

ISSN 1882-2479

# 沖縄 県立 南部医療センター・ こども医療センター雑誌

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

第 10 卷 1 号



2017 年 3 月

## 病院概要

名 称 沖縄県立南部医療センター・こども医療センター  
所 在 地 〒901-1193 沖縄県島尻郡南風原町字新川118番地の1  
電話(代表) 098-888-0123 FAX 098-888-6400  
ホームページ <http://www.hosp.pref.okinawa.jp/nanbu/>  
開 設 者 沖縄県知事  
開設年月日 平成18年4月1日  
病 院 長 佐久本 薫  
敷 地 面 積 57,278.52m<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12,436m<sup>2</sup> 延床面積 36,571m<sup>2</sup> (84m<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124看護部門525 診療協力部門146人 計795人 (平成28年4月現在)  
附属診療所 8 (久高・渡嘉敷・座間味・阿嘉・渡名喜・粟国・北大東・南大東)

## 【表紙写真】

航空撮影による病院全景

## 【裏表紙写真】

上段・・・折り紙ツリー (2016.12)

下段・・・ボランティア委嘱状授与式 (2016.6.14)

緩和ケア週間 (2016.10.3~7)

小児病棟夏まつり (2016.8.10)

# 理念・基本方針

## 理念

こどもからおとなまで「大切な命を守り、県民に貢献する」病院

## 基本方針

- 1、県民と協働し、共感・共存できる公的医療を実践します。
- 2、県民生活を守る救急医療を365日24時間提供します。
- 3、病んでいるこども達の可能性を最大限に生かせるよう努力します。
- 4、教育・研修病院としての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10巻 第1号

## 目 次

### <巻頭言>

さらなる「飛躍」をめざして.....	院長 佐久本 薫	1
--------------------	----------	---

### <特別寄稿>

沖縄県政策参与に就任して.....	沖縄県政策参与 村田謙二	2
沖縄県薬剤師会と沖縄県立南部医療センター・こども医療センターの関わり		
.....一般社団法人 沖縄県薬剤師会 会長 亀谷浩昌		4

### <原著>

重度肥満に伴い術前胆道ドレナージ・感染コントロールに難渋した脾頭部腺扁平上皮癌の1例	消化器内科 新里雅人	6
人工心肺装置更新における操作性の比較と装置レイアウトと工夫.....	M E センター 大城幸作	11

### <症例報告>

Oculomotor nerve palsy due to an atherosclerotic posterior communicating artery (Case Report)	Neurosurgery Tomonori Takeshita	16
---	---------------------------------	----

### <CPC症例報告>

思わぬ急変を遂げた一例.....	(2015初期研修医) 水谷謙一	21
------------------	------------------	----

### <教育コーナー>

コンピューターを超える医師.....	腎・リウマチ内科 諸見里拓宏	27
--------------------	----------------	----

### <国内外研修報告>

海外研修報告.....	感染症内科 豊川貴生	32
私の目指す皮膚・排泄ケア認定看護師.....	皮膚・排泄ケア認定看護師 上原枝里子	36

### <院内活動報告>

開院10年を迎える（おおやけ）を考える.....	事務部長 久田武彦	39
看護師ユニフォーム変更の取り組み－職務満足度調査結果から－	看護部 副部長 見里悟美	41
術後異物確認ポータブル撮影の画質改善.....	放射線技術科 副技師長 新城善春	44
チャイルド・ライフ・スペシャリストの活動を振り返って想うこと～周りの方々へ感謝を込めて～	チャイルド・ライフ・スペシャリスト 佐久川夏実	46

### <部署報告>

熊本地震（DMAT）活動報告.....	救急科 部長 梅村武寛	50
熊本地震DPAT活動報告、今後の課題	精神科 部長 井上幸代	54

---

<臨床研修>

学生見学感想文	鹿児島大学医学部医学科6年 鎌田さつき	57
学生見学感想文	琉球大学医学部医学科6年次 幸喜未那子	58

<研修医だより>

初期研修を振り返る	初期研修医 相原隆充	59
初期研修を終えて	初期研修医 加藤愛香里	60
救急科後期研修終了後的小児科専攻するにあたって	小児科専攻医 窪田圭志	62
平成27年度採用 卒後臨床研修医紹介		64

<診療所だより>

半年間を振り返って	渡名喜診療所 三宅孝充	65
診療所だより	座間味診療所 最勝寺佑介	68

<随想・趣味>

AI 2016	小児総合診療科 部長 松茂良 力	73
医療センターと私とクリニクラウン	小児外科 部長 金城僚	75
M E センター自己紹介	M E センター 翁長加世子、宮城直史、島袋二菜、古謝将伍	78
バレーボールクラブ	ドクターズクラーク 新本菊代	82

<業績>

平成27年度 学会発表・誌上発表		87
平成27年度 看護研究学会県外・県内発表状況		118

<講演会・院内研修リスト>

平成27年度 コアレクチャー		119
平成27年度 ハワイ大コンサルト講義		121

編集後記	編集委員長 岸本信三	124
------	------------	-----

## 巻頭言

# さらなる「飛躍」をめざして



院長 佐久本 薫

地球が小さくなったと感じる今日この頃である。イギリスのEUからの離脱を決める国民投票、トルコでのクーデター未遂事件、フランスやバングラデシュでのテロリズムなど世界中の事件事故が即時に報道され、日本人が巻き込まれることもしばしばである。尖閣諸島や南シナ海での中国の進出、北朝鮮のミサイル発射事件など日本を取り巻く環境が安定しない。沖縄にも外国人観光客が押し寄せている。国立公園になった慶良間諸島でも外国人観光客が増えて付属診療所でも対応する必要がでてきてている。我々医療に携わる者も自分のことだけをしておればよいという訳にはいかない時代である。

少子超高齢化社会に向けての対応が急がれる。沖縄県では地域医療構想を策定中である。当院は、高度急性期、急性期病床を目指している。このためには後方の亜急性期や慢性期病床を有する病院、療養型病院との連携、在宅医療との連携が不可欠である。地域連携室を中心[new]に新しい地域医療構想に対応していく必要がある。救命救急センターが充実し、担当医も増加し、受診する患者も増加している。救急救命センターからの入院が全体の約55～60%を占めている。この入院患者を収容するICUの充実と後方ベッドの確保が課題である。内科専攻医が増加し、専科との連係、ICUとの連係も依然と比べてよくなっていると感じる。平成28年3月には小児救命救急センターに認定され、7月にはPICUの8床への増床工事も終了し、小児救急も更に充実してきた。放射線治療器の更新も順調に進み、10月には稼働する。

10年が経過し、開院時の機器が古くなり耐用年数を大きく上回って使用しているが機器が多数ある。修繕費も嵩み、修理の利かない機器も増えている。機器購入の予算立てと企業債等の返済を勘案して計

画的な機器整備が重要となってくる。

当院の経営状態は楽観できない。職員の努力により収入は増加しているが、高度な医療を維持するために必要な診療材料が高額になり支出も増加している。診療材料購入費、薬剤費の縮減、ジェネリック医薬品への切り替え促進（目標70～80%）、水光熱費の縮減が必要となる。

今年度は職員定数を徐々に増やしているが、それに見合う収入増が期待される。人件費の増加はやむを得ないことである。当院の時間外勤務手当の比率が他の県立病院と比較して高く、今年度に入ってから時間外勤務手当の適正な運用について見直しを行っているところである。次年度以降も医師、看護師、検査技師、臨床工学技士、臨床心理士、その他のコメディカルスタッフの人員増加の希望が多数寄せられている。病院事業局に対して要求をだしているが、定数増員は非常な困難を伴うことを理解していただきたい。

4月には熊本地震が起き、当院からもDMAT、DPATが支援を行った。沖縄で災害が起きた時の準備も真剣に考える必要がある。参議院選挙、東京都知事選があり県内では普天間飛行場の辺野古移設問題、高江のヘリパッド問題など社会的にも落ち着かない。7月の身体障害者施設での多量殺害事件にはショックを受けた。我々の日常診療を否定された気がした。リオデジャネイロオリンピックでの日本選手の活躍に拍手を送り、悪いことばかりではないと思う。社会が刻々と変化しているが、信念を持って、職員が一つになって病院の諸問題、困難な事例に対処していきたいと考える。開院から10年を超えて、沖縄県立南部医療センター・こども医療センターがさらに「飛躍」するために、職員の皆様のご協力をお願いしたい。

特別寄稿

## 沖縄県政策参与に就任して



沖縄県政策参与 村田謙二

上記表題にて執筆依頼を受けた。就任に当たつての抱負などは、「沖縄県医師会報」第52巻第7号p.49~51の「インタビュー コーナー」に述べてあるので、そちらをご一読頂きたい。ここでは、主に政策参与とはいかなる職務なのかを中心に述べたい。

### ①まずは「参与」という肩書について

大方の読者は「参与」という言葉に馴染みがないであろう。「参与」を広辞苑で引いてみると、「学識・経験ある人を行政事務などの相談にあずからせること。また、その役の人」とある。似たような肩書きに「参事」があるが、こちらの方は「ある事務に参与すること。また、その職名」とある。この定義からイメージすると、相談役、どちらかというと受動的である。しかし、別の解釈をする人もいる。「参与は積極的に知事・副知事に政策を提言すべきだ。」と、激励してくれる人もある。こちらは能動的である。言い訳がましくなるのを承知で告白するが、就任要請は年度末ぎりぎりにあって、明確に役割はこうです、と正式に説明があったわけではない。受諾前に先輩、知人の何人かに相談したら激励してくれる人が殆どだったので、勢いで受諾してしまった。就任後には説明があるだろうとのんびり構えていたらそれも今もって無い。

試しに「沖縄県政策参与」をインターネットで検索すると、明確な設置規定があった。

始まりは平成11年に訓令として出され、平成17年3月31日に改正されていて、以下のとおりである。  
(設置)

第1条 県政における重要課題の解決の促進に資するため、沖縄県政策参与（以下「政策参与」という）を設置する。

### (職務)

第2条 政策参与は、知事が特に命ずる事項について調査研究し、知事に進言するものとする。

### (身分)

第3条 政策参与は、地方公務員法一中略一に規定する非常勤の特別職とする。

第4条 政策参与は、知事が委嘱する。委嘱期間は、1年以内とする。ただし、再委嘱を妨げない。

以下省略

どうやら能動的に活動せねばならないようだ。

ところで、現翁長県政には私その他に二人の政策参与がいる。一人は富川盛武氏（沖縄国際大学長）であり、氏は沖縄県振興審議会副会長を務め、「脱基地経済」を明確に掲げた県の基本構想「沖縄21世紀ビジョン」の議論を主導した。氏の担当は沖縄の経済と基地問題であろう。

もう一方は、建築業「照正組」社長で、県商工会連合会前会長の照屋義実氏である。本人から伺った話によると、担当は「島言葉の普及」と「空手」とのことである。本題から少しそれぞれ道草になるが、興味深いので書いておきたい。照屋氏自身は空手を嗜む訳ではないが、全世界で空手愛好家が多数いる。（一説には一億人！）彼らは沖縄が空手発祥の地である事を知っており、来沖を望んでいるが、現在沖縄では彼らの正式な受け皿が無いのだそうだ。照屋氏はその体制作りを模索しているとのこと。この話を伺って、島言葉や空手など、翁長県政の沖縄の文化を大切にする姿勢が伝わってきて感激した。

### ②参与の位とは

「沖縄県職員録」によると知事・副知事の次のページに政策参与、その次が10人の部長である。確か

に位は高そうだ。だが、参与に明確な人事権や予算執行権がある訳ではない。同じく職員録を調べてみると私の職務とおそらく深く関連する「保健医療部」には本庁だけでも保健医療政策課をはじめとして様々な課や班に100人以上の職員がおり、本庁外にも所轄する保健所、県立看護大学、衛生環境研究所、総合精神保健福祉センターなどに約300人近くの職員がいる。因みに県立病院を運営する病院事業局は、病院事業管理者のもとで運営されており、保健医療部とは別の独立した組織である。前述の大勢の職員達が励んでいる広範な業務を私が掌握している訳ではないので、私なりに熟考したとしても彼らの頭越しの提案や政策は軋轢を生むであろう。心せねばならないと考えている。

しかし、別の観点から楽天的に考えると、ただでさえ忙しい行政マン達は、目前の業務に忙殺されているであろう。他方、私は1年かけて大局的な視点で医療政策を提言できれば良いとも言える。

### ③政治の壁、制度の壁、人の壁

物事の仕組みを変えるには様々な障壁があるが、今の私の前にはざっくり分けると3つの壁がある、とこの頃考えている。抽象的に言うと解かりにくいので、具体例に沿ってのべる。例えば、政策参与として、県立病院の経営を抜本的に改革しようと思えば独法化するのが望ましい、と提言しても知事が公約としてすでに公営企業法全部適応は変えません、と約束していれば、これ以上の議論はできない。これが政治の壁である。

次に医師会報にも書いたが、県立病院の看護師不足の大きな要因は、産育休看護師の補充ができる定数にある。仮に増員ができても育休看護師の分は増やせても産休看護師の分は手当できない。なぜなら、産休の場合は、休職中でも本人への給与は発生しているので、他の人をそこに充てると、同一ポジションに給与の二重支払いになる。これは制度上不可能である。これが制度上の壁。

最後の人の壁。これが最もやっかいである。担当者に相談すると、たいていの場合「前例が無い事はできません」「それは制度上できません」「私には権限がありません」と対応される。それが、本当に制

度上の壁なのか、権限が無いのか、こちらが熟知していないければ疑問に思いながらも納得するしかない。「公務員は事なき主義」という言葉をよく耳にするが、人は誰しも前例が無い事を実行して、失敗したら自分が責任を問われる立場では否定的になるものである。一方現場で一生懸命働いている人は、往々にして制度のことには疎い。普段からアンテナを張って、政治の壁や制度の限界を良く知っておかねば出だしで躊躇してしまう。別の側面も見つめねばならない。私の経験からの観察だが、改革に熱心な医師達は往々にして、政治の壁や制度の限界を知らずに、己の倫理や正義感で議論の場に臨んでしまう。応ずる行政側は、医師のモチベーションを損なうことを恐れて（医師がモチベーションを失うと、簡単に職を辞することを彼らは熟知している）正面から向き合うことを躊躇する。かくして、医師側は、「担当者がやる気がないだけ」と決めつけ、不満が溜まり、行政側は、「医師たちは行政の論理やルール、限界が理解できないので、まともな議論ができない」と嘆く。

職務での第一関門は行政マン達との良好なコミュニケーションと認識している。職を受けたからには私らしく、力まず自然体で、公平を旨として周りの意見を良く聴き、修正や変更を厭わず、真摯に取り組んでいこうと思っている。

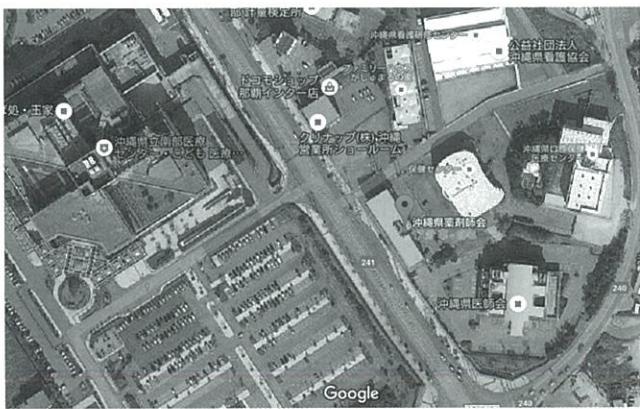
特別寄稿

## 沖縄県薬剤師会と沖縄県立南部医療センター・ こども医療センターの関わり



一般社団法人 沖縄県薬剤師会 会長 龜 谷 浩 昌

沖縄県薬剤師会（以下：本会）は県道241号線を挟んで沖縄県立南部医療センター・こども医療センター（以下：医療センター）の向かい側にある。この地域には本会の他に医師会、歯科医師会、看護協会、小児保健協会そして、離島や遠方から医療センターを受診・入院する病児と家族の為の滞在施設「ファミリー・ハウスがじゅまるの家」が集まって建っている。医療に関わる団体が同じ区域に集まっているのは全国でも珍しいらしく、他県の人から羨ましがられている。この区画を通称、医療ゾーンと私たちは呼んでいるが、医療ゾーンと言うからには医療センターも含めて認識するべきだなど、今回この拙文を書くに至って感じた次第である。近々、栄養士会もここに会館を建てるそうであり、医療に関わる団体が健康に関わる講演会や展示会等を企画する際には、互いに連携して利用しやすく便利だなと思っている。



沖縄県薬剤師会が位置する医療ゾーン

医療センターと本会の関わりの中で最も大きいのは救急外来の患者様を介した関係であろう。救急外来を受診した患者様には基本的に院外処方せんが発行される。患者様にしてみれば少しでも早くお薬を

手に入れたいはず。本会が会館をこの地に建てる際に本会会員であり、前医療センター薬局長の具志堅興信氏と緊密に連絡を取り合った。

当時、沖縄県内の医薬分業率は70%に近く、全国でも上位の地位を示していた。しかし、医薬分業の急速な伸展は、深刻な薬剤師不足をもたらし、近隣の調剤薬局は通常時間帯の調剤で精一杯の状況であった。この状況は現在も変わっていない。本会はさっそく薬局開設準備委員会を立ち上げ、開設に向けて検討を開始した。他府県に出向いて夜間薬局を視察し、関係者から話を聞いた。検討を重ねた結果、ただ一点を残してすべての面で開設に向けてゴーサインが得られた。唯一問題となったのは採算面である。想定されるデータを基に何度も検討を重ねても、出てくる答えは悲観的なものであった。しかし、院外処方せんが発行されるからには近隣に対応する薬局が絶対に必要である。「私達がやらなきゃ誰がやる」の気持ちでひとつにまとまった。公共的使命を持つ本会としては、会が運営する薬局は医療センターを始めとして、県南部地域と那覇・浦添近郊の病院・クリニックへの休日・夜間の医薬品供給に対応する必要があると位置づけた。採算面に不安を抱えながらも、休日・夜間に救急外来を受診する県民の要望に応えることにした。薬局の名称は位置関係を示すように「会営薬局医療センター前」（以下：会営薬局）と決まった。夜間に開局している会営薬局に患者様と医療センター職員が慣れるまでの間、薬剤師会の事務員が夕方7時から深夜12時まで、毎晩、救急外来の前に立って患者さまのご案内をしたものである。会営薬局の薬剤師不足は本会会員の輪番勤務協力によってなんとかしのいでいる。

会営薬局が開設されたことによる医療センターの



夜の「会営薬局医療センター前」

メリットを考えてみよう。

休日・夜間の医薬品供給に会営薬局が対応する時間、医療センター内の薬剤師の労力、経費が肩代わりされることを意味する。医療センターの大幅な経費削減に繋がっているだろう。労力が軽減された院内薬剤師は持てる力を入院患者の対応に充てることができ、更なる薬物療法の質の向上に繋がっていくと確信する。

休日・夜間の医薬品のニーズは医療センターだけにはとどまらない。次に処方せん応需実績を見てみよう。平成27年度の年間実績によると、枚数の多寡を別にすると北は名護市から南は南城市まで、更には宮古、粟国島も含まれ、ほぼ全県の132の医療機関から処方せんを応需している。医療機関別の処方せん応需枚数で見ると、ダントツで医療センターが多く、全体の90%近くを占める。第2位が7%、第3位が1%で、この三つの医療機関だけで96%となる。多くの患者様に「開いていて良かった」と喜んで頂けていると思う。

会営薬局のメリットはと言うと、本会が開催する新人薬剤師の為の基礎講座の中に、実際の薬局を見学する「施設見学」があるが、これには医療センターの薬局にご協力を頂いている。また、本会で講演会を開催する時に駐車場のご配慮を頂いていることは大変感謝申し上げるものである。他には、公共的使命を果たしている満足感と、休日・夜間に対応できていない近隣の薬局からの感謝を感じているが、経済的にはデメリットとも言うべき赤字経営となっている。薬局の開設に際しては設備資金の一部を県から補助して頂いたが、運営に関しての援助はほぼ

無いに等しい。ほぼと書いたのは去年から薬剤師不足による人材確保の為の入件費の一部に充てる助成金を頂いているからである。それでもこの会営薬局の赤字は年間500万前後に上る。このまま行くと何時かは運営を継続していくべき時期が来ないと限らない。他府県を見てみると公共的施設として行政から毎年運営費の補助を受けている例がある。沖縄県もぜひ運営費の補助を考えて頂きたいものである。

医療センター発行の「沖縄県立南部医療センター・こども医療センター雑誌」第9巻第1号に当時の村田健二院長による「10年目の節目」に、医療センター建設にかかった費用が250億円とある。250億円といえば、嘉手納基地に飛来し、近隣に騒音を撒き散らしているアメリカ空軍のステルス戦闘機F-22ラプターの1機の調達価格が250億円である。これは配備初期の価格であるが、戦闘機はその装備、機能の差によって同じ機種でも調達価格が異なる。別の資料によると近年は調達価格が下がり、1ドル105円の為替レートで換算すると1機約136億となるそうだ。この戦闘機2機を調達する費用で医療センター規模の病院が造れて、さらにお釣りまである。新聞によれば、防衛省は2015年度予算の概算要求で、最新鋭のステルス戦闘機「F-35A」6機分の購入費として1249億円を計上すると報じている。この戦闘機は1機208億円である。軍事費は壮大なムダとも言われるが全くそう思う。このお金があれば医療センターの院長先生は病院運営に頭を悩ますこともなく、ましてや、わが会営薬局の赤字なんて笑って済ませられることであろう。

原著

# 重度肥満に伴い術前胆道ドレナージ・感染コントロールに難渋した膵頭部腺扁平上皮癌の1例

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、嘉数雅也、大城武春、林成峰、岸本信三

## 【はじめに】

膵腺扁平上皮癌とは、腺癌成分と扁平上皮癌成分が相接、あるいは混在してみられ扁平上皮癌成分が腫瘍全体の30%以上を占めるものと定義されている。非常にまれな疾患であり、その臨床的特徴として発育速度が早く、組織型は低分化なものが多いとされ、予後は通常型膵管癌より不良であるといわれている。

今回我々は、側弯症、重度肥満、糖尿病などの基礎疾患を伴う膵頭部腺扁平上皮癌患者において術前胆道ドレナージおよび感染コントロールに難渋しながらも、術前診断から放射線療法を併用することで根治術につなげることができた症例を経験したので報告する。

## 【症例】

主訴) 食欲低下、血尿（尿の褐色化）

### 現病歴)

数か月前より食欲低下出現した。症状改善なく、次第に尿が褐色強くなっているのを自覚し血尿と判断していた。前医定期受診時、前記訴えあり精査したところ肝胆道系酵素を認め当科紹介となった。この間7kgの体重減少を認めていた。

### 既往歴)

#高血圧 #高脂血症 #糖尿病 #側弯症

#悲哀反応・抑うつ状態（約1ヶ月前に夫が他界）

#重度肥満症 134cm, 83.1kg, BMI 46.2

### 定期内服)

アジルバ(20) 1T/1

アムロジピン(5) 2T/2

カルベジロール(10) 2T/2

## 血液検査結果)

白血球	6600 / μl
Hb	9.5 g/dl
Hct	29.0 %
血小板	31.3 万 / μl
Total Protein	6.1 g/dl
Alb	3.0 g/dl
GOT	282 IU/L
GPT	205 IU/L
総Bil	9.3 mg/dl
直接Bil	7.4 mg/dl
ALP	1068 IU/L
LDH	231 IU/L
γ GTP	1113 IU/L

血清Amylase	77 IU/L
Glucose	286 mg/dl
HbA1c(NGSP)	7.7 %
CRP	1.96 mg/dl
CEA	13.9 ng/ml
CA19-9	551 U/ml
SCC	1.5 ng/ml

## 画像所見)

MRCPでは膵頭部にT2強調にて低信号、DWIでは拡散低下を呈す約25mm大の腫瘍を認めた。同腫瘍による胆道閉塞にて著明な胆道拡張を来していた。一方、膵管にも均一な軽度拡張を認めた。その他、周囲血管への浸潤やリンパ節転移などの所見はなかった。以上より同膵頭部腫瘍による閉塞性黄疸が考えられた(Figure1, Figure2)。

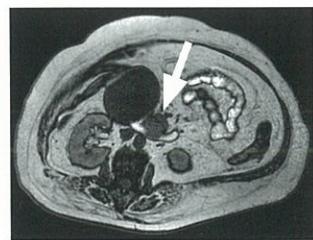


Figure1.  
膵頭部にT2強調にて低信号、DWIでは拡散低下を呈す約25mm大の腫瘍を認める。

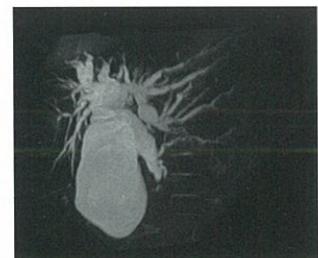


Figure2.  
同腫瘍により著明な胆道拡張を認めるが、膵管は均一な軽度拡張のみだった。

## 入院後経過)

内視鏡的逆行性胆管膵管造影検査（以下、ERCP）を試みたが、重度肥満に加え側弯変形強く、乳頭アプローチは難済した。また乳頭口側はひきつれ狭窄を認め、乳頭正面視も難しかった。胆管・膵管いずれも挿管出来ず、経乳頭的ドレナージは断念した。減黄処置なしでの手術についても議論したが、その他のリスクも鑑み、術前減黄が必要と判断した。重度肥満あり経皮的胆道ドレナージは難しいと判断し、超音波内視鏡下穿刺吸引細胞診（以下、EUS-FNA）とともに超音波内視鏡下胆管十二指腸吻合術（EUS-guided choledochoduodenostomy；以下EUS-CDS）を行うこととした。

EUSでは、乳頭部～膵鉤部にかけて比較的境界明瞭な24mm大で乏血性の低エコー腫瘍あり、同腫瘍閉塞による総胆管・膵管拡張を認めた。同腫瘍部に対しFNAを施行した(Figure3)。次いで、EUS-CDSへ移行し、十二指腸球部より総胆管内へ胆管ステント（7Fr,7cm Pigtail）を留置した(Figure4)。

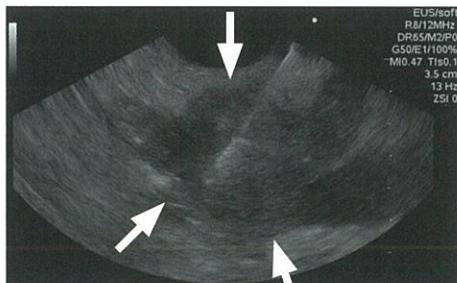


Figure3.

乳頭部～膵鉤部にかけて比較的境界明瞭な24mm大で乏血性の低エコー腫瘍あり、同腫瘍閉塞による下部胆管拡張を認めた。同腫瘍に対しFNA施行。

FNAによる病理では、細胞間橋・角化傾向をみるシート状の増殖像を呈する扁平上皮（サイトケラチン5/6陽性、p63陰性、MUC2陰性、MUC5AC陰性、CDX2陰性）がほとんどを占めた。しかしCEAの上昇や膵由来を考慮し、Adenosquamous cell carcinomaと判断した。

処置後減黄は順調でそのまま根治術を予定していたが、重度肥満状態での手術のリスクが高いことの説明により、不安強く本人の早期手術の同意を得られなかつたことから、術前放射線治療に加えて

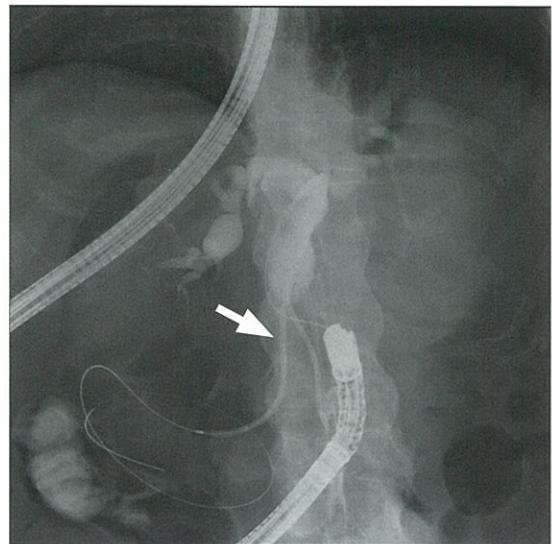


Figure4.

超音波内視鏡下胆管十二指腸吻合術（EUS-guided choledochoduodenostomy；EUS-CDS）。十二指腸球部より総胆管内を穿刺。ガイドワイヤ下に肝門部でUターンさせ、順行性に乳頭出しで胆管ステント（7Fr,7cm Pigtail）を留置した。

術前化学療法（S-1）を計画した。しかし導入直後敗血症を来し放射線治療は継続したものの化学療法（S-1）の導入は出来なかった。

49病日には肝胆道系酵素上昇あり、再度ERCPによる内外瘻を試みた。乳頭口側狭窄はさらに強くなっていたり、正面視はさらに難しくなっていた。球部・総胆管内瘻チューブ刺入部よりガイドワイヤを挿入し透視下で乳頭出しを確認し、そのまま胆管ステント（7 Fr,7cm Throughpass）を挿入し順行性に乳頭出しでの留置（Antegrade technique）に成功した。その後、乳頭よりステントをガイドに外瘻チューブの追加を試みたが狭窄強く断念した。

経乳頭的内瘻化後はしばらく状態おちついていたが、再度肝胆道系酵素は上昇した。内瘻チューブのサイズアップを行ったが改善なく、経鼻的胆管ドレナージチューブを追加留置し減黄することが出来たため、第100病日目に亜全胃温存膵頭十二指腸切除術（SSPPD）を行った。

手術標本でも腫瘍は膵頭部に限局していた。細胞間橋や角化傾向をみるシート状配列を示し増殖する高分化型扁平上皮癌を想定する部分が80%以上を占めるが腫瘍の中心部には腺腔を形成する部分に



Figure5.  
脾頭部に白色退色調の弾性硬の限局する腫瘍を認めた。

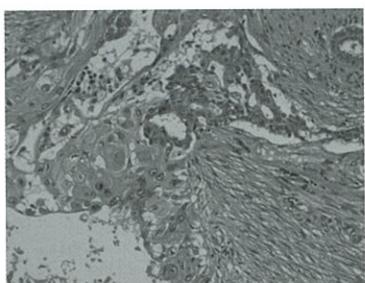


Figure6.  
細胞間橋や角化傾向をみるシート状配列を示し増殖する高分化型扁平上皮管を想定する部分が80%以上を占めるが、腫瘍の中心部には腺腔を形成する部分に移行していた。

移行する像を認めた (Figure5,6)。

最終診断としては、

Ph, TS2, infiltrative type, T3, CH(-), DU(+), S(-), RP(-),  
SSPPD

Adenosquamous carcinoma(vs squamous carcinoma), scirrhous type,

INFr, ly3, v1, ne1, mpd(-)

No malignant tissue; gallbladder and lymphnode

### 【考察】

脾癌取扱い規約では、脾腺扁平上皮癌は腺癌成分と扁平上皮癌成分が相接、或いは混在してみられ扁平上皮癌成分が腫瘍全体の30%以上を占めるものと定義されている<sup>1)</sup>。ただし30%という数字に根拠はない。

発生機序としては、

- ① 多分化能を有する未分化細胞の癌化、
- ② 異所性扁平上皮の癌化、
- ③ 膵管上皮の扁平上皮化生部の癌化、

④ 腺癌の扁平上皮癌への転化、などがいわれているが、現在では④の説が有力とされている<sup>2)</sup>。

Pancreatic Cancer Registry in Japanによると、1981年から2002年までに登録された脾腫瘍25582例の中で、脾腺扁平上皮癌はわずか1%とされ<sup>5)</sup>、California Cancer Registry databaseによると、2000年から2007年までの脾腫瘍24604例のわずか0.39%であったと報告されている。年齢では60歳代に多く、男女比はおよそ2:1でやや男性に多い<sup>3)6)</sup>。

報告が少なく不明点が多いが、脾腺扁平上皮癌の臨床的特徴として、発育速度が通常型胰管癌の約2倍で速く、組織型は低分化なものが多く、予後は通常型胰管癌より不良であると報告されている<sup>3)4)</sup>。

臨床症状は通常型胰管癌と同様に、腹痛、体重減少、背部痛、嘔気、嘔吐、食思不振、黄疸が多いとされるが、通常型胰管癌では80%に及ぶ症例に認められるといわれている高血糖は、脾腺扁平上皮癌ではあまり認めないとされる<sup>3)4)</sup>。自験例では当科初診時より重度肥満もあり高血糖、耐糖能異常を認めていた。

病理学的には、線維性被膜に覆われて膨張性に発育し、脆弱な血管を豊富に持った腫瘍細胞が辺縁に集簇し、中心部には囊胞変性や壊死性変化が生じやすいといわれている<sup>2)3)</sup>。前記病理学的特徴を反映して、画像的な特徴としては腫瘍の輪郭が明瞭であること、囊胞変性を有すること、リング状造影効果を有することなどが挙げられている<sup>3)</sup>。その中でもリング状造影効果は特に診断に有用で、通常型胰管癌との鑑別において、感度65.2%、特異度89.6%、陽性的中率75.0%、陰性的中率84.3%であったと報告されている<sup>4)7)</sup>。他には、脾管狭窄の程度が通常の脾癌よりも軽く、末梢脾管拡張に乏しいことや、脾委縮も軽度であることなどが脾腺扁平上皮癌の画像上の特徴として挙げられている<sup>2)4)</sup>。自験例では造影CTは未施行で、リング状造影効果の評価はできないが、MRIなどでは境界輪郭は明瞭であり、脾管拡張も通常脾癌に比し軽度な点は一致していた。

EUS-FNAは、脾充実性腫瘍に対する有効な病理学的診断法として本邦で全国的に普及している。Olsonらは、脾腺扁平上皮癌に対するEUS-FNAの術

前診断率がわずか10%程度であったと報告されている<sup>8)</sup>。定義に従うとEUS-FNAの結果だけで膵腺扁平上皮癌と診断することはできないが扁平上皮癌成分の占める割合と予後は関連がなかったという報告<sup>9)</sup>や、EUS-FNAで扁平上皮癌が検出された膵腫瘍は明らかに予後不良であったという報告<sup>8)</sup>を踏まえると、他臓器癌転移さえ否定できれば、EUS-FNAで扁平上皮癌成分を認めた膵腫瘍を膵腺扁平上皮癌と診断することは妥当と思われる。同様の主張をしている報告や、実際にEUS-FNAの結果だけで膵腺扁平上皮癌と診断している報告は数多い<sup>4)8)9)10)</sup>。

重度肥満患者における胆道ドレナージについて合併症などの報告は見当たらなかったが、経皮的外瘻困難、腹圧や耐糖能異常などによる易感染性など、内瘻での感染コントロールに難渋することは予想される。さらに自験例では病変局在及び性質や側弯などもありERCPによる胆道ドレナージや経皮的ドレナージが困難であった。EUS下ドレナージを施行し根治術までつなげることが出来たが、複数回の内視鏡的処置を必要とした。重度肥満患者に対する内視鏡処置には様々な要因を考慮した治療戦略が重要と考えられた。

膵腺扁平上皮癌の治療法は、希少疾患であるがゆえにエビデンスがなく、通常型膵管癌の標準治療に沿った選択をするべきとされている<sup>2)</sup>。自験例のごとく、切除例は非切除例に比べて明らかに予後良好でSmootらは、全生存期間（overall survival；OS）中央値が、R0切除例14.4カ月、R1切除例8カ月、非切除例4.8カ月で、たとえR1切除であっても有効であったと報告している<sup>4)11)</sup>。

放射線治療についての報告は検索し得ず報告は探し難かった。化学療法の選択も議論があるが前述のように起源は腺癌と考えられているため、通常型膵管癌のレジメンを用いるべきとされている<sup>2)</sup>。自験例は胆道感染がコントロール困難であったことや、重度肥満あり静脈路困難などもあり術前は放射線療法のみとなった。しかし腫瘍増大・浸潤傾向もほとんどなく放射線治療は効果的であった可能性が示された。また術後は、ご本人との話し合いによりS-1による補助化学療法を施行し、術後1年5か月時点でも再発所見などもなく過ごされている。今後さらに

症例が集積されることで、膵腺扁平上皮癌の臨床的特徴が明らかとなり、診断能向上や有効な治療法の確立が望まれる。

### 【結語】

今回我々は側弯症・重度肥満・糖尿病などの基礎疾患を伴う膵頭部腺扁平上皮癌患者において術前胆道ドレナージおよび感染コントロールに難渋しながらも、術前診断に成功し術前放射線療法を併用することで根治術につなげることができた症例を経験したのでこれを報告する。

### 【参考文献】

- 1) 膵癌取扱い規約、第6版、日本膵臓学会編、金原出版、東京、2009
- 2) 大川伸一：膵腺扁平上皮癌の治療選択。胆と膵 33；661-663 : 2012
- 3) 北川裕久、中川原寿俊、田島秀浩、他：膵腺扁平上皮癌。別冊日本臨床新領域別シリーズ16別冊膵臓症候群、第2版、日本臨牀社、296-298 : 2011
- 4) 片岡邦夫,松原浩,浦野文博,岡村正造,前田松喜: 膵腺扁平上皮癌に対してnab-paclitaxel+gemcitabine を投与した1剖検例. 日消誌2016；113：1777-1784
- 5) Matsuno S. et al : Pancreatic Cancer Registry in Japan : 20 years of experience. Pancreas 28 ; 219-230 : 2004
- 6) Katz MH. et al : Adenosquamous versus adenocarcinoma of the pancreas : a population-based outcome analysis. J Gastrointest Surg 15 ; 165-174 : 2011
- 7) Imaoka H. et al: Ringenhancement pattern on contrast-enhanced CT predicts adenosquamous carcinoma of the pancreas: a matched case-control study. Pancreatology14 ; 221-226 : 2014
- 8) Olson MT. et al: The differential diagnosis of squamous cells in pancreatic aspirates:from contamination to adenosquamous carcinoma. Acta Cystol 57;139-146:2013
- 9) Voong KR. et al : Resected pancreatic adeno-

- squamous carcinoma : clinicopathologic review and evaluation of adjuvant chemotherapy and radiation in 38 patients. Hum Pathol 41 ; 113-122 : 2010
- 10) Aurilio G. et al: Successful treatment with GEM-OX in patient with metastatic pancreatic adenosquamous carcinoma. Tumori 97 ; 239—242 : 2011
- 11) Smoot RL. Et al : Adenosquamous carcinoma of pancreas : a simgle-institution experience comparing resection and palliative care. J Am Coll Surg 207; 368-370: 2008

原著

# 人工心肺装置更新における操作性の比較と 装置レイアウトと工夫

MEセンター<sup>1)</sup>

大城幸作<sup>1)</sup>、玉城由尊<sup>1)</sup>、崎濱友喜<sup>1)</sup>、宮城直史<sup>1)</sup>、古謝将伍<sup>1)</sup>  
翁長加世子<sup>1)</sup>、島袋二奈<sup>1)</sup>、池間妙子<sup>1)</sup>

## 要旨

心内修復を伴う心臓外科手術では、無血視野の確保、心停止はなくてはならない条件である。

当施設では、人工心肺を使用した心臓手術は成人・小児合計で年間約200例程度行われている。人工心肺システムにおいては成人で遠心ポンプ、小児でローラポンプを使用し、また、新生児から成人まで対応するため人工心肺回路8種類、人工肺は9種類存在する。そのため、各組合せに対応できる人工心肺装置を使用しなければならない。

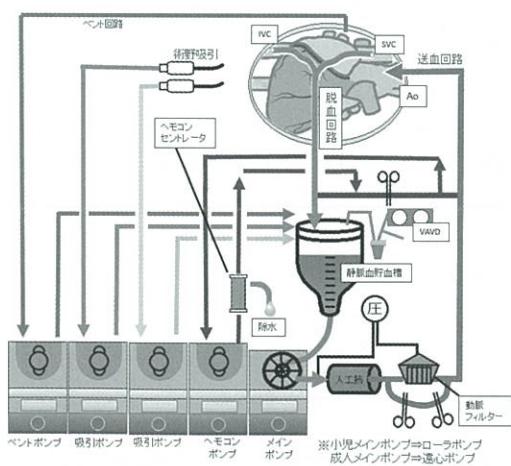
2005年に人工心肺装置(テルモ社製APS1)、心筋保護液供給装置(JMS社製 CCS-20)を購入しており、2014年にそれらの更新としてSorin(現LivaNova)社製 S5が選定され、2015年度より臨床使用している。

最新機種への更新に伴い、使用していた人工心肺装置とは操作性が異なるため、手術室での配置、人工心肺装置でのモニターディスプレイや各ポンプのレイアウト、操作方法などを工夫し、より安全に構築する必要があったので報告する。

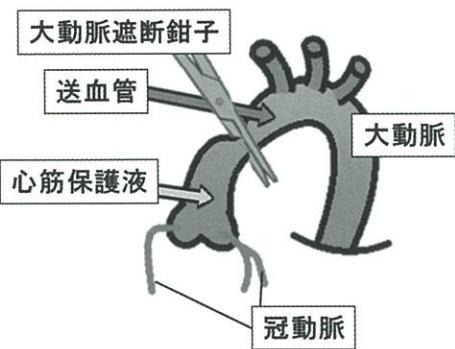
Key Words : 臨床工学技士、人工心肺装置、体外循環、人工心肺装置レイアウト、人工心肺装置更新

## I. はじめに

人工心肺は、開心術の際、無血視野確保のために上下大静脈に挿入した脱血管より、全身から帰ってきた血液を血液回路を介して、静脈血貯血槽に貯血し、心臓の役割をする血液ポンプへ送り、肺の役割をする人工肺を通して大動脈に挿入した送血管により全身へ送血する装置である(図1)。心停止は、大動脈遮断後、心筋保護液を大動脈基部から冠動脈へ流すことで得る事ができる(図2)。これらを代行する手技が体外循環で、人工心肺装置により心停止中の呼吸・循環・代謝・体温管理を医師の指示の下、臨床工学技士が行っている。

