

# にじ

## 第19回高知医療センター 内科症例報告会

..... P2~6

地域連携病院のご紹介:Vol.87

医療法人治久会 もみのき病院 ..... P7

高知医療センター イベント情報 ..... P8

# 5

MAY 2016 Vol.127



アノインティッド・マス・クワイアのゴスペルが、会場のみならず、観客の心にも響きわたりました♪ (3月26日(土) 開院10周年記念 院内コンサートより)

高知医療センターの理念 — 医療の主人公は患者さん —

第19回内科症例報告会を平成28年2月18日(木)に高知医療センター 11階よさこいサロンにて開催しました。

今回は、院外から登録医の先生7名を含む39名の参加をいただきました。登録医の先生には、お忙しい診療のなか時間を割いてご参加いただき誠にありがとうございました。会場を変更して小さい部屋にしたことで、討論も熱気を帯び、また発表5症例はいずれも臨床上大変興味深い症例ばかりで参加者にとって大変有意義であったと思います。

症例報告した研修医が、再度症例のポイントを簡潔にまとめ誌上掲載させていただきました。日頃多くの貴重な症例をご紹介いただいておりますが、本報告会はその中で情報共有したい症例を選択しております。日々の診療でお役に立ていただければ幸いです。

高知医療センターでは全病院を挙げて最善の診断、治療を心がけておりますので、患者さんのご紹介をよろしくお願い申し上げます。  
高知医療センター副院長・腫瘍内科長 島田 安博

報告1  
循環器内科

## 意外な原因が判明した心タンポナーデの一例

【症例】43才女性

【主訴】前胸部のつかえ感、嘔吐

【現病歴】

2016年1月4日から断続的に前胸部のつかえ感がありました。1月9日 18時から前胸部のつかえ感がおさまらなくなり、嘔吐も数回ありました。自宅で血圧を測定すると80台と低下していたため、救急要請されました。

【来院後経過】

来院時は意識清明でしたが、血圧80台、脈拍110台と頸脈で頸静脈怒張を軽度みとめました。心雑音はありませんでした。既往歴には22年前に外傷性大動脈解離があり、他院で手術後でした。心電図は、正常洞調律、正常軸でST変化はみられず、心室期外収縮単発がみられました。心エコーでは、左室収縮は正常でしたが、心嚢液が中等量貯留しており、右房、右室の軽度虚脱がみられました。弁膜症はありませんでした。



図1

胸部レントゲン(図1)では、軽度心拡大がありますが、肺うっ血や胸水はみられませんでした。以前の手術時の肋骨固定に使用した

ワイヤー断裂がみられたため、精査目的で造影CT(図2)を撮影すると、肋骨を固定していたワイヤーの断端が心嚢腔内にみられ、心嚢液が中等量貯留もあり、外傷性の心タンポナーデの診断で緊急手術となりました。

術中所見：冠動脈対角枝末梢付近に血管損傷によるとお

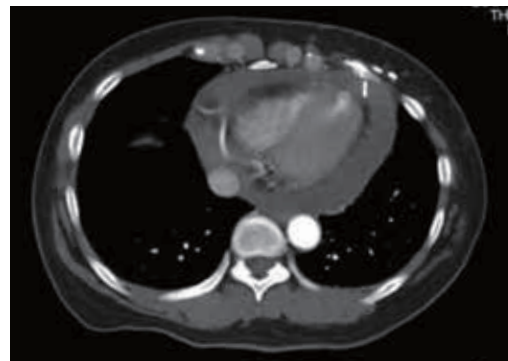


図2

もわれる出血点があり、縫合止血をしました。また、心膜に穴と同部位の心膜肥厚をみとめ、胸壁側に剥離すると断裂したワイヤーをみとめ、それを切除し、左室修復術を行いました。

