

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8巻 第1号



2015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)	TEL 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	574 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 30 科、こども医療センター 18 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 116 看護部門 499 診療協力部門 134 人 計 749 人 (平成 26 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】

病院全景

### 【裏表紙写真】

上段・・・ドトールオープンセレモニー

・・・琉球手まり保存会 (藤田三枝子氏 寄贈)

下段・・・はえばる夏まつりキッズパーク

・・・ハロウィンツアー (医局)

## 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. 病んでいる子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8巻 第1号

## 目 次

### <巻頭言>

社会の変化と病院の将来	副院長 佐久本 薫	1
-------------	-----------	---

### <特別寄稿>

長寿復活に向けた南風原町の健康づくり	南風原町長 城 間 俊 安	3
脳性麻痺と障がい	沖縄南部療育医療センター院長 當 山 潤	9
「医療事故」考・・・to err is human（人は誰でも間違える）	沖縄県健康管理センター室長 當 銘 正 彦	13

### <原著>

重症筋無力症の長期予後の検討	神経内科 神 里 尚 美	14
小児がんの治療成績	小児血液腫瘍内科 比 嘉 猛	19

### <症例報告>

手術中の体位により腕神経叢麻痺を呈した一症例 2年間のリハビリ成果	リハビリ室 岡 野 茉莉花	25
生後3か月までにGBS（Group B streptococcus）感染症を繰り返した女児の1例	小児総合診療科 持 田 壘	29

### <CPC症例報告>

両肺過膨張のみられた一部検例	琉球大学医学部附属病院病理部 仲 西 貴 也	34
	病理診断科 仲 里 巖	

### <教育コーナー>

今、何故口腔ケアなのか ～歯周病と全身疾患を考える～	歯科口腔外科 比 嘉 努	41
先天性内反足の最新の知見 -Ponseti 法ってなに?-	小児整形外科 金 城 健	47

### <国内外研修報告>

肺癌早期診断を目指して ～J A尾道総合病院における研修報告	消化器内科 新 里 雅 人	49
1年間の看護学校研修を通して	看護部（4階小児病棟） 當 間 紀 子	52

### <院内活動報告>

病院機能評価 病院の概要	院長 我那覇 仁	55
病院機能評価（3rdG: Ver1.0）訪問審査を終えて	副院長 佐久本 薫	60
病院機能評価受審における看護部の取り組み	副院長兼看護部長 照 屋 清 子	62
	看護部副部長 平 良 孝 美	
は～い。しまナースです。	沖縄県病院事業局県立病院課代替看護師派遣事業しまナース 知 念 久 美 子	65
高額医療機器の保守契約について	放射線技術科 田 畑 浩 一 郎	69
社会状況の変化を最前線で体験して	地域医療連携室 中 山 幸 子	71
入院受付の運用開始	経営課 新 垣 智 愛	73
エコアクション	経営課 宮 城 美 和	76

#### <部署報告>

これからの沖縄県立南部医療センター・子ども医療センター救命救急センター	救命救急センター	梅村 武寛	79
医師の事務作業を専門にサポートするドクターズクラーク			
～やりがいのある医師事務作業補助者～	経営課ドクターズクラーク総括	内間 真子	82
「院内保育所について」～沖縄県立南部医療センター・子ども医療センター院内保育所			
みなみのご保育園～	みなみのご保育園園長	桃原 康代	84
呼吸ケアチーム（RCT）活動と今後の課題	MEセンター	玻名城 尚	89

#### <臨床研修>

学生見学感想文	弘前大学6年	高崎 直	92
学生見学感想文	京都大学医学部6年	和泉 賢明	93

#### <研修医だより>

研修2年間を振り返って	初期研修医2年次	奈佐 悠太郎	94
小児科後期研修を振り返って	小児科後期研修医	杉浦 健太	95
平成26年度採用 卒後臨床研修医紹介			97

#### <診療所だより>

渡嘉敷だより ～島医者になつての半年間～	渡嘉敷診療所	村田 祥子	98
北大東診療所応援団	北大東診療所	山中 智人	100

#### <随想・趣味>

Copa do Mundo, Brasil 2014	新生児科	下地 良和	103
定年退職雑感	看護部（MFICU）	平安 香由美	106

#### <業績>

平成25年度学会発表・誌上発表			108
平成25年度看護研究学会県外・県内発表状況			130
平成25年度看護部院外講師実績			131

#### <講演会・院内研修リスト>

平成25年度看護部院内研修			133
平成25年度コアレクチャー			134
平成25年度ハワイ大コンサルト講義			136

編集後記	編集委員長	佐久本 薫	139
------	-------	-------	-----

## 社会の変化と病院の将来

副院長 佐久本 薫

今年度は、4月に消費税が5%から8%に増税されました。また、大きな診療報酬改定もありました。当院も年度初めから経営課を中心にその対応を行っています。事前の準備もあって診療報酬改定には適切に対応できていると思います。保険診療委員会、DPC委員会も毎月開催され、返戻、査定を減らすように努力しています。

昨年より何度も会議を開いて協議してきた救急センターの新しい体制も4月にスタートしました。初期研修医の救急センター勤務の体制を、これまでの3交代制から2交代制へ変更しました。準夜と深夜を連続勤務にして4人で行い、患者の少なくなる時間帯に交代で休息をとる方法です。救急室スタッフも富山修志先生、土屋洋之先生、新里盛朗先生、宮川幸子先生、新里彰先生の5人で再スタートしています。初期研修医や医療スタッフの印象は比較的良好ようです。しかし、専科の病棟業務がおろそかになり、患者の把握もできていないという指摘もあります。救急室での初期対応だけでなく、病棟へ入院した患者の治療計画を立てることも大切であるとの指摘もあります。職員へのアンケートを行い、この体制を維持するのか、改善点を探るのか再検討することも必要になると考えます。救急センターは7月に福岡大学より梅村武寛先生を部長に迎え、さらにパワーアップしました。ER型とICU型の混合された新しい体制です。救急センターから入院する患者さんも増加し、病院全体の患者増加にもつながっています。救急センタースタッフの少ない中で充実した機能を維持するためには各診療科、看護師、その他の職員の協力と連携がこれまで以上に必要となります。

年度が替わるとすぐに病院機能評価3rd G: Ver.1.0

に向けての準備が始まりました。4つの領域に分けてそれぞれで問題意識を高めて行きました。詳細は別稿に譲りますが、高橋さんによる模擬サーベイが行われるようになってから、職員の病院機能評価に向けての意気込みが変わってきたと思います。看護師長を中心に看護業務、マニュアルの見直し、説明同意書の改定、医療廃棄物の廃棄方法の再整備、病棟の整備清掃、掲示物の見直しなど各部署で業務の改善が図られました。特に、看護部の頑張りは素晴らしいものがありました。7月24、25日の両日に病院機能評価実地訪問が行われました。今回の機能評価では患者の治療の方針決定のプロセスの評価に重点が置かれました。病棟、患者の選定から準備・練習を繰り返した仲間センター長、各病棟の師長、スタッフの努力で、当日のサーベイがスムーズに行われました。お蔭で中間報告では良好な判定でありました。3年後には再調査が入ります。A、B評価の項目は維持しながら、C評価の部分は引き続き改善に向けて努力する必要があります。

2013年の我が国の出生数は1,029,800人でした。合計特殊出生率は1.43でわずかに改善しましたが、少産少子化がさらに進んでいます。死亡数から出生数を引いた人口自然減は238,632人でした。人口減が加速しています。出生数が死亡数を上回った都道府県は、神奈川県、愛知県、滋賀県、沖縄県の4県のみです。女性の社会進出により晩婚化、晩産化が進んでいます。第1子出産時の母親の年齢は30.4歳で過去最高になりました。高齢化が進み超高齢化社会になります。人口減は地方市町村では深刻な状態で、「消滅可能性都市」と言われ、非常に危惧されます。安倍政権も少子化担当大臣とは別に地方創生大臣を新たに任命しました。実効性のある施策が打ち

出されることを期待したいと思います。少子化、人口減は働き手の減少を引き起こし、女性の雇用を今以上に促進しようとしています。結婚、出産、子育ての条件がますます悪くなっていかないと心配です。このような社会情勢は医療・福祉行政に直接影響してくると思われま。看護師、薬剤師の確保やコメディカル職員の確保にも影響してくると思わ

す。病床機能報告制度が平成26年10月から開始されます。一般病床および療養病床を有する病院及び診療所が、当該病床において担っている医療機能の現状と今後の方向性について、病棟単位で「高度急性期機能」、「急性期機能」、「慢性期機能」、「回復期機能」の4区分から1つを選択し、その他の具体的な報告事項と合わせて県に報告するものです。高齢化が進展し、医療・介護サービスの需要が増大して行く中で、患者それぞれの状態にふさわしい良質かつ適切な医療を効果的かつ効率的に提供する体制を構築するためには、医療機能の分化・連携を進め、各医療機関に応じて必要な医療資源を適切に投入し、入院医療全体の強化を図ると同時に、退院患者の生活を支える在宅医療及び介護サービス提供体制を充実させていく必要があります。そのための基礎資料となるの

が病床機能報告制度です。当院がどの機能の役割を果たしているのか各病棟単位で評価されます。当院の今後の病院機能へ直接影響してくると思われま。

今年度は4月から次々と大きな課題が病院全体にかかってきました。一つ一つの課題を乗り越えていくことができたのも、職員一同が一致団結し、対応に当たってきたお陰だと思わ。今後の病床機能報告制度を始め、社会のニーズに応じた医療制度改革、税制改革が起こってくると思わ。地域医療連携の充実など、他の近隣医療施設との違いも明確にしていく必要があります。このような変化に対応すべく、沖縄県立南部医療センター・こども医療センターをより充実した病院とするとともに、生き残りをかけた変化・改革を行っていくことが必要です。職員が同じ方向に向かい、これまで以上に団結していくことが必要であると思わ。職員一同のますますのご協力をお願いいたします。

進化論のダーウインの言葉とされる一文で稿を終わりにしたいと思います。「強いものが生き残ったわけではない。賢いものが生き残ったわけでもない。変化に対応したものが生き残ったのだ。」

平成26年9月吉日

特別寄稿

# 長寿復活に向けた南風原町の健康づくり

南風原町長 城 間 俊 安

沖縄県立南部医療センターにおきましては平素より南風原町の保健行政にご協力いただき感謝申し上げます。

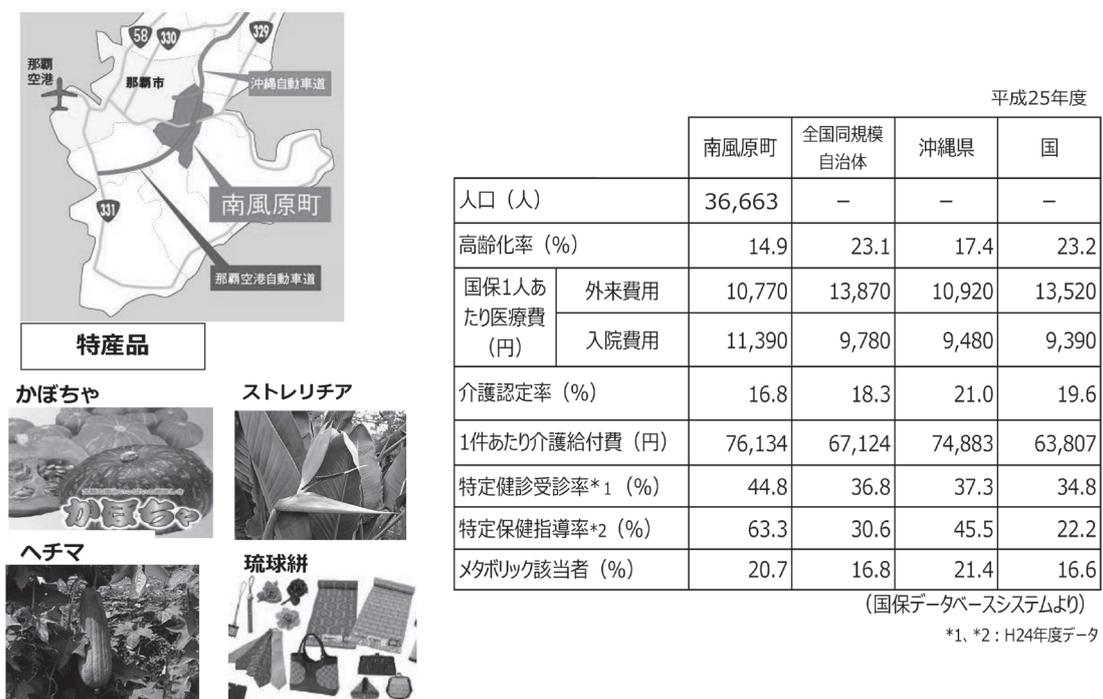
さて、沖縄県の長寿日本一からの転落は大きな衝撃でしたが県は2013年9月に「健康長寿おきなわ復活推進本部」を発足させ、2040年には男女とも平均寿命全国1位を目標に健康施策が進められています。本町においても長寿復活に向けて健康施策を展開していますが、今回はその中の活動の1つを紹介したいと思います。

## 1. 南風原町の概要

本町は沖縄本島南部のほぼ中央に位置し、県都那覇市に隣接しています。県内では唯一海に面しておらず、面積は10.72km<sup>2</sup>で県内41市町村中、4番目に

小さな町となっています。中央部に位置しているため古くから交通の要衝として、近年では那覇空港自動車道などの交通網の進展や商業施設の進出による生活利便性の向上により平成25年度末には人口36,663人を突破しています。また本町では最近導入された国保データベースシステム（KDBシステム）により全国と同規模自治体や県・国との健診・医療・介護の比較ができるようになり保健活動において町の課題を抽出しデータに基づいた保健活動を行うことも可能となりました。本町は高齢化率においては14.9%と全国と同規模自治体や県と比べても低く、若い世代の多い町であることが特徴的です。また、1人あたりの国保医療費では外来費用に比べ、入院費用は高くなっています。特定健診受診率は44.8%、特定保健指導率は63.3%となっています。（図1）

図1 南風原町の概要

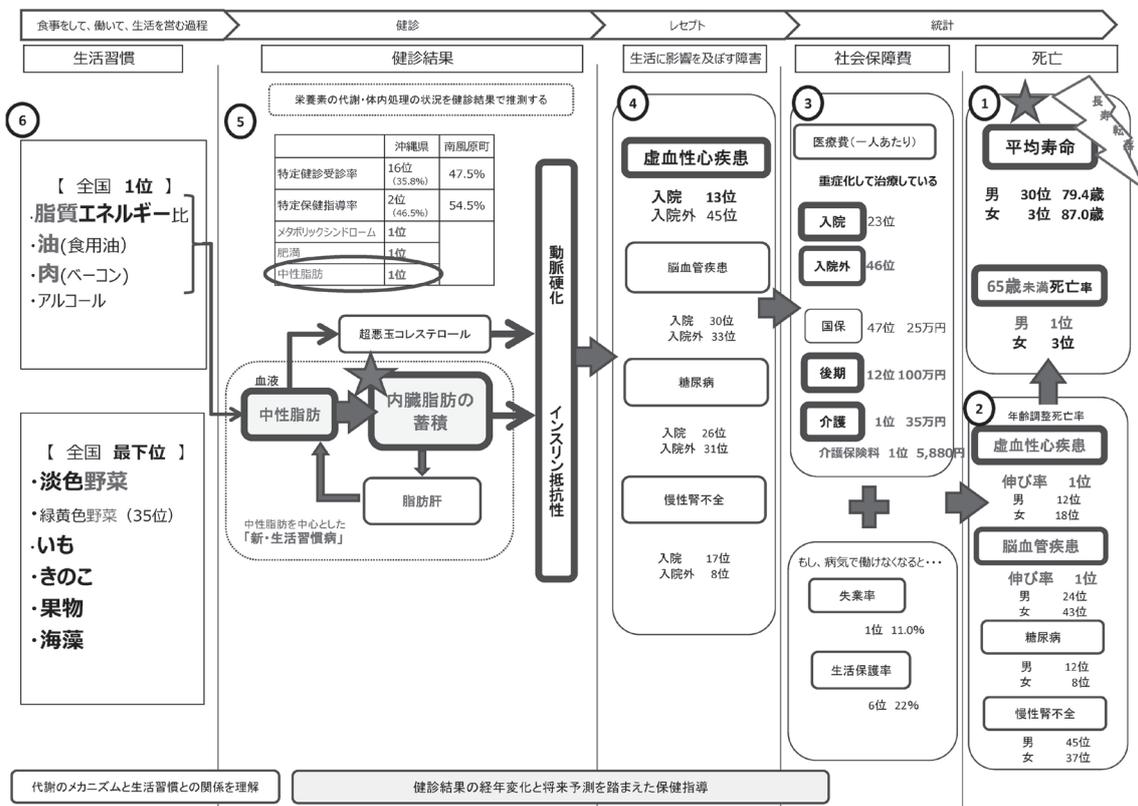


## 2. 第1期特定健診・保健指導の実践から

長寿復活に向けての手段として、本町では事務職・保健師・管理栄養士が一体となって特定健診・特定保健指導を重視し、予防活動を強化させています。図2は、特定健診改訂版、国保法に基づく保健事業の指針、健康増進法に基づき全国の中の沖縄県の位置をおさえ、健康課題の明確化を試みたものです。横軸に生活習慣・健診・医療・統計とおきました。生活習慣が健診結果に現れ、生活習慣に影響を及ぼす疾病の状況をレセプトから見る事ができます。それが社会保障費にどのように影響しているのかを医療費や介護費用からみるという流れになり、その結果が死亡統計に現れるということになります。沖縄県は今回、長寿県転落という出来事がありました。その背景には65歳未満の死亡率の高さ、虚血性心疾患や脳血管疾患死亡率の高さ等が要因の1つとなっている事も考えられました。また、そこに至る医療受診の特徴では、外来受診が低く、入院費用が高いことから、生活習慣病が重症化して病院受診をしている傾向も考えられました。また疾病状況と健診結

果から、メタボリックシンドローム該当者の占める割合が全国1位、高中性脂肪の有所見率も全国1位となっています。内臓脂肪蓄積を基盤とした生活習慣病の重症化の結果が沖縄県の現状であるということもわかりました。そして内臓脂肪の蓄積の原因を見ると沖縄は、油の摂り方が特徴的であることもわかりました。図3は沖縄県民の食の特徴をデータで考えてみたものです。沖縄県民がよく食べている食品を入れ込んでみると1日の基準量の2倍近くの油の量を摂っていること、野菜の摂取は全国最下位に近いので、食物繊維が摂れていないことが推測されました。野菜のカサで満腹感を得るのではなく、油によって満腹感を得ているという沖縄県の特徴が見えてきました。図4は昭和20年代と平成20年代の食の状況を比較したものです。これらより、①生活習慣病が重症化しての医療受診（治療が間に合っていない）②油で満腹感を得ている（油の摂り方、野菜の摂り方について）の2点を本町の保健活動の課題とおきました。

図2 全国の中の沖縄県の順位



(資料：沖縄県国保連合会より)

図3 沖縄県民の食の実態

沖縄県民の食の実態をデータで考えて見ました



図4 長寿おばあの秘訣は？

平均寿命	食べ方は？	そのなかみは？	栄養調査の結果
昭和 20年代 男女 1位	<ul style="list-style-type: none"> <li>○3食の基本的な食事は、<b>芋と具だくさんの味噌汁</b></li> <li>○多量に多くの種類の野菜で、食物繊維、ビタミン類を<b>汁ごと</b>食べられるような料理</li> <li>○海藻と野菜の組み合わせ料理多い</li> <li>○味付けは、<b>味噌や酢</b></li> <li>○行事食は、日常に不足する栄養素を補充する</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○食べていた野菜は？ <b>かずら(芋菜)、ハンダマ(水前寺菜)からし菜、ウンチー(空心菜)</b></li> <li>○冬瓜やへちまなど(淡色野菜)は、1回に、400g</li> <li>○かずらなどの緑黄色野菜は、1回に150g食べた。</li> </ul>	<p>昭和25年度 琉球政府栄養調</p> <p>1805 kcal</p> <p>PFC バランス 脂質 <b>12%</b> 炭水化物 <b>78%</b> 蛋白質 <b>10%</b></p> <p>昭和35年頃まで変化なし</p>
平成 20年代 男性 30位 女性 3位 平成25年	<ul style="list-style-type: none"> <li>○炒め物、揚げ物の食事が増える。</li> <li>○中にハンバーグ、サンドイッチなど洋風の献立が日常食に入る。</li> <li>○味付けは、<b>油、ケチャップ</b></li> <li>○外食文化</li> <li>○ハンバーガー1位(人口あたり)</li> <li>○ファーストフード1号店(沖縄→S38・本土→S47)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○食べている野菜は？</li> <li><b>緑黄色野菜 92g/日</b></li> <li>人参、ピーマン 1位</li> <li>・油、肉、ベーコン <b>1位</b></li> <li>・芋、海藻 <b>最下位</b></li> </ul>	<p>平成23年度 沖縄県民栄養調</p> <p>1678 kcal</p> <p>PFC バランス 脂質 <b>28%</b> 炭水化物 <b>57%</b> 蛋白質 <b>15%</b></p>

国民栄養調査・沖縄県民栄養調査ほか

3. 具体的な解決に向けた取り組み

今回は油と野菜の問題解決に向けた取り組みを紹介しします。始めに、『解決方法は住民の中にある』ということで、住民は油と野菜をどのようにイメージしているのか、実態把握をしました。様々な保健活動で出会う住民の声を世代別に聴き、更にその声に共通するものは何か？をまとめました。(図5)それを基に保健活動の柱を設定し展開しました。(図6)具体的に展開させた様子が図7~9になっています。事業の展開に当たっては、町民の実態に合わせ生活に密着した解決ができるようにと保健指導用の資料化は本町の管理栄養士を中心に考えていきました。

図5 野菜と油のイメージで住民の声に共通するのは何か？の視点でまとめてみました。(一部抜粋)

	住民の声	共通すること
住民の声	<ul style="list-style-type: none"> <li>・赤ちゃんがお腹の中で育って、無事生まれるために、1日に必要な食べる量があるとは知りませんでした。</li> <li>・食べ物、赤ちゃんの脳や体を形成しているんだ、と考えると食べていけないといけないですね。</li> <li>・赤ちゃんが生まれるまでに、細胞の分裂が繰り返される。そのために、「野菜」がこんなに大事とは思わなかった。野菜だから妊娠すると2倍の食べる量なんだ。</li> <li>・栄養のバランスを考えるようになった。「野菜！魚！肉！・・・食べようと思った。」それは1日の食生活を見直すという事なんだと思った。</li> <li>・私が食べる物で赤ちゃんが育っているんだ・・・と実感した。見直せばいいと思った。</li> <li>・保育園で食べているから、家では食べなくても大丈夫。1日の必要な量ってあるの？</li> <li>・「1日に必要な量」何でこんなに食べないといけないのですか？</li> <li>・大嫌いな野菜やきのごだから、食べないでいいと思っていた。だけど、これから成長するためには、必要だとわかった。だけどお母さん作ってくれるかな・・・</li> <li>・沖縄の食の事や、自分達の身長が最下位とか肥満が多いとか・・・初めて知った。もっとたくさんの人に知らせたほうがいいと思います。</li> <li>・お菓子もジュースも好き。野菜はお母さんが作ってくれない。糖尿病になるの？</li> <li>・沖縄の人達が「油」が全国1位というのは、初めて知った。チャンプルーは野菜をたくさん食べているから良いと思ったけれど「食べ方」なんだ。だから・・・メタボや早世に繋がったんだと思った。沖縄は上(1位)か下(最下位)だね。</li> <li>・「1日の基準の食べる量??」誰が決めた?自由に食べたい(笑)</li> <li>・(中学生学習会の中で教員)</li> <li>・早い時期から、沖縄の事を知ったり、必要な食べる量を知るの、これからのこの子達の大きな生き方に繋がると思います。私も知らなかった(笑)</li> <li>・健診の結果から食べ物何がが多いかわかるの？</li> <li>・妊婦やこども、大人・・・それぞれにあった必要量があるんですね。全く足りないない事が早い段階でわかったので、学習会の後から買い物の仕方が変わったかも。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・野菜の基準量について知らない</li> <li>・自分に必要な油の量を知らない</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>・「食べたらダメ」ではなく、「考えて食べる」という事ですよ？ファーストフードが無くなると困る。ファーストフードに、油や糖分以外の栄養素が基準より多い物も入っているといひなあ・・・</li> <li>・お菓子もジュースも好き。野菜はお母さんが作ってくれない。糖尿病になるの？</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・食品に含まれる油や砂糖を知らない</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>・野菜を洗って、切って食べるのが面倒。だからいつも使う野菜は決まっていて、チャンプルーだよ。</li> <li>・沖縄の人達が「油」が全国1位というのは、初めて知った。チャンプルーは野菜をたくさん食べているから良いと思ったけれど「食べ方」なんだ。だから・・・メタボや早世に繋がったんだと思った。沖縄は上(1位)か下(最下位)だね。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・油を使わない料理法を知らない</li> </ul>

図6 保健活動の課題

## 住民の声から保健活動の設定をしました

1. 個々人への基準量を伝える (特に油と野菜)
2. 食品に含まれている油の量を伝える
3. 油を使わない料理を伝える



図7 保健指導用の資料・チラシ・ポスター

**A 食品によって「脂」の量が変わります。**

あぶら  
シリーズ 2

食品名	1冊の目安量		*100g中の脂質の割合			
	全部	80g				
魚類	ツナ缶	全部	80g	26%		
		油きる	50g	10%		
		野菜入り	80g	6%		
		水煮	80g	0%		
魚類	さば	1切れ	60g	27%		
		鱈	1切れ	80g	6%	
		まぐろ・マチ			1%	
魚加工	カステラかまぼこ	1切れ	40g	4%		
		赤かまぼこ	1切れ	40g	1%	
肉類	調理	三枚肉煮つけ	1切れ	40g	53%	
			ベーコン	1枚	20g	40%
	加工・魚類	ウインナー	1本	20g	30%	
			ポーク	1缶	340g	27%
	生肉	豚	コンビーフハッシュ	1缶	90g	10%
			ばら肉			35%
			ひき肉			15%
			ステーキ			10%
			鶏手羽			10%
			鶏肉	鶏もも 皮なし	1枚	250g
鶏むね 皮なし	1枚	250g	2%			
豆腐	揚げ豆腐	1枚	70g	12%		
		沖縄豆腐	半丁	500g	7%	
		絹ごし豆腐・ゆし豆腐	1パック 1袋	280g	3%	

よく料理に使う食品は何ですか？

**食べ物に含まれるあぶらの量**

あぶらは身体にとっても必要なモノ。食べ過ぎないように上手に楽しみたいですね。

カレー Spoon 1杯 **10g**

沖縄そば 1杯分  
高野菜 50g 82kcal  
ツナ(オイル) 40g 82kcal  
アブラ 125mg

さとう安達吉 1冊  
脂質 15g  
270kcal  
10.33mg

菓子パン 1冊  
脂質 2.5g  
54kcal  
0.142mg

えっ! **全国最下位だったの?**  
野菜の食べ方が変わったんだね。

昭和 20年代 ← 比べるとよく分かる → 平成 20年代

野菜の量・種類

緑黄色野菜 **450g/日** (昭和)  
緑黄色野菜 **83g/日** (平成)

1日目安量 **150g**

脂質 **13%** 1805kcal/日  
脂質 **28%** 1678kcal/日

男性 **1位** 女性 **1位** 平均寿命  
男性 **30位** 女性 **3位**

南風原町保健福祉課

図8 「はえばるカレンダー」「介護予防パンフレット」

基準量や食品に含まれている油を載せた  
**「はえばるカレンダー」**



野菜の基準量や目安を伝えた  
**「クリヤファイル」**



**血管を守って認知症を予防しよう!**  
～そのためには生活習慣病予防が大切～

からだに必要な**油**は、一人一人に決まった量があります。

油には**2つ**あります。

A 料理に使う油

B 食品に含まれる油

カレー Spoon 1杯 脂質 約15g

沖縄そば(1冊) 脂質 約50g

山椒(1冊) 脂質 約90g

野菜(生肉) 1冊 脂質 約10g

野菜(生肉) 1冊 脂質 約15g

鶏肉(生肉) 1冊 脂質 約35g

さとう安達吉(1冊) 脂質 約20g

菓子パン(1冊) 脂質 約25g

南風原町役場 保健福祉課

カロリーの前にも油に注意しよう!  
メタ対策にカロリーを押しきえるという考え方が一般的ですが、栄養素の摂取の割合は本気で、特に油の摂取に気を付けてください。

**介護予防のパンフレット**

介護予防のパンフレット

野菜、早くからの、塩、油、糖

野菜は350g以上食べよう

糖類、油、砂糖、その他(ナット、アルコール、塩)

脂質 約15g 女性 約10g

図9 南風原町における長寿復活への取り組み

健康課題解決に向けて 展示会の開催



健康課題解決に向けて 講演会の開催



4. 住民の反応

活動の中から聞かれた住民の声を一部紹介します。「油物っていうと揚げ物や天ぷらを思い出すが、チャンプルーを作るときに使う油も油なんだね。そこは意識してなかった。」「油物を摂っていないと思っていたが、保健師さんの話を聞いて沖縄そばの食べ歩きをしていることを思い出した。それも油なんだよね。」「砂糖ってこんなに入っている?油も…孫にあげていた。」「自分の健診結果を理解していないといけないことがわかりました。それぞれに合わせた食事の摂り方があったことがわかりました。」「昔と比べると、今はどんなに油を摂りすぎているのかがわかった。それをとり続けていると、どんな健康問題が起こるのかも分かりやすく展示されていました。食が体を作るんですね。」

5. おわりに

本町における長寿復活の取り組みは、沖縄独特の食材や町内で生産または食されている食材の栄養成

分を分析した“南風原町食品成分表”に始まり、それを発展させて油の量や野菜の必要性等を記載した“はえばるカレンダー”を作成し町民への全戸配布、健康と食の変遷を考えた講演会や展示会を通して健康的な食の啓蒙を図りました。なお“はえばるカレンダー”は今後4年程度作成し配布の予定です。

今回の取り組みを通して本町では、生活習慣病の重症化予防を強化していくこととし、成人のみでなく幼少期からの生活習慣病予防に向けて一体的に取り組む必要があると考えます。その体制整備の1つとして平成22年4月より実施している、こども医療費助成で中学卒業までの入院費無料化に加え、平成26年4月からは通院に係る費用についても、これまでの3歳から中学卒業まで適応できるよう拡大しました。

地道な取り組みではありますが課題の解決に向け私を始め職員一丸となって長寿復活に向けて取り組んで参ります。県民の皆様をはじめ、関係機関の方々のご支援、ご協力をお願い致します。

特別寄稿

## 脳性麻痺と障がい

沖縄南部療育医療センター 院長 當 山 潤

### 1. はじめに

障害は不便だが、不幸ではない。これはヘレン・ケラーの言葉だそうです。この言葉に初めて出会ったのは、乙武洋匡さんのベストセラー、五体不満足の本紙についていた帯を見たときでした。五体満足でも自分は不幸だと感じる人も多いでしょうが、障害があるからといってそれが不幸とは限らない、と目から鱗が落ちる思いでした。

私は今年4月より、沖縄南部療育医療センターで勤務しています。その前は、平成10年から沖縄小児発達センターに勤務し、いずれもハンデを持った子供たちのリハビリテーション、療育に関わってきました。病名でいうと、脳性麻痺、脳症後遺症などの肢体不自由児、自閉症スペクトラムや注意欠陥多動性障害、学習障害などの発達障害児、精神遅滞、てんかんなどです。

今回は脳性麻痺についてお話をし、そこから常日頃考えている障がいについて述べさせていただきます。

### 2. 脳性麻痺の定義

脳性麻痺は国内では1968年厚生省（当時）脳性麻痺研究班の定義が今でも用いられています。それは“受胎から新生児期（生後4週以内）までの間に生じた、脳の非進行性病変に基づく永続的な、しかし変化しうる運動および姿勢の異常である。その症状は2歳までに発現する。進行性疾患や一過性運動障害、また将来正常化するであろうと思われる運動発達遅滞は除外する”となっています。ポイントは、1. 胎生期から新生児期までの間に脳の病変。2. 運動機能障害。3. 進行しない（しかし変形拘縮などで変化しうる）です。諸外国では、ヨーロッパのグルー

プの定義、米国での定義があり、それぞれ異なっています。海外の文献を読むときには注意が必要です。

### 3. 脳性麻痺の発生率の推移

沖縄県における脳性麻痺の発生率は、沖縄中部療育医療センター（旧沖縄小児発達センター）で継続して調査されてきました。長年、出生1000対2.0前後で推移してきましたが、2006年から09年の4年間では出生1000対1.5と減少傾向です（表1）。

総出生に占める低出生体重児の割合、新生児死亡率、CP発生率を見ると、総出生に占める低出生体重の割合は年々増加しているが、新生児死亡率は減

表1 沖縄県の脳性麻痺発生率

生年	発生率 (出生1000対)	総出生数	脳性麻痺数
1988年	2.0	18,903	37
1989年	1.7	18,111	30
1990年	2.0	17,088	35
1991年	1.5	17,637	27
1992年	1.7	17,421	30
1993年	1.3	17,154	23
1994年	1.6	17,377	27
1995年	2.5	16,788	42
1996年	1.8	17,111	31
1997年	2.5	16,644	41
1998年	2.7	16,959	45
1999年	2.3	16,704	38
2000年	1.7	16,815	29
2001年	2.6	17,203	45
2002年	1.4	16,613	23
2003年	2.1	16,346	35
2004年	1.5	16,402	24
2005年	2.2	16,153	36
2006年	1.5	16,544	25
2007年	1.9	16,642	31
2008年	1.3	16,786	22
2009年	1.2	16,795	20

少しています。CP発生率は1995年に若干上昇し、2.0前後になっています。これは、出生体重1000gから1499gの群の発生率の上昇によるものです(図1)<sup>1)</sup>。しかし、その後の調査で近年は低出生体重児のCP発生率は明らかに減少しています。これは、出生1500g未満の極低出生体重児のCP発生率が減少したためです。(近々報告される予定です。)

#### 4. 脳性麻痺の成因

成因は大まかに胎生期、周産期、出生後に分けられ、胎生期によるものとしては、奇形、胎内感染、染色体・遺伝子異常、胎内での低酸素や虚血などがあげられます。周産期は出生時の仮死や低酸素性虚血性脳症など。出生後は未熟児の脳出血、低酸素・虚血性脳症、成熟児の髄膜炎や脳炎・脳症、窒息、溺水などの外傷などがあげられます。欧米の報告では脳奇形は9～14%、低酸素性虚血性脳症は5～13%、PVLを含む脳室周囲白質の異常は31～42%と報告されています<sup>2)、3)、4)</sup>。

また、脳性麻痺発生の機序はnear termとpretermでは異なり、成熟児の脳性麻痺では両側基底核やびまん性に大脳皮質下が障害され、アテトーゼやジストニアなどの不随意運動、痙縮、知的障害など様々な症状を合併し、重度障がいが多く見られます。早期産児では脳室周囲白質が障害されやすく、その際には痙縮が主症状です。

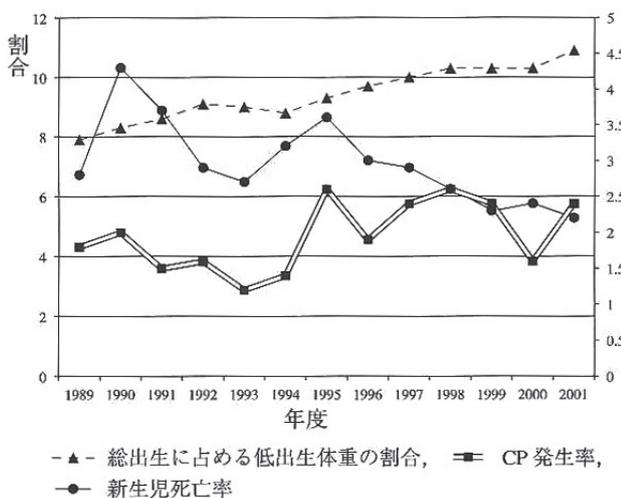


図1 総出生に占める低出生体重児の割合、新生児死亡率、CP発生率の関係

#### 5. 脳性麻痺の予後

沖縄県におけるCP児の5年生存率は0.967,18年生存率では0.889でした(表2)。その内訳で有意差があったものは粗大運動能力分類システム(GMFCS)(表3)で最重度の5と1～4との比較でした。GMFCSレベル1～4では5年生存率0.997,18年生存率0.996でしたが、レベル5では5年生存率0.891,18年生存率0.724でした(図2)<sup>5)</sup>。性別では有意差が見られませんでした。出生体重、在胎週数では有意に成熟児の生存率が低くなっていました。成熟児のCP児に重度障害児が多いことによるものと思われます(表2)<sup>5)</sup>。

表2 脳性麻痺児の5年生存率と18年生存率

Category	n	5 years (SEM)	18 years (SEM)	p <sup>a</sup>
Total	580	0.967 (0.008)	0.889 (0.023)	
Sex				
Male	332	0.966 (0.011)	0.910 (0.024)	0.636
Female	248	0.968 (0.012)	0.870 (0.038)	
Birthweight (g)				
<2500	421	0.971 (0.009)	0.924 (0.025)	0.009
≥2500	158	0.963 (0.016)	0.820 (0.046)	
Gestational age (wks)				
<37	412	0.972 (0.009)	0.927 (0.024)	0.004
≥37	166	0.960 (0.016)	0.818 (0.046)	
GMFCS level				
I-IV	413	0.997 (0.003)	0.966 (0.021)	<0.001
V	166	0.891 (0.026)	0.724 (0.051)	

<sup>a</sup>Log-rank test. SEM, standard error of the mean; GMFCS, Gross Motor Function Classification System.

表3 粗大運動能力分類システム(GMFCS)

- 1 制限なしに歩く
- 2 制限を伴って歩く
- 3 移動器具で歩行
- 4 制限を伴って自力移動
- 5 手動車椅子で移動

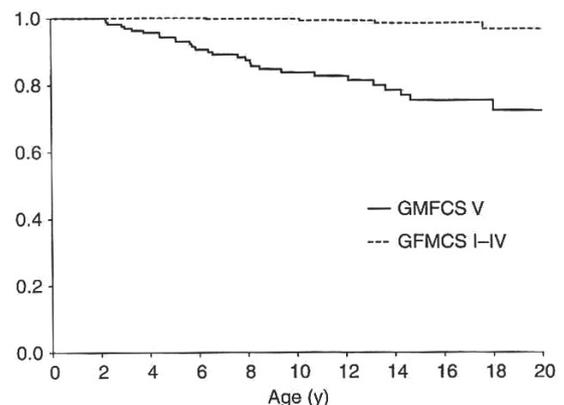


図2 脳性麻痺児の生存率(GMFCS 1-4と5の比較)

## 6. 脳性麻痺の治療

脳性麻痺などの肢体不自由児の療育でも近年かなりの進歩が見られます。痙縮を減弱させるボツリヌス毒素による治療は、日本全国各地で広まっています。さらにバクロフェンの持続髄注療法も少しずつ広がりを見せています。選択的脊髄後根切断術は平成12年より当時の県立那覇病院で始められ、現在でも南部医療センター・こども医療センター整形外科で施行していただいています。2009年8月までに81例が施行され、良好な結果です<sup>6)</sup>。この手術は、米国にて研修された脳神経外科医の師田（もろた）先生（現国立成育医療センター）が日本で初めて施行され、その師田先生を県立那覇病院にお呼びして始まりました。現在国内でできるのは国立成育医療センター、東京女子医大、沖縄県立南部医療センター・こども医療センターの3カ所のみです。

脳性麻痺児への治療としてはリハビリテーションも重要です。それはハビリテーションともよばれます。いったん機能を獲得した後に何らかの障害を持った方々へのRe-habilitationに比べて、脳性麻痺児は新たに機能を獲得しなければならないため、Habilitationと呼ばれます。やったこともないこと、ボディイメージのないことを新たに獲得するのは難しいだろうとおもいます。そのため、脳性麻痺児へのリハにはそれなりの工夫や配慮が求められます。さらにこどもの場合には、リハに対するモチベーションが十分ではないため、楽しみながら機能向上を目指すことが重要です。星飛雄馬のような根性ドラマはありません。そのため、リハ室は常に明るい笑顔と楽しそうな声にあふれています。楽しみながらそ



図3 リハビリテーションの様子

の子なりの機能をさらに向上させようとしている姿を見ると、自分が励まされます。私は仕事で落ち込んだり、いらいらしたりするときには病棟やリハ室のこどもたちに会いに行きます。

## 7. 障がいとは？

ところで障害って何でしょうか。1980年に発表されたWHOの国際障害分類では、1. 機能・形態障害、2. 能力障害、3. ハンディキャップ（社会的不利）に分けられています。機能・形態障害は生理的レベルでとらえた障害で、能力障害は個人レベルでとらえた障害、ハンディキャップは社会的レベルでとらえた障害です。たとえば、右上肢に痙性麻痺がある場合に右の手指が開きにくい、肘が屈曲して伸ばしにくい、肩関節が内転してしまうなどは機能障害です。それに伴って着替えができない、左袖のボタンがはめられない、風呂の時に背中が洗えないなどは能力障害です。そのために職業の選択が狭められたり、自動車の運転免許が取れなかったりするとそれはハンディキャップです。リハビリテーションや投薬、手術をして機能改善を目的に医療が介入しますが、麻痺そのものを治すことはできません。しかし、自助具を使って背中を洗う、片手、片足で運転できる車を開発するなど、能力障害やハンディキャップは軽くすることができます。

2001年にWHOから発表された“生活機能・障害・健康の国際分類 International Classification of Functioning, Disability and Health”では、できる能力に着目して分類されています。リハビリテーションもそれにともない、できることを伸ばすことにも力を入れています。

## 8. 共生社会

皆さんは福子（ふくこ）伝説を聞いたことがあるでしょうか。障害児が生まれると、その子が一生困らないように家族全員がその子のために働くため、その一族は幸せになるという言い伝えです。少しずつ内容は変わりますが日本各地にそのような言い伝えがあるようです。似たような話ですが、私が読んで印象的だったのは以下のような内容です。有る村に、にこにこしていつも縁側に座っている子供がい

たそうです。村人は農作業の行き、帰りにその子を見かけ、挨拶をしていくのですが、子供はいつもにこにこ笑顔で座っているだけだったそうです。ところがあるときから子供がいなくなり、その後からは村人の気持ちがぎすぎすして、村に争いごとが起こるようになった、というような内容でした。

先にも述べましたが、社会が変わることで、障害のある人たちのハンディキャップを軽くすることができます。弱い立場であるハンデを持った方々が、安全に快適に暮らすことができれば、それは誰にとっても快適な社会であると思います。沖縄県では、障害のある人もない人もともに暮らしやすい社会づくり条例が平成26年4月から施行されています。また、平成26年度から平成33年度までの第4次沖縄県障害者計画も策定されました。最近では、県や国がこのような施策を策定するときにパブリックコメントを募集します。政治家の演説のようになりましたが、多くの方が今以上に障害について興味を持って考えていただけるとありがたいです。

このような機会を与えていただいた編集委員長の佐久本薫先生、拙文を最後まで読んでいただいた皆様に感謝いたします。

## 文 献

- 1) 當山真弓 他；沖縄県における脳性麻痺の発生率について；脳と発達、40(5)；387-392, 2008.
- 2) Himmelmann K G et.al; The changing panorama of cerebral palsy in Sweden. X. Prevalence and origin in birth year period 1999-2002; Acta paediatrica, 99: 1337-1343, 2010.
- 3) Sigurdardottir S, et.al; Trends in prevalence and characteristics of cerebral palsy among Icelandic children born 1990 to 2003; Dev Med Child Neurol, 51; 356-363, 2009.
- 4) Wu Y W etl al; Cerebral palsy in a term population; risk factors and neuroimaging findings; Pediatrics, 118; 690-697, 2006.
- 5) Mayumi Touyama et al; Long-term survival of children with cerebral palsy in Okinawa, Japan; Dev Med Child Neurol, 55; 459-463, 2013. 栗国 敦男 他；選
- 6) 択的脊髄後根切断術による脳性麻痺の痙縮治療; 日本小児整形外科学会雑誌, 20(2); 415-420, 2011.

特別寄稿

## 「医療事故」考 ・・・to err is human (人は誰でも間違える)

沖縄県健康管理センター 室長 當 銘 正 彦

2008年に赴任以来の7年間、私は南部医療センターの医療安全の任を努めてきたが、病院における医療安全の問題は、医療の質を問われる基本的な命題である。医療安全への取り組みは単に患者の安全を守るというだけでなく、病院職員の安全の為でもあるし、病院経営にも大きく関わってくる事案である。

さてその医療安全の最大の眼目である医療事故であるが、これは日常的に生起する辛く、悲しい現実である。医療は、病からの回復を願う患者と医療者の協働行為であるが、時として所期の目的ではない結果が起こってくる。医療行為の過程で生起する目的としない全ての事象を医療事故というが、患者は疾病以外の余分な負担を背負うことになり、また医療者は、事故による患者の苦痛が大きい程、その責に苛まれることになる。

斯様に医療事故は、ひとたび生起すると患者にも医療者にも辛いものであるが、事故の内容により、基本的に二つの類型に分けることができる。

一つは医療者側に何らかの過誤があり起こるもの、もう一つは、侵襲性の高い医療には本然的に伴うもので、過誤は無いにも関わらず一定の確率で起こり得る事故である。前者の「過誤による事故」には見落としや勘違い、或いは経験不足等のパターンが見られるが、この種の事故については医療者側の責任が問われることになる。ところが後者の「一定の確率で起こり得る事故」については、標準的な医療からの逸脱が無い限り、事故は当代の医療の限界として認識され、医療者側の責任は原則として問われない。ところが、この二つの類型が明瞭に区分できないところに、医事紛争の発生する土壌がある。病気と事故で二重に苦しむ患者と、事故への反省に苛まれる医療者とが裁判で争う医事紛争は、どちらが勝訴してもその心象は重苦しいものである。

訴訟大国と揶揄される米国であるが、医療訴訟についてもご多聞に漏れず苛烈である。その一方で、医療事故対策における取り組みにおいても、可成り先進的である。ニューヨーク市の主要病院の綿密な調査を行ったデータより、米国では年間約10万人が医療事故で命を失っているとの想定が'90年代初頭に発表された。その報告に驚愕を覚えたクリントン大統領は、国家プロジェクトとして医療事故対策を指令した。その成果が、'99年に纏められた“to err is human(人は誰でも間違える)”という有名な報告書である。本報告の特筆すべき点は、過誤が事故に結びつくのを個々人の問題としてではなく、システムの欠陥として認識することの重要性を唱えたことである。即ち、“人は誰でも間違える”を前提にシステムを構築しないと安全な医療は展開できないという認識である。その為には過誤が発生しない様にシステムを鍛えること、また過誤が発生しても、それが事故に繋がらないようにシステムを工夫することの大切さである。近年は我が国でも医療安全対策に関する評価を保険診療に導入し、促進する姿勢を見せ始めており、慢性的な人手不足に悩みつつも医療現場での医療安全に対する関心も高まりつつある。

そもそも、医療行為は本質的に「危険なもの」という認識を持つことである。高度になればなるほど医療は危険であり、今では医療者には骨の髄まで浸透している認識であるが、患者側にも同様の共通認識を持って貰うことが肝要である。その為には、患者は自分に提供されている医療が安全に施行されているかどうか、常にアンテナを高くして、強い関心を持つことを知らしむべきである。何よりも医療は患者と医療者との協働作業であること、この認識こそが一番の医療安全である。

原著

## 重症筋無力症の長期予後の検討

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>、腎・リウマチ科<sup>2)</sup>、外科<sup>3)</sup>

神里尚美<sup>1)</sup>、仲地 耕<sup>1)</sup>、和気 享<sup>2)</sup>、長嶺直治<sup>3)</sup>

### 要 旨

1996年～2015年の20年間に当科で管理した重症筋無力症例42人の長期予後、胸腺腫の有無で2群に分けて後方視的に検討した。発症年齢は胸腺腫有り群で有意に若年傾向で、MGFAクラス分類も重症傾向を示した。MGに関連した共存症を24%、長期免疫抑制剤投与に伴う合併症を31.7%、癌の発症を9.7%に認めた。治療はプレドニゾロン単剤またはカルシニューリン阻害剤の併用による維持管理が約90%であった。治療目標を寛解・薬理的寛解・軽微症状とした場合、全体の約68%で達成していた。不変・増悪・再燃を呈した例が約20%あり、免疫グロブリン療法や免疫吸着療法などの治療対象となった。MG-ADLスコアを経過年数で比較し2群に差はなかった。MGの長期予後は胸腺腫の有無で差がなく良好であるが、長期の免疫抑制療法に由来する合併症が生命予後に影響する可能性が高い。

Key words: 重症筋無力症、長期予後、免疫抑制剤、拡大胸腺摘出術、放射線治療、ヒト免疫グロブリン大量静注療法。

### はじめに

重症筋無力症 (myasthenia gravis: MG) は、胸腺においてアセチルコリン受容体 (acetylcholine receptor: AchR) エピトープと自己主要組織適合抗原複合体 MHCに強く反応するCD4<sup>+</sup>T細胞が負の選択を免れ、末梢でも自己反応性T細胞が不活化されず、CD25<sup>+</sup>CD4<sup>+</sup>抑制性T細胞により制御されないことにより発症する自己免疫疾患である。抗原特異的B細胞は記憶B細胞として長期間維持され<sup>1) 2)</sup>抗体産生を行うことから、長期経過後に再燃する症例も観察される。

MGの長期予後は胸腺腫の有無で差がなく良好であるが、長期の免疫抑制療法に由来する合併症が生命予後に影響する可能性が高い<sup>3)</sup>。

本稿では当科のMG症例の長期管理における予後を分析した。

### 対象と方法

1996年～2015年の20年間に当科で管理した重症筋無力症例42人を、胸腺腫あり(13人)、胸腺腫なし(29人)の2群に分けてカルテを後方視的に検討した。

MGFAクラス分類 (clinical classification of MG foundation of America) は経過中の最重症時で評価した。MG-ADLスコアとMGFA-postintervention statusはMG診療ガイドライン2014に準じて評価した<sup>4)</sup>。

統計ソフトはSPSSバージョン12を利用した。2群の比較はMann-Whitney-U検定を使用、 $p < 0.05$ を有意差とした。

結 果

1) 発症年齢は胸腺腫あり群で平均42歳、胸腺腫なし群で平均57歳で、両群間に有意差を認めた(表1)。罹病期間は両群間で有意差はなかった。

MG関連自己抗体(抗Ach受容体抗体、筋特異的受容体型チロシンキナーゼ: muscle specific

receptor tyrosine kinase: 抗MuSK抗体) については、胸腺腫なし群で1例のみ抗体陰性であったが、MG診断基準<sup>4)</sup>を満たしプレドニン投与により薬理的寛解まで改善しており検討対象に含めた。

MG関連の心筋炎や頭髪脱毛症、自己免疫性甲状腺疾患などの共存症を24%で認めた。長期間の

表 1. 対象

	胸腺腫あり	胸腺腫なし
人数(男:女比)	13(1:0.9)	29(1:1.8)
平均発症年齢(歳)	42.4 ± 10.8*	57.4 ± 13.8
平均罹病期間(年)	11.6 ± 7.6	10.0 ± 5.9
抗Ach-R抗体陽性例(人/%)	12/92	26/92
抗Musk抗体陽性例(人/%)	1/8	1/4
抗体陰性例(人/%)	0	1/4
共存症(人)		
甲状腺疾患	2	2
頭髪脱毛症	2	1
心筋症	0	2
合併症(人)		
HT・虚血性心疾患	1	4
感染症	1	4
癌	1	3
DM	0	3
CKD	2	1
骨粗鬆症	2	1

\*p<0.05 Mean±SD

CKD:慢性腎臓病, DM:糖尿病, HT:高血圧

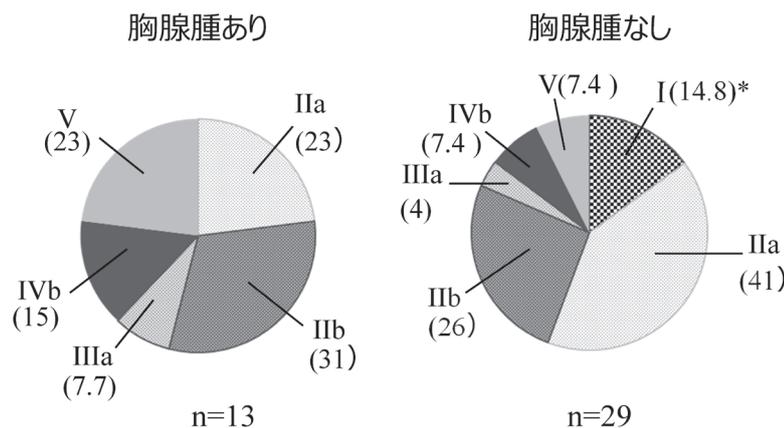


図 1. MGFA クラス分類 (clinical classification of MG foundation of America)

- I: 眼筋のみ筋力低下
  - IIa: 軽度の四肢筋力低下。 ■ IIb: 軽度の口咽頭、呼吸筋力低下
  - IIIa: 中等度の四肢筋力低下。 ■ IIIb: 中等度の口咽頭、呼吸筋力低下
  - IVa: 高度の四肢筋力低下。 ■ IVb: 高度の口咽頭(経管栄養管理)、呼吸筋力低下
  - V: 気管内挿管
- \*(%)

免疫抑制剤投与に付随する感染症などの合併症が31.7%、癌の発症が9.7%であった。

MGFAクラス分類(図1)は、胸腺腫あり群でIVb型とV型で約38%と重症例が多く、胸腺腫なし群ではI型とIIa/IIb型で約80%と軽症例が多かった。

2) プレドニゾロン単剤またはカルシニューリン阻害剤(シクロスポリン、タクロリムス)の併用による維持管理が約90%と高頻度であった(図2)。抗MusK抗体陽性の2例ともプレドニゾロン・カルシニューリン阻害剤併用により薬理的寛解を得ていた。

これらの治療薬による副作用(耐糖能障害、腎機能障害)を生じた場合に、保険適応のないアザチオ

プリンへ切り替えや、難治性1例で保険適応のないリツキシマブを選択した<sup>5)6)</sup>。

治療目標を寛解・薬理的寛解・軽微症状とした場合、全体の68%が治療目標を達成していた(図3)。不変・増悪・再燃を呈した例が20%あり、これらの症例が免疫グロブリン療法や免疫吸着療法の対象となった(図2c.d)。

