Trinity
春日井市民病院情報誌
Vol.11　平成25年８月25日

外科近況について

外科部長　山口　竜三

春日井市民病院は平成24年に地域医療支援病院に指定されました。尾張北部の基幹病院としての重責を果たすべく、地域の診療所、かかりつけ医と協力のもと、より重症、専門性を要する患者、二次救急患者を積極的に受け入れ、高度な医療を提供することを目指しています。当科もこの地域の疾患は当院で治療を完結できるよう、あらゆる外科疾患に対応できる高度な技術の習得に鋭意努力しております。とくに、当科は名古屋大学腫瘍外科（旧第一外科）の関連施設であるため、消化器外科領域のなかでも高難度な肝胆膵手術をこれまで数多く経験してきました。この症例数と手術成績を評価され、日本肝胆膵外科学会認定の高度技能専門医修練施設（2013年現在愛知県内12施設、尾張北部は当科のみ）に指定されており、筆者は同学会の高度技能専門医（同愛知県内３名）に認定されています。もちろん、一般消化管疾患に対しても低侵襲な腹腔鏡手術から進行･再発がんの拡大手術まで積極的に行っています。今後は鼠径ヘルニア、腹壁ヘルニアへも鏡視下手術の適応を広げる計画があります。血管外科は同じく名古屋大学血管外科（旧第一外科）の関連施設です。井原（血管内治療センター部長）、前川（同医長）らが、市中病院レベルではかなりの症例数の大動脈瘤、閉塞性動脈硬化症の治療を行っています。その治療の中心はステントグラフトですが、当院は、その実施施設の認定を受けております。また下肢静脈瘤の治療については2012年後半からは局所麻酔による血管内レーザー焼灼術が、これまでの全身麻酔によるストリッピング手術にとってかわり、患者さんの負担を大きく軽減しています。乳腺疾患は女性医師の古田第二外科部長が中心になって診断・治療を行っており、女性患者への細やかな配慮を心がけながら診療にあたっています。乳腺エコーやマンモグラフィーの検査も女性技師が担当するように配慮しています。2012年はセンチネルリンパ節生検を乳がん手術全体の78%の症例に行い、その結果、63%の症例が腋下リンパ節郭清を省略することができました。また、乳房温存率は42%でした。

この診療体制のもと2012年の当科の手術総数は約1500件、うち、全身麻酔手術は1000件以上行いましたが、これは東海地方でもトップクラスの症例数です。また、春日井市民病院の基本方針として救急患者を断らない体制で臨んでいますので、昨年に行った全身麻酔を要する当科の緊急手術は300件を超えました。

後列左から伊藤医師、會津部長、秋田医師、笹本部長、林医師、井田医師、小島研修医、中橋医師、渡邊部長
前列左から田口医師、古田部長、山口部長、前川医長

さて、外科で扱う疾患の多くは消化器がんをはじめとした悪性疾患です。がんの外科治療をとりまく環境はこの数年でも大きく変化しました。比較的早期のがんでは腹腔鏡治療が標準になりつつあることは周知のとおりで、以前の本誌(平成23年8月号)や外科ホームページなどで常日頃からご紹介申し上げていますので、今回はさらに最近の話題をここで紹介します。

一つ目は、がん医療へのリハビリテーションの積極的介入があります。術後の離床、呼吸器リハビリを休日も含め、理学療法士が積極的に介入することにより、術後合併症予防、早期退院、早期社会復帰を可能としています。とくにCOPDなど、全身麻酔·手術に耐えうる呼吸機能が不十分な患者さんに対しては、入院前の外来の段階から、呼吸器リハビリを開始し、術後の良好な結果を得ています。また、末期がんによる浮腫で困っている患者さんへは緩和医療目的にリンパマッサージを施したりしています。今後は体動が不自由な末期がんの患者さんの身体機能低下を防止し、少しでも長く良好なQOLを維持することを目的としたリハビリも進めていきたいと考えています。

二つ目の話題は、がん診療の地域連携というシステムです。当院は愛知県がん診療拠点病院の指定を受けており、地域のがん診療の連携の要として、当地域のがん医療の水準を高めていく使命を担っています。外科は、いわゆる5大がんに対する治療の中心的な役割を担っていますので、当科の會津医長(がん相談支援センター第2部長)の主導のもと、がん地域連携クリニカルパス(がん地域連携パス)を運用し、患者さんの情報を連携医と共有しながら、地域全体でがん診療にあたっています(本誌別項参照)。平成24年度は、がん地域連携パスの発足にあたり、109施設という予想をはるかに超える多くの連携登録医の協力を得ることができました。連携医の先生方にはこの紙面をお借りして、深く感謝申し上げます。

三つ目の話題は、飛躍的に進歩した化学療法と外科治療のコンビネーションがあげられます。当院には外来化学療法センターがあり、古田第二外科部長をセンター長として、5大がんの治療に加え、婦人科·泌尿器科·耳鼻いんこう科疾患など多種多様の疾患に対し、外来化学療法を安全かつ効率的に行っています。かつては、化学療法といえば、固形がんでは手術不能とか、ほかに治療がないから行うなど、どちらかといえばマイナスイメージが強かったですが、いまでは切除不能がんを切除可能がんに変える、いわゆるconversion治療(本誌別項参照)を積極的に目指した化学療法も多く行われています。とりわけ、大腸がん治療においては新規抗がん剤や分子標的薬の発展がめざましく、それらの組み合わせにより、化学療法の選択肢が豊富になっています。したがって、術前化学療法−手術−術後補助化学療法　といった　perioperative chemotherapyなる概念も話題になっています。しかし、その手術の際は、術前化学療法による臓器障害下での手術となり、当然、合併症率も上がります。とくに肝切除では化学療法関連肝障害のblue liverやyellow liverの状態において大量肝切除を行うこともあり、術前の準備、術中·術後管理にかなり繊細な注意を払う必要があります。これらの治療は当科のように、多くの肝切除を経験し、化学療法後の肝切除に慣れた施設での治療がすすめられます。

筆者が学生の頃は、将来は切らずに治るから外科治療はどんどん減るのでは、とよくいわれていましたが、実際は逆に増加している印象です。少なくとも春日井市民病院外科の手術数はかなり増えています。これは外科手技·周術期管理の進歩、さらには社会の成熟により、手術の適応が広がっているためであると思われます。そして、この傾向はまだ続くものと考えられます。このように目覚ましく変化を遂げている医療現場において、当科も最良·最新の医療、情報を患者さん、地域の医療関係の皆様へ常に提供できるように心がけていく所存でございますので、これからも、ご指導、ご鞭撻の程、よろしくお願い申し上げます。

Conversion chemotherapy
—Never give up！BSCからCurative resectionへ—

外科部長　山口　竜三

前述しましたが、かつては切除不能と診断されていた症例でも、化学療法によって切除可能になる症例を、しばしば経験するようになりました。症例を提示します。

症例；60歳代、男性。下行結腸がんによる腸閉塞で発症した。大腸内視鏡検査では、下行結腸に2型の腫瘍を認め、完全に閉塞していた。腹部ＣＴ検査では、肝に同時性転移を認めた。肝転移巣は多結節が癒合し、左葉から右葉前区域にかけての長径26cmの巨大腫瘍であった。左肝静脈、中肝静脈根部は腫瘍内に完全に巻き込まれ、右肝静脈根部も腫瘍と広く接しており、3肝静脈すべてが温存できず解剖学的に肝切除不能であった。また、腫瘍は肝門部に接していた(Fig. 1)。原発の下行結腸がんに関しては近傍にリンパ節転移を認めるが、局所の進展は軽度であった。

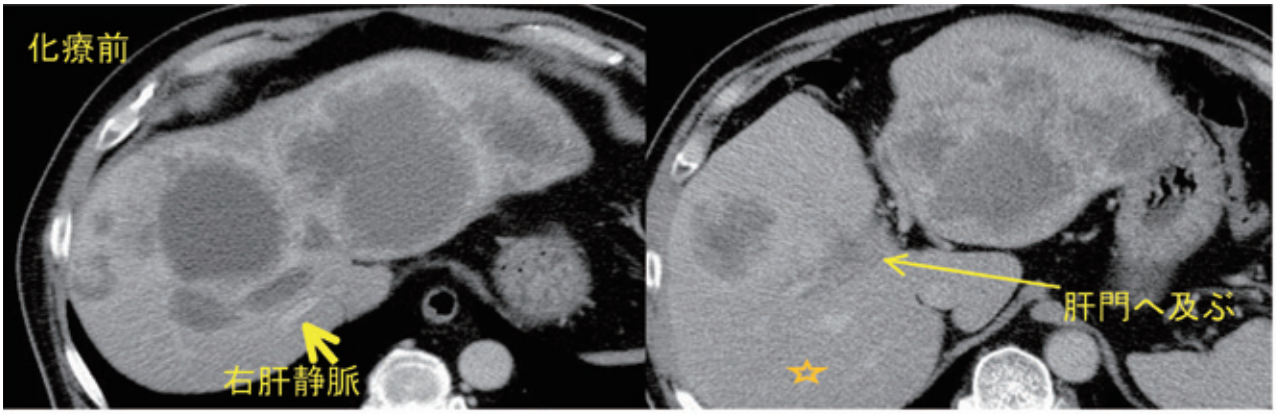


Fig.1　腫瘍は肝左葉から右前区域を占拠し、唯一、右後区域（☆)が残る。

治療方針；原発結腸がんは切除せず、初診から 3 日目に一時的な人工肛門の造設により閉塞を解除した後、術後17日目から外来化学療法を導入した(化学療法用ポートは人工肛門造設時に留置)。ベバシズマブ＋mFOLFOX6を 6 コース施行した。肝腫瘍はやや縮小し、右肝静脈と腫瘍との間に、約1.6cmの切除マージンが確保できるようになった。したがって、右肝静脈が確実に温存可能となったのでこの時が切除の好機と判断した(Fig. 2)。

