

沖縄南部医療センター・ 県立こども医療センター雑誌

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

第18巻1号



2025年3月

沖縄県立南部医療センター・こども医療センター雑誌

第十八巻 第一号

二〇二五年三月



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 福里吉充
敷地面積 57,278.52㎡
建物 鉄骨・鉄筋コンクリート造 地上6階 高さ43.1m 免震構造
建築面積 12,436㎡ 延床面積 36,571㎡ (84㎡/床)
駐車台数 574台(内身障者用15台)、駐輪場74台(令和5年4月1日現在)
病床数 444床(一般433床、精神5床、感染6床)
診療科目 成人部門33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、へき地医療、精神身体合併症医療、
循環器疾患医療、災害医療、感染症医療
職員定数 医師175人 看護部574人 その他208人
計957人(令和6年4月1日現在)
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】

ハーリー
(初期研修医1年次 栗國ゆう子氏)

【裏表紙】

上段：久高島の海(薬局 座波克圭氏)
中段：センター運動会、盲導犬
下段：阪神タイガース慰問

令和7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18巻第1号

発行者：福里吉充

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：新栄印刷
〒900-0024 沖縄県那覇市古波蔵1丁目32番8号
電話：098(855)1354

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18巻 第1号

目次

<巻頭言>

- Profession として学ぶということ - 医師の働き方改革の真っ只中で -
南部医療センター・こども医療センター 副院長 重盛 康司 1

<特別寄稿>

- 新病院（南部医療センター・こども医療センター）建設に関わって 元県立那覇病院院長 長嶺 功一 . . . 2
定年退職を前に 看護部 見里 悟美 6
「悔いなき選択」 南部医療センター・こども医療センター 院長 福里 吉充 9

<原著論文>

- 小児糖尿病性ケトアシドーシスの適正な初期治療についての検討
小児内分泌・代謝内科 池田 ミキ, 他 11

<症例報告>

- インフルエンザウイルス感染症により TMA（血栓性微小血管症）を発症した男児例
小児腎臓科 田港 希和, 他 17
脳動脈解離による小児脳梗塞の長期管理について 小児総合診療科 長谷部 郁, 他 23
当院における外科系ローテーションでの時間外労働に関するアンケート調査
初期研修医 杉原 駿, 他 29

<CPC 症例報告>

- 多彩な血管病態を呈した遠隔期大動脈炎症候群の一部検例 病理診断科 仲里 巖, 他 36

<教育コーナー>

- 臨床研究支援室の紹介～県立病院における臨床研究の推進と地域医療の未来～
臨床研究支援室・腎臓内科 諸見里 拓宏 41

<国内外研修報告>

- マヒドン大学熱帯医学短期研修 小児感染症内科 小椋 奈緒 44
日本小児整形外科学会 Iwamoto-Fujii Ambassador 2020
Chile・Toulouse・Croatia 世界一周の旅 小児整形外科 金城 健 46
オーストラリア留学体験記 救急・集中治療科 星野 耕大 51

<院内活動報告>

- 沖縄県立南部医療センター・こども医療センターにおける特定行為実践看護師の取り組み
看護部 高江洲 義朗, 他 54

医療機関に所属する救急救命士について	救急救命士 儀間 辰二	55
当院における救急救命士と業務の変遷について	救急集中治療科・救命救急センター 新里 盛朗	60
当院における DPC-II 期間での退院促進因子の検討	心臓血管外科 阿部 陸之, 他	64
<部署報告>		
第 13 回沖縄県立病院運営研究発表会 第 62 回全国自治体病院学会 発表		
看護師不足による病棟閉鎖の打開策となるか。「夜勤専従看護師について」	経営課 当間 豊	68
南部医療センター・こども医療センターの季節彩る行事飯!	栄養管理室 仲宗根 法子	69
<臨床研修>		
見学を終えて	富山大学 6 年 我喜屋 亮介	72
貴院を見学させていただいて	鳥取大学 6 年 梁 郁弥	73
<研修医だより>		
偉大な背中	総合診療科専攻医 宮島 一実	74
学 び	初期研修医 1 年 竹内 彩郁薫	76
後期研修を開始して	形成外科専攻医 林 櫻	78
令和 5 年度採用卒後臨床研究医紹介		80
<診療所だより>		
阿嘉診療所便り	阿嘉診療所 嶺井 悠太	81
<随想・趣味>		
富士山	薬局長 徳嶺 恵子	84
サウナのすゝめ	初期研修医 2 年 杉原 駿	87
<業 績>		
令和 5 年度	学会発表および講演・誌上発表	90
令和 5 年度	看護部学会発表実績	113
<講演会・院内研修リスト>		
令和 5 年度	看護部院外講師派遣実績	114
令和 5 年度	コアレクチャー日程表	118
令和 5 年度	ハワイ大学講師コンサルタント講義実績	122
雑誌投稿規定		123
編集後記	編集委員長 宮里 均	124

巻頭言

Profession として学ぶということ — 医師の働き方改革の真っ只中で —

沖縄県立南部医療センター・こども医療センター
副院長 重盛 康司

調べること・学ぶこと・研究すること、私たちは医療従事者としてこれらのことを病院のため？患者のため？誰のために行うのでしょうか？いま、働き方改革とあわせ、世の中から問われています。

医師の働き方をどの様に改革すべきか？地域への医療提供体制の確保と「医師の働き方改革」との整合性が取れず、病院現場は混沌とした状況が続いています。昭和末期の医学教育を受けた私たち世代は、診療と研究の間に区別がなく更に診療と日常生活の区別さえも考えず、ただ「医師だから」という理由で人生を過ごし「ワーク」と「ライフ」のバランスを考えて来ませんでした。「人を診る」というワークが、人生の全てであると決めつけていたのかもしれませんが。

現在の初期臨床研修制度が始まる以前、卒後医師の待遇は不安定で給料も安く、2年から数年の間かなり厳しい状態^(注1)に置かれることが多かったです。その頃の若手医師たちは、夜間や休日に当直などのアルバイトを掛け持ちして給料を補っていました。新しく臨床研修制度が始まるにあたり、アルバイトをしなくても1人前の医師になるために必要な学習に自発的に打ち込めるよう、待遇面での底上げが行われ、拘束時間^(注2)を減らすことに注力されました。平成16年(2004年)4月のことです。あれから約20年が経過し、労働者としてひとりの人間として有意義な生活をしましようという流れになっていることは、喜ばしいことと思います。

ところで、英語で職業を表す単語は Occupation, Trade, Business, Employment, Job, Vocation, Calling, Profession と多数見られますが、医学は古来 Profession と称されて来ました^(注3)。医師の働き方改革が叫ばれている今日、勤務医は労働者であるとされ労働基準法の適応下にあると再定義されています。しかし、私たちは単なる「労働者」として、教えられたことだけやっていけば良い存在なののでしょうか？例え

ば初期研修期間の学習行動を大雑把に眺めてみると

1. 医学生の際に学習したことの振り返り
2. 現在の患者のために行う知識や技術の取得
3. 将来の患者のために行う知識や技術の取得
4. 医師としての自己研鑽および研究

などに分類されると思います。問題はこれらの行為について、個人個人の間や世代間で、仕事か否かの認識や考え方が食い違っているところにあります。本人の自覚の問題なのか？能力の問題なのか？グレーゾーンなのか？勉強しろという名目の同調圧力…？ある程度基準を整理し見える化したいのですが、実際のところ、人材育成・教育は相手によって基準が変わるという特性があるため一筋縄ではいきません。また、医師は国家資格を持った Profession として周囲から認知されているため、個人レベルでの切磋琢磨が相当程度求められてしまうことも影響してくるでしょう。

激動の昭和から調整の平成を経て多様性を重視する令和となり、この課題に正面から向き合い新しい価値観を創造する必要性が生じていると思われます。

注1；たぶん奴〇と表現されても仕方ない状態だった

注2；いまでは説明出来ないほど長かったです！

注3；全国自治体病院協議会 望月泉 会長挨拶より

特別寄稿

新病院(南部医療センター・ こども医療センター)建設に関わって



元県立那覇病院院長 長嶺 功一

中部病院勤務中に沖縄県における基幹病院の必要性を説き、那覇と中部病院を統合しての基幹病院基本構想をまとめ、当時の真栄城優夫院長が積極的に県当局に働きかけて下さいましたが、諸般の事情で実現できませんでした。

1996年に副院長として那覇病院に転勤した当時、老朽化した建物は外壁の一部が崩れ落ちて、駐車している車を損傷するなど、トラブルが絶えませんでした。

副院長として那覇病院に異動して2年、長年暖めてきた新しい病院の構想を実現に移すべく「県立那覇病院将来計画検討委員会」をスタートさせたのは1998年3月でした。ほぼ月一回の会合を重ねながらいろいろ構想を練って、その都度医局のパソコンに公開し、皆さんの意見を求めました。基本構想の中心は、1) 新病院には政策医療である救命救急と離島医療の支援センターを設置、2) 災害時拠点病院、国際協力機能を備え、病床数は那覇南部地区のベッド数の制限から現在の那覇病院(434床)の規模とし、こども医療センターを併設する。3) その機能を維持するためには医師卒後臨床研修システムを完備する(2003年3月25日医師卒後臨床研修指定病院認定)。その他にも1ベッド当たりの面積、駐車場や敷地の面積、臨床検査部門の外注システムや放射線部門のデジタル化、医療事務のペーパーレス化なども検討しました(後に他県のデジタル化先行病院に職員を派遣しました)。基本構想は出来ても建設に踏み出すには当時の病院管理局、福祉保健部、県三役(知事及び副知事、出納長)がその気になって行動を起こしてくれなければ絵に描いた餅にすぎません。財政難の県当局は当初那覇病院の新築移転には消極的で、病院管理局も反対または先延ばしにする動きさえ見せていました。

当時の沖縄開発庁振興第四課課長 栄畑潤氏が病院の視察に来られた際に新しい病院の必要性について意見を述べたところ、彼が「皆さんは新しい病院が必要だといわれますが、具体的にどのような病院を造りたいのかご自分の構想はお持ちですか」と問われましたので、私達は「すでに基本構想はできております」とお答えしましたら、是非それを見せてほしいとのことでした。その翌日早速出来上がっていた基本構想を2部プリントアウトして一部は栄畑氏に届けてほしい、一部は福祉保健部での検討資料にしてほしいと、栄畑氏に随行してこられた福祉保健部の職員にお渡ししました。栄畑氏へはすぐに届けられたようでしたが、福祉保健部では部内で情報共有がされなかったらしく、後に国(沖縄開発庁)から県に話しがおりてきたときに、当時の福祉保健部長より先に国に話しが行った事に苦言を呈されました。

数日後、栄畑氏からこの基本構想にもとづいて新病院建設を次回の2002年からの沖縄振興5カ年構想の目玉にしたいとの連絡がありました。

県当局を動かすにはどうすればよいかといろいろ考えていましたが、栄畑氏から次の振興計画に盛り込みたいとの話を聞いた時に次のような戦略を考えました。

1. 新病院建設に理解を示してくださった開発庁を通して県に働きかけて貰う。
2. 沖縄県の医療、ことに救急医療の質の向上に関心を示して活動しておられた衆院議員の下地幹郎氏の協力を得る(栄畑氏が東京で当時の厚生省、大蔵省、内閣府などで新病院建設を次の沖縄振興策に含めるよう交渉しておられた情報をキャッチされ、私を訪ねてこられて協力して一緒にやりましょうとの申し

出がありました。)

3. 医師会の理解を得る（那覇市医師会に基本構想の資料を流す）。
4. 20 余万人もの署名を集めたこども病院建設運動のエネルギーを取り込む。
5. 県都那覇・南部に欠けている救命救急センター、政策医療として最重要課題の離島医療支援と母子総合医療センター併設を構想の中心におき、これらの機能を遂行するうえで不可欠な医師卒後臨床研修制度を備えた病院（その他国際協力、災害時拠点病院などの高度・多機能病院）を基本構想に盛り込む。
6. 臨床病理、検査部門の充実
7. 那覇・南部医療圏の再構築

当時の県当局は巨大な赤字の見込まれる独立型のこども病院建設は不可能との空気が支配的であり、単なる県立那覇病院の新・改築移転にも消極的でした。独立型のこども病院建設運動でも、単独の那覇病院新築移転運動でもどちらの運動も成果を得られなかったのではと思っています。独立型のこども病院に固執した人々には不満が残ったでしょうが、こども医療センターを併設するという二つの運動を一つにするアイデアを得たことが新病院建設の実現のキーポイントだったと思っています。この二つの運動のどちらが欠けてもこう容易くは新病院の建設にたどり着けなかったでしょう。

こども医療センター併設型の医療センター建設を主張したのは、1) 治療中又は治療後経過観察中のこどもが成長したときの成人部門へのスムーズな移行、2) 妊婦の管理に必要な産婦人科医、内科医、循環器外科医、脳神経外科医など他科の対応が迅速に得られる、3) 生理検査、放射線科、臨床検査部門に小児と成人部門に共用出来る設備があり、医療経済上も人的資源の有効活用の点でも有利、などでした。

新病院建設に向けての幹事会による検討中にもこども病院設立推進協からは「独立型のこども病院」をとの声が聞こえてきましたが、小児科の宮城雅也先生や小児外科の仲間司先生は私の考えに賛同して下さり推進協の皆さんが併設型の病院を受け入れるように動いて下さったようでした。

新病院建設に積極的にご協力頂いたのは、当時の沖縄開発庁（現内閣府）振興第四課課長（栄畑潤氏、後任の木倉敬之氏）、那覇地区医師会では当山護先生、下地幹郎衆院議員でした。2002年に終了する中部病院の新・改築事業に続く沖縄振興策の目玉を模索していた振興第四課は私が提出した那覇病院の新築移転基本構想を次の振興策の目玉にすべく、それには遅くとも2003年3月起工でなければ予算の継続が難しいと積極的に動いてくださいました。当山先生には私達の構想を実現すべく側面から県当局に働きかけて頂きました。下地幹郎議員は日本政府（当時の厚生省、外務省、沖縄振興開発庁）と県当局との調整、建設促進に積極的に協力頂きました。

2000年4月19日（水）の久米島病院開院式に出席した際には沖縄開発庁振興第四課 栄畑氏の後任の木倉課長から全面的に応援しますからとの声かけがありました。

かくして、皆さんの協力を得ての働きかけにより県当局、県立病院職員、県医師会、地区医師会、琉大、看護協会、学識経験者による委員会、幹事会が設置され、その提言により建設にゴーサインがでました。

作業を進める指針になったのは私が提出した那覇病院の基本構想（私案）でしたが、母子総合医療部門に関しては、小児・周産期医療部会の提言が基本となり、その実現のために宮城雅也先生をはじめ小児科、小児外科の皆さんが全力を傾けてくださいました。当時まだ続いていた独立のこども病院設立推進協の運動においては宮城先生が県当局との交渉に出かける前に私に交渉事項について事前に話され、私の方に悪影響が及ぶことがないか気にしておられましたが、私としては彼らのエネルギーを利用したいと思っていましたのでいつも「かまわん、かまわん」と応援していました。宮城先生はこども病院設立推進協の先頭に立ってねばり強く交渉を重ね、当時の新田宗一病院管理局長は大変困り果てしばしば宮城先生への恨み節をこぼしておられましたが、事情を知っていた私はいつも生返事をしていました。最終的には宮城先生も併設型のこども医療センターのメリットを理解し協力して貰いました。しかし、私達は新田局長のまじめなお人柄と仕事ぶりを知っていたので、新田局長なら私達の要望の実現に最大の努力をしてくださるものと期待し、祈って

おりました。実際、新田局長の在任中に実現できなければ望みはないと思っていました。

当初1ベッドあたりの面積は90㎡を要求しましたが、75㎡と頑強に主張する総務部を説得して84㎡にすることが出来たのも彼なればこそでした。私は新病院実現の県サイドの最大の功労者であり協力者は新田氏だったと感謝しています。県の財政事情もあり着工が何時になるか気がかりでしたが、国の沖縄振興策との関連もあり当時の副知事石川秀雄氏が2003年度中に行うことを決断したとの情報を得ました。かくして2003年9月22日に起工式が挙行されました。

免震構造について

東洋ゴムの免震偽造問題で大騒ぎがありましたが、私達はメリット、デメリットを考慮しても災害拠点病院としては免震構造がベストであり、耐震構造は次善の策だとの基本構想を提出しましたが、当時の管理局次長が免震構造は3割も費用が余分にかかるので採用しないようにと局長に進言していたようです。実際には免震構造にすることにより柱の数を減らすことが出来る上に壁の厚さも薄くできるのでその分材料費も少なくてすみ、かえって内部空間を広く利用出来ることがわかり免震構造を採用することになり、公的病院としては災害拠点病院にふさわしい県内唯一の免震建造物ができあがりました。しかし、拡張工事の出来ないことは大きなデメリットとして残りました。

おわりに

基本構想を提出した際に、救命救急センターにStroke Care Unitの必要性を提言し、脳神経外科医の下地院長在職中にも開設してほしいと話しましたが、なかなか実現せず、気になっていました。

小児部門の方々には、併設型の病院の長所を存分に活用していただきたく、今後のご活躍を期待しております。

県立那覇病院の新病院建設小委員会で毎月検討した記録を医局のパソコンに保存し、医局員の意見を求めましたが残念なことにほとんど助言を得ることは出来ませんでした。パソコンのデータもファイルの検討録も新病院に移る際に紛失してしまったようです。

病院名を記した正面玄関前の大きな石の銘板と定礎石(定礎板)の書は当時の沖縄県書道美術振興会の理

事長、城間茂松(雨邨)氏に無料で揮毫していただきました。又、氏は石材を選ぶために何度か当時の具志頭村(現八重瀬町)の石材店に係官と共に足を運んでいました。

その他にも検討したことは多々ありましたが、基本的な考え方と建設に至る経過について簡単にまとめてみました。

追記

新病院に移転の際に医局のパソコンに保存されていたデータは消失してしまったので詳しい時系列での報告は出来ませんが、一部残っていたデータを記載します。

1, 第1回県立那覇病院将来計画検討委員会報告

第一回委員会を1998年3月18日、17:30～18:40開催しました

出席:仲間 司、宮城 雅也、大城 清、与儀 清良、宮里 愛子、長嶺 功一

委員の紹介のあと討論に入った。

検討結果

1. 別紙の事項(紛失)について原則として月一回一項目ずつ検討する
2. 検討を進めている内に検討順序を変更してもかまわない
3. 1～4まで一応検討してまとめた時点で、中間報告を出し、那覇市医師会やその他必要な分野の代表をオブザーバーに招き意見を聞く。
5. 次回の委員会は4月20日(火)、午後5:30～予定

2, 2000年8月29日、女性総合センター「ているる」2階にて福祉保健部長、同次長、総務課長、政策課長、課長補佐、病院管理局局長、同次長、当銘副参事その他と三病院長(中部、那覇、南部)との話し合い。那覇・南部に医療の中心となる病院が必要であること、新病院は臨床研修指定が必須であることが確認された。

3, 2000年9月1日、県医師会・各地区医師会と福祉保健部・病院管理局・病院長の新病院についての話し合い。委員会、幹事会を設置して検討し、知

事に答申することになった。

- # 4, 2001年9月5日、新病院の規模、1ベッドあたり84㎡に決まる。
- # 5, 2001年9月20日、比嘉副知事に新病院の件（1ベッド当たりの面積、病院敷地の拡張など）で面談。結局84㎡/bed以上に増やすことは出来ませんでした。
- # 6, 2002年2月19日、新病院設計業者決まる。免震構造とすることが確定。
- # 7, 2003年9月22日、新病院起工式。新病院建設が実現できたのは沖縄開発庁第四課 栄畑潤課長及び後任の木倉敬之課長のご協力、後に福祉保健部次長・部長に就任した稲福恭雄先生のご努力、新田宗一病院管理局長の献身的な働き、当時の下地幹雄衆議院議員の熱心な支援があったこと、当時の石川副知事のご決断によるものです。
- # 8, 県の正式な委員会、幹事会の設置の前に、病院管理局が地区医師会（那覇、南部、宮古、八重山）の意見を聞く場を設けてくださいましたが、那覇地区医師会代表は「総合病院型はやめて単独の救命救急センターの設置が望ましい」との意見がありました。南部地区医師会代表は「県立はやめて民間に譲っては」との意見などもあったことを記載しておきます。
- # 9, 新病院建設地を現在の南風原町新川地区（基幹病院構想の際の候補地でもありました）にと提言しましたが、その際に南部地区医師会代表は、交通の便などを鑑み新都心おもろまち又は豊見城市の豊崎地区はどうかと意見を述べられました。
- # 10, 県出身の衆院議員も関わって外務省も巻き込み国際協力機能を持つ多機能病院の構想で医療機器予算を確保できるとの県医師会を通して得た情報を福祉保健部に問い合わせましたら、間違いのないことでした。しかし、残念ながらその後の選挙結果などから予算は幻となりました。

特別寄稿

定年退職を前に

看護部 見里 悟美

令和5年4月1日以降、2年ごとに1歳ずつ公務員の定年が引き上げられました。少子高齢化のもと、年金受給開始年齢が引き上げられたこと、少子高齢化が進む中での人手不足の問題に対応する狙いと、知識や経験を活かす目的があります。

10年ほど前から噂されていた定年延長の最初の年度に自分が該当することは、いささか残念、との感情が先にあったのが正直な気持ちでした。当初は人生設計の計画通り60歳で転職をする準備を整えていたところ、思いがけない理由から定年を延長することになりました。

今回、病院雑誌の特別寄稿の機会をいただき、折角なのでこれまでの人生の3分の2を占める40年の県立病院勤務を振り返ってみたいと思います。

思い返してみると、上手くいわず辛いこともあり苦しかったはずなのに、頭に思い浮かぶのは楽しかったこと、職場の同僚や患者さんとそのご家族など、色々な人との出逢いと縁に恵まれたことばかりです。

でいきらんぬーと呼ばれた新人時代

そもそも私が看護師（当時、看護婦）になったきっかけは、高校時代の親友の影響です。どれだけ素晴らしい仕事かということを切々と語る友人に引き込まれ、母親の猛烈な反対を押し切りこの仕事を選択しました。どの様な仕事でも、生業としていくためには様々な覚悟が必要であることは言うまでもありませんが、夜勤と霊安室は、看護師として勤務するなら避けて通れないものであると最初に覚悟したことを鮮明に憶えています。

私が就職した頃の世代の呼び名は、『新人類』でした。古い固定観念に縛られず、新しい考え方で価値観が異なる新種の人類という意味合いで、要は変わり者ということだったのでしょう。

更に、10年先輩の方たちが、主任（現副師長）や部長（現師長）として活躍しており、でいきやーのニッ

パチ（28年生）、でいきらんぬーのサンパチ（38年生）、と揶揄されながら宮古病院で看護師人生がスタートしました。

県立病院に勤務する事で幸いしたのは、ライフステージに合わせた転勤が可能であり、夫の転勤に合わせた異動や子ども達の成長と進路に合わせた異動を希望し、仕事を続けることができた事です。勿論、家族の支えと協力があつたこと、夜勤や長期の県外研修なども含め、私が仕事を続けることに対する義両親の理解と支援はとても大きく、感謝しかありません。

仕事を続ける上で影響を受けたこと

4つの県立病院勤務を経験したなかで、印象に残っている事を振り返ってみます。

先ず、最初の宮古病院では、研修医が居ないため夜間のコールはベテラン医師であり、しっかりアセスメントした上で簡潔に報告することを訓練されました。オキシメーターなどの医療機器の出現はまだ先の話で、ABGのデータを見て、酸素濃度を何%減らすか、昇圧剤の組成や γ 計算も求められる時代でした。中部病院の勤務を経て、当医療センターの前身である那覇病院へ異動となったのは、卒後11年目のことで、多くのことを学ばせていただき、主任会活動を通した色々な経験は後の看護師人生に大きな影響を受けました。

特に印象に残っていることは、当時の院長、宮里不二彦先生に教わったことです。常に患者さん第一で、医療の質について考える必要性を職員に発信し、質改善のためのQC活動を取り入れ、業務改善、経営を考えた効率性など『国の動きと社会保障、医療費の関係について情報を得て一歩先読みする』という事を教えてもらいました。QC活動で学会発表の機会を得、宮里院長と一緒に参加する際、電車移動中に先生の大学時代のお話を聞いた事は貴重な思い出です。外来患者さんの氏名呼び出しから番号での呼び出しに変え、県立病院で初めての病院機能評価の受審に取組むなど、

常に先を読んだ病院運営に全職員がワクワクしながら、そして自分にできる事は何だろう・・・と一人ひとりが考えて懸命に参加していました。那覇病院時代の病院機能評価受審は、ハード面を整える事に奮闘しました。なにせ、台風の際は、窓枠の隙間から雨漏りし病室の廊下に水が溜まるためシャワー介助用の長靴を履いてバケツを片手に勤務する状況でしたから。それでも、1度で認定を受けることができたのは、ソフト面を高く評価して貰えたことが要因だったそうです。その頃のメンバーと今でも話すのは、この時代は医師も看護師も『人が好き、仕事が好き』という人が多かった、『仕事を楽しんでいた』という事です。



写真1：ユニフォームはスカートが主流の時代

その後、新しく建て替えがされたばかりの中部病院へ異動となり、奥平登美子看護部長から「経験に勝るものはない、何でも経験してみること」と説得？されて、県立病院で初めての地域医療連携室配置の看護師となりました。看護師が何をしたら良いのかという以前に地域医療連携室が何をやる部署なのかも知らず、MSWや連携事務の担当者に指導を受けながらのスタートでした。

地域連携室室長の菊地馨先生から、「仕事でも人でも誠意を持って真摯に向き合って、謙虚に人の世話になることも必要だよ」の言葉で気持ちが楽になり、新しい事へのチャレンジができました。

看護師が連携室に配置されることの意義を見出すため近くの総合病院へ挨拶に伺うと、事務部長から「どうして中部病院は地域医療支援病院の承認を受けないの？」と聞かれました。それって何？の心境で説明を聞くと、中部病院はその要件を十分に満たしている事が解りました。当該病院はその承認を受けるために数

年かけて準備をしているとの事で、1冊の本を貸して下さいました。当時は病院の機能分化が始まった頃で、地域医療支援病院承認要件は、急性期医療を担う県立病院の役割機能を果たすために必要な条件だと判断し、病院収益も1億円以上の増収が見込める事もあり、申請することと、急性期病院として生き残るためにはDPC病院になる事を経営課長に相談したところ、「余計な事はしないで良い」と一蹴されました。まさかの回答に驚きましたが院長へ直訴する手段を選び、院長の命令で申請書類の準備を始め、その年の医療審議会で名称承認を得る事ができました。DPC病院の事は急ピッチで平安山英盛院長が進めてくださいました。たかが一介の看護師の意見に耳を貸し、信じて任せて下さった院長の懐の深さはいつまでも忘れることの無い出来事です。



写真2：中部病院平安山院長と師長会メンバー

この様に、これまで働き続けられたのは、新しい知識を広め組織全体で成長しようという居心地の良い職場環境や、部下を信頼して任せてくれる上司に巡り合えたことが大きいと実感しています。そして、組織で生きるからには、個人の権利や自由ばかりを主張せず、負うべき義務を果たす事を常に意識すべきだという事も学びました。

おわりに

これから県立病院の役割を担う看護師さん達に私が伝えたいことは、「仕事を好きになること、仕事を好きになるポイントは、それを『楽しむ能力』があるかどうかにかかっていて、その能力は成功体験によって身に付くもの」だということです。不平不満ばかりが出てくるという事は、仕事を楽しんでいないことなので、仕事をどう楽しむかを考えながら、同じ仕事をするな

らとことん楽しいと感じながら仕事をして欲しいと思います。

県立病院勤務の最後の年に、前任の川平由美副院長が築き上げた特定行為研修に携わる機会が得られた事は幸運だったと感じています。

改めて人材育成の重要性と看護・医療の質の向上、チーム医療の重要性を考えることができました。何のために人材育成をするのか、それは組織を発展させるためであり、教育を通して夢を与え、心を動かし、組織を活性化させることです。今後のキャリア支援室としての組織貢献が楽しみです。

最後に、この場をお借りして、お世話になった諸先輩方、これまで支えて下さった同僚、友人に感謝申し上げます。これまで温かい支援をありがとうございました。

最初に出逢った時から20年、30年以上経つ患者さん方から、今でも近況を報せて貰っていることは看護師冥利に尽きます。看護師を続けてきて良かったです。ありがとうございました。

特別寄稿

「悔いなき選択」

南部医療センター・こども医療センター 院長 福里 吉充

「ついにきたか」内なる声は、不思議なくらいに落ち着いていた。「特別寄稿」への執筆は、「人生の最終章へ向かっての第一歩宣言」にも喩えられそうである。しかし、今は、そういう心の動揺よりはむしろ、期待感の方が優る。良い機会である。私がどうして小児外科を志したのか、時間軸を行きつ戻りつ、綴ってみる。

新世紀も間近の1999年4月、私は横浜にいた。ちょうど、神奈川県立こども医療センター（以下、神奈川こども）で小児外科研修を始めたところであった。肩書きはシニアレジデント。2年間の研修予定であった。「レジデント」ではあるが、卒後まもない新人医師ではない。すでに卒後12年が経っていた。

その少し前、1999年の3月までは、宮古島にいた。県立宮古病院（以下、宮古病院）で一人前の外科医として、安定した外科医生活を送っていた。「外科的疾患ならなんでも任せなさい」というぐらいに、自信に満ちていた。

「なぜ、そういう安定した外科医生活に別れを告げ、小児外科の研修生活に入ったのか」・・・その説明は、必然、長くなる。まずは、12年前へ戻る。

12年前（1987年）、琉大医学部医学科1期生の私は、「大学に残れば、将来色々な特典があるかもしれない」と考える打算的な自分を振り切って、県立中部病院（以下、中部病院）の研修医採用試験へ向かった。

試験科目は、英文の臨床問題と英語面接であった。試験問題の記憶はないが、面接のことはよく覚えている。面接官は、我が偉大な恩師、真栄城優夫先生であった。話の流れで、私が“I'm studying several languages at the same time.”と発し、先生は“Which language do you like best?”と受けたので、“I like English most. But my interest goes to the other languages such as German and Chinese.”と返した。すると、先生は流暢な中国語で“你会讲中文吗？（Can you speak

Chinese?)”と攻めてきた。突然の中国語とその流暢さにびっくりした。それもそのはず、先生は幼少期を満州で終戦を迎え、混乱の最中、九死に一生を得て日本へ引き揚げるといふ凄まじい体験をしていた（真栄城優夫著『私の辿った道 その時々への思い』に詳しい）。

運よく試験は受かり、中部病院での研修生活が始まった。私が、中部病院を選択した最大の理由は、「早く一人前の臨床医になりたかった」からである。正しい選択であった。インターンの1年間、そして外科研修医の3年間に、たくさん経験し、たくさん失敗し、たくさん学んだ。私は、中部病院で、臨床医としての土台を築くことができた。

4年間の研修後、1991年5月、外科医として宮古病院へ赴任した。当時の私は、典型的な中部病院出身の外科医であった。General Surgery至上主義と中部病院外科原理主義（中部病院外科のやり方がベストという考え方）に洗脳されていた。最初は、臨床の全てに中部病院のやり方を押し通そうとした。しかし、我を張るだけでは、物事はうまくいかない。試行錯誤を繰り返しながら現場で揉まれるうちに、1年が過ぎる頃には、「良いものはなんでも取り入れる」という適応力が身についた。

宮古病院勤務は、途中に中部病院勤務の2年間を挟み、前半3年、後半3年の計6年間となった。最初の3年間は特に有意義な時間であった。この期間に、ほとんどの外科疾患を経験した。外傷を含めた救急疾患、悪性疾患、慢性疾患などを幅広く診療した。貪欲に手術症例を求め、知識を深め、技を磨き、外科医としての財産を蓄積した。臨床経験のみでなく、ここで得た人間関係、たくさんの友人・知人もまた、私の財産となった。幸いにも、伴侶にも巡り合うことができ、本当に実り多き時代であった。

前半の3年が過ぎ、1994年5月、外科のヤングスタッフとして中部病院へ戻った（不思議だが、いつでも『戻る』という表現になる）。あらゆる外科疾患に精通した

つमりの私は、自信満々であった。しかし、その自信は、まもなく、くじかれることになる。周りの先輩達は百戦錬磨の外科医集団である。彼らの知識、技術のレベルは、遙か彼方にあった。

復帰当初の数ヶ月間は、自分の存在意義を見失うほど、自分の未熟さと無力感を味わう日々の連続であった。そういう無力感は、やがて、克服されていくのであるが、「もはや General Surgery だけでは勝負することはできない」「どう頑張っても、先輩たちを超えるレベルに到達するのは無理である」と悟った。同時に、「自分の存在価値を確立するためには、サブスペシャリティの取得が不可欠である」と強く感じるようになっていた。

私にとってのサブスペシャリティとは、小児外科であった。私には、長らく封印していた小児外科への想いがあった。小児外科という診療科が独立していない中部病院ではあったが、小児外科手術の二大巨匠がいた。大久保和明先生と松本廣嗣先生の二人である。二人は当時最新の鎖肛根治術である Posterior Sagittal Anorectoplasty (後方矢状切開法による鎖肛根治術)を、本土の小児外科専門施設に先駆けて行うほど、高水準の小児外科手術を行っていた。そのような二人の手術に魅せられた私は、外科研修1年目の頃には、すでに、小児外科医志望を公言するほどであった。しかし、小児外科以外にも学ぶことが多すぎた。外科研修が進むにつれて、小児外科への想いは次第に深層へと追いやられ、封印されたものとなってしまった。

General Surgery の限界を感じたとき、私のこの封印は解かれた、深層にあった小児外科への想いが表層へと浮かんできた。ちょうど中部病院での2年間が終わり、2度目の宮古病院勤務へ向かう時期であった。

この表層化した想いは、宮古病院勤務2期目の3年間にさらに強固なものとなった。この期間に経験した小児外科症例が、私の想いをさらに強くする要因となった。その小児外科症例とは、腹壁破裂、腸閉鎖症、腸管穿孔の3例である。腹壁破裂は、胎児診断もなく、全くの「不意打ち」で生まれた。泣く思いをしながら、数回手術を繰り返した。やっとのことで閉腹できた時には、涙が出そうだった。腸閉鎖症例は、初回手術では多発閉鎖症例であることを診断できず、再手術を余儀なくされた。勉強不足であった。新生児腸管穿孔例では、術後の縫合不全が心配で眠れぬ夜を過ごした。

自分の未熟さを思い知った。この3例は私にとっての wake-up call であった。「小児外科を目指すなら、今が最後のチャンスだぞ」と言われているような気がした。私は「小児外科医を目指すこと」を決意した。1998年も暮れのことであった。

私の小児外科人生は、まさにこれからが本番で、面白くなるどころであり、筆の乗る部分であるが、残念ながら紙面は尽きた。以下、簡単に述べざるを得ない。

このあと私は、新垣義孝先生(元中部病院副院長)と大浜用克先生(元神奈川こども総長)という二人の恩人のおかげで、1999年4月から2006年3月まで神奈川こどもで「鼠径ヘルニアから肝移植まで」という幅広い小児外科診療を経験する。その後、2006年4月から中部病院へ戻り(また、『戻り』という表現になった)、小児外科を立ち上げる。2018年4月からは、南部医療センター・こども医療センターへ医療部長として赴任し、副院長を経て、現在に至る。

我々の日常は選択の連続である。「今日の夕食に何を食べるか」という軽い選択から、「いかに生きるか」というような重い選択まで、我々は日々いろいろな選択に直面する。我々が人生の節目節目で下す選択が「悔いなきもの」になるかどうかは、選択した後「どれだけ真摯にそれに捧げたか」ということにかかっている。そういう意味では、ここに提示した私の選択、そしてこの後、私が取ることになる選択については、胸を張って「悔いなき選択」であったと明言したい。

原著論文

小児糖尿病性ケトアシドーシスの適正な初期治療についての検討

沖縄県立南部医療センター・こども医療センター 小児内分泌・代謝内科

池田 ミキ, 喜納 陽子, 井垣 純子

【要旨】

小児の糖尿病性ケトアシドーシス (diabetic ketoacidosis: DKA) 関連死の 50 ~ 80% は脳浮腫が原因といわれている。脳浮腫のリスク因子として、急激な血清浸透圧低下、治療開始後早期の輸液過剰、治療開始後早期または大量のインスリン治療などが報告されている。

DKA の治療中に血清浸透圧低下の主因である血糖値の急激な低下が生じた原因について、当院で過去 2 年間に治療を行った DKA の 5 症例を後方視的に検討した。また、32 名の医師に DKA に対する初期治療の方針をアンケートで調査した。DKA の 5 例中 4 例で急激に血糖値が低下し、4 例中 3 例で治療開始後早期の輸液過剰、治療開始後早期または大量のインスリン治療のいずれかを認めた。4 例全例でクレンメ全開で輸液が開始されていたが、2 例は血压正常、2 例では血压を測定されていなかった。また、0.1 単位 /kg/ 時のインスリン持続投与で血糖値が低下した可能性のある症例が 2 例あった。初期輸液量、インスリン量ともに適切であった 1 例では血糖値の急激な低下や頭蓋内圧亢進所見がみられなかった。医師 32 名のうち回答を得られた 21 名中 20 名がクレンメ全開で輸液を開始し、治療開始直後からインスリン投与を開始すると回答した。

血压が保たれている DKA では初期輸液は 10mL/kg の量を 1 時間以上かけて投与するという認識を持ち、インスリンは輸液開始 1 時間後から 0.05 単位 /kg/ 時で開始すると血糖値の急激な低下のリスクが下がる可能性が考えられた。

キーワード：糖尿病性ケトアシドーシス、小児、初期輸液、脳浮腫、リスク因子

【緒言】

小児の糖尿病関連死の 50 ~ 80% は脳浮腫が原因といわれており^(1,2)、小児の糖尿病性ケトアシドーシス (diabetic ketoacidosis : DKA) 患者では、成人患者と比較して脳浮腫をきたす事が多い。脳浮腫は、小児の DKA エピソードの 0.3 ~ 1.0% で発生⁽³⁾し、死亡率は 20 ~ 30% である^(1,4,5)。

脳浮腫のリスク因子として以下が報告されている。治療開始前では、血液検査での pH 低値、重炭酸(HCO₃)⁻低値^(4,5)、二酸化炭素分圧低値^(1,6)、血清カリウム高値⁽⁵⁾、血液尿素窒素 (BUN) 高値^(4,5)。治療開始後では、急激な血清浸透圧低下⁽⁷⁾、治療開始後 4 時間以内の輸液量が多いこと (892mL 以上)⁽⁵⁾、治療開始後 1 時間以内にインスリンを開始すること⁽⁵⁾、治療開始後 2 時間以内のインスリン量が多いこと (4.4 単位以上)⁽⁵⁾ である。上記のうち治療開始後早期の輸液量およびイ

ンスリン量の過剰を防ぐことは可能である。また、急激な血清浸透圧低下をさけるためには血糖値を 1 時間あたり 100mg/dL 以上低下させないことも重要である。International Society for Pediatric and Adolescent Diabetes (ISPAD) のガイドライン⁽⁸⁾ では輸液だけでも血糖値が低下するため生理食塩 10mL/kg を 1 時間かけて投与すること、インスリンは急速静注せずに輸液開始 1 時間後から開始すること、5 歳以上では 0.05 ~ 0.1 単位 /kg/ 時で、5 歳未満では 0.03 単位 /kg/ 時で持続投与することが推奨されている。

【目的】

DKA の小児患者において、脳浮腫発症のリスクとなる治療の有無、血清浸透圧の急激な低下の原因を明らかにすること、および初期治療にあたる医師の認識を明らかにすることを目的とした。

【対象と方法】

2021年4月～2023年1月の間に当院でDKAと診断して治療を行った6歳～16歳の男児4例、女児1例の5例を対象とし、診療記録から後方視的に検討した。血清浸透圧が実測されていない場合は予測式(血清浸透圧(mOsm/kgH₂O) = 2 × Na (mEq/L) + 血糖値(mg/dL) / 18 + BUN(mg/dL) / 2.8)で代用した。治療開始からアシドーシス改善までの血糖値の低下速度を計算し、治療中の血糖値低下速度の最大値を評価した。血糖値が1時間あたり100mg/dL以上低下したことを血糖値の急激な低下と定義した。脳浮腫のリスク因子として、①治療開始後4時間以内の輸液量が多いこと(892mL以上)、②治療開始後1時間以内にインスリンを開始すること、③治療開始後2時間以内のインスリン量が多いこと(4.4単位以上)の3つを検討した。

また、当院で主に救急患者の初期対応をしている医師32名を対象に小児のDKAに対する初期治療の方法についてアンケートを行い、21名から得た回答を評価した。治療開始後早期の輸液量過剰の原因となりうるクレンメ全開での輸液開始の有無および初期輸液量と、治療開始後早期または大量のインスリン治療の原因となりうるインスリンの初回投与の方法について質問した。具体的な質問項目は以下の通りである。

1. 小児のDKAの初期輸液(以下の項目より選択): ①生理食塩水クレンメ全開投与 ②生理食塩水10～20mL/kgをクレンメ全開投与 ③生理食塩水10mL/kgを1時間以上かけて投与 ④その他
2. 小児のDKAのインスリンの初回投与(以下の項目より選択): ①インスリン0.05～0.1単位/kgを急速静注 ②インスリン0.05～0.1単位/kg/時を持続静注 ③輸液投与開始1時間後から0.05～0.1単位/kg/時を持続静注 ④その他

【結果】

5例の初診時所見と治療および治療後の経過を表1に示す。血糖値の急激な低下あり4例(症例1～4)、なし1例(症例5)だった。

症例1: 16歳女児
診断: 1型糖尿病

現病歴: 1型糖尿病と診断されてインスリン治療中の児。来院日の朝から倦怠感が出現し、食事を摂れず、インスリンを皮下注射していなかった。夕方にインスリンを皮下注射したが悪心が増悪し、呼吸困難もみられたため救急外来を受診した。

入院時検査所見: 体重47.6kg(健常時51.6kg)、Glasgow Coma Scale (GCS) E3V5M6、血圧測定なし、心拍数117回/分、呼吸数36回/分、体温37.2℃。静脈血pH 7.19、pCO₂ 24.8 mmHg、HCO₃⁻ 9.1 mmol/L、血糖値612 mg/dL、血清浸透圧297 mOsm/L、BUN 14 mg/dL、Cre 0.79 mg/dL、Na 129 mEq/L、K 5.8 mEq/L、Cl 92 mEq/L

初期治療経過: 初期輸液は生理食塩水をクレンメ全開で開始されたが、すぐに指示が修正されて10mL/kgを1時間かけて投与され、その後3mL/kg/時で持続輸液投与に変更された。インスリンは5単位(0.1単位/kg)を急速静注した。血糖値は1時間あたり280mg/dL低下した。意識清明度の低下はみられなかったが治療開始後に嘔気・嘔吐が出現した。治療開始後4時間以内の輸液量は800ml、治療開始後1時間以内にインスリン投与が開始され、治療開始後2時間以内のインスリン投与量は5単位だった。

症例2: 6歳男児

診断: 1型糖尿病

現病歴: 来院1ヶ月前から体重減少と多飲・多尿があり、来院2週間前から夜尿がみられるようになった。来院前日に活気が低下して食事が減少したため、来院当日朝近医を受診し、胃腸炎と診断されて帰宅した。夜間多呼吸もみられようくなったため前医を受診し、DKAと診断されて当院へ搬送された。

入院時検査所見: 体重31.5kg(健常時36kg)、GCS E4V5M6、血圧135/75 mmHg、心拍数133回/分、呼吸数39回/分、体温36.9℃。静脈血pH 6.97、pCO₂ 29.0 mmHg、HCO₃⁻ 6.3 mmol/L、血糖値381 mg/dL、血清浸透圧299 mOsm/L、BUN 11 mg/dL、Cre 0.46 mg/dL、Na 132 mEq/L、K 4.5 mEq/L、Cl 102 mEq/L

初期治療経過: 初期輸液は生理食塩水をクレンメ全開で投与(20分で15mL/kgを投与)され、その後3mL/kg/時で持続輸液投与に変更された。インスリンは輸液開始時と同時に8単位(0.3単位/kg)を急速

静注され、0.01 単位 /kg/ 時で持続静注を開始された。血糖値は 20 分で 37 mg/dL (1 時間あたり 280 mg/dL) 低下した。治療開始 4 時間後、意識清明度は GCS E3V4M6 に低下したが、頭部コンピューター断層撮影 (computed tomography ; CT) で異常を認めなかった。治療開始後 4 時間以内の輸液量は 940 ml、治療開始後 1 時間以内にインスリン投与開始され、治療開始後 2 時間以内のインスリン投与量は 8 単位だった。

症例 3 : 8 歳男児

診断 : 1 型糖尿病

現病歴 : 来院 7 日前から腹痛と嘔気がみられ近医で胃炎と診断された。来院日に腹痛が増悪したため当院救急外来を受診した。

入院時検査所見 : 体重 21.4 kg (健常時 24 kg)、GCS E4V5M6、血圧測定なし、心拍数 155 回 / 分、呼吸数 35 回 / 分、体温 36.3 °C。静脈血 pH 6.87、pCO₂ 24.2mmHg、HCO₃⁻ 5.7 mmol/L、血糖値 829 mg/dL、血清浸透圧 336 mOsm/L、BUN 22 mg/dL、Cre 0.77 mg/dL、Na 141 mEq/L、K 4.5 mEq/L、Cl 101 mEq/L

初期治療経過 : 初期輸液は生理食塩水をクレンメ全開で投与 (1 時間 30 分で 40 mL/kg を投与) され、その後 3 mL/kg/ 時で持続輸液投与に変更された。インスリンは輸液開始 1 時間後から 0.1 単位 /kg/ 時で持続静注された。血糖値は 3 時間で 345 mg/dL (1 時間あたり 115 mg/dL) 低下した。治療開始 2 時間後、意識清明度は GCS E3V4M5 に低下したが頭部 CT で異常を認めなかった。治療開始後 4 時間以内の輸液量は 920 mL、治療開始後 1 時間以内にインスリン投与はなく、治療開始後 2 時間以内のインスリン投与量は 2 単位だった。

症例 4 : 10 歳男児

診断 : 2 型糖尿病

現病歴 : 来院 3 週間前から多飲と夜尿がみられるようになり、ジュースをよく飲むようになった。来院 10 日前から疲労感を訴え食欲が低下した。来院 2 日前から多呼吸がみられるようになり、来院前日から腰痛が出現した。来院当日、腰痛で歩けない状態になったため当院の救急外来を受診した。

入院時検査所見 : 体重 55.7 kg (健常時 60 kg)、GCS E4V4M6、血圧 124/100 mmHg、心拍数 170 回

/ 分、呼吸数 45 回 / 分、体温 38.0 °C。静脈血 pH 7.02、pCO₂ 16.7 mmHg、HCO₃⁻ 4.2 mmol/L、血糖値 837 mg/dL、血清浸透圧 350 mOsm/L、BUN 12 mg/dL、Cre 0.69 mg/dL、Na 138 mEq/L、K 4.2 mEq/L、Cl 103 mEq/L

初期治療経過 : 初期輸液は生理食塩水をクレンメ全開で投与 (10 分で 4 mL/kg を投与) され、その後 2 mL/kg/ 時で持続輸液投与に変更された。インスリンは輸液開始 1 時間後から 0.1 単位 /kg/ 時で持続静注された。血糖値は 3 時間で 345 mg/dL (1 時間あたり 115 mg/dL) 低下した。治療開始 30 時間後、意識清明度は GCS E3V4M5 に低下したが頭部 CT で異常を認めなかった。治療開始後 4 時間以内の輸液量は 650mL、治療開始後 1 時間以内にインスリン投与はなく、治療開始後 2 時間以内のインスリン投与量は 3 単位だった。

症例 5 : 10 歳男児

診断 : 1 型糖尿病

現病歴 : 来院 4 ヶ月前から飲水量が多くなり、来院 1 ヶ月前から体重が減り始めた。来院 3 日前から頭痛と嘔吐が続くため前医を受診し、DKA と診断されて当院へ搬送された。

入院時検査所見 : 体重 30 kg (健常時 34 kg)、GCS E4V5M6、血圧 102/75mmHg、心拍数 107 回 / 分、呼吸数測定なし、体温 36.8 °C。静脈血 pH 7.16、pCO₂ 39.6 mmHg、HCO₃⁻ 13.7 mmol/L、血糖値 806 mg/dL、血清浸透圧 321 mOsm/L、BUN 30 mg/dL、Cre 0.72 mg/dL、Na 133 mEq/L、K 5.2 mEq/L、Cl 90 mEq/L

初期治療経過 : 初期輸液は生理食塩水 8 mL/kg を 2 時間かけて投与され、その後 1 mL/kg/ 時で持続輸液投与に変更された。インスリンは輸液開始 1 時間 30 分後から 0.1 単位 /kg/ 時で持続静注され、血糖値は 3 時間で 206 mg/dL (1 時間あたり 70 mg/dL) 低下した。治療開始後、血糖値の急激な低下はなく、意識清明度の低下や頭蓋内圧亢進を疑う所見はみられなかった。治療開始後 4 時間以内の輸液量は 560 mL、治療開始後 1 時間以内にインスリン投与はなく、治療開始後 2 時間以内のインスリン投与量は 1 単位だった。

当院の医師を対象とした小児の DKA に対する初期治療についてのアンケート調査 :

初期輸液に関する回答は①生理食塩水クレンメ全開

投与が5名(24%)、②生理食塩水10~20 mL/kgをクレメ全開投与が15名(71%)、③生理食塩水10 mL/kgを1時間かけて投与が1名(5%)と、20名(95%)がクレメ全開で輸液を開始すると、ISPADのガイドライン(10 mL/kgの量を1時間かけて投与する)よりも多い量を回答した。インスリンの初回投与についての回答は、①0.05~0.1単位/kgを急速静注が8名(38%)、②0.05~0.1単位/kgを持続静注が12名(57%)、③初期輸液開始1時間後から0.05~0.1単位/kgを持続静注が1名(5%)と、20名(95%)がISPADのガイドライン(輸液開始1時間後から0.05~0.1単位/kg/時で開始する)よりも早期から多い量を使用すると回答した。

【考察】

今回検討した5例中4例(症例1、2、3、4)で急激な血糖値の低下を認めた。3例(症例1、2、3)で、3つの脳浮腫のリスク因子：①治療開始後4時間以内の過剰輸液、②治療開始後1時間以内のインスリン開始、③治療開始後2時間以内の過剰インスリン投与のうち1つ以上を認めた。症例4はインスリン0.1単位/kg/時で持続静注開始後に急激に血糖値が低下していた。症例2、3、4は意識レベルの低下を認めたが、いずれも頭部CTでは異常を認めなかった。1例(症例5)では急激な血糖値の低下は認めず、3つの脳浮腫のリスク因子のいずれも認めなかった。また意識レベルの変容や頭蓋内圧亢進を疑う所見はみられなかった。症例1、2、3、4における急激な血糖値の低下は、過剰な初期輸液と治療開始後早期にインスリンを過剰に使用したことが関与していると考えられた。

症例1、2、3、4ではクレメ全開で生理食塩水の輸液が開始されていた。特に症例2、3では、脳浮腫のリスク因子として報告された治療開始後4時間以内の輸液量892mL⁽⁵⁾を超えていた。33±23 mL/kg(6~97 mL/kg)を1~2時間で急速輸液投与するだけで血糖値が1時間あたり109±90 mg/dL(-35~265 mg/dL)低下すると報告されている⁽⁹⁾。また、灌流の低下した組織が輸液により再灌流されるがことが脳浮腫の機序の一つとして報告されている⁽¹⁰⁾。輸液の投与速度は脳浮腫あるいは神経学的予後に寄与しないと報告もあるが⁽¹¹⁾、この報告では10 mL/kg以上の初回輸液を投与されている患者(全患者4,912人中2,060

人(28%))は研究結果から除外されており、多量の初期輸液投与が脳浮腫や神経学的予後に影響を与える可能性は否定できない。DKAでは代謝性アシドーシスによる末梢血管抵抗・心機能の低下や、長期間のインスリン欠乏による異化亢進に起因する体重減少があり、臨床所見と脱水の程度は一致せず、脱水を過大評価してしまう⁽¹²⁾。PALS(Pediatric Advanced Life Support)のガイドライン⁽¹³⁾にもDKAにおいては低血圧性ショックの場合は積極的な輸液を必要とするが、頻脈でも血圧低下がない代償性ショックの場合も含め、低血圧がない場合には初期輸液を1~2時間かけて投与するように記載されており、DKAの輸液方法を決定するためには血圧の評価が必要である。症例2、4は血圧が正常であったにもかかわらず輸液がクレメ全開で開始されていた。症例1、3は血圧を測定されておらず、正確な循環動態の評価がされないまま輸液がクレメ全開で開始されていた。DKAと診断したら必ず血圧を測定し、低血圧性ショックの有無を確認すべきである。低血圧を伴わないDKAではISPADのガイドラインどおり、初期輸液をクレメ全開で投与せず生理食塩水10mL/kgを1時間以上かけて投与することが望ましい。

DKAに対するインスリン治療に関しては、治療開始後1時間以内のインスリン開始と治療開始後2時間以内のインスリン過剰投与(4.4単位以上)が脳浮腫のリスク因子として報告されている⁽⁵⁾。大量のインスリンを投与するとNa⁺/H⁺交換輸送体が活性化されて細胞内にNa⁺が流入し、浸透圧の並行を保つために水分が速やかに細胞内に流入するため細胞内の容積が拡大し、脳浮腫につながる⁽⁷⁾。症例1、2では治療開始後1時間以内にインスリンが急速静注され、かつ治療開始後2時間以内にインスリンが過剰に投与されたことが急激な血糖値低下の原因と考えられた。一方、症例3、4では治療開始後1時間以上経過してからインスリンを0.1単位/kg/時で投与していたにも関わらず血糖値が急激に低下した。症例3では輸液量の過剰が血糖値の急激な低下の原因となった可能性がある。症例4で血糖値が急激に低下した原因については不明だが、0.1単位/kg/時のインスリン持続投与開始後に急激に血糖値が低下したことより、インスリン感受性が高かった可能性がある。ISPADのガイドラインではインスリンは0.05~0.1単位/kg/時(5歳以下では0.03単位/kg/時)

が推奨されている。これは0.05単位/kg/時の方が過剰なカリウム・血糖の低下が少ないからであり、0.05単位/kg/時と0.1単位/kg/時ではDKAの治療成績(血糖値や酸塩基平衡が改善するまでの時間)に差はないと報告されている⁽¹⁴⁾。しかしながら、この報告では0.05単位/kg/時と比べて0.1単位/kg/時で治療開始後1時間までの血糖値低下の程度が大きく(各々39, 61 mg/dL)血糖値が90 mg/dL/以上低下した頻度も高かったこと、症例3, 4で急激に血糖値が低下したことを考慮すると、インスリン感受性が高い小児では0.05単位/kg/時で開始し、血糖値を確認しながらインスリンの量を増量していくほうが血糖値の急激な低下のリスクが低い可能性があるのではないかと考えた。

小児のDKAに対する初期治療についてのアンケートの結果、救急外来で初期対応する医師の95%は輸液をクレンメ全開で投与すると回答しており、初期輸液を1時間以上かけて行うことは認識されていなかった。また、医師の95%はインスリンを早期から多量で投与すると回答しており、急速静注を行わないこと、輸液開始後1時間以上経過してからインスリンの持続静注を開始することは認識されていなかった。小児のDKAに対する適切な初期治療の認知度が低いことがわかった。成人の糖尿病診療ガイドラインでは生理食塩水500~1,000 mL/時(あるいは15~20 mL/kg/時)の輸液を開始し、インスリンは0.1単位/kg/時で持続静注を開始するように示されており⁽¹⁵⁾、初期輸液・インスリンとも小児の推奨量よりも多い。DKAでの脳浮腫の頻度が高い小児では成人以上に慎重に治療する必要がある。小児のDKAの初期治療は救急外来で行われることが多く、小児科医ではない医師が初期対応する場合も多い。小児のDKAの初期対応について各施設の小児科医が啓発して必要がある。

本研究の問題点として、血漿浸透圧の実測や血中尿素窒素とナトリウムの計測を毎時間ごとにはしなかったため、血糖値を代用して血漿浸透圧の変動を予測した点があげられる。治療開始から1時間毎に血糖値を測定できていなかった症例もあり、血糖値の低下速度を同じ条件で比較できていない可能性がある。また受診時から意識が清明でない症例もあり、アシドーシス、二酸化炭素分圧低値、血液尿素窒素高値などの治療開始前の条件が意識状態に影響を与えていた可能性がある。

【結語】

当院で経験した5例の小児DKA患者に対する初期治療を報告した。DKAで脳浮腫のリスクを減らすために、必ず血圧を測定し、低血圧を伴わないDKAでは初期輸液は10mL/kgの量を1時間以上かけて投与すべきだと考えた。また、インスリンは輸液開始1時間後から0.05単位/kg/時以下で開始すると血糖値の急激な低下のリスクが低い可能性がある。

利益相反に関する開示事項はありません。

【文献】

- (1) Glaser N, et al: Risk factors for cerebral edema in children with diabetic ketoacidosis. The Pediatric Emergency Medicine Collaborative Research Committee of the American Academy of Pediatrics. *N Engl J Med*, 344: 264, 2001.
- (2) Edge JA, et al: The risk and outcome of cerebral oedema developing during diabetic ketoacidosis. *Arch Dis Child*, 85: 16, 2001.
- (3) Dunger DB, et al: European Society for Paediatric Endocrinology/Lawson Wilkins Pediatric Endocrine Society consensus statement on diabetic ketoacidosis in children and adolescents. *Pediatrics*, Feb;113(2): e133-40, 2004.
- (4) Lawrence SE, et al: Population-based study of incidence and risk factors for cerebral edema in pediatric diabetic ketoacidosis. *J Pediatr*, 146: 688, 2005.
- (5) Edge JA, et al: The UK case-control study of cerebral oedema complicating diabetic ketoacidosis in children. *Diabetologia*, 49: 2002, 2006.
- (6) Mahoney CP, et al: Risk factors for developing brain herniation during diabetic ketoacidosis. *Pediatr Neurol*, 21: 721, 1991.
- (7) Hoorn EJ, et al: Preventing a drop in effective plasma osmolality to minimize the likelihood of cerebral edema during treatment of children with diabetic ketoacidosis. *J Pediatr*, 150(5): 467-473, 2007.
- (8) Joseph I. Wolfsdorf, et al: ISPAD Clinical Practice

Consensus Guidelines 2018: Diabetic ketoacidosis and the hyperglycemic hyperosmolar state, 2018.

