済生会滋賀県病院医学誌

第 25 巻

2015-2016

關済生会滋賀県病院

目 次

巻	頭言	
	2016(平成28年)の病院医学誌の発行に当たり	L
	院長 三木 恒治	
	励論文賞	
	第1回 奨励論文賞)
_	-11-	
原		
	大型肝細胞癌に対する球状塞栓物質を用いた肝動脈化学塞栓療法の治療成績	3
	增田 陽子, 三浦 寛司, 辻 悠佑, 西村 岳, 勝盛 哲也	
	搬送される自殺未遂・自傷行為者への介入の現状と効果)
	木村 里美,中村 隆志,塩見 直人,村井 綾,石井 啓介	
	重症低血糖をきたした高齢者2型糖尿病患者の予後を左右する因子は何か:	
	多病,多剤併用,生活機能障害の影響1	2
	中村 隆志,福家 智也,稲本 望	
	滋賀県における大阪府ドクターヘリ出動事案の検討1	9
	塩見 直人,平泉 志保,加藤 文崇,岡田美知子,野澤 正寛,越後 整	
	一般市中病院におけるFLSプログラムの有用性についての検討2	4
	増山 守	
	滋賀県における小児重症外傷患者の診療体制の実態調査2	8
	野澤 正寛, 塩見 直人	
ļ	膀胱留置カテーテルによる膀胱穿孔の1例3	4
	安田 剛士, 佐野 太一, 荒木 博孝	
	済生会滋賀県病院における乳がん検診の現状3	8
	弥永 彩有, 髙橋 悠, 鰐部亜砂子, 松井 正幸	
	患者参加型カンファレンス導入による自立支援に向けた関わり4	1
	安田 直生,河津 和樹,藤原 美里	
<u>ب</u>	(A) 土 (A)	
	例報告	
	当院で経験した肺原発悪性リンパ腫の一例	5
	加藤 寿一, 馬場 正道, 加藤 元一, 上林 悦子, 前田 賢矢, 橋向 圭介	
	元中 惠,大濱 愛,長谷川健二,西野 俊博,植田 正己,松井 清明	
	坂田 専蔵, 橋倉 博樹, 勝盛 哲也, 増山 守, 福田賢一郎, 新木 真一	
,	右室心尖部に血栓形成をきたした不整脈源性右室心筋症の1例5	3
	古谷 善澄,三浦 和,大本 和由,西村 康司,畑 久勝,松井 清明	
	伏村 洋平,中村 隆志	
	急性期病院における院内デイケアの導入による効果	8
	木下龍一郎,西 愛美,西山 弥生,高山 琴音,北川留美子,中井 美和	
;	動脈塞栓術により救命し得た胃十二指腸動脈瘤十二指腸穿破の1例6	2
	安田 剛士,片山 政伸,江口 大樹,竹田 善哉,伏木 邦博,小野澤由里子	
	田中 基夫, 重松 忠, 勝盛 哲也	

院内CPC一覧 2015年済生会滋賀県病院CPC一覧······69
2014年済生会滋賀県病院CPC一覧
病理解剖記録
2014年病理解剖記録71
済生会学会
第68回 済生会学会抄録 (平成27年度)72
第67回 済生会学会抄録(平成26年度) 80
院内学術集談会
第34回 済生会滋賀県病院学術集談会 (平成27年度)86
第33回 済生会滋賀県病院学術集談会 (平成26年度)93
TQMシンポジウム
第 6 回 TQMシンポジウム······99
学術業績
論文(著書)発表業績(2015年1月~2015年12月)100
(2014年1月~2014年12月) ······105
学 会 発 表 業 績 (2015年1月~2015年12月)107
(2014年1月~2014年12月)124
投稿規定,投稿細則,プライバシー保護に関する指針
済生会滋賀県病院誌投稿規定134
投稿細則135
「症例報告を含む医学論文及び学会研究会発表における
患者プライバシー保護に関する指針」136
患者の病理検体 (生検・細胞診・手術標本) の取扱い指針137





2016(平成28年)の 病院医学誌の発行に当たり

済生会滋賀県病院 院長 三木 恒治

済生会滋賀県病院医学誌第25巻を発行するにあたり、 一言ご挨拶を述べさせていただきます.まず第25巻の発 行が大幅に遅れましたことをお詫びいたします. 今まで は2年遅れの業績集となっていましたので、新たに内容 を刷新し、今回は業績も2014-15年度とし、来年度から は1年遅れで業績集も出せるよう改訂いたしました。本 巻では2014-2015年度の論文として、13編の原著と看護 研究を掲載いたしました. 本院における診療のさらなる レベルアップに向けて、糖尿病の予後因子解析や肝動脈 化学塞栓療法の治療成績, 救急医療の現状解析, 症例報 告、自立支援に向けた看護研究等々、内容は多岐にわた ります. まだまだ未熟な部分も多々ございますが、さら に内容の充実した医学誌にしたいと考えておりますので, ご一読いただき,ご意見,ご教示等いただけましたら幸 甚に存じます.



第1回

奨 励 論 文 賞

編集委員長 勝盛 哲也

済生会滋賀県病院学術図書委員会では、本年度より奨励論文賞を制定し、本年度投稿された10論文について選考した結果、第1回奨励論文賞を下記のとおり決定致しました。受賞者には賞状と副賞が贈られます。

記

『大型肝細胞癌に対する球状塞栓物質を用いた肝動脈化学塞栓療法の治療成績』

済生会滋賀県病院雑誌 2016;25:3-8

放射線科

增田 陽子, 三浦 寛司, 辻 悠佑, 西村 岳, 勝盛 哲也

『搬送される自殺未遂・自傷行為者への介入の現状と効果』

済生会滋賀県病院雑誌 2016;25:9-11

1)看護部,2)院長代行,3)救急集中治療科,4)救急看護認定看護師,5)社会福祉事業課 木村 里美¹⁾,中村 隆志²⁾,塩見 直人³⁾,村井 綾⁴⁾,石井 啓介⁵⁾

奨励論文賞表彰式は2017年3月の学術集団会で行います。



大型肝細胞癌に対する球状塞栓物質を用いた 肝動脈化学塞栓療法の治療成績

済生会滋賀県病院 放射線科

增 田 陽 子, 三 浦 寛 司, 辻 悠 佑, 西 村 岳, 勝 盛 哲 也

論文受付 2016年 6 月30日 論文受理 2016年 9 月12日

背 景

肝動脈化学塞栓療法(TACE)は、切除不能肝細胞癌(HCC)に対する治療法として広く行われている¹⁾. 従来本邦では、リピオドールとゼラチンスポンジを用いたLip-TACEが行われていた²⁾. 欧米では球状塞栓物質を用いたTACE(DEB-TACE)が主流であったが、2014年初頭に本邦でも球状塞栓物質であるDCBead[®], Embosphere[®], HepasphereTMの3剤が保険承認、発売となり、DEB-TACEもHCCの治療の選択枝となった。

球状塞栓物質とは、数百µm単位に調整された 粒子径の小さな球状の合成樹脂性の塞栓物質で、 粒子同士が凝集しにくく粒子サイズとほぼ同じ径 の血管まで到達し、塞栓できるという性質がある。 サイズ径のそろった製剤がそれぞれ発売されており、塞栓するポイントを球状塞栓物質のサイズで 調節することができため、それより末梢の毛細血 管網や、中枢の太いレベルの血管を温存することが できる。そのため理論的には正常組織へのダメー ジは少なくなると考えられる。また、DCBeadと Hepasphere の2剤はそれぞれ抗癌剤を含浸させ ることができる。腫瘍内や近傍にとどまった球状 塞栓物質から徐放性に薬剤が遊離することにより、薬剤濃度を長く高い状態を維持することができ、治療効果の向上が期待される。

一方,油性造影剤であるリピオドールに抗癌剤 を混和して動注する Lip-TACE では,リピオドー ルが腫瘍にとどまるのみならず,HCC の drainage veinである近傍の門脈域まで達することができる. さらに一次塞栓物質であるゼラチンスポンジで栄養血管を塞栓することで,動脈門脈同時塞栓の効果が得られるとされ,局所の治療成績は高い.特に近年,画像診断モダリティーの発達とともに,術中にCT angiographyを撮影して栄養血管を詳細に同定し,腫瘍の栄養血管の亜亜区域枝より末梢までマイクロカテーテルをすすめて治療を行う,ultraselective TACEの高い治療効果が注目されており,本邦では球状塞栓物質導入以降もTACEの中心を担っている.

DEB-TACEとLip-TACEとの治療効果についてランダム化比較試験が行われてきたが、現在のところ治療効果(tumor response^{3,4)}および2年生存率⁴⁾)に有意差は示されていない。DEB-TACEは進行癌や肝機能不良例に対してLip-TACEよりも優れているという傾向は報告されている^{5,6,7)}。特に大型HCCの場合、Lip-TACEでは、腫瘍崩壊症候群や塞栓後症候群のリスクが考慮され、大量のリピオドールを使用することは困難であり、しばしば二期的な治療を必要とする⁸⁾。

本稿では、大型 HCC に対して球状塞栓物質を用いたTACEの有効性と安全性について検討したので報告する.

方 法

2014年 3 月から2015年 7 月の間, 当院にて最大 腫瘍径が 4 cm以上の大型 HCC に対して球状塞栓 物質を用いて初回TACEを施行した 7 症例を対象とした. 年齢中央値は76歳 (73-80歳), 男性 5 例, 女性 2 例, HCV/NBNC 1/6例, 最大腫瘍径中央値は60mm (40-85mm), Stage は II/III/IVA 2/4/1例. 抗癌剤を含浸させた球状塞栓物質を用いた DEB-TACE (n=6) は50mgエピルビシンをDCBead 100-300 μ m 1Vに含浸 (DEBDOX) させて注入した. 腫瘍濃染が残存すれば, サイズの大きい球状塞栓物質で追加塞栓を行った. 抗癌剤を用いない Bland TAE (n=1) は Embosphere $100-300\mu$ mで注入を開始し, 腫瘍濃染が残存すればサイズの大きい医mbosphereに変更した. Vascular lakeが残存した場合はサイズの大きい球状塞栓物質もしくは 1 mm角のジェルパートを使用し塞栓した.

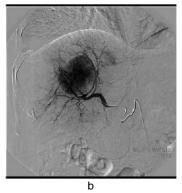
短期治療効果判定は1ヶ月後以降にダイナミックCTもしくはダイナミックMRI撮像し、mRECISTを用い評価をおこなった。viable lesionの定義については、結節状の早期濃染については残存とし、周囲のリング状の濃染についてはCRとした。他の検討項目としては、合併症や塞栓後症候群として、TACE後の疼痛や発熱、嘔気嘔吐、肝酵素(AST、ALT)、T-Bil、CRPの上昇をCTCAE ver.4を用いて評価した。初回TACE後の治療効果判定でCR以外と診断された症例に関しては、残存腫瘍の位置に関して、肝表側と肝門側に分けてその分布を

評価した. また必要とした追加治療や, その治療効果についても評価した.

結 果

技術的成功率は、100% (7/7) であった、全例で 追加塞栓を要し、使用した塞栓物質量はDEB-TACE ではDEBDOXの量は平均0.79Vで追加塞栓に使用 した球状塞栓物質の量は平均1.3Vであった. Vascular lakeは3例で出現し、1例はサイズの大き いDCBead を追加し、2例はジェルパートを追加 塞栓に用いて消失するまで塞栓した. Bland TAE では使用した Embosphere の量は2.4 V であった. 1ヶ月後の治療後評価は、CRは1症例(図1)で、 PR は 6 症例であった (表 1). PR 症例の縮小率は 平均70%であった. 塞栓後症候群については、grade Ⅲの肝機能の上昇や38度以上の発熱を認めたもの もあったが、いずれも一過性であった(表2). 嘔 気嘔吐はごく軽度にとどまり (表3), 重篤な合 併症は認めなかった. PR 症例での残存腫瘍は肝 門側にみられることが多く, 腫瘍の末梢側の良好 な治療効果に比べて, 中枢側の治療効果が不十分 となった(表1). 追加治療は5症例で行われた. 1 例は再度 DC Bead を用いた DEB-TACE を施行 されたが SD であったため、放射線治療が施行さ





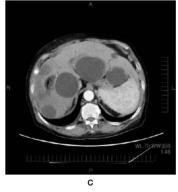


図1 DEB-TACEでCRとなった症例

73歳女性のC型肝硬変で通院中,造影CTにてS8に44mmの初発HCCと,腹側に27mm大の娘結節を認めた(図1a). DC Bead を用いた DEB-TACE を施行した(図1b). 治療後,軽度の心窩部痛と grade IIIの一過性の肝酵素の上昇を認めたのみで,ほか重篤な副反応は認められなかった。1ヶ月後の造影 CT では腫瘍は縮小し, viability を疑う造影効果は娘結節も含め認められなかった(図1c).

表 1 Outcomes of DEB TACE

mRESIST (n-7)	CR	1 (14%)
	PR	6 (86%)
残存腫瘍の位置(n-6)	肝門側	5 (83%)
	肝表側	1 (17%)
追加治療(n-5)	DC Bead	1(20%)
	B-TACE	4 (80%)

表 2 Liver enzyme elevation after DEB TACE

	CTCAE geade				
	Value, mean (range)	Ι	II	${\rm I\hspace{1em}I}$	
AST (IU/L)	$163 \pm 53.6 (67 - 279)$	2(29%)	3 (43%)	2(29%)	
ALT (IU/L) T-Bil (mg/dl)	$201 \pm 130 (89 - 436)$ 1. $14 \pm 0.39 (0.67 - 2.51)$	1 (14%) 4 (57%)	3 (43%) 2 (29%)	3 (43%) 0 (%)	

表 3 DEB TACE後の塞栓後症候群と炎症反応

腹痛	4 (57%)
嘔気/嘔吐	3 (43%)
Fever up > 38 °C	5 (71%)
CRP	$9.98 \pm 4.15 (0.852 - 13.85)$

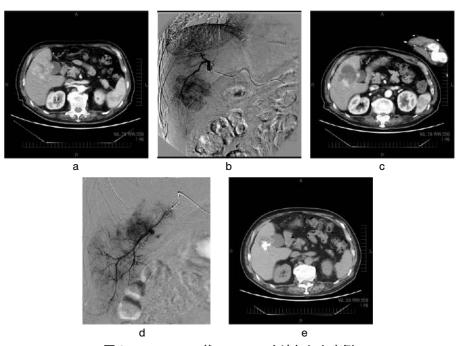


図 2 DEB-TACE後Lip-TACEを追加した症例

78歳男性,ダイナミック CT で S5 に54㎜大の HCC を指摘された(図 2 a). DC Bead を用いた DEB-TACE を施行したが (図 2 b), 近位から分岐する栄養血管の腫瘍濃染は残存した (図 2 c). 球状塞栓物質では治療効果不十分となる事が危惧されたため 2 ヶ月後にLip-TACE を施行した (図 2 d). 4 , 7 ヶ月後にLip-TACE をさらに追加し, viable lesion は消失した (図 2 e).

れた. 4 症例ではLip-TACE (バルーンを使用した B-TACE も含む) が追加され、良好なリピオドールの貯留が得られた(図 2).

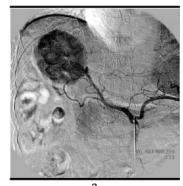
考 察

治療対象とした HCC は比較的サイズが大きいものであったが、腹痛の程度や持続時間、ASTやALT の上昇など肝酵素の乱れはいずれも軽度で、重篤な塞栓後症候群などの合併症はきたさず、DEBTACE の塞栓後症候群はLip-TACEに比較して軽度であるという見解に一致するものであった。球状塞栓物質は腫瘍内と近傍の血管のみを塞栓できるため、塞栓後症候群や術後の肝障害をきたしにくいためと考えられる。Lip-TACE では塞栓後症候群のリスクのためしばしば治療に難渋していた大型のHCCの治療としてDEB-TACEが選択しやすい可能性があると考えられた。

ただし、残存腫瘍を認めることが多く一回の治療で根治させる事はむつかしいため複数回のセッションが必要である。今回の検討では、残存腫瘍は肝門側に認めることが多かった。この原因は球状塞栓物質の分布の不均一性にあると考えられる。球状塞栓物質はフリーフロー下で流れにのせて注入することが推奨されており、分布は血流に依存するため不均一な分布により治療効果に差が出る

ためと考えられ、特に腫瘍の肝門側の栄養血管は中枢から分岐する細い枝であることが多いので、腫瘍の残存が認められやすかった。このような栄養血管をカテーテルで選択し、塞栓物質を注入しようとしても、血管が細くカテーテルが楔入して血流が低下してしまい、近位塞栓となり塞栓効果が不十分となり、さらに球状塞栓物質の逆流を来し、non-target embolization を来す⁹⁾恐れがある。これは球状塞栓物質の性質上避けがたい現象であると考える。

残存腫瘍に対する治療としては、Lip-TACE が 有用であった. リピオドールは粘度の高い液体で あるため、カテーテルからHCCの血管床まで充満 する状態にすることができ、腫瘍の栄養血管が細 い場合でも圧入することができる. また中枢から 分岐する細い枝が栄養血管であった時など, バリ エーションとしてB-TACEを組み合わせることも できる. B-TACE はバルーン閉塞により肝動脈圧 が一時的に低下することで10), 門脈血により代償 的に血流が増加する正常肝に対し、動脈のみに栄 養されている腫瘍は、相対的にリピオドールの流 入が亢進するという,近年注目を集めている Lip-TACE の方法である. 球状塞栓物質で腫瘍を減量 しておけば、Lip-TACE は安全に施行する事が可 能であり、さらに異なる機序の治療を組み合わせ ることで、相乗効果が期待できると考える.



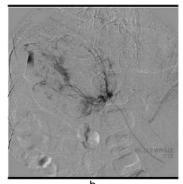


図 3 DEB-TACEによるvascular lakeの症例

74歳男性. S8に85mmの HCC を認めた. DEB-TACE を施行したが, DEBDOX 1 v では腫瘍濃染は消失せずに DCBead 300-500μm 1 v で追加塞栓を行った. 確認の造影でvascular lakeが出現したため, DCBead 500-700μm に変更し最終的に 2 v を注入し, vascular lake は消失した.

今後の検討課題としては、初回治療の目標とし て1期的な治療とするか、または追加治療を前提 とした分割治療を検討するかなど、最適な治療の スケジュールを検討していく必要がある. 残存腫 瘍に対する治療間隔についても,一定期間後に行 う scheduled が良いのか、増大傾向がみられたと きに行うon demandが良いのかなどコンセンサス は得られておらず検討の必要がある. また、大型 の HCC に対する塞栓の場合、塞栓物質の量が多 くなる傾向がある. 多量の塞栓物質を使用すると 重篤な肝膿瘍を起こしたという報告11)もあるため 配慮が必要である. また、治療中にvascular lakeと いう腫瘍内の造影剤の pooling が出現することが 多い¹²⁾. vasucular lake を放置すると、遅延性の 腫瘍出血/破裂の可能性があるとされており、塞 栓することが推奨されている13). 今回の検討では vascular lake は全例で塞栓したが、球状塞栓物質 を用いたものではサイズの大きいものを使用して も消失させるには大量の塞栓物質が必要であった. ゼラチンスポンジ細片を用いた症例では比較的容 易に消失させる事ができるが、追加寒栓の方法に ついては検討が必要である(図3).

結 語

大型HCCに対して初回治療として球状塞栓物質を用いたTACEを行い、高い治療効果と塞栓後症候群など合併症の軽減を得ることができた.中枢側の腫瘍残存が認められやすいため、追加治療としてLip-TACEを行う事で、双方の治療の長所を併せたハイブリッドな効果が期待される.

本研究は,第75回日本医学放射線学会総会(2016年4月14-17日,横浜)で発表した.

文 献

- 日本肝臓学会:肝癌診療マニュアル第2版, 医学書院,2010.
- 2) Takayasu K, etal: Liver Cancer Study Group

- of Japan: Prospective cohort study of transarterial chemoembolization for unresectable hepatocellular carcinoma in 8510 patients. Gastroenterology 2006; 131: 461-469.
- Lammer J, Malagari K, Burrel M, etal: Prospective randomized study of doxorubicin pharmacyetics. J Hepatol 2007; 46: 474-481.
- 4) Golfieri R, Giampalma E, Renzulli M, etal: Randomised controlled trial of doxorubicineluting beads vs conventional chemoembolization for hepatocellular carcinoma. Br J Cancer 2014; 111: 255-264.
- 5) Liapi E, etal: Drug-eluting particles for interventional pharmacology. Tech Vasc Interventional Rad 2007; 10: 261-269.
- 6) Lammer J, etal: Prospective randomized study of doxorubicin-eluting-bead embolization in the treatment of hepatocellular carcinoma: results of the PRECISION V study. Cardiovasc Intervent Radiol 2010; 33: 41-52.
- Golfieri R, etal: Randomized controlled trial of doxorubicin-eluting beads vs conventional chemoembolization for hepatocellular carcinoma. Br J Cancer 2014; 111: 255-264.
- 8) 原田和歌子ら:シスプラチンを脂溶した肝動脈化学塞栓療法により良好な治療効果を得られている大型肝細胞癌の1例.日消誌 2009; 106:1189-1195.
- 9) Maluccio MA, Covey AM, Porat LB, etal: Transcartheter arterial embolization with only particles for the treatment of unresectable hepatocellular carcinoma. J Vasc Interv Radiol 2008; 19: 862-869.
- 10) Irie T, Kuramochi M, Tkahashi N: Dense accumulateon of lipoid emulsion in hepatocellular carcinoma nodule during selective balloon-occluded transarterial chemoembolization: measurement of balloon-occluded arterial stump pressure. Cardiovasc Intervent Radiol 2013; 36: 706-713.

- 11) Katerina Malagari, Mary Pomoni, Hippocrates Moschouris etal; Chemoembolization With Doxorubicin-Eluting Beads for Unresectable Hepatocellular Carcinoma: Five-Year Survival Analysis, Cardiovasc Intervent Radiol CVIR, 2012; 35; 1119-1128.
- 12) Seki A, Hori S, Kobayashi K, etal: Transcatheter arterial chemoembolization with epirubicin-loaded superabsorbent polymer microspheres for 135 hepatocellular carcinoma patients: single-center experience. Cadiovasc Intervent Radiol 2011; 34: 557-565.
- 13) Seki A, Hori S, Shimono C. Management of vascular lake phenomenon on angiography during chemoembolization with superabsorbent polymer microspheres. Jpn J Radiol 2015; 33: 741-8.



搬送される自殺未遂・自傷行為者への介入の 現状と効果

済生会滋賀県病院

木 村 里 美¹⁾, 中 村 隆 志²⁾, 塩 見 直 人³⁾, 村 井 綾⁴⁾, 石 井 啓 介⁵⁾ 1) 看護部, 2) 院長代行, 3) 救急集中治療科, 4) 救急看護認定看護師, 5) 社会福祉事業課

論文受付 2016年7月22日 論文受理 2016年10月27日

はじめに

わが国の社会的課題である自殺には、複数の危険因子が存在するが自殺未遂の既往は明確な因子であることが先行研究からわかっている。自殺未遂者は自殺者の約10倍以上いる¹⁾と言われているため完遂者の減少のためには未遂者対策が重要なファクターになっている。救急救命センターに搬送される自殺未遂や自傷行為者は自殺に至るハイリスク者²⁾であると捉え、生きるための支援につなぐことは社会貢献あるいは倫理的に必要な介入になるが、過酷な勤務の中、加えて精神科がない当院では、これらの患者への介入方法やつなぐべき精神科や資源の模索を続けてきた経緯がある。

当初、救急センター看護師は自殺未遂直後の患者に対して「どのように話しかけたらいいのか」「状況を聞くことで希死念慮をさらに強化するのではないか」という誤解や、そこに向かい合う時間的な余裕のなさなどによって患者の精神的、心理社会的問題の把握には困難を要していた。しかし、関心の強い救急看護認定看護師や中堅のスタッフと死に傾く患者の特徴や声のかけ方の学習を進めることによって、徐々に危機的介入が可能になってきている。

それが可能になった今,生きるためにつなぐべき資源の見極めやその開発が必要となってきた. 院外連携を検討するため,救急領域のスタッフと精神保健福祉センターの専門職と話し合いをすす め、2014年にようやく湖南圏域在住の患者に対して湖南いのちのサポート事業が始まり外部の専門家による支援体制がとられるようになった。

そこで、ここでは当院に搬送された患者をこの 事業に確実につなぐための院内連携の現状とその 成果について報告し、今後の院内外連携のあり方 に展望を加えたい。

結 果

1. 取り組みの実際

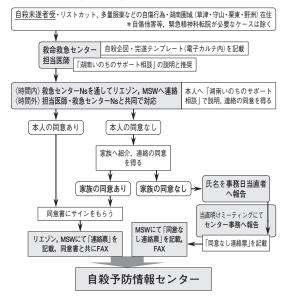
湖南いのちのサポート事業とは県の事業で,目 的は湖南圏域にある救急告知病院を受診した自 殺未遂者やその家族に対して相談支援(ケースマ ネジメント)を行い再企図予防することにある.

従って救急センター受診をした自殺未遂者, 自傷行為者を確実に当事業につなげるために救 急看護認定看護師, PSW を中心に院内連携の システムを構築した(資料1).

どこかだけに負担がかかる方法ではなく多職種が分け持てるようにし、実際に患者に声をかける職種が心理的抵抗を和らげ、しっかり患者に向かい合えるように声のかけ方を具体的に示したプロトコール(資料2)も作成した.

これらを救急部会,看護課長会議で検討後, 医局会や看護部課長会議・係長会議で周知し, 救急領域のスタッフへの協力依頼と周知を行い 2014年8月から開始した.

資料1 院内連携フロー図



資料2 具体的な対応プロトコール

ご本人への介入例

対象:リストカット・OD などの自傷行為患者と自殺未遂者 (○○市在住者)

医師が診察 (テンプレート記入) を行い, 看護師は医師と 共に協働し『いのちのサポート』事業への同意をとる

いのちのサポート』事業への同意をとる 平日日勤帯はMSW・エリゾンが対応可能

- 自殺未遂者・自傷行為の患者に話しかける 「少し気持ちは落ち着きましたか?…何かあったのか よかったら話してもらえませんか?」
- 死にたい気持ち」を尋ねる 「今回のことは『死にたい』と考えてのことですか?」 「死のうとしてやったことなの?|

→支援のための貴重な情報になります

- 上記を尋ねながら気持ちに共感を伝える 「大変だったんですね」「つらかったんですね」「何 とか頑張って来られたんですね」
 - →支援を受け入れやすい素地を作ります
- 4. 支援につなげる:リーフレットを見せながら

「大変なことを解決するため、ここでできることが限られています。今、滋賀県で専門の相談員が一緒に悩みを考えて、生きるためのサポートをしてくれます。相談してみませんか?○○さんのことを相談員にお伝えしてもいいですか?これをきっかけに一緒に考えてもらいましょう」 他、伝えていいこととして「いつでも断ることもできます」「秘密は守られます」「相談員はご自宅にも行って頂けます」

 同意書を見せ同意をとる⇒サインをもらい、BOXへ (本人か家族のどちらでも良い)

「精神保健福祉センターに連絡を入れておきますので、 そちらからまた連絡があると思います!

入院になる場合は当院に相談員が来院 *本人同意がとれない場合すること

家族ヘアプローチ…裏面へ

2. 取り組みから得られた患者の状況

2014年7月から2016年3月に当院に搬送された自殺未遂,自傷行為者は108件(101例)であった. 院内連携によって事業に連携できたケースは57件(55例)であった.

2012年のデータと比較は表1である. 当時は 事業も開始されていなかったため, かかりつけ の精神科医への紹介および, 新規精神科受診先 の開拓や受診への指導, 紹介状の作成を担当し た医師が行っている. リエゾン看護師に依頼が あったケースは精神科受診の緊急度を判断した り, 心理教育や家族支援を行っているが帰宅後 の連携先はかかりつけ, および新規の精神科医 療のみになっていることが多く繋げる資源のバ リエーションは乏しかった.

表 1

	2012年1月 ~2013年8月 (20ケ月)	2014年7月 ~2016年3月 (18ケ月)
年間自殺未遂・ 自傷行為者数	141件 (132例)	108件 (101例)
平均年齢	38.0±17歳	40.0±17歳
女性率	女性63%	女性62%
精神科受診率	56%	63%
再自殺企図・自 傷行為者(2回 以上/年搬送者)	9件8例	いのちのサポート事業 介入群57件(55例)中 2件(2例)非介入群50件(42例)中 9件(4例)

再企図・自傷行為者の件数を介入の有無で比較すると、最長 2 年間の観察において、いのちのサポート事業介入群2/57件 (3.5%)、非介入群9/50件 (18%) であり、介入群で再企図発生件数は少なかった(p=0.0225; Fisher's exact probability test)。しかし症例数での比較においては発生数が少なく有意差は認められない。

考 察

昨年は自殺者数も2万5千人を切り我が国の各地の地道な対策が功を奏してきたのかもしれない。

実際当院の2012年から2013年と2014年から2016年を比較しても症例数および件数の減少がみられる. 従って湖南いのちのサポート事業への連携が直接の因果関係とは言えないが,年内に2回以上繰り返し搬送されていた,いわゆるリピーターの症例数の減少がみられている. これは実際の救急の現場でも実感の声があり,無力感の軽減につながっている. このことは介入の意義を感じさせ継続のモチベーションとなっている.

さらにこれまでは精神科医療につなぐ以外連携のバリエーションがなかった.しかもその連携自体にも時間がかかり効率的ではなかったが,連携先が明確になったことでスタッフの安心や効率性につながった.2014年 ACTION-J³⁾の結果からもケースマネジメントの有効性が明確になっている.実際今回介入をした患者の多くはすでに精神科治療や児童相談所,生活保護課など必要な資源につながっている場合が多かった.その場合この事象を機にケースに合わせて資源を再構成することに意味があるのではないかと考える.

これらの取り組みは、単に事業につなぐということにとどまらず、医療者が死に追い込まれている患者に関心を寄せ温かい声をかけ、話を聴き、その患者が生きるために何が必要なのかを一緒に考えるケアそのものになっていた。特に看護としてはそこに大きな価値があり救急領域における精神看護の質の向上につながっているのではないかと考えている。

今後はこの取り組みを契機に地域の精神科やクリニックとの患者を通して顔の見える連携をさらに発展させ、困難ケースを共に支援していく仕組みや体制の整備が必要になるのではないかと考える。また今手が届いていない家族支援も検討していく必要があると考えている。

参考引用文献

 戸井田真木 他:救急医療従事者の自殺予防 に関する知識と態度,精神医学,2014;56(1): 53-58.

- 2) 自殺総合対策大綱, 内閣府, 2007.
- 3) 川島義高 他:救急医療を起点とするエビデンスに基づく自殺未遂者ケアACTION-J試験の成果と課題,精神医学,2015;57(7)



重症低血糖をきたした高齢者2型糖尿病患者の予後を左右する因子は何か: 多病,多剤併用,生活機能障害の影響

済生会滋賀県病院

中 村 隆 志¹⁾, 福 家 智 也²⁾, 稲 本 望²⁾ 1)救命救急センター, 2)糖尿病センター

キーワード: 低血糖発作, 認知症, 慢性腎臓病, ADL, 2型糖尿病

論文受付 2016年7月20日 論文受理 2016年10月27日

要旨

高齢の糖尿病患者では低血糖の危険性が高いため、認知機能や ADL の評価に基づきヘモグロビン A1c 値 (HbA1c) の管理目標値を緩和することが提唱された。そこで 2 型糖尿病高齢者の管理上の留意点を明らかにするため、2010年 4 月~2012年 3 月の 2 年間に、重症低血糖により搬入された86例(平均75歳)を平均33ヶ月間追跡した。緊急入院または死亡をエンドポイントとし、Cox 比例ハザード回帰法を用いて危険因子を推定した。観察期間中に死亡は20例、死亡と緊急入院を合わせたイベントは54例発生した。死亡のリスクは、男性、併存疾患数、認知症または要介護度 3 以上、CKD ステージ 4 以上の慢性腎臓病であった。常用薬の種類が多いほどイベントのリスクとなり、単独ではスルホニル尿素薬(SU薬)が有意な因子であった。初回の救急受診前の HbA1c はイベント発生と関連がなかった。高齢 2 型糖尿病では重症低血糖既往者の死亡率と緊急入院率は高く、多疾患を合併し、腎機能低下や虚弱で認知機能障害を有する患者に対する多剤併用と SU 薬がそのリスクを高めるため、多面的な対策を要する。

はじめに

高齢者の多病,多剤併用,生活機能障害の管理が 国家的課題となる中,高齢糖尿病患者の増加は著 しく,そのケアは重要な課題である.良好な血糖コ ントロールにより血管合併症を予防することは, 糖尿病診療の目標であるが,厳格な血糖管理プロ トコールが総死亡率を22%増加させた ACCORD 試験¹⁾を転機として,その後の研究で重症低血糖 が高頻度に生じることで脳卒中や心筋梗塞などの 心血管イベントを誘発する可能性が考えられてい る²⁾.一般に高齢者では低血糖を自覚しにくく, 薬剤の自己管理が難しくなる患者が増えることか ら重症低血糖の頻度が高くなる.また最近,低血糖エピソードが認知症発症リスクとなることも示されている³⁾.

2016年5月に日本糖尿病学会と日本老年病学会が合同で、高齢糖尿病患者の重症低血糖を予防するため、認知機能やADLの評価に基づいてヘモグロビンA1c (HbA1c)を指標とした血糖コントロール目標を緩和することを提唱した4.しかし高齢者の低血糖発作はHbA1cが低い患者に生じるとは限らず、HbA1c値の適正化のみで、問題が解決するとは考えにくい。

そこで本研究では、重症低血糖を生じた2型糖 尿病高齢者のコホートを対象に実態を把握すると ともに、その後の予後と対比することで管理上の 留意点を明らかにする.

方 法

1) 対象患者

2010年4月から2012年3月の2年間に意識障 害を伴って救急搬入され、糖尿病治療中の低血 糖と診断された103名 (のべ138回) のうち、1型 7名とその後の受診なく経過が不明であった10 名を除外した86名,年齢は53歳から97歳(平均 75±10歳), 男性46名(54%)を対象とした. 患 者データの収集と処理は済生会滋賀県病院倫理 委員会指針に従った5)、外来通院患者と比較し た年齢階層別の症例数を図1に示す. 研究期間 中の最初の救急受診日を観察開始時点とし、平 成28年5月末まで観察した.調査項目として、 全例で観察開始時の併存疾患, 認知症の有無, 要介護度、常用薬剤、76名でブドウ糖投与前の 緊急血糖測定値, 85名でeGFR値, 60名で観察 開始前2か月以内のHbA1c値が得られた. 転 帰についてはカルテ記録よりすべての死亡の原 因および新たな緊急入院の理由を調べた. 観察 期間は平均980±629日(2~2237日)であった。

2) 統計学的方法

死亡または緊急入院の有無による臨床所見の群間比較には t 検定もしくは χ^2 乗検定を用い,危険率 5 %未満を有意とした。死亡およびイベントの危険因子の推定には,Cox比例ハザード回帰モデルで求めたハザード比 (hazard ratio; HR)を用いた。使用ソフトウェアは SPSS であり,共変量として,年齢,性別,中枢神経疾患の有無,心血管疾患の有無,日本腎臓病学会 CKDステージ分類,認知症または要介護度,治療中の疾患数,インスリン治療の有無,スルホニル尿素薬(sulfonyl urea; SU 薬)内服の有無,常用薬剤の種類数を用いた。

結 果

1)登録時の臨床所見

重症低血糖を発症し救急受診した患者は糖尿病の外来通院患者よりも平均で10歳高齢であった(図1). 救急受診時の血糖値は35±14mg/dL, HbA1c値は6.9%であった. 新しい推奨 HbA1cの下限を下回った患者は43%で,65~75歳では14例中7例(50%),75歳以上では32例中18例(56%)で下回っていた。eGFRの平均は53±24

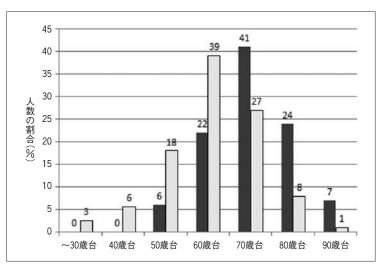


図1 年齢分布. 黒色barが低血糖救急受診者, 白色barが同時期の外来通院患者 低血糖救急患者の平均年齢 (75±10歳) は同時期の当院の糖尿病通院患者1,365名 (65±11歳) より10歳高齢であった (p<0.001).

mL/分/1.7㎡で、45%がCKDステージ 3 以上であった。認知症合併は21例、要介護 3 以上は14 例であった。治療内容はインスリン、経口薬、両者の併用がそれぞれ27,46,27%、SU 薬の処方は51%、常用処方薬剤の種類は 7.8 ± 3.7 種類 $(1\sim16$ 種類)であった。

2) 経過観察中のイベント

死亡以外の緊急入院を要するイベントは49例に、のべ63件発生した(表1).原因は血糖異常が最多で15件、内13件は低血糖であった.第2位が心疾患、第3位が感染症であった.イベント発生時期は30日以内が10例(20%)、42日以内が13例(27%)、1年以内が27例(55%)を占め、イベントまでの期間は平均388日(中央値236日)であった.20例の死亡が発生したが、来院時心肺停止の5例が最多で内3例が誤嚥による窒息であった.次いで感染症、悪性腫瘍、心疾患が各3例であった(表2).低血糖発作中に発症した急性心筋梗塞1例は院内死亡の転帰をとっ

た. 死亡例の年齢は 79 ± 7 歳で,生存例 72 ± 13 歳と比較し有意に高齢であった (p<0.01). 男性 46例中15例 (32.6%),女性40例中 5 例 (12.5%)であり,男性の死亡率が高かった (p<0.001). 死亡までの期間は,30日以内が 2 例 (30%),42 日以内が 3 例 (40%),1 年以内が 9 例 (45%),受診から平均478日 (中央值332日)であった.

経過観察中に死亡または緊急入院が発生したイベント発生群54例とこれらのイベントが発生しなかった32例の臨床像の比較を表3に示す. 年齢, HbA1c値, 緊急血糖測定値に両群で差はなかった. 発生群では観察開始時の腎機能が低値, 要介護3以上の比率, 経口糖尿病薬の処方割合, SU薬の処方割合が高く, 処方薬剤の種類が有意に多かった.

3) リスク因子の影響

Cox 比例ハザード回帰法を用いた死亡リスクの解析では年齢 (HR=2.06, CI;1.08-3.93; p<0.028), 男性 (HR=3.98, CI;1.40-11.4;

分 類	症例数	件数	内 訳 (件数)
糖尿病性昏睡	11	15	低血糖(13), 高血糖(2)
心疾患	10	11	心不全(7), 急性冠症候群(4)
感染症	8	13	肺炎(9), カテ感染(1), 尿路(2), 胆嚢炎(1)
消化器疾患	6	9	下痢による脱水(3),消化管出血(2),急性膵炎(2),
			イレウス(1), 肝不全(1)
外傷	5	5	頭部外傷(3), 大腿骨骨折(2)
腎疾患	3	3	腎不全(3)
脳神経疾患	3	7	虚血性脳卒中(4), けいれん(2), めまい(1)
呼吸器疾患	2	2	慢性呼吸不全急性増悪(2)
眼科疾患	1	1	硝子体出血

表1 入院を要した緊急イベント

表 2 経過中に死亡した20症例の死因

分類	症例数	内 訳 (症例数)
来院時心肺停止	5	誤嚥による窒息(3), 不明(2)
感染症	3	肺炎(2), 敗血症(褥瘡感染)(1)
悪性腫瘍	3	肝癌(1), 膵がん(1), 悪性リンパ腫(1)
心疾患	3	心不全(2), 心筋梗塞(1)
呼吸器疾患	2	COPD による呼吸不全増悪(2)
消化器疾患	2	イレウス(1), 肝硬変(1)
腎疾患	1	腎不全
その他	1	老衰

分 類	あり 54例	なし 32例	p値
平均年齢	75 ± 10	74 ± 9	ns
男性(%)	56	50	ns
観察期間(日)	806 ± 535	1273 ± 673	p < 0.001
HbA1c (%)	6.9 ± 1.3	6.8 ± 0.8	ns
緊急血糖測定値 (mg/dL)	34 ± 15	34 ± 12	ns
初回入院率 (%)	46	28	ns
eGFR	49 ± 37	61 ± 25	p < 0.05
インスリン (%)	50	60	ns
経口薬糖尿病 (%)	78	66	ns
スルホニル尿素薬 (%)	59	38	p < 0.05
平均薬剤数(種類)	8.8 ± 3.6	6. 1 ± 3 . 2	p < 0.001
併存疾患数	2.1 ± 1.4	1.7 ± 1.6	ns
認知症 (%)	23	22	ns
要介護 3以上(%)	23	6	p < 0.01
中枢神経疾患(%)	36	38	ns
心血管疾患(%)	34	26	ns
呼吸器疾患 (%)	9	0	ns
CKDステージ 3 以上(%)	55	31	p < 0.01
消化器疾患(%)	11	9	ns
悪性腫瘍(%)	6	16	ns

表 3 死亡または緊急入院(緊急イベント発症群)の有無による臨床像の比較

表 4 併存疾患数,生活機能障害,CKDステージと死亡リスク

и: -L-		年齢, 性で調整		さ	らに糖尿病治療で	調整
死 亡	HR	(95%信頼区間)	p値	HR	(95%信頼区間)	p値
併存疾患数 0-1	1			1		
2-3	2.62	(0.92 - 7.36)	0.072	2.35	(0.83 - 6.7)	0.11
4以上	6.24	(1.69 - 23.0)	0.006	5.70	(1.49 - 21.8)	0.011
認知症/要介護≧3	3.85	(1.23 - 12.1)	0.021	3.84	(1.23-12.0)	0.021
CKDステージ4/5	3.67	(1.19-11.3)	0.023	3.76	(1.23-11.5)	0.020

HR=ハザード比, CKD=慢性腎臓病

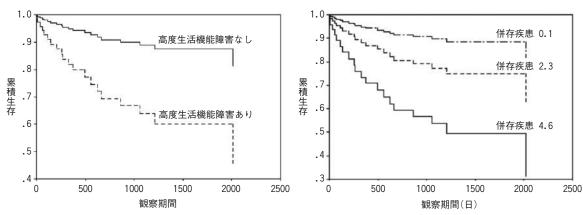
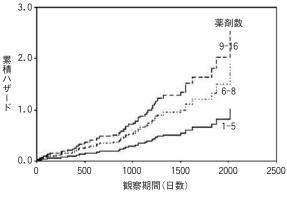


図 2 高度生活機能障害 (認知症または要介護 3 以上) の有無(左)と併存疾患数の分類(右)による累積生存ハザード曲線

併存疾患数4つ以上,あるいは高度生活機能障害を有する場合の死亡リスクが有意に高い.

ガーナル 11日7年 7 175		年齢・性で調整		年齢·性	・併存疾患・インスロ	リンで調整
死亡または緊急入院 -	HR	(95%信頼区間)	p値	HR	(95%信頼区間)	p値
薬剤数 1-5	1			1		
6-8	2.64	(1.17 - 5.94)	0.019	1.85	(0.78 - 4.39)	0.163
9以上	3.40	(1.52 - 7.59)	0.003	2.51	(1.08-5.84)	0.033
CKDステージ 3 以上	1.79	(1.04 - 3.10)	0.036	1.87	(1.08 - 3.26)	0.026
スルホニル尿素薬	3.53	(1.31-9.52)	0.012	3.80	(1.36 - 10.64)	0.011

表 5 薬剤の種類数,スルホニル尿素薬,CKDステージと死亡または緊急入院のリスク



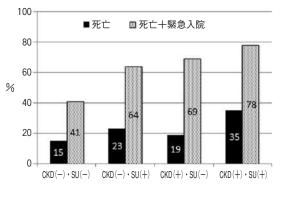


図3 処方薬剤の種類数と緊急イベント発生の累積ハザード曲線(左)およびCKDステージ 3以上とスルホニル尿素薬処方の有無によるイベント発生率(右)

p<0.01) が有意な因子であった.年齢,性別で補正すると有意なリスク因子は,4項目以上の併存疾患の合併であった(表4,図2).併存疾患数を除き個別の疾病の有無を共変量とすると,認知症または要介護3以上,CKDステージ4以上が有意な因子であった.イベント発生リスクについては,年齢,性別,併存疾患数とインスリン使用の有無で調整すると,常用薬の種類数が有意なリスク因子であった(表5,図3).単独の薬剤ではスルホニル尿素剤が,病態ではCKDステージ3以上がともに独立した有意なリスク因子であった(表5,図3).

考 察

われわれは過去2回の低血糖救急患者の調査⁶⁾を行ったが、第2回調査では67%が70歳以上の高齢者が占めていた。治療内容では経口糖尿病薬の使用頻度、インスリンとの併用例が増加していた。低血糖の誘因は55%の患者で摂食不良であり、社

会的サポートの不足した虚弱高齢者が多く含まれている可能性が推測された。今回さらに第2回調査のコホートを追跡調査し、死亡例と多数の緊急入院の発生を観察したが、それらのリスク因子としては認知症または要介護度3以上の生活機能障害、併存疾患数、使用中の薬剤数などが推定され、糖尿病以外の全身疾患や虚弱の程度、特に腎機能障害と生活機能障害の影響が大であった。

Katakura⁷⁾らは、脳卒中の既往と腎機能障害を高齢糖尿病患者の死亡予測因子として報告している。脳卒中と同様に認知機能の低下や要介護状態の進行によっても、低血糖症状の知覚の低下や不十分な対処行動によって低血糖が重篤化しやすいと考えられる。また高血糖状態と低血糖発作のどちらも認知機能に悪影響があり、逆に認知機能障害は糖尿病治療の阻害因子となることから、悪循環に陥りやすいと考えられる³,8°. さらに脳血管障害と腎機能障害はともに糖尿病性血管障害の表現でもあり、糖尿病の罹病期間の長さや血糖その他の動脈硬化危険因子のコントロール不良の結果

とも考えられ、予後と直接または間接的に関連する可能性がある。今回の対象患者では、これらの病態が複合的に病状に影響していると思われ、イベント減少と患者の QOL 維持のためには多面的なアプローチが必要となる。

まず治療薬であるが、今回の調査結果では、処 方薬の種類数はイベントの予測因子であった.高 齢者では処方薬の種類が5~6剤を境に有意に有 害事象が増加することが報告されている^{9,10)}.薬 剤数は併存疾患数に比例して増えるので一種のリ スクマーカーとも考えられるが、介護施設入所の 高齢者では薬剤の減量介入が生命予後を改善する 報告¹¹⁾もあり、薬剤そのもの有害作用も重要であ る.予備力の乏しい高齢者では多剤併用による肝・ 腎代謝への負担が、糖尿病薬の血中濃度の上昇や 代謝の遅延を生じている可能性を否定できない.

腎機能障害が進行した患者では、病態的にはSU薬よりもインスリンを用いるべきであるが、手段的 ADL の低下した高齢者や認知症患者はインスリン自己注射法の導入と独力での継続ができない。そこで介護者の支援が乏しい場合は、服用回数が少なく血糖降下作用も強い SU薬で代用されやすいが、高齢者では必然的に腎機能障害の割合が増え、SU薬が処方された後にも経年的に腎機能障害が進行するが、イベントがなければ減量や切り替えがなされない。今回の対象患者では、一部で SU薬の中止・減量がなされているが不十分と考えられる。より安全な薬剤と新しい血糖コントロール管理目標の下限設定によりSU薬の減量・中止が促進されることが期待される.

次に日常のケアや患者教育の観点からは、認知機能やADL、介護サポートの有無に配慮した治療計画を立てる必要があり、長期的には状況変化に応じて治療を柔軟に変更する必要もある。インスリン治療が導入され維持できている高齢者では、認知機能やADLが良好か十分な社会的サポートを受けており、インスリン導入時の教育が経口薬よりも入念に行われ、危険薬と認識されやすいが、経口薬は外来で容易に開始できる反面、危険薬の認識が薄くなる。同時にこのような虚弱高齢患者

では摂食量が不安定になりがちである. 摂食量の モニタリングと服薬管理を介護者が行うことがで きれば、休薬等の対処によって重篤な低血糖発作 を防ぎうる.

最後に血糖コントロールの目標設定について. 本年5月の日本糖尿病学会と日本老年医学会との 合同委員会2)で、はじめて下限値についても示さ れ、インスリン製剤、SU薬などの使用時には、75歳 以上なら目標値は8.0%未満(下限値7.0%),65歳 から75歳未満では7.5%未満(下限値6.5%), さら に中等度以上の認知症,基本的 ADL 低下,多く の併存疾患や機能障害, 社会的サポートが乏しい 場合などでは8.5%未満(下限値7.5%)とされた. 今回の調査では観察開始時の直近の HbA1c 値に ついて、この新ガイドラインを当てはめると、約 半数の患者で目標下限値を下回ったことから、こ のような患者では血糖コントロールを緩和する必 要があろう.しかし、初回の低血糖発作時のHbA1c が高値であった症例も稀ではなかった(7.0%以 上が39%, 8.0%以上が13%). むしろ HbA1c 高 値例では、糖尿病の薬物治療も強化されるため、ひ とたびシックデイになれば重篤な低血糖を生じう る. したがって、HbA1c 値の下限目標を定めるだ けでは、低血糖の予防は不十分である。 最近の報 告ではHbA1cの急激な低下よりも,重症低血糖発 作がイベントや死亡に関連すると推測され2),わ れわれの調査結果もこの説を支持する. また糖尿 病と関連のない死因も多く、著しい高血糖や低血 糖を避けQOLを維持することを優先すべきである.

