の診断と治療レジメン. 膵 NET に対する EUS-FNA. P112-115, 福岡 範・奥坂拓志, 医学と看護社, 東京, 2018.
- 4) 花田敬士. 消化器疾患 診断・治療指針. IV検査・診断 生理学的検査 細胞診検査. P151, 佐々木 裕, 木下芳一. 中山書店, 東京, 2018.
- 5) 花田敬士, 清水晃典, 南 智之. 消化器疾患の最新医療. 第1節膵癌の早期診断. 第9章膵癌診療の最前線. 1 膵癌の早期診断. P117-120, 井廻道夫, 幕内雅敏, 下瀬川徹, 荒川哲男, 先端医療技術研究所, 東京, 2018.
- 6) Keiji Hanada. Advanced therapeutic Endoscopy for Pancreatico-Biliary Diseases. Mechanical Lithotripsy for Common Bile Duct Stone. P207-217, Tetsuya Mine, Rikiya Fujita, Springer.
- 7) 花田敬士, 清水晃典, 南 智之. 胆膵疾患内視鏡アトラス. 膵胆管合流異常に伴う胆嚢病変-粘膜過形成, 腺腫, 癌. P214-217, 「消化器内視鏡」編集委員会, 東京医学社, 東京, 2018.
- 8) 花田敬士. 画像診断. 膵癌の早期診断について, P492-494, 向井直人, 学研メディカル秀潤社, 東京, 2019.

脳神経外科

- 1) 織田祥至. 佐藤 徹. II 画像診断学 1 放射線診断学: 撮像法 E Roadmap, 完全版 脳血管内治療学. P176-178, 滝 和郎監修, 宮地 茂・松丸祐司・田中美千裕編, メディカ出版社, 東京, 2018.

皮 膚 科

- 1) 松阪由紀. MEDI QUIZ 【皮膚】 77歳男性. 足底の網状皮斑と足趾潰瘍. p61-62, 田島健編, 日経BP社, 東京, 2018.

薬 剤 部

- 1) 堀川俊二. 周術期の薬学管理 改訂2版. 手術前に確認すべき患者プロフィールと薬歴. P19-22. P41-45. 日本病院薬剤師会監修. 南江堂. 東京. 2018.

論 文 発 表

内 科

《消化器内科》

- 1) (Ikemoto J), Hanada K, Minami T, (Okazaki A), Abe T, Amano H, Yonehara S. Prospective Follow-up Study of the Recurrence of Pancreatic Cancer Diagnosed at an Early Stage: The Value of Endoscopic Ultrasonography for Early Diagnosis of Recurrence in the Remnant Pancreas. *Pancreas*. 47(4): 482–488, 2018.
- 2) (Mochizuki T), Abe T, Amano H, Hanada K, (Hattori M), (Kobayashi T), Nakahara M, (Ohdan H), Noriyuki T. Efficacy of the Gallbladder Cancer Predictive Risk Score Based on Pathological Findings: A Propensity Score-Matched Analysis. *Ann Surg Oncol*. 25(6): 1699–1708, 2018.
- 3) (Yoshikawa T), Abe T, Amano H, Hanada K, Minami T, (Kobayashi T), Yonehara S, Nakahara M, (Ohdan H), Noriyuki T. Metachronous triple cancer associated with Peutz-Jeghers syndrome treated with curative surgery: a case report. *Surg Case Rep*. 4(1): 84, 2018.
- 4) (Mori H), Hanada K, Minami T, Yano S, Fukuhara M, (Maruyama H), Shimizu A, Hirano N, Hino F, Amano H, Yonehara S. A case of mixed adenoneuroendocrine carcinoma of the pancreas mimicking intraductal papillary mucinous carcinoma. *Clin J Gastroenterol*. 11(4): 320–326, 2018.
- 5) (Kogure H), (Ryozaawa S), (Maetani I), (Nakai Y), (Kawakami H), (Yasuda I), (Mochizuki H), (Iwano H), (Maguchi H), (Kida M), (Kubota K), (Mukai T), (Hasebe O), (Igarashi Y), Hanada K, (Irisawa A), (Ito K), (Itoi T), (Isayama H). A Prospective Multicenter Study of a Fully Covered Metal Stent in Patients with Distal Malignant Biliary Obstruction: WATCH-2 Study. *Dig Dis Sci*. 63(9): 2466–2473, 2018.
- 6) Hanada K, (Kurihara K), (Itoi T), (Katanuma A), (Sasaki T), (Hara K), (Nakamura M), (Kimura W), (Suzuki Y), (Sugiyama M), (Ohike N), (Fukushima N), (Shimizu M), (Ishigami K), (Gabata T), (Okazaki K). Clinical and Pathological Features of Solid Pseudopapillary Neoplasms of the Pancreas. *Pancreas*. 47(8): 1019–1026, 2018.
- 7) Abe T, Amano H, (Kobayashi T), Hanada K, Nakahara M, (Ohdan H), Noriyuki T. Preoperative neutrophil-to-lymphocyte ratio as a prognosticator in early stage pancreatic ductal adenocarcinoma. *Eur J Surg Oncol*. 44(10): 1573–1579, 2018.
- 8) (Shimizu Y), (Hijioka S), (Hirono S), (Kin T), (Ohtsuka T), (Kanno A), (Koshita S), Hanada K, (Kitano M), (Inoue H), (Itoi T), (Ueki T), (Matsuo K), (Yanagisawa A), (Yamaue H), (Sugiyama M), (Okazaki K). New Model for Predicting Malignancy in Patients With Intraductal Papillary Mucinous Neoplasm. *Ann Surg*. doi: 10.1097/SLA.0000000000003108. [Epub ahead of print] 2018.
- 9) (Kanno A), (Masamune A), Hanada K, (Kikuyama M), (Kitano M). Advances in Early Detection of Pancreatic Cancer. *Diagnostics (Basel)*. 9(1): pii: E18. doi: 10.3390/diagnostics9010018. 2019.

- 10) Hanada K, Minami T, Shimizu A, Fukuhara M, Yano S, Sasaki K, Koda M, Sugiyama K, Yonehara S, (Yanagisawa A). Roles of ERCP in the Early Diagnosis of Pancreatic Cancer Diagnostics (Basel). 9(1): pii: E30. doi: 10.3390/diagnostics9010030. 2019.
- 11) (Yamao K), (Kitano M), (Takenaka M), (Minaga K), (Sakurai T), (Watanabe T), (Kayahara T), (Yoshikawa T), (Yamashita Y), (Asada M), (Okabe Y), Hanada K, (Chiba Y), (Kudo M). Outcomes of endoscopic biliary drainage in pancreatic cancer patients with an indwelling gastroduodenal stent: a multicenter cohort study in West Japan. Gastrointest Endosc. 88(1): 66–75, 2018.
- 12) Abe T, Amano H, Hanada K, Bekki T, Minami T, Yonehara S, Noriyuki T, Nakahara M. Efficacy and safety of early cholecystectomy for comorbid acute cholecystitis and acute cholangitis: Retrospective cohort study. Ann Med Surg (Lond). 38: 8–12, 2018.
- 13) 花田敬士, 清水晃典, 南 智之. 膵癌早期発見への取り組み 地域医療連携システムの構築 日本消化器病学会雑誌 115(4): 327–333, 2018.
- 14) 南 智之, 花田敬士, 平野巨通, 清水晃典, 福原基允, 矢野成樹. 膵癌 update 診断 早期診断へのアプローチ 臨床消化器内科 33(7): 807–810, 2018.
- 15) 花田敬士, 南 智之, 清水晃典, (丸山紘嗣), (森 英輝), 福原基允, 矢野成樹, 安部智之, 天野尋暢, 米原修治. 性差による臨床像の差異 胆と膵 39(6): 547–551, 2018.
- 16) 花田敬士, 南 智之, 清水晃典, 平野巨通, 横出正隆, 鶴飼俊輔, 矢野成樹, 福原基允, 片村嘉男, 宍戸孝好, 中土井鋼一, 松本 望, 小野川靖二, 天野 始, 日野文明. 膵癌の早期診断における ERCP の有用性 胆と膵 39(9): 799–803, 2018.
- 17) (栗原啓介), 花田敬士, 南 智之, (石井康隆), (芹川正浩). 全国調査からみた SPN 診断・治療の現況 肝・胆・膵 77(5): 1027–1035, 2018.
- 18) 花田敬士, 南 智之. IPMN の経過観察法 最適なモダリティと間隔, 期間は? 日本医事新報 4940: 31–35, 2018.
- 19) 南 智之, 花田敬士. 膵癌をいかに疑うか 着目すべき臨床所見から早期診断プロジェクトの最前線まで Hospitalist 6(3): 754–759, 2018.
- 20) 小野川靖二, 宍戸孝好, 中土井鋼一, 花田敬士. 画像診断 繰り返す嘔吐の原因 日本医事新報 4944: 1–2, 2019.
- 21) 花田敬士, 南 智之. ERCP 関連 診断手技 膵液細胞診 こうすれば上皮内癌が発見できる 消化器内視鏡 31(3): 382–385, 2019.
- 22) 花田敬士, (蒲田敏文). 膵臓編 消化器内科医に聞く 画像診断 39(5): 492–494, 2019.
- 23) 花田敬士. 膵癌早期診断の現状と課題 医学のあゆみ 268(1): 895–899, 2019.
- 24) 花田敬士, 南 智之, 清水晃典. 膵癌早期診断における内視鏡の役割と課題 Gastroenterological Endoscopy 61(1): 16–24, 2019.

《循環器内科》

- 1) (Okubo Y), Sairaku A, Morishima N, (Ogi H), Matsumoto T, Kinoshita H, (Kihara Y). Increased Urinary Liver-Type Fatty Acid-Binding Protein Level Predicts Worsening Renal Function in Patients With Acute Heart Failure. *J Card Fail.* 24(8): 520–524, 2018.
- 2) Sairaku A, Matsumoto T, Kinoshita H, Matsumura H, Oguri N, Morishima N. A mimic of tachycardia-bradycardia syndrome in a patient with long-standing persistent atrial fibrillation. *Clin Case Rep.* 7(4): 661–664, 2019.

心臓血管外科

- 1) (佐藤克敏). 高位結紮を併用した小伏在静脈瘤の血管内焼灼術
J Jpn Coll Angiol (脈管学) 58: 55-60, 2018.

外 科

- 1) (Mochizuki T), Abe T, Amano H, Hanada K, (Hattori M), (Kobayashi T), Nakahara M, (Ohdan H), Noriyuki T. Efficacy of the Gallbladder Cancer Predictive Risk Score Based on Pathological Findings: A Propensity Score-Matched Analysis. *Ann Surg Oncol.* 25(6): 1699–1708, 2018
- 2) (Takechi H), Fujikuni N, (Takemoto Y), (Tanabe K), Amano H, Noriyuki T, Nakahara M. Palliative surgery for advanced gastric cancer: Partial gastrectomy using the inverted laparoscopic and endoscopic cooperative surgery method. *Int J Surg Case Rep.* 50: 42–45, 2018
- 3) (Yoshikawa T), Abe T, Amano H, Hanada K, Minami T, (Kobayashi T), Yonehara S, Nakahara M, (Ohdan H), Noriyuki T. Metachronous triple cancer associated with Peutz-Jeghers syndrome treated with curative surgery: a case report. *Surg Case Rep.* 4(1): 84, 2018
- 4) (Mochizuki T), Abe T, Amano H, (Nishida K), Yano T, Okuda H, (Kobayashi T), (Ohdan H), Yonehara S, Noriyuki T, Nakahara M. Characteristics of the portal vein thrombosis recurrence pattern without liver parenchymal invasion from colorectal cancer: a case report. *Surg Case Rep.* 4(1): 108, 2018
- 5) Abe T, (Tanaka Y), (Piao J), (Tanimine N), (Oue N), (Hinoi T), (Garcia NV), (Miyasaka M), (Matozaki T), (Yasui W), (Ohdan H). Signal regulatory protein alpha blockade potentiates tumoricidal effects of macrophages on gastroenterological neoplastic cells in syngeneic immunocompetent mice. *Ann Gastroenterol Surg.* 2(6): 451–462, 2018
- 6) Abe T, Amano H, Hanada K, Bekki T, Minami T, Yonehara S, Noriyuki T, Nakahara M. Efficacy and safety of early cholecystectomy for comorbid acute cholecystitis and acute cholangitis: Retrospective cohort study. *Ann Med Surg (Lond).* 38: 8–12, 2018
- 7) Abe T. ASO Author Reflections: Gallbladder Cancer Predictive Risk Score Based on Pathological

Findings: A Propensity Score-Matched Analysis.

Ann Surg Oncol. 25(Suppl 3): 790–791, 2018

- 8) 中野芳紀, 安部智之, 天野尋暢, (望月哲矢), 別木智昭, (武智 瞳), (吉川 徹), 奥田 浩, 則行敏生, 中原雅浩.
横行結腸捻転症の1切除例 論文奨励賞受賞
廣島医学 71(6): 519–521, 2018
- 9) 中原雅浩, (武智 瞳), 矢野琢也, 藤國宣明, 安部智之, 奥田 浩.
単純性虫垂炎に対する傷にこだわった腹腔鏡下虫垂切除術
手術 72(8): 1217–1222, 2018
- 10) (山根宏昭), 中原雅浩, 奥田 浩, 米原修治.
内視鏡にて増大を認め腹腔鏡下に切除した横行結腸動静脈奇形の1例
廣島医学 71(7): 552–556, 2018
- 11) (飯島徳章), 安部智之, 天野尋暢, 米原修治, 則行敏生, 中原雅浩.
術前診断された胆管内乳頭状腫瘍の1例
廣島医学 71(9): 638–646, 2018
- 12) 中野芳紀, 森山浩之, 角西雄一, (金岡隆平), 米原修治, 山木 実, 高澤信好, 森 浩希
前立腺原発尿路上皮癌の1例
廣島医学 71(11): 762–766, 2018

整形外科

- 1) (Oshima S), Sumen Y, (Yamasaki T), (Ochi M). Arthroscopic Treatment for Femoral Nerve Palsy Associated with Ganglion Cyst of the Hip.
J Orthop Case Rep. 8(2): 74–77, 2018.

脳神経外科

- 1) 磯部尚幸, 西本武史, 立石裕一, 岡野里香.
緊急除圧を要した乳児両側慢性硬膜下血腫の1例
広島医学 71: 643–636, 2018
- 2) 磯部尚幸, 織田祥至, 立石裕一, 木原裕貴.
虐待の関与が疑われた揺さぶれっ子症候群の2例
厚生連尾道総合病院医報 28: 31–35, 2018

小児科

- 1) 木原裕貴.
治療機器 閉鎖型保育器
周産期医学 48: 721–723, 2018
- 2) 木原裕貴.
主要症状に対するファーストタッチ 無呼吸
小児科診療 82: 25–29, 2019

- 3) 大野綾香, 木原裕貴, (岡野里香), 玉浦志保, 岩瀧真一郎, 高橋志保, (立石裕一), (吉光哲大), 洲澤彩香.

MRI で診断し後遺症なく治癒した小児化膿性仙腸関節炎の 1 例

広島医学 72: 9-12, 2019

産婦人科

- 1) (綱掛 恵), (數佐淑恵), (向井百合香), 坂下知久.

出生前診断できた前置血管の 2 例

現代産婦人科 66(2): 313-316, 2018.

- 2) 梅木崇寛, 佐々木晃, 田中教文, 坂下知久.

母児間輸血症候群により重症胎児貧血となった 2 例

現代産婦人科 67(2): 335-339, 2018.

耳鼻咽喉科

- 1) (平木章弘), (片桐佳明), 石井秀将.

眼窩骨膜下膿瘍を来した小児副鼻腔炎の 2 例

広島医学 71: 418-421, 2018.

皮膚科

- 1) 松阪由紀, (真田聖子).

腹部大動脈の動脈硬化性病変を伴ったコレステロール結晶塞栓症

皮膚病診療 40: 369-372, 2018.

泌尿器科

- 1) 森山浩之, 米原修治, (金岡隆平), 角西雄一, (植田秀雄)

経尿道的切除術にて治療した印環細胞癌の所見を伴う尿管癌の 1 例

広島医学 71: 409-413, 2018.

- 2) 中野芳紀, 森山浩之, 米原修治, 角西雄一, (金岡隆平)

BCG 膀胱内注入療法後に出現した膀胱腎原性腺腫の 1 例

広島医学 71: 588-590, 2018.

- 3) (金岡隆平), 角西雄一, 森山浩之, 米原修治

膀胱浸潤性尿路上皮癌・リンパ腫様型／形質細胞様型の 1 例

広島医学 71: 633-637, 2018.

- 4) 森山浩之, 角西雄一, 中野芳紀, 米原修治, (金岡隆平)

尿管に発生した浸潤性尿路上皮癌明細胞型の 1 例.

西日本泌尿器科 80: 614-620, 2018.

- 5) 中野芳紀, 森山浩之, 角西雄一, (金岡隆平), 米原修治, 山本 実, 高澤信好, 森 浩希

前立腺原発尿路上皮癌の 1 例

広島医学 71: 762-766, 2018.

- 6) 森山浩之, 中野芳紀, 角西雄一, 米原修治
初診時に前立腺大細胞神経内分泌癌と診断された1例
西日本泌尿器科 81: 65-71, 2019.

麻 醉 科

- 1) (笹田将吾), 中布龍一, 瀬浪正樹.
臨床的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因子製剤を使用した1症例
麻酔 67(8): 820-824, 2018.
- 2) 前田陽子, 中布龍一, 佐倉 舞, 黒田皓二郎, 権 理奈, 瀬浪正樹.
巨大褐色細胞腫の麻酔管理
麻酔と蘇生 54(3,4): 31-34, 2018.

放 射 線 科

- 1) 森 浩希.
最新の256列 CT の紹介と冠動脈 CT の初期経験例
厚生連尾道総合病院医報 28: 51-55, 2018.

病理研究検査科

- 1) (Juri Ikemoto), Keiji Hanada, Tomoyuki Minami, (Akihito Okazaki), Tomoyuki Abe, Hironobu Amano, Shuji Yonehara.
Prospective Follow-up Study of the Recurrence of Pancreatic cancer Diagnosed at an Early Stage -The Value of Endoscopic Ultrasonography for Early Diagnosis of Recurrence in the Remnant Pancreas-
Pancreas 47: 482-488, 2018
- 2) (Toru Yoshikawa), Tomoyuki Abe, Hironobu Amano, Keiji Hanada, Tomoyuki Minami, (Tsuyoshi Kobayashi), Shuji Yonehara, Masahiro Nakahara, (Hideki Ohdan), and Toshio Noriyuki.
Metachronous triple cancer associated with Peutz-Jeghers syndrome treated with curative surgery: a case report
Surgical Case Reports 4: 84, 2018
- 3) (Tetsuya Mochizuki), Tomoyuki Abe, Hironobu Amano, Kenji Nishida, Takuya Yano, Hiroshi Okuda, (Tsuyoshi Kobayashi), (Hideki Ohdan), Shuji Yonehara, Toshio Noriyuki, and Masahiro Nakahara.
Characteristics of the portal vein thrombosis recurrence pattern without liver parenchymal invasion from colorectal cancer: a case report
Surgical Case Report 4: 108, 2018
- 4) (Hiromi Sugiyama), (Kunihiro Omonishi), Shuji Yonehara, (Kotaro Ozasa), (Hiroki Kajihara), (Takafumi Tsuya), (Yukio Takeshima), and on behalf of the Hiroshima Tumor Tissue.
Characteristics of Benign and Malignant Bone Tumors Registered in the Hiroshima Tumor Tissue

- Registry, 1973–2012
 JB JS Open Access. 3(2): e0064. doi: 10.2106/JBJS.OA.17.00064, 2018.
- 5) (Mai Utada), Shuji Yonehara, and (Kotaro Ozasa).
 Historical Changes in Histological Diagnosis of Lung Cancer
 J Epidemiol. 29(6): 238–240, 2018
- 6) Tomoyuki Abe, Hironobu Amano, Keiji Hanada, Tomoaki Bekki, Tomoyuki Minami, Shuji Yonehara, Toshio Noriyuki, Masahiro Nakahara.
 Efficacy and safety of early cholecystectomy for comorbid acute cholecystitis and acute cholangitis: Retrospective cohort study.
 Ann Med Surg (Lond). 38: 8–12. doi: 10.1016/j.amsu, 2018.
- 7) (Yoshio Izumi), Keiji Hanada, (Akihito Okazaki), Tomoyuki Minami, Naomichi Hirano, (Juri Ikemoto), (Kozue Kanemitsu), Koichi Nakadoi, Takayoshi Shishido, Yoshio Katamura, Seiji Onogawa, Hajima Amano, Fumiaki Hino, Hironobu Amano, Shuji Yonehara.
 Endoscopic ultrasound findings and pathological features of pancreatic carcinoma in situ
 Endoscopy International open (07): E585–E593, 2019
- 8) Keiji Hnada, Tomoyuki Minami, Akinori Shimizu, Motomitu Fukuhara, Shigeki Yano, Kenji Sasaki, Masanori Koda, Kayo Suguyama, Syuji Yonehara, And (Akio Yanagisawa).
 Roles of ERCP in the Eary Diagnosis of Pancreatic Cancer
 Diagnostics 9(1): pii: E30. doi: 10.3390/diagnostics9010030
- 9) 森山浩之, 米原修治, (金岡隆平), 角西雄一, (植田秀雄)
 経尿道的切除術にて治療した印環細胞癌の所見を伴う尿管管癌の1例
 広島医学 71(5): 409–413, 2018
- 10) (山根宏昭), 中原雅浩, 奥田 浩, 米原修治
 内視鏡にて増大を認め腹腔鏡下に切除した横行結腸動静脈奇形の1例
 広島医学 71(7): 552–556, 2018
- 11) (金岡隆平), 角西雄一, 森山浩之, 米原修治
 膀胱浸潤性尿路上皮癌・リンパ腫様型／形質細胞様型の1例
 広島医学 71(9): 633–637, 2018
- 12) (飯島徳章), 安部智之, 天野尋暢, 米原修治, 則行敏生, 中原雅浩
 術前診断された胆管内乳頭状腫瘍の1例
 広島医学 71(9): 638–642, 2018
- 13) 森山浩之, 角西雄一, 中野芳紀, 米原修治, (金岡隆平)
 尿管に発生した浸潤性尿路上皮癌明細胞型の1例
 西日本泌尿器科 80(11): 614–620, 2018
- 14) 森山浩之, 中野芳紀, 角西雄一, 米原修治
 初診時に前立腺大細胞神経内分泌癌と診断された1例
 西日本泌尿器科 81(1): 65–71, 2019

歯科口腔外科

- 1) 伊藤 翼, 原 潤一, (神田 拓), (岡本哲治).
腸骨およびチタンメッシュプレートにて再建を行った下顎骨広範囲エナメル上皮腫の1例
厚生連尾道総合病院医報 27: 29-33, 2018.
- 2) (吉岡幸男), (津島康司), (山崎佐知子), (神田 拓), (林堂安貴), (佐渡友浩), (小林雅史), (虎谷茂昭), (坂上泰士), (大林史誠), (浜名智昭), (小泉浩一), (笹原妃佐子), (石田康隆), (坂本哲彦), (松井健作), (濱田充子), (角 健作), (谷 亮治), 伊藤 翼, (岡本康正), (明見能成), (岡本哲治)
Adolescent and Young Adult (AYA) 世代における口腔がんの臨床的検討
J. Jpn. Stomatol. Soc. 6(81): 20-27, 2019.
- 3) (坂上泰士), (津島康司), (山崎佐知子), (神田 拓), (林堂安貴), (佐渡友浩), (小林雅史), (虎谷茂昭), (吉岡幸男), (大林史誠), (浜名智昭), (小泉浩一), (笹原妃佐子), (石田康隆), (坂本哲彦), (松井健作), (濱田充子), (角 健作), (谷 亮治), 伊藤 翼, (岡本康正), (明見能成), (岡本哲治)
90歳以上の超高齢口腔がん患者の臨床的検討
J. Jpn. Stomatol. Soc. 6(81): 12-19, 2019.

臨床研修科

- 1) 井上理紗, (松本 悠), (西村好史), 吉田 敬, (西田賢司), 米原修治
病理学的に悪性所見が得られず診断に難渋した肺原発のびまん性大細胞型B細胞性リンパ腫の1例
厚生連尾道総合病院医報 28: 57-62, 2018.
- 2) (甲斐あずさ), 安部智之, 天野尋暢, 中原雅浩, 則行敏生, (西田賢司), 米原修治
肝門部胆管癌術後に Waterhouse-Friderichsen 症候群をきたした1例
厚生連尾道総合病院医報 28: 63-70, 2018.
- 3) (柏原彩乃), (武智 瞳), 奥田 浩, 中原雅浩, (西田賢司), 米原修治
直腸癌術後にイレウスを繰り返した一例
厚生連尾道総合病院医報 28: 71-81, 2018.
- 4) 中野芳紀, 安部智之, (武智 瞳), (西田賢司), 米原修治, 別木智昭, (吉川 徹), (望月哲矢), 矢野琢也, 藤國宣明, 奥田 浩, 佐々田達成, 山木 実, 天野尋暢, 則行敏生, 中原雅浩
全身多発塞栓症を起し急激な転帰を経た結腸憩室出血に対する右半結腸切除後の1剖検例
厚生連尾道総合病院医報 28: 83-86, 2018.

学 会 発 表

内 科

《消化器内科》

【国際学会】

- 1) AOPA & KPBA & KPSC 2018 (Seoul, Korea 2018.4.28)
Important issues in endoscopic investigation. Moderator
Keiji Hanada
- 2) AOPA & KPBA & KPSC 2018 (Seoul, Korea 2018.4.28)
Strategy for Early Detection of Sporadic Pancreatic Cancer. Diagnosis of very early stage of pancreatic cancer undetectable on cross sectional images
Keiji Hanada
- 3) AOPA & KPBA & KPSC 2018 (Seoul, Korea 2018.4.28)
Are Magnetic Resonance Cholangiopancreatography and Endoscopic Ultrasound Useful for the Follow-up of Branch Duct Intraductal Papillary Mucinous Neoplasm?
Tomoyuki Minami, Keiji Hanada, Naomichi Hirano, Akinori Shimizu, (Hirotugu Maruyama), (Hideki Mori), Motomitsu Fukuhara, Shigeki Yano
- 4) Digestive Disease Week (DDW 2018) (Washington, D.C, United States 2018.6.3)
Basic Science. Pancreatic Diseases. Comparison of flat type and low papillary type of pancreatic carcinoma in situ
Motomitsu Fukuhara, Keiji Hanada, Shigeki Yano, (Hideki Mori), (Hirotugu Maruyama), Akinori Shimizu, Tomoyuki Minami, Naomichi Hirano, Hironobu Amano, Tomoyuki Abe, Shuji Yonehara
- 5) Pancreatic Cancer Research Seminar in Gangnam Sever Hospital (Seoul, Korea 2019.1.25)
Symposium. The Strategy changes for pancreatic cancer. Early detection in pancreatic cancer undetectable on radiologic examination
Keiji Hanada

【全国学会】

- 1) 第104回日本消化器病学会総会 (東京 H30.4.20)
ワークショップ IPMNの新展開 MRCPとEUSによるIPMNの経過観察
南 智之, 花田敬士, 清水晃典
- 2) 第95回日本消化器内視鏡学会総会 (東京 H30.5.10)
膵-IPMN/pNET 座長
花田敬士
- 3) 第95回日本消化器内視鏡学会総会 (東京 H30.5.10)
膵-IPMN MRCPとEUSを中心とした分枝型IPMNの経過観察
南 智之, 花田敬士, 平野巨通, 清水晃典, (丸山紘嗣), (森 英輝), 福原基允, 矢野成樹
- 4) 第95回日本消化器内視鏡学会総会 (東京 H30.5.10)
膵-良性 早期慢性膵炎のEUS所見と臨床像の変化に関する検討
清水晃典, 花田敬士, 矢野成樹, 福原基允, (森 英輝), 松本 望, (丸山紘嗣), 中土井鋼一,

南 智之, 片村嘉男, 宍戸孝好, 小野川靖二, 平野巨通, 日野文明

5) 第95回日本消化器内視鏡学会総会 (東京 H30.5.11)

膵-EUS 腫瘍 胃切除先行症例の膵病変の診断における EUS の有用性

矢野成樹, 花田敬士, 福原基允, (森 英輝), (丸山紘嗣), 清水晃典, 南 智之, 平野巨通

6) 第95回日本消化器内視鏡学会総会 (東京 H30.5.12)

十二指腸-表在型非乳頭部上皮性腫瘍 内科外科合同手術により縮小手術が可能であった十二指腸腫瘍の2症例

福原基允, 中土井鋼一, 矢野成樹, (森 英輝), 宍戸孝好, 小野川靖二, 花田敬士, 藤國宣明, 米原修治

7) 第49回日本膵臓学会 (和歌山 H30.6.29)

シンポジウム 膵管癌の早期診断・治療を目指して 司会

花田敬士

8) 第49回日本膵臓学会 (和歌山 H30.6.29)

膵管癌の早期診断・治療を目指して 症例呈示

横出正隆

9) 第49回日本膵臓学会 (和歌山 H30.6.29)

膵癌 病理 腫瘍のない膵管狭窄や分枝膵管拡張例に対する SPACE は有用か

花田敬士, 平野巨通, 清水晃典, (丸山紘嗣), (森 英輝), 福原基允, 矢野成樹

10) 第49回日本膵臓学会 (和歌山 H30.6.29)

膵癌 病理 膵上皮癌(PCIS)の Flat type, Low type の比較

福原基允, 花田敬士, 南 智之, 平野巨通

11) 第49回日本膵臓学会 (和歌山 H30.6.29)