(9) Paul Bradley and Joseph D. Tobias, MD: Serum Glucose Changes During Insulin Therapy in Pediatric Patients With Diabetic Ketoacidosis, American Journal of Therapeutics, 14: 265-268, 2007.

(10) Holliday MA, et al: The maintenance need for water in parenteral fluid therapy. Pediatrics, 19(5): 823-832, 1957.

(11) Kuppermann N, et al: Clinical trial of fluid infusion rates for pediatric diabetic ketoacidosis. N Engl J Med, 378: 2275-2287, 2018.

(12) Ildiko H.Koves, et al: The Accuracy of Clinical Assessment of Dehydration During Diabetic Ketoacidosis in Childhood. Deabetes Care, 27(10): 2485-2487, 2004.

(13) American Heart Association, Pediatric Advanced Life Support(PALS) Provider Manual, Obun Printing Co., Tokyo, 2018.

(14) Karthi Nallasamy, et al: Low-dose vs standard-dose insulin in pediatric diabetic ketoacidosis: a randomized clinical trial. JAMA Pediatrics, 168(11): 999-1005, 2014.

(15) 日本糖尿病学会, 糖尿病診療ガイドライン 2019, 第1版, 南山堂, 東京, 2019.

脳浮腫のリスクとなる因子を認めたもの(5): ※1 輸液

表 1. 5 症例の治療経過と脳浮腫のリスク因子

	症例 1	症例 2	症例 3	症例 4	症例 5
	16 歳女児	6 歳男児	8 歳男児	10 歳男児	10 歳男児
静脈血 pH	7.19	6.97	6.87	7.02	7.16
静脈血 HCO ₃ ⁻ (mmol/L)	9.1	6.3	5.7	4.2	13.7
静脈血 pCO ₂ (mmHg)	24.8	29.0	24.2	16.7	39.6
尿素窒素 (mg/dL)	14	11	22	12	30
カリウム (mEq/L)	5.8	4.5	4.5	4.2	5.2
血糖値 (mg/dL)	612	381	829	837	806
血清浸透圧 (mOsm/L)	297	299	336	350	321
初期輸液量	10ml/kg/1h	15ml/kg/0.5h	40ml/kg/1.5h	25ml/kg/0.2h	8ml/kg/2h
4 時間の輸液量 (mL)	800	940 ^{※1}	920 ^{※1}	650	560
インスリン急速静注量 (U/kg)	0.1 ^{※2}	0.3 ^{※2}	-	-	-
インスリン持続投与量 (U/kg/h)	-	0.01	0.1	0.1	0.1
2 時間のインスリン量 (U)	5 ^{※3}	8 ^{※3}	2	3	1
血糖値の低下 (最大値)					
(mg/dL/h)	280	108	115	110	70
治療前 GCS	E3V5M6	E4V5M6	E4V5M6	E4V4M6	E4V5M6
治療後 GCS	E3V5M6	E3V4M6	E3V4M5	E3V4M5	E4V5M6

過剰と定義した治療開始後 4 時間以内の 892ml 以上の輸液投与、※2 治療開始後 1 時間以内のインスリン開始、※3 インスリン過剰と定義した治療開始後 2 時間以内の 4.4 単位以上のインスリン投与。

症例報告

インフルエンザウイルス感染症により TMA（血栓性微小血管症）を発症した男児例

田港 希和¹⁾、譜久山 滋¹⁾、喜瀬 智郎¹⁾、上原 正嗣¹⁾、日高 義彦^{2,3)}、井上 徳光³⁾

1) 沖縄県立南部医療センター・こども医療センター 小児腎臓内科

2) 南長野医療センター篠ノ井総合病院 小児科

3) 和歌山県立医科大学 分子遺伝学講座

要旨

血栓性微小血管症 (TMA) は血小板減少、微小血管症性溶血性貧血、臓器障害を 3 主徴とする疾患群である。典型的 TMA は、血栓性血小板減少性紫斑病 (TTP) と溶血性尿毒症症候群 (HUS) であるが、感染など血管内皮障害をきたす疾患に二次的にも発症しうる。私たちの経験した症例は生来健康な 11 歳男児。インフルエンザ罹患後に全身倦怠感、眼瞼浮腫が出現、TMA を呈し入院となった。TTP と非典型溶血性尿毒症症候群 (aHUS) が否定できず、即座に血漿輸注を行い、抗 C5 抗体薬投与の準備を進めたが、保存的治療で改善した。TTP や aHUS を除外し、後にインフルエンザ関連 TMA と診断したが、TMA の原因を早期に診断するのは困難であり、治療の迅速性と原則 “Do no harm” のジレンマがある。インフルエンザ関連 TMA は稀だが、ひとたび流行すると同様の病態に遭遇しうると考えられ、至適な治療のために知見の蓄積が望まれる。
キーワード：インフルエンザウイルス、血栓性微小血管症、非典型溶血性尿毒症症候群、補体介在性 TMA、抗 C5 抗体薬

はじめに

血栓性微小血管症 (thrombotic microangiopathy: TMA) は、血小板減少、微小血管症性溶血性貧血、臓器障害の 3 徴候を呈する疾患群である。TMA の病態は血管内皮細胞の障害と広範囲にわたる血小板血栓であり、そのために血小板減少や赤血球の破砕による溶血性貧血、臓器障害をきたす。TMA を示す代表的疾患は、血栓性血小板減少性紫斑病 (thrombotic thrombocytopenic purpura: TTP) と溶血性尿毒症症候群 (hemolytic uremic syndrome: HUS) である。以前は TTP と HUS は共通の病理像から TTP/HUS という一つの疾患群として扱われ、主に症状により鑑別されていたが、2000 年代初頭に TTP の原因は a disintegrin-like and metalloproteinase with thrombospondin type 1 motifs 13 (ADAMTS13) の機能不全と解明された¹⁾。

HUS は、溶血性貧血、血小板減少、急性腎障害を 3 徴とする症候群であり、志賀毒素産生性腸管出血性大腸菌 (Shiga toxin-producing *Escherichia coli*: STEC) による溶血性尿毒症症候群を STEC-HUS、それ以外は、

非典型溶血性尿毒症症候群 (atypical hemolytic uremic syndrome: aHUS) と分類されていた。しかし、aHUS 症例の中で補体関連の遺伝子異常を伴う症例が次々と報告されるようになり、病態の解明が飛躍的に進んだ。抗 C5 抗体薬のエクリズマブが治療に応用されるようになり、さらに最近、長期作用薬も開発され治療の進歩が著しい。しかし、補体が直接介在しない aHUS (二次性 TMA) にも抗補体薬が使用される懸念が生じ、抗補体薬の適切使用のため、aHUS は「非典型溶血性尿毒症症候群 (aHUS) 診療ガイド 2015」で、『補体関連 HUS』と再定義され、二次性 TMA (TTP、STEC-HUS を除く代謝性、感染性、薬剤性、妊娠関連、自己免疫疾患、膠原病関連、骨髄や臓器移植関連などの他の病態による TMA) と明確に区別された²⁾。「非典型溶血性尿毒症症候群 (aHUS) 診療ガイド 2023」では、さらに、補体系の異常が直接的に関与することを明確にするために『補体介在性 TMA』に変更された³⁾。

しかし、二次性 TMA の原因は多岐にわたり、時に除外診断であるために、現実的には補体介在性 TMA

(aHUS) と二次性 TMA を早期に鑑別することは難しい。今回、私たちはインフルエンザ感染の稀な合併症として TMA を発症した症例を経験した。TTP、STEC-HUS を否定、補体遺伝子解析で病的バリエーションや抗 H 因子抗体を認めなかったため、補体介在性 TMA (aHUS) を除外し、インフルエンザウイルス感染関連二次性 TMA と診断した男児例について報告する。

症例

【症例】 11 歳 男児

【主訴】 四肢の紅斑、全身倦怠感、嘔吐、下痢、眼瞼浮腫

【既往歴】 特記事項なし

【周産期・発達歴】 40 週 5 日、3,082g で出生。周産期や発達歴に異常なし。

【アレルギー】 特記事項なし

【内服歴】 定期内服なし

【家族歴】 母に甲状腺機能亢進症、叔父に腎臓病（詳細不明・透析歴なし）、腎疾患や膠原病、悪性腫瘍、TMA の家族歴なし

【現病歴】 2018 年 X 月 Y 日に 38.6 度の発熱を認め、近医を受診した。迅速抗原検査でインフルエンザウイルス A 型と診断され、オセルタミビルを処方された。父と同胞 2 人もインフルエンザウイルスに罹患しており家族内感染と考えられた。翌日には解熱傾向だったが、Y + 7 日に上下肢の紅斑、全身倦怠感が出現し自宅で臥床状態であった。Y + 9 日に嘔吐や下痢、顔色不良、眼瞼浮腫が出現し活気不良であったため、Y + 10 日に前医を受診した。血液検査にて腎機能障害 (Cre 1.1 mg/dl、Cre-eGFR 53.8 ml/min/1.73m²)、血小板減少 (Plt 1.9 × 10⁴ / μl)、貧血 (Hb 10.0 g/dl) が判明し入院となり、翌日 (Y + 11 日)、精査加療目的に当院に紹介入院となった。経過中に体重は 2 kg 増加していた。血便は認めなかった。

表 1. 入院時検査所見

<尿一般>		尿酸	5.3mg/dl	ハプトグロビン	<10mg/dl
比重	1.02	Na	141mEq/l	直接クームス	(-)
PH	6	K	4.2mEq/l	間接クームス	(-)
尿蛋白	(3+)	Cl	108mEq/l	抗核抗体	40未満倍
尿潜血	(2+)	Ca	7.8mg/dl	抗ds-DNA IgG抗体	<10IU/ml
ウロビリノーゲン	(±)	IP	4.0mg/dl	PR3-ANCA	<1.0U/ml
<尿沈渣>		AST	69IU/l	MPO-ANCA	<1.0U/ml
赤血球	<5-9/HPF	ALT	58IU/l	抗GBM抗体	<2.0U/ml
尿細管上皮	<1/HPF	LDH	1616IU/l	ADAMTS-13活性	90%
硝子円柱	(1+)	γ-GTP	11IU/l	ADAMTS-13 inhibitor	<0.5BU/ml
U-CRE	156.1mg/dl	T-Bil	1.5mg/dl	<凝固線溶系>	
uTP/uCRE	4.08g/gCr	D-Bil	0.3mg/dl	PT(%)	1.19%
<血算>		CK	115IU/l	PT(INR)	0.92
白血球	55 × 10 ² / μl	T-Cho	221mg/dl	APTT	23.1秒
赤血球	344 × 10 ⁴ / μl	Fe	71 μg/dl	Fib	358mg/dl
Hgb	8.8g/dl	TIBC	211 μg/dl	D-dimer	3.8 μg/ml
Hct	26.3%	UIBC	140 μg/dl	FDP	9.4 μg/ml
MCV	77fl	血糖	98mg/dl	<感染症>	
MCHC	33.5%	フェリチン	723.3ng/ml	HBs抗原	(-)
血小板数	2.5 × 10 ⁴ / μl	CRP	0.1mg/dl	HBsAg	(-)
網状赤血球	28%	C3	72mg/dl	HCV抗体	(-)
破碎赤血球	(+)	C4	15mg/dl	HIV抗原抗体	(-)
<生化学>		CH ₅₀	30CH ₅₀ /ml	尿中肺炎球菌抗原	(-)
Alb	2.6g/dl	IgG	648mg/dl	O-157LPS抗体	(-)
BUN	31mg/dl	IgA	135mg/dl	便培養検査	(-)
Cr	0.99mg/dl	IgM	192mg/dl		

【入院時身体所見】 身長 149.0 cm、体重 47.1 kg、体温 37.4 度、血圧 106/50 mmHg、脈拍 82 回 / 分、呼吸数 16 回 / 分、酸素飽和度 97 % (室内気)、意識清明、眼瞼結膜は軽度蒼白、黄疸は認めず、口唇は軽度乾燥していた。心音は整・雑音なし、呼吸音は清・肺野にラ音聴取せず、腹部は平坦・軟で腸蠕動音の亢進・減弱なし、圧痛なし、肝脾腫や腫瘤は認めなかった。下

腿に圧痕性浮腫を認めた。関節部の発赤・圧痛・腫脹なし。皮膚は側胸部から背部にかけて点状出血を認め、血圧測定後のマンシエット部にも点状出血が出現していた。頸部・腋窩・鼠径部のリンパ節腫脹なし。神経学的な異常所見は認めなかった。

【入院時検査所見 (表 1)】 尿検査で尿蛋白定性 (3+)、潜血反応 (2+) であり、尿蛋白クレアチニン比 4.08 g/

gCr の高度蛋白尿を認めた。尿沈渣で顕微鏡的血尿を認め、病的な円柱は認めなかった。血算では Hb 8.8 g/dl で破碎赤血球を認め、網状赤血球は 28 %、血小板は $2.5 \times 10^4 / \mu l$ であった。凝固系は FDP と D-dimer は高値であったがフィブリノーゲンの低下は認めなかった。生化学検査では、Alb 2.6 g/dl、Cre 0.99 mg/dl (Cre-eGFR 60.0 ml/min/1.73m²)、BUN 31 mg/dl であった。LDH 1616 IU/l、総ビリルビン 1.5 mg/dl、直接ビリルビン 0.3 mg/dl で間接ビリルビン優位の上昇を認め、ハプトグロビンは感度以下であり溶血の存在が示唆された。クームス試験は直接、間接ともに陰性だった。C3、C4、CH50 は正常範囲内であった。感染

症スクリーニングで尿中肺炎球菌抗原の陰性は即日確認し、その後、血清 O157-LPS 抗体と便培養での病原性腸内細菌の陰性、HIV 抗原・抗体の陰性を確認した。入院 4 日目に判明した血清免疫学的検査では、抗核抗体や Scl70 抗体は陰性で MPO-ANCA、PR3-ANCA、抗 GBM 抗体も陰性であった。ADAMTS13 活性は 90 %、ADAMTS13 インヒビター定量は 0.5 BU/ml で正常範囲内であった。胸部 X 線写真では、心胸郭比 40 %、肺野に異常陰影や肺うっ血は認めなかった。腹部エコー検査では腸管浮腫はなく、腎皮質輝度上昇と軽度腎腫大、少量の腹水を認めた。脾腫はなく、肝臓、胆道、膵臓、膀胱に異常所見は認めなかった。

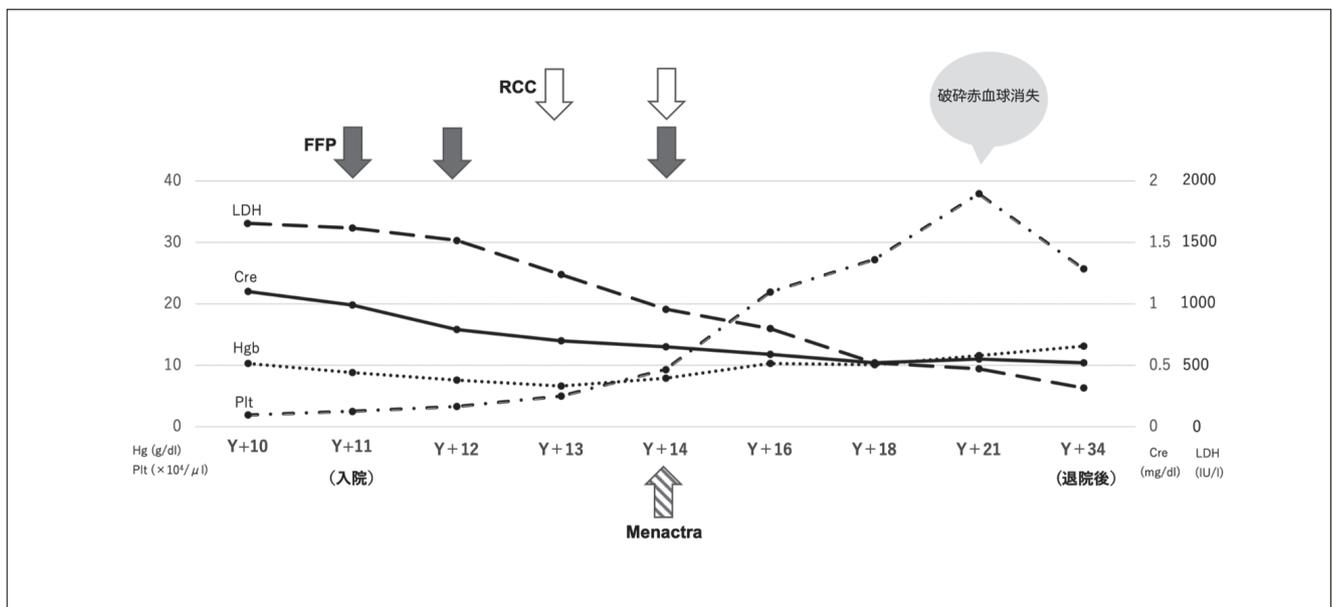


図 1. 入院経過：FFP:fresh frozen plasma, RCC:red cell concentrate, Menactra:4 価髄膜炎ワクチン

【入院経過】急性腎不全と破碎赤血球を伴う溶血性貧血、血小板減少を認め、FDP と D-dimer が高値であったが、フィブリノーゲンの低下はないことから TMA と判断した。原因疾患として、TTP や STEC-HUS、aHUS、自己免疫疾患や感染などによる二次性 TMA を鑑別に挙げ精査を行った。前医での検査結果と比較すると貧血や LDH、血小板、腎機能障害は急速進行性ではなかったが、TTP や補体介在性 TMA (aHUS) への治療遅延を防ぐため即座に血漿輸注を開始し、症状や検査所見を注意深く観察しながら血漿交換や抗 C5 抗体薬の投与を検討する方針とした。連日の血漿輸注を行い、入院 3 日目には Hb 6.6 g/dl まで低下を認めたため、赤血球輸血も行った。消化器症状を伴っていたが、入院 4 日目に腸管出血性大腸菌の便培養や血清 O157-LPS は陰性、

自己免疫抗体や ADAMTS13 の検査結果もすべて陰性であったため、STEC-HUS と TTP、自己免疫疾患による二次性 TMA は除外した。病歴や病勢からインフルエンザウイルス感染による二次性 TMA が疑われたが、補体介在性 TMA (aHUS) は否定できないため、抗 C5 抗体薬の投与の準備として髄膜炎菌ワクチンの接種を行った。しかし、入院 6 日目からは血小板や貧血の検査値が改善に転じ、尿蛋白も陰性化、保存的治療で改善傾向となった。入院 11 日目には破碎赤血球の消失を確認、腎機能などの検査所見も正常化した。血漿輸注の中止後も再発傾向を認めないことを確認して、入院 13 日目に自宅退院となった。経過は比較的良好であったが、潜在的に補体介在性 TMA (aHUS) が存在している可能性があり、治療前の保存検体において補体のタ

ンパク質検査と遺伝子解析を日本補体学会に依頼した。解析の結果、抗H因子抗体は陰性で、補体制御因子のCFHやCFI、CD46などにおいても既知の遺伝子異常は認めなかった(表2,表3)。遺伝子に病的バリエーションを認めなくても補体介在性TMA(aHUS)を否定する事

はできないが、後述する報告のように既往歴や家族歴がなく、発症から現在まで約5年間の経過において再発を認めていないため、改めてインフルエンザウイルス感染による二次性TMAと診断した。

表 2. aHUS 血液補体関連因子検査

補体関連因子		血清	血漿
1	sC5b-9	ng/ml	1644.3
		基準範囲	148.0 - 1243.6
2	Ba	ng/ml	1756.7
		基準範囲	419.6 - 1714.0
3	CFH (H因子)	μg/ml	482.8
		基準範囲	285.9-710.7
4	CFH-IgG	AU/ml	872.9
		基準範囲	393.9-1069.0
5	CFI	μg/ml	38.8
		基準範囲	28.8-55.6
6	C5a	ng/ml	30.15
		基準範囲	0.50-32.33
7	C3	mg/dl	117.7
		基準範囲	60.4-143.2
8	C4	mg/dl	25.3
		基準範囲	9.1-35.9
9	CH50	CH50/ml	41.4
		基準範囲	31.7-50.5
10	C1-inhibitor活性	%	NT
		基準範囲	77.6-144.0

表 3. aHUS 遺伝子解析

遺伝子	アミノ酸置換	病因の可能性
CFH	なし	-
CFHR1-5	なし	-
C3	なし	-
CFI	なし	-
CFB	なし	-
CD46	なし	-
THBD	なし	-
DGKE	なし	-
PLG	なし	-

考察

インフルエンザウイルス感染症は補体介在性TMA(aHUS)のトリガーとなり得るが、私たちが遭遇した症例はインフルエンザ感染症がTMAの直接の原因になった稀な症例である。ひとたびインフルエンザ感染症がパンデミックに至ると感染者の多さから同様の病態に直面しうると考えられ、インフルエンザウイルスとaHUSとの関連、早期診断の難しさや最新の知見について、若干の考察を加えて報告する。

2019年末に発生した新型コロナウイルス感染症(coronavirus disease 2019: COVID-19)は急速に世界に拡大し、わが国でも猛威を振った一方で、インフルエンザウイルス感染症は影を潜めた。厚生労働省の報道発表資料⁴⁾では2018年-2019年はおよそ190万/年のインフルエンザウイルス患者が報告され、2020

年は56万人、2021年は1065人と激減した。しかし、2022/2023シーズンからは再びインフルエンザウイルス感染症が流行を呈している。

インフルエンザウイルスは感染性が強い上に時に脳炎脳症やDIC、TMAなど重篤な合併症を伴う。インフルエンザウイルス感染症とTMAの関連は確立されているものの、その詳細な機序はまだ明らかになっていない。剖検例では血管内皮細胞に本ウイルスが直接侵入することが示されており、In vitroでは本ウイルスが感染した血管内皮細胞はアポトーシスをおこし⁵⁾、直接的または細胞外マトリックスの露出によって、血小板凝集を引き起こすことが知られている。また本ウイルスが血小板を直接活性化し血栓を形成させる可能性も示されており⁶⁾、本症例の病態もこのような機序によるものと考えている。

補体介在性 TMA (aHUS) は、補体第二経路の異常活性化により発症する。補体遺伝子の異常として、補体制御因子や補体活性化因子の病的バリエーションや補体活性化因子の病的バリエーションが報告されている。いずれも血管内皮細胞の損傷や血小板の異常な活性化により広範な血小板血栓を引き起こし、継続的で不可逆な組織障害となり腎予後は不良とされるため、早期の抗 C5 抗体薬の使用が推奨されている³⁾。ウイルスの侵入に対し、宿主は免疫システムを駆使して対抗し、感染細胞から放出されたサイトカインは免疫反応を惹起し、自然免疫の主要機序である補体が活性化する。補体の活性化は生体防御に重要である一方で、感染時に補体制御薬を使用すると急性肺障害 (ALI) が大幅に軽減されることが示されており⁷⁾、補体の異常な活性化は、諸刃の剣である。

インフルエンザウイルス関連 TMA は実臨床の観点から症例報告によって裏付けられている。Bitzan M らは 2018 年に文献的にインフルエンザウイルス関連 TMA の検索を行い、1971 年以降の 25 例の報告について検討した。その中で ADAMTS13 活性が 10% 未満の TTP が 2 例、補体制御系の遺伝子解析を行った 8 例中 7 例に病的バリエーション (*CD46* が 4 例、*C3* が 3 例) を認めたと報告した⁹⁾。病的バリエーションを認めなかった 1 例には 4 回の再発歴があったが、解析された遺伝子は CFH のみで、解析が不十分であった。また、単発例は 25 例中 1 例のみで家族歴があり、*C3* に病的バリエーションを認めていた。この総説以降も、基礎疾患やその治療薬に起因するインフルエンザウイルス関連 TMA の報告はなされており¹⁰⁾¹¹⁾、インフルエンザウイルス感染症が補体介在性 TMA (aHUS) のトリガーとなる報告は散見されるが、本症例のように特記すべき既往や家族歴がなく、抗 H 因子抗体陰性、系統的な補体遺伝子解析で病的バリエーションを認めず、単回発症で 5 年以上の経過を経て寛解を維持している単回発症例は検索し得た限りでは、これまでに報告がない。もちろん、遺伝子解析が不可能だった時代の報告もあり、また TMA をインフルエンザウイルス感染の重症の表現型ととらえ報告されなかった例も存在すると考えられるが、インフルエンザウイルスは今後もパンデミックとなる可能性は高く、同様の症例には遭遇しうるだろう。なお、過去の報告を参照する際は、前述のとおり以前は STEC-HUS 以外を aHUS としていたが、「aHUS

診療ガイド 2015」以降は、aHUS は補体制御異常による TMA を指し、二次性 TMA と区別するようになったため、過去の報告を参照する際は留意が必要である。

TMA の原因疾患は多岐にわたり、急性期には STEC-HUS、TTP、二次性 TMA、補体介在性 TMA (aHUS) の鑑別と並行して、血漿交換や抗 C5 抗体薬など侵襲的な治療を検討しなければならない。抗 C5 抗体薬は、補体終末経路を阻害することから莢膜形成菌の感染リスクが増大し、中でも髄膜炎菌感染は時に致命的であり、髄膜炎菌ワクチン接種をおこなっても完全に予防できるものではないとされている¹²⁾。上述したように、インフルエンザ感染を契機に aHUS を発症することもあるため⁹⁾¹³⁾、インフルエンザ感染症による二次性 TMA と aHUS を早期に鑑別することは困難である。一般的な血液検査において、*C3* は初期には消費性に低値をとるが、経時的に回復することが示されている⁸⁾。一般的な血液検査において、*C3* 低値かつ *C4* 正常のパターンは補体第二経路の活性化が示唆されるものの、このパターンを示す症例は半数程度であり、*C3* が正常であっても補体介在性 TMA (aHUS) を否定することはできない³⁾。本症例の、入院直後 (血漿輸注前) の *C3* は 72 mg/dl と基準値下限、*C4* は正常であった。後日の確認で sC5b-9 は 1644.3 ng/ml (基準範囲 148.0 - 1243.6) と軽度高値だったことから、急性期に補体が活性化していたことは判断できるが、生体防御の正常な反応でもあり、それが異常活性化だったかの評価も難しい。aHUS の早期診断への試みはなされており、主要な補体制御因子の一つである H 因子に結合する自己抗体を測定する抗 H 因子抗体の測定キットや、奈良県立医科大学で開発されたヒツジ赤血球溶血試験などがあるが、検査結果の解釈や診断できる病的バリエーションに限られるなどの課題は残る³⁾。

補体介在性 TMA (aHUS) は希少疾患であり、時に重篤であるため、現状では治療遷延を防ぐため、経過を慎重に観察しながら、診断と治療を日々検討していくしかない。血漿療法は、TTP や補体介在性 TMA (aHUS) の両者に有効であるが、肺炎球菌 TMA には血漿療法は行わないとされており、輸血を行う場合にも洗浄血液製剤を使用しなければならないため³⁾、早期に鑑別する必要がある。本症例では、肺炎球菌感染を否定し、TTP や補体介在性 TMA (aHUS) を念頭に即座に血漿輸注を行った。その後、STEC-HUS、TTP を否定し、補

体介在性 TMA (aHUS) がむしろ鑑別の上位となったため、髄膜炎菌ワクチンを接種し、抗 C5 抗体薬投与の準備を進めた。しかしその後、全身状態や腎機能が保存的に軽快したため透析や血漿交換は回避し、結局、抗 C5 抗体薬の投与も行わなかった。

私たちが遭遇した病態はインフルエンザ合併症としては稀だが、ひとたびパンデミックに至ると感染者の多さから同様の病態には直面しうるだろう。今回行った血漿輸注は、H 因子などの補体制御因子の補填などが病態改善に寄与した可能性はあるが、抗 C5 抗体薬については、治療における迅速性と原則 “Do no harm” のジレンマが残る。今後の至適な治療のために、補体介在性 TMA (aHUS) の早期診断法の進歩やインフルエンザ関連 TMA についての症例報告、病態の解明など、今後の知見の蓄積が望まれる。

文献

- 1) George JN, Nester CM: Syndrome of thrombotic microangiopathy. *New England Journal of Medicine*, 371(1): 654-666, 2014.
- 2) Kato H, et al: Controversies of the Classification of TMA and terminology of aHUS. *Clinical and Experimental Nephrology*, 22(4): 979-980, 2018.
- 3) 厚生労働科学研究費補助金（難治性疾患政策研究事業）「血液凝固異常症に関する研究班」，非典型溶血性尿毒症症候群（aHUS）診療ガイド改定委員会：非典型溶血性尿毒症症候群（aHUS）診療ガイド 2023, 1-4, 東京医学社，東京，2023.
- 4) “インフルエンザの発生状況”. 厚生労働省. https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryuu/kenkou/kekaku-kansenshou01/houdou.html, (参照 9-28-2023)
- 5) Susan M. Armstrong, et al: Influenza Infects Lung Microvascular Endothelium Leading to Microvascular Leak: Role of Apoptosis and Claudin-5. *PLoS One*.7(10): e47323, 2012
- 6) Boilard E, et al: Influenza virus H1N1 activates platelets through Fc γ RIIA signaling and thrombin generation. *Blood*, 123(18): 2854-2863, 2014.
- 7) Sun S, et al: Inhibition of complement activation alleviates acute lung injury induced by HPAI H5N1 virus infection. *Am J Respir Cell Mol Biol*, 49(2): 221-230, 2013.
- 8) O'Brien KB, et al: A protective role for complement C3 protein during pandemic 2009 H1N1 and H5N1 influenza A virus infection. *PLoS One*, 6(3): e17377, 2011.
- 9) Bitzan M, Zieg J.: Influenza-associated thrombotic microangiopathies. *Pediatr Nephrol*, 33(11): 2009-2025, 2018.
- 10) Shimizu T, et al: Scleroderma Renal Crisis Complicated with Thrombotic Microangiopathy Triggered by Influenza B Virus Infection. *Intern Med*, 58(3): 441-445, 2019.
- 11) Christopher DH, et al: Influenza induced thrombotic microangiopathy in a patient with cancer on proteasome inhibitor: a diagnostic dilemma. *CEN Case Reports*. 11(3): 321-327, 2022.
- 12) McNamara LA, et al: High Risk for Invasive Meningococcal Disease Among Patients Receiving Eculizumab (Soliris) Despite Receipt of Meningococcal Vaccine. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*. 66(27): 734-737, 2017.
- 13) Fan X, et al: Analysis of genetic and predisposing factors in Japanese patients with atypical hemolytic uremic syndrome. *Mol Immunol*. 54(2): 238-246, 2013.

症例報告

脳動脈解離による小児脳梗塞の長期管理について

長谷部 郁¹⁾、松岡 剛司²⁾、篠原 嶺¹⁾、沼澤 雅哉¹⁾、住居 慎一郎¹⁾、高山 朝匡¹⁾、泊 弘毅¹⁾、荒木 孝太郎¹⁾、
松岡 孝¹⁾、友寄 龍太³⁾

1) 沖縄県立南部医療センター・こども医療センター 小児総合診療科

2) 沖縄県立南部医療センター・こども医療センター 小児神経内科・こころ科

3) 沖縄県立南部医療センター・こども医療センター 脳神経外科

【要旨】

小児脳卒中は成人と比べて稀だが、重大な神経学的後遺症を来たしうる疾患であり、原因は多岐にわたる。中大脳動脈解離による小児脳梗塞を2例経験し、報告する。2症例とも10代の女兒であり、主訴は右手の巧緻運動障害であった。症例1では、頭部MRI検査上、左基底核においてFLAIRやT2強調、拡散強調像で高信号、ADC mapで低信号であり、脳梗塞を疑う所見であった。MRA検査では、左中大脳動脈M1部の壁不整、狭窄を認めた。血管造影では左中大脳動脈水平部にフラップ様の造影欠損を認めた。頭頸部動脈解離による脳梗塞と診断し、抗血小板薬で治療を開始した。治療数日後から症状は消失したが、10年間、頭部MRA検査を追跡したところ、同部位の狭窄像は今なお残存している。症例2では、頭部MRI、MRA検査の所見ならびに治療経過は症例1と同様であったことから、血管造影は実施しなかった。同じく頭頸部動脈解離による脳梗塞と診断し、抗血小板薬の投与にて症状は速やかに改善したが、2か月後に施行した頭部MRA検査では狭窄像が残存していた。頭頸部動脈解離は重篤な後遺症を来たす可能性があり、それによる脳梗塞は再発率が高い。小児脳梗塞は原因検索を徹底し、動脈解離を疑う場合は長期的な経過観察が重要である。

【Key words】 脳梗塞、頭頸部動脈解離、小児、中大脳動脈

【緒言】

小児脳梗塞は人口10万人に0.2-0.86人の有病率と言われ¹⁾、成人と比べて稀だが神経学的後遺症を来たしうる²⁾疾患である。小児脳梗塞のうち、7.5-20%が頭頸部動脈解離に起因すると報告されている²⁾。脳血管障害がある場合には脳梗塞再発リスクが増加する²⁾と言われており、原因疾患の検索および慎重な経過観察が必要となる。頭頸部動脈解離が原因と考えられる小児脳梗塞の2症例をもとに、原因検索と長期的な経過観察の必要性について考察する。

【症例】

<症例1>10歳、女兒

主訴：右手の巧緻運動障害

既往歴：5歳未満で水痘罹患歴あり

家族歴：特記事項なし

現病歴：来院3日前、バッティングセンターで打撃練習中に突然の頭痛と気分不良が出現した。その場で転倒し、呼びかけに反応が乏しいため近医に救急搬送されるも、病院到着時には意識清明であり症状の増悪を認めないことから翌日に退院となった。その後問題なく日常生活を過ごしていたが、来院前日から書字と箸の使用が困難となった。来院当日も右手の巧緻運動障害が持続するため近医脳外科を受診した。頭部MRI検査で左基底核の脳梗塞を指摘され、同日当院へ紹介となった。

入院時現症：身長137cm、体重38kg。血圧128/60mmHg、脈拍84回/分、体温36.5℃。意識清明。右母指対立筋MMT (manual muscle test) 4-を認めた。その他の神経学的所見に異常は認めなかった。

検査所見:凝固異常や炎症反応上昇、血球異常を認めず、免疫学的検査は陰性であった(表1)。頭部単純MRI検査で左基底核にFLAIRやT2強調、拡散強調像で高信号が見られ、ADC mapで低信号を認め(図1)、頭部MRA検査で左中大脳動脈M1部の壁不整を認めた(図2)。

入院後経過(図3):頭部MRI画像検査で上記所見に加えて同部位での細胞性浮腫や頭部MRA画像で壁不整を認めた為、血管炎を疑ってステロイドパルス療法を開始した。入院3日目にモヤモヤ現象・線維筋異形成・動脈解離などの精査目的に脳血管造影検査を施行した結果、左中大脳動脈M1部における広狭不整部にflap様の造影欠損を認めた(図4)ことから中大脳動脈解離による脳梗塞と診断して抗血小板療法(アスピリン内服)を開始した。入院翌日から巧緻運動障害は徐々に改善し、安静度を上げる中で症状の再燃は認めず入院10日目に退院とした。

退院後経過:アスピリン内服と定期的な画像検査を継続した。頭部MRA検査で狭窄病変は残存していたものの、発症から3年を経過した頃から血管病変に変化は見られなくなり症状再燃することなく経過していたため、発症から5年後にアスピリン内服を終了した。終了後も再発は見られていないが、発症から10年経過後も同部位の狭窄像は残存しており(図5)、頭部MRI撮影を継続して施行し、経過観察している。

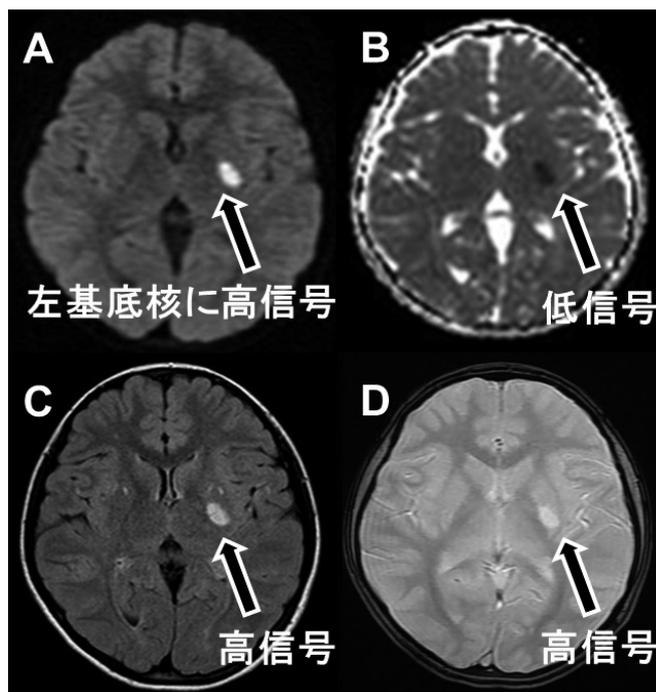


図1. 症例1入院時頭部MRI DWI(A)、ADC map(B)、C:FLAIR(C)、D:T2強調像(D)
 A・C・D:左基底核に高信号 B:左基底核に低信号

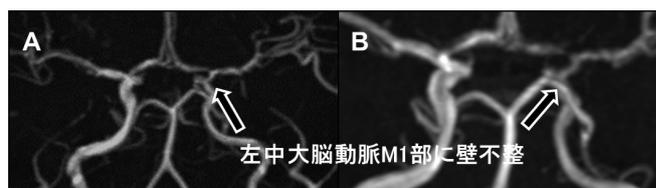


図2. 症例1入院時頭部MRA画像(A)、拡大像(B)
 A・B:左中大脳動脈M1部に壁不整を認める。

表1. 症例1臨床検査結果

白血球	9.0 ×10 ³ /μl	PT(INR)	1.15
赤血球	4.68 ×10 ⁶ /μl	APTT	30.6 秒
Hb	13.9 g/dl	赤沈	4.6 mm
血小板	291 ×10 ³ /μL	抗核抗体	80 倍
BUN	10 mg/dl	PR3-ANCA	<10 U/ml
Cr	0.4 mg/dl	MPO-ANCA	<10 U/ml
Na	140 mmol/l	RF	<3 IU/ml
K	4.2 mmol/l	乳酸	17.3 mg/dl
Cl	105 mmol/l	ピルビン酸	1.06 mg/dl
AST	26 U/l		
ALT	10 U/l		
ALP	561 U/l		
LDH	277 U/l		
血糖	101 mg/dl		
CRP	<0.10 mg/dL		

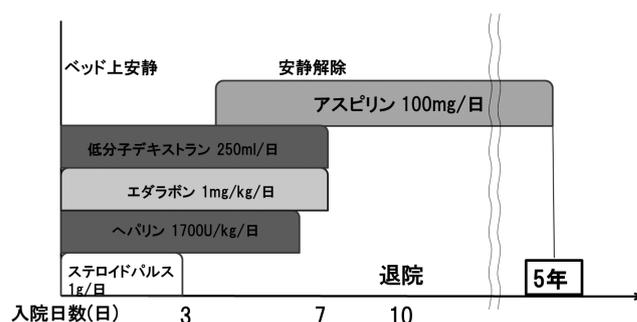


図3. 症例1入院経過



図4. 症例1入院3日目血管造影
左中大脳動脈M1部において、広狭不整部にflap様の造影欠損を認める。

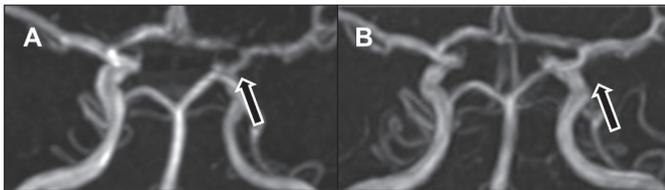


図5. 症例1頭部MRA画像拡大像入院時(A)、
発症から10年後(B)
A：左中大脳動脈M1部に壁不整を認める。
B：同部位に狭窄像が残存している。

<症例2>12歳、女児

主訴：右手の巧緻運動障害

既往歴：特記事項なし

家族歴：母と祖父母：高血圧

神経筋疾患や脳血管障害、膠原病なし

現病歴：受診4日前、体育の授業中にエイサーの練習をした後から頭痛、気分不良、嘔気が出現した。意識障害は認めず、自宅安静で翌日には症状軽快していた。受診2日前から書字やリモコン操作の困難さを自覚しており、症状持続するため当院を受診した。経過を通して発熱やけいれんを認めなかった。

入院時現症：身長153cm、体重39kg。血圧110/60mmHg、脈拍75回/分、体温36.9℃。意識清明。意識清明で血圧は正常域であった。右母指対立筋MMT4-、右上肢のバレー徴候はわずかに陽性であった。その他の神経学的所見に異常は認めなかった。

検査所見：頭部単純CT検査で左基底核に低吸収域を認めた。頭部単純MRI検査で左基底核にFLAIRやT2強調、

拡散強調像で高信号が見られ、ADC mapで低信号(図6)、MRA検査で左中大脳動脈M1部に壁不整、狭窄を認めた(図7)。凝固異常や炎症反応の上昇、血球異常を認めず、免疫学的検査は陰性であった(表2)。心臓・頸動脈・下肢静脈の超音波検査を実施し、心内シャントや静脈血栓、その他の血管狭窄を認めなかった。以上より、頭頸部動脈解離が強く疑われたため、症例1の経験をもとに、侵襲性の高い脳血管造影検査は施行しなかった。

入院後経過(図8)：中大脳動脈解離による脳梗塞を疑って十分な補液と抗血小板療法(アスピリン内服)を開始した。治療3日目から巧緻運動障害は徐々に改善し、14日目には発症以前の状態に回復した。入院期間中は1週間に1度、頭部MRI検査を実施し、梗塞像や狭窄所見の増悪がないことを確認した。安静度を上げる中で症状の再燃は無く、18日目に退院とした。

退院後経過：外来でアスピリン内服を継続しており、発症2か月で施行した頭部MRI(図9)では梗塞像は陳旧化、MRA検査(図10)では狭小化が改善傾向ながらも残存している。発症から約1年経過しているが、症状の再燃は認めていない。

表2. 症例2臨床検査結果

白血球	4.290 ×10 ³ /μl	PT(INR)	1.10
赤血球	5.28 ×10 ⁶ /μl	APTT	28.9 秒
Hb	13.9 g/dl	Dダイマー	<0.5 μg/dl
血小板	258 ×10 ³ /μl	赤沈	8 mm
BUN	11 mg/dl	抗核抗体	<40 倍
Cr	0.45 mg/dl	PR3-ANCA	<1.0 U/ml
Na	130 mmol/l	MPO-ANCA	<1.0 U/ml
K	4.1 mmol/l	RF	5 IU/ml
Cl	104 mmol/l	抗MOG抗体	陰性
AST	21 U/l	VZV IgM	0.17(-)
ALT	12 U/l	VZV IgM	<2.0(-)
ALP	375 U/l	乳酸	10.0 mg/dl
LDH	184 U/l	ピルビン酸	0.79 mg/dl
血糖	88 mg/dl		
CRP	0.01 mg/dL		

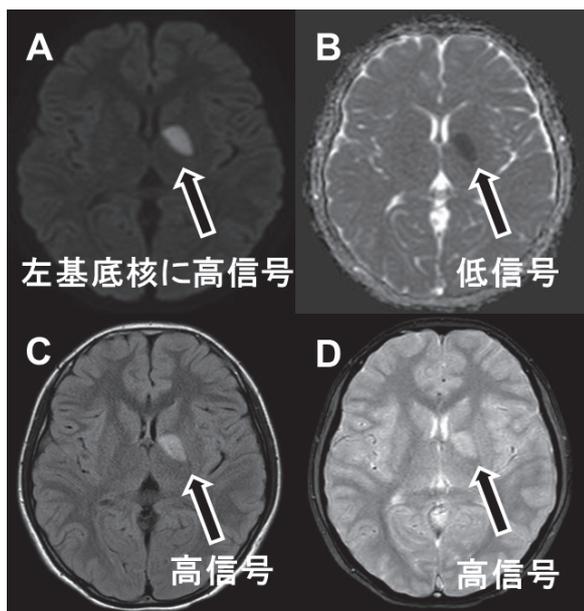


図 6. 症例 2 入院時頭部 MRI DWI(A)、ADC map(B)、C : FLAIR(C)、D : T2 強調像 (D)
 A・C・D : 左基底核に高信号
 B : 左基底核に低信号