本研究の限界として、当院のカルテ情報を基にしているので経過観察中に他の医療施設に搬入された場合にはカウントできない。しかし当院の消防署管轄区域での救急隊の病院選定は受診歴に基づいて行われ、当院の救急車応需率が常に99%以上を維持していることから、再イベント時には当院に搬送される可能性が極めて高い。認知症の診断については、病歴および認知症治療薬の処方に基づいており、共通の指標で評価していないため重症度までは確認できなかった。潜在的な認知症患者はさらに多いと思われる。血糖コントロール

状況について直近の HbA1c 値が判明した症例数は62例にとどまった.これは多くが時間外の救急受診という制約があり、かつ60%の患者が他院に通院中の患者であったことによる.初回の救急搬入後に薬剤の変更・中止や減量によって、低血糖の発生や HbA1c のコントロール状況が変化するはずであり、その後、DPP-4阻害薬などの低血糖を生じにくい薬剤が汎用されつつあるので、その成果を継続調査する必要がある.

結 語

高齢者2型糖尿病で重症低血糖発作の既往者の死亡率と緊急入院率は高く、多疾患合併例、腎機能低下例や虚弱・認知症者に対する多剤併用とSU薬の内服がリスクを高める。入院などの緊急イベントを防止しQOLを保つためには、複合した病態、特に認知症やADLの低下と腎機能障害に留意して薬剤を選択するとともに、教育や日常のケアサポートなどの多面的な対策が必要となる。

謝辞

糖尿病診療データベースの作成にご協力いただいた,古川佳英子,奥山晃輔,小泉奈穂美の3氏に深謝いたします.

引用文献

- Gerstein HC, Miller ME, Byington RP: Action to Control Cardiovascular Risk in Diabetes Study Group Effects of intensive glucose lowering in type 2 diabetes. N Engl J Med 2008: 358: 2545-2559.
- Goth A, Arah OA, Goto M, etal: Severe hypoglycemia and cardiovascular disease: A systematic review and meta-analysis with bias analysis. BMJ 2013; 347: f4533.
- 3) Whitmer RA, Karter AJ, Yaffe K, M, etal: Hypoglycemic Episodes and Risk of Demen-

- tia in Older Patients With Type 2 Diabetes Mellitus. JAMA 2009; 301: 1565-1572.
- 4) 高齢者糖尿病の治療向上のための日本糖尿病 学会と日本老年医学会の合同委員会:高齢者 糖尿病の血糖コントロール目標について,日 本糖尿病学会.2016年5月20日. (http://www.jds.or.jp/modules/important/
- 5) 済生会滋賀県病院倫理委員会:症例報告を含む医学論文及び学会研究会発表における患者プライバシー保護に関する指針,済生会滋賀県病院医学誌 2014;24:41.

index.php?page=article&storyid=66)

- 6) 中村隆志,石合徹也,稲本 望:糖尿病治療 中の低血糖発作による救急受診の経年変化の 検討:高齢化および治療法の変化との関連. 済生会滋賀県病院医学誌 2013;23:1-5.
- Katakura M, Naka M, Kondo T, etal: Prospective analysis of mortality, morbidity, and risk factors in elderly diabetic subjects: Nagano study. Diabetes Care. 2003; 26: 638-44.
- 8) Munshi M, Grande L, Hayes M, etal: Cognitive dysfunction is associated with poor diabetes control in older adults. Diabetes Care 2006; 29: 1794-9.
- 9) Kojima T, Akishita M, Kameyama Y, etal: High risk of adverse drug reactions in elderly patients taking six or mor drugs: analysis of inpatient database. Geriatr Gerontol Int 2012; 12: 761-2.
- 10) Gnjidic D, Hilmer SN, Blyth FM, Naganathan V, etal: Polypharmacy cutoff and outcomes: five or more medicines were used to identify community-dwelling older men at risk of different adverse outcomes. J Clin Epidemiol 2012; 65: 989-95.
- 11) Garfinkel D, Zur-Gil S, Ben-Israel J: The war against polypharmacy: a new cost-effective geriatric-palliative approach for improving drug therapy in disabled elderly people. Isr Med Assoc J 2007; 9: 430-4.



滋賀県における大阪府ドクターへリ出動事案の検討

済生会滋賀県病院 救急集中治療科 塩 見 直 人, 平 泉 志 保, 加 藤 文 崇, 岡 田 美知子 野 澤 正 寛, 越 後 整

> 論文受付 2016年8月1日 論文受理 2016年9月12日

要旨

ドクターへリが全国に導入される中、滋賀県では2011年4月から大阪府ドクターへリの共同運航が開始された。今回、滋賀県内に現場出動した事案を調査し、滋賀県内におけるドクターへリ利用の特徴と問題点を分析した。2011年4月から2013年12月までの期間に滋賀県内から大阪府ドクターへリを要請した事案44例中、現場に出動した26例を対象とした。要請は、甲賀および高島の2つの地域に限られており、要請内容は外傷が多く、約60%が休日に要請されていた。要請までの平均時間は11.3分であり、覚知要請が約80%であった。要請からランデブーポイント(Rp)到着までの平均時間は19.4分であった。Rpにおいて長時間待機を要した症例が3例あった。ドクターへりは救命救急センターが設置されていない地域(消防)からの特別な事案(休日のレジャー事故)に対して要請されていることが分かった。この理由として、基地病院からの距離が離れている、自県のドクターへりではないため要請に躊躇いがあることなどが推察された。

はじめに

わが国では、厚生労働省が2001年度からドクターへリの全国展開を目的として、ドクターへリ導入推進事業を開始創設した。それに伴い多くの道府県でドクターへリが導入され、関西では2010年までに和歌山県、大阪府に導入された。大阪府ドクターへリは大阪府吹田市にある大阪大学医学部附属病院を基地病院として運航されている。滋賀県は2010年12月にドクターへリ運航委員会を設置し、滋賀県内におけるドクターへリの利用に関して検討を開始した。その結果、2011年3月に大阪府ドクターへリの共同利用に関する基本協定を大阪府と締結し、同年4月27日から大阪府ドクターへリが現場に出動したの要請で大阪府ドクターへリが現場に出動したの要請で大阪府ドクターへリが現場に出動した

症例を検討し、滋賀県内におけるドクターへリ利 用の特徴と問題点について分析したので報告する.

対象および方法

滋賀県が大阪府ドクターへリの共同利用を開始した2011年4月から2013年12月までに、滋賀県の消防による大阪府ドクターへリ要請は44例であった.その詳細を Table 1に示す.この中で現場に出動した26例を対象として、要請地域(要請元消防本部)、要請内容、要請された曜日、要請までの時間、要請からランデブーポイント(Rp)到着までの時間、Rp における待機時間(患者接触までの時間)について調査した.その上で、滋賀県における大阪府ドクターへリ出動事案の特徴と運航上の問題点について検討した.

Table 1

	要請件数	現場出動(当院搬送)	施設間搬送	出動不可	要請後キャンセル
2011	13	7 (3)	2	2	2
2012	17	10 (8)	3	2	2
2013	14	9 (7)	3	2	0
	44	26(18)	8	6	4

結 果

対象となった26例のサマリーをTable 2に示す.

1. 要請地域(要請元消防本部)

甲賀が69%を占めており、高島が23%であった. 滋賀県からの大阪府ドクターへリ要請はこの2つの地域(消防)に限られていた.

2. 要請内容

20例 (77%) が外傷であったが,とくにバイク 事故が8例 (31%) と多かった. また, ゴルフ場 からの要請が7例 (27%) あった.

3. 要請された曜日

日曜日が最も多く8例,次いで土曜日と木曜日の6例,月曜日が2例,火曜日,水曜日,金曜日,祝日が1例ずつであった.土曜日,日曜日,祝日を合わせると15例(58%)であり、休

Table 2

1 2 2	22	性 M	曜日 木	要請内容	覚知から要請	要請から到着	現着後要請	RPでのヘリ待機時間
2 2	-	Μ	木			XH111 >2310	70° E (XXIII)	10 (1) (1) (1) (1)
	28		- 11-	手指切断	3分	9分		1分
3 5		Μ	日	バイク事故(CPA)	8分	21分		1分
	52	M	土	バイク事故(CPA)	4分	23分		18分
4 4	43	M	土	CPA	7分	24分		-16分
5 4	46	Μ	土	交通事故	7分	11分		6分
6 6	64	Μ	日	胸痛	23分	35分		- 22分
7 5	54	Μ	土	高所墜落	3分	19分		- 7分
8 6	64	Μ	火	手指切断	34分	17分	17分後	- 15分
9 4	47	Μ	日	バイク事故	43分	28分	15分後	Rpから42分後に現場
10 6	60	F	水	熱中症	5分	21分		7分
11 2	24	М	土	バイク事故	12分	59分		Rpから61分後に現場
12 5	50	Μ	日	バイク事故	9分	16分		10分
13 3	37	F	木	胸部打撲	18分	9分	9 分後	9分
14 5	54	Μ	日	頸部外傷	3分	13分		- 4分
15 7	70	F	木	外傷	19分	11分	8 分後	-17分
16 6	65	Μ	木	手指切断	6分	6分		- 9分
17 4	45	Μ	日	CPA	6分	6分		- 7分
18 5	50	Μ	祝	バイク事故	27分	27分		- 4分
19 2	27	Μ	金	外傷	6分	6 分		-10分
20 5	54	Μ	日	バイク事故	25分	25分		18分
21 6	69	М	土	外傷	21分	21分	33分後	0分
22 5	53	Μ	月	アナフィラキシー	22分	22分		- 2分
23 5	58	Μ	日	熱中症	20分	20分		3分
24 6	60	Μ	木	バイク事故	28分	28分		35分
25 3	31	Μ	木	電撃傷	11分	11分		- 2分
26 2	29	Μ	月	高所墜落	16分	16分		3分

日に要請が多かった.

4. 要請までの時間

平均は11.3分であった. 覚知要請(救急指令員が119番通報時点で要請)が21例であり覚知要請の平均は5.6分,現着後要請(救急隊が現場到着後に要請)が5例であり現着後要請の平均は16.4分であった.

- 5. 要請からRp到着までの時間 平均は19.4分であり、15分以上かかった症例 が17例(65%)あった.
- 6. Rpにおける待機時間(患者接触までの時間) ヘリが Rp に先に到着した症例は11例(42%) であった. Rpで15分以上待機を要した症例が3 例あった. Rpから支援車に乗って現場に到達し た症例は2例あったが、いずれもかなりの時間 を要していた.

結果をまとめると以下の通りである.

- (1) 要請地域 (消防) は甲賀と高島の2つに限られていた.
- (2) 要請内容は外傷が多く(約80%), とくにバイク事故が多かった.
- (3) 休日に要請されることが多かった(約60%).
- (4) 要請までの平均時間は11.3分であり, 覚知 要請が多かった(81%).
- (5) 要請からRp到着までの平均時間は19.4分であり比較的時間がかかっていた.
- (6) Rpにおける待機時間が15分を超えた症例が 3 例あった.

代表症例

70歳,女性.コンバインに左上肢を挟まれて受傷した.受傷から21分後(救急隊現着から7分後)に甲賀消防から大阪府ドクターヘリが要請された.



Figure 1



Figure 2

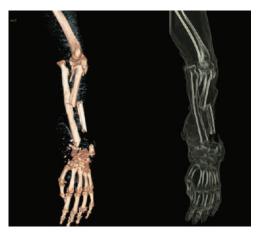


Figure 3

43分後に診療開始 (フライトドクターが患者接触), 69分後に当院初療室に到着した. 受傷部位は左上肢だけであり, 意識も含めバイタルサインは安定していた. 左前腕から左手にかけてのdegloving損傷であり, 創部に草など異物が混入しており, 上腕動脈および正中神経が露出していた (Figure 1). 橈骨頭の掌側脱臼および屈筋群の断裂がみられた. X線, CT の結果 (Figure 2,3), #1 左前腕骨開放骨折, #2 左尺骨動脈断裂, #3 左橈骨頭脱臼, #4 左前腕皮膚欠損創の診断で緊急手術の方針となった. 受傷から約 2 時間30分後に手術室に搬送し,約 3 時間後に執刀を開始した.

考 察

今回の検討から、滋賀県内の大阪府ドクターへリの利用は甲賀と高島の2つの地域(消防)に限られていることがあきらかになった。この2つの地域の共通点は、いずれも面積が広範囲であり、管内に救命救急センターがないことである。滋賀県内には4ヶ所に救命救急センターが設置されているが、いずれも琵琶湖の南側に位置している。甲賀、高島とも管内に基幹となる二次病院は1ヶ所だけであり、重症例の受入は困難な場合が多い。したがって病院前から診療が開始でき、医師が診察の結果をもとに病院選定を行うドクターへリは有効性が高いと考えられる1).

ドクターへリは重症外傷,脳卒中,大動脈疾患などに有効性が高いが,とくに外傷は受傷から根本治療開始までのゴールデンタイムが1時間とされているため,病院前から救急科専門医による初期診療が開始できるドクターへりは最も有効である^{2,3)}.代表症例も甲賀地域からの要請であったが,基幹病院で対応困難な degloving 損傷であった.このような外傷例は,整形外科領域の中でも対応が難しく,開放性であることからも治療のタイミングを逃すと機能予後は悪くなる.また,外傷症例は JATEC に沿った初期診療が重要であり,対応を誤ると preventable trauma deathを引き起こす危険が高くなるため,外傷診療を得意とする救

急科専門医による初期診療が望ましい⁴.今回, 滋賀県内からの要請は外傷が80%近くを占めていたが,これは救命救急センターから離れた地域における重症外傷は普段から対応できる病院が限られていることを示した結果と考えられる.要請される曜日は休日に多いという興味深い結果であった.要請内容として外傷,とくにバイク事故が多く,またゴルフ場からの要請も多かったという結果も併せると,休日のレジャーに関連した事故によりドクターへリが要請されていると考えられた.

ドクターヘリは119番通報を受ける指令員がヘリ を要請する覚知要請と現場に到着した救急隊員が 要請する現着後要請がある. いずれも一長一短あ るが、覚知要請は初期診療が早まるという利点が ある一方,最初の情報が正確でないためオーバート リアージやキャンセルが増加するという欠点がある. 滋賀県の大半は大阪府ドクターへリの基地病院で ある大阪大学医学部附属病院から半径50km圏外に あるため、現場到達に時間を要する (Figure 4). したがって要請する消防は覚知時点で要請するこ とが望ましい、今回、覚知要請が81%を占めてお り、要請元消防も有効性を考慮して覚知要請して いることが推察された. 要請からRp到着までの平 均時間は19.4分であり比較的時間がかかっていた が,基地病院から離れているためと考えられた. Rp における待機時間が15分を超えた症例が3例あっ たが、要請数が多くないため、要請元の消防とド クターヘリとの連携の問題と推察される. 滋賀県 への現場出動は年間10件以下であったため、連携 強化は難しかったと考えられる.

以上、滋賀県における大阪府ドクターへリ事案

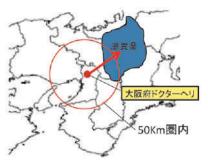


Figure 4

を分析し、滋賀県ではドクターへリの要請は休日のレジャーに関連した外傷事案に限られており、特別なツールという認識であることが分かった。ドクターへリは2001年に岡山県に導入されて以降、全国に普及しており、2015年4月に当院を基地病院として運航を開始した京滋ドクターへリは全国45機目となる。京滋ドクターへリの運航開始に伴い、滋賀県において特別なツールという存在であったドクターへリが、日常的に利用されるものとなるよう普及に努めたい。

結 語

滋賀県における大阪府ドクターへリ出動事案を 検討した結果,以下の特徴と問題点があきらかと なった.

- (1) ドクターヘリは救命救急センターが設置されていない地域(消防)からの特別な事案(休日のレジャー事故)に対して要請されている.
- (2) 要請から Rp 到着までに時間がかかる, Rp において長時間待機するなどの理由で医療介入までに時間を要している.
- (3) 基地病院からの距離が離れている,自県のドクターへリではないため要請に躊躇いがあることが上記の理由と推察される.

文 献

- 1) Matsumoto H, Mashiko K, Hara Y: Effectiveness of a "doctor-helicopter" system in Japan. Isr Med Assoc J, 2006; 8: 8-11.
- 2) 藤井幸治,森 一樹,水野光規,ら:三重県 ドクターヘリは外傷例の予後を改善したか, 日本航空医療学会雑誌,2015;15:13-18.
- 3) 塩見直人,宮城知也,香月裕志,ら:重症頭 部外傷初期診療におけるドクターへリの有効 性,日救急医会誌,2006;17:219-226.
- 4) 日本外傷学会外傷初期診療ガイドライン改訂 第4版編集委員会:外傷初期診療ガイドライン改訂第4版,へるす出版,東京,2012.



一般市中病院におけるFLSプログラムの有用性についての検討

済生会滋賀県病院 外科 増 山 守

論文受付 2016年7月21日 論文受理 2016年10月18日

はじめに

昨今の鏡視下手術の爆発的増加にともない外科 研修医に対する安全かつ効率的な鏡視下手術指導 は一般市中病院にとっても喫緊の課題であると考 えられる.

Fundamentals of Laparoscopic Surgery (以下 FLSプログラム)^{1),2),3)}は鏡視下手術に対する公式な教育プログラムを、という要望に対しSociety of American Gastrointestinal and Endoscopic Surgeons (SAGES) 主導のもとThe McGill Inanimate System for the Training and Evaluation of Laparoscopic Skills⁴⁾ (以下MISTELS) を参考に2005年に完成した教育プログラムであり、現在は北米外科医師会(American College of Surgeons)が実施している外科専門医を受験するための必須項目となっている^{5),6),7)}.

FLS プログラムは 5 つのタスク (①ペグトランスファー,②サークルカッティング,③エンドループによる結紮,④体内結紮,⑤体外結紮)に対しcut off time やペナルティーが決められている.

今回一般市中病院である当院(病床数393床, 常勤外科医8名, 年間手術件数750件前後)で初期研修医, 後期研修医, 外科スタッフが FLS プログラムに準じたトレーニングを行い, その点数を比較検討した.

対 象

当院に勤務する外科スタッフ4名,後期研修医2名と外科入局予定の2年目初期研修医2名計8名スタッフはそれぞれ卒後25,21,18,17年目であった.

後期研修医は卒後3年目4年目

初期研修医は来春外科に入局予定の卒後2年目2名.

方 法

タスク1:ペグ運び

術者はボード上の釘にかかっている6個のペグを片方の鉗子で持ち上げ、もう片方の手の鉗子に空中で受け渡しした後もう片方のボード上の釘に差し込む。これは優位手と非優位手を協調させることが必要である。カットオフタイムは300秒で視野の外に落ちてしまい、結果運搬できなかったペグの個数のパーセンテイジがペナルティータイムとなる。

タスク2:パターンカット

術者は1辺10cmの正方形のガーゼに描かれた 直径5cmの円周をエンドシザーズで切り抜きま す.カットオフタイムは300秒ではみ出た部分 の面積を円の面積で除したパーセントをペナル ティータイムとする.

タスク3:エンドループによる結紮

印をつけたゴム製手袋の指の部分にエンドルー

プで正確に結紮を行いそのあと結紮糸をエンドシザーズで切る.カットオフタイムは180秒で結紮がゆるかったり不十分である場合は50秒がペナルティーとして差し引かれ結紮点とマークとの距離もペナルティーとして差し引かれる.

タスク4:体腔内縫合

12cmの針つき縫合糸でスリットを入れたペンローズドレーンを体腔内で縫合結紮するタスク.カットオフタイムは600秒.ペナルティは縫合すべきマークからのずれと縫合がゆるい場合のスリットの間隙のミリ数.また結紮点のしまり具合もペナルティの対象となります.

タスク5:体腔外結紮

より長い縫合糸を用いてタスク4と同じペンローズドレーンを今度は体腔外結紮でノットプッシャーを用いて縫合します。カットオフタイムは420秒でペナルティーはタスク4に準じます(Fig. 1).

これらのタスクを各自行いタスクごとの得点を測定した.

これらの得点を前出の論文を参考に標準得点で除し100をかけたものを修正得点とし、5つの

タスクの均てん化を図った4).

標準得点はpeg transfer = 237, Pattern cutting = 280, Placement of ligating loop = 142, Intracorporeal knot = 520, Extracorporeal knot = 297 とした⁴.

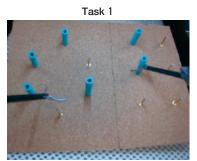
結 果

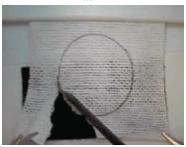
外科スタッフ群のスコアは平均 462 ± 15 点であったのに対し研修医の平均は 372 ± 39 点で有意差を認めた (p<0.05) (Fig. 2, Fig. 3).

また peg transfer を除くすべての task において もスタッフ群が研修医群に比し有意にスコアがよかった (Fig. 4).

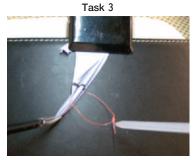
前出の文献においてスタッフ群の平均スコアは 372点, 研修医群で189点であり, cut off 値は270点 であった.

その平均スコアの差は教材の素材によるものである可能性があるが、スタッフ群と研修医群に有意差を認めたため研修医のトレーニング用ツールとして十分適応可能であると考えられた。





Task 2



Task 4



Fig. 1 taskの実際

	PEG transfer	circle cut	Ligating loop	Intra corporeal suture	Extra corporeal suture	Total score
S1	71	44	102	92	141	450
S2	59	58	92	93	143	445
S3	72	63	100	97	152	484
S4	64	70	106	85	146	471
PG4	72	31	98	88	133	422
PG3	74	23	75	78	150	400
PG2a	75	47	70	41	130	363
PG2b	71	23	68	33	108	303

Fig. 2 result

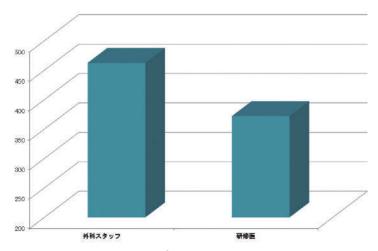


Fig. 3 Total score

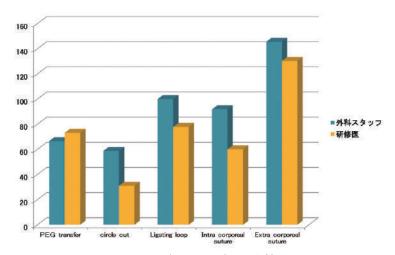


Fig. 4 各タスクごとの比較

考 察

初期外科研修において腹腔鏡下手術のトレーニングには training box は必要不可欠である.

反復練習が最も重要であると考えられるがその ためには正確に技量が評価できること,低コスト であること,またモチベーションを持続させるこ とが重要であると考えられる.

FLSプログラムは北米を中心としたシステムではあるが本邦の一般市中病院でも施行することは可能であった。

今後本邦でも学会を中心とした外科研修のため の統一した安価で competitive な dry box でのト レーニングプログラムの開発が必要と考えられた.

文 献

- Derossis AM, Bothwell J Sigman HH, et al.: The effects of practice on performance in a laparoscopic simulator. Surgical Endoscopy 1998; 12: 1117-1120.
- 2) Scott DJ, Hafford M, Willis RE, Gugliuzza K, et al.: Are fundamentals of laparoscopic surgery training and certification necessary for practicing surgeons and operating room personnel? Surg Endosc. 2013 Jan; 27(1): 118-26.
- Society of American Gastrointestinal Endoscopic Surgeons (SAGES): Integrating advanced laparoscopy into surgical residency training. 1998; Surg Endosc 12: 374-376.
- 4) Fraser SA, Klassen DR, Feldman LS, et al.: Evaluating laparoscopic skills: setting the pass/fail score for the MISTELS system. Surg Endosc. 2003; 17: 964-967.
- 5) Anastakis DJ, Regehr G, Reznick RK.et al.: Assessment of technical skills transfer from the bench training model to the human model. 1999; Am JSurg 177: 167-170.
- 6) Derossis AM, Bothwell J, Sigman HH: The

- effect of practice on performance in a laparoscopic simulator. 1998; Surg Endosc 12: 1117-1120.
- Derossis AM, Fried GM, Abrahamowicz M, et al.: Development of a model for training and evaluation of laparoscopic skills. 1998; Am J Surg 175: 482-487.



滋賀県における小児重症外傷患者の診療体制の実態調査

済生会滋賀県病院救命救急センター 救急集中治療科 野 澤 正 寛, 塩 見 直 人

> 論文受付 2016年7月21日 論文受理 2016年10月27日

要旨

小児の死因において外傷は常に上位を占めており、その対策は非常に重要である。しかし、本邦において小児外傷患者に対する救急診療体制の実態調査は十分になされず、滋賀県でも同様に実態の調査は行われていない。今回滋賀県における小児の重症頭部外傷、胸腹部外傷の診療実態を明らかにするべく県内の救急告示病院に対して質問紙による調査を実施した。頭部外傷では71.9%、胸腹部外傷では75.0%の施設からの回答を得た。緊急手術対応、集中治療対応が可能と回答した施設は頭部外傷で9施設、胸腹部外傷で7施設であった。東近江と彦根医療圏では時間や年齢、外傷部位に関わらず対応可能であり、大津、湖南、湖北医療圏では頭部外傷のみが時間と年齢に制限なく対応可能であった。甲賀と高島医療圏は頭部、胸腹部ともに限定的な対応となっていた。一方で東近江医療圏では頭部外傷、胸腹部外傷ともに中核病院による不応需例が発生していた。Injury Severity Scoreで15点を超える症例は頭部外傷で9例、胸腹部外傷で0例であった。小児の重症外傷は発生数が非常に少ないため各施設ともに診療の質を担保することが困難である。特に胸腹部外傷では滋賀県内では治療を完結できない可能性も示された。本調査で受け入れ不可能と判明した地域については早急な対策を講じる必要があると考える。そのために全県的な患者、医師の集約化や移動を考慮した方策が必要となる。

はじめに

小児の死因において外傷は常に上位を占めており」)その対策は非常に重要である。一方で、小児の死亡者数は全死亡者数の0.3%に過ぎず」)、1-4歳の死亡小児患者の7割が年間院内死亡者数2.5人以下の施設で死亡している20ことから考えれば、小児の重症外傷症例に対して十分な経験を有し、必要な診療体制を構築できている施設は限られている可能性がある。しかし、本邦において小児外傷患者に対する救急診療体制の実態調査は現時点では谷氏らによる日本外傷データバンクのデータを用いた調査30のみであり、滋賀県ではこれまでに実態調査が行われたという報告はない。今回我々

は滋賀県における小児の重症頭部外傷,胸腹部外傷の診療実態を明らかにすることを目的として, 県内の救急告示病院における小児重症外傷患者の 診療体制に関する調査を行ったので報告する.

対象と方法

対象:滋賀県下の救急告示病院全32施設.

方法:各施設の救急科,脳神経外科または外科 部長宛てに質問紙調査票を郵送し,返信封筒によ る回収を行った.質問紙調査票の内容は1.小児 重症頭部外傷・胸腹部外傷における救急診療体 制,2.平成26年4月1日から平成27年3月31日 までの小児重症頭部外傷・胸腹部外傷の受け入れ 状況, 3.同1年間における小児重症外傷の症例 数である.「小児」の定義を15歳以下と定め、「重症」 の定義は1週間以上の入院または手術・集中治療 管理(気管挿管・人工呼吸管理、観血的動脈圧モ ニタリング,中心静脈確保,血管作動薬持続点滴, 頭蓋内圧モニタリング) のいずれかを要するもの とした. 頭部外傷では初診時の Glasgow Coma Scale (GCS)が8点以下も定義に加えた.

結 果

医療圏毎の調査票回収状況を表1に示す. 頭部 外傷では県内の32救急告示病院のうち23施設から の回答を得ることができた. (回収率71.9%) こ

表 1

医板	寮圏	』 小児人口 面積		面積 小児人口密度		中核病院	救急告示病院数 -	調査協力病院数	
区力	京団	(人)	(km²)	(人/km²)		中核柄匠	双芯百小炳阮致 -	頭部	胸腹部
大	津	48,816	374.1	130.5	0	大津赤十字病院	6	4(0)	5(0)
湖	南	53,426	208.7	256.0	0	済生会滋賀県病院	6	5(1)	6(1)
甲	賀	21,677	552.2	39.3		公立甲賀病院	4	3(1)	1(0)
東辺	丘 江	34,066	646.8	52.7	\circ	近江八幡市立総合医療センター	7	4(1)	5(1)
彦	根	23,056	293.5	78.6		彦根市立病院	4	3(1)	3(1)
湖	北	23,857	762.6	31.4	\circ	長浜赤十字病院	3	2(1)	2(1)
高	島	6,702	511.4	13.1		高島市民病院	2	2(1)	2(1)

◎高度救命救急センター, ○救命救急センター 調査協力病院数のうち()内は中核病院数を指す.

緊急手術対応,集中治療対応が可能な施設一覧 表 2

	対応可能 年齢	常勤専門 医数	対応時間	小児科の 関わり	虐待部門 の設置	対応不能	時転院先
大津医療圏 滋賀医科大学							
頭部 胸胸部 大津市民病院	未回答 未回答	10 15(1)	制限なし 3-4日/週	あり なし	あり なし	済生会滋賀県病院 京都府立医科大学	
ス年市氏病院 頭部 胸胸部	未回答 4 歳以上	3 7(0)	制限なし 制限なし	あり 未回答	あり あり	大津赤十字病院 大津赤十字病院	
湖南医療圏 ◎ 済生会滋賀県病院							
頭部 胸胸部 草津総合病院	制限なし 7歳以上	4 4(0)	制限なし 制限なし	あり あり	あり あり	なし 滋賀医科大学	
頭部 胸胸部	4 歳以上 対応不可	3 6(0)	制限なし 対応不可	なし なし	あり あり	大津赤十字病院 大津赤十字病院	済生会滋賀県病院 滋賀医科大学
甲賀医療圈 公立甲賀病院							
五立中員初於 頭部 胸胸部	未回答 未回答	2 未回答	5-6日/週 未回答	あり 未回答	なし 未回答	済生会滋賀県病院 未回答	滋賀医科大学
東近江医療圏 ◎ 近江八幡市立総合医療センター							
頭部 胸胸部	未回答 未回答	$\frac{2}{7(1)}$	制限なし 制限なし	あり あり	なし なし	なし 京都府立医科大学	
彦根医療圏 彦根市立病院							
頭部 胸胸部	未回答 1 歳以上	4 6(0)	制限なし 制限なし	あり 未回答	未回答 未回答	なし 滋賀医科大学	京都大学
湖北医療圏 ◎ 長浜赤十字病院							
頭部 胸胸部	未回答 4 歳以上	3 未回答(0)	制限なし 制限なし	あり あり	あり あり	滋賀医科大学 京都大学	京都府立医科大学
高島医療圏 高島市民病院							
高島市氏病院 頭部 胸胸部	7 歳以上 7 歳以上	1 3(0)	5-6日/週 3-4日/週	あり なし	なし なし	大津赤十字病院 大津赤十字病院	

○:救命救急センター

常勤専門医は頭部では脳神経外科専門医、胸腹部では外科専門医を表す、胸腹部の常勤専門医の括弧内は小児外科専門医を表す、

のうち救命救急センターでは県内4施設のうち3施設,医療圏ごとの中核病院からは7医療圏のうち6医療圏で回答を得た.胸腹部外傷では県内の32救急告示病院のうち24施設からの回答を得た.(回収率75.0%)このうち救命救急センターでは

県内4施設のうち3施設,医療圏ごとの中核病院からは7医療圏のうち5医療圏で回答を得た.緊急手術対応,集中治療対応が可能と回答した施設を表2に示す.回答を得た施設のうち,頭部外傷では39.1% (9/23),胸腹外傷では29.2% (7/24) が

表 3 各医療圏の診療状況(平成26年4月1日~平成27年3月31日)

	入院数		転院数		不応需件数		手術数		死亡数	
	中核病院	それ以外	中核病院	それ以外	中核病院	それ以外	中核病院	それ以外	中核病院	それ以外
大津医療圏										
頭部	-	20	_	0	_	23	_	0	_	0
胸腹部	_	0	_	0	-	13	_	0	_	0
湖南医療圏										
頭部	22	4	0	0	0	20	0	0	0	0
胸腹部	6	1	0	0	0	17	0	0	0	0
甲賀医療圏										
頭部	15	0	4	0	9	0	0	0	0	0
胸腹部	_	0	_	0	_	0	_	0	_	0
東近江医療圏										
頭部	8	0	0	0	9	19	2	0	0	0
胸腹部	3	0	0	0	9	19	0	0	0	0
彦根医療圏										
頭部	0	0	0	0	0	20	0	0	0	0
胸腹部	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
湖北医療圏										
頭部	4	0	0	0	0	19	0	0	0	0
胸腹部	0	0	0	0	0	4	0	0	0	0
高島医療圏										
頭部	3	0	0	0	0	4	1	0	0	0
胸腹部	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0

[※]中核病院:大津赤十字病院(大津),済生会滋賀県病院(湖南),公立甲賀病院(甲賀),近江八幡市立総合医療センター(東近江), 彦根市立病院(彦根),長浜赤十字病院(湖北),高島市民病院(高島) ※大津赤十字病院は結果未回収

表 4 重症外傷症例一覧(平成26年 4 月 1 日~平成27年 3 月31日)

	年齢(歳)	受傷理由	主病名	その他の外傷	ISS	手術	入院期間(日)	転帰
			頭 部	3				
大津赤十字病院	0	不明	頭部打撲	なし	不明	無	7-13	不明
	7	不明	頭部打撲	なし	不明	無	7-14	不明
	9	不明	SAH	なし	不明	無	7-15	不明
滋賀医科大学附属病院	10	交通外傷	SAH	骨盤骨折	14	無	14-20	後遺症なし
済生会滋賀県病院	11	転倒	EDH	なし	17	無	14-20	後遺症なし
	4	墜落・転落	SDH, SAH, BC	なし	25	無	1-6	後遺症なし
	12	交通外傷	SDH, SAH, BC	なし	17	不明	14-20	後遺症なし
	14	交通外傷	BC	なし	6	無	7-13	後遺症なし
	10	交通外傷	頭部打撲	脛腓骨骨折	6	有	14-20	後遺症なし
	12	交通外傷	SAG, BC	なし	17	無	7-13	痙攣発作
	13	交通外傷	EDH, SDH, SAH, BC	なし	26	無	7-13	嗅覚障害
近江八幡市立総合医療センター	11	墜落・転落	SDH, SAH, BC	なし	16	無	1-6	後遺症なし
	0	虐待疑い	SDH	なし	16	有	28-55	後遺症なし
彦根市立病院	4	交通外傷	SAH, BC	肺挫傷, 橈骨頭脱臼	14	無	1-6	後遺症なし
	13	交通外傷	DBI	腰椎骨折, 大腿骨骨折	17	無	56以上	軽度後遺症あり
高島市民病院	14	転倒	SDH	なし	17	有	28-55	後遺症なし
	12	交通外傷	SAH	なし	4	無	1-6	後遺症なし
			胸腹部	3				
大津赤十字病院	3	不明	腹腔内出血	なし	不明	無	7-13	不明
済生会滋賀県病院	14	スポーツ	左腎損傷	なし	4	無	7-13	後遺症なし

※EDH:硬膜外血腫、SDH:硬膜下血腫、SAH:くも膜下出血、BC:脳控傷、DBI:びまん性脳損傷

※ISS: Injury Severity Score415点以上を重症とする.

対応可能と回答した. 東近江医療圏と彦根医療圏 では時間や年齢及び外傷部位に関わらず対応可能 となっていた. 大津医療圏, 湖南医療圏, 湖北医 療圏では頭部外傷のみが時間と年齢に制限なく対 応可能となっていた. 甲賀医療圏と高島医療圏で は頭部,胸腹部ともに限定的な対応となってい た. 大津医療圏の中核病院かつ高度救命救急セン ターである大津赤十字病院からの回答は得ること ができなかった。表3に平成26年4月1日から平 成27年3月31日までの各医療圏の頭部外傷・胸腹 部外傷の診療状況を示す. 頭部外傷では甲賀, 東 近江医療圏で中核病院による不応需が発生してい た. また、甲賀医療圏では中核病院の患者受け入 れ後に転院する例も発生していた. 胸腹部外傷で は東近江医療圏で中核病院による不応需が発生し ていた. ただし, 頭部外傷では大津医療圏, 胸腹 部外傷では大津医療圏と甲賀医療圏で中核病院か らの回答を得られなかった。表4は平成26年4月 1日から平成27年3月31日に発生した頭部外傷, 胸腹部外傷における重症例一覧である. Injury Severity Score (ISS)4)で15点を超える症例は9例で いずれも頭部外傷であった. そのうち1例は頭部 外傷において対応が限定的と答えた高島市民病院 からの報告であった. ISS で15点を超える胸腹部 外傷の報告はなかった.

考 察

頭部外傷については大津,湖南,東近江,彦根,湖北医療圏では治療を完結できるのに対し胸腹部外傷については治療を完結できるのは東近江と彦根医療圏に限定されていた. (大津は高度救命救急センターであり,小児外科医も在籍する大津赤十字病院からの結果が未回収であるため評価困難であった.) 国道1号線や新名神高速道路が横断する交通量の多い甲賀医療圏や琵琶湖やスキー場などへのレジャー客を多数受け入れている高島医療圏では小児の重症外傷患者を域外へ搬送する可能性が高いことがわかった. これらの地域で発生する重症外傷発生時の医療体制の整備は重要かつ

喫緊の課題と考えられた.また甲賀を除くすべて の医療圏は琵琶湖に面しているが、小児外傷の対 応が可能な中核病院はすべて琵琶湖から7-8km以 内の沿岸部に位置しており、東西南北を問わず沿 岸部から遠い地域(大津の北部、甲賀の北部・南 部、東近江の東部、湖北の東部・北部、高島の西 部・北部)で発生した重症外傷については生命予 後を左右するほど治療開始時間の遅滞が生じる可 能性が示唆された.

本調査でも明らかとなったが、小児の重症外傷 は発生数が少ない. 特に胸腹部外傷ではその傾向 が顕著であった. 従って成人救急領域において脳 神経外科や外科の体制が整備された施設でも年間 に経験できる症例数は少なく,成人診療とは異な るデバイスの選択や薬の選択や投与量, 乳幼児特 有の生理学的特徴を考慮した全身管理を行う機会 が少なくなることが容易に予想される. 小児外科 医が常勤医として在籍し、日常的に乳幼児の周術 期管理を行っている施設であればその機会を担保 できるが、小児外科常勤医在籍施設は、県内でも 大津赤十字病院, 近江八幡市立総合医療センター と滋賀医科大学の3施設に限られていた.加えて 小児の重症外傷診療を効果的に診療するには医師 だけでなく全てのメディカルスタッフが外傷診療 に慣れている必要があるが、救命センターのよう に日常から成人の重症外傷診療に精通した施設で なければこれは満たされない. 滋賀県下において これらの条件を満たす施設(つまり小児外科医が 在籍している救命救急センター)は、大津赤十字 病院と近江八幡市立総合医療センターの2施設の みであった.

一方で、本調査で明らかになった全ての医療圏から高次転院搬送先と考えられていた滋賀医科大学は、上述のような救命救急センターではなく、緊急手術対応が可能な日数は週に3-4日と制限があることが判明した。加えて医療圏内で医療を完結できるとした東近江医療圏の中核病院である近江八幡市立総合医療センターは、小児外科医が在籍している救命救急センターであるが、同時に最も不応需件数が多い施設でもあることが判明した。

これらの事実は滋賀県内では特に小児重症外傷の 治療を完結できない可能性を示唆するもので、特 に低年齢の小児重症胸腹部外傷については滋賀県 全域が医療過疎地域と考えることもできる.

本調査には救急科,脳神経外科,外科が直接関わっていない(虐待を含む)重症外傷が含まれていない可能性があった.また県内唯一の高度救命救急センターであり大津医療圏の中核病院である大津赤十字病院の回答を得られず,胸腹部外傷については大津赤十字病院に加えて甲賀医療圏の中核病院である公立甲賀病院の回答を得ることができなかった.さらに各施設の小児重症外傷の医療の質を客観的に評価できていないため,患者受け入れが可能か否かを自己申告に基づいて評価した本調査には医療体制の施策を考える上では限界があると考えた.しかしながら,本調査で少なくとも受け入れが不可能と判明した地域については早急に対策を講じる必要がある.

昨今では症例数が少ない領域ではセンター化構想のもと症例の集約化の必要性が唱えられるようになってきた。特に小児重症胸腹部外傷領域では小児外科医が在籍する救命救急センターに症例を集約することは一つの方策となる。一方でこれまで各医療圏において各中核病院が医療圏の最後の砦としての責任を果たすべく,極めて稀に発生する小児重症外傷に対しても多大な努力を伴って対応をしてきたのも事実である。この特異な小児重症外傷領域において集約化がすべからく正しい方策なのか,それとも既存の地域医療体制の中で対応する方が搬送時間の長くなる集約拠点病院に搬送するより良好な結果が得られるのかは入院時のISS スコアや予後調査を滋賀県全域で統合して行い十分に吟味する必要がある。

一方で、滋賀県においては平成27年より新しい可能性が生まれている。京滋ドクターへリの運航開始である。これにより県内全域で20分以内に現場から医療介入ができるようになった。加えて京滋ドクターへリには救急科と小児科の専門性を併せ持つ小児救急医が搭乗する体制が整っている。したがって、ドクターへリの運航が可能な時間に

発生した重症小児外傷については、ドクターへリで現場へ派遣された小児救急医が初期診療を行い、その後近江八幡市立総合医療センター、大津赤十字病院、滋賀医科大学や基地病院である済生会滋賀県病院に搬送することが可能になった。また、それ以外の病院に搬入された重症患者についても、搬入病院からの要請があればドクターへリを使用して小児救急医が病院支援に入り、要請病院と共同して患者を安定化させ、後に対応が可能な病院に搬送できるようになる。

ただし、大津赤十字病院についてはヘリポートを有しておらず全身状態が不安定な患者の搬入については課題が残る。また、滋賀医科大学については対応できる日数に制限がある。基地病院である済生会滋賀県病院については7歳未満の重症胸腹部外傷の対応が困難という制限がある。したがって現体制においては近江八幡市立総合医療センターに集約することが患者予後に寄与すると考えやすいが、前述のように最も不応需件数が多い施設であることも鑑みれば京都府へ搬出する可能性を想定しておく必要がある。

これらを解決するために,重症胸腹部外傷例は 基地病院である済生会滋賀県病院で小児外科医に よる診療を展開するための方法を模索することも 必要かもしれない.基地病院は県内唯一の外傷専 門医研修施設でもあり,成人外傷診療領域におい て精通していることは言わずもがなである.小児 救急医による超急性期の全身管理や多発外傷の際 の脳神経外科,整形外科,放射線科対応は可能で あり,そこに小児外科医の緊急派遣があれば成人 外傷診療において県内でも有数の経験を持つ基地 病院の外科医と共同することで,より高次な医療 提供が可能となる.

しかしながら京滋ドクターへリは、日没後や天候不良時には対応できない。運航時間以外の医療をいかに担保するのかは課題として残る。この場合には直近の中核病院などに搬送されるのがやむを得ない状況となる。重症なほど搬送の危険が増すことから、このような場合にダメージコントロール戦略の1-2期を行うチームを迅速に派遣できる

システムがあれば患者生存の可能性は高まる. その後ドクターヘリの運航開始時間を待って2期手術や集学的治療が行える施設に高次搬送するのである.

以上は方策の一例であるが、非常に稀な小児の 重症外傷患者を救命するには、施設ごとの努力だ けではなく、全県的な患者、医師の集約化を考慮 した方策が必要となる.数少ない県内の外傷診療 施設と小児外科医が施設の垣根を越えて診療を行 うことができれば、滋賀県内の子どもたちの救命 の可能性を広げるかもしれない.

結 語

滋賀県において小児の重症外傷は医療圏内で治療が完結できない地域があることが明らかになり、特に胸腹部外傷では県内で治療を完結できない可能性が示された.そのために全県的な視点での患者、医師の集約化や移動を考慮した対策を早急に講じる必要がある.

文 献

- 1) 厚生労働相大臣官房統計情報部人口動態・保 健社会統計課,平成26年人口動態統計月報年 計(概数)の概況.
- 2) 厚生労働医政局重篤な小児患者に対する救急 医療体制の検討会,平成21年7月8日,中間 とりまとめ.
- 3) 谷 昌憲, 西村奈穂, 伊藤友弥: 小児救急医療体制の構築 小児外傷の実態 日本外傷データバンク (JTDB) からの検討, 日本臨床救急医学会雑誌, 2013;16:320.
- 4) Baker S.P., O'NEILL B.B., Haddon W.J., etal. The injury severity score: a method for describing patients with multiple injuries and evaluating emergency care. Journal of Trauma and Acute Care Surgery, 1974; 14: 187-196.



膀胱留置カテーテルによる膀胱穿孔の1例

済生会滋賀県病院 泌尿器科

安 田 剛 士, 佐 野 太 一, 荒 木 博 孝

論文受付 2015年 3 月20日 論文受理 2016年 2 月18日

要旨

症例は85歳女性. 元来全盲, 聾で寝たきりであり, 自覚症状の聴取は困難であったが, 来院数時間前より様子がおかしいという主訴で当院へ救急搬入された. 身体所見から汎発性腹膜炎を疑い画像検査を行ったところ, 膀胱留置カテーテルが膀胱壁を貫いていると考えられた. 即日で緊急膀胱修復術+腹腔内洗浄術を施行し, 経験的抗菌薬の投与を開始した.

膀胱穿孔は、骨盤骨折などによる外傷性と、経尿道的手術などによる医原性で生じ、腹膜炎に進行しうる診断困難で重篤な疾患である。今回、膀胱留置カテーテルによる膀胱穿孔の1例を経験したため、若干の文献的考察を交えて報告する。

諸 言

膀胱留置カテーテルによる膀胱穿孔は、稀ながら報告されてきた診断困難で重篤な合併症のひとつである¹⁾. 今回、膀胱の頂部に穿孔を来していた膀胱留置カテーテルによる膀胱穿孔の一例を経験したため報告する.

症 例

【症 例】

85歳, 女性

【主 訴】

腹痛,冷や汗

【背景】

全盲, 聾, 全介助, 要介護5の女性

【現病歴】

来院当日の朝食はいつも通り摂取した。午前10時頃,定期の訪問看護師による往診があり,バイタルサインの測定,定期薬の内服指導,膀胱留置

カテーテルの交換などが行われたが、特に変わった様子はなかった.しかし、11時頃よりうなり声をあげ、冷汗をかき、苦しそうな様子であったため、かかりつけ医に相談し当院へ救急搬送となった.

【既往歷】

高血圧, 右大腿骨頸部骨折 (83歳)

【内服歴】

アムロジピン, ニコランジル

【嗜好歷】

喫煙:なし,飲酒:なし

【身体所見】

身長 165cm, 体重 40kg, BMI 14.7, 血圧 121/81 mmHg, 脈拍 91回/分, 体温 37.3℃, 呼吸回数 21回/分, SpO2 100%(酸素10L/分), 腹部は平坦, 板状硬. 圧痛及び反跳痛を認め, 腸蠕動音は減弱していた.

【来院時検査所見】

〈血液生化学所見〉

WBC 1800/mil, CRP 2.32mg/dl と重篤な感染症が示唆された. Hb 10.5g/dl と貧血を認め, TP 6.0 g/dl, Alb 3.2g/dl と低栄養状態であった. Na 139

mEq/L, K 3.6mEq/L, Cl 107mEq/L, BUN 11.3 mg/dl, CRE 0.53mg/dl で,電解質異常,腎機能障害は認めなかった.

〈腹部 CT 所見〉

下腹部を主体に脂肪織濃度は全体に上昇しており、骨盤内を優位として腹水も認められ、腹膜炎の状態と考えられた(図1).膀胱留置カテーテルが挿入されているが、カテーテル先端は画像上膀胱外に位置していると思われた(図2,3).下腹部皮下の正中や左側に air が散見されるが、air は腸管との連続性に乏しくfree airが疑われ、膀胱穿孔に伴う air として説明可能であった。(図1)



図1 下腹部皮下の free air(丸印)

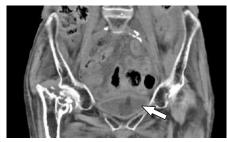


図 2 膀胱カテーテルによる穿孔部(矢印)

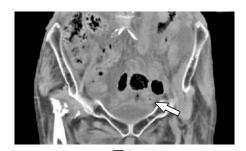


図3 膀胱カテーテルによる穿孔部(矢印)

〈カテーテル造影〉

膀胱留置カテーテル先端からガストログラフィンを注入したところ,膀胱は造影されず,造影剤の火焔状溢流を認めた(図4).

