

ISSN 1882-2479

# 沖縄 南部医療センター・ 県立 こども医療センター雑誌

Journal of Okinawa Prefectural Nanbu Medical Center  
& Children's Medical Center

第6巻 第1号



2013年3月

## 病 院 概 要

名 称	沖縄県立南部医療センター・こども医療センター
所 在 地	〒901-1193 沖縄県島尻郡南風原町字新川 118 番地の1
電話(代表)	098-888-0123 FAX 098-888-6400
ホームページ	<a href="http://www.hosp.pref.okinawa.jp/nanbu/">http://www.hosp.pref.okinawa.jp/nanbu/</a>
開 設 者	沖縄県知事
開設年月日	平成 18 年 4 月 1 日
病 院 長	我那覇 仁
敷 地 面 積	57,278.52 m <sup>2</sup>
建 物	鉄骨・鉄筋コンクリート造 地上 6 階 高さ 43.1m 基礎免震層 建築面積 12,436 m <sup>2</sup> 延床面積 36,571 m <sup>2</sup> (84 m <sup>2</sup> /床)
駐 車 台 数	595 台(内身障者用 15 台)、駐輪場 74 台
病 床 数	434 床(一般 423 床、精神 5 床、感染 6 床)
診 療 科 目	成人部門 28 科、こども医療センター17 科
政策的医療	救命救急医療、小児救急医療、総合周産期医療、離島医療支援、精神科合併症医療、障害児合併症医療
職 員 数	医師 108 看護部門 499 診療協力部門 114 人 計 721 人(平成 24 年 4 月現在)
附属診療所	8(久高・渡嘉敷・座間味・阿嘉・渡名喜・粟国・北大東・南大東)

### 表紙写真

航空撮影による病院全景

### 裏表紙写真

- |    |   |
|----|---|
| 上段 | ・ ・ 南風原町まつり (電気メス体験)<br>・ ・ 小児夏祭り (研修医 1 年次による余興)                                       |
| 下段 | ・ ・ 小児ハロウィンツアー<br>(経営課内ドクターズクラーク)<br>・ ・ 出前講座<br>(講師 院長 in がじゅまるの家)<br>( 裏表紙撮影 : 城田隼人 ) |

## 理念・基本方針

### 理念

- 1、私たちは、県民がいつでも受診できる安心・安全な医療を提供いたします。
- 2、私たちは、患者の人権を尊重し、思いやりの心を持って良い医療の提供をいたします。
- 3、私たちは、常に各部門が研鑽し相互に協力しあい、高度専門的な医療の提供をいたします。

### 基本方針

- 1、県民と協働し、共感・共存できる公的医療を実践します。
- 2、県民生活を守る救急医療を365日24時間提供します。
- 3、病んでいるこども達の可能性を最大限に生かせるよう努力します。
- 4、教育・研修病院として良き医療人を育成します。
- 5、病状や治療方針について、平易な言葉で十分に説明し、納得が行く同意を得るよう努力します。
- 6、病院ボランティアの受け入れを進んで行います。
- 7、県民が誇れる、県民の病院として地域交流から国際交流まで進めていきます。
- 8、沖縄県の基幹病院として職場環境に配慮し、健全経営に努めます。





# 沖縄県立南部医療センター・こども医療センター雑誌

## 第6巻 第1号

### 目 次

#### < 巻頭言 >

今、私たちは何をすべきか	院長 我那覇 仁	1
--------------	----------	---

#### < 特別寄稿 >

我が国ならびに琉球大学医学部教育改革の現状と課題	琉球大学医学部附属病院地域医療システム学講座 小宮 一郎	4
--------------------------	------------------------------	---

#### < 原著 >

23 価肺炎球菌ワクチン接種後に特異な眼・頸部神経障害を惹起した一例	神経内科 神里 尚美	8
2008 年から 2012 年 6 月までの小児ヘリコプター搬送症例の検討	小児総合診療科 松茂良 力	13

#### < 国内外研修報告 >

日仏整形外科学会交換研修	整形外科 金城 健	18
医療メディエーター養成研修（基礎編）に参加して	総務課 宮城 次子	22
助産師外来が開設されます！	産科病棟 座波 理香子 大城 すぎの	25

#### < CPC 症例報告 >

統合失調症、向精神薬が関与した腹部コンパートメント症候群の部検例	琉球大学大学院医学研究科細胞病理学講座 病理診断科 仲西 貴也 仲里 巖	30
----------------------------------	--	----

#### < 院内活動報告 >

祝、公共建築優秀賞受賞	院長 我那覇 仁	34
看護が支える病院経営～気づき・築く・絆～	看護部 上間 美津枝	35
「皮膚・排泄ケア認定看護師 10 年間の活動と今後の展望」	医療安全管理部 皮膚・排泄ケア認定看護師 砂川 悦子	38
こどものあそびと食事～保育士の立場から～	医療保育士 佐久本 暁子	44

#### < 部署報告 >

輸血検査室紹介	検査科輸血 前泊 智秋	47
インドネシア放射線科医の IVR 研修	放射線科部長 我那覇 文清	52
PACS の夜明け	放射線技術科 田畑 浩一郎	55

#### < 臨床研修 >

当院臨床研修センター長としてやってゆきたいこと	小児腎臓科、臨床研修センター 吉村 仁志	59
学生見学感想文	琉球大学 6 年 今田 悠介	63

学生見学感想文	三重大学医学部6年	浅井友美子	64
学生見学感想文	昭和大学6年	山本真貴子	65
<b>&lt; 教育コーナー・総説 &gt;</b>			
我国の予防接種の現状とこれから	医療部長	安慶田英樹	66
沖縄県における胆道閉鎖症マスキリングの取り組みについて	小児外科	金城僚	70
<b>&lt; 研修医だより &gt;</b>			
初期研修を終えるにあたって－38歳で医者になった僕－	初期研修医2年	多田欣司	75
沖縄で研修を始めて早4年	小児科後期研修医	酒井一徳	76
平成24年度採用卒後臨床研修医			77
<b>&lt; 診療所だより &gt;</b>			
久高診療所	久高診療所	松岡恵	78
南大東診療所だより	南大東診療所	佐久川俊樹	82
<b>&lt; 随想・趣味 &gt;</b>			
南風原町のお祭りへの出展	総務課	城田隼人	84
輸血療法について思うこと	輸血療法委員会	佐久本薫	86
<b>&lt; 業績 &gt;</b>			
平成23年度 学会発表・誌上発表			88
平成23年度 看護研究学会県外・県内発表状況			110
<b>&lt; 講演会・院内研修リスト &gt;</b>			
平成23年度 コアレクチャー			112
平成23年度 ハワイ大コンサルト講義			114
編集後記			116

## 巻頭言

# 今、私たちは何をすべきか



院長 我那覇 仁

はじめに

県立南部医療センター・こども医療センターは、開院してはや6年10月が経過しました。これまでの歴代の院長は安次嶺馨院長、下地武義院長、大久保和明院長です。安次嶺院長は、当院の設立に那覇病院時代から関与し、全国でも数少ないこども病院を併設する総合病院の開設、電子カルテの導入や、24時間対応の救命救急センターなどを立ち上げ、職員は新しいシステムに戸惑いながらも形をつくって来ました。下地院長は短期間ではありましたが、病院機能評価の獲得、DPCの導入などに大きな役割を果たして頂きました。しかし以前からあった県立病院の膨大な赤字財政、経営形態のあり方が問題になり、地方公営企業法全部適応でいくのか、独立行政法人に移行するのか、全県的な議論が起きました。大久保院長は、医療現場での累積赤字の解消、経営の健全化が病院の大きな使命となりました。85億円の繰入金もありますが、各県立病院の努力の結果、1) 不良債務の解消(38億円)、2) 約100億円の資金不足の解消、3) 経常収支の黒字化など、病院経営で手腕を発揮されました。当院病院雑誌に歴代の院長がどのような巻頭言を書いているか、タイトルをみると、安次嶺院長は県立南部医療センター・こども医療センターの目指すもの、下地院長は Challenge to change、大久保院長は私達の病院、と県立病院の役割、使命、改革、公僕としての病院、我々の意識の改革などについて熱い思いを述べています。これらの命題は現在でも常にディスカッションの議題になっています。

さて、6年10月が経過した私達の病院、南部医療センター・こども医療センターはこれからどのような病院を目指すのでしょうか？あるいは私達がど

う築いていかなければならないのでしょうか？以下に県立南部医療センター・こども医療センターの現状と課題を述べ、沖縄県の基幹病院として、当院だけでは無く、全県的に県立病院のあり方、役割を多角的に検討してみたいと思います。

## 1 県立病院の運営

病院経営についてこの数年間に大きな変化、取り組みがありました。経常収支では平成20年までに、多額の持続的な赤字が続きましたが、繰入金と経営努力により、平成21年度初めて黒字に転じました。しかし、平成24年度、繰入金がこれまでの85億円から59億円に縮小されました。平成24年、病院事業局は、過去3年間の県立病院再建計画の結果を基に、今後4年間を「県立病院経営安定化計画」として、1 経常収支の黒字維持、2 手元流動性の確保、3 約70億円の長期債務の返済の3つの目標と、目標を達成するために、ア収益の確保、イ費用の縮減、ウ人員体制の整備と人材の安定確保、エ効果的・効率的な設備投資、オ長期債務の縮減の5つの取り組みを発表しました。

今年度は県立病院再建計画について検証する最終年度になりましたが、先日病院事業局から、今後10年間、現在の繰入金を継続すると想定した場合、4～12億/年の経常収支の黒字化が予想されるとの試算が出されました。ただし、これには県立八重山病院の立て替え、退職給付金の引当金、消費税増税の影響などが含まれておらず、検討が必要との指摘がありました。最終の病院経営再建検証委員会において「持続的な経営健全化が達成される見込みがあるか」に関しては、検証委員会のお墨付きを得たわけでは無く「引き続き、経営改善の取り組み、入

院・外来患者の確保、人材確保および給与費比率の低減など、更なる経営改善が行われることを前提として、達成見込みがある’と報告されました。各県立病院には DPC や診療報酬改定に関わる実務的な取り組み、NPO法人病院経営支援機構との連携及び、活用など、今後の取り組みの強化が求められます。

知事は近々、経営形態を地方公営企業法全部適応でいくか、地方独立行政法人に移行するのか、最終的な局面を迎える事になります。全国自治体病院協議会理事会と‘沖縄の県立病院の現状と課題’について、意見を交換する機会がありましたが、全国の事例から見ても、都市部と、広域の離島医療圏を抱える地域では経営形態に対する考え方が異なります。また地域に適応した他の経営方法なども論じられました。しかし、沖縄県の選択がいずれの場合になろうとも、公的医療機関のミッションである‘すべての県民に対し、安全で良質な医療を提供する’と言う、本質的な医療政策が変わってはならない事は言うまでもありません。

## 2 救命救急センター

南部医療圏における救急室の役割を維持したいと思えます。当院の救急室のあり方について、これまで院内で幾度も討議されて来ました。私は救急医療は医療の原点と考えます。当院の設立にあたり、県は南部医療圏における救命救急センターとしての役割を求めました。求められる役割に対して、救急医不足、内科医師不足、ベッド数が少ない事などがありますが、今後とも使命を継続する事が必要です。

高度専門医療に専念するため1次はやめて、2次～3次あるいは3次救急医療にのみ限定すべきだとの意見があります。しかし当院は基幹型の卒後臨床研修施設として、全国から多くの前期、後期研修医が common disease, primary care を学ぶために当院に応募があります。救急室受診患者、重症患者が増加している事や病院の capacity に限りがある事もあり、1次救急患者をできるだけ減少させていくよう、地域との診療連携、メディア、フォーラム、小児救急電話相談 (#8000)、地域医療支援病院の獲得、新しく開始した出前講座など、いろいろな方策や関係者の協力を得て、社会へ、住民へ、急いで

治療が必要な救急疾患はどういったものであるか、救急医療に対する啓発を行い、コンビニ受診を抑制する様、努力したいと思います。

一方、今年度当院における、多数の救急医の離職は当院のみで無く、社会的にも大きな問題に成りました。北米に見られる ER 型の救急医療を行っている施設は全国的にも数が少なく、当院の特徴です。しかし、最近、救急医を志す若い医師の間には、自らのキャリアアップのため、ER から引き続き患者を診る事や、ICU 型、集中治療や外科など他科の専門的な勉強もしたいという要望があり、純粋な ER 型のみでは体制を維持する事が困難な事も指摘されました。救急医が一定数確保出来なければ難しい事ではありますが、現時点では基本的には ER 型を維持しながらも、他科や他院のローテート、総合内科との合流など、模索しながらもフレキシブルな対応も必要と思われます。また、数少ない救急医を病院全体、全科が連携し協力して診療を行うよう、互いにサポートし合う事は大変重要です。

## 3 成人部門

当院は基幹病院として、成人部門とこども部門の高度、先進医療を行うと位置付けられています。成人部門に於いては、循環器疾患を代表として各専門科がありますが、まだ十分に特色を発揮されていない科もあります。スタッフが十分確保されていないのもその要因ですが、如何に層を厚くし強化する事ができるか、今後の課題です。

当院に限った問題ではありませんが、内科や外科において、後期研修医が少ない事が挙げられます。フルマッチした、初期研修を後期研修医として残ってもらうには如何にすれば良いか、院内で討論会も開催されました。魅力ある研修を構築していくためにはどうすれば良いか、正念場を迎えているといえるでしょう。研修、教育改善への具体的な取り組み、他医療機関と交流、システムを変える事も必要と思えます。

## 4 こども部門

当院は全県を対象とする総合周産期母子センター、こども病院として位置づけられ、小児疾患の

最終病院としての役割があります。全国のこども病院と異なり、同一の病院にこどもと成人を対象とした医療を行うユニークな総合病院です。近年小児科の診療年齢を18～20歳に引き上げる検討がされていますが、こどもから大人まで継続して診療する医療システムは理想的です。今後は adult congenital heart disease を代表とする、成人期に達した様々な疾病を、小児部門と成人部門が協力して治療する体制作りを構築していく事が課題です。

## 5 小児集中治療

沖縄県で最初の PICU を開設した事により、小児の重症例の救命率が飛躍的に向上した事は県内外から高く評価されています。救命率向上のためには、小規模な PICU では無く、一定の病床数をもった施設がより救命率をあげる事は証明されています。

厚労省は今年から8床以上を有する PICU に対し診療報酬加算の増額を決定し、今後 PICU を全国的に展開して行く事を示しました。当院も現在の6床ではベッド数が足りず、沖縄全県や他県から搬送される重症疾患児に対応する事が困難な状況にあります。PICU のベッド増床については、新しい沖縄県保健医療計画にも盛り込まれており、行政に対し、早急に PICU を拡張すべく働きかけます。

## 6 身体合併症をもった精神疾患病棟

県が政策医療の一つとして掲げた、身体合併症を持つ精神疾患病棟は、長い間、休床が続いていましたが、今年10月、ついに14床が開床しました。全国でも数少ない、リエゾン型の精神疾患治療施設として、患者を集約し、全身的な管理を行う事により、回復の向上、入院期間の短縮など、医療関係者や県民から期待されています。

## 7 卒後臨床研修

臨床研修委員会が新たにスタートする事になり。特に病院の目標として研修、教育を大切にする事を掲げました。卒後臨床研修に関しては当院の大きな軸であり、今後とも初期研修医及び後期研修医を確保していく事は病院の将来像に大きく影響します。研修医にとって魅力のある研修病院とは何なの

か、研修後のアウトカムをどのように設定するかのプログラム作成が各科に求められます。より良き generalist を育成する事が私達スタッフの使命でもあります。研修委員会は、教育や研修の改善にも積極的に取り組み、形成的なフィードバックとして、各科の研修医とスタッフ間の双方向の評価を行う方針です。スタッフは厳しい指導の中にも、常に研修医と一緒に考えている意識を持ち続けることが重要です。またハワイ大学関連病院での4週間の研修を、新年度から南部医療センターの研修医も選考の対象になり、研修医にとって海外での研修をうける機会が与えられました。沖縄県が招聘する、多くの海外からのコンサルタントについても、スタッフや研修医の参加など、up to date の知識を獲得するためにも、最大限に活用する事が大切だと思います。また琉球大学との研修医、クラークシップの受け入れも始まり、広く当院を知ってもらうチャンスでもあります。

後期研修医の研修後の離島勤務について、研修医の足並みが揃わず、問題と成りましたが、政策医療の一つとして、島嶼県である沖縄県は卒後研修事業として予算を計上し、研修終了後は引き続き、プライオリティーとして、これらの離島や僻地（宮古、八重山、北部病院）に医師を確保するよう求めています。今回、特に後期研修医が少ない科において、研修医の確保、維持は大きな問題となりましたが、今後の対応策にいて病院事業局、福祉保健部、各県立病院と協議し、一定のルール作りとコンセンサスを得る事が必要と思われる。

## 終わりに

開院後、私達の病院はやがて7年が経過します。私達自ら掲げた、3つの理念と8つの基本方針（最初のページに掲載）を達成維持するにはまだ乗り越えなければならないハードルがあります。しかし、これまでに遭遇した救急時の病院を挙げての対応や、今年取り組んでいる電子カルテの更新など、困難な時に対する病院の総合力には大きなポテンシャルがある事を感じます。南部医療圏の基幹病院のランドマークとして“今、私達は何をすべきか”これからは皆様と一緒に考えて行きたいと思えます。

## 特別寄稿

# 我が国ならびに琉球大学医学部教育改革の現状と課題



琉球大学医学部附属病院地域医療システム学講座 小宮 一郎

ここ数年来医学部医学科の教育の在り方について、色んな議論が出てきています。しかし、教育に関与している一部の医師を別にして、多くの臨床医の先生方は今大学の医学教育がどのような曲がり角に来ているのかが全く分からないかと思えます。日本での医学教育の現状と琉球大学の現状を皆様にご紙面を借り紹介いたします。

## 1. 我が国の医学教育の現状と 2023 年問題

2012年1月にハワイ大学医学生教育ワークショップに参加し、ハワイ大学の医学部1年生との実際的な授業も経験しました。彼らは既に他大学4年を終了しており、一般に米国の医学部1年生は日本の3年生に相当するとされていますが、彼らの臨床推論能力・コンピテンス（包括的な実践能力）や医療に対する意識の高さは琉大の5年生以上と感じました。

このような現状にあって、いわゆる「2023年問題」というのがクローズアップされてきました。簡単に説明しますと、「日本の医学教育改革がないと、2023年頃には、日本の医学生は米国 ECFMG 受験資格を失う」というものです。米国・カナダ以外の医学生は ECFMG (Education Commission for Foreign Medical Graduates) に合格した上で、国家試験を受験します。国際的な教育認証機構から認証を受けた医学部（医科大学）の卒業生のみが ECFMG 受験資格を得るというもので、その期限が2023年頃になるという事で、日本医学教育のいわゆる「ガラパゴス化」が世界から指摘されている訳であります。実際に東京女子医科大学は近々認証申請を行うと聞いており、2016年頃には日本の各大学医学部・医科大学も申請できるような準備が必要とも言われています。

## 2. 琉球大学医学部生の学習状況

他方、医学部ばかりでなく、我が国の学生の学力低下が切実な問題となっています。OECD の調査では、高校生以上の日本人学生の読解力や数学的応用力の低下が顕著になり、世界でのランクを落としているとの報告がされています。医学部生の学修（最近はこの字を当てる傾向）能力低下は、将来医師としての責務遂行の上での障害となります。学力ばかりを強調するのも問題がありますが、日進月歩の医学にあって、学修意欲の継続は医師にとって最も大切であります。「〇〇大学中退」と言うのが立派な学歴になってしまう、我が国の慣習からして、医学部に入学したことで事足れりとし、「臨床推論能力・コンピテンス・医療に対する意識」という学修成果からの評価は現行では強く要求されていません。

私たちが医学生の頃は同級生から医師になる割合は70人に一人程度であり、現在は約130人に一人、近い将来は約80人に一人の状況となるとの推計があります。少子化と、医学部定員の急激な増加（地域枠新設等で2008年以降1366人増）が要因と考えられます。当然、将来の医師としての能力低下にも繋がる問題ですが、医学教育の改革にて医学生の意識改革や能力のボトムアップを図ることにより解決可能な問題でもあります。ちなみに私の小学校の同級生は約170人ですが、3人が医師になっています。その割合は高いのですが、私を含めて一人も地元に残っておらず、地域医療には全く貢献できていません。これも大きな問題ですが、議論は別の機会にしたいと思います。

琉大医学生の日常の学習時間は不足しています。医師国家試験合格率低迷の要因の一つであります。臨床実習期間中の自宅学習時間がそもそも足りませ

ん(図1、2012年の卒業生に対しての2011年6月のアンケート結果)。それでいて成績不良の学生であっても医師国家試験合格への妙な自信を持っているのが現状の琉大医学生であります(図2)。半数くらいの医学生は医学部教育が6年であるという事の認識がありません。他学部の学生が4年で卒業するのに対して、6年でゆっくりと卒業するのだという意識しかないと考えます。それまでの学生生活を引きずったまま臨床実習に参加して来ます。臨床実習期間には医師国家試験合格のための勉強をして、卒後の研修病院の情報を得る事が最大の関心事であります。

医学部5年・6年で臨床的な能力を身に付けて、卒後研修に備え、あるいは基礎医学への興味を涵養するという本来の目的意識を持った医学生ばかりではありません。医学部6年生で西日本医科学生総合体育大会(西医体)に参加するために、実習期間中も運動クラブで頑張っている学生も多く見受けられます。優勝を狙える位置にいる学生ならある程度容

認しますが、青春の思い出として大会に参加する事に情熱を燃やしている学生がかなり存在します。この事を前述のハワイ大学の1年生に問いました。全員が「信じられない」と笑っていました。彼らも仲間内や地域で運動クラブに所属することもあるとの事でしたが、「医学部の活動としてはやらない、とてもそんな時間はない」とも言っていました。これが世界的な標準かとも思います。

### 3. 国の対応と琉大医学部の対応

国(文科省)は前出の2023年問題に対して、一昨年あたりから危機感を持ち、医学教育関係者対象にシンポジウム等を開催し、医学教育改革についての方針を打ち出してきました。その過程でのキーワードとして、①参加型臨床実習(クリニカルクラークシップ)、②2023年問題、③臨床実習は全医学教育の1/3、④臨床実習期間72週などが挙げられてきました。これらに基づいた教育改革の必要性を各医学部・医科大学は痛切に感じ、卒業試験の廃止や早期の実習開始を検討し始めました。琉球大学も須加原一博医学部長の指導の下に、教務委員会が原案を策定し、教授会が今年度からのカリキュラム改革を決定しました。臨床系の講義時間を30%削除し、来年入学の学生からは大幅な基礎系授業の前倒しや早期の臨床体験、各科別の卒業試験から総合試験への統一化などを組み込む予定です。臨床実習は今年の5年生から改革し、2013年からは4年生の12月から臨床実習を開始するようになりました。現行の51週の実習期間を76週までに拡大する予定です。

しかしながら、今年になってから文科省の言い回しに変化し、「臨床実習期間72週はあくまで努力目標」とか、「2023年問題は日本だけには適用されない、開発途上国が対象だ」とか言い出して来ています。正に世界中から揶揄されている、japanizationであります。改革に着手した大学にとって梯子を外された格好です。今後の方向性は不透明ですが、琉大では既に動き出した改革でもあり、是非とも実現すべきと考えています。

### 4. 琉大医学部の卒前・卒後教育の新たな展望

卒前の医学教育の問題は、新制度下の卒後初期臨床研修とは切り離せないものです。新たな卒後臨床研修制度が2003年から開始され、大学病院を中心

図1 臨床実習期間中の自宅学習時間

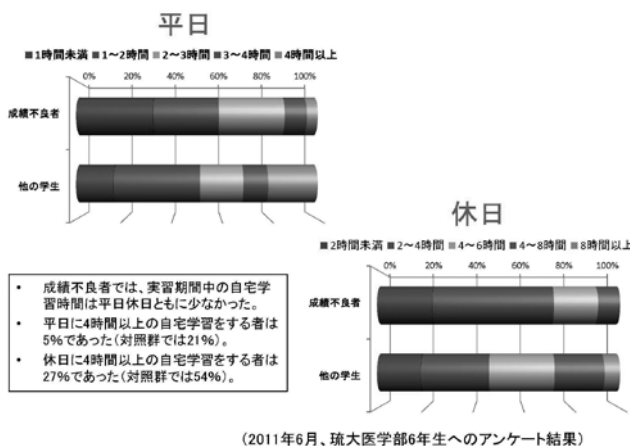
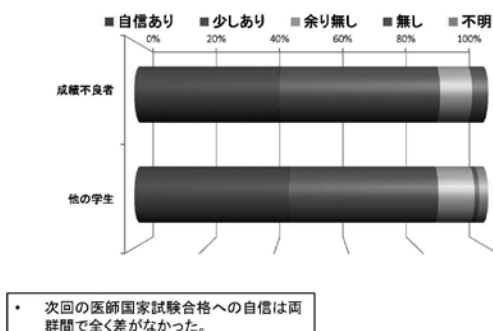


図2 次回医師国家試験合格への自信

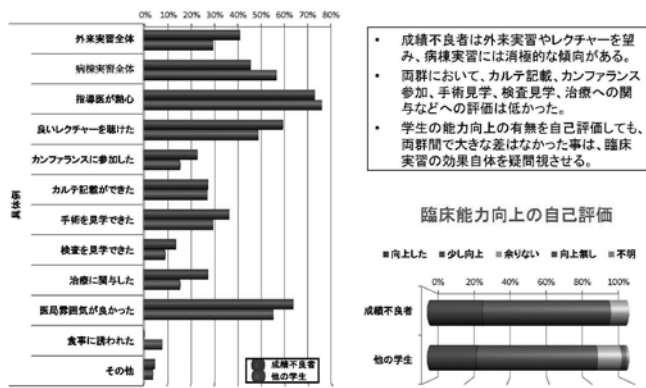




に行われて来た卒後研修が広く一般病院でも実施可能となりました。その結果、毎年60人ほどの研修医が在籍していた琉大病院では、20人程度に激減してしまいました。全国でも大学病院での研修割合は45.6%と2012年も最低を更新しました(2012年10月25日マッチング最終結果)。研修医の減少はその後の後期専門研修にも影響し、全国の大学病院やその関連病院での医師不足に拍車をかけています。琉球大学も同様であり、各臨床講座のマンパワーが足りません。

現行では、毎年4～6月の3か月間のみ上下2学年の実習期間が重なります。臨床各科においては、多忙な日常診療と研究の合間に、10～15人の実習生の教育を3か月間行うのも大変な労力を必要としています。従って、臨床実習における、学生-現場教員-医学部(教務委員会・教授会)間の意識のズレが年々拡大しているように思えます。図3に示しました「臨床各科実習の評価」のアンケート結果では、「レクチャー」などの受け身の実習を学生が好み、「カンファランス参加、カルテ記載や手術・治療への参加」は低い評価となっています。臨床実習後の臨床能力の向上を明確に実感出来た学生は20%ほどにすぎませんでした。

図3 学生による臨床実習の評価



(2011年6月、琉大医学部6年生へのアンケート結果)

このような現状を打破し、臨床実習の改革を是非とも実行しなくてはなりません。1年後に開始予定の臨床実習は4年生の12月から6年生の9月までの長丁場となります。この間、上下の2学年が重なります。すべての臨床実習を大学病院内で行うとすれば、各臨床科は一度に10～15人ほどの学生を約1年間も教育しなくてはなりません。そこで、現在

中部病院のみに依頼している、院外の臨床実習を県内の他病院にもお願いする事になりました。最近では琉大病院と県内の病院との関わりがより密接になってきていますし、琉大病院と沖縄県との協力関係も随分進んできました。既に全国80の医学部・医科大学のうち77で院外臨床実習は実施されていますが、琉球大学はより踏み込んだ協力体制を構築したいと考えました。

臨床実習の改革に当たって、県内病院(主に研修指定病院)にて琉大医学部生の一部(実習生の10～15%)の臨床実習(2週間単位)をお願いしています。各病院の診療科には1～2名の学生の実地臨床現場での実習(参加型)をお願いしました(大学病院全診療科の見学主体実習の終了後)。2012年10月から県内13病院の35診療科での臨床実習が開始され、南部医療センターにも延べ50名ほどの学生がお世話になる予定です。学生側としては、大学病院とは異なる患者さんを経験でき、一般病院側としては、個々の病院の臨床現場を学生に実感してもらえ、大学の診療科としては、7～12人程度の医学生に絞った中身のある通年教育ができるメリットがあると考えています。何よりも、大学病院で漫然として実習してきた医学部生の意識向上に繋がると考えます。このような教育改革の成果は、中期的には、本学の医師国家試験合格率に反映されると思いますし(否定的な見解もありますが)、長期的には、沖縄の医療の質的向上にも繋がるものと信じています。

他方、現行の2年間の初期臨床研修を1年間に短縮すべきとの主張が現実味を帯びてきました。そもそも、新臨床研修制度の発足に当たっては、欧米諸国からは「日本では何故医学部で教育できる範囲の事を卒後2年掛けて行うのか、何れこの制度は財政的に破綻する」と指摘されていました。国の財政難が深刻化している現状では、初期臨床研修の短縮が実現する可能性も大いにあり、この短縮の方向性と卒前教育の改革は一体化した緊急の課題となるようにも思えます。

院外臨床実習の開始に当たっては、未解決問題を抱えたままとなってしまい、多くの関係者にご迷惑をお掛けしています。医学生の能力・意識不足、感染・

その他事故への対策不足、実習内容の摺合せ不足などの他に、各病院への対価の問題、医学部内での調整や認識不足などがあります。大学外の先生方に置かれましては、突然の学生実習の話で大変混乱したかとも思います。学内においては、従来の2～3週の見学型主体の全臨床科実習を1週間に短縮して実施したため、現場にて教員も学生も混乱しました。来年からは見学型主体の実習を2週に戻し、院外病院も対象となる参加型の実習を今年より短縮する形で行う予定としました。移行期にありますので多くの不備がありますが、2年後には完成型の実習体制になるようにしたいと考えています。卒後研修医が屋根瓦方式で研修しているように、医学生も「ジュニア医学生 - シニア医学生 - 1年目研修医（ - 2年目研修医） - 指導医」といった屋根瓦方式で効率よく実習することが可能となります。

初期臨床研修においては、沖縄県・沖縄県医師会・

各臨床研修病院の協力の下に「オール沖縄」でバックアップする方向で進んでいます。2012年4月に東京で開催されたeレジフェア（医学生への研修説明会）には「オール沖縄」で取り組み、他県の施設をはるかに超えた医学生が我々のブースを訪れました（沖縄医学会雑誌 Vol.150, No.4）。現在43名在籍する地域卒の学生のうち、7名が今から2年には卒業します。彼らの初期研修に当たっては、今まで以上に「オール沖縄」で教育して行く必要があります。現在、沖縄県との間で新たな支援組織の設立に向けて協議を開始したところであり、2年後には医学生の1割以上が地域卒学生となる訳ですから、今後の沖縄の地域医療も変わってきます。同様に琉球大学で学んでいる医学生を「オール沖縄」で育てる機運も高めていくべきではないでしょうか。是非とも、琉球大学医学部学生の臨床実習に皆様のお力添えをお願いして、この稿を終えたいと思います。

原著

## 23 価肺炎球菌ワクチン接種後に特異な眼・頸部神経障害を惹起した一例

沖縄県立南部医療センター・こども医療センター  
神経内科<sup>1)</sup>、眼科<sup>2)</sup>、メディカルプラザ大道中央病院循環器内科<sup>3)</sup>

神里尚美<sup>1)</sup>、高辻健太<sup>1)</sup>、上原隆治<sup>1)</sup>、小嶺幸弘<sup>1)</sup>  
新城智子<sup>2)</sup>、新城光宏<sup>2)</sup>、山本明<sup>3)</sup>

### 要 旨

症例は75歳の女性。2012年3月某日に夫婦で23価肺炎球菌ワクチン(ニューモバックス NP<sup>R</sup>)を施注。当日より夫婦とも頭痛と眩暈を生じたが、約2週間で消退。その頃より妻のみ右方視困難、左眼瞼下垂、右後頸部痛と右小指感覚鈍麻を自覚。4週目に眼科を受診し、外眼筋麻痺と頭位偏奇を認めた。8週目に神経内科を受診し、肺炎球菌ワクチン関連の多発性神経根炎と診断、ステロイドパルス療法及び経口投与、ヒト免疫グロブリン大量静注療法を施行。24週目に症状は消失した。血清抗ガングリオシドGQ1b抗体は陰性、脳MRIで外眼筋などに異常を認めず、病因の特定はできなかった。23価肺炎球菌ワクチンの免疫応答による補体やサイトカイン、IgGなど液性因子が本例の病態を引き起こした可能性がある。

key words: 23 価肺炎球菌ワクチン、外眼筋障害、副神経性斜頸、急性神経根障害、ヒト免疫グロブリン大量静注療法。

### はじめに

超高齢者社会を迎えたわが国の高齢者の死因の第3位が肺炎で、医療・介護関連肺炎診療ガイドラインでは誤嚥の予防と共に、ワクチンによる予防を推奨している。

疫学的検討より、インフルエンザワクチンと23価肺炎球菌ワクチン(ニューモバックス NP<sup>R</sup>, pneumococcal polysaccharide vaccine: PPV23)の併用接種は、肺炎球菌性肺炎予防や死亡率の減少、及び入院回数の減少においてエビデンスレベルII、推奨グレードBと評価された<sup>1)2)</sup>。

PPV23接種後の重大な全身性副反応として急性神経根障害が頻度不明で報告されているが、誌上報告はインフルエンザワクチン接種1週間後にPPV23を接種しMiller Fisher症候群を惹起した一例のみである<sup>3)</sup>。

我々はPPV23接種当日に頭痛や眩暈など髄膜刺激症状を生じ、2週間後に外眼筋障害と急性神経根障害による副神経性斜頸を惹起した一例を経験した。

PPV23の免疫応答について文献的考察を含めて報告する。

### 症 例

症 例：75歳、女性。

主 訴：右方向が見難い、左眼が閉じる、右後頸部痛と右小指感覚鈍麻。

既往歴：13年前より冠攣縮性狭心症・発作性心房細動で塩酸ベニジピン内服。

家族歴：特記なし。

生活歴：飲酒・喫煙なし。

現病歴と入院経過(図1)：2012年3月某日に夫婦で

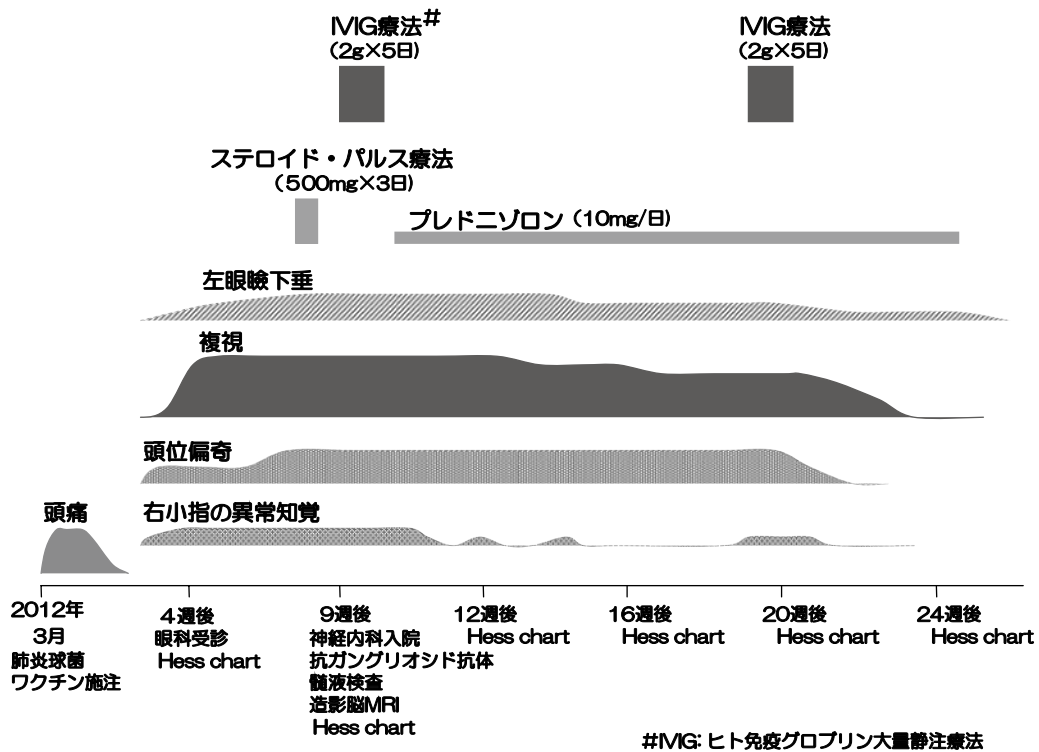


図1. 臨床経過

- 1クール目のIVIG療法後、外眼筋障害はHess chart評価で徐々に回復した。
- 2クール目のIVIG療法後に、外眼筋障害と頭位偏奇が速やかに消失した。

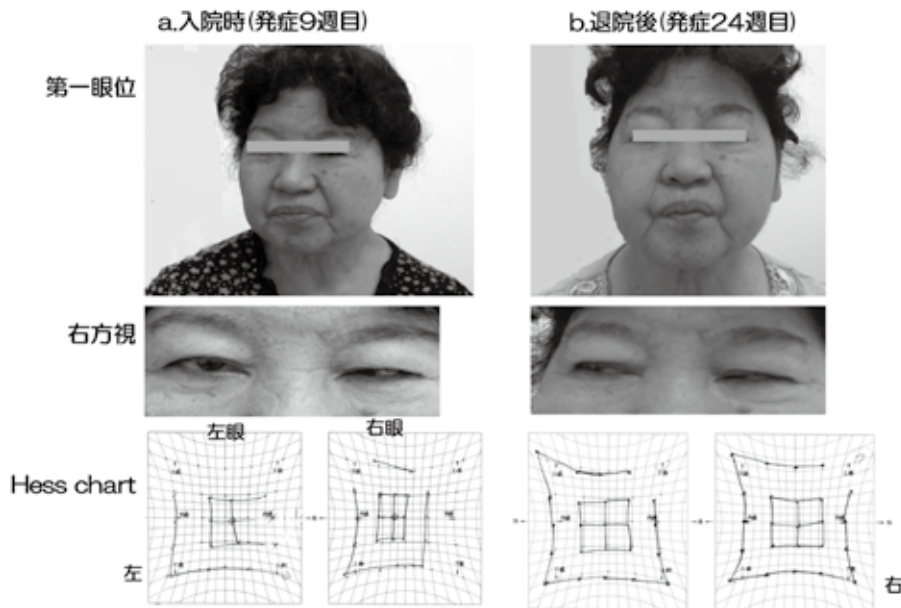


図2. 患者写真とHess chart

第一眼位で左眼瞼下垂と頭位偏奇(右回旋)を認める。  
右方視で右眼の外転制限、左眼の内転制限と眼振を認めた。

PPV23を施注。当日より夫婦ともに頭痛と眩暈を自覚したが、約2週間で消退した。その頃より妻のみ右方視困難、左眼瞼下垂、右後頸部痛と頭位偏奇を自覚した。PPV23施注4週後に当院眼科を受診し、外眼筋障害と頭位偏奇を確認。

施注8週後に神経内科を受診、右眼の外転障害、左眼の内転障害と眼振、及び上転障害を認めた。頭位は右回旋し、右方視で左傾を呈した(図2)。右肩甲帯と胸鎖乳突筋の筋力低下(MRC 3/5)を認め、その他の部位の筋力は正常であった。

表1-a. 自己抗体関連 及び 髄液検査

抗ガングリオシド抗体 (IgM・IgG)	GQ1b・GM1・GM2・GM3・GD1a・GD1b GT1b・GT1a・GD3・Gal-C 全て陰性
髄液検査	初圧1cmH <sub>2</sub> O, 細胞数 1/μl(単核球), 蛋白 33 mg/dl 細菌培養 陰性

1-b. 神経伝導検査

右正中神経	終末潜時 3.14msec, 振幅(手首)5.8mV, (肘下)5.0mV 運動神経伝導速度 54.1 m/sec F波潜時 25.4msec, 誘発頻度 19% 感覚神経伝導速度 45.5 m/sec, 振幅 7.7 μV
右尺骨神経	終末潜時 2.48msec, 振幅(手首)5.7mV, (肘下)4.4mV 振幅(肘上)4.3mV, (Erb)0.13mV 運動神経伝導速度 61.1 m/sec F波潜時 30.4msec, 誘発頻度16% 感覚神経伝導速度 46.7m/sec, 振幅 0.4 μV

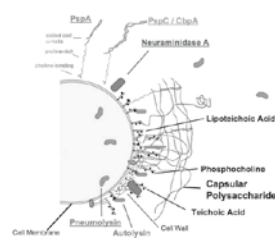
異常値

表2. 肺炎球菌ワクチンの種類と免疫応答の特徴<sup>4)5)</sup>

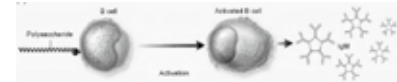
ニューモバックスNP (MSD製薬)	プレバナー水性懸濁皮下注 (ファイザー製薬)
2歳以上が対象	2カ月～9歳が対象
コンポーネントワクチン 23価荚膜多糖体	コンジュゲートワクチン 7価荚膜多糖体 無毒性ジフテリア毒素蛋白 (CRM197)
アジュバントなし	アジュバント含有
B細胞・樹状細胞に依存性 一部のPP#はMHC class IIを介し CD4 + T細胞に抗原提示される	B細胞・CD4+T細胞依存性 粘膜免疫IgAを誘導

#PP: 肺炎球菌荚膜多糖体

a. 肺炎球菌の構造



b. 感染症：補体や好中球による貪食(自然免疫)。  
B細胞による液性免疫。



c. ワクチン接種：

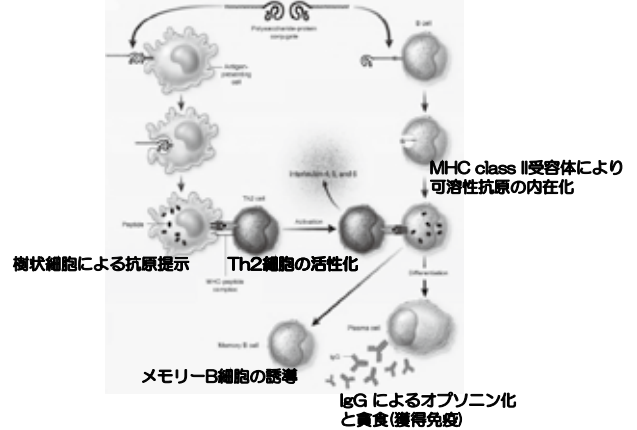


図4. 肺炎球菌の菌体構造とワクチンの免疫応答<sup>4)</sup>

a. 荚膜多糖体(PP)は病原性を示し、好中球や補体の貪食からの防御機構となる。  
 b. 荚膜多糖体(PP)はB細胞、及び樹状細胞により抗原提示される。

Pletzら<sup>4)</sup>より転載の肝諾を得て掲載。

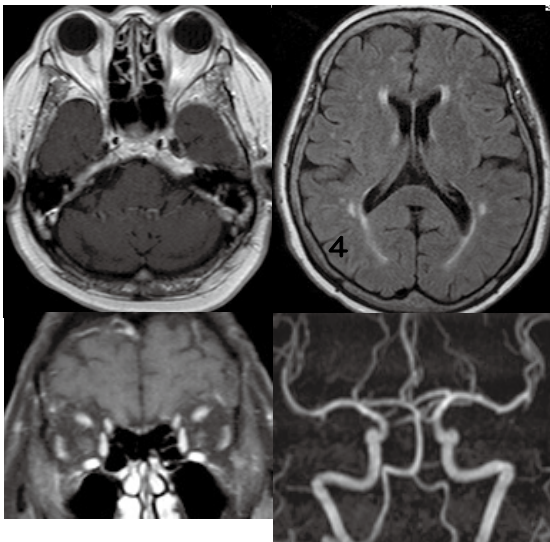


図3. 入院時の脳MRI・MRA

1, 2: T1-Gd造影画像。外眼筋肥厚や海綿静脈洞の異常陰影はない。  
 3: FLAIR画像, 4: MRA。深部白質に軽度の動脈硬化所見を認めた。

右小指で感覚鈍麻を認め、神経伝導検査では右尺骨神経感覚誘発電位の振幅低下、F波導出頻度の低下を認めたが、伝導ブロックはなかった(表1-b)。

神経障害の病因を検索したが、髄液検査や血清抗ガングリオシド GQ1 b 抗体は陰性(表1-a)、造影脳MRI で外眼筋肥厚や海綿静脈洞の異常陰影は認め

なかった(図3)。

以上より PPV23 関連の眼・頸部神経障害と臨床診断し、ステロイドパルス療法やヒト免疫グロブリン大量静注療法 (intravenous immunoglobulin therapy: IVIG) を施注。右後頸部痛と右小指感覚鈍麻は速やかに消失した。

経口プレドニン維持投与を行い、PPV23 施注後 20 週目に 2 クール目 IVIG 療法を追加した後より、

- |   |   |
|---|---|
| 1 | 3 |
| 2 | 4 |
- 外眼筋障害と頭位偏奇は速やかに消失した。  
 現在は左眼の軽度眼瞼下垂のみを残している。

考 察

本例は食事性・薬剤性アレルギーの既往はなく、ウイルス感染症などの前駆症状もなく PPV23 施注後に夫婦共に髄膜刺激症状を惹起しているが、製薬メーカーの調査において該当ロット No に関連した有害事象の報告はなかった。夫婦は小麦を原料とする素麺工場内で共に仕事をしており、環境因子に起因する髄膜刺激症状と推定した。

右外転神経・左動眼神経の障害は、脳橋の動眼神経と内側縦束の障害による側方注視麻痺とは相違する特異な神経徴候であった。

右副神経障害による一側性の胸鎖乳突筋と僧帽筋力低下は、回旋方向の頭位偏奇と筋緊張性疼痛を伴い安静臥床で軽快せず、いわゆる副神経性斜頸と判断した。

右尺骨神経の障害は、神経生理学検査で神経根部の障害が主体であった。

これらの臨床徴候から、PPV23 施注後の免疫応答による液性因子が神経根無髄部を散在性に障害したものと推定した。

PPV23 は 1988 年に 65 歳以上を対象に任意接種が認可され、以降に 2 歳以上の慢性疾患を持つ患者への任意接種が推奨されるようになった。肺炎球菌の莢膜多糖体 (pneumococcal polysaccharide: PP) は T 細胞に依存しない抗原性を示すことから、メモリー B 細胞を誘導し感染症の重症化や菌血症への進展を予防する意義がある一方で、気道粘膜での IgA 分泌は獲得せず、感染予防効果は低い(図 3、4)<sup>4)</sup>。

一方で、7 価肺炎球菌ワクチン (PPV7) は 2010 年に 2 カ月以上 9 歳以下を対象に任意接種が認可された。無毒性ジフテリア毒素蛋白を結合することにより MHC classII を介して CD4+T 細胞へ抗原提示され、メモリー B 細胞の誘導や IgA 及び IgG 抗体産生を誘導し、気道粘膜における感染防御も獲得する(表 2)。

肺炎球菌はヒトのみで鼻腔粘膜保菌状態となるが、成人の保菌率は 2 ~ 10% で<sup>4)</sup>、免疫細胞へ暴露され特異抗体が産生される。鼻腔粘膜保菌の状態、PPV23 接種や肺炎球菌感染症を来した場合、抗体産生の増強 (ブースター効果) はないとされる<sup>5)</sup>。

一方で、肺炎球菌感染症や樹状細胞ノックアウト

ト・マウスにおける実験において、PP が蛋白抗原と同様に MHC classII を介し CD4+T 細胞への抗原提示されることが示されており、メモリー T 細胞による免疫記憶を生じる可能性もある<sup>6)</sup>。

超高齢者社会を迎え、PPV23 の接種対象は高齢者を中心に今後も拡大が見込まれる中、施注後の全身性神経合併症への留意も必要と思われる。

報告にあたり患者の承認を得た。報告の要旨は第 115 回 沖縄医医師会医学会総会 (2012 年 12 月) で発表した。

抗ガングリオシド抗体を検索いただいた近畿大学医学部 楠木進先生に深謝します。

## 文 献

- 1) 池松秀之、他. 23 価肺炎球菌ワクチンとインフルエンザ HA ワクチン併用接種の有効性. 日経 CME 2012, 10: 2-4.
- 2) 松本慶蔵. 肺炎球菌ワクチンの新しい展開. 2009, 医薬ジャーナル.
- 3) Adam Thaler. Miller fisher syndrome in a 66-year-old female after flu and pneumovax vaccinations. JAMDA 2008, 9: 283-284.
- 4) Pletz MW, et al. Pneumococcal vaccines: mechanism of action, impact on epidemiology and adaption of the species. Antimicrobial Agents 2008, 32: 199-206.
- 5) Jackson LA, et al. Immunogenicity of varying dosage of 7-valent pneumococcal polysaccharide-protein conjugate vaccine in seniors previously vaccinated with 23-valent pneumococcal polysaccharide vaccine. Vaccine 2007, 25: 4029-4037.
- 6) Stephan TL, et al. Transport of Streptococcus pneumoniae capsular polysaccharide in MHC class II tubules. PLoS Pathog 2007, 3: e32, 1-11.