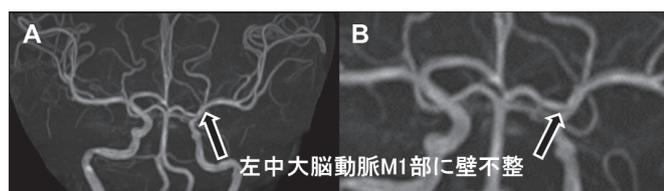


図 7. 症例 2 入院時頭部 MRA 画像 (A)、拡大像 (B)
 A・B : 左中大脳動脈 M1 部に壁不整を認める。

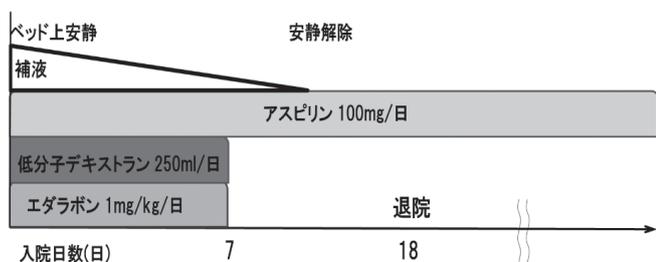


図 8. 症例 2 入院経過



図 9. 症例 2 発症 2 か月時 頭部 MRI FLAIR
 左基底核の梗塞像が陳旧化している。

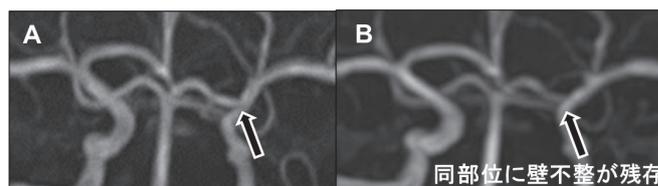


図 10. 症例 2 頭部 MRA 画像 拡大像 入院時 (A)、
 発症から 2 か月後 (B)
 A : 左中大脳動脈 M1 部に壁不整を認める。
 B : 同部位に狭窄像が残存している。

【考察】

小児脳梗塞の主な原因はもよもや病や頭頸部動脈解離、血管炎などの脳血管障害、心疾患、重篤な全身性感染症である²⁾。原因となり得る小児の頭頸部動脈解離は稀な疾患であるが、致死率は 16-20% とも報告されている²⁾ 重篤な疾患である。脳血管障害による脳梗塞罹患者の半数以上に運動障害や認知機能低下などの神経学的後遺症が見られると報告されている²⁾ ことから、致死的で重篤な後遺症を来たしうる疾患と言える。また、多様な非特異的な症状を呈することから、臨床的に疑われず誤診されてしまうことが多い³⁾。原因となりうる基礎疾患を把握して鑑別に挙げるのが重要と考えられる。

今回の症例では頭頸部動脈解離に起因して脳梗塞を生じた。明らかな外傷が無い自然発症の動脈解離も存在しうるが、病態生理に関与する誘因や素因が存在することが多い。症例の多くは軽微な外傷もしくは感染に続発する一過性の血管障害によるものである。軽微な外傷が頭頸部動脈解離の原因となるのが、症例の 40% で認められたとする報告もある⁴⁾。成人を含めた動脈解離の要因として、銅欠乏、マルファン症候群などの結合組織障害を有する場合には、動脈解離を起こしやすい可能性がある³⁾。その他、男性、高齢、頭痛、抗凝固薬の使用、外傷歴も危険因子であると報告されている³⁾。成人の動脈解離の多くが外傷性であるのに対し、小児では先行外傷のない場合が多い。非外傷性の動脈解離を起こした小児の約 5-20% は結合組織障害や遺伝性疾患、骨、血管の解剖学性変異がある³⁾。本症例は 2 例ともに誘因となりうる基礎疾患や家族歴、血液検査異常を認めなかった。いずれも発症直前の運動歴が確認されており、軽微な外傷によって頭頸部動脈解離に至った可能性が考えられた。また、症例 1 では食事摂取が発症の 6 時間前であり、脱水の関与も考

えられた。発見されずに治療につながらないことも再発の危険性を高める³⁾ため、頭頸部動脈解離が臨床的に疑われる場合には適切な検査を行う必要がある。

急性もしくは亜急性の頭痛、頸部痛、脳卒中症状を呈する患者においては頭頸部動脈解離を鑑別に挙げる必要がある。軽微であっても外傷のエピソードや運動への参加、激しい咳嗽など誘因となり得る経過がある場合や、結合組織または血管障害、偏頭痛の既往歴、家族歴がある場合、他の神経学的症状を認める場合には、特に頭頸部動脈解離を疑うべきである⁶⁾。

脳梗塞の診断において非侵襲的かつ非放射性的の画像診断法として、頭部 MRI、MRA 検査が第一選択に推奨されている³⁾。従来は、血管造影検査が解剖診断の標準検査と考えられてきたが、侵襲性や費用の点から MRI 検査が推奨されている⁷⁾。頭部 MRI や造影 CT 検査が陰性であるにも関わらず、臨床的に頭頸部動脈解離が強く疑われる場合には、血管造影を行う。当院で経験した 2 症例は臨床経過、頭部 MRI、MRA 所見が類似しており、症例 1 の血管造影検査の経験から症例 2 についても頭頸部動脈解離と判断し、実施しなかった。

脳梗塞の再発は長期予後を不良にする因子である⁸⁾。脳梗塞の 5 年以内の再発率は 5-19% と推定されており、中でも頭頸部動脈解離などの脳血管異常を伴う場合には再発リスクが増加する²⁾。また、動脈解離で脳梗塞に至った症例の 20.8% が再発したという報告もある³⁾。特に動脈解離の発症から 1-2 週間以内の急性期に再発することが多く、6 か月を過ぎると再発の危険性は少ないとされている⁹⁾一方で、半年を越えての再発例も報告されている¹⁰⁾¹¹⁾。

成人では初回発作後 2 年以内に 48%、5 年以内に 84% が起こっていたという報告があり⁸⁾、これは発症初期に重症例が死亡し、発症後 5 年以上生存する例では重症度が低く、死亡の原因に脳梗塞が重要な影響を及ぼさないためと考えられている。これは成人例に関する報告であり、脳血管異常のある小児では 5 年間の累積再発率が 66% であることから、継続して脳血管画像検査を施行することの重要性が指摘されている¹²⁾。発症から 15 年後に再発した齋藤ら⁹⁾の報告では、期間にとらわれずに経時的な画像変化に注意する必要があると述べている。これらの報告から、最低でも 5 年間は慎重な経過観察が必要と考えられる。症例 1 において血管狭窄像の変化が見られなくなったのは発症か

ら 3 年以降のことであり、症状が再燃しないことを確認してアスピリン内服を発症から 5 年後に終了した。その後、発症から 10 年経過した後も再発せずに経過している。

小児脳梗塞の治療には対症療法に加えて、抗血小板薬と抗凝固薬を合わせた抗血栓療法が挙げられる。頭頸部動脈解離による脳梗塞の発症機序が主に塞栓性機序に起因することから、再発予防のために抗血栓療法が推奨される²⁾。Chest のガイドラインでは、小児脳梗塞に対しては血栓素の有無にかかわらず、その原因が除外されるまで初期治療として抗凝固療法またはアスピリン療法を最初に行うことが推奨されている。その後、少なくとも 2 年間はアスピリン療法を長期的に行うことを推奨している¹³⁾。本例を踏まえ、再発率の高い 5 年間は頭部 MRA の定期的な撮像を行う必要があると考えられる。狭窄像の増悪が見られなくなるまで発症から少なくとも 2 年間、最長で 5 年間のアスピリン療法が検討されうると考える。

【結論】

中大脳動脈解離に起因すると考えられる脳梗塞を 2 症例経験した。小児脳梗塞の中でも動脈解離は致死的で神経学的後遺症を残しうる疾患である。さらに誤診の可能性が示唆されており、再発率が高いと報告されている。臨床的に脳梗塞が疑われる場合には、頭部 MRI、MRA 検査を第一選択とした画像検索が必要となる。頭頸部動脈解離による脳梗塞は特に 5 年以内の再発率が高く、発症から少なくとも 2 年間はアスピリン療法を行い、5 年間定期的な頭部 MRA の撮影が必要であると考えられる。小児脳梗塞では原因検索を徹底し、動脈解離を疑う場合は長期的な経過観察が重要である。

【参考文献】

- 1) 神尾 綾乃、他：小児脳梗塞の 3 例．東京女子医科大学雑誌．77: e97-102. 2007
- 2) Beslow LA, Jordan LC: Pediatric Stroke: The Importance of Cerebral Arteriopathy and Vascular Malformations. Childs Nerv Syst, 26(10): 1263-1273, 2010.
- 3) Rawanduzy CA, et al: Pediatric Stroke: A Review of Common Etiologies and Management Strategies. Biomedicines, 11(1): 2, 2022.

- 4) Engelter ST, et al, Cervical artery dissection: trauma and other potential mechanical trigger events. *Neurology*, 80(21): 1950-7, 2013.
- 5) Fullerton HJ, et al: Arterial dissection and stroke in children. *Neurology*, 57(7): 1155-1160, 2001.
- 6) Cadena R, et al: Cervical artery dissection: early recognition and stroke prevention. *Emerg Med Pract*, 18(7): 1-24, 2016.
- 7) Vertinsky AT, et al: Comparison of multidetector CT angiography and MR imaging of cervical artery dissection. *AJNR Am J Neuroradiol*, 29(9): 1753-60, 2008.
- 8) 輪田順一、他：脳梗塞例の長期予後と再発作．脳卒中．5(2): 124-130. 1983
- 9) 齋藤 充弘、他：17 歳時の小脳梗塞から 15 年後に虚血性脳卒中が再発した頭蓋外椎骨動脈解離の 1 例．*Journal of Japan Society of Neurological Emergencies & Critical Care*. 29(2):5-9.2017
- 10) Makita N, et al: Recurrence of intracranial artery dissection more than a half year after the initial event. *J Neurol Sci*: 451, 2023.
- 11) Ono H, et al: Symptomatic recurrence of intracranial arterial dissections: follow-up study of 143 consecutive cases and pathological investigation. *Stroke*, 44(1): 126-131, 2013.
- 12) Fullerton HJ, et al: Risk of recurrent childhood arterial ischemic stroke in a population-based cohort : the importance of cerebrovascular imaging. *Pediatrics*, 119(3): 495-501, 2007.
- 13) Paul Monagle, et al: Antithrombotic Therapy in Neonates and Children. *Chest*, 141(2): e737S–e801S, 2012.

症例報告

当院における外科系ローテーションでの時間外労働に関するアンケート調査

杉原 駿¹⁾、都築 行広²⁾

1) 沖縄県立南部医療センター・こども医療センター 初期研修医

2) 沖縄県立南部医療センター・こども医療センター 小児外科

要旨

医師の働き方改革後、初期研修医に認められる時間外労働時間は現時点で月 155 時間となっているが、今後月 80 時間になると決定されている。当院の 2023 年度の時間外労働時間は多くの初期研修医で月 80 時間を超えており、早急な対応が求められる。当直や採血業務などの必須の時間外業務を除くと、各科のローテーション中に許容できる時間外労働時間は 25 時間程度となる。限られた時間で質の高い研修を送るためには、研修医の希望に沿った時間外業務を行う必要があり、働き方改革前後の外科系各科での時間外労働時間の現状と、研修医の時間外業務に対するの考えに関してアンケートを行った。アンケートで研修医と指導医の考えを明らかにし、擦り合わせることで、今後のより良い外科研修を考察した。

Key Words: 働き方改革、初期研修医、時間外労働時間、外科系ローテーション

1. 緒言

2024 年 4 月より始まった働き方改革は、初期研修医（以後、研修医）の時間外労働時間（overtime hours, 以下 OH）を C-1 水準である年間 1860 時間（月 155 時間）と定めたが、今後、A 水準である年間 960 時間（月 80 時間）になるとされる。当院の研修センターは、病院幹部の意見を鑑み、2024 年度の現時点より初期研修医の OH を A 水準に収める目標を定めた。

当院の 2023 年度の OH は、研修医毎にみると、A 水準（年間 960 時間）を超えたのは 1 年次 88%（14/16 人）、2 年次 54%（7/13 人）だった。月毎にみると、外科系を 2 週間以上ローテーションした月の 89%（47/53 ケ月）で月 80 時間を、47%（25/53 ケ月）で月 100 時間を超えていた。外科系ローテーション中の OH 削減が必要なのは明らかであり、早急な対策を要すると考えた。

当院の研修医が行う必須の時間外業務として、救急当直と朝の採血業務がある。救急当直は 1 年次が、準夜勤（6.5 時間）、当直（17 時間）合わせて 5～6 回、2 年次は 6～7 回であり、約 40～50 時間が時間外業務となる。加えて、1 年次のみ朝の採血業務があり、

月に 15 時間ほどの時間外労働時間となる。これらを合わせ、約 55 時間 / 月が各科以外の必須時間外業務として消費される。月の OH 上限を 80 時間とした場合、残りの 25 時間 / 月が、ローテーション中の外科系各科で許される OH となる。外科系ローテーションにおいては、仮に平日 7:30 からカンファレンスを開催し、手術や回診が伸びて 18:00 の終業となるとすれば、1 日あたり 2 時間の OH となる。これが 2 日に 1 回あると 20 時間 / 月、毎日あると 40 時間 / 月の OH となる。時間外業務を選択せず漫然とこなした場合、夜間休日に興味深い症例があっても、参加は難しくなる。

OH を A 水準に収めつつ、心身健康に質の高い研修を送るためには、初期研修医の OH は非常に限られていると研修医・指導医とも認識し、削るべき時間外業務を削り、各研修医の希望に沿った時間外労働を選択する必要があると考えた。本研究では、働き方改革前後の外科系各科での OH の現状と、研修医の OH に対するの考えを調査し、研修医と指導医の考えを明らかにし、擦り合わせることで、今後のより良い外科研修を考察した。

2. 研究方法

外科系各科（外科、心臓血管外科、整形外科、脳神経外科、形成外科、耳鼻咽喉科、小児外科、小児心臓外科、小児泌尿器科）の指導医各1名と、研修医計31人（1年17人、2年14人）に対して、働き方改革前後での初期研修医が従事する時間外業務の内容とその時間の見込み、業務内容の考え方、対策に関するアンケート調査を行った。Google フォームを用いて作成し、回答を集計した。時間外業務に関しては、原則、研修医側からの要望があるときのみ従事を許可とし、科の判断で自己研鑽とする場合も、時間外業務として集計した。

当院の業務規程より、時間内勤務は平日8:30から17:00を時間内勤務とし、それ以外の勤務時間をOHとして集計した。

3. 結果

アンケートの回収率は97.5%（指導医9/9人、研修医30/31人）だった。それぞれの志望科をグラフ1に示す。外科系志望は9人だった。

各科が考える、働き方改革前後での月毎の研修医のOHの変化をグラフ2に示す。朝の採血や当直業務を55時間とし、それに各科の時間外を足したものが、各科で想定するOHとなる。（働き方改革前後で、OHに変化のなかった5科は前後の区別なしで表示。）もともとOHが少ない科はあまり変化がない一方、OHの多い科は、手術の延長や呼び出しを減らし、時間外労働時間を減らすが、朝の業務は減りにくいという結果だった。働き方改革後も、OHは9診療科中1診療科で100時間/月を越え、4診療科で80時間/月を越える見込みだった。

外科系ローテーション中の研修医のOHは何時間にすべきかを尋ねた結果をグラフ3に示す。指導医は、自科を回る研修医のOHは、A水準以内の80時間以内にすべきとの意見が33%を、面談不要である100時間以内に収めるべきとの意見が78%を占めた。研修医は、志望科以外をローテーションする際は、80時間以内に収めるべきといった意見が17%を、100時間以内に収めるべきという意見が70%を占めた。一方で、外科系を志望する研修医が、志望科をローテする際は、

全員が100時間以上のOHを希望した。

続いて、各勤務帯でどのような時間外業務を行わせたい（行いたい）のか調査した。始業前、研修医の業務内容の希望をグラフ4に示す。指導医も研修医も、回診・カンファレンスへの参加希望は多かった。病棟業務・処置では、指導医は少ない一方、研修医は希望が多く、差が見られた。

日勤延長時の業務内容の希望をグラフ5に示す。指導医も研修医も、予定手術の延長への参加希望が多かった。一方で、研修医は、手術以外の救急対応の希望も多かった。研修医は、病棟業務、回診・カンファレンスへの参加希望は、始業前ほど多くはなかった。

休日や夜間の呼び出しの際の業務内容の調査をグラフ6に示す。指導医も研修医も、休日回診への参加希望は少なかった。手術に関しては、指導医は緊急手術への呼び出しを希望しているが、研修医は特に志望科以外のローテーションでは、手術の希望は少なく、また指導医と比べ救急対応の希望がやや多かった。

研修医へ、呼び出しの際にどのような手術に参加したいかを聴取した結果をグラフ7に示す。志望科ローテーションでは、緊急手術全てに参加したいと考える研修医が多かった一方で、志望科以外では、指導医が見せたいと考える手術や、研修医が見たいと考える手術に絞った参加の希望が多かった。

研修医に、月の時間外を100時間と設定した場合に、どの業務にどのくらいの時間を配分したいかを聴取した結果をグラフ8に示す。研修医ごとに、やりたい業務やかけたい時間は大きく異なった。

同様に月100時間のOHを指導医が配分した結果をあわせ、“手術”と“手術以外”に分類し、指導医、研修医が、それぞれ手術に当てたいと考える割合をグラフ9に示す。指導医と比較して、研修医は、特に志望科以外のローテーションでは手術の割合が小さかった。

4. 考察

2019年4月1日に「働き方改革関連法」が施行され、一般企業において、残業時間の上限は、原則として月45時間・年360時間とし、臨時的な特別の事情があ

る場合のみ、年間 720 時間以内・複数月平均 80 時間以内（休日労働を含む）・月 100 時間未満（休日労働を含む）と定められた。

これに遅れること 5 年、2024 年 4 月 1 日に医師の働き方改革が始まり、医師の時間外労働時間数に関して制限が設けられることとなった。令和元年の医師の勤務実態調査によると、病院常勤勤務医の 4 割が年 960 時間超の時間外・休日労働を行っていることが明らかになり、さらに、約 1 割の病院常勤勤務医の時間外・休日労働は年 1,860 時間超にまで至っていることがわかった¹⁾。長時間労働時間が医師の健康を害することは明らかになっており、医師の脳・心臓疾患や精神障害などの健康被害は問題となっており²⁾、研修医の過労死問題が大きく取り上げられている。医師の働き方改革、特に業務に慣れていない初期研修医の時間外労働時間削減は急務と言える。

指導医のアンケート結果から、働き方改革後、時間外労働時間数を減らす努力はあるが、4 診療科で働き方改革後も月の OH は 80 時間を超える見込みで、対策を要すと考える。朝の業務が大きく削減できない原因として、手術の入室前に回診やカンファレンスを終える必要があると推定される。

月毎の適切な OH は、指導医と、研修医の志望科以外のローテーションでは面談不要の 100 時間以内が妥当という共通認識があるが、外科系研修医が志望科をローテーションする際に限っては、全員が 100 時間以上を希望しており、差が見られた。OH が 80 時間以上である科は多く、外科系志望の研修医が、志望科ローテーションの際に、希望通り研修すると、80 時間 / 月を超えてしまうリスクは大きい。研修医が希望する全ての時間外業務に従事することは許容できず、業務内容を絞って参加する必要があると考える。

では、優先すべき業務・削減すべき業務は何か。研修医は、回診やカンファレンスについて、始業前の時間外業務では指導医と同じく希望が多いが、夕方の時間外業務としては、始業前ほど希望は多くなかった。朝の回診やカンファレンスに参加せずに、手術から参加するというのは、研修医の心情的に抵抗があると推察し、始業前の時間外業務は削減の難しい業務と考え、また削減には、指導医の働き方改革が必要と考える。平日日勤延長後の業務として、指導医・研修医とも、手術の延長への従事希望が多かったが、興味深い

ことに、実際に 100 時間の限られた時間外業務を割り当てるとなると、指導医ほど、研修医は手術への参加を希望しなかった。研修医は、各科の専門的な手術よりも、医師として一般的に学んでおくべき内容である救急対応や病棟業務を優先すると推察される。休日や夜間の呼び出しに関しては、指導医は緊急手術の呼び出しを希望していたが、研修医は特に志望科以外では、緊急手術の希望はそれほど高くなかった。手術の内容に関しても、外科系志望の研修医は、志望科ローテーションでは全ての手術に参加したいが、志望科以外のローテーションでは、上級医が指定する手術や、研修医が見たいと考える手術に絞っての参加を希望しており、研修医として最低限学んでおくべき手術に絞って学びたいと考えていた。手術に関しては、日勤の延長・休日夜間の呼び出し、いずれも、個々の研修医の希望に応じて削減を検討すべきと考える。休日や夜間の呼び出しに関しては、研修医も指導医も回診は希望しておらず、休日の回診は省くべき業務と考える。

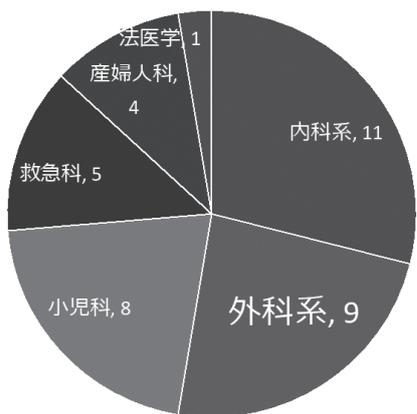
限られた OH を実際に各業務に割当てた結果より、研修医の希望する時間外業務は人それぞれで大きく異なっており、皆が同じ業務に従事する研修プログラムでは、満足いく研修にはならない可能性がある。指導医は、各研修医の希望にあわせ、オーダーメイドに時間外業務への従事を提示するのが理想と考える。

以上の結果を踏まえ、次のような推奨を各科、研修医に示した。各科には、研修医の各科での OH は非常に限られていると認識し、研修医にとって内容の薄いルーチン業務を削減し、過剰な労働になる場合は、指導医からの業務制限を考慮するよう推奨した。また、研修医の時間外業務内容や従事する時間に対しての希望を、ローテーション前に聴取し、時間外業務発生時には都度、その業務に対する就労の意思を確認するよう推奨した。研修医には、自身の OH の制限を理解し、自身で管理する意識が重要と示した。

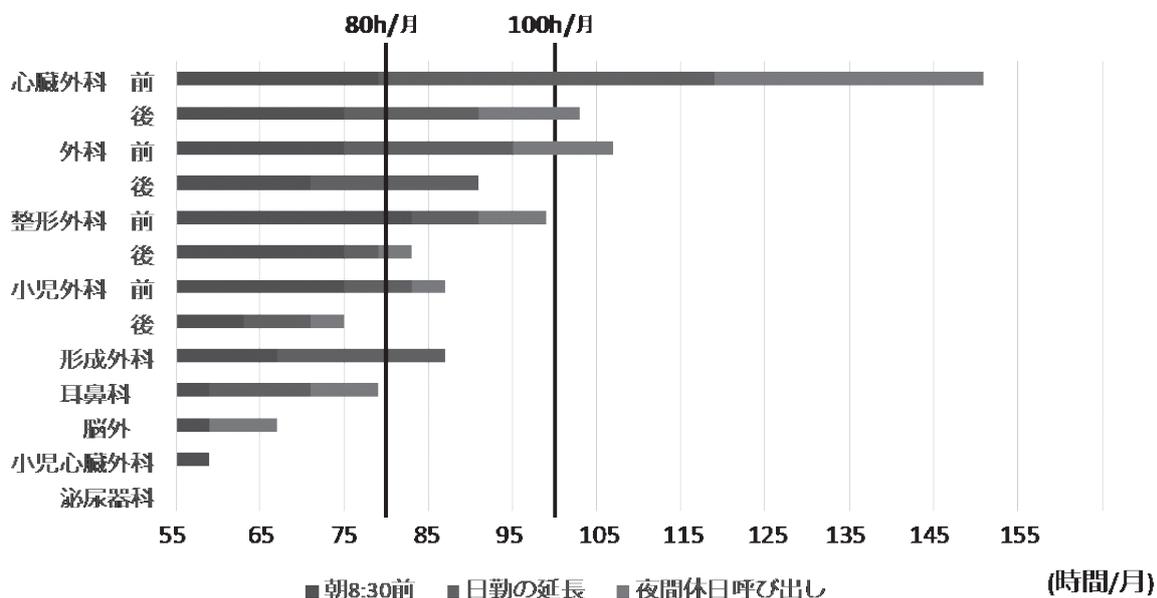
5. 結論

研修医の時間外労働時間に関しては志望科と志望科以外、研修医ごとに考えが様々である。限られた時間外の中で、より良い研修を組むためにはそれぞれの研修医に合わせてオーダーメイドに研修内容を組むことが重要である。

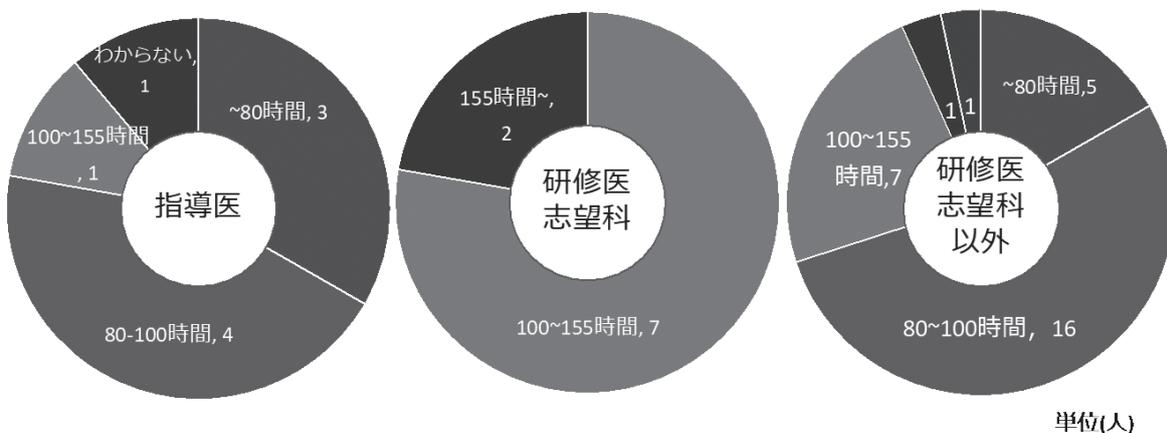
グラフ



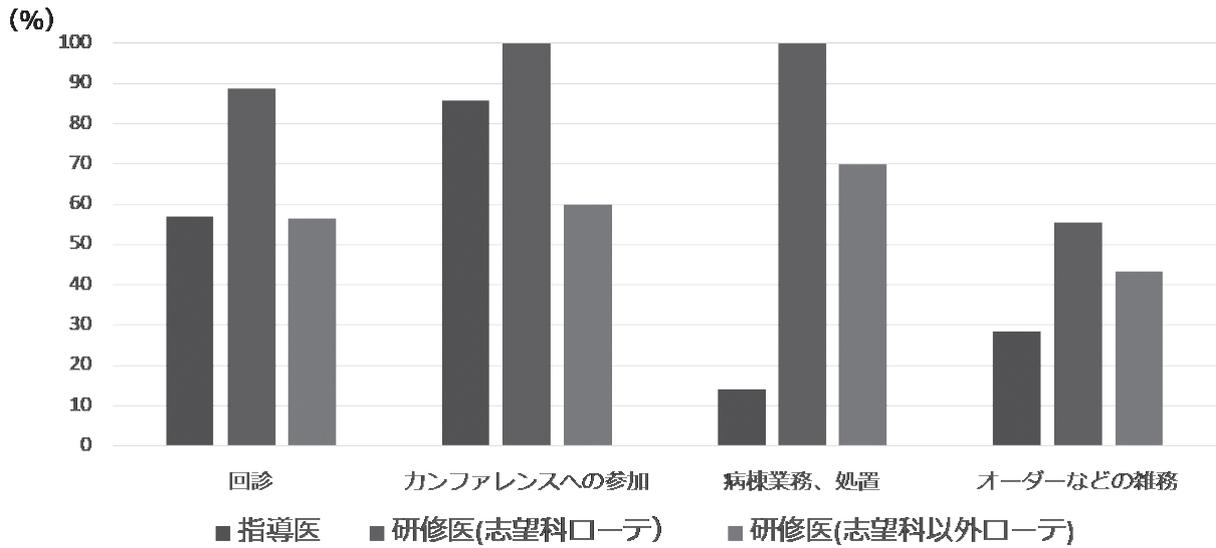
グラフ 1. 初期研修医の志望科



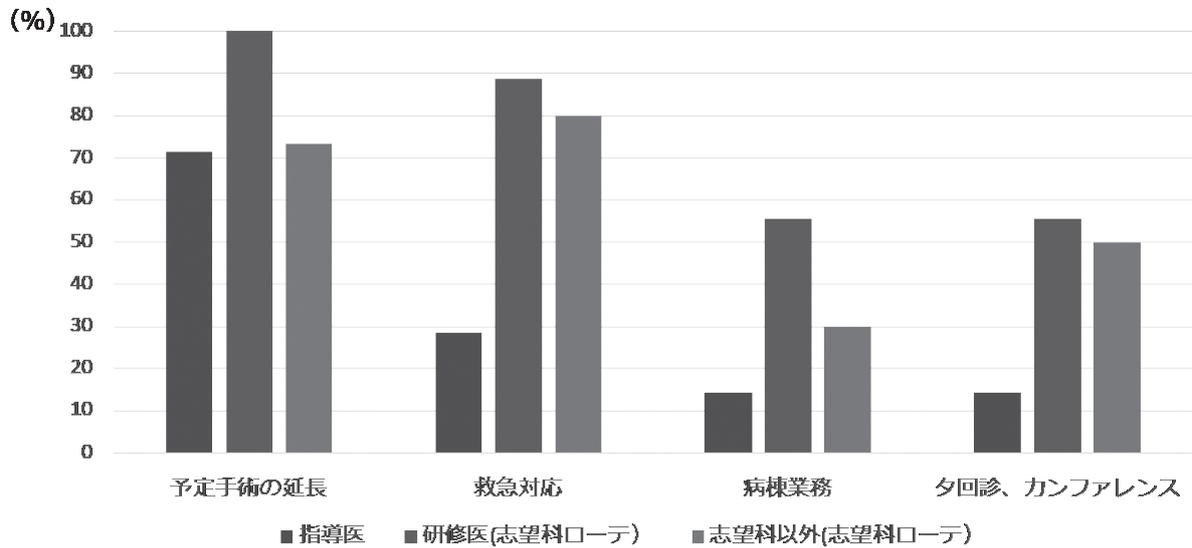
グラフ 2. 時間外業務時間 / 月 働き方改革前後の変化



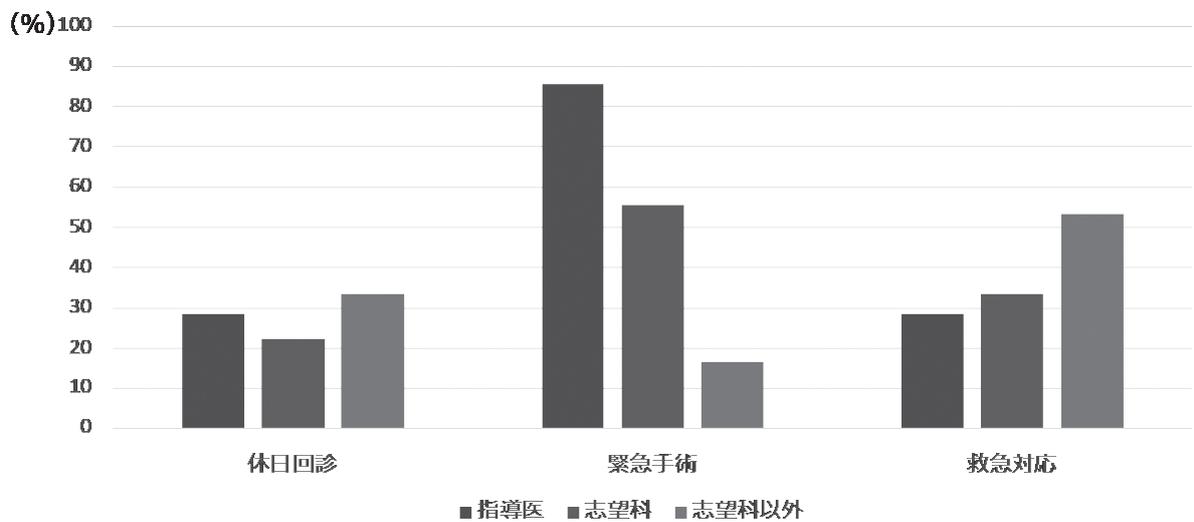
グラフ 3. 指導医、研修医が考える研修医の月の時間外労働時間



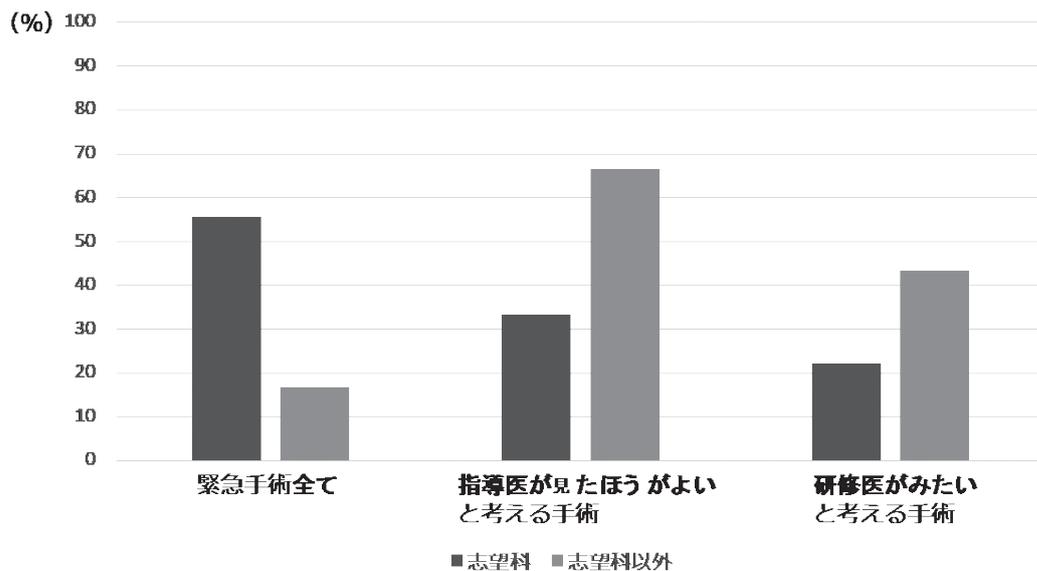
グラフ 4. 朝の時間外で研修医の業務として希望する内容



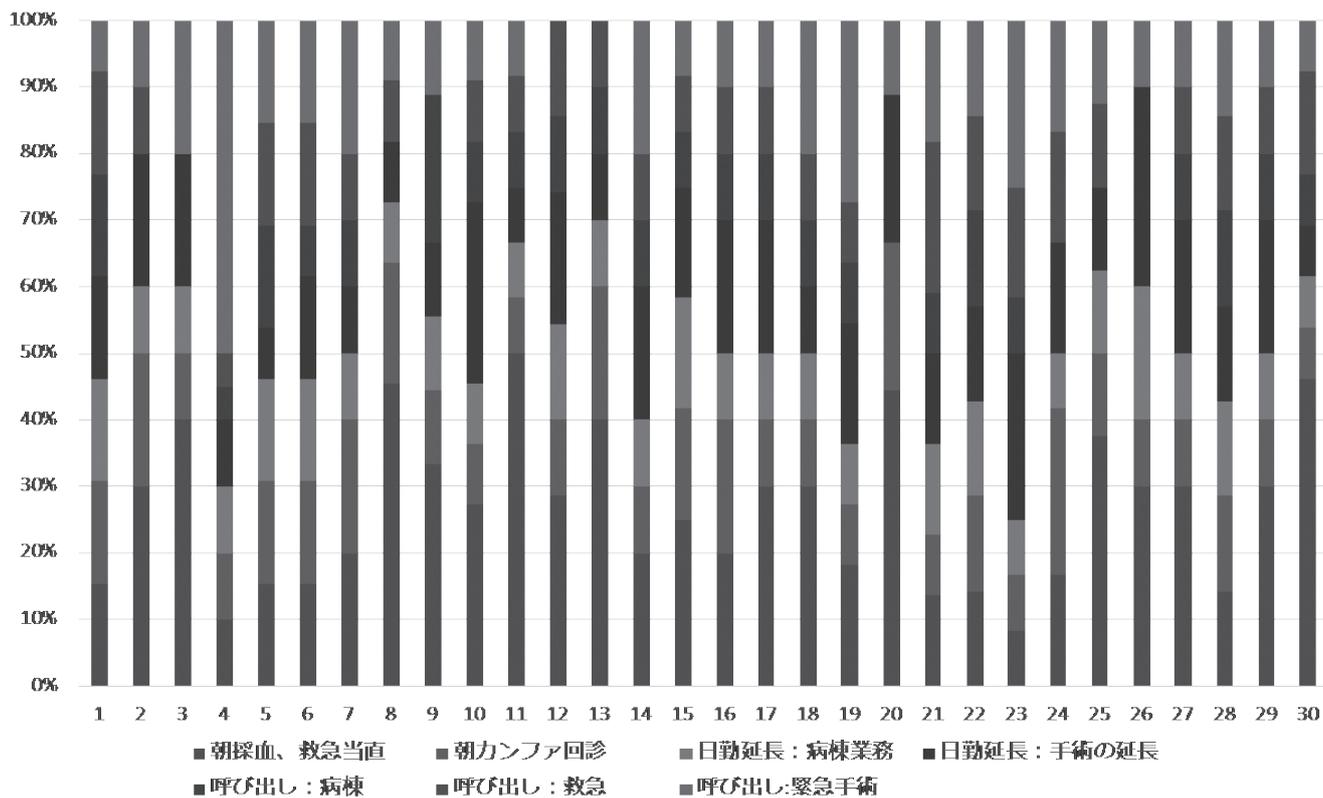
グラフ 5. 日勤の延長での時間外で研修医の業務として希望する内容



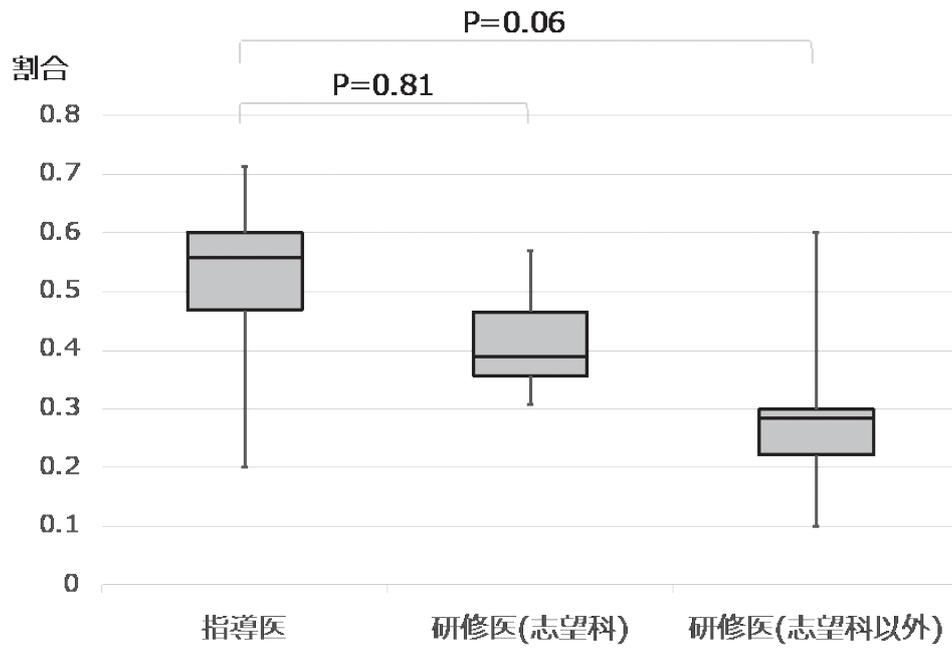
グラフ 6. 休日や夜間の呼び出しの際に研修医の業務として希望する内容



グラフ 7. 研修医が参加したい呼び出し手術の内容



グラフ 8. 研修医が月の時間外 100 時間を実際に配分するとしたら



グラフ 9. 実際に割り振った場合に手術に占める割合

参考文献

- 1) 厚生労働省「医師の働き改革」とは
- 2) 医療・福祉における労災認定事案の特徴に関する研究 吉川 徹

CPC 症例報告

多彩な血管病態を呈した遠隔期大動脈炎症候群の一部検例

仲里 巖¹⁾ 南部 順一¹⁾ 宮平 博史²⁾ 加藤 誠也³⁾

1) 沖縄県立南部医療センター・こども医療センター 病理診断科

2) 琉球大学医学部附属病院 病理診断科 3) 済生会福岡総合病院 病理診断科

要旨

大動脈炎症候群（高安動脈炎）の遠隔期と考えられる剖検例を経験した。一般病理業務の現状においては、臨床情報の提供や病理組織学的にも典型的活動期肉芽腫性炎症像に乏しい状況下で判断さざるを得ない症例も稀ではないと思われ、血管炎病態への理解と臨床病理相関に留意した病態解析が重要と考えられた。

89歳 女性

臨床診断 敗血症性ショック

既往歴 末期腎不全（維持透析中）、難治性高血圧、大動脈炎症候群、腹部大動脈閉塞、腹部大動脈上行大動脈バイパス術後、人工血管消化管瘻とその切除術後

家族歴 特記なし

現病歴 慢性腎臓病で血液透析を行っている89歳女性。X-1年7月にKlebsiella pneumonia菌血症で入院加療を行った。その際に菌血症の原因を精査するも詳細不明であった。抗菌薬治療を行い退院となった。

X年4月4日 午前中に普段通りに透析を行った。帰宅後は自宅で過ごしていた。18時頃に家族が患者本人の状態を確認にいくと悪寒戦慄が見られていた。X-1年7月の菌血症入院時と状態が類似していたため当院救急受診。経過から菌血症・敗血症性ショックを疑って精査を行うも感染源は不明であった。広域の抗菌薬を投与して治療を行っていたが、4月5日朝0時35分に急激な血圧200mmHgまで上昇あり。意識レベルはクリアであったので経過観察とした。40分に血圧の急激な低下あり。意識レベルは低下。0時47分に死亡診断した。

剖検の目的

- 敗血症性ショックを疑っているが、感染源の原因となりうる所見はあるか。
- 10分以内に急激に血圧・意識レベルが低下し亡くなった。原因となる所見はあるか。

・ 出血などの確認目的で剖検となる。

身体所見 小型。栄養状態 良好。死斑を肩甲部から腰部にみる。瞳孔両側正円同大。両前腕にシャント痕あり。胸部正中に33cm手術痕。右鎖骨上に6.5cm手術痕あり。左そけい部に手術痕あり。指と足蹠にチアノーゼあり。

最終入院時検査所見：

血液検査では腎機能障害を反映してBUN,Creatinineの上昇。BNPの上昇があり、心不全を疑う。透析中であり、i-PTHの上昇を認める。血算では白血球数の上昇は見られないが、左方移動が見られる。血液培養では後日3種類の細菌が検出された。敗血症性ショックを反映して、フィブリノーゲンの低下、FDP,D-dimer上昇が見られる。（表1）

表1 最終入院時検査所見



血液検査（最終入院時）

静脈血液ガス検査				血球算定検査			
pH	7.391	TP	6.3g/dL	AST	24 U/L	WBC	5,160/ μ L (左方移動あり)
PCO ₂	29.2mmHg	Alb	4.0g/dL	ALT	16U/L	Hb	11.4 g/dL
PO ₂	70.6mmHg	BUN	32mg/dL	LDH	238 U/L	Ht	35.3 %
HCO ₃	17.3mmol/L	Cre	3.29mg/dL	ChE	333 U/L	Plt	10.8 \times 10 ⁹ / μ L
BE	-6.7mmol/L	Na	132 mmol/l	T-bil	0.6 mg/dL	感染症	
Lac	4.4mmol/L	K	3.4mmol/l	CRP	0.23mg/dl	HBs抗原	-
AG	13.7mmol/L	Cl	99 mmol/L	BNP	285.0pg/dl	HCV抗体	-
細菌専用系		Ca	8.3 mg/dL	PTH	455pg/dl	RPR	-
FDP	3143 μ g/mL	P	1.8 mg/dL			TP抗体	-
DD	11.4 μ g/mL	Mg	1.7 mg/dL			SARS-Cov-2	-
fibrinogen	76mg/dl	CK	571 U/L				

血液培養では、Streptococcus mitis/oralis, Klebsiella pneumonia, Edwardsiella tardaが検出された。

過去の履歴を提示。14年前（78歳、大動脈縮窄症の手術時）MIP：maximum intensity projection 像やVR:volume rendering 像で腹部大動脈閉塞（腹部大動脈縮窄症）、下腸間膜動脈瘤、中結腸動脈瘤、左鎖骨下動脈閉塞、右鎖骨下動脈瘤、内臓動脈瘤を認めた。（図1）

78歳時 腹部大動脈閉塞（腹部大動脈縮窄症）、下腸間膜動脈瘤、中結腸動脈瘤、左鎖骨下動脈閉塞、右鎖骨下動脈瘤、内臓動脈瘤診断時の画像所見（矢印；主な狭窄部位）

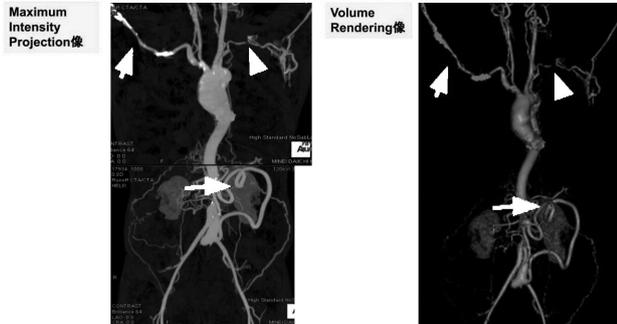


図1 78歳時の血管の画像所見

外科切除検体全長6cmにわたり拡張した動脈が切除されており、軽微な内膜線維性肥厚、外膜の線維性肥厚と外弾性板の断裂、アルシアンブルー染色では、やや不整なムコ多糖沈着が見られたが、肉芽腫性炎症像も明らかではなく、SAM:segmental arterial mediolysis や FMD: fibromuscular dysplasia を示唆する所見も明らかではなく、この時点では、非特異的病理所見と判断された。

(図2)

78歳(14年前)下腸間膜動脈瘤切除検体



図2 手術検体の所見

剖検所見：過去に人工血管バイパスがなされ、十二指腸との瘻孔形成と敗血症の既往があり、今回も同じような病態の再燃がまず疑われた。開腹時人工血管と十二指腸瘻孔形成した部分で、左側は固定前の生の状態、右側は固定後の所見。実際には人工血管と接する十二指腸の組織脆弱部に瘻孔を生じたものと思われた。（図3）

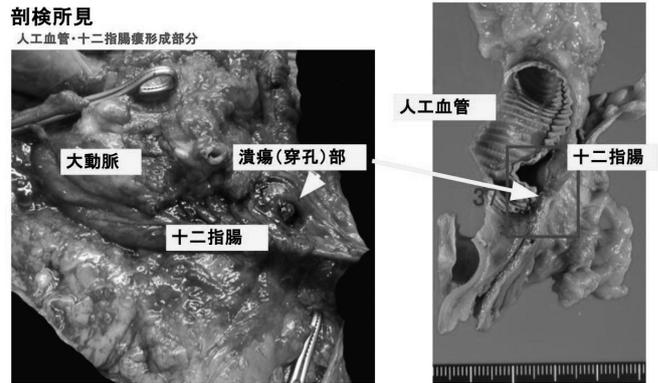


図3 剖検時十二指腸穿孔部肉眼所見

組織所見では本例では血液培養にて混合感染が示唆されるが、人工血管と十二指腸瘻孔部にはグラム陽性の放線菌のドルーゼを認めた。人工血管吻合部には縫合糸に対する異物反応や非特異的な炎症性肉芽組織の形成が見られた。（図4）

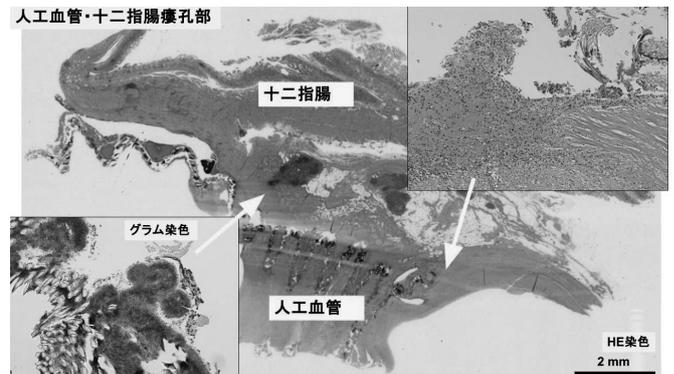


図4 十二指腸穿孔部 放線菌塊をみる

人工血管バイパス術の原因となった腹部異形大動脈縮窄症部分。高度な内膜プラーク形成と石灰化により内腔が閉塞している。中膜では平滑筋層ないし弾性線維の消失、粘液腫状のムコ多糖沈着が見られ、外膜は線維性に肥厚が見られた。弾性線維は虫食い状の脱落がうかがわれるが、活動性の肉芽腫性炎症は確認出来ない。（図5）

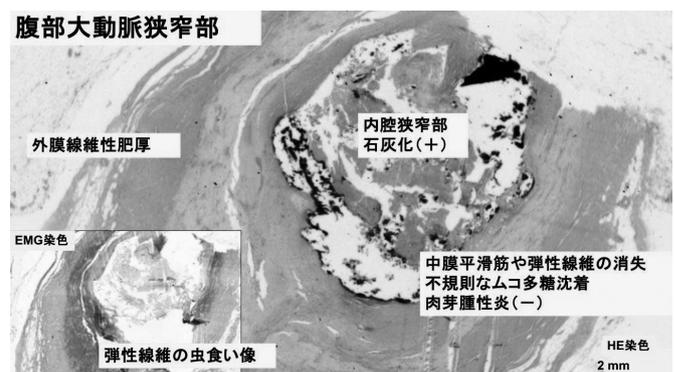


図5 腹部大動脈狭窄部の組織所見

非狭窄部の大動脈の所見。石灰沈着を伴う粥状硬化性内膜肥厚、中膜の粗鬆化、外膜の軽度線維性肥厚が見られる。びまん性内膜の繊維性肥厚を認める。外膜には vasa vasorum 周囲に軽微な単核球浸潤を認める。肉芽腫形成や多核巨細胞は見られない。(図 6)

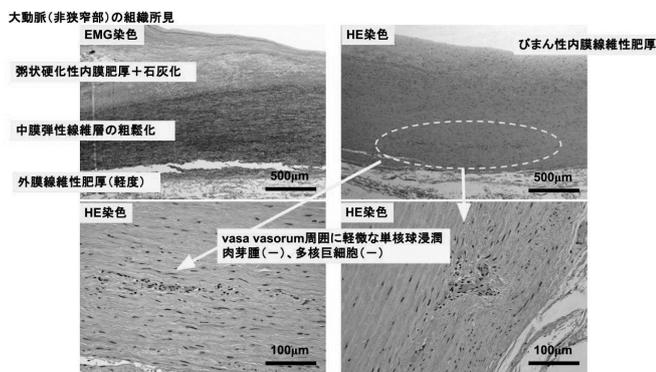


図 6 非狭窄部の大動脈所見

急死の原因と心臓所見：

急死の原因となった心臓の状態を示す。

心嚢内の血腫貯留により暗褐色調を示し、開放し血腫を測定すると 275ml 認める。心尖部に出血・壊死、slit-like tear が認められ、心破裂による心タンポナーデが、急激な血圧低下から死の転帰をもたらしたものと考えられた。なお心基部の肉眼像では急死の原因となる大動脈基部に解離や大動脈瘤形成は見られない。(図 7)