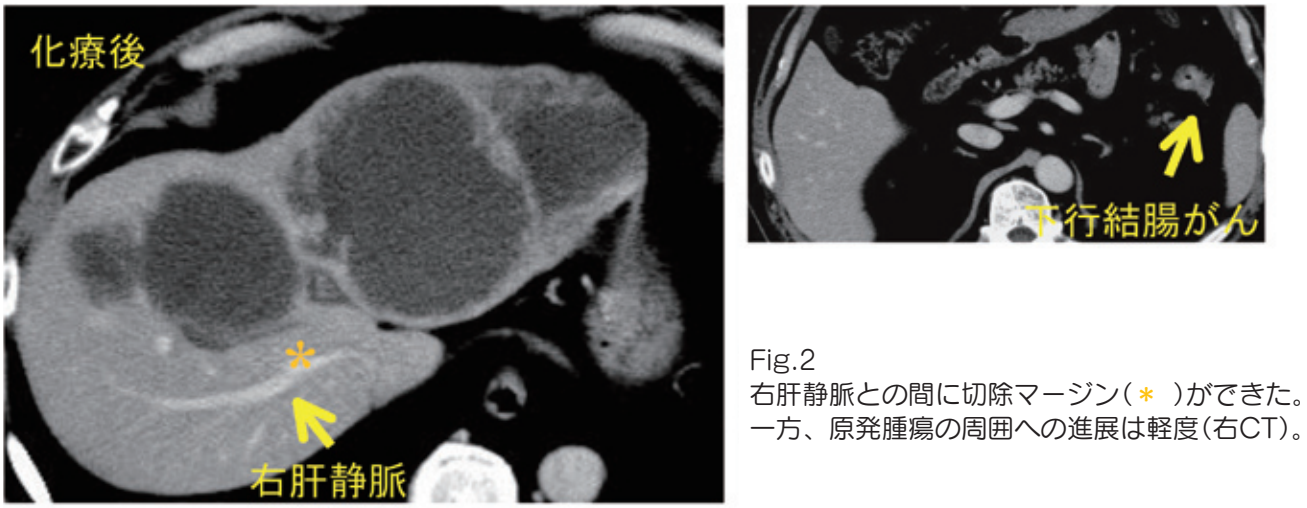


Fig.2
右肝静脈との間に切除マージン(＊)ができた。
一方、原発腫瘍の周囲への進展は軽度(右CT)。

手術プラン；最終化学療法から約 6 週間の十分な休薬期間をおいてから、肝左 3 区域切除を予定した。①化学療法後の障害肝を背景とした大量肝切除であること、②腫瘍が巨大であること、③左 3 区域切除なる高難度な手術であること、以上の 3 つの理由から、原発結腸がんについては、同時切除に固執せず、 2 期的切除も考慮した。
手術；肝左 3 区域切除術終了時、出血900g以下と、手術侵襲は予想を下回っていたため、下行結腸がんに対しても、D3リンパ節郭清を伴う結腸左半切除、人工肛門閉鎖術を同時に施行し、すべての病巣を一期的かつ根治的に切除した(手術時間330分出血1000ｇ、Fig. 3)。

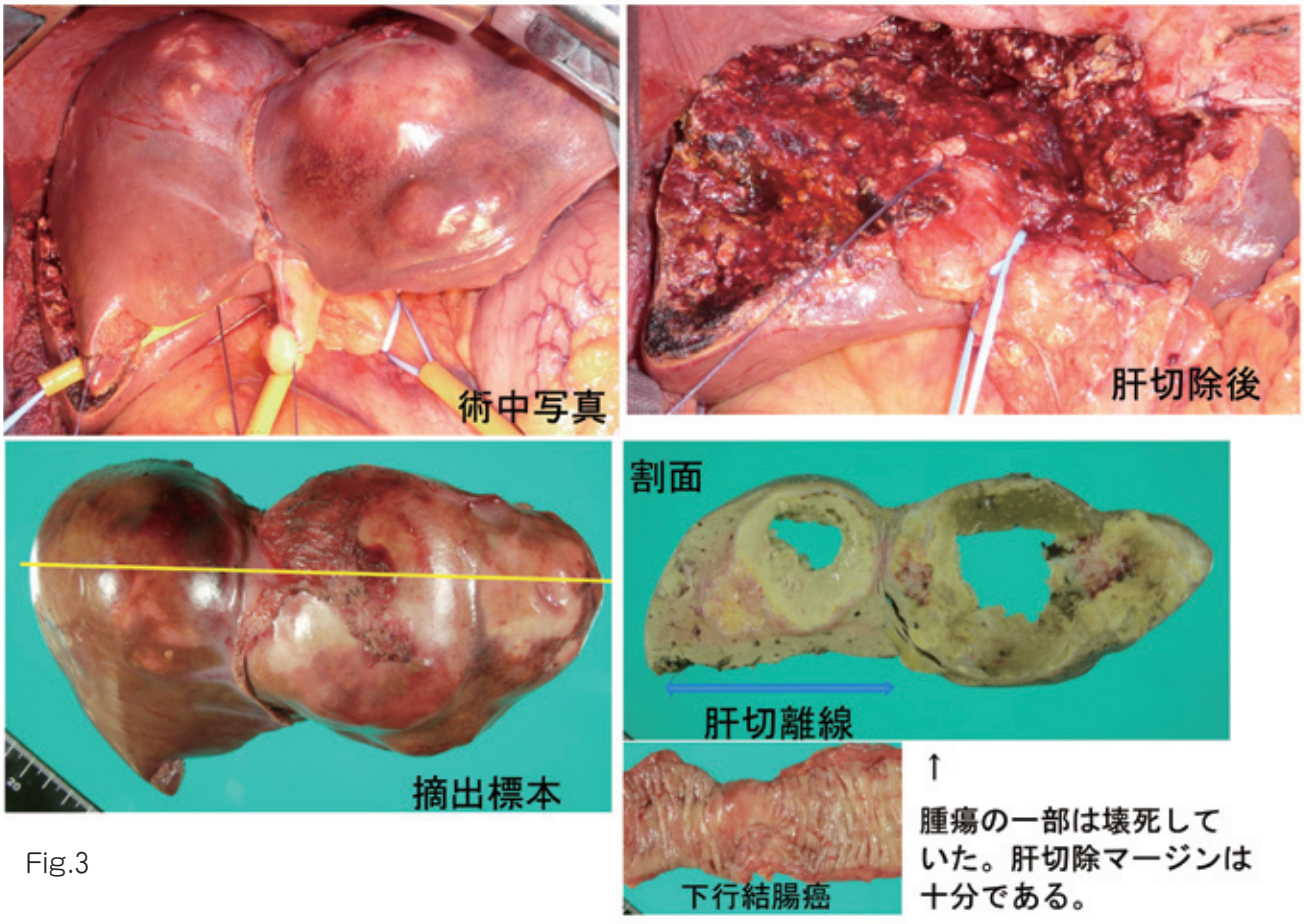


Fig.3

術後；５カ月経過し、無再発で、元気である。術後の補助療法は行っていない。
考察；切除不能な超進行がんも化学療法により、切除可能となる症例もしばしば経験するようになった。本症例も、肝門部に接する巨大肝転移であるため、治療が遅れると、閉塞性黄疸の早期出現も予想され、その場合は、化学療法すら不可能となる。したがって、緊急に人工肛門造設と化学療法用ポートの留置を行い、初診からわずか20日で、外来通院での化学療法を開始した。当科では大腸がん同時性肝転移の場合、原発よりも肝病変がより生命予後にかかわると考えた場合、肝を優先的に治療する、liver first approachという概念で治療し、原発の切除の優先度はその次としている。もし、原発臓器の切除を先に行うと、順調に経過しても術後回復の時間が約１－２ケ月必要になる。まして、術後合併症が発生すれば、さらに化学療法の開始が遅れ、その間に肝病変が進展し、生命予後を脅かす状況になりかねないからである。

本症のように、かつては初発時でbest supportive careと判断されていた症例が、化学療法と手術テクニックの進歩により、治癒せしめることまで可能になりました。超進行がん症例も、決してあきらめず、当科に相談していただければ幸いと思います。

「がん地域連携パス」ってなに？

がん相談支援センター第二部長　**會津　恵司**

「がんが再発しないか心配。いつ検査するのだろう。」、「かかりつけ医でも血液検査して、病院でもするの？」、「病院は待ち時間が長くて・・・」

手術を終えたがん患者さんのそんな声におこたえする春日井市民病院とかかりつけ医（連携医）で行う「がん地域連携パス」が、愛知県統一のパスに生まれ変わって１年がたちました。パスは胃がん、大腸がん、乳がん、肝がん、肺がんの患者さんにも広がっています。自分のカルテのようなデータシートとわかりやすいハンドブック（結日記）が１つになったバインダーがその目印です。

患者さんには手術後の退院をする前に、「がん地域連携パス」についてお話します。「がん地域連携パス」は春日井市民病院とかかりつけの先生（連携医）と協力して行っていく術後の経過観察の計画表のことです。定期的な画像検査などは春日井市民病院で行い、術後の体調の管理や血液検査、ふだんの薬の処方はかかりつけの先生が行うなどの役割分担をして、患者さんが地域でがん治療をすすめられる目的で行っています。最初はぴんと来ない患者さんもみえますが、元気になって外来通院するころにはこれからのことが気になります。そこで当院のコーディネーターが患者さんにもっともあう地域の先生（連携医）を紹介します。これまで通院していたかかりつけの先生にお願いすることが多いのですが、もしかかりつけの先生ががん地域連携パスの連携医でなくても大丈夫です。こちらから連携をとってくれるようにお願いしています。連携パスの患者さんには当院外来通院中に診療計画表と自分のデータシートをはさんだ専用バインダーをお渡ししています。診療計画表にしたがって検査を予定して、データシートには病院とかかりつけ医の先生が診察・検査結果など記入してみんなで情報を共有します。春日井市民病院の主治医と地域のかかりつけの先生が、検査結果やこれまでの病状についてよくわかっていますから２人の先生に診てもらっている安心感があります。万が一に処置や大きな検査が必要な何かがあったらかかりつけの先生は当院に連絡してくれてすぐに春日井市民病院を受診してもらえます。

ふだんの診察やお薬をもらうのに病院の外来でながくお待ちいただくことはありません。連携パスでは半年先の病院の検査も予約できて手間なしです。

これからのがん診療はかかりつけの先生と協力して地域でささえていきます。当院主治医、病棟・外来看護師、コーディネーター、がん相談支援センター、地域連携室にご相談ください。

当科でのstageⅣ大腸がんに対する手術治療成績

外科　**中橋　剛一**

【はじめに】近年stageⅣ大腸がんの予後は新規抗がん剤、分子標的薬の登場で改善されつつあります。また手術治療においても切除可能であれば積極的な切除が行われるようになってきました。2010年度大腸癌ガイドラインでも、原発巣が切除可能であれば、積極的な切除が推奨されております（図１）。当科もこれにのっとった治療方針を行っています。stageⅣ大腸がんの手術治療成績を検討し、第68回日本消化器外科学会総会において発表しましたので、その一部を紹介します。

【対象】2003―2012年に当科で手術した、初回手術時stageⅣの大腸がんのうち他病死、緩和的手術、非切除例を除く61例を対象としました。性別は男性34例、女性27例。平均年齢は66.1才でした。stageⅣ因子は重複例も含めて肝転移が49例と最も多く、腹膜播種が17例、遠隔転移が11例でした。遠隔転移の内訳は、肺転移10例、骨転移１例、遠隔リンパ節転移１例でした。