以上より、膀胱留置カテーテルによる膀胱穿孔 と診断した. 汎発性腹膜炎による敗血症が示唆さ れたため、腹腔内洗浄が必要と考え、緊急手術を 施行する方針となった.

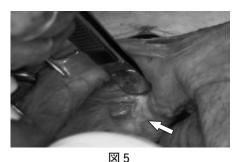


図 4 造影剤の火焔状溢流

【手術所見】

全身麻酔下,下腹部正中切開で,膀胱修復術+腹腔内洗浄術を施行した. 開腹すると,腹腔内に汚染した尿を多量に認めた. 膀胱頂部に6 mm大の穿孔部を認め,同部位より尿の流出を認めた. (図5)右下腹部から膀胱内に膀胱瘻カテーテルを留置し,瘻孔部を3-0,2-0Vicrylで2層に縫合し閉鎖した.腹腔内を洗浄し,ドレーンを留置し,手技を終了した. (図6)

術後経過は良好で、補液+抗菌薬投与にて加療 を継続し、第15病日に退院となった。



膀胱カテーテル先端による膀胱穿孔(矢印)



図 6 穿孔部の縫合

考 察

1937年にラテックスの尿道カテーテルが導入されて以来、膀胱穿孔は非常に稀であると報告されてきたが、診断困難で重篤な合併症のひとつである¹¹. 術前に膀胱穿孔と診断されることは少なく、消化管穿孔、イレウス、腹膜炎と、いわゆる急性腹症の診断で開腹されて診断がつくことが多い²¹. 診断では、恥骨上の圧痛、腹腔内遊離ガス、血尿、乏尿、腹腔内に漏れた尿が腹膜から再吸収されることによるBUN、Creの異常高値(pseudo-renal failure)などが手がかりとなる³¹. 膀胱造影により膀胱外に造影剤の溢流を認めれば確定診断となる. 膀胱留置カテーテル挿入に伴う合併症として、尿道損傷、萎縮膀胱, 逆行性感染、膀胱結石、膀胱穿孔などがある.

膀胱留置カテーテルによる膀胱穿孔の症例は、本邦では21例の報告があり、うち20例で開腹手術が行われ、1例では充分なドレナージを行い、保存的に加療が行われていた4).膀胱留置カテーテルの長期留置は、膀胱壁の非薄化と脆弱化の原因の1つとされ、その機序としては①カテーテル閉塞による膀胱拡張②膀胱粘膜の慢性炎症③カテーテル内の陰圧による粘膜損傷などが考えられている5).また、糖尿病、放射線照射後、感染、低栄養などが原因で膀胱壁の脆弱化、創傷治癒遷延などが生じることも、穿孔の一因であると考えられる6).また、カテーテル先端が位置する膀胱頂部に好発するため、腹腔内に穿孔を生じることが多い7).自験例でも膀胱の頂部に穿孔を来しており、カテーテル挿入後の発症で、長期留置(数十年前

から) や低栄養状態, 慢性膀胱炎による膀胱壁の 脆弱化をベースとし、挿入時の偶発的な穿孔を来 したものと推定される. 予防策としては、カテー テルを不要に長期留置しないことが最も重要で, 症例によっては、恥骨上膀胱瘻、間欠的自己導尿 などを検討する必要がある.また,カテーテルの 材質にはラテックスやシリコン、カテーテルの種 類にはフォーリーやチーマンカテーテルなどがあ るが、可能であれば、柔らかい材質のカテーテル を用いることが勧められる. 技術的には、無理な く優しく挿入することが重要である8). 長期間膀 胱にカテーテルが留置されている高齢者は多い が, 本症例で経験したような重症合併症の可能性 があることを常に念頭に置き、膀胱留置カテーテ ルの必要性を再考すると共に、排尿管理方法につ いて慎重な選択をすることが肝要である.

結 語

慢性膀胱炎を背景とし、膀胱留置カテーテル交 換後に膀胱穿孔を来した一例を経験した.

参考文献

- 1) 杉野達也: 導尿法とカテーテル留置. 救急医 24:1392-1395, 2000
- 2) Reiji Nozaki ect: A case of perforation of the bladder due to an indwelling urethral catheter. 日臨外会誌 68(5), 1304-1307, 2007
- 3) SpeesEK,et al: Unsuspected intraperitoneal perforation of the urinary bladder as an iatrogenic disorder. Surgery 89: 224-231, 1981
- 4) Hidenobu Okuda et al: Experitoneal bladder perforation due to indwelling urethral catheter successfully treated by urethral drainage: A case report Hinyokika Kiyo 54:501-504, 2008
- 5) Merguerian PA et al: Peritonitis and abdominal free air due to intraperitoneal bladder perforation assosiated with indwelling urethral catheter drainage I Urol 134:747-750, 1985

- 6) Milles G:Catheter-induced hemorrhagic pseudopolyps of the urinary bladder. JAMA 193:968-969, 1965
- 7) Sakiko Teramoto et al: Bladder perforation assosiated with indwelling urethral catheter Jpn Urol Surg 20(2):171~173, 2007
- 8) Almgren B, Bergqvist D, Hedelin H: Intraperitoneal bladder perforation caused by indwelling Foley catheter. Scand J Urol Nephrol 11:297-299, 1977



済生会滋賀県病院における乳がん検診の現状

済生会滋賀県病院 画像診断科

弥 永 彩 有, 髙 橋 悠, 鰐 部 亜砂子, 松 井 正 幸

論文受付 2015年 3 月17日 論文受理 2015年12月10日

要旨

乳がんの罹患率は年々増加し、現在では女性のがん罹患率で第一位、死亡率もそれに伴い増加している。全国の検診受診者数は、平成21年以降変化はみられないが過去5年の済生会滋賀県病院での乳がん検診受診数は徐々に増加している。要精密検査率に関しては、当院は約11%と全国の8%と比較し高い値となった。その原因としては乳房撮影装置のデジタルシステムへの更新による読影法の変更によるものが大きいと考える。

はじめに

近年、女性の乳がんの罹患率は年々増加し、がん罹患率では第1位、2012年には一度減少した死亡率も残念ながら2013年では増加し、壮年期の女性死亡原因第1位となっている。現在、厚生労働省では、40歳以上の女性に2年に一度の乳がん検診を推奨している。乳がん検診の方法にはマンモグラフィ検診、エコー検診、視触診の3つがある。乳がん検診では、これらの検査で乳がんの可能性のある人を要精密検査の対象としている。

目 的

罹患率,死亡率ともに増加している乳がんだが,現在どれだけの人が検診を受診しているのか,現在主要に行われているマンモグラフィ検診(マンモグラフィと視触診の併用者)受診者を対象に,全国と済生会滋賀県病院(以下当院と略す)の乳がん検診の受診者数及び,要精密検査率(以下要精密検査率と略す)について過去数年の統計を取り,比較検討する.

方 法

1. 乳がん検診受診者数

全国の乳がん検診受診者数について、厚生労働省のホームページ¹⁾より平成19年~平成24年のデータより統計をとる。当院の乳がん検診受診者数について、当院検診センターより21年~25年の検診受診者数の統計をとる。

2. 要精密検査対象者数

全国の乳がん検診要精密検査対象者について、厚生労働省のホームページ¹⁾より平成19年~平成23年のデータより統計をとる。当院の乳がん検診受診者数について、当院検診センターより21年~25年の要精密検査対象者の統計をとる。

結 果

1. 乳がん検診受診者数

a. 全 国

平成19年~平成24年の乳がん検診受診数を図1に示す。平成21年より検診者数の上昇があっ

たが、以降大きな変動はみられなかった。(図1)

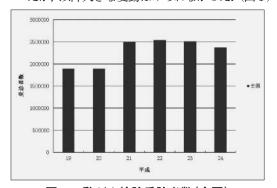


図1 乳がん検診受診者数(全国)

b. 当 院

平成21年~平成25年の乳がん検診受診数を図2に示す。全体的に見ると年々増加している。 平成21年と平成25年の受診者数を比較すると670件増加していた。(図2)

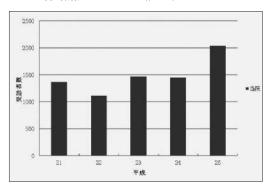


図2 乳がん検診受診者数(当院)

2. 要精密検査対象者数

a. 全 国

結果を図3に示す、全国の乳がん検診を受

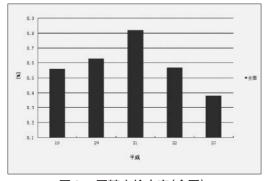


図3 要精密検査率(全国)

診した人の中で、毎年およそ8%の人が精密 検査の対象となっている。(図3)

b. 当 院

結果を図4に示す. 当院の過去5年間の要精検率は年ごとに多少のばらつきはみられるが, 平均で約11%となった. (図4)

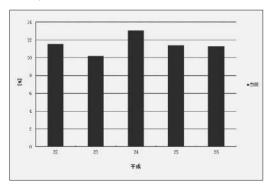


図 4 要精密検査率(当院)

考 察

全国の乳がん検診受診者数は平成21年より,40歳以上の対象者に5年毎に乳がん検診の無料クーポンが配布され,受診率は上昇したが,その後あまり変化は見られていない。現在全体の受診率は20%程度にとどまっている。対して当院の乳がん検診受診者数は年々増加傾向にある。これは,乳がん検診を開始した当初,当院では市民健診の対象地域が草津・栗東市のみであったが,現在は守山市,湖南市と対象地域を広げたために受診者数が増加したと考える。

要精査率は高ければ高いほど偽陽性が、低ければ低いほど偽陰性が生じやすくなるため、高すぎても、低すぎてもよくなく、現在その目安として9%程度、11%以下が望ましいといわれている²⁾. 当院の要精検率は約11%であり、全国の8%と比較して高い値となっている。この要因としては、局所的非対称性陰影や脂肪を含む腫瘤などの良悪性鑑別の要する陰影の判別や、要精検率が他の年と比較し高いとみられた年には、乳房撮影装置をデジタルシステムのものに更新した年であるため、読影方法もフィルムからモニタに変更された。そ

れにより、粒状性の違いや操作の不慣れが生じ、 読影に影響したと考える.

結 語

現在の乳がん検診の受診者数は、全国でも20%程度にとどまっているが、当院では市民健診の地域拡大により、その受診者数も年々増加傾向にある。しかし要精検率は全国の平均8%と比較し11%と高い値である。当院でも今後、9%前後を目標とする。また、当院では平成27年2月にマンモグラフィ検診施設画像認定を取得した。乳がん検診の画像としてより信頼度の高い画像を提供することができ、検診の質も保障されているため、これからの読影の精度の向上を期待する。

参考文献およびWebサイト

- 1) 厚生労働省:地域保健・健康増進事業報告: 結果の概要
 - http://www.whlw.go.jp/toukei/list/32-19d.html
- 滋賀県,公益財団法人滋賀県健康づくり財団, 滋賀県がん検診検討会乳がん部会:平成26年 度乳がん検診従事者講習会,配布資料



患者参加型カンファレンス導入による 自立支援に向けた関わり

済生会滋賀県病院 7 東階病棟 安 田 直 生, 河 津 和 樹, 藤 原 美 里

> 論文受付 2015年6月8日 論文受理 2015年12月10日

はじめに

現在医療の様々な場面で、患者の権利が主張され、認められるようになった.しかし、医療には非対称性という特性があり、患者と医療者との対等なコミュニケーションを難しくし、お互いの認識にズレを生じやすくしていた1). 医療者は患者に十分な情報を提供する義務があることが明らかになったにもかかわらず、患者はなお、主体的に医療に参加するために必要な情報を手にすることのない状況に留まっている.このような状況において、患者が医療へ参加するための方策として2000年5月に日本看護協会が「看護記録の開示に関するガイドライン」を発表し、各地で看護計画開示・診療開示などの取り組みが行われている.このように患者へ健康に関する情報を正確に提供することが必要とされてきている.

本院では変形性股関節症・変形性膝関節・腰椎 脊柱管狭窄症・腰椎椎間板ヘルニアに対して、ク リニカルパスを使用している。予定では変形性股 関節症・変形性膝関節症が21日目、腰椎脊柱管狭 窄症・腰椎椎間板ヘルニアが14日目の退院となる が、患者の原疾患の増悪・術後合併症など防ぎよ うのない要因に加え、患者のパスに沿った行動へ の意識が不足している事が一つの要因となり在院 日数が伸びている。その原因として医療者とのコ ミュニケーションや情報の共有不足から、患者が 主体的に医療へ参加するための情報が受け取れて

いない要因がある. 患者が主体的に医療へ参加す るためには、患者の意思決定や問題解決を促すよ うな関わりが必要と考える. 先行文献では患者が 医療へ参加するための方策として, 診療情報の提 供があり、診療情報の共有を目指した取り組みと して、積極的に患者に診療記録を提供している実 践報告がいくつか見られる. 積極的カルテ開示と 称し、クリニックでカルテのコピーを患者に配布 する2),入院患者のベッドサイドに毎日カルテを 配布するなどの試みが行われている3)~5). その結 果として, 患者が自分の受ける医療に対して主体 的に関与しようとしたことが報告されている。こ のように診療情報を共有することが患者と医療者 双方の意識変革を生み出し、 医療への患者参加の 基盤になると考えられる.しかし、現在そのよう な取り組みは一部に留まり、いくつかの実践報告 があるに過ぎない.しかも、診療情報の共有によ る患者への影響を示した研究の蓄積は少ない。そ こで医療者と患者が情報共有でき患者が主体的に 医療を行っていくためのツールとして患者参加型 カンファレンス (ウォーキングカンファレンス: 以下WCとする)を導入し、意識調査を行った。

用語の定義

患者参加型カンファレンス:患者と共にカンファレンスを行い患者と医療者間の情報・意思の共有をしていく事.

自立支援:疾患によってそれまでの生活に修正

を加えなくてはならない状況に陥った人が,もう 一度自らの生活をコントロールしていくことを支 援していく事.

方 法

調査対象:変形性膝関節症・変形性股関節症・ 腰部脊柱管狭窄症・腰椎椎間板ヘルニアの患者100 名.調査期間に入院し,研究同意を得られた患者. (患者の原疾患の増悪・術後合併症などバリアンス が発生した場合を除く)

調査期間:平成25年8月~平成26年8月

調査内容:対象患者をWC実施群・未実施群に分け意識調査を行った.両群同じアンケートを使用した.またアンケートをとる時期は変形性股関節症・変形性膝関節症は手術後2日目・手術後7日目・14日目・21日目に施行.腰椎脊柱管狭窄症・腰椎椎間板ヘルニアは手術後2日目・手術後7日目・14日目に施行.

アンケート内容

- ①コミュニケーションが図れているか
- ②自ら治療について話し合えたか
- ③治療内容が理解できているか
- ④主体的に治療行動を行っているか 4つのカテゴリーで各5問の計20の質問を行った。

データ収集方法と手順

回答方法は双方の結果が比較検討しやすくなるように各質問、同じ基準の 4 件法 (1.3 てはまらない~4.3 てはまる)で実施した。本研究では 1. 当てはまる」を 4 点、2. 「やや当てはまる」を 3 点、「あまり当てはまらない」を 2 点、「当てはまらない」を 1 点と区分した。

分析方法

得られたアンケート結果について点数化を行い 各カテゴリー5つの質問を合計して平均で示し た、カテゴリー間の比較はマン・ホイットニー検 定で行い、P<0.05をもって有意差があったかを 分析していく.分析過程においては看護師3名か らの意見を参考に研究者間で検討を重ね、客観性 が保たれるように配慮した.

倫理的配慮

研究対象者に「研究協力のお願い」の説明文書を用いて、研究の意義、目的、方法、研究への協力の任意性と撤回の自由、匿名性の保持、予測される心身におよぼす危険性およびその対応、研究協力者にもたらされる利益および不利益などについて口頭で説明し、書面にて同意を得た.本研究は、済生会滋賀県病院の倫理委員会で承認を得て実施した.

結 果

質問用紙は100名に配布した.回収率86名,有効回答数80名.

WCを未実施群

男性12名,女性28名,平均年齢50.3歳

変形性膝関節症 平均在院日数30日 変形性股関節症 平均在院日数31.8日

腰部脊柱管狭窄症 平均在院日数14日 腰椎椎間板ヘルニア 平均在院日数12日

WC実施群

男性13名,女性27名,平均年齢61.1歳

変形性膝関節症 平均在院日数26.6日

変形性股関節症 平均在院日数25.2日

平均在院日数12.4日

腰椎椎間板ヘルニア 平均在院日数12日

未実施群より実施群の方が平均4.4日間の在院 日数が短縮した。

アンケートの結果

腰部脊柱管狭窄症

①療者とコミュニケーションが図れているか(表1) 計4回のWCいずれにおいても検定比較にて 有意差を認めた.

	day2	day7	day14	day21
実 施	16.77	16.55	16.55	18.77
未実施	13.77	14	15.07	16.12
P 値	0.0005	0.013	0.012	0.012

(表1)

②自ら治療について話し合ったか (表2)

手術後2月目~14日目に検定比較で有意差を 認めた.

	day2	day7	day14	day21
実 施	14.6	16.1	15.97	18. 12
未実施	12.87	13.72	14.55	15.81
P 値	0.048	0.015	0.049	0.097

(表2)

③治療内容が理解できているか (表3)

手術後2日目は検定比較で有意差を認めた. 手術後7~21日目平均値は実施群の方が高いが 有意差を認めなかった.

	day2	day7	day14	day21
実 施	15.95	15.37	15.57	16.87
未実施	14.27	14.02	14.82	16
P 値	0.047	0.1	0.69	0.28

(表3)

④主体的に治療行動を行っているか(表4) 手術後2日目のみ検定比較で有意差は認めた

がそれ以降,有意差を認めなかった.

	day2	day7	day14	day21
実 施	16.17	15.85	15.97	17.66
未実施	未実施 13.17		15	16.18
P 値	0.0007	0.084	0.17	0.089

(表4)

考 察

研究チームでは WC を行う事で二つの効果が でると考えていた.一つ目は診療情報をより提供 できる.二つ目は患者の不安や疑問を解決できる.

そして二つの効果がでる事により自立支援に繋が り、アンケート結果において全てのカテゴリーに 有意差を認めると考えていた. しかし2日目以降 カテゴリー③④について有意差を認めなかった. 調査対象は外来で対処療法を行い疼痛・神経症状 など諸症状の緩和に努めているが症状が改善でき ない状況に陥り主治医と相談し手術を決定してい る患者がほとんどである。そのため WC 実施群、 未実施群どちらの患者も手術を自己決定し, 入院 前に治療について説明を受けている状況であった. そして入院後もパスや看護計画を用いて診療情報 の提供を行っている. つまり入院前の治療説明や パス・看護計画開示を行う事で WC を施行しなく ても診療情報の提供は行えている事がいえる.

カテゴリー①②では術後2日目~14日目に有意 差を認めた. 患者は入院前に術後の身体侵襲など について説明を受けている. しかし手術後疼痛な どの諸症状が残存し、日常生活動作が向上しても 退院を考えられず「痛みがある今の状態では退院 はできない. | 「今の歩行状態では自宅で生活でき ない. という不安の訴えを臨床現場でよく耳にす る事がある.同様に急性期リハビリテーション(以 下リハビリとする) や退院後の生活を考えていく 上で不安や疑問を患者個々で抱いている. そこで WCを行い定期的に患者と看護師多数で話合う場 をもった、術後2日目では、手術を体験した患者 が治療後感じる思いを引き出し、患者が抱いてい る様々な不安・疑問を共に考え解決する働きかけ を行った. 手術後7日目のWCではリハビリ段階 である患者に対して患者の思いを聞き個々に合わ せて生活にリハビリを取り入れられるような働き かけを行った. 手術後14~21日目の WC では患者 個々の生活背景に合わせて退院後どのように生活 を行えばいいか共に患者と考え話し合える場とし た. 患者は入院生活の中で様々な体験を行い治療 や今後の生活に対して不安・疑問が生じる. それは 診療情報の提供だけでは解決できない、患者の生 活背景や個々の治療過程において出現する不安・ 疑問である. そのため患者の思いを引き出し、解 決に導くには定期的な看護師の介入が必要不可欠 である。WCでは患者の思いを引き出し、どのように治療に取り組めばいいか両者の立場で話し合い共に考え解決できるように関わった。そして定期的に話合いをする事で患者に安心感をもたらし、カテゴリー①②で有意差を認めたと考える。

今回在院日数ではWC未実施群より実施群の方 が平均4.4日間短縮にいたった.この事からWCを 行う事で患者が治療をより主体的に参加できてい たと考える. いいかえるなら WC は自立支援を行 える一つのツールであった事がいえる. 研究者間で は二つの効果がでる事を期待していた. ところが 診療情報の提供には影響を及ぼす結果ではなかっ た. しかし自立支援を行う上で患者個々における 治療過程・生活背景から生まれる様々な思いを引 き出し解決に導けるようにしていく事が患者の求 める情報だったのではないかと考える. そしてWC を通して患者が求める情報を提供できた事が自立 支援の第一歩であり在院日数の短縮に繋がった. つまり診療情報よりも, 患者の思いを引き出し共 に考え解決に導けるような情報を提供する事が自 立を促進する上では重要だと明らかになった.

WCによって患者の求める情報を伝える事が重要と先にも述べているが、パス開示・看護計画の開示など診療情報の共有が行えて初めて患者の求める情報を患者自身が持つ事ができると考える。患者の自己決定支援でも診療情報の提供は必須となっており、患者が自分の医療を選択できるためにはかかせない。そのため今後はパス開示や看護計画の開示、また主治医の治療説明の時には患者の理解度を確認し、診療情報の提供が行えているかを確認していく。そしてWCでは患者が求める情報提供に焦点をあててWC内容の検討を行い、実施できるよう取り組んでいきたい。

結 論

自立支援を促進するためには、医療者からの情報を患者がどのように受け止めているか確認を行い、同時に自立に向けた情報となっているかを共に考え導く関わりが必要である.

引用文献

- 1) 島津 望: 医療のゆくえ, 医療の質と患者満足一サービス・マーケティング・アプローチー, 2008, 1-8, 千倉書房, 東京
- 2) 橋本忠雄: 一歩踏み出したインフォームド・ コンセント 患者さん自身が"主治医"になる 「私のカルテ」を作って. エキスパートナース 11:36-39, 1995
- 3) 上谷早苗: カルテ開示時代の看護記録 カルテ 開示の実際とその効果 ベッドサイドにカルテ を配布. 看護管理 9:508-514, 1999
- 4)藤井幸代:看護記録記録開示の実際と情報の 共有配布型カルテ開示の取り組み.看護実践 の科学 27:34-39,2002
- 5) 三関和美: 看護計画・カルテ 看護職・患者 がともに記載する「毎日カルテ配布方式」. 看護 53:40-43, 2001

参考文献

- 1) 日本看護協会:看護記録の開示に関するガイ ドライン、2000.
- 2) Gottlieb LN, Feeley N, Dalton C. (2005), 吉本照子監訳 (2007). 協働的パートナーシップによるケア. 東京:エルゼビア・ジャパン.
- 3) 1992 Whitman NI, Graham BA, Gleit CJ & Boyd MD. (1992). 安酸史子監訳 (1996). ナースのための患者教育と健康教育. 東京: 医学書院
- 4) 舩田千秋:退院支援・退院調整における看護 師の役割 日本クリニカル学 12:96-102, 2012



当院で経験した肺原発悪性リンパ腫の一例

加藤 寿 一1), 馬 場 正 道1), 加 藤 元 一1), 上 林 悦 子1) 愛1) 前田 賢 矢1), 橋 向 圭 介¹⁾, 中 惠1), 大 濱 元 $\underline{-}^{1)}$, 長谷川 健 西 野 俊 博¹⁾, 植 田正 $己^{1)}$ 松 井 明1) 坂 田 車 蔵1), 橋 倉 博 樹2), 勝 盛 哲 也3), 増 守4) Ш 福 田 賢一郎5), 新 木 真 ___6)

1)済生会滋賀県病院 臨床検査・病理診断センター, 2)済生会滋賀県病院 呼吸器内科, 3)済生会滋賀県病院 放射線科, 4)済生会滋賀県病院 外科, 5)公立南丹病院 外科, 6)あらき内科

論文受付 2016年10月3日 論文受理 2016年11月2日

要 旨

40歳代, 男性. 健診で胸部異常陰影を指摘されて当院受診, 右上葉に径10㎜の結節性病変をみとめ, lung cancer 疑いにて video-assisted thoracic surgery (VATS) が施行された. 術中迅速組織診において malignant lymphoma を疑い, flow cytometory を施行した. 組織学的には比較的小型で monocytoid な lymphoid cells の密かつ均一な増殖が見られ, flow cytometory および免疫組織化学の所見と合わせ, 肺原発の MALToma と診断した. Fluorescence *in situ* hybridization (FISH) 法による MALTI 遺伝子領域 (18q21) を介した転座解析で t(11;18) や t(14;18) は見られなかったが, trisomy 18およびtrisomy 3を確認した. このような変異は肺MALTomaで高率に見られるが,変異の違いが予後や再発転移のリスクとどのように相関するかは明らかではなく, 今後の研究課題といえる.

Key Words: 肺原発MALToma, fluorescence *in situ* hybridization(FISH), *MALTI*遺伝子, trisomy, Bcl-10

症 例

【患 者】 40歳代, 男性.

【主 訴】 胸部異常陰影

【既往歷】 両側半月板手術

【社会歴】 喫煙 30本/日, ビール 1本/日

【現病歴】 定期検診で胸部異常陰影を指摘され,精査目的に当院内科を受診した. CT follow 中にわずかに増大傾向を示したため,確定診断,治療目的に当院外科入院となった. 身体所見に特記すべきことなく, CT にて右上葉 (S3a) の末梢に径10㎜大の結節影あり, spicula をわずか

に伴っていた (Figure 1). 腫瘍マーカーは、CEA 0.9 (ng/ml), CYFRA 1.1 (ng/ml), CA19-9 6.3 (U/ml), Pro GRP 28.3 (pg/ml) であった.

Lung cancer 疑いにて video-assisted thoracic surgery (VATS) による肺部分切除術が施行された.

【術中迅速組織診断】 Carcinoma成分はみられず、lymphoid cellsの単調な増生をみとめたためmalignant lymphoma を疑い、病理医の判断で flow cytometory を施行した.

【Flow cytometory】 CD3(-), CD5(-), CD10(-), CD19(+), CD20(+), CD23(-), 軽

鎖制限(+)と、B-cell lymphoma に合致する所見であった (Figure 2).

【切除標本の所見】 肉眼的には、胸膜に接するように径11mmの境界不整な白色結節をみとめた (Figure 3a).

組織学的には、大部分が比較的小型で monocytoid な lymphoid cells の密且つ均一な増生より成っており、肺実質構造は不明瞭化していた (Figures 3b&4). 一部に、follicular colonizationも

見られた (Figure 5). 腫瘍辺縁では、しばしば lymphoid hyperplasiaを伴っていた (Figure 6).

免疫組織化学では,lymphoid cellsはCD3(-), CD20(+)で, CK(AE1/AE3)によってlymphoepithelial lesionsも明瞭化された. Bcl-10については,細胞質ではなく核に陽性所見を示すlymphoid cellsも見られた (Figure 7).

以上より、MALTomaリンパ腫と診断した. 【染色体検査所見】 Fluorescence *in situ* hybridi-

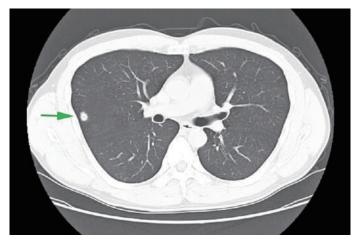
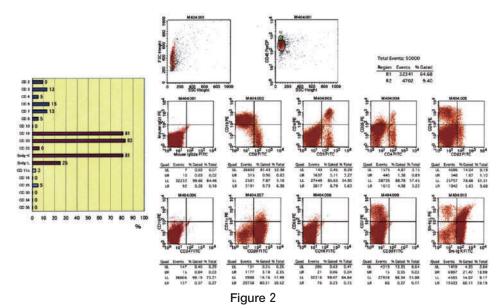


Figure 1 右上葉 (S3a) の末梢に径10㎜大の結節影があり、spicula をわずかに伴う (arrow).



CD3(-), CD5(-), CD10(-), CD19(+), CD20(+), CD23(-), 軽鎖制限(+). B-cell neoplasm を示唆する.



胸膜に接するように、径11mm大の境界不明瞭な白色結節 (arrow head).

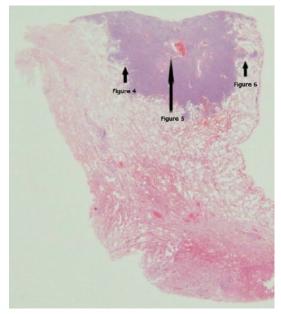


Figure 3b ルーペ像では、境界不明瞭な結節性病変であることが分かる.

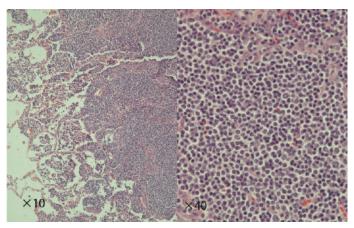


Figure 4 比較的小型で monocytoid な lymphoid cells の密かつ均一な増殖.

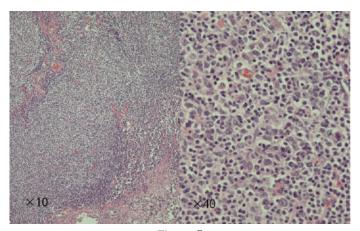


Figure 5 Follicular colonization が見られる.

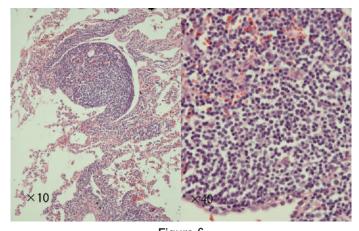


Figure 6 腫瘍辺縁では lymphoid hyperplasia が見られる.

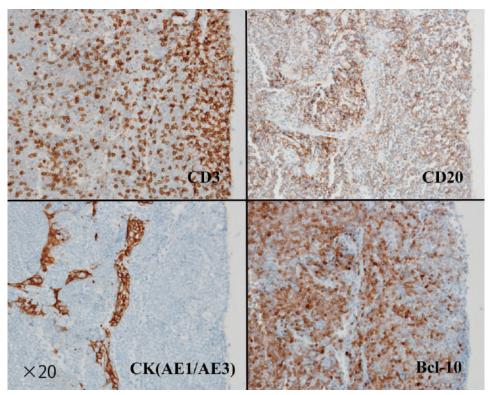


Figure 7

CD3(-), CD20(+), CK(AE1/AE3) による lymphoepithelial lesions の明瞭化. Bcl-10は lymphoid cells の細胞質ではなく,核に陽性.

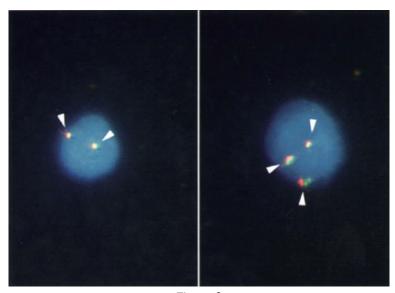


Figure 8

18番染色体と11番あるいは14番染色体の転座陽性細胞は見られない(arrow head). 一部に5'/3' MALTI probeの シグナルを 3 個持つ細胞が見られる (arrow head).

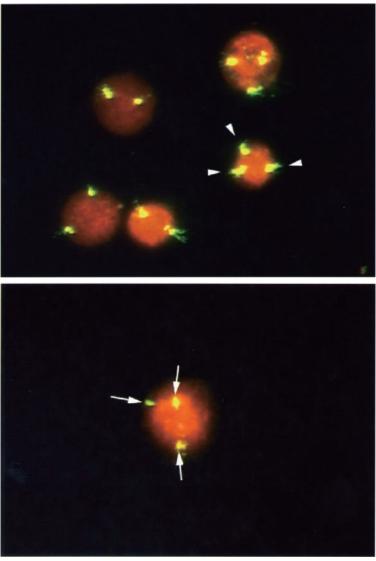


Figure 9 Trisomy 3 (arrow head) および trisomy 18 (arrow).

zation (FISH) 法にて,MALTI遺伝子領域(18 q21)を介した転座を解析した.転座陽性細胞は見られず,t(11;18)とt(14;18)は否定的であった.一部に5'/3' MALTI probeのシグナルを3個持つ細胞を認めた(Figure 8). 18番 centromeric probeで確認したところ,一部の細胞にtrisomy 18を認めた(Figure 9). 同時に,3番 centromeric probeで一部の細胞にtrisomy 3を確認した(Figure 9).

考 察

今回、我々は肺 MALToma の一例を経験した. 節外性臓器に付属するリンパ組織は、粘膜関連リンパ組織(mucosa associated lymphoid tissue; MALT)と呼ばれる.これは一次性(Peyer 板など生来備っているもの)と、二次性(胃や呼吸器などに形成される後天性のもの)とに大別される.特に後者の慢性炎症によるリンパ組織から発生した 低悪性度 B 細胞性の lymphoma が MALToma である (文献 1). わが国の集計では、全 lymphoma の $7 \sim 8\%$ を占めており、diffuse large B-cell lymphoma (DLBCL) に次いで多い.臓器別には、胃が最も多く、次いで眼付属器、大腸、甲状腺、肺、唾液腺などに見られる(文献 2).

肺原発のlymphomaのうち47%がMALTomaであり、全lymphomaに占める割合は0.47%である。60歳以上の症例が65-71%であり、女性症例が57-63%とやや男性より多い。発見時に無症状の症例が56-75%であり、単発の腫瘤形成のみの症例が51-69%である。肺門部及び縦隔リンパ節浸潤を示す症例が44-78%であり、DLBCL合併が18%に見られる。t(11;18)(q21;q21)を示す症例が38-55%に見られ、10年生存率は71.7%で肺原発DLBCLとの有為差をみとめない。

今回の症例では、t(11;18) やt(14;18) は確認 出来なかったが、一部の細胞にtrisomy $3 \ge 18$ を認めた.肺 MALToma では約90%にt(11;18) や aneuploidy が見られるとの報告がある。また、MALToma ではt(11;18) や aneuploidy を示すもののうち約1/2に再発が、約1/4に骨髄浸潤が見られるとの報告がある(文献 $5 \ge 9$)。今回の症例は40歳代の男性であり、術後、転移精査目的に骨髄検査が施行されたが、明らかな lymphoid cell の浸潤は見られなかった。Rituximab 単独療法を4クール施行されたのち、術後10年を経た現在、転移再発はみとめていないが、厳重なfllow-upが必要であると考えられた。

MALToma ではしばしば Bcl-10が細胞核内に陽性所見を示し、その局在はt(11;18) と関連すると報告されている.一方、t(11;18) 陰性 MALToma の16-50%でもBcl-10が細胞核内に陽性所見を示すという報告がある(文献 3,7,8&10). Bcl-10はアポトーシスを制御する分子の一つで、染色体1p22上にある.正常ではリンパ組織を中心に細胞質に局在し、MALT1遺伝子と共に正常リンパ球を活性化する NF- κ B 経路において重要な役割を持つ.今回の症例は t(11;18) と t(14;18) が陰性で、trisomy 3と18を伴う MALToma であったが、細胞

核内に Bcl-10陽性所見を認めた. このことから, a) t(1;14) による Bcl-10異常発現, b) an euploidy による Bcl-10異常発現, などの可能性が示唆された.

転座やaneuploidyの差によって予後や転移再発のリスクが明確に異なるという報告はなく、これらの変異がMALTomaのtumorigenesisや生物学的振る舞いとどのように関係するかは今後の研究課題であるといえよう.

参考文献

- 1) Isaacson PG, Wright D, et al: Malignant lymphoma of mucosa-associated lymphoid tissue. Cancer 52: 1410-1416, 1983.
- 2) Lymphoma study group of Japanese pathologists. The world health organization classification of malignant lymphomas in Japan: Incidence of recently recognized entities. Pathol Int 50: 696, 2000.
- 3) Ye H, Dogan A, Karran L, et al: BCL10 expression in normal and neoplastic lymphoid tissue. Nuclear localization in MALT lymphoma. Am J Pathol 2000; 157: 1147-1154.
- 4) Kurtin PJ, Myers JL, Adlakha H, et al: Pathologic and clinical features of primary pulmonary extranodal marginal zone B-cell lymphoma of MALT type. Am J Surg Pathol 2001; 25: 997-1008.
- 5) Remstein ED, Kurtin PJ, James CD, et al: Mucosa-associated lymphoid tissue lymphomas with t(11;18) (q21;q21) and mucosa-associated lymphoid tissue lymphomas with aneuploidy develop along different pathogenetic pathways. Am J Pathol 2002; 161: 63-71.
- 6) Streubel B, Lamprecht A, Dierlamm J, et al: T(14;18) (q32;q21) involving IGH and *MALT1* is a frequent chromosomal aberration in MALT lymphoma. Blood 2003; 101: 2335-2339.
- 7) Okabe M, Inagaki H, Ohshima K, et al: *API2-MALT1* fusion defines a distinctive clinicopa-

- thologic subtype in pulmonary extranodal marginal zone B-cell lymphoma of mucosa-associated lymphoid tissue. Am J Pathol 2003; 162: 1113-1122.
- 8) Remstein ED, Kurtin PJ, Einerson RR, et al: Primary pulmonary MALT lymphomas show frequent and heterogeneous cytogenetic abnormalities, including aneuploidy and translocations involving *API2* and *MALT1* and IGH and *MALT1*. Leukemia 2004; 18: 156-160.
- 9) Raderer M, Streubel B, Woehrer S, et al: High relapse rate in patients with MALT lymphoma warrants lifelong follow-up. Clin Cancer Res 2005; 11: 3349-3352.
- 10) Xia H, Nakayama T, Sakuma H, et al: Analysis of API2-MALTI fusion, trisomies, and immunoglobulin VH genes in pulmonary mucosaassociated lymphoid tissue lymphoma. Human Pathology 2010; 42: 1297-1304.



右室心尖部に血栓形成をきたした不整脈源性右室心筋症の1例

済生会滋賀県病院

古 谷 善 澄¹⁾, 三 浦 和¹⁾, 大 本 和 由¹⁾, 西 村 康 司¹⁾ 畑 久 勝¹⁾, 松 井 清 明¹⁾, 伏 村 洋 平²⁾, 中 村 隆 志²⁾ 1)臨床検査科, 2)循環器内科

論文受付 2016年8月1日 論文受理 2016年10月27日

要旨

症例は不整脈源性右室心筋症(arrhythmogenic right ventricular cardiomyopathy; ARVC)の 50代男性. 心室性期外収縮による動悸に対して β 遮断薬を服用中である. 20年前から右室拡大と心 尖部自由壁に限局性の壁運動低下があり,年 1 回経胸壁心エコー図検査にて経過観察中であった. 今回新たに右室心尖部に瘤形成と,内部に径12×12㎜の可動性を有する構造物が確認され,有茎性 の血栓が疑われた. 抗凝固療法を開始し,心エコー検査にて経過観察を行った. Day5 には構造物 のサイズは著変なかったが,day8 には構造物の消失を認めた. 呼吸苦などの自覚症状はなく,明らかな肺塞栓症を示唆するエコー所見や造影 CT における肺動脈の欠損は認めなかった. 以上から構造物は右室心尖部血栓と診断した. ARVC における右室内血栓形成の報告は散見されるものの,左室内血栓に比べその頻度は圧倒的に少ない. 右室の構造が複雑で検出しにくいと考えられるため,四腔断面のみならず右室流出路断面や右室流入路断面など多断面からのアプローチを駆使して形態学的異常の有無を観察する必要がある.

はじめに

不整脈源性右室心筋症(arrhythmogenic right ventricular cardiomyopathy,以下ARVC)は1977年 Fontaineらにより初めて報告された疾患概念である。右室心筋の局所的な脂肪浸潤および線維化を特徴とし,右室拡大や右室壁運動異常を起こし,右室起源の心室性不整脈(心室頻拍),心不全,突然死を起こす疾患でその病変は右室流出路,心尖部,横隔膜面などに好発する1)。原因としては,近年,遺伝子変異によることが明らかとなり,原因遺伝子が次々と見いだされ,現在ではARVC1~12と Naxos 病の13病型があげられている2)。発生頻度は5,000人に1人といわれ,30歳前後での発症が

多く, 小児での発症は少ないとされている. 治療に関しては現在でも心筋変性に対する原因治療はなく, 心室性不整脈や心不全への対症療法が主体となっている. 今回我々は ARVC の経過観察中, 右室心失部に血栓形成をきたした症例を経験した. 右室壁在血栓の報告は少ないが, 本症の心エコー検査での経過観察時の留意点を考えたので報告する.

症 例

患者:50代,男性. 主訴:特になし.

平成8年7月に健康診断で心電図異常を指摘され当院外来受診。自覚症状は特になかったが、ホ

ルター心電図にて心室性期外収縮および無症候性 心室頻拍があり、また心エコー検査にて右室の拡 大と心尖部自由壁の壁運動低下を認め、ARVC 疑 いにて検査入院となった。心筋生検などの結果か らARVC と診断され、心室性期外収縮による動悸 に対してビソプロロール 5 mg/dayの内服を継続し ながら、3ヶ月毎の定期受診と年1回の心エコー 検査を受けられていた。平成27年3月定期受診の ため当院外来受診され、心電図、胸部 X-P、心エ コー検査が施行された。

心電図所見:心拍数54bpm,正常洞調律,四肢誘導は低電位を示しⅢ,aVFおよびV1~V4に陰性T波を認めた(図1).

胸部 X 線所見:心胸郭比46%,心拡大や肺うっ 血所見は認めなかった(図2).

心エコー検査所見:左室長軸像にて心室中隔壁厚9.3mm,左室後壁厚9.8mm,左室拡張末期径45.1mm,左室駆出率58.0%,左房径33.2mmと左室肥大および心内腔の拡大はなく、心収縮能もほぼ良好であった。心尖部四腔断面像にて右室拡張末期径は36.8mm

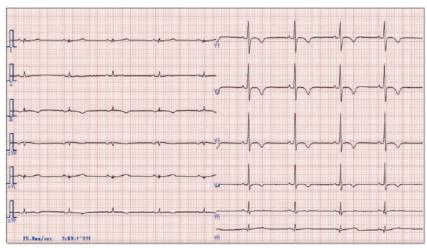


図1 入院時心電図



図 2 入院時胸部X-P

とやや拡大し(図3),右室心尖部自由壁の壁運動は低下していた.更に今回新たな所見として,心 尖部四腔断面像から少し反時計方向にプローブを 回転させた右室心尖部自由壁に瘤形成が疑われ, 瘤内部に径12×12mmの有茎性で可動性を有する内 部低エコーの球状構造物を認めた(図4).また, 中等度の三尖弁逆流を認めたが,三尖弁逆流波形 より求めた圧較差と下大静脈の評価より肺高血圧 は否定的であった.

理学所見:血圧101/59mmHg, 血中酸素飽和度 98%, 呼吸苦なし,浮腫なし,心雑音(-), I音 減弱,Ⅱ音亢進(-)呼吸性分裂(+)と特記すべき 異常は認めなかった.

血液検査と胸部造影 CT が追加された.

血液検査所見:BNPおよびD-ダイマーが若干高値を示す以外に、特記すべき所見は認めなかった (表 1).

胸部造影CT所見:肺動脈の明らかな陰影欠損はなく肺寒栓症は否定的であった。

以上より右室心尖部血栓症の疑いで内科的治療を選択されたため、抗凝固療法目的で入院となり、適宜血液検査、心エコー検査、胸部造影 CT 検査が施行された(図5).入院5日目の心エコー検査では右室心尖部の構造物に著変を認めなかっ



図3 入院時経胸壁心エコー図(四腔断面拡大像)

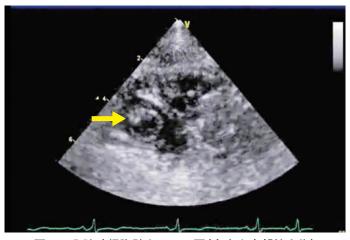


図 4 入院時経胸壁心エコー図(右室心尖部拡大像)

心尖部四腔断面からプローブを反時計方向に回転させたところで、右室自由壁に瘤形成と径12×12mmの内部低エコーの可動性を有する球状構造物を認めた。(矢印)

表	1	入院	持棒	杏デ	ータ
2		ノトレレ	ツ 1天	ᅭᄼ	

生化学検査		血液検査	
AST (U/L)	16	$WBC(/\mu L)$	6. 1×10^3
ALT(U/L)	10	$RBC(/\mu L)$	447×10^{4}
LDH(U/L)	198	$PLT(/\mu L)$	262×10^{3}
CPK(U/L)	66	$\mathrm{Hb}\left(\mathrm{g}/\mathrm{dl}\right)$	14.1
CRE(mg/dl)	0.82		
$\mathrm{BUN}\left(\mathrm{mg}/\mathrm{dl}\right)$	21.1	凝固検査	
Na(mmol/L)	140	APTT (sec)	29.3
K (mmol/L)	4.3	PT (sec)	11.7
CL (mmol/L)	103	INR	0.99
GLU(mg/dl)	108	D - ダイマー (μg/dl)	0.60
CRP(mg/dl)	0.06		
BNP(pg/mL)	41.3		



左縦軸はAPTT,右縦軸はINRとD-ダイマー値を表す.



図 6 入院 8 日目経胸壁心エコー図(右室心尖部拡大像) 入院 0 日目,5日目に認められた瘤内の球状構造物は消失していた.

たが,入院8日目に施行された心エコー検査にて構造物の消失を認めた(図6). 理学所見や胸部造影 CT 検査の結果より肺塞栓症は否定的であり,入院12日目に退院,以降外来にて抗凝固療法を継続中である.

考 察

本例では心エコー検査にて右室心尖部瘤と瘤内 部の低輝度構造物を検出し,経過観察中に構造物 の消失を認めたことから右室心尖部血栓症と診断 し得ることが可能であった.また,文献上,ARVC を含めた右室内血栓症の報告は散見されるものの, 左室内血栓症に比べその頻度は圧倒的に少ない³⁻⁵⁾. その要因として①右室の構造が複雑なこと. ②セ クタ型プローブの特性から、右室心尖部など体表 に近い領域は、観察できる範囲が限られているこ と、以上の2点が考えられた。したがって心エコー 検査による血栓の検出が容易でなかったと考察さ れた. 見落としをなくすためには、四腔断面像の みならず右室流出路断面や右室流入路断面など多 断面からのアプローチを駆使して形態学的異常の 有無を観察すること6,体表近くの観察には高周 波プローブを用いることが肝要であると考える.

結 語

今回我々はARVCの経過観察中、右室心尖部に血栓形成をきたした1例を経験した。診断および経過観察に心エコー検査が大変有用であった。また、ARVCの患者では右室心尖部瘤や血栓形成を念頭に置き検査を行うことが重要であると考えられた。

参考文献

 Fontain G, Guiraududon G, Frank R, et al: Stimulation studies and epicardial mapping inventricular tachycardia: study of mechanisms and selection for surgery. In: Reen-

- trant Arrhythrnias. (ed.by Kulbertus H) pp 334-350. MTP Publishing, Lancaster, UK, 1977.
- 2) Pilichou K, Nava A, Basso C, et al: Mutations in desmoglein-2 gene are associated with arthythmogenic right ventricular cardiomyopathy. Circulation 2006; 113: 1171-1179.
- 3) 浅野由起雄,内藤恒克,井出雅生,他:経過中に右室内に血栓の出現をみた arrhythmogenic rightventricular dysplasia (ARVD)の1例.心臓,1986;18(6):697-703.
- 4) 土田哲人, 土橋和文, 中川基哉, 他:右室内 球状血栓の合併を認めた arrhythmogenic right ventriculardysplasia (ARVD) の1例. 心臓, 1989;21(12):1460-1465.
- 5) 松井宏樹,瀬川郁夫,田中由紀子,他:心室 類拍と左室内血栓および右室異形成を合併し た心筋症~張型心筋症か,不整脈源性右室心 筋症か?~.心臓,2002;34(12):963.
- 6) 増田喜一,遠田栄一編:心臓超音波テキスト第2版. 医歯薬出版.東京,2009.



急性期病院における院内デイケアの導入による効果

済生会滋賀県病院 8階西病棟

木 下 龍一郎, 西 愛 美, 西 山 弥 生, 高 山 琴 音 北 川 留美子, 中 井 美 和

キーワード:院内デイケア

論文受付 2016年7月1日 論文受理 2016年9月12日

はじめに

2025年には3人に1人が65歳以上という高齢社会が予測され、急激に高齢化が進む中で、医療機能の分化と連携が進められている。そのような中で、A病院は一般急性期病院として患者の状態の早期安定化に向けて医療の提供をする役割を担っている。

平成26年8月からA病院では老年症候群による機能低下を予防し、生活動作の維持を目的とした院内デイケアを導入した。また高齢者の機能評価には、診断と治療にとらわれず、患者個々の生活者としての視点や介護者の視点から見た、特異的問題の抽出手段として、高齢者総合機能評価(Comprehensive Geriatric Assessment以下CGAと称す)を導入している。

目 的

院内デイケアに参加し、せん妄による見当識障 害の改善が認められ、在宅退院した1事例を通し て、院内デイケア導入を検討する.