急死の原因と心臓病理所見

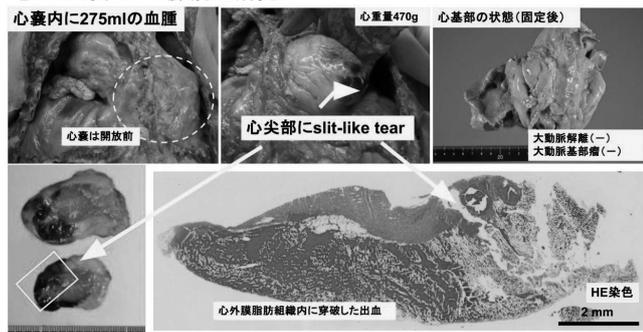


図 7 急死の原因と心臓病理所見

心臓の組織所見：心外膜を走行する冠動脈を剖出し検討した。左冠動脈前下降枝には、大きい粥状硬化性プラークの形成と内腔狭窄が見られたが、プラークの血栓性破綻は明らかでない。右冠動脈にも一部、石灰化を認める。一部に肉芽腫性炎症の痕跡と思われる像も散見された。また回旋枝では肉芽腫は明らかではないが、高度な外膜線維性肥厚が見られ、やはり血管炎の痕跡の可能性が考えられた。(図 8)

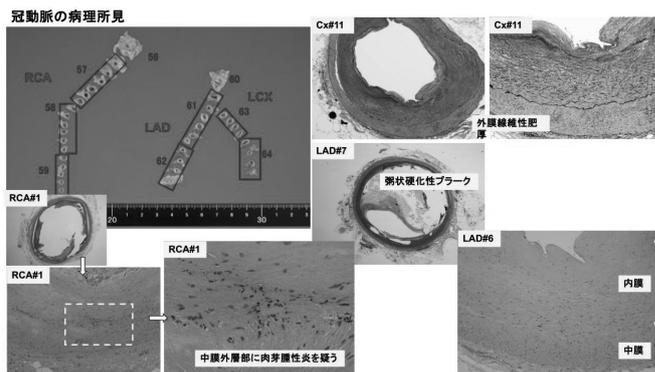


図 8 冠動脈の病理所見

肺の状態について：

肺の状態を提示。肺 右 3 葉、234g。左 2 葉、186g 肺門部に急死の原因となる肺動脈内に血栓は認めない。背側にうっ血が強く見られる。腫瘍は見られない。臨床的に肺高血圧を示唆する徴候の指摘（-）、右心系拡大（-）。しかし、中枢側肺動脈壁の肥厚、肺静脈壁の不整化が観察された。(図 9)

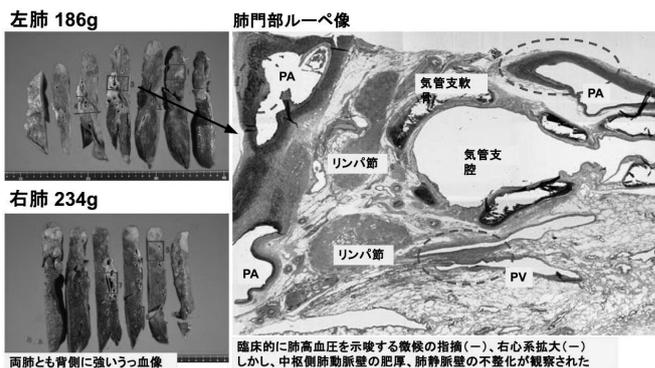


図 9 肺の所見

肺門部肺動脈 EMG 染色では内膜肥厚が軽度から中等度見られる。動脈壁に炎症細胞浸潤や肉芽腫は見られない。部位によっては中膜弾性繊維の断裂、外膜の繊維化が見られる。Vasa vasorum の壁肥厚が顕著に見られる。壁在血栓を見る部もあった。(図 10)

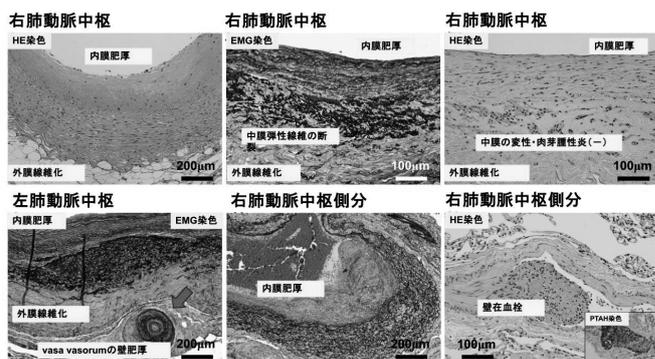


図 10 肺門部肺動脈の所見

気管支血管束を走行する肺動脈の内膜肥厚と内腔の著しい狭小化を認める。叢状病変・拡張病変を思わせる部も見られる。Vein-like branchの増生が見られる。血管腫様変化を示す。(図11)

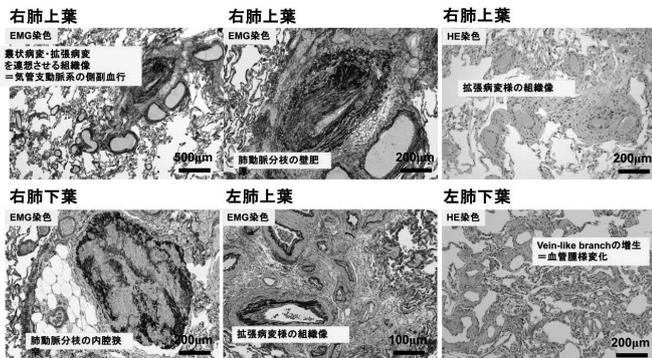


図11 肺末梢の血管所見

肺静脈系にも種々の程度の血管壁の不整な肥厚や静脈の集簇が見られた。壁肥厚や硝子様変性がみられた。(図12)

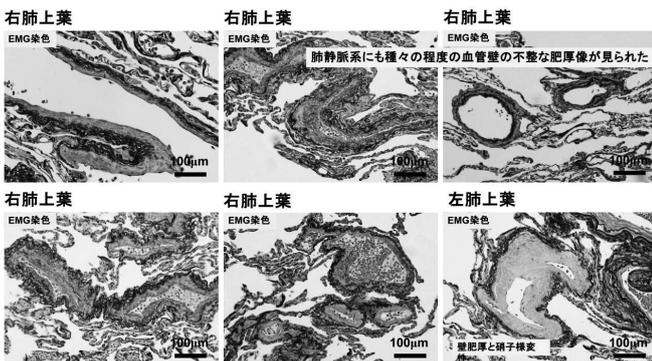


図12 肺静脈の所見

その他代表的臓器について：

その他臓器の代表的な所見を示す。腎臓は腎硬化症を示す。肝臓にうっ血と好中球浸潤が見られ、敗血症を反映する。甲状腺に過形成結節をみる。副甲状腺に2次性副甲状腺機能亢進症を示す。骨髄では血球貪食を示す組織球が見られ、敗血症の傍証である。(図13)

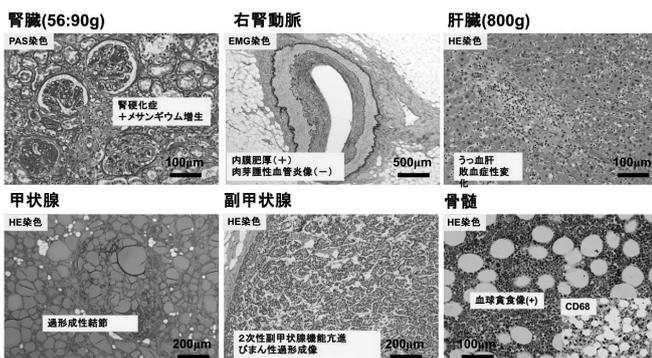


図13 その他臓器の所見

剖検の目的に対する回答

- 敗血症性ショックを疑っているが、感染源の原因となりうる所見はあるか。
人工血管十二指腸瘻孔形成が感染源と考えられた。
- 10分以内に急激に血圧・意識レベルが低下し亡くなった。原因となる所見はあるか。
急性期心筋梗塞による心尖部心破裂による心タンポナーデと考えられた。
- 出血など
心嚢腔への出血が275ml見られた。

剖検診断

- 大動脈炎症候群（高安動脈炎、遠隔期）、異型大動脈縮窄症（腹部大動脈上行大動脈バイパス術後）、下腸間膜動脈瘤（瘤切除手術後）、中結腸動脈瘤、左鎖骨下動脈閉塞、右鎖骨下動脈瘤など四肢主幹動脈、内臓動脈に瘤多発、肺動脈病変（肺動脈側副血行路形成を伴う）及び肺静脈閉塞症（POVD）様変化
- 人工血管十二指腸瘻孔部感染（放線菌症を含む混合感染）
敗血症性ショック
- 急性心尖部梗塞疑い、blowout型心破裂、心タンポナーデ
血性心嚢液275ml、求心性心肥大（470g、高血圧心）、冠動脈粥状硬化症
- 慢性血液透析、荒廃腎、腎硬化症（56：90g）、死線期尿細管障害
- 副甲状腺びまん性過形成疑い（腎不全に伴う2次性副甲状腺機能亢進）
- 諸臓器の萎縮（加齢性）およびうっ血（肝800g、脾うっ血104gほか）
- 単純性肝嚢胞
- （難治性高血圧）

考察

小括1（大動脈病変について）

1) 中高年の日本人女性、難治性高血圧、異型大動脈縮窄症、大動脈および主要分枝に多発する動脈瘤が指摘されていた症例。剖検依頼時点での大動脈炎症候群既往歴の取扱いが小さく、病理所見上も教科書的でないし典型的な肉芽腫性血管炎像に乏しく、基礎疾患の同定に苦慮した症例であった。¹⁾²⁾

- 2) 臨床医学・医療の進歩、治療介入により外科的摘出検体、剖検症例においても典型的血管炎像を見いだせない症例が通例化しているものと思われる。十分な臨床情報をふまえた病理診断が必要であることは言うまでもないが、合併症への対応が主目的となっている遠隔期には、原疾患に対する臨床的な意識が低下しており、病理サイドから積極的に情報を得る必要がある。
- 3) 人工血管置換術の稀な合併症である2次性大動脈十二指腸瘻の症例を経験した。³⁾⁴⁾

小括2（心臓と冠動脈について）

- 1) 心臓には、心尖部に出血性梗塞、blow out型心破裂、心タンポナーデを認め、急死の原因と考えられた。
- 2) 冠動脈には粥状硬化進行病変を認めたが、典型的なプラーク破綻像は見られなかった。心尖部梗塞の原因として敗血症性ショックによる血圧低下に因る血行動態的な心筋虚血（type 2 MI）がより疑われる。鑑別としてタコツボ心筋症に伴う心破裂も考慮されるが、臨床的にタコツボ様心収縮障害の確証は得られていない。⁵⁾
- 3) 冠動脈の近位部には、軽度ながら中膜外層部に肉芽腫性炎の痕跡と思われる像や外膜の線維性肥厚が見られ、高安動脈炎が波及していた可能性がある。⁶⁾

小括3（肺血管病変について）

- 1) 臨床的に肺高血圧症の指摘はなかったが、肺動脈系には中枢側から末梢にかけて不整な血管壁肥厚、狭窄ないし閉塞像が見られ、pulmonary arteriopathy (PAH) における叢状病変・拡張病変に類似した組織像も観察された。肺動脈系・気管支動脈系の交通による側副血行路の発達がかがわれた。⁷⁾⁸⁾⁹⁾
- 2) 本例では肺静脈系にも内膜肥厚などPVOD (pulmonary veno-occlusive disease) に類似した病変が観察された。強皮症などの膠原病や抗がん剤治療後、肉芽腫性血管炎で続発性PVODをきたす可能性が指摘されており、これらの所見も高安動脈の合併症である可能性がある。¹⁰⁾¹¹⁾

謝辞：肺病変の病理所見につき貴重なコメントを頂戴した国立循環器病研究センター病理部、大郷恵子先生に深謝致します。

本症例発表は第28回日本血管病理研究会 仙台にて発表した。

参考文献

- 1) 血管炎症候群の診療ガイドライン（2017年改訂版）Guidelines for Management of Vasculitis Syndrome (JCS 2017)
- 2) 磯部 光章：高安動脈炎 up to date 心臓 44; 1116-1123, 2012
- 3) 盛島 裕次, 新垣 勝也, 國吉 幸男：高血圧性心不全を合併した高安動脈炎による異型大動脈縮窄症に対して上行大動脈-腹部大動脈バイパス術を施行した。日本血管外科学会雑誌 31:117-121, 2022
- 4) 大平 真裕, 三浦 義夫, 佐々木 翠, 山口 剛, 先本 秀人, 小出 圭, 江藤 高陽, 高橋 信：大動脈瘤術後6年目に発症した2次性大動脈十二指腸瘻の1例。日消外会誌 37:153-158, 2004
- 5) 岡田 恒, 寺村 真範, 田中 伸享, 前田 拓哉, 旦 一宏, 市橋 敬, 葛籠 大地, 篠田 明紀良, 藤井 将人, 寺本 智彦：臨床診断に苦慮したものの病理所見からたこつぼ症候群に伴う心破裂と推察することができた1例。心臓 54:568-577, 2022
- 6) Miloslavsky E, Unizony S: The heart in vasculitis. Rheum Dis Clin 40:11-26, 2014
- 7) 肺静脈閉塞症 (PVOD) 肺毛細血管腫症 (PCH) 診療ガイドライン 日本肺高血圧・肺循環学会
- 8) 大郷 恵子, 大郷 剛, 植田 初江 肺高血圧症の病理診断 - 病理医に求められていること 診断病理 33:283-294, 2026
- 9) Gong, J; Yang, Y; Ma, ; et al Clinical and imaging manifestations of Takayasu's arteritis with pulmonary hypertension: A retrospective cohort study in China. Int J of Cardiol 276:224-229, 2019
- 10) Chaisson NF, Dodson MW, Elliott CG, Pulmonary capillary hemangiomatosis and pulmonary veno-occlusive disease Clin Chest Med 37:523-534, 2026
- 11) 武田 忠直, 斎藤 嘉美, 毛利 昌史, 諸岡 成徳, 西山 敬介, 中島 克彦, 大野 京子, 池田 寿雄, 伊藤 巖：大動脈炎症候群における肺血管病変。血液と脈管 4:657-668, 1973

教育コーナー

臨床研究支援室の紹介 ～県立病院における臨床研究の推進と地域医療の未来～

臨床研究支援室・腎臓内科 諸見里 拓宏

現在、医療は日々急速に進化し、新たな診断技術やデータ管理技術、治療法が次々と登場しています。さらに、患者一人ひとりに最適な診療を提供する方法も多様化しています。このような状況の中、臨床研究は新技術の導入の妥当性を評価し、科学的根拠（エビデンス）を生み出す手法としてますます重要になっています。また、臨床研究を通じて得られる成果は、医療者のキャリア形成にも大きな役割を果たします。

しかし、臨床研究を進めるには多くの課題があり、特に県立病院や地域の中核病院では、時間や資金、専門知識や技術の不足が障壁となっています。こうした課題を解決し、医療現場全体で臨床研究を推進するために設立されたのが当院の「臨床研究支援室」です。本記事では、当支援室の役割や意義、具体的な活動内容を通じて、臨床研究の重要性と支援体制の充実がもたらすであろう効果を紹介いたします。

臨床研究の重要性とその役割

臨床研究とは何か

臨床研究とは、実際の医療現場で得られるデータや情報を基に、新しい診断法や治療法の適切性を評価し、科学的根拠を提供する活動です。また、この活動により、医療の質を向上させ、患者により良い選択肢を提供することが可能になります。また、医療コスト削減の負の影響（医療コスト削減により適切な医療が提供されない可能性）から患者を守る役割も果たします。しかし、現場の視点から見ると、臨床研究の価値を具体的に理解することは容易ではありません。

臨床研究が医療現場にもたらす影響

臨床研究は、単に医療技術の進歩を促すだけでなく、医療の安全性を高める鍵でもあります。例えば、COVID-19 パンデミックでは、迅速かつ正確な情報収集と解析が危機管理に役立ちました。また、研究成果

を医療現場に還元することで、地域全体の医療水準を引き上げ、住民に安心感を与えることができます。

組織としての臨床研究の価値

臨床研究で得られた知見を、医療機関全体の財産として共有することには意義があります。まず、これにより、組織の競争力が向上し、他施設との差別化を図ることが可能になります。さらに、研究環境が整備された医療機関は、優秀な医療者を引き付ける魅力的な職場となり得ます。

臨床研究支援室の設立背景と目的

現場における課題

多くの医療機関では、臨床研究に必要なリソースや知識が不足しているため、研究活動に取り組むことが難しい状況があります。具体的には以下のような課題が挙げられます。

- データ収集の困難さ
病院ごとや部署毎にデータの形式や管理方法が異なるため、データベース作成が困難です。
- 倫理審査の複雑さ
倫理審査の手続きが施設ごとに異なり、研究者が審査プロセスに多くの時間を費やす必要があります。
- 研究時間や資金の不足
多くの場合、医療者は個人の時間や費用を割いて研究を進めなければなりません。県立病院や地域の中核病院では、医療現場の多忙さが研究活動の障壁となっています。
- 研究者育成の課題
医療者の中で研究に精通している人材が限られているため、研究文化が広がりにくいという問題もあります。

臨床研究支援室の使命

これらの課題を解決するために、臨床研究支援室は設立されました。当室の使命は以下の通りです。

- 臨床研究を推進する環境整備

研究を進めるための物理的・制度的基盤の構築を支援し、研究の初期段階から成果発表まで一貫してサポートする体制を整えることを試みます。

- 人材育成

研究を推進できる人材を育て、地域医療全体の底上げを図ります。

- 研究を通じた医療水準の向上

県内医療機関全体で研究成果を共有し、地域医療に還元することを支援します。

- 医療者のキャリア支援

臨床研究を通じて、次世代を担う医療者の育成を支援します。

臨床研究支援室の具体的な活動内容

1. 研究企画とプロトコル作成の支援

初めて研究に取り組む医療者でもスムーズに進められるよう、研究計画の立案やプロトコル作成を支援します。具体的には以下を行います。

- アイデアの具現化：医療現場の課題を研究テーマとして明確化し、実現するお手伝いをします。
- プロトコル作成のサポート：研究の目的、方法、統計解析計画を一緒に設計します。
- 倫理的側面の確認：倫理審査の基準を満たすプロトコル作成を支援します。

2. データ収集・解析のサポート

効率的なデータ収集と管理を可能にするシステム構築を考察し、多施設間連携支援にも対応します。

- データ収集支援
- 統計解析ソフトの活用支援
- 専門家による解析サポート

3. 研究費用・時間の確保

研究活動に必要なリソースを確保するため、以下のサポートを提供します。

- 助成金申請のサポート
- 科学研究費申請が行える環境づくりの支援

4. 教育・トレーニングの実施

臨床研究に携わる医療者の能力向上を目指し、研修会やセミナーを定期的に開催します。

- 臨床研究の基礎知識講座
- 統計解析やデータ管理に関するトレーニング
- 成果発表スキル向上のためのワークショップ

臨床研究がもたらす未来の展望

地域医療への貢献

臨床研究支援室を通じて生み出された知見は、地域医療の向上に直接貢献します。例えば、疫学データを活用した疾病予防プログラムの開発や、患者満足度の向上に向けた新しい診療モデルの構築などが期待されます。治験体制の充実により、アジア中から難病患者の治療を引き受け、医療施設としてハブ化できる可能性もあります。

医療機関の競争力向上

臨床研究に注力することで、県内外の医療機関との連携が深まり、組織全体の競争力が高まります。また、研究成果を通じて得られる信頼と評価は、医療者の採用や患者の信頼獲得にも繋がります。

人材育成と次世代への影響

臨床研究を通じた教育環境の整備は、次世代を担う医療者の育成に大きく寄与します。特に、若手医療者にとって、研究を通じた自己成長の機会は非常に魅力的であり、優秀な人材を県内に留める効果も期待されます。また、治験で行われる新技術習得を志す医師を国内から呼び込むことも可能です。また、治験で行われる新技術習得を志す医師を国内から呼び込むことも可能です。

臨床研究支援室の未来へ向けた取り組み

臨床研究支援室は、研究を行う医療者だけでなく、医療現場全体にメリットをもたらす体制の構築を目指しています。そのためには、以下のようなさらなる取り組みが必要です。

公平な支援体制の確立

研究技術を持たない医療者も含め、全てのスタッフが研究成果の恩恵を受けられるような体制を目指します。

多職種間の連携強化

医師だけでなく看護師や薬剤師を含めた医療者全員が参加可能な研究体制の構築。

地域全体での意識改革

研究成果を共有し、医療機関全体で活用する文化の醸成。

県外との連携

県内だけでなく、県外の医療機関や大学との連携を強化し、研究成果を広く還元します。

最後に

臨床研究支援室は、単なる研究支援の枠を超え、県内医療の未来を共に築くパートナーです。研究に興味がある方や、医療現場の課題を解決したい方は、ぜひお気軽にご相談ください。

お問い合わせ：

所在地：臨床研究支援室，南部医療センター・こども医療センター 内科待合室前

電話番号：098-888-0123

名前：諸見里 拓宏（内線：5014）

メールアドレス：rks@gmail.com

臨床研究支援室は、皆様と共に歩み、地域医療の未来を創造するために存在します。

国内外研修報告

マヒドン大学熱帯医学短期研修

小児感染症内科 小椋 奈緒

2023年4月から小児感染症内科フェローとして勤務している小椋奈緒と申します。2024年2月にタイにあるマヒドン大学で行われた4日間の熱帯医学短期研修に参加しました。

1日目

参加者は25名ほどでした(図1)。経歴は様々で日本各地から参加していました。沖縄県からは私を含めて4名の参加でした。最初に、タイの現状について説明を受けました。その後、発熱のため数日前に入院し明日退院予定の患者さんのもとへ行きました。入院までの経過・入院後の経過、既往歴・社会歴に関して担当医師と患者さん本人から話を聞き、身体所見をとりました。カンファレンス室に戻ってから、鑑別診断と診断に必要な検査をグループ(4-5人ずつ)毎に話し合い、3日目に発表しました。診断は重症の三日熱マラリアでした。強調されていたのは、現病歴・既往歴・身体所見から鑑別診断をあげることでした。

午後は、寄生虫及びマラリア原虫を顕微鏡で観察したり、マラリアに感染している人の血液や、寄生虫に感染している人の便を使用してスメアをつくりました。



図1 集合写真

2日目

ハンセン病とメリオイドーシスに関する授業を受けた後に、 Dengue 病棟に入院している患者さんに会いに行きました。 Dengue 熱に罹患した際の症状などを患者さんから伺い、重症化する際の経過に関して、患者さん本人と担当医師から話を伺いました。午後は、皮膚疾患とメリオイドーシスに関する講義を受けました。皮膚疾患は、様々な疾患の写真が提示され、どんな疾患か考えるものでした。メリオイドーシスはタイの北東部で見られる疾患で、重症化することもあり治療への反応が緩徐です。結核を疑う場合にはメリオイドーシスも考えます。

3日目

マヒドン大学から車で30分ほどかかるハンセン病病院(図2)へ見学に行きました。

タイでもハンセン病患者数は減少傾向にあり、皮膚科では一般の患者も診るようになってきています。日本と大きく異なる点は、病院がある地域を一般の方へ開放し、共存する方向をとったことです。2名の患者さんから直接話を聞いたり、身体所見(尺骨神経の肥厚)をとらせて頂きました。



図2 ハンセン病病院

4日目

ケースディスカッションと渡航外来の講義を受け、見学を行いました。病棟に新規の寄生虫感染患者さんがいるとのことで、話を伺いに行き、本人から得られた寄生虫を顕微鏡で確認すると無鉤条虫でした。渡航外来ではあらゆるワクチンを取り扱っており、待合室では各疾患の説明やワクチンの重要性などをわかりやすく解説した動画が流れていました。

生活

お昼ご飯はカンファレンス室の外に用意されており、どれも美味しかったです。おやつ時間もありません。晩御飯は、初日には参加者全員でレストランでタイ料理を食べました。どれもとても美味しかったです。露店で買ってきたマンゴスチンのお裾分けも美味でした。

1歳10か月の子どもを連れていく為に、両親へ子守をお願いしました。ホテルにいる鯉のえさやりを従業員の方にさせて頂いたり、近所の公園に遊びに行っている国の子どもと遊んだりしていました(図3)。ホテルでも電車でも現地の方々に優しく接して頂きました。帰国後しばらくの間は「コップンカー」を色々なところで言っていました。帰りの飛行機の中では寝ぐずりがあったので、子どもが横になって寝れるようにブランケットを準備して乗ればよかったと思いました。



図3 公園

4日間という短い研修でしたが、患者さんに会えたことは貴重な経験でした。熱帯医学に関しては、さらに詳しく学び今後活かしたいと思います。

国内外研修報告

日本小児整形外科学会 Iwamoto-Fujii Ambassador 2020 Chile・Toulouse・Croatia 世界一周の旅

小児整形外科 金城 健

はじめに

日本小児整形外科学会 Iwamoto-Fujii Ambassador は、日本小児整形外科学会の国際化および国際貢献を目的とし、fellow は学会を代表して我が国の小児整形外科を諸外国に広め、諸外国から知見を吸収して、国際交流・相互理解を深める役割を担っており、意義は学术交流・国際交流・フレンドリーシップの強化です。

私は 2010 年にハワイ島で開催された北米小児整形外科学会に初めての国際学会に参加して、2011 年には日仏整形外科学会トラベリングフェローに選出いただき、2011 年 9 月から 3 ヶ月間のフランス短期留学（Paris 2 ヶ月，Marseille 1 ヶ月）の機会を得て、その後も欧州小児整形外科学会を中心に参加して多くの海外の友人との出会いに恵まれ、多くの国の友人と友好を深めてきました。また 2019 年からは小児整形外科学会の国際委員を拝命して活動させていただいています。令和元年（2019 年）に Iwamoto-Fujii Ambassador に応募して、幸運にも選出いただきました。本来であれば 2020 年度中に海外研修を行う予定でしたが、Covid-19 パンデミックにより延期をせざる得ない状況でした。幸いパンデミックは終息に向かい、2023 年 10 月末より海外研修を行うことができ、これまで友好を築いてきた友人たち、Chile・Toulouse・Croatia を訪問し、有意義な時間を過ごすことができたので報告します。

訪問先①：チリ共和国（Santiago・Puerto Varas）

せっかくの機会なので、世界中の友人たちを訪ねる計画を企図しました。チリ共和国の Santiago で小児整形外科医として活躍している Angelica Ibañez 先生を最初の訪問先としました。Angelica Ibañez 先生はチリで初めて整形外科医になった女性で、私が初めて彼女に会ったのは 2016 年のイスラエルの Nahariya で開催された小児整形外科研修会（Anual Israeli instructional courses in Pediatric Orthopedic Surgery）に講師の一

人として招待され、同じ講師の立場として参加していたのが Angelica でした。イスラエルでは Angelica の夫の Federico と懇親を深め、とても充実したイスラエル滞在となりました。チリは日本の真裏に位置する国であり、気軽に訪問するにはハードルが高い国であり、良い機会なので最初の訪問先と決めました。メールで Angelica に連絡すると、受け入れを快諾した返信が速やかに届き、さらに訪問予定時期にチリ整形外科学会（The 59th Chilean Congress of Orthopedics and Traumatology of SCHOT）が開催されるとのことで、学会プログラム委員の先生と調整いただき私がプレゼンテーションを行えるようにプログラムを配慮してもらい、学会で 10 分程度のレクチャーを行う機会に恵まれました。

チリのサンチアゴに到着した夕方に、早速 Angelica の自宅で歓待（写真 1）を受けました。サンチアゴは一般的な南米のイメージとは程遠く、高層ビルが立ち並ぶ洗練された街で治安も良く、人々の暮らしも豊かで綺麗な街でした。食に関しても海産物が豊富で、近年ではワインが有名になっているのはみなさんご存知の通りであり、比較的安価で質の良いワインを堪能しました。



写真 1：Angelica の自宅にて

サンチアゴでは病院やクリニックを訪問させていただき、小児整形外科外来を主に見学しました。基本的には日本と同じように下肢アライメント異常（X脚・O脚）、外反扁平足、先天性股関節脱臼（乳児股関節エコー）などの患者が多く、患者対応・説明もほぼ日本と同様でした。

チリ整形外科学会（The 59th Chilean Congress of Orthopedics and Traumatology of SCHOT）はサンチアゴから南に 1000km 離れた、ドイツ人移民によって開拓された Puerto Varas で行われました。Puerto Varas はヨーロッパを彷彿とさせる街並みで、チリの方々もリゾートで訪問するような人気の観光地です。湖の湖畔から見える円錐形のオソルノ火山（写真 2）は富士山そっくりの佇まいで、北パタゴニアに位置する風光明媚な綺麗な街でした。学会前日には歴代会長が集ったパーティーに招待いただき、チリの魚介とチリワイン・ピスコ（南米ペルーやチリで造られるブドウを原料に使った蒸溜酒で、グレープブランデーの一種）を堪能させていただきました（写真 3）。学会では小児脳性麻痺痙縮治療戦略の内容を英語でプレゼンテーションし、当院で行なっている選択的後根切断術（Selective Dorsal Rhizotomy：以下 SDR）を紹介して手応えを得られるほどの反響を得ることができました（写真 4）。SDR は痙性対麻痺・両麻痺などの下肢中心の痙縮を軽減することで下肢機能を改善することを目的に行われる手術で、術中誘発筋電図で異常な神経を選択して感覚神経である後根の一部を切離、つまり脊髓反射弓の求心路を遮断することで痙縮の緩和が得ることができます。日本でも欧米でも SDR は一般的に脳神経外科医によって行われ、L2 から S2 の後根（感覚神経）の約 50-60% 切断することで下肢の痙縮を軽減させて下肢機能を向上させる外科手術です。当院の SDR がユニークな点は整形外科医が行っており、患者の状態（痙縮の範囲や麻痺の程度）に応じて切断神経根や切断量を限定し、術中に理学療法士によって根細糸切断毎に痙縮軽減を確認・確定している点で、今後はこの方法を日本だけでなく世界に向けてアピールする必要性を実感しました。



写真 2：Puerto Varas にてオソルノ山



写真 3：学会前日のパーティー



写真 4：チリでの学会発表

訪問先②：フランス（Toulouse）

友人の Franck ACCADBLE は 2015 年にフランスの Marseille で開催された欧州小児整形外科学会（EPOS）に参加したときに、Marseille の旧港にあるバーで飲んでいる時にたまたま意気投合したフランス人小児整形外科医です。初見の時はその人が Professor（Hôpital des Enfants, Toulouse University）とは知らず、翌日学会壇上で発表しているのを目撃して判明しました。私は日仏整形外科学会の交換研修委員（統括）を拝命していることから、交換研修を希望する若手の派遣先を

探していたこともあり受け入れを打診し快諾をもらって、以後若手の交換研修を何人か受け入れていただいていた。私はこれまで Toulouse には行ったことがなかったので、せっかくの機会なので訪問することにしました。

2カ国目の訪問先はフランスの Toulouse の Hôpital des Enfants, Toulouse University で、受け入れていただいたホストは友人の Franck ACCADBLED でした(写真5)。受け入れ先の病院ではカンファレンスや症例検討に参加して、手術見学では手洗いもさせていただき術野に入ることもできました。また Toulouse 滞在中に脳性麻痺が専門の Monica に誘われて小児リハビリテーション病院を訪問し、外来見学・症例検討にも参加して有意義な時間を過ごすことができました。Monica には当院の選択的後根切断術を紹介して、整形外科医によって行われ、個々の症例に合わせて切断神経量を調整するユニークな方法に興味を持ってもらうことができました。沖縄に戻って数ヶ月が過ぎた頃に Monica から連絡をもらい、2024年10月に行われる小児痙縮に対する外科治療カンファレンスで当院で行なっている選択的後根切断術の経験をシェアして欲しいと依頼され、WEBで20分のプレゼンテーションを行う機会に恵まれました。



写真5：Franck のオフィスにて

Toulouse 滞在中は一緒にマルシェで買い物したり、日本人シェフとソムリエがいるレストランで食事したり、自宅に招待いただき家族とホームパーティを楽しんだり Franck にはたくさんのおもてなしいただき、充実した滞在となりました(写真6)。



写真6：Franck の自宅にて夫妻と一緒に
寄り道①：Carcassonne

ヨーロッパ最大規模の城塞都市である Carcassonne は「カルカッソヌを見ずして死ぬな」という言葉があるように、フランス人の中ではモン・サン・ミ歇尔に次ぐ人気の旅行先です。Toulouse から 100km 程度の距離で、車で2時間程度の距離にあり、休日を利用して Franck に連れて行ってもらいました。ランチには名物のカスレも堪能しました。(写真7)



写真7：Carcassonne でのランチ
寄り道②：San Sebastián (Spain)

San Sebastián はフランス国境バスク地方の都市で、星付きレストランが密集する世界屈指の美食の街として知られており、一度は訪ねてみたい街でした。ちなみに久保建英が所属するレアル・ソシエダの本拠地で

す。Toulouse から長距離バスで約 5 時間程度であり、休日を利用して小旅行を楽しみました。朝から晩までバルをはしごして、チャコリ（スペイン北部、ピレネー山脈の西に位置するバスク州で造られるチャコリは、アルコール度数が低く、フレッシュで爽やかな酸味とミネラル感が特徴のワインで）やスペイン産ワインと一緒に魚介や肉、野菜などのピンチョスを楽しみました（写真 8）。



写真 8 : San Sebastián バルにて

訪問先③：クロアチア（Zagreb）

最後の訪問先はクロアチアとしました。受け入れのホストになってもらったのは、友人の Igor Smigovec です。2010 年米国の Baltimore で開催された、Limb Deformity Course で知り合い、滞在中は毎晩のように一緒にバーに飲みに行き懇親を深めたクロアチア人小児整形外科医が Igor でした。2011 年には国内留学先の仙台で東日本大震災に被災した時も真っ先にお見舞いメールをくれたナイスガイで、2011 年秋にはクロアチアのザグレブを訪問した際にお世話になり、以降 1-2 年に一度は欧州小児整形外科学会で再会し懇親を深めていました。その時の訪問記は 2013 年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.6 No.1）を参照ください。ザグレブではクリニックを訪問して、診療を見学させてもらいました（写真 9）。夕方以降や土日は連日連夜遅くまでビールを飲みながら、いろんな話で盛り上がり、また多くの友人（医師以外を含む）を紹介いただき交流を深めました。ある休日にはザ

グレブ近郊の温泉に連れて行ってもらったのですが、次々と彼の友人が合流して、予定変更。ある博物館を訪問したのですが、休館日だったので併設するバーでビール片手に飲み会になりました。そのバーのマスターらしき紳士が誰かに電話して、しばらくするとある中年女性が合流しました。マスターがその中年女性にクロアチア産白ワインをご馳走してしばらくすると、休館中の博物館を特別に開けてくれることになりました。どうやらその中年女性は博物館の責任者で、せっかく日本から訪問した私のためにマスターが博物館を開けてくれるように交渉してくれて、図らずとも博物館を貸切で堪能したのです。



写真 9 : クリニックにて Igor と一緒に

寄り道③：Plitvice Lakes（プリトヴィッツェ湖群国立公園）

プリトヴィッツェ湖群国立公園は、192km²の広大な森に多くの動植物が生息しており、大小 16 の湖と 92 の滝が織りなす自然が魅力の国立公園で、1979 年に世界遺産に登録されています。2011 年に初めてクロアチアを訪問した時には、スケジュールの都合で訪問できなかった場所で、休日を利用してバスで小旅行を楽しみました。トレッキングしながら大小様々な滝や、透明度抜群でエメラルドグリーンの色が美しい湖など絶景を堪能しました（写真 10）。



写真 10：プリトヴィツェ湖群国立公園

余談：世界一周航空券

みなさんはチリ、フランス、クロアチアの移動はどのように行ったと想像しますか？世の中には世界一周航空券というものがあり、航空会社連合（エアライン・アライアンス）が取り扱っている「世界一周航空券」です。おおよその値段はエコノミークラス（¥300,000～）、ビジネスクラス（¥600,000～）、ファーストクラス（¥900,000～）で、移動距離や為替レート変動によって多少の増減はあります。代表的なアライアンスは全日空が所属するスター・アライアンス、日本航空が所属するワンワールド・アライアンスがあります。私は普段より全日空を利用することが多いので、今回はスター・アライアンス世界一周航空券を利用しました。那覇—羽田—メキシコシティ（メキシコ）—ボゴタ（コロンビア）—サンティアゴ（チリ）—ボゴタ（コロンビア）—モントリオール（カナダ）—トゥールーズ（フランス）—ミュンヘン（ドイツ）—ザグレブ（クロアチア）—ミュンヘン（ドイツ）—羽田—那覇の行程、12フライト 4都市降機エコノミー利用で50万円程度で抑えることができました。普通航空運賃扱いなので、マイルによるアップグレードも可能で、長距離路線はマイルでビジネスクラスにアップグレードして快適な移動になりました。

日本語のサイトもあり、サイトで予定をアレンジして購入できます。

スター・アライアンス世界一周航空券

<https://roundtheworld.staralliance.com/staralliance/ja/round-the-world>

今回のフェロウシップで実感したこと

- ・ 忙しい毎日から一歩離れてこれまでの医師としての仕事を振り返りできた。
- ・ 今後やるべきことを明確に整理できた。
- ・ 国際的交流の重要性を再認識した。
- ・ これまでの人生を一歩立ち止まって振り返りできたことは、残りの医師人生に大きなポジティブフィードバックとなり、モチベーションアップとなった。

若い先生方に伝えたいこと

- ・ 英語は必須か？
英語圏以外への留学は第二外国語が英語同士の国への留学では、お互いの英語が poor でもなんとか理解し合える。ある程度の英語は必要であるが、決して流暢で正しい英語でなくてもいいし、結局はコミュニケーション能力だと思います。また英語圏以外の国で行われている特殊な治療や医療システムは実際に留学することでしか得られないのでオススメです。
- ・ 積極的に機会を伺い、チャンスがあれば積極的に海外にでて交流すること
- ・ 海外にでて、世界標準を知ること自分の立ち位置を確認できる
- ・ フランスの生化学者・細菌学者ルイ・パスツールの言葉

“Le hasard ne favorise que les esprits préparés.”

「幸運は用意された心の中に宿る」

チャンスがチャンスただと気付くには、用意周到な準備や努力が必要で、チャンスを受け入れる用意があるから掴むことができる。普段から努力を続けている人は、些細なきっかけを逃さずに成功を掴むことができるチャンスに恵まれる。

日本小児整形外科学会会員・国際委員会各委員、フェロウシップの創設者である岩本幸英先生・藤井敏男先生、留守を預かってくれた当院整形外科スタッフ、快く海外研修サポートしてもらった福里吉充院長に深謝いたします。

国内外研修報告

オーストラリア留学体験記

救急・集中治療科 星野 耕大

【はじめに】

2024年6月に当院の救急・集中治療科に赴任した星野 耕大です。2023年4月から当院に赴任する直前までオーストラリアへ研究留学しており、今回はその留学経験を共有させていただきます。

【留学先が決まるまで】

私は学生の頃より海外での生活に憧れを抱いており、救命救急医としてのキャリアに伸び悩んでいた頃に、自身の専門分野であるECMO（心臓や肺の機能を代替する人工心肺装置）を勉強するため、海外の留学先を探すこととなりました。自身の英語力の強化も目的の一つでしたので、英語圏の国が留学先の国として絶対条件でした。留学先の国は、自身が旅行した中で“この国に住みたい”と直感で感じたオーストラリアで迷いはありませんでした。オーストラリアは世界住みやすい国ランキング第6位、英語圏の中では最もランキングが高く、家族で移住するには最高の国だと思います。

次に、留学先の施設を探すにあたって、メールや国際学会で様々な施設に留学をお願いしましたが、なかなか留学先が決まらないまま5年が経過しました。最終的には、夏休みを使って、オーストラリアに飛び立ち、The Prince Charles Hospitalにある集中治療系の研究室Critical Care Research Groupに（メールを送っても返事がないため）直接アポなし訪問をすることで、留学を勝ち取りました。行動することで人生が動くことを実感した経験でした。



写真1.

【生活面】

2023年4月から、子ども3人を含めた家族5人でオーストラリアのブリスベンでの海外生活がスタートしました。ブリスベンはオーストラリア第3の都市であり、クイーンズランド州の州都です。中心部にはブリスベン川を挟んで北と南にビルが立ち並んでおり、自然と融合した素晴らしい街並みです。中心部を少し離れれば、自然に溢れたオーストラリアならではの広大な景色が広がっていました。我が家は古い家ではありませんでしたが、日本では考えられない程の広い庭付きの一軒家を借りて生活しました。

オーストラリア特にブリスベンでは、人口の急激な集中増加によって家不足が深刻化しています。そのため、我が家には最大3名の日本人シェアメイトを募集して、同じ屋根の下で家族同様に生活をしていました。海外で苦悩をしている者同士の強い結束で結ばれ、海外で暮らす日本人シェアメイトらの人生に深く関わったことはとても興味深かったです。

私の3人の子どもたちはそれぞれ現地の小学校・幼稚園・保育園に通いました。日本でもインターナショナルスクールに通っていましたが、やはり海外の現地校に通うと英語力は飛躍的に向上しました。私が話す英語は子どもたちから発音を訂正されるばかり、長男

はいつも妻の通訳となっていました。英語力に限らず、髪や肌の色が違う人々に会い、国際色豊かな友だちを作ることは、彼らの人生にとって貴重な経験となったはずです。子どもの吸収力はスポンジのようで、人生の早い時期に海外経験を積めたことは、私から見ても羨ましい環境でした。



写真2.

【研究面】

The Prince Charles Hospital はクイーンズランド州で唯一の成人心臓・肺移植の認定施設であり、ECMO 患者も集約化されています。また、私が所属していた研究室 Critical Care Research Group は ECMO の研究が盛んに行われていました。私は主に ECMO を使った大型動物の研究に携わっており、ECMO から新規の治療ガスを投与する治療法の開発のため大型動物のブタやヒツジに ECMO を回して、治療効果を評価する日々でした。研究室の医療機器は実際の病院と同規格のものが用いられており、まるで ICU にいるかのような環境でした。モデル作成には心臓血管外科医や放射線科医などの専門家と共に処置をして、動物の管理は集中治療医である我々フェローたちがシフトを組んで勤務をして、最大3日間の実験管理をしていました。世界のトップレベルのフェローたちとの研究生活はとても充実したものであり、今後の国際学会で彼らと再会できる日々を楽しみに待っています。



写真3.

【最後に】

海外で1年2か月を過ごし、生活面・研究面共に充実した日々を送りました。もちろんオーストラリアでは、文化の違いや英語でのコミュニケーションが難しいことで、悔しい経験はたくさんありました。その一方で、海外ならではの自由な働き方のおかげで、週末は家族でいつも遊びに行きました。幸せな人生を生きるとは何かを深く考えさせられました。彼らがよく言っているのは、“人生は思い出作りである”という言葉でした。日本ではがむしゃらに毎日過ごすことに必死でしたが、海外の考え方を聞いて、まじめな日本人はもう少し幸せについて考えてみても良いのかなと思いました。



写真4.

もちろん留学には出費がつきまとうものです。ただし、私が留学で使ったお金は、とても良いお金の使い方だったと感じています。海外を知り、日本の良さに気づくことができました。自分の人生で最も色濃い“人生の思い出作り”になったことは間違いありません。

今年6月より私は救命救急センター長として新たに赴任しました。海外での経験を活かしながら、“関わるすべての人が幸せになる救命救急センター”を作り上げたいと思っています。今後とも皆様、どうぞよろしくお願いいたします。

院内活動報告

沖縄県立南部医療センター・こども医療センターにおける特定行為実践看護師の取り組み

看護部 高江洲 義朗、山川 貴史、屋良 収人、上原 均、佐久田 朝太郎

2015年に創設された「特定行為に係る看護師の研修制度」は、全国的に育成体制が整備され、研修修了者も徐々に増加しています。しかし、多くの施設では組織体制の問題や知名度の低さから特定行為研修修了者の活用には課題があり、現状ではまだ発展途上です。

当院では2023年より特定行為研修指定機関として研修を開始し、現在7名の特定行為実践看護師が在籍しています。しかし、限られた人数で国が求める医師のタスクシフトやタスクシェアを担うことは難しく、十分な役割を果たすことが困難な状況です。そこで、南部医療センター・こども医療センターでは、単に特定行為を実践するだけでなく、特定行為実践看護師がその思考力や判断力をスタッフに還元し、看護の質向上を図るために様々な取り組みを行っています。その一つが、「集中治療領域に携わる看護師のAライン採血ライセンス制度」の導入です。2024年9月時点で、ライセンス取得者はICUで30名(70%)、PICUで5名(23%)となっています。取得者からは「Aライン採血や血液ガス分析に自信がなかったが、ライセンス制度により自信を持つことができた」といったポジティ

ブな意見が聞かれました。特定行為実践看護師を活用したライセンス制度は、看護師の実践能力向上と手技の統一化を促進する効果が期待され、集中治療領域における看護の質向上に寄与すると期待されます。

当院では、特定行為看護師の業務内容や安全性、活用について検討する委員会が不定期開催から定期開催に変わり、症例の検討や意見交換の場が整備されました。これにより、特定行為実践看護師の活動が可視化され、組織や医師の理解が深まりつつあります。さらに、特定行為実践看護師がRapid Response Systemの一部を担い、院内迅速対応チーム;RRTとしてアウトリーチ活動を強化しています。現場でスタッフの疑問に答えたり、患者の病態と一緒にアセスメントするなど、組織横断的な活動が可能となっています。

また、今年度はICU看護師を対象に「自覚覚醒トライアル(SAT)および自発呼吸トライアル(SBT)」のライセンス化も進めており、さらなる技術向上を図ります。今後も、患者にとって安全でタイムリーな最善の医療を提供し、看護の質向上に向けて取り組んでいきます。



院内活動報告

医療機関に所属する救急救命士について

救急救命士 儀間 辰二

【はじめに】

救急救命士とは、医師の指示の下に救急救命処置を行うことを業とする者をいい、その処置の実施は救急救命士制度の創設から約30年間「傷病者が病院等に搬送されるまでの間」に限定される。つまり救急救命士がその資格を活かし活躍できる職域としては、病院に搬送されるまでの間を担う消防機関や自衛隊、海上保安、警察などをイメージされ医療機関（病院）での採用はほとんどない。しかし、医師の働き方改革に伴う医師の時間外労働規制が2024年度に施行され、医療機関の人材不足の深刻化・顕在化している。

これを踏まえ、時間外労働の短縮を図るタスクシフト/シェアを推進することを目的として、救急救命士の役割が見直された。2021年10月に救急救命士法は改正され、「傷病者が病院等に到着し入院するまでの間」と改正されたことで、対応できる幅が広がり救急救命士の職域が拡大されることとなった。この法改正がきっかけとなり、救急救命士が医療機関内でも医療職として活用され始めている。

しかし前述のとおり、従来救急救命士は病院前において傷病者搬送を担う消防機関での業務を前提とした医療資格であった。そのため、法改正後も医療機関内においては、“適切な活用方法についてわからない”、“基礎的な知識や技術などの能力が未知数”、“どの部署に配属するべきなのか見当がつかない”など、その認知度は低く能力を活かせずに雑務としてのみ配置している機関も少なくない。

新型コロナウイルス感染症パンデミックに伴い医療人材不足が深刻化した状況において、国は活用できる医療資格、人材を再検討し、それぞれの医療資格の幅を広げることでタスクシフト/シェアを促進してきた。国民の目に留まったのは、東京五輪の開会式の序盤、日の丸の旗が8人によってフィールドに運ばれ、その1人に救急救命士がいた。重量挙げ金メダルの三宅義信さんやシドニー五輪女子マラソン金メダルの高橋尚

子さんらとともに、国旗を運んだ救急救命士が医療従事者の代表として日の丸を運んだ。「コロナ禍において、わたしたちの生活を支えて下さった医療従事者の方々に対する最大の謝意を示し、全世界への発信を行う」とのことで、認知する方も増えた。

そして、当院でも今年度に救急救命士が採用された。その能力を活かし業務に取り組む当院の救急救命士について記載する。

【救急救命士の可能性】

タスクシフト/シェアを推進することを目的として、救急救命士の活用が提言された。2021年10月には救急救命士法は改正され、医療機関内において業務効率の向上を図る取り組みが進められている。法改正から既に3年が経過し、一部の施設によっては大きな変革をもたらした病院運営の中核となる救急救命士科も存在するが、全国的には大きな変化が見られない状況が続いている。

その要因として、①雇用する組織が活用方法を理解できていない、②救急救命士自身が資格法を理解できていない、③社会認識として消防機関のみ使用できる資格であると誤解されている、大きくこの3点が挙げられる。法律と通知文、メディカルコントロールを理解することで沖縄県を救う可能性を大きく秘めた資格であるが、社会的認知度の低さと誤解の存在や活用方法を見出せないことで発展が滞っている。では、沖縄県においてどのような可能性を秘め活用できるのかについて考察する。

1. 離島診療、へき地の医療

沖縄県には363の離島が存在し、うち40の島が有人島であり「島が違えば国が違う」というほど地域性の異なる点も特徴的である。離島へ着任した医師のレベルがその島の医療レベルと言われる離島診療では、医療機材や検査機器、薬剤なども限られ、医師は新生

児から高齢者まで全科に渡って24時間365日カバーしなければならない。医師や看護師、事務員が主な人員となり、離島診療等を支えている。人口は少なくとも救急患者も予定患者も診るため気の休まる時は少なく、また、万全の体調を毎日維持することは不可能である。そのような休まる時もなく気の張り詰めた日々、例えば救急救命士が診療所に常駐し、医師、看護師と協同して業務を行うと考えると非常に力となるイメージが浮かばないだろうか。

診療の幹となる部分は医師や看護師となるが、救急隊と同様の資格である救急救命士は現場観察、救急のスペシャリストである。この資格の最も特徴的な部分は、「医師のいない現場において、観察、病態を把握し医師へ申し送る」という点である。基本的な医学的知識と技術を駆使し、アセスメントすることができる能力を備えた資格である。医療人材が不足している離島診療では、特に大きな力となりうる可能性を秘めた資格であると確信している。

沖縄県内では消防機関等の職枠以外の就職枠はほぼない。またその消防機関での採用人数は少なく倍率は10倍～30倍と非常に狭き門である。その資格を活かせず、苦渋の選択として医療とは全く異なる職種に就く優れた人材、潜在救急救命士は大勢存在する。この資格と人材を活用しない手はない。

2. 医療機関の人材不足

救急救命士の医療的手技（救急救命処置）は限定的だが基本的に医師不在の現場にて身体観察から病態把握、アセスメントを行い医師へ申し送ることが基本的な能力である。呼吸不全があればバックバルブマスクにより補助換気を行い、橈骨動脈を触れ不整脈等も確認し、ショックの判断、外傷等に至っては全身観察で触診、打診、聴診など基本的な観察から異常を把握し緊急度や重症度を判断できる能力を備えている。ある医療機関ではラピッドレスポンスチームの一員となり、緊急時対応にチームとして参入している。また、災害拠点病院としてDMATやドクターカー、ドクターヘリスタッフとしても活躍している。救急救命士の調整能力を活かし、入院病床管理や医事課と連携した診療報酬点数の管理などを行なっている医療機関もある。その可能性の幅は広く、資格法のみに限定せず活用方法は様々である。

これまで限定的な職種が限定的な業務をこなすという概念を解き、タスクシフト/シェアを前向きに捉え新たなチャレンジとして活かすことで医療経営としても貢献する可能性を秘めている。そして、令和6年度より転院搬送に救急患者連携搬送料という診療点数（1800点）が新たに誕生したことも様々な医療機関での採用のきっかけとなっている。

3. 災害時の対応

沖縄県発災時、沖縄県庁での災害対策本部の立ち上げと運営など災害時にも寄与できる能力を有している。救急救命士養成学校では災害医療や多数傷病者事案に関する本部立ち上げ等の想定訓練を行う。「同じ現場は2つとない」と言われる病院前救急や災害において、迅速に正しい方法を確立することは非常に困難である。災害の種類、速度、時期によって本部運営は千種万様、状況により変化し続け対応しなければならない。これらの対応を行うスペシャリティとして消防機関や自衛隊などが挙げられるが、救急救命士も基礎的な知識を有しており、今ではDMAT隊員として活躍する者も少なくない。柔軟な現場対応、本部運営などの基礎知識を有している救急救命士は離島や被災地への派遣についても活用できると考えている。災害時の沖縄県の能力が飛躍的に上がり、消防機関や警察、自衛隊などの連携もより円滑になると考えられる。