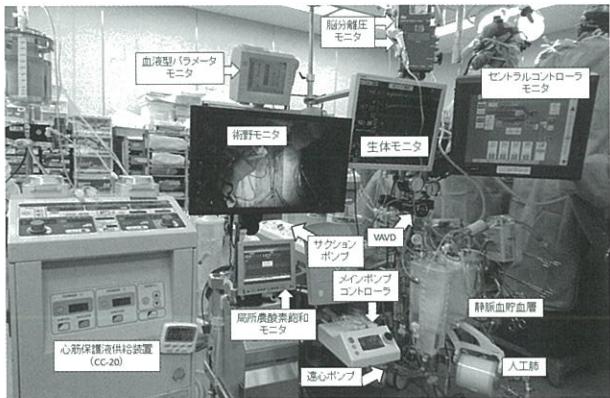


(図 1)人工心肺簡素化回路図

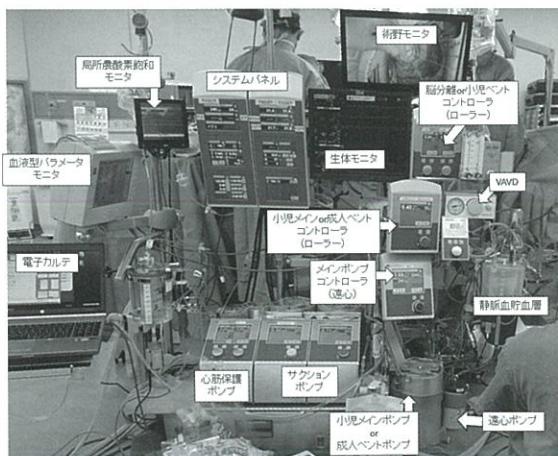


(図2)大動脈遮断図

人工心肺装置は、当院では2005年に購入したテルモ社製人工心肺装置APS1(以下APS1)、JMS社製心筋保護液供給装置CCS-20(以下CCS-20)を使用していたが(図3)、これらの装置の更新し、2015年度よりSorin(現LivaNova)社製S5を臨床使用している(図4)。



(図3)APS1レイアウト



(図4)S5レイアウト

人工心肺装置は、手術中に生体機能を代行しているため、確実な正常動作を維持しなければならない。また、術式や、その手順により、執刀医や、麻酔科医、手術室スタッフと連携をとりながら操作に臨むため、安全性・操作性が求められる。

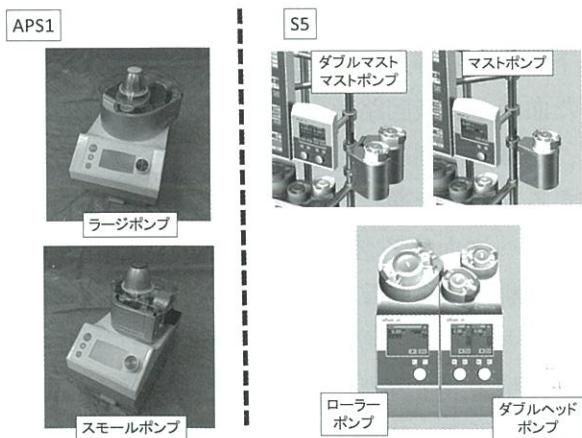
今回、人工心肺装置更新における操作性とその工夫について報告する。

## II. 当院での特徴

当院では新生児から成人まで幅広く手術を行っている。メインポンプとしては小児でローラーポンプ、成人では遠心ポンプを主に使用し、人工肺も、新生児用から成人用に至るまで9種類、回路も8種類存在するため、これらに対応すべく人工心肺装置のレイアウトが必須である。

## III. システムベース

APS1では、4基ベース(スマールポンプ3基、ラージポンプ2基、遠心ポンプ)が採用されており、小児と成人では、メインポンプが異なるため、症例ごとにメインポンプを移動させることで対処している。心筋保護液供給は、ポンプ数が足りないため、心筋保護液供給装置を別に用意し施行していた。今回購入したS5では、同じ4基ベースとしたが、この一台で人工心肺と心筋保護液供給を行えるというコンセプトとしたため、1つのコントロールパネルで2つのポンプを操作できるダブルヘッドポンプや、マストポンプを組み合わせ、工夫することでそれを可能とすることことができた。実際には、ローラーポンプボ



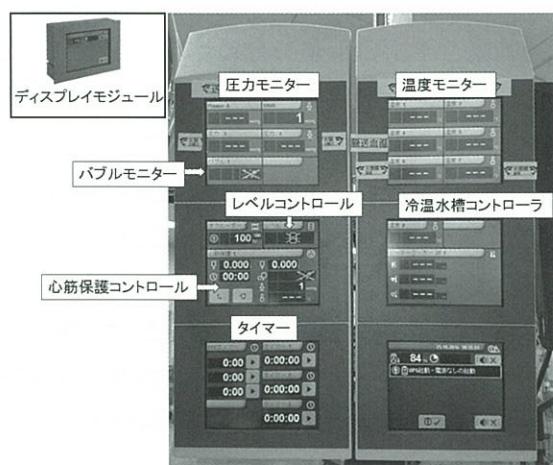
(図5)ポンプの種類

ンプ2基、マストポンプ1基、マストポンプスモール1基、ダブルヘッドポンプ1基、マストポンプダブルヘッド1基、遠心ポンプの構成とした(図5)。

#### IV. モニタリングと操作性

APS1では、小児モード(ローラポンプ)、成人モード(遠心ポンプ)、脳分離体外循環モードなどの体外循環のモードを設定し、選択することができる(図6)。これは、当施設のような小児から成人までの体外循環を行う施設にとって有用であり、さらにセンタルコントロールモニター(以下CCM)にてタッチスクリーンを用い、システムモニタリングと各ポンプのコントロールが可能であることは、一画面にて同一視野での運転を行うため、モニタリングの目線が同一線上を辿る事は、目線の動きに無駄を省くことができ、成人でも小児でも同感覚で操作することで誤操作の防止、操作性の観点からも安全である。

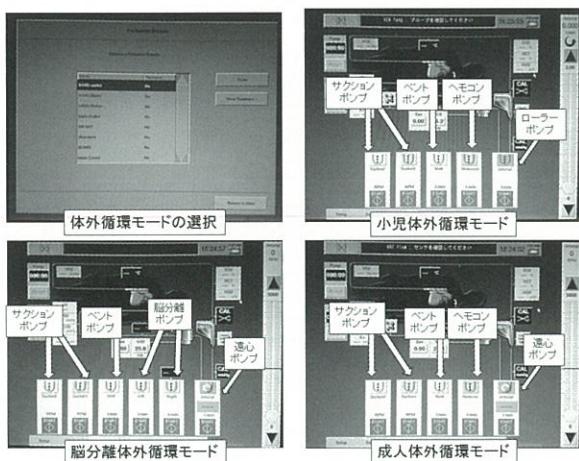
S5では、ディスプレイモジュール(タイマー、圧力、温度など)をシステムパネルの任意の場所にはめ込む事ができるため(図7)、重要なモニタリング項目を同一線上に配置することが可能である。しかし、APS1のようなタッチスクリーンすべてのポンプを操作できるCCMは存在しないため、体外循環モードごとに操作パネルが異なることから、ポンプのコントロールパネルの配置次第では、手の移動距離が大きくなり、各モードでの手技統一ができなくなる。誤操作防止、手技の統一の観点から、重要度の高いメインポンプのコントロールパネルはマストポンプを



(図7)システムパネル

使用して近接させることで、克服することができた。

人工心肺操作時は、静脈血貯血槽の監視が重要であり、貯血槽が空になると患者にエアーを送気し、重大な障害を与える。よって視認性が重要である。我々は基本的に落差を利用した脱血を行っているため、貯血槽はより低い位置に設置する必要があった。しかし、我々のS5のレイアウト上、より低い位置に設置するのが困難となり、陰圧吸引補助脱血(VAVD)を必要時には使用することとした。これを操作するための手技が増えるが、貯血槽の位置を上げたことで、視認性の向上を得ると同時に、図らずも、以前は高さ17cmのイスに座って操作していたが、背もたれのある、事務用椅子に座って操作可能となり、身体的負担も軽減することができた(図8)。



(図6)体外循環モード



(図8)VAVD使用時

## V、モニターの配置

人工心肺は、手術の手順に合わせて操作し、術野の状況次第では、術野確保のために吸引ポンプの調整、送・脱血量の調整など、さまざまな手技を行っているため、術野カメラを映すモニター、生体モニター、局所脳内酸素飽和度( $rSO_2$ : TOS-OR使用)モニターの人工心肺装置への設置も必要である。よって、人工心肺操作者の視線は、できるだけ小さい振れ幅でディスプレイモジュール・各モニターが確認できる配置にするため、局所脳酸素飽和度のモニターは7インチ、生体モニターは17インチ、術野モニター 19インチを人工心肺装置にモニターアームにて設置(図4)し、配線を接続するだけで表示ができるようにしたことで、コックピットのように必要な情報をより確認しやすくできるとともに、準備の際にモニターを持ってくる煩雑さを無くすことができた。

## VI、心筋保護

APS1を使用した人工心肺のシステムでは、ポンプ数が足りないため、心筋保護液供給装置が別途必要であり、JMS社製心筋保護液供給装置(以下、CCS-20)を使用していた。S5ではダブルヘッドポンプがあるため、人工心肺装置に組み込むことができ、心筋保護コントロールモジュールにて心筋保護液供給用のポンプとして使用することができる。これは、限られた空間である手術室では、機械の占有面積を減らすことができることは大切であると考えられる。

我々の血液併用心筋保護液は、血液：心筋保護液を初回1:1、以降4:1の混合比でローラポンプの回転数制御で投与している。そこで、CCS-20では心筋保護液側のポンプコントローラの回転数を上げることでそれに伴い血液側のポンプの回転数が上がるというマスタースレーブ機能を使用していた。しかし、S5ではシステム上、血液側のポンプコントローラを操作し、それに伴い心筋保護液側のポンプが制御されるということしかできず、CCS-20とは逆の操作になるため、それに慣れる必要があった。

## VII、安全機構

我々の人工心肺の安全機構は、日本体外循環技術

医学会の人工心肺における安全設置基準<sup>1)</sup>に則っており、必須項目を満たすように設計している(図9)。よってAPS1使用時にも必須項目は満たしていたものの、貯血層レベルセンサーによる送血ポンプの制御は行っていなかった。しかし、S5よりそれを行うこととした。さらに、遠心ポンプ使用時には、貯血層レベルの低下、送血の逆流の際に、瞬時に電動オートクランプで送血ラインをクランプし、気泡送入の危険性が低減される機構を使用することで安全性の向上を得ることができた。また、チューブ鉗子にて送血ラインの操作を行っていたが、電動オートクランプをクランパとして使用することで、操作性が増した。

S5では、マスターポンプの回転速度の変化に応じてスレーブポンプの調整が行われるマスター/スレーブ機構が任意のポンプで設定が容易にできるため、メインポンプをマスターポンプ、ヘモコンセントレータポンプをスレーブポンプとして設定するこ

### 日本体外循環技術医学会勧告

#### 人工心肺における安全装置設置基準 必須推奨分類(第五版)

2015年8月29日

##### ●必須(安全を確保する上で遵守しなければならない)

- レベルセンサー(アラーム付き)を貯血槽に設置する
- 送血圧力計は送血ポンプと人工肺の間に設置し常時モニターする
- 高圧時のアラーム機能を有すこと
- 送血フィルター入口圧は切り替えもしくは追加的にモニターできること
- 送血ポンプ送血では流量計を取り付ける
- 送血フィルターもしくはエアトラップを送血回路へ取り付ける
- 心筋保護液の注入圧力計(アラーム付)を取り付ける
- 静脈血酸素飽和度(SvO<sub>2</sub>)をモニターする
- 送血ポンプの手動装置を常備する
- 送血ポンプではバッテリーを内蔵する

##### ●強く推奨(安全上、可能な限り遵守すべきである)

- レベルセンサーによる送血ポンプの制御をする
- 気泡検出器(アラーム付き)を送血回路に設置する
- 気泡検出により送血ポンプを制御する
- ローラーポンプ送血では高圧時の制御をする
- 遠心ポンプ送血では逆流防止策を設ける
- 送血フィルターを取り付ける
- 心筋保護液注入圧で注入ポンプを制御する
- 心筋保護液回路へ気泡検出器を取り付ける
- ポンプベントではベント回路へ逆流防止弁を取り付ける
- ポンプシステム全体のバッテリーを内蔵する

##### ●推奨(理想的には遵守したほうが良い)

- 動脈血の連続ガスをモニターする
- 遠心ポンプ送血では低流量アラームを設定する
- 遠心ポンプ送血でも高圧時にポンプを制御する
- 送血圧とは別に送血フィルターの入口圧を常時モニターする
- 送血フィルターと送血カニューレの間の圧を追加的に測定できるようにする
- 送血フィルター、人工肺の気泡抜き回路には逆流防止弁を取り付ける
- 心筋保護液回路の気泡検出により注入ポンプを制御する。
- ポンプシステムの予備の電源コードを常備する
- 予備のポンプを常備する
- 予備のセンサーを常備する

2007年4月第一版、2009年10月第二版、2011年9月第三版、2013年9月第四版

(図9)  
人工心肺装置における安全装置の設置に関する勧告

とで、メインポンプ漸減の際、ヘモコンセントレータポンプの停止忘れに伴う、人工肺からのエアー吸い込みがされないようにフェイルセーフ機構を構築することが可能となった。

### VIII、手術室での配置

手術での人工心肺装置の配置として、手術台に平行するように設置している。これは、術者とは対面している状態である。また、麻酔科医とも近いため、すぐに双方とコミュニケーションをとることができるようにになっている。従来の配置を採用することは、APS1を平行して使用していくため、どちらの人工心肺装置でも同じように準備できるということもメリットであると考えたためである。限られた手術室空間でのレイアウトを得るには、必要に応じて自由に人工心肺装置の構成をすることができたためである。

### IX、結果および考察

今回、人工心肺装置をテルモ社製APS1から、最新機種のSorin社製S5に更新した。S5に更新し、従来の人工心肺装置とは異なるシステムであり、さらに、新生児から成人の回路に対応できるように、さまざまポンプバリエーションから、必要なポンプを選定し、配置することが非常に難渋した。購入前に、デモ機を用いてイメージし、話し合いを重ね、購入後もポンプの組み立て、分解を繰り返し、より操作のしやすいうように変更した。現段階でも、より良い操作性の向上を目指している。このように、S5は柔軟性に富んだ、テーラーメイドの人工心肺装置を設定することができるからこそその悩みである。

今回、人間の視野の特性、座位における手の最大作業域<sup>2)</sup>などの人間工学に基づいた人工心肺装置の構成ではなく、単純に配置し操作して、どうだったかという主観的な考え方で構成を行ったため、臨床使用に若干の時間を必要とした要因であると考えられた。

人工心肺は、未だ鉗子操作が主体の完全な手動操作であり、職人的な技術と集中力で安全を確保している状況である<sup>3)</sup>と述べており、実際に我々もそう実感している。そのような状況の中、人工心肺装置

の安全機構や操作性が心身ともに、少しでもストレスが軽減できるようなシステムにできるように努力したいと考えている。

今まででは、人工心肺装置は一台であったため、症例使用中に緊急が入っても、対応することができなかったが、現在は2台同時の手術が可能となった。

### <深謝>

人工心肺装置は人間の生体機能を代行する装置という重要であり、開心術には無くてはならない機器であるため、より安全で確実な操作を求められます。よって、細かい機器の選定や配置、操作の変更など苦労した部分もありましたが、以前の装置よりそれらを向上することができたと考えております。

今回、人工心肺装置という高額な機器購入に際し、ご考慮いただきました各関係者様に、心より感謝申し上げます。

### 引用文献

- 1)日本体外循環技術医学会教育委員会、安全対策委員会、安全装置設置に関する勧告：体外循環技術 42(4)、2015
- 2)黄 経輪：手の最大作業域について：人間工学 25(1)、27-32、1989
- 3)百瀬 直樹：体外循環における医療安全：人工臓器 43(1)、13-15、2014.06

### 参考文献

- ・遠藤 義幸：新しい人工心肺装置の使用経験：体外循環技術 31(4)、469-472、2004.12.01
- ・東條 圭一：人工心肺装置に対する安全向上のための努力：体外循環技術 21(1)、104-106、1995

## 症例報告

# Oculomotor nerve palsy due to an atherosclerotic posterior communicating artery Case Report

Department of Neurosurgery, Prefectural Okinawa Nanbu Medical Center and Children's Medical Center, Japan  
Tomonori Takeshita, Tomoaki Nagamine,

### Summary

The authors present the rare case of a 61-year-old female who presented with oculomotor palsy due to compression of the oculomotor nerve by a posterior communicating artery (PComA). Interestingly, the cause of oculomotor palsy in the present case was compression by a dilated and tortuous atherosclerotic artery instead of a PComA aneurysm. Microvascular decompression was performed, and the oculomotor nerve palsy improved. Oculomotor palsy due to the compression of atherosclerotic vessel is rare. It is difficult to identify such lesions with conventional magnetic resonance-imaging or computed tomography because the morphologic features of atherosclerotic vessels are comparatively normal. Three-dimensional-drive thin slice T2-weighted imaging was effective for detecting the contact between the oculomotor nerve and PComA. We discuss the clinical implications of this case with a review of the literature.

Key Words: oculomotor nerve palsy, microvascular decompression, magnetic resonance imaging, posterior communicating artery

## Introduction

Compression by the internal carotid artery-posterior communicating artery (PComA) aneurysms is a well-known cause of oculomotor palsy. However, oculomotor palsy due to the compression of atherosclerotic vessel is rare. It is difficult to identify such lesions with conventional magnetic resonance-imaging (MRI) or computed tomography because the morphologic features of atherosclerotic vessels are comparatively normal. We present a rare case of oculomotor palsy due to compression of the atherosclerotic PComA and discuss its clinical implications with a review of the literature.

## Case Presentation

### History and examination

A 61-year-old woman was referred to our neurosurgery department for a right oculomotor palsy. She had a history of schizophrenia and long-term hospitalization. After admission, a neurological examination revealed right ptosis, ophthalmoparesis, and a dilated pupil (Fig. 1). Conventional MRI examination of the brain did not reveal any abnormal findings. However, three-dimensional (3D)-drive thin-slice T2-weighted imaging (T2WI) showed contact of the right oculomotor nerve and the PComA (Fig.

Fig. 1

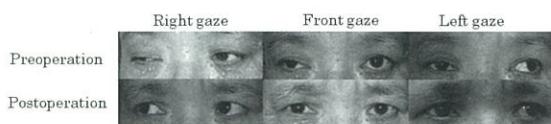


Fig. 1:

Preoperative photographs showing ptosis, extropia, and disturbance in adduction of the right eye. Five months after the operation, these symptoms improved.

Fig. 2

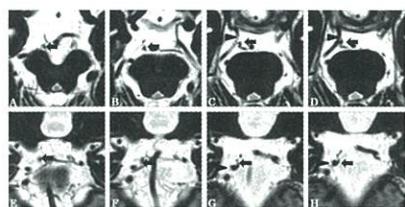


Fig. 2:

Three-dimensional (3D)-drive thin-slice T2-Weighted imaging, axial imaging (A-D), and coronal imaging (E-H). Magnetic resonance image showing that the right oculomotor nerve (black arrows) is compressed by the posterior communicating artery (PComA) (black arrowheads).

Fig. 3

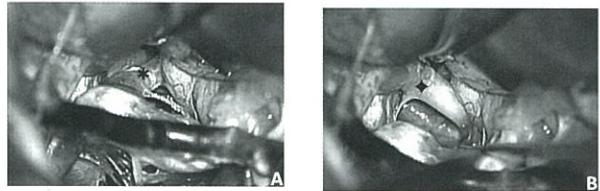


Fig. 3:

Operative view after dissection of the tight arachnoid layer. A: The right oculomotor nerve is compressed by the PComA (\*), which is dilated and tortuous. B: After transposing the PComA, the compression site of the oculomotor nerve was exposed (◆).

Fig. 4

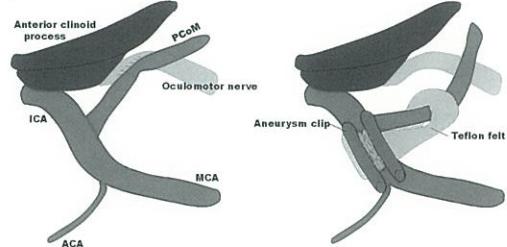


Fig. 4:

Schematic drawing showing the anatomy of operative view.

2). Digital subtraction angiography showed a dilated and tortuous right PComA and no aneurysms or abnormal vessels. The oculomotor palsy was suspected to result from compression of an atherosclerotic PComA, and surgery was proposed.

#### *Surgical procedure*

The patient underwent microvascular decompression to treat the oculomotor palsy due to compression by the PComA 16 days after onset. Through a right frontotemporal craniotomy with motor-evoked potentials (MEP), the proximal Sylvian fissure accessed on the temporal side of the superficial Sylvian veins, and the arachnoid was dissected down to the carotid cistern. After identification of the PComA (Fig. 3 A), the adhesions of the arachnoid layer between the PComA and oculomotor nerve were sharply dissected, and the nerve was freed

from the PComA. A vascular compression-site was confirmed on the oculomotor nerve when the PComA was transposed to decompress the oculomotor nerve (using Teflon felt and an aneurysm clip) (Fig. 3 B, Fig. 4). During the operation, the MEPs did not change.

#### *Postoperative course*

Postoperative brain computed tomography showed a cerebral infarct in the right genu of the internal capsule, and the patient presented with mild left hemiparesis. At discharge, her hemiparesis had resolved completely, but the right oculomotor palsy persisted. Five months after the operation, her oculomotor palsy improved, except for mild anisocoria (Fig. 1).

#### *Discussion*

Oculomotor nerve palsy is frequently caused by

an aneurysmal compression or diabetes mellitus, but oculomotor nerve dysfunction resulting from non-aneurysmal vascular compression is extremely rare (2, 10). The symptoms from vascular compression of the central nerve are divided into hyperactive conditions and neuropathy (9). Hyperactivity of the oculomotor nerve results in ocular muscle spasm, while neuropathy results in oculomotor nerve palsy. The difference in the symptoms is derived from the compressed part of the central nerve. Ocular muscle spasms result from compression of the central segment of the oculomotor nerve, which is similar to the hemifacial spasm and trigeminal neuralgia. In constant, vascular compression of the cisternal segments of the oculomotor nerve causes oculomotor nerve palsy (9).

The reported cases showing non-aneurysmal vascular compression of the oculomotor nerve are summarized in Table 1 (1-3, 5, 8-12). There were 10 patients with 12 lesions and a mean age of 56 years. The compressed arteries involved were the posterior cerebral artery (PCA) in 4; PComA in 4; and PCA and superior cerebellar artery (SCA) in 2 lesions. In addition, the PCA and PComA in 1; and the PCA, SCA, and PComA in 1 lesion. Most cases presented with oculomotor nerve palsy, and a single case presented with ocular neuromyotonia (5). The surgical treatments (carried out in 8 patients) involved microvascular decompression in 7 cases (2, 5, 9, 11) and clipping for the infundibular dilatation in one case (3). All the cases of oculomotor nerve palsy improved after surgical treatment. The median

Table 1. Literature Review of Oculomotor Palsy due to Non Aneurysmal Vascular Compression

Author, Year	Age, Sex	Offending vessel	Symptom	Treatment	Outcome
Nakagawa, 1991	59, M	L. PCA	oculomotor palsy	MVD	improved
		R. PCA	oculomotor palsy	MVD	improved
Mulderink, 2001	69, M	L. PComA	oculomotor palsy	MVD	improved
Babitz, 2005	36, M	L. PComA	oculomotor palsy	MVD + Tumor resection	improved
Albayram, 2006	24, F	L. SCA, PCA, PComA	oculomotor palsy	NA	NA
Suzuki, 2008	76, M	L.PCA, SCA	oculomotor palsy	MVD	improved
Silva, 2010	56M	R. PCA	oculomotor palsy	conservative management	NA
		L. PCA	oculomotor palsy	conservative management	NA
Tsai and Demer, 2010	55, F	R. PComA, PCA	NA	NA	NA
Inoue, 2012	62, F	L. PCA, SCA	ocular neuromyotonia	MVD	improved
Fukushima, 2014	60, F	L. PComA	oculomotor palsy	Clipping	improved
present case	61, F	R. PComA	oculomotor palsy	MVD	improved

L = left, R = right, PCA = posterior cerebral artery, PComA = posterior communicating artery, SCA = superior cerebellar artery, MVD = microvascular decompression, NA = not available

interval from treatment to partial or full resolution of symptoms was about 40 days, which was longer than that seen in cases of aneurysmal oculomotor nerve palsy (median time from 9 to 13 days) (4). In cases of oculomotor nerve palsy due to non-aneurysmal vascular compression, once a vascular conflict is demonstrated by detailed neuroimaging investigations, microvascular decompression may be an effective treatment options (10). Prompt surgical treatment is recommended for the rapid resolution of symptoms, which is similar to the treatment for aneurysmal vascular compression (2).

In the present case, the oculomotor nerve was compressed by the PComA, which was shifted medially in the interpeduncular cistern. It was difficult to fix the PComA to the dura of the anterior clinoid process as it was tortuous due to the atherosclerosis. Accordingly, the PComA was mobilized to the exterior with Teflon felt and an aneurysm clip, and the oculomotor nerve was successfully decompressed. The MEPs did not change during the operation, but a post operative examination revealed a cerebral infarct in the right genu of the internal capsule, which contains thalamoperforating branches of the PComA. Kinking of the PComA perforators by transposition of the PComA or vasospasm by mechanical stimulation was the suspected cause of the cerebral infarction. It should be noted that it was dangerous to transport the atherosclerotic vessels, even though MEPs were monitored during the operation.

In the present case, conventional MRI could not clarify the cause of the oculomotor palsy. 3D-drive thin-slice T2WI, which can be used to procure high-contrast and high-resolution images of small structures bathed in cerebrospinal fluid (6), was used to detect the contact between PComA and oculomotor nerve. Construction of 3D images with GammaPlan, a software program for Gamma Knife surgery, has recently been used for investigating neurovascular conflict (5). Progress in neuroimaging methods will help us understand the anatomical re-

lationships between the vascular and cranial nerves, which are difficult to identify with conventional MRI (7).

We describe a rare case of oculomotor palsy caused by an atherosclerotic PComA. 3D-drive thin-slice T2WI was useful for the diagnosis of oculomotor palsy in the present case. Microvascular decompression is effective for the recovery of oculomotor nerve function; however, it is important to understand the potential risk of cerebral infarction when decompressing the atherosclerotic arteries.

#### Conflict of Interest Statement

All authors have no affiliations with or involvement in any organization or entity with any financial interest, or non-financial interest in the subject matter or materials discussed in this manuscript.

#### Patient consent statement

Patient Consent- The patient/ next of kin/ guardian has consented to the submission of the case report for submission to the journal.

#### References

1. Albayram S, Ozer H, Sarici A, Murphy K, Miller N: Unilateral mydriasis without ophthalmoplegia- a sign of neurovascular compression?: case report. Neurosurgery 58:E582-583, 2006
2. Babbitt JD, Harshi GR 4th: Concomitant ecstatic posterior communicating artery and tentorial meningioma as a source of oculomotor palsy: case report. Neurosurgery 106:E1316, 2005
3. Fukushima Y, Imai H, Yoshino M, Kin T, Takasago M, Saito K, Nakatomi H, Saito N: Ptosis as partial oculomotor nerve palsy due to compression by infundibular dilatation of posterior communicating artery, visualized with three-dimensional computer graphics: case report. Neurol Med Chir (Tokyo) 54:214-218, 2014

4. Guresir E, Schuss P, Seifert V, Vatter H: Oculomotor nerve palsy by posterior communicating artery aneurysms: influence of surgical strategy on recovery. *J Neurosurg* 117: 904-910, 2012
5. Inoue T, Hirai H, Shimizu T, Tsuji M, Shima A, Suzuki F, Matsuda M: Oculomotor neuromyotonia treated by microvascular decompression: usefulness of preoperative 3D imaging: case report. *J neurosurg* 117:1166-1169, 2012
6. Kazawa N, Togashi K, Ito J: The anatomical classification of AICA/PICA branching and configurations in the cerebellopontine angle area on 3D-drive thin slice T2WI MRI. *Clin Imaging* 2013 37: 865-870, 2013
7. Kin T, Oyama H, Kamada K, Aoki S, Ohtomo K, Saito N: Prediction of surgical view of neurovascular decompression using interactive computer graphics. *Neurosurgery* 65: 121-129, 2009
8. Mulderink TA, Bendok BR, Yapor WY, Batjer HH: Third nerve paresis caused by vascular compression by the posterior communicating artery. *J Stroke Cerebrovasc Dis* 10:139-141, 2001
9. Nakagawa H, Nakajima S, Nakajima Y, Furuta Y, Nishi O, Nishi K: Bilateral oculomotor nerve palsies due to posterior cerebral arterial compression relieved by microvascular decompression-case report. *Neurol Med Chir (Tokyo)* 31:45-48, 1991
10. Silva Jr EB, Ramina R, Meneses MS, Kowacs PA, Silva EB: Bilateral oculomotor nerve palsies due to vascular conflict. *Arq Neuropsiquiatr* 68:819-821, 2010
11. Suzuki K, Muroi A, Kujiraoka Y, Takano S, Matsumura A: Oculomotor palsy treated by microvascular decompression. *Surg Neurol* 70:210-212, 2008
12. Tsai TH, Demer JL: Non-aneurysmal cranial nerve compression as cause of neuropathic strabismus: evidence from high-resolution magnetic resonance imaging. *Am J Ophthalmol* 152: 1067-1073, 2011

## 思わぬ急変を遂げた一例

初期研修医 水谷謙一  
病理診断科 仲里巖

### 要旨

未告知の右腎臓癌の既往がある92歳女性の症例。自宅玄関先で左後頭部から出血し倒れていたところを発見され当院へ救急搬送された。受診時、収縮期血圧80mmHgであり、造影CTで両側肺動脈の造影欠損と右腎臓の腫大を認めた。肺塞栓症と考え抗凝固療法が開始されたが受診翌日に状態悪化し死亡となった。剖検では淡明細胞型腎細胞癌による肺腫瘍塞栓症が死因と考えられた。腎細胞癌による腫瘍塞栓症が認められた点および生前にその腫瘍の存在が確認されている点が貴重な症例であると考えられた。

キーワード：肺塞栓症 肺腫瘍塞栓症 腎細胞癌

### はじめに：

肺塞栓症の原因として腫瘍塞栓症の頻度は高くな<sup>い<sup>1)</sup>2)</sup>。本症例は広範囲な肺塞栓症により死亡した症例であり、その原因として淡明細胞型腎細胞癌による腫瘍塞栓症が考えられたため報告する。

### I. 臨床的事項

#### 1. 症例概要

【症例】92歳 女性

【主訴】左側頭部裂傷（転倒後）

【既往歴】右腎臓癌（受診1か月前に診断された手術適応なし）。高血圧。大腸癌（20年前、手術歴あり）。腰痛症。左大腿骨頸部骨折（4, 5年前）。

【現病歴】受診日当日、自宅玄関先で左後頭部から出血し倒れているところを近所住民が発見し救急を請し受診。倒れた経緯は不明。

#### 2. 受診時身体所見

バイタル）血圧80/40mmHg、心拍数60回/分、呼吸数18回/分、体温35.6°C、SpO<sub>2</sub> 97%（酸素10l

投与下）。

頭頸部）眼瞼結膜貧血なし、眼球結膜黄疸なし、口腔内乾燥、項部硬直なし、頸静脈怒張なし、左後頭部裂創あり。

胸部）呼吸音清、心音整、心雜音なし。

腹部）腹壁軟、腸蠕動音聴取、圧痛なし。

四肢）関節腫脹なし、脛骨前面浮腫あり。

#### 3. 受診時検査結果

血液検査）Na 137mEq/l、K 4.3 mEq/l、Cl 107 mEq/l、Ca 7.8mg/dl、TP 6.7g/l、Alb 3.0g/dl、BUN 13mg/dl、Cre 0.99mg/dl、eGFR 42.0ml/min/1.73m<sup>2</sup>、AST 63IU/l、ALT 16 IU/l、ALP 250IU/l、LDH 1107IU/l、γ-GTP 30IU/l、CK 84IU/l、S-AMY 93IU/l、T-Bil 0.4mg/dl、D-Bil 0.1mg/dl、血糖 226mg/dl、WBC 6.9×10<sup>3</sup>/μl (Stab 1.0%、Seg 47.0%、Lym 45.0%、Mono 5.0%、Eos 2.0%)、RBC 3.92×10<sup>6</sup>/μl、Hb 10.0g/dl、Hct 32.1%、MCV 82fl、MCH 25.5pg、MCHC 31.2%、Plt 19.4×10<sup>4</sup>/μl、PT(INR) 1.16、APTT

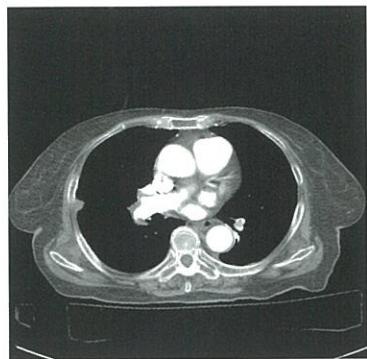


図1 造影CT画像で右肺動脈の造影欠損を認める。

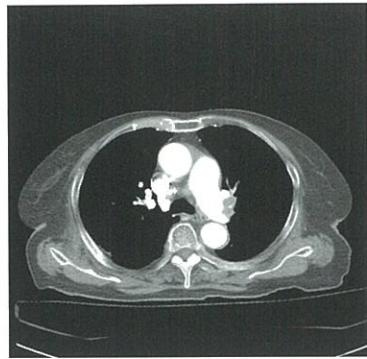


図2 造影CT画像で左肺動脈の造影欠損を認める。

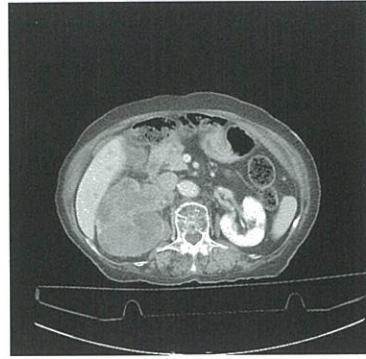


図3 造影CT画像で右腎臓の腫大を認める。

35.0sec、Fib 221mg/dl、FDP 85.0 μg/ml、Dダイマー 48.0 μg/ml、CRP 1.49mg/dl。

造影CT) 脳出血なし、両側肺塞栓あり(図1, 2)、右腎臓腫大(図3)、右腎静脈合流部より遠位での下大静脈の造影効果低下。

横隔膜の高さは左が第7肋骨、右が第7肋骨。大網のリンパ節腫脹なし。腸管癒着軽度。腸間膜は上腹部で大網、胃、横行結腸の癒着あり。胸腺は脂肪性退縮。胸腔圧は左右陽性。胸水は右が200ml、痰黄色透明。左200ml。心嚢液15ml、黄色透明。

#### 4. 受診後経過

受診時両側肺動脈本幹の肺塞栓症を確認。悪性腫瘍併発のためヘパリンで抗凝固療法を開始。救急受診翌日朝、APTT 53.5sec(目標 50.0sec)。病棟へ転床したが、その後心電図モニター上フラットとなり、死亡確認。

#### 5. 臨床上の問題点

- ① 塞栓物質の確認(腫瘍または血栓)
- ② 右腎癌の所見
- ③ 腎静脈以下の下大静脈の状態

### II. 剖検所見

#### 1. 全身所見

身長150cm。体重54.8kg。体型は中等度で栄養良好。死斑なし。瞳孔は左右5mmで正円同大。浮腫なし。リンパ節腫脹なし。前腕に出血斑なし。褥瘡なし。左後頭部に裂傷あり、3-0ナイロンで5針縫合されているのが確認できた。腹部膨隆。胸部に16cmの手術痕あり。

皮下脂肪織は胸部1.5cm、腹部2.0cm。腹水は200mlで黄色。胃大弯の位置は正中線上剣状突起下8.5cm。肝下縁の位置は正中線上剣状突起下3cm。

#### 2. 腎臓

右腎臓の腎静脈から下大静脈にかけて腫瘍と思われる物質を認めた(図4)。右腎臓は重さ724g(図5)、尿管拡張なし。左腎臓は、被膜剥離容易、重さ134g、被膜境界明瞭、皮質幅5mm、尿管拡張なし。組織像では右腎臓に明るい細胞質を有する細胞の増生を認め、淡明細胞型腎細胞癌の像と考えられた(図6)。右腎臓の被膜や被膜外および右尿管内にも腫瘍細胞を認めた。右腎静脈と下大静脈の合流



図4 図左が頭側、図右が尾側、図右下が右腎臓の一部、図中央に下大静脈とその内部の塞栓物を認める。

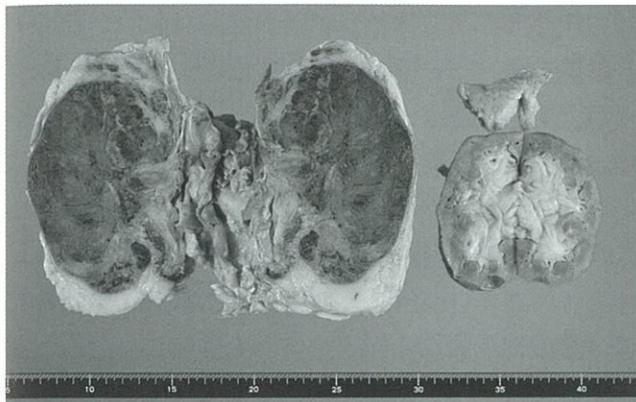


図5 図左が右腎臓、図右が左腎臓。左腎臓に対し右腎臓の腫大を認める。

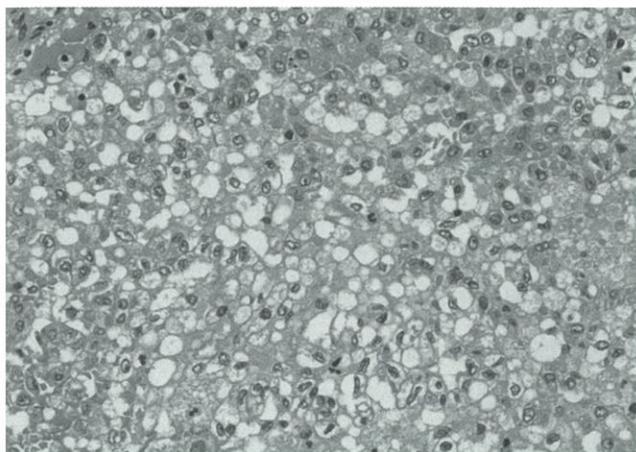


図6 明るい細胞質を有する細胞の増殖を認める。

部には組織像で腫瘍細胞の存在が確認できた。合流部および、合流部より遠位では腫瘍細胞の下大静脈壁や壁外への浸潤は認めなかつたが、近位側では下大静脈壁外の結合組織中に腫瘍細胞を認めた。左腎臓には腫瘍細胞は認めなかつた。

### 3. 肺

左肺は、重さ204g、大きさ $21 \times 13 \times 3.5$ cm、捻髪音あり、リンパ節腫脹なし。肉眼所見では左肺肺門部に明らかな塞栓物質認めず。右肺は、重さ288g、 $22 \times 13 \times 4$ cm。右肺肺門部の肺動脈内に $1.5 \times 0.5$ cmの動脈塞栓疑う物質あり（図7）。捻髪音あり、リンパ節腫脹なし。組織像では左右肺とも上葉から下葉まで全体において、大、小、様々な大きさの血管中に腫瘍塞栓、血栓、腫瘍塞栓と血栓とが混合した塞栓、の何れもを認めた（図8）。左肺肺門部付近の血管に腫瘍塞栓と血栓を認めた（図9）。



図7 右肺の肺門部の肺動脈内に塞栓物質と考えらえる物質を認める。



図8 血管内に腫瘍塞栓と血栓を認める。右肺下葉の血管を塞栓の一例として提示する。

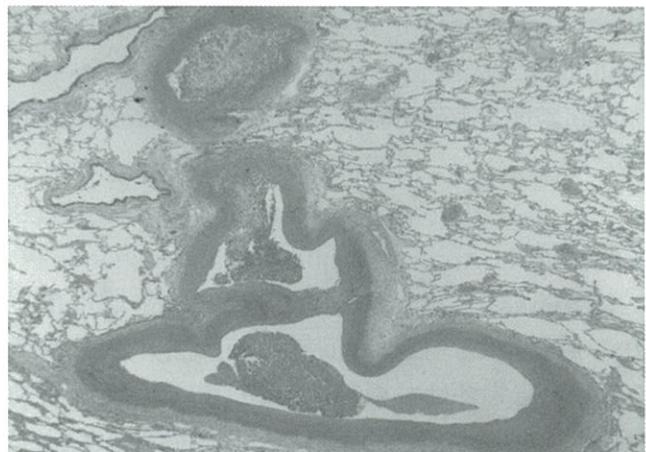


図9 左肺肺門部の血管内に腫瘍塞栓と血栓を認める。

### 4. 胃

胃体部に5mm程度の粘膜下腫瘍を疑う所見あり。組織像で確認したところ、粘膜下腫瘍を疑った部位に血栓を認めた。

## 5. 膀胱

腫瘍転移なし。膀胱尾部に血栓を認めた。

## 6. 卵巣

左右の卵巣に血栓を認めた。

## 7. 肝臓

大きさは、右 $16.5 \times 15 \times 5$  cm、左 $6 \times 9 \times 3.5$  cm。重さ890g。外面剖面どちらも平滑。組織像では類洞の拡張が見られうっ血が考えられた。肝門部の下大静脈および肝臓への腫瘍細胞の浸潤は認めなかった。

