



にじ

2019年第8回「心臓」優秀賞受賞
循環器内科 吉村 由紀

..... P2

ハートフルナーシング賞 受賞者の声 P3

第26回 外科グループ手術症例検討会 P4 ~ 7

高知医療センター イベント情報 P8

5

MAY 2020 Vol.175



令和2年度 看護局新規採用職員

高知医療センターの理念 — 医療の主人公は患者さん —



日本心臓財団・日本循環器学会誌「心臓」 2019年 第8回「心臓」優秀賞受賞

循環器内科 吉村 由紀

この度、日本心臓財団・日本循環器学会発行の雑誌「心臓」の2019年第8回の「心臓」優秀賞を当科の吉村由紀先生著書の論文が受賞しました。

この「心臓」は1969年に創刊された非常に歴史のある雑誌で、年間に約100程度の論文が掲載されております。



今回、2019年に掲載された96論文の中から、編集委員及びAdvisory Board、日本循環器学会理事の全81名による審査を経て、特に優秀であった3論文の内の1つとして選出されました。

本症例は我々が診させていただいた症例で、全力で治療にあたるも最終的には不幸な転帰を辿りました。どうしても治療経過で十分に解明できない部分が多く、ご家族のご厚意で病理解剖を行うことで、真の診断に辿り着いた症例です。臨床の現場で我々が患者さんを通じて得た経験を、論文という形で多くの他の医師に情報を共有することは臨床医師の責務であり、その結果、多くの患者さんを救うことができると考えます。

“No job is finished until the paperwork is done”

編集委員長の小室一成先生の本論文に対するコメントを引用させていただきます。

「吉村先生の論文は、冠動脈壁に高度のアミロイド沈着による内腔狭窄を認めつつ心筋間質へのアミロイド沈着を欠く稀な剖検例です。病状経過の詳細がわかりやすく提示され、文章の展開も非常に臨場感あふれ、段階を踏んで病態を追求していく様が手に取るようにわかる素晴らしい報告でした。」



この賞を励みにこれからも当科では臨床・研究に力を入れていきたいと思っております。

今後とも何とぞよろしくお願い申し上げます。

最後になりましたが、本症例の病理解剖及び病態解明に多大なご協力をいただいた松本学先生にこの場にお借りしてお礼申し上げます。

文責 循環器内科 尾原 義和

病院長より一言

優秀賞受賞論文は、症例「重度心筋虚血をきたした閉塞性壁内冠動脈アミロイドーシスの1例」と題され、心臓 2019; Vol.51 No.5: 501-508 に掲載されています。稀な症例での剖検例であるだけでなく、臨床推論が段階的に行われていることが十分にわかる明快な文章です。図書室でコピーし精読しましたが、臨床所見・経過の記載も過不足のない検査をもとに行われています。剖検により小血管壁にアミロイド沈着が確認されていますが、冠動脈には高度狭窄や閉塞所見を認めず、血栓像も確認されていま

せん。冠動脈造影を実施し、同様の所見が確認されていますが、臨床症状、心電図所見からの重症心筋虚血との乖離が問題点であり、剖検所見により病態が解明されています。担当した症例で臨床経過に納得がいかない場合に、剖検の許可をいただき、病理医にお願いして解剖を行うことについて、最近の研修医制度の中で、その意義を十分に理解している若手医師が少ないように感じます。臨床の中での疑問を剖検により解明し、論文化をするという小さな努力の積み重ねが臨床力をつける上で大切であると思われます。

ハートフルナーシング賞 受賞者の声

ハートフルナーシング賞は、看護局の理念「いのちに寄り添い ところとつなぐ パートナーシップ」を実践し、同僚・他職種・患者さん・ご家族から、信頼や尊敬を得ている看護職員を称え看護のこころをわかちあうために、看護局協議会メンバーにより2012年に創設しました。

これまでに看護師26名、看護補助者10名の方が栄誉あるハートフルナーシング賞を受賞しております。

2019年度を受賞者を紹介します。



3Fフロア 池 香奈さん(看護補助者)

今回賞をいただき驚きました。日頃、周りのスタッフに支えられて仕事をできていることに感謝しています。ありがとうございます。期待に添えるように新たに気を引き締めて頑張りたいと思います。どうぞよろしくお願いします。

外来 宗石 育子さん

この度受賞することができましたのは、ひとえに上司の方々、諸先輩方、同僚の方々のご指導・ご支援のおかげだと深く感謝しております。

これからも精進して参ります。ありがとうございました。

集中治療 山下 里美さん

この度は大変素晴らしい賞をいただき、ありがとうございました。部長をはじめ、周りのスタッフに支えられ、日々の業務を行っています。皆さんへの感謝の気持ちを忘れず、これからも皆さんとともに頑張らせていただきます。