ACP をチーム医療で取り組むためのシステムづくり 膵がん教室から始めよう

内海元美, 田中千枝子, 藤原ちえみ, 樋本瑞江, 花田敬士, 畝本由貴, 比良大輔, 黒飛佳子, 重廣奈緒子, 豊田直之

12) 第49回日本膵臓学会 (和歌山 H30.6.29)

術前好中球 / リンパ球比が早期膵癌切除症例の長期生存に与える影響

安部智之, 天野尋暢, 花田敬士

13) 第49回日本膵臓学会 (和歌山 H30.6.29)

シンポジウム 内視鏡治療における課題 胆道ドレナージを中心に

(糸井隆夫), 花田敬士

14) 第49回日本膵臓学会 (和歌山 H30.6.29)

シンポジウム 膵癌ガイドラインの診断における課題

(北野雅之), (糸井隆夫), (鎌田 研), (川井 学), (菅野 敦), (芹川正浩), (高岡 亮), (高折恭一), (高山敬子), 花田敬士, (奥坂拓志)

15) 第54回日本胆道学会学術総会 (千葉 H30.9.27)

ドレナージ 座長

花田敬士

16) 第54回日本胆道学会学術総会 (千葉 H30.9.28)

ワークショップ 術後胆管狭窄・胆汁漏に対する内視鏡治療

南 智之

17) 第54回日本胆道学会学術総会 (千葉 H30.9.27)

ワークショップ 当院における膵胆管高位合流および膵胆管合流異常の胆嚢癌の合併に関する検討

清水晃典

- 18) 第54回日本胆道学会学術総会 (千葉 H30.9.27)
胆嚢癌治療切除症例における gallbladder cancer predictive risk score の有用性
安部智之, 天野尋暢, 南 智之, 清水晃典, 花田敬士
- 19) 第26回日本消化器関連学会週間 (JDDW2018) (神戸 H30.11.2)
シンポジウム ハイリスク患者における胆管結石診療の諸問題 当院における超高齢者の総胆管結石に対する内視鏡治療成績の検討
福原基允, 花田敬士, 南 智之
- 20) 第26回日本消化器関連学会週間 (JDDW2018) (神戸 H30.11.3)
膵嚢胞性疾患外科治療のタイミング《アンサーパッド》 膵嚢胞性病変の手術適応
南 智之, 花田敬士, 清水晃典
- 21) 第60回日本消化器病学会大会 (神戸 H30.11.1)
胆道 (内視鏡治療) 座長
花田敬士
- 22) 第60回日本消化器病学会大会 (神戸 H30.11.2)
後期高齢者の切除不能膵癌におけるゲムシタビン (GEM) + ナブパクリタキセル (nab-PTX) 併用療法に関する検討
矢野成樹, 花田敬士, 南 智之, 福原基允, (森 英輝), 清水晃典, (丸山紘嗣), 平野巨通
- 23) 第60回日本消化器病学会大会 (神戸 H30.11.3)
切除不能膵癌におけるゲムシタビン (GEM) + ナブパクリタキセル (nab-PTX) 併用療法の二次治療に関する検討
清水晃典, 花田敬士, 矢野成樹, 福原基允, 南 智之, 平野巨通
- 24) 第96回消化器内視鏡学会総会 (神戸 H30.11.2)
ランチョンセミナー 司会
花田敬士
- 25) 第96回消化器内視鏡学会総会 (神戸 H30.11.2)
ランチョンセミナー 胆膵 EUS の新たな潮流 - スクリーニングから FNA まで - 基調講演
花田敬士
- 26) 第96回消化器内視鏡学会総会 (神戸 H30.11.2)
内視鏡チーム医療の向上に向けたタイムアウトの導入
楠見朗子, 松村真由美, 花田敬士
- 27) 第56回日本癌治療学会学術集会 (横浜 H30.10.19)
シンポジウム 早期膵癌に対する診断ストラテジー 膵癌早期診断のアルゴリズム
花田敬士
- 28) 第56回日本癌治療学会学術集会 (横浜 H30.10.20)
高齢者膵癌に対する治療戦略 司会
花田敬士

【学会地方会】

- 1) 第100回日本消化器内視鏡学会近畿支部例会 (大阪 H30.5.26)
ランチョンセミナー

花田敬士

- 2) 第109回日本消化器病学会中国支部例会 (岡山 H30.6.9)
専修医奨励賞 司会
花田敬士
- 3) 第109回日本消化器病学会中国支部例会 (岡山 H30.6.9)
肺転移に対して, 化学療法後に原発巣切除を行い, 長期生存を得た膵癌の一例
矢野成樹, 花田敬士, 南 智之, 福原基允, (森 英輝), (丸山紘嗣), 清水晃典, 松本 望,
中土井鋼一, 片村嘉男, 宍戸孝好, 小野川靖二, 平野巨通, 天野 始, 日野文明, 天野尋暢,
安部智之, 米原修治
- 4) 第109回日本消化器病学会中国支部例会 (岡山 H30.6.9)
急性膵炎を繰り返した膵嚢胞性病変の一例
井上史也, (森 英輝), 花田敬士, 矢野成樹, 福原基允, (丸山紘嗣), 清水晃典, 南 智之,
平野巨通, 日野文明
- 5) 第120回日本消化器内視鏡学会中国支部例会 (米子 H30.7.1)
中国支部専修医奨励賞 胆膵 司会
花田敬士
- 6) 第120回日本消化器内視鏡学会中国支部例会 (米子 H30.7.1)
当院における親子式胆道・膵管鏡の診断, 治療成績
福原基允, 花田敬士, 矢野成樹, 松本 望, 清水晃典, 中土井鋼一, 南 智之, 片村嘉男,
宍戸孝好, 小野川靖二, 平野巨通, 天野 始, 日野文明
- 7) 第120回日本消化器内視鏡学会中国支部例会 (米子 H30.7.1)
内視鏡的に診断しえた横行結腸動静脈奇形の一例
榊原俊哉, 宍戸孝好, 小野川靖二, 矢野成樹, 福原基允, 中土井鋼一, 花田敬士, 日野文明
- 8) 第119回日本内科学会中国地方会 (広島 H30.11.17)
閉塞性黄疸を契機に発見に至った胆嚢内乳頭状腫瘍 (intracholecystic papillary neoplasm of the
gallbladder; ICPN) の1例
日高 惟, 横出正隆, 矢野成樹, 鶴飼俊輔, 福原基允, 清水晃典, 南 智之, 花田敬士,
安部智之, 天野尋暢
- 9) 第110回日本消化器病学会中国支部例会 (出雲 H30.12.1)
有症状 GERD 患者におけるボノプラザンによるオンデマンド療法の有用性についての検討
中土井鋼一, 矢野成樹, 福原基允, 鶴飼俊輔, 横出正隆, 松本 望, 清水晃典, 南 智之,
片村嘉男, 宍戸孝好, 小野川靖二, 平野巨通, 天野 始, 花田敬士, 日野文明
- 10) 第110回日本消化器病学会中国支部例会 (出雲 H30.12.1)
多中心性 Castleman 病を合併した多発小腸癌の一例
矢野成樹, 宍戸孝好, 福原基允, 鶴飼俊輔, 横出正隆, 松本 望, 清水晃典, 中土井鋼一,
南 智之, 片村嘉男, 小野川靖二, 平野巨通, 花田敬士, 天野 始, 日野文明, 別木智昭,
藤國宣明, 米原修治
- 11) 第110回日本消化器病学会中国支部例会 (出雲 H30.12.1)
肝血管腫として4年の経過観察期間を経て診断された細胆管細胞癌の一例
出家正佳, 松本 望, 片村嘉男, 天野 始, 安部智之, 天野尋暢, (西田賢治), 米原修治
- 12) 第121回日本消化器内視鏡学会 中国支部例会 (出雲 H30.12.2)
ワークショップ 緊急内視鏡の現状と課題 司会

花田敬士

- 13) 第121回日本消化器内視鏡学会 中国支部例会 (出雲 H30.12.2)
ワークショップ 緊急内視鏡の現状と課題 当院における緊急 ERCP の現状
清水晃典, 花田敬士, 南 智之
- 14) 第121回日本消化器内視鏡学会 中国支部例会 (出雲 H30.12.1)
細胆管細胞癌術後胆管内再発を親子式胆道鏡で直接観察し得た一例
福原基允, 花田敬士, 矢野成樹, 鵜飼俊輔, 横出正隆, 松本 望, 清水晃典, 中土井鋼一,
南 智之, 片村嘉男, 宍戸孝好, 小野川靖二, 平野巨通, 天野 始, 日野文明, 天野尋暢,
米原修治
- 15) 第121回日本消化器内視鏡学会 中国支部例会 (出雲 H30.12.1)
EUS で遺残胆嚢管内に偶然発見された Amputation Neuroma の一例
高田善章, 清水晃典, 南 智之, 横出正隆, 福原基允, 鵜飼俊輔, 矢野成樹, 花田敬士

【全国研究会】

- 1) 消化器内視鏡推進連絡会 第35回総会 (東京 H30.5.9)
特別企画 最新の機器関連報告 臨床報告 GF-UE290
花田敬士
- 2) 第17回 FNA-Club Japan (東京 H30.8.25)
膵微小病変に対する EUS-FNA の成績
横出正隆
- 3) 第69回日本消化器画像診断研究会 (金沢 H30.8.31)
膵頭部に多発した stage I A 浸潤性膵管癌の1例
鵜飼俊輔, 花田敬士, 矢野成樹, 福原基允, 横出正隆, 清水晃典, 南 智之, 平野巨通,
天野尋暢, 米原修治
- 4) 第69回日本消化器画像診断研究会 (金沢 H30.8.31)
プレナリーセッション 司会
花田敬士
- 5) 第10回膵癌早期診断研究会 (東京 H31.2.22)
特別講演 司会
花田敬士
- 6) 第70回日本消化器画像診断研究会 (東京 H31.2.22)
進展範囲の評価が困難であった ICPN の一例
横出正隆
- 7) パープルリボンセミナー in 広島 (広島 H31.2.24)
基調講演 IPMN, 家族歴, 危険因子をもとに膵臓がんの早期発見につなげるには
花田敬士

【地方研究会】

- 1) 第120回広島消化器病研究会 優良賞受賞 (広島 H30.4.7)
膵上皮内癌 (PCIS) の腫瘍形態と画像所見の検討
福原基允, 花田敬士, 矢野成樹, (森 英輝), 松本 望, (丸山紘嗣), 清水晃典, 中土井鋼一,
南 智之, 片村嘉男, 宍戸孝好, 小野川靖二, 平野巨通, 天野 始, 日野文明, 天野尋暢,
米原修治
- 2) 第1回尾道消化器連携の会 (尾道 H30.4.27)

特別講演 座長

小野川靖二

- 3) 第1回尾道消化器連携の会 (尾道 H30.4.27)
基調講演 当院における逆流性食道炎の治療戦略
中土井鋼一
- 4) 尾道市医師会勤務医部会 (尾道 H30.5.20)
市民公開講座 脂質異常症 (高脂血症) とは?
日野文明
- 5) 広島県病院薬剤師会東支部学術講演会 (福山 H30.5.22)
講演
小野川靖二
- 6) 消化器疾患の診断と治療 最前線 (横浜 H30.5.24)
病診連携が可能にする膵癌早期診断
花田敬士
- 7) 宮崎市郡医師会5月例会並びにしののめ医学会特別講演 (宮崎 H30.5.25)
講演
花田敬士
- 8) 松永沼隈地区医師会地域連携会 (福山 H30.5.31)
司会
日野文明
- 9) 松永沼隈地区医師会地域連携会 (福山 H30.5.31)
特別講演 糖尿病における最先端の治療戦略
日野文明
- 10) 第31回尾三因消化器内視鏡研究会 (尾道 H30.6.15)
胃がん健診について
中土井鋼一
- 11) 第147回備後内視鏡研究会 (尾道 H30.6.21)
座長
花田敬士
- 12) 第147回備後内視鏡研究会 (尾道 H30.6.21)
当院における GERD 診療の実際
中土井鋼一
- 13) 尾道市医師会学術講演会 (尾道 H30.6.22)
特別講演 座長
小野川靖二
- 14) 第39回広島県女性医師の会総会講演会 (広島 H30.6.24)
膵癌早期診断の現状と課題
花田敬士
- 15) 第304回プライマリケア懇話会 (岡山 H30.7.22)
膵がんの早期診断について
花田敬士
- 16) 第132回尾道消化器病同好会 (尾道 H30.7.24)

膵癌の化学療法

南 智之

- 17) 2018 地域連携のつどい (尾道 H30.7.26)
生活習慣病と胆膵疾患
南 智之
- 18) TAIHO Web Lecture for Pancreatic Cancer (東京 H30.8.3)
Conversion Surgery を目指した膵癌化学療法～nab-PTX+GEM 療法の位置づけ～
花田敬士
- 19) 木頃地区健康講演会 (尾道 H30.8.8)
膵臓がんとその予防法
花田敬士
- 20) 北河内膵臓癌早期診断勉強会 (関西医科大学) (枚方 H30.8.18)
地域連携を用いた膵癌早期診断プロジェクト
花田敬士
- 21) 健康ひろしま21圏域推進研修会 (尾道 H30.8.23)
ウイルス及び生活習慣に起因する肝炎
片村嘉男
- 22) 鹿児島県消化器がん検診推進機構夏季特別研修会 (鹿児島 H30.8.27)
特別講演 膵がん早期診断の最前線
花田敬士
- 23) 福山 UC セミナー (福山 H30.8.27)
当院における潰瘍性大腸炎の治療と現状
小野川靖二
- 24) 第12回泉北地区消化器カンファレンス (堺 H30.9.8)
特別講演 病診連携で取り組む膵癌早期診断
花田敬士
- 25) 尾道市医師会学術講演会 (尾道 H30.9.12)
特別講演 座長
小野川靖二
- 26) 潰瘍性腸疾患オープンカンファレンス (福山 H30.9.13)
潰瘍性大腸炎の治療の現状
小野川靖二
- 27) 尾道市医師会学術講演会 (尾道 H30.9.18)
尾道すい癌を考える会 座長
花田敬士
- 28) 尾道市医師会学術講演会 (尾道 H30.9.18)
尾道すい癌を考える会 膵癌早期診断プロジェクトの現状と課題
南 智之
- 29) 松永沼隈地区医師会学術講演会 (福山 H30.9.18)
特別講演 便秘の病態と治療戦略
小野川靖二
- 30) 尾道膵疾患セミナー (尾道 H30.9.21)

特別講演 司会

花田敬士

- 31) 東広島地区医師会学術講演 (東広島 H30.10.4)
膵癌の診断と治療
花田敬士
- 32) 第10回尾道総合病院市民公開講座2018 (尾道 H30.10.6)
大腸がんの予防と早期発見の重要性
中土井鋼一
- 33) 膵がんグループ勉強会 (広島 H30.10.16)
特別講演 膵癌早期診断の現状と課題
花田敬士
- 34) Web Conference in Chugoku (サテライト会場 H30.10.24)
GERD 治療の新展開
小野川靖二
- 35) 池田市医師会合同研究会 (豊中 H30.10.27)
特別講演 病診連携を生かした膵癌早期診断の取り組み
花田敬士
- 36) 宮古島消化器関連懇話会 (宮古島 H30.11.9)
特別講演 膵癌早期診断の現状と課題
花田敬士
- 37) 第28回東広島サイジェオンの会 (東広島 H30.11.12)
特別講演 膵癌早期診断の現状と課題
花田敬士
- 38) 第8回膵がん教室ワークショップ in 柏の葉 (東京 H30.11.17)
パネルディスカッション 膵がん教室在り方検討会
花田敬士
- 39) 心不全診療を考える会 (福山 H30.11.19)
逆流性食道炎と薬剤性胃粘膜障害の話題
小野川靖二
- 40) 第133回尾道消化器病同好会 (尾道 H30.12.4)
ミニレクチャー 小腸内視鏡診断について
宍戸孝好
- 41) 福山市医師会神石ブロック講演会 (神石 H30.12.11)
GERD 治療の新展開
小野川靖二
- 42) 第14回足立区消化管研究会 (東京 H30.12.12)
特別講演 病診連携を生かした膵癌早期診断の取り組み
花田敬士
- 43) 府中地区医師会学術講演会 (府中 H30.12.12)
特別講演 便秘の病態と治療戦略
小野川靖二
- 44) 第43回安佐消化器病フォーラム (広島 H31.1.18)

膵癌早期診断の最前線

花田敬士

- 45) 昭和大学横浜市北部病院消化器センターと都筑区内科医会連携勉強会 (横浜 H31.1.22)

膵癌早期診断の最前線

花田敬士

- 46) マイラン EPD 合同会社 社外講師勉強会 (広島 H31.1.24)

社内勉強会 膵癌早期診断と膵炎

花田敬士

- 47) 日総研公開セミナー (東京 H31.2.2)

ナースのための内視鏡検査・治療～はじめの一步～

花田敬士

- 48) 胆膵同好会 in 岡山 (岡山 H31.2.9)

特別講演 膵癌早期診断の現状と課題

花田敬士

- 49) 第7回千葉消化器画像診断研究会 (千葉 H31.2.16)

特別講演 膵癌早期診断の現状と課題

花田敬士

- 50) 松永沼隈地区医師会学術講演会 (福山 H31.2.20)

特別講演 GERD 治療の新展開

小野川靖二

- 51) 第3回尾道DMを語る会 (尾道 H31.2.21)

特別講演 座長

日野文明

- 52) 尾三エンタィビオ新発売記念講演会 (尾道 H31.3.13)

座長

小野川靖二

- 53) 糖尿病領域学術講演会 in 尾道 (尾道 H31.3.15)

特別講演 座長

日野文明

- 54) 第16回 Multi Modality Forum (広島 H31.3.23)

特別講演 『膵癌』～早期発見のために～膵癌早期診断の最前線

花田敬士

《腎臓内科》

【全国学会】

- 1) 第63回日本透析医学会 (神戸 H30.6.29-6.31)

特発性腎出血に対して腎動脈塞栓術施行した腹膜透析患者の一例

田辺裕雅, 江崎 隆, 心石敬子

- 2) 第24回日本腹膜透析医学会学術集会・総会 (徳島 H30.10.7-10.8)

座長

江崎 隆

- 3) 第24回日本腹膜透析医学会学術集会・総会 (徳島 H30.10.7-10.8)

腹膜透析開始後に陰嚢水腫と蜂窩織炎をきたした一例

井上史也, 江崎 隆, 望月哲也, 奥田 浩, 中原雅浩, 心石敬子

4) 第24回日本腹膜透析医学会学術集会・総会 (徳島 H30.10.7-10.8)

高校生腹膜透析患者への生活指導の一例 ~その人らしい学校生活を送れるように~

竹田みき, 大杉友里子, 笹木大介, 植田親子, 佐藤裕子, 成谷沙紀, 心石敬子, 江崎 隆

5) 第24回日本 HDF 研究会学術集会・総会 (埼玉 H30.9.15-9.16)

座長

江崎 隆

6) 第22回日本病態栄養学会 (横浜 H31.1.11-1.13)

低栄養状態であったアルコール依存症患者に対する PPN 輸液により refeeding 症候群をきたした一例

小林美美, 江崎 隆

【学会地方会】

1) 第11回日本静脈経腸栄養学会中国支部学術大会 (呉 H30.8.18)

筋ジストロフィー・糖尿病の既往がある熱傷患者に対して栄養管理を行った一例

村上みなみ, 笹井佳奈子, 城谷千尋, 浜本悠香, 伊藤 栞, 金子美樹, 黒飛佳子, 中本智子, 岡本奈緒, 村上美香, 貝原恵子, 高橋謙吾, 下岡由紀, 松谷郁美, 藪木雅人, 青山奈央子, 鹿林七瀬, 山根利予子, 江崎 隆, 小野川靖二

2) 第11回日本静脈経腸栄養学会中国支部学術大会 (呉 H30.8.18)

ChE と CONUT 値による栄養状態評価

青山奈央子, 小野川靖二, 江崎 隆, 貝原恵子, 村上美香, 岡本奈緒, 中本智子, 笹井佳奈子, 黒飛佳子, 金子美樹, 村上みなみ, 伊藤 栞, 浜本悠香, 城谷千尋, 松谷郁美, 下岡由紀, 高橋謙吾, 藪木雅人, 上田瑞穂, 中野寛子

3) 第11回日本静脈経腸栄養学会中国支部学術大会 (呉 H30.8.18)

当院における歯科衛生士による専門的口腔ケア介入の現状と課題

鹿林七瀬, 奥河知恵, 鷹津冬良, 伊藤 翼, 村上みなみ, 中本智子, 村上美香, 貝原恵子, 江崎 隆, 小野川靖二

《呼吸器内科》

【全国学会】

1) 第16回日本臨床腫瘍学会 (神戸 H30.7.20)

腫瘍可及的切除後, 化学療法継続により初発から14年の長期生存が得られている IVa 期胸腺腫の 1 例

新田朋子, (塩野裕之), (篠崎勝則), (土井美帆子), (山内理海)

【学会地方会】

1) 第60回日本呼吸器学会中国・四国地方会 (高松 H30.12.15)

ステロイド内服中に発症した肺ノカルジア症の 1 例

高橋和希, 中 康彦, 吉田 敬, 新田朋子, 北島真紀子

【地方研究会】

1) 第69回尾道呼吸器疾患研究会 (尾道 H30.5.8)

肺非結核性抗酸菌症

吉田 敬

- 2) 第44回尾三医学会 尾道 (H30.7.1)
胸部異常陰影から発見された肺ノカルジア症の1例
中 康彦, 吉田 敬, 新田朋子, 北島真紀子
- 3) 尾道三原肺がん学術集会 (尾道 H30.10.2)
肺がん治療に関する最新情報
新田朋子
- 4) 第29回尾三地域がん連携フォーラム (尾道 H30.10.11)
「がん薬物療法専門医」として ～市中病院における役割～
新田朋子
- 5) 第29回尾三地域がん連携フォーラム (尾道 H30.10.11)
肺がん診療における最新のエビデンス
新田朋子

心臓血管外科

【全国学会】

- 1) 第46回日本血管外科学会学術総会 (山形 H30.5.9-11)
孤立性腹腔動脈解離の2例
(佐藤克敏)
- 2) 第59回日本脈管学会総会 (広島 H30.10.25-27)
GORE EXCLUDER Aortic extenderが腹部大動脈分枝からのtype2 エンドリーク防止に有用であった両側総腸骨動脈瘤の2例
(佐藤克敏)
- 3) 第49回日本心臓血管外科学会学術総会 (岡山 H31.2.12-13)
巨大背部血腫をコイル塞栓で治療した von Recklinghausen 病の1例
(佐藤克敏)

【全国研究会】

- 1) 第33回心臓血管外科ウィンターセミナー学術集会 (富良野 H31.1.25)
腹部大動脈人工血管置換術後8年目に拡大した内腸骨動脈瘤に対し血管内治療が有用だった1例
井上理紗, 児玉裕司, 尾畑昇悟
- 2) 第33回心臓血管外科ウィンターセミナー学術集会 (富良野 H31.1.25)
ICD リードによる心室穿孔に対して開胸手術を行った一例
高田善章, 井上理紗, 児玉裕司, 尾畑昇悟, 山木 実, (尾木 浩)

【地方研究会】

- 1) 第3回広島中央血管カンファレンス (東広島 H30.7.5)
希釈造影CTによる下肢静脈瘤評価
(佐藤克敏)

外 科

【国際学会】

- 1) ESMO Asia 2018 (Singapore 2018.11.24)
Opioid-induced Constipation in Patients with Cancer Pain in Japan
Noriyuki T.

【全国学会】

- 1) 第118回日本外科学会定期学術集会 (東京 H30.4.6)
当院における急性胆嚢炎に対する治療戦略 ~Tokyo guideline 2013 の検証と急性胆管炎合併における新たな提言~
安部智之, 天野尋暢, 別木智昭, (武智 瞳), (吉川 徹), (望月哲矢), 矢野琢也,
藤國宣明, 奥田 浩, 佐々田達成, 山木 実, 則行敏生, 中原雅浩
- 2) 第26回日本乳癌学会学術総会 (京都 H30.5.16)
急速に増大・転移を認めた乳腺悪性葉状腫瘍の1例
(武智 瞳), 佐々田達成, (甲斐あずさ), (吉川 徹), (春田るみ), 田上智加, 中上小百合,
米原修治
- 3) 第26回日本乳癌学会学術総会 (京都 H30.5.17)
多施設共通データベースを用いた乳癌腋窩リンパ節の転移評価
(笹田伸介), (舛本法生), 佐々田達成, (野間 翠), (大原正裕), (重松英朗), (松浦一生),
(尾崎慎治), (川淵義治), (角舎学行), (船越真人), (岡田守人)
- 4) 第26回日本乳癌学会学術総会 (京都 H30.5.18)
TC療法におけるペグフィルグラスチム使用
佐々田達成, (甲斐あずさ), (武智 瞳), (吉川 徹), 田上智加, 中上小百合, 春田るみ
- 5) 第26回日本乳癌学会学術総会 (京都 H30.5.18)
Pertuzumab+Trastuzumab+Docetaxelにより臨床的完全奏功となったHER2陽性転移性乳癌の2例
(吉川 徹), 佐々田達成, (武智 瞳), (春田るみ), 米原修治
- 6) 第26回日本乳癌学会学術総会 (京都 H30.5.18)
乳癌を疑った肉芽腫性乳腺炎の2例
(甲斐あずさ), 佐々田達成, (仁科麻衣), (吉川 徹), (武智 瞳), (春田るみ),
西村好史, 米原修治
- 7) 第35回日本呼吸器外科学会総会 (千葉 H30.5.17-18)
両側鎖骨, 第1・2肋骨, 胸骨合併切除を施行した転移性胸骨腫瘍の1例
山木 実, 則行敏生
- 8) 第30回日本肝胆膵外科学会学術集会 (横浜 H30.6.8)
Efficacy and safety of early cholecystectomy for patients with comorbid acute cholecystitis and cholangitis
Tomoyuki Abe
- 9) 第31回日本小切開・鏡視外科学会 (広島 H30.6.30)
シンポジウム 座長
中原雅浩
- 10) 第31回日本小切開・鏡視外科学会 (広島 H30.6.30)
腹壁浸潤を伴う進行結腸癌にHALSが有用であった2例
奥田 浩, 中原雅浩, 矢野琢也, 別木智昭, (武智 瞳), (吉川 徹), (望月哲矢),

安部智之, 藤國宣明, 佐々田達成, 山木 実, 天野尋暢, 則行敏生

- 11) 第31回日本小切開・鏡視外科学会 (広島 H30.6.30)
直腸癌肥満症例に対して HALS (Hand ssisted Laparoscopic Surgery) が有用である
矢野琢也, 中原雅浩, 奥田 浩, 別木智昭, 藤國宣明, 安部智之, 佐々田達成, 山木 実,
天野尋暢, 則行敏生
- 12) 第49回日本痔臓学会 (和歌山 H30.6.30)
術前好中球／リンパ球比が早期早期痔癌切除症例の長期生存に与える影響
安部智之
- 13) 第73回日本消化器外科学会総会 (鹿児島 H30.7.12)
ヘリコバクター・ピロリ感染に対する胃切除の影響
藤國宣明, 別木智昭, (吉川 徹), (武智 瞳), (望月哲矢), 矢野琢也, 安部智之,
奥田 浩, 天野尋暢, 中原雅浩
- 14) 第73回日本消化器外科学会総会 (鹿児島 H30.7.13)
大腸穿孔症例における重症化予測
矢野琢也, 奥田 浩, 別木智昭, (吉川 徹), (武智 瞳), (望月哲矢), 藤國宣明,
安部智之, 天野尋暢, 中原雅浩
- 15) 第73回日本消化器外科学会総会 (鹿児島 H30.7.12)
胆嚢癌治癒切除症例における Gallbladder cancer predictive risk score の有用性
(望月哲矢), 安部智之, 天野尋暢, 別木智昭, (武智 瞳), (吉川 徹), 矢野琢也, 藤國宣明,
奥田 浩, 中原雅浩
- 16) 第73回日本消化器外科学会総会 (鹿児島 H30.7.12)
当院における切除不能進行／再発胃癌に対する 2nd line 治療の検討
(武智 瞳), 藤國宣明, 別木智昭, (吉川 徹), (望月哲矢), 矢野琢也, 安部智之,
奥田 浩, 天野尋暢, 中原雅浩
- 17) 第73回日本消化器外科学会総会 (鹿児島 H30.7.12)
虫垂 mixed adenoneuroendocrine carcinoma (MANEC) の1例
田所和樹
- 18) 第16回日本臨床腫瘍学会学術集会 (神戸 H30.7.19-21)
TC 療法におけるペグフィルグラスチム使用
佐々田達成
- 19) 第73回日本消化器外科学会総会 (鹿児島 H30.7.13)
進行横行結腸癌に対する安全な腹腔鏡下中結腸動脈領域リンパ節郭清手技
中原雅浩, 奥田 浩, 矢野琢也, (望月哲矢), (武智 瞳), 別木智昭, (吉川 徹),
藤國宣明, 安部智之, 天野尋暢
- 20) 第73回日本消化器外科学会総会 (鹿児島 H30.7.12)
内臓脂肪面積／骨格筋の不均衡が痔切除術後痔液瘻に与える影響 - propensity score matching 解析を踏まえて -
安部智之, 天野尋暢, 別木智昭, (吉川 徹), (武智 瞳), (望月哲矢), 矢野琢也,
奥田 浩, 藤國宣明, 中原雅浩
- 21) 第54回日本胆道学会学術総会 (千葉 H30.9.28)
胆嚢癌治癒切除症例における gallbladder cancer predictive risk score の有用性
安部智之, 天野尋暢, 南 智之, 清水晃典, 花田敬士