## 8. 脾臓

大きさ $11 \times 5 \times 3$  cm。重さ76g。暗褐色。硬さ通常。被膜肥厚なし。癒着なし。リンパ節腫脹なし。肉眼的に腫瘍転移なし。組織像ではうっ血を認めた。

## 9. 膀胱

粘膜にリンパ球が浸潤して濾胞を形成していた。

## 10. 大動脈

石灰化を認めた。

## 11. 子宮

子宮頸部および体部で間質に線維成分の沈着を認めた。

## 12. 心臓

大きさは手拳1.5倍。重さ390g。心外膜は滑らかで癒着なし。右心室筋層は肺動脈弁下1 cmで0.3cm。三尖弁は弁周口10.5cmで結節なし。肺動脈弁は結節なし。左心室筋層は大動脈弁下1 cmで1.6cm。左心耳血栓なし。僧帽弁は弁周口6.5cm。大動脈弁は弁周口6.0cm。両上下肢からの血液逆流を認めた。組織像は特異所見なし。

## 13. 肝外胆管、胆嚢

胆道通過性良好。胆嚢は、大きさ $8.5 \times 5.0 \times 1.0$  cm、壁肥厚あり。胆嚢内容物は暗緑色、粘ちよう、胆石なし。組織像で特異所見なし。

## 14. 甲状腺

重さ12g。結節なし。組織像では特異所見なし。

## 15. 腸

小腸は、壁の厚さ尋常、左横隔膜との癒着あり。大腸は、壁の厚さ尋常。何れも組織像で特異所見なし。

## 16. その他の臓器

食道、気管、副腎、脊髄、椎骨、肋骨、特異所見なし。

## III. 病理診断

### 【主病変】

1. 腎細胞癌
2. 肺腫瘍塞栓症
3. 肺血栓塞栓症

### 【副病変】

4. 諸臓器血栓（胃、膀胱、左右卵巣）
5. 諸臓器うっ血（肝臓、脾臓）
6. 慢性膀胱炎
7. 大動脈石灰化
8. 子宮萎縮性変化

## IV. 臨床上の問題点への見解

- ① 腫瘍塞栓、血栓の両方あり
- ② 淡明な細胞質を有する腫瘍細胞を認める。腎細胞癌と考えられる。
- ③ 腎静脈以下の下大静脈に明らかな腫瘍塞栓なし。左の腎静脈からの血流により腎静脈合流部より近位では下大静脈の造影効果が生じたことで相対的に遠位では造影効果が低下して見えた可能性を考える。

## V. 考察<sup>3) 4) 5) 6) 7)</sup>

肺塞栓症は肺動脈やその枝が肺以外の体内の部位に由来する物質で塞栓された状態であり、時に致死的な疾患である。塞栓物は血栓、腫瘍、空気、脂肪などがある。腫瘍細胞は血流に乗り肺へ到達し、肺の毛細血管に塞栓した腫瘍は凝固を促進する。血栓の一部は再疎通しえるが腫瘍塞栓による凝固促進で二次的な塞栓形成が進み肺血管の非可逆的な梗塞が形成される。

正確な肺腫瘍塞栓の頻度は不明である。肺腫瘍塞栓症は剖検にて診断されることが多く、報告によると65,181人の癌の剖検症例中に血栓性肺塞栓症は2.32%に発生したとされている。実際の頻度はそれ以上と想定される。

症状発症後の肺腫瘍塞栓症の予後は脈管系の合併症や腫瘍の転移なども生じえるため良くないとされる。治療には原発巣の治療が必要となり、腎細胞癌では原発巣の除去により腫瘍塞栓が徐々に減少するとされる。化学療法は腫瘍が化学療法に反応性の腫瘍でなければ、予後を改善しない。

本症例では肺全体に腫瘍細胞、血栓の塞栓物質を認めた。また右腎臓は左腎臓と比較して有意に腫大していた。腎臓の組織像では明るい細胞質を有する細胞の増生を認め同様の細胞が肺の塞栓物質中にも認められた。腎細胞癌の主なものとして、透明細胞型腎細胞癌、乳頭状腎細胞癌、嫌色素性腎細胞癌、オンコサイトーマなどがあるが、透明細胞型腎細胞癌は明るいまたは好酸性の細胞質と纖細な血管組織から成る悪性新生物である。従って腎臓で増殖を認めた細胞は透明細胞型腎細胞癌であり、それによる肺腫瘍塞栓症と考えられた。

前述の様に腫瘍での死亡症例の剖検で肺腫瘍塞栓が確認される割合は多くなく、そのほとんどは死亡前に診断がなされていない。また腎細胞癌による腫瘍塞栓症の報告自体が多くはない。本症例は患者本人に告知はなされていなかったが死亡前に腎臓の腫瘍の診断はなされており肺血管中に腫瘍塞栓物質も確認できたため貴重な症例であると考えられる。

本症例では救急搬送された翌日に状態が悪化し死亡している。搬送時のCTでは両側肺塞栓の所見であり、剖検では右腎門部および右肺の肺門部に塞栓物質を認め、組織像でそれらが腫瘍組織であることが確認できた。肺の組織所見ではその他の大小の血管中に腫瘍塞栓、血栓およびそれら混合の塞栓を認めている。これらの所見から、搬送時に確認された塞栓は腫瘍塞栓であり、腫瘍塞栓による凝固更新作用で肺の大小の血管の血栓形成が促進され搬送翌日に死亡に至った可能性が考えられる。右腎の腫瘍は下大静脈にも浸潤しており、当院搬送後も腫瘍塊が肺に送られ続け腫瘍塞栓形成が続き、それが状態悪

化を促進した可能性も考えられる。

以上、本症例は生前に診断されていた腎臓の腫瘍が肺に塞栓を形成した症例であった。剖検により肺には腫瘍塞栓だけでなく血栓やそれらの混合の塞栓も形成されており、その原因の一つとして腫瘍塞栓による凝固促進が考えられ、搬送後も腫瘍塞栓や血栓形成が続いた結果死亡に至ったと考えられた。腎細胞癌による肺腫瘍塞栓症であった点および生前にその腫瘍の存在が確認されていた点は過去の報告例の頻度が多くなく貴重であると考えられた症例でもあったため報告した。

#### 謝辞：

本報告は、救急科、宮川幸子先生、梅村武寛先生、初期研修医、杉下裕勇先生、松葉啓文先生、相原隆充先生、およびCPC参加者の方々との議論も参考にさせていただきました。ご協力に感謝いたします。

#### 参考文献：

- 1) Shuichi S., et al. Pulmonary embolism caused by spontaneous migration of tumor thrombus of renal cell carcinoma: A report of two cases. Internal Journal of Urology 2012, 19. 277-278.
- 2) Hunbo S., et al. Successful management of pulmonary and inferior vena cava tumor embolism from renal cell carcinoma. Korean J Thorac Cardiovasc Surg 2012, 45. 323-325.
- 3) Chan CK, Hutcheon MA, Hyland RH, et al. Pulmonary tumor embolism: a critical review of clinical, imaging, and hemodynamic features. J Thorac Imaging 1987; 2:4.
- 4) Roberts KE, et al Pulmonary tumor embolism: a review of the literature. Am J Med. 2003;115(3):228
- 5) John N. Eble, et al. World Health Organization Classification of Tumours Pathology and genetics of tumours of the urinary system and male genital organs. IARC Press 2004, 23-25.
- 6) 鈴木 正章. 腎腫瘍（特に腎細胞癌）の臨床病理学的分析. 慈恵医大誌 2013, 128. 89-98.
- 7) 日本泌尿器科学会 他. 泌尿器科・病理・放射線

科 腎癌取扱い規約 第4版 金原出版株式会社  
2011, 63.

## 教育コーナー

# コンピューターを超える医師



腎・リウマチ内科 諸見里 拓 宏

### はじめに

私がこの執筆依頼をいただいたて、県立南部医療センター・こども医療センターの図書館に貯蔵されている当雑誌に記載された先人たちの執筆を読ませていただく機会に恵まれました。そのほとんどが、当時の最新の情報を提供しており、時代背景を読み取ることができます。その時代の考え方と今を比較すると時間的な距離を感じ、懐かしくも先人たちの知恵や先見性を感じ頭が下がる思いをします。私の執筆を手に取って読まれる先生方は、出版当初かも、10年後に同じように執筆を依頼された方々かもしれません。10年後はどのような時代になっているでしょうか？ 今回は、2016年現在トレンドになっているコンピューターの発展がこれからの医療に与える影響について、私見を述べさせていただきたいと思います。

### コンピュータやネットワークの発達により起こった医療体制の変化

今は2016年、10年前の医療が明らかに古かったと自覚するほど目覚ましい変化が日々の診療の中で訪れつつあります。現場の診療は大きく変わりました。移植医療は確かなオプションに変わり、華々しい生物学的製剤の開発競争が行われ、遺伝子治療の臨床応用が始まり、再生医療が現場に導入され始めています。その中で目立たずとも驚異的に変わったのは情報の流通の仕方や実際の医療情報の集積量、情報の集積のスピードではないでしょうか。

あまりに持続的かつ急速、かつ身近に起きている変化であるため気づきにくいのですが、コンピュータ機能の進化・許容量の拡大・通信速度の増加は、医療現場を大きくかつ根本的に変えました。レント

ゲンを見るためのシャーカステンは現場には既にありませんし、ほとんどの病院に電子カルテがあり、一人の患者さんの紹介のためのすべての医療画像や情報は1枚のCD-ROMに数分以内に焼けます。検索機能により、数年分のカルテのキーワードを数秒で探すことができます。15年ほど前に私が研修医であった際にはこのような機能はありませんでした。現在、コンピュータ機能をどれだけ利用できるかということも、個人の能力として問われるようになってきています。

また、DPCという包括医療費支払い制度に参加するため、病院は算定のほとんどを電子化する必要に迫られ、現在急性期医療のある病院の4分の3がDPCに加入、400床以上の病院の94.6%がDPCに加入しています。2003年から開始されたにしては10年でここまで届いていますのでこれは驚くべきスピードと言えます。

### 変化の代償

これらの動きにより、大量の医療情報が蓄積され、解析できるようになり、かつ解析されるようになってきました。しかし、それは一方では自由に診療でき、個人裁量の多かった部分が常に見張られ、「評価」されるようになってきたということも意味しています。今まで医療情報は一人や集団の知恵として貯蓄され、よりよい決断を得るために個人の経験やチームの判断力が試されていたのに、それがいつの間にか人の目にさらされるようになり、よりよい決断であるかを評価する場所が自分たちではなく、外部組織になりかねない状態となっています。

その外部組織として、人手では不足やバイアスがありすぎ、それを補う中心的な役割もコンピュータ

が担うのではないかといわれています。それにより、現場の判断はより数字を重視するようになり、温かみのない医療を強いられるのではと懸念する声もあります。コンピュータはスムーズに莫大な情報流通ができるようになったのに、だからこそ不自由になってくるのは皮肉な話です。

### コンピュータやネットワークの発達により起こりつつある医療現場の変化

ひと昔前、医療は芸術の一つ、医術でした。患者さんの一つ一つのサインを見逃さず、病歴を聞き取り、病態を予想して、適切な治療を持てる選択肢の中から病態を考えて選んでいく。知識や経験と駆け引きがものをいう技術で、優れた医師の診断や治療はため息が出るほどの美しさを内包していたように思います。いまもその流れはありますが、よりデータ重視の判断がなされていることは否めません。

この手続きはコンピュータにはあまりにも複雑で、おそらく人間ができることにコンピュータがいたるまでには最低でも数十年かかるものだと思われていました。人工知能の技術者による本でもそう書かれています。

しかし、いま、医療現場でも、このアートのような手続きが、決断分析技術の発達と情報の蓄積、コンピュータに備わったいくつか革新的な機能ができるようになります。人工知能が難しい疾患を診断したり、画像上の異常を見つけたなどの報告が相次いでいます。

コンピュータは我々が日々患者さんと向き合って体験してきたプロセスの単純化に成功しつつあり、いつかは医師の行ってきた診断や治療薬選択などの仕事の一部を担うようになるでしょう。

ひと昔前からの現場の医療を体験した私には、このような変化は画期的であることは理解できるのですが、人の血の通っていない冷たいプロセスのように感じられ、寂しさを覚えてしまいます。このまま、医師はコンピュータの機能やプログラムの進歩、ネットワークの発達に、自分の活躍していた場所を譲り、当たり障りのないところに居場所を探していくかなければならないのでしょうかと。

沖縄の温かい医療のありがたみを知っているゆえ

に、私もその変化は受け入れ難く感じます。未来でも活躍される医師は現在の常識や枠組みを超えて、自分のあり方を見つけてコンピュータやネットワークを乗りこなして楽しんでいると期待しています。そのためには何をすればよいか、残りの文章で考えていきたいと思います。以下の文章は私の愛読書「人工知能は人間を超えるか」(松尾豊著) を参考にしています。

### コンピュータやプログラムが人間の思考過程を模倣しつつある

まず、ここで感情に頼らずに見つめるべき大事なことは、コンピュータやプログラムは人間にしか作れないということです。コンピュータは画期的に莫大な情報量を貯蔵することができ、しかも簡単にはなくならない強みをもっています。一方、人間は、自分たちにとって簡単と思える行為をコンピュータが簡単には行えないことがあることも認識しました。そこに、コンピュータやプログラムの伸びしろが隠れていることも理解したのです。

その結果、悩みながらも、人は自分達の中に潜在する機能や思考過程を振り返り、単純化し、コンピュータに移譲するという形でコンピュータに新しい機能を与え、コンピュータの能力を各段に向上させることを試みるようという形が主流になっています。コンピュータやプログラムは、記憶力という強みを最大限に生かしつつも、人間の思考過程を組み込んだいわば人間の分身となりつつあるともいえるでしょう。人工知能科学者の基本テーゼは「人間の知能がプログラムでできないはずはない」とのことです。

だからこそ、コンピュータの進歩を理解することは、自分たちの思考過程を知ることつながり、コンピュータが得意なことと自分たちが得意なことを区別することを、これから時代に評価される能力とは何なのかを照らしてくれることつながるともいえます。その革新的な技術のいくつかをお話しして、我々人間がいかにコンピュータを利用していくか、もしくは凌駕していくかのヒントについて、今の視点を共有していけたらと思います。

まずは、コンピュータの発展を説明する前にどう

やって医療の領域がコンピュータの世界に窓を開けることができたのかにつながる決断分析費用対効果分析・決断分析についてお話しします。これは私が留学中に学んできた内容で、PC機能の進化が革新的に現場を変えつつある一因となっています。より深く学びたい方には、英語ですが「Decision Making in Health and Medicine: Integrating Evidence and Values 2nd Edition」をお勧めします。

### 決断分析・費用対効果分析

医療情報は以下の変化を経て、容易に貯留・分析できるようになりました。

(1) 医療情報が単純化（可能であれば数字などに変更）された

例えば、アウトカム情報を数字化（生存=1・死亡=0など）するなど

(2) 決断を要する場面・確率が生じるポイントが明確になった

例えば、手術をするべきか、内科的に見るべきか迷うタイミングが明らかになった

(3) 決断に伴っておこる結果の確率情報が蓄積された

例えば、心筋梗塞にtPAを使用するとどの程度の割合でうまく治療できるかなど

これらの変化が、医療現場の診断やイベント後の確率の流れを明確にし、いくつかの治療の選択肢において、どちらが高い確率で良いことが起きるか、

どちらがより費用がかかるかなどの比較が行えるようになりました。それが、コンピュータやプログラムへの窓を開けることとつながり、人工知能がチェスの試合でマルコフモデルを使うように医療の診断や治療法決定のプロセスをシミュレートできるようになりました。

どういうことか、例を挙げて説明しましょう。

心カテの設備のない診療所で、目の前にいる心筋梗塞の患者さんにt-PA（血栓溶解薬）を使いたいとします。（②決断の場面の認識：t-PA使用とt-PA非使用の二つの選択肢がある）同じような年齢と性別と病期背景では、同様の患者さんはt-PAを使わなかった場合にはどの確率で生存するか(70%)、どの程度の確率で治療の合併症を起こすか(3%)、情報がわかっていたとします。t-PAを使った場合にもどのようなことがどの確率で起こるかもわかっていたとします。t-PAを使用した場合、仮に生存する割合は80%、治療による合併症が7%とします。（③決断に伴って起こる確率情報が蓄積されている）そして、アウトカムにかかる情報や医療情報が簡素化され、計算しやすいようになっているとします。生存は1、副作用が出ると生存確率0.9、死亡は0など。（①医療情報の単純化）するとこの時点でt-PAを使うことがよいことか悪いことか、決断の確率とアウトカムの数字を掛け合わせると比較できるということになります。これが決断分析と呼ばれます。費用の概念を入れ、費用の点からも選択肢を比較できるように



なったものを費用対効果分析と呼ばれます。

上の情報を図にして見ました。

左から順にみていくください。ある場面でtPAを使った場合と使わない場合が、決断の場面の後分かれて、その後それぞれのアウトカムが起こる確率と、アウトカムが起こった場合（健康な生存、合併症、死亡）それぞれの生存率が情報になっています。それらをかけあわせると、tPAを使った場合の生存確率(0.793)とtPAを使わない場合の生存確率(0.697)が得られ、tPA使用が10%の生存率改善に役立つことがわかるわけです。tPAが50万円したとすると、10%の生存率を上げるために50万円つかったということになります。（これが費用対効果分析への入り口です）

簡単なように見えますが、一度できたモデルは情報が加わると少しづつ進歩します。コンピュータにとっては情報を加えてモデルを改める作業はお手のものです。より多くの情報を持っているシステムが、より高い精度で確率を得られるようになります。人間が得られる経験は多くてもコンピュータにより蓄積されるデータ数を超えるものでは普通ないため、さもすると相当の経験がないと人間の判断は簡単に疑われかねなくなってしまいます。

### 人間の強み：特徴量をつかむ

上の情報を受けて、必ずtPAを使いますか？おそらく医師は「現場に行かなきゃわからん。」と答えます。これはどういうことなのでしょう？ 場面の裏に隠れている、判断の優劣の評価に必要な情報で、記載されている情報以上のものを現場に行けば必ずつかめると、なんとなくわかっているのです。脳出血の既往があったらどうします？明らかな外傷があったら？ 人はこれまで情報にされていない情報を瞬く間に取り出して、情報へ変換し、また言語化していない印象ですら意思決定のプロセスに組み込むことができます。（勘と呼ばれるものでしょうか）

これが今、一番人間と機械を分けている能力で、人間にとっての長所で、コンピュータにとって最も苦手とするところです。例えば、話は大きく飛躍しますが、知らない地域で撮影された猫のあくびし

ている顔を見て、猫と理解するには、コンピュータはすべての可能性を計算して猫以外のものでないことを理解し、猫と理解するには多くのステップを通りなければならず、どんなに正確なコンピュータでもまだ正答率は85%ほどといわれます。おそらく人間で5歳以上であれば、コンピュータに負ける者はないでしょう。

図形や位置関係を通じて、見たことがないものを経験から想像し、イメージを細かく修正して、特徴量をとらえなおすことは人間にとってはお手のものです。医療の世界に言い換えれば、一人の患者さんとの出会いが、コンピュータにとっての一人のデータとの出会いとはまるで違う意味を人間の経験や主観が与えることができるのです。無意識にとらえている情報を人間の意識・思考過程に組み込むという作業は、既存の鋳型に入れるしかない機械とは比べ物にならない情報量を簡単に得ていると思います。

意識的にも無意識的にもとらえている情報を使って、このモデルで判断材料としている生死の確率の視点以外の要素も加えて、また患者の好みも加えて、費用対効果も入れて、多様な価値観の中でバランスをとる。これも素晴らしい能力です。特徴量に次いで、大事な人間の長所でしょう。では人間には特徴量を見抜く能力もあるし、バランスをとる大局的な見方もできる。安心か、というとそうでもないのです。

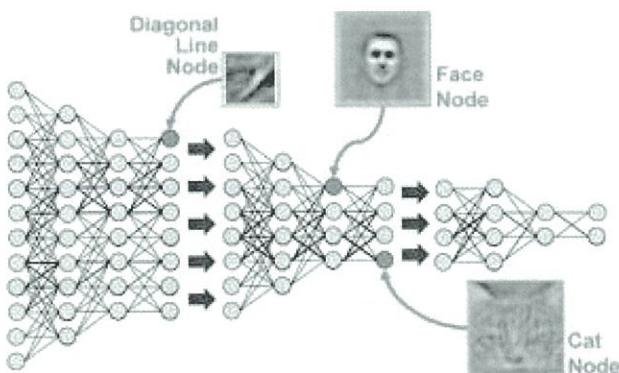
### 機械が自分で特徴量をとらえる：ディープラーニング

今、なぜ、人工知能が人間を超えるかといわれている最たる理由は、特徴量をとらえる能力を持った自己学習機能、ディープラーニングをコンピュータが行えるようになったということが理由です。上記のように人間の最大の強みと思われていた特徴量をつかむ能力を、ある革新的な技術を用いてコンピュータが行えるようになったのです。機械学習といってコンピュータが自分でパターンを認識する学習能力（特徴量をとらえる能力）を、コンピュータ自らが高め続けていけるという圧倒的な技術革新・ブレークスルーです。

長年、米国にて機械学習の精度を競うコンテストで、1000万枚の画像から特徴を学び15万枚の画像を見てその画像が表しているものを当てるというコ

ンテストがありました。毎年エラー率が26%ほどで1%のしのぎあいをしていた中、2012年これまで全く参加していなかったカナダのトロント大学がディープラーニングの機能を開発し、エラー率15%をたたき出し優勝してしまったことに始まります。

ディープラーニング（深層学習）の原理は思った以上に簡単でした。たくさんの情報を入れ、その情報を圧縮して、再度たくさんの情報に戻す行為を繰り返すということでした。圧縮するというステップを入れたことがブレークスルーの核だといえます。たくさんの情報をどのように圧縮すれば、将来効率よくまた同じ情報量に戻せるかということを学習していくことを通じて、何が無駄な情報で、何が情報を効率よく戻すために必須な情報かを学ぶようになり、結局特徴量をとらえることに行きついたのです。圧縮過程を増やすことで特徴量をとらえる効率を上げることもできるようです。



↑なんのことだかわからないと思いますが、ディープラーニングを応用した「グーグルの猫認識」研究です

私たちの疾患学習システムでも同じことができます。たくさんの症例を経験しますが、それを教えることなどを通じて、経験上のルールという抽象概念に一度変換します。その後、その経験上のルールをまた、症例に還元するという過程を繰り返します。この繰り返しを通じて、どのような点が次の還元に無駄もしくは有益で、どのように変換すれば効率的で汎用性のあるルールを作れるのかということを模索し、真珠のようなルール：パールが生じます。

これが我々人間にとっても効率の高い特徴量の学習システムなのです。

### 今後の展望

上記の展開を受けて、コンピュータが特徴量をとらえる機能を持ち、記憶力とデータを組み合わせ、より人間に近いもしくは超える決断を行える時期が来ると今、思われています。

医療者がその中で、自分の能力の特徴と限界を慎重に見定めながら、コンピュータの強いところはコンピュータに任せ、自分たちの強みである特徴量（洞察力といったほうがよいのでしょうか）をとらえる能力を鍛えぬくことにあるのかもしれません。学び方にも、コンピュータを発展させるために生かした手法を自己の中で効率よく生かせるという工夫も必要になってくるでしょう。

原点に返り、丁寧に学び、許容量を大きくし、データのないところの関係性を見抜くだけの洞察力を養う、駆け引きにおいて倫理的かつ科学的に適切なバランスを見いだせるなどの技術が、これから時代においてコンピュータを乗りこなせる医師に必要とされることなのでしょう。これまでのように知識や経験が必須であることは疑う余地はありません。

## 国内外研修報告

# 海外研修報告



感染症内科 豊川貴生

2015年8月から2016年6月にかけて、米国マサチューセッツ州ボストンにあるハーバード大学公衆衛生大学院へ留学する機会を得たので報告します。

### ボストンの街

私が11ヶ月滞在していたボストンは人口約660万人を有するマサチューセッツ州の州都であり、人口が約60万人と那覇市のおよそ倍の人口規模を有しています。現在日本航空が成田から直行便を運行しており、米国内でも日本からのアクセスは良い方ですが、成田から直行便で約13時間と遠い異国の地であることは間違ひありません。時差が13時間もあり、文字通り地球の反対側に位置しています。

また、ボストンは北緯42度に位置し、ちょうど北海道室蘭市と同程度の緯度になるため（函館と札幌の間辺り）、夏は湿度が低く大変過ごしやすい気候ですが、真冬は最低気温がマイナス20度以下にまで下がることも少なくなく、その寒さに非常に驚きました。

留学先であるハーバード大学は、アメリカで最も古い高等教育機関として知られており、設立は1636年とイギリス植民地時代に遡ります（写真1）。大学には、私が所属した公衆衛生大学院以外にも、ジョン・F・ケネディの名を冠しケネディスクールとして知られる政治学部や、法学部、医学部など11の学部があります。その中に6,000人を超える学部生と14,000人を超える修士、博士の学生が勉学に励んでいます。学生の20%前後が海外からの留学生で、キャンパスを歩いていても英語以外に中国語、スペイン語、アラビア語などが飛び交い、セルビア人とコソボ人、或いはイスラエル人とパレスチナ人も共に机を並べて勉学に励んでいます。



写真1. 真理（VERITAS）と刻まれたハーバード大学のエンブレム

"<http://www.veritas.org/location/harvard-university/>"より

### 武見国際保健プログラムとは

私が所属していた武見国際保健プログラム（以下、武見プログラム）は、日本医師会の会長を20年以上勤めた故武見太郎先生の名前を冠した学際的研究プログラムです。武見先生は生前、国際保健における諸問題を解決するためには医学や公衆衛生学だけでなく、経済学、法学、政治学、その他の分野の専門家を結集して、医療資源の開発と配分に向けた有効で公平な解決策を探る必要性を訴えておられ、ハーバード公衆衛生大学院と共同して、幅広いグローバルな知識と経験を持った有能な指導者を育てる目的で1983年にハーバード公衆衛生大学院内に武見プログラムは設立されました。日本医師会が運営する日本人を対象とした奨学金制度があり、毎年日本人研究者2名が武見プログラムにリサーチフェローとして派遣されています。

日本以外からも毎年、世界各国より10名程度のミッドキャリアの研究者が選抜されており、同じオフィスで研究活動を行います。プログラムでは、各フェローの研究テーマにあわせてアドバイザーが紹

介され、助言を受けながら各自研究を進めることになりますが、プログラムの自由度が高く、毎週木曜日に開催される定例のセミナー以外の時間の使い方はフェロー個人に任されています。例えば、興味のある講義（他学部や他大学の授業を受講することも可）を受講することも認められており、大学院生以上に講義やセミナーに参加しているフェローもいます。定例のセミナーではフェローの研究発表に加えて、プログラムディレクターが多様なトピックを取り上げて講師を招き、フェローと議論を交わします

（表1）。これまで世界中から300人近いフェローが本プログラムを修了し、国際保健や医療政策をはじめとする幅広い分野で活躍しています。

私の同期フェローのバックグラウンドも、法学（日本人）、経済学（台湾・ブラジル）、労働衛生（台湾）、産婦人科（ブラジル）、文化人類学（ガーナ、ナイジェリア）、健康政策（コロンビア）と多様で、私の研究テーマである新興・再興感染症対策に関しても各国の状況に関する情報収集や分析などを、様々な角度から行うことができました（写真2）。

表1. 定例セミナーの演者およびテーマ一覧の抜粋（2016年度3月分）

日程	演者	タイトル
1-Mar	John McDonough, Professor of the Practice of Public Health, Director of the Center for Executive and Continuing Professional Education, Department of Health Policy and Management, Harvard T. H. Chan School of Public Health	The Affordable Care Act and the future of health policy (オバマケアと医療政策の将来)
3-Mar	Bill Hsiao, K.T. Li Research Professor of Economics, Department of Health Policy and Management, Department of Global Health and Population, Harvard T. H. Chan School of Public Health	Vermont's Single Payer System: Why and How? (バーモント州における単一保険支払いシステム：なぜ、そしてどのように？）
10-Mar	Hannah Leslie, Research Fellow, Department of Global Health and Population, Harvard T. H. Chan School of Public Health	Health system quality in low- and middle-income countries: measurement and health effects (低-中所得国における医療システムの公平性: 測定法と健康への影響)
24-Mar	Taryn Vian, Associate Professor, Global Health, Center for Global Health and Development, Boston University	Corruption as a social determinant of health: evidence and agendas (健康の社会的決定因子としての汚職: エビデンスと課題)



写真2. 様々なバックグラウンドを持つ同期フェロー・プログラムディレクター/コーディネーターとの集合写真  
(左から4番目が筆者)

## 研究テーマ

感染症法という法律をご存じの方も多いかと思います。日本では感染症をとりまく環境の変化、とりわけ新興・再興感染症のように地球規模で取り組む必要性のある感染症に対応するため、「感染症の予防および感染症の患者に対する医療に関する法律」(以下、感染症法)が1999年に制定され、この法律に基づいて様々な感染症に対応する仕組みが国内で整備されています。

2014年に西アフリカを中心にエボラウイルス感染症(以下、EVD)が大流行し、日本でも流行国から帰国し発熱などの症状を呈した方がEVD疑いとして救急車で感染症指定医療機関へ搬送されるニュースが大きく取り上げられたことを記憶の方も多いかと思います。EVDをはじめとするウイルス性出血熱疾患の多くは感染症法において一類感染症として定められ、厚生労働大臣や都道府県知事によって指定された特定・第一種感染症指定医療機関で医療が提供されることになっています。沖縄県内では当院と琉球大学医学部附属病院の二施設が沖縄県知事から第一種感染症指定医療機関の指定を受けており、私も院内の感染対策メンバーとして県内でEVD患者が発生することを想定して受け入れ体制の整備に関わらせて頂きました。

しかし、1987年にシエラレオネからのラッサ熱輸入例を1例認めた他には、1998年に感染症法が施行されて以降、我が国における一類感染症患者の発生報告はなく、県内に限らず全国を見回してもウイルス性出血熱感染症診療に従事した経験を有する医療者は極めて限られているのが現状で、当院でも他施設の状況などを参考にしながら手探りで準備を進めていました。こうした手探りで取り組む中で、当院の受け入れ体制は他の施設と比較して充実しているのかどうなのか、日本の受け入れ体制は実際にEVD患者を搬送して受け入れた他国と比べてどうなのか、国内の体制に課題があるとするとどんな点で、どうすれば日本の体制を少しでもより良いものに出来るのだろうか、という疑問が生じてきました。そこで、研究を通して上記の疑問を明らかにするため、日本医師会が公募している武見プログラムに応募しました。

留学が決まってから、国立国際医療研究センターの先生方と共に、各施設の対策の現状と課題を明らかにすることを目的に自記式調査票を作成し、全国の感染症指定医療機関における新興感染症対策の現状や医療資源についてデータを収集し、解析を行いました。そして、本調査を通して国内の1種感染症指定医療機関における現状、診断や患者管理に関する指針や医療廃棄物、遺体管理に関する取り決めの未整備、専門科医師の不在などの問題点があり、その改善策として、各指定医療機関に対しては、一種病床の維持・管理、新しい知見をもりこんだ必要な対策の定期的な更新、診療に必要な専門職の確保、現実的なチーム編成、労務管理体制の確立等を求めるとともに、国に対しては、現行の医療資源をベースとした、より良いシステムの検討及び達成すべきベンチマークの設定、定期的な外部評価の実施などの提言を研究班の報告書へまとめることができました。研究成果はオランダで開催された国際学会で発表すると共に、現在は論文にまとめる作業を進めています(写真3)。

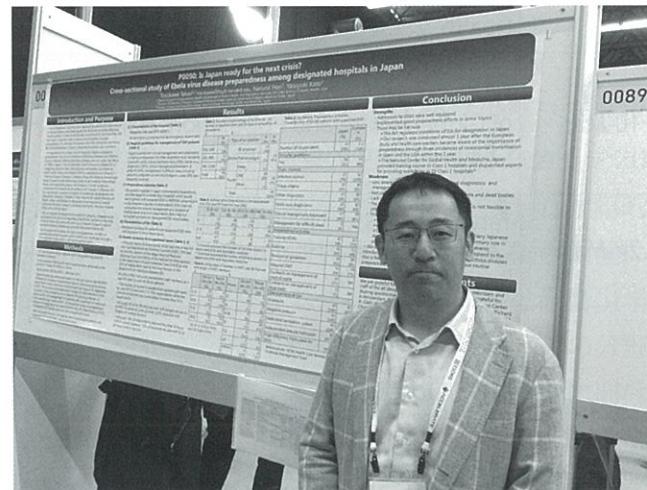


写真3. アムステルダム(オランダ)で開催された第26回欧州臨床微生物学感染症学会議(ECCMID 2016)でのポスター発表

## 留学を通した感想

留学を通して一番良かったのは、自分の専門領域に関する知識をアップデートし、深めることができた点です。特に、海外に留学することで、他国での状況を知り、自国の仕組みや歴史との比較を行うことで、より理解が深まったように感じています。そ

して、同期フェローを始め、留学することがなければ決して知り合うことの無かった様々な分野の専門家と知り合うことが出来たことも大きな財産となりました。

母国語ではない英語を通して研鑽することにはもちろん苦労がつきまといますが、それ以上に得るものは多く、特に若手、中堅のスタッフには機会があれば是非チャレンジすることをお勧めしたいと思います（写真4）。

最後になりましたが、スタッフが限られた中で留学に送り出して下さった我那覇仁前院長、佐久本薰院長をはじめとする当院スタッフの皆さんに心からお礼申し上げます。



写真4. プログラムディレクターから修了書と記念品を授与

## 国内外研修報告

# 私のめざす皮膚・排泄ケア認定看護師



医療安全部 皮膚・排泄ケア認定看護師 上原枝里子

### はじめに

当院外科病棟に4年間勤務し、ストーマ造設をされた患者さんのケアや術後の創部の管理を行いました。当院では精神身体合併症医療をおこなっており、精神疾患をもつ患者さんのストーマ造設の管理をおこなう場面がありました。当院の皮膚・排泄ケア認定看護師の砂川さんの適格なアドバイスにより、転院先の施設のスタッフや、介護する家族へ装具交換の手技獲得に向けた指導を丁寧に行いました。シームレスな連携を図り、ストーマケアを継続して実施することの重要性を実感し、ストーマケアの知識・技術を向上してオストメイトの方々の力になりたいという思いを抱きました。2015年に沖縄県看護協会で皮膚・排泄ケア認定看護師の教育課程が開催され、貴重な機会をいただき、皮膚・排泄ケア認定看護師教育課程を受けることになりました。7ヶ月の研修を終え、病棟勤務をした後に、2016年10月からは専従として活動しています。研修から専従になるまでの活動と私の抱く理想の看護師像について報告致します。

### 皮膚・排泄ケア認定看護師の役割について

認定看護師には実践・指導・相談の3つの役割があります。病棟や外来で組織横断的に活動し、専門的な技術を用いて質の高い看護を提供します。皮膚・排泄ケア認定看護師は、患者さんや家族、医療スタッフに対して、スキントラブル・褥瘡の発生リスクについて説明し、予防的スキンケアを行う必要があります。また、スキントラブル発生時には、発生要因をアセスメントし、不足しているケア要因を実践できるように患者本人、看護師へ説明・指導を行う必要があります。治療的スキンケアを継続し、患

者の状況に合わせた処置方法であるか観察しなければなりません。この他にも、院内の褥瘡有病率、褥瘡発生率などの動向を情報収集し、褥瘡委員会リンクナースや院内スタッフへ勉強会の企画・運営が必要となります。耐圧分散用具の整備やエアマット運用の状況把握をしていくなど、ソフト面及びハード面の強化、システム整備を行う必要があります。病院で行われる医療の質向上と褥瘡予防における安全に対する関心を抱き、業務の中で実践できるようスタッフへ動機付けをすることも重要となります。スキンケアに対して意識を高めた状態で日々のケアを行うと、褥瘡ハイリスク患者の褥瘡好発部位だけでなく、全身の皮膚の観察を継続して行うことができ、褥瘡発生予防につながります。これらのことから、研修に行く前に抱いていた認定看護師像は、リーダーシップを發揮し、スタッフひとりひとりの意識を高めて水準の高いケアを提供できるようにしていくことでした。

### 認定看護師教育課程について

講義では、スキンケアの重要性、褥瘡ケアに必要なアセスメント技術、失禁ケアで必要な排尿・排便機能、パウチの装具選択に関するアセスメント技術などについてグループワークを行い、認定看護師を目指す他の研修生との意見交換をしていくことで知識を深めることができました。また、日本看護協会から溝上祐子先生、東京大学大学院教授真田弘美先生、宮城大学名誉教授徳永恵子先生、他大勢の有名な講師による最新の知識・技術を学ぶことができ、直接受講するのが難しい講師からの貴重な講義もありました。実習では皮膚・排泄ケア認定看護師の在籍する県内施設で実習指導者にケア内容、アセスメ

ント内容について指導していただき、講義で学んだ知識を技術として統合し、ケア実践を通して患者さんのニーズに合わせたケアを行うことができました。

県内で初めて皮膚・排泄ケア認定看護師の教育課程を受講できることとなり、県内施設からの受講生が多数でした。県立北部病院、八重山病院、宮古病院からも受講生があり、互いに励ましながら切磋琢磨し、7か月間の研修を終えて、信頼できる仲間を得ることができました。このことから、チームで連携をとり、協働してケアを継続できる環境を整えていきたいと思い、研修を終了したときに抱いていた理想の認定看護師像は、褥瘡対策委員会のリンクナース、ストーマ外来の所属する外科外来のナース、ストーマケアを行う外科病棟との連携を行い、シームレスな看護を提供できることでした。また、院内には既に2名の皮膚・排泄ケア認定看護師が在籍していたので、病棟勤務で活動するにあたり、病棟スタッフへのケア方法について知識を向上できるよう積極的にアセスメントを共有してケアを実践することを計画していました。患者の悩みを親身に聞き、スタッフからの訴えを受容し、問題解決に近づけられるように相談しやすい皮膚・排泄ケア認定看護師を目指していきたいと考えました。

### 病棟勤務、専従について

研修が終了し、病棟勤務に戻ると、相談しやすい皮膚・排泄ケア認定看護師に近づけるために、褥瘡委員会に参加し、褥瘡発生状況の共有や勉強会を開催しました。また、ストーマ造設前のオリエンテーションや造設後の管理、ストーマ受け入れ状況について患者さんの想いを傾聴し、セルフケア確立に向けて活動しました。勤務に応じて外科医からのコンサルテーションも受けて他病棟へ出向いてケアを行いました。毎週水曜日のストーマ外来で活動できるように看護師長へ相談して活動日を設けることとなりました。

10月からは専従として活動するようになり、褥創マネジメント部会、褥創対策委員会、褥創回診（月2回）、毎週水曜日のストーマ外来を全て受け持つようになり、組織横断的に各病棟の褥創保有者やハイリスク患者を見ることとなりました。毎日多数の

褥創ケアやストーマケアを行うようになり、相談を受けること多くなりました。褥創ケアが必要な患者さんについて相談を受け、スタッフ自身が解決できるように誘導していく必要がありましたが、まずはなんでも自分で行えなければならないので、率先してケアに介入をしていくように心がけていました。皮膚・排泄ケア認定看護師の3つの役割の指導において、スタッフが自分で解決していくように誘導していくように、ケア方法の問題点、課題点、対策を考える際に、一緒になって問題解決に向かっていること、問題を丸投げせずに協働して問題解決できるようにすることが重要となることに気が付きました。解決策を伝えるだけでなく、何が問題となっているのか考えてもらえるように誘導することで、スタッフの知識向上、スキルアップにつなげることができます。解決策を一緒に検討していく柔軟な対応を行うこと、的確なアセスメントを行い、スタッフが実践できるように環境を整えることが必要だと強く感じました。その為に、日、週、月、年毎に評価し、振り返りを行うことが必要不可欠となります。日々学びを深めて成長していく自己研鑽、自己評価し、課題を見出していく。また、学会にも参加をして最新のトピックについて学び、ケアに活かしていきたいと思います。

先輩の皮膚・排泄ケア認定看護師のような知識・技術を習得することができるようになれば、団塊の世代が75歳以上となる超高齢多死社会の2025年に向けて、地域に向けて情報を発信し、予防的な活動も行いたいと考えています。地域の力で在宅を支え、暮らしを整えていくことが高齢者にとってQOLの向上に非常に重要となります。そんな中で、老老介護や認知症高齢者、身寄りのない精神疾患の患者など、支援を要する場面が必然的に増えること予測され、慢性創傷やストーマを造設された患者、褥瘡ハイリスクの患者も非常に多く存在することが推測されます。高齢者が多くなるにつれて、脆弱な皮膚を持つ患者が増えていくため、予防的スキンケアを行うよう情報提供していく必要があります。このような場面では、在宅領域における施設スタッフである看護師や介護士、理学療法士、栄養士と共に、患者の必要な情報について情報共有を行い、支援をし

ていく必要があります。このことから、地域における皮膚・排泄ケア領域の占める役割は大きく、積極的に活動し、地域と協働して多職種で連携していくことが重要となります。病棟や外来、地域で組織横断的に活動することができ、専門的な技術を用いて質の高い看護を提供できる皮膚・排泄ケア認定看護師を目指していきたいです。



