

一般財団法人

## 三友堂病院医学雑誌

Vol.17 January 2017

## 目次

巻頭言	（一財）三友堂病院 理事長 仁科盛之	1
Introduction		
ATISとは何か	阿部秀樹	2
Letter to Editor		
COPD患者の終末期を考える	渡部悦子 他	7
記事		
1)Q&A		
・ATIS ～眼科～	陳内嘉浩	10
・ATIS ～糖尿病～	大泉俊英	11
・脳卒中	工藤陽平	13
・CAVI・ABI検査について	高橋由紀	23
2)固定チームナーシングについて	高橋啓子	27
3)座右の銘	穂坂雅之	35
原著		
医食同源	阿部秀樹	36
臨床研究		
腹腔内遊離ガスを伴う腸管囊腫様気腫症を短期間で繰り返した1症例	長谷川繁生 他	51
略語解説		
三友堂病院で行われる主な内視鏡検査・治療、放射線検査・治療	河合美奈子	55
看護学校PR		61
平成27年 診療実績		67
平成27年度 看護専門学校教育活動報告		79
平成27年度 学会・研修会参加記録		82
平成27年度 学会・研修会発表記録		98
平成27年度 院内研修会		101
平成27年度 他誌掲載論文記録		104
平成27年 死亡統計		105
（一財）三友堂病院医学雑誌編集委員会要項		109
（一財）三友堂病院医学雑誌投稿規程		110
クロスワードパズル		112
フォトコンテスト		113
編集後記		114



三友堂フォトコンテスト優秀賞  
撮影者 A.S



# 巻 頭 言

(一財)三友堂病院

理事長 仁 科 盛 之

2016年は、大きな災害が多発した年でした。4月14日の熊本地震に始まり、8月には台風10号が東北地方や北海道を直撃しました。また、10月19日には鳥取地震が発生しました。災害へ備えることはできますが、自然災害を無くすことはできません。大きな災害が起こらないことを願うばかりです。

災害への備えとして、10月4日、山形県米沢市総合防災訓練が10年ぶりに開催されました。山形県知事を総監とし、県内の防災機関が一同に会し、米沢市長の指揮のもと大々的な訓練が行われました。幸いにも山形県は大きな災害がありませんが、人命救助や被害拡大防止対策など、日頃から準備を整えることが重要です。米沢市医師会として参加しましたが、各機関の連携をいかに図るか、訓練を通しその重要性を再認識しました。

さて、本年9月、山形県地域医療構想案が知事に答申されました。2014年6月、我が国の人口動態を見据え、医療介護総合確保推進法が成立しました。今後、具体的な取り組みとして、病床機能報告制度を活用し、地域医療調整会議の場で2025年に向けた議論が始まります。その取り組みの大きな節目が、2018年といわれています。この年は、診療報酬と介護報酬の同時改定、医療計画と介護保険事業計画の策定、国保運営が都道府県に広域化されるということで、「惑星直列の大改革」の年となります。

このような外部環境の大きな変化を踏まえ、三友堂病院の建替え計画を進めております。しかし、建物はお金で買えますが、その建物をいかに有効活用し、医療の安全や質を高めるかについては、職員のやる気やチーム医療の充実など、お金で買うことが出来ない無形の資産が重要です。

最近、ロングセラーである、「空気」の研究（山本七平／文春文庫）という書籍に接する機会がありました。私たちはある情報に向き合った時、「その場の空気」を感じ取り、他に根拠があっても、場の空気に合わせた結論を出すことがあります。どうしてそうなるのだろうか？という問いに対し、誰も合理的な説明ができない。その場を左右する「空気」とはこのように摩訶不思議なのです。この摩訶不思議な「空気」の相対にあるのは、科学だと思います。

医学雑誌も第17巻となり、当法人の科学の成果が、また一つ無形の資産として積み上がりました。「空気」に左右されない、論理的、実証的に行動する科学的な態度が医療人に求められますが、寄稿された方々は忙しい業務の中、それを実践してくださいました。ありがとうございます。また、その成果を医学雑誌として纏めていただきました編集委員の皆様、敬意を表したいと思います。

最後になりますが、今後も医療の安全や質を追求する姿勢を忘れず、地域に必要とされる法人組織となるよう、職員の皆さまと共に努力していきたいと思います。

# ATIS (Athero-thrombosis, アテローム血栓症) についての概説

阿部 秀樹

三友堂病院 循環器内科

Hideki Abe M.D.

米国における近代医学の祖；ウイリアム・オスラー（William Osler）（1849～1919）が述べた、有名な警句があります。

*A man is as old as his arteries.* (ヒトは血管とともに老いる) (Fig.1)

すなわち、私たちが日常経験する老化（皮膚がたるみ、髪がうすくなり、中年腹になり、体力、筋力が低下する）の本態は、動脈硬化なのだ！と100年以上も前に喝破しているのです。まさに慧眼と言わざるを得ません。

その動脈硬化は、様々な因子で促進されます。有名な4大因子；①喫煙、②高血圧症、③糖尿病、④高脂血症のほか、加齢、肥満、運動不足、ストレスなどでも促進され、個体差が非常に大きいのが現実です。(Fig.2,3)

同じ70歳の男性でも、動脈硬化が促進された個体ではへろへろヨボヨボな状態（Frail）になり、動脈硬化の少ない元気な個体は若々しい。ということになります。

どんな個体でも、経時的に動脈硬化が進行するのは止められません。(Fig.4)

問題は、動脈硬化が進行し、動脈血管壁内にプラーク（ニキビのような脂肪沈着）が形成され、それが次第に大きくなると、ある日、突然、破綻することです。プラークが破綻すると直ちに血小板血栓が付着し、それに続いて急速に血栓が形成され、動脈の急性途絶が惹起されます。(Fig.5)

動脈が急性途絶すれば当然、動脈で養われている臓器の虚血壊死が起こります。心臓であれば急性心筋梗塞が発症し（Fig.6）、頭部であれば脳梗塞、下肢であれば閉塞性動脈硬化症が発症します。

すなわち、急性心筋梗塞も、脳梗塞発症も、閉塞性動脈硬化症も、その発症機転は全て同じアテローム血栓症（塞栓症）であり、閉塞する動脈の部位が異なるだけに過ぎません。そこで最近、それらの病態を統一してアテローム血栓症ATIS (Athero-thrombosis.) と呼ばれることも多くなりました。(Fig.7)

ATISは、頭部の脳血管疾患（CVD）、心臓の冠動脈疾患（CAD）、下肢の末梢動脈疾患（PAD）に三大別されます。(Fig.8)

そしてその3つの病態は、同一個体に合併して起こることも、当然しばしばあり得ます。

62歳を超える患者1,886例について調査したところ、全体の63%は脳血管疾患（CVD）、虚血性心疾患（CAD）、下肢の末梢動脈疾患（PAD）のいずれかを有しており、PAD患者についてみると、33%がCVDを、56%はCADを合併していたとの報告があります。（日本脈管学会編；「下肢閉塞性動脈硬化症の診断・治療指針」協和企画：p16, 2000）(Fig.9)

また世界的には、アテローム血栓症68,000名の内訳をみたREACH Registry（Circ J 2007;71:995-1003）

が有名です。

REACH Registry では、2003年12月～2004年6月に登録された合計69,055例のうち、本邦を含めた44カ国5,473医療施設で登録された45歳以上の67,888例がベースライン分析の適格患者と判断されました。

規制要件の関係で、日本では患者の登録が少し遅れ、2004年7～12月に実施されました。医師1人につき最大15例（米国は最大20例）の患者の登録が認められ、また各医療施設における母集団を代表する患者を組み入れるために、各施設において患者を連続して登録するように指導されました。(Fig.10)

症候性患者における古典的な血管リスク因子（糖尿病、高血圧、高コレステロール血症）の有病率を地域別に検討しました。(Fig.11)

かなりの割合の症候性患者が、糖尿病、高血圧、高コレステロール血症のいずれかを有しており、症候性患者における糖尿病有病率は37.5%、登録患者全体では44.3%でした。糖尿病有病率は地域によって大きく異なっていました。

中東全体では52.5% - 症候性患者（n=718）では49.1%、リスク因子のみの患者（n=128）では70.7%でしたが、東ヨーロッパ全体では27.7% - 症候性患者（n=5,375）では25.7%、リスク因子のみの患者（n=281）では53.4%と糖尿病有病率は東ヨーロッパでは低かったのです。

現在も喫煙している患者の割合にも、地域によって違いが見られました。

（全体では15.3%）。(Fig.12)

最も高かったのは、リスク因子のみの日本人患者でした（26.3%）。

現在も喫煙している患者の割合が最も低かったのは、南アメリカの症候性患者でした（6.2%）。

REACH Registryでは、本邦では、脳血管疾患（CVD）の合併頻度が諸外国に比して際立って多い特徴があります。（30.2% vs 16.6%）(Fig.13,14)

また、病態が複数の血管床にみられるPoly-vascular diseaseについて検討すると、冠動脈疾患（CAD）：24.8%（2か所：22.0%、3か所：2.8%）、脳血管疾患（CVD）：40.2%（2か所：34.3%、3か所：5.9%）、末梢動脈疾患（PAD）：61.5%（2か所：48.0%、3か所：13.5%）でした。(Fig.15)

冠動脈疾患（CAD）に加え、他の血管床にも症候性疾患を有する患者の割合が検討されました。**CAD患者40,258例のうち、約1/4は他の血管床にもATIS（アテローム血栓症）を有することがわかります。**(Fig.16)

CAD患者は、REACH Registry登録患者全体の59.3%を占めますが、CAD単独：44.6%、脳血管疾患（CVD）合併：8.4%、末梢動脈疾患（PAD）合併：4.7%、CAD、CVD、PADを全て有する患者は、REACH Registry登録患者全体の1.6%でした。（パーセンテージはREACH Registry登録患者全体に対する割合。）

同様に脳血管疾患（CVD）に加え、他の血管床にも症候性疾患を有する患者の割合が検討されました。**CVD患者18,843例のうち、約2/5は他の血管床にもATIS（アテローム血栓症）を有することがわかります。**(Fig.17)

CVD患者は、REACH Registry登録患者全体の27.8%を占めますが、CVD単独：16.6%、冠動脈疾患（CAD）合併：8.4%、末梢動脈疾患（PAD）合併：1.2%、CVD、CAD、PAD合併：1.6%でした。（パーセンテージはREACH Registry登録患者全体に対する割合。）

同様に末梢動脈疾患（PAD）に加え、他の血管床にも症候性疾患を有する患者の割合も検討されました。**PAD患者8,273例のうち、約3/5は他の血管床にもATIS（アテローム血栓症）を有すること**



がわかります。(Fig.18)

PAD患者は、REACH Registry登録患者全体の12.2%を占めますが、PAD単独:4.7%、冠動脈疾患(CAD)合併:4.7%、脳血管疾患(CVD)合併:1.2%、CVD、CAD、PAD合併:1.6%でした。(パーセンテージはREACH Registry登録患者全体に対する割合。)

末梢動脈疾患(PAD)がある場合には、脳血管疾患(CVD)や、冠動脈疾患(CAD)が既存することが多いと言えます。

症候性患者では、かなりの割合の患者がpolyvascular diseaseを有していました。症候性患者の15.9%がpolyvascular diseaseでした。(Fig.19)

冠動脈疾患(CAD) + 脳血管疾患(CVD):8.4%、CAD + 末梢動脈疾患(PAD):4.7%、CVD + PAD:1.2%でした。

本邦でも、虚血性心疾患(CAD)の重症度が増すにつれ、頸動脈狭窄の合併も急増するという興味深い報告がなされています。(Stroke 2005) (Fig.20)

脳血管疾患(CVD)領域でも、1960年代の脳卒中死亡の3/4は脳出血でしたが、最近では脳出血は1/4に激減し、かわりに脳梗塞による死亡が急増しております。(Fig.21,22,23)

現代は高血圧症の啓蒙が進み、血圧のコントロールが十分にされるようになり、昔のような脳出血による急死は激減しました。

しかし現在、超高齢化社会を迎えて、今後、動脈硬化の進展によるアテローム血栓症:ATIS (Athero-thrombosis)の問題とその啓蒙は益々重要になるものと思われ、今回のテーマに選ばせていただいた次第です。

## 参考文献

- 1) Bhatt DL et al, on behalf of the REACH Registry Investigators. International prevalence, recognition, and treatment of cardiovascular risk factors in outpatients with atherothrombosis. JAMA 2006;295:180-189.
- 2) Ohman EM et al, on behalf of the REACH Registry Investigators. The reduction of atherothrombosis for continued health (REACH) registry: an international, prospective, observational investigation in subjects at risk for atherothrombotic events-study design. Am Heart J 2006;151(4):e1-e10.
- 3) 日本脈管学会編;「下肢閉塞性動脈硬化症の診断・治療指針」 協和企画:p16, 2000

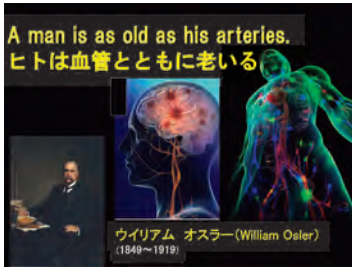


Fig.1



Fig.2

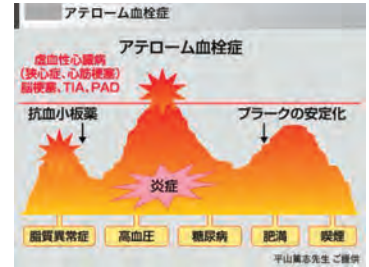


Fig.3



Fig.4

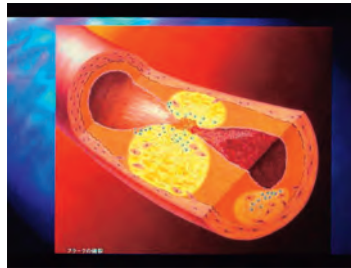


Fig.5



Fig.6



Fig.7

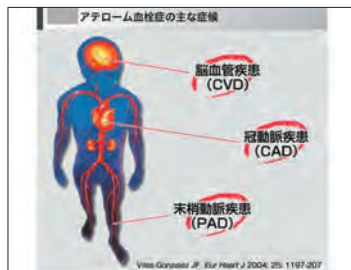


Fig.8

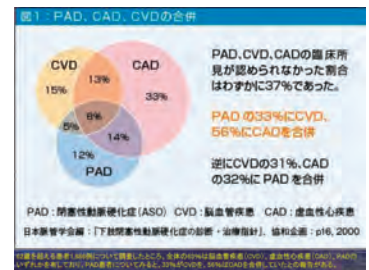


Fig.9



Fig.10

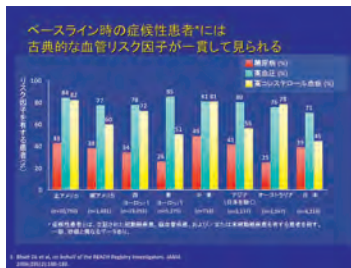


Fig.11

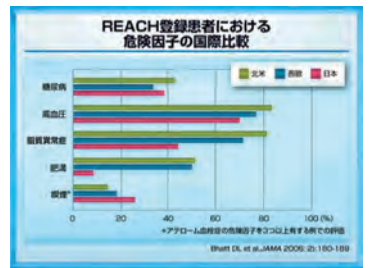


Fig.12

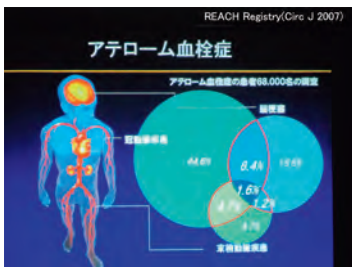


Fig.13

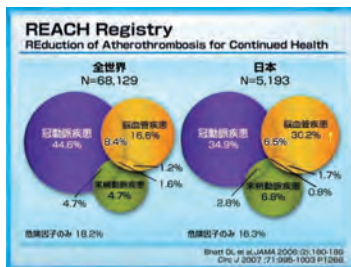


Fig.14

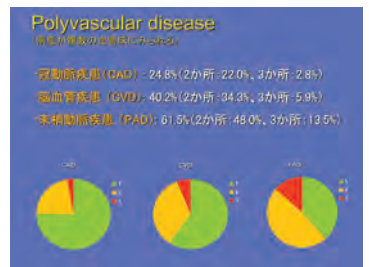


Fig.15

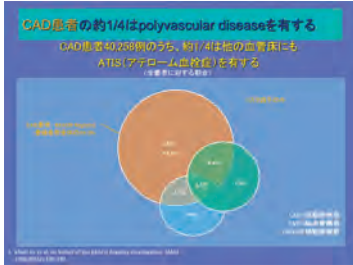


Fig.16

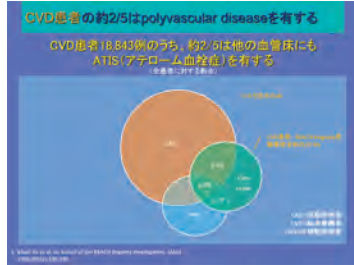


Fig.17

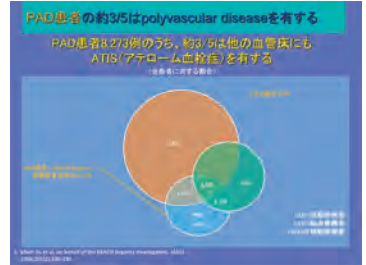


Fig.18



Fig.19

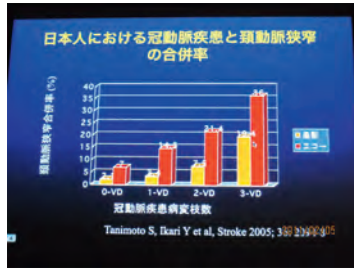


Fig.20



Fig.21

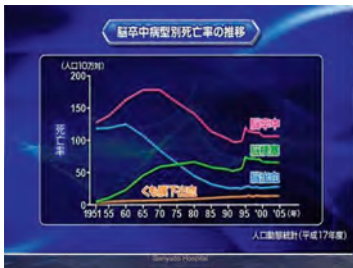


Fig.22



Fig.23

三友堂病院 慢性期呼吸ケアチーム

渡部 悦子<sup>1)</sup>、山口 武子<sup>1)</sup>、佐藤 由紀<sup>1)</sup>、池田 英樹<sup>2)</sup>、仁科 盛之<sup>3)</sup>

1)三友堂病院 看護部 2)三友堂病院 呼吸器内科 3)三友堂病院 病院長

Etsuko Watanabe

### はじめに

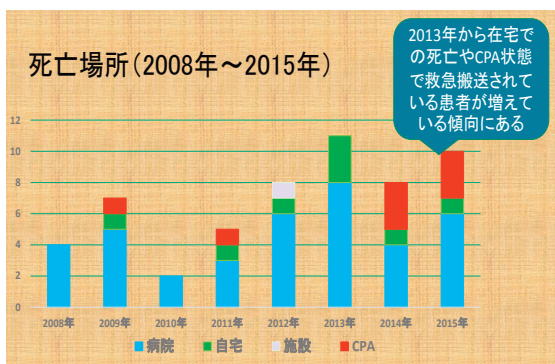
三友堂病院は山形県米沢市に位置し、周辺の2次医療圏を担う急性期病院である。私たち慢性期呼吸ケアチームはCOPD患者へのセルフケア能力の向上をめざし活動している。2015年の呼吸リハ・ケア学会でCOPD患者の終末期ケアについて発表した内容に今回さらにデータを加え、COPD患者の終末期ケアについて若干の考察を加えることができたので報告する。

### 方法

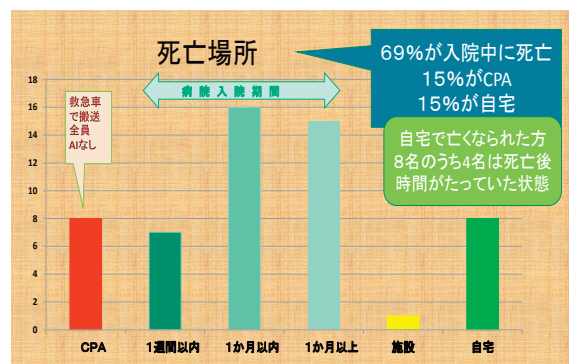
過去7年間に死亡されたCOPD患者のうちHOT導入されていた55名のCOPD診断年数、死亡場所、死亡原因、死亡までの入院日数、在宅での訪問看護などの福祉サービスのご利用の有無を診療記録や死亡診断書などを元に調査した。

### 結果

COPD患者で2008年から2015年までの年度別の死亡場所としては、病院で入院中に亡くなる方が多く、全体の69%だった。(図1) 入院期間は1か月以内が最も多くなっていた。2013年から在宅での死亡やCPA状態で救急搬送されている患者が増えている傾向にあった。またCPAが15%で救命処置はされているが回復はされず、ご家族からのAIのご希望も全員ない状況だった。(図2) 自宅で亡くなられた方8名のうち4名は、家族が時間がたってから発見したケース、4名は自宅で見取りを希望した末期がんの患者だった。



(図1)

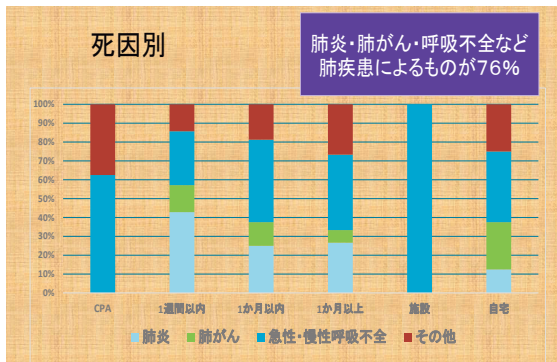


(図2)



死因を見ると肺炎や肺がん、呼吸不全などの肺疾患によるものが全体の76%を占めていた。その他の死因は脳出血や急性心筋梗塞、すい臓がんなどだった。(図3)

COPDの診断年数を見てみると、5年以上の生存が全体の57%だった。2009年の調査で当院のCOPD患者はBODEindexのQuartile 4レベル以上が63%で重症度が高い患者層であることを把握しており、5年以上の生存をチームの目標にしていた。(図4)

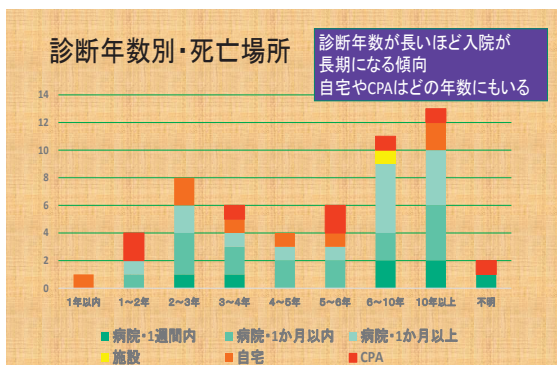


(図3)

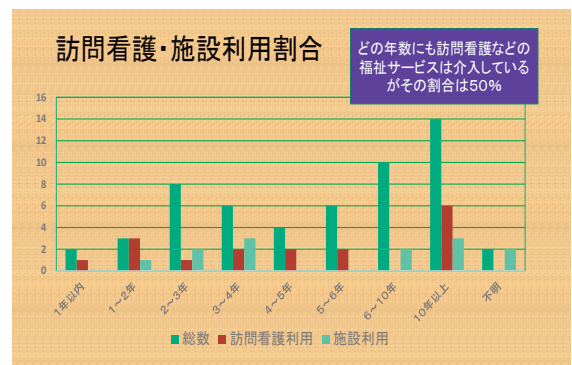


(図4)

診断年数別に死亡場所を見ると診断年数が長いほど入院が長期になる傾向があった。また何度も入院を繰り返している。増悪を繰り返し終末に至っていくCOPDの特徴といえる。また、自宅で亡くなられた方やCPAの方はどの年数にもおり予期せぬ急変があることも一つの特徴といえる。



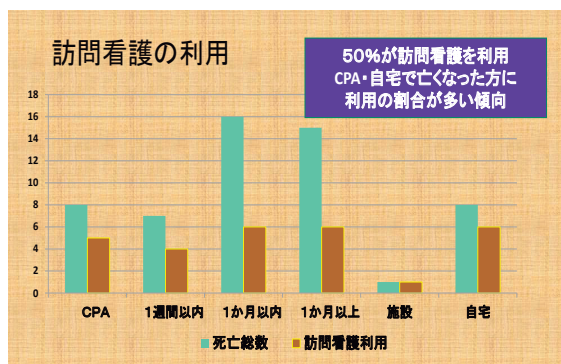
(図5)



(図6)

当院のHOT導入クリニカルパスの中で訪問看護や福祉サービスを説明する項目があるため利用の割合を調査した。診断年数別にみるとどの年数にも利用されていたが利用している人は全体の50%だった。(図6)

利用されない理由は自己管理ができる、家族の協力があるなどから必要ないと判断したり、金銭的な理由で受けられないなどだった。死亡場所で見るとどの項目にも訪問看護の利用者はいた。若干、CPAや自宅で亡くなった方に利用の割合が多い傾向にあった。自宅で亡くなった方は緩和ケアを介し自宅での見取りを希望された4名が含まれていた。(図7)



(図7)

## 考察

今回の調査からCOPD患者は増悪を繰り返し終末に至るケースもあれば予測できない急変もありうるが見えてきた。このことから私たちは、患者が自分らしく生活できることと同時進行で終末期を考えることが出来るようなかかわりも必要である。また、今回の調査では数値化していないが、増悪を繰り返しNPPVやBiPAPを装着するケースも多くみられた。いろいろな治療方法があることを患者や家族が理解し治療の選択ができることも自分らしく生きる上で必要であると考えます。

今後の課題として、HOT導入時に「自分はこれからどう生きたいかを意識する」きっかけをつくることが必要と考え、内容を吟味しながらクリニカルパスに加えていく予定である。また、チーム内でその情報を共有することにより、より患者個人にあった生活環境を整えることができると期待できる。

治療の選択が必要な場面では医師の説明だけでなく、チームスタッフは患者が納得できる治療を選択できるよう働きかける場面を持つ必要がある。2016年度から呼吸教室などで学習の場を提供していく計画を立てている。外来では「自分が望む生活」が安楽・安寧であることの確認と、必要な支援を行うことが求められる。呼吸ケアチームや酸素供給会社の担当者との連携を密に行い、状態の変化により訪問看護やサービスの必要性を見極め介入できる体制を構築する必要がある。

## おわりに

終末期ケアはとても繊細な問題だが、COPDの特徴を理解し患者が望む生活が最後までできるよう患者の思いを受け止め、患者の思いと同じ方向を向いて専門性やファシリテーションを発揮して行くことが重要である。

## <参考文献>

- 1) 石垣靖子他：臨床倫理ベーシックレッスン 日本看護協会出版会 2015
- 2) 長江弘子編集：看護実践にいかすエンド・オブ・ライフケア 日本看護協会出版会 2015

論文受領 H 28.11.24

論文受理 H 28.11.24

回答者：三友堂病院 眼科 陳内 嘉浩 質問者：三友堂病院 看護師 渡部 悦子

### 質問1. ATISに関する先生の専門領域での疾患はどのような病息がありますか

主に網膜血管閉塞性疾患です。具体的に、網膜動脈閉塞症（RAO：retinal artery occlusion）、網膜静脈閉塞症（RVO：retinal vein occlusion）があります。

その他、虚血性視神経症（非動脈炎性）や、開放隅角緑内障も動脈硬化が原因となっています。

### 質問2. 特に注目する疾患の病態や治療について教えてください

最近、網膜静脈閉塞症（RVO）は特に注目されています。網膜静脈閉塞症は網膜静脈分枝閉塞症（BRVO）と網膜中心静脈閉塞症（CRVO）という二つのタイプがあります。静脈閉塞症ですが、その原因は動脈硬化です。

日本の久山町研究の1998年の調査結果では、40歳以上の有病率はRVO全体では2.1%、BRVOでは2.0%、CRVOでは0.2%でした。

病態について、網膜静脈分枝閉塞症は網膜動静脈交差部で静脈が硬化された動脈に圧迫され、閉塞してしまう疾患です。

網膜分枝静脈は、視神経乳頭で1本にまとまって網膜中心静脈となり、篩状板部を通して、眼球の外へと出ていきます。動脈硬化が進むと、この網膜中心静脈が閉塞してしまい、網膜中心静脈閉塞症になります。

網膜静脈分枝閉塞症と、網膜中心静脈閉塞症ともに嚢胞状黄斑浮腫を起こし、著しい視力低下を起します。網膜中心静脈閉塞症の場合、治療が遅れたら、血管新生緑内障という合併症が発症し、最終的に失明することもあります。

網膜静脈閉塞症（RVO）の治療は、網膜血管無灌流野・黄斑浮腫・硝子体出血の有無によって、抗VEGF薬（アイリーアやルセンチス）の硝子体注射、網膜光凝固、硝子体手術を行います。

### 質問3. ATISの患者へはどのような指導をおこなっていますか

我々が通常両眼でものを見るので、片眼に上記疾患が発症しても気がつかないことが多い。ATISを持つなら、時々、片目を閉じて、開いている眼で見え方を確認して、ぼやけることや、視野が欠けること、物が歪む（変形して見える）ことなど異常がある場合、早めに眼科を受診してください。

### 質問4. 日常で気をつけることがありましたらアドバイスをください

糖尿病や高血圧、脂質異常症など基礎疾患の治療は大切です。内科にきちんと通院してください。

回答者：山形大学医学部内科学第三講座 講師 大泉 俊英

質問者：三友堂病院 看護師 渡部 悦子

### Q1. ATISに関連する疾患

A. 糖尿病・耐糖能異常、高トリグリセライド（中性脂肪）血症 高LDLコレステロール血症（家族性高コレステロール血症含む）

### Q2. 注目する疾患の病態や治療

A. 肥満、メタボリックシンドロームはATISに関連が低いかもしれませんが。

原発性アルドステロン症にセララ内服が手術症例と同様に予後改善効果があること。

高LDLコレステロール血症に完全ヒト型抗PCSK9モノクローナル抗体治療が新規使用可能となったこと。

糖尿病治療薬であるある種のSGLT-2阻害薬がATISを減らすかのような話もありますが、結果的には死亡率は減少しても心筋梗塞の発症率は減らないし、脳梗塞も減らない。心筋梗塞の減少が死亡率の減少につながっていないのかもしれないとされています。

### Q3. ATISの患者さんへ

A. 肥満、メタボリックシンドローム、2型糖尿病、高トリグリセライド（中性脂肪）血症の方は、摂取エネルギー（カロリー）を制限する必要がありますが、高LDLコレステロール血症の方は、より飽和脂肪酸やコレステロールの摂取量に注意する必要があるとされてきました。

動脈硬化を防ぐには、高LDLコレステロール血症だけでなく、血圧や血糖値のコントロール、禁煙や運動など包括的な生活習慣の改善を介した予防が大切とされます。

高値となった血中LDLコレステロールを減らすためには、生活習慣、運動、食事などを修正することが大切であり、コレステロール摂取のみを制限しても改善はほとんど期待できないようです。

特に摂取する脂質に焦点を当てる場合、脂肪酸のバランスに留意することが大切とされています。日本の動脈硬化性疾患予防ガイドライン2012では、伝統的な日本食（The Japan Diet）を推奨しています。

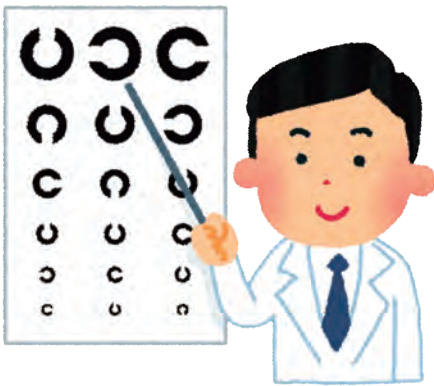
### Q4. 日常で気をつけること

A. 日本の動脈硬化性疾患予防ガイドライン2012では、伝統的な日本食（The Japan Diet）を推奨しています。伝統的な日本食はDASH食などと同様に、抗動脈硬化的であることが我が国の研究で示されており、減塩に留意したうえでの日本食が勧められています。このなかに、高LDLコレステロール血症患者が食事療法を行う注意点として、飽和脂肪酸、トランス脂肪酸、コレステロールの3種類の脂質成分の摂取を取り上げています。飽和脂肪酸45%以上7%未満、トランス脂肪酸の摂取を減らす、コレス



テロール200mg/日以下とされています。

コレステロール摂取量と血中LDLコレステロール値との関連を示すエビデンスが不十分である一因として、コレステロール摂取制限を行った場合、血中LDLコレステロールが低下する人と低下しにくい人があり、個体差が大きいことが知られています。高LDLコレステロール血症の食事療法を行う場合、食事のなかの摂取バランスとさまざまな生活習慣のなかで摂取する個々の差を考えて、平均摂取量を下回る数値を実践することで、薬物療法を始める前に生活改善による効果を確認しておくことも大切と思われます。



# Q&A

## 記事

## 「脳卒中」

回答者：三友堂病院 脳神経外科 工藤 陽平      質問者：三友堂病院 看護師 渡部 悦子

### Q. 脳卒中というのはどんな病気ですか？

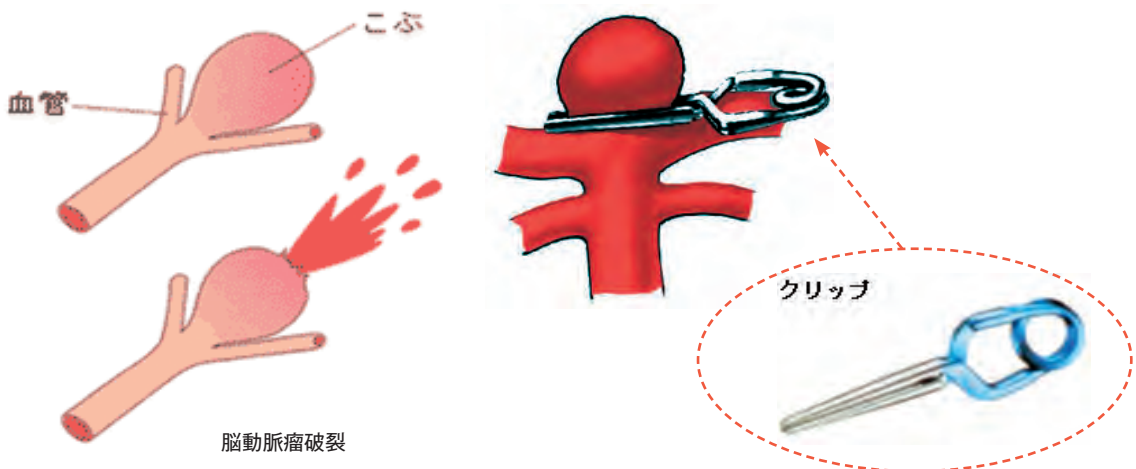
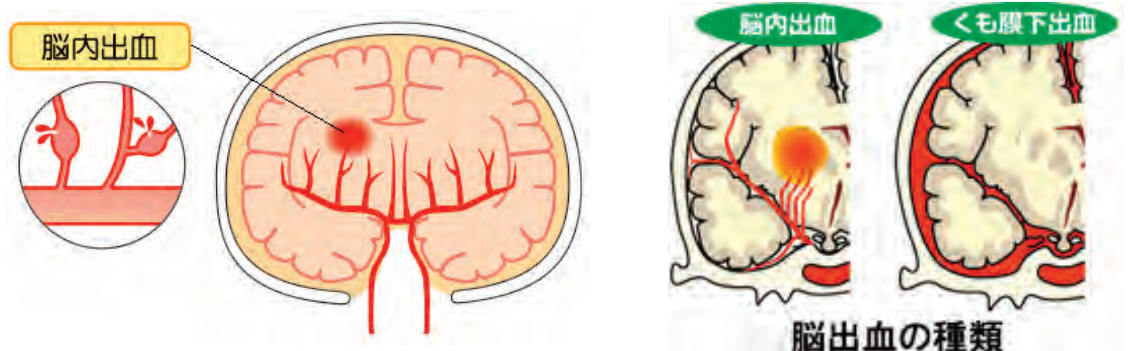
脳卒中というのは、脳の血管がつまったり、きれたり、やぶれたりすることによって、脳の中で急に悪さをする病気全てを全部含めて脳卒中と言います。具体的な病気の名前を言いますと1つ目は脳梗塞、2つ目は脳内出血、3つ目はくも膜下出血で、これら3つを合わせて脳卒中と言います。

脳卒中とは・・・

参考：成人看護学(7) P132

血管が破れたり、つまったりして、**突然に脳の障害**を起こす病気の総称。以下の3つがある。

- ・ **脳内出血**      高血圧症を放置していたために、血管が圧力に負けて破れて出血する。
- ・ **脳梗塞**      血管がつまることで、脳への血流が不足し、脳が壊死する。
- ・ **くも膜下出血**      脳動脈瘤が破れて出血する。



### Q. 1つ目の脳梗塞はどういった病気ですか？

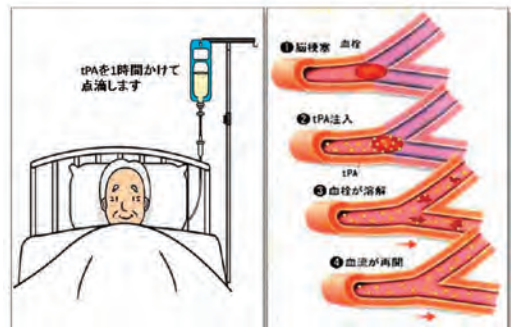
脳の血液の流れが悪くなり、これが数時間続くと脳は生きていけなくなります。脳細胞が壊死（脳が完全に死んでしまった状態）を脳梗塞と言います。ですから、脳の血液の流れが一瞬悪くなっただけでは脳梗塞にはなりません。

### Q. どのような症状がでますか？

体の動きが悪くなり気づかれることが多い病気です。体の動きが悪くなることを、我々は麻痺と呼んでいます。我々の業界では、麻痺というのは、決して正座をしていた後の足のじんじん感のことではありません。動きが悪くなることを言います。体半分、左側半分、ないしは右側半分で麻痺をおこす、体が動かなくなるということが典型的な症状ですが、軽い場合にはしゃべりにくくなるだとか、突然言葉がでなくなってしまうといった症状が有名です。

### Q. 脳梗塞になってしまった場合、どんな治療をおこなうのでしょうか。

脳の血流が悪くなくても、脳が完全に死んでしまう前に、その血流が改善すれば、脳梗塞に至らないですみます。最近では脳梗塞の特効薬（t-PA）というのが、世の中にひろまってきておりました、脳梗塞を起こしてから3時間以内であれば血液の流れを完全に取り戻し、後遺症なく元気な状態にできることもあります。この3時間という規制が、平成24年10月1日から4時間半まで使えるようになりました。今までは3時間を超えてしまった方にこのお薬を使用すると、頭の中で大出血を起こす危険性が高いと心配されておりましたが、最近の研究で3時間を超えても4時間半以内であれば、出血を起こす危険性よりも、脳梗塞を改善させるメリットの方が高いとわかり、現在では4時間半以内に脳梗塞を起こした方の多くにこの特効薬を使えることが出来るようになりました。