## Abstract

Acute polyradiculopathy with ophthalmoplegia and cervical torticollis  
provoked by 23-valent pneumococcal vaccination

Naomi Kanzato,MD,PhD;<sup>1</sup>.Kenta Takatuji,MD;<sup>1</sup>.Ryuji Uehara,MD;<sup>1</sup>.Yukihiro Komine,MD,PhD;<sup>1</sup>  
Tomoko Shinjyo,MD;<sup>2</sup>.Mituhiko Shinjyo,MD,PhD;<sup>2</sup> Akira Yamamoto,MD<sup>3</sup>.

Departments of <sup>1</sup>Neurology and <sup>2</sup>Ophthalmology of Okinawa Prefectural Nanbu Medical Center & Children's  
Medical Center, <sup>3</sup>Cardiology of Medical Plaza Daido Central Hospital

The patient was a 75-year-old woman with no allergies to food or vaccination and no prodromal viral infection who suffered from headaches for two weeks after receiving a 23-valent pneumococcal vaccination (PPV23). Four weeks later, she developed visual difficulties on the right sides and ptosis of the left eyelid as well as muscle tenderness of the neck and hypesthesia of the little finger, both on the right side. She was admitted to our hospital at nine weeks after the vaccination and received steroid pulse therapy followed by intravenous immunoglobulin therapy (IVIG), reducing the neck tenderness and finger hypesthesia. She was further treated with prednisolone (10 mg/day) and a second IVIG treatment at 20 weeks, resulting in the rapid recovery of the ophthalmoplegia and cervical torticollis. Laboratory data including the GQ1b anti-gangliosid antibody and other autoimmune parameters were all within the normal range, and Gd-enhanced MRI revealed no abnormal changes in the ophthalmic muscles or cavernous sinus. We clinically diagnosed her as having acute polyradiculopathy induced by PPV23. The frequency of an adverse effect of PPV23 resulting in acute radiculopathy has not been previously described, although a case report of Miller-Fisher syndrome after a simultaneous flu and PPV23 vaccination has been reported. Acquired humoral immunity for PPV23 requires B cells and dendritic cells independent of CD4<sup>+</sup>T cell. On the other hand clinical and experimental data indicate that pneumococcal polysaccharides (PP) can be presented to CD4<sup>+</sup>T cells with MHC molecules. We hypothesized that memory T cells against PP might have been involved in the polyradiculopathies in the present case.

Key words: 23-valent pneumococcal vaccination (PPV23), ophthalmoplegia, cervical torticollis, acute polyradiculopathies, intravenous immunoglobulin therapy (IVIG).



原著

# 2008年から2012年6月までの小児ヘリコプター搬送症例の検討

沖縄県立南部医療センター・こども医療センター

小児総合診療科 松茂良力

救急科 林峰栄、神山佳之、荘司清、西竜一

要旨：小児ヘリコプター搬送症例の現状を救急科データベースより後方視的に検討した。2008年4月1日から2012年6月30日までの、15歳以下70例を対象とした。搬送形態は自衛隊機44例、ドクターヘリ26例であった。夜間搬送症例は16例であった。発災現場よりの搬送はなかった。紹介医療機関所在地は県内43例、県外27例であった。搬送28日以内死亡は1名であった。当センターの小児ヘリコプター搬送の特徴は、高度機能医療施設医療圏の拡大と捉えられた。ヘリコプター搬送により、生命予後の改善を認めた症例がほとんどであった。

Key words：小児、ヘリコプター搬送、救急、医療体制、地域医療

## はじめに

当センターは、子ども病院を併設した総合医療センターとして2006年4月開院した。ER型救命救急センターを有し、24時間365日成人と子どもの救急疾患とヘリコプター搬送症例の治療にあたっている。2011年度ヘリコプター搬送統計は79件/年（成人+小児）であった。

県都那覇市を含む約70万人を医療圏とし、全病床数は434床、小児病床数は90床（一般小児54床、NICU30床、PICU6床）で、専門医療を行う完結型こども病院として、県内外から搬送される重症児の管理を行っている。

当センターの小児ヘリコプター搬送の現状を調査し、その特徴を明らかにすること、また地域の特殊性を考慮しながら問題点を明らかにすることを目的として検討したので、ここに報告する。

## 対象

2008年4月1日から2012年6月30日までの4年3ヶ月間に、当センターへ、ヘリコプターで搬送

された15歳以下小児症例を対象とした。対象症例は70例であった。

## 方法

救急科データベースを基に、患児背景とヘリコプター搬送関連情報について後方視的に検討した（図1）。患者背景として、性比、疾患内訳、入院病棟、救命救急センター（以下ERと略する）より帰宅した症例、搬送28日以内予後を検討項目とした。ヘリコプター搬送関連情報として、紹介医療機関所在

（図1）

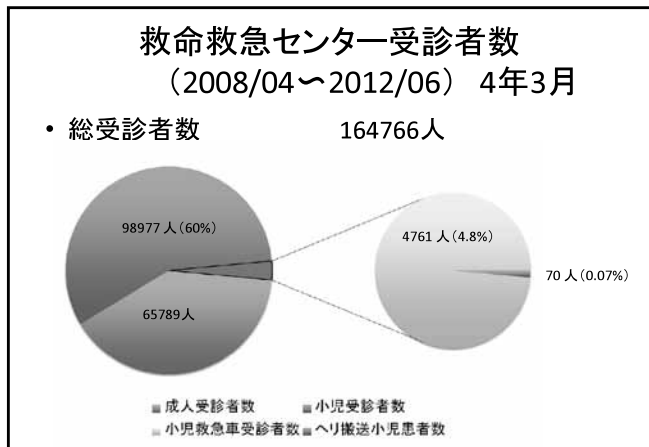
項目	
・ 患者背景	・ ヘリ搬送関連情報
- 性比	- 紹介医療機関所在地
- 疾患内訳	- 搬送時間帯
- 入院病棟	- 搬送形態
- ERより帰宅した症例	- 搬送件数
- 搬送28日以内予後	- 挿管下搬送件数

地、搬送時間帯、搬送形態、搬送件数、挿管下搬送件数を検討項目とした。搬送時間帯の夜間の定義は、ドクターヘリの飛行時間帯外である17時00分から8時30分ではなく、今回の検討では天候上日没に相当する20時00分から5時00分とした。

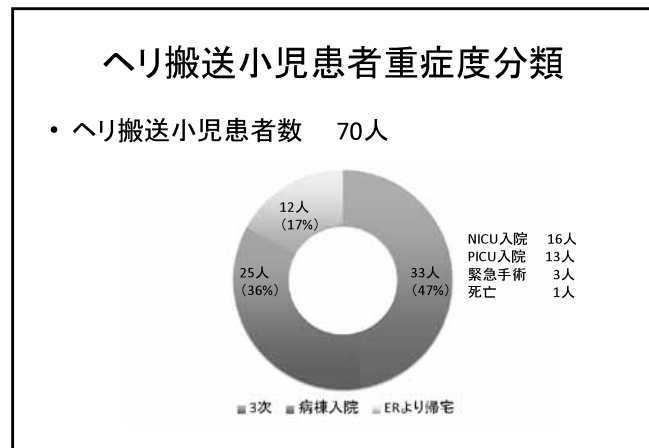
## 結果

対象期間中の救命救急センター総受診者数は164,766人で、小児受診者数は98,977人(約60%)であった。救急車による、小児搬送者数は4,761人(4.8%)で、その内ヘリコプターによる搬送者数は70人(0.07%)であった。それぞれの関係を図に示す(図2)。

ヘリコプター搬送小児患者重症度分類の結果を図に示す(図3)。3次医療は33人(47%)で、その内訳はNICU入院が16人、PICU入院が13人、搬送後24時間以内緊急手術が3人、搬送28日以内死亡が1人であった。一般病棟入院は25人(36%)であった。ERより帰宅となったのは12人(17%)



(図3)

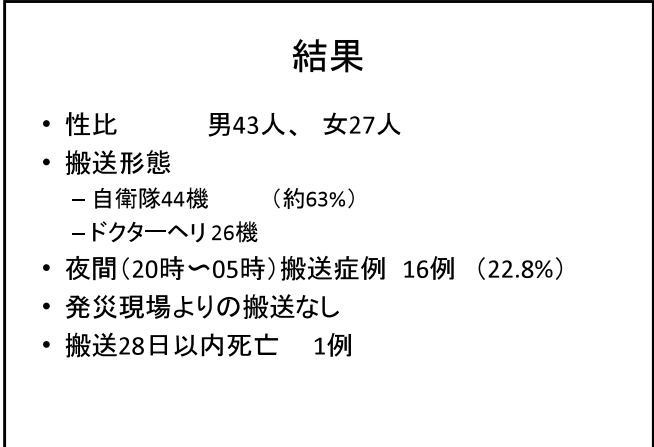


であった。

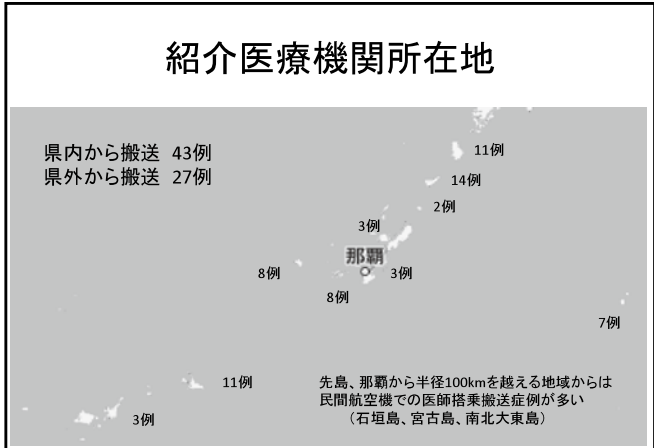
その他の患者背景やヘリコプター搬送関連情報などの結果を図に示す(図4)。性比は男43人、女27人であった。搬送形態は自衛隊機43機、ドクターヘリ27機で、夜間搬送症例数は16例であった。発災現場よりの直接搬送はなかった。搬送28日以内死亡は1例だった。死亡例はヘリコプターで母体搬送中、ヘリコプター内分娩となり、ヘリコプターと救急車内で蘇生を行うも心肺停止となった症例である。NICU入室17日で永眠された。

紹介医療機関所在地の結果を図に示す(図5)。県内からの搬送が43例、県外からの搬送が27例であった。那覇から半径100kmを越える先島や南北大東島からは、今回のヘリコプター搬送の検討とは別に、民間航空機を用いて医師搭乗下搬送された症例も存在した。

ヘリコプター搬送疾患の内訳を図に示す(図6)。内因系が59例(84%)、外因系が11例(16%)だった。外因系疾患を検討すると、溺水2例、食道異物2例



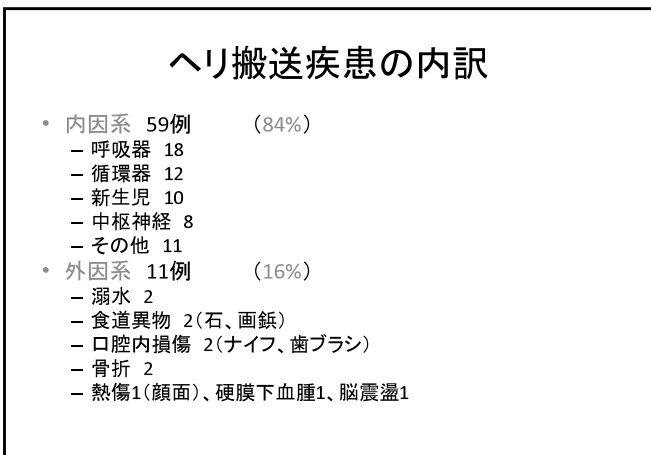
(図5)



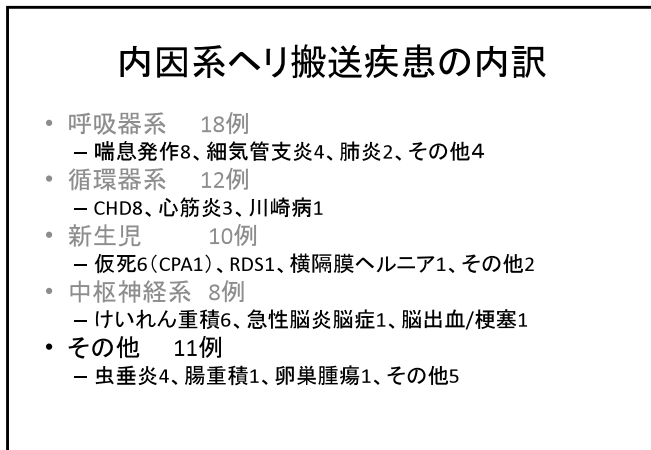
(石、画鋏)、口腔内損傷2例(ナイフ、歯ブラシ)、骨折2例、熱傷1例、硬膜下血腫1例、脳震盪1例であった。

次にヘリコプター搬送疾患で内因系疾患の内訳を図に示す(図7)。呼吸器系18例、循環器系12例、新生児10例、中枢神経系8例、その他11例であった。これら疾患の中で、日常診療で予防可能な疾患は喘息発作と痙攣重積の一部だけであった。内因系疾患といえども、成人救急と異なり、感染症や先天性心疾患、周産期疾患が主で急速に進行する小児救急疾患の特徴を示していた。

挿管下ヘリコプター搬送件数を図に示す(図8)。8例(11.4%)認められ、県内から3例、県外から5例搬送されていた。全例NICUまたはPICUに入院しており、ERから退院帰宅できた症例はなかった。夜間ヘリコプター搬送症例の内訳を図に示す(図9)。16例認めた、3次医療は8例(50%)であった。14例が内因系疾患であった。腸重積、重症仮死、喘息発作による急性呼吸不全など治療までの時間が

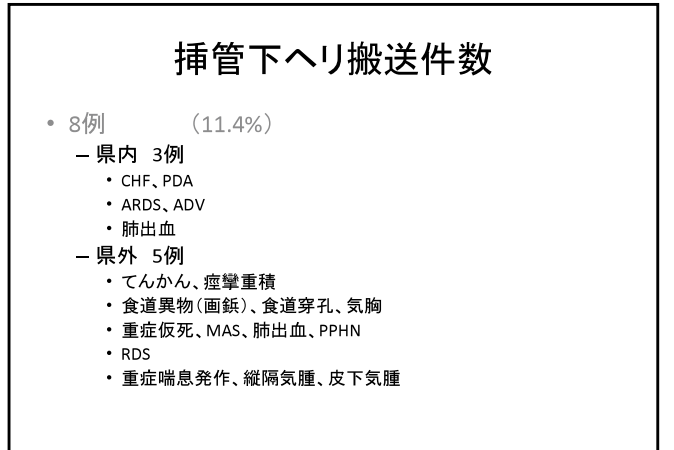


(図7)

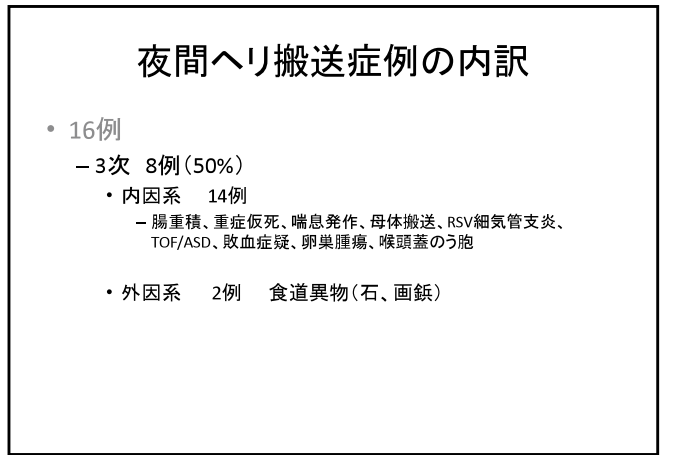


予後因子となる疾患が含まれていた。外因系疾患では食道異物が2例含まれていた。特に画鋏の症例は食道損傷、縦隔気腫、気胸を起こしており重症であった。

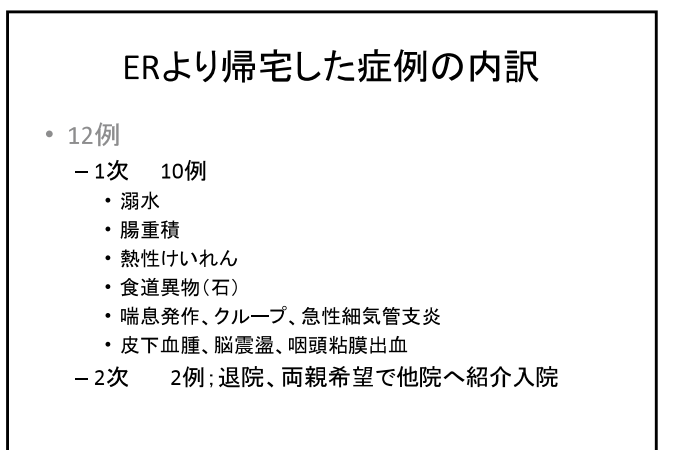
ERより帰宅した症例の内訳を図に示す(図10)。12例認め、全例1次医療であった。ただし2例は離島からヘリコプター搬送という背景もあり、両親希望で他院へ紹介入院となっている。溺水や脳震盪、



(図9)



(図10)



咽頭粘膜出血は ER で治療、経過観察後に帰宅できた症例であった。

## 考 察

ヘリコプター搬送は、1943 年戦争で負傷者の救命率を高めるため使用され始め、欧米諸国では 40 年以上も前から実用化されてきた。米国ではベトナム戦争で多数の負傷兵をヘリコプターで救出し、1972 年デンバーでヘリコプター救急が始まった。ドイツでは 1970 年にアウトバーンでの自動車事故死を減らそうと開始された。いずれも死亡者を大幅に減らし、予後の改善を認め、今日のヘリコプター救急へと続いている。本邦では阪神淡路大震災に、ヘリコプター搬送を現場に持ち込み、初期治療開始時間の短縮に役立った。

厚生労働省は 1999 年からドクターヘリの試行的事業を開始し、救命率の向上と予後の改善という実証を得て、2001 年からドクターヘリが本格的に稼働した。2007 年 6 月に「救急医療用ヘリコプターを用いた救急医療の確保に関する特別措置法」が成立し、医療法にドクターヘリが組み入れられることになり、沖縄県を含む全国 12 ヶ所でドクターヘリシステムが構築された。

沖縄県立南部医療センター・こども医療センターは 2006 年 4 月の開院以来、24 時間 365 日成人とこどもの救急疾患とヘリコプター搬送症例の治療にあたっている。2008 年 4 月から 4 年 3 ヶ月間の小児ヘリコプター搬送症例の検討を行い、二つの注目すべき特徴が明らかになった。

一つ目は発災現場への出動が全くなく、診療所・病院間搬送が専らであったことと、二つ目はヘリコプター搬送疾患の内訳で、内因系疾患が 84% と多かったことである。

元々ヘリコプター搬送は前述のように歴史的経緯から現場出動が基本出動形態である。消防防災ヘリコプターが配備されている他県では、発災現場への出動が病院間搬送より多いと報告されている<sup>1)</sup>。こども病院の統計でも、直接現場からの搬入が皆無ということはない<sup>2)</sup>。沖縄県は消防防災ヘリコプターが配備されておらず、離島と本島間の患者病院間搬送は自衛隊とドクターヘリが担っている。

これら二つの特徴の原因として元々小児では外因系疾患が少ないということもあるが、離島診療所や離島基幹病院で内因系疾患の初期治療ができて、ヘリコプター搬送されていたことが大きいと思われる。今回のヘリコプター搬送小児患者重症度分類からも 3 次医療が 47%、2 次医療が 36%、両方で 83% となっており、更に高次医療を求めての搬送であったと考えられた。

成人を対象としたヘリコプター搬送疾患の内訳では交通事故の救護、労働災害、自然災害といった外因系疾患が約 50% である<sup>3)</sup>。本邦のドクターヘリによる小児重症患者の病院間搬送の統計では、救命救急センターからの搬送が多いことから、外因系疾患のヘリコプター搬送が多い<sup>4)</sup>。小児内因系疾患は小児科医が診療することが多いが、多発外傷、溺水、熱傷などの外因系疾患は患者がこどもであっても救命救急センターで診療されることが多い。ヘリコプター搬送、特にドクターヘリは救命救急センターに配備されており、現場出動を基本として活動しているため、他県の小児科医は内因系疾患が重症化した場合の病院間搬送手段として、ヘリコプター搬送ができること知らないことが多い<sup>5)</sup>。

沖縄県では離島を多くかかえる地理的条件と、ドクターヘリが導入される以前から自衛隊機による搬送の歴史があったこと、離島診療所で実際に小児診療に携わっている医師たちが小児も診療できるよう小児科トレーニングを終了した救急プライマリー医師たちであるということが、内因系疾患の病院間搬送件数が多い背景にあると推察される。

問題点として、実際の診療現場では民間航空機で搬送されている症例がかなりあり、今回の検討が病院間航空搬送の全体像を反映していないことである。民間航空機搬送の場合、医師が搭乗するとしてもある程度病状を落ち着かせる必要があり、結果として高次医療開始まで時間がかかっている。

発災現場への出動がないことも問題点として浮き上がってくる。将来の災害医療に備えて、搭乗スタッフの基準制定とそれに基づいた養成ができないことである。

最後に今回の検討では、離島からの母体搬送後に、当センターで出産し NICU へ入院となった症例が

把握できていない。今回の検討が離島からの航空搬送を介した周産期医療の全体像を示していないことを付け加えておく。

当センターでは2010年2月からPICU専属医の勤務開始以降、県内重症患児の集約化が進み実死亡率の低下を認めている。しかし他県のPICU施設と比較すると直接搬送患児の割合は低い<sup>6)</sup>。PICUへ直接入室となる重症患児は呼吸循環不全であることが殆どで、離島を多く抱えるといった地理的条件の適応だけでなく、本島内においても陸路より短時間で患児搬送を可能にするヘリ搬送をPediatric Chain of Survival (小児救命の連鎖) の手段の一つとするシステム作りが必要である。

本論文の要旨は第10回九州・沖縄小児救急医学研究会(2012年8月 鹿児島)と第75回沖縄小児科学会(2012年9月 沖縄)にて発表した。

## 参考文献

- 1) 益子邦洋：平成17年度厚生労働科学研究事業、ドクターヘリの実態と評価に関する研究報告書。2006年3月。
- 2) 静岡県立こども病院診療実績。http://shizuoka-pho.jp/kodomo/kamoku/picu/jisseki.html
- 3) 小濱啓次：ドクターヘリ，45-46，Medical Science社，東京，2007。
- 4) 桜井淑男：全国アンケート調査からみた主要な小児医療機関の集中治療の現状。日小誌。109:10 - 15，2005。
- 5) 武井健吉：ドクターヘリ，138 - 139，Medical Science社，東京，2007。
- 6) 水野裕美子：小児集中治療科6年の歴史。沖縄県立南部医療センター・こども医療センター雑誌，5：42 - 47。2012

## 国内外研修報告

# 日仏整形外科学会交換研修



整形外科 金城 健

### はじめに

2010年度には仙台への国内留学、東日本大震災被災、そして2011年秋にはフランス留学と慌ただしくも充実した経験をさせて頂きました。整形外科の少ないスタッフのなか快く送り出して下さった上原敏則整形外科部長、栗国敦男小児整形外科部長先生には心から感謝申し上げます。また病院経営の観点からは留学に反対してもおかしくない大久保和明前院長にも留学実現に多大なサポートを頂きました。この場を借りて改めてお礼申し上げます。

2011年9月から3ヵ月間、「小児整形外科」の研修のためにフランス国内3施設で研修させて頂きました。研修医や若手医師が最も知りたい事の一つである「留学に至るまでの経緯」を交えて御報告致します。

### フランス留学のきっかけ

2010年の日本小児股関節研究会の懇親会で髭がチャームポイントの岡山県旭川療育園青木清先生(写真1:左から2番目)とたまたま隣になりました。懇親会では「髭の話」で盛り上がり、髭の手入れに使用するト



写真1

リマーも二人とも同じものを使用している事がわかりました。その後二人で三次会に行きワインを二本空けてしまいました。その当時は仙台赤十字病院に国内留学していたので、後日病院に直接電話を頂き日仏整形外科学会の交換留学プログラムの応募を勧められました。なんと青木先生は日仏整形外科学会の役員だったのです。チャンスはどこに転がっているかわからないことを、身をもって知った経験となりました。その後は書類選考後に大阪での面接を経て、結果「合格」となり、留学させて頂くチャンスを頂きました。

### SICOT 2011 (国際整形災害外科学会) : Prague, Czech Republic

フランス研修が始まる前週に、SICOTがチェコ共和国のプラハで開催されました。仙台での仕事が運良く演題採用されたので参加しました。SICOTでは3年に1度開催される第6回 International clubfoot congressに参加し演題発表しました。演題は「Radiological results after the treatment of idiopathic clubfoot - Comparison of Ponseti method and Complete Subtalar Release-」で先天性内反足のギプス矯正法であるPonseti法と広範囲軟部組織解離術のX線治療成績を比較した報告をしました(写真2)。プラハの町はかつての共産圏の匂いを感じさせる雰囲気もありましたが、世界遺産に登録されていて中世ヨーロッパの面影が残った町並みでした。

### フランス留学日程

訪問先病院はパリ市内の小児病院2施設訪問後、フランス整形外科学会に参加し、マルセイユの小児

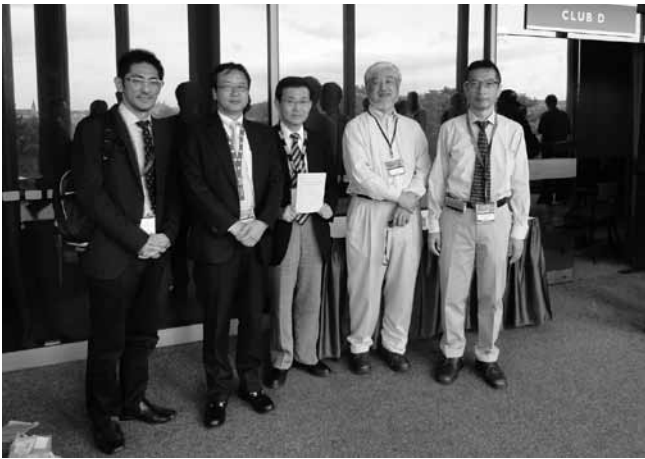


写真2

病院に移動する日程でした。私は先天性内反足をはじめとする小児足の外科に興味があり、小児足の外科分野を中心に小児整形外科全般の研修をさせて頂くスケジュールを組んで頂きました。北米を含む英語圏で行われている医療は論文で目にする機会が多く、英語圏外のフランスの医療でまだ日本に紹介されていないギプスや手術が多いのではないかと感じていたので、そこに注目して研修に望みました。

#### Hôpital Necker Enfants Malades : Paris

2011年9月12日より3週間、最初に訪れた研修先はエッフェル塔から程近い位置にある Hôpital Necker Enfants Malades で、受け入れを手配して下さったのは1994年にフランスからの交換研修医として来日した Prof. Philippe WICART (写真3) でした。フランス小児整形外科足の外科・股関節のオピニオンリーダーで、今回の研修で最も影響を与えてくれた一人となりました。朝8時開始のカンファレンスから外来や手術、外勤先まで毎日親切に



写真3

アテンドして下さい、ランチも常に一緒に毎回ごちそうして下さいました。外来は先天性内反足、外反扁平足、凹足、DDH、麻痺性疾患、側弯症と多岐にわたり、専門分野以外の疾患も丁寧かつ的確に診察されているのが印象的でした。手術は脚延長、垂直距骨、大腿骨外反骨切り、側弯症手術、骨腫瘍に対する大腿骨全置換術とバラエティに富んでいました。

最も印象に残ったのは凹足に対するギプス矯正でした。小児の凹足に対する治療は軟部組織分離術や骨切りなどの外科的治療が一般的で、ギプスでの矯正は見たことも聞いたことも無かったので目から鱗の治療法でした。2011年のEPOS(ヨーロッパ小児整形外科学会)で演題発表されていますが、まだ論文にもなっていない治療法を目の当たりにできた経験は貴重でした。帰国後に6歳男児 Charcot-Marie-Tooth 病の凹足に対してギプス矯正を行い、良好な経過を得て手応えを感じています。これまでの治療では凹足変形は手術をしても再発を繰り返して追加手術を繰り返す症例も少なくなく、今後はこの新たなギプス矯正法で柔らかくて痛みのない足を保ちつつ適切な年齢までタイムセービングし、最低限の手術で対応できる可能性があり、症例を重ねて学会で報告していきたいと考えています。Hôpital Neckerでの研修が終了した後も Prof. WICART とはメールでの交流を続けて、自宅にも御招待して頂きました。奥様の手料理とシャンパンやワインを頂きながら、様々な話を通して実直で温かな人柄に触れる機会を得たことはとても貴重でした。

#### Hôpital Robert Debré : Paris

続いて10月上旬から5週間、パリ19区にある Hôpital Robert-Debré で研修させて頂きました。受け入れを手配して下さったのは2004年にフランスからの交換研修医として来日された Dr. Brice ILHARRBORDE (写真4:左) でした。高度の側弯症症例にもダイナミックでの確かな手技で研修医と二人で颯爽と手術をこなし、英語が堪能で滞在中もなにかと世話を焼いてくれ、私がフランス語で理解できてないことを察すると英語で要約してくれるなど、良く気の利く青年医師でした。研修最後の日に



私と同じ年であることがわかり驚愕しました。手術は側弯症が多く、麻痺性疾患、足部変形、大腿骨頭すべり症、膝蓋骨脱臼と多岐にわたっていました。最も印象に残った手術は5歳以上の先天性内反足再発症例に対する踵骨骨切り術でした。この手術は距骨下関節直下の踵骨を背側凹状カーブ状に骨切りして、距骨に roll in している踵骨と距骨の関係を矯正する手術です。2007年のJPOで紹介されている方法ですが日本ではほとんど知られていない手術の1つです。一見すると距骨下関節には手をつけないため術後の関節拘縮や関節症性変化を起しにくいと思われそうですが、骨切りによる力学的な変化や軟部組織のバランス変化により距骨下関節や近傍の関節に影響を及ぼすのは明らかで、長期成績を見極める必要性を感じました。

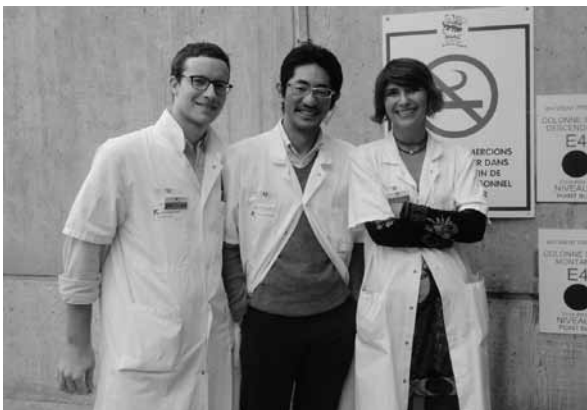


写真4

#### SOFCOT 2010 (フランス整形外科学会) : Paris

パリ滞在中の11月7日～11日までSOFCOTがあり、参加しました。(写真5)フランス語の聞き取りに苦労することはありましたが、スライドが理解を助けてくれました。小児整形外科分野のセッションが充実しており、Hôpital Neckerでお世話になったProf. WICARTが教育研修講演の講師で、講演のスライドも頂き、凹足に対するギブス矯正を日本で追試したい旨を伝え、今後も連絡を取り合って再会を誓いました。

#### パリでの生活

パリに滞在する期間が長かったので、じっくり美術館巡りをすることができました。1つの絵を理解するにはその絵画が描かれた時代背景や歴史を知る必要があります、またヨーロッパの歴史＝ヨーロッパ宗



写真5

教の歴史を理解する必要性を感じ、時間をかけて学ぶチャンスを得たことは幸せで、このことは今後の人生を豊かにしてくれるものとなりました。休日にはStrasbourg、Beaune、LyonやIle de Franceの町を訪れました。パリはヨーロッパの中心に位置しており、高速鉄道(TGV)やLCCで安価に短時間に訪れる事ができます。パリ滞在中にはルクセンブルク、ベルギー、イタリア、スペインなど各国を旅する事ができました。各地で留学されている同世代の先生(写真6:パリの日本食レストランにて)と交流したことが私のモチベーションを刺激し、よい出会いとなりまた掛け替えのない思い出となりました。

#### Hôpital de la Timone : Marseille

SOFCOT終了後、私がパリを離れる前日に順天堂大学整形外科の本間先生(写真6:右)に送別会を開いてもらい朝方まで飲んでマルセイユ行きのTGVに乗り遅れそうになったのは良い?思い出となりました。コートが欠かせないくらい寒かったパリからTGVで3時間ほどかけてマルセイユに到着。地中海に面した気候の穏やかな港町で、大都市のわりには高層ビルなどほとんどなく、素朴な港町を漂



写真6

わせる町でした。

Hôpital de la Timone は成人と小児の病院が一緒になった病院で、当院と似たような環境の病院でした。受け入れを手配してくださったのは Prof. Gérard Bollini で、研修中は主に Prof. Jean-Luc JOUVE のもとで小児整形外科を研修しました。手術はやはり側弯症が多い病院でしたが、Sprengel 変形や Blount 病などこれまでの病院では見ることの出来なかった手術を経験でき、2 週間の短い研修期間でしたがとても有意義な研修となりました。院内には Gait Lab を併設していました。Gait Lab は脳性麻痺などの麻痺性疾患の評価やアウトプットに必要な施設ですが、コストや人材などのソフト面の問題から日本ではまだ数カ所しか導入されていません。POSNA(北米小児整形外科学会)のホームページでも麻痺性疾患に対する評価、アウトプットの唯一の客観的指標として推奨されており、歩行分析の必要性を感じました。最も印象に残ったのは Dynamic EMG で、運動時に下肢筋各々の表面筋電図を計測し解析することで主動筋と拮抗筋の協調性異常を検出することができ、その結果を根拠にボトックスを投与する筋肉を決定していました。帰国後に渉猟し得た限りでは日本で Dynamic EMG を臨床応用して報告したケースはなく、是非当院でも導入し臨床研究を計画して報告出来ればと考えています。

#### クロアチアでの再会

フランスを離れて帰国する前にクロアチアを訪問しました。2010年の秋に、アメリカのボルチモアで開かれた、「Baltimore Limb deformity course」に参加して、たまたま仲良くなって毎晩飲んでいたので、クロアチア出身の Igor(写真7)でした。仙台で東日本大震災に被災したときに真っ先にメールをくれた一人です。そのときのお礼も兼ねてザグレブを訪問し、歓待を受けました。週末にはザグレブ郊外にある奥様の実家にお招きいただき、泊りで野生のイノブタ料理をごちそうになりました。また野生の豚がとれたとのことで約300kgの自家製ソーセージ作りを体験させてもらいました(写真7)。まさに一人ウルルン滞在記で、良い経験となりました。



写真7

#### 英語圏外への留学の意義

英語圏で行われている医療は論文等から把握可能で、英語圏以外の国で行われている特殊な治療や医療システムは実際に訪れることでしか得られません。また第二外国語が英語同士だと、お互いの英語が poor でもなんとか理解し合えるため、英語圏外の国への外科系留学はメリットが多いと考えます。

#### おわりに

フランスでは宗教の安息日が大いに影響しているとはいえ、休日をのんびりゆっくり過ごす時間を大切にしています。Grasse matinée(朝寝坊)の後に、近くのマルシェに買い出しに行き、天候によってその日の行動を気の向くままに決めている人が多いように感じました。24時間いつでもどこでも物が入る日本の環境は果たして幸せな環境なのであるのかと疑問を感じざるを得ませんでした。便利な世の中であればあるほど、人々はそれに慣れきってしまい社会問題となっている「コンビニ受診」の解決の糸口は見えないままなのかもしれません。帰国後の日本では忙しい毎日が続いているのですが、のんびり過ごしたフランスでの生活を思い出して、充実した日々となるようにより一層努力したいと思います。

フランスでお世話になった Prof. WICART、Dr. Brice、Prof. JOUVE をはじめ、多くの日本人留学生の先生、そして素晴らしく貴重な経験をさせて頂いた日仏整形外科学会会長大橋弘嗣先生、役員の先生方、スタッフが少ないなか留学への背中を押してくれた南部医療センター・こども医療センター整形外科上原敏則部長、小児整形外科栗国敦男部長に厚くお礼申し上げます。Merci beaucoup!