## 開院10年を迎える（おおやけ）を考える



事務部長 久田武彦

沖縄県に採用され、今年で33年がたつ。その間、県の様々な部署に勤務した。数えてみると14カ所の部署に勤務しておりました。県庁という地方公共団体は間口が広く、自分は勤務した部署が企画財政部門や病院現場、交通政策、国との折衝窓口、県民の住（すまい）を提供する部署等多方面な勤務がありました。公務員生活も終わりに近づいてきた中で、20数年ぶりに県立病院に戻ってきて、公（おおやけ）とはなんぞやと考えるようになってきました。

さて、病院等の医療施設においては、病院施設の建設や高額医療機器の購入にあたっては、資金を調達しなければなりません。

その際は通例であれば資金調達は借入となります。（一部裕福な支援者若しくはグループ病院で資金に余裕のある医療法人は除かれます。）そのため、民間においては借入の返済が少なくなるよう病院建設コストや医療機器の購入コストに敏感になります。

県立南部医療センター・こども医療センター等、自治体が運営する公立病院（公）おおやけに（立）たっている病院にあってもそのように働くかというと、必ずしもそうでないベクトルが働きます。何故かというと、自治体病院の発行する病院債（借金）の元利償還金の二分の一は、その自治体の地方交付税の算出根拠となる基準財政需要額に算入されています。このことはさらに毎年総務省の発する「地方公営企業繰出金について」で明確に通知されており、一般会計がこの通知の基本的な考え方方に沿って公営企業会計に繰出しを行ったときは、その一部について地方交付税等において考慮するものとされています。

そのため、県立病院の借り入れた病院債（借金）

の半分は地方交付税という税金で将来補填することが約束されているとして、過大な投資につながるとの批判もないわけではありません。

本院が開院時に借り入れた病院債は、建設費で約150億、医療機器で約55億円ありました。

その返済は、医療機器は一年据置きで5年間で償還するため、平成19年度から22年度まで毎年約15億円以上の返済が必要ありました。

しかし、沖縄県の病院事業は当時100億円の資金不足の状況下にありました。

（その原因については、沖縄県立南部医療センター・こども医療センター雑誌第5巻第1号に病院事業局長伊江朝次先生が詳しく書いておられるので、参照して頂きたい。）

その返済は極めて難しく、平成20年度に公立病院特例債を発行し、平成21年度から3年間一般会計から特別支援を頂き、なんとか返済してきたことを今一度考えてもらいたいと思います。

これらの特別の支援は南部医療センター・こども医療センターは古い病院の建て替えではなく、新しい県民の病院として県民が要望したこども病院を併設した救急医療、離島医療、高度急性期医療等を担う公立病院であることからの支援であります。

他の県立病院も同様であると思いますが、特に南部医療センター・こども医療センターは、多大な支援を今後も受けることを理解しなくてはいけません。

なぜなら、開院当時の医療機器約55億円は償還を終えてはおりますが、病院建設費で借り入れた約150億の償還が平成47年まで続きます。

その償還額は毎年約5億3千万となっております。そのうち理論上は約2億6千万円一般会計からの繰入金（税金）が入ることになってはおります。

県立病院は独立採算で、患者様から頂く診療報酬で、成り立っていると思われる方も院内にはおられるかもしれません、一部、特に施設整備に係る部分においては、多額の税金の投入があります。このことから他の民間病院から県立病院等公立病院に対して税立病院と言われますが一面ではあたってはおられます。

県立病院に勤務する者のほとんどは、国から認められた医療者という専門集団として県民の医療に貢献している県民にとって大切な職種であります。地域に必要な医療は採算性の有無を問わず税金で支えられるべきものも確かにあります。しかし、だからといって効率的に運営できる部分もあります。

なぜ、民間にはない税金の投入があるかを今一度考え、与えられた施設、医療機器は県民から付託を受けて使うものであることを肝に銘じなくてはなりません。

自分自身も県庁での生活の中で、直接患者様等との県民に接する部署が少なかったため、どちらかというと特に税金を使うことに対する感覚が、徐々に県民とそれを生じてはいないか公務員生活も終わりに近づいてきたこの頃反省しております。

公の務め人（員）として 税金を使う者は普段の行動から、常に患者さんをはじめ県民から注視される存在であります。

一人一人が公（おおやけ）の存在であることを常に自覚し、職務にあたらないといけないと思います。

## 看護師ユニフォーム変更の取り組み —職務満足度調査結果から—



看護部副看護部長 見里悟美

### はじめに

看護師といえば”白衣の天使”という言葉が頭をよぎりますが、そんな白衣についてみなさんはどのようなイメージをお持ちでしょうか？

看護部では、毎年職務満足度調査を行い、職務満足に影響を与える要因を分析し、改善に取り組んでいます。なかでも長年に渡ってデザイン性や素材、機能性について不満のあった看護師のユニフォームの変更に、他の県立病院に先駆けて取り組みましたので報告します。

### 1 白衣の変遷

先ず、日本に於ける白衣の始まりは、明治時代に遡ります。明治32年から42年頃、白衣の下には夏は浴衣、冬には黒地のものを着用していたそうです。昭和に入って長い白衣は不潔といわれ、白衣の長さは床上9寸と決められました。昭和20年から40年頃になって現在の看護師白衣の一般的なスタイルと変わらなくなつたということです。

それからさらに、ワンピースの白衣だけでなく、

パンツやスカートと上衣を組み合わせるスタイルが登場します。

平成の初め頃は80%がワンピースで20%がパンツスタイルでしたが、平成12年には、ワンピースは40%、パンツスタイルが60%を占めるようになっています。

この一つの要因として、平成11年の男女雇用機会均等法の改正等により従来、女性を「看護婦」、男性を「看護士」としていたものが、平成13年に男女ともに「看護師」という名称に統一され、男性看護師が増加したことも考えられます。

この様に、看護師の白衣は時代の流れや医学的側面から数々の変遷を経て、ファッションの多様化、デザイナーズブランドの流行とともに、機能性だけでなく色やスタイルなどのデザイン性、清潔性を重視するものに変わりました。

看護師の象徴であるナースキャップも、コックさん型のものからベレー帽型へ、更に髪留め式のものへと変遷してきましたが、現在は清潔性を考慮し、感染防止策の観点から、廃止している病院が多くなっています。

### 2 ユニフォームの効果について

ユニフォームの必要性には、心理・社会的な面と、実際に仕事をするための実用的側面の両方があります。

人間には、正しい行動や協調性のある行動を取ろうとする深層心理があり、ユニフォームを着ることによって、集団に対する帰属意識、連帯感・一体感の助長、粗悪行動の抑制、といった行動を無意識のうちにに出させるのだそうです。

白衣は信頼や責任感の評価が高く、白衣を着るこ



昭和60年代・ワンピース型が主流

とによって、自らの職業を確認し、自身の仕事の社会的意義と職業的役割を明確に認識し、冒頭に述べた「白衣の天使」という、優しい気持ちになるのでしょうか。

実務的側面としては、快適面、機能面、衛生面を重視する必要性があります。看護師のユニフォームの機能として求められることは、安全と衛生、着用感（着やすさ）と快適性、そして活動のしやすさ（動きやすさ）と、取り扱いの利便さと耐久性です。

これらの事をふまえ、新しいユニフォームの導入に取り組みました。

### 3 変更への取り組み

県立病院では、『沖縄県病院事業局被服等貸与規程』に基づき、白衣が貸与されますが、白衣に関して厳しい規制はないため、貸与される白衣以外に個別で購入し、それぞれに好きなスタイルのユニフォームを着用しています。

貸与される「伝統的な白い白衣」とは別に自ら購入したユニフォームを着る理由は、伸縮性が無く動きづらい、透けて見える素材だから等です。そのため、折角貸与された白衣は仕方なく着ているといった人が大半を占めていました。しかし、自分達に貸与されるユニフォームを変えたいと思いながらも、

どこかで変えることは無理だろうとの考えがあった気がします。

平成27年度1回目の看護師職務満足度調査で、ユニフォームをスクラブに変えたいとの要望を受け、これは絶対に実現させたいと考え、即座に行動に移しました。

ユニフォームは、毎日の生活の中で長時間身につける衣服であり、先に述べた心理・社会的効用があり、希望するスクラブに変わる事で、効果が発揮されることに期待し、更に人材確保にも繋がると考えたからです。

ユニフォーム変更に関する経緯と計画を総務課の担当者へ相談したところ、契約等のこともあります、関係者との調整や看護部の要望を伝える機会を幾度か設け、スムーズに進めることができるように取り計らうなど、直ぐに対応してくれました。この対応が無ければ私たちの計画が上手くいかなかった事は明らかです。

変更するに当たり一度に全部署の導入は難しい事や、その他の条件もあり、それらを踏まえた上で選定は予想以上に困難でした。しかし、少しでもスタッフの希望を聞きたいと考え、選定の段取りを次の通り行いました。

先ずカタログを参考に素材やデザイン性、機能性



選定の為のモデル着用



紺のパンツが人気

などから候補となる数点を選定し、サンプルとして届いた中から更に選定しデザインを絞った上で、スタッフにモデルを依頼、写真撮影を行い、実際のユニフォームの前に貼り出して選定の参考にしました。

白衣を選定する際にこだわったことは、他の職種との識別、清潔なイメージを与え、患者の不安や緊張を和らげるものとすることです。

ユニフォームが決まり、発注する際にこだわりを持って要望したことがあります。それは、袖に病院のネームを入れる事でした。アイディアは幾つかありました BUT 最終的に自身が沖縄県の職員であること、自分たちの組織の特徴を考え、その組織の一員である自分の存在意義と組織への誇りを感じ、看護ができるようにとの願いを込め、病院のロゴマークと沖縄県の職員であるという『沖縄県』を刺繡することに決めました。

最後のハードルは、従来の個人番号での管理から、医療センター全体の施設管理へ移行するため、共有使用（プール制）となることでした。共有使用への抵抗感は強くありましたが、新しいユニフォーム導入のために必須条件であったため、若干強引に同意を得てのスタートでした。

全部署に一斉に導入できなかったことは残念でしたが、成人部門への一日も早い導入に向けて取り組んでいきたいと思います。

### おわりに

ユニフォームが変わってから約半年が過ぎました。新しいユニフォームと袖のデザインは、患者さんや外部の方からも好評です。スタッフからは「県立病院のユニフォームを変える事ってできるんだ。絶対に変えられないと思っていたのに」「モチベーションが上がった」などの声が聞かれます。

これまでのユニフォームに比べ機能性等が良くなっただけでなく、着る人の表情を明るくし、はつらつとした印象を与え、魅力ある病院づくりの要素の一つとなっていると感じます。

看護師のやりがいにつながるユニフォームの導入は、総務課担当者の方が看護部の要望を聞き入れ、熱心に関係者と交渉を行って下さった結果成し得たことです。改めて総務課の永野主幹、宮城さん、金城さんに心より感謝申し上げます。



救急センター・病棟用スクラブ



集中治療室のスクラブ



看護師長用スクラブ

## 院内活動報告

# 術後異物確認ポータブル撮影の画質改善

放射線技術科 新城善春 田畠浩一郎 比嘉良隆 城間哲

術後遺残ガーゼ確認ポータブル撮影で腹腔内の遺残ガーゼが確認できなかったという事例が発生。

放射線技術科内で情報を共有し、対応策を検討した。

### 検討項目

- 1.撮影条件は適正値であったか・ポジショニング等に不備はなかったか検証
- 2.患者の容態はどうだったか
- 3.現状の機器（導入から9年のFCRシステム）で可能な画像・画質改善の対応策はあるか

### 検討結果

患者の容態は、術中の腔内洗浄液や輸液等の影響で通常の状態より浮腫をきたしていると考えられた。撮影条件に関しては、事例発生翌日以降の同患者ポータブル画像では異物確認ができたので、通常より撮影条件を上げる必要があったのではないかと考えられた。ポジショニング、グリッド使用に関してX線が斜入してグリッドによる線量減弱やアーチファクトの発生もなかったので、従来通りの使用で問題はなかったと考えられる。現状の機器で可能な画像・画質改善として、画像処理周波数を変更することでエッジ強調され、視覚的に異物の判別がしやすくなる画像を再出力することで対応できるとの結論に至った。

### 画像処理について

FCR(Fuji Computed Radiography)は、EDR(Exposure Data Recognizer=自動感度補正機能)で自動補正された後、画像処理が行われる。画像処理には障害陰影軽減処理、階調処理、周波数処理、ダイナミック

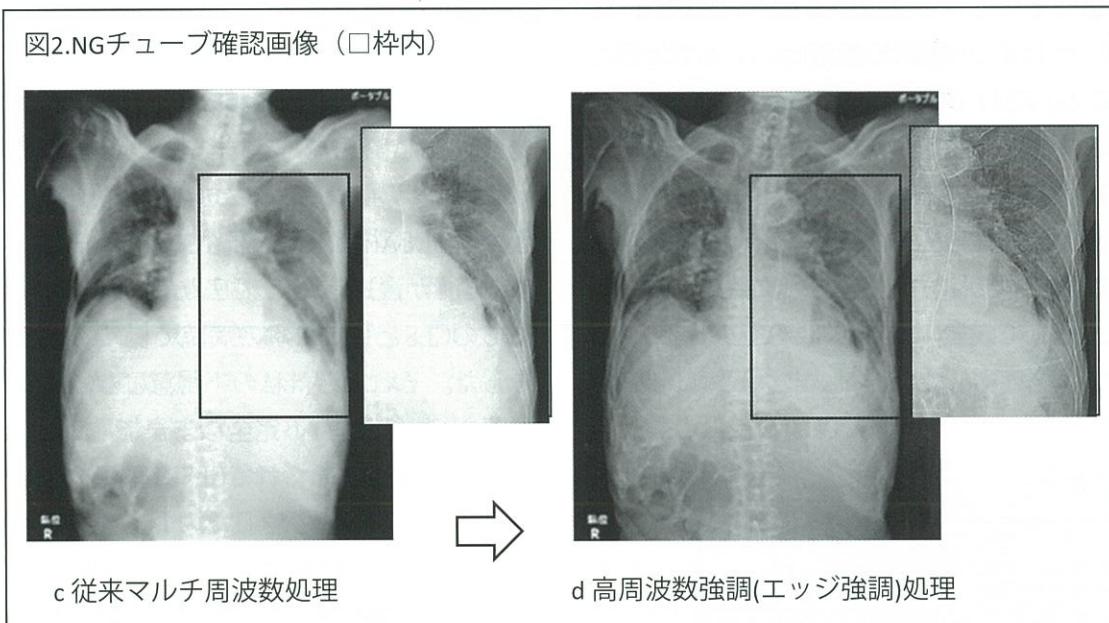
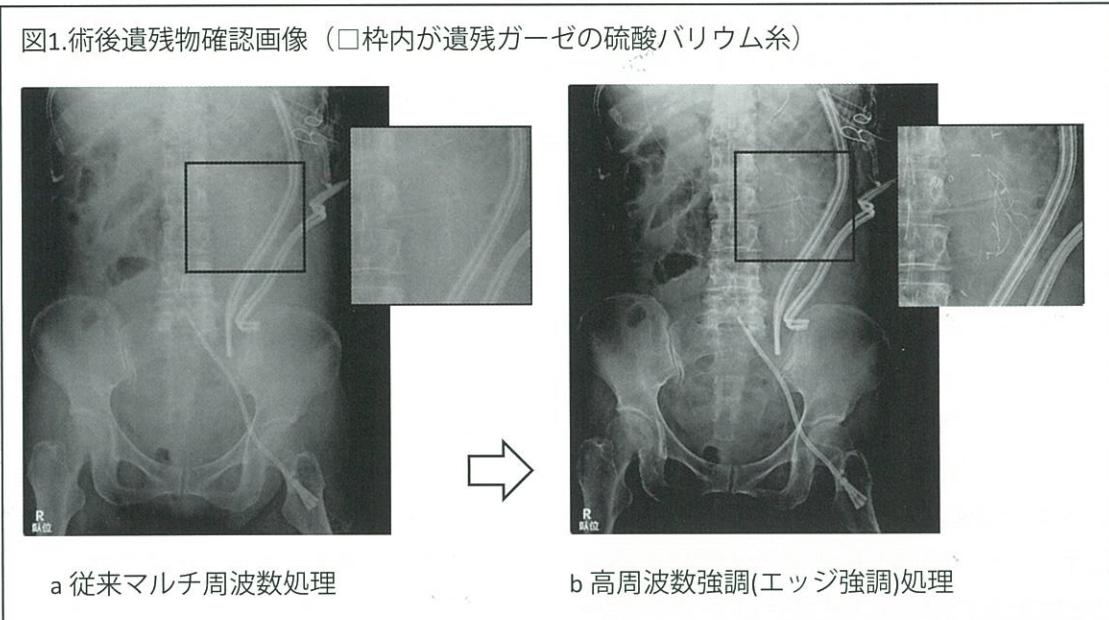
クレンジ圧縮処理などがある。通常、提供している画像は上記の画像処理を行うMFP(Multi-objective Frequency Processing=マルチ周波数画像処理)を行うことで、ノイズ成分を低減し他の処理も含め、関数変換して不連続な高周波数強調領域、低周波数強調領域から連続した滑らかな空間周波数に変換してアナログフィルムに近い画像で、モニタ診断用の高鮮鋭度・高解像度の画像を出力している。

今回のような術後遺残で問題となる、ガーゼに縫い込まれている硫酸バリウム糸や遺残針等の高コントラスト成分の高周波数域を強調することで遺残物の認識判別がしやすい画像を提供できる事が解った。ただ、高コントラスト域のノイズ成分や骨、カテーテル、その他の器具類などの高コントラスト成分がより強調され、従来画像とは違和感のある画像となるため、術後の患者容態の把握、術前X線画像と比較するには支障がある。

そこで1度画像を出力した後、画像処理を高周波数域強調に変更して再出力することで2種類の画像を出力する事とした。撮影は1回のみで再画像処理・出力は簡単な操作で短時間に行うことが出来る。各FCR読み取り装置に処理マニュアルも設置する事にした。また、NGチューブ確認や術中脊椎マーキングでもエッジ強調画像で出力することで確認しやすいと判断し、今後同様に対応する事とした。

従来出力のマルチ周波数処理画像と高周波数域強調画像（エッジ強調画像）を比較してみる。

図1 遺残物確認画像で□枠内の遺残ガーゼに縫い込まれている硫酸バリウム糸が、a従来マルチ周波数処理に比べb高周波数強調（エッジ強調）処理の方が認識しやすくなっているのが確認できる。



#### 今後の対応（画像出力）

- 1.術後遺残物確認画像出力：従来画像とエッジ強調画像の2種類の画像を出力
- 2.NGチューブ確認画像出力：エッジ強調画像を出力（必要時、コメント入力があれば、従来画像も出力する）
- 3.術中脊椎マーキング画像出力：エッジ強調画像を出力

ただ、全てのケースにおいてエッジ強調画像で判別出来るとは限らない、高コントラストの骨やチューブ、内視鏡その他の器具との重なりで識別が困難な場合も当然起こり得ると認識しなければならない。

最後に日頃から放射線技術科業務へのご理解ご協力に対して感謝申し上げます。

## 院内活動報告

# チャイルド・ライフ・スペシャリストの活動を振り返って想うこと —周りの方々へ感謝を込めて—



チャイルド・ライフ・スペシャリスト 佐久川 夏 実

### はじめに

2014年11月、留学前にボランティアとして活動していた当院でチャイルド・ライフ・スペシャリスト（以下CLS）として働き始めました。ボランティア活動に向かう時、『いつかこの病院でCLSとして働きたいな』と私はとても大きく立派な病院を見上げながら思っていました。留学後、その私の願いが叶ったのはボランティア時代に出逢った職員の方々やCLSの可能性を信じ採用してくださった方々のおかげだと思っています。最近、11歳の男の子、中島芭旺くんの「ぼくの最大の長所は、一人では何も出来ないこと。それを知っていること。助けてっていえること」という言葉に出逢いました。そして、インターン時代のある出来事を思い出しました。留学中でもっともハードだったのはインターンをしていた時期でした。渋滞を避けるために朝5時に家を出てフルタイムで働き、夜は家に着くのは9~10時。そして大量の課題が待っています。毎日の緊張と睡眠不足とで毎日ヘトヘトで課題が十分こなせなくなっていた時、スーパーバイザーとの面談がありました。その時、予想外にも課題をこなせていない事ではなくて、その事を相談できなかつたことを指摘されて私はハッとしたしました。そうか…今の自分の出来る事／出来ない事を知ること、出来ない時はヘルプをお願いする事は自分にとっても大事なことだし、サポートを提供する子ども達に対しても大切なことだと気づきました。芭旺くんの言葉にある、私は一人では何もできないということをCLSとして働きながらより痛感し、周りから沢山の助けを借りながら活動してきました。活動の中で様々なことを感じながら少しづつではありますが成長し、早いもので3年目に入ろうとしています。この2年間の活動

を私自身も振り返りながら紹介したいと思います。その前にCLSについてご存知でない方も多いと思うので、説明させて下さい。

### CLSとは

CLSは遊びの心理面の治癒的効果を用いて、病気と闘う子ども達やそのきょうだいの心理社会的ケアを行います。北米で発展した専門職で、米国では小児科学会が「CLS支援は小児医療に必要なものである」と声明を出しておらず、ほとんどの子ども病院や小児科病棟ではCLSが一般的になっています。日本ではまだ養成機関がないため、CLSを志す方は北米に留学し資格を取得する必要があります。というわけで、私はカリフォルニアのラバーン大学に留学しUCLAのこども病院でインターンをしたのですがCLSが浸透したアメリカの病院で働くのと、初めてのCLSとして日本の病院で働くことは随分違いました。それでも、私の不得意になってしまった日本語での（英語も不完全なままで）CLSについての説明を聞いてくれてCLSに理解を示してくれるスタッフが多くいてくれたので、当院は活動を始めやすく続けやすい環境であると日々感じます。私がアメリカで学んできた事を沖縄に合ったものに進化させて、沖縄の子ども達の頑張る力を引き出すお手伝いをしたいと思っています。一般的なCLSの役割として、1) 心理的プレパレーション（こころの準備のお手伝い）2) 処置中の精神的サポート 3) 治癒的遊び 4) きょうだい支援 5) グリーフサポート 6) 告知にともなう心理社会的サポート／フォローアップ、などがあります。子ども達もその子なりに病気を理解し、治療を主体性と安心感を得て乗り越える力を持っており、CLSはその可能性を

信じ、最大限に引き出す援助に取り組みます。英語ではEmpowerment（力を引き出す）といい、私がCLSとして常に心にとめていることです。私は子ども達の代わりに辛い事を引き受けることはできません。辛い治療を受けないといけない、乗り越えていかないといけないのは子ども達自身です。私がCLSとして出来る事は微々たるものですが、子ども達の本来持っている「受け入れる力」「乗り越える力」「頑張る力」を子ども達が出せるようCLSの力（子ども達を信じる力、子ども達のどんな気持ちでも受けとめる力、など）を提供できたら、と思います。

### 遊びの治癒的効果

CLSは遊びの効果を重視し遊びを通した関わりを大切にしています。もちろん、CLSの専門分野である心理的プレパレーションや処置中のサポートは子ども達が少しでも安心して治療に取り組めるようにするために大事なことです。しかし、プレパレーションとは「子ども自身が体験する事を理解出来るように子どもと話すこと」だけをして効果があるのではなく、子どもの入院から退院後まで続くプロセスの1つだと言われています。入院が嫌だ、と泣きながらお母さんに連れてこられた男の子がプレイルームを見て、ふっと泣き止み、手術の前後にプレイルームで思いっきり遊ぶことで新しい環境に慣れ安心して過ごすことができました。そして退院のときは、まだ遊びたい～！まだいたい～！と言いつつもしぶしぶ帰っていました。そんな子どもの心を和ませるプレイルームの管理や季節に合わせた飾り付け、子ども達への日常性や発達の視点を大切にした遊びの提供は医療保育士がいるから出来ることです。最近退院した男の子に会う機会がありました。おばあちゃんが嬉しそうにハロウィン用のマントを見せながら「この子と一緒にゆっくり作りました。こども病院に入院している間、保育士さんがこの子にはさみの使い方を丁寧に教えてくれたので、今でははさみを上手に使えます。」と話してくれ、私も嬉しくなりました。「Children learn from play」と言われていますが、子ども達は遊びを通して学び成長していくことを日々実感し、病院のなかでもその大切なことを守っていけるのも医療保育士がいて

くれるからだと思います。CLSとして1人で3病棟にまたがる小児全員を見る事は限界があり、現在は他職種から必要度の高い子を依頼していただき介入しています。1人の限界を感じ、もどかしさもありますが、医療保育士が1人1人の子ども達の日常や発達を大事にした丁寧な関わりをしてくれているので、私はCLSとして検査・処置・手術に関わる支援をすることができるのだと思います。ただCLSも通常は子ども達にとって医療保育士同様「遊んでくれる人」であり、CLSが子どもと行う遊びの1つにメディカルプレイ（病院ごっこ）というものがあります。病院ごっこの中で、現実ではされる側である子ども達が医師・看護師役となり、患者役のぬいぐるみに自分自身が受けている医療体験を表出しながら、その体験を自分なりに消化したり、自分の心を癒したり、医療者の役割を理解しながら医療者への信頼を育んだりします。（図1）この女の子は入院後毎回、「振り返り」の遊びをします。このときは、点滴刺入と手術のシチュエーションで1時間以上遊びできる（Play out）体験をしました。遊びの中で、注射をした後はとても優しくぬいぐるみに「だいじょうぶだよ、がんばったね。えらかったね。」と語りかけていました。そして、「点滴からお薬をいれるよ。ゆっくりいれるからだいじょうぶだからね。」とこの子が「こうしてほしい」という願いを表現していました。この子の医師が「検査前は大泣きだったから大丈夫かな…」と検査後のこの子を気



図1 メディカルプレイ

にかけていましたが、遊びの中で体験を表出し患者役のぬいぐるみに「お医者さんも看護師さんもいじわるしたいんじゃないよ、助けているんだよ。」とこれまた優しく語りかけていて、私は「先生達の優しさは伝わっている」と安心しました。このように、子ども達が遊びの中で、体験や感情を表現・消化・心を癒し、少しでも子ども達の胸の中にある「思い」「願い」をほろりと出すことができ、そして私はそれらをありのままに受けとめられる存在でありたいと思います。

### チーム医療の中で

私の口癖のように言っていますが、私CLS 1人では何もできません。“こどもと家族”を中心としたチームとして他職種と連携することで子ども達に一番良い支援が提供出来ると思っています。その一例として、オペ室探検ツアーがあります。手術前の子ども達にプレパレーションブックを用いて麻酔導入までのプロセスをお伝えしたり、実際にオペ室へ見学に行ったりします。子ども達にとっては視覚的・感覚的に体験するほうが理解しやすいので、実際にやってみる、リハーサルしてみることは効果的な方法の1つです。ただ、プレパレーションというのは決まった万人に最善の方法があるわけではありません。1人1人の子ども達を見ながらその子の負担になりすぎない様に気にかけています。プレパレーションの1つであるオペ室探検ツアーは、忙しい中オペ室看護師、麻酔科医、担当医、多くの人達が関わってくれて少しづつ介入人数も増えています。幼児期前半の子ども達にとっては、親と一緒に参加することで親の方の安心を得られそれが子どもの安心に繋がるかもしれません。幼児期後半～学童期の子達は、オペ室にその子の好きなキャラクターが隠れているという「楽しさ」を盛り込む事でその「楽しさ」を初めて出会うスタッフと共有し「安心感」「頑張る力」を持ってもらえるかもしれません。思春期の子だって手術は緊張します。でも思春期だからこそ、それを周りに伝えることが難しかったりします。事前にオペ室に見学に行き、担当スタッフと会って会話をすることで、当日緊張しながらオペ室へ行つても知っているスタッフの笑顔を見つけた瞬間、ふ



図2 オペ室探検ツアー

と安心するかもしれません。どんな年齢でも「こころの準備のお手伝い」というのは大事だと毎回オペ室探検ツアーに参加してくれた子ども達や家族とお話ししながら実感します。継続して出来ているのも周りの協力あってのことで、突然の依頼でも皆さん快く引き受けてくれて感謝しています。(図2)「医療スタッフ皆が子どもを守ってくれる、助けてくれる」のだと子ども達自身が感じられ、医療スタッフもチームで子どもの頑張りを支え、子どもの出来た!を共感できると素敵だなと思います。その為にもスタッフも多職種チームで協力できそれぞれの職種がハッピーな職場環境であることが大切です。オペ室探検ツアーもその他のCLS支援にしても、理解し支えてくれる小児病棟の師長や先生方、縁の下の力持ちのボランティアやコーディネーターの皆さん、どんな頼みでも笑顔で対応してくださる事務の方々の存在があるから出来ているのです。

### おわりに

早いもので、南部こども医療センターで勤務を始めて2年経ちます。先輩CLSが勤務年数と子どもの発達段階とはリンクしているようだと言っていたことを思い出します。私はこれから3年目、3歳の子と同様な成長を歩むのでしょうか。チャイルド・ライフは児童発達学をベースにした支援であり、院時代はその専門を詳しく学びました。3歳はよりバランスをとれ、歩行も危なっかしさはなくなってくる頃

でしょうか。語彙量も3歳時代に最も多く覚えるようです。2歳頃のいいいや期も過ぎ、落ち着きが出てくることもあります。というわけで、3歳のCLSとして、落ち着きとバランス力を身につけていきたいと思います。それと同時にもう1つ心に留めておきたいことがあります。CLSとして毎回のケースで、これで良かったのか…と自問自答します。どんな気持ちもまずありのまま受けとめる事が出来ていたか、子ども主体の支援だったか、子どものペースを尊重して“待つ”ことはできていたか、など。CLS介入して処置をスムーズに乗り越えられる=CLSの成果や効果となりがちですが、CLS介入の一番の大切なことはその「劇的な分かりやすい効果」ではなくて「表面化しない心の部分」に寄り添うことなのだと先輩CLSの皆さんに教えてくれています。私自身幾

つになっても「葛藤する部分」を持っています。一見協力的な子ども達も、「治療しないといけないのは分かっている、でも嫌なものは嫌だ！」という揺れる心の部分を持っているかもしれません。拒否の強い子も出来ない自分に悔しさを感じているかもしれません。そんな目には見えない子ども達の心の奥に秘めた部分に、心を向けることを大切にしていきたいです。最後に、これまでCLSの活動を理解し援助してくれた皆様に感謝申し上げます。これまで出逢えた子ども達から笑顔と励ましと学びを貰えてそれが私の宝物となっており、子ども達にも感謝しています。(図3) これからも、当院で多くの力が集まり子ども達の為の支援ができますよう、どうぞ宜しくお願い致します。



図3 出逢った子ども達

## 部署報告

# 熊本地震（DMAT）活動報告



救急科

梅村武寛(医師)、仲宗根さやか(看護師)、大城俊朗(看護師)  
村吉誠(業務調整員)、奥浜真敬(業務調整員)

このたびの熊本県、大分県を震源とする地震により被災された皆様に心よりお見舞い申し上げます。

### 【はじめに】

災害派遣医療チーム(DMAT(Disaster Medical Assistance Team))とは、大地震等の自然災害による大規模災害および航空機・列車事故等による多数傷病者発生時に被災者・傷病者の生命を守るため、被災地に迅速に駆けつけ救急治療を行う、厚生労働省の認めた専門的な研修・訓練を受けたものです。DMAT 1隊あたりの活動期間は、機動性を確保する観点から、移動時間を除き原則48時間以内とし、構成は、医師1名、看護師2名、業務調整員1名の4名を基本とします。当院は2016年8月現在、医師7名、看護師6名、業務調整員2名の計15名の隊員を保有しています。これから熊本地震に派遣されたDMATの活動記録を報告いたします。

### 【出動までの経過】

4月14日21時26分熊本地方で震度7、マグニチュード6.5の大地震が発災した。DMAT自動待機基準(震度6弱以上の地震)にあたり、各隊員自宅待機となった。

4月15日0時45分待機命令は解除された。(この地震が後に前震と言われるものである。)

4月16日1時25分熊本で震度6強、マグニチュード7.3の大地震が発災した。(後に本震と言われるものである。)同日3時30分チームビルディングを開始(梅村)した。4時25分派遣要請発令をうけ、6時00分チームビルディング最終調整(仲宗

根、奥浜)を行う。出動予定は医師梅村、看護師仲宗根、業務調整員村吉、奥浜が決定し、看護師残り1名を調整中とした。発災後24時間後での出動を他院DMAT隊、病院事業局と調整し決定した。院内関係各所との連絡調整は仲宗根、奥浜が担い、調整中の看護師1名を大城に決定した。出動物品の準備・調達・薬剤管理(仲宗根、渡久地師長、大城、村吉、奥浜)を行った。15時00分から経営課・看護部会議を仲宗根、大城、奥浜が参加し行った。21時00分一旦帰宅とした。

### 【Day 1】

4月17日6時30分に那覇空港集合し、7時10分那覇空港発ANA1200便で福岡空港へ出発した。8時45分福岡空港到着後、レンタカーを調達して物資を福岡市内で購入した。水(ペットボトル入り飲料水)の不足があり、調達に難渋した。梅村の知人よりめんたいもち・高菜そぼろ・水6L×2・350mlお茶ペットボトル3ケースを寄付していただいた。11時00分食事を福岡市内で行いレンタカーで熊本へ出発した。走行ルートは福岡IC→南関IC→一般道路とし(植木IC以南は通行止めでありその北部からは大渋滞が発生していた)、参集拠点の熊本赤十字病院へ向かった。14時20分熊本赤十字病院に到着し、EMIS(広域災害救急医療情報システム)登録、DMAT本部長へ到着報告、挨拶を行い、待機要請を受けた。17時00分、19時00分に熊本赤十字病院本部meetingに参加。宿泊先は熊本大学関係者(梅村の熊本大学整形外科時代の同門)の好意により知人宅となった。20時30分に夕食(メニューは

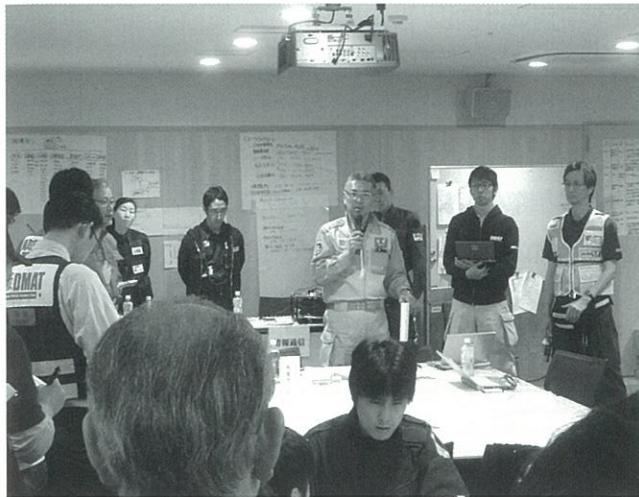


図1：meeting

カレー・ゆで卵・漬物等のレトルトもの）1時00分就寝した。當時、余震が続き中途覚醒ばかりで、ほとんど眠れなかった。

ライフラインは電気使用可、ガスはカセットコンロ、水道は混濁した水が極少量流れる程度でトイレの水がやっと使えた。周辺の温泉・銭湯は休業中で、ホテルは植木町が最寄り（参集拠点より15km北に位置し、通常は片道40分程度、渋滞で移動に3時間かかり満室）だった。外気温は日中20～24℃、夜間10℃前後と寒暖の差が激しかった。前日の豪雨の影響により土砂災害の可能性が高かった。

## 【Day 2】

4月18日 5時00分起床、6時00分朝食をとり移



図2、図3：益城町

動した。7時00分熊本赤十字病院本部meeting、活動報告や注意点など各部署の報告を受け、日中本部内待機と4月18日17時00分～明朝8時00分まで東（あづま）病院支援要請を受けた。沖縄県DMATのハートライフ病院や琉球大学のDMATと情報交換した。甚大被災地域（益城）に出向き現地を視察した。12時10分本部待機中に業務変更依頼を受け、熊本赤十字病院活動拠点本部内で地域搬送調整部門を設置・参画・運営（責任者：梅村、スタッフ：全隊員）をすることになった。

業務内容は以下のとおりである。

- ・転院搬送依頼を受け、受け入れ先の病院を決定すること
- ・転院先決定後、搬送手段、転院元と先の連絡調整、本部長へ報告しクロノロに記載
- ・受け入れ可能な施設情報をまとめ、地図上にピン指定
- ・施設情報をリストアップし一覧表を作成
- ・後続チームへつなぐ準備と調整

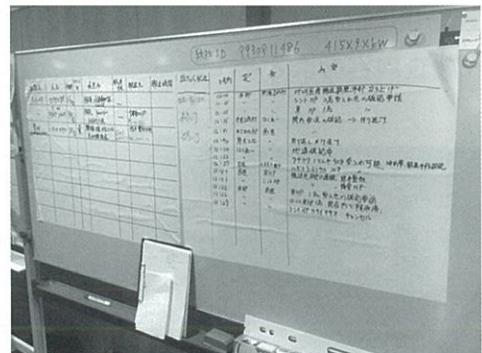


図4、図5：地域搬送調整部門

18時30分後続夜勤の那覇市立病院DMATと引き継ぎ、業務調整、19時00分本部meetingに参加後に帰宅した。0時15分就寝。

### 【Day 3】

4月19日5時00分起床、朝気温8℃以下であった。7時00分熊本赤十字病院本部meetingに参加後、熊本市南区役所に出向し避難所巡回調査業務を請け負った。10時00分熊本市南区役所にて南区役所活動拠点本部長の沖縄JMAT 出口先生にご挨拶し、Mission確認後に巡回に出発した。14時20分8ヶ所の避難所巡回終了後、南区役所に帰還し調査内容中途報告し、他部隊が巡回出来ていない避難所巡回を申し出て請け負い、16時45分まで追加7ヶ所の避難所を巡回した。17時00分南区役所本部meeting、現状調査内容を報告した。19時00分熊本赤十字病院本部meetingに参加し、DMAT本部機能の縮小（4月20日に向けて）病院支援の縮小と、避難所・救護所業務は、JMAT、救護班、医師会へ移行、阿蘇地域での活動は継続（第4次募集）していく方針を確認した。20時30分夕食、24時00分就寝した。余震数は減少していたが、震度5強・弱の余震後より再度増加した。

以下、避難所巡回の業務内容。

- ・避難所を巡回し避難所評価表に基づいて聞き取り調査を行うこと
- ・最終目的は現在1か所のみの医療救護所を増設すること
- ・その為の情報収集
- ・避難所の不足物品の補充（区役所より配給された物資を可能な限り車載し輸送する）
- ・調査内容をまとめて南区役所本部とDMAT熊本赤



図6：巡回調査

### 十字病院本部に報告

以下、避難所調査結果・所感。

- ・自衛隊の機動力は必須、他県から派遣の警察も多数
- ・救援物資を配給して回っている  
→自治体の機動力が避難所の住民の暮らしを左右する
- ・物資は役所、大きな避難所には飽和状態、無いのは断水による生活用水
- ・飲料水飲は行き届いておりむしろ飽和状態
- ・寒暖の差が激しいのでインフルエンザなどの流行に注意を要す
- ・手洗いができず、手指衛生材料が必要
- ・小児用オムツは乳児～幼児以降の大きなサイズ不足、支援物資には新生児サイズが多数
- ・成人用オムツは不足
- ・総じて快適な生活環境だが、集団生活による弊害が発生するのは間違いない
- ・避難所の収容人数が多いほど救援物資は豊富で、小規模なところは後回しor把握できていない
- ・リストに載っていない避難所があり、行政・DMATでも把握できていない実情
- ・日中避難者はお年寄りが多い
- ・日中は自宅片づけや仕事に出ている人が多く不在で、夜間に人数が増える
- ・日中は自宅で過ごせるが、夜になると不安になる高齢者が集まってくる
- ・食事は炊き出しや支援物資で賄えている
- ・倒壊していない家屋の住人の家に身を寄せる人も多くいる
- ・神社やお寺が自然発生的な避難所になっている場合がしばしばみられる
- ・いわゆるDMAT(緊急災害援助)としてのニーズは少ない
- ・医療(救護)班の派遣・体制整備までのリエゾン体制の確立と認識して対応
- ・DMATの任務は、発災早期の避難所survey、screeningを行うことが重要だろう

### 【Day 4】

4月20日5時30分起床、6時00分朝食、7時00

分熊本赤十字病院本部meeting、12時00分撤収となつた。13時30分余剰資器材を中部病院隊に譲渡する為に熊本南区役所に移動し器材譲渡後、14時30分福岡へ出発、熊本市南部→中心部→植木ICまでの大渋滞に巻き込まれつつ18時30分福岡着、夕食を久しぶりに温かいもので済ませホテル泊とした。

### 【Day 5】

12時00分福岡空港発ANA1081便で那覇空港へ向かい、14時55分無事に全隊員帰院した。

### 【おわりに】

今回の熊本派遣を終えて、改めて自然災害の恐ろしさを痛感しました。沖縄県が被災した際のことを考えると、当院はDMAT、救護班等の受入れ施設となる（ならざるを得ない）ことから、そのための準備が今後早急に必要であると考えます。当院DMATにとっては、本部に参画し活動できたことは、今後沖縄で起こりうる災害時に実際に活動するときのた

めの貴重な経験となったことに違いありません。実際に災害活動時には、顔見知り、知り合い、何でもいいですがいわゆる“顔の見える関係”を普段から築いておくことがいかに大切なことかも痛感いたしました。今回の活動においても福岡での資機材購入・寄付、熊本での宿泊先の確保、実際の活動の応援・補助、どれも現在までに個々の人々が築いてきた関係によってもたらされたものです。常日頃から、病院内、地域、沖縄だけにこだわらず広く関係を持つようにすることがいかに大事かを思い知らせるものでした。