胸腺摘出術を施行した場合としない場合で比較検討し、両群間で治療目標達成率に有意差はなかった。

MG関連死は巨細胞性心筋炎の1例のみであった<sup>7)</sup>。

3) 全例のMG-ADLスケールの平均値を経過年数で比較すると、発症時に胸腺腫あり群で有意に高く重症度が高い傾向にあったが、以降は両群に差はなかった(図4)。

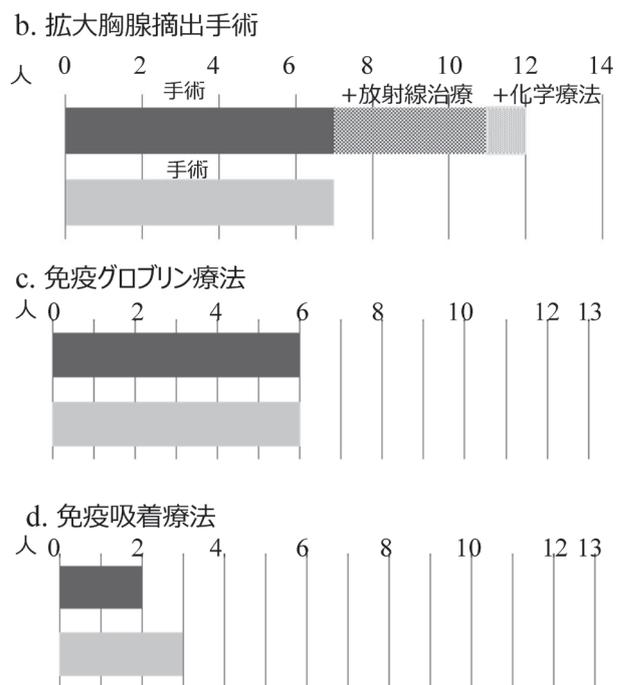
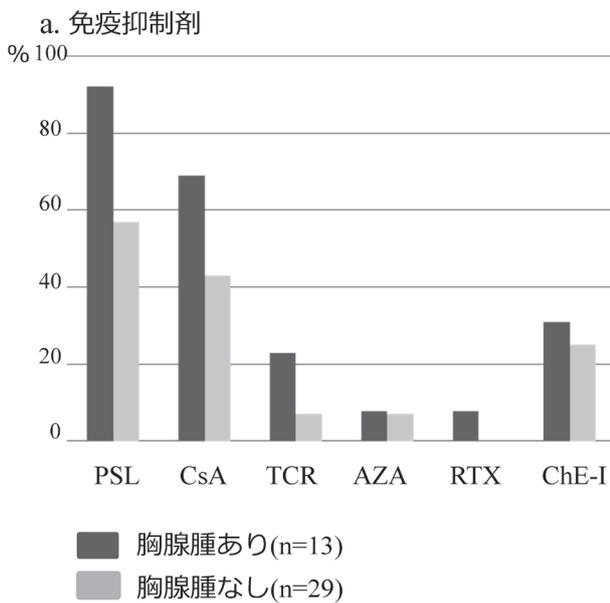


図2. 治療内容

- a. 免疫抑制剤はPSL単剤またはCsA併用が最も多かった。AZAとRTXは保険適応外投与である。  
PSL: プレドニゾロン    CsA: シクロスポリン  
TCR: タクロリムス    AZA: アザチオプリン  
RTX: リツキシマブ    ChE-I: 抗コリンエステラーゼ薬
- b. 胸腺腫あり群は抗MusK抗体陽性1例を除き12例(92%)が手術を施行した。胸腺腫なし群は7例(24%)が手術を施行した。
- c. 免疫グロブリン療法は単独、または免疫吸着療法と組み合わせて施注した。

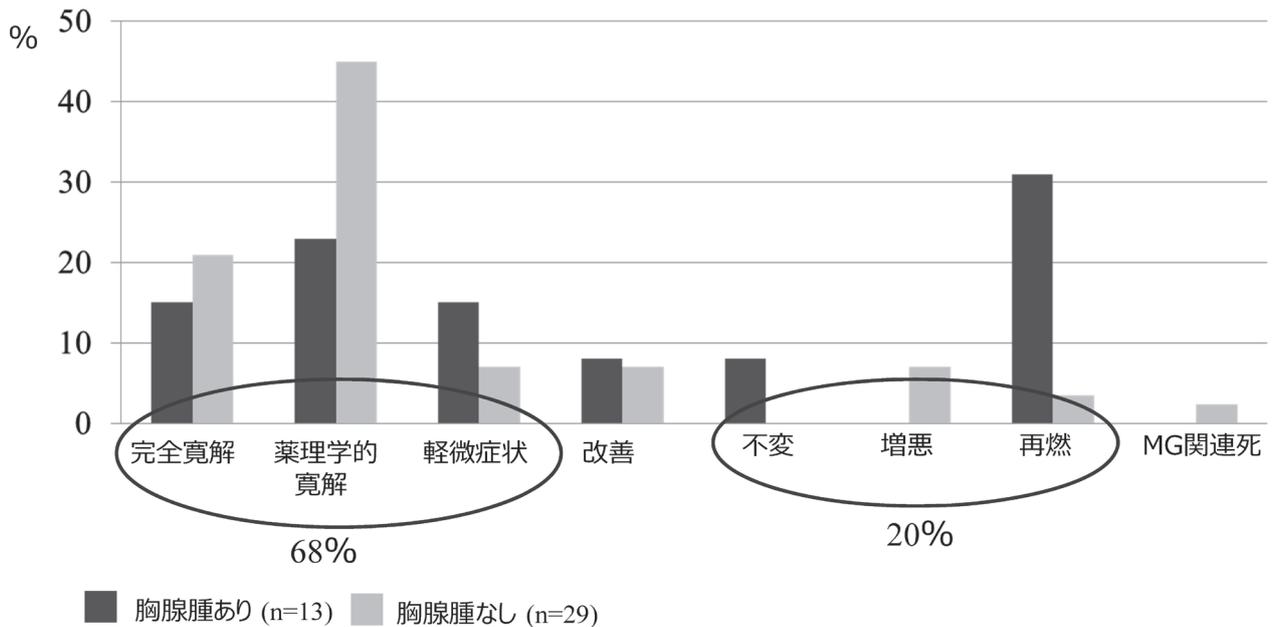


図 3. 治療効果 (MGFA postintervention status)

完全寛解：1年以上MG症状なし

薬理的寛解：免疫抑制剤内服にてMG症状なし

軽微症状：日常生活に支障なし

治療目標を完全寛解～軽微症状とし、全体の68%で達成していた。

不変・増悪・再燃の症例が20%で、免疫吸着療法や免疫グロブリン療法の対象となった。

MG関連死は巨細胞性心筋炎の1例であった。

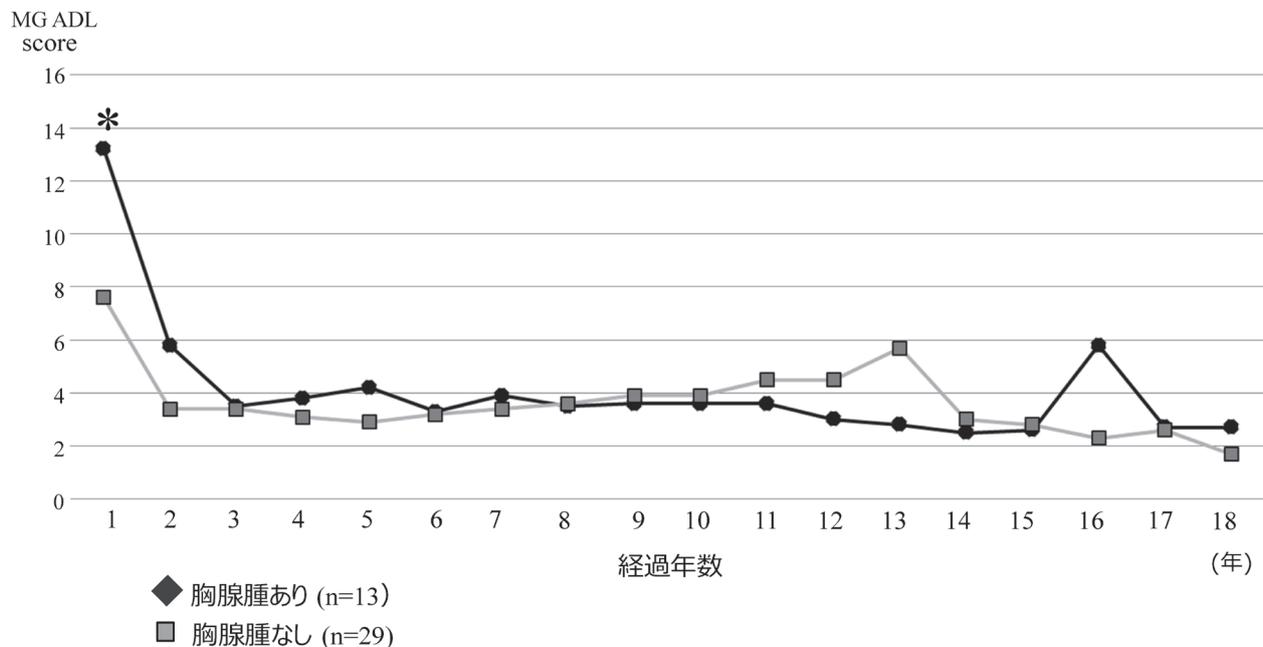


図 4. 長期予後

MG ADL scoreの平均値は、発症時に胸腺腫あり群で有意に高値であったが、2年目以降は両群間で有意差はなかった。

\*p<0.05

## 考 察

完全寛解例19%を除き81%の症例が10年以上に及ぶ長期の免疫抑制剤投与を行っていた。

さらに10年以上を経ての再燃例が約12%認められ、多様な病態に応じて免疫グロブリン療法や免疫吸着、放射線治療やリツキシマブ注などの治療を選択し、病勢を抑えている状態であった。

MGの長期予後は胸腺腫の有無で差がなく良好であるが、長期の免疫抑制療法に由来する合併症が生命予後に影響する可能性が高い。

癌発症例は胃癌・胆嚢癌・乳癌・肺腺癌と一定せず、一般人口における癌発症率より高いのか結論は得られていないが、長期管理における定期的なサーベイは必要と思われる。

報告にあたり患者の承認を得た。報告の要旨は第2回沖縄神経免疫研究会（2014年3月）で発表した。

## 文 献

- 1) 丸山光生. 記憶B細胞の生体内での維持における免疫抗原の役割. 免疫 2002,160-170.
- 2) Tangye SG, et al. The good, the bad and ugly TFH cells in human health and disease. Nature reviews immunology 2013, 13: 412-426.
- 3) Bril V, et al. The long-term clinical outcome of myasthenia gravis in patients with thymoma. Neurology 1998, 51: 1198-1200.
- 4) 日本神経学会. 重症筋無力症診療ガイドライン2014. 2-111.
- 5) 神里尚美、ら. Total lymphoid irradiationが著効した難治性重症筋無力症の一例. 臨床神経学 1999, 39: 757-762.
- 6) 神里尚美、ら. リツキシマブ注が奏効した難治性重症筋無力症の一例. 第208回日本神経学会九州地方会抄録集2014.
- 7) 神里尚美、ら. 重症筋無力症・橋本病の合併例に心不全症状なく発覚した巨細胞性心筋炎の一例. 臨床神経学 2001, 41: 813-817.

## Abstract

### Long-term clinical outcome of myasthenia gravis

Naomi Kanzato, MD, PhD;<sup>1</sup> Kou Nakachi, MD;<sup>1</sup> Toru Wake, MD;<sup>2</sup> Naoji Nagamine, MD;<sup>3</sup>

Departments of <sup>1</sup>Neurology and <sup>2</sup>Rheumatology, and <sup>3</sup>Thoracic Surgery,  
Okinawa Prefectural Nanbu Medical Center & Children's Medical Center

Data for 42 patients with myasthenia gravis (MG) over a 20-year period (1996-2015) were evaluated retrospectively. The mean age of onset was relatively younger for the MG with thymoma (MG-thy) group than for the MG without thymoma (MG-no thy) group, and the clinical classification of MG foundation of America (MGFA) was severe in the MG-thy group. MG associated with comorbid disorders was present in 24% of the cases, and the complications associated with long-term immunosuppressive therapies occurred in 31% of the cases. A therapeutic effect including complete stable remission (CSR), pharmacologic remission (PR), and minimal manifestation remission (MMR) was observed for over 68 % of the patients. Over 20 % of the patients exhibited disease progression or relapse and received alternative therapies, such as immunoglobulin therapy. The mean MG-ADL score was higher at onset in the MG-thy group, but no differences between the two groups were subsequently observed. The long-term clinical outcome of MG was relatively good, but complications associated with long-term therapies sometimes led to critical issues.

Key words: Myasthenia gravis, long-term clinical outcome.

原著

# 小児がんの治療成績

南部医療センター・こども医療センター 小児血液腫瘍内科

比嘉 猛、松田竹広、嘉数真理子

## 要 旨

小児がんの予後は、治療法の進歩により、近年著明に改善している。それには多施設共同研究による集学的治療の進歩や、同種幹細胞移植の開発、抗生剤や抗真菌薬、顆粒球コロニー刺激因子、などから成る支持療法の進歩が大きく貢献していると考えられる。

本稿では、主な小児がんの現在における一般的な予後と、当院で新規診断した小児がん患者の治療成績について述べる。予後不良の症例もいまだに存在するため、今後の知見の積み重ねにより、治療抵抗性のメカニズムの解明や、最適な治療戦略、新たな治療法の開発が進むことが期待される。

Key words: 小児がん 生存率

## I はじめに

小児がんは血液腫瘍、固形腫瘍に大別され、治療の根幹は化学療法、手術、放射線照射の3つである。治療法や支持療法の進歩に伴って生命予後の改善が著しく、最も症例数の多い急性リンパ性白血病の5年無イベント生存率は80%を上回るようになっている。その一方で、治療抵抗性で予後不良の疾患もいまだに存在する。各疾患の予後について述べるとともに、当院の患者数や治療成績を併せて報告する。

## II 小児がんの概要

### 1. 疾患の頻度

わが国における小児がんの発生頻度は、1年間に15才未満の小児1万人あたり約1人とされる。日本の2012年における小児人口は約1665万人なので、年間約1600人前後が発症すると考えられる。沖縄県の小児人口は約24万人なので、年間20人前後の新規発症が予測される。疾患別の頻度については、わが国では信頼できるまとまった

データベースがまだ構築されていないため、米国のNational Cancer Institute (NCI) のデータを参考にすると、頻度の高い順に、急性リンパ性白血病 (Acute lymphoblastic leukemia ALL)、中枢神経系腫瘍 (Central nervous system tumors)、神経芽細胞腫 (Neuroblastoma)、非ホジキンリンパ腫 (Non-Hodgkin lymphoma)、腎芽腫 (Wilms tumor)、急性骨髄性白血病 (Acute myeloid leukemia AML)、ホジキンリンパ腫 (Hodgkin lymphoma)、横紋筋肉腫以外の軟部肉腫 (The nonrhabdomyosarcoma soft tissue sarcomas)、胚細胞性腫瘍 (Germ cell tumors)、横紋筋肉腫 (Rhabdomyosarcoma)、網膜芽細胞腫 (Retinoblastoma)、骨肉腫 (Osteosarcoma)、ユーイング肉腫 (Ewing sarcoma)、甲状腺癌 (Thyroid carcinoma)、肝芽腫 (Hepatoblastoma)、悪性黒色腫 (Malignant melanoma)、となる<sup>1)</sup>。当院が2006年4月に開院して以来、2014年3月までの8年間に新規発症して診療した小児がん疾患の内訳を示す(表1)。米国の頻度とほぼ同じ傾向を示している。

表1 当院の小児がん患者：疾患の内訳  
急性リンパ性白血病が最も多く、他の報告とほぼ同様である。

急性リンパ性白血病	46	34%
中枢神経系腫瘍	17	12%
神経芽細胞腫	17	12%
急性骨髄性白血病	11	8%
非ホジキンリンパ腫	8	6%
腎芽腫	6	4%
ランゲルハンス組織球症	6	4%
肝芽腫	5	4%
若年性骨髄単球性白血病	4	3%
慢性骨髄性白血病	4	3%
胚細胞性腫瘍	2	1%
網膜芽細胞腫	2	1%
ホジキンリンパ腫	1	1%
横紋筋肉腫	1	1%
ユーイング肉腫	1	1%
類上皮肉腫	1	1%
滑膜肉腫	1	1%
軟骨肉腫	1	1%
肉腫様癌	1	1%
腎細胞癌	1	1%
大腸癌	1	1%

## 2. 小児がん全体の予後

1960年代の米国において、小児がん全体の5年生生存率は約28%だったが、2000年代に入ると、80%に近づいた。その間、特に急性リンパ性白血病の予後が目覚ましく向上したが、罹患数が多いため、現在もNCIのデータで死亡者数の1位は白血病であり、全体の31%を占める。以下、死亡者数の多い順に中枢神経系腫瘍、内分泌腫瘍（ほとんどが神経芽細胞腫）、骨腫瘍、軟部肉腫、非ホジキンリンパ腫、と続く。当院が開院して以来、新規診断した症例137例の現時点での全生存率は、86.9%である。

## III 各疾患の予後

### 1. 急性リンパ性白血病

小児期発症の悪性腫瘍としては、最も発症頻度の高い疾患で、全体の約25-30%を占める（わが国の年間発症数は400例程度と考えられる）。そのため、成人と比較して患者数の少ない小児期発症の悪性疾患の中では、治療研究のデータが最も豊富であり、多施設間共同研究で得られた治療結果の解析が予後の著しい改善をもたらした。1960年代には不治の病と

されていたが、1980年代から生存率が上昇し続け、1990年代以降の先進国における無イベント生存率は80%を超えた<sup>2)</sup>。再発の60-75%は化学療法終了から1年以内におこり、再発のリスクは1年毎に7-10%低下していく。治療終了から4年後以降の再発は、まれとされる。

当院の5年無イベント生存率は96.6%である（図1）。再発した1例は転院し同種幹細胞移植を受けたが、合併症死した。

### 2. 急性骨髄性白血病

無イベント生存率は各国の研究グループにより異なるが、42-63%と報告されている。わが国のAML99プロトコル（FAB分類のM3とDown症候群は別のプロトコルで治療される）に2000年1月1日から2002年6月12日までに登録された250例の5年無イベント生存率は61.6%、5年全生存率は75.6%であり、欧米と比較しても最も良い成績となっている<sup>3)</sup>。白血病細胞の遺伝子染色体異常に基づきリスク分類されるが、予後良好群、中間群、予後不良群の5年無イベント生存率はそれぞれ71.3%、59.8%、56.5%であった。当院の無イベント生存率を示す（図2）。FAB分類でM0 1例、M6 1例、M7 2例が再発し、他院で同種幹細胞移植を受けた。M0の早期死亡1例は、前医で感染症のため心停止して、心肺蘇生を受けた後当院へ搬送されたが、救命には至らなかった症例である。

### 3. 非ホジキンリンパ腫

1960年代の生存率は20-25%だったが、1990年代には80%近くまで改善した。小児期発症例の大部分はバーキットリンパ腫、びまん性大細胞B細胞リンパ腫、リンパ芽球性リンパ腫、未分化大細胞リンパ腫に分類される。バーキットリンパ腫やびまん性大細胞B細胞リンパ腫で進行例の3年生生存率は81%、リンパ芽球性リンパ腫の進行例における5年無イベント生存率は82%、未分化大細胞リンパ腫の5年無イベント生存率は72%との結果が欧米から報告されている<sup>4)-7)</sup>。当院では8例で、入院後、治療開始前に心筋浸潤の進行を認めた乳児が1例、死亡している。

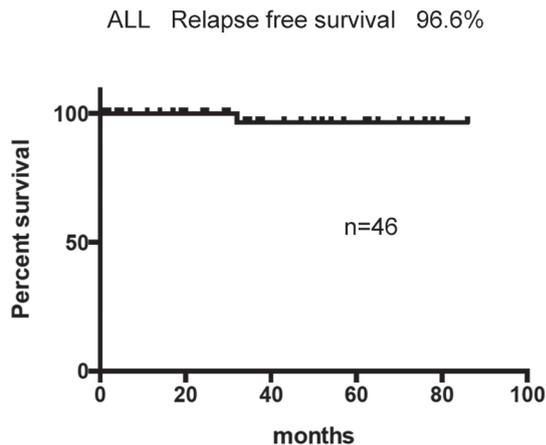


図1 急性リンパ性白血病の生存曲線（当院）  
再発は1例。5年無再発生存率は96.6%で、良好。

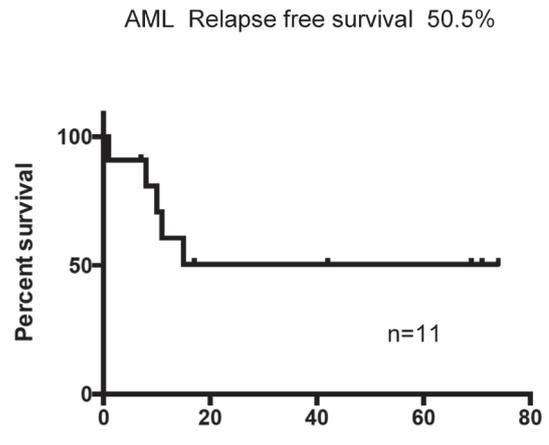


図2 急性骨髄性白血病の生存曲線（当院）  
5年無再発生存率は50.5%で、他の報告とほぼ同様。

#### 4. ホジキンリンパ腫

病期決定には一般に修正Ann Arbor分類が用いられる。予後因子は臨床試験により異なるが、修正Ann Arbor病期、B症状、巨大腫瘍、リンパ節外病変などが用いられる。病理組織と予後の関連に対する見解は一定していない。高リスク群でも無イベント再発率83%、生存率94%とする報告がある。当院では縦隔の巨大腫瘍で発症した1例のみだが、全身化学療法＋縦隔照射後に早期再発し、他院で同種幹細胞移植が行なわれたが、移植後早期に腫瘍が再増大したため、腫瘍死した。

#### 5. ランゲルハンス組織球症

病変が単一臓器（single-system）のみのSS型と多臓器（multi-system）におよぶMS型に大別される。SS型は自然治癒する場合も多いので、無治療経過観察または局所療法が選択される。全身化学療法はMS型で適応になる。特に肝臓、脾臓、肺、骨髄への浸潤は生命予後に関わり、死亡率が7-30%とする報告があるが、わが国のJLSG-96研究では、MS型の死亡率は5%で、欧米からの報告（死亡率約20%）と比較しても良好であった<sup>8)</sup>。当院では6例全例、無病生存中である。

#### 6. 中枢神経系腫瘍

疾患が多岐にわたり、生命予後もそれぞれ異なる。化学療法が適応となる主な疾患は髄芽腫、胚細胞腫瘍、非定型奇形腫様ラブドイド腫瘍、低悪性度神経

表2 当院の中枢神経系腫瘍患者：疾患の内訳  
疾患が多岐にわたり、予後も様々である。

胚腫	4
橋神経膠腫	3
星細胞腫	2
髄芽腫	2
視神経膠腫	2
上衣腫	1
混合性胚細胞性腫瘍	1
膠芽腫	1
上衣芽腫	1

膠腫、上衣腫などである。

米国のSt.Jude小児病院からの報告では、髄芽腫の5年無イベント生存率は標準リスク群で約80%、高リスク群（転移例、または術後の残存腫瘍が1.5cm<sup>2</sup>以上）で約70%とされる<sup>9)</sup>。

胚細胞腫瘍は、低リスク群（pure germinoma）と中間リスク群で治癒率90%、高リスク群で5年無進行生存率は約50%とされている。

非定型奇形腫様ラブドイド腫瘍は乳幼児期発症例、初発時すでに転移している症例が多く、概して予後不良である。少数例の報告が多いため、予後は2年無進行生存率が19%とするものから79%とするものまで、様々で一定しない。横紋筋肉腫に対する化学療法と早期の放射線照射が有効、との報告がある<sup>10)</sup>。

上衣腫は全摘出の可否が予後に大きく影響する。治癒率は約60%とされている<sup>11)</sup>。

当院における症例の疾患名を示す（表2）。17例中死亡したのは髄芽腫1例、橋神経膠腫3例、上衣

芽腫1例、の5例である。髄芽腫と橋神経膠腫の症例は全て治療抵抗性の腫瘍死だが、上衣芽腫の症例の死因は自家幹細胞移植の合併症（ムーコル肺炎疑い）に起因する。

## 7. 網膜芽細胞腫

早期診断例には眼球の温存が積極的に試みられる。温存率は、両側性の一方の眼球で98%、もう一方の眼球は36%、片側性では25%と報告されている。腫瘍が眼球内にとどまっている期間に適切な治療を行えば生命予後は良好で、5年生存率は90%を超える。その一方、眼球外進展例の予後は不良で、通常の化学療法、放射線治療では治癒困難な場合が多い。超大量化学療法＋自家末梢血幹細胞移植が生存率向上に寄与するという報告があるが、中枢神経転移例の予後は極めて不良で、生存例の報告はほとんどない。

当科での死亡例は、前医で眼球摘出ししか選択肢がないと説明された母親が医療機関の受診を拒み、自宅で民間療法による治療を試みているうちに全身骨に腫瘍を形成し、化学療法に抵抗性となって腫瘍死した症例である。

## 8. 神経芽細胞腫

日本神経芽腫研究グループのリスク分類で、低リスク、中間リスク、高リスク群に分類される。低リスク群の治療は、大部分が手術のみである。経過観察のみで自然退縮する症例も数多く報告されている。術後残存腫瘍がある場合は、すぐに化学療法を行なった報告と、経過のみ観察して再発時に化学療法を行なった報告があるが、いずれも5年生存率は88-100%と良好である。中間リスク群は、初診時に摘出困難な限局性腫瘍でMYCN遺伝子増幅などの予後不良因子を有さない例と、乳児でMYCN遺伝子非増幅の遠隔転移例が含まれ、生存率は50-75%とされる。高リスク群は、18ヶ月以上で未分化な腫瘍を有する症例または遠隔転移例、全てのMYCN増幅例などが含まれる。強力な多剤併用化学療法、手術および原発巣への局所照射を行なった後に、超大量化学療法＋自家末梢血幹細胞移植を1回ないし2回行なうのが一般的であるが、いまだに生存率が高いとは言え

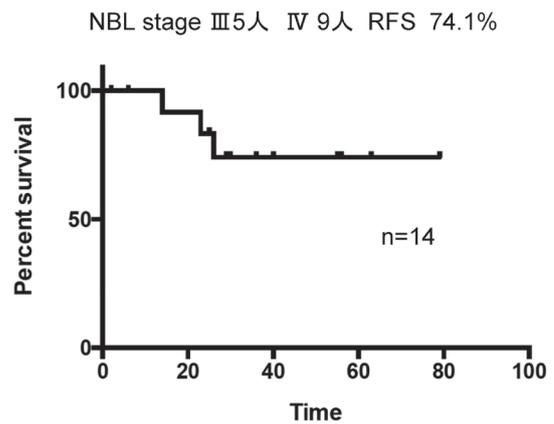


図3 神経芽細胞腫の生存曲線（当院）  
5年生存率は74.1%で、他の報告と比較して良好。

ず、50%未満とされる<sup>13)</sup>。当院では、全身化学療法＋原発巣摘出術後、超大量化学療法＋自家末梢血幹細胞移植を2回行なった後、原発巣への局所照射を行なって治療を終了している。高リスク群の5年無再発生存率は74.1%である（図3）。

難治例に対し、わが国では抗GD2抗体ワクチンの治験や、NK細胞による抗腫瘍効果を期待したKIRリガンドミスマッチ臍帯血移植などが、一部の施設で行なわれている。

## 9. 肝芽腫

欧州で用いられている治療前の腫瘍進展度によるPRETEXT (Pretreatment Extent of Disease System) 分類が用いられる。転移や肝外進展を伴わないPRETEXT I、II、IIIを標準リスク群、4つの区域に腫瘍が浸潤するPRETEXT IVと転移例を高リスク群に分類して治療するのが一般的である。標準リスク群の5年生存率は90%を超えるが、高リスク群は転移のないPRETEXT IVで約60%、転移例は40%である。当院では5例のうち、2例が18 trisomyのため化学療法を施行できず腫瘍死した。残り3例は無病生存中である。うち1例は初発時に肺転移を認めたが、超大量化学療法＋自家末梢血幹細胞移植を行ない、約3年間無病生存中である。

## 10. 腎芽腫

1960年代の5年生存率は33%だったが、欧米の大規模なグループスタディにより1970年代から予後が

飛躍的に改善し、1990年代には92%になった。当院では6例で、全例生存中である。

### 11. 骨肉腫

転移の有無で予後が大きく異なり、広範切除術＋全身化学療法が行なわれ、転移を有さない例の5年生存率は60-80%であるが、肺転移単独例は30-50%、肺外転移を伴う例で0-20%と不良であり、転移例に対する治療法の確立が待たれる。

### 12. ユーイング肉腫ファミリー腫瘍

骨肉腫と同様に、転移の有無が強力な予後因子となる。限局例では体幹部発症、15才以上、直径8cm以上、腫瘍体積100mlまたは200ml以上などが予後不良因子となる。転移例では、肺単独転移例に比較すると、骨転移例や肺＋骨転移などの多発転移例の方がより予後不良である。難治例に対する同種移植の有効性を示す報告もある<sup>14)</sup>。

### 13. 横紋筋肉腫

TNM分類に腫瘍の原発部位を加味した術前ステージ分類と、術後グループ分類や組織型が治療方針の決定に重要である。米国のIntergroup Rhabdomyosarcoma Study Group (IRSG) からの報告では、1970年代の生存率は25%であったが、1997年まで行なわれた治療研究 (IRS-IV) の結果は76%と、著しく向上した。その一方、IRS-IVで高リスク群に分類される10歳以上かつ遠隔転移のある群、胞巣型かつ遠隔転移のある群の5年無病生存率はいまだ25%未満で、極めて予後不良だが、近年、同種移植の試みがなされ始めている<sup>14,15)</sup>。

### 14. 胚細胞性腫瘍

性腺の他、頭蓋内、頸部、仙尾部、後腹膜、縦隔など、正中部位に好発する。発生部位により、治療法や予後が異なる。良性の場合は手術による摘出が基本になるが、悪性の場合は全身化学療法の適応となる。縦隔発症例は4年生存率71%とする報告がある。その他、生存率が後腹膜で87.6%、卵巣で93%、精巣の進行例で93.3%、仙尾部で90%とする報告が、それぞれ出されている。

## IV 考察

沖縄県内で発症した小児がんの多くは当科に紹介され、診断後に治療を開始している。当院開設以来診断、治療した137例の現時点での全生存率は、86.9%である。生存例には寛解に至っていない症例や再発例も含まれているため、時間の経過と共に下がる可能性もあるが、欧米からの報告（5年生存率：約80%）と比較しても概して良好と言える。ALLに関しては、当院では開設以来、小児がん・白血病研究グループのプロトコールに沿って治療を行ない良好な成績を得ていたが、全国の治療法が日本小児白血病リンパ腫研究グループのプロトコールに統一されたのをきっかけに、2012年11月治療を変更した。今後は、予後に変化が無いかを注意深く観察していく必要がある。神経芽細胞腫については、腫瘍が正中を越えたり、縦隔に発症するstageⅢと、遠隔転移を有するstageⅣの予後は未だ不良で、特にstageⅣの生存率は50%に届いていないが、当科では超大量化学療法＋自家末梢血幹細胞移植を2回行なう事で、良好な成績を得ている。強力な治療のため合併症を発症するリスクもあるが、小児集中治療科、小児循環器科、小児腎臓科など、各専門医の協力のもと克服できる事が多く、支持療法の進歩も生存率の向上と大きく関連している。

その一方、再発例や通常の治療では予後不良と予測される症例は、同種幹細胞移植を要する事がある。当院では同種移植を行なっていないため、適応がある場合は、琉球大学附属病院の骨髄移植センターに転院としている。時期を逸さずに幹細胞移植を行なう事は予後改善のため重要であるため、病院間の綿密な連携も非常に重要と考える。

## V おわりに

白血病などの血液腫瘍においては化学療法で治療困難な場合、同種幹細胞移植などの免疫療法による抗腫瘍効果 (Graft-versus-leukemia effect) が期待できるが、難治性固形腫瘍における効果 (Graft-versus-tumor effect) の確固たる証明はいまだなされていない。しかし高リスク神経芽細胞腫に対するKIR不一致臍帯血移植など、難治例への試みが開始されており、より一層の予後の改善が期待される。

## 参考文献

- 1) Philip A Pizzo, David G Poplack: Principles and practice of pediatric oncology, sixth edition: 2-4, Lippincott Williams and Wilkins, Philadelphia, 2012.
- 2) Pui CH, Carroll WL, Meshinchi S, et al: Biology, riskstratification, and therapy of pediatric acute leukemias: An update. *J Clin Oncol*, 29: 551-565, 2011.
- 3) Tsukimoto I, Tawa A, Horibe K, et al: Risk-stratified therapy and the intensive use of cytarabine improves the outcome in childhood acute myeloid leukemia: the AML99 trial from the Japanese Childhood AML Cooperative Study Group. *J Clin Oncol*, 27: 4007-4013, 2009.
- 4) Woessmann W, Seidemann K, Mann G, et al: The impact of the methotrexate administration schedule and dose in the treatment of children and adolescents with B-cell neoplasms:a report of the BFM Group Study NHL-BFM95. *Blood*, 105: 948-958, 2005.
- 5) Patte C, Auperin A, Gerrard M, et al: Results of the randomized international FAB/LMB96 trial for intermediate risk B-cell non-Hodgkin lymphoma in children and adolescents:it is possible to reduce treatment for the early responding patients. *Blood*, 109: 2773-2780, 2007.
- 6) Burkhardt B, Woessmann W, Zimmermann M, et al: Impact of cranial radiotherapy on central nervous system prophylaxis in children and adolescents with central nervous system-negative stage III or IV lymphoblastic lymphoma. *J Clin Oncol*, 24: 491-499, 2006.
- 7) Le Deley MC, Rosolen A, Williams DM, et al: Vinblastine in children and adolescents with high-risk anaplastic large-cell lymphoma:results of the randomized ALCL99-vinblastine trial. *J Clin Oncol*, 28: 3987-3993, 2010.
- 8) Morimoto A, Ikushima S, Kinugawa N, et al: Improved outcome in the treatment of pediatric multifocal LCH: Results from the Japan LCH Study Group96 protocol study. *Cancer*, 107: 613-619, 2006.
- 9) Ellison DW, Kocak M, Dalton J, et al: Definition of disease-risk stratification groups in childhood medulloblastoma using combined clinical, pathologic, and molecular variables. *J Clin Oncol*, 29: 1400-1407, 2011.
- 10) Athale UH, Duckworth J, Odame I, et al: Childhood atypical teratoid rhabdoid tumor of the central nervous system: a meta-analysis of observational studies. *J Pediatr Hematol Oncol*, 31: 651-663, 2009.
- 11) Merchant TE, Li C, Xiong X, et al: Conformal radiotherapy after surgery for pediatric ependymoma: a prospective study. *Lancet Oncol*, 10: 258-266, 2009.
- 12) Shields JA, Shields CI: Basic understanding of current classification and management of retinoblastoma. *Curr Opin Ophthalmol*, 17: 228-234, 2006.
- 13) Matthay KK, Reynolds CP, Seeger RC, et al: Long-term results for children with high-risk neuroblastoma treated on a randomized trial of myeloablative therapy followed by 13-cis-retinoic acid: a children's oncology group study. *J Clin Oncol*, 27(7): 1007-1013, 2009.
- 14) Kristin B, Terry JF, Seth MS, et al: Reduced-intensity allogeneic stem cell transplantation in children and young adults with ultrahigh-risk pediatric sarcomas. *Biol Blood Marrow*, 18: 698-707, 2012.
- 15) Hideaki O, Yoshiko H, Hisao Y, et al: Allogeneic hematopoietic stem cell transplantation against recurrent rhabdomyosarcoma. *J Pediatr Hematol Oncol*, 33: e35-e38, 2011.

症例報告

# 手術中の体位により腕神経叢麻痺を呈した一症例 2年間のリハビリ成果

沖縄県立南部医療センター・こども医療センター リハビリ室 作業療法士<sup>1)</sup>  
沖縄県立南部医療センター・こども医療センター リハビリ室 理学療法士<sup>2)</sup>  
沖縄県立南部医療センター・こども医療センター リハビリテーション科<sup>3)</sup>

○岡野茉莉花<sup>1)</sup> 大城賢人<sup>1)</sup> 嶺井裕子<sup>1)</sup> 城間 太<sup>1)</sup> 喜友名貴之<sup>2)</sup> 安里 隆<sup>3)</sup>(MD)

## 要 旨

今回、長時間に及ぶ手術後に右上肢麻痺が出現し、術中肢位による腕神経叢麻痺と診断された症例を経験した。保存治療期間中、作業療法にて上肢機能訓練およびsplint療法を約2年間実施した。最終的に不完全な回復に留まったが、日常生活動作に大きな影響はなかった。腕神経叢損傷のリハビリテーションは、回復の予測をしながら経時的に評価と治療を進めていくことが必要である。また、関節拘縮予防のためにsplintを用いることも効果的である。

Key word：腕神経叢麻痺 作業療法 splint

## 【はじめに】

腕神経叢麻痺は主にオートバイ事故などの外傷性のものと分娩麻痺の2種類があるが、近年、開心術後や骨折による二次的な腕神経叢麻痺の報告が散見される。今回私たちは術中肢位による腕神経叢麻痺と診断された症例に対し、約2年間作業療法を実施した。その内容と経過について紹介し、若干の考察を加え報告する。

## 【症例紹介】

症例：20代 男性 右利き  
現病歴：高IgE症候群による免疫不全あり、2年前に右肺アルペルギルス症にて右上葉切除術を受けていた。今回、膿胸が持続するため当院にて気管支ろう閉鎖術および外側広遊離皮弁術を施行。術後、右上肢麻痺が出現し精査したところ、神経症状と合わせ

術中の肢位に起因する腕神経叢全型麻痺と診断されたため、術後5日目より作業療法を開始した。

術中体位：左側臥位 脇枕挿入 右上肢は離被架へ巻きつけ固定（開始8時間後巻きなおし）

手術時間（看護記録より抜粋）：9:25-6:15(20:50:00)

## 【作業療法初期評価】

### 1. 電気生理学的診断

筋電図 (electromyography: EMG)：前鋸筋・大菱形筋 脱神経電位なし

三角筋・上腕二頭筋・浅指屈筋・第一背側骨間筋 脱神経電位あり

神経伝導速度検査 (nerve conduction velocity: NCV)：正中神経・尺骨神経ともに振幅低下

MRI所見：鎖骨下の腕神経叢に高信号あり、腫大明らかな断裂像はなし

内服治療：ビタミンB12

## 2. 身体機能評価

Tinel様徴候：右鎖骨下にあり

徒手筋力検査 (manual muscle testing: MMT) 前鋸筋 1 大菱形筋 1 三角筋 0 以下 0

知覚検査：腋窩神経領域痛覚脱失 以降各末梢神経痛覚脱失

自律神経所見：ごく初期に手部発汗・浮腫あるも徐々に消失 皮膚色蒼白

### 【作業療法経過】

術後5日目より作業療法を開始した。理学療法と併せ1日2回、約1時間程度、週5回の頻度で実施した。まず術創部の安静・患肢の保護目的に移動時は三角巾を装着し受動的関節可動域制限や無知覚肢に対するケアを行った。同時に神経原性筋萎縮を遅らせる目的で低周波治療を開始し、左手での箸や書字の練習も追加した。術後5ヶ月で利き手交換ができ、日常生活は自立した。

### 1. 筋力と感覚の回復

術後2ヶ月目で、三角筋のMMTが2と上位神経根領域に回復がみられはじめた。このためMMTの結果

に基づき段階的に筋力強化訓練を開始した。術後3ヶ月で自宅退院となり、以降週2回の頻度で外来作業療法を継続した。術後4ヶ月目になると、上腕二頭筋のMMTが1、術後6ヶ月目で徐々に下位神経領域に回復がみられるようになり、その後徐々に回復した。そして、術後2年が経過した時点で手内在筋を除く筋力は全てMMT 4以上にまで改善した。手内在筋については術後1年半頃よりようやくMMT 1となったが、それ以上の回復はなかった。また、手関節伸筋・総指伸筋・手指屈筋については術後2年経過の時点でMMT 4にとどまった (図- 1)。

感覚については、術後1年で腋窩神経領域が正常、その他末梢神経は鈍麻にまで改善し、最終的に尺骨神経領域を除き全て正常となった。

最終時に、母指の対立困難に対し機能再建術の手段について紹介したが、日常生活に支障がないことを理由に希望されなかった。

### 2. Splint療法

当初、麻痺筋に対する保護および手指の拘縮予防目的に良肢位保持splint (図- 2) を作製し、入浴時以外装着させた。術後8ヶ月目以降より手外在筋が優位に働きはじめたため、MP関節屈曲保持splintに変更し手内在筋マイナス肢位の防止を図った (図-

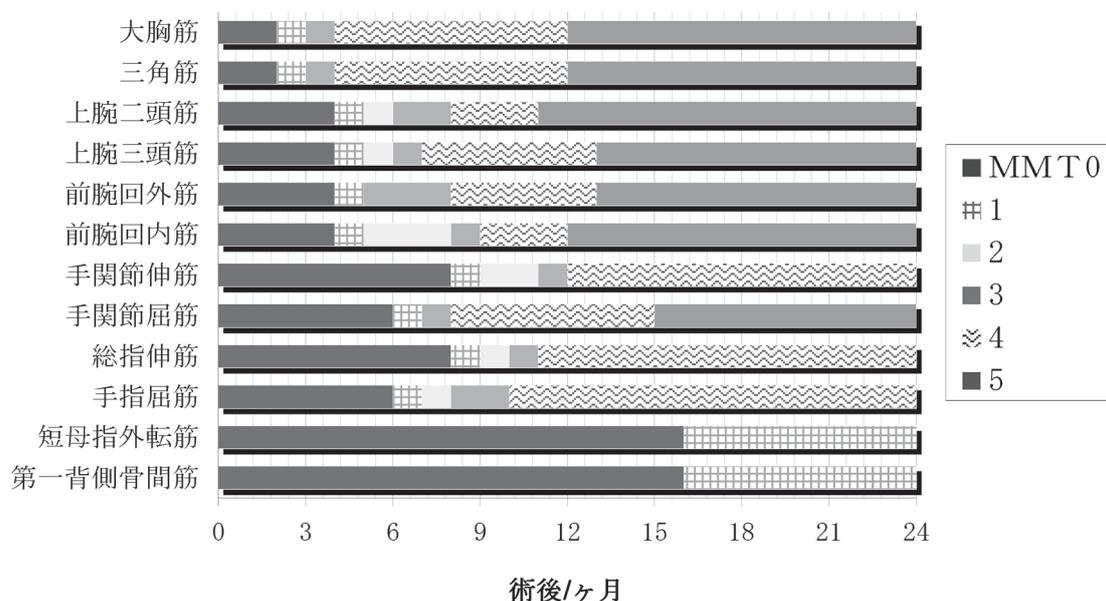


図1 筋力の回復

3)。また、訓練時には短母指外転筋の機能代償としてThumb spica splint (図- 4) を着用させ、母指対立位でのつまみ練習を行った。本症例は、splint療法を理解し正しく装着できており、最終的に関節拘縮が発生することはなかった。

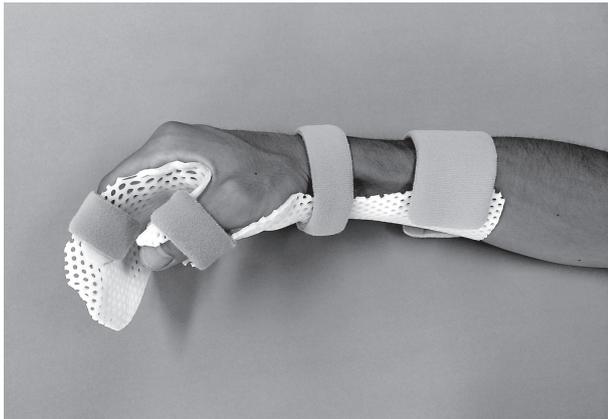


図2 良肢位保持 splint



図3 MP 関節屈曲保持 splint

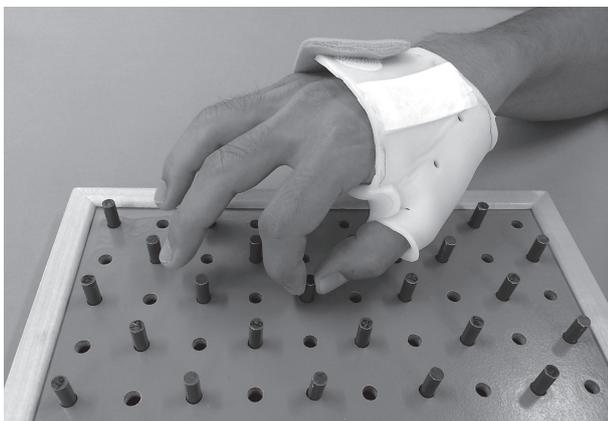


図4 Thumb spica splint

### 3. 患者のモチベーション

特別なことがない限り休まず訓練に参加し、前向きに取り組んでいた。

#### 【作業療法最終評価】

握力：R) 14kg L) 30kg

ピンチ力：Lateral pinch4.1 Pulp pinch1.3

簡易上肢機能検査 (simple Test for Evaluating Hand Function: STEF)：R) 95点 L) 100点

上肢機能評価 (Hand20)：12点

#### 【考察】

手術中の腕神経叢損傷は0.02%～0.06%の頻度で起こると言われており、稀な合併症の一つである<sup>1)</sup>。また、不良肢位による成因は一般的とされ、全型麻痺は予後不良因子である<sup>2,3)</sup>。長野ら<sup>4)</sup>は腕神経叢節後損傷88例の予後を検討しており、上位神経根支配域が損傷後9ヶ月でMMT 1、下位神経根支配域は12ヶ月で1となったものは3以上に回復し、1年半で2以下のものは3以上とならないと報告している。本症例については、術後2ヶ月目より上位神経領域に回復がみられ、6ヶ月目には下位神経領域に回復がみられたことから、予後は良好であると予測された。結果、概ね良好に回復したが、手内在筋に関してはMMT 1以上にならず巧緻動作に障害が残った。また、手関節伸筋・総指伸筋・手指屈筋についてはMMT 4にとどまった。

脱神経筋の神経再支配後の運動機能の回復には、筋線維の量的および質的回復が重要と言われており、一般的に筋組織は脱神経された状態で6ヶ月以上放置されると筋細胞の萎縮が進行し、9ヶ月を経過すると筋が変性し回復不良となる<sup>5,6)</sup>。本症例の場合は全型麻痺であったため、回復過程において末梢筋に萎縮や変性が生じてしまったことにより回復が不十分だったと考えられる。

これらを踏まえ、今後、腕神経叢全型麻痺において神経損傷のパターンがaxonotmesis以上と考えられた場合、代償手段として早期より利き手交換等の訓練を行うことは有効であると思われる。また、関節可動域訓練や筋力訓練等の他に、不良肢位拘縮の予防を図るためsplintを装着させることも必要である。

そして、筋力の回復具合に沿ってsplintをその都度修正していくことも必要である。山野ら<sup>5)</sup>は、Splintにより麻痺による筋力不均衡を是正し機能的肢位に保ち筋の過伸張を防ぐことは、神経再生による機能回復を良好にすると述べている。

今回、術中肢位による腕神経叢麻痺と診断された症例を経験した。最終的に麻痺は残存したが、機能障害を最低限に抑えることができたという点については、2年間の関わりを通じ本症例の前向きなモチベーションの影響が大きいと考えている。

腕神経叢麻痺のリハビリテーションは長期間の回復に対応する必要があるため、今後も機能回復の状態を明確に評価し、患者の状態に応じた訓練を提供していきたいと考える。

#### 【引用・参考文献】

- 1) 大畑賀央ほか：過外転および外旋の術中肢位によると考えられた腕神経損傷の1例. 日本呼吸器外科学会誌 Vol.23 : No.7, 2009.
- 2) 田尻 治ほか：開心術後の腕神経障害. 麻酔Vol.53 : 407-410, 2004.
- 3) 矢鳴智明ほか：側臥位での長時間手術後に対側の一過性の腕神経叢障害を呈した1症例. 麻酔Vol.59 : 792-793, 2010.
- 4) 長野 昭ほか：腕神経叢麻痺節後損傷例の予後の検討. 整形外科Vol.30 : No.12, 1979.
- 5) 山野慶樹：末梢神経の臨床. 診断・治療・リハビリテーション. 23, 医歯薬出版, 2007.
- 6) 成澤弘子ほか：特集／神経修復法—基本知識と実践 手技— IV. 神経修復後の術後管理 2. 四肢（上肢）. PEPARS Vol.78 : 94-100, 2013.