術後経過は良好で、術後第14日に退院となりました。

【考察】

心タンポナーデとは心膜と心臓の間に液体が貯留することによって心臓の拡張が障害された状態で、血圧の低下、静脈圧の上昇、心音微弱のBeckの3徴が特徴です。

心タンポナーデの原因は大動脈解離や心筋梗塞による心破裂、心膜炎、外傷などがありますが、今回は手術時の固定ワイヤーによるものでした。このような手術時のワイヤー断裂による症例はこれまでに4例報告されており、これらの症例報告の心タンポナーデの原因は右室穿孔、心膜炎による心嚢液貯留でしたが、本症例の心タンポナーデの原因は冠動脈損傷でした。今回の症例は、稀なケースでしたが、心タンポナーデで大動脈の手術歴がある場合は、医原性的なものも鑑別にあげる必要があるということを経験できた一例でした。

【症例】79才男性

高血圧、糖尿病などで近医A通院中で、2015年5月頃から、腎機能障害の進行を認めるも、経過観察とされていました。8月、職場健診の胸部X線で間質影を指摘されました。その後、血尿、蛋白尿が増悪し、糸球体腎炎の合併が疑われ、当科紹介受診となりました。

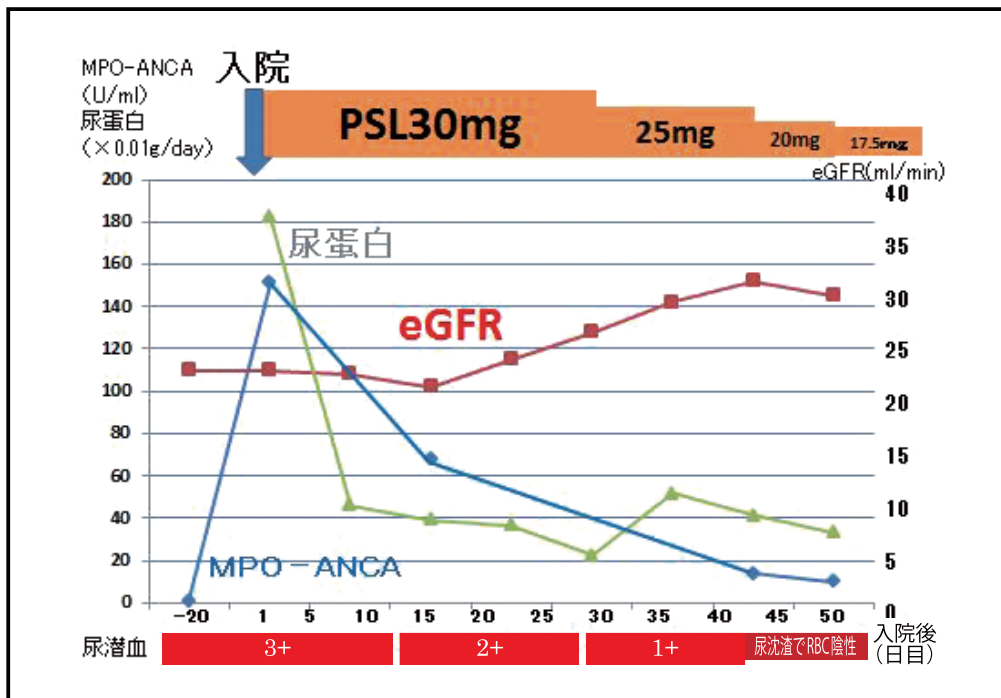
前医でANCAは陰性でしたが、当院外来でANCA再検査したところMPO-ANCA (Myeloperoxidase anti-neutrophil cytoplasmic antibody) 151U/mlと上昇が認められたため、加療目的に12月当科入院となりました。