また、活動中に出会った方々は、被災者とは思えないほど明るく元気で、そしてたくましく、私たちは勇気をもらうことができました。まだまだ復興に向けた取組が行われています。1日も早い復旧・復興を願い、熊本震災DMAT活動報告とさせていただきます。最後に、快く病院を送り出していただいた院内関係者の皆様にこころより感謝申し上げます。



図7：派遣メンバー

## 部署報告

# 熊本地震DPAT活動報告、今後の課題



精神科 井 上 幸 代

平成28年4月14日21時26分、熊本県熊本地方においてマグニチュード(M) 6.5、最大震度7(益城町)の地震が発生し、16日未明にはM7.3の本震を記録した。この熊本地震により、死者50人(関連死を除く)、家屋倒壊等による避難者は最大時約18万人、各地で社会インフラが寸断され、熊本の象徴、熊本城でも屋根瓦や石垣が崩壊するなど大きな被害となった。熊本県には15日に災害救助法が適用され、全国から自衛隊、消防、警察そして医療関係ではDMAT(Disaster Medical Assistance Team; 災害派遣医療チーム)等が救助に向かったが、その際に、全国的な規模としては初めての派遣となつたのがDPAT(Disaster Psychiatric Assistance Team; 災害派遣精神医療チーム)である。

DPATとは、先の東日本大震災において、「被災した精神科病院が孤立し入院患者が速やかに避難できなかつた」、「避難所での被災者への(あるいはその支援者も含め)ストレスケアに手がまわらなかつた」等、被災地での精神保健医療に対する組織的な支援が必ずしも十分ではなかつた教訓を生かして厚生労働省により制度化されたものであり、各都道府県の定める地域防災計画での組織化が推進されている。

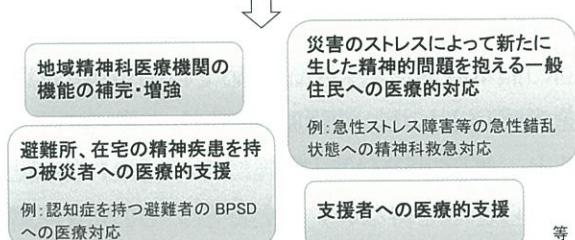
### 1)活動目的(図1)

被災地の精神科医療機関の機能補完・増強と被災者等への医療的支援を行う。精神科医師、看護師、保健師、精神保健福祉士、(臨床)心理士、業務調整員(ロジスティックス)等の5人体制を基本としてひとつのチームを構成する。

### 2)活動体制(図2)

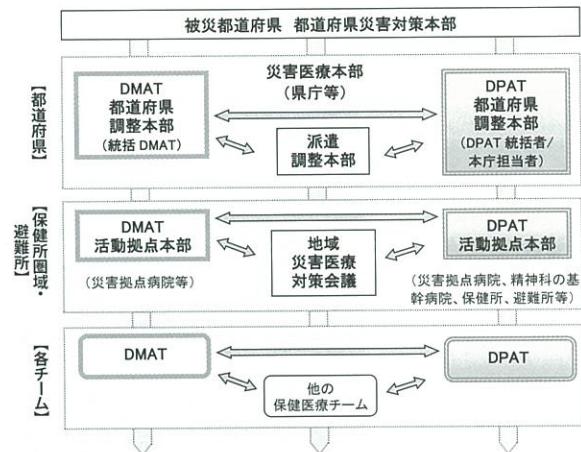
被災都道府県災害対策本部の指揮下に置かれ、DMAT等の他の医療チームと連携して支援にあたる。全体のコントロールはDPAT調整本部が行う。

災害が発生した場合、被災地域の精神保健医療機能が一時的に低下する。  
さらに災害ストレス等により新たに精神保健医療の需要が拡大する。



DPAT活動マニュアル(厚生労働省) DPAT研修資料(DPAT事務局)等より編集

<図1 DPATの活動目的>

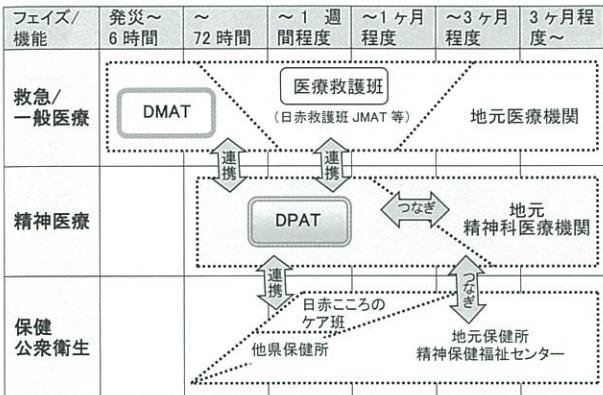


DPAT活動マニュアル(厚生労働省) DPAT研修資料(DPAT事務局)等より編集

<図2 DPATの活動体制>

### 3)活動フェイズ(図3)

発災後72時間以内に「DPAT先遣隊」が派遣され、被災した精神科病院への緊急支援等を行う。先遣隊は引き続き被災地の精神保健医療ニーズの把握を行い、調整本部や活動拠点本部において避難所での医療的支援について他のDPATのコントロールを行う。被災地の医療体制が復旧し、被災者への支援を引き継いだ時点で派遣は終了するが、期間としては数ヶ



DPAT 活動マニュアル(厚生労働省) DPAT 研修資料(DPAT 事務局)等より編集

<図3 DPATの活動フェイズ>

月の長期にわたる場合もある。

沖縄県におけるDPATは平成27年11月に正式に発足し、琉球病院チームを先遣隊として10機関（琉球病院、医療法人へいあん、県立精和病院、平和病院、琉球大学医学部附属病院、県精神保健福祉士協会、オリブ山病院、新垣病院、博愛病院、当院）17チームに沖縄県よりDPAT登録証が交付された。当院では1チームを組織しており、メンバーは精神科（医師1）、看護部（看護師3）、臨床心理士1、業務調整員（ロジ）1の6人である。ロジには平時からの救急科との連携を活かすことのできる救急科の医師事務作業補助者（DC）を登用している。

熊本地震においては、4月15日、熊本県からの厚生労働省（DPAT事務局）経由の依頼により先遣隊（沖縄県からは琉球病院チーム）が熊本入りし、被災した6つの精神科病院の転院対応等を開始。18日頃までに緊急対応がほぼ収束した後は避難所への支援に移行し、北海道から沖縄まで約30都道府県から派遣された常時約20チームが各地域の避難所を分担して精神的ケアを行った。活動は2ヶ月ほど継続し、6月末、熊本DPATにすべての業務を集約し他県からの派遣は終了した。沖縄県からは5病院、延べ12チームが派遣されている。（図4）

当院からのDPAT派遣は、第10隊、精和病院との合同チームによる派遣となった。チーム編成は、当院から5人（医師1、看護師2、臨床心理士1、ロジ1）と精和病院の山川医師の計6人で、DPAT調整本部と、被害が最も大きかった益城町での現地活動を担当した。派遣時期は6月10日から18日まで

	4/ 15	20	29	5/ 6	13	18	23	28	6/ 3	10	17	24
琉球病院①	先遣隊											
琉球病院②												
琉球病院③												
琉球病院④												
精和病院												
平安病院①												
平安病院②												
新垣病院①												
琉球病院⑤												
精和・NMC*												
平安病院③												
新垣病院②												

\* NMC: 南部医療センター・こども医療センター

<図4 沖縄チームの派遣状況>

の発災2ヶ月目。6月末に熊本県外からのDPATの派遣終了が決定しており、いろいろな業務を現地熊本の医療機関や行政へ引き継いでいくという終盤のフェイズであったが、益城町ではまだ2000人以上の方が避難生活を送られており、他の地域との復興格差が目立ち始めた時期であった。

益城町では、日本全国から派遣されている保健師チームのミーティングに毎朝参加し、保健師からの相談を受けて、個別にケース対応した。例えば、ストレスにより不眠や自律神経症状が出現した「異常な事態への正常な反応」ケース、被災前から未治療の精神疾患があった人が避難所で事例化したケース、倒壊の危険が指摘されているにも関わらず住み慣れた自宅を離れないため希死念慮が疑われたケース等である。また、益城町役場の災害担当者や益城町保健センター職員から、発災後職務の責任からほとんど休まず業務に追われていること、もともと人が少なく「自分が頑張るしかない」こと、にもかかわらずマスコミや被災者から対応の遅れを訴えられる等を聞き、頭の下がる思いであった。苦労をねぎらい、交替して休息されるよう提案はしたもの、現実的にはそれどころではなく、組織的な支援者支援の必要を感じた。

当院DPATの本格的な活動は今回が初めてであったが、2回目の派遣となる山川医師のサポートを受け、当院メンバーの日頃からのチームワークを活かし、微力ながらも被災された方々のお役に立てたのではないかと思う。



第10隊の派遣メンバー



ミーティング風景



活動の場(益城町保健福祉センター)



派遣当時の益城町

今回の派遣であらためて感じた今後の課題として、ひとつには、平時からの院内の多職種によるチームワークの必要性である。災害という非常時において活動するDPATが、その機能を最大限に發揮するためには平時の継続的な訓練が必須である。各メンバーがそれぞれの役割で連携し、効果的なチームワークを作り上げることは一朝一夕にできるものではない。当院のような総合病院では、たとえば、平時はリエゾンチームとして活動している多職種チームを核として、災害時のDPATを組織する等日常の機能を非常時の備えとして効率的に活かす工夫が必要である。単科精神科病院であれば、たとえば平時はアウトリーチのチームが災害時にはDPATとして機能する、という方法も考えられる。

今後の課題のふたつめには、日頃からの地域の医療機関との連携である。熊本に派遣された沖縄チームの何人かのメンバーとは沖縄PEECコース（救急関連の研修会）を共同で開催しており、実際、当院

チームの前後に派遣された第9隊、第11隊は顔見知りのチームであったために、業務の引継ぎが極めて順調であった。DPATではひとつの担当地域は原則として同じ県から派遣されたDPATが交代で引き継いでいくことになっており、このような面からも普段からの地域医療機関の連携、顔の見える関係の大切さを再認識した。

今回のDPAT派遣は、当院から派遣された各メンバーにとって、災害時の精神医療体制や支援の実際を考える上で非常に貴重な体験になった。沖縄県においても地震等の災害は必ず発生する。災害拠点病院である当院はDPAT活動拠点本部、状況によっては調整本部としての機能を発揮する必要がある。今回の経験を生かし日頃の備えに取り組んでいきたい。

臨床研修

## 見学感想文

鹿児島大学医学部医学科 鎌 田 さつき

私は6月26日から28日の3日間、小児科、救急科、小児外科の見学をさせて頂きました。

3日間、研修医の先生方には、たくさんお話を聞かせて頂き、初期研修医の仕事や勉強、そして生活についてなど具体的なイメージを持つことが出来ました。

小児科はNICU、総合内科、血液腫瘍内科、腎臓内科、循環器内科と細分化しており、患者さんも多く、小児医療センターとして地域で果たしている役割を見学させて頂くことが出来ました。それぞれの科に専門の先生、後期研修医の先生方、また総合診療科には初期研修医の先生方もいらっしゃり、初期研修医として勉強させていただく際に、多くのことを学べる環境であると感じられました。吉村先生には見学の際にステロイドの使い方などレクチャーしていただき大変勉強になりました。

救急科では初期研修医の中山先生、沼澤先生の救急外来を中心に見学させていただき、小児患者さんの占める割合にまず驚きました。先生方には外来の様子や、疾患についてなど教えて頂きました。上級医の先生への相談の際には、短い時間で要点をまとめて相談されていて、外来診察の際に患者さんの話を聞きながら、鑑別を上げ必要な検査を考えていくことの重要性を感じました。また、救急車で搬送されてくる患者さんは成人患者さんが多く、成人と小児の救急疾患どちらも勉強できる環境に魅力を感じました。

最終日の小児外科ではカンファレンス、回診と鼠径ヘルニアと後腹膜腫瘍の摘出術を見学させていただきました。回診の時には先生方の小児患者さんへの接し方から、患者さんのメンタル面も考慮しながら診察していくことの大切さを学びました。

この病院見学を通じて、研修医の先生方の仕事や、患者さんへの接し方を見学でき、貴重な3日間となりました。またお昼のコアレクチャーでは、先生方が分かりやすくレクチャーしてくださり、初期研修医の間にも回っている科とは別の科について学ぶことが出来る、教育体制の充実性を感じました。

レクチャーの内容も含め、見学させて頂いた患者さんの疾患については、まだまだ勉強不足の面も多く、これからさらに勉強し知識をつけていこうと思いました。

各科の先生方、研修医の先生方、臨床研修センターの皆様方にはお忙しい中、時間を割いて頂き、初期研修のことについて詳しく教えて頂きまして、ありがとうございました。

臨床研修

## 沖縄県立南部医療センター・こども医療センター見学感想文

琉球大学医学部医学科6年次 幸 喜 未那子

貴院におかれましてはますますご清栄のこととお慶び申し上げます。

この度はお忙しい中、病院見学の機会を頂きまして、誠にありがとうございました。

貴院での見学は、5年次とクリニカル・クラークシップを含めまして3度目にあたります。以前伺った際は、小児科と内科の見学を致しました。先生方やスタッフの皆様に手技の仕方を教えて頂きながら実践出来たことはとても良い経験になりました。また忙しい合間を縫いながらミニレクチャーでのご指導、カルテの書き方や患者さんとの接し方についても説明して頂いた事は、今も病院実習をするにあたり実践しているところです。そのため貴院のような病院で研修を行いたいという思いがあり、今回見学とマッチング希望をした次第です。

今回は産婦人科の1日見学をさせて頂きました。見学では胎児胸水における穿刺に立ち会うという貴重な経験をすることが出来ただけでなく、帝王切開の手術にも参加させて頂きました。胎児胸水の知識が無知な私でしたが、先生方が丁寧に説明して頂いたので、とても分かりやすく大変勉強になりました。また帝王切開の手術中にも関わらず気にかけて下さり、どのような手順で行うか、解剖学的な特徴などを教えて頂き、とても有意義な時間を過ごすことが出来ました。

私が初期研修で望んでいることは、common diseaseからhigh riskな疾患まで多くの症例に触れ、力量の向上に努めることです。3回の見学を通して、貴院では初期から3次まで幅広い症例を経験出来る上に、カンファレンスやコアレクチャーが充実しているなど、実践的、教育的に学ぶ機会が多いと感じました。さらに梅村先生から初期のうちは色々な経験を積むことが今後に活かせるチャンスになるというお話を拝聴し、将来の専門分野だけではなく、貴院のような恵まれた環境で様々なことを学ぶことが、後期研修で専門分野に進んだ時のステップアップに繋げていくことができると思えるようになりました。また先生方やスタッフの皆様が和気あいあいと仕事をなさっている姿を見た時、ますます貴院で働きたいという気持ちが大きくなりました。

このような体験を踏まえ、来年度の研修医として希望致しました。最後になりますが、立派な医師として働くことができるよう医師国家試験にむけて一生懸命勉学に取り組んでいきたいと思います。今後とも何卒よろしくお願い申し上げます。

研修医だより

## 初期研修を振り返る



初期研修医 相 原 隆 充

沖縄での、南部医療センター・こども医療センターでの2年間が終わろうとしています。期待と不安を胸に初めての土地で挑戦をするべく、当院での研修を選んだ日がつい昨日のように感じます。この記事を作成している今現在、研修生活はまだ4分の1が残っているにも関わらず、すでにこの土地を離れる寂しさを禁じ得ない自分がいます。このような機会を頂いたので、2年間の初期研修生活を振り返ろうと思います。

1年目はとにかくがむしゃらに。医師として、社会人としてのスタートを切ったばかりで、「自分は教わる立場で、人の役に立つなどおこがましい」という考えの下、とにかく手を足を動かしました。院内でCPAコールが鳴れば、役に立たないとわかっていても、持ち前の体力を活かし、いの一番に駆けつけました。日常の病棟や救急の場でも、何気なくコメディカルにお願いしていることで自分に出来ないことであれば、「わからないので教えて下さい」と必ず言うように心がけました。そのようにして医療現場の先輩である医師や看護師から見て、教えてもらって、学んだたくさんのが今自分の自分を支えていると思います。

2年目になると、自らも未熟ながら後輩ができ、物を教える立場になりました。間違えたことを教えないように、また多少の見栄を張りたい気持ちも助け、自然と勉強に精が出ました。病院での生活にもある程度慣れたことで、仕事の中で楽しいと感じる時間も増えました。1年目の時は患者さんにどんな話をしたら良いのか、もし患者さんや看護師さんから質問が来たら何て答えばいいのかと、不安で病棟から足が遠のきがちでした。そこから、1年間の経験や知識を背景に自然体の自分で過ごすことが出来るようになりました。

当院での研修の特徴として、とにかく多くの診療科で経験を積むことができます。私は2年間で18の診療科にお世話になりました。医師としての礎を築くにあたり、このような恵まれた環境は他にないと思います。また、1年目が院内寮、2年目が院外寮での生活でした。生活の中心が病院にあることで、医師として生きていく自覚を持たせてくれたと感じています。

私たち同期11人は南部医療センター・こども医療センターとして10期目の研修医でした。10期目に相応しい出来のいい学年ではなかったかもしれません、切磋琢磨しながら、体力的にも精神的にも大変な時間を支えあって過ごしました。2年間で出来たたくさんのご縁をこれからも大切にして行きたいと思います。今後も当院の初期研修が益々発展していくことを切に願います。

最後になりましたが、私たち11人の研修生活を支えて下さった医師、看護師、コメディカル、事務の方々、そして患者様に心より感謝申し上げます。このご恩は、当院卒業の看板を背負い、それぞれの道で活躍していくことで返せればと思います。

研修医だより

## 初期研修を終えて



初期研修医 加 藤 愛香里

医師になって最初の2年間を当院で過ごさせていただきました。改めて2年間を振り返ろうと思います。私が当院を初期研修先に選んだ理由は、沖縄に興味があったから、また「こどもも診られる内科医」になりたかったため、病院名がぴったりだったからです。そのため見学に来たところ、当時の研修委員長である吉村先生と面談を行い、話しただけで魅力的な先生であると感じ、当院はハード面もソフト面も揃っていると知って、決定打となりました。

そして4月になり、最初のローテーションは産婦人科でした。医師の仕事と言えばカルテを書くこと以外知らず、朝から何をしたらよいか困って看護師さんの仕事を手伝ったり、ただただ患者さんと話したりしていました。そのため仕事らしい仕事はしていない4月中旬に、なぜか1人の褥婦さんが、私の名前に因んで、お子さんに「あかり」という名をつけたという出来事（事件）がありました。漢字は違うのだけどね、と嬉しそうに話す褥婦さんに、産婦人科の先生方は大変驚いていました。とてもうれしいことではありましたが、なぜ由来になったのか、理由はよく分かりませんでした。しかしその時、「医師は、自身が意識していないようなささいなことでも、周囲に影響を与える」ということを強く自覚しました。

次にロートートした小児科では、子どもの年齢や既往歴に合わせた治療を学ぶことができました。子ども病院であるため、稀な病名のついた子どもたちも多く来院しますが、たくさん接することや丁寧な診察を学んだことで、そういった子どもの診療に当たったときの不安感を減らすことができました。また病棟以外に救急の場でも、たくさんのかどもたちを診療しました。少しでも困った症例があれば、すぐに小児科の後期研修医や指導医に相談ができたため、小児科では2年間を通して勉強させていただいたと思います。

総合内科のローテーションで印象的だったことは、外国人の脳炎患者が入院したときのことでした。意識状態が悪いものの、日本語はおろか、英語も理解できる人なのかどうか分かりませんでした。その時に、主治医である仲里先生は意識の評価のために、iPadをベッドサイドに起き、その国の言語のアプリを入れて意思疎通を図ろうとしたり、歌を入れて普段から聞かせることで、少しでも異国の不安感を取り除こうとしたりしていました。また実際に状態が改善に向かうと、自分のことのように喜んでいました。患者に寄り添う、とはよく言いますが、相手を理解しようとする労力を惜しまないこと、相手の立場を思いやることが大切であると知りました。そういう行為を実践できることは素敵だと思いましたし、私もそのような診療をしたいと思いました。

そして小児外科のローテーションでは大きな転機がありました。元々私は、医学生のときに臨床実習が始まつてから、どの科の手術を見ても全く興味がなく、「将来は外科以外になろう」と考えていました。そのため、初期研修の外科ローテーションは、手を洗う最後の機会だからやりきろうと思っていました。しかしまたま選択した小児外科で、執刀させてもらったもののうまくできず、再挑戦のために選択科として再度ロートートした2年目の夏を経て、いつの間にか小児外科志望になっていました。1回の悔しさだけで、手術をやりたい気持ちが特別に湧いてきたわけではないですし、何に惹かれたのか、正直私にもよく分かりません。初期研修が終わろうという今も、志望理由を明言することは難しいですが、そうだとしても強

く興味をかきたてられることは確かであり、良い出会いであったと心から思います。小児外科のローテーションを経て、私は、「こどもも診られてメスの持てる内科医」を目指すことにしました。

その他、3か月回させていただき、手技を温かく見守ってくださった麻酔科や、学会発表を手厚くフォローしていただいた消化器内科、夜遅くまでやっている外来の最後に尋ねて質問を投げかけても、いつでも笑顔で答えてくれた神経内科など、各科で大変お世話になりました。ローテートの科に関係なく、どの科の先生も相談にのってくださったことは、診療の際の心の支えになっていましたし、大変勉強になりました。

また、医師以外の医療従事者から学ぶことも多数ありました。特に子どもや高齢者では、できることとできないこと、できても時間がかかることが多々あり、レントゲンを1枚撮ったり、点滴を1本取ったりするだけでも、周囲のサポートが必要です。オーダーをする時に、実際に実現可能か想像してみること、また個々のペースに合わせて行う必要があることを看護師や技師から学ぶことができました。退院の時にも、入院する前に住んでいたところにすんなり帰れるわけではなく、家族や保護者との調整が必要であることを、ソーシャルワーカーから学ぶことができました。何も知らない新人相手に、丁寧に教えてくださったことを感謝しています。

この2年間、本当に楽しい毎日でした。輸液をカルテ入力するだけでも楽しかった、と言っても過言ではないくらい、仕事ができること、できるようになっていくことに喜びを感じられました。そして2年間で確実に成長できたと思います。

後期研修にあたり、本土へ帰ることに決めました。当院で初期研修を終えたことに誇りを持って、今後の診療に当たろうと思っています。いずれ、沖縄の医療に貢献するために戻ってこようと考えていますので、お会いしたときにはどうぞよろしくお願いします。2年間ありがとうございました。

研修医だより

## 救急科後期研修終了後の小児科専攻するにあたって



小児科専攻医 窪田圭志

小児科専攻医の窪田圭志です。私は専攻医としては特殊な経歴であり、当院にて小児科を専攻させていただくことになった経緯を交え、この場を借りてお話しさせていただきます。

私は2010年から2年間、当院にて初期研修を修了いたしました。学生時代は小児科志望であり、初期研修から小児の急性期医療に積極的に関わることのできる当院での研修を希望し採用していただいたのですが、初期研修生活の中で大きなウェイトを占めていた救急医療に興味を抱くようになりました。迷った末に、まずは救急科でしっかりとタイムマネジメントと超急性期の対応、広い視野を身につけたいと思い、浦添総合病院の救命救急センターで後期研修を3年間修了いたしました。

後期研修最後の年に迷ったのが、このまま救急科として急性期医療に携わり続けるか、もしくはもともとの志望科であった小児科の勉強を1からするか、ということでした。迷いはありましたが、全国の救命救急病院や小児病院を見学しながら様々な方と相談させていただき、救急は専門医を取得する段階で一旦区切りを付けて小児科の勉強をしていくこととしました。さて、どこで小児科の研修をしようかと考えた時、小児救急という比較的新しい分野を牽引している東京都立小児総合医療センターと、初期研修を修了した当院が挙がりました。

小児科を学ぶうえで、スタッフとして勤務しながら勉強していくより、専攻医として最前線で患者と関わりながら手技、知識、経験を磨いていく方が自分の勉強になるのでは、と考えました。なぜなら、私は強制力がないとなかなか勉強せず、余裕があると楽を選んでしまうという自分の性格を自覚していたからです。迷った末、吉村先生とも何度か相談させていただき、後期研修を修了した状態で小児科専攻を開始するという異例の形にはなりますが、当院小児科専攻医として採用していただき、再び当院にて勤務させていただく運びとなりました。

小児科を研修していくうえで意識したのは、謙虚さとフットワークをもって診療にあたること、また、診療の上で常に疑問を持ち、それをこまめに調べながら毎日を過ごすことで、1例の症例を通じて他の症例に対しても対応可能な柔軟性と知識をつけていくことでした。これは私が3年救急で後期研修していた際、初期研修医や後輩の後期研修医に対して指導していたことでもありました。

研修医ははじめは知識も経験もなく、何もできないことが当たり前ですが、一生懸命研修を重ねていくことで、知ること、できることが爆発的に増えています。ただ、それが慢心や横柄な態度につながっていくこともよく聞く事実だということは皆様もご存知の通りだと思います。

特に医者年齢としては他の小児科同期の専攻医より3年上であり、同期と同じ研修をしていく中で、慢心から研修の質が落ちていくことを危惧していた私は、謙虚さを特に意識しながら研修に勤しました。わからぬこともわからないと言えるよう、すぐに調べるよう努力しました。そんな中、やはり私は他の専攻医と比べ一度研修を終えている身であり、同期と同じことができるだけではだめだという焦りも生まれていました。そんな謙虚さと自尊心の狭間で四苦八苦していましたが、それを理解し他の専攻医と同様に扱ってくれる指導医の存在に何度も救われました。

もうすぐ小児科での2年間の研修が終了します。初期研修のときも感じましたが、2年間は終わってみるととても短い時間に感じます。そんな中、あの時もっとやっておけば、こうしておけばいい研修になったのに、と思ってしまうことも多々あると思います。そう思ってしまうこともある程度は仕方ないことだとは思いますが、そう思ってしまうことを少しでも減らせるよう、研修への考え方や姿勢について同期や後輩に提言し、スタッフに提案していくのは、一度後期研修を修了している自分の強みでもあると思います。残り数ヶ月ですが、自分の研修だけでなく、同期、後輩の研修にもつなげていけるよう精一杯励んでいきたいと思います。

最後になりましたが、ともに研修してきた同期を始め、研修を支えてくれた指導医、後輩、看護士、コメディカルの方々にこの場を借りて深く御礼申し上げます。貴重なお時間を割き、最後までご高覧いただきましてありがとうございました。

診療所だより

## 半年間を振り返って

渡名喜診療所 三 宅 孝 充

初めまして、渡名喜島に今年度から赴任している三宅といいます。自治医科大学を卒業し、中部病院での初期研修を終え、今年度より渡名喜診療所に赴任しております。医師としてまだ駆け出しの自分が、このような執筆の機会を頂いたことに、僭越ながら感謝しています。カルテ以外の文章を書くことがとても久しぶりで、正直何を書いていいのか分かりませんが、渡名喜島に来てからの半年間を振り返って、ありのままの思いを、渡名喜島の紹介も含め書き綴ろうと思います。

こんなことを言うと渡名喜村民に怒られそうですが、赴任する少し前まで、渡名喜島という離島があることを知りませんでした。村民に籍を移してまだ半年余りですが、今では渡名喜島のことが大好きです。

渡名喜島は、泊港からフェリーで2時間で行くことができます。1日1便のみで、日帰りはできません。人口は400人弱、周径12kmと小さな島です。島のほとんどを山、それも岩がゴツゴツと露出した、切り立った崖のようなダイナミックな山が占めており、山頂の展望台からみる山と海の景色は、ここが



離島と思えないほど壮大です。島に集落は1つで、昔ながらのフクギ並木や石垣に囲まれた、赤茶色の瓦屋根の家が建ち並び、沖縄では2つしかない重要伝統的建造物群保存地区に指定されています。渡名喜島に来て間もないころ、集落の道端のあちこちに、薄ピンク色のカワラナデシコが可愛らしく咲き、山道に車を走らせれば、切り立った山肌のあちこちに白のユリが咲いているのをみて感動したものでした。沖縄の離島では、国立公園に指定されている慶良間諸島が有名ですが、渡名喜島はそれに全然負けないばかりか、手付かずの自然と、昔ながらの沖縄らしい景観を楽しめる最高の場所だと思っています。



渡名喜診療所は、1日平均来院患者数は10人前後、時間外受診は月数件と、医師としてはゆったりできる方の診療所です。1人の患者に、多いときは30分から1時間も話を聞き、事務に注意されることもしばしばです。医師になって初めて、患者さん1人ひとりと向き合い、心から寄り添う医療ができるいるな、という実感があります。

県立中部病院での3年間は、ひたすら目の前のこ

とに精一杯でした。研修医として申し分ない経験をさせてもらった一方で、仕事に余念がなく、自分をないがしろにしているところもありました。自分と向き合う心の余裕がなく、結果として患者さんの心の声に耳を傾けることができず、後悔した苦い思い出もあります。

渡名喜島に来て思うことは、医師として本当にいい時期に、いい場所に、いい人々に恵まれたな、ということです。患者さんとの間に、時間的、距離的な制約がなく、1人ひとりの人柄、家族、生活と直に向き合うことができます。患者さんを、感情をもった“ひと”として、不安や怒りといった負の感情を受け止め、喜びや生きがいといったポジティブな感情に焦点をあてたりと、心の処方箋になるようなコミュニケーションを模索できることに、家庭医としての魅力を感じています。ある種の勘を働かせながら、自宅で薬の管理はできているか、転倒していないかなど、生活を想像し、時には周囲の人を巻き込んで生活全体をマネジメントできることに、とてもやり甲斐を感じています。

医師と患者という関係を越えて、自分と“あなた”的関係になりそうなこともあります。信頼関係を築こうと無意識にやっていることが、個人的な感情に振り回されていたことに、後になってふと気付かされることもしばしばです。環境としては有り難いなと感じつつも、仕事とプライベートの一線を越えないよう、プロとしての意識を忘れないように注意しています。私個人の感情や偏見によって正しい判断がぶれないよう、身体だけでなく、心のメンテナンスを大事にするようになりました。

渡名喜島に来て最初の数ヶ月は、診療所の医師としての顔しかないように、窮屈さというか、寂しさを感じていました。今では、医師としての自分だけでなく渡名喜村民としての自分も、徐々に受け入れられている気がします。渡名喜島に来て間もない6月、医師としては渡名喜史上初?になるのでしょうか、ハーリーの大会に出場させてもらいました。毎年旧暦の5月に、海神祭という、航海の安全と大漁を祈願するお祭りがあります。そこで島のお年寄りがもっとも楽しみにしているのが、男たちが地区対抗で競い合うハーリーです。今年は、ハーリーの艇

が新造され必要な漕ぎ手が増えたことと、若手への世代交代で人数が足りなかった運が重なり、最初は体験半分で参加させてもらっていた練習から、いつの間にか漕ぎ手として、本格的に参加するようになりました。島に来て初めて、医師であることを忘れ、村民としてのありのままの自分を受け入れてもらっている気がしました。毎日の練習の後に、夕陽のみえる港のベンチで仲間と囲って夕食会をするのですが、島の女性陣が作った栄養たっぷりの料理がとても美味しく、仲間と漕ぎについて熱く語り合うことが楽しく、学生時代所属していた漕艇部の合宿生活を思い出していました。この大会の後も、水上運動会や夏祭りといった行事に参加させてもらいましたが、診療所以外のつながりを得ることで、よりいつそう渡名喜島とそこに住む人々を好きになり、大切にしたいという思いが強くなりました。



今だからこそこうして、この原稿を書く時間も含め、ゆっくりと自分と向き合い、家族と大切な時間を過ごすことができています。1日の診療を終え、診療所の目の前の港から見える夕陽が本当に美しいこと。風の気持ちいいこと。星のキレイなこと。時には不便に感じる渡名喜島の“何もない”環境が、実は“何でもある”環境であることに気付かされます。

「診療所だより」ということですので、渡名喜診療所のスーパースタッフにも触れたいと思います。看護師は、私と同様今年度から赴任した方で、離島勤務は初めてです。今では離島の生活にすっかり馴染み、私の苦手とする生活指導を、まるで友達にでもするかのようにさり気なくしてくれることがあります。

がたく、頼もしい限りです。昨年度まで大病院のNICUに所属していたことが信じられません。事務は診療所に長く務めている方で、患者さんのこと聞くと、瞬時に住所や家族構成、仕事内容といった情報が返ってきます。社会人“1年目”的世間知らずな私が、渡名喜島で何とか上手くやっていけるのは、生活や社交面で色々工夫してくれている、事務のさり気ない気配りのおかげです。

私がもっとも苦手とすることの1つが救急ですが、島に来て一番の不安が急患搬送でした。1人での判断に自信がなく、親病院の救急や専科の先生に搬送適応や治療方針について相談させて頂くことが時々あります。離島ということを意識して下さっているからでしょうか、いつも丁寧に助言して頂き、ときには励ましの言葉をもらったりと、親病院の“親”の意味のありがたさを実感しています。

渡名喜島での経験が、私の医師としてのキャリアに大きく貢献することは間違いないですが、それ以上に、ひととして成長させてもらえる最高の環境であると感じています。医師としての“原点”を思い出させてくれた環境でもあります。自分のやりたい医療ってなんだろう、自分らしさってなんだろうと、研修医時代からずっと自問自答してきた答えが、日々の診療の中で少しづつ分かり始めているような気がします。



診療所だより

## 診療所だより

座間味診療所 最勝寺 佑 介

### 1.はじめに

2016年4月より沖縄県立南部医療センター・こども医療センター付属座間味診療所に赴任しております最勝寺佑介と申します。沖縄県立南部医療センター・こども医療センターの皆様には日頃より離島診療にご理解とご協力をいただき誠に感謝しております。離島・僻地医療に貢献することを夢見て10年、ついに離島診療所勤務に従事することができました。

この度、診療所だよりの執筆機会をいただきましたが、何を書かせていただくか非常に悩みました。その中で離島診療所という限られた方々しか勤務することのない施設で「何が行われているのか」を知つていただく絶好の機会と思い、離島診療所での診療報告とさせていただきました。最後までお付き合いいただけすると嬉しく思います。

### 2.座間味島について

まず初めに座間味診療所のある座間味島についてご紹介させていただきます。沖縄本島那覇市から西へ40キロの場所に座間味島はあります。島々に抱かれた珊瑚礁の内海は抜群の透明度を誇り、その印象的な青は「ケラマブルー」と呼ばれています。2009年に日本の魅力を海外に紹介する「ミシュラン・グリーンガイド・ジャポン」で高く評価されからは、欧州からの観光客も増え、世界から熱い視線を集める海となりました。我が国屈指の多島海景観、高密度に生息するサンゴ礁の海に囲まれた座間味島は、2014年3月5日のサンゴの日、隣村の渡嘉敷島とともに「慶良間諸島国立公園」に指定されました。また座間味島の属する座間味村は沖縄戦で米軍最初の上陸地となった戦禍を乗り越え、本島至近のマリンレジャー拠点としての繁栄を築いてきま

した。島々の篤い信仰心は、自然への畏怖と感謝を今に伝え、多くの神事が暮らしの中に息づいています。

『表1』に座間味島の世帯数を示します。座間味島は座間味・阿佐・阿真の3つの集落から成り立つており、フェリーターミナルのある座間味地区に最も多くの島民が暮らしています。家庭医療専攻医である筆者は348世帯の「家庭」を対象として日々診療を行っています。

《表1》【世帯数】

(2016年8月末 住民基本台帳より)

	日本人世帯	外国人世帯	混合世帯	合計
字阿佐	45	0	1	46
字阿真	42	0	0	42
字座間味	254	3	3	260
座間味島	341	3	4	348

次に男女別人口《表2》と年齢別人口《表3》を示します。座間味島の年少人口・生産年齢人口・老人人口の割合は沖縄県の平均、それぞれ17.2%,63.2%,19.7%（平成27年国勢調査）とほぼ同じであるため、平均的と言えます。診療所では子供から大人まで幅広い年齢層に対応しています。

《表2》【男女別人口】

(2016年8月末 住民基本台帳より)

	男性(外国籍)	女性(外国籍)	合計(外国籍)
字阿佐	45(1)	43(1)	88(2)
字阿真	39(0)	29(0)	68(0)
字座間味	233(4)	212(2)	445(6)
座間味島	317(5)	284(3)	601(8)

《表3》【年齢別人口】

(2016年8月末 住民基本台帳より)

	年少人口	生産年齢人口	老人人口	高齢化率
字阿佐	20	49	19	21.6
字阿真	9	42	17	25
字座間味	76	275	94	21.1
座間味島	105	366	130	21.6

また、座間味島は観光を中心とした「産業の振興」と島ちやびの解消による「定住促進」を村政運営の二本柱としています。《表4》に示しますように年間10万人を超す方々が座間味島を訪れています。特に夏期の間は船舶や宿の予約が困難になるほどの人気があります。また、妊婦健診や本島病院への受診の際には通院費の助成が可能なケースもあります。今後も生活面だけではなく医療における島ちやびの解消も我々医療従事者の重要な任務であるとも言えます。

### 3.座間味診療所について

座間味診療所は座間味村座間味地区のやや西のはずれにあります。平成24年10月には診療所隣に総合ケアセンターが設立され、小規模多機能居宅介護、居宅介護支援、障がい福祉サービス、通所介護、訪問介護、短期入所生活介護、配食サービスなどを提供しています。診療所スタッフは事務員・看護師・医師の3名です。診療時間は平日の午前9時から午後5時までとなっており、受付時間は午前9時から午前11時30分、午後2時から午後4時30分ま

でとなっています。本年度からの試みとして、午前8時30分より朝の朝礼を行っています。時間外診療の報告、当日の予定、提案事項などを確認し、朝礼後午前9時まではスタッフで手分けして診療所内の清掃を行っています。診療の流れに関しては患者受付の後、看護師によるトリアージ、医師の診察となります。急患発生時は患者様に待っていただくこともあります。医師の診察の後、処方がある場合は主に看護師が調剤を行い事務員または医師とダブルチェックを行っています。その後、事務員が診療記録を用いて事務処理を行い精算します。また、毎週木曜日の午後は訪問診療や各種会議、予防接種の時間としています。上記以外の時間帯での診療は時間外診療となります。2015年11月より消防指令センターを経由したワンクッションシステムが導入されており、消防指令センターから診療所医師の持つ医師携帯へ連絡が入りります。座間味島には医療機関が診療所だけであるため全例診察しています。

設備に関してはレントゲン撮影装置、心電図、超音波検査、除細動器、顕微鏡、吸入器、吸引器、耳鏡、モニター、血液検査機器(iSTAT)、PT-INR測定器、血糖測定器、細隙灯(使用不可)、遠心分離機、分包機、オートクレーブなどがあります。CT/MRI、透視装置、婦人科用超音波検査、血球測定器はありません。

また、座間味診療所では沖縄県へき地医療支援機構による眼科(2ヶ月に1回)と精神科(1ヶ月に1回)の巡回診療を行っています。当院か

《表4》【観光客数】

	1月	2月	3月	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	合計
H21	2245	3097	4760	3652	6105	7424	13700	13805	10746	5721	3512	2551	77318
H22	2164	2421	3874	3528	5359	6875	12584	14281	9089	6619	4269	2536	73599
H23	1776	2546	3301	4163	3817	6069	11966	13018	8428	8162	4766	3131	71143
H24	2138	2452	4176	4125	4321	6382	12186	11175	8447	6676	4537	2874	69489
H25	1842	3468	4487	4724	5303	7660	13129	16198	10368	5207	4270	3310	79966
H26	2150	2866	4897	5416	5734	8602	14255	17981	13478	7610	6111	3007	92107
H27	3188	4574	7110	7150	7347	10382	14315	15281	13501	9548	5921	4274	102591
H28	3648	3756	6090	6707	7142	10619	16374	18451					72787

《表5》【年齢別受診者数】

	~14歳	15~64歳	65歳~	合計
4月	37	158	161	356
5月	42	135	141	318
6月	52	153	153	358
7月	47	184	142	373
8月	42	171	139	352
9月	23	134	154	311
合計	243	935	890	2068
割合	11.8%	45.2%	43.0%	100%

らも年に数回、神経内科医師の巡回診療も行っています。各科専門医のいない診療所では非常に有用なシステムとなっています。

それでは実際に1日に何人程度の受診があるのか見ていきたいと思います。《表5》に2016年の診療所受診患者数を示します。1日平均では14.6～17.1人/日（月別）となっています。年齢別受診者数を見ると約12%が小児科受診となっており、生産年齢人口と65歳以上の受診者数の割合は同等となっています。観光客の増える夏場には受診者数も増加していることがわかります。

次に主訴と診断名から割り出した診療科別の受診者数の数と割合を《表6》示します。全科満遍なく受診していることがわかります。外科の受診割合も高いことが診療所の特徴とも言えます。

また、座間味診療所は世界からも評価されている観光地であるため、外国人の受診も多くなっています。《表7》に国籍別の外国人受診者数を示しますが、

《表6》【診療科別受診者数】

	内科	耳鼻科	眼科	精神科	産婦人科	皮膚科	小児科	外科	整形外科	合計
4月	223	3	3	0	1	19	37	46	24	356
5月	201	2	5	0	2	16	42	22	28	318
6月	227	4	1	1	1	23	52	30	19	358
7月	233	8	2	1	3	18	47	27	34	373
8月	230	4	7	5	2	18	42	28	16	352
9月	223	1	3	3	2	7	23	25	24	311
合計	1337	22	21	10	11	101	243	178	145	2068
割合	64.6%	1.1%	1.0%	0.5%	0.5%	4.9%	11.8%	8.6%	7.0%	100%