- 22) 第73回日本大腸肛門病学会学術集会 (東京 H30.11.9)
腹腔鏡下大腸手術における経肛門ドレーンの成績
矢野琢也
- 23) 第73回日本大腸肛門病学会学術集会 (東京 H30.11.10)
虫垂粘膜嚢腫の8切除例
奥田 浩, 中原雅浩, 矢野琢也, 別木智昭, 廣畑良輔, 箱田啓志, 安部智之, 藤國宣明,
佐々田達成, 山木 実, 天野尋暢, 則行敏生
- 24) 第59回日本肺癌学会学術総会 (東京 H30.11.30)
胸腔鏡下生検にて診断した乳癌を合併した胸膜発生悪性リンパ腫の1例
山木 実, 則行敏生
- 25) 第31回日本内視鏡外科学会総会 (福岡 H30.12.6)
進行下行結腸癌に対する当科の手術戦略
中原雅浩, 奥田 浩, 矢野琢也, 別木智昭, 藤國宣明, 安部智之, 天野尋暢, 則行敏生
- 26) 第31回日本内視鏡外科学会総会 (福岡 H30.12.7)
下部消化管穿孔症例に対する腹腔鏡下手術の短期成績の検討
矢野琢也, 中原雅浩, 奥田 浩, 別木智昭, 藤國宣明, 安部智之, 天野尋暢
- 27) 第31回日本内視鏡外科学会総会 (福岡 H30.12.8)
腹腔鏡下幽門側胃切除術における小彎リンパ節郭清の工夫
藤國宣明, 別木智昭, 矢野琢也, 安部智之, 奥田 浩, 天野尋暢, 則行敏生, 中原雅浩
- 28) 第31回日本内視鏡外科学会総会 (福岡 H30.12.8)
肝硬変合併肝細胞癌に対する腹腔鏡下肝部分切除術の成績
(山本将輝), (小林 剛), (大下彰彦), 安部智之, (尾上隆司), (福田三郎), (大森一郎),
(大段秀樹)
- 29) 第31回日本内視鏡外科学会総会 (福岡 H30.12.8)
単孔式腹腔鏡下胆嚢摘単孔式腹腔鏡下胆嚢摘出術 (TANKO-LC) における若手外科医教育の取り
組み
奥田 浩, 中原雅浩, 別木智昭, 矢野琢也, 藤國宣明, 安部智之, 天野尋暢, 則行敏生
- 30) 第31回日本内視鏡外科学会総会 (福岡 H30.12.8)
横行結腸と瘻孔形成した特発性腸間膜血腫に対する腹腔鏡下での1切除例
別木智昭, 矢野琢也, 安部智之, 藤國宣明, 奥田 浩, 天野尋暢, 中原雅浩
- 31) 第80回日本臨床外科学会総会 (東京 H30.11.22)
下部消化管穿孔症例に対する内視鏡外科手術の検討
矢野琢也
- 32) 第80回日本臨床外科学会総会 (東京 H30.11.22)
細胆管細胞癌胆管内再発に対し肝右葉切除と胆道再建で治癒切除をした1例
箱田啓志
- 33) 第80回日本臨床外科学会総会 (東京 H30.11.23)
迷入性縦隔内甲状腺腫の1例
山木 実, 別木智昭, 廣畑良輔, 箱田啓志, 矢野琢也, 藤國宣明, 安部智之, 奥田 浩,
天野尋暢, 中原雅浩
- 34) 第80回日本臨床外科学会総会 (東京 H30.11.23)
高齢者胆嚢捻転症に対して緊急腹腔鏡下胆嚢摘出術を施行した1例

山本卓哉

- 35) 第36回日本ストーマ・排泄リハビリテーション学会 (大阪 H31.2.22)
 腹腔鏡下ハルトマンリバーサル of 短期成績
 矢野琢也, 奥田 浩, 中原雅浩
- 36) 第91回日本胃癌学会総会 (静岡 H31.2.27)
 早期胃癌に対する腹腔鏡下幽門保存胃切除後にポートサイト再発を疑った1例
 箱田啓志, 藤國宣明, 天野尋暢, 別木智昭
- 37) 第55回日本腹部救急医学会 (仙台 H31.3.7)
 腹腔鏡下に修復した鈍の外傷による小腸穿孔の1例
 高橋和希, 安部智之, 廣畑良輔, 別木智昭, 奥田 浩, 天野尋暢, 中原雅浩

【学会地方会】

- 1) 第93回中国四国外科学会総会・第23回中国四国内視鏡外科研究会 (広島 H30.9.6)
 肝細胞癌肝切除における新規予後予測スコアリングシステムの比較 – ALBI grade and ALICE grade –
 (山本将輝), (本明慈彦), (小林 剛), (濱岡道則), (小橋俊彦), 安部智之, (大石幸一),
 (田澤宏文), (大段秀樹)
- 2) 第93回中国四国外科学会総会・第23回中国四国内視鏡外科研究会 (広島 H30.9.6)
 特発性横行血腸間膜血腫に対する1切除例
 廣畑良輔, 中原雅浩, 別木智昭, 箱田啓志, 矢野琢也, 安部智之, 藤國宣明, 奥田 浩,
 佐々田達成, 山木 実, 天野尋暢, 則行敏生
- 3) 第93回中国四国外科学会総会・第23回中国四国内視鏡外科研究会 (広島 H30.9.6)
 大腸癌補助化学療法開始直後に高度な好中球減少をきたした一例
 井上史也, 矢野琢也, 別木智昭, 廣畑良輔, 箱田啓志, 佐々田達成, 奥田 浩, 藤國宣明,
 山木 実, 安部智之, 天野尋暢, 中原雅浩, 則行敏生, 米原修治
- 4) 第93回中国四国外科学会総会・第23回中国四国内視鏡外科研究会 (広島 H30.9.7)
 TC療法におけるペグフィルムグラスチム使用
 佐々田達成, 廣畑良輔, 別木智昭, 箱田啓志, 矢野琢也, 藤國宣明, 安部智之, 奥田 浩,
 山木 実, 天野尋暢, 中原雅浩, 則行敏生, (春田るみ)

【全国研究会】

- 1) 第40回日本癌局所療法研究会 (東京 H30.6.15)
 直腸肛門部悪性黒色腫に対して腹腔鏡下腹会陰式直腸切断術を施行した1例
 奥田 浩, 中原雅浩, 矢野琢也, 別木智昭, (武智 瞳), (吉川 徹), (望月哲矢),
 藤國宣明, 安部智之, 佐々田達成, 山木 実, 天野尋暢, 則行敏生
- 2) 第89回大腸癌研究会 (新潟 H30.7.6)
 大腸癌に準じた化学療法で病勢コントロールが得られている空腸癌の1例
 奥田 浩, 中原雅浩, 矢野琢也, 別木智昭, 廣畑良輔, 箱田啓志, 安部智之, 藤國宣明,
 佐々田達成, 山木 実, 天野尋暢, 則行敏生
- 3) 第89回大腸癌研究会 (新潟 H30.7.6)
 長期生存を得られている遠隔転移を伴う小腸癌の2例
 矢野琢也, 則行敏生, 奥田 浩, 別木智昭, 廣畑良輔, 箱田啓志, 藤國宣明, 安部智之,
 山木 実, 佐々田達成, 天野尋暢, 中原雅浩
- 4) 7th Reduced Port Surgery Forum (札幌 H30.8.3)

後期研修医は単孔式腹腔鏡下胆嚢摘出術で腹腔鏡手術の基本を習得する

中原雅浩

5) 7th Reduced Port Surgery Forum (札幌 H30.8.3)

盲腸粘膜下腫瘍性病変を形成した虫垂子宮内膜症に対し, 単孔式腹腔鏡下回盲部切除術を施行した一例

箱田啓志

6) 7th Reduced Port Surgery Forum (札幌 H30.8.4)

単孔式腹腔鏡下手術で切除し得た腸間膜嚢腫の1例

(吉満政義), 箱田啓志, (三口真司), (住谷大輔), (井谷史嗣), (原野雅生), (中野敢友), (松川啓義), (塩崎滋弘), (岡島正純)

7) 第9回 HALS 研究会グループミーティング (東京 H30.10.20)

大腸癌に対する HALS (Hand Assisted Laparoscopic Surgery)

中原雅浩, 奥田 浩, 矢野琢也, 箱田啓志, 別木智昭, 廣畑良輔, 平田文宏, 安部智之, 藤國宣明, 天野尋暢

8) 第9回 HALS 研究会グループミーティング (東京 H30.10.20)

HALS が有用であった後腹膜膿瘍合併大腸癌の1例

矢野琢也, 奥田 浩, 中原雅浩

9) 第90回大腸研究会 (京都 H31.1.25)

局所進行下部直腸癌に対する術前化学療法14例の検討

奥田 浩, 中原雅浩, 矢野琢也, 別木智昭, 廣畑良輔, 箱田啓志, 平田文宏, 藤國宣明, 安部智之, 佐々田達成, 山木 実, 天野尋暢, 則行敏生

【地方研究会】

1) 第120回広島消化器病研究会 (広島 H30.4.7)

膵上皮内癌 (PCIS) の腫瘍形態と画像所見の検討

福原基允, 花田敬士, 矢野成樹, 森 英輝, 松本 望, 丸山紘嗣, 清水晃典, 中土井鋼一, 南 智之, 片村嘉男, 宍戸孝好, 小野川靖二, 平野巨通, 天野 始, 日野文明, 天野尋暢, 米原修治

2) 第7回備後大腸癌手術勉強会 (福山 H30.4.14)

司会

中原雅浩

3) 第7回備後大腸癌手術勉強会 (福山 H30.4.14)

難儀症例へのアプローチ

奥田 浩

4) 第40回備後外科手術手技研究会 (福山 H30.5.22)

進行横行結腸癌に対する安全な腹腔鏡下中結腸動脈領域リンパ節郭清手技

中原雅浩

5) 松永沼隈地区医師会地域連携会 (福山 H30.5.31)

特別講演 当院における腹腔鏡下肝胆膵手術の現状

天野尋暢

6) 第114回尾道外科系懇話会尾道 (H30.6.21)

司会

天野尋暢

- 7) 第44回尾三医学会 (尾道 H30.7.1)
座長
中原雅浩
- 8) 第44回尾三医学会 (尾道 H30.7.1)
当院における腹腔鏡下肝切除術の現状
安部智之
- 9) 第279回尾道総合病院オープンカンファレンス (尾道 H30.7.5)
当院における腹腔鏡下肝胆膵手術の現状
天野尋暢
- 10) 2018 地域連携のつどい (尾道 H30.7.26)
当院における肺癌外科治療
山木 実
- 11) 尾道市医師会学術講演会 (尾道 H30.9.18)
当院における膵癌手術成績 ～術後補助化学療法の現状も含めて～
天野尋暢
- 12) 第8回備後大腸癌手術勉強会 (福山 H30.9.29)
SRS 症例に対する工夫
矢野琢也
- 13) 第29回尾三地域がん連携フォーラム (尾道 H30.10.11)
肺がん 座長
則行敏生
- 14) ひろしま乳がんアカデミア (広島 H30.10.14)
講師
佐々田達成
- 15) 第19回備後サイコオンコロジー研究会 (尾道 H30.10.19)
教育講演 座長
中原雅浩
- 16) 第6回広島周術期フォーラム (広島 H30.10.24)
基調講演 胆嚢癌治療切除症例における modified gallbladder cancer predictive risk score の有用性
安部智之
- 17) 第41回備後外科手術手技研究会 (福山 H30.10.25)
下部直腸癌に対する2チーム taTME の導入と短期成績
矢野琢也
- 18) HER 陽性乳癌周術期化学療法講演会 (福山 H30.10.26)
座長
佐々田達成
- 19) 第70回尾道呼吸器疾患研究会 (尾道 H30.11.13)
気胸について
山木 実
- 20) 第9回備後大腸癌手術勉強会 (福山 H30.12.15)
司会
中原雅浩

第29号, 2019年

21) 第9回備後大腸癌手術勉強会 (福山 H30.12.15)

右側結腸癌に対する当院のアプローチ

奥田 浩

22) 第50回広島内視鏡下外科手術研究会 (広島 H31.2.7)

若手外科医消化器内視鏡手術の修練 ～当院での取り組み～

別木智昭, 中原雅浩, 廣畑良輔, 箱田啓志, 矢野琢也, 平田文宏, 藤國宣明, 安部智之,
奥田 浩, 佐々田達成, 山木 実, 天野尋暢, 則行敏生

23) 第30回尾三地域がん連携フォーラム (尾道 H31.3.22)

座長

則行敏生

整形外科

【国際学会】

1) Australian Orthopaedic Association (AOA) & Asia-Pacific Knee, Arthroscopy and Sports Medicine Society (APKASS) 2018 meeting (Sydney, Australia 2018.6.1)

Long-term outcome for patellar instability after medial patellofemoral ligament reconstruction with Insall proximal realignment.

Ryo Shimizu, Yoshio Sumen, Kazuki Sakaridani, Masaki Matsuura

【全国学会】

1) 第10回日本関節鏡・膝・スポーツ整形外科学会 (福岡 H30.6.16)

膝蓋骨不安定症に対する膝蓋骨制動術後の中長期成績

清水 良, 数面義雄, 盛谷和生, 松浦正己

【地方研究会】

1) 第68回尾道市整形外科医会 (尾道 H30.6.21)

関節鏡下半月板切除術後の一過性腓骨神経麻痺の検討

清水 良

2) 第69回尾道市整形外科医会 (尾道 H30.11.15)

司会

盛谷和生

3) 第69回尾道市整形外科医会 (尾道 H30.11.15)

東南アジア人に発症した骨・関節結核の検討

森田寛之

脳神経外科

【全国学会】

1) 日本脳神経外科学会 第77回学術総会 (仙台 H30.10.12)

65歳以上の高齢者無症候性髄膜腫における手術危険因子

－ガイドライン構築を目指して－

磯部尚幸, 井川房夫, 富永 篤, 黒木一彦, 貞友 隆, 溝上達也, 浜崎 理, 松重俊憲,
阿美古将, 光原崇文, 武田正明, 山崎文之, 栗栖 薫

- 2) 第34回 NPO 法人日本脳神経血管内治療外科学会学術総会 (仙台 H30.11.12)
脳卒中診療医少人数施設における急性期再開通療法
織田祥至, 磯部尚幸
- 3) 第48回日本脳卒中の外科学会学術総会 (横浜 H31.3.22)
脳卒中診療医少人数施設における急性期再開通療法
織田祥至, 磯部尚幸

小 児 科

【全国学会】

- 1) 第121回日本小児科学会学術集会 (福岡 H30.4.20-22)
小児気道病変の喉頭気管支鏡検査による検討 基礎疾患ごとの特徴
木原裕貴, 玉浦志保, 岩瀧真一郎, 高橋志保, (立石裕一), (吉光哲大), 大野綾香,
洲澤彩香, (長谷川久弥)
- 2) 第54回日本周産期・新生児医学会学術集会 (東京 H30.7.8-10)
自閉症スペクトラム障害児の新生児期・乳児期経過
木原裕貴, 玉浦志保, 岩瀧真一郎, 高橋志保, 橋高祐子, (立石裕一), (吉光哲大),
大野綾香, 洲澤彩香, 武内香菜子
- 3) 第54回日本周産期・新生児医学会学術集会 (東京 H30.7.8-10)
一過性高インスリン血症に門脈体循環短絡症を合併した2例
高橋志保, 木原裕貴, 玉浦志保, 岩瀧真一郎, 橋高祐子, (立石裕一), (吉光哲大),
大野綾香, 洲澤彩香, 武内香菜子, (福原里恵)
- 4) 第46回日本臨床免疫学会総会 (北佐久 H30.11.8)
抗 N-methyl-D-aspartate (NMDA) 受容体脳炎を契機に診断に至った IRAK 4 欠損症
浅野孝基, (西村志帆), (小林良行), (津村弥来), (石川暢恒), (大西秀典), (高田英俊),
(Sancho-Shimizu Vanessa), (森谷邦彦), (Puel Anne), (Picard Capucine), (Irani Sarosh R.),
(Casanova Jean-Laurent), (岡田 賢), (小林正夫)

【学会地方会】

- 1) 第171回日本小児科学会広島地方会 (広島 H30.6.20)
当院に救急搬送された熱性けいれんについての検討
大野綾香, 木原裕貴, 玉浦志保, 岩瀧真一郎, 橋高祐子, 高橋志保, (立石裕一), (吉光哲大),
洲澤彩香, 武内香菜子
- 2) 第172回日本小児科学会広島地方会 (広島 H30.12.16)
小児保健・精神 座長
木原裕貴
- 3) 第172回日本小児科学会広島地方会 (広島 H30.12.16)
脳梗塞によって発症した脳動脈解離
武内香菜子, 木原裕貴, 玉浦志保, 浅野孝基, 岩瀧真一郎, 橋高祐子, 木村俊介, 高橋志保,
大野綾香, 洲澤彩香

【地方研究会】

- 1) Fabry Disease Symposium in Hiroshima (広島 H30.5.23)
新生児マス・スクリーニングで発見された古典型ファブリー病の1男児例

- 岩瀧真一郎, 木原裕貴, 玉浦志保, 橘高祐子, 高橋志保, (立石裕一), (吉光哲大),
大野綾香, 洲澤彩香, 武内香菜子
- 2) 第65回広島新生児研究会 (広島 H30.5.26)
異なる転帰となった胎児母体間輸血症候群の2例
洲澤彩香, 木原裕貴, 玉浦志保, 岩瀧真一郎, 高橋志保, 橘高祐子, (立石裕一), (吉光哲大),
大野綾香, 武内香菜子, (福原里恵)
- 3) 第65回広島新生児研究会 (広島 H30.5.26)
座長
木原裕貴
- 4) 尾道産婦人医会研修会 (尾道 H30.8.30)
late preterm 児の予後
岩瀧真一郎
- 5) 広島ファブリー病セミナー (広島 H30.9.20)
新生児マス・スクリーニングで発見された古典型ファブリー病の1男児例
岩瀧真一郎, 木原裕貴, 玉浦志保, 橘高祐子, 高橋志保, (立石裕一), (吉光哲大),
大野綾香, 洲澤彩香, 武内香菜子
- 6) 第66回広島新生児研究会 (広島 H30.12.15)
当院における CCHS ミニドック
木原裕貴, 玉浦志保, 浅野孝基, 岩瀧真一郎, 橘高祐子, 木村俊介, 高橋志保, 大野綾香,
洲澤彩香, 武内香菜子
- 7) 第66回広島新生児研究会 (広島 H30.12.15)
特別講演 座長
木原裕貴

産婦人科

【地方研究会】

- 1) 第71回中国四国産科婦人科学会総会 (松山 H30.9.22)
母児間輸血症候群により重症胎児貧血となった2例
梅木崇寛, 佐々木晃, 田中教文, 坂下知久
- 2) 科研製薬株式会社 社外講師勉強会 (尾道 H30.12.11)
やさしい産婦人科医療をめざして
田中教文
- 3) 尾道産婦人科医会 (尾道 H31.2.22)
尾三地域における産婦人科病診連携の実態と課題
田中教文

耳鼻咽喉科

【地方研究会】

- 1) 第14回東部備後耳鼻咽喉科医会学術集会 (福山 H30.7.28)
頭頸部癌治療後に長期にわたって経口摂取不能となった1例

石井秀将

- 2) 松永沼隈地区医師会学術講演会 (福山 H31.3.14)

鼻アレルギーの日常診療

石井秀将

皮膚科

【全国学会】

- 1) 第70回日本皮膚科学会西部支部学術大会 (松江 H30.11.10-11)

利き手のMP関節に皮下膿瘍として発症した壊疽性膿皮症の1例

伊藤晴菜, 平川佳葉子, 松阪由紀

【学会地方会】

- 1) 第143回日本皮膚科学会広島地方会 (広島 H30.9.2)

Pott's puffy tomor の1例

平川佳葉子, 伊藤晴菜, 松阪由紀, 高橋志保, 玉浦志保, 木原裕貴

- 2) 第143回日本皮膚科学会広島地方会 (広島 H30.9.2)

Citrobactor koseri による化膿性胸鎖関節炎の1例

伊藤晴菜, (森田知世), 松阪由紀, 石井秀将, (西村好史)

- 3) 第144回日本皮膚科学会広島地方会 (広島 H31.3.3)

V.A.C.ULTA® を用いた洗浄併用局所陰圧閉鎖療法の施行経験

伊藤晴菜, 野本佳葉子, 松阪由紀

【地方研究会】

- 1) 鳥居薬品 社内勉強会 (尾道 H30.4.18)

乾癬治療について

松阪由紀

- 2) 田辺三菱 社内勉強会 (尾道 H30.8.2)

乾癬の治療について

松阪由紀

- 3) アッヴィ 社内勉強会 (尾道 H30.11.21)

乾癬について

松阪由紀

泌尿器科

- 1) 第106回日本泌尿器科学会総会 (京都 H30.4.19)

尿管管嚢胞に合併した尿管管癌に対して後腹膜下摘除術を施行した1例

(金岡隆平), 角西雄一, 森山浩之

- 2) 第70回西日本泌尿器科学会総会 (長崎 H30.11.2)

当院で経験した膀胱小細胞癌の2例

中野芳紀, 角西雄一, 森山浩之

- 3) 第70回西日本泌尿器科学会総会 (長崎 H30.11.3)

75歳以上の転移性腎細胞癌症例に対する分子標的治療

(亭島 淳), (三田耕司), (繁田正信), (長谷川泰久), 角西雄一, (松原昭郎)

4) 第164回日本泌尿器科学会 広島地方会 (広島 H30.12.15)

前立腺原発尿路上皮癌の1例

中野芳紀

5) 第164回日本泌尿器科学会 広島地方会 (広島 H30.12.15)

尾道総合病院における入院・手術統計

中野芳紀, 角西雄一, 森山浩之

麻 酔 科

【研究会】

1) 日本臨床麻酔学会第38回大会 (北九州 H30.11.2)

慢性副鼻腔炎急性増悪および脳膿瘍に対する緊急手術を契機に AIDS と診断された1例

日高 惟, 黒田皓二郎, 佐倉 舞, 中布龍一

2) 第64回広島麻酔医学会 (広島 H31.1.26)

西日本豪雨災害時の当院 DMAT の県 DMAT 調整本部と断水の状況にある当院での活動

瀬浪正樹

3) 第64回広島麻酔医学会 (広島 H31.1.26)

経椎間板法による内臓神経ブロック後の造影剤の広がり検討

前田陽子, 中布龍一, 権 理奈, 佐倉 舞, 黒田皓二郎, 木村 央, 瀬浪正樹

4) 第64回広島麻酔医学会 (広島 H31.1.26)

傍腫瘍性神経症候群による腸管麻痺, 摂食障害に対する腹腔鏡下結腸切除, 胃瘻造設の麻酔経験

木戸裕之, 中布龍一, 権 理奈, 佐倉 舞, 黒田皓二郎, 木村 央, 前田陽子, 瀬浪正樹

放 射 線 科

【地方研究会】

1) 第62回広島県東部放射線医会 (福山 H30.6.14)

乳癌, 多発肺転移が疑われた症例

森 浩希

2) 国際大学特別講義 (東広島 H30.10.17, 11.7, 11.14)

核医学臨床編

森 浩希

3) がん等の診療に携わる医師等に対する緩和ケア研修会 (尾道 H30.11.11)

全人的苦痛に対する緩和ケア

高澤信好

病理研究検査科

1) 日本病理学会 第64回秋期大会 (呉 H30.11.26)

広島県腫瘍登録における軟部腫瘍の解析 1973-2012

(重西邦浩), (杉山裕美), 米原修治, (小笹晃太郎), (梶原博毅), (津谷隆史), (武島幸男)

歯科口腔外科

【全国学会】

- 1) 第72回日本口腔科学会学術総会（愛知 H30.5.11-13）
腸骨およびチタンメッシュプレートにて再建を行った下顎骨広範囲エナメル上皮腫の1例
伊藤 翼, 鷹津冬良, 原 潤一, (神田 拓), (岡本哲治)
- 2) 第23回日本緩和医療学会学術大会（兵庫 H30.6.14-17）
当院緩和ケアチームにおける口腔機能管理の現状
伊藤 翼, 鹿林七瀬, 奥河知恵, 鷹津冬良, 小田原めぐみ, 藤原ちえみ, 鳥居孝恵,
中布龍一, 高澤信好, 則行敏生
- 3) 第23回日本緩和医療学会学術大会（兵庫 H30.6.14-17）
診断時からの緩和ケアとアドバンス・ケア・プランニングについての検討
則行敏生, 高澤信好, 中布龍一, 伊藤 翼, 平川佳葉子, 小田原めぐみ, 藤原ちえみ,
鳥居孝恵, 平井俊明, 江草徳幸, 畝本由貴
- 4) 第23回日本緩和医療学会学術大会（兵庫 H30.6.14-17）
地方個人事業者のがん患者就労に関する現状と意識変化について～緩和ケア認定看護師による出前講座の効果～
藤原ちえみ, 小田原めぐみ, 則行敏生, 伊藤 翼, 安友裕穂, 森元真由美, 豊田直之,
宮澤千尋, 浜本悠香, 奥河知恵, 鹿林七瀬
- 5) 第13回日本歯科衛生士学会（福岡 H30.9.15-17）
地方急性期病院呼吸サポートチームにおける歯科衛生士の役割とこれからの課題
鹿林七瀬, 奥河知恵, 鷹津冬良, 伊藤 翼
- 6) 第63回日本口腔外科学会学術総会（千葉 H30.11.2-4）
出生時に開窓を施行し、再発を生じた巨大な甲状舌管嚢胞の一例
伊藤 翼, 原 潤一
- 7) 第44回日本脳卒中学会学術集会（横浜 H31.3.21-23）
脳神経外科入院患者への歯科介入による病棟スタッフの意識変化と今後の課題
伊藤 翼, 奥河知恵, 鹿林七瀬, 鷹津冬良

【学会地方会】

- 1) 第11回日本静脈経腸栄養学会中国支部学術集会（広島 H30.8.18）
当院における歯科衛生士による専門的口腔ケア介入の現状と課題
鹿林七瀬, 奥河知恵, 伊藤 翼, 江崎 隆, 小野川晴二

【地方研究会】

- 1) 第51回広島大学歯学会（広島 H30.6.9）
Clinical Study of Recent 10 years Orthognathic Surgery in Dent-Oral-Maxillofacial Surgery at JA Onomichi General Hospital.
鷹津冬良, 伊藤 翼, 原 潤一, (浜名智昭), (神田 拓), (小泉浩一), (小林雅史),
(虎谷茂昭), (岡本哲治)

臨床研修科

【全国学会】

- 1) 第26回日本乳癌学会学術総会 (京都 H30.5.18)
乳癌を疑った肉芽腫性乳腺炎の2例
甲斐あずさ, 佐々田達成, (仁科麻衣), (吉川 徹), (武智 瞳), (春田るみ), (西村好史),
米原修治
- 2) 第73回日本消化器外科学会総会 (鹿児島 H30.7.12)
虫垂 mixed adenoneuroendocrine carcinoma (MANEC) の1例
田所和樹
- 3) 第63回日本透析医学会学術集会 (神戸 H30.6.29)
特発性腎出血に対して腎動脈塞栓術施行した腹膜透析患者の一例
田辺裕雅, 江崎 隆, 心石敬子
- 4) 第24回日本腹膜透析医学会 (徳島 H30.10.6)
腹膜透析開始後に陰嚢水腫と蜂窩織炎をきたした一例
井上史也, 江崎 隆, (望月哲也), 奥田 浩, 中原雅浩, (勝谷昌平), 心石敬子
- 5) 日本臨床麻酔学会第38回大会 (北九州市 H30.11.2)
慢性副鼻腔炎急性増悪および脳腫瘍に対する緊急手術を契機に AIDS と診断された1例
日高 惟, 黒田皓二郎, 佐倉 舞, 中布龍一
- 6) 第22回日本病態栄養学会年次学会 (横浜 H31.1.12)
低栄養状態であったアルコール依存症患者に対する PPN 輸液により refeeding 症候群をきたした一例
小林美美, 江崎 隆
- 7) 第80回日本臨床外科学会総会 (東京 H30.11.23)
高齢者胆嚢捻転症に対して緊急腹腔鏡下胆嚢摘出術を施行した1例
山本卓哉
- 8) 第55回日本腹部救急医学会 (仙台 H31.3.7)
腹腔鏡下に修復した鈍的外傷による小腸穿孔の1例
高橋和希, 安部智之, 廣畑良輔, 別木智昭, 奥田 浩, 天野尋暢, 中原雅浩

【学会地方会】

- 1) 第34回日本救急医学会中国四国地方会 (広島 H30.5.11)
市中発生した ESBL 産生大腸菌を契機とした敗血症により CPA に至った1例
井上史也, 宇根一暢, 中布龍一
- 2) 第109回日本消化器病学会中国支部例会 (岡山 H30.6.9)
急性膵炎を繰り返した膵嚢胞性病変の一例
井上史也, (森 英輝), 花田敬士, 矢野成樹, 福原基允, (丸山紘嗣), 清水晃典, 南 智之,
平野巨通, 日野文明
- 3) 第120回日本消化器内視鏡学会中国支部例会 (米子 H30.7.1)
内視鏡的に診断しえた横行結腸動静脈奇形の一例
榊原俊哉, 宍戸孝好, 小野川靖二, 矢野成樹, 福原基允, 中土井鋼一, 花田敬士, 日野文明
- 4) 第93回中国四国外科学会総会・第23回中国四国内視鏡外科研究会 (広島 H30.9.6)
大腸癌補助化学療法開始直後に高度な好中球減少をきたした一例

井上史也, 矢野琢也, 別木智昭, 廣畑良輔, 箱田啓志, 佐々田達成, 奥田 浩, 藤國宣明,
山木 実, 安部智之, 天野尋暢, 中原雅浩, 則行敏生, 米原修治

5) 第119回日本内科学会中国地方会 (広島 H30.11.17)

閉塞性黄疸を契機に発見に至った胆嚢内乳頭状腫瘍 (intracholecystic papillary neoplasm of the gallbladder; ICPN) の1例