症例報告

# 生後3か月までにGBS (Group B streptococcus) 感染症を繰り返した女児の1例

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

持田壘、杉浦健太、大川哲平、赤峰敬治、松岡孝、松茂良力、安慶田英樹

埼玉県立小児医療センター

感染免疫科 大石 勉  
臨床研究室 荒井 孝

## 要旨

症例は生後25日女児。発熱と不機嫌を主訴に受診し、血液と髄液培養でGBS陽性となりGBS菌血症、GBS髄膜炎と診断した。抗菌薬治療を行い、合併症なく生後1か月12日に退院した。生後2か月26日に発熱と右頸部腫脹を主訴に受診し、血液培養でGBS陽性となりGBS菌血症の診断で抗菌薬治療を行い改善した。late-onsetのGBS感染症を繰り返したため、原発性免疫不全症を疑い精査を行った。白血球貪食能と遊走能に異常なく、T細胞、B細胞、補体系、細胞表面抗原検査、サイトカイン、*IRAK4*と*MyD88*遺伝子を含む免疫学的検査のいずれも異常は認めなかった。IgGが300mg/dl前後で推移しており、乳児一過性低ガンマグロブリン血症の可能性を考えながら抗菌薬予防内服を行い経過観察中である。

Keyword：GBS、反復感染、原発性免疫不全症

## はじめに：

B群レンサ球菌はヒトの腸管、および尿生殖系の常在菌で、妊婦での定着率は15～35%程度と言われている。妊婦に尿路感染症を、月齢の若い乳児に全身感染症や局所感染症を引き起こす。新生児早発型感染症は母から児への垂直感染によって起こり、新生児感染症の85%を占める。遅発型感染症も約50%は垂直感染によって起こり、母親の乳腺炎による母乳を介した感染もみられる。また医療従事者の手指を介した医療関連感染や市中感染など水平感染の事例の報告もある<sup>1)2)</sup>。今回我々は生後3か月までにGBS感染症を繰り返し、原発性免疫不全症が疑われた女児の1例を経験したので報告する。

## 症例

主訴：発熱、不機嫌

出生歴：在胎週数40週4日、出生体重2814g経膈分娩、Apgar score 9点（5分値記載なし）

周産期歴：母体GBS陰性、周産期異常なし

既往歴：なし

内服歴：なし

家族歴：免疫不全症なし

現病歴：

日齢25日、受診当日の朝より39度台の発熱を認めた。発熱以外は特に症状なく、哺乳も普段と変わりがなかったが不機嫌で苦しうであったため救急外来を受診した。

来院時、体温40.2度、脈拍数208回/分、呼吸数48回/分、Spo2 98%とバイタルサインの異常を認めたが、その他の身体所見では明らかな異常は認めなかった。

血液検査ではCRP0.60mg/dlと若干上昇していたが、白血球上昇は認めなかった。

髄液検査は細胞数5/μlと上昇は認めず、蛋白は81mg/dlと軽度上昇し、血糖118mg/dlに比べ髄液糖が45mg/dlと若干低下を認めた。

静脈血液ガスではアシドーシスはなく、胸部レントゲンでは肺野に明らかな浸潤影は認めなかった。(表1)

来院時に採取された髄液所見でグラム陽性球菌が陽性であったため、アンピシリン (ABPC) 300mg/kgとセフトキシム (CTX) 300mg/kg静脈投与を開始した。その後、血液培養、髄液培養からともにGBSが検出された。第3病日に再度髄液検査を施行しているが、その後再検した血液培養とともに陰性であった。第12病日に頭部MRI施行したが、膿瘍形成、硬膜下水腫、脳浮腫などの所見はなく、髄液漏などの髄膜炎の原因となる耳鼻科的異常所見も認めなかった。抗菌薬は計17日間投与し、神経学的後遺症なく退院となった。(図1) また退院後施行した聴

【血算/生化学】

WBC	9000	/μl	K	5.2	mEq/L
Neut	61.6	%	Cl	106	mEq/L
Ly	31.9	%	BUN	6	mg/dl
Mono	5.2	%	Cre	0.23	mg/dl
Eos	1.2	%	GOT	38	IU/L
Baso	0.1	%	GPT	18	IU/L
RBC	405	万/μl	T.BIL	9.0	mg/dl
Hb	13.1	g/dl	LDH	276	IU/L
Plt	43.1	万/μl	Glu	118	mg/dl
Na	138	mEq/L	CRP	0.60	mg/dl

【髄液】

比重	1.006		蛋白	81	mg/dl
PH	7.4		糖	45	mg/dl
細胞数	5	/μl			
単核	56	%			
多核	44	%			

【迅速】

インフルエンザ迅速	陰性
RSV迅速	陰性

【尿】

比重	1.008	WBC反応	—
PH	7.5	亜硝酸塩	—
尿糖	—	尿沈RBC	<1/HPF
尿蛋白	—	尿沈WBC	1-4/HPF
潜血	—		
ケトン体	—		

【静脈血液ガス】

PH	7.45	
PCO2	30.8	mmHg
PO2	43.6	mmHg
HCO3-	21.2	mmol/l
BE	-1.4	mmol/l
Anion gap	8.4	mmol/l
Lac	1.7	mmol/l

表1. 各種検査所見

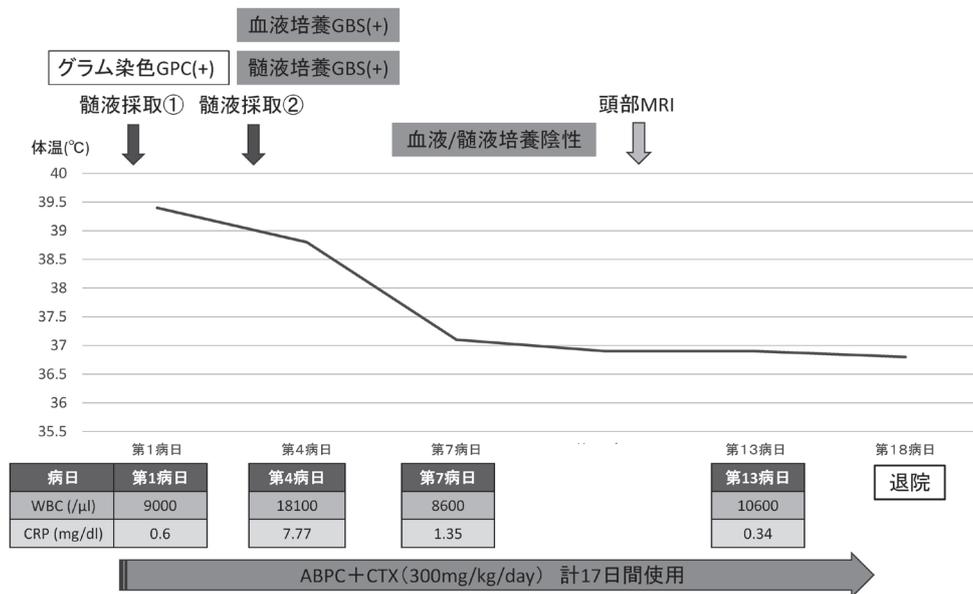


図1. 入院後経過

性脳幹反応（ABR）では両側ともに難聴の所見は認めなかった。

生後2か月26日、受診前日の夕方から不機嫌となり、体温が37.7度であったため自宅にて経過観察していた。夜間になっても不機嫌が持続し、唸るようになってきたため救急外来を受診した。

受診時、体温39.6度、脈拍数207回/分、呼吸数50回/分、Spo2 95%とバイタルサインの異常を認めた。鼻翼呼吸を認め、身体所見上、右頸部リンパ節の腫脹、発赤、圧痛を認めた。

採血検査では白血球13600/μl、CRP0.24mg/dlと異常なく、前回入院時同様、好中球減少も認めなかった。尿検査、髄液検査では明らかな感染を示唆する所見は認めなかった。

頸部造影CTで造影効果を示す複数のリンパ節腫脹を認めたが、膿瘍形成はなかった。抗菌薬はABPC、CTX、口腔内嫌気性菌による感染を考慮しクリンダマイシン（CLDM）で治療を開始した。入院時に採取した血液培養から再度GBSが検出され、抗菌薬はABPC単剤に変更し、計14日間投与した。咽頭培養

は陰性であり、また母親の乳汁培養も陰性であった。その後、各種ワクチンを接種したところ、再熱発し、腋窩リンパ節腫脹を認めた。ただちにABPCとCTX投与を開始したが、翌日には解熱し、血液培養、髄液培養ともに陰性であったことからワクチン接種による副反応の可能性を考えた。その後は症状軽快し、スルファメトキサゾール・トリメトプリム（ST）合剤の予防内服を開始し退院となった。（図2）

late-onsetのGBS感染を繰り返したことから、各種免疫系検査を施行した。

T細胞系、B細胞系、食細胞系、補体系、自然免疫系、サイトカイン、いずれの検査でも明らかな異常は認めなかったがIgGが患児の年齢からすると正常下限値であった。（表2）

退院後はST合剤予防内服にて重症感染症なく経過している。

生後11か月時のIgGは依然として300mg/dl前後と低値で推移しており、乳児一過性低ガンマグロブリン血症の可能性も考えながら経過観察中である。（表3）

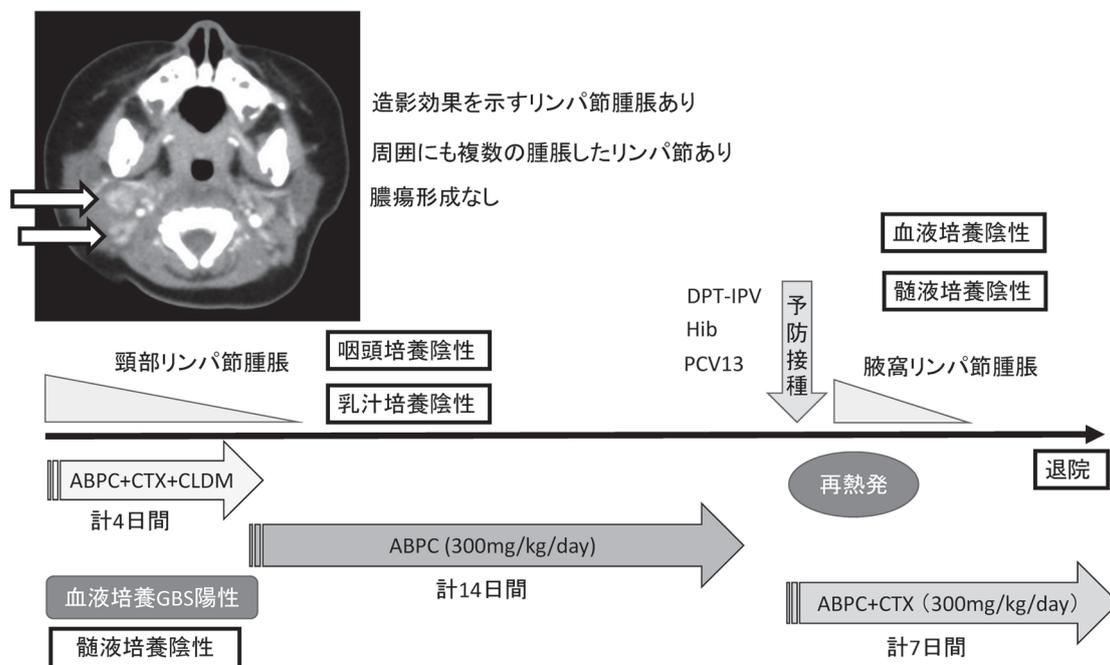


図2. 再入院後の経過

免疫系	検査項目	検査結果
T細胞	T細胞	68 %
	CD4	49.4 %
	CD8	20.2 %
	TREC	44395 copies/ $\mu$ g DNA
B細胞	B細胞	23 %
	CD19	23.2 %
	CD20	21.1 %
	KREC	173295 copies/ $\mu$ g DNA
	IgGサブクラス	IgG1 64 % IgG2 23.5 % IgG3 8.95 % IgG4 3.51%
	IgG IgA IgM IgE IgD (mg/dl)	IgG 323 IgA 15 IgM 66 IgD <0.6 IgE <5.0
食細胞	殺菌能	96.23 %
	貪食能	91.59 %
補体	C3	134 mg/dl
	C4	22 mg/dl
	CH50	42.9 U/ml
自然免疫	<i>IRAK4</i>	異常なし
	<i>MyD88</i>	異常なし
サイトカイン	IL-1 IL-2 IL-6 IL-8 IL-10 (pg/ml)	IL-1 25.5 IL-2 15.1 IL-6 5.9 IL-8 44.0 IL-10 <5.0
	TNF $\alpha$	16.4 pg/ml
	IFN $\gamma$	9.8 pg/ml

表 2. 各種免疫系検査

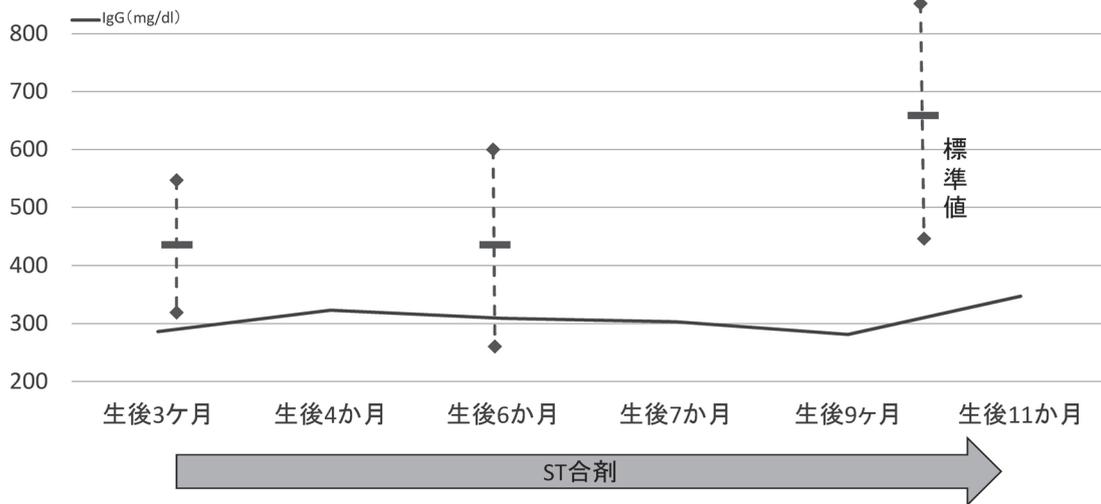


表 3. IgG 値の推移と標準値との比較<sup>3)</sup>

### 考 察

B 群レンサ球菌は莢膜多糖体にに基づき10種の血清型に分類され、特にⅢ型は早発型髄膜炎の主な起炎菌で、乳児の遅発性感染症の原因の大部分を占めている。早発型、遅発型を含めて約 1 - 2 %の症例に再発が見られ、多くは最初に分離された株と同じ血清型によるものと言われている<sup>4)</sup>。今回の症例では、初回、および 2 回目の感染いずれも GBSⅢ型が検出されている。更に GBS 遺伝子型が 2 度の感染ともに同じタイプであった。

B 群レンサ球菌感染症は発症時期により早発型、遅発型、超遅発型に分類され、それぞれ発症時期によって罹患児の特徴や臨床症状、病態、死亡率などに違いがある<sup>5)</sup>。今回の症例では発症時期や正期産児であること、発熱、不機嫌などの臨床症状や、菌血症や髄膜炎などの病態から遅発型と判断した。

今回のように GBS 感染症を反復する症例は文献でも散見され、次のような危険因子が報告されている。早産、低出生体重児、GBS に汚染された母乳摂取による感染の反復、患児に対する不適切な抗菌薬治療、

低ガンマグロブリン血症、*IRAK4*欠損などの自然免疫系の異常などである<sup>6)7)</sup>。今回の症例では、児は正期産、標準体重にて出生し、母親の母乳からはGBSは検出されなかった。しかし今回は単回の乳汁培養でGBS陰性を確認しているが、培養を繰り返し行い陽性となった症例も報告されており<sup>8)9)</sup>今回の症例でもその可能性は否定できなかった。また産前のみでなく、産後臍培養等の検査により母体GBS保菌者でなかった証明は必要であった可能性がある。入院中の抗菌薬治療により培養陰性を複数回確認し、十分な期間抗菌薬投与を行っており初期の感染を根治できていなかった可能性は否定的と考えている。免疫系検査ではフローサイトメトリーとサイトカインの結果を見る限り、リンパ球数や機能の異常は指摘できない。また*IRAK4*欠損などの自然免疫系の異常は認めなかった。しかしながら*IRAK4*、*MyD88*を経由してNF $\kappa$ Bを活性化し、様々なサイトカイン産生に至る経路には、最近その経路の調節に関与する酵素や、その酵素の異常が見つかってきているため、最終的な単球-マクロファージ系の障害は否定できない。

経過観察をしていく中で、末梢血単核球中のTREC、KRECは異常を認めないもののIgG値が標準値から外れるようになり、GBS反復感染の危険因子である低ガンマグロブリン血症の可能性も考慮している。生ワクチン以外の予防接種を行っているが、それぞれの抗体価の上昇を確認しており、抗体産生能は問題ないと判断している。入院経過中に起きたワクチン接種後の発熱、腋窩リンパ節腫脹については、症状が早急に改善し、重篤ではなかったこと、その後のワクチン接種では同様の症状が出現していない点からも免疫不全症により引き起こされた可能性は低いと判断した。早産児などでは母体から受け取る免疫グロブリン量が少なく、また正常量の免疫グロブリン産生が遅れる乳児一過性低ガンマグロブリン血症という病態を示すことがある。通常は生後12か月から36か月頃に正常の免疫グロブリン量に戻るとされており、この疾患自体が原因で重症感染症に罹

患する可能性は非常に稀と言われている。今回調べた限り、乳児一過性低ガンマグロブリン血症で本症例のように正期産で出生し同様の重症感染症を繰り返した報告例は認められなかったが、依然IgGは低値で推移しており、今後も抗菌薬の予防内服を継続しながら血清ガンマグロブリン値の推移を調べていく必要がある。

今回の症例は平成26年9月に行われた沖縄小児科学会第80回例会にて発表した。

#### 参考文献：

- 1) 岡部信彦監修：B群レンサ球菌感染症、最新感染症ガイドR-BOOK、2012、680-685、日本小児医事出版社、2013
- 2) Lin-Yu Wang, MD et al: Recurrent Neonatal Group B Streptococcal Disease Associated With Infected Breast Milk: Clinical pediatrics, volume46, July2007, 547-549
- 3) 金兼弘和 他:免疫担当細胞機能異常検査(リンパ球)、小児科診療第76巻増刊号、180-185、診断と治療社、東京、2013
- 4) Edina H. Moylett et al: A 5-year Review of Recurrent Group B Streptococcal Disease: Lessons from Twin Infants, Clinical Infectious Diseases 2000, 30: 282-7
- 5) Karen M Puopolo et al: Group B streptococcal infection in neonates and young infants
- 6) Hanna Soukka et al: Three distinct epidodes of GBS septicemia in a healthy newborn during the first month of life, Eur J Pediatr 2010, 169, 1275-1277
- 7) Roland Elling,MD et al: Synchronous Recurrence of group B streptococcal Late-Onset Sepsis in Twins, Pediatrics 2014; 133: e1388-e1391
- 8) Michael Kotiw et al: Late-onset and Recurrent Neonatal Group B Streptococcal Disease Associated with Breast-milk Transmission: pediatric and Developmental Pathology6, 251-256, 2003
- 9) Arnaud Gagneur et al: Infected breast milk associated with late-onset and recurrent group B streptococcal infection in neonatal twins: a genetic analysis, Eur J pediatr 2009, 168 1155-1158

CPC症例報告

## 両肺過膨張のみられた一部検例

琉球大学医学部附属病院病理部 仲 西 貴 也  
病理診断科 仲 里 巖

### 要 旨

症例は、既往歴にCOPDがあり、続発性の気胸を繰り返していた患者である。前回入院時に右気胸に対して自己血パッチによる胸膜癒着術を施行されている。今回、呼吸困難を主訴として精査加療目的に当院へ入院となった。入院後、胸腔ドレナージを施行するも呼吸苦は改善しなかった。入院中に右気胸を再発し、胸膜癒着術の施行を検討するも、発熱・血圧低下あり、死亡した。剖検では、両肺にて肺泡壁の破壊像が広がっており、高度の肺気腫の所見が得られた。右臓側胸膜表面は広範に血塊によって被覆されており、前回施行された自己血パッチは一定の効果があったものと推測された。本症例は、放射線画像的に両側肺の過膨張が見られた胸膜癒着術後のCOPDの剖検例であり、若干の文献的考察を加え、報告する。

キーワード：COPD、肺気腫、気胸、胸膜癒着術、自己血パッチ

### はじめに：

COPDは、「タバコ煙を主とする有害物質を長期に吸入することで生じた肺の炎症性疾患」と定義とされており、慢性気管支炎と肺気腫の両者を包含した疾患概念である。また、合併症の一つとして気胸が挙げられる。今回COPDを背景に気胸を発症し、発熱・血圧低下にて死亡した、胸膜癒着術後の患者の剖検例を経験したので報告する。

### I：臨床的事項

#### 症例

患者：63歳、男性

主訴：呼吸困難感、食欲不振

既往歴：右気胸、COPD、細菌性肺炎

家族歴：特記すべき事項なし

社会歴：ADL full、Allergy(-)

喫煙：40本/日×40年

内服：スピリーバ1日1回、アドエア（500）1日

2回、ビソルボン（4mg）3T/3、ペレックス3P/3、プルゼニド（12mg）頓用

#### 現病歴：

2006年頃にCOPDと診断され、2010年4月よりHOT（1.5L）導入されている。2010年4月にはCOPDの急性増悪にて、2011年7月には細菌性肺炎にて入院加療されている。2012年11月に右気胸にて入院。11月～12月に計3回、自己血100mlを右胸腔内に注入し自己血パッチ術を施行している。その結果、気胸は改善、歩行可能となり退院した。同年3月には呼吸困難のため、入院・加療されている。

今回は、受診の1週間前から食欲低下あり。嘔吐、下痢、黒色便などの消化器症状は認めなかった。3日前から呼吸困難感が出現し、徐々に症状が増悪してきた。咳嗽や痰の増加、色調変化は認めなかった。胸痛や起坐呼吸はないが、夜間、睡眠の困難な状態が続いていた。前日よりほとんど食事摂取できなく

なり、呼吸困難感から睡眠もほとんど取れなくなったため、当院救急外来を受診した。

入院時現症：

身長：165cm 体重：32.2kg

Vital：BP 150/90mmHg, HR 102回/min, R 16回/min, BT 36.7℃, SpO2 93% (nasal-2L)

Cons：E4V5M6

Eye：眼瞼結膜貧血なし、眼球結膜黄染なし

Mouth：口腔内やや乾燥、衛生状態良好

Throat：咽頭発赤なし、扁桃腫脹なし

Neck：リンパ節触知せず

Chest：wheezeなし、呼吸音は左右差なし、陥没呼吸著明

Heart：整、I・II音減弱亢進なし、III・IV音聴取せず

Abd：平坦軟、腸蠕動音減弱亢進なし、圧痛なし

Back：CVA叩打痛なし、脊椎叩打痛なし

Skin：皮疹なし

Ext：末梢冷汗なし、四肢の浮腫なし、フーバー徴候陽性

血液検査：

Na: 133、K: 4.8、Cl: 92、BUN: 19、Cre: 0.6

AST: 26、ALT: 23、LDH: 223、CPK: 85

T-Bil: 0.6、CRP: <0.1

WBC: 9000 (Neut: 73.4%, Ly17.5%), RBC: 492、

Hb: 15.8、Plt: 51.3

インフルエンザ検査: (-)、血液培養 (-)

血液ガス：

pH: 7.39、PCO2: 50.5mmHg、PO2: 94.3mmHg、

HCO3-: 30.6mmoL/L、BE: 5.0mmoL/L、

Lac: 0.7mmoL/L、SO2: 97.5%

尿検査：

清濁: (-)、比重: 1.014、pH: 6.0、潜血: (+/-)、ケトン体: 2+、WBC反応: 2+、亜硝酸塩: (-)、尿沈RBC:

1-4/HPF、尿沈WBC: 10-19/HPF、細菌: 3+

心電図：

HR 91、洞調律、肺性P、ST-T変化なし

胸部X線：

肺野の透過性亢進、横隔膜の平坦化、滴状心による心胸郭比の減少、肋間腔の開大、胸水貯留なし

呼吸機能検査：

% VC: 58.7、FEV1.0: 0.58 (L)

入院後経過：

入院後、3月11日にCOPD急性増悪の疑いで補液・ベネトリン吸入・ステロイドを開始した。3月13日のフォロー目的で施行した胸部CTで右気胸を認めため、右気胸再発の診断にて、右胸腔ドレナージ術施行。呼吸状態はわずかに改善したが、呼吸苦が著明で、体動できない状態であった。血液ガスにてPCO2 71 mmHg、pH 7.38と呼吸性アシドーシスあり、CO2貯留に対し、BiPAPの使用が検討されたが、患者拒否にて実施せず、DNRの方針となった。3月17日からは経口摂取が不可となった。呼吸苦緩和目的に塩酸モルヒネ持続点滴を開始している。3月25日には右気胸に対し自己血パッチ術を検討したが、4月1日に38度台の発熱と呼吸状態悪化が出現、胸部X-線では気胸の増悪なく、肺炎像は明らかではなかった。39度台の発熱が持続し、開眼はあるものの意識レベルが低下、4月3日からは血圧低下を認め、ドパミンを開始するも、4月4日13時40分に永眠された。

臨床的問題点：

1. COPDを背景として気胸を合併したとしてよいか。
2. 気胸の発生部位、その治療効果。
3. 自己血パッチによる胸膜癒着の状態。
4. COPD以外の、他疾患の有無。

II：剖検所見：

死後約2時間20分で解剖された。

外表所見：身長163cm、体重31kg、中型の体格。栄養状態は不良。死剛は顎関節にて見られる。死斑は

肩部～臀部に広がり、圧排で消退する。皮膚は黄染なし。瞳孔は正円同大で左右差無く、8 mmで散大。眼球結膜は充血・出血あり・眼瞼結膜は貧血様。角膜は混濁なし。右側胸部にチェストチューブ挿入あり、閉塞なし。右頸部にCVライン痕。両前腕に静脈穿刺痕。右上腕内側に5×2 cm大の皮下出血。浮腫は目立たず。胸部は過膨張。腹部は平坦。右の胸腔圧は陽性。横隔膜は両側とも第8肋骨。腹腔内に10mlの淡黄色透明の腹水貯留。胸腔では左に50ml、右に200mlの淡黄色透明の胸水貯留。心嚢内にはごく少量の心嚢水。両上下肢からの逆血あり。

心臓 (224g)：屍手拳の等倍。心外膜は滑。心筋層に線維化・出血なし。右心室の筋層の厚さは0.4cm、三尖弁弁周口11cm、肺動脈弁弁周口7.5cm、左心室の筋層の厚さは1.7cm、僧帽弁弁周口8 cm、大動脈弁弁周口6.5cm。組織学的には、心筋細胞は軽度の核異型を示すが、著明な萎縮・肥大は認めない。間質では軽度の線維化と中等度の慢性炎症細胞浸潤、一部で軽度の脂肪変性を見る。心臓内腔の一部で多数の好中球を混じた小膿瘍巢の形成あり。冠動脈に関しては、右冠動脈は75%程度の狭窄。やや内膜肥厚が目立つ。プラーク形成あり、コレステリン裂隙を形成するも、石灰化は明らかでない。左冠動脈は少なくとも75%以上の狭窄あり、石灰化を伴う。

肺 (左276g、右254g)：両側とも、全体的に含気に乏しく、虚脱している。剖面ではスポンジ状の変化が見られた。右肺は全体的に壁側胸膜と線維性癒着し、上葉中心にして広範に血塊が付着 (Figure 1)。左肺は上葉に線維性～線維素性の軽度癒着あり。両側の気管支断端から白色膿性物質の流出あり。組織学的には、両側肺の全体で、肺胞壁の破壊が目立ち、中等度～高度の肺気腫の組織像 (Figure 2)。全体的に血管内の血栓形成が散見される (Figure 3)。両側肺の背側下葉を中心に軽度～中等度のうっ血水腫が見られる。その一部で膿瘍形成を伴い、気管支壁を破壊する像も見られる (Figure 4)。また、細気管支内腔に好中球を混じた滲出物・粘液の貯留あり、粘液栓が散見される。右肺上葉の一部で肺胞出血あり。右肺下葉では筋性型動脈の中膜肥厚が目立ち、軽度

の血管走行の蛇行が観察され、肺高血圧症 (Grade I～II) と考えられる (Figure 5)。左肺下葉の一部では血管内にカンジダの集塊が観察され、真菌感染症を示唆する。左肺背側下葉の一部で壊死を伴った肉芽腫形成あり。左肺上葉では肺胞の一部で繊毛を有した単層円柱上皮が出現しており、気管支上皮化生と判断される。

肝臓 (764g)：表面は平滑。組織学的には、全体的に中心静脈を中心とした類洞の拡張が目立ち、その内腔に血栓形成が見られる。類洞内に少数の好中球あり。門脈域では軽度のリンパ球浸潤が認められる。

腎臓 (左100g、右102g)：両側共に表面は比較的平滑で、左腎上極に3.5×2 cm大、右腎上極に2×1 cm大の単嚢胞が各1個ずつ存在。皮髄境界は明瞭、尿管の拡張無し。組織学的には、多くの糸球体で係蹄内の血栓形成を認める (Figure 6)。間質では好中球を混じた巣状の小膿瘍が散見。尿細管の軽度萎縮・脱落と尿細管上皮細胞の膨化。また間質の軽度線維化、軽度小円形細胞浸潤と集簇を伴う。中等度のうっ血あり。

脾臓 (32g)：表面は平滑。組織学的には、中等度～高度のうっ血が見られる。少数の好中球が散見され、急性脾炎の組織像 (Figure 7)。

副腎 (左6g、右8g)：少数の血栓形成あり。

膀胱：肉眼的には後壁の一部に軽度の点状出血。組織学的には上皮の一部でBrunn's nestが観察され、軽度の慢性膀胱炎を示唆する所見である。粘膜層にて軽度～中等度のうっ血とリンパ球浸潤・集簇。

前立腺：6×3 mm大の、2層性を喪失した小型異型腺管の密な増殖が見られる。一部の異型腺管は癒合傾向を示す。管腔内にクリスタロイドの形成あり。Well differentiated adenocarcinomaの組織像で、Gleason score 3+4=7 と判断される (Figure 8)。

胆嚢：上皮にて軽度のautolysis。

脾臓（80g）：腺房組織にて軽度のautolysis。

甲状腺（8g）：著変無し。

大動脈：軽度のびまん性内膜肥厚とプラーク形成が見られ、微細な石灰化やコレステリン裂隙の形成を伴う。中膜を中心に軽度の粘液腫状変化が見られる。

睪丸（24g、26g）：精細管内にてわずかながら造精がうかがわれる。

食道：著変なし。

胃：著変なし。

小腸：十二指腸～空腸にて中等度の粘膜下出血。

大腸：S状結腸に直径約5mm大のポリープが1個。組織学的には、上皮に著変なく、漿膜下組織と連続する異型に乏しい脂肪織が増生して隆起性病変を形成しており、脂肪腫の組織像である。上行結腸～下行結腸、直腸にて軽度～中等度の粘膜下出血。S状結腸では憩室が散見。

脊椎：正～軽度の過形成髄。3系統の分化は保たれているが、顆粒球の軽度過形成傾向が見られ、M/E比はやや増加している。赤芽球島の形成、巨核球あり。

剖検診断：

1. 敗血症（気管支膿瘍、急性脾炎、骨髄顆粒球の反応性増加、肝類洞内好中球浸潤、心臓内腔の膿瘍、腎臓の小膿瘍、軽度急性尿細管壊死）
2. DIC（肺、肝臓、副腎の血栓形成）
3. 気管支肺炎・肺うっ血水腫（左276g、右254g）
4. COPD、気胸
5. 肺高血圧症（Grade I～II）
6. 前立腺癌（Gleason score 3 + 4 = 7）
7. S状結腸の脂肪腫
8. 両側腎の単嚢胞
9. 低栄養状態・るいそう（身長163cm、体重31kg）
10. 腔水症：胸水（左：50ml、淡黄色透明、右：

200ml、淡黄色透明）、腹水（10ml、淡黄色透明）

直接死因：COPDや気管支肺炎を背景とした、気胸や敗血症に起因する呼吸不全

臨床上の問題点に対する回答：

1. 両側肺の全体で、肺胞壁の破壊が目立ち、中等度～高度の肺気腫が認められた。また、軽度の気管支肺炎、膿瘍形成、粘液栓も観察された。これらを背景とし、肺への感染症を合併することによって、脆弱な肺胞壁が破れ気胸を生じたと考えられる。
2. 両側肺にて高度の肺胞壁の破壊像が見られ、剖検上、気胸の発生部位を指摘するのは困難である。治療効果は一定の効果があった。
3. 右肺は全体的に壁側胸膜と線維性癒着し、特に上葉では広範囲に渡って血塊による被覆が見られる。これらは、前回入院時に施行された自己血パッチの結果であり、胸膜の癒着が生じていたと判断される。
4. (1) 前立腺癌、(2) 敗血症（気管支肺炎を契機）、(3) DIC（肺など、全身臓器の血管内に小血栓が多発）、(4) 肺高血圧（肺内の筋性型動脈の中膜肥厚が見られる。COPDに起因）

Ⅲ：考察：

本剖検例は、COPDの患者が気胸を合併し、呼吸不全にて亡くなった剖検例である。COPDとは慢性閉塞性肺疾患（Chronic Obstructive Pulmonary Disease）の略称であり、日本呼吸器病学会のガイドラインによれば「タバコ煙を主とする有害物質を長期に吸入することで生じた肺の炎症性疾患」と定義とされている<sup>1)</sup>。COPDは一般的に慢性気管支炎と肺気腫の両者を包含した疾患単位として理解されており、基本的には同一の病態より両疾患は発症する。慢性気管支炎は「1年のうち3ヶ月以上持続する喀痰の排出があり、それが2年以上にわたって続き、慢性の咳を伴う状態」と定義されており、臨床的な概念である。一方、肺気腫は肺の含気腔が異常に拡張した状態であり、病理組織学的には肺胞壁構造の破壊と改築、肺胞腔の拡張が認められる。検査上はいずれも

気流閉塞が生じることによって、一秒の低下や残気量の増加が見られ、閉塞性換気障害を示す。COPDが重症化すると肺高血圧・肺性心を合併する。COPDの危険因子として喫煙、大気汚染、粉塵や化学物質の暴露などが挙げられ、これらによる炎症の持続により発症するとされている。放射線画像的には、胸部X線画像にて肺野の透過性亢進や滴状心、横隔膜の平坦化、肋間腔の開大が認められ、本症例でも同様の放射線画像の所見が得られた。

COPDにおける基本的な病理組織な変化は、肺構築の変化と炎症性変化である。肺構築の変化としては、肺泡領域では呼吸細気管支・肺泡組織の破壊が見られる。中枢気道ではマクロファージ、T細胞性のリンパ球、好中球を中心とした炎症性変化が認められる<sup>2,3,4)</sup>。本症例では、肉眼的にスポンジ状の変化が見られ、組織学的には、両側肺の全体で、高度の肺泡壁の破壊が認められ、高度の肺気腫の組織像と判断された。さらに筋性型動脈の中膜肥厚・血管走行の蛇行が観察され、肺気腫に起因する肺高血圧症の所見も認められた。さらに左肺上葉では肺泡の一部で繊毛を有した単層円柱上皮が出現しており、気管支上皮化生が見られた。このように本症例ではCOPDに随伴するその他の組織変化も出現していた。さらに、両側の気管支断端から白色膿性物質の流出あり、肺組織の一部で膿瘍形成を伴い、気管支壁を破壊する像も認められた。また、細気管支内腔に好中球を混じた滲出物・粘液の貯留あり、粘液栓が散見され、これらはCOPDに合併した気管支肺炎の所見と判断される。

本症例では続発性気胸の合併が見られ、死因に影響したと考えられる。前回入院時に気胸に対して胸膜癒着術が施行されている。胸膜癒着術とは、肺切除術後の気漏や手術を避けたい気胸患者において行われる治療法である。胸膜刺激剤を胸腔内に投与し化学的に胸膜炎を起こし胸膜を癒着させる方法と、接着剤を胸腔内に注入し、胸膜の接着を起こさせる方法がある。胸膜刺激剤には、テトラサイクリン系、ピシバニール、タルクがあり、接着剤としては自己血・フィブリン糊がある。今回の症例で施行されている自己血パッチによる胸膜癒着術はRobinsonらによって初めて報告された気胸に対する治療法であ

り<sup>5)</sup>、簡便ですみやかにエアリークの改善が見られ、肺機能の低下が少ない点が利点とされている<sup>6)</sup>。なお、体重に比例して使用量を決めるべきであり、1 ml/kgの自己血が必要とされている<sup>7)</sup>。本剖検では、右肺は全体的に壁側胸膜と線維性癒着し、上葉中心にして広範に血塊による被覆が見られ、病理組織学的には前回入院時の自己血パッチによる胸膜癒着術は一定の効果があったのではないかと推測される所見であった。

今回はCOPDに対して気管支肺炎を合併し、さらに気胸の再発を引き起こし、呼吸不全によって死亡した。病理組織学的には、肺全体に広範に気腫性変化が広がっており、気胸の再発の原因となった箇所の同定は困難であったが、前回治療した部分は自己血パッチによって広範に被覆されており、前回気胸が発生した部分とは別部位より気胸が再発したと考えられる。今回は気管支肺炎の合併も生じており、全身状態は悪化、胸膜癒着術を検討するも施行できるような全身状態ではなかった。本症例では再発気胸に対して施行できなかったが、病理組織学的には気胸に対する自己血パッチによる胸膜癒着術は有効な手段と考えられた。

#### 謝辞：

呼吸器内科 東正人先生、臨床研修医 田中拓、永田恵蔵、三輪志織先生や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) COPD（慢性閉塞性肺疾患）診断と治療のためのガイドライン. 日本呼吸器学会COPDガイドライン第3版作成委員会/編, メディカルレビュー社, 2009.
- 2) Cosio MG et al.: Inflammation of the airways and lung parenchyma in COPD: role of T cells. *Chest*121(5 suppl):160S-165S, 2002.
- 3) Tetley TD et al.: Macrophages and the pathogenesis of COPD. *Chest*121(5 suppl): 156S-159S, 2002.
- 4) Stockley RA et al.: Neutrophils and the pathogenesis of COPD. *Chest*121(5 suppl): 151S-155S, 2002.
- 5) Robinson CL et al.: Autologous blood for pleurodesis in recurrent and chronic spontaneous pneumothorax.

Can J Surg30(6): 428-429, 1987.

6) Ufuk Cobanoglu et al.: Autologous blood pleurodesis:  
A good choice in patients with persistent air leak. Ann  
Thorac Med4(4): 182-186, 2009.

7) Cao Gq et al.: Intrapleural instillation of autologous  
blood for persistent air leak in spontaneous  
pneumothorax in patients with advanced chronic  
obstructive pulmonary disease. Ann Thorac Surg93(5):  
1652-1657, 2012.



Figure 1 : 右肺は上葉中心にして広範に血塊が付着する

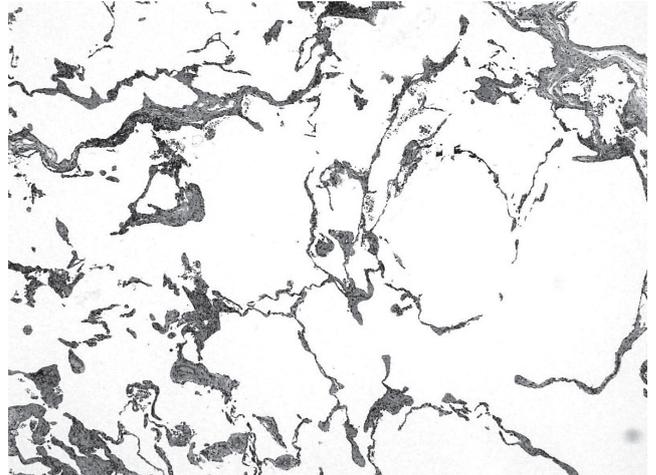


Figure 2 : 全体的に肺胞壁の破壊が目立ち、中等度～高度の肺気腫が広がる

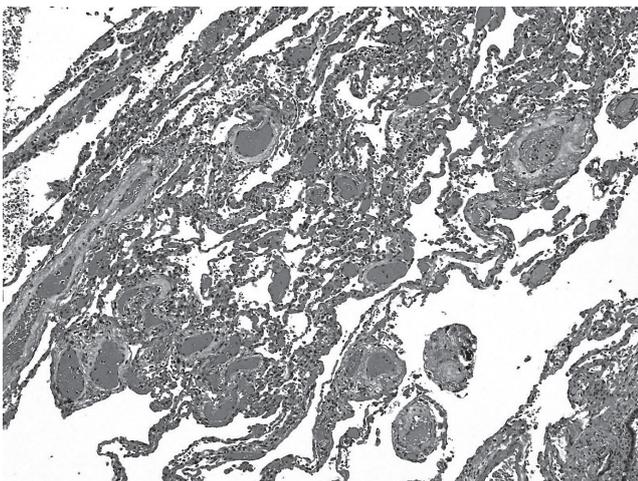


Figure 3 : 肺組織では全体的に血管内の血栓形成が散見される

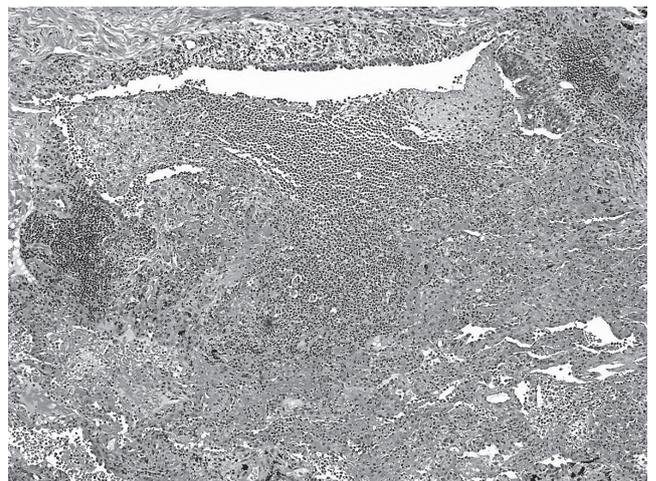


Figure 4 : 肺組織の一部で膿瘍を形成し、気管支壁の破壊も見られる

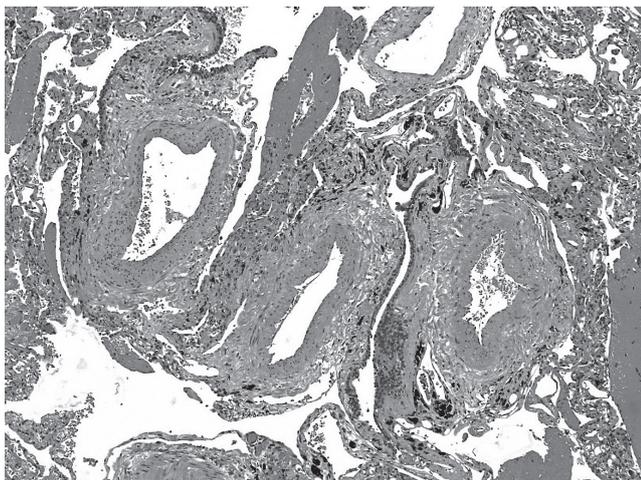


Figure 5 : 筋性型動脈の中膜肥厚と血管走行の軽度蛇行が見られる

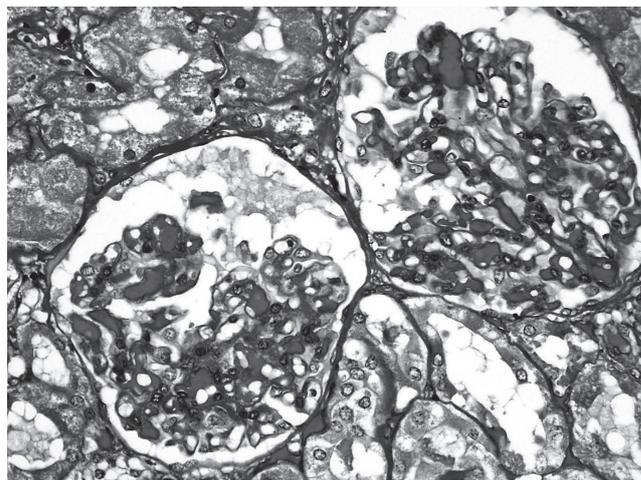


Figure 6 : 腎では多くの糸球体で糸球体内の血栓形成を認める

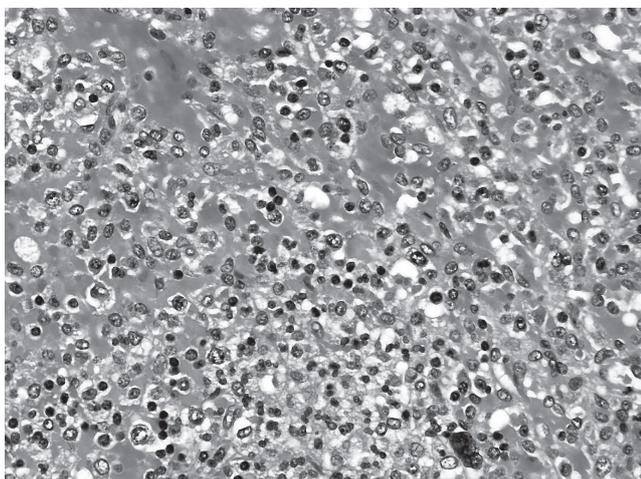


Figure 7 : 脾臓では少数の好中球が散見される

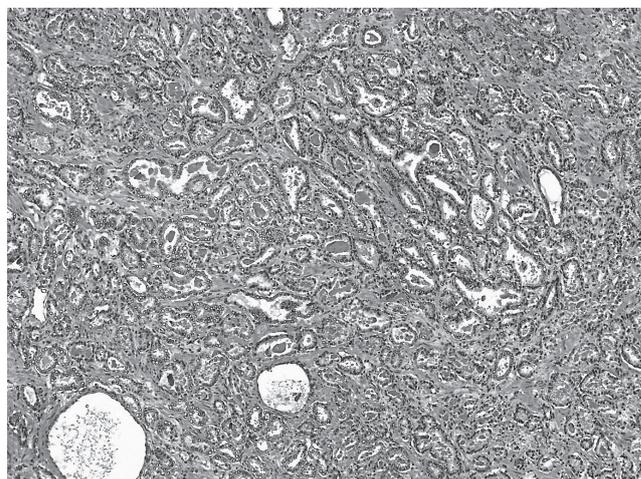


Figure 8 : 前立腺の一部にて、2層性を喪失した小型異型腺管の密な増殖が見られる

## 今、何故口腔ケアなのか ～歯周病と全身疾患を考える～

沖縄県立南部医療センター・こども医療センター  
歯科口腔外科 医長 比 嘉 努

### はじめに

平成24年度診療報酬改定において、チーム医療や医科歯科連携推進の観点から、周術期の包括的な口腔機能管理等が評価され具体的に診療報酬点数として反映されるようになった。口腔機能の管理、介入をすることで在院日数の削減効果、抗菌薬投与期間の短縮、術後回復過程に及ぼす効果、医療費削減の効果などが期待されていることだと思う。

ここでは、このような背景を踏まえて口腔ケアの重要性から現在報告されている歯周病と全身疾患の関わりと併せて述べたいと思う。

### 口腔ケアの目的と意義

日本口腔ケア学会では、口腔ケアとは「口腔の疾病予防、健康保持・増進、リハビリテーションによりQOLの向上をめざした科学であり技術」と定義している。

口腔ケアには、口腔清掃を目的とした器質的口腔ケアと口腔機能の維持・回復を目的とした機能的（専門的）口腔ケアが含まれる。言葉だけから推察され

るいわゆる器質的口腔ケアが、院内で一般的に知られている口腔ケアのことと思われる。しかし、実は専門職による機能的（専門的）口腔ケアすなわち専門的口腔清掃（スケーリングや状況に応じた専用器具の使用法指導など）や口腔機能の維持・回復（う蝕治療、抜歯、歯周病治療、保存処置、補綴処置など）を行うことで管理し易い環境を整えてあげることが重要であることを知ってほしいと思う。例えば、写真1のような状態での口腔ケアだと口腔内の粘膜炎や下顎前歯部の鋭縁部に舌尖部がくい込み、ケアの度に粘膜や舌からの出血を生じてしまうことで、一般病棟でのケア対応に躊躇することはないだろうか。写真2のように抜歯やスケーリングなどの専門的な介入を行うと器質的口腔ケアが医療スタッフはもとより患者自身の介入が容易になることは自明のことだと思う。

千葉大学医学部附属病院における介入試験において、単なる口腔ケアだけではなく、歯科医師・歯科衛生士により実施された専門的な口腔機能の管理による効果が、平成25年11月中央社会保険医療協議会



写真1 化学療法中、口内炎および舌尖部に潰瘍が認められる。



写真2 下顎前歯部抜歯および口腔ケア介入後、舌尖部褥瘡性潰瘍、口内炎の改善が認められた。

総会(第259回)の専門委員の資料として提出された。その中で、口腔機能の管理による在院日数の削減効果が様々な診療科(歯科口腔外科、消化器内科、心臓血管外科、小児科、血液内科)において統計学的に有意に認められ、その効果がほぼ10%以上あることが明らかになった(表1)。また、心臓血管外科術後の回復過程に及ぼす効果についても報告された<sup>1</sup>。

そもそも、何故口腔ケアが必要なのだろうか。口の中には多くの細菌の存在が知られている。未同定の細菌を含め、約700種類の細菌が生息し唾液1gの中には1000万個、歯垢1gの中には10億個の細菌が存在すると言われている。

個々の細菌は、病原性が低いため単独で疾患を起こすことはないが混合感染の様式をとる歯周病はその代表疾患といえる。

口腔内細菌と全身との関わりで言えば、W. Hunterは歯科の慢性炎症が原病巣となり遠隔の組織に炎症性の疾患を惹起する可能性を1900年にOral Sepsisとして提唱した<sup>2</sup>。

F. Billingはこの仮説を裏付ける研究を進め、Focal Infection(病巣感染)という概念を発表し<sup>3</sup>、1960年代になり歯周病の原因がプラークであることが証明された。

歯科疾患が関連する病巣感染は、とくに歯性病巣感染として定義された<sup>4</sup>。

1999年に米国歯周病学会(AAP: American Academy of Periodontology)が発表した歯周疾患の分類の中に内分泌系が関連するもの、血液疾患が関連するものとして「全身性因子に修飾される歯肉炎」が明記された<sup>5</sup>。

日本歯周病学会では、AAPでの分類を参考に2006年に歯周病分類システム(2006)として「病原因子による歯肉炎の分類」や「リスクファクターによる歯周炎の分類」として歯周病との関連が盛り込まれるようになった。

そこで、歯周病に与えるリスクファクターと、近年いろいろと報告されている歯周病が全身の状態に与える影響について考えてみたいと思う。

歯周病のリスクファクターは、以前から因子分析や重回帰分析などの統計学的手法によって解析され、加齢、歯周病原性細菌の有無、歯肉縁下歯石、糖尿病などの全身疾患、ストレス、教育レベル、喫煙習慣などもまた歯周疾患の発症・進行に関連していることが明らかにされている<sup>6</sup>。

つい十数年前まで、成書に書かれていた「歯周病」についての内容は、歯周疾患の病因、リスクファクター、歯周外科処置などが中心であった。その中でも、インプラント治療の普及と共に歯周疾患に対する治療などの組織誘導再生術(guided tissue regeneration: GTR)<sup>7,8</sup>や骨誘導再生術(guided bone

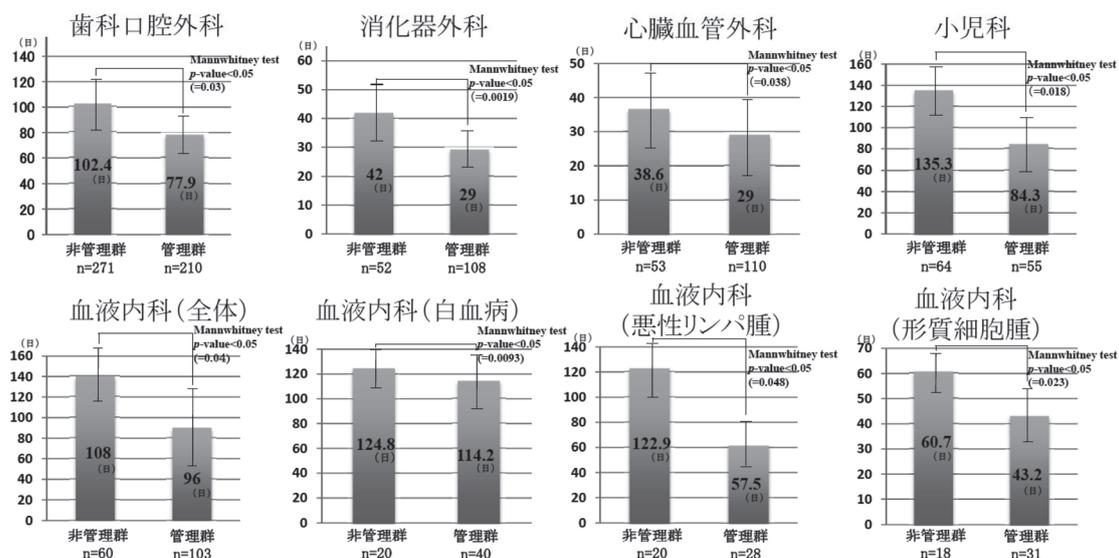


表1 口腔機能の管理による在院日数に対する削減効果

厚生労働省：中央社会保険医療協議会総会(第259回)議事次第、歯科医療(その2)について、専門委員提出資料より引用

regeneration: GBR)<sup>9</sup>が主流となっていた。これらは、あくまでも局所的な内容であり全身との関わりが話題になることはほとんど無かったように思われる。

近年、歯周病が全身の状態に与える影響について様々な報告がなされるようになってきた<sup>10</sup>。歯周病と全身疾患との関わりについて少し述べたいと思う。

### 歯周病と糖尿病との関係

糖尿病の6番目の合併症とも言われている歯周病は、糖尿病と相方向性にあり糖尿病が歯周病を悪化させる一方、歯周病の存在が糖尿病を悪化させることも知られている。

Taylorらは、歯周病を有する2型糖尿病患者を2年以上追跡し、HbA1cとの関係を調べアタッチメントレベル（セメント-エナメル境からポケット底までの距離）が6mm以上の場合、HbA1cが2年後に9%以上である機会は4.6倍高く、血糖のコントロールに影響することを報告した<sup>11</sup>。

Janketらは、歯周病が糖尿病に及ぼす影響に関する論文をメタ分析し、歯周治療開始時のHbA1cが7.96～10.7%の場合、2型糖尿病では歯周治療をすることにより、HbA1cが-0.7%減少することを報告している<sup>12</sup>。

糖尿病の歯周組織に対する影響としては、慢性的な高血糖の状態にあるとマクロファージや好中球が活性酸素を産生する機能が低下するため、歯周病細菌の感染が起こりやすくなるとされている<sup>13</sup>。歯周病が糖尿病に影響する機序としては、歯周病細菌がlipopolysaccharide (LPS、内毒素)といった病原因子を産生し、これに宿主側が反応し腫瘍壊死因子TNF- $\alpha$ やIL-1などの炎症性サイトカインが産生されインスリン抵抗性を惹起すると考えられている<sup>13</sup>。

### 歯周病と循環器系疾患

歯周病の患者で、心冠状動脈のバイパス手術を受けた人の血管壁から歯周病原菌の検出を行うと、25%程度の患者から菌が認められ<sup>14</sup>、検出率と患者の歯周病の程度を比較すると、明らかに歯周病の重症な患者の方が *Porphyromonas gingivalis*, *Aggregatibacter (Actinobacillus)*

*actinomycetemcomitans*, *Treponemadenticola*の検出率が高くなっていったとの報告がある<sup>15</sup>。

歯周病は、将来起こる可能性のある循環器疾患のリスクを、歯周病の無い人と比べて約19%増加させる<sup>16</sup>。

これまでの報告によると歯周病に罹患した人は罹患していない人に比べ、1.5～2.8倍心臓血管疾患を発症しやすいことや心臓血管疾患の原因となるアテローム硬化性動脈硬化症の程度が歯周病と関連することが示されている。

炎症性サイトカインが、血行性に心臓や血管に移行し、血管内皮細胞やアテローム中のマクロファージが活性化することにより、心臓血管系の梗塞を引き起こすのではないかとの報告もいくつかなされている。

他に血管系で言えば、閉塞性血栓性血管炎の一種であるバージャー病と歯周病の関連について検討がなされ、全てのバージャー病患者は中等度から重症の歯周病と診断され、また患部の血管試料のほとんどからは歯周病菌が検出された一方、正常血管試料からは歯周病菌は検出されなかったことが報告されている<sup>17</sup>。

### 歯周病と早産・低体重児出産

1996年にOffenbacherらは、アタッチメントレベル3mm以上の部位が口腔内の60%以上の妊婦の早産・低体重児出産のリスクは7.5倍であったと報告した<sup>18</sup>。

2007年にVergnesらが行ったメタ分析による報告では、早産・低体重児出産に対し2.83倍、早産に対して2.27倍、低体重児出産に対しては4.03倍であったとしている<sup>19</sup>。

Gazollaらは、歯周病を有する妊婦と歯周組織が健康な状態の妊婦と早産・低体重児出産の発現率を確認した。その結果、早産・低体重児出産の発現率は、歯周組織状態が健康であった妊婦で4.1%、歯周病であり歯周治療を受けた妊婦で7.5%であったのに対し、歯周病だが治療を受けなかった妊婦は79.0%であったことを報告した<sup>20</sup> (図1)。

歯周病は、慢性炎症性疾患であり、歯周病局所ではIL-1、TNF- $\alpha$ 、PGE<sub>2</sub>等の炎症性物質の上

昇が認められる。これらは分娩に関わる物質と共通のものが多い。そのため、歯周病の妊婦は分娩の後期に至る前に、これらの物質が早期に上昇し、その影響で分娩時期の前に頸管熟化と子宮収縮が引き起こされ、その結果、早産になるのではないかと考えられている<sup>21</sup> (図2)。

### 歯周病と誤嚥性肺炎

唾液中の主として歯周病関連細菌は、誤嚥により肺炎を引き起こし、特に歯周病を有している患者では顕著であることが知られている<sup>22</sup>。

2001年に米山らによって、口腔ケアを行うことによって誤嚥性肺炎の発症率、発熱発生率、肺炎による死亡率においても、いずれも口腔ケアを実施した群のほうが有意に低かったことが報告された<sup>23</sup> (表2)。

口腔内細菌が、呼吸器感染症に関与するメカニズムについて一般的に以下のように考えられている。

①口腔内細菌の肺への吸引。②唾液中の歯周病関連

酵素が粘膜面を変化させ、呼吸器感染症の病原体の付着、集落形成を促進する。③唾液中の歯周病関連酵素が、病原体細菌上の唾液由来のペリクルを破壊する。④歯周組織由来のサイトカインが呼吸器上皮を変化させ、呼吸器感染症の病原体による感染を促進する<sup>24</sup>。

このようなことからわかるように、口腔内の機能的(専門的)口腔ケアと常日頃の器質的口腔ケアは重要なのである。

S.T.Sonisらは、化学療法による副作用で口内炎が systemic infection (全身感染症) の重大リスクであるとしている。また、口内炎と好中球減少の双方を持つ患者が敗血症になる相対リスクは口内炎を持たない場合の4倍以上として報告している<sup>25</sup>。

口内炎が生じないようにするためにも、化学療法開始前に口腔ケア(器質的、機能的)介入し、口腔内の細菌を可能な限り少なくするとともにセルフケアや摂食指導を行う包括的口腔ケアが重要である。

このように考えると、化学療法を行う患者のみならず摂食機能障害、誤嚥性肺炎、放射線治療、造血幹細胞移植、ICU患者などといったほぼ全ての患者に包括的口腔ケアがあてはまるのではないかと思う。