倫理的配慮

本研究はA病院の看護部倫理委員会の承諾を受けた.対象者及び家族に,研究の目的と方法,参加

は自由意思によるものであること,対象者に負担や 不利益がないように配慮すること,プライバシーの 保護を遵守することを口頭で説明し,同意を得た.

方 法

1. 対 象

事前のCGA評価で特異的問題に該当し、院内 デイケアに参加した患者1名を対象にした.

- 2. 研究期間
- 平成26年8月~平成27年3月3.データ収集と分析方法

院内デイケアに参加した患者のカルテ,院内デイケアの実施記録から日中の覚醒状況や入眠状況,言動や行動,CGA結果をもとに考察した.

院内デイケアの実際

1. 院内デイケアの内容

患者主体となって院内デイケアを行うために、内容を作業療法士や認知症認定看護師と連携して院内デイケアの内容を検討した。バイタル測定などから参加可能か判断し、また研究対象者の意思を尊重し参加を促した。院内デイケアを毎週月曜日と水曜日の2回/週、14時~15時の間に病棟ラウンジで、5名~15名/回の参加者

に対して行っている.

介入内容は、①見当識への介入として、今日 の記念日を題材に日付を意識づけし、記念日の 内容から患者に連想を促すことで、患者からの 自発的な発言や、患者同士での会話も生まれる ように取り組む.②身体のウォーミングアップ を目的に、ラジオ体操を実施する、患者個々の ADLの範囲内でできる動作を促し、麻痺などで 自己にて身体を動かすことが困難な場合には看 護師の介助で上肢を動かし、全員が参加できる ように介入する. ③感情表現や発声練習を目的 に、歌(歌謡曲や童謡を中心とした曲)を歌う. 選曲方法はリクエストやくじを用いる. ④身体 を動かすレクリエーションとして風船バレー, 玉入れなどを他患者と共に行なう. ⑤クールダ ウンを目的とし、深呼吸を行う. 加えて参加者 には、参加したという実感を得ることを目的と し、シールを選んでもらい、カードに貼付する といったスタンプラリーをしている.

院内デイケアに参加した患者から「楽しかった.」「また是非参加したい.」「家に帰ったらデイサービスに行ってみようかな.」という発言があった.

2. 対象の状況経過

B氏,72歳,男性.脳梗塞にて入院.発症前はADL自立.意識レベルI-1.入院時口角下垂,歩行時ふらつきあり.NIHSS2点(顔面麻痺1点,構音障害1点)

入院2日目:せん妄が出現し、日中点滴を自己抜去するなど、不穏行動を認め、安静度の理解はなく、指示動作が出来ず、また、夜間不眠であり、鎮静薬を使用する. CGA 評価の認知機能の項目において日付、場所、計算の正答が出来ず、MMSE17/30であった。詳細は表1参照.

表1 入院2日目に実施したCGAの結果

一次測定 (CGA7)			点数	評価の基準
意 欲	0	Vitality index	_	10点満点です.7 点以下で意欲の低 下が伺えます.

手段的 ADL	×	障害高齢者 の日常生活 自立度	A2	手段的な日常生活動作の機能 J. A. B. C ランク で表します. J は自立, C は 1 日中ベッド上の生活になります.
情緒· 気分	0	GDS-5	-	5 点満です. 2 点 以上でうつ傾向が 伺えます.
認知機能	×	MMSE	17/30	30点満点です. 23 点以下で認知機能 の低下が伺えます.
基本的 ADL	×	Barthel Index	75	100点満点です.85 点以下で基本的な (食事・トレイ動作・ 着替えなど)の日 常生活動作の低下 が伺えます.

入院5目目:日中は帰宅願望のため頻回に歩行し,不穏行動が持続する.また夜間不眠も続いており抗精神病薬の内服を開始する.生活リズムの調整と精神的な安定をはかる援助が必要と考え,院内デイケアを導入する.

入院7日目:「今は帰ってもあかん. 足腰弱ってるからな.」と自身の身体状況について認識する発言がある. 院内デイケアでは笑顔が多く, 意欲的に参加した. 夜間入眠でき, 不穏行動が消失したため, 抗精神病薬は中止となる.

入院12日目:見当識の確認をすると,日付は 1日誤差があったが,答えを伝えた後で聞き直 すと正答できる.

入院14日目:「眠い.」という発言はあるが, 退院前の MMSE は20/30まで改善した. 退院に 際して, 今回導入となったインシュリン注射の 手技は見守りで可能となり, 独歩で自宅退院と なった.

考 察

山口氏は「認知症を有するリハ患者は,病識(内 省能力)の低下に加えて,抑うつ,失望,敗北感と いったネガティブ感情を有している.このような 患者の参加率を高め、効果を出すには、意欲を高めることが欠かせない.」」と述べている. 院内デイケアで行ったラジオ体操は誰もが知っている体操であり馴染がある. また患者に曲を選択してもらい、患者の年齢層に合った曲を歌うことで、普段あまり発語のない患者も口ずさみ、不穏行動のある患者も落ち着いて大きな声で歌う姿がみられる結果となったと考える. B氏も院内デイケアでは笑顔が多くみられ、意欲的に参加される姿がみられた. 患者にとって馴染みのある内容を実施したことは、B氏の反応にもあるように意欲的に院内デイケアに参加できる要因の一つになったと考える.

馬場氏は「せん妄は重症化すると回復が遅れ介 入効果も減少するといわれており、早期発見・早 期介入がケアのポイントとなる. せん妄が起きた 場合には, 患者との積極的な関わりを通して現実 見当識を補強することにより患者の安心感を高め、 二次的な問題を回避することが重要である 2 と述 べている. B氏はせん妄が出現し, 見当識障害を 認めた、当初は、日付に1日誤差があったが、答 えを伝え後で聞き直すと正答できるまでとなっ た. 院内デイケアで記念日からの想起による見当 識への介入を行ったことは、B氏の見当識障害へ の積極的な看護援助であったと考える. 結果, 見 当識障害が改善し、自身の身体状況を認識するこ とができるようになったと考える. また自身が身 体状況を認識した結果, インシュリン手技の獲得 へもつながったと考える.

高齢者は若年者とは異なり、生活習慣病をはじめ、複数の疾患に罹患していることが多い。また老化の身体的、精神的、社会的背景から高齢者では個人差が非常に大きく、症状や所見も非定型的である。医療機能の分化に伴い急性期病院ではますます在院日数の短縮化が進む。多様性をもつ患者の特異的な問題を抽出するためには、疾患による身体的な症状以外の患者の生活機能を客観的に評価する必要がある。そのツールとして CGA を用いて早期から患者を包括的に捉えて、特異的問題を抽出することは有意義であると考える。

医療機能の分化が進み、地域包括ケアへの取り

組みが強化していく中, 急性期から, 退院後の生 活を見据え、老年症候群による機能低下を予防し、 生活の維持に向けた看護援助が必要である.一般 的なデイケアのイメージとして、田代氏は、「サー ビスを利用することは世間に対して家族が果たす べき役割を放棄し、社会的な援助を受けるのは恥 ずかしいことであるといった認識を高齢者が持つ ことで、デイサービスの利用が抑制されているこ とが示唆された.」3)と述べている. これまでもADL が低下する, 日中独居といった状態や背景から入 院を機に介護サービスの導入や検討を必要とする 患者が,介護サービスに対し,「年寄りが行くもの」 「私はまだいらない、恥ずかしい.」というように 介護サービスに抵抗をもつことがある. 急性期病 院で院内デイケアを導入することは、「家に帰っ たらデイサービスに行ってみようかな.」という 発言からも, 介護サービスの概念やイメージを払 拭し、導入が円滑にできるきっかけとなると考え る. よって、院内デイケアを行うことは、退院支 援の視点からも地域包括ケアを行うために有効な 看護援助であると考える.

結 論

- 1. 患者の主体性を重視できる院内デイケアは, 患者が意欲を高めるための看護援助であると 考える.
- 2. 院内デイケアは、患者の身体的、精神的賦活につながる。
- 3. 早期から CGA を行うことは、多様化する患者の特異的問題を抽出するツールとして使用できる.
- 4. 急性期病院における院内デイケアの導入は, 社会通念的な介護サービスの概念を払拭する きっかけのひとつとなる.

課 題

1. 今後は急性期病院で導入した院内デイケアの 取り組みや患者の反応を地域に情報提供し、

- 円滑な退院支援に繋げていきたい.
- 2. 患者の状態変容を客観的に評価するために, 入 院時, 退院時にCGAを行うことが必要である.

引用・参考文献

- 1) 山口晴保: 認知症の本質を知り, リハビリテーションに活かす, 全日本病院出版会, 2013; 6.
- 2) 馬場華奈己: がん患者と対症療法,メディカルレビュー社,2011.4;32.
- 3) 田代和子:高齢者と家族介護者からみたデイ サービス利用・非利用の関連要因,国際学研 究科,2009;4.
- 4) 高齢者に対する適切な医療提供の指針,日本 老年医学会,2010.
- 5) 葉室 篤:認知症疾患治療病棟における院内 デイケアの効果 ―病棟と自宅・施設の架け 橋―, 老年精神医学雑誌, 2011; 22:448-452.
- 6) 影近謙治 編集:急性期病院における在宅を見 据えての deconditioning 対策 ―急性期を乗 り越えればそれでいいのか― 2014,全日本 病院出版会,No174.



動脈塞栓術により救命し得た 胃十二指腸動脈瘤十二指腸穿破の1例

済生会滋賀県病院

安 田 剛 士¹, 片 山 政 伸¹, 江 口 大 樹¹, 竹 田 善 哉¹ 伏 木 邦 博¹, 小野澤 由里子¹, 田 中 基 夫¹, 重 松 忠¹ 勝 盛 哲 也²

1)消化器内科, 2)放射線科

論文受付 2016年10月31日 論文受理 2016年11月2日

要旨

症例は61歳男性. 脳梗塞加療目的の入院時の採血で貧血を指摘され、当科を受診した. 上部消化管内視鏡検査にて十二指腸潰瘍を十二指腸球部に認めたが、特に止血処置の必要はなく、PPI の投与を行い経過観察とした. しかし第9病日以降たびたび下血を繰り返し、数度の内視鏡的止血術を要した。いずれも一時止血は得られていたが、第12病日に再出血を来した。内視鏡的止血術を試みるも困難で、腹部血管造影検査を施行した。血管造影では胃十二指腸動脈に仮性動脈瘤を認め、コイルによる動脈塞栓術を施行した. 本症の動脈瘤は慢性十二指腸潰瘍からの炎症による発症と考えられ、難治性十二指腸潰瘍出血においては、動脈瘤の合併を念頭に血管造影検査が必要と考えられた.

諸 言

胃十二指腸動脈瘤は極めて稀な内臓動脈瘤の一つである.破裂すると後腹膜や腹腔内への出血,十二指腸穿破を来し,死亡率の高い疾患である¹⁾.今回,動脈塞栓術を行うことで止血し得た胃十二指腸動脈瘤穿破による出血性十二指腸潰瘍の1例を経験した.

症 例

【症 例】 61歳 男性

【主 訴】 全身倦怠感

【現病歴】 全身倦怠感,右上下肢麻痺を主訴に当院へ救急搬送され,脳梗塞と診断されたが,その際に施行した採血にてHb 5.4g/dl, MCV 81fl と貧血を認め,当科紹介となった.

【既往歷】 十二指腸潰瘍(2年前),糖尿病(3年前),高血圧(3年前)

【投薬歴】 テルミサルタン, トコフェロール, ラベプラゾール, クエン酸第一鉄, インスリン デテミル, インスリン アスパルト

【嗜好歷】 喫煙:20本/日×40年, 飲酒:日本酒3~ 4合/日

【身体所見】 身長 168cm, 体重 75kg, BMI 26.6, 血圧 132/62mmHg, 脈拍 92回/分, 体温 36.7℃, 呼吸回数 16回/分, SpO2 99% (室内気)

眼瞼結膜は蒼白.腹部は平坦,軟.心窩部に 軽度の圧痛を認めたが反跳痛はなく,腸蠕動音 の減弱亢進は認めなかった.両下腿に軽度の浮 腫及び冷感を認めた.

【来院時検査所見】

〈血液生化学所見〉

Hb 5.4 g/dl, MCV 81flと貧血を認め, BUN

51.0mg/dl, Cre 1.61mg/dl と腎機能障害を認めた. また, TP 5.4g/dl, Alb 2.8g/dl と低栄養状態を認めた.

〈腹部造影 CT 所見〉

胃体部から十二指腸球部にかけての壁肥厚及び周囲の脂肪織濃度の上昇を認めた(図1). 十二指腸球部壁はやや肥厚し、潰瘍を認めた。 (図2)

〈上部消化管内視鏡検査〉

十二指腸球部の前壁(図3)及び後壁(図4)に stageA1の潰瘍を認めたが、観察時に出血は認めず、露出血管も認めなかった。通常の十二指腸潰瘍と比し、潰瘍底は広く、潰瘍周堤はやや不整型であった。また、慢性難治性十二指腸潰瘍の影響で球部は変形・狭窄し、スコープ(オリンパス社製 GIF-HQ290)は下行脚へ通過しなかった。

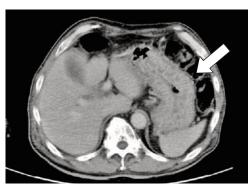


図1 胃壁の肥厚



図3 十二指腸球部前壁

〈入院後経過〉

絶食補液、PPIの静注を行い、第8病日に再度上部消化管内視鏡検査を施行したところ、十二指腸球部の潰瘍は改善傾向(図5)で、球部の浮腫は改善し、スコープは下行脚へ挿入可能であった(図6).しかし、第9病日に血圧低下、黒色便を認め、再度上部消化管内視鏡検査を施行したところ、十二指腸球部前壁の潰瘍底には凝血塊の付着を認め、除去すると露出血管から噴出性に出血を認めた(図7). 露出血管にクリップをかけ、高張食塩水・エピネフリン液を局注し、一旦は止血を得た.(図8)

引き続き保存的に経過を追ったが,第12病 日朝に大量黒色便,貧血の進行を認めた.再 度上部消化管内視鏡検査を施行したところ, 前回クリッピングを施行した部位の外側へ露

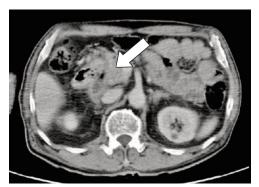


図 2 十二指腸球部



図 4 十二指腸球部後壁



図 5 十二指腸球部前壁

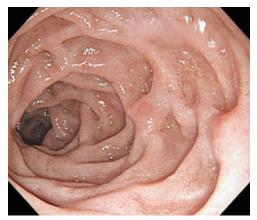


図 6 十二指腸下行脚

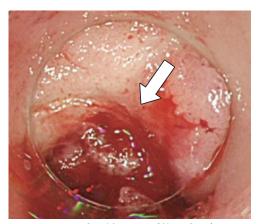


図7 噴出性の出血(第9病日)

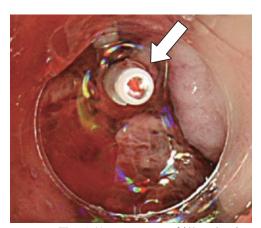


図8 露出血管へのクリップ(第9病日)



図9 噴出性の出血(第12病日)

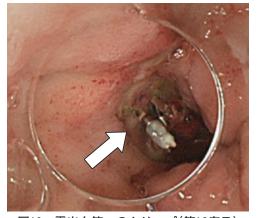


図10 露出血管へのクリップ(第12病日)



図11 クリップの傍からの出血



図12 クリップの追加

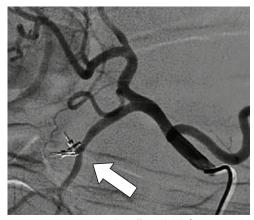


図13 胃十二指腸動脈瘤

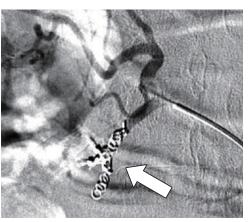


図14 コイル塞栓術施行

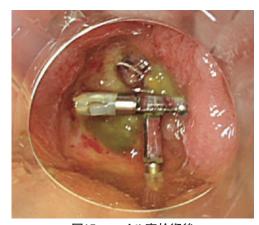


図15 コイル塞栓術後

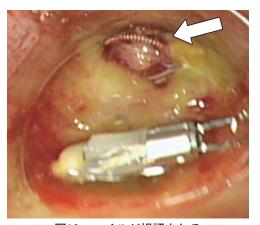


図16 コイルが視認される

出血管が進展し、拍動性出血を認めた(図9)。 露出血管の根部を挟み込む様にクリップを追加し、止血を得た。(図10)

しかし第12病日夜間に鮮血の吐血を認め,ショック状態に陥った.再度上部消化管内視鏡検査を施行したところ,前回クリッピングを施行した部位の傍から出血を認め,露出血管はクリップと一体となり,拍動していた(図11).さらにクリップを追加し止血を得た(図12)が露出血管は太く,短期間で再出血を繰り返していることから,内視鏡的止血術は限界と判断し,緊急で動脈塞栓術を施行した.

血管造影では十二指腸球部後壁の止血クリップに一致して胃十二指腸動脈本幹に広狭不整が見られ、仮性動脈瘤が形成されていた(図13). 観察時、血管外漏出像は認めなかったが、出血の原因は胃十二指腸動脈瘤の十二指腸穿破と考え、コイル塞栓術を施行し、止血を得た。(図14)

第13病日に再度上部消化管内視鏡検査を施行したところ,再出血は認めず,前日のコイルが視認された.(図15,16)その後は再出血なく経過し,第18病日に軽快退院となった.

考 察

腹部内臓動脈瘤は人口の1%程度の発生頻度とされるが²⁰,胃十二指腸動脈瘤は内臓動脈瘤の中でも頻度は低く,0.5~3%とまれな疾患である³⁰.中沢ら⁴⁰によると,症状としては,吐下血,上腹部痛,黄疸が多いとされ,約半数が腹痛で発症していた.胃十二指腸動脈瘤の成因としては,炎症性(感染症,膵炎,自己免疫性,十二指腸潰瘍など),外傷や術後,動脈硬化,正中弓状靱帯圧迫症候群(MALS)による上腸間膜動脈系の血流の増強, segmental arterial mediolysis (SAM),門脈圧亢進,妊娠,動脈壁の形成不全(Ehlers-Danlos 症候群や Marfan 症候群,線維筋性異形成)などが考えられる^{5,6,7)}.

一般的に動脈瘤は壁の形態によって真性, 仮性 に分類され, 仮性動脈瘤の多くは血管壁の構成成 分のうち外膜のみを残す.内臓動脈瘤のうち,真性動脈瘤は動脈硬化によるものが多いが,近年MALSによる瘤の報告が散見される^{7,8}.一方,仮性動脈瘤は炎症や外傷に続発することが多いとされる⁷⁾.特に胃十二指腸動脈瘤は約60%が膵炎に続発したという報告もあり^{9,10)},周辺臓器からの炎症の波及により瘤化する機序が重要視されている.本症例の成因については,以前より難治性十二指腸潰瘍を繰り返していたことから,潰瘍を繰り返すことで周囲の動脈に炎症が波及し,仮性動脈瘤が形成された可能性が高い.また,数十年に及ぶ日本酒3~4合/日の飲酒歴があり,CT上慢性膵炎を示唆する膵の石灰化や主膵管の拡張は認めないものの,過去に起こした膵炎が仮性動脈瘤の成因になった可能性もある.

本症例では胃十二指腸動脈瘤十二指腸穿破による出血に対し,内視鏡的止血が困難で,コイルによる動脈寒栓術を施行し救命し得た.

今回我々が、医学中央雑誌と関連文献より検索 し得た、本邦における胃十二指腸動脈瘤の十二指 腸穿破の報告(キーワード「胃十二指腸動脈瘤」「十 二指腸穿破」、1981-2015年)は15例のみであった。 自験例と併せ16例で検討したところ、男性が14例、 女性2例と男性に多く、年齢中央値は60(37-81) であった(Table 1). 膵炎や十二指腸潰瘍など炎症 が成因であったものが7例(44%)で、動脈塞栓術 で止血が得られたものが8例(50%)、動脈塞栓術 では止血が得られず手術(動脈瘤切除術や膵頭十 二指腸切除術)を行ったものが3例(19%)、初めか ら手術が選択されたものが3例(19%)であった.

内視鏡的止血が困難な難治性出血性十二指腸潰瘍の中で、十二指腸潰瘍底に血管径が3mm以上の太い露出血管11)や、粘膜下腫瘍様の隆起を認める場合12)には、胃十二指腸動脈瘤からの出血が疑われ、動脈塞栓術の適応となる.しかし、緊急動脈塞栓術ができない場合や、塞栓術施行後もなお再出血を認める場合には、速やかに外科手術に移行する必要がある.自験例では2度の内視鏡的止血術にて一時止血が得られ、造影CTでは動脈瘤が同定されなかったため、動脈塞栓術へ移行するタ

Table 1. Odde reporte of replaced ancerysm of the gastroaded ratery into the adolerant							
No.	Author	Year	Age	Sex	Etiology	Treatment	Outcome
1	Sato	1981	48	M	Arteriosclerosis	TAE→Operation	Survive
2	Fujita	1987	66	M	Unknown	Unknown	Death
3	Ayakawa	1987	37	M	Inflammation	Unknown	Unknown
4	Morita	1988	61	М	Postoperative	TAE	Survive
5	Kido	1990	67	F	Postoperative	TAE	Survive
6	Negishi	1996	81	M	Arteriosclerosis	Operation	Survive
7	Manabe	1999	70	M	MALS,Pancreatitis	TAE→Operation	Survive
8	Kawai	2000	49	M	Chronic Pancreatitis	Operation	Survive
9	Ieda	2004	42	M	Duodenal ulcer	TAE	Survive
10	Kuratachi	2006	79	M	Unknown	TAE→Operation	Survive
11	Takai	2007	77	M	Postoperative	TAE	Survive
12	Ariga	2010	46	F	MALS	TAE	Survive
13	Koike	2010	56	M	Acute Pancreatitis	TAE	Survive
14	Motoi	2012	61	M	Arteriosclerosis	Operation	Survive
15	Sugiura	2015	56	M	Duodenal ulcer	TAE	Survive
16	Our case	2016	61	М	Duodenal ulcer	TAE	Survive

Table1. Case reports of ruptured aneurysm of the gastroduodenal artery into the duodenum

イミングに苦慮した.血管造影では,血管外漏出像は認めなかったものの,クリップを目印とすることで動脈瘤の同定は容易であり,迅速なカニュレーションにも成功したため,塞栓術により完全止血を得た.

内視鏡的止血術にはクリップ止血法,局注法,熱凝固など様々な方法があり,止血術の進歩により非静脈性出血の多くは止血可能となったが,胃十二指腸動脈瘤が十二指腸穿破を来した場合,内視鏡的止血術のみでは不充分であり,動脈塞栓術や手術に移行する判断が遅れないよう注意する必要がある.

結 語

難治性出血性十二指腸潰瘍から胃十二指腸動脈 瘤出血を来し、緊急動脈塞栓術が有用であった1 例を経験した。

参考文献

- 1) 森田 穣,川村直之,斉藤博哉,他:胃十二 指腸動脈瘤の診断と塞栓療法.臨放 1988;33: 555-561.
- Panayiotopoulos YP, Assadourian R, Taylor PR: Aneurysms of the visceral and renal arteries. Ann R Coll Surg Engl 1996; 78: 412-419.
- Toshimitsu Sato, Masayuki Miyauchi: Successfull Surgical Treatment for a Gastroduodenal Artery Aneurysm. Jpn J Vasc Surg 2009; 18: 563-566.
- 4) 中沢和之,前田浩輝,森畠康策,他:腹腔内 に穿破した胃十二指腸動脈末梢枝動脈瘤の一 例.消化器科,2003;36:640-644.
- 5) 基 俊介, 菰方輝夫, 島元裕一, 他: 緊急膵 頭十二指腸切除術で救命した胃十二指腸動脈

- 瘤十二指腸穿破の1 例. 日臨外会誌 2013;74: 212-216.
- 6) 森嶌淳友, 平尾真吾, 横山晋也, 他: Segmental arterial mediolysis (SAM) に起因する腹腔動脈瘤の1治験例. 日血外会誌 2008;17:471-474.
- Taku Fujii, Hideaki Obara, et al: Management of Visceral Artery Aneurysms. Jpn J Vasc Surg 2013; 22: 876-880.
- 8) Karen M et al: Median Arcuate Ligament Syndrome Evaluation with CT Angiography. Radio Graphics 2005; 25: 1177-1182.
- 9) Stanley JC, Whitehouse WM Jr: Splanchnic artery aneurysms. Vascular Surgery, Rutherford MD, editor, WB Saunders, Philadelphia 1984; 798-813.
- 10) Eckhauser EF, Stanley JC, Zenlock GB, et al: Gastroduodenal and pancreaticoduodenal artery aneurysms. A complication of pancreatitis causing spontaneous gastrointestinal hemorrhage. Surgery 1980; 88: 335-344.
- 11) 今枝博之,細江直樹,柏木和弘,他:手技の解説,上部消化管出血(非静脈瘤性出血)に対する内視鏡的止血のコツ―困難例の対処方法―. Gastroenterol Endosc 2012;54:2256-2268.
- 12) 山中志穂,宮川善浩,柏原まこと,他:1年 半の経過で空腸壁に穿破したと考えられた重 症急性膵炎後の胃十二指腸仮性動脈瘤の1例 京都医学会雑誌 2011;58:85-89.

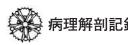


2015年済生会滋賀県病院CPC一覧

Na	剖検番号	開催日	担当臨床科	臨床医	年齢/性	臨床診断	病理解剖学的診断
第1回	AN14-03	2015. 2. 3	循環器内科	西地·山中 中原	71/F	脳炎・脊髄炎・ 血胸・DIC	血栓性微小血管症(心,肺,腎,肝,膵,甲 状腺,副腎)・左血胸(1,400㎡)・多臓器出血(食道,胃,肺,腸管,腎盂,肝)・貧血・ 両心室中等度拡張(心重量325g)・左肺うっ 血水腫(285g)・右肺虚脱・無気肺(235g)
第2回	AN14-04	2015. 5.26	救 急 集 中 治 療 科 消化器内科	芝本・岡島 塩見	74/M	食道癌・肺炎・ ARDS	食道癌 (扁平上皮癌) 転:なし・ARDS・肺炎 (820/1,200g)・敗血症 (大動脈弁疣贅,肝微小膿瘍)・多臓器出血 (肺右下葉,左副腎)・陳旧性心筋梗塞・動脈血栓塞栓症(心,腎,脾)・静脈血栓症(肺)・うっ血肝(1,590g)
第3回	AN15-01	2015. 7.14	救急集中 治療科	林大・塩見	76/M	COPD·肺炎	肺癌 (扁平上皮癌, 右上葉)・肺炎・DAD (肺重量990/1,140g)・敗血症 (肝微小膿瘍および急性脾炎)・DIC (糸球体微小血栓(腎) および出血 (肺, 肝, 膵, 胃, 膀胱))・肝小葉中心性出血およびうっ血 (1,450g)・COPD・心筋梗塞 (新旧,中隔~右室後壁)・右室高度拡張・中等度~高度粥状硬化 (冠状動脈, 大動脈)
第4回	AN14-05	2015. 9.15	救急集中 治療科 消化器内科	高嶋・安田 塩見	75/M	肺炎・ARDS・ DIC	膵カルチノイド転:なし・肺炎・ARDS (941/800g)・DIC (腎糸球体フィブリン血 栓)・慢性肝炎・食道静脈瘤・脾腫 (115g)・ 腹水貯留 (600㎡)・右心室軽度拡張・慢性 胆嚢炎
第 5 回	AN15-04	2015. 11. 24	救急集中 治療科	西本・塩見	77/M	呼吸不全・脊髄損 傷・尿路感染症	換気障害・無気肺・気管支・肺胞出血・肺梗塞(左下葉の小範囲)・胸膜炎(左右上葉)・軽度肺気腫・気胸・喀痰貯留・中等度 ~高度粥状硬化(冠動脈,肺動脈)・両室中等度拡張(心重量:430g)・肝うっ血(肝重量:1,430g)・軽度脾腫(脾重量:140g)・慢性膀胱炎

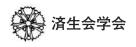
2014年済生会滋賀県病院CPC一覧

	剖検番号	開催日	担当臨床科	臨床医	年齢/性	臨床診断	病理解剖学的診断
第1回	13-02	2014. 1. 16	循環器内科	神谷・立石 中原	31/M	拡張型心筋症	拡張型心筋症(左室心筋緻密化障害)・急性心筋炎・肺うっ血水腫(480/620g)・急性心膜炎・うっ血肝(1150g)・粥状動脈硬化症・直腸炎(潰瘍性大腸炎疑い)
第2回	13-07	2014. 2. 2	腎臓内科	倉島・大澤	76/F	Wegener 肉芽腫・ 肺出血・半月体性 腎炎	ANCA関連血管炎・甲状腺癌 (乳頭癌, 不 顕性癌) 転:なし・出血性ショック・ヘル ペス性肺炎・サイトメガロウイルス肺炎・ 急性心筋梗塞・左胸水 (250ml)・腹水貯留 (340ml)・慢性膵炎 (非アルコール性)・食 道平滑筋腫・膵上皮内腫瘍性病変
第3回	13-09	2014.3.5	呼吸器科	安田・長嶋 荒木	76/M	精巣癌・敗血症・ ARDS	三重癌 1)精巣癌(混合型胚細胞性腫瘍) 転:あり 2)骨髄異形成症候群 3)右尿 管癌(移行上皮癌,術後治癒)転:なし・ 敗血症・DIC・ARDS・気管支肺炎・偽膜 性小腸炎
第4回	13-04	2014. 5. 15	血液内科	竹本・林 北村	45/M	骨盤部腫瘍	未分化大細胞型リンパ腫 (T細胞性, ALK 陽性) 転:あり・敗血症・DIC・虚血性腸 炎・感染性腸炎・腹腔内出血 (血性腹水 1250ml)・気管支肺炎・肺うっ血水腫 (700/ 780g)・胸水 (230/500ml)・脾梗塞
第5回	13-06	2014. 6. 17	消化器内科	長野・村井 松本 _寛 ・田中 _基	40/F	胃癌	胃癌 (腺癌, 進行癌, 低分化) 転:あり・癌性腹膜炎・結腸穿孔・腹水貯留 (1000ml)・ 敗血症・DIC・胸水 (1000/840ml)・気管支肺炎・子宮平滑筋腫
第6回	14-01	2014.9.9	脳神経外科	藤井俊・新井 橋本・日野 _明	52/F	脳動静脈奇形	脳動静脈奇形・脳内出血・敗血症・胃腸管 穿孔・腹膜炎・ARDS・肺うっ血水腫 (545/ 470g)・動脈血栓塞栓症・DIC・副腎出血
第7回	14-02	2014.11.11	神経内科	日野智·松浦 藤井明	40/F	甲状腺中毒症	甲状腺機能亢進症・両心室拡張(心重量345g)・肺うっ血水腫(670/780g)・うっ血 肝(945g)・肝細胞素軽度萎縮・ショック 腎・脾腫・出血(肺胞,胃粘膜,膵臓, 左右 副腎, 腸管)・粥状動脈硬化症
第8回	13-03	2014. 12. 16	脳神経外科	伏木・小関 岡・日野 _明	34/M	大脳腫瘍・動脈血 栓塞栓症	大脳膠芽腫 転:なし・動脈血栓塞栓症・気管支肺炎・肺うっ血水腫 (1140/1015g)・肺出血・気道出血・うっ血肝 (2225g)



2014年病理解剖記録

剖検番号	剖検日	年齢/性別	出処	主治医	臨牀診断	病理解剖学的診断
14-01	2014. 3. 8	52/F	脳神経外科	藤井 _俊 ・新井 橋本・日野 _明	脳動静脈奇形	脳動静脈奇形・脳内出血・敗血症・胃腸管 穿孔・腹膜炎・ARDS・肺うっ血水腫 (545/ 470g)・動脈血栓塞栓症・DIC・副腎出血
14-02	2014. 3. 29	40/F	神経内科	日野 _智 ・松浦 藤井明	甲状腺中毒症	甲状腺機能亢進症・両心室拡張(心重量345g)・肺うっ血水腫(670/780g)・うっ血肝(945g)・肝細胞索軽度萎縮・ショック腎・脾腫・出血(肺胞、胃粘膜、膵臓、左右副腎、腸管)・粥状動脈硬化症
14-03	2014. 7. 18	71/F	循環器内科	西地·山中 中原	脳炎・脊髄炎・血胸・DIC	血栓性微小血管症(心,肺,腎,肝,膵,甲 状腺,副腎)・左血胸(1400ml)・多臓器出 血(食道,胃,肺,腸管,腎盂,肝)・貧血・ 両心室中等度拡張(心重量325g)・左肺うっ 血水腫(285g)・右肺虚脱・無気肺(235g)
14-04	2014. 11. 24	74/M	救 急 科 消化器内科	芝本・岡島 塩見	食道癌・肺炎・ARDS	食道癌 (扁平上皮癌) 転:なし・ARDS・肺炎 (820/1200g)・敗血症 (大動脈弁疣贅, 肝微小膿瘍)・多臓器出血 (肺右下葉, 左副腎)・陳旧性心筋梗塞・動脈血栓塞栓症(心,腎,脾)・静脈血栓症(肺)・うっ血肝 (1590g)
14-05	2014.12.5	75/M	救 急 科	高嶋・安田 塩見	肺炎・ARDS	膵カルチノイド転:なし・肺炎・ARDS (941/800g)・DIC (腎糸球体フィブリン血 栓)・慢性肝炎・食道静脈瘤・脾腫 (115 g)・腹水貯留 (600ml)・右心室軽度拡張・ 慢性胆嚢炎



第68回 済生会学会抄録

(平成27年度)

京滋ドクターヘリが滋賀県の救急医療 に及ぼす影響

済生会滋賀県病院

救命救急センター 救急集中治療科 塩見 直人,野澤 正寛 平泉 志保,岡田美知子 越後 整,中村 隆志

当院を基地病院とする京滋ドクターへリは、全国45機目、関西広域連合6機目のドクターへリとして4月28日に運航を開始した。京滋ドクターへリの運航に伴う滋賀県の救急医療体制の変化について検討した。また、京滋ドクターへリ導入前は大阪府ドクターへリの共同運航を行っていたが、この時期の出動症例との比較検討も行った。

滋賀県は7つの二次医療圏に分かれており、各 医療圏に消防本部が1ヵ所存在している. その中 の4地域(大津,湖南,東近江,湖北)には救命 救急センターが1ヵ所ずつ設置されているが、他 の3地域(甲賀, 高島, 彦根)には二次救急病院 しかなく, 重症患者の受入れが困難な場合がある. ドクターへリ運航開始に伴い, 各医療圏の救急医 療体制がどのように変化しているのか、現状につ いて検討した. 医療圏ごとの京滋ドクターヘリの 利用状況を検討することにより, 京滋ドクターへ リが滋賀県の救急医療体制に及ぼす影響を考察し た. 大阪府ドクターヘリ共同運航時期の要請は甲 賀消防および高島消防からの要請が多かった(合 わせて90%以上)が、京滋ドクターヘリ導入によ り東近江, 彦根, 湖北からの要請が多くなった. 甲賀、高島は面積が広いにもかかわらず救命救急 センターがないため、京滋ドクターへリの効果が 見込める地域である. 甲賀は基地病院に近いこと もあり、ヘリ症例の多くはUターンである. 高島 は基地病院から離れているため、まず基幹病院に 患者を搬送し、検査を行った上で対応困難なら直 ぐに基地病院に搬送している。高島はこれまで転 送にかなりの時間を要していたが、ヘリにより重 症患者の初期診療および搬送が短縮できるように なった。湖北は基幹病院が救命救急センターであ るため、ヘリによる早期医療介入後、ほぼ100%基 幹病院に搬送している。京滋ドクターヘリが医療 圏(地域)にどのように利用され、それによって 救急医療体制がどのように変化するのか、現状を 分析して報告する。

医療介護情報の統合,連携促進のため の体制整備による効果

済生会滋賀県病院

中村 隆志, 倉田 博之 木下 洋子, 安井 明子 中井 美和, 木村 里美 松下 達彦, 水島 貴澄 川添芽衣子

特別養護老人ホーム淡海荘

九里美和子,川嶋 和江 大石 良典,小嶋 基美 介護老人保健施設ケアポート栗東

> 若林 保良, 山崎 由香 山本真理子

済生会訪問看護ステーション 倉田 純子,千代 妙子

南 千佳子,石原 仁

【目 的】

高齢者では多様な医療介護ニーズを同定して家族・病院・介護施設の目標共有が重要となるが, 情報不足から診療・看護・介護に苦慮する. そこ で情報連携体制を整備し、スタッフ教育を行った. 【方 法】

①高齢者総合機能評価 (CGA) を退院支援に活用すべく指導者による研修会を支部全体と逐次各病棟で開催,1年間で全病棟に導入した.介護支援連携・退院時共同指導はCGA を反映させた書式を用いた.②入所者の病歴・生活機能・終末期の意向等を統合したサマリーを考案,施設側が受診に備えて作成し,病院カルテにも事前に格納した.③関連施設合同のケース検討会を定期開催し,実務者同志の議論の場で症例を通じて課題共有し改善策を練った.④スタッフにアンケートを実施し,連携の負担感や自己効力感の変化を調べた.

【結果】

①CGA導入1年経過時の件数は130件/月で、70 %の病棟看護師がCGAを経験した.介護支援連 携指導は38%増加し、認知機能に関する具体的情 報が必ず記載されるようになった、重度認知症、 せん妄、うつ症状でケアが難しい患者に対して専 門チームが院内ラウンドして指導した。CGA活 用促進の取り組みとして CGA に基づく退院時指 導箋の配布や CGA に問題のある患者のデイケア が病棟ラウンジで始まった。②施設入所者全員の サマリーが6ヶ月毎更新され、緊急時も情報提供 可能となった. ③特養入所者の状態悪化時の方針 決定を円滑化するため、家族の意向確認書を導入 し受診時の情報にも加えた. 入院病名は肺炎が最 多(34%)のため、嚥下サポートチームと合同で摂 食嚥下連絡票を導入した. 特養入所者の入院加療 は4.1人/月から1.8人/月に減少した. ④病棟看護 師の CGA 各項目評価の自己効力感は増加、特に 認知機能評価で顕著で、介護支援連携指導の重要 性の認識も高まった. 施設側スタッフ, 患者・家 族へのアンケート調査結果は分析中である.

【結 語】

研究活動は医療介護連携推進委員会の設置や自主的な改善活動に進展し、個人の意識やスキルも向上している。一方、ショートステイ利用者の情報は不十分で、支部内の合同ケース検討会に他施設からも参加を呼びかけ地域ぐるみの連携体制を構築中である。

高齢者総合機能評価(CGA)を活用した 看護

済生会滋賀県病院 8 階西病棟 旭 理恵,吉川のぞみ 高畑 知子,高山 琴音 中井 美和

【目的】

高齢者は、様々な疾患を合併することも多く、疾患だけでなく生活機能障害の有無と程度を評価し総合的な視点から医療、看護を提供していく必要がある。当院では2014年5月から高齢者総合機能評価(以下 CGA)が導入された。当初は、CGAを測定することに精一杯であり、本来の目的とする多職種が連携し、専門性の高い医療提供をするというメリットが活かせられていない現状があった。そこで今回CGAを用いたアセスメントツールによる看護実践を振り返る。看護の実際として、看護計画に反映し看護実践記録を記載できているか検討したためここに報告する。

【対象と方法】

対象者:病棟入院患者のうち,65歳以上のCGA 対象患者173名

期 間:2015年4月~2015年9月

方法:対象者の看護記録からCGAの評価項目 である「意欲」「認知機能」「基本的・手 段的 ADL」「気分・情緒」の4項目の記 載の有無について情報収集し考察した.

【結果】

- I. 看護計画立案,看護記録に記載できている患者数と反映率
 - ・意 欲 23名(全体の13%)
 - ・認知機能 59名 (全体の34%)
 - ·基本的·手段的ADL 132名(全体の76%)
 - ・気分・情緒 50名(全体の28%)
- Ⅱ. 4項目のうち基本的・手段的ADLは看護記録 への反映率が高かった。
- Ⅲ. 認知機能に問題がある患者の中で、退院時点数があがった患者がいた。

【結 論】

基本的・手段的ADLの反映率が高かったことや

認知機能が上がったことの理由として、日常生活 援助の中で、院内デイケアやリハビリラウンドの 実施、病棟内リハビリを多職種と連携して行った ことが有効であったと考える. ADL や認知機能 は問題としてとらえやすく、患者変容が明らかで あるため身体的賦活につながった. その一方で、 退院を見据えた看護介入ができていないケースが 明らかとなった.

その要因としては、退院支援の必要性には気付いているが、地域に向けた多職種間での CGA に関する共通認識はできていない。地域に向けて発信していくツールがなく伝えることができないのが現状である。今後は、CGA の結果から患者を総合的に捉え、情報の共有を密にした地域との連携を強化することが必要である。医療・看護が途切れることのないように取り組んでいくことが私たちの役割である。

経理課における適正配置人数および業 務内容の検証と考察

全国済生会事務(部)長会 財務・管理会計事務部会 近畿グループ

> 千里病院 大崎 晃 野江病院 薮内 松阪総合病院 平本 直司 吹田病院 上畠 照美 明和病院 青木 洋也 滋賀県病院 岩瀬 裕之 京都府病院 西畑 慎二 茨木病院 大橋 晴美 中津病院 横山 貴将 富田林病院 小西 敦子 奈良病院 清水 直孝 谷口 吉功 御所病院 成富 久悦 中和病院 和歌山病院 吉澤有希子 宮部 剛実

【目 的】

平成27年度全面改正された済生会経理規程に基

兵庫県病院

づき,適正な会計と内部統制強化を進めるにあたり,人材育成を見据えた適切な人数および業務を検討するための指標を作成することを目的とした.

【方 法】

近畿グループの14病院を対象に,「A経理課の 構成人数と担当施設数の実態調査」,「B業務内容 の実施状況・担当」について実態調査を実施した.

【結 果】

- A-1 部署の名称が経理課である病院は約70%. 名称が経理課である10施設中,管理職である経理課長が実務を行うのは6施設.名称が経理課でない4施設は,管理職は当然兼務となっているが,実務者は半分の2施設. 経理課の名称であるか否かでは,経理課長の実務を行う割合に相違はなかった.
- A-2 会計責任者は,大阪府は院長であるが,他 府県は事務(部)長であった.
- A-3 病院以外の施設の経理も担当する病院は約70%. 担当している主な施設は, 訪問看護ステーション・居宅介護支援事業であった.
- A-4 組織上経理課員の人数が3名以下の施設は5施設(36%)であったが,実務者人数で換算すると3名以下の施設は10施設(71%)に倍増した.
- B-1 経理課とする判断が2分した業務
 - ・出張旅費の旅費計算…経理課としてない 病院は、人事課・総務課が担当
 - ・損害保険の更新・支払
 - ・財務分析資料…月次損益資料(前年比・ 予算比含む)は全病院作成していたが、 更なる分析資料の作成まで行う病院は半 数であった。
- B-2 経理課としているのが少数派 (14~21%) の 業務
 - ・慶弔関係の電報発信業務・供花…多くの 病院は人事課・総務課が担当
 - ・産科補償制度の登録・決済…多くの病院 は医事課が担当
 - ・退職金支給明細作成・源泉徴収票作成… 多くの病院は人事課が担当

余田 剛士

- B-3 経理課としているのが若干少数派 (28~35%) の業務
 - ・奨学金の回収・督促業務
- B-4 経理課としているが多数派 (72~86%) の 業務
 - ·治験研究費管理 ·寄付金管理
 - · 売店賃料請求業務

【考察】

調査の結果、病院により経理課人数・業務内容にばらつきがあることがわかった。今後、人事異動基準「原則として5年を上限」を遵守し、内部統制・専門性・引継期間を考慮すると、実務担当者は3名以上が望ましいと考えられる。実務担当者が3名未満の施設や複数施設を1名で担当する施設は、他病院の業務を参考に、業務分担の再編や必ず複数担当者が関与する牽制機能を高める工夫が必要であると考える。

化学療法を継続するために行った栄養 管理について振り返る~NSTにおける

済生会滋賀県病院 消化器・腎臓内科 9階東病棟 野村 優希,落合 郁香 井原 睦恵,長岡 真美 松村 智子

【目 的】

NSTラウンドは週1回と設定されている.患者の日々の変化に応じて早期介入するために,当院では現場主体型のチーム活動を活性化させている.今回食道癌と診断後,化学療法を5年間継続した事例があった.癌の進行に応じて嚥下機能・体力の低下を認めたが,病棟看護師が日々アセスメントし,早期から必要に応じて他職種連携できた.間質性肺炎の合併症を併発するまでの5年間で現場主体型による他職種連携について振り返り,評価する.

【方 法】

- 1. 対象患者の入院記録の調査
- 2. 対象患者の検査データ分析
- 3. 家族背景と入院生活における家族の反応の分析

4. 看護師の関わりの評価

【結 果】

2009年手術後より化学療法のため入退院を繰り 返していた.5年間のうち20回入院、そのうち22回 化学療法を施行、2014年9月頃から腫瘍の増大や 転移に伴い嚥下機能の急激な低下を認めた. ただ ちに介入内容を検討し耳鼻科医師や言語聴覚士, 栄養士など必要な他職種介入ができるように、看 護師が主治医に相談, 采配することで, 各々が専 門性のある支援を早期介入することが出来た. 結 果. 食べる機能の低下に繋がることなく、食事摂 取を継続できたと考える. NST 活動においてラ ウンドのみではなく現場主体型の関わりは、患者 の日々の変化に応じて早期介入するために有効で ある. 福光氏は『チーム医療の中で看護師の役割 は、患者・家族の一番近くにいる立場のものとし て、他職種をコーディネートし、パートナーシッ プを形成することが重要だ』と述べている.また、 入院毎に患者・家族が主体的に治療に望めるよう に、客観的データをもとに評価した内容の説明、 食事形態・嚥下方法も指導した. 患者自身が十分 に理解した上で主体的に治療に望むことで、食べ る意欲につながり、最期まで口から食べたいとい う患者の希望を叶えることにつながった.

【結論】

NSTとしてのチーム医療は、看護師が早期から 他職種連携を現場主体型で行い行動することであ る. そのため看護師は患者・家族の情報や希望を 他職種に伝達し、各専門分野が役割を発揮し協働 するためのコーディネーターとなることが重要で ある. また他職種で共有した情報を家族にも伝え、 ケア内容の理解を得ることで、より質の高い医療 提供に繋がった.

動画を用いたおむつ交換手順の作成 ーノロアウトブレイクを防ぐー

済生会滋賀県病院

感染制御室 谷 慶子

看護部 岸野 千代,野矢 忠男 安田 英樹,澤田 真央

河野奈美子

【目 的】

当院では平成24,25,年と2年連続でノロウイルスによるアウトブレイクを経験した。アウトブレイクを防ぐため、おむつ交換の手順の見直しを行なった。正しいおむつ交換・個人防護具手順・手指衛生のタイミングを周知してもらうため動画を作成した。またこの手順を周知徹底するため全病棟で動画視聴前後での手順チェックを行ない更に直接監査を実施した。その結果、26年以降ノロアウトブレイクを発生せず経過することが出来た。その取り組みを報告する。

【方 法】

- おむつ交換の動画作成 平成25年7月~平成25年12月
- 2. 手順チェック

データ収集方法:ベストプラクティス研究会 におけるプロセスを参考

①動画視聴前の手順チェック,②動画視聴後の手順チェック,③実際のおむつ交換手順直接観察チェック

対象者:看護部·看護師·准看護師対象(対象人数390人),有効回答率:275人 70%

【動画視聴前おむつ交換手順チェック】

期間:平成26年6月~平成26年7月

【動画視聴期間】

平成26年6月

【動画視聴後おむつ交換手順チェック】

期間:平成26年8月~平成26年9月

【直接監査】

期間:平成26年9月~平成27年1月

【結果】

全病棟で動画視聴前の自己チェック項目で低かっ

たのは、未滅菌手袋装着時の手指衛生率62%、おむつ交換後手袋脱衣後の手指衛生率は50%だった. 動画視聴後におけるチェック項目でも未滅菌手袋 装着時の手指衛生率75%、おむつ交換後手袋脱衣 後の手指衛生率は63%だった.直接観察における 他者評価ではおむつ交換後の手袋脱衣後の手指衛 生率は62%と最も低く、次いで個人防護具を装着 し未滅菌手袋を装着時が69%、汚染物をビニール 袋にいれ密封した後の手指衛生が73%、陰部清拭 を行なった後手袋を外したあとの手指衛生も74% であった.