日高 惟, 横出正隆, 矢野成樹, 鵜飼俊輔, 福原基允, 清水晃典, 南 智之, 花田敬士,
安部智之, 天野尋暢

6) 第110回日本消化器病学会中国支部例会 (出雲 H30.12.1)

肝血管腫として4年の経過観察期間を経て診断された細胆管細胞癌の一例

出家正佳, 松本 望, 片村嘉男, 天野 始, 安部智之, 天野尋暢, (西田賢治), 米原修治

7) 第121回日本消化器内視鏡学会 中国支部例会 (出雲 H30.12.1)

EUS で遺残胆嚢管内に偶然発見された Amputation Neuroma の一例

高田善章, 清水晃典, 南 智之, 横出正隆, 福原基允, 鵜飼俊輔, 矢野成樹, 花田敬士

8) 第60回日本呼吸器学会中国・四国地方会 (高松 H30.12.15)

ステロイド内服中に発症した肺ノカルジア症の一例

高橋和希, 中 康彦, 吉田 敬, 新田朋子, 北島真紀子

【全国研究会】

1) 第33回心臓血管外科ウィンターセミナー学術集会 (富良野 H31.1.25)

ICD リードによる心室穿孔に対して開胸手術を行った一例

高田善章, 井上理紗, 児玉裕司, 尾畑昇悟, 山木 実, (尾木 浩)

【地方研究会】

1) 第64回広島麻酔医学会 (広島 H31.1.26)

傍腫瘍性神経症候群による腸管麻痺, 摂食障害に対する腹腔鏡下結腸切除, 胃瘻造設の麻酔経験

木戸裕之, 中布龍一, 権 理奈, 佐倉 舞, 黒田皓二郎, 木村 央, 前田陽子, 瀬浪正樹

薬 剤 部

【全国学会】

1) 第12回緩和医療薬学会年会 (東京 H30.5.26)

速放製剤から徐放錠への変更がトラマドールの副作用に与える影響

江草徳幸, 成谷沙紀, 畝本由貴, 平井俊明, 安原昌子, 堀川俊二

2) 第23回日本緩和医療学会 (神戸 H30.6.15)

整形外科病棟において RASS を用いることで間欠的鎮静を継続できた血管肉腫の一例

高橋 忍, 青木由美, 松浦里香, 久保由貴子, 天倉真弥, 赤瀬秀美, 江草徳幸,
小田原めぐみ, 黒田理子, 高澤信好, 則行敏生

3) 第23回日本緩和医療学会 (神戸 H30.6.15)

診断時からの緩和ケアとアドバンス・ケア・プランニングについての検討

則行敏生, 高澤信好, 中布龍一, 伊藤 翼, 平川佳葉子, 小田原めぐみ, 藤原ちえみ,
鳥居孝恵, 平井俊明, 江草徳幸, 畝本由貴

4) 第23回日本緩和医療学会 (神戸 H30.6.15)

終末期鎮静の経験がない病棟で安全に鎮静を行うための緩和ケアチームの介入の検討

小田原めぐみ, 藤原ちえみ, 則行敏生, 黒田理子, 江草徳幸, 平井俊明, 畝本由貴,

中司博士, 近藤瑞枝, 高橋 忍, 高月利枝

- 5) 第67回日本農村医学会学術総会 (東京 H30.10.10)

薬剤師とリスクマネジメント ～睡眠薬を見直そう～

丸谷佳代, 江草徳幸, 重田知洋, 安原昌子, 堀川俊二

- 6) 第28回日本医療薬学会年会 (神戸 H30.11.24)

整形外科病棟における不眠時指示薬の変更と有害事象回避に向けた取り組み

江草徳幸, 丸谷佳代, 安原昌子, 堀川俊二

- 7) 第28回日本医療薬学会年会 (神戸 H30.11.24)

歯科医師と薬剤師に対する BRONJ に関するアンケート調査

佐藤一求, 江草徳幸, 安原昌子, 堀川俊二, 伊藤 翼

【全国研究会】

- 1) 全国厚生連薬剤長会議学術総会 (神戸 H30.11.23)

歯科医師と薬剤師に対する BRONJ に関するアンケート調査

佐藤一求, 江草徳幸, 安原昌子, 堀川俊二, 伊藤 翼

【学会地方会】

- 1) 第57回日本薬学会・日本薬剤師会・日本病院薬剤師会中国四国支部学術大会 (米子 H30.11.11)

当院連携施設及び尾道地区調剤薬局における簡易懸濁法の現状調査

中川直美

【地方研究会】

- 1) 広島県病院薬剤師会東支部研修会 (福山 H30.6.14)

栄養管理のイロハ

徳本和哉

- 2) 尾三医学会 (尾道 H30.7.2)

当院連携施設及び尾道地区調剤薬局における簡易懸濁法の現状調査

中川直美, 栗原大貴, 下岡由紀, 高橋謙吾, 徳本和哉, 松谷郁美, 安原昌子, 堀川俊二

- 3) 第108回尾道市生活習慣病関連講演会 (尾道 H30.8.22)

糖尿病のアドヒアランスを考える!

堀川俊二

- 4) 広島県糖尿病薬物療法セミナー (広島 H30.9.15)

がん患者さんにおける糖尿病薬物治療の実際

栗原大貴

- 5) 尾道総合病院・尾道市民病院合同研修会 (尾道 H30.10.16)

嚥下障害患者へのお薬の投与

高橋謙吾

- 6) 第19回備後サイコオンコロジー研究会 (尾道 H30.10.19)

「不眠症治療薬の見直し」始めました～整形外科病棟における薬剤師の取り組み～

江草徳幸

- 7) 広島県病院薬剤師会東支部研修会第5回がんセミナー (福山 H30.10)

自院にける副作用対策

比良大輔

- 8) 因島薬剤師会講演会 (尾道 H30.10)

胃がん・大腸がんの薬物療法

比良大輔

- 9) 因島薬剤師会講演会 (尾道 H30.11)

乳がん・肺がんの薬物療法

比良大輔

- 10) 広島県病院薬剤師会研究発表会 (広島 H30.11.3)

当院連携施設及び尾道地区調剤薬局における簡易懸濁法の現状調査

中川直美, 高橋謙吾, 栗原大貴, 下岡由貴, 松谷郁美, 徳本和哉, 安原昌子, 堀川俊二

- 11) 院内感染対策研修会 (尾道 H30.11.7)

血液培養の結果を抗菌薬選択に活かすためには!

藤本雅宣

- 12) 尾道市健康まつり (尾道 H30.11.10)

糖尿病薬にまつわるクイズ??

藤原典子

- 13) 柳井薬剤師会研修会 (柳井 H30.11.28)

ポリファーマシーへの薬剤師の関り

堀川俊二

- 14) 広島県病院薬剤師会東支部研修会 (福山 H30.12.7)

当院での TPN 施行患者への薬剤師の関わり

高橋謙吾

- 15) CHANGING DIABETES (福山 H30.12.12)

高齢インスリン治療患者における皮下硬結の実態調査および注射部位ローテーション指導による血糖コントロールへの影響

堀川俊二

- 16) 糖尿病教室 (尾道 H31.1.17)

糖尿病について知ろう お薬編

藤原典子

- 17) 尾道ロータリークラブ (尾道 H31.1.25)

がんの治療薬 (抗がん剤) のお話し

堀川俊二

- 18) 広島県東支部研修会 (福山 H31.2.1)

1 症例を通じて糖尿病, 腎臓病, 栄養療法への関わりを考える

高橋謙吾

- 19) 三原市医師会学術講演会, 広島県病院薬剤師会尾三地区研修会 (三原 H31.2.19)

不眠症治療に求められるものとは? ~整形外科病棟における薬剤師の取り組み~

江草徳幸

看護科

【全国学会】

- 1) 第23回日本緩和医療学会学術集会 (神戸 H30.6.15-17)

地方個人事業者のがん患者就労支援に対する認識調査

藤原ちえみ, 小田原めぐみ, 則行敏生, 安友裕穂, 宮澤千尋, 伊藤 翼, 黒田理子,

豊田直之

- 2) 第23回日本緩和医療学会学術集会 (神戸 H30.6.15-17)
終末期鎮静の経験がない病棟で安全に鎮静を行うための緩和ケアチームの介入の検討
小田原めぐみ, 藤原ちえみ, 則行敏生, 木保正彦, 中布龍一, 高澤信好, 伊藤 翼,
平井俊明, 畝本由貴, 江草徳幸, 黒田理子, 中司博士, 高橋 忍, 高月利枝
- 3) 第49回日本看護学会看護管理学術集会 (宮城 H30.8.9-10)
急性期病院における看護補助者の患者搬送技術の習得に向けて
田中千枝子, 内海元美, 増田尚美, 箱崎弘美, 樋本瑞江
- 4) 第49回日本看護学会急性期看護学術集会 (大分 H30.9.7-8)
急性期一般病棟における認知機能低下患者のケアの実際~成功体験の分析~
内田成美, 砂田美里, 山下初美, 村上智哉
- 5) 第24回日本腹膜透析医学会学術集会・総会 (徳島 H30.10.6-7)
高校生腹膜透析患者への生活指導の一例~その人らしい学校生活を送れるように~
竹田みき, 笹木大介, 植田親子, 大杉友里子, 佐藤裕子, 江崎 隆, 心石敬子, 成谷沙紀
- 6) 第26回日本消化器関連学会週間 (神戸 H30.11.1-4)
内視鏡チーム医療の向上にむけたタイムアウトの導入
楠見朗子, 松村真由美, 花田敬士
- 7) 第28回日本新生児看護学会学術集会 (東京 H30.11.23-24)
新生児蘇生法の実践に向けた1年間の取り組み
森重佑香, 船尾加奈子

【学会地方会】

- 1) 第15回日本乳癌学会中国四国地方会 (香川 H30.9.1-2)
退院指導の充実に向けた外科病棟乳腺チームの取り組み
筒井彩香, 川根千佳, 竹内絵里, 小田原めぐみ, 金行貴美, 山本貴枝, 青山雪枝,
佐藤友美, 中上小百合, 長岡史恵, 佐々田達成
- 2) 第1回日本緩和医療学会中国四国支部学術大会 (島根 H30.9.8)
急性期病院における認知症患者の疼痛コントロールの実際
小田原めぐみ, 齋藤泰子, 村上 唯, 田上智加, 森明千春, 中上小百合, 藤原ちえみ,
佐々田達成, 則行敏生
- 3) 第1回日本緩和医療学会中国四国支部学術大会 (島根 H30.9.8)
緩和ケアチームへの紹介手順を変更して
藤原ちえみ, 小田原めぐみ, 則行敏生
- 4) 日本糖尿病学会中国四国地方会第56回総会 (山口 H30.10.26-27)
膣全摘術を受けた患者会の報告~第1報~
貞安妙美, 大野晴也, 堀川俊二, 小林 泉, 能登香代, 岡野遥子, 黒飛佳子, 金子美樹
- 5) 日本集中医療医学会第3回中国・四国支部学術集会 (島根 H31.2.2)
倫理カンファレンスに対する看護師の意識調査
安國ひとみ, 崎本育美, 伊藤弥史, 柿本文重

【全国研究会】

- 1) 第8回膣がん教室ワークショップ in 柏の葉 (千葉 H30.11.17)
膣全摘術を受けた患者会の取り組み
貞安妙美, 花田敬士, 天野尋暢, 大野晴也, 堀川俊二, 内海元美, 佐藤裕子, 小林 泉,

能登香代, 岡野遥子, 黒飛佳子, 金子美樹

【地方研究会】

- 1) 第48回広島乳腺疾患研究会 (広島 H30.4.14)
 退院指導の充実に向けた外科病棟乳腺チームの取り組み
 筒井彩香, 川根千佳, 竹内絵里, 小田原めぐみ, 金行貴美, 山本貴枝, 青山雪枝,
 佐藤友美, 中上小百合, 長岡史恵, 佐々田達成
- 2) 第44回尾三医学会 (広島 H30.7.1)
 退院指導の充実に向けた外科病棟乳腺チームの取り組み
 筒井彩香, 川根千佳, 竹内絵里, 小田原めぐみ, 金行貴美, 山本貴枝, 青山雪枝,
 佐藤友美, 中上小百合, 長岡史恵, 佐々田達成
- 3) 第32回尾三因消化器内視鏡研究会 (広島 H30.11.16)
 消化器内視鏡の感染管理に対する取り組みについて
 楠見朗子
- 4) 第14回広島県消化器内視鏡技師研究会 (広島 H30.11.18)
 当院におけるタイムアウトの導入にむけた意識調査
 楠見朗子, 森田恵理子, 佐藤静江, 中宮清実, 立花義隆, 三阪雅美, 山根愛子,
 松村真由美, 三島ユカリ, 舛本美鈴, 岡本幸恵, 花田敬士, 小野川靖二, 中土井鋼一
- 5) 平成31年広島県看護協会三原・尾道支部看護研究発表会 (広島 H31.3.2)
 心不全と診断された入院患者のこれから生きていく思いにふれる～患者の思いに寄り添う看護を
 めざして～
 小林千穂, 工藤久実, 菊岡恵, 岡崎圭一郎

看護専門学校活動報告

- 1) 進路説明会 (福山ニューキャッスルホテル尾道商業・戸手・福山工業他 4.25 総合技術高
 校 5.12 戸手高校 5.22 尾道国際ホテル如水館・三原東・尾道商業 5.24 三次グランドホテ
 ル三次青陵・庄原実業 5.28 東広島芸術文化ホール賀茂北・瀬戸内・賀茂 5.30 尾道高校 6.9
 三原東高校 10.25 三次きんさいセンター三次・東城・吉田 10.29 福山市商工会議所明王台・
 福山葦陽・松永・尾道商業 2.4 エフピコR I M尾道商業・大門・明王台 2.8 如水館高
 校 2.13 高校訪問北部ルート市立広島・高陽東・可部・文京女子・新庄・千代田・吉田・向原・
 三次・三次青陵・庄原格致・庄原実業・日彰館 6.19 6.25 7.26 高校訪問西部ルート廿日市西・
 廿日市・山陽女学園・広島工大・五日市・美鈴が丘・井口・鈴峯女子・佐伯・大竹・岩国・高水・
 岩国総合・光・光丘 6.26 6.27 高校訪問福山地域銀河学院・明王台・福山葦陽・府中東・戸手・
 神辺旭・神辺・盈進・府中 6.29 9.12 高校訪問東広島周辺地域賀茂北・賀茂・西条農業・国
 際学院・海田・安芸南・安芸・瀬戸内・清水ヶ丘 7.3 9.5 高校訪問南部地域瀬戸田・因島・
 尾道高校・尾道商業・尾道北・尾道東・御調・如水館・三原東・三原・総合技術高校・忠海・竹
 原・豊田・世羅・市立福山・松永 7.5 7.6 弓削高校・岡山龍谷 9.12 三原東高校 7.11 東
 京アカデミー広島校 7.16)
 川原正記, 三島邦彦, 島ゆかり, 濱川英子
- 2) JA 就職ガイダンス (尾道 4.4)
 島ゆかり, 米田瑞恵, 高垣由美子, 坂尻明美, 24期
- 3) 定例実習指導者会議 (尾道総合病院 4.17, 6.19, 10.16, 11.20, 12.18, 31.3.19)

- 島ゆかり, 濱川英子, 得沢世津子, 船山幸代, 高垣由美子, 山北理恵, 高橋 恵, 米田瑞恵,
今岡みどり, 坂尻明美
- 4) 広島県看護協会三原尾道支部まちなかの保健室 (尾道 4.28, 10.10)
船山幸代, 濱川英子
- 5) 講師会議 (4.24, 6.7)
日野文明, 島ゆかり, 川原正記, 三島邦彦, 濱川英子, 得沢世津子, 船山幸代, 高垣由美子,
山北理恵, 高橋 恵, 米田瑞恵, 今岡みどり, 坂尻明美
- 6) 実習指導者研修会 (尾道 8.10)
島ゆかり, 濱川英子, 得沢世津子, 船山幸代, 高垣由美子, 山北理恵, 高橋 恵, 米田瑞恵,
今岡みどり, 坂尻明美
- 7) 第22回日本看護管理学会学術集会 (神戸 8.24~25)
「社会が求めている看護人材の育成
—これからの看護師に必要な資質・能力を育成するための看護基礎教育と臨床教育の連携のあり
方—」
高橋 恵
- 8) 広島県看護協会三原尾道支部進路相談会 (三原 9.1)
濱川英子
- 9) 尾道看護専門学校運営会議 (尾道 9.10, 広島 12.7)
日野文明, 島ゆかり, 川原正記, 三島邦彦, 濱川英子, 船山幸代, 得沢世津子, 高垣由美子,
山北理恵, 高橋 恵, 米田瑞恵, 今岡みどり, 坂尻明美
- 10) ふれあい看護体験 (吉田 5.29, 尾道 7.26, 広島 8.3)
島ゆかり, 川原正記, 濱川英子
- 11) ケーススタディ発表会 (尾道 8.4, 8.5)
日野文明, 島ゆかり, 川原正記, 三島邦彦, 濱川英子, 船山幸代, 得沢世津子, 高垣由美子,
山北理恵, 高橋 恵, 米田瑞恵, 今岡みどり, 坂尻明美
- 12) オープンキャンパス (8.5, 12.24)
日野文明, 島ゆかり, 川原正記, 三島邦彦, 濱川英子, 船山幸代, 得沢世津子, 高垣由美子,
山北理恵, 高橋 恵, 米田瑞恵, 今岡みどり, 坂尻明美, 24期生
- 13) 西日本厚生連看護部長ブロック交流会 (香川 8.31)
島ゆかり
- 14) 防災訓練 (尾道 9.18)
島ゆかり, 川原正記, 三島邦彦, 濱川英子, 船山幸代, 得沢世津子, 高垣由美子, 山北理恵,
坂尻明美, 今岡みどり, 高橋 恵, 米田瑞恵, 24期生, 25期生, 26期生
- 15) 第62回広島県看護学校研究発表会 (広島 10.4)
濱川英子, 得沢世津子, 高垣由美子, 今岡みどり, 坂尻明美, 高橋 恵, 24期生, 25期生
- 16) 全厚生連看護部長会議 (東京 10.3~10.5)
島ゆかり
- 17) 実習宣誓式 (尾道 10.15)
日野文明, 島ゆかり, 川原正記, 三島邦彦, 濱川英子, 船山幸代, 得沢世津子, 高垣由美子,
山北理恵, 坂尻明美, 今岡みどり, 高橋 恵, 米田瑞恵, 26期生, 25期生, 24期生
- 18) 広島県看護教員養成講習会実習受入 (尾道 11.5~11.30)
広島県厚生連尾道看護専門学校

- 19) 広島県看護教員講習会実習報告会 (三原 12.13)
得沢世津子
- 20) 解剖見学実務者会議 (広島 31.2.2)
高橋 恵
- 21) 第41回広島県農村医学研究会 (広島 31.2.16)
「A校における看護基礎教育終了後1～2年目の看護技術習得状況」
畠ゆかり, 濱川英子
- 22) 三原・尾道支部看護研究発表会 (三原 31.3.2)
「A校における看護基礎教育終了後1～2年目の看護技術習得状況」
畠ゆかり, 濱川英子
- 23) 広大解剖見学 (広島 31.3.14)
高橋 恵, 船山幸代
- 24) 中国地区看護教育研究会 (岡山 6.23, 31.3.16)
畠ゆかり, 濱川英子, 得沢世津子, 船山幸代, 高垣由美子, 米田瑞恵

院内カンファレンス

第278回 尾道総合病院オープンカンファレンス (30.4.26)

CPC 「大腸癌補助化学療法開始直後に高度な好中球減少をきたした一例」

JA 尾道総合病院 臨床研修医 井上史也, 病理診断科 米原修治

「CKD 診療のおさらい」

JA 尾道総合病院 腎臓内科 心石敬子

第279回 尾道総合病院オープンカンファレンス (30.7.5)

CPC 「消化管出血後に急変した一例」

JA 尾道総合病院 臨床研修医 榊原俊哉

「当院における腹腔鏡下肝胆膵手術の現状」

JA 尾道総合病院 外科 天野尋暢

2018 地域医療連携のつどい (30.7.26)

「生活習慣病と胆膵疾患」

JA 尾道総合病院 消化器内科 南 智之

「当院における肺癌外科治療」

JA 尾道総合病院 呼吸器外科 山木 実

尾三地域がん連携フォーラム (30.10.11)

「『がん薬物療法専門医』として～市中病院における役割～」

JA 尾道総合病院 呼吸器内科 新田朋子

「肺がん診療における最新のエビデンス」

JA 尾道総合病院 呼吸器内科 新田朋子

第280回 尾道総合病院オープンカンファレンス (30.10.25)

CPC 「腹部巨大腫瘍の治療中に急変をきたした一例」

JA 尾道総合病院 臨床研修医 田邊裕雅, 病理診断科 米原修治

「認知症の基礎～急性期病院スタッフが知っておくべきこと～」

加納内科消化器科 院長 加納俊彦

尾三地域がん連携フォーラム (31.3.22)

「在宅 PCA ポンプを導入し在宅復帰した一例」

JA 尾道総合病院 緩和ケア認定看護師 藤原ちえみ

「在宅緩和ケアにおける PCA の実際とその有効性について」

ファーマシー薬局すこやか 薬剤師 熊谷岳文

「在宅で医療用大麻の注射を円滑に開始できる出雲 PCA システム 4 年間の取組み」

島根県立中央病院 緩和ケアチーム 今田敏宏

院内主要行事

平成30年度

年月日	行 事	年月日	行 事
30.4.2	辞令交付式 (新採用医師・異動・昇進者)	30.10.10	第22回出前講座
4.3	辞令交付式・新採用職員研修会	10.11	第29回尾三地域がん連携フォーラム
4.4	新採用職員オリエンテーション	10.19	東部保健所立ち入り検査
4.18	備後脳卒中地域連携を考える会	10.19	備後サイコオンコロジー研究会
4.18	不在者投票 (府中市長・市議会議員選挙)	10.25	第280回オープンカンファレンス
4.26	第278回オープンカンファレンス	10.27	第7回笑 in 祭
4.28	電気設備点検(停電試験)	11.1	平成30年度第2・四半期監事監査 予備調査
5.9	接遇研修会	11.7	感染対策研修会
5.10	平成29年度末決算監査予備調査	11.8	治験監査(～9日)
5.17	平成29年度末決算監査	11.9	第2・四半期監事監査
6.1	アピアランスケア相談会	11.15	第23回出前講座
7.5	第279回オープンカンファレンス	11.19	全国監査機構期中監査(～21日)
7.25	ふれあい看護体験	11.22	第2回心臓いきいき在宅支援施設認定 講習会
8.1	内部監査	11.26	解剖慰霊祭
8.16	第1・四半期監事監査	12.14	病院忘年会
8.17	医療安全研修会	12.16	市民公開講座
8.23	研修医採用試験	12.19	第24回出前講座
8.28	研修医採用試験	31.1.4	新年互例会
9.5	院内感染対策研修会	1.29	全国監査機構期中監査(～31日)
9.13	心臓いきいき在宅支援施設研修会	2.15	医療安全研修会
9.21	尾道腓疾患セミナー	2.22	第3・四半期幹事監査
10.1	永年勤続表彰式	2.27	第28回出前講座
10.5	医療安全研修会	3.4	臓器提供対応研修会
10.5	心臓いきいきキャラバン研修会	3.12	内部監査
10.5	第2回地域連携パス勉強会	3.22	第30回尾三地域がん連携フォーラム
10.6	市民公開講座	3.27	B C P 机上訓練
10.10	内部監査		

新採用職員研修



コーヒーショップオープン



市民公開講座



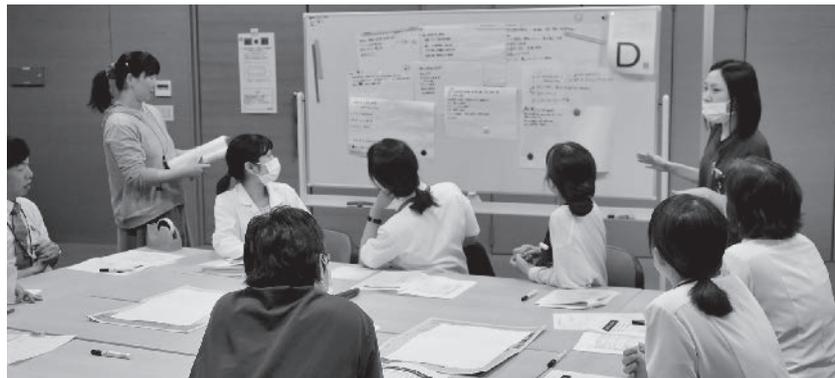
電気設備点検(停電試験)



解剖慰霊祭



BCP机上訓練



第7回 笑in祭



職 場 だ よ り
委 員 会 報 告

職 場 だ よ り

腎 臓 内 科

腎臓病療養指導の広がり

部 長 江 崎 隆

患者さんご家族のためのCKD療養ガイド2018が出版されました。これは複雑でわかりにくいといわれる腎臓病を優しくひも解いて、生活・食事など療養を支援する目的で腎臓学会が作成したものです。患者さん向けとありますが、わかりやすく端的に書いてあるのみならず、最新のエビデンスなど腎臓学会のガイドラインにも準拠されており、診療の一助にもなります。書店では1000円ほどで購入可能ですので、徐々にCKDについて浸透していくことが期待されます。

ここまでの内容を患者さんが知っている可能性があるとなると、必然的に我々医療者側にも、その中身を説明できるような知識が求められることとなります。2018年よりCKDの保存療法を広めていく目的で、腎臓病療養指導士の制度が開始されました。これは、看護師・管理栄養士・薬剤師を対象に、講習会・レポート・筆記試験を経てCKDについて知識・経験を問い、療養指導士としてその資格を認定するものです。まだ人気が高く、講習会の受講すらままならない状況ですが、徐々に合格者が増えてきている状況です。当院でも、薬剤師・栄養士が資格を取得し、看護師も病棟での勉強会を行いながら資格取得を目指しています。CKDについてより高度な期待に応えられるように、今後も務めていこうと思います。

心臓血管外科

主任部長 佐 藤 克 敏

2019年4月から農協病院の心臓血管外科に赴任させて頂きました。私は尾道の生まれで尾道育ちですが、尾道には昔はあまり循環器の専門病院がなく、地元の人他地域の病院に行くことが多かったと記憶しております。その後当院に循環器内科ができ、広島大学第一外科から我々を外科医として呼んで頂き、現在の病院で森島循環器内科主任部長のもとで心臓血管センターとして現在に至っております。市民の立場からは、内科から外科まで高度な循環器医療が市内で受けることができるようになったことは大きな安心と思います。その中で、和田先生、浜本先生の在任中には大学から当院に手術の手伝いで来させて頂いておりましたが、今回は常勤として心臓血管センターの一員にさせて頂くことになりました。2年前から当院で勤務していた児玉先生と当院の研修医から昨年当科に加わってくれた井上先生の3人のメンバーで心臓血管外科診療をさせて頂いております。

当院の心臓血管センターは、内科と外科の医師だけでなくコメディカルの人たちを含めたスタッフが毎日一緒に仕事をしています。その結果、患者さんに最も適した医療を迅速に行うことができるようになってきました。この心臓血管センターのみならず、現状維持ではなく色々なことに挑戦し、当科の発展が心臓血管センター全体のさらなる発展になって、地域のもっと大きな安心になるように頑張っていきたいと思っております。また、院内の他科の治療においても、体外循環を使用した手術や直接血管を扱う手術など、当科の手技を用いての治療にも貢献していければと思っております。我々がお役に立てることがございましたらお気軽に御連絡して頂ければ幸いです。

どこまで頑張れるかわかりませんが、約30年ぶりのこの地域でしっかり頑張っていきたいと思いますので、御指導、御支援をよろしくお願い致します。

外科・内視鏡外科

内視鏡手術に対する熱い思いを繋いで…

主任部長 中原 雅 浩

外科・内視鏡外科にとってこの1年間の大きなニュースが2つあります。1つは大腸疾患に対する腹腔鏡手術が2000例を越えたこと、2つ目は奥田が日本内視鏡外科学会の認定する消化器外科（大腸領域）における技術認定医審査に合格したことです。他人の自慢話ほどつまらないものはありませんが、我々の内視鏡手術に対する強い思いに免じて読んで下さい。

1) 大腸疾患に対する腹腔鏡手術が2000例超えに一

平成から令和に時代が変わって間もない5月7日に当科の大腸疾患に対する腹腔鏡手術症例数が足かけ24年掛けて2000例に到達しました(図1)。これは広島県はもちろん中四国でも最速での到達です。現在、当科では年間180例近い大腸疾患に対する手術があり、そのうち90%以上の約170例を腹腔鏡手術で行っているため、2000例到達はそれ程大きなニュースと思われなくてもいいかもしれませんが（実際、周囲のスタッフにはあまり感動はなさそうで、かなり寂しい思いをしました）、プロ野球界で例えてみるとその数字は大変な数字と理解できると思います。プロ野球の打者での名球会入会条件は2000本安打以上です。現在まで長いプロ野球の歴史の中で49名しか達成していません。広島カープ（達成時に在籍）では、山本浩二、衣笠祥雄、野村謙二郎、前田智徳、新井貴浩のわずか5人のみです。ちなみに2000本安打を達成するためには、年間140本安打を打っても15年掛かります。年間140本の安打は、一流打者の証である3割以上を打たないと到達できない数字で、しかもそれを15年継続する必要がありますが