《表7》【外国人受診者数】

	アメリカ	イギリス	イタリア	エストニア	オランダ	韓国	中国	ドイツ	ニュージーランド	フランス	ポーランド	合計
4月	1						1				1	3
5月	1	1		1		1				1		5
6月		1					5	1	1	2		10
7月	1						2			2		5
8月			2		1	1	1			1		6
9月								1				1
合計	3	2	2	1	1	2	9	2	1	6	1	30
割合	10%	7%	7%	3%	3%	7%	30%	7%	3%	20%	3%	100%

《表8》【時間外患者数】

	平日時間外 (17:00~22:00)	平日夜間 (22:00~6:00)	休日時間外 (6:00~22:00)	休日夜間 (22:00~6:00)	合計
4月	7	1	11	0	19
5月	5	1	14	2	22
6月	3	4	6	2	15
7月	4	3	20	5	32
8月	11	1	10	0	22
9月	8	0	16	0	24
合計	38	10	77	9	134
割合	28.3%	7.5%	57.5%	6.7%	100%

アジア以上に欧州の受診者が多いことが特徴的です。疾患としては下記のようになっており、幅広い疾患に対して英語での診療が必要となっています。

#### [外国人受診者疾患一覧]

咽頭炎、前十字靭帯断裂、熱中症、膝擦過傷、接触性皮膚炎、溺水、日光過敏症、急性中耳炎、種子骨周囲炎、頭部裂創、耳垢塞栓、足白癬、乳腺炎、足底裂創、上気道炎、リンパ節炎、肘裂創、頭部裂創、足刺傷、尋麻疹、全身擦過傷、接触性皮膚炎、下肢開放骨折、足趾末節骨骨折、虫刺症、前腕挫滅創、咽頭炎、手指裂創、爪周囲炎

次に座間味島における時間外診療（オンコール）の件数を《表8》に示します。観光客の多い夏には時間外受診者も増加しておりますが、平均22件です。夜間の受診も少ない割合ではありますが離島診療の重要な役割を担っています。ヘリでの搬送症例となったケースは6ヶ月で13件でした。緊急を要する疾患に関してはドクターヘリ(日中のみ)または自衛隊での空輸が行われています。月によっては搬送がない月もあり、ばらつきがあると言えます。

#### 4.診療所の取り組み

今年度の診療所の取り組みとして以下のような活動を行っております。

##### ・健康だよりの発行( 5 / 7 / 9 月)

各号にてコラムを掲載し健康への啓蒙活動や診療所の活動報告を行っています。

##### ・薬手帳(2016年7月より)

本島病院受診時にも各病院との薬剤情報交換がスムーズに行えるように、薬手帳のシステム導入を行いました。

##### ・家族カルテ(2016年9月より)

家族志向のアプローチを円滑に行えるように、各家庭に1冊の家族カルテを作成しました。

##### ・アナフィラキシー勉強会

2016年7月13日にライフセーバーを対象としたアナフィラキシー勉強会を行いました。

##### ・熱中症予防講演会

2016年7月21日に座間味村役場にて熱中症予防講演会を行いました。

その他、学校検診や就学時検診、インフルエンザ予防接種、敬老会での講演会など様々な活動を行つ



村役場で講演会を行う筆者

ております。今後とも地域のニーズに合わせた活動を積極的に行っていければと考えております。

### 5.研修医・医学生受け入れ

2016年は当院より2名、琉球大学医学部付属病院より1名、琉球大学医学部より4名、黒石病院(青森県)より1名、むつ総合病院(青森県)より1名の計9名の受け入れを行っております。日々の診療だけでなく、島での医師の役割を感じてもらえるよう幅広い研修を心がけております。具体的には島民との交流会や転倒予防教室への参加、ケアセンターの見学、環境保全活動への参加など個人の希望に沿った形で特色ある研修内容を目指しております。業務を行うことだけではなく医師の育成に関しても離島診療所は重要な役割を担っていると思います。

### 6.最後に

座間味診療所での診療報告という形で様々なことを書いてまいりましたがいかがでしたでしょうか。少しでも診療所での活動を想像することができたのであれば大変うれしく思います。現在、離島という環境で不自由なく勤務できているのは私たちの休日を確保するために来られる医師、または看護師の皆様を始め親病院である沖縄県立南部医療センター・こども医療センターの皆様のご協力があるからこそであると思います。これからも島民の皆様に支えられながらより優れた医療を提供できるよう頑張ってまいりますのでご支援・ご協力のほどよろしく御願いいたします。

### 7.参考文献

- ・平成28年度診療所日誌
- ・広報ざまみNo.66 2016年10月号
- ・沖縄県座間味村 村勢要覧



座間味診療所スタッフ

随想・趣味

## AI 2016



小児総合診療科 松茂良 力

2016年はあらゆる分野でAI（Artificial Intelligence：人工知能）が話題となった。囲碁では2016年春、世界最強の呼び声の高い韓国囲碁棋士がGoogle社のAIに大敗を喫した。2017年3月、日本、中国、韓国の最強棋士各1人とAIの四者による世界戦「ワールド碁チャンピオンシップ」が開催される予定である。日本からは六冠井山裕太碁聖が出場予定である。将棋では羽生棋士とAIとの対戦（電王戦）が期待されているが、その電王戦の予選である叡王戦準決勝で敗れているので楽しみが来年以降へ持ち越された。

医療では2016年8月、東京大学医科学研究所が導入した2000万件もの医学論文を学習したIBMのAIが、専門の医師でも診断が難しい特殊な白血病を僅か10分ほどで見抜き、治療法を変えるよう提案した。その結果60代の女性患者の命が救われたことがNHKで報道された。AIが人命を救った本邦初のケースである。このAIは、ほかにも医師では診断が難しかった2人のがん患者の病名を突き止めるなど合わせて41人の患者の治療に役立つ情報を提供していると報道された。IBMのAIは2011年にクイズ番組でチャンピオンになってから、わずか5年で白血病患者の診断を支援する存在にまで進化したことになる。

こうなるとAIに勝てるのは将棋棋士の羽生善治だけかもしれないと考え始めた。なんとか羽生、驚異的なスピードで進化を遂げているAIを打ち負かしてくれ、頼むっと考えていたら2016年秋、羽生善治の講演を聴講する機会があった。演題も「AIは人間をこえるか？」である。聴講後、頭の中はAI漬けになってしまった。

医療界ではAiといえばAutopsy imaging（死亡

時画像診断、広義では死亡時画像病理診断）を指す。最近ではAIが事業戦略・経営戦略立案などの判断もできることからAIと言えば人工知能を指すことが多くなってきた。紛らわしい。それで Autopsy imaging の場合、Aiと小文字表記にするらしい。

羽生善治は、発展しつづけるAIに人間はこの先どのように向き合っていくべきか、人間の能力を拡げるAIの可能性を紐解きながらAIの進化の先に出現するシンギュラリティを見据えて改めて問われる「人間とは何か」という本質的な問いを突きつけられていると講演していた。うーん、さっぱりわからん。

このパラグラフの「人間」をそのまま「医師」に置き換えてみた。発展しつづけるAIに、医師はこの先どのように向き合っていくべきか、医師の能力を拡げるAIの可能性を紐解きながらAIの進化の先に出現するシンギュラリティを見据えて改めて問われる「医師とは何か」という本質的な問いを突きつけられている、とまあこういう風になる。感覚的にはわかるような感じがしてきた。でも、良くわからん。

AIは記憶することが得意だ。中山克郎医師によると、PubMedの全論文、全ての最新ガイドラインをAIに記憶させるという試みもあるようだ。過去の間違いからディープラーニング（深層学習）により学び、どんどん賢くなるらしい。まさに「巨大な知」である。患者の年齢や性別、既往歴・理学所見・検査結果に会った処方・治療計画・合併症確率などを瞬時に提示してくれる時代が来ている。Ray Kurzweil氏よれば著作「シンギュラリティは近い」で2045年頃 Technological Singularity（技術的特異点）を迎えると述べている。全ての分野でAIが人類の知能を超える時点の予測である。しかし現実の医療・医学を見ると、既にシンギュラリティを迎え始

めているのではないかと思われる。囲碁でも負けた、医師ももちろん負けた。医師という職業はAIに取つて変わられるじゃないかと不安に感じてしまう。映画「ターミネーター」に出てくる「スカイネット」みたいなものが出現して。

オックスフォード大学のマイケル・A・オズボーン准教授の論文「雇用の未来—コンピュータ化によって仕事は失われるのか」が大きな注目を集めている。この論文の要点は、「今後、人間の仕事の大半がAIに奪い取られてしまうのではないか」という懸念だ。アメリカのシンクタンク、ビュー研究所による「AI, Robotics, and the Future of Jobs:人工知能、ロボットと職業の未来」という調査報告書では、テクノロジーが人間の雇用の大半を奪うという予測と、そのようなことはないとする予測の双方があるとしている。

ここまで来てもロボットには手術はできまい、AIには理学所見は取れまいと考えてしまう。しかし今や3Dプリンターで臓器モデルを作成し手術前シ

ミュレーションができ、顔認証技術で個人識別ができる時代となった。いずれRobotics、AIが手術を行い、理学所見を取ってしまうだろう。では、医師ができる役割は何だろう？

様々な学者、研究者、医師らがその役割を述べている。患者との会話から検査数値だけではわからない情報を読みとること、「巨大な知」と「患者の心」をつなぐことなどが挙げられていた。良かった。医師ができることがあった。

これからはどうやらAIと敵対することではなく、協調することが大事らしい。AIを用いて能力(診断・治療・モニタリングなど)を拡げながら機械にはできない良いコミュニケーションから患者の心をつかむことかあ。

でもまたよ、コミュニケーション力これが最も我々医師にかけている資質である。困った。AIと協調する前に必要なのは、コミュニケーション力であった。

随想・趣味

## 医療センターと私とクリニクラウン



金 城 僚

去る2016年7月20日、日本クリニクラウン協会からクリニクラウン3名の訪問がありました。同協会は当院と同じく、2015年に設立10周年を迎えています。遡ること10年前に初めて沖縄を訪問(琉生病院)して以来の2度目の来沖です。クリニクラウンの来院は、沖縄のメディアに大きく取り上げられ、新聞紙面やテレビで紹介されたのを覚えている方も多いと思います。

私は2006年の病院開設時よりプレパレンジャーを立ち上げて、各部署の有志の協力を得ながら院内プレパレーション活動を続けてきました。初めの5年間はプレパレーションの院内啓蒙と、当院の活動を対外的に発信する努力をしました。日本小児科学会、日本小児外科学会、日本医療保育学会、日本小児診療多職種研究会に毎年演題を発表してきました。

その後は院内の勉強会や看護研究、症例検討を通して定着してきたプレパレーションのレベルアップを図りました。2014年にはCLS(Child Life Specialist)を仲間に引き入れたことで、全国的に見ても小児を取り巻く院内環境はトップレベルを維持しています。全国どこでも胸を張って紹介が出来る病院になっています。

病棟では医療保育士、CLS、医療センター病院ボランティア間で協働活動を行い、病棟看護師もプレパレーションの趣旨を理解しながら、入院中の子どものストレス軽減、家族のサポート、きょうだいのサポートを積極的に行ってています。外来でも同様にプレパレーションテクニックを駆使して外来処置や検査説明や家族のサポートを行っています。

これらの活動は、表立って見えるものではありませんが、実際にケアを受けた子ども、家族からは絶賛の声を頂いています。外来処置では、子どもが泣

かずに点滴や採血ができる、処置中は泣いたけど、自ら頑張ったと笑顔で処置室を出て行くなど、家族からは自分の子どもがこんなに強いなんて信じられない、と驚かれます。看護師さんの声かけ、説明がすばらしい、是非ともこの取り組みを続けて欲しいと言われています。他院の状況を知らない、当院の通院歴しかない家族はこれが当たり前と思うのですが、他院から紹介された家族からは、「こども病院はやっぱり違いますね、ほかの病院と全然違います」とお褒めの言葉を頂くことが多いです。

現在、すっかり定着して、益々発展しているプレパレーション活動ですが、立ち上げ10年を目の前に、やや停滞した時期があります。プレパレンジャー立ち上げの時から時々見られることではありました。医療者としての義務感から参加することに抵抗が出てきたり、本来の仕事に忙殺されてプレパレーションまで手が回らないことが際立ってきました。初めてプレパレーション関わる方からは、「時間がかかる」、「習ってすぐに実践できない」などの声があり、プレパレーションの活動が停滞してきました。プレパレーション自体の意義も不明確と言われることもありました。そんな時期、院内のプレパレーション活動に新しい風をいれようと画策し、以前から気になっていたクリニクラウンに注目しました。以下はクリニクラウン協会のホームページからの引用です。

「近年の医学・医療の進歩のおかげで、不治の病とされてきた小児がんも7割は治せる時代になりました。しかしこのすばらしい成果を得るために大きな犠牲をご家族や患児に強いてきたことも事実あります。これからは、子どもたちの将来を見据えた、QOL重視のトータルケアの実現を、医師、看護師、

教師、福祉行政、弁護士、患者家族、ボランティアなど闘病中の子どもたちやご家族に関係するあらゆる職種の専門家が、「学んで遊んで治す」ための方策について議論を深める必要があります。特定非営利活動法人 日本クリニクラウン協会は、クリニクラウン(臨床道化師)を小児病棟に派遣し、入院している子どもたちが、子ども本来の生きる力を取り戻し、笑顔になれる環境をつくるために2005年より活動しています。

日本の病院において、クラウンが定期的に訪問し活動していると実例は少ないのが現状です。2004年、オランダ総領事館文化プログラムとしてオランダにおけるクリニクラウンの活動が日本に初めて紹介されました。その後、クリニクラウンオランダ財団(CCNL)と提携し、日本人の道化師や医師、看護師、病院関係者や家族など発起人となり任意団体の日本クリニクラウン協会を設立しました。2005年10月、NPO法人になり、子どもが中心であるという理念のもと、日本で唯一クリニクラウンの養成、認定、派遣、啓発活動を行う組織として活動を行なっています。

クリニクラウンとは「病院」を意味する「クリニック」と「道化師」を意味する「クラウン」を合わせた造語です。クリニクラウンは入院生活を過ごす子どもの病室を定期的に訪問し、遊びとユーモアを届け、子どもたちの笑顔を育む道化師のことです。病気の治療のためにさまざまな制限の中で入院生活をしている子どもたちが思いきり笑い、主体的に遊ぶことのできる環境をつくること、それがクリニクラウンの役割です。

また協会発足年である2004年より、クリニクラウンの先進国であるクリニクラウン・オランダ財団と提携関係を結んでいます。」以上、引用文。

言葉を変えると、閉鎖的な病院の中に病院に特化したクラウンが活動することで、病院生活に変化をもたらし、こども・家族のサポートにつなげること、さらには院内スタッフの協力関係の強化がクリニクラウン活動の目的になっています。

クリニクラウン協会の趣旨に触れ、当医療センターのプレパレーション活動のてこ入れに有用と考え、私自身がクリニクラウンになろうと思い立ちま

した。2014年1月の話です。それから、毎月大阪の協会に出向き、各種講習、トレーニングを受け、最終選考の選抜試験に臨みました。選抜試験には三線とエイサー衣装、マジックグッズ持参して100人の前でパフォーマンス披露しました。試験会場を全力で走るパフォーマンスでは足首ねんざも経験しています。様々なこどもへの対処方法の実施試験もあります。今考えると、かなり無謀なことをしたものだ、と思います。結果は現在の姿を見ての通り、「不合格」でした。ただ、この経験を生かしてクリニクラウン協会との親睦を深めました。親睦の飲み会では三線を披露しながら協会代表者、クラウントレーナーの方と真面目に小児医療とクリニクラウンの関係、今後的小児医療のあり方について熱く語り合いました。大阪が拠点のクリニクラウン協会ですが、沖縄出身の方もスタッフとして活動していましたので、以後長くお付き合いが出来るようになりました。2016年3月に日本クリニクラウン協会10周年記念式典に参加したところ、同式典で沖縄県への慰問訪問が約束されました。NPO法人で活動資金が少ない中、10年ぶりの来沖とのことで誠に嬉しいお話をしました。

実は「クリニクラウン」の来院に先立ち、「ホスピタルクラウン」の定期訪問が始まっていました。名称が似ていて分かりづらいかもしれません。病院での活動に特化した「クリニクラウン」からパフォーマンス重視の「ホスピタルクラウン」が派生しています。クリニクラウンの立ち上げ人のお一方が、ホスピタルクラウンを立ち上げました。

「クリニクラウン」は、病院の仕組みを理解し、病児にあわせたきめ細かいパフォーマンスを行います。来院時は院内スタッフとカンファを行い、入院しているこどもの情報収集をして対応を協議します。入室時の手洗いや、無菌室入室のこども、点滴や車椅子のこども達へのそれぞれの対応は、クラウン養成期間に徹底的に鍛えられます。

一方、「ホスピタルクラウン」は、クラウンの世界大会で優勝するレベルのクラウンが、病院でパフォーマンスをしてくれます。数人いればその場で本格的なサーカスができる方々です。それぞれのクラウンは立ち位置が異なりますが、病院という閉鎖空

間で少しでも楽しいことをこどもたちに提供する、  
という趣旨は変わりません。

「クリニクラウン」と「ホスピタルクラウン」の来院は、小児医療への理解と、当院の取り組みに賛同しての来院に他なりません。単に「こども病院」、というだけでは、来院はまだ実現してなかったと思います。実際、全国にはまだ介入していないこども病院はたくさんありますし・・・。当医療センター各部署・スタッフの協力体制や、これまでの活動を認めて頂けたので実現できたと思っています。今回のクリニクラウンの来院は、当院が「沖縄のこども病院」として重要な病院と認められた証だと思います。

1965年に国立小児病院が設立され、こどもに特化した医療が始まりました。現在では国立成育医療

研究センターになっています。同時期に聖路加病院も設立され、両施設は日本の小児医療の中心的役割を担い、小児病院のランドマークと言われています。愛知コロニー、静岡こども病院、長野こども病院もしかりです。しかし、当院は歴史が浅いにもかかわらず、上記こども病院に匹敵するほどの取り組みを、職員一同で行っているという点で、新たなこども病院のランドマークになり得ると思っています。

プレパレンジャー設立10年たちました。次の10年で既存の施設とは異なる「新しいこども病院」を沖縄から全国に発信することが出来ると思います。今後も活動を継続していくためには、院内スタッフのご理解とご支援が不可欠です。どうぞ、末永いサポートを宜しくお願い致します。

随想・趣味

## MEセンター自己紹介



MEセンター 翁長 加世子

### 「南部医療センターを経験して」

はじめまして。MEセンターの翁長加世子と申します。

4月から南部医療センターに入職させて頂きました。臨床工学技師としては今年で5年目となります。

今私は主に心臓カテーテル室業務、呼吸器業務、ペースメーカー業務、MEセンター業務に携わっています。

ここで一度MEセンターの業務を少し紹介させて頂きます。

- ① カテ室業務 → 検査・治療での記録やポリグラフの操作、物品出し、IVUSと呼ばれる超音波画像診断装置の操作
- ② 呼吸器業務 → 人工呼吸器の管理・点検やラウンド、週に一度行われているRCT(呼吸ケアチーム)への参加
- ③ ペースメーカー業務 → ペースメーカー・ICD(植え込み型除細動器)・CRT(再同期療法)などが植え込まれている患者さんの入院や外来でのフォローアップチェック、または必要に応じて設定の変更など
- ④ MEセンター業務 → 中央管理している機器の点検・修理

このような業務を行っています。

また私は業務としては入ってはいないのですが、オペ室業務では心臓血管外科をはじめとする診療科が使用する人工心肺業務などの業務も行っています。

今私は、業務の中でも特にペースメーカー業務をスキルアップしていきたいと思っています。心電図変化や不整脈など難しく、またそれらや設定に関して、医師との相談に必要な知識も多く、覚えることも業務に加えて凄く大変です。ですが、1つ1つ理解が深まったときや、患者さんの病態に合った設定などにたどり着けた時の達成感を凄く感じました。

南部医療センターに来て半年が経過しましたが、当院の特徴ともなる成人・小児に渡る分野の違いにまだまだ学ぶことが多く、業務の大変さに自身の未熟さを痛感いたします。広く学べる大変さ・楽しさの中、日々業務に勤しんでいます。

この環境をプラスとし、様々な症例を経験してステップアップし、患者さんにより質の良い医療を提供できるスタッフの一員として皆さんと並んで働けていけたらと思います。これから宜しくお願ひします。



MEセンター 宮城直史

## 「自己紹介と抱負」

はじめまして。

今年4月からMEセンターで働くことになりました、宮城直史と申します。

### まずは自己紹介から…

出身は名護市大中。名護高等学校卒業後、山口県にある東亜大学に進学。大学卒業後ハートライフ病院で8年間勤務していました。ハートライフ病院では、透析業務、循環器業務、ME機器業務に携わることができました。

趣味はアウトドアです。今まで、嘉津宇岳や石川岳、奥間川を登ったり、テントを立ててキャンプをしたりしました。

特技は野球です。小・中・高と11年間野球をしていました。今もたまに草野球に参加しています。私は、アウトドアや野球をしている時も好きですが、一番好きなことは、登山後や野球終了後の飲み会です。普段人見知りなのですが、お酒が入ると皆様としゃべることができるのでお酒は大好きです。

### 入職して7ヶ月経過して…

現在、心臓カテーテル業務やME機器業務、呼吸器業務、ペースメーカーチェック業務などに携わっていますが、勉強不足を感じつつ葛藤する毎日を過ごしています。

今まで経験したことのない、小児のカテーテル検査や治療、触ったことのない機器がたくさんあり、知識のなさや技術不足、自分の未熟さを改めて痛感しています。

先輩技士から「いつも疑問を持って仕事をする。」ということを学びました。いつでも『なぜ?』と疑問を持って仕事をし、わからなければ調べ、解決することの大切さを学びました。

先輩技士は優しく、時に厳しく、色々学ぶことが多いので、当院に入職できて本当に良かったと思っています。

### 今後は…

まずは、ひとつひとつの業務が確実にできるようになり、早く一人前になれるように日々精進したいと思っています。またMEは、多職種との関わりが多いと思いますので、皆様としっかりコミュニケーションをとり、信頼されるMEになりたいと思っています。

仕事は大変で辛いこともたくさんあると思いますが、その中でも皆様と協力し、楽しく仕事をやっていきたいと思っていますので、今後ともどうぞ宜しくお願いします。





## 「MEとして頑張ります」

MEセンター 島袋二菜

今回自己紹介の機会をいただきました臨床工学技士の島袋二菜です。

私は今年の3月に大学を卒業し、4月から嘱託職員、5月から正職員として南部医療センターで働き始めました。長い学生生活が終わり社会人になった今、仕事の責任感というものを強く感じながら日々奮闘しています。

入職してからの半年間で私が主に携わった業務は手術室での業務です。人工心肺装置や自己血回収装置、心筋保護装置などの様々な機器を使いこなす先輩方からたくさんのこと教えてもらっています。まだまだ勉強中の身ではありますが機会があれば人工心肺装置をメインで操作させていただけるので、とても勉強になる職場環境だと思っています。

また、先輩方は積極的に様々な学会で発表をされています。そのことから、私も日々の業務の中で何か発表できそうな事例はないかと探すことが仕事をする上での意欲のひとつとなっています。

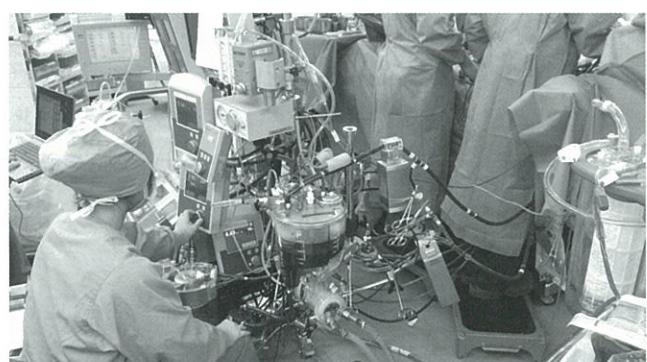
そして私が現在強く感じていることは、私は人に恵まれているということです。臨床工学技士の先輩方はもちろん、医師や看護師の皆さんなど、関わりのある職種の方々がとても優しく、時には厳しく指導をしてくださいます。打たれ強くない私にとって、素敵な方々に囲まれているので仕事をしていること

がとても楽しいと感じます。みなさまにとても感謝しています。

今はとにかく手術室業務を覚えること、勉強することに尽力します。そして今後は手術室業務だけではなく、呼吸器業務、カテーテル室業務、ME機器管理業務、ペースメーカー業務、透析室業務などの臨床工学技士に関わる業務に携わっていけたらと思っています。また、当直の開始までに、1人でも呼吸器、機械トラブルに対応できるように勉強をし、経験を積んでいきたいです。

仕事以外では、今後はもっといろいろな遊びを経験したいと思います。仕事も遊びも充実させていきたいです。

ここまで読んでくださったことに感謝致します。ありがとうございました。





## 「私の人生と現在の目標」

MEセンター 古 謝 将 伍

初めまして。今年度から南部医療センターに臨床工学技士として入職した古謝将伍と申します。臨床工学技士としても1年目、さらに29歳にして社会人としても1年目なので先輩方や同期のみんなに迷惑をかけながらも助けられて毎日を過ごしています。

少し自己紹介をしたいと思います。沖縄県那覇市に生まれ地元の高校を卒業後、中国の福建省に2年間留学にいきました。何故中国に留学したかというとジャッキーチェンが喋る中国語がものすごくカッコイイと幼い頃に思ったからです。しかし福建省の人々が喋るのは北京語でジャッキーは香港人であり彼が喋っていたのは広東語でした。今考えてみると昔から計画性が無く、行き当たりばったりの人生だなど自分でも思います。

2年間自分なりに頑張って中国語の勉強をしていたのですが、自分の教養の無さの心配と日本のキャンパスライフへの憧れから大学に進学することを決意し、東京の大学へ進学しました。しかし私が専攻したのは「中国文学・哲学科」という非常にマイナーな学問で、中国語はまだしも大学で学んだ学問は実社会ではありません有用なものではありませんでした。またしても計画性の無い人生だなと思います。

そんな私が2回の失敗から学び選んだ職業が臨床工学技士でした。業務の幅広さと今の医療業界から求められているという部分が決め手でした。南部医療センターでの臨床工学技士の業務は医療機器管理業務・人工呼吸器業務・人工心肺業務・心臓カテーテル室業務での業務等たくさんありますが、先輩方がそれぞれの業務に対してプロフェッショナルとして真面目に熱く取り組んでいるのを見て自分もいつかは先輩方のようになりたいと思います。しかし現在の私は主に心臓カテーテル室業務についているのですが、先輩はおろか同期の皆さんにも迷惑をかけ、怒られて反省する日々を送っています。

こんな私の当面の目標はカテーテル室の全ての業務を1人前にこなせるようになり、医師や看護師・技師の皆さんから信頼されるような臨床工学技士になることです。また唯一の特技である中国語をいつか仕事で活用できたらいいなと思っています。皆さんこんな古謝将伍を宜しくお願いします。 謝謝(シェイシェイ) !

随想・趣味



沖縄県立南部医療センター・こども医療センター  
バレークラブ 新本 菊代

スポーツの起源は、相撲やレスリングなどの格闘技やお祭りの行事が発展し、ルールが作られたものだと言われています。しかし、バレーはもともとあった何かが発展し生まれたものではなく、女人やお年寄り、誰でも気軽に楽しめるスポーツが必要だという事で新しく作られたスポーツです。

バレーはワンプレイ(ボールが自分のコートに入って、相手のコートへ行くまで)で三回(九人制はブロックを入れれば四回)までのタッチがあります。サーブを打ってからアタックが決まるまで、ボールは一筆書きのように一本の線で繋がっていきます。一つのボールが時間と空間を超えて、バレーに関わる全ての人を繋いでくれます。それこそバレーというスポーツの良さであり、素晴らしいです。

ここ数年、公園・広場等で風船やビーチボールを使って、バレーをやっていている子ども達をよく見かけます。本来のルールなんて構いません、ボールを落とさないという単純なルールに体全体を使い、大声を出し、ハイテンションでとても楽しそうでした。小さい子ども達でも十分に楽しめるスポーツです。

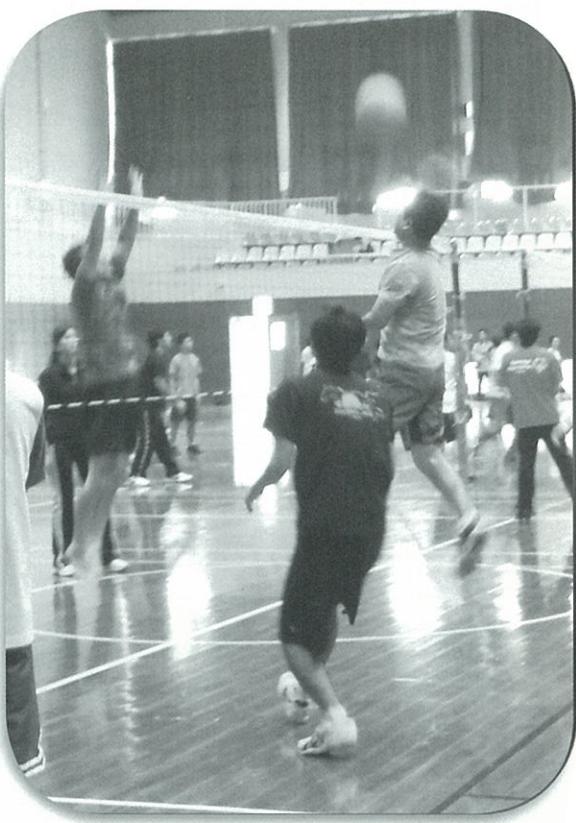
また、小・中・高校生の体育の授業ではバレー(ソフトバレーを含む)を取り入れる先生が多くいます。団体競技の中でも代表的な競技の一つであり、親しみやすい、協力し合える、まとまりやすいスポーツであるからではないでしょうか。遊びや授業での経験がバレーへ対する興味となり、本格的に始める者、趣味程度で行なう者へと繋がっていくのです。

バレーは、生涯楽しめるスポーツとして幅広い年齢層で活動(構成)できることも人気の一つです。現在、沖縄県での主なバレー大会は、小・中・高校生、大学生、実業団、一般、ママさんバレー(年齢別の主な大会は、シニア大会(40歳以上)・いそじ大会(50歳以上)・ことぶき大会(60歳以上)・おふく大会(70歳以上))と実に幅広く、参加人数も多数。「勝つため」「楽しむため」「健康のため」と目的は違えど、バレーの魅力にどっぷり浸かり、心身ともに充実されています。

## バレーボール経験者が感じる

### バレーボールの魅力とは

- ・相手のコートに強烈なスパイクを打ちつけた時や、相手のアタックをブロックで止めた時の爽快感、転んでまでもボールを拾えた時やサービスエースを決めた時の満足感。
- ・一人が活躍しても勝つことはできない。チームメイトの気持ちを込めたボールを繋ぐことが勝利につながる。
- ・得点を決めた際、チームメイトのみんなと喜びを分かち合うことが出来る。
- ・練習の成果がプレーに発揮できた時、達成感を感じることが出来る。
- ・サッカー等のコンタクトスポーツに比べて身体接触がないため、比較的けがが少なく、年齢を問わずに楽しむことが出来る。



### バレーボール観戦者が感じる

### バレーボールの魅力とは



- ・スパイカーの高さを誇るダイナミックなプレーに、見ている方も圧倒される。
- ・ボールを拾っては繋ぐ、手に汗握るハラハラドキドキなプレーから目が離せない。
- ・ボールを自由自在に扱うセッターは、人によって試合の組み立て方が違うので奥が深い。
- ・一つのボールを、最後まであきらめず、チーム全員で追いかけの姿がかっこいい。
- ・指揮者(監督等)の的確な判断が素晴らしい。

沖縄県立南部医療センター・こども医療センターバレー部は、三年前よりクラブ登録を行い本格的に活動が始まりました(以前は登録なしでの活動でした)。メンバーは初心者から国体・実業団経験者までの幅広い構成となっています。

平成二十六年からこれまでの戦歴は、優勝・準優勝(15勝1敗)とどちらも上位を占めています。大会後は打ち上げで美味しいお酒を飲む事もチームの醍醐味の一つであり、勝ち負けに関わらず、毎回良い点・悪い点の反省を行い、今後の目標の確認を行っています。



職場のチームとあって、情報共有ができる事も良き点で、普段業務で培っているコミュニケーション能力をバレーでも発揮できています。職場・スポーツが共有できる良き環境でのチームワークとは、物事を成し遂げるために一致団結し、連携をとって協力することです。

本当に良いチームワークとは「良い結果が残せること」「効率が良いこと」はもちろん、「勉強になった」「学ぶことが多かった」「参加者の満足度が高い」と感じるチームなのです。チームで仕事をするうえで、またチームで何かを成し遂げるうえで最も重要な事柄が、チーム全員で同じ目標に向かっている事ではないでしょうか。活動を開始するとまず初めにチームが向かうべき明確な目標を共有する、意思疎通をしておくという事が、その後の作業をスムーズに進めるためには欠かせないとても大切な事なのです。自分の役割分担をしっかりと果たす事、それは一人だけで作業を進めれば良いわけではありません。チームで作業するうえで欠かせないと言われている「ほうれんそう」=報告・連絡・相談は、良いチームワークにするための欠かせない事ではないでしょうか。

反対に、報告・連絡・相談がないチームだと、安心して各自の役割分担をこなすことが出来ません。誰が何をやっているのかわからない、チームメイトの作業がどこまで進んでいるのかわからない、全体的な進捗状況が分からぬ等があれば、作業に悪影響を及ぼします。大きな間違いを起こしている事もあるかもしれません。各自が自分の役割分担をしっかりとこなすためにも、報告・連絡・相談の機会を定期的に設け、全体が同じ情報を共有することが良いチームワークを生み出すことに繋がるのです。

バレーボールクラブの練習は和気あいあいとした雰囲気で、年に一度行われる大会での優勝を目標に、月に一・二回、夜間練習で技術を磨いています。



練習時には差し入れ(アイスや飲み物等)を頂くことも多く、練習で渴いた体に潤いと活力を与えることができます。

中には子連れで参加しているメンバーもあり、ある時は子どもに対するミニバレー教室を行ったり、幼い子の子守を交換しながら練習したりと、子どもに対しての配慮、親が参加しやすい環境作りもチーム魅力の一つとなっています。



業務を終えて疲れている体にムチを打って練習に参加したり、プライベートな時間を削って練習に参加したりと、個々に時間を作つての練習である為、二時間という練習時間をいかに有意義に内容の濃いものにするか、課題として取り組んでいます。



時には頭や顔面にボールが当たる場面もありますが、それでもボールを落とさない、どこまでも追い続ける姿勢に対し仲間が拍手を贈り、「自分も負けないぞ!」「頑張るぞ!」「やってやるぞ!」という気持ちになります。それがプレーに繋がり、更に良いプレーが生まれるので、「切磋琢磨」、スポーツには欠かせない四字熟語です。

## バレーボールクラブの練習・大会参加者からの感想

- 久しぶり(小・中・高校以来)にバレーをしてとても楽しかった!! 良い汗をかいた!!
  - 今までやりたくても機会がなかったので、この場があるのは大変嬉しい!!
  - 個人競技出身だが、団体競技も面白いと思った。
  - 参加しやすい環境・良い雰囲気のチームだなと感じた!!
  - 自分の為、チームの為に頑張ろうと思えた!!
  - 他部署と情報共有しやすくなった!!
  - 大会で、負けたくない優勝したいと思った!!
  - 自分がミスしても周りがフォローしてくれた!!
  - 練習後のビールが美味すぎる!!
  - また是非、練習へ参加します!!
- などなど、皆様よりたくさんのお声を頂き、  
より一層バレーボールクラブを盛り上げて行くぞ!!!  
という気持ちでいっぱいになりました。

♪皆様との出逢いに感謝し、これからも精進して参ります♪



( 年中無休で部員募集しております!! お気軽にご参加ください v(^\_^)v )

## 平成27年度 学会発表・誌上発表

### 【内科】

No.	演題	演者	学会	日時・場所
1	脳梗塞を契機に診断された下垂体結石症を伴った先端肥大症の一例	淺井友美子、仲里信彦、永田恵蔵、篠原直哉	第119回沖縄県医学会	2015.06.14 沖縄
2	中米ベリーズより来日後に Dengue出血熱と診断された一例	白水雅彦、仲里信彦、篠原直哉	第119回沖縄県医学会	2015.06.14 沖縄
3	Laugier-Hunziker-Baran症候群と診断された一例	松葉啓文、篠原直哉、仲里信彦	第119回沖縄県医学会	2015.06.14 沖縄
4	高血糖性高浸透圧症候群(HHS)に合併した浸透圧性脱髓症状候群(ODS)の1例	杉下裕勇、仲里信彦、塙本裕、永田恵蔵	第120回沖縄県医学会	2015.12.13 沖縄
5	dysphagia aorticaが疑われた高齢女性の食欲不振の一例	比嘉真理子、仲里信彦、永田恵蔵	第6回日本プライマリケア連合会学術集会	2015.06.13 茨城
6	離島診療所における地域中核病院と連携した化学療法患者の療養支援	笠 芳紀、仲里信彦	第6回日本プライマリケア連合会学術集会	2015.06.13 茨城
7	離島における救急医療の特性を考える～沖縄県の2離島診療所の緊急搬送症例の比較を通して～	笠 芳紀、太田龍一、仲里信彦	第6回日本プライマリケア連合会学術集会	2015.06.13 茨城
8	心エコーによる経過観察が可能なBasedow病による肺高血圧症の1例	塙本 裕、仲里信彦、永田恵蔵、比嘉真理子、池田守登、砂川長彦(循環器内科)	第312回 内科学会九州地方会	2016.01.16 福岡
9	重度肥満に伴い術前胆道ドレナージ・感染コントロールに難渋した膝頭部腺扁平上皮癌の1例	新里雅人	第100回消化器内視鏡学会九州支部例会 第45回九州脇研究会	2015.12.03 熊本
10	脾癌診療におけるEUS導入の検討（尾道総合病院での研究をふまえて）	新里雅人	脾がん地域医療連携懇話会	2015.05.15 沖縄
11	喀血を主訴に受診し治療に難渉した非結核性抗酸菌症の一例	伊藤純二、池田守登、新垣若子、島岡洋介、天久康絢、東正人	県医師会医学会	2015.12.13 沖縄
12	悪性黒色種の腫膜転移が剖検により明らかになつた一例	山中英樹、新里彰、島岡洋介、天久康絢、新垣若子、比嘉真理子、花城ふく子、屋宣武、東正人、仲里巖	県医師会医学会	2015.12.13 沖縄

No.	演題	演者	学会	日時・場所
13	乳がん乳房温存療法治療後21年を経て、放射線照射部位に二次発癌として生じた原発性肺癌の1例	浅井友美子、新垣若子、天久康綱	第31回日本内科学会九州地方会	2015.08.29 佐賀
14	食道気管支瘻・縫隔穿孔に伴うびまん性肺炎、肺膿瘍・縫隔洞炎として急性発症し、診断された食道癌の1例	山中英樹、比嘉真理子、天久康綱	第31回日本内科学会九州地方会	2015.08.29 佐賀
15	食事との相互作用にてINHによるアルギー様反応・ヒスタミン中毒が生じたと考えた1例	比嘉真理子、天久康綱	第75回日本呼吸器学会九州支部秋季学術講演会	2015.10.02-03 佐賀
16	癌性胸膜炎にて発症し、TBLBで転移性肺腫瘍による癌性リンパ管症と診断した脾粘液性囊胞腺癌の1例	新垣若子、天久康綱	第75回日本呼吸器学会九州支部秋季学術講演会	2015.10.02-03 佐賀
17	腫瘍隨伴性に著明な好中球增多を呈し、急性呼吸促迫症候群A型RDSをきたした原発性肺癌の1例	天久康綱、水谷謙一	第76回日本呼吸器学会九州支部秋季学術講演会	2016.03.19 鹿児島
18	Erlotinib使用7例の検討～患者最大ベネフィットの追求	天久康綱	南部地区肺がん適正使用Conference	2015.11.06 沖縄
19	Bordetella bronchiseptica気道感染症の臨床的検討	島岡 洋介	第75回日本呼吸器学会九州支部秋季学術講演会	2015.10.02-03 佐賀
20	冠動脈バイパス手術から20年を経てSVGとLMTが閉塞した急性心筋梗塞の一例	宮良高史、砂川長彦、外間亮、中村牧子、田場洋二、當真隆	第118回日本循環器学会九州地方会	2015.06.16 福岡
21	人工弁不全で心肺停止となった1例	中村牧子、砂川長彦、外間亮、宮良高史、田場洋二、當真隆	第118回日本循環器学会九州地方会	2015.06.16 福岡
22	僧帽弁形成術後の医原性慢性完全閉塞に対してPCIを施行した1例	中村牧子、砂川長彦、外間亮、宮良高史、田場洋二、當真隆	第24回日本心血ガインダーベンション治療学会学術集会	2015.07.29-31 福岡
23	トルバブタンに反応する急性非代償性心不全患者の予後は改善されるのか？	中村牧子、砂川長彦、杉山拓史、外間亮、上間貴子、田場洋二、當真隆	第63回日本心臓病学会学術集会	2015.09.18-20 仙台
24	Rotablator通過不能であつたのが病変近位部のmodificationでバルーン通過が可能となつた一例	杉山拓史、外間亮、上間貴子、中村牧子、砂川長彦、宮良高史、田場洋二、當真隆	第22回日本心血ガインダーベンション治療学会九州・沖縄地方会	2015.11.14 沖縄
25	大伏在静脈グラフトと肺実質による圧排が原因と考えられた左内胸動脈グラフト狭窄へPCIを施行した1例	杉山拓史、外間亮、上間貴子、中村牧子、砂川長彦、宮良高史、田場洋二、當真隆	第119回日本循環器学会九州地方会	2015.12.05 福岡
26	急性心筋口塞が疑われたが心筋生検で心筋炎と判明したMCTDの1例	外間亮、中村牧子、杉山拓史、上間貴子、宮良高史、田場洋二、當真隆、砂川長彦	第119回日本循環器学会九州地方会	2015.12.05 福岡
27	ベッカーラジストロフローによる二次性心筋症の心臓移植登録および植込型補助人工心臓の適応について	中村牧子、砂川長彦、杉山拓史、上間貴子、外間亮、宮良高史、田場洋二、當真隆	第119回日本循環器学会九州地方会	2015.12.05 福岡