入院時のバイタルサインは正常範囲内で、軽度の下腿浮腫以外は有意な身体異常所見は認めませんでした。胸部レントゲン写真は心胸郭比56%、右肋骨横隔膜角がやや鈍、両側下肺野にすりガラス影を認めました。血液検査はHb 8.8 g/dl、MCV 94%と正球性貧血、WBC 7,750/μl、CRP 0.42 mg/dlと軽度の炎症反応の上昇、BUN 26.6 mg/dl、Crn 1.96mg/dl、eGFR 23.4ml/min、電解質異常はなく、HbA1c 6.2 %、MPO-ANCA 151U/ml、KL-6 779U/ml、SP-D 233ng/ml、1日蓄尿蛋白量1.8g、蓄尿β2ミクログロブリン1,030μg/lでした。腹部エコー所見は両側腎臓の大きさは正常範囲内(右腎10.3cm×6cm、左腎11.1cm×6.1cm)でしたが、皮質が菲薄化しており、表面不整、脾髄境界不明瞭でした。

顕微鏡的多発血管炎(肺腎型)と診断し、ANCA陽性急速進行性糸球体腎炎の臨床所見のスコア化による重症度分類では、重症度グレードII、また、治療は70才以上でしたので経口副腎皮質ステロイド単独の適応と考えプレドニゾロン30mg/日を開始しました。

経過はeGFR、MPO-ANCA、蛋白尿、胸部間質性陰影は徐々に改善しており、現在はプレドニゾロンを2週間から4週間の間隔で5mgずつ漸減しております。

経過はeGFR、MPO-ANCA、蛋白尿、胸部間質性陰影は徐々に改善しており、現在はプレドニゾロンを2週間から4週間の間隔で5mgずつ漸減しております。



【考察】

急速進行性糸球体腎炎の症状は全身倦怠感が44%、発熱が42%、食欲不振が32%にみられるなど非特異的症狀が大半で検尿異常、血清クレアチニン異常の精査で診断に至ることが多いです。診断は①数週から数か月の経過で急速に腎不全が進行していることの確認。②血尿、蛋白尿、赤血球円柱、顆粒円柱などの腎炎性尿所見。上記の2項目を同時に満たせば、急速進行性糸球体腎炎と診断することができます。その上で、可能な限り腎生検を行い、病型診断を行います。あわせて血清マーカー検査や多臓器病変の評価により二次性を含めた病型の診断を行います。治療は副腎皮質ステロイドと免疫抑制薬による免疫抑制療法を行います。予後はMPO-ANCA陽性例ではス

テロイド単独投与の5年生存率は50-60%と報告されています。

本症例と同様に慢性の経過でMPO-ANCAが陽転化した顕微鏡多発血管炎の症例報告はそれほど多くありません。それは、多くの場合、顕微鏡的多発血管炎と診断時にANCAを測定し、陰性だった場合はANCA陰性顕微鏡的多発血管炎と診断し、治療を開始し、ANCAの再検は行わないためと考えられます。

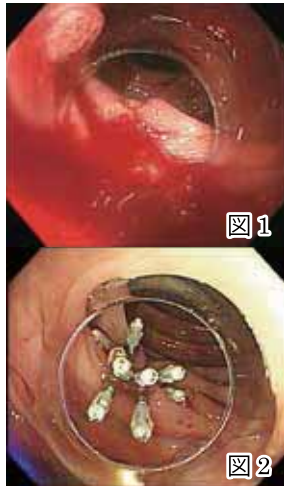
急速進行性糸球体腎炎は、治療が遅れた場合、急激に病勢が進行し重症化するため、早期発見による早期治療開始の必要があります。また、本症例のように発症早期にはANCA陽性とならない症例があることにも留意する必要があります。



【症例】90才男性

20XX年12月20日、鮮血便を主訴に前医に緊急入院となりました。緊急下部消化管内視鏡検査(以降CS)を施行し、横行結腸まで挿入しそれより口側の出血と考えられました。CTでは上行結腸憩室を多数認め、同部位からの出血が疑われました。既往歴に心房細動がありワーファリン服用中であったため、12月21日より休薬しケイツーN静注の投与を行いました。同日再度血便を認めたためCS施行し、上行結腸憩室のうち疑わしい憩室1個にクリップによる止血術を行いました。その後は血便なく経過し、12月24日ヘパリン持続投与を開始したところ、12月25日再度鮮血の血便を認めたため、加療目的に当院紹介となりました。