歯周ポケット内の *Porphyromonas gingivalis* や *Aggregatibacter actinomycetemcomitans* など10数種類のグラム陰性嫌気性菌が歯周病原菌として歯周病の発症・進行に関与している<sup>26</sup>。

歯周病は、慢性炎症性疾患だということに違和感を覚えるヒトも少なくないと思う。28本の歯の全周に5mmの歯周ポケットが形成されたと仮定した場合、ポケットに面するポケット上皮の面積は成人の

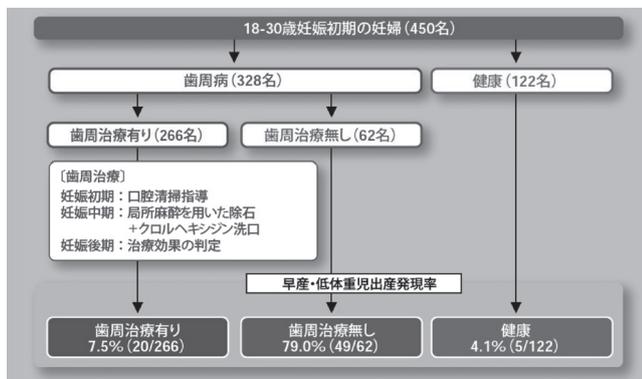


図1 歯周治療が早産・低体重児出産に及ぼす効果  
奥田克爾編：オーラルヘルスと全身の健康「すべての女性が知っておくべきこと」：14-16,2007。より引用

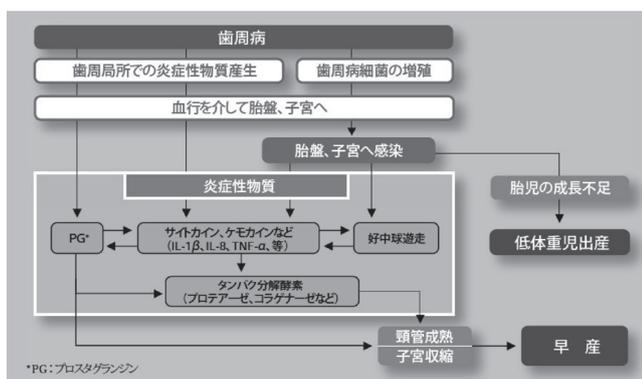


図2 歯周病と早産・低体重児出産との関連のメカニズム  
奥田克爾編：オーラルヘルスと全身の健康「すべての女性が知っておくべきこと」：14-16,2007。より引用

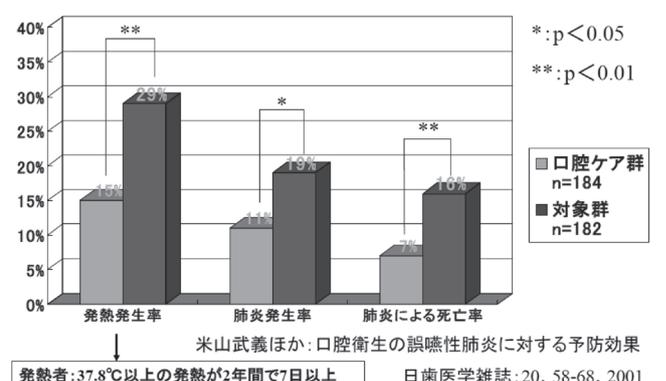


表2 口腔ケアの誤嚥性肺炎に対する予防効果

手掌とほぼ同程度のになると言われている<sup>26</sup>。イメージから想像されるより、はるかに大きな炎症巣が恒常的に存在している<sup>26</sup>ことが、想像できると思う(図3)。

褥瘡の場合、細菌感染の種類により重篤化や難治性で治療に難渋することもあるため院内でのケアが徹底されている。

重度の歯周病では、手掌サイズの潰瘍化した歯周ポケット内から歯周病原性細菌やその内毒素が全身へと侵入するのである。このように考えると、褥瘡に対するケアの考えと何ら変わることは無いと思う。

### まとめ

最後に、総合病院における歯科口腔外科の役割として、これまで一般的な歯科疾患から腫瘍、奇形・変形等の治療に対応してきた。

今後は、診療科単独の治療のみではなく、医療の質を高めるための治療の一つとして、病院全体に目を向けた包括的口腔ケアがこれからの医療には必要なことだと思う。ただ単なる清拭としての口腔ケアではなく、専門的処置による口腔機能の維持・回復を図り包括的な口腔ケアを行うことは重要なことである。患者及びスタッフ教育、また取り組みに対する評価を行うことでより良い内容の充実が図れると考えている。

しかし、包括的口腔ケアを当科のみで行うことは不可能である。専門的な口腔ケア介入後、各病棟ス

タッフによる常日頃からの口腔ケアの介入が必要だからである。マンパワー不足は否めないところであるが、当科における診療の柱の一つとして取り組んでいこうと考えている。

### 引用文献

- 1) 厚生労働省：中央社会保険医療協議会総会（第259回）議事次第。歯科医療（その2）について。専門委員提出資料。
- 2) Hunter, W.: Oral sepsis as a cause of disease. Br Med J, 1: 215-6, 1900.
- 3) Billings, F.: Focal Infection as the cause of general disease. Bull N Y Acad Med, 6: 759-73, 1930.
- 4) 奥田克爾：「歯性病巣感染」温故知新。歯科学報。110: 288-91, 2010.
- 5) Armitage RJ, et al.: 1999 International workshop for a classification of periodontal diseases and conditions, Annals of Periodontology, DeForest A, The American Academy of Periodontology, Chicago IL, USA, 1-223, 2001.
- 6) 雫石聰, 他：歯周病と喫煙習慣。歯科医展望, 84: 753-766, 1994.
- 7) Nyman, S., Karring, T., Lindhe, J. and Planten, S.: Healing following implantation of periodontitis-affected roots into gingival connective tissue. J.Clin. Periodontol, 7: 392-401, 1980.
- 8) Nyman, S., Gottlow, J., Karring, T. and Lindhe, J.: The regenerative potential of the periodontal ligament. An experimental study in the monkey. J.Clin. Periodontol.: 257-265, 1982.
- 9) Lindhe, A., Alberius, P., Dahlin, C., Bjurstam, K. and Sundin, Y.: Osteopromotion: A soft-tissue exclusion principle using membrane for healing and bone neogenesis. J. Periodontol. 64: 1116-1128, 1993.
- 10) 島内英俊：歯周病と全身疾患のEBM. Preventive Periodontology (鴨井久一・他編)。医歯薬出版, 2007, 68-77.
- 11) J Periodontol.: Severe periodontitis and risk for poor glycemic control in patients with non-insulin-dependent diabetes mellitus. Oct; 67(10Suppl): 1085-93, 1996.
- 12) J Dent Res.: Does periodontal treatment improve glycemic control in diabetic patients? A meta-analysis of intervention studies. Dec; 84(12): 1154-1159, 2005.
- 13) 山下喜久ら。口腔と全身の健康の相互関連性解明のア

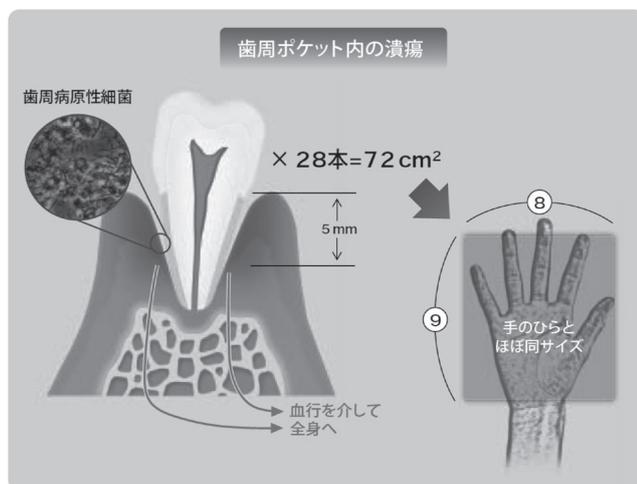


図3 重度の歯周炎では歯周病原性菌やその内毒素が、手のひらほどにもなる歯周ポケット内縁の潰瘍化した部位から全身へと侵入する。

奥田克爾編：オーラルヘルスと全身の健康「先進国で激増する肥満と歯周病の関係」：19-20,2007. より引用

- プローチ. 保健医療科学, 63(2). 114-120, 2014.
- 14) 石原 和幸 他: 冠状動脈疾患からの歯周病原菌検出. 日本歯科医学会誌, 24: 71, 2005.
- 15) Ishihara K, et al.: Correlation between detection rates of periodontopathic bacterial DNA in carotid coronary stenotic artery plaque and in dental plaque samples. J Clin Microbiol, 42: 1313, 2004.
- 16) Janket et al.: Meta-analysis of periodontal disease and risk of coronary heart disease and stroke. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Radiol Endod, 95: 559-569, 2003.
- 17) Iwai T.: Oral bacteria in the occluded arteries of patients with Buerger disease. J Vasc Surg, Jul; 42(1): 107-115, 2005.
- 18) Offenbacher, et al.: Periodontal infection as a possible risk factor for preterm low birth weight. J Periodontol, 67(10 Suppl): 1103-13, 1996.
- 19) Vergnes, J.N. and Sixou, M.: Preterm low birth weight and maternal periodontal status: a metaanalysis. Am.J. Obstet. Gynecol., 196: 135. e1-135. e7, 2007
- 20) Gazolla CM, et al.: Evaluation of the incidence of preterm low birth weight in patients undergoing periodontal therapy. J Periodontol, 78: 842, 2007.
- 21) 奥田克爾編: オーラルヘルスと全身の健康「すべての女性が知っておくべきこと」: 15-17, 2007.
- 22) Finegold, S.M: Aspiration pneumonia. Rev. Infect. Dis, 13 Suppl. 9: 737-742, 1991.
- 23) 米山武義, 他: 要介護高齢者に対する口腔衛生の誤嚥性肺炎予防効果に関する研究. 日本歯科医学会誌, 20: 58-68, 2001.
- 24) 米山武義: 歯周病と全身疾患—歯周病と誤嚥性肺炎. 医学のあゆみ. Vol.232 No.3 医歯薬出版株式会社, 東京,: 196-197, 2010.
- 25) S.T.Sonis.: Mucositis of a biological process a new hypothesis for the development of chemotherapy induced stomatotoxicity. Oral Oncology, 34: 39-43, 1998.
- 26) 北村正博, 村上伸也: 歯周医学 (Periodontal Medicine) —歯周病と全身疾患, 医学のあゆみ. Vol.232 No.3 医歯薬出版株式会社, 東京, 161-166, 2010.

## 先天性内反足の最新の知見 —Ponseti 法ってなに？—

小児整形外科 金城 健

### はじめに

先天性内反足は、生まれつき足が尖足・内反・内転位をとり徒手矯正困難な先天性の足の形態異常である(図1)。病態は、先天性な足部の骨の低形成や配列異常であり、その原因はいまだに明らかとなっていない。足の変形が明らかなので出生直後に診断がつき、産科医や小児科医により紹介されることが多い。従来は新生児期に見つけ次第尖足変形の要素を徒手的に矯正し、生後4ヵ月を過ぎてから残存した変形に対して広範囲軟部組織解離術が行われるのが標準的治療であったが、日本では2005年頃からPonseti法が標準的な治療法となっている。早期治療が原則で、出生直後の出来るだけ早い段階からの石膏ギプスでの矯正を行う必要がある。Ponseti法の概要と当院での短期治療成績を合わせて報告する。



図1. 先天性内反足

### 従来の治療

従来は生後3ヵ月頃までの徒手ギプス矯正後、Denis Browne 副子で1歳頃まで待機して、広範囲軟部組織術(後包解離術、後内方解離術、距骨下全周解離術など)が行われていた。手術時期が1歳頃であるため、整形外科への紹介が多少遅れても乳児期であれば問題はなかった。

### Ponseti法<sup>3)</sup>

まず出生直後の出来るだけ早い段階から徒手矯正ギプスを1週おきに原則として合計5回行い、尖足以外の内転・内反変形の矯正を行う(図2)。Ponseti法の原法に基づいた内反足の矯正を正確に行うには熟練した技術が必要となる。徒手矯正ギプス後の残存した尖足に対してアキレス腱皮下切腱を施

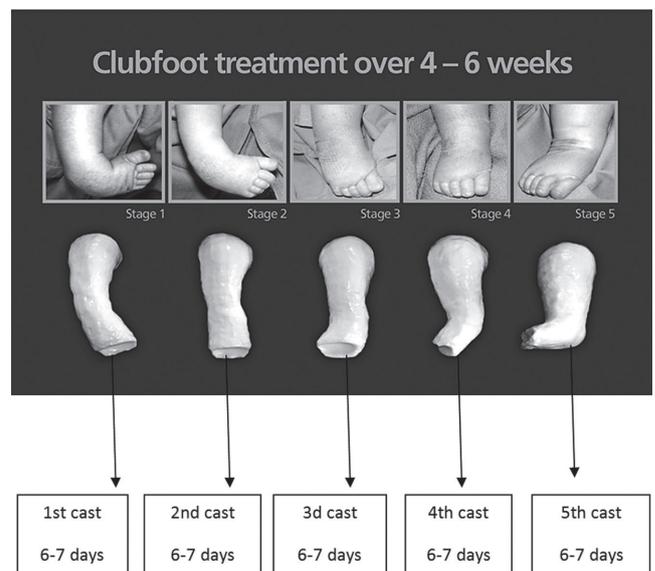


図2. Ponseti法: serial cast 矯正

行し、術後は3週間のギプス固定を行う。アキレス腱を切離しても再生し機能的にも問題ないことは超音波の報告でも確認されている<sup>4)</sup>。アキレス腱切離は、Ponsetiらは外来で局所麻酔下に行うが当院では入院して全身麻酔下に行っている。ギプス除去後は足部外転装具の夜間着用を4-5歳頃まで継続して行う(図3)。Ponseti法と従来法の大きな違いは徒手矯正法で、Ponseti法の外科的侵襲はアキレス腱切離のみで侵襲が小さく、拘縮が少なく痛みが少ない足を保つことが出来る可能性があると期待されている。

### Ponseti法 vs 従来法

筆者は2011年に先天性内反足に対するPonseti法の短期治療成績を距骨下全周解離術施行例と比較して報告し、X線学的にPonseti法で治療を行った方が優れていたことを報告している<sup>1)</sup>。またDobbsらは長期成績でもPonseti法の臨床成績が有意に良い成績であったと報告している<sup>2)</sup>。米国でPonseti法が急速に普及した背景にはインターネットがあり、1990年代になり治療を受けた患者のインターネット情報からPonseti法が広く普及し、2000年頃から世界標準の治療法となり、日本では2005年頃から標準的な治療となっている。

### 当院におけるPonseti法の短期治療成績

当院では2008年からPonseti法を導入し、加療を行っている。2013年3月31日までの診療録を後方視的に調査し、当科で治療を開始した症例で二次性内反足を除外し、外来フォロー中連絡が取れなくなっ



図3. 足部外転装具

た2例3足を除外した17例21足を対象とした。男児16例20足、女児1例1足。両側罹患4例、片側罹患13例:右11足・左10足で最終調査時年齢平均2歳0ヵ月であった。初診時日齢平均13.6日、矯正ギプス回数平均8.5回、全例アキレス腱切離を施行した。足関節背屈角度は平均24.0度であった。足関節背屈角度は再発の指標として臨床的に重要とされるので20度以上を優、0度以下を不可として定義した場合5度の一例と、10度の2例、合計3例が可となった。再発と判断し再ギプス矯正が必要であった症例は2例2足で9.5%、広範囲軟部組織解離が必要になった症例はいまのところなかった。Ponseti法の導入に伴い当院において1歳前後に行ってきた侵襲の大きな軟部組織解離術の頻度を劇的に減らすことができた。Ponseti法は先天性内反足に対し幼児期の手術を回避し、足部の柔軟性を保つ有効な治療法であった。

### おわりに

日本では先天性内反足に対する標準的な治療はPonseti法となっているが、産科や小児科では広く知られていないのが現状である。出生直後早期からの徒手矯正ギプスでの治療開始が望ましく、先天性内反足が疑われる場合は当科への早めの受診が望ましい。

### 参考文献

- 1) 金城健, 北純ほか: 先天性内反足に対するPonseti法の短期治療成績. 日小整会誌 20(2): 343-347, 2011.
- 2) Dobbs MB, Nunley R, Schoenecker PL: Long-term follow-up of patients with clubfeet treated with extensive soft-tissue release. J Bone Joint Surg 88A: 986-996, 2006.
- 3) Lynn Staheli: 先天性内反足: Ponseti法第3版. Global Help
- 4) Hisateru Niki, Hiroshi Nakajima, Takaaki Hirano, et al: Ultrasonographic observation of the healing process in the gap after a Ponseti-type Achilles tenotomy for idiopathic congenital clubfoot at two-year follow-up. J Orthop Sci. Jan 2013; 18(1): 70-75.

国内外研修報告

## 膵癌早期診断を目指して ～ JA尾道総合病院における研修報告～

沖縄県立南部医療センター・こども医療センター 消化器内科 新 里 雅 人

### ○はじめに

膵癌は国内の死亡者数は男女計年間3万人を超え、国立がん研究センターの報告によると2013年部位別癌死亡数では、男性で5位（1位肺、2位胃、3位大腸、4位肝臓）、女性で4位（1位大腸、2位肺、3位胃、5位乳房）、男女計で4位（1位肺、2位胃、3位大腸、5位肝臓）であり、なお増加傾向にある。化学療法などの集学的治療法の進歩により、予後は改善傾向にあるが、2003～2005年の膵癌患者の5年生存率は7.1%であり依然予後不良の疾患である<sup>1)</sup>。

一方、2012年に発表された日本膵臓病学会の膵癌登録の成績によれば、腫瘍径1cm以下の症例では5年生存率が約80%であり、予後の改善には早期診断が必須であることが報告されている<sup>2)</sup>。

しかし悪性新生物に比し、膵癌の早期診断については、いまだ難しいのが現状である。

### ○尾道総合病院における研修

2012年5月第32回沖縄県IVR研究会（IVR: Interventional Radiology）にて、尾道総合病院診療部長・内視鏡センター長である花田敬士先生の講演を拝聴させていただき、地域医療連携に支えられた膵癌早期診断プロジェクトに興味を持ち、当院消化器内科及びその他内科スタッフの御協力いただき、2013年8月より、2014年7月までの1年間、同院での胆膵疾患に対する診療について研修をさせていただく機会を得た。

同院は393床ながら、地域がん診療連携拠点病院であり、後述する膵癌早期診断プロジェクトにより数多くの胆膵疾患症例が集まる。1年間での症例としては

- ・EUS（消化管を除く胆膵のみ）は124例（全体では501例）
- ・EUS下穿刺吸引細胞診（FNA）は14例（全体では84例）
- ・内視鏡的逆行性胆管膵管造影検査（ERCP）は208例（全体では553例）
- ・緊急ERCPは48例（全体では152例）
- ・ERCPの中では、内視鏡的経鼻膵管ドレナージ（ENPD）6例、管腔内超音波検査（IDUS）6例、経口胆道鏡（POCS）5例、経口膵管鏡（POPS）3例 など

膵癌のための検査のみならず、様々な手技を経験させていただいた。そして同時に尾道方式として知られる膵癌早期診断のためのStrategyを経験することが出来た。

### ○尾道市医師会膵癌早期診断プロジェクト （尾道方式）

2007年より尾道市医師会では、中核病院、地域連携施設の協働で、「尾道市医師会膵癌早期診断プロジェクト」を設立している。その実際は

1. 中核病院の膵臓を専門とする医師から連携施設の先生方に、膵癌診療ガイドラインに記載されている「危険因子（リスクファクター）」を啓発すること<sup>3)</sup>。

表1. 膵癌の危険因子 (膵癌診療ガイドライン 2013 より)

<p><b>CQ1-1 膵癌のリスクファクターとは何か？</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 家族歴：膵癌、遺伝子膵癌症候群</li> <li>2. 嗜好：喫煙、大量飲酒</li> <li>3. 合併疾患：糖尿病、肥満、慢性膵炎、遺伝性膵炎、膵管内乳頭粘液性腫瘍 (IPMN)、膵嚢胞</li> </ol> <p style="text-align: center;"><b>【推奨】</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 家族歴、合併疾患、嗜好などの危険因子を複数有する場合は、膵癌の高リスク群として検査を行うことが勧められる (グレードB)。</li> <li>2. 膵 IPMN と膵嚢胞は膵癌の前癌病変として慎重な経過観察が勧められる (グレードB)。</li> </ol>
--

2. 該当症例に対し、連携施設にて積極的に腹部超音波検査 (US) を施行していただくこと。

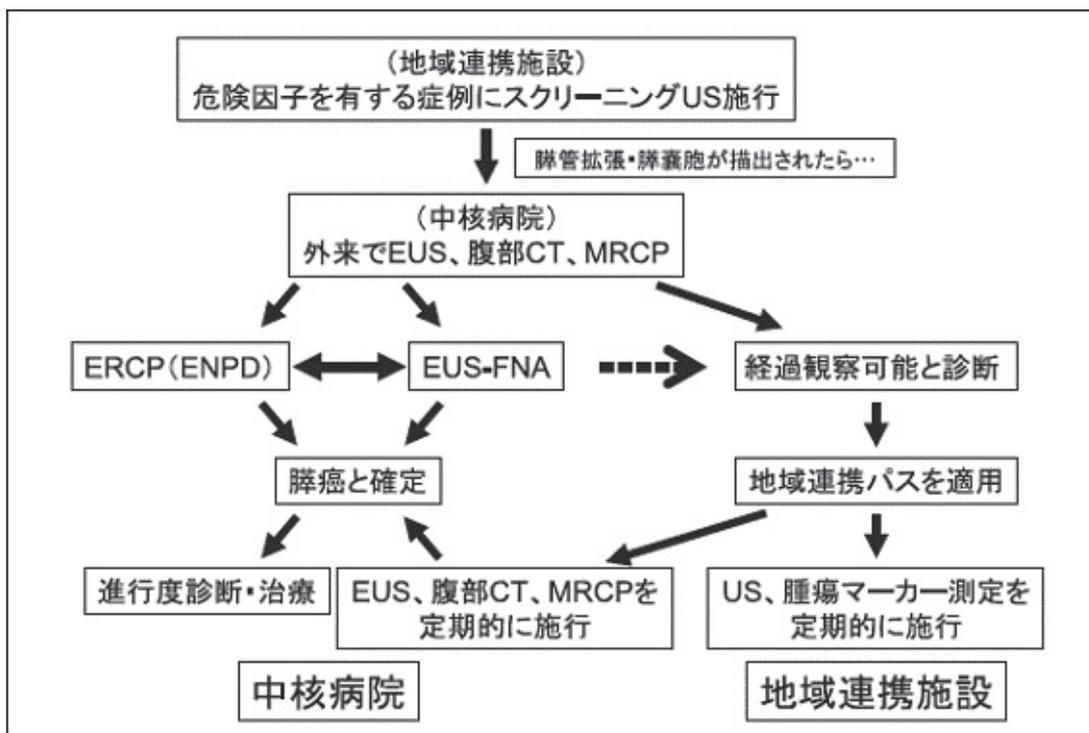
3. 軽微な膵管拡張、膵嚢胞性病変を発見した際には、無症状であっても一度は中核病院へ膵精査目的の紹介を行うこと。

以上の取り組みを行っていくものである。

精査に関しては、従来の腹部CTに加え、外来でも施行可能で且つ安全で侵襲の少ない超音波内視鏡

(EUS)、MR胆管膵管造影 (MRCP) を積極的に導入し、異常所見に応じてさらなる精査をすすめる。その結果経過観察となった場合は、原則としてUSの施行、およびCEA、CA19-9などの腫瘍マーカーを含む採血を地域連携施設で、腹部CT、EUS、MRCPなどを中核病院で分担し、定期的に経過観察を行う体制となっている<sup>4)</sup>。

表2. 膵癌早期診断プロジェクトの実際



その結果、2007年1月から2013年6月までに、膵癌疑いの患者が4966例受診（うち2950例は連携施設からの紹介）。精査の結果、338例を膵癌と確定診断し、うち早期診断に該当するStage0を13例、Stage I を28例診断することが可能であった。

予後追跡調査でも、同院診断症例の3年生存率は、早期診断プロジェクト導入前の2006年は7.4%であったのに対し、2007年症例では23.2%、2008年症例では22.8%と改善を認めており、早期診断が予後改善に大きな貢献を果たすことが証明されている。

#### ○最後に

膵癌の早期診断において、腫瘍の描出ではなく、リスクファクターからの積極的なUS介入により、膵管拡張や膵嚢胞などの間接的所見をスクリーニングに使用するという方法もさることながら、精査としてのEUSを主体とした画像診断、さらには病理学的診断に至るアプローチを経験し、その重要性を実感

した。

しかしそれ以上に医師会を主体として地域医療連携の中で体系化してきた同プロジェクトは驚くべきものであり、地域医療連携の大切さを再度確認するものであった。

当院においても、膵癌早期診断を始めとし、地域医療連携のさらなる充実を目指し、微力ながらその一役を担っていきたいと考える。

#### 文 献

- 1) 国立がん研究センターがん対策情報センターウェブサイト
- 2) Egawa S, et al : Japan Pancreatic Cancer Registry ; 30th Year Anniversary. Pancreas, 41, 985-992(2012)
- 3) 日本膵臓学会膵癌診療ガイドライン改訂委員会編:科学的根拠に基づく膵癌診療ガイドライン2013年版、金原出版
- 4) 花田敬士、飯星知博:膵がん早期診断の新たな展開、日本消化器病学会雑誌、110、2051-2059(2013)

# 1年間の看護学校研修を通して

4階小児病棟 看護師 當 間 紀 子

医療（看護）を取りまく環境は大きく変わり、国民の医療（看護）に対する期待は、提供される医療（看護）の質の向上へと転換しています。その中で臨床現場に必要とされる実践能力と看護基礎教育で修得する実践能力の乖離が生じ、現場では新人看護師のリアリティショックやバーンアウト、早期離職へとつながっている現状があります。

現任教育を担う立場として、どのような方法を講じなければならないのか考える必要に迫られていました。

今回、看護実践の質の向上、人材育成について学ぶことを目的に湘中央学園 浦添看護学校で1年間の研修を受ける機会がありましたので報告いたします。

研修は、教育実践能力基礎編、教育実践能力実践編、学生指導能力、コミュニケーション力を4つの柱とし、学校運営、教育課程に沿いながら研修を展開していきました。教育実践能力基礎編、実践編では教育の対象を理解し、教育方法や評価方法について学び、学生指導能力では生活、健康相談、個別相談などの場面での指導方法、コミュニケーション力では人間理解、人間関係構築、カウンセリングの方法などを実際に学生と関わりながら学んでいきました。

私自身、学生という立場で看護基礎教育を経してきましたが、「教える、育てるということ」については、学ぶ身であり、30年以上教鞭を取られた先生に指導者としてついていただきながら、講義や臨地実習を経験させていただきました。

当院では県内の看護大学や看護師養成所、県外からは通信制の看護師養成所から臨地実習施設として多くの看護学生を受け入れており、学生の教育に関わります。臨地実習での看護教諭の役割は、学生の感じたことや考えたこと、看護計画の具体的実践か

ら得られた患者の反応から、学生の体験を通して看護を意味づけさせる役割があります。一方、臨地での指導者（看護師）は、患者の安全を守り、現在の患者の状態を評価し、患者のゴールを見据えて、助言を行います。臨地実習指導者の助言は、机上で学習するよりもはるかに学びを深める時間になります。指導者にとっては、臨床で当たり前に行っている患者への声かけやケアや処置の場面、声掛けの場面を見学できることだけでも学生にとっては、とても重要なことで、その場面に指導者が学生のできる範囲のことを実施させることがその後の学生のモチベーションアップにも繋がっているようでした。

看護師の行っている療養上の世話の一つひとつに意味があり、学生にとっては参加できたということが、今後の看護に生かされていくのです。

指導者も患者を受け持ちながらの学生指導で一人ひとりのケアを経験させることはとても難しいことだと私自身思っています。しかし、学生の反応を見ていると指導者の影響を受け就職を決定している学生も少なくないことを知ることができました。臨床で働いている先輩看護師に憧れ、指導の方法が良かった、学生への関わりも良かったからと臨地実習や関わってくれた指導者の指導力が就職先を選択する条件に入っているようでした。実習生の受け入れの際は、厳しさと優しさを備えて、看護場面では学生に役割を与え、協働できたと実感させること、チームの一員として指導していくことも必要だと考えさせられました。

研修では、講義を担当する機会がありました。その中で失敗談もありました。教育の対象である学習者の社会背景やそれまでの教育背景の理解と年齢や経験で違いがあることを理解し、学生参加型の講義

を計画していました。実際の講義では緊張のあまり一方的な講義になってしまい、学生への質問すらできない状態でした。私の失敗は指導教員が学生へしっかりフォローされていたことはいうまでもありません。

助産師ということもあり、母性看護学の教育にも関わらせてもらいました。指導されている母性の先生から、教科書にあること以外に臨床でどのようなことが実際に起こっているのか、何をすべきなのかなど伝えてほしいというアドバイスで講義をさせていただきました。私自身、母性看護、助産学科で学んだ看護を振り返る機会につながりました。臨床現場にいた頃は、産後まもない母親の心理状況にじっくり寄り添うことなく、授乳ができることだけに集中し、母親の準備状況に合わせて保健指導を行っている状況がありました。ルバ・ルービンの愛着過程を踏まえて指導していくことの重要性を再認識すると同時に、理論へ立ち戻っていくことで、臨床に早くもどって看護がしたいと感じました。

母性看護学実習では、保健指導を中心に実習を展開していきます。学生の作成するパンフレットは臨床でも使いたいと思わせるほどの内容と色使いで、研修室で学生と一緒に色ペン、ハサミなど文房具片手に作成し、そのパンフレットが役に立った時の嬉しさは臨床では味わえないだろうと思いました。男子学生も女子学生と同様、母性看護学の実習を行います。私自身男子学生の実習には否定的な考えを持っていました。臨床では実際に男性看護師が母性の領域で働くことは稀であり、出産場面に夫と医師以外はそれぞれの役割がありますが、男性看護師の役割を見出すことができませんでした。しかし、実習では、出産場に立ち会った男子学生と父親が互いに声を掛け合い、その後の父親役割を指導できたことなどは、とても重要なことに感じました。また、初産で双胎を出産した母親を受け持った男子学生は、タンDEM授乳の方法を乳房モデルと人形を使用して指導し、搾乳の方法などはパンフレットを作成するなど、女子学生以上に実習に臨んでいるのを目の当たりにしました。目から鱗と言いましょか、ここまでするのかと男子学生への母性看護学実習に対する否定的な考えを改める機会になりました。男子学生は、

双子でも完全母乳で育てたいという母親の気持ちを捉え、どのような支援があればそのニーズを満たせるのか、褥婦が満足のいく方法を選択するにはどのような情報を提供する必要があるのかというところに着目し、褥婦のニーズをしっかりと理解し、褥婦との信頼関係を築きあげていました。難しい状況でも指導ができるということを実感し、性別にとらわれずに学ぶ必要があると感じさせられた場面でした。

浦添看護学校の母性の臨地実習は、南部医療センター以外の民間のクリニックでもあります。県立病院は、勤務していたところでもあり、緊張することなく学生と実習をすることができ、自由に母乳育児の指導を展開することができました。

県立病院の役割は、地域からハイリスク患者を受け入れる施設であり、受け入れる側の態勢しか知りませんでした。送る側のクリニックの状況を理解することができたことは今後の連携で重要なことでした。県立病院では、緊急時の対応はマニュアル化され、NICUもあり母子ともに対応できるように整備されており、アセスメントと同時にDrコールするとすぐに緊急処置ができる状況ですが、そのような条件が整っていない産科クリニックでは、緊急時を意識した判断を助産師が常に行っていました。助産師の判断が遅れると直接母子へ危険が及ぶという感覚を意識しており、送る側にいる助産師にはさらに高度なアセスメント能力が求められており、また送らなければならないという苦勞などを理解することもできたことは重要なことでした。

母性看護学実習の他、成人看護学では、循環器の病棟での実習や外科病棟での実習に参加させていただき、周手術期の看護、早期離床など学生とともに悩み臨床とは違う体験をすることができました。循環器病棟での実習では、循環器疾患の患者の運動量に着目し、学生と運動前後の血圧、脈拍の変化や日常生活動作での血圧の変動を保健指導に結びつけたことで学生は達成感を感じる事ができ、それが学生の実習の評価でも表れていました。

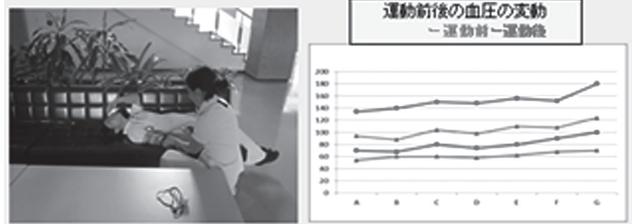
シミュレーション教育は、医療の高度化が進み、看護基礎教育での教育内容の充実が期待されており、リスクマネジメントの観点や臨床的な視点での学習効果が期待されていることから取り入れられてい

### 循環動態ってどのように変化するの？



カンファレンスの時間に、階段昇降、校内一周前後のバイタルの変動を実体験

### 血圧はこんなに変動してたの？



循環器の特有の運動をどの程度行えばよいのか血圧の変動を自分自身で体験することで、保健指導に繋げることができた

私自身は、頭で考えることが不得意なので、体を動かしてみるとすんなり理解できた。40を超えてからのダッシュは、ちょっと危険だと思いました

ます。

実習期間中、学内での実習で、「心筋梗塞を呈した患者への初期対応ができる」という目的でシナリオ作りから関わり、シミュレーションを実施でき、学生の学習意欲を湧かせるような取り組みに参加できたこともとても印象に残ったことでした。

1年間の研修では臨床で経験できないことを経験することができました。私自身は臨床に戻って、何をしていく必要があるのかと考えた時、看護部の理念に基づいた「人々の生命・人格・人権を尊重し関連する他部門と協働して質の高い看護を提供する」看護師を育成できるように学生や新人へ関わるのだと考えています。

学生や新人とともに倫理に照らして看護を振り返ることで互いに高めあえる存在になります。

煩雑な業務の中で、学生を指導することは難しいと思いますが、学生は、忙しい私たちに患者様との関わりや実際に行っている看護を振り返る機会をあたえてくれる存在だと思います。また、新人への教育も、自分自身の知識技術の振り返りにつながり、経験知を言語化することでより質の高い看護の提供に繋がると考えます。

1年間の研修では、研修先の浦添看護学校の先生方にとってもお世話になりました。また、このような研修が実現したこと、快く研修へ出してくださいました看護部長へ心から感謝しています。

院内活動報告

# 病院機能評価 病院の概要

院長 我那覇 仁

当院を紹介する前に、沖縄県の医療提供体制はどのようなものか、概要をお話いたします。沖縄県はご存じのように九州から台湾間にある南西諸島、この広い海域に位置しています。与論島までは奄美諸島、沖縄本島以南の与那国島までは琉球諸島となり、沖縄県の範囲は南北400Km、東西1,000Kmにおよぶ広大な島嶼県であります。160個の島々から成り立ち、そのうち有人は49島です。



沖縄県の保健医療圏をスライド2に示します。沖縄本島には北部保健医療圏、中部保健医療圏、南部保健医療圏があり、離島の宮古保健医療圏・八重山保健医療圏と合わせて5つの医療圏で成り立っています。私たちの県立南部医療センター・こども医療センターの位置する南風原町は本島の南に位置し、南部保健医療圏に入ります。また、沖縄県には16の離島診療所があります。特に県立南部医療センターは8つの離島診療所の親病院として離島住民の健康をサポートしています。



沖縄県は人口が増加しており、増加率は全国4番目に高い地域です。総人口は約140万人です。本島の面積の25%である南部保健医療圏に、実に半数の71万人が居住しており、最も人口密度が高い地域と言えます。



スライド3は私たちの病院の外観です。左上図は上空から見た写真ですが、中央で3つのウイングが繋がり、中央には検査室・放射線科・手術室があり、成人から子どもまでが効率的に医療を受けられるよう一つの建物にまとまっています。正面にこども病棟、左右に成人病棟が位置します。この病院は耐震構造・免震構造に優れており、スライド3の右上図に示したように、地下には病院全体を免震構造のバネが支えており、病院が浮いているようにも見えます。2年前に全国の公共建築賞を受賞しましたが、これは建物の造形の美しさと同時に、公共建築物として地域にどのように貢献したかということを建築

4

## 沿革、歴史

- 1953年 米国民政府は総合病院基本計画を策定し、琉球政府に対し、開放性的那覇病院を建設するよう指示した。 
- 1959年 琉球政府立那覇病院として開院。
- 1972年 本土復帰に伴い、沖縄県立那覇病院に名称変更 
- 1987年 那覇市与儀(琉球大学医学部附属病院跡)に改築移転
- 2006年 県立那覇病院、県立南部病院を廃止し、新しい基幹病院として・救命救急医療・小児医療・高度医療・周産期医療・卒後研修に重点を置いた当病院を開設。特に従来、重症の先天性心疾患の治療は本土に搬送されていたが、県内で治療が完結する、こども病院の設立が県民から切望されていた。現在では、治療成績は全国と較べても良好で、患者が成人に達しても、成人部門と協力し、継続して同一の病院でチーム医療を行える事が特徴である。 
-   
第7代院長 安次嶺馨
-   
第8代院長 下地武義
-   
第9代院長 大久保和明

5

## 理念

(2009年改定)

- 1 私たちは、県民がいつでも受診できる安心・安全な医療を提供します。
- 2 私たちは、患者の人権を尊重し、思いやりの心をもって、良い医療の提供をします。
- 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提供します。
- 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行きます。
- 8 沖縄県の基幹病院として職場環境に配慮し、健全経営に勤めます。 

から3～4年経て評価されるものです。この賞をいただいたことは、建築物としての評価だけではなく地域への役割、還元が認められた事を表していると思います。

稼働病床数は411床(許可病床434床)、職員は総勢1,000人を超す大きな組織です。そのうち医師は160人(研修医50人)、看護師は500人です。病院内は特に集中系(ICU, PICU, NICU, MFICU)が充実し、そしてこども病院の機能を併設した、こどもから大人、までの総合病院です。

病院の沿革をお話します(スライド4)。1945年の第二次世界大戦終戦後、沖縄県は米国の統治下になりました。1953年に米国民政府は総合病院基本計画を策定し、琉球政府に対し開放性的那覇病院を建

設するよう指示しました。1959年に琉球政府立那覇病院が設立され、1972年の本土復帰に伴い沖縄県立那覇病院に名称を変更しました。1987年に老朽化のため琉球大学附属病院跡に改築移転し、9年前の2006年に県立那覇病院と県立南部病院を統廃合し、新しい基幹病院として、救命救急医療・小児医療・高度医療・周産期医療・卒後臨床研修に重点を置いた沖縄県立南部医療センター・こども医療センターを開設いたしました。

特に従来、重症の先天性心疾患の治療は本土に搬送されていましたが、県内で治療が完結することも病院の設立が県民から切望されてきました。それにより現在では治療成績が全国的にも良好で、患者が成人に達しても成人部門と協力し、継続して同一の病院でチーム医療を行うことができる事が、当院の特徴の一つであると思います。

私で4代目の院長になりますが、新しい病院の初代院長は安次嶺馨先生で、電子カルテシステムの導入や南部地区初の救命救急センターを設立し、現在の病院の形を作っていただきました。2代目院長は下地武義先生で、日本医療機能評価機構の病院機能評価Ver.5の認定を受け、またDPCの導入にも尽力されました。3代目院長は大久保和明先生で、当時の沖縄県は県立病院の累積赤字が膨大に集積した中で、病院の経営再建に力を発揮されました。

病院の理念・基本方針について述べます(スライド5)。基本方針は、公的医療を提供すること、救急医療を365日24時間提供すること、こども病院としての機能があること、教育研修病院として良き医療人を育成すること、患者さんに対し可能な限り丁寧な言葉で十分説明し、セカンドオピニオンや同意を得られるよう努力すること、ボランティア活動を活発に行うこと、県民が誇る県民の病院として地域交流や国際交流を行うこと、沖縄県の基幹病院として職場環境に配慮し、健全な経営に勤めていくことです。

沖縄県は台湾・中国・韓国・東南アジアの方々が多く来沖し、その中で救急患者として当院には年間50人ほど救急センターを受診しています。また、JICAの研修生として毎年、東南アジアやアフリカの看護師を受け入れています。

6

### 職員へのメッセージ

院長講話 2014年4月9日

#### これまでの2年、これからの2年

県立南部医療センター・こども医療センター  
院長 我那覇 仁

診療部長・看護部拡大会議 2014年4月22日

#### 平成26年度看護部戦略

看護部長 照屋清子

第1回経営課方針発表会 2014年4月21日

#### 経営課の平成26年度

経営課長 牧田文博



7

### 当院の使命・役割と、最近の取り組み

院長講和より

- ・救急医療→救命・救急センター、ER型+ICU型混合の新しい救急体制への移行、南部医療圏の救急医療体制の確立
- ・小児医療→こども病院、小児総合診療科を発足し、研修の充実や病床利用の向上へ(小児の増床)
- ・周産期医療→総合周産期母子医療センター、MFICU、周産期ネットワーク
- ・医療圏および県全体の拠点病院→地域医療支援病院の認定、プロジェクトG.N.H. 地域医療連携強化
- ・高度多機能病院→DPC II 群病院獲得、PICU、NICU増床の検討(手術件数の増加、特に外保連指数の高い手術増)
- ・身体合併症をもった精神科医療→6階南病棟発足から1年(病棟再編)
- ・医師研修施設→ジェネラリストの医師の養成を目指す。持ち上がり後期研修医の増加(6人)、初期研修医15人のフルマッチング
- ・離島医療支援→全診療所巡回(院長、看護部長、事務長、放射線、薬局)
- ・第1種感染症指定病院、エイズ治療拠点病院→検疫所との合同訓練
- ・地域災害拠点病院→九州D-MAT訓練、九州沖縄災害時応援協定締結



次に職員へのメッセージです(スライド6)。病院機能評価でも非常に大きなウェイトを占めています。院長をはじめ管理職の考えている事を、職員へ細部まで伝えることは簡単ではありませんが、管理職と全職員を集め、院長講話として本年度の初めにメッセージを出しました。私は4月で院長になって2年余りですが、「これまでの2年、これからの2年」と題して、反省、課題や今後のビジョンについて詳しく話しました。また、照屋副院長兼看護部長は看護部において「平成26年度看護部戦略」について全看護師に話しました。病院経営の改善は病院の業務において大変重要ですが、牧田経営課長が平成26年度のビジョンを、特に経営課職員を中心にメッセージを伝えております。

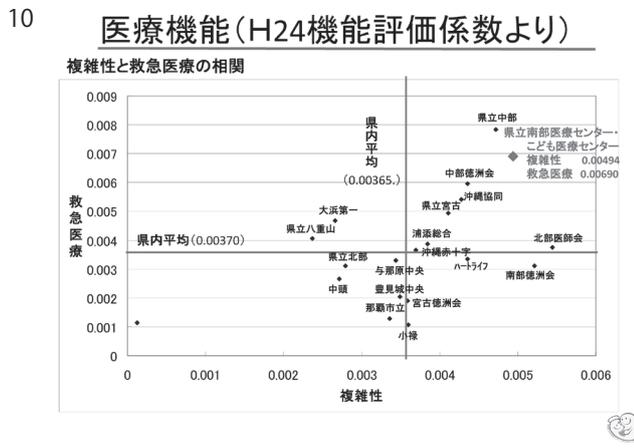
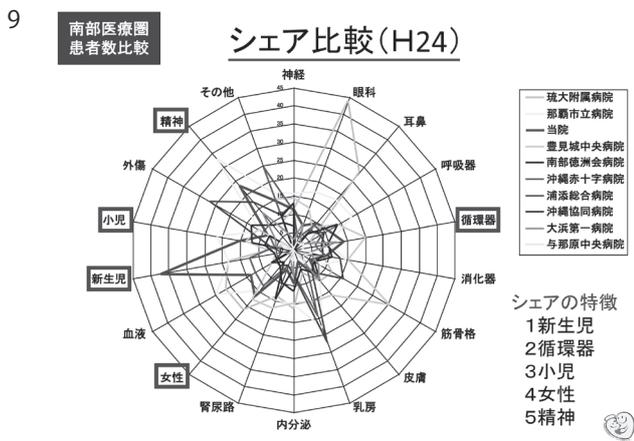
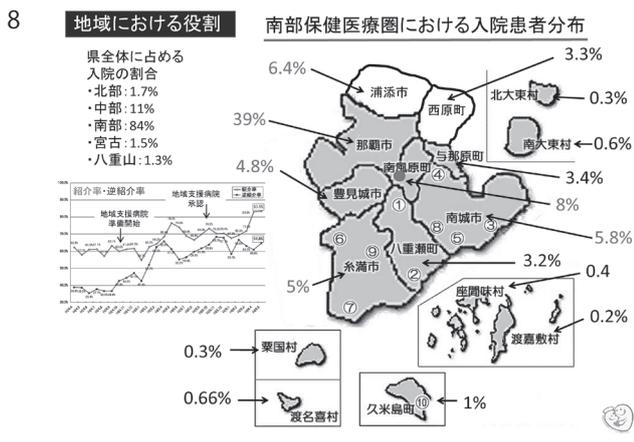
当院の使命・役割と最近の取り組みについて説明します(スライド7)。先ほども申し上げたとおり、2つの病院が統合し新しい病院として当院が設立さ

れましたが、新しい病院はいかにあるべきか、この病院はどういう立ち位置か、多角的に検討されました。設立当時から、那覇、南部地区にはこれまで無かった救命救急センターとして、365日24時間患者を断らない医療を行うことを目指してきました。今年から福岡大学の救命救急センターの協力を得て、ER型とICU型混合の新しい救急体制を4月からスタートし、スムーズに診療が行われています。そして小児医療ですが、当院はこども病院として、こどもの疾患の最終の砦として、「本土には患者を送らない」との気持ちを持って、小児医療を完結する姿勢で取り組んでいます。

最近ではジェネラリストという医師像が、どの科でも重要視されていますが、特に今年小児総合診療科を発足し、研修の充実に力を入れています。周産期医療に関しては、総合周産期母子医療センターは県内で2カ所ありますが、当院もNICU・GCUで30床、MFICUで6床あり、ハイリスクの母体・胎児、重症新生児に対する医療を行っています。周産期ネットワークのセンターが当院新生児科に置かれています。リスクの高い患者が県内全域にいる中で、新生児科・産婦人科を一元的にコントロールし、受け入れ病院を捜し、医療のバランスをとり、いつでも患者の要求に応えられる母体・新生児搬送システムを構築しています。

医療圏及び県全体の拠点病院では、昨年、地域医療支援病院の認定を受けました。それからプロジェクトG.N.H(元気、南部、ホスピタル)と言って前方支援・後方支援・在宅医療支援など多面的な活動をするため院内でグループを作成し活動しています。高度多機能病院として、全国で90施設しかない、県内では2番目のDPC病院II群を、今年指定されました。

身体合併症をもった精神科医療も特徴の一つです。県内全域で5,000床と数多くの精神科の病床がありますが、外科的な疾患、あるいは内科的疾患などを治療する精神科医療機関は数少ない状況です。当院ではリエゾン型と言って各診療科が主治医となって精神科医と一緒に身体合併症の治療を集中的に行っています。これにより在院日数も短縮し、地域の精神科医療機関から良好な評価を頂いています。



医師研修施設ですが、先ほども申し上げたジェネラリストの医師の養成を目指しています。多くの病院もそうですが、なかなか後期研修医の持ち上がりが少ない中で、昨年度は約半数が後期研修医として残りました。若い医師を自前で育てていくのが当院のスタンスでもあります。離島医療支援について、昨年度は看護部長や事務部長、放射線科技師長、薬局長とともに8つの全診療所を視察し、現場の把握と要望を吸い上げ、適切なサポートを行っています。

当院の入院患者を保健医療圏別にみても、南部医療圏が84%を占めています(スライド8)。その中でも、32万人の住む那覇市の住民が当院の入院患者の4割を占めています。当院のある南風原町が2番目に多く8%あり、その他近隣都市からも全体的に患者を受け入れています。また、地域の診療所医師とも良好な関係を築いており、地域医療支援病院を獲得する前は紹介率が60%未満でしたが、最近では83%と向上しています。

スライド9に平成24年の南部保健医療圏における、他の医療機関との患者シェア比較を示します。当院の強みとして、新生児・循環器・小児・女性生殖器・精神疾患が南部保健医療圏で大きなウェイトを示しています。

医療機能評価係数から見た病院の立ち位置として、当院は複雑な疾患と救急医療の受入れともに高い位置に属すると言えます(スライド10)。

私達は地域との関わりを大切にすることをモットーとしています(スライド11)。長期間の入院患者はどこの病院でもありますが、急性期を過ぎた患者様を引き受けてくれる病院は多くはありません。そこで、後方支援施設をお願いする代わりに「なんこいカード」を発行し、引き受けた病院で、もし患者様に急変が起きた場合に、当院でカードを提示すればいつでも入院ができるインセンティブを持たせることにより、後方病院との連携が大変うまくいくようになりました。

また、「積極的に病院を出よう」という意識をもって、医師・看護師・検査技師・リハビリなどが地域の老人クラブや保育園などに出向き、医療相談や予防接種、リハビリなどの啓発活動を行っています。また、地元南風原町の祭りに医療相談コーナーを設

12

## 中、長期的なビジョン

- 病院経営安定化の維持
- 医師、研修医、看護師、コメディカルなどの人材確保
- 高度急性期、急性期病院を目指す(病床機能報告制度)
- 救命救急センター、ICUの充実、機能の維持
- 研修医教育の充実、職員研修、海外研修
- 7対1看護体制の構築、病棟高速回転かつ安定的な稼働
- 地域医療支援病院を維持する、地域連携室の強化
- DPC II 群病院を維持する
- 地域包括ケアシステムへの協力
- 在宅訪問医療、在宅医療の支援
- 琉球大学との連携 (地域枠、クリニカル・クラークシップ)
- ヘリポートの設置、NICU、PICUの増床



13



けて積極的に参加しています。看護師の離職の防止や職場環境整備のため院内保育所を設立しました。院内保育所は研修医も利用しています。当院はボラ

ンティア活動が活発ですが、50人近いボランティアの登録があり、特に小児科外来でお子様へおもちゃでの遊びや、本の読み聞かせなどを行っています。文化の発信地としてピアノやバイオリンなどの院内コンサートも実施しています。また、離島からの患者様の家族が宿泊する場所も必要ということで、病院のすぐ近くに「ファミリーハウスがじゅまるの家」という、長期入院患者の家族のための宿泊施設が整備されています。

最後になりますが、中、長期的なビジョンとして、病院経営安定化の維持、医師・研修医・看護師・コメディカルなどの人材確保が今後とも必要です(スライド12)。高度急性期病院、急性期病院を目指していきますが、これは今年10月から始まる、病床機能報告制度について、詳細に検討していかなくてはならないと思います。他に多くの項目がありますが、2日間の訪問審査でご覧になっていただけたと思います。

沖縄県は太陽の島と言われますが、スライド13に示した慶良間諸島は今年国立公園として認定されました。ケラマブルーと言われるコバルトブルーの珊瑚の海に囲まれたとても美しい島に診療所があります。今回は機能評価審査としての来沖ですが、次回は、是非、沖縄の文化や美しい島々を巡っていただけたら幸いです。ご静聴ありがとうございました。

本原稿は、平成26年7月24日に行われた日本病院評価機構の病院審査の初日に我那覇仁院長が審査委員の前でスライド用いて病院の概要を説明した講演を文章に起こしたものです。当院の沿革、現在の立ち位置、将来の展望が明確に示されています。職員ばかりではなく県民にも広く周知されるべき内容であると考えます(雑誌編集委員長)。

## 病院機能評価（3rdG:Ver.1.0）訪問審査を終えて

副院長 佐久本 薫

沖縄県立南部医療センター・こども医療センターの今年前半の一大イベントは、病院機能評価（3rdG:Ver.1.0）訪問審査を職員一丸となって乗り越えたことだと思えます。前回のVer.5から5年が経過し、更新の時期を迎えていました。公益財団法人日本医療機能評価機構が2012年から新しい方法で病院機能評価を開始しました。それが、第3世代3rdG: Ver.1.0と呼ばれる評価方法です。これまでのプロトコルやマニュアルなどの「書類で確認」する評価から、患者の入院決定から治療、退院までの過程・経過に沿って、診療・看護の「実践確認」に重点を置いた方法へ大きく変わりました。

平成25年8月に照屋看護部長、安里総務課長（当時）が日本医療機能評価機構の主催する病院機能改善セミナーへ出席し、新しい病院機能評価方法について受講してきました。当院は「一般病院2」に分類されること、4領域に分類されて評価されることが報告されました。1領域：患者中心の医療の推進、2領域：良質な医療の実践1、3領域：良質な医療の実践2、4領域：理念達成に向けた組織運営となっています。2領域には診療・ケアの流れを確認する項目が含まれています。この患者ケアプロセスが重要であることが報告されました。患者の来院時点からの経過を追っていくこととなります。病院の玄関・案内・外来受診・検査・説明/同意・入院・在宅/地域診療などがトレースされます。診療と看護で実践状況を確認しながら質問し、実態を把握する方法が行われます。一連のプロセスを追いながら専門職機能の発揮状況を確認していきます。組織運営体制や規程の整備状況から実践活動の実施状況を確認することで、看護部門の機能を評価していきます。

早速、平成25年9月に病院機能評価受審準備委員

会が立ち上げられました。「評価項目の解説集」を取り寄せ、管理職や部門長に配布致しました。審査申請を行い、平成26年7月に訪問審査を受審することが決まりました。作業部会として1領域のリーダーは當銘副院長・村田参事、2領域は仲間センター長・平良弘子副看護部長、3領域は佐久本・平良孝美副看護部長、4領域は玉城事務部長・安里総務課長に決まりました。

書面審査に向けて作業部会が始動しました。病院機能の現況調査は部門別調査票、施設基本票に分かれており、人員・設備の状況や活動実績等をデータにしました。総務課と経営課を中心に病院の沿革、組織図、入院案内、委員会組織図、会議・委員会一覧などが作成されました。病院案内は一新されましたが、出来上がったのは書類提出ぎりぎりの7月でした。評価項目に沿って課題を明確にし、改善活動を行うために自己評価調査票を作成しました。最初は現実味に欠け、なかなか作業が進みませんでした。各項目は、S：秀でている、A：適切に行われている、B：一定の水準に達している、C：一定の水準に達しているとはいえない、の4段階評価が行われます。各領域、各部門で評価項目のできている部分と不十分で改善すべき項目が見えてきました。C評価もありましたが、領域ごとに検討を重ね、訪問審査までに改善することを目指して、最終的には全てA評価で機構に自己評価票を提出しています。