### Q. 4時間半を超えてから病院へたどり着く方も多くいらっしゃると思いますが、その方たちはどのような治療を受けるのですか？

今までは、特効薬がつかえなければそれ以上の進行を食い止めるのが精一杯の点滴治療しかありませんでしたが、特効薬が使えなくなる4時間半を超えた方でも、おおよそ8時間以内で、脳梗塞が完全に出来上がっていない方の場合には、別の方法があります。血管内手術という方法です。カテーテルという言葉聞いたことがある方は多いと思います。心臓の検査や治療でよく使用される道具ですが、これを脳の治療に応用したものです。足の付け根にカテーテルを血管の中をずっとはわせ、詰まっている脳の血管までもってきて、ここで詰まっている血管のかたまり、血栓を溶かしたり、取って回収したりすることにより、とどまっている血液の流れを改善させることも可能です。ですから、4時間半を超えたからといってあきらめることはなく、約8時間以内のもので、脳梗塞が完全に完成されていなければこのような方法もあります。

## Q. それは、やはり1分1秒でも早い方が良いですね？

はい、脳梗塞の初期症状としては、物をつかみにくいか、持っていたものを落とすといったことで気づかれることが多いようです。といいますのも、手足が動きづらといった症状が脳梗塞の特徴的な症状なのですが、完全に動かなくなってしまうといった脳梗塞はそんなに数多くありません。ごくわずかに動きづらくなるといった症状をいち早く感じるかが大事になります。持っていたものを落とす、箸が使いにくい、文字が書きにくくなったなどといったわずかな症状でも早くに発見することが大切です。

また、症状が現れても、数分や数時間で症状が元に戻る場合があります。これは、一時的に失われた血液の流れが多少増えるだけでも起こる現象で、これを放っておくと、いずれ血流はまた悪くなり、脳梗塞が悪化してしまいますので、一時的な症状であっても物をおとすとか、手足に力が入らないといった症状を感じた場合には早くに病院での診察を受けた方がよさそうです。

## Q. 脳梗塞をおこさないための予防方法はあるのでしょうか。

あります。その前に、脳梗塞の原因についてですが、多くの原因は、脳の血管の寿命が原因と言えます。年齢の変化で脳の血管がいたみ、ぼろぼろになり、つまってしまうことが原因です。もちろん加齢変化と言えばそれまでになってしまいますが、その加齢変化を早めてしまわないようにすることが大切です。脳血管の加齢変化は次のようなもので起こります。タバコ・お酒・運動不足・肥満・食事と言えば塩分のとりすぎ、コレステロールや油分のとりすぎ、病気で言えば高血圧症や糖尿病などが原因となります。どれもみなさんがなんとなく体にわるそうだなと思うようなものですよ。それらがいくつか組み合わせると血管の寿命を早めます。ですので、簡単に言えば生活習慣の問題を解決し、節制した生活が一番の予防対策になります。

## Q. 他には原因はありますか？

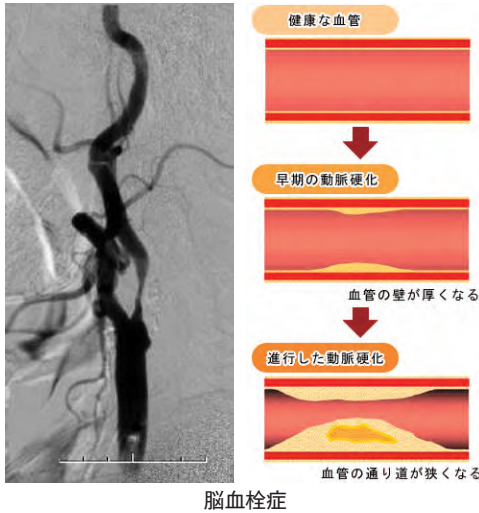
血管がとてもきれいでも、脳梗塞がおこることがあります。血管の寿命の次に有名な原因として不整脈があげられます。不整脈といっても放っておいて大丈夫な不整脈と、そうではない不整脈があるのですが、心房細動という不整脈は脳梗塞の原因となります。健康な心臓は、一定のリズムで動くことにより、勢いが十分にある血液を全身に送ることができるのですが、心房細動という不整脈は、心臓がぶるぶるとふるえるような状態になり、血液の流れの勢いが弱いことが特徴です。血液の流れの勢いが弱いと、血液は固まる性質をもっており、このかたまりがほんの拍子に頭へ飛んでいくことで脳の血管が詰まってしまいます。ですので、予防対策は、定期的な健康診断で不整脈がないかどうかを調べることや、胸のドキドキ感、動悸を感じる場合は、循環器内科という心臓の専門医師の診察を受けて頂くことになります。

脳梗塞の原因のまとめ

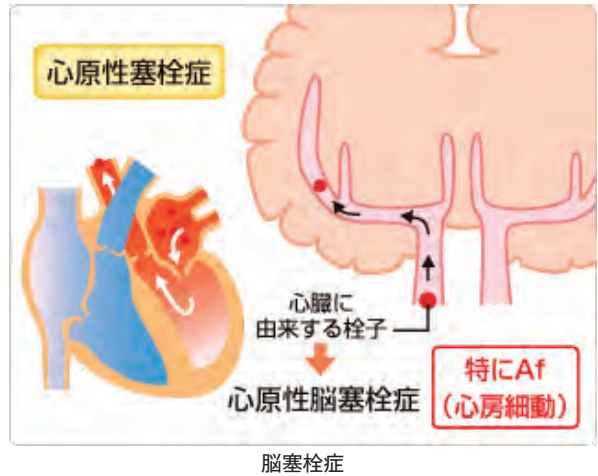
参考：成人看護学(7) P144～149

- ・ **脳血栓症**・・・**脳の血管**が徐々に細くなり、やがてつまってしまう。
- ・ **脳塞栓症**・・・**心臓**から血の塊（血栓）が飛んできて、脳血管をつまらせる（塞栓）。





脳血栓症



脳塞栓症

**脳血栓症**：動脈硬化（加齢・高血圧症・高脂血症・糖尿病・肥満・運動不足・喫煙・飲酒）

**脳塞栓症**：心房細動 → 血栓は左心房に存在していることが多い。

卵円孔開存症 or 心房中隔欠損症（ASD）or 心室中隔血栓症（VSD）

+ 下肢(深部)静脈血栓症（DVT）

**Q. では、生活習慣を整え、不整脈がないかどうかを定期的に調べていけば、なることは防げるのですね。**

多くは、これで脳梗塞を防げるのですが、まれに生まれ持って血管が細い方や、生活習慣を整えているようにも整え方に間違いがあった場合には脳梗塞も起こりやすくなってしまいます。そこで、健康診断を定期的にチェックして頂いた上で、さらに脳梗塞が起こりやすいような状態になっていないかどうかを調べることも大切です。

MRAという検査で脳の血管の細い場所がないかどうかを調べることで、生活習慣の改善以外に血液サラサラのお薬で血管がつまるのを予防した方が良い方もいらっしゃいます。

**Q. お薬を飲めばしっかりと予防できるのですね。**

お薬も万能なものではありません。脳梗塞をおこす確率を減らすことはできますが、0にはできないので、やはり生活習慣のチェックが最も大切になります。一方で、すでにかかなりの血管の寿命が予想される方で、いまにも詰まりそうな血管があらかじめわかっている場合には手術などで傷んだ血管を治したりすることで脳梗塞を予防する場合があります。有名なのは首の血管です。心臓から脳へ血液を送られる通り道として、かならず首を通っていくわけですが、首元を指で押さえて頂くと、左右にどくと触れる血管があると思いますが、もしここが詰まってしまうと、脳の細い血管が一本つまるのと違い、おおもとの血管ですので、非常に被害の大きい脳梗塞を起こしてしまいます。超音波検査で首の血管をしっかりしらべ、必要な場合は手術で首の血管の細くなった部分を手術で治すこともできます。最近では切らずになおす、カテーテル手術も普及されており、足の付け根からカテーテルを血管の中へ挿入し、首の血管で細い部分にステントという金属性の筒状で網目構造のものをいれ、狭くなった血管を広げる

という治療もできるようになりました。そうはいつでも手術はリスクのあるもので、最終手段ですから、生活習慣の見直しが一番の予防対策だといえます。

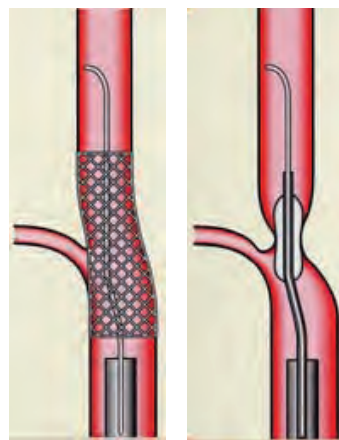
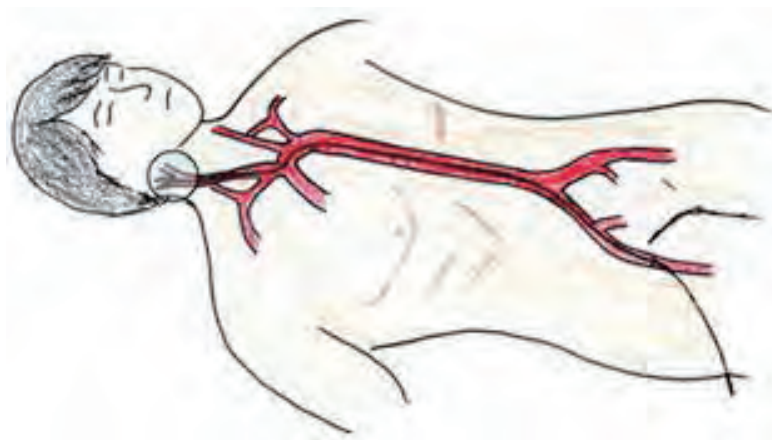
頸動脈内膜剥離術：血管を直接石灰し、血管内部のプラークを除去する。

頸動脈ステント留置術：カテーテルにより、ステントを広げ血管を拡張させる。

#### 頸動脈内膜剥離術



#### 頸動脈ステント留置術



#### Q. 血液サラサラの薬について教えてください。

ひとえに血液サラサラのお薬といっても多くの種類がある訳ですが、大きく二つに分けて、1つ目を抗血小板剤、2つ目を抗凝固剤と言います。

#### Q. その二つの薬はそれぞれ、薬の用途が違うのですか？

同じサラサラにするであっても、目的と注意点が変わってきます。まず、1つ目の抗血小板剤と言われるものについてですが、血小板というものは人間の血液中に存在するもので、血液を固まらせる作用があ

ります。怪我をされた時など、血がでるかと思いますが、この血は、時間がたてばかさぶたになり、自然にとまることはご存知かもしれませんが、その時に働いているのが血小板と言われるものです。この血小板の力が弱まれば血がとまりにくく、怪我が治りにくくなる訳ですが、抗血小板剤というのは、この血を固まらせるのに必要な血小板の力を弱めることによって血液をサラサラにさせるお薬になります。すなわち、このお薬を飲んでいての方が怪我をされると、血が止まりにくくなりますが、血がでているところをタオルなどでしっかりと圧迫して抑えてあげれば、かならず出血はとまりますので、出血多量で困るほどになることはまずありません。

### Q. 次の抗凝固剤というのは？

先ほどの抗血小板剤は血管の中の血液の流れをよくする目的で使用しますが、抗凝固剤というものは、心臓に不整脈をお持ちの方に効果を発現するお薬です。不整脈でも、特に心房細動という不整脈が存在した場合、心臓の中で血液が固まりやすくなります。これを防ぐのが抗凝固剤です。抗凝固剤で有名なお薬として、ワーファリンというものがありますが、ワーファリンを服薬されている方の場合には注意点が一つございます。納豆や緑黄色野菜をとることで効果が打ち消されてしまうため、これらを口にすることが出来なくなります。

### Q. 栄養があるのに食べてはいけないんですか？

この納豆や緑黄色野菜に含まれる栄養素の内、ビタミンKがワーファリンの効果を打ち消してしまいます。納豆や緑黄色野菜にはビタミンKが豊富に含まれていますので、これを一緒に食べてしまうことで、ワーファリンをしっかり飲んでいても全く効果が発現できなくなってしまいます。

### Q. 歯を抜く抜歯や、手術を受ける時に、お薬を中断すると聞いたことがあるのですが？

最近患者さんに問い合わせが多いのですが、もちろん血液サラサラのお薬を飲んだままでの抜歯や手術は血がとまりにくく、手術が大変になります。しかし、やめてしまうと、せっかく血液をサラサラにすることで予防している脳梗塞をおこしてしまう可能性が高くなってしまいます。ですので、原則、お薬はやめないで治療を受けて頂きたいと思えます。しかしながら、大手術の場合や手術方法によってはやめないと出血の危険性が高くなることもありますので、医療機関や歯医者さんで検査や治療を受ける際に、血液サラサラのお薬をやめるよう説明を受けた場合には、本当にやめた方が良いか、辞めるのであればどれくらいの期間辞めるべきなのかを、お薬を出している主治医としっかりと相談して頂いたほうが良いかと思えます。

### Q. いつまでお薬はのまなければならぬのですか？

お薬を飲んでいたんだ血管や不整脈が治るわけではありません。飲んでいての間だけ脳梗塞の予防効果がある訳ですから、原則一生飲み続けなければなりません。ですから、最近調子よいからといって自己判断でかってにお薬をやめたりしないでください。せっかく予防できていたのに、お薬をやめたことにより脳梗塞をおこしてしまつては、一生後悔してしまいます。どの医師も、お薬は必要だと判断して処方しておりますので、もともといらぬ薬は出すことはありませんから、その必要性の説明を十分に受け、理解していただくことが大切になります。

**Q. 2つ目の脳内出血について質問させて下さい。脳内出血と聞くと、とても怖い病気に聞こえますが、  
どういった病気ですか？**

脳や出血なんてなんだか怖いですね。脳内出血は出血の勢いで脳が破壊されてしまい、様々な症状を出します。昔は脳溢血とも言われていたようです。溢血は溢れる血と書いて溢血と読む訳ですが、字のごとく、脳に血が溢れる病気です。

**Q. どのような症状がでますか？**

脳梗塞と同じ様な症状になります。脳梗塞は血流が悪くなり脳が死んでしまう病気でしたが、脳内出血は出血の勢いで脳細胞が破壊されるといった違いがあり、原因は別ですが、同じ様に脳がやられてしまうことには変わりはありません。体の動きが悪くなる麻痺という症状が、左側半分、ないしは右側半分でおこる麻痺という症状が典型的な症状です。脳の病気全般に言えることですが、左右の両方が動かなくなるというのは脳梗塞でも脳内出血でも極めてまれなので、左か右かというのがポイントです。軽い場合には呂律がまわらなくなるなどの症状だけのこともあります。

**Q. 脳内出血になる前兆はありますか？**

前兆なくやってくるのがほとんどです。ですので、前兆がでてからという考えでは手遅れになってしまいますので、常にこのような病気にならないように心がけることが最も大切になります。

**Q. 何が一番の原因になりますか？**

高血圧症というのが、脳内出血の一番の原因と言われます。高血圧症、すなわち血圧が高い状態が続く、その圧力で血管がやぶれ出血を起こすわけです。

**Q. 高血圧になる方というのは限られていますか？**

遺伝や体質により血圧が高い方もいらっしゃいますが、ほとんど多くの方は年齢の変化や塩分のとりすぎなどの生活習慣の問題・不摂生で起こることが多いです。

**Q. どれ位から高血圧症と言われるのでしょうか。**

上の血圧や下の血圧のことをそれぞれ収縮期血圧・拡張期血圧と呼びますが、これらの値で140mmHg/90mmHgを超えた状態を高血圧症と呼びます。

**Q. 私達の周りでは、140とか150とかという数字の血圧が毎日の方もいますが、こういった方は症状がなくても注意が必要ですね？**

高い血圧もご自身で改善させることが可能な場合もあります。肥満や運動不足の方、塩分の摂取が多い方はこれらを解消するだけで血圧が改善することもあります。実際は多くのかたはこれだけで改善させることは難しく、またすでにこれらの行為を十分行っても遺伝や体質で高い方の場合には自分自身の力だけで改善させることは難しいことが多いと思います。ですが、まずは不摂生を改善させ、それでも血圧が下がらない方の場合には降圧剤と言われるお薬によって血圧をしっかりと下げることも大切になってきます。血圧は少々高くても症状がでません。これは嬉しいことでもあります。一方で症状



がでないので、すぐに治そうという気持ちになれず、放っておいた結果、症状がでるころには、今回の話の中心である脳内出血など、手遅れになりがちな病気になって悪さをすることがほとんどですので、症状が出る前にしっかりと治療をすることが大切です。

### Q. 3つ目のくも膜下出血というのは非常に恐ろしい病気と聞きますが、こういった病気ですか？

突然、頭の中で大出血を起こして意識がなくなったり、突然ひどい頭痛をおこす病気で、多くの方は命をおとすか、何かしらの後遺症を残してしまう病気です。

### Q. くも膜下出血はどうしてなるのですか？

遺伝が一部関係していると言われます。脳の血管がこぶのようにふくらみ、これが破裂しておこると言われます。

### Q. 出血をする前に自覚症状はありますか？

ほとんど多くは前兆なく突然やぶれて発見されることが多く、この時には頭の後をバットで殴られたような、相当ひどい頭痛を感じるか、ひどいと、突然心臓がとまってしまい救急車で病院へ運ばれるといったこともあります。

### Q. では、やぶれて発見された時にはなおらない見込みの方が高いのですか？

やぶれてくも膜下出血になりますと、1/3の方はなおらずお亡くなりになり、1/3の方は何かしらの後遺症をわずらい、わずか1/3の方だけが救急治療やリハビリテーションを行うことで後遺症ないところまで元気になれるという病気です。ですから、多くの方は決して元気になれるという保証のない病気と言えます。

### Q. 破裂する前にみつけることは可能ですか？

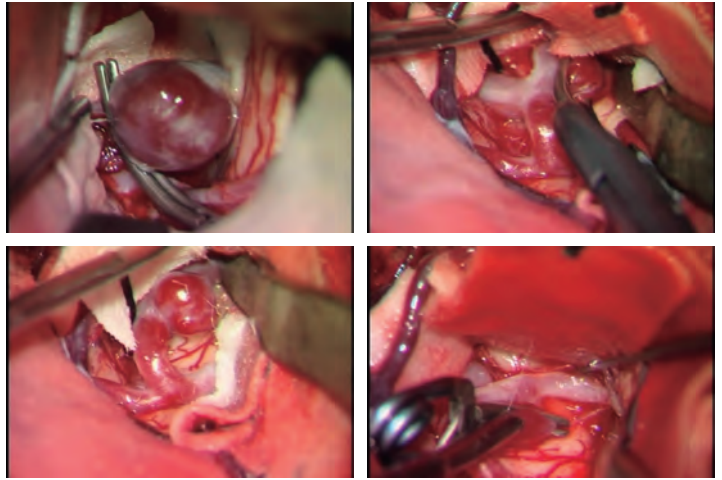
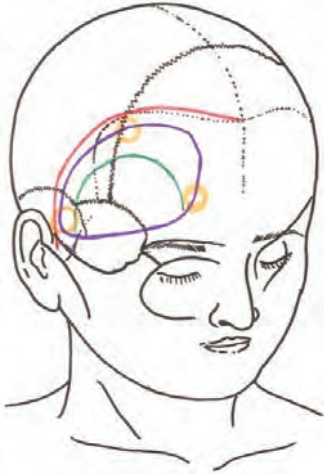
脳動脈瘤を見つけ出すためには、いろいろな検査があるのですが、もっとも簡便で、体への負担が少ない検査としてはMRAという検査があります。MRIという検査はご存知の方が多いと思いますが、MRIの機械を使用して、血管をしらべる検査をMRAと言います。Aというのは血管という意味です。このMRAという検査はお薬なども使わずに10分位かけて脳動脈瘤があるのかないのかを調べられ、くも膜下出血を予防するためには、この検査を行うことが一番になります。

### Q. 動脈瘤が見つかった場合はどのような治療をされますか？

動脈瘤が大きい場合は破裂する危険性が高いので破れるのを未然に防ぐための2つの方法で治療を行います。ひとつは従来ながらの方法で頭をきりひらく開頭手術という方法で、動脈瘤を退治します。金属製のクリップで動脈瘤をつぶして治すという方法です。もうひとつの方法は、最近ここ20年で発達している治療ですが、カテーテルというものをを用いて、血管の中から治療する方法です。これは、足の付け根からカテーテルを血管の中に入れ、これを脳の動脈瘤の中まで移動させ、金属でできたコイルというものを詰めて、中を根詰まりさせて血液の流れを遮断し、破れないようにする方法です。

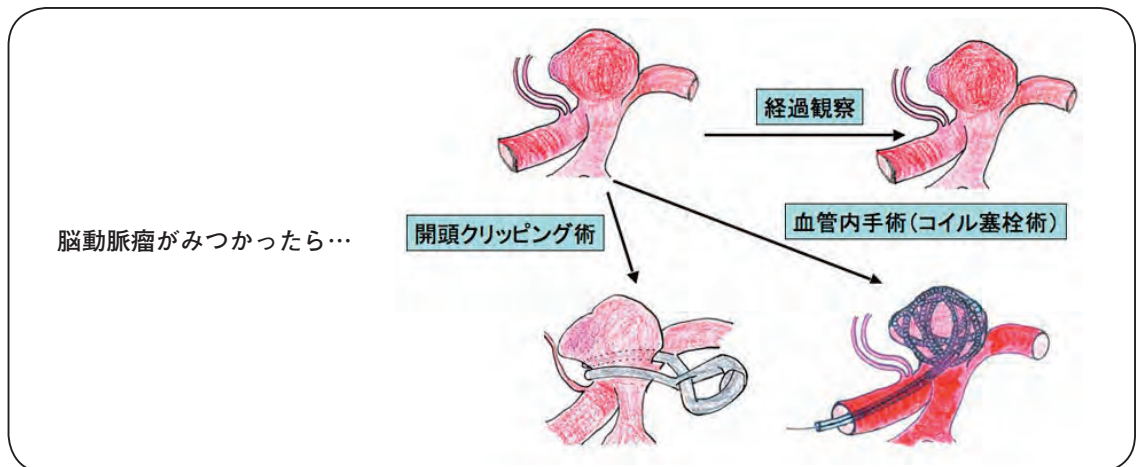
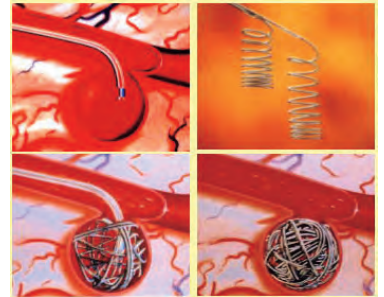
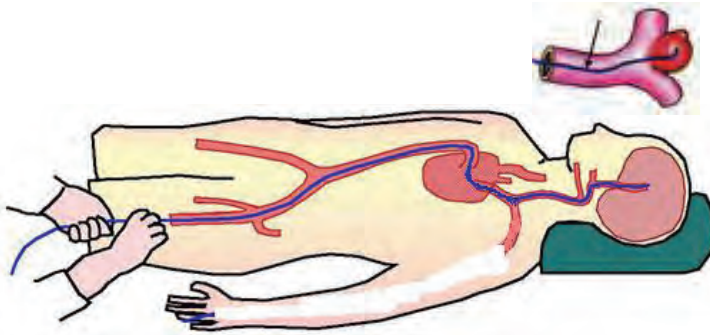
## 開頭クリッピング術

チタン製のクリップを動脈瘤の首ねっこに挟みこみ、血流を遮断します。



## 脳動脈瘤塞栓術 (=コイルリング術 =血管内手術)

プラチナ性のコイルを、カテーテルを用いて動脈瘤の内部に詰め込み血流を遮断します。



**Q. では、くも膜下出血は未然に防ぐことができるんですね。**

破れる前に発見し、適切な治療を行えば可能になります。

**Q. どういった方がなりやすいのですか？**

遺伝が一部関係していると言われますので、ご家族・ご親戚の方で、くも膜下出血をおこした方や、脳動脈瘤をもっている方がいらっしゃれば特に検査をおすすめしますが、脳動脈瘤という病気自体は、遺伝に関係なく約5%の方に起こりうる病気だと言われますので、どなたでも一度は検査を受けられることをお勧めします。検査の時間は10分程度ですが、準備の時間や、検査後に結果を出すまでの時間もありますが、当院では半日程度のお時間を頂ければできる検査です。

**Q. 何歳位から検査をうければ良いですか？**

おおよそ40代からは是非受けて頂きたい検査ですが、病気の発症が早い方は20代でもくも膜下出血を起こしているかたもいます。芸能人の方でも20代でこの病気になっているかたがいたかと思しますので、成人になったら、これからのご自身の今後のご健康を確認する上で、一度受けられてはどうでしょうか。

# Q&A

## 記事

## CAVI・ABI検査について

三友堂病院 中央検査室 高橋 由紀

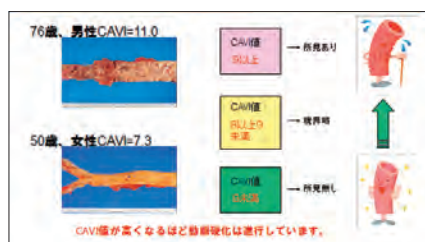
高齢化社会において、動脈硬化疾患の予防は重大なテーマとなっている。厚生労働省の報告では、高血圧有病者が3100万人、予備軍が2000万人、糖尿病が予備軍を含めて2210万人、高脂血症有病者が3000万人とされ、これらによって促進される動脈硬化を主原因とした脳・心血管疾患が全死亡の約25%を占めて癌に匹敵する。

初期であれば生活習慣の是正や治療によって改善が可能となるため、早期に動脈硬化を評価し、予防に結びつけることが重要となります。

### Q1 CAVI・ABIとはどのように検査しますか？

この検査は、仰向けに寝た状態で両腕・両足首の血圧と脈波を測定します。

時間は5分程度で、血圧測定と同じ感覚でできる簡単な検査です。



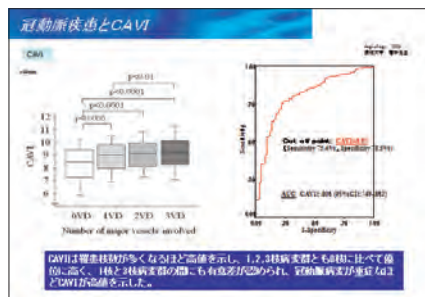
(図1)

### Q2 予約は必要ですか？

予約は必要ありません。性別、年齢、身長の入力が必須になります。

### Q3 保険点数はどのくらいですか？

130点です。

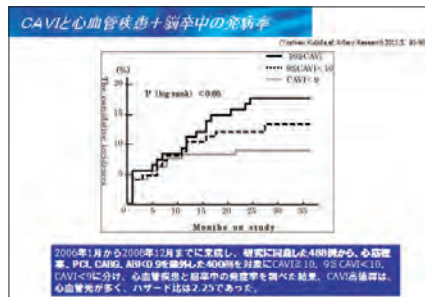


(図2)

### Q4 何がわかりますか？

#### ①動脈の硬さ

動脈の硬さを表すのが「CAVI」です。動脈は血液を全身に送るポンプの役目を果たしていますが、ポンプの内側の圧力(血圧)が変化した時のふくらみ具合をみる事によって、ポンプのしなやかさ、つまり動脈の硬さがわかります。動脈硬化が進んでいるほど、「CAVI」の値は高くなり(図1)、9.0を超えると約半数が脳動脈か冠動脈に動脈硬化症を発症しているという研究結果もあります(図2、図3)。



(図3)

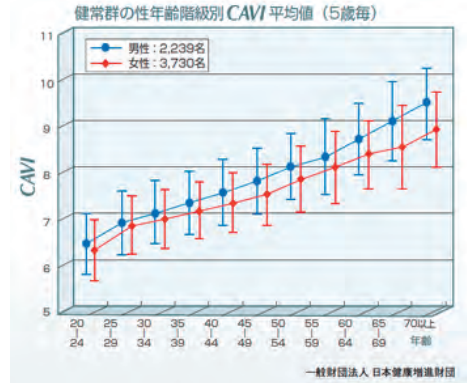


## ②血管年齢

同じ性別、同年齢の健康な方の「CAVI」平均値を比べることで「血管年齢」がわかります。「CAVI」が9.0未満であっても「血管年齢」の高い方は動脈硬化症の進行が速いと考えられます。

## ③動脈のつまり

足の動脈の詰まりを表すのが「ABI」です。足首の血圧を横になった状態で測定すると、健康な人では腕の血圧と同じくらい、あるいは少し高い値となります。しかし足の動脈が詰まっていると、腕の血圧に比べて足首の血圧は低くなります。そのため「腕の血圧」と「足首の血圧」の比をみて足の動脈の詰まりを診断するというもので、その値が0.9未満であると詰まっている可能性が高く、その値が低いほど重症になります。



## Q5 ABIが低い時どんな治療がありますか？

症例

患者) 65歳 男性

主訴) 胸苦感、圧迫感、間歇性跛行、下肢筋力低下

臨床経過) 4年前から間歇性跛行あり。8月にしばしば転倒していた (下肢筋力低下)

労作時の胸苦感もあり、他院からの紹介で循環器科受診した。

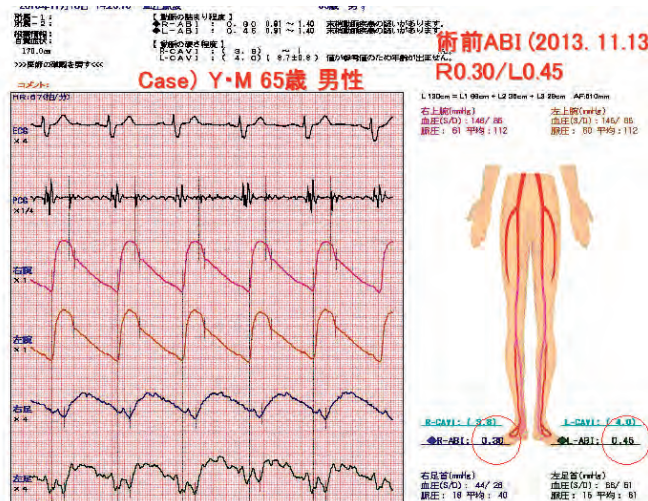
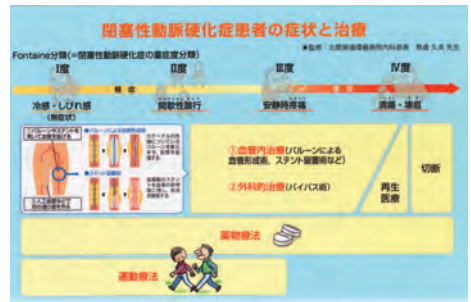
身体所見) 身長170cm、体重46kg

血圧134/70mmHg 脈拍: HR77/分、不整 心音: 清、肺ラ音 (-)、下腿浮腫 (-)

既往歴) 高血圧症のため他院で通院加療中

冠危険因子) ①高血圧症②喫煙 (20本/日、45年間)

ABI検査結果)



## 64MDCT結果)

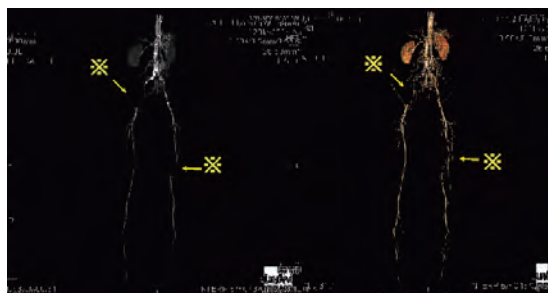
腹部大動脈～両下肢動脈には石灰化や壁在血栓が目立つ。腹部大動脈はIMA分岐下レベルで軽度の径拡大が見られる。

左総～外腸骨～大腿動脈は開存しているが、狭窄が多発している。

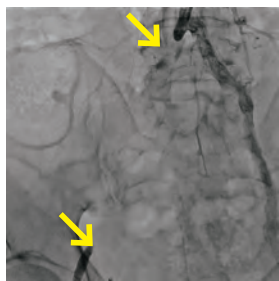
左浅大腿動脈は起始部より閉塞。深大腿動脈からの血流を介し、膝窩動脈は再描出されている。下腿の3分枝は、2本のみ足底/足背まで描出されている。前脛骨動脈と思われる血管は起始部より描出不良である。

右総腸骨動脈は起始部より閉塞。下腹壁動脈、腸骨回旋動脈からの血流を受け、大腿動脈より末梢は再描出されている。

下腿の3分枝は、腓骨動脈のみ、足背まで描出されている。



## 血管内治療)

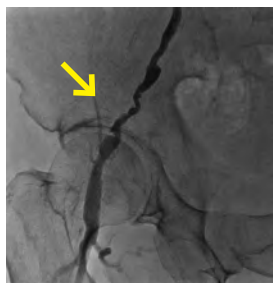


治療前



治療後

①右総腸骨動脈分岐部完全閉塞、側副血行bridge Collateral(++)→10%へ改善。  
(SMART $\phi$ 10mm $\times$ 60mm+ $\phi$ 8.0mm $\times$ 100mm留置)



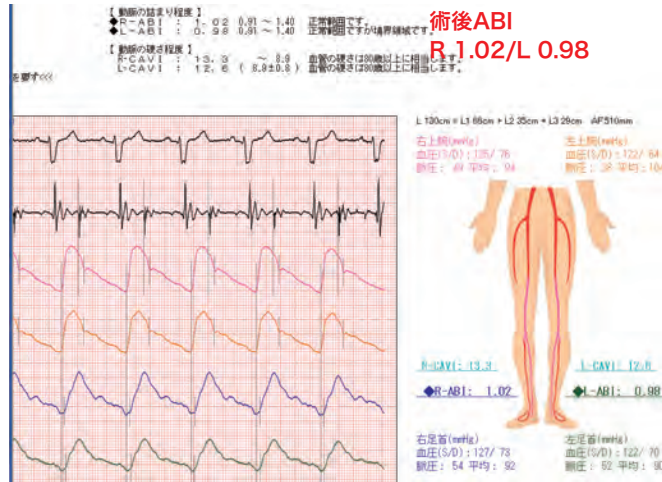
治療前



治療後

②左総腸骨動脈90%狭窄→25%へ改善。  
(SMART $\phi$ 10mm $\times$ 40mm+ $\phi$ 8.0mm $\times$ 100mm)  
左膝窩動脈から裏panctureアプローチし、治療を行った。

術後ABI結果)



■1st EVT : ①左浅大腿動脈SFA完全閉塞、側副血行(++) →10%へ改善。(SMART φ 6.0mm×150mm+ φ 6.0mm×120mm) ②左総腸骨動脈90%狭窄 →25%へ改善。(SMART φ 10mm×40mm+ φ 8.0mm×100mm)(※閉塞断端不明のため、左膝窩動脈から裏panctureアプローチ)  
 右総腸骨動脈分岐部完全閉塞、側副血行bridge Collateral(+)へは、2nd EVT施行。

■2nd EVT : ③右総腸骨動脈分岐部完全閉塞→10%へ改善。(SMART φ 10mm×60mm+ φ 8mm×100mm留置)

この症例は、他にも冠動脈疾患があった。

■PCI : ①左回旋枝 (#12) 99%狭窄→ 0%へ改善。(PromusElement φ 2.25mm×24mm留置、POBA φ 2.5mmで後拡張20気圧)

本症例は ①高血圧症、②喫煙 (20本/日、45年間) の冠危険因子を有し、不安定狭心症+閉塞性動脈硬化症 (Fontaine II度)と判明した。病態が複数の血管床にみられるPolyvascular diseaseであった。

①Polyvascular diseaseとは

病態が複数の血管床にみられること

冠動脈疾患 (CAD) : 24.8% (2カ所 : 22.0%、3カ所 : 2.8%)

脳血管疾患 (CVD) : 40.2% (2カ所 : 34.3%、3カ所 : 5.9%)

末梢動脈疾患 (PAD) : 61.5% (2カ所 : 48.0%、3カ所 : 13.5%)

上記よりPAD患者の約3/5は、他の血管床にもATIS (アテローム血栓症) を有する。

血管は全身をめぐるっています。一つのイベントは、他の血管にも動脈硬化や血栓症が潜んでいる可能性を十分示唆しています。そのためATISを一つでも起こしてしまったら、その臓器のみに注目せず、全身の血管と臓器をチェックすることが大切です。血管の硬さ、足の血管閉塞を簡単に調べられる「CAVI・ABI」を行うことは、その後のイベントを予防する重要な対策になります。

三友堂病院 看護部 高橋 啓子

固定チームナーシングは西本勝子先生が新米師長の時に患児の死と家族の悲嘆に関わる経験を通して、責任と継続性のある看護の実践を目的にたどり着いた看護方式です。

この看護方式を杉野元子先生が小集団活動という社会学や組織心理学などの概念で理論づけを行いました。当初「固定チームナーシング(継続受け持ち制)」とネーミングされましたが1999年「固定チームナーシング」となりました。

固定チームナーシングとは看護提供方式の1つであり、患者中心の質の高い継続看護を提供するためのシステム(道具)です。臨床看護は24時間365日継続する体制、チーム活動が不可欠です。受け持ち看護師がいるチームで活動する看護方式が固定チームナーシングです。

この看護方式を看護部で平成17年から導入し、過去には西本勝子先生、杉野元子先生を講師に招き学習会を行いました。地方会などの活動も活発に行われています。東北地方会も平成28年で12回目となり、当院でも毎年地方会でチーム活動の発表を行っています。第9回東北地方会は当院が担当し開催した記憶も新しいかと思えます。

固定チームナーシングには5つの約束事【定義】があります。

- ① スタッフをチーム分け、リーダーとメンバーを一定期間(1年以上)固定し、役割と業務を明確にしてチームを活動する。
- ② 各チームは年間目標を持つ
- ③ 各チームは患者グループ(患者もグループに分ける)を継続して受け持つ
- ④ ここの患者には継続した受け持ちナースが存在し、固定チームが支援する。
- ⑤ 固定チームナーシングには年間のチーム活動と日々のチーム活動があり他のチームの応援機能を持っている。

固定チームナーシングの目的は

- ① 患者に責任を持って、継続した質の高い看護を提供する。
- ② 看護スタッフのやりがい感や自己実現を目指す
- ③ 看護スタッフの育成とその成果を出す

ということです。

この看護方式を勧めていくにあたり、現状分析から始まりそれぞれのチームの作り方、師長や主任、チームリーダー、日々リーダー、受け持ち看護師などの役割など細かな役割分担やチームを動かすポイントなども細かに記されています。

患者によりよいケアを提供するためには固定チームナーシングのシステムの目的を念頭に置き、部署の長がリーダーシップをとり問題解決に向けて目的達成していくことが大切です。忙しさを理由に自分たち中心に仕事するのではなく、患者中心の看護、介護・患者に責任を持って継続して関わってける看護を目指していきたいと考えています。





考えつつ行動し。  
行動しつつ考える  
時代です



考えはっかり



ふみ出す



考える



「出る杭は打たれる」というけれど「出ない杭は腐る」という意見もあります

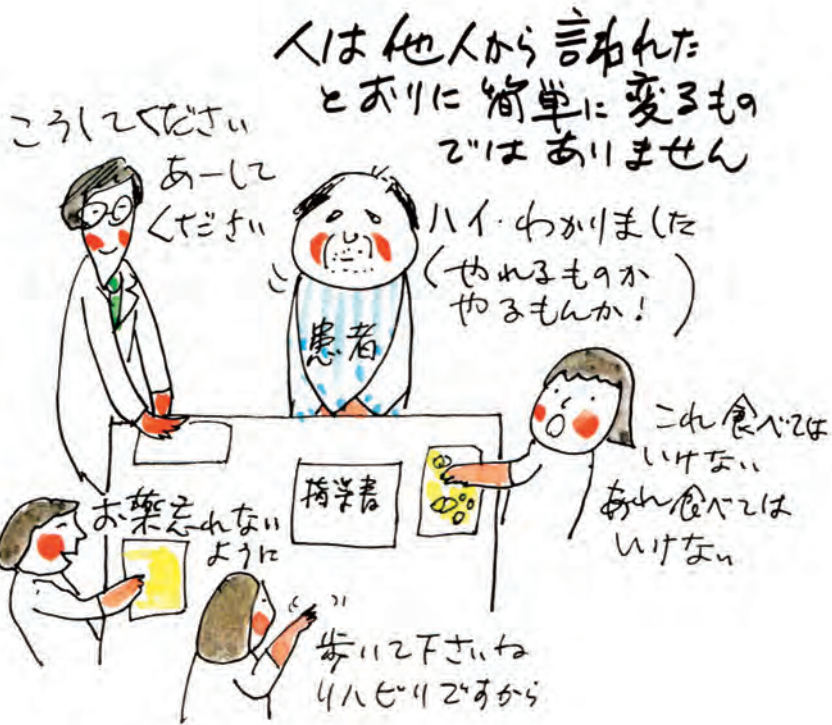
ああ、この病棟なら、この看護師さんなら安心できるだろう



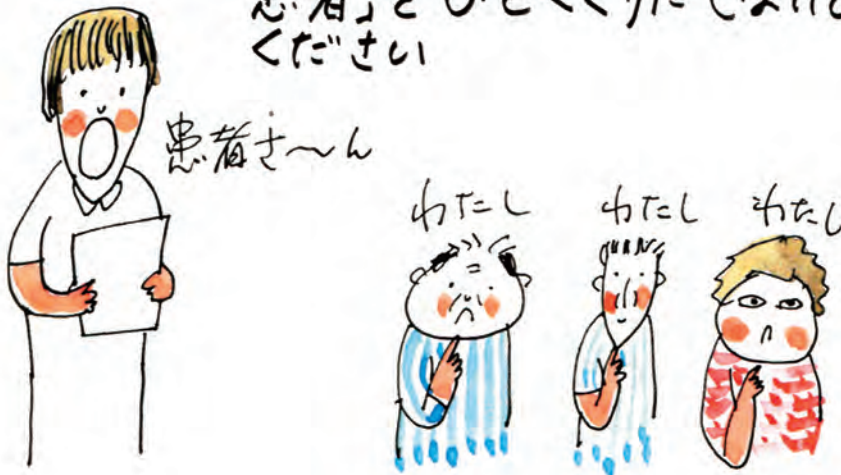
モジモジ







それぞれに顔をもち名前を  
もった1人ひとりです  
「患者」とひとくくりにはしないで  
ください









十分に気持ちを伝えることは難しいです  
みなさんが終始見守ってくれていること  
知っています

家族



ありがとう あなたがそばに  
いてくださったおかげです

患者の心は不安定な  
もの。薬以上に  
看護師さん方の  
明るさが心を  
支えてくれる  
のです



三友堂リハビリテーションセンター

院長 穂坂 雅之



自分自身には、言葉に、心身ともに信条とするものは、特になく49年間、紆余曲折ありながら生きてきたように思います。人生を今一度、振り返ってみると、大学生生活では、野球部に入り卒業するまでレギュラーにもなれませんでしたでしたが大学生生活の最後の試合の打席で2塁打を打ったこと。医学部を卒業して、大学に出来たばかりの理学診療科（現リハビリテーション科）に両親には、反対されたが入局したこと。そして、国家公務員組合東京共済病院整形外科、国家公務員共済組合三宿病院神経内科に院外研修に行つて途中で他の科に逃げずに、リハビリテーションを続けたこと。研修を終えて初めの出張先の三友堂病院を選び、リハビリテーション医学専門医、指導医として、三友堂リハビリテーションセンターの院長として現在に至ったことを考えると、『継続は力なり』と言わざるを得ないかなと思います。（余談ですが、患者さんと共にリハビリで始めたゴルフも早5年でベストスコア89です。）

**継続は力なり**



阿部 秀樹

三友堂病院 循環器内科

Hideki Abe M.D.