搬送時、出血性ショックはみられませんでした。血液検査にてHb 8.5g/dlと貧血を認めました。濃厚赤血球2単位輸血しながら、緊急CS施行したところ、上行結腸に前医でのクリップ1個とその近傍肛門側に憩室を認め、吸引したところ拍動性の出血を生じ、先端フード内に吸引反転してクリップ止血を行い、出血のないことを確認して処置を終了しました(図1.2)。その後血便、貧血進行なく経過し、12/28よりヘパリン持続投与、食事開始しましたが、同日午後暗赤色の血便を認め、血液検査にてHb 7.8g/dlと貧血進行あり、緊急CSを施行しました。CSにて前回止血した憩室より湧出性の再出血を認め、憩室内からコアグラが排出されました。クリップ追加にて止血術を行いました。その後血便は



みられず、12/28、12/29で濃厚赤血球計4単位輸血し、12/30にはHb 8.8g/dlと貧血改善を認め、ヘパリン持続投与を再開しました。しかし12/30夜～12/31深夜にかけて暗赤色便を3回認め、バイタルサインは安定していましたがHb 7.7g/dlと貧血進行がみられました。

前医より計5回の出血と計3回のクリップ止血術でも反復して出血を繰り返す症例であったため、12/31に経カテーテル動脈塞栓術(IVR)を施行しました。回結腸動脈を造影し、クリップ近傍の回結腸動脈分枝4本中1本で造影剤プーリングを認め、責任病変と考え同血管にコイル塞栓術を行いました(図3)。以降貧血進行、血便なく経過し、1/2よりワーファリン内服再開、1/10に自宅退院となりました。



大腸憩室は、アジア人、アフリカ人では右半結腸に、欧米人ではS状結腸に多いとされていますが、近年食生活の欧米化が進み本邦でもS状結腸憩室が増加傾向にあります。憩室を保有している人の10～20%が憩室出血を経験し、75%が自然止血するといわれています。憩室出血は、腹痛のない突然の血便が特徴的であり、造影CT、大腸内視鏡、消化管シンチグラフィーなどによって比較的容易に診断できる一方で、自然止血している場合は部位同定に難渋することが問題となります。本症例のように内視鏡的止血術にて止血困難な場合や、止血後も反復して出血を繰り返す場合は、IVRによる動脈塞栓術や外科手術も考慮すべきと思われます。

今回我々は、内視鏡的止血に難渋し、IVRが有効であった上行結腸憩室出血の一例を経験したので報告させていただきます。

Ph陽性急性リンパ球性白血病は22番染色体上のBCR遺伝子と9番染色体上のABL遺伝子が融合することでABL遺伝子のチロシンキナーゼ活性が増強され強い増殖能をもつ予後不良の疾患です。今回当院ではチロシンキナーゼ阻害薬(以下TKI)によって良好な経過をたどり、同種造血幹細胞移植に至った一例を経験しました。文献的考察を踏まえこれを報告させていただきます。

【症例】28才男性

主訴は発熱・全身倦怠感です。現病歴です。X年4月初旬頃から微熱・頸部痛・肩こりを自覚しました。感冒と思い様子を見ていたが2～3週間

しても改善せず4月27日に前医受診、採血で著明な白血球増多を指摘され当院へ紹介受診となりました。既往歴・社会生活歴は15歳時に縦隔腫瘍を指摘されたこと以外に特記事項はありませんでした。縦隔腫瘍を原発とした胸腺原発T細胞性白血病も疑われましたが、その後のMRI検査で血管腫と判明しております。