また、災害拠点病院は有床病床の2倍の入院患者数、救急救急センターとしては通常時の5倍の外来患者の受け入れが必要と明記されている。よって災害時、どの災害拠点病院も確実に人員不足に陥る。どのような対策をとっても人員不足からスタートする災害において、少しでもノウハウのある者、救急救命士を活用することで災害時対応能力の底上げと人員確保が可能と考える。

【当院の取り組み：転院搬送、患者移送業務について】

従来、転院搬送の多くは管轄消防機関へ119番緊急通報により救急車を要請し転院搬送を行っていた。傷病者搬送のプロフェッショナルである消防機関へ依頼することについて、当院も含めた殆どの医療機関は「適切な」選択肢として判断しがちである。患者を安心して送り届けることができ、また、もしもの時に彼ら

の迅速な救急救命処置と適切な状況判断からすべて上手く対応できるからである。

また、起こった出来事から急変時のバイタルサイン、適切な応急処置について事細かく“報連相（ほうれんそう）”を行い抜かりなく対応してくれるからである。しかし、この「適切な」選択肢の判断は本当に適切であるのか。目の前の患者にとっては間違いないだろう。

しかし沖縄全体を俯瞰的にみえてみると少し変わった視点で考えることになる。まず、市町村によって救急車の台数は有限であること。例えば、当院の目的で1台の救急車を要請するという事は、管轄の市町村で転院搬送と現場救急出動が重なった場合、消防機関が救急現場に到着することが遅れることになる。要は仮に心肺停止事案が発生した際、救急車出動するが当院が使用しているため遠くの救急車を心肺停止の事案へ向かわすこととなり到着が遅れるということである。1分1秒でも早く対応しなければならない事案を遅らせてしまい、結果的に救命できなかった命があったかもしれないと考えると非常に貴重で有限な資源であることに気付かされる。

これが私の家族なら、救急隊を待つ時間は果てしなく長い時間と体感するだろう。消防機関へ転院搬送を要請する場合、緊急性、重症度、消防機関の負担をしっかりと勘案し、県民への負担も十分に検討しなければならない。しかし、当院は院内救急救命士による転院搬送を活用することにより、これらの課題を効果的に解決することが可能である。消防機関の救急隊員と同じ救急救命士の資格を有し、適切な観察と手技等を含めた搬送業務を遂行することができる。更に、当院の職員により対応するため、スケジュール変更が容易であり、また、依頼する医師や地域連携などの心理的負担を軽減する効果もあると考えている。ひいては県民が利活用すべき消防救急車への負担を軽減する大きなメリットとなる。

令和6年度7月より転院搬送業務を救急救命士に移管された。これまでの搬送件数は1ヶ月に10数件であったのに対して移管後は3ヶ月で60件以上の搬送実績をあげた。増加の理由として、従来の担当部署では本業と兼務しながら搬送業務に対応しており、搬送スケジュール枠の確保が困難であったことがあげられる。救急救命士へ業務移管の理由としては、救急の医学的知識と技術を有していること、救急車資機材操作

および緊急走行時の運転技術が必要とされる特殊な業務に対応できるためである。これにより、前任者は本業に専念でき、当院としても患者の迅速かつ遅延のない搬送を実現できるようになった。

搬送業務は「運ぶだけ」と軽視されがちな業務である。例えば事故を起こしてしまえば、患者、搬送先医療機関、当院へも甚大な問題となるため、基本的な運転技術にはプロ意識を持っている。搬送に際して、初めて対応する患者が多く、我々はこれまでの治療内容や細かな経緯は分からない。しかし、受け入れる側の医療機関にとっては、どんなに軽症であっても患者の細かな医療情報が必要であろう。これを「搬送だけが仕事のため患者については分かりません」と対応した場合、転院後の治療転機の不良をまねいたり、当院の印象を損なう可能性もあるため、我々は可能な限り患者の状態を把握し申し送りを実施することを重視している。

また医師や看護師が同乗する場合でも状態把握は同様にいき、医療の質の向上に貢献する。カルテ記載の確認のみならず、担当看護師へも細かく確認する。特にバイタルサインや病状が極めて不安定な患者を搬送する際には、心肺停止などの緊急事態に陥った場合ひとつひとつの判断に緊張が走る。まず当院へ戻るべきか、先へ向かうべきか、現在地の位置からも熟考し、また救命処置はどこまで行うべきか行動ひとつひとつが重い判断となる。そのため事前に事細かに情報を聴取するようにしている。運転技術、傷病者の観察、緊急時の判断と対応、申し送りを含めた接遇など幅広い知識と能力が必要である。

【当院だからこそ対応できる搬送】

前述したが、消防機関などは基本的に119番緊急通報による緊急事案による傷病者を適切な医療機関へ搬送する。それは超緊急で1分1秒を意識した活動を行わなければならない。

当院の事例で消防機関のような緊急事案ではないが、「残された時」を「少しでも早く」希望に添えた搬送を行なった事案がある。終末期の急性骨髄性白血病患者が余命宣告され、「残された時を少しでも自宅で過ごしたい」という搬送業務に携わった。搬送中に急変する可能性も考慮し搬送を開始、そして無事に自宅付近まで到着した。しかし問題が発生した。救急車から自宅内までの経路は非常に悪路であった。真夏の強い

日差し、木々の生い茂る狭隘な経路、勾配のある階段、どれも搬送を遅らせ患者にとって大きな負担となる難所がいくつもあった。搬送用ストレッチャーの通常搬送ではタイヤはめり込み、入り口は狭く入れないため不可能であった。

しかし、我々はこれまで多くの難所搬送を乗り越えて今回も過去の経験を活かし、悪路に力を合わせ担ぎ、各難所で角度を変え搬送に取り組む。日差しも強く時間を掛けては患者へ負担をかける。残された時を自宅で過ごしたいという希望に負担も掛けたくない。そんな思いから医師、看護師、救急救命士、そしてご家族も一丸となり各難所を乗り越えて自宅居間まで搬送することができた。患者は自宅でひと時を過ごし、再びチームは各難所を越えて救急車内へ収容後、帰院した。翌日、患者は安らかに息を引き取った。

本症例において、我々は患者の希望に沿った医療サービスを提供し、その最期を看取ることができた。これは、緊急性の高い医療行為を担う消防機関では対応が難しい、きめ細やかなケアが必要となるケースである。特に、終末期患者は、身体的な苦痛だけでなく、心理的な不安を抱えていることが多い。我々は、そのような患者のニーズに寄り添い、心のケアを行うことが重要である。大切な命を守り県民に貢献する病院だからこそ可能な搬送業務であった。

【タスクシフト / シェアの実施による業務効率化とチーム医療の向上】

救命救急センターにおいて、救急救命士の業務範囲を拡大し、タスクシフト / シェアを実施することで、職員全体の業務負担を軽減し、チーム医療を向上させる取り組みを行なっている。結果的にチーム医療が強化され、患者への対応が迅速化されることを目的とした。別紙のとおり、救急救命士は33項目の救急救命処置を実施することが認められている。これを活用し医療チームとして救命救急センターへ参入する。救急救命士が可能な診療の補助（救急救命処置）は限定的であるが、チーム医療は直接的な行為のみではない。記録、準備、移動、連絡、全体を把握し、不足な部分へと入り負担を取り除くことで、結果的に根本的治療までの時間を短縮できるものだと考える。

また、目の前の患者のみではなく、救命救急センター全体の患者や周囲の職員への配慮も行える。現場医療

だけではなく、資格の知識等を活かし統計や事務、コースインストラクター、災害医療など多種多様な業務に取り組むことができる。従来、救急救命士は病院前救急活動においてその専門性を発揮してきた。「同じ現場は2つとない」と謳われ、柔軟で迅速対応を求められる。どのような現場でも最善の対応を行う。これが資格の芯にある部分として養成校で教わる基礎的な考え方となる。

つまり、仕事内容にこだわることなく、できることをなんでも行い、幅広い業務をこなすことで組織の仕組みを知り危機管理等へも活用できると考える。取得した資格を活かすことは、資格法の側面でのみ行うのではなく、柔軟に対応し、これまで学んだ業務を広い分野で活かすことが大切である。業務が偏った職種で実施されていれば、業務シェアすることでその幅を広げ、余裕を作ることで救命救急センターの可能性が広がる。そして結果的に迅速、円滑な患者対応を救命救急センター全体で行うことにより、ひいては県民への貢献が成されるよう構築していく。

【おわりに】

今回、医療機関における救急救命士の役割と多職種連携の重要性について報告した。新型コロナウイルス感染症パンデミック以降、医療の人材不足という課題に対して、タスクシフト / シェアが有効な解決策となる可能性が示唆されている。業務の質を高めようとすると、必然的に人材も多く必要とされる。「医師の業務＝医師」、「看護師の業務＝看護師」と固定的な役割分担がしばしば見られる。確かに資格法の観点から独占的な業務は存在する。しかし、資格による業務範囲の限定に捉われず、各職種の業務を細分化し相互に可能な業務を共有することで、医療の効率化を促進し患者へのよりきめ細やかなケアを実現することができる。

しかし、救急救命士を活用したタスクシフト / シェアのためには、計画や教育プログラムの開発が不可欠であり、今後の多職種連携のさらなる推進に向けて取り組んでいく。令和6年度から病院救急救命士として採用され、各部署と連携し少しずつ業務を拡大していつか、さらに業務を拡大し具体的な成果を上げ、我々が他の医療機関におけるモデルケースとなることを目指す。



救急救命士による救急救命処置

(平成四年指第十七号「救急救命処置の範囲等について」改正：平成26年1月31日 医政指発0131第1号)

医師の包括的な指示	医師の具体的指示 (特定行為)
<ul style="list-style-type: none"> ・精神科領域の処置 ・小児科領域の処置 ・産婦人科領域の処置 ・自動体外式除細動器による除細動(※) ・自己注射が可能なエピネフリン製剤によるエピネフリン投与 ・血糖測定器を用いた血糖測定 ・聴診器の使用による心音・呼吸音の聴取 ・血圧計の使用による血圧の測定 ・心電計の使用による心拍動の観察及び心電図伝送 ・鉗子・吸引器による咽頭・声門上部の異物の除去 ・経鼻エアウェイによる気道確保 ・パルスオキシメーターによる血中酸素飽和度の測定 ・ショックパンツの使用による血圧の保持及び下肢の固定 ・自動式心マッサージ器の使用による体外式胸骨圧迫心マッサージの施行 ・特定在宅療法継続中の傷病者の処置の維持 ・口腔内の吸引 ・経口エアウェイによる気道確保 ・バグマスクによる人工呼吸 ・酸素吸入器による酸素投与 ・気管内チューブを通じた気管吸引 ・用手法による気道確保 ・胸骨圧迫 ・呼吸吹き込み法による人工呼吸 ・圧迫止血 ・骨折の固定 ・ハイムリック法及び背部叩打法による異物の除去 ・体温・脈拍・呼吸数・意識状態・顔色の観察 ・必要な体位の維持、安静の維持、保温 	<ul style="list-style-type: none"> ・乳酸リンゲル液を用いた静脈路確保のための輸液(※) ・食道閉鎖式エアウェイ、ラリンゲアルマスク及び気管内チューブによる気道確保(※) ・エピネフリンを用いた薬剤の投与(※) ・乳酸リンゲル液を用いた静脈路確保及び輸液 ・低血糖発作症例へのブドウ糖溶液の投与

※は心肺機能停止状態の患者に対してのみ行うもの

院内活動報告

当院における救急救命士と業務の変遷について

救急集中治療科・救命救急センター 新里 盛朗

1. はじめに

皆さんは救急救命士がどのような職業かご存知だろうか？おそらくほとんどの方は救急救命士＝救急隊員とイメージするのではないだろうか。救急隊といえば、傷病者を病院前から病院へ適切な救急救命処置を行いながら搬送してくる業務に携わる職業であり、ほとんどの方がすぐにイメージが湧くであろう。しかし、このように病院前で業務に携わるイメージの救急救命士が、病院のなかではいったいどのような業務を行えるのかはほとんどの方がイメージできないのではないだろうか。当院では2024年度から救急救命士の業務を整理・拡大し、救命救急センターをはじめ病院前・内で活動の幅を広げている。今回、当院の救急救命士の業務について解説し当院における救急救命士の業務の変遷、今後の可能性について述べる。

2. 救急救命士と救急救命士法の改正について

救急救命士は、1991年に救急救命士法によって消防の救急隊向けに設けられた資格である。あまり知られていないが、医師や看護師と同じように国家資格である。“病院前”医療の質の担保を目的として設けられたものだが、それから30年経った2021年10月、救急救命士法が改正され“病院内”においても医師の指示のもとで救急救命処置が行えるようになった。この背景として、高齢化社会の進展に伴い年々救急搬送の需要が増大する半面、病院の医師や看護師の数は不足し、さらに医師の働き方改革が大きな課題となったことが挙げられる。国はタスクシフト・タスクシェアの観点から、医師以外の医療従事者の業務範囲拡大を検討し、救急救命士もその対象の一つとなり法改正に至った。この法改正によって、“救急現場から医療機関に搬送する間（病院前）”に限定されていた救急救命処置の実施可能な範囲が、“医療機関に入院するまでの間（病院前・内）”に広がった。つまり、救急救命士が病院内の救急外来などで、救急搬送されて来た患者などに対

しても入院するまでの間（入院しない場合は医療機関に滞在している間）、救急救命処置が行えるようになった。

3. 当院での救急救命士の採用と環境整備について

先に述べたように、救急救命士は国家資格であるがこれまで消防機関以外に受け皿となる職場がないという実状があった。しかし、消防機関への就職は希望者に比して採用人数が少ないという実状から、資格を有していてもその技能を活かすことができない職場で働いている救急救命士が大勢いるという現実があった。仮に病院に就職していても、救急救命士という職種に対する認識不足からその技能を活かすことができない部署へ配属されたり、そもそも救急救命士として雇われていないという現実も散見されるような状況であった。実際当院でも、救急救命士資格をもった職員を雇用していたが雇用形態は、「救急救命事務員」という職名で事務職扱いであった。当然、本来の救急救命士としての技能を発揮できるはずもなかった。しかし、当時の見里悟美看護副院長の尽力もあり、当院でもこの法改正を受けて救急救命士の役割拡大に注力し、医師・看護師の業務負担軽減を目指す方針を打ち出した。具体的には、救命救急センターの体制維持・強化に向けて、救急救命士の配置が不可欠であると考え、病院事業局に対し救急救命士の職の設置を要望し、雇用促進を図った。この要望と2021年10月の救急救命士法改正を踏まえ、2023年4月1日から職名を「救急救命事務員」から「救急救命士」に変更し、事務職から医業職へと転換された。これにより、救急救命士が病院内で救急救命処置を行うための土台が整備され、身分保障の観点からも改善が図られた。さらに、その技能を最大限に発揮してもらうための環境整備として、見里前看護副院長はじめ幹部の配慮により、2024年度から所属を看護部から医局へ転換し救命救急センターに直轄され、医療チーム内での役割が明確となった。この職名変更

と医業職への転換、所属先の転換は、当院における救急救命士の業務拡大において重要な一歩であり、当院で救急救命士の専門的な技能を最大限に発揮できる体制を整えるものとなった。これまで、実務経験のない救急救命士が2名在籍していたが、実務経験のある救急救命士が6月と8月にそれぞれ1名ずつ入職して増員され、現在4名の救急救命士が在籍している。新体制に伴い、医師や看護師が救急救命士に委譲できる業務を整理し、効率的な業務分担を可能にするための組織的な仕組みの確立に取り掛かった。

4. 業務整理・拡大の変遷について

救急救命士が行うことができる救急救命処置は33項目にわたるが、医師の直接的あるいは包括的指示が必要である。病院前において救急救命士が行う全ての救急救命処置は、医師により質が担保されることになっている。直接指示が必要な気管挿管、アドレナリン投与、静脈路確保・輸液などの特定行為はタイムリーにオンラインで医師の直接指示のもとに行われるし、行われた処置も医師が後日全てを検証しその活動の質が保障されている。これをメディカルコントロール（MC）といい、消防機関の救急救命士においては、地域のMC協議会において検証作業が行われている。当然、院内においても医師によるMCが行わなければならない。当院では主に、①救急救命士に委譲可能な業務の整理、②救急救命士の活動の質の担保、③医療安全の担保、のために医療安全担当の重盛副院長の協力のもと、院内MC委員会を設立した。この委員会の一番の大きな役割は、院内において救急救命士が法に則って安心して活動できるように環境を整え保障することである。まず、当院において救急救命士が活動できる患者と場の定義を委員会の責任において行うことから始め、当院においては、“救急を受診する全ての患者”に“患者が救急から病棟の病室に入室するまで”と定義した。

次に、救急救命士の技能を活かした他職種の負担軽減のために何ができるかをリストアップした。救急救命士が救命救急センター内において、救急救命処置を行うことで看護師の負担軽減に繋がることになるが、業務内容を鑑みた際に救急救命士が静脈路確保を行うことが最も看護師の負担軽減になると考え、タスクシェアの一環として第一に救急救命士による静脈路確保の

導入を進めることとした。その質の担保のためのプロセスを救急救命士、看護師、医師で一緒に検討した。最初に知識獲得のため、クリティカルケア認定看護師の上原均看護師に静脈路確保に関する講義をしてもらい（写真1.）、次にシミュレーターを用いてoff the jobトレーニングを行った（写真2.）。各々の手技が問題ないことを確認して研修修了とし、実患者での実習を開始した。実習は、指導医・指導看護師がチェックリストを用いて手技を確認し、患者10例で所定の成績を修めると実習修了とし、MC委員会において静脈路確保の認定を付与した。しかし、乗り越えなければならぬ壁があった。救急救命士には特定行為（医師による直接指示が必要な救命救急処置）として、心停止時における“静脈路確保のための輸液”および心停止前の“静脈路確保および輸液”の処置が認められているが、いずれにおいても輸液製剤が乳酸リンゲル液に限定されることが明記されている。病院前で乳酸リンゲル液が輸液されながら搬送になった場合は、病院で他の輸液製剤に変更すれば良いだけだが、病院内で医師が適切な輸液製剤を判断できる状況下（乳酸リンゲル液ではない方が良いと判断される病態）で救急救命士による静脈路確保・乳酸リンゲル液輸液を一旦開始してからすぐに変更することはナンセンスである。医療従事者であれば、輸液製剤が乳酸リンゲル液に限定されていることはおかしな状況であることは認識できるし、すでに2024年6月に自民党の議員団から総務省に救急救命士の輸液製剤の拡大を求める上申がなされている。昨今の状況を鑑みると、今後輸液製剤の拡大の法改正が成されるであろうと予想されるが、現行法では乳酸リンゲル液以外の輸液製剤を用いた静脈路確保や輸液は行えないのである。そして当院では、患者（特に小児）の負担軽減と業務効率化の観点から、血液検査と同時に静脈路確保を行い静脈路カテーテルを開存させておくためにヘパフラッシュを用いた、いわゆるヘパロックが日常的に行われている。救急救命士においては、実習や研修の際は輸液を行わない静脈路確保だけのヘパロックも許されるが、実患者に対する救命救急処置としては法において行うことができない。つまり、現行法で当院の救急救命士が法に則って活動できるように何とかMC委員会で環境を整えなければならない必要性が生じたのである。先述の通り静脈路確保だけのヘパロックは日常的に行われているが、当然

その後に輸液がなされない症例に関してはヘパフラッシュの薬剤料の算定はできないため、病院の持ち出しになっている。そこでコスト的な観点から検討した。ヘパフラッシュ 10 単位/ml シリンジ 5ml 1 本; 131 円、乳酸リンゲル液 (ラクテック) 500ml; 231 円、10ml シリンジ 1 本; 45 円であり、乳酸リンゲル液 10ml + 10ml シリンジ 1 本を静脈ロックに用いることでコストの削減になると考えた。加えて、ヘパリンロックと生食ロックにおいて、①ロックの際の陽圧ロック手技を徹底すれば両者で静脈路閉塞頻度の差がないこと、② ER ではロック～輸液開始まで短時間であり閉塞リスクは低いと推察されること、から乳酸リンゲル液を用いた静脈ロックも問題なく使用できるのではないかと考えた。実際に、医師と救急救命士で乳酸リンゲル液による静脈ロックを試したところ、3-4 時間のロックで閉塞の有害事象は認めず有効に使用できると考えた。また、救急救命士が行う静脈路確保は輸液を行うことが前提であることから実患者では静脈ロックは認められておらず、輸液についても再定義を行う必要があった。そもそも輸液とは“電解質液を非経口的に体内に投与すること”と定義されており、広い意味では救急救命士が行う乳酸リンゲル液ロックも輸液と捉えることができる。以上より、MC 委員会において当院では「乳酸リンゲル液を用いた静脈ロックも輸液とみなす」と定義した。これにより、救急救命士による乳酸リンゲル液を用いた静脈ロックを業務として行えることになった (※乳酸リンゲル液を用いた静脈ロックは救急救命士が行う救急救命処置の際に限定している。静脈ロック後に輸液を行わなかった全例で抜針時に静脈路が閉塞していなかったかモニタリングしているが、現時点で有害事象の報告はない)。ここまで読んで頂いて、何だか屁理屈のように感じる方も多いと思うが、現在の救急救命士法が実臨床にそぐわないという現実があるという一方で、救急救命士の能力を存分に活かすなおかつ特定行為が違法にならないように病院として彼らをきちんと守る必要がある。この再定義により、看護師から救急救命士へのタスクシェアが実現し、看護師の業務負担軽減が図られている。



写真 1. 看護師による講義



写真 2. シミュレーターを用いた研修

5. 搬送業務の増加と収益への貢献

さらに、従来当院では運転士が患者搬送の業務を担っていたが、搬送のプロフェッショナルである救急救命士がこの業務を行うことも承認された。救急救命士が搬送業務を担うようになり主に下り搬送件数は激増しており、2024 年 7 月～9 月は 3 か月間でおおよそ 60 件に達した。本年 6 月の診療報酬改定で下り搬送における救急患者連携搬送料の加算が加わっており、下り搬送の件数が増加することで病院の収益にも寄与する存在となっている。

6. その他の業務

ア) 病院業務

- ・ 救急救命処置(計 33 項目;28 項目+特定行為 5 項目)
- ・ 救急車受け入れ対応 (ホットライン対応、救急車受け入れ前後の環境整備など)
- ・ 救急患者の電子カルテ記入、私物管理
- ・ ER からの患者移送 (入院病棟への転床、レントゲン、CT、MRI など)
- ・ 看護助手業務 (ベッドメイキング、更衣・オムツ交換、清掃、資器材管理など)
- ・ 院内心肺蘇生講習会 (ICLS) スタッフ (インストラクター、コーディネート作業) →病院患者急変時における職員の心肺蘇生法の標準化のため
- ・ 救急医の診療・処置の介助
- ・ 看護師の処置の介助
- ・ 病院災害時対応 (火災・地震・自然災害・多数傷病者救急事案、訓練企画など)
- ・ 事務業務 (統計、レジストリー記入など)
- ・ 救急救命士学生に対する指導

イ) 院外業務

- ・ 患者搬送業務 (病院への下り搬送、在宅・高齢者施設への転院搬送・施設間搬送など)
- ・ DMAT 隊員 (ロジスティックス)
- ・ 一般市民向けの心肺蘇生講習会 (PUSH 講習会、アナフィラキシーに対するアドレナリン投与法の講習会)
- ・ 学術活動 (パラメディック関連学会での発表・座長など)

7. 今後の展望

当院の救急救命士は 2024 年 6 月以前は看護助手業務にのみ限定していたが、上記のようにわずか 4 ヶ月しか経たない 10 月時点でその業務は多岐にわたっている。今後、看護師が行っているウォークイン患者に対するトリアージ業務や相談員が行っている一部の転院調整の業務も担えるのではないかと考えている。主観的ではあるが、医師、看護師、事務の業務負担の軽減に大きく寄与していると考えているが、今後客観的な指標としてアンケートなどを用いて各職種の負担軽減に関する実感や課題について評価していく予定である。

8. おわりに

当院では救急救命士の業務・役割を積極的に拡大し、医師や看護師、コメディカルからのタスクシフト・タスクシェアを推進し、業務効率化と医療の質向上に向けた体制整備を行っている。特に看護師不足の現状では、救急救命士がその業務を補うことで大きな負担軽減となり、軽減分を病院医療体制の充実に寄与させることができると考えている。救急救命士を活用するにあたり、医師・看護師以外の他部署の従来業務も洗い出し、救急救命士が行える具体的な業務内容をさらに模索し検討していく必要がある。

救急救命士は、その職種の特性から、医師・看護師・コメディカル・事務など様々な職種に良い意味で片足ずつ突っ込んでいるような職種であり横断的に活動できる職種である。また院外においては、消防・自衛隊・海上保安庁・警察・民間救急などの外部の機関と共通言語でコミュニケーションをとることができ、災害時などにおいては病院とこれらの機関との連携を円滑にすることができる職種である。まさに、病院内外において、潤滑油のような職種である。個人的には、病院にとって“百利あって一害なし”、“かゆいところに手が届く”、希少職だと思っている。この職種の特性や今後の社会情勢や医療提供体制を鑑みると、これから病院による救急救命士の争奪合戦時代に突入すると考えている。今後、さらに業務が確立・拡大していくことになれば(そうせざるを得ないと個人的には考えているが)、救急救命士の採用枠を増やし、雇用形態も会計年度職員・臨任職員から正職員とし身分も保障することで、救急医療体制を充実させていくことが可能となると考える。将来的には ME 科のように、救急救命士科として独立した部署として活躍してくれると信じている。そのためには病院救急救命士として、他職種からの十分な理解を得ていくことが何よりも重要であり、彼ら自身にはこの数ヶ月の怒涛の努力を忘れずに謙虚に今の活動を継続していくことをお願いしたい。これらのことを踏まえたうえで、県や病院には、病院における救急救命士の存在の重要性を改めて認識し、今後戦略的に救急救命士を採用していくことを検討するよう切にお願いしたい。

院内活動報告

当院における DPC-II 期間での退院促進因子の検討

沖縄県立南部医療センター・こども医療センター 心臓血管外科
 阿部 隆之、伊敷 桃子、伊良波 賢、仲田 昌雄、石原 昌吾

【緒言】

DPC（診断群分類別包括評価）制度は急性期医療を担う病院を対象に医療の質の均一化と在院日数の短縮を目的として導入された。当院は那覇市を含む沖縄県南部地区 70 万人の医療圏を支える地域の中核病院であり、救命救急センターを有し、小児・周産期を含む総合病院として多機能な役割を担っている。沖縄県は東西に 1000km、南北に 400km の離島群を有しており、様々な理由から在院日数が長期化する現状がある。今回、われわれは DPC-II 期間での退院促進因子について検討した。

【方法と対象】

A 病棟は循環器内科、心臓血管外科、腎臓内科の入院病棟として位置づけられており、担当看護師、ケースワーカー、入退院支援室、医事課を中心に DPC データをまとめた。期間は 2021 年 1 月 1 日から 2024 年 3 月 31 日までに循環器病棟を退院した患者を対象とした。院内の DPC データをもとに DPC-II 以内の期間で退院した 1696 人の患者群（group II）と DPC-III 以上の期間で退院した 1318 人の患者群（group III）を比較検討した。DPC-II 以内での退院促進の因子と DPC-III 以上での入院期間の延長となったリスク因子を評価した（図.1）。

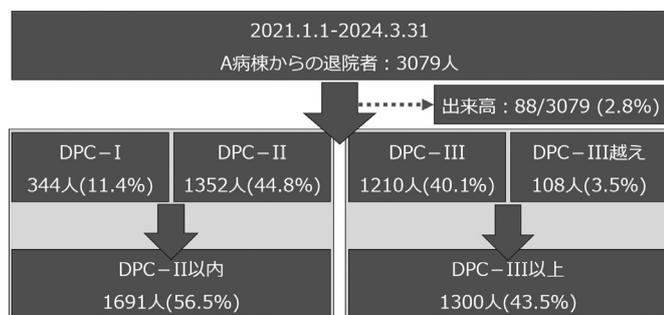


図.1 本研究におけるフローチャート。2021 年 1 月 1 日から 2024 年 3 月 31 日までに A 病棟を退院した 3079 人の患者を対象として、DPC-II 以内の期間で退院した患者群と DPC-III 以上の期間で退院した患者群を比較検討した。

【結果】

同時期での診断群分類において DPC-II 期間の入院日数は最短で虚血性心疾患（50050）3 日間、最長で心内膜炎（50090）47 日間であった（図.2）。

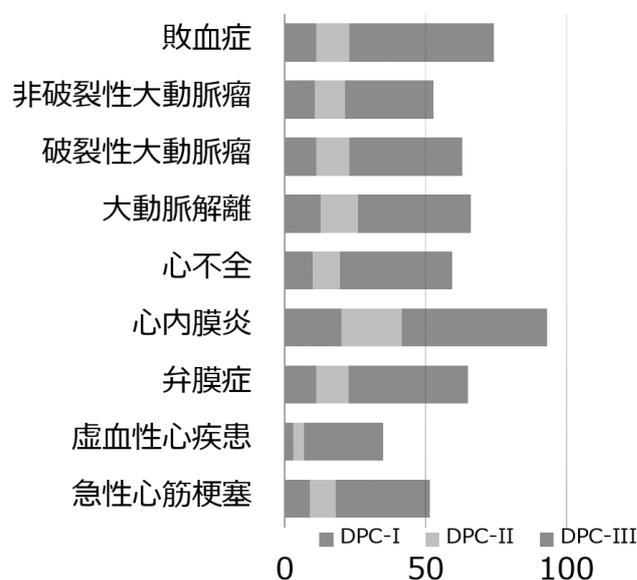


図.2 主要疾患群分類における DPC-II 期間の平均入院期間

Univariate Analysis において、年齢（69.9 ± 16.4 vs 71.8 ± 16.4; p = 0.001）、検査目的の入院（28.5% vs 14.8% ; p < 0.001）、手術なし [KKK0]（57.7% vs 40.0% ; p < 0.001）、心臓血管外科入院（27.4% vs 23.7% ; p = 0.020）、自宅への退院（89.6% vs 79.1% ; p < 0.001, group II vs group III）は退院促進の因子であった。

また、緊急入院（47.9% vs 61.2% ; p < 0.001）、入院中の手術（34.4% vs 48.9% ; p < 0.001）、他院への転院（5.1% vs 14.3% ; p < 0.001, group II vs group III）は入院期間の延長となる因子であった（表.1）。

DPC における診断群分類では、狭心症 / 慢性虚血性心疾患 [050050]（25.7% vs 18.3% ; p < 0.001）と退院促進できる傾向のある疾患群であった。一方で心内膜炎 [050090]（0.5% vs 1.3% ; p < 0.05, group II vs

group III) は有意に入院期間延長となる因子の疾患群であった (表 .1)。

この結果をもとに Multivariate Analysis において、心臓血管外科入院 [odds ratio: 2.35 95% CI: 1.88-2.93, $p < 0.001$]、手術なし [KKK0] [odds ratio: 3.15 95% CI: 2.54-3.89, $p < 0.001$]、急性心筋梗塞 [050030] [odds ratio: 2.23 95% CI: 1.48-3.37, $p < 0.001$]、狭

心症 / 慢性虚血性心疾患 [050050] [odds ratio: 1.30 95% CI: 1.03-1.64, $p = 0.025$]、心不全 [050130] [odds ratio: 1.59 95% CI: 1.25-2.02, $p < 0.001$]、大動脈解離 [050161] [odds ratio: 2.03 95% CI: 1.35-3.04, $p = 0.001$] であった。一方で、入院期間延長となる因子は緊急入院 [odds ratio: 0.51 95% CI: 1.25-2.02, $p < 0.001$] であった (表 .1)。

表 .1

	DPC-II以内 (1691人)	DPC-III以上 (1300人)	p-value
年齢	69.9±16.4	71.8±16.4	0.001
男性	1064 (62.9%)	821 (63.2%)	0.900
緊急入院	810 (47.9%)	796 (61.2%)	<0.001
検査目的の入院	482 (28.5%)	193 (14.8%)	<0.001
入院日数 (日間)	9.9±8.1	27.0±29.3	<0.001
心臓血管外科	464 (27.4%)	308 (23.7%)	0.020
KKK0 (手術なし)	975 (57.7%)	520 (40.0%)	<0.001
KKK1 (定義にない手術)	135 (8.0%)	144 (11.1%)	<0.001
Kコード (手術あり)	581 (34.4%)	636 (48.9%)	<0.001
退院時転帰			
死亡退院	38 (2.2%)	34 (2.6%)	0.510
自宅	1515 (89.6%)	1028 (79.1%)	<0.001
他の病院	86 (5.1%)	186 (14.3%)	<0.001
その他	51 (3.0%)	51 (3.9%)	0.180
疾患群分類			
050030 (急性心筋梗塞)	59 (3.5%)	66 (5.1%)	0.031
050050 (慢性虚血性心疾患)	435 (25.7%)	238 (18.3%)	<0.001
050080 (弁膜症)	90 (5.3%)	61 (4.7%)	0.440
050090 (心内膜炎)	8 (0.5%)	17 (1.3%)	0.013
050130 (心不全)	283 (16.7%)	190 (14.6%)	0.120
050161 (大動脈解離)	94 (5.6%)	56 (4.3%)	0.120
050162 (破裂性大動脈瘤)	10 (0.6%)	6 (0.5%)	0.630
180010 (敗血症)	14 (0.8%)	13 (1.0%)	0.620

表 .2

	Odds ratio	Std. Err.	95% CI	P-value
年齢	0.99	0.00	0.99-1.00	0.025
緊急入院	0.51	0.19	1.25-2.02	<0.001
検査目的の入院	1.44	0.05	0.42-0.61	<0.001
心臓血管外科	2.35	0.27	1.88-2.93	<0.001
KKK0 (手術なし)	3.15	0.34	2.54-3.89	<0.001
KKK1 (定義にない手術)	1.72	0.26	1.28-2.31	<0.001
疾患群分類				
050030 (急性心筋梗塞)	2.23	0.47	1.48-3.37	<0.001
050050 (慢性虚血性心疾患)	1.30	0.15	1.03-1.64	0.025
050080 (弁膜症)				
050090 (心内膜炎)				
050130 (心不全)	1.59	0.19	1.25-2.02	<0.001
050161 (大動脈解離)	2.03	0.42	1.35-3.04	0.001
050162 (破裂性大動脈瘤)	2.59	1.42	0.88-7.56	0.083
050163 (非破裂性大動脈瘤)				
180010 (敗血症)				

[考察]

DPC (Diagnosis Procedure Combination、診断群分類包括評価) 制度は、日本の医療制度の一部で、診療報酬を包括支払い方式で算定するシステムである。この制度は、急性期病院での入院医療において、診断および治療行為に基づいて、1日あたりの医療費を包括的に算定するために導入された。DPC制度の目的は、医療の効率化や医療費の適正化、そして診療の質向上にある^(#1)。

DPC制度の仕組みには、「18の主要疾患群」とICD10による分類コードの4桁で「MDCコード (Major Diagnosis Category)」が決定される。図.3に示す通り、A病棟における循環器系疾患および腎・尿路系疾患においては43疾患のMDCコードに分類される。これに続く、8桁目が年齢・体重・JCS (Japan Coma Scale)、9と10桁目で手術サブ分類、11桁目が手術・処置等1、12桁目が手術・処置等2、13桁目が副傷病名、14桁目が重症度等となっている。

05	0081	X	X	99	XX	X	X
MDC	分類コード	病態等	条件/分類	サブ分類	手術・処置	副傷病名	重症度
MDCコード	MDC (主要診断群) 名称	分類コード	MDC (主要診断群) 名称	分類コード	MDC (主要診断群) 名称	分類コード	MDC (主要診断群) 名称
01	神経系疾患	050010	心臓の悪性腫瘍	11001x	腎腫瘍		
02	眼科系疾患	050020	心臓の良性腫瘍	11002x	性器の悪性腫瘍		
03	耳鼻咽喉科系疾患	050030	急性心筋梗塞	11004x	尿道・性器の良性腫瘍		
04	吸器疾患	050050	狭心症、慢性虚血性心疾患	110050	後腹膜疾患		
05	循環器系疾患	050060	心筋症	110060	腎盂・尿管の悪性腫瘍		
06	消化器系疾患 肝臓・胆道・膵臓疾患	050070	頻脈性不整脈	110070	膀胱腫瘍		
07	筋骨格系疾患	050080	弁膜症	110080	前立腺の悪性腫瘍		
08	皮膚・皮下組織の疾患	050090	心内膜炎	110100	精巣腫瘍		
09	乳房の疾患	050100	心筋炎	11012x	上部尿路疾患		
10	内分泌・栄養・代謝に関する疾患	050110	急性心膜炎	11013x	下部尿路疾患		
11	腎・尿路系疾患および 男性生殖器系疾患	050120	慢性心膜炎	110200	前立腺肥大症		
12	女性生殖器系疾患および 産褥期疾患・異常妊娠分娩	050130	心不全	11022x	男性生殖器疾患		
13	血液・造血器・免疫臓器の疾患	050140	高血圧性疾患	110260	ネフローゼ症候群		
14	新生児疾患、先天性奇形	050161	大動脈解離	110270	急速進行性腎炎症候群		
15	小児疾患	050162	破裂性大動脈瘤	110275	急性腎炎症候群		
16	外傷・熱傷・中毒、異物	050163	非破裂性大動脈瘤	110280	慢性腎炎症候群・ 慢性間質性腎炎・慢性腎不全		
17	精神疾患	050170	閉塞性動脈疾患	110290	急性腎不全		
18	その他	050180	静脈・リンパ管疾患	110310	腎臓又は尿路の感染症		
		050190	肺塞栓症	110320	腎、泌尿器の疾患 (その他)		
		050200	循環器疾患 (その他)	110420	水腎症等		
		050210	徐脈性不整脈	110430	腎動脈塞栓症		
		050340	その他の循環器の障害				

図.3 DPC14桁の意味を表し、「18の主要疾患群」とICD10による分類コードの4桁で「MDCコード (Major Diagnosis Category)」が決定される。

適切なDPCコーディングには主治医、診療情報管理士、診療報酬請求担当職員等が関わるものと考えられるが、役割分担の明確化や意思疎通を行う機会を十分設ける等、病院全体として協力し合う体制の構築が求められる。DPCコーディングの最終的な決定者は主治医であるが、このほか、診療情報管理士を中心とする診療情報管理部門や診療報酬請求担当職員を中心とする診療報酬請求部門が適切に関与していくことが望ま

しいとされている^(#2,3)。当院においても適正な病名選択は大きな課題と思われる。

DPCデータは研究目的に収集されておらず、一般的に臨床には少なく、記録されている情報によっては精度の低いものがある項目は留意すべき点である^(#4)。一方で、これまで臨床疫学研究に利用され、その有用性と課題が明らかとなってきた^(#5)。

DPCデータは医療の質評価やDPC情報の透明化に活

用される。DPC データの研究により、質の担保と公表が期待される。臨床研究においては医療の質向上と医学研究の発展に寄与することが期待される。また、個人情報保護に配慮したデータの利活用が重要とされる。

この結果をもとに入院短縮の対策としては疾患における特性もあり、また、自宅退院が難しくなることも一つの要因であるため、後方ベッドの確保が重要な課題となる。今後の ICT の活用を含む医療 DX と地域連携病院との密な関係性が重要と思われる。

医療 DX とは、保健・医療・介護の各段階（疾病の発症予防、受診、診察・治療・薬剤処方、診断書等の作成、診療報酬の請求、医療介護の連携によるケア、地域医療連携、研究開発など）において発生する情報やデータを全体最適された基盤（クラウドなど）を通して、保健・医療や介護関係者の業務やシステム、データ保存の外部化・共通化・標準化を図り、国民自身の予防を促進し、より良質な医療やケアを受けられるように、社会や生活の形を変えることである。世界に先駆けて超高齢社会に直面する中、国民の健康寿命の延伸を図るとともに、社会保障制度を将来にわたって持続可能なものとし、将来世代が安心して暮らしていきけるようにしていくことが、今後の我が国の継続的な発展のために不可欠である^(#6)。

2024 年 10 月に医療機関におけるデジタル化を促進するための施策として導入された「医療 DX 推進体制整備加算」が、一部見直しされることになった。医療 DX 推進体制整備加算とはオンライン資格確認システムの導入や電子カルテ情報共有サービスの活用など、医療 DX を推進するための体制を整備した医療機関に対して診療報酬点数が加算されることとなった^(#7)。

これに先駆け、沖縄県医師会を中心に ICT が大きな役割を担っており、おきなわ津梁ネットワークが構築され、各医療機関における検査結果、治療の経過、処方内容などの情報が共有され、県民の健康推進を進めている。

当院もおきなわ津梁ネットワークに参加施設として登録されており、この ICT 活用が今後の退院促進にも大きな役割を担うことが来たされる。

[結論]

退院促進の因子および入院期間延長のリスク因子を明らかにすることができた。このデータをもとに病院経営に寄与できるようにさらなる詳細な検討を続けていく。また、DPC データの質の担保と個人情報の保護に努めていく。

[参考文献]

1. DPC（診断群分類別包括評価）小林弘祐（日内会誌 96:2579～2590, 2007）
2. DPC/PDPS 傷病名コーディングテキスト改訂版（第 6 版）厚生労働省保健局医療課 令和 6 年 6 月
3. 疾病、傷害及び死因統計分類提要 ICD-10（2013 年版）準拠、厚生統計協会
4. Garland A, Gershengorn HB, Marrie RA, Reider N, Wilcox ME. A Practical, Global Perspective on Using Administrative Data to Conduct Intensive Care Unit Research. *Ann Am Thorac Soc* 2015;12:1373-86.
5. Hideo Y. Clinicoepidemiological Studies Using the DPC Data: Challenges for the Future. *医療と社会* 2016;26:7-14.
6. 医療 DX の更なる推進について 厚生労働省医政局 2024 年 8 月 30 日
7. 医療 DX の更なる推進と今後の対応方針について 厚生労働省 2024 年 10 月 24 日

部署報告

第13回沖縄県立病院運営研究発表会 第62回全国自治体病院学会 発表 看護師不足による病棟閉鎖の打開策となるか。「夜勤専従看護師について」

経営課 当間 豊

【目的】

本院の許可病床数は444床だが、看護師不足により令和6年6月から64床を閉鎖し、稼働病床数380床で運用することになった。令和6年度当初予算の入院収益見積額より6月から3月10ヶ月で試算を行ったところ、約15億円の減収となることがわかった。

予算内示の時点で約11億円の赤字となっており、病棟閉鎖による患者数減少による収益の減少、費用においては材料費等の縮減があるが少なく見積もっても20億以上の赤字になることは容易に想像できた。

近隣の民間病院の新築・移転、コロナ対応の激務による県立離れ等の影響により、採用試験受験者数も減少し、看護師確保は難しい状況となっているため、現在の職員数で病床再開する方法を考えた。

病床再開する方法はないのか？

・新規入職は期待できない。
民間病院の新築・移転、コロナ対応激務による県立離れ等の影響で、採用試験受験者は減少。人を増やすことは難しい。

現在の職員数で病床再開する方法を考えなければ！！

【方法】

民間病院での導入実績がある、夜勤専従看護師を病棟配置できないか考え、労働基準法、診療報酬の要件を確認した。労働基準法では、夜勤の労働時間の制限はなく、診療報酬では、入院基本料の算定要件で「夜勤時間の上限は144時間」とあったが、平成24年の診療報酬改定で撤廃。一般病棟の月72時間までの夜勤回数の制限、算定式からも、夜勤専従は除外される。

働き方の多様性に対応した新しい働き方の選択肢。夜間手当増による収入増など、職員のメリットにもな

りそうだと考えられた。現在の配置数に何名夜勤専従者がいれば、何床稼働できるかを試算することとした。

夜勤専従看護師のメリット

・働き方の多様性

病気、育児、介護などの理由で就業制限のある人が増える中、夜勤専従という選択肢を増やすことで、働きやすい環境を整えることができるのではないかな。

・職員の収入アップ

夜間手当の増により、収入が増える。子の進学や趣味の充実のために、収入を増やしたい職員にはメリットになるのではないかな。
(月5回で6万円の場合、月10回で12万円、+6万円のアップ)

【結果】

試算するには看護部の協力が絶対不可欠である。法律、診療報酬上問題ないこと等を説明し理解を頂き、共同して問題になりそうな点を考え、勤務者の負担を軽減するためには、勤務間インターバルを2日間(約55時間)取れる「準夜勤、深夜勤、休み」が最適との考えに至った。この条件で一般病棟36床を稼働させるための試算を行うことができた。

【結論】

一般病棟36床稼働させるには、夜勤専従看護師を3名確保できれば23名(師長含む)配置で運用可能という結果となった。6月時点で稼働28床の病棟に24名、稼働32床の病棟に25名配置しており、12床再稼働できる可能性がある。このことから、夜勤専従は病棟再開の有効な手段であることがわかった。今後は、夜勤専従確保に向け、職員アンケート、規定改定等を行っていく。

部署報告

南部医療センター・こども医療センターの季節彩る行事飯^{ぎょうじめし}！

栄養管理室 仲宗根 法子

【はじめに】

7月の初めに宮里医療部長に声をかけて頂きました。先生は「南部医療センター雑誌にね、何か書いて欲しいんだ。なんでもいいよ。レシピでもなんでも。」それを聞いて私は、雑誌の片隅に病院食の紹介コーナーでも作ったのかな？簡単な紹介程度ならいっかという気持ちで「分かりました！」とふたつ返事で引き受けました。その後、私の手元に南部医療センター雑誌の原稿執筆依頼文が届きました。南部医療センター雑誌への原稿執筆は初めてのことであり何を書こうか考える日々でしたが、せっかくなので行事食や小児病棟イベント時に提供している食事を紹介しようと思います。

《4月 ピクニックデー》

年度初め4月の小児病棟イベント食は「ピクニック」をイメージした食事です。こいのぼり掲揚式の日を提供しており、メニューはナポリタン、鶏唐揚げ、人参しりしり、塩茹でブロッコリー、プチゼリーをポップなお弁当箱に詰めて、赤や青や黄色のハンカチに包んで子どもたちに配ります。天気が良ければ庭園に出て食べています。普段外に出られない子どもたちがピクニック気分を味わえるように考えたメニューです。



《5月 こどもの日》

5月5日はこどもの日。こどもの日は「端午の節句」として男の子の健やかな成長を願うというイメージが強いですが、今は男の子と女の子両方のこれからの成

長と幸せを願う日となっているそうです。

こどもの日はこいのぼりの形で作ったオムライス、ミニハンバーグ、唐揚げ、野菜スープ、フルーツ盛り合わせを提供します。



《6月 ハンバーガーセット》

6月の小児科病棟イベント食は「ハンバーガーセット」です。病院でハンバーガーを作るの？と思われるかもしれませんが、ちゃんと厨房で作っています。メニューはハンバーガー、フライドポテト、コールスロー、ジュース（オレンジジュースかりんごジュース）です。もちろん、疾患によっては食事制限がある子もいるので主治医に確認しながら提供しています。



《7月 七夕》

7月7日は七夕です。行事食として七夕メニューを提供しています。メニューは三色そうめん、かき揚げ、酢の物、七夕ゼリーです。三色そうめんて天の川を表現し、その上には輪切りにしたオクラを散らし星が流れているようにイメージして盛り付けており、見た目

にも楽しめるよう工夫しています。



《8月 夏祭り》

8月に小児科病棟では夏祭りがあります。各セクションとも子どもたちが祭り気分を楽しめるようにアイデアを出し合っています。そんな夏祭りの日のメニューは祭り飯でおなじみの焼きそば、鶏唐揚げ、たこ焼きを提供します。たこ焼きは栄養管理室スタッフが一丸となって作っています。業務をしながらのたこ焼き作りはなかなか大変ですが、子どもたちが少しでも夏祭りを楽しんでくれたらいいなと思いながら、皆気合を入れてたこ焼きを作っています。



《9月 敬老の日/十五夜》

① 敬老の日

敬老の日は「多年にわたり社会に尽くしてきた老人を敬愛し、長寿を祝う日」とされています。病院では敬老の日メニューを提供しており赤飯、紅白そうめん汁、沖縄風煮付け、和え物、紅白馒头という内

容となっています。



② 十五夜

十五夜は「中秋の名月」を鑑賞しながら、秋の収穫を感謝する日です。旧暦の8月15日の日に十五夜メニューを提供しており、炊き込みご飯、清まし汁、サンマの蒲焼き、お浸し、お月見まんじゅうを提供しており秋を感じてもらえるような内容にしています。



《11月 バイキング》

11月の小児科病棟イベントは「バイキング」です。この日はおにぎり、サンドイッチ、オムレツ、焼き鳥等合計14品を準備します。通常、ご飯やおかずをお皿に盛り付けて病棟に配膳しますが、バイキングでは厨房で作ったおかずを大皿に乗せて病棟に運び、子どもたちはおかずの一つ一つを自分でお皿に取り分けます。バイキングが始まる前には栄養士が食べ物の栄養についてミニ勉強会も行っています。



《12月 クリスマス》

12月25日にはクリスマスイメージした行事食を提供しています。また、小児科病棟ではクリスマス会が開催され、厨房ではデコレーションケーキを作っています。子どもたちに喜んでもらえるようイチゴをサンタにアレンジして飾り付けをしたケーキは大好評です。



《1月 お正月》

1月1日は元旦です。元旦はおせち料理を提供しています。黒色を基調とした折箱におこわ、昆布巻き、黒豆等お正月にちなんだ料理を詰めています。おせち料理は全ての入院患者様に提供できるようメニューを工夫しています。例えば、カロリーや脂質制限がある方には天ぷらを外したり、嚥下障害がある方にはソフト食のおせち料理を作っています。いつもより豪華になる分準備や調理、盛り付けに時間はかかりますが、患者様に少しでも喜んで頂けるよう厨房職員一同頑張っています。



《2月 節分》

2月3日は節分の日です。節分は豆を食べて悪いもの(邪気)を払い、健康で幸せに過ごすという意味があります。この日はおやつとして節分豆やたまごボーロを提供しており、豆(又はボーロ)を食べて元気になって欲しいです。



《3月 ひなまつり》

3月3日はひなまつりです。ひなまつりは女の子の健やかな成長を願う日とされています。行事食としてひなまつりメニューを提供しており、春らしさを感じてもらえるようちらし寿司、あさりの味噌汁、筑前煮、菜の花のお浸し、ひなまつりケーキ(又はひなあられ)です。



【おわりに】

今回、病院で提供している行事食やイベント食について紹介させて頂きました。入院中でも少しでも季節を感じられるようにという気持ちを込めて行事食やイベント食を提供していますが、実は普段の病院食でも旬の野菜や果物を取り入れています。私たちが提供する食事が患者様の体だけでなく、心の栄養の源になれるようこれからも精進します。

臨床研修

見学を終えて

富山大学 6年 我喜屋 亮介

先日8月19日、各大学においては長期休暇ということもあり、見学生も多く大変お忙しい中、病院見学を受け入れてくださり誠にありがとうございます。今回は3度目の見学となり、貴院脳神経外科を見学させていただきました。今回はインターンの先生方とお話をする機会はありませんでしたが、むしろ上級医の先生方と初期研修について深くお話をすることができました。今回の見学を通して、初期研修先を選択する上で、私が学んだことは2点ございます。