平成26年3月13日には先行して病院機能訪問評価を受けた那覇市立病院の島袋副院長、黒崎経営企画室主任を招いて講演会を開催しました。那覇市立病院は医師から看護師、事務部門までが何回も会議を開いて一致団結して訪問審査を乗り越えたことが報告されました。さらに実感を強くしましたし、当院

ができるのか不安になりました。医師が中心となって活動すべきであると島袋副院長は強調されましたが、それが最も不安なことでした。

平成26年3月27～28日に東田一宏さん、小野博信さんによる外部模擬サーベイが行われました。病棟の訪問時に様々な改善点を指摘されました。掲示物は文字も小さく、内容も各病棟でバラバラでした。病院からの通達が多く、患者目線ではありませんでした。酸素ボンベがポリバケツに無造作に保管されていたため危険性を指摘されました。救急カートの整備、医療廃棄物の仕分け方法など多くの指摘を受けました。初めてケアプロセスの審査方法や病棟訪問を模擬体験し、関係する職員に緊張感が出てきたと思います。

病院玄関、患者待合室、廊下、各病棟の掲示物の見直しを行いました。古い掲示物は撤去しました。病院の理念、病院診療規定など見やすくしました。廃棄物の集積庫の整備を行いました。模擬サーベイヤーから不都合を指摘され、医療廃棄物と一般廃棄物の場所を交換しました。医療廃棄物の収容袋の「橙」が準備されていなかったため、急ぎ購入し準備しました。中間集積所も木製の箱からプラスチックの容器へ変更し、鍵をかけるようにしました。

年度が替わり、職員の異動もあり、少し中だるみの状態になりましたが、新たに模擬サーベイヤーとして高橋さんをお願いしました。ケアプロセスの重要な点を細かく指摘されました。指摘されたことを改善する努力をするようになり、看護部が中心になって、ケアプロセスの対象患者の選定作業が進んでいきました。各病棟の看護師長、主治医、仲間センター長が頑張ってくれたおかげで本番の訪問審査がスムーズに行えたと思います。訪問審査の日が近づくに従って、各病棟の清掃、物品の整頓が行われました。訪問する病棟や各部門は遅くまで整理整頓に頑張ってくれました。薬局、検査科、放射線科、栄養管理室、リハビリ室も業務の見直し、マニュアルの整備を行っています。薬局は、注射薬の1施用ごとの取り揃えを行うようになりました。輸血療法マニュアル、医療安全マニュアル、感染対策マニュアルもリニューアルしました。様々な看護手順も見直されました。救急センター、研修管理センターも必ずチェッ

クされる部署のため、書類の整備や供覧の準備、部署訪問のシミュレーションを繰り返しました。全ての領域において患者への説明と同意、その確認方法が整備され、患者の権利が守られているか、個人情報保護されているか慎重に検討されました。

平成26年7月24日と25日の両日に訪問審査が実施されました。当日の朝、リハビリテーション室から準備状態のチェックの依頼があり、駆けつけましたが、器具などの整理が不十分であると考えられたため、看護部に連絡し、清掃と掲示物の張替えを行いました。生憎、業務が始まっていたため、後日患者様から「目の前で大勢で騒がしく掃除していた」との投書がありました。患者様には申し訳なく思っています。

我那覇院長には第1日目に審査委員に対して病院の概要をプレゼンテーションしていただきました。非常にコンパクトに病院の沿革、理念と基本方針を説明し、小児科医療、救急医療、周産期医療と各成人部門の特徴などを説明していただきました。印象に残る口演でした。別稿で詳細に掲載します。

両日の訪問審査を無事に終えることができました。患者のケアプロセスのプレゼンテーションもスムーズに行うことができ、審査委員による病棟、部門の訪問、事務部門の書類チェックも大きな問題なく終えることができました。審査委員の講評もおおむね良好な講評でした。講評の最後にユルキャラのプレバ君が登場し、当院のこども病院としての活動をアピールすることができました。病院機能評価機構の訪問審査を成功裏に終えることができたのも、全職員が一致団結できたことによると思います。中間報告ではSが3個、Aが74個、Bが10個でCはありませんでした。病院機能評価(3rdG: Ver.1.0)の認定を受けることになりましたが、3年後に再審査が待っています。現状を維持するばかりではなく、10個のBで改善を求められた事象に対して、改善策を講じなければなりません。全てがA評価以上になるように継続して努力することが必要です。その過程を記録に残すことも重要となります。引き続き職員が高い関心を維持し、病院の業務改善に努めることが必要となります。今後も宜しくお願い致します。

## 病院機能評価受審における看護部の取り組み

副院長兼看護部長 照屋 清子      副看護部長 平良 孝美

看護部では、今回の病院機能評価が診療やケアのプロセスを重視した審査で、「患者の視点に立った良質な医療の実践を評価する」ことを意識しながら受審に取り組みました。ここでは、環境整備及びケアプロセスを中心に報告します。

### <環境整備について>

病院機能評価受審日までに外部模擬サーベイによる環境チェックを3回受けました。1回目は平成26年3月27～28日に受けましたが、その時期はまだ訪問病棟は決定していませんでしたので日常の状態をありのままに評価を受けました。機材庫の物品の煩雑さや洗浄室における清潔不潔の区別、与薬室、救急カートの管理等多くの指摘がありました。しかし、年度末であり、人事異動のためすぐに改善に取り組むことはできませんでした。

そこで病院機能評価をふまえて平成26年度の看護部目標に5S運動の推進をあげ、各病棟・部署で取り組むようにしました。今回の病院機能評価は医療安全と感染管理が厳しく評価されるため、環境整備もその視点で意識して取り組む必要がありました。環境整備で最初に行なったのは、外部模擬サーベイに機材庫の物品が煩雑に置かれていること、酸素ボンベやモニター等が安全に使用できる状況が表示がないことの指摘を受け酸素ボンベ収納容器を購入し収納しました。また、酸素ボンベやモニター類には「使用可」や「点検済」の札を文字やサイズを全病棟統一して付けました。さらに各病棟は、与薬室の薬剤

の配置や保管方法を薬局と調整しすすめました。与薬室の清潔保持については、院内感染対策小委員会が調剤台の清掃チェック状況をデータで提出させる方法で取り組んでいたため当初からほめられました。しかし、調剤台に備え付けられた手袋の箱が調剤台側に向いていたため落下菌が台に落ちるとの指摘があり外側に向けました。また、感染性廃棄物は患者が触れることができるような場所には置かないことを原則に、ごみ箱の置き場所についても改善した点でした。洗浄室やシャワー室の感染性廃棄物のごみ箱が入口近くにあったため、ドアを開けても患者の目に触れないように奥に移動しました。詰所内にある医療廃棄物のごみ箱についても同様に患者の動線からは遠ざけるようにしました。

いよいよ訪問審査が1か月前に迫りました。その頃には、訪問病棟は決まっておらず、当該病棟はケアプロセスの準備もあり多忙を極めていました。そこで、「病院機能評価は全員で取り組むものである。マニュアルや環境整備など訪問病棟の支援をしてほしい」と看護師長たちに協力依頼しました。土曜日と日曜日に2グループに分かれて機材室や洗浄室、処置室の整備をしました。当日の看護師長たちの作業の進め方は圧巻でした。百円ショップやホームセンターに収納用品を購入しに行く人、効率よくかつ整然と見えるようにレイアウトを考える人、片づけに専念する人と得意・不得意で暗黙のうちに役割分担して作業に取り組んでおり、看護師長たちに頼もしさを覚え、誇りに思いました。当該病棟以外の第3

者が入ることで気づく点も多くありました。その1つの例が4階東病棟の処置室です。そこは、ストーマケア用の処置台や物品、内診台などが設置されており、配置は作業域を考慮した病棟なりの工夫がみられましたが雑然としていました。しかし、内診台の向きが入口側であったため、患者の立場からは不適切な位置でしたので処置室のレイアウトを大きく変え、内診台の向きを変更したことで、患者にとっても安心して処置を受けることができ、職員にとってもより効率的に作業ができるようになりました。

訪問審査当日は、訪問病棟にサーベヤーが到着する前に環境チェックをする担当師長を決めました。病棟の環境については特に指摘されることはありませんでした。

今回、病院機能評価を受審するために短期間に慌ただしく環境整備をしてきましたが、イベントへの対応ではなく、通常から患者目線で環境整備を徹底することが重要だと思います。そのためには、環境整備する本来の意義を認識する必要があり、5S活用を推進し継続して取り組まなければなりません。患者さんや職員にとってより安全、安心な環境づくりをしていきたいと思っています。

(照屋清子)

#### 〈ケアプロセス調査（訪問審査）について〉

一般病院2の審査では、訪問病棟として4カ所の病棟を準備する必要があり、その選定を看護部に一任されました。看護部では、10数カ所ある病棟の中から4カ所を決定することで、受審の準備段階から部署による取り組みの温度差が生じることは避けたいと考え、全病棟に病棟機能を反映する症例トレースを1事例ずつ提出してもらいました。それらを副院長、センター長とともに吟味し、当院の役割・機能を考慮しつつケアの要素がまんべんなく含まれていると評価した事例を4症例選定しました。

成人からは内科病棟（6東病棟）と外科病棟（4東病棟）、当院のこども医療センターという機能から5階小児病棟、総合周産期母子医療センターとしての役割を考慮して産科病棟を訪問病棟として選定しました。訪問審査は2カ所の病棟をひとチームとして審査されるため、当院では、①内科系と小児科系、

②外科系と産科という組み合わせで受審しました。

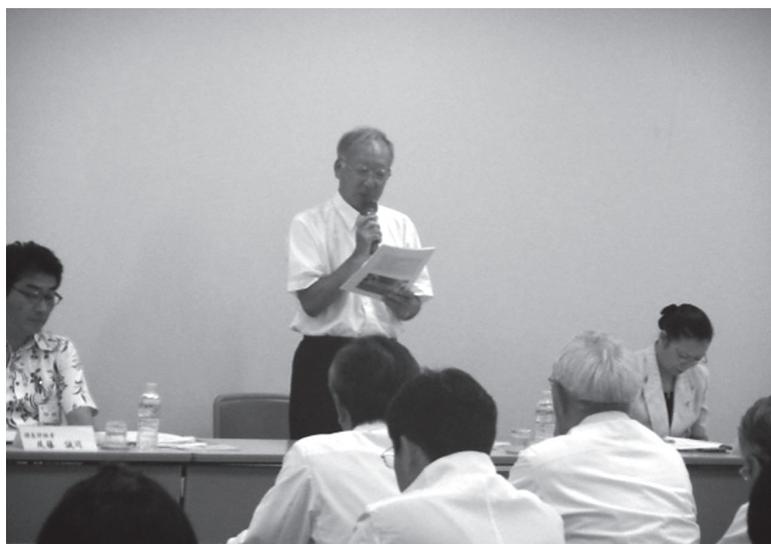
訪問病棟決定後は、対象病棟はケアプロセス調査へ向けて、選択した事例をケアのプロセスに沿って振り返り、説明に必要な資料を整え、電子カルテの効率的な操作方法を検討し説明内容の微調整を繰り返し行いました。一方、対象病棟だけでは対応に手が回らないだろうと思われた各病棟の環境整備は、当該病棟以外の看護師長を5つのグループに分け、それぞれの病棟のサポーターとして位置づけ、機能評価解説書に沿った視点で整備してもらいました。ひとつのグループは病棟サポーター機能ではなく、ケアの根拠となるマニュアルや手順の整備状況を確認し、各々の事例のケアプロセスに並行してケアの根拠が示せるようにマニュアルを徹底的に熟知し、必要時に素早く提示できるようにと組織しました。

看護部が関わった中で最も労力を要したことは、ケアプロセス審査の対応でした。対象4病棟では看護師長・副師長が中心となって各症例を入院から退院まで丁寧に順を追って振り返り、第2領域「良質な医療の実践1」で問われる「診療・ケアにおける質と安全の確保」、「チーム医療による診療・ケアの実践」について、解説書の評価の視点に沿って確認し、必要な説明資料の準備を行いました。また、ケアプロセスに関わる全ての部署の看護師長を集めて解説書の読み合わせと解釈を行ってケアのプロセス評価について共通理解を図りました。審査を受ける病棟の不安を軽減するために、看護師対象の模擬サーベイを数回実施し、最終段階として受審直前には医師・その他の職種を含めた模擬サーベイを実施しました。模擬サーベイの実施にあたっては、県立中部病院の模擬サーベイ見学が運営上大いに役立ちました。

苦戦したことのひとつに電子カルテの記録提示とパソコンの操作技術の困難性がありました。目当ての書類提示において紙カルテだと付箋等の活用で容易に提示できますが、電子カルテだとどこに書類が収まっているのか不明瞭で、操作性の問題も加わり速やかに提示できない場合も多々ありました。万全とは言いきれない準備状態で迎えた審査当日は、主治医・看護師を中心に多職種の協力によりチームワークが発揮され、予想外に良好な評価を得られ一同胸をなで下ろしたことを覚えています。

振り返れば対象4病棟の看護師長・スタッフの頑張りは強烈で、昼夜を問わず症例と向き合い、審査前日の夜には何とか受審の準備を終えることができました。マニュアルグループはあらゆるマニュアルを精読し、精密機械のごとく絶妙なタイミングで該当するページを開きスッと差し出し、対象病棟にとっては心強いサポーターとなっていました。

対象4病棟だけに任せきるのではなく、看護師長全員で取り組んだことは、組織としての一体感を強調し、努力の後の達成感を共有する貴重な体験につながったのではないかと思います。3年後の審査も全員の組織力で乗り切ることができればと願います。  
(平良孝美)



## 院内活動報告

# は〜い。しまナースです。

沖縄県病院事業局県立病院課代替看護師派遣事業しまナース 知念 久美子

「は〜い。しまナース知念です。」(知念)「しまナース・・・!？」(電話の相手)初めての人はみんな固まります。改めて、こんにちは。しまナースの知念です。「しまナース」って何?何をしている人なの?など皆さんにしまナースのことを知っていただきたいので、しまナースの活動を報告したいと思います。

### <しまナース誕生>

しまナースが誕生する前、診療所で働いているナース(以下、診療所ナース)は、“病気になっても休めない”“研修に行きたくても、気軽に島を出ることが出来ない”など代看が来ないと休めない、島を離れることが出来ない現状がありました。また、診療所の医師からは、“急患発生時、看護師がいないと対応に困る”、診療所に看護師を派遣している親病院の看護部は、“勤務調整が難しく、急に代看を派遣できない”と言ったように、代看の派遣を依頼する側(診療所ナース)も代看を派遣する側(親病院の看護部)も代看派遣が負担になっていました。

そこで、誕生したのが『代替看護師派遣事業』です。代替看護師派遣事業とは、診療所看護師の研修参加の機会を確保すること、診療所の業務環境の改善など、診療所看護師不在を防ぎ、診療所看護師のスキルアップや業務改善を図るための事業で平成25年4月にスタートしました。その代替看護師派遣事業を担当している看護師が『しまナース(離島医療支援看護師)』です。しまナース2名で県立附属診療所16ヶ所を支援しています。



平成25年度しまナース



平成26年度しまナース

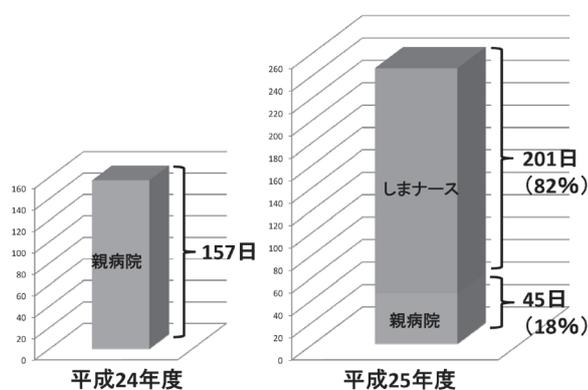
### <しまナースの活動と実績>

しまナースの活動は主に1. 診療所ナースの代行(代看)、2. 診療所の業務改善、3. 診療所ナースに向けて情報発信、4. 看護師会議の企画・参加、5. 電話やメールによる支援、6. 自己のスキルアップ研修といった6つの活動をしています。それぞれの活動内容と実績を紹介します。

## 1. 診療所ナースの代行（代看）

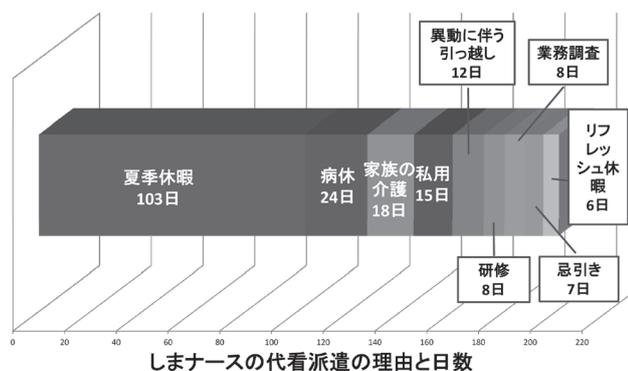
しまナースは、平成25年度からスタートした事業です。それまでは、親病院（附属診療所を持っている5病院）から代看を派遣していました。しまナースの事業が始まる前の平成24年度は親病院から157日代看を派遣していました。しまナースの事業が始まった平成25年度は246日の代看派遣がありました。そのうち、しまナースが201日、親病院は45日の代看派遣がありました。しまナースは約8割の代看をしました。

平成24年度と平成25年度の代看派遣日数



しまナースの派遣理由として、夏季休暇（103日）、病休（24日）、家族の介護（18日）、私用（15日）、研修（8日）、業務調査（8日）、忌引き（7日）、リフレッシュ休暇（6日）でした。

しまナースの派遣理由と日数



## 2. 診療所の業務改善

主な業務改善として、①救急カートの整備（南部医療センター・こども医療センター）②看護師用のパソコンの整備（南部医療センター・こども医療センター）③感染症動向の情報提供（南部医療センター・こども医療センター）④親病院へのリネン類のクリーニング依頼（八重山病院）⑤診療所日誌の作成・導入の5つに取り組みました。

## 3. 診療所ナースに向けて情報発信

診療所ナース同士の情報共有、しまナースの活動を知ってもらうために月に1～2回『しまナースだより』を発行しています。『しまナースだより』は現在（平成26年9月）24号発行しています。

## 4. 看護師会議の企画・参加

診療所ナースにとっての楽しみの一つ。それは看護師会議。親病院主催の看護師会議が年に1回（南部医療センターこども医療センター、八重山病院）、病院事業局主催の看護師会議が年に1回行われます。診療所ナースとして同じ志をもった仲間が集まる機会はとても貴重です。そのため、有意義な会議にするために、いろいろ企画します。また、実際に会議に参加することで代看時には気づかない問題や疑問を知る機会になり、しまナースにとっても有意義な場になっています。

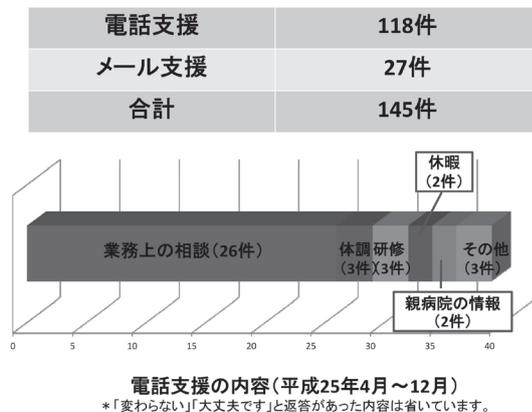
会議のあとは交流会。年に数回しか会わないので、会議では話し足りないことや話せない裏事情など交流会では時間がいくらあっても足りません。直接、いろいろなことを聞ける交流会は、情報交換の場になっています。

## 5. 電話やメールによる支援

診療所ナースは、忙しいです。そして、看護師一人なので孤独になったり、迷ったり、聞きたいことがあってもすぐに聞けないなど気軽に相談できる相手が少ないです。そこで、しまナースは、月に1～2回、電話やメールで「何か困っていることはないですか?」「体調は大丈夫ですか?」と連絡をとっています。平成25年度の電話やメールによる支援は、145件（電話118件、メール27件）でした。その内容は、

業務上の相談や体調に関すること、研修に関する  
ことが多かったです。

## 電話やメール支援の件数と相談件数



### 6. 自己のスキルアップ研修

診療所ナースは、子どもから高齢者、急性から慢性疾患、在宅ケアなど多種多様な患者のケアを行っています。また、診察に必要な検査や処置の介助などを行っています。それだけでなく、薬品や診療材料の管理など管理業務も行っています。そのため、代看派遣の際、適切な看護実践ができるように、しまナースも多様な知識と実践能力が求められています。診療所ナースと同じように対応出来るよう9つの研修を計画し、実施しました。

### しまナースの研修実績

研修項目	研修回数
成人・小児救急	40
離島連携	6
周産期研修	4
物品管理	4
薬剤管理	4
検査管理	4
CS管理	2
地域連携	2
離島医療支援	2
合計	68

研修で得られた新しい情報や診療所で役立ちそうな情報などはすぐに診療所ナースに伝えるようにしています。研修は貴重な情報収集の場です。

以上、主なしまナースの活動と実績を紹介しました。意外といろいろな活動をしています。

### くしまナースの活動評価(平成25年度)>

しまナースを1年やって気になったことは、「しまナースって診療所ナースの役に立っているの?」「研修に参加しやすくなった?」という疑問。そこで平成26年2月にしまナースの活動についてアンケートを実施しました。

診療所ナースからみたしまナース評価は、80%の看護師がしまナースのアドバイスが診療環境の改善に役立っていると評価していました。一人では気づかない診療所の改善点や他の診療所のよい点などを知ることが出来る機会になっていることがわかりました。また、研修参加に関しては、すべての診療所ナースが研修に参加したいと思っているが、約半数の看護師はしまナースがいても研修に参加しやすと感じていないことがわかりました。休暇の取得に関しては、半数の看護師がしまナースがいることで休暇が取りやすくなったと感じていました。しまナースや親病院との連携に関しては、親病院の関係部署とメールを活用した連携が取れていないことや情報共有が不十分などの意見が聞かれ、親病院との連携に改善が必要であることがわかりました。また、診療所ナース間の連携も活発でないこともわかりました。

親病院(主に診療所ナースの調整役になっている副看護部長)からみたしまナースの評価は、しまナースがいることで診療所ナースは研修への参加または休暇が取りやすくなっていると評価していました。また、約67%の副看護部長がしまナースのアドバイスが診療環境の改善に役立っていると評価していました。しまナースに期待していることとして、診療所の看護の質をあげるために情報共有やアドバイスを行うこと、診療所ナースの相談役や診療所ナースのキャリア支援、島しょ看護の魅力の発信など業務改善から人材育成までさまざまなことを期待していることがわかりました。

以上のことから、多くの方々がしまナースの活動を高く評価していました。しかし、平成25年度研修目的でのしまナース派遣は12日（4件）、しまナースの全派遣日数（201日）の約6%でした。しまナースの事業目的の一つである、診療所ナースのスキルアップのための研修参加を促すために、平成26年度のしまナースの活動は研修情報の発信と参加への動機づけを促す活動に力を入れていきたいです。

#### <今後のしまナースの活動目標>

しまナースの活動評価のアンケートの結果から、①診療所ナースの育成とキャリア支援（研修参加の促進、看護研究の実施、診療所看護を知ってもらうための情報発信）②診療環境の整備のための情報共有と情報発信 ③連携の強化（親病院と診療所ナース間、各診療所ナース間、親病院としまナース間、しまナースと診療所ナース間の連携の強化）の3つがしまナースの活動目標としてあがりました。

この3つの活動目標に向かってしまナースはこれまで以上に頑張ります。

#### <まとめ>

しまナースは、診療所ナースの研修と休暇の機会を確保すること、診療所の業務改善を目的にさまざまな活動しています。診療所ナースが働きやすく、やりがいのある仕事ができるようにサポートしています。しまナースは、今後も離島診療所ナースのために頑張ります！！

離島診療所に興味のある方は、気軽に声をかけてください。

## 高額医療機器の保守契約について

放射線技術科 田 畑 浩一郎

放射線科では高額な医療機器の放射線治療装置、MRI、CT、血管造影装置などを保有しており年間の修繕費が莫大な費用になり、施設課の職員と相談しながら修理を進めている。その修繕費をどうすれば削減できるかを検討した。

まず、大型機器には保守契約を結んで欲しいとのメーカーの要望は以前からあった。その年間の保守契約費用は1,000万円を超えるものばかりで、現実的には厳しいものであった。しかし当院の医療機器は開院から5年以上経過し故障も頻発して年間で1,000万円超の修繕費を出さなければならない機器もでてきた。そこで修理費が保守契約を上回る機器(図1)については保守契約を結んだ方が「費用対効果」は良いと判断し契約をしていった。



図1

また、契約する時期についてはバスタブ曲線(故障率曲線)図2を参考にしながら時期を検討した。

図2の①は初期故障期で、この期間はメーカーの保証期間で故障率は低下傾向ではあるが初期故障は発生する。しかし1年間のメーカー保証期間なので金銭的な負担はない。②の偶発故障期は時々、偶発的な故障は起こるが回数が少なくなり機器もほぼ安定している。問題は③の摩耗故障期である。この期間から故障が頻繁に起こり業務に支障が出てくる。この摩耗故障期の時期を遅らすためには、車でいう定期点検(車検)を定期的に行うことによって摩耗故障期を引き延ばすことができる。しかし何時までも引き延ばす事はできないので、この時期が来たら保守契約を結ぶことによって費用対効果のメリットが出てくる。

当院の事例を挙げると例えばCT管球(約2500万円)が壊れた時、その部品代込みで保守契約を結ぶとする。CTの年間保守契約は1900万円なのでメリットが大きい。因みに南部医療センターは機器導入後、6~7年後に故障が頻繁に起こり保守契約を結んだ。

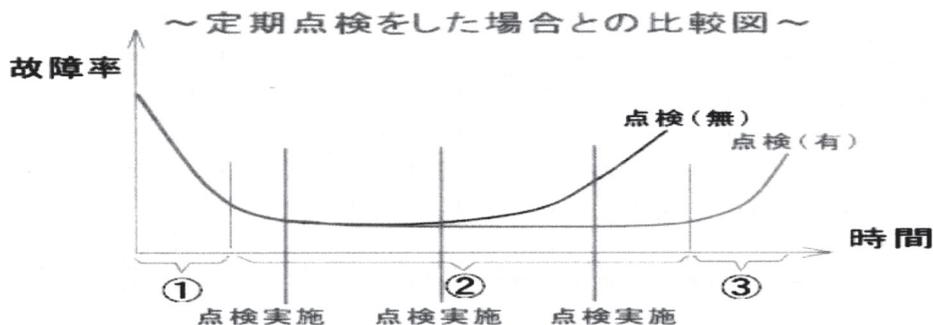


図2 バスタブ曲線

### 保守契約を結んでいる機器

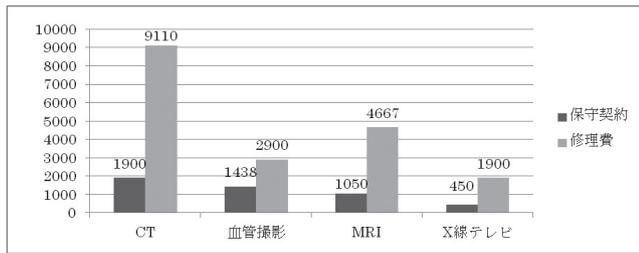


図3 保守契約と修理費比較

単位 (円)

図3は保守契約を結んでいる機器である。保守契約を結ぶことによって、保守費用よりも修理費予想が多額となるために契約を結んだメリットがある。

#### 保守契約のメリット

1. 装置の診断・・・機能・性能をメーカーのプロの目でチェック出来る。大型の医療機器は精密機器でもあるので簡単に我々、ユーザーが触ることはできない。  
 専門の技術者に診断してもらえらる。
2. 劣化部品の交換・・・摩耗している部品の交換。実際に稼働中の機器でも点検をすると劣化している部品がある。
3. イメージクオリティの維持・・・システム調整で微妙な誤差を修正できる。画像の質の担保が保たれる。
4. 安全点検・・・安全項目の確認・再調整・機能評価添付資料作成など。

平成26年度診療報酬改定に伴い医療機器（CT/MRI/アンギオ等）の点検が施設基準加算に反映されるため点検が必要である。

保守契約することで年間2～4回の保守点検の実施・消耗部品の事前交換を行うことができ故障する前に対応することで装置をベストコンディションで維持することができ、検査のダウンタイムなどの支障を最小限に抑える。

### 保守契約を結んでいない機器

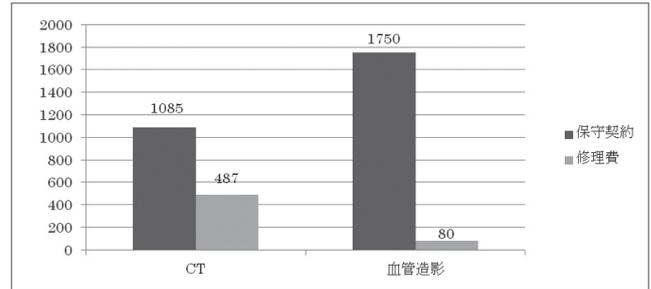


図4 保守契約と修理費比較

単位 (万円)

図4は保守契約を結んでいない機器で、保守契約の金額が修理費をかなり上回っているため保守契約のメリットが無い。

#### 保守契約をしていない機器の点検は？

##### 血管装置の場合

毎朝のモーニングチェックで点検事項（30項目）をチェックしているが時々、動作しない、時々シャットダウンする等のトラブルが発生する。そのようなトラブルが頻発して起こるようであればスポット点検（不定期）をして、故障が予測できそうな部品を交換する。

例：①スポット点検費用＋②交換部品代

（平成24年度）

$$\text{①}420,000\text{円} + \text{②}350,000\text{円} = 770,000\text{円}$$

#### 結 語

放射線科は高額医療機器が多数あるために年間の修繕費が高額となり病院経営にも負担をかけている。そこで機器の保守契約での「費用対効果」を検討し効果のある機器に関してのみ保守契約を結ぶことによって修繕費の削減が図れた。今後もさらなる費用削減に努めたい。

## 社会状況の変化を最前線で体験して

地域医療連携室 中山 幸子

「地域医療連携室へ配置します」昨年3月看護部長に呼ばれた時の事を思い出す。リスクマネージャーとして3年間の医療安全管理室勤務が終了し、念願の病棟管理を経験し1年。特殊科での勤務が多かった私にとって、病棟管理がどのようなものかがやっと見えてきた時期であった。しかも、「退院支援」についてもっと勉強しなくては・・・と考え、次年度の構想がある程度固まってきた矢先の出来事であった。

今年度の看護部は戦略の一つに『地域連携室の機能強化』を挙げ・組織再編・効率的な病床活用の推進を目標としている。

当院で、地域医療連携室を管理した経験のある照屋部長の思い入れもあり、連携室師長2名を配置してのスタートであった。

「仕事が、方向を示してくれる」という言葉を信じて、進むしかないと決意した。

地域連携への知識のない私に、中部病院で地域医療連携室を経験した新崎師長の助けをもらっての二人三脚である。

まず、地域医療連携室の状況を把握し、前方業務の整理を手がけた。これまで、電話を受けた事務がその都度対応するという状況で、患者さんは、電話をするたびに同じ事を何度も聞かれ、電話を受けた事務は、予約を取ったあと患者さんへ折り返し電話をするという状況で、患者さんへの連絡にかなりの労力を要していた。それを、電話を最初に受けた人が担当となり、患者さんと相談し予約日を決める。その一連の流れは、患者さんから受けた電話で終結するという方法に変更した。最初に電話を受けた人が担当として終結させる事で、患者さんが同じ事を言わずにすむし、事務は、責任をもって患者さんに関わることができるようになった。それと同時に、

紹介患者をどの先生に予約を入れた方がよいのか、その都度ディスカッションし、決めていく方法をとった。「こうしたら先生に怒られた」「直接先生に相談しよう」と、とにかくチームワークがよく、「自分が患者なら・・・」という視点で先生方に怒られながらも頑張っている。やっと前方業務が軌道に乗ったと思った矢先、全く病院を経験していない4人のソーシャルワーカー（MSW）について、院内外からクレームが発生し始めた。MSWの免許を取得しているも実践は初めてという状況で、経験者の2人も病棟を2カ所受け持った状況で業務量が多くMSW指導に困難を極めた。とりあえず病棟でカンファレンスを実施する際は、地域医療連携室師長が入り、問題点や調整内容を把握し、MSWへ指導するという方法、又、院外への調整難航状況があれば師長で対応するという方法をとった。病院機能再編で急性期を目指す当院にとって、長期入院患者の退院促進は急務とされているなか、要のMSWがこのような状況では退院促進に困難をきたす。公立病院・県で唯一のこども病院として問題を多く抱える患者の退院促進は、容易でなく、特に、6階南病棟の患者のように認知症や精神遅滞など、原疾患以外の問題を抱える患者の退院は、ベテランのMSWの幅広い退院調整力が必要だと感じた。その頃、当院を経験した事のあるベテランのMSWから、センターでもう一度働きたい（彼女に言わせると、問題が多く、調整に苦慮するが、当院の患者さんの退院調整はやりがい感につながるらしい）という申し出があり、“渡りに船”と早速採用調整を行った。MSWを1人増員となれば、病院の経営にどのようなメリットがあるかを提示しなくてはならず、その手助けをしてくださったのが、我がスーパーマン経営課の牧田課長である。採用

に際し、予測される収益を試算して頂き、院長へ直接相談し採用にこぎ着けた。

彼女もその期待に応え、退院困難な事例を患者・家族の思いに添って、施設へと調整し、問題を解決してくれた。又、週1回MSWカンファレンスを開催することで、社会の動向や施策について学習し、院内の状況把握し、現状を情報共有するなど又、退院困難事例の検討を行い新人MSWの知識向上と相談できる環境を整えた。その後MSWと病棟の努力で、12月には、30日以上入院患者（これまで100人を切る事さえ希な状況であった）が、78人となった。

長期入院患者数の減少については、MSWと病棟の努力もあるが、今話題になっている病床機能報告制度の影響も大きいと考えられる。これまで、急性期と称していた病院が、回復期病床へ移行していく方針へきり換え、これまで、調整が難航していたような症例も受け入れてもらえる状況が出来てきたと思われる。色々な機会を通して病床機能報告制度について話を聞く機会があったが、当院で開催した地域医療連携懇話会や、他院の訪問を通し、実際、各病院がそれぞれの役割を認識し、機能分化が現実として進んでいる事を実感するものとなった。

あと一つ、地域医療連携室に勤務する者として忘れてはならないのは、地域包括ケアシステムについてである。連携室着任当時は、それがどのようなシステムなのか、どのように活用されるのかよくわからない状況であった。ある患者さんを通してそのシステムの重要性和連携の必要性を強く感じる事例に遭遇した。患者さんは、病院側からみると、いわゆる“問題ケース”で、脳梗塞の後遺症で半身麻痺を抱え、狭心症の既往のある患者Sさんである。日頃は、不摂生で胸痛があると病院を受診するが、症状が治まると退院を希望する状況、他院においては、手術予定でICUへ収容されるも症状が治まると自主退院した。その2日後やはり胸痛で当院へ救急搬送され、手術にいたったケースである。術後透析導入となり、本人は「透析で生かされることが本意でない」と治療拒否をはじめ、食事もせず、透析はもちろん、全ての治療を拒否するようになった。主治医自身が、食事介助するなどの努力の甲斐もなく、病院のスタッフとは話さえない状況になった。そんな患者さん

に唯一繋がっていたのが、地域包括センター所長のIさんであった。患者さん自身がこのようなキャラクターなので、ケアマネも対応困難で数人代わり、Iさんは唯一Sさんが心を開いた人であった。Iさんは以前からSさんが“自身の終末期をどのように過ごしたいか”“何かあった時の対応をどのようにしたいか”と言うような話をしていたようでSさんの面会に来た際、「退院したい」という話をSさん自身から聞いていたようだ。Sさん自身の意思が堅く、説得する事が難しいと判断し、Iさんにこれまでの本人の思いを情報提供して頂き、Sさんの意思を最終確認した結果、訪問診療・訪問看護を導入し、自宅へ退院する事を決定した。これまで、どのような時も積極的に治療を行う事が大切だと考えていた急性期病院の私達にとってその決断は衝撃的であった。同時に、地域包括システムの重要性、今後、国が進めて行こうとする施策を現実のこととしてとらえる出来事であった。

翌日、訪問看護師に付き添われ自宅へ退院していったSさんは、退院後食べたいものを少しずつ口にし、最終的に小規模多機能施設にショートステイし、退院から一ヶ月近くを経過しお亡くなりになったと報告を受けた。「亡くなる前には、世話をしてくださった方一人一人にお礼を述べていた。」と言う話を聞くと、安らかな終末を迎える事ができたと察する。

この事例以外にも様々な退院に関するエピソードがあり、社会の動きを直接肌で感じると同時に、人との関わり、連携の重要性について痛感しながら日々の業務に勤しむ毎日である。今年度、看護部の戦略の一つとして、「退院支援委員会」を立ち上げ、看護スタッフの退院支援に関する意識の変革に取り組み、退院に関する数々の問題を解決しながら業務出来るのは、村田室長・新崎師長を始め地域医療連携室のスタッフ、牧田経営課長、看護部の大きなバックアップがあつての事である。看護部の戦略にどれだけ寄与できているか不安は残るが、今後も最前線で社会の動きに対応出来るよう努力していきたいと考える。

## 入院受付の運用開始

経営課 新垣 智 愛

### 1. はじめに

平成26年1月に沖縄県立宮古病院で、沖縄県立病院運営研究発表会に参加しました。最優秀賞をいただきました発表内容を報告させていただきます。

当院の以前までの入院受付は、時間内における一般診療科の入院予約の事務手続き、入院当日の事務手続きを行うに留まっていたが、平成25年11月より新たな入院受付の運用を開始しました。個室での入院受付を開始したことにより、患者さまのプライバシーに配慮し、より相談しやすい環境となっています。入院受付の設置場所は、病院入口の売店の隣に位置し、近くに待合い場所も設けられています。午前中は2人、午後は1人で事務員が対応し、現在は救急入院以外の方を対象として入院案内を行っています。

### 2. 入院受付のながれ

入院受付の流れとしては、予約のある方・即日入院の方はまず「入院連絡票」の確認をします。そして、「入院申込書」の説明と配布を行います。特に患者の保証人となる「身元引受人」について確認をします。また、保険証の確認をし、「限度額認定証」の説明も行ないます。限度額認定証は、患者さまへの高額な医療費負担を軽くするためのもので、なるべく早めに手続きを行ってもらうように案内します。続いて、入院時の説明（注意事項や持ち物、被服費など）、持参薬についての説明、急性期病院であることの説明、未収金の有無を確認します。入院当日では、「入院申込書」の受け取り、保険証・限度額認定証の確認、ブロック受付または病棟へ案内します。入院受付の中で必要に応じて、外来看護師・地域連携室医療ソー

## 入院受付開設場所

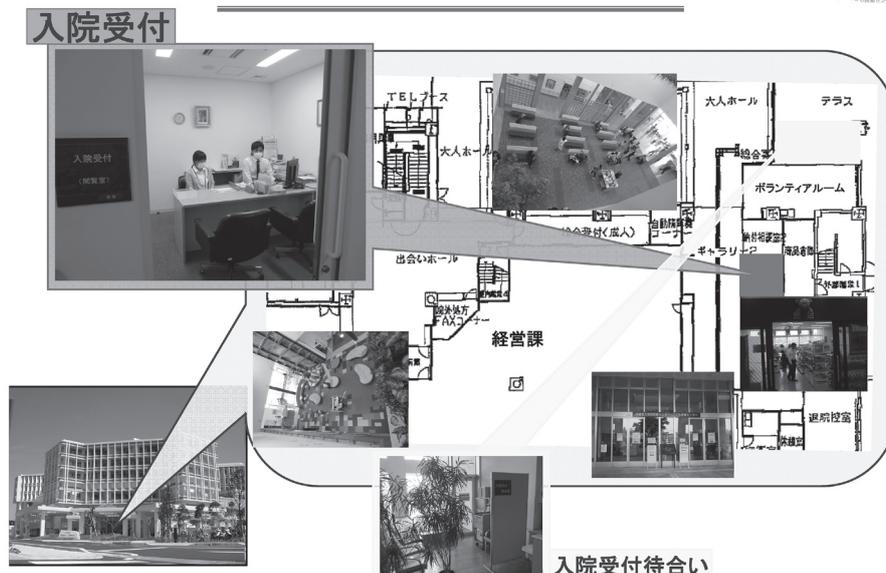


図1

ソーシャルワーカー・未収金担当へ連絡しています。他部署と連携し、入院前から準備することで、様々なリスクを早い段階で察知し、対策を取ることが可能となります。

### 3. 入院受付開設の目的

入院受付開設の目的は次の5つがあります。

#### ① 患者サービスの向上

入院時の持ち物や提出物の説明を個別に実施します。

#### ② 看護師の負担軽減

以前は、入院の説明を看護師で行っていましたが、看護師の入院時における説明を簡略化し、受付職員が代行できる一般的な説明は入院受付で行うこととしました。

#### ③入院前からの退院調整

当院は急性期病院であり、早期に退院調整を促す旨を説明します。そして、患者さまの状況に合わせ医療ソーシャルワーカーの介入を依頼します。在院日数が延びている傾向があり長期入院患者が減少しない、退院調整で患者（家族）の理解が得られず、「ある日突然病院を追い出された」という事態を防ぐため、事務から当院の機能を説明します。在院日数の短縮が「効率性」の改善にもつながります。

#### ④ 未収金対策

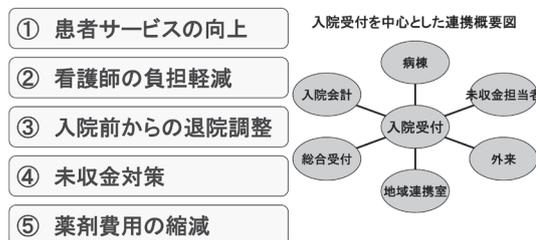
入院受付時に、保険証（限度額認定証）の説明・可能な限り概算額を伝達し、過去の未収金を調査し、発生の危険性を察知する事が出来ます。実際、平成25年5月から平成25年10月までの月の平均未収金発生額は19,548千円でしたが、入院受付を開始した

平成25年11月は、12,160千円となり、7,388千円の差が出ています。また、入院前の未収金の有無を確認することによって、11月の1カ月で入院前に約22万円の未収金を回収する事ができました。未収金は、回収を強化することも必要ですが、まずは発生させないことが最も重要です。入院予約の手続きから入院日までの期間で、限度額認定証や身元引受書の準備が可能となります。概算額の提示により、必要な費用を用意していただくことも可能となります。

#### ⑤ 薬剤費費用の縮減

入院とは関係ない傷病に関する処方薬は2週間分持参していただき、DPCの包括対象となる薬剤費の縮減につなげます。毎日服用している薬剤を最低2週間分持参することで、入院中に当院が処方する必要がなくなり、経営の効率化につながります。また、かかりつけ医に処方を取りにいくことで、かかりつけ医が入院することを知ることができ、地域連携に貢献することもできます。

## 入院受付開設の目的



\* 他部署と連携し、入院前から準備することで、様々なリスクを早い段階で察知し、対策を探ることが可能となります。

図3

患者番号:  
患者名:  
入院当日の朝の連絡先(内線番号: )

入院予定日	平成	年	月	日
時	分	時	分	
診療科				科
予定病棟				病棟

外来→入院受付

公費適用の有無: 有 ・ 無

その他連絡事項

**入院連絡票  
(外来→入院受付)**

**入院受付チェックシート  
(入院連絡票:裏)**

入院受付チェックシート

- 入院連絡票の確認
- 入院申込書(身元引受書)の説明・配布
- 保険証の確認
- 限度額認定証の確認
- 「入院のご案内」説明・配布
- 有料留置の説明
- 入院時の説明(時間、持ち物など)
- 持参薬の説明
- 急性期病院であることの説明(退院調整)
- 医療情報の確認

\* 必要に応じて担当者へ連絡のこと

図2

入院受付の新たな運用に関し、発表の場では他の県立病院からもぜひ取り入れたいとお声をいただきました。新たな入院受付の運用を開始し1年弱が経過しましたが、それぞれの目的に対する効果は良好であり、特に未収金対策は、1カ月の未収金発生額が開始前後で約460万円減少と大きな効果をもたらしました。また、患者さまからも以前より相談しやすい等のご意見をいただいております、好評です。

#### 4. 課題・展望

入院受付の今後の課題は、次の3つがあります。

##### ① 救急の入院患者をいかに取り込むか

現在、入院受付では救急経由の患者へは対応していません。入院患者の約半数は救急経由であり、また、患者さまの中には、無保険や、家族状況が不明だったりとさまざまな問題を抱えていることが多いです。

##### ② 場所（できれば成人と小児の中間点が理想）

現在は成人寄りに位置し、小児からは反対側になります。実績をあげて中間点への進出を目指します。

##### ③ 将来的には、「入院センター」として機能

持参薬確認、術前検査の予約なども含めたいと考えています。

#### 《おまけ》

##### コンシェルジュ導入しました！

更なる患者サービスの向上・患者満足度アップを目的に、医療コンシェルジュを導入しました。医療コンシェルジュとは、医療機関での接遇のスペシャリストとして、はじめて来院される方やお困りの患者さまなどに総合的にサポートをしたり、あらゆるご要望にお応えする仕事です。主な役割として、院内案内（院内で迷っている来院者に目的地を案内）、声かけ（困っていそうな方、待ち時間が長くなっている方への積極的な声かけ）を行っています。



院内活動報告

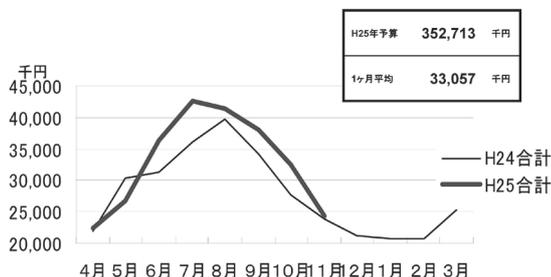
# エコアクション

経営課 宮城美和

## ＜現状＞ 燃料費と光熱費

エコアクションを行うきっかけは、平成25年6月以降に、昨年度に比べ使用量、単価の増により本院の燃料費や光熱費の費用が増大しました。そこで、今回、A重油、電気、水道の3項目へのエコアクションの取り組みを行う事にいたしました。

図1が、平成24年度と平成25年度の本院での燃料費、光熱費の月別の折れ線グラフとなっております。太線が、平成25年度、細線が平成24年度となっております。6月から、費用が増加しております。



★ 6月以降、昨年度より使用量、単価の増により費用が増しており、今回、A重油、電気、水道の3項目への取り組みを行った。

図1 ＜現状＞ 燃料費と光熱水費

## ＜A重油＞ 使用量増加の理由

まず、本院でのA重油の使用量増加の原因として、2点あげられます。

- ① 単価の高騰
- ② 使用量の増加

現在、本院では、冷凍機に関し、大、中に関しては、A重油を使用し、小に関しては、電気の冷凍機を使い稼働しております。通常、使用量や料金等の兼ね合いを検討し、大、小の組み合わせでしたり、大、中の組み合わせで稼働し運用しております。ですが、平成25年度の6月～9月中旬まで、電子発熱機が点検・

修理中のため、使用出来なくなりました。そこで、大中のA重油冷凍機がフル稼働しました。

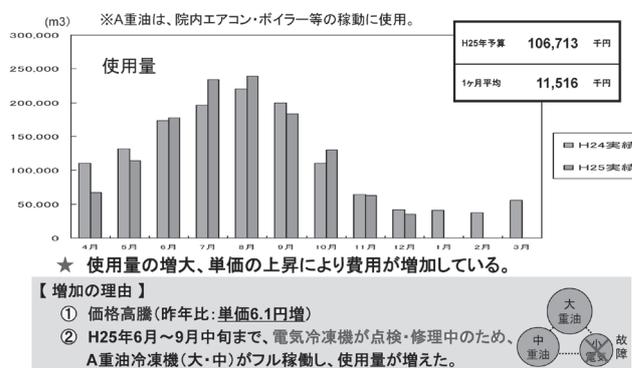


図2 ＜A重油＞使用量増加の理由

## ＜A重油＞ 取り込み・効果

A重油に対するエコアクションへの取り組みは、主に2点の取り組みを行いました。

- ① 空調の設定温度(全館)の見直し
- ② 適正温度設定の呼びかけ

適正温度設定の呼びかけでは、各フロアにポスターによる呼びかけを行いました。(患者・職員向けのポスター)では、本院で、エコ・アクションを実施しており、節電や節水へのご協力の呼びかけの趣旨でポスターを作成し、掲示しました。(職員用向けのポスター)では、より詳しくエコアクションとして、一人一人が取り組みを行う事によって、成果につながる事項を記載し、呼びかけを行いました。

効果は、使用量の減少が見られ、それにより料金も減少しました。対前月と比較しても効果は、上昇しており、成果が見られたと思われま。

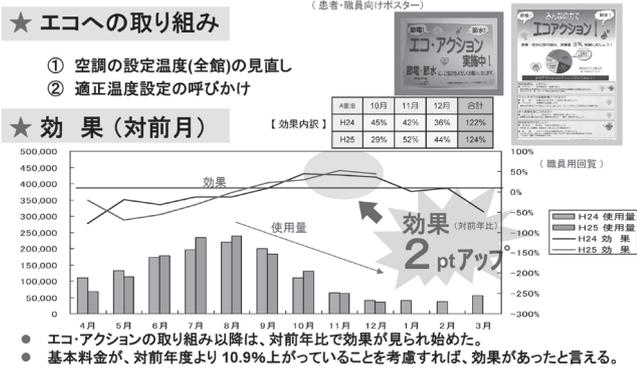


図3 <A重油>取り組み・効果

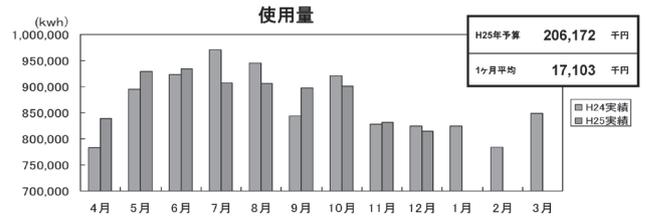


図5 <電気>使用量増加の理由

<A重油> さらなるコスト減の展望として

A重油に関して、さらなるコスト減として、コンサル会社を通し、高効率ターボ冷凍機の導入を視野に入れております。

★ 高効率ターボ冷凍機の導入も視野に入れた。

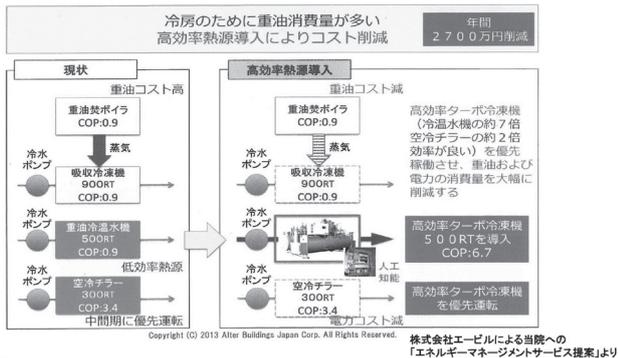


図4 <A重油>さらなるコスト減の展望として

<電気> 使用量増加の理由

電気の使用量増加に関して、詳しくみていくと、電気に関しては、先ほど、A重油の際に説明させていただきましたが、6月～9月は電気発熱機を使用していない為、前年に比べ減少しております。それ以外の4月、5月で比較すると、増加しております。その要因としては、主に2点あげられます。

- ① 電子カルテ端末が、平成24年度より300台増えた事により、電気の使用量が増えた事
- ② 燃料費調整額、再エネ賦課金等の単価が、前年比より、0.6円増加した事

<電気> 取り組み・効果

電気に対するエコアクションの取り組みは、主に4点の取り組みを行いました。

- ① 要照明の消灯(1・2階)
- ② 空調の設定温度(全館)の見直し
- ③ 未使用パソコンのシャットダウンの周知
- ④ 階段を利用する事の案内

①の取り組み行った例としては、本院のエントランスに付近の、太陽の光で十分明かりが入ってくる場所については、不要照明び消灯を行いました。

又、院内廊下に関しては、1つの電球でも十分、明るい場所は、電球を1つにし、照明の適正化に取り組みました。

④の取り組みの例としては、エレベータ前や階段前には、階段を使用する呼びかけのポスターを提示しました。

効果としては、取り組みをした8月以降は、使用量については、増加傾向にあり、11月分は、前年度並みとなりました。

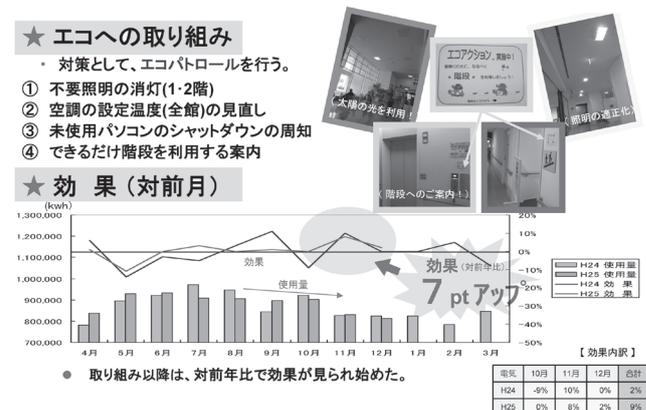


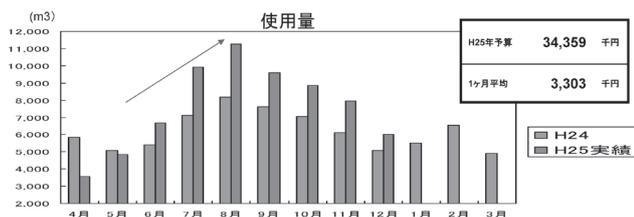
図6 <電気>取り組み・効果

対前月で、比較すると、効果が現れていると思います。

### <水道> 使用量増加の理由

水道水の使用量増加の主な原因として、2点あげられます。

- ① 雨水でまかっていた下水用水槽が枯渇し、水道水を利用した事
- ② 水道メーター破損により国際規格メーターへの根幹となった事



★ 前年度に比べ、使用量が大幅に増大により、費用が増大している。

#### 【増加の理由】

- ① 今夏は雨量が特に少ない影響で、雨水でまかっていた下水用水槽が枯渇し、水道水を利用したことが、使用量増加の一番の要因。
- ② 水道メーター破損により国際規格メーターへの交換となった。従来品より精密に水量を計れることにより、使用量測定値が増えた。