ほがらか5A 三谷 彩子さん

ハートフルナーシング賞をいただき、改めて一緒に働くスタッフに感謝しています。

これからも患者さんの声に耳を傾け、寄り添う気持ちを忘れずに接していきたいと思います。

ありがとうございました。

さわやか8B 藤崎 桂子さん

今回、賞をいただき、大変うれしい気持ちです。

今後さらに、患者さんに安心してもらえるような看護師、スタッフの手本となる看護師になりたいと思います。

本当にありがとうございました。

受賞
おめでとう
ございます♪



高知医療センター 第26回 外科グループ手術症例検討会

開催にあたって

移植外科 瀬谷 祐一

いつも高知医療センターにご紹介いただきありがとうございます。われわれ外科グループ(消化器外科・一般外科、移植外科、乳腺・甲状腺外科)は年に数回、当院へご紹介いただき手術を行った患者さんの報告会を行っております。

令和2年2月5日に開催しました第26回外科グループ手術症例検討会には、院外の先生方11名、院内からは22名の方々にご参加いただきました。

6例の症例を発表しましたが、スペースの関係にて4症例ご報告いたします。

なお、この報告会では検討症例のご希望がありましたら、できるだけ取り上げるようにいたしますのでお知らせください。

今後とも、先生方の多数のご参加をよろしくお願い申し上げますとともに、高知医療センターをよろしくお願い申し上げます。

症例①：局所進行食道癌に対する治療経験 消化器外科・一般外科 佐藤 琢爾

【緒言】食道癌は化学療法や放射線治療、手術治療を含めた集学的治療が必要な代表的な癌種である。切除可能な局所進行食道癌に対しては、術前化学療法後に手術治療を行うのが標準治療であるが、局所切除不能局所進行癌の場合、強力な化学療法を行い縮小が得られた症例に対して手術治療を行う戦略vs化学放射線治療を行う治療戦略を比較した臨床試験(JCOG1510)が国立がん研究センターを中心に行われている。今回、標準治療とJCOG1510の境界に位置する局所切除不能に近い局所進行食道癌に対して化学療法施行後に手術治療を行った一例を経験したので報告する。

症例：40歳代 女性

【主訴】胸痛、つかえ感

【現病歴】2019年6月、胸痛あり近医受診。鎮痛剤で様子観察していたが軽快しないため、9月再診し、精査にて食道癌と診断され、当院紹介受診となった。

【既往歴】急性膵炎(アルコール)

【嗜好】喫煙：20本/日 17年間

アルコール：酎ハイ1杯、フラッシュなし

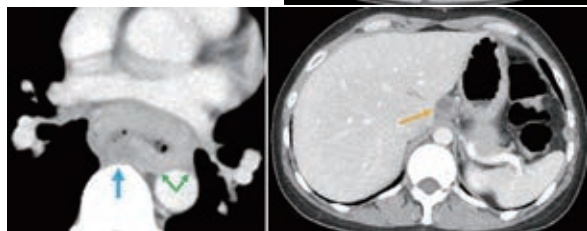
【上部消化管内視鏡検査】

中部食道から食道胃接合部まで全周性のType2病変を認めた。生検：扁平上皮癌。



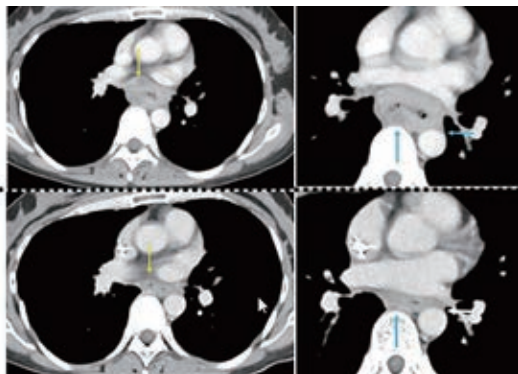
【造影CT検査】

食道癌のリンパ節転移による心嚢浸潤を疑う所見であった。大動脈や椎体への浸潤はないと診断した。腹部リンパ節転移を認めた。



【治療経過】強力な3剤併用化学療法(DCF療法)を3コース行った。CTで治療効果判定でPRとなった。

治療前CT



【治療前診断】胸部中下部食道癌, Type2, Circ, SCC, cT3, cN2, cM0 cStageIII(食道癌取扱規約第11版)