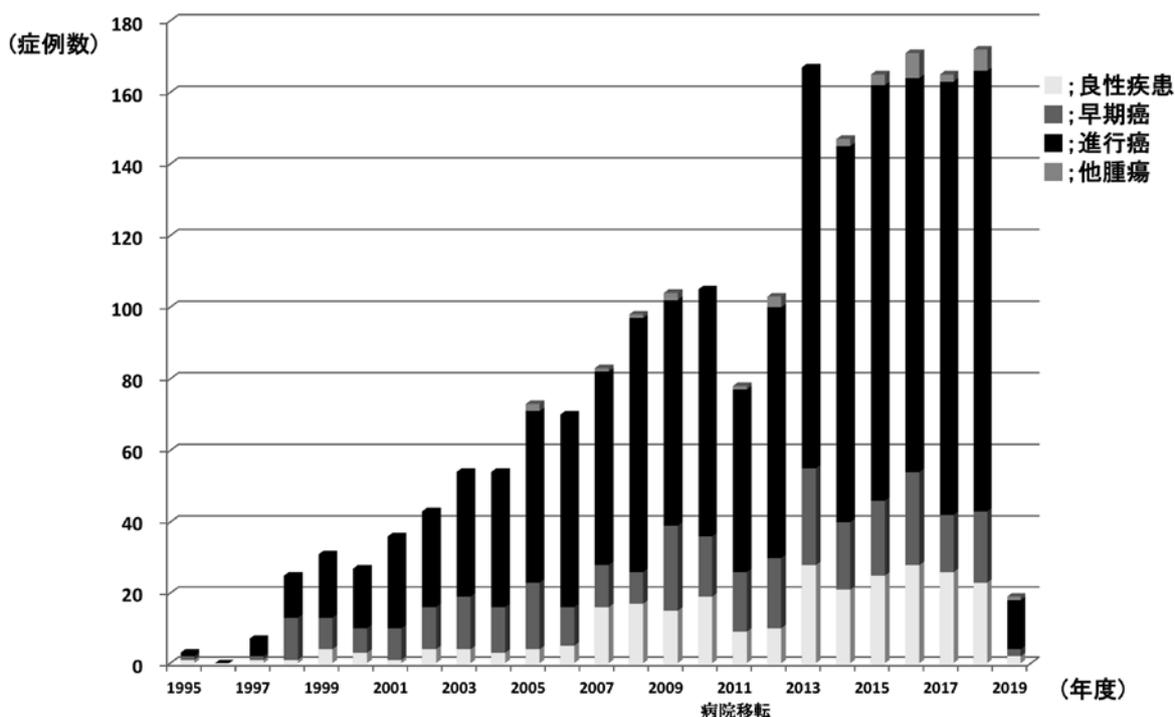


図1 当科の年度別大腸疾患腹腔鏡手術症例数

る訳で達成するのは途方もない事なのです。つまり高卒でプロに入り、直ぐに一軍でバリバリ働いても33歳でようやく達成できる数字なのです。ここで今年広島から巨人に移籍した好（巧）打者丸佳浩選手を例えて検討してみます。丸選手は2007年高校生ドラフト3巡目で広島カープに入団しました。2010年に1軍出場（14試合）がありますが、レギュラーに定着したのは2011年以降で、2019年までに（2019年は115試合終了時）1213本の安打を打っています。丸選手は、2011年以降は年間平均134本の安打を打っており、このままのペースでも2000本達成は6年後です。丸選手は現在30歳ですから、36歳でようやく2000本安打達成となるわけです。以上、長々と2000という数字を達成する大変さを書きましたが、ここで本題に戻り当科の大腸領域に対する腹腔鏡手術の歩みを振り返ってみます。

外科・内視鏡外科は“地方でも世界レベルの外科治療の提供を”という黒田元院長の意志（黒田イズム）で積極的に内視鏡手術を取り入れてきました。内視鏡手術は平成2年（1990）に本邦で胆石症に対し初めて腹腔鏡下胆嚢摘出術が行われて以来、大腸、胃、肺、乳腺、甲状腺と様々な領域を席捲し広く浸透していきました。当科での内視鏡手術1例目は平成4年（1992）4月の腹腔鏡下胆嚢摘出術（黒田、有田、日野（内科！；現副院長）の三人で施行）で、その後は他の病院がまだまだ内視鏡手術に二の足を踏んでいた時期（もちろん保険収載もされていない時期）に様々な領域の内視鏡手術を導入しました。

大腸領域では1995年6月27日に漆原先生がS状結腸癌（早期癌）に対し第1例目を行っており、私が赴任した2001年4月まで93例の腹腔鏡手術が施行されていました。2001年4月からは黒田元院長の「患者さんに対し最良の医療の提供」という強い信念で、当科で専門医制が導入されたため私が下部消化管領域を担当しました。黒田元院長は、同じ高校出身、同じクラブ（サッカー部）、同じ専門領域（大腸）の不肖の後輩を何とか一人前の大腸外科医（大腸内視鏡外科医）に育てたいという思いからか、「開腹手術でできることを全て腹腔鏡手術でやれ」と至上命令を出されました。その責務の大きさを感じた私は、その当時はまだ腹腔鏡手術の定型的な手術書も無かったので、大学の指導医の教えと手術映像を思い浮かべイメージ・トレーニングを行ったり、関東、関西の大腸領域の腹腔鏡手術のエキスパートの手術見学に出向いたり、逆に当院へ招聘し手術指導を頂いたりして、ほとんど独学で腹腔鏡手術の技術を習得していきました。ただ大腸癌に対する腹腔鏡手術の経験は皆無であったため、当初は手術時間も今では考えられないくらい長く掛かり、手術室のスタッフに面と向かって「私の時は、スパッと大きく開けて、ササッと切って頂戴ね」とよく言われました。手術手技の未熟さから自分自身の思い描いた腹腔鏡手術は行えず、そのため腹腔鏡手術を選択する事を躊躇し黒田元院長の思惑から大きく外れ、赴任時（2001年度）の大腸領域に対する腹腔鏡手術数はわずかに36例で、開腹手術との比率は50%程度でした。しかし黒田元院長を始めとする外科スタッフによる「何で腹腔鏡でやらんのか」という激励の言葉？と私が腹腔鏡手術を伸び伸びと行える環境を作って頂いた事、更には麻酔科の先生達、手術室スタッフの温かい見守り（忍耐力？）という協力で、徐々に腹腔鏡手術症例数が増加していきました。2005年に大腸領域の技術認定医審査試験（第一回）に合格した事により自分の技術にそれなりの自信が持てるようになった事と、紹介される開業医の先生達の腹腔鏡手術に対する認識も変化し紹介患者数も増加した事により、2009年ついに大腸領域の腹腔鏡手術年間症例数は100例を越えました。また私自身の腹腔鏡手術手技の向上により適応も広がったため腹腔鏡手術の比率も上昇し2013年には年間症例数は167例と前年に比べ60例以上も増加しました。その後は尾道医療圏の人口増加が顕著でないためか年間症例数は160例前後で推移していますが、昨年度の年間症例数は172例と過去最高でした。今年はそれ以上のペースで症例数が増加しており、このままのペースで行けば年間症例数は209例(!)と予想されます。最終的な症例数がどうなるか楽しみではありますが、今と同じペースで働くことを考えると少々げんなりします。

2000例の内訳をみると炎症性腸疾患（潰瘍性大腸炎やクローン病など）、腺腫などの良性疾患；270

例、大腸癌；1699例（早期癌；339例，進行癌；1360例），大腸癌以外の悪性腫瘍；31例でした。大腸癌が85%を占め，しかも進行癌の割合は68%と高く，当科では難易度の高い疾患に対しても積極的に腹腔鏡手術を行っています。一方で術後合併症（軽度あるいは直接手術とは関与しないものも含めて）は11%で，うち大腸の手術で最も重篤な合併症である縫合不全は2.3%と非常に低率でした。一般的に縫合不全率が8-10%と高い直腸領域においても当科では4.8%（30例／619例）と自分でも驚いたくらい優秀なデータが出ました。また術後30日以内の死亡率（他病死を含める）は0.5%（9例／2000例）でした。以上の結果から当科における大腸領域に対する腹腔鏡手術の質は高いといえます。

2000例は黒田元院長始めとする先輩外科医達の内視鏡手術に対する強い思いで到達できた偉大な数字です。しかし2000例はあくまで通過点と考えています。これからも外科医全員で質の高い腹腔鏡手術を1例，1例積み重ねていきたいと思っています。次の目標は，私がどこまで関われるか判りませんが，イチローの日米通算安打数；4367を超える事です!!ってイチローの記録の凄さを改めて感じました。まだ半分にも到達してないじゃん…。

2) 奥田が日本内視鏡外科学会の認定する消化器外科(大腸領域)の技術認定医審査にめでたく合格!

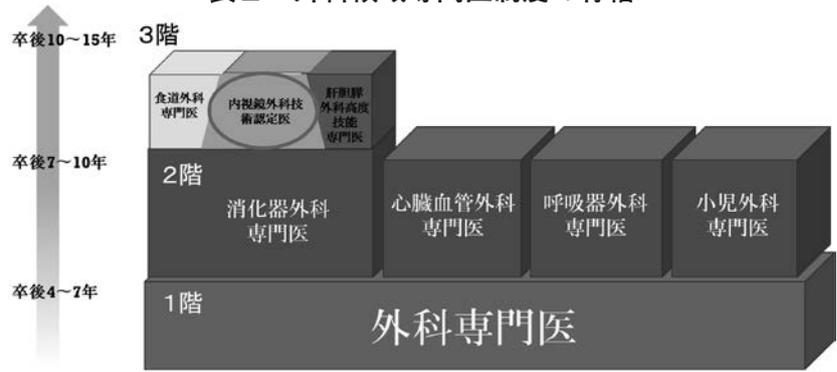
2年前の職場だよりに当科の藤國が胃領域の技術認定医審査に合格したことを書きましたが，今年は奥田が大腸領域の技術認定医審査に合格しました。奥田は2016年に赴任し専門領域は下部消化管領域でしたので，私が密着して手術指導を行ってきました。彼は赴任した当初は散々な手術を行っており，尾道で後期研修医を行った可愛い後輩が故に術中に私も結構厳しい口調となることも多々ありました。しかし，彼は勉強熱心で自分の行った手術ビデオを見直して反省するのはもちろんですが，腕の良い外科医の手術見学に行ったり，学会に参加して彼らの手術ビデオを数多く見てきました。そういう彼のコツコツと続けた不断の努力により，徐々に手術手技も上達していき，今回の結果に繋がったのだと思います。そのため合格を知った時は自分自身の事の様に私も嬉しかったです。2年前にも述べましたが，技術認定医制度は日本内視鏡外科学会が定めたもので，内視鏡手術に携わる医師の技術を高い基準にしたがって評価し，後進を指導するに足る所定の基準を満たした者を認定する制度です。審査は，手術の最初から最後まで未編集手術ビデオを，審査員2人が100点満点からの減点法で手術技量を評価する年に一回のガチンコの認定医試験です。2人の評価点が70点以上であれば文句なしに合格です。合否が割れた場合は，得点差が15点以内であれば，2人の審査員による再検討で合否が決定します。一方，15点以上の得点差がみられた場合は3人目の審査員が入ってきて，3人目の審査員が合否を決定します。さらに今年から運の要素を排除するために，受験者は審査ビデオを3本用意し，そのうち1本を学会事務局がランダムに選択し，そのビデオを審査する事になりました（もちろん受験者はどのビデオが選択されるかは判りません）。よって試験の敷居は受験者にとって更に高くなり，認定医試験の難易度は非常に高く，その合格率は今年も低く30%程度でした（表1）。そのため，その位置付けは表2に示したように外科領域専門医制度の最上位に位置します。具体的には若手外科医は最初に外科専門医を取得し，消化器外科医を志すのであれば消化器外科専門医の取得を目指します。消化管領域のより高度の技量を持つ医師を目指すのであれば，内視鏡外科学会の技術認定医取得を目標とする，という具合です。今回，奥田が大腸領域における技術認定医を取得したことにより，当科は大腸領域の中原，胃領域の藤國とともに消化管領域

表1 日本内視鏡外科学会（2018年技術認定審査）

		胆道	大腸	胃	食道	肝臓	膵臓	ヘルニア
2018年度	申請者数	57	293	173	40	30	13	51
	合格者数	13	81	38	10	4	4	12
	合格率(%)	23	28	22	25	13	31	24
2017年度	合格率(%)	35	21	24	26	22	27	30

では極めて質の高い内視鏡外科手術が提供できるようになったと自負しています（備後地区において消化管領域で技術認定医が3人在籍している病院はないと思います）。現在は安部が肝胆膵領域での技術認定医取得を目指し日々精進し、自己研鑽を積んでいます。来年度こそは、肝胆膵領域での技術認定医取得という報告ができると信じています。そして、外科・内視鏡外科はさらに質の高い外科治療の提供ができると考えています。

表2 外科領域専門医制度の骨格



(日本外科学会 HP より)

- "Great Surgeon Makes Small incision" (同じクオリティなら、なるべく小さな傷で) -
- "No remedy but our knife" (我々のメスで治す) -

呼吸器外科

部長 山木 実

呼吸器外科は、2011年5月の新病院移転時より、則行主任部長と山木の呼吸器外科専門医2人体制+後期外科レジデントで診療・手術を行っています。

平成30年の手術件数は、100例で、主な手術としては、原発性肺癌手術：50例、転移性肺癌手術：6例、気胸手術：15例でした。肺癌の術式では、肺葉切除術：28例、区域切除術：12例、部分切除術：9例でした。

肺癌治療は、手術だけでは完結しないことが多く、集学的治療として抗癌剤治療、放射線治療も必要となります。そこで、毎週火曜日に、呼吸器内科・放射線科と合同で呼吸器カンファレンスを行い、肺癌症例などの治療方針について相談しています。化学療法・分子標的薬・免疫チェックポイント阻害剤の進歩により、切除不能肺癌が切除可能になる症例、合併切除を回避できた症例などもありました。他科と協力しながら、肺癌診療・呼吸器外科診療を行っていきたいと思います。

整形外科

主任部長 盛谷 和生

整形外科のスタッフは現在、数面先生、田中先生、清水先生、松浦先生、森田先生、そして私の6人体制で診療をおこなっています。平成30年4月から転勤してきた森田先生の挨拶文を載せていただき職場だよりとさせていただきます。

今年整形外科として2年目を迎えることとなりました森田寛之と申します。私は山口大学を卒業後、ここに来る前は広島大学病院で2年間研修をしておりました。尾道総合病院は外傷手術も多く、骨折形態やその社会的背景まで患者個人に則した治療を行っています。それだけ初診である場合は責任も大きいですが、数面先生をはじめとして整形外科の各専門領域の先生からのサポートを受けながら

日々精進しております。もともと高校ではバスケットボール部、大学ではラグビーをやっていたこともあり運動が趣味ではありますがこちらに来てからはなかなかその機会がなく、この1年はプライベートでもアクティブに動いていこうと思っています。スポーツをする際に人数が足りないなど思ったら是非お声掛けください。1年目はメディカルスタッフまた各科の先生方には大変お世話になりました。まだまだ未熟ではありますが、これからもよろしくお願いいたします。

脳神経外科

「闘う脳外科医であり続けたい…」

主任部長 磯 部 尚 幸

平成29年4月から「日本脳神経血管内治療学会専門医」を有する織田祥至先生（平成17年卒）が国立循環器病センターより着任され、光原崇文先生以来2年振りに血管内治療専門医が常勤する体制となりました。血管内治療に対する院内体制を再整備して頂き、特に急を要する脳梗塞超急性期治療としてのカテーテルによる再開通療法は着任1年目で15例に実施、治療により劇的に症状の改善が得られた時には治療に携わってくれた看護師さんや放射線技師さん達に“スタッフの協力なくしてはこの治療は成り立たないんだ！”と熱く語られ、チーム医療の重要性を説いてくれました。その織田先生もこの4月に広島大学の人事により中国労災病院へ異動されることとなりましたが、その後任として広島赤十字病院から阿美古将先生（平成15年卒）が今回着任してくれることとなりました。阿美古先生は、血管内治療専門医だけでなく「日本脳卒中の外科学会技術認定医」の資格も有しており、血管内治療と開頭術との二刀流、脳外科では『Hybrid neurosurgeon』と呼ばれる外科医で、当科にとっては非常に心強い先生が着任してくれました。これからは血管内手術に加え、血管吻合を有する血行再建術や頭蓋底手術を含む開頭手術にも積極的に取り組んでいきたいと考えております。しかしながらスタッフの人員としては今まで同様二人体制のままであり、外来は定期手術日の水曜日を除く平日で1診体制のまま対応させていただきます。一方、特殊外来としての『てんかん外来』ですが広島大学脳神経外科から治療支援して頂き、てんかん外科専門医による診療を第1・3金曜日の午後にして頂いていましたが、本年8月からは第1金曜日のみ月1回の診療に変更となります。

平成30年度の実績ですが、入院患者数は339名（男性187例、女性152例）と前年に比し16名増、平均年齢は70.1±18.8歳と1.4歳若かったものの80歳以上が113名と全体の33.3%を占めていました。疾患の主な内訳は脳血管障害が259名（76.4%）と全体の約3/4と大半を占め、次いで外傷61名（18.0%）、腫瘍は3名（0.9%）、てんかんも6例（1.8%）とほぼ前年と同様でした。脳血管障害の内、急性期症例では出血78例、虚血145例と虚血症例が出血の約1.9倍であり、その病型は出血ではクモ膜下出血21例、高血圧性脳内出血39例、アミロイドアンギオパチー7例、その他11例、虚血は穿通枝梗塞22例、アテローム血栓性梗塞（BADを含む）63例、心原性梗塞35例、その他6例、不明7例、TIA7例、RIND1例、椎骨脳底動脈循環不全4例でした。手術は88例で、脳動脈瘤クリッピング3例、腫瘍摘出2例、血行再建術3例、開頭血腫除去9例（血管障害6例、外傷3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12例、頸動脈ステント留置9例、硬膜動静脈瘻塞栓3例、外傷性内頸動脈海綿静脈洞瘻に対するコイル塞栓1例でした。また脳梗塞超急性期治療のtPA療法は8例、カテーテルによる再開通療法は8例に施行しました。

毎年5月に開催される『日本脳神経外科コンgres総会』の今年の主題は「脳神経外科の可能性」と掲げられました。この「可能性」には3つの要素が含まれるとのこと、すなわち「治療」・「科学」・「医師」それぞれの可能性を示し、様々な「脳神経外科の可能性」を学び、議論して頂きたいとの会長の

意向です。当科も脳神経疾患に罹患した患者さんに対し当科でできる範囲の最善の治療を提供するために、医療を取り巻く社会情勢は年々厳しくなっておりますが現実から逃げずに、これからも『患者さん第一』をモットーに、患者さん・御家族の方が御理解、納得していただけるような丁寧な説明を心がけ、手術に際しては安全かつ確実な手技の実施に日々努めてまいります。

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 橋 高 祐 子

小児科は2018年度後半では数ヶ月の間隔で医師交代があり、諸先生方・スタッフの皆様にご迷惑をおかけすることもありましたが、2019年4月より新たに本村あい先生、藤川皓基先生、村上未希子先生を迎え、スタートを切りました。しかし2019年5月には10年以上という長きにわたり勤務されていた玉浦先生が退職され、毎日聞こえていた元気な声を聞くことができなくなり寂しく感じる日々を過ごしています。

昨年私が赴任して以後小児科は一時期を除き女性医師数が多く、賑やかに楽しく仕事に取り組んでいます。浅野先生や木村先生、加藤先生が赴任されてきた際には、大学以外ではなかなか接する事が出来ないアカデミックな一面に触れる事ができ、有意義な日々でした。また武内先生は地方会などの発表に意欲を持って取り組み、たくましく育っていく姿を少しまぶしく（懐かしくも？）感じる日々です。負けないように学ばねば…と思っています。

我々は基本的には流行性疾患治療が中心になりますが、昨年度は希少疾患を経験したり、小児では稀な疾患の治療にあたる事もありました。また新年度になりまだ2ヶ月ですが、小児救急疾患といたつとも比較的頻度の低い疾患を経験することがあり、小児科一丸となり治療にあたる日々を過ごしています。

これからも賑やかに小児の笑顔を守る小児科として今年も過ごせるようにがんばろうと思いますので、よろしく願いいたします。

耳鼻咽喉科

主任部長 石 井 秀 将

平成30年度の耳鼻咽喉科の入院患者数はのべ443名、手術件数は計307件であった。おもな手術の内容は表1の通りである。例年通り扁桃摘出術と内視鏡下副鼻腔手術が多数を占めるが、頭頸部領域では甲状腺手術が一昨年の3件、昨年の5件から今年は9件へと、徐々にではあるが増加傾向となっている。

今年度は耳鼻咽喉科医師3名のうち2名の異動があった。まず平成27年6月から当科に在籍していた片桐佳明が広島市内での開業のため平成30年3月末で退職し、代わって4月に多田誠（平成22年杏林大学卒）が着任した。また平成28年10月に着任したばかりの平木章弘がわずか1年半余りで県立広島病院に異動することとなり、6月に三好綾子（平成18年山口大学卒）が着任した。多田誠、三好綾子の両名ともすでに十分な知識と経験を有する耳鼻咽喉科医師であり、大変心強く感じている。さらに多田誠が平成30年度の日本耳鼻咽喉科学会認定専門医試験に合格したことで、当科に在籍する3名全員が耳鼻咽喉科専門医ということとなった。当院ではいつでも耳鼻咽喉科専門医による診療が受け

られるということであり、これは広島県内の他のどの施設にも見られない充実ぶりである。蛇足ながら、多田誠は平成31年4月の辞令交付をもって部長職に昇格し、当科は石井主任部長と三好部長、多田部長の三人部長体勢となり、一般の人から見ると一体誰が責任者なのかよく分からない珍しい構成の部署となった。

一方、医師以外の職種については相変わらず手薄なままである。外来看護師は2つの診察室に対してそれぞれ1名ずつしか配置されておらず、使用済みの内視鏡や診察器具の洗浄や消毒などの雑務も多い耳鼻咽喉科外来においては、医師はしばしば看護師の介助が得られないまま診療を行わなければならない。せめて看護助手が1名でも居れば、かなりの負担は軽減されるものと思われる。また昨年の本誌にも記したが、当科外来には専従の検査技師がおらず、聴力検査などは中

央検査室の技師や言語聴覚士（ST）、他科外来の看護師をその都度呼び寄せて行うといった“間に合わせ”の運用になっている。ところが、これまで聴力検査を担当してくれていた院内で唯一の検査技師がこのたび退職してしまい、もともと2名居たはずの言語聴覚士のうち1名は長期間に渡って休職したままで、当科外来にとっては昨年度と比較して実質2名減員のままで業務を行わざるを得ない状況となっている。当然ながら人員の補充を要望してはいるが、ただちに叶いそうにはない様子である。

必要な人員が配置されず、必要な医療機器も新規購入はおろか更新さえもされない様では、診療科としての発展など望むべくも無いのである。病院として、耳鼻咽喉科という診療科が本当に必要と考えられているのかどうか、疑ってみたくもなるのである。

皮膚科

部長 松 阪 由 紀

2019年度は、野本（旧姓 平川）佳葉子先生が三次中央病院に転勤し、串畑あずさ先生が県立広島病院から転勤してこられました。串畑先生は以前初期研修を当院で行っていて、当院の初期研修医の先生にとっても身近な先輩として活躍してくれています。伊藤晴菜先生が2番手になり、私とあわせて3人女性医師体制であることは変わりません。

現在当院では、乾癬の生物学的製剤は全部で7種類使用しております。2010年から継続してレミケードで治療している患者さんもいますし、効果減弱のため4種類目の生物学的製剤に切り替えた例もあります。多くの薬が使用できるようになったのは選択肢が増えて良いのですが、果たしてどの薬を選ぶべきなのか迷うことも多くあります。金銭面、既往歴などで断念せざるを得ない方もいますが、年間5～10人程度新規に導入しています。高額な治療ですがその分効き目は絶大であり、最近は芸能人も乾癬であることを公表したこともあって、前向きに治療を考える方が増えてきている印象です。

悪性黒色腫に対する抗癌剤も薬剤科の協力のもと、オブジーボ・ヤーボイ併用療法、キイトルーダのレジメンを通していただきました。また BRAF 遺伝子変異をターゲットにした新たな分子標的薬も次々と開発され、たとえⅣ期であっても望みの持てる薬の選択肢が増え、生存期間が延長していることを実感します。

表1 平成30年度 耳鼻咽喉科手術件数(307件)

(おもな手術内容)	
口蓋扁桃摘出術・アデノイド切除術	84件
内視鏡下鼻副鼻腔手術	84件
顕微鏡下喉頭微細手術	30件
気管切開術	18件
頸部郭清術	14件
耳下腺・顎下腺手術	13件
甲状腺手術	9件
先天性耳瘻管摘出術	5件
顎顔面骨折観血的手術	5件
鼓膜形成術・鼓室形成術	4件
頸嚢・頸瘻摘出術	4件
喉頭悪性腫瘍手術	3件
口腔悪性腫瘍手術	3件
嚥下機能手術	1件

ただ、これらの新しい薬についての説明にはどうしても時間がかかるため、外来患者1人あたりの診察時間が長くなってしまっています。

広範囲熱傷の症例も多く受け入れておりますが、今まではA & Hという大きなカミソリのようなもので分層採皮をしていました。なかなか一定の幅、厚みで皮膚が取れず、術者のストレスとなっておりましたが、ついに今年電動ダーマトームを購入していただきました。一定の厚みで長方形に採皮ができるのでとても便利です。採皮部の痕もまっすぐで見た目にもきれいでとても役に立っています。

これからも皮膚科医師が複数常勤している病院としての役目を果たせるよう努力して参りたいと思います。

泌尿器科

主任部長 角 西 雄 一

泌尿器科は、平成30年3月に金岡隆平先生が福山医療センターに異動となり、4月からは森山浩之、角西雄一、中野芳紀の常勤医3名体制です。金岡先生と交代となった中野先生は4月に泌尿器科に入局したばかりですが、入局前は2年間当院で初期研修医として働いていたため、スムーズに新体制のスタートをきることができました。不慣れな外来診療は時間がかかるのではないかと考えておりましたが、前日までにカルテチェックを行い、事前に上級医に相談のうえ検査・治療計画をたて、患者さんにも穏やかな口調で丁寧な説明を行っており、当初の心配は杞憂におわりました。むしろ多忙な外来業務についてイライラして早口になりがちなのが自分を省みる良い機会となりました。

平成30年の手術件数（ESWLを除く）は398件で、前年より23件増加いたしました。主な手術内容は経尿道的膀胱腫瘍切除術98件、腹腔鏡下前立腺全摘術37件、腹腔鏡下腎摘除術15例、腹腔鏡下腎部分切除術8例、腹腔鏡下尿管全摘術11例などです。先に述べたものも含め、平成30年の腹腔鏡手術件数は78例であり、ここ3年間は年間80例前後で横ばいです。年間100例を目指していますが、手術枠やマンパワーの関係でなかなか達成は困難です。しかし平成28年8月に導入した腹腔鏡下膀胱全摘術も平成30年は4例に施行し、周術期合併症の軽減、入院期間の短縮を認めております。また少数ですが尿管摘除や腎盂形成術、尿管切石術、精索静脈瘤手術なども腹腔鏡下に行い、それぞれ術後経過は良好です。

手術のみならず、限局性前立腺癌に対するホルモン併用放射線療法、去勢抵抗性前立腺癌に対する新規ホルモン薬やドセタキセル・カバジタキセルによる化学療法、進行腎癌や尿路上皮癌に対する免疫チェックポイント阻害薬での治療も積極的に行っています。常に最新の医療を提供できますよう、これからも日々努力し、尾三地区の医療に貢献したいと考えておりますので今後とも宜しく願い申し上げます。

麻 酔 科

主任部長 中 布 龍 一

麻酔科は主に手術麻酔業務に携わっています。当院でのH30年度の年間手術症例は4886件であり、過去最高の手術件数となりました。麻酔科ではそのうち2952件の麻酔管理を行いました。H30年4月から木村央先生が赴任となり実働人員が増となったおかげで、この仕事量の増加に対して何とか対応することができました。緊急手術の際には8部屋の手術室を満室にして運営することもあり、初期臨床研修ローテーションの医師を含め麻酔科医全員で頑張っています。ペインクリニック外来はこれまで通り平日の午前中に行っております。帯状疱疹後神経痛や腰下肢痛といった慢性痛を診療することが多いですが、顔面神経麻痺や突発性難聴など痛み以外の疾患も診ています。近年は薬物療法の比重が高まっていますが、星状神経節ブロックや硬膜外ブロックのほか様々な神経ブロックを行ったり、電気鍼治療やスーパーライザー、レーザーなどの消炎鎮痛療法を行ったりしております。

手術室でのブロックは、神経根ブロックや椎間関節ブロック、三叉神経ブロックを行うことが多く、がん性疼痛に対するブロック（腹腔神経叢ブロック）も年5、6例ですが行っています。また、多汗症に対して内視鏡手術（交感神経ブロック）を行うこともあります。

手術麻酔における神経ブロックも積極的に行っています。硬膜外ブロックは勿論のこと、最近では末梢神経ブロックも数多く行っています。末梢神経ブロックの種類としては、腹横筋膜面ブロックや前胸壁ブロック、腕神経叢ブロックなどをよく行っています。最近抗血小板薬や抗凝固薬を内服しているため全身麻酔に硬膜外麻酔を併用できない症例も多くあり、そのような症例に対しては積極的に末梢神経ブロックを併用しております。

近年は高齢化に伴い、リスクの高い症例もたくさんありますが、患者様の安全第一を念頭に置きながら、受け入れ可能な手術は全て受けるという姿勢で、麻酔科医全員で引き続き頑張っていきたいと思えます。

放 射 線 科

主任部長 森 浩 希

携帯型の原子力発電装置があったら便利だと思いませんか。もちろん実際に個人が所有することはできませんが、装置としては存在しています。プルトニウム238（半減期87.7年）が α 崩壊するときの熱を利用した装置で、放射性同位体熱電子発電機（Radioisotope Thermoelectric Generator, RTG）と呼ばれています。コップ半分ほどの量（100cc、約2kg）でおよそ1000ワットの熱を発生させることができるそうです。 α 線は飛程距離が短いので、薄い金属容器で密封すれば放射線被ばくを心配することなく熱源として利用することができます。大きめの水筒くらいのサイズで充分実用的なものが作れるはずですよ。