## 国内外研修報告

# 医療メディエーター養成研修（基礎編）に参加して

総務課 宮 城 次 子

はじめに

私には聞き慣れない「医療メディエーター養成研修」が平成24年6月23日から6月24日の2日間、おもと天久の杜ふれあいセンターで行われました。その報告をさせていただきます。

正直な話この研修を受講するように言われたとき戸惑いを感じました。長年勤めてきた職場は医療の現場とはほど遠く、全く無縁であり、職種が一般事務だったからです。

南部医療センター・こども医療センターには職員が数百名もいるので、この研修を受けるのに相応しい職員は私以外に大勢いるだろうと思いました。そして何よりもこの研修を受けて理解できるだろうかと不安が増していきました。

とはいえ私の職務の中に院内外からのクレーム対応がありますし、メディエーターは医療者側でも患者側でもない中立の立場で行うものであるとの説明を受け、研修に参加することにしました。

研修内容

これまでは基礎編を受講する要件として、導入編を修了した者に受講資格が与えられていましたが、今年から事前に自己学習することで受講要件を満たすことになったそうです。

事前に2時間の導入講義動画を聴講して、不安と期待の中いよいよ研修初日を迎えました。受付を済ませると、事務局側で既に3名ずつのグループ分けがなされていました。私は呉屋さんと譜久原さんの3名で席を同じくしました。2人とも非常に気さくで、話しやすかったので、これまでの緊張が一気にほぐれた感じがしました。

研修には県内の公立、市立、私立の各医療機関の職員30名程が参加しており、職種は看護師、ケースワーカーが多数を占めていました。

講師は和田仁孝先生（早稲田大学大学院法務研究科教授）と、中西淑美先生（山形大学医学部准教授）です。司会の講師紹介によると、医療メディエーター推進者である和田先生と中西先生が揃って講師を務めるのは希なことであり、ゴールドコンビと呼ばれているとのことでした。

はじめに和田先生による総論イントロダクションで「メディエーションとは何か？」という講義が進みました。

### 1. 医療メディエーションの定義

医療メディエーションとは、患者側と医療者側の対話を促進することを通して情報共有を進め、認知的コンフリクトの予防・調整を支援する関係調整モデルである。

### 2. 医療メディエーターの定義

医療メディエーター（医療対話仲介者）とは、患者側と医療者側双方の語りを、いずれにも偏らない位置で共感的に受け止め、自身の見解や評価・判断を示すことなく、当事者同士の対話の促進を通して情報共有を進め、認知的コンフリクトの予防・調整を支援する役割を担う人材である。

メディエーションを学ぶ上で必要な言葉の説明は以下の通りです。

○コンフリクト…ある事象に対する認知が相容れないかたちで存在している状態を指し、多くの場合、利害（経済的利害や政治的利害など）や価値観の対立する状態として定義されている。よって、コンフリクトへの対応をコンフリクトマネジメントという。

○認知フレーム…物の見方や考え方

- ポジション……表面の主張や対立の争点
- インタレスト…本当に求めている関心利益や  
価値・要求・奥にある欲求
- イシュー………トラブルの争点

初めて聞く言葉の意味を理解するのも大変ですが、先生は容赦なく講義を進めていきます。特に中西先生は少しの時間もムダにしないという強い熱意の表れなのか、どんどん声は大きく早口になります。私たち生徒は、先生の講義内容を理解しようと必死です。しかし私たちの顔が無表情に見えるのか、先生は何度も何度も「わかりますか?」と確認してきます。その上追い打ちをかけるように質問を浴びせてきます。

このような状態の先生は「デビル中西」と呼ばれているとのことで、私も思わず納得しました。先生の鋭い口調に圧倒されて、誰一人質問をしません。「沖縄の方は非常におとなしいですね」と先生に言われました。

講義の内容は以下の通りです。

#### 医療メディエーターの基本ルール

1. [共感的理解] 当事者の話を傾聴し、それに評価や批判をしない。
2. [医療対話促進者] 当事者間の対話を促すが、介入は控える。  
※メディエーターは対立する当事者に質問を投げかけることにより、双方の深層の思い（インタレスト）を見つめ直せるように、互いの情報共有を図っていく。
3. [不偏性] 当事者双方を公平に扱い、分け隔てなく対応する過程的中立性。
4. [当事者同士の対話の援助者] 当事者の言い分をもう一方に代弁しない。
5. [主導権は両当事者にある] 事実認定や、解決案の提示はしない。

#### 医療メディエーターの倫理

1. 医療機関側に「逃げない」「隠さない」「ごまかさない」の3つの真実開示の対話姿勢を求める。

2. どちらかに有利になるように意図しない。当事者同士が協調的に対話することを援助する。
3. 医療メディエーターのスキルとウィルは、両当事者を主体として展開する。
4. 医療メディエーターは対話の促進者であり、医療メディエーターが解決するのではない。

#### 医療メディエーションの適応外

1. 当事者の一方が医療メディエーターの関与を拒否した場合。
2. どちらかが暴力に訴えた場合。
3. どちらかの当事者に大きな精神的問題（境界型人格障害など）がある場合。
4. 深層の関心（インタレスト）が全く相いれない場合。  
例えば、悪意の金銭要求。
5. 医療メディエーターが医療メディエーションをやりたくないという意思がある場合。

以上、書いてきましたが、この時点で私は医療メディエーションのことをほとんど理解できていませんでした。メディエーションは言葉で1～2回説明してもなかなか理解するのは難しいです。「繰り返し読み返すことによって、正しく理解しましょう。」と先生は指導されました。

午後からの講義は、医療のどのような場面で、どのように適応できるのか、ということで、ロールプレイ中心の講義でした。

最初に紛争スタイルを知るということで、無声映画「椅子物語」を視聴しました。椅子が置かれています。そこに人間が現れ、その椅子をハンカチで拭いてから座ろうとします。その瞬間に椅子は人間をよけます。人間は尻もちをついて転びます。逃げる椅子と捕まえて座ろうとする人間の様子が続き、最後は人間が椅子に謝罪して座らせてもらうという物語でした。

椅子と人間の「動き」が、なぜ、どんな思いでされたかを考えながらポジション（表面の主張・要求）とインタレスト（主張の背景にある本当の要求など）について学習しました。

次に3人1組で医療者側と患者側、メディエーターに分かれてロールプレイをしました。メディエーション開始の基本は次の通りです。

- ①患者側を紹介し、着席してもらう。
- ②医療者側を紹介し、着席してもらう。
- ③メディエーターが自己紹介し、患者側と医療者側の両者に対して来て頂いたお礼を言う。
- ④メディエーターの役割を説明し、必要に応じてメモを取ることを両者に同意を得る。
- ⑤患者側の語りから開始することに同意して頂く。
- ⑥当事者間の対話の促進と制御、合意形成。

事例は、胃がん手術後の抗がん薬使用における紛争という設定です。私はメディエーター役としてロールプレイをしました。ところが、患者側と医療者側の白熱した演技にただ圧倒され、両者の話を聞くだけでメモを取る余裕など全くありません。当事者間の対話促進（このロールプレイにおいては、患者側と医療者側が言いたい放題のけんか状態でしたので制御するべき）どころか合意形成にはほど遠い結果に終わりました。

このロールプレイ終了後にふと思い出したことがあります。当院に着任して1週間が経過した頃のことです。

患者Aさんは当院の整形外科で手術・入院し、リハビリに熱心に励む患者さんでしたが、ある日突然「リハビリに行きたくない」「別の病院に転院したい」と訴え出ました。びっくりした看護師Bさんが事情を聞くと、リハビリ中に不愉快な思いをしたからというものでした。Bさんは自分1人に対応させるには不安があったのでしょう。地域医療連携室の看護師Cさんに対応していただきました。

ロールプレイでただ聞いているだけだった私と違って、看護師Cさんは的確な対応をしました。具

体的には、自己紹介に始まり、患者本人の言葉で十分に語ってもらい、メモを取りながらの十分な傾聴、インタレストに沿ったイシューの探索、話し合った内容を確認し、医療者側との話し合いの結果報告の日時を約束するなどです。所要時間は1時間程でした。対応のすばらしさに感激したものです。

後で知ったのですが、看護師Cさんはすでにメディエーター研修を受講されたベテランメディエーターなのでした。

研修2日目は講義とロールプレイを3回しました。患者役と医療者役、そして最後にメディエーター役を体感的に理解していくことができました。メディエーター役をした初日時より随分落ち着いて両者の怒りを傾聴することができましたが、相手のポジション（表面的な主張）にとらわれず、インタレスト（怒りの奥にある不安や後悔）に目を向け、その感情を受け止め、言葉に表すというメディエーションの難しさを改めて感じました。

今後は研修で得た知識を当院に還元できるよう日々努力していくつもりです。

以上簡単ではありますが、研修の報告といたします。

おわりに

私たち事務職員は数多くある行政機関を3年ごとに異動していく宿命にあります。新たな仕事に取り組む際は戸惑いが大きく、とても大変なことです。そこで得た知識や経験がこれからの人生の中でいざれ役立つであろうと信じることで頑張れると思います。この「医療メディエーター研修」で得た知識も必ず役立つであろうと思いますが、その機会に恵まれないことを祈るばかりです。

## 国内外研修報告

# 助産師外来が開設されます！



産科病棟：座 波 理香子  
大 城 すぎの

日本看護協会は、平成16年度より助産師職能委員会において助産師が自立して助産ケアを行う体制の検討をし、助産外来・院内助産所の普及を推進している。妊娠した瞬間から、誕生してくる子どもを育むために生活を通じて心身を整え、家族と共に誕生を迎える準備をする女性とその家族に不安を与えてはならない。そこで、助産師の本来の業務である妊娠や分娩の経過を観察し、家族と共に妊産婦に寄り添い、助産ケアを提供する仕組みをどのように構築していくかが求められ、助産システムの検討が行われてきた。その流れに沿って当院でも平成24年12月に助産師外来を開設することとなった。

開設に当たり、平成24年7月19日～20日の2日間、東京都清瀬市にある日本看護協会看護研修学校での「安全・安心な妊娠・出産を支える助産外来・院内助産の開設と運営～開設の企画・実践能力の獲得～」の研修に参加した。研修内容は以下の通りである。

### 1 助産外来・院内助産の開設・実施（総論）

講師：福井トシ子（日本看護協会常任理事）

#### 1) 母子保健の動向

分娩施設の減少により、高度医療施設に分娩が集中している。また、分娩の減少により産科病棟の混合化が加速しているため、保健医療福祉へのアクセスに対する不公平が問題となっている。全ての妊産婦に助産師のケアが必要であるが、病院と診療所の出産がほぼ半々であるにも関わらず、産婦人科医師数・助産師数は病院に偏在している。現状をみると診療所では経膈分娩の割合が多く、

「低リスク」「中リスク」が中心であるため、助産師が主体的に助産ケアを提供し、活躍できる場であることがわかる。

2) 看護・助産サービス提供のための組織づくり  
「院内助産」とは、分娩を目的に入院する産婦及び産後の母子に対して、助産師が主体的なケア提供を行う方法・体制をいう。殊にローリスクの分娩は助産師により行われる。

「助産外来」とは、妊婦・褥婦の健康診査並びに保健指導が助産師により行われる外来をいう。

組織づくりを行う際に新たな問題が発生するケースが多いが、その問題を誤ったとらえ方をすると的外れな解決策が作られ、実行するが何も解決しないという悪い連鎖が生じる（例えば、人間関係を良くするのが目標ではなく、妊産婦へ良いケアを提供するのが目標である）ため、まずは問題と解決策を切り離して考えることが大切である。

組織作りを行う基本は「ミッション（理念）」であり、この理念に向かって各部署の戦略が立てられ、その戦略に向かって関係する人々が個人の目標を持って活動していくことが重要である。また、ミッション（理念、あるべき姿）を関連職種と共有することは経営戦略を立てる上で重要である。なぜなら、ミッションに到達するにはビジョン（近い将来なりたい姿）と現状のギャップを把握し、そのギャップを埋めるために各部署がどのような努力をしなくてはならないかが分かるからである。具体的には、助産師として「あるべき姿」とは何かを考えて医師へ伝える。そうすることで、医師も私達助産師が何を目標にしているのかが分

かり、協働しやすくなるのである。

### 3) 院内助産システム開設準備、運営企画・実施・評価の方法

SWOT分析やPPM分析などの手法を使い、組織分析を行うことで現状を客観的に捉

えることが出来る。実践の評価は①助産ケア対象者からの評価、②ケアの提供者の評価、③質評価専門家からの第三者評価などがあり、それぞれの評価を総合的に捉え判断する。

## 2 助産外来・院内助産の運営におけるリスクマネジメント

講師：北原り子（杏林大学医学部附属病院／医療安全管理者）

講師より、安全は存在しない。リスク（危険）のみ存在する。よって、「すべきこと」を遅滞なく行うこと、「してはならないこと」をしないこと。これらが満たされていれば、結果が悪くても、患者側・医療者側とも、最終的には納得できるのではないかという投げかけがあった。

### 1) 産科医療保障制度について

産科医療保障制度は平成21年1月1日に医療機能評価機構で設立された制度である。対象は、分娩が原因で発症した重度脳性麻痺児であり、経済的な補償と脳性麻痺の原因分析・再発防止を目的としている。

講師は、実際に起こった産科医療保障制度の対象となった事例の原因分析報告書がインターネットで無料で閲覧できることを紹介しており、容易に、私達がすべきことを知ることができる貴重なリソースであるため、閲覧して欲しいと強く訴えていた。また、日本産婦人科学会の診療ガイドラインや日本産婦人科医会の母体安全への提言2010も必ず閲覧して欲しいということであった。これらのガイドラインに沿って助産ケアを実施することは妊産褥婦の安全を守ることに繋がる。

### 2) 助産外来・院内助産に必要な医療安全管理

#### (1) 基本的な考え方

医療事故の直接的要因の多くは人間の過ちであり、人は間違えるという前提に立って取り組むこ

とが重要である。また、各病院の医療安全管理体制が基本であり、それに基づいて部門のリスクマネジメント体制を整備し、医療安全管理指針を作成する。

#### (2) 対策のための組織

病院長⇒医療安全管理室⇒リスクマネジメント委員会⇒周産期関連リスクマネジメント委員会、各部署など

医療事故や問題が発生した場合の報告、連絡、相談経路や対処方法は実践レベルで具体的に示し、助産外来・院内助産を実践するスタッフに周知させておく必要がある。そうすることで事故の発生は0にできなくても不適切な対応は0にできる。

## 3 助産外来・院内助産の実施報告

### 1) 事務部門として

講師：中村達也（愛仁会高槻病院／事務部長）

院内助産院開設への課題として、①ハードの整備、②法的な問題、③広報、④経営的課題の4つがあった。

### 2) 看護管理者として

講師：山田泰子（愛仁会高槻病院／看護部長）

#### ①院内助産院解説の主軸となる考え方

医師不足に対応するものではない  
助産師本来の役割責任を果たす



自然分娩（正常産）を支える  
助産師だからこそできる  
医師との分業と協働

#### ②院内助産院の理念

産婦に寄り添う  
安全・安心なお産を目指して  
・妊産褥婦とその家族に対して「相手の立場になる」  
・院内助産院に関するすべてのものが相互に相手の立場になり、寄り添い、支えあう

#### ③看護の役割

経営基盤の安定 = 看護の質向上  
実践者は患者が満足する良質の看護サービス



スを提供することであり、看護管理者はその環境を整えると共に職員の育成を行う

#### ④めざす助産師像

- ・女性の一生に関わる
- ・ローリスクの妊娠分娩産褥期において自立してケアができる
- ・ハイリスクの妊娠分娩産褥期において医師との協働もとにケアができる
- ・助産師は保助看法において正常分娩の介助がおこなえる

#### ⑤院内助産院担当の医師からのメッセージ

- ・「院内助産院を開設するにあたり、助産師・医師だけでなく関わりのある部門の関係者と幾度となく会議を重ねてきました」
- ・言うまでもなく、その主導権は助産師です
- ・「助産師と医師は院内助産院開設前から周産期医療のパートナーであり、従前からの信頼関係があったことでもあります。開設に関わる数多くの会議の中でより強固な信頼関係が得られたと確信しております」

#### ⑥院内助産院解説の鍵となるもの

- ・組織としての明確な方針の提示
- ・助産師の専門性を発揮するための組織体制の整備
- ・助産師の本来業務である正常産に対する役割認識
- ・医師との役割分担の明確化、連携・協働の重視
- ・開設時のコンセプトを維持し、組織をあげた継続的な取り組み
- ・緊密な運営会議やカンファレンスを継続し質の維持・向上
- ・助産力の向上と能力開発
- ・妊産婦から学ぶ（感性）姿勢

### 3) 助産師として

講師：村田佐登美（愛仁会高槻病院／看護科長）  
社会医療法人愛仁会高槻病院で院内助産を立ち上げた実践報告を行っていた。院内助産を立ち

上げる時の看護科長の役割として、①スケジュールパス作成、②メンバーの決定、③スタッフ全員に進捗状況を説明、④次の褒章を皆で狙うことを宣言、⑤助産診断・技術への指導や夜勤帯を含めた全面的な協力を約束する（自分も腹をくくる）、⑥医師との調整の6つがあったということを話していた。また、院内助産開設後の助産師の変化として、退職者の減少・中堅助産師の成長が見られたこと、院内助産が就職の決め手になっていること、利用した妊産婦の満足度は高くそのことが助産師のやりがいにつながっているということを挙げていた。今後の課題として、院内助産の独立と助産師の技術力アップ、人材育成の強化、他病院への普及・支援活動があるということであった。

今回の研修を通して助産外来を立ち上げるためには、スタッフと何度も話し合い、理念を作り上げ、その理念に向かって何をすればいいのかという内容を関係職種も含めて共通理解することが重要だということ学んだ。どの病院も抵抗勢力はあったが話し合いをすることで乗り越えたということ聞き、私たちもこれからスタッフをはじめ、関係職種の方々としっかり話し合いを持って共通理解していく必要があると感じた。また、妊婦の安全とスタッフの安全を守るためにリスクマネジメントをどうするのか、今後基準を決めていかなければならないと痛感した。研修終了後、今回の研修で得た学びをもとに、助産師外来メンバーが一丸となって企画書（資料1）を完成することができた。その後、助産師外来基準や安全管理指針等を作成し、実際の妊婦さんに協力していただいてロールプレイも実施することができた。企画書は話し合いを進める中で助産師外来担当者を4年目以上から5年目に修正したり開設日が1カ月遅れるなどの修正を行い、最終的には現状に合った企画書になったと思う。

これまで温めてきたプロジェクトもようやく開設することができそうである。協力していただいた医師・経営課の皆様、超音波検査のモデルとして参加していただいた妊婦さんへ心より感謝いたします。

## 企画書案

## 資料 1

### 企画のコンセプト

- ・妊産婦へのサービス向上
- ・助産師専門性の発揮

### タイトル

安心して安全に楽しいマタニティライフ

### 当院の問題点

- ・身体的社会的ハイリスク妊産婦が多数で、正常分娩が少ない
- ・帝王切開率が約 48%
- ・産科病棟希望助産師の減少に伴い、看護師補充のため助産師業務が増加し、疲弊するという悪循環がある
- ・ハイリスク妊産婦が多く、医師の診療時間が長い。そのために患者の待ち時間が長くなっている

### 企画の背景

- ・県内の助産外来の普及
- ・助産師外来の開設により、正常な経過をたどる妊婦への健康診査及び保健指導を助産師に役割分担をすることで、妊婦にサービス提供の選択肢を増やす
- ・助産師が責任をもったケアを行うことで、さらなるサービスの向上につながる
- ・助産師のやりがいや士気を高める

### スケジュール

- 6月助産外来プロジェクト発足・病棟スタッフへ事業説明  
他施設見学・研修
- 7月勉強会開始  
妊婦健診業務内容検討
- 8月各課へ事業内容説明
- 9月助産外来シミュレーション開始  
広報活動
- 11月助産師外来開設

### 企画の内容

当院は総合周産期母子医療センターであり、母体搬送や紹介受診が多い。ハイリスク妊婦の中には、身体的にはローリスクだが社会的にはハイリスクな妊婦も多い。限られた診療時間内で社会的ハイリスクの妊婦のケアを行うには限界があることから、助産師外来を開設することで十分なケアが行えると考えた。

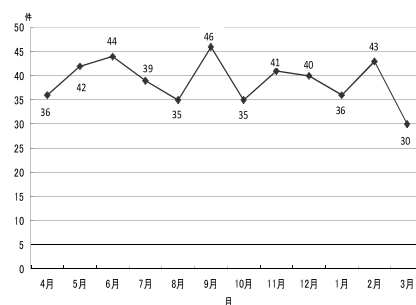
助産師が医師と協働して妊婦を診察することによって、妊婦・医師・助産師の信頼関係を築くことができ、助産師の士気も向上する。また、妊婦も信頼関係の中で安心して主体的に分娩へ臨むことができるため、助産師外来を開設することは十分なメリットがあると考えます。

妊娠期	妊婦健診、外来保健指導
産褥期	母乳育児支援、母児同室、母乳外来

質の管理：助産師経験 4 年目以上、産科病棟・MFICU、産婦人科外来、母乳外来経験のある助産師が担当する

評価方法：アンケート（妊婦、医療従事者）、カンファレンス等

### 分娩件数(H23 年度)



### 産科入院収益

### 予算

なし

## ◆ 助産師外来開設タイムスケジュール ◆

	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月
★会議予定	★6/14(木)リスク基準再点検(↑)★8/3褥婦1M検診検討 ★6/19(火)リスク基準決定(医師含む) ★6/26妊婦健診業務内容検討(★8/14妊婦健診業務内容検討④) ★7/3①の決定 ★8/21④決定 ★7/10妊婦健診業務内容検討② ★7/17②の決定 ★7/31妊婦健診業務内容検討③ ★8/7③の決定							
	<b>備考</b> ・定例会は第1、第3火曜日 17時半～医師も参加 ・資料は会議2日前までに全員に配布							
院内研修	●超音波 ●産科救急(妊婦) ●問診 ●CTG ●診察の方法 ●切迫流産・早産 ●社会福祉制度 ●体重コントロール ●貧血 ●妊娠高血圧症候群 ●栄養							
★教育プログラム	7/19,20研修(東京)							
院外研修	●事業説明(病棟Nir・Dr) ●事業説明 ・経営課 ・総務課 ・新生児科 ・院内職員 ●病院見学 6/15八重山(大城す、座波) 琉大 6/29浦総(大城す、根間)							
★その他	●進捗状況説明 (6/28) ●企画書案作成 (7/26) ※必要物品の請求案 ●広報開始 ☆11/1(木)助産師外開設							
						>		
							●1M評価	2M評価

## CPC症例報告

# 統合失調症、向精神薬が関与した 腹部コンパートメント症候群の剖検例

琉球大学大学院医学研究科細胞病理学講座 仲 西 貴 也  
病理診断科 仲 里 巖

### 要旨：

統合失調症で長期間向精神薬の服用を行っている患者が、発熱、胸水貯留で救急搬送された症例。左膿胸の診断にて胸腔ドレーン留置し抗生剤を開始していたが腹痛出現、S状結腸軸捻転の診断でCFを施行し治療していた。その後もS状結腸軸捻転を複数回繰り返し、その度にCF施行されていたが、3回目のCF施行時に心肺停止に陥った。CPRが行われ、心拍再開するも再度心肺停止となり、永眠された。

剖検では著明に拡張した腸管が観察され、組織学的には、腸管壁の神経節細胞の減少とその染色性低下が認められた。臨床的に腹部コンパートメント症候群を発症していたと考えられ、その発症に統合失調症、長期間の向精神薬の使用が関与していると推測された。文献的考察を加え報告する。

### キーワード：

腹部コンパートメント症候群、統合失調症、向精神薬

### はじめに：

腹部コンパートメント症候群 (Abdominal Compartment Syndrome; ACS) は、腹圧上昇をきたすあらゆる原因により引き起こされる致死的病態と定義されている。その原因として一般的に外傷、腹部疾患、術後状態などが挙げられるが、統合失調症や長期間の向精神薬内服の関与はあまり知られていない。今回、統合失調症で長期間向精神薬の服用を行っている患者が、発熱、胸水貯留で救急搬送され、入院中に腹部コンパートメント症候群を発症し、心肺停止となり亡くなった症例を経験したので報告する。

### I：臨床的事項

#### 症例

患者：73歳、男性

主訴：発熱、胸水貯留

既往歴：統合失調症 (1959年～)、両側大腿骨頸部

骨折に対する置換術 (2010年11月)、胆嚢摘出術

生活歴：喫煙 20本/日×50年間、アルコール：不明

家族歴：特記すべき事項なし

現病歴：20歳頃から挙動不審、意味不明な言語、幻聴の訴えがあり、統合失調症と診断されている。意思疎通・会話は可能であるが、両側大腿骨骨折に対する置換術施行後はほとんどベッド上で過ごし、移動は車椅子である。平成23年3月22日、近医より発熱、胸水貯留を主訴に紹介受診。

#### 内服薬：

リスベリドン (3) 2T/2

バルプロ酸 (200) 4T/2

トリフェジノン (2) 2T/2

ガスモチン 2T/2

入院後経過：左膿胸の診断にて当院呼吸器内科へ入院、左胸腔ドレーン留置し抗生剤を開始。3月25

日より腹痛出現、S状結腸軸捻転の診断でCFにて整復。3月31日にもS状結腸軸捻転再発し、整復。4月6日には昼の経管栄養終了後より腹部膨満と腹痛が出現、S状結腸軸捻転再々発にてCF施行。CF時のセデーション後、呼吸状態不安定となり、心肺停止に陥り、CPR施行。心拍再開するも4月7日に再度心肺停止となり、CPR施行するも反応せず、平成23年4月7日午後3時37分に永眠された。

#### 臨床的問題点：

1. 左臍胸の状態
2. S状結腸軸捻転の状態
3. 深部静脈血栓症の有無
4. 心嚢液の有無
5. 腎臓の状態
6. 腸管穿孔・壊死の所見の有無

Ⅱ：剖検所見：死後約2時間23分で解剖された。

外表所見：身長160cm、体重57.6kg。

栄養状態はやや不良。全身性の浮腫が見られ、腹部は著明に膨隆していた。胸水は右が450ml、左が50mlで、性状は膿性血性、腹水は450mlで、性状は淡黄色透明、心嚢液は126mlで淡黄色透明であった。両側後腹膜、前胸壁に気腫が見られた。腹部正中に14cm長、右臀部に11cm長、左臀部に14cmの手術癒痕。両側前腕に皮下出血。両側鼠径部にIVH穿刺痕。左側背部に潰瘍を伴う胸腔穿刺痕。胸部正中に心臓マッサージ痕あり。

消化管：空腸～S状結腸では、全体的に腸管拡張しており (figure 1)、小腸は空腸口側より1mまでは正常粘膜の残存あるも、その他の部位では粘膜消失、粘膜下出血あり。特に回盲部～S状結腸までは粘膜ヒダの消失と粘膜の菲薄化、粘膜下出血が見られる (Figure 2)。直腸は著変なし。肉眼的に、胃では小弯上部に線状出血、小弯下部に多発性潰瘍、胃体上部に点状出血あり。虫垂は切除後であった。組織学的には、全消化管の腸管壁神経節細胞の減少とその染色性低下が見られた (Figure 3)。

肺 (左452g、右402g)：左肺表面は背側中心に白色調物質の沈着あり、肺尖部～横隔膜まで壁側胸膜と線維性の強固な癒着を形成 (Figure 4)。組織学的には、両側肺に乾酪壊死を伴う類上皮細胞性肉芽腫の形成が見られ、Langhans型多核巨細胞も観察された (Figure 5)。類上皮肉芽腫内部に抗酸菌染色陽性を示す菌体が散見されたが (Figure 6)、PCRの結果では結核菌、MACは陰性であった。その他、中等程度の無気肺、肺うっ血水腫、胸膜炎の所見。

心臓 (310g)：左心室に軽度求心性肥大が見られ、心筋細胞間に軽度のリンパ球浸潤を認め、心筋炎の所見。

肝臓 (788g)：横隔膜下面と肝表面が線維性に癒着。組織学的には、グリソン鞘を中心とした軽度の壊死像。

腎臓 (右144g、左142g)：間質では軽度の急性尿細管壊死。

甲状腺 (26g)：肉眼的に、左葉に0.5cmの結節、右葉に1.5cmの結節が確認され、組織学的には、多様性・不均一性を示す濾胞構造が被膜を欠いて結節状に増殖しており、腺腫様甲状腺腫の所見。

前立腺：少量の膿瘍を認める。

その他の所見：

膵臓：ごく一部に線維化した膵組織

胆嚢：著変無し

脾臓：軽度うっ血

副腎：周囲脂肪織の膠様化

大動脈：軽度の内膜肥厚とプラーク形成

膀胱：粘膜の軽度びらんと出血

剖検診断：

1. 腹部コンパートメント症候群
2. 両側肺抗酸菌感染症
3. 左肺臍胸

4. 腔水症 胸水 (右 450ml、左 50ml；膿性血性)、  
腹水 (450ml；淡黄色透明)、心嚢液 (126ml；淡黄色  
透明)
5. 心筋炎 (軽度)
6. 後腹膜・胸壁気腫
7. 前立腺膿瘍
8. 甲状腺両葉に多発する adenomatous goitor
9. 虫垂切除後

直接死因：腹部コンパートメント症候群に起因する  
呼吸・循環不全

臨床上の問題点に対する回答：

左胸腔では肺表面に白色調物質として癒着した膿瘍が観察され、胸腔壁と左肺にて線維性の癒着を形成していた。両側肺に乾酪壊死を伴う類上皮細胞性肉芽腫の形成、Langhans 型多核巨細胞も見られ、抗酸菌感染が考えられた。PCR では結核菌、MAC ともに陰性であった。ホルマリン固定後のパラフィン組織からの PCR は偽陰性となることが当院でも経験されており、今回も同様の原因で陰性となったと思われる。肉眼的に S 状結腸軸捻転の状態確認は困難であったが、著明な腸管拡張とそれによる腹部膨満が観察された。明らかな腸管穿孔・壊死は見られなかった。両上下肢からの逆流が確認され、深部静脈血栓症の存在は否定的であり、肺動脈内の塞栓も見られなかった。心嚢液は 126ml で淡黄色透明であった。腎臓は間質にて軽度の急性尿細管壊死の所見が見られた。

### Ⅲ：考察：

腹部コンパートメント症候群 (Abdominal Compartment Syndrome; ACS) とは、腹圧上昇をきたすあらゆる原因により引き起こされる致死的病態である<sup>1)</sup>。Up to date によるとその主な原因として、外傷、熱傷、肝移植、腹部疾患、術後状態などが挙げられている。本剖検例では外傷、熱傷などの既往はなかったが、著明な腸管拡張が認められ、それを原因とした腹腔内圧上昇が考えられた。Up to date では腸管拡張を主な原因の一つとしては挙げていないものの、文献的には向精神薬、統合失調症が関連

し、2 次性偽性腸閉塞を来とし ACS を発症した剖検例の報告があり、「統合失調症」、「向精神薬」というキーワードも本剖検例と共通する<sup>2,3)</sup>。向精神薬を長期間服用した際の一般的な副作用としてはパーキンソン症候群、アカシジア、急性ジストニア、遅発性ジスキネジアなどが挙げられるが、その他の副作用として腸管壁の神経叢の変性・減少が考えられる。成因から考えると異なる疾患であるが、組織学的には Hirschsprung 病と同様に神経節細胞の減少を示す hypoganglionosis の像を呈すると思われる。すなわち、腸蠕動運動の減弱によって、イレウス状態となり、腸管拡張を来す。さらには腸管内の菌交代現象によって腸管内細菌によるガス産生が活発化し、それがさらなる腸管拡張を引き起こし、腹腔内圧上昇の一因として寄与した可能性が考えられる。その結果、下大静脈の圧迫による心臓への静脈環流の減少と、血管圧迫の結果である末梢血管抵抗の増大、更に横隔膜挙上による胸腔圧迫などが複合し、呼吸循環不全を生じ、死に至ったと考えられる。

ACS の診断は、一般的には腹腔内圧を反映する膀胱内圧の測定が有効とされている。膀胱内圧 35mmHg 以上を高度の腹圧上昇、すなわち ACS と診断し、外科的な減圧治療を直ちに行うべきとしているが、21-35mmHg の中等度の腹圧上昇でも必要があれば治療開始するべきであるとしている<sup>4)</sup>。

以上のことより、統合失調症で長期間向精神薬の服用を行っている患者が腹痛、腹部膨満を訴える、あるいは急変した場合には ACS の可能性も考慮し、鑑別のために膀胱内圧の測定を施行するのは有用であると思われる。

### 謝辞：

呼吸器科 比嘉 基先生、研修医 笠 芳紀、大原康弘先生、渋井 勇一先生と鎌田 真由美先生や CPC 参加者とのディスカッションや発表内容を踏まえて今回の報告としました。改めて感謝申し上げます。

### 参考文献：

- 1) 松田剛明 ほか：腹部コンパートメント症候群。救急医学 27, 1611 - 1614, へるす出版, 2003.

- 2) Jambet S et al. : Psychiatric drug-induced fatal abdominal compartment syndrome. Am J Emerg Med 30 : 513.e5-7, 2012.
- 3) 横山顕礼 ほか : 統合失調症患者に発症した腹部コンパートメント症候群の1剖検例. 日本消化器病学会雑誌 105, 1205 -1212, 2008.

- 4) Dietmar H et al. : The Compartment Syndrome of the Abdominal Cavity : A State of the Art Review. Journal of Intensive Care Medicine 15 : 201-220, 2000.



Figure 1 : 腸管は著明に拡張し腸管壁は菲薄化している



Figure 4 : 左肺では背部中心に白色調物質の沈着、壁側胸膜と線維性の強固な癒着



Figure 2 : 回盲部～S状結腸までは粘膜ヒダの消失と粘膜の菲薄化、粘膜下出血

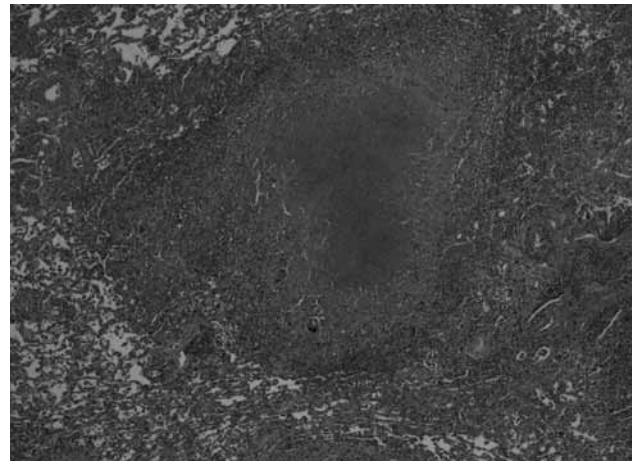


Figure 5 : 両側肺に乾酪壊死を伴う類上皮肉芽腫

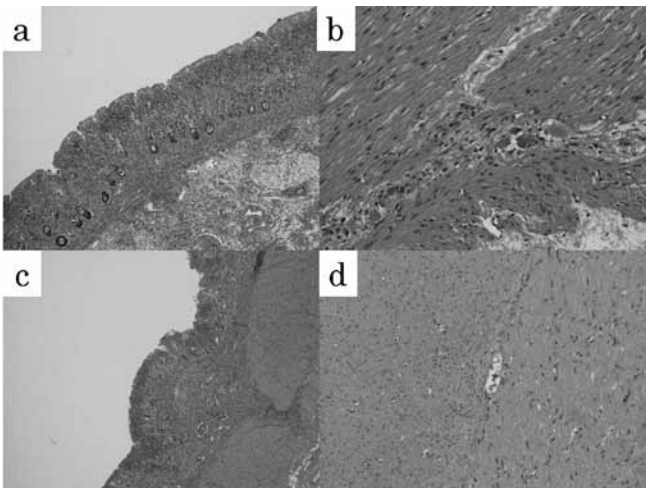


Figure 3 : a, b は上行結腸、c, d は下行結腸。いずれも腸管壁にて crypt の減少とその染色性低下が見られる

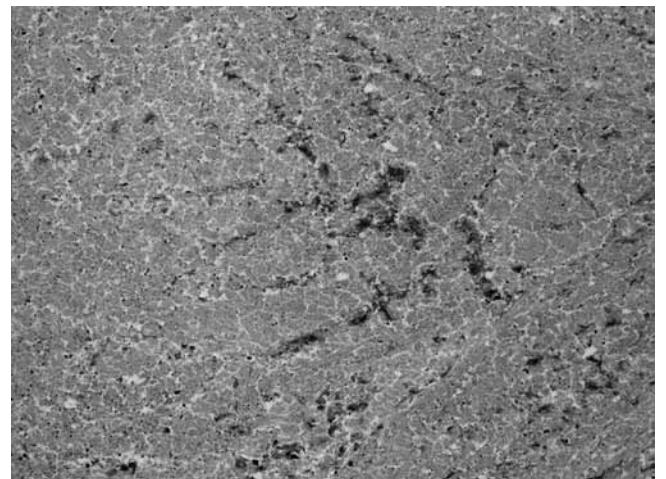


Figure 6 : 抗酸菌染色にて、類上皮肉芽腫内部に陽性を示す菌体が散見



## 院内活動報告

# 祝、公共建築優秀賞受賞

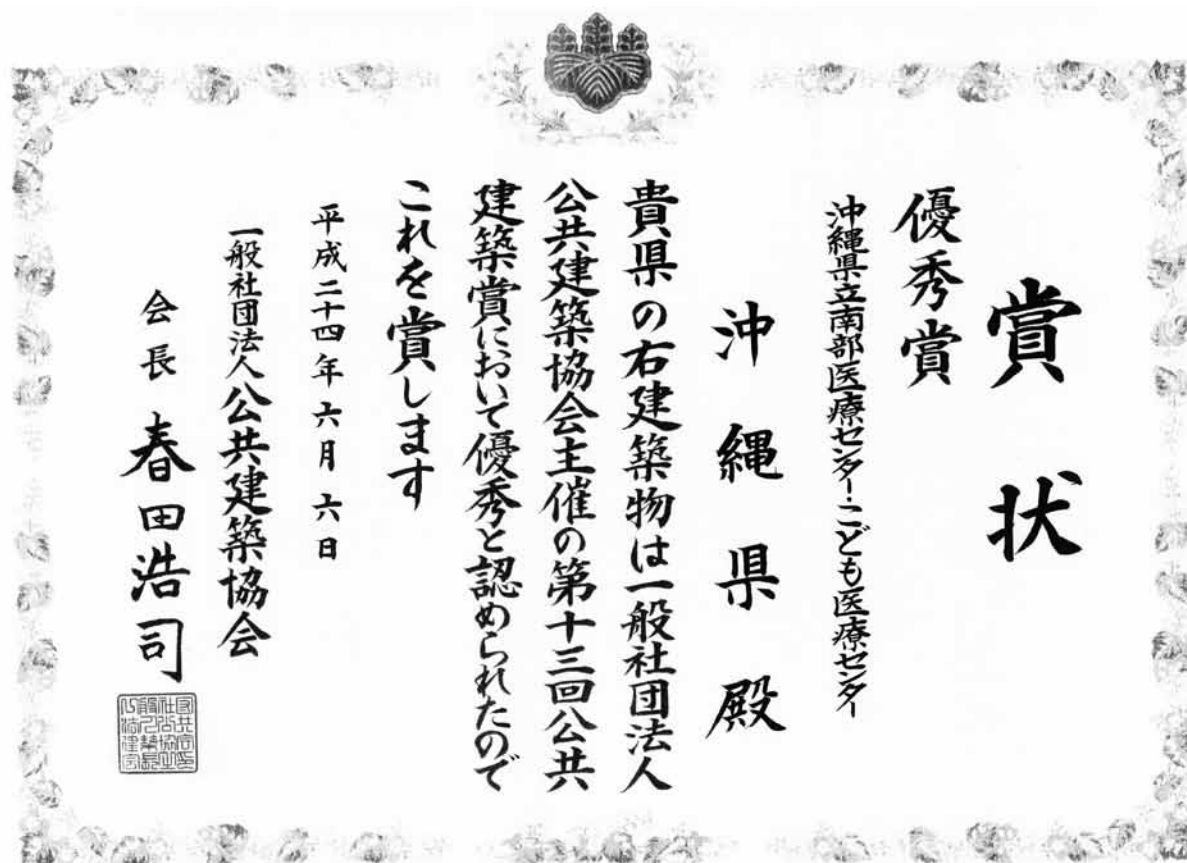
院長 我那覇 仁

公共建築賞は、優れた公共建築を表彰することにより、公共建設の総合的な水準の向上に寄与することを目的とするもので、社団法人公共建築協会が昭和 63 年に創設し、1 年おきに実施しているものです。

当院は福岡県で行われた表彰式で、平成 24 年度、第 13 回公共建築優秀賞を受賞しました。今回、九州・沖縄地区では 3 カ所の公共建築が選ばれました。受賞理由として、‘地域の医療連携において重要な意味を持つ、高度多機能基幹病院として再生されており、きめ細かな設計配慮と運営の仕組みが評価される。また、単に、成人向け病院とこども向け病院の統合を、中央診療部や手術部などの医療設備の効果的な利用により止まらせるのではなく、積極的な統合運営を行うことで、高質の相乗効果を生み出しており、空間的にも運営的にも成功した希少ケースで、地域社会への貢献が著しく、文化性が高い’と評価されました。

同賞は公共建築物のデザイン、美しさだけではなく、建築後数年を経過して評価されるもので、実際に地域社会に溶け込み、貢献しているかも審査の対象になっています。私達の目標でもある‘地域に根ざした病院’としての取り組みが受賞に繋がったものと思います。

今回の栄誉を励みに、誇りを持ち、今後も地域に根ざし、社会に貢献する病院を目指して行きたいと思えます。





院内活動報告

# 看護が支える病院経営 ～気づき・築く・絆～



看護部 上間美津枝 (救急室)  
仲程ひろみ (地域医療連携室)  
前川 辰子 (看護部)

はじめに

当院では、運営目標に病院経営健全化の推進を挙げ、重点事項として適正な収益の確保をとりあげています。それを踏まえて看護部は、「経済性を考えた看護を実践する」ことを目標に上げ適正な診療報酬の獲得に取り組んでいます。

年度当初の院内勉強会において、診療報酬の取漏れや評価に値する医療・看護を行っているにもかかわらず知識不足により適正な診療報酬を受けていないことがわかりました。そこで、「できることからやろうじゃないか」を合言葉に、新たな診療報酬の目標に取り組みました。今回、救急関連、地域医療連携、小児超重症児の加算について取り組んだことを報告します。

## 1. 救急関連の診療報酬獲得の取り組み

救急室では、急性期の初期治療が必要な救急搬送患者や入院適応の患者が多いたりますが、実際には算定基準や算定方法が周知されていないことによる加算取得漏れがありました。そこで、救急室と経営課との調整を行いシステム化に取り組みました。経営課と算定基準を確認し、救急医が診療カルテに算定内容の記入と汎用チェックを行う。また医事課で加算状況の確認を行うことで適正な診療報酬の獲得に繋がっています。平成23年度は22年度に比較して救命救急入院料は月平均5件増加しています。

小児の入退院に関する手続きの整備については、入退院時の事務処理等が煩雑であるという問題点がありました。入院適応のある小児であるが事務処理が煩雑なことから、入院扱いとせず経過観察後の転院となる現状がありました。そこで、医師が関連す

る入退院時に必要な事務処理の方法として検討会を行いました。まず、①ドクターズクラークを導入し、②関連部署との委譲業務内容の検討を行い、③小児科医師への説明会を行いました。

その後、ドクターズクラークの役割と業務内容を決定し、①入院、転院患者の書類作成 ②電子カルテの事務処理等、ドクターズクラークへ業務を委譲しシステム化しました。その結果、入退院患者の事務手続きが円滑に行われ小児科医の負担軽減と救急室入院に関する整備ができました。救急室入院患者数も増加し「適正な診療報酬加算取得」に繋がっています。(図2)

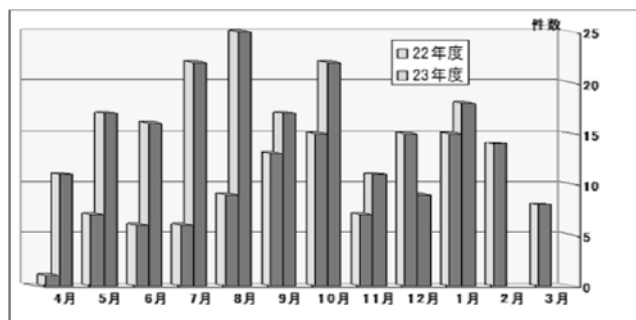


図1 救命救急入院料 (9700点)

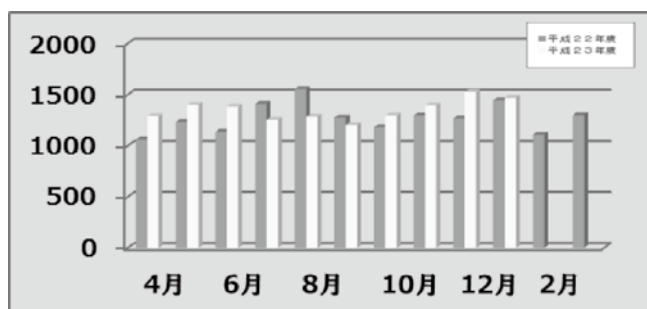


図2 救急医療管理加算 (800点)  
乳幼児救急医療管理加算 (200点)

## 2. 地域連携室の取り組み

平成 23 年度より、「救急搬送患者地域連携紹介加算の算定」と当院の満床状態から地域の医療機関との連携を円滑に行い本来の急性期病院の役割を担うために、「地域の連携病院調整」に取り組みました。平成 22 年度は 6 施設の連携病院がありましたが、当院からの急性期患者の受け入れが困難なため、連携病院としての繋がりは稀薄な状況でした。そこで、当院からの急性期患者の受け入れができる病院の増加に向けて取り組みました。取り組み内容として、①平成 22 年度の救急室からの転院先データより連携の多い病院を抽出 ②経営課へ提携手続きに関する書類作成依頼 ③経営課と共に関連病院を訪問し、連携についての説明後、承諾を得て施設届出を行う。④満床時には入院 5 日以内の患者を選択し主治医へ転院を提案するなどを行いました。

連携病院は平成 22 年度、6 施設から平成 23 年度は 10 施設へと増加しています。平成 23 年 10 月からは連携病院への転院が円滑に行われるようになり、結果、徐々に地域連携紹介加算取得も増加しています。連携病院が増えることで、満床時の転院調整が容易になりました。

連携病院への転院調整については、当センターは満床状態が続くと、本来急性期病院が行うべき救急室からの患者受け入れが困難になると同時に、病棟ではオーバーベッドで入院患者を受け入れなければならない状況になります。7：1 看護体制の維持が危ぶられ、経営面への影響や県立病院の使命が果たせなくなります。当院への紹介患者の受け入れが困難な場合、他施設や地域の病院から「敷居が高い」とクレームに繋がることもあります。そこで、救急室では「救急患者を断らない」をモットーに受け入れ体制を整えています。地域連携室では、連携病院を拡大することで、当院での入院治療が必要な患者を受け入れ、他施設で治療ができる患者は、連携病院へ転院ができるよう日々転院調整を行うようにしています。(平成 24 年度から診療報酬加算点数が

### <救急の主な救急入院加算>

救命救急入院料 (9700 点)
救急医療管理加算 (800 点)
乳幼児救急医療管理加算 (200 点)

2 倍へ変更になっています)

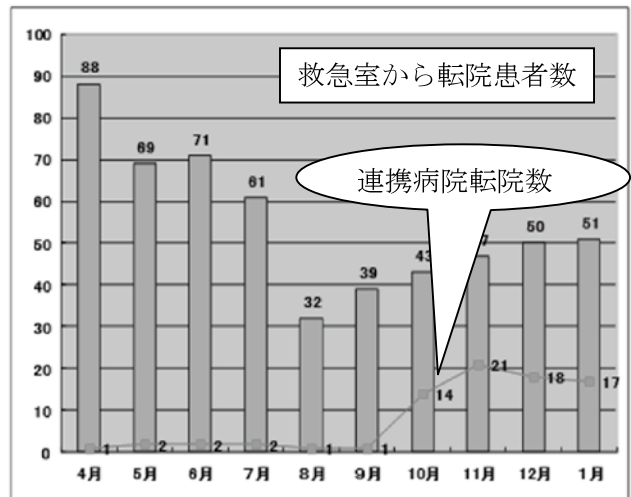


図 3 救急室からの転院患者数と連携病院転院件数

**救急搬送患者地域連携紹介加算**

高次の救急医療機関が緊急入院患者を受け入れ、入院後 5 日以内に、あらかじめ連携している保険医療機関に当該患者に関する診療情報を提供し、転院した場合に算定できる

**当院500点**  
**受け入れ病院1000点**

表 1 救急搬送患者地域連携紹介加算 (22 年度)

## 3. 「超重症児 (者)・準超重症児 (者)

平成 22 年度 4 月、診療報酬勉強会において「超重症児 (者) 入院診療加算・準超重症児 (者) 入院診療加算」の対象者が 1 名「在宅受け入れ加算」対象者なしの報告がありました。参加者より、なぜ 1 名は取れているのか、他にどのような患者が対象者なのかなど声がありました。そこで早速、加算の要件について勉強会を行ない、曖昧な点は九州厚生局へ確認を行いました。

平成 23 年度は、4 月から勉強会の実施、情報の流れる仕組みづくりを行い、5 月から実際に診療報酬の請求を行いました。対象要件や判定スコアの解釈に疑義が生じたものについては、経営課の入院チーム統括を窓口として対応しました。解決できないものについては、他施設との情報交換や、九州厚生局へ疑義紹介を依頼し、確実に要件を満たしている事例について請求を行いました。しかし、5 月には入院受入加算の対象者がいるにもかかわらず、請求が 0 件でした。経営課と再調整し、在宅からの

チェックが小さく見落とししやすいとの意見があり伝票を修正しました。平成22年度は対象件数366件、収益1,464,000円、平成23年度は対象件数4,710件、収益17,675,000円に増加し平成22年度と23年度を比較すると対象件数、収益とも約12倍に増加しています。

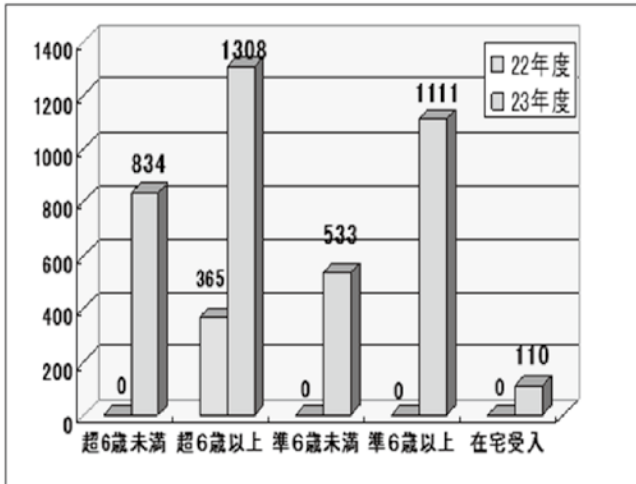


図3 超重症児(者)準超重症児(者)入院加算取得件数  
在宅重症児(者)受入加算

- 超重症児(者)入院診療加算  
6歳未満の場合800点  
6歳以上の場合400点
- 準超重症児(者)入院診療加算  
6歳未満の場合200点  
6歳以上の場合100点
- 在宅重症児(者)受入れ加算  
1日に付き200点