【結論】

自己チェックではおむつ交換・個人防護具の手順は理解しているが手指衛生の手順まで周知できていないことがわかった。直接観察でも患者の部屋への入室前、入室後における手指衛生はほぼ出来ているが、実際にもオムツ交換手順内の手指衛生が出来ていないことがわかった。病棟別に直接観察結果を見るとおむつ交換の処置が多い病棟が手指衛生遵守率の低いことが分かった。全体として手指衛生の必要性は理解できているが業務多忙な中オムツ交換を終えなくてはならないため手指衛生ができていないことがわかった。

看護師の環境整備に対する意識調査

済生会滋賀県病院 救命救急センター病棟 鴨 恵美,塩見 紀世 塚田 泉,杉浦まゆみ 奥村 恵,筒井 美穂 溝口 寿代

入院患者にとって病室は睡眠,食事,治療,コミュニケーションなどの行動を行う場所である.その環境を整理することが患者の入院生活を快適にし,非常に重要である.当病棟では毎朝環境整備を実施しているものの院内マニュアルに沿って行えておらず独自の手順で行っているのが現状であり、実際患者にとって十分な環境整備を行えているかは疑問である.入院生活を送る病院の環境はそれまで住み慣れた環境とは異なり、その環境

の変化に病気やけがによる体力や運動機能の低下 が加わり思いもかけない転倒転落事故が起こるこ とが少なくない. また救急病棟では急な入院を余 儀なくされた患者ばかりであり、せん妄や認知症 など、入院時から少ない情報を駆使して転倒、転 落予防を行う必要がある. また, 転倒転落を発生 しやすい場所が病室であるため患者が最も多くの 時間を過ごす場である病室の患者固有の空間に対 しての看護師の環境整備に対する意識と実際の行 動について着目し、アンケートを実施し、現状を 把握することとした. アンケートを実施する前に は研究メンバーの1人にて環境整備がされる目的 を院内マニュアルなどに沿って、7つあげた上で、 スタッフにアンケートを行った、その後、研究メ ンバーにて、その中で特に私たちが大事に感じて いる目的を4つあげた。①安全・安楽・安心②感 染予防③転倒・転落予防④患者さんの情報把握で ある。①②は記入したスタッフの数は多く、意識 の高さが伺えたが③④は記入するメンバーが少な く意識の低さが露呈した。朝のベットサイドの環 境整備の状況をみるとその担当看護師の力量・質 が一目で分かるといわれている。 どこに気を配っ ているか・安全面に配慮しているのか・衛生面は どうか、環境整備に訪室すると患者が直接的に, 間接的に教えてくれる.「昨日は寝れなかった」「よ く寝れた」と直接話したり、ゴミ箱にティッシュ が沢山詰まっていたら咳や痰で眠れなかったかな ど想像出来る. ベット周囲は散らかっているので あれば、患者の状態が悪化し自分で整えられなか ったのではないかというアセスメントする事が重 要と考える. このことから、看護介入のきっかけ を見つけるつもりで環境整備をする必要がある. 今回, その意識が薄いのではないかと考え、快適 な療養環境を目指して、環境整備時に情報を収集 し患者さんの状態を把握することで、転倒転落予 防に繋げたいと考えた.

意欲低下を認める認知症利用者との関 わりを通して

~残存機能を活用し,行動変化につなげる~

滋賀県済生会訪問看護ステーション 村田真由美

【はじめに】

現在、日本は世界に類をみない高齢化社会の一途を辿っている。それと共に、認知症高齢者も増加している現状がある。今後、認知症看護認定看護師の役割は多岐に渡り重要視されるものと考える。今回の事例であるA氏は両眼に視力障害があり、周囲の者は色々な物が見えないものと認識し、あえて視覚からの情報や認知機能訓練等は提供していなかった。しかし、妻への訪問看護時の関わりの中で同席していた、A氏に文字の読解能力がある事が確認できた。視力障害から意欲低下をきたしていたA氏の残存機能を活用した介入を試みた。

【目 的】

発せられた言葉や表情,態度から心理状態を推測し,喜びや楽しみが見出せる事柄とその方法は何が適切か,関わりを通して明らかにする.

【方 法】

- ① 文字の大きさや難度に配慮した計算問題を共 に解く
- ② 近所の神社と寺を案内してもらうという形で の散歩
- ③ 今まで経験のないオセロゲーム
- ④ ①~④の関わりを通してフェイススケールと MMSE にて評価
- ⑤ 対応統一の為、ディサービスへ情報提供

【結 果】

小学生の頃から計算が好きで、クラスでもトップであったとの情報から、計算問題を、また日課である近所の神社と寺への散歩の2つの関わりについてのフェイススケールの評価は5であった。しかし、ルールの理解は出来ていたが、今まで経験のないオセロゲームを行った後のフェイススケールはややこしかったからこの程度であるという理由で4であった。また、MMSEは専門医の初期診

断時では26点であり、介入と共に点数の上昇を認めた. 訪問看護を継続していく中で、視覚的に物がぼやけて見える事から、精神的に滅入り意欲低下に繋がっているという内容の言葉を口にされるようになった. 何もせず臥床して過ごす日々も良くないという事は理解されていたが、何をして過ごせばよいのか思考して、行動に移す事ができていなかった事が確認できた. A氏が文字の読解が可能である事をディサービスにも情報提供した事で、今まで寝て過ごしていた余暇時間に計算問題の提供がされるように変化した.

【結論】

「やる気がない」と決め付けるのではなく、A氏の残存機能を察知し、そこへの働きかけと認める行動や言葉かけをする事で本人のQOL向上につながったものと考える。今後は他職種との情報共有に努めて関わり方の統一が課題であると同時に、認定看護師として正しい疾患の理解や関わり方等を関係職種に啓蒙していく必要性を感じた。

急性期重症患者の早期栄養介入と栄養 士の役割

済生会滋賀県病院

栄養科 吉田 晴香,山田 美香 松尾 歩実,田中美由紀 坂本亜里沙,中井 聡志 丸下 歩美,奥村 裕子

守﨑勢津子

リハビリテーション科

籏生麻衣子, 千田 哲也

看護部 松村 智子

集中治療科 越後 整皮膚科 花田 圭司

脳神経外科 岡 英輝

整形外科 久本 和史, 吉岡 誠 消化器内科 重松 忠

【目 的】

急性期重症疾患に対する栄養管理は入院24~48 時間以内に開始することが必要である. 当院では ICU 病棟にも管理栄養士を配置しており、急性期から管理栄養士が栄養介入している。今回 ICU に入室後早期に経管栄養を開始し、経口摂取に移行できた2症例を経験したので報告する。

【症 例】

症例 1:40代女性,身長159cm,体重51.7kg,BMI 20.4kg/㎡.SAHで救急搬送.同日挿管,両側椎骨動脈瘤に対し右ステント留置,左コイル塞栓施行.翌日には意識改善しST介入し嚥下機能評価.球麻痺型嚥下障害で,第3病日より経管栄養開始.

症例 2:70代女性,身長147cm,体重65.2kg,BMI 30.2kg/㎡. 既往にDM あり. 原付バイク走行中交差点で軽トラックと衝突し受傷. 頚椎損傷,左上腕骨折,部分不安定型骨盤骨折,肺挫傷,肝損傷Ⅲ bとの診断. 第4病日より経管栄養開始.糖質の吸収に配慮した栄養剤で開始した.

【経 渦】

症例1:第2病日よりST介入されるが経口摂取困難で第23病日に胃瘻増設.ST介入により嚥下状態は徐々に改善し第25病日に飲水,第41病日にゼリー形態の食事を摂取,経管栄養は中止.第55病日に転院し,他院で胃瘻抜去された.

症例 2:経管栄養開始後血糖コントロールに難 渋し,経腸栄養剤は徐々に増量した.第26病日に 経管栄養と併用して1日1食ゼリー食から開始.第52病日経口摂取量が安定したため ED チューブ を抜去した.その後嗜好により摂取ムラを認めたが,本人の希望に沿いながら食事対応を頻回に行うことで、8割程度の摂取量を保つ事ができた.また、Cクランプ挿入部の皮膚潰瘍に対して、創傷治癒促進に HMB とアミノ酸を補給できる飲料の付加も開始し、壊死部位は改善し最終的に縫合した.

【考察】

症例1:第2病日に嚥下状態の評価を行い,第3病日から経管栄養開始することで長期絶食を防ぐことができた.初期の栄養管理に胃瘻を造設したが,STと連携して嚥下訓練を行いながら経口摂取を進め,結果,嚥下機能を回復させ,最終的には胃瘻を必要としない栄養介入が出来たと考えられる.

症例 2:病棟担当の栄養士がいることで,STと 嚥下状態の情報を共有し、基礎疾患に配慮しなが ら経管栄養量と食事量との調整を継続的に行うこ とが可能であった。そのため、適切なタイミング で経口摂取へ繋げることができたと考えられる。

【結論】

急性期重症疾患における栄養管理において,病 棟専属の栄養士の役割は重要と考えられた.

血液腫瘍に対する栄養士の取り組み

済生会滋賀県病院

栄養科 松尾 歩実,山田 美香 吉田 晴香,田中美由紀 中井 聡志,坂本亜里沙 丸下 歩美,奥村 裕子 守﨑勢津子

リハビリテーション科

小澤 和義

看護部 松本 牧子, 三村 律子

松村 智子

血液内科 西村 理恵,北村 憲一 消化器内科 重松 忠

【目 的】

血液がんの抗癌剤治療は、固形がんよりも大量 化学療法を行うために口腔粘膜や胃腸障害が発症 しやすい.これらの副作用により、食事摂取量が 低下し、栄養状態の低下が生じやすい、栄養介入 による栄養状態の維持や改善は、抗癌剤治療の継 続性を高めたり、感染症発症リスクを軽減したり すると考えられる。今回血液疾患の化学療法目的 で入院となった2症例に対して行った栄養士の取 り組みを報告する.

【症 例】

症例 1:60歳代女性. 多発性骨髄腫による急性 腎不全で入院. 緊急血液透析を開始し, 抗癌剤治療が開始された. 5クール目までは経口から必要 量摂取可能であったが, 6クール目より食欲低下があり経管栄養開始となった. 腎疾患用の栄養剤のみでは水分・K・Pの調整は可能であるが, 塩 分・たんぱく質が不足する。その為,今回は腎疾患用以外の栄養剤も使用し,複数の栄養剤を組み合わせて栄養管理を行った。患者は精神的にもうつ傾向に有り,経管栄養中心の栄養管理を行いつつ,患者の気持ちに寄り添う精神的支援を行いながら,食事形態を工夫し,経口摂取を勧めた。徐々に経口摂取量が増加し,3ヶ月後には経管と経口を併用して7クール目の治療を施行した。また、8クール目には経口から必要量摂取可能となった。

症例 2:80歳代女性. 悪性リンパ腫(stage IV)の化学療法目的に転院. 病変が横行結腸にあり腸管狭窄を認め, 腸閉塞の危険性がある為, 経口摂取は制限され, 入院後は絶食で TPN による栄養管理が行われた. 加療により腫瘤が縮小し, 腸閉塞の危険性が改善した入院第 9 病日から経口摂取が開始された. 経口から十分な必要量が摂取できない期間は主治医と相談し必要量を TPN で管理した. 経口摂取は徐々に改善し, 2クール目治療より TPN は終了した. また, 体重減少も認めたため, 食事摂取カロリーの再設定を行い, 栄養管理を継続した. 栄養状態低下することなく予定通り8クールの化学療法を終了した.

【考 察】

症例1では基礎疾患を考慮した栄養管理,症例2では病変部位である消化管病変を考慮した栄養管理を行う事が必要であった.患者の摂取状況を確認し,主治医へ報告及び提案を行うことで,経口摂取量が不足している期間でも点滴・経管栄養と合わせて必要量を管理することができた.結果,継続して抗癌剤治療を行える栄養状態を維持することができた.

【まとめ】

血液がん化学療法中の患者における栄養管理は, 治療継続性を高め有用であると考えられた.

第67回 済生会学会抄録

(平成26年度)

プレホスピタルケアから始まる心のケ アの継続看護の必要性

~ドクターカー出動症例を考察して~

済生会滋賀県病院 救急部 太田恵理子, 北澤美沙子

【はじめに】

当院では平成23年9月よりドクターカー運用を開始している。今回、搬送翌日に患者の思いを聞くことでプレホスピタルでの患者の不安が強いことがわかった。看護師は早期から心理的サポートを開始し、不安の早期軽減と心理的不均衡状態を回復させるためにも、病状経過だけではなく心のケアに関しても搬送先病院へ継続させることが重要であることを考察し、ここに報告する。

【目 的】

ドクターカー症例を振り返り、プレホスピタルから心のケアに対する継続看護の必要性を見いだす.

【患者情報】

60代女性, 5分前からの呂律困難, 手の痺れに て救急要請. 家族:娘

【実際】

現場で患者と接触した際,失語を認め,不安や 焦りがあるように感じた.看護師は失語のある患 者に対して簡潔な質問やタッチングで対応した. 患者は病院搬送後 CT で左頭頂葉皮質下出血を認 め入室となった.翌日症状は改善し会話が可能で あった.昨日救急車で一緒に現場に行った看護師 であることを伝えると,「覚えてるよ.ありがとう ね.あの時は言葉が出なくて本当に不安だったの. でも近くに居てくれて安心したわ.」という発言 が聞かれ,症状が改善して会話できていることに 喜ばれ,共感した.

【考察】

不安は病気を抱えるあらゆる患者が抱く感情で

あるように、プレホスピタルでも不安が強かった. 失語のある患者に対して、簡潔な質問やタッチングをしながら処置の説明をしたことは不安の軽減に有効であった。また、早期から看護介入ができたことは患者にとって精神的安寧に繋がったと考えられ、ドクターカーの利点といえる。そのことより、プレホスピタルケアでは病状経過と並行して不安に対する看護介入が必要であることがわかる。入院後に患者が病状理解や現状の受け入れが円滑にできるようにサポートするためには、看護師がプレホスピタルケアでおこなった心理的サポートの内容を搬送先病院に引き継ぎ、それを継続させる必要がある。そしてそれはドクターカー看護師の重要な役割であると考える。

【結論】

ドクターカーによる早期からの看護介入は患者の精神的安寧に繋がる。そのプレホスピタルケアでおこなった心理的サポートは、入院後の患者の心のケアに役立つ情報となるため、搬送先病院へ引き継ぎ、継続させることが重要である。

後頭部褥瘡に対する当院での取り組み

済生会滋賀県病院 中央手術室 福井 恭子,河野奈美子

【目的】

手術という特殊な環境下では体位の固定と安定性が重要視され、徹底した除圧の実施が難しい.しかし、近年では手術室における褥瘡対策は積極的に実施され、様々な改善例が報告されている. 当院も例外ではなく平成22年度に3件の後頭部褥瘡が発生したことをきっかけに、麻酔導入後に円坐枕からウレタン素材の枕(ソフトナース)に交換するという対策を徹底した.その結果、対策実施以降は仰臥位における後頭部褥瘡は発生してい ない. そこで今回,手術室の看護師を被験者として,ウレタン素材の枕を使用した仰臥位における 後頭部の体圧測定を実施し,除圧状況を検証した ため報告する.

【方 法】

研究対象:手術室看護師11名,使用物品:体圧測定器 Parm Q,ソフトナース(イエローピンク),測定方法:後頭部とソフトナースの間に Parm Qの測定パッドを挿入する.ソフトナースを枕に仰臥位の姿勢をとり,直後・5分後で後頭部の圧変化を観察する.

【結 果】

最も高圧を示したのは中心部で、臥床直後の53.3~31.7mmHg、平均45.3mmHgであった。直後・5分後で比較すると、時間経過とともに平均9.6 mmHg 圧が低くなった。臥床直後の圧が50mmHg 以上を示したのは11件中3件で、5分後には11件全てで50mmHg 以下となった。最高圧が除圧基準の32mmHg以下を示したのは11件中1件のみであり、その1症例はBMI17.3とやせ型の被験者であった。しかし、その他の10例でもBMI17.7~23.1と決して肥満ではない被験者であった。

【結論】

褥瘡発生の最大の原因は、局所の圧迫による血 流障害であり通常50~100mmHgの圧が1時間持 続すると組織は容易に虚血に陥ると言われている. 今回、ソフトナースに臥床したことで後頭部にか かった圧は28.5~48.9mmHg であったが, 過去の 研究で局所への圧が全身麻酔後に3~7mmHg 増加したという結果から、実際には50mmHgを 超えていると考えられる。また、被験者の約90% で除圧基準の32mmHg以上であった事からも、 組織虚血を起こすリスクは高いといえる. さらに、 術中の血圧低下,大量輸液,患者の栄養状態,浮 腫の有無, 術前の脱水状態などから組織耐久性は 低下している可能性があり、より低圧

短時間で も褥瘡発生となる可能性が高いといえる. 今回, ソフトナースでは完全に除圧できていなかったこ とが分かった. ソフトナース使用後, 後頭部褥瘡 の発生はなかったが、今後発生する可能性を視野

に入れ、さらなる対策を立てる必要がある.

外来化学療法チーム医療での薬剤師の 役割

済生会滋賀県病院

薬剤科 白井 雅博,山極 恒平 武田 啓子

消化器内科 重松 忠

【はじめに】

がん治療は、多くのレジメンが外来で実施され、 通院治療を効果的かつ安全に実施する為に、患者 が十分な理解を得られる説明が必要である. また 経口抗がん剤による治療が増加し患者の受診回数 が軽減された一方, 患者自身の服薬管理の重要性 は増している. 当院では、薬剤師を通院治療室へ 配置し、看護師の業務支援を含め抗がん剤治療の 高い安全性を管理している。また、お薬手帳を用 いて注射薬の情報提供と,保険薬局との合同勉強 会開催による情報共有を行っている. 特に経口抗 がん剤カペシタビン服薬患者に, 発症頻度の高い 手足症候群に関連して, 服薬前からチェックシー トを用いたチームサポートを行っている. しかし, 院外処方箋発行や分子標的経口抗がん剤の登場な どの変化により, さらに経口抗がん剤治療患者の 管理は重要になり、患者支援体制の再検討や保険 薬局との連携強化が必要と考えられた.

【目 的】

経口抗がん剤内服患者の有害事象の管理と内服 アドヒアランスの向上のために,院内でのチーム サポート体制の評価と院外保険薬局との連携推進 の為のチーム医療について検討した.

【方 法】

カペシタビンチームサポートの現状調査門前保 険薬局薬剤師へのアンケート実施

【結果・考察】

カペシタビンチームサポート (13年度:39名) 調査期間中,チームサポート実施患者は29名,チームサポート不十分な患者が10名あった。不十分な患者は,非常勤医師外来やカペシタビン再導入例

であった. 手足症候群を原因とする治療延期例は サポート実施患者で0名, サポート不十分な患者 で2名あり、経口剤単独治療患者であった.以上 より, 注射剤併用患者より介入数が少ない経口剤 単剤の場合は、保険薬局の残薬確認を含めた在宅 医療と院内薬剤師の連携構築が必要と考えられ た. 門前保険薬局薬剤師アンケート(4 施設17名) お薬手帳は100%活用されていた. また治療計画や 治療延期理由など患者情報の共有希望が多くあっ た. カペシタビンチームサポートは、全ての保険 薬局薬剤師が認知していたが,活用例は無かった. 以上より, 今後は, カンファレンスでの治療方針 確認を実施し、お薬手帳で治療延期などの経過情 報共有, 在宅での残薬管理や CTCAE での判断基 準を共有した相互指導ツールでの, 保険薬局との 連携体制構築が必要と考えられた.

【結論】

保険薬局薬剤師との,経口剤単独治療患者サポートと残薬管理を含めた情報の共有を確立したサポート体制構築が必要である.

糖尿病患者の血糖コントロール改善と合併症予防のためのデータベースの活用 ~多職種連携による疾病管理のツールとして~

済生会滋賀県病院

臨床検査科 古谷 善澄,松井 清明

坂田 専蔵

循環器内科 中村 隆志

糖尿病代謝内科

稲本 望

医師支援室 奥山 晃輔, 古川佳英子

【目 的】

糖尿病診療の適正化によって血糖コントロール 改善と合併症の早期発見・早期介入を行うため、先 進的な諸外国でのEBMを参考にして、毎月の疾病 管理会議において戦略を立案し実施している。特 に検査データや専門外来の受診惰報を含んだデー タベースを構築することで、解析データを基に患 者や各医療職に情報提供し、検査実施率を向上さ せ,重症度で層別化した後に多職種連携による早期専門的治療介入を効率的に行い,治療成績を改善するといった一連の疾病管理が実践でき,その効果の評価も可能となる.今回,疾病管理開始後の3年間の臨床指標の推移を検討したので報告する.

【方 法】

血糖降下薬を処方された患者について、診療科別の平均HbA1cなどを病院内外にQuality Indicator (QI)として公表した。またコントロール不良者において、腎臓内科などの専門外来や栄養指導歴のない患者を抽出し、検査および受診勧奨の目的で主治医宛てに電子カルテにリマインダーを添付した。

【結 果】

全体の平均 HbA1c は年々低下し、診療科別の 平均HbA1cは、糖尿病代謝内科以外の内科では有 意に減少した。専門外来の対診や栄養指導も有意 に増加した。

【考察】

QI公表などにより血糖制御への意識が高まると共に、重症者が専門外来に集約された。合併症に対する検査実施や専門科への紹介率も向上した。 医師の負担を増やすことなく糖尿病診療の適正化および標準化に一定の効果を認め、チーム医療の活性化に寄与したと考えられる。

病棟栄養士による適切な経腸栄養管理 が行えた症例

~経腸栄養プロトコール(救急·ICU)~

済生会滋賀県病院

栄養科 田中美由紀,吉田 晴香

松尾 歩実,中井 聡志

坂本亜里沙, 奥村 裕子

守崎勢津子,服部 尚子

脳神経外科 岡 英輝

救急科 塩見 直人

消化器内科 重松 忠

【目的】

早期経腸栄養の有用性は広く知られているが,消化管の蠕動低下,栄養剤の逆流や誤嚥,下痢など

のトラブルにより早期経腸栄養の導入・継続が困難な場合がある。当院では経腸栄養プロトコールを作成し早期経腸栄養の導入・継続につとめている。病棟栄養士が経腸栄養プロトコールをもとに適切な対応ができた症例を経験したので報告する。

【症 例】

年齡:49歲,性別:女性,身長:163cm,体重:67.2kg,BMI25.3

診断名:びまん性脳損傷,外傷性クモ膜下出血, 左手背バートン骨折

【経 過】

軽トラックで走行中、4トントラックと衝突事 故にて救急搬入された. びまん性脳損傷, 肺挫傷 疑いと診断され、人工呼吸器管理にて当院救命救 急センター集中治療室に入院した, 呼吸循環は安 定,内臓損傷ないため第2病日より経腸栄養開始 となり、第7病日注入量800ml/日へ増量、注入速 度100ml/h へ増速となった. 第8病日胃管排液量 450ml/日と多く,消化管の蠕動低下が予想された. 病棟栄養士介入により、注入量、注入速度の見直 しおよび消化管運動改善薬の提案を行った. 第9 病日注入量400ml/日, 注入速度50ml/h へ変更, 消化管運動改善薬開始となり、徐々に胃管排液量 が減少した。第12病日より注入量の増量と注入速 度の増速が可能となった. 経腸栄養管理と併用し ながら経口摂取訓練をおこない、第22病日経口の みから必要量の確保が可能となり第50病日リハビ リ病院へ転院となった.

【結 果】

経腸栄養剤早期導入と消化管運動障害などの病状に適切に対応した,切れ目のない栄養管理により,入院時TP5.2, Alb2.9, Hb8.2,から第13病日TP6.8, Alb3, Hb9.3,と栄養状態の低下は認められなかった.病棟での言語聴覚士との連携により,経口摂取訓練開始から1週間程度と短期間で経口のみから必要量の確保が可能となった.適正な熱量管理により退院時体重63kg,BMI23.7と標準体重に近い栄養状態を管理し得た.

【結論】

栄養士が病棟へ配置されたことで, 医師, 看護

師,言語聴覚士など他のスタッフと連携をとり経 腸栄養プロトコールの適正使用により経腸栄養の 適切な継続が可能となり,さらに,経腸栄養から経 口摂取への移行まできめ細やかな栄養管理を実施 が出来た.経腸栄養管理患者への栄養士介入症例は 多くないのが現状である.栄養管理が必要な全ての 患者に対して,他職種との連携によるきめ細やかな 栄養管理の提供を行うことが重要と考えられた.

病棟配置に伴い変化した栄養士の役割 とNST

済生会滋賀県病院

栄養科 中井 聡志,吉田 晴香 松尾 歩実,田中美由紀 坂本亜里沙,奥村 裕子 守崎勢津子,服部 尚子

看護部 松村 智子 薬剤部 雲 望美 リハビリテーション科

旗生麻衣子, 千田 哲也

山本 尚美

臨床検査科 足立 徹 消化器内科 重松 忠

【目 的】

当院は病床数393床の急性期病院である. 2005年より NST が稼動し、本年で10年が経過した. NST の普及に伴い医療現場における栄養への理解と重要性が深まっており、管理栄養士への期待・要望も増えている. そこで、当院では2014年4月より栄養士を病棟配置とし、勤務体系・業務内容も見直しとなった. 病棟配置以降の NST における栄養士の役割について検討した.

【方 法】

病棟配置に伴う新体制前後のNST介入例に関して,チーム連携内容,介入内容,患者臨床経過を後ろ向きに調査し検討した。2013年4月~9月と病棟配置後の2014年4月~9月の,介入件数,終了理由を比較した。

【結果】

介入件数は、旧体制261名、新体制291名であっ

た.終了理由は旧体制,改善70%,転院11%,死 亡退院10%, その他9%, 新体制では改善79%, 転院 6%, 死亡退院 6%, その他 9%であった. 栄養士の病棟配置により患者の身体状況や栄養状 態の変化から、低栄養リスク患者の早期発見・介 入が可能となった. また他職種との密な連携が可 能になり、看護師と嗜好性や食習慣などの患者背 景、消化器症状などから、食事内容や経腸栄養の メニューを共に検討出来た. 言語聴覚士とは嚥下 機能から食事形態や提供方法を考慮した対応が出 来た.薬剤師からは輸液,治療薬の副作用など情 報提供を受け、様々な情報を共有出来た. さらに 他職種と連携を向上させるために栄養士は看護師 向けに、栄養の勉強会を毎月1回実施した. 勉強 会以降、多職種からの栄養に関する質問や相談も 増え, 低栄養患者の抽出が増加し, 早期 NST 介入 が可能となった.

【結 語】

栄養士の病棟配置という新体制となり、他職種との情報共有・意見交換がより多くなった。連携の強化に伴いNST対象者の抽出が早期に実施出来、介入日数の短縮に繋がったと考える。また病棟担当栄養士と看護師で事前に協議することで、問題点も絞られており、NSTラウンドでの提案も的確になった。他職種との情報交換をもとに低栄養患者への対応も素早く取れるようになった。その結果、食事摂取量の増加や必要栄養量の充足、栄養状態の改善に繋がったと考えられる。今後、多職種の連携によるNSTは極めて有用で、更なる連携を深めていく必要があると考える。

摂食嚥下障害への食支援 ~職種や施設の垣根を越えて~

済生会滋賀県病院

栄養科 坂本亜里沙,吉田 晴香

松尾 歩実,田中美由紀中井 聡志,奥村 裕子

守崎勢津子,服部 尚子

言語聴覚士 籏生麻衣子, 上村 良彦

千田 哲也

栄養科部長 重松 忠

【目 的】

高齢化社会がすすむにつれ、摂食嚥下障害患者の増加が予想される。管理栄養士として、安全で嚥下機能を最大限に生かした食支援ができるよう、摂食嚥下障害患者への介入や嚥下食について検討したので報告する。

【方 法】

1.管理栄養士が病棟に配置されるようになり、 言語聴覚士・看護師と共に、嚥下機能評価を行い、 その有用性を検討した. 2.済生会滋賀県支部(済 生会介護老人保健施設ケアポート栗東・済生会介 護老人福祉施設特別養護老人ホーム淡海荘・当 院)の栄養士と言語聴覚士が嚥下食を持ち寄り、 協議会を実施. 各施設の嚥下食の種類や認識を確 認し合い、嚥下食の統一および情報共有方法を検 討した.

【結 果】

1. 主治医に治療方針を確認しながら、言語聴覚士・看護師と、嚥下機能評価をはじめとした嚥下サポートをすることは、NSTと連携した嚥下障害患者さんの適切な栄養管理につながった。また、水分の3段階のとろみ分類を設定し、言語聴覚士による指導を看護師に行うことで安定した食事管理が可能となった。2. 入院加療後、関連施設での栄養管理については、十分な食事形態の情報共有が出来ておらず、施設での誤嚥発症予防・栄養管理のために、改善が必要であった。そこで、嚥下ピラミッドや摂食・嚥下連絡票(京滋NST研究会、京滋摂食・嚥下を考える会監修)に基づき、関連

施設の嚥下食の名称や形態を統一. 摂食・嚥下連絡票の運用により,情報伝達を改善した. 嚥下連絡票は,他施設転院先の場合も使用を開始している. 摂食嚥下機能障害の問題は,中枢性疾患やサルコペニアなど複数の基礎疾患による病態やその程度に複雑で,生理的加齢変化や認知機能の低下,周囲の環境なども関与して多面的であり,多職種との密な連携が必要である. そして,退院後も食事摂取状態が悪化しないよう,退院施設との食事情報の共有や,介護者の理解や在宅の環境整備が必要である.

【結論】

栄養士は、地域医療機関連携や多職種連携により、適切な食事形態を提供し、栄養管理を推進することが重要である。これらの連携は今後ますます増加する高齢者の低栄養、疾患予防、適切な医療提供に必須であると考えられた。

逆紹介推進の取り組み

済生会滋賀県病院 地域医療連携室

> 黄瀬 智哉,日置 康志 総合相談室 戸田 友子

【目 的】

当院は平成21年に地域医療支援病院の承認を受けており「地域医療の質の向上」を戦略目標に掲げている。診療所との機能分化の推進、診療所との連携強化による紹介率の向上、紹介患者の予約枠確保を目的に行った当院での逆紹介推進活動について報告する。

【方 法】

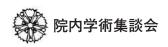
「医師から患者に対して逆紹介の話をしやすい環境」,「患者から医師に対して近医に転医したいと伝えやすい環境」を作るため,「かかりつけ医紹介キャンペーン」と称し院内放送・院内掲示,外来患者全員にチラシ・ティッシュを配布し当院の地域における役割やかかりつけ医を持つメリットをアピールした.

【結 果】

キャンペーン期間中の月平均逆紹介数は前年同期と比較して100件の増加と高い効果を得ることが出来た。また、キャンペーン終了後に医師、外来スタッフに対して実施したアンケートでは、73%が「逆紹介の話をしやすくなった」という結果がでた。

【結論】

逆紹介を推進していくうえで、医師からも患者 からも逆紹介の話を切り出しやすい環境づくりは 重要であり、その方法の一つとして「かかりつけ医 紹介キャンペーン」は有効であったと考えられる.



第34回 済生会滋賀県病院学術集談会

(平成27年度)

日 時:平成28年3月12日出 13:00~16:15 (受付12:30)

場 所:済生会滋賀県病院 5階 なでしこホール

主題『認知症について』

プログラム

開会の辞(13:00) 病院長 三木 恒治

第1部(13:05) 座長 勝盛 哲也

- 1. 看護の質向上を目指したチームで行う緩和ケアの取り組み
 - ~STAS-Jを活用したテンプレートを用いて~9 階東病棟 大橋 広貴 他
- 2. パーキンソン病を基礎疾患にもつ症例の精神 病症状に対して,抗認知症薬であるリバスチ グミン著効した1例

臨床研修医 芝本 純

- 3. 画像診断科における認知症検査
 - 画像診断科 山田 岳
- 4. ~認知症患者への睡眠薬の選択~ 臨床研修医 勝山 祐誠
- 5. 本院における 3 Dサポートチームの取り組み について
 - 3 Dサポートチーム 中嶋 博吉 他
- 6. 認知症への非薬物療法の重要性について 臨床研修医 林 大智
- 7. 自動車運転再開に対する取り組み リハビリテーション技術科 小山 泰亨 他

第2部『特別講演』(14:15)

座長 藤井 明弘

『認知症のみかたと対応』

南草津けやきクリニック 院長 宮川 正治 先生

第3部(15:15) 座長 馬場 正道

1. 深夜に徘徊し自動車と接触, 当院に救急搬送 された症例

臨床研修医 西本 雅和

2. 病院前救急診療における当院スタッフの心的 外傷ストレス評価

救命救急集中治療室 若原 聖徳

- 3. 診断に苦慮した特発性気腹症の1例 臨床研修医 髙嶋 祐助
- 4. 透析回路を変更後,1年を経過して 臨床工学科 徳田 直樹 他
- 5. 認知症患者への手術麻酔について 臨床研修医 一柳 弘希
- 6. がん診療支援センター看護師の役割と活動 がん診療支援センター 西村美弥子 他
- 7.「京滋ドクターへリ活動報告」 ~フライトナースとして活動をふりかえって~ 救命救急集中治療室 山本 降 他

閉会の辞(16:15)

学術‧図書委員会委員長 馬場 正道

抄 録

第1部

1. 看護の質向上を目指したチームで行 う緩和ケアの取り組み

~STAS-Jを活用したテンプレートを用いて~

9 階東病棟

大橋 広貴,長岡 真美 板垣 彩佳,横田 美穂 水野 知美,松村 智子 がん診療支援センター

西村美弥子

当病棟では専門チームとして緩和ケアチームが 存在し、毎週、院内の緩和ケアチームと共同して 緩和カンファレンスを実施している。しかし、事 前に対象患者を決めず病棟看護師が必要性を感じ た患者を対象としていた。また、その場で決定し ていたため、患者の情報把握に時間を要し、カン ファレンスでは情報提供にとどまり、患者の苦痛 に対して意見交換が行なえていない現状があった。

有意義なカンファレンスが実施できるように、STAS-Jを用いて患者の選定をし、テンプレートを用いて問題点を明確にした。看護の質向上を目指し、患者のニードや具体的な支援についてチームで話し合いが行えるようになった取り組みについて報告する。

2. パーキンソン病を基礎疾患にもつ症 例の精神病症状に対して,抗認知症 薬であるリバスチグミン著効した1例

臨床研修医 芝本 純

症例は71歳女性.基礎疾患にパーキンソン病を持ち,老年期に幻視,妄想を呈し入院となり,パーキンソン病治療薬誘発性精神病性障害だけでなく,レビー小体型認知症とも診断し,抗認知症薬であるリバスチグミンが奏功した症例である.入院時,幻視や妄想を認め,その幻覚に由来する被害妄想と大声や易怒性などの精神障害を認めた.こ

れらの症状を老人性精神病として捉え、抗精神病薬の投与を行うと、パーキンソン症状が増悪する危険性やパーキンソン病治療薬と相殺され副作用だけが残り、ADLやQOLを低下させる危険性がある。そのため身体と精神のバランスを保つために、抗精神病薬を極力使わない方針とし、パーキンソン病治療薬の漸減とリバスチグミンを使用したところ、身体機能を損なう事なく、幻視、妄想、不安・焦燥、などの症状を消退させることができた。本症例から精神症状を安定させ、ADLやQOLを低下させないような治療を考えることは重要だと感じた。

3. 画像診断科における認知症検査

画像診断科 山田 岳

認知症に関係する画像診断領域の検査の中から,画像診断科で行っている認知症に関係する検 査の紹介及び実態を発表します.

まず画像診断による認知症診断検索目的で用いられる検査は主に2種類あります

- MRIによるVSRAD
- ◆RI検査によるDAT (ダット) シンチレーション (以下、DATシンチ)

MRIによる VSRAD は認知症診断のソフトウェアを用いて認知症診断を行うものですが、院内からの依頼はなく、院外からの依頼のみ行っている現状です。今回は時間の都合上、紹介のみとさせていただきます。

RIのDATシンチは今まで診断が難しかったレビー小体型認知症を視覚的に表現可能な検査として近年注目されており、レビー小体型認知症の診断に有用であるとされています。従来画像診断による認知症診断において、脳の萎縮度合いを視覚的に検査できるCT及びMRIはアルツハイマー型認知症にはとても有用でありましたが、脳の萎縮が見られにくいレビー小体型認知症の診断は難しいものでした。当院においても2014年よりDATシンチを開始しており、運用開始より2年間で58件が施行されています。

4. ~認知症患者への睡眠薬の選択~

臨床研修医 勝山 祐誠

【はじめに】

入院中の高齢者が不眠を訴えることはよく目にするが、睡眠薬の使用によりせん妄が引き起こされることが知られている。特に認知症患者の場合、せん妄発症のリスクは増加する。今回、認知症患者の不眠に対しての睡眠薬選択がせん妄発症とどのように関連しているのかを発表する。

【症 例】

85歳女性、MMSE21点と認知機能低下を認める。 自己転倒による左大腿骨転子部骨折により髄内釘 手術目的に入院。入院後より不眠を訴えゾルピデ ム内服開始したが、以降せん妄を発症した。睡眠 薬をスポレキサントに変更したところせん妄症状 は改善傾向となった。

【まとめ】

睡眠薬の作用機序によってせん妄発症のリスク が異なることを,経験症例をもとに文献的な考察 を交えて発表する.

本院における3Dサポートチームの 取り組みについて

認知症看護認定看護師 中嶋 博吉 共同演者名:医師 中村 隆志 リエゾン精神看護専門看護師

 木村
 里美

 経営企画課
 水島
 貴澄

 作業療法士
 中江
 雪枝

 薬剤師
 石合
 徹也

急性期治療を受ける高齢入院患者に多い病態の代表として、dementia (認知症)、delirium (せん妄)、depression (抑うつ)があり、頭文字を取って3Dと呼んでいる。これらは類似した状態も多く鑑別は困難となる。また、入院生活・治療に支障を来たし、入院の長期化、その間に ADL や認知機能、QOL 低下など、患者に不利益をもたらしやすい。このような課題の解決の一つとして、本院

では平成26年5月から65歳以上の高齢入院患者に 対し, 高齢者総合機能評価を導入, 評価結果に問 題点があれば指導書の配布説明を実施している. しかし、現在の CGA の実施率は30%程度と低く、 3 Dが重度の場合は CGA の実施自体が困難であ る、また毎月、認知症看護認定看護師によるラウ ンドを実施、困難事例の相談に対応していた。し かし、認知症の BPSD やせん妄の発症は複数要因 があり、それぞれの要因に対応が必要だが、看護 職だけの取り組みには限界があった. そこで円滑 な退院と生活機能・QOLの維持を目的に院内の専 門職(認知症サポート医, リエゾン精神看護専門 看護師, 認知症看護認定看護師, 薬剤師, 作業療 法士、経営企画課事務員)が集まり、平成27年7 月に3Dサポートチームを結成し、毎週ラウンド 活動を実施している. そこでは、各病棟の入院患 者への3D鑑別・機能評価から対応までをバック アップしている。今回、3Dサポートチームの取 り組みと新たな課題について報告する.

6. 認知症への非薬物療法の重要性について

臨床研修医 林 大智

認知症は自身が獲得した機能が慢性的に減退・消失することであり、その中でもいくつかに分けられるが、その中でも最も頻度が高いと言われている Alzheimer 認知症である。今回私は生活歴および検査結果から上記診断にいたる過程を、および何故自宅や施設ではなく入院となったかという理由や現在の standard を学び、実際に入院後から経過をみていったが、治療法についても現在最も有名な塩酸ドネペジルやメマンチンといった薬物療法を使わずとも生活レベルの安定を築いていた点から、rehabilitation や合併症の予防といった非薬物療法によるアプローチの重要性について、経験した症例をもとに報告したいと思います。

7. 自動車運転再開に対する取り組み

リハビリテーション技術科 小山 泰亨,藤田 拓郎 中江 雪枝,中西 有里 西村 彰規,朝尾 有貴

近年、認知症ドライバーの運転が社会問題となっ ており、運転の可否や支援が注目されている。自 動車が運転できないと生活が不便である地域的な 特性もあり、 当院でも運転の再開を希望する患者 が多く見られていた.しかし、判断基準となるデー タも無く, 漫然と評価を行っていた経緯もあった ため、判断基準となるプロトコールを作成し平成 27年度より運用し始めた、身体機能は問題がなく 早期に自宅退院が可能な患者であっても, 認知機 能低下や高次脳機能障害などにより, 危険認知能 力や判断能力が減退していることが重大事故を引 き起こす可能性を高くする. 退院までに身体機能 検査や認知機能検査など多角的な評価を行い、患 者や家族, 各機関へ情報提供を行っていくことが 運転リスクの高い方を早期に抽出し、重大事故を 防ぐ重要な役割も担えると考える. 今回, 当院退 院前に自動車運転再開を希望し、自動車運転再開 評価を行った事例の経過及び結果を検討したの で,考察を交えて報告する.

第2部

《特別講演》

『認知症のみかたと対応』

南草津けやきクリニック 院長 宮川 正治 先生

第3部

1. 深夜に徘徊し自動車と接触, 当院に 救急搬送された症例

臨床研修医 西本 雅和 症例は80代女性.以前から認知症あり徘徊のエピソードが複数回あった.来院当日も深夜に徘徊して

おり、道路を横断しようとした際に普通自動車に接触し、当院救急搬送された。搬送後、Primary Survey にて血圧がやや低いこと、意識がややほんやりしている所見があったが、明らかな外出血所見や、FAST陰性であったことからPrimary Surveyで特記すべき異常なし、と判断して Secondary Survey へ移行した。

全身の外傷検索の結果,骨盤骨折(安定型)と椎体の多発骨折,および左上腕骨骨折を認めた.不穏状態が目立ったが,緊急性の高い外傷性変化を認めなかったため,入院の上で保存的治療を行う方針となった.数時間後,骨盤骨折からの多量出血による心肺停止状態に陥り,蘇生後,TAEが施行された.その後はICUで管理されることになったが,DICを併発しており,出血のコントロールができず,再び心肺停止となり永眠された.

2. 病院前救急診療における当院スタッフの心的外傷ストレス評価

救急集中治療室 若原 聖徳

【背景】

当院は平成27年に京滋ドクターへリの基地病院となり、これまでのドクターカー運用に加え、病院前救急診療の活動が更に拡大した。慣れない環境や現場活動がスタッフに身体的・精神的負担となっている可能性が懸念される。

【目 的】

具体的なストレス要因や個々の対処方法に対す る考え方を把握し、サポートシステムを考察する.

【対 象】

病院前救急診療に携わる医師,看護師,事務の 23名.

【方 法】

精神的影響を受けた内容, 部門として必要と思 われるサポートシステムの内容を選択肢による質 問紙を用いて無記名で調査した.

【結 果】

56%が「精神的に影響を受けた事案がある」と回答した。内訳は「自殺事案」が31%、「事故事

案」が19%であった.一方,ストレスケア対策が必要と考えた者は34%であった.具体的には「カンファレンスにおける支援的フィードバック」が11%,「同乗した人との自然な話し合い」が10%であった.

【考察】

半数以上が精神的影響を受けていると感じている反面,ストレスケア対策の必要性を感じている者は少なかった.個人の対処のみに頼らず,病院前救急診療を行う部門として組織的にサポートしていく事で活動の質の担保が可能となると考える.

3. 診断に苦慮した特発性気腹症の1例

臨床研修医 髙嶋 祐助

【はじめに】

気腹症は消化管穿孔などに続発するのが一般的であるが、そのような原因を認めない特発性気腹症を認める事があり、今回経験したので報告する.

【症 例】

84歳、女性. 手術歴なし. 倦怠感を主訴に,近 医救急搬送され,精査で腹腔内遊離ガスを認めた が,症状無く経過観察となった. 翌日,腹痛を認 め,消化管穿孔疑いで当院転院搬送された. 腹痛 はあるが,腹膜刺激徴候は認めず,血液検査で炎 症所見は認めなかった. しかし,消化管穿孔に伴 う腹腔内遊離ガスを考え,試験開腹術を施行した. 手術所見では腹腔内に汚染された腹水は認めず, 腸管に穿孔部位は認めなかった. 術後経過は良好 であり,術後9日目に退院となった.

【まとめ】

今回われわれは開腹術に踏み切ったが、腹腔内 遊離ガスを認めるが、炎症所見や腹部所見が乏し い症例では、注意が必要であり、保存的治療や審 査腹腔鏡手術を施行されている例もあり若干の文 献的考察を加えて報告する.

4. 透析回路を変更後, 1年を経過して

臨床工学科

徳田 直樹, 坂本 千絵 塚田 秀明, 本村 了祐 菅原 祥元

【目 的】

血液回路静脈チャンバー内圧(以下静脈圧)を 下げることによる,透析患者の血管への負担軽減 及び,安全面・操作性の向上を目的に透析回路の 仕様変更を行った。そして変更後1年が経過した ので,現在までの評価を報告する.

【対象・方法】

2014年4月25日から2014年6月13日の期間中, 当院にて血液維持透析を受けている44名に対し, 透析開始10分後における静脈圧の変化を仕様変更 前と変更後で比較検討した。また,安全面・操作 性の向上において,該当期間中に勤務していたス タッフ11名を対象にアンケート調査を行った。

【結 果】

透析開始10分後において44名中41名に静脈圧の 著明な低下があった.2名は若干の上昇,1名は変化 が無かった.

安全面・操作性の向上において, スタッフ全員 から高評価を得ることが出来た.

【結論】

回路を変更し、静脈圧が低下したことで透析患者の血管への負担軽減に繋がった。また、透析中に静脈圧が上昇することで発生するトラブルの回数も減少させることが出来た。

また、安全面・操作性の向上においても、スタッフから高評価を得ることが出来、当院のニーズにあった回路にすることが出来た.

5. 認知症患者への手術麻酔について

臨床研修医 一柳 弘希

わが国における高齢者人口は急速に増えており, 今後ますます高齢者に対する手術は増加していく ものと考えられる。周術期の合併症は術後の回復 を遅延させるため、十分な予防と対策が必要である.近年、術後の高次脳機能障害に注目が集まっている.術後せん妄や術後認知機能障害の発生率について麻酔薬や麻酔法が与える影響は十分解明されていないが、これまでになされた報告から認知症と麻酔の関係を検討する.

6. がん診療支援センター看護師の役割 と活動

がん診療支援センター

西村美弥子, 山田 寿美

当院は滋賀県のがん診療連携支援病院に指定されており、今後益々増加するがん患者と家族のニーズに対応できるよう平成27年4月よりがん診療支援センターを開設した.

がん診療支援センターでは、がん治療の各時期のインフォームドコンセントに同席し意思決定の援助をしたり、心理的不安を軽減させるための面接を行ない、がん患者指導管理料を算定している。また、院内の関連する医療チーム専門・認定看護師、医師およびコメディカルスタッフの介入を調整している。

さらに、医療者に対してはコンサルテーションに対応したり、STAS-Jに沿った入院時スクリーニングや初期看護計画の立案、研修会の開催などの支援を行なっている.

がん診療支援センター開設以降の活動と今後の 展望について報告する.

7. 京滋ドクターへリ活動報告 ~フライトナースとして活動を振り返って~

救命救急センター

山本 隆,吉田 紀子 中村あゆみ,澤田 真央 北川 篤史,野村 昌夫 野矢 忠男,溝口 寿代 塩見 直人

【はじめに】

平成27年4月28日より京滋ドクターヘリ運航が

開始となり1年が経過しようとしている。ドクターへリ運航開始から1月31日の間にドクターへリ要請件数が343件、出動件数308件出動している。ドクターへリは、病院前・現場から早期医療介入を行い、救命率の向上と後遺症の軽減のためにその充実が求められている。今回、ドクターへリ活動実績、症例、ドクターへリ活動の振り返りから見えた看護師に求められること、今後の課題を見出したためここに報告する。

【目的】

ドクターへリ活動実績データを分析,ドクター へリ活動を振り返り,看護師に求められること, 今後の課題を見出し今後のドクターへリ活動に繋 げる.

【方 法】

平成27年4月28日から平成28年1月31日の間のドクターへリ活動実績データと実際のドクターへリ活動した症例、活動記録を調査し分析する.

【結 果】

平成27年4月28日から1月31日までのドクターへリ活動実績データは、要請件数343件、出動件数308件、出動前キャンセル件数35件、出動後キャンセル件数50件となっている。基地病院離陸から現場到着までの時間は平均15.3分、現場滞在時間は22.5分、診療時間は24.6分となっている。ドクターへリ活動で高所からの墜落により胸部強打し、緊張性気胸・ショックが疑われる症例を経験した。現場活動を行うにあたり、早期医療介入と迅速な医療処置・活動が行え、また消防との連携・協力が得られ、円滑な現場・診療活動が行え、ドクターへリとして有効的な活動ができた。

【考察】

ドクターへリ運航開始当初はドクターへリ要請が少なったが、徐々に要請件数も増え全国平均件数からも大きく下回らない件数となっている。今後、さらに要請件数が増えドクターへリの需要・必要性が高まることが考えられる。今後、当院のみならず他施設、他機関への働きかけや広報・研鑽、連携・協力体制を強化していくことが重要と考える。病院前救急診療は、短時間に多くの職種

が一つのチームとして関わり、連携・協働によっ て治療・処置・介入が進行する. 連携・協働のあ り方が時間経過を左右すると言える. 病院前救急 診療での活動において,看護師という役割を担う のは一人であるため、自律性を持ち、チームメン バーの一員としてチーム力を発揮していくことが 重要である. そのため看護師は, 高度な治療や処 置介助の技術・知識、患者・家族看護などのテク ニカルスキルの向上とともに、情報収集・整理・ 記録、状況判断やアセスメントした内容を医師と 情報交換・共有、消防・救急隊とも情報交換・共 有するコミュニケーション能力、調整する能力な どのノンテクニカルスキルの向上が求められると 考える. また, 医師や消防・救急隊, 運航クルー などの他職種と,早期治療開始と搬送先病院との 連携という同じ目的に向かって協働する力も求め られると考える

【結 語】

ドクターへリに乗務する看護師として,高度な 医療と質の高い看護技術・知識を磨き,コミュニ ケーション力,調整能力を身につけ,今後のより 良いドクターへリ活動に繋げていきたい.