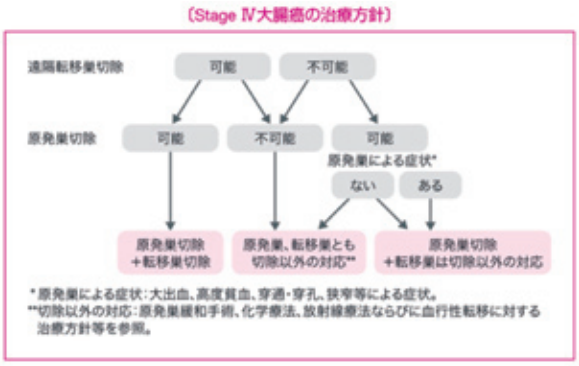


図 1

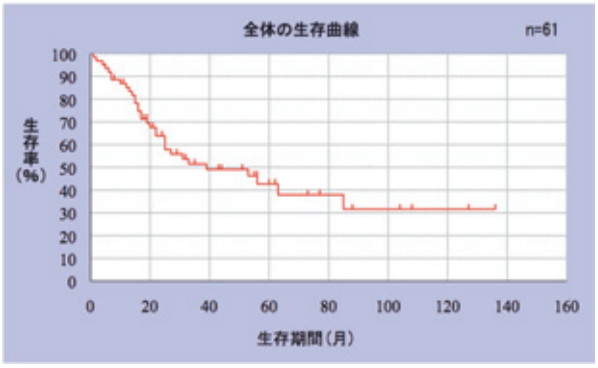


図 2

【結果】全体の 5 年生存率は42.6%でした(図 2)。
≪stageⅣ因子別検討≫H因子(肝転移因子)単独の症例は33例で、H 1 － 2 ：21例、H 3 ：12例でした。 5 年存率はH 1 － 2 で56%、H 3 で 5 年生存した症例は認めず、H 1 － 2 群が有意に予後良好でした(p<0.01) (図 3)。
　P因子(播腫因子)、M因子(遠隔転移因子)単独の症例は、症例数が少なく統計学的な検討が不能でした。因子数では 1 因子：45例　2 因子以上：16例で、 5 年生存率は 1 因子が44%、 2 因子以上が38%で有意差は認めませんでした(図 4)。

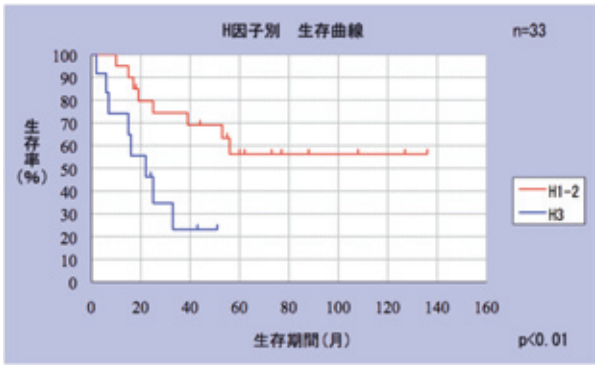


図 3

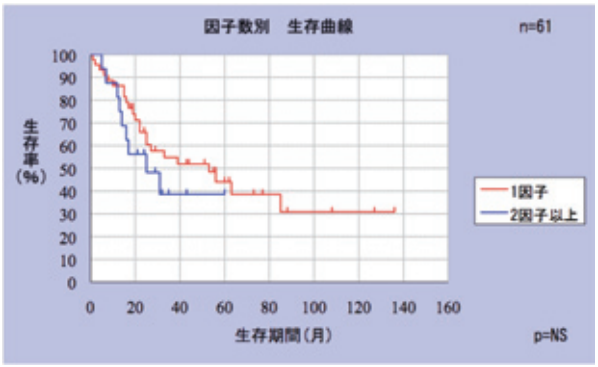


図 4

≪根治度による検討≫肉眼的にがんを取りきった根治度B：38例、明らかに遺残している根治度C：23例と超高度進行例も含まれる中、根治度Bが半数以上を占めていました。 5 年生存率は根治度B：50.5%、根治度Cで 5 年生存した症例は認めず、有意に根治度Bが予後良好でした(p<0.05)(図 5)。
≪化学療法による検討≫大腸がんに対する化学療法は2000年代に新規抗がん剤(FOLFOX、FOLFIRI)の登場により、また近年は分子標的薬の登場により大きく変化しております。術後に新規抗がん剤を使用していない群と、使用した群に分け検討しました。新規抗がん剤使用なし：25例、新規抗がん剤使用あり：22例で、 5 年生存率は使用なし：40.0%、使用あり：45.6%で有意差は認めませんでした(図 6)。

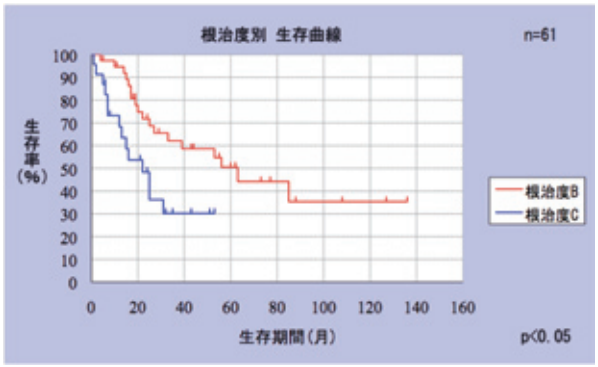


図 5

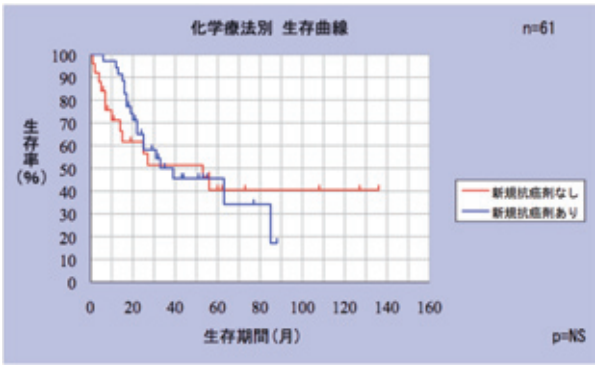


図 6

【まとめ】H因子ではH 1，2 症例は有意に予後良好でした。因子数が 2 因子以上の症例は 1 因子の症例と比較して予後不良の傾向はありましたが、有意差は認めませんでした。治療では根治度B症例が根治度C症例と比べて有意に予後良好でした。また、化学療法については新規抗がん剤の使用の有無で生存期間に有意差は認めませんでしたが、これは補助化学療法か、再発進行に対する化学療法かを区別していないことや、使用していない群のなかには無再発長期生存例があったことが要因と思われました。stageⅣ大腸がんであっても切除可能であれば、根治度Bを目指すことで比較的良好な予後を期待できる可能性があります。
　今後も積極的に根治度Bを目指した切除を行っていきたいと考えます。

外科医師紹介

職　名	医師名	所属学会	資　格	その他
副院長 (外科系)	金井　道夫	日本外科学会 日本消化器外科学会 日本肝胆膵外科学会 日本臨床外科学会 日本胆道学会 日本膵臓学会 腹部救急医学会 日本緩和医療学会 日本臨床腫瘍学会 (日本がん治療認定医機構)	日本外科学会専門医、指導医 日本消化器外科学会専門医、指導医、評議員 日本肝胆膵外科学会評議員、高度技能指導医 日本臨床外科学会評議員 消化器がん外科治療認定医 名古屋大学医学部医学科臨床教授 日本臨床腫瘍学会暫定指導医 日本がん治療認定医機構暫定教育医	消化器外科 肝胆膵外科 緩和医療
部長 中央手術部長	山口　竜三	日本外科学会 日本消化器外科学会 日本肝胆膵外科学会 日本内視鏡外科学会 日本胆道学会 日本臨床外科学会	日本外科学会専門医、指導医 日本消化器外科学会専門医、指導医 日本肝胆膵外科学会評議員 肝胆膵外科高度技能専門医 消化器がん外科治療認定医	消化器外科 内視鏡外科 肝胆膵外科
第２部長 化学療法 センター部長	古田　美保	日本外科学会 日本乳癌学会 日本消化器外科学会 (日本がん治療認定医機構) 日本臨床腫瘍学会 日本臨床外科学会	日本外科学会専門医 日本乳癌学会認定医 日本消化器外科学会認定医 日本がん治療認定医機構がん治療認定医	乳腺外科
がん相談支援 センター部長 医長	笹本　彰紀	日本外科学会 日本消化器外科学会 日本臨床外科学会 日本胆道学会	日本外科学会専門医・指導医 日本消化器外科学会専門医 日本消化器外科学会消化器がん外科治療認定医 日本がん治療認定医機構がん治療認定医 臨床研修指導医	消化器外科
日帰り手術 センター部長 医長	渡邊　真哉	日本外科学会 日本消化器外科学会 日本内視鏡外科学会 腹部救急医学会 日本肝胆膵外科学会 日本臨床腫瘍学会	日本外科学会専門医 日本消化器外科学会専門医、指導医 消化器がん外科治療認定医 日本がん治療認定医機構がん治療認定医	消化器外科
がん相談支援 センター 第２部長 医長	會津　恵司	日本外科学会 日本消化器外科学会 日本肝胆膵外科学会 日本胆道学会 日本消化器病学会 日本臨床外科学会 日本ヘルニア学会	日本外科学会認定医・専門医 臨床研修指導医 日本がん治療認定医機構がん治療認定医	消化器外科
医師	林　　友樹	日本外科学会 日本臨床外科学会 日本消化器外科学会 日本食道学会 日本乳がん学会	日本外科学会専門医	一般外科
医師	井田　英臣	日本外科学会 日本乳癌学会 日本消化器外科学会 日本腹部救急医学会		一般外科
医師	伊藤　　哲	日本外科学会 日本消化器外科学会 日本臨床外科学会 日本肝胆膵外科学会 日本乳癌学会		一般外科
医師	秋田　直宏			
医師	中橋　剛一			
医師	田口　瑠美子			

皮膚科の紹介

皮膚科医長　山中　新也

【皮膚の役割】

ヒトの身体全体を覆う皮膚は面積が成人で1.6m^2、重量は体重の約16%を占める人体で最大の臓器とも言われます。外界と直接触れるため、①水分の喪失や透過を防ぐ、②体温を調節する、③微生物や物理学的刺激から生体を守る、④感覚器としての役割を果たすなど、生命を維持するための必要不可欠な様々な機能をもっており、それらの異常で皮膚病は発生してきます。また、内科的疾患（糖尿病や肝障害、膠原病など）に伴う皮膚症状も多く、皮膚症状が身体の異常をしめす「サイン」の役割を担っていることもあります。