腫瘍縮小にて心嚢浸潤はないと診断し、根治切除術が可能と診断した。

【手術施行】

腹臥位胸腔鏡下食道全摘、開腹胃管再建、3領域郭清を行った。心嚢面は化学療法による炎症と癒着はあったが、剥離可能であり浸潤を認めなかった。

【術後経過】

左反回神経麻痺を一過性に認めたが、他合併症なく経過し、術後14病日に退院した。

【病理学検査所見】

原発巣、リンパ節、剥離断端ともに、腫瘍の遺残を認めなかった。根治切除術であった。胸部中下部食道癌、肉眼型Type5b、腫瘍径21x10mm、SCC、INF-B、ly0、v0、IM0、PM0、DM0、RM0、pN2(No.1&No.109Lに転移あり)、M0 CT-pT3N2M0、CT-pStageIII



【考察】局所進行食道癌においては、手術治療を含めた治療戦略が長期生存を得られる可能性が示唆されている。現在、JCOG1510臨床試験が行われている最中であるが、境界病変の場合は、判断に難渋することがある。今回提示した症例においても、施設によっては切除不能進行食道癌と診断される可能性があった。当科では、境界領域の進行癌に対して、切除できる可能性が残されているのであれば、強力な化学療法で縮小を得て、手術治療を行う方針を打ち立てている。

結 語

切除不能に近い局所進行食道癌に対して、強力な化学療法を行い根治切除術が行えた一例を経験した。

症例②: 腹腔鏡下噴門側胃切除術、観音開き法再建を施行した1例 消化器外科・一般外科 桂 佑貴

【緒言】噴門側胃切除後の再建法として、観音開き法再建は、術後最も問題となる胃食道逆流症を防止する再建法として、現在では広く周知されている。しかしながら、基本的には器械を用いず、手縫いによる吻合操作であるため、腹腔鏡下に吻合を行う場合は高い技術が必要とされ、普及率が低いというのが現状である。当科では腹腔鏡下噴門側胃切除術後の再建法として、観音開き法再建を導入しており、今回同術式を施行した1例を報告する。

症例：76歳 男性

【現病歴】検診胃透視にて異常を指摘され、前医の上部消化管内視鏡検査にて胃上部小彎に隆起性病変を指摘。生検にて胃癌 (tub1) と診断され、当院消化器内科紹介となり、内視鏡的粘

膜下層剥離術施行。病理結果にてpT1b, Ly1と診断されたため、追加切除目的に当科紹介となった。

【既往歴】糖尿病、脂質異常症、前立腺癌術後、陶器様胆嚢

【上部消化管内視鏡検査、内視鏡的粘膜下層剥離術後】

胃上部小彎にType0-II a病変を認め、胃癌 U Less cType0-II a cT1a(M) N0 M0 cStage I の診断のもと、内視鏡的粘膜下層剥離術が施行された。病理結果は胃癌 U Less pType0-II a, 30×20mm, tub1>tub2, pT1b(SM2 1570μm), cN0 M0, UL0, Ly1, V0, HM0, VM0 pStage I であった。



【CT検査】原発巣は指摘できず。有意な領域リンパ節の腫大や遠隔転移所見認めず。陶器様胆嚢を認めた。

【術前診断】胃癌 U Less pType0-II a pT1b(SM) N0 M0 cStage I (内視鏡的粘膜下層剥離術後)

【施行術式】腹腔鏡下噴門側胃切除術, D1+郭清, 食道残胃吻合 (観音開き法), 胆嚢摘出術

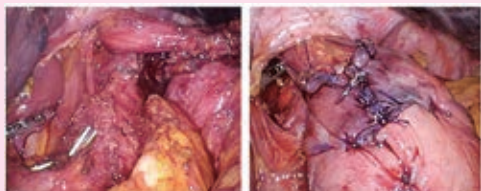
【手術内容】

腹腔鏡下噴門側胃切除術, リンパ節郭清後, 再建操作に移った。再建操作は体外操作にて漿膜筋層フラップを作成後, 体腔内操作にて食道残胃吻合を行った。再建終了後に胆嚢摘出術を行い手術を終了した。