表2 入院診療加算点数

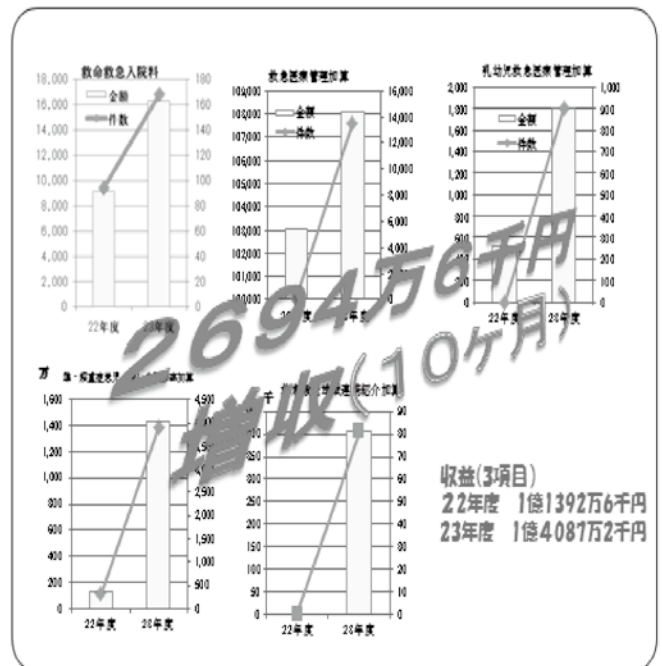
診療報酬の取り組みを継続するための方策として、月毎に経営課と病棟のデータを確認し、取漏れがないか評価し、補正修正を行いました。また会議において、月別取得件数・収益の報告を行いました。看護師より「患者さんから報酬を受けていることを自覚しケアを行っていきたい」「ひとつの看護実践(加算)でこれだけの収益が得られていることに看護はすごいと思った」「診療報酬について気づいたことや疑問点などもっと積極的に声を出していきたい」他職員からは「看護の力はすごい」などの声が

聞かれました。

看護師が患者の一番身近にいることは診療報酬に関する気づき、アイデアを発信しやすい立場にあります。看護師一人一人が病院経営に関心を持ち、「気づき・築く」ことを大切に、今後も継続できるような取り組みを行い、「病院が一つになり絆となる」ことで医療現場の質向上と病院経営に貢献できることを目指していきたいと考えます。

まとめ

今回取り組んだ3項目は、①救急関連の診療報酬、②地域の連携病院の強化、③小児重症入院診療加算等で診療報酬に大きく影響しました。加算収益前年度と比較すると平成22年度は1億1392万6千円で平成23年度は1億4087万2千円で、10ヶ月間で2694万6千円の増収になっています。



## 院内活動報告

# 「皮膚・排泄ケア認定看護師 10年間の活動と今後の展望」



医療安全管理部 皮膚・排泄ケア認定看護師 砂川悦子

### I. 皮膚・排泄ケア認定看護師について

#### 1. 皮膚・排泄ケアの役割には・・・

ストーマケアを基盤として始まり、創傷ケアや失禁ケアへと拡大してきた分野で、健康を害した皮膚ならびに皮膚障害のリスクの高い脆弱な皮膚に対し、健康を取り戻すことを目的としています。また、排泄は人間の基本的ニーズであり、身体の機能低下や社会生活を制限する排泄障害に対して苦痛を取り除き、尊厳を保ち、生きる意欲や人間らしさを取り戻すためのケアを専門的な知識・技術を用いて援助することを目的としています。また、認定看護師の共通の役割として実践、指導、相談が挙げられます。

～日本看護協会ホームページより一部抜粋～

#### 2. WOC 看護認定看護師（※現在は、皮膚・排泄ケア認定看護師）を目指した理由

私が認定看護師を目指したのは、小児のストーマケアにおいて母親から、便漏れによる皮膚障害や臭いの問題に悩み相談された経験からでした。他にケア方法はないだろうか？という疑問から看護研究に取り組み、文献で学んだ知識を生かしケアを実施すると、ストーマ装具交換が定期的となり、皮膚障害の予防に繋げることができました。母親から、「家族で外出できるようになったことがとても嬉しい！」と聞いた時、とても嬉しく思いました。最初は便が漏れず皮膚障害が改善したい！という思いで始めたケアが、患者の家族が安心して外出できることに繋がったことが、さらに専門的な知識や技術を深めた WOC 認定看護師の道を志す強い動機となりました。(WOC: Wound・Ostomy・Continence の略)

受験資格には、・・・ストーマケアの看護実践書類や創傷・ストーマ・失禁ケアの事例実績証明を提出し受験資格が与えられます。研修期間は1年で半年間は、東京清瀬の日本看護協会研修学校にて講義・臨地実習し、その後卒業試験、認定審査試験に合格し、資格取得となります。当時は県立病院では初めての認定看護師の受験ということで、長嶺院長をはじめ、川満看護部長をはじめ師長さんたちの県への働きかけで、研修へ行くことができるようになりました。

#### 研修中のエピソード・・・

研修中の実習は埼玉医科大で約8週間行われました。朝5時の始発に乗り、11月の寒い日は気温が0℃近くまで下がり、自動販売機の横で寒さをしのいだことが思い出されます。また、レポートに負われ、食事は毎日カロリーメイトで、飽きないように味を変えたりしましたが、今ではカロリーメイトを見ると、あの頃の記憶が走馬灯のように思い出されます。

研修施設は、全国に1施設で一学年30名が全国から集まっていました。現在は全国8施設で研修が行われ、皮膚・排泄ケア認定看護師資格取得者数は全国に1778名、県内には10名(2012年11月現在)が各施設で活動しています。

### II. 認定看護師資格取得後の主な活動には・・・

#### 1. 実践、指導、相談機能を兼ねた、ストーマ外来の設置への取り組みと役割！

認定看護師の役割である、実践、指導、相談機能を兼ねたストーマ外来の設置は、皮膚・排泄ケア領域において、重要なミッションでもありました。

勤務は小児科病棟から救急・外来へ移動し、県立



病院で初めてのストーマ外来の立ち上げの準備に取り組む準備が整い、2003年4月から週1回午後に来外来を開設することができました。

入院中の患者さんや家族から、「退院したらどうなるの？心配です。」との声が聞かれましたが、社会復帰後の相談窓口ToStroma外来があること、また継続指導が可能であることを伝えると、「それなら安心です」と前向きな声が聞かれ、専門外来の重要性を実感しました。

現在ストーマ外来は成人、小児で週1回午後に行っています。社会復帰後の問題は様々であり、患者個々の状況やニーズに応じたサポート体制が必要です。特に高齢者においてはケアの継続に対する不安が強く、主治医や医療ソーシャルワーカー、訪問看護師との連携が重要となる場合が増加しています。また、小児においても、ストーマ閉鎖後の失禁に関する相談等の長期的なサポートや支援が重要です。

## 2. 皮膚・排泄ケアにおけるコンサルテーションの展開

認定看護師の中でも、皮膚・排泄ケア領域ではケアの実践が多い分野です。コンサルテーションでは、皮膚障害の改善を目標に、スキンケアやストーマケア等をスタッフと実践し、ケアの内容を統一できるように指導を繰り返す必要があります。その為には情報の共有化やカンファレンスによりケアの評価、修正等を含む一定期間のフォローアップが必要となります。

コンサルテーション件数の増加と共に、2006年6月より看護部、スタッフの協力の下、活動日が設けられ、さらに相談件数は増加しました。コンサルテーションの内容はストーマケア、褥瘡ケアが大半を占め、開始当初の2、3年は年間約200～500件でした。その後、2006年より専従業務となつてからは、約1000件(延べ件数)となっています。

これまで、コンサルテーションの充実に向けて取り組んできましたが、最近では困っている患者に対し、他に方法はないだろうか？という相談も増え、スタッフと情報を共有し、ケアの見直しや評価の視点等を含めカンファレンスを行っており、今後もケ

アの質向上に向けて、実践、指導、相談の充実に今後も取り組んでいきたいと思ひます。

### 1. 創傷ケアにおいて、変化してきたことは？

創傷管理はこれまで、イソジン消毒後にガーゼ保護を行うケアが一般的でしたが、個々の創の状態に応じて、医師、スタッフとイソジン消毒の必要性の判断、創傷被覆材の適切な使用、また、効果的な洗浄方法について検討を重ねてきました。現在では、創傷管理においてイソジン消毒後にガーゼ保護は減少し、創傷治癒を促進するための管理方法を検討する機会が増えています。

創傷被覆材の種類は以前は2.3種類でしたが、現在は被覆材の種類も10種類以上に増え、創傷の状態に応じて選択ができるようになりました。また、石鹸を用いたスキンケア方法の重要性を説明し、洗浄量も十分な量を用いるケアの実践を繰り返して行いました。スタッフから「壊死組織が徐々にとれて、きれいになっています。」等効果を確認できた時が嬉しい瞬間です。

しかし一方で、創傷ケアは、術後創傷や熱傷、外傷、褥瘡等と幅広く、アセスメント能力が求められます。今後も医師、スタッフと共に連携し、創傷ケアの質向上に努めたいと思ひます。



院内で使用されている創傷被覆材

### 2. 時代が変わった！診療報酬が変わった！褥瘡ケアが変わった！

慢性期病院、老人介護施設ばかりでなく、急性期病院での褥瘡発生が注目されるようになりました。診療報酬改定により褥瘡対策未実施減算が開始され、褥瘡対策チームの設置が義務付けられました。当院も2002年より、褥瘡対策チームを発足し活動してきました。偶然にも2002年認定看護師資格取

得時と重なり、褥瘡対策チーム活動も10年目を迎えました。また、2006年の褥瘡ハイリスク患者加算が新設されたことを機に、2007年より専従業務となり、院内の褥瘡対策の充実に向けて活動してきました。

褥瘡対策の充実に向けた取り組みの第一段階として、褥瘡予防や改善には既存の体圧分散寝具では効果が不十分であり、自動圧切り替え型のマットレスや重症度が高い患者へ対応できる高機能タイプの体圧分散寝具の必要性を理解していただき、導入することができました。

第二段階では、ベッドをギャジアップする際に生じるズレによる不快感をスタッフへ体験してもらい、ズレを取り除く「背抜き」の重要性を説明し、実践していきました。患者がベッドに接している面に手を挿入する背抜きは手間を要するためか、なかなか浸透しませんでした。そこで、ひと組のグローブをICUへ導入し、ずれの排除ケアを実施してもらうとスタッフから「砂川さん、患者さんの背中に手を入れて背抜きすることが、楽しくなりました。」との声により、師長、褥瘡対策委員と連携し、ICUでのグローブの導入に至り、導入前後の成果を褥瘡委員会でも報告することができました。

第三段階として、ポジショニング、ずれの排除ケアを目指し院外講師を招くなど勉強会をきっかけに、ポジショニンググローブ、移座えもんを看護部、また褥瘡対策チームの協力により病院全体へ導入に繋がりました。今後もケアの重要性を院内に広め質向上に努めたいと考えます。また、褥瘡発生原因には複数あり、予防や改善には、医師、スタッフ、褥瘡対策チーム、栄養サポートチームとの連携が必要不可欠です。褥瘡カンファレンスや回診を通して、チーム間で情報を共有し、患者個々の状況に応じた対策を検討していきたいと思っております。

### 3. ストーマ造設患者のQOL向上に向けて

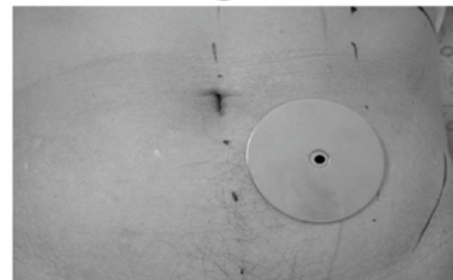
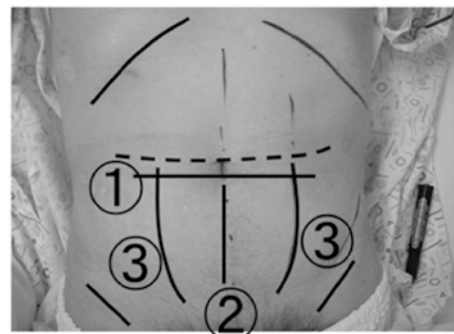
ストーマ造設時の位置決めは、これまで医師が手術室で実施していました。ストーマサイトマーキング(位置決め)は、ストーマリハビリテーションの導入であり、患者が日常生活をイメージし、セルフケア習得の上でも重要であることを、医師、スタッ

フへ伝え、術前マーキングの定着に向けて取り組んできました。

マーキングの実施の際に、患者から、「この場所は、見えづらいので自分で貼ることが難しそうです。」「ベルトの位置にかかりませんか?」「趣味のゲートボールはできますか?」等の声が聞かれ、退院後の日常生活をイメージし、さらに患者の要望を出来る限り取り入れる場となっています。

現在は、術前にストーマサイトマーキングの依頼があり、術前ケアとして定着しています。社会的にもマーキングの重要性が評価され、2012年4月の診療報酬改定により、ストーマサイトマーキング実施加算が導入されました。マーキングの実施加算には、ストーマリハビリテーション講習会の研修参加が必須となり、今後後輩育成を含め課題と言えます。

#### マーキングの実際



当院では、年間約20～30件(成人・小児含む)のストーマ造設件数があります。緊急でストーマ造設術を必要となる症例や緩和ケアへ移行する患者、さらに精神疾患を抱える身体合併を伴うストーマ造設患者も増加し、複雑化する傾向にあります。患者個々の状況に応じてケアの提供には十分なアセスメントとスキルを要します。また、排泄経路の変更には身体的側面だけでなく、精神的側面、社会的側面からのサポートが重要であり、今後もオストメイトのより良い生活の為に、チーム間連携を充実に向けて取り組んでいきたいと思っております。

#### 4. 小児ストーマケアの変化！

小児ストーマケアの装具は、以前は板状の皮膚保護剤と採尿パックを組み合わせた手製が一般的で、その為機能性は期待できず、1日10～12回の装具交換が行われていました。漏れによる皮膚障害から、児や両親は様々な問題を抱えていました。以前は1種類しかなかった装具は、現在、約30種類と増え、成長発達段階に応じた装具の選択が可能となりました。

県内のこども医療を担う当院では、新生児期だけでなく、超低出生体重児における術後創部の管理、ストーマケアを必要とする児も増加しています。超低出生体重児における合併症の一つに壊死性腸炎が挙げられ、ストーマ造設が余儀なくされる場合があります。児の腹部は小さく、術後の創傷ケア、ストーマケア、さらに臍カテーテル等のライン類の管理を必要とし、ケアも複雑化します。

小児においては緊急手術が殆どですが、限られた条件の中で、術後ストーマ管理に難渋しないよう術前に出来る限りマーキングの位置について医師、病棟スタッフと共に検討し、術後のストーマケア展開をスムーズに行えるように連携を図っています。

従来の小児ストーマ装具



カラヤシートと採尿パックで作成



現在使用している小児ストーマ装具

#### 5. 排泄機能障害に対するケアの関わりから、・・・

先天性直腸肛門奇形の鎖肛の場合、ストーマ閉鎖後に便失禁等の排泄機能障害を発生する場合があります。便失禁等の排泄障害は日常生活に支障を来し、就学後にいじめを経験する児もおり深刻な問題となります。そこで当院では、便失禁等の対策の一つである排便コントロール目的に、洗腸療法の導入、自己管理に向けた児及び両親への指導を行っています。導入件数は、鎖肛の他に二分脊椎等の排泄障害の患児で、これまでに導入した事例は約20名となっています。

洗腸療法の導入後は排泄コントロールが可能となり、学校生活が安心して有意義に過ごせるようになったと声が聞かれ、日常生活の質向上や精神的苦痛の軽減に繋がっています。

当院ではストーマ造設から排泄障害を抱えるこども達の患者会「うめっこクラブ」を発足しており、活動しています。梅っこ子クラブの名前の由来は、梅干しがストーマに似ていることから母親の提案で決まりました。患児や両親が中心になって活動し、お互いの悩みやケアの工夫などの情報交換の場となっています。



梅っこクラブのクリスマス会

#### 6. 特に印象に残った、事例・・・

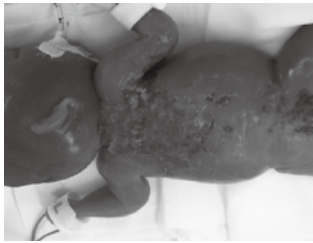
皮膚・排泄ケア領域の特徴は、実践的ケアが特徴ですが、継続ケアに繋げる為には、患者やスタッフへ指導を繰り返し行う必要があります。さらに、病棟スタッフや退院した患者からの電話等でケアの相談対応を行えるようサポートしてきました。今回は、中でも印象に残ったコンサルテーション事例を紹介します。

●超低出生体重児の重症皮膚感染症、皮膚損傷に対する実践ケア事例

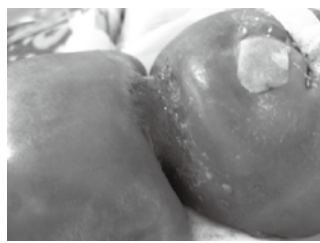
免疫能が低い超低出生体重児において、創傷ケアの際は洗浄による低体温等の外的刺激により、全身



状態の変化を伴いやすく、細心の注意が必要となります。主治医、スタッフと協力し毎日のケアを実践した症例。



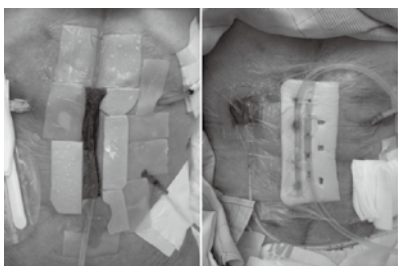
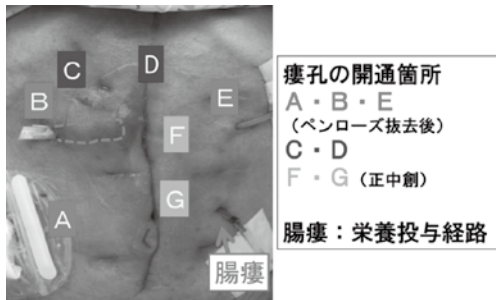
重症皮膚感染症



創傷ケア

●瘻孔・創傷ケア

70代男性で胃癌再発術後に感染性瘻孔を併発し、排液管理及び排液汚染に伴う皮膚障害に対し、パウチング法や持続洗浄を併用した陰圧閉鎖療法による排液管理を実践！日々瘻孔開通箇所が変化するし、複雑化したケアについて医師、病棟スタッフとカンファレンスを実施し、ケアの目標や方法を統一し、改善に繋げることができました。



陰圧閉鎖療法等によるケアの工夫



皮膚障害は改善

●ストーマケア

24週2日560gで出生し、壊死性腸炎による穿

孔でストーマ造設した事例。ストーマ装具は手製で、児の成長、発達、体重増加に応じて装具を変更し、管理を行い皮膚障害の予防につなげることができました。

事例1



腹部の状態



●高齢者におけるストーマケア支援事例

ストーマ造設に対し悲観し、ケアに拒否的であった80代の高齢女性に対し、退院後の目標を再確認したことがきっかけとなり、セルフケアの習得に向けて段階的に指導を行うことができました。ストーマ外来では、ケアに自信が持てるようになると、「私のストーマかわいい。」と笑顔を見せ、前向きな言葉が聞かれるようになりました。

各事例を通して、専門的知識を深め、さらに試行



錯誤で行う技術はスキルアップへ繋がりました。また、実践的ケアはスタッフへの指導の場となり、後輩育成においても重要です。

7. これから、やってみたいこと！

1. 褥瘡ケアの質向上に向けて・・・

褥瘡予防ケアを目指し、今年3月よりポジショニ





ングチームを発足し、活動を始めました。ポジショニング回診をする中で、ポジショニングスキルは、患者さんの緊張を取り除き、安心と安楽を提供できる技術であり、今後も院内へ広めていきたいと思いをします。

今年、取り組んだ褥瘡集中講義では、褥瘡委員が褥瘡対策の基礎知識を再確認する場となり、病棟スタッフへの指導充実の上でも重要な研修であることを実感しました。次年度も継続して取り組んでいきたいと思いをします。

## 2. 2時間毎のオムツ交換から、ケアを見直す

慢性期病院や介護施設における、オムツの交換回数は3～4回程度と言われており、その背景には、オムツの吸収量が高く、逆戻りせず蒸れを起ささないよう開発されたことが挙げられます。当院は急性期病院であり、尿量の確認の必要性等から夜間問わず2時間毎、1日約12回のオムツ交換が行われています。

先日参加した研修では、オムツの適切な選択を含めた排泄ケア及びシステムを病院全体へ導入事例の報告がありました。これまで12回実施していたオ

ムツ交換の回数が3.9回へ減少し、その利点として、夜間のオムツ交換で不用意に患者を起こすこともなく、昼夜逆転の改善や退院後のオムツ交換の指導の充実、労力の削減や経済的問題の改善に繋がっているとのことでした。当院においてもこれまでのケアを見直し、今後ケアの質向上に繋がれたらと思いをします。

## 3. その他の活動へ取り組み・・・

当院では、皮膚・排泄ケア認定看護師の資格取得を目指す後輩を支援し、2012年7月に県立病院で4人目の誕生に繋げることができました。また、他施設より認定看護師を目指す研修生を受け入れ、指導の結果、研修学校へ無事合格することができました。今後も県内のWOCケア領域の質向上に繋がるよう取り組んでいきたいと思いをします。

また、県内の皮膚・排泄ケア領域の質向上において、看護協会や訪問看護ステーション、院外施設、離島における講義活動を行い、各施設からの電話やメール等の相談にも対応しています。院内だけでなく、院外においてもコンサルテーション対応システムの確立により、患者支援の充実に向けた取り組みが課題です。

## まとめ

2002年、資格を取得し10年間、皮膚・排泄ケア領域における、実践・指導・相談の役割の充実に向けて取り組んできました。これまでの活動では、楽しいばかりではなく、辛くやめたいという気持ちと葛藤してきた時期もありました。その中でこれまで続けてこれたのは、患者さんから「ありがとう！」の言葉と、そして、「砂川さん、良くなっているよ。嬉しい！」とスタッフと喜びを共有できることが、私のモチベーションに繋がっています。また、これまで困った時には、いつも相談にのって下さいました、看護部、他スタッフ、友人の皆様からはいつも温かい励ましの言葉を頂き、感謝の気持ちでいっぱいです。

皮膚・排泄ケア認定看護師の役割は多岐にわたり、ストーマケア、創傷ケア、失禁ケアにおいて専門性が求められ、患者のニーズも拡大しています。今後も認定看護師として最新の知識と技術を学び、現場に貢献できるよう自己研鑽に努めていきたいと思いをします。

## 院内活動報告

# こどものあそびと食事 ～保育士の立場から～



医療保育士 佐久本 暁子、親里 香織  
竹富 るみ子、玉城 珠美

### 1、医療保育士とは

小児医療においてこどもの発達支援・日常生活支援・家族支援を主な業務とし、医療の場に医療職ではないこどものための職業として位置づける保育の専門職を医療保育士という。つらい治療に耐えながら入院しているこどもの生活に密着し、充実した生活が送れるように、こどもや家族の支援を行うことを目的とした専門職である。

現在、南部医療センター・こども医療センターには4名の医療保育士が小児病棟に配置されている。

私たちは病棟内で入院しているこども達の保育をしているが、それぞれ年齢や発達段階が異なるだけでなく、疾患、安静度、病状が多岐にわたり治療上、行動制限を伴っていることが多い。そのため、主治医や担当看護師と話し合いをして確認しながら、こども1人1人のニーズに合わせて保育をすることを心がけている。

### 2、保育の中で食事の関わりについて

私たちは日常生活支援も行っており、その中で食事についてこども達が楽しく食べられるように次のような配慮をしている。

1) こども・介助者の気持ちが安定した環境設定  
「食べないと病気が良くならない」と焦る介助者の思いが、こどもの『食べたい』と思う気持ちを阻害している場合や、辛い治療で『食べれない』現状を見失わせてしまう場合がある。こういった場合、保育士はまず介助する家族の話聞く等、思いを汲み取るようにする。そして、こどもに対しては気持ちに寄り添いながら時には気分転換を図るようにする。場所を変えたり、食事介助者を変えたりするこ

とでこどもが食べられるようになることもある。こども・介助者の気持ちが安定した状態で食事をするのが望ましいので、お互いの気持ちの切り替えが上手くいくように保育士が仲立ちをするようにしている。

また、こどもが楽しく食べられるように介助者の言葉かけも重要であるため、それぞれの発達に合った言葉かけをしていくことが必要である。

☆乳幼児期の子には、「ナンナンよ」「モグモグしようね」等咀嚼を促す言葉をかける。

☆好き嫌いがある子には、食べられた時には「すごいね」「(憧れのヒーローの名前)みたいだね」等励ましやほめる言葉かけをすることで食べる意欲を引き出せるようにする。

☆経管栄養の子には、メニューや入っている食材を伝えるようにし、こどもが「食べている」という認識を持たせられるようにする。



### 2) 雰囲気作り

食べる場所を変える

プレイルームでこども同士で食べることによって

会話が生まれ、その楽しい雰囲気が食欲に繋がり、嫌いな物でも口にすることができる。(写真1 雰囲気づくり)

食器を工夫する

こどもの好きなキャラクターの食器に変えてみたり、お弁当箱に詰めたりと普段と違った雰囲気にすることで食べられることもある

行事食

病棟では月に1回「ピクニックデー」を決めて、毎月様々な行事を企画している。

ハンバーガーショップ、バイキング、クッキング等を行い、いつもと違った非日常の体験を通してみんなと楽しむことで食事も進んで食べるようになる。また、食事ができない子への配慮として、お弁当に見立てた玩具を保育士が作ったり、キャラクターのランチョンマットを準備する等、一緒に行事に参加している気持ちを持たせられるようにしたところ保護者からも好評だった。(写真2ハンバーガーショップ、写真3お弁当)

植物を育てる

実際に野菜を栽培し、世話をしたり、成長過程を見ることで興味を持ち、食べてくれるようになることがある。今年はキュウリやトマトを植え、こども達が水やりを行うこともあった。



### 3) こどもの食べる姿勢について

発達段階、病状、安静度、医療ラインなどに合わせ介助者へ声かけをしている

乳児期は、抱っこで身体を密着させ、こどもの心の安定を図り、お互いの顔を見ることにより、表情、飲みの確認ができ、親子共に愛着に繋がる。(写

### 真4 こどもの食べる姿勢 乳児期)

幼児期は、座位を安定させ、家族と向き合って座り表情を確認したり、会話しながら食事することで楽しい時間となる。(写真5 こどもの食べる姿勢 幼児期)

それぞれの発達段階、病状、安静度、医療ラインなどに合わせ介助者へ声かけをしている。



### 4) 食べられないこどもへの配慮

大人でも空腹は我慢できないことなのに、手術や検査前で食事ができないこどもはかなりストレスを感じている。そこで、保育士の配慮として事前に付添の方に食事時間を自室又はプレイルームで過ごすかを確認している。

自室(大部屋)の場合は、食事の匂いがこもらないように窓を開けたり、こどもに応じたあそびを提供しながら気分転換を図る

プレイルームの場合は、食事する他児に自室での食事を促し、対象になるこどものあそびの確保をする等して食べられないこどもへの配慮も心がけている。



## 5) NSTと保育

保育でできることとして、関わるこどもの発達の変化に気づき、家族の声を看護師等を通して伝えていく。また、こどもの栄養状態や問題点を他の職種から聞き、把握できるようにしていきたい。多職種と連携を図り情報を共有することで、保育の幅をよりよく広げていきたいと思う



## 6) まとめ

食事はこどもの成長発達にはかせない大切なことである。

こどもがおいしく楽しんで食事ができるようにするためには、保育士の役割として環境と雰囲気作りを工夫することでこどもも介助者も、安心して食事をするができると考える。

これからも、それぞれのこどもに合わせた食事ができるよう、こどもたちを取り巻く多職種と密に連携を取り合い、お互いに協力しながら配慮していきたい。

## 部署報告

# 輸血検査室紹介



検査科輸血 前 泊 智 秋

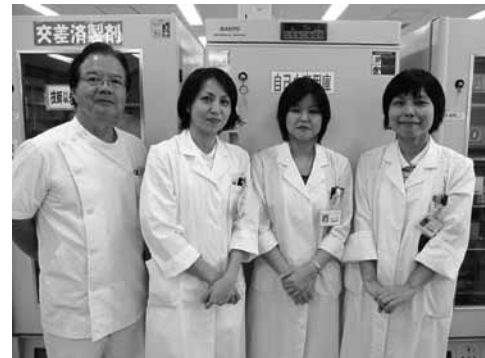
### 【輸血検査室の概要】

当輸血検査室では、安全で適正な輸血療法を患者様に提供するために、輸血用血液製剤及び自己血の保管管理・供給、それに付随する輸血検査を行っています。当院は琉大病院、中部病院に続き県内で3番目に血液製剤の使用量が多く、その購入金額は年間2億円余にも上ります。また南部圏の高度多機能病院として以下のような特徴が挙げられます。

1. 3次救急まで対応しているため、重症外傷や重症大動脈疾患を始めとする緊急手術が多く、突発的に大量に輸血が必要となる症例が多い。
2. こども医療センターとして、未熟児、新生児など検体量の確保が困難な患者が多く、検査に自動検査装置が使えず手間がかかる。
3. 高次周産期医療を行っているため、予定分娩に備えて自己血を貯血する患者が多い。また、複数の不規則抗体を持つ妊婦の紹介も多く、児への移行抗体を考慮した特殊な検査が多い。
4. 血液腫瘍科を常設しているため、頻回輸血をする患者が多く、不規則抗体保有率が高い。また自己免疫性溶血性貧血や造血幹細胞移植を受けた患者等、判定に苦慮する症例も多い。

### 【業務内容】

平日勤務は専任の臨床検査技師3名（うち1名は週3日勤務）事務補助員1名で、時間外はSRL職員2名が緊急輸血検査に対応しています。



平成24年度 輸血検査メンバー



自動輸血検査装置 AUTOVUE Innova

### 1. 輸血関連検査

#### ① ABO 式血液型検査

ABO 式血液型判定には、赤血球上の A および B 抗原を調べるオモテ検査と、血清中の抗 A および抗 B の有無を確認するウラ検査を行い、その結果の一致により判定されます（判定は技師2名によるダブルチェック）。ちなみに生後4ヶ月未満の患児は抗体を十分に獲得していないことが多いため、ウラ試験を省略しています。採血ミスを防ぐため、血液型は2回異なるタイミングで採血された検体での検査結果が一致して初めて確定となります。

② Rh(D) 式血液型検査

Rh 式で問題となる抗原は D、C、c、E、e の 5 つの抗原で、なかでも D 抗原の有無は輸血において重要であり、D 抗原を持っていれば Rh 陽性、D 抗原を持っていないければ Rh 陰性となります。

③ 不規則抗体スクリーニング検査

受血者が ABO 血液型以外の赤血球に対する抗体を持っていないかを調べる検査です。当院の不規則抗体の検出率は 2～3% です。これらの不規則抗体を事前に確認することは、溶血性副作用を防ぐための適合血の確保、血液型不適合による新生児溶血性疾患の予知と対策に重要な意義を持ちます。

④ 直接クームス検査

IgG 性抗体および補体成分が赤血球に結合しているか否かを検査します。薬剤性や自己免疫性溶血性貧血、血液型不適合妊娠時に実施されます。

⑤ 間接クームス検査

血漿（血清）中に赤血球抗原に対する IgG 性抗体が存在するか否かを調べる検査です。

⑥ 交差適合試験

受血者と供血者（血液バッグ）の血液を用いて、適合か否かを凝集や溶血の有無によって判定します。不規則抗体スクリーニング検査が陰性であっても低頻度抗原に対する抗体が存在する可能性があるため、時間的余裕がある場合は交差試験を行うことで溶血性副作用を回避できます。

2. 輸血用血液製剤の供給・管理

① 善意の献血により得られた輸血用血液は、日本赤十字血液センターから必要量を購入し、各種の輸血用血液を各々の適正な温度と方法で保管管理し、必要最小限の量を無駄なく適切に患者様へ供給するよう努めています。

	RCC2単位	FFP-2(240ml)	FFP-AP(450ml)
O型Rh(+)	4～6本	4本	2本
A型Rh(+)	4～6本	4本	2本
B型Rh(+)	2本	4本	2本
AB型Rh(+)	1本	4本	0

② 不規則抗体が陽性の患者様、稀な血液型の患者様への輸血用血液の準備

輸血前検査において、患者様が不規則抗体を保有していたり、稀な血液型であることが判明した場合は、日本赤十字血液センターと連携して、その患者様にとって輸血しても安全な血液（適合血）を選択し供給しています。

③ 危機的出血時の対応

通常の輸血では、ABO・Rh 血液型が同型の輸血用血液が準備されますが、患者様の血液型を確定する時間的余裕がない場合や、大量輸血により同型の血液製剤が供給できなくなった場合は、ABO 不一致による溶血性副作用が起こらない O 型赤血球製剤を未交差で在庫し、後追いで血型・交差試験を実施しています。また FFP、血小板製剤は抗 A 抗体及び抗 B 抗体を保有しない AB 型の製剤で対応します。

④ 待機的手術における輸血用血液の準備：T&S (Type and Screen)

ABO 血液型が確定できており、Rh(D) 陽性、不規則抗体陰性、術中輸血の可能性が 30% 以下、あるいは予想出血量が 600ml 以下の待機的手術症例が適応となります。事前に交差試験を行わず、術中に緊急に輸血用血液が必要になった場合には、生食法の交差試験のみ行い供給しています。

このような輸血用血液の準備方法を T&S と呼び、手術室で確保される製剤を在庫血と併用することにより過剰在庫による廃棄が減るため、多くの施設で実践されています。

3. 自己血の管理・供給

自己血輸血は院内での実施管理体制が適正に確立している場合は、同種血輸血の副作用を回避できる最も安全な輸血療法であり、待機的手術患者には積極的に推進することが求められています。

当院では病棟や中央処置室で採取された患者様の自己血は、専用の血液保冷库に保管し、手術の日ま

でお預かりしています。全血での保存以外に、主治医の指示により採取された自己血を赤血球成分と血漿成分に分離したり、組織接着剤として使われるフィブリン糊(クリオプレシピテート)の作成を行っています。自己血の分離はH22年9月までは血液センターへ委託していましたが、1単位当たり7500円の委託料がかかっていました。大型遠心機をセンターより譲り受け、院内で行うことにより年間約85万円の経費節減に繋がっています。また、フィブリン糊を院内で作成することにより、自己生体組織接着剤作成術として一手術あたり1400点の収益増となっています。



自己クリオプレシピテート分離の様子

#### 4. 血液製剤の分割業務

未熟児・新生児において、分割製剤を使用することは、製剤の有効利用や感染のリスクを減らす上でも有用ですが、血液センターにおける分割サービスが打ち切りとなってしまいました。そのため、無菌的接合装置をセンターから借用し、H24年9月3日より輸血検査室内で分割業務を行っています。

#### 5. 血液製剤使用記録の20年保管・遡及調査協力

血液センターから供給された製剤はウイルス遺伝子レベルの感染症検査が実施されていますが、過去

に献血経験があり、以前は感染症陰性であった献血者が今回陽性となった場合、過去に供給した血液製剤がどの医療機関の患者様に輸血され、その後患者様に輸血後感染症が発生していないか遡及調査を行う場合があります。薬事法においても、特定生物由来製品を使用した記録は診療録とは別に製剤使用記録を作成し、使用日から20年を下回らない期間保存することが義務付けられています。

当検査室でも旧那覇病院の記録と共に、南部病院にかかっていた患者様の記録も合わせて保管しており、感染のリスクが考えられる製剤が供給された場合は、使用記録の中から患者様を特定し、主治医に伝達して感染症検査を行って頂いています。また、その患者情報を血液センターにも提供しています。

#### 6. 輸血前の検体保存と輸血後3か月の感染症検査実施の推進

輸血用血液製剤を介して感染症に罹患していないか因果関係を明らかにするために、厚労省の指針に基づいた輸血前後の感染症検査を実施する事が推奨されています。また、輸血前の患者血液(血漿又は血清として約2mL確保できる量)を、 $-20^{\circ}\text{C}$ 以下で可能な限り(2年間を目安に)保存することも義務付けられています。当検査室でも交差試験の残りの検体を2年半保存すると共に、最後に輸血を受けてから3か月経過した患者様のカルテに、付箋で「輸血後感染症検査案内」を貼り付け検査をお奨めしています。

#### 7. その他

- ・血液製剤の電子カルテ上の実施処理のチェック
- ・輸血療法委員会(奇数月・第3水曜日)の開催・準備
- ・FFP融解(平日8:30~16:30)
- ・血液保冷库の管理

#### 【今後の課題】

輸血療法は血液成分を補充する一種の臓器移植ですが、一定のリスクを伴う治療法でもあるため、最低限の使用が求められています。さらに輸血用血液製剤は献血によって得られる有限の治療材料であ

り、とくにわが国では他国に比べ、FFP やアルブミン製剤が過剰に使用されている現状があるため、節減する努力が求められています。

また、医師が輸血の指示を出してから患者様に輸血されるまで、何人もの医療従事者が介入しており、インシデントが発生しやすい医療行為でもあります。実際に採血取り違えや製剤取り違えによる死亡事故もしばしば報道されており、ヒューマンエラーを防ぐために採血時の患者確認、検査、輸血実施時には必ず2人以上で確認する等、誰かがどこかで間違いに気付くシステムを取り入れる必要があります。

幸い当院では重大な輸血事故は起こっていませんが、今後も輸血療法がより安全で適切に行えるよう輸血療法委員会の指導協力を受け、次の課題を提案しその達成に向け努力していきたいと考えています。

#### ① より安全な輸血のために

- ・輸血過誤を防止しつつ、緊急輸血にも対応できるような安全で迅速な検査体制のさらなる構築
- ・感染症や副作用が低減出来る自己血輸血の推進
- ・輸血後感染症検査、不規則抗体スクリーニング検査がスムーズに漏れなく実施できるオーダーシステムの電子カルテへの導入

#### ② 血液製剤の廃棄率の削減

- ・T & S を積極的に推進することで過剰在庫による期限切れの製剤を削減する
- ・製剤取扱い不備による廃棄を減らすための啓蒙活動

#### ③ 輸血管管理料 I の取得

現在、輸血管管理料 II (輸血を行った患者 1 人当たり月 1 回を限度として 110 点加算) を取得しているが、輸血管管理料 I (220 点加算) を取得する要件として、「輸血部門でアルブミン製剤の

一元管理を行っていること」という項目がある。アルブミン製剤の在庫管理をするのは現状では困難であるが、平成 24 年度内のシステム更新時に、輸血部門でアルブミン製剤の入・出庫状況や使用患者情報を把握できるシステムの導入を目指す。

#### ④ 輸血適正使用加算の取得

輸血管管理料 I を取得した上で、FFP の使用量を赤血球製剤の使用量で除した値が 0.54 未満であり、かつ、アルブミン製剤の使用量を赤血球製剤の使用量で除した値が 2.0 未満であれば、輸血適正使用加算として 120 点加算される。当院の平成 23 年度の FFP / 赤血球製剤比は 0.52 で基準に達しているが、アルブミン / 赤血球製剤比は 2.32 であった。各診療科に FFP およびアルブミン製剤のガイドラインに沿った使用を、輸血療法委員会を通して理解して頂く。

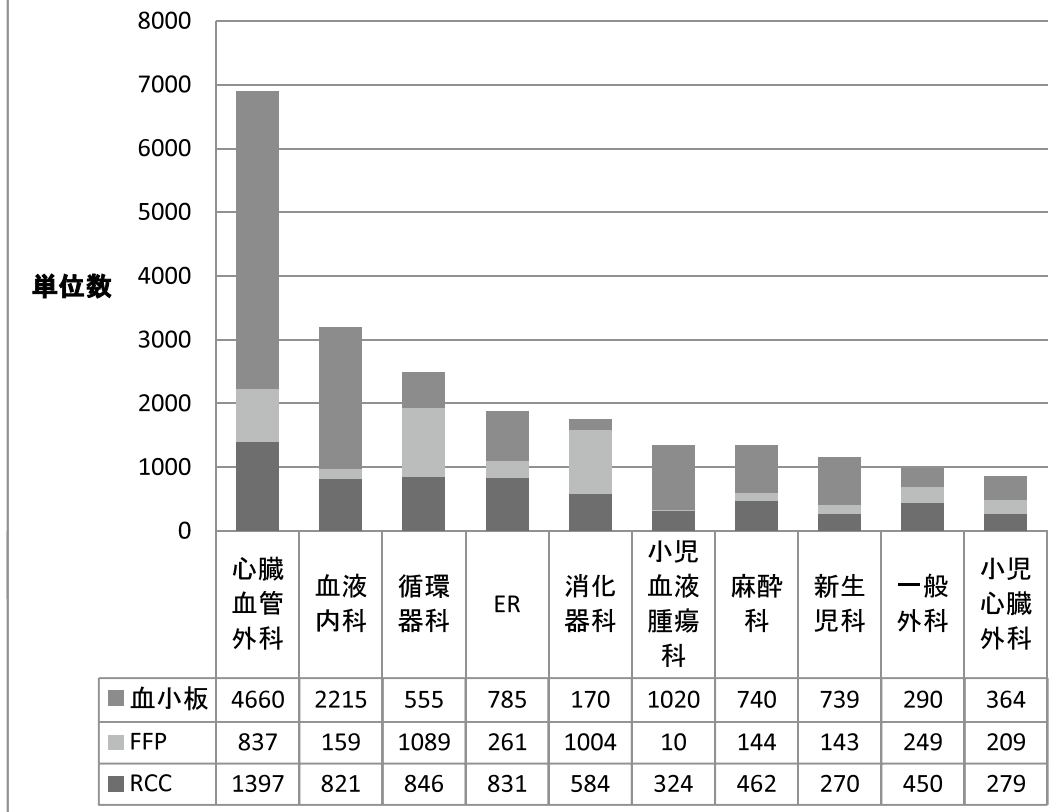
#### 【終わりに】

検査科の基本方針は「検査は忠実、正確、迅速、丁寧であること」ですが、輸血検査は直接患者様の身体に入る血液製剤を扱うため、間違いは許されず正確性にはかなり重きを置いています。しかも、緊急輸血の状況下では迅速性も求められるため、時には素早い判断が必要になり緊張を強いられる場面も多々あります。

患者様が一命を取り留め、医師から「ありがとう。助かった！」とのねぎらいの言葉を掛けられると、微力ながら貢献できたという充足感があります。まだまだ勉強不足で臨床からの質問にすぐに返答できず、時にはお叱りの言葉を受けることもありますが、当院で治療を受ける患者様が安心して輸血を受けられるよう血液センターと連携しながら日々勉強していきたいと思っております。これからもご指導ご協力よろしくお願い申し上げます。



## 平成23年度診療科別使用量TOP10



部署報告

## インドネシア放射線科医の IVR 研修



放射線科部長 我那覇 文 清



(写真1) IVR 室にてニクマティア・ラティエフ先生と著者

2012年6月、放射線部ではインドネシアから Nikmatia Latief ニクマティア・ラティエフ先生を迎えた(写真1)。ハサヌディン大学放射線科の女性医師である。ハサヌディン大学は、スラウェシ島マカッサル市にあり、インドネシア東部でナンバーワンの国立大学である。インドネシアは2億4千万の人口(世界第四位)を誇るが、その多くは西部にあるジャワ島(首都ジャカルタがある)に偏在し、スラウェシ島を含めインドネシア東部は後進地域または田舎である。とはいっても南スラウェシの州都であるマカッサル市に関しては人口120万の大都市。ちなみにスラウェシ島といっても平均的な日本人からするとピンとこないと思われるが、コーヒー好きならトラジャ(島中央部の山間地域)、ダイバーにはマナド(島北端)が知られている。日本からマカッサルへの直行便はないので、那覇空港からだて関空や成田、香港または台北を経由し、ジャカルタやデンパサールで国内線に乗り換えてマカッサルのハサヌディン空港に至る空路となり、2回乗り換えるのでほぼ丸一日かかる。

さてニクマティア・ラティエフ先生、なぜこの女医さんが我が病院に研修に来たのかは、少々長くなるが面白い話なので紹介したい。新崎康博先生という、長年 JICA (国際協力機構) で国際協力事業に携わってこられた医師がいる。3年前われわれの病院を定年退職された麻酔科新崎康彦先生の実兄にあたる。先生は JICA 在職中最後の任地となったインドネシア、とくにスラウェシ島に深いつながりがある。話はその新崎康博先生自身が肝細胞癌を患い、我々の病院でその治療を受けたことに発する。2007年のことであったが、発症時すでに両葉多発であったため TAE (経カテーテル的肝動脈塞栓術) で治療することになった。消化器科岸本信三先生が主治医であり、それ以降も再発すると TAE が行われてきた。また胃に直接浸潤し出血した際は、外科奥濱幸博先生らにより腫瘍ごと胃全摘が施された。大病を患いながらもその都度克服され、現在も元気に活躍されているわけであるが、たしか二回目の TAE の後のこと。ご様子をみに病室に行くと、自分が数時間前に治療を受けた身であることはとくに忘れていたらしく、TAE というカテーテル技術をぜひインドネシアに持っていきたい、と熱く語られた。インドネシアは B 型肝炎の感染率が高く、世界的に肝細胞癌の最多地域のひとつであるが、有効な治療が行われないまま命を落とすことがまれではない。実際新崎先生の現地の同僚も何人かこれで亡くなっている。ともかく一度、一緒にマカッサルに行こうと口説かれた。先生の情熱に負け、また単純に「面白そうだな」という好奇心もあり、ついに自分もハサヌディン大学に同行した。大学でワークショップを開き TAE を中心に日本における肝癌治療の現況をプレゼンしたところ、現地の医師たち