第33回 済生会滋賀県病院学術集談会

(平成26年度)

日 時:平成27年3月7日出 13:30~17:00

場 所:済生会滋賀県病院 5階 なでしこホール

主題『生活習慣病』

プログラム

開会の辞(13:30) 病院長 杉本 徹

第1部(13:35) 座長 馬場 正道

1. 肺塞栓により心肺停止となり、救命し得たエストロゲン製剤内服中の中年女性の1例

臨床研修医 日野 智博

2. 様子がおかしいという主訴で救急搬送された 女性の1例

臨床研修医 安田 剛士

3. Bosworth型足関節脱臼骨折の4例

臨床研修医 藤井 俊

4. 頚部痛・背部痛から発覚した原発性の咽後膿瘍の一例

臨床研修医 小澤 聡美

5. 後腹膜に発生した脂肪肉腫の一例

臨床研修医 伏木 邦博

第2部(14:40) 座長 勝盛 哲也

1. 腹膜炎予防に対する患者への取り組み ~ATP検査を用いて~

9階東病棟 浦谷 えり

2. 高血圧性心疾患に対し、心不全の治療を導入した1例

臨床研修医 倉島 研人

3. 乳がん検診

画像診断科 弥永 彩有

4. メタボリックシンドロームと周産期

臨床研修医 竹本 正和

- 5. 新しい2型糖尿病治療薬と尿検査値への影響 臨床検査・病理診断センター 小山 祐果
- 6. 当院の2型糖尿病患者の運動指導について ~患者への指導前アンケートとHbA1cについて~

リハビリテーション技術科 石井 隆

7. 内臓脂肪と生活習慣病の関連

〜減量成功・失敗体験からみる健診データの 改善について〜

健康管理センター 山中 朗子

『特別講演』(15:45)

座長 中村 隆志

『楽しく患者をやる気にさせる生活習慣病の療養指 導のコツ |

独立行政法人国立病院機構京都医療センター 臨床研究センター予防医学研究室

室長 坂根 直樹 先生

閉会の辞(16:45)

学術・図書委員会委員長 勝盛 哲也

抄 録

第1部

1. 肺塞栓により心肺停止となり、救命 し得たエストロゲン製剤内服中の中 年女性の1例

臨床研修医

日野 智博

【症 例】

45歳, 女性.

【主 訴】

心肺停止.

【現病歴】

既往に精神疾患があり、来院前日に大量服薬のため、意識レベルの低下を認めていたが、救急要請はせず1日中臥床していた。来院日の朝になって意識レベルは改善傾向も傾眠傾向であった。夕方になり、階下に降りてきたところ突然意識消失、循環停止を起こし救急要請となった。救急隊接触後心拍再開したが、搬送中にPEAとなり、心肺停止状態で当院に搬送となった。

搬送時波形はPEAであり、アドレナリン2A使用にてROSCを確認.心エコーにて右室負荷所見を認めたため、造影CTを施行した所、両側肺動脈から末梢枝にかけての広範な肺塞栓を認めたため、ヘパリンによる血栓溶解療法を施行した.

【考察】

エストロゲン製剤には血液凝固・線溶系に影響を与えることが知られており、血栓症、心血管障害、脳卒中は最大の問題点である。当院にてエストロゲン製剤が原因と考えられる肺塞栓の一例を経験したため、医学的考察を含めここに報告する。

2. 様子がおかしいという主訴で救急搬送された女性の1例

臨床研修医

安田 剛士

症例は85歳女性、元来全盲、聾で寝たきりであ

り、自覚症状の聴取は困難であったが、来院数時間前より様子がおかしいという主訴で当院へ救急搬入された.身体所見から汎発性腹膜炎を疑い、画像検査を行ったところ、尿道カテーテルが膀胱壁を貫いていると考えられた.即日で緊急膀胱修復術+腹腔内洗浄術を施行し、経験的抗菌治療投与を開始した.膀胱穿孔は、骨盤骨折などによる外傷性と、経尿道的手術などによる医原性で生じ、腹膜炎に進行しうる診断困難で重篤な疾患である.今回、尿道カテーテルによる膀胱穿孔の1例を経験したため、若干の文献的考察を交えて報告する.

3. Bosworth型足関節脱臼骨折の4例

臨床研修医

藤井 俊

整形外科

平岡 延之, 久本 和史 佐藤 史英, 大藪 寛 森崎 真介, 堀江 直行 竹下 博志, 吉岡 誠 白井 幸裕

【はじめに】

比較的まれとされる Bosworth 型足関節脱臼骨 折の 4 例を経験したので報告する.

【対 象】

症例は男3例女1例で受傷時平均年齢は25.6歳, 平均経過観察期間は81日間であった。初診時全例 とも足関節は外旋伸展変形しており,1例は開放骨 折(Gastilo 分類 type1)であった。単純 X 線で腓 骨遠位端骨折,腓骨近位骨片の後方脱臼および距 骨の後方脱臼を認めた。全例徒手整復を試みたが, 整復し得たのは2例であった.7~12日後に観血的 脱臼整復術および骨接合術を施行し,術後平均48 日で全荷重歩行可能であった。

【考察】

本骨折は、腓骨の近位骨片が脛骨後方隆起に転位固定されるため徒手整復が困難で、徒手整復成功例は約23%と報告されている。整復操作は、距骨、腓骨遠位骨片および腓骨近位骨片を一体とし

て内旋しながら後方から前方に押し出すことが重要とされる。本骨折は単純 X 線像が足関節脱臼骨折SE 型 stage IV と類似している場合があるため、CT検査等で腓骨近位骨片の転位方向を評価しておくことが重要である。

4. 頚部痛・背部痛から発覚した原発性 の咽後膿瘍の一例

臨床研修医

小澤 聡美

64歳女性. 頚部痛・背部痛により近医受診し、 CT・MRIにてcrowned dense synd疑いとなっていたが、発症3日目に頚部可動域制限を認めたため当院救急センターを受診. 当院でも同様の診断となり、NSAIDs内服にて経過観察となった. 症状が改善せず両下肢の脱力が出現したため再度当院整形外科受診し、画像所見より咽後膿瘍、脊髄硬膜外膿瘍の診断となった. 入院にて抗菌薬・ドレナージを施行され速やかに頚部症状・炎症反応は改善した.

頚部症状を伴う原因不明の炎症半の高値を呈する症例ではまず気道の評価を行い、可能であれば造影CTを思考するべきであった。咽頭後間隙と椎前間隙の間の間隙を危険間隙といい、危険間隙に炎症が波及すると縦隔に進展する可能性が高くなるため、しっかりとした評価が必要である。

5. 後腹膜に発生した脂肪肉腫の一例

臨床研修医

伏木 邦博

症例は54歳、女性. 2014年1月に左側腹部痛を認め、近医受診. 左側腹部腫瘤を認めたため、当院紹介受診となる. 腹部は10cm×6cm大の腫瘤を触知した. 腹部CT・MRI検査にて、左後腹膜に腸腰筋を取り囲むように内部均一な巨大腫瘤を認めた. 画像所見からは低分化型脂肪肉腫を第一に考え、外科的切除を施行した. 組織は分葉状で外観では脂肪腫様であった. 病理組織学的には、高

分化脂肪肉腫であった. 今回, 後腹膜に発生した 脂肪肉腫の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.

第2部

1. 腹膜炎予防に対する患者への取り組み ~ATP検査を用いて~

9 階東病棟

○浦谷 えり,落合 郁香 赤尾 真理,鈴木 知佳 野村 優希,湯川 令子

腹膜透析 (以下 PD) 導入時には、感染予防につ いて指導を行っているが、腹膜炎を発症する患者 が増えている. また, 当院の KPI からも全国平均 に比べ、早い時期に腹膜炎を発症していることが 分かっている. そのため、感染予防の重要性を示 す方法として、アデノシン三リン酸(以下ATP)を 用いた測定法を用いて評価を行った. 腹膜透析導 入・PET検査・腹膜炎にて入院となった患者に対 し、手指と接続機器へのATP検査を入院時と退院 前に実施. 手洗いにて細菌数の減少があることが 視覚的に明らかになった. また、それぞれのデー ター比較を行った結果、「1.本人の認識と実際で は大きな違いがある」、「2. 腹膜炎発症予防として ATP検査を行うことは、手洗い・接続機器の清掃 が重要であることの意識付けになった |, 「3.アル コール手指消毒の有用性についても確認し、指導 を行っていく」,「4.患者の手技の定期的な確認, 指導が重要」の4点についての結果を得ることが できた.

2. 高血圧性心疾患に対し,心不全の治療を導入した1例

臨床研修医

倉島 研人

症例は46歳男性.糖尿病,高血圧による通院歴がある.緩徐に増悪する呼吸苦,呼吸苦を主訴に救急受診された.胸部 X線で肺うっ血,心拡大を

認め心不全の診断で入院.カルペリチド,フロセミドの投与で治療を開始した.入院後速やかに呼吸苦などの症状は改善した.虚血性心疾患の関与を疑いCAGを施行したが、有意な冠動脈狭窄は認められなかった.経胸壁心エコーで左室の求心性肥大を認めていたこともあり、高血圧が心不全の主な原因と考えられ、内服薬の調整と生活指導による治療を継続することとなったが、不規則な生活をされているために生活習慣の改善が難しく、治療に難渋した.

糖尿病,高血圧の治療は、合併症の予防も重要であるが、本症例では高血圧の内服治療がなされていたにも関わらず、心不全という形で合併症に至ってしまった。上記を踏まえ、高血圧を主に生活習慣改善の治療効果について、考察を交えて報告する。

3. 乳がん検診について

画像診断科 診療放射線技師 弥永 彩有

【背景】

近年,乳がんの羅患率は年々増加し,現在では 女性のがん羅患率で第1位,死亡率もそれに伴い 増加している。このことから厚生労働省は,2004 年より40歳以上の女性に2年に一度の乳がん検診 を推奨している。今回,全国と済生会滋賀県病院 (以下,当院)での検診受診率,また精密検査人数 について比較した。

【方 法】

厚生労働省ホームページ及び当院検診センターより全国の過去5年間の乳がん検診受診者数,及び要精検査該当者数を算出しグラフ化する.

【結果】

過去5年の全国及び当院での乳がん検診受診数は年々増加していた.要精査率に関しては全国では約8%,当院では約11%となった.

【結語】

全国及び当院での乳がん検診数は年々増加しているが、全国での乳がん検診受診率は20%程度に

とどまっている. 当院も乳がん検診を開始した当初は草津・栗東のみの対象であったが、守山市、湖南市と対象を広げ、乳がん検診受診率の増加を目指している.

4. メタボリックシンドロームと周産期

臨床研修医

竹本 正和

メタボリックシンドロームは内臓脂肪の蓄積を 基盤として、血糖値の異常、脂質の異常、血圧の 異常など心血管病のリスクファクターが一個人に 集積した病態であり、我が国の死因の第2位と3 位を占める心血管疾患(心筋梗塞、脳梗塞)の主 要な原因の一つと考えられる。

最近,小児期からの生活習慣が成人時の内臓脂肪蓄積,すなわちメタボリックシンドロームに直結することがわかっており,さらに出生前の母親の生活習慣が胎児にメタボリックシンドローム発症を引き起こすことが明らかとなってきた.

今回,メタボリックシンドロームと周産期の関連性について調べたので、報告する.

5. 新しい2型糖尿病治療薬と尿検査値 への影響

臨床検査・病理診断センター
○小山 祐果,新井 未来
堀田 結香,坂田 専蔵
加藤 元一,馬場 正道

【はじめに】

食生活の欧米化や運動習慣の変化に伴って、近年2型糖尿病の罹患率は増加傾向にあり、社会問題となっている。糖尿病治療においては、インスリン注射のみではなく、さまざまな内服薬が使用されているが、なかでも昨年相次いで発売されたSGLT2阻害薬は「尿中に糖が出ることが悪い」という糖尿病の常識を覆す全く新しい2型糖尿病治療薬であり、注目を集めている。最大の特徴は、血液中の過剰な糖を尿中に積極的に排出させるこ

とで血糖値を下げるという画期的なものである. しかし、その一方で、尿糖が頻発することによる 尿路感染症(腎盂腎炎、膀胱炎など)や性器感染 症といった副作用が起こる可能性がある.また、 これまでの経口血糖降下薬と異なり、影響を受け る検査項目も数多くあるとされている.今回、我々 は当院にてSGLT2阻害薬を投与されている患者の 尿検査結果への影響を検討し、文献的考察を加え て報告する.

【対 象】

当院でSGLT2阻害薬を現在も継続処方されている患者の2014年4月から2015年2月までの間に提出された尿検査項目と検査結果を調査した.

【結 果】

SGLT2阻害薬を継続処方されている患者10名のうち,経時的に尿定性・尿沈渣を検査している患者について結果をまとめたところ,尿定性での白血球反応と尿沈渣での白血球数で乖離が見られた.

【結語】

血液中の過剰な糖を腎臓から排泄して血糖値を下げる、新しい経口血糖降下薬が登場した。この治療薬によって尿中に排出された多量の糖により、尿定性での白血球反応と尿沈渣での白血球数の乖離がみられた。糖尿病患者は、合併症である神経障害の影響で尿路感染症特有の自覚症状がないことも少なくない。感染症を早期発見するには、尿定性とともに尿沈渣の検査結果を確認することが有用であり、SGLT2阻害薬服用患者全てについて両者の同時測定を促すよう、検査科から情報を発信していくことの必要性を感じた。

6. 当院の2型糖尿病患者の運動指導に ついて

~患者への指導前アンケートとHbA1cについて~

糖尿病療養指導チーム

理学療法士 石井 隆 トレーナー・健康運動指導士

丸岡 豊

看護師 菅沼 果南,安田真紀子 鬼丸 友美

葉剤師 畑 葉子,山田 聡人 管理栄養士 坂本亜里沙,松尾 歩実 臨床検査技師 古谷 善澄 糖尿病代謝内科・医師

稲本 望,福家 智也

循環器内科・医師

中村 隆志

2型糖尿病に対して、当院では多職種によるチー ムアプローチで取り組んでいる. リハビリテーショ ン科では糖尿病の運動療法・指導を実施する患者 には事前にアンケート調査を行っている. 外来で は運動指導している透析予防患者に対して, 入院 では糖尿病治療を目的とした運動指導している患 者に対して実施している. 質問項目は、「希望さ れる指導方法」「運動療法変容ステージ分類」「運 動療法自己効力感評価 | 「運動困難理由 | 等であ る. 「希望される指導方法 | とは、今回、特別講演 の坂根直樹先生の研修会で学んだ性格タイプ別指 導ポイントによる生活習慣病行動変容アプローチ
 であり、画一的な指導から、患者の性格・希望に 応じた指導を取り入れた項目である. アンケート とその後のHbA1cの変化について若干の知見述べ る. ①運動困難理由は「時間がない」「疲労して いる」「太りすぎ」と過去の知見と同様であった. ②運動処方時にはHbA1cが9%を超えるグループ ではほぼ改善を示したが、 性格タイプ別希望指導 方法において「指導ポイントや結論を先に提示」を 希望する患者が多く,「楽しい指導」を希望され た患者は少なかった。③9%以下では「ゆっくり と指導して欲しい | 「楽しい指導 | を希望した患

者の HbA1c が改善していた. ④「運動療法自己 効力感評価」で運動実施に自信があるからといっ て必ずしも HbA1c が改善するとは限らない.

7. 内臓脂肪と生活習慣病の関連 〜減量成功・失敗体験からみる健診データ の改善について〜

健康管理センター

○山中 朗子,野口 景市 大坪さゆり,富士井美恵子 松井 千晶,犬塚 惠 稲本 望

生活習慣病予防健診より病院職員のメタボ予備 軍・該当者の割合を算出し、対象者の意識調査から現状や課題を明らかにする。保健指導に参加し 減量できなかった事例と、減量に成功し健診データが改善できた事例を紹介し、食事や運動の取り 組み方法や内臓脂肪と生活習慣病の関連について 考察し、生活習慣病予防のための健康的な行動変 容の必要性を示していく。

《特別講演》

『楽しく患者をやる気にさせる生活習慣病 の療養指導のコツ』

独立行政法人国立病院機構京都医療センター 臨床研究センター予防医学研究室

室長 坂根 直樹 先生



Total Quality Management

第6回 TQMシンポジウム

日 時:平成27年1月27日(火) 17:30~19:20 場 所:済生会滋賀県病院 なでしこホール

プログラム

17:30~17:35 開会の挨拶

19:00~19:10 座長講演(投票集計)

17:35~17:40 運営説明

19:10~19:15 表彰式

17:40~18:55 演題発表(座長:中村院長代行) 19:15~19:20 閉会の挨拶(中村院長代行)

18:55~19:00 投票

演 題

演題1	演 題	インシデント評価と業務改善
	演 者	エイドサービス課 ○尾嶋課長
	評価のポイント	・「すっぴんトーク」等による要因分析・対策立案. ・インシデント発生件数の減少. ・QC活動としての取り組み.
演題 2	演 題	虚血性脳卒中の急性期診療体制について
	演者	神経内科 ○藤井部長,松浦医員 脳 外 科 日野診療部長,岡部長,橋本副部長,小関医長 救 急 科 塩見部長,岡田医長,平泉医員 放射線科 勝盛部長
	評価のポイント	・脳卒中オンコール. ・Win60キャンペーンの取り組み. ・放射線科,画像診断科の協力体制. ・研修医・看護スタッフ教育(NIHSSスコア算出による経時的観察). ・TIA患者へのABCD 2 適応やWIN60などの院内ガイドライン設定.
	演 題	手術室運用の効率化と質の向上を目指して
演題3	演者	手術室 ○河野副部長,麻酔科 野土副院長,経理課 杉浦係長
	評価の ポイント	・稼働率の可視化,向上. ・チーム制の強化による各診療科との連携充実. ・資格・認定の取得への積極的な取り組み. ・コスト管理への取り組み.
演題 4	演 題	院内デイケアと高齢者総合機能評価 (CGA) の取り組み
	演者	8階西病棟 ○中井課長,8階東病棟 倉田課長
	評価の ポイント	・「院内デイケア」の取り組みを開始している。 ・療養環境,患者満足度の向上。 ・看護職員の意識向上にも効果を上げている。 ・CGAの活用。
演題 5	演 題	腎不全の包括的ケアシステムについて
	演 者	腎臓内科 ○西尾部長, 9 階東病棟 松村課長, 人工透析室 西岡課長代行
	評価の ポイント	・CKD TOTAL CAREの充実. ・医師・看護師を中心とした職種間連携の充実. ・地域連携の充実. 患者の紹介だけでなく連携病院・訪問看護・介護スタッフ を対象とした医療従事者研修の開催. ・積極的な学会発表.

TQM委員会



論文(著書)発表業績

(2015年1月~2015年12月)

院長発表

総説

三木恒治・鴨井和実・沖原宏冶:特集:がん局所 治療:個別化のバリエーションを求め て 癌の局所療法―現代と未来への展望 癌の臨床 2(61):71-76,2015

三木恒治・鴨井和実・沖原宏治: 特集 3:連載 "長期成績" 一畑. 前立腺癌の局所療法の長期成績 一 前立腺癌のフォーカルセラピーの現状と展望 Jpn J Endourol 2(28): 232-235, 2015

三木恒治・中村晃和・大石正勝:精巣〜治療の分 岐点〜 進行性精巣腫瘍マネージメント における画像診断 映像情報 Medical 12:1194-1196, 2015

原著

Nozawa M, Ohzeki T, Tamada S, Hongo F, Anai S, Fujimoto K, Miki T, Nakatani T, Fukasawa S, Uemura H: Difference in adverse event profiles between everolimus and temsirolimus and the risk factors for non-infectious pneumonitis in advanced renal cell carcinoma. Int J Clin Oncol 20 (4): 790-795, 2015

Nakamura T, Ueda T, Oishi M, Nakanishi H, Fujihara A, Naya Y, Hongo F, Kamoi K, Okihara K, Miki T: Salvage combined chemotherapy with paclitaxel, ifosfamide and nedaplatin for patients with advanced germ cell tumors. Int J Urol 22(3): 288-293, 2015

Nakamura T, Oishi M, Ueda T, Fujihara A, Nakanishi H, Kamoi K, Naya Y, Hongo F, Okihara K, Miki T: Clinical outcomes and histological findings of patients with advanced metastatic germ cell tumors undergoing post-chemotherapy resection of retroperitoneal lymph nodes and residual extraretroperitoneal masses. Int J Urol 22(7): 663-668, 2015

Tahara H, Naito H, Kise K, Wakabayashi T, Kamoi K, Okihara K, Yanagisawa A, Nakai Y, Nonomura N, Morii E, Miki T, Takakura N: Evaluation of PSF1 as a prognostic biomarker for prostate cancer. Prostate Cancer Prostatic Dis 18(1): 56-62, 2015

Fujii H, Shin-Ya M, Takeda S, Hashimoto Y, Mukai SA, Sawada S, Adachi T, Akiyoshi K, Miki T, Mazda O: Cycloamylose-nanogel drug delivery systemmediated intratumor silencing of the vascular endothelial growth factor regulates neovascularization in tumor microenvironment. Cancer Sci 105 (12): 1616-1625, 2015

Hongo F, Kawauchi A, Ueda T, Fujihara-Iwata A, Nakamura T, Naya Y, Kamoi K, Okihara K, Miki T: Laparoscopic off-clamp partial nephrectomy using soft coagulation. Int J Urol 22(8): 731-734, 2015

- Okayama T, Ishikawa T, Sugatani K, Yoshida N, Kokura S, Matsuda K, Tsukamoto S, Ihara N, Kuriu Y, Nakanishi M, Nakamura T, Kamada K, Katada K, Uchiyama K, Takagi T, Handa O, Konishi H, Yagi N, Naito Y, Otsuji E, Hosoi H, Miki T, Itoh Y: Hypersensitivity Reactions to Oxaliplatin: Identifying the Risk Factors and Judging the Efficacy of a Desensitization Protocol. Clin Ther 37 (6): 1259-1269, 2015
- Naya Y, Nakamura T, Oishi M, Ueda T, Nakanishi H, Naitoh Y, Hongo F, Kamoi K, Okihara K, Tanaka O, Yamagami T, Yamada K, Miki T: The efficacy of radio-frequency ablation for metastatic lung or liver tumors of male germ cell tumors as an alternative minimally invasive therapy after salvage chemotherapy. Int J Clin Oncol 20(6): 1192-1197, 2015
- Okihara K, Ochiai A, Kamoi K, Fujizuka Y, Miki T, Ito K: Comprehensive assessment for novel prostate cancer markers in the prostate-specific antigen era: focusing on Asians and Asian countries. Int J Urol 22 (4): 334-41, 2015
- Nakamura T, Ueda T, Oishi M, Nakanishi H, Shiraishi T, Fujihara A, Naito Y, Kamoi K, Naya Y, Hongo F, Okihara K, Miki T: Importance of continuous sequential chemotherapy and multimodal treatment for advanced testicular cancer: a high-volume Japanese center experience. Medicine (Baltimore). 94 (11): e653, 2015
- Nakamura T, Ueda T, Oishi M, Nakanishi H, Fujihara A, Naya Y, Hongo F, Kamoi K, Okihara K, Miki T: Salvage combined chemotherapy with paclitaxel, ifosfa-

- mide and nedaplatin for patients with advanced germ cell tumors. Int J Urol 22(3): 288-293, 2015
- Yamada Y, Masui K, Iwata T, Naitoh Y, Yamada K, Miki T, Okihara K: Permanent prostate brachytherapy and short-term androgen deprivation for intermediate-risk prostate cancer in Japanese men: outcome and toxicity. Brachytherapy 14(2): 118-123, 2015
- Naya Y, Kawauchi A, Oishi M, Ueda T, Fujihara A, Naito Y, Nakamura T, Hongo F, Kamoi K, Okihara K, Miki T: Comparison of diameter-axial-polar nephrometry and RENAL nephrometry score for treatment decision-making in patients with small renal mass. Int J Clin Oncol. 20(2): 358-361, 2015
- Ishiyama H, Satoh T, Yorozu A, Saito S, Kataoka M, Hashine K, Nakamura R, Tanji S, Masui K, Okihara K, Ohashi T, Momma T, Aoki M, Miki K, Kato M, Morita M, Katayama N, Nasu Y, Kawanaka T, Fukumori T, Ito F, Shiroki R, Baba H, Inadome A, Yoshioka Y, Takayama H, Hayakawa K: Multi-institutional retrospective analysis of learning curves on dosimetry and operation time before and after introduction of intraoperatively built custom-linked seeds in prostate brachytherapy J Radiat Res 57 (1): 68-74, 2015
- Okayama T, Ishikawa T, Sugatani K, Yoshida N, Kokura S, Matsuda K,Tsukamoto S, Ihara N,Kuriu Y, Nakanishi M, Nakamura T, Kamada K, Katada K, Uchiyama K, Takagi T, Handa O, Konishi H, Yagi N, Naito Y, Otsuji E, Hosoi H, Miki T, Itoh Y: Hypersensitivity Reactionsto Oxaliplatin: Identifyingthe

Risk Factors and Judging the Efficacy of a Desensitization Protocol. Clin Ther 37(6): 1259-1269, 2015

Ueda T, Ito S, Shiraishi T, Taniguchi H, Kayukawa N, Nakanishi H, Nakamura T, Naya Y, Hongo F, Kamoi K, Okihara K, Kawauchi A, Miki T: PAX2 promoted prostate cancer cell invasion through transcriptional regulation of HGF in an in vitro model. Biochim Biophys 1852 (11): 2467-2473, 2015

消化器内科

神田暁博: 非閉塞性腸間膜虚血症を合併した消化 管アミロイドーシスの一例 腹部救急 医学会雑誌 34(5):1017-1020, 2015

Nishikawa K, Fujitani K, Inagaki H, Akamaru Y,
Tokunaga S, Takagi M, Tamura S, Sugimoto N, Shigematsu T, Yoshikawa T,
Ishiguro T, Nakamura M, Morita S,
Miyashita Y, Tsuburaya A, Sakamoto J,
Tsujinaka T: Randamized phase III trial
of second-line irinotecan plus cisplatin
versus irinotecan alone in patients with
adevanced gastric cancer refractory to
S1 monotherapy: TRICS trial. European
Journal of Cancer 51; 808-816, 2015

重松 忠・村井克行・岡島達也・古田光寛・松本 寛史・片山政伸・田中基夫・馬場正道: S1療法 2 コースによりpCRが得られた 進行胃癌の1 例 癌と化学療法 42(6): 731-733, 2015

循環器内科

中村隆志:自己管理法(第4章心臓リハビリテーションを運営する) 心臓リハビリテーション実践マニュアル 2:307-310,2015

小児科

米田真紀子・伊藤英介・西尾友宏・野澤正寛・西 倉紀子・杉本 徹:小児呼吸器感染症 診療ガイドライン2011の考察 当院で の抗菌薬非投与肺炎症例との照合 小 児科臨床 68(3):417-421, 2015

米田真紀子・伊藤英介・杉本 徹:抗菌薬適正使 用を目的とした当院での小児下気道感 染症治療の後方視的検討 小児科臨床 68(6):1163-1169,2015

米田真紀子・野々村和男:母乳添加用粉末で症状 が再燃し診断に至った新生児-乳児消 化管アレルギーの早産低出生体重児例 日本小児アレルギー学会誌 29(3): 278-283, 2015

上原陽治・佐藤 彩・伊藤英介・杉本 徹:初診 時に気管支喘息発作と診断された魚骨 椎体誤嚥の1歳4ヵ月男児例 日本小 児救急学会雑誌 14(3):379-383, 2015

國津智彬・一柳弘希・佐藤 彩・中井真由美・龍神布紀子・伊藤英介・杉本 徹・安藤武:respiratory syncytial virusによる急性細気管支炎に high-flow nasal cannula が有功であった新生児の1例 日本小児救急医学会雑誌 14(3):406-409, 2015

外 科

梅原誠司・木内 純・飯髙大介・中島 晋・藤山 准真・増山 守:腹腔鏡下に切除した 成人腸間膜リンパ管腫の1例 外科 77:1185-1187, 2015

松本辰也・倉島研人・越智史明・飯高大介・中島 晋・藤山准真・増山 守:遅発性に発 症した外傷性腹壁ヘルニアに対し腹腔 鏡下修復術を施行した2例 日本内視 鏡外科学会雑誌 20(7):218-2,2015

倉島研人・増山 守・藤山准真・中島 晋・飯高

大介・越智史明・松本辰也: Mesh を 用いた腹腔鏡下食道裂孔ヘルニア手術 の検討 日本内視鏡外科学会雑誌 20(7):144-1,2015

森田 翠・福田賢一郎・中島 晋・福山准真・増 山 守・田口哲也: 当院における高齢 者乳癌の臨床病理学的検討 京都府立 医科大学雑誌 124(11):751-757, 2015

脳神経外科

塩見直人・越後 整・岡田美知子・平泉志保・大 槻秀樹・橋本洋一・岡 英輝・日野明 彦・高須 修・坂本照夫:重症頭部外 傷を伴った多発外傷 2 例の治療経験か らみた頭蓋内圧のコントロール―脳室 ドレナージの有用性に関する検討― 日本外傷学会雑誌 29(1):8-13, 2015

産婦人科

笠原恭子・森宗愛菜・松下かおり・四方寛子・馬 場正道:多発子宮筋腫の変性により妊 娠中期流産および麻痺性イレウスを発 症した1例 滋賀県産科婦人科雑誌 7:21-25,2015

森宗愛菜・松下かおり・四方寛子・笠原恭子・加藤寿一・馬場正道:AGCが契機となり 卵巣、卵管の顕微鏡的腺癌病変を発見 した一例 滋賀県産科婦人科雑誌 7:31-35,2015

皮膚科

若林祐輔・花田圭司・馬場正道・加藤元一:Myxoin-flammatory Fibroblastic Sarcomaの 1 例 皮膚科の臨床 57(12):1874-1877, 2015

放射線科

Katsumori T, Miura H, Suzuki G, Nishimura T.:
Angiographic Endpoint Using "Artificial Flow" on Uterine Artery Embolization for Leiomyomas in the Circumstance with no Free Flow in Uterine Artery. Cardiovasc Intervent Radiol 38: 1047-9, 2015

勝盛哲也:子宮筋腫に対する球状塞栓物質を用いた子宮動脈塞栓術 Rad Fan 13:14-17,2015

救急集中治療科

塩見直人・越後 整・岡田美知子・平泉志保・大 槻秀樹・橋本洋一・岡 英輝・日野明 彦・高須 修・坂本照夫:重症頭部外 傷を伴った多発外傷 2 例の治療経験か らみた頭蓋内圧のコントロール―脳室 ドレナージの有用性に関する検討― 日本外傷学会雑誌 29(1):8-13, 2015

臨床検査・病理診断センター

重松 忠・村井克行・岡島達也・古田光寛・松本 寛史・片山政伸・田中基夫・馬場正道: S1療法2コースによりpCRが得られた 進行胃癌の1例 癌と化学療法 42(6): 731-733, 2015

佐久山陽・松谷崇弘・加藤 誠・馬場正道・湊 博 史: 乳腺 matrix-producing carcinoma の 2 例 京都府立医科大学雑誌 124 (9): 615-622, 2015

九嶋亮治・葛原正樹・馬場正道・服部行紀・松原 亜季子:胃底腺型胃癌の病理組織学的 理解と鑑別診断 胃と腸 50(12):1481-1491, 2015

若林祐輔・花田圭司・馬場正道・加藤元一:Myxoinflammatory Fibroblastic Sarcomaの 1 例 皮膚科の臨床 57(12):1874-1877, 2015

笠原恭子・森宗愛菜・松下かおり・四方寛子・馬 場正道:多発子宮筋腫の変性により妊 娠中期流産および麻痺性イレウスを発 症した1例 滋賀県産科婦人科雑誌 7:21-25,2015

森宗愛菜・松下かおり・四方寛子・笠原恭子・加藤寿一・馬場正道:AGCが契機となり 卵巣、卵管の顕微鏡的腺癌病変を発見 した一例 滋賀県産科婦人科雑誌 7:31-35,2015

画像診断科

大野魂太:胆道系のMRIについて 滋賀県放射線 技師会雑誌 あふみ 57:64-67, 2015

鰐部亜砂子:インプラントの現状 滋賀県放射線 技師会雑誌 あふみ 57:68-72, 2015

枚田敏幸:Primary Surveyの骨盤エックス線撮影 滋賀県放射線技師会雑誌 あふみ

57:72-73,2015

枚田敏幸:滋賀県放射線技師会救急画像研究会活 動報告 滋賀県放射線技師会雑誌 あふ

み 57:121-123, 2015

事務部

黄瀬智哉:逆紹介推進活動により外来患者数を縮 小 病院羅針盤 6:27-32,2015

論文(著書)発表業績

(2014年1月~2014年12月)

消化器内科

神田暁博・片山政伸・重松 忠:非閉塞性腸間膜 虚血症を合併した消化管アミロイドー シスの一例 腹部救急医学会誌 34(5):1017-1020,2014

今井伸也・山本麻衣・小沢和義・石井 隆・山本 和明・重松 忠:当院におけるがん患 者のリハビリテーションの現状と課題 理学療法 湖都 34:67-71, 2014

腎臓内科

高橋弘樹・片山尚美・九鬼貴美・前田利彦・中村智宏・西銘圭蔵・西尾利樹・近藤守寛: PDカテーテル留置術における位置異常発生要因の検討 腎と透析 別冊アクセス 77:282-285,2014.7

西尾利樹・大澤紀之:当院における高齢腹膜透析 患者の現況 腎と透析 別冊腹膜透析 77:239-240, 2014.8

高橋弘樹・西尾利樹・岸田麻由美・森田万美子・ 小林晴美・岡森直美・西銘圭蔵・近藤 守寛:当院におけるPDカテーテル出口 部ケアの変遷および出口部感染の検討 腎と透析 別冊腹膜透析 77:377-378, 2014.8

循環器内科

中村隆志:わかりやすい血管疾患と薬物療法:抗 動脈硬化の薬物療法 Vascular Lab

10:564-568, 2013

小児科

Andoh T, Fujimoto T, Sudo T, Suzuki M,
Sakurai Y, Sakuma T, Moritake H,
Sugimoto T, Takeuchi T, Sonobe H,
Epstein AL, Fukumori Y, Ono K,
Ichikawa H. Boron neutron capture
therapy as new treatment for clear
cell sarcoma: trial on different animal
model. Appl Radiat Isot 88: 59-63, 2014

佐藤 彩・上原陽治・西尾友宏・伊藤英介・杉本 徹:7価肺炎球菌結合型ワクチン非含 有血清型15 C による肺炎球菌性髄膜炎 の1例 小児科 55(10):1475-1478, 2014

外 科

森田 翠・福田賢一郎・小西智規・木内 純・梅原 誠司・中島 晋・藤山准真・増山 守: 転移性乳癌治療中に Microangiopathic Hemolytic Anemiaを合併しEribulinが 奏効した 1 例 癌と化学療法 41(9): 1139-1141, 2014

中島 晋・木内 純・小西智規・梅原誠司・福田賢 一郎・藤山准真・増山 守:S-1+MMC 併用化学放射線療法が著効した肛門管 扁平上皮癌の1例 癌と化学療法 41(12):1858-1860,2014

整形外科

竹下博志・長島新吾・佐藤史英・大藪 寛・吉岡 誠:65歳以上の高齢者非骨傷性頸髄損 傷について 中部日本整形外科災害外 科学会雑誌 57(6):1387-1388,2014 堀江直行・佐藤史英・長島新吾・竹下博志・吉岡 誠・白井幸裕:高度挫滅創を伴う四肢 デグロービング損傷の治療成績 中部 日本整形外科災害外科学会雑誌 57 (4):805-806, 2014

脳神経外科

塩見直人・岡田美知子・平泉志保・大槻秀樹・越 後 整・日野明彦・高須 修・坂本照 夫:超緊急減圧術が有効であった小脳 出血の1例 日本救命医療学会雑誌 28:87-91,2014

塩見直人・越後 整・岡田美知子・平泉志保・大槻 秀樹・橋本洋一・岡 英輝・日野明彦・ 高須 修・坂本照夫:重症くも膜下出血 に対する緊急減圧術 Neurosurg Emerg 19(2): 180-184, 2014

放射線科

長田周治・江藤英博・甲斐田勇人・倉田精二・鈴木 弦・淡河恵津世・安陪等思:放射線照 射後の画像診断 臨床放射線 34(9): 1055-1063, 2014

臨床検査科・病理診断センター

馬場正道: Interview — 「人」シリーズ— (第4回) NPO法人滋賀医療人育成協力機構広報 誌「めでる」 6:18-20, 2014

救急科

塩見直人・岡田美知子・平泉志保・大槻秀樹・越 後 整・日野明彦・高須 修・坂本照 夫:超緊急減圧術が有効であった小脳 出血の1例 日本救命医療学会雑誌 28:87-91, 2014

塩見直人・越後 整・岡田美知子・平泉志保・大槻

秀樹・橋本洋一・岡 英輝・日野明彦・ 高須 修・坂本照夫:重症くも膜下出血 に対する緊急減圧術 Neurosurg Emerg 19(2): 180-184, 2014

画像診断科

坂田匡弘・加井良美・井口治巳一・清水道明・鰐 部亜砂子・吉村雅寛・高橋昌章:放射 線検査に関する県民へのアンケート調 査結果 滋賀県放射線技師会雑誌 あ ふみ 56:22-23, 2014

鈴木理恵・木村尚子・永原誠子一・杉山純子・鰐 部亜砂子・小嶋由美子:滋賀県内の乳 房撮影装置及び画像診断環境と運用の 実態調査 滋賀県放射線技師会雑誌 あふみ 56:24-26,2014

三輪俊弘: 当院における救急時頭頸部撮影の工夫 滋賀県放射線技師会雑誌 あふみ 56:56-59,2014

枚田敏幸:放射線技師が知っておきたい明日まで 待てない消化器疾患 滋賀県放射線技 師会雑誌 あふみ 56:76-78, 2014

高橋昌章・吉村雅寛・鰐部亜砂子・井口治巳・加井 良美・坂田匡弘・清水道明:県内医療施 設における診療放射線技師のモチベー ションに関する調査 滋賀県放射線技 師会雑誌 あふみ 56:102-121, 2014

枚田敏幸:滋賀県放射線技師会救急画像研究会活 動報告 滋賀県放射線技師会雑誌 あ ふみ 56:122-123, 2014

リハビリテーション技術科

今井伸也・山本麻衣・小沢和義・石井 隆・山本 和明・重松 忠:当院におけるがん患 者のリハビリテーションの現状と課題 理学療法 湖都 34:67-71, 2014



学 会 発 表 業 績

(2015年1月~2015年12月)

院長発表

国際学会

- Kamoi, K, Okihara K, Hongo F, Naya Y, Naitoh Y, Iwata A, Nakamura T, Miki T: Accuracy of three-dimensional prostate cancer map based on MR/US fusion biopsy. 8th International Symposium on Focal Therapy and Imaging in Prostate & Kidney Cancer. 2015.6.21-23.

 Amsterdam. THE NETHERLANDS
- Oishi M, Ueda T, Nakamura T, Naya Y, Hongo F, Kamoi K, Okihara K, Miki T: Flavonoids enhance trail sensitivity in prostate canser cells by targeting adenine nucreotide translocase-2. AUA annual Meeting. 2015.5.17. New Orleans, LA, USA
- Naya Y,Oishi M,Ueda T,Nakanishi H, Nakamura T, Hongo F, Kamoi K, Okihara K, Iwata T, Kanazawa M, Miki T: Effect of short term adjuvant intravesical chemotherapy on recurrence rates compared with one immediate post-operative intravesical chemotherapy in patients with non muscle invasive bladder carcinoma with low or intermediate recurrent risk. 2015 ASCO Annual Meeting. 2015.5.30-6.2 Chicago, USA
- Hongo F, Naya Y, Yamada Y, Ueda T, Shiraishi T, Nakanishi H, Nakamura T, KamoiK, Okihara K, Ichijyo Y, Yamada K,

- Miki T: Cryoablation therapy with lipiodol marking for small renal masses. 8th International Symposium on Focal Therapy and Imaging in Prostate and Kidney Cancer. 2015.6. 21-23. Amsterdam, THE NETHER-LANDS
- Kamoi K, Okihara K, Hongo F, Naya Y, Yasuyuki N, Atsuko I, Nakamura T, Miki T: Evolution of prostate cancer detection by mpMRI-based screening: how we could reduce the number of unnecessary biopsies. 8th International Symposium on Focal Therapy and Imaging in Prostate and Kidney Cancer. 2015.6.21-23. Amsterdam, THE NETHERLANDS
- Kamoi K, Okihara K, Hongo F, Naya Y, Naitoh Y, Iwata A, Nakamura T, Miki T: Accuracy of three-dimensional prostate cancer map based on MR/US fusion biopsy. 8th International Symposium on Focal Therapy and Imaging in Prostate and Kidney Cancer. 2015.6. 21-23. Amsterdam, THE NETHER-LANDS
- Hongo F, Naya Y, Yamada Y, Ueda T, Nakamura T, Kamoi K, Okihara K, Ichijo Y, Yamada K, Miki T: Experience of cryoablation for small renal masses. The 8th International Symposium on Focal Therapy and Imaging in Prostate and Kidney Cancer. 2015.6.21-23.

Amsterdam, Netherland

- Kamoi K, Hongo F, Naya Y, Naitoh Y, Iwata A, Nakamura T, Miki T: The accracy of MR/US fusion biosy to predict pathological outcomes of prostate cancer. 33rd World congress of Endourology WCE2015. 2015.10.1-4. London
- Hongo F, Ueda T, Nakamura T, Naya Y, Okihara K, Tamada S, Schoor O, Singh-Jasuja H, Nakatani T, Miki T, Ukimura O: Phase I/II study of multipeptide-based cancer vaccine IMA901 after single-dose cyclophosphamide in Japanese patients with advanced renal cell cancer. 35th Congress of the SIU. 2015.10.15-18. Melbourne, Australia

国内学会

- 三木恒治:癌の局所療法―現状と将来展望―〔第 103回日本泌尿器科学会総会〕 石川 2015.4.18
- 三木恒治:日本泌尿器科学会におけるがん登録の 歴史[第103回日本泌尿器科学会総会] 石川 2015.4.18
- 鴨井和実・中村晃和・本郷文弥・納谷佳男・沖原 宏治・三木恒治:泌尿器癌転移巣に対 する局所療法〔第103回日本泌尿器科 学総会〕 石川 2015.4.18
- 中村晃和・大石正勝・上田 崇・中西弘之・納谷 住男・本郷文弥・鴨井和実・沖原宏冶・ 三木恒治:難治性精巣がんに対する治 療戦略 難治性精巣腫瘍治療の現状 〔第103回日本泌尿器科学総会〕 石川 2015, 4, 19
- 大石正勝・中村晃和・上田 崇・中西弘之・納谷 住男・本郷文弥・鴨井和実・沖原宏治・ 三木恒治:難治性精巣腫瘍に対する局 所療法〈肺,肝転移巣に対する当院で の治療経験〉〔第103回日本泌尿器科学 総会〕 石川 2015.4.19

- 内藤泰行・山田恭弘・藤原敦子・本郷文弥・鴨井 和実・沖原宏冶・河内明宏・三木恒治: 当科における経膀胱腹腔鏡下逆流防止 術〔第103回日本泌尿器科学総会〕 石川 2015.4.20
- 本郷文弥・鴨井和実・沖原宏冶・三木恒治:腎部 分切除術における術中超音波の有用性 〔JSUM2015 日本超音波医学会第88回 学術集会〕 東京 2015.5.22-24
- 本郷文弥・上田 崇・中村晃和・納谷佳男・沖原宏 治・玉田 聡・Oliver Schoor・Harpreet Singh-jasuja・仲谷達也・三木恒治:進 行性腎癌に対する IMA901ワクチン療 法の第 I/II 相臨床試験〔第53回日本 治療学会学術集会〕 京都 2015.10.30
- 中村晃和・大石正勝・上田 崇・白石 匠・中西 弘之・本郷文弥・納谷佳男・鴨井和実・ 沖原宏治・三木恒治:泌尿器 5 : 精巣 胚細胞腫瘍の治療 進行性精巣腫瘍に 対する化学療法後の後腹膜リンパ節廓 清術における腎関連合併症の検討〔第 53回日本治療学会学術集会〕 京都 2015. 10. 30
- 鴨井和実・沖原宏治・岩田敦子・上田 崇・山田恭 弘・中西弘之・内藤泰行・中村晃和・本 郷文弥・納谷佳男・三木恒治:ロボット 支援前立腺全摘術におけるイメージ・ ナビゲーション:TRUSナビゲーショ ンと3D-Cancer Map〔第28回日本内視 鏡外科学総会〕 大阪 2015.12.11
- 金光博樹・沖原宏治・田原秀一・山田恭弘・藤原 敦子・白石 匠・内藤泰行・納谷佳男・ 三木恒治・伊藤成基:術後11年目の孤 発性転移をきたした尿路上皮癌の1例 〔第228回日本泌尿器科学会関西地方会〕 奈良 2015.1.31
- 道 智之・中西弘之・多賀英人・大石正勝・上田 崇・中村晃和・本郷文弥・鴨井和実・ 三木恒治:小腸出血を契機に発見され た Choriocarcinoma syndrome の 1 例

- [第228回日本泌尿器科学会関西地方会] 奈良 2015.1.31
- 本郷文弥・河内明宏・内藤泰行・納谷佳男・鴨井 和実・沖原宏治・三木恒治:小径腎癌 に対する腹腔鏡下無阻血腎部分切除術 の有用性〔第103回日本泌尿器科学会総 会〕 石川 2015.4.18
- 納谷佳男・矢野公大・松原弘樹・大石正勝・上田 崇・中西弘之・中村晃和・本郷文弥・ 鴨井和実・沖原宏治・三木恒治:2nd TURBt 症例における BCG 膀胱内注入 療法の臨床的検討〔第103回日本泌尿器 科学会総会〕 石川 2015.4.18
- 針貝俊治・邵 仁哲・兼光紀行・落合 厚・内藤 泰行・納谷佳男・鴨井和実・藤原光文・ 沖原宏治・三木恒治:LOH 症候群患 者に対するエナント酸テストステロン 注射薬およびテストステロン軟膏組合 せ療法の検討〔第103回日本泌尿器科学 会総会〕 石川 2015.4.18
- 上田 崇・伊藤紗弥・上野彰久・中河秀生・谷口 英史・大石正勝・中村晃和・納谷佳男・ 本郷文弥・三木恒治:ショウジョウバ エモデルを用いた前立腺癌細胞浸潤促 進因子のスクリーニング〔第103回日本 泌尿器科学会総会〕 石川 2015.4.18
- 鴨井和実・沖原宏治・上田 崇・山田恭弘・岩田 敦子・中西弘之・内藤泰行・中村晃和・ 本郷文弥・納谷佳男・三木恒治: TRUS ナビゲーションと3D-Cancer Mapによ る統合ロボット支援前立腺全摘除術 〔第103回日本泌尿器科学会総会〕 石川 2015, 4, 18
- 藤井秀岳・新屋政春・大石正勝・上田 崇・中西 弘之・中村晃和・本郷文弥・納谷佳男・ 沖原宏治・秋吉一成・松田 修・三木 恒治:ナノマテリアルを用いた新規腎 癌治療の開発と免疫機構の解析〔第103 回日本泌尿器科学会総会〕 石川 2015.4.18

- 山田剛司・堀中真野・上田 崇・金沢元洪・中村晃 和・本郷文弥・鴨井和実・沖原宏治・酒 井敏行・三木恒治:腎細胞癌細胞に対 する新規HDAC阻害剤OBP-801とPl3K 阻害剤LY294002併用によるアポトーシ ス誘導効果の検討〔第103回日本泌尿器 科学会総会〕 石川 2015.4.18
- 中西弘之・納谷佳男・上田 崇・藤原敦子・内藤 泰行・中村晃和・本郷文弥・鴨井和実・ 沖原宏治・河内明宏・三木恒治:小径 腎腫瘤治療方針決定の為の Diameteraxial-polar nephrometry と R. E. N. A. Lnephrometry scoreの比較〔第103回日 本泌尿器科学会総会〕 石川 2015.4.18
- 山田恭弘・沖原宏治・大石正勝・上田 崇・中西弘 之・藤原敦子・内藤泰行・本郷文弥・中 村晃和・納谷佳男・鴨井和実・三木恒 治:中間リスク群前立腺癌に対するホ ルモン療法併用密封小線源療法の治療 成績〔第103回日本泌尿器科学会総会〕 石川 2015.4.18
- 萩原暢久・中村晃和・上田 崇・大石正勝・中西 弘之・納谷佳男・本郷文弥・鴨井和実・ 沖原宏治・三木恒治:4th line 以降の 化学療法を施行した進行性精巣腫瘍 〔第103回日本泌尿器科学会総会〕 石川 2015.4.18
- 谷口英史・納谷佳男・大石正勝・上田 崇・中西弘 之・中村晃和・本郷文弥・鴨井和実・沖 原宏冶・三木恒治:進行性尿路上皮癌の Cisplatin unfit症例に対するGemcitabine +Nedapatin or Carboplatinにおける外 来科学療法の検討〔第103回日本泌尿器 科学会総会〕 石川 2015.4.19
- 鳥山清二郎・鴨井和実・山田恭弘・内藤泰行・中村 晃和・本郷文弥・納谷佳男・三神一哉・ 乾 将吾・伊藤吉三・沖原宏治・三木 恒治:去勢抵抗性前立腺癌に対するエ ンザルタミドの初期使用経験〔第103 回日本泌尿器科学会総会〕 石川