①医師としてのキャリア40年を考えた上での初期研修、②初期研修を共に過ごす同期についてです。

①について、脳神経外科の下里先生曰く、「初期研修を振り返り、最も重要な評価項目は、生涯を通して自分の初期研修先を誇りに思うか」とのことでした。また、先生曰く、ERで脳卒中が救急搬送された際、貴院のインターンの先生方は、気管挿管をしたうえで脳神経外科に引き継ぐとのことでした。入院や緊急オペを視野に入れた救急対応を習得できる点で貴院のER教育の水準の高さを改めて感じました。しかしながら、私が感じた貴院の大きな特徴としては、やはり上級医の先生方の人柄の良さです。脳神経外科の先生方は、見学の身である私に対しても非常に手厚く対応してくださいました。専門的な臨床知識だけでなく、オペにも参加させていただき、とても充実した一日となりました。脳神経外科の先生方に、私がかつて医学部を目指すきっかけとなった「医師としてのホスピタリティ」を感じることができました。

②について、脳神経外科の藤井先生曰く、先生が初期研修で得た最も大切なものは、初期研修を共に乗り越えた同期との繋がり、とのことでした。研修期間中の切磋琢磨はもちろんのこと、研修後も交流する機会が多くあるとのことでした。さて、貴院で研修をする

インターンの先生方についてですが、「真面目」で「優しい」という印象を受けます。前回4月に見学した際、インターンの先生方と採血の練習をいたしました。先生方の採血手技の解説はとても丁寧で、さらに先生方は自分の腕を使って私に採血を経験させてくれました。見学後、私は3カ月、新潟県の糸魚川総合病院にてほぼインターンと同様の立場で実習を行いました。ほぼ毎日病棟や訪問診療先の患者さんに採血を施行しましたが、その際、貴院のインターンの先生方の教えが非常に参考となりました。土屋先生は、「人に興味を持てる」先生を募集しているとおっしゃっておいりました。貴院の初期研修では、各診療科の研修内容だけでなく、同期との「高め合い」「助け合い」を通じて、技術的にも人柄的にも大きく成長できると実感いたしました。

末筆とはなりますが、重ねて、この度の病院見学では大変お世話になりました。今回お世話になりました、脳神経外科の長嶺先生、竹下先生、下里先生、藤井先生、さらに、今回の見学だけでなくこの2年間病院説明会や病院見学等でお世話になりました、卒後臨床研修センターの皆様、誠にありがとうございました。

臨床研修

沖縄県立南部医療センター・こども医療センターを見学して

鳥取大学6年 梁 郁弥

この度は、3日間の見学を受け入れてくださり本当にありがとうございました。南部医療センター・こども医療センターの雰囲気や魅力をより深く知ることができたと思います。

1日目は、産婦人科を見学させていただきました。研修医の蓑島先生、奥先生につかせていただき、帝王切開や入院患者さんの胎児エコーを見学させていただきました。奥先生は以前2月に見学に行ったことも覚えていてくださり、見学生の私にも産婦人科医としての帝王切開の準備や心構え、研修病院の選び方など、とても丁寧に熱心にご指導くださいました。また他の先生方もフレンドリーに話しかけてくださり、とても嬉しかったです。羊水注入後の妊婦さんの胎児エコーを見学したのが印象的で、南部医療センターの産婦人科ではハイリスク症例や珍しい症例など色々経験できる点が非常に興味深く魅力的だと思いました。

2日目は、救急科で研修医の鈴木先生につかせていただき、ウォークインや救急車でこられた患者さんの診察を見学しました。初めに外国人の小児患者さんが来られて、患者さんが泣いてしまったりバイタルの基準値が難しかったり、通じない言葉があったりして今の自分であればかなり面食らってしまいそうだと思いますが、鈴木先生は終始落ち着いて堂々と診察をこなしておられました。私は将来どの診療科に進もうとも一人の医師として大人も子供も関係なく初期対応できるようにになりたいと思うので、こちらで多くの経験を積んで、鈴木先生のように成長していきたいと思いました。午後には産科救急の患者さんが来られて、非常に興味があり見てみたいと思っていたところ、産婦人科の先生方が快く承諾してくださいました。産後1時間の弛緩出血で、救急科と産婦人科が協力してスピーディーに対応される様子を拝見し、感銘を受けました。ありがたいことに、落ち着いたタイミングで救急の先

生と産婦人科の先生から患者さんの状態や方針について解説していただき、双方の視点はやはり違いがありとても興味深かったです。

3日目の小児科では研修医の青木先生につかせていただきました。初めて小児病棟に入り、その明るくて可愛い内装に心奪われました。朝のカンファレンスで青木先生がその日の小児病棟の to do リストを作成しておられ、さっそくルートの交換からスタートでした。小児は難しいから大体のことは上級医の先生がするイメージがあったのですが、上級医の先生の指導のもと、研修医の先生が協力して様々な手技をこなされていて、フィードバックもあり、とても理想的な研修の環境だと思いました。

3日間の中で一番印象に残ったのが夏祭りでした。研修医の先生方に交じってサメダンスを踊りました。子どもたちが一緒に踊ってくれて思い切り楽しんでる姿を見て、本当に可愛らしくて感動しました。たくさん笑顔溢れる幸せなひと時でした。

3日間を通して、病院の明るく活気のある雰囲気、研修医の先生方の仕事っぷりと個性的で素敵なお人柄、職員の皆様の教育熱心さと優しさ、子どもの尊さを心から感じとることができ、非常に充実したかけがえない時間となりました。こちらで研修できることを祈っております。関わってくださったすべての方に感謝の気持ちでいっぱいです。本当にありがとうございました。

研修医だより

偉大な背中

総合診療科専攻医 宮島 一実

4歳になる長女は最近、YouTubeで見た志村けんの“変なオジサン”のマネをエンドレスで行う。国民的コメディアンである志村けんがCOVID-19で命を落として、もう4年になる。



画像1 変なオジサンをエンドレスで踊る長女

7月生まれの長女はリアルタイムで志村けんを見たことがない。それでも幼児を熱中させるあのコメディアンの偉大さを痛感するとともに、COVID-19が日常にありふれた感染症になったことに時の流れを感じる。2020年当時、私は熊本で救急科専攻医2年目を迎えていた。前年までの診療はこのパンデミックを境に激変し、その対応へ必死であったことを追憶する。常にCOVID-19流行波の最先端であるこの沖縄、南部医療センター・こども医療センターの苦労は計り知れないものであったと想像する。

2024年度で医師8年目を迎え、救急医であった私がこの南部医療センター・こども医療センターで総合診療科専攻医としてお世話になることとなった経歴をこの場を借りてお話させていただく。

初期研修医の頃、救急科の先生を見て「救急の先生っ

てどんな患者さんも診療できるし、何でも知ってるじゃん！」と、いかにも素人的な感想を持ったことをきっかけに、臓器横断的に全身管理を行える、所謂“ジェネラリスト”に憧れを持った。医師3年目から故郷の熊本にある済生会熊本病院の救急総合診療センターで4年間勤務し、救急外来、入院管理、ICU管理を勉強させていただいた。比較的幅広い分野、重症度の疾患・外傷を経験することができ、日々の診療に充実感と学習欲を持ちながら過ごしていた。

しかし日々の診療に慣れてきた頃、徐々に漠然とした不安が生まれた。なんでも診ているつもりの方は、実は本当の意味ではなにも診療できていないのではないかということである。初めのうちは自分の知らないことが山のようにあり、それらを吸収することで精一杯であったが、少し落ち着いてくると目の前の仕事をさばくような感覚に陥っていた。なんでも診られるようになりたいと飛び込んだ救急外来で、いつしか専門診療科に振り分けることが目的になってしまっていた。

加えて私の周りでも救急科専門医取得後のサブスペシャリティ取得に迷う者は多いようで、私も丁度そのタイミングに差し掛かった。一般的には集中治療医、外傷外科医、血管内治療医などのサブスペシャリティ取得が多いが、実家のある田舎の地域貢献を最終目標としている私は“ジェネラリスト”にこだわった。

総合診療科、総合内科という分野において沖縄は長けている。無知で沖縄に縁もゆかりもない私でもそのくらいは知っていた。県立病院の総合診療科プログラムでは離島診療所での研修を行えることも知り、当院に病院見学を申し込んだ。そこでの総合内科 仲里信彦先生との出会いは衝撃であった。研修医と一緒に診療を行う姿、その疾患に関するレクチャーの姿、そしてその熱量。それは普段、私が自信満々に診療できてい

と思っていた Common な疾患であったが、自分の思慮の浅さを実感させられるものであった。そして、仲里先生は診療を通して、患者さんの背景にある生活を、人生をみているように思えた。働き方改革が叫ばれる昨今、現場で薄れてしまいがちな患者さんファーストの姿勢は、最も大切な医師の真髄であると再確認させられた。それら全てはこれまでの自分に欠けている感覚であり、自分がいかに無知かを実感した。そして、こんな医師になりたいと心から思った。

熊本に戻り、恩師である済生会熊本病院・救急救命センター長 前原潤一先生へ相談したところ、私の考えを応援してくださった。その際にかけていただいた「人生は短いかもしれないが、医者人生は案外長いぞ。」という言葉は心に残っている。

そんな形で家族を巻き込み、沖縄の地にお世話になっている。2025年度は離島診療所での研修が控えており、最近では救急科 外間先生や地域医療科 神山先生をはじめとする離島診療所経験が豊富な先生方に、総合診療医として必要な社会・環境的、心理的なアプローチのレクチャーの機会を設けて頂いている。

これまで出会った目標とすべき先生方の背中を追いながら、“理想のジェネラリスト”を目指してこれからも精進させていただきます。

研修医だより

学 び

初期研修医 1年 竹内 彩郁薫

この原稿を書いているのは11月も半ば、あれほど強かった日差しも和らぎ、ここ沖縄にも冬の気配を感じる季節となりました。いつのまにか過ぎていった春、真っ青な空を満喫した夏も終わり、最近は薄暗い朝焼けに輝く星を見上げながら出勤する毎日です。4月から沖縄での生活を始めて以来、自然豊かで貴重な風景をたくさん目にしてきましたが、私にとっては朝夕の空の色もどこか特別に感じられて、そのせいか時折空を見上げることが息抜きのひとつになりました。

そんな風に全てが新鮮に映って見えるこの場所で研修を始めて、気づけばはや半年です。寄稿するにあたって院内雑誌のバックナンバーに目を通してみると、普段お世話になっている職員の方々のお話はどれも興味深いものでした。折角の機会なので、拙い文章ながら、私もこの半年間を振り返って感じたことを自由に綴ってみようと思います。

これまでの研修生活で忘れられない経験というものはいくつかありますが、一番最初まで遡ってみると、それは4月にERで当直業務にあっていたときのことでしょうか。人生2回目の当直真っ最中だった私は、慣れない業務と深夜の疲れで半ば投げやりな気持ちのなか、次に診察したのは発熱で受診した小さな女の子でした。症状は軽度で、上級医に指示をもらって帰宅の方針となりましたが、そのときのその子とお母さんとの会話を今でも覚えています。お母さんから、「先生に診察してもらった後でこの子が、『私も先生みたいなお医者さんになりたい。そのために勉強頑張る。』と言ってたんです。ありがとうございます。」と言われたのでした。思いがけない感謝の言葉に喜んだのもつかの間、私はひどく動揺してしまいました。その言葉で、自分が医師として働いていることを思い知ったからでした。そしてきっと私が不慣れな新人であることは分かっていたうえで、その親子にとっては1人の医師である

ことに変わりなかったにも関わらず、実際の私はというと、研修医始めたてであることを理由に“診察するふり”ばかりで医師らしいことは何一つできていなかったのです。感謝の言葉が逆にそんな自分の姿をはっきりと浮かび上がらせたと同時に、自分にも既に医師としての責任が生まれ始めているのを感じて、漠然とした恐怖心に包まれました。結局そのような考えが後ろめたさとなって、曖昧な『どういたしまして。』の言葉一つしか返せずじまいでした。自分が思い描いていたかっこいい医師のイメージと、その子が真っ直ぐに見つめる自分の実際の姿はあまりにもかけ離れていて、今でも心に残っている印象的な出来事になりました。

ERで救急対応をしていると、想像もしていないような試練や学びに日々遭遇するものです。そんな出来事から半年を経て、出来るようになったこともあれば、相変わらず出来ないことも多く、自分の考えをもって診療にあたらうとすれば検査や処方ひとつに悩み、手技に手間取り、患者からの質問にしどろもどろになります。そしてときに、自分の判断が原因で患者の容態を悪化させてしまうことすらあります。その後の適切な対処法も分からず、周りのスタッフが対応している横でただ祈りながら見守るしかないことも。自分の失敗に心折れて逃げ出したくなる瞬間が一度や二度ではありません。しかし、実際にそういった試練の先にいるのは患者であって、自分は目を背けられても患者は病気から逃げられないからこそ、失敗に打ちひしがれる暇もなく向き合い続けなければならないように思います。患者に希望を与えることもあれば、不利益や不安を与えることもある、私がしようとしているのはそんな仕事だったのかと、今更ながら気づかされます。

だからこそ私にとって、医師として患者と向き合うのは勇気のいることです。思えば4月の入職前、これからの研修生活を想像して、2年間でこんなことがで

きる医師になりたい！と様々な目標を立てたことを思い出しました。しかし現実はというと、そういった影響力の大きさを目の当たりにして、“医師になる”ことに怖気づいて一歩踏み出せないことが今もしばしばあります。“初期研修医”という肩書きはあれど、堂々と医師を名乗れるのはまだまだ先のことになりそうです。

そんなことを心に浮かべつつ、薄暗い星空の中明かりを灯し待ち構える病院へと向かう日々は続きます。少しでも早く、患者からの感謝の言葉を真正面から受け止められるようになりたいなと思います。

最後になりますが、困難を経験する中でも元気に毎日を乗り越えられているのは、共に奮闘し成長していく同期たちと、温かい指導をくださる院内中の職員皆様のおかげに他なりません。実力不足ではありますが、研修医皆で一丸となって、この病院の戦力となれるよう成長していきたいと思う次第です。まだまだご迷惑をおかけしますが、今後とも熱いご指導をどうぞよろしくお願いします。

研修医だより

後期研修を開始して

形成外科専攻医 林 櫻

形成外科専攻医 1年目の林櫻です。2024年3月に当院での2年間の初期研修を修了し、今年度より形成外科での専門研修がスタートしました。この度「研修医だより」執筆の機会を頂きましたので、当院での研修を選んだ経緯や初期研修医から後期研修医となり感じたこと、形成外科後期研修についてお話しさせていただきます。

【医師を志し沖縄県での研修を選んだ経緯】

私は東京出身で大学卒業までの20年以上を東京で過ごしました。医師である父を見て育つ中で、私は「医者にはなりたくない」と思っていました。高校卒業後、一度は都内の医学部に進学しましたが、その後退学し数年間は進路もやりたいことも定まらないまま過ごしていました。当時は「医者にだけはならない」と思っていたし、人間的にも尖っていたと思います。そんな私がなぜ現在医師として働いているのかというと、きっかけは自分自身が摂食障害になったことでした。ストレスからご飯が食べられなくなり、ご飯を食べないので気分が落ち込むことも増えました。エネルギー切れでいよいよ頑張ることができなくなり病院にかかったのですが、私を診てくださった先生がとても温かい先生で、一言に医者と言っても色んな医者があるんだなと感じたことを覚えています。元気になり過去の自分を振り返った時に「私も誰かを助ける仕事がしたい」と思い、勉強をして25歳の時に帝京大学医学部へ入学しました。医学部入学後はとにかく毎日真面目に授業に取り組み、植皮の講義をきっかけに形成外科に興味を持ちました。研修先について考え始めた時、父の沖縄での研修医時代の話聞き、形成外科専攻医プログラムの基幹病院でもある当院に興味を持ちました。その後見学や短期実習等でお世話になり、先生方やコメディカルの方々、患者さんが温かく、「粹にとらわれない」そんな雰囲気が好きで当院での研修を決めました。変わった経歴の優等生でもない私を採用してくれた前

研修管理委員長の利根川先生には今でも大変感謝しています。

【後期研修医となって感じたこと】

形成外科での後期研修が始まり、気付けば半年が過ぎました。手術、処置、病棟管理、外来、救急対応、学会発表など様々な出来事があり、改めて振り返っても一瞬のような半年間でした。当院は三次救急病院でもあり、外傷、感染症、虚血による組織壊死、熱傷など様々な疾患の患者が救急部門を受診します。また、形成外科は他診療科より難治性創傷などで相談を頂くことも多く、受け持ち患者数が0になることはありません。専攻医として働き始めて痛感したことは、「創傷を治すことは難しい」ということです。患者ごとに創傷や生まれつき持ったカタチは異なり、一つの創傷やカタチに対しての治療戦略は多様で絶対に決まった正解はない点が形成外科の奥深さであり難しさでもあると思います。この半年間、上級医の先生方からは、正解や前例がなくても試行錯誤しながら治療を行い、患者のための医療を実践し続けることの大変さと大切さを常に教えてきて頂いたと感じています。技術的にも未熟で出来る事は限られていますが、私も先生方と同じ姿勢で今後も診療に取り組んでいきたいです。

他にも、初期研修医として過ごした2年間とは様々なことが変わりました。上級医に指導を頂きながらではありますが、自分で判断し責任を持って診療にあたるようになり、担当患者も持つようになりました。患者さんが「ありがとう」と言ってくださったり、元気に退院していく姿を見ると、長時間の手術や大変な処置で疲れていても頑張ってた良かったと思います。この半年間、仕事がきつくて「向いてないのかも」と考えた瞬間は数えきれません。ですが、一緒に働く先生方やコメディカルの方々、患者さん、同期、後輩、様々な人達のおかげで、つらいときに「あと少し頑張ってみよう」と前を向くことができました。自分が形成外

科医に向いているか、どこまで頑張れるかは正直わかりませんが、決して自分の気持ちに蓋をせず、悩んだときには自分の気持ちと向き合いながら、後期研修を続けていけたらと思います。



実は、後期研修が始まってから現在も最も苦労していることは「後輩への指導」です。これまで指導を受ける立場だったので、専攻医として後輩を指導することに正直今も慣れません。形成外科は救急科から創傷

処置についてのコンサルトも多く、研修医と関わる機会が多くあるのですが、自分も出来ない事が未だ多くあるし、忙しい診療の中で余裕を持って指導・・・正直うまく出来ていないと思います。私が初期研修医だった時、指導して下さった専攻医の先生方はみんな優しくかったのですが、とても同じようには出来ないし、指導って難しいと日々実感しています。指導する側になり改めて「初期研修医の時どうしていたか、どう思っていたか」を考えるのですが、私は当時から創傷に興味があったので、一つの創傷に対して「この評価で合っているのか」悩んで処置をし、経過をみては答え合わせをしていたことを思い出します。救急当直は私にとって様々な創傷を診ることができる貴重な機会でした。わからないことも多く、時には形成外科の先生方をお願いして一緒に診て頂き、「この対応で良かったんだ」「次からはこうしてみよう」など自分なりに振り返りをしていました。「創傷はたくさん診た分だけわかるようになる」「処置は取り組んだ分だけ出来るようになる」ので、今後も後輩と関わる際にはそのことを伝えていきたいです。

【最後に】

執筆の機会を下さった研修管理委員長の土屋先生に、この場をお借りして御礼を申し上げます。医療者としても人間的にも未熟な面があり、今後も先生方やメディカルの方々に助けて頂くこともたくさんあると思いますが、温かく、時には厳しくご指導頂けましたら幸いです。



沖縄県立南部医療センター・こども医療センター 令和6年度採用卒後臨床研修医

【初期研修医】



青木 至人
 YUKIHITO AOKI
 信州大学
 SHINSHU UNIVERSITY



石川 晋太郎
 SHINTARO ISHIKAWA
 産業医科大学
 UNIVERSITY OF OCCUPATIONAL AND
 ENVIRONMENTAL HEALTHJAPAN



大城 一輝
 ITSUKI OSHIRO
 琉球大学
 UNIVERSITY OF THE RYUKYUS



垣田 一步
 IPPO KAKITA
 東京女子医科大学
 TOKYO WOMEN'S MEDICAL UNIVERSITY



下地 真梨子
 MARIKO SHIMOJI
 九州大学
 KYUSHU UNIVERSITY



鈴木 敦貴
 ATSUKI SUZUKI
 順天堂大学
 JUNTENDO UNIVERSITY



高橋 裕花
 YUKA TAKAHASHI
 琉球大学
 UNIVERSITY OF THE RYUKYUS



武井 碧
 MIDORI TAKEI
 獨協医科大学
 DOKKYO MEDICAL UNIVERSITY



竹内 彩郁薫
 SAYAKA TAKEUCHI
 徳島大学
 TOKUSHIMA UNIVERSITY



福田 佳那子
 KANAKO FUKUDA
 山口大学
 YAMAGUCHI UNIVERSITY



蓼島 瑞穂
 MIZUHO MINOSHIMA
 福井大学
 UNIVERSITY OF FUKUI



山城 ゆりか
 YURIKA YAMASHIRO
 琉球大学
 UNIVERSITY OF THE RYUKYUS



山田 昇太
 SHOTA YAMADA
 琉球大学
 UNIVERSITY OF THE RYUKYUS



山本 珠里
 JURI YAMAMOTO
 昭和大学
 SHOWA UNIVERSITY



栗國 ゆう子
 YUKI AWAKUNI
 コメニウス大学
 COMENIUS UNIVERSITY



金城 未来
 MIKI KINJO
 琉球大学
 UNIVERSITY OF THE RYUKYUS



村山 佳那恵
 KANAE MURAYAMA
 昭和大学
 SHOWA UNIVERSITY

【専攻医】



林 櫻
 SAKURA HAYASHI
 帝京大学
 TEIKYO UNIVERSITY
 形成外科



栗山 悠
 YU KURIYAMA
 琉球大学
 UNIVERSITY OF THE RYUKYUS
 外科



石坂 恵
 MEGUMI ISHIZAKA
 福井大学
 UNIVERSITY OF FUKUI
 救急科



長間 華衣
 HANAЕ NAGAMA
 琉球大学
 UNIVERSITY OF THE RYUKYUS
 救急科



東 大貴
 HIROTAKA HIGASHI
 京都大学
 KYOTO UNIVERSITY
 小児科



塚原 悠河
 HARUKA TSUKAHARA
 獨協医科大学
 DOKKYO MEDICAL UNIVERSITY
 小児科



上里 祥太
 SHOTA UEZATO
 聖マリアンナ医科大学
 St.MARIANNA UNIVERSITY
 SCHOOL OF MEDICINE
 小児科



郷間 丈滉
 TAKEHIRO GOMA
 獨協医科大学
 DOKKYO MEDICAL UNIVERSITY
 小児科



赤嶺 オリビア
 OLIVIA AKAMINE
 岡山大学
 OKAYAMA UNIVERSITY
 小児科



那須 寛生
 HIROO NASU
 琉球大学
 UNIVERSITY OF THE RYUKYUS
 小児科

診療所だより

阿嘉診療所便り

阿嘉診療所 嶺井 悠太

皆様、はじめまして。令和5年4月から阿嘉診療所に赴任しております嶺井 悠太と申します。私は、平成31年に自治医科大学を卒業し、沖縄県立中部病院プライマリ・ケアコース（島医者養成プログラム）にて初期研修及び後期研修を行い、現在専攻医4年目となります。大学時代より離島診療所への赴任を見据えてきましたが、阿嘉島が人生初の離島診療所赴任となり、病院に勤務していたときには遭遇しなかったようなことに追われながら、日々奮闘しているところになります。

カルテ以外の文章を書くことがとても久しぶりであり、何を書いたら良いのかわかりませんが、阿嘉島の紹介や離島診療所での生活について皆様にお話しできたらと思います。最後までお付き合い頂けるとうれしく思います。

〈阿嘉島の概要〉

阿嘉島は那覇市から西へ約40kmの海上に位置し、大小約20の島々からなる慶良間諸島の中にあります。同じ座間味村である座間味島から南西約3kmに位置しており、1998年6月に隣にある慶留間島との間に阿嘉大橋が完成し、慶留間島・外地島と一続きになっています。面積は3.80km²、海岸線長は12.3km、人口239人（令和5年9月時点）と小さな島です。

島へのアクセスは、那覇泊港からの航路のみでフェリーが片道1時間半程で1日1往復、高速船が片道50分～70分程で時期によって1日2-3往復就航しております。

慶良間諸島に位置しているため、海の透明度は非常に高く「慶良間ブルー」と呼ばれる世界有数の海を目当てに夏場は多くの観光客が来島され非常に賑わいますが、座間味島・渡嘉敷島と比べると人口も少なく、昔ながらの離島の面影を残している気がします。

島の主な産業は観光業（民宿やダイビング）となっており、島内に平地が少ないため、農業などは家庭菜

園レベルのものが多くなっています。

少し前までは、断水が発生することも多かったのですが、海水淡水化施設が建設されてからは、ほぼ断水の心配は無くなっております。

また、沖縄戦の際には最初に米国軍が上陸しており、当時の日本兵の指示で早くに白旗をあげ降伏したため、唯一集団自決なく終戦を迎えた島でもあります。



〈阿嘉島の医療体制・診療所の日常〉

阿嘉島には医療機関は阿嘉診療所しか無く、他には通所介護・訪問介護を手がける施設が1カ所あるのみになります。

阿嘉診療所は座間味村阿嘉地区のほぼ中心に位置しています。診療所隣には通所介護・訪問介護を手がける阿嘉偕生園が所在しており、医療・介護関係の施設はここに集約されています。診療所スタッフは事務員1名、看護師1名、医師1名の合計3名で運営しております。診療時間は平日の午前9時から午後5時まで、受付時間は午前9時から午前12時、午後2時から午後5時までとなっています。

診療の流れに関しては、診療所内で受付を行われた後に、看護師によるトリアージ、医師の診察となります。医師の診察後処方が必要な場合は、調剤を行い看護師と共にダブルチェックをして処方しております。その後、事務員が事務処理を行って精算をします。

また、島内に医師・看護師は1人ずつしか居ないため、急患発生時は通常診療は一時中断し、定期通院の患者様に待っていただくこともあります。

平日午後5時から翌日午前9時及び土日祝日に関しては時間外診療となりますが、島内で時間外診療希望の場合は全例消防指令センターに119番通報していただく形となっております。消防指令センターで主訴などの軽い病歴聴取が行われ、診療所医師の持つ医師携帯へと連絡が入ります。阿嘉島には医療機関が他に存在しないため、全例時間を調整して診察を行っております。

急ぎ精査加療が必要な場合は、日中は浦添総合病院が運営しているドクターヘリ、夜間に関しては自衛隊ヘリを要請して搬送を行いますが、天候不良で飛行できない場合や他の患者搬送を行っており、すぐ搬送できない事もしばしば生じてしまいます。

設備に関しては、レントゲン撮影装置、心電図、超音波装置、除細動器、光学顕微鏡、吸入器、吸引器、耳鏡、モニター、血液ガス測定器（エポック）、PT-INR測定器、簡易血糖測定器、遠心分離機、分包機、オートクレーブ、抗原検査キットなどがあります。病院とは異なり、CTやMRI、透視装置、婦人科用超音波装置などはありません。

島内に唯一の診療所であるため、小児から老人まで診療科の分け隔て無く、全ての疾患の初療を担ってお

りますが、専門的な治療が必要な場合などは適宜沖縄本島の病院へと紹介して精査加療をしていただいています。また、精神科疾患に関してはオリブ山病院より月に1回巡回診療をしていただいています。



〈島での暮らし〉

阿嘉島にある主な施設は診療所の他に幼小中学校、漁協、郵便局、商店、船着き場などがあります。村役場及び交番は隣の座間味島に所在するため、必要時は島を渡らないといけません。那覇での生活とは異なり、何かが必要となった時にすぐに手に入らないことは多いですが、その分島民で助け合って生活を行っています。また、阿嘉島・慶留間島合わせて人口は300人程度のため、ほぼ全員と顔見知りであり島を歩いているだけで良く声をかけられたり、野菜や料理などを頂いたりしながら、診療時間以外はノンビリとした時間を過ごしています。また、季節ごとの行事も様々あり、夏には住民主催で夏祭りなども開催しています。



〈最後に〉

以上簡単ではございますが、離島診療所で1年半ほど過ごした経験をご報告させていただきました。

まだまだ未熟なため、患者搬送・診療相談などでご迷惑をおかけすることも多いかと思いますが、これからもどうかよろしくお願いいたします。

随想・趣味

富士山

薬局長 徳嶺 恵子

新型コロナが流行する2年ほど前、飛行機の窓から見た冠雪した富士山頂噴火口の壮大な眺望に感動し、私は富士山に魅了され「富士山に登りたい」と思うようになった。その後コロナ禍の行動自粛や三密回避等の行動制限で、自由に出歩けない苛立ちから思いはますます募り、富士山は「死ぬまでに一度は登りたい山」になっていました。

コロナも落ち着き日常がもどってきたので、去年私は実行計画を立て準備万端の状態だった。なのに、出発直前に迷走台風の「台風6号」に行く手を阻まれ沖縄を脱出できず涙を飲みました。あまりの悔しさに「来年は絶対に登るぞ!」と強く心に誓いました。

そして今年、私は念願の富士山頂にたつことができました。登ったルートは、山梨側の吉田ルート。スケジュールは、8月1日那覇を出発し、その日に五合目出発点のあるスバルライン五合目に到着。そのままそこに宿泊して標高に体を慣らす。そして翌2日、午前8時に本八合目の山小屋をめざして出発。ゆっくり時間をかけて登り、本八合目の山小屋で1泊。3日は、夜中2時に山小屋を出発して頂上をめざす。頂上に着いたらご来光を見てその後お鉢巡り。それがすんだら、本八合目の山小屋で荷物をとって一気に五合目まで下山。五合目に着いたら、そこからバスで河口湖の温泉宿に行き、ゆっくり温泉につかって疲れを癒やして4日に家に帰る行程でした。

富士登山は感動の連続でした。これまでの富士山は、独立峰の美しい円錐形の外観を「眺めて感動する山」だったのが、今回登ってみたら登らなければ体験できないたくさんの感動に出会えたことで「登って感動する山」にもなりました。

そのいくつかの感動を紹介します。

「アーベントロート」

夕焼けが山肌に反射して山が赤く染まる現象。五合目で太陽が沈み始め西の空一体が夕日に真っ赤に照らされた時に、目の前に大きくそびえた富士山の斜面が真っ赤になっていて、思わず「えー、すごい!」と感嘆の声が出ました。「アルプスの少女ハイジ」でハイジがペーターに「山が燃えているわ!」と叫ぶ台詞のあのシーンの現象です。



「雲海」

富士山に限らず、標高の高いところから見下ろしたとき眼下一面に雲が広がって大海原のように見える現象。日本一の富士山で見られる雲海は、下界が見えないほど肉厚のものもあれば、うっすらとしたものもありました。登山中に苦しくなったとき、下界を見下ろして綺麗な雲海がみえたら深呼吸すると疲れが吹っ飛んで元気がわいてきました。

「ご来光」

ご存じ、山の頂上から見る「日の出」です。夜明け前に山頂について、寒い中で体を縮めてじっと日の出を待っていると、東の方の水平線がオレンジ色に輝いて一面の雲海が浮かび上がり水平線の真ん中から太陽がゆっくりと顔を出してくるとなんともしえない神秘的な雰囲気に包まれて、じっと同じ方向を眺めていた人

達の間からいっせいにざわめきと歓喜の声がこぼれます。ものすごい感動で、自分がこの場所に立ってご来光を拝めたことに感謝していました。



「影富士」

富士山のシルエットが雲海や下界の地表に浮かぶ現象。「影富士」は富士山の五合目以上に登らなければ見られない現象。私は日没と日の出の2回見ることができた。頂上についてご来光を拝んだ後、へろへろの状態でお鉢巡りしている最中に目に入ってきた影富士には、頂上制覇の達成感が倍増しました。



「薄明光線（はくめいこうせん）」

雲の切れ間から太陽の光が漏れて、光線が放射状に広がって見える現象。本八合目の山小屋で日没後に見えた薄明光線は、ちょうど浮かび上がった影富士のてっ

ぺんから光が放たれるという貴重な光景を体験できました。



「ヘッドランプの帯」

夜明け前、富士山の頂上を目指す人の登山道を照らすヘッドランプが、渋滞で富士山の斜面に帯を描いている現象。噂に聞く頂上付近の渋滞は入山規制で思ったほどでもなかったが、頂上付近から登山道を見下ろしたとき、七合目あたりから続く「ヘッドランプの帯」は美しかった。



念願の初富士登山は、お天気にとっても恵まれ日中は暑いくらいでした。その道のりはYouTube でみていたとおりで、五合目から六合目は楽々、六合目を過ぎると傾斜が急なジグザクの登山道になっていてなかなか七合目に着かない。「ハー、ハー」しながら着いた七合目付近はごつごつとした岩場になっていてそこから先はずっと岩場が続いた。七合目から本八合目までは一番遠くてきつかった。自分自身に「頑張れ！頑張れ！」と声をかけながら登っていった。前日からアセタゾラミドを服用していたが、本八合目に着いたときは腕がしびれ少し高山病(?)のような症状。夕飯もあまり食

べたくなかったが体力維持のために2/3は食した。仮眠を取る前に友人から渡された色々なサプリメントを飲んだが、この影響で眼がさえ山小屋の狭い個室の周りの音が気になって全く眠れなかった。でも山小屋から頂上までは、割と普通に登って行けた。お鉢巡りをしたあとに下山開始して本八合目の山小屋に戻ってきたときは空腹と睡眠不足でふらふらになっていた。山小屋で朝食を済ませ経口補水液を飲んで小形羊羹を1本食べたら元気になった。そこから一気に五合目に下っていった。八合目から六合目の下山道は固い岩盤の上に砂が積もった状態で、とても滑りやすかった。しかも砂埃が舞い上がるので鼻炎持ちの私は汗と鼻水まみれの状態でした。六合目から五合目は、もうすぐゴールといううれしい気持ちからなのか下から登ってくる登山者に「こんにちは、頑張ってください」と声をかけていた。

五合目のゲートに無事にゴールしたときは、疲れてはいたがものすごい充実感に満たされていた。早く温泉につかりビールで乾杯したくて、さっさとバスで河口湖の宿に向かった。そして、宿の露天風呂につかりながら富士山を眺め、「さっきまであそこを登っていたのだなあ」としみじみ思い返し感動に浸った。温泉からあがって、さあ打ち上げ。コップにビールをついで乾杯した。たった一口飲んだだけなのに、気持ちがふわっとよくなって、ちょっとベッドに横になったらそのまま朝まで爆睡していました。そして翌日、無事に帰宅の途につきました。

富士山にはなんともいえない不思議な魅力があります。

そして、富士山は「死ぬまでに一度は登りたい山」から「また登りたい山」になりました。



随想・趣味

サウナのすゝめ

初期研修医 2年 杉原 駿

こんにちは。いきなりですが、皆さんサウナは好きですか？僕は大好きです。唐突にサウナ愛を語ってしまいました。研修医2年目の杉原駿です。この度、院内雑誌の随想・趣味のページの募集があると知り、僕の愛してやまないサウナについて書いてみたいと思い、筆を取らせていただきました。院内雑誌というかしこまった場で、サウナに関して好き勝手語らせていただくのはいささか恐縮ですが、目を止めてくださった方は最後までお読みいただくと幸いです。

そもそもサウナとはどのようなものなのか。入ったことはなくても、皆さん一度は見たことがあると思います。入ったことがない人にとっては、重たい木の扉の奥に広がるサウナ室は、モワツとした熱気と汗だくの人に溢れた異様な空間と感ずるかもしれません。そしてその中に入っていくのは少し勇気がいることかもしれません。ましてや近年のサウナブームで何かかしこまった入り方があるのではないかと思ってしまうと、より入りにくくなるのではないのでしょうか。かくいう僕もそんな人間の一人でした。そんな僕がサウナに魅了されるようになったのは、学生時代にバイト先の友人といった旅行でのことでした。前日の飲み会でのお酒がやんわりと残った身体で思い切ってサウナの扉を開け、見様見真似で水風呂に入り、外のベンチに寝転がって見たところ、なんとも言えない感覚に襲われたのです。頭がポワポワして、自分自身がぐるぐると回っているような感覚があり、目を瞑ると天井が下がってくるような不思議な感覚に陥りました。なぜかわからないけどなんだか気持ちがよく、感覚が研ぎ澄まされ、言いようのない高揚感を抱えながら帰路に着いたのを覚えています。その日から僕はサウナの虜になりました。

今回は僕が虜になったサウナを、サウナを語る人たちがよく使う用語を織り交ぜながら解説したいと思い

ます。こんな言葉があるのだなあと思いながら、読んでいただけると幸いです。これを読んだらサウナの楽しみ方をきっとマスターしてサウナに行ってみたくなることでしょう。

では早速サウナの入り方を伝授していこうと思います。まずは勇気を持って重い扉を開けてみましょう。扉の近くにサウナマットが置いてあることが多いので、お尻の下に敷くと良いでしょう。なければタオルで代用しましょう。中に入り、どこに座るかを決めます。上の方が熱せられた蒸気が上がっていくため、暑く感じると思います。自分の体調に合わせて好みのところに座りましょう。時折、変な帽子を被っている人が目につくかもしれません。「サウナハット」です。サウナハットの効果は色々あります。まずは、高温多湿のサウナ室内で頭部を保護する役割です。頭皮を乾燥から守り、髪へのダメージを軽減する効果があります。また、熱がこもりやすい頭が暑くなつてのぼせてしまわないようにする効果もあります。これにより全身に均一に温熱効果を与えることができます。なくてももちろん楽しめますし、タオルを頭に巻くなどすることでも代用できるので問題ないです。個性あふれるサウナハットを眺めながら、テレビを見たり、考え事をしたりするうちに、徐々に身体中から汗が溢れてくると思います。

熱いなあと思っていると、サウナストーブの方からジュワーという良い音が聞こえてくることがあるかもしれません。これは「ロウリュ」と言って、サウナストーブの上で温められた石に水をかけることで、蒸気を発生させるものです。熱せられた蒸気がサウナ室を充滿することで、さらに体感温度を上げることができます。サウナによって、自動的に水がかけられる「オートロウリュ」のサウナと、自分で水をかけることができる「セルフロウリュ」のサウナがあります。

また、タオルやうちわを持った人たちがサウナ室内に入ってきて、サウナストーブに水をかけ始めることがあります。これは「アウフグース」と言って、「熱波師」と呼ばれる人がタオルやうちわを利用して熱風を発生させ、お客さんに熱風を送るサービスです。熱せられた蒸気を循環させて直接熱風を客に浴びせることで、体感温度をさらに上げる効果があります。それは一種のショーのようなもので、アウフグース終了時にはサウナ室内にどこか一体感が生まれます。熱波師としてのサービスを極めて生計を立てている人もおり、有名な熱波師の熱波を受けるためにサウナに行く人もいるほどです。

ロウリュやアウフグースを楽しみながらサウナを満喫していると、徐々に脈が早くなっていきキツいと感じてくるでしょう。普段の脈の2倍くらいとなったところでサウナ室から出るのが良いと言われています。多くの人は6～12分くらいで出ることが多いです。くれぐれも無理は禁物です。自分のタイミングで外に出ましょう。

サウナから出たら次は水風呂です。一番大事なことは、出てすぐに水風呂には入ってはいけないということです。汗びっしょりで水風呂に入ると間違いなく白目で見られます。シャワーなどで一度汗を流してから水風呂に入りましょう。最初は冷たすぎて身体がびっくりするかもしれませんが、足からゆっくり入り肩まで浸かりましょう。徐々に、身体に「羽衣（はごろも）」という膜ができ、冷たさを感じなくなっていきます。身体を動かすと羽衣が崩れ、再度冷たさを感じることもできるので、物足りなくなった人は自分で水の流れを作り羽衣を壊してみるのも良いでしょう。水風呂は1～2分くらい入ることが多いです。呼吸するときに入ってくる息が冷たいなど感じてきた頃が外に出る合図です。こちらも無理は禁物です。

水風呂から出たら身体の水を拭き取り外気浴に移ります。文字通り屋外に休憩スポットがあり外気を感じながら休憩できるサウナもありますが、屋外でなくても椅子に座ったり横になったりできるところに行き、とにかくリラックスすることが大切です。目を瞑りぼーっとしていると徐々に不思議な感覚に陥っていきま

す。ありのままの自分になり、身体を自然に託しましょう。時間はお任せですが、10～15分くらいが多いです。水分補給を忘れないようにしましょう。

このようにサウナ→水風呂→外気浴のセットを2～3セットほど繰り返すのがサウナの楽しみ方です。これを繰り返すことでいわゆる「ととのい」という境地に達することができます。自律神経が調節され、心身ともにリラックスされる状態が「ととのい」です。口で説明するのはなかなか難しいので実際に試しにやってみてください。きっとこれが「ととのい」なのかと感じることができると思います。

サウナの楽しみ方は出た後も続きます。サウナを出た後は身体が水分とミネラルを求めています。こんな時に飲むと良いのが「オロポ」です。オロナミンCとポカリスエットを混ぜてできるオロポは、サウナ後にピッタリの水分補給です。僕はサウナに行く前にオロナミンCとポカリスエットを買い、自分でオロポを用意します。サウナによってはオロポを販売していることもあるため飲んでみるのもおすすめです。また、サウナ後に食べる通称「サ飯」もサウナの楽しみの一つです。サウナに入り感覚が研ぎ澄まされている中で食べる食事はなんでも美味しいのですが、カレー、唐揚げ、生姜焼きなどの味が濃く、ガツンとくるものを身体は欲しているのでそのようなものを食べると良いでしょう。観光地などのサウナに行き、サ飯としてご当地グルメを食べるのもおすすめです。

ここまででサウナに関してだいぶ知識を得られたかなと思います。そろそろサウナに入りたくてきたところではないでしょうか。そんな皆さんに沖縄で入れるおすすめサウナを紹介したいと思います。そもそも沖縄はあまり浴槽に浸かる文化がないからかサウナは多くありません。また、外気浴も気温と湿度が高いせいであまり楽しめないことも多いです。しかし、最近そんな沖縄にもサウナブームが到来しており、サウナが増えています。

南部の人が最も行きやすいサウナは瀬長島ホテルの中にある「龍神の湯」でしょう。このサウナはサウナシュランという今行くべきサウナとして2019年にノ

ミネートされたこともあるサウナで、空港の近くという好立地にありながら本格的なアウトゲースが楽しめるサウナとなっています。一日に6回のアウトゲースを行っており、どの回も満員御礼で外に待ちが出るほどです。そして終了後には熱波師を称え拍手が巻き起こります。また、露天風呂には那覇空港を離発着する飛行機を眺めることができる立ち湯があり、夕方には海に沈んでいく夕日も眺めることもできます。サウナを出た後にはウミカジテラスで豊富な種類のサ飯を楽しむことができるのも良い点です。唯一の欠点は人気のあまり少し混みがちといったところくらいで、最も手軽に楽しめるサウナと言えるでしょう。



さらにサウナにはまってきたらおすすめなのが「亜熱帯サウナ」です。このサウナは名護にあり行くのは少し大変ですが、2023年のサウナシュランに選ばれており、おすすめのサウナです。亜熱帯サウナはその名の通りジャングルのような雰囲気サウナです。名護の森林の中にサウナが2つあり、外気浴用のベンチがあちこちに置かれています。自然を味わいながら整うことができるサウナであり、沖縄の自然と一体となれます。セルフウリュウが楽しめ、仲間内で仰ぎあうことで熱波師になりきることもできます。真夏は少し暑いので、夕方から夜に行くことがおすすめです。また、夏は虫が多いのが少し欠点かもしれません。サウナを楽しんだ帰りはサ飯として名護周辺のお店でサ飯を食べると良いでしょう。気持ち良すぎて帰りの高速道路で事故らないように気をつけましょう。



このほかにも沖縄のサウナはすごくたくさん増えています。また、内地にはもっとたくさんのサウナがあります。僕は「サ活」と称して、たくさんのサウナに入ってきました。全国各地の有名なサウナに入ることを目的に旅の行き先を決めることも多いです。今後は海外などのサウナにも挑戦して行きたいと思っています。

この文章をここまで読んでくださった方は、すでにだいぶサウナの虜になってきたのではないのでしょうか。ぜひ勤務後にでもサウナに行っていきたいです。サウナに入り身体を落ち着かせ、色々なことを考えると心も体も落ち着いていきます。そして仕事にも良い影響を及ぼすこと間違いありません。これを読んでサウナに興味を持ち、一人でも多くの方がサウナに入るようになればこれほど嬉しいことはありません。また、すでにサウナ好きの方からの共感コメントも楽しみにしています。最後まで読んでくださりありがとうございました。

令和5年度学会発表および講演・誌上発表(2023.4-2024.3)

【消化器内科】

学会発表および講演

No.	演題	演者	学会	日時・場所
1	カプセル内視鏡と小腸内視鏡で疑い、消化管穿孔前に外科的切除し診断できたⅡ型腸管症型関連T細胞リンパ腫	林 成峰、大城 武春、當間 智	第17回 日本カプセル内視鏡学会 学術集会	2024.2.11 沖縄

【循環器内科】

学会発表および講演

No.	演題	演者	学会	日時・場所
1	ニフェカレントが有効であったブルガタ症候群における難治性単形性心室頻拍の一例	田場 洋二、谷 道人、勝連 朝史、 榎田 徹、平良 良集、伊東 風童、 大城 克彦、宮良 高史、當真 隆	第135回 日本循環器学会九州地方会	2023.12.2 福岡
2	補助循環用ポンプカテーテル使用時における当院でのヘパリン投与量の検討	勝連 朝史、大城 克彦、當真 隆、 田場 洋二、宮良 高史、平良 良秀、 榎田 徹	第134回 日本循環器学会九州地方会	2023.6.24 熊本

【リウマチ膠原病科】

学会発表および講演

No.	演題	演者	学会	日時・場所
1	当院における関節リウマチに合併した医原性免疫不全関連リンパ増殖性疾患の13例	橋本 頼和、中西 研輔	第67回 日本リウマチ学会総会	2023.4.23-26 福岡
2	亜鉛製剤の長期使用による銅欠乏が、好中球減少性腸炎の原因となったと考えられる一例	前田 妃奈、山田 祥仁、橋本 頼和、 比嘉 慧、近藤 和伸、中西 研輔、 諸見里 拓宏、古谷 尚大、中里 哲郎	第343回 内科学会九州地方会	2023.11.26 長崎
3	血液透析を要したレプトスピラ症	円光 美也子、喜瀬 杏奈、上原 裕子、 近藤 和伸、橋本 頼和、諸見里 拓宏、 釣井 彩香、山城 啓太、後藤 法広、 外間 亮、高江洲 怜、新里 盛朗、 大田 大樹	第53回 腎臓学会西部学術大会	2023.10.7-8 岡山
4	Factors associated with circuit lifespan of continuous renal replacement therapy(CRRT)	橋本 頼和、諸見里 拓宏	第60回 欧州腎臓学会 (60th ERA Congress)	2023.6.15-18 ミラノ (オンライン)

【腎臓内科】

学会発表および講演

No.	演題	演者	学会	日時・場所
1	Impact of the Covid19 pandemic on the well-being of patient with chronic kidney disease	諸見里 拓宏、橋本 頼和	第60回 欧州腎臓学会 (60th ERA Congress)	2023.6.15-18 ミラノ (オンライン)
2	Factors associated with the circuit lifespan of continuous kidney replacement therapy (CKRT)	橋本 頼和、諸見里 拓宏	第60回 欧州腎臓学会 (60th ERA Congress)	2023.6.15-18 ミラノ (オンライン)
3	維持血液透析患者における長期体重変化と総死亡率リスク上昇の関連性のメカニズムの検討	諸見里 拓宏	第41回 沖縄県人工透析研究会	2024.3.17 沖縄

【腎臓内科】

誌上発表

No.	標題	著者	掲載誌
1	【-疾患別】イルネスクリプト”で学ぶ-「腹痛診療」を磨き上げる22症例】症例集高齢者×腹痛S状結腸軸捻転症	近藤 和伸 仲里 信彦	総合診療. 33(5): p560-561, 医学書院, 2023.
2	Efficacy of Pharmacotherapy for Seasonal Influenza in Young and Middle-aged Adults: A Systematic Review and Network Meta-analysis.	Hanaki N, Sakaniwa R, Moromizato T, Miyata J, Ishimura K, Noguchi M, Iso H.	Internal medicine. 18: The Japanese Society of Internal Medicine, 63(21), p2913-2922, 2024.
3	Cancer Survey of Chronic Dialysis Patients: A Multicenter Questionnaire-based Study in Okinawa, Japan	諸見里 拓宏	日本透析医学会雑誌 56(11): p411-419, 日本透析医学会, 2023.
4	Pre-Extubation Cuffed Tube Leak Test and Subsequent Post-Extubation Laryngeal Edema: Prospective, Single-Center Evaluation of PICU Patients	Kanno K, Fujiwara N, Moromizato T, Fujii S, Ami Y, Tokushige A, Ueda S.	Pediatric Critical Care Medicine. 24(9): p767-774 Lippincott Williams & Wilkins, 2023.
5	Intravenous methylprednisolone pulse therapy and the risk of in-hospital mortality among acute COVID-19 patients: Nationwide clinical cohort study	Moromizato T, Sakaniwa R, Tokuda Y, Taniguchi K, Shibuya K.	Critical Care. 27(1): p53, Current Science Ltd, 2023.

【神経内科】

学会発表および講演

No.	演題	演者	学会	日時・場所
1	Neuro-COVIDの中枢性GABA受容体機能イメージングを用いた病態評価	福山 芽祝、照屋 翔二郎、山城 貴之、渡慶次 裕也、仲地 耕、神里 尚美	サファイナミド Specialty meeting -3rd-	2023.9.22 沖縄
2	Video-based analyses of Parkinson's disease diurnal variation.	照屋 翔二郎、福山 芽祝、山城 貴之、仲地 耕、林 成峰、神里 尚美	沖縄県 Advanced-PD Conference -5th-	2023.9.8 沖縄
3	病理解剖でTDP-43 proteinopathyを伴う急速進行性の大脳皮質基底核変性症の若年例	石澤 熙、照屋 翔二郎、渡慶次 裕也、仲地 耕、神里 尚美	内科学会 第343回 九州地方会	2023.11.26 長崎

No.	演題	演者	学会	日時・場所
4	Carotid web が原因と考えられた塞栓源不明脳塞栓症の1例	富浜 真美子、山城 貴之、福山 芽祝、 照屋 翔二郎、仲地 耕、友寄 龍太、 竹下 朝規、長嶺 知明、神里 尚美	第135回 沖縄県医師会医学学会総会	2023.12.10 沖縄
5	重症筋無力症の長期治療効果とFcRn抗体投与例の検討	照屋 翔二郎、福山 芽祝、山城 貴之、 仲地 耕、神里 尚美	gMG FcRn Forum in Okinawa -1st-	2024.2.9 沖縄
6	再燃性PRES-How control the cerebrovascular autoregulation?-	山城 貴之、照屋 翔二郎、福山 芽祝、 仲地 耕、神里 尚美	沖縄県神経免疫講演会 -12th-	2024.2.22 沖縄
7	緩徐進行性の孤発性痙攣性麻痺の一例	福山 芽祝、照屋 翔二郎、山城 貴之、 仲地 耕、神里 尚美	痙攣治療Specialty Meeting in Okinawa -2nd-	2024.3.15 沖縄
8	遺伝性出血性末梢血管拡張症の薬物治療: Case series of HHT treated with benzene-sulfonamide-based derivatives, Zonisamide.	神里 尚美、仲地 耕、長谷川 昌宏	カテコロールアミンと神経疾患研究会 2023	2023.5.19 東京
9	Istradefylline therapy for PD plus dystonia.	Naomi Kanzato, MD. PhD; Koh Nakachi, MD; Yuya Tokeshi, MD; Kouhei Tamachi, MD; Satsuki Mochizuki, PhD.	第65回日本神経学会総会学術大会	2023.5.30 千葉
10	Dystonia and Parkinson's disease: What is the relationship?	Naomi Kanzato, MD. PhD	Happy Face Seminar West Japan	2023.6.10 (web開催)
11	神経型ゴースト病, Treatable inherited rare movement disorders live into adulthood.	Naomi Kanzato, MD. PhD	ゴースト病セミナー2023. 診断×治療×ガイドライン	2023.6.10 (web開催)
12	Istradefylline therapy for dystonia in Parkinson's disease.	Naomi Kanzato, MD. PhD; Koh Nakachi, MD; Yuya Tokeshi, MD; Kouhei Tamachi, MD; Syojiro Teruya, MD; Takayuki Yamashiro MD; Mei Fukuyana, MD; Satsuki Mochizuki, PhD.	MDS 2023-Copenhagen	2023.8 Copenhagen-Denmark
13	パーキンソン病のGPCR標的薬; Parkinson's disease GPCRergic pharmacotherapy, reviews so far.	Naomi Kanzato, MD. PhD	パーキンソン病-神経科学カンファレンス -series4th-	2024.1.7 沖縄
14	パーキンソン病研究の歴史から紐解かれた学び; Parkinson's disease reseach with scientific coupling.	Naomi Kanzato, MD. PhD	沖縄県 パーキンソン病講演会 -10th the final episode-	2023.12.1 沖縄

【神経内科】
誌上発表

No.	演題	著者	掲載誌
1	パーキンソン病とエネルギー代謝	神里 尚美	脳神経内科. 100(4): p346-354, 科学評論社, 2024.