図7 <水道>使用量増加の理由

### <水道> 取り組み・効果

水道へ取り組みとしては、水周りの場所にポスターを掲示し、節水の呼びかけを行いました。

#### ★ エコへの取り組み

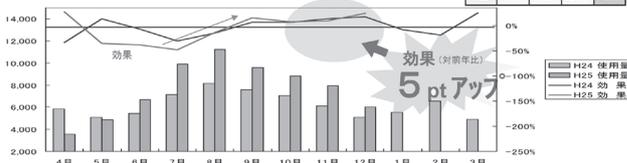
- ① 各セクションへ、節水の呼びかけ。  
※定番の節水コルクは既に設置されている。



#### ★ 効果(対前月)

【効果内訳】

水道	10月	11月	12月	合計
H24	7%	13%	17%	37%
H25	8%	10%	24%	42%



- 下水用水槽に雨水が溜まったあとは、効果が見られ始めた。

図8 <水道>取り組み・効果

### <まとめと今後の課題>

今回、主に空調温度の見直しと不要照明の消灯などの取り組みに対し、一定の効果が得られたと考えています。今後の課題としましては、LED電球の段階的導入や高効率ターボ冷凍機、節水装置の設置等も検討していきたいと思えます。最後に、節電・節水を通して、職員の節約意識を醸成し、消耗品や備品など他分野においても波及させていけたらいいと思えます。今後ともどうぞ宜しくお願いします。

部署報告

# これからの沖縄県立南部医療センター・ こども医療センター 救命救急センター

救命救急センター 梅村 武寛

ご挨拶

2014年7月より救命救急センター長を拝命いたしました梅村武寛と申します。福岡大学病院救命救急センターより単身で沖縄に参りました。

当救命センターは、初代部長の高岡諒先生（2006年4月～2009年9月）、2代目の林峰栄先生（～2014年3月）という人格・業績共に申し分ない先生方が構築され発展させてこられた部署です。今回、私の様な大した業績もなく褒められた人物でもない人間が務めるには重すぎる役職であります。しかし、やりがいを感じている自分があるのも事実であり、先人たちのご尽力を無駄にすることなく、当救命センターが今後さらに発展できるよう微力ながら頑張

ります。

これからどうぞよろしく願い致します。

歴史

南部医療センター救命救急センターは2006年4月の南部医療センター・こども医療センター開院と同時に開設致しました。

開設以来2013年度までに、約29万例（年間平均約3万6千例）の総受診者数、および約3万2千台（年間平均約4千台）を超える救急車の受け入れを行い、沖縄本島南部地域のみならず離島医療を含めた沖縄県全域に対する救急医療の一端を担って参りました（表1）。

表1. 年度別救命救急センター受診総数・入院総数・救急搬入総数等

	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
<b>受診患者数</b>								
成人	9148	13942	14857	16741	15635	15435	14664	12056
小児	19752	25513	25161	25755	21752	21090	19418	17596
合計	28900	39455	40018	42496	37387	36525	34082	29652
<b>受診患者転帰</b>								
帰宅	25860	35054	35758	38526	33837	32248	29763	25289
入院	3040	4401	4260	3970	3550	4277	4319	4363
合計	28900	39455	40018	42496	37387	36525	34082	29652
<b>入院患者数</b>								
成人	1866	2781	2679	2799	2745	2860	2925	2952
小児	1174	1620	1581	1171	805	1417	1394	1411
合計	3040	4401	4260	3970	3550	4277	4319	4363
<b>受診形態別患者数</b>								
WALK IN	25635	35514	36149	38444	32903	32462	29833	25767
救急搬送	3265	3941	3869	4052	4484	4063	4249	3885
合計	28900	39455	40018	42496	37387	36525	34082	29652
<b>救急搬送患者数</b>								
成人	2538	3008	2853	3019	3291	2826	2909	2508
小児	727	967	985	1033	1193	1237	1340	1377
合計	3265	3941	3869	4052	4484	4063	4249	3885
<b>勤務帯別患者割合</b>								
深夜帯	24%	24%	15%	23%	22%	16%	16%	15%
日勤帯	42%	41%	40%	41%	41%	38%	37%	38%
準夜帯	34%	35%	45%	36%	37%	45%	47%	47%

表2. 救命救急センター歴代スタッフと診療体制

- 2006：高岡、林峰栄、阿波根 → 各科相乗りでの ER 業務開始
- 2007：高岡、林峰栄、阿波根、神山、新里盛、安座間 → ERスタッフのみで完全3交代勤務開始
- 2008：高岡、林峰栄、阿波根、神山、新里盛、屋宜、小野
- 2009：高岡、林峰栄、神山、新里盛、屋宜、小野、北原、増井、荘司、国重
- 2010：林峰栄、神山、新里盛、屋宜、北原、荘司、新里雅、佐々木、土屋
- 2011：林峰栄、神山、新里盛、屋宜、北原、荘司、新里雅、佐々木、吉田
- 2012：林峰栄、神山、荘司、西 → 各科応援再開
- 2013：林峰栄、西、向井、富山（7月～）
- 2014：富山、新里盛、土屋、宮川、梅村（7月～） → 2交代勤務開始+ICU・病棟管理開始

お詫び：何分、確固たる資料がなく、伝聞と過去の院内資料を基に調査したものです。個人名の間違い、名前抜け等の失礼があると思います。もし間違い等ございましたら何卒ご容赦ください。ならびに、当センターまで正しい内容や追記すべき事をお知らせいただけますと幸いです。今後、会報等の基本資料として歴史を整理していく所存です。

開設当初は3名のERスタッフに各科応援医師を加え、その下に臨床研修医が参加することでER型救命センターとして活動を始めました。その後、ER専従医が徐々に増員され各科応援のもと完全3交代勤務を開始し、更なる専従医の増員を契機にERスタッフのみでの完全3交代勤務を開始しました。

その間、当救命センター内外に数多くの困難な問題があったであろうことは想像に難くありません。その問題を一つ一つ解決していくために、多くの方々が多大なる苦勞をされ、また各方面・部署から膨大なご協力をいただき、そして一つ一つ丹念に解決していただいていたからこそ、今の体制を築き始めることができていると認識しております。偉大な先人たちにこの紙面をお借りしましてお礼を申し上げます（表2）。

現 状

今年度（平成27年4月）からは、救命救急センターとしてまた救急科として、救命センター内のみならず各病棟での入院患者管理業務を行っております（表3）。開設以来、現在までのERを中心とした救命センター運用に加えて新たにICU・病棟管理を救急医が担うことをミックスした、ER+ICU型とでも言いましょうか、南部医療センター・こども医療センターの歴史において新しいタイプの救急医療を提供し始めたところです。

専従スタッフは私を含めて現在5名となります（表4）。みんな有能で人柄もよく、猛烈に忙しい中でも

表3. 救命救急センター入院総数（2014年4月 - ）

	病院全体入院総数	救急科入院総数	病棟入院	救命センター入院
4月	861	69	0	69
5月	825	83	1	82
6月	772	66	1	65
7月	852	102	7	95
8月	885	92	22	70
9月	825	106	19	87
10月	888	111	23	88
11月	798	102	17	85

表4. 現在の救命救急センタースタッフおよび専門医・専門領域

氏名	専門医		専門領域	
	救急専門医	整形外科専門医	外傷・病院前救護	整形外科
梅村 武寛	救急専門医	整形外科専門医	外傷・病院前救護	整形外科
新里 盛朗	救急専門医	内科認定医	外傷・病院前救護	集中治療
土屋 洋之	救急専門医	内科認定医	救急・集中治療	循環器内科
富山 修志			救急	外科
宮川 幸子	総合内科専門医		救急	総合内科

情熱をもって明るく診療に当たっています。幸いなことに各人の専門領域も重なることなく、様々な症例に対応でき、本当に雰囲気の良い職場だと思います。この5名のスタッフのもとに日勤帯に2名、夜勤帯に4名の初期研修医を配置していただき、通常ER業務、救急搬送受け入れ、重症者（ICU）管理、一般病棟業務を行っています。今までと比べて取り

扱う業務量が多く多種にわたるために、現有スタッフ数では各人過重労働となっていることは否定しません。ただし、小児科医局全体の協力で小児walk in患者が多くなる平日準夜帯と休日日勤準夜帯における外来応援体制を構築していただいたり、成人各専門科の先生方に救命センター内が人員不足になる際のER応援業務を快く引き受けていただいたり、病院全体を挙げて救急医療体制をサポートしていただいています。このようなすばらしい環境を整えていただいた我那覇仁 院長先生をはじめとする南部医療センター・こども医療センター関係各部署の皆様にあつくお礼を申し上げます。

### これから

スタッフや初期・後期研修医が当センター内にたくさん顔を出してくれると同時に、各専門科の先生方からER診療の指導・応援をいただくことで、当センターが各専門科間の隙間を埋める緩衝材としてはたらき、中央診療部門としての役目を果たせると考えております。このような状況・環境を整備することが私の最も大切な役目であろうと心得ております。人が集まることで、少しずつですがカンファレンスや学会参加・発表なども行えるようになってきました。若い医療者への教育もさらにしっかり行わなければいけないと考えています。現有スタッフを育みつつ、院内のみならず他院で学んできた人物を迎えることも忘れずに常に新しい風を当センターに吹き込んでくれるよう、初期研修医以外の採用も進めていきます。人員が集まれば院内各部署の協力を得て、ぜひ各専門科研修もお願いしたいと考えているところです。

また、ハード面においては近い将来に救命救急センター内ベッドをICU基準に整備し直し、初療から入院、ICU管理までを当センター内で遂行できるように計画しております。まさに当センターは、今まで培ってきた輝かしい業績を元手に新しい門出を迎えようとしているところです。新たなことにチャレンジすることは当然試練でもありますが尽力していく所存です。

### おわりに

私の好きなことわざに「情けは人の為ならず」というものがあります。

我々は仕事をしていくうえで、たくさんの人々、種々の部署・職種の方々と交流し、そこで様々なことを経験し成長させてもらうわけです。経験する事柄は、良いことばかりでなく当然悪いこと（自分にとって嫌なこと）もあるわけです。しかし自分にとってどの様な事柄であっても、自分に関連する方々への感謝の気持ちと、「この行いが回りまわって将来必ず自分のためになるはずだ」と信じて行動することで前向きに動くことができます。何といたっても人が集まる、集めることができる部署でないと当センターの発展はありえないと考えています。当センターに、あるいは当センターの周りにたくさんの人々が集まる、集めることができる部署になり、当救命センターの発展が南部医療センター・こども医療センター全体のためになると信じ、新しい目標に向かって邁進していきます。

最後に、今後とも皆様から更なるご指導ご鞭撻を賜ります様お願いをして終わりいたします。



現スタッフ

部署報告

# 医師の事務作業を専門にサポートするドクターズクラーク ～やりがいのある医師事務作業補助者～

経営課ドクターズクラーク総括 内 間 真 子

## 【はじめに】

ドクターズクラークが配置されて、早6年が経ちました。当初は、手探り状態の中で少しずつ医師から業務を受けておりましたが、今では任されることも多すぎるほど、何かと頼りにされることにやりがいを感じております。

現在は31名で5つのチームを作り、複数の診療科を担当する者や、診療文書作成のみを代行する者など、業務内容は異なっています。

各チームにはリーダーとサブリーダーがおり、毎月チームミーティングを行い、業務の情報共有や勉強会を行っています。問題等があれば、毎月のリーダーミーティングへ議題をあげ、業務見直しの検討や現状報告などを行っています。

ドクターズクラーク31名が揃うのは朝のミーティングのみで、行事日程の連絡や周知事項の確認を行い、それぞれの持ち場へと移動します。

主な業務内容については次のとおりです。

### ■診療文書作成

普段は、毎月700件～800件の診療文書を代行作成しておりますが、公費の更新時期になると月1000件を超えます。

### ■外来

外来診療補助業務では、各担当医師の指示であるため、診療科によって業務内容は違いますが、診察記事の代行入力や検査オーダー、検査予約、紹介状の内容転記、検査結果コピー、外来予約変更などがあります。(すべての外来には配置していません。)

### ■病棟

入院業務についても各担当医師の指示の下、入院時の同意書・計画書等の仮登録、退院証明書作成、診療情報提供書の代行作成、サマリー代行作成などがあります。

### ■その他

来院報告書作成、病名登録(承認機能付)、統計業務、ネットワークデータベースへの入力、患者台帳入力、回診の同行やカンファレンスにも参加しております。

各チームの紹介をします。

担当診療科の名称と次の項目について書いてもらいました。

- ①ドクターズクラークとして思うこと
- ②チーム目標・課題
- ③現場からのメッセージ

(※各チーム写真に個性があり面白い!!)

## 【診断書チーム】



- ①あくまでも補助者で有り責任の所在は先生方であることを忘れず業務に取り組まなくてはなりません。そのため、日々勉強であり、有耶無耶にせず先生からご指導頂くことも大事な事と思っております。
- ②定期的に診断書の勉強会を開き、制度や様式改正等にも対応できるようスキルアップしていくことです。
- ③先生方から戻ってきた診断書の依頼書に、ドクターズクラーク宛のコメントやメッセージなどが書かれていることがあり、実はそれを楽しみにもしています。楽しいコメントは話題になり、そのDr.は人気急上昇です!!

## 【内科系チーム】

総合内科・感染症内科・呼吸器内科・消化器内科  
循環器内科・血液内科・神経内科・腎リウマチ科



- ①これまで医師が行っていた事務作業をドクターズクラークが行う事によって、医師の業務の負担を軽減し、医療行為に専念できる環境を作り、ゆとりのある質の良い医療の提供に繋がっていただいております。
- ②サマリー記載率100%。またチームの業務内容を把握しお互いの担当診療科をフォローできる様な体制の構築を図る。
- ③先生方個人の考え方がそれぞれ違うため、ドクターズクラークの業務内容はそれぞれ違ってきます。私たちクラークは先生方に寄り添う事が大事であり、先生方に啓発され、よりスキルアップ出来るのです。

### 【外科系チーム】

一般外科・心臓血管外科・脳神経外科（小児）  
形成外科（小児）・整形外科（小児）・リハビリ科  
麻酔科・小児外科・泌尿器科・救命救急科



- ①ドクターズクラークは医師のお手伝いができる貴重な職種だと思っています。私達に求められるのは先生方が診療に専念できる環境を作る事です。そのためには業務の流れを理解し、たくさんの知識が必要なのですが、まだまだ課題は山積みです。少しずつですが、信頼され必要とされるドクターズクラークを目指します。
- ②手術見学、勉強会等を行い、ドクターズクラークの質を高めたいと思っています。
- ③今後も、先生方のご指導宜しくお願い致します。それと、講師として依頼する場合もあるかと思しますので、快く引き受けて下さるようご協力宜しくお願い致します。

### 【小児科チーム】

小児総合診療科・小児内分泌代謝科・小児感染症科  
小児腎臓科・小児血液腫瘍科・小児循環器科・こころ科  
小児集中治療科・小児心臓血管外科・小児神経科  
新生児科・小児遺伝相談外来



- ①県内唯一のこども病院であるため、小児科には複数の専科があり診断書も様々な種類があります。その煩雑な事務作業の補助をすることで、先生方の負担軽減になるよう日々努めています。
- ②病棟や外来で、先生方や患者様とも、信頼関係が築けるようにしたい。特に外来では、診療がスムーズにいくよう努めます。
- ③ドクターズクラークとして小児医療に関わっていることに誇りを感じています。そして小児科チームとして情報共有し知識を高め合うことを心掛けています。

### 【専科チーム】

放射線科・皮膚科  
産科・婦人科  
歯科口腔外科・眼科・耳鼻咽喉科・精神科



- ①医師の事務負担を軽減するために、先生方の個性を尊重し、また診療科の特徴を把握しながら常に“目配り、気配り、心配り”を念頭に業務を行っています。またチームの一員として医師はもちろんのこと、看護師やその他のスタッフ、そして患者様とのコミュニケーションも大切に、スムーズに業務が行えるよう努めています。
- ②「返書率100%」を今年度のチーム目標としています。先生方のご協力をお願い致します。
- ③私達チームは、様々な診療科の集まりです。その為各々の業務内容が異なるため、お互いの業務内容を話し合い、共有し、スキルアップに努めています。

### 【おわりに】

私達ドクターズクラークは、医師の近くで業務をさせていただいており、常に医師の負担軽減に繋がるよう努めております。

多忙な医師の事務作業を更にサポートするためには課題があります。

- ドクターズクラークの人員不足
- 継続的な嘱託職員の雇用
- 電カル不足などの環境整備
- 研修体制の構築
- 医療（専門）の知識不足
- 各診療科業務の共通化
- ドクターズクラークのサポート体制

今年から各チーム目標を立て、達成に向けて日々頑張っております。医師の役に立っていると実感した時にはモチベーションが上がるので、先生方の温かいお言葉をお待ちしております。それから、今後とも医師の負担軽減に貢献していきたいと思っておりますので、ご指導の程、宜しくお願い致します。

部署報告

## 「院内保育所について」 ～沖縄県立南部医療センター・こども医療センター院内保育所 みなみのご保育園～

園長 桃原 康代

### はじめに

近年「子育て」をめぐる社会情勢が大きく変化し、子どもや子育て家庭を取り巻く状況も大きく変わってきました。中でも「仕事と生活の調和」ワーク・ライフ・バランスの実現が強く求められております。働きながら子育てをしている家庭を支える担い手として、事業所内（院内）保育所に対する期待が高まっております。また保育所における質の高い養護と教育の機能が強く求められています。その上に、保護者の就労等のニーズに応じた多様な保育サービスも、保育所の重要な役割です。

乳幼児期は、子どもが生涯にわたる人間形成の基礎を培う極めて重要な時期です。

個人差が大きいこの時期の子どもたちの一人ひとりの健やかな育ちを支え、心身共に安定した状態で過ごせる保育所、そして保護者の皆様の仕事と子育ての両立を支援し～共に育て合う保育～を培ってまいります。こういった環境の中、みなみのご保育園設置となり保育がすすめられています。

### 院内保育所 みなみのご保育園開所

みなみのご保育園は医師、看護師、医療関係の人

材不足、人材確保また核家族化にともない夜間の看護師確保を目的とし、今年（平成26年3月）沖縄県立南部医療センター・こども医療センターの院内保育所として産声をあげ保育がスタートしました。

育児休業制度に伴う保育園の年度途中での円滑な受け入れが可能で、職場復帰を目指す保護者の皆様が安心して仕事が続けられるよう、安心して保育園に子どもを託せるように、「子どもの最善の利益」を考慮し、保育所保育の特性を生かし、子どもたち一人ひとりを大切に丁寧な保育を実践しています。

開園当初は初めての環境、初めて出会う保育士に、不安な気持ちから涙が溢れておりましたが、目の前のすべての子どもたちを受け入れ、個々の生活リズムを尊重する事で、愛着関係が形成され、子どもたちと保護者の皆様との信頼関係を築く事ができ、今日では笑った顔も・泣いた顔も・怒った顔も・困ったときの顔も全部がぜんぶキラキラ輝いています。

「子どもたちは集団の中でよりゆたかに育つ」「子育てが楽しい」と感じられるよう保育の質の向上を図り、家庭との連携の下、保護者支援を確約し優しい眼差しと、温かい心に包まれた保育で、未来に羽ばたく子どもたちの明日を育てています。



開所式・入園式

## 施設概要

### ◆施設の所在地

〒901-1193 沖縄県島尻郡南風原町字新川118-1  
沖縄県立南部医療センター・こども医療センター  
みなみのか保育園

◆電話番号 098-889-7861  
◆運営開始 平成26年3月25日  
◆設置者 沖縄県立南部医療センター・  
こども医療センター

◆代表者 院長 我那覇 仁  
◆運営受託者 株式会社ニチイ学館  
◆施設長 桃原 康代  
◆開園日・開園時間

月曜日～土曜日7:00～20:00（祝祭日を除く）  
夜間保育（毎週水曜日） 15:00～翌10:00  
（祝祭日を除く）

### ◆定員

総定員40名

#### 【内訳】

0歳児 : 3名  
1歳児 : 12名  
2歳児 : 15名  
3歳児 : 6名  
4歳児以上 : 4名

### ◆嘱託医

當間 隆也医師

（わらべの会 わんぱくクリニック副院長）  
下地 さおり医師（さおり歯科クリニック院長）



みなみのか保育園（正面）



基本理念・保育目標

保育理念	おもいっきり遊ぶ おもいっきり学ぶ 私たちは、「やさしく・つよく生き抜く力」を育みます
保育目標	<p>すくすく育つ / 健全な心と健康な身体</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・心と身体の発達の中で生活の基本を学びます。</li> <li>・徳育、食育、体育を通して心と身体の両面の成長を促します。</li> <li>・基本的な社会のルールやマナーを、集団生活の中で学びます。</li> </ul> <p>わくわく遊ぶ / 積極的に学ぶ好奇心 豊かな創造力と自己表現力</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・遊びから始まるさまざまなアクティビティを通して、学ぶ好奇心を養成します。</li> <li>・読み、かず、英語、科学などの学習を通して学ぶ楽しさと達成する喜びの機会を学びます。</li> <li>・アートや音楽、遊びを通して感性を磨き、創造力と自己表現力を高めます。</li> </ul> <p>いきいき過ごす / 自ら考え行動する自発力 地域で育む思いやりと広い視野</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・友だちや周囲との関わりを通して、自と他の存在を知り、自ら考え、行動することを学びます。</li> <li>・地域社会との交流を通して、協調性を身につけ、周りの人の気持ちを理解しいたわることを学びます。</li> </ul>

保育カリキュラム（設定保育活動プログラム）

音楽プログラム	合奏（楽器遊び）・保育士によるリトミックを取り入れた音楽的要素の強い活動を実施いたします。（週1回）
英語プログラム	楽しみながら覚えられるよう、専門の講師による教材などを使用した英語カリキュラムを設定いたします。（週1回）
体育プログラム	体を動かすことの楽しさ、友達と遊ぶ楽しさを理解すると共に、約束事を守る大切さ、がまんすることの大切さを理解できるプログラムを提供します。



体育プログラム（太陽スポーツ）



英語プログラム（COCO塾）



年間行事（平成26年度）

	行事内容
4月	○開所式・入所式 ○こいのぼり掲揚式 ○イースター
5月	○こどもの日 ○諸検査（ぎょう虫）
6月	○プール開き ○内科検診 ○歯科検診
7月	○七夕会
8月	○スイカ割り
9月	○祖父母お招き会
10月	○ハロウィン仮装行列
11月	○第一回みなみのこ保育園運動会 ○小遠足
12月	○クリスマス会
1月	○ムーニー作り（2歳児以上）
2月	○節分 ○発表会 ○内科検診 ○歯科検診
3月	○ひな祭り ○お別れ遠足 ○修了式 ○卒園式

□毎月の行事：お誕生日会・お弁当会・避難訓練・身体測定



お誕生日会



イースター（海軍病院）



こいのぼり掲揚式



プール開き



祖父母お招き会（0歳児）



祖父母お招き会（1歳児）



祖父母お招き会（2歳児以上）



ハロウィン仮装行列



ハロウィン仮装行列

### おわりに

天使の微笑み、という表現は決して大げさではないように思えます。

赤ちゃんの寝顔、満面の笑みを見ていると、何ともいえない愛おしさが募ります。

はじめて大好きなお母さんの手から離れ、ドキドキしながら保育士に抱かれみんなと手をつなぎ、つないだ手のぬくもりに安心して離さない。つないだ輪の手と手から子どもの育ちを見極める本当に必要としているときに必要なぶんだけ援助します。そうすることによって遊びが広がったり、深まったりします。

目の前の子どもたちが、今何をしようとしているのか？

何に困っているのか？何を嫌がっているのか？

何を喜んでいるのか？

よく見て、聞いて、知って、感じて援助します。



子どもの育ち一喜一憂しながら・・・

子どもの育ちは一人ひとりみんな違って、みんないい。



## 笑顔がいっぱい ～みなみのこ保育園園児～



## 呼吸ケアチーム（RCT）活動と今後の課題

沖縄県立南部医療センター・こども医療センター  
MEセンター<sup>1)</sup>、呼吸器科<sup>2)</sup>、看護部<sup>3)</sup>、リハビリテーション科<sup>4)</sup>

○坂名城 尚<sup>1)</sup>、當銘正彦<sup>2)</sup>、東 正人<sup>2)</sup>、新里 彰<sup>2)</sup>、志慶眞美和子<sup>3)</sup>、  
仲宗根さやか<sup>3)</sup>、石原智美<sup>3)</sup>、喜友名貴之<sup>4)</sup>、金子友里<sup>4)</sup>

### はじめに

当センターは3次救命医療を擁する急性期病院であり、365日24時間救急患者を受け入れているため、人工呼吸管理を必要とする重症患者に対応する機会が多くある。一方では、全県的な母子総合周産期医療も担う公的な役割もありベッドの制限も厳しく早期退院や転院を余儀なくされている。そこで、当院は人工呼吸器を要する患者の早期離脱と人工呼吸器管理における質の向上を目的に、2012年4月に呼吸ケアチーム（Respiratory Care Team：以下RCT）を立ち上げた。今回、当院のRCT活動における現状と課題について報告する。

### 活動内容

呼吸器内科医師3名・認定看護師3名・臨床工学技士1名・理学療法士2名で構成している。主な活動内容は、一般病棟で人工呼吸器装着している患者様を中心にRCTメンバーによる週1回カンファレンスと病棟回診を行っている。その際に、患者の病態に合った人工呼吸器設定の検討や安全管理が遵守されているか、合併症予防の有無やリハビリテーションの進捗状況など、呼吸ケアに必要な要素を加味した上で総合的に判断し、継続ケアに繋げることができるようチームアプローチを行っている。また、年4回はRCTメンバー全員参加の会議や症例検討を開催し、情報交換及び知識の共有の場としている。

（図1～図3）

### <構成メンバー>

- ・呼吸器内科医師：3名
- ・看護師：3名  
（集中ケア/救急看護/新生児集中ケア認定看護師）
- ・臨床工学技士：1名
- ・理学療法士：2名

### <活動スケジュール>

回診日：週1回（カルテレレビュー/病棟回診）

対象：人工呼吸器装着患者（集中治療室除く）

※年4回はRCTメンバー全員参加の会議や症例検討

### 図1 RCT設立

- ①人工呼吸器からの早期離脱に向けた指導・提言
- ②人工呼吸管理の質的向上（安全管理・合併症予防）
- ③呼吸ケアに係る総合的な評価と改善  
（栄養管理・感染対策・口腔ケア・呼吸リハビリテーションなど）
- ④呼吸ケアに関する教育と知識の普及

### 図2 RCT活動内容

#### ①RCT回診リストの作成

- ・RCT回診依頼の確認（「RCT回診チャート病棟用」）



#### ②RCT回診（週1回）

- ・カルテレレビュー  
（栄養/感染管理・人工呼吸器設定・リハビリテーション計画など）
- ・病棟回診でのフィジカルアセスメント
- ・病棟看護師との情報交換や指導・提言
- ・呼吸ケア/人工呼吸器離脱の提案や計画



#### ③RCT回診報告書の作成・保存（電子カルテにて管理）

- ・RCT回診チャート/回診報告書の記入

### 図3 RCT活動の流れ

## 活動の流れ

「RCT回診リスト」及び「RCT回診チャート（病棟用）」をRCT回診前に作成。（図4、図5）

RCT回診は始めにカルテレビュー（栄養/感染管理・人工呼吸器設定・リハビリテーション計画など）を確認し、実際に病棟回診を行いながら患者様のフィジカルアセスメント・病棟看護師との情報交換や呼吸ケアの指導・提言を行っている。回診後は「RCT回診チャート」「RCT回診報告書」を記入し電子カルテに保存している。（写真1）（写真2）（図6）

## 活動報告

2012.4～2013.12までのRCT活動件数は656件（人工呼吸器装着患者：162人）。

人工呼吸器を必要とする診療科は呼吸器内科が多く導入疾患は肺炎が多かった。

以下に診療科・導入疾患を図に示す（図7）（図8）活動開始する以前（2011.4～2012.12）の「人工呼吸器離脱患者」・「離脱できなかった患者の転帰」のデータを比較した。

### 「人工呼吸器離脱患者」（図9）

2011.4～2012.12までの患者（145人）

離脱（105人：72%）、離脱なし（40人：28%）、平均装着日数：31日（1～現在）

2012.4～2013.12までの患者（162人）

離脱（102人：63%）、離脱なし（60人：37%）、平均装着日数：21日（1～現在）

病棟	氏名 (ID)	年齢	診療科	疾患名	戻し理由	人工呼吸器開始日	離脱日	機体条件設定	現在の状況	備考
5 床 (600号)	■	33	呼吸器科	肺炎球菌肺炎	交換弁漏れ(閉鎖)・高位気管挿管(閉鎖)・呼吸器用マスク使用	2012/4/16	2012/4/16	Mode: SIMV P/FiO2: 0.3 TV: 400 f: 12 PEEP: 5		
2 床 (820号)	■	83	内科	高二酸化炭素血症	肺炎・糖尿病・急性呼吸不全	2012/12/28		Mode: SIMV P/FiO2: 0.3 TV: 400 f: 6 PEEP: 5		○
3 床 (820号)	■	84	脳神経外科	高二酸化炭素血症	慢性腎不全・慢性心不全・慢性腎臓病	2013/1/1		Mode: PC-A/C P/FiO2: 0.25 P: 10 f: 6 PEEP: 5		DNR ○
5 床 (820号)	■	19	血液内科	心臓停止後	肺炎・急性腎不全・急性呼吸不全・急性呼吸不全・急性呼吸不全・急性呼吸不全	2012/10/17		Mode: PRVC-SIMV P/FiO2: 0.3 TV: 350 f: 12 PEEP: 0		
5 床 (820号)	■	60	呼吸器科	呼吸不全	DIC・全身性感染症・急性呼吸不全・急性呼吸不全・急性呼吸不全・急性呼吸不全	2012/11/21		Mode: VT/PC-SIMV P/FiO2: 0.3 TV: 400 f: 10 PEEP: 5		
5 床 (820号)	■	52	脳神経外科	肺炎	AVM出血後遺症・急性呼吸不全	2011/12/30		Mode: SIMV P/FiO2: 0.25 TV: 370 f: 10 PEEP: 5		
5 床 (817号)	■	52	消化器科	心臓停止後	下血性腸炎・急性呼吸不全	2012/1/2		Mode: PC-SIMV P/FiO2: 0.3 P: 10 f: 13 PEEP: 5		○

図4 RCT回診リスト

病棟看護師から呼吸ケアに関する疑問点や患者ケアに関する事を記載してもらい提出。

疑問点に関し、各職種の意見をまとめRCT回診後に記入・返答

図5 RCT回診チャート（病棟用）

図6 RCT回診チャート・回診報告書



写真1 カルテレビュー



写真2 病棟回診

RCT活動件数: 656件  
(2012.4~2013.12)

人工呼吸器装着患者数: 162人

<診療科>

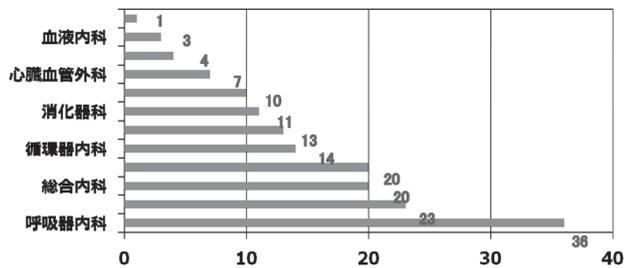


図7 RCT活動件数

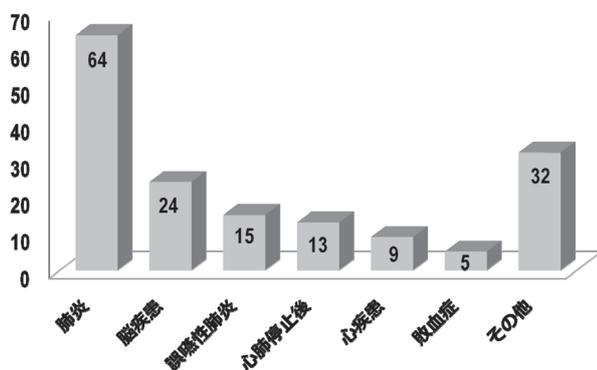
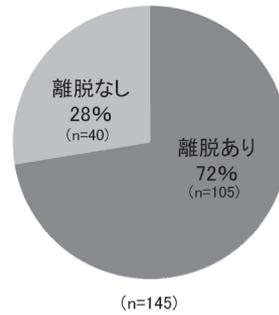


図8 導入疾患

2011.4~2012.12



2012.4~2013.12

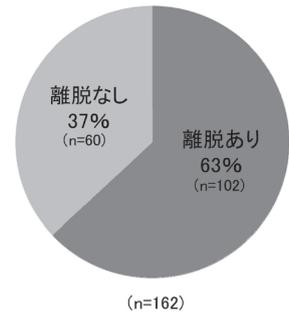
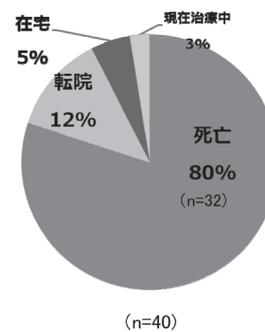


図9 人工呼吸器離脱患者

2011.4~2012.12



2012.4~2013.12

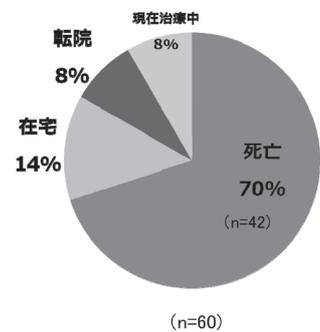


図10 離脱困難であった患者転帰

「離脱できなかった患者の転帰」(図10)

2011.4~2012.12までの患者(40人)  
死亡(32人:80%)、転院(5人:12%)、在宅(2人:5%)、現在治療中(1人:3%)  
2012.4~2013.12までの患者(60人)  
死亡(42人:70%)、転院(5人:8%)、在宅(8人:14%)、現在治療中(5人:8%)

以上のデータを比較したところ、活動開始前に比べ人工呼吸器の平均装着日数は減少したが離脱率は低かった。次に、離脱できなかった患者の転帰に関して調べたところ、在宅へ移行する患者が多くなったため死亡率が減少した。これは、人工呼吸器の離脱は困難であったが、呼吸ケアに関する質の向上が上がったため在宅医療に移行できたためだと考えられる。

今後の課題

主治医により人工呼吸器離脱方法が異なり、基準の遵守ができていないためマニュアルの改訂に加え、マニュアル遵守の徹底を実施することが重要であると考え。

また、集中治療ケア領域や新生児・小児領域の介入は行っていないため今後は介入していきやすい活動範囲を延ばしていきたいと考える。

まとめ

RCTを発足したことにより、他職種の知識や意見を交換することができ呼吸ケアの充実や安全管理体制が少しずつできてきたと考えられる。今後も質の高い呼吸ケアを提供できるようチーム医療を意識しながら取り組んでいきたい。

## 病院見学感想文

弘前大学6年 高崎 直

この度は、3月24、25日の両日に貴院を見学させて頂きまして誠にありがとうございました。将来は小児に携わる仕事がしたいと思い、小児の症例が豊富とお聞きした貴院での初期研修を考え、見学させて頂きました。

初日のERでは、林先生、西先生、野崎先生に大変お世話になりました。小児の患者さんはもちろん、軽症から重症まで幅広い成人の患者さんも数多く来院しており、患者さん自身からすれば、あまり良いことではないと思いますが、研修病院としてはとても良い環境であると感じました。

また、上級医の先生方もERに常にいらっしゃるの、すぐに報告、相談、連絡、ディスカッションのできる環境であり、適切にフィードバックを得ることができると感じました。今後、救急の体制が大きく変わるということでしたが、吉村先生のお話をお聞きして、適切にフィードバックが得られる環境は維持され、改善すべき点は徐々に改善されていくのであらうと感じましたので、結局は特に問題にならないだらうと思っています。

2日目の小児科では、各科を短時間で効率よく見学させて頂きました。どの科の先生方にも大変親切に接していただき、感謝しております。後期研修の先生方が沢山いらっしゃるの、初期研修医に手技を行う機会がなかなか回ってこないのではないかと感じておりましたが、実際には機会は多くあるとお聞きし安心しました。

今回の見学を通じて、貴院の先生方が、沖縄県では南部医療センター・こども医療センターが患児さんやその保護者にとって最後の砦であるという自覚や誇りをもって仕事をなさっていることを見て感じました。実際にそのようにおっしゃる先生もいて、とても素晴らしいことだと思いました。

最後に、研修センターの吉村先生、宮城さんには大変お世話になりました。吉村先生からは、少しでも良い研修医を集めたい、そのためには選考方法ももっと良くしたいという熱意を感じました。宮城さんにはきめ細かく心配りをして頂きました。わずか2日間だけの見学でしたが、大変お世話になり、感謝しております。マッチングの際には、またお世話になりたいと思います。本当にありがとうございました。

## 県立南部医療センター・こども医療センターの見学感想文

京都大学医学部6年生 和 泉 賢 明

6月10日(火)、見学初日は僕の志望科である産婦人科の見学をさせていただきました。周産期に強い病院だけあって、最初に見学させていただいたNICUと合同の朝カンファでは重症の新生児が多く扱われていました。そこでは先生方の新生児・母体を救いたいという熱意が強く伝わってきました。その後は産婦人科をローテートしている初期研修医1年目の杉下先生と大山先生に主について回るような形で術前カンファ・病棟業務・科内カンファ・手術見学・胎児健診等を見せていただきました。時に上の先生から強い指摘が見られる場面もありましたが、それも若い医師を育てたいという思いからのもので、主には和気藹々とした雰囲気でも魅力的でした。初日の昼にはマッチングの面接が行われ、どのようなことが聞かれるのかと内心ドキドキハラハラしていましたが面接をしてくださった先生方は皆親しみやすい雰囲気の方ばかりで緊張も徐々にほぐれていき、素直に受け答えができたのではないかと思います。初日の見学が終わってからは、お弁当を囲んで研修医寮前の談話室で塚本先生・嘉数先生・土屋先生と色々お話させていただきました。その後、嘉数先生が車で宿まで送ってくださり、ついぞと言って平日にも関わらず国際通りの居酒屋に連れて行ってくださいました。より色んな話ができ、非常に魅力的な人間性で、是非見習いたいと思える方でした。

6月11日(水)、見学2日目は救急科を見学させていただきました。主には初期研修医1年目の伊藤先生について回る形で、救急車・walk inの初期対応を見させていただきました。伊藤先生はとても穏やかな落ち着いた雰囲気の方で、小児の熱性けいれんが救急車で運ばれた場合でも堂々としていました。初期研修医2年目の山崎先生は伊藤先生よりさらに堂々と落ち着いていらして、山崎先生が勤勉家であるという理由もあるにしろたった1年でここまで成長できるものなのかと、この病院での初期研修がやはり非常に魅力的であると再認識できました。その中で、発熱が続いている児童で、首を前にすると後頭部辺りが痛いというwalk inの患者さんがいて、髄膜刺激徴候として取れる所見や意識障害の所見は非常に薄かったが母親たっでの希望ということで念のため腰椎穿刺をすると細胞数の上昇が見られ、リアルな臨床を見ることができて怖いと感じました。

たった2日間の見学でしたが病院の様子・研修医の生活・働いている方々の雰囲気・研修内容など多くの事を知ることができて、この病院で初期研修をすることがやはり非常に魅力的と思えました。お世話になった先生方、臨床研修センターの方々ありがとうございました。

研修医だより

## 研修2年間を振り返って

初期研修医2年次 奈 佐 悠太郎

長いと感じていた初期研修2年間も終わろうとしています。当院での研修はほとんどすべての診療科を回らせていただくことができました。内科志望の自分としては、外科系診療科、産婦人科、小児科、救急科を回らせていただいたのは貴重な体験でした。

特に救急科はいろいろシステムなどが変わりましたが、指導医の先生方の人柄がよく、新しいシステムをすんなり受け入れることができました。また、救急というスピードを要求される環境はのんびりしている自分には苦痛な環境でしたが、多くの成長を自分にもたらししてくれました。

志望科の内科研修では思い出に残る症例を多く体験させていただきました。よく、ここまで重ならず様々な症例が来るなど思いました。ある科を回っている時には、肺炎、尿路感染症の方々もおられました。ガス壊疽（下肢切断）、結核、化膿性脊椎炎、不明熱……、など文献を調べる余裕もなかったです。ある科を回っているときは毎日の様に入院が入り、担当患者は40人を超えたりと、患者さんの把握も大変でした。

振り返れば1年次はただ、言われたことをやっているだけで時間が過ぎていき、自分は本当に成長しているのか不安でしたが、2年次になり、やっていたことの意味がわかってきて、診療も楽しくなってきました。ただ、同時に責任もついてきて、逃げたくなることもありました。そんな中、何とかできたのも指導医の先生が忙しい中でもアドバイスを、そして見えないところで尻ぬぐいしてくださっていたからだと感じます。

また、人間面で未熟な自分を温かくも厳しく指導してくださった看護師の方々を中心としたコ・メディカルの皆様には感謝してもしきれません。そのおかげで当院にて研修をして、やや対人恐怖症も改善したのではないかと思います。

初期研修の2年間が終わろうとしています。自分は何にもできていなかったなとも感じますが、自分がいかに未熟かと気づかせてくれたのは当院で、研修して一番よかったと感じる事です。今後も、この2年間の研修を糧に患者さんの診療に当たっていけたらと思います。2年間の研修を支えてくださった皆様本当にありがとうございました。

研修医だより

## 小児科後期研修を振り返って

小児科後期研修医 杉浦健太

今回、研修医だよりを書かせていただくことになりました、小児科後期研修医の杉浦健太と申します。私は千葉大学を卒業後、千葉県八千代市にある東京女子医科大学八千代医療センターで初期研修を2年間、小児科後期研修を2年間行いました。八千代医療センターは周産期センターであり、八千代市が新しいベッドタウンのため子どもが多いこともあり、日々沢山の小児患者さんが来院・入院します。アットホームな環境の中、研修は充実していて、様々な小児のcommon diseaseを経験させて頂きましたが、次第により深く専科の勉強がしたいと思うようになりました。将来自分のsubspecialityとして考えている小児救急も経験しつつ、専科の勉強が可能なこども病院での研修が出来れば、と思い病院探しをしている中、沖縄県立南部医療センター・こども医療センターを見学させて頂くことになりました。

沖縄には縁もゆかりもない私は、見学の時に初めて来沖しました。旅行雑誌の写真以上にきれいな空と海に心躍りここに住むことが出来ればいいな、と思ったことも理由の一つではありますが、それ以上に病院見学と面接を通じて、とても教育的でレジデント主体の体制、離島医療が出来るようになるという目標設定、豊富な症例に心惹かれ迷わず研修を志願しました。見学の際、我那覇院長、小児腎臓科の吉村先生、小児科スタッフの先生方、当時のレジデントの先生方、研修センターの事務の方々を始め、多くの病院スタッフにお世話になりました。同じ千葉大学出身ということで我那覇院長にはとても良くして下さい、沖縄の夜の街とさらにはご自宅までご招待頂きました。泡盛や院長御夫人が出して下さい白ワインを味わいながら、沖縄の医療体制について熱弁を奮っていらっしゃるのを拝聴し、私は南部医療センターでの研修を決心しました。沖縄に無縁であり、さらに医師5年目というイレギュラーな身分でありながら研修を受け入れて頂き、とても感謝しております。

当院の小児科研修は、想像以上にハードなものでした。小児科の1日は毎朝7時半のcase conference、grand round、staff lecture、mock codeから始まります。その前に患者把握、科によっては採血があるため、朝はとても早く、朝布団から出られない自分には最初とても辛かったです。ただ、次第に早起きにも慣れ、朝一番のconferenceは普段の臨床で足りないことを補う絶好の機会、後輩、同期、上級医の発表を聞くことや自分の発表をすることはとても勉強になりました。毎月行うMock codeは集中治療科の八坂先生、制野先生の指導下で、与えられたシチュエーションの中みんなで妄想を膨らませながら模擬人形を蘇生させるシミュレーションで、実際の臨床では当たることの少ない小児の蘇生を繰り返し勉強するととても良い実習でした。朝のカンファレンスが終わると、各科に分かれ、救急・外来・病棟業務をこなしていきませんが、どの科でも濃厚な研修が行われ、1日が終わった時には何とも言えない疲労感に襲われます。当直も決して楽ではありませんでしたが、自分達の成長のためにも、皆で切磋琢磨して頑張ってきました。

小児科レジデントは総合診療科、神経科、腎臓科、血液・腫瘍科、循環器科、内分泌科、集中治療科、新生児科を1-3か月毎にローテーションします。私は前の病院で小児医療をある程度学んできたと少しばかりの自負があったのですが、まだまだ自分自身の知識はとても浅かったと思い知りました。各科の専門の先生方が各患児に対して疾患と患者背景まで考えた診療をしていらっしゃるのを見ながら、patient + evidence basedの医療を体感・学習させていただきました。少しでも迷う症例や稀な症例があると、上級医が論文をすぐに探し出して自分のメールアドレスに入れて下さり、他の先生方とdiscussionする姿を見て感銘を受けると共に、自

分もこうあらねばと反省する日々でした。多忙な勤務の中、空いた時間に我々レジデントにshort lectureを何回もして頂いたのも印象的で、その講義が実際の診療に即しており、とてもためになりました。

小児科だけでなく、他科の先生方にも大変お世話になりました。小児科では合併症を幾つも持つ患児が多く、小児外科、心臓血管外科、脳神経外科、形成外科、整形外科、産婦人科、眼科、耳鼻咽喉科、歯科口腔外科、感染症内科、循環器内科、皮膚科、放射線科、と沢山の科の先生方にコンサルトさせて頂きました。どの科の先生方も嫌な顔一つせず快くアドバイスを頂き、本当にありがとうございます。救急外来では救急科の先生方や初期研修医の先生方と、お互い得意・不得意分野を分かち合いながら協力して患者さんの対応をさせて頂きました。PICU研修の際に、挿管機会の少ない我々に麻酔科の先生方が小児の全身麻酔の際に呼んで下さり、気管挿管手技を指導して頂きました。緊急コールがあった際、その患者が高齢者であろうと小児であろうと、たとえ深夜にも関わらず大勢の先生方が集まり蘇生に協力しあっていたのには感動さえも覚えました。廊下ですれ違った際に、他科の先生方に「あの赤ちゃん、元気になった？」など気さくに話しかけて下さったり、他科の先生方とイベントなどでお酒を交わしたりする機会も多かったりと、各科の仲が良いことも当院の良い特徴の一つだと思います。

英語に接する機会が多いのもこの研修の一つの特徴です。海外留学経験の先生が多く、留学時の経験談を聞かせていただいたり、英語の論文やスライドを見たりする機会がとても多かったです。さらに、海外からいらっしゃる先生からの講義、海軍病院とのカンファレンスと、英語と触れる機会が山ほどあり、いずれも自分達の視野を広げる良い経験となりました。

こども病院のため長期の入院患児も多く、当院ではプレパレーションがとても充実しています。入院生活を余儀なくしている子ども達に楽しんでもらおうと、病棟保育士を中心に医師、看護師、看護助手、リハビリ、ボランティアと多方面の方々が協力して節分、夏祭り、ハロウィン、クリスマスなどのイベントを盛り上げます。私も一部参加しましたが、協力していらっしゃるスタッフの人数が多く、上級医の先生方までもノリノリでコスチュームを身に纏われたりする等、病院スタッフ全体で盛り上げようとしているのが分かりました。さらには、採血、ルート採取やルンバルなどの処置の際でもいかに子どもを不安がらせないように、楽しませながら行うかなどをスタッフ方が考え、行動している環境が素晴らしいと思いました。

仕事以外でも、事務の方々が主催のイベントや、ビーチパーティー、草野球、ソフトボール大会、バスケットボール、フットサル、後輩とのゴルフ等、多くの課外活動に参加させていただき、病院スタッフとの交流を深めると共にリフレッシュしていました。忙しい研修の中、こういったイベントや飲み会が多く、程よく息抜きも出来ていたと思います。

長文となってしまいましたが、それほど当院での小児科研修は充実したものでした。辛いことも多くあったと思いますが、共に研修をしたレジデントの仲間達に恵まれ、それらを忘れさせてくれるくらい楽しかった2年間となりました。医師、看護師、薬剤師、検査技師、保育士、ボランティア、図書館司書、そして研修センター・医局を始めとした事務の方々など、本当に多くの病院スタッフの支えがあり、研修することが出来ました。とてもお世話になりました、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いたします。



◎ 沖縄県立南部医療センター・こども医療センター

平成 26 年度採用卒後臨床研修医

【1年次】



浅井 友美子  
YUMIKO ASAI  
三重大学  
MIE UNIVERSITY



伊藤 純二  
JUNJI ITO  
琉球大学  
UNIVERSITY OF THE RYUKYUS



大山 詔子  
NORIKO OYAMA  
産業医科大学  
UNIVERSITY OF OCCUPATIONAL AND  
ENVIRONMENTAL HEALTH/JAPAN



小野 友美子  
YUMIKO ONO  
昭和大学  
SHOWA UNIVERSITY



嘉敷 昇達  
NORITATSU KAKAZU  
東京医科大学  
TOKYO MEDICAL UNIVERSITY



草場 雄道  
YUDO KUSABA  
久留米大学  
KURUME UNIVERSITY



白水 雅彦  
MASAHIKO SHIRAMIZU  
佐賀大学  
SAGA UNIVERSITY



杉下 裕勇  
HIROO SUGISHITA  
昭和大学  
SHOWA UNIVERSITY



塚本 裕  
YUTAKA TSUKAMOTO  
京都大学  
KYOTO UNIVERSITY



土屋 洋輔  
YOSUKE TSUCHIYA  
順天堂大学  
JUNTENDO UNIVERSITY



古谷 幸大  
YUKIHIRO FURUYA  
昭和大学  
SHOWA UNIVERSITY



松葉 啓文  
HIROMI MATSUBA  
和歌山県立医科大学  
WAKAYAMA MEDICAL UNIVERSITY



水谷 謙一  
KENICHI MIZUTANI  
金沢医科大学  
KANAZAWA MEDICAL UNIVERSITY



山田 理  
OSAMU YAMADA  
旭川医科大学  
ASAHIKAWA MEDICAL UNIVERSITY



山中 英樹  
HIDEKI YAMANAKA  
関西医科大学  
KANSAI MEDICAL UNIVERSITY

【3年次】



阿見 祐規  
YUKI AMI  
東京慈恵会医科大学  
THE JIKEI UNIVERSITY



岩井 剛史  
TAKESHI IWAI  
琉球大学  
UNIVERSITY OF THE RYUKYUS



持田 塁  
RUI MOCHIDA  
東海大学  
TOKAI UNIVERSITY

診療所だより

## 渡嘉敷だより ～島医者になったの半年間～

渡嘉敷診療所 村田祥子

初めまして。今年の4月から渡嘉敷診療所に医師として赴任致しました村田祥子と申します。簡単に自己紹介させていただくと、那覇市出身、興南高校を卒業後大学は県外の自治医科大学を卒業し、卒後は県立中部病院で3年研修を行い医師4年目のこの春から渡嘉敷島に来ました。

私の母校である自治医科大学は、将来離島やへき地の医療に貢献する総合医を目指す大学であり、学生の頃から色々な沖縄の離島診療所で研修させていただいてきました。そして、大学卒業後、研修医時代を過ごした沖縄県立中部病院では、将来医師一人体制の離島診療所で働くということを想定した研修プログラムを受け、今まさに目標としてきた道を歩んでいる最中です。

私が最初に渡嘉敷島を訪れたのは、泊小学校5年生で3泊4日の自然教室の時でした。那覇から近く、行きやすい島というイメージで、その後も大学時代に研修や個人的に旅行に来たりと渡嘉敷島は私にとって、とても馴染みのある島でした。赴任が決まり、新しい環境・島で医師が自分一人しかいないというプレッシャーで不安になりながらも、精一杯自分のできる限りこの島の医療に貢献しようと思えたのは、渡嘉敷島に対する親近感が大きかったからだと思います。

### \*渡嘉敷島の紹介\*

渡嘉敷島は、那覇・泊港からフェリーで70分・高速船であれば35分と沖縄本島から比較的近い距離にあります。2014年3月に国立公園に指定された「慶良間列島」の中の一つです。人口は750人前後ですが、夏場は観光客が多く、シーズン時期は島にいる人口が普段の2倍になるとも言われています。

渡嘉敷の海は、慶良間ブルーと言われ、浅瀬では

水が透き通っています。正に「白い砂浜・青い海」といった感じで本当に綺麗です。海の中では割と高確率でウミガメを見ることができるのも渡嘉敷の海の魅力らしいです。

渡嘉敷島のビーチは2つあり、周囲に散歩コースやちょっとした展望スペースがある渡嘉志久（とかしく）ビーチは夕日を眺めるには絶景です。もう一つのビーチは阿波連（あはれん）ビーチといって、観光客だけでなく地元の人々もよく遊び場に行っている場所があります。ここでは小学生達の水泳授業が行われたり、毎年恒例行事の遠泳もあります。

渡嘉敷島には集落が3つあり、渡嘉敷港から近い順に、渡嘉敷地区・渡嘉志久地区・阿波連地区となっています。渡嘉敷は山が多く、それぞれの地区へ移動するには山を越え、車で移動するのが普通です。しかし、毎年2月に行われる「とかしき島一周マラソン大会」では、渡嘉敷地区～阿波連地区の往復20kmの距離がマラソンコースとなります。このマラソン大会は毎年恒例行事の中でも一大イベントのひとつで、沖縄本島以外にも東京・大阪、その他日本各地からも参加者が訪れるくらいです。

他の大きなイベントとしては、7月に行われる「とかしき祭り」があります。渡嘉敷発祥の慶良間太鼓による演舞、青年会主催のエイサー、地元の奥様方によるフラダンスといった華やかなステージや島の小中学生による空手武道・太鼓の舞台と見どころ盛り沢山です。2日間行われますが、夜のイベントとして1日目は迫力ある花火・2日目は音楽に合わせてレーザーショーが行われ、建物を超えて山にもレーザーの光が映し出されるユニークな出し物で幕が閉じます。こういった、観光客も地元の人も皆で一緒に楽しめるイベントが多い島です。