【診療体制】

当科は常勤医師２名（山中新也　秦舞子）により診療を行っています。

月曜～金曜の午前は外来診療、月曜の午後は入院が必要な手術、火曜～金曜の午後は皮膚生検を含めた外来での日帰り手術を行っております。部位や腫瘍の種類にもよりますが、３ｃｍ以下のサイズは日帰り手術の事が多いです。日帰り手術の場合、自宅での入浴又はシャワー浴（傷を濡らしてＯＫ）も翌日までには可能な事がほとんどです。１週間後に抜糸の為に受診して頂きますが、それまでは通院不要です。切除した腫瘍はすべて病理検査を行い良悪性の判断を含めた組織診断を行っています。入院が必要な手術の場合、多くは１泊又は２泊の入院となりますが、皮膚の移植（植皮）が必要な場合などは１週間程かかります。

【対象疾患】

基本的に皮膚や粘膜に症状のあらわれる疾患はすべて対象としています。

皮膚科で扱う疾患は多岐にわたりますが、アレルギー疾患としては、じんましん、湿疹、虫刺され、薬疹、膠原病、水疱症など、感染症としては、とびひ、丹毒、蜂窩織炎などの細菌感染症、水虫、カンジダなどの真菌感染症、みずぼうそう、帯状疱疹、はしかなどのウイルス感染症など、できものでは粉瘤などの良性腫瘍から皮膚がんまで多種多様な疾患の診断、治療に取り組んでいます。

【診療方針】

診断に際しては「視診」が最も重要であると考えます。皮膚の場合は、胃などと違いカメラなどを飲まないでも外からしっかりと見る事ができます。「問診」も重要で、症状の経過、生活パターン、食事、薬剤内服歴などは診断する上で重要な情報となります。診断の手順は「視診」「問診」で診断を絞り込み、症例によっては各種検査（表面をこすって剥がれた皮膚を顕微鏡で調べる検査〈検鏡〉、病変にゼリーをつけて特殊な虫眼鏡で拡大して診る検査〈ダーマスコープ〉、皮膚を小さく切りとって顕微鏡で調べる検査〈皮膚生検〉、血液検査等）を行い総合的に診断しています。治療はこれまでの臨床経験を活かし医学的根拠に基づいた治療を行っています。

【聞きなれない皮膚科疾患の紹介】

●薬剤性過敏症症候群（DIHS）

薬疹の一種なのですが、薬の他にウイルス感染が関係してくるユニークな病気です。原因となる薬は限られており、抗けいれん剤が圧倒的に多く、その他尿酸を下げる薬などがあります。薬を飲み始めてから発症するまでに時間がかかるのが特徴で、通常の薬疹は１週間前後で発症する事が多いのですが、DIHSでは多くは３週間以上で平均４週間と言われていますが、なかには１年以上たって発症することもあります。発熱と、発疹で発症することが多く、リンパ節腫脹、肝障害も伴います。原因となった薬を中止してもなかなか症状が改善せず、症状が遷延したり、一旦良くなった症状が再燃したりします。肝障害以外にも腎障害、糖尿病などを発症することもあります。本症の殆どの例において、ヒトヘルペスウイルス６型（HHV-6）の再活性化が認められますが、このウイルスは突発性発疹の原因ウイルスで、ほとんどが乳幼児期に感染してそのまま体内に潜伏します。それが何かのキッカケで再び増殖を始めた状態が本症です。つまり薬の投与がきっかけとなり、ウイルスの再活性化が起こったと考えられます。DIHSは薬疹の１つとして定義されていますが、このようにウイルス感染の側面も持つため他のウイルス感染（麻疹、伝染性単核球症等）と似たような臨床症状を呈する事があります。

形成外科の紹介

形成外科部長　**菱田　雅之**

はじめまして、“ケイセイゲカ”とお聞きして整形外科や美容外科と勘違いされている方は少なくないと思います。東海地方で形成外科が診療科として始まってまだ30年余りで他科と比べ新しい科です。そのためどこの総合病院にもある科でなく、多くは大学病院や当院のような基幹病院でしか開設されていないのが現状です。形成外科医もこの地方ではまだまだ不足しています。具体的にどのような疾患を対象にしているかと申し上げますと、頭の先から足のつま先まで体表のほとんどを対象にしています。判り易く申し上げますと皮膚外科だと思って頂ければ宜しいかと思います。詳しくは当院ホームページの診療科案内　形成外科をご参考にして下さい。

ここでは当科で行っている自由診療について書かせて頂きます。自由診療ですので当然健康保険が使えなく、混合診療になるため同日に他科の保険診療も禁止されていますのでご注意下さい。

主にやっていることとして①皮膚用レーザー治療②外用剤（トレチノイン・ハイドロキノン）③内服（プロペシア等処方）④処置（巻き爪のワイヤー法）です。

具体的に皮膚用レーザー治療ですが①Qスイッチアレキサンドライトレーザー（アレックス®）755nmレーザー光によりメラニンに選択的に吸収されメラニンを破壊するレーザーです。適応として扁平母斑・雀卵斑・老人性色素斑・刺青（単色）があります。リスクとして外傷性色素沈着が出やすく、初回時はテスト照射を推奨し、肝斑の方には禁忌です。②フォトフェイシャルIntense Pulse Light（LUMENIS NATULIGHT®）560－1200nm（ブロードバンドで可視光から赤外線の一部）ターゲット（メラニン色素や毛細血管など）に当ると、光エネルギーが熱に変わりターゲットにダメージを与えます。適応として薄いしみ・くすみ・赤ら顔・浅いしわ・化粧のりが良くなる・顔の皮膚全体が明るい印象となるなどがあります。デメリットとして４～５回の施術で１クールのため、１回では効果が判りにくい。メリットとして他のレーザーと違いダウンタイムがなく、施術後すぐに化粧ができる。③炭酸ガスレーザー（レザウィンCH®）10.6μmの赤外線で組織の収縮・脱水・凝固・水分の爆発的蒸発・破壊・切開します。適応として色素性母斑・疣贅・skin tag・汗管腫・脂漏性角化症・老人性血管腫が上げられます。リスクとして比較的小さな皮膚腫瘍が適応で、大きいと切除後肥厚性瘢痕を形成し、取り残しの再発があります。病理組織が無いので確定診断ができないなどが上げられます。

次にしみを取る外用剤として①トレチノイン（ビタミンA誘導体）0.2％トレチノイン②ハイドロキノン４％ハイドロキノンがあります。適応として老人性色素斑・肝斑・レーザー後の色素沈着です。リスクとしてトレチノインは催奇形性・皮膚炎・糜爛等・一時的に濃くなることもあります。ハイドロキノンを中止すると再発することもあります。

内服としてフェナステリド　商品名プロペシア®があり、適応として男性型脱毛症（女性には適応なし）リスクとして、半年から１年以上内服を継続しても、症例により効果に差があります。

処置として巻き爪・陥入爪に超弾性ワイヤーを用いたワイヤー法があります。多摩メディカルの直径0.4～0.5㎜の超弾性ワイヤーを用いた爪矯正法で、適応として感染や肉芽を伴わない巻き爪・陥入爪があり、デメリットとして爪甲を伸ばしてもらわないと施術ができなく、治療期間も数カ月と長く、爪甲割れ等があります。

最後に

料金等は症例や施術により異なりますので、直接診察室にて説明させて頂きます。施術の前に、必ず説明を行い、患者様が十分リスク・デメリットを理解して頂いてから、内服以外上記すべての治療行為に対し同意書を頂いています。

現在当院形成外科スタッフ１名で、外来・入院・手術と担当しているため、保険診療に影響が出ないようにするため、稀に美容外来予約の患者様にご迷惑をお掛けすることもありますが、ご理解ご協力の程宜しくお願いします。

美容外来

・毎週水曜日午後と第２・４火曜日午後の完全予約制（水曜日は電話予約可能）
　＊ワイヤー法はその他の曜日でも対応可能

・診療には１人30分まで

・初診時相談料3000円　　再診料1500円
　＊プロペシア院外処方は日常の外来で処方し服薬管理指導料1575円のみ請求

脳梗塞t-PA治療は
発病から時間との闘いである

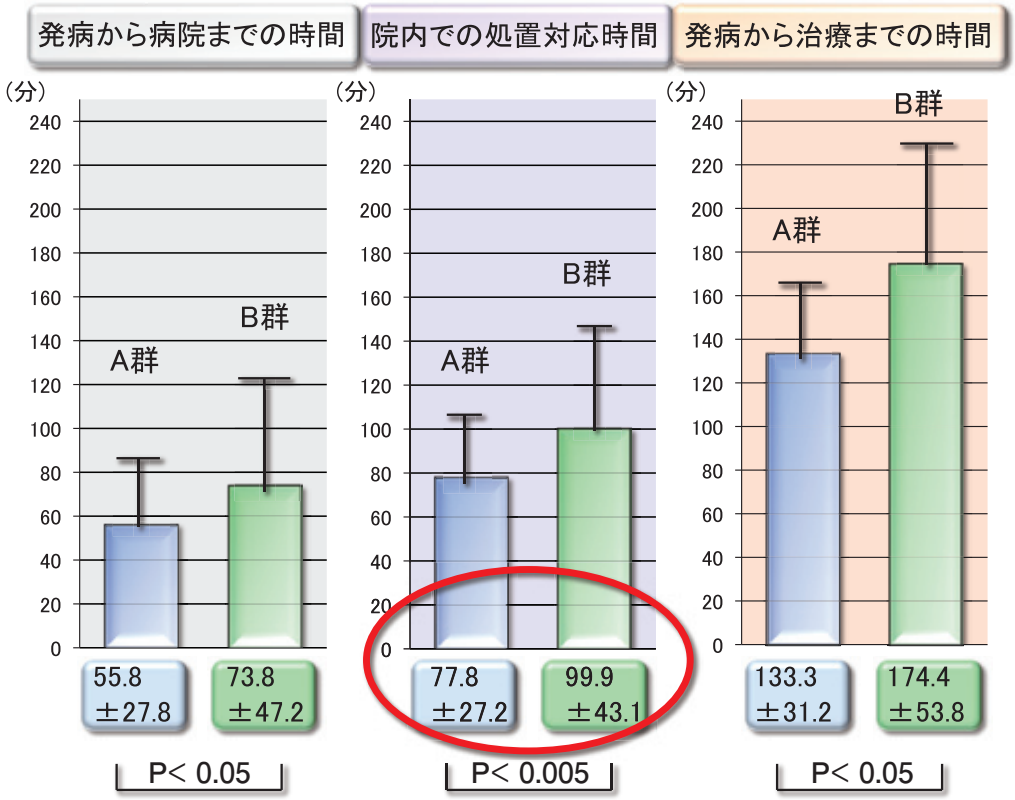
神経内科専修医　**鳥居良太**(写真左)