は非常に興味を示してくれた。彼らは TAE などにつき全く知識がないわけではないのだが、現実的に富裕層はジャカルタや国外で治療を受けに出て行ってしまうため、そういう治療を実際に行う機会がないという状態であった。ではわれわれの病院の見学からまず第一歩を踏み出そうということになり、最初に選ばれたのがニクマティア・ラティエフ先生というわけだ。ちなみにその渡航滞在費用の一切は新崎康博先生もちである。ここが新崎先生の常人と違う凄いところなのだが、これまでインドネシアから4名の学生を県内の大学に留学させ学費も生活費も全て援助してきたという先生にとっては普通の行動らしい。75歳になられた現在も勤務医を続けている先生であるが、「自分は食っていけるだけあればいい」とおっしゃり、自らの収入の多くは私的な国際貢献に使っているのだ。なかなかできることではない。

このような経緯でニクマティア・ラティエフ先生が来た。普段周りに「ニクマ」と呼ばれているというのでそう呼ぶことにしたが、覚えづらいので「肉まん」と紹介したら一発で覚えてもらえるようになった。ご本人も気に入ったらしく、自分でも「肉まん」というようになった。しかし「肉まん」が何なのかを知らないので一度ぜひ食べてもらおうとも思ったのだが、あいにくイスラム教徒であり豚肉は食べられないので叶わなかった。ハサヌディン大学放射線科は教授以下スタッフ医師は10数名でインターベンショナルラジオロジー (IVR) の責任者がニクマである。しかし血管造影装置は古く、またカテーテルなどの治療器具も乏しく、これまで IVR は実質的に開店休業状態であった。しかし大学では新病院を建設中で、最新鋭の血管造影装置を導入しこれから IVR のセクションを作っていこうとしている。ニクマの我が医療センターでの研修は時宜を得たものであった。滞在は6月6日から7月1日のおよそ1か月。主たる目的は肝癌 TAE の見学であったので、前もって消化器の先生方をお願いしたところ、この期間に多くの症例を集めることができた(誌面をお借りして謝意を表したい)。滞在中には多くの TAE 症例に加え、憩室出血や産科出血の緊急塞栓術、透析シャント狭窄や下肢動脈閉塞の経

皮的バルーン拡張術、胃静脈瘤の BRTO (バルーン閉塞下硬化療法)、肝性腹水の腹腔-中心静脈シャント埋め込み、動静脈奇形塞栓術、CT 下生検やドレナージなどの症例があり、実際手洗いして手技に入ってもらった。どの手技もハサヌディン大では経験できないものらしく、とても有意義だったと喜んでいた。一例一例について治療適応や他の治療選択もディスカッションし(お互い英語力は限られるため、細かいところの理解度は今一つでもどかしかったのだが)、手技に際しては技術的なポイントや使う器具類も写真やメモに残し、積極的に学んでいた。短期ではあったが内容のある良い I V R 研修となったようでこちらも安堵した。

ニクマと日常的に接して、面白いことがいくつかあったのでこれも記してみたい。彼女はイスラム教徒であるが、とくにその生活習慣には興味深いものがあった。まずは「お祈り」。イスラム教では日に5回、祈りを捧げることが義務づけられている。朝(太陽が昇り始めてから昇りきるまで)、昼(正午から午後3時)、午後(午後3時から6時まで)、日没(日没から完全に暗くなるまで)、夜(夜間から翌朝の太陽が出始めるまで)の5回、、、「祈りの合い間に生活をする」という感じだ。で、まず問題はその場所の確保だった。初日にアンギオ室の更衣室でお祈りをするというので、あわててアンギオ室の放射線技師仲嶺さんが「使用中」という札を作ってくれ、皆でメッカの方角を教えた(西側だから大体こっちだろうという方向を示したが、今考えると少し違ったかもしれない。でもそれ以降、その方向に日々祈りを捧げていた、、ごめん、ニクマ)。また長時間の IVR の後は、終わった瞬間に「I want to pray (お祈りしなくっちゃ)」と気忙しく「お祈り」部屋に入っていった。ずっとそういう習慣で暮らして来たのだから、お祈りの時間がずれてしまったのはきつとムズムズしていたに違いない。なにしろひざまずいて10分くらい、一心不乱に祈りを捧げているのを実際に目の当たりにすると、自分の価値観からはかけ離れているのだがどこか清々しく、理解すべきものであると感じた。それ以降は手技が長引くと、「お祈り、大丈夫？」と自分から聞くようになった。病院でニクマをみた方もいたと思うが、まず目に付

いたのはかぶり物ではなかっただろうか。イスラム女性のこの被り物はヒジャブと呼ばれる。インドネシアは8割がムスリム（イスラム教徒）というお国柄であるが、中東の排他的なイスラム原理主義とは異なり、大分おおらかと言われる。このヒジャブを例にとっても、サウジ辺りでは黒一色で顔の大部分を覆い目だけ出ているようなイメージだが、インドネシアでは覆うのは髪だけで布の色も多彩で美しく、思い思いにファッションとして楽しんでいるようだ。また女性の社会進出も日本と同等かそれ以上かと思われる。ご存知のようにイスラム教は食生活も圧倒的に違う。豚はだめ（沖縄は食を楽しむには今一つだったろう）、牛や鶏肉はOKだが屠殺の方法があるようでイスラム流でないだめ（そういうイスラム流で処理された食品はハラールフードと言い、県内にも何か所か扱っている食品店がある）。魚は大丈夫だが、生食の習慣はないので刺身や寿司で出しても美味しそうにはしていなかった。卵は問題ないらしく、持参してきたランチボックスは大体卵料理であった。お米はやはりアジア食文化の共通基盤、よく食べる。しかし日本のお米は普段インドネシアで食べているお米（ジャポニカ米とは違う美味しさがあり、種類も豊富）と違うので実際口に合うのかなと思ったが、とりあえず「サトウのごはん」は高く評価していた。

最後に、今回アンギオ室の技師や看護師さんたちとの交流も生まれ、ニクマはこれも喜んでいた（写真2-4）。実際IVRは医師だけではどうにもならないもので、手技の流れを把握し必要な画像をリア

ルタイムに提供できる腕のいい技師、患者ケアのポイントをおさえた経験値の高い看護師、さらには手術室の器械出しと同じでIVR器具を普段から管理し手技に際してはそれがすぐに使えるように用意してくれる方々（MEさん、あるいは業者も含め）、これら全てが揃ったチームが形成されていないと良い治療はできない。ニクマはそれも学んだようで、帰って自分の病院でIVRを立ち上げる際にはまずチームを育てる必要性を述べていたのはこちらも嬉しかった。今後うちの病院にインドネシアの技師や看護師が勉強しに来ることもあるかもしれない、その場を想像すると楽しい（次回はお祈り部屋が必要かも...）。その暁には皆様、ぜひまたよろしくお願い致します。



(写真3) 送別ランチの風景 看護師永山さんらの手料理がふるまわれた



(写真2) ニクマを囲んで



(写真4) 吉田師長から記念品贈呈

## 部署報告



# PACS の夜明け

放射線技術科 田 畑 浩一郎

### 前書き

PACS(画像診断システム: Picture Archiving and Communication System)システムのハードディスク容量が2011年3月で満杯になることから、新PACSシステムの検討に入った。当初5年としたハードディスクの許容量が想定前に限界値を越えようとしている。しかも検査件数が右肩上がりの増加もあってハードディスクの満杯やメーカーからの修理対応期限の限界通知等で物理的に対策が不可能になって診療障害が目前に迫っているだけでなく、大量のデータ蓄積による処理速度の遅延や医療進歩に遅れた診断ソフトで医師のストレスが増大した。

また経年劣化による故障増加で患者さんにも迷惑が及ぶようになって早急なシステム更新が大きな課題となっていた。さらにPACSが担う領域もこれまでの放射線領域だけから内視鏡検査、病理顕微鏡診断、手術写真等のような多数の臨床科の光学系画像、そして何百種類の書類管理という医療技術の急速な進歩も伴い、この変化を強く認識して更新しないと今後の医療には対応できないという結論になった。

### 開戦2年前

PACS選定会議が始まる。

2011年2月、PACS更新調整委員会が発足し、大久保前院長を筆頭に関連部署から蒼々たるメンバーが集まってきた。放射線科からは我那覇放射線科部長、放射線技術科からは中村前技師長などがメンバーに選ばれる。

ベンダー候補には大手のPACSベンダーが名を連ねる。その会社数は7社。ベンダー各社のデモを行い情報収集を始める。どのメーカーも画像配信で

は問題ない。今回は静止画と動画(心カテ等)を一つのサーバーで配信できないかを検討する。その中でまずベスト3を選択(●●、アストロ、●●●)。

当初は開院以後、2度目のPACS更新なので、失敗は許されない。そこで実績のある大手で行こうと考えていた(●●、●●●●●●●●等)であった。ベンチャー企業のアストロステージは問題外の予想図であった。

これまでの現状、不満のアンケートを実施したところ障害が多い過去画像を参照する場合、CT等の画像を表示するのに30分近くかかる場合が頻繁に発生し外来診察中に参照したくても患者を待たせることが多く、診療に支障を来したり、画像表示エラーがほぼ1週間に1回の割合で発生し復旧までに1時間以上を要することがあった。また時代進歩により機能全体がマッチしなくなってきた。過去画像を見ることができない。検査全体の把握しづらい。高精度モニターが少ない。CTの同期がずれている、等々。

新たなPACSに期待することとして安定すること。早いこと。操作が直観的にできて簡単なこと。2次利用、分析ができる。CDで提供された画像を取り込んでほしい。リモートメンテナンスの整理など。良いところは次期システムでもきちんと継承され、悪いところは改善するように努力する。医療情報部長 玉城先生の格言-「皆で力を合わせれば沖縄一の画像システムができる」ことを祈って作業が進められた。これらの条件からアストロステージが徐々に頭角を現してきた。

これまでのPACSでは●先生はトラブルで幾度となく休日、夜間にも呼び出され、多くの医師から数

多くの叱責と医局会でも幾度となく「つるしあげ」があった。トラブルの内容は古い過去画像参照に非常に時間がかかり、現実的には比較ができないなどのトラブルがあった。そこで現在の●社には見切りをつけ、新規システムの導入を目指し準備を進めていった。

### 仕様書で厳しく

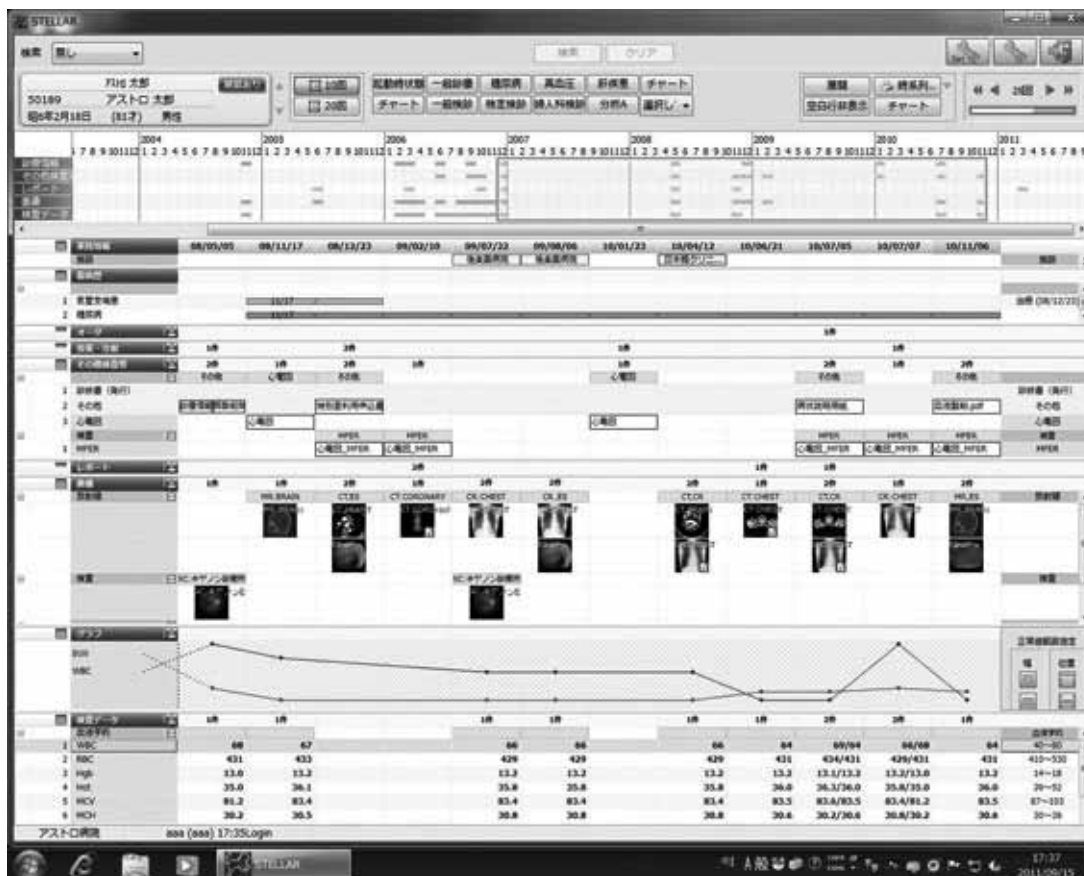
仕様書の内容はPACSの他にレポートシステム、総合システム、内視鏡、循環器動画システム、3Dワークステーションを含む。

その中でアストロステージは動画、内視鏡、3Dワークステーション、PACS、治療、システム連携、手術写真等の多数の臨床科での光学系画像、そして何百種類の書類管理という医療技術の急速な進歩にも的確に対応できるベンダーとして候補にあがってきた。

開院当初●社の画像ビューワーはNECの電子カルテでは動作しないなど、トラブルが続き、その対応できるまで数か月かかり、その間は計測機能が動作せずCTRや大動脈瘤径や腫瘍径が測れず手術も

できない等で多くの医師が激怒した経験があるため今回の導入は慎重に行った。

2011年3月上旬にこれまでの検討で絞り込まれた2社(●社とアストロステージ)で再度、デモを実施する。2社までに絞られた理由は、仕様書でここまでは許せるレベルまで持っていき、最終段階で残った2社である。これまでは電子カルテから画像・内視鏡・生理検査・心電図・ヤギー書類やイメージ画像などを参照するときは別途にアクセスしなければならなかったが、診療情報データ総合システム「ステラ」(図1)なら一括して時系列で表示でき、とても簡便かつ時間短縮も可能になった。また「ステラ」から動画システムやラボデータなどが時系列で表示できるため、患者さんに説明する場合やカンファレンスでも大いに役立つように期待された。「ステラ」は放射線科から検査科又は診療データや文書データまでバラバラの部門データを統合してシステム内に保管・管理することで時系列表示ができるので各検査の相対関係も一目瞭然である。また今回、他病院から持ち込まれた情報データも「ステラ」に取り込むことにより診療の場が広がった。



(図1 ステラ画面 静止画像や動画、ラボデータなど、時系列で表示できるようになった)

### 開戦 3 か月前

毎朝のネットワーク会議が9時より始まる。医療情報科、放射線技術科、アストロステージの3者で連絡会議。昨日までの進捗具合と本日の予定などを話しあう。

過去画像のデータ移行料金を●社から何千万円の要求を出され、度肝を抜かれる。度々の交渉の結果、妥当な価格まで下がり安堵する。データ移行作業も実際の診療を続けながらの作業となることから、慎重にかつ正確に行わなければならない。そのためにも事前に工程内容を何度も確認し作業に臨んだ。

2011年

7月9日(火) am3:00 ~ am5:00

PACS,RIS テスト比較的落ち着いた夜間の時間帯に作業を行う。

7月20日(土) am1:00 ~ am6:00

同じく夜間のPACS、RISの送信テスト 大きなトラブルなく終了。

9月7日(水)病棟モニターの交換作業が始まる。(約70台)

9月12日(月)「ステラ」の説明会を3回に分けて行う。新しいシステムに職員の期待が高まる。

9月23日(金)PACSの夜間テスト。動作確認やHISからオーダーが実際に飛ぶか、又、撮影した画像が「ヤギー」や「ステラ」に届くかの実施テストを行う。

開戦前夜

2011年9月30日

明日のスタートを前に緊張が走る。チェック忘れ

はないか?院内・院外スタッフの配置は万全か?万が一ストップした場合の対策はどうするか?心配ごとは数えきれない程あり、眠れない日々が続く。

開戦 PACS スタート 2011年10月1日

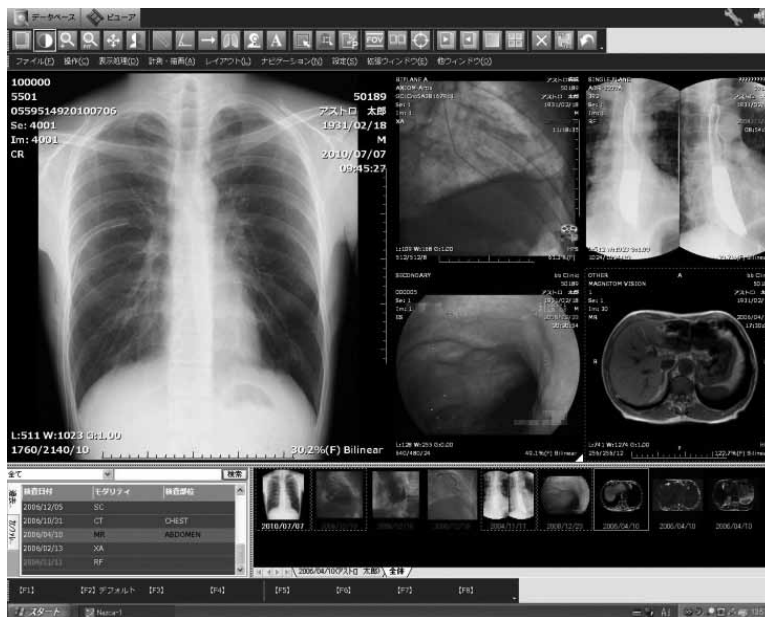
朝から、以外にも静かなスタートを迎えることができた。これまでの準備がよかったからか、もしくは職員のこれまでの行いが良いせいかは定かではないが、とにかくスムーズにスタートできたのである。

### そして現在

PACSが現システムに移行して早くも一年が経過した。診療情報データ総合システム「ステラ」、画像管理システム「ナスカ」(図2)の評判は予想以上に良い。導入に関わった放射線科、放射線技術科としては喜ばしいことである。同じく導入に関わった医療情報科部長の玉城先生からも高い評価を得ている。

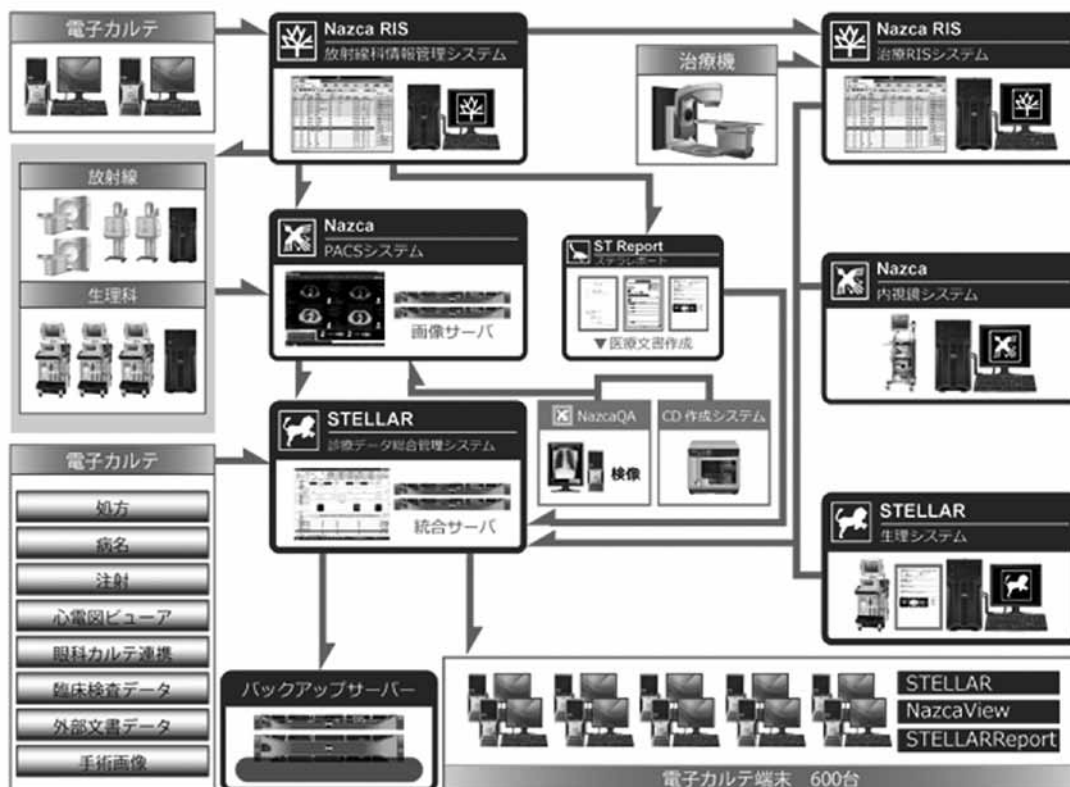
患者さんのデータを時系列で見ることができる。DICOMデータだけでなく、全ての診療情報を同一サーバー上で管理できる。静止画や動画、血液検査や心電図、文章データまで統合化されている。これまでは其々のデータを開いていたので、時間も費やしていたが、ステラ導入により医師、コメディカルのストレスもかなり軽減されたと自負している。また市場の変化に対応するシステムの拡張性及びユーザーの満足度を上げる発展性も期待できる。これからは随時バージョンアップして我々ユーザーが使いやすいPACSにしていきたい。





(図2 画像システム「ナスカ」動画や内視鏡の写真も同一モニター上で表示できる)

また、参考までに当院の PACS システム構成図 (図3) を掲載する。



(図3 完成された当院の PACS システム構成図)

## 臨床研修

# 当院臨床研修センター長として やってゆきたいこと



小児腎臓科、臨床研修センター 吉村 仁志

### 1. はじめに

2012年4月から、我那覇 仁新院長より命を受けて臨床研修センターの責任者を拝命して早くも1年が過ぎようとしています。当院は新病院として2006年の開設直後から多くの新規事業に着手してきましたが、初期臨床研修、またそれに続く後期研修の展開もその1つであり、これまでの7年弱、試行錯誤を繰り返しながらそれでも少しずつ前進してきたのは初代臨床研修センター長の松本 廣嗣先生、2代目の砂川 亨先生のご努力の賜であったと思います。今後これをどう発展させるかが自分に課せられた使命です。以下新体制の当臨床研修センターにて4月から手をつけたことを含め今後やってゆきたいことを述べたいと思います。

### 2. 当臨床研修センターの使命

新院長にて打ち出された当院の基本方針の中に「地域に信頼される病院になろう、教育・研修を大切にしよう」という柱があります。「地域に信頼されている」とは病院の近隣に端を発し、「離島や地域において質の高い標準的な患者ケアを提供できている」という意味であり、そのため「教育・研修の質を組織として向上させる必要が急務です。院長の方針のもと、当臨床研修センターの使命を以下のように設定させていただきました。

「わたしたちは医師・医療者の教育の質を高めることによって、患者ケアに貢献します」

- 医師・医療者教育が病院職員と地域全体のものとなることをめざします。
- 最新の教育理論にのっとり、カリキュラム(研修のプロセスの全て)の改革を推進します。

- 医師・医療者教育を通して、いきいきとした当院の組織づくりと職場環境改善に努め、またそれを通して地域医療に貢献します。

すなわち、当臨床研修センターを「当院の研修医が初期臨床研修から一定数後期研修に進み、少なくとも次のキャリア・パス構築までの1年間、沖縄県の離島・地域の県立病院にて、独立して全人的な医療を提供できるまでに育て切るための実務を担当する院長の諮問機関である」とはっきり位置づけたいと思います。もちろんこれは初期研修修了者の医師がその後どのような進路をとるかを規制するものではありません。2年後のExitは今までと変わらず自由意思に基づいて選択されます。しかし、当臨床研修センターは、一定数の初期研修医が当院でそのまま後期研修に進んでいただけるよう責任を持って研修カリキュラムを改善する、また後期研修へのEntranceは上記の理念さえ理解していただければ常識的な範囲で原則卒業年次を問わず自由である、という方針を打ち出します。「研修管理委員会」という呼称ですが、これは厳密には法定研修である初期臨床研修において、厚生労働省の定めた規定の研修が滞りなく施行できているかを管理する組織を指します。しかし医師の臨床研修は初期・後期・専門・生涯研修とまさに連続的なものであり、当院でも上述のように、研修・教育は初期・後期を連続的に考える立場をとるため、「研修管理委員会」という表現よりも、「臨床研修センター」という呼称を頻用することにします。その実働メンバー(コアメンバー)は院長の方針で2012年度からかなり若返りを図り再出発しています。コアメンバー会議(通称コア会議)は、毎週1時間、初期研修、後期研修の

諸問題を討議する院内でも最も忙しい委員会の1つになっています。

### 3. カリキュラム運営

カリキュラムというと、すぐ「研修場所やローテーションスケジュールを具体的にどうするか」というふうに思われがちですが、それはカリキュラムの1要素に過ぎません。本来カリキュラムは「学びの計画、実施、吟味、改善」のプロセス全体をさし、「どのような地域・社会のニーズがあり、それに呼応してどのような医師を育てたいのか」という「目標設定」を明確に行い、そのもとで研修医個人、研修医と指導医が1:1で、少人数グループで、また講義の受講のように多数で行う、また臨床現場での研修 On the Job Training と仕事を離れて会議室で行う研修 Off the Job Training を組み合わせて行うといった「研修の実際」があり、そして「本当に学べたのか、また有効に指導できたのか」を研修医個人を指導医から「評価」、逆に研修医から指導医、診療科、病院全体を「評価」してもらい、学びの計画を改善してゆく非常にダイナミックなものであるべきです。何よりも大事なものは「どのような医師を育てるべきなのか」という根本のところですが、ふりかえってみますと当院は開設からの日もまだ浅く、日々の業務に追われてこの根本論があまり討論されてこなかったのではないかと思います。以下目標、研修の実際、評価の順に既に行ったことも含めて抱負を述べます。

### 4. 目標設定すなわち「当院で育てたい医師、その医師の能力」の明文化

沖縄県の県立病院である当院の初期研修、後期研修、ひいては生涯学習のすべての根幹としての研修理念の明文化は急務でした。本年4月から8月までかけて、院内の医師・コメディカル、また院外の医療従事者400人余に「今までに出会った医師の鏡としたい人の行動」「今までに出会った反面教師にしたい医師の行動」をブレインストーミングとして自由記載にいただいたものを集約し（質問紙票採取率89%）、院外の社会心理学・組織心理学の専門家にボランティアでお願いして、I～IVの4つの

大きな柱と16の行動能力（コンピテンシー）に分類整理したものができました（社会学的な手法でクリティカル・インシデント分析というニーズ分析法です）。以下にそれを記します。

## I. 診療における問題解決力

※患者様の問題、それも生物学的な問題から心理・社会・経済的な問題を全人的にとらえ、そのニーズに即した、スタンダードな医療が提供できること。

1. 急性・慢性の問題（疾患・病態・患者様が困っていること）の診断・治療・管理が、入院・外来双方の診療において包括的に行える。
  - 緊急時の重症度判断と初期対応ができる。
  - 病歴・身体所見を重視し、無駄のない検査を加えて、論理的に問題の診断ができ、治療・管理計画が立案できる
  - 必要な手技が安全に行える。
  - 有効な診療録の記載ができる。
  - EBM やガイドラインを適切に用いて診療できる。
  - 保険診療を遵守し、社会資源を効果的に活用できる。
2. 患者教育、予防・健康増進活動が実践できる。
3. 患者にとって最善の利益を考えて行動できる。
  - 利益と危険度のバランスを考えて診断・治療を組み立てられる
  - 心理社会的・倫理的・法的・経済的な配慮の上で問題に対応できる。
  - コントロバシー（白黒がはっきりしないこと）を受容して問題に対応できる。
4. 複雑な問題、同時多発の問題にも、優先順位を考えて柔軟に対応できる。

## II. 医療安全と品質管理に取り組む姿勢

※自分が自分の足りないところを認識し改善するために継続して生涯学習し、それを同僚や他職種の人たちに教え、討論することで共有できること。

5. 自己の限界を把握し、適切なタイミングで必要な助けを求められる。
6. 自己をふりかえり、継続学習し、院内外の発表、研究活動を行える。

7. 医師・関連職種の学びを促し、経験・職種を超えて他から学ぶ姿勢を示せる。

8. 診療体制・医療安全のルールを守り、改善を提案し、改善策を構築できる。

### III. 対人関係の構築力・連携力

※他の人とうまくやる力、すなわちチームワークやリーダーシップを組織の内外で発揮できること。

9. 患者目線、患者支援、人権尊重の視点で、良好な医師－患者・家族関係を築ける。

(傾聴、共感と思いやり、尊敬、プライバシーの尊重と守秘、信頼構築と維持、アイコンタクトを用いた有効で明確な意思伝達)

10. 院内外(診療チーム、関連職種、地域社会、国際社会)において良好な人間関係を構築し、連携できる。

(尊敬、共感と思いやり、良いアクセス、有効で明確な意思伝達[アイコンタクト・プレゼンテーション]、支持的態度、円滑な病診連携と搬送)

11. 診療チームのリーダーとして機能できる。

### IV. 人間力

※人として正しくあること。

12. 社会人としての役割を果たせる。

－あいさつ、笑顔での対応、適切なみだしなみと言葉遣い、整理・整頓、公私の区別が実践できる。

－自己管理(時間管理・感情の制御・心身両面の健康管理)ができる。

13. 正直、公正、誠実、謙虚、利他、言行一致で責任を果たすことができる。

14. ジェネラリストとしての基盤を持つ医師、専門医として行動できる。

15. 職業人としての自分の将来像を構築できる。

16. 社会への啓発、医療体制改革が提案・実践できる。

これを研修カリキュラムを提供する側からみれば、上記の能力をすべて持つ医師をつくること、一言でいうと「沖縄の地で機能できる、プライマリケア実践能力をもったジェネラリスト、またジェネラリストを理解・尊敬し自らその視点を失わないスペシャリストの育成」ということになるでしょう。

### 5. 研修の実際、研修環境の改善

4. で述べた医師の能力は研修の終わりに修得せ「ねばならない」ので、育成するために、必須のものとは余裕があればやるものを決める必要があります。プライマリケアの実践能力修得に本当に必要なこととは何かを考えて初期、後期研修医のローテーションを見直します。初期でいえば超音波ローテーションの在り方や選択ローテーションの在り方、後期でいえば診療科の都合でなく「島で1人でやれる医師」になるために本当に必要なローテーションの組み直し、必須履修項目も明確化などがそれぞれですが、まだ改善に着手したばかりです。また、研修医の自律と自立を促しながら、面倒をよくみて見守る支持的研修環境が必要です。置き去られ・使われ感、研修の名のものと不当に長くて回数が多い拘束時間、逆に先回りされたり業務上の指示の機械的遂行を余儀なくされ何も能動関与の場を与えられない状況などは研修医からの無記名の質問紙調査を通してフィードバックをかけてゆきたいと思います。これは決して研修医の主張をすべて汲み取っていわゆる「研修医に甘い顔をする」ということではありません。支持的な研修環境の中で指導医が医師として大切なことを強調し、またそれを指導医が自ら率先して実践してこそ、研修医の「品質管理・改善力」「連携力」「人間力」が培われてゆくものと確信しています。

### 6. 研修の評価

本当に学べたのか、つまり本当に「育てたい医師の能力が身に着的いたのか」を「科学的に」、「現場で直接見て」評価する必要があります。初期研修におけるEPOCは多くの人を感じていらっしゃるように、研修進行状況把握票であって、有効な評価システムとは言えません。さらに後期研修に至ってはローテーション終了毎の評価とフィードバックなどは一部の科を除いてほとんど行われていないのが現状です。今年度から病院全体として、まず上記の「当院で育てたい医師16の能力」の枠組みを用いた多面多職種評価(360度評価)を導入しました。まず初期研修修了者(卒後2年次)、後期研修の院内研修修了者(通常は卒後4年次)に導入しましたが、来

年度からはすべての研修医を対象とし、さらにいずれは逆に教育能力の評価として、指導医についてもこの評価の対象に発展させ、研修カリキュラムの評価（教育能力の評価）を行って、改善につなげてゆきたいと思えます。

## 7. さいごに

上記に述べてきたのは、21世紀の医学教育の潮流である「アウトカム（コンピテンシー）基盤型教育（Outcome[Competency]-based education）という考え方です。この教育理念の創始者であるロナルド・M・ハーデン氏（欧州医学教育学会理事長、英国ダンディー大学医学教育センター名誉教授）は2012年7月の第44回日本医学教育学会の招待講演でこの理念の重要性を、卒前・初期・後期・サブスペシャリティ・生涯の各段階の研修を分断せずつなぐ extended curriculum 構築推進の鍵として再度強調されました。この考え方に鼓舞されたものの1人と

して、自分もこの教育理念をぜひ上記のような具体案でもって実践してゆきたいと考えています。

そして、このようなシステムを考える「マクロ」の視点と同時に、現場での個々人の教えと学びのやりとりという「ミクロ」の視点も重要と考えます。「教育」は「共育」と言われます。研修医は決して「まな板の鯉」ではなく、指導医は決して「壇上の聖人」ではないのです。むしろ学ぶ姿勢という点ではお互いに対等の立場で、もちろん研修医は自分で能動的に学習したことを語り、指導はそれに上乗せできる経験を語り、お互いに認め合い、高めあうことにより、患者ケアがよくなるのだという視点をぜひ大事にしたいのです。当院が「教え、かつ学びあいながら発展する組織体、Learning Organization」としての姿をより追求できるよう、非力ですが1つ1つ課題に取り組んでゆきたいと考えています。どうかご協力よろしくお願い申し上げます。

臨床研修

## 沖縄県立南部医療センター・こども医療センター 見学感想文

琉球大学6年 今田悠介

先日は、お忙しいところ、病院を見学させていただきまして誠に有難うございました。今回の見学を通して感じたことを綴らせて頂きます。

沖縄県という他県と接していない地域に住んでいると他大学の医学部との交流がないことを実感し、全国の病院に対して正確な情報が掴めないところか、地域の病院に対する噂——出所不明で不確実、無意味な情報——が耳に入ってくることもさえあります。しかし、我々医学生は初期研修を行うため、あるいは将来を見据えて病院を決めなくてはいけない状況にあり、そのような噂さえも一つの事実として捉える傾向があるようです。沖縄にある全ての病院を見学できない時間的制約があることも、知り合いや実際に見学した人々の話が過大評価をされる一因となっているようで、私自身も少なからずそうした噂を信じていた一人でした。

そのような折、今回、貴院を見学させていただき、様々な先生方からお話を伺うことができたことは非常に貴重な経験となり、まさに「百聞は一見に如かず」の思いでした。

2日間という短い期間で小児科と循環器科を見学させて頂きましたが、最も魅力的に感じたことは教育的指導が病院全体に浸透していたことです。お昼のコアレクチャーから始まり、積極的に質問しやすく、質問に対しても真摯に答えてもらえる環境に至るまで、大きな感銘を受けました。さらに、私が黙っていると、「何かわからないことある?」、「聞きたいことない?」と先生から声をかけて頂きました。親しみやすい雰囲気の中かで、双方向のコミュニケーションを図って教育しようとする意図がうかがえました。

また、自分が初期研修医として働くことになった際に先輩となる一年目の先生方とお会いでき、様々な話を聞かせて頂いたことも貴重な参考になりました。一年目の先生方は皆さん気さくな方ばかりで、同期の交流も盛んに行われている様子もうかがえ、協力して仕事に取り組む環境が整えられているように見受けられました。加えて、勤務先の病院の長所だけでなく、短所や改善点も包み隠さず話そうとする姿勢に、責任感や使命感がにじみでているように感じられました。このような率直で熱意や優しさに溢れた先生方からお話を伺うなかで、自分が働いている姿を具体的にイメージすることができ、ぜひとも貴院で研修を受けさせていただきたいと思いに至った次第です。

改めまして、この度は病院を見学させて頂きましてありがとうございます。残り少ない学生生活を悔いのないものにするとともに、貴院で働かせていただく日を見据えてあらゆる準備を講じるために、一日一日を全力で過ごしていく所存です。今後、ご相談させて頂くこともあるかもしれませんが、その折にはご指導ご鞭撻賜りますようお願い申し上げます。

## 臨床研修

# 沖縄県立南部医療センター・こども医療センターを 見学して

三重大学医学部6年 浅井 友美子

先日は、貴重なお時間をいただいて貴院を見学させていただき、本当にありがとうございました。特に、見学に行かせていただいた日は、貴院で他院と合同のグランドカンファも行われており、とても興味深い症例で勉強になりました。私は、友人の勧めで貴院の病院見学を希望致しましたが、実際に見学させていただいて印象に残ったことが三つあります。

一つ目は、コア・レクチャーが毎日行われており、そのレクチャーが臨床的かつ即戦力となりそうな内容であることです。私が実際にお聞きしたコア・レクチャーは、形成外科の内容でしたが、例えば、救急で遭遇する症例で、手首回りに開放創があるときに見逃してはならないこと（指の神経が損傷していないか、指を動かしてもらい確認する、特に親指は神経の走行が他と異なるので注意して診るなど）を画像や動画で見ることができ、とても印象に残りました。また、私の面倒をいろいろ見てくださった研修医一年目の先生に、実際にリストカットの症例が救急で来ることが多いということも教えていただきました。

二つ目は、夜間 ER で常駐して下さる上級医の先生が多いということです。私は、初期研修の二年間で、小児の疾患も含め、しっかり救急診療の基礎を身につけたいと思っており、救急当直が多いこと、夜間にもかかわらず上級医の先生や小児科の先生が常駐して下さり相談できるというのはとても心強く、魅力的でした。

三つ目は、私が見学させていただいた総合内科です。私は初期研修で、医師として基礎的な診療能力を鍛えたいと考えています。総合内科は、研修医一年目の先生がすべての患者さんの病状を把握し、プレゼンをするなど大変そうでしたが、研修医の先生は、とても勉強になるとおっしゃっていて、医師としての土台を作るのにとてもいい勉強ができるのではないかと感じました。

私は、沖縄県にゆかりのある人間ではなく、友人に勧められてからも貴院に病院見学に参加させていただくかどうか、思い悩んでおりました。実際に、貴院で病院見学をさせていただき、研修医の先生とお話ししていると、みなさんが沖縄県にゆかりのある人間ではないこと、また先生方がとても仲が良さそうで、楽しそうに働いていらっしゃることを目の当たりにし、私もこのように働きたいと感じました。また、沖縄県は独自の文化があり、食事や社会背景など私が育ってきた環境と違う面が様々ありますが、私にはその違いが新鮮で、沖縄県がとても好きになりました。思い切って貴院を見学させていただいて本当に良かったと思っております。見学させていただいた、総合内科の仲里先生をはじめ、お世話になった先生方や、お忙しい時間を割いて面接をしてくださった佐久本先生、富山先生、研修医の先生方、また宮城さんにもお礼を申し上げます。本当にありがとうございました。



臨床研修

## 沖縄県立南部医療センター・こども医療センター 病院見学感想文

昭和大学 6年 山 本 真貴子

先日は大変お忙しい中、病院見学をさせていただきありがとうございました。

私は2回目の見学ということもあり、1回目に見学させていただいたときよりも、先生方ともたくさんお話しさせていただき、自分がこの雰囲気になじんでいると感じることができた病院見学になりました。

まず、はじめに感じたことは、病院のスタッフの方々がすごく明るくて、すれ違う時も笑顔であいさつしていただき、病院全体で明るい環境を作っているのだなということです。あいさつを通してすごく緊張が和らぎました。

1日目に見学させていただいた救命救急科では、見学にもかかわらず簡単な処置の介助もやらせていただき、とてもうれしかったです。また、研修医の先生と一緒に患者さんの身体所見をとったり、鑑別疾患を考えたりして、働いたらこんなに楽しいのだろうと感じました。研修医の先生と上級医の先生方とのやり取りをみて、いわゆる屋根瓦方式の指導体制というものも体感できました。驚いたのは、研修医の先生と看護師の方が患者さんの鑑別疾患について話し合っているのを見て、コメディカルの方も仲が良く、教育熱心な方が多いのだなあと感じたことでした。

2日目に見学させていただいた小児科では、朝のカンファレンスや回診で先生方が話しかけてくださったり、昼食をご一緒させていただけてすごく雰囲気のいい科だと感じました。また、患者さんのことも詳しく説明していただき、質問にも丁寧に答えてくださってすごく勉強になりました。

この2日間の見学を通して、私が見たいと思っていた点は、自分になりたいと思っている将来の医師像に近づくことのできる研修ができるかという点でした。見学だけではすべてを見ることはできないとは思いますが、上級医の先生方だけでなく、コメディカルの方々も一緒になって教育しようというのが感じ取れ、また、1日の見学でも多くの症例に触れることができ、率直に自分らしく、理想に向かって研修医として頑張れるのはここだなと思いました。

また、たくさんの先生方とお話しさせていただいて、この病院の先生方に教わりたい、一緒に仕事がしたいと強く思いました。研修医の先生方もとても優秀で、自分もこの病院で研修できたらこんなにできるようになるのかなと、さらに研修したい気持ちが強くなりました。

2日間あっという間に過ぎてしまいましたが、見学してどういう病院なのかを見るだけでなく、実際に先生とお話ししたり、一緒に何かをし、考えたりすることにより、自分が考えていたよりもはるかに良い見学をさせていただくことができました。

2日間大変お世話になり、本当にありがとうございました。

最後になりましたが、見学するにあたりお世話になりました、吉村先生をはじめとする臨床研修センターの方々、救急救命科、小児科の先生方、研修医の先生方、スタッフの方々に感謝申し上げます。

## 教育コーナー

# 我国の予防接種の現状とこれから



沖縄県立南部医療センター・こども医療センター 医療部長 安慶田 英 樹

はじめに

我国の現行の予防接種制度には種々の課題がある。欧米諸国と比較した場合、我が国の予防接種制度にはワクチンギャップあるいはワクチンラグと呼ばれる制度上の格差と遅れが存在することが二十数年来、指摘され続けてきた。我国の小児医療関係者は、ワクチンギャップを解消するために、さまざまな提言や要望を行ってきた。その成果や、この間の国の施策の改正もあり、最近数年はギャップが徐々に解消されつつある。しかし、依然として大きな課題が残されている。今回は、小児科医の立場から見た「我が国の予防接種の現状とこれから」について紹介したい。

## I ワクチンの現状

### 1 ワクチンギャップ

最近、数年の間に複数のワクチンが我国に導入された。2008年インフルエンザ菌b型(Hib)ワクチン、2009年ヒトパピローマワクチン(HPV)、2010年7価肺炎球菌結合型ワクチン(PCV7)、2011年ヒトロタウイルスワクチン(HRV)、2012年9月単独型不活化ポリオワクチン(IPV)、2012年11月からDPTと不活化ポリオの4種混合ワクチン(DPT・IPV)が使用可能になった。

この点に関する最も大きな問題は、これらのワクチンが諸外国では既に接種されていたワクチンであり、我が国への導入が遅れたことである。米国の認可から我が国の認可までの期間、すなわちワクチンラグをみると、おおよそ、Hibワクチン 20年、不活化ポリオ 15年、肺炎球菌結合型ワクチン 10年、ロタウイルスワクチン5年、パピローマウイルスワクチン3年であり、ワクチンによって期間

が異なるが、我が国への導入の遅れは明らかである。導入が遅れたということは、ワクチンで防げるにもかかわらず、この間に日本の小児がVPD(Vaccine Preventable Diseases = ワクチンで予防可能な疾患)に罹患し、健康を侵され、大きな被害を蒙ったということを意味している。厚労省研究班の最近の報告を参考に、インフルエンザ菌b型による細菌性髄膜炎の例で推計してみる。Hib髄膜炎の発症数は年間約500例、死亡率0.5~1%、後遺症出現率11%と報告されている。20年間の「遅れ」は、全国でHib髄膜炎患者 1万人、死亡患者50~100人、後遺症患者 1100人に達する患者がこの間に存在したことを示唆している。その他のワクチンについても、事情は同様である。医療従事者として、ワクチンの導入が遅れたことによるVPDの犠牲者の存在を決して忘れてはならない。

ワクチンラグの理由は、複数の事項が指摘されている。最も大きな理由は、92年頃までの予防接種関連の訴訟に国が敗訴を続け、その後、厚労省が予防接種制度の改良と新規の導入に対し、不作為ともいえるべき、極めて消極的・防衛的な姿勢を取ったことである。また、因果関係が不明なものも含め、副反応事例に対して非科学的でネガティブな報道を行った一部のマスコミの姿勢も結果的に誘因になったと考えられる。ワクチンの導入が遅れたことは残念であり、きわめて遺憾である。一方で、ギャップが解消されつつあり、疾病に苦しむ子ども達が確実に減少することは素直に喜ぶたい。

米国を始め先進諸外国は、「ワクチンで予防できる疾患(VPD)は、ワクチンで防止する」という明確な政策的意志を国の施策として堅持していると指摘されている。我が国も同様の政策的意志

(Political will) を持ち、国民的合意を得ることが必要である。

## 2 任意接種の問題

一方、制度の問題として、複数のワクチンが予防接種法で定められた定期接種に含まれず、希望者のみに接種する任意接種に据え置かれていることが指摘されている。

定期接種と任意接種の違いを表1に示す。

表1 定期接種と任意接種の比較

	定期接種	任意接種
法令	予防接種法に基づく	法令の枠外 (ワクチンの種類、接種年齢)
実施主体	市区町村長	希望者
接種費用	無し～軽い 公費(原則無料)	重い 自己負担(一部公費助成) 1回数千円～1.5万円
健康被害救済制度	予防接種法 因果関係が明確に否定され ない限り救済 死亡時 4250万円	医薬品医療機器総合機構法 死亡時 708万円