## はじめに

皆さんは、『**医食同源**』という言葉を知っておられると思います。

ご存知のように意味は、病気を治療するのも日常の食事をするのも、共に生命を養い健康を保つために欠くことができないもので、源は同じだという思想です。古くから中国にある、体によい食材を日常的に食べて健康を保てば、特に薬などは必要としないという**薬食同源**の考えをもとにした中国伝来の四字熟語のように感じられますが、実はこれは全くの和製熟語なのです。

本当の中国語では、『**薬食帰一**』：薬も食事と同じひとつのことと言うのだそうです。(Fig.1)

超高齢化社会を迎えた現代、疾病の予防こそ、最善の策です。

いくら長寿であっても、寝た切りの余生では無意味ではないでしょうか？

ピンピンコロリ。元気な毎日を送り、ある日、突然他界するのが理想です。

私は栄養士ではありません。難しいカロリー計算等は不得手です。

それでも循環器科の専門医の立場から、どのような食事が疾病の予防には望ましいか？簡単に～**食生活の工夫10ヶ条**～としてまとめ、地域のコミュニティなどで講演してきました。ではこれから皆さんと一緒に勉強を始めましょう。

### (1). 塩分制限 (7g/日を目標に) (Fig.2)

私が9年前に札幌から米沢に赴任して最初に驚いたのが、外食の際でした。

どこでも、味噌汁が濃すぎてしょっぱ過ぎるのです。お湯で薄めなければ、とても飲めませんでした。これでは血圧が上がるのも当たり前です。

味噌醤油をできるだけうす味にしなければなりません。

昔は塩分10g/日までという制限でしたが、今は日本循環器学会などから最低7g/日を目標に指導するよう勧告されています。

1日6g/日に制限という厳しい専門医もいらっしゃいますが、これではうす味すぎて私には無理でした。(Fig.5)

醤油は大きじ1杯で2.7gもあります。醤油はかけないで、取り皿に少量とって食品をつける方法がお勧めです。(Fig.6)

かまぼこなどの練り製品は、塩分がかなり多く含まれます。

味噌汁は1杯で2.1g、一日1杯までにしましょう。

ラーメン、おそばは一日1杯までとし、汁は飲んではいけません。(Fig.3,6)

インスタントラーメンは、1袋5.0~6.0gも塩分が含まれます。(Fig.4)

東京で学生生活を送っている若者に最近、若年性高血圧が増えています。

仕送りを使い果たし、毎月半期以上はインスタントラーメンのみで過ごす生活では、血圧が上がるのも当然です。かわいいご子息やお孫さんには、仕送り+生鮮野菜などの現物を送られた方が健康的かも知れません。

それではここで皆さんに質問です。

『なぜ、減塩しなければならないのでしょうか?』(Fig.7)

特に、心臓病や高血圧症の方は、いつも医師から減塩、減塩と言われていることと思います。(Fig.8) 一生懸命、働いて汗もかいたのだから、たっぷりと塩分をとったって良いじゃあないか?? 医者は涼しいところで座って仕事しているから、無理なことばかり言えるんだ。(患者さんの本音)

しかしやっぱり減塩して欲しいのです。

米国における近代医学の祖; ウイリアム・オスラー (William Osler) (1849~1919) が述べた、有名な警句があります。

A man is as old as his arteries. (ヒトは血管とともに老いる) (Fig.9)

私たちが日常経験する老化(皮膚がたるみ、髪がうすくなり、中年腹になり、体力、筋力が低下する)の本態は、動脈硬化なのだ!と100年以上も前に喝破しているのです。まさに慧眼と言わざるを得ません。(Fig.10,11)

皆さんは、中学時代に習ったオームの法則を覚えていらっしゃいますか? 実は、このオームの法則は、人体にも当てはまるのです。(Fig.12)

つまり  $V$  (血圧) =  $I$  (血流)  $\times$   $R$  (末梢血管抵抗) ということになります。

すなわち塩分過剰摂取⇒水分(血流)増加⇒血圧が上昇する!ということなのです。塩分が増加すると、循環血液量が増え、血圧も上がり、心臓の負担も増すから、どうしても減塩していただかなければならないのです。

ガッテンしていただけたでしょうか?? (ガッテン、ガッテン!)

世界の心臓血管死亡の1割は、Na摂取過多によると言われています。(Fig.13)

特にわが山形県は、年間食塩消費量全国第二位!! (2008) (Fig.14,15)

年間醤油消費ランキング (2008) にいたっては、ダントツの全国第一位!! (Fig.16,17) これでは、虚血性心疾患の死亡率が全国第七位なのも、無理ありません。(Fig.18)

まずは一日7g/日以下の食塩摂取にすることが、高血圧治療の基本なのです。(Fig.19)

## (2). 酢の活用

## (3). 野菜を多く

## (4). 旬の魚を食べましょう (Fig.20)

塩分制限は重要ですが、無味乾燥な食生活では持続できません。

そこでお勧めなのが、塩分(醤油、味噌)のかわりに、ダシや香料、酢を使うテクニックです。(Fig.6)

中国東北地方(昔の満州)の人々も、餃子が大好きです。親しい家族や仲間が週末に集まり、熱々の餃子を山盛りにして、餃子パーティをします。

日本の年越しそばのかわりは、当然、年越し餃子になる訳です。

日本と異なるのは、餃子にはニンニクを入れないことと、醤油ではなく必ずお酢を使って食することです。ちなみに中国では餃子のご飯と同じ主食なので、日本のような餃子定食（餃子+ご飯）というのはありません。

次に野菜を多く摂取することは、繊維質ですので便通も改善し、カロリー制限にもなるので、ダイエットにもなります。

韓国の人々は焼き肉が大好きですが、肉だけ食べることはありません。

必ず、焼き肉を青梗菜に巻いて食べるのが常識です。

カリウムや食物繊維の多い野菜・くだもの・豆類・いも類・海藻を積極的にとることは、ナトリウムの体外への排出をうながし、減塩にもなります。(Fig.21,22)

それでは、**なぜ、日本人は旬の魚（秋刀魚、鯖、鮭など）を食べなければならないのか？**

魚には血液サラサラ効果の高いEPA（エイコサペンタエン酸）が多く含まれます。魚を多く摂取する国ほど、長寿であるというデータもあります。(Fig.23,24)

しかし、最も重要なのは、私たちが四海を海に囲まれた島国、日本で生まれ育っている。という歴史的な事実なのです。庶民でも肉食が普通にされるようになったのは、たかだか明治以来の150年ほどの経過でしかありません。

チャールズ・ロバート・ダーウィン Charles Robert Darwin(1809-1882)は、有名な進化論：『個体発生は、系統発生を繰り返す。』を実証しました。

そして、『もっとも力のあるものが、生き残るのではない。もっとも賢いものが、生き残るのではない。**もっとも変化（に対応）できるものが、生き残れる。**』と喝破しました。(Fig.25)

私たち日本人の中にある遺伝子は、魚を上手に消費するDNAであり、肉食DNAではないのです。もし、私たちが米国中西部や欧州に生まれ育った民族なら、魚といわず、健康な牛肉を食するようお勧めしたことでしょう。

そして、さらに食材の新鮮さが重要なのは、論を待ちません。

どのような食材が新鮮で美味しいのか？私などより、毎日の食卓を預かる皆さんの方が、はるかに熟知されております。(釈迦に説法)

ここでは、成書から、見分け方のコツなるものを添付するだけにしておきます。(Fig.26~39)

## (5). 規則正しい食生活

外食に注意され、夕食は腹八分目にすることが重要です。(Fig.40)

外食だけではカロリーが高過ぎ、味付けも濃くなり、塩分制限も難しくなります。

ゆっくり良く噛んで、三食を時間通りにキチンと摂取します。

朝食を抜くと、午前中は低血糖でボ～となり、勉強も仕事もできなくなります。反動で昼食は空腹のためにドカ喰いをするようになります。

(力士は、体重を増やす為、一日二食しか食べません。)

逆に夕食後は、激しい運動や労働をすることはないので、夕食は腹八分目にします。(Fig.41,42) 間食、夜食、TVを見ながらのながら喰いなどは、肥満の原因なので避けます。(Fig.43,44)

良く、『私は果物しか食べないのに太る。』とおっしゃる中年の女性患者さんがおられます。リンゴ1個で80kcal、ご飯一膳分です。

全く不思議ではありません。果物は見かけによらず高カロリーです。注意が必要です。あの逞しいゴリラは、ほとんど果物しか食しません。Hi

## (6). お酒は控えめに

節酒は、お酒が好きだった私には言いにくい話なのですが、世の奥様からは、『もっと、旦那にきつく指導してくださいよ!』

もっともリクエストが多い案件のひとつです。(苦笑) (Fig.45)

- ビールなら大1本まで
- 日本酒なら1合まで
- 焼酎なら1/2合まで
- ウイスキーならダブルで一杯が限度

と、いつも話させていただいております。

酒好きそうな赤鼻の高齢男性が、『それなら大丈夫だわい。』

私：『? ?』『あ～！チャンポンはいけません。いずれか一つだけですよ!!』

高齢男性 (残念そうに)：『え～！そうなの～』

良く、蒸留酒である焼酎のほうが日本酒より体に良い。などという迷信を信じておられる方がたまにおられますが、勿論、全くあり得ない嘘です。

体内に入ったアルコール度数で計算しますので、焼酎は1合ではなく1/2合が限度になります。

また、ワインにはポリフェノールが含有されているので、体に良いという話も全くの迷信です。(Fig.46,47)

アルコールは肝臓内で完全に代謝(⇒アセトアルデヒド⇒酢酸)されるのに、飲酒量に比例して時間がかかります。最低、毎週2日間は、休肝日を設けることをお勧めします。

アルコール依存症になると、肝硬変になって寿命を縮めたり、免疫機能が低下して発癌しやすくなったりで、良いことはひとつもありません。

## (7). 動物性脂肪の制限

牛・豚肉よりも鶏肉(ササミ)が望ましいとされています。(Fig.48)

特に動物性の脂質(飽和脂肪酸)をひかえるようにします。(Fig.49)

以前は、バターよりも植物性油脂のマーガリンが推奨されていましたが、最近は違います。

米食品医薬品局(FDA)がマーガリンに含まれる脂肪酸の一種である「トランス脂肪酸」が心筋梗塞のリスクを高めるとして規制に乗り出した為です。

既にニューヨークでは、マーガリンの販売が禁止されています。

バターとマーガリンの大きな違いは、バターの主原料は牛乳ですが、マーガリンの主原料は植物性・動物性の油脂であることです。

水素添加によって作られる通常のマーガリンは、トランス脂肪酸を7%前後も含むと言われています。

WHO/FAOの2003年のレポートで、トランス脂肪酸は心臓疾患のリスク増加との強い関連が報告さ



れ、また摂取量は全カロリーの1%未満にするよう勧告されています。トランス脂肪酸の摂取量の増加に伴って認知機能が低下してくることも観察されています。

バターは高価ですが、パンに少量塗布するのであれば、お子さんにはバターの方が良いかも知れません。

## (8). コレステロールの制限

卵は週に3個まで、タコ・イカ・貝柱を制限します。(Fig.50)

コレステロールをたくさん含む食品:卵、ウニ、タラコ、レバー、ウナギ、肉の脂身、タコ、イカ、貝柱、燻製食品などの珍味、どれも私が大好きな大変美味しいものが多いのです。(泣)(Fig.51,53)

コレステロールが少ない健康食品:豆腐、納豆、トリ肉ささみ、かれい、いわし、鮭、など。(Fig.52)

血清コレステロール値が高いほど、動脈硬化の進行が早く進み、急性心筋梗塞などの死亡率が高まることは昔から知られていました。(Fig.54,55,56)

その為、高脂血症は、自覚症状がないままにドンドン病気が進行する『沈黙の病』(silent disease)とも呼ばれております。(Fig.57)

コレステロールには、血管壁に沈着する悪玉コレステロール(LDL-C)と、血管壁からコレステロールを除去する善玉コレステロール(HDL-C)があります。(Fig.58)

また、高脂血症には、コレステロールが高いタイプと、中性脂肪(TG)が高いタイプがあります。中性脂肪(TG)は食事の影響を受けやすく、善玉コレステロール(HDL-C)を下げてしまうので、高中性脂肪血症のほうがハイリスクであるという意見も多いのです。日本人の成人(30歳以上)の男性の1/4、女性の1/3が高脂血症であると言われております。(Fig.59)

ただし、女性の場合、高脂血症だけがリスク因子の場合には、それほど脅威にはならない。通常の健康生活を送ることができると言われております。

イワシ、サバに含まれる不飽和脂肪酸は動脈硬化抑制作用があり、積極的に摂取することが勧められており、一方、コレステロールの多い食品は制限するのが今の流れです。(Fig.60)

米国では、健康志向で、摂取コレステロール値が男女共に低下傾向ですが、本邦では男女共に摂取コレステロール値が上昇傾向にあるのが気になります。(Fig.61,62)

外食では、カツ、天ぷら、フライなどの揚げ物を一切摂らないように指導される先生もおります。(Fig.63)

ここで、重要なポイントがひとつあります。コレステロールの本来の役割は、細胞膜の材料、ホルモンの原料、胆汁酸の原料であり、無用の長物ではない！ということです。(Fig.64)

無理な絶食や、極端なコレステロール制限は、非常に危険です。

血管壁をもろくしてしまい脳内出血を惹起したり、生命の危険に及ぶことすらあります。以前、ヨーロッパでは拒食症の若い女性、やせすぎモデルが社会的な問題を提起したことがありました。(Fig.65,66)

若い時は何とかなっても、高齢になった時には、細い脊柱では体重を支えられなくなり、歩行できないほど腰が曲がってしまうことなど、今時の若い女性には想像もできないでしょう。

何事も、過ぎたるはなお及ばざるがごとし。(日文)

過猶不及。(論語、先進)

The orange that is too hard squeezed yields a bitter juice.

Overdone is worse than undone. (英文)ということですね？(Fig.67)

付録として、『コレステロールに関する素朴な疑問①～⑧』を添付しました。

お時間のある時にでもお読みください。(Fig.68~75)

生活習慣病改善のための食事療法ポイントとしては、まとめると、①一日の摂取カロリーを守る、②栄養バランスを考える、③規則正しく食べる、④塩分制限、ということになります。(Fig.76,77)

栄養バランスを考える上で有用なのが、食事バランスガイドです。

【食事バランスガイド】(Fig.78~87)

「食事バランスガイド」は、望ましい食生活についてのメッセージを示した「食生活指針」を具体的な行動に結びつけるものとして、1日に「何を」「どれだけ」食べたらよいかの目安を分かりやすくイラストで示したものです。

厚生労働省と農林水産省の共同作業で、2005年6月に策定されました。

食材ではなく、調理された料理で計算でき、男女の年齢、労働量、個体差により一日の適量を決めることができます。

最初は少々面倒ですが、慣れればなかなかの優れものです。

一流のアスリートを目指す方、肥満児の矯正、受験生の親などは、是非、トライしてください。プロの栄養士が作成した実例を添付します。(Fig.86,87)

栄養バランスが良く、かつ美味しい。この二つを両立させるのは、なかなか大変なことだとつくづく思います。

次に、肥満には、2つのタイプがあります。

【内臓脂肪型肥満：リンゴ型】と【皮下脂肪型肥満：洋ナシ型】(Fig.88)

内臓脂肪型肥満：リンゴ型では、内臓の周囲に脂肪が沈着します。内臓脂肪は溜まりやすいが燃焼しやすい特徴があります。

皮下脂肪型肥満：洋ナシ型では、下腹部、腰まわり、お尻などの皮下に脂肪が蓄積します。皮下脂肪は溜まりにくいですが燃焼しにくい特徴があります。(Fig.88~91)

生活習慣病に深く関与するのが、内臓脂肪型肥満；リンゴ型です。内臓脂肪は、インシュリン抵抗性を増やし、糖尿病、高脂血症、高血圧症の遠因になります。30歳台~60歳台の中年男性の30%が、この内臓脂肪型肥満と言われています。(Fig.92)

内臓脂肪は、ストレス、過労、飲酒、加齢、運動不足、喫煙、過栄養、遺伝的素因、閉経など、様々な要因で蓄積していきます。

内臓脂肪は食生活の改善、運動などにより減少させることが可能です。(Fig.93,94)

【メタボリック症候群】(Fig.95~100)

メタボリック症候群とは、内臓脂肪蓄積(ウエスト径：男性85cm以上、女性90cm以上) + 2個以上の危険因子(高血圧、高脂血症、糖尿病)合併例を呼びます。ウエスト径の測定は、一番くびれている腹囲ではなく、臍周囲径で測定する必要があります。(Fig.97~99)

メタボリック症候群は、三大成人病(高血圧、高脂血症、糖尿病)の予備軍であり、病態的に同時発症し得るので、早期からの介入が必要です。(Fig.100)

生活習慣病(高血圧、高脂血症、糖尿病)が発症する前に、予防することが重要です。(Fig.101)

一日30分~60分程度の歩行(ウォーキング)など、継続可能な運動療法が勧められます。(Fig.102,103)

## (9). 水分を十分に取らしましょう

### (10). 1日30品目よく噛んで！ (Fig.104)

ダイエットする際に、きわめて重要なのは、水分補給です。

大体、成人では一日1000mlの水分を食品中から摂取しています。

食品摂取を減らすのなら、その分、水分補給を上乘せしなければなりません。

脱水状態には、人体は忍耐力がありません。

1日最低1000mlの水分補給が必要です。

ミネラルウォーター、番茶、ほうじ茶、麦茶などが望ましく、コーヒーや玉露などの高級煎茶、ウーロン茶等はカフェイン濃度が高くて望ましくありません。塩素消毒されている水道水の場合には、一度、沸騰させた湯冷ましがよろしいでしょう。(Fig.105,106)

また、食品を偏り無く摂取することは重要です。偏った食事では、結石などが形成されやすくなったり、貧血や低栄養を起しやすくなったりします。

栄養のバランスを考えると、1日30品目以上が望ましいです。

(八宝菜で、8品目と計算できます。こまめに少しずつ、多種類の食品を摂取します。)

そして良く噛むことが肝要です。良く噛むことにより、唾液の酵素で、発癌物質の毒消しにもなると言われています。(Fig.107,108)

最近では、食品添加物の除去にも注意が払われるようになりました。

除去法を付録につけますので、ご参照してください。(Fig.109~114)

以上を総合すると、心臓を守る食生活になります。

①減塩、②カロリー制限、③ストレス解消、④治療の継続 が重要です。

そして、タンパク質をしっかり補給し、野菜、海藻、キノコを多く摂取し、脂質を制限していきます。

(Fig.115,116,117)

最後に、禁煙は最重要です。

『ブレスローの7つの生活習慣』でも、もっとも重要なことは、適切な睡眠と禁煙です。(Fig.118,119)

未曾有の超高齢化社会を迎えた今日、老後を他人に依存することは、今後、益々難しくなっていくことでしょう。自分の体調は自分で管理し、できるだけ疾病を予防。健康寿命を伸ばすことこそが最重要であると私は確信いたします。

さらなる詳細な個別の食事指導に関しましては、当院の管理栄養士がいつでも指導対応して下さる筈なので、事前にご予約のうえ、お気軽にご相談くださいませ。(了)



Fig.1



Fig.2



Fig.3



Fig.4



Fig.5



Fig.6

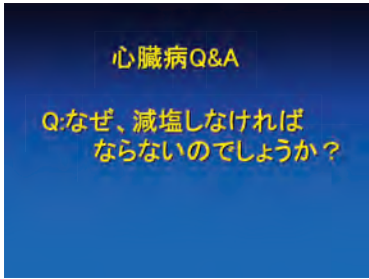


Fig.7



Fig.8

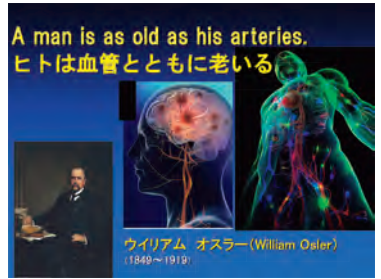


Fig.9

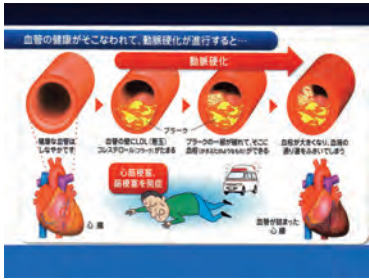


Fig.10

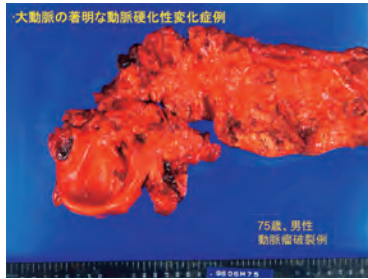


Fig.11

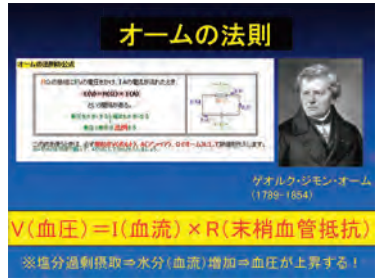


Fig.12

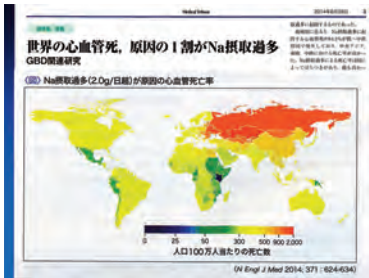


Fig.13

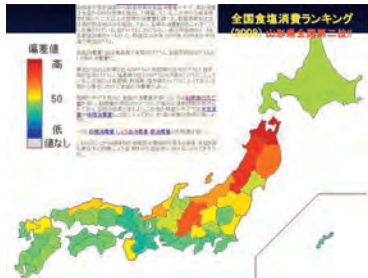


Fig.14

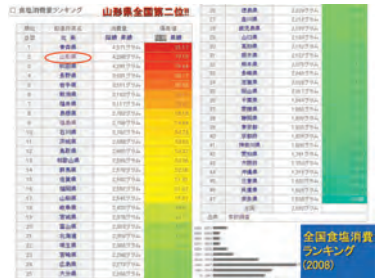


Fig.15





Fig.16

順位	都道府県	消費量 (kg)
1	山形県	21.2
2	東京都	19.8
3	千葉県	19.5
4	東京都	19.2
5	東京都	18.8
6	東京都	18.5
7	東京都	18.2
8	東京都	17.8
9	東京都	17.5
10	東京都	17.2
11	東京都	16.8
12	東京都	16.5
13	東京都	16.2
14	東京都	15.8
15	東京都	15.5
16	東京都	15.2
17	東京都	14.8
18	東京都	14.5
19	東京都	14.2
20	東京都	13.8
21	東京都	13.5
22	東京都	13.2
23	東京都	12.8
24	東京都	12.5
25	東京都	12.2
26	東京都	11.8
27	東京都	11.5
28	東京都	11.2
29	東京都	10.8
30	東京都	10.5
31	東京都	10.2
32	東京都	9.8
33	東京都	9.5
34	東京都	9.2
35	東京都	8.8
36	東京都	8.5
37	東京都	8.2
38	東京都	7.8
39	東京都	7.5
40	東京都	7.2
41	東京都	6.8
42	東京都	6.5
43	東京都	6.2
44	東京都	5.8
45	東京都	5.5
46	東京都	5.2
47	東京都	4.8
48	東京都	4.5
49	東京都	4.2
50	東京都	3.8

Fig.17

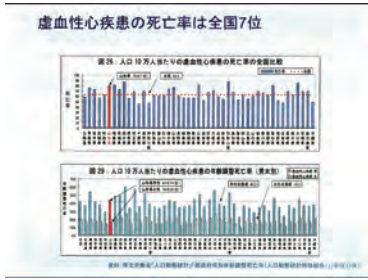


Fig.18

③ 本態性高血圧 essential hypertension

まず、一日70g以下の食塩摂取にすることが高血圧治療の基本!

Fig.19

2. 酢の活用

3. 野菜を多く

ダイエットにもなります

4. 旬の魚を食べましょう

サンマ、サバ、ジャケ、...

Fig.20

カリウムや食物繊維の多い食品をとる

カリウムや食物繊維の多い野菜・くだもの・豆類・いも類・海藻を積極的にとる

野菜: ほうれん草, 人参, ピーマン, 豆苗, 小豆苗, 小松菜, 水菜, 小松菜, 水菜, 小松菜, 水菜

くだもの: バナナ, 梨, りんご, ぶどう, 桃, 柿, 柚子, 蜜柑, 葡萄柚, 柚子, 蜜柑, 葡萄柚

いも類: さつまいも, こんにゃく, 里芋, 干芋, 里芋, 干芋, 干芋, 干芋

豆類: 大豆, 小豆, 黒豆, 大豆, 小豆, 黒豆, 大豆, 小豆, 黒豆

海藻: 昆布, わかめ, 海苔, 昆布, わかめ, 海苔, 昆布, わかめ, 海苔

Fig.21

食物繊維を含む食品をふんだんに

食物繊維をたくさん含む食品

DC食, わかめ, 昆布など

いんげん, ほうれん草, ブロッコリー, こぼれ, 切り干し大根など

海藻

きのこ類

野菜

豆腐

大豆, 豆腐, あずき, こんにゃくなど

Fig.22

魚は動脈硬化を予防する!

長寿の秘訣は魚? 魚を食べると心臓病になりにくい?

魚を多く食べている国は、平均寿命が長いというデータがあります。

主要な国々1人1年あたりの魚の消費量と平均寿命の関係

魚を多く食べる国は心臓病の死亡率が低い傾向があります。

魚を多く食べる国は心臓病の死亡率が低い傾向があります。

魚を多く食べる国は心臓病の死亡率が低い傾向があります。

Fig.23

血圧さらさら効果が高い魚の成分は、EPA

魚に含まれる栄養素の中で、特に血圧さらさら効果が高いのは、EPA (イコサペンタエン酸) です。EPAは、いわし、さんま、さば、きり、ぶり、まぐろのトロ、うなぎ、などに多く含まれます。

EPAを1.8g摂るために必要な魚の量

まぐろのトロ・刺身 14枚 (140g)

はまち・刺身 20枚 (200g)

さば・焼き 2.5切れ (200g)

さけ・焼き 5.5切れ (450g)

いわし・焼き 3匹 (160g)

まじろの刺身・焼き 7.5枚 (390g)

Fig.24

個体発生は、系統発生を繰り返す。

もっとも力のあるものが、生き残るのではない。

もっとも強いものが、生き残るのではない。

もっとも変化(に対応)できるものが、生き残れる。

Charles Robert Darwin, (1809-1882)

Fig.25

野菜の目利き術 3つのポイント

きれいな色でみずみずしくハリのあるもの

大きさを悩んだら、重さで勝負

お店の化粧直しにだまされない!

Fig.26

野菜編

野菜は体にいいからといって、何でも食べていいわけではありません。

野菜の種類によって、栄養素のバランスが異なります。

野菜の種類によって、栄養素のバランスが異なります。

野菜の種類によって、栄養素のバランスが異なります。

Fig.27

アスパラガス

ピーマン

オクラ

ピーマン

オクラ

ピーマン

オクラ

Fig.28

ピーマン

オクラ

ピーマン

オクラ

ピーマン

オクラ

Fig.29

ピーマン

オクラ

ピーマン

オクラ

ピーマン

オクラ

Fig.30



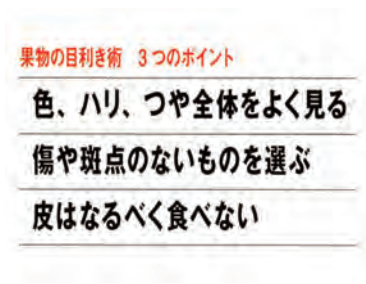


Fig.31

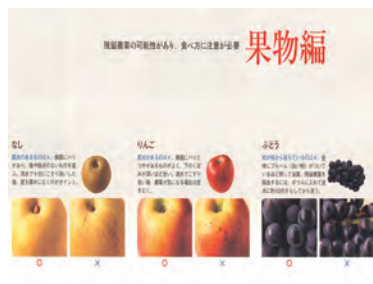


Fig.32



Fig.33

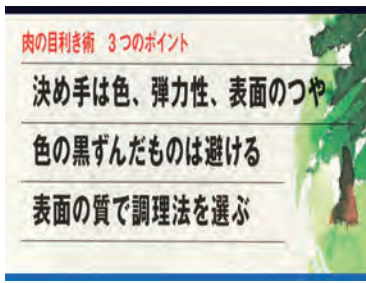


Fig.34



Fig.35



Fig.36

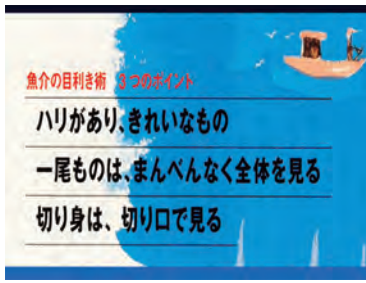


Fig.37



Fig.38



Fig.39



Fig.40



Fig.41



Fig.42

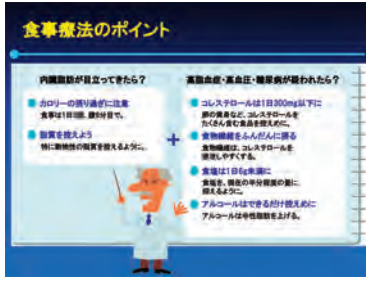


Fig.43



Fig.44



Fig.45



Fig.46



Fig.47



Fig.48



Fig.49



Fig.50



Fig.51



Fig.52



Fig.53

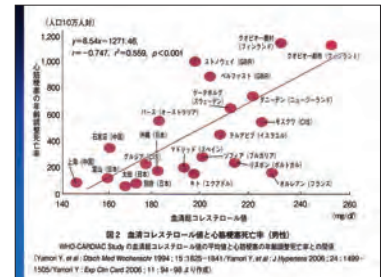


Fig.54

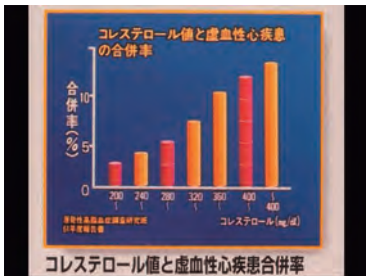


Fig.55

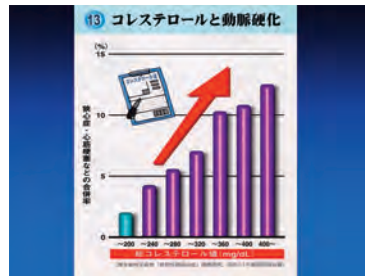


Fig.56



Fig.57



Fig.58

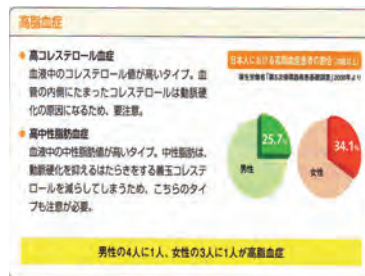


Fig.59



Fig.60



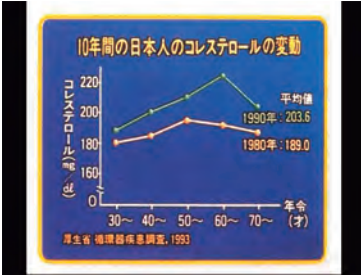


Fig.61

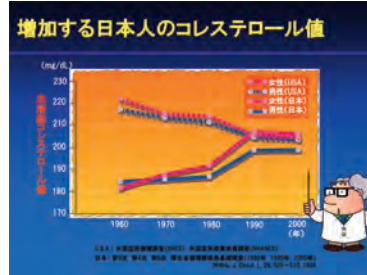


Fig.62

表1 外来で簡単にできる食事療法指導

1. 主治医の指示を具体的に指示する  
例 1,800kcalの摂取を 8時-20時
2. 食事は毎日1食、朝1食、夕食と必ずとる要する  
ただし、量は制限しない
3. 牛乳は毎日1杯以上とらねばいかに  
減糖する
4. 脂質は油をやつとして増えるように  
減糖する
5. 肉、カツ、カツ、揚げ物などの油物は  
一切とらねばいかに減糖する
6. 糖質は好きなようにとる要する  
ただし、お菓子、お肉、いも、ごぼう等は  
指定量以内にとる要する

Fig.63

コレステロールの本来の役割

- 細胞膜の材料
- ホルモンの原料
- 胆汁酸の原料

コレステロールの本来の役割

Fig.64

やせ過ぎモデル問題に4か国協議 - フランス 2007/01/26日

【100ポンドスリム 目録 ADP】  
極端なファッションや過度なダイエット、イギリス、フランス、イタリアの4か国は昨年より協定が加わり、やせ過ぎモデル問題に4か国で取り決めた。内容は、禁止や制限、および、認知度、意識の向上に重点を置くものになる予定だ。

Fig.65

やせ過ぎモデルのポスターが話題に<2007/9/26>

ANDRESSIA

Fig.66

患者に“理想体重”を求めてはいけない

Fig.67

コレステロールに関する素朴な疑問①

Q 高血圧にコレステロールも関係するの？

A 脂質値が高くなり、血管を硬く引き起こす可能性があるからです。コレステロールは血管の細胞膜を作るのに必要な成分です。コレステロールが多すぎると、血管の細胞膜が硬くなり、血管が狭くなることで、高血圧を引き起こす可能性があります。コレステロールを適切に管理することは、高血圧の予防や治療に役立ちます。

Fig.68

コレステロールに関する素朴な疑問②

Q コレステロールの数値が高いと、心臓病や脳卒中のリスクが高くなるの？

A はい、コレステロールの数値が高いと、心臓病や脳卒中のリスクが高くなります。コレステロールは血管の細胞膜を作るのに必要な成分です。コレステロールが多すぎると、血管の細胞膜が硬くなり、血管が狭くなることで、心臓病や脳卒中を引き起こす可能性があります。コレステロールを適切に管理することは、心臓病や脳卒中の予防や治療に役立ちます。