慶良間太鼓による演舞

＊島医者の半年間を振り返って＊

赴任して早くも半年が経ちましたが、この半年間を振り返ってみると、医師としての自分の考え方・視点が少しずつ変わってきたなど最近感じます。

研修医時代は、目の前の仕事をこなすことが精一杯で、緊急時の対応法・処置や疾患の治療を学ぶという視点重視で働いていました。勿論患者さんとのコミュニケーションも、自分なりに気を付けたり学んできたつもりです。

急性期病院という環境条件もあるかとは思いますが、中部病院時代に出会った患者さん達との触れ合いを振り返った時に、2週間～長くても1ヶ月間の、病院の中で病衣を来た患者さん像を思い浮かべるのがほとんどです。本来その患者さんにとって、入院中の期間は非日常の姿であったことに気づいた時、私は本当の意味で「患者を診る」ということが不十分であったなど感じました。

渡嘉敷島では、患者さんの多くは定期薬をもらうために受診される方達ですが、その方々は日常生活の中で診療所にいらっしやり、ここ最近の自分の近況や世間話をしたりと、患者さんの普段のありのままの姿に触れることができます。そして、この半年間で患者さんの家族関係・生活環境などが少しずつ分かるようになり、その患者さん一人だけでなく、その人の家族のことも考えて説明したり、処置・対応をしたりするようになりました。

去年までは、診察室・病室にいる「その時」の患者さんに対してできることを考えていましたが、この半年間を振り返ると、診療所の診察室を出て家に

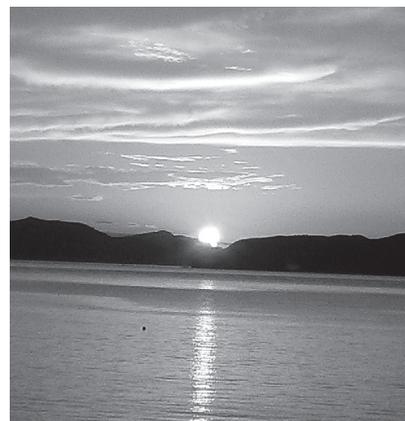
帰った後・翌日・1週間後の患者さんの姿を想像しながら診療している自分に気がきました。また、患者さんの主訴を聞いた時にその主訴が生まれる背景を考えることで、主訴・症状を治すことだけでなく根源となる原因を解決することを目標にするなど、去年の自分が持っていなかった視点に気付くこともあります。

この4月から始まった、保健師さんやケアマネージャーさん達と協力しながら行う仕事も私にとっては新しい経験の一つです。小児の定期予防接種・島民対象インフルエンザ予防接種の計画をしたりと予防医学にも力を入れています。また、介護保険のプラン確認の為、患者さん宅を訪問して家の様子を見せてもらったりと生活に密着した医療に触れて、自分が島医者なのだなど実感する今日この頃です。

渡嘉敷島の住民になって半年間、新しい仕事・環境にもだんだん慣れてきて、道やお店で会う人とは挨拶以外にも立ち止まって話をするなど、地域に溶け込めてきたかなと思います。プライベートでも友達ができ、学校の先生や役場職員さん色々な職種の方々と他愛ない世間話やそれぞれの仕事の話を聞いて自分の知らない世界を教えてもらったりと、診療所の医師である前に一人の人間として地域住民の皆さんに支えられ、成長させてもらっている日々です。

最後に、診療所からの患者紹介や相談にご協力頂いております南部医療センター・こども医療センター御関係者の皆様にこの場をお借りして御礼申し上げます。いつも本当にありがとうございます。これからもどうぞよろしくお願い致します。

2014年10月



渡嘉敷島からの夕日

診療所だより

## 北大東診療所応援団

北大東診療所 山中 智人

北大東診療所は島で唯一の医療機関。医師1名、看護師1名、事務員1名、非常勤の補助員1名で業務を行っています。

…と言ってしまうとそれまでなのですが、島での仕事、暮らしはそれだけで成り立つものではありません。この記事では絶海の孤島の診療所を支えてくださる人たちをご紹介します。と思います。

島の産業の1つとして欠かせないのがサトウキビ。最近ではカボチャも特産品に。私たちの診療所には農家の方も多く通院しています。「畑で運動しています。」とはよく聞かれる現象ですが、実際のところどうなのか？研修で島を訪れた医学生さんに農業体験(潜入捜査)に行ってくださいました。日焼けして戻ってきた学生さんの報告は「トラクターに乗ってるだけ。」で「運動になってない!」、でした。

診療所には地域医療研修として医学生や研修医がやってきます。研修生には時に戦力として、診療所の一員として活躍してもらっています。独居高齢者のお宅に滞在してもらうこともあります。研修生の学びはもちろん、診療所医師としても他者の眼からみた新情報が得られることもあり、とても助かります。また患者さんも思わぬお客さんに喜んでくださることが多いです。



夏空のもとキビ畑の石ころ拾いをがんばりました。

研修生を受け入れてくださる島の方には感謝、感謝です。

8月の台風ではエアコンが故障したほか、テレビアンテナが折れてしまいました。島の業者さんがクレーンを出して修理してくれます。小さな島ですが、診療所の修繕、水道電気などを見てくれる方がいてとても助かります。



上からみた診療所の屋根は真っ白でした。壁よりもきれいです。

島には小中学校があり、学校医として検診や教育保健会議に参加しています。養護の先生は診療所によく足を運んでくださり学校生徒の様子を教えてくださいます。いまの課題は肥満気味の生徒さんが多いということで取り組みが行われています。この学校では学校生徒全員がランチルームに集まったの給食タイムです。珍しいです。



今年度入学の1年生は9人。みんな元気いっぱい（テンション高い）です。

北大東は島に人が住むようになってまだ100年あまり。そのせいもあるのか、お年寄りが暮らすための仕組みが充分ではありません。介護が必要なお年寄りはほとんど島から出てしまいます。介護保険はほとんど利用されていません。サービス提供者、団体がなく、利用できないのです。そんな島へ毎月来てくださるケアマネ（介護支援専門員）さんたちがいます。診療時間でないときには私も一緒に利用者さん宅を回ります。将来の島の介護福祉のありかたを模索している、村役場や私たち診療所のよきアドバイザーともなってくださいませ。本当にありがたいです。島のお年寄りは八丈島世代の語り部でもあります。元気で大東で過ごしていただきたいです。



足が弱いおばあのお宅。遠隔離島では手すりを取り付けるのにもお金がかかります。ケアマネさんが自らドリルを持って取り付けたりも…

膝や腰の痛みは悩んでいる方が多い問題です。しかし島ではできることも限られます。膝や腰の装具、ニーブレイスやコルセットを訪問、試用、販売してくれる方も今年から来てくれました。QOLの向上に

つながった方も多く、大助かりです。北大東では現在のところリハビリテーションが行えません。リハビリの需要は高いので、役場、社会保険福祉協議会と協力していい方法を模索しています。



装具フィッティング中。笑顔がすてきです。



社協、役場の福祉課のみなさん。研修生とともに



こちらの在宅では奥様が一人ですばらしい介護をされていました。※写真は看護師です。

島には医師1人、看護師1人。誰かがいないときは誰かが代わりにいなければなりません。代理で来てくださる方がいるのはとてもありがたいことです。島で医療の専門職は私たち2人しかいませんので、ほかの方が来てくださるとそれだけで嬉しいです。外部の眼から見て診療所への感想、意見などいっていただけることも代理派遣のよいところだと思います。

す。せっかく北大東島に来ていただいたのですから、島をぐるっと巡り、大東寿司を味わって行ってください。



代看さん来島。港の常連釣り人、見回りにきた駐在さんとともに。駐在さんとは独居の方の情報交換もできたりして大助かりです。

年に一回の村の検診では、村役場の委託を受けて本島から医師など大勢の方がやってきます。診療所へ定期通院していない方の健康管理にも役立つためとても助かっています。ここで血圧が高いと指摘されて診療所へすぐ来られる方もたくさんいました。国民健康保険のかたのほか、職場検診の一環でこちらを利用する方もいます。小さな会社（土木業の下請け）で働く方はこうした検診も受ける機会がなく、健康面が心配です。北大東島は下請けに出稼ぎにきている島外住所者が多くいます。定期通院のなかでもかなりの割合を占めていて、県内のみならず北海道が住所の方もいます。村内に住所がないと村の検診からももれてしまうのが残念です。



台風でレントゲン検査は1ヶ月延期になりました。

大病の患者さんがいたら緊急空輸搬送です。北大東島は本島から360kmあまり。飛行機は1日1便、満席でのれないことも多く、そもそも飛行機に乗せられる病状はとても限られています。搬送には災害派遣要請として陸上自衛隊が対応してくれます。必要があれば真夜中でも搬送していただける、ほんとうに頼りになりありがたい存在です。添乗医師は本島の病院が輪番で担当してくれます。



写真は快適で早足の固定翼ですが、大型の輸送ヘリがくることもあります。車もそのまま収容できる強者（轟音）です。※患者搬送では車はのせません。

ほかにも多くの方々に応援いただいています。なにより患者さんあつての診療所です。診療所を大切にくださる島民のみなさんに感謝、感謝です。本島や県外の紹介先病院、クリニック、そして南部医療センターのすべての部署の職員さまには、いつも離島医療をご理解くださり、たいへんお世話になります。ありがとうございます。あらためて応援団さまのご支援に感謝申し上げます。

さいごに、大東島あるあるQ & Aのコーナー

- Q. 飛行機に急患用の村長席が確保されている
- A. ありません。どこからそんな情報が出てきたのでしょうか。
- Q. 船からクレーンで人や荷物がつり上げられる
- A. 本当です。
- Q. 港が完成するとクレーンでのつり上げがなくなる
- A. 不滅。貨客船「だいとう」は入れない港らしく、完成後もクレーンの風景はそのままらしいです。びっくりです。
- Q. 大東犬
- A. いるらしいですが、数が少なくて残念ながら見たことがありません。
- Q. 東京のテレビが映る
- A. 少し前まではそうだったようですが、今は沖縄本島と同じです。
- Q. 大東寿司
- A. マグロやサワラの漬けのにぎり寿司で、とても旨いです。祝いの席には各家庭の自家製が出てきます。入学祝いでは島中各家庭のパーティー会場を巡ります。
- Q. ビーチがない。
- A. ビーチとは、なんですか。

随想・趣味

## Copa do Mundo, Brasil 2014

新生児科 下地良和

Bom dia !

2014年6月、職場の理解のもと、世界中が熱狂したFIFAワールドカップブラジル大会に参加しました。幼稚な文章で申し訳ありませんが、感謝を込めて旅の紹介をさせていただきます。

「ブラジルワールドカップ、何故？」

多くの方にそう声をかけられた。日本から遠く、治安が悪く、英語が通じない国に、何故行くのか？ 僕がブラジルへ行くことを決意した理由は大きく二つあって、一つ目は一生忘れないことを家族としたいと考えていたこと。今年、我が家の長男は小学6年。思春期に片足突っ込んだシャイなサッカー部員で、家族より友人と過ごす時間が長くなってきた。息子と遊ぶ時間は残り少ないことに気付いたら、二人きりで旅行に行ってみたくなった。男旅に出よう、二つ目の理由だ。断っておくが、僕はダイハツの軽に乗っている。

2013年、日本代表はブラジルワールドカップ出場を決定させ、僕の中で二つの衝動が融合する。「なあ、二人でブラジルにサッカー観に行くか？」、家族で旅行に行くことが億劫になってきた息子が即答、「マジ？、行く！」。仕事や学校を長期に休むことを考えると迷いが生じていたが、観戦チケット購入抽選に応募すると、見事ギリシャ戦に当選してしまった。ここまできると、もう後には引けない。家族と職場に許しを請い、準備開始。観戦ツアーは高額で、男旅って感じがないので却下。初めての海外、パスポート作成、飛行機とホテルの手配、英語通じない……。仕事の空いた時間に準備を進め、瀧上先生や山下先生などブラジル渡航経験者にアドバイスを受け、3泊7日の自称男旅、出発の6月17日を迎えた。



リオ・デジャネイロ国際空港

「サムライ・ブルー」

那覇、成田、ニューヨーク、リオデジャネイロ、そして試合会場のあるブラジル地方都市ナタールまで、移動だけで44時間。まだ建設途中のナタール新空港に到着した直後、飛行機内でギリシャサポーターの大合唱がトランペットと共に鳴り響いた。圧倒され拍手しかできない自分に、少し情けなさを感じたが、隣に座った日本サッカー協会役員の方が、「試合で熱い応援をしよう！」と日本代表のピンバッチと堅い握手を息子にくれた。静かに燃える心と優しさに、サムライ・ジャパンを感じる事ができた。

試合当日、ホテルから試合会場までの3kmは歩いて向かうことにした。ローカルバスは危険と聞いていたし、タクシーはわずか2万円の所持金しかなかった僕らには高額だった。青いユニフォームを着て日の丸掲げながら、さびれた店と新しいショッピングセンターが建ち並ぶ田舎の幹線道路を二人で歩いた。息子は身長150cmを超え、クラスの中でも大きい方であったが、異国の地で僕より前を歩いて行く後ろ姿は、さらに大きくなった気がした。陽気な地元の人々に意味も分からないポルトガル語で話かけられ

たが、とりあえず親子で笑って親指をたて叫んだ、「Japão!」。そんなに愛国心がある訳でもないのに、国際大会で国の名前を叫びたくなるのは何故だろう。



Arena das Dunas への道

会場では、日本人・ギリシャ人・ブラジル人etc、様々な人種が入り乱れ、なだれ込むから割り込みは当たり前。ワールドカップとは、世界で戦うということは、そういうことなのだと思ふに痛感する。5万人を収容できる真新しいサッカー会場Arena das Dunas（砂の競技場）の階段は工事中で、フーリガンが暴れたら簡単に壊れそうだった。ブラジル人気質とインフラ中心の経済戦略が、こういう結果を生み出したのだと、これまた勝手に評論する。そんな頭でっちな大人の横で、我が息子のボルテージは頂点へ向かっていた。

南米のスコールと真新しい照明を浴び緑色に光り輝くピッチ、そこからわずか10列目にあった僕たち親子の席、周りはサムライ・ブルーで埋め尽くされていた。そんな光景を見回しながら息子は両目を輝かせ、試合開始を待った。巨大スクリーンに代表バスが会場入りする場面が映し出され、続いて代表選手がピッチに入場。長友、内田、岡崎、本田、香川、テレビの向こう側にいた彼らが目と鼻の先で練習を始めた。大興奮の中、試合開始のセレモニーが始まり、国旗入場、FIFA anthem、大合唱の君が代に、歌詞を知らない息子は笑顔で両耳を塞いだ。

キックオフ、応援団の太鼓にのり、大応援の中へ二人で混ざる。日本は終始ボールをキープし攻め立てたが、ゴールに結び付けられず、逆にカウンターを受け危ない場面が続く。ギリシャ選手のレッドカー

ド退場、FKで立ち並ぶ遠藤と本田、川島のファインセーブ、座る間もなく時間は過ぎていく。日本が攻めるたび、歓喜の瞬間を準備するが、それは大きなため息に変わった。スコアレスドロウ、タイムアップの瞬間はまるで敗者のように静まり返った観客席に、代表選手が挨拶に来た。「次がんばろう!!」の声があがり、ここまできてあきらめてはいけないと感じた。



SAMURAI BLUE

ゴミ拾いの為に残ってくれた世界一マナーの良い日本人サポーターに感謝しながら帰路についた。1kmほどは歩いたが、夜中の路地裏の恐怖と疲労からローカルバスに乗ることを決意した。満員をはるかに超えるバスに、ギリシャ人、ブラジル人、日本人が押し込まれるように乗り込んだ。そんな中、疲れ切った息子を見て席を譲ってくれた人たち、心が温まった。現地時間23時、息子は僕の肩を枕に爆睡、いろんな人達のいろんな想いを乗せながら、ローカルバスは夜道を走っていった。

### 「ブラジル、サッカーカーニバル」

ブラジルの町にあふれる各国代表ユニフォームを着たサポーター、ホテルの外壁も各国の国旗で埋め尽くされて、町中が運動会の会場のような。すっかり慣れたローカルバスの中、隣に座ったど派手なコロンビアカップルと、つり革を掴んで立っている真面目なブラジル人学生、日本サポーター代表気分の新生児科医が、優勝するのはどの国かで盛り上がった。皆お祭り気分、どの国の人も気軽に声を掛け合っていた。ワールドカップはまさしく世界の祭典

で、こんなにも楽しい祭りが続いていくようにと、参加した者は皆世界の平和を願ったはずだ。

治安が悪いとさんざん警戒したが、危険な目には一度も遭わなかった。落としたサングラスケースを拾い届けてくれたリオのおじさん、通じないポルトガル語でも一生懸命なガイドの兄さん、蟹を叩き割って手で食べていた水着のお姉さん、ボレーシュートを外し悔しがっていたオーバー 50のお母さん。もっと飲んでおくべきだった濃くて甘いブラジルコーヒーとカイピリーニャ、面積の小ささが尋常じゃない水着、迷ったあげく旅先で買ってしまったサッカーボール。ブラジル最高、それ以外言うことなし。

### 「男旅の終点」

試合の翌日、息子と二人バギーを運転して砂漠を駆け巡るツアーに参加した。息子は一人で運転できるようになると、気持ち良さそうにでっかい砂丘の真ん中を、真っ赤なバギーで突っ走っていった。



Baggy tour



churrasco

その帰り、出発前から楽しみにしていたシュハスコで腹を満たし、満足しきったところで聞いてみた。「将来の夢は何なの?」、日本にいる時と変わらず曖昧な返事しか返ってこなかったが、大工になりたいと言った。今まで僕はその夢に反対だったが、まあそれでもいいかと思えた。帰国してから知り合いの左官工の方に、職場体験をお願いしたところ、息子は椅子と本棚を作ってきて嬉しそうに自慢していた。どこかの階段のようにすぐ壊れてしまいそうで、椅子は座ると斜めに傾いた。相変わらず友達と遊んでばかりで、将来のことなど気にする素振りはないが、ブラジルが何とかワールドカップを成功させたように、息子も何とか成長してくれることを期待している。



Brazilian guide

今回の旅は彼にどんな思いを残してくれたのだろうか。日本で偉そうにしている親父があたふたしていた姿は忘れて欲しいが、あの感動は少しでも覚えていて欲しい。いずれ成人したら沖縄のラム酒とシークワサーで作ったオキナワン・カイピリーニャでも飲ませながらブラジルの感想を聞いてみよう。

僕の息子との思い出、ピンチの父親を励ましてくれたこと、肩を寄せ合い寝てくれたこと、不平を言わなかったこと、友人への土産を真剣に選んでいたこと、サッカー場と砂丘でみせた目の輝き、那覇空港で家族に会えた時の恥ずかしそうな笑顔、プライスレス。

そして、こんな旅を見守って頂いたNICUの皆様の心の広さと温かさに感謝します。

Muito Obrigado!!

## 定年退職雑感

MFICU 平安 香由美

30代の頃、10年間県立病院の院内新聞の編集に携わっていた。そのことから定年退職を迎える職員の方々に原稿依頼をすることが数回あった。定年退職激励会に始めて参加したのは23歳。年末の院内反省会の時に、定年される方々がひな壇に上がり挨拶をされていた。その頃は年齢が若かったから「定年退職」は人ごとだった。

年を重ねるごとに身近な方々が定年を迎え年度末に職場を去り、フレッシュな職員たちが4月の空気に華を添える。まるでゆずり葉のようだ。40代になった頃から、定年された方々といろいろな話を聞く機会が増えた。「退職した直後は毎日が日曜日で大変嬉しかったけど、長いこと休んでいたら月曜日が恋しくなるよ。」「こんなにゆったりした生活があるなんてとっても幸せよ。現役時代は〇〇だったが・・・。」等定年後の生活に対する感想も十人十色。

今回の原稿を書くにあたり過去の南部病院院内新聞を紐解いた。当時はまだ定年を意識する年齢ではないため、退職に当たってのメッセージを客観的に読んでいた。もっと正直に言えば原稿がやっと集まったことの安堵感で気持ちがいっぱいになり、文章の内容を反芻することがなかった。時間と幸せは誰にも平等に与えられると言われるが、私も60歳を迎えた。今の年齢で当時の方々が書いた退職に向けての文を読んでいると、目線の高さが合い共感するところが多い。

人はやっぱり人生の節目を迎える時、楽しかったことや辛かったことを思い出す。仕事をしていると誰でも少なからず、色々な壁にぶつかり「仕事を辞めたい」と思ったり「出勤恐怖症」に陥ったりする。私も今まで何度もそのような心境になり上司や友人・家族に相談をもちかけた。ある上司が「仕事を甘く

見てはいけないよ。石にしがみついても続けなさい。」と叱咤激励を受けた。逆に後輩たちからそのような相談を持ちかけられることも度々あった。今までたくさんの先輩や後輩たちが諸事情で中途退職したが、ひとつの仕事続けることが美德ではなく、それなりの人生を楽しんでいる。「仕事を辞めてよかったとか辞めて後悔している」等のつぶやきも聞こえてくるが。

ある医師に次のようなことを言われた。「仕事を何十年も続けたことは、表彰に値しない。仕事をしている間に何を成し遂げたかが核だ。」

なるほど私はこの37年間、何も成し遂げていない。私は入職した頃、亡き父親と約束を交わしていた。それは定年まで頑張ることだった。くじけそうになった時、それを思い出しそれでも心のバランスがとれなくなった場合は上司・友人・患者・家族の力を借りた。仕事をしている人は医療人だけに限らず、ほとんどの方がそのように乗り越えていると思う。

それにしても医療人は多種多様な職種が一体となるところなので、チームワークが不可欠だ。若い頃は互助会業務に積極的に参加し色々な職種の方々と交流を図り、仕事がスムーズに行くようにと頑張っていたが次第にその余力も無くなり、その日の仕事が無事に終わることを願い神経を張り詰めていた。

今まで5施設の病院で働かせてもらったが、当センターもマンモス施設であり廊下やエレベーターですれ違う職員の方々もほとんど知らない。まさに「井の中の蛙」ならぬ「井の中の看護師」であることに反省しきりである。ある施設で一緒に働いていた医師から職場宛てに送られた手紙の中に次のような一節があった。一新天地で頑張っています。今、思い出すのは廊下ですれ違った多くの職員の皆様の顔で

す。言葉こそ交わしたことはありませんでしたが、そのような何でもなかったことが懐かしく——。定年を間近にしたこの頃、廊下で職員の方々とすれ違う時、その手紙の一節を思い出しセンチになる。

入職した頃は、どこの部署に行っても年上の職員であったが、今はどこに行っても若い職員で溢れている。時に白髪の同年齢の方を見かけると安堵する。世代交代の時期を目前にし、色々な部署の退職された方のジュニアたちが何人かいて感慨深い。同時にまた、この年齢になっても20代の方たちと肩を並べて仕事ができることにありがたさを感じる今日このごろである。

退職したら家の掃除をすること、小さな庭に花を咲かせること、地域の方々と交流を持つこと、友人たちを家に招待すること等、夢は意外と素朴だが実現したい。病院雑誌が出来上がる頃は既に蚊帳の外の人になっているが、蚊に刺されるどころか病院雑誌が手元に届くまでは気持ちの上で当センターの職員でいられるので光栄だ。最後に退職を前にこのような機会を与えて下さった編集部の皆様にお礼申し上げます。

また、これまで各県立病院でお世話になった方々、当センターの産科・MFICUの佐久本副院長を始め諸先生方、我那覇師長を始めスタッフの皆さんへ感謝します。ありがとうございました。

平成25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	低カリウム血症による四肢の脱力、遠位尿細管性アシドーシスと診断された一例	増田陽子、仲里信彦、福里人、篠原直哉、豊川貴生	第116回沖縄県医師会医学会総会	2013.06.09 沖縄
2	病歴聴取により慢性皮膚粘膜炎カンジダ症を疑われた1例	三浦俊哉、仲里信彦、篠原直哉	沖縄県医師会医学会(研修医部門)	2013.11.17 沖縄
3	離島診療所で疑われたクッシング病の1症例	馬原史子、仲里信彦	第303回日本内科学会・九州地方会	2013.11.16 沖縄
4	原発性胆汁性肝硬変に合併した播種性クリプトコッカス症の1例	上田江里子、新里雅人、岸本信三、林成峰、嘉数雅也、大城武春、豊川貴生	第303回日本内科学会・九州地方会	2013.11.16 沖縄
5	ニューキノン低感受性菌を分離したパラチフスの1症例	豊川貴生、篠原直哉、三木嘉宏、八幡照幸、松田尚也、仲里信彦	第30回沖縄県感染症研究会	2014.02.22 沖縄
6	沖縄消化器内視鏡会Barrett食道班によるBarrett食道の調査	岸本信三	第116回沖縄県医師会医学会総会	2013.06.09 沖縄
7	沖縄県におけるBarrett食道の調査	岸本信三	沖縄消化器内視鏡学会総会	2013.07.27 沖縄
8	沖縄県のBarrett食道についての調査	岸本信三	第86回日本消化器内視鏡学会総会	2013.10.11 東京
9	精神病棟または認知症病棟に入院した喘息・COPD患者の検討	東 正人	第7回琉球気管支喘息・COPDフォーラム	2013.11.19 沖縄
10	EB関連血球貧血症候群を合併した自己免疫性肺胞蛋白症の1例	新里彰	第70回日本呼吸器学会九州支部春期学術講演会	2013.06.29 長崎
11	平成24年 沖縄県立八重山病院 呼吸器診療実績と分析	天久康綯	沖縄臨床呼吸器同好会	2013.06.25 沖縄
12	長期生存した小細胞肺癌の1例	東 正人	沖縄臨床呼吸器同好会	2014.02.25 沖縄
13	「エホバの証人」信徒への診療	當銘正彦	日本医療コンフリクト・マネジメント学会第3回学術大会	2014.02.01 長野
14	非高血圧、非喫煙者の未破裂脳動脈瘤とEPA/AA比 低値、高LDL-C血症との関連	仲地耕、神里尚美	第203回神経学会九州地方会	2013.09.07 鹿児島

No.	演 題	演 者	学 会	日時・場所
15	L-dopa投与が著効した遅発性ジストニアの一例	神里尚美、仲地耕	第20回カテコールアミンと神経疾患研究会	2013.04.27 東京
16	パーキンソン病治療薬徐放製剤の嚥下困難感の検討	神里尚美、仲地耕、安里 隆	第202回神経学会九州地方会	2013.06.29 佐賀
17	ヒトパピローマウイルスワクチン接種後に遅発性上腕神経叢炎を惹起した二例	神里尚美、仲地耕、上原敏行、安里隆、藤崎なつみ	第203回神経学会九州地方会	2013.09.07 鹿児島
18	パーキンソン病治療薬徐放製剤の嚥下困難感の検討	神里尚美、仲地耕、安里 隆	第7回パーキンソン病・運動障害疾患コンgres	2013.10.10-12 東京
19	パーキンソン病の体幹前屈症. 症例提示と文献レビュー	神里尚美	第2回OPD(Okinawa Parkinson's disease)研究会	2013.11. 沖縄
20	重症筋無力症の長期予後の検討	神里尚美、仲地耕、和気亨、長嶺直治	第2回 沖縄免疫神経疾患講演会	2014.03. 沖縄
21	インフルエンザ感染症後の海馬障害により記憶力低下を生じた一例	垣花一慶、神里尚美、仲地耕、小嶺幸弘	第116回沖縄県医師会医学会総会	2013.06.09 沖縄
22	辺縁系脳炎後に両手指の麻痺性拘縮を呈した一例	奈悠太郎、神里尚美、山崎大輔、上田江里子、津曲綾子、仲地 耕、宮川真一、高橋幸利	第303回日本内科学会九州地方会	2013.11.16 沖縄
23	舞踏運動で発症した偽性Ib型副甲状腺機能低下症の一例	比嘉真理子、永田恵蔵、神里尚美、仲地耕、高橋幸利	第205回神経学会九州地方会	2014.03.22 福岡
24	GluRδ 2抗体陽性のオブソクローヌス・ミオクローヌスの二例	永田恵蔵、比嘉真理子、神里尚美、仲地耕、高橋幸利	第205回神経学会九州地方会	2014.03.22 福岡
25	健康な心と身体のための睡眠について学ぶ	神里尚美	第3回重症筋無力症 沖縄支部医療講演会	2013.12. 沖縄
26	慢性肺血栓性肺高血圧症CTEPHの急性増悪に肺動脈バルーン形成術BPAを施行しPCPSを離脱できた1例	中村牧子、砂川長彦、土屋洋之、西澤健吾、宮良高史、田場洋二、當真隆	第115回日本循環器学会九州地方会	2013.12.07 佐賀

【内科】

誌上発表

No.	標 題	著 者	掲載誌
1	両下肢のしびれと疼痛および呼吸苦と動悸にて搬送となった48歳男性	永田恵蔵、仲里信彦	JIM 23(4): 350-353, 2013
2	発熱を伴う下腹部痛にて入院となった48歳女性	仲井 盛、仲里信彦、鎌田麻由美、篠原直哉、豊川貴生	JIM 23(6): 514-516, 2013

No.	標 題	著 者	掲 載 誌
3	全身倦怠感と舌の異常感覚で来院した57歳女性	仲里信彦、増田陽子、福里勇人、篠原直哉	JIM 23 (8) : 710-712, 2013
4	離島診療所を腹痛と嘔吐にて受診した高齢女性	馬原史子、仲里信彦	JIM 23(10) : 898-900, 2013
5	発熱、一過性の意識障害で搬送された74歳男性	永田拓也、仲里信彦、永田恵蔵、米田和弘、篠原直哉	JIM 23(12) : 1090-1093, 2013
6	右腕の腫脹を主訴に来院した52歳男性	森山祥平、仲里信彦	JIM 24 (2) : 172-175, 2014
7	【症候別“見逃してはならない”疾患の除外ポイント】 体重減少	仲里信彦	JIM 23 (7) :555-558, 2013
8	意外と知らない!? 日常治療薬の基本と新常識	仲里信彦 編集	レジデントノート増刊 15(14) 2013.11
9	意外と知らない!? 日常治療薬の基本と新常識 (第5章) 脂質代謝異常・高尿酸血症治療薬の基本と新常識 高尿酸血症治療薬	篠原直哉	レジデントノート増刊 15(14):2630-2636, 2013
10	意外と知らない!? 日常治療薬の基本と新常識 (第8章) 薬を使うときの基本的な心構え polypharmacy	仲里信彦	レジデントノート増刊 15(14):2724-2728, 2013
11	疾患の全体像「ゲジュタルト」をとらえる感染症の診断術 臨床像 の核心とその周辺がみえてくる! 内分泌疾患と感染症	仲里信彦	レジデントノート増刊 16(2 ):371-378, 2014
12	全身浮腫	仲里信彦	今日の臨床サポート 2013 <a href="https://clinicalsup.jp/contentlist/1070.html">https://clinicalsup.jp/contentlist/1070.html</a>
13	ハンセン病	豊川貴生	今日の臨床サポート 2013 エルゼビア・ジャパン
14	逆流性食道炎の機序とBarrett食道についての報告:沖縄消化器 内視鏡会の平成23・24年調査を含めて	岸本信三	沖縄県医師会報 50(1)41-44, 2014
15	第3章 肝疾患、第4章 胆嚢疾患、第5章 膵疾患	谷口信行/編, 岸本信三/共著	基本をおさえる腹部エコー 改訂版,羊土社, 2014.03
16	非高血圧、非喫煙者の未破裂動脈瘤とEPA/AA比 低値、高LD L-C血症との関連	仲地耕、神里尚美	臨床神経学, 54(2):184, 2014
17	パーキンソン病治療薬の新しい展開	神里尚美	レジデントノート 15(14) : 173-182, 2013
18	パーキンソン病Q&A.	神里尚美	<a href="http://www.parkinson.jp">http://www.parkinson.jp</a> , 2013.7月号

No.	標 題	著 者	掲 載 誌
19	L-Dopaが著効した遅発性ジストニアの一例	神里尚美、仲地 耕	脳21 16(3): 379, 2013
20	両手指の麻痺性拘縮を呈した抗NMDA型グルタミン酸受容体抗体陽性脳炎の一例	神里尚美、奈佐悠太郎、山崎大輔、上田江里子、津曲綾子、仲地 耕、宮川真一、高橋幸利	沖縄県立南部医療センター・こども医療センター雑誌 7(1): 13-17, 2014
21	片眼視と両眼視が解離して障害された急性外眼筋麻痺の一例	神里尚美、上田江里子、津曲綾子、山崎大輔、奈佐悠太郎、仲地 耕、新城智子	沖縄県立南部医療センター・こども医療センター雑誌 7(1): 18-21, 2014
22	パーキンソン病治療薬徐放製剤の嚥下困難感の検討	神里尚美、仲地耕、安里隆	臨床神経学 54(1): 83, 2014
23	ヒトパピローマウイルスワクチン接種後に遅発性上腕神経叢炎を惹起した二例	神里尚美、仲地耕、安里隆	臨床神経学 54(2): 186, 2014

【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	当院での小児痙縮治療に対する選択的後根切断術(SDR)の方法	上原敏則、栗國敦男、金城健、我謝猛次	第42回日本脊椎椎骨病学会	2013.04.25 沖縄

【整形外科】  
誌上发表

No.	標 題	著 者	掲 載 誌
1	呼吸不全を伴う上位頸髄損傷の8例の経験から	上原敏則、栗國敦男、金城健、我謝猛次	整形外科と災害外科 62(3): 506-512, 2013

【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	診断に苦慮した出血を伴った異形性髄膜腫の1例	竹下朝規、長嶺知明、仲里 巖、山城勝美	第18回脳腫瘍の外科学会	2013.09.19 滋賀

No.	演題	演者	学会	日時・場所
2	当院における小児脳神経外科の現状	竹下朝規、長嶺知明、山城勝美、下地武義	第113回九州地区医師会総会医学会脳神経分科会	2013.11.17 沖縄
3	当院における小児脳神経外科の現状	竹下朝規、長嶺知明、山城勝美、下地武義	長崎脳神経外科研究会	2013.12.21 長崎
4	術後急性期にDWIで淡い高信号を呈し過灌流症候群が疑われた小児もやもや病2症例	長嶺知明、竹下朝規、山城勝美、下地武義	第43回 日本脳卒中の外科学会	2014.03.14 大阪

【脳神経外科】

誌上発表

No.	標題	著者	掲載誌
1	脳動静脈奇形の定位放射線治療後に生じた遅発性多房性嚢胞に対して嚢胞開窓術及び嚢胞-腹腔シャント術が奏効した1例	竹下朝規、長嶺知明、仲里 巖、山城勝美、林 健太郎、松尾孝之、永田泉	脳卒中, 36 (1): 34-37, 2014

【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	動脈硬化によって引き起こされる様々な病気の血管内治療	我那覇文清	第124回地域向け医療講演会	2013.7.30 沖縄

【放射線科】

誌上発表

No.	標題	著者	掲載誌
1	胼胝体嚢胞・WONIに対する経皮的ドレナージの適応と手技の実際	我那覇文清、嘉数雅也	胆と膵 34(特大号); 947-954, 2013

【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	外側趾列多合趾症手術における作図の工夫 ～より自然な外観と、余剰皮膚の有効利用～	西関 修	第56回日本形成外科科学 会総会学術集会	2013.04.03-05 東京
2	「形成外科領域の啓蒙、形成外科志望者の発掘のための臨床研 修病院形成外科としての試み」	西関 修	第56回日本形成外科科学 会総会学術集会	2013.04.03-05 東京
3	上顎骨内血管腫の治療経験	神戸未来、西関 修	第10回血管腫・血管奇 形研究会	2013.07.19-20 盛岡
4	Orbicularis arc redraping法を応用した下眼瞼基底細胞癌切除後 再建の2例	西関 修	第19回日本形成外科手 術手技学会	2014.2.21-22 名古屋

【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	ドイツにおけるMICS-低侵襲心臓手術-	宗像 宏, 山里隆浩, 阿部陸之, 摩文仁克人, 久貝忠男, 大北 裕, Hiroyuki Kamiya, Payam Akhyari, Artur Lichtenberg	沖繩ハート	2013.07.01 沖繩
2	末梢型慢性血栓性肺高血圧症に対するバルーン拡張術を 併用した外科的治療の1例	宗像 宏, 山里隆浩, 阿部陸之, 摩文仁克人, 久貝忠男, 西澤健吾, 中村牧子, 砂川長彦, 大北裕	慢性心不全治療研究会	2013.08.31 博多
3	遠心ポンプを用いたV-VバイパスとPringle法による肝血流遮断を 併用したBudd-Chiari症候群に対する直達手術	宗像 宏, 山里隆浩, 阿部陸之, 摩文仁克人, 久貝忠男	第66回日本胸部外科科学 会定期学術集会	2013.10.18 仙台
4	感染性大動脈瘤、人工血管感染に対する有茎筋皮弁使用6例の 経験	摩文仁 克人, 久貝忠男, 盛島裕次, 阿部陸 之, 山里 隆浩	第41回日本血管外科科学 会学術総会	2013.05.29-31 大阪
5	AVR術後遠隔期の人工弁温存基部再建術	摩文仁 克人, 久貝忠男, 宗像 宏, 阿部陸之, 山里 隆浩	第46回日本胸部外科科学 会九州地方会総会	2013.07.26-27 福岡
6	広背筋充填を行った感染性大動脈瘤3例の経験	摩文仁 克人, 久貝忠男, 宗像 宏, 阿部陸之, 山里 隆浩	第66回日本胸部外科科学 会定期学術集会	2013.10.16-19 仙台
7	感染性胸部下行大動脈瘤の人工血管置換術後に発生した大動 脈-食道瘻に対する再手術 -TEVARの功罪-	摩文仁 克人, 久貝忠男, 宗像 宏, 阿部陸之, 山里 隆浩	第24回九州手術手技研究会	2013.11.09 福岡

【心臓血管外科】

誌上発表

No.	標 題	著 者	掲載誌
1	開頭減圧術を先行した急性A型大動脈解離の1例	摩文仁 克人、久具忠男、盛島裕次、阿部隆之、山里隆浩、西岡雅彦	日本血管外科学会雑誌 22(7) :966-969, 2013

【麻酔科】

学会発表および講演

No.	演 題	演 者	学 会	日時・場所
1	Noradrenaline does not impair postoperative renal function in endovascular stent graft repair.	Takehiro Kinjo, Masakatsu Oshiro, Manabu Kakinohana, Kazuhiro Sugahara,	ANESTHESIOLOGY™ 2013 annual meeting	2013.10.12-16 San Francisco, CA, USA.

【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	帝王切開後急性尿細管壊死を起し、管理に難渋した巨大子宮筋腫合併妊娠の1例	平田真由美、北代祐三、大橋容子、佐久本 薫	第49回日本周産期・新生児医学会学術集会	2013.07.14 横浜市
2	当院における3年間での妊娠に関連する脳血管障害の検討	北代祐三、佐久本薫、平田真由美、大橋容子	第49回日本周産期・新生児医学会学術集会	2013.07.14 横浜市
3	MCA-PVS測定が有効であった母児間輸血症候群を3回繰り返した1例	與那嶺尚絵、大橋容子、北代祐三、平田真由美、佐久本薫	第49回日本周産期・新生児医学会学術集会	2013.07.14 横浜市
4	腹腔鏡下子宮筋腫核出術における術後硬膜外持続鎮痛の必要性	高山尚子、鎌田麻由美、前里寿里亜、栗原みずき、北代祐三、平田真由美、大橋容子、井上 格、田村充利、佐久本 薫	第53回日本産科婦人科内視鏡学会学術講演会	2013.09.06 名古屋市
5	7回目の妊娠で生児を得たAPS合併妊娠の1例	鎌田麻由美、前田寿里亜、栗原みずき、北代祐三、山下 薫、平田真由美、高山尚子、井上 格、大橋容子、田村充利、佐久本 薫	第37回沖縄産科婦人科学会学術集会	2013.11.17 沖縄
6	隣・腎同時移植後の妊娠分娩の1例	前田寿里亜、栗原みずき、鎌田麻由美、北代祐三、山下 薫、平田真由美、高山尚子、井上 格、大橋容子、田村充利、佐久本 薫、	第37回沖縄産科婦人科学会学術集会	2013.11.17 沖縄

No.	演 題	演 者	学 会	日時・場所
7	術中回収式自己血輸血を行い、同種血輸血を回避した腹腔鏡下緊急手術の5例	栗原みずき、前田寿里亜、鎌田麻由美、北代祐三、山下薫、平田真由美、高山尚子、井上格、大橋容子、田村充利、佐久本薫	第37回沖縄産科婦人科学会学術集会	2013.11.17 沖縄
8	ワークシヨップ「帝王切開術の工夫」 当院における超低出生体重児に対する帝王切開術の工夫	佐久本薫、田村充利、大橋容子、井上格、高山尚子、平田真由美、山下薫、北代祐三、栗原みずき、菅更紗、鎌田麻由美、前田寿里亜	第113回九州医師会医学学会第3分科会産婦人科学会	2013.11.17 沖縄
9	産褥期に上矢状静脈洞血栓症を発生した一例	杉浦由佳、佐久本薫、田村充利、井上格、大橋容子、高山尚子、平田真由美、山下薫、北代祐三、栗原みずき、前田寿里亜、鎌田麻由美	沖縄県医師会医学賞(研修部門)発表会	2013.11.17 沖縄
10	腹腔鏡下手術を行った腹膜妊娠の1例	高山尚子、鎌田麻由美、前田寿里亜、栗原みずき、北代祐三、平田真由美、大橋容子、井上格、田村充利、佐久本薫	第38回沖縄産科婦人科学会学術集会	2014.03.08 沖縄

【産婦人科】  
誌上発表

No.	標 題	著 者	掲載誌
1	7回目の妊娠で生児を得たAPS合併妊娠の1例	鎌田麻由美、井上格、前田寿里亜、栗原みずき、北代祐三、山下薫、平田真由美、高山尚子、大橋容子、田村充利、佐久本薫、和氣亨	沖縄産科婦人科学会雑誌、36巻、139-141； 2014.3
2	臍・腎同時移植後の妊娠分娩の1例	前田寿里亜、佐久本薫、鎌田麻由美、栗原みずき、北代祐三、山下薫、平田真由美、高山尚子、井上格、大橋容子、田村充利	沖縄産科婦人科学会雑誌、36巻、142-145； 2014.3
3	術中回収式自己血輸血を行い、同種血輸血を回避した腹腔鏡下緊急手術の5例	栗原みずき、高山尚子、鎌田麻由美、前田寿里亜、北代祐三、山下薫、平田真由美、井上格、大橋容子、田村充利、佐久本薫	沖縄産科婦人科学会雑誌、36巻、73-79； 2014.3
4	当院での抗SS-A抗体陽性妊婦における胎児房室ブロックと周産期合併症についての検討	菅更紗、大橋容子、栗原みずき、北代祐三、山下薫、平田真由美、高山尚子、井上格、田村充利、佐久本薫、中矢代真美	沖縄産科婦人科学会雑誌、36巻、61-66； 2014.3

No.	標 題	著 者	掲 載 誌
5	当院における超低出生体重児に対する帝王切開術の工夫	佐久本薫、田村充利、大橋容子、井上格、高山尚子、平田真由美、山下薫、北代祐三、栗原みずき、菅更紗、鎌田麻由美、前田寿里亜	沖縄産科婦人科学会雑誌、36巻、27-32; 2014.3
6	当院における過去3年間で妊娠に関連して発症した脳卒中の検討	北代祐三、大橋容子、鎌田麻由美、前田寿里亜、栗原みずき、山下薫、平田真由美、高山尚子、大橋容子、井上格、田村充利、佐久本薫、長嶺知明	沖縄県立南部医療センター・こども医療センター雑誌 7(1)、22-25; 2014.3

【眼科】  
 学会発表および講演

No.	演 題	演 者	学 会	日時・場所
1	EYS遺伝子異常を複合ヘテロ接合体で持つ網膜色素変性患者と同遺伝子の別の異常をヘテロ接合体で持つキャリアー夫婦の遺伝相談の経験	新城智子	第427回 東海眼科学会	2013.06.16 三重
2	浜松医大で学んだ事	新城智子	第4回 琉球麗人大学夜学部	2013.11.08 沖縄

【眼科】  
 誌上発表

No.	標 題	著 者	掲 載 誌
1	在胎34週出生児にみられた aggressive posterior ROP の1例	新城光宏、宮里智子、名嘉山興隆(新生児科)	臨床眼科 67(5): 803-807、2013
2	生涯教育コーナー 斜視と弱視について	宮里智子	那覇市医師会報 42(2): 30-31, 2014

【精神科】  
学会発表および講演

No.	演 題	演 者	学 会	日時・場所
1	シンポジウム「精神疾患患者の身体的ケアと治療」 座長	宮川真一	第109回日本精神神経学会総会	2013.05.23 福岡
2	シンポジウム「総合病院における児童精神科医療の現状と課題 (パート2)」こども病院における精神心理リエゾンコンサルテーション	宮川真一、佐藤聡美、山田絵里	第26回総合病院精神医学学会総会	2013.11.30 京都
3	睡眠薬・抗不安薬の処方を見直す	井上幸代	那覇市医師会 第2回うつ病対策関連講演会	2014.02.21 沖縄

【精神科】  
誌上発表

No.	標 題	著 者	掲載誌
1	総合病院リエゾン精神科棟における身体合併症医療 5年間の実証研究	宮川真一、井上幸代、比嘉謙介	総合病院精神医学 24(3):245-252
2	日本総合病院精神医学会における児童青年期精神科診療の実態調査からみた総合病院における児童精神科診療の現状	高橋秀俊、豊永公司、高橋雄一、荒井宏、船曳康子、宮川真一、廣常秀人、本田教一、齋藤卓弥、築島健、吉田佳郎	総合病院精神医学 24(4):349-360
3	抗不安薬と睡眠薬の使い方 ベンゾのべからず7か条	井上幸代	増刊レジデントノート 15(14):149-157, 2013

【病理科】  
誌上発表

No.	標 題	著 者	掲載誌
1	CPC症例報告 著明な右心負荷が心エコーで見られた患者の一例	仲西貴也(琉球大学大学院医学研究科細胞病理学講座)、仲里 巖	沖縄県立南部医療センター・こども医療センター雑誌 7(1):35-40, 2014
2	小型細胞からなる腫瘍	仲里 巖	腫瘍病理鑑別診断アトラス 腎癌 186-190, 分光堂, 2013

【リハビリ科】  
学会発表および講演

No.	演 題	演 者	学 会	日時・場所
1	沖縄県立こども医療センターにおける小児痙性尖足歩行21症例に対するポツリヌス療法の効果 - 第1報 - と 同2報	安里隆	第50回日本リハビリテーション医学学会学術集会	2013.06.13-15 東京
2	沖縄県立こども医療センターにおける小児痙性尖足歩行21症例に対するポツリヌス療法の効果 - 第2報 -	安里隆	第50回日本リハビリテーション医学学会学術集会	2013.06.13-15 東京
3	沖縄県立こども医療センターにおけるポツリヌス療法の戦略	安里隆	第9回日本脳性麻痺ポツリヌス療法研究会(JBCP)	2013.07.27-28 東京
4	小児痙性尖足歩行に対するポツリヌス療法の効果	安里隆	第30回日本脳性麻痺の外科研究会	2013.10.19 山形
5	当院におけるITB療法の現状とその効果	安里隆	第2回沖縄県ITB療法研究会	2014.01.30 沖縄

【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	小児外傷における治療戦略について-腹部鈍的外傷61例の検討	金城 僚、大城清哲、仲間 司	第50回日本小児外科学会学術集会	2013.5.29-06.01 東京
2	プレパレーションの救急医療への適用について Application of the preparation to emergency medical care	金城 僚、大城清哲、仲間 司	第27回日本小児救急医学学会学術集会	2013.06.14-15 沖縄
3	沖縄県における小児外傷治療の現状と治療戦略について	金城 僚、大城清哲、仲間 司	第1回小児外傷語らん会	2013.01.26 熊本
4	学会会長として	金城 僚	第50回 沖縄：九州小児外科学会	2013.05.10-.11 沖縄

【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	New approaches cast correction therapy for pes cavovarus deformity	Takeshi KINJO et al	第12回 日仏整形外科合同会議	2013.5.31 京都
2	重度脳性麻痺児の股関節脱臼・亜脱臼の治療成績 -大腿骨減捻内反短縮骨切術と股関節周囲筋群解離術との比較-	金城健 他	第52回 日本小児股関節研究会	2013.6.28 神戸
3	先天性内反足に対するPonseti法の短期治療成績	金城健 他	第28回 沖縄関節外科研究会	2013.9.1 沖縄
4	内反凹足変形に対するギプス矯正療法の新たな試み	金城健 他	第38回日本足の外科学会・学術集会	2013.11.1 仙台
5	選択的脊髄後根切断術後の重度脳性麻痺股関節亜脱臼・脱臼に対する股関節周囲筋群解離術の治療成績	金城健 他	第24回日本小児整形外科学会学術集会	2013.11.9 横浜
6	New cast correction therapy for pes cavovarus deformity	Takeshi KINJO et al	第24回日本小児整形外科学会学術集会	2013.11.8 横浜
7	麻痺性内反凹足変形に対するギプス矯正療法の新たな試み	金城健 他	第30回九州小児整形外科学集談会	2014.1.18 福岡
8	歩行可能な脳性麻痺児の尖足を含む下肢痙縮に対する選択的後根切断術	栗國敦男	第30回日本脳性麻痺の外科研究会	2013.10.19 山形
9	歩行可能な脳性麻痺児の下肢痙縮に対する選択的後根切断術	栗國敦男	第29回九州小児整形外科学集談会	2014.01.18 福岡

【小児整形外科】  
誌上発表

No.	標題	著者	掲載誌
1	脳性麻痺児の股関節脱臼・亜脱臼に対するSalter骨盤骨切り術の経験	金城健 他	日本小児整形外科学会雑誌22(1):156-161, 2013
2	脳性麻痺児の痙縮に対する選択的後根切断術 小児整形外科疾患診断・治療の進歩	栗國敦男	別冊整形外科 No.64, 218-222, 2013

【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	最近の心臓手術	長田信洋	全国心臓の子を守る会 沖縄支部会総会	2013.06.02 沖縄
2	心臓シミュレーターによる複雑心奇形手術の進歩	長田信洋	第30回沖縄キッズハート	2013.06.06 沖縄
3	解剖学的修正大血管位置異常症[S. D. L]の心内修復術における心臓シミュレーターの有用性	長田信洋	第116回 沖縄医師会医学会総会	2013.06.09 沖縄
4	肺動脈弁狭窄および右室小容積の解剖学的修正大血管位置異常症[S. D. L]に対する右室流出路再建術の工夫(肺動脈弁機能温存型弁輪拡大術)	長田信洋	第49回 日本小児循環器 学会総会	2013.07.12 東京

【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	頻回再発型またはステロイド依存性ネフローゼ症候群におけるシクロスポリン長期漸減法	喜瀬智郎、吉村仁志、譜久山滋、上原正嗣	第48回 日本小児腎臓病学会	2013.6.28-29 徳島
2	リツキシマブを使用したステロイド依存性ネフローゼ症候群3例	喜瀬智郎、吉村仁志、譜久山滋、上原正嗣	第78回沖縄小児科学会	2013.12.15 沖縄
3	移植腎に年余に渡ってステロイド反応性微小変型ネフローゼ症候群の再発を繰り返す固有腎ステロイド抵抗性巣状分節状糸球体硬化症の一例	吉村仁志、喜瀬智郎、譜久山滋、上原正嗣	第48回日本小児腎臓病 学会学術集会	2013.06.28 徳島市
4	我が国における小児救急医学の教育・研修の現状と課題 S1-2 小児科専門医研修における小児救急医学・医療の教育	吉村仁志、喜瀬智郎、譜久山滋、上原正嗣	第27回 日本小児救急医学会	2013.06.14 沖縄
5	1歳2か月、9.3kgで生体腎移植後、慢性的な腎低還流が原因で慢性移植腎症に陥り、移植後7年半で透析再導入に至った常染色体劣性多発性嚢胞腎の1例	吉村仁志、喜瀬智郎、譜久山滋、上原正嗣	第35日本小児腎不全学 会学術集会	2013.10.24 郡山市
6	こどもの腹痛・おう吐・下痢・血便	吉村仁志	沖縄県立南部医療センター・ こども医療センター出前講座	2013.06.05 沖縄
7	選抜面接と360度評価、その改良点も含めて	吉村仁志	東京ベイ浦安・市川医療 センター講演会	2013.07.16 浦安市

No.	演 題	演 者	学 会	日時・場所
8	基調講演：児童・生徒の心と体の危機管理—からだ編—	吉村仁志	2013年度静岡県養護教諭研究会夏季研修会	2013.08.09 静岡
9	「真に社会に役立つ外来小児科医を育てるために～アウトカム(コンピテンシー)基盤型教育Update 2013」	吉村仁志	第38回日本外来小児科学会教育検討会	2013.10.13 福岡
10	問題解決型症例カンファレンス 「8か月女児、目の腫れ、様子がおかしい」	吉村仁志	神戸市立医療センター中央市民病院救命救急センター講演会	2013.11.01 神戸市
11	アウトカム(コンピテンシー)基盤型教育～過去3年間の動向も含めて～	吉村仁志	神戸市立医療センター中央市民病院救命救急センター講演会	2013.11.01 神戸市
12	真に役立つ小児科医を育てるために～アウトカム(コンピテンシー)基盤型教育—Milestone ProjectとEntrustable Professional Activity～	吉村仁志	第113回九州小児科学会	2013.11.17 沖縄
13	小児の尿検査の見方	譜久山滋	沖縄南部地区医師会生涯教育講演会	2013.04.24 沖縄
14	インフルエンザ罹患後の頭痛と幻視を契機に見つかった腎動脈瘤にともなう腎動脈分枝狭窄による腎血管性高血圧の1例	譜久山滋、上原正嗣、喜瀬智郎、吉村仁志	第48回日本小児腎臓病学会学術集会	2013.6.28-29 徳島
15	ミトコンドリア脳筋症から末期腎不全に至り腹膜透析導入した過程で複雑な背景の対処に難渋した1例	譜久山滋、上原正嗣、喜瀬智郎、吉村仁志	第35回日本小児腎不全学会	2013.10.24-25 福島
16	ロタウイルス胃腸炎における急性腎障害(AKI: acute kidney injury)の検討	上原正嗣、譜久山滋、喜瀬智郎、吉村仁志	第27回日本小児救急医学学会	2013.06.14-15 沖縄
17	血球貪食性リンパ組織球症(HLH)により急性腎不全を発症した1例	松尾侑紀、宮本二郎、松田竹広、比嘉猛、上原正嗣、譜久山滋、喜瀬智郎、吉村仁志、制野勇介、八坂有起、藤原直樹	第77回 沖縄小児科学会	2013.09.15 沖縄
18	非典型的な経過から腎生検を行いステロイド・パルス療法を施行したPSAGN(溶連菌感染後急性糸球体腎炎)の3症例	福里勇人、上原正嗣、譜久山滋、喜瀬智郎、吉村仁志	第77回 沖縄小児科学会	2013.09.15 沖縄
19	急性間質性腎炎(acute interstitial nephritis: AIN)の臨床・病理像を呈し、糸球体にメサンギウム増殖及びIgA沈着を認め診断に苦慮した1例	上原正嗣、譜久山滋、喜瀬智郎、吉村仁志、仲里巖、長田博臣、新里勇二、長田道夫	第35回日本小児腎不全学会	2013.10.24-25 福島
20	緊急透析を必要とした微小変型ネフローゼ症候群の1例	塚原恵子、青柳藍、上原正嗣、譜久山滋、喜瀬智郎、吉村仁志	第79回 沖縄小児科学会	2014.03.09 沖縄
21	入院加療を必要とした紫斑病性腎炎19例の検討	竹蓋清高、上原正嗣、譜久山滋、喜瀬智郎、吉村仁志	第79回 沖縄小児科学会	2014.03.09 沖縄