【来院時現象・検査所見】

軽度微熱、軽度脾腫を触れる以外特記所見を認めませんでした。来院時採血所見です。白血球数25万・芽球96%と著明な上昇を認め、腫瘍崩壊によると考えられるLDH・尿酸値の上昇・線溶系の亢進を認めました。また

病歴上は聴取されませんでした。耐糖能異常を認めました。感染症検査等に関して特記事項はありませんでした。

入院翌日骨髓穿刺を施行いたしました。骨髓は有核細胞数135.4万と過形成で96.8%を芽球が占めていました。免疫染色ではMPO染色陰性でリンパ球系白血病が示唆されました。またTdT陽性CD79aが陽性でありB細胞性であることも示唆されました。FCMでもCD10・CD19・HLA-DR陽性細胞が増加しておりCommon-B ALLと判明しました。染色体検査を施行したところ9番・22番染色体に転座を認めました。白血病キメラスクリーニングではminor BCR-ABL mRNAが $2.9 \times 10^5$ コピーと著増しておりました。以上からPh陽性急性リンパ球性白血病と診断いたしました。

### 【入院後経過】

末梢血の形態上ALLが疑われたためday1よりプレドニソPSL100mg/day投与を開始しております。しかしその後も芽球の減少なく推移しておりました。day6にBCR-ABL陽性が判明しday8よりダサチニブ140mg内服を開始いたしました。ダサチニブ開始後芽球は著明に減少しday16にはblastの消失をみとめました。この間胸水貯留・心電図異常などの特記すべき有害事象は認められませんでした。

寛解導入後、移植までの経過です。ダサチニブ・PSL静脈投与・予防的髄注を併用した寛解導入療法で6月の骨髓検査では血液学的完全寛解に至りました。その後強化地固め療法1コース・地固め療法3コースを施行いたしました。その後10月に骨髓破壊の前処置を施行後、HLA一致バンクドナーから同種造血幹細胞移植を実施しております。移植前の微小残存病変が陽性だったため移植後46日目から再発予防にDAの内服を再開しました。現在移植後111日目で移植後の末梢血中からもキメラmRNAは検出されていません。

### 【考察】

Ph陽性急性リンパ球性白血病は成人ALLの30%を占め、発症年齢が高くなるほどその割合が増加します。鑑別疾患としては慢性骨髄性白血病の急性転化が重要です。major BCR-ABLを産生するCMLと異なり、Ph陽性ALLでは一般的にminor BCR-ABLが産生されることが多いとされております。Ph陽性ALLはTKIが導入される以前は5年生存率15%程度と予後不良の疾患でした。しかし第1世代TKIであるイマチニブが導入されて以降、80%以上の患者が血液学的寛解に至るようになりました。このため本邦で現在施行中の臨床試験JALSG Ph+213では、BCR-ABL蛋白抑制作用がさらに強い第2世代TKIであるダサチニブを使用することでこれまでのJALSG Ph+208と異なり、寛解導入療法における抗癌剤