【手術時間】534分

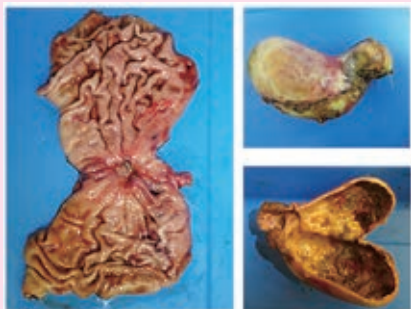
【出血量】

230ml

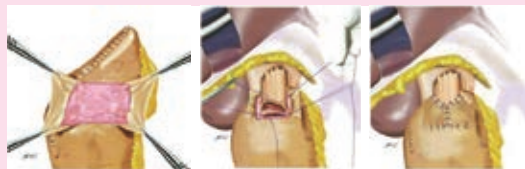


【病理学的所見】

摘出標本には癌の遺残は認めなかった。リンパ節にも転移を認めなかった。病理学的病期診断は胃癌 U Less pType0-II a, pT1b, N0, M0, pStage I A であった。



【観音開き法再建について】観音開き法再建は上川らが提唱した、手縫い吻合による完全な逆流防止機構の再構築を目指した食道残胃吻合法である。その概要は、残胃前壁に観音開き型に漿膜筋層フラップを作成し、そこに食道下端を埋め込む形となるように食道残胃吻合を形成する。食道残胃吻合の後壁は、食道全層・残胃粘膜粘膜下層に行い、前壁は層々となるように行う。最後に漿膜筋層のフラップを被せるように縫着し、完成となる。このように機能的にも形態的にも食道胃接合部の再構築を行うことで、徹底した逆流性食道炎を予防した再建法である。胃粘膜下層と胃漿膜筋層フラップの間に埋め込まれた食道下端が胃内圧上昇により内側から加わる力と外側を覆うフラップによる抵抗の力により圧迫されることにより、効率的な逆流防止弁としての機能を果たす。



医療センターにおける腹腔鏡下噴門側胃切除観音開き法再建症例

	年齢	性別	BMI (kg/m ²)	手術時間 (min)	再建時間 (min)	出血量 (ml)	在院日数 (day)	合併症
Case1	60	M	23.6	424	104	170	12	(-)
Case2	57	M	20.9	326	83	160	14	(-)
Case3 (本例)	76	M	21.5	534	105	230	15	(-)
Case4	59	M	25.2	370	100	85	10	(-)

【考察】これまで当院にて4例の腹腔鏡下噴門側胃切除、観音開き法再建を経験した。いずれの症例にても術後合併症は認めておらず、また術後逆流症状の出現も認めていない。腹腔鏡下観音開き法再建は、術後の安全性、郭清精度が担保され、さらに逆流防止機能が確保されることが認められた。

結 語

腹腔鏡下噴門側胃切除術、観音開き法再建を施行した1例を報告した。

症例③: 直腸肛門管原発 Amelaotic Malignant Melanoma の1例 消化器外科・一般外科 戸嶋 俊明

【緒言】消化管原発悪性黒色腫 (malignant melanoma: MM) は稀である。今回、リンパ節転移を伴う局所進行直腸肛門管悪性黒色腫に免疫チェックポイント阻害剤であるニボルマブ (オプジーボ®)、イピリマブ (ヤーボイ®) を投与した後に根治切除を施行した1例を経験したので報告する。

症例：50歳代 女性

【主訴】下血

【現病歴】2019年3月に下血を主訴に前医受診。下部消化管内視鏡検査を施行し直腸Rbに1型腫瘍を認め生検で悪性黒色腫の診断。精査加療目的に当院紹介となる。

【既往歴】なし (ASA-PS 1)

【血液検査】特記すべき異常所見を認めなかった。

【下部消化管内視鏡検査 (初診時)】直腸Rb左壁に1/3周性の

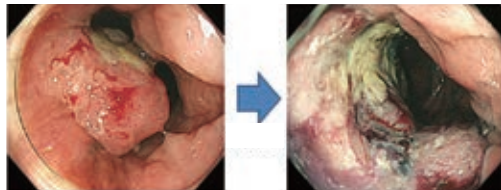
退色調の1型腫瘍あり。BRAF変異陰性、PDL1抗体発現 (>1%) あり。(6ページ画像参照)

【MRI検査 (初診時)】直腸RbにT2強調画像で高信号の腫瘍を認める。腫瘍周囲に転移を疑う腫大した領域リンパ節を認める。(6ページ画像参照)

【治療経過】明らかな遠隔転移はないがリンパ節転移疑いがあり、ニボルマブ、イピリマブによる化学療法を開始したが、腫瘍は増大 (RECIST PD) し、肛門部痛も生じたため治療開始から7か月後に手術を施行した。