Fig.69

コレステロールに関する素朴な疑問③

Q コレステロールを下げたいの？

A はい、コレステロールを下げたい場合は、食事や運動などの生活習慣の改善が必要です。コレステロールは血管の細胞膜を作るのに必要な成分です。コレステロールが多すぎると、血管の細胞膜が硬くなり、血管が狭くなることで、心臓病や脳卒中を引き起こす可能性があります。コレステロールを適切に管理することは、心臓病や脳卒中の予防や治療に役立ちます。

Fig.70

コレステロールに関する素朴な疑問④

Q コレステロールを下げるにはどうしたらいいの？

A 食事、運動などの生活習慣の改善が必要です。特に、高血圧の改善が重要で、コレステロールを下げることが重要です。コレステロールを下げたい場合は、食事や運動などの生活習慣の改善が必要です。コレステロールは血管の細胞膜を作るのに必要な成分です。コレステロールが多すぎると、血管の細胞膜が硬くなり、血管が狭くなることで、心臓病や脳卒中を引き起こす可能性があります。コレステロールを適切に管理することは、心臓病や脳卒中の予防や治療に役立ちます。

Fig.71

コレステロールに関する素朴な疑問⑤

Q コレステロールが多い食事や生活習慣は、コレステロールを上げるの？

A はい、コレステロールが多い食事や生活習慣は、コレステロールを上げることがあります。コレステロールは血管の細胞膜を作るのに必要な成分です。コレステロールが多すぎると、血管の細胞膜が硬くなり、血管が狭くなることで、心臓病や脳卒中を引き起こす可能性があります。コレステロールを適切に管理することは、心臓病や脳卒中の予防や治療に役立ちます。

Fig.72

コレステロールに関する素朴な疑問⑥

Q コレステロールを下げたいの？

A はい、コレステロールを下げたい場合は、食事や運動などの生活習慣の改善が必要です。コレステロールは血管の細胞膜を作るのに必要な成分です。コレステロールが多すぎると、血管の細胞膜が硬くなり、血管が狭くなることで、心臓病や脳卒中を引き起こす可能性があります。コレステロールを適切に管理することは、心臓病や脳卒中の予防や治療に役立ちます。

Fig.73

コレステロールに関する素朴な疑問⑦

Q コレステロールを下げたいの？

A はい、コレステロールを下げたい場合は、食事や運動などの生活習慣の改善が必要です。コレステロールは血管の細胞膜を作るのに必要な成分です。コレステロールが多すぎると、血管の細胞膜が硬くなり、血管が狭くなることで、心臓病や脳卒中を引き起こす可能性があります。コレステロールを適切に管理することは、心臓病や脳卒中の予防や治療に役立ちます。

Fig.74

コレステロールに関する素朴な疑問⑧

Q コレステロールを下げたいの？

A はい、コレステロールを下げたい場合は、食事や運動などの生活習慣の改善が必要です。コレステロールは血管の細胞膜を作るのに必要な成分です。コレステロールが多すぎると、血管の細胞膜が硬くなり、血管が狭くなることで、心臓病や脳卒中を引き起こす可能性があります。コレステロールを適切に管理することは、心臓病や脳卒中の予防や治療に役立ちます。

Fig.75



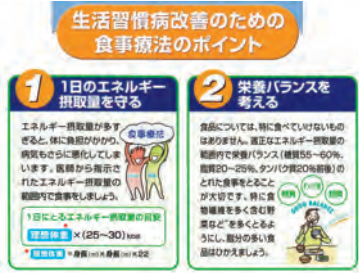


Fig.76

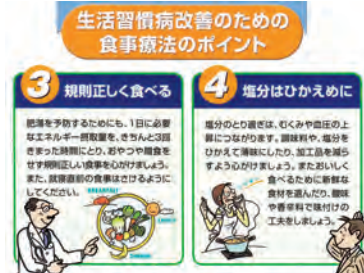


Fig.77



Fig.78



Fig.79



Fig.80



Fig.81



Fig.82



Fig.83

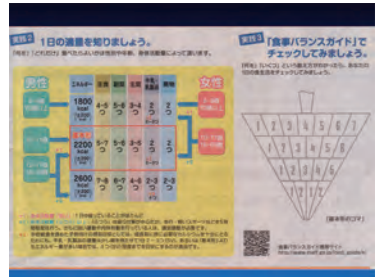


Fig.84



Fig.85

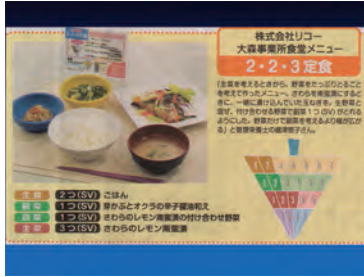


Fig.86

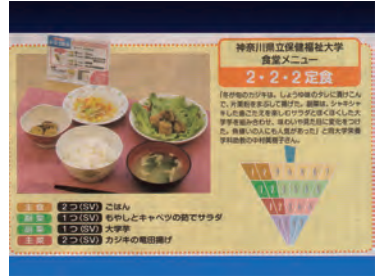


Fig.87

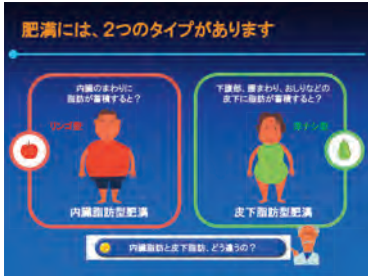


Fig.88



Fig.89



Fig.90



Fig.91

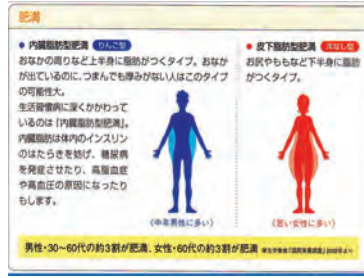


Fig.92

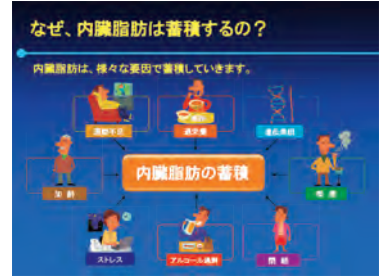


Fig.93



Fig.94

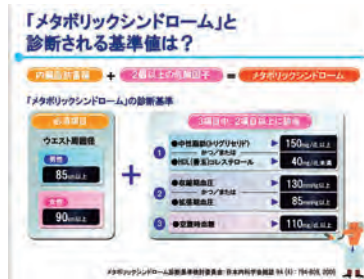


Fig.95

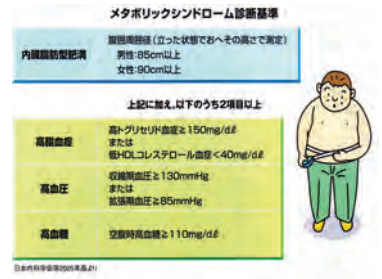


Fig.96



Fig.97



Fig.98

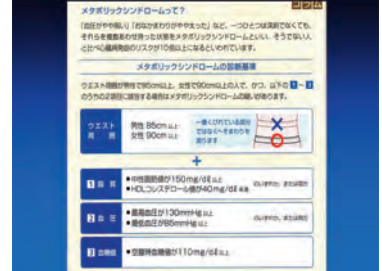


Fig.99



Fig.100



Fig.101



Fig.102



Fig.103

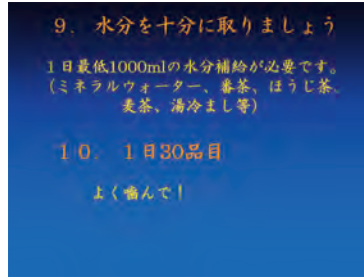
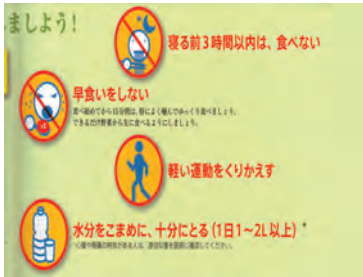


Fig.104



Fig.105





# 腹腔内遊離ガスを伴う腸管囊腫様気腫症を短期間で繰り返した1症例

長谷川繁生<sup>1)</sup>、戸屋 亮<sup>1)</sup>、尾形 貴史<sup>1)</sup>、勝見修一郎<sup>2)</sup>、鈴木 明彦<sup>2)</sup>、仁科 盛之<sup>2)</sup>

1)三友堂病院 外科 2)三友堂病院 内科

Shigeo Hasegawa M.D.

血液検査成績（表1）

検査項目	成績	正常値
WBC	6960/ $\mu$ l	3590~9640
RBC	432 $10^4$ / $\mu$ l	400~552
Hb	13.2g/dl	13.2~17.2
Ht	38.9%	40.4~51.1
PLT	20.6 $10^4$ / $\mu$ l	14.8~33.9
T-Bil	1.3mg/dl	0.4~1.1
AST	11IU/l	8~38
ALT	7IU/l	4~44
CPK	56IU/l	56~244
T.P	7.0g/dl	6.7~8.3
Alb	3.8g/dl	3.9~4.9
TCHO	158mg/dl	128~219
BNP	9.9pg/ml	0~18.4
CRP	2.21mg/dl	0.00~0.30

## はじめに

腸管囊腫様気腫症は、特発性と続発性に分類される。特に、続発性腸管気腫症は、様々な原因で生じ、時には、致命的となる場合がある。今回、我々は、2ヶ月の間に腹腔内遊離ガスを伴う続発性腸管囊腫様気腫症を繰り返した同一症例を経験したので、報告する。

## 1. 症例

70歳代男性

現病歴

2015年9月18日に腹部膨満を主訴として、当院内科を独歩受診した。諸検査を行い、CTで腹腔内遊離ガスを伴うとの事で当科を紹介となり、腸管囊腫様気腫症の診断で入院となった。

既往歴

2009年8月7日から、肺気腫症で内科通院中

現症

身長172cm、体重68.9kg

腹部 膨満あり。圧痛認めるも、腹膜刺激症状は軽度であった。

血液検査成績では、CRPの軽度上昇を認めるが、WBC正常範囲であった。

CT検査では、腹腔内遊離ガスを認めるものの、腹部所見、血液検査成績を総合的に判断し、保存的治療を行う事とした。

胸部レントゲン検査（図1）

胸部レントゲン検査では、横隔膜下に腹腔内遊離ガスを認めている。

初診時CT検査（図2）

初診時CT検査：腸管気腫症と腹腔内遊離ガスを認めている。

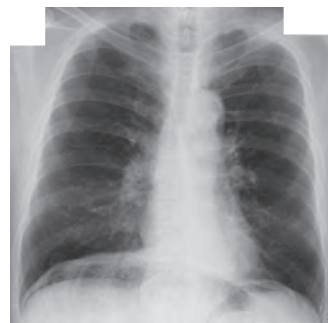


図1



図2



## 2. 入院後の経過

絶食・点滴管理とした。水分摂取は許可していた。2日目に排ガスを認め、4日後に再度CT検査を行い、腹腔内遊離ガスの減少と、腸管気腫の減少を認めた。7日目に3分粥を供給し、8日目に5分粥を提供し、腹部症状の悪化を認めておらず、12日目の9月30日に退院とした。退院後は、外来で経過観察を行った。退院後1ヶ月後にCT検査を行った(図3)。

図3：腸管気腫症は、残存している。腹腔内遊離ガスは消失

退院後1ヶ月後のCT検査(図3)では、腹腔内遊離ガスは、消失したものの、腸管気腫は残存していた。特に、腹部所見の悪化等を認めないため、そのまま、経過観察とした。

しかし、その後11月8日頃から、再度腹部膨満を来していたと、11月12日再度当科を受診した。CT検査を行った所、腹腔内遊離ガスを伴う、腸管気腫症が再燃しており(図4、図5)、同日、外科入院とした。

図4：肝下面及び結腸周囲に腹腔内遊離ガスを認めている。

図5：上行結腸には、腸管気腫を認め、その周囲2は腹腔内遊離ガスを認めている。



図3



図4



図5

## 3. 再入院後の経過

今回も保存的治療を、行う事として、入院当初から、水分摂取可能とした。翌日(13日)には、排ガスを認めた。2日目に排便を認めた。6日目(18日)に経管栄養剤を開始して、腹部所見のない事を確認した。

8日目(20日)には、CT検査で腹腔内遊離ガスが減少している事を確認し、3分粥、5分粥を開始した。

18日目(30日)には、X-P上、腹腔内遊離ガスの消失を確認した。24日目(12月6日)に退院となった。

## 4. 二回目の退院後の経過

山形大学 第二内科外来を紹介し、小腸造影及び腹部造影CT検査を施行して頂き、特に問題となる所見を認めなかった。このため、その後は、当科で、経過観察中であり、2016年2月10日に大腸内視鏡検査などを施行した(図6)。その後は、症状再燃する事無く、外来で経過観察を施行中である。

図6：大腸内視鏡検査では、盲腸部分の粘膜面には、異常所見を認めなかった。

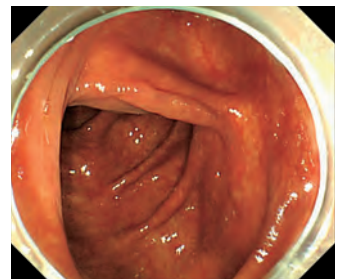


図6

## 5. 考察

腸管囊腫様気腫症 (pneumatosis cyctoides intestinalis、以下PCI) は、腸管壁の粘膜下または漿膜下に多数の含気性小嚢胞を生じるものであり、基礎疾患の有無により、特発性 (15%) と続発性に分類される<sup>1)</sup>。続発性には、1) ガス産生菌説、2) 肺胞破裂説、3) 腸管内ガス説などがある。ガス産生菌説は、ガス産生菌が腸管壁内に侵入して、ガスを産生することや腸管内で産生された高濃度のガスが腸管壁内に移行する事で、囊腫様気腫が発生するとされている。また、肺胞破裂説は、気管支喘息や慢性肺疾患による慢性咳嗽の結果、肺胞の破裂が生じ縦隔から後腹膜を經由して腸間膜内に到達する事により生じるとされている。さらに、腸管内圧の上昇により発生するとされる腸管ガス説は、腸管内圧の上昇や腸管壁内の粘膜障害等により、腸管内のガスが腸管壁に到達すると考えられている。その原因として、腸管内圧の上昇は、嘔吐、消化管閉塞、薬剤 ( $\alpha$ -glucosidase inhibitor) などがあり、粘膜障害では、炎症性腸疾患、HIV、膠原病、ステロイド内服例) などが上げられる<sup>1)2)</sup>。本症例は、以前からCOPDで呼吸器内科通院中であり、気管支喘息の既往もあり、肺疾患を基礎疾患に持つものであり、続発性と診断した。しかしながら、今回の2回の入院では、縦隔気腫や肺胞が破裂したようなCT上の変化を認めていない。

腹腔内遊離ガスを伴ったPCIでは、腸管穿孔を来す疾患との鑑別が重要であり、時に緊急手術を検討する必要がある。また、腹腔内遊離ガスが多い時には、腹部膨満を認め、腹部所見から腹膜刺激症状を取りづらい事も考えられ、止む無く試験回復を行っている症例の報告も散見される。西村らは<sup>3)</sup>、2009年から2012年までの期間で、腸管気腫症、腹腔内遊離ガス、腹膜刺激症状をkey wordに医学中央雑誌で検索した所、腹腔内遊離ガスが存在し、腹膜刺激症状を伴わず、緊急手術を施行した症例15例のうち腸管切除を施行された症例は1例もなかったと報告している<sup>3)</sup>。

この論文の中で、西村ら<sup>3)</sup>は、PCIに合併する腹腔内遊離ガスは、漿膜下嚢胞の破裂により生じるもので、腹腔内遊離ガスと疾患の重症度には、相関は無いとしている。本症例でも腹腔内遊離ガスを2回の入院共に認めていたが、腹部膨満を来しており、腹膜刺激症状については、所見を取るのが困難であったが、二回とも独歩で来院しており、疾患としての重症感は認めなかった。また、血清CRPが手術適応の参考になるという報告も認められた<sup>4)</sup>が、その値は、 $CRP \leq 1.0\text{mg/dl}$ であり、 $1.0\text{dm/dl}$ 以下の症例に腸管壊死が存在しなかったというものである。本症例のCRPは、 $2.21\text{mg/dl}$ であり、その値からは、腸管壊死を否定するものではなかった。

本症例の経口摂取の開始時期は、一回目が7日目、二回目が8日目とした。二回とも、入院後から水分摂取、内服は許可していたが、腹部膨満などの腹部所見と、全身状態、CTで腹腔内遊離ガスの消失を確認してから食事を提供した。食事摂取開始に伴う問題は無かった。

二回目の退院後に、山形大学第二内科にお願いして、小腸造影を施行して頂いたが、特に問題となる所見を認めず、当科外来で、大腸検査を行ったが、大腸の粘膜面には、その時には異常所見を認めなかった。現在は、二回目の退院後8ヶ月を経過して、外来で経過観察中であるが、腸管囊腫様気腫の再燃を認めていない。

## 6. おわりに

短期間の間に、二回の腹腔内遊離ガスを伴った続発性のPCIを経験し、その都度、保存的治療で軽快した症例を経験したので報告した。

## 参考文献

- 1) 石岡興平、内本和晃、大槻憲一 ほか：ミグリトール内服中に発症した回腸腸管囊腫症の1例 日消外会誌：2011;44(8):1011~1017
- 2) St peter SD, Abbas MA, Kelly KA. The Spectrum of Pneumatosis intesnalis. Arch Surg.2003 Jan;138:68-75.
- 3) 西村公志、田上修司、河村史朗 ほか：保存的治療で軽快した腹腔内遊離ガスを伴う腸管気腫症の2例。手術：67(2). 263-267.2013.
- 4) 金丸仁、横山日出太郎、白川元昭 ほか：門脈ガス血症の手術適応 本症12例の経験から。日消外会誌 2002;35:1369-1376.

三友堂病院 看護部 河合美奈子

## 1. 消化器科領域

### (1)内視鏡検査全般に関する略語

EUS（endoscopic ultrasonography：超音波内視鏡）

消化管悪性腫瘍の深達度・多臓器への浸潤・リンパ節転移・治療効果の判定など、内視鏡の鉗子口を通じて専用の超音波プローブを挿入し、超音波を介して診断する方法。

NBI（narrow band imaging：狭帯域光観察）

通常の内視鏡検査において、内視鏡観察光の特性を変えることで粘膜表面の血管や粘膜の微細な模様を強調する検査方法。癌の組織型の推定に有用。

### (2)内視鏡的止血に関する略語

APC（argon-plasma coagulation：アルゴンプラズマ凝固療法）

特殊なアプリーケーターからアルゴンガスを放出すると同時に、高周波電流装置から放電することでプラズマビームを発生させ組織を凝固し、止血する方法。

HSE（：高張Naエピネフリン局注療法）

エピネフリンのもつ血管収縮作用と、高張（高濃度）食塩水による周囲組織の膨化（物体内部に多くの空間を作る操作）、血管壁の変化などにより止血効果を得る。露出血管がある病変、活動性の出血に有用。露出血管周囲3～4カ所に1～2mlずつ注入する。

組織傷害はエタノールよりも少なく、安全に使用できる。当院では、ボスミン1A + 10% NaCl 5ml + 蒸留水14ml を使用している。

### (3)食道静脈瘤治療に関する略語

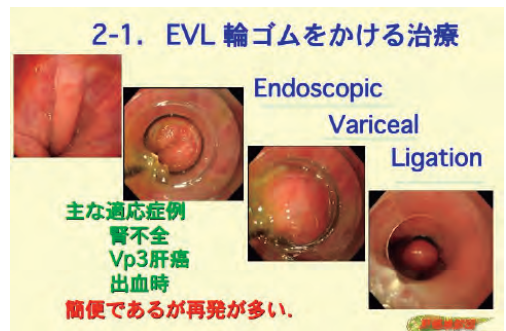
EIS（endoscopic injection sclerotherapy：内視鏡的硬化療法）

静脈瘤の血管内に硬化剤を注入する方法。血管内に硬化剤を注入することで、血管内皮細胞の障害作用と血栓形成により血管を塞栓する。

EVL（endoscopic variceal ligation：

内視鏡的静脈結紮術 図-1）

硬化剤を使用することなく、食道壁内腔の静脈瘤を処理する方法。O（オー）リングというゴムバンドで静脈瘤を機械的に結紮し、時間の経過とともに壊死・脱落させる。



（図-1）



#### (4)胃・大腸の治療に関する略語

EMR (endoscopic mucosal resection :

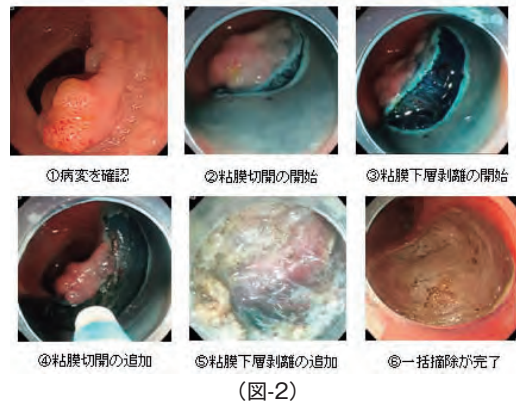
内視鏡的粘膜切除術)

生理食塩水などで病変を膨張させて、高周波スネアで切除する治療法。外科手術に比べ治療的侵襲がはるかに軽い、治療後のQOLを低下させないなどの利点がある。

ESD (endoscopic submucosal dissection :

内視鏡的粘膜下層剥離術 図-2)

胃や大腸の早期癌に対し、粘膜下に生理食塩水や局注用注射液などを注入し、粘膜病変を切開・剥離し、病変を一括切除する方法。ESDはEMRに比べて高度な技術が必要とされる。



(図-2)

#### (5)膵・胆・肝治療に関する略語

ERCP (endoscopic retrograde cholangiopancreatography : 内視鏡的逆行性膵胆管造影)

内視鏡を介して専用の処置具を用いて胆道や膵管を造影し、形態異常、乳頭機能不全、乳頭部癌、胆道癌、胆石症を診断する。閉塞性黄疸を認める場合、診断目的のERCPの後に治療目的のERCP (EST、EBD、ENBD) を行う。

EST (endoscopic sphincterotomy : 内視鏡的乳頭括約筋切開術)

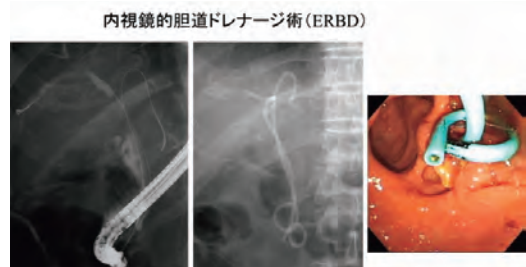
十二指腸乳頭開口部から総胆管内にEST用ナイフを挿入し、高周波を利用して乳頭括約筋を切開する方法。切開することで乳頭から処置具を総胆管へ挿入し結石を取り出すなどの治療が可能となる。

ERBD (endoscopic biliary drainage : 内視鏡的逆行性胆道ドレナージ法 図-3)

ENBD (endoscopic nasobiliary drainage : 内視鏡的経鼻胆道ドレナージ)

総胆管結石や癌などによる狭窄が生じ胆汁の十二指腸への流出が障害され、閉塞性黄疸や膵管炎を起こした場合、総胆管が最も狭くなる十二指腸乳頭部に、短いチューブステントや金属ステントを留置して胆汁を十二指腸へドレナージする方法。

ENBDは、長いチューブを十二指腸・胃・食道を經由して鼻から出し、胆汁を直接体外へ排出する方法。ERBD・ENBDともに、主に肝外胆管に病変があるものが対象。



(図-3)

PTCD (percutaneous transhepatic biliary drainage : 経皮経肝的胆道ドレナージ)

胆管閉塞による閉塞性黄疸や胆管炎の病態・病状の改善、無黄疸胆道疾患の診断など経皮的にチューブを留置してルート確保する方法。EBD・ENBDが不成功の場合あるいは胃切除後や肝門部閉塞などで行われる。

PTGBD (percutaneous transhepatic gallbladder drainage : 経皮経肝的胆嚢ドレナージ)

胆管閉塞による閉塞性黄疸や胆嚢炎による病態・病状改善、胆嚢病変の診断など、経皮的にチューブを留置してルート確保する方法。

PEIT (percutaneous ethanol injection therapy：肝細胞癌に対するエタノール局注法)

肝細胞癌の治療。経皮的にエタノールを肝細胞癌に直接注入することにより、細胞壊死を引き起こし治療する方法。

(6)その他

PEG (percutaneous endoscopic gastrostomy：経皮内視鏡的胃瘻造設術)

内視鏡的に腹壁外と胃内腔との間に瘻孔を作り、チューブを留置して水分・栄養を流入、または胃内容物を排出・胃の減圧を図るための処置。

PTEG (percutaneous trans- esophageal gastro-tubing：経皮経食道胃管挿入術)

長期に及ぶ胃管留置が必要で、かつ、胃切除後・癌性腹膜炎・大量腹水・脳室腹腔シャント造設術後・内視鏡挿入困難など、経皮的内視鏡的胃瘻造設術が困難な症例に行われる経管栄養・消化管ドレナージ方法。

## 2. 循環器内科・脳血管外科領域

(1)カテーテル検査に関する略語

AOG (aortography：大動脈造影)

CAG (coronary angiography：冠動脈造影)

CAG (carotid angiography：頸動脈造影)

PAG (Pulmonary angiography：肺動脈造影)

RAG (Renal angiography：腎動脈造影)

EF (ejection fraction：駆出率)

心機能のうち、心室収縮機能の代表的な指標。左室の収縮力（ポンプ能力）を測ることができる。心拍ごとに心臓が放出する血液量（駆出量）を拡張期の左心室容量で割った値。通常駆出率は50～60%以上と言われており、その数値を基準に心疾患患者の状態・予後を把握することができる。

IVUS (intravascular ultrasound：血管内超音波検査)

血管内超音波（エコー）のことで、血管内エコー専用のカテーテルを冠動脈内に挿入することにより、モニター上に血管断面図の情報を得ることができる。X線造影では造影剤で血管の大きさや太さをみるが、IVUSでは血管の内側から血管全体の様子をみることができる。IVUSを使用することで、プラーク（病変）の種類が把握でき、血管断面の径や面積を計測することにより、ステントなどのサイズをより正確に選択することができる。

LVG (left ventriculography：左心室造影)

左心室内に造影用カテーテルを挿入し、造影剤を直接注入して左心室を造影する。虚血性心疾患における新機能評価に非常に重要であり、心駆出率・心室容量・壁運動の異常・弁機能・心室内血栓の有無を評価する。

OCT (optical coherence tomography：光干渉断層法)

血管内超音波検査と同様に経皮的冠動脈形成術を施行する際に行う検査の1つで冠動脈内の様子（IVUSの弱点である石灰化や血栓など）を詳細に評価出来る検査。

## (2)心臓・脳血管・末梢血管カテーテル治療に関する略語

### ACT (activated clotting time : 活性化凝固時間)

血液が凝固し始めるまでの時間。血管内治療において、カテーテルなどは血中で血栓を形成しやすいため、シース挿入後にヘパリンを投与し全身のヘパリン化を行う。通常のACT値は、100～130秒程度であるが術中は200～300秒程度を目安とし、60分毎にACT測定してヘパリン追加投与を検討する。

### DAPT (dual antiplatelet therapy : 抗血小板薬2剤併用療法)

冠動脈ステント留置後のステント内血栓形成予防を目的として、抗血小板薬を投与する方法。

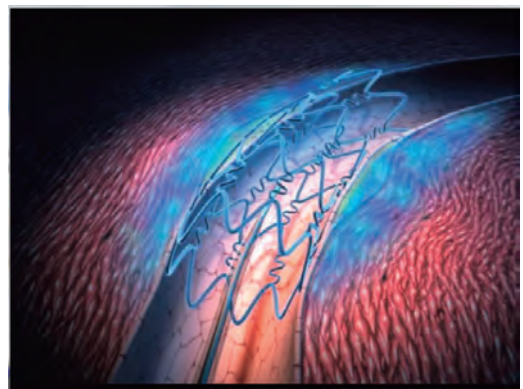
### DCB/DEB (drug-coated balloon/drug-elution balloon : 薬剤コーティングバルーン/薬剤溶出バルーン)

バルーン表面に再狭窄を予防する効果のある薬が塗ってあり、バルーンを病変部で拡張することで、その薬が病変部に移行し再狭窄を予防する効果がある。薬剤コーティングバルーンを使用することで、再度ステントを留置することなく治療が可能。

### DES (drug eluting stent :

#### 薬剤溶出性ステント 図-4-1)

ステントに再狭窄を防止する薬剤が塗布されていて、血管内留置後、薬剤が溶出するようにしたステント。動脈拡張治療に際して、拡張後の再狭窄が問題になる。これを防止するために、ステントに細胞増殖抑制薬を塗布し、ある期間、拡張部位に薬剤を溶出させようとするものである。現在、ほとんどの症例ではBMSではなく、第三世代のDES (Synergy,Ultmaster 等) が使用されるようになってきている。



(図-4-1) DES

### BMS (bare metal stent :

#### 非薬剤溶出性ステント 図-4-2)

薬剤が塗布されていない通常のステントで、初期のステントは全てBMSであった。急性冠解離には有効のため、急性期の急性冠閉塞は防止できるが、3～6カ月後の慢性期に病変の再狭窄率が30～40%にも及ぶことが問題になった。



(図-4-2) BMS (通常ステント) 原理

### PCPS (percutaneous cardiac-

#### pulmonary support : 経皮的心肺補助)

急性期循環不全や重度呼吸不全に対して主に使用され、人工肺・送血ポンプ・血液回路から構成される。大腿動静脈にそれぞれカテーテル留置し血行動態の維持、血液の酸素化を行う。当院では、PCPSの設備はない。

IABP (inter-aortic balloon pumping :

大動脈内バルーンポンピング法 図-5)

大動脈内に25cc～40ccのバルーンを先端が大動脈弓部直前になるように留置し、心収縮期にバルーンが収縮、心拡張期にバルーンが拡張することにより、冠動脈及び全身に血液を送り出す動作を心臓の動きに同期して行う。それにより心負荷軽減、冠血流量増加、心筋酸素消費量の減少などを目的とする。

PCI (percutaneous coronary intervention :

経皮的冠動脈インターベンション)

狭心症や心筋梗塞といった心筋の栄養血管である冠動脈の内腔が動脈硬化や血栓により狭窄または閉塞することによって、心筋が虚血状態(酸素不足)となり、やがては心筋が壊死に陥る疾患である。これらの冠動脈の狭窄、閉塞病変に対してカテーテルを介して、バルーンやステントなどを用いて拡張を行う治療方法。

PTCA (percutaneous transluminal coronary

angioplasty : 経皮的冠動脈形成術 図-6)

カテーテルを用いて冠動脈の狭窄、閉塞病変に対しバルーンを用いて治療する方法。PCIと同じ意味で使用されるが、現在では全世界的にPCI(経皮的冠動脈インターベンション)と呼ばれることが多い。PTCAは古い呼び方であり、現在、風船治療単独の場合は、POBA(Plain old balloon angioplasty)と呼ぶ。

DCA (directional coronary atherectomy :

方向性冠動脈粥腫切除)

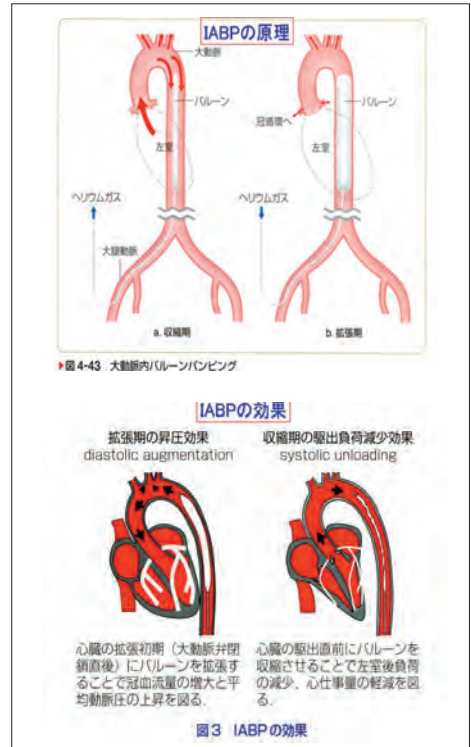
端にカッターが収納されているカテーテルを血管内の粥腫におしつけて、カッターで粥腫を切除する方法。

POBA (plain old balloon atherectomy : バルーン血管形成術)

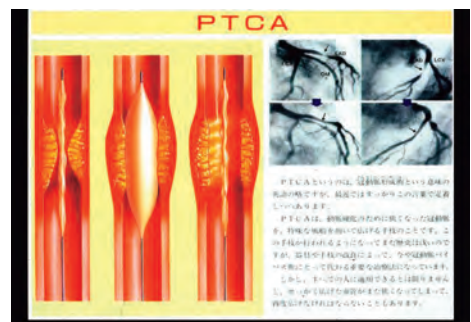
PCI(経皮的冠動脈インターベンション)のひとつ。POBAは他の新しい治療法が増えている現在でも主流である。急性心筋梗塞などの緊急時には、まずPOBAが行われ、その後他の治療法を考慮するなど第一選択肢に用いられることが多い。

PTCR (percutaneous transluminal coronary recanalization : 冠動脈内血栓溶解療法)

カテーテルを使い冠動脈に選択的に血栓溶解剤を投与する方法。当院では主にクリアクター160万単位を使用している。



(図-5)



(図-6)



PTAV / BAV (percutaneous transcatheter aortic valvoplasty/percutaneous balloon aortic valvoplasty：経皮的大動脈弁形成術/バルーン大動脈弁形成術)  
狭窄した大動脈弁に対し、バルーンを用いて拡張させる治療方法。

EVT (endovascular treatment：末梢血管治療)  
頸動脈、腎動脈、下肢閉塞性動脈などの末梢血管に対する治療の総称。

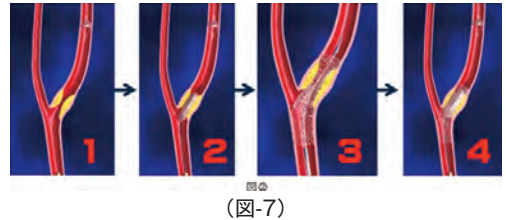
PTA (percutaneous transluminal aortic angioplasty：経皮的血管形成術)  
カテーテルを用いてあらゆる血管内を治療する方法。

SAT (sub-acute thrombosis：亜急性血栓症)  
カテーテル治療でステントを挿入して数日から一ヶ月以内にまたその部分が詰まってしまう合併症。

CEA (carotid endarterectomy：頸動脈内膜剥離術)  
内頸動脈の狭窄の程度が強くなった時、その後の脳梗塞を予防するための外科的治療。

CAS (carotid artery stenting：  
頸動脈ステント留置術 図-7)

内頸動脈の狭窄部位にバルーン拡張、ステント留置して内頸動脈を拡張する治療方法。CEAと比較して低侵襲であり、CASの手術成績がCEAの成績に劣らないという研究結果も発表されている。



NBCA (N-butyl-2-cyanoacrylate：シアノアクリレート系接着剤)  
シアノアクリレート系の液体塞栓物質であり、脳腫瘍の栄養血管塞栓や脳動静脈奇形 (AVM) の血管塞栓に用いられる。

rt-PA (：アルテプラゼ静脈療法)  
血栓上で作用して血栓溶解を促す薬剤である。急性脳梗塞において、発症後4.5時間以内であれば使用できる。劇的な効果がある一方で出血のリスクも高く、適応か否かを慎重に判断し使用することが重要。

## 参考・引用文献

- 1) 工藤進英監修：ナースのためのやさしくわかる内視鏡検査・治療・ケア、ナツメ出版、東京、2013
- 2) 栗林幸夫監修：IVR看護ナビゲーション、医学書院、東京、2013
- 3) 斎藤滋監修：PCIスタッフマニュアル第2版、医学書院、東京、2005
- 4) 吉村紳一監修：チーム力UP脳血管内治療～カテーテルスタッフの必須知識、メジカルビュー社、東京、2015

# 看護学校PR

## 1 学年(35期生) 入学式

平成28年度の入学生は42名、男女の内訳は、男子学生5名、女子学生37名です。

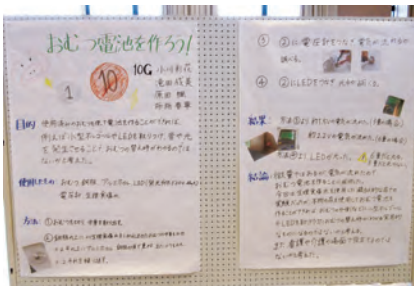
これからの学校生活への希望を胸に抱きながら入学しました。

学校長より、「病める人々に信頼される看護師となるべく、知識や技術の習得に努力してください」と祝辞をいただき、入学宣誓では、看護師を目指すものとして自覚と責任を持って正確な知識と患者さんにとって安全・安楽な技術を身につけることを誓い、看護師を目指す意志を一層強めました。



## 1 学年 (35期生) 化学の発表会

12回の授業を受け、グループ毎に実験を行い、9月に「紙おむつの実験 発表会」を行いました。グループ毎にテーマを決め、豊かな発想力や看護学生独自の視点で実験、考察しながらグループメンバーと協力し、準備を進めることができました。発表会には先生方にも参加していただき、投票が行われ、優秀な上位3グループには賞品が授与されました。楽しみながら化学の知識を深めることができました。





## 2学年(34期生) 戴帽式

私達のクラスは男子7名、女子33名の40名で明るくにぎやかですが、時には真剣に取り組むクラスです。今回は、戴帽式を紹介します。

2年生は、ナースキャップを頂くことで、看護師に近づいたことを実感すると同時に、改めて看護師の道を歩むことを決意しました。

ナイチンゲール像から一人一人灯を受けとり、戴帽生全員で考えた「私達の誓い」を斉唱し、正確な知識と安全・安楽な技術を身につけることを誓いました。

34期生が作成した「私達の誓い」を紹介します。



### 私 達 の 誓 い

私たち34期生はここに誓う

正確な知識と患者様にとって安全・安楽な技術を身に付けることを  
人を愛し相手の気持ちに寄り添う看護師になることを

不安を抱えながらも期待を胸に、歩み出した入学式

初めて学ぶ専門的な学習、やり遂げなければならない課題の多さに戸惑ったこともあった  
日々の学習を通して人体の構造の不思議さと生命の神秘に触れ、命の尊さを学んだ  
そして、看護師を志す仲間と励まし合いながら乗り越えてきた

戸惑いを感じ臨んだ初めての實習

患者様からの笑顔や「ありがとう」という一言がうれしかった  
その中で患者様と関わることで命の重みや責任感を学ぶことができた

厳しくも愛をもってご指導くださった先生方、實習指導者の方々

未熟な私たちを受け入れ、学ばせてくださる患者様  
看護師になるという夢をいつも近くで見守ってくれる家族  
互いに切磋琢磨しながら支え合ってきた仲間  
多くの方々を支えられていることに感謝し、  
私達は同じ目標に向かって努力していきたい