定期接種とは予防接種法に定められて予防接種であり、接種主体は市区町村長である。費用の負担は公費助成があるため、原則的に無料である。健康被害を生じた場合は、予防接種法で救済され、不幸にも死亡した場合の補償金は4250万円である。これに対して、任意接種は、ワクチンの種類と接種対象者の年齢が予防接種法の枠外にある場合を指す。基本的に希望者のみに接種が行われる。接種費用は一部で行われている公費助成を除き、原則自己負担である。接種料金は一回数千円～1万5千円に及び高額である。健康被害が発生した場合の救済は、一般の医薬品と同等の扱いである。医薬品医療機器総合機構法で救済され、死亡時の補償金は708万円である。接種費用の負担、健康被害発生時の救済のいずれの面においても定期接種の方が手厚いことは明白である。

表2に我が国における定期接種と任意接種のそれぞれの対象ワクチンを示す。我国では水痘、おたふくかぜ、ロタウイルスの各ワクチンは任意接種である。インフルエンザは65歳以上の高齢者、B型

表2 我国の現行予防接種 2012年11月現在

	生ワクチン	不活化ワクチン
定期接種 (9疾患) (10種類)	MR 麻しん 風しん BCG	DPT(ジフテリア・百日咳・破傷風) DT(ジフテリア・破傷風) DPT+IPV(ジフテリア・百日咳・破傷風・不活化ポリオ) 不活化ポリオ 日本脳炎 インフルエンザ(高齢者)
任意接種 (12疾患) (12種類)	水痘 おたふくかぜ ヒトロタウイルス	インフルエンザ菌b型 7価肺炎球菌結合型 23価肺炎球菌 B型肝炎 A型肝炎(小児未承認) ヒトパピローマウイルス インフルエンザ(高齢者以外) 破傷風 狂犬病

肝炎ワクチンはHBs抗原キャリアの母親からの出生児という、限定された一部の対象を除き任意接種である。Hib、小児用肺炎球菌ワクチン、パピローマウイルスワクチンも現時点では公費助成付きの任意接種である。一般に任意接種ワクチンは自己負担料が高いため、経済格差が反映され、接種率は30～40%に低迷している。接種率と患者数を簡単に比較してみる。定期接種の麻疹の場合、2011年の接種率の全国平均は1期95.3%、2期92.8%と高率で、全数把握システムで報告された全国の患者数は年間500人未満であり、国内からの麻疹「排除」の一步手前という、定期接種の効果が十分に発揮された望ましい状態である。一方、任意接種である水痘の場合、接種率は約30%と推定され、全国でそれぞれ年間、発症者は100万人、入院は4千人、死者は20人に達すると報告され、野放しに近い望ましくない状態である。

そもそも任意接種の対象疾患は、希望者のみが免れればすむ疾患ではない。定期と任意にかかわらず、ワクチンによりVPDの罹患を防止し、子供達の健康を守るといった政策的意志を持ち、国民的合意を得ることが求められていることを繰り返し強調したい。

因みに欧米各国では、予防接種はroutine immunizationと表現され、我が国の定期接種と同等に位置づけられており、任意接種という区分自体が存在しない。表3に我が国と欧米諸国の定期接種の比較を示す。我が国で任意接種とされているHib、小児用肺炎球菌、おたふくかぜ、水痘の各ワクチンは各国とも全て定期接種(routine

表3 日本と欧米の定期接種の比較

ワクチン	日本	アメリカ	イギリス	フランス	ドイツ
B型肝炎	■▲	●	▲	●	●
インフルエンザ菌b型	▲	●	●	●	●
小児用肺炎球菌	▲	●	●	●	●
ジフテリア	●	●	●	●	●
百日せき	●	●	●	●	●
破傷風	●	●	●	●	●
BCG	●	■	●	●	▲
ポリオ	●	●	●	●	●
麻疹	●	●	●	●	●
風しん	●	●	●	●	●
おたふくかぜ	▲	●	●	●	●
水痘	▲	●	▲	▲	●
ヒトパピローマ	▲	●	●	●	●

●定期接種 ▲任意接種 ■リスクがある場合 「VPDの会」を改変

immunization)に位置付けられている。B型肝炎、BCG、水痘に関しては国により位置づけが異なっている。

任意接種の問題は、早急に解決しなくてはならない我が国におけるワクチンギャップの一つであることを再度強調しておきたい。

## II 予防接種のこれから

小児科医としての現時点における要望を以下に列記してみる。

### 1 定期接種対象疾患の拡大。

現在、任意接種にされているワクチンを、定期接種に位置付けることである。WHOは2010年の声明の中で、BCG、DPT、ポリオ、麻疹、Hib、肺炎球菌（小児用）、B型肝炎、ロタウイルス、パピローマウイルスの9ワクチンをuniversal immunizationとして定期接種化することを推奨している。世界の貧困国を含め、全ての国に定期接種化することを勧めているわけである。また、先進諸国において、おたふくかぜ、風疹、インフルエンザ、水痘、成人用肺炎球菌の5ワクチンを定期接種化することを推奨している。Universal immunizationすなわち予防接種を定期接種化することが国際標準である。ここに記載したWHOが推奨する14ワクチンの中で、我が国で定期接種化されているのは高齢者を限定的に対象としているインフルエンザを含めても6種類である。任意接種である8種類（Hib、肺炎球菌（小児用）、B型肝炎、ロタウイルス、パピローマウイルス、おたふくかぜ、水痘、肺炎球菌（成人用）

の定期接種化を要望したい。国と地方自治体の負担増が予想されるが、広い視野で費用対効果を検討すると十分な効果が必ず見込めるはずである。他方、将来の国・社会を支える次世代の子ども達を守ることは、費用に関わらず最優先すべき大人達の使命・責務である。

### 2 同時接種の推進、混合ワクチンの開発・導入

ワクチン数の増加に伴う接種スケジュールの過密化の解決には、同時接種を推進する必要がある。日本小児科学会が推奨する予防接種スケジュールに従えば、生後2ヶ月から5ヶ月の間に接種が必要なワクチンの接種数は、皮下注射12回（小児用肺炎球菌3回、Hib3回、B型肝炎2回、不活化ポリオ・DPT3回、BCG1回）、経口接種（ロタウイルス）2～3回の計14～15回に達する。この接種数を達成するには同時接種が必要である。同時接種は国の予防接種実施要領において「医師が必要と認めた場合に行うことができる」と認められている。欧米各国では、同時接種は以前より実施されており問題を認めていない。日本小児科学会は、同時接種によるワクチン間の干渉と有害事象・副反応の増加はともに認められず、一方、同時接種の利点として、接種率が向上し、乳児早期よりVPDから守られることと保護者の時間的・経済的負担の軽減が可能になると評価しており、同時接種を推奨している。今後、我が国において同時接種を普及・啓発していく必要がある。

一方、接種される小児と保護者の立場からは、「痛い思い」、すなわち、接種回数は少ない方が望ましい。欧米には10数種類の混合多価ワクチンがある。DPT、Hib、不活化ポリオ、B型肝炎を混合した6価ワクチンもあり、接種回数の軽減が図られている。国内においても混合ワクチンの開発・導入を要望したい。

### 3 日本版ACIP Advisory Committee on Immunization Practicesの設立

予防接種のあり方を決める仕組みは米国と我が国ではかなり異なっている。

我国では厚労省の内部における縦割り行政の弊害があり、予防接種のあり方・方向性は国民から見

ことができないブラックボックスの中で決められると評されている。

一方、米国では、ワクチンの導入、効果、安全性を議論し、その内容を公開し、予防接種の実施体制の改善に貢献する専門家集団から構成される予防接種諮問委員会 ACIP が設置されている。ACIP の委員は保健福祉省から任命される小児科、感染症、免疫学、疫学、ワクチン等の専門家からなる 15 名のメンバーで構成される。基本的な仕組みを簡単に説明すると、政府組織である保健福祉省の CDC Centers for Disease Control and Prevention に所属する National Immunization Program が予防接種の研究・関連情報の収集・計画・実行を統括し、接種プログラムや新規ワクチンの導入などを立案する。そのプランを ACIP の会議に諮問する。会議は年 3 回公開の場で開催され、予防接種の有効性・安全性・経済性を評価し、その時点で最良な予防接種プログラムを作成する。保健福祉省は ACIP の勧告を遵守し、政策に反映し、実行に移すことが義務づけられている。ACIP の会議では、投票権・決定権は 15 名の委員にあるが、その他に政府関係機関が 8 機関、学会を中心とした予防接種関連団体代表 22 機関、オブザーバー 200 名の参加が認められており、全ての参加者の発言権が保障されている。

公開の場で適時的な予防接種プログラムを決定し、広い視野で予防接種の将来計画の企画・立案を行う日本版 ACIP を設置することが、我が国において望まれている。

### Ⅲ 最近の動向

厚生省に設置されている厚生科学審議会感染症分科会予防接種部会において、我が国における今後の予防接種のあり方が検討され、2012 年 5 月にその結果が「予防接種制度の見直しについて（第二次提言）」として発表された。その中に重要な提言が二つ含まれている。

一つは定期接種の対象疾患・ワクチンの追加・拡大である。提言の中に、「医学的観点から、子宮頸がん、インフルエンザ菌 b 型、小児用肺炎球菌、水痘、おたふくかぜ、成人用肺炎球菌、B 型肝炎の 7 ワクチンについて広く接種することが望ましい」と記載されている。

二つ目は予防接種に対する評価・検討組織の設置である。「予防接種全般について、中長期的な課題設定の下、科学的知見に基づき、総合的・恒常的に評価・検討を行い、厚生労働大臣に提言する機能を有する評価・検討組織を設置する」としている。これは日本版 ACIP の設置に相当する。

今回の「第二次提言」が実現すれば、我が国の予防接種体制は大幅に改善し、国際標準を達成すること可能になる。しかし、7 ワクチンの定期接種化については、財源の不足、地方自治体の一方的な負担増加の問題があり、実現にはいくつかの高いハードルの存在が予想されている。日本版 ACIP の設置については、具体的な動きは現時点では明らかではない。

今回の「第二次提言」の早期の実現化を、多くの保護者と小児科医とともに、期待し切望している。今後の動向を注視しているところである。



教育コーナー

# 沖縄県における胆道閉鎖症 マススクリーニングの取り組みについて



沖縄県立南部医療センター・こども医療センター 小児外科  
金城 僚、大城清哲、仲間 司

## 一胆道閉鎖症について一

胆道閉鎖症とは、生まれつき、或いは生後早期に肝臓と十二指腸を結ぶ胆道が閉塞する病気です。肝臓内に胆汁がうっ滞するため、放置すると胆汁性肝硬変の状態となり、最終的に肝不全に至ります。この病気は女児に多く、10,000 - 15,000 の出生に1人の割合で発生します。全国の患者数は約2,000人で、毎年100人前後の新規患児が発症しています。

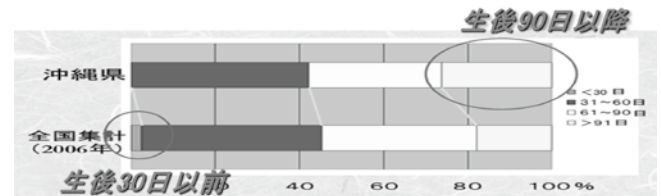
1959年、胆道閉鎖症に対する葛西術(肝門部肝空腸吻合術)の有効性が初めて報告され、1980年代に入り、術後の長期予後成績が報告されてきました。日本胆道閉鎖症研究会の報告によると、手術時日齢が30日以内の患児での黄疸消失率は60%を超えますが、それ以降では50%台となり、特に90日を超えると40%台へと低下します<sup>1)</sup>。現在、肝移植術の普及とともに患児を取り巻く医療状況は劇的に変化していますが、同研究会の報告によると初回手術時日齢にほとんど変化はみられず、いまだに発見が遅れ、90日以降で手術を受ける患児が全体の20%弱も存在しています。

早期発見の手がかりとなるのは、全身黄疸と便の色です。胆道閉鎖症では、腸管への胆汁排泄がないため、胆汁を含まない便の色となります。医学書や母子手帳(手帳への記載は1987年から開始)には、この色を灰白色、クリーム色、レモン色などと表記しています。2012年4月から新しい比色表が母子手帳に添付されています。比色表によるスクリーニングが有用であると言われる一方、色の判断は主観で判断されるため、客観性に乏しいと言われていいます。実際、比色表で胆道閉鎖症を疑うような淡黄色

便でも、家族は「黄色」と表現する事があります。

## 一沖縄県の現状一

当院の仲間が2009年に報告した如く、沖縄県では全国統計と比して生後30日以前の根治手術例が少なく、90日以後の手術症例が多いという特徴があります(図1)。最近の報告では、生後30-45日以内に胆道閉鎖症手術(葛西手術)を行った症例は、将来肝移植に至る可能性が低い<sup>2)</sup>とされています。



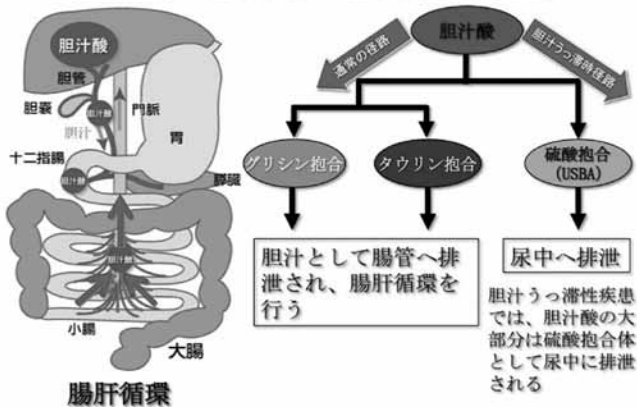
(図1)

## 一USBAスクリーニングについて一

近年、尿中硫酸抱合型胆汁酸(urinary sulfated bile acid: 以下USBA)を利用して客観的評価にもとづき、胆道閉鎖症を早期に発見しようとする試みが報告されています<sup>3)</sup>。肝細胞内で産生された胆汁酸はタウリン、グリシン、硫酸などの抱合体として生体内に存在しますが、胆道系に閉塞がある場合、胆汁酸の大部分は硫酸抱合体(USBA)となって尿中に排泄されます(図2)。

胆汁酸は肝臓(肝細胞)において特異的にコレステロールより生成され、胆汁に排泄されます。腸管に放出された胆汁酸は、回腸末端を中心とした腸管より約95%が再吸収され、門脈を経て肝細胞に効率よく摂取されます。閉鎖的腸肝循環(腸→門脈→

## 尿中硫酸抱合型胆汁酸について (urinary sulfated bile acid : USBA)



(図2)

肝臓→胆汁)を行うため、大循環系には微量にしか存在せず、末梢の血中総胆汁酸濃度は極めて低い濃度に保たれています。硫酸抱合型胆汁酸とは、胆汁酸の水酸基に硫酸がエステル結合をしたもので、生体内では3位の水酸基に結合したものがもっとも多いといわれています。胆汁酸の硫酸抱合化は、主として肝臓で行われ、その極性を増加させることにより、腎臓でのクリアランスを数倍から数百倍に増加させる働きがあると言われています。肝胆道系の異常により、血中胆汁酸が増加した場合、過剰の胆汁酸を速やかに体外へ排出するための解毒機構と考えられています。健康成人の1日の尿中胆汁酸排泄量は、1～7  $\mu\text{mol}$ と微量ですが、肝胆道系の異常により、血中胆汁酸が増加するとそれに伴い尿中の胆汁酸が増加します。その際、尿中胆汁酸中の最も多い成分が硫酸抱合型胆汁酸であり、尿中の胆汁酸を測定する場合は、硫酸抱合型胆汁酸を測定することが行われます。

USBA を利用したスクリーニング検査を行うと、胆道閉鎖症を含めた胆汁うっ滞性疾患は1/2,000～2,500人の頻度で発見できると推測されています[胆道閉鎖症(25～30%)、肝内胆汁うっ滞症;アラジール症候群、家族性肝内胆汁うっ滞症、先天性胆汁酸代謝異常症など(20～25%)、特発性新生児肝炎(15%)]<sup>4)</sup>。

採尿日齢は生後3週目前後とし、カットオフ値はUSBAクレアチニン補正值  $>55.0 \mu\text{mol/gm creatinine}$ (ただし、尿クレアチニン  $<2.5\text{mg/dl}$ の場合はUSBA実測値  $>5.0 \mu\text{mol/l}$ にて判定)とす

ることが現時点では妥当<sup>5),6)</sup>と考えられています。2次検査については、基本的には非侵襲的なUSBA検査にて再検を行い、再びカットオフ値を超える症例については血液検査を行うことが望ましく、血液検査において直接型ビリルビン値の上昇を認めた場合や、自施設での採血が困難な場合には、小児科もしくは小児外科施設への紹介を考慮することになります。

## ー沖縄県における胆道閉鎖症のUSBAスクリーニングについてー

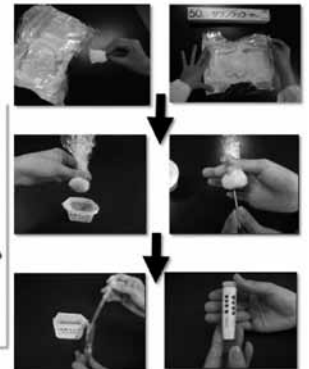
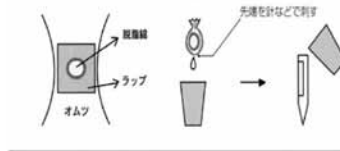
本県では2009年8月から尿中硫酸抱合型胆汁酸(以下USBA)による、胆道閉鎖症スクリーニングを実施しています。USBA検査は採血検査と異なり、オムツにラップと脱脂綿をおき採尿する検査で、非常に簡便です(図3)。現在、全ての検体是那覇市医師会健診センターに集約・検査されます。

### USBA検査方法

#### オムツにラップと脱脂綿をおき、採尿する検査。

##### ■採尿方法

- 1) オムツの上に10cm四方に切り、
- 2) 採尿コップへしぼり入れ、採尿コップからプラスチック尿容器へ移す。



検体是那覇市医師会健診センターに集約・検査される。

(図3)

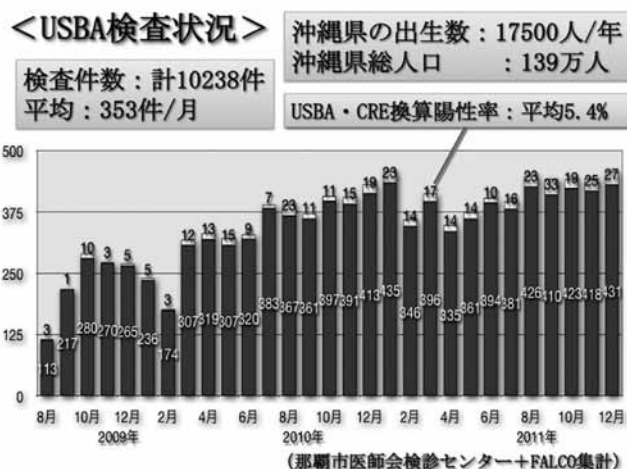
2009年8月から2011年12月までに10238件のUSBA検査が行われています。沖縄県の年間出生数は17500で、本検査は主に南部医療圏の約8600人が対象になります。現在のUSBA検査実績ではひと月平均353人の検体がありますので、353人×12ヵ月=4236人≒出生数の約50%となり、該当医療圏の約50%が検査を受けている結果となりました(図4.5)。なお、USBA検査の陽性率は5.4%と、やや高い傾向を示しています。検体処理までの時間が長いことが原因ではないかと考えています。

該当期間に胆道閉鎖症マスキング陽性として、当院で2次検査をおこなった症例は311例ありました。USBA陽性例は全例、一般産科医から



の紹介で、県内中南部地域の15施設から紹介がありました。

USBA・CRE換算平均値は100.6  $\mu$ mol/g Cr(6.7~796.9)でした(図6)。



(図4)

**<当院での検討結果>**

一次検査陽性：400例/10,238例(那覇市医師会・FALCO集計)

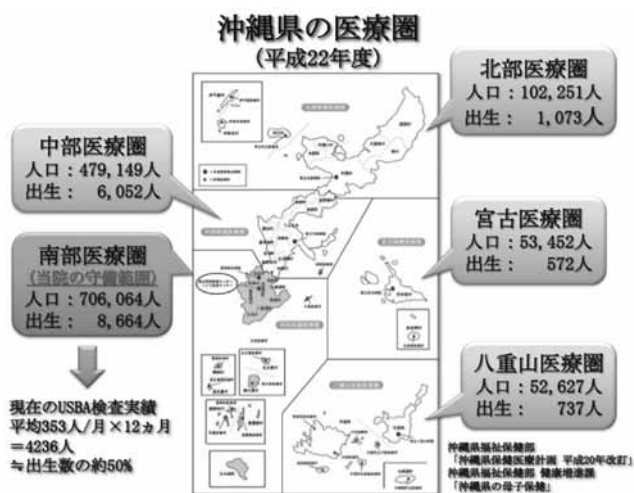
二次検診で当院受診者：311例 (一次検査陽性例の78%)  
 男：女=159:152

USBA検査時日齢：19±5日(4-41日)  
 二次検診受診時日齢：36±8日(14-79日)

\*USBA平均値：7.1  $\mu$ mol/L(1.7-36.8)  
 \*USBA・CRE換算平均値：100.6  $\mu$ mol/g Cr(6.7-796.9)

(図6)

2次検診受診例の経過を示します(図7)。



(図5)



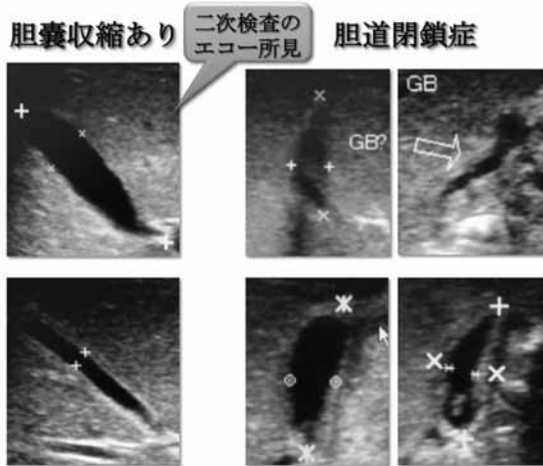
(図7)

当院のUSBA高値例に対する二次検査では、患者情報、周産期情報、理学所見、栄養状態を評価します。特に重要視するものは、採血検査での黄疸、肝機能、凝固機能および、超音波検査での胆嚢の状態、特に哺乳前後の胆嚢収縮の有無です。これらの検査は基本的に外来で行っています。

検討期間中のUSBAの1次検査陽性例は400件で、当院へは311件(78%)が2次検査目的に紹介されました。当院以外では、県立中部病院、琉球大学付属病院で2次検査を行っています。2次検診受診者311例の男女比は159:152。USBA検査時の日齢は19±5日(4~41日)、二次検診受診時の日齢は36±8日(14~79日)でした。1次検診陽性例のUSBA平均値は7.1  $\mu$ mol/L(1.7~36.8)、

2次検査では、黄疸、肝機能、凝固能および超音波検査を行います。直接bil1.5mg/dlを入院精査のカットオフ参考値としています。外来検査で直接bilが1.5mg/dl未満のものは286例。エコーで正常胆嚢(胆嚢長径15mm以上、哺乳後胆嚢収縮を認める)を確認し(図8)、初診の時点で胆道閉鎖症を否定したのは145例。黄疸や肝機能障害のため生後60日まで経過観察し、胆道閉鎖症を否定したものが140例。1例のみ家族の都合で入院精査を行いました。直接bil1.5mg/dl以上が22例。そのうち19例は正常胆嚢を確認し、外来で黄疸のフォローを継続して日齢60日までに黄疸の改善を認め、胆道閉鎖症を否定しました。胆嚢収縮の弱い1例、フォロー中に黄疸の悪化を認めた2例に入院精査を行い、十二指腸液

検査で胆道閉鎖症を否定しました。直接 bil 1.5mg/dl 以上の黄疸と肝機能・凝固障害、萎縮胆嚢、淡黄色便を呈した3例が開腹胆道造影の適応となり、生後34～55日目に術中胆道造影を行い、胆道閉鎖症の診断で、根治術が施行されました。

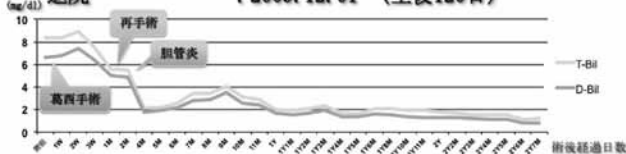


(図8)

胆道閉鎖症3例を以下に示します(図9,10,11)。

### 胆道閉鎖症例-1

症例1 男児 2009.7.31 生  
USBA検査 : 2009.8.21 (生後21日)  
USBA 9.2 ( $\mu\text{mol}/\text{l}$ )  
USBA換算値 184 ( $\mu\text{mol}/\text{g} \cdot \text{Crea}$ )  
便色 : No 3  
当院紹介 : 2009.9.7 (生後38日)  
小児外科受診 : 2009.9.16 (生後47日)  
葛西手術(胆型、cl、v) : 2009.9.24 (生後55日)  
再手術 : 2009.10.27 (生後85日)  
退院 : 2009.12.01 (生後120日)

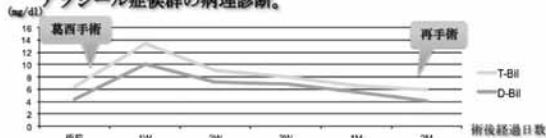


(図9)

### 胆道閉鎖症例-2

症例2 男児 2011.07.13 生  
USBA検査 : 2011.7.29 (生後16日)  
USBA 15.63 ( $\mu\text{mol}/\text{l}$ )  
USBA換算値 134.74 ( $\mu\text{mol}/\text{g} \cdot \text{Crea}$ )  
便色 : No 2  
当院紹介 : 2011.8.10 (生後28日)  
葛西手術(胆型、al、v) : 2011.8.16 (生後34日)  
退院 : 2011.9.20 (生後69日)  
紹介先にて再手術 : 2011.10.18 (生後97日)

\* 兄が胆道閉鎖症の診断で根治術・肝移植の既往あり。  
\* 術後の治療を兄と同じ大学で行うことを希望されたので退院。  
\* 紹介先にて生後97日目に肝門部再播爬術施行された。  
アラジール症候群の病理診断。



(図10)

### 胆道閉鎖症例-3

症例3 女児 2011.08.15 生  
USBA検査 : 2011.7.29 (生後24日)  
USBA 8.5 ( $\mu\text{mol}/\text{l}$ )  
USBA換算値 107.67 ( $\mu\text{mol}/\text{g} \cdot \text{Cr}$ )  
便色 : No 2-3  
当院紹介 : 2011.9.21 (生後42日)  
手術(胆型、bl、v) : 2011.9.22 (生後43日)  
退院 : 2011.11.1 (生後106日)



(図11)

当院来院時日齢は28 - 47日、USBA検査は生後16-24日に施行されていました。直接 bil 優位の黄疸があり、血液凝固障害を認めました。エコーでは萎縮胆嚢の状態でした。

胆道閉鎖症症例と同等の血清、総 bil. 6mg/dl 以上の児で肉眼的に黄疸が確認されたのは、今回の検討では55%(41例/74例)にすぎず、肉眼的に黄疸の有無を判定すると、多くの見逃し例が出る危険性があります。胆道閉鎖症の早期発見には、便比色法や尿中USBAなど、何らかの検査を用いる必要があります。

期間中、2次検査中に肝血管腫が2例、水腎症が2例発見されましたが、保存的に経過観察を続けています。黄疸が遷延する症例はなく、胆汁うっ滞性疾患、代謝性疾患の疑い例はありませんでした。

#### —まとめ—

これまで主流であった便比色表によるスクリーニング法に対し、USBA検査は①客観的な検査値として評価される、②低侵襲検査である、③胆道閉鎖症以外に、胆汁うっ滞・代謝性疾患のスクリーニングとなり得る、ことが従来法に対する優位性と言われています。

USBAは、生後2週までは生理的に高値のため、生後15日以降での採尿検査が理想<sup>7)8)</sup>とされています。さらに、生後45日までに胆道閉鎖症根治術を行うため、生後30日頃までには一次検査を済ませることが必要と考えています。今回の検討で、1次検査日齢、2次検査日齢はほぼ理想であります。

検査時の日齢の幅が大きいことが分かりました。胆道閉鎖症を早期に発見、治療するためには検査の至適時期を再認識する必要があると考えています。

USBA スクリーニングを開始して2年半で3例の胆道閉鎖症を発見し、早期に根治術を施行できたことは沖縄県の患児にとって非常に有意義なことであると思っています。本原稿を執筆中に、USBA 検査を受けてない児が、頭蓋内出血・痙攣で発症し、他院で胆道閉鎖症の診断となり、根治術が行われていたことを知りました。この症例では頭蓋内出血が生じる直前まで便の色は「黄色」であったようです。便比色法の限界を感じさせる症例です。

USBA 検査の有用性は明確ですが、これが費用対効果としてどれだけのメリットがあるかを検討する時期に来ています。早期発見・早期治療により肝移植症例がどの程度減少し、どれだけの医療費が節約できるかを検討する必要があると思います。現在、USBA 検査は1回3000円の自費で行われ、保険点数は70点です。現在の検査料を沖縄県出生の全新生児に行うことと、早期手術に伴う肝移植の回避がどの程度可能となるかが今後の検討課題だと考えています。

今後も沖縄県内の産科、小児科の先生方の協力を通じて胆道閉鎖症の早期発見に努めていきたいと思っています。

- 1) 日本胆道閉鎖症研究会・胆道閉鎖症全国登録事務局:胆道閉鎖症全国登録 2006 年集計結果. 日小外会誌 44: 167-176, 2008.
- 2) Ronald J Sokol et al. Screening and outcomes in biliary atresia: Summary of a National Institutes of Health workshop Hepatology 46: 566-581, 2007
- 3) 大畠雅之:尿中硫酸抱合型胆汁酸測定による胆道閉鎖症早期発見への取り組み. 小児外科 40: 56-59, 2008.
- 4) 鈴木光幸:胆道閉鎖症の早期発見をめざして - 尿中硫酸飽合型胆汁酸 (USBA) を利用したスクリーニング法の実際. Schneller 73, 2010
- 5) Matsui A, Kasano Y, Yamauchi Y, et al :Direct enzymatic assay of urinary sulfated bile acids to replace serum bilirubin testing for selective screening of neonatal cholestasis. J Pediatr 129: 306-308, 1996.
- 6) 山根寛, 連利博, 片山俊郎, 他:新生児尿中硫酸抱合型胆汁酸の基準値設定と先天性胆道閉鎖症のスクリーニング検査開発に関する研究. 神大医保健紀要 13: 1-7, 1997.
- 7) Kimura A, Mahara R, Inoue T, et al :Profile of urinary bile acids in infants and children:developmental pattern of excretion of unsaturated ketonic bile acids and 7beta-hydroxylated bile acids. Pediatr Res 45: 603-609, 1999.
- 8) 鈴木光幸:尿中硫酸飽合型胆汁酸分析の実際 - 1,153 例の解析結果から -. 広島県小児科医会会報 47: 25-26, 2009.

## 研修医だより

# 初期研修を終えるにあたって - 38歳で医者になった僕 -



初期研修医2年 多田 欣司

テレビドラマのタイトルより少し遅れて医者になった私が初期研修としてこの病院を選んだのは、多くの症例を経験して少しでも早く一人前になりたいと思ったからです。他の研修医とは異なる経歴の自分を受け入れていただいた上、研修開始から今に至るまで、職種を超えて暖かく指導していただいた病院の全てのスタッフに感謝しています。

サラリーマンから学生に脱分化し、医師へと再分化してから約1年半、一度分化した細胞が初期化することが困難なように、再分化は楽ではありません。iPS細胞のように初期化できない自分は「同期と同じようには成長できないかもしれない」、という不安を常に抱えながらの研修生活でした。

これまで働いてきたキャリアを活かして仕事をしたいと思っても、なかなか点と点はつながりません。「薬剤師だから薬の知識に詳しいんですね」と言われて質問され、全く答えられないと凹みます。試験の記憶がほとんど残っていないように、人は使っていない記憶をどんどん意識から排除していて、その能力は年々磨きがかかっているようです。

それでも、いつか点と点をつなげて自分の特徴を生かした活動をしたい、このままでは終わりたいと思っています。今はまだ明確な目標は見つけれられていませんが、今後も患者とその家族と誠実に向き合いながら見つけていければと思っています。

この先、進めば進むほど道は細く険しくなることは間違いなさそうですが、それでも好きな仕事ができ、一歩、半歩でも前に進んでいることはありがたいと思っています。誰もが同じ道を歩けるわけではないことを忘れないようにしたいと思います。

当初は完全アウェーの私たち家族でしたが、この地で多くの友人に恵まれ、今ではこの沖縄を第二のホームのように感じています。進路についても迷いましたが、新しい環境で新しい挑戦をするために沖縄を離れることにしました。いつかお世話になったこの沖縄に何らかの形で還元できるよう、またより多くの患者の笑顔を見るためにこれからも頑張りたいと思います。

## 研修医だより

# 沖縄で研修を始めて早4年



小児科後期研修医 酒井 一 徳

大学生活から、初期研修・後期研修と足掛け10年もの時間を沖縄で過ごしてきました。大学時代には、卒業後は地元に戻るつもりでしたが、実習中に会った中部病院の先生に憧れて実力不足である事を承知で、中部病院の門戸を叩きました。院内には色々な先輩達・後輩に出会うことができました。特に一年目の頃は、今までに経験したことのないくらい叱咤された事もあり、僕のキャパシティを遥かに超えた仕事の量や患者さん。何度も心が折れそうになり、数度は心が折れた事が今も昨日の事のように思い出されます。

そんな中、小児科を目指すという目標は変わらないのですが、sub specialityを何にするのかという壁にぶつかりました。そんな折、南部医療センターから、後期研修医として南部先生が、中部病院に研修に来ました。南部先生はどんな子にも一生懸命で、医療に対する臨床も教育もとても熱意を感じました。また、とても気さくに僕の相談に乗ってくれ、南部医療センターなら、循環器・血液腫瘍・内分泌・新生児・神経・腎臓・集中治療など万遍なく経験できるし、sub specialityに迷っているのなら、余計に色々な科を実際に経験したほうが、良いのではとのアドバイスにも心を打たれ、平成23年度より同僚7人と共に南部医療センターでお世話になる事となりました。それまでに散々救急室を見てきたつもりでしたが、やはり当院での救急室での患者さん達の聞いたこともない基礎疾患のオンパレードに驚きましたが、病棟でそれぞれの科の患者さん達を診させていただくうちに、診察するうえで、大事なポイントや治療を知るにつれて、徐々に不安も取れてきました。また、新生児科・集中治療科での緊急性の高い対応は、やはり特殊な技能だけに特に勉強になったと思っています。

また、7人同期に恵まれました。各地から沖縄まで当院の研修を受けるために集まり、それぞれ研修を終えていくにつれ、お互いの道が少しずつ開けていくのを感じています。

僕は他院での研修中に出会った、アレルギーに興味を持つようになりました。特に食物アレルギーは人間における食と密接に関係し、小児においては発達・栄養とcommonでありながら、患者さんも多く専門医としては足りていない分野。Common故に小児科の延長とも捉えることもできますが、負荷試験を行ったり、免疫療法でアレルギーを起こす食べ物をあえて食べれるように訓練したりと、専門医でなければ危険な治療もあります。

また様々な科の研修を終えて改めて思うことは、小児科医であるならば、専科を持つ事は大事ですが、commonな病気にも対応し、かつ緊急性がある場合も最低限の治療と適切な治療施設への搬送をできるようにならねばいけない事です。

当院を含め県立病院では離島での医療を行える人材を育成しており、それは今述べたようにcommonに対応しながら、emergencyを見逃さないという、現在の研修に繋がります。また同期達と切磋琢磨しながら、同じ目標に向かえるのはとても素晴らしいことだと思います。今後何年沖縄でお世話になるかわかりませんが、これからも当院での研修が僕の中で生かされるよう、精進していきたいと思っています。

長々と書きましたが、当院でお世話になり改めてよかったなと思返しています。

ありがとうございます。そしてこれからもよろしくお願いします。

沖縄県立南部医療センター・こども医療センター  
平成24年度採用卒後臨床研修医

【1年次】



上田 江里子  
ERIKO UEDA  
関西医科大学  
KANSAI MEDICAL UNIVERSITY



永元 哲治  
TETSU HARU NAGAMOTO  
京都大学  
KYOTO UNIVERSITY



金子 良一郎  
SHINICHIRO KANEKO  
東邦大学  
TOHO UNIVERSITY



津曲 綾子  
AYAKO TSUMAGARI  
千葉大学  
CHIBA UNIVERSITY



杉浦 由佳  
YUKA SUGIURA  
奈良県立医科大学  
NARA MEDICAL UNIVERSITY



高辻 謙太  
KENTA TAKATSUJI  
和歌山県立医科大学  
WAKAYAMA MEDICAL UNIVERSITY



竹内 ありさ  
ARISA TAKEUCHI  
琉球大学  
UNIVERSITY OF THE RYUKYUS



田中 拓  
TAKU TANAKA  
日本医科大学  
NIPPON MEDICAL SCHOOL



島塚 大介  
DAISUKE TORITSUKA  
富山大学  
UNIVERSITY OF TOYAMA



永田 恵蔵  
KEIZO NAGATA  
鹿児島大学  
KAGOSHIMA UNIVERSITY



細川 博昭  
HIROAKI HOSOKAWA  
福島県立医科大学  
FUKUSHIMA MEDICAL UNIVERSITY



増田 陽子  
YOKO MASUDA  
浜松医科大学  
HAMAMATSU UNIVERSITY SCHOOL OF MEDICINE



三浦 俊哉  
TOSHIYA MIURA  
産業医科大学  
UNIVERSITY OF OCCUPATIONAL AND ENVIRONMENTAL HEALTH JAPAN



三輪 志織  
SHIORI MIWA  
秋田大学  
AKITA UNIVERSITY



森山 祥平  
SHOHEI MORIYAMA  
九州大学  
KYUSHU UNIVERSITY

【3年次】



堀込 俊郎  
TOSHIRO HORIGOME  
山梨大学  
YAMAGUCHI UNIVERSITY



倉橋 幸也  
YUKIYA KURAHASHI  
滋賀医科大学  
SHIGA UNIVERSITY OF SCIENCE



中俣 彰裕  
AKIHIRO NAKAMATA  
宮崎大学  
UNIVERSITY OF MIYAZAKI



石澤 貴寛  
TAKAHIRO ISHIZAWA  
札幌医科大学  
SAPPORO MEDICAL UNIVERSITY

## 診療所だより

# 久高診療所

久高診療所 松岡 恵

〈はじめに〉

平成 23 年度より久高診療所に赴任している松岡恵と申します。

平成 14 年に自治医科大学卒業後、県立中部病院で初期研修。平成 19 年度～21 年度は香川県小豆島の町立内海病院で産婦人科研修、平成 22 年度は香川大学医学部附属病院周産期科女性診療科での後期研修の後、卒後 10 年目にして初めて離島診療所での総合診療に就くこととなりました。

当初は産婦人科診療からのギャップに戸惑い、初期研修の頃の記憶を辿りながら、慌ただしくスタートしましたが、今は 1 年半が経過し、患者さんの背景や性格を考えつつ、基本的にのんびりと診療する日々です。

〈久高島の紹介〉

久高島は南城市に属し、沖縄本島知念半島から東へ約 5km の海上にある周囲約 7km、最高標高約 17m 程の島です。安座間港よりフェリーで約 30 分、高速艇で約 15 分と本島に近く、フェリー・高速艇とも 1 日に 3 便ずつ運航しています。

近距離で交通の便は良い離島ではありますが、台風が接近すると、本島では何とも感じない気象の時でも船が欠航し、離島であることを実感します。

島の南に集落と港があり、その他は農地と木々が生い茂る自然が大半を占め、どこにいても波の音が聞こえる細長い島です。

古くから神の島として知られ、近年は年間 3 万人もの観光客が訪れるといます。人口は約 270 人(以下、人口統計は平成 24 年 8 月末現在)。島人の半数以上は、久高の血筋の方で神人(かみんちゅ)と呼ばれています。内間・西銘・糸数・並里の姓が多く、

あちこちが親戚として繋がっています。近年は、若い世代の本土の方も移住し、宿泊施設やレストランなどの久高島振興協会関連の仕事に従事するなど、世代による構成の変化が出てきつつあります。

主な産業は漁業で、徐々に高齢化が進み、担い手は減少しておりますが、昔に比べるともずくや海ぶどうの養殖を行う方が増えているようです。特産のイラブー漁も取り手が減少しながらも存続しています。

他に、自家消費程度の農業、観光案内、小さな商店、民宿を営んでいる方がおり、全体として経済的に厳しい家庭が多い印象です。

島の公共機関は学校・診療所のみで役場や駐在の出張所はありません。

教育機関は、久高幼稚園・久高小中学校があり、島の子供は、未就学児 6 名、幼稚園生 4 名、小学生 16 名(2 学年ずつの複式学級)、中学生 25 名の計 51 名です。意外と子供の数が多いように見えますが、平成 13 年より久高島留学センターが設立され、県内外から山村留学に来る子供達がいるため、高学年になるとその数が多くなっています。

〈診療所だより〉

久高診療所は、医師 1 名・看護師兼事務員 1 名の計 2 名で診療しています。

患者数は 1 日平均 5~6 人です。

疾患は、高血圧・脂質異常症などの生活習慣病、気管支喘息・COPD などの慢性呼吸器疾患、膝関節症・腰痛症を主とした整形外科疾患などの慢性疾患が多く、風邪や小さな外傷がちらほら、そして年に数回搬送が必要な救急疾患に遭遇する感じ。時々まれな疾患にも遭遇し、初発のぶどう膜炎や中



学生女児の拒食症、サルコイドーシス、顎下腺炎などの初診にもあたりました。たいてい、紹介先の本島の病院で診断が付くのですが、多くの疾患が産婦人科で診療していたら、診ることがなかったであろうと考えると、勉強させていただいていると実感する時です。

渡嘉敷や座間味に比べると観光客の受診はまだ少ない印象で、患者のほとんどは島のおじいおばあちを中心とした中高年です。65歳以上が35%、80歳代がその約半数の16.7%という高齢社会のため、年に2～3人は悪性腫瘍を発症する方がいます。ヘリ搬送例では脳血管障害が多く、幸い虚血性心疾患には当たっておりません。

私が赴任したばかりの平成23年度はドクターヘリ搬送5件・救急車搬送6件と久高にしては緊急搬送ケースが多く、これまでの緊急搬送体制を見直すきっかけとなりました。

まず、初めての女医赴任をきっかけに、ワンクッションコールを導入し、徐々に周知をはかっている段階です。他の離島診療所と違い、看護師がコールの繋ぎ番となっているので、今後は自治体からめた体制を構築していくことが課題です。

また、島の消防団と連携する搬送体制が確認されておらず、区長を通して住民や学校の車で患者搬送しているため、今後は消防団に搬送を手伝ってもらえるよう確認しました。そして、搬送にあたっては搬送用の公用車がないため、配備していただけるよう自治体・消防などに掛け合い、検討していただいております。

島に唯一の離島診療所では、病院勤務時代にはあまり考えなかった地域や自治体との関わり、診療所の設備の故障や不具合に対する対応などを含め、診療外の様々な折衝・調整の仕事があります。

久高には役場や駐在だけでなく、社会福祉協議会の職員やヘルパーなど福祉関係の職員もおりません。その影響か、保健・医療・福祉の連携が薄い状態であったため、南城市役所の健康課や地域包括支援センターに連絡を取り、来島の際には保健師やケアマネージャー・社会福祉士など、保健医療福祉を取り巻く様々な職種の方が診療所に顔を出して情報

交換をしてくれるように働きかけました。

まだ他の離島診療所のように、保健福祉職の方との定例会などにはこぎつけてはおりませんが、徐々につながりを持てるようにしていきたいと思っています。

今後の課題のひとつに在宅医療があります。

私が赴任してから訪問診療をしていたケースは、COPDで在宅酸素をしている方、脊髄腫瘍で下肢麻痺の方、廃用症候群で寝たきりの方、末期胃癌で急速に弱っていった方の4名がおりました。

廃用症候群の方は継続的な医療処置を要さず、ヘルパーの資格を持った娘さんの献身的な介護のかいあり、自宅で最期を迎えることが出来ました。

一方、脊髄腫瘍・末期胃癌の方は病院で最期を迎えることとなりました。いずれも島で逝きたいという希望を持っていたかと推測しますが、在宅医療をするにあたっては、介護力という面でも福祉職もないこの島では様々な困難が伴います。

加えて、点滴や膀胱留置カテーテル等継続的な医療処置が必要になってきた際は、診療所のマンパワー的にも厳しいため、そのような状態になった時には、患者・家族とお話をして、早めに本島の病院に紹介させていただいている状況です。

現在、訪問診療をしているのは在宅酸素の方1名となりました。この方も、認知症と全身の筋力低下が進行し、同居の妻の腰痛が深刻になるにつれ、在宅療養が継続できるかどうかの岐路に立たされてきました。一時期な入院と家族との話し合いを経て、最近では本島の娘さんが介護休暇を取得し、本島と久高を行き来しながら介護をしています。

その介護あってこそ、食事の管理・服薬や酸素調節の管理・家の中での怪我の防止に繋がり、入院を回避できているのを実感し、診療所の提供できる医療は在宅療養のごく一部でしかないことに気付かされます。

久高には現在80歳代の高齢者が16.7%います。そのほとんどがあと10年のうちには在宅医療に移行する可能性が高い予備軍です。

そして、その方たちを介護する立場の40～60歳

代の年齢層に男性が多いのも特徴です。際立っているのは、50歳代の人口構成で、男性34人に対し女性4人です。独身男性も多い上、経済状況は厳しく、保険証を持っていない方も多いなど、前途は厳しいものと推察されます。加えて、お金はないのに飲酒・喫煙の問題による健康被害は後を絶たず、家族が言ってもなかなか耳を貸してもらえず、あらためて飲酒や喫煙の問題へのアプローチの難しさを感じます。