【下部消化管内視鏡検査（治療後）】

腫瘍は増大傾向にあり肛門管まで浸潤あり。

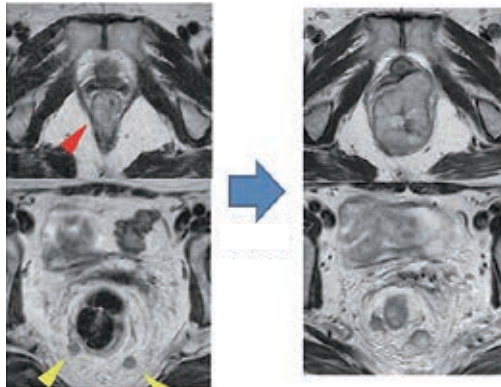


初診時

治療後

【MRI 検査（治療後）】

腫瘍は肛門挙筋、膈後壁への浸潤が疑われる。



初診時

治療後

【術前診断】

大腸悪性黒色腫 RbP, ycT4b (肛門挙筋, 膈), N2a, M0, ycStageIIIc

【施行術式】

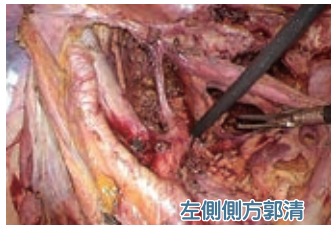
腹腔鏡下腹会陰式直腸切断術, 中枢側 D3, 両側側方 D2 郭清, 膈後壁合併切除, 両側鼠径リンパ節郭清術, 手術時間 388 分, 出血量 60ml.



中枢側 D3 郭清



腹腔側から膈を開放



左側側方郭清



左鼠径リンパ節郭清



腫瘍は膈に露出



腫瘍は肛門から露出

【病理診断】膈後壁への浸潤, リンパ節転移あり. 断端は陰性.

【術後経過】経過良好で術後 19 日目に自宅退院された.

【考察】直腸肛門部 MM は, 全 MM の 0.2%, また直腸肛門部悪性腫瘍の 0.5% と極めて少ない. なかでも肉眼的に黒色を呈さない amelanotic MM は 10-30% とさらに頻度は低くなる. 直腸肛門部 MM は早期から血行性, リンパ行性転移をきたし, 5 年生存率は 4.6-15% と予後不良とされている. 本症例では免疫チェックポイント阻害剤使用後も遠隔転移は生じず, 根治切除を施行しえた.

症例④: 腎細胞癌術後肺転移再発の 1 切除例 消化器外科・一般外科 松本 尊嗣

【緒言】転移性肺腫瘍の頻度は悪性腫瘍患者の剖検例で 10 ~ 20% と報告され, 悪性腫瘍の末期像として決してまれでは無い. 他方, 肺臓の他に遠隔転移を認めない症例に対する積極的な肺切除により長期生存が得られたという報告が近年散見されるようになってきた. 今回我々は腎癌術後 16 年で出現した 2 力所の肺転移再発に対する切除例を経験したので報告する.

症例: 50 歳代 女性

【現病歴】甲状腺乳頭部癌術後当院にて経過観察中, 腹部超音波検査にて脾頭部腫瘍が疑われた.

精査での CT, MRI にて脾頭部, 脾尾部に腫瘍を指摘され, 2017 年 7 月 当院肝胆脾外科紹介となる.

【既往歴】2001 年 左腎癌に対し左腎摘 (他院: 病理詳細不明) 術後 IFN 自己注 → 治療 1 年 肝機能異常で中止

2012 年 甲状腺癌に対し甲状腺右葉切除 + D1 リンパ節郭清, pT1aN0M0 stage I (他院)

【アレルギー】

1992 年頃 コード造影剤でアナフィラキシーショック

【生活歴】喫煙: 20 本/日 × 33 年, 飲酒: 2012 年 - 禁酒

【初診時現症】

身長 164cm, 体重 101kg (BMI 38),

頸部, 下腹部正中, 左腰部に手術痕

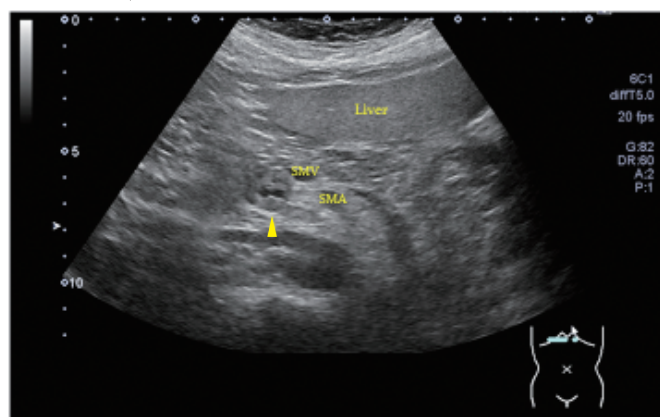
【血液生化学的検査】

AST/ALT 比の逆転, コリンエステラーゼ, 総コレステロール, 中性脂肪高値で, 過栄養状態, 脂肪肝が示唆された.