No.	演題	演者	学会	日時・場所
28	ASD+PAPVVR術後にエボプロステノール持続静注ヒバルーン拡張術を施行した1例	中村牧子、砂川長彦、杉山拓史、外間亮、宮良高史、田場洋二、當真隆	第18回日本成人先天性心疾患学会総会・学術集会	2016.01.16-17 大阪
29	拡張相肥大型心筋症でJarvilk2000 植込みを行った1例	中村牧子、砂川長彦、杉山拓史、外間亮、宮良高史、田場洋二、當真隆、(心臓血管外科):久貝忠男、村上優、宗像宏、摩文仁克人	第232回沖縄ハート	2016.03.07 沖縄
31	グルコセレブロシダーゼ遺伝子変異にPARK2遺伝子変異を伴つたゴーシエ病の一例	名嘉太郎、仲地耕、神里尚美、吉野浩代	第212回日本神経学会 九州地方会	2015.12.20 福岡
32	脊髄病変で発症した中枢神経原発悪性リンパ腫の一例	名嘉太郎、仲地耕、神里尚美、大城一郁、長嶺知明、竹下朝規、石原興平	第213回日本神経学会 九州地方会	2016.03.12 福岡
33	高齢発症舞踏病の一例	永田恵蔵、神里尚美、仲地耕、仲里信彦	パーキンソン病講演会	2015.11.20 沖縄
34	パーキンソン病の <sup>123</sup> I-Loftupaneドーピミニ・トランスポーターSPECTにおけるAsymmetry indexの検討	比嘉真理子、神里尚美、仲地耕、名嘉太郎、我那覇文清、千葉至	第120回沖縄県医師会 医学会総会	2015.12 沖縄
35	パーキンソニズムを伴つたゴーシエ病の一例.-遺伝子変異と病態の考察-	神里尚美、名嘉太郎、仲地耕、比嘉真理子、吉野浩代、Arnold Rolf	第5回小児神経研究会	2016.03.31 沖縄
36	イストラデフリリン長期投与の有効性検討とリンパ球アデノシンA2A受容体蛋白定量	神里尚美、仲地耕、山城貴之、望月早月、岡田保典	第56回日本神経学会学術大会	2015.05 新潟
37	イストラデフリリン投与後の末梢リンパ球A2AR蛋白量と経頭蓋磁気刺激を用いた神経回路可塑性変化の検討	神里尚美、仲地耕、名嘉太郎、比嘉真理子、望月早月、宮前結加	第9回パーキンソン病・運動障害疾患コングレス	2015.10.15 東京
38	脳内神経回路解剖研究の臨床	神里尚美、仲地耕、山城貴之、望月早月、岡田保典	第19回福岡大学神経内科セミナー	2015.07 福岡
39	パーキンソン病の長期予後 -disease modifying therapyを目指して-	神里尚美、仲地耕、名嘉太郎、山城貴之、比嘉真理子、与那覇忠博	パーキンソン病講演会	2015.10.02 沖縄
40	パンコマイシン無効のMRSA軟部組織膿瘍に対して長期間のリネゾリド投与が有効であった一例	池田守登	第112回日本内科学会総会・講演会サテライトシンポジウム「医学生・研修医の日本内科学会こじはじめ」	2015.04.11 京都
41	EUS-FNAにて起因菌を同定できた胃壁膿瘍の1例	永田恵蔵	第106回日本消化器病学会 九州支部例会・第100回日本消化器内視鏡学会九州支部例会	2015.12.04-05 福岡

【内科】

誌上発表

No.	標題	著者	掲載誌
1	慢性の食欲不振？で紹介となつた高齢女性	比嘉真理子、永田恵蔵、篠原直哉、仲里信彦	総合診療 25(4) : 405-408 , 2015
2	皮疹を伴う頭痛、恶心・嘔吐を主訴に来院された 80代男性	永田恵蔵、仲里信彦	総合診療 25(6) : 593-596 , 2015
3	呂律難を訴え搬送された大柄な50代男性	仲里信彦、浅井友美子、永田恵蔵	総合診療 25(8) : 792-796 , 2015
4	歩行障害・構音障害を呈した未治療糖尿病合併の70歳代男性	塙本 裕、永田恵蔵、篠原直哉、仲里信彦	総合診療 25(10) : 982-985 , 2015
5	入院中に意識障害を生じた50歳代男性	仲里信彦、大山詔子、永田恵蔵	総合診療 25(12) : 1149-1158 , 2015
6	全身痛を主訴に救急搬送された60代男性	永田恵蔵、山中英樹、土屋洋輔、 淺井友美子、仲里信彦	総合診療 26(2) : 172-175 , 2016
7	STAT1変異による慢性粘膜皮膚カンジダ症の1例 A case of chronic mucocutaneous candidiasis associated with STAT1 mutation	三浦俊哉、仲里信彦、永田恵蔵、篠原直哉	日本内科学会誌 104(8) : 1646-1650 , 2015
8	地域医療連携からの肺腫瘍早期診断を目指して「尾道市医師会 肺腫瘍早期診断プロジェクト」の経験から	新里 雅人	那覇市医師会報 43(4) : 32-35 , 2015
9	当院におけるBordetella bronchiseptica気道感染症の臨床的特徴	島岡 洋介、比嘉真理子、新垣若子、 天久康綱、東正人	沖縄県立南部医療センター・こども医療セン ターザ誌 9(1) : 10-13 , 2016
10	第3章 主な呼吸器疾患の診断と治療 C 肺腫瘍 4 良性肺腫瘍(前癌病変)頻度の少ない悪性腫瘍などを含む)	東 正人(分担執筆)	呼吸器病レジデントマニュアル 第5版 医学書院 東京 2015/4/20
11	第3章 主な呼吸器疾患の診断と治療 C 肺腫瘍 5 縱隔腫瘍	東 正人(分担執筆)	呼吸器病レジデントマニュアル 第5版 医学書院 東京 2015/4/20
12	MCTD/SLEで肺高血圧、呼吸不全が増悪し救命できなかつた1例	中村牧子、砂川長彦、外間亮、宮良高史、 田場洋二、當真隆	Pulmonary Hypertension Update , 1(Suppl.) 167-170 , 2015
13	A case of percutaneous coronary intervention for treatment of iatrogenic chronic total occlusion of the left circumflex artery after mitral valve repair.	Osahiko Sunagawa, Makiko Nakamura, Ryo Hokama, Takafumi Miyara, Yoji Taba, Takashi Touma	Cardiovascular intervention and therapeutics (2016): 1-5..published online

No.	標題	著者	掲載誌
14	早期ノペークソン病におけるゾニサミドの位置づけ	神里尚美	Pharma Medica 34: 55-62 , 2016,
15	ヒトノパピローマウイルス・ワクチンの分子免疫機構と神経合併症	神里尚美、仲地 耕、名嘉太郎、比嘉真理子	沖縄県医師会報 52: 658-666 , 2016

#### 【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	後大脳動脈P2部大型脳動脈瘤のクリッピング後再発に対してストレント支援下塞栓術を行った1例	竹下朝規、長嶺知明、石原興平、郭泰彦	第120回日本脳神経外科学会九州支部会	2015.06.27 沖縄
2	血管内治療を行った後大脳動脈未破裂脳動脈瘤の2症例	竹下朝規、長嶺知明、石原興平、郭泰彦	第31回日本脳神経血管内治療学会学術総会	2015.11.19 岡山
3	当院における小児脳神経外科の現状	石原興平、竹下朝規、長嶺知明	高血圧治療講演会	2015.11.13 名古屋
4	脳梗塞を発症した結合型エストロゲン製剤(プレマリン®)内服中の卵巣機能不全症の患者に、代替療法として漢方薬を使用した一例	長嶺知明、竹下朝規、石原興平	第16回沖縄「全人の医療」研究会	2016.01.28 沖縄
5	頭部外傷による顔面骨骨折・頭蓋底骨折にクモ膜下出血と外傷性脳動脈瘤を合併した一例	竹川賢太郎	第120回沖縄県医師会医学総会	2015.12.13 沖縄

#### 【脳神経外科】

##### 誌上発表

No.	標題	著者	掲載誌
1	広範な側副血行を有する前脈絡叢動脈末梢部動脈瘤に対してコイル塞栓術を施行したものや病の1例	竹下朝規、林 健太郎、陶山一彦	JNET, 9(5) :310-314, 2015

**【心臓血管科】**  
**学会発表および講演**

No.	演題	演者	学年	日時・場所
1	急性心筋梗塞機械的合併症の3例	大山詔子	第48回日本胸部外科 九州地方会	2015.08.06-07 佐賀

**【放射線科】**  
**学会発表および講演**

No.	演題	演者	学年	日時・場所
1	Complementary use of ethanol and NBCA-Lipiodol for transarterial embolization of AVM: A report of two cases	安座間喜明、我那覇文清	日本VR学会	2015.05.28 宮崎
2	Transcatheter arterial embolization for type II endoleak after endovascular aortic repair	安座間喜明、我那覇文清	北米放射線学会	2015.11.29 シカゴ

**【整形外科】**

**学会発表および講演**

No.	演題	演者	学年	日時・場所
1	第5腰椎脱臼骨折保存治療後の側弯進行に対して後方矯正固定術を施行した一例	西竜一	第129回西日本整形・災害外科学術集会	2015.06.13-14 福岡
2	ERで遭遇する小児整形疾患への対応	西竜一	第65回下野整形懇談会	2015.11.25 栃木

**【整形外科】**

No.	標題	著者	掲載誌
1	第5腰椎脱臼骨折保存治療後の側弯進行に対して後方矯正固定術を施行した1例(原著論文)	西竜一	整形外科と災害外科 65(1): 128-131, 2016

### 【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	当院における形成外科専攻医マニュアル～手術手技の「教え」と「学び」についての考察～	西関 修	第58回日本形成外科学会総会学術集会	2015.04.08-10 京都
2	深達性組織欠損創に対し創内持続陰圧洗浄療法を行い、有用で あつた3例	三輪志織、西関 修	第58回日本形成外科学会総会学術集会	2015.04.08-10 京都
3	洋上救急により搬送された手の外傷 3例	三輪志織、西関 修	第119回沖縄県医学会	2015.06.14 沖縄
4	洋上救急により搬送された手の外傷 3例	三輪志織、西関 修	第98回九州・沖縄形成外科学会学術集会	2015.06.27 福岡
5	パネルディスカッション1「難治症例」後腹膜リンパ管奇形 組織内圧測定に難渋したノハブ咬傷による上肢コンパートメント症 候群の1例	三輪志織、西関 修	第12回血管腫・血管奇形学会	2015.07.17-18 東京
6	先天性眼瞼下垂に対し筋膜吊り上げ術を行った2例	三輪志織、西関 修	第99回九州・沖縄形成外科学会学術集会	2015.11.07 大分
7	乳児期に受傷した広範囲熱傷後の重度四肢/体幹部瘢痕拘縮の 一例～人工真皮の有用性と今後の課題～	三輪志織、西関 修	第120回沖縄県医学会	2015.12.13 沖縄
8		三輪志織、西関 修	第100回九州・沖縄形成外科学会学術集会	2016.03.12 太宰府

### 【形成外科】

#### 誌上発表

No.	標題	著者	掲載誌
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	形成外科 58: 421-429, 2015
2	当院における形成外科専攻医マニュアル～手術手技の「教え」と「学び」についての考察～	西関 修	形成外科 58: 1389-1398, 2015

### 【呼吸器外科】

#### 学会発表および講演

No.	演題	演者	学会	日時・場所
1	肺膿瘍胸腔内穿破を伴う急性膿胸に対して胸腔鏡下手術が奏功した1例	我部 敦	第32回日本呼吸器外科学会総会	2015.05.15 香川
2	降下性壊死性縫隔炎に対して胸腔鏡下縫隔膿瘍ドレナージが奏功した1例	我部 敦	第28回日本内視鏡外科学会総会	2015.12.11 大阪

### 【歯科口腔外科】

#### 学会発表および講演

No.	演題	演者	学会	日時・場所
1	当科における外傷患者の臨床的検討	比嘉 努、澤田茂樹、幸地真人、新垣敬一	第15回日本外傷歯学会総会・国際学会	2015.07.11-12 福岡
2	沖縄県立中部病院における過去40年間の顎顔面骨折の臨床統計的観察	伊禮充孝、新垣敬一、天願俊泉、上田剛生、仲間錠嗣、銘苅泰明、比嘉努	第15回日本外傷歯学会総会・国際学会	2015.07.11-12 福岡
3	沖縄県立宮古病院における過去10年間の顎面外傷に関する臨床的検討	仲間錠嗣、立津政晴、比嘉努、上田剛生、澤田茂樹、新垣敬一	第15回日本外傷歯学会総会・国際学会	2015.07.11-12 福岡
4	「感染症対策等の医療安全対策」～歯科外来診療・安全な歯科医療を提供するためにには～	比嘉努	保険医協会歯科施設基準講習会	2015.7.23 沖縄
5	『妊娠と歯周病～低体重児出産・早産の予防のために～』	比嘉努	第35回おぎやー献金推進懇話会	2015.8.14 沖縄
6	沖縄県立病院における口腔ケアの普及活動と入院患者の口腔機能評価	幸地真人、比嘉 努、澤田茂樹、栗園文恵、上田剛生、仲間錠嗣、立津政晴、狩野岳史、新垣敬一	第21回日本摂食嚥下リハビリテーション学会学術大会	2015.9.11-12 京都
7	『周術期口腔機能管理』～医科歯科連携の流れを理解して口腔機能管理を正しく運用しましょう!!～	比嘉努	社会保険診療報酬請求書審査委員会	2015.09.29 沖縄
8	県立病院歯科口腔外科の連携による診療の取り組みについて	比嘉努、澤田茂樹、天願俊泉、上田剛生、銘苅泰明、仲間錠嗣、狩野岳史、新垣敬一 伊禮充孝、狩野岳史	第60回日本口腔外科学会総会・学術大会	2015.10.16-18 名古屋

No.	演題	演者	学会	日時・場所
9	成人の上顎正中過剰埋伏歯に由来した巨大な含歯性嚢胞の1例	澤田茂樹、新垣敬一、上田剛生、銘苅泰明、幸地真人、伊禮充孝、仲間錠嗣、比嘉努	第60回日本口腔外科学会総会・学術大会	2015.10.16-18 名古屋
10	下顎骨に転移した浸潤性乳管癌の1例	上田剛生、新垣敬一、天願俊泉、銘苅泰明、伊禮充孝、比嘉努、澤田茂樹、仲間錠嗣	第60回日本口腔外科学会総会・学術大会	2015.10.16-18 名古屋
11	唇顎口蓋裂見に発生した口腔癌着症の1例	銘苅泰明、新垣敬一、天願俊泉、上田剛生、仲間錠嗣、伊禮充孝、比嘉努、澤田茂樹、石田有宏	第60回日本口腔外科学会総会・学術大会	2015.10.16-18 名古屋
12	下顎枝にみられたエナメル上皮線維腫の1例	銘苅泰明、新垣敬一、天願俊泉、上田剛生、仲間錠嗣、伊禮充孝、比嘉努、澤田古京子、澤田茂樹、立津政晴	第60回日本口腔外科学会総会・学術大会	2015.10.16-18 名古屋
13	抜歯後止血困難を契機に胸部、腹部大動脈瘤によるDICと診断された1例	仲間錠嗣、上田剛生、比嘉努、澤田茂樹、銘苅泰明、伊禮充孝、立津政晴、澤田茂樹、津波古京子	第60回日本口腔外科学会総会・学術大会	2015.10.16-18 名古屋
14	沖縄県立中部病院における過去40年間の交通外傷の臨床統計的観察	仲間錠嗣、上田剛生、比嘉努、澤田茂樹、伊禮充孝、立津政晴、新垣敬一	第5回日本外傷歯学会西日本地方会・学術大会	2015.11.01 香川

### 【歯科口腔外科】

#### 誌上発表

No.	標題	著者	掲載誌
1	生涯教育コーナー『アゴを切って動かす外科的矯正治療～「顎変形症」とは～』	比嘉 努	那霸市医師会報 44(1) : 34-36, 2016

### 【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	周産期死亡をきたした臍帯動脈血栓症の2症例	山下薰、泉有紀、岩本真理子、平田真由美、大橋容子、佐久本薰	第51回日本周産期新生児医学会学術集会	2015.07.11 福岡
2	再生不良性貧血の既往があり、妊娠中に血小板減少を認めたため、分娩に備えてHLA適合血小板輸血を施行した一例	山下薰、上田江里子、大村更紗、泉有紀、岩本真理子、平田真由美、井上裕、大橋容子、田村充利、大城一郁、金城里美、嘉数雅亮、砂川正実、佐久本薰	日本輸血・細胞治療学会九州支部会 第62回総会・第83回例会	2015.12.12 沖縄

No.	演題	演者	学会	日時・場所
3	Meckel-Gruber症候群の児を反復して妊娠した2症例	山下薰、大橋容子、上田江里子、大村更紗、 泉有紀、岩本真理子、平田真由美、井上格、 田村充利、佐久本薰	第42回沖縄産科婦人科 学会学術集会	2016.03.19 沖縄
4	ヘルペスウイルスB19感染による胎児水腫へ施行したCMV陰性血 を用いた胎児輸血の一例	大橋容子、山下薰、田村充利、佐久本薰、 金城里美、砂川正実	日本輸血・細胞治療学会 九州支部会 第62回総 会・第83回例会	2015.12.12 沖縄
5	他県へ紹介し、胎児鏡下胎盤吻合血管レーザー凝固術を施行さ れた一絨毛膜二羊膜双胎9例の検討	大橋容子、上田江里子、大村更紗、泉有紀、 山下薰、平田真由美、井上格、田村充利	第42回日本産婦人科学 会沖縄地方部会	2016.03.19 沖縄
6	出生前診断により適切な周産期管理を行った前置血管の一例	相原隆充	第120回沖縄県医学会	2015.12.13 沖縄

【産婦人科】  
誌上発表

No.	標題	著者	掲載誌
1	結節性硬化症に伴う胎児心臓腫瘍の3症例	山下 薫, 泉 有紀, 北代 祐三, 岩本 真理子, 平田 真由美, 大橋 容子, 佐久本 薫	日本周産期・新生児医学会雑誌 51(1) : 370-375, 2015

【眼科】  
学会発表および講演  
誌上発表

No.	演題	演者	学会	日時・場所
1	当院における未熟児網膜症について	新城智子	第24回沖縄県眼科 集談会	2015.12.05 沖縄

【眼科】  
誌上発表

No.	標題	著者	掲載誌
1	小児の眼鏡処方 小児眼鏡フレーム	宮里智子	あたらしい眼科 32(臨増) : 52-55、 2015
2	術中虹彩緊張低下症候群	新城光宏	眼科疾患最新の治療2016-2018 南江堂 188, 2016

**【精神科】**  
**学会発表および講演**

No.	演題	演者	日時・場所
1	『自立教習所』という団体と関わったケースについて	川田 聰	第8回沖縄総合病院精神医学研究会 2015.05.23 沖縄
2	救急現場における救急科と精神科の連携について ~当院精神・身体合併症・病棟の取り組み~	井上幸代	平成27年度第1回日本精神科救急学会教育研修会 2015.06.27 沖縄
3	上手につきあう睡眠薬～薬を飲む前にできること、飲むときに気をつけること～	井上幸代	第149回地域むけ医療講演会 2015.10.14 沖縄
4	配偶者からの暴力により急性硬膜下血腫を受傷し入院となつた統合失調症の1例	仲本麗雅	第9回沖縄総合病院精神医学研究会 2015.11.06 沖縄
5	激しい躁状態をきたし一般病棟での対応が困難となつた急性散在性脳脊髄炎の1例	仲本麗雅	第37回沖縄精神神経学会 2016.02.06 沖縄

**【病理科】**  
**学会発表および講演**

No.	演題	演者	日時・場所
1	細胞診を学ぶ人の為の組織と細胞学	仲里 旗	第43回九州細胞診研修会 2015.09.20-22 沖縄

**【病理科】**  
**誌上発表**

No.	標題	著者	掲載誌
1	<CPC症例報告> 先天性代謝異常症が疑われた劇症型心筋炎の1例	仲里 旗	沖縄県立南部医療センター・こども医療センター雑誌 9(1):24-27, 2016
2	CD10 expression in the neuroendocrine carcinoma component of endometrial mixed carcinoma: association with long survival.	Karin Uehara, Fukino Ikebara, Yasuka Tanabe, Iwao Mariko Oshiro, Morihiko Inamine, and Takao Kinjo	Diagnostic pathology 2016 Feb 1;11:16. doi: 10.1186/s13000-016-0468-4.

**【リハビリ科】**  
**学会発表および講演**

No.	演題	演者	学會	日時・場所
1	小児痙縮治療における併用療法について	安里 隆	第52回リハビリテーション 医学会	2015.05.30 新潟
2	小児脳性麻痺の治療 下肢治療におけるボシリヌス療法と選択的脊髄後根切断術 SDRとの連携－	安里 隆	第2回ボシリヌス治療学会	東京
3	当院における小児痙縮治療の現況	安里 隆	第1回沖縄リハビリテーション医学会	沖縄
4	多数診療科・多職種の協働により在宅生活・復学が可能となった重度頭部外傷の1例	安里 隆	沖縄県小児救急研究会	2016.01.22 沖縄
5	小児痙縮治療における併用療法について 一当院における選択的脊髄後根切断術・ボシリヌス療法・バクロフェン療法の併用－	安里 隆	第39回リハビリテーション 医学会九州地方会	福岡

**【耳鼻咽喉科】**  
**学会発表および講演**

No.	演題	演者	学會	日時・場所
1	当科における臨床統計（2015年4月～）	赤澤幸則、長谷川昌宏、親泊美香	第125回 日本耳鼻咽喉科学会	2015.08.01 沖縄
2	鼻涙管及び下鼻甲介を温存し内視鏡下に摘出した上顎洞血瘤腫 例	長谷川昌宏、赤澤幸則、親泊美香	第57回 沖縄県耳鼻咽喉科懇話会	2015.10.14 沖縄
3	内視鏡下に鼻涙管下鼻甲介スチング法で摘出した上顎洞血瘤腫 例	長谷川昌宏	第26回 頭頸部外科学会	2016.01.29 愛知

**【耳鼻咽喉科】**  
**誌上発表**

No.	標題	著者	掲載誌
1	Human papillomavirus infection and immunohistochemical expression of cell cycle proteins pRb, p53, and p16INK4a in sinonasal diseases	Yukashi Yamashita , Masahiro Hasegawa , Mikio Suzuki	Infectious Agents and Cancer 10:23. doi: 10.1186/2015

**【皮膚科】**  
**学会発表および講演**

No.	演題	演者	学會	日時・場所
1	下眼瞼脂腺瘤の一例	花城ふく子、屋宜宣武、西閑修、三輪志織、仲里巖	日本皮膚科学会 第74回沖縄地方会	2015.06.28 沖縄
2	治療に難渋した毛巣洞の2例	花城ふく子、屋宜宣武、仲里巖	日本皮膚科学会 第75回沖縄地方会	2015.11.29 沖縄
3	2015年の当科における悪性皮膚腫瘍症例	花城ふく子、屋宜宣武、西閑修、三輪志織、仲里巖	日本皮膚科学会 第76回沖縄地方会	2016.02.13-14 沖縄

**【救急科】**  
**学会発表および講演**

No.	演題	演者	学會	日時・場所
1	闘牛の頭突きによって受傷した外傷性血氣胸の一例	吉田有法	第43回日本救急医学会 総会学術集会	2015.10.21-23 東京
2	エントリー不明のE. Coliによる髄膜炎の一例	宮川幸子	第19回日本救急医学会 九州地方会	2015.05.15-16 佐賀
3	A Case of Bacterial Meningitis Caused by E.coli of Unknown Portal of Entry	宮川幸子	第85回日本感染症学会 西日本地方会	2016.10.15-17 奈良
4	脳塞栓症と肺塞栓症を合併した症例に対し複数科の連携により救命した1例	土屋洋之	第25回日本集中治療医 学会九州地方会	2015.06.20 福岡

**【救急科】**  
**誌上発表**

No.	標題	著者	掲載誌
1	第5節： 化学療法の原理(21－40章)翻訳	宮川幸子 (監訳 渡邊裕司)	ハーバード大学講義テキスト臨床薬理学 原書 第3版 丸善出版 2015.06

【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	Approach to Enterostomies in Extremely Loe-Birth Weight Infants -Suturing the Mesenterium for Intestinal Anchoring-	Toru Shimizu, Tsukasa Kinjo, Kyotesu Oshiro, Tsukasa Nakama	48th Annual Meeting of the Pacific Association of Pediatric Surgeons	2015.05.19 Korea
2	C型先天性食道閉鎖症に合併した先天性喉頭食道気管裂の1例	大城清哲、金城 優、清水 徹、仲間 司	第52回九州小児外科学会	2015.05.08-09 大分
3	沖縄県における小児重症熱傷18例の検討	金城 優、大城清哲、清水 徹、仲間 司	第52回日本小児外科学会学術集会	2015.05.28-30 兵庫
4	当院の低出生体重児における消化管穿孔例の検討	大城清哲、金城 優、清水 徹、仲間 司	第52回日本小児外科学会学術集会	2015.05.28-30 神戸
5	胆脾2	金城 優	第3回日本肝臓学会サマーセミナー:座長	2015.07.03 沖縄
6	沖縄県におけるUSBA(尿中硫酸抱合型胆汁酸)を用いた胆道閉鎖症マスクリーニングの取り組みについて	金城 優、大城清哲、仲間 司	第4回日本小児診療多職種研究会	2015.07.20-21 福岡
7	USBAによる胆道閉鎖症マスクリーニングについて-沖縄県の現状-	金城 優、大城清哲、仲間 司	胆道閉鎖症早期発見の会	2015.07.25 東京
8	乳児痔瘻について・医療センターにおけるプレパレーション活動について	金城 優、大城清哲	沖縄小児科勉強会	2015.10.14 沖縄
9	より豊かな病児の生活と環境を目指して-当院での取り組みと課題-	金城 優、大城清哲	第2回おもちゃフォーラム	2015.11.29 沖縄
10	二分脊椎患者の排尿管理	金城 優、大城清哲	平成16年二分脊椎の会 勉強会	2016.03.05 沖縄
11	二分脊椎患者の排便管理	大城清哲、金城 優	平成16年二分脊椎の会 勉強会	2016.03.05 沖縄

【小児外科】  
誌上発表

No.	標題	著者	掲載誌
1	小児科レジデントマニュアル:外科分野	我那覇仁監修、金城 優	小児科レジデントマニュアル 第3版 医学書院 2015
2	隨想・趣味:マジッククラブについて	金城 優	沖縄県立南部医療センター・こども医療センター雑誌 9(1) : 76-77, 2015
3	気道熱傷	金城 優、仲間 司、大城清哲	小児外科 48(2): 224-227, 2016

【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	脳性麻痺児の症縮に対する選択的後根切断術後の脊柱変形	栗國敦男	第32回日本脳性麻痺の 外科学研究会	2015.10.17 大阪
2	LCPペディアトリックヒッププレートを用いた脳性麻痺児股関節亜脱臼・脱臼に対する大腿骨近位減捻内反骨切り術の経験	栗國敦男	第26回日本小児整形 外科学会	2015.12.04-05 岐阜
3	ダウン症候群に伴う環軸椎不安定症のため不全麻痺を生じ手術 を施行した5例	栗國敦男	第26回日本小児整形 外科学会	2015.12.04-05 岐阜
4	麻痺性内反凹足変形に対するギプス矯正療法の限界	金城健	第40回日本足の外科学 会・学術集会	2015.10.29 千葉
5	Serial cast correction therapy for pes cavus varus deformity with neurological disorders	Takeshi KINJO	13th Congress of AFJO (l' Association Franco- Japonaise d' Orthopédie) June 5th Saint-Malo(France)	
6	麻痺性内反凹足変形に対するギプス矯正療法の短期治療成績	金城健	第21回院内療育研究 発表会	2015.12.12 沖縄
7	沖縄県におけるDDH診断遅延の現状と二次検診体制の整備—遠 隔説影システムの構築—	金城健	第33回沖縄関節外科 研究会	2015.09.06 沖縄
8	沖縄県における乳児股関節健診とDDH診断遅延の状況	金城健	第54回日本小児股関節 研究会	2015.06.26 東京
9	麻痺性内反凹足変形に対するギプス矯正療法の短期治療成績	金城健	第26回日本小児整形 外科学会学術集会	2015.12.05 岐阜

No.	演題	演者	学会	日時・場所
10	沖縄県におけるDDH診断遅延の現状と二次検診体制の整備－遠隔読影システムの構築－	金城健	第26回日本小児整形外科学会学術集会	2015.12.05 岐阜
11	沖縄県における先天性股関節脱臼診断遅延の現状と二次検診体制の整備－乳児股関節エコー健診専門外来創設にあたって－	金城健	第53回おきなわこどもCME	2015.08.18 沖縄
12	足関節骨折術後の変形性足関節症に対し鏡視下足関節固定術を施行した一例	金城健	第35回沖縄関節外科研究会	2016.03.06 沖縄

### 【小児整形外科】

#### 誌上発表

No.	標題	著者	掲載誌
1	麻痺性内反凹足変形に対するギプス矯正療法による治療経験	金城健	日本足の外科学会雑誌、36(1) : 33-36,2015
2	沖縄県における乳児股関節健診と先天性股関節脱臼診断遅延の状況－乳児股関節エコー健診専門外来創設にあたって－	金城健	沖縄県立南部医療センター・こども医療センター雑誌 9(1) : 28-30, 2016.3
3	歩行可能な痙直型脳性麻痺児に対する選択的後根切斷術	栗國敦男	日本小児整形外科学会雑誌 24(1) : 29-33, 2015
4	脳性麻痺児の座縮位に対する選択的後根切斷術 重症心身障害(Ⅰ)	栗國敦男(書籍分担執筆)	医療における治療指針－診断と治療－ 157-161、2015

### 【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	複雑心奇形の外科手術における心臓シミュレーター(3Dレプリカ) の有用性(シンポジウム2)	長田信洋	第51回日本小児循環器学会	2015.07.16 東京
2	開院10年、どう変わった？小児心臓血管外科	長田信洋	開院10周年記念県民公開シンポジウム	2015.10.04 沖縄
3	3D立体模型シミュレーターを用いた最新の心臓手術	長田信洋	全国心臓病の子どもを守る会	2015.11.22 石垣

No.	演題	演者	学会	日時・場所
4	Dual drainageのScimitar症候群に対して胸腔鏡下に異常血管の結紮を施行した1例	渕上泰、長田信洋、西岡雅彦、赤繁徹、我部敦	沖縄県医師会学会	2015.06.14 沖縄
5	心室中隔欠損、大動脈縮窄を合併した総肺静脈還流異常症の極低出生体重児に対する修復術を施行した1例	渕上泰、西岡雅彦、赤繁徹、中矢代真美、高橋一浩、鍋嶋泰典、差波新、長田信洋	第51回 日本小児循環器学会	2015.07.16 東京
6	大動脈縮窄複合・大動脈弓離断症に対する両側肺動脈絞扼術	渕上泰、西岡雅彦、赤繁徹、長田信洋	第68回 日本胸部外科学会	2015.10.20 神戸
7	Binder clipによる段階的閉胸・疑似閉胸法による小児開胸処置後の二期的閉胸	渕上泰、西岡雅彦、赤繁徹、比嘉章太郎、長田信洋	第46回 日本心臓血管外科学会	2016.02.15 名古屋
8	Continuous coronary perfusionを併用したNorwood手術	西岡雅彦	第15回 小児心臓手術手技研究会	2015.07. 東京
9	大動脈弓離断を合併した極低出生体重・総動脈幹症根治術後の上行大動脈狭窄+両側肺動脈狭窄に対する拡大術	西岡雅彦	第68回 日本胸部外科学会	2015.10.20 神戸
10	こども医療センターにおける右心バイパス手術の現状	西岡雅彦	Kids heart	2016.01. 沖縄

【小児心臓血管外科】

誌上発表

No.	標題	著者	掲載誌
1	Hypoplastic Left Heart Syndrome With Right Ventricle Compression.	Fuchigami T, Nishioka M, Takahashi K, Akashige T, Nagata N.	Ann Thorac Surg. 2015;100(1);e15-7.
2	Thoracoscopic Surgery for Partial Anomalous Pulmonary Venous Connection with Dual Drainage.	Fuchigami T, Gabe A, Takahashi K, Nishioka M, Akashige T, Nagata N.	J Card Surg. 2015;30(10);764-6.
3	A Surgical Integration Technique for Right-Sided and Left-Sided Superior Vena Cavae.	Fuchigami T, Nishioka M, Akashige T, Nagata N.	Ann Thorac Surg. 2015; 100(3);e63-5.
4	Repair of Vascular Ring With Right-Sided Interrupted Aortic Arch and Right-Sided Descending Aorta.	Fuchigami T, Nagata N, Nishioka M, Akashige T, Takahashi K.	Ann Thorac Surg. 2016; 101(2);e41-3.
5	Association of a unique form of cor triatriatum with tetralogy of Fallot.	Fuchigami T, Koide M, Kunii Y, Watanabe K.	Heart Vessels. 2016; 31(4);628-30.

No.	標題	著者	掲載誌
6	Long-Term Follow-Up of the Conal Flap Method for Tricuspid Malinsertion in Transposition of the Great Arteries With Ventricular Septal Defect and Pulmonary Stenosis.	Fuchigami T, Nagashima M, Hiramatsu T, Matsumura G, Tateishi M, Yamazaki K.	Ann Thorac Surg. 2016; 102(1):186-91.
7	Staged Delayed Sternal Closure Using a Binder Clip After Pediatric Cardiac Surgery.	Fuchigami T, Nishioka M, Akashige T, Higa S, Nagata N.	J Card Surg. 2016;31(7):464-6.
8	Total anomalous pulmonary venous connection with ventricular septal defects.	Fuchigami T, Nishioka M, Akashige T, Nabeshima T, Nagata N.	Asian Cardiovasc Thorac Ann. 2015 Dec 7. pii: 0218492315622102. [Epub ahead of print]
9	Accessory orifice on the anterior tricuspid leaflet in Ebstein's anomaly.	Fuchigami T, Nishioka M, Nagata N.	Asian Cardiovasc Thorac Ann. 2016 Mar 3. pii: 0218492316638605. [Epub ahead of print]
10	Truncus arteriosus with interrupted aortic arch in very low birth weight infants.	Fuchigami T, Nishioka M, Akashige T, Takahashi K, Nabeshima T, Nagata N.	Asian Cardiovasc Thorac Ann. 2016 May 5. pii: 0218492316647217. [Epub ahead of print]
11	Growing potential of small aortic valve with aortic coarctation or interrupted aortic arch after bilateral pulmonary artery banding.	Fuchigami T, Nishioka M, Nakayashiro M, Nabeshima T, Sashinami A, Sakurai K, Takefuta K, Nagata N.	Interact Cardiovasc Thorac Surg. 2016 Jul 1. pii: iwv230. [Epub ahead of print]
12	心室中隔欠損症を合併した総肺静脈還流異常症2例の経験	渕上 泰, 坂本 貴彦, 小坂 由道, 島田 勝利, 安河内 聰, 濱聞 浩宏, 田澤 星一, 原田 順和	日本小児循環器学会雑誌. 31(5): 284-287, 2015

【小児腎臓科】  
学会発表および講演

No.	演題	演者	日時・場所
1	シンポジウム9 日本医学教育学会による卒前教育・卒後研修8年間の基本的医学教育コンピテンスの提案:アウトカムに基づいたカリキュラム、その策定と実行 ~Dundee、沖縄、富士ワークショップ~	吉村仁志	第47回日本医学教育学会大会 2015.07.26 新潟
2	教育セミナー1 小児のAKI(急性腎障害) ~1滴の尿からのアプローチ2015~	吉村仁志	第37回日本小児腎不全学会学術集会 2015.11.27 石川
3	「島で1人でやれる」小児科医を育てる ~当院開設以来10年のあゆみ~	吉村仁志	県民公開シンポジウム ~どうかわった沖縄県の小児医療 当院こども医療センター開設10年のあゆみ~ 2015.10.04 沖縄

No.	演題	演者	学会	日時・場所
4	新制度の小児科専門研修におけるアウトカム(コンピテンシー)基盤型教育	吉村仁志	徳島県・徳島大学共催: 小児診療キャリア形成育成支援講演会	2015.10.14 徳島
5	aHUSと疑われる男児例	喜瀬智郎	aHUSフォーラム沖縄	2015.05.13 沖縄
6	こどものネフローゼ症候群	喜瀬智郎	長期療養児保護者学習会(中部地区)	2016.02.06 沖縄

#### 【小児腎臓科】

##### 誌上発表

No.	標題	著者	掲載誌
1	こども医療センターの九年雑感	吉村仁志	奇跡のこども病院～沖縄にこども医療センターができるまで～ボーダーインク 178～179,2015
2	I. 小児救急 10. 脱水	吉村仁志	小児科レジデンントマニュアル第3版 医学書院, 57-60, 2015
3	II. 小児疾患 一 腎・泌尿器疾患 13. 腎不全	吉村仁志	小児科レジデンントマニュアル第3版 医学書院, 199-204, 2015
4	II. 小児疾患 一 腎・泌尿器疾患 15. ネフローゼ症候群	吉村仁志	小児科レジデンントマニュアル第3版 医学書院, 211-215, 2015
5	Past-behavioural vs situational questions in a postgraduate admissions multiple mini-interview: a reliability and acceptability comparison.	Hiroshi Yoshimura, Gominda Ponnampерuma et al.	BMC Medical Education 15:75, 2015
6	沖縄の医療現場からみた卒後医学教育の変遷	吉村仁志	沖縄県医師会報 51(9): 112～113, 2015
7	医師卒後臨床研修入職試験におけるマルチブル・ミニ面接法	吉村仁志	岐阜大学医学教育研究開発センター編 (単行本), 2015
8	腎炎	上原正嗣	小児科レジデンントマニュアル 第3版 医学書院, 61-62, 2015

No.	標題	著者	掲載誌
9	SIADH	上原正嗣	小児科レジデントマニュアル 第3版 医学書院, 205-210,2015
10	尿崩症	上原正嗣	小児科レジデントマニュアル 第3版 医学書院, 215-217,2015

【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	地方PICUにおける小児集中治療専従医配置がもたらした患者予後への影響	藤原直樹、制野勇介、八坂有起	第118回日本小児科学会	2015.04.17-19 大阪
2	当院PICUにおける終末期緩和医療の現状と課題	制野勇介、八坂有起、藤原直樹	第118回日本小児科学会	2015.04.17-19 大阪
3	柔道練習中にSecond impact syndromeによる急性硬膜下血腫をきたした9歳男児例	杉浦健太、制野勇介、八坂有起、藤原直樹	第118回日本小児科学会	2015.04.17-19 大阪
4	急性細気管支炎として治療され、診断までに時間を要した重複大動脈弓の乳児例	藤原直樹、制野勇介、八坂有起	第29回日本小児救急医学 会学術集会	2015.06.12-13 埼玉
5	Metabolic Autopsyによって診断されたミトコンドリア呼吸鎖異常症の一例	制野勇介、八坂有起、藤原直樹	第29回日本小児救急医学 会学術集会	2015.06.12-13 埼玉
6	劇症型心筋炎に対し大動脈バルーンパンピングを使用した小児の一例	差波新、制野勇介、八坂有起、藤原直樹	第29回日本小児救急医学 会学術集会	2015.06.12-13 埼玉
7	本邦の小児入院患者の心肺停止とRRSに関する動向調査	川崎達也、藤原直樹、井上信明、他	第29回日本小児救急医学 会学術集会	2015.06.12-13 埼玉
8	当院PICUにおける緊急対応シミュレーションの取り組みと今後の課題	鈴木雄一朗、松本笑佳、新垣奈津子	第29回日本小児救急医学 会学術集会	2015.06.12-13 埼玉
9	ECMO使用により救命した、気管支喘息重積発作の1例	岩井剛史、制野勇介、八坂有起、藤原直樹	第15回九州・沖縄小児救急医学研究会	2015.08.08 宮崎
10	集中治療を要した中鎖アシル-CoA脱水素酵素欠損症の新生児例	桜井研三、制野勇介、八坂有起、藤原直樹	第15回九州・沖縄小児救急医学研究会	2015.08.08 宮崎

No.	演題	演者	学会	日時・場所
11	ECMO(体外式膜型人工肺)導入により救命した難治性気管支喘息重積の1例	持田 墓、制野勇介、八坂有起、藤原直樹	第83回沖縄小児科学会	2015.09.13 沖縄
12	どう変わった沖縄県の小児医療～県立南部医療センター・こども医療センター開院10周年を迎えて～	藤原直樹	県民公開シンポジウム	2015.10.04 沖縄
13	シンポジウム3: 小児急性呼吸障害に対する非侵襲的換気法: リスク・ベネフィットを考えて	藤原直樹	第48回日本小児呼吸器学会	2015.10.23-24 岡山
14	多量の清涼飲料水摂取は、ビタミンB1欠乏性肺高血圧症を来たしうる	桜井研三、制野勇介、八坂有起、藤原直樹	第84回沖縄小児科学会	2015.12.20 沖縄
15	沖縄県における小児集中治療室(PICU)設置および事従医配置が、地域の小児死亡にもたらした影響	藤原直樹、制野勇介、八坂有起	第43回 日本集中治療医学会学術集会	2016.02.11-14 神戸
16	拘束性障害で著明な高ニ酸化炭素血症を合併した呼吸不全に対してHFOVが有効であった1例	制野勇介、八坂有起、藤原直樹	第43回 日本集中治療医学会学術集会	2016.02.11-14 神戸
17	PICUにおける終末期ケアの実践～グリーフカウンタレンスに焦点を当てて～	新垣奈津子	第43回 日本集中治療医学会学術集会	2016.02.11-14 神戸
18	気管支喘息発作を発症した17kg女児に対するダブルルーベン体外循環肺補助用カニューレによるECMOの経験	大城幸作、制野勇介、八坂有起、藤原直樹	第43回 日本集中治療医学会学術集会	2016.02.11-14 神戸
19	そのこどもにとって最善の利益を考える～離島在住の重症児のケアを通じて見えたこと～	大北恵子、差波 新、制野勇介、藤原直樹	第85回沖縄小児科学会	2016.03.13 沖縄

【小児集中医療科】

誌上発表

No.	標題	著者	掲載誌
1	細気管支炎	藤原直樹	小児科レジデンントマニュアル第3版 医学書院, 128-133, 2015
2	小児集中治療専従医配置が患者予後に与えたインパクト	藤原直樹、制野勇介、八坂有起、関裕美子	日本集中治療医学会雑誌 23: 301-305, 2016
3	小児集中治療医は必要か？～謙虚にYes！	藤原直樹	日本集中治療医学会雑誌 23: 357-358, 2016

**【新生児科】**  
**学会発表および講演**

No.	演題	演者	学会	日時・場所
1	肺血流量増加型先天性心疾患に対する低酸素濃度ガス吸入療法(N2療法)の検討	大城達男	第51回日本周産期新生児学会	2015.07.10-12 福岡
2	Rh不適合の新生児溶血性疾患の4例	大庭千明	第60回日本新生児成育医学会学術集会	2015.10.23-25 岩手
3	最近3年間で当院NICUに入院した先天性心疾患地方会・研究会	名嘉山興隆	第85回沖縄小児科学会地方会	2016.03.13 沖縄
4	脳低温療法中に中心静脈カテーテル留置による心タンポンナーゼを発症した1例	名嘉山興隆	第51回日本周産期新生児学会	2015.07.10-12 福岡
5	NICU卒業生を対象とした「すくすくキャンプ」開催報告	宮城なつき	第118回日本小児科学会(大阪)	2015.04.17-19 大阪
6	コクサッキーB2ウイルスによる新生児心筋炎、髄膜炎の1例	宮城なつき	第60回 日本新生児成育医学会学術集会	2015.10.23-25 岩手
7	当院NICUで経験した一過性異常骨髓症(Transient Abnormal Myelopoiesis) 14例のまとめ	福里勇人	第60回日本新生児成育医学会学術集会	2015.10.23-25 岩手

**【新生児科】**  
**誌上発表**

No.	標題	著者	掲載誌
1	Transumbilical arterial embolization of a large dural arteriovenous fistula in a low-birth-weight neonate with congestive heart failure. Case report.	大城達男	Child's Nervous System 2016; 32, 723-726.