の全身投与を省略しています。これによって治療関連死亡が減少し血液学的寛解率がさらに向上することが期待されています。

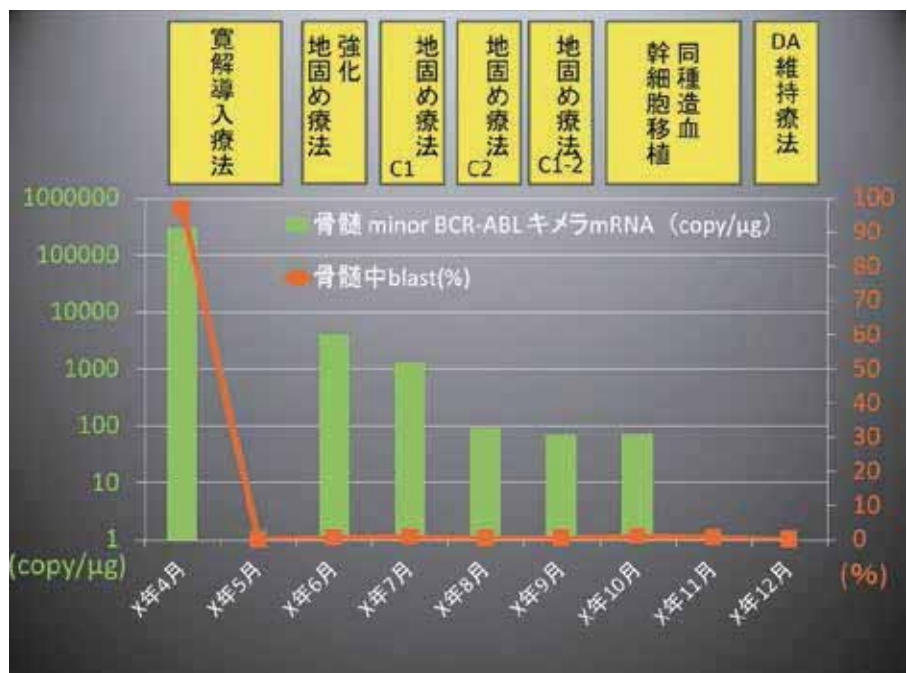
しかしTKI導入後も地固め療法期間中に再発する症例が認められました。このためTKI導入後も地固め療法の後に同種造血幹細胞移植を行う方が化学療法のみを継続するよりも予後が良いとされています。現在の地固め療法ではさらに深度の深い分子生物学的寛解を目指してTKIに強力な抗癌剤を併用した治療が行われるようになってきています。分子生物学的寛解の評価には骨髓中BCR-ABLキメラ遺伝子が微小残存病変(以下MRD)として測定されています。強力な地固め療法が行われる理由は、地固め療法後・移植直前のMRDの有無が長期予後・再発率に影響するためです。しかし寛解導入療法直後のMRDの存在は長期予後には関わらないとされています。これは分子生物学的寛解に至るにはある程度の時間がかかるためと考えられているからです。

移植後のMRDの存在も長期予後に影響するとされるが、Pfeifer\*らによれば、移植後100日以内に分子生物学的寛解を維持できていればその後の再発率は低値であると報告しています。しかし彼らは移植後1年間のTKI内服によってMRD陰性化は維持できたとしても、その後の無病生存率等はTKIを内服していない群と有意差がないとしてより長期間のTKI内服が必要なのではないかと指摘しています。

### 【結語】

TKI導入によってPh陽性ALLはより高率に血液学的寛解を得られるようになりました。一方で分子生物学的寛解のために強力な抗癌剤治療・同種造血幹細胞移植が必要な点は現在も変わっていません。また移植後もTKIの予防内服と継続的な微小残存病変の評価を行うことで再発を抑制できる可能性があります。

\*Pfeifer H, et al. Randomized comparison of prophylactic and minimal residual disease-triggered imatinib after allogeneic stem cell transplantation for BCR-ABL1-positive acute lymphoblastic leukemia. *Leukemia* 2013; 27:1254.



【症例】21才女性

【主訴】発熱・咳嗽・呼吸不全

【現病歴】

2015年10月末頃から発熱・咳嗽・呼吸困難などの症状が出現したが、市販の感冒薬内服し自宅療養していました。

2015年11月9日、症状増悪認め近医受診しました。室内気にてSpO<sub>2</sub> 40%台と高度低下認めため、当院へ救急搬送となりました。

【既往歴】気管支喘息 気分障害(詳細不明)

【入院時内服薬】

フルボキサミンマレイン酸塩錠 25mg 4錠分2

朝夕食後

バランス錠(BZ系) 2錠分2 朝夕食後

イサロン錠 100mg 頓用

ロキソニン錠 60mg 頓用

身体所見ですが、呼吸数は30回と頻呼吸、リザーバーマスク10LでSpO<sub>2</sub>は90%と呼吸不全認めました。会話中にSpO<sub>2</sub>は容易に低下し、両側下肺野での呼吸音減弱と乾性の咳嗽も認めました。