AST	31 U/I	T-cho	287 mg/dl	HBsAg	0.00 IU/ml
ALT	57 U/I	TG	394 mg/dl	HCVAb	0.04 S/CO
ALP	218 U/I				
LDH	174 U/I	CEA	4.2 mg/ml		
Ch-E	531 U/I	CA19-9	9.2 U/ml		
T-Bil	0.3 mg/dl				
D-Bil	0.1 mg/dl	WBC	6820 / μ l		
TP	7.8 g/dl	RBC	514 $\times 10^{12}/l$		
Alb	5.0 g/dl	Hb	13.0 g/dl		
Glu	92 mg/dl	Ht	40.7 %		
HbA1c	6.0 %	Plt	21.4 $\times 10^4/\mu$ l		
UN	10.9 mg/dl				
Cre	0.71 mg/dl				
eGFR	66.7 ml/min				
Na	145 mEq/l				
K	3.7 mEq/l				
Cl	145 mEq/l				
Cn	9.5 mg/dl				
CRP	0.13 mg/dl				

【腹部超音波検査】

脾鉤部に 1.8 × 1.6 × 2.5cm の比較的境界明瞭で内部不均一な低エコー腫瘍, 血流シグナル無し

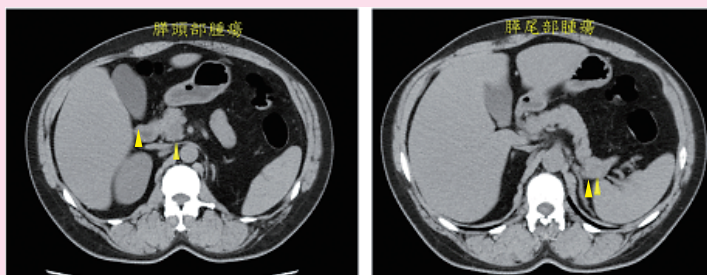


【腹部単純CT】

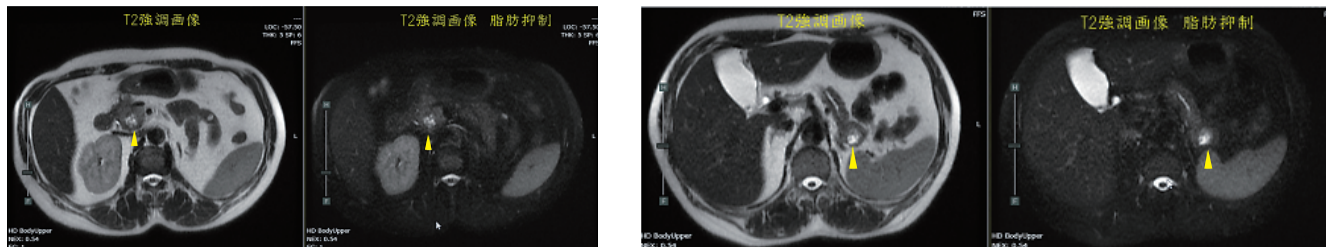
膵頭部に24mm

膵尾部に26mm

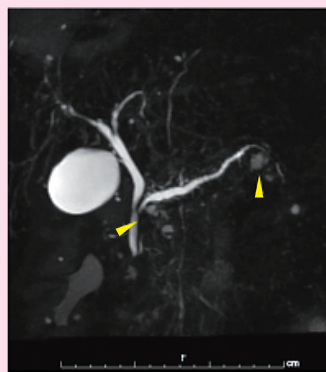
周囲の膵実質と比較して若干低吸収な腫瘤を認める



【MRI】膵頭部にT1WIopposed phaseで信号低下を呈する24mm大の低信号領域を認める。T2WIで内部に嚢胞状構造が認められる。DWIで拡散低下を認めない。膵尾部も膵頭部腫瘍と同様、T2WIで内部に嚢胞構造を有する26mm大の腫瘍を認める



【MRCP】膵頭部腫瘍による主膵管の途絶を認め、主膵管浸潤が疑われた。



【術前診断】腎細胞癌の膵転移(2個、膵頭部、膵尾部)