神経内科部長　**寺尾心一**(写真右)

当院は平成24年度の救急車搬送件数が9,860人で、愛知県内で第１位の実績を作りました。当然、脳卒中患者も非常に数は多いのですが、とくに私たちは発病間もない脳梗塞患者に対して脳動脈に詰まった血栓を溶かす血栓溶解療法(t-PA静注療法：組織プラスミノゲンアクチベーター)を積極的に行っています。脳梗塞の症状は手足の運動麻痺や感覚障害、失語症や構音障害、視覚障害など多彩です。私たちは数多く搬送される患者を毎日診察しながら、脳卒中治療ガイドライン2009でグレードA(行うように強く推奨される)に示される脳梗塞t-PA治療を何とか系統立てて出来ないものかと考え、まず愛知県内で少なくともトップの診療実績を作ることが必要であると判断し、2009年から積極的に本治療を試みました。本来なら寝たきりとなり、呼びかけても言葉は出ず半身麻痺の患者が、この治療によって血流が再開し、自ら喋ることができ手足を動かせるようになり、歩いて自宅へ退院する姿を見ると、治療に携わった私たちも本当に嬉しく思います。2013年６月までの４年半で、発症24時間以内の脳梗塞急性期入院患者1,610例(一過性脳虚血発作は含まず)のうち、183例(11.4%)に施行しています。この治療はわが国で保険認可された2005年から2012年９月までは、発病から３時間以内が絶対条件でありましたが、2012年10月からは発病から４時間30分以内に時間が延長されました。しかし、Time is brainと言われるように発病から治療開始までは一分一秒でも早い方が、症状の改善が良好で自宅退院が多い、また院内死亡や脳内出血も少ないとする報告があります。

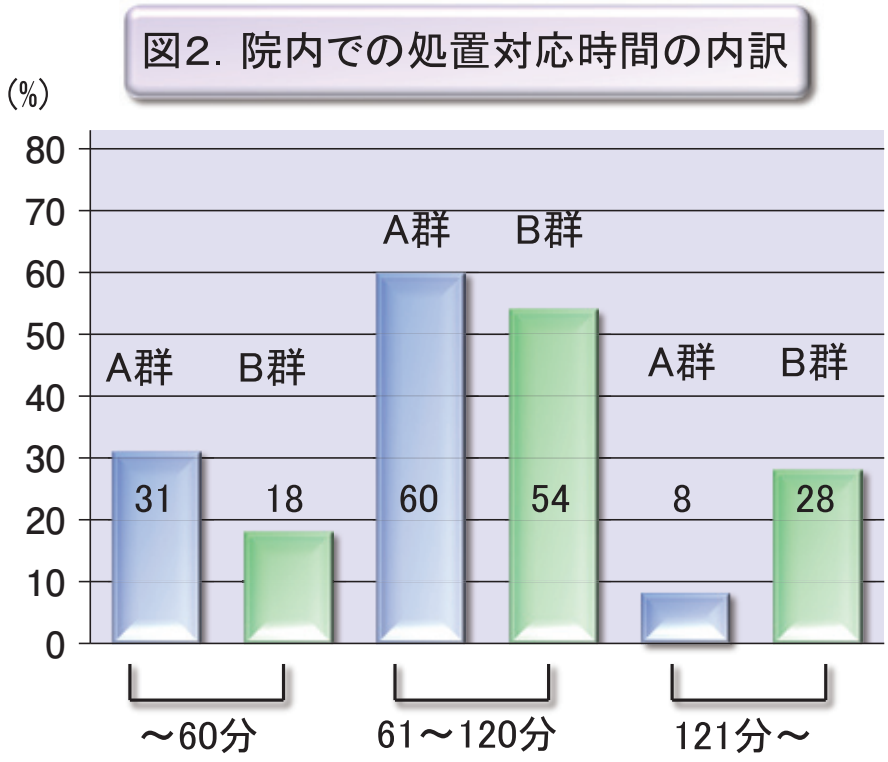
今回は、2009年１月から2012年９月までに発病後３時間以内にt-PA治療を行った144例(年齢72.2歳)をA群とし、また2012年10月から2013年６月までの発病後４時間30分以内に治療をした39例(72.9歳)をB群とし、両群でとくに発病から治療開始までの時間に注目して臨床解析をしました。結果を右に示します(図１)。A群では、患者の来院方法は救急車搬送が108例(75%)、非救急車受診が28例(19%)、院内発症が８例(６%)に対し、B群では救急車搬送が37例(95%)、非救急車受診が２例(５%)でありました。また、初診時の患者の意識レベルはJCS II以上がA群で57例(40%)、B群で25例(64%)でありました。

図1. 臨床解析結果



発病から病院到着までの時間は、A群では55.8±27.8分、B群では73.8±47.2分と、B群で有意に遅い(p<0.05)という結果でありました。さらに病院到着からt-PA治療開始までの処置対応時間は、A群では77.8分±27.2分、B群では99.9±43.1分と、B群で有意に時間がかかった(P<0.005)とする結果でした(赤○印)。

さらに、その内訳はA群/B群では60分以内が45例(31%)/7例(18%)、61分から120分が87例(60%)/21例(54%)、121分以上が12例(8%)/11例(28%)でありました(図2)。



発病からt-PA治療開始までの時間は、A群が133.3±31.2分(120分以内は50例、35%)、B群は174.4±53.8分(120以内は8例、21%)と、やはりB群の方が治療開始までに有意に時間がかかっています。

患者の転帰については、A群/B群で比較すると、自宅退院が72例(50%)/20例(51%)、リハ転院が48例(33%)/15例(38%)、死亡例が24例(17%：脳ヘルニア10例、合併症死亡14例)/3例(8%：すべて脳ヘルニア)でありました。

これらの結果から、発病から3時間以内に治療を行ったA群よりも、4時間30分以内に治療を行ったB群の方が、発病から病院到着までの時間の遅れは仕方がないのですが、院内での処置対応時間が遅れたために、t-PA治療開始までの時間が有意に長くなってしまったという事実は少し驚きであります。一刻も早く治療を開始すべきものが、少なくとも病院内での対応の遅れで、治療がさらに遅れてしまうことはできる限り避けなければなりません。全国的にも指摘されているように病院到着から少なくとも60分以内に適応患者はt-PA治療を開始する必要があります。治療開始時間までの短縮には、ファーストタッチ医師や看護師の適格な判断のみならず、神経内科医師が普段から救急外来患者の主訴をチェックしていること、脳出血を否定するために必要な頭部CT検査に対する放射線科技師の迅速な協力、検査項目は最低限にしても最も時間を要する血液検査に対する検査技師の協力が必要です。これら以外にも厳格な降圧治療、脳保護薬の点滴治療、尿バルーン留置などの処置対応、患者家族から十分な理解が得られるような病状説明と治療の同意取得が必要となります。すべては院内を挙げてのチーム医療であり、t-PAコールによって一刻も早くこのような治療ができる診療態勢作りも必要ですが、なかなか思うようにうまくいかないのが現状です。脳梗塞は神経内科、脳出血は脳神経外科といった診療科の壁をなくし、尾張北部や名古屋市北部の診療圏で、脳卒中急性期医療の中心となるような春日井市民病院脳卒中科を新しい診療科として、院長の指示のもとで設置される方向で進んでいます。

Drug information

2013年４月から施行された医薬品リスク管理計画（RMP：Risk Management Plan）と審査報告書

薬剤部　**坂田　洋**

2013年４月からバイオ後続品を含む全ての医薬品は、重要な特定されたリスク、重要な潜在的リスク及び重要な不足情報を安全性検討事項（Safety Specification）として集約し、医薬品安全性監視活動の計画（医薬品安全性監視計画）を立てることが義務づけられました（*Trinity* Vol. 8）。

今回は、この新制度のもとで医薬品医療機器総合機構（以下、PMDA）のHPで公開されている審査報告書がどのように変化したかをご紹介します。

■医薬品リスク管理計画（RMP：Risk Management Plan）とは

RMPは安全性検討事項、医薬品安全性監視計画、リスク最小化計画の３つからなります。

1．安全性検討事項

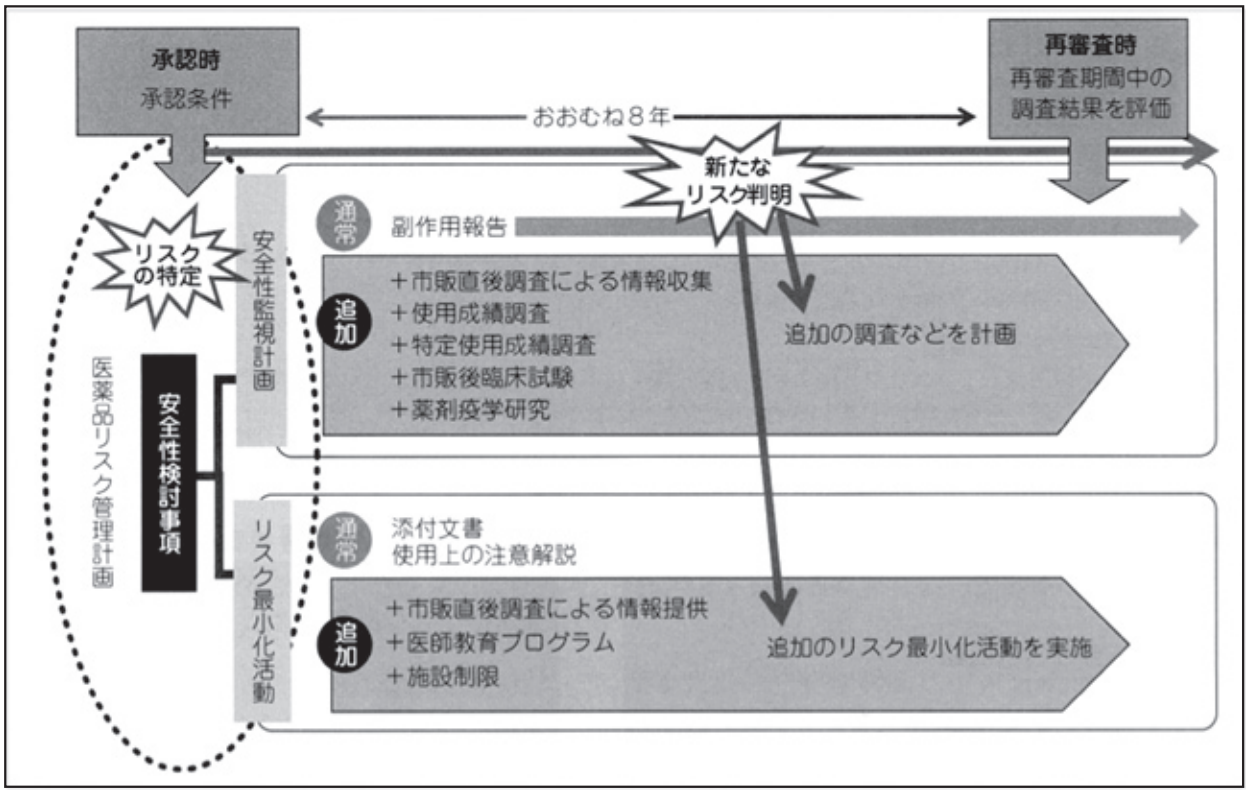
開発段階での動物実験や臨床試験で発現率が高かったものや、因果関係が否定できない重篤な副作用は「特定されたリスク」とみなされます。一方、薬効薬理から推測される副作用や同種同効薬での副作用発生状況等から副作用発現が危惧されるものについては「潜在的リスク」とみなされます。