私たちは誓う

正確な知識と患者様にとって安全・安楽な技術を身に付け、  
個別性に合わせた看護を提供することを  
人の痛みを理解し、慈愛の精神を持って患者様、ご家族と接していくことを  
仲間とともに初心を忘れず看護の道を歩んでいくことを





戴帽式を通して、これからの実習が実り多きものとなるように、「私達の誓い」を胸に、全員で支え合いながら乗り越えていきたいと思ひます。

戴帽式係

大竹まどか 齋藤 佳奈  
須貝 若葉 星 香織

### 3学年(33期生)

私は、ケーススタディを通し、実施した看護を振り返ることの大切さを実感したと共に、事例選定や文献検索の難しさを感じた。文献検索では、実施した看護の根拠となるものが中々見つからず特に苦勞した。しかし、この振り返りを通して徐々に自己の価値観を見出し、その目指す答えを導くことが出来た。ケーススタディは、自分が行った看護を振り返り、よりよい看護を提供していくために、今後も必要であると学んだ。

「ケーススタディを通して」佐藤司



## ある日の実習心情



## 国試勉強





# 平成27年 診療実績

## ☆消化器内科

### 2015年 内視鏡検査 (1月～12月)

内視鏡総件数 4,080件

#### 内訳

上部 3,218件 (内、経鼻内視鏡 907件)

下部 862件

#### 上部

内視鏡生検にて病理診断が悪性と確認された件数 50件

病理診断にて悪性と確認された人数 45人

年齢 50代(2)、60代(6)、70代(16)、80代(17)、90代(4)

悪性所見の患者に粘膜切除又は、粘膜剥離術を施行した人数 15人

悪性所見の患者に当院外科にて切除術を施行した人数 12人

#### 下部

内視鏡生検にて病理診断が悪性と確認された件数 43件

病理診断にて悪性と確認された人数 41人

年齢 30代(1)、50代(7)、60代(13)、70代(13)、80代(7)

悪性所見の患者に粘膜切除、粘膜剥離又はポリープ切除術を施行した人数 21人

悪性所見の患者に当院外科にて切除術を施行した人数 22人

内視鏡手術総件数 443件

#### 内訳

術式	件数	術式	件数
食道粘膜剥離術 (癌に対して2件)	2	ENBD チューブ挿入・交換	6 (1)
胃粘膜剥離術 (癌に対して13件)	15	イレウスチューブ挿入・交換	2
大腸粘膜切除術 (癌に対して20件)	163	SB チューブ挿入	1
大腸ポリープ切除術 (癌に対して2件)	5 (74)	EST	24
食道拡張術	5	EML	1 (10)
EVL	6	砕石・採石術	7 (15)
PEG	28	ステント挿入・交換	27 (23)
PEG交換	1	ステント・チューブ抜去術	4
S状結腸軸捻転整復術	1	異物除去術	4
		止血術 (APC)	14 (1)
		止血術 (HSE)	2 (1)
		合計	318 125
		総手術件数	443



# 内視鏡検査および術前処置 80件

## 内訳

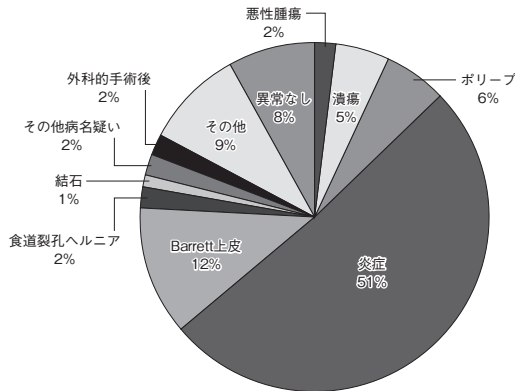
ERCP	68	ヘリコチエック	5	術前マーキング	6	大腸造影	1	合計	80
------	----	---------	---	---------	---	------	---	----	----

## 2015年 内視鏡検査診断内訳（1月～12月）

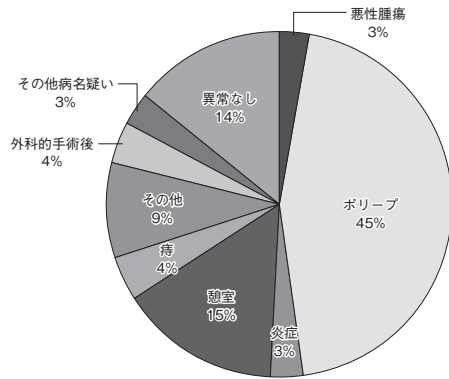
診断	上部		下部		診断	上部	下部
悪性腫瘍	43 (19)		26 (12)		狭窄	15 (29)	(1)
	食道	6 (1)	結腸	18 (7)	瘻孔	1	
	胃	33 (17)	直腸	8 (5)	萎縮	1 (2)	
	十二指腸	2			穿孔	1	
	その他	2 (1)			閉塞	1	(1)
潰瘍	160 (255)		8 (5)		嚢胞	(1)	
	食道	6 (3)	結腸	(2)	隆起	(5)	(1)
	胃	85 (177)	直腸	7 (2)	静脈瘤	26 (24)	
	十二指腸	69 (72)	その他	1 (1)	angiodysplasia	7 (14)	(3)
	その他	3			血管拡張	1 (3)	
ポリープ	193 (219)		384 (177)		GERD	1	
	食道	(1)	結腸	363 (107)	Mallory Weiss	4 (12)	
	胃	175 (209)	直腸	20 (69)	Crohn		3
	十二指腸	17 (9)	その他	1 (1)	PHG	3	
	その他	1			ヘルニア	66 (84)	
炎症	1647 (953)		28 (19)		出血	7 (9)	7
	食道	186 (69)	結腸	22 (11)	出血源不明		1
	胃	1420 (848)	直腸	4 (8)	結石	33 (12)	
	十二指腸	32 (33)	その他	2	痔		38 (96)
	その他	9 (3)			異物	2 (1)	
悪性腫瘍疑い	13 (7)		3 (1)		カンジダ	9 (4)	
腫瘍	2 (4)				アカラシア	1 (2)	
SMT	21 (30)				瀑状	(2)	
腺腫	7 (35)		1 (3)		拡張	1	
脂肪腫	(1)		2		瘢痕		(6)
血管腫	1				その他	26 (16)	14 (4)
黄色腫	11 (66)				その他疑い	63 (61)	29 (6)
LST			13 (3)		内視鏡的手術	32 (36)	(6)
黒皮症	1		12 (5)		内視鏡的手術後	32 (55)	10 (13)
変形	10 (35)				外科的手術後	75 (70)	31 (17)
異所性粘膜	12 (3)				検査・術前処置	(1)	
腸上皮仮性	13 (61)				Poor study	3	2
異形成	(3)				異常なし	261	120
Barrett 上皮	390 (84)				途中中止	1	
Behchet 病	1				合計	3213 (2227)	862 (451)
憩室	15 (9)		130 (72)				

※( ) 主診断以外の診断

2015年内視鏡検査診断（上部）



2015年内視鏡検査診断（下部）



☆呼吸器内科

2015年 呼吸器内科実績（1月～12月）

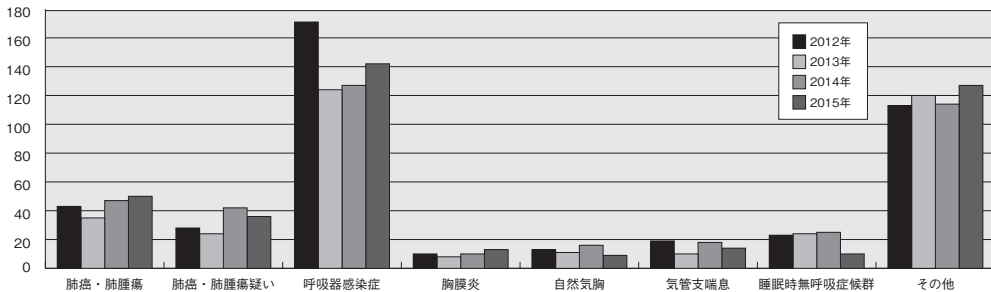
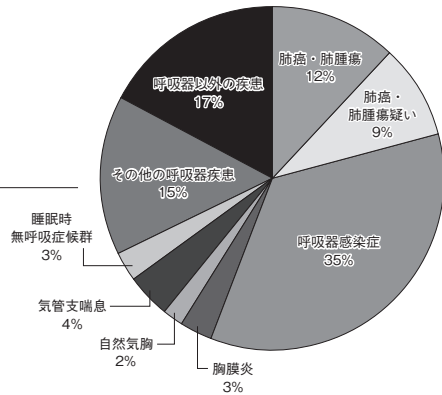
退院患者数 551名  
平均在院日数 12.82日

1. 2015年呼吸器内科 疾患別内訳

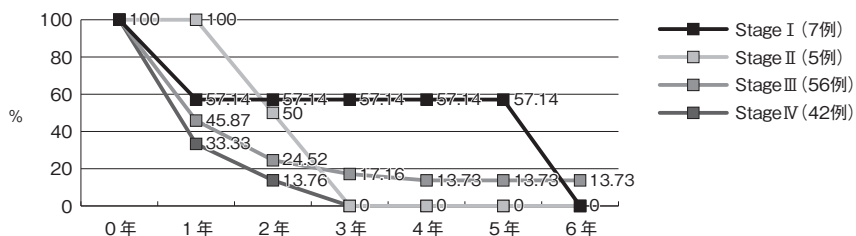
※統計処理は、化学療法、検査入院を複数回繰り返している肺癌患者を1件とみなし処理した。（合計401名）

2. 呼吸器内科退院患者推移（2012年～2014年）

※統計処理は、化学療法、検査入院を複数回繰り返している肺癌患者を1件とみなし処理した。  
（2012:420名、2013:356名、2014:399名、2015:401名）



3. 肺癌化学療法症例 累積生存率（2009～2015年）（他病死含）



## ☆循環器科

### 2015年 循環器科症例数 (1月～12月)

内訳

	CAG+AOG	PCI件数(緊急)	PTA件数	PM(新規)	PM(交換)	TEE(経食道エコー)
1月	19	5(0)	1(CVP除去)	1	0	2
2月	18	6(2)	0	1	0	5
3月	26	9(2)	2(ドレナージ)	1	1	0
4月	32	8(2)	1	0	0	1
5月	20	5(0)	1(RAS)	1	1	1
6月	31	8(3.PTCRA1)	3(PTAV1)	0	0	1
7月	28	10(2)	2	2	1	2
8月	21	5(4)	2	0	0	3
9月	23	6(1+塞栓)	3	3	0	1
10月	31	6(3)	2	1	0	0
11月	18	7(1)	1	1	1	0
12月	27	9(3)	3(ドレナージ)	0	0	3
小計	296	84(23)	21(1)	11	4	19
合計	296	105(23)			15	19

## ☆外科

### 2015年 三友堂病院外科手術症例総括 (1月～12月)

外科総手術件数 264件

内訳

【悪性】

術式	件数	術式	件数
<b>【肺】</b>	<b>【2】</b>	<b>【直腸】</b>	<b>【12】</b>
胸腔鏡下肺区域切除術	1	腹腔鏡補助下直腸低位前方切除術	1
胸腔鏡下肺部分切除術	1	低位前方切除術	2
<b>【胃・十二指腸】</b>	<b>【16】</b>	超低位前方切除術	1
胃全摘術	1	高位前方切除術	3
幽門側胃切除術	4	腹腔鏡下直腸切断術	1
(胆嚢摘出術1)		腹会陰式直腸切断術	1
幽門輪温存胃切除術	1	人工肛門造設術	3
(胆嚢摘出術1)		<b>【肝臓・胆道】</b>	<b>【3】</b>
腹腔鏡補助下幽門側胃切除術	5	肝亜区域切除術	1
噴門側胃切除術	2	肝部分切除術	2
(胆嚢摘出術1)		(胆嚢摘出術1)	
腹腔鏡補助下胃部分切除術	2	<b>【甲状腺】</b>	<b>【3】</b>
胃空腸吻合術	1	甲状腺半切除術	3

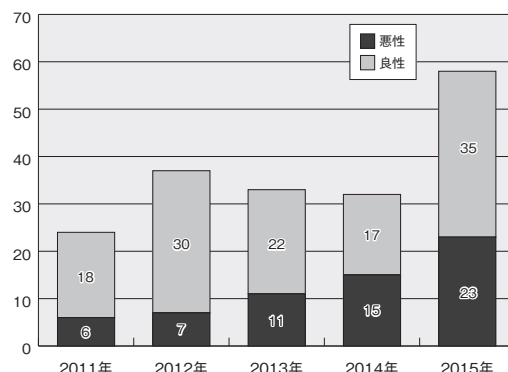
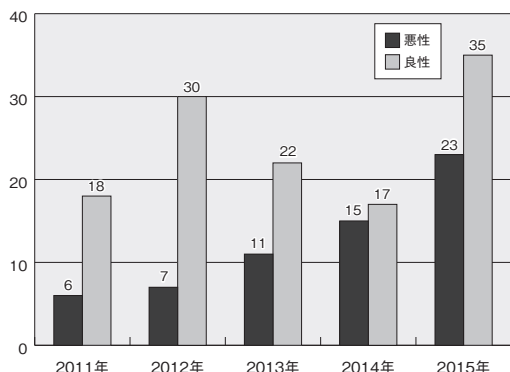
術式	件数	術式	件数
<b>【結腸・小腸】</b>	<b>【19】</b>	<b>【乳房】</b>	<b>【13】</b>
腹腔鏡補助下回盲部切除術	3	乳房切除術	9
腹腔鏡補助下S状結腸切除術	4	単純乳房切除術	1
S状結腸切除術	2	乳房部分切除術	3
腹腔鏡補助下横行結腸切除術	1	<b>【その他】</b>	<b>【45】</b>
横行結腸切除術	1	腹腔鏡下試験切除術	1
結腸部分切除術	1	試験開腹術	1
下行結腸切除術	1	リンパ節摘出術	1
高位前方切除術	1	CVポート埋込術	36
腹腔鏡補助下右半結腸切除術	2	CVポート抜去術	4
右半結腸切除術	2	中心静脈ポート留置術	2
腹腔鏡下腹腔内腫瘍生検術	1	小計	113

### 【良性】

術式	件数	術式	件数
<b>【肺】</b>	<b>【2】</b>	<b>【甲状腺】</b>	<b>【1】</b>
胸腔鏡下肺部分切除術	1	甲状腺半切除術	1
胸腔鏡下肺嚢胞切除術	1	<b>【その他】</b>	<b>【94】</b>
<b>【結腸・小腸】</b>	<b>【23】</b>	鼠径ヘルニア根治術	59
小腸部分切除術	5	(両側4)	
(大腿ヘルニア根治術3)		(皮下腫瘍摘出術1)	
腹腔鏡下大網充填術	1	閉鎖孔ヘルニア根治術	2
腹腔鏡下腹膜炎手術	1	大腿ヘルニア根治術	4
癒着剥離術	2	臍ヘルニア根治術	1
S状結腸切除術	1	痔瘻根治術	11
腹腔鏡下虫垂切除術	9	胸壁腫瘍摘出術	1
虫垂切除術	2	乳腺部分切除術	1
人工肛門造設術	1	皮下腫瘍摘出術	9
肛門拡張術	1	切開排膿術	3
<b>【肝臓・胆道】</b>	<b>【29】</b>	中心静脈ポート留置術	3
腹腔鏡下胆嚢摘出術	22	リンパ節摘出術	1
胆嚢摘出術	4	気管切開術	1
総胆管切開截石	3	小計	151
合計 (悪性・良性)			264

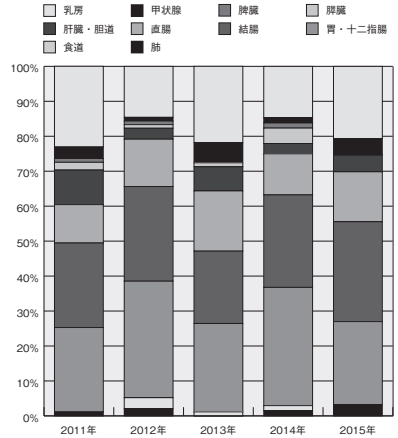
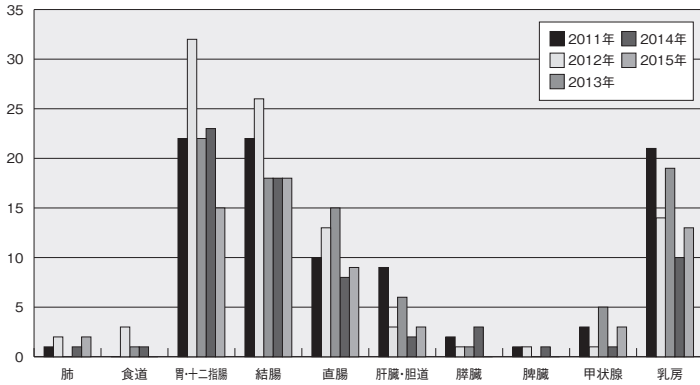
全身麻酔 123件 腰椎麻酔 67件 局所麻酔 62件 麻酔合計 252件

### 鏡視（補助）下手術の推移

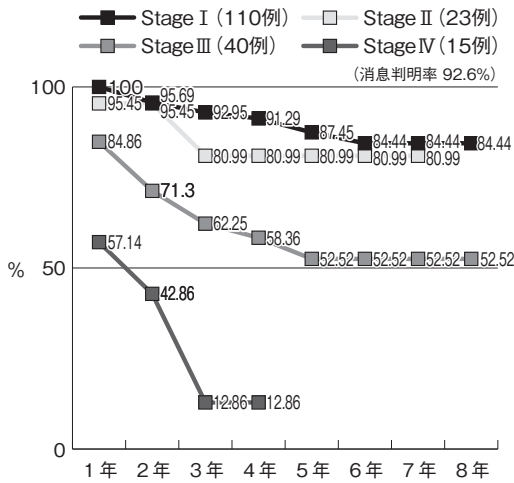




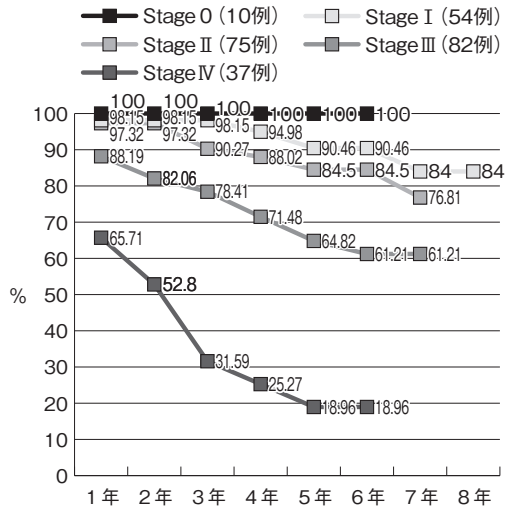
### 悪性疾患根治術の推移



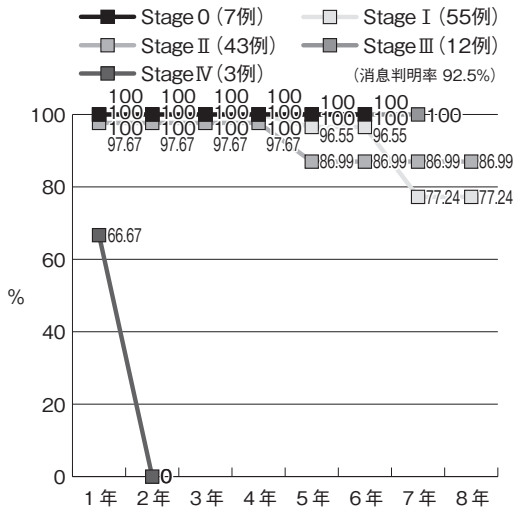
胃癌症例 累積生存率  
2008~2015年 (他病死含む)



大腸癌症例 累積生存率  
2008~2015年 (他病死含む)



乳癌症例 累積生存率  
2008~2015年 (他病死含む)



# ☆整形外科

2015年 三友堂病院整形外科手術総括 (1月～12月)

整形外科総手術件数 561件

## 内訳

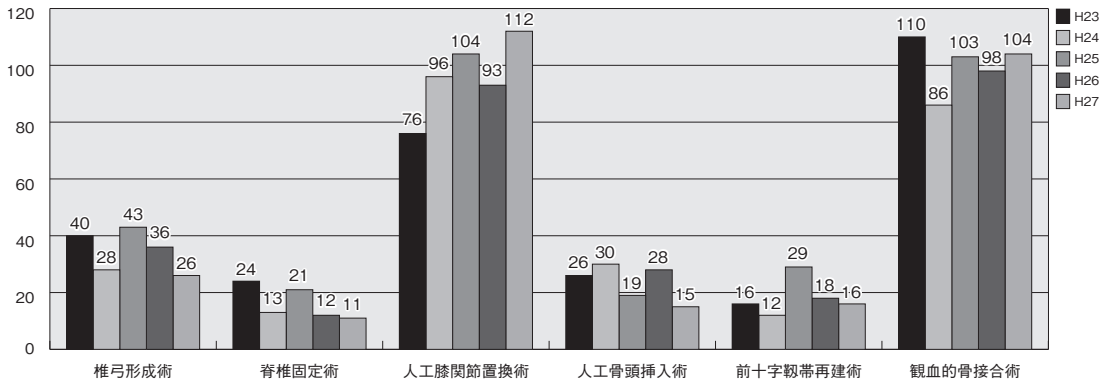
術式	部位	手術件数	合併手術	術式	部位	手術件数	合併手術
<b>【脊椎・脊髄への手術】</b>				<b>【末梢神経への手術】</b>			
椎弓形成術	頸椎	2		手根管開放術	手	16	3
	胸腰椎	24	1	神経移行術	前腕	3	
ヘルニア摘出術	胸腰椎	25			肘	3	
脊椎固定術	頸椎	1		神経剥離術	前腕		1
	胸腰椎	10			足・趾	1	
小計		62	1	小計		23	4
<b>【関節構造への手術】</b>				<b>【骨折及び脱臼の整復】</b>			
半月板切除術(鏡視下)	膝	21		観血的骨接合術	大腿	58	
半月板縫合術(鏡視下)	膝	7	3		膝	2	2
関節滑膜切除術	肘	3	1		前腕	17	2
	膝	9			上腕	8	
人工関節置換術	膝	112			肘	3	
	足	2			下腿	8	2
人工関節再置換術	膝	3			手・指	5	1
人工骨頭挿入術	股	15			足・趾	1	
前十字靭帯再建術	膝	16			肩・鎖	2	
後十字靭帯再建術	膝	1		関節内骨折観血的手術	膝	3	
靭帯断裂形成術	膝	2			肘	1	
	足		1		肩	1	
関節鼠摘出術	膝	5	1	経皮的鋼線刺入固定術	前腕	1	
	肘	1			下腿	2	
関節形成術	手・指	7			手・指	3	
関節固定術	手・指	2			足・趾	1	
小計		206	6	小計		116	7
<b>【筋・腱・筋膜への手術】</b>				<b>【その他の手術】</b>			
腱鞘切開術	手・指	20	5	骨内異物除去術	体幹	1	
腱移行術	手・指	1	1		大腿		1
腱縫合術	指	3			前腕	3	
	足・趾	1			上腕	2	1
アキレス腱縫合術	下腿	4			肘	1	
軟部腫瘍摘出術	肘	1			膝	3	1
	手・指	3			下腿	5	1
母指対立再建術	指	1			手・指	2	
小計		34	6		足・趾	1	
					鎖	2	
					下腿	1	
					足・趾	1	
<b>【筋骨格系へのその他の手術】</b>							
四肢切断術	大腿	1		骨切り術			
	手・指	2		骨腫瘍切除術			
	足・趾	1		骨部分切除術			
骨搔爬術	手・指	1		骨穿孔術			
非観血的関節授動術	肘		1	骨移植術			
小計		5	1				
					頸部		2
					胸腰椎		9

術式	部位	手術件数	合併手術	術式	部位	手術件数	合併手術
<b>【皮膚・皮下組織への手術】</b>				<b>【その他の手術】</b>			
皮下腫瘍摘出術	肘	1		骨移植術	膝		25
ガングリオン摘出術	手・指	2		血腫除去術	体幹	1	
創傷処理	手・指	3		血管腫摘出術	足・趾	1	
	頸部	1		関節鏡	膝	3	
	体幹	1		生検	体幹	5	
	上腕	1			膝	1	
	下腿	1					
	手・指	2					
	手・指	1					
植皮術							
				小計		33	42
				合計		494	67
小計		15		総手術件数			561

全身麻酔 95件 腰椎麻酔 281件 伝達麻酔 70件 局所麻酔 49件 麻酔合計 495件  
(内、麻酔導入後手術中止 1件)

### 過去5年間の主な手術

(合併手術含まず)



# ☆泌尿器科

## 2015年 三友堂病院泌尿器科手術症例報告 (1月～12月)

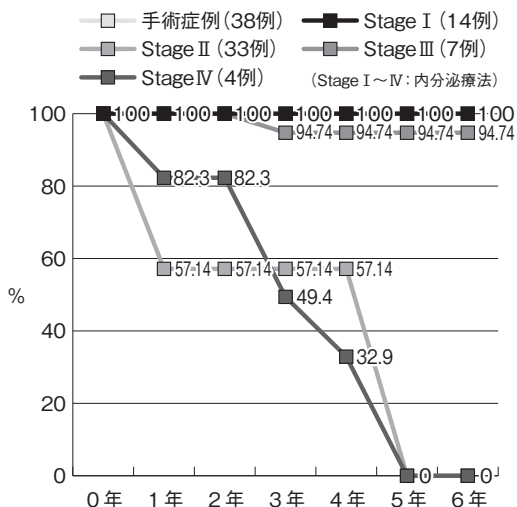
泌尿器科総手術件数 252件

### 内訳

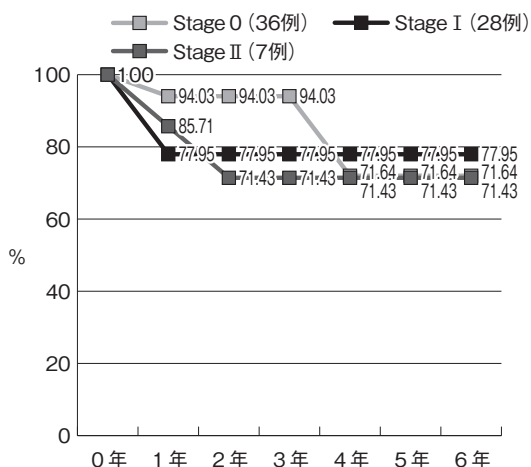
術式	件数	術式	件数
<b>腫瘍関連</b>		<b>その他良性疾病</b>	
<b>【腎・尿管】</b>		<b>【結石】</b>	
腹腔鏡下腎尿管摘除術	1	体外衝撃波碎石術 (ESWL)	68
腹腔鏡下腎摘除術	4	経尿道的腎、尿管碎石術 (TUL)	11
腎尿管全摘術	1	尿道結石摘出術 (TUL)	1
<b>【膀胱】</b>		経尿道的膀胱碎石術 (TUL)	
経尿道的膀胱腫瘍切除術 (TUR-BT)	24	<b>【前立腺】</b>	
<b>【前立腺】</b>		経尿道的前立腺切除術 (TUR-P)	
前立腺全摘除術	4	<b>【尿道】</b>	
前立腺生検術	88	内尿道切開術	1
<b>【その他】</b>		経尿道的尿管ステント留置術	
低位精巣切除術	1	<b>【腎不全】</b>	
高位精巣摘出術	1	内シャント造設術	14
精巣摘出術	3	血栓除去術	1
カルンケル切除術	1	人工血管造設術	2
膀胱生検術	2	<b>【その他】</b>	
		血管結紮術	1
		経尿道的電気凝固術	1
		背面切開術	3
		陰嚢水腫根治術	4
		尿道鏡検査	2
小計	130	小計	122
	合計		252

全身麻酔 37件 腰椎麻酔 33件 局所麻酔 114件

前立腺癌初期治療症例 累積生存率  
2009～2015年 (他病死含)



膀胱癌手術症例 累積生存率  
2009～2015年 (他病死含)





☆眼科

2015年 三友堂病院眼科手術症例総括（1月～12月）

眼科総手術件数 437件

内訳

内眼手術			外眼手術	
術式		件数	術式	件数
白内障	超音波乳化吸引術 +眼内レンズ挿入術 (PEA+IOL)	232	眼瞼下垂	1
	PECCE+IOL	3	眼瞼内反症手術	4
	その他	1	眼窩底骨折整復術	2
			眼瞼腫瘍切除術	2
網膜硝子体	網膜剥離手術 (Backlingのみ)	1	霰粒腫摘出術	1
	裂孔原性網膜剥離 (Vit)	9	その他涙器に関する手術	1
	硝子体注入	159	翼状片手術	5
	網膜硝子体手術(上記以外)	1	異物除去術	1
緑内障	トラベクトーム	9	結膜腫瘍摘出術	1
	トラベクレクトミー	0		
	インプラント挿入	2		
強膜移植術		1		
角膜切除術		1		
小計		419	小計	18
		合計		437

☆脳神経外科

2015年 三友堂病院脳神経外科手術症例総括（1月～12月）

脳神経外科総手術件数 37件

内訳

直達手術件数 32件（全身麻酔 14件、局所麻酔 25件、無麻酔 1件）

血管内手術件数 5件

直達手術	診断名		術式	件数	合併手術
	血管障害	破裂動脈瘤（くも膜下出血） 未破裂動脈瘤	開頭脳動脈頸部クリッピング術	3 2	
脳腫瘍	頭蓋内腫瘍	開頭脳腫瘍摘出術	6		
外傷	慢性硬膜下血腫	慢性硬膜下血腫穿孔洗浄術	12	(両側)1	
その他	急性閉塞性水頭症	脳室ドレナージ術	2		
	正常圧水頭症	脳室-腹腔短絡術(腰椎-腹腔短絡術)	1		
	その他	その他	5		
小計			31	1	
合計			32		

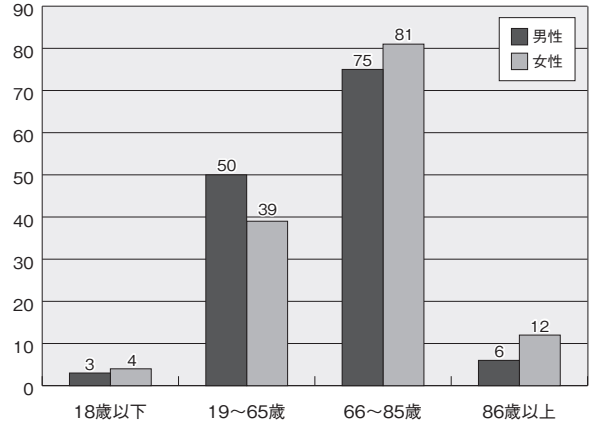
血管内手術	診断名		術式	件数
	出血性血管障害	未破裂脳動脈瘤	脳動脈瘤コイル塞栓術	1
閉塞性血管障害	頸部内頸動脈狭窄症	頸動脈ステント留置術 (CAS)	3	
	頭蓋内血管狭窄症	血管形成術 (Ballon, Stent)	1	
合計			5	

☆麻醉科

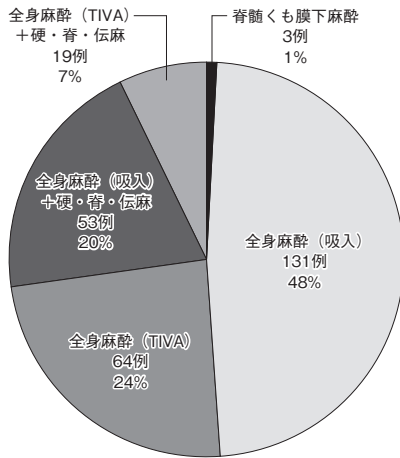
2015年 三友堂病院麻醉科診療実績  
(1月～12月)

年間手術件数 1,295例  
 麻醉科管理症例数 270例

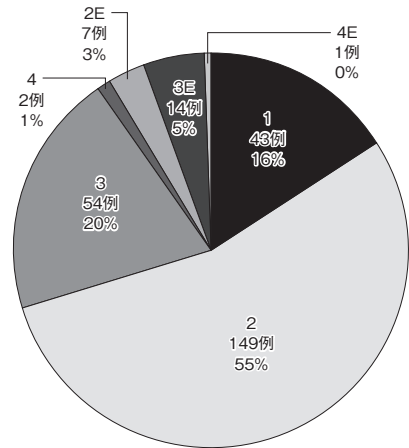
2015年麻醉科管理症例 (270例)  
 年齢別統計



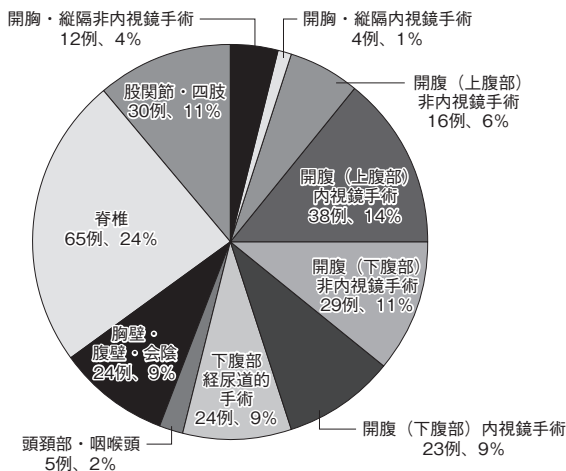
2015年麻醉科管理症例 (270例)  
 麻醉法別統計



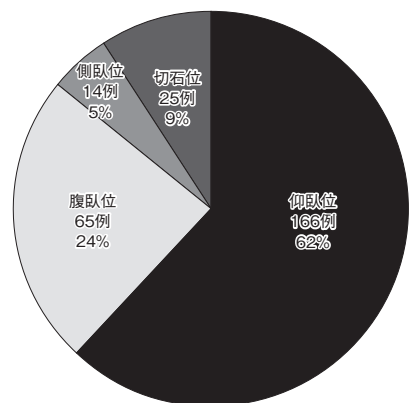
2015年麻醉科管理症例 (270例)  
 ASA PS別統計



2015年麻醉科管理症例 (270例)  
 手術部位統計



2015年麻醉科管理症例 (270例)  
 体位別統計

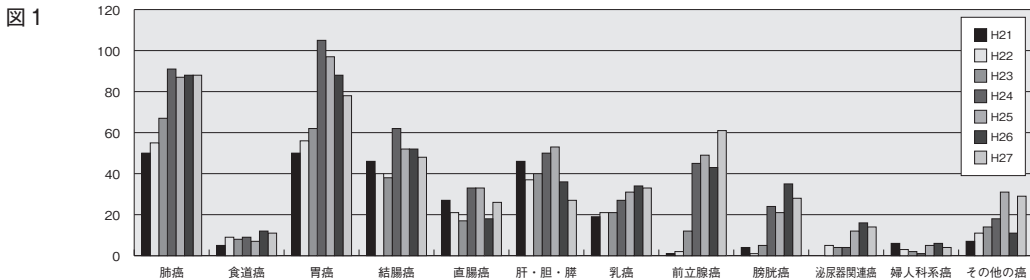


## ☆院内がん登録データ

a) 登録された全てのがん患者（新規発生登録、死亡時登録）の延べ数を年別に示した（表1）。また、平成21年～27年までの全てのがん登録患者を部位別・登録年別のグラフで示した（図1）

表1 がん登録患者 部位別・登録年別統計（延べ数）

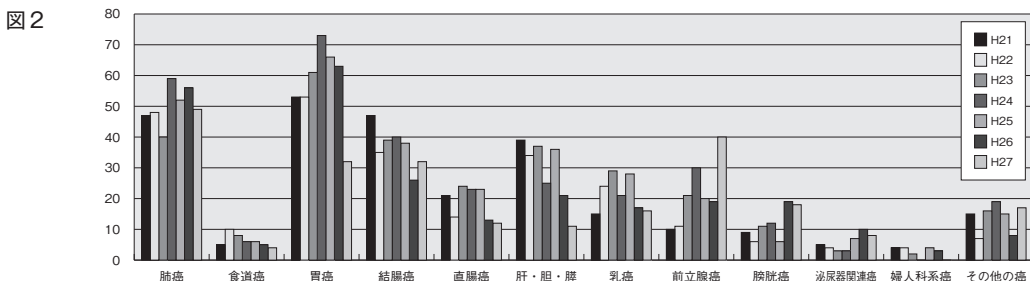
	部位	H20以下	H21	H22	H23	H24	H25	H26	H27	合計
C34	肺癌	10	50	55	67	91	87	88	88	536
C15	食道癌	12	5	9	8	9	7	12	11	73
C16	胃癌	237	50	56	62	105	97	88	78	773
C18	結腸癌	131	46	40	38	62	52	52	48	469
C20	直腸癌	68	27	21	17	33	33	18	26	243
C22-25	肝・胆・膵	18	46	37	40	50	53	36	27	307
C50	乳癌	149	19	21	21	27	31	34	33	335
C61	前立腺癌	0	1	2	12	45	49	43	61	213
C67	膀胱癌	2	4	1	5	24	21	35	28	120
C68	泌尿器関連癌			5	4	4	12	16	14	55
C57	婦人科系癌		6	3	2	1	5	6	4	27
	その他の癌	32	7	11	14	18	31	11	29	153
	合計	659	261	261	290	469	478	439	447	3304



b) 登録された全てのがん患者の内、死亡届などで同一部位での二重届出を省いた新規発生患者を診断年別に示した（表2）、また、同一方法で平成21年～27年までのがん登録患者を部位別・診断年別のグラフで示した（図2）

表2 がん登録患者 部位別・診断年別統計（実数、多重癌含む）

	部位	H20以下	H21	H22	H23	H24	H25	H26	H27	合計
C34	肺癌	46	47	48	40	59	52	56	49	397
C15	食道癌	21	5	10	8	6	6	5	4	65
C16	胃癌	302	53	53	61	73	66	63	32	703
C18	結腸癌	159	47	35	39	40	38	26	32	416
C20	直腸癌	91	21	14	24	23	23	13	12	221
C22-25	肝・胆・膵	42	39	34	37	25	36	21	11	245
C50	乳癌	173	15	24	29	21	28	17	16	323
C61	前立腺癌	45	10	11	21	30	20	19	40	196
C67	膀胱癌	28	9	6	11	12	6	19	18	109
C68	泌尿器関連癌	10	5	4	3	3	7	10	8	50
C57	婦人科系癌	8	4	4	2	0	4	3	0	25
	その他の癌	43	15	7	16	19	15	8	17	140
	合計	968	270	250	291	311	301	260	239	2890