そして、そのように介護者世代の生活状況が危ういなか、在宅医療が成り立つかと問いかけると、その答えはおのずと見えてくると思います。

島の経済状況、生活状況を見聞きするうちに、10年・20年先の久高の住民の健康が心配になってきます。経済状況・生活状況の改善あってこそ、健康へのアプローチも容易になってくると思うからです。例えば、お金がないから病院行かない、保険証がない、薬代が数百円上がって高いのもう薬を飲ませるのをやめさせたい、経済的な面を考慮して検査を勧めにくい、など経済状況に行く手を阻まれる場面が数多くあります。

経済状況を良くするためには、島での雇用・収入を増やすべく、何らかの事業の展開が必要かと思いますが、島の方で先頭になって推し進めていけるような人材も乏しいようです。そして、新しい事業を展開しようとすれば、島内で軋轢が生まれたりし、まさに出る杭は打たれるようでなかなかうまくいかないといえます。

古き良き島の雰囲気を保ち続けるのも大事ですが、島の良さを生かしながら何かを始めて行かないと、経済状況・生活状況の改善は難しいのではと感じます。

そんなこんな考えながら、やはり長期的な島のビジョンに関わることは、無責任に首を突っ込むわけにもいかないので見守るしかないのですが、今後の島の健康状態にも関わってくるのだらうなと思うと、どうなっていくのか気になることがたくさんあ

ります。

#### 〈久高島での小話〉

ここで、島に住んでいて出会ったエピソードも紹介しておきます。

赴任してまもなく、医師住宅のエアコンが付かないことに気付きました。島の電気屋さんに見ていただいた所、室外機の基盤がおかしいかもしれないから見てみよう、たまにヤモリが入っていることがあるんだよね・・・とか言われながらふたを開けてびっくり。なんと、子供のイラブーが基盤の上を這っていたのです。

他にも、春先になると、診療所の玄関に小さなイラブーが散歩してくることがあり、時に玄関扉の上下に潜り込んでいることがあります。

この話を自分の子供に聞かせると、いつも別れ際には“ウミヘビに気を付けてね、バイバイ”と言われるようになりました。

いかにも島医者らしい話としては、ねこの難産で相談を受けたこともありましたが、現場に行き状況を見聞きするに、明らかに遷延分娩と思われ、獣医への受診をお勧めしました。久高にはねこにまつわる珍事が多く、“ねこを食べると喘息が良くなる”と信じている高齢者が今もいます。平成23年度に喘息で2回入院した子供が親戚のおじいねこ鍋を食べさせられ、薬は止めないといけないとの助言を信じ、診療所でもらっている薬が止められていたという話もありました。

また、神秘の島といわれるのにふさわしい不思議な出来事もありました。

私が本島に帰っていたある晩、レストランから看護師に“お客さんが何度も嘔吐している”という連絡が入りました。看護師が駆け付けると、中年男性がいかにも気分悪そうにしていて、麻痺があるようにも見えたそうです。バイタル測定後、自衛隊へりを要請すべく、区長に連絡をした所、区長が見るなり“Aちゃんを呼んで来い”と言ったとのこと。Aさんは神役の女性でした。そして、駆け付けたA

さんが見るなり、患者さんを外に出し、何やら唱え出したというのです。そして、信じられないことに、見る見るうちに患者さんの状態は元に戻っていったそう。まさに神憑りだったようです。

事情を聞くに、患者さんは、教員宿舎建築のため島に来ていた島外の建築業者でした。くしくも、工事中のその土地がノロの聖地に近いようで、遅くまで残業をしていたことが、神の怒りを買って、建築業者さんに乗り移ったのではという話でした。

後日、島の方から、“久高は医者半分、神半分だよ”と言われ、何とも複雑な気分になりました。私が島に居合わせたら、医師としての見立てに従って対応するしかないと思うのですが、それに従って搬送しても患者は良くなかなかたろうと言われると、どうにも腑に落ちない思いがします。

時々、そんな不思議なことあり、微笑ましいことあり、驚くことありの診療ですが、あと残り半年ほどで任期を終了する予定です。患者数は少ないけれど、色んな事があったと思います。

今後、どんな医者人生を歩むかはわかりませんが、この離島診療所の2年間で考えたり悩んだりしながら学んだ様々な経験は、必ずどこかで生かされると信じ、残りの任期を全うしたいと思います。

～最後に～

いつも親病院には、先生方をはじめ、総務課・経営課・薬剤部・診療材料部・検査室など多くの方々に御世話になっております。この場を借りて厚く御礼申し上げます。

## 診療所だより

# 南大東診療所だより

南大東診療所 佐久川 俊 樹

初めまして、南大東診療所勤務2年目の佐久川と申します。

突然ですが、みなさんは南大東島がどこにあるかご存知でしょうか？

南部医療センターこども医療センターの附属診療所は8つありますが、その中でも南北大東診療所はかけ離れたところにありますので、位置もよくわからないという方は多いのではないのでしょうか。

かくいう私も研修で島を訪れるまで、どのくらいの大きさの島でどれだけの方が生活しているのか、どこにあるのかも全く知りませんでした。

南大東島は沖縄本島から東に約360km離れた太平洋上にあり、沖縄で6番目に面積の大きな島（約30平方km）で周囲20km、人口は約1300人と離島としては大きめの島です。

南部医療センターの附属診療所がおかれている島のなかでは、最も大きな規模です。

そんな南大東島と私の出会いは医学生時代にさかのぼります。

私の卒業した自治医科大学は地域医療に従事する医師を育てるという趣旨で設立された大学で、卒業後は離島診療所に数年間勤務することとなります。医学生の時から卒業生が勤務している診療所での研修が毎年あります。不思議と学生時代から大東島とは縁があり、私の研修の半分以上は大東の診療所（南大東診療所2回、北大東診療所2回）でありました。

そのためか当時から卒業後は大東の診療所で勤務するのかなと予感しておりました。

見事に予感的中し(?)現在に至ります。

赴任当初は、こんなに大勢の方が暮らしている島で自分ひとりでやっていけるのかという不安と急患の発生を告げる医師用携帯電話がいつ何時鳴るんで

はないかという恐怖で夜中に何度も起きる日々でありました。

しかし、そのような不安や恐怖の日々も長くは続きませんでした。

この南大東島は行事の多い活気あふれるにぎやかな島です。

幸いなことに赴任してすぐに職域の球技大会、南北親善競技大会に始まり冬の製糖期間が始まるまで毎週のようにスポーツ大会、祭事ごとがありました。

卓球や野球、バドミントン、釣り、ゲートボールにグラウンドゴルフなどのスポーツや村のイベントごとに参加することで島の方々とのつながりができ、生活が楽しくなり、そのうちに仕事も軌道に乗ってきたのかなと思っております。

なかでも、週3回のゲートボールと月に2回のグラウンドゴルフは時間外の診療がない時にはできるだけ参加させて頂いております。

98歳になるおじいさんを始め80歳台、70歳台の方々に関わっていると、この島のお年寄りには本当にみなさん元気だなあと感じます。

ただ、島で生活している方が多ければそれだけ具合が悪くなる人も多いわけで、時間外に来院される方も月に30人～(多い月は)50人ほどいらっしゃいます。

単純に計算すると平均一日一人くらいは診療所が閉まっている時間に具合が悪くなり来院されます。半数ほどは軽症な症例なのですが、中には一晩中診療所で経過をみるケースもあります。

翌日が平日であれば、夜通し患者さんを診てそのまま朝から通常の外来となります。

このように書くと時間外診療って嫌なしんどい印象にうつるかもしれませんがそんなことばかりではあ

りません。

気管支喘息の発作を起こして来院された13歳男児を点滴とステロイドを注射で入れながら朝まで診たケースではこのようなことがありました。

普段無口な児が翌朝には元気になって、「完全復活しました。ありがとうございます。」と言ってくれました。患児が元気になったのもよかったのですが、それだけではなく付き添いで来院されていた糖尿病で数年前に通院を自己中断していた父親にも変化が起きました。児の加療をしながら、一晩かけて糖尿病をコントロールすることの大切さ、通院加療の必要性をじっくりお話ししました。その結果、通院を再開して下さいました。

息子さんを時間外に診療したことで、父親の受診行動についてもいい方向へ変化をおこすことができました、介入できたことは大きな喜びです。あの日の時間外診療なしには、起こりえなかったことです。

このようなこともありますのでオーバーナイトでの時間外診療にあたる際は、時間をとってゆっくり家族ともお話しできるいい機会だと思うようにして、患者さんと診療所に泊まって（笑）おります。

島医者の仕事は多岐にわたります。通常の診療での患者さんとのやりとり以外にも学校医、産業医、地域の保健福祉活動、予防接種や健康講話、各種委員会への参加、医学生や研修医の指導など病院時代にはできなかったさまざまなことを経験させて頂いております。

なかでも一番のやりがいにつながる良い経験は自分が必要とされているのだなどと直接肌身で感じることができ、患者さんに対して優しくなれることだと思います。



夏休みで1週間ほど島を離れ、かえって来たときに「先生が帰ってきてから薬もらおうと思って待っていたよ。」だとか、自衛隊機で急患搬送になる患者さんから「先生が本島の病院まで付き添ってこれなきゃ沖縄本島にいきたくない」などという言葉で頂くとこんな私でも少しは村の人の役に立っているのだと感じ、涙が出るほど嬉しくなります。

それと同時になんとか村の人が求めるところにいたい、そのためにも医師として日々精進していかなくてはいけないと強く感じております。

目の前のひとりひとりの患者さんに真摯に向き合い、少ない医療資源の中で自分のできる限りを尽くすといった「地域医療」は本来あるべき「医療の原点」に立ち返ることのできる絶好の場だと思います。

患者さんの生活背景も見ながら、その方や家族にとっての最善の医療と一緒に追求できる地域医療の醍醐味を味わいながらこれからも頑張っていきたいと思っております。

この島でのすべての経験は、今後の医師人生の糧となることと確信しております。

最後になりましたが、我々離島診療所の医師が日々の診療を円滑に行うことができるのは言うまでもなく南部医療センター・こども医療センターを始めとした県立病院や離島医療に対してのご理解ある民間病院、県立病院課のサポートがあるからであります。

人としても、診療所医師としてもまだまだ未熟ではありますが、村の方たちや親病院のご支援・ご指導のもと精一杯やっていきたいと思っております。

今後ともよろしく願いいたします。



随想・趣味

## 南風原町のお祭りへの出展



総務課 城 田 隼 人

当院は、平成18年4月に南風原町新川で開院していますが、もと那覇病院だったから？那覇のすぐ隣だから？か、南風原町との交流が少なく『地域（南風原町）の病院』という認識が薄かったように思います。そういうことへの気づきもあり、地域に出て交流を図る目的のもと、平成22年11月に「はえばる2010ふるさと博覧会」の「福祉まつり」に医療相談や医療器具体験をメインとしたブースを初めて出展しました。

そして今回、平成24年11月3日(土)・4日(日)に南風原町中央公民館及び文化センターを会場とした「はえばる2012ふるさと博覧会 第13回福祉まつり 第2回児童館まつり」が開催され、2回目の出展をしました。

当院のブースでは医療相談コーナーとして様々な診療科の先生にご協力いただき、それぞれ2時間ずつの枠で町民の皆様からのご相談をお受けしました。また、前回も好評だった電気メス体験コーナーでは、実際の手術着を装着して、鶏のムネ肉を電気メスで切ってもらいました。その際、インスタントカメラで記念撮影を行い、その場でフィルムをプレゼントしました。その他にも、脳血管・心臓・肺・大動脈・腸などの3DのCT画像や、実際の手術映像を上映したり、当院オリジナル風船もプレゼントしました。どのコーナーも日頃見られない・触れら

れないものばかりで、町民のみならず役場職員や関係団体さんからも高評価をいただきました。

なお、このお祭りに参加しブースを運営するためには、多くの職員の快い協力があったからこそです。今回も2日間で医師・看護師・技師・事務から総勢53名もの職員に運営スタッフとしてご協力をいただきました。中には両日ご参加いただいた方もいます。この場を借りまして、ご協力いただいた職員の皆様へ、感謝申し上げます。休日の貴重な時間にボランティアとして応援にお越しくださり、誠にありがとうございました。当祭りは2年に1回の開催ですので、次回の開催時にも多くの職員へご協力をお願いすると思いますが、是非よろしくお願い申し上げます。

当院は現在、このお祭りの他に、南風原町限定として「医療センター出前講座」も実施しています。こうした南風原町との交流を深めていく中で、地域の当院に対する認識も変わってきており、『地域に根ざした病院』として着実に前に進んでいると思います。

これからも当院の更なる発展のため、よりよい医療を提供するため、地域に認められる病院になるため、職員一丸となって様々な事に取り組んでいきたいと思います！

おお～！！o(\*^▽^\*)o~♪





耳鼻咽喉科 又吉先生



呼吸器内科 東先生



循環器内科 当真先生



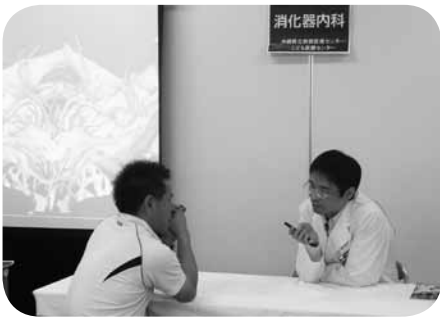
小児科 松茂良先生



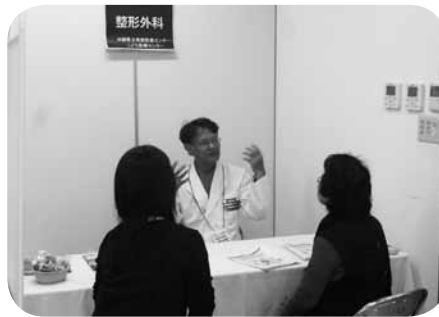
外科 奥濱先生



心臓血管外科 久具先生



消化器内科 林先生



整形外科 上原先生



脳神経外科 山城先生



小児外科 金城先生



南風原町長が電気メス体験!



手術の格好でハイポーズ



3DのCT画像がすごい!



オリジナル風船



南風原グルメ堪能



随想・趣味

## 輸血療法について思うこと



輸血療法委員会 佐久本 薫

平成24年11月17日に沖縄県赤十字血液センター主催による第22回沖縄県合同輸血療法委員会が開かれた。輸血検査室のメンバーとともに参加した。その会議での報告を通しての感想を述べたいと思う。

本会議は22回を迎え、輸血療法担当の医師や臨床検査技師、看護師等が集まって共通の話題を議論するものである。この会議は全国でもかなり早い時期から開催されていたことがわかる。輸血療法の問題点を共有し、解決していくことの重要性を血液センターと各医療施設が認識していたことがわかる。本土と離れているため、沖縄県内で解決しなければならない問題もあったと思う。

沖縄県の献血者数の推移が報告されたが、この数年約6万人で横ばいの状態である。しかし、10代、20代の若者の献血者数は年々減少している。今後高齢者が増えてくるため、血液の需要は増加するとされている。平成23年度では、血液製剤は約3000単位が県外から供給されている。献血者の確保は沖縄県の医療の重要な課題であり、如何にして若者に献血してもらおうかがポイントである。

血液事業本部の平力造参事から「輸血後感染症の現状とその対策」という講演があった。その中で「日本における輸血後肝炎発症率の推移」というグラフがあった。売血により血液が供給されていた時代は50%が輸血後肝炎を発症していた。1968年にB型肝炎ウイルスが発見されている。移行期を挟んで献血制度が始まったのは1969年である。HBs抗原検査が行われたのが1972年であり、そのころからしばらくの間は輸血後肝炎の率は14.3%であった。自分の経験からも5人に一人程度、肝炎を発症していた記憶がある。分娩時の多量出血で輸血した

後に、患者が黄色になって黄疸がでたのを覚えている。HBs抗原陽性血が排除され、そのころは非A非Bのウイルス肝炎と称していた。1988年にC型肝炎ウイルスが発見された。また、感染の機会を減らすために400ml採血が1986年から行われるようになった。その後抗体検査の進歩と核酸増幅検査NATが開始されるようになって、2004年以降の輸血後肝炎の発症率は0.0007%である。安心して輸血が行われるようになったといえると思う。最近ではHBc抗体の力価を加えた方法で「適」、「不適」を決めている。安全性を向上させる検査方法を導入して行けば行くほど血液の確保が難しくなるジレンマに陥っている。

血友病患者に投与した血液製剤でHIVが感染した薬害エイズはその後の輸血医療に大きく影響した。国による救済制度（生物由来製剤感染等被害救済制度）ができ、輸血後の感染症チェックが必要になっている。しかし、輸血後の検査実施率は高くない。各施設で電子カルテ上にフラッグが立つような工夫がされている。当院でも輸血検査室職員が入力し、注意を促すようにしている。各診療科の医師の協力をお願いしたい。

宗教上の理由から輸血を拒否する患者の診療についてどのように対応するかは難しい問題である。これまでの経緯で当院では「相対的無輸血」の方針であり、「輸血謝絶免責証明書は記載しない」方針である。しかし、当院でしか実施できない検査や手術があり、他院へ紹介するわけにもいかない事例もある。また、救急室に飛び込んできた場合の対応も難しい状況を作る可能性がある。方針は方針として理解しながらもぎりぎりまで患者様の信条を尊重しながら良い方法が見つからないだろうと思う。

現在は移植片対宿主病 GVHD の問題があり、輸血製剤は放射線照射が行われた製剤を使用する。供血者から採血した血液を直ぐに輸血する「生血輸血」は行われなくなった。しかし、県立宮古病院や、県立八重山病院では血液製剤の供給が間に合わない場合に行われることがあるという。当院でも緊急手術時で血小板などが底をついて供給されない場合に必要となる可能性がある。院内採血業務マニュアル(案)が作成されていて、最終的な議論が必要である。

輸血管理料に関しても管理料 I が取れるようにア

ルブミン製剤管理の輸血管理室への一元化を進めたいと考えている。

輸血は他人の臓器を移植する移植医療と同じである。適応を厳格に守り、患者様に役立つ輸血医療であってほしいと考える。沖縄県合同輸血療法委員会に参加して、改めて輸血に関して考えさせられた。医療は確実に進歩しているという実感と輸血の適応、輸血後検査の必要性を改めて再確認した。院内職員の輸血に対するご理解とご協力をお願いしたい。

## 平成23年度 学会発表・誌上発表

### 【内科】 学会発表および講演

No.	演 題	演 者	学 会	日時・場所
1	印象的な症例 一思いつくままに一	嘉数光一郎	沖縄臨床呼吸器同好会	2012.03.27 沖縄
2	腹痛をきっかけに判明した結核性大動脈瘤の一例	西口潤、馬原史子、比嘉基、東正人、 嘉数光一郎、當銘正彦、阿部隆之、 摩文仁克人、久貝忠男、仲里蔵、 我那覇文清、仲井盛	第113回 沖縄県医学会	2011.12.11 沖縄
3	経過観察できた急性HIV感染の症例	城田ふみ、嘉数光一郎、比嘉基、東正人、 豊川貴生	第113回 沖縄県医学会	2011.12.11 沖縄
4	徹底的症例検討 湿性咳嗽を伴う右胸痛の症例	東正人	沖縄臨床呼吸器同好会	2012.02.28 沖縄
5	過剰なヨード含有咽頭噴霧用スプレー剤使用により、甲状腺機能低下に伴う粘液水腫を来した1例	和田伊織、仲里信彦、橋本頼和、外間 亮 篠原直哉	第293回日本内科学会 九州地方会	2011.5.6 長崎
6	敗血症で来院し、慢性リチウム中毒による遷延性腎性尿崩症を合併していた1症例	馬原史子、仲里信彦、新垣若子、橋本頼和 外間亮、篠原直哉	第293回日本内科学会 九州地方会	2011.5.6 長崎
7	骨粗鬆症による胸背部痛を主訴に受診し、Cushing 症候群と診断された一例	外間亮、仲里信彦、篠原直哉	第112回沖縄県医師会 医学会総会	2011.6.12 沖縄
8	意識障害と後頸部痛にて受診した Cushing 病の一例	窪田圭志、仲里信彦、篠原直哉	第112回沖縄県医師会 医学会総会	2011.6.12 沖縄
9	意識障害および多彩な身体症状を呈したリチウム中毒の3症例	新垣若子、仲里信彦、仲井盛、篠原直哉	第39回日本救急医学会 総会	2011.10.18 東京
10	痙攣発作で受診した、著明な低血糖を伴う甲状腺クリーゼの一例	神納幸治、篠原直哉、豊川貴生、仲里信彦	第113回沖縄県医師会医 学会総会	2011.12.11 沖縄
11	医原性甲状腺機能低下症の2例	和田伊織、仲里信彦、篠原直哉、豊川貴生	第113回沖縄県医師会医 学会総会	2011.12.11 沖縄
12	宮古島市におけるパンデミックインフルエンザA(H1N1)2009の流行像に関する調査報告	豊川貴生	沖縄県化学療法懇話会	2011.12.02 沖縄
13	沖縄県立南部医療センター・こども医療センターにおけるHIV/AIDS診療の現状	豊川貴生、嘉数光一郎	第3回沖縄HIV臨床カンファランス	2011.07.02 沖縄

No.	演題	演者	学会	日時・場所
14	経過観察できた急性HIV感染の症例	城田ふみ、豊川貴生、東正人、比嘉基、嘉数光一郎。	第113回沖縄県医師会医学会総会	2011.12.11. 沖縄
15	熟知相貌(有名人)検査作成の基礎的検討	小嶺幸弘	第52回日本神経学会総会	2011.05.18-20 名古屋
16	脳底動脈閉塞症の臨床検討	神里尚美、滝上なお子、小嶺幸弘、前田肇、川久保潤一、長嶺知明、山城勝美、宮良高史、砂川長彦、屋官亮兵、新里盛朗、北原佑介、我那覇文清	第112回沖縄県医師会医学会総会	2011.06.12 沖縄
17	脳出血関連遺伝子多型(SNIPs)を伴った脳室内出血の一例	笠芳紀、仲井盛、神里尚美、小嶺幸弘、前田肇、川久保潤一、長嶺知明、山城勝美、砂川長彦	沖縄脳卒中研究会	2011.11 沖縄
18	ゾニサミド内服後に要素性幻視が遷延したパーキンソン病の一例	神里尚美、馬原史子、福里勇人、橋本頼和、垣花一慶、小嶺幸弘	神経学会九州地方会	2011.12.10 沖縄
19	一過性の髄液タウ蛋白と14-3-3蛋白の高値を示した痙攣重積の一例	小嶺幸弘	第179回神経学会九州地方会	2012.03.17 福岡
20	グルコセレブロシダーゼ遺伝子変異とパーキンソン病	神里尚美	沖縄パーキンソン病研究会	2012.03. 沖縄
21	重症筋無力症 一歴史を振り返る～今～そして明日へ～	神里尚美	全国筋無力症友の会 沖縄支部創立総会	2011.12.17 沖縄
22	急性大動脈脈解離後に左心機能低下が進行し心不全で診断されたミトコンドリア病の一例	田場洋二	第111回日本循環器学会九州地方会	2011.12.03 福岡
23	心源性ショックを伴うACSに対して人工血管よりABPとPCIを施行し、人工血管の血栓閉塞を来した1例	中村牧子、宮良高史、田場洋二、新城治、當真隆、砂川長彦、稲福斉、摩文仁克人、久貝忠男	第110回日本循環器学会九州地方会	2011.06.25 福岡
24	抗甲状腺薬の中断でたこつぼ心筋症を再発したバセドウ病の1例	中村牧子、宮良高史、田場洋二、新城治、當真隆、砂川長彦	第294回日本内科学会九州地方会	2011.08.20 久留米
25	Becker型筋ジストロフィーによる心不全に対しCRT-D植込みを行った1例	中村牧子、砂川長彦、榎田徹、土屋洋之、宮良高史、田場洋二、新城治、當真隆、	第111回日本循環器学会九州地方会	2011.12.03 福岡
26	妊娠中の胸痛でみつかった異所性褐色細胞腫で分娩後に腫瘍の縮小を認めた1例	中村牧子、砂川長彦、榎田徹、土屋洋之、宮良高史、田場洋二、新城治、當真隆、富山修志、金城守人	第296回日本内科学会九州地方会	2012.01.28 福岡

【内科】

誌上発表

No.	標 題	著 者	掲 載 誌
1	当院における気管支鏡症例の検討	東正人、比嘉基、嘉数光一郎、當銘正彦	沖縄県立南部医療センター・こども医療センター雑誌 5(1)5-9, 2012.3
2	Immunohistochemical findings of an autopsied lung specimen from a patient with pandemic influenza (A/H1N1pdm) virus infection.	Fujita J, Higa H, Azuma M, Kin M, Kakazu K, Tourme M, Nakazato I, Cash HL, Higa F, Tateyama M, Tsutsumi Y, Ohtsuki Y.	Internal medicine 51(5): 507-512, 2012
3	たばこ止めると肺がん回避？（Dr.の見診）	東正人	週刊レキオ Vol. 1381 2011.9
4	全身倦怠感および浮腫にて紹介となった49歳女性	佐々木陽典、仲里信彦、窪田圭志、浦山耕太郎、篠原直哉	JIM 21(4): 316-320, 2011
5	体幹部の痛みにて受診した68歳男性	新垣若子、仲里信彦、外間亮、滝上なお子、水野智子、西口潤、屋宜孟、仲井盛、篠原直哉	JIM 21(6) : 526-530, 2011
6	倫理的ディスプレイが必要な患者への対応	仲里信彦	JIM 21(8) : 651-652, 2011
7	両側側腹部痛を主訴に来院した70歳女性	新垣若子、仲里信彦、西口潤、篠原直哉	JIM 21(8) : 696-699, 2011
8	発熱を伴った左胸痛にて搬送された71歳男性	篠原直哉、垣花一慶、豊川貴生、仲里信彦	JIM 21(12): 1016-1019, 2011
9	紅斑および浮腫にて来院した49歳女性	和田伊織、仲里信彦、神納幸治、和気亨	JIM 22(2): 150-153, 2012
10	低Na血症にならないようにするための輸液	仲里信彦	臨床雑誌 内科 109(2):223-228, 2012
11	Seroprevalence of antibodies to pandemic (H1N1) 2009 influenza virus among health care workers in two general hospitals after first outbreak in Kobe, Japan	Takao Toyokawa, Tomimasa Sunagawa, Yuichiro Yahata, Takaaki Ohyama, Tomoko Kodama, Hiroshi Satoh, Kumi Ueno-Yamamoto, Satoru Arai, Kazuko Araki, Furito Odaira, Yuuki Tsuchihashi, Hideaki Takahashi, Keiko Tanaka-Taya and Nobuhiko Okabe	J Infect. 63(4):281-287, 2011
12	Association between seasonal influenza vaccination in 2008-2009 and pandemic influenza A (H1N1) 2009 infection among school students from Kobe, Japan, April-June 2009.	Tsuchihashi Y, Sunagawa T, Yahata Y, Takahashi H, Toyokawa T, Odaira F, Ohyama T, Taniguchi K, Okabe N.	Clin Infect Dis. 54(3):381-383, 2012

No.	標 題	著 者	掲載誌
13	子宮筋腫の手術前に著明な甲状腺機能低下をきたした45歳女性	和田伊織、仲里信彦、仲井盛、豊川貴生、篠原直哉	JIM 21(10):866-868, 2011.
14	新しい抗てんかん薬 一併用薬との使い方	小嶺幸弘	Animus 70(1):11-14, 2012
15	抗凝固療法により早期再開通を得た脳底動脈閉塞症の一例	神里尚美、吉嗣加奈子、滝上なお子、小嶺幸弘、前田肇、川久保潤一、長嶺知明、山城勝美、屋宜亮兵、新里盛朗、北原佑介、宮良高史、砂川長彦、我那覇文清	沖縄県立南部医療センター・こども医療センター雑誌 5(1):10-14, 2012
16	ゾミサミド内服後に要素性幻視が遷延したパーキンソン病の一例	神里尚美、馬原史子、福里勇人、橋本頼和、垣花一慶、小嶺幸弘	臨床神経学 52: 248, 2012

【外科】  
学会発表および講演

No.	演 題	演 者	学 会	日時・場所
1	乳癌の予防と早期発見	砂川一哉	乳癌講演会	2011.09.26 宮古島市
2	臍頭十二指腸切除術後に大網壊死を来した、術後出血の治療に難渋した1例	小島将裕、水上泰、奥濱幸博、金城隆夫、金城守人	第62回沖縄県外科学会	2011.09.04 沖縄

【外科】  
誌上発表

No.	標 題	著 者	掲載誌
1	臍頭十二指腸切除術後に大網壊死を来した、術後出血の治療に難渋した1例	小島将裕、水上泰、奥濱幸博、金城隆夫、金城守人	沖縄県立南部医療センター・こども医療センター雑誌 5(1):15-19, 2012

**【整形外科】  
学会発表および講演**

No.	演 題	演 者	学 会	日時・場所
1	L1圧迫骨折術後の肺塞栓症の1例	上原敏則	第46回沖縄脊椎外科研究会	2011.11.12 沖縄
2	治療に難渋したTKA再置換術後感染症の1例	上原敏則	第24回沖縄関節外科研究会	2011.09.18 沖縄
3	Radiological results after the treatment of idiopathic clubfoot – Comparison of Ponseti method and Complete Subtalar Release–	Takeshi KINJO et al.	6th International Clubfoot Congress: XXV Triennial Meeting of the International Society of Orthopaedic Surgery and Traumatology (SICOT)	2011.09.08 Prague, Czech Republic
4	国内研修報告—仙台赤十字病院での1年—	金城健	院内講演	2011.5.27 沖縄
5	日仏整形外科学会 交換研修プログラム帰朝報告	金城健	院内講演	2012.1.20 沖縄
6	日仏整形外科学会 交換研修プログラム帰朝報告	金城健	モーニングカンファレンス	2012.2.18 沖縄

**【整形外科】**

**誌上発表**

No.	標 題	著 者	掲 載 誌
1	凹足変形に対して中足骨骨切りを含む併用手術を行った1例	金城健、栗国敦男、上原敏則	日本足の外科学会雑誌 32(2):181-184, 2011
2	日仏整形外科学会交換研修帰朝報告	金城健	日仏整形外科学会雑誌 22:31-34, 2012
3	国内留学報告	金城健	沖縄県整形外科医会 16:27-30, 2012
4	国内留学報告 —仙台赤十字病院での1年—	金城健	南部医療センター・子ども医療センター雑誌: 4(1):30-32, 2012
5	先天性内反足に対するPonseti法の短期治療成績 —距骨下全周 解離術施行例との比較—	金城健、北 純(仙台赤十字病院)	日本小児整形外科学会雑誌: 20(2):343-347, 2011



**【脳神経外科】  
学会発表および講演**

No.	演 題	演 者	学 会	日時・場所
1	3歳未満の小児第4脳室上衣腫に対する術後限局的な局所放射線療法を行った1例	長嶺知明、前田 肇、川久保潤一、山城勝美、下地武義	第16回日本脳腫瘍の外科学会	2011.9.9 横浜
2	ムコ多糖症に合併した水頭症に対する神経内視鏡による第3脳室底開窓術	長嶺知明、前田 肇、川久保潤一、山城勝美、下地武義、宮嶋雅一	第18回日本神経内視鏡学会	2011.11.18 岡山
3	後大脳動脈瘤に対して血管内治療を行った一例	前田肇、川久保潤一、長嶺知明、郭泰彦、山城勝美	第113回 沖縄県医師会医学会総会	2011.12.11 沖縄
4	後大脳動脈瘤に対して血管内治療を行った一例	前田肇、川久保潤一、長嶺知明、郭泰彦、山城勝美	第29回長崎脳神経外科研究会	2011. 長崎

**【脳神経外科】**

**誌上发表**

No.	標 題	著 者	掲載誌
1	Gammaknife thalamotomy for Parkinson's disease and essential tremor: A prospective multicenter study.	Ohye C, Higuchi Y, Shibazaki T, Hashimoto T, Koyama T, Hirai T, Matsuda S, Serizawa T, Hori T, Hayashi M, Ochiai T, Samura H, Yamashiro K.	Neurosurgery ; 70(3): 526-536、2012

**【放射線科】  
学会発表および講演**

No.	演 題	演 者	学 会	日時・場所
1	当院における大動脈ステントグラフト内挿術の初期成績	我那覇文清、久貝忠男、稲福斉、摩文仁克人、永野貴昭、田中厚寿、杉本幸司	日本血管外科学会総会	2011.4.21 沖縄
2	下肢動脈閉塞～血管内治療を中心に～	我那覇文清	那覇市医師会	2011.11.10 沖縄
3	AAA人工血管置換術後に発生した大動脈消化管瘻に対しステントグラフト内挿術およびコイル塞栓を行った1例	我那覇文清	第一回KEVAC (Kyushu endovascular advanced conference)	2011.11.19 沖縄

No.	演題	演者	学会	日時・場所
4	Interventional radiology: evolving technology of image-guided therapy	Fumikiyo Ganaha	ハサヌデイン大学シンポジウム	2012.3.20 インドネシア マカッサル
5	最近の放射線を取り巻き状況および乳線の放射線治療について	伊良波史朗	乳腺フォーラム	2011.9.11 沖縄

**【形成外科】  
学会発表および講演**

No.	演題	演者	学会	日時・場所
1	口唇裂手術Fisher法における幾何学的考察 ～より正確な理解のために～	西関 修	第54回形成外科学会 総会・学術集会	2011.4.13-15 徳島
2	小児85%Ⅲ度熱傷症例における、自家培養表皮(ジェイス®)の使用経験	西関 修	第112回 沖縄県医学会 総会	2011.6.12 沖縄
3	左上腕に生じた新生児期動脈奇形の治療経験	西関 修	第8回血管腫・血管奇形 研究会	2011.7.15名古屋
4	上口唇白唇部1/2欠損に対する頬部からのrotation flapによる再建術	西関 修	第87回 日本形成外科 学会九州支部学術集会	2011.10.15 大分
5	Le Fort I 骨切りを要した多発顔面骨折の2例	西関 修	第29回日本頭蓋顎顔面 外科学会学術集会	2011.11.24 東京
6	当院における入院加療を要する小児熱傷患者の治療プロトコル～小児外傷チーム結成後の成果:第1報～	西関 修	第113回 沖縄県医学会 総会	2011.12.11 沖縄
7	小児85%Ⅲ度熱傷症例における、自家培養表皮(ジェイス®)の使用経験	西関 修	第22回 日本熱傷学会 九州地方会	2012.02.25 佐賀

**【形成外科】  
誌上発表**

No.	標題	著者	掲載誌
1	Fisher法による両側唇裂初回手術を行った1例	西関 修	日本頭蓋顎顔面外科学会誌28(1):16-24,2012

【産婦人科】  
学会発表および講演

No.	演題	演者	学会	日時・場所
1	鹿児島県離島地域から沖縄本島への母体搬送について ＝知られざる緊急搬送の実情を報告する＝	村尾 寛、末田雅美、栗原みずき、 與那嶺尚絵、平田真由美、仲地紀智、 高山尚子、大橋容子、神山 茂	第68回九州連合産科婦 人科学会：	2011.6.4 沖縄
2	妊娠22週で発症したHELLP症候群の1例	大原康弘、高山尚子、與那嶺尚絵、 萩原章子、仲地紀智、平田真由美、 大橋容子、神山 茂、村尾 寛	第112回沖縄県医師会医 学会	2011.6.12 沖縄
3	当院における胎児除脈性不整脈6例の比較・検討	大橋容子、末田雅美、神山 茂、村尾 寛	第47回日本周産期・新生 児医学会	2011.7.11 札幌市
4	妊娠関連死亡(Pregnancy Related Death)からみた本邦の妊産婦 死亡について	村尾 寛、與那嶺尚絵、平田真由美	第63回日本産科婦人科 学会学術集会	2011.8.29 大阪市
5	妊娠中に発症した褐色細胞腫の1例	栗原みずき、仲地紀智、菅 更紗、 末田雅美、平田真由美、高山尚子、 大橋容子、神山茂、村尾 寛、中村牧子	第35回沖縄産科婦人科 学会学術集会	2011.9.4 沖縄
6	腹腔鏡下手術で治療した、帝王切開術後巨大後腹膜血腫の一 例	高山尚子、神山 茂、菅更紗、栗原みずき、 末田雅美、仲地紀智、平田真由美、 大橋容子、村尾 寛	第35回沖縄産科婦人科 学会学術集会	2011.9.4 沖縄
7	当院で経験した致死性骨異型性症の3例	栗原みずき、大橋容子、菅 更紗、 末田雅美、仲地紀智、平田真由美、 高山尚子、神山 茂、村尾 寛	第113回沖縄県医師会医 学会	2011.12.11 沖縄
8	卵子提供にて双胎妊娠したターナー一症候群の1例	菅 更紗、仲地紀智、大橋容子、 栗原みずき、末田雅美、平田真由美、 高山尚子、神山 茂、村尾 寛	第113回沖縄県医師会医 学会	2011.12.11 沖縄

【産婦人科】  
誌上発表

No.	標 題	著 者	掲載誌
1	異所性褐色細胞腫合併妊娠の1例	栗原みずき、仲地紀智、菅 更紗、 末田雅美、平田真由美、高山尚子、 大橋容子、神山茂、村尾 寛、中村牧子、 富山修二、金城守人	沖縄産科婦人科学会雑誌、34:63-68、2012
2	腹腔鏡下で治療した帝王切開術後巨大後腹膜血腫の1例	高山尚子、神山 茂、菅 更紗、栗原みずき、 末田雅美、仲地紀智、平田真由美、 大橋容子、村尾 寛	沖縄産科婦人科学会雑誌、34:69-72、2012

**【眼科】  
学会発表および講演**

No.	演題	演者	学会	日時・場所
1	抗精神病薬リスペリドン内服患者にみられたIFISの3例	新城光宏、宮里智子	第109回沖縄眼科集談会	2012.03.11 沖縄

**【精神科】  
学会発表および講演**

No.	演題	演者	学会	日時・場所
1	当事者によるピアサポートサロンと専門家による心のケアサロン	宮川真一(座長)	第19回日本ホスピス・在宅ケア研究会全国大会	2011.07.17 沖縄
2	(シンポジウム)一般医療の中の精神医療の役割-心身の障がいをもつ人を地域で支える-	宮川真一(座長)	第54回日本病院・地域精神医学会	2011.11.18 沖縄
3	(交流コーナー)いま、ACTを語ろう	宮川真一(コーディネーター)	第54回日本病院・地域精神医学会	2011.11.18 沖縄
4	(交流コーナー)離島精神医療サミット	宮川真一(コーディネーター)	第54回日本病院・地域精神医学会	2011.11.18 沖縄
5	うつ病の理解と対応	井上幸代	自殺予防対策事業メンタルヘルスサポーター養成講座	2011.07.05 西原
6	うつ病の理解と対応	井上幸代	自殺予防対策事業メンタルヘルスサポーター養成講座	2011.07.21 南風原
7	うつ病とは？うつ病の疫学・症状	井上幸代	うつ病家族教室①	2011.10.05 那覇
8	うつ病の経過と治療	井上幸代	うつ病家族教室②	2011.10.12 那覇
9	うつ病を知ろう ～あなたの大切な人のころは大丈夫ですか～	井上幸代	町民向け講演会	2011.11.14 西原
10	職場不応にパワーハラスメントが疑われる事例	井上幸代	第4回メンタルヘルス産業医学事例検討会	2012.01.25 沖縄

【病理科】  
誌上発表

No.	標 題	著 者	掲 載 誌
1	Histopathological and immunohistochemical findings of 20 autopsy cases with 2009 H1N1 virus infection	Noriko Nakajima, Yuko Sato, Harutaka Katano, Hideki Hasegawa, Toshio Kumasaka, Iwao Nakazato, et al.	Modern Pathology (2011), 1-13
2	CPC症例報告「呼吸不全で入院となり、心停止をきたした症例」	仲里 巖, 熱海恵理子, 松本裕文(琉球大学医学部付属病院病理部病理診断科)	沖縄県立南部医療センター・こども医療センター病院雑誌 5(1):33-36,2011
3	沖縄県支部のあゆみ	仲里 巖	特定非営利活動法人 日本臨床細胞学会50年史 106, 2011
4	日本臨床細胞学会沖縄県支部のあゆみと活動	仲里 巖	沖縄県立南部医療センター・こども医療センター病院雑誌 5(1):64-65,2011

【救命救急センター】  
学会発表および講演

No.	演 題	演 者	学 会	日 時・場 所
1	僕が南の島でER医をするようになった理由(わけ)	林 峰栄	第9回 岡山卒後救急セミナー	2011.12.11 岡山
2	ER型救急センターは精神疾患患者の身体(からだ)のよりどころ	荘司清	第54回日本病院・地域精神医学会総会	2011.11.18 沖縄

【救命救急センター】  
誌上発表

No.	標 題	著 者	掲 載 誌
1	腹部臓器以外が原因の腹痛	林 峰栄	BUNKODO Essential Mookシリーズ「腹部救急対応マニュアル」2011.6
2	これは必須 フィジカルアセスメントの基本 呼吸～サチュレーション依存症からの脱却～	北原佑介、林 峰栄	EMERGENCY CARE 夏季増刊 52-64,2011

【リハビリテーション】  
学会発表および講演

No.	演題	演者	学会	日時・場所
1	沖縄県立医療センターにおけるボツリヌス治療の現状	安里隆	第1回沖縄県ボツリヌス研究会	2011.07.29 那覇市
2	選択的背髄後根切断術10年のまとめ その1	安里隆	第48回日本リハビリテーション医学会学術集会	2011.11.03 横浜市
3	選択的背髄後根切断術10年のまとめ その2	安里隆	第48回日本リハビリテーション医学会学術集会	2011.11.03 横浜市
4	麻痺性股関節脱臼と側弯症に対するボツリヌスの効果	安里隆	第2回沖縄県ボツリヌス研究会	2012.02.24 那覇市

【小児外科】  
学会発表および講演

No.	演題	演者	学会	日時・場所
1	直腸・S状結腸に認められたVasucular Malformationの2例	仲間 清、金城 僚、久田正昭、我那覇文清、仲里 巖	第48回日本小児外科学会学術集会	2011.7.20-22 東京
2	後頸部リンパ管腫の診断で治療経過中に多発肺転移を認め、滑膜肉腫と診断された一例	久田正昭、金城 僚、仲間 司、比嘉 猛、松田竹広、仲里 巖	第48回日本小児外科学会学術集会	2011.7.20-22 東京
3	当院におけるプレパレーション活動の変遷と課題	金城 僚、吉田弥生(医療保育専門士)、玉城珠美、又吉翔太(医療保育士)	第15回医療保育学会	2011.06.04-05 沖縄県
4	当院における小児外傷への取り組み	金城僚、仲間司、水野裕美子	第25回小児救急医学会	2011.06.09-10 東京
5	当院におけるプレパレーション活動の変遷と課題	金城 僚、久田正昭、仲間 司	第48回小児外科学会総会	2011.07.20-22 東京
6	急性虫垂炎に緊急手術は必要か？	金城 僚、久田正昭、仲間 司	第41回九州小児外科学研究会	2011.08.27 福岡
7	新生児梨状窩嚢胞の1例	久田正昭、金城 僚、仲間 司	第48回九州小児外科学会	2011.05.20-21 宮崎
8	急性腹症で発症し、虫垂切除術後に川崎病の診断基準を満たした1例	水野智子	第113回沖縄県医師会医学総会	2011.12.11 沖縄

**【小児心臓血管外科】  
学会発表および講演**

No.	演題	演者	学会	日時・場所
1	右大動脈弓離断、右下行大動脈、右動脈管開存、左狭小大動脈弓遺残、Abbott's artery、血管輪、大動脈弁狭窄、心室中隔欠損、心房中隔欠損の複合心奇形に対するNorwood型手術	長田信洋	第64回日本胸部外科学会	2011.10.11 名古屋

**【小児心臓血管外科】  
誌上発表**

No.	標題	著者	掲載誌
1	奇形腫Teratoma	長田信洋	心臓腫瘍学 166～172, 2011

**【小児整形外科】  
学会発表および講演**

No.	演題	演者	学会	日時・場所
1	踵骨・立方骨・楔状骨骨切り術(Calcaneo-Cuboid-Cuneiform Osteotomy)を用いて矯正を行った脳性麻痺児の外反扁平足の1例	栗國敦男	第28回日本脳性麻痺の外科研究会	2011.10.22. 熊本市
2	脳性麻痺児の痙縮に対する選択的後根切断術の工夫	栗國敦男	第28回日本脳性麻痺の外科研究会	2011.10.22. 熊本市
3	シンポジウム：重症心身障害児に対して今必要とされている最新の医療 痙縮に対する機能的脊髄後根切断術について	栗國敦男	第65回国立病院総合医学会	2011.10.7-8. 岡山
4	脳性麻痺児の痙縮に対する選択的後根切断術について	栗國敦男	沖縄県整形外科医会 学術講演会	2012.1.16 那覇市
5	脳性麻痺児の股関節脱臼・亜脱臼に対するソルター骨盤骨切り術の経験	栗國敦男	沖縄関節外科研究会	2012.3.11 うるま市



【小児整形外科】  
誌上発表

No.	標 題	著 者	掲載誌
1	選択的脊髄後根切断術による脳性麻痺の痙縮治療	栗國敦男	日本小児整形外科学会雑誌 20(2):415-420, 2011
2	先天性内反足に対するPonseti法の短期治療成績 - 距骨下全周解離術施行例との比較 -	金城健 他	日本小児整形外科学会雑誌 20(2):343-347, 2011