2．医薬品安全性監視計画

安全性検討事項で特定されたリスクに対する承認後の情報収集活動が規定されます。市販直後調査の他に、使用成績調査、特定使用成績調査、市販後臨床試験等が実施されます。

3．リスク最小化計画

リスクを知らしめること、市販後の情報収集から追加で行うべき対策の検討、注意喚起の資材作成等がこれにあたります。



■審査報告書からみたRMP

では、これらが新医薬品にどのように反映されたかを、ルフィナミド(イノベロン錠)について紹介します。ルフィナミドは「他の抗てんかん薬で十分な効果が認められないLennox-Gastaut症候群における強直性発作及び脱力発作に対する抗てんかん薬との併用療法」を効能・効果として承認された新規の抗てんかん薬です。

1．安全性検討事項

本剤は国内外の臨床試験(5.3.5.1.1：304試験、5.3.5.1.2：0022試験)において、中枢性の有害事象として一定数の傾眠及び浮動性めまいが発生していることや因果関係は不明ですが挫傷や転倒なども報告されています。またてんかん重積発作もプラセボ群と比較して本剤群で発現割合が高い傾向がみられました。皮膚障害に関しては治験中に重篤かつ過敏症症候群の可能性が否定できない症例(1例)や、海外製造販売後安全性情報では46件の皮膚障害が報告され、そのうち14件が重篤な事象でした。成長への影響については低年齢層ほど食欲減退の発現割合が高い傾向がみられました。

審査報告書ではこれらをふまえ、下記の7つが「重要な特定されたリスク」としてあげられています。

- てんかん重積状態
- 発疹及び過敏症
- 食欲減退及び体重減少
- 運動失調
- 傾眠
- めまい
- 嘔吐

また、同臨床試験及び動物実験の結果から、下記の5つが「重要な潜在的リスク」としてあげられています。

- 複視及び霧視
- 心電図QTc間隔短縮
- 自殺
- 離脱症状
- バルプロ酸ナトリウムとの相互作用

これらは治験段階においてプラセボと同程度に発生したり、他の抗てんかん薬のメタ解析結果に基づいて設定されています。

さらに、安全性評価のために臨床試験時のデータとして不足する情報として下記の4つがあげられています。

- 肝機能障害患者への投与
- 妊婦又は妊娠している可能性のある患者への投与
- 高齢者への投与
- 他併用薬との相互作用

2．医薬品安全性監視計画及びリスク最小化計画

上記の安全性検討事項から、下記の項目が実施されます。

- 全症例を対象に使用成績調査を実施
- 成長への影響を検討できるように2年間する
- 医療関係者及び患者やその家族向けの説明用資材の作成

RMPが導入されて医療の現場が大きく変化することはありません。しかし、製薬企業、医療関係者、行政など医薬品の適正使用に関わる関係者が情報を共有し、それぞれの立場でなすべき事が明らかになったことに意義があります。

引用：イノベロン錠審査報告書
月刊薬事　Vol.55 No.4

薬剤部Q & A

Q：現在、乾燥甲状腺末を60mg投与しているが、レボチロキシン錠に変更する場合の投与量を知りたい。

乾燥甲状腺末はT3とT4を含有するが、その比率は製造LOTにより若干のばらつきがある。成人における乾燥甲状腺末の投与量は1日15mg～40mgから開始し、維持量が1日40mg～200mgとなっている。一方、レボチロキシン錠の投与量は1日25～100μgから開始し、維持量として1日100～400μgを投与する。したがって1日量として60mgであれは100μg前後の投与量が等価と考えられる。また他の文献でも類似の換算量が記載されている。

参考文献：インタビューフォーム

Q：セフェピム塩酸塩(注射用マキシピーム)は生後6か月の小児に発熱性好中球減少症を目的として使用可能か?

2013年7月の添付文書においてはセフェピム塩酸塩の小児用量は記載されていない。また、小児等への投与に関しては使用経験が少なく安全性は確立されていないと記載されている。一方、セフェピム塩酸塩は米国やドイツでも使用されており、両国においては小児の使用方法が定められている。米国では生後2か月から16歳の小児には1回50mg/kgを8時間毎に7日間もしくは好中球が回復するまで投与するとされている。また、ドイツでは生後2か月から体重が40kgまでの小児では50mg/kgを8時間毎、生後1か月から2か月の小児には30mg/kgを12時間毎、重症例では8時間毎10日間投与とされている。

参考文献：添付文書、公知申請資料

Q：サイアザイド利尿剤の血糖への影響はどの程度か?

サイアザイド系利尿薬、Ca拮抗薬、ACE阻害薬による降圧薬治療が空腹時血糖(FPG)値に及ぼす影響を比較したALLHATのpost hoc解析データによると、追跡期間のFPG値はいずれの治療群でも上昇したが、2年後におけるFPG値の上昇の程度はchlorthalidone群でもっとも大きかった(chlorthalidone群+8.5mg/dL，amlodipine群+5.5mg/dL[p<0.001]，lisinopril群+3.5mg/dL[p<0.001])。2年後における糖尿病発症リスクもchlorthalidone群で有意に大きく、chlorthalidone群に対するオッズ比はamlodipine群0.73(95%CI 0.58-0.91，p<0.001)，lisinopril群0.55(95%CI 0.43-0.70，p=0.006)であった。

参考文献：糖尿病トライアルデータベース

春日井市民病院薬剤部ではお薬に関するお問い合わせに常時対応しています。ご質問などありましたら医薬品情報室へお気軽にお問い合わせ下さい。

医薬品情報室　(0568)57-0057　内線2107

言語聴覚士って？

言語聴覚士　山田　康子　　井上　明美

言語聴覚士とは、失語症に代表される言語障害や、音声・構音障害、言語発達障害、聴覚障害などのコミュニケーションに関する問題、高次脳機能障害、摂食嚥下障害に対する評価、訓練、指導及び支援を行う専門職です。国家資格となってから15年とリハビリ部門の中では若く、未だ一般の方々への知名度は低いのですが、医療機関だけでなく、保健・福祉機関、教育機関などにも活動の場を広げています。

当院では2名の言語聴覚士(ST)が在籍しており、入院患者さんを対象に、成人の言語障害、音声・構音障害、高次脳機能障害、摂食嚥下障害に対するリハビリテーションを行っています。かつては神経内科、脳神経外科の疾患が中心でしたが、現在では嚥下障害に対する需要が増大し、依頼科も多岐に渡るようになりました。

ところで「ことば」を扱う専門職なのになぜ嚥下なの？と思われるかもしれませんが、発話で使用される機能と嚥下時に使用する機能は密接に関係しています。口唇や舌の運動が障害されれば言語面では構音障害が出現しますが、嚥下機能の点では食品や涎が口唇からこぼれやすくなり、咀嚼による食塊形成や咽頭への送り込みに問題が生じやすくなります。また発声の際には肺からの呼気と声帯振動が不可欠ですが、誤嚥防止のために声門を閉鎖し声門下圧を上昇させる、強くむせたり咳嗽をする、という点でも十分な呼吸機能や声帯の運動が必要不可欠なのです。これらの点で、発話と嚥下の共通点は多く、そのため訓練が共通していることが多いのです。

しかし、発話が正常だから嚥下も良好である、とは言えないケースも多く存在し、安全な嚥下が行われるためには口腔や咽頭・喉頭の運動だけでなく、様々な感覚入力や反射、呼吸機能、認知機能、捕食動作、姿勢保持能力などの多様な機能が正常である必要があります。従って、これらのどの機能に異常が生じても嚥下障害を生じる可能性があり、嚥下障害の原因は非常に多彩です。

近年、誤嚥性肺炎による高齢者の入院が目立つようになりました。加齢による嚥下機能への影響としては、歯の欠損や唾液分泌の低下による咀嚼能力の低下、味覚を含めた口腔咽頭の感覚低下と嚥下惹起遅延、咳嗽反射の低下、喉頭低位による喉頭挙上の遅れや不全、認知機能低下などがあげられます。また口腔ケアが不十分であることも誤嚥性肺炎を引き起こす要因となりますので注意が必要です。

嚥下機能の低下は日常の食事の様子にも表れています。嚥下障害に気付き、適切な対処を行えば、誤嚥性肺炎を未然に防ぐことが可能です。

「食べる」ことは栄養を維持するだけでなく、生活に充足や喜びをもたらす点で非常に重要な行為といえます。できるだけ長く、安全に食事を楽しんでいただけるような支援を行っていきたいと思います。

食べにくいモノとは？

◇固いものや噛み切れないもの。(タコ、ウナギの皮など…)
◇バサバサ・ボロボロと口の中でまとまりにくいもの。
(パン、ビスケット、単に刻んだだけの食品など…)
◇酸味や刺激の強いもの。(酢の物など…)
◇液体と固体が分離しているもの
(お味噌汁、お茶漬け、高野豆腐など…)

嚥下障害のチェックポイント

□しっかりと覚醒し、食事に集中できていますか？
□お尻でしっかり座り、首はお茶碗を見るように俯き加減になりますか？(嚥下時の頭頸部後屈位は危険です！)
□しっかり咀嚼ができますか？お茶で流しこんでいませんか？
□食事の最中や食事後にむせませんか？
(特に水分こそ注意が必要です。)
□食事の後、頬や舌の下に食物残渣がたまっていませんか？
□食事の後、声がガラガラと湿性になりませんか？