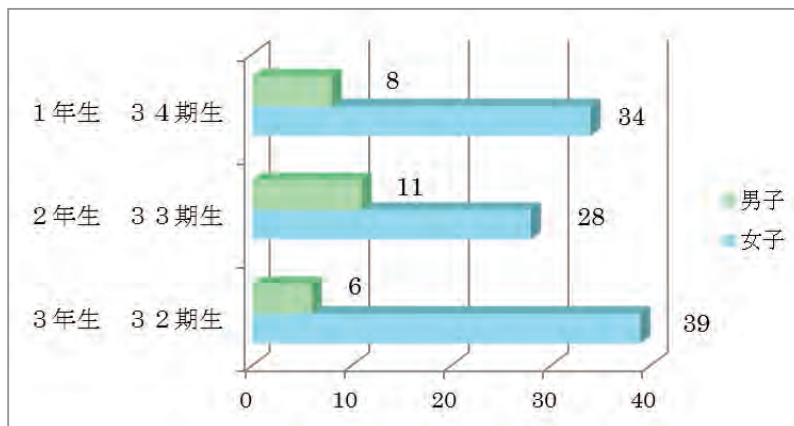


# 三友堂看護専門学校

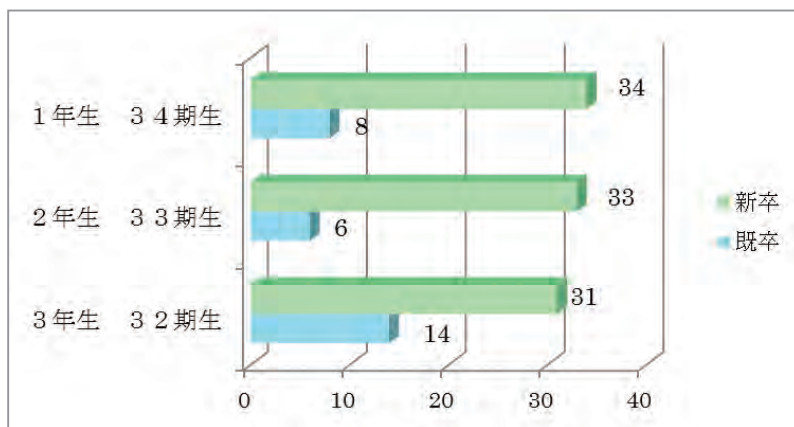
## 27年度教育活動

### 1. 学生の状況

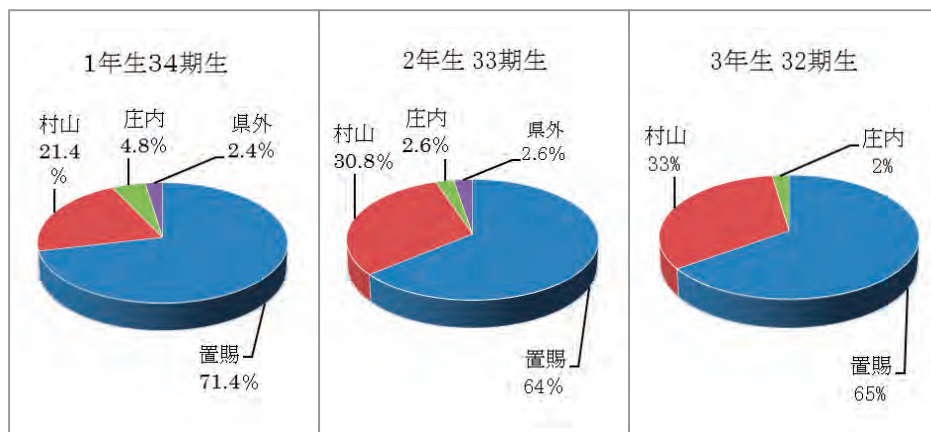
#### 1) 在籍総数



#### 2) 新卒および既卒者数



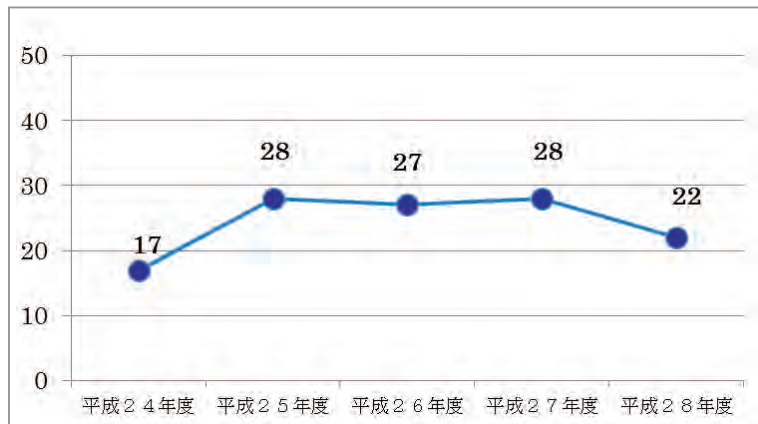
#### 3) 県内（地域毎）・県外出身の割合



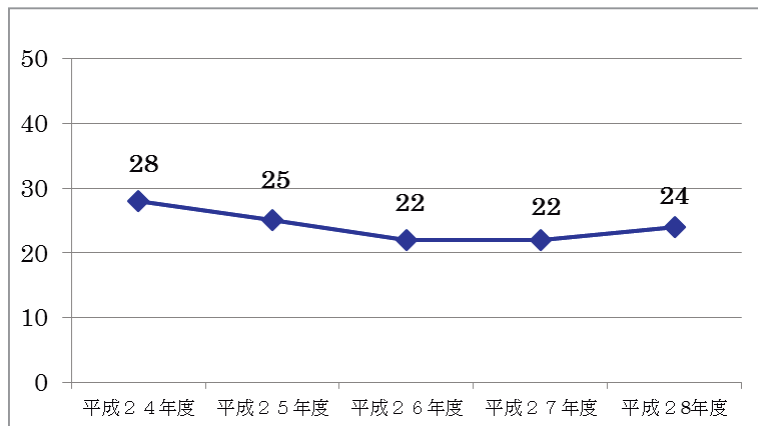


## 2. 過去5年間の入試応募状況

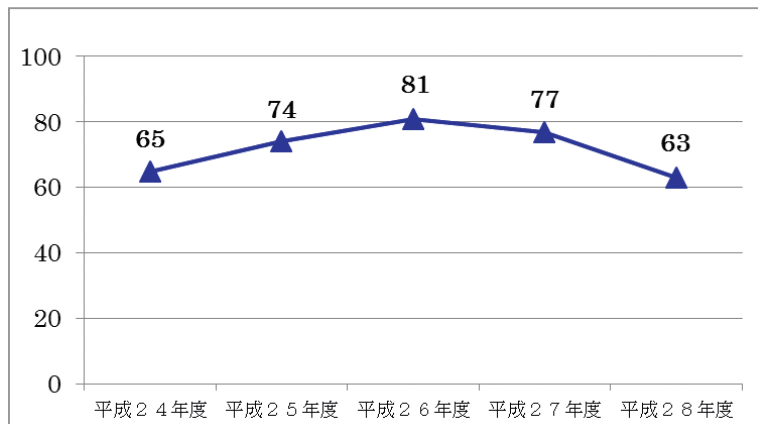
### 1) 推薦入試受験者数 [募集人員：定員40名の40%程度 (男女)]



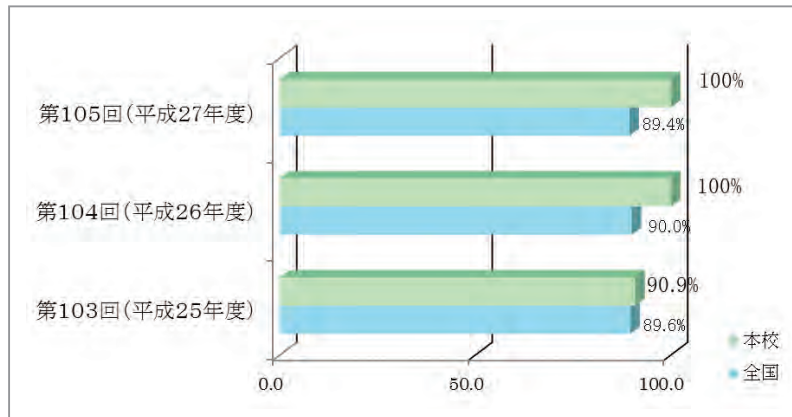
### 2) 社会人入試受験者数 [募集人員：定員40名の10%程度 (男女)]



### 3) 一般入試受験者数 [募集人員：定員40名の50%程度 (男女)]

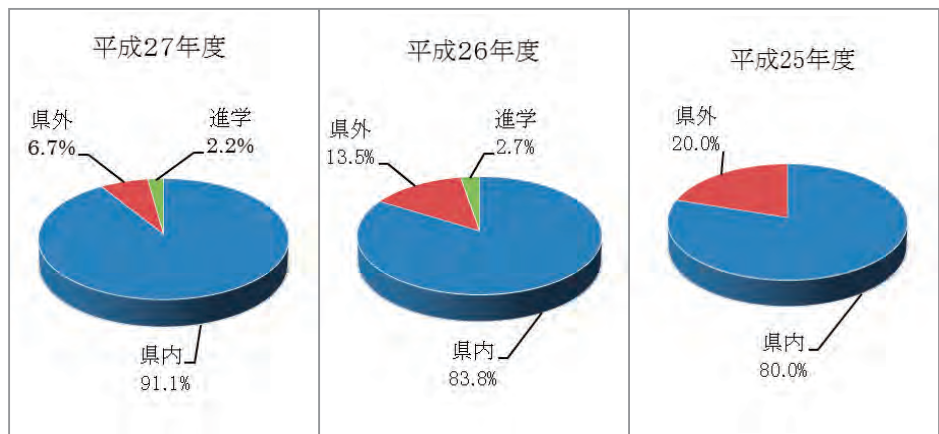


### 3. 看護師国家試験合格率：過去3年間の本校と全国の比較

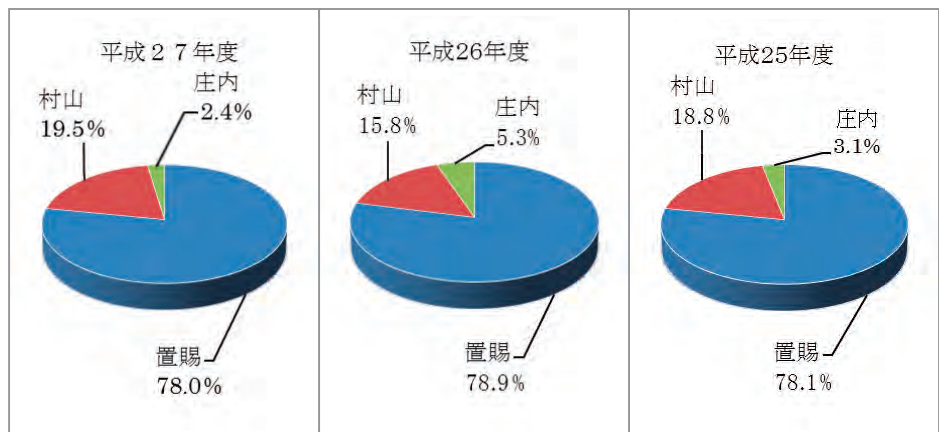


### 4. 過去3年間の進路状況

#### 1) 県内外の就職および進学者の割合



#### 2) 県内地域別の就職者の割合



# 平成27年度 学会・研修会参加記録

## 法人本部

月日	学会・研修会名	参加者名	開催地
H27. 4.14	QIプロジェクト2015実務者担当者説明会	中山 隆	東京都
6.10	平成27年度算定基礎事務・被扶養者資格再確認事務説明会	伊藤 祥希	米沢市
6.17	マイナンバー制度実務講座	高橋 大輔	米沢市
6.26	平成26年度山形県病院協議会事務専門部会(ハラスメント研修)	高橋 大輔、伊藤 祥希	山形市
6.12~13	第19回日本医療情報学会	佐藤 優	仙台市
8.5	公益法人会計セミナー	木口 優也	山形市
9.2	病院機能評価受審病院説明会	中山 隆	東京都
9.7	マイナンバーセミナー	木口 優也	米沢市
9.8	平成27年度障害者雇用優良事業所表彰	中山 隆	東京都
9.11	平成27年度人事院勧告内容説明会	中山 隆	東京都
9.30	病院機能評価改善支援セミナー	中山 隆	東京都
10.3	日本医療情報学会主催技術セミナー第1回	佐藤 優	仙台市
10.10	日本医療情報学会主催技術セミナー第2回	佐藤 優	仙台市
11.5~6	第53回日本医療病院管理学会学術総会	斎藤 和幸、高橋 大輔 中山 隆	福岡県
11.12	労務管理基礎セミナー	伊藤 祥希	山形市
11.18	労災の実務に関する講習	高橋 大輔	米沢市
11.18	病院機能改善支援セミナー【事務管理】	中山 隆	東京都
11.27	年末調整説明会	高橋 大輔	米沢市
H28. 2.4	法人税決算説明会	斎藤 和幸	米沢市
2.25	QIプロジェクトフィードバック説明会	中山 隆	東京都
3.1	障害者雇用納付金制度事務説明会	高橋 大輔	米沢市
3.11	雇用保険事務に係る個人番号及び電子申請説明会	伊藤 祥希	米沢市

## 三友堂病院

### 医 局

月日	学会・研修会名	参加者名	開催地
H27. 4.10~12	日本臨床内科医会	宮田 禮輔	京都府
4.13~14	頸動脈ステント留置術の助手	工藤 陽平	石巻市
4.15~18	第44回日本脊椎脊髄病学会	笹木 勇人	福岡市
4.16~19	第119回日本眼科学会総会	陳内 嘉浩	札幌市
4.17~19	日本呼吸器学会学術総会	池田 英樹	東京都
4.18~21	日本泌尿器科学会総会	若松 太郎	石川県
4.19~20	頸動脈ステント留置術の助手	工藤 陽平	石巻市
4.23	第101回日本消化器病学会総会	川村 博司	仙台市
4.24~26	第79回日本循環器学会総会	阿部 秀樹	大阪府
5.21~24	第88回日本整形外科学会学術集会	豊島 定美	神戸市
5.20~24	第88回日本整形外科学会	豊野 修二	神戸市
5.22~23	第39回山形JPTECプロバイダーコース	工藤 陽平	東根市
5.27	頸動脈ステント留置術の助手	工藤 陽平	石巻市
5.27~29	日本麻酔科学会第62回学術集会	加藤 滉	神戸市
5.27~29	日本麻酔科学会第62回学術集会	加藤 佳子	神戸市
5.28~6.6	Euroanaesthesia 2015	小田 真也	Berlin

月日	学会・研修会名	参加者名	開催地
5.30	山形急性心筋梗塞地域連携懇話会 置賜地区心筋梗塞地域連携バス研究会	川島 理	米沢市
5.30	日本ホスピス緩和ケア協会東北支部会	加藤 佳子	米沢市
6.3～5	日本精神神経学会	灘岡 壽英	大阪府
6.6	ICD講習会	池田 英樹	東京都
6.10	頸動脈ステント留置術の助手	工藤 陽平	石巻市
6.12～13	第27回日本肝胆膵外科学会	長谷川繁生	東京都
6.12～13	第117回日本シネアンジオ研究会	阿部 秀樹	東京都
6.17～21	第7回日本関節鏡・膝・スポーツ整形外科学会	豊島 定美	札幌市
6.17～20	第7回JOSKAS	和根崎禎大	札幌市
6.17～20	第20回緩和医療学会学術大会	加藤 滉、加藤 佳子	横浜市
6.18～20	第20回緩和医療学会学術大会	川村 博司	横浜市
6.20	第4回日本リビングウィル研究会	加藤 佳子	東京都
6.21～22	左鎖骨下動脈起始部閉塞血管拡張術の助手	工藤 陽平	石巻市
6.24～27	第30回日本脊髄外科学会	工藤 陽平	札幌市
6.26～27	山形Metabolic-Gastroenterology研究会	勝見修一郎	山形市
6.25～28	第41回日本骨折治療学会	笹木 勇人	奈良市
6.25～27	第41回日本骨折治療学会	豊野 修二	奈良市
6.27～28	東北児童青年精神医学会	灘岡 壽英	弘前市
7.2～3	東京女子医大泌尿器科納涼会	若松 太郎	東京都
7.4	第23回日本乳癌学会	長谷川繁生	東京都
7.10	日本消化器病学会東北支部例会	長谷川繁生	福島県
7.11～12	第38回東北膝関節研究会	豊野 修二	仙台市
7.17～19	第14回OECスタンダードコースin東京・TKA&THA	和根崎禎大	東京都
7.22～25	日本ペインクリニック学会第49回大会	加藤 滉、加藤 佳子	大阪府
7.24～26	第16回臨床消化器病研究会	勝見修一郎	東京都
7.24～25	第38回日本心臓血管インターベンション治療学会東北地方会	阿部 秀樹	酒田市
7.30～31	日本人間ドック学会	新宮 正、遠藤 国勝	横浜市
7.30～8.1	第24回日本心臓血管インターベンション治療学会総会	阿部 秀樹	福岡県
8.1	やまがた漢方講演会	勝見修一郎	山形市
8.19	第66回CPA症例検討会	工藤 陽平	高島町
8.21～22	第41回山形JPTECプロバイダーコース	工藤 陽平	川西町
8.28～30	日本小児整形外科第22回教育研修会	和根崎禎大	東京都
9.3	山形県GERD研究会	勝見修一郎	山形市
9.9	平成27年ケアマネージャーのための医学知識研修会	加藤 佳子	米沢市
9.10～12	日本サイコオンコロジー学会	灘岡 壽英	広島市
9.13～14	頸動脈ステント留置術の助手	工藤 陽平	石巻市
9.25～27	日本泌尿器科学会東部総会	若松 太郎	東京都
10.7～11	第1回Vanguard XP Cadaver Training In Bangkok	豊島 定美	タイバンコク
10.10	消化器外科学会	長谷川繁生	東京都
10.10	JDDW2015（第57回日本消化器病学会大会、第90回日本消化器内視鏡学会総会、第19回日本肝臓学会大会）	鈴木 明彦	東京都
10.10～12	日本骨折治療学会、第10回ベーシックコース研修会	和根崎禎大	横浜市
10.10～12	第29回日本臨床内科医学会	遠藤 国勝	熊本県
10.13～17	日本脳神経外科学会第74回学術総会	工藤 陽平	札幌市
10.14～16	呼吸ケアリハビリテーション学会	池田 英樹	千葉県
10.17	モルヒネ友の会	加藤 佳子	米沢市
10.21～23	第35回日本臨床麻酔学会	加藤 滉、加藤 佳子	横浜市
10.21～25	第69回日本臨床眼科学会	陳内 嘉浩	名古屋市
10.24	置賜循環器治療検討会	川島 理	米沢市
10.31～11.1	第42回山形JPTECプロバイダーコース	工藤 陽平	新庄市
10.31～11.1	第20回山形県炎症性腸疾患（IBD）研究会	勝見修一郎	山形市



月日	学会・研修会名	参加者名	開催地
10.30~11.3	第2回Keen XP Cadaver Training in Bangkok	豊野 修二、和根崎禎大	バンコク
11.5~8	仙台新東京ライブ	川島 理	箱根市
11.6~7	第45回胃外科・術後障害研究会	長谷川繁生	名古屋市
11.7~8	日本がん治療認定医機構	若松 太郎	千葉県
11.11	置賜地区救急医療対策協議会	工藤 陽平	長井市
11.12~14	第50回日本高気圧環境・潜水医学学術総会	工藤 陽平	前橋市
11.14~15	第36回山形県消化器治療内視鏡研究会	勝見修一郎	山形市
11.18~22	第31回NPO法人日本脳神経血管内治療学会学術総会	工藤 陽平	岡山市
11.20~23	細胞診学会	宮田 禮輔	名古屋市
11.21	山形冠疾患治療検討会	川島 理	山形市
11.26~28	第28回日本総合病院精神医学会	灘岡 壽英	徳島県
11.28	日本尊厳死協会東北支部主催 秋の講演会	加藤 佳子	仙台市
11.28~29	レミケード潰瘍性大腸炎効能追加講演会	勝見修一郎	仙台市
11.28~29	東京女子医大泌尿器科人事委員会	若松 太郎	東京都
12.4	山形NST研究会	長谷川繁生	山形市
12.4~5	日本循環器学会東北地方会	川島 理	仙台市
12.4~5	第16回TKAフォーラム、第32回膝関節フォーラム	豊野 修二	東京都
12.4~6	第16回TKAフォーラム、第32回膝関節フォーラム	和根崎禎大	東京都
12.5	TKAフォーラム/膝関節フォーラム	豊島 定美	東京都
12.5	第161回日本循環器学会東北地方会	阿部 秀樹	仙台市
12.5~6	第5回山形ITLSPediatric Course	工藤 陽平	山形市
12.10	第67回CPA症例検討会	工藤 陽平	南陽市
12.10	脳腫瘍塞栓術の助手	工藤 陽平	石巻市
12.22	頸動脈ステント留置術の助手	工藤 陽平	石巻市
12.29	病理専門研修プログラム研修会議	長谷川繁生	山形市
H28.1.7	山形大学外科専門研修プログラム委員会	長谷川繁生	山形市
1.16~17	サイエンス漢方処方セミナー	勝見修一郎	仙台市
2.6	日本消化器病学会東北地方会	長谷川繁生	仙台市
2.8	脳動脈瘤コイル塞栓術の助手	工藤 陽平	石巻市
2.11~13	第43回日本集中治療医学会学術集会	加藤 滉、加藤 佳子	神戸市
2.13~14	Clinical Practice Seminar on UC ステロイド依存性潰瘍性大腸炎のマネジメント	勝見修一郎	東京都
2.12~13	第39回日本心血管インターベンション治療学会東北地方会学術集会	阿部 秀樹、川島 理	仙台市
2.19~20	第207回日本内科学会東北地方会	川島 理	仙台市
2.20~21	第82回日本病理学会東北支部学術集会	玉澤 暢之	仙台市
2.23	災害医療コーディネーター会議	長谷川繁生	米沢市
2.25~26	第31回日本静脈経腸栄養学会	長谷川繁生	福岡市
2.25~27	第46回日本人工関節学会	豊島 定美	大阪府
2.25~28	第46回日本人工関節学会	豊野 修二、和根崎禎大	大阪府
2.26~27	C型肝炎セミナー in山形	勝見修一郎	山形市
2.28	嘉山孝正先生河北文化賞受賞を祝う会	工藤 陽平	山形市
2.28	第21回日本集団災害医学会総会災害コーディネーター連絡会議	長谷川繁生	山形市
3.4~5	P-CAB (タケキャブ) 1周年記念講演会	勝見修一郎	山形市
3.5~6	第2回東北GIイノベーションESD/EMRハンズオントレーニング (日本消化器内視鏡学会)	勝見修一郎	仙台市
3.10	第84回救急搬送事後事例検討会	工藤 陽平	川西町
3.18~20	第80回日本循環器学会総会	阿部 秀樹	仙台市
3.19~20	山形ICLSコース	工藤 陽平	川西町
3.26	第40回東北ベインクリニック学会	加藤 滉、加藤 佳子	秋田市
3.26~27	第43回山形JPTECプロバイダーコース	工藤 陽平	山形市

## 薬剤部（リハビリテーションセンター含む）

月日	学会・研修会名	参加者名	開催地
H27.4.3	置賜大腸がんフォーラム	中村 新、赤井 涼子	米沢市
4.4	PM研究会2015	大石 玲児	東京都
4.18～19	第13回日中韓合同注射薬臨床情報学シンポジウム	相馬 直記	京都市
4.24	糖尿病全国TV/Web講演会	中村 新、太田さおり	米沢市
5.16	山形県病院薬剤師セミナー	相馬 直記	山形市
5.16～17	平成27年度山形県病院薬剤師会総会研修会	大石 玲児、留守 克之 高岩 昇司、太田さおり	山形市
5.17	第54回山形県病院薬剤師研修会	相馬 直記	山形市
5.20	便秘治療学術講演会	相馬 直記	米沢市
5.20	米沢市薬剤師会研修会	赤井 涼子、高岩 昇司	米沢市
5.22	がん疼痛Webレクチャー	太田さおり	米沢市
5.27	Lilly Bone Expert Academy 1st	高岩 昇司	米沢市
5.30	第7回山形ICTスペシャルミーティング	相馬 直記、高岩 昇司	山形市
5.30	平成27年度日本ホスピス緩和ケア協会 日本死の臨床研究会合同東北支部会	大石 玲児	米沢市
6.6～7	平成27年度日本病院薬剤師会第5回東北ブロック学術大会	大石 玲児、留守 克之 高岩 昇司、相馬 直記	山形市
6.7	第70回医薬品相互作用研究会シンポジウム合同開催	相馬 直記	山形市
6.12～14	2015年日本老年医療学会学術大会	香坂 和子	横浜市
6.12	米沢市医師会学術講演会	高岩 昇司	米沢市
6.17	ハイパーテンションフォーラムin米沢	赤井 涼子	米沢市
6.18	Lilly Bone Expert Academy 2nd	高岩 昇司	米沢市
6.20	2015年度NR・サプリメントアドバイザーレベルアップセミナー	高岩 昇司	仙台市
6.22	第12回置賜乳腺ネットワーク	赤井 涼子	米沢市
6.26	山形医薬品管理責任者セミナー	大石 玲児、相馬 直記	山形市
6.27	第28回山形造血管疾患研究会春季講演会	高岩 昇司	山形市
6.28	平成27年度第2回山形県がん化学療法セミナー	高岩 昇司	山形市
6.30	三友会医療講演会	大石 玲児	米沢市
7.4	第15回山形県感染対策セミナー	相馬 直記	山形市
7.4	第11回置賜緩和医療研究会	大石 玲児、高岩 昇司	米沢市
7.6	第60回置賜脂質動脈硬化懇話会	高岩 昇司	米沢市
7.11	第21回東北臨床腫瘍セミナー	高岩 昇司	仙台市
7.15	米沢市薬剤師会研修会	高岩 昇司	米沢市
7.23	米沢市医師会学術講演会	赤井 涼子、高岩 昇司	米沢市
7.28	米沢・東置賜地区脳卒中合同カンファレンス	相馬 直記、留守 克之 香坂 和子、赤井 涼子 高岩 昇司	米沢市
8.1	医療保険制度と薬剤師	高岩 昇司	仙台市
8.2	山形フィジカルアセスメント研修会	高岩 昇司	山形市
8.8～9	平成27年度病院診療所薬剤師研修会	高岩 昇司	仙台市
8.15	第7回J感染制御ネットワークフォーラム	相馬 直記	仙台市
8.15	薬剤師のためのICワークショップ	高岩 昇司	仙台市
8.15	抗菌薬使用と感染制御の最近の考え方	高岩 昇司	仙台市
8.21	地域在宅医療介護推進研修会	高岩 昇司	米沢市
8.22	吸入療法アカデミー講習会	赤井 涼子、高岩 昇司	山形市
8.22	山形のターミナルケアを考える会講演会	大石 玲児	山形市
8.27	平成27年度日本病院薬剤師会医薬品安全管理責任者講習会	大石 玲児	仙台市
9.5	第14回山形県インфекションコントロール研究会	高岩 昇司	山形市
9.12	第12回Y's seminar医療関連感染と消毒のセミナー	相馬 直記	東京都
9.13	第4回山形県がん化学療法セミナー	高岩 昇司	山形市
9.26	第16回長井西置賜糖尿病懇話会講演会	赤井 涼子	長井市
9.26	第19回治験事務局セミナー2015	高岩 昇司	東京都
9.27	がん疼痛緩和と医療用麻薬の適正使用推進講演会	高岩 昇司	東京都

月日	学会・研修会名	参加者名	開催地
10.3	平成27年度第1回山形県病院薬剤師会感染対策講習会	相馬 直記	山形市
10.3～4	第9回日本緩和医療薬学会年会	大石 玲児	横浜市
10.4	第4回山形県DMチーム医療研究会	赤井 涼子	山形市
10.10	第35回山形県病院薬剤師会実務研修会 平成27年度置賜ブロック研修会	相馬 直記、大石 玲児 留守 克之、香坂 和子 赤井 涼子、高岩 昇司	米沢市
10.17	E-QUALITY MEETING IN米沢	相馬 直記	米沢市
10.18	第59回医療薬学公開シンポジウム	相馬 直記	仙台市
10.22	GE薬工場見学会	高岩 昇司	山市
10.31	山形のターミナルケア	大石 玲児	山形市
11.1	平成27年度山形県薬・病薬合同研修会	留守 克之	山形市
11.7	第5回山形県周術期体液管理講演会	相馬 直記、赤井 涼子	山形市
11.7	第29回山形造血管疾患研究会秋季懇話会	高岩 昇司	山形市
11.14	山形県病院薬剤師会主催薬剤師のための解剖学実習	高岩 昇司	山形市
11.18	米沢市医師会学術講演会	高岩 昇司	米沢市
11.21～23	第25回日本医療薬学会年会	相馬 直記、留守 克之 高岩 昇司	横浜市
11.26	米沢市医師会学術講演会	相馬 直記、高岩 昇司	米沢市
12.4	第13回山形NST研究会	中村 新	山形市
12.5	山形精神科薬剤師学術セミナー	高岩 昇司	山形市
12.12	東北薬科大学セミナー	高岩 昇司	仙台市
H28.1.9	宮城県病薬生涯学習研究会	高岩 昇司	仙台市
1.15	米沢市医師会学術講演会	高岩 昇司	米沢市
1.17	第6回医療関連感染予防研究会主催セミナー	高岩 昇司	山形市
1.21	第61回置賜脂質動脈硬化懇話会学術講演会	赤井 涼子、高岩 昇司	米沢市
1.23	第15回東北臨床感染症研究会	高岩 昇司	仙台市
1.30	東北ブロックがん専門薬剤師フォーラム	高岩 昇司	仙台市
2.7	第2回簡易懸濁法実技セミナー in金沢	高岩 昇司	金沢市
2.8	平成27年度第6回山形県がん化学療法セミナー	赤井 涼子	山形市
2.17	米沢市医師会学術講演会	高岩 昇司	米沢市
2.17	米沢市薬剤師会研修会	赤井 涼子	米沢市
2.20	第58回みやぎ薬剤師学術研修会	高岩 昇司	仙台市
2.27	山形のターミナルケアを考える会勉強会	大石 玲児	山形市
2.27	庄内地区病院薬剤師研修会	高岩 昇司	酒田市
3.1	置賜地区摂食嚥下勉強会	高岩 昇司	米沢市
3.5	平成27年度第2回山形県病院薬剤師会感染対策講習会	相馬 直記、高岩 昇司	山形市
3.5	第2回やまがた医療連携吸入指導勉強会	赤井 涼子	山形市
3.8	置賜がん化学療法学術講演会	赤井 涼子	長井市
3.24	米沢市薬剤師会研修会	高岩 昇司	米沢市
3.25	おきたま肺がん勉強会	赤井 涼子	米沢市

## 看護部

月日	学会・研修会名	参加者名	開催地
H27.5.14～16	第4回日本感染管理ネットワーク	野田みさ子	長野県
5.20～7.16	看護実習指導者講習会	唐澤 朝美	山形県
5.19	山形県看護連盟総会・看護協会合同研修会	高橋 啓子、渡部 悦子 青木千恵子、斎藤ひとみ 木村 千春、篠川 裕介 奥山美枝子、古俣真由美 後藤 美輪、喜連 剛 小林 衣里、鈴木 里紗	山形県
6.3～8.5	認定看護管理者ファーストレベル研修	渡部 悦子、宍戸 由美	山形県

月日	学会・研修会名	参加者名	開催地
6.5	退院支援 なせばなる塾	鈴木ひとみ、渡部 芳紀 山田 里美、菊地 理香 佐久間千夏、石井 藍子 唐澤 朝美、高橋 廣子	米沢市
6.6	退院支援 なせばなる塾	鈴木ひとみ、佐久間千夏 佐藤由利子、高橋 廣子	米沢市
6.11～12	中間管理者研修会	後藤 美輪	東京都
6.18	第20回日本緩和医療学会学術集会 第19回教育セミナー	山田 里美、渡部 芳紀	神奈川県
6.20	研修責任者、教育担当者研修	情野榮梨子、青木千恵子 木口 知美	山形県
6.20	准看護師からのステップアップ	高橋理美子	山形県
6.25	新人研修①	杉崎兼治郎、國分 尚子 五十嵐咲子、鈴木今日子 手塚 千晴、渡部 彩華 長沼 和樹、原田 千穂 星野 恵、阿部 広華 木村 奈央、庄子 光世 菅原 千鶴、我妻 祐果 飯澤 美咲	山形県
6.27	フォーカスチャータイング	中澤 杏璃、川崎 香織 清野ちさと、石井 藍子	東京都
6.28	日本感染管理ベストプラクティクス	野田みさ子	山形県
7.14	看護師特定行為に関わる研修制度	高橋 啓子、青木千恵子	宮城県
7.15	看護実習指導者講習会成果発表会	設楽 美紀、高橋 廣子	山形県
7.23～24	部署内教育担当者研修	石月 美香、木村 彩 情野榮梨子、佐藤 由紀 五十嵐美代子、木口 知美	山形県
7.25～26	第15回音楽療法士学会東北支部学術集会	小笠原未希	青森県
8.23	第4回地域包括ケア病棟経営対策講座	鈴木ひとみ	東京都
8.28～29	日本管理学会	笹木 明美、高橋 啓子 高橋 廣子	福島県
9.1	日本看護サミット	高橋 啓子	東京都
9.3	新人研修②	杉崎兼治郎、國分 尚子 五十嵐咲子、鈴木今日子 手塚 千晴、渡部 彩華 長沼 和樹、原田 千穂 星野 恵、阿部 広華 木村 奈央、庄子 光世 菅原 千鶴、我妻 祐果 飯澤 美咲	山形県
9.3	ICU/CCU看護教育セミナー	横山 優華	東京都
9.8	組織、療養環境デザイン	青木千恵子	山形県
9.7	認定看護師スキルアップ研修会	山田 里美、渡部 芳紀 佐藤 仁寿	山形県
9.10～17	医療安全管理者研修	小林 令絵、情野榮梨子	山形県
9.13	重症度、医療、看護必要度の院内研修のあり方	宍戸 由美、後藤 美輪 川崎 香織、荒木 真紀 設楽 美紀、古俣真由美	不明
9.16	法律から見た医療安全	村山 幸子、五十嵐美代子 山田 里美	山形県



月日	学会・研修会名	参加者名	開催地
9.18	高齢者のスキンケア	遠藤みどり、木村 千春 廣理 恵子、坂野 千津 菅野 里香、佐藤由利子 石井 藍子、篠川 裕介 戸田 瑞希、佐久間千夏 朝岡 敦子	山形県
9.26	病院看護職だからできる在宅支援	寒河江香織、高橋 美貴 佐藤 夏美、鈴木ひとみ 今井 美里、石井 藍子 佐藤由利子、川口 千恵 平間千恵美、高橋 弘美 菊地真由美	山形県
9.27	固定チームナーシング東北地方会	高橋 啓子、高橋 廣子 市川 萌美、小林 衣里 富樫のぞみ、荒木 真紀 菅野 里香、大熊 宏実	岩手県
9.28	高齢者看護	佐藤由利子、石井 藍子 今井 美里、色摩 友佳 奥山美枝子、佐久間千夏	山形
10.1～4	固定チームナーシング全国集会	古俣真由美、高橋 廣子	兵庫県
10.3～4	全国看護セミナー	青木千恵子	東京都
10.8～10	日本手術看護学会	市川 萌美、塚田 茜	北海道
10.11～12	第39回日本死の臨床研究会	山田 里美	岐阜県
10.15	管理者の倫理的意志決定	石月 美香、笹木 明美 小林あゆみ、河合美奈子	山形県
10.23	新人研修3 医療安全	杉崎兼治郎、國分 尚子 五十嵐咲子、鈴木今日子 手塚 千晴、渡部 彩華 長沼 和樹、原田 千穂 星野 恵、阿部 広華 木村 奈央、庄子 光世 菅原 千鶴、我妻 祐果 飯澤 美咲	山形県
10.28～31	第53回日本癌治療学会	渡部 芳紀	京都府
11.13～14	第16回クリニカルバス学会	高橋依世理、中川 賢治	東京都
11.13～14	ICU/CCU看護教育セミナー	木口 知美	東京都
11.14～15	目標管理の進め方	青木千恵子	東京都
11.17	新人研修ファイナル	杉崎兼治郎、國分 尚子 五十嵐咲子、鈴木今日子 手塚 千晴、渡部 彩華 長沼 和樹、原田 千穂 星野 恵、阿部 広華 木村 奈央、庄子 光世 菅原 千鶴、我妻 祐果 飯澤 美咲	山形県
11.19～20	第26回東北ストーマリハビリテーション講習会	高橋依世理	宮城県
11.22～23	第10回医療の質安全学会	笹木 克子、布川 美里 佐藤 由紀、市川 栞	千葉県
11.23	地域包括ケア病棟研究会	高橋 弘美	東京都
12.19～30	日本病院会医師事務補助者コース研修会	鈴木 貴大	東京都
H28.1.8	看護管理者懇談会	高橋 啓子	東京都
1.16～17	医療安全へのフェューマンファクターアプローチ	大熊 宏実	宮城県
2.18～20	第31回日本環境感染学会	野田みさ子	京都府

月日	学会・研修会名	参加者名	開催地
3.12～13	日本終末期緩和ケア音楽療法士第9回講習会	小笠原未希	青森県

## 医療技術部 放射線室

月日	学会・研修会名	参加者名	開催地
H27.4.17～19	第71回 日本放射線技術学会総会学術大会	渡部 保明、野田 剛	横浜市
5.23	第1回 山形県放射線技師会理事会	渡部 保明	新庄市
6.12	置賜画像研究会	野田 剛、安孫子 真	米沢市
		渡辺 洋平	
6.12	第2回 山形県放射線技師会理事会	渡部 保明	山形市
6.13	第17回 東北デジタル医用画像研究会	渡部 信義	新潟市
6.20	東北Conference on Contrast Media 2015	野田 剛、渡辺 洋平	仙台市
6.20	第36回 乳房撮影研究会	橋本 真澄	福島市
7.2	癒しの園研修会	橋本 真澄	小国町
7.4～5	X線CT専門技師認定講習会	渡部 信義、渡辺 洋平	山形市
7.11	第34回 循環器被ばく低減セミナー	安孫子 真	新潟市
7.18	第12回 新潟CTテクノロジー研究会	渡部 信義	新潟市
7.18	第68回 血管撮影研究会及び世話人会	渡部 保明、渡辺 洋平	川西町
7.25	第19回 CTサミット	渡部 信義	東京都
7.26	第37回 日本心血管インターベンション治療学会 東北地方会	渡部 保明	酒田市
10.23	山形病院協議会 放射線部会	渡部 保明	山形市
10.24	第16回置賜循環器臨床研修会	渡部 保明	米沢市
10.31～11.1	第5回東北放射線技師学術大会	渡部 保明	山形市
11.28	第32回日本放射線技師学術大会	渡部 信義	京都府
11.28	第69回 血管撮影研究会及び世話人会	渡部 保明	山形市
12.5	第3回 山形県放射線技師会理事会	渡部 保明	山形市
12.5	秋季セミナー	渡部 保明、安孫子 真	山形市
		橋本 真澄	
H28.2.27	第38回 乳房撮影研究会	橋本 真澄	山形市
3.5～6	置賜地区放射線技師会総会・研修会	渡部 保明、桃園 綾	南陽市
		渡辺 洋平	
3.5	置賜地区放射線技師会総会・研修会	野田 剛、渡部 信義	南陽市
		安孫子 真、橋本 真澄	