アンディ・ウィアー原作のSF小説「火星の人」は火星にひとり残された主人公が、約2年間のサバイバル生活を経て地球に帰還する話で、近年のSF小説の傑作です。その中で極寒の火星を移動するときに貴重な暖房源として活躍するのがこのRTGです。この小説はのちに「オデッセイ」という題名で映画化されて好評を博しますが、残念ながら映画ではRTGの話は省略されています。

このRTGですが、一般家庭にあれば便利ですよ。冬は暖房器具として直接利用できますし、夏は温度差を電圧に変換してエアコンの電源として使用できます。ところがこのプルトニウム238は世

界的に枯渇しており、本来の用途である宇宙探査衛星の電源としても不足しているのだとか。もともと核兵器開発の副産物として生成されていたため、その開発が凍結されると供給源が絶たれる状態なのだそうです。汎用の原子力電池として大量生産できれば、今ある携帯型の電子機器のすべてが充電不要で使用できます。パソコンや携帯電話だけでなく、電気自動車も充電を気にする必要がなくなるかもしれません。まあプルトニウムの大量生産なんて、現状では不可能ですけど。

さて以下はいつもの業務報告です。昨年度のCT総件数は約16000件で前年より微増です。CT件数は増加の一途をたどってきましたが、このあたりの件数で落ち着くのかもしれません。MRIの総件数は約7200件です。こちらも増加率はわずかですが、昨年からの予想通り7000件を越えてきました。核医学検査はやや減少しました。やはり通常検査は減少傾向で、PET検査への移行は変わらないようです。PET検査は院内で施行できるように、働きかけは続けていきます。

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人が担当しています。

追伸。悪夢の交流戦は終了しましたが、依然としてどん底状態は続いています。今秋は旨酒を酌み交わすことはできないと予想します。この予想ははずれていきますように。

救急総合診療科

主任部長 平野巨通

2019年度（令和元年）の救急総合診療部は昨年に引き続き、宇根一暢（月、火担当、平成16年卒）、岸川暢介（水担当、平成18年卒）、平野巨通（木担当、平成元年卒）宮森大輔（金担当、平成17年卒）の4名が日替わりで担当しています。また、4月からは広島大学医学部総合診療科教授の田妻先生を当院の院長として迎えることになり、当院の救急総合診療部がますます発展することが期待されます。

例年ですと4月から5月にかけて入院ベッドの状況も少し余裕が出るのが普通ですが、今年は4月、5月に入ってから満床の状態が続き、特にHCUが満床となることが多く、そのため救急外来をストップせざるを得ない日が多く発生しています。これは尾道三原地区の救急医療が危機的状況であると言えます。当院が急性期病院としての機能を果たせるよう、慢性期のリハビリテーションや術後管理を行っていただく後方支援病院の整備が急がれるところです。

最後に、お気づきの方もおられるかもしれませんが、救急の外来診察室に日本救急医学会のポスターが貼ってあります。これを皆さんに紹介したいと思います。

「人を救うには、まず自分が健康でなければならない。」

そうでないと、判断を誤る。スタッフが迷う。家族が心配する。自分を責める。もしもキミが救急医になるのなら、まず自分のことを最優先に考えて欲しい。それを非難する人がいるならば、私たちが引き受ける。高齢化は進む。医師は足りない。だからこそ救急医が健康であること。これは義務だ。

病理研究検査科

主任 神田真規

2018年度は、医師2名（うち1名は非常勤医師）、臨床検査技師6名（細胞検査士3名、認定病理検査技師1名）、事務員1名で業務を行っています。

近年、新たな分子標的薬が次々に認可されており、それぞれのバイオマーカーを調べる検査依頼が

増えています。当院のバイオマーカー検査の依頼方法は、病理組織を提出される際に依頼書にコメントで記入していただくか、病理検査室へ直接お電話いただければ病理で外注検査依頼と、標本作製を行います。検査結果は各科外来に検査センターから直接紙媒体で届くようになっています。検査の所要日数ですが、4～14日と項目によっては日数がかかることはご了承ください。また、新たなバイオマーカー検査の依頼は、酷似している項目名等もあるため直接病理検査室へ確認してください。

これからも患者様、先生方に貢献できるよう、科員一同努力しますので、ご指導、ご協力をお願いいたします。

歯科口腔外科

歯科医師 伊 藤 翼

尾道に赴任し、いつ大学に戻されるかと考えながら、尾道に在籍中は完成しないと思っていた尾道駅もついに完成し、元号も平成から令和に変わり、早いもので5年が経過してしまいました。5年も経つとあまり書くことがなくなってしまい困りますが、昨年の内容を引用しつつ書かせていただきます。

当科では前年度と変わらず歯科医師2名、歯科技工士1名、歯科衛生士3名が歯科所属となっており、外来の看護師1名、受付1名の計8名で診療を行っています。歯科衛生士はさらに若い人員と入れ替わり気がつけば私が2番目の古参となってしまいました。しかしながら以前と変わらず、質の高い医療を行っていけるように研鑽を重ねていき地域の医院の先生方と連携をとりながら地域医療に携わっていけるように努めていきたいと思っております。

2015年度10月より開始された医科歯科連携周術期口腔機能管理もはや3年半が経過しました。2018年度では約500人の方の手術前・後の口腔ケアに携わることができ、院内外でも活動については広く浸透してきており良好な運営状況となっております。残念ながら人員不足やシステムの関係より未だに周術期の口腔ケアを行えているのは術前・後の口腔ケアのみとなっております。放射線療法や化学療法といった治療を受けられる患者さんに対しても対象を拡大すべくシステム構築を行い、少しでも口腔が原因で生じる有害事象の予防に努めていくことが急務であると考えております。

さて、今年度より歯科研修医の採用を行うこととなりました。協力施設（1月のみの研修）としてなので、広島市より離れた尾道に若い歯科研修医が来てくれるかどうかは不明ですが、若いDrを指導できる様により自己研鑽を行い、また若い力に活力を貰えることを期待しています。

今年度も心臓病教室や膵癌教室での患者さんを対象とした勉強会や、栄養サポートチームや緩和ケアチーム、呼吸サポートチームと院内での他職種の方との連携をとった活動を行い、院外では尾道歯科医師会での公演や学会報告といった活動を行い、尾三地区の地域医療に貢献しながら今後も活動の継続を行いたいと考えています。

がん診療支援外来

緩和ケア認定看護師 藤 原 ち え み

緩和ケアは、今や終末期患者の為のケアではなくなりました。がん診療支援外来は2018年度に新規の患者155名、延べ581名の診察を行いました。新規患者は治療中の患者、治療終了後の患者がほぼ同等です。紹介者は医療者が一番多い現状ですが、生活のしやすさの質問票や患者さんが自ら緩和ケア

の受診を希望するなど、患者さんにも「早期からの緩和ケア」が根付いてきている事がわかります。

紹介理由は疼痛, 次いで疼痛以外の症状（嘔気・呼吸困難・浮腫・不眠など）, 精神症状（不安・抑うつ・せん妄）のコントロールを目的としたものが多い現状です。症状コントロールを行う事で患者さんのQOLが維持でき、患者さんの望む治療や療養のサポートを行っています。

則行敏生医師とともに毎週火、水、金曜日にがん患者さんやそのご家族の様々な苦痛を緩和できるように支援しています。また、意思決定支援やACP（アドバンス・ケア・プランニング）に力を入れ、患者さんの価値観を重視した治療や療養ができるようにサポートしています。

今後もがん患者さんやご家族が安心して療養生活が継続できるように他職種との連携を深めていきたいと思っています。

薬 剤 科

薬 剤 師 井 口 奈 美

現在、薬剤部は薬剤師25名、技術助手3名で調剤室業務、病棟業務、化学療法ミキシング業務、各医療チームや委員会への参画などを行っています。

病棟専任薬剤師を各病棟に配置し、持参薬の確認後、面談で得られた情報をスタッフと共有し、入院中は担当薬剤師が継続して薬学的ケアを実践、必要に応じて処方提案します。

また、患者の状態を把握している病棟の担当薬剤師と各認定専門薬剤師が協力し、高カロリー輸液の処方監査や状態に応じた栄養管理、抗菌剤の選択と投与量の適正化、抗がん剤レジメンチェックや支持療法、緩和医療に関する情報提供、患者状況に応じた副作用対策指導や調剤業務の疑義照会などを行っています。そして、服薬指導の実施だけでなく重症患者の薬学的管理にも重きをおき、薬物療法に関する不利益の回避、治療効果の向上を目的とした業務を展開しています。

入院中のみならず退院後に関しても、施設や在宅でのQOLを考えた処方設計、地域医療従事者（かかりつけ薬剤師など）との連携を行ない、適正な医療を継続できるよう取り組んでいます。

秋には、タイからコンケン大学の薬学生が実習生として毎年来るようになりました。彼らの英語での発表や、全ての場面の積極的な行動に、大変刺激を受けています。私たちも積極的に行動し、薬の専門職として薬物療法に責任を持つことで他のスタッフからもっと頼っていただけるよう努めていきますのでよろしくをお願いします。

健康管理課

係 長 矢 山 由 起 子

健康管理課では、健康管理センターでがんドック・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』にて実施しています。健診後には、保健事後指導・健康教育・農業祭への参加・出前講座などで厚生連の病院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	29年度	30年度
	受診者数	受診者数
がんドック	129	149
1日ドック	1,287	1,245
2日ドック	412	289
協会けんぽ健診	2,003	2,038
被爆者健診	18	19
子宮がん検診（単独）	348	344
乳がん検診（単独）	615	603
職域健診	1,752	1,982
脳ドック	760	773
特定健診（単独）	293	305
計	7,617	8,978

施設内活動	29年度	30年度
	受診者数	受診者数
特定保健指導	24	70
保健指導	1,584	1,749
計	1,608	1,819

施設外活動	29年度	30年度
	受診者数	受診者数
保健事後指導	156	149
健康教育	138	218
健康祭・農業祭	112	122
計	406	489

施設内検査	29年度	30年度
	受診者数	受診者数
胃内視鏡	3,962	3,905
胃 X-P	1,319	1,442
大腸 SF	385	234
大腸 CT	30	67
MRI	760	773
MRCP	26	46
肺 CT	461	428
(PET-CT)*	12	6
乳がん MMG	2,180	2,341
乳腺エコー	1,169	1,115
子宮頸がん検査	2,182	2,106
子宮体がん検査	144	121
腹部エコー	4,084	4,254
計	16,714	16,838

※ 三原医師会病院にて実施。

巡回検診	29年度	30年度
	受診者数	受診者数
巡回健診	4,994	4,744
胃がん健診	397	347
大腸がん健診	4,223	3,994
前立腺がん検査	368	331
その他	1,939	2,003
計	11,921	11,419

30年1月より開始しました SAS 検査は、30年度において56名が利用されました。要医療となり、CPAP の利用など治療を開始された方も数多くおられます。

30年度開催された第67回日本農村医学会学術集会では、大腸 CT 検査の実施状況報告と展望について、口演発表を行いました。大腸 CT 検査でのがん発見率が高かった事について発表し、31年度からは2日ドックで行う大腸の検査を SF 検査から大腸 CT 検査へ変更しました。

また、31年度から新たに1日ドックでは CA19-9 を追加し、オプション検査として、LOX-index ・ ビタミン D 検査 ・ 甲状腺検査を選ばれるようになりました。LOX-index では、心筋梗塞や脳梗塞の将来のリスク因子を調べることができ、ビタミン D 検査では、骨粗しょう症の予防等に必要な微量栄養素の量を知ることができます。これらを知ることによって疾患になる前に改善をしていただく事や特に女性のアンチエイジングを目的に始めました。なお、巡回健診ではフェリチン検査や SAS 検査を受けていただける事業所が拡大しました。

精度管理では、健診当日の受診予約に取り組み、受診者の満足度向上につとめています。29年度は63名の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活かし、健康情報の発信や、安全でからだに優しい健診を皆さんの協力を頂きながら実施していきます。

看護部

2018年, 平成最後の取り組み 令和へつづけ!!

看護部長 樋本 瑞江

2018年度(平成30年度)は、6年に一度の診療報酬改定と介護報酬改定の同時改定がありました。一般病棟入院基本料(7対1, 10対1)から急性期一般入院基本料(1~7)に再編され、当院は入院料1の届出がされました。看護科としては、重症度、医療・看護必要度の該当患者の割合については、(I)現行の評価方法で30%以上(II)診療実績データによる評価方法で25%以上のどちらかを選択できるということで、(I)で届出しています。評価の基準の見直しもあり、正しく評価できるように研修会を行ってきました。今年度は30%以上を堅持できました。

看護科活動として、病院に認知症ケア推進委員会が設置されたこともあり、認知症ケアの知識・技術を高めていきたいと考え看護科の委員会に「認知症ケア委員会」を新設しました。認知症患者さんへの対応が変化してきているように感じています。今後、身体拘束等の行動制限を最小化する取り組みをしていきたいと思っています。また、災害拠点病院でありながら災害看護が弱いので災害時の対応を考えた体制を整えていく必要があると考え、救急委員会のなかに災害を入れ、「救急・災害委員会」として活動をスタートさせました。2018年7月の西日本豪雨災害があったことで、タイムリーに振り返りができ、今後の具体的な取り組みを考えることができました。幸いにもスタッフの人的被害がなかったことにほっとしつつ、断水という中で病院機能の維持と生活維持と本当に大変な期間でした。しかし、それと同時にチームワークのよさや仲間のありがたさを実感することができました。ほんとに、みんなの力で乗り切ったなあと思います。

看護科としては、もうひとつ大きな変革がありました。「働き方改革関連法」の成立を受け、2019年4月から勤務間インターバル制度の努力義務化がされるということもあり、健康で働き続けていくために、「日勤⇒深夜」の勤務シフトの廃止にむけ取り組んできました。勤務シフトを変更することは、生活にも影響することで大変なことでしたが、皆さんの理解と協力で実現できました。今後も、少子高齢化が進み就労人口が減少していくなかで、働き方の取り組みは重要な課題だと考えています。検討しながら、やさしい看護が提供できるよう頑張っていきたいと考えています。

看護部(HCU)

地域救命救急医療の拠点機関として

HCU 病棟科長 小林 雄一

HCU病棟は、救命救急医療を必要とする患者や、侵襲の大きな手術後患者などの受け入れを行い、高度で集中的な治療を行う病棟です。病棟スタッフは看護師26名(うち科長1名・主任2名)です。HCUには、認定看護師2名(集中ケア 認定看護師, 脳卒中リハビリテーション看護 認定看護師)が在籍しています。また、呼吸療法認定士5名、糖尿病療養指導士1名、心臓リハビリテーション指導士1名、内視鏡検査技師2名など、専門的資格をもったスタッフが多数在籍しています。スタッフ一同が協働して、より質の高い医療が提供できるよう取り組んでいます。

当院では、平成27年4月1日より地域救命救急センターが開設されています。救急や他の医療機関から搬送される3次救急患者(重症のため命を脅かす可能性があり、速やかな治療を要する状態)を中心に、24時間・365日体制で受け入れを行っております。

緊急入院の多くは、HCUに入院します。突然の発症で、ご本人・ご家族にとって衝撃を強く受けられている状況にあります。HCU看護師は救急看護師と連携し、このような状況の患者・家族の気持ちにより沿ったケアと、治療のサポートができるよう日々努力しています。

また患者・家族を中心として、医師・看護師・理学療法士・作業療法士・言語聴覚士・臨床工学技士・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高度な医療を提供しています。

今後も、HCU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。

広島県厚生連尾道看護専門学校

「未来の看護師を育てるための取り組み ～50周年の伝統をつなぐ～」

教務課主任 船山幸代

当校は3年課程の看護学校で、約120人の学生が看護について学んでいます。高校を卒業してすぐ入学してくる学生が多く、1から看護について伝え、社会人として、看護師としての知識・技術・態度を教育しています。また、行事や臨地実習を通してチームワークや社会性を養っています。

看護師を育てる重要なカリキュラムとして臨地実習があります。ここで、平成30年度の臨地実習の取り組みを紹介します。現在、2025年問題を踏まえ、地域包括ケアシステム構築に向けた看護の強化が求められ、地域での生活に視点を向けた支援の必要性が示唆されています。そこで、未来の看護師として働く学生にも、地域での生活を支えられる力を身につけてほしいと考え、新たな学習場面を設定しました。地域医療連携部の実習を取り入れ、地域包括病床の病棟看護師と地域連携部の看護師が共に行う「退院前訪問」「退院後訪問」に同行し、病院と在宅の継続した看護を学んでいます。また、JA尾道総合病院での退院調整の実際について学び、尾道市福祉センターでは地域で生活する対象との関わり、認知症や精神デイケア・訪問看護から地域での生活を支えるサービス利用の実際を学んでいます。このような経験を通して、看護の場の理解を広げ、地域での生活に根ざした意識が持てるような教育の機会を設けています。

当校の学生の特徴として、地域の高校生（今年度の新入生は約55%が尾道・福山・三原の出身）が入学し、そのほとんどが県内に就職します。平成30年度の就職先は90%が県内就職であり、JA厚生連へは63%が就職しています。このことから、当校は地域で活躍する看護師の育成に携わっていることを実感しています。学生が第一線で働く2025年を見越して、退院後の生活を見据えた関わりや地域での看護の橋渡しをする力など、これからの看護師に求められていることを踏まえて、未来の看護師を育てていきます。

私たち教員は、「看護師の卵を育てる！」役割を担っています。日々、いろいろなことがおき、目まぐるしい毎日ですが、学生の成長を感じる瞬間や卒業時の感動は何物にも代えがたい喜びです。学生の「看護が楽しい」、「この学校で学んでよかった」、「いつか学校に戻ってきて先生になりたい」と聞くとまた頑張ろうというエネルギーになります。

当校は今年、開校50周年を迎える記念すべき年になります。記念行事として記念誌の発行や講演会・祝賀会を開催予定です。講師の先生方や臨地実習でお世話になる指導者の皆様のお力をお借りしながら、50年間で紡がれてきた伝統をこれから先につないでいけるよう教職員一同取り組んでいきます。今後もどうぞよろしくお願い致します。

臨床研究検査科

科 長 細 谷 勝 己

病院検査データの精度の向上は安心して安全な医療に繋がることから、新しく改正医療法、改正臨床検査技師法が平成30年12月1日に施行されました。検体検査の品質・精度の確保に関わる医療法等の一部を改正する法律（平成30年法律第57号）で精度管理責任者の配置、標準作業書、日報等の常備が新たに義務付けられました。

現在、国内では臨床検査データ標準化事業が進んでおり、この医療法改正でさらに病院間のデータ格差が減るものと思われています。

臨床検査データは免疫項目他一部の項目で検査値に乖離が残っていますが、その中でALPとLDについて国内でIFCC法への統一化の動きが出ています。

ALPは国内99%の施設がJSCC法（日本臨床検査標準協議会）を採用しています。国際的な主流であるIFCC法とは用いる緩衝液に違いがありJSCC法は肝硬変などで上昇する小腸型ALPを感度良く測定する一方、高脂肪食を摂取した患者などでは疾患とは関係ない高値を示すことがあり臨床上問題との指摘がありました。また、JSCC法を採用するのは世界で日本だけとされ、臨床検査の国際ハーモナイゼーションを進める上での変更が必要との判断に至りました。変更後ALPの検査値は約3分の1になり、病態とは関係のないALP高値が少なくなるメリットがあるとされています。

LDはIFCC法に変更することでアイソザイムLD-5が高い検体では若干変わりますが健常者ではほとんど変わらないといわれています。

日本臨床検査標準協議会（JCCLS）の酵素標準物質JC-CRMの新しいロットにALPとLDのIFCC法による値付けがなされ、診療報酬改定となる2020年には両方同時にJSCC法からIFCC法へ切り替わる予定になっております。

また、検査基準値も標準化に合わせ統一の方向で2015年よりJCCLSより共用基準範囲が提示され推奨されています。

これは強制では無いため採否は各医療機関の判断に委ねられますが、多くの学会や専門医会から賛同を得ており、いずれ国内基準値となる見込みです。当院も標準化対応を行っており、国内の動向を注視し適宜対処したいと考えます。

検査科では安心、安全なデータを迅速に報告するよう努力しています。今後ともご指導、ご鞭撻を賜りますようよろしくお願い致します。

リハビリテーション科

リハビリテーション科の現況について

科 長 村 上 並 子

平成30年度は、理学療法士12名、作業療法士1名採用により4名、言語聴覚士2名、事務助手1名の計18名のスタッフでのスタートでした。

7月からは特定集中治療室における早期離床・リハビリテーション加算算定開始となり、多職種チームによる総合的な離床の取り組みが始まりました。

リハビリテーション科からは5年以上の経験をもつ理学療法士を選出し、毎朝8時30分から多職種チームでのカンファレンスに参加しています。そこでは患者の状況を把握・評価し、患者の各種機能

の維持, 改善又は再獲得に向けた, 具体的な支援方策について, プロトコールにそって離床計画を検討しています。

こういった多職種で話し合う機会に参加し, 超急性期の重症な患者の離床に伴うリスクについて, 確認して介入できるようになったことは, 急性期のリハビリテーションを積極的に進める上でとても有意義であると実感しています。

〈平成30年度リハビリテーション科 実績〉

- H30年度年間処方件数 : 2,687件 (29年度 2,643件)
- H30年度自宅復帰率 : 63% (29年度 63%)
- H30年度診療報酬点数合計 : 12,155,740点 (29年度 12,235,567点)

〈H30年度疾患区分別リハビリテーション実施件数・単位数 (29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	9,624 (10,246)	15,278 (15,932)
脳血管疾患等区分	9,169 (8,422)	13,922 (13,305)
廃用症候群	3,416 (3,235)	4,134 (4,112)
呼吸器疾患区分	3,742 (4,225)	4,373 (4,883)
心大血管疾患区分	3,164 (3,770)	4,375 (5,328)
癌のリハビリテーション	1,988 (1,652)	2,385 (1,852)
リハビリテーション実施合計	31,104 (31,611)	44,467 (45,460)

すくすく保育所

～断水の中で～

保育士 岡 崎 敬 子

院内保育所『すくすく』は, 平成4年10月に定員10名で開所, 年々入所希望者も増え, 24名定員を経て, 平成26年度には定員42名となり, 現在に至っています。

入所対象児は産後8週から2歳児 (年度初めである4月1日現在, 満2歳) で, 年度ごとの申し込みとなっており, 毎年8月中旬に院内広報で次年度の保育委託募集のお知らせをしています。定員枠が空いている時は, 短期入所 (対象児: 同上), 一時保育 (対象児: 産後8週～就学前までの職員の子ども) も行っていますので, 人事課にお問い合わせください。多くの職員の皆様のお役に立ちたいと思っております。平素より, 運営関係者の方々をはじめ保護者の皆様, また, 院内の多くの職員の方々の深いご理解, ご協力, そしてご厚情に強く支えていただいていますことを, この場をお借りして, 心より感謝申し上げます。今後とも, よろしく願いいたします。

さて, 30年度は, 西日本豪雨の被災で断水の中での保育が2週間も続きました。平成6年に給水制限という状況は経験したことがありましたが, 全く出ないとなるとどうなるのかと不安を抱きながら。保護者の方に協力いただき, 他での保育を頼むことが難しい子だけの登所とし, 極力水は使わないようにしながら, 2歳児までの子どもなので, トイレは使用を控え紙パンツで対応, 衛生面にもいつも以上に配慮し, 感染症に気を付けました。復旧の目途もなかなかつかず, 私達大人の募る疲れや不安

を、子ども達の屈託のない笑顔が救い支えてくれながら、何事もなく無事に断水の中の保育を乗り切ることが出来ました。当たり前のように使っていた『水』の大切さや、人の優しさ、思いやり、子ども達の癒しパワーを改めて感じると同時に、『危機管理』についても“万が一”を考えて迅速に行動しなければいけないという教訓となった出来事でした。

お預かりしている0歳から3歳は、『人間形成の基盤』のとても大切な時期であることを念頭におき、季節の行事、食育活動・表現活動などを通し、『豊かな心』や『生きる力』、また、『自己肯定感』『自尊心』をはぐくむ保育を心がけて取り組んでいます。将来的には「病後保育」も実施できればと思います。職場にある、だからこそ『仕事と子育ての両立』の強力サポーターになれるという思いも持ち、安心して預けていただけるよう、子ども達にとっても安心して過ごせる場所であるように、職員一同、自己研鑽に努めつつ頑張っています。



『園庭遊び』



『プール遊び』



『お祭りごっこ』



『クッキング』



『芋ほり』



『運動会ごっこ』



『クリスマス会』



『第25回卒園式』

人 事 課

事務次長 八 幡 憲 和

□業務内容

人事課では職員の採用、給与計算、労働安全、福利厚生、研修など職員のための幅広い業務を行っております。

□スタッフ・人員

職員5名（八幡、丹下、浜本、井田、宮本）

□平成30年度のトピックス

- ・平成30年度からの新専門医制度開始に伴い、多岐にわたる専門領域の研修を義務付けている内科領域について、研修の効果的な実施と責任体制の明確化のため、「内科専攻科」を設置しました。また、これまで臨床研修管理委員会で行っていた初期臨床研修医の管理についても同様に「臨床研修科」を設置し、相談や問題に対する迅速な協議・対応を行えるようにしました。
- ・尾三二次医療圏の急性期病院の勤務医数の著しい減少により、当院医師の負担は増加の一途をたどっており、安全安心な医療の提供が将来的に困難になることが懸念される等、当地域での医師

確保の重要性が高まりをみせています。また、広島県からの強い要望もあったことから、平成31年度の初期臨床研修医採用枠を8名から10名へと拡大し、現在及び将来的な医師確保に力をいれることとしました。

- 働き方改革関連法の施行・適用を控え、就業規則や関連規則の精査・変更を行いました。この中で労働時間法制の見直しについて、時間外労働の上限規制は1947年に制定された労働基準法において初めての大改革と言われており、医師については改正法施行5年後に上限規制が適用されることから、それまでの間に当院の対応を準備することが、今後の喫緊の課題となります。

□今後の抱負

これからも人事課として職員の皆さんが安心して業務に従事できるよう“親切・迅速・的確”をモットーに努めていきたいと思っております。

医 事 課

課 長 井 上 幸 一 郎

【活動状況】

【スタッフ】

課長以下、係長1名、書記4名及び派遣・委託職員、医師事務作業補助者等を含むおおよそ100名で業務を遂行しております。

【主な業務内容】

①受付業務

外来の初診・再診患者さんの受付、診療手続き等を行います。

②計算業務

患者さんの一部負担金の計算処理を行います。

③会計業務

患者さんの一部負担金などの入金及び未収金管理等を行います。

④保険請求業務

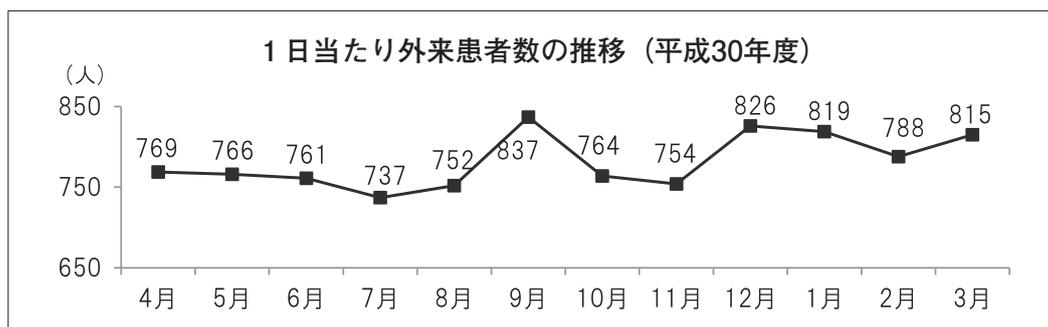
各種保険者へ保険請求（診療報酬明細書）を行います。

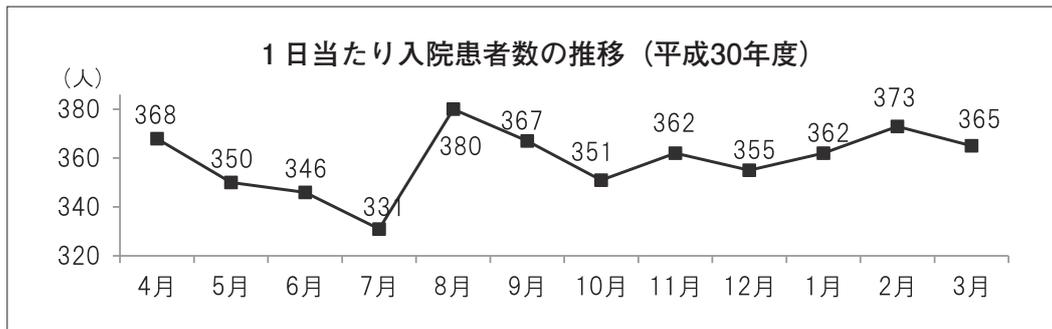
⑤医師事務作業補助業務（医療秘書室所属者のみ）

医師の指示に基づき、補助業務（文書作成等）を行います。

⑥その他

個人情報開示請求等及び診療情報提供の申出に対する対応、医療報告及び医療統計、各種報告等





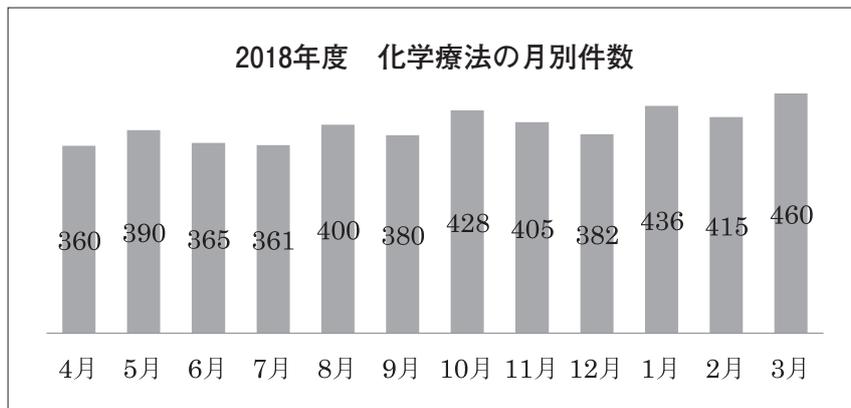
【当課の方針】

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

化学療法センター

がん化学療法認定看護師 村上利恵

H30年度, 化学療法施行の年間件数は4782件でした。そのうち外来患者が8割以上を占めています。H29年度の5月よりベッド数を2床増やし17床となり, 予約がスムーズになりました。免疫チェックポイント阻害剤の治療の適応となる疾患も増え, 殺細胞性抗がん剤との併用でのレジメンも徐々に導入されてきました。取り扱うスタッフは知識向上, レベルアップのため勉強会も行っています。また今年度より化学療法コアチームが結成され, がん看護委員会もたちありました。院内全体の底上げを図り, 患者により安全で安心して確実に治療が受けられるように努めていきたいと思ひます。