**【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	小児における結合型肺炎球菌ワクチンの接種普及がもたらしたもの	安慶田英樹	第26回日本生体防御学会学術集会 シンポジウムⅢ	2015.07.11 東京

No.	演題	演者	学会	日時・場所
2	感染症の知識：集団生活への影響と対応	安慶田英樹	母子保健指導者対策セミナー	2015.10.28 沖縄
3	沖縄県における肺炎球菌ワクチンとヒブワクチンの劇的効果	安慶田英樹	沖縄ワクチンセミナー	2016.01.27 沖縄
4	沖縄県における小児侵襲性GBS感染症の疫学調査	安慶田英樹	第85回沖縄小児科学会	2016.03.13 沖縄
5	ASPR(Asian Society for Pediatric Research) 2015合同セッション部門 JP-031 Second impact syndrome in 9 year old Judo player.	杉浦健太、松岡孝、大川哲平、赤峰敬治、 松茂良力 安慶田英樹	第118回日本小児科学会 学術集会	2015.04.17-19 大阪
6	緊急気管切開後にヘリ搬送された傍咽頭膿瘍の1例と小兒深頸部膿瘍13例の検討	赤峰敬治、大川哲平、松岡孝、松茂良力、 安慶田英樹	第118回日本小児科学会 学術集会	2015.04.17-19 大阪
7	先天性喘鳴を来たしたサイロプロプリン遺伝子異常症の一例	松尾侑紀、松岡孝、大川哲平、赤峰敬治、 松茂良力、安慶田英樹	第118回日本小児科学会 学術集会	2015.04.17-19 大阪
8	臀部腫脹を契機に診断された巨大血管性腫瘍(血管奇形)の1例	岩井剛史、大川哲平、赤峰敬治、松岡孝、 松茂良力、安慶田英樹	第118回日本小児科学会 学術集会	2015.04.17-19 大阪
9	前庭神経炎の一例	塙原恵子	第51回おきなわこどもCME	2015.04.21 沖縄
10	演題56 小児科領域に関するDNARの現状	古谷幸大、松尾侑紀、大川哲平、赤峰敬治、 松茂良力、比嘉猛	第119回沖縄県医師会医学会総会	2015.06.14 沖縄
11	3 month old infant with fever 一生後3ヶ月未満の発熱で受診した乳児川崎病について—	岸田みづえ	第52回おきなわこどもCME	2015.6.16 沖縄
12	小児の顔面外傷	岩井剛史	平成27年県南部地区医師会生涯教育講演会	2015.07.22 沖縄
13	小児在宅医療の理想と現実	松岡 孝	平成27年県南部地区医師会生涯教育講演会	2015.07.22 沖縄
14	MAS	Yoshiyuki Kubota	US Naval Hospital Pediatric Joint Conference	2015.08.20 沖縄
15	当院の在宅療養児における気管切開閉鎖の検討	松岡 孝、松茂良 力、安慶田英樹	小児在宅医療研究会	2015.09.05 埼玉
16	当院の在宅療養児における気管切開閉鎖の検討	松岡 孝、松茂良 力、安慶田英樹	沖縄小児科学会	2015.09.13 沖縄

No.	演題	演者	学会	日時・場所
17 科	どう変わった沖縄県の小児医療・小児総合診療科・小児在宅診療	松岡 孝	県民公開シンポジウム	2015.10.04 沖縄
18	胃軸捻転症	Tomotada Takayama	US Naval Hospital Pediatric Joint Conference	2015.11.19 沖縄
19	嘔吐、体重増加不良を呈した1ヶ月女児	高山朝匡	第55回おきなわこどもCME	2015.12.15 沖縄
20	アナフイラキシーを繰り返し、気管内挿管を要した重症インフルエンザA肺炎の1例	村山和世	第56回おきなわこどもCME	2016.02.16 沖縄
21	インフルエンザ肺炎	Takuro Nozaki	US Naval Hospital Pediatric Joint Conference	2016.03.10 沖縄
22	小児在宅医療の患児背景	松岡 孝、松茂良 力、安慶田英樹	第85回沖縄小児科学会	2016.03.13 沖縄

#### 【小児総合診療科】

#### 誌上発表

No.	標題	著者	掲載誌
1	V.検査・手技 3.腰椎穿刺	松岡 孝	小児科レジデントマニュアル第3版 医学書院 543-546, 2015
2	I. 小兒救急 13. 腹痛	松茂良 力	小児科レジデントマニュアル第3版 医学書院。 71-74, 2015
3	Side Memo リンパ節腫大 Lymphadenopathy	松茂良 力	小児科レジデントマニュアル第3版 医学書院。 356-357, 2015
4	インフルエンザ	安慶田英樹	小児科レジデントマニュアル第3版 医学書院。 339-344, 2015
5	予防接種	安慶田英樹	小児科レジデントマニュアル第3版 医学書院。 515-522, 2015
6	地域連携	安慶田英樹	小児感染対策マニュアル じほう 14-16, 2015
7	Impact of Seven valent Pneumococcal Conjugate Vaccine on Nasopharyngeal Carriage in Young Children in Okinawa, Japan.	Akeda H., Chang B, et al.	World Journal of Vaccines. 2015; 5, 88-95

No.	標題	著者	掲載誌
8	Nationwide population-based surveillance of invasive pneumococcal disease in Japanese children: Effects of the seven-valent pneumococcal conjugate vaccine.	Suga S, Akeda H, et al.	Vaccine 2015; 33(45), 6054-6060
9	臀部腫脹を契機に診断された巨大リンパ管奇形の1例	岩井剛史、松岡幸、松茂良力、安慶田秀樹	沖縄医学会雑誌 53(4):18~21, 2015
10	Retired Numbers	松茂良 力	沖縄県医師会報 10月号
11	急性副睾丸炎	松茂良 力	要点をおさえる小兒救急・プライマリーケア 南行堂
12	当院の小兒在宅療養児における気管切開孔の閉鎖の検討	松岡幸	沖縄県立南部医療センター・こども医療センター雑誌 9(1):14-18, 2016

### 【小兒血液腫瘍科】

#### 学会発表および講演

No.	演題	演者	学會	日時・場所
1	小兒科領域に関するDNARの現状	古谷幸大、比嘉 猛	第119回沖縄県医学会総会	2015 06.14 沖縄
2	終末期にある子どもと家族の思いを支えるチーム医療	大鷲しのぶ、玉城絵似美、松田竹広、宮本二郎、金子友里、比嘉 猛	第20回 日本緩和医療学会 学術大会	2015 06.19 神奈川
3	L-Asparaginase関連肺炎を合併した小兒急性リンパ性白血病5例の後方視的検討	嘉数真理子、松田竹広、比嘉 猛	第57回日本小児血液がん学会	2015 11.29 山梨
4	尿閉を契機にAMLの診断に至った1男児例	村山和世、嘉数真理子、松田竹広、比嘉 猛	第85回 沖縄小児科学会	2016 03.13 沖縄
5	寛解導入療法中にクリプトコッカスリンパ節炎を発症したALLの一例	逢田圭志、松田竹広、嘉数真理子、比嘉 猛	第85回 沖縄小児科学会	2016 03.13 沖縄
6	Hyperleukocytosis(白血病增多症)による多発性脳出血をきたしたAMLの1例	小椋奈緒、嘉数真理子、松田竹広、比嘉 猛	第84回 沖縄小児科学会	2015 12.20 沖縄

【小児血液腫瘍科】

誌上発表

No.	標題	著者	掲載誌
1	小児疾患一血清・腫瘍疾患 24 小児の腫瘍	比嘉 猛	小児科レジデンントマニュアル第3版:医学書院 256-265, 2015.
2	小児疾患一血清・腫瘍疾患 25 白血病	比嘉 猛	小児科レジデンントマニュアル第3版:医学書院 266-272, 2015

【小児神経科】

学会発表および講演

No.	演題	演者	学會	日時・場所
1	Abnormal spindle in children with mild encephalopathy with a reversible splenial lesion ( MERS )	OHFU Masaharu, HIYANE Masato, MATSUOKA Tsuyoshi	The13th Asian and Oceanian Congress of Child Neurology, AOCCN	14-17 May, 2015 taipei
2	可逆性脳血管攣縮症候群(RCVS)の3例	松岡剛司、比屋根真彦、大府正治	第118回 日本小児科学会学術集会	2015.04.17-19 大阪
3	MERS(可逆性脳梁膨大部病変を有する軽症脳症)の脳波	大府正治 福里勇人 比屋根真彦 松岡剛司	第57回 日本小児神経学会学術集会	2015.05.28-30 大阪
4	血清抗GラクトセロシドIgM抗体が陽性であった左動眼神経麻痺の一例	松岡剛司 福里勇人 比屋根真彦 大府正治	第57回 日本小児神経学会学術集会	2015.05.28-30 大阪
5	血清抗GM2-IgM抗体が陽性であった両側顔面神経麻痺の一例	福里勇人 松岡剛司 比屋根真彦大府正治	第57回 日本小児神経学会学術集会	2015.05.28-30 大阪
6	繰り返す視神經炎、大脳病変を認め抗MOG抗体陽性NMO類縁疾患の1例	比屋根真彦 福里勇人 松岡剛司 大府正治	第57回 日本小児神経学会学術集会	2015.05.28-30 大阪
7	注意欠如多動症(ADHD)並存の難治性てんかんにおけるアトモキセチン(ATX)の使用経験	松岡剛司 比屋根真彦 大府正治	第49回 日本てんかん学会学術集会	2015.10.30-31 長崎
8	原発性免疫不全症を合併し臭化カリウムが著効した難治性てんかん男児例	比屋根真彦 松岡剛司 大府正治	第49回 日本てんかん学会学術集会	2015.10.30-31 長崎
9	パナイトポーラス症候群とローランドてんかんの特徴の共存例	大府正治 比屋根真彦 松岡剛司	第49回 日本てんかん学会学術集会	2015.10.30-31 長崎

No.	演題	演者	学會	日時・場所
10	可逆性後頭葉白質脳症(PRES)の脳波	大府正治、松岡剛司、比屋根真彦	第45回 日本臨床神経生 理学会	2015.11.05-07 大阪
11	無熱性痙攣重積で発症したmitochondrial myopathy,encephalopathy,lactic acidosis and stroke-like	中馬卓也、比屋根真彦、松岡剛司、大府正治	第83回 沖縄小児科学会	2015.09.13 沖縄
12	肘内障とみなされた神経線維腫症1による類もやもや病の1例	野崎拓朗、比屋根真彦、松岡剛司、大府正治	第83回 沖縄小児科学会	2015.09.13 沖縄
13	片側性基底核脳炎を繰り返す男児例	比屋根真彦、松岡剛司、大府正治	第84回 沖縄小児科学会	2015.12.20 沖縄
14	可逆性後頭葉白質脳症(PRES)の臨床脳波学的検討	大府正治、比屋根真彦、松岡剛司	第84回 沖縄小児科学会	2015.12.20 沖縄
15	注意欠如多動症(ADHD)併存の難治性てんかんにおけるアトモキセチンの使用経験	松岡剛司、比屋根真彦、大府正治	第84回 沖縄小児科学会	2015.12.20 沖縄
16	種々のけいれん発作がコントロールされた後も、緩やかに知的障害の進行を認めた10歳男児	松岡剛司、比屋根真彦、大府正治	第80回 日本小児神經 学会九州地方会	2016.01.10 鹿児島
17	けいれんによるPICU入室例についての臨床的検討	比屋根真彦、松岡剛司、大府正治	第81回 沖縄小児神經 研究会	2015.06.26 沖縄
18	第79回日本小児神經学会九州地方会 REVIEW	比屋根真彦	第83回 沖縄小児神經 研究会	2015.08.21 沖縄
19	腱反射亢進を呈したAcute Motor Axonal Neuropathy (AMAN)の1例	大府正治、比屋根真彦、松岡剛司	第85回 沖縄小児神經 研究会	2015.11.13 沖縄
20	小児神經学セミナー REVIEW	松岡剛司、比屋根真彦、大府正治	第87回 沖縄小児神經 研究会	2015.12.17 沖縄
21	深く大きな呼吸、ふらつき歩行を呈した9歳男児	比屋根真彦、松岡剛司、大府正治	第88回 沖縄小児神經 研究会	2016.01.19 沖縄
22	第80回日本小児神經学会 九州地方会 REVIEW	松岡剛司、比屋根真彦、大府正治	第89回 沖縄小児神經 研究会	2016.02.09 沖縄
23	神経型ゴーゼ病(タイプ2)の臨床診断におけるピットフォール	大府正治、小椋奈緒、松岡剛司、比屋根真彦	第91回 沖縄小児神經 研究会	2016.03.31 沖縄
24	早期の免疫介在療法が病態の進行抑制に寄与した可能性のあるRasmussen症候群疑いの一例	松岡剛司、比屋根真彦、大府正治	第8回 沖縄てんかん 研究会	2015.12.04 沖縄

No.	演題	演者	学会	日時・場所
25	バリプロ酸からラモトリギン併用さらに単剤へ変換する際のポイント	大府正治、比屋根真彦、松岡剛司	第9回 研究会	沖縄でんかん 2016.02.05 沖縄
26	Panayiotopoulos syndromeとRolandic epilepsyの発作と脳波が重複する症例	大府正治、比屋根真彦、松岡剛司	第10回 学会九州地方会	日本でんかん 2015.07.11 大分
27	沖縄小児脳波道場	大府正治	院内セミナー	2015.10.2 沖縄 2015.11.18,25,

### 【小児神経科】

#### 誌上発表

No.	標題	著者	掲載誌
1	意識障害	松岡剛司	小児科レジデントマニュアル第3版:医学書院 12-18, 2015.
2	熱性けいれん	比屋根真彦	小児科レジデントマニュアル第3版:医学書院 362-364, 2015
3	てんかん	大府正治	小児科レジデントマニュアル第3版:医学書院 365-370, 2015
4	頭頂葉でんかん	大府正治	小児内科 47(9):1635-1637, 2015

### 【こころ科】

#### 学会発表および講演

No.	演題	演者	学会	日時・場所
1	過眠が主訴であった注意欠如多動症(ADHD)、自閉スペクトラム症(ASD)の併存例	松岡剛司	第33回日本小児心身医学学会学術集会	東京 2015.09.11-13 東京
2	遺尿とADHD	松岡剛司	第7回 沖縄発達障害懇話会	沖縄 2015.04.23 沖縄
3	小児の神経症 ～心理発達検査で見えてくるもの～	松岡剛司	沖縄県小児科医会研究会	沖縄 2015.12.09 沖縄

No.	演題	演者	学会	日時・場所
4	小児の神経症 ～心理発達検査で見えてくるもの～	松岡剛司	南部地区医師会学術・生涯教育講演会	2015.07.22 沖縄
5	事例提示～ミトコンドリア呼吸鎖異常症の小児例～	山田絵里、中嶋真理、新垣真紀子	沖縄県臨床心理士会 緩和ケア事例研修会	2015.07.17 沖縄

### 【栄養管理室】

#### 学会発表および講演

No.	演題	演者	学会	日時・場所
1	重度の拒食症でNSTと多職種の介入によりADLの改善が得られた一例	垣花 里絵子、富山修志、林 成峰、仲本麗雅、川田 聰、井上幸代、砂川悦子、長濱悦子、玉城陽子、山城伸介、渡名喜広美、下地恵美	第31回日本静脈経腸栄養学会	2016.02.25-26 福岡
2	小児NST介入により栄養管理を見直し自宅退院へ至った一例	仲宗根 法子、玉那覇康恵、松岡 孝、大城清哲、大田まりあ、玉城陽子、山田えり、竹富るみ子、石嶺彩香、下地恵美	第31回日本静脈経腸栄養学会	2016.02.25-26 福岡
3	栄養チューブに対する1%重曹水フラッシュの閉塞防止効果の検討	奥平美香、富山修志、仲間司、金城美奈子、玉城陽子、下地恵美	第11回 沖縄NSTフォーラム	2016.03.12 沖縄

### 【リハビリ室】

#### 学会発表および講演

No.	演題	演者	学会	日時・場所
1	劇症型心筋炎により補助人工心臓を装着した12歳男児のリハビリテーション	金子友里	第21回日本心臓リハビリテーション学会学術集会	2015.07.18-19 福岡
2	植込み型補助人工心臓を装着した家族性拡張型心筋症患者に対するリハビリの経験～当院の症例に対して重要性が実感できた多職種カンファレンス～	金子友里	第54回全国自治体病院学会	2015.10.08-09 函館
3	小児におけるスプリント療法	岡野茉莉花	九州理学療法士作業療法士合同学会	2015.11.14-15 大分

No.	演題	演者	学会	日時・場所
4	沖縄県内ウォーキングイベント参加者の口コモ度テスト結果	喜瀬真雄、青木一雄、荒川雅志、本村純、仲本奈々、高屋優、友利晃、與儀清武、安里隆	第74回日本公衆衛生学会	2015.11.04-06 長崎
5	沖縄県内ウォーキングイベント参加者の体力医学的特性	喜瀬真雄、青木一雄、荒川雅志、本村純、高屋優、友利晃、與儀清武、安里隆	九州理学療法士・作業療法士合同学会	2015.11.14-15 大分
6	沖縄県内ウォーキングイベント参加者の日常生活移動機能～口コモ度テスト2ステップ値に注目して～	喜瀬真雄、荒川雅志、青木一雄、本村純、仲本奈々、松田葉子、松田翼、高屋優、友利晃、與儀清武、安里隆、上原敏則	第17回沖縄県理学療法学術大会	2016.02.21 沖縄

### 【リハビリ室】

No.	演題	演者	掲載誌
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	日本障害者スポーツ学会誌 23:51-52, 2015

### 【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	当院における心筋保護法について	池間妙子	第22回日本体外循環技術医学会九州地方会冬季セミナー	2016.01.16 福岡
2	小児開心術における血液併用心筋保護の効果	玉城由尊	第41回JaSECT大会	2015.10.17-18 神戸
3	脳梗塞を合併した感染性心内膜炎に対してナファモスタットメシル酸塩を併用した体外循環	池間妙子	第41回JaSECT大会	2015.10.17-18 神戸
4	気管支喘息発作を発症した17kg女児に対するダブルルーメン体外循環肺補助用カニューレによるECMOの経験	大城幸作	第43回日本集中治療医学会学術集会	2016.02.11-14 神戸
5	植込型補助人工心臓における臨床工学技士の新たな役割	池間妙子	第54回全国自治体病院学会	2015.10.08-09 北海道

【MEセンター】  
誌上発表

No.	標題	著者	掲載誌
1	Becker型筋ジストロフィー患者に対する植込型補助人工心臓の大城幸作 経験	大城幸作	沖縄県立南部医療センター・こども医療セン ター雑誌 9(1):19-23, 2016
2	臨床工学技士における新たな役割～植込型補助人工心臓～	池間妙子	沖縄県立南部医療センター・こども医療セン ター雑誌 9(1):45-46, 2016

### 平成27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	ICU	補助人工心臓(体外式・植込型)の看護と今後の課題	県民公開講座	5/10	照屋 政美	那覇市
2	ER	円滑なチーム医療の提供を目指して—ST上昇型心筋梗塞患者の症例を通して—	日本救急医学会 九州地方会	5/15・16	仲宗根 さやか	佐賀県
3	PICU	PICUにおける緊急対応シミュレーションの取り組みと今後の課題	日本小児救急医学会 学術集会	6/12	鈴木 雄一朗	東京都
4	5西	終末期におけるこどもと家族を支えるチーム医療	日本緩和医療学会 学術大会	6/20	大鷲 しのぶ	神奈川県
5	放射線科	沖縄の離島診療所で働く看護師のメンタルヘルスケアの現状	日本ルーラル ナーシング学会	8/29	名嘉 みゆき	栃木県
6	島ナース	離島診療所で働く看護師の支援 —しまナースの活動評価—	日本ルーラル ナーシング学会	8/29	知念 久美子	栃木県
7	手術室	手術室におけるプレパレーションの充実—CLSと連携した体験ツアーの体制づくり	日本手術看護 学会	10/9・10	桃原 弘樹	札幌
8	医療安全	県内の感染管理認定看護師を対象にした感染管理研修のとりくみ—エボラウィルス感染症対策から—	全国自治体病院 学会	10/8・9	渡嘉敷 智賀子	函館
9	6東	全職員を対象にした手指衛生への取り組み —手洗いキャラバン隊の活動—	全国自治体病院 学会	10/8・9	上間 一樹	函館
10	島ナース	しまナースによる離島診療所看護師の支援	全国自治体病院 学会	10/8・9	知念 久美子	函館
11	透析室	精神発達障害を抱える10代女性の透析導入を体験して—精神発達障害患者の透析看護のあり方を検討する—	第34回沖縄県 人工透析研究会	3/13	島尻 章子	沖縄県
12	PICU	PICUにおける終末期ケアの実践 —グリーフカンファレンスに焦点を当てて—	集中治療学会	2016/2/14	新垣 奈津子	兵庫県
13	放射線科	放射線科チームによる防災対策 —アクションボードを活用した循環器アンギオ室火災シミュレーション—	全国IVR技術 学会	2016/2/27	平良 光治	沖縄県
14	ICU	体外式補助人工心臓装着患者の渡航搬送を経験して	日本循環器学会 学術集会	10/17・18	照屋 政美	東京都
15	ICU	渡航移植をひかえた患児・両親への家族ケアを実践した一事例	日本看護学会 急性期看護	7/15・16	安谷屋克人	沖縄県
16	MFICU	原因不明の不隨運動がある多胎妊娠の安全な周産期管理	日本看護学会 急性期看護	7/15・16	石川 綾乃	沖縄県
17	5小	小児病棟における防災意識向上への取り組み —火災時の避難訓練評価カード作成から見えたもの—	日本看護学会 急性期看護	7/15・16	目取真伯子	沖縄県
18	6西	肝動脈塞栓療法(TAE)を受ける患者の看護 —統一した看護を目指したリーフレット導入—	日本看護学会 急性期看護	7/15・16	玉城 愛子	沖縄県
19						
20						

# 平成27年度 コアレクチャー日程表（前期）

期間：平成27年4月6日(月)～平成27年9月30日(水)

No	日付	曜日	演題	講師	診療科	備考
1	4/6	月	SPIについて（診療材料）	宮城 美和 長田 茂	経営課 薬局長	
2	4/7	火	薬局部の紹介			その日の日勤医 救急科
3	4/8	水	(予備日)			研修医2年次
4	4/9	木	剖検・CPCLについて	仲里 廣 渡邉 審 照屋 美雪 吉村 仁志	病理診断科 感染症室 経営課 小児科	
5	4/10	金	針刺し・血液収集方法			
6	4/13	月	DPCについて			
7	4/14	火	小児科診療			
8	4/15	水	(予備日)			
9	4/16	木	(予備日)			
10	4/17	金	未定			
11	4/20	月	未定			
12	4/21	火	未定			
13	4/22	水	(予備日)			
14	4/23	木	未定			
15	4/24	金	未定			
16	4/27	月	大腿骨近位部骨折	杉浦 由佳 篠原 直哉	整形外科 総合内科	その日の日勤医 初期研修医急救会
17	4/28	火	輸液	奥座 港次	麻酔科	肝胆胰の救急疾患
18	4/30	木	挿管について	阿見 有規 平田 真由美	小児科 産婦人科	急性冠症候群part2
19	5/1	金	小児の発熱	富山 修志	小児科	ワクチン
20	5/7	木	産婦人科的診察入門	岸田 みすえ	小児科	妊娠とエックス線、薬剤
21	5/8	金	未定			重症感覚症
22	5/11	月	小児の脊髄	持田 畏	小児科	高齢者の発熱
23	5/12	火	NHSS(脳卒中重症度評価スケール)のつけめ方にについて	高洲 恵 Susan G. Abenstein, MD	小児科 小児科	初期研修医急救会指導
24	5/13	水	Hygiene in Infancy			(予備日) 新規登録保険医集団指導
25	5/14	木	(予備日)			1年次不在
26	5/15	金	(予備日)			
27	5/18	月	病葉物の取り扱い・N95	上間 一樹 仲里 信彦 豊川 貴生	医療安全認定看護師 総合内科 感染症内科	その日の日勤医 救急科
28	5/19	火	浮腫			草場 雄二
29	5/20	水	細菌感染症の原則			研修医2年次
30	5/21	木	(予備日)			消化器内科
31	5/22	金	クリーブ・細気管支炎			循環器内科
32	5/25	月	(予備日)			会議室2.3
33	5/26	火	糖尿病の救急	篠原 直哉	小児科	会議室3
34	5/27	水	創処置、局麻・縫合	長瀬 直治 大橋 容子 永田 惠蔵	一般外科 産婦人科 総合内科	急性冠症候群
35	5/28	木	産科（1）妊娠の生理学的変化			会議室4
36	5/29	金	内臓カントアレンス			会議室5
37	6/1	月	(予備日)			会議室6
38	6/2	火	AWSの使い方	田中 拓 Jeremy Eakin, M	麻酔科 小児科	会議室7
39	6/3	水	Interesting Pediatric Radiology Cases			会議室8
40	6/4	木	(予備日)			会議室9
41	6/5	金	心疾患眼の診療	村山 和世	小児科	会議室10
42	6/9	火	発育発達メカニズム・床スレの体験	砂川 悅子	看護部 精神科	会議室11
43	6/10	水	救急科レクチャー	高山 朝臣 浅井 友美子	小児科 研修医2年次	会議室12
44	6/11	木	小児の気管支喘息			会議室13
45	6/12	金	初期研修医急救会			会議室14
46	6/15	月	(予備日)			会議室15
47	6/16	火	精神科救急 慢性	川田 啓 福里 勇人	精神科 皮膚科	会議室16
48	6/17	水	EEGでみがかる皮膚疾患	屋宜 寛武 仲里 旅	小児科 内科	会議室17
49	6/18	木	(予備日)			会議室18
50	6/19	金	Case conference in English	Sandra Y. Moody, M	小児科 内科	会議室19
51	6/22	月	初期研修医急救会	嘉数 昇達	研修医2年次	会議室20
52	6/24	水	(予備日)			会議室21
53	6/25	木	産科（2）Fetal Well Beingの評価	大橋 容子	産婦人科	会議室22
54	6/26	金	(予備日)			会議室23
55	6/29	月	病理トックス			会議室24
56	6/30	火	血液ガス検査			会議室25
57	7/1	水	気管支喘息	島岡 洋介	呼吸器内科	会議室26
58	7/2	木	形成外科緊急疾患	西園 修	形成外科	会議室27
59	7/3	金	初期研修医急救会	水谷 謙一	研修医2年次	会議室28

※日程は変更になる場合があります。

沖縄県立南部医療センター・こども医療センター雑誌  
J.Oki.Pref.Nanbu.Med.Center&Child.Med.Center Vol.10 No.1

## 平成27年度 コアレクチャー日程表（後期）

期間：平成27年10月1日（木）～平成28年3月18日（金）

No.	日付	曜日 / 滞留	講師	診療科	備考	講師	診療科	備考
121	10/1	木（予備日）	與座 浩次	麻酔科		西園 修	形成外科	
122	10/2	金 がん患者について	糸数 昌辰	医療情報	12時開始	神里 尚美	神経内科	
123	10/5	月 電子カルテの二次利用調査	仲里 信彦	総合内科		Dr. Thomas L. Hurt	ハワイ大コナサルタント	
124	10/6	火 聴鏡障害	野端 卓明	小児科		Dr. Thomas L. Hurt	ハワイ大コナサルタント	
125	10/7	水 咽吐／下痢	泉 有紀	産婦人科		その日の日勤医		
126	10/8	木 呼吸器疾患（1）産科危険の出血について	岩本 真理子	産婦人科		伊良波 史朗	救急科	
127	10/9	金 FRと婦人科疾患（2）子宮外妊娠	その日の日勤医	救急科		鍼織 宇史	放射線科	
128	10/13	火 救急科レクチャー				天野 麻生	研修医1年次	
129	10/14	水 （予備日）				仲里 信彦	総合内科	
130	10/15	木 感染症の届け出	浅井 寶美子	感染症室	研修医1年次	岩井 刚史	小児科	
131	10/16	金 初期研修医勉強会	仲里 信彦	総合内科	会議室2.3	岸田 みすえ	小児科	
132	10/19	月 （予備日）	岩本 真理子	産婦人科		和泉 賢明	研修医1年次	
133	10/20	火 低Na／高Na	中馬 卓也	小児科		Dr. Thomas L. Hurt	ハワイ大コナサルタント	
134	10/21	水 FRと婦人科疾患（3）卵巣出血、チョコレート嚢胞破裂	吉田 英樹	整形外科		岸本 信三		
135	10/22	木 （予備日）	新里 雅人	整形外科		竹下 朝親	脳神経外科	
136	10/23	金 屋所見異常	吉田 英樹	救急科		當真 隆	循環器内科	
137	10/26	月 腰椎穿刺・心臓穿刺	西 竜一	神経内科		竹川 賀太郎	研修医1年次	
138	10/27	火 インフルエンザワクチン接種の説明	安慶田 伸也	整形外科		Dr. Thomas L. Hurt	ハワイ大コナサルタント	
139	10/28	水 骨盤骨折	西 竜一	整形外科		比嘉 久美	麻酔科	
140	10/29	木 急性脱水症の診察及び治療	仲地 耕	神経内科		鈴泊 美香	耳鼻咽喉科	会議室2.3
141	10/30	金 背筋くも膜下麻酔	與座 浩次	麻酔科		宮里 寛之	産婦人科	
142	11/2	月 腹痛	新里 雅人	消化器内科		竹内 幸之	心臓血管科	
143	11/4	水 小児の不整脈	塙原 恵子	小児科		Dr. Thomas L. Hurt	ハワイ大コナサルタント	
144	11/5	木 未定	竹下 朝親	脳神経外科		比嘉 久美	研修医1年次	
145	11/6	金 小児腹部レントゲン読影	清水 徹	小児科		鈴泊 美香	心臓血管科	
146	11/9	月 血液疾患患者の救命	大城 一郁	血液内科		近藤 光洋	研修医1年次	
147	11/10	火 実践血ガス	永田 恵哉	総合内科		山田 理	研修医1年次	
148	11/11	水 FRと婦人科疾患（4）病理トピックス	平田 真由美	産婦人科		Dr. Thomas L. Hurt	ハワイ大コナサルタント	
149	11/12	木 初期研修医勉強会	仲里 茂	病理診断科		比嘉 助子	呼吸器内科	
150	11/13	金 病理診断対策（主に針刺し切創対策）	上間 一樹	医療安全認定看護師		館野 文太郎	歯科口腔外科	
151	11/16	月 病理感染対策（主に針刺し切創対策）	その日の日勤医			Dr. Thomas L. Hurt	ハワイ大コナサルタント	
152	11/17	火 救急科レクチャー	中馬 卓也	小児科		野原 健	腎・リウマチ科	
153	11/18	水 小児救急力ンアレンス	村山 和世	小児科		宮里 智子	眼科	
154	11/19	木 貧血／基底異常	杉下 裕勇	研修医1年次		野崎 拓朗	小児科	
155	11/20	金 初期研修医勉強会	Dr. Thomas L. Hurt	ハワイ大コナサルタント		Dr. Fernando V. Ona	ハワイ大コナサルタント	
156	11/24	火 アルコール関連精神障害について	川田 翼	精神科		大城 清哲	小児外科	会議室2.3
157	11/25	水 薬疹について	屋田 真武	皮膚科		宮良 高史	循環器内科	
158	11/26	木 吐・下血	林 成峰	消化器内科		仲里 信彦	ハワイ大コナサルタント	
159	11/27	金 初期研修医勉強会	白水 宝彦	ハワイ大コナサルタント		土屋 洋輔	形成外科	
160	11/30	月 ハワイ大コナサルタント講義	Dr. Thomas L. Hurt	ハワイ大コナサルタント		三輪 志穂	放射線科	
161	12/1	火 高K／低K血症	仲里 信彦	総合内科		永澤 健	研修医2年次	
162	12/2	水 （予備日）				野原 健	腎・リウマチ科	
163	12/3	木 初期研修医勉強会	山中 英樹	研修医1年次		仲里 信彦	総合内科	
164	12/4	金 留学について～心臓血管外科の楽しみ方～	宗像 宏	心臓血管外科		土屋 洋輔	研修医1年次	
165	12/7	月 ハワイ大コナサルタント講義	Dr. Thomas L. Hurt	ハワイ大コナサルタント		仲里 信彦	ハワイ大コナサルタント	
166	12/8	火 未定	比嘉 真理子	総合内科		野原 健	研修医1年次	
167	12/9	水 腸閉塞	奥濱 幸博	一般外科		浅井 友美子	会議室2.3	
168	12/10	木 热傷	高江洲 恵	救急科		東 正人	整形外科	
169	12/11	金 呼吸器疾患治療のコツと楽しみ方	天久 康純	呼吸器内科		加藤 爰香里	呼吸器内科	
170	12/14	月 ハワイ大コナサルタント講義	橋爪 勇介	麻酔科		Dr. Ren D. Goldman	ハワイ大コナサルタント	
171	12/15	火 混合困難への対策	摩文ニ 克人	心臓血管外科		三輪 志穂	志穂	
172	12/16	水 急性大動脈解離の画像診断	藤原 直樹	小児科		永澤 健	研修医1年次	
173	12/17	木 PALS ~2015~	栗岡 敦男	整形外科		野原 健	会議室2.3	
174	12/18	金 足関節捻挫・骨折	Dr. Thomas L. Hurt	ハワイ大コナサルタント		仲里 信彦	総合内科	
175	12/21	月 ハワイ大コナサルタント講義	Dr. Thomas L. Hurt	ハワイ大コナサルタント		池田 守登	研修医1年次	
176	12/22	火 初期研修医勉強会	宮里 売之	研修医1年次		杉山 聰	研修医1年次	

※日程は変更になる場合があります。

■平成27年度 ハワイ大学コソ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	4/23	木	小児 病理	Sudden Unexpected Death in Infancy	Karen S. Thompson, MD	Professor of Pathology University of Hawaii, John Burns School of Medicine	指導医 研修医
2	5/13	水	小児科	Hypoglycemia	Susan G. Albersheim, MD	Clinical Professor, Division of Neonatology Department of Pediatrics Director, University of British Columbia Neonatal-Perinatal Medicine Subspecialty Residency Training Program Neonatologist, Children's and Women's Hospitals of British Columbia, Canada	指導医 研修医
3	6/3	水	小児 救急	Interesting Pediatric Radiology Cases	Paul J. Eakin, MD	Associate Director of Emergency Medicine, EMP Division Head/Pediatric Emergency Medicine University of Hawaii Department of Pediatrics Kapiolani Medical Center for Women and Children	指導医 研修医
6/19	金	内科		Case conference in English	Sandra Y. Moody, MD, BSN, AGSF	Professor-in-Residence Kameda Medical Center, Chiba Associate Professor of Medicine Division of Geriatrics, UCSF	指導医 研修医
4	11/30	月		Pediatric Emergency Medicine Approach to Life Threatening Asthma	Thomas Lynn Hurt, MD	Pediatric Emergency Medicine The Pediatric Emergency Medicine approach to Anaphylaxis and severe Allergic Reactions	指導医 研修医
5	12/7	月	小児 救急	The Pediatric Emergency Medicine approach to Anaphylaxis and severe Allergic Reactions	Thomas Lynn Hurt, MD	Department of Emergency Medicine Mary Bridge Children's Hospital	指導医 研修医
6	12/14	月		The Pediatric Emergency Approach to Seizure Management			

7	12/21	月	The PEM approach to Management of Febrile Seizures			
9	12/28	月	The PEM approach to Management of Acute Scrotum			
	1/4	月	The PEM Approach to the Limping Child			
	1/18	月	My Throat Is Killing Me	Thomas Lynn Hurt, MD	Department of Emergency Medicine Mary Bridge Children's Hospital	指導研修医
	1/25	月	Recognizing Child Abuse			
	2/1	月	The PEM Approach to:Upper Extremity Orthopedics			
	2/8	月	ONE PILL CAN KILL			
10	2/15	月	国際救急医学のすすめ			
	2/19	金	消化器内科	Fernando V. Ona M.D.		指導研修医
	11	3/2	水	小児科	Conducting clinical research – how to determine the best research question	Ran D. Goldman, MD
					Professor of Pediatrics, University of British Columbia, Assistant Dean, Continuing Professional Development, Division Co-Head, Division of Translational Therapeutics Research Director	指導研修医
					Division of Pediatric Emergency Medicine, Senior Associate Clinician Scientist, Child & Family Research Institute, Canada	

## 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、本文中の引用箇所に番号を付けること  
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 卷(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,電顎腫瘍病理学,第2版, 153-157,南山堂,東京,1986.
    - ②Heyes RB. et al:Histologic markers in primary and metastatic tumors of the liver.:Andreoli M,Monaco Feds, The tumor of the liver,140-150,Elsevier Sciente Publishers,New York,1989.

### <編集後記>

病院開院から11年目を迎えた昨年は、当院にとって大変厳しい年となりました。「筋弛緩剤紛失事件」などに加え、医療事故に匹敵するような事例もあり、医療安全委員会が出動する機会が多数でした。

それらを乗り越えての今回の病院雑誌の発刊です。執筆には多くの皆様のご協力を得て、内容も豊富で読み応えのある出来栄えとなりました。巻頭言は佐久本薰院長の飛躍を目指す心意気とその課題について、特別寄稿は村田謙二先生、亀谷浩昌様のお二人から貴重なお言葉を頂戴しています。原著と症例報告では、新里雅人先生、大城幸作様、竹下朝規先生、水谷謙一先生で、いずれも力作です。教育コーナーでは諸見里拓宏先生、国外研修報告は豊川貴生先生、上原枝里子様と続きます。それ以外に、院内活動、部署報告、臨床研修や研修医や診療所からのたよりなどに趣味や随想など、どれも興味深い内容となっています。また、今回の論文の査察をお引き受けされた先生方には紙面を借りて厚くお礼申し上げます。

最後に、この雑誌にご出筆された関係各位、編集委員に改めて感謝を申しあげ、今後のご指導とご協力をよろしくお願ひします。

編集委員長 岸本 信三

### <雑誌編集委員>

編集委員長：岸本 信三

医 局：金城 隆夫 和氣 亨 比嘉 猛

岩本 真理子 大庭 千明

看 護 部：當間 幸子 渡慶次 春美

放 射 線 科：比嘉 博史

検 查 室：桃原 梢

薬 局：與世平一起/石川 和紀

事 務 部：仲井間 直樹 牧田 文博 比嘉 京子

---

---

平成29年3月印刷  
平成29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10巻 第1号**

発行者 佐久本 薫

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 株式会社 東洋企画印刷

〒901-0306 沖縄県糸満市西崎町4丁目21-5

電話 098 (995) 4444

---

---