鑑別診断：膵管内乳頭粘液性腫瘍、膵神経内分泌腫瘍

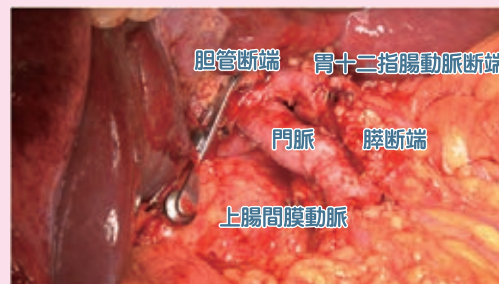
【診断後経過】腎摘出術後16年で出現した膵転移再発と診断、通常は非常に緩徐な進行を呈する点、膵頭十二指腸切除、膵体尾部切除に耐術し得ることが必要条件と判断し、手術の安全性を担保すべく、体重管理を先行した。紹介医の先生方のご高配により、101kgから85kgと減量に成功、2019年12月、手術を施行した。

【術前診断】腎癌術後異時性転移性膵腫瘍(膵頭部、膵尾部)

【手術術式】脾温存尾側膵切除、膵頭十二指腸切除術

【手術時間】342分

【出血量】550ml 輸血無し



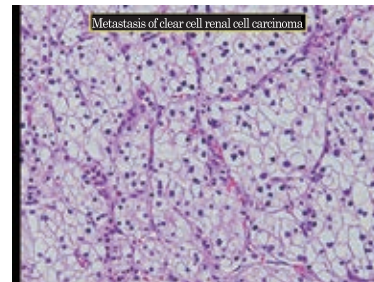
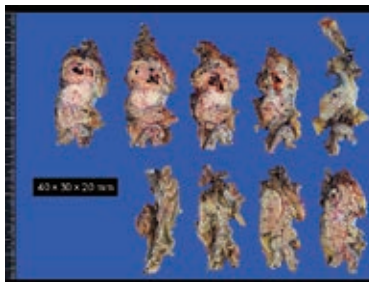
【病理診断】

Metastases of clear cell renal cell carcinoma; pancreas, resection

肉眼的に黄色調～灰白色調で出血を伴う、境界明瞭な分葉状の腫瘍であった。

組織学的に、軽度～中等度の異型を示す類円形核と、淡明で豊富な細胞質を有する、立方状・多角形の腫瘍細胞が、毛細血管を含む細い間質を介在させつつ、胞巣状を呈して増殖しており、淡明細胞型腎細胞癌(clear cell renal cell carcinoma)の転移と診断した。

【術後経過】術後軽度の膵液瘻(ISGPF:biochemical leak)を認めるも保存的に改善、術後第18病日に軽快自宅退院された。



【考察】転移性膵腫瘍は、全膵悪性腫瘍の2%以下とされる。原発巣としては腎癌が最多で61.7%、その後、大腸癌(7.8%)、悪性黒色腫(4.9%)、肉腫(4.9%)と続く。画像所見は原発巣の特徴を反映するとされている。治療は原発巣により異なり、切除の有効性が示唆される癌腫としては腎癌、乳癌、大腸がん、軟部組織原発腫瘍が挙げられている。

当科における転移性膵腫瘍切除例を示す。本症例を含め7例、年齢は38歳から72歳、男性3例、女性4例、原発巣は腎癌が最多で3例、子宮癌2例、大腸がん1例、肺癌1例であった。術前から膵転移と診断できた症例2例にすぎず、これは実臨床において術前診断は必ずしも容易で無いことを示している。本症例を含め、約20年の無病期間を経て切除された症例も3例あり、癌既往のある患者の膵腫瘍をみた際に転移性膵腫瘍の可能性も念頭に置く必要があると考えられた。膵切除後の長期予後に関して、今回の症例を除く6例中3例は長期間無再発生存が得られており、症例を選ぶことで(原発巣、無病期間の長い症例)積極的な切除が予後改善につながる可能性が示唆された。

case	年齢	性別	原発巣	DFI	術前診断	術式	予後(膵切除後生存期間)
1	38	男	大腸癌	1年7ヶ月	膵転移	PD	無再発生存(14年)
2	71	女	子宮頸癌	約4年	膵頭部癌	PD	死亡(1年6ヶ月)
3	43	男	膵癌	1年1ヶ月	膵体部癌	MP	死亡(6ヶ月)
4	72	女	腎癌	約25年	NET	PD, DP, 検出	無再発生存(5年6ヶ月)
5	51	女	子宮体癌	3年6ヶ月	MCN	DP	死亡(8ヶ月)
6	83	男	腎癌	約20年	膵転移orNET	DP	無再発生存(3年4ヶ月)
7	53	女	腎癌	約17年	膵転移	PD, DP	生存

(本症例)
DFI: disease free interval, DP: distal pancreatectomy, MCN: mucinous cystic neoplasm
MP: middle pancreatectomy, NET: neuroendocrine tumor, PD: pancreaticoduodenectomy.