【小児腎臓科】  
学会発表および講演

No.	演 題	演 者	学 会	日時・場所
1	ワークショップ:小児科専門医の研修目標	吉村仁志	日本小児科学会主催「第6回小児科医のための臨床研修指導医講習会」	2011.07.04 大阪市
2	教育講演 そうだ!絶対うまくゆく!! 安心・安全の小児の水・電解質管理	吉村仁志	第4回若手小児腎臓病専門医のためのパワーアップセミナー	2011.11.06 大阪市
3	ワークショップ:小児科専門医の研修目標	吉村仁志	日本小児科学会主催「第7回小児科医のための臨床研修指導医講習会」	2012.01.07 船橋市
4	特別講演: 沖縄県立南部医療センター・こども医療センター小児科研修におけるアウトカム基盤型教育の試み	吉村仁志	第12回九州外来小児科学研究会 in 沖縄	2012.03.25 那覇市
5	Two patients of atypical infantile nephrotic syndrome	譜久山滋、喜瀬智郎、吉村仁志	第46回日本小児腎臓病学会学術集会	2011.06.05 福岡
6	紫斑を認めず腹痛を繰り返したHenoch-Schönlein purpura(HSP)の一例	吉年俊文、浅井香菜子、酒井一徳、山本賢一、上原正嗣、譜久山滋、喜瀬智郎、吉村仁志	第73回日本小児科学会沖縄地方会	2011.9.11 沖縄
7	耳下腺腫脹を主訴に全身性エリテマトーデスの診断に至った1例	酒井一徳、譜久山滋、上原正嗣、喜瀬智郎、吉村仁志	第73回日本小児科学会沖縄地方会	2011.09.11 沖縄
8	CPD: Continuing Professional Development 「AKI/ARFの病態と治療」 -保存的治療:薬物と輸液-	上原正嗣	第46回日本小児腎臓病学会学術集会	2011.06.02 福岡

No.	演 題	演 者	学 会	日時・場所
9	「巨大尿管を呈し、乳児期に腹膜透析を離脱した遠位尿管閉鎖の一女兒例」	上原正嗣、和田尚弘、北山浩嗣、山田昌由、鶴野裕一、深山雄大、河村英樹、濱野敦	第33回日本小児腎不全学会	2011.10.21 静岡
10	「母体へのアンギオテンシンⅡ受容体拮抗薬(ARB)投与によりRenal tubular dysgenesis(RTD)を生じたと考えられた一例」	市坂有基、上原正嗣、譜久山滋、喜瀬智郎、吉村仁志、大庭千明、木里頼子	第74回日本小児科学会 沖縄地方会	2012.03.04 沖縄

【小児腎臓科】  
誌上発表

No.	標 題	著 者	掲載誌
1	ACGME指導者と日本の卒前・卒後医学教育専門家との会談報告	吉村仁志、町 淳二	日本医事新報 : 4559 : 32-35, 2011
2	急性腎不全	吉村仁志	小児科学レクチャー 1(3):655-660, 2011
3	小児急性腎不全／急性腎障害の診断と治療	吉村仁志	小児腎臓病学 398-401, 2011 (日本小児腎臓病学会編)
4	日本小児科学会生涯教育および専門医育成認定委員会:第2回:アウトカムにもとづいた教育	吉村仁志	日本小児科学会雑誌 116(3): 616-617,2012
5	小児期重症ルーブス腎炎の寛解導入療法および維持療法におけるミコフエノール酸モフェチルの有効性	喜瀬智郎、吉村仁志	日本腎臓学会誌:54(2):86-93,2012

【小児集中治療科】  
学会発表および講演

No.	演 題	演 者	学 会	日時・場所
1	2010年11月から2011年1月の3ヶ月間に経験した新生児・乳児期早期のパレコウィルス感染症4例のまとめ	島袋陽子、水野裕美子、大府正治、齊藤昭彦	第25回日本小児救急医学学会学術集会	2011.6.10-11 東京
2	小児急性呼吸不全にNPPVは有用か？	藤原直樹	第21回日本集中治療医学会九州地方会	2011.7.9 福岡
3	平成22年度入院統計から見えるもの	水野裕美子、藤原直樹	第114回 日本小児科学会学術集会	2011.8.12-14 東京
4	小児急性呼吸不全における非侵襲的陽圧換気法(NPPV)	藤原直樹	第114回 日本小児科学会学術集会	2011.8.12-14 東京

No.	演 題	演 者	学 会	日時・場所
5	沖縄県立南部医療センター・子ども医療センター小児集中治療科の入院統計から見える今後の課題	水野裕美子、藤原直樹、我那覇仁	第8回九州沖縄小児救急医学研究会	2011.08.20 福岡
6	呼吸器病変を有さず敗血症性ショックで発症し多臓器不全に陥ったRSウイルス感染症の1例	南部隆亮、藤原直樹、水野裕美子、中矢代真美、大府正治	第8回九州沖縄小児救急医学研究会	2011.08.20 福岡
7	インフルエンザ菌による心外膜炎から心タンポナーデをきたした1歳8か月男児の一例 ～症例から考える救急医、小児科医の協力体制～	緒方公平、荒木幸太郎、水野裕美子、島袋篤哉、三宅啓、中矢代真美、神山佳之	第8回九州沖縄小児救急医学研究会	2011.08.20 福岡
8	沖縄県集中治療の変遷と今後の課題 ～沖縄県立南部医療センター・子ども医療センター 小児集中治療科入院統計からみえるもの～	水野裕美子、藤原直樹	小児科学会地方会	2011.09.11 沖縄
9	小児呼吸管理トピックス～非侵襲的陽圧換気法(NPPV)	藤原直樹	沖縄南部地区小児CME	2011.10.27 沖縄
10	基本的なICU管理のアップデート 脳神経管理	水野裕美子	第19回日本小児集中治療ワークショップ	2011.11.19 長野
11	小児集中治療科入院統計から見える沖縄県小児集中治療の変化と今後の課題 ～県内小児死亡数の減少を目指して～	水野裕美子、藤原直樹	第113回沖縄県医師会医学学会総会	2011.12.11 沖縄
12	子ども医療センター小児集中治療科入院統計から見える沖縄県小児集中治療の現状と課題	水野裕美子	沖縄CME	2011.12 沖縄
13	中枢神経管理のABCDE	水野裕美子、藤原直樹	第6回沖縄小児救急研究会	2012.1.27 沖縄
14	PICUに入室した症候性低ナトリウム血症の3例	片柳瑞希、藤原直樹、水野裕美子、上原正嗣、譜久山滋、喜瀬智郎、吉村仁志	第6回沖縄小児救急研究会	2012.1.27 沖縄
15	集中治療管理を要した乳児重症百日咳9例の検討	荒木幸太郎、山本賢一、上原正嗣、譜久山滋、喜瀬智郎、吉村仁志、藤原直樹、水野裕美子、荘司貴代、堀越裕歩	第9回九州沖縄小児救急医学研究会	2012.02.04 長崎
16	パネルディスカッション 1:小児ICUを充実させるために:我が国のPICUの現状 小児集中治療科入院統計から見える沖縄県小児集中治療の変化 ～県内小児死亡数の減少を目指して～	水野裕美子	第39回日本集中治療医学学会学術集会	2012.02.28 千葉
17	体外補助循環(ECMO)を用いた心肺蘇生(E-CPR)により、救命した劇症型心筋炎の1例	藤原直樹、水野裕美子	第74回沖縄小児科学会	2012.03.04 沖縄

【小児集中治療科】

誌上発表

No.	標 題	著 者	掲載誌
1	小児急性期NPPVの実際	藤原直樹	小児NPPVの手引き (発行 急性期NPPV研究会)

【小児総合診療科】

学会発表および講演

No.	演 題	演 者	学 会	日時・場所
1	侵襲性細菌感染症の疫学調査から見えてきたこと	安慶田英樹	日医生涯教育協力講座 セミナー	2011.10.20 沖縄
2	沖縄県における小児の侵襲性細菌感染症の発生動向	安慶田英樹	肺炎球菌感染症とワクチンに関する講演会	2011.05 沖縄
3	予防接種の最新事情	安慶田英樹	産婦人科医会講演会	2012.01 沖縄
4	ワクチンでVPD(ワクチンで予防可能な疾患)をなくそう	安慶田英樹	保健セミナー	2012.01 沖縄
5	マイコプラズマ感染症入院症例の寒冷凝集反応の検討	松茂良 力	第73回日本小児科学会 沖縄地方会	2011.09.11 沖縄
6	先天性食道閉鎖症12例の検討	尾崎文美、松茂良力	第73回日本小児科学会 沖縄地方会	2011.09.11 沖縄
7	O-157感染を契起に腸重積を発症した2症例	又吉慶、松茂良 力	第73回日本小児科学会 沖縄地方会	2011.09.11 沖縄
8	川崎病100例の検討	赤峰敬治、松茂良 力	第73回日本小児科学会 沖縄地方会	2011.09.11 沖縄
9	マイコプラズマ感染症入院症例のPA抗体価の検討	松茂良 力	第113回沖縄県医師会 医学会総会	2011.12.11 沖縄
10	2006年から2011年までに入院したマイコプラズマ感染症の検討 解熱までに時間がかかった症例は増えているのか	松茂良 力	第74回日本小児科学会 沖縄地方会	2012.03.04 沖縄
11	重症アデノウイルス肺炎後にBOを呈した1例	依光映佳、松茂良 力	第74回日本小児科学会 沖縄地方会	2012.03.04 沖縄

No.	演題	演者	学会	日時・場所
12	インフルエンザ感染を契機に非ヘルペス性辺縁系脳炎を発症した1例	赤峰敬治、松茂良 力	第74回日本小児科学会 沖縄地方会	2012.03.04 沖縄
13	学会座長 小児感染症セッション	松茂良 力	第74回日本小児科学会 沖縄地方会	2012.03.04 沖縄

【小児総合診療科】

誌上発表

No.	標 題	著 者	掲載誌
1	沖縄県における小児の細菌性髄膜炎および全身性感染症の発生状況調査	安慶田英樹、 厚生労働科学研究費補助金、庵原・神谷班	平成23年度総括・分担研究報告書 42-45
2	7価肺炎球菌結合型ワクチンの話題	安慶田英樹	沖縄県小児科医会会報 45-47, 2011
3	予防接種を巡る話題と課題	安慶田英樹	沖縄の小児保健 39:82~84, 2012
4	東日本大震災医療支援チーム参加者座談会	松茂良 力	沖縄県立中部病院雑誌 37: 39~56, 2011
5	発刊の言葉	松茂良 力	沖縄県立中部病院雑誌 37: 7, 2011
6	マイコプラズマ感染症入院症例の寒冷凝集反応の検討	松茂良 力	日本小児科学会雑誌 116(2):1968, 2011
7	マイコプラズマ感染症入院症例のPA抗体価の検討	松茂良 力	沖縄医学会雑誌 :19~21, 2011

【小児内分泌代謝科】

学会発表および講演

No.	演題	演者	学会	日時・場所
1	成長と思春期～異常の境界線～	高桑 聖	南部地区医師会 講演	2011.6.29 沖縄
2	宮古島のこども達は正しく成長していますか？	高桑 聖	県立宮古病院 講演	2011.12.13 宮古島

No.	演題	演者	学会	日時・場所
3	乳児間脳症候群における成長ホルモン分泌過剰症の考察	高桑 聖、島袋陽子、南部隆亮	第45回小児内分泌学会	2011.10.6-8 埼玉
4	幼児期後期の乳房発育とLHRH負荷試験の検討	島袋陽子、高桑 聖、南部隆亮	第45回小児内分泌学会	2011.10.6-8 埼玉

【小児内分泌代謝科】

誌上発表

No.	標 題	著 者	掲載誌
1	Prematur Thelarche in Later Childhood Demonstrates a Pubertal Response to GnRH Stimulation Test at One Year after Breast Development.	Takuwa S	Clin Pediatr Endocrinol. 20(4): 81-87, 2011

【小児血液腫瘍科】

学会発表および講演

No.	演題	演者	学会	日時・場所
1	肺炎を発症後、酢酸オクトレオチド併用下にL-アスパラギナーゼを再投与したALLの1例	比嘉猛	第114回日本小児科学会学術集会	2011.08.12 東京
2	血友病診療の現状と課題 地域基幹病院としての取り組み	嘉数真理子	第74回例会 沖縄小児科学会	2012.03.04 沖縄
3	間脳症候群を呈した low grade gliomaの2例	嘉数真理子	第53回日本小児血液がん学会学術集会	2011.11.25 群馬
4	私たちが望むボランティア 一医師の立場から	嘉数真理子	第13期病院ボランティア養成講座	2011.08.27 沖縄

【小児血液腫瘍科】

誌上発表

No.	標 題	著 者	掲載誌
1	先天性赤芽球癆(解説)	比嘉猛	那覇市医師会報 39(2):70-71,2011

【小児神経科】  
学会発表および講演

No.	演題	演者	学会	日時・場所
1	軟口蓋ミオクロノーススを示す乳児形アレクサンダー病のMRI所見	大府正治、矢崎 幸、南部隆亮、島袋智志 城間直秀	第53回日本小児神経学 会総会	2011.05.26-28 横浜
2	遅達性の深部は区質異常を示すパレコウイルス3型新生児脳症の2例	大府正治、水野裕美子、矢崎 幸、 南部隆亮	第53回日本小児神経学 会総会	2011.05.26-28 横浜
3	急性脳症を発症し痙攣四肢麻痺となったDravent症候群の1例	矢崎 幸、水野裕美子、南部隆亮、 大府正治	第53回日本小児神経学 会総会	2011.05.26-28 横浜
4	新生児に発症したL352R変異型のAlexander病の1例	南部隆亮、富山 潤、大府正治、矢崎 幸 沢石由記夫	第53回日本小児神経学 会総会	2011.05.26-28 横浜
5	早期発症のローランドてんかんは治療抵抗型か？	須貝みさき、松岡剛司、大府正治	第45回日本てんかん学 会	2011.10.6-7 新潟
6	NaチャンネルCSN5A変異を認めるlongQT症候群タイプ3に合併症 したてんかんの1例	大府 正治、緒方 公平、須貝 みさき、 松岡 剛司、松岡 孝、高橋 一浩	第45回日本てんかん学 会	2011.10.6-7 新潟
7	ミダゾラム類粘膜投与が有効であったPCDH関連てんかん (EFMR)の1例	中村 舞、島袋陽子、須貝みさき、 日暮憲道、廣瀬伸一、松岡剛司、大府正治	第45回日本てんかん学 会	2011.10.6-7 新潟
8	くり返す肺炎・無気肺に対し非侵襲的用圧換気療法 (Noninvasive Positive Pressure Ventilation: NIPPV) を導入した進行性脊髄性筋萎縮性(SMA)の女児	須貝みさき、南部隆亮、松岡 孝、松岡剛司 大府正治、喜久山 至、安慶田英樹、 宮城雅也	第73回例会日本小児科 学会沖縄地方会	2011.09.11 沖縄
9	一過性脳梁膨大部病変を認めたロウウイルス脳症の1例	吉年俊文、上原太一、須貝みさき、 松岡剛司、松岡 孝、喜久山 至、 宮城雅也、安慶田英樹、大府正治、 喜瀬智郎	第74回例会日本小児科 学会沖縄地方会	2012.03.04 沖縄
10	眼振とけいれんで発症したPelizaeus-Merzbacher病の男児	松岡剛司、大府正治、須貝みさき、松岡 孝 喜久山 至、宮城雅也、安慶田英樹	第74回例会日本小児科 学会沖縄地方会	2012.03.04 沖縄
11	Alice in Wonderland syndrome associated with Panayiotopoulos syndrome	OHFU M,SUGAI M, MATSUOKA T,MATSUOKA T	9th ASIAN & OCEANIAN EPILEPSY CONGRESS MANIRA,PHILIPPINES	2012.03.22-25 MANIRA,PHILIPPINES
12	Early onset rolandic epilepsy is intractable?	SUGAI M,OHFU M,MATSUOKA T	9th ASIAN & OCEANIAN EPILEPSY CONGRESS MANIRA,PHILIPPINES	2012.03.22-25 MANIRA,PHILIPPINES
13	シャワー中の突然の意識消失発作を繰り返し救急搬送された不 整脈の既往のある10歳女児	緒方公平、大府正治、高橋一浩	第49回沖縄小児神経懇話会	2011.05.17 沖縄
14	強直発作が群発した眼振の男児	松岡剛司、大府正治、須貝みさき	第50回沖縄小児神経懇話会	2011.07.19 沖縄



No.	演題	演者	学会	日時・場所
15	けいれん群発した顔面血管腫の乳児	松岡剛司、大府正治、須貝みさき	第51回沖縄小児神経懇話会	2011.09.27 沖縄
16	睡眠中嘔吐と日中の視覚異常を訴える7歳女児	大府正治、松岡剛司、須貝みさき	第52回沖縄小児神経懇話会	2011.11.15 沖縄
17	嘔吐、下痢、無熱性けいれん、せん妄を呈した4歳男児	吉年俊文、松岡剛司、大府正治	第53回沖縄小児神経懇話会	2012.1.17 沖縄
18	突然歩けなくなった12歳男児	須貝みさき、大府正治、松岡剛司	第54回沖縄小児神経懇話会	2012.3.13 沖縄
19	繰り返す意識障害より気付かれた広帆性発達障害の一例	松岡剛司、大府正治	沖縄発達障害研究会	2011.11.05 沖縄
20	拡散強調画像にて白質に一過性高信号を呈したSturge-Weber症候群の一例	松岡剛司、大府正治、川島雄平、須貝みさき、松岡孝、喜久山至、宮城雅也、安慶田五樹	第113回沖縄県医師会医学会総会	2011.12.11 沖縄

【小児循環器科】  
学会発表および講演

No.	演題	演者	学会	日時・場所
1	CLINICAL CHARACTERISTICS in FIVE PATIENTS with PLASTIC BRONCHITIS AFTER FONTAN OPERATION	三宅啓	第47回 日本小児循環器学会	2011.07.07 福岡
2	冠動脈バイパス術適応となった川崎病後巨大冠動脈瘤の小児2例 心筋シンチによる評価	三宅啓	第69回 沖縄核医学懇話会	2011.10.14 沖縄
3	失神を繰り返すLQT症候群3型にImplantable Loop Recorder(ILR)を用いて、てんかんと診断できた1例	三宅啓	第16回 日本小児心電学研究会	2011.11.26 愛知
4	心不全を来した上腕部巨大先天性血管腫に対してカテーテル塞栓術を併用し切除した1例	三宅啓	第23回 日本Pediatric Interventional Cardiology学会	2012.01.19 秋田

【小児循環器科】  
誌上発表

No.	標 題	著 者	掲 載 誌
1	Diagnosis of Epilepsy Made by an Implantable Loop Recorder in a Child With Long-QT Syndrome Type 3.	Takahashi K, Otsuka Y, Miyake A, Ohfu M, Ganaha H.	Pediatrics International. 2012 (in press)
2	Dual Atrioventricular Nodal Non-Reentrant Tachycardia in a Child Undergoing Repair of Ventricular Septal Defect.	Takahashi K, Nakayashiro M, Ganaha H.	Pediatr Cardiol. 2012 (in press) 2012 May 4.
3	Complications of cardiac catheterization in adults and children with congenital heart disease in the current era.	Mori Y, Takahashi K, Nakanishi T.	Heart and vessels 2012
4	Twin Atrioventricular Nodes Connecting to Sling of Conduction Tissue in Congenitally Corrected Transposition Associated With Straddling Tricuspid Valve.	Takahashi K, Kurosawa H, Nakanishi T.	World Journal for Pediatric and Congenital Heart Surgery 2(2): 312-315,2011
5	The QT Intervals in Infancy and Time for Infantile ECG Screening for Long QT Syndrome.	Yoshinaga M, Kato Y, Nomura Y, Hazeki D, Yasuda T, Takahashi K, Higaki T, Tanaka Y, Wada A, Horigome H, Takahashi H, Ueno K, Suzuki H, Nagashima M.	Journal of Arrhythmia 27(3):193-201, 2011

【小児麻酔科】  
学会発表および講演

No.	演 題	演 者	学 会	日 時・場 所
1	MR・心不全を伴った先天性完全房室ブロックに対するCRTの麻酔経験	川端哲也, 興座浩次	日本小児麻酔学会 第17回大会	2011.09.23-24大阪

【新生児科】  
学会発表および講演

No.	演 題	演 者	学 会	日 時・場 所
1	切迫早産治療(Tocolysis)の中止時期と周産期予後の検討	大城達男	第73回日本小児科学会 沖縄地方会	2011.09.11 沖縄

**【栄養指導室】  
学会発表および講演**

No.	演 題	演 者	学 会	日時・場所
1	食事を通じたプレパレーション ～栄養科の取り組み	奥浜 嘉乃, 金城 千賀子	第15回日本医療保育学会	2011.6.4 沖縄

**【薬局】  
学会発表および講演**

No.	演 題	演 者	学 会	日時・場所
1	入院処方せん調剤業務量の分析	平安麻美	第73回九州山口薬学大会	2011.11.12 沖縄

**【リハビリ室】  
学会発表および講演**

No.	演 題	演 者	学 会	日時・場所
1	小児集中治療室(PICU)での理学療法	喜友名貴之	第13回沖縄県理学療法学会	2011.11.27 沖縄

## 平成23年度 看護研究学会県外・県内発表状況

県立南部医療センター・こども医療センター 看護部

No.	病棟名	演題	学会名	期日	発表者	開催地
1	ER	当院救命救急センターにおけるプレパレーションの導入	日本救急医学会 九州地方会	5/28	金城彩美	長崎県
2	ER	トリアージナースの質の向上へむけての取り組み	日本臨床救急医学会 総会	6/3	屋比久由貴	北海道
3	4小	医療保育士と協働でできた プレパレーション	全国医療保育学会	6/4	屋宜佳成	沖縄
4	4小	真っ白な処置室が大変身 みんなで作ったプレパのもり	全国医療保育学会	6/4	福田徹也	沖縄
5	NICU GCU	過去5年間離島からの母体・新生児搬送 ～本島5病院周産期センターの現状～	沖縄新生児看護 研究会シンポジウム	6/17	長岡弘子	沖縄県
6	透析室	維持透析患者の妊娠・出産における 医療チームのアプローチ	第56回 日本透析医学会	6/18	大城健	横浜
7	成人 外来	外来における看護師の患者指導体制づくり	第5回 日本慢性看護学会	6/26	平良孝美	岐阜県
8	成人 外来	沖縄県南部医療センター・こども医療センターにおける HIV/AIDS診療の現況	第3回 沖縄HIV臨床 カンファレンス	7/2	上地静香	沖縄県
9	4小	小児病棟における家族ケア リラクゼーションルームの開設	日本看護学会 母性・小児看護	8/4	屋宜佳成	東京
10	産科	DVTを発症した妊婦の共通因子を探る	日本看護学会	8/4～ 8/5	眞境名美奈子	東京都
11	4小	シンポジスト 出口部ケアー	全国PD研究会	9/24	古門紀子	東京
12	5小	小児の転倒・転落防止対策の検討 ～説明ビデオを作成して～	全国自治体病院学会	10/19	仲程小紋	東京都
13	OR	手術時手洗い改善にむけて ～ラビング法の導入～	日本手術看護学会	11/5	稲福一行	愛知県
14	NICU GCU	周産期スタッフで取り組んだ超低出生体重児の 母乳育児支援	第21回 新生児看護 学会学術集会	11/13	伊佐若恵	東京
15	6階西	A病棟看護師のインシデント発生後の行動改善に 向けた取り組み	第6回医療の質 安全学会・学術集会	11/19	松本笑佳	東京

16	5階東	A病棟における深部静脈血栓症予防 ～指導パンフレット活用によるスタッフのモチベーションの変化～	第27回 沖縄県看護研究学会	H24 1/28	知念真紀	沖縄県
17	4階東	リンパ節廓清術後患者のリンパ浮腫予防を考える ～統一した指導を目指して～	第27回 沖縄県看護研究学会	H24 1/28	亀川千夏	沖縄県
18	4階西	ペースメーカー導入患者へのパンフレットを活用した退院指導	第27回 沖縄県看護研究学会	H24 1/28	比嘉允	沖縄市
19	PICU	効果的な吸引・スクイジングに対する 看護師の認識の変化	第27回 沖縄県看護研究学会	H24 1/28	運天真貴子	沖縄県
20	地域 連携室	A病院における退院支援システムの構築 ～その1 退院支援の実際と課題の明確化～	第27回 沖縄県看護研究学会	H24 1/28	林 和子	沖縄県
21	6精	身体拘束評価シートの活用と看護師のストレスの変化	第27回 沖縄県看護研究学会	H24 1/28	渡嘉敷大輔	沖縄県
22	透析室	胆道系内視鏡検査・治療における安全安楽な援助方法の検討 ～マニュアルの見直しと看護師の追体験を通して～	第27回 沖縄県看護研究学会	H24 1/28	平良光治	沖縄県
23	医療 安全	術後複雑瘻孔形成により難治性皮膚障害を生じた患者の一例	日本ストーマ・排泄 リハビリテーション学会	H24 2/2	砂川悦子	福島県
24	医療 安全	当院における、麻疹・ムンプス・風疹・水痘 抗体獲得プログラム	日本環境感染学会	2/3～ 2/4	松山亮	福岡
25	5小	NSTが介入した小児重症熱傷患者の一例	第27回 日本静脈経腸栄養学会	H24 2/23	上江洲希	兵庫県 神戸市
26	PICU	A病院PICUにおける 鎮痛・鎮静スケールの作成	第39回 日本集中治療医学会 学術集会	H24 2/29	浅野祥子	千葉県
27	ICU CCU	持続的緩徐血液浄化療法(CHDF) 管理における安全対策への取り組み	日本集中治療医学会 学術集会	H24 2/29	島尻章子	千葉県

平成23年度 コアレクチャー日程表 (前期)

期間：平成23年4月6日(水)～平成23年9月30日(金)

※日程は変更になる場合があります。

NO	曜日	演題	講師	診療科	備考
1	4/6	水 SPDについて(診療機材)	上江田 悠	経営課	
2	4/7	木 医療廃棄物処理	松山 亮	感染管理認定看護師	
3	4/8	金 薬局	宮城 保彦	薬局	
4	4/11	水 外傷初期診療 JATECについて①	林 峰栄	救急科	
5	4/12	火 外傷初期診療 JATECについて②	呉屋 麻南美	救急科	
6	4/13	水 DPPCについて	林 峰栄	救急科	
7	4/14	木 外傷初期診療 JATECについて③	林 峰栄	救急科	
8	4/15	金 外傷初期診療 JATECについて④	林 峰栄	救急科	
9	4/18	火 創傷・CPCについて	仲里 肇	病理	
10	4/19	火 外傷初期診療 JATECについて⑤	林 峰栄	救急科	
11	4/20	水 救急外来での皮膚科疾患	小林マデイカル株式会社	皮膚科	中山師長
12	4/21	木 救急外来での皮膚科疾患	篠原 直哉	皮膚科	
13	4/22	金 血液ガス分析	篠原 直哉	総合内科	
14	4/25	月 褥瘡対策について	上原 敏則	整形外科	
15	4/26	火 小児の病歴と診察①	吉村 仁志	小児科	
16	4/27	水 産婦人科へのコンサルトについて	栗原 みずき	産婦人科	
17	4/28	木 5/24へ変更			
18	5/2	月 研修連絡会	砂川 亨	研修センター	
19	5/6	金 高齢者の診察について	仲里 信彦	総合内科	
20	5/9	月 (予備日)			
21	5/10	火 小児の病歴と診察②	吉村 仁志	小児科	
22	5/11	水 小児の発熱の診察	喜瀬 智郎	小児科	
23	5/12	木 創傷処置について	金城 守人	外科	
24	5/13	金 輸液について	篠原 直哉	総合内科	
25	5/16	月 (予備日)			
26	5/17	火 ERでみる腹痛	千代田 啓志	消化器科	
27	5/18	水 産婦人科的診察法入門	平田 真由美	産婦人科	
28	5/19	木 急性腰痛について	高山 和之	外科	
29	5/20	金 救急レクチャー	北原 佳之	救急科	
30	5/23	水 救急レクチャー	神田 茂	救急科	
31	5/24	火 整形外科領域の救急疾患について	栗園 敦男	整形外科	
32	5/25	水 小児の発疹	比嘉 猛	小児科	
33	5/26	木 脳血管障害の救急	前田 猛	脳神経外科	
34	5/27	金 ハワイ大芸コンサルタント講義(総合内科):Case Conference	Autam A. Deshpande, MD	総合内科	
35	5/30	月 (予備日)			
36	5/31	火 ERでみる精神症状	宮川 真一	精神科	
37	6/1	水 妊婦とエックス線	村尾 寛	産婦人科	
38	6/2	木 ERでみる心不全の診察と治療	新城 治	循環器科	
39	6/3	金 挿管について	興盛 浩次・松岡 慶	麻酔科	
40	6/6	月 研修連絡会	砂川 亨	研修センター	
41	6/7	火 病理細胞診とオーダーのしかた	仲里 肇	病理診断科	
42	6/8	水 消化器症状・・・腹痛、嘔吐、下痢、血便	浅井 大介	小児科	
43	6/9	木 海洋生物刺傷について	水上 泰	外科	
44	6/10	金 細菌感染症への対応の基礎	豊川 貴生	総合内科	
45	6/13	月 褥瘡管理	砂川 眞一	看護部	
46	6/14	火 (予備日)			
47	6/15	水 妊婦と薬剤	村尾 寛	産婦人科	
48	6/16	木 ERでみる胸痛	宮良 高史	循環器科	
49	6/17	金 ハワイ大芸コンサルタント講義(消化器内科):Case Confer	Fernando V. Ona MD, FACP, FAGG		
50	6/20	月 6期だけのHappy Monday	研修医1年次		
51	6/21	火 熱中症について	神田 佳之	救急科	
52	6/22	水 分娩時の取り扱い・・・N-OPR	鳥袋 隆子	小児科(新生児)	
53	6/24	金 全身倦怠感	仲里 信彦	総合内科	
54	6/27	月 動物咬傷について	金城 隆夫	外科	
55	6/28	火 吐・下血	千代田 啓志	消化器科	
56	6/29	水 感染症概説	仲池 紀智	産婦人科	
57	6/30	木 熱傷について	真慈納 邦子	形成外科	
58	7/1	金 CPAについて	荘司 清	救急科	
59	7/4	月 研修連絡会	砂川 亨	研修センター	
60	7/5	火 不眠	宮川 眞一	精神科	
61	7/6	水 黄疸・・・感染、敗血症、母乳性、哺乳不足、胆道閉鎖と肝臓	坂 有基	小児科(新生児)	
62	7/7	木 栄養について	雷山 修志	診療科	備考
63	7/8	金 気管支喘息	比嘉 基	呼吸器科	
64	7/11	月 6期だけのHappy Monday	研修医1年次		
65	7/12	火 (予備日)			
66	7/13	水 ERと婦人科疾患(1)女性の下部痛症例の管理	平田 真由美	産婦人科	
67	7/14	木 ERの外傷について	西岡 修	形成外科	
68	7/15	金 動悸・不整脈	當間 隆	循環器科	
69	7/19	火 放射線科	我那覇 瑞希	放射線科	
70	7/20	水 元気がない・・・感染、頭蓋内出血、低血糖、多血症、低体温	片柳 瑞希	小児科(新生児)	
71	7/21	木 透析患者の救急	和氣 亨	腎・リウマチ科	
72	7/22	金 呼吸困難・・・打撲・・・細気管支炎、心疾患、敗血症、頭蓋内	名嘉山 眞隆	小児科(新生児)	
73	7/25	火 センサの理解と対応	井上 幸代	精神科	
74	7/26	火 インスリンのスライディングスケールについて	小嶺 幸弘	神経内科	
75	7/27	水 ERと婦人科疾患(2)性器出血症例の管理	高山 尚子	産婦人科	
76	7/28	木 悪性腫瘍患者の救急	大城 一郁	血液内科	
77	7/29	金 骨盤骨折について	栗園 敦男	整形外科	
78	8/1	月 異物誤飲と誤嚥	廣宜 亮兵	救急科	
79	8/2	火 放射線科レクチャー	伊良波 史朗	放射線科	
80	8/3	水 泌尿器科領域の救急疾患	宮里 義久	泌尿器科	
81	8/4	木 眼科領域の救急疾患	宮里 智子	眼科	
82	8/5	金 頭痛	神里 尚美	神経内科	
83	8/8	月 研修連絡会	砂川 亨	研修センター	
84	8/9	火 便通異常(下痢/便秘)	千代田 啓志	消化器科	
85	8/10	水 ERと婦人科疾患(3)子宮外妊娠	神田 茂	産婦人科	
86	8/11	木 腸管のエコー	喜納さん	検査室	
87	8/12	金 救急シミュレーション実習	林 峰栄	救急科	
88	8/15	月 (予備日)			
89	8/16	火 プライマリケアでみるうつ状態	井上 幸代	精神科	
90	8/17	水 内科レクチャー	篠原 直哉	総合内科	
91	8/18	木 内科レクチャー	篠原 直哉	総合内科	
92	8/19	金 食欲不振・体重減少	仲里 信彦	総合内科	
93	8/22	月 6期だけのHappy Monday			
94	8/23	火 希死念慮の評価と対応	井上 幸代	精神科	
95	8/24	水 ERと婦人科疾患(4)骨盤膜炎	平田 真由美	産婦人科	
96	8/25	木 喀血・血痰について	眞 正人	呼吸器科	
97	8/26	金 胸部・腹部外傷について	長嶺 直治	外科	
98	8/29	月 (予備日)			
99	8/30	火 呼吸困難②・・・肺実質性疾患、中枢神経(呼吸調節)	金 明華	小児科	
100	8/31	水 アナフィラキシー	新里 盛華	救急科	
101	9/1	木 肺塞栓症	中村 牧子	循環器科	
102	9/2	金 頸部・顔面・顔面外傷について	西岡 修	形成外科	
103	9/5	月 研修連絡会	砂川 亨	研修センター	
104	9/6	火 内科レクチャー	篠原 直哉	総合内科	
105	9/7	水 ERと婦人科疾患(5)卵巣出血、子宮口コリ破裂	神田 茂	産婦人科	
106	9/8	木 口腔外科の診察法と処置	安藤田 さおり	歯科口腔外科	
107	9/9	金 救急科	林 峰栄	救急科	
108	9/12	月 6期だけのHappy Monday	研修医1年次		
109	9/13	火 病理	仲里 肇	病理診断科	
110	9/14	水 けいれん・けいれん重積	浅井 香菜子	小児科	
111	9/15	木 イレウスについて	奥濱 幸博	外科	
112	9/16	金 高血糖・低血糖	篠原 直哉	総合内科	
113	9/20	水 ERと婦人科疾患(6)妊娠性高血圧	林 峰栄	産婦人科	
114	9/21	木 ERと婦人科疾患(6)妊娠性高血圧	高山 尚子	産婦人科	
115	9/22	水 嚥下障害	高里 隆	リハビリ科	
116	9/26	火 緩和ケアについて	宮川 眞一	精神科	
117	9/27	月 急性腎炎	千代田 啓志	消化器科	
118	9/28	水 意識障害	吉元 俊文	小児科	
119	9/29	木 外科レクチャー	砂川 亨	外科	
120	9/30	金 症例から学ぶSIV感染	嘉数 光一郎	呼吸器科	

# 平成23年度 コアレクチャード程表（後期）

期間：平成23年10月3日（月）～平成24年3月23日（金）

※日程は変更になる場合があります。

NO	日付	曜日	演題	講師	診療科	備考
121	10/3	月	研修連絡会	砂川 亨	研修センター	
122	10/4	火	救急レクチャー	荘司 清	救急科	
123	10/5	水	婦人科症例の画像診断	神山 茂	産婦人科	
124	10/6	木	救急レクチャー (予備日)			
125	10/7	金	ERでみる呼吸困難	比嘉 基	呼吸器科	
126	10/11	水	救急レクチャー	佐々木 康二	救急科	
127	10/12	水	シノック・・・循環血流量減少性、敗血症性、神経性、心原性	緒方 公平		
128	10/13	木	眼科領域の救急疾患	宮里 啓子	眼科	
129	10/14	金	意識障害	篠原 直哉	総合内科	
130	10/17	月	6期だけのHappy Monday	研修医1年次		
131	10/18	火	急性胆嚢炎・胆管炎	千代田 啓志	消化器科	
132	10/19	水	妊娠の生理学的変化	大橋 啓子	産婦人科	
133	10/20	木	仮称) 総合と結核の根本	高江洲 侑	外科	
134	10/21	金	仮称) 総合と結核の根本 (予備日)			
135	10/24	月	整形外科レクチャー	上原 敏則	整形外科	
136	10/25	火	救急レクチャー	屋宜 亮兵	救急科	
137	10/26	水	不整脈(PSVT、QT prolongation など)	島袋 亮哉	小児科	
138	10/27	木	(予備日)			
139	10/28	金	咳嗽・痰	比嘉 基	呼吸器科	
140	10/31	月	呼吸困難①・・・上気道閉塞、下気道閉塞	上原 大一	小児科	
141	11/1	火	ワケチンの基本(接種側)	安慶田 英樹	感染症小委員会	
142	11/2	水	ERと婦人科疾患(7)小児の婦人科疾患	小嶺 幸弘	産婦人科	
143	11/4	金	産科症例	砂川 亨	研修センター	
144	11/7	月	研修連絡会	北原 佑介	救急科	
145	11/8	火	救急レクチャー	上原 正嗣	小児科	
146	11/9	水	尿の異常・・・血尿、蛋白尿、AGN、ネフローゼ症候群	篠原 直哉	総合内科	
147	11/10	木	内科レクチャー	篠原 直哉	総合内科	
148	11/11	金	胸痛管理疾患の救急	仲田 肇	胸痛診療科	
149	11/14	月	救急レクチャー	伊里 麻	病理診断科	
150	11/15	火	統合失調症の早期発見	井上 幸代	精神科	
151	11/16	水	ERと産科疾患(1)内科的救急疾患	仲地 紀智	産婦人科	
152	11/17	木	内科レクチャー	篠原 直哉	総合内科	
153	11/18	金	内科レクチャー	篠原 直哉	総合内科	
154	11/21	月	6期だけのHappy Monday	研修医1年次		
155	11/22	火	救急レクチャー	屋宜 亮兵	救急科	
156	11/24	木	小児の鎮痛、鎮静について	川端 徹也	産婦人科	
157	11/25	金	明日から使えるICUの管理のツツ(実習)講義、excel使用可能な自	豊川 貴生	総合内科	
158	11/28	月	(予備日)			
159	11/29	火	悪心/嘔吐	千代田 啓志	消化器科	
160	11/30	水	風湿性関節炎・・・メチン投与、薬物投与、外傷、化膿性関節炎	酒井 一徳	小児科	
161	12/1	木	高所墜落閉鎖療法について	真念納 邦子	形成外科	
162	12/2	金	頭痛	神山 尚美	神経内科	
163	12/5	月	研修連絡会	砂川 亨	研修センター	
164	12/6	火	ICUからのICU外転(内科) Gerald H. Stein, MD, FACP			
165	12/7	水	6期だけのHappy Monday (余興練習)			
166	12/8	木	胸水	東 正人	呼吸器科	
167	12/9	金	(予備日) 余興練習			
168	12/12	月	統合失調症の早期発見	井上 幸代	精神科	
169	12/13	火	(予備日)			
170	12/14	水	外傷、四肢の疼痛・・・虐待、細菌性関節炎、骨髄炎	轟数 真理子	小児科	
171	12/15	木	血液浄化法	和氣 亨	腎・リウマチ科	
172	12/16	金	仮称) 外科に必要な栄養療法の基本	富山 修志	外科	
173	12/19	月	大腿骨近位部骨折	金城 健	整形外科	
174	12/20	火	黄疸・肝機能異常	千代田 啓志	消化器科	
175	12/21	水	ERと産科疾患(3)妊産婦の発熱	仲地 紀智	産婦人科	
176	12/22	木	向精神薬ガイド	井上 幸代	精神科	
177	12/26	月	軽傷頭部外傷	南部 隆亮	小児科	



沖縄県立南部医療センター・子ども医療センター

■平成23年度 ハワイ大学コンサルタント講義

no	月日	曜日	科	テーマ	講師名	役職	備考
1	5/27	金	総合内科	Case Conference Discussion	Gautam A. Deshpande, MD	Assistant Clinical Professor, University of Hawaii, John A. Burns School of Medicine	
2	6/17	金	消化器内科	Case Conference Discussion	Fernando V. Ona MD, FACP, FACC	Chief, Center for Digestive and Liver Diseases and Nutrition VA Pacific Island Health Care System Associate Professor of Medicine University of Hawaii John A. Burns School of Medicine	
3	6/28	火	腎臓内科	How to Read Urinalysis	Rita Lynn McGill, MD	Associate Professor of Medicine Temple University Division of Nephrology & Hypertension Allegheny General Hospital	
4	11/15	火	総合内科	Case Conference Discussion	Lawrence M. Tierney, Jr., MD	University of California, San Francisco Professor of Medicine Associate Chief of Medicine Veterans Affairs Medical Center	
5	11/29	火	小児科	Nutritional Management of Premature Infants	Daniel Murai, MD	Associate Professor, Department of Pediatrics University of Hawaii at Manoa	
6	11/30	水	小児科	Neonatal Jaundice	Daniel Murai, MD	Associate Professor, Department of Pediatrics University of Hawaii at Manoa	
7	12/6	火	総合内科	Case Conference Discussion	Gerald H. Stein, MD, FACP	Courtesy Assistant Professor University of Florida	
8	12/13	火	感染症内科	感染症診療の原則	Makoto Aoki, MD, FACP	Diplomate, American Board of Int. Med., Inf. Diseases Sakura Fine Tech. Co., Ltd.	
9	2/9	木	小児科	Pediatric Exanthems	Philip A. Brunell, MS, MD	Professor of Pediatric emeritus, UCLA School of Medicine	
10	2/20	月	外科	臨床薬剤師を通してチーム医療を考える	町 淳二	ハワイ大学外科教授	

## 沖縄県立南部医療センター・こども医療センター雑誌投稿規定

- 1) 本誌は沖縄県立南部医療センター・こども医療センター職員および関係者の投稿によるものとする。
- 2) 本誌は総説、原著、症例報告、研究発表、医学講座、オピニオン（医療に関する意見）研修報告、随筆等からなり、他誌に未掲載のものとする。
- 3) 原稿は、A 4 用紙に和文、英文どちらも横書きにし、書式は 20 字×20 字とする。
  - ・論文は、Microsoft Word で作成し、それ以外のアプリケーションを使用するときは TEXT 形式で本文を保存すること。
  - ・著者名、所属を明確にすること。
  - ・専門用語以外は当用漢字、新かなづかいを用いる。また外国語は、原則としてすべて小文字とし、固有名詞（人名、地名、医薬品名等）は大文字で書き始める。
  - ・度量衡の単位は明確に記載し、数字は算用数字を用いる。
  - ・図、表には図 1、図 2・・・、表 1、表 2・・・のように番号を付け、挿入場所を指定する。

### <原著論文>

- ・要旨：原則として 400 字以内の和文要旨（summary）をつける。
- ・キーワード：5 用語以内を要旨の下に明記する
- ・参考文献は原則として 15 編以内とし、本文中の引用箇所番号を付けること  
著者名 3 名以上は、筆頭者 1 名のみでそれ以上は「他」あるいは「et al」とつける。

記載順は以下の通りとする

- a) 雑誌の場合 著者氏名：表題. 誌名 巻(号)：始頁－終頁, 西暦発行年
  - ①林 寛之：E R の裏技. E R マガジン. 1(5)：408-411, 2004
  - ②Morgan ED, et al: Ambulatory Management of Burns. American Family Phycician, 62(9)：2029-2032, 2000.
- b) 書籍の場合 著者氏名：書名. 版数. 始頁－終頁. 発行所名. 発行地. 西暦発行年.
  - ①小野江為則, 電頭腫瘍病理学, 第 2 版, 153-157, 南山堂, 東京, 1986.
  - ②Heyes RB. et al: Histologic markers in primary and metastatic tumors of the liver.: Andreoli M, Monaco Feds, The tumor of the liver, 140-150, Elsevier Science Publishers, New York, 1989.

### <編集後記>

民主党政権がわずか3年半で倒れ、再び自民党が政権を奪還した。今後どのように世の中が変わっていくのか、東日本大震災の復興が進むのか、原発事故は終息に向かうのか、消費税が8%、10%に上がった時に医療はどうなるのか、先の見通しが立たないことにいらだちを覚える。

平成24年度は沖縄県立南部医療センター・こども医療センターにとって、我那覇仁病院長を迎え、新たな出発となった。問題も山積しているが職員が一つの方向に向かい、問題を解決していきたいものである。電子カルテ更新作業も進行中である。

病院雑誌第6巻も多くの職員の方々の協力を得て、原著論文、総説、院内活動報告、部署報告、研修医だよりなど原稿を多数いただいた。編集委員には多忙の中、校正をしていただいた。雑誌作成に携わったすべての方々に、心より感謝申し上げます。

表紙を飾っている空から俯瞰した病院全景は壮観である。この7年間で積み上げてきたものを大切に、さらに地域に貢献する病院として発展していきたいものである。

平成25年1月 編集委員長 佐久本 薫

### <雑誌編集委員>

編集委員長：佐久本 薫

医 局：山城 勝美 岸本 信三 金城 隆夫 和氣 亨

比嘉 猛 大橋 容子 大庭 千明

看護部：仲村千枝子 長岡 弘子 東江 広美

放射線科：仲村 淳

検査室：吉田 有沙

薬局：玉城 亜矢

事務部：宮城 次子 安里 一 比嘉 京子

---

平成 25 年 3 月印刷  
平成 25 年 3 月発行

沖縄県立南部医療センター・こども医療センター雑誌  
第 6 巻 第 1 号

発行者 我那覇 仁  
編集者 沖縄県立南部医療センター・こども医療センター雑誌編集委員会  
発行所 沖縄県立南部医療センター・こども医療センター  
〒901-1193  
沖縄県島尻郡南風原町字新川 118 番地の 1  
電 話 098(888)0123  
印刷所 沖版プロセス  
〒902-0075 沖縄県那覇市国場 911-1  
電 話 (098) 854-8776 (代)

---