つむぎ

透析センター

看護師　**山田　洋子**（写真左）

血液浄化専門臨床工学技士　**重松　恭一**（写真右）

春日井市には確率的に透析患者が700人以上いると推定され、市内には７つの透析施設があります。

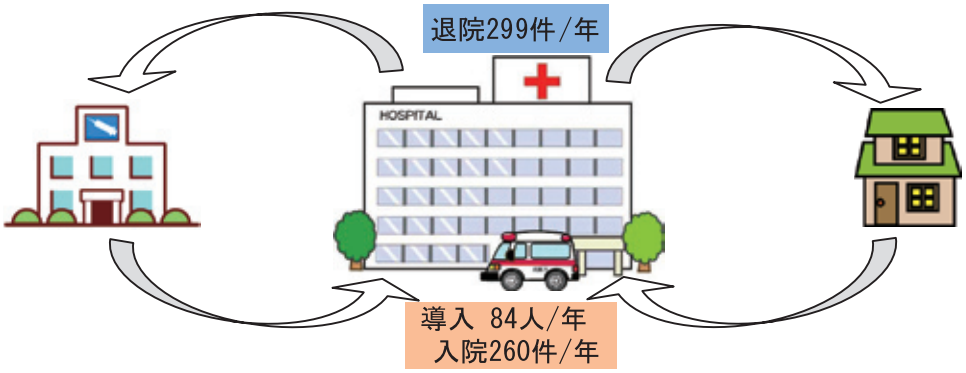
春日井市民病院では、これら多くの患者の透析導入や入院治療の際の血液透析を担うために透析センターを開設しています。

透析装置は、多人数用コンソール22台　個人用透析装置２台　OnLineHDF専用機１台

合計25台で１日２クール（アサ・ヒル）の透析を行っています。

昨年度の実績は透析導入84名、近隣のクリニックなどからの入院260件・退院299件で、特に導入に関しては春日井市で発生する殆どの透析患者がここで行っている計算になります。

（人口411人に１人が透析患者、年間3341人に１人が透析導入：2012日本透析医学会統計調査より）

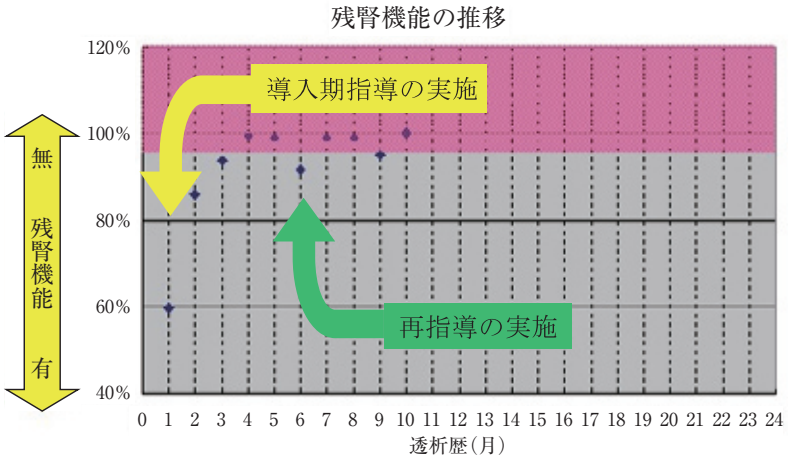


透析導入期とは透析治療の開始に伴いそれまでとは異なった生活を再構築して行く時期で、セルフケアを確立するプロセスが必要です。そのため患者さん自身が病とともに生きていくことができるよう支援しながら関わっていく看護スキルが必要です。

当院では透析センターと病棟との一元化により、透析センターの看護師は病棟から派遣されます。そのため導入開始以前から患者及び家族と関わることができ、信頼関係を構築しやすいことがメリットです。

セルフケア確立のためには日常生活の記録調査や聞き取りから問題点を抽出し、患者に応じた指導内容を選択して実施することにより、医学知識、実践的知識の獲得を目指します。また介入にはタイミングも重要であり、一つの取り組みとして、透析導入後の残腎機能を適宜評価し、段階に応じたきめ細かい指導・支援を実施することにより、コンプライアンスの向上を期待する検討も行っています。

大切な導入期を担う施設として、限られた時間と条件の中でこの様な取り組みを通して患者QOLの向上と長期生存を願いつつ、生涯の維持透析を近隣のクリニックにお願いしております。



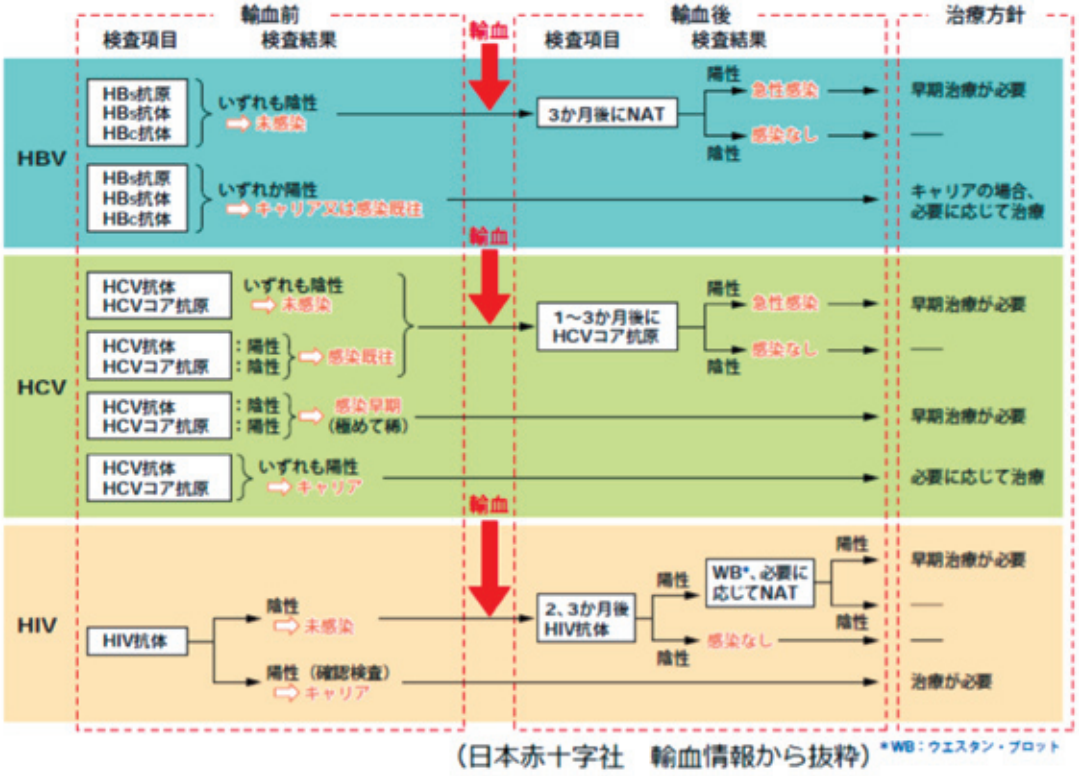
検査の話

輸血部門での臨床検査技師による臨床支援

臨床検査技師　**鈴木　博子**

近年、検査機器、検査試薬の進歩に伴い、免疫性および感染性輸血副作用・合併症は減少し、輸血用血液製剤の安全性は飛躍的に高くなってきました。しかし、ウインドウ期にある供血者からの感染、ヒトパルボウイルスB19やプリオンの感染などが新たに問題視されるなど感染性輸血副作用・合併症を根絶することは困難です。

厚生労働省は感染の拡大防止、輸血用血液製剤の安全性の向上および受血者(患者)のフォローのために、輸血による因果関係を解明するべく、『血液製剤等に係る遡及調査ガイドライン』を通知し、平成17年４月１日以降、遡及調査は当該ガイドラインに基づいて行うこととしました。ガイドラインでは、調査対象として、HBV、HCV、HIVを病原体とし輸血前と輸血後２～３か月後に検査するようにと記載されています(下図)。



当院でも、平成17年度からこのガイドラインに則って輸血前後の感染症検査を開始しましたが、輸血前の感染症検査実施率はほぼ100%なのに比較して、輸血後の感染症検査実施率は数%と極めて低値でした。これは、輸血前は患者さんが入院中であることから、比較的検査実施が可能であるのに比べ、輸血後は検査の実施時期が数か月後であるため、すでに退院されているケースがほとんどで、感染症検査のために来院していただくという体制ができていなかったことが原因でした。輸血後の感染症検査の実施率向上には、患者さんの理解が不可欠であり、そのためには丁寧な説明をすることが重要です。そこで、当院では平成21年度から臨床検査技師が病室を訪室し、「輸血療法後の血液検査のお勧め」という文書を渡して輸血に関する感染症についての説明をすることとなりました(図１)。

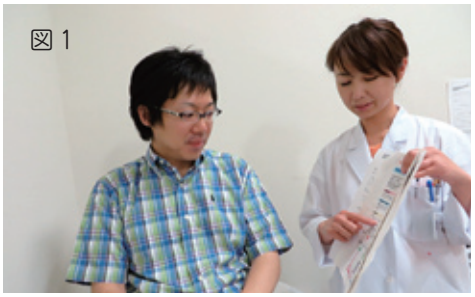


図１

これは愛知県下では初めての試みです。これによって輸血後感染症検査の実施率は半年後には40%前後に上昇しました。

また、患者さんにお渡ししている「輸血療法後の血液検査のお勧め」文書は、転院先の医師に見せてもわかるような内容にするなど、当院に限らず検査実施ができるような内容としています。また、９月からは手術前の患者さんを対象にした「術前オリエンテーション」の中で、輸血についての説明を臨床検査技師が実施できるよう準備中です。

輸血検査は血液型検査、不規則抗体スクリーニングおよび抗体同定、交差適合試験が中心になりますが、平成23年に全自動輸血検査装置を導入し、検査の効率化、標準化、迅速化が可能となりました（図２）。

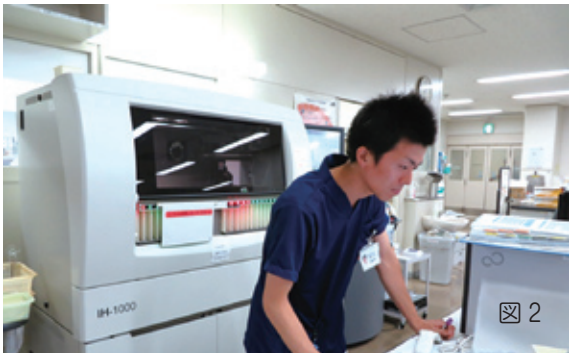


図２

その後電子カルテも稼働して、血液製剤の依頼から検査実施、出庫、認証システムによる輸血実施が可能となり、ヒューマンエラー回避によって迅速性、安全性が格段に向上しました。電子カルテ稼働と同時に、それまで保管管理していた輸血用血液製剤のみならず、アルブミン製剤やグロブリン製剤などの血漿分画製剤の保管管理も輸血部門で行うようになり、ヒト血液を原料とする特定生物由来製品のほとんどを輸血部門で一元管理できるようになりました（図３）。