2015.4.19

- 大橋宗洋・田原秀一・山田恭弘・本郷文弥・鴨井和 実・沖原宏冶・三木恒治: 当院でゾレ ドロン酸とデノスマブを使用したコツ 転移を有する前立腺癌患者における骨 関連事象, 顎骨壊死の検討〔第103回日 本泌尿器科学会総会〕 石川 2015.4.19
- 高村俊哉・沖原宏治・山田恭弘・大石正勝・上田 崇・中西弘之・藤原敦子・中村晃和・内 藤泰行・本郷文弥・納谷佳男・鴨井和 実・三木恒治: 当科における外照射併 用密封小線源法の治療成績 [第103回日 本泌尿器科学会総会] 石川 2015.4.19
- 伊藤沙弥・上田 崇・上野彰久・中河秀生・谷口 英史・粥川成優・三木恒治:新規ヒト 前立腺癌増悪制御因子の遺伝学的スク リーニング〔第103回日本泌尿器科学会 総会〕 石川 2015.4.19
- 上野彰久・鴨井和実・大石正勝・山田恭弘・上田 崇・藤原敦子・中西弘之・内藤泰行・ 中村晃和・本郷文弥・納谷佳男・沖原 宏冶・三木恒治:限局性前立腺癌に対 する Active surveillance の臨床的検討 〔第103回日本泌尿器科学会総会〕 石川 2015.4.19
- 田原秀一・鴨井和実・大石正勝・山田恭弘・上田 崇・藤原敦子・中西弘之・中村晃和・ 沖原宏冶・三木恒治: PSA高値の前立 腺肥大症症例におけるPSA推移とMRI による前立腺形態の変化についての臨 床的検討[第103回日本泌尿器科学会総 会] 石川 2015.4.19
- 藤原敦子・本城久司・山田恭弘・内藤泰行・鴨井 和実・沖原宏冶・三木恒治:過活動膀 胱前後における Urgeperception index (UPI) の変化の検討〔第103回日本泌尿 器科学会総会〕 石川 2015.4.19
- 岩田 健・鴨井和実・岩田敦子・内藤泰行・中村晃 和・本郷文弥・納谷佳男・沖原宏冶・三 木恒治:前立腺癌局所療法適応の決定の

- ための3D-Cancer mapの検証〔第103回 日本泌尿器科学会総会〕 石川 2015.4.20
- 兼光紀幸・卲 仁哲・針貝俊治・落合 厚・内藤泰 行・納谷佳男・鴨井和実・藤原光文・沖 原宏冶・三木恒治:クロスオーバー法 を用いたエナント酸テストステロン注 射薬単独療法とエナント酸テストステ ロン注射薬およびタダラフィル錠10mg 隔日内服併用療法の臨床比較試験〔第 103回日本泌尿器科学会総会〕 石川 2015.4.20
- 中河秀生・本郷文弥・大石正勝・上田 崇・中西 弘之・中村晃和・納谷佳男・沖原宏冶・ 三木恒治:後期高齢者に対する転移性 腎癌の分子標的治療〔第103回日本泌尿 器科学会総会〕 石川 2015.4.20
- 落合 厚・沖原宏冶・鴨井和実・三木恒治:尿中 TMPRSS2:ERG gene fusion測定によ る前立腺癌診断予測〔第103回日本泌尿 器科学会総会〕 石川 2015.4.21
- 本郷文弥・納谷佳男・大石正勝・上田 崇・中西 弘之・中村晃和・鴨井和実・沖原宏治・ 一条祐輔・山田 恵・三木恒治:高齢 腎癌患者に対する凍結療法の経験〔第 28回日本老年泌尿器科学会〕 静岡 2015.5.8-5.9
- 田原秀一・内藤尚道・大石正勝・上田 崇・白石 匠・中村晃和・納谷佳男・本郷文弥・鴨 井和実・沖原宏治・柳澤昭夫・野々村祝 夫・三木恒治・高倉伸行:前立腺癌に おけるPSF1の予後予測因子としての検 討〔第36回癌免疫外科研究会〕 鹿児島 2015.5.14-15
- 本郷文弥・問山大輔・大石正勝・田原秀一・上田 崇・白石 匠・中西弘之・中村晃和・納 谷佳男・三木恒治:腎癌における血清 X-linked inhibitor of apoptosis protein (XIAP)の腫瘍マーカーとしての有用性 〔第36回癌免疫外科研究会〕 鹿児島 2015.5.14-15

- 針貝俊治・邵 仁哲・兼光紀幸・落合 厚・内藤 泰行・納谷佳男・鴨井和実・藤原光文・ 沖原宏治・三木恒治:LOH症候群患者 に対するエナント酸テストステロン注 射薬およびテストステロン軟膏組合せ 療法に関する検討〔第25回日本性機能 学会中部総会〕 大阪府 2015.06.20
- 山田恭弘・内藤泰行・藤原敦子・沖原宏治・三木 恒治:デスモプレッシン点鼻薬とミニ リンメルトの検討[第26回日本夜尿症 学会学術総会] 2015.6.27 名古屋
- 鷲尾昌一・森 満・三神一哉・三木恒治・渡邊能 行・中尾昌宏・久保達彦・鈴木康司・小 笹晃太郎・若井建志・玉腰暁子:循環 器疾患の危険因子が腎がん・尿路上皮 がん死亡に与える影響(JACC Study) 〔第51回日本循環器病予防学会〕 大阪 2015.6.27
- 山田恭弘・内藤泰行・藤原敦子・三木恒治:下部 尿路症状を伴った骨盤内リンパ管腫の 1例〔第24回日本小児泌尿器科学会総 会〕 東京 2015.7.1-3
- 山田恭弘・沖原宏治・鴨井和実・白石 匠・本郷 文弥・三木恒治:放射線外部照射後再 発前立腺癌に対する救済密封小線源療 法の経験〔第37回日本癌局所療法研究 会〕 千葉 2015.7.10
- 大石正勝・中村晃和・上田 崇・白石 匠・中西 弘之・納谷佳男・本郷文弥・鴨井和実・ 沖原宏治・三木恒治:難治性精巣腫瘍 肝転移に対するTAE療法の経験〔癌局 所療法研究会〕 千葉 2015.7.10
- 本城久司・納谷佳男・卲 仁哲・藤原敦子・岩田 健・沖原宏冶・浮村 理・三木恒治:尿 pHと下部尿路機能との関連性に関する 検討〔第22回日本排尿機能学会〕 北 海道 2015.9.9
- 中村晃和・越智幾世・松田清美・平尾眞由美・吉 岡とも子・井原憲彦・岡山哲也・石川 剛・内藤裕二・伊藤義人・谷脇雅史・

- 三木恒治・田口哲也:抗がん剤治療に 伴う口内炎に対する半夏瀉心湯の含嗽 の有用性〔第53回日本癌治療学会学術 集会〕 京都 2015.10.29
- 中村晃和・吉田直久・平尾眞由美・松田清美・井 原憲彦・塚本 茂・三木恒治・田口哲 也:外来化学療法を受ける患者の口内 炎が及ぼすQOLへの影響〔第53回日本 癌治療学会学術集会〕京都 2015.10.29
- 鴨井和実・本郷文弥・納谷佳男・中村晃和・内藤 泰行・岩田敦子・中西弘之・沖原宏治・ 三木恒治:小径の腎がんの臨床的取扱 い一凍結療法とラジオ波焼灼術〔第53 回日本癌治療学会学術集会〕 京都 2015, 10, 29
- 納谷佳男・大石正勝・上田 崇・藤原敦子・内藤 泰行・中西弘之・中村晃和・本郷文弥・ 鴨井和実・沖原宏治・三木恒治・北森 伴人:2nd TURBT後のBCG膀胱内注 入療法の意義〔第53回日本癌治療学会 学術集会〕 京都 2015.10.30
- 白石 匠・中村晃和・大石正勝・上田 崇・中西 弘之・納谷佳男・本郷文弥・鴨井和実・ 沖原宏治・三木恒治:腎機能低下を伴 う難治性精巣腫瘍患者に対するTIN療 法の検討〔第53回日本癌治療学会学術 集会〕 京都 2015,10,30

糖尿病代謝内科

福家智也・犬塚 恵・稲本 望:横紋筋融解症により急性腎不全とDICを合併した糖尿病ケトアシドーシスの1例〔第51回糖尿病学会近畿地方会〕 京都 2015,11,14

呼吸器内科

中村隆志・古川佳英子・杉本 徹・只木信尚・橋 倉博樹:肺炎対策チームによる嚥下性 肺炎の業務フローの確立とその効果 〔第17回日本医療マネジメント学会学術 総会〕 大阪 2015.6.12

消化器内科

- 古田光寛・村井克行・松本寛史・片山政伸・岡島 達也・田中基夫・重松 忠:多発性肺 転移 肝浸潤を伴う切除不能進行胆嚢 癌に対してGEMCDDP療法が奏効し組 織学的に CR となった 1 例〔第25回滋 賀化学療法研究会〕 草津 2015.2.7
- 伏木邦博・古田光寛・岡島達也・村井克行・松本 寛史・片山政伸・田中基夫・重松 忠・ 馬場正道:膵炎と診断され上部消化管 病変を伴った潰瘍性大腸炎の1例〔第 102回消化器病学会近畿地方会〕 京都 2015, 2, 21
- 安田剛士・伏木邦博・古田光寛・岡島達也・村井 克行・松本寛史・片山政伸・田中基夫・ 重松 忠:十二指腸アミロイドーシス 〔湖南東近江消化器カンファランス〕 近江八幡 2015.5.14
- 今井伸也・山本麻衣・山本尚美・山本和明・重松 忠: 入院中のがん終末期患者の外出に ついて〔第50回日本理学療法学術大会〕 東京 2015.6.7
- 伏木邦博・片山政伸・安田剛士・古田光寛・田中 基夫・重松 忠・松本辰也・藤山准真・ 倉島研人・櫻町綾奈・越智史明・飯高 大介・中島 晋・増山 守・加藤寿一・ 加藤元一・馬場正道:膵頭部腫瘍の一 草津 2015.6.25
- 古田光廣・安田剛士・伏木邦博・岡島達也・片山 政伸・田中基夫・重松 忠:IgG4関連 胆管炎〔湖南消化器研究会〕 守山 2015, 7, 9
- 安田剛士・古田光廣・伏木邦博・片山政伸・田中 基夫・重松 忠・加藤寿一・加藤元一・ 馬場正道:十二指腸原発アミロイドー

- シスの1例〔第75回滋賀消化器研究会 学術講演会〕 大津 2015.7.18
- 古田光廣・安田剛士・伏木邦博・片山政伸・田中 基夫・重松 忠・馬場正道:血中IgG4 正常であったが肝生検で診断したIgG4 関連硬化性胆管炎〔第103回消化器学 会近畿地方会〕 大阪 2015.9.26
- 古田光廣・安田剛士・伏木邦博・片山政伸・田中 基夫・重松 忠・馬場正道:多発性肺 転移 肝浸潤を伴う切除不能進行胆嚢 癌に対して GEMCDDP 療法が奏効し 組織学的にCRとなった1例〔第53回 癌治療学会〕 京都 2015.10.31
- 伏木邦博・安田剛士・古田光寛・岡島達也・村井 克行・松本寛史・片山政伸・田中基夫・ 重松 忠:後腹膜脂肪肉腫の2例〔第 53回癌治療学会〕 京都 2015.10.31
- 安田剛士・伏木邦博・古田光寛・岡島達也・片山 政伸・田中基夫・重松 忠:EUSが深 達度診断に有効であった先天性胆道拡 張症合併早期胆管癌の1例〔京都府立 医科大学消化器研究会〕 京都 2015, 11, 23

循環器内科

- 中村隆志:Quality Indicator 医療の質改善に用い るためには~当院における TQM の取 り組みから~「全日本民医連 第4回QI 推進事業交流集会基調講演 東京 2015. 5. 23
- 例〔第181回滋賀肝・胆・膵勉強会〕 伏村洋平・肌勢光芳・日野智博・西地稔幸・南 喜人・階元 聡・倉田博之・中村隆 志:左回旋枝入口部に高度石灰化を認 めた分岐部病変の1例〔PCI学術講演 会〕 大津 2015.5.23
 - 中村隆志・古川佳英子・杉本 徹・只木信尚・橋 倉博樹:肺炎対策チームによる嚥下性 肺炎の業務フローの確立とその効果 〔第17回日本医療マネジメント学会学術

総会〕 大阪 2015.6.12

- 中村隆志・古川佳英子・小泉奈穂美・杉本 徹: 勤務医と訪問看護師との連携強化による慢性疾患重症化予防の試み~どこでも MY 病棟~〔第17回日本医療マネジメント学会学術総会〕 大阪 2015.6.13
- 中村隆志:疾病管理手法に基づく重症化予防のためのチーム医療の構築〔第3回糖尿病透析予防チーム医療勉強会特別講演〕 郡山 2015.6.20
- 日野智博・伏村洋平・西地稔幸・南 喜人・山中 克悦・波東大地・肌勢光芳・倉田博之・ 中原祥文・中村隆志:亜急性期心筋梗 塞に対する血行再建術後に発症した心 室中隔穿孔の早期診断に聴診が有用で あった一例〔第119回日本循環器学会 近畿地方会〕 大阪 2015.6.20
- 西地稔幸・南 喜人・日野智博・伏村洋平・山中 売悦・波東大地・肌勢光芳・倉田博之・ 中原祥文・中村隆志:胸骨後経路によ る再建胃管と心嚢腔の穿通による心膜 炎,縦隔炎の一例〔第119回日本循環 器学会近畿地方会〕 大阪 2015.6.20
- 南 喜人・肌勢光芳・西地稔幸・日野智博・階元 聡・伏村洋平・倉田博之・中村隆志:狭 心症 3 枝病変に対するPCIでSlow flow を 3 回繰り返した 1 例〔第41回 Coronary Frontier〕 京都 2015.9.11
- 三浦寛司・勝盛哲也・西村 岳・鈴木 弦・西地 稔幸・肌勢光芳・倉田博之:中心静脈 カテーテル抜去後に遅発性に肺梗塞を 生じた一例〔第56回日本脈管学会総会〕 東京 2015.10.29
- 西地稔幸・加藤寿一・肌勢光芳・倉田博之・馬場正 道:意識障害にて当院に紹介された一 症例〔平成27年度草津栗東医師会CPC〕 栗東 2015.10.29
- 階元 聡・肌勢光芳・西地稔幸・日野智博・南 喜人・伏村洋平・倉田博之・中村隆志: 家族性に心室細動・突然死を来した閉

塞性肥大型心筋症の2症例〔第210回内 科学会近畿地方会〕 神戸 2015.11.28

南 喜人・肌勢光芳・西地稔幸・日野智博・階元 聡・伏村洋平・倉田博之・中村隆志: 3 枝病変に対するPCI時に3病変でNo reflow/slow flowを繰り返した1例〔第 120回日本循環器学会近畿地方会〕 大阪 2015.11.28

腎臓内科

- 高橋弘樹・大澤紀之・西尾利樹:当院におけるPD カテーテル留置術の麻酔法別に見た適 応患者の検討〔第60回日本透析医学会 学術集会〕 横浜 2015.6.26
- 大澤紀之・高橋弘樹・西尾利樹:腹膜透析(PD) 患者の頸動脈内膜中膜複合体厚(IMT) の進行に及ぼす因子の検討〔第60回日 本透析医学会学術集会〕 横浜 2015.6.26
- 信田 裕・高橋弘樹・大澤紀之・越智史明・増山 守:腹膜透析導入後に注排液異常を認 め,手術加療を要した2例〔第36回滋 賀腎・透析研究会〕 大津 2015.9.6
- 高橋弘樹・大澤紀之: 当院の PD カテーテル留置 術における周術期合併症についての検 討〔第21回日本腹膜透析医学会学術集 会〕 仙台 2015.11.28
- 信田 裕・高橋弘樹・大澤紀之:腹膜透析導入後 に注排液異常を認め,手術加療を要し た2例〔第21回日本腹膜透析医学会学 術集会〕 仙台 2015.11.28

神経内科

- 藤井明弘: 若年性脳梗塞を契機に診断し得たFabry 病の1例[第1回 Fabry 病フォーラム in 関西] 大阪 2015.2.28
- 藤井明弘・藤並 潤・松浦 潤・石井亮太郎:新 規抗凝固薬内服中に発症した脳梗塞の

臨床的特徵〔第40回日本脳卒中学会総 会〕 広島 2015.3.28

- 藤井明弘・松浦 潤・藤並 潤・石井亮太郎・北村憲一・馬場正道・岡 英輝・日野明 彦:当科で経験した中枢神経系悪性リンパ腫の検討〔第56回日本神経学会学 術大会〕 新潟 2015.5.20
- 松浦 潤・藤並 潤・石井亮太郎・藤井明弘・野 呂瀬一美・水野敏樹:メトトレキセー ト内服中にトキソプラズマ脳症の発症 が疑われた1例〔日本神経学会 第102 回近畿地方会〕 大阪 2015.7.4
- 藤井明弘: 若年性脳梗塞を契機に診断し得たFabry 病の1例〔京都ファブリー病セミナー Part II〕 福知山 2015.10.28
- 藤井明弘: 若年性脳梗塞を契機に診断し得たFabry 病の1例〔京都ファブリー病セミナー PartIⅡ〕 京都 2015,11,4
- 藤井明弘:当院の脳卒中データから見える抗凝固 療法の問題点〔Stroke Forum in Shiga〕 草津 2015.11.19
- 田邑愛子・沼 宗一郎・藤並 潤・横矢重臣・岡 英輝・馬場正道・日野明彦・藤井明弘: メ梗塞巣が繰り返し出現し、脳生検に て確定診断したprimary angiitis of the central nervous system (PACNS)の 一例〔第97回滋賀県臨床神経勉強会〕 草津 2015.11.20
- 藤井明弘:抗凝固療法中に発症した脳梗塞の臨床 的特徴〔抗凝固療法を考える会〕 草津 2015.11.26
- 藤井明弘:脳梗塞の画像診断〜脳梗塞病型とその 画像の特徴〔大阪行岡医療専門学校長 柄校学友会 学術講演会〕 大阪 2015.11.28
- 田邑愛子・沼 宗一郎・藤並 潤・横矢重臣・岡 英輝・馬場正道・日野明彦・藤井明弘: 梗塞巣が繰り返し出現し,脳生検にて 確定診断した primary angiitis of the central nervous system (PACNS)の一

例〔日本神経学会 第103回近畿地方会〕 大阪 2015.12.12

小児科

- 龍神布紀子・國津智彬・中井真由美・伊藤英介: 当院における観察入院症例の検討〔第 73回日本小児科学会滋賀地方会〕 大津 2015.5.17
- 伊藤英介:小児救急医療における学校の役割〔滋 賀県養護教諭研究会研修会〕 近江八 幡 2015.8.21 (特別講演)
- 中井真由美・國津智彬・菊岡七恵・龍神布紀子・ 伊藤英介: 当院で経験した小児マムシ 咬傷〔第74回日本小児科学会滋賀地方 会〕 大津 2015.10.17
- 野澤正寛・平泉志保・岡田美知子・越後 整・塩 見直人:ドクターカーに搭乗する小児 救急医、小児科医がもたらす小児アナ フィラキシー例への効果〔第43回日本 救急医学会総会・学術総会〕 東京 2015, 10, 21
- 野澤正寛・塩見直人:滋賀県における小児救命救 急医療体制の構築~ラピッドレスポン スシステムによる小児救急専門医の活 用~〔第43回日本救急医学会総会・学 術総会〕 東京 2015, 10, 22
- 菊岡七恵・小豆澤敬幸・山本正仁・成宮正朗・多 賀 崇・照井君典・土岐 力・伊藤悦 朗:TAMの出現なく肝不全を呈し、ガ スリーカードでGATA1遺伝子異変が 確認された超低出生体重児例〔第57回 日本小児血液・がん学会学術集会〕 山梨 2015.11.28

外 科

中島 晋・松本辰也・小西智規・飯高大介・梅原 誠司・藤山准真・増山 守:腸重積を 合併した大腸脂肪腫の2例〔第11回日

- 2015, 2, 13
- 越智史明:食道扁平上皮癌におけるCarbonic AnhydraseXII発現意義の検討〔第115回日 本外科学会定期学術集会〕 名古屋 2015.4.16
- 中島 晋・松本辰也・小西智規・飯髙大介・梅原 誠司・藤山准真・増山 守:腸重積を 来した大腸リンパ管腫の1例〔第18回 日本臨床救急医学会総会・学術集会〕 富山 2015.6.4
- 飯髙大介・藤山准真・小西規則・松本辰也・梅原 誠司・中島 晋・増山 守:腹部鈍的 外傷による胃破裂の一例〔第29回日本 外傷学会〕 札幌 2015.6.12
- 伏木邦博・片山政伸・安田剛士・古田光寛・田中 基夫・重松 忠・松本辰也・藤山准真・ 倉島研人・櫻町綾奈・越智史明・飯高 大介・中島 晋・増山 守・加藤寿一・ 加藤元一・馬場正道:膵頭部腫瘍の一 例〔第181回滋賀肝・胆・膵勉強会〕 草津 2015.6.25
- 櫻町綾奈・森田 翠・小野寿子・岡本明子:当院 におけるトモシンセシスの臨床経験 〔第23回日本乳癌学会学術総会〕 東京 2015.7.3
- 森田 翠・櫻町綾奈・松本辰也・小西智規・飯高 大介・梅原誠司・中島 晋・藤山准真・ 増山 守:当院における Everolimus の使用経験「第23回日本乳癌学会総会」 東京 2015.7.3
- 中島 晋・倉島研人・松本辰也・小西智規・飯髙 大介・梅原誠司・藤山准真・増山 守: 直腸癌に対するReduced port surgery の実際と手技の工夫〔第70回日本消化 器外科学会総会〕 浜松 2015.7.15
- 飯髙大介: 当科における急性虫垂炎保存的治療不 応例及び再燃例の危険因子の検討〔第 70回日本消化器外科学会総会〕 浜松 2015.7.15

- 本消化管学会総会学術集会〕 東京 梅原誠司・櫻町綾奈・松本辰也・小西智規・森田 翠・飯高大介・中島 晋・藤山准真・増 山 守:正中弓状靭帯症候群(MALS) に合併した膵十二指腸動脈瘤破裂の2 例〔第70回消化器外科学会総会〕 浜松 2015.7.15
 - 信田 裕・高橋弘樹・大澤紀之・越智史明・増山 守:腹膜透析導入後に注排液異常を認 め, 手術加療を要した2例〔第36回滋 賀腎・透析研究会〕 大津 2015.9.6
 - 中島 晋・倉島研人・櫻町綾奈・松本辰也・越智 史明・飯髙大介・藤山准真・増山 守: CapeOx + Bevacizumab 療法を長期継 続し得た切除不能大腸癌の1例〔第53 回日本癌治療学会学術集会〕 京都 2015, 10, 31
 - 中島 晋・松本辰也・越智史明・飯髙大介・藤山 准真:下部直腸癌に対する術前化学放 射線療法における当院でのチーム医療 〔第70回日本大腸肛門病学会学術集会〕 名古屋 2015,11.14
 - 中島 晋・倉島研人・櫻町綾奈・松本辰也・越智 史明・飯髙大介・藤山准真・増山 守: 營曲鉗子を用いた右側結腸癌に対する RPS の検討〔第77回日本臨床外科学会 総会〕 博多 2015.11.27
 - 櫻町綾奈・倉島研人・松本辰也・越智史明・飯高 大介・中島 晋・藤山准真・増山 守: 両側鼠径ヘルニアと鑑別困難であった 巨大精索脂肪腫の一例「第77回日本臨 床外科学会総会〕 博多 2015.11.28
 - 松本辰也・倉島研人・櫻町綾奈・越智史明・飯髙 大介・中島 晋・藤山准真・増山 守: 腹腔鏡下胆嚢摘出術後に肝被膜下血腫 をきたした1例〔第77回日本臨床外科 学会総会〕 博多 2015, 11, 28
 - 高嶋祐助・倉島研人・櫻町綾奈・松本辰也・越智 史明・飯髙大介・中島 晋・藤山准真・ 増山 守:術前診断し得た特発性胆嚢 穿孔の一例〔第77回日本臨床外科学会

総会〕 博多 2015.11.28

- 藤山准真・倉島研人・松本辰也・越智史明・飯高大 介・中島 晋・増山 守:十二指腸潰瘍 穿孔に対する大網充填術の開腹手術と 腹腔鏡手術の比較検討〔第28回日本内 視鏡外科学会総会〕 大阪 2015.12.10
- 中島 晋・倉島研人・松本辰也・越智史明・飯高 大介・藤山准真・増山 守:薬剤溶出性 冠動脈ステント留置後に発見された大 腸癌に対する腹腔鏡下手術の検討〔第 28回日本内視鏡外科学会総会〕 大阪 2015, 12, 11
- 飯高大介・倉島研人・松本辰也・越智史明・中島 晋・藤山准真・増山 守:穿孔性十二 指腸潰瘍に対する腹腔鏡手術の有用性 〜保存療法と比較〜〔第28回日本内視 鏡外科学会総会〕 大阪 2015.12.10
- 越智史明・飯高大介・倉島研人・松本辰也・中島 晋・藤山准真・増山 守:鏡視下手術 を行った遅発性外傷性小腸穿孔の1例 〔第28回日本内視鏡外科学会総会〕 大 阪 2015.12.10

整形外科

- 竹下博志・大藪 寛・吉岡 誠:胸腰移行部破裂 骨折に対し経椎弓根的椎体形成術を併 用したショートセグメント整復固定術 の治療成績〔第44回日本脊椎脊髄病学 会学術集会〕 福岡 2015.4.17
- 堀江直行・久本和史・大藪 寛・森崎真介・平岡 延之・竹下博志・吉岡 誠・白井幸裕: 数年来の膝痛により見逃されていた大 腿部高分化型脂肪肉腫の1例〔第7回 日本関節鏡・膝・スポーツ整形外科学 会〕 札幌 2015.6.18
- 堀江直行・佐藤史英・大藪 寛・白井幸裕:骨折 型の判断をあやまり2回の手術を要し た脛骨骨幹部骨折と足関節脱臼骨折を 合併した1例〔第41回日本骨折治療学

会〕 奈良 2015.6.27

- 竹下博志・久本和史・佐藤史英・林 成樹・大藪 寛・森崎真介・平岡延之・吉岡 誠・ 白井幸裕:腰椎変性辷り症に対しXLIF とPPSを用いた腰椎固定術の小経験 〔第43回滋賀県整形外科医会学術集会〕 大津 2015.11.14
- 平岡延之・久本和史・佐藤史英・林 成樹・大藪 寛・森崎真介・竹下博志・吉岡 誠・ 白井幸裕:大腿四頭筋腱遠位付着部断 裂の2例〔第43回滋賀県整形外科医会 学術集会〕 大津 2015.11.14
- 林 成樹・久本和史・佐藤史英・大藪 寛・森崎 真介・平岡延之・竹下博志・吉岡 誠・ 白井幸裕:非外傷性脊椎硬膜外血腫の 10例〔第43回滋賀県整形外科医会学術 集会〕 大津 2015.11.14
- 大藪 寛・久本和史・佐藤史英・林 成樹・森崎 真介・平岡延之・竹下博志・吉岡 誠・ 白井幸裕:当院における頸椎化膿性脊 椎炎症例の検討〔第43回滋賀県整形外 科医会学術集会〕 大津 2015.11.14

脳神経外科

- 塩見直人・越後 整・岡田美知子・平泉志保・小 関宏和・橋本洋一・岡 英輝・日野明 彦:重症急性硬膜下血腫に対する救命 救急センター処置室における緊急減圧 術の有用性〔第20回日本脳神経外科救 急学会〕 東京 2015.1.30
- 新井直幸・日野明彦・塩見直人・越後 整・小関 宏和・橋本洋一・岡 英輝・糟谷英 俊:救命救急センター処置室における 緊急開頭術が奏功した急性硬膜下血腫 最重症例の検討〔第38回日本脳神経外 傷学会〕 徳島 2015.3.7
- 塩見直人・日野明彦・岡田美知子・平泉志保・小関 宏和・橋本洋一・岡 英輝・越後 整・ 高須 修・坂本照夫:小児軽傷頭部外

傷患者の CT 施行基準―前向き研究の中間報告―〔第38回日本脳神経外傷学会〕 徳島 2015.3.7

- 菊池麻美・横矢重臣・岡 英輝・橋本洋一・越後 整・塩見直人・新井直幸・日野明彦: Kissing aneurysmのクリッピング手術 について〔第70回日本脳神経外科近畿 支部学術集会〕 大阪 2015.9.5
- 日野明彦・岡 英輝・橋本洋一・越後 整・小関 宏和・藤井明弘・勝盛哲也・塩見直人・ 野崎和彦・有馬久富:Ultra-early emergency embolectomy for acute occlusion of the internal carotid artery and middle cerebral artery [15th IN-TERIM MEETING OF THE WORLD FEDERATION OF NEUROSURGI-CAL SOCIETIES] ローマ 2015.9.8
- 岡 英輝:前大脳動脈A1部動脈瘤の手術〔第74回 日本脳神経外科学会総会〕 札幌 2015, 10, 16
- 菊池麻美・横矢重臣・岡 英輝・日野明彦:初診 時出血源が同定できなかったくも膜下 出血の検討〔第74回日本脳神経外科学 会総会〕 札幌 2015, 10, 15
- 横矢重臣・菊池麻美・橋本洋一・岡 英輝・日野 明彦:初回手術から長期経過した脳動 脈瘤手術の問題と対策〔第74回日本脳 神経外科学会総会〕 札幌 2015.10.16
- 田邑愛子・沼 宗一郎・藤並 潤・横矢重臣・岡 英輝・馬場正道・日野明彦・藤井明弘: メ梗塞巣が繰り返し出現し、脳生検に て確定診断したprimary angiitis of the central nervous system (PACNS)の 一例〔第97回滋賀県臨床神経勉強会〕 草津 2015.11.20
- 田邑愛子・沼 宗一郎・藤並 潤・横矢重臣・岡 英輝・馬場正道・日野明彦・藤井明弘: 梗塞巣が繰り返し出現し,脳生検にて 確定診断した primary angiitis of the central nervous system (PACNS)の一

例〔日本神経学会 第103回近畿地方会〕 大阪 2015.12.12

皮膚科

- 安見真希・小森由美・花田圭司・駒井慎次郎・塩 見直人:維持透析中の女性患者に発症 したフルニエ壊疽〔第440回日本皮膚 科学会京滋地方会〕 京都 2015.6.6
- 安見真希·花田圭司·若林祐輔·水谷浩美·岡田 美知子·森崎真介:電撃傷の1例〔第 443回日本皮膚科学会京滋地方会〕 京 都 2015.12.19

泌尿器科

辻 悠佑・三浦寛司・増田陽子・西村 岳・勝盛 哲也・佐野太一・瀧本啓太:離断を伴 う深在性腎損傷に対してTAEが腎臓温 存に寄与できた一例〔第59回中部IVR・ 第60回関西Intervebtional Radiology研 究会〕 大阪 2016.2.13

耳鼻咽喉科

- 越知康子・只木信尚:側頭下窩に生じた多形腺腫 の一例〔第25回日本頭頸部外科学会〕 大阪 2015.1.30
- 中村隆志・古川佳英子・杉本 徹・只木信尚・橋 倉博樹:肺炎対策チームによる嚥下性 肺炎の業務フローの確立とその効果 〔第17回日本医療マネジメント学会学術 総会〕 大阪 2015.6.12
- 只木信尚:嚥下障害の診断治療と当院の取り組み 〔草津栗東守山野洲歯科医師会 平成27 年度「摂食・嚥下機能研修会」〕 草津 2015.10.29

放射線科

- 辻 悠佑・三浦寛司・増田陽子・西村 岳・勝盛 哲也・佐野太一・瀧本啓太:離断を伴 う深在性腎損傷に対してTAEが腎臓温 存に寄与できた一例〔第59回中部IVR・ 第60回関西Intervebtional Radiology研 究会〕 大阪 2016, 2, 13
- 三浦寛司・勝盛哲也・西村 岳・鈴木 弦:静脈腫 瘍栓を伴う肝細胞癌に対してDCBead® TACEが著効した一例〔第58回関西IN-TERVENTIONAL RADIOLOGY研究 会〕 大阪 2015. 2. 28
- 三浦寛司:脈管浸潤を伴う肝細胞癌に対する DC-Bead®を用いたTACEの経験〔第20回 肝動脈塞栓療法研究会〕 宮崎 2015.5.30
- 勝盛哲也: Uterine artery embolization with trisacryl gelatin microspheres for leiomyomas [2015 JCR ミッドサマーセミナー] 神戸 2015.7.19
- 三浦寛司・勝盛哲也・西村 岳・鈴木 弦:門脈 腫瘍栓を伴う HCC に対して DCBead を用いた TACE が有効であった 1 例 〔第51回日本肝癌研究会〕 神戸 2015.7.23-24
- 増田陽子・三浦寛司・辻 悠佑・西村 岳・勝盛 哲也:大腿部の巨大仮性動脈瘤に対す るUSガイド下トロンビン注入〔第383回 レントゲンアーベント 日本放射線学会 関西地方会〕 大阪 2015.10.24
- 三浦寛司・勝盛哲也・西村 岳・鈴木 弦・西地 稔幸・肌勢光芳・倉田博之:中心静脈 カテーテル抜去後に遅発性に肺梗塞を 生じた一例〔第56回日本脈管学会総会〕 東京 2015, 10, 29
- 増田陽子・三浦寛司・辻 悠佑・西村 岳・勝盛 哲也:巨大胃がん肝転移に対し bland TAEが著効した一例〔第6回洛中洛外 IVR 勉強会〕 京都 2015,11,17

臨床検査・病理診断センター

- 伏木邦博・古田光寛・岡島達也・村井克行・松本 寛史・片山政伸・田中基夫・重松 忠・ 馬場正道:膵炎と診断され上部消化管 病変を伴った潰瘍性大腸炎の一例〔第 102回日本消化器病学会近畿支部例会〕 京都 2015.2.21
- 加藤寿一・馬場正道・九嶋亮治・森谷鈴子・小西智規・藤山准真・増山 守・加藤元一・仲山貴永・杉原洋行:多彩な組織形態及び免疫形質を示し、carcinosarcomaと考えられた胃腫瘍の一例〔第104回日本病理学会総会〕 名古屋 2015.5.2
- 藤井明弘・松浦 潤・藤並 潤・石井亮太郎・北村憲一・馬場正道・日野明彦:当科で経験した中枢神経系悪性リンパ腫の検討〔第56回日本神経学会学術大会〕 新潟 2015.5.20
- 橋向圭介・加藤元一・前田賢矢・元中 恵・西野 俊博・植田正己・加藤寿一・馬場正道: 細胞診 (Papanicolou 染色) 標本のデ ジタル画像と光学顕微鏡の色調に関す る検討〔第56回日本臨床細胞学会総会 (春期大会)〕 松江 2015.6.14
- 伏木邦博・片山政伸・安田剛士・古田光寛・田中 基夫・重松 忠・松本辰也・藤山准真・ 倉島研人・櫻町綾奈・越智史明・飯高 大介・中島 晋・増山 守・加藤寿一・ 加藤元一・馬場正道:膵頭部腫瘍の一 例〔第181回滋賀肝・胆・膵勉強会〕 草津 2015.6.25
- 安田剛士・古田光寛・伏木邦博・片山政伸・田中 基夫・重松 忠・加藤寿一・加藤元一・ 馬場正道:十二指腸限局性アミロイド ーシスの一例〔第75回滋賀消化器研究 会学術講演会〕 大津 2015.7.18
- 新井未来:おしっこから何が分かるの?尿検査の 基礎知識 [平成27年度第2回はつらつ 教養大学 健康医学講座] 栗東

2015.7.30

- 黒住眞史・曽川知里・山本昌弘・黒川 聡・佐伯 仁志・馬場正道・加藤元一・向所賢一・ 杉原洋行・伊東良太・真鍋俊明:さざ なみ病理ネットでの遠隔術中迅速組織 診の運用とその所要時間〔第14回日本 デジタルパソロジー研究会総会〕 倉敷 2015.9.11
- 橋向圭介・加藤元一・植田正己・前田賢矢・元中 恵・西野俊博・加藤寿一・馬場正道: デジタル病理診断に用いる画像の最適 化〔第14回日本デジタルパソロジー研 究会総会〕 倉敷 2015.9.11
- 古田光寛・安田剛士・伏木邦博・片山政伸・田中基 夫・重松 忠・馬場正道:血中IgG4値 正常であったが肝生検で診断したIgG4 関連硬化性胆管炎〔第103回日本消化 器病学会近畿支部例会〕 大阪 2015.9.26
- 西地稔幸・加藤寿一・肌勢光芳・倉田博之・馬場正 道:意識障害にて当院に紹介された一 症例〔平成27年度草津栗東医師会CPC〕 栗東 2015.10.29
- 植田正己・西野俊博・前田賢矢・橋向圭介・元中 恵・加藤寿一・加藤元一・馬場正道: 骨折にてリハビリ入院中の患者に出現 した胸腹水の細胞像〔平成27年度第1 回滋賀県臨床細胞学会疑問症例検討・ 研修会〕 長浜 2015.10.31
- 古田光廣・安田剛士・伏木邦博・片山政伸・田中 基夫・重松 忠・馬場正道:多発性肺 転移 肝浸潤を伴う切除不能進行胆嚢 癌に対して GEMCDDP 療法が奏効し 組織学的に CR となった 1 例〔第53回 癌治療学会〕 京都 2015.10.31
- 馬場正道: S 状結腸腫瘍の一症例〔第1回忍びの 道病理セミナー〕 伊賀 2015.11.14
- 田邑愛子・沼 宗一郎・藤並 潤・横矢重臣・岡 英輝・馬場正道・日野明彦・藤井明弘: メ梗塞巣が繰り返し出現し、脳生検に

- で確定診断したprimary angiitis of the central nervous system (PACNS)の一例〔第97回滋賀県臨床神経勉強会〕 草津 2015.11.20
- 田邑愛子・沼 宗一郎・藤並 潤・横矢重臣・岡 英樹・馬場正道・日野明彦・藤井明弘: 梗塞巣が繰り返し出現し,脳生検にて 確定診断した primary angiitis of the central nervous system (PACNS)の 一例〔第103回日本神経学会近畿地方会〕 豊中 2015, 12, 12

救急集中治療科

- 安田剛士・塩見直人・岡田美知子・平泉志保・越 後 整・中村隆志:小児軽傷頭部外傷 患者の CT 施行基準の検討―1 施設に おける前向き研究―〔第34回京滋救命 救急セミナー〕 京都 2015.1.23
- 塩見直人・越後 整・岡田美知子・平泉志保・小 関宏和・橋本洋一・岡 英輝・日野明 彦:重症急性硬膜下血腫に対する救命 救急センター処置室における緊急減圧 術の有用性〔第20回日本脳神経外科救 急学会〕 東京 2015.1.30
- 新井直幸・日野明彦・塩見直人・越後 整・小関 宏和・橋本洋一・岡 英輝・糟谷英 俊:救命救急センター処置室における 緊急開頭術が奏功した急性硬膜下血腫 最重症例の検討〔第38回日本脳神経外 傷学会〕 徳島 2015.3.7
- 塩見直人・日野明彦・岡田美知子・平泉志保・小関 宏和・橋本洋一・岡 英輝・越後 整・ 高須 修・坂本照夫:小児軽傷頭部外 傷患者の CT 施行基準―前向き研究の 中間報告―〔第38回日本脳神経外傷学 会〕 徳島 2015.3,7
- 上中智恵・塩見直人・岡田美知子・平泉志保・越後 整・倉田博之・中村隆志:電池誤嚥に よる気管支異物の1治療例〔第111回近

- 畿救急医学研究会〕 和歌山 2015.3.7 岡田美知子・平泉志保・野澤正寛・越後 整・塩 見直人:救命救急センター処置室にお ける緊急開頭術―急性硬膜下血腫重症 例に対する検討― 〔第29回日本外傷学 会〕 札幌 2015.6.11
- 越後 整・中村篤雄・森田敏夫・下条芳秀・宇津 秀晃・高須 修・山下典雄・坂本照夫: 重症頭部外傷後 paroxysmal sympathetic hyperactivity から広範囲腸管 壊死に陥った症例〔第29回日本外傷学 会〕 札幌 2015.6.11
- 塩見直人・岡田美知子・平泉志保・野澤正寛・越 後 整:電池誤嚥による気管支異物の 一治療例〔第 5 回滋賀集中治療懇話会〕 大津 2015.6.27
- 塩見直人: 頭蓋内圧はどうやって下げる? 〔京滋 クリティカルケア・ヤングアカデミー 2015セミナー basic 編〕 京都 2015.7.11
- 野澤正寛・平泉志保・岡田美知子・越後 整・塩 見直人:ドクターカーに搭乗する小児 救急医、小児科医がもたらす小児アナ フィラキシー例への効果〔第43回日本 救急医学会総会・学術総会〕 東京 2015.10.21
- 野澤正寛・塩見直人:滋賀県における小児救命救 急医療体制の構築~ラピッドレスポン スシステムによる小児救急専門医の活 用~〔第43回日本救急医学会総会・学 術総会〕 東京 2015.10.22
- 福田正悟・塩見直人・野々村和夫: 滋賀県湖南圏 域の小児救急医療を中心とした休日急 病診療体制の新たな取り組み〔第43回 日本救急医学会総会・学術総会〕 東京 2015, 10, 23
- 塩見直人・野澤正寛・岡田美知子・平泉志保・越 後 整:京滋ドクターヘリが滋賀県の 救急医療体制に及ぼす影響〔第22回日 本航空医療学会総会〕前橋 2015.11.6

塩見直人:病院前から始まる脳卒中急性期診療 〔滋賀県脳卒中県民公開講座〕 栗東 2015.12.12

画像診断科

- 枚田敏幸: Primary Surverの骨盤X線撮影―どこを診ているの―〔平成26年度滋賀県放射線技師会 第3回学術研修会〕 大津2015.1.24
- 鰐部亜砂子:インプラントの現状〔平成26年度滋 賀県放射線技師会 第3回学術研修会〕 大津 2015.1.24
- 大野魂太:胆道系のMRI 検査について〔平成26年 度滋賀県放射線技師会 第3回学術研 修会〕 大津 2015.1.24
- 枚田敏幸:多数傷病者受け入れ時の画像診断科の 取り組み―災害訓練からの検証―〔第 58回日本放射線技術学会 近畿支部学術 大会〕 神戸 2015.1.25
- 西川淳二: 救急医療(外因性疾患について)〔第 17回関西GECT研究会〕 大阪 2015. 2. 21
- 弥永彩有:乳がん検診について〔平成26年度(第33 回)済生会滋賀県病院学術集談会〕 栗 東 2015.3.8
- 松井正幸:画像診断科運用について〔平成27年度済 生会滋賀県病院新採用者オリエンテー ション〕 栗東 2015.4.6
- 枚田敏幸:災害医療について〔平成27年度済生会 滋賀県病院新採用者オリエンテーショ ン〕 栗東 2015.4.6
- 松井正幸:画像診断科運用について〔滋賀県済生 会病院医師支援室研修会〕 栗東 2015.5.12
- 枚田敏幸:急性心筋梗塞におけるドクターカーと 画像診断検査への連携について〔第27 回滋賀県放射線技師会学術大会〕 大津 2015.5.12
- 鰐部亜砂子:乳がん検診健診マンモグラフィ読ま

なきゃ〔第53回滋賀県放射線技師会 乳腺画像研究会〕 大津 2015.6.19

西川淳二:急性腹症〔第7回滋賀県放射線技師会 救急画像研究会〕 草津 2015.6.25

西川淳二: 当院での外因性疾患のCT撮影について 〔第29回行岡保健衛生学園学友会滋賀支 部研修会〕 草津 2015.6.27

疋田拓慎:当院における Autopsy Imaging 〔第18 回関西GECT研究会〕 大阪 2015.11.7

弥永彩有: 転移検索の紹介・工夫〔平成27年度滋 賀県放射線技師会 第2回学術研修会〕 彦根 2015.11.8

看 護 部

- 米倉雅裕・家城慎吾・田中藤人・三浦宏伸:脳外 科手術マニュアルの改正と外周り看護 業務の統一化~脳外科緊急手術時の現 状と改善~〔院内看護研究発表会〕 栗東 2015.1.31
- 権藤佳恵・林 真代・水口 藍・香川留美・溝口浩 子・西村美弥子・平井里津子:母乳育児 支援に向けたチェックシートの改善〔院 内看護研究発表会〕 栗東 2015.1.31
- 福田ちひろ・木下景子・勝木哲郎・土井翔子・今 井愛美・北川留美子・中井美和:重曹 水を用いた口腔ケア実践〜就寝前の口 腔内環境を整える〜 [院内看護研究発 表会] 栗東 2015.1.31
- 三科多恵子・前田知子・板谷聡子・橋本麗名・菅沼果南・三村律子:看護師の口腔ケアにおける意識変化 個別性に合わせた口腔ケアの実施を目指して〜追田式包括的口腔アセスメントシートを使用して〜〔院内看護研究発表会〕 栗東2015.1.31
- 中谷 彩・岸野千代・杉原希衣・荒井千明・門崎 裕子・勝木さやか:混合外科病棟に勤務 する看護師の職務満足の実態調査 [院 内看護研究発表会] 栗東 2015.1.31

- 高井麻由子・大西麻衣子・大内ゆかり・猪飼俊行・ 野矢 茜・川島 歩・高橋知佐:集中 治療室予定入室患者に対する術前訪問 を振り返って〔院内看護研究発表会〕 栗東 2015.1.31
- 右川公子・吉田 望・藤井有希・西浦真由美・安間 順子・藤平みどり・松永敬三・岡本サ ユリ:より効果的な検査説明に向けて ~検査説明にスライドを取り入れて~ [院内看護研究発表会] 栗東 2015.1.31
- 立見理恵・村中紗央莉・渕上洋子・早川眞利・西 岡信貴:PD出口部位置決定への看護 師の関わりについて〔院内看護研究発 表会〕 栗東 2015.1.31
- 宮崎綾子・田中 優・濱野純子・竹内美香:深部 静脈血栓発症予防の取り組み~患者指 導を通して~〔院内看護研究発表会〕 栗東 2015.1.31
- 奥村亜耶・中川加奈子・今井春奈・木村真由美・ 榎 彩・岩崎明香・田中由希・山中佳 奈・山尾亜紀子・吉田智子:ハローベ スト装着患者の安全な生活向上に向け て〜疑似体験を通して考える〜〔院内 看護研究発表会〕 栗東 2015.1.31
- 中川純子・長尾美穂・小林光子・高岡 都:テン プレートを用いた口腔内チェックの有 用性について〔院内看護研究発表会〕 栗東 2015.1.31
- 河村苑佳・高田実希・棚上真沙美・山上さおり・ 大場雄太:病棟デイケアを立ち上げて 睡眠への効果を考える〔院内看護研究 発表会〕 栗東 2015.1.31
- 松下翔大:院内骨折治療セミナーを開催して〜整 形領域における看護の質向上を目指し て〜〔第12回京滋支部学術集会〕 京都 2015. 2. 14
- 浦谷えり・落合郁香・赤尾真理・鈴木知佳・野村 優希・湯川令子・松村智子:腹膜炎予 防に対する患者への取り組み~ATP検 査を用いて~〔院内学術集談会〕 栗東

2015.3.7

高山琴音:チームで取り組んだ患者の記憶障害に 対する代償的手段獲得への援助〔第40 回日本脳卒中学会総会〕 広島 2015.3.26

北川留美子:急性期病棟における院内デイ導入の 現状と効果〔日本神経学会〕 新潟 2015.5.22

中井美和・北川留美子・棚田百合子: 急性期病院 における高齢者総合機能評価の現状と 院内デイケアの効果〔第17回日本医療 マネジメント学会学術総会〕 大阪 2015.6.13

太田恵理子・野矢忠男・吉田紀子・山本 隆・溝 口寿代・岡田美知子・野澤正寛・越後 整・塩見直人・中村隆志:多数傷病者 事案に対するプレホスピタル活動〜現 場での看護師の役割について〜〔滋賀 救急医療研究会〕 大津 2015.9.12

中井美和:急性期病院における高齢者総合機能評価の現状と院内デイケアの効果〔第46回日本看護学会 急性期看護〕 松山2015.9.30

浦谷えり・落合郁香・赤尾真理・鈴木知佳・野村 優希・加藤美百・湯川令子・松村智子: 腹膜炎予防に対する患者への取り組み ~ATP検査を用いて~〔第18回日本腎 不全看護学会 学術集会・総会〕 名古 屋 2015,11,14-15