医療福祉支援センター（地域医療連携室・入退院支援室）

退院調整担当科長 岡 本 尚 子

医療福祉支援センターは日野副院長をセンター長に看護師8名，医療ソーシャルワーカー4名，事務職6名のスタッフで構成されています。主な業務は以下の通りです。

「地域医療連携室」

◎医療連携

- ・紹介患者の受付窓口，受診調整
- ・かかりつけ医の選定等，地域医療との橋渡し

◎地域連携

- ・地域医療支援病院（事務局）
- ・地域がん診療連携拠点病院（事務局）

◎がん相談

- ・がん治療に関する相談
- ・緩和ケアに関する相談
- ・セカンドオピニオンに関する相談
- ・がん患者の就労支援相談
- ・その他がん患者さんのあらゆる相談

◎広報活動

- ・診療内容，治療実績，各種活動

◎ボランティア支援

- ・ボランティアの募集・登録管理
- ・病院行事・催し物等

「入退院支援室」

◎入院支援

- ・入院前の治療計画説明
- ・周術期口腔ケア医科歯科連携に関する支援
- ・カンファレンスの支援

◎退院支援

- ・自宅退院に向けた相談
- ・転院，施設入所などの相談，調整
- ・医療依存度の高い患者さんの在宅支援

◎医療福祉相談

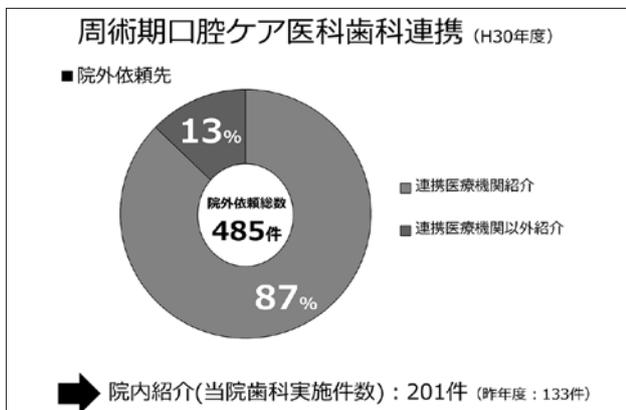
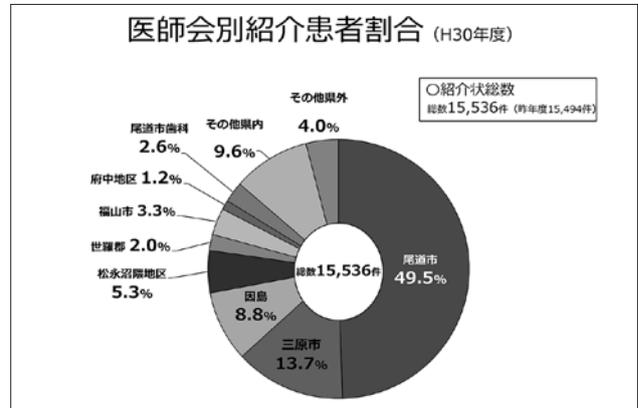
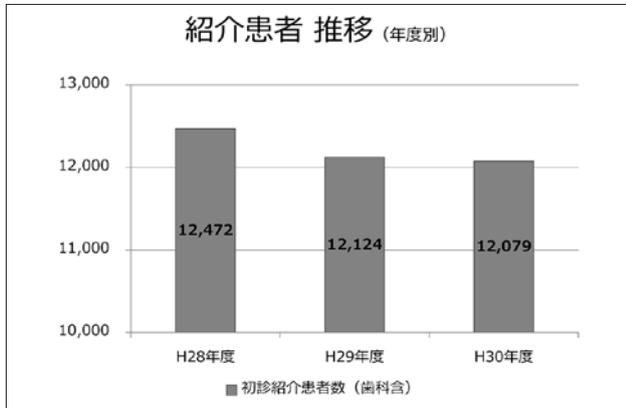
- ・介護保険，身体障害者手帳など社会保障制度の相談
- ・医療費，療養費の相談
- ・その他，社会福祉制度の相談

今年度は、豪雨災害による病院被災時、透析・手術などの治療を必要とする患者の治療継続が可能な病院へ転院調整を行いました。近隣の病院には患者受け入れの御協力をいただき大変感謝しております。

ます。

地域包括ケアシステムが推進される中, 地域の医療機関・介護・福祉・行政機関との連携が患者家族の安心と信頼につながると実感しました。

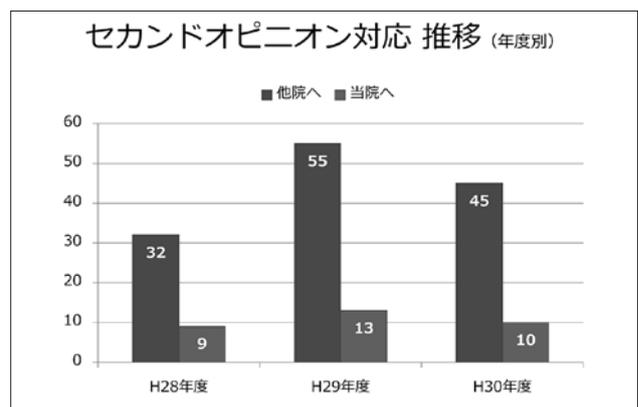
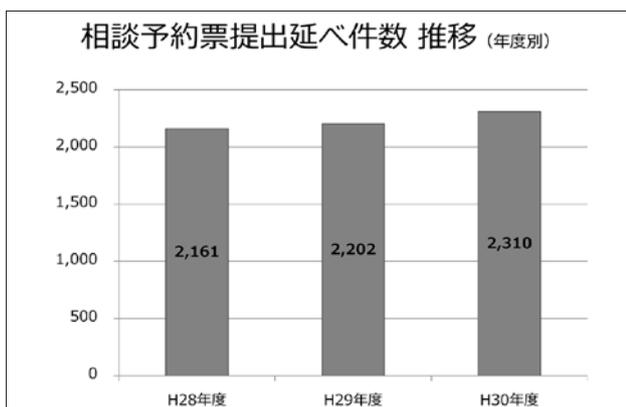
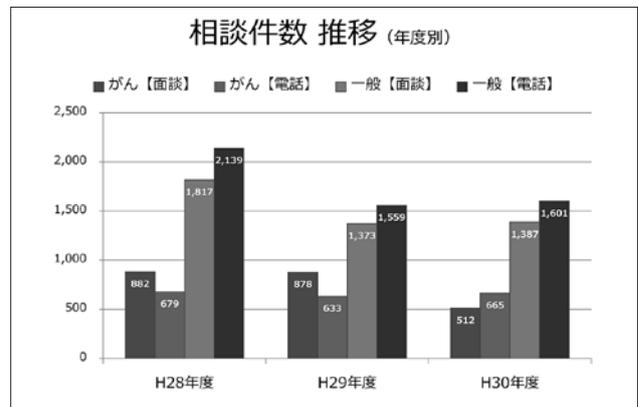
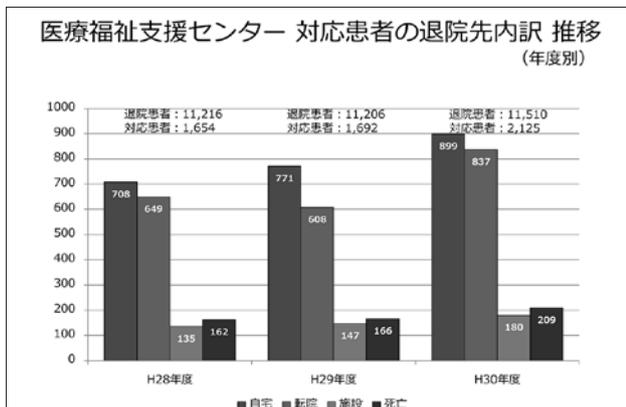
今後も連携を大切に支援を行っていきます。



病床管理 (H30年度)

○平均在院日数 : 平均10.4日
○病床稼働率 : 平均93.0%
○在宅復帰率 : 平均92.2%

	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	平均
平均在院日数	11.3	10.8	9.9	9.9	9.9	10.4	10.1	9.9	10.0	11.6	10.7	10.4	10.4
病床稼働率	95.3	90.7	89.6	85.7	98.4	95.2	90.9	93.8	92.0	93.8	96.6	94.6	93.0
在宅復帰率	89.0	92.2	94.9	92.4	92.5	93.3	92.3	93.7	91.6	90.0	91.4	93.5	92.2



委員会報告

臨床研修管理委員会

(委員長 則行 敏生)

事務局 浜 本 潤

臨床研修管理委員会は初期研修医の研修に関わる院内調整や対外交渉、リクルート活動（イベント参加や見学受入れ等）、広島大学医学生の実習受け入れ等を行っています。

研修医の数は広島大学病院たすき掛け研修医を含めて平成30年4月1日時点で1年次9名、2年次4名でした。その2年次の4名ですが無事研修修了の評価を得て、新たなステージへと巣立っていきました。

具体的な研修の中身につきましては、精神科研修（1か月）において新たに、三原にある小泉病院を連携施設として追加させていただきました。

平成31年度には新たな研修医が8名加わるようになっており、それぞれどういった活躍を見せてくれるのか大変楽しみです。

研修医の採用に力を入れることは、その結果として院内の活性化だけにとどまらず、当院ひいては広島県の医師確保につながるため、大変重要だと認識しています。

また、研修医にとっては医師としての一步目を踏み出すステージでもあるため、その後の医師人生を考える大事な時期です。各自が胸を張って「この病院で研修してよかった！」と思ってもらえる病院になるよう、研修内容、処遇、指導方法、トレンドなど多方面に目を向け委員会を中心に努力していこうと思います。

皆様のご協力をよろしくお願いいたします。

手術部運営委員会

手術部運営委員会の活動状況

委員長 中 布 龍 一

手術部運営委員会は毎月第2水曜日に開催している。委員は手術に関わる外科系の部長を中心に看護科長、臨床工学科長、施設資材課長など17名で構成されている。委員会では、手術室全体・診療科別の手術件数、手術室の稼働状況、手術室全体の収支データなどを示し、前年度の平均値や前年度同時期の数値と比較をしながら供覧している。そのほか、手術部における運営上の問題点があれば取り上げて話し合ったり、連絡事項があればそれを伝達したりしている。

平成最後となった平成30年度の手術件数は4886件と過去最高となった。全国基幹病院の調査データをもとに試算してみると、当院の100床あたりの手術件数は、同規模病院の平均手術件数の実に1.75倍である。この手術件数の多さが手術室数的・時間的余裕のなさに拍車を掛けているので、手術室の運営がますますタイトで厳しい状況に陥っている。午後の手術室は基本7部屋で運用しているが、H30年度の17時での平均稼働部屋数は3.5強であった。つまり、1年を通して半分強の部屋が時間外に残っていたということになる。『日本の地域別将来推計人口（平成30（2018）年推計）』によると尾道市、三原市の後期高齢者の人口はいずれも2030年頃がピークで現在の約1.15倍になると推計されて

いる。今後さらにすすんでいく高齢化や近隣の医療崩壊という現況を勘案すると手術件数はさらに増加していくかもしれない。少なくとも極端に減少することはないであろう。

この手術件数の増加により、予定手術のスケジュールを組むこともままならない日がたびたびある。そんな日は、無理やり手術スケジュールを組んでいるため「手術室の部屋が一杯なので次の手術が入らない」という状況は必至となる。手術が時間外にこれだけはみ出してしまうことが常態化していると、どうすれば現況を少しでも改善できるのか？いつも考えさせられる。働き方改革関連法が施行となった今、時間外労働を増やすような運営にシフトすることは時代に逆行することになる。本懸案に関しては、現時点では「日勤帯中の手術室稼働をいかに最大限にできるか」、とくに午前中の手術室稼働率は午後のそれと比べて低いので、午前中の稼働率をより高めるには？を重点的に対応していく必要があると考えている。

最後に、平素より手術室運営にご協力いただきありがとうございます。手術室運営に関わっている各方面の方々にこの場を借りて感謝申し上げます。

地域救命救急センター運営委員会

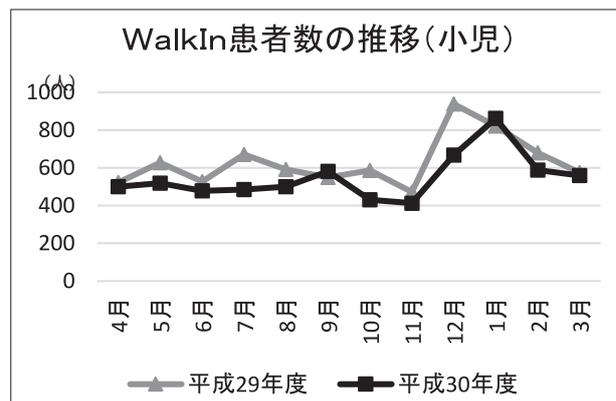
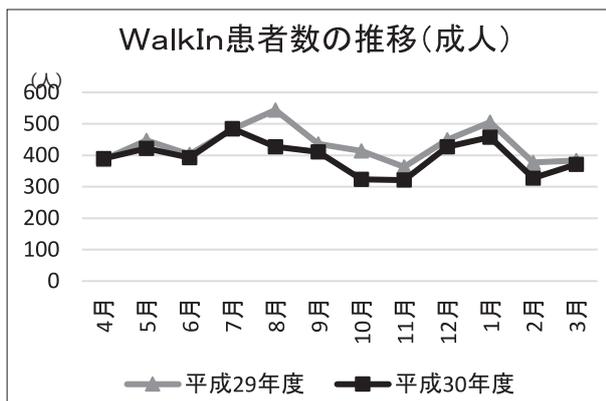
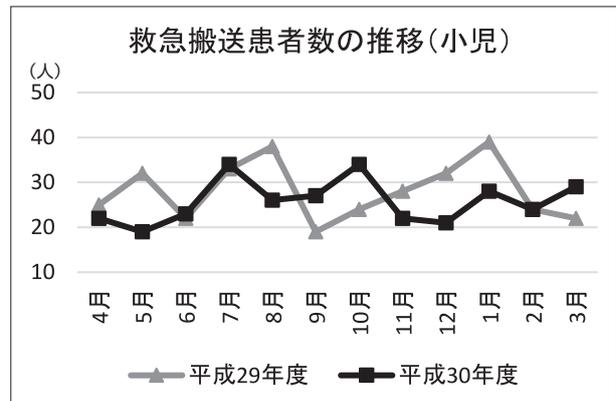
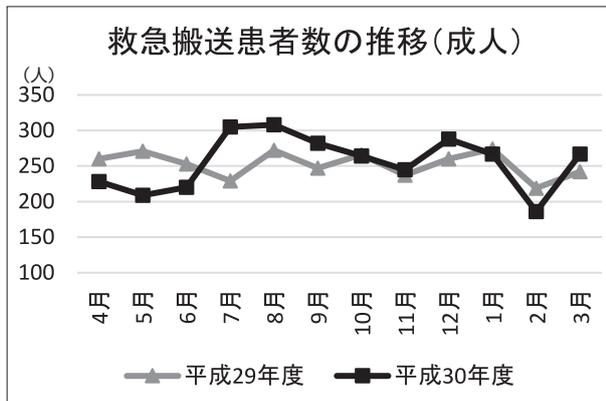
(委員長 森島 信行)

事務局 井上 幸一郎

【活動状況】

当委員会は、平成27年5月の地域救命救急センター開設以降、月1回多職種が参集し、開催しています。

HCU・ICU・救急室の運営状況報告をはじめ、断った救急搬送事案及びウォークイン患者の理由について検証を行っています。



緩和ケア委員会

(委員長 則行 敏生)

緩和ケア認定看護師 藤 原 ち え み

緩和ケア委員会は、院内外の緩和ケアの質の向上と普及を目的として、偶数月第3火曜日に医師、看護師、薬剤師、社会福祉士、がん相談員、事務職の多職種で構成し開催しています。

2018年度の検討課題と結果

1. 医療用麻薬について

- ①カディアンの製造中止に伴いMS コンチン錠を採用し、オピオイド換算表・指示コメントおよびテンプレートを変更しました。
- ②ナルサス・ナルベインについて
 - ・ナルサス導入パスを作成しました。
 - ・オピオイド換算表にナルベインを追加しました。

2. 鎮静

ミタゾラムでの安全な鎮静を行う為に、指示コメントと看護ケアセットを作成し、運用しています。

3. 緩和ケア医師研修

緩和ケアの普及の為に2018年11月11日に緩和ケア医師研修を開催しました。
本年度よりe-ラーニングと集合研修で院内外の医師と多種職14名で研修を行いました。

4. エンゼルケア

グリーンケアの質の向上を目的として、エンゼルケアメイクセットを導入し、エンゼルケアの手順を変更しました。材料費を考慮し死後処置料を4320円から5400円に変更しました。

5. 口腔ケアパンフレット

がん診療支援チーム介入中の患者の説明用パンフレットを作成し運用しています。

6. がん診療支援チーム紹介手順

生活のしやすさの質問票より緩和ケアを希望した患者の紹介手順を新たに作成し紹介手順のフローチャートを変更しました。

7. リンパ浮腫

がん診療支援チームが介入する浮腫の患者に対し圧迫療法をスムーズに対応できるようにシステムを構築しました。

8. 地域での在宅輸液ポンプの導入に向けた取り組み

在宅で高用量の医療用麻薬で疼痛コントロールを行う為に、出雲地区のシステムを参考に尾三地区・松永地区へPCAポンプシステムを導入し、在宅緩和ケアへの移行がスムーズにできるように取り組んでいます。

化学療法運営・レジメン委員会

(委員長 則行 敏生)

薬剤師 平 井 俊 明

本委員会は、がん化学療法を安全に行うために各レジメンの有用性・安全性や化学療法の運用に関して検討する目的でキャンサーボード運営会議の下部組織として設置された。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を推進している。薬剤適正使用の観点から、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。

2018年度は13レジメンを審議し、全レジメンが承認され、2019年3月31日現在の総レジメン数は286レジメンとなった。化学療法施行件数は9,293件（外来7,285件・入院2,008件）であり、前年度5,521件（外来4,244件・入院1,277件）と比べ、外来化学療法への移行がより多く行われている結果となった。無菌製剤室における化学療法ミキシング本数は13,394本で前年度の9,701本より多くなっていた。

近年、がん治療において「免疫チェックポイント阻害剤」と呼ばれる新規薬剤が登場し、当院でも非小細胞肺癌をはじめ、胃癌、尿路上皮癌、頭頸部癌など多くの癌腫でレジメン登録、施行されていて、従来の殺細胞抗癌剤との併用も行われるようになってきた。免疫チェックポイント阻害剤は、今後更にも多くの癌腫に適応が拡大する傾向にある。免疫チェックポイント阻害剤は、免疫そのものを増強するため、副作用として、自己免疫反応が起こる事があり、殺細胞抗癌剤ではあまり経験したことのない副作用（1型糖尿病、甲状腺機能障害など）が報告されている。こうした副作用への迅速な対応、患者や家族への説明・指導について多職種で連携しながら取り組んでいる。

今後も化学療法に関して多職種間で連携することで、より安全で効果的ながん医療に貢献して行きたい。

臓器提供対応委員会

臓器提供対応委員会の活動状況

委員長 中 布 龍 一

厚労省の示す「臓器の移植に関する法律の運用に関する指針」のなかで、脳死下での臓器提供施設として「救命救急センターに認定された施設」が挙げられている。当院に臓器移植提供対応委員会が設置されているのはそのためである。

昨年度は臓器移植提供対応委員会を2回開催した。その中で、重田科長が苦心して完成させた臓器提供マニュアル（県の移植コーディネータからお墨付き）を委員に配布し、皆に周知させることができた。これで一段落つくことができたかと思っただが、委員会の真の目的は、「院内で臓器提供の事例が生じた場合、その妥当性について審議を行い、臓器提供時の対応を円滑に進めること」であった。臓器提供マニュアルが完成しても臓器提供を円滑に進めていけるわけではなさそうである。時間的、空間的、マンパワー的、資材的なシミュレーションができてはじめて臓器提供の対応が可能と考える。当院は未だ脳死下臓器提供の経験はないが、県下の相当数の病院が臓器提供を経験していることに鑑みると、うかうかしているわけにはいなくなった。そこで日本臓器移植ネットワークが実施する「院内体制整備支援事業」に応募し、その支援を受けて臓器提供に関する院内整備をすすめていくことに

した。

事務部門、手術室部門において講師の方を招いて講義していただき、それぞれシミュレーションを行った。シミュレーションを行うことで、マニュアルを読むだけでは見えてこない人の動きや物の動き、時間の流れをかなり把握することができた。また、院内職員を対象に講演会を開いて、当院が臓器提供に対応できる施設となることを皆に知っていただいた。その他、様々な学会で開催される「脳死患者の対応セミナー」に、院内から計9名が受講することができた。この1年間の「院内体制整備支援事業」のおかげで、臓器提供に関する院内整備はかなりすすんだと思われる。

ドナー候補者が発生したときには、臓器提供の妥当性を審議し、法的脳死判定、臓器摘出と滞りなく粛々と事が運べるようにさらに整備をすすめていきたい。

NICU 運営委員会

委員長 木原 裕 貴

NICU 運営委員会は偶数月の第4水曜日に開催し、運営状況を協議しています。

NICU 管理料算定件数と NICU 在室患者数の推移を前年度と比較検討をしています。平成30年度は平成29年度とほぼ同数の管理料算定件数、在室患者数でした（図1）。分娩件数は532件（平成29年度）から584件（平成30年度）と増加しています。

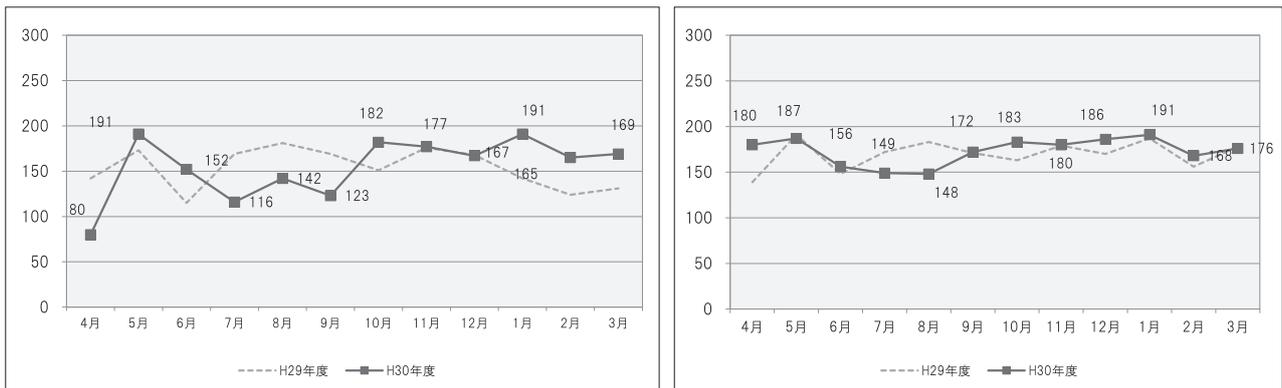


図1 NICU 管理料算定件数（左） NICU 在室患者数（右）

ハイリスク妊娠、ハイリスク分娩における管理加算はそれまで分娩料を一律にしていた関係で加算件数が多くありませんでしたが、平成20年3月から分娩料を変更し、出来高扱いにした関係で算定件数が増加しています（図2、3）。

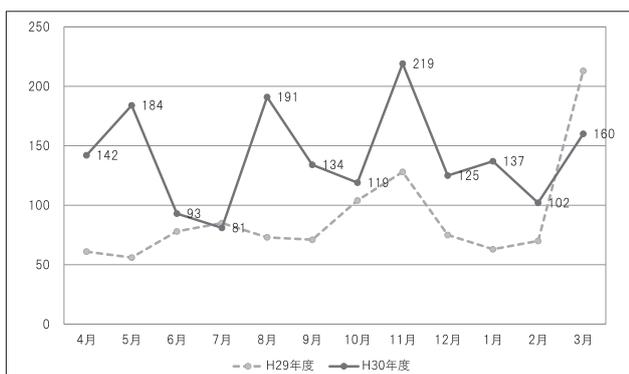


図2 ハイリスク妊娠管理加算算定件数

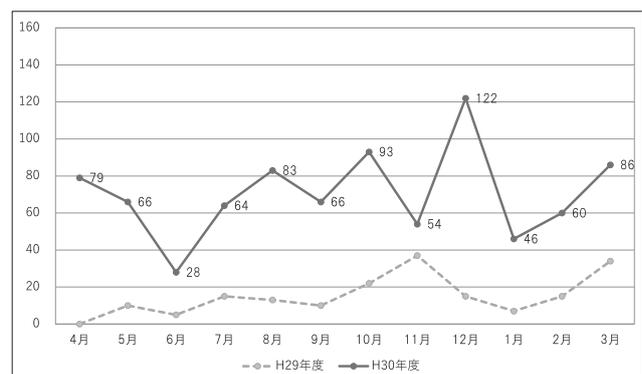


図3 ハイリスク分娩管理加算算定件数

ベッド運営においては、今年度もオーバーベッドになることはほとんどなく、病的新生児の受け入れ、ハイリスク妊婦の受け入れを断ることはありませんでした。しかし今後、近隣の分娩施設は減ることはあっても増えることはないことが予想されます。地域の分娩、ハイリスク妊娠の管理、病的新生児の診療において当院の役割を再認識し、機能を保持、発展させる必要があります。

医療サービス改善委員会

(委員長 日野 文明)

総務課 安 藤 裕 香

患者さんへの医療サービスの改善を目的に活動しております。委員の内訳は委員長1名、看護科科長3名、医療福祉支援センター、栄養科、放射線科、リハビリテーション科、臨床研究検査科、薬剤部、総務課（事務局）から各1名で、11名中6名接遇インストラクターの資格を持つ委員で構成されております。委員会では「外来待ち時間調査」「患者満足度調査」「接遇研修会」を中心に活動しています。

平成30年度の外来待ち時間調査は6月11日に「予約のある再来患者」を対象に行いました。電子カルテと外来医師診療補助事務者による記載を照合するという方法で「予約時間から診察開始までの時間」、「診察終了後から会計までの時間」を調査いたしました。調査患者243名中有効調査数は174名となり、「予約時間から診察開始までの時間」は最長の科で62分、最短の科で9分、また「診察終了後から会計」では最長の科で22分、最短の科で2分となっております。予約から診察までの時間が平均30分となり前回より改善が見られましたが、診察から会計までが長くなっている科が多くなっていました。

患者満足度調査は10月22日～26日の5日間で実施し、外来患者ならびに入院患者を対象に行いました。結果は総合的な満足度は「以前より良くなっている」「以前と変わらず良い」をあわせて、外来が94%、入院が99%と好評価を得られております。しかし、外来では待ち時間、入院では環境や食事面での苦言や要望がわずかながら見られました。関係部署へ調査結果を周知し、今後の改善に役立てていただくようにしました。

接遇研修会では「クレーム対応要領」をテーマとして前医療安全担当の黒河利典さんにご講演いただきました。研修会には146名もの参加があり、わかりやすく参考になったと好評をいただきました。

今後とも患者さんへの医療サービスの改善を目的に活動してまいりますので、ご理解とご協力の程をよろしくお願い申し上げます。以下、患者満足度調査の結果をお知らせいたします。

第15回患者満足度調査を終えて

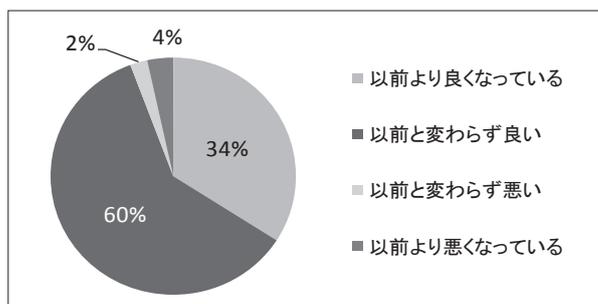
〈はじめに〉

私ども JA 尾道総合病院が患者様に提供させて頂いている医療サービスを、患者様の視点から評価して頂き、今後の医療サービス向上の指針を得ることを目的として、平成30年10月下旬、外来・入院患者様各120名を対象に、第15回患者満足度調査を実施させて頂きました。この度、その調査結果を集計しましたので、お知らせいたします。