【感染症内科】

学会発表および講演

No.	演題	演者	学会	日時・場所
1	Clinical Reasoning Physical Diagnosis	成田雅	白河厚生病院 研修医レクチャー	2023.12.9 福島
2	「11月熱」を見逃すな！ つつが虫病の多彩な臨床像について	成田雅	福島県立宮下病院 院内講義	2023.10.23 福島
3	ケースカンファレンス「糞線虫症に伴う培養陰性化膿性髄膜炎」抗インフルエンザ薬の使用2-23-24	成田雅	JAMEP 総合診療スキルアップセミナー	2024.1.28 オンライン講義

【感染症内科】

誌上発表

No.	標題	著者	掲載誌
1	髄膜炎や敗血症から糞線虫症 見えないものを如何に見出すか？	成田 雅	救急医学. 48(3): p305-310, へるす出版, 2024.
2	破傷風	成田 雅	今日の治療指針. 医学書院, 2023.

【地域医療科】

学会発表および講演

No.	演題	演者	学会	日時・場所
1	「地域医療科」を立ち上げ離島診療所からの紹介患者に対応する活動報告	神山 佳之	第61回 全国自治体病院学会	2023.9.1 北海道
2	緩和ケア概論	神山 佳之	沖縄県立南部医療センター・こども医療センター 院内講義	2023.9.13 院内
3	訪問診療のフィールドでも継続した医科歯科連携を	神山 佳之	第34回 西日本臨赤小児口腔外科学会総会・学術大会	2023.10.14 院内
4	沖縄の離島医療	山城 啓太		2023.10.13 京都府立医科大学
5	沖縄の離島医療	山城 啓太		2024.2.22 那覇看護学校

【外科】

学会発表および講演

No.	演題	演者	学会	日時・場所
1	腫瘍出血で救急外来しアルギン酸塩、IVR、モーズ軟膏と集学的療法にて完全奏功を得たステージIV乳癌の一例	上田 真	日本乳癌検診学会学術集会ポスター発表	2023.11.21-22 福岡
2	ステージIV炎症性乳癌の患者に対して化学療法後局所照射とフルベストラントにて長期CRが続いている1例	上田 真	第21回 日本乳癌学会九州地方会	2023.9.30 福岡
3	solidpapillarycarcinomaを伴ったencapsulatedpapillarycarcinomaの一例: 乳癌エコーについて	上田 真	日本超音波医学会第33回九州地方会学術集会口演(座長)	2023.10.8 福岡

【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	The Midterm Outcome of Thoracoabdominal Aortic Aneurysm	Abe N, Oyama N, Fujii T, Yamazato T, Munakata H	第51回 日本血管外科学会学術総会	2023.6.1 東京
2	手術低侵襲化におけるSutureless valveの初期導入成績と課題	阿部 隆之、大山 詔子、藤井 孝之、山里 隆浩、宗像 宏	第134回 沖縄県医学会総会	2023.6.11 沖縄
3	手術低侵襲化におけるSutureless valveの初期導入成績と課題	阿部 隆之、大山 詔子、藤井 孝之、山里 隆浩、宗像 宏	第7回 日本低侵襲心臓手術学会学術集会	2023.7.1 大阪
4	The midterm outcome of non-TAR for acute type A aortic dissection	Abe N, Oyama N, Fujii T, Yamazato T, Munakata H	第76回 日本胸部外科学会定期学術集会	2023.10.19 仙台
5	狭小弁輪に対する外科的大動脈弁置換術の成績	阿部 隆之、大山 詔子、藤井 孝之、山里 隆浩、宗像 宏	第54回 日本心臓血管外科学会学術総会	2024.2.24 浜松

【小児心臓血管外科】
学会発表および講演

No.	演題	演者	学会	日時・場所
1	右室低形成のUnbalanced AVSDに対する手術経験	中村 真	第59回 日本小児循環器学会総会・学術集会	2023.7.7 神奈川
2	機能的単心室を有するHeterotaxyにおける弁介入の成績	中村 真	第54回 日本心臓血管外科学会学術総会	2024.2.22 静岡
3	成人期に完全型房室中隔欠損症に対して人工弁輪を用いた初回手術を行った一例	西岡 雅彦	第25回 日本成人先天性心疾患学会総会・学術集会	2024.1.8 東京

【小児心臓血管外科】
誌上発表

No.	標題	著者	掲載誌
1	Arterial Switch Operation for Complete Levotransposition of the Great Arteries.	Makoto Nakamura, Masahiko Nishioka	Annals of Thoracic Surgery Short Reports. 1(3): p458-459, Elsevier, 2023.

【整形外科・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	脳性麻痺児の治療 up to date 整形外科医の視点から	金城 健	第59回 日本周産期・新生児医学会学術集会	2023.7.10 名古屋
2	Graf法によるタイプ分類入門編 Graf分類の基礎と超音波機器の操作法	金城 健	第86回 乳児股関節エコーセミナー	2023.7.15 青森
3	Graf法によるタイプ分類と計測法	金城 健、藤原 憲太	第86回 乳児股関節エコーセミナー	2023.7.15 青森
4	小児脳性麻痺児の歩行改善目的の痙縮治療戦略-選択的後根切断術の役割-	金城 健	第6回 愛知県三河青い鳥臨床歩行分析研修会	2023.8.19 愛知

No.	演題	演者	学会	日時・場所
5	乳児・幼児股関節工コ어의現状と展望	金城 健	日本小児整形外科学会 第30回研修会	2023.8.27 横浜
6	シンポジウム「小児整形外科工コ어의現状と展望」 乳児・幼児股関節工コ어의現状と展望	金城 健	日本小児整形外科学会 第30回研修会	2023.8.27 横浜
7	小児脳性麻痺痙縮治療戦略におけるSDRの役割	金城 健	岡山大学 院内講演会	2023.9.5 岡山
8	小児脳性麻痺痙縮治療戦略と多職種連携の重要性	金城 健	千葉県千葉リハビリテーションセンター 院内講演会	2023.9.22 千葉
9	小児脳性麻痺痙縮治療総論沖縄での多職種連携の重要性	金城 健	第4回 千葉県こどものリハビリ 多職種勉強会	2023.9.23 千葉
10	Spasticity Treatment Strategies for Pediatric Cerebral Palsy	金城 健	The59th Chilean Congress of Orthopedics and Traumatology of SCHOT	2023.10.27 Puerto Varas, Chile
11	小児脳性麻痺痙縮治療戦略におけるITB療法の役割	金城 健	小児痙縮の治療選択を考える WEBセミナー	2023.11.25 横浜 (WEB)
12	小児脳性麻痺痙縮治療戦略におけるITB療法とSDRの役割	金城 健	岡山痙縮セミナー 治療webセミナー	2023.12.1 岡山
13	小児脳性麻痺痙縮治療戦略におけるITB療法とSDRの役割 -多職種連携の重要性-	金城 健	第3回 脳性麻痺フォーラム	2023.12.10 仙台
14	脳性麻痺に対する痙縮治療ってなに？	金城 健	旭川 治療育・医療センター 院内講演会	2024.1.17 岡山
15	小児脳性麻痺痙縮治療戦略におけるITB療法の位置づけ	金城 健	東海痙縮カンファランス	2024.1.20 名古屋
16	Graf法によるタイプ分類入門編 Graf分類の基礎と 超音波機器の操作法	金城 健	第87回 乳児股関節工コ어セミナー	2024.1.27 岡山
17	Graf法による計測法・画像実習	金城 健	第87回 乳児股関節工コ어セミナー	2024.1.28 岡山
18	小児脳性麻痺痙縮治療戦略におけるITB療法の役割	金城 健	信州小児痙縮治療セミナー	2024.2.13 長野
19	FLS導入後、当院における大腿骨近位部骨折術後の 二次骨折についての検討	安水 眞惟子	第145回 西日本整形・災害外科学会 学術集会	2023.6.3-4 福岡
20	ダウン症候群に伴う環軸椎不安定症に対して 環軸椎後方固定術を行った2例	安水 眞惟子	第145回 西日本整形・災害外科学会 学術集会	2023.6.3-4 福岡
21	若年女性の多発長管骨骨折術後に意識障害を 伴う脂肪塞栓症候群をきたした1例	安水 眞惟子	第146回 西日本整形・災害外科学会 学術集会	2023.11.3-4 沖縄
22	急性期環軸椎回旋位固定に対する「おうちでゴロゴロ療法」	我謝 猛次	第97回 西日本脊椎研究会	2023.6.2 福岡
23	グリーン牽引を行った環軸椎回旋位固定の検討	我謝 猛次	第52回 日本脊椎髄病学会	2023.4.13 札幌
24	頸椎固定術後重症感染に対して持続抗菌薬投与法で 治癒した1例	我謝 猛次	第38回 琉球脊椎カンファレンス	2023.9.26 WEB
25	神経線維腫症 I 型に合併した脚長不等に対する 成長抑制治療の1例	上里 涼子	第34回 日本小児整形外科学会 学術集会	2023.11.23 神戸
26	The incidence of lumbar spondylolysis in children with cerebral palsy	金城 純人	第41回 欧州小児整形外科学会学術 集会(41st EPOS Annual Meeting)	2023.3.29-4.1 ポーランド
27	脳性麻痺児における腰椎分離症発生の検討	金城 純人	第96回 日本整形外科学会学術集会	2023.5.11-5.14 横浜

No.	演題	演者	学会	日時・場所
28	寛骨臼骨折前柱骨折に対しLateral Compressor(LC)-2 screwを用いて骨接合術を行ったが整復不良であった2例の検討	渡嘉敷 卓也	第26回 救急整形外傷シンポジウム	2024.2.9 沖縄

【整形外科・小児整形外科】

誌上発表

No.	標題	著者	掲載誌
1	【小児骨折-見逃さないために-】 下大腿骨遠位部骨折(解説)	金城 健	関節外科. 42(4月増刊号): p151-154, メジカルビュー社, 2023.
2	Developing an Educational Program for Ultrasound Hip Screening during Newborn and Infant Home Visits: A Protocol Paper	Kyoko Yoshioka-Maeda, Chikako Honda, Hiroshige Matsumoto, Takeshi Kinjo, Kenta Fujiwara, and Kiyoshi Aoki	Nursing reports. 14(1): p140-147, 2024, PAGE Press, 2024.
3	骨折リエンサンサービス導入後の当院における 大腿骨近位部骨折術後の二次骨折についての検討	安水 眞惟子	整形外科と災害外科. 73(2): p202-205, 西日本整形・災害外科学会, 2024.
4	ダウン症候群に伴う環軸椎不安定症に対して 環軸椎後方固定術を行った2例	安水 眞惟子	整形外科と災害外科. 73(1): p84-91 西日本整形・災害外科学会, 2024.
5	【小児の四肢をいかに診るか-よくわかる,先天性障害・外傷 の診察と治療の進め方】母指多指症・合指症	上里 涼子	臨床整形外科. 58(8): p981-987 医学書院, 2023.
6	【小児骨折-見逃さないために-】上肢上腕骨内側上顆骨折 (解説)	上里 涼子	関節外科. 42(4月増刊号): p73-79, メジカルビュー社, 2023.
7	痙直型脳性麻痺児における腰椎分離症発生の検討	金城 純人	日本小児整形外科学会雑誌. 32(2): p145-147, 日本小児整形外科学会, 2023.

【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	キアリ奇形1型を合併した多発性頭蓋縫合早期癒合症と 診断され延髄圧迫症状が進行し、準緊急で頭蓋骨形成術を 行った1症例	長嶺 知明、藤井 裕太郎、友寄 龍太、 下里 倫、竹下 朝規	第40回 日本こども病院神経外科医学会	2023.11.3-4 愛知
2	医師の働き方改革推進セミナー-急性期脳卒中診療を 考える-Closing Remarks	長嶺 知明	医師の働き方改革推進セミナー	2023.10.20 沖縄
3	当院での脳動脈瘤に対する血管内治療での術中破裂の 検討	竹下 朝規	第47回 日本脳卒中学会学術集会	2022.3.17-3.19 大阪
4	三側性網膜芽細胞腫の1例	竹下 朝規	第28回 日本脳腫瘍の外科学会	2023.9.29 長崎
5	当院におけるエンドセリン受容体拮抗薬クラゾゼンナトリ ウムの初期使用経験	竹下 朝規	第82回 日本脳神経外科学会 学術総会	2023.10.25-27 横浜
6	破裂脳動脈瘤に対する二期的なFlow Diverter治療の検討	竹下 朝規	第39回 日本脳神経血管内治療学会	2023.11.24 京都
7	三側性網膜芽細胞腫の1例	竹下 朝規	第44回 長崎脳神経外科研究会	2023.6.18 長崎
8	当院のPipelineの治療成績	竹下 朝規	2nd Kyushu Pipeline User's Seminar	2023.4.11 福岡 (web配信)

No.	演題	演者	学会	日時・場所
9	前交通動脈瘤再発例	竹下 朝規	Okinawa NeuroIntervention Conference(ONIC)	2023.4.14 沖縄
10	脳卒中診療の現状とこれから - 当院の脳卒中センターでの取り組み-	竹下 朝規	ARNI 高血圧 web symposium -脳卒中における血圧管理 up to date-	2023.7.18 沖縄
11	当院におけるエンドセリン受容体拮抗薬クラゾセンタンナトリウムの初期使用経験	竹下 朝規	沖縄SAHネットワーク	2023.10.6 沖縄
12	当院におけるエンドセリン受容体拮抗薬クラゾセンタンナトリウムの初期使用経験	竹下 朝規	九州脳神経外科SAHネットワーク	2023.12.8 福岡
13	線維筋性異形成を合併していると考えられた若年女性の左M1閉塞に対して血栓回収術を行った1症例	藤井 裕太郎	第146回 日本脳神経外科学会九州支部会	2024.3.2 福岡
14	私が考えるAIS治療	友寄 龍太	第2回 脳血管内治療若手研究会セミナー	2024.2.17 沖縄
15	MeVoの当院の治療3例	友寄 龍太	Okinawa NeuroIntervention Conference(ONIC)	2023.07.21 沖縄
16	REACT誘導の工夫	友寄 龍太	4th Kyushu AIS User's Seminar	2023.12.1 沖縄
17	対側の内頸動脈から分岐したinfraoptic course of anterior cerebral arteryに生じた脳動静脈奇形の一例	友寄 龍太	第39回 日本脳血管内治療学会学術総会	2023.11.23-25 京都

【脳神経外科】

誌上発表

No.	標題	著者	掲載誌
1	リウマチ性髄膜炎と診断・治療を行った1症例	長嶋 孝昭、輪島 大介、下里 倫、竹下 朝規、長嶺 知明	沖縄県立南部医療センター・こども医療センター雑誌, 16(1): p8-12, 2023.
2	母血管近位部狭窄を認めた破裂脳底動脈瘤の1例	輪島 大介、長嶋 孝昭、合田 敏章、下里 倫、竹下 朝規、長嶺 知明	沖縄県立南部医療センター・こども医療センター雑誌, 16(1): p13-16, 2023.

【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	Single-splint法を使用した上下顎移動術におけるS字型 Le Fort I型骨切り術	石田 有宏、西関 修、フィッツジェラルド 愛子	第66回 日本形成外科学会総会・学術集会	2023.4.26-4.28 長崎
2	口蓋裂症例に対する顎矯正手術 Orthognathic Surgery for Cleft Palate Patients	石田 有宏、フィッツジェラルド 愛子、比嘉 勉、天願 俊泉	第47回 日本口蓋裂学会総会・学術集会	2023.5.25-26 東京
3	顎矯正手術における single-splint 法の有用性 Usefulness of Single-splint Technique in Orthognathic Surgery	石田 有宏、比嘉 努、天願 俊泉、仲宗根 康成	第33回 日本顎変形症学会学術大会	2023.6.8 東京
4	顎変形症症例に対する形成外科、歯科口腔外科、矯正歯科の協働体制について	石田 有宏	第79回 沖縄形成外科研究会	2023.7.1 浦添
5	顎矯正手術における形成外科、歯科口腔外科、矯正歯科の共同診療体制	石田 有宏、西関 修、フィッツジェラルド 愛子	第41回 日本顎蓋顎顔面外科学会学術集会	2023.11.9-10 淡路

No.	演題	演者	学会	日時・場所
6	当院での顎矯正手術における形成外科、歯科口腔外科、矯正歯科の共同診療体制について	石田 有宏	第80回 沖縄形成外科研究会	2023.12.16 浦添
7	ガイドライン委員会企画ミニレクチャー「診療ガイドライン作成に求められる文献検索-システムレビュー(SR)の基本概念とPubMedにおけるMeSH活用法-」	西関 修	第66回 日本形成外科学会総会・学術集会	2023.4.26-4.28 長崎
8	シンポジウム5 形成外科医の育成-デキる指導医への道-「テクニクとテクノロジーのはざままで考えること」	西関 修	第66回 日本形成外科学会総会・学術集会	2023.4.26-4.28 長崎
9	小児医療における意思決定の周辺-唇裂口蓋裂をはじめとした顎顔面領域での考察-	西関 修	第34回 西日本臨床小児口腔外科学会総会・学術大会	2023.10.14 南風原
10	前頭鼻異形成症の1例:眼窩解離に対する眼窩骨切り術後の骨格のリモデリングと顔貌の変化	西関 修	第41回 日本頭蓋顎顔面外科学会学術集会	2023.11.9-10 淡路
11	「10分でALT」: 前外側大腿皮弁ペーパーモデルの考案	西関 修	第50回 日本マイクログサージャリー学会学術集会	2023.12.7-8 名古屋
12	前頭鼻異形成症の1例:眼窩解離に対する眼窩骨切り術後の骨格のリモデリングと顔貌の変化	西関 修	第80回 沖縄形成外科研究会	2023.12.16 浦添
13	minimal invasive,scarlessな眼窩内腫瘍へのアプローチ: Krönleinのlateral orbitotomyをアレンジして	フィッツジェラルド 愛子、石田 有宏、江村 堂、西関 修、神谷 里奈	第66回 日本形成外科学会総会・学術集会	2023.4.26-4.28 長崎
14	両側唇裂の初手術について: Fisher法デザインの工夫	フィッツジェラルド 愛子、石田 有宏	第121回 九州・沖縄形成外科学会学術集会	2023.10.28 宮崎
15	幼児期に急激に進行する小脳扁桃ヘルニアの症状にて診断され、緊急手術に至った頭蓋骨縫合早期癒合症の一例	フィッツジェラルド 愛子、西関 修	第41回 日本頭蓋顎顔面外科学会学術集会	2023.11.9-10 淡路
16	眼窩壁ペーパーモデルを用いた、眼窩骨折の術前シミュレーションの有用性	江村 堂、西関 修、神谷 里奈、フィッツジェラルド 愛子	第66回 日本形成外科学会総会・学術集会	2023.4.26-4.28 長崎
17	薬剤血管外漏出により組織壊死を来した小児の3例-当院におけるインシデント報告例と初期対応からの検討-	神谷 里奈、江村 堂、西関 修、フィッツジェラルド 愛子	第66回 日本形成外科学会総会・学術集会	2023.4.26-4.28 長崎
18	乳児血管腫に対するプロプラノロール治療を気管支喘息発症で中断後に、再増殖を来した一例	神谷 里奈、西関 修、フィッツジェラルド 愛子、朝倉 俊介、今井 嘉瑛	第19回 日本血管腫血管奇形学会学術集会	2023.9.7-8 名古屋

【形成外科】

誌上発表

No.	演題	著者	掲載誌
1	沖縄県医師会報 生涯教育コーナー『小児形成外科診療における意思決定のあり方』-インフォームド・アセントからSDM (shared decision making)まで-	西関 修	沖繩医報. 59(5): p840-844, 沖縄県医師会, 2023.

No.	演題	演者	学会	日時・場所
6	脊髄髄膜瘤、当院の現状と課題	奥聡、屋比久彩、喜舎場千裕、兼村朱里、金嶺ちひろ、屋良奈七、土井生子、中野裕子、泉有紀、山下薫、砂川空広、長井裕、佐久本薫	第20回 胎児治療学会	2024.1.12-13 東京
7	当院で経験した臍帯動脈瘤の2例	喜舎場千裕、吉川和泉、屋比久彩、奥聡、兼村朱里、金嶺ちひろ、屋良奈七、小崎三鶴、土井生子、中野裕子、泉有紀、山下薫、砂川空広、長井裕、佐久本薫	第57回 沖縄産科婦人科学会学術集会	2024.3.16 南風原
8	当院での前置胎盤の検討	中野裕子、吉川和泉、屋比久彩、喜舎場千裕、奥聡、兼村朱里、金嶺ちひろ、屋良奈七、小崎三鶴、土井生子、泉有紀、山下薫、砂川空広、長井裕、佐久本薫	第57回 沖縄産科婦人科学会学術集会	2024.3.16 南風原

【産婦人科】
誌上発表

No.	標題	著者	掲載誌
1	当院における一絨毛膜一羊膜双胎の検討	土井生子、池端舞子、屋比久彩、喜舎場千裕、奥聡、兼村朱里、金嶺ちひろ、小崎三鶴、屋良奈七、中野裕子、泉有紀、山下薫、砂川空広、長井裕、佐久本薫	沖縄産科婦人科学会雑誌, 46: p27-31, 沖縄産科婦人科学会, 2024.

【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	舌過誤腫による呼吸不全を認めた軟口蓋裂児の一例	比嘉努	第47回 日本口蓋裂学会総会学術集会	2023.05.25-26 東京
2	両側関節突起骨折に対する非観血的整復固定術後の14年経過後に外科的矯正治療を行った1例	比嘉努	第23回 日本外傷歯学会総会学術集会	2023.07.22-23 香川
3	顎変形症を予防するために顎変形症予備軍をどう考えるか -(大会長講演)	比嘉努	第34回 西日本臨床小児口腔外科学会総会学術集会	2023.10.14-15 沖縄
4	Single-splint法を用いたLe Fort I型骨切りの術変法(S字型骨切り術)の上顎骨移動量の精度に関する検討	仲宗根 康成	第33回 特定非営利活動法人日本顎変形症学会総会学術大会	2023.6.8-9 東京
5	広範囲の歯肉壊死と腐骨形成を認めた小児好中球減少症の1例	仲宗根 康成	第68回 日本口腔外科学会総会学術大会	2023.11.10-12 大阪
6	沖縄県立病院群歯科口腔外科のコロナ禍における顎変形症患者の臨床的検討	山城 貴愛	第68回 日本口腔外科学会総会学術大会	2023.11.10-12 大阪

No.	演題	演者	学会	日時・場所
7	臼後腺に発症した多形腺腫の一例	齋藤 礼	第68回 日本口腔外科学会総会 学術大会	2023.11.10-12 大阪
8	唇顎口蓋裂を伴った上顎体切除後の顎変形症治療の一例	天願 俊泉	第47回 日本口蓋裂学会総会 学術集会	2023.05.25-26 東京
9	顎関節脱臼を有する小顎症に対し下顎骨延長後に上下顎移動術にオートガイ形成術を行った一例	天願 俊泉	第33回 特定非営利活動法人 日本顎変形症学会総会学術大会	2023.6.8-9 東京
10	全身性エリテマトーデスを契機に見つかった二次性シエーグレン症候群の一例	幸地 真人	第35回 日本小児口腔外科学会 学術大会	2023.11.26 東京

【歯科口腔外科】

誌上発表

No.	標題	著者	掲載誌
1	全身性エリテマトーデスを契機に見つかった二次性シエーグレン症候群の一例	幸地 真人	西日本臨床小児口腔外科学会雑誌, 15(1): 西日本臨床小児口腔外科学会, 2023.

【小児感染症内科】

学会発表および講演

No.	演題	演者	学会	日時・場所
1	新型コロナウイルス5類になって変わったこと、変わらないこと	張 慶哲	令和5年度 沖縄県小児保健協会 学術集会	2023.6.3 沖縄
2	なぜ感染症を学ぶのか - 耐性菌と感染症診療の原則 -	張 慶哲	特定行為看護師研修 講師	2023.6.26 院内
3	感染症と予防接種	張 慶哲	第32期 病院ボランティア養成講座	2023.9.3 沖縄小児保健センター
4	ICTとASTの深い関係	張 慶哲	あいち小児感染対策研修会	2023.10.13 あいち小児保健医療総合センター
5	温故知新過去から考える新しいワクチン	張 慶哲	クイントバック発売記念 オンラインセミナー	2024.3.8 オンライン
6	対話に基づくAMR対策 -カルバペネム系抗菌薬適正使用のための取り組みと課題-	張 慶哲	第1回 沖縄エリテマトーデス・化学療法 研修会『沖縄県のAMRを考える』	2024.3.30 沖縄県立 博物館・美術館
7	感染症と予防接種	張 慶哲	第31期 病院ボランティア養成講座	2023.2.26 沖縄小児 保健センター
8	沖縄県における小児侵襲性感染症の疫学報告	張 慶哲	第106回 沖縄小児科学会	2023.3.5 オンライン
9	当院における渡航外来の現状	小椋 奈緒	第107回 沖縄小児科学会	2023.9.23 ハイブリッ ド(沖縄県医師会)
10	ペニシリン-セフェトリアム非産生の侵襲性黄色ブドウ球菌感染症に対する抗菌薬選択	小椋 奈緒	第55回 日本小児感染症学会総会・ 学術集会	2023.11.25-26 名古屋
11	集中治療管理と外科的治療を要したA群溶血性レンサ球菌による膿胸の3例	小椋 奈緒	第31回 沖縄県小児感染症研究会	2024.2.15 オンライン

【小児感染症内科】

誌上発表

No.	標題	著者	掲載誌
1	Hospital burden and characteristics of pediatric COVID-19 based on multicenter collaborative retrospective study in Japan	Shinsuke Mizuno, Eiki Ogawa, Masatoshi Nozaki, Yoshiaki Cho, Masashi Kasai	IJID Regions. 6: p108-112, Elsevier Ltd, 2023.
2	小児におけるMRSA感染症について	張 慶哲	病原微生物検出情報月報(IASR). Vol.45: p39-40, 国立感染症研究所, 2024.
3	蚊媒介感染症のリスク	小椋 奈緒	INFECTION CONTROL. 32(12): p1258-1260, メディカ出版, 2023.

【小児腎臓内科】

学会発表および講演

No.	演題	演者	学会	日時・場所
1	緊急透析を行った間質性腎炎の一例	白石 ゆり子、喜瀬 智郎、上原 正嗣	第108回 沖縄小児科学会	2023.12.17 沖縄

【小児腎臓内科】

誌上発表

No.	標題	著者	掲載誌
1	低アルブミン血症を契機に診断に至った全身性エリテマトーデスに合併したCrohn病	石井 由香、喜瀬 智郎、上原 正嗣、譜久山 滋、吉年 俊文	日本小児学会雑誌. 128(3): p488-493, 日本小児科学会, 2024.
2	壊死性急性膀胱炎と血栓性微小血管症(TMA)を合併した末期腎不全の小児例	上原 正嗣、喜瀬 智郎、譜久山 滋、藤原 直樹、神納 幸治、阿見 裕規 Nishi K, Uemura O, Harada R, Yamamoto M, Okuda Y, Miura K, Gotoh Y, Kise T, Hirano D, Hamasaki Y, Fujita N, Uchimura T, Ninchoji T, Isayama T, Hamada R, Kamei K, Kaneko T, Ishikura K; Pediatric CKD Study Group in Japan in conjunction with the Committee of Measures for Pediatric CKD of the Japanese Society of Pediatric Nephrology.	日本小児PD・HD研究会雑誌. 34: p66-69, 日本小児PD・HD研究会, 2024.
3	Early predictive factors for progression to kidney failure in infants with severe congenital anomalies of the kidney and urinary tract		Pediatric nephrology. 38(4): p1057-1066, Springer International, 2023.

【小児神経科・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	SMAIS-ULMを用いて経時的に運動機能評価を行った脊髄性筋萎縮症Ⅱ型の一例	松岡 剛司	第65回 日本小児神経学会学術集会	2023.5.26 岡山

No.	演題	演者	学会	日時・場所
2	いじめによるフラッシュバックが遷延した自閉スペクトラム症(ASD)の女児	松岡 剛司	Melatonin Forum in Okinawa	2023.4.26 沖縄

【小児神経科・こころ科】

誌上発表

No.	標題	著者	掲載誌
1	Paraneoplastic Myasthenia Gravis Due to Ovarian Cancer.	Kurimoto T, Matsuoka T, Matsuda T, Yagi T, Inamine I, Higa T.	Indian journal of pediatrics. 90(6): p625 All India Institute Of Medical Sciences, 2023.

【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	A short, intensive course in scientific writing for pediatric residents: How to write your first paper	Kouki Tomari, Takashi Matsuoka	Pediatric Academic Societies Meeting	2023.4.27-5.1 Washington DC
2	Early Prediction Score for Acute Encephalopathy with Biphasic Seizures and Late Reduced Diffusion Using Verbal Responses	Mai Kinjo, Kouki Tomari, Tsuyoshi Matsuoka, Takuhiro Moromizato, Takashi Matsuoka	Pediatric Academic Societies Meeting	2023.4.27-5.1 Washington DC
3	宮古島における小児特発性ネフローゼ症候群	泊 弘毅、野崎 拓朗、武富 博寿	第36回 九州小児ネフロロジー研究会 学術集会	2023.8.26 沖縄
4	Poststreptococcal glomerulonephritis mimicking membranoproliferative glomerulonephritis	Kouki Tomari, Shigeru Fukuyama, Masatsugu Uehara, Tomoo Kise	The 19th Korea-China-Japan Pediatric Nephrology Seminar	2023.4.8 Seoul
5	ふらつき・転倒を契機にChiari奇形1型の診断に至った一例	野村 芽生、住居 慎一郎、沼澤 雅哉、篠原 嶺、高山 朝匡、泊 弘毅、荒木 孝太郎、松岡 孝	第22回 九州・沖縄小児救急医学研究会	2023.8.19 鹿児島
6	2022年に沖縄県で流行したエンテロウイルス性髄膜炎の臨床的特徴	竹川 賢太郎、荒木 孝太郎、沼澤 雅哉、高山 朝匡、泊 弘毅、張 慶哲、利根川 尚也、松岡 孝	第126回 日本小児科学会学術集会	2023.4.14-16 東京
7	COVID-19感染を契機として発症したけいれん重積型急性脳症の小児例	白石 ゆり子、泊 弘毅、沼澤 雅哉、高山 朝匡、松岡 剛司、藤原 直樹、松岡 孝	第126回 日本小児科学会学術集会	2023.4.14-16 東京
8	脳動脈解離による小児脳梗塞の長期管理について	長谷部 郁、篠原 嶺、沼澤 雅哉、住居 慎一郎、高山 朝匡、泊 弘毅、荒木 孝太郎、松岡 剛司、友寄 龍太	第108回 沖縄小児科学会	2023.12.17 沖縄
9	治療抵抗性の大腿部膿瘍を呈し診断に難渋した猫ひっかき病の一例	井上 清一郎、住居 慎一郎、沼澤 雅哉、篠原 嶺、高山 朝匡、泊 弘毅、荒木 孝太郎、松岡 孝、小椋 奈緒、張 慶哲	第109回 沖縄小児科学会	2024.3.10 沖縄

No.	演題	演者	学会	日時・場所
10	PAEDIATRIC LEPTOSPIROSIS IN THE SOUTHERNMOST AREAS OF JAPAN	Kotaro Araki, Takuma Kumasaka, Miyuki Magota, Kenya Matsuda	ESPID 2024: Paediatric Infectious Diseases Meeting	2023.5.20-24 Lisbon, Portugal
11	A NEONATAL CASE OF DEEP NECK AND MEDIASTINAL ABSCESS CAUSED BY ROTHIA MUCILAGINOSA	Aline Miki Ikeda, Kotaro Araki, Yoshiaki Cho, Kouki Tomari	ESPID 2024: Paediatric Infectious Diseases Meeting	2023.5.20-24 Lisbon, Portugal
12	A Case of mastoiditis caused by streptococcus intermedius wherein early diagnosis of LAHPS allowed prompt surgical drainage	Yota Saito, Kotaro Araki, Kouki Tomari, Yoshiaki Cho, Masahiro Hasegawa, Takashi Matuoka	ESPID 2024: Paediatric Infectious Diseases Meeting	2023.5.20-24 Lisbon, Portugal
13	AN UNUSUAL CASE OF ASEPTIC MENINGITIS COMPLICATED BY URINARY RETENTION	Natsune Nishimura, Kotaro Araki, Kouki Tomari, Yoshiaki Cho, Takashi Matsuoka	ESPID 2024: Paediatric Infectious Diseases Meeting	2023.5.20-24 Lisbon, Portugal
14	小児期のワクチン Up Date	荒木 孝太郎	南部地区市町予防接種担当者勉強会	2023.7.21 沖縄
15	3か月未満のRSV感染症における重症細菌感染症合併の臨床的特徴	荒木 孝太郎, 荒木 かほる, 福岡 弘望, 張 慶哲, 又吉 慶, 金城 さおり	第55回 小児感染症学会総会・総会	2023.11.25-26 名古屋
16	特殊な小児の敗血症-医療へき地編-	荒木 孝太郎	小児感染症学会主催 第7回 小児敗血症セミナー	2024.1.6-7 沖縄
17	Panton-Valentine leukocidin(PVL)陽性メチシリン感受性黄色ブドウ球菌(MSSA)による肺膿瘍の生後3ヵ月男児例	照屋 勝, 荒木 孝太郎, 篠原 嶺, 沼澤 雅哉, 住居 慎一郎, 高山 朝匡, 泊 弘毅, 小椋 奈緒, 張 慶哲, 松岡 孝	第109回 沖縄小児科学会例会	2024.3.10 沖縄

【小児総合診療科】

誌上発表

No.	標題	著者	掲載誌
1	Transient immune deficiency accompanied with homozygous CBL rare variant.	Aoi Morishita, Tzu-Wen Yeh, Kouki Tomari, Mihoko Furuichi, Kenichi Kashimada, Tomohiro Morio, Masatoshi Takagi, Kohsuke Imai	Pediatrics international: 65(1), e15439, Blackwell Science Asia, 2023.
2	Acute pancreatitis in a pediatric patient with polycystic kidney disease.	Kentarō Takekawa, Kouki Tomari, Takashi Matsuoka	Pediatrics international: 66(1), e15719, Blackwell Science Asia, 2024.
3	Repeated ultrasound tests could be used to identify an isolated gastric duplication cyst before surgery	Akane Arayama, Kouki Tomari, Tomotada Takayama, Takashi Matsuoka	BMJ case reports. 16(5): e252524, BMJ Pub. Group, 2023.
4	Moving the neonatal nephrology field forward: results from the Pediatric Academic Society Neonatal Nephrology Focus Group	Cara Slagle, Shina Menon, David T Selewski, Michelle C Starr, Kouki Tomari, et al.	Journal of perinatology. 44(3): p441-443, W.B. Saunders, 2024.
5	SARS-CoV-2-Related Pediatric Encephalopathy with Biphasic Convulsions and Cortical Blindness: A Case Report	Yuriko Shiraiishi, Kouki Tomari, Tsuyoshi Matsuoka, Masaya Numazawa, Takashi Matsuoka	Journal of Pediatric Neurology. 21(6): p458-461, Society of Pediatric Science, 2023.

No.	標題	著者	掲載誌
6	小児IgA血管炎診療ガイドライン2023	金子 一成、清水 正樹、野津 寛大、 亀井 宏一、泊 弘毅、他(システマティ ックレビューチームとして参加)	日本小児腎臓病学会. 診断と治療社, 2023.
7	エビデンスに基づくCKD診療ガイドライン2023	丸山 彰一、神田 英一郎、久米 真司、 石倉 健司、日比野 聡、上村 治、 柳原 剛、杉本 圭相、辻 章志、 貝藤 裕史、西 健太郎、三浦 健一郎、 神田 祥一郎、濱崎 祐子、 寺野 千香子、濱田 陸、島袋 渡、 宮崎 紘平、山内 壮作、忍頂 幸 毅史、 泊 弘毅、石塚 喜世伸、梶保 祐子、 井口 智洋、徳永 孝史、他(システマ ティックレビュー委員として参加)	日本腎臓学会. 東京医学社, 2023.
8	日常診療に役立つ小児感染症マニュアル2023; 32 レプトスピラ属菌	荒木 孝太郎	日本小児感染症学会. 東京医学社, 2023.

【小児循環器内科】
学会発表および講演

No.	演題	演者	学会	日時・場所
1	Omnilink Elitステントを用いたside cell dilation併用動脈管 ステント留置術	北野 正尚, 吉野 佳佑, 西岡 真樹子, 加藤 昭生, 島袋 篤哉, 佐藤 誠一	第34回 日本先天性心疾患 インターベンション学会学術集会	2024.01.27 愛知
2	Harmony valve留置手技に関する問題点と対応法	北野 正尚, 吉野 佳佑, 西岡 真樹子, 加藤 昭生, 島袋 篤哉, 佐藤 誠一	第34回 日本先天性心疾患 インターベンション学会学術集会	2024.01.26 愛知
3	GORE® CARDIOFORM ASD occluder がバーストな症例 Aortic/superior rim 欠損に対する挑戦	北野 正尚, 吉野 佳佑, 西岡 真樹子, 加藤 昭生, 島袋 篤哉, 佐藤 誠一	ゴア®カーディオフォームASDオクルー ダー ASD認定医師・エコー担当医師 向けセミナー	
4	小児インターベンションアトバンス塞栓術	北野 正尚	Boston Interventional Cardiology Symposium 冬期講習2023	
5	Efficacy and Safety of AndraStent® Implantation for Transverse Arch Coarctation	北野 正尚, 加藤 昭生, 島袋 篤哉, 中川 良太, 佐藤 誠一	第59回 日本小児循環器学会総会・ 学術集会	2023.07.06 横浜
6	完全大血管転位動脈スライチ術後の冠動脈病変に ついての検討	島袋 篤哉, 吉野 佳佑, 西岡 真樹子, 加藤 昭生, 北野 正尚, 佐藤 誠一	第59回 日本小児循環器学会総会・ 学術集会	2023.07.08 横浜
7	i-ED coil の特性を生かした塞栓術	島袋 篤哉	第59回 日本小児循環器学会	2023.07.07 横浜
8	沖縄における成人先天性心疾患の現状	島袋 篤哉	沖縄県ACHDに伴う肺高血圧症 セミナー	
9	小児心エコー どうやってとったらいいい 設定から体位まで	島袋 篤哉	日本心エコー図学会 第20回秋期講習会	2023.10.01 東京
10	PAIVSの治療戦略 二心室or単心室修復を目指すべきか	島袋 篤哉, 北野 正尚, 吉野 佳佑, 西岡 真樹子, 加藤 昭生, 佐藤 誠一	第34回 日本先天性心疾患 インターベンション学会学術集会	2024.01.26 愛知
11	AZURシリーズはこう使い分ける 症例に合わせた選択を	島袋 篤哉	第34回 日本先天性心疾患 インターベンション学会学術集会	2024.01.26 愛知

No.	演題	演者	学会	日時・場所
12	未経験症例に対する予一ム医療の重要性	島袋 篤哉, 吉野 佳佑, 西岡 真樹子, 加藤 昭生, 北野 正尚, 佐藤 誠一	第30回 日本胎児心臓病学会	2024.02.17 東京
13	i-ED coil, YORO IPTA Balloon の使用経験	島袋 篤哉	長野・神奈川こども Joint IVR conference	
14	トリソミー症候群の心エコー	島袋 篤哉	日本心エコー学会 教育コンテンツ	
15	重篤な経過を辿った拡張型心筋症の兄妹例	西岡 真樹子, 吉野 佳佑, 加藤 昭生, 島袋 篤哉, 北野 正尚, 佐藤 誠一	第59回 日本小児循環器学会総会・学術集会	2023.07.08 横浜
16	当科でのHarmony valveを用いた経皮的肺動脈弁留置術 (TPVR)の経験	西岡 真樹子, 北野 正尚, 吉野 佳佑, 加藤 昭生, 島袋 篤哉, 佐藤 誠一	沖縄県小児科地方会	2024.01.08 東京
17	瘻状動脈管に対して経皮的動脈管閉鎖術を行った1成人症例	西岡 真樹子, 北野 正尚, 吉野 佳佑, 加藤 昭生, 島袋 篤哉, 佐藤 誠一	第25回日本成人先天性心疾患学会総会・学術集会	2024.01.25 愛知
18	Fontan循環不全のfenestration閉鎖症例に経皮的開窓術とステント留置術を行った1例	西岡 真樹子, 北野 正尚, 吉野 佳佑, 加藤 昭生, 島袋 篤哉, 佐藤 誠一	第34回日本先天性心疾患インターベンション学会学術集会	
19	モニター心電図上で心室頻拍の鑑別を要した症例	吉野 佳佑, 佐藤 誠一, 西岡 真樹子, 加藤 昭生, 島袋 篤哉, 北野 正尚	第108回沖縄小児科学会	
20	成人期に達した川崎病後の超巨大臍動脈瘤の1例	佐藤 誠一, 吉野 佳佑, 西岡 真樹子, 加藤 昭生, 島袋 篤哉, 北野 正尚, 津田 悦子	第43回 日本川崎病学会学術集会	2023.10.01 大阪
21	Harmony valve留置後の心電図変化	佐藤 誠一, 吉野 佳佑, 西岡 真樹子, 加藤 昭生, 島袋 篤哉, 北野 正尚, Doff McElhinney, John P. Cheatham	第35回 九州小児不整脈研究会	2023.11.3-4 福岡
22	Harmony TPV留置後の心電図変化	佐藤 誠一, 吉野 佳佑, 西岡 真樹子, 加藤 昭生, 島袋 篤哉, 北野 正尚, Doff McElhinney, John P. Cheatham	第34回 日本先天性心疾患インターベンション学会学術集会	2024.01.27 愛知
23	当院における医師の働き方改革の現状: 小児病院の1例として	佐藤 誠一	第59回 日本小児循環器学会総会・学術集会	2023.07.06 横浜
24	地域の大学における働き方改革: 小児循環器専門医としての水準を選択するののか	沼野 藤人, 岩本 眞理, 佐藤 誠一, 他	第59回 日本小児循環器学会総会・学術集会	2023.07.06 横浜
25	Successful percutaneous revascularization for femoral artery occlusion after catheter intervention	Akio Kato, Masataka Kitano.	Vietnam Congress of congenital and structural heart disease	2024.01.17-19 ベトナム

【小児循環器内科】

誌上発表

No.	標題	著者	掲載誌
1	Efficacy of Subcutaneous implantable cardioverter-defibrillators in ≤18 year-old CHILDREN: SAVE-CHILDREN registry	Hitoshi Mori, Naokata Sumitomo and Seichi Sato, et al.	International journal of cardiology. Heart & vasculature. 371: p204-210, Elsevier Ireland Ltd., 2023.
2	Analysis of Coronary Arterial Aneurysm Regression in Patients With Kawasaki Disease by Aneurysm Severity: Factors Associated With Regression	Taichi Kato, Masaru Miura, Seichi Sato, et al.	Journal of the American Heart Association. 12: e022417, Wiley-Blackwell, 2023.

【小児循環器内科】

【著書】

No.	標題	著者	掲載誌
1	小児・成育循環器学:重症大動脈弁狭窄	北野 正尚, 他	日本小児循環器学会, 診断と治療社, 2024.

【小児血液・腫瘍内科】

学会発表および講演

No.	演題	演者	学会	日時・場所
1	沖縄県における血友病保因者の周産期管理	屋宜 孟	第85回 日本血液学会学術集会	2023.10.13 東京
2	骨髄不全症(再生不良性貧血、骨髄性異形成症候群)に合併する炎症性疾患の全国調査について	屋宜 孟	第27回 小児MDS治療研究会	2023.5.28 Web
3	Meta-Analysis of cases of Inflammatory Bowel Disease and Bone Marrow Failure Syndrome Complications in Japan	Takeshi Yagi	The 16th APPSPGHAN	2023.10.5 Soul
4	A meta-analysis of complicated cases of Inflammatory bowel disease and bone marrow failure syndrome in Japan	Takeshi Yagi	3rd Regional symposium of Myelodysplastic syndromes	2024.3.15 京都
5	Oxaliplatin and gemcitabine(GEMOX) regimenが有効だった再発上咽頭癌の16才男児例	玉城 倫	第29回 九州山口小児血液・免疫・腫瘍研究会	2024.1.7 福岡
6	Oxaliplatin and gemcitabine(GEMOX) regimenが有効だった再発上咽頭癌の16才男児例	玉城 倫	第109回 沖縄県小児科学会地方会	2024.3.10 沖縄

【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	COVID-19による致死性急性脳症に罹患した児を、2施設が関わり、家族に寄り添い看取りの医療を提供できた取り組み	伊元 栄人, 阿見 祐規, 糸数 大吾, 藤原 直樹	第36回 日本小児救急医学会学術集会	2023.7.22-23 千葉
2	自殺企図を契機に小児集中治療室に入室し管理を行った2症例	糸数 大吾, 高山 朝匡, 阿見 祐規, 三塚 智彦, 藤原 直樹	第22回 九州・沖縄小児救急医学研究会	2023.8.19 鹿児島 (ハイブリッド開催)
3	小児救急ケースカンファレンス-「生後1ヶ月の男児、ピクつき、お昼寝から目覚めない」	糸数 大吾, 照屋 勝	第22回 沖縄県小児救急研究会	2023.9.29 沖縄 (Web開催)
4	集中治療管理と外科的治療を要したA群溶血性レンサ球菌による膿胸の3例	小椋 奈緒, 藤原 直樹, 荒木 孝太郎, 張 慶哲	沖縄県小児感染症研究会	2024.2.15 沖縄
5	インフルエンザ脳症により死亡した2症例	富間 圭一郎, 藤田 華子, 糸数 大吾, 阿見 祐規, 藤原 直樹	第109回 沖縄小児科学会	2024.3.10 沖縄 (ハイブリッド開催)
6	VV-ECMO管理を要した呼吸不全でCysticFibrosisの診断に至った乳児例	藤田 華子, 富間 圭一郎, 糸数 大吾, 阿見 祐規, 藤原 直樹	第51回 日本集中治療医学会学術集会	2024.3.14-3.16 札幌
7	AvalonEliteBi-CavalダブルルーメンカテーテルによるV-VECMO管理を行った乳児重症呼吸不全3例	阿見 祐規, 藤田 華子, 富間 圭一郎, 糸数 大吾, 藤原 直樹	第51回 日本集中治療医学会学術集会	2024.3.14-3.16 札幌
8	PICUにおける看護師と保育士のタスクシェア -チームに保育士がいると頓服鎮静薬の使用回数が減る-	山川 貴史, 金城 茂樹, 仲宗根 静香, 竹富るみ子, 松山 樹璃, 大里 悠貴, 藤原 直樹, 池間 真由美	第51回 日本集中治療医学会学術集会	2024.3.14-3.16 札幌

【小児集中治療科】

誌上発表

No.	標題	著者	掲載誌
1	小児救急標準テスト(basic編) II 疾患・外傷編	藤原 直樹	小児救急標準テスト(basic編), 監修: 日本小児救急医学会, p318-321, 中外医学社, 2023.
2	Pre-Extubation Cuffed Tube Leak Test and Subsequent Post-Extubation Laryngeal Edema: Prospective, Single-Center Evaluation of PICU Patients	Koji Kanno, Naoki Fujiwara, Takuhiro Moromizato, Shuichi Fujii, Yuki Ami, Akihiro Tokushige, Shinichiro Ueda	Pediatric critical care medicine. 24(9): p767-774, Lippincott Williams & Wilkins, 2023.
3	外傷性腕頭動脈仮性瘤をカバードスタントで閉鎖した1小児例	伊元 栄人, 北野 正尚, 阿見 祐規, 藤原 直樹, 我那覇 文清	Journal of JCI. 7(2): p24-27, 日本先天性心疾患インターベンション学会, 2023.
4	The Japanese Pediatric Continuous Renal Replacement Therapy (jpCRRT) Registry: Study Protocol	Taiki Haga, Masanori Tani, Tadashi Oi, Hiroshi Sakihama, Kyosuke Sasaki, Naoki Fujiwara, Mai Miyaji, Hiroshi Okada, Ryuta Itakura, Shunsuke Noda, Sho Wada, et al.	Annals of Clinical Epidemiology. 5(4): p121-126 Society for Clinical Epidemiology, 2023.

【新生児内科】

学会発表および講演

No.	演題	演者	学会	日時・場所
1	当院16年間における脊髄髄膜瘤35例の検討	大庭 千明	第59回 日本周産期・新生児医学会	2023.7.9 名古屋
2	当院における在胎22-23週早産児の予後	下地 良和	第67回 日本新生児成育医学会	2023.11.2 横浜
3	肥厚性幽門狭窄症を合併した乳児重症型ミオチューブラーミオパチーの一例	與西 涼	第67回 日本新生児成育医学会	2023.11.3 横浜
4	当院で経験した神経皮膚黒色症の3例	鎌田 さつき	第67回 日本新生児成育医学会	2023.11.3 横浜
5	胎便生腸閉塞症例に関する後方視的検討	齋藤 洋太	第107回 沖縄小児科学会	2023.09.23 沖縄
6	ブクラゲシンナトリウム軟膏塗布により動脈管閉存症が誘発され手術を要した極低出生体重児の一例	関 聡子	第59回 日本周産期・新生児医学会	2023.7.11 名古屋

【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	当院における外科的治療を行った小児腸重積症状の検討	榎川 幸弘, 都築 行広, 大城 清哲, 金城 僚, 福里 吉充	第60回 日本小児外科学会学術集会	2023.6.1 大阪
2	当院で経験した小児陰嚢内腫瘍5症例	榎川 幸弘, 都築 行広, 大城 清哲, 金城 僚, 川合 志奈, 福里 吉充	第32回 日本小児泌尿器科学会	2023.7.19 兵庫
3	前方肛門と判断するも神経刺激装置にて肛門会陰皮膚瘻と判断した1症例	榎川 幸弘, 都築 行広, 大城 清哲, 金城 僚, 福里 吉充	第79回 直腸肛門奇形研究会	2023.10.27 福岡
4	開腹歴のない腸閉塞25例の検討	都築 行広, 大城 清哲, 榎川 幸弘, 金城 僚	第60回 日本小児外科学会学術集会	2023.6.3 大阪

No.	演題	演者	学会	日時・場所
5	責任病変の同定にPET/CTが有用だった unicentriccastlemandiseaseの2例	都築 行広、大城 清哲、楢川 幸弘、 金城 僚	第65回 日本小児血液・がん学会 学術集会	2023.9.29 札幌
6	VATS後無気肺の管理に難渋した臍胸の2例	都築 行広、大城 清哲、楢川 幸弘、 金城 僚	第39回 日本小児科学会 秋季シンポジウム	2023.10.28 福岡

【小児外科】
誌上発表

No.	標題	著者	掲載誌
1	当院における外科的治療を行った小児腸重積症状の検討	楢川 幸弘、都築 行広、大城 清哲、 金城 僚、福里 吉充	日本小児外科学会雑誌. 59(6): p979-985, 日本小児外科学会, 2023.
2	Detection limit of computed tomography for hepatoblastoma pulmonary metastases: Based on total resection using indocyanine green fluorescence	Yukihiro Tsuzuki, Norihiko Kitagawa	Journal of Pediatric Surgery Open. 5(1): 2024, Elsevier, 2024.