木下龍一郎・西 愛美・西山弥生・高山琴音・北 川留美子・中井美和:急性期病院にお ける院内デイケア導入による効果〔滋 賀県看護学会〕 大津 20015.12.16

リハビリテーションセンター

中江雪枝・中村隆志・中嶋博吉・石合徹也・水島 貴澄・木村里美:済生会滋賀県病院に おける3Dサポートチームの取り組みに ついて〔第13回日本医療マネジメント 学会京滋大会〕 京都 2016.2.13

中江雪枝・中村隆志・藤井明弘・安井明子・水島 貴澄・木村里美・小堀真登香:高齢者 総合昨日評価の導入経過と病棟スタッ フの意識変化について〔第12回日本医 療マネジメント学会京滋大会〕 京都 2015. 2.14

今井伸也・山本麻衣・山本尚美・山本和明・重松 忠:入院中のがん終末期患者の外出に ついて〔第50回日本理学療法学術大会〕 東京 2015.6.7

望月洋希:骨盤骨折後受傷後に肩関節痛・可動域 制限が出現した症例〔第47回滋賀県理 学療法士学会〕 湖南 2015.7.5

医療情報部 診療情報管理室

福森亮介・水島貴澄・籠谷弘和・門野晃司・中村 隆志・杉本 徹:クオリティインディ ケーター公開の取り組みと今後の課題 [日本医療マネジメント学会 第12回京 滋支部学術会] 京都 2015.2.14

福森亮介・中村隆志・古川佳英子・杉本 徹:ク オリティインディケーター公開と今後 の課題〔第17回日本医療マネジメント 学会学術総会〕 大阪 2015.6.12

事務部

黄瀬智哉・石原大和: 当院における外来縮小の取り組み [第17回日本医療マネジメント 学会総会] 大阪 2015.6.12

医師支援室

中村隆志・古川佳英子・杉本 徹・只木信尚・橋 倉博樹:肺炎対策チームによる嚥下性 肺炎の業務フローの確立とその効果 〔第17回日本医療マネジメント学会学術 総会〕 大阪 2015, 6, 12 中村隆志・古川佳英子・小泉奈穂美・杉本 徹: 勤務医と訪問看護師との連携強化による慢性疾患重症化予防の試み~どこでも MY 病棟~〔第17回日本医療マネジメント学会学術総会〕 大阪 2015.6.13

学 会 発 表 業 績

(2014年1月~2014年12月)

消化器内科

- 古田光寛・村井克之・松本寛史・片山政伸・岡島 達也・田中基夫・重松 忠・馬場正道・ 加藤元一:胃型腺癌の一例〔第73回琵 琶湖消化器カンファレンス〕 草津 2014.2.6
- 安田剛士・村井克行・古田光寛・松本寛史・片山 政伸・岡島達也・田中基夫・重松 忠: 膵性胸水を伴った自己免疫性膵炎の一 例〔第72回滋賀消化器研究会〕 草津 2014.3.15
- 重松 忠:当院における大腸癌治療成績と最近の 大腸癌治療成績〔大腸癌 抗がん剤治療 の進歩(ヤクルト製薬主催 講演会)〕 京都 2014.6.6
- 重松 忠:大腸内視鏡検査と最新の治療〔味の素 製薬 研修会〕 京都 2014.6.13
- 古田光寛・村井克行・松本寛史・片山政伸・岡島 達也・田中基夫・重松 忠・馬場正道・ 加藤元一:粘膜下腫瘍様形態を呈した 胃型腺癌の一例〔第92回消化器内視鏡 学会近畿地方会〕 大阪 2014.6.21
- 重松 忠:大腸癌胃癌診療について 今後調剤薬局 に求められること [調剤薬局勉強会] 2014.7.11
- 伏木邦博・古田光寛・村井克行・松本寛史・片山 政伸・岡島達也・田中基夫・重松 忠・ 馬場正道・加藤元一:後腹膜に発生し た脂肪肉腫の一例〔第73回滋賀消化器 研究会〕 大津 2014.7.19
- 古田光寛・村井克行・松本寛史・片山政伸・岡島達 也・田中基夫・重松 忠:上部消化管病 変を発症した潰瘍性大腸炎の一例:特 別講演 腸内細菌と健康の関わり〔湖南

消化器勉強会〕 栗東 2014.9.11

- 岡島達也・古田光寛・松本寛史・片山政伸・田中 基夫・重松 忠・馬場正道・加藤元一: 粘膜下腫瘍の形態を呈した早期胃型胃 癌の2例〔JDDW2014 日本消化器関連 学会〕 神戸 2014,10,25
- 重松 忠:大腸治療 最近の分子標的治療成績について〔大鵬製薬研修会〕 大津 2014.10.31
- 重松 忠:消化管悪性疾患の診断と治療 当院の治療成績 〔栗東草津消化器内科医勉強会〕 大津 2014.11.20
- 重松 忠:大腸癌治療の最近の進歩〔大腸癌治療 研修会〕 草津 2014.12.5
- 重松 忠:大腸癌における分子標的薬の治療について〔大腸癌分子標的治療研修会〕京都 2014.12.11

循環器内科

- 中村隆志:地域中核病院における糖尿病疾病管理 ~データベース構築・管理と多職種連携の進め方~〔糖尿病透析予防を考える会特別講演〕 名古屋 2014.2.28
- 伏村洋平・中原祥文・南 喜人・山中亮悦・波東大 地・肌勢光芳・倉田博之・中村隆志:急 性心筋梗塞発症後の経過中に診断に苦 慮した感染性心内膜炎の一例〔第25回 京都心筋梗塞研究会〕京都 2014.4.26
- 中村隆志:医療の質改善に用いるためには〜当院 の取り組み〜〔第105回近畿病歴管理セ ミナーシンポジウム:臨床指標活用に よる医療の質向上〕 京都 2014.5.24
- 南 喜人:著明な肺高血圧症を合併した胸部嚢状 大動脈瘤の1例〔京滋心エコー図研究

会〕 京都 2014.5.31

中村隆志:ベッドサイドでの気づきと一工夫~心臓 病学における臨床研究の出発点~〔第 7回京曻臨床循環器セミナー~Physical examination を考える~特別講演〕 京都 2014.7.4

山中亮悦・肌勢光芳・南 喜人・伏村洋平・波東 大地・倉田博之・中原祥文・中村 隆 志:心原性ショックを伴うACSのPCI 中に急性ステント血栓症を発症した1 例〔第117回日本循環器学会 近畿地方 会〕 大阪 2014.7.12

波東大地・中原祥文・南 喜人・伏村洋平・山中 亮悦・肌勢光芳・倉田博之・中村隆志・ 池上博久・浅井 徹:内科的治療が奏 功した大動脈血栓症の1例〔第117回日 本循環器学会 近畿地方会〕 大阪 2014.7.12

伏村洋平・中原祥文・南 喜人・山中亮悦・波東 大地・肌勢光芳・倉田博之・中村隆志: 急性心筋梗塞発症後の経過中に診断に 苦慮した感染性心内膜炎の一例〔第117 回日本循環器学会 近畿地方会〕 大阪 2014.7.12

中村隆志・平野由美:メンタルサポートをいかに 行なうか:心理モニタリングと心臓病 教室による行動変容サポート〔日本心 臓リハビリテーション学会シンポジウ ム〕 京都 2014.7.19

中村隆志:低血糖救急のピットフォール〔びわ湖 臨床研修ネットワーク教育講演〕 大 津 2014.7.26

中村隆志:糖尿病・心血管疾患をターゲットとした疾病管理:データベースを基盤とした院内・院外連携の取り組み〔第2回前橋地区糖尿病治療地域連携会特別講演〕 前橋 2014.8.29

中村隆志:心臓リハビリテーションの有用性と当 院での取り組み〔第4回京都呼吸・循 環セミナー講習会〕 京都 2014.9.6 南 喜人: 著明な肺高血圧症を合併した胸部嚢状 大動脈瘤の1例〔第118回滋賀県内科医 会学術講演会〕 滋賀 2014.9.13

中村隆志:高齢者心不全患者の外来診療:訪問看護連携による重症化予防を含めて〔滋 賀県内科医会講演会〕 草津 2014.9.13

南 喜人・中村隆志・伏村洋平・山中亮悦・波東 大地・肌勢光芳・倉田博之・中原祥文: 著明な肺高血圧症を合併した胸部嚢状 大動脈瘤の1例〔第205回日本内科学会 近畿地方会〕 大阪 2014.9.20

日野智博・波東大地・南 喜人・伏村洋平・山中 亮悦・肌勢光芳・倉田博之・中原祥文・ 中村隆志:肺塞栓により心肺停止とな り救命し得た,エストロゲン製剤内服 中の中年女性の1例〔第205回日本内科 学会 近畿地方会〕大阪 2014.9.20

波東大地・中原祥文・南喜人・伏村洋平・山中亮 悦・肌勢光芳・倉田博之・中村隆志: Trousseau症候群が疑われた大動脈血 栓症の1例〔第27回湖南循環器カンフ ァランス〕瀬田 2014.10.4

中村隆志: 臨床検査技師の説明・相談に期待する もの〜病院管理者の立場から〜〔滋賀 県臨床検査技師講習会〕 栗東 2014.12.7

中村隆志:運命を変えるエコー画像〜心に残る症 例を中心に〜〔第29回京滋心血管エコー 図研究会特別講演〕 京都 2014.12.13

腎臓内科

西尾利樹・大澤紀之・髙橋弘樹:当院において糖 尿病性腎症から腹膜透析導入となった 患者の現況〔第59回日本透析医学会学 術集会〕 神戸 2014.6.15

大澤紀之・髙橋弘樹・西尾利樹・馬場正道,加藤 元一・仲山貴永:腎周囲血腫から死亡 に至った ANCA 関連血管炎(AAV)の

- 一剖検例〔第59回日本透析医学会学術 集会〕 神戸 2014.6.15
- 高橋弘樹・大澤紀之・西尾利樹:当院におけるPD カテーテル位置異常についての検討 〔第59回日本透析医学会学術集会〕 神 戸 2014.6.15
- 西尾利樹・髙橋弘樹・大澤紀之: 当院におけるカ テーテル挿入術の検討〜注排液異常・ 位置異常のない手術手技〜〔第20回日 本腹膜透析医学会学術集会〕 山形 2014.9.6
- 高橋弘樹・大澤紀之・西尾利樹:患者の体格に合わせた出口部作製を可能にし、出口部変更術を容易にするPDカテーテル (第20回日本腹膜透析医学会学術集会) 山形 2014.9.6
- 大澤紀之・髙橋弘樹・西尾利樹:閉塞性動脈硬化 症の人工血管置換術後に腹膜透析を導 入した一例〔第20回日本腹膜透析医学 会学術集会〕 山形 2014.9.7
- 高橋弘樹・大澤紀之・西尾利樹:当院におけるPD カテーテル位置異常についての検討 〔第18回日本アクセス研究会学術集会〕 徳島 2014.11.29

神経内科

- 松浦 潤:藤井明弘・吉川治雄:呼吸不全と上肢 近位筋の脱力で発症し、急速な四肢脱 力を呈した1例〔第142回京都神経内科 検討会〕 京都 2014.1.25
- 松浦 潤・藤井明弘・吉川治雄:呼吸不全と上肢 近位筋の脱力で発症し、急速な四肢脱 力を呈した1例〔第92回滋賀県臨床神 経勉強会〕 草津 2014.2.14
- 藤井明弘: 当院における心原性脳塞栓症の現状に ついて〔医療連携カンファレンス〕 草 津 2014.3.6
- 花田圭司・若林祐輔・藤井明弘:ファブリー病の 父娘例〔第434回日本皮膚科学会 京滋

- 地方会〕 京都 2014.3.15
- 藤井明弘・藤並 潤・松浦 潤・石井亮太郎:経 食道心エコーを施行した塞栓源不明の 脳梗塞症例の検討〔第39回日本脳卒中 学会〕 大阪 2014.3.15
- 藤井明弘・藤並 潤・松浦 潤・石井亮太郎・畔柳智司:乳頭状弾性線維腫による心原性TIAの1例[第93回滋賀県臨床神経勉強会] 草津 2014.6.20
- 藤井明弘:当院の脳卒中データから見える抗凝固 療法の問題点と滋賀県内の脳卒中連携 について〔Stroke Forum in Shiga〕 草津 2014.7.17
- 藤井明弘・藤並 潤・松浦 潤・石井亮太郎:乳 頭状弾性線維腫による心原性TIAの1 例〔日本神経学会 第100回近畿地方会〕 大阪 2014.7.19
- 松浦 潤・藤並 潤・石井亮太郎・藤井明弘:周 産期に明らかな異常を認めなかった産 褥期患者が RCVS を発症した一例〔日 本神経学会 第101回近畿地方会〕 神戸 2014.12.13

外 科

- 中島 晋・小西智規・木内 純・梅原誠司・福田賢 一郎・藤山准真・増山 守:副作用マネージメントによって長期にXELOX+ BV療法を継続し得た切除不能大腸癌の 1例[第52回日本癌治療学会学術集会] 横浜 2014.8.28
- 飯高大介・藤山准真・中島 晋・松本辰也・小西 智規・梅原誠司・増山 守:当科にお けるInterval Appendectomyの治療に ついて~有効例の症例提示~〔第27回 日本内視鏡外科学会総会〕 盛岡 2014.10.2
- 増山 守・藤山准真・中島 晋・梅原誠司・飯高 大介・森田 翠・小西智規・松本辰也: 腹腔鏡手術にて修復した横隔膜傍裂孔

- ヘルニアの1例〔第27回日本内視鏡外 科学会総会〕 盛岡 2014.10.2
- 中島 晋・松本辰也・小西智規・飯高大介・梅原 誠司・藤山准真・増山 守:単孔式腹 腔鏡下手術における臍部ジグザグ切開 と創閉鎖法の工夫〔第27回日本内視鏡 外科学会総会〕 盛岡 2014.10.3
- 山元伸也・佐々木光隆・河野奈美子・増山 守: 腹腔鏡下胆嚢摘出術における器械出し 看護師の立ち位置変更による評価〔第 27回日本内視鏡外科学会総会〕 盛岡 2014.10.3
- 小西智規・松本辰也・飯高大介・梅原誠司・中島 晋・藤山准真・増山 守:妊娠中期の 胆石性胆嚢炎に対して腹腔鏡下胆嚢摘 出術を施行した1例〔第27回日本内視 鏡外科学会総会〕 盛岡 2014.10.4
- 梅原誠司・櫻町綾奈・松本辰也・小西智規・飯高 大介・中島 晋・藤山准真・増山 守: 腹腔鏡下に切除した成人腸間膜リンパ 管腫の1例〔第27回日本内視鏡外科学 会総会〕 盛岡 2014.10.4
- 梅原誠司・櫻町綾奈・松本辰也・小西智規・飯高 大介・中島 晋・藤山准真・増山 守: 緊急手術で救命しえた腹腔動脈起始部 圧迫症候群 (CACS) による膵十二指腸 動脈瘤破裂の1例〔第42回日本救急医 学会総会〕 福岡 2014.10.29
- 中島 晋・小西智規・梅原誠司・藤山准真・増山 守:回腸ストーマ造設術後に発症した ストーマ閉塞に関する検討〔第69回日 本大腸肛門病学会学術集会〕 横浜 2014.11.7
- 中島 晋・松本辰也・小西智規・飯高大介・梅原 誠司・藤山准真・増山 守:大腸癌Reduced port surgeryにおけるDST吻合 の工夫[第76回日本臨床外科学会総会] 郡山 2014.11.22

整形外科

- 堀江直行・佐藤史英・長島新吾・竹下博志・吉岡 誠・白井幸裕:四肢デグロービング損 傷の治療成績〔第122回中部日本整形外 科災害外科学会学術集会〕 岡山 2014.4.11
- 竹下博志・長島新吾・佐藤史英・大藪 寛・吉岡 誠:65歳以上の高齢者非骨傷性頸髄損 傷について〔第122回中部日本整形外科 災害外科学会学術集会〕 岡山 2014.4.12
- 堀江直行・佐藤史英・大石久雄・大藪 寛:肩甲 帯損傷に伴う肩甲骨烏口突起骨折の治 療成績〔第40回日本骨折治療学会〕 熊 本 2014.6.28
- 大石久雄・堀江直行・佐藤史英・大藪 寛:手術 療法を施行した坐骨結節剥離骨折の1 例〔第40回日本骨折治療学会〕 熊本 2014.6.28
- 平岡延之・佐藤史英・大石久雄・大藪 寛・堀江 直行・長島新吾・竹下博志・吉岡 誠・ 白井幸裕:スポーツ活動中に両側脛骨 近位骨端線損傷を生じた1例〔第6回 日本関節鏡・膝・スポーツ整形外科学 会学術集会〕 広島 2014.7.24
- 堀江直行・佐藤史英・大石久雄・平岡延之・長島 新吾・竹下博志・吉岡 誠・白井幸裕: 悪性軟部腫瘍と鑑別を要した、膝関節 部に発生した巨大なびまん型色素性絨 毛結節性滑膜炎の1例〔第6回日本関 節鏡・膝・スポーツ整形外科学会学術 集会〕 広島 2014.7.24
- 久本和史・佐藤史英・大石久雄・平岡延之・堀江直 行・長島新吾・竹下博志・吉岡 誠・白 井幸裕: 当院における大腿骨ステム周 囲骨折の治療経験〔第34回滋賀県整形 外科医会学術集会〕 大津 2014.11.22
- 長野心太·久本和史·佐藤史英·大石久雄·平岡 延之·堀江直行·長島新吾·竹下博志·

吉岡 誠・白井幸裕:再発を繰り返した環指末節骨 osteoid osteoma の1例 [第34回滋賀県整形外科医会学術集会] 大津 2014.11.22

藤井 俊・久本和史・佐藤史英・大石久雄・平岡 延之・堀江直行・長島新吾・竹下博志・ 吉岡 誠・白井幸裕:Bosworth型足関 節脱臼骨折の3例〔第34回滋賀県整形 外科医会学術集会〕 大津 2014, 11, 22

脳神経外科

- 塩見直人・岡田美知子・平泉志保・大槻秀樹・日 野明彦:重症くも膜下出血に対する緊 急減圧術(シンポジウム)[第19回日本 脳神経外科救急学会 総会・学術集会] 富山 2014.1.11
- 日野智博・塩見直人・岡田美知子・平泉志保・大槻 秀樹・新井直幸・橋本洋一・岡 英輝・ 日野明彦・中村隆志:超緊急減圧術が 奏功した小脳出血の1例〔第109回近 畿救急医学研究会〕 京都 2014.3.1
- 藤井 俊・塩見直人・岡田美知子・平泉志保・大 槻秀樹・新井直幸・橋本洋一・岡 英 輝・日野明彦・中村隆志:乳幼児頭部 外傷のCT施行基準〔第109回近畿救急 医学研究会〕 京都 2014.3.1
- 塩見直人・岡田美知子・平泉志保・大槻秀樹・新 井直幸・橋本洋一・岡 英輝・日野明 彦:乳幼児頭部外傷のCT施行基準〔第 37回日本脳神経外傷学会〕 東京 2014.3,8-9
- 岡 英輝・新井直幸・橋本洋一・日野明彦・小関 宏和・糟谷英俊: 当院における前額部 皮膚切開の工夫〔第7回日本整容脳神 経外科研究会〕 福岡 2014.4.19
- 塩見直人・岡 英輝:乳幼児頭部外傷のCT施行基 準と初期診療方針(シンポジウム)〔第 42回日本小児神経外科学会〕 仙台 2014.5.29

日野明彦: 術中血管損傷の対策〔第73回日本脳神 経外科学会総会〕 東京 2014.10.9

岡 英輝: 当院における脳動脈解離の分析〔第73 回日本脳神経外科学会総会〕 東京 2014.10.9

Hino A, Oka H, Hashimoto Y, Arai N, Matsui H, Echigo T, Fujii A, Shiomi N, Matsuura J, Yang T: Ultraearly emergency embolectomy for acute occlusion of the internal carotid artery and middle cerebral artery 〔第9回世界脳卒中会議〕 イスタンブール 2014.10.23

皮膚科

- 花田圭司・若林祐輔・藤井明弘:ファブリー病の 父娘例〔第434回日本皮膚科学会 京滋 地方会〕 京都 2014.3.15
- 若林祐輔・花田圭司・馬場正道・加藤元一:Myxoin-flammatory fibroblastic sarcomaの1例 〔第435回日本皮膚科学会京滋地方会〕 京都 2014.6.28
- 花田圭司・池本千花:血清MMP-3値を指標に治療 した多中心性細網組織球症の1例〔第 438回日本皮膚科学会京滋地方会〕 京都 2014.12.20

眼 科

米田浩子・外園千恵・稲富 勉・横井明彦・木下 茂:結膜扁平上皮癌の治療における5-FU点眼の有効性の検討〔角膜カンファ ランス2014 第38回日本角膜学会総会 第30回日本角膜移植学会〕 宜野湾 2014.1.31

耳鼻咽喉科

只木信尚:嚥下の基礎と臨床〔第18回湖南がん診 療ネットワークミーティング〕 栗東 2014.8.21

越知康子: 非喫煙者中咽頭側壁癌の一例〔第2回 頭頸部癌治療勉強会〕 京都 2014.11.8

越知康子・只木 信尚:診断まで1ヶ月を要した 喉頭異物の1例〔第33回滋賀臨床耳鼻 咽喉科セミナー〕 大津 2014.12.6

放射線科

- 三浦寛司・竹内義人・田中 治・寺山耕司・一条 祐輔・浅井俊輔・本郷文弥・納谷佳男・ 中村晃和・三木恒治: 不完全凍結によ る腫瘍増殖への影響: 腎癌臨床例での 検討〔第43回日本IVR学会総会〕 奈良 2014.6.5
- 三浦寛司・竹内義人・田中 治・寺山耕司・一条祐輔・浅井俊輔・林奈津子・楠元正志・本郷文弥・納谷佳男・中村晃和・三木恒治:腎癌に対する凍結療法後の再発例の特徴と再治療時の工夫〔第15回RFA凍結療法研究会〕 熊本 2014.8.2
- 鈴木 弦・西村 岳・三浦寛司・勝盛哲也:当院 の放射線治療現状報告〔第1回京都府 立医科大学放射線治療研究会〕 京都 2014.9.2
- Katsumori T: Uterine Artery Embolization for Symptomatic Fibroids〔第50回日本医 学放射線学会 秋季臨床大会〕 神戸 2014.9.26
- Miura H, Yamagami T, Takezawa K, Terayama K, Tanaka O, Ichijo Y, Asai S, Hayashi N, Shimomura M, Kato D, Shimada J, Takeuchi Y: CT-guided Lipiodol Marking before Video-Assisted Thoracoscopic Surgery for Small Pulmonary Lesions: Investigation of Pneumothorax and Pulmonary Hemorrhage [第50回日本 医学放射線学会 秋季臨床大会] 神戸 2014.9.26

- 三浦寛司・竹内義人・田中 治・寺山耕司・西田 香織・一条祐輔・浅井俊輔・林奈津子・ 安池政志・吉川達也・大石正勝・上田 嵩・中村晃和・三木恒治:静脈血栓塞 栓症を伴う精巣癌後腹膜転移の下大静 脈浸潤例に対する下大静脈フィルター 〔第55回日本脈管学会総会〕 倉敷 2014.10.31
- 三浦寛司:媒体凍結の基礎的検討〔第3回洛中洛 外IVR勉強会〕 京都 2014.11.18
- Muraki K, Tanaka N, Suzuki G, Ono K, Umeno H, Ogo E, Abe T: Our treatment paradigm and the application of RADPLAT for advanced laryngeal carcinoma 〔第7回喉頭温存研究会〕横浜 2014.11.22
- Miura H, Katsumori T, Ito T, Nishimura T, Suzuki G: Triaxial microcatheter method with 1.9-Fr microcatheter in DCBead® TACE for HCCs [GEST Asia 2014] 東京 2014.12.19

臨床検査科・病理診断センター

- 古田光寛・村井克之・松本寛史・片山政伸・岡島 達也・田中基夫・重松 忠・馬場正道・ 加藤元一:胃型腺癌の一例〔第73回琵 琶湖消化器カンファレンス〕 草津 2014.2.6
- 堀田結香・青木唯弥・坂田専蔵:免疫抑制・化学 療法により再活性化するB型肝炎につ いて〔第32回済生会滋賀県病院学術集 談会〕 栗東 2014.3.1
- 橋向圭介・稲葉香央理・元中 恵・大濱 愛・長 谷川健二・西野俊博・植田正己・坂田 専蔵・加藤元一・馬場正道:Hodgkin/ Reed-Sternberg (HRS) cell様細胞を含 む悪性リンパ腫における細胞像及び病 理組織像の相違〔第36回滋賀県医学検 査学会〕 草津 2014.3.9

- 沖野 孝・真鍋俊明・杉原洋行・加藤元一・馬場 正道:乳癌診療における滋賀県遠隔病 理診断ネットワークシステム (さざな み病理ネット) の発足と当院での経験 〔第67回京滋乳癌研究会〕 京都 2014.3.15
- 加藤元一・加藤寿一・馬場正道:バーチャルスラ イドにおけるH&E標本撮影条件に関 する検討[第103回日本病理学会総会] 広島 2014.4.26

(日本病理学会会誌103(1):253, 2014)

- 大澤紀之・高橋弘樹・西尾利樹・馬場正道・加藤 元一・仲山貴永:腎周囲血腫から死亡 に至ったANCA関連血管炎 (AAV) の 一剖検例 [第59回日本透析医学会 学術 集会・総会] 横浜 2014.6.15
- 古田光寛・村井克行・松本寛史・片山政伸・岡島 達也・田中基夫・重松 忠・馬場正道・ 加藤元一:SMT様に隆起し胃型腺腫の 成分を伴った胃型腺癌の一例〔第92回 日本消化器内視鏡学会 近畿支部例会〕 大阪 2014.6.21
- 若林祐輔・花田圭司・馬場正道・加藤元一:Myxoinflammatory fibroblastic sarcomaの1例 〔第435回日本皮膚科学会 京滋地方会〕 京都 2014.6.28
- 橋向圭介・植田正己・西野俊博・元中 恵・加藤寿 一・加藤元一・馬場正道:病理の業務 フロー〔第23回京都 IHE-Lab 研究会〕 栗東 2014.6.28
- 沖野 孝・龍見謙太郎・真鍋俊明・杉原洋行・馬 場正道・加藤元一:乳癌診療における 滋賀県遠隔病理診断ネットワークシス テム(さざなみ病理ネット)の発足と当 院での経験〔第22回日本乳癌学会 学 術総会〕 大阪 2014.7.10
- 伏木邦博・村井克行・古田光寛・松本寛史・片山 政伸・岡島達也・田中基夫・重松 忠・ 加藤寿一・加藤元一・馬場正道:後腹 膜に発生した脂肪肉腫の一例〔第73回

- 滋賀消化器研究会 学術講演会〕 大津 2014.7.19
- 加藤元一・加藤寿一・馬場正道:一般病院におけるバーチャルスライド利活用〔第4回 地域 ICT 利活用連携シンポジウム〕 大津 2014, 10, 18
- 植田正己・西野俊博・前田賢矢・橋向圭介・元中 恵・加藤寿一・加藤元一・馬場正道: 悪性心嚢水の一症例〔平成26年度第1 回滋賀県臨床細胞学会 疑問症例検討・ 研修会〕 近江八幡 2014.10.25
- 岡島達也・古田光寛・村井克行・松本寛史・片山政 伸・田中基夫・重松 忠・馬場正道・加 藤元一:粘膜下腫瘍の形態を呈した早 期胃型胃癌の2例〔第88回日本消化器 内視鏡学会 総会〕 神戸 2014.10.25
- 馬場正道: "がん"と "病理診断"〔済生会滋賀県病院 平成26年度第4回地域公開講座 "大人のための病院見学会"〕 栗東2014.10.25
- 竹本正和・北村憲一・加藤寿一・仲山貴永・馬場 正道:左下腹部腫瘍の一剖検例〔平成 26年度草津栗東医師会 CPC〕 栗東 2014.10.30
- 畑 久勝・古谷善澄・平野由美・駒井 和・大本 和由・西村康司・松井清明・坂田専蔵・ 中村隆志:当院における DVT 発症時 のケアのプロセスの標準化に向けた検 討〔第55回日本脈管学会 総会〕 倉敷 2014.10.30
- 橋向圭介・加藤元一・前田賢矢・元中 恵・西野 俊博・植田正己・加藤寿一・馬場正道: 細胞診 (Papanicolou 染色) 標本のデジ タル化に関する検討〔第53回日本臨床 細胞学会 秋期大会〕下関 2014.11.8

救急科

塩見直人・岡田美知子・平泉志保・大槻秀樹・日 野明彦: 重症くも膜下出血に対する緊

- 急減圧術(シンポジウム) [第19回日本 脳神経外科救急学会 総会・学術集会] 富山 2014.1.11
- 奥野史寛・山本 隆・塩見直人:病院内の非常事態に災害対応を行った事例の検討〔第 19回日本集団災害医学会 総会・学術集会〕 東京 2014.2.25
- 日野智博・塩見直人・岡田美知子・平泉志保・大槻 秀樹・新井直幸・橋本洋一・岡 英輝・ 日野明彦・中村隆志:超緊急減圧術が 奏功した小脳出血の1例[第109回近 畿救急医学研究会] 京都 2014.3.1
- 藤井 俊・塩見直人・岡田美知子・平泉志保・大 槻秀樹・新井直幸・橋本洋一・岡 英 輝・日野明彦・中村隆志:乳幼児頭部 外傷のCT施行基準〔第109回近畿救急 医学研究会〕 京都 2014.3.1
- 塩見直人・岡田美知子・平泉志保・大槻秀樹・新井直幸・橋本洋一・岡 英輝・日野明 彦:乳幼児頭部外傷のCT施行基準〔第 37回日本脳神経外傷学会〕 東京 2014.3.8-9
- 塩見直人:地域の基幹病院における旅行外来の開設―アンケート結果の分析― [第13回日本旅行医学会] 東京 2014.4.19
- 塩見直人・岡 英輝:乳幼児頭部外傷のCT施行基 準と初期診療方針(シンポジウム)〔第 42回日本小児神経外科学会〕 仙台 2014.5.29
- 塩見直人:現場への医師派遣(ドクターカーの出動)が救急患者の「たらい回し」を根絶する[第17回日本臨床救急医学会総会] 栃木 2014.6.1
- 塩見直人・岡田美知子・平泉志保・大槻秀樹・越 後 整・高須 修・坂本照夫:乳幼児 頭部外傷例の初期診療における注意点 〔第28回日本外傷学会学術集会〕 東京 2014.6.26
- 安田剛士・塩見直人・岡田美知子・平泉志保・大 槻秀樹・中村隆志:小児頭部外傷患者

- の初期診療方針とCT施行基準〔第40回 滋賀救急医療研究会〕 大津 2014.9.20
- 塩見直人:胸部、腹部のスポーツ外傷〔第42回日本磁気共鳴医学会大会 市民公開講座〕 京都 2014.9.20
- 塩見直人・中村隆志・岡田美知子・平泉志保・大槻 秀樹・梁 勉・越後 整・高須 修・坂 本照夫:滋賀県湖南地域における救命 救急センターの役割と当院の取り組み (シンポジウム)[第42回日本救急医学会 総会・学術集会] 福岡 2014.10.28
- 塩見直人・岡田美知子・平泉志保・大槻秀樹・越 後 整・高須 修・坂本照夫:小児頭 部外傷患者にCT検査は必要か?〔第42 回日本救急医学会 総会・学術集会〕 福岡 2014.10.28
- 大槻秀樹・塩見直人・岡田美知子・平泉志保・中村隆志・江口 豊・高須 修・坂本照夫:自傷行為以外の精神的疾患を有する患者の対応―精神科サブスペシャリティーを有する救急医の役割― (パネルディスカッション) [第42回日本救急医学会総会・学術集会] 福岡2014.10.29
- 塩見直人・岡田美知子・平泉志保・中川雄公・嶋津 岳:滋賀県における大阪府ドクターへ リ出動事案の検討〔第10回日本航空医 療学会〕 大阪 2014.11.15
- 塩見直人: 救命救急センター処置室における緊急 減圧術〔第32回近畿外傷診療フォーラ ム〕 京都 2014.11.29

画像診断科

- 猪飼 猛:放射線治療の歴史と概要〔済生会滋賀 県病院放射線安全管理委員会〕 栗東市 2012.1.12
- 枚田敏幸: 放射線技師が知っておきたい明日まで 待てない消化管疾患 〔滋賀県放射線技 師会平成25年度第3回学術研修会〕

大津市 2014.1.25

三輪俊弘:画像診断科内での感染予防〔平成25年度〈第32回)済生会滋賀県病院学術集談会〕 栗東市 2014.3.1

高橋 悠:トモシンセシス装置の紹介〔第51回滋 賀県放射線技師会 乳腺画像研究会〕 栗東市 2014.6.11

鰐部亜砂子:Aをねらえ!! Q&A part3〔第51回 滋賀県放射線技師会 乳腺画像研究会〕 栗東市 2014.6.11

三輪俊弘: 当院の救急撮影について〔滋賀県放射 線技師会 湖南支部勉強会〕 守山市 2014.9.16

枚田敏幸:災害時における初動対応のためのアクションカード作成について〔第30回日本診療放射線技師会学術大会〕 大分市2014.9.18

枚田敏幸:電離放射線従事者について〔済生会滋 賀県病院 衛生委員会研修〕 栗東市 2014.10.27

松井正幸:画像診断科検査の紹介〔済生会滋賀県 病院医師支援室研修会〕 栗東市 2014.11.6

疋田拓慎:低線量肺がんCTについて〔第16回関西GECT 研究会〕 大阪市 2014.11.8

看 護 部

寸田 佳・小池千佳世・横田公恵・井上久美子・ 山田寿美・岡本サユリ:術後 XELOX 療法を受ける大腸がんの患者へのチー ム支援〔平成25年度看護部看護研究発 表会〕 栗東 2014.2.8

高橋美幸・高井萌々香・菅井智恵・喜多秀樹:ミスト洗顔法の導入による効果と課題〔平成25年度看護部看護研究発表会〕 栗東2014.2.8

神山 悠・堀留めぐみ・青井香織・寺本実加・新 井美穂・池田弥生・河野奈美子:眼科 手術の器械展開を見直して〜ガウンテ クニック法の導入について~〔平成25 年度看護部看護研究発表会〕 栗東 2014.2.8

水谷友香・大角洋子・清水かおり・川村由香理・奥野ひろみ・西村美弥子・平井里津子:ホームケアに向けた取り組み~ホームケアパンフレットの作成~〔平成25年度看護部看護研究発表会〕 栗東2014.2.8

杉原希衣・高牟禮あかね・吉田弥生・中谷 彩・坂 井愛弓・新井千明・北野 葵・前田由 記・高岡美友・植谷美知代:インフォー ムド・コンセントにおける看護師の役 割〜患者に寄り添いチーム看護をして いくために〜〔平成25年度看護部看護 研究発表会〕 栗東 2014.2.8

西村まゆみ・片岡奈央加・山本沙季・中谷潤子・ 齊藤麻莉・伊藤恵美・村田圭子・山尾 亜紀子・吉田智子:人工膝関節置換術 (TKA)における深部静脈血栓症(DVT) 予防について〔平成25年度看護部看護 研究発表会〕 栗東 2014.2.8

中嶋博吉・北濱真朱美・田中 優・梶原美希・斉 藤友香・辻 智沙都:離床センサー使用 患者の転倒転落対策についての意識変 化〔平成25年度看護部看護研究発表会〕 栗東 2014.2.8

八十田栄里・重盛恵理子・山上さおり・馬場貴子: 病棟スタッフの口腔ケア方法の実態調 査〔平成25年度看護部看護研究発表会〕 栗東 2014.2.8

高山琴音・黄金崎知子・勝木哲郎・青山慶子・細川 美鈴・山路敏江・棚田百合子・中井美 和:亜急性期病床患者における回復期 看護介入の確立に向けて~「できるADL」 を目指した看護アプローチ~〔平成25 年度看護部看護研究発表会〕 栗東 2014.2.8

赤尾真理・落合郁香・浦谷えり・鈴木知佳・松村 智子:慢性腎臓病教育入院での自己管

- 理支援~コーチング技法を用いた関わりとその有用性について~〔平成25年度看護部看護研究発表会〕 栗東2014.2.8
- 松本牧子・豊島明子・徳田ちか子・寺田理恵・三 村律子:看護師が静脈穿刺をする際の 駆血圧について〜メモリ付き駆血帯を 用いて〜〔平成25年度看護部看護研究 発表会〕 栗東 2014.2.8
- 渕上洋子・八田 梢・山口裕子・西岡信貴・木村里 美:透析看護のやりがい〜フォーカス グループインタビューにて振り返る〜 [平成25年度看護部看護研究発表会] 栗東 2014.2.8
- 北澤美沙子・吉田紀子・川村由香里・木下洋子・ 松並睦美:災害意識の向上〜全病棟一 斉連絡網訓練をおこなって〜〔第11回 日本医療マネジメント学会 京滋支部 学術集会〕 京都 2014.2.15
- 猪飼俊行・北澤美沙子:ドクターカーにおける胸 痛患者との関わりと今後の課題〔第109 回近畿救急医学研究会〕 京都 2014.3.1
- 渕上洋子・八田 梢・山口裕子・西岡信貴・木村 里美:透析看護のやりがい〜フォーカ スグループインタビューにて振り返る〜 〔第59回日本透析医学会学術集会〕 神 戸 2014.6.13
- 高井麻由子: 当院における急性期栄養管理の取り 組み~「経管栄養プロトコール」作成に 至るまで~〔第3回滋賀集中治療懇話 会〕 大津 2014.6.14
- 安田直生・河津和樹・藤原美里: 患者参加型カンファレンス導入による自立支援に向けた関わり〔第15回日本クリニカルパス学会学術集会〕 あわら 2014.11.14
- 北川篤史・北澤美沙子:ドクターカー乗務活動に おける看護師の役割とは~予期せぬ死 と直面した家族の想い~〔第40回滋賀 救急医療研究会〕 大津 2014.9.20

- 小池竜介・北澤美沙子・木村里美:病院前救急医療における心的外傷ストレス評価〜ドクターカー活動事案からメンタルヘルスケアを考える〜〔第40回滋賀救急医療研究会〕 大津 2014.9.20
- 竹中建一・北澤美沙子:家族看護〜ドクターカー 症例から考える〜 [第40回滋賀救急医 療研究会] 大津 2014.9.20
- 山元伸也・佐々木光隆・河野奈美子・増山 守: 腹腔鏡下胆嚢摘出術における器械出し 看護師の立ち位置変更による評価〔第 27回日本内視鏡外科学会総会〕 盛岡 2014.10.3



投稿規定, 投稿細則, プライバシー保護に関する指針

済生会滋賀県病院誌投稿規定

I. 投稿規定

1. (投稿資格)

投稿者は当院の職員とする. 但し、当院職員以外のものであっても、学術委員会の承認を得た場合はこの限りでない.

2. (原稿の受付)

掲載を希望する者は、投稿規定及び同細則に従って記述された原稿を、定められた期日までに学 術委員会に提出せねばならない。

3. (原稿の内容)

本誌への掲載は、原著、綜説、症例報告、看護研究、研究会、集談会などの業績記録をはじめ、 医事統計、管理に関するものなどにする。ただし学会発表とその抄録は論文とみなさない。(本院 倫理委員会が定める「症例報告を含む医学論文及び学会研究会発表における患者プライバシー保護 に関する指針」にしたがうものとする)

4. (原稿の形式)

- a. 原稿は、ワープロ (Word など) を使用して作成する (1行22字). その場合、22×20行を図表 1枚分として計算する. ファイルとその印刷物を提出する.
- b. 論文は、図表類(図、表、写真など)については別々のファイルおよびその印刷物をあわせて 提出する.
- c. 論文は、表題、著者名、所属、要旨から記述しはじめ、まえがき、目的、研究方法、材料(対象)、成績(結果)、考察、要約(結語)および参考文献のすべてにふれたものでなければならない。

5. (図表類)

図・表は、鮮明なものを添付する.

図・表の挿入箇所は、本文の右欄余白の当該箇所に赤字で「図1」、「表2」のように明記する.

6. (参考文献)

- a. 文献は投稿細則に従って記述し、本文の末尾に一括する.
- b. 文献は、本文に直接関係あるものにとどめ、引用順に通し番号を付し、本文中には、文献番号を を片カッコに入れて肩書きとして、引用箇所に明記する.

7. (校 正)

- a. 論文の校正は、二校までは著者および指導者の責任で行うが、それ以後は学術委員会に一任する.
- b. 校正は、専ら誤植などの修正にとどめ、原稿の加筆や改文などは認められない。

投稿 細 則

- 1. 1) 句読点は, , . 引用語句や文には "-" 〈-〉「-」などを用いる.
 - 2) 度量衡の単位は、本文、図表類ともcm、mg, μg, (γ), ml, mEq/L などを用いる.
 - 3) 欧文の大文字は、和文の1字分、小文字は2字で和文の1字分として計算し、正確に活字体で書く.
 - 4) 外国語で、一般的に日本語化しているものは、片カナで書く、
 - 5)薬品名は、原則として一般名を記し商品名は用ない.やむを得ず商品名を用いるときは△を肩付けとする.
 - 6) 論文のなかに頻回に反復する語句は、略語を用いてもよいが、初出のときには正式の用語を書き(以下…と略す)のように辞わせる。
 - 7) 論文の見出しのとり方は, I, II, …1, 2 … a, b, …1), 2), … a), b), … 『), 』), …のように統一する.
 - 8) 表のタイトルは上に、図のタイトルは下に記入することとする.
- 2. 論文要旨は,和文400字以内にまとめる.
- 3. 参考文献の記載は次の通りとする.
 - 1) 雑誌 著者(協同研究者は三名までとする. それ以上は, ら又は etal, とする.): 表題, 雑誌 名, 西暦年号, 巻:ページ(初 終).
 - 2) 単行本-著者(編集):著者名(版数);ページ, 出版社, 発行地, 西暦年号.
 - 例 1) 尾前照雄:高血圧症の病態と予後, 日内会誌, 1985; 74:401-415.
 - 2) Carney JA, Ryan J, Goellner JR: Hyalinizing trabecul aradenoma of the thyroid gland. Am J Surg Pathol 1987; 11: 583-591.
 - 3) 和田攻ほか(編者):治療薬ガイド-これだけは必要な治療薬の選び方,使い方,文光 堂,1991
 - 4) 進藤剛毅: 術前準備, 術前術後の合併症マニュアル, 第6巻(山村秀夫監修), pp.15-31, 日本メディカルセンター, 1984
 - 5) Strauer BE: Left ventricular wall stress and hypertrophy In: The Heart and Hypertension (ed. by Messerli FH) pp. 153-165. Yorke Medical Books, New York, 1987.

「症例報告を含む医学論文及び学会研究会発表における 患者プライバシー保護に関する指針 |

済生会滋賀県病院倫理委員会

医療を実施するに際して患者のプライバシー保護は医療者に求められる重要な責務である。一方、医学研究において症例報告は医学・医療の進歩に貢献してきており、国民の健康、福祉の向上に重要な役割を果たしている。医学論文あるいは学会・研究会において発表される症例報告では、特定の患者の疾患や治療内容に関する情報が記載されることが多い。その際、プライバシー保護に配慮し、患者が特定されないよう留意しなければならない。

以下は外科関連学会協議会において採択された,症例報告を含む医学論文・学会研究会における学術 発表においての患者プライバシー保護に関する指針である.

- 1) 患者個人の特定可能な氏名、入院番号、イニシャルまたは「呼び名」は記載しない。
- 2) 患者の住所は記載しない. 但し、疾患の発生場所が病態等に関与する場合は区域までに限定して記載することを可とする. (神奈川県、横浜市など).
- 3) 日付は、臨床経過を知る上で必要となることが多いので、個人が特定できないと判断される場合は 年月までを記載してよい。
- 4) 他の情報と診療科名を照合することにより患者が特定され得る場合,診療科名は記載しない.
- 5) 既に他院などで診断・治療を受けている場合、その施設名ならびに所在地を記載しない。但し、救急医療などで搬送元の記載が不可欠の場合はこの限りではない。
- 6) 顔写真を提示する際には目を隠す. 眼疾患の場合は、顔全体が分からないよう眼球のみの拡大写真とする.
- 7) 症例を特定できる生検、剖検、画像情報に含まれる番号などは削除する.
- 8) 以上の配慮をしても個人が特定化される可能性のある場合は、発表に関する同意を患者自身(または遺族か代理人、小児では保護者)から得るか、倫理委員会の承認を得る。
- 9) 遺伝性疾患やヒトゲノム・遺伝子解析を伴う症例報告では「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」(文部科学省,厚生労働省及び経済産業省)(平成13年3月29日)による規定を遵守する.

平成16年4月6日

外科関連学会協議会 加盟学会

日本外科学会,日本氖管食道科学会,日本救急医学会,日本胸部外科学会,日本形成外科学会,日本 呼吸器外科学会,日本消化器外科学会,日本小児外科学会,日本心臓血管外科学会,日本大腸肛門病 学会,日本内分泌外科学会,日本麻酔科学会

本指針に賛同している学会

日本肝胆膵外科学会,日本血管外科学会,日本喉頭科学会,日本呼吸器内視鏡学会,日本乳癌学会,日本腹部救急医学会

日本胃癌学会(平成16年6月4日付賛同),日本食道学会(平成16年6月24日付賛同),日本整形外科学会(平成16年9月21日付賛同)

患者の病理検体(生検・細胞診・手術標本)の取扱い指針

人体に由来する検体の病理学的検索は医学・医療にとって不可欠である。病理標本には病理解剖に由来する検体と患者の生検、細胞診、あるいは手術標本に由来する検体がある。病理解剖に由来する検体は「死体解剖保存法」(昭和24年6月)や厚生省健康政策局長名で通知された「病理解剖指針について」(昭和63年11月)に規定されている。生検、細胞診、あるいは手術標本などの病理検体の病理医による検索は診断・治療にとって重要であり、これらの検体を用いた研究は医学・医療の進歩にとって不可欠である。

本指針は病理検体の取扱い指針について、(社)日本病理学会の提案に基づいて、外科関連学会協議会が 策定したものである.

- 1. 病理検体を精度管理, 医学教育, あるいは症例報告を含む学術研究に使用することは医療者にとって本来的業務の一環である.
- 2. 病理検体は、患者から包括的同意^{注1}をとることにより、患者の特定ができない範囲において、精度 管理、医学教育あるいは症例報告に使用することができる。
- 3. 学術研究に関しては、原則として、書面によるインフォームド・コンセントが個人別に必要である. ただし、各医療施設あるいは関連学会の倫理委員会が適正と認める範囲内において、包括的同意でも遂行できる。症例報告については、外科関連学会協議会がすでに発表した指針注2を遵守する限り、包括的同意が許される。ヒトゲノム・遺伝子解析研究は三省合同の倫理指針注3に従う。
- 4. 病理診断に用いた顕微鏡標本、パラフィンブロック、写真などは保険医療機関および保険医療担当 規制(昭和32年4月30日)に規定される「診療に関する諸記録」であり、当該施設で一定期間、保 管・管理するものとする.
- 5. 病理検体を精度管理, 医学教育, あるいは症例報告を含む学術研究に使用する場合, 病理医と臨床 医は医学の発展のために同等の立場に立って協力し合う.
 - 注1: "包括的同意"とは、厚生労働省の通達「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイドライン」(平成16年12月24日付通達)を参照のこと。
 - 注2:指針とは、それぞれ日本病理学会「症例報告における患者情報保護に関する指針」(平成13年 11月26日)、外科関連学会協議会「症例報告を含む医学論文及び学会研究会発表における患者 プライバシー保護に関する指針」(平成16年4月6日)を指す.
 - 注3:三省合同の倫理指針とは,文部科学省,厚生労働省,および経済産業省の三省合同告示の倫理 指針(平成16年12月28日付)を指す.

平成17年5月10日

日本病理学会 倫理委員長: 井藤久雄 外科関連学会協議会 座長: 落合武徳

(加盟学会)

日本外科学会,日本氖管食道科学会,日本救急医学会,日本胸部外科学会,日本形成外科学会,日本 呼吸器外科学会,日本消化器外科学会,日本小児外科学会,日本心臓血管外科学会,日本大腸肛門病 学会,日本内分泌外科学会,日本乳癌学会,日本腹部救急医学会,日本麻酔科学会

本指針に替同している学会

日本肝胆膵外科学会,日本血管外科学会,日本喉頭科学会,日本呼吸器内視鏡学会,日本食道学会,日本整形外科学会

編集委員

編集長副編集務編集務局

勝盛 哲也 馬場 正道 尾関 知佳

渡邉 香織

学術・図書委員

済生会滋賀県病院医学誌

第 25 巻

平成28年11月30日発行

発 行 所 社会福祉法人關關済生会滋賀県病院

滋賀県栗東市大橋二丁目4番1号

電話(077)552-1221番

編 集 者 済生会滋賀県病院 学術·図書委員

印刷 所 宮川印刷株式会社

大津市富士見台3番18号