結 語

腎癌術後、2カ所の転移性膵腫瘍に対し外科的切除を施行した1例を経験した。

【謝辞】減量を含め、術前の良好な管理に関してご高配を賜りました、秋沢内科 秋澤洋介先生、お日さまクリニック 葛籠幸栄先生にこの場をお借りして深謝申し上げます。

高知医療センター イベント情報

高知医療センター 新人看護師研修 他施設公開研修

参加費無料・申込要

5/13
(水)

内容：ストレスマネジメント1
講師：高知県立大学 教員
場所：高知医療センター 1階 研修室2・3
時間：9：00～12：00／対象：新人看護師(16名)

中止

5/22
(金)

内容：救急看護1 **定員に達しました**
講師：高知医療センター インストラクター
場所：高知医療センター 1階 研修室2・3
時間：13：30～17：30／対象：新人看護師(16名)

延期

日程は決定次第ご連絡いたします

5/28
(木)

内容：フィジカルアセスメント1
講師：急性・重症患者看護専門看護師
場所：高知医療センター 1階 研修室2・3
時間：8：30～17：00／対象：新人看護師(16名)

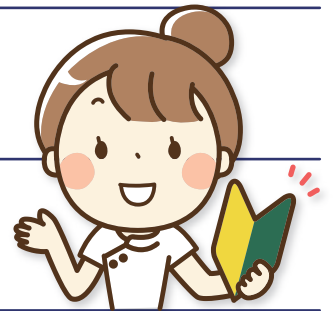
6/4
(木)

内容：与薬技術3：輸血
講師：臨床検査技師・教育担当者
場所：高知医療センター 1階 研修室2・3
時間：14：30～17：00／対象：新人看護師(16名)

6/25
(木)

内容：高齢者ケア1
講師：高知県立大学 教員
場所：高知医療センター 1階 研修室2・3
時間：9：00～10：30／対象：新人看護師(16名)

内容：医療安全2
講師：医療安全管理者・教育担当者
場所：高知医療センター 1階 研修室2・3
時間：13：00～16：00／対象：新人看護師(10名)



高知医療センター 看護局集合研修 他施設公開研修

参加費無料・申込要

6/18
(木)

内容：成人BLS／AED研修 **申込期限：6月9日(火)**
講師：高知医療センター BLSインストラクター
場所：高知医療センター 2階 スキルズラボ室
時間：9：00～12：00／対象：看護師(3名)

5月以降の研修については、県下の新型コロナウイルス患者発生状況にあわせて、他施設公開研修の受け入れを検討して参ります。研修受け入れに関するお問い合わせは、ご遠慮なく下記までご連絡ください。

申込用紙は当院ホームページ 看護師他施設公開研修よりダウンロードできます。必要事項をご記入の上FAXにてお申し込みください。申込代表者は看護部門の担当者様でお願いいたします。

お問合せ：看護局 教育担当 有澤・佐野・寺尾

TEL.088(837)3000(代) FAX.088(837)6766

※時間等、変更になる場合もございますのでご了承ください。みなさまのご参加を心よりお待ちしております。

編集後記

人類の歴史は、ウイルスとの戦いの歴史と言えるのではないのでしょうか。新型コロナウイルスの脅威によって、世界を席巻したスペイン風邪が注目されています。スペイン風邪は、今ならH1N1型インフルエンザだと分かっていますが、当時はウイルスを発見できる術はなく、原因がウイルスと分からないまま政府が実施した予防接種は無駄に終わったそうです。ワクチンも特效薬もないのは今の我々と同じですが、当時と違う点もあります。我々は今の流行がインフルエンザではなく、新型コロナウイルスが原因と知ってワクチンや抗ウイルス薬の開発を急いでいます。そして、個人の健康・栄養状態、社会の衛生環境は格段に向上し、社会規範に対する意識も高くなっています。5月号が発行される頃には、この流行が沈静化していることを切に願います。(地域医療センター 小笠原)



令和2年5月1日発行
にじ5月号(第175号)
毎月発行
編集者：広報委員会
発行者：島田 安博
印刷：株式会社 高陽堂印刷

発行元：
高知県・高知市病院企業団立
高知医療センター

〒781-8555 高知県高知市池2125-1
TEL:088(837)3000(代)

広報誌「にじ」に関するご要望・ご意見をお寄せください。 renkei@khsc.or.jp