【小児腎臓科】

誌上発表

No.	標 題	著 者	掲 載 誌
1	周期的に嘔吐を繰り返す腹膜透析患児の1例	喜瀬智郎、吉村仁志、譜久山滋、上原正嗣	日本小児PD・HD研究会雑誌 Vol25 23-25、2013
2	クローズアップ 症例でみる水電解質異常代謝性アシドーシス ～シヨック～	吉村仁志	小児内科 45(9) : 1713-1716, 2013
3	第5章:教育者としての能力を確認し、維持する	大西弘高:監訳、吉村仁志:分担訳	医学教育を学び始める人に、篠原出版新社、2013.7
4	第32章:入学者選抜と卒後研修施設の採用試験	大西弘高:監訳、吉村仁志:分担訳	医学教育を学び始める人に、篠原出版新社、2013.7
5	第2章 救急で遭遇することの多い症状 1. 発熱	五十嵐 隆:監修、吉村仁志:分担執筆	当直医のための小児救急ポケットマニュアル、中山書店、2014.3

【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	緊急気道シンポジウム -PICUにおける麻酔科医の意義	八坂有起	第60回日本麻酔科学会	2013.05.25 札幌
2	カフ付き気管チューブの是非	八坂有起	第21回小児集中治療ワークショップ	2013.11.16 東京
3	Cardiovascular management in Pediatric septic shock	八坂有起	第41回日本集中治療医学会/日韓合同集中治療学会	2014.02.28 京都
4	Thrombotic Thrombocytopenic Purpura(TTP) presenting as cardiogenic shock /arrest requiring E-CPR	八坂有起	第43回SCCM Critical Care Congress	2014.01.10 サンフランシスコ
5	ARDSに対してR-100でのHFOVが著効した2例の検討	制野勇介、八坂有起、藤原直樹、水野裕美子	第12回九州沖縄小児救急研究会	2013.08.17 熊本
6	当院におけるECMOの現状と課題	制野勇介、八坂有起、藤原直樹、水野裕美子	第79回沖縄小児科学会	2014.03.09 沖縄
7	当院PICUにおける溺水患者の検討	制野勇介、八坂有起、藤原直樹、水野裕美子	第41回日本集中治療医学学会学術集会	2014.02.27 京都

No.	演 題	演 者	学 会	日時・場所
8	縦隔腫瘍による気道圧排・腫瘍浸潤により狭窄気道をきたし、VVECMOにて救命した一例	藤原直樹、制野勇介、八坂有起、水野裕美子	第17回日本救急医学会九州地方会	2013.06.01 熊本
9	小児集中治療室(PICU)と血液腫瘍疾患～当院の現状と展望	藤原直樹、制野勇介、八坂有起、水野裕美子	日本小児救急医学会	2013.06.14-16 沖縄
10	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	院内講演会(県立中部病院)	2013.07.02 沖縄
11	地方のこども専門医療施設におけるMET導入後1年の評価	藤原直樹、制野勇介、八坂有起、水野裕美子 市川綾乃	第13回九州・沖縄小児救急研究会	2014.02.08 沖縄
12	小児集中治療室(PICU)におけるネーザルハイフローの使用経験(ポスター)	藤原直樹、制野勇介、八坂有起、水野裕美子 坂名城 尚	第41回日本集中治療医学会学術集会	2014.02.27-3.1 京都

【小児集中治療科】

誌上发表

No.	標 題	著 者	掲載誌
1	Is shock index associated with outcome in children with sepsis/septic shock?.	Yasaka Y, Khemani RG, Markovitz BP.	Pediatr Crit Care Med. 14(8):e372-379, 2013
2	手技コンサルト:小児科(監修)	藤原直樹	Procedures Consult (online):ELSEVIER 2013

【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	小児肺炎球菌結合型ワクチンPCV7導入が小児侵襲性感染症に及ぼす影響の細菌学的解析	常琳、安慶田英樹、他9名	第87回 日本感染症学会	2013.06.05 横浜市
2	予防接種でこども達をVPDから守ろう	安慶田英樹	助産師会講演	2013.06.02 沖縄
3	PCV7公費助成前後の疫学と見えてきた課題	安慶田英樹	プレバナー・サミット2013	2013.09.14 福岡
4	PCV7公費助成前後の疫学と見えてきた課題	安慶田英樹	第3回 熊本ワクチン懇話会	2013.10.05 熊本

No.	演 題	演 者	学 会	日時・場所
5	PCV7公費助成前後の疫学と見えてきた課題	安慶田英樹	札幌市小児科医学会講演 会	2013.11.09 札幌市
6	PCV7助成前後の疫学と見えてきた課題	安慶田英樹	第187回筑後小児科医学会	2014.01.28 久留米
7	沖縄県における予防接種の成果～二つのプロジェクトより～	安慶田英樹	第122回中部地区CME	2014.02.10 沖縄
8	沖縄県の小児における肺炎球菌の鼻咽頭保菌状態	安慶田英樹、他5人	第79回・沖縄小児科学会	2014.03.09 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侵襲性細菌感染症の発生動向に関する研究	安慶田英樹	厚労省庵原・神谷研究班 担研究報告書 44～48
2	7価肺炎球菌結合型ワクチン(PCV7)導入が侵襲性細菌感染症に及ぼす効果 2012	菅 秀、庵原俊昭、安慶田英樹、他14名	病原微生物検出情報 2013. 34. 3. 8～9

【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	血球貧食性リンパ組織球症(HLH)により急性腎不全を発症した1例	松尾侑紀	沖縄小児科学会 第77回例会	2013.09.15 沖縄
2	小児ITP(immune thrombocytopenia)49例の臨床的検討	吉年俊文	第116回日本小児科学会 学術集会	2013.04.19 広島
3	地域基幹病院における血友病診療への取り組み	嘉数真理子	第116回日本小児科学会 学術集会	2013.04.19 広島
4	臍帯血移植後に重症肺高血圧症を合併した再発乳児ALLの1例	宮本二郎	第36回 日本造血細胞移植学会	2014.03.08 沖縄
5	自家末梢血幹細胞移植後に肺高血圧症を合併した神経芽細胞腫の1例	松田竹広	第36回 日本造血細胞移植学会	2014.03.08 沖縄

【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	midazolamが有効であった急性錯乱型片頭痛	大府正治、市坂有基、松岡剛司、比屋根真彦	第116回日本小児科学会 学術集会	2013.04.19~21 広島
2	眠りすぎの小学生	松岡剛司	第1回沖縄発達障害懇話会	2013.04.25 沖縄
3	新生児脳低温療法26例の臨床的検討	比屋根真彦、松岡剛司、大府正治	第55回 日本小児神経学会総会	2013.05.30 大分
4	ポリオ生ワクチン接種後に急性横断性脊髄炎となった乳児例	大府正治、松岡剛司、比屋根真彦、 須貝みさき、上原太一	第55回 日本小児神経学会総会	2013.05.30 大分
5	4歳で電動車椅子が支給された理由：脊髄性筋萎縮症 (Spinal muscular atrophy,SMA)の場合	須貝みさき、大府正治、松岡剛司、 比屋根真彦、上原太一	第55回 日本小児神経学会総会	2013.05.30 大分
6	突然の意識障害で発症した1歳女児	松岡剛司、上原太一、須貝みさき、 比屋根真彦、大府正治	第55回日本小児神経学 会学術集会	2013.5.29-6.1 大分
7	言語発達退行を呈したてんかん	松岡剛司、比屋根真彦、大府正治	第1回沖縄てんかん研究会	2013.06.07 沖縄
8	暴れるこどもに休息を〜都立小児総合医療センター一児童思春期 精神科にての臨床経験より〜	松岡剛司	第65回 沖縄小児神経懇話会	2013.06.08 沖縄
9	"CLINICAL SPECTRUM OF SCN2A MUTATIONS EXPANDING TO OHTAHARA SYNDROME"	Nakamura K, Ohfu M et al.	30th International Epilepsy Congress	2013.06.23~27 モントリオール
10	"THE CLINICAL COURSE OF SEIZURE CONTROL IN PCDH19 MUTATION RELATED EPILEPSY"	Sugai M, Matsuoka T, Hiyane M, Matsuoka T, Higurashi N, Hirose S, Ohfu M	30th International Epilepsy Congress	2013.06.23~27 モントリオール
11	Effectiveness of valproate on Alice in wonderland syndrome associated with Panayiotopoulos syndrome	Masaharu Ohfu, Misaki Sugai, Tsuyoshi Matsuoka, Masato Hiyane, Takashi Matsuoka	30th International Epilepsy Congress	2013.06.23~27 モントリオール
12	Todd麻痺を伴う片側けいれん重積を示すDravet症候群の治療経 過	大府正治、比屋根真彦、松岡剛司	第8回 日本てんかん学 会九州地方会	2013.07.13 福岡
13	発熱、嘔吐、意識障害にて発症した3歳男児	比屋根真彦、松岡剛司、大府正治	第66回 沖縄小児神経懇話会	2013.07.16 沖縄
14	Pure motor type of Guillain-Barre syndrome with hyperreflexia	Masaharu OHFU, Misaki SUGAI, Masato HIYANE, Tsuyoshi MATSUOKA	12th Asia Oceanian Congress on Child Neurology	2013.09.17-18 リヤ ド(サウジアラビア)
15	Independent mobility by power-chair in two 4-year-old girls with spinal muscular atrophy.	Misaki SUGAI, Masaharu OHFU, Masato HIYANE, Tsuyoshi MATSUOKA	12th Asia Oceanian Congress on Child Neurology	2013.09.17-18 リヤ ド(サウジアラビア)

No.	演題	演者	学会	日時・場所
16	“Posterior Reversible Encephalopathy Syndrome(PRES)を伴ったHenoch-Schonlein Purpura(HSP)の1例”	杉浦健太、比屋根真彦、大府正治	沖縄小児科学会 第77回例会	2013.09.15 沖縄
17	発達障害児の入院治療～家族療法と薬物療法の実際～	松岡剛司	第3回 沖縄発達障害懇話会	2013.09.19 沖縄
18	眼痛、霧視、けいれん、両大腿部痛で発症した13歳男児	比屋根真彦、松岡剛司、大府正治	第67回 沖縄小児神経懇話会	2013.09.24 沖縄
19	シンポジウム2 第1日 てんかんのボーターランド失神とてんかん	大府正治	第47回 日本てんかん学会 学術集会	2013.10.11-12 北九州
20	片側部分けいれん重積を示すDravet症候群に対するスチリペントールの効果	大府正治、松岡剛司、比屋根真彦、須貝みさき	第47回 日本てんかん学会 学術集会	2013.10.11-12 北九州
21	夜驚症と診断されていた常染色体優性夜間前頭葉てんかんの一例	松岡剛司、須貝みさき、比屋根真彦、大府正治	第47回 日本てんかん学会 学術集会	2013.10.11-12 北九州
22	水痘による遅発性拡散低下を呈する急性脳症(AESD)の経過	比屋根真彦、松岡剛司、大府正治	第47回 日本てんかん学会 学術集会	2013.10.12 北九州
23	瀬戸際の子どもたち～都立小児総合医療センター児童思春期精神科研修報告～	松岡剛司	医局 モーニングレクチャー	2013.10.23 沖縄
24	難治性頻回部分発作重積性脳炎の一例	比屋根真彦、松岡剛司、大府正治	第2回 沖縄てんかん研究会	2013.10.26 沖縄
25	メチルフェニデートが著効した、過眠が主訴の注意欠陥多動性障害(ADHD)の一例	松岡剛司、比屋根真彦、大府正治、佐藤聡美、山田絵里	第78回 沖縄小児科学会	2013.12.15 沖縄
26	発熱後退行にて発症したギランバレー症候群の1歳男児	比屋根真彦、松岡剛司、大府正治	第78回 沖縄小児科学会	2013.12.15 沖縄
27	腱反射亢進を呈したギランバレー症候群の1例	大府正治、須貝みさき、比屋根真彦、松岡剛司	第78回 沖縄小児科学会	2013.12.15 沖縄
28	左まぶたが下がった女の子	松岡剛司、比屋根真彦、大府正治	第69回 沖縄小児神経懇話会	2014.01.21 沖縄
29	閉眼で誘発される欠伸、ミオクローヌスにエトスクシミドが有効であった3歳女児例	比屋根真彦、松岡剛司、大府正治	第3回 沖縄てんかん研究会	2014.02.14 沖縄
30	こども病院における発達障害診療の現状	松岡剛司、比屋根真彦、大府正治、佐藤聡美、山田絵里、城間直秀、渡邊浩樹	第70回 沖縄小児神経懇話会	2014.02.28 沖縄
31	意識障害、筋緊張の亢進で発症したウエルニッケ脳症の一例	本村朱里、比屋根真彦、松岡剛司、大府正治	第79回 沖縄小児科学会	2014.03.09 沖縄

【小児神経科】

誌上発表

No.	標 題	著 者	掲載誌
1	PCDH19-related female-limited epilepsy:further details regarding early clinical features and therapeutic efficacy.	Norimichi Higurashi, Mai Nakamura, Misaki Sugai, Masaharu Ohfu	Epilepsy Research 106(1-2): 191-199, 2013
2	Genetic analysis of PRRT2 for benign infantile epilepsy,infantile convulsions with choreoathetosis syndrome,and benign convulsions with mild gastroenteritis	Atsushi Ishii, Masaharu Ohfu et al.	Brain&Development 35(6): 524-530 , 2013
3	Clinical spectrum of SCN2A mutations expanding to Ohtahara syndrome	Nakamura K, Ohfu M, et al	Neurology. 81(11) :992-8, 2013
4	小児のてんかん 学校生活・家庭生活での注意点	大府 正治	小児科学レクチャー 3(6): 1503-1508, 2013
5	成人期を迎えるにあたって留意すべき点	大府正治、松岡剛司、比屋根真彦	子どものけいれん・てんかん 250-255, 中山書店, 2013
6	THE CLINICAL COURSE OF SEIZURE CONTROL IN PCDH19 MUTATION RELATED EPILEPSY	Sugai M, Matsuoka T, Hiyane M, Matsuoka T, Higurashi N, Hirose S, Ohfu M	Epilepsia,54(Suppl.3):340,2013
7	EFFECTIVENESS OF VALPROATE ON ALICE IN WONDERLAND SYNDROME ASSOCIATED WITH PANAYIOTOPOULOS SYNDROME	Ohfu M, Sugai M, Matsuoka T, Hiyane M, Matsuoka T	Epilepsia,54(Suppl.3):340,2013
8	A Case of Mild Encephalopathy with a Reversible Splenial Lesion Associated with G5P[6]Rotavirus Infection	Tsuyoshi Matsuoka. Et al.	Case Rep Pediatr. 2013: 197163, 2013
9	Diagnosis of epilepsy using an implantable loop recorder in a child with long-QT syndrome type 3.	Takahashi K, Miyake A, Otsuka Y, Ohfu M, Ganaha H.	Pediatr Int. 55(2):251-3, 2013

【小児循環器科】

誌上発表

No.	標 題	著 者	掲載誌
1	Diagnosis of epilepsy using an implantable loop recorder in a child with long-QT syndrome type 3.	Takahashi K, Miyake A, Otsuka Y, Ohfu M, Ganaha H.	Pediatr Int. 55(2): 251-253 , 2013
2	Complications of cardiac catheterization in adults and children with congenital heart disease in the current era.	Mori Y, Takahashi K, Nakanishi T.	Heart Vessels. 28(3): 352-359, 2013
3	Automated external defibrillator documented degeneration of pre-excited atrial fibrillation into ventricular fibrillation.	Takahashi K, Ohtsuka Y, Shimabukuro A, Miyake A, Nabeshima T, Nakayashiro M.	J Electrocardiol. 46(6): 663-5, 2013
4	分かる心電図-病態に迫る判読のコツ 24) ペースメーカー力、植込み型除細動器(ICD)、心臓再同期療法(CRT)心電図	高橋一浩	小児科診療 76(11): 1815-1821, 2013

No.	標 題	著 者	掲載誌
5	不整脈・心電図の見かた. 心筋疾患(心筋症心筋炎)の心電図の見かたとポイント	高橋一浩	隔月刊誌 こどもケア 8(2): 46-53, 2013

**【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	静脈栄養・人工呼吸器管理から経口摂取・人工呼吸器離脱まで を経験した一例 ～NSTとリハビリテーション科の連携～	奥平美香、富山修志、高山和之、安里 隆、 仲間 司、屋嘉比唯、上原寛至、金城美奈子、 玉城陽子、金城千賀子	第29回 日本静脈経腸栄養学会	2014.02.27 横浜

**【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	沖縄県における障害者水泳普及活動の取り組み	喜瀬真雄、玉城裕士、安里隆	第23回 日本障害者スポーツ学会	2014.03.31 福岡
2	上肢の先天異常を呈した新生児に対する装具療法の経験	岡野茉莉花、安里隆	第11回 沖縄県作業療法学会	2014.02.16 沖縄

**【リハビリ室】  
誌上発表**

No.	標 題	著 者	掲載誌
1	上肢の先天異常を呈した新生児に対する装具療法の経験	岡野茉莉花、安里隆	沖縄県立南部医療センター・こども医療センター 雑誌 7(1):41-43, 2014

【ME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	腎動脈遮断を要する腹部大動脈人工血管置換術の腎灌流の工夫	大城幸作	第39回日本体外循環技術医学会大会	2013.11.02-03 熊本
2	当院のMUFについて	大城幸作	第20回日本体外循環技術医学会九州地方冬季セミナー	2014.02.08 鹿児島
3	成人先天性心疾患(ACHD:Adult Congenital Heart Disease)に対する体外循環	池間妙子	第39回日本体外循環技術医学会大会	2013.11.02-03 熊本
4	これだけは知っておきたい人工呼吸管理の基礎	玻名城尚	第150回 沖縄呼吸療法セミナー	2013.06.09 沖縄
5	人工呼吸器のトラブルシューティング	玻名城尚	第22回沖縄呼吸セミナー	2013.11.09 沖縄
6	もう一度学ぼう！人工呼吸器の基礎	玻名城尚	第152回 沖縄呼吸療法セミナー	2013.11.23 沖縄
7	呼吸ケアチーム(RCT)における現状と課題	玻名城尚	第16回 沖縄呼吸療法研究会	2014.01.18 沖縄
8	人工呼吸器からの離脱方法とその評価&安全な気道管理	玻名城尚	第153回沖縄呼吸スキルアップセミナー	2014.02.11 沖縄
9	3次公的医療における臨床工学技士の現状と課題	玻名城尚	第41回集中治療医学会 学術集会	2014.02.28 京都

平成25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	EC	小児心肺停止患者の対応 －救急搬送時の看護師のスキルアップを目指して－	日本小児救急 医学会	6/14・15	奥間義昭	沖縄県
2	透析室	小児の血漿交換療法における治療環境について考える －小児と家族にかかわった経験から－	日本小児救急 医学会	6/14・15	目取真伯子	沖縄県
3	褥瘡 委員会	外科病棟における褥瘡対策の現状と取り組み －リンクナースの活動－	沖縄ウインドマネ ジメント研究会	6/22	上原あや子 (4東)	沖縄県
4	産科	ヘパリンカルシウム在宅自己注射指導を行った 2事例の検討	日本母性看護 学術集会	9/26・27	上原邦枝	岡山県
5	手術室	手術室における災害対策 －災害意識と災害行動レベル向上に向けて－	日本手術 看護学会	10/18・19	仲宗根美也子	大阪府
6	6精神	自殺企図患者へのアプローチ －関わり方を学び府難なく看護実践に繋げる－	自治体病院 学会	10/17	廣井虎白	京都府
7	透析室	透析患者の退院と転院調整に苦慮する現状について －長期入院の透析患者の関わりについて考える－	九州透析 研究会	11/25	目取真伯子	沖縄県
8	6東	感染症受け入れ病棟としての取り組む －他者評価に基づく個人防護具着脱訓練－	沖縄県看護研究 学会学術集会	2/22	山城いづみ	沖縄県
9	5西	眼科の術後うつぶせ位を安楽に継続するための工夫 －看護師の擬似体験から－	沖縄県看護研究 学会学術集会	2/22	柿木優奈	沖縄県
10	ICU CCU	気管挿管患者に対する口腔ケアの標準化と定着に向けて	沖縄県看護研究 学会学術集会	2/22	高松俊	沖縄県
11	NST 委員会	ミトコンドリア脳症(Leigh脳症)児の退院に向けて行った小 児NST介入における看護師の役割	日本静脈経腸 栄養学会	2/22・28	新里千絵 (5小)	神奈川県
12	透析室	透析患者の退院と転院調整に苦慮する現状について －長期入院の透析患者の関わりについて考える－	九州透析 研究会	11/25	目取真伯子	沖縄県
13	4階小	小児科病棟における急変時対応への看護師が抱く 不安の影響要因	日本小児救急 医学会	6/14・15	嘉陽かおり	沖縄県
14	PICU	PICU入室患者の気管内吸引時の家族対応に関する 家族と看護師の思い	日本小児救急 医学会	6/14・15	山城亮子	沖縄県
15	小児 外来	小児外来における幼児期の血友病家庭注射療法の導入 －注射指導を行った2事例を振り返る－	日本小児救急 医学会	6/14・15	下地由美	沖縄県
16	NICU GCU	当院NICU・GCUにおける災害時対応の現状と課題	日本小児救急 医学会	6/14・15	作道慶子	沖縄県
17	4階小	ハイリスク母子の保健・医療・福祉の連携の現状 －若年の母の場合－	小児保健学会	6/23	玉城三枝子	沖縄県
18	CS	めざせ！業務の効率化！！ －SPD棚 物品配置統一化	病院運営 委員会	1/18	砂川八寿子	沖縄県
19	地域 連携室	在宅訪問診療・看護の取り組み	病院運営 委員会	1/18	仲程ひろみ	沖縄県
20	看護部	離島支援看護師活用の実際	病院運営 委員会	1/18	平良孝美	沖縄県

平成25年度 院外講師実績

看護部

No	講義依頼内容	講師名	所属	期日	対象	場所	依頼先
1	小児看護学Ⅲ 小児外科看護	大城光子	5小	5月1日 90分×2	看護学科 3年生	豊見城	那覇看護専門学校
2	小児看護学Ⅲ NICU看護	石原智美	NICU	5月9日 90分×2	看護学科 3年生	豊見城	那覇看護専門学校
3	看護の日式典講師 看護が私を強くする	砂川悦子	医療 安全	5月17日 2時間	看護学生 看護職	南風原	沖縄県福祉保健部
4	小児保健看護Ⅱ 慢性期にある子供と家族の看護	渡名喜優子	4小	5月22日 60分	看護学部 3年次	那覇	沖縄県立看護大学
5	ヘモフィリアナース カンファレンス	下地由美	小児 外来	5月29日 1時間	看護師	WEB 研修	バイエル薬品 株式会社
6	ヘモフィリアナース カンファレンス	石川初見	小児 外来	5月29日 1時間	看護師	WEB 研修	バイエル薬品 株式会社
7	小児病棟・小児外来・NICUの特徴と 看護の機能と役割、実習の留意点	平良弘子	看護部	5月29日 1時間	看護学科 3年生	豊見城	那覇看護専門学校
8	新人助産師研修	大城美那子	産科	6月5日 1日	助産師	南風原	沖縄県看護協会
9	医療安全と法的責任	中山幸子	医療 安全	6月8日 4時間	看護師	南風原	沖縄県看護協会
10	新人助産師研修	大城美那子	産科	6月12日 1日	助産師	南風原	沖縄県看護協会
11	小児保健看護Ⅱ 周術期にある子どもと家族の看護	大城光子	5小	6月12日 60分	看護学部 3年次	那覇	沖縄県立看護大学
12	小児看護学方法論Ⅰ さまざまな健康状態にある子どもと 家族への看護	大鷲しのぶ	4小	7月 90分×2	2年次	浦添	湘央学園 浦添看護学校
13	精神科における救命処置	仲宗根さやか	救急	8月14日 90分	看護師	南風原	県立精和病院
14	褥瘡予防について	砂川悦子	医療 安全	8月29日 2時間半	訪問看護師	北中城	北中城村福祉課
15	創傷・褥瘡ケア	砂川悦子	医療 安全	8月31日 1日	看護職	八重山	沖縄県看護協会
16	感染管理Ⅱ	松山亮	医療 安全	9月13日 1日	看護職	南風原	沖縄県看護協会
17	創傷・褥瘡ケアⅠ(基礎編)	砂川悦子	医療 安全	9月20日 1日	看護職	南風原	沖縄県看護協会
18	小児看護学方法論Ⅰ さまざまな健康状態にある子どもと 家族への看護	石原智美	NICU	9月 90分	1年次	浦添	湘央学園 浦添看護学校
19	小児看護学方法論Ⅰ さまざまな健康状態にある子どもと 家族への看護	大鷲しのぶ	4小	9月 90分	1年次	浦添	湘央学園 浦添看護学校
20	感染防止技術 外来・救急部門における感染防止 対策	松山亮	医療 安全	9月30日 3時間	感染管理 教育課程	南風原	沖縄県看護協会
21	成人看護学方法論Ⅰ 救急医療の現状と看護	仲宗根さやか	救急	10月11日 90分	看護学科 2年次	名護	名桜大学
22	母性看護学方法論Ⅰ 母子分離状態の対象の看護	座波理佳子	MFICU	90分×2	2年次	浦添	湘央学園 浦添看護学校
23	総合学習 南風原お宝発見隊	平良弘子	看護部	10月10日 45分	小学校 3年生	南風原	南風原町立 北丘小学校
24	総合学習 南風原お宝発見隊	平良弘子	看護部	10月15日 45分	小学校 3年生	南風原	南風原町立 北丘小学校
25	成人看護学方法論Ⅰ 救急救命時の看護	仲宗根さやか	救急	12月 4時間×2	2年次	浦添	湘央学園 浦添看護学校

平成25年度 院外講師実績

看護部

No	講義依頼内容	講師名	所属	期日	対象	場所	依頼先
26	小児看護学Ⅱ 手術が必要な患児の看護	大城光子	5小	12月 90分×2	看護学科 2年生	名護	北部医師会 北部看護学校
27	院内感染管理	松山亮	医療 安全	11月8日 4時間	看護師	八重山	県立八重山病院
32	健やか親子おきなわ21 専門部会	我那覇直美	産科	12月18日 2時間	一般人	那覇	沖縄県福祉保健部 健康増進課
28	創傷・褥瘡ケアⅡ(マネジメント編) -症例を通してケアを考える-	砂川悦子	医療 安全	H26 1月9日 1日	看護師	南風原	沖縄県看護協会
29	シミュレーション教育 デブリーファの役割	玉城愛子	6西	H26 1月15日 3時間	看護師	南風原	沖縄県看護協会
30	シミュレーション教育 デブリーファの役割	宮国咲恵	6西	H26 1月15日 3時間	看護師	南風原	沖縄県看護協会
31	シミュレーション教育 デブリーファの役割	津波古依利	6西	H26 1月15日 3時間	看護師	南風原	沖縄県看護協会
33	看護学言論Ⅱ 看護の安全性を支える	知念望	医療 安全	H26 1月20日 90分	看護学部 4年次	那覇	沖縄県立 沖縄看護大学
34	島しょにおける包括的 専門看護師の教育プログラム 成果報告	新里裕子	ICU	H26 2月22日 1時間	看護師	那覇	沖縄県立 沖縄看護大学
35	実習指導案の作成・ 発表・好評	石川初見	小児 外来	H26 2月25日 ~3月11日 63時間	看護師	南風原	沖縄県看護協会
36	新人看護職員実施指導者 研修会	平良孝美	看護部	H26 2月26日 1日	看護師	南風原	沖縄県看護協会
37	感染管理認定看護師教育課程	平良孝美	看護部	7/28~30 90分×3回	看護師	南風原	沖縄県看護協会
38	認定看護管理者教育課程	照屋清子	看護部	H26 2/21 24 2h×3回	看護師	南風原	沖縄県看護協会
39							
40							
41							
42							
43							
44							
45							
46							
47							
48							
49							
50							

## 平成 25年度 院内研修実績

県立南部医療センター・こども医療センター

月日(曜)	時間	研修名	対象者	研修のねらい	担当者		参加人数	
					ファシリテーター	講義・運営		
4/4~4/26	13:00~16:00	看護技術研修	新人	専門職業人としての自覚を持ち、日々の業務を通して看護実践能力を身につける。	教育委員 記録委員 (見里 他委員) 感染症小委員 認定看護師 松山 仲宗根 志慶眞 リスクマネジャー知念 (石川 上間 比屋根) 3ヶ月 6ヶ月 1年 ふり返り 平良 石川 (上間 仲松 比屋根 教育委員3~4人)	19人 × 10		
5/10(金)	13:00~16:00	救急看護技術				23人		
6/11(火)	14:00~16:30	看護記録(3ヶ月の振り返り)				19人		
6/20(木)	13:00~16:00	輸血				19人		
7/9(火)	14:00~16:30	KYT研修				19人		
9/10(火)	14:00~16:30	看護倫理 (6ヶ月の振り返り)				19人		
10/8(火)	13:00~16:00	心電図モニタリング				23人		
11/12(火)	13:00~16:00	気管挿管介助・急変時対応				23人		
1/14(火)	13:00~16:30	人工呼吸器看護				21人		
2/17(月)	14:00~16:30	1年の振り返り				29人		
5/28(火)	13:00~16:30	卒後2年目研修	卒後 2年目	専門職業人としての感性や看護の視点を養い、患者のニーズに即した看護が展開できる能力を身につける	教育委員	仲松	13人	
9/25(水)	17:00~19:00	事例研究発表					11人 123人	
9/19(木)	13:30~16:30	問題解決法研修	卒後 3年目	専門職業人として主体的に看護を実践し、問題解決できる能力を身につける。	平良 石川 東江 富山	山田	14人	
5/23(木)	14:00~16:30	プリセプター研修	プリセ プター	プリセプターシップについて学び、プリセプターの役割を遂行できる。	仲松 比屋根 宮城 仲間	上間	18人	
10/17(木)	14:00~16:30	プリセプター研修(6ヶ月)					16人	
3/7(金)	14:00~16:30	プリセプター研修(評価)					18人	
8/9(木)	13:30~16:30	リーダー研修 I	卒後5 年以上	リーダー看護師としての役割を認識し、リーダーとしての業務が遂行できる能力を身につける	石川 仲松 上間 我那覇	中山	17人	
8/22(木)	9:00~16:00	リーダー研修 II	卒後10 年以上	中堅看護師としての役割を認識しリーダーとして業務遂行できる能力を習得する	平良 仲松 比屋根 伊波	翁長	15人	
1/16(木)	16:00~18:00	実践報告					15人 94人	
11/9(土)	8:30~13:00	看護研究発表	全職員	研究をととしてより質の高い看護サービスを提供する	教育委員	平良 仲松 比屋根 石川 上間	154人	
12/24(火)	9:00~16:00	教育委員研修	教育 委員	教育委員としての役割を果たすために、効果的な現任教育のあり方を学び、実践できる能力を習得する	平良 仲松 比屋根 石川 上間	平良	19人	
6/21(金)	9:00~16:00	副看護師長研修	副師長	管理の基本知識を習得し、師長補佐としての管理能力を身につける	仲村 伊波 翁長 玉那覇		31人	
2/4(火)	15:00~17:30	グループ活動 実践報告会				91人		
5/22(水)	13:30~16:30	師長研修	師長	中間管理者として質の高い看護サービスを提供するための管理能力を身につける	解決志向アプローチ~自ら考え行動できる部下育成法 長田クリニック 長田清		24人	
6/26(水)	13:30~16:30	師長研修	師長			24人		
10/10(木)	17:00~19:00	目標管理発表(中間)	副師長 師長			看護部		41人
3/14(金)	17:00~19:00	目標管理発表					90人	
4/2~ H26 3/13	14:00~16:00	看護補助員研修	看護補 助員	看護補助員業務を安全に行うための基本的知識・技術を習得する	仲村千枝子副看護部長 玉那覇美佐枝看護主幹		35人 × 13回	
8/23(金)	9:00~16:00	診療所看護師研修	診療所 看護師	診療所看護師として地域住民のニーズに即した看護展開ができるよう、必要な知識・技術を習得する	平良孝美 副看護部長		8人	

平成25年度 コアレクチャラー日程表 (前期)

期間：平成25年4月8日(月)～平成25年9月30日(月)

NO	日付	演題	講師	診療科	備考
1	4/8	火 SPDについて(診療材料)	宮城	経営課	
2	4/9	火 薬局	長田 茂	薬局長	
3	4/10	水 医療廃棄物処理	松山 亮	感染管理認定看護師	
4	4/11	木 DPCについて	金城 香澄	経営課	
5	4/12	金 剖検・CPCについて	仲里 藤	病理診断科	
6	4/15	月 (予備日)			
7	4/16	火 輸液	篠原 直哉	総合内科	
8	4/17	水 外科基本的手術手技	富山 修志	一般外科	
9	4/18	木 外傷初期診療JATECについて①	林 峰栄	救急科	
10	4/19	金 外傷初期診療JATECについて②	林 峰栄	救急科	
11	4/22	火 電子カルテ操作講習会		医局	
12	4/23	月 (予備日)			
13	4/24	水 外傷初期診療JATECについて③	仲里 信彦	総合内科	
14	4/25	木 小児科診察	林 峰栄	救急科	
15	4/26	金 初期研修医勉強会(アナフィラキシー)	吉村 仁志	小児科	
16	4/30	火 挿管について	永田 重蔵	研修医2年次	
17	5/1	水 産科(3)分娩の管理と分娩介助の実際	林 美鈴	麻酔科	
18	5/2	木 産科(3)分娩の管理と分娩介助の実際	金城 健	整形外科	
19	5/7	火 産科(3)分娩の管理と分娩介助の実際	栗原 みずき	産婦人科	
20	5/8	水 産科(3)分娩の管理と分娩介助の実際	豊川 貴生	総合内科	
21	5/9	木 産科(3)分娩の管理と分娩介助の実際	竹下 朝規	脳神経外科	
22	5/10	金 (予備日)	中俣 彰裕	小児科	松茂良
23	5/13	火 研修医2年次	吉村 仁志	研修管理委員長	
24	5/14	火 JATEC実習(シナリオシミュレーション)	林 峰栄	救急科	
25	5/15	水 初期研修医勉強会(発熱)	高辻 謙太	研修医2年次	
26	5/16	木 産婦人科的診察入門	平田 真由美	産婦人科	
27	5/17	金 (予備日)			
28	5/20	月 (予備日)			
29	5/21	火 血液ガス検査	篠原 直哉	総合内科	
30	5/22	水 発熱	倉橋 幸也	小児科	松茂良
31	5/23	木 形成外科における救急疾患	西関 修	形成外科	
32	5/24	金 外科に必要な栄養療法について	富山 修志	一般外科	
33	5/27	火 吐血	林 成峰	消化器科	
34	5/28	火 PALS①小児一次救急処置	藤原 直樹	小児科	
35	5/29	水 初期研修医勉強会(気管支喘息)	三輪 志敏	研修医2年次	
36	5/30	木 産科(1)妊婦の生理学的変化	大橋 容子	産婦人科	
37	5/31	金 (予備日)			
38	6/3	月 研修医2年次	吉村 仁志	研修管理委員長	
39	6/4	火 鎮静について	田所 貴弘	麻酔科	
40	6/5	水 クループ、細気管支炎			
41	6/6	木 クループ、細気管支炎	原田 五	小児科	松茂良
42	6/7	金 めまいが怖くなる魔法の講義	乾 智一	耳鼻咽喉科	
43	6/10	月 PALS② Overview	藤原 直樹	小児科	
44	6/11	火 救急外来でタメになる問診・診察方法	西 章一	救急科	
45	6/12	水 初期研修医勉強会(脳梗塞について)	森山 祥平	研修医2年次	
46	6/13	木 Welcome to 遠征カウセンリング	田村 充利	産婦人科	
47	6/14	金 ERでみかける皮膚疾患	屋川 宣武	皮膚科	
48	6/17	月 褥瘡と創傷ケアについて	砂川 悦子	看護部	
49	6/18	火 精神科救急	宮川 真一	精神科	
50	6/19	水 ハワイ大コナサルタンク講義(内科)	Gautam A. Deshpande, M.D.		
51	6/20	木 心疾患専門の診察	中俣 彰裕	小児科	錦嶋
52	6/21	金 感染症①	仲里 藤	病理診断科	
53	6/24	月 JATEC実習(画像の読み方)	林 峰栄	救急科	
54	6/25	火 グラム染色	豊川 貴生	総合内科	
55	6/26	水 フレハレーションについて	金城 倭	小児外科	
56	6/27	木 産科(2)Fetal Well Beingの評価	大橋 容子	産婦人科	
57	6/28	金 (予備日)			
58	7/1	月 (予備日)			
59	7/2	火 気管支喘息	新里 彰	呼吸器内科	
60	7/3	水 胸腔ドレーンの挿入について	砂川 一哉	一般外科	
61	7/4	木 気管支喘息	石井 翔	小児科	上原
62	7/5	金 PALS③呼吸スキルと骨髄針	藤原 直樹	小児科	
63	7/8	月 研修医2年次	吉村 仁志	研修管理委員長	
64	7/9	火 ER研修の紹介	向井 耕一	救急科	
65	7/10	水 急性動脈閉塞/大動脈瘤の種類	宗像 宏	心臓血管外科	
66	7/11	木 産科(3)分娩の管理と分娩介助の実際	北代 祐三	産婦人科	
67	7/12	金 骨盤骨折について	栗原 敦男	整形外科	
68	7/16	火 (予備日)			
69	7/17	水 急性冠症候群part1	砂川 長彦	循環器科	
70	7/18	木 (予備日)			
71	7/19	金 せん妄の診断と対応	井上 幸代	精神科	
72	7/22	月 (予備日)			
73	7/23	火 初期研修医勉強会(読影)	増田 陽子	研修医2年次	
74	7/24	水 産科(4)妊婦とエクス線・薬剤	井上 裕	産婦人科	
75	7/25	木 総合実習	西関 修	形成外科	
76	7/26	金 口腔領域の外傷	澤田 茂樹	歯科口腔外科	
77	7/29	火 鎮痛と鎮静はどう違う?!	川端 徹也	麻酔科	
78	7/30	水 一般外科レクチャー(症例検討)	金城 隆夫&飛瀬 健一	一般外科	
79	7/31	水 急性冠症候群part2	砂川 長彦	循環器科	
80	8/1	木 NCPR	水野 智子	小児科	大庭
81	8/2	金 眼科の救急疾患	宮里 仁志	眼科	
82	8/5	月 研修医2年次	吉村 仁志	研修管理委員長	
83	8/6	火 (予備日)			
84	8/7	水 初期研修医勉強会(医療英語)	永元 哲治	研修医2年次	
85	8/8	木 産婦人科(1)画像診断	高山 尚子	産婦人科	
86	8/9	金 放射線科治療	伊良波 史朗	放射線科	
87	8/12	火 DPCの基本	西平 直人	経営課	
88	8/13	水 熱中症について	林 峰栄	救急科	
89	8/14	水 人工呼吸器の基礎1	坂名城 尚	臨床工学士	
90	8/15	木 輸液	本村 朱里	小児科	吉村
91	8/16	金 初期研修医勉強会(栄養のきほん)	田中 拓	研修医2年次	
92	8/19	月 (予備日)			
93	8/20	火 (予備日)			
94	8/21	水 (予備日)			
95	8/22	木 ERと婦人科疾患(1)女性の下腹痛症例	平田 真由美	産婦人科	
96	8/23	金 背挫・背髄損傷	我謝 猛次	整形外科	
97	8/26	火 肝胆胆の救急疾患	嘉数 雅也	消化器科	
98	8/27	月 (予備日)			
99	8/28	水 肺がん	我部 敦	一般外科	
100	8/29	木 (予備日)			
101	8/30	金 (予備日)			
102	9/2	月 研修医2年次	吉村 仁志	研修管理委員長	
103	9/3	火 透析患者の救急	和氣 亨	腎・リウマチ科	
104	9/4	水 (予備日)			
105	9/5	木 形成外科で扱う「先天性体表異常」ノススメ	西関 修	形成外科	
106	9/6	金 初期研修医勉強会(腫瘍)	細川 博昭	研修医2年次	
107	9/9	月 硬膜外麻酔について	兼村 大介	麻酔科	
108	9/10	火 ERでの自衛自給自足対応①	井上 幸代	精神科	
109	9/11	水 ERと婦人科疾患(2)子宮外妊娠	栗原 みずき	産婦人科	
110	9/12	木 (予備日)			
111	9/13	金 (予備日)			
112	9/17	火 ER症例検討	向井 耕一	救急科	
113	9/18	水 超音波について	郷納 薫	生理検査室	
114	9/19	木 (予備日)			
115	9/20	金 院内感染発生時の対応について	松山 亮	看護部	
116	9/24	火 (予備日)			
117	9/25	水 (予備日)			
118	9/26	木 (予備日)			
119	9/27	金 I V R	我部 敦	放射線科	
120	9/30	月 (予備日)			

場所：講堂3※日程は変更になる場合があります。

平成25年度 コアレクチャー日程表 (後期)

期間：平成25年10月1日(火)～平成26年3月20日(木)

場所：講堂※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	10/1	火	ERでの自傷自殺企図対応②	井上 幸代	精神科	
122	10/2	水	血液疾患患者の救急	大城 一郎	血液内科	
123	10/3	木	(予備日)			
124	10/4	金	緩和ケア在宅ケア	興延 浩次	麻酔科	
125	10/7	月	(予備日)			
126	10/8	火	食飲不振・体重減少	仲里 信彦	総合内科	
127	10/9	水	研修連絡会(1年次)	吉村 仁志	研修管理委員長	
128	10/10	木	重症感染症	倉橋 幸也	小児科	藤原
129	10/11	金	ERと婦人科疾患(3)PID	平田 真由美	産婦人科	
130	10/15	火	(予備日)			
131	10/16	水	(予備日)			
132	10/17	木	ERと婦人科疾患(5)急総転	高山 尚子	産婦人科	
133	10/18	金	症例検討	金城 隆夫&赤嶺 健史	一般外科	
134	10/21	月	(予備日)			
135	10/22	火	意識障害	篠原 直哉	総合内科	
136	10/23	水	ERと小児外科疾患	大城 清哲	小児外科	
137	10/24	木	ワクチン	杉浦 健太	小児科	安藤田
138	10/25	金	Case conference	Dr. LM ティアニー	小児科	小児科
139	10/28	月	腰痛	上原 敏則	整形外科	
140	10/29	火	(予備日)			
141	10/30	水	(予備日)			
142	10/31	木	妊活のすすめ～不妊症の観点から～	田村 充利	産婦人科	
143	11/1	金	ERでの脳外疾患の見方	長嶺 知明	脳神経外科	
144	11/5	火	神経診察の基礎(頭痛)	神里 尚美	神経内科	
145	11/6	水	インフルエンザワクチン接種の実際	安藤田 英樹	医療部長	
146	11/7	木	煙草・煙草重症	中俣 彰祐	小児科	比屋根
147	11/8	金	不整脈	西 竜一	救急科	
148	11/11	月	研修連絡会(2年次)	吉村 仁志	研修管理委員長	
149	11/12	火	ERでの自傷自殺企図対応③	井上 幸代	精神科	
150	11/13	水	病理レクチャー	喜舎場 由香	病理診断科	
151	11/14	木	(予備日)			
152	11/15	金	針刺し防止について	松山 亮	看護部	
153	11/18	月	(予備日)			
154	11/19	火	災害現場におけるトリアージ机上訓練	林 峰栄	救急科	
155	11/20	水	初期研修医勉強会(歩けないんです。)	野崎 拓朗	研修医1年次	
156	11/21	木	免疫不全児の発熱	水野 智子	小児科	喜瀬
157	11/22	金	基礎的な不整脈の診断と治療	當真 隆	循環器科	
158	11/25	月	研修連絡会	吉村 仁志	研修管理委員長	院長参加
159	11/26	火	災害訓練のため休み			
160	11/27	水	迅速導入	福元 千尋	麻酔科	内科カンファ
161	11/28	木	ERと婦人科疾患(4)卵巣出血、チョコレート嚢胞破裂	美原 みずき	産婦人科	内科カンファ
162	11/29	金	大動脈瘤・大動脈解離	阿部 陸之	心臓血管外科	
163	12/2	月	研修連絡会(2年次)	吉村 仁志	研修管理委員長	
164	12/3	火	(予備日)			
165	12/4	水	薬疹について	屋宜 宣武	皮膚科	
166	12/5	木	小児の嘔吐/下痢(救急室での初期対応)	円谷 悠子	小児科	松岡孝
167	12/6	金	(予備日)			
168	12/9	月	初期研修医勉強会	三浦 俊哉	研修医2年次	
169	12/10	火	低Na/高Na血症	仲里 信彦	総合内科	
170	12/11	水	ERと産科疾患(2)内科的救急疾患	井上 格	産婦人科	
171	12/12	木	初期研修医勉強会(腹がいてえ)	徳田 嘉仁	研修医1年次	
172	12/13	金	ハブ咬傷	金城 隆夫	一般外科	
173	12/16	月	急性腹症	屋宜 孟	小児科	松茂良
174	12/17	火	(予備日)			
175	12/18	水	意識障害	松尾 信記	小児科	松岡嗣司
176	12/19	木	(予備日)			
177	12/20	金	(予備日)			
178	12/24	火	急性脳梗塞の診察および治療	仲地 耕	神経内科	備考
179	12/25	水	(予備日)			
180	12/26	木	性暴力被害	大橋 容子	産婦人科	
181	12/27	金	急性閉塞性肺炎	新里 彰	呼吸器内科	
182	1/6	月	初期研修医勉強会(医学統計学の基礎を学ぼう)	杉山 愛依	研修医1年次	
183	1/7	火	麻酔科レクチャー	宜野座 到	麻酔科	
184	1/8	水	初期研修医勉強会(救急室で怖いもの 痛くとは)	山崎 大輔	研修医1年次	
185	1/9	木	尿所見異常	福里 勇人	小児科	譜久山
186	1/10	金	(予備日)			
187	1/14	火	高K/低K血症	篠原 直哉	総合内科	
188	1/15	水	研修連絡会(1年次)	吉村 仁志	研修管理委員長	
189	1/16	木	小児の顔面外傷	西関 修	形成外科	
190	1/17	金	初期研修医勉強会(抗菌薬ってどう選ぶんでしょうか?)	奈佐 悠太郎	研修医1年次	
191	1/20	月	小便不整脈	石井 翔	小児科	
192	1/21	火	便通異常(便秘・下痢)	岸本 健三	消化器科	
193	1/22	水	小児肝臓病を中心とした救急室で小児科医を助ささないために必要な知識とコツ	金城 信	整形外科	
194	1/23	木	輸血療法	宮城 大雅	小児科	松田
195	1/24	金	(予備日)			
196	1/27	月	背腿くも膜下麻酔	野中 信一郎	麻酔科	
197	1/28	火	The Pitfalls in management of toxicological emergency	Won Gabriel Chung	小児科	小児科カンファ
198	1/29	水	(予備日)			
199	1/30	木	産科(5)血液型と自己血貯血	井上 格	産婦人科	
200	1/31	金	(予備日)			
201	2/3	月	(予備日)			
202	2/4	火	災害時のトリアージ～Dr. DMATを10倍楽しく見る方法～	林 峰栄	救急科	
203	2/5	水	地域医療研修に行く前に(診療所編)	神山 佳之	地域医療科	
204	2/6	木	(予備日)			
205	2/7	金	初期研修医勉強会(創傷治療)	米田 和弘	研修医1年次	
206	2/10	月	(予備日)			
207	2/12	水	医療・介護関連肺炎-ガイドライン概説-	天久 康尚	呼吸器内科	
208	2/13	木	人工呼吸器の基礎2	坂名城 尚	臨床工学士	
209	2/14	金	電子カルパ2次利用活用講座	糸教 昌辰	医療情報科	
210	2/17	月	(予備日)			
211	2/18	火	急性腎不全	和氣 亨	腎・リウマチ科	
212	2/19	水	初期研修医勉強会(症例検討)	山本 真貴子	研修医1年次	
213	2/20	木	ウイルス感染症	仲里 巖	病理診断科	
214	2/21	金	(予備日)			
215	2/24	月	血尿・たんぱく尿	野原 健	腎・リウマチ科	
216	2/25	火	大動脈解離により生じる臓器虚血について	我那覇 文清	放射線科	
217	2/26	水	(予備日)			
218	2/27	木	ER×発熱 妊産婦の発熱	北代 祐三	産婦人科	
219	2/28	金	初期研修医勉強会(酸塩基平衡)	比嘉 真理子	研修医1年次	
220	3/3	月	ストーマケア(術前～術後)	砂川 悦子	看護部	
221	3/4	火	これからの創傷治療	志山 修志	救急科	
222	3/5	水	初期研修医勉強会(小児の喘息)	佐藤 一樹	研修医1年次	
223	3/6	木	小児の熱傷	西関 修	形成外科	
224	3/7	金	沖縄県における脳性麻痺戦略	栗国 敦男	整形外科	
225	3/10	月	初期研修医勉強会(夜診-見ただけで診断可能-)	仲本 麗雅	研修医1年次	
226	3/11	火	(予備日)			
227	3/12	水	(予備日)			
228	3/13	木	初期研修医勉強会(研修医vs虫垂炎)	池田 守登	研修医1年次	
229	3/14	金	初期研修医勉強会(病棟カンファを100倍楽しむ方法)	奥 聡	研修医1年次	
230	3/17	月	口唇領域の炎症	澤田 茂樹	歯科口腔外科	
231	3/18	火	挿入困難への対応	橋爪 勇介	麻酔科	
232	3/19	水	(予備日)			
233	3/20	木	(予備日)			

■平成25年度 ハワイ大学コンサルタント講義スケジュール

No	月日	曜日	科	テーマ	講師名	役職等	出席者
1	6/19	水	内科	Clinical Skills Master Series1:Differential Diagnosis during Patient Interview	Gautam A. Deshpande, M. D.	Senior Researcher, St. Luke's International Hospital Assistant Clinical Professor of Medicine, John A. Burns school of Medicine	指導医 研修医
2	10/2	水	呼吸器 内科	ARDS	Samuel Evans, MD, FACP, FCCP	Assistant Professor of Medicine, Pulmonary and Critical Care Program Director, Transitional Residency Program Chief, Division of Pulmonary Medicine University of Hawaii, John A. Burns of Medicine.	指導医 研修医
3	10/22	火	麻酔科	How to Facilitate Scholarly Activity by Anesthesiology Residents	酒井 哲郎	Associate Professor, Director, Resident Research Rotation, Department of Anesthesiology, University of Pittsburgh Medical Center (UPMC) Faculty Member McGowan Institute for Regenerative Medicine, University of Pittsburgh	指導医 研修医
4	10/25	金	総合 内科	50代女性の繰り返す心窩部痛、カンジダ食道炎	Lawrence M. Tierney, Jr, MD	Professor of Medicine, University of California, San Francisco Associate Professor of Medicine, Veterans Affairs Medical Center Division of Emergency Medicine, One Children's Place, NWT	指導医 研修医

No	日付	科	テーマ	講師名	役職等	出席者
5	11/13	水 小児科	The Crying Infant	Ran D. Goldman, MD	Professor, Department of Pediatrics, Assistant Dean Continuing Professional Development, University of British Columbia Co-Head, Division of Translational therapeutics, Research Director Peditric Emergency Medicine, BC Children's Hospital Senior Associate Clinician Scientist, Child & Family Research Institute, Canada	指導医 研修医
6	1/28	火 救急科	The Pitfalls in management of toxicological emergencies	Won Gabriel Chung, MD, MBA, MS	Assistant Professor of Emergency of Medicine Staff Physician, Regions Hospital University of Minnesota Medical School, St Paul MN	指導医 研修医

## 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) 投稿された論文の採否は、査読者による査読を経て委員会の判断で決定する。
- 4) 原稿は、A4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, 電顕腫瘍病理学, 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 theliver, 140-150, Elsevier Sciende Publishers, New York, 1989.

### <編集後記>

県知事選挙が終わり、翁長県政がスタートしました。衆議院選挙も行われます。沖縄県の今後の行方が不透明な部分がありますが、病院職員一丸となって難局を乗り越えていきたいと思います。今年度は病院機能評価3rd G, Ver1を受験し、何とか認定を受けることができました。その際の我那覇病院長のプレゼンテーション、看護部の報告を掲載することができました。特別寄稿として、南風原町の城間俊安町長、南部療育医療センター院長の當山潤先生と前副院長の當銘正彦先生の玉稿をいただきました。また、多数の診療科からの要望もあり、原著論文と症例報告の査読を本号から行うことになりました。査読者の選任に苦勞しましたが、協力的な査読者のお蔭で、修正した後の論文掲載となりました。今後の病院雑誌の価値を高めて行くために、投稿者の意識改革と適切な査読者の選定が重要となります。

多数の職員から論文、部署報告、研修報告等をいただきました。改めて感謝申し上げます。来年度は沖縄県立南部医療センター・こども医療センターの開設10周年に当たります。10周年記念誌を発行する予定です。その際も多くの方々にご協力をお願いすることになると思います。宜しくお願い致します。

平成26年12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：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：川平 由美 大嶺 隆子

放射線科：伊佐 勝章

検査室：吉田 有沙

薬 局：與世平 一起

事務部：牧田 文博 比嘉 京子



---

平成 27 年 3 月印刷

平成 27 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 8 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 有限会社 金城印刷

〒901-0306 沖縄県糸満市西崎町 5-9-16

電 話 098 (995) 0001

---