## 医療技術部 リハビリテーション室

月日	学会・研修会名	参加者名	開催地
H27.4.5	岡山呼吸療法士協会 第18回ORCAセミナー	後藤 忠幸	岡山市
4.18～19	山形ボバース研究会平成27年度第1回研修会	佐藤 一彦	長井市
5.16～17	第23回山形県作業療法学会	佐藤 一彦、竹林久美子	山形市
		安達 彩穂、村岡 朋美	
5.16	日本離床研究会～循環器編～	後藤 忠幸	仙台市
5.16	現職者共通研修	安達 彩穂	山形市
5.22	山形県病院協議会リハビリテーション専門部会	佐藤 一彦	米沢市
5.23～24	障害者自動車運転リハビリテーションセミナー	遠藤 義裕	仙台市
5.24～25	東北ブラッシュアップセミナー	佐藤 一彦	秋田市
5.26～27	現職者共通研修	安達 彩穂	山形市
5.30～31	新人教育プログラム	石原 鉄也	上山市
6.11	生活行為向上マネジメント（第1回置賜地区）勉強会	遠藤 義裕、佐藤 一彦	米沢市
		竹林久美子、安達 彩穂	
		村岡 朋美	
6.13	第7回岩手循環器リハビリテーションセミナー	後藤 忠幸、高橋 未樹	盛岡市
6.13	平成27年度第1回言語聴覚士会研修会	池田 智美	山形市
6.20～21	山形県理学療法学術大会	後藤 忠幸、石原 鉄也	鶴岡市

月日	学会・研修会名	参加者名	開催地
6.26~27	第16回日本語聴覚学会	池田 智美	仙台市
6.27~28	山形ボバース研究会平成27年度第2回研修会	高橋 未樹、佐藤 一彦	東根市
6.27	脳画像の診かた 初級編	石原 鉄也	山形市
7.3~5	「心大血管疾患リハビリテーションの経験を有する理学療法士」に必要な研修会	後藤 忠幸	盛岡市
7.5	浮腫療法基本手技コースⅡ	村岡 朋美	仙台市
7.12	平成27年度第2回生活行為向上マネジメント実習研修会	安達 彩穂、竹林久美子	山形市
7.16	平成27年度第2回置賜地区OT勉強会	遠藤 義裕、竹林久美子	白鷹町
7.16	平成27年度第2回置賜地区OT研修会	村岡 朋美、安達 彩穂	白鷹町
7.25~26	第5回日本ボバース研究会学術集会	安達 彩穂	白鷹町
7.26	脳画像の診かた 応用編	佐藤 一彦	江東区
7.29	生活行為向上マネジメント（第2回置賜地区）勉強会	石原 鉄也	山形市
7.31	山形県理学療法士会支部勉強会	佐藤 一彦、遠藤 義裕	米沢市
8.1	山形県理学療法士会主催研修会「心不全のリハビリテーション」	村岡 朋美、安達 彩穂	米沢市
8.1	平成27年度学術研修部急性期・回復期領域研修会	竹林久美子	米沢市
8.1	内部疾患リハビリテーション	後藤 忠幸、宮坂 怜	米沢市
8.7	「骨盤帯の触診とアプローチのアイディア」	富本 裕樹、石原 鉄也	山形市
8.8~9	第19回日本ボバース研究会東北ブロック症例検討会	村岡 朋美、安達 彩穂	鶴岡市
8.9	現職者共通研修	石原 鉄也	山形市
8.27~29	OT インフォメーションコース	富本 裕樹	山形市
8.29~30	BiNI Aコース	佐藤 一彦	東根市
8.30	山形県理学療法士会介護予防リーダー研修会	石原 鉄也	福島市
8.30~31	3学会合同呼吸療法認定講習会	後藤 忠幸	山形市
9.3	山形県理学療法士会支部勉強会	後藤 忠幸	東京都
9.6	新人教育プログラム	後藤 忠幸、宮坂 怜	米沢市
9.11	山形県理学療法士会支部勉強会	富本 裕樹、石原 鉄也	米沢市
9.23	現職者共通研修	石原 鉄也	山形市
9.27	股関節周囲筋の触診方法	安達 彩穂	山形市
9.30	置賜地区CVA勉強会	石原 鉄也	山形市
10.3	認知症の診方	佐藤 一彦、安達 彩穂	米沢市
10.13	置賜支部地区別カンファレンス	佐藤 一彦、安達 彩穂	山形市
10.14~16	日本呼吸ケア・リハビリテーション学会	渡部 秀敬	米沢市
10.18	現職者共通研修	後藤 忠幸	千葉県
10.18	現職者共通研修	安達 彩穂	山形市
10.23	山形県病院協議会リハビリテーション専門部会	安達 彩穂	山形市
10.24	置賜循環器学会	佐藤 一彦	山形市
10.24~25	BiNI Bコース	後藤 忠幸	米沢市
11.1	山形ボバース研究会平成27年度第3回研修会	石原 鉄也	福島市
11.3	日々治療技術向上のために（学会発表用研修会）	石原 鉄也	福島市
11.3	置賜支部全体勉強会	佐藤 一彦	上山市
11.7	認知症に関わる専門職向け研修会	遠藤 義裕	山形市
11.14	認知症初期集中支援チームにおけるアセスメントについて	渡部 秀敬	米沢市
11.14	新人教育プログラム	佐藤 一彦	山形市
11.15	現職者選択研修（身体障害領域）	後藤 忠幸	山形市
11.19	平成27年度第4回置賜地区OT研修会	石原 鉄也	山形市
11.19	生活向上マネジメント症例検討会	村岡 朋美、遠藤 義裕	南陽市
11.20	山形県理学療法士会支部勉強会	村岡 朋美、安達 彩穂	山形市
		後藤 忠幸、宮坂 怜	米沢市
		富本 裕樹	米沢市

月日	学会・研修会名	参加者名	開催地
11.21	置賜地区CVA大勉強会	佐藤 一彦、安達 彩穂	米沢市
11.21	平成27年度第2回言語聴覚士会研修会	池田 智美	山形市
11.23	第1回地域包括ケア病棟研究大会	富本 裕樹	千代田区
12.3	山形県理学療法士会支部勉強会	後藤 忠幸、宮坂 怜 富本 裕樹、石原 鉄也	米沢市
12.5	山形県理学療法士会主催研修会「フェルデンクライス メソッド」	富本 裕樹	東根市
12.12～13	東北ブラッシュアップセミナー	佐藤 一彦、安達 彩穂	米沢市
12.20	BiNI Approach Option「足部テクニク」	富本 裕樹	長野市
H28.1.14	生活向上マネジメント症例検討会	村岡 朋美、安達 彩穂	米沢市
1.19	「脳のシステム障害を理解して予後を考える」	富本 裕樹	鶴岡市
2.12	置賜地区 地域リハ勉強会	遠藤 義裕、後藤 忠幸 富本 裕樹、村岡 朋美 安達 彩穂	米沢市
2.13～14	山形ボバース研究会症例検討会	佐藤 一彦	酒田市
2.20～21	東北ブラッシュアップセミナー	佐藤 一彦	滝沢市
2.27～28	秋田呼吸リハビリテーション懇話会	宮坂 怜	秋田市
3.5	平成27年度第5回置賜地区OT研修会	遠藤 義裕、村岡 朋美 安達 彩穂	米沢市
3.5	平成27年度基礎講座及び症例検討会	池田 智美	山形市
3.6	脳画像の臨床応用～初級編～	富本 裕樹	仙台市
3.13	現職者共通研修（老年期）	安達 彩穂	山形市
3.19～21	環境適応 activityコース	村岡 朋美	仙台市

## 医療技術部 中央検査室

月日	学会・研修会名	参加者名	開催地
H27.5.23～24	日本超音波医学会学会	石山 家寿	東京都
5.30	緩和講演会	江口 由美	米沢市
6.6～7	東北地区合同真菌検査研修会	石山 家寿	福島市
6.13	山臨技置賜地区春期研修会	江口 由美	南陽市
6.20～21	日臨技北日本病理研修会	江口 由美	福島県
7.11～12	認定病理講習会	江口 由美	東京都
7.11～12	検体採取等に関する厚生労働省指定研修会	大比良久美子、玉井 真実 佐藤ゆかり、石山 家寿	仙台市
7.11	第52回日本臨床細胞学会東北支部連合会学術集会	高橋ひろ美	山形市
8.22	山形県超音波研究会	石山 家寿	山形市
8.29	第16回山形県臨床微生物研究会学術講演会	石山 家寿	寒河江市
9.5～6	山臨技検査説明講習会	玉井 真実、江口 由美	山形市
10.9	結核菌研修会	石山 家寿	米沢市
11.14～15	H27年度日臨技北日本支部感染制御部門研修会	石山 家寿	福島市
11.21～22	第54回日本臨床細胞学会秋期大会	高橋ひろ美	名古屋市
12.5	H27年度感染制御部門研修会	石山 家寿	山形市
12.5	南東北病理技術研修会	江口 由美	仙台市
H28.2.13	山臨技置賜地区秋期研修会	江口 由美	南陽市
2.20～21	山臨技学術部主催研修会	江口 由美	天童市
2.27～28	第15回泌尿器細胞診（別府）カンファレンスin東北	高橋ひろ美	仙台市
3.4	H27年度疫学検査研修会	大比良久美子、石山 家寿	米沢市
3.5	平成27年度血液検査部門研修会	高橋ひろ美	山形市

## 医療技術部 栄養管理室

月日	学会・研修会名	参加者名	開催地
H27.4.18～19	呼吸ケアカンファレンス	岡田 沙希	東京都



月日	学会・研修会名	参加者名	開催地
5.16	平成27年公益社団法人山形県栄養士会 米沢地域事業部事業報告会及び研修会	野間 祥子	米沢市
5.30	栄養指導講座A	佐藤 結	東京都
6.7	平成27年度第3回 公益社団法人山形県栄養士会通常総会、日本栄養士連盟山形県支部総会、講演会	野間 祥子	山形市
7.1	はつらつ人生の食生活セミナー	堀内 直樹	東京都
7.28	平成27年度特定保健指導従事者研修会	佐藤 結	東京都
8.1～2	平成27年度第9回TNT-D 管理栄養士更新研修会	野間 祥子	東京都
8.22	山形県栄養士会生涯教育研修会	野間 祥子	山形市
9.15	実践で培った「生きたノウハウ」を学ぶセミナー	渡部 紀子	仙台市
9.26	平成27年度健康づくり提唱のつとめ	樋口 悠太	山形市
10.10～11	第38回日本高血圧学会総会	野間 祥子	愛媛県
10.15～16	第25回日本呼吸ケア・リハビリテーション学会学術集会	岡田 沙希	横浜市
10.24	人間ドック学会検診情報指導士 第36回ブラッシュアップ研修会	三村 友恵	東京都
11.7	「病院・福祉施設」等調理師研修会	渡部 朋美	仙台市
12.12	第30回東北静脈経腸栄養研究会	野間 祥子、岡田 沙希	福島市
12.12	山形県栄養士会米沢地域事業部第2回研修会	佐藤 結	米沢市
12.21	山形県病院協議会給食専門部会	堀内 直樹	鶴岡市
H28.1.9～10	第19回 日本病態栄養学会年次学術集会	三村 友恵、野間 祥子、岡田 沙希	横浜市

## 医療技術部 臨床工学部

月日	学会・研修会名	参加者名	開催地
H27.5.16	山形県臨床工学技士会総会	色摩 隆行、後藤 美晴	山形市
7.25	第38回日本血管インターベーション治療学会 東北地方会	須藤 智亮、中川 忠洋	酒田市

## 事務部 総務課

月日	学会・研修会名	参加者名	開催地
H27.4.15	第一種電気工事士定期講習	勝俣 裕之	山形県
5.14	医療ADR学外勉強会	大石 法子、酒井 和恵	山形県
5.14	粉じん特別教育	有路 太市、小松 正人	米沢市
5.26	輸液に関わるリスクマネジメント	酒井 和恵	米沢市
6.4	医療ADR学外勉強会	酒井 和恵	山形県
6.23	米沢市危険物安全協会総会	小松 正人	米沢市
7.5	医療材料マネジメント研究会シンポジウム	三村 宏	東京都
7.15～16	病院施設管理技術者講習会	勝俣 裕之	東京都
7.22	安全運転者管理者講習	宗川 孝一	米沢市
7.23	JFE環境(株)合同見学会	山口 雄三	横浜市
7.31	(株)ホギメディカル工場視察	有路 太市、三村 宏	茨城県
8.23	日本メディエーター協会東北支部総会と講演会	藤田 葉子	
8.24	「全国労働衛生週間準備期間」並びに「ストレスチェック制度」の説明会	大石 法子、酒井 和恵	宮城県
9.2	病院機能評価受審病院説明会	大石 法子	東京都
9.17	危険物取扱者保安講習	有路 太市	米沢市
9.30	病院機能改善支援セミナー	大石 法子	東京都
10.11～12	日本医療メディエーター協会東北支部（医療コンフリクトマネジメント）セミナー導入編	大石 法子、酒井 和恵	宮城県
10.18	メディセオ総合医療フェア2015 1.人がついてくるリーダーシップ 2.接遇の基本（ANAのおもてなしの心）	三浦 稔、酒井 和恵	宮城県
10.21	職場における心理的援助研修会	大石 法子	米沢市

月日	学会・研修会名	参加者名	開催地
12.1	施設・環境・設備安全セミナー（日本医療機能評価機構）	三浦 稔、小松 正人	東京都
12.4	クレーム対応研修（中級）	宗川 孝一	山形県
12.4～5	第二種滅菌技師認定講習会	三村 宏	横浜市
H28.1.28	山形県災害医療研修会	大石 法子	山形県
1.30～31	医療対話推進者養成セミナー継続研修「基礎編総論」	酒井 和恵	東京都
2.20	医療経営セミナー（2016年診療報酬改定のポイント）	三浦 稔	福島県
2.24	ストレスチェック制度解説セミナー	大石 法子	山形県

## 三友堂看護専門学校

月日	学会・研修会名	参加者名	開催地
H27.5.9	平成27年度第1回山形県看護協会山形県看護連盟合同研修会	雪野 美晴	山形市
6.28	考える看護学生を育む授業づくりの秘訣	野村 洋子	東京都
7.5	MCメディア出版主催ナースのための高次機能障害	雪野 美晴	山形市
7.20～22	第11回ICMアジア太平洋地域会議助産学術集会	遠藤美穂子	横浜市
7.25～26	日本小児看護学会第25回学術集会	高田 恵理	千葉県
7.31	平成27年度山形県看護教育協議会総会・研修会	齋藤 郁子、雪野 美晴	山形市
		南 美千子、高田 恵理	
		鈴木美佐子、小関恵理子	
		野村 洋子、鈴木 由香	
		東條 百合	
8.8	第105回看護師国試出題予測&9月からの学生指導法	高田 恵理	東京都
8.20	篠田看護専門学校主催H27年度臨地実習指導者合同研修会	雪野 美晴、鈴木 由香	山形市
		小関恵理子	
8.22	MCメディア出版 指導者のための夏からの看護師国試対策指導セミナー	小関恵理子	東京都
9.7	マイナンバーセミナー	皆川 透	米沢市
9.19～20	H27年度 第6回ピアカウンセリング全国大会IN福島	遠藤美穂子、高田 恵理	福島県
10.15～16	一般社団法人 日本精神科看護協会精神保健福祉研修会	鈴木 由香	東京都
11.13～14	地域社会進行財団 第8回看護専門研修会	鈴木美佐子	栃木県
11.21	第5回日本在宅看護学会学術集会	小関恵理子	東京都
H28.3.8～9	小型車両系運転業務特別教育	皆川 透	寒河江市
3.26	看護師国家試験分析レポート&受験指導対策セミナー	鈴木美佐子	東京都

## 三友堂リハビリテーションセンター

### 看護部

月日	学会・研修会名	参加者名	開催地
H27.5.9	H27年度第1回県看護協会・連盟合同研修会	小関 大樹、佐藤 敏子	山形市
		寒河江裕子	
5.20～21	山形県看護協会研修 看護研究の実践	伊藤 妙子	山形市
5.20～21	H27年度山形県介護福祉士会 研修会	佐藤美希子	山形市
6.19	山形県看護協会研修 職能研修会	高橋 伸江、須貝美和子	山形市
6.24	山形県看護協会研修 高齢者の看護Ⅰ 入院から始まる退院支援	大野 順子、縮 乃里子	山形市
		高木みどり	
6.25	山形県看護協会研修 新人研修Ⅰ 社会人としての第一歩	松田 弥生、山崎 敦子	山形市
		佐藤 千明、高梨 棕平	
		木口 綾音、小関 郁菜	
6.27	実践・入院基本料に係る看護記録 フォーカスチャータリング	三好由美子、小関 大樹	東京都
6.28	日本感染管理ベストプラクティスSaizen研究会山形ワーキンググループ第1回	土屋 理香、新野 邦夫	山形市

月日	学会・研修会名	参加者名	開催地
7.23~24	山形県看護協会研修 新人教育部署教育担当者研修 みんなで新人を育てよう	三好由美子	山形市
8.8	日本感染管理ベストプラクティスSaizen研究会山形ワーキンググループ第2回	新野 邦夫	山形市
8.10	山形県看護協会研修 実践しよう 呼吸フィジカルアセスメント	島津 冬馬、船山 瑞希	山形市
8.22	山形県看護協会研修 第6回「患者と共に取り組む医療安全」フォーラム	平野 江美	山形市
8.27	医療ガス取扱い保安講習会	寒河江裕子	山形市
8.30	回復期リハビリテーション病棟協会 第8回病棟師長研修会	菊地 綾子	東京都
9.3	山形県看護協会研修 新人研修Ⅱ 救急看護	松田 弥生、山崎 敦子 佐藤 千明、高梨 椋平 木口 綾音、小関 郁菜	山形市
9.11~12	第21回日本摂食嚥下リハビリテーション学会学術大会	近野 律子	京都府
9.13	山形県看護協会研修 看護管理者の為に「重症度、医療・看護必要度」院内監査あり方	菊地 綾子、板垣千奈美	山形市
9.18	山形県看護協会研修 高齢者の看護Ⅱ スキンケア	大野 順子、吉田 和未	山形市
9.28	山形県看護協会研修 高齢者の看護Ⅲ 廃用症候群予防	伊藤 恵美、岡崎 梨沙	山形市
10.9	山形県看護協会研修 中堅看護師研修	須藤 美香	山形市
10.22	ナースの為に「医療安全活動とリスクマネジメント」	佐藤とし子、国分 幸子 丸山美恵子	仙台市
10.23~24	公益社団法人日本介護福祉士会 北海道・東北ブロック大会	鈴木加代子、長島 幸 四釜ゆう子	山形市
10.23	山形県看護協会研修 新人研修Ⅲ 医療安全-安全な看護を届けよう-	松田 弥生、山崎 敦子 佐藤 千明、高梨 椋平 木口 綾音、小関 郁菜	山形市
10.29~30	山形県看護協会研修 看護研究の実践	折笠 恵美	山形市
10.31	医療事故調査制度山形県における支援体制	菊地 綾子、板垣千奈美	山形市
11.7	看護協会 置賜支部第2回研修会	縮 乃里子	米沢市
11.12	山形県看護協会研修 看護研究学会	横山絵里子	山形市
11.17	山形県看護協会研修 新人研修Ⅳ ファイナル キャリアアップの第1歩	松田 弥生、小林 敦子 佐藤 千明、高梨 椋平 木口 綾音、小関 郁菜	山形市
11.20	日本リハビリテーション看護学会	高橋 伸江	埼玉県
11.29	日本感染管理ベストプラクティスSaizen研究会山形ワーキンググループ第2回	新野 邦夫	山形市
12.1	山形県病院協議会 看護専門部会後援会	近野 律子、高木みどり	米沢市
12.3	山形県医療ADR学術研究会「転倒の危険因子と予防」	寒河江裕子	山形市
12.5	平成27年度医療安全セミナー 東北東生局	寒河江裕子	仙台市
12.11	山形県看護実習指導者サポート研修	佐久間可奈子、大野 順子	山形市
12.19	回復期リハビリテーション病棟協会 回復期リハ看護フォーラム研修会	須貝美和子	東京都
H28.1.23~4	回復期リハビリテーション病棟協会 全職種研修会	高橋 将太、吉田 和未	東京都
3.14	看護協会新会員情報管理体制に関する説明会 診療情報改定説明会	寒河江裕子	山形市
3.20	回復期リハビリテーション病棟協会 平成28年度診療報酬改定説明会	寒河江裕子	東京都

## リハビリテーション技術部

月日	学会・研修会名	参加者名	開催地
H27.5.16~17	第23回山形県作業療法士学会	船山真紀子、井上 一樹 高橋さとみ、齋藤 彩	山形市
6.5~7	第50回日本理学療法士学術大会	我妻 真里	東京都

月日	学会・研修会名	参加者名	開催地
6.26～27	第16回日本語聴覚学会	細矢 彩織	仙台市
8.5	第36回PT/OT/ST研修会	佐藤 美里、田中 康仁	東京都
9.11～12	第21回日本摂食嚥下リハビリテーション学会学術大会	剣持 龍介	京都市
10.1～3	リハビリテーションケア合同研究大会・神戸2015	大友 美香	神戸市
10.17～18	第1回在宅生活期リハビリテーション研修会	渡部 萌、佐藤 康則	東京都
10.23	山形県病院協議会リハビリテーション専門部会	船山真紀子	山形市
H28.1.9～10	第4回回復期セラピストマネージャースキルアップ研修会	船山真紀子	東京都
1.23～24	第48回全職種研修会	井上 一樹	東京都
2.3～6	回復期リハビリテーション病棟協会第27回研究大会IN沖繩	渡部 秀敬、高橋 聡恵	東京都
2.13～14	山形ボバース研究会症例検討会	丸山絵里子、武田 綾	沖繩県
3.30	診療報酬改訂説明会	佐藤 大介	酒田市
		新野 和美	東京都

## 医療福祉相談室

月日	学会・研修会名	参加者名	開催地
H27.7.17	平成27年度山形県医療社会事業従事者研修会	遠藤 麻里、我妻 尚子	山形市
7.17	山形県医療ソーシャルワーカー協会 第46回定期総会	小松 修子	山形市
9.5	山形県医療ソーシャルワーカー協会 第1回基幹研修I	遠藤 麻里、我妻 尚子	山形市
9.18	就労支援セミナー「第16回地域生活支援セミナー in おきたま」	小松 修子	長井市
10.31～11.1	平成27年度ソーシャルワーカー研修（専従SW）	小松 修子	東京都
12.12	山形県医療ソーシャルワーカー協会 基幹研修II	小松 修子	山形市
12.12	山形県医療ソーシャルワーカー協会 ソーシャルワーク発表会	遠藤 麻里、小松 修子	山形市
H28.3.5	山形県医療ソーシャルワーカー協会 専門研修会	小松 修子	山形市
3.20	平成28年度 診療報酬改定説明会	小松 修子	東京都

## 事務部

月日	学会・研修会名	参加者名	開催地
H27.5.18～20	衛生管理者免許試験受験準備講習	佐藤 美貴	山形市
5.27～28	甲種防火管理講習	勝俣千恵子	米沢市
6.25	きらやか経営者セミナー	勝俣千恵子	山形市
6.26	山形県病院協議会事務専門部会	渡部 愛子	山形市
8.5	公益法人会計セミナー	会田 正美	山形市
8.20	マイナンバー制度セミナー	会田 正美	米沢市
9.7	マイナンバーセミナー	会田 正美	米沢市
9.10	地域医療構想及び病床機能報告に関する説明会	渡部 愛子	山形市
9.17	危険物取扱者保安講習	渡部 愛子	米沢市
10.20	山形県産業保健セミナー	佐藤 美貴	山形市
11.3	リハビリテーション・サミット2015	渡部 愛子	東京都
11.17	マイナンバー&ストレスチェック対策セミナー	佐藤 美貴	仙台市
11.25	自賠責保険研修会	勝俣千恵子	山形市
H28.1.26	山形大学蔵王協議会臨時総会	渡部 愛子	山形市
1.28	広域災害救急医療情報システム研修会	勝俣千恵子	山形市
3.20	平成28年度診療報酬改定説明会	勝俣千恵子	東京都
3.26	平成28年度診療報酬改定集団指導	渡部 愛子、勝俣千恵子	山形市



## 三友堂地域リハ・ケアセンター

### 訪問看護ステーション

月日	学会・研修会名	参加者名	開催地
H27.4.19	脳卒中マヒ患者の歩行のみかたセミナー	高木 芽	東京都
5.30~31	日本訪問リハビリテーション協会学術大会	佐藤 昌利	大阪府
6.24	訪問看護師養成講習会 認知症高齢者の理解と看護	齋藤 容子	山形市
6.26	第16回日本言語聴覚学会	阿部 裕之	宮城県
7.4	山形県在宅呼吸療法研究会	幸野 真希、佐藤 昌利	山形市
7.17~18	訪問看護ステーション管理者研修	藤倉 貴子	山形市
7.25	訪問看護師養成講習会 人工呼吸器を使用する利用者の呼吸管理	齋藤 容子	山形市
7.25~26	訪問リハビリテーション実務者研修	高木 芽	山形市
8.10	実践しよう呼吸フィジカルアセスメント	幸野 真希	山形市
8.22	公開フォーラム「患者と取り組む医療安全」	船山奈美子	山形市
9.12	訪問看護師養成講習会 緩和ケアの実践	齋藤 容子	山形市
9.18	高齢者の看護 スキンケア-皮膚トラブルを防ぐポイント-	菊地 知美	山形市
9.28	高齢者の看護 廃用症候群の予防-その人らしく生きるために-	船山奈美子	山形市
10.1~3	リハビリテーション・ケア合同研究大会	佐藤 昌利	神戸市
10.9	中堅看護師研修 -自己の看護を振り返り明日への看護につなげよう-	幸野 真希	山形市
10.10	訪問看護師養成講習会 在宅療養と社会資源	齋藤 容子	山形市
10.30~31	訪問看護ステーション管理者研修	高橋 時子	山形市
11.7	在宅ケアの倫理-認知症の人の看取りから-	菊地 知美	東京都
11.19~20	高齢者の終末期ケアにおける倫理的問題	藤倉 貴子	山形市
H28.3.16	診療報酬改定研修会	高橋 時子	東京都

### 三友堂通所リハビリテーション

月日	学会・研修会名	参加者名	開催地
H27.4.11~12	第1回生活行為向上リハビリテーション研修会	戸田 直智	東京都
5.28	アルツハイマー型認知症高齢者へのケアの知識と技術	我彦いづみ	仙台市
6.20	日本ケアレク研修会2015	穴戸 淳子	横浜市
12.10	事故予防と緊急時対応研修会	金子 雄紀	仙台市
H28.1.17	第3回スキルアップセミナー	金子 雄紀	東京都
2.11	短時間通所リハビリテーション移行セミナー	菅野美恵子	東京都

### 三友堂居宅介護支援センター

月日	学会・研修会名	参加者名	開催地
H27.7.4	山形県介護支援専門員協会置賜支部 H27年度 第1回研修会	勝見 恵子、高橋真智子 竹田 佳恵、鈴木智佳子	米沢市
7.14	高齢者住宅セミナー	勝見 恵子	東京都
7.17	H27年度 山形県医療社会事業従事者研修	高橋 真智子	山形市
8.21	地域在宅医療介護推進研修会	高橋 真智子	米沢市
8.26	第1回 地域緩和ケア研修会	高橋 真智子	米沢市
10.8,15,16,11,10,18	介護支援専門員研修課程II	勝見 恵子	山形市
12.16	川西町ケアマネジャー等研修会	勝見 恵子、鈴木智佳子	川西町
12.17	第4回 地域緩和ケア研修会	勝見 恵子、竹田 佳恵	米沢市
12.17	精神保健関係者研修会	勝見 恵子、竹田 佳恵 鈴木 智佳子	米沢市
H28.1.23	山形県介護支援専門員協会置賜支部 第2回研修会	勝見 恵子	南陽市

月日	学会・研修会名	参加者名	開催地
2.17	川西町ケアマネジャー等研修会	鈴木 智佳子	川西町
3.12	認知症フォーラム	鈴木 智佳子	米沢市

### 三友堂ヘルパーステーション

月日	学会・研修会名	参加者名	開催地
H27.5.17～24	喀痰吸引等基本研修	鈴木 有美、小口 早苗	山形市
6.29～30	高齢者福祉職別新任職員研修	笹木 有里、堀内 恵	山形市
7.8～9	管理職キャリアアップ研修	嶋貫 栄子	山形市
8.23～30	喀痰吸引等基本研修	二馬 由美、板垣 桃子	山形市
8.29	介護施設等における看取りの実際を学ぶ	嶋貫 栄子、伊藤 歩	山形市
9.8～9	高齢者介護関係職員研修	平 美紀、佐藤 美佳	山形市
9.16	咀嚼・嚥下機能に応じた食支援	飯澤久美子、坂野 千晶	山形市
10.11	高次脳機能障害者リハビリテーション講習会	伊藤 歩	山形市
10.26	定期巡回・随時対応型訪問介護看護 実践報告会	嶋貫 栄子	福島市
10.27～28	高齢者介護関係職員研修	佐藤 桂子	山形市
11.12	社会福祉専門講座	伊藤 歩	山形市
12.17	パーソナリティ障がいの理解と対応	嶋貫 栄子	米沢市

### サービス付き高齢者向け住宅「おたかぼっぼ」

月日	学会・研修会名	参加者名	開催地
H27.7.15	高齢者住宅セミナー	中澤 泉	東京都
11.26	危険物取扱者保安講習会	鈴木 健	米沢市

## Vanguard CR型人工関節置換術における術後膝関節可動域—CRとASの比較

三友堂病院 整形外科

豊島 定美、中島 拓

2015.6.17～21

第7回日本関節鏡・膝・スポーツ整形外科学会  
札幌市

## TLIF症例のInfuse Bone Graftの無効例と自家骨例の比較

三友堂病院 脳神経外科

工藤 陽平

2015.6.24～27

第30回日本脊髄外科学会 札幌市

## 上腕骨近位端骨折に腋窩動脈閉塞が合併し、PPI（経皮的末梢動脈インターベンション）で救肢できた1例

三友堂病院 整形外科

笹木 勇人

2015.6.25～28

第41回日本骨折治療学会 奈良市

## デノスマブ使用中に下顎骨壊死を発生した乳癌骨転移の1例

三友堂病院 外科

長谷川 繁生、戸屋 亮、川村 博司

2015.7.4

第23回日本乳癌学会 東京都

## 胃噴門部カルチノイドに対して施行した噴門側胃切除術後に高ガストリン血症を来した症例

1) 三友堂病院 外科

2) 三友堂病院 内科

3) 山形大学 病理診断学講座

長谷川 繁生<sup>1)</sup>、戸屋 亮<sup>1)</sup>、川村 博司<sup>1)</sup>、  
仁科 盛之<sup>1)</sup>、勝見 修一郎<sup>2)</sup>、鈴木 明彦<sup>2)</sup>、  
山川 光徳<sup>3)</sup>

2015.7.10

日本消化器病学会東北支部例会 福島市

## 当院における包括的呼吸リハビリテーションの立ち上げと取り組み

1) 三友堂病院 医療技術部 栄養管理室

2) 三友堂病院 外部講師

3) 三友堂病院 医療技術部 リハビリ室

4) 三友堂病院 看護部

5) 三友堂病院 呼吸器内科

岡田 沙希<sup>1)</sup>、二宮 久美子<sup>2)</sup>、菅野 英雄<sup>3)</sup>、  
宮坂 怜<sup>3)</sup>、後藤 忠幸<sup>3)</sup>、高橋 康紀<sup>4)</sup>、  
山口 武子<sup>4)</sup>、池田 英樹<sup>5)</sup>

【はじめに】2001年よりCOPDの栄養管理に取り組む、当院にとっては栄養カウンセリングの導入など体重を指標としたタイムリイな栄養介入の有効性が示されていた。しかし、患者のQOLを確保するためには、診療科の垣根を越えた早期発見やチームによる介入が重要であることを確信した。そこで、管理栄養士が中心となり包括的呼吸リハビリテーションを立ち上げた。その経緯と方向性を報告する。

【経過】①コア会議 2回／月 COPD質問票からの患者抽出 ②全体会議 1回／月 ケースカン

ファ システム構築検討（フロー、帳票作成、評価体制等）③医師会主催生活習慣病セミナーシンポジストで発表 ④地域連携システムの導入

**【考察】** 定期的な評価のもとに効果を判定し、プログラムを再評価する。また、外来診療・在宅医療・地域住民への啓蒙など実施形態の検討を行い、重症度に応じて求められるリハビリテーションを構築していきたい。さらに、当地域の呼吸ケアを担う病院として、包括的呼吸リハビリテーションの認知度向上により地域連携を強化した活動をしていきたい。

2015.10.24～25

第24回日本呼吸ケア・リハビリテーション学会学術集会  
奈良県

## くも膜下出血急性期治療後の脳血管再評価の重要性

三友堂病院 脳神経外科  
工藤 陽平

2015.11.18～22

第31回NPO法人日本脳神経血管内治療学会学術総会  
岡山県

## 置賜地区における職種間交流の取り組み ～交流活動から見えてくるもの～

三友堂リハビリテーションセンター 医療福祉相談室  
小松 修子

2015.12.12

ソーシャルワーク発表会 山形市

## 随時尿を用いた栄養指導による効果

三友堂病院 医療技術部 栄養管理室  
野間 祥子、岡田 沙希、佐藤 結、三村 友恵、  
伊藤 智子

**【背景】** 心臓カテーテル検査入院患者に対し栄養指導を実施している。危険因子として高血圧を有する患者が多いため、栄養指導の内容としては高

血圧治療ガイドラインに沿って、食塩やカリウム摂取、体重管理に関するものが多い。しかし食塩摂取量は具体的な数値としては理解しがたいことから、2010年2月より随時尿を用いた栄養指導を実施している。ただし、これは24時間蓄尿ではないため正確性には乏しい。そのため食事記録用紙を記入してもらい、さらに食塩摂取の習慣を調べるためにチェックシートも用いて多角的に食生活を見ながら栄養指導を行っている。

**【目的】** 栄養指導の回数によって、食塩摂取量や患者の行動変容にどのような変化が認められるのかを調べ、今後の指導内容の改善へつなげることを目的とした。

**【方法】** 対象：平成26年9月から平成27年8月までに、過去に随時尿を用いた栄養指導を2回以上受けた患者、63名。

方法：栄養指導の回数が2回群、3回群、4回群、5回以上群に分け、随時尿からの食塩排泄量を指導前後で検定した。検定法はウィルコクソンとマンホイットニー検定を用いた。

**【結果】** 対象の82%が高血圧を有しているものの、食塩排泄量は10.7gと6g未満を上回っていた。指導後の食塩排泄量は、2回群では10.5g→11.1g(+0.6g)、3回群で10.4g→11.0g(+0.6)、4回群では12.5g→10.9g(-1.6g)、5回以上群では11.3g→10.6g(-0.7g)であった。いずれも有意差は無かった。指導後の行動変容としては、麺類の汁を飲まなくなった、味噌汁の回数を減らした等が挙げられた。

**【結論】** 高血圧治療ガイドラインでは、一日の食塩摂取量を6g未満としているが、指導後もそこまで至っていないことが浮き彫りとなった。長年の食習慣が大きく影響していることから、初回指導では食事療法に対する動機づけを行い、次回からは食習慣の改善の有無を確認し、個々の食生活に沿った指導が望まれる。

2016.1.9～10

第19回 日本病態栄養学会年次学術集会 横浜市



## 待機的PCI施行後，中隔枝閉塞から慢性期に心室中隔穿孔をきたし，経カテーテルVSP閉鎖術を施行した一例

1)三友堂病院 循環器科

2)仙台厚生病院 心臓センター

川島 理<sup>1)</sup>、阿部 秀樹<sup>1)</sup>、多田 憲生<sup>2)</sup>、  
大友 達志<sup>2)</sup>

2016.2.12～13

第39回日本心血管インターベンション治療学会東北地方会学術集会

仙台市

## 左冠動脈（左前下行枝）－肺動脈瘻の1治療経験

1)三友堂病院 循環器科

2)仙台厚生病院 心臓センター

川島 理<sup>1)</sup>、阿部 秀樹<sup>1)</sup>、大友 達志<sup>2)</sup>

2016.2.19～20

第207回日本内科学会東北地方会 仙台市

## 人工膝関節置換術におけるトリアムシノロンアセトニドとメチルプレドニゾロンの多剤関節近傍注射の比較

三友堂病院 整形外科

和根崎 禎大、豊島 定美、豊野 修二

2016.2.25～28

第46回日本人工関節学会 大阪府

## primary TKAにおけるACL残存率と術前画像所見および徒手検査

三友堂病院 整形外科

豊野 修二、豊島 定美、和根崎 禎大

2016.2.25～28

第46回日本人工関節学会 大阪府

# 平成27年度 院内研修会

年月日	施設名	主 催	内 容	講 師
H27.4.2	リハビリテーションセンター	薬剤部・大塚製薬工場	三友堂病院NST院内研修	片岡 祐一
4.3	病院	教育委員会	新人オリエンテーション倫理研修	教育委員会
4.8	リハビリテーションセンター	第一三共	診療部・薬剤部勉強会「リクシアナ」	金谷 大輔
4.9	リハビリテーションセンター	看護部教育委員会	NsラダーⅠ 採血・血糖測定 針刺し事故防止	実地指導者
4.10	リハビリテーションセンター	看護部教育委員会	NsラダーⅡ プリセプター研修	寒河江裕子
4.13	リハビリテーションセンター	看護部教育委員会	NsラダーⅠ インサイト針留置、DIV IV ルート接続・固定法	実地指導者
4.14	リハビリテーションセンター	看護部教育委員会	NsラダーⅠ 輸液・輸注ポンプの取扱 ME機器	臨床工学技士
4.15	病院	リリー	リリー WEBカンファレンス	リリー
4.16	リハビリテーションセンター	看護部教育委員会	NsラダーⅠ クリニカルラダー・教育システムについて	寒河江裕子
4.17	病院	教育委員会	固定チームリーダー研修	高橋 廣子
4.20	リハビリテーションセンター	看護部教育委員会	CW ラダーⅡ 回復期CWの役割	平野 江美
4.22	病院	教育委員会	ラダーⅠ 褥瘡	遠藤 紀子
4.24	リハビリテーションセンター	看護部教育委員会	NsラダーⅠ BLS	三友堂病院 認定看護師その他
4.24	病院	緩和ケアSC	平成26年度地域緩和サポートセンター活動報告会	緩和ケアSC
5.13	リハビリテーションセンター	看護部教育委員会	NsラダーⅠ リハ看護総論	板垣千奈美
5.15	病院	教育委員会	新人研修 夜勤研修	遠藤 和恵
5.20	病院	薬剤部	平成27年度薬剤部主催第一回研修会「吸入薬」	赤井 涼子 中村 新
5.21	リハビリテーションセンター	看護部教育委員会	NsラダーⅡ リハ看護各論	須貝美和子
5.27	リハビリテーションセンター	武田薬品	診療部・薬剤部勉強会「ザファテック」	相田 祐弥
6.4	リハビリテーションセンター	看護部教育委員会	NsラダーⅠ プリセプティー会	新人担当教育委員
6.10	病院	教育委員会	新人研修 メンタルヘルス	高橋 啓子
6.10	リハビリテーションセンター	大正富山	診療部・薬剤部勉強会「エディロール」	笈沼 直之
6.11	病院	医療安全委員会	医療安全全体研修会	医療安全委員会
6.12	リハビリテーションセンター	看護部教育委員会	NsラダーⅢ リーダーシップ論	寒河江裕子
6.12	病院	教育委員会	ラダーⅠ ケーススタディ	川崎 香織
6.17	リハビリテーションセンター	エーザイ	診療部・薬剤部勉強会「ルネスタ」	八巻 厚二
6.18	リハビリテーションセンター	看護部教育委員会	NsラダーⅠ 高次脳機能障害総論と看護	須貝美和子
6.22	リハビリテーションセンター	看護部教育委員会	CWラダーⅡ 入院患者に多くみられる整形疾患について	板垣千奈美
6.23	リハビリテーションセンター	大塚製薬工場	療養感染対策セミナー	矢野 邦夫
6.24	病院	教育委員会	ラダーⅡ 小集団リーダー	川崎 香織
6.24	リハビリテーションセンター	アボットジャパン	診療部・薬剤部勉強会「アミティーザ」	千葉 浩之
6.26	病院	教育委員会	新人研修 輸血療法	日赤 黒田 情野栄梨子
6.29	病院	教育委員会	ラダーⅠ 看護倫理	青木千恵子
7.1	リハビリテーションセンター	看護部教育委員会	CWラダーⅡ 救急車到着時の動き	梅津佐和子
7.7	病院	教育委員会	ケアワーカー 清潔援助	小林 令絵