【小児泌尿器科】
学会発表および講演

No.	演題	演者	学会	日時・場所
1	夜尿症診療のさらなる発展に向けた小児科・泌尿器科 それぞれの思い	川台 志奈	夜尿症診療座談会	2023.4.8 東京
2	夜尿症診療の最新～専門医の外来診療お見せします～	川台 志奈	夜尿症診療ステップアップセミナー	2023.5.16 那覇
3	スタートダッシュセミナー『夜尿症・尿失禁診療の現状と 未来』夜尿症・尿失禁を診る-泌尿器科の立場から	川台 志奈	第34回 日本夜尿症・尿失禁学会 学術集会	2023.7.15 軽井沢
4	【教育プログラム】小児排尿障害の治療とケア: 小児排尿障害のケアとウロセラピー	川台 志奈	第32回 日本小児泌尿器科学会	2023.7.19 神戸
5	女児慢性会陰部痛の6症例	川台 志奈	第32回 日本小児泌尿器科学会	2023.7.20 神戸
6	麻痺性疾患における排尿障害	川台 志奈	第4回 沖縄小児整形外科講習会	2023.12.9 沖縄

【小児麻酔科・麻酔科】
学会発表および講演

No.	演題	演者	学会	日時・場所
1	ナフアモスタットメシル酸塩を用いて人工心肺維持を 行った症例	比嘉 久栄, 杉浦 真帆, 増茂 薫, 野中 信一郎, 伊敷 聖子, 郷原 的, 石原 昌貴, 川端 徹也	第28回 日本心臓血管麻酔学会	2023.9.16 奈良
2	左頸動脈内膜剥離術後、同時に大動脈弁置換術を 施行した症例	比嘉 久栄, 増茂 薫, 杉浦 真帆, 野中 信一郎, 伊敷 聖子, 郷原 的, 石原 昌貴, 川端 徹也	第28回 日本心臓血管麻酔学会	2023.9.17 奈良
3	心臓血管手術後に嘔声をきたした16例の検討	伊敷 聖子, 比嘉 久栄, 杉浦 真帆, 野中 信一郎, 増茂 薫, 郷原 的, 川端 徹也	第28回 日本心臓血管麻酔学会	2023.9.16 奈良

【小児麻酔科・麻酔科】

誌上発表

No.	標題	著者	掲載誌
1	心臓手術後に右舌下神経麻痺を左反回神経麻痺を 発症した1症例	富田 寛生、桃原 志穂、川端 徹也	麻酔. 72(4): p368-372, 克誠堂出版, 2023.

【耳鼻咽喉科】

学会発表および講演

No.	演題	演者	学会	日時・場所
1	治療に難渋した慢性浸潤型副鼻腔真菌症例	武田 翔吾、長谷川 昌宏、山城 拓也、 山元 朝仁	日本耳鼻咽喉科頭頸部外科学会 第144回 沖縄県地方部会総会・ 学術講演会	2023.4.29 沖縄
2	緊急用輪上甲状間膜切開カテーテル挿入後に 生じた両側声帯麻痺例	武田 翔吾、長谷川 昌宏、山城 拓也、 山元 朝仁	日本耳鼻咽喉科頭頸部外科学会 第144回 沖縄県地方部会総会・ 学術講演会	2023.4.29 沖縄
3	当院におけるデュピルマブの使用経験	武田 翔吾、長谷川 昌宏、山城 拓也、 比嘉 航希	日本耳鼻咽喉科頭頸部外科学会 第146回 沖縄県地方部会総会・ 学術講演会	2323.7.22 沖縄

【皮膚科】

学会発表および講演

No.	演題	演者	学会	日時・場所
1	2022年の当科における悪性皮膚腫瘍症例	兼島 朋子、屋宜 宜武、仲里 蔵、 南部 順一	第98回 日本皮膚科学会沖縄地方会	2023.4.15 沖縄
2	皮膚結核の1例	工藤 真未、兼島 朋子、屋宜 宜武	第99回 日本皮膚科学会沖縄地方会	2023.7.1 沖縄
3	皮膚生検後に仮性動脈瘤をきたした1例	工藤 真未、屋宜 宜武	第100回 日本皮膚科学会沖縄地方会	2023.12.2 沖縄

【救急科】

学会発表および講演

No.	演題	演者	学会	日時・場所
1	化学療法による複数箇所消化管穿孔の1例	段谷 歩	第51回 日本救急医学会総会	2023.11.28 東京

【救急科】

誌上発表

No.	標題	著者	掲載誌
1	身体所見内分泌疾患 症例44	新里 盛朗、仲里 信彦	一見非典型・一見複雑を解きほぐす 病歴と身体所見で 捉え直す消化器疾患の診かた. 金芳堂, 2023
2	【-疾患別】イルネスクリプトで学ぶ-「腹痛診療」を磨き上 げる22症例】症例集 高齢者×腹痛 ④腸間膜動脈閉塞症	新里 盛朗、仲里 信彦	総合診療第. 33(5): p562-563, 医学書院, 2023

No.	標題	著者	掲載誌
3	【-疾患別”イルネススクリプト”で学ぶ-「腹痛診療」を磨き上げる22症例】症例集 高齢者×腹痛 ②腹部大動脈瘤	外間 亮、仲里 信彦	総合診療第. 33(5): p558-559, 医学書院, 2023

【病理診断科】

学会発表および講演

No.	演題	演者	学会	日時・場所
1	肺原発腫瘍と乳癌の転移性腫瘍との鑑別に苦慮した1例	大城 祐、今井 真奈美、松本 三穂、山村 育子、長嶺 理恵子、金城 則裕、大嶺 淳、梅村 妙子、南部 順一、仲里 巖	第58回 沖縄県医学検査学会	2023.7.2 沖縄
2	FFEP標本を用いた遺伝子検索に対応する為の病理検査室としての取り組み	山村 育子、今井 真奈美、松本 三穂、大城 祐、長嶺 理恵子、金城 則裕、大嶺 淳、梅村 妙子、南部 順一、仲里 巖	第58回 沖縄県医学検査学会	2023.7.2 沖縄
3	脳脊髄液細胞診で見られた網膜芽細胞腫の1例	今井 真奈美、大城 祐、松本 三穂、山村 育子、長嶺 理恵子、金城 則裕、南部 順一、仲里 巖	第37回 日本臨床細胞学会九州連合会学会	2023.7.23-24 佐賀
4	口腔内擦細胞診で見られた尋常性天疱瘡の1例	山村 育子、今井 真奈美、松本 三穂、大城 祐、長嶺 理恵子、金城 則裕、南部 順一、仲里 巖	沖縄県臨床細胞学会 細胞診断学研究会	2023.10 沖縄
5	二次性骨髄繊維症患者の腹水中に見られた髄外造血由来細胞の形態について	今井 真奈美、松本 三穂、山村 育子、大城 祐、長嶺 理恵子、金城 則裕、南部 順一、仲里 巖	沖縄県臨床細胞学会 細胞診断学研究会	2023.10 沖縄
6	脳脊髄液細胞診に認められた形質細胞腫の1例	大城 祐、今井 真奈美、松本 三穂、山村 育子、長嶺 理恵子、金城 則裕、南部 順一、仲里 巖	第62回 日本臨床細胞学会秋季大会	2023.11.4-5 福岡
7	多彩な血管病態を示した遠隔期大動脈炎症候群の一部検例	仲里 巖、南部 順一、宮平 博史、加藤 誠也	第28回 日本血管病理研究会	2023.11.21-22 宮城

【病理診断科】

誌上発表

No.	標題	著者	掲載誌
1	難治性縦隔気腫を発生し長期間ECMO管理下におかれたCOVID-19の症例	南部 順一、仲里 巖、宮平 博史	沖縄県立南部医療センター・こども医療センター雑誌. 17(1): p17-21, 2024

【リハビリテーション科】

学会発表および講演

No.	演題	演者	学会	日時・場所
1	ITBポンプ入れ替え術後にジストニア重積を起した1例	杉浦 由佳	第9回 九州・山口ITB療法カンファレンス	2023.11.11 福岡

No.	演題	演者	学会	日時・場所
2	当院における小児脳性麻痺に対する外科的痙縮治療戦略	杉浦 由佳	第34回 日本小児整形外科学会 学術集会	2024.11.23 神戸

【リハビリテーション科】

誌上発表

No.	標題	著者	掲載誌
1	生後3ヶ月未満に早期治療介入した発育性股関節形成不全の検討	杉浦 由佳	日本小児整形外科学会雑誌. 32(2): .p179-183, 2023.

【検査科】

学会発表および講演

No.	演題	演者	学会	日時・場所
1	著しい核異型を伴い細胞同定に苦慮した形質細胞白血病(PCL)の1症例	花城 裕太	第58回 沖縄県医学検査学会	2023.7.2 沖縄
2	詳細な末梢血液像の観察が診断に繋がった有毛細胞白血病(HCL)の一例	松田 賢也	第72回 日本医学検査学会	2023.5.20-21 群馬
3	シンポジウム-血算の基礎-	松田 賢也	第58回 沖縄県医学検査学会	2023.7.2 沖縄
4	沖縄県立病院における近年の糞線虫検出状況	北村 文太	第72回 日本医学検査学会	2023.5.20-21 群馬

【臨床工学科】

学会発表および講演

No.	演題	演者	学会	日時・場所
1	医療機器安全管理基礎講習会 輸液ポンプ・シリンジポンプ編	玉城 智	令和5年度 医療機器安全管理 基礎講習会	2023.9.10 沖縄
2	集中治療専門臨床工学技士の役割: 最南端の専門技工が考える現状と未来の展望	玉城 智	第18回 九州沖縄臨床工学学会	2023.11.4 福岡

【薬局】

学会発表および講演

No.	演題	演者	学会	日時・場所
1	メロペナムの供給制限に対する当院の取り組みを結果	高良 いつみ、伊波 寛史、大浦 宏巳	第61回 全国自治体病院学会	2023.9.1 北海道

令和5年度 看護部院外学会等発表実績

No.	病棟	氏名	学会・研修名	主催	日程	開催地
1	医療安全	砂川悦子	小児ストーマー・排泄・ 創傷管理学会	小児ストーマー・排泄・ 創傷管理研究会	6/17	神奈川県
2	PICU	山川貴史	日本小児循環器学会	日本小児循環器学会	7/6～7/7	横浜
3	看護部	下地千里	沖縄県立病院運営研究 発表会	宮古病院	7/1	宮古島
4	SCU	照屋政美	沖縄県立病院運営研究 発表会	宮古病院	7/1	宮古島
5	6西	新垣亮太	沖縄県立病院運営研究 発表会	宮古病院	7/1	宮古島
6	キャリア支援 センター	茂太一美	第61回全国自治体病院 学会	全国自治体病院 協議会	8/31～9/1	北海道
7	NICU	丑番貴一	第61回全国自治体病院 学会	全国自治体病院 協議会	8/31～9/1	北海道
8	地域連携	諸見謝 真	第61回全国自治体病院 学会	全国自治体病院 協議会	8/31～9/1	北海道
9	産科	赤嶺加寿美	日本看護学会学術集会	日本看護協会	9/29～9/30	大阪府
10	成人外来	屋比久倫子	日本死の臨床研究会	日本死の臨床研究会 実行委員	11/25～11/26	愛知県
11	4階西	嘉数 蘭	沖縄県看護研究学会	沖縄県看護協会	R6.2.17	沖縄県
12	PICU	池間 真由美	第51回 集中治療学会 学術集会	集中治療学会	3/14～3/16	北海道
13	PICU	山川 貴史	第51回 集中治療学会 学術集会	集中治療学会	3/14～3/17	北海道

令和5年度 看護部院外講師派遣実績

No.	講師派遣内容	講師名	所属	期日	対象	場所	依頼元
1	フレッシュマン研修	松田 知夏	4西	5月12日	新人看護師	沖縄県看護協会	沖縄県看護協会
2	クリティカルケア・緩和ケア演習ゲストスピーカークー	加藤 郁美	5東	①5月25日 ②6月15日 ③7月6日	看護学生	看護大学	看護大学
3	クリティカルケア・緩和ケア演習ゲストスピーカークー	新垣 亮太	6西	5月30日	看護学生	看護大学	看護大学
4	基礎助産学 助産診断など	當間 紀子	小児外来	4/1～9/30	看護学生	看護大学	看護大学
5	感染対策について	国吉 光治	感染制御センター	4月20日	教員	森川養護特別支援学校 院内学級	森川養護特別支援学校
6	臨床推論の倫理と演習	上原 均	救急入院室	5月9日	特定行為研修生	当院キャリア開発支援室	当院キャリア開発支援室
7	病院概要	津覇 みずえ	5小	5月25日	看護学生	那覇看護学校	那覇看護学校
8	基礎から学ぶ救急看護	屋良 收人	ICU	5月30日	ラダーII	沖縄県看護協会	沖縄県看護協会
9	基礎から学ぶ救急看護	上原 均	救急入院室	5月30日	ラダーII	沖縄県看護協会	沖縄県看護協会
10	バイタルサインの見方、フィジカルアセスメントの 基本手技	上原 均	救急入院室	6月9日	看護師	国立病院機構琉球病院	国立病院機構琉球病院
11	オンラインセミナー 心電図の読み方・活かし方	山川 貴史	PICU	6月10日	研修医、理学療法士、 看護師、臨床工学技士	ZOOM	沖縄呼吸療法士ネットワーク
12	小児看護学方法論 I ⑨⑩こどもの手術の特徴 手術を受ける子どもと家族の看護 検査処置を受ける子供と家族 術前・術当日・術後急性期。回復期の看護⑪	渡名喜 優子	小児科外来	6月15日	看護学生	浦添看護学校	浦添看護学校
13	看護師のクリニカルラダー導入と活用促進	儀間 安子	ICU	①6月22日 ②8月24日 ③11月16日 ④11月25日	中小規模病院看護師	沖縄県看護協会	沖縄県看護協会
14	小児保健看護 II	田畑 りえ子	入退院支援室	6月27日	看護学生	看護大学	看護大学
15		上江洲 美智子	看護部				
16		川西 園子	救急入院室				
17		山内 寿子	5西				
18		崎山 夏季	ICU	6月28日	新人看護師	沖縄県看護協会	沖縄県看護協会
19		棚原 やよい	GCU				
20		金武 陽子	4西				
21		浅野 祥子	NICU				
22		田中 珠紀	6西				
23	JPETEC沖縄外傷セミナー	加藤 郁美	5東	6月24日	救急隊員	沖縄県消防学校	沖縄県消防学校
24	乳児保健における、授乳・おむつ替えのポイントに ついて	當間 紀子	小児外来	6月28日	保育教諭	ZOOM	那覇市こども教育保育課
25	<公開講座> AED使用法の技術獲得とトレーニング	上原 均	救急入院室	6月28日	訪問看護師	訪問看護さわらふじ	訪問看護さわらふじ

No.	講師派遣内容	講師名	所属	期日	対象	場所	依頼元
26	健康状態の急激な破綻から回復の状態にある子どもと家族への看護	新垣 奈津子	PICU	7月4日	看護学生	浦添看護学校	浦添看護学校
27	第2回沖縄心不全緩和研究会	比嘉 允	4西	7月4日	医療者	ダイコー沖縄・ZOOM	沖縄心不全緩和研究会
28	褥瘡管理	砂川 悦子	医療安全	7月6日	特定行為研修生	南部医療センター・こども医療センター・キャリア開発室	南部医療センター・こども医療センター・キャリア開発室
29	がん看護について	新垣 亮太	6西	①7/11	看護師	与那原中央病院	与那原中央病院
30	褥瘡対策の最新情報 効果的なポジショニング	砂川 悦子	医療安全	7月13日	看護職員	南部療育医療センター	南部療育医療センター
31	潜在看護師の再就職セミナー～急変時の対応に必要な基礎知識～	上原 均	救急入院室	①7月14日 ②11月10日	看護師	沖縄県看護協会	沖縄県看護協会
32	FM沖縄「Connect」熱中症について	上原 均	救急入院室	①7月18日 ②7月25日	ラジオ視聴者	沖縄県看護協会	沖縄県看護協会
33	チーム医療 終末期の患者の退院支援	屋嘉比 浩子	6南	7月21日	特定行為研修生	南部医療センター・こども医療センター・キャリア開発室	南部医療センター・こども医療センター・キャリア開発室
34	メンタルヘルス・精神看護事例検討会	屋嘉比 浩子	6南	7月22日	看護学生	ZOOM	名城大学
35	コンサルテーション ①せん妄 ②高カリウム血症	屋嘉比 浩子	6南	7月26日	特定行為研修生	南部医療センター・こども医療センター・キャリア開発室	南部医療センター・こども医療センター・キャリア開発室
36	認知症高齢者の看護実践に必要な知識	諸見謝 真	地域連携	7/26～7/27	ラダーⅠ～Ⅳ	沖縄県看護協会	沖縄県看護協会
37		加藤 郁美	5東				
38		玉城 孝人	救急外来				
39	おきなわレジュメデータ(実践！救急診療)	東 享司	救急外来	7月30日	初期研修医	沖縄県医師会	おきなわクリニック シミュレーションセンター
40		安座間 美樹	救急入院室				
41		上間 大輔	5東				
42	情報収集からアセスメントと報告 誤嚥性肺炎のアセスメント、イレウスのアセスメント	上原 均	救急入院室	7月31日	看護師	国立病院機構琉球病院	国立病院機構琉球病院
43	感染対策推進委員会 コロナウイルス感染症院内発生対応など	兼島 優子	OR	8月7日	看護職員	南部療育医療センター	南部療育医療センター
44	病院における退院支援について 地域との連携について	田畑 りえ子	入退院支援室	8月9日	医療的ケア時の支援者	ZOOM	糸満市地域自立支援協議会
45	健康診断時における急変対応について	伊良波 賢	4西	8月21日	看護師・コメディカル	健康づくり財団	健康づくり財団
46	成人看護学方法論Ⅲ ⑦⑧脳・神経障害をもつ対象の看護	照屋 政美	SCU	①8月21日 ②8月29日	看護学生	浦添看護学校	浦添看護学校
47	感染認定看護師教育課程	兼島 優子	OR	8月22日	感染管理認定 看護師研修 看護師	沖縄県看護協会	沖縄県看護協会
48		上地 智賀子	6東		感染管理認定 看護師研修 看護師	沖縄県看護協会	沖縄県看護協会
49	感染認定看護師教育課程	上地 智賀子	6東	8月24日	看護学生	浦添看護学校	浦添看護学校
50	小児看護学方法論Ⅰ ⑩活動制限が必要な子どもと家族の看護(運動機能障害)	目取真 伯子	5小	8月25日	看護学生	浦添看護学校	浦添看護学校

No.	講師派遣内容	講師名	所属	期日	対象	場所	依頼元
51	小児看護学方法論Ⅰ ①在宅・地域のこどもと家族の看護	田畑りえ子	入退院支援室	8月31日	看護学生	浦添看護学校	浦添看護学校
52	感染症の正しい知識	向井三穂子	6東	9月8日	全職員	沖縄メディカル病院	沖縄メディカル病院
53	小児看護学方法論Ⅰ 腎・泌尿器疾患の子供と家族の看護	松本彩	PICU	9月11日	看護学生	ぐしかわ看護学校	ぐしかわ看護学校
54	医療安全 感染管理体制、感染対策の実践	国古光治	感染制御センター	9月12日	看護学生	浦添看護学校	浦添看護学校
55	災害支援養成研修	上地智賀子	6東	9月13日	看護師	沖縄県看護協会	沖縄県看護協会
56	情報収集からアセスメントと報告 骨折のアセスメント、低ナトリウム血症のアセスメント	高江洲義朗	ICU	9月15日	看護師	国立病院機構琉球病院	国立病院機構琉球病院
57	小児看護学Ⅲ(NICU看護)	平田貴子	NICU	9月19日	看護学生	那覇看護専門学校	那覇看護専門学校
58	母性看護学(妊娠期の異常と看護)	岩切貴世	産科	9月21日	看護学生	那覇看護専門学校	那覇看護専門学校
59	小児看護学Ⅲ(小児の周術期看護)	金城美保子	4小	9月21日	看護学生	那覇看護専門学校	那覇看護専門学校
60	うふいちセミナー(宮古島) オンラインセミナー 心電図の読み方・活かし方	山川貴史	PICU	9月23日	研修医、理学療法士、 看護師、臨床工学技士	ZOOM+対面	沖縄呼吸療法士ネットワーク
61	心不全地域医療連携セミナー	比嘉 允	4西	10月5日	医師・薬剤師	ZOOM	アストラゼネカ株式会社
62	精神科訪問看護基本療養費算定要件研修	屋嘉比 浩子	6南	①10月5日 ②10月7日	看護師	沖縄県看護協会	沖縄県看護協会
63	小児看護学方法論Ⅰ 血液疾患の子供と家族の看護	眞柴田 珠梨	5西	10月6日	看護学生	ぐしかわ看護学校	ぐしかわ看護学校
64	循環動態に関わる薬剤投与関連	上原 均	救急入院室	10月11日	特定行為研修生	当院キャリア開発支援室	当院キャリア開発支援室
65	褥瘡対策	砂川 悦子	医療安全	10月13日	看護療育職員 訓練士	南部療育医療センター	南部療育医療センター
66	緩和ケア研修会	屋比久 倫子	成人外来	10月14日	看護師・医師	中部病院	中部病院
67	病院と在宅を結ぶ小児医療と訪問看護	仲座 友紀乃	NICU	10月18日	ラダーⅡ	沖縄県看護協会	沖縄県看護協会
68	精神科における嚥下機能障害とケア	高江洲義朗	ICU	10月24日	看護師	国立病院機構琉球病院	国立病院機構琉球病院
69	実践ヘルスアセスメント	田畑りえ子	入退院支援	10月28日	看護学生	看護大学	看護大学
70	ケア提供者へのメンタルヘルス	屋嘉比 浩子	6精神	11月2日	ラダーⅢ	沖縄県看護協会	沖縄県看護協会
71	実践がん看護特論Ⅱ	新垣 亮太	6西	11月2日	看護学生	看護大学	看護大学
72	うふいちセミナー オンラインセミナー こどもの見方 小児フィジカル	山川 貴史	PICU	11月11日	研修医、理学療法士、 看護師、臨床工学技士	ZOOM	沖縄呼吸療法士ネットワーク
73	成人看護学方法論Ⅳ ⑩整形外科の手術を受ける患者の看護	大城 光子	5西	11月15日	看護学生	浦添看護学校	浦添看護学校
74	九州ストーマーリハビリテーション	砂川 悦子	医療安全	11/16 ~11/18	医師、看護師	直野湾ベイサイド 情報センター	九州ストーマー リハビリテーション 講習会実行委員
75	やさしい高齢者ケアの実践にむけて	屋嘉比 浩子	6南	11月17日	看護師・看護補助者 院外医療職	沖縄赤十字病院	沖縄赤十字病院
76	看護技術の統合演習(多重課題)TA技術試験	比嘉 允	4西	11月10日	看護学生	浦添看護学校	浦添看護学校
77	診療所看護師に必要なコミュニケーションスキル	屋嘉比 浩子	6南	11月20日	看護師	当院	病院事業局
79	当初看護体験研修 病院の看護管理者の立場から	下地 千里	看護部	11月20日	看護師	当院	病院事業局

No.	講師派遣内容	講師名	所属	期日	対象	場所	依頼元
80	医療的ケア児の保育について	當間 紀子	小児外来	11月24日	こども園職員	宇栄原みらいこども園	那覇市こども教育課
81	小児看護学方法論 (NICU看護)	浅野 祥子	NICU	11月29日	看護学生	那覇看護専門学校	那覇看護専門学校
82	小児看護学方法論 (小児の周術期看護)	金城 美保子	4小	12月4日	看護学生	那覇看護専門学校	那覇看護専門学校
83	疾病を抱えながら自立した大人になるための関わり方	田畑 りえ子	入退院支援	12月8日	保護者・支援者	宮古保健所	宮古保健所
84	小児フィジカルII	田畑 りえ子	入退院支援	12月8日	看護師	宮古病院	宮古病院
85	<公開講座からの依頼>性・エイズ教育講演会	高橋 邦子	MFICU	12月18日	高校生	豊見城高校	豊見城高校
86	<公開講座からの依頼>性・エイズ教育講演会	神里 美智子	MFICU	12月18日	高校生	豊見城高校	豊見城高校
87	<公開講座>おへそのひみつ	安次富 弥生	MFICU	12月19日	小学2年生	津嘉山小学校	津嘉山小学校
88	<公開講座>おへそのひみつ	赤嶺 加寿美	産科	12月19日	小学3年生	津嘉山小学校	津嘉山小学校
89	<公開講座>おへそのひみつ	大嶺 沙和乃	MFICU	12月19日	小学4年生	津嘉山小学校	津嘉山小学校
90	看護コンサルテーション論	屋嘉比 浩子	6南	12月20日	看護学生	看護大学	看護大学
91	災害看護 DMAT	大城 俊朗	PICU	1月9日	看護学生	看護大学	看護大学
92	看護コンサルテーション論	田畑 りえ子	入退院支援	1月17日	看護学生	看護大学	看護大学
93	新人看護職員研修 教育担当者研修 (新人看護師のメンタルサポート)	屋嘉比 浩子	6南	1月18日	看護師	沖縄看護協会	沖縄看護協会
94	沖縄呼吸セミナー	山川 貴史	PICU	1月27日	看護師	沖縄産業支援センター	沖縄呼吸ケア研究会
95	血友病診療に携わる看護師への情報提供	平田 裕子	小児外来	2月3日	看護学生	沖縄県医師会	中外製薬
96	救急法と看護	藤江 俊秀	救急入院室	2月13日	看護学生	ぐしかわ看護学校	ぐしかわ看護学校
97	感染対策支援施設訪問	上地 智賀子	6東	2月15日	看護師	南山病院	沖縄看護協会
98	感染対策支援施設訪問	兼島 優子	OR	2月15日	看護師	南山病院	沖縄看護協会
99	看護研究会シンポジウム	諸見謝 真	地域連携	2月17日	看護師	沖縄看護協会	沖縄看護協会
100	HFNC沖縄セミナー	山川 貴史	PICU	2月17日	看護師	沖縄県立博物館・美術館	Fisher&Paykel
101	緩和ケア研修会	屋比久 倫子	成人外来	3月16日	看護師・医師	中部病院	中部病院
102	緩和ケア研修会	伊敷 桃子	入退院支援室	3月16日	看護師・医師	中部病院	中部病院
103	心不全看護の基礎	比嘉 允	4西	3月26日	看護師	沖縄第一病院	沖縄第一病院
104	小児専門学	山本 真充	5西	令和5年度	看護学生	看護大学	看護大学

令和5年度 コアレクチャー日程表（第1期）

期間：令和5年4月6日(木)～令和5年7月4日(火)

2024/3/11 更新

NO	日付	曜日	演題	講師	診療科	備考
1	4/6	木	ERツアー	稲富 健太	初期研修医2年	
2	4/7	金	針刺し・血液暴露対策	國吉 光治	感染対策室	
3	4/10	月	個人防護具について	國吉 光治	感染対策室	
4	4/11	火	ERツアー	稲富 健太	初期研修医2年	
5	4/12	水	WEBカンファレンス(ERでの外傷初期診療)	仲里 信彦	総合内科	
6	4/13	木	『顔を変える』	石田 有宏	形成外科	
7	4/14	金	プレゼンテーションのコツ(カルテの書き方に沿って)	利根川 尚也	小児科	
8	4/17	月	診療録の書き方・医療面接	石澤 熙	内科専攻医	会議室2.3
9	4/18	火	プレゼンテーションのコツ(カルテの書き方に沿って)	利根川 尚也	小児科	
10	4/19	水	眼科レクチャー	知念 央恵	眼科	
11	4/20	木	SPDについて(診療材料)	石原 昌吾	総務課	
12	4/21	金	医療倫理 I (medical ethics)	仲里 信彦	総合内科	
13	4/24	月	ER症例発表「石坂・西村」	段谷 歩	初期研修医	
14	4/25	火	初期研修医会1	みんな	研修センター	
15	4/26	水	WEBカンファレンス(寺坂先生のER外傷シリーズ!～AB(気道・呼吸)の異常～)	仲里 信彦	総合内科	
16	4/27	木	小児感染症レクチャー	張 慶哲	小児感染症	
17	4/28	金	プレゼンテーションのコツ(カルテの書き方に沿って)	利根川 尚也	小児総合	
18	5/1	月	ER症例発表「石坂・西村」	段谷 歩	初期研修医	
19	5/2	火	医療知識の検索と保管→5/9に変更	利根川尚也	小児総合	
20	5/8	月	血痰・喀血	東 正人	呼吸器内科	
21	5/9	火	こどもの診察→医療知識の検索と保管→X(5/16へ)	利根川 尚也	小児科	
22	5/10	水	WEBカンファレンス(寺坂先生のER外傷シリーズ!～c(循環)の異常～)	仲里 信彦	総合内科	
23	5/11	木	COVID-19	比嘉 真理子	呼吸器内科	
24	5/12	金	褥瘡管理1 ※ベッド1台借りる(砂川さんが師長さんと交渉してくれる!)	砂川 悦子	看護部WOC	
25	5/15	月	小児感染症レクチャー	張 慶哲	小児感染症	
26	5/16	火	小児の発達1→医療知識の検索と保管	利根川 尚也	小児科	
27	5/17	水	熱中症	仲里 信彦	総合内科	
28	5/18	木	心電図:初期対応	勝連 朝史	循環器内科	
29	5/19	金	臨床研究実践コース1	諸見里 拓宏	腎・リウマチ科	
30	5/22	月	初期研修医会2	みんな	研修センター	
31	5/23	火	PUSH(PICU)の藤原先生とレクチャー予定)	加藤 郁美	看護部	
32	5/24	水	WEBカンファレンス	仲里 信彦	総合内科	
33	5/25	木	ER症例発表「桑野・鈴木」	段谷歩	初期研修医	
34	5/26	金	小児の発達2→こどもの診察	利根川 尚也	小児科	
35	5/29	月	動脈血液ガス検査	石澤 熙	内科専攻医	
36	5/30	火	小児の発達3→利根川先生成育へ行く話	利根川 尚也	小児科	
37	5/31	水	ER症例発表「杉原・難波」→ER症例発表「桑野・鈴木」	段谷 歩	初期研修医	
38	6/1	木	ERで見かける皮膚疾患	屋宜 宣武 □	皮膚科	
39	6/2	金	小児の発達4→小児総合診療科とは?	利根川 尚也	小児科	
40	6/5	月	誤嚥性肺炎	石澤 熙	内科専攻医	
41	6/6	火	「身体所見の中にアセスメントを! Clinical Reasoning Physical Diagnosis」	成田 雅	感染症内科	
42	6/7	水	留学のすすめ	宗像 宏	心臓血管外科	
43	6/8	木	ERで見かける皮膚疾患	屋宜 宣武 □	皮膚科	
44	6/9	金	小児の発達5→小児の発達(総)	利根川 尚也	小児科	
45	6/12	月				
46	6/13	火	循環作動薬の使い方	兼城 真帆	麻酔科	
47	6/14	水	WEBカンファレンス(ド派手に行くぞ! 救急外来 24 hours POISON - “そこに毒はあるんか”)	仲里 信彦	総合内科	
48	6/15	木	産婦人科レクチャー	奥 聡	産婦人科	
49	6/16	金	臨床研究実践コース2	諸見里 拓宏	腎・リウマチ科	
50	6/19	月	精神科救急総論	川田 聡	精神科	
51	6/20	火	総合診療における口腔外科の役割 歯科へつながる対応	幸地 真人	歯科口腔外科	
52	6/21	水	危険な失神	仲里 信彦	総合内科	
53	6/22	木	形成外科緊急疾患	今井 嘉瑛	形成外科専攻医	
54	6/26	月	年休について&初期研修医会3→「アナザースカイ ニューヨーク ～留学のすすめ アメリカ編～(伊東風堂先生)」	みんな	研修センター	
55	6/27	火	Clinical Reasoning Physical Diagnosis Part 2	成田 雅	感染症内科	会議室2.3
56	6/28	水	WEBカンファレンス(流れて理解する! 伊東先生の抗菌薬物語～ペニシリン系～)	仲里 信彦	総合内科	
57	6/29	木	神経診察～OSCEを振り返りながら1～	照屋 翔二郎	神経内科	
58	6/30	金	血尿・尿蛋白とCKD	近藤 和伸	腎・リウマチ科	会議室2.3
59	7/3	月	アルコール関連の消化器疾患	當間 智	消化器内科	
60	7/4	火	鎮痛と鎮静の違い	川端 徹也	麻酔科	

令和5年度 コアレクチャー日程表（第2期）

期間：令和5年7月5日(水)～令和5年9月29日(金)

2024/3/11 更新

NO	日付	曜日	演題	講師	診療科	備考
61	7/5	水	不定愁訴	仲里 信彦	総合内科	
62	7/6	木	関節の診方	中西 研輔	腎・リウマチ科	
63	7/7	金	時間外申請について/なっちゃんからのお話	土屋 洋之	みんな	
64	7/10	月	剖検・CPCについて	仲里 巖	病理診断科	
65	7/11	火	『Clinical Reasoning Physical Diagnosis Part 3』	成田 雅	感染症内科	
66	7/12	水	WEBカンファレンス（流れで理解する！伊東先生の抗菌薬物語～セフェム系～）	仲里 信彦	総合内科	
67	7/13	木	ER症例発表「山田・上田・小橋川」	段谷 歩	初期研修医	
68	7/14	金	結核	稲嶺 盛史	呼吸器内科	
69	7/18	火	I Love NewYork. I Love echo.	伊東 風童	循環器内科	
70	7/19	水	臨床研究実践コース3	諸見里 拓宏	腎・リウマチ科	
71	7/20	木	手の外傷	神谷 里奈	形成外科専攻医	会議室2.3
72	7/21	金	褥瘡管理（傷・デザイン）	砂川 悦子	看護部	会議室2.3
73	7/24	月	調整中	調整中	調整中	
74	7/25	火	熱性けいれん	長谷部 郁	小児科専攻医	
75	7/26	水	WEBカンファレンス（流れで理解する！伊東先生の抗菌薬物語～経口～）	仲里 信彦	総合内科	
76	7/27	木	(小児)プレパレーションについて	増茂 薫	麻酔科	
77	7/28	金	初期研修医会4	みんな	研修センター	
78	7/31	月	産婦人科レクチャー（仮）7/25から変更しています	兼村 朱里	産婦人科	
79	8/1	火	脊椎麻酔・硬膜外麻酔について	野中 信一郎	麻酔科	
80	8/2	水	小児外科レクチャー	大城 清哲	小児外科	
81	8/3	木	心不全	田場 洋二	循環器内科	
82	8/4	金	脊椎骨折・脊髄損傷	我謝 猛次	整形外科	
83	8/7	月	ドクター伊東の心エコー道場！	伊東 風童	循環器内科	生理検査室
84	8/8	火	小児感染症レクチャー	張 慶哲	小児感染症	
85	8/9	水	WEBカンファレンス（流れで理解する！伊東先生の抗菌薬物語～嫌気性菌やMRSAへの抗菌薬～）	仲里 信彦	総合内科	
86	8/10	木	フレッシュアイリハーサル！！		初期研修医	
87	8/14	月	自傷・自殺企図について	三塚 智彦	精神科	
88	8/15	火	めまい	武田 翔吾	耳鼻科	
89	8/16	水	6gatu	仲里 信彦	総合内科	
90	8/17	木	外科レクチャー	村上 隆啓	一般外科	
91	8/18	金	産婦人科レクチャー	屋良 奈七	産婦人科	
92	8/21	月	小児の肘周辺骨折	金城 健	整形外科	
93	8/22	火	難聴	武田 翔吾	耳鼻科	
94	8/23	水	WEBカンファレンス→Joel Branch先生（ハワイ大）	仲里 信彦	総合内科	
95	8/24	木	児童虐待について ※初期研修医全員必修講習	高山 朝匡	小児総合	会議室2.3
96	8/25	金	臨床研究実践コース3（前回できなかった為）	諸見里 拓宏	腎・リウマチ科	会議室2.3
97	8/28	月	ER症例発表「佐藤・上田」	段谷 歩	初期研修医	
98	8/29	火	感染症レクチャー	成田 雅	感染症内科	
99	8/30	水				
100	8/31	木				
101	9/1	金				
102	9/4	月	顔面外傷	朝倉 俊介	形成外科	6階EV前
103	9/5	火	脳神経外科レクチャー	下里 倫	脳神経外科	6階EV前
104	9/6	水	循環器疾患の身体所見	楨田 徹	循環器内科	6階EV前
105	9/7	木	肺閉塞症候群	宮良 高史	循環器内科	6階EV前
106	9/8	金	空き部屋なし	×	×	
107	9/11	月	感染症について	仲里 巖	病理診断科	
108	9/12	火	臨床研究実践コース4	諸見里 拓宏	腎・リウマチ科	
109	9/13	水	WEBカンファレンス（呼吸マネージメント（評価と酸素療法）	仲里 信彦	総合内科	
110	9/14	木	気管支喘息	我謝 正平	呼吸器内科	
111	9/15	金	『病理医・研究者としてのキャリア』	加留部 謙之輔 教授	病理診断科	講堂1.2
112	9/19	火	口腔外科レクチャー	比嘉 努	歯科口腔外科	
113	9/20	水	低ナトリウム血症・高ナトリウム血症	仲里 信彦	総合内科	
114	9/21	木	ER症例発表「石坂・山田」	段谷 歩	初期研修医	
115	9/22	金	AKI（急性腎障害）	諸見里 拓宏	腎・リウマチ科	
116	9/25	月	初期研修医会6	みんな	研修センター	
117	9/26	火	産婦人科レクチャー	屋比久 彩	産婦人科	
118	9/27	水	webカンファレンス（気道マネージメント(気道確保)）	仲里 信彦	総合内科	
119	9/28	木	喘息・クループ	與西 涼	小児科専攻医	
120	9/29	金	臨床研究実践コース5	諸見里 拓宏	腎・リウマチ科	

令和5年度 コアレクチャー日程表（第3期）

期間：令和5年10月2日（月）～令和5年12月22日（金）

2024/3/11 更新

NO	日付	曜日	演題	講師	診療科	備考
121	10/2	月	吐血・下血	林 成峰	消化器内科	
122	10/3	火	UpToDate（仮）	張 慶哲	みんな	
123	10/4	水	放射線レクチャー	木下 亮	放射線科	
124	10/5	木	インスリン治療	橋本 頼和	腎・リウマチ科	
125	10/6	金	歩行の神経科学（2回目は10/31（火））	神里 尚美	神経内科	
126	10/10	火	整形外科レクチャー	渡嘉敷 卓也	整形外科	
127	10/11	水	webカンファレンス（気道マネージメント(確実な気道確保)）	仲里 信彦	総合内科	
128	10/12	木				
129	10/13	金	救急外来で難渋する心臓血管外科領域のCT判断	阿部 陸之	心臓血管外科	
130	10/16	月	腎臓系について	南部 順一	病理診断科	
131	10/17	火	せん妄	三塚 智彦	精神科	
132	10/18	水	低カルウム血症・高カルウム血症	仲里 信彦	総合内科	
133	10/19	木	縫合術の理論と実技	西関 修	形成外科	
134	10/20	金	臨床研究実践コース6	諸見里 拓宏	腎・リウマチ科	
135	10/23	月	ER症例発表「山之内・安部」	段谷 歩	初期研修医	
136	10/24	火	中耳炎	井上 清一郎	小児科専攻医	
137	10/25	水	webカンファレンス（呼吸マネージメント(NPPVと人工呼吸器)）	仲里 信彦	総合内科	
138	10/26	木	産婦人科レクチャー	兼村 朱里	産婦人科	
139	10/27	金	初期研修医会7	みんな	初期研修医	
140	10/30	月	神経診察～OSCEを振り返りながら2～⇒10/30へ移動	福山 芽祝	内科専攻医	
141	10/31	火	睡眠の神経科学	神里 尚美	神経内科	
142	11/1	水	低血糖・高血糖 ※別日へ	照屋 勝	小児科専攻医	
143	11/2	木	救急科レクチャー【ラビット・レスポンス・システム】	外間 亮	救急科	
144	11/6	月	リンパ節腫脹 ※別日へ	中里 哲郎	血液・腫瘍内科	
145	11/7	火	感染症レクチャー	成田 雅	感染症内科	
146	11/8	水	webカンファレンス	仲里 信彦	総合内科	
147	11/9	木	ペナー先生の日（院外講師）			
148	11/10	金	ペナー先生の日（院外講師）			
149	11/13	月	胆のう炎・胆管炎・膵炎	林 成峰	消化器内科	
150	11/14	火				
151	11/15	水	医療倫理Ⅱ（製薬企業との関わり）	仲里 信彦	総合内科	
152	11/16	木	マイナーエマーゼンシー～ネフロゼなど～/リハビリ平良さんよりお話！	白石ゆり子・平良室長	小児科専攻医	
153	11/17	金	臨床研究実践コース7	諸見里 拓宏	腎・リウマチ科	
154	11/20	月	臨床研究実践コース補助	諸見里 拓宏	腎・リウマチ科	
155	11/21	火	アルコール関連精神障害について	三塚 智彦	精神科	
156	11/22	水	webカンファレンス	仲里 信彦	総合内科	会議室2.3
157	11/24	金	臨床研究実践コース8	諸見里 拓宏	腎・リウマチ科	
158	11/27	月	初期研修医会8	みんな	初期研修医	
159	11/28	火	症例提示	青木 眞	ハワイ大学	会議室2.3
160	11/29	水	リンパ節腫脹	中里 哲郎	血液・腫瘍内科	
161	11/30	木	関節の診療	中西 研輔	腎・リウマチ科	
162	12/1	金	救急科レクチャー（JATEC総論）	後藤 法広	救急科	
163	12/4	月	救急科レクチャー（JATEC総論）	後藤 法広	救急科	
164	12/5	火	救急科レクチャー（JATEC総論）	後藤 法広	救急科	
165	12/6	水	医療倫理Ⅲ（対応の難しい患者）	仲里 信彦	総合内科	
166	12/7	木	基礎的な不整脈の診断と治療	當真 隆	循環器内科	
167	12/8	金				会議室2.3
168	12/11	月	腸重積	中村 早希	小児科専攻医	
169	12/12	火	小児感染症レクチャー	張 慶哲→成田雅	小児感染症	会議室2.3
170	12/13	水	webカンファレンス	仲里 信彦	総合内科	
171	12/14	木	産婦人科レクチャー	奥 聡	産婦人科	
172	12/15	金	臨床研究実践コース9	諸見里 拓宏	腎・リウマチ科	
173	12/18	月	貧血・血小板減少	友利 昌平	血液・腫瘍内科	
174	12/19	火	レクチャー	北原 佑介	ER	
175	12/20	水	Eコ-レクチャー	伊東 風童	循環器内科	
176	12/21	木	ER症例発表「西村・山城・大久」	段谷 歩	初期研修医	
176	12/22	金	初期研修医会9	みんな	初期研修医	

令和5年度 コアレクチャー日程表（第4期）

期間：令和5年12月25日（月）～令和5年3月18日（月）

2024/3/11 更新

NO	日付	曜日	演題	講師	診療科	備考
177	12/25	月	脳卒中診断と沖縄の疫学	山城 貴之	神経内科	
178	12/26	火	レクチャー	北原 佑介	ER	
179	12/27	水	webカンファレンス	仲里 信彦	総合内科	
180	12/28	木	透析治療の基本と救急処置	橋本 頼和	腎・リウマチ科	
181	1/4	木	整形外科レクチャー	寺西 裕器	整形外科	
182	1/5	金	嚥下機能の評価法	杉浦 由佳	整形外科（リハビリ）	
183	1/8	月	祝日	×	×	
184	1/9	火	ER症例発表「四條・平良」	段谷 歩	初期研修医	
185	1/10	水	webカンファレンス	仲里 信彦	総合内科	
186	1/11	木	産婦人科レクチャー	吉川 和泉	産婦人科	
187	1/12	金	PALS	藤原 直樹		
188	1/15	月	小児科専攻医について・胃腸炎	三年生・金城舞	専攻医・小児科専攻医	
189	1/16	火	小児感染症レクチャー	張 慶哲	小児感染症	
190	1/17	水	医療倫理Ⅳ（その患者さんに意思決定能力はあるのか？）	仲里 信彦	総合内科	
191	1/18	木	放射線レクチャー	伊良波 史郎	放射線科	
192	1/19	金	臨床研究実践コース10	諸見里 拓宏	腎・リウマチ科	
193	1/22	月	肺塞栓症候群	宮良 高史	循環器内科	
194	1/23	火				
195	1/24	水	webカンファレンス（クリニカルイメージⅡ）	仲里 信彦	総合内科	
196	1/25	木	ER症例発表「林」	段谷 歩	初期研修医	
197	1/26	金	臨床研究実践コース11	諸見里 拓宏	腎・リウマチ科	
198	1/29	月	初期研修医会10	みんな	初期研修医	
199	1/30	火				
200	1/31	水	小児外科レクチャー	都築 行広	小児外科	
201	2/1	木	熱傷	江村 堂	形成外科専攻医	
202	2/2	金	『急性冠症候群』	大城 克彦	循環器内科	
203	2/5	月	小児感染症レクチャー	張 慶哲	小児感染症	
204	2/6	火	PALS②	藤原 直樹	PICU	
205	2/7	水	エコーレクチャー	伊東 風童	循環器内科	
206	2/8	木	ER症例発表「稲富・森嶋」	段谷 歩	初期研修医	
207	2/9	金	COPD	稲嶺 盛史	呼吸器内科	
208	2/12	月	祝日	×	×	
209	2/13	火	麻酔科レクチャー	小田 浩央	麻酔科	
210	2/14	水	放射線レクチャー	伊良波 史郎	放射線科	
211	2/15	木	外科レクチャー	村上隆啓	外科	
212	2/16	金	臨床研究実践コース12	諸見里 拓宏	腎・リウマチ科	
213	2/19	月	小児外科レクチャー	楯川 幸弘	小児外科	
214	2/20	火	睡眠の神経科学	神里 尚美	神経内科	
215	2/21	水	エコーレクチャー	伊東 風童	循環器内科	生理検査室
216	2/22	木	ER症例発表「眞鍋・富浜・小橋川」	段谷 歩	初期研修医	
217	2/23	金	祝日	×	×	
218	2/26	月	熱5日目	齋藤 洋太	小児科専攻医	
219	2/27	火	呼吸デバイス装着体験会	玉城 智	臨床工学士	
220	2/28	水	脳神経外科レクチャー	下里 倫	脳神経外科	
221	2/29	木	放射線レクチャー	我那覇 文清	放射線科	
222	3/1	金	心エコーの基礎	平良 良集	循環器内科	
223	3/4	月	初期研修医会12	みんな	初期研修医	
224	3/5	火	ER症例発表「森脇・眞鍋」	段谷 歩	初期研修医	
225	3/6	水	ER症例発表「富浜」	段谷 歩	初期研修医	
226	3/7	木	社会復帰支援について ※初期研修医全員必修講習	平良 麻美	医療ソーシャルワーカー	
227	3/8	金	人工呼吸器の設定について➡外科レクチャー	郷原 的➡上田真	麻酔科➡外科	
228	3/11	月	判断能力について	川田 聡	精神科	
229	3/12	火	アルコール関連精神障害について	三塚 智彦	精神科	
230	3/13	水	ER症例発表「下田・那須・業天」	段谷 歩	初期研修医	
231	3/14	木	ER症例発表「小橋川・平良・下」	段谷 歩	初期研修医	
232	3/15	金	外科レクチャー	上田 真	外科	
233	3/18	月	社会復帰支援について ※初期研修医全員必修講習	平良 麻美	医療ソーシャルワーカー	

令和5年度 ハワイ大学講師コンサルタント講義実績

NO	日付	テーマ	講師名	役職等
1	8月23日	水	ケースカンファレンス4題 Joel Branch	Director, Internal Med. Education&Simulation Skills Training Shonan Kamakura General Hosp Director of Clinical Education Yao Tokushukai General Hospita

NO	日付	テーマ	講師名	役職等
2	11月28日	火	当院研修医による症例提示 青木 眞	Consultant of Sakura Seiki Co.Tokyo

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、2名以上の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。
 - ・図表と写真は図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。
 - ・図表と写真は高解像度で保存したものを原稿とは別に提出する。
 - ・図表と写真は原則としてオリジナルのものとし、引用や転載（自己のものを含めて）の場合は著者の責任で許可を得、かつ出典を明記する。
 - ・文献の引用や転載（自己のものを含めて）においても著者の責任で許可を得、かつ出典を明記する。

<原著論文・症例報告>

原著は400字×25枚（10000字）以内／症例報告は400字×15枚（6000字）以内

- ・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、一次論文を引用する。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 巻(号)：始頁－終頁，西暦発行年

- 1) 林 寛之：ERの裏技．ERマガジン．1(5):408-411,2004
- 2) Morgan ED, et al: Ambulatory Management of Burns. American Family Physician, 62(9):2029-2032, 2000.

b) 書籍の場合 著者氏名：書名・版数・始頁－終頁・発行所名・発行地・西暦発行年

- 1) 小野江為則，電顕腫瘍病理学，第2版，153-157，南山堂，東京，1986.
- 2) Heyes RB. et al: Histologic markers in primary and metastatic tumors of the liver.: Andreoli M, Monaco Feds, The tumor of the liver, 140-150, Elsevier Science Publishers, New York, 1989.

<巻頭言・随想等その他原稿>

- ・原稿用紙2～6枚（800～2400字）以内

<院内活動報告・学生見学感想文>

- ・原稿用紙1枚程度（800～1400字）以内
- ・院内活動報告は決められたテーマに沿った内容で執筆する。

編集後記

雑誌編集委員長 宮里 均

さて、医療センター雑誌第18巻1号誌が完成しました。私事ですが令和6年4月に八重山病院からこちらに異動し驚くことばかりでした。病院の規模も違う、職員の数も違う、なんといっても診療科の数が多い、病院の中は迷路のようで以前勤務した中部病院とも全く異なる様相でした。この病院雑誌編集に関わるようになりこの病院の特徴（特異性）も気づきました。今回の誌面ではキャリア開発室、特定医療行為看護師、臨床研究支援室といった医師主導でない部門の活動が報告され、また経営課、看護部による“夜勤専従看護師”取り組みの報告もあります。また働き方改革に関するアンケート調査、救命救急士の業務の変遷など時代背景を取り入れたものもありました。また小児科のケトアシドーシス、TMA、脳動脈解離症例報告など他の病院ではなかなかみられない内容と思います。また研修病院として研修医、専攻医からの自らの経験を書き記してくれました。見学生の感想文もまた嬉しいものです。

全てをここに書き尽くすことはできませんがバラエティに富んだ内容で、ただの事業記録ではなく読み物として優れたものと思います。

今号は現院長福里先生、元那覇病院院長長嶺先生、元副院長見里師長による当院の歴史が投稿されています。温故知新という言葉を噛み締めながら南部医療センター・こども医療センターの未来へ進めていきましょう。

<雑誌編集委員>

編集委員長：宮里 均

副委員長：重盛 康司

医 局：大城 達男・長井 裕・金城 健・稲嶺 盛史・住居 慎一郎

看 護 部：屋嘉比 浩子

放 射 線 科：神谷 尚武

検 査 科：金城 里美

薬 局：與座 順子・高江洲 由美子

経 営 課：田底 卓也

総 務 課：大城 健伸・屋嘉部 真生

図 書 室：伊佐 帆乃夏・松田 さおり