図３

また、研修医、新任医師、看護師を対象とした輸血研修会、全職員を対象とした研修会の企画、開催を行い輸血事故を起こさないための情報共有を図っています。

以上のように、輸血部門の臨床検査技師は、ただ輸血検査をするだけではなく、輸血療法委員会への参画、院内輸血マニュアルの整備、研修会開催など、安全で適正な輸血療法を実施するための活動に取り組んでおり、今後はさらに患者さんへの情報提供などに力を入れていきたいと考えています。

カンピロバクター食中毒について

栄養管理室

カンピロバクター食中毒は近年日本で発生している食中毒の中で発生件数が多い食中毒です。ノロウィルスについで多くなっています。カンピロバクターは家畜、家きんまたはペットの腸管内に存在し、特に鶏の保菌率が高いことから、鶏肉から検出されることが多くなっています。また豚肉や牛肉からも検出されます。

野鳥やペット類等の保菌動物の糞便の由来から河川や井戸水から検出されることもあります。

主な症状については、下痢（血便）、腹痛、発熱（39～40℃）、悪心、嘔吐、頭痛、悪寒、倦怠感などで、他の感染型細菌性食中毒と酷似します。多くの患者は１週間で治癒し通常死亡例や重篤例はまれですが、若齢者、高齢者、抵抗力の弱い者は重症例の可能性が高いことに注意が必要です。

潜伏期間は２～７日と長いことが特徴で、本菌による感染後まれに手足の麻痺など末梢神経障害を起こす場合があります。予防のポイントは次の通りです。

- 井戸水は消毒殺菌または煮沸殺菌する
- 生肉と調理済みの肉類は別々に保存する
- 生肉を取り扱った後は十分に手指を洗浄する
- 食肉は十分に加熱調理（中心部を75℃以上で１分間以上加熱）を行う
- 熱や乾燥に弱いので調理器具は熱湯消毒し乾燥させる

研修会報告 1

医事課　**渡邊　　寛**

平成25年度春日井市民病院緩和ケア研修会を開催しました！

この研修会は、厚生労働省「がん対策推進基本計画」に定めている、がん診療に従事するすべての医師が緩和ケアに関する基本的な知識、技術を身につけることを重点目標としています。

また、当院は、平成23年度に「愛知県がん診療拠点病院」に指定されましたが、指定要件の一つに、国が定めた緩和ケアプログラムに基づいた研修会を定期的に開催することが明示されており、当院においても準拠して開催するものです。

※全日程を修了すると、厚生労働省健康局長より「修了証書」が授与され、「がん性疼痛緩和指導管理料１」の算定が可能になります。

当日は、院内外の医師、医療関係者18名が参加し、「緩和ケア概論」、「がん性疼痛」、「疼痛事例検討」、「オピオイドを開始するとき」、「精神症状」、「倦怠感」など、講義や医師、患者役に扮したロールプレイングを通じて、緩和ケアに必要な知識を習得していただきました。

始めのうちは、長い研修と盛りだくさんのカリキュラムに参加者には緊張も見受けられましたが、講師の巧みな話術（！？）に緊張感もほぐれ、気温に負けないくらい熱い論議を交わし、そして、修了証書授与では、受講生・講師ともに達成感から安堵の笑顔が！

今後も県がん診療拠点病院として、地域医療に携わる医療機関の皆さんとともに地域完結型医療の充実とがん治療の意識啓発に努めてまいります。

※平成26年度の日程につきましては、決まり次第当院ホームページでお知らせします。

研修会報告 2

臨床検査技術室　**後藤　慎一**

７月７日（日）に春日井市総合体育館２階大会議室に於いて、東京衛生病院附属協会通りクリニック糖尿病内科の杉本正毅先生を講師にお迎えして、第６回**春日井市地域連携糖尿病研修会**を開催しました。当院職員や尾張北部医療圏及び名古屋市、岡崎市、豊川市などから総勢60名の医療従事者の方々にご参加いただきました。

今回のテーマは「カーボカウントの基礎と体系的な血糖測定、血糖パターン分析」です。

研修会ではまず、基礎カーボカウントについて学び、次にSMBGの有効活用を阻む問題の核心に迫り、最後に基礎カーボカウントを活用した薬剤最適化プログラムである「体系的血糖測定」で血糖パターン分析を行い、問題点の原因を探究しながら、薬剤の最適化と食事の糖質摂取量などに対して介入を行う方法を、実症例をもとにグループワークを行いました。各テーブルでは白熱した議論が交わされ、スペシャルコメンテーターの医師たちから、助言やヒントをいただきながら回答を導き出していました。また、各テーブルは様々な職種で構成され、職域を超えた意見を聞くことができ、参考になりました。

研修会企画の段階で１日の研修会は「長いかな？」と意見もありましたが、時間を感じさせない講師の先生の話術とグループワークは大変充実していました。ご参加いただきました皆様からも**「カーボカウントに対する考え方が変わった」、「SMBGの重要性を再認識できた」、「食事と薬物の関係が良く理解できた」「クループディスカッションがよかった」**などのご意見をいただきました。今後も地域の糖尿病治療に関わる医療従事者の方々のお役に立てるような研修会を企画しますので、是非ご参加ください。

がんばります！研修医紹介コーナー

名　　前　木野村　依子
出 身 地　岐阜県
出身大学　愛知医科大学
　2年間がんばります。

名　　前　隈井　大介
出 身 地　愛知県
出身大学　藤田保健衛生大学
　春日井市民の健康に少しでも貢献できるようがんばります。

名　　前　水野　頌也
出 身 地　岐阜県
出身大学　愛知学院大学　歯学部
　今後の治療の基盤となることを学び、充実した2年間にしたいです。

名　　前　湯川　貴志
出 身 地　和歌山県
出身大学　愛知医科大学
　精いっぱい努力していきたいと思います。
よろしくおねがいします。

名　　前　山本　友輝
出 身 地　愛知県
出身大学　愛知医科大学
　研修を有意義なものにするため、精一杯頑張ります。
よろしくお願いします。

名　　前　真宮　崇
出 身 地　秋田県
出身大学　福岡大学
　2年間、悔いの残らぬようがんばります！

名　　前　鈴木　優
出 身 地　愛知県
出身大学　大阪医科大学
　よろしくおねがいします。

名　　前　高原　邦彦
出 身 地　大阪府
出身大学　名古屋大学
　四月から春日井市民病院で研修させていただいています。地域に貢献できるように日々、緩むことなく精進していきたいと思います。

名　　前　三輪　綾子
出 身 地　愛知県
出身大学　福井大学
　春日井市民病院の和やかな雰囲気に魅力を感じて研修させていただくことになりました。救急外来をはじめ、各課の良さを幅広く知ることができるような研修ができるといいなとおもっています。よろしくおねがいします。

名　　前　守矢　すみれ
出 身 地　愛知県
出身大学　東邦大学
　色々な症例を経験し、即戦力になれる力をつけたい。一人でも多くの患者さんとコミュニケーションをとりたい。

名　　前　山本　泰資
出 身 地　愛知県
出身大学　名古屋大学
　内科、外科ともに多くの症例を経験できて驚いています。まだわからないことだらけで困惑することも多いですが、実りある研修にしたいと思っています！！

医療連携登録医療機関の院内掲示を始めました！

春日井市民病院では、正面玄関ホール壁面（売店手前）に当院と医療連携を行っている登録医療機関を患者さんや地域の方々に紹介する目的で「春日井市民病院医療連携登録医療機関」の掲示を開始しました。

登録医募集のお知らせ

登録医を随時募集しています！

1　本制度の目的

春日井市民病院(当院)と地域の医療機関等が、患者に一貫性のある医療を提供するために、相互が緊密な医療連携を図ることを目的として「登録医制度」を創設いたしました。

2　登録医のお申し込み方法

⑴　申請書に必要事項をご記入いただき、返送をお願いいたします。（下の問い合わせ先までご連絡いただけましたら、申請書等を郵送いたします。）

⑵　当院での手続き終了後、右の「登録医証」をご送付します。なお、入院中の紹介患者への訪問を希望される場合には「登録医の名札」を作成いたしますので、顔写真（縦３㎝×横2.4㎝）の同封をお願います。

問い合わせ先
春日井市民病院　地域連携ステーション
TEL 0568-83-9924　FAX 0568-82-9345

KASUGAI
Municipal
Hospital

春日井市民病院

登録医証

○○○○○○クリニック
○○○　○○○　様

春日井市民病院は地域医療連携の推進と
医療の質向上に資することを目的として、
貴殿を春日井市民病院登録医として認定いたしました。

平成　年　月　日
春日井市民病院
院長　渡邊　有三

キャンサーオープンカンファレンスのお知らせ

第14回　　9月5日(木)　　がん治療における“薬薬連携”のとりくみ
　　味覚障害の食事の工夫(栄養管理室からの“ワンポイントレクチャー”)
第15回　　10月3日(木)　　“口腔癌”ー動注化学放射線療法における看護師、歯科衛生士の役割ー
第16回　　11月7日(木)　　肺がん

対　　象：院内外の医療関係者(医師・看護師・薬剤師・技師等)
場　　所：春日井市民病院講堂
開始時間：18時
＊詳細については、事務局医事課にお問い合わせください。

循環器疾患でお困りのときは

1．予約診療のとき
医療連携室で予約をしてください。
春日井市民病院　医療連携室　TEL 0568-83-9924
平日8:30-20:00　　土曜日9:00-13:00

2．緊急のとき
春日井市民病院　TEL 0568-57-0057
平日8:30-12:00：循環器医が対応します。
その他の時間帯：救急外来が初期対応しますが、
循環器医は24時間対応します。

3．緊急で循環器医に直接相談したいとき

春日井市民病院
循環器専用コール

080-6942-1608

365日24時間
循環器医が直接対応します
循環器疾患はお任せください！
＊医療機関の医師からの専用となります

春日井市民病院
Kasugai Municipal Hospital

〒486-8510　春日井市鷹来町1-1-1
TEL 0568-57-0057(代表)
FAX 0568-57-0067

ホームページ　http://www.hospital.kasugai.aichi.jp/
インターネット予約
https://www.hospital.kasugai.aichi.jp/byoshin/
地域連携ステーション　TEL 0568-83-9924
FAX 0568-82-9345

Trinity　Vol.11
発行日　平成25年8月25日
発行元　広報委員会

春日井市民病院
ホームページ