年月日	施設名	主 催	内 容	講 師
7.8	リハビリテーションセンター	ノバルティスファーマ	診療部・薬剤部勉強会「エクア・ルセフィ・エックスフォージ」	高貴 亮輔
7.14	病院	感染対策委員会	感染対策全体研修会	感染対策委員会
7.16	リハビリテーションセンター	大塚製薬工場	三友堂病院NST勉強会「半固形経腸栄養剤」	渡邊 忍
7.16	リハビリテーションセンター	看護部教育委員会	Nsラダー I 摂食機能障害総論と看護	須貝美和子
7.17	病院	教育委員会	新人研修 3ヶ月の振り返り	教育委員
7.22	リハビリテーションセンター	大日本住友	診療部・薬剤部勉強会「アイミクス・トレリーフ」	漆原 良樹
7.24	病院	教育委員会	エルダー研修	教育委員
7.28	病院	医療安全委員会	新入職員KYT研修会	医療安全委員会
7.29	リハビリテーションセンター	ツムラ	診療部・薬剤部勉強会「抑刊散・補中益気湯」	久保山幹郎
8.5	リハビリテーションセンター	ファイザー	診療部・薬剤部勉強会「ビビアント」	本間 登夢
8.5	リハビリテーションセンター	看護部教育委員会	全体研修 医療者にとって必要な接遇とは何か	教育委員会
8.6	リハビリテーションセンター	看護部教育委員会	Nsラダー I プリセプター会	教育委員会
8.7	病院	教育委員会	実地指導者研修	教育委員
8.18	リハビリテーションセンター	看護部病棟勉強会	Nsラダー I 安全な移乗・移動の方法	リハビリテーション技術部
8.20	リハビリテーションセンター	看護部教育委員会	Nsラダー I 脊髄損傷病態①	須貝美和子
8.26	病院	教育委員会	医師事務作業補助者研修	遠藤 尚美
8.26	リハビリテーションセンター	田辺三菱	診療部・薬剤部勉強会「レクサプロ・テネリア」	関 誠之
9.1	病院	教育委員会	ラダーⅢ 看護倫理	笹木 明美
9.2	リハビリテーションセンター	看護部教育委員会	全体研修 医療者にとって必要な接遇とは何か	教育委員会担当者
9.7	リハビリテーションセンター	看護部教育委員会	Nsラダー I プリセプティー会	新人担当教育委員
9.8	病院	教育委員会	ラダー I 急変対応（講義）	佐藤 仁寿
9.9	リハビリテーションセンター	小野薬品	診療部・薬剤部勉強会「リバスタッチパッチ」	椎名 高史
9.16	リハビリテーションセンター	東和薬品	診療部・薬剤部勉強会「東和薬品」	猪下 悦敬
9.17	リハビリテーションセンター	看護部教育委員会	Nsラダー I 脊髄損傷病態②	須貝美和子
9.18	病院	教育委員会	ラダー I 急変対応（講義）	佐藤 仁寿
9.18	病院	教育委員会	全体研修会「ハラスメントの理解」	教育委員会
9.25	病院	教育委員会	新人研修 BLS	佐藤 仁寿
9.25	リハビリテーションセンター	看護部教育委員会	CWラダーⅡ高次脳機能障害 介護する上での観察とケア	須貝美和子
10.5	病院	教育委員会	ケアワーカー ノロウイルス対策	野田みさ子
10.6	病院	教育委員会	ケアワーカー ノロウイルス対策	野田みさ子
10.7	リハビリテーションセンター	ファイザー	診療部・薬剤部勉強会「リリカ」	本間 登夢
10.9	病院	教育委員会	新人研修 RCA分析	リスク委員
10.9	病院	教育委員会	ラダー I 急変対応（実践）	佐藤 仁寿
10.13	リハビリテーションセンター	大塚製薬工場	院内NST研修会「ラコールNF配合半固形剤」	渡邊 忍
10.14	リハビリテーションセンター	武田薬品	診療部・薬剤部勉強会「ザファテック」	相田 祐弥
10.15	リハビリテーションセンター	看護部教育委員会	Nsラダー I 整形疾患	菊地 綾子
10.20	病院	教育委員会	ケアワーカー 排泄援助	遠藤 紀子
10.21	リハビリテーションセンター	ヤンセンファーマ	診療部・薬剤部勉強会「トラムセット」	今中 蔭仁
10.26	リハビリテーションセンター	FIM委員会	NsラダーⅡCWラダーⅡ FIM応用編	FIM委員担当者
10.28	リハビリテーションセンター	あすか製薬	診療部・薬剤部勉強会「リピディル」	西川絵里香
10.28	病院	教育委員会	ラダーⅢ 看護倫理事例発表	笹木 明美
10.28	病院	教育委員会	ラダー I ケース発表	教育委員
10.29	病院	教育委員会	ラダーⅡ インフルエンザ、ノロウイルス対策	野田みさ子

年月日	施設名	主 催	内 容	講 師
10.29	リハビリテーションセンター	看護部教育委員会	NsラダーⅢ リーダー研修フォローアップ	教育委員会担当者
10.30	病院	医療安全委員会	医療安全全体研修会	医療安全委員会
11.4	リハビリテーションセンター	看護部教育委員会	全体研修 臨床倫理	教育委員会担当者
11.5	リハビリテーションセンター	看護部教育委員会	CWラダーⅢⅣ リーダー論	寒江江裕子
11.5	病院	教育委員会	ラダーⅡ インフルエンザ、ノロウイルス対策	野田みさ子
11.5	病院	教育委員会	ラダーⅠ 日々リーダー研修	遠藤 和恵
11.6	病院	医療安全委員会	RCA分析研修会	医療安全委員会
11.10	病院	教育委員会	ラダーⅡ RCA分析	リスク委員
11.12	リハビリテーションセンター	MeijiSeikaファルマ	MeijiSeikaファルマWebカンファレンス	馬場 元
11.13	病院	教育委員会	新人研修 6ヶ月の振り返り	教育委員
11.17	病院	教育委員会	ケアワーカー KYT研修	リスク委員
11.18	病院	感染対策委員会	感染対策全体研修会	感染対策委員会
11.19	リハビリテーションセンター	看護部教育委員会	CWラダーⅡ 多くみられる内科疾患介護上の観察とケア	寒江江裕子
11.25	病院	教育委員会	ケアワーカー 守秘義務	大石 法子
12.2	リハビリテーションセンター	看護部教育委員会	全体研修 臨床倫理	教育委員会担当者
12.8	病院	教育委員会	ラダーⅡ RCA分析	リスク委員
12.9	病院	教育委員会	新人研修 看取りの看護	山田 里美
12.23	リハビリテーションセンター	看護部教育委員会	CWラダーⅡ 入院から退院までのかかわり①	吉田明日香
H28.1.6	リハビリテーションセンター	久光製薬	診療部・薬剤部勉強会「モーラスパップXR」	菊地 唯
1.7	リハビリテーションセンター	看護部教育委員会	NsラダーⅡ プリセプター会	教育委員会担当者
1.20	リハビリテーションセンター	ツムラ	診療部・薬剤部勉強会「六君子湯・大建中湯・抑刊散」	久保山幹郎
1.26	病院	教育委員会	実地指導者研修	教育委員
1.27	リハビリテーションセンター	大正富山	診療部・薬剤部勉強会「ロコアテーブ」	笈沼 直之
1.28	法人	人事企画課	人事考課等研修会	人事企画課
1.29	病院	医療安全委員会	新入職員ヒヤリハット劇場	医療安全委員会
2.3	病院	感染対策委員会	CD感染症勉強会	感染対策委員会
2.4	リハビリテーションセンター	看護部教育委員会	NsラダーⅠ プリセプティー会	新人担当教育委員
2.8	病院	教育委員会	ケアワーカー 移動援助	後藤 忠幸
2.12	リハビリテーションセンター	看護部教育委員会	NsラダーⅢ リーダー研修フォローアップ	教育委員会担当者
2.13	病院	教育委員会	固定チームリーダー活動報告	教育委員
2.19	リハビリテーションセンター	看護部教育委員会	CWラダーⅡ 入院から退院までのかかわり②	吉田明日香
2.19	病院	教育委員会	新人研修 ROM訓練	宮坂 怜
2.23	病院	中央検査室	院内死亡症例検討会	中央検査室
2.26	病院	クリニカルバス委員会	院内バス大会	クリニカルバス委員会
3.2	病院	薬剤部	簡易懸濁法勉強会	薬剤部
3.2	リハビリテーションセンター		診療部・薬剤部勉強会「ベルソムラ」	千村 成寿
3.8	病院	感染対策委員会	皮膚消毒勉強会	感染対策委員会
3.11	病院	教育委員会	新人研修 1年の振り返り	高橋 啓子
3.11	リハビリテーションセンター	小野薬品	ONOメディカルナビwebライブセミナー	田平 武
3.15	病院	地域緩和ケアセンター	地域緩和ケア講演会	地域緩和ケアセンター
3.16	法人	情報システム課	パソコン操作研修 EXCEL	佐藤 優



## 平成27年度 他誌掲載論文記録

---

ポリオ後の右外反反張変形膝に対する人工膝関節置換術の1例

三友堂病院 整形外科 豊島 定美、中島 拓

2016.12.1

日本人工関節学会誌

# 平成27年 死亡統計

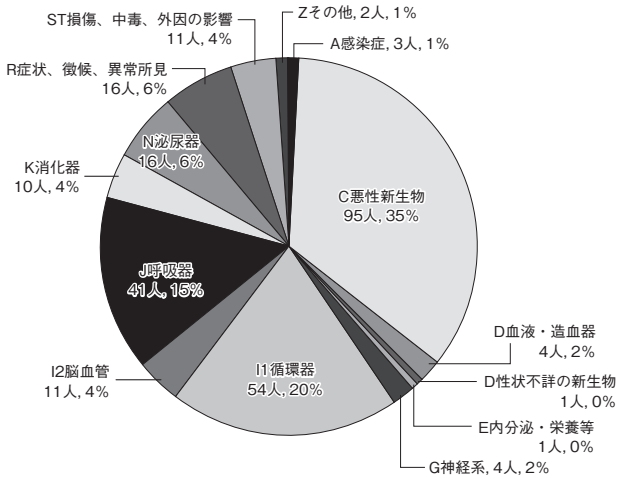
2015年死亡患者（1月～12月） 269名

## 直接死因疾病分類統計（2015年）

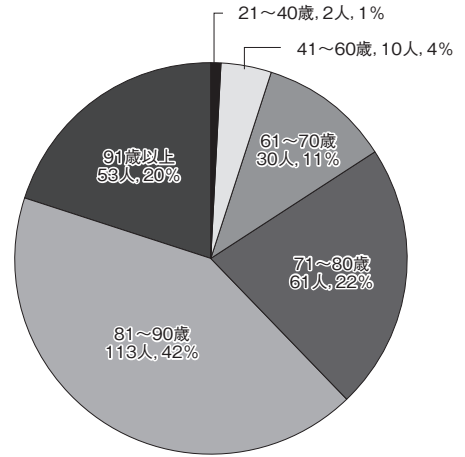
	病名	人数		病名	人数		病名	人数	
A	敗血症	3	E	高カリウム血症	1		上腸間膜動脈塞栓症	1	
	小計	3		小計	1		消化管出血	1	
C	肺癌	25	G	蘇生後脳症	2	K	腸閉塞	1	
	転移性肺腫瘍	1		脳ヘルニア	2		腸管穿孔	1	
	食道癌	1		小計	4		汎発生腹膜炎	2	
	胃癌	15	I1	肺塞栓症	2		肝硬変	1	
	結腸癌	11		肺塞栓症	2		肝不全	2	
	直腸癌	7		心肺停止	5		急性肝障害	1	
	十二指腸乳頭部癌	1		心不全(急・慢)	20		小計	10	
	癌性腹膜炎	3		うっ血性心不全	13		N	腎不全(急・慢)	16
	乳癌	1		心筋梗塞	3			小計	16
	肝癌	3		心室細動	3		R	心原性ショック	1
	多発性肝転移	1		致死性不整脈	1	急性循環不全		4	
	胆嚢癌	1		心破裂	1	多臓器不全		2	
	胆管癌	4		大動脈解離	2	老衰		8	
	膵癌	8	大動脈瘤破裂(腹・胸)	3	縊死	1			
	甲状腺癌	1	門脈血栓症	1	小計	16			
	悪性リンパ腫	1	小計	54	S・T	外傷性ショック	1		
	多発骨髄腫	1	I2	脳出血		4	窒息	5	
	悪性黒色腫	1		くも膜下出血		1	溺死	1	
	前立腺癌	5		脳梗塞		6	出血性ショック	4	
	膀胱癌	2	小計	11	小計	11			
尿管癌	1	J	肺炎	15	Z	急性心筋梗塞疑い	1		
子宮癌	1		急性間質性肺炎	6		転移性肝癌疑い	1		
小計	95		誤嚥性肺炎	9		小計	2		
D1	DIC		4	特発性肺線維症	1				
	小計		4	呼吸不全(急・慢)	10				
D2	頸動脈小体腫瘍	1	小計						
	小計	1							
				小計	41	合計	269		

A→感染症、C→悪性新生物、D1→血液・造血管器、D2→性状不詳の新生物、E→内分泌・栄養・代謝、G→神経系、I1→循環器、I2→脳血管、J→呼吸器、K→消化器、N→泌尿器、R→症状、徴候、異常所見、S・T→損傷、中毒、外因の影響、Z→その他

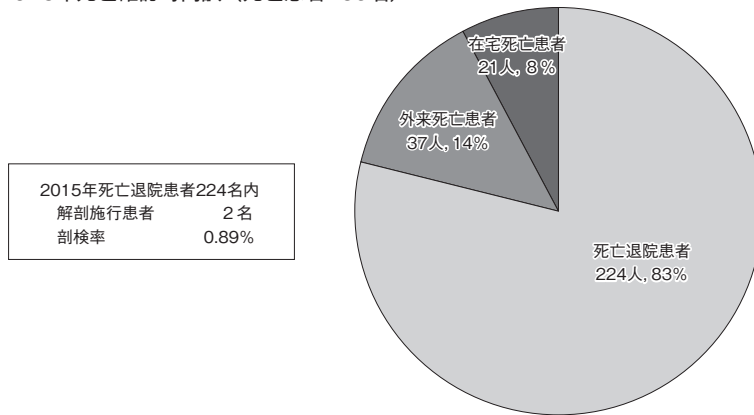
2015年直接死因疾病分類（死亡患者269名）



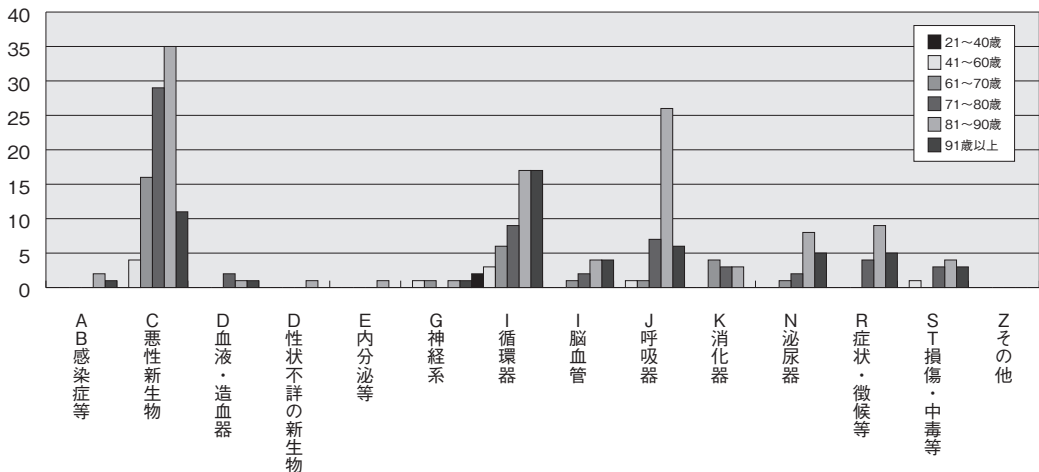
2015年死亡時年齢別統計死亡患者（269名）



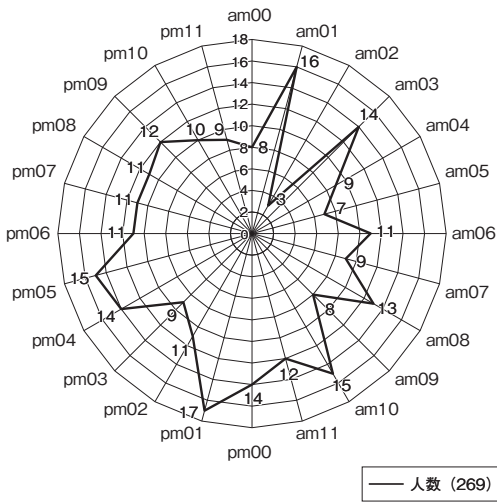
2015年死亡確認時内訳（死亡患者269名）



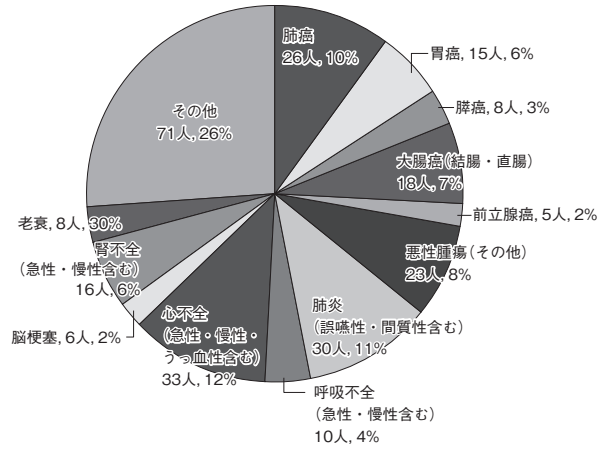
2015年直接死因疾病分類別年齢統計死亡患者（269名）



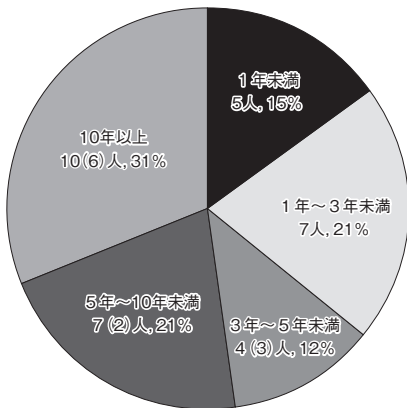
死亡時刻分布2015年



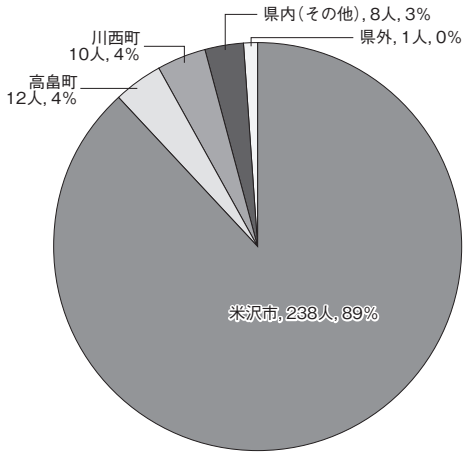
2015年直接死因疾患別分類死亡患者 (269名)



2015年死亡患者(269名)の内当院で悪性腫瘍根治手術施行患者(33名)生存年数

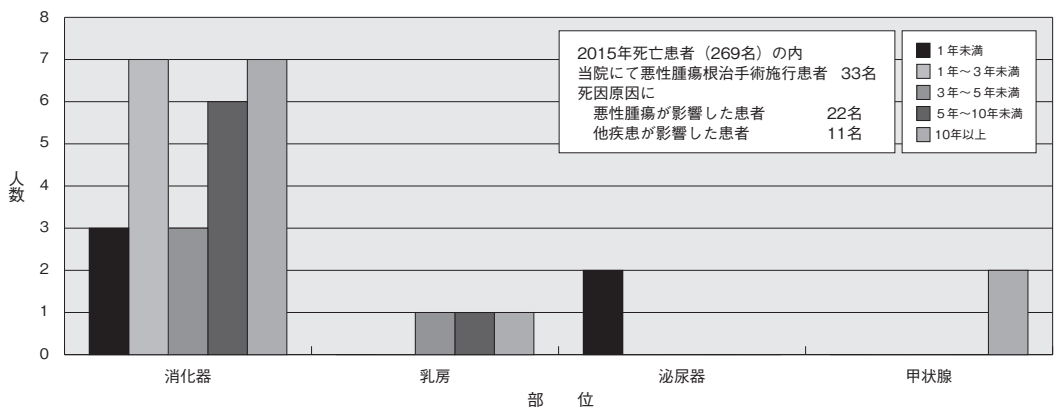


2015年死亡患者地区別分類死亡患者(269名)



( )内 他疾患(癌死以外)が影響した患者

2015年死亡患者(269名)の内当院にて悪性腫瘍根治手術施行患者(33名)部位別術後生存年数



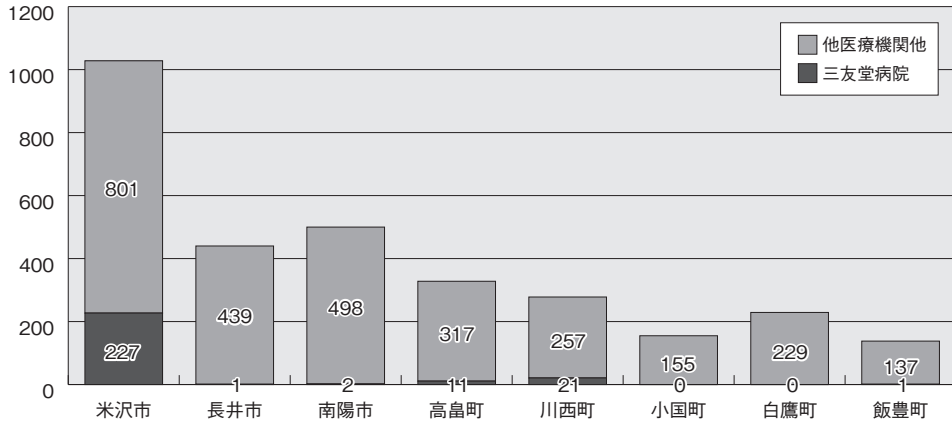


## 置賜保健所死亡統計との比較（H26年）

平成26年死亡数比較

H26年	米沢市	長井市	南陽市	高畠町	川西町	小国町	白鷹町	飯豊町	合計
三友堂病院	227	1	2	11	21	0	0	1	263
他医療機関他	801	439	498	317	257	155	229	137	2833
置賜地域死亡数	1028	440	500	328	278	155	229	138	3096

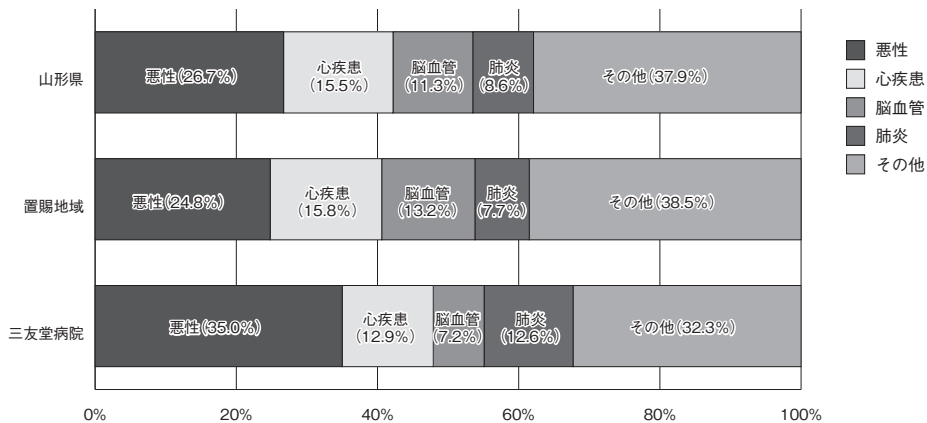
平成26年置賜地域死亡数



平成26年疾患別比較

H26年	悪性	心疾患	脳血管	肺炎	その他	合計
三友堂病院	92	34	19	33	85	263
置賜地域	768	488	408	240	1192	3096
山形県	4015	2330	1692	1297	5697	15031
合計	4875	2852	2119	1570	6974	18390

平成26年疾患別比較



### 文献

置賜保健所ホームページ、統計情報、選択死因別死亡数・死亡率・死亡順位

<http://www.pref.yamagata.jp/ou/sogoshicho/okitama/325023/toukeijyouhou.html>

# (一財) 三友堂病院医学雑誌編集委員会要項

## (目的)

第1条 この要項は、医療・保健・福祉の向上と法人職員の研鑽を図ることを目的として発行する医学雑誌を編集するために設置する編集委員会（以下「委員会」という）について、必要な事項を定めることを目的とする。

## (所掌事項)

第2条 委員会は、法人が毎年1回発行する医学雑誌の編集及び関係機関への配布を所管する。

## (組織)

### 第3条

1. 委員会の構成は、委員長1名、副委員長1名及び委員若干名とする。
2. 委員は、各部の職員の中から理事長が委嘱する。
3. 委員長及び副委員長は、委員の互選により決定する。
4. 委員の任期は2年とする。

## (会議)

### 第4条

1. 委員長は、必要に応じて委員会を招集し会議を主宰する。
2. 副委員長は、委員長を補佐し、委員長が不在の時は、その職務を代理する。
3. 委員長は、必要に応じ、委員以外の職員の出席を求めて意見を聞くことができる。

## (投稿等)

### 第5条

1. 職員は第1条（目的）を果たすために必要な研鑽に努めるとともに、委員会の業務に協力しなければ成らない。
2. 投稿に関する事項は別に定める。
3. 委員会の事務局は、法人本部におく（各部署へ委任することも可）。

## 附則

この要項は平成12年度から適用する。

平成22年 7月15日一部改正

平成24年 6月16日一部改正

平成25年 4月 1日一部改正

平成28年 8月 5日一部改正

## (一財) 三友堂病院医学雑誌投稿規程

- 本誌に掲載する論文は、原則として(財)三友堂病院の職員およびその関係者の投稿による。
- 本誌は、総説、原著、臨床研究、症例報告、その他医学研究に関連のある論文、および学会発表抄録、各科の研究活動の内容、統計、実績から成る。
- 論文の長さは原則として総説、原著は400字原稿用紙50枚、症例報告20枚、図・表・写真1枚を用紙1枚分に数え、文献をも含んだ計算を標準とする。尚、依頼原稿はこの限りにない。
- 原稿の表紙に邦文と欧文の表題、著者名・所属機関名、5語以内のキーワード、をいれる。キーワードは日本語は「医学中央雑誌」、英語は「Index Medicus」に準じること。表紙の次に800字以内の抄録をつける。

### 本文

- ①400字詰原稿用紙(A4版)にペン書き、横書き、楷書で、口語体、当用漢字、新かなづかいを用いる。句読点は正確に書くこと。ワープロ原稿の場合は、40×40字詰とし、フロッピーをつけ、ワープロのメーカーと機種名、パソコンのワープロソフト名、versionをラベルに記入すること。
- ②文中の文献、外国人名、地名、薬品名は必ず原語綴りとし、タイプあるいは明瞭な活字体を用いる。
- ③度量衡はCGS単位とし、km、m、cm、mm、l、dl、ml(ccでなく)、kg、g、mg、mEq/l、mg/dl(mg%でなく)などを用い、数字は算用数字(1、2、3など)を用いる。

### 図・写真・表

- ①図表の原稿は、黒インクを使用し、図は下、表は上に和文の表題をつける。
- ②写真は台紙からはずしやすくし、裏に上下を明記すること。白黒・カラーを問わない。
- ③スライド、X線フィルムは紙焼きし、大きさは手札以上とする。
- ④図表などの挿入箇所は、原稿用紙の欄外に、図○、表○と朱書きすること(原稿中に(図○参照)のごとく書いてある場合でも)

### 文献

- ①記載順序は引用順、または著者のabc順とし、①、②、③の書式に従う。
- ②著者名は2人まで記入し、それ以上は「、他」「, et al」とする。欧文著者名のカンマ、ピリオドは打たない。
- ③雑誌は、著者名：表題、雑誌名 巻：頁、発行年(西暦)の順で記載する。雑誌名の省略は欧文誌はIndex Medicus, 邦文誌は日本医学図書協会編「日本医学雑誌略名表」による。省略名のピリオドは打たない。

例 a) 小平 進、八尾恒良、他：sm癌細分類からみた転移陽性大腸sm癌の実態、胃と腸 29:1137-1142, 1994

b) Taylor RH, Hay JH, et al: Transanal local excision of selected low rectal cancers. Am J Surg 175:360-363,1998

④書籍は、著者名：表題、書名、編集者名、版数、発行所、発行地、発行年（西暦）、頁数の順で記載する。

例 a) 工藤 進：早期大腸癌－平坦・陥凹型へのアプローチ、医学書院、東京、1993, p58-75

b) Stertz SH, et al: Coronary and peripheral angioplasty. Textbook of Interventional Cardiology, 2nd ed, W.B. Saunders, Philadelphia, 1994, p171-179

●他雑誌に全文収載された論文については、著者名、表題名、収載雑誌名、巻、号、ページ、年を記録する。

●学会・集会等において、発表された抄録は、発表した学会・集会名、発表年月日を併記する。

●論文の採否は、編集委員会が決定する。また、論文内容が、個人のプライバシーに抵触あるいは、個人に不利益を被る恐れがあると判断される場合に、編集委員から著者に変更あるいは訂正を依頼することがある。

●校正は原則として、初校だけを著者が行うこととする。

●印刷済の原稿および図表などは、とくに申し出がなければ返還しない。

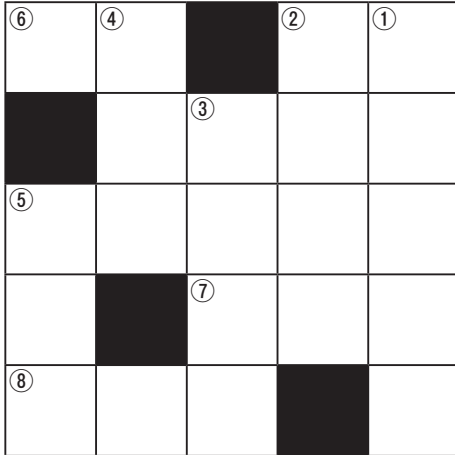
●採用の論文は別刷として、30部を無料進呈する。それ以上は実費、著者負担とする。

原稿締切日 9月30日



# クロスワードパズル

## クロスワードパズル1



### タテのカギ

- ①血管などに挿入します
- ②〇〇〇〇酸ナトリウム
- ③アドレナリンなどの物質
- ④和式や洋式があります
- ⑤リスク〇〇〇ネット

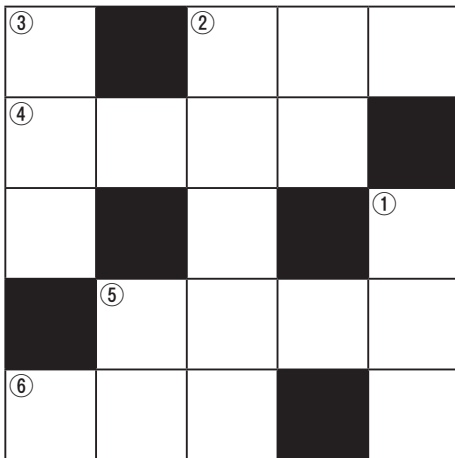


### ヨコのカギ

- ⑤免疫の過剰な反応でおこります
- ⑥1年ごとにネズミ、ウシ、トラ…と変わります
- ⑦〇〇〇ディオ山形
- ⑧亜急性脊髄視神経症の別名



## クロスワードパズル2



### タテのカギ

- ①心臓は血液の〇〇〇です
- ②コンピューターなどで起きるデータ転送の遅延時間
- ③病気、災害、事故などに備えて加入します

### ヨコのカギ

- ②肝臓を英語で
- ④引っ張ることです
- ⑤高血圧の原因になります
- ⑥フォーセップやシザープライヤーとも呼びます



### 1の答え

⑥	④	■	②	①
エ	ト	■	ア	カ
■	イ	③	ホ	ル
⑤	ア	レ	ル	ギ
■	セ	■	⑦	モ
⑧	ス	モ	ン	■
				ル

### 2の答え

③	■	②	レ	バ	ー
④	ケ	ン	イ	ン	■
■	■	■	テ	■	①
■	■	⑤	エ	ン	ブ
⑥	カ	ン	シ	■	プ

## フォトコンテスト



三友堂フォトコンテスト佳作  
撮影者 鈴木 由佳



三友堂フォトコンテスト佳作  
撮影者 伊藤 祥希

たくさんの力作のご応募、ありがとうございました。  
多数の応募のため、当方で1人1点にいたしました。  
次回の更なるご応募お待ちしております。

## 編集後記

今年も、はや師走の候となりました。一年があっという間に過ぎ、『光陰、矢のごとし』を実感しております。三友堂病院は明治19年(1886)に三友舎として開設され、今年で創業130年を迎えました。地域住民の高齢化、過疎化など多難な時代を迎えておりますが、先人達の苦難を思う時、私達も次代に輝かしい伝統をバトンタッチできるように益々奮闘しなければなりません。本医学雑誌がその為の一里塚として、皆様のお手で少しでもお役に立てれば幸いに存じます。来年もよろしく御指導、ご支援のほどお願い申し上げます。  
(編集委員長：阿部 秀樹)

ペット写真にたくさんの応募ありがとうございました。自分のコキタナイ金魚を出す羽目にならずほっとしているところです。編集長の阿部先生がいつもおっしゃっているのは、「楽しんで読んでもらえる」雑誌を作るということです。皆さんの読みたいテーマで誌面を作りたいので、どんどんアイデアを寄せてください。もちろん、投稿論文はテーマ・方針に関わらず掲載しますので、奮って御投稿願います。  
(編集副委員長：川上 圭太)

年齢をとることは確かに身体は衰えるが心は豊かになるような気がする。両方を管理することは大変なのでせめて心豊かに毎日を過ごしたい。って自己管理出来ない言い訳かも。  
(渡部 悦子)

今号の特集は如何でしたでしょうか。ご自分の健康に関心の無い方はいないと思いますが、これを機会に今の自分の生活を見直してみませんか、あ、自分を含めてですね(自嘲)。  
(佐藤 一彦)

初めて編集委員となり、阿部委員長のもと、皆様に興味を持っていただける、ためになる、楽しい医学雑誌の作成に取り組みました。ご協力をいただいた皆様に深く感謝申し上げます。  
(小松 千加子)

今年度のフォトコンテストでは、皆さんからたくさんご応募いただきありがとうございました。委員会メンバーで楽しく拝見させていただきました。

来年度も継続企画の予定でおりますので、またたくさんのご応募お待ちしております。

(板垣 千奈美)

今回、編集委員になり、途中から参加させていただく形となりましたが、御協力をいただいた方々に感謝したいと思います。ありがとうございました。

多くの方に目を通していただければ幸いです。

(横山 江理子)

今年度は看護学生による学校紹介記事を掲載することが出来ました。

ご協力いただきました職員及び学生の皆様、誠にありがとうございました。

紹介記事を御覧になった皆様が、少しでも看護学校に興味をお持ちいただけましたら幸いです。

(皆川 透)

今回は私が編集委員になってからは初めての試みとして、外部の先生からのご協力もいただき、発刊することができました。フォトコンテストでは職員の皆さまからのペットに対する愛情も感じることができ、更に皆さまの手に触れていただくチャンスが増えたのではないのかなと感じます。

(高橋 大輔)

## 編集委員名

編集委員長	阿 部 秀 樹 (三友堂病院 循環器科)
副編集委員長	川 上 圭 太 (三友堂リハビリテーションセンター リハビリテーション科)
委 員	渡 部 悦 子 (三友堂病院 看護部)
	佐 藤 一 彦 (三友堂病院 医療技術部)
	小 松 千加子 (三友堂病院 事務部)
	板 垣 千奈美 (三友堂リハビリテーションセンター 看護部)
	横 山 江理子 (三友堂訪問看護ステーション)
	皆 川 透 (三友堂看護専門学校)
	高 橋 大 輔 (法人本部 人事企画部)



(一財)三友堂病院医学雑誌 第17巻 平成29年

---

平成29年1月 印刷

平成29年1月 発行

発行者 仁 科 盛 之

発行所 (一財)三友堂病院  
(一財)三友堂病院医学雑誌編集委員会  
〒992-0045 山形県米沢市中央6丁目1-219  
TEL (0238)24-3700

印刷所 株式会社 青葉堂印刷  
〒992-0119 山形県米沢市アルカディア1丁目808-22  
TEL (0238)29-1234