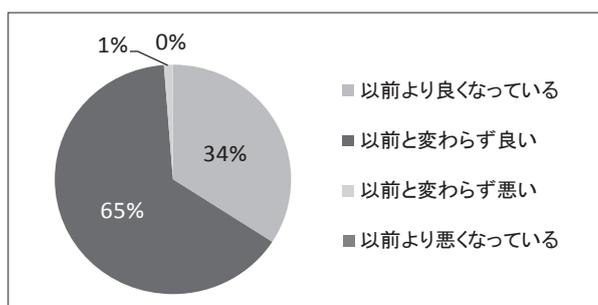
〈全体評価〉

○総合的に見て、当院への満足度はいかがでしょうか

【外来】



【入院】



満足度について、選択肢を「以前より良くなっている」「以前と変わらず良い」「以前と変わらず悪い」「以前より悪くなっている」の4段階として評価をして頂きました。昨年度の調査と同様に、「以前より良くなっている」「以前と変わらず良い」が外来,入院共に90%以上と高評価をいただいております。「以前と変わらず悪い」「以前より悪くなっている」という意見を、外来で6%,入院で1%いただいております。

こちらの結果を見る限りでは、当院が患者様から概ね良い評価を受けていると見受けられます。しかしながら、「良い」と評価を頂けている中にも、ご意見として苦言を呈されている方も見受けられます。それらを真摯に受け止め、今後も医療サービスの向上に努めさせていただきます。

〈外来の部〉

○ご意見として、スタッフに対するお褒めの言葉も多く頂いております。それに対し、数は少ないですが苦言のお言葉もございました。担当部署と相談の上、可能な限り対応させていただきます。また、項目別に結果を確認した際、目につくのが待ち時間でした。多くの項目で好評価を頂けていることに対し、診療前、診療後の待ち時間に関しては「以前と変わらず悪い・以前より悪くなっている」の項目が15%以上となっております。これらの結果を真摯に受け止め、可能な限りではありますが、改善に努めてまいります。

〈入院の部〉

○外来同様、スタッフに対するお褒めの言葉を頂いております。その反面、少数ですが苦言のお言葉もございました。入院患者様が対象となりますので、病棟での環境、食事についてなどが主なご意見となっておりますが、外来でのご意見もいくつかございました。項目別としては評価に大きく目立つ点はありませんでしたが、ご意見としては多様なご意見を頂いております。こちらも、入院患者様に満足して頂けますよう、対応して参ります。

〈評価の高かった項目〉

昨年度同様、患者様への傾聴や対応が「以前より良くなっている・良い」との声を多くいただいております。

おります。しかしながら職員の対応について苦言を呈されている方も少なからずおられるという現状も把握したうえで、慢心することなく、今後も接遇への研鑽を積んでまいりたいと思います。

〈終わりに〉

今回の調査の回答率は75%（外来80%，入院70%）程度でした。お手間を取る依頼・協力をお願いしていることは重々承知しております。しかしながら、ご回答いただきました調査結果を医療サービスの改善に繋げることにより、皆様にご満足いただける病院創りが可能となると考えております。調査の意義をご理解の上、今後とも御協力の程、宜しくお願い致します。

最後になりましたが、今回ご協力頂きました患者様には、深く御礼を申し上げます。誠にありがとうございました。

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30年度は6回開催、17の新規医薬品、15の後発医薬品が採用されました。

平成30年度の医薬品購入金額は約17億7千万円となり、平成29年度より約2億3千万円増加となりました。この医薬品購入費の増加はオブジーボ[®]、キートルーダ[®]など免疫チェックポイント阻害剤の購入費の増加が要因となっております。医薬品購入費ベスト3は第1位アイリニア[®]硝子体内注射液、約1億8千万円、第2位アバスチン[®]点滴注、約1億2千万円、第3位オブジーボ[®]点滴注、約8千6百万円という結果でした。最近ではワクチン類、抗生物質等の医薬品供給が不安定な事態となり、先生方には大変ご迷惑をお掛けしております。

森山副院長をはじめ各薬事委員会委員の先生方に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。

今後ともご協力の程、よろしくお願い致します。

クリニカルパス委員会

（委員長 森山 浩之）

情報企画課 山 脇 尚 道

クリニカルパス委員会では、クリニカルパス導入に伴い、クリニカルパスの作成および使用を推進するとともに、クリニカルパスの管理を行っています。

クリニカルパスは委員会メンバーが中心となり、各科医師の協力のもとに作成しています。作成にあたっては、入院患者の病名を把握し、より頻度の高い疾患のパスから作成するように推奨しています。

クリニカルパス内容の管理として、パスに必要なアウトカム、DPC期間などはもちろんのこと、リスクマネジメント、感染対策、地域医療連携、NST（栄養サポート）などの項目が網羅されている

かを確認しています。

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), 病院経営情報分析システム (セコム SMASH) 等

今後も診療報酬改定への対応を含め、看護必要度データと DPC データを用いた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。引き続きご協力くださいますよう、よろしくお願いいたします。

図書委員会

昨年における委員会の活動状況 図書委員会からの提言

委員長 目 崎 一 成

毎年のことではありますが図書費の上昇は続いています。主には電子書籍の費用増大によるものですが、臨床的に必要と思われる新たな電子書籍の契約にはそれ相応の対価も発生するので、悩ましいところです。

従来の書籍の製本についてもそのまま継続しています。また図書の収納場所の問題があり、古い書籍については順次廃棄処分が必要になっています。

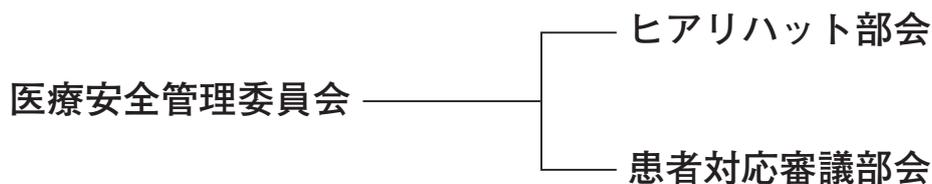
例年のお願いとしましては、貸し出された図書が長期にわたって返却されない場合、製本時に間に合わず欠けてしまう問題があります。お手元に長期借りている図書があれば速やかに返却をお願いいたします。

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申し上げます。

医療安全管理委員会

委員長 数 面 義 雄

H31年3月からは重田知洋に代わり高橋忍が医療安全科長を務めています。



医療安全管理委員会

毎月1回、看護部、医薬品管理、院内感染対策、医療機器管理、食品衛生、医療情報管理、危機管理、患者相談の担当者らと委員会を開催し、医療安全のための問題点を協議し、システムの改善を図るよ

うにしています。また、月1回のラウンドを行い、各部署での安全管理意識の向上を目指しています。

H30年度からは、三原赤十字病院、興生総合病院、尾道市民病院と交互にラウンドし、お互いの医療安全対策の問題点を評価し合う連携をゲスト、ホストとして年間1回ずつ行い有用な情報を得ています。

ヒアリハット部会

7名のメンバーで構成され、インシデント・アクシデント報告の検証と対策を協議しています。H30年度は1432例の報告がありました。報告数は例年どおりです。その内、レベル3b（事故により濃厚な処置や治療、入院の延期があった場合）35例、レベル4（事故により重大な後遺症が残った場合）1例、レベル5（事故により死亡した場合）4例でありました。これら3b以上の報告に対しては、カルテから、また必要に応じて主治医を交えての十分な検証を行い、問題点、改良点を協議しています。また、死亡診断書とともに提出された死亡原因調査チェック表に毎日目を通し、医療行為に起因した可能性がある死亡、予期できなかつた死亡に対しては、積極的に調査を行っています。こうした検証から、医療事故調査委員会による調査に至った症例は、幸いなことに現在までありません。

H30年度は前任の重田科長の発案で、患者自身の内服間違いに対する対策を開始いたしました。その結果は令和元年10月の第68回日本農村医に学会学術総会に重田科長が報告する予定です。

患者対応審議部会

8名のメンバーと当該者で構成され、暴言、セクハラ、無断離院、などの問題行動を起こした患者への病院全体としての対応を検討しています。対応としては注意から病院への立入禁止までの段階がありますが、H30年度は2名に立入禁止勧告を行いました。

院内感染対策委員会

(委員長 天野 尋暢)

事務局 棒 田 静 香

院内感染対策委員会は、平成30年度に消化器外科 天野尋暢医師を委員長として、新たな船出となりました。また、同年より、診療報酬改定に伴い抗菌薬適正使用支援チーム：AST（Antimicrobial Stewardship Team）を設置することとなり、呼吸器内科 鈴木朋子医師をリーダーとして始動しました。

○AST（抗菌薬適正使用支援チーム）

ASTの役割は、感染症の治療効果を高め、耐性菌の出現を抑えるために検査や抗菌薬について支援するチームです。メンバーは薬剤師6名、医師3名、臨床検査技師3名、看護師1名で活動を行っています。

○平成30年度 院内感染対策研修会

9月5日（水）

「周術期感染対策」 広島大学病院 感染症科教授 大毛 宏喜

11月7日（水）

『敗血症と血液培養検査の重要性について』 ビオメリュー・ジャパン(株) 藤吉 章雄

『血液培養結果を抗菌薬選択に活かすには！』 当院 感染制御認定薬剤師 藤本 雅宣

合計参加者数：404人

○地域連携

感染防止対策合同カンファレンス（4回／年開催）

〈連携施設〉

みつぎ総合病院，府中市民病院，公立世羅中央病院

感染防止対策地域連携加算相互ラウンド（1回／年）

〈連携施設〉

尾道市立市民病院，三原赤十字病院，興生総合病院，安田病院

近年，麻疹・風疹が市中を騒がせており，今後，更に問題となることが予測されます。

当院は地域基幹病院，地域救命センターなどの役割を担っていることから，これらの感染症対応も余儀なくされます。

今後も患者・家族だけでなく，全てのスタッフの安全を守れるよう活動していきます。

輸血療法委員会

(委員長 山木 実)

委員 細 谷 勝 己

輸血はヒト由来の血液または血液成分で補う治療法です。輸血で補うことができる成分は主に赤血球・血漿成分および凝固因子・血小板です。医療にとって不可欠ではありますが，一定のリスクを伴うことから安全かつ適正に使用する必要があります。

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。

2018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

2018年に使用した血液製剤は，赤血球液（以後 RBC）3311単位（前年3391単位），新鮮凍結血漿（以後 FFP）1312単位（前年1380単位），濃厚血小板（以後 PC）1690単位（前年2300単位），自己血14単位（前年27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0.40（昨年0.41基準値0.54未満）でした。RBC，FFP，PC，自己血，すべての製剤において前年使用数を下回りました。

廃棄血は RBC36単位（前年38単位），FFP46単位（前年40単位），PC30単位（前年90単位），自己血25単位（前年52単位）で，廃棄率はそれぞれ RBC1.08%（前年1.11%），FFP3.39%（前年2.81%），PC1.74%（前年3.77%），自己血64.1%（前年66.7%）であり，廃棄製剤の合計金額は970,669円となりました。RBC，FFPともに使用単位数が減少しましたが RBC の廃棄率は低下し，FFP の廃棄率は上昇していました。PC は使用数も廃棄率も低下していました。

先生方のご協力により RBC と PC は廃棄率が減少していますが，全体としては昨年に引き続き廃棄率が高い傾向にあります。血液製剤は善意によって献血された大変貴重なものです。そのため血液製剤の適正使用を引き続きよろしくお願い致します。

2. 輸血副作用報告

輸血副作用の報告の主なものは発熱13件, 蕁麻疹7件, 血圧低下7件, かゆみ5件, 皮疹3件, 嘔吐2件, 頻脈2件, 悪寒1件でその他・不明を含め計46件でした。

2018年の報告回収率は年間を通じ100%となりました。今後ともご協力をお願い致します。

3. 協議事項

- 広島県合同輸血療法委員会共同研究について

「FFPの使用状況と予後の検証」の依頼があり共同研究に参加しました。2019年5月の日本輸血・細胞治療学会で発表され, 今年度は昨年度行われた症例のなかから大量輸血に当てはまる症例についての追加研究が行われる予定です。

- 輸血同意書の運用基準の追加

「急変などで患者が署名できない場合は, 説明時同席者(代理人)署名で有効とする」を追加しました。

- 輸血前検査の実施

病院の機能評価において指摘のあった輸血前後の感染症の検査について初回の輸血前に関しては全例検査を行うことになりました。

4. その他事項

- 輸血の副作用が出た製剤に関しては血液センターへ製剤を提出することもありますので輸血セットをつけたまま清潔に製剤を返却していただきますようご協力をお願いします。

臨床検査適正化委員会

(委員長 平野 巨通)

事務局 細 谷 勝 己

平成29年6月14日に医療法等の一部を改正する法律(平成29年法律第57号)が公布され, 医療法(昭和23年法律第205号)と臨床検査技師等の関する法律(昭和33年法律第76号)が平成30年12月1日に改正されました。

この法律では検体検査業務を行う医療機関や検体検査業務を医療機関から受託して行う衛生検査所等における精度管理の基準が明確化され, 医療技術の進歩に合わせて検体検査の分類を柔軟に見直すため厚生労働省令で定めることが規定されています。

検体検査の精度確保では, 精度管理責任者の設置(医師または臨床検査技師), 各種標準作業書, 各種作業日誌(試薬管理台帳・検査機器保守管理作業日誌・測定作業日誌・統計学的精度管理台帳・外部精度管理台帳)とともに内部精度管理の実施, 外部精度管理の受検, 適切な研修の実施が義務付けられました。

標準作業書は項目ごとに作成が必要で院内項目だけでも膨大な量になり, また試薬管理台帳, 精度管理台帳, 日常作業日誌と非常に業務が多くなりますが, スタッフ一丸となって対応したいと思います。

平成30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227点/227満点, 日本医師会サーベイで576点/590満点, 広島県医師会では, 112点/113満点と良好な成績でした。

広島県医師会サーベイの生理検査部門(腹部超音波検査:設問7)で1問だけD評価となりました。

問題の受け取り方により回答が複数発生する設問でありスタッフ間でも意見が分かれました。包括的な選択枝を回答としましたがD評価となったため今後は慎重に回答を考えたいと思います。

早朝緊急検査は非常に多い状態が続いています。多い日は生化学、CBCが各60件を超え、その他にも検尿、凝固、輸血の検査が出されると電話にも出られないほど忙しい状況になります。また、検査機器の中で検体渋滞が起こり、本来の緊急検査が遅れる事例も発生しています。検査機器の処理能力もあり早朝検査は最少限、必要な検体だけ提出いただきますようご協力をお願い致します。

【協議事項】

1. non HDL コレステロールが脂質管理目標値として動脈硬化性疾患予防ガイドラインに導入されたため電子カルテに関連項目があれば表示することとした。
non HDL = 総コレステロール (TC) - HDL-C
2. メタネフリン2分画を画面表示することとした。
3. 検査連絡伝票を追加と削除・中止のチェック欄を間違い防止で離す事とした。
4. PAIgGは血小板数3万/ μ l以下で2本採血が必要になり二度の採血となる。患者負担軽減のため最初から2本採血の案が出たが、検査に不要な採血を行うことに疑義が出たため従来どおりCBCで血小板数を確認した後、必要な採血を実施することとした。
5. GA (グリコアルブミン) の院内検査の要望があり導入した。

(平成30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)	小林 (5A)	井上 (医事課)
	岡野 (小児科)	増田 (5B)	山上 (総務課)
	磯部 (脳外科)	近村 (検査科)	事務局 細谷 (検査科)

「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腓膵癌の一家系例. 広医 65(7): 532-538, 2012.

2) Grines CL, Browne KF, et al: A comparison of immediate coronary angioplasty with thrombolytic therapy for acute myocardial 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

平原台のポプラ並木もすっかり紅葉して年の瀬も近づいてきました。2019年は5月に改元がおこなわれ、平成から令和へと新しい時代となりました。昨年は7月に起きた西日本豪雨災害により尾道地区も断水が続くなどの多大な影響を受けましたが、今年も西日本には大きな被害がありませんでした。しかし、10月12日に上陸した台風19号により東日本は甚大な被害を受けました。台風に伴う大雨により広い範囲で河川が氾濫するなどして被害が拡大しました。長野県の千曲川の氾濫により水没した北陸新幹線10編成120車両の光景は象徴的でした。数十年に一度といわれる災害が毎年のように起きています。自然の猛威に逆らうことはできませんが、普段から災害に備えをしておくことが大変重要だと思い知らされました。

昨年セリーグ3連覇を達成した広島カープは、丸選手の巨人への移籍や新井選手の引退による影響は大きかったようで、開幕ダッシュに失敗し終わってみれば4位、Bクラスという結果で、緒方監督は今季限りでユニホームを脱ぐことになりました。来シーズンは佐々岡監督が後任で指揮を執ります。緒方監督、本当にありがとうございました。

最後になりますが、投稿していただきました皆様にこの場を借りて御礼申し上げます。厚生連尾道総合病院医報はISSNに登録されています。これからも皆様からの寄稿をお待ちしております。特に若手の先生方の登竜門として、この雑誌を活用して頂ければ幸いです。学会発表のみで終わらせず、ぜひ論文を作成してください。

この手で、 未来を。

感じる 描く 動かす
創る 育てる 届ける
そして 抱きしめる

健康で長生きできる未来を
病とその不安を乗り越える未来を
理想のその先にある未来を

一人ひとりの手で
みんなの手で
希望を信じるこの手で



田辺三菱製薬のシンボルマークは手のひらをモチーフにしています。

www.mt-pharma.co.jp

ADPKD (多発性嚢胞腎) 患者さんの願い、医師の想い、 そして病気の理解に役立つ情報が詰まっています

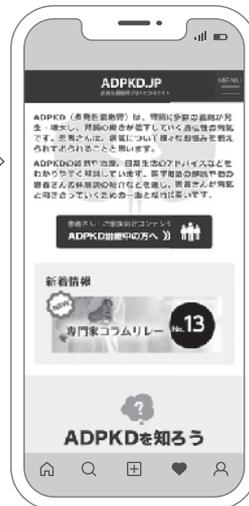
多発性嚢胞腎がよくわかるサイト 「ADPKD.JP」と検索してください。 ADPKD.JP [検索](#)

ADPKD.JP

? ADPKDを知ろう

 <p>ADPKD基礎知識</p>	 <p>詳しくわかるADPKD事典</p>
 <p>専門家コラムリレー</p>	 <p>わたしのADPKD体験談</p>
 <p>ADPKDと遺伝のお話 遺伝カウンセリング</p>	

ADPKD:常染色体優性多発性嚢胞腎



腎臓のいろいろ

 <p>腎臓のいろいろ</p>	 <p>腎臓のいろいろ</p>
 <p>腎臓のいろいろ</p>	 <p>腎臓のいろいろ</p>

お役立ち情報

 <p>ADPKD治療を受けられる施設</p>	 <p>難病医療費助成制度</p>
 <p>よくある質問・お問い合わせ</p>	 <p>多発性嚢胞腎に関する患者会のご紹介</p>



経口腸管洗浄剤 処方箋医薬品^{注)} 薬価基準収載

ピコプレップ[®] 配合内用剤

PICOPREP[®] Combination Powder

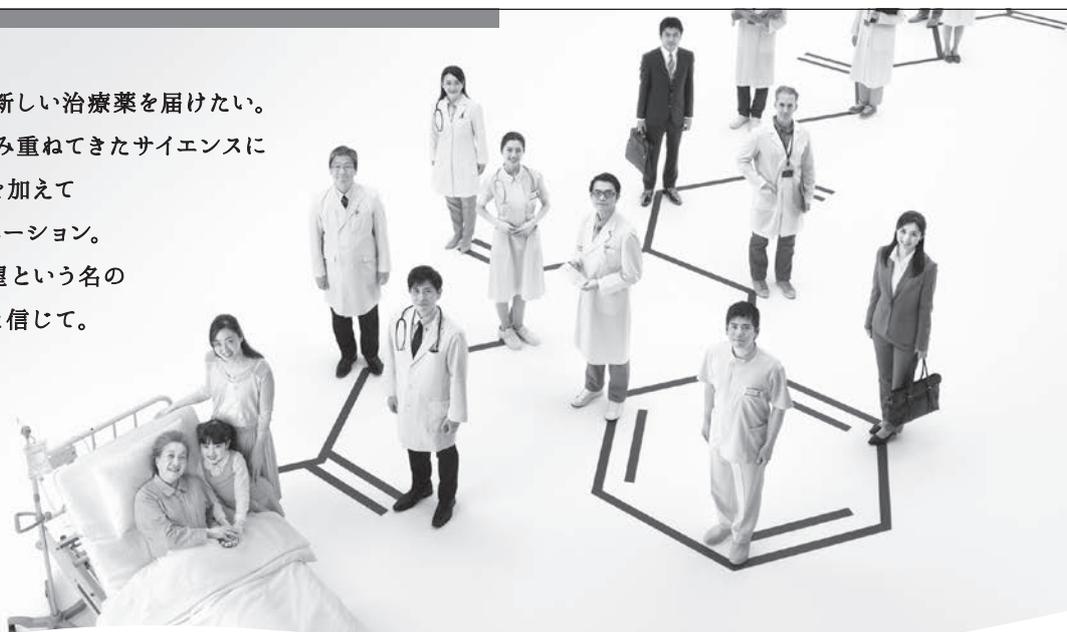
注) 注意 - 医師等の処方箋により使用すること

効能又は効果、用法及び用量、警告、禁忌を含む使用上の注意等につきましては、添付文書をご参照ください。

製造販売元(輸入) [資料請求先]
日本ケミファ株式会社
 東京都千代田区岩本町2丁目2-3

2019-4

がんや血栓の新しい治療薬を届けたい。
 第一三共が積み重ねてきたサイエンスに
 新しい切り口を加えて
 生まれるイノベーション。
 その先に、希望という名の
 ゴールがあると信じて。



イノベーションに情熱を。
 ひとに思いやりを。



Daiichi-Sankyo

第一三共株式会社

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。

明日は変えられる。



アステラス製薬株式会社

www.astellas.com/jp/



Better Health, Brighter Future

タケダから、世界中の人々へ。より健やかで輝かしい明日を。

一人でも多くの人に、かけがえ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。

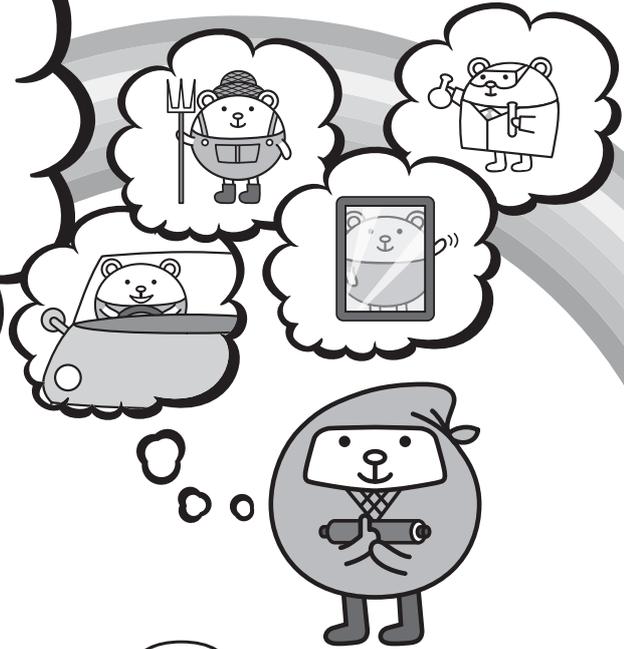
私たちは今、世界のさまざまな国や地域で、予防から支援活動にわたる多様な医療ニーズと向き合っています。その一つひとつにこたえていくことが、私たちの新たな使命。よりよい医薬品を待ち望んでいる人々に、少しでも早くお届けする。それが、いつまでも変わらない私たちの信念。

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
www.takeda.com/jp



明日の しあわせに 化ける術。



人知れずこっそり、世界中の“すきま”に潜んでいる。火薬の力を使って瞬時にエアバッグを膨らませたり、電子機器の半導体に使われる樹脂をつくったり、また、人々の健康を守る抗がん剤などの医薬品や食料の安定供給に欠かせない農薬を提供していたり。私たちは、技術をしあわせに化けさせる会社です。平成から次の時代へ。すきまから世界へ。これからの暮らしになくてはならない価値を、次々と発想します。



世界的すきま発想。

日本化薬

東和薬品は、ジェネリックに **+α** の価値を。

+α 飲みやすい
独自の「RACTAB技術」で水なしでも飲みやすく、扱いやすい硬さを実現。

OD錠 普通錠

ここが +α!
工夫がいっぱい!

+α ニガくない
「マスキング技術」でニガみをコーティングし、お薬が苦手な方にも飲みやすく。

+α 見分けやすい
分割しても何のお薬か見分けやすい錠剤や、飲み間違いを防ぐパッケージを採用。

胃液を抑えるお薬
薬効マーク

+α 原薬からのこだわり
お薬の効き目のもととなる原薬からこだわり、製品を安定的にお届け。

+α 高い品質
光・熱・湿気による影響を抑えて品質を保持するなど、製品品質を高める研究を実施。



「せっかく後から出すのだから、もっといいお薬を目指したい。」

東和薬品は、その思いを大切に、新薬と同じ効き目であることはもちろん、

飲みやすさや見分けやすさ、品質にいたるまで、お薬に“+α”の価値を追求しています。

お薬に関わるすべての方に“もっとやさしく、もっと思いやりのあるお薬”をお届けするために。

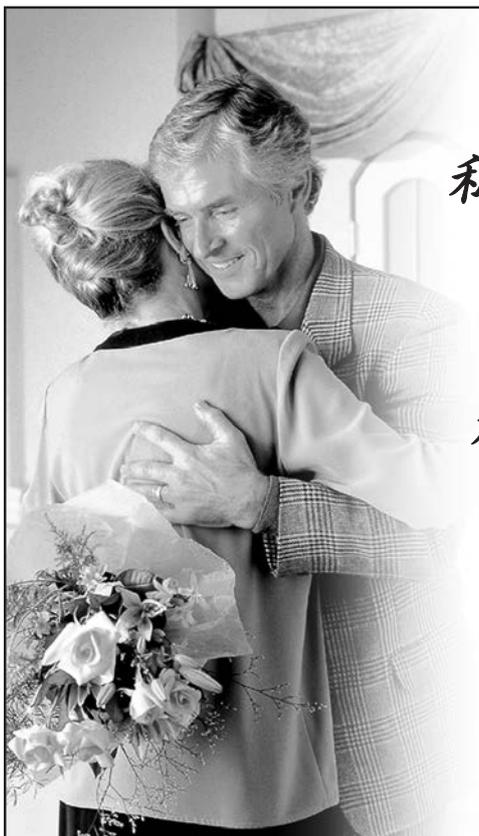
最先端の技術や独自の視点で、ジェネリック医薬品の研究や開発に取り組んでいます。

お医者さんや薬剤師さんに相談してみませんか。あなたに合ったお薬のこと。

くすりのあしたを考える。



東和薬品



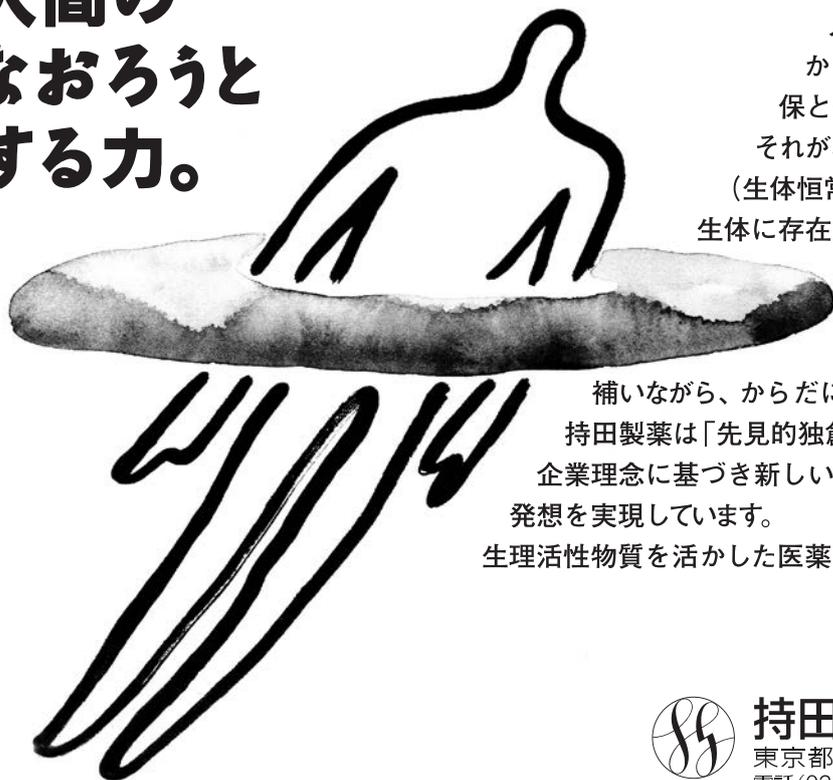
私たちは人びとの健康を高め
満ち足りた笑顔あふれる
社会づくりに貢献します。



大鵬薬品

<https://www.taiho.co.jp>

人間の
なおろうと
する力。



人間にはもともと、
からだの状態を一定に
保とうとする能力があります。
それがホメオスタシス
(生体恒常性)。

生体に存在する生理活性物質から
精製してつくられる
医薬品は、人間の
ホメオスタシスの力を

補いながら、からだに無理なく働きかけます。

持田製薬は「先見的独創と研究」という
企業理念に基づき新しい医薬品の
発想を実現しています。

生理活性物質を活かした医薬品もそのひとつです。



持田製薬株式会社

東京都新宿区四谷1丁目7番地
電話(03)3358-7211(代) 〒160-8515

「健康」と「幸せ」を すべての人に届けたい

こころからの笑顔と幸せな未来。
確かな安心を健康というカタチにして
世界へ届けたい。



H A P P I N E S S F O R L I F E



興和株式会社
興和創薬株式会社

東京都中央区日本橋本町三丁目4番14号

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