向かって左側の胸部X線が前医で撮影されたもので、両側中下肺野に浸潤陰影認めておりました。向かって右側はその後救急外来にて撮影された画像ですが、両側肺野全体に浸潤陰影はさらに広がっておりました。

血液検査ですが好中球優位の白血球数の増加とCRPの上昇を認めました。血液ガス分析ではリザーバーマスク10L投与下でPaO<sub>2</sub>/FiO<sub>2</sub>は253と酸素化不良認め、頻呼吸のために二酸化炭素は低下しておりました。

胸部単純CT検査では両側肺にair bronchogramを伴う背側優位の浸潤陰影周囲にはスリガラス陰影混在し、少量の胸水貯留も認めました。

気管支鏡検査を挿管・人工呼吸管理下にて右肺中葉(B5b)より施行しました。膿性痰認めず細菌性肺炎を疑わせる所見には乏しかったです。回収液は淡血性から血性で肺泡出血の所見で回収量は130ml(回収率87%)でした。総細胞数は17×10<sup>6</sup>/mLと著増しており、マクロファージは15%、好中球は13%、好酸球は48%、リンパ球は24%

と特に好酸球とリンパ球の割合の増加を認めました。

【治療経過】

搬送後呼吸状態の急速な悪化認め挿管しました。同日の気管支鏡検査にてBAL(bronchial alveolar lavage)施行し、好酸球数の有意な増加認め急性好酸球性肺炎(AEP: acute eosinophilic pneumonia)の診断に至りステロイドパルスを開始しました。ステロイドは漸減していき第4病日には抜管、第8病日には退院に至りました。

【考察】

下記の診断基準が一般的に用いられます。

【PhilitらのAEP診断基準】

- ① 1ヶ月以内の急性発熱性の呼吸器症状
- ② 胸部レントゲン写真において両側性の浸潤影が確認できる
- ③ BALF中に25%以上の好酸球が確認できる、あるいは肺生検において好酸球性肺炎が証明される
- ④ 薬剤、毒物、感染などの肺好酸球症の原因がはっきりしないもの(除外診断)

137人のAEP患者についてまとめた韓国での前向き研究がChinらによって報告されています。135人(99%の患者)が発症時点で喫煙者であり、喫煙と濃厚な関連が示唆されました。また患者の過半数は男性であり、男性であることもリスクファクターの一つと考えられるようです。

症状としては咳・呼吸困難・発熱の感度が高く、これらが無い時はAEPらしくないと言えることが出来そうということでした。

血液検査では71%の患者で10,000<の白血球の増加を認め、その中央値は12,070となったようです。末梢血中の好酸球増加は32%の患者でのみしか確認されず、血液検査で好酸球数が上昇していなくてもAEPは除外できないということがこの事実から分かります。

AEPのCT所見として、すりガラス陰影は97%、胸水は88%で確認されたということでした。浸潤影は37%の患者で確認されるのみだったようですが、呼吸不全を呈する患者の半数近くで浸潤影は確認でき、浸潤影の存在は重症化の一つのリスクになることが示唆されました。

半数以上の患者でPaO<sub>2</sub>/FiO<sub>2</sub>比300未満の呼吸不全を呈したようですが、人工呼吸管理を要した患者の割合は2%に留まったとのことでした。

【治療】

急性好酸球性肺炎は、急速な呼吸状態の悪化をきたし、挿管を必要とするような例も2%程度存在するが、ステロイド治療に良く反応し、適切な治療を行えば予後は良好で再発はまれである。





## 医療法人治久会 もみのき病院

〒780-0952  
 高知県高知市塚ノ原6-1番地  
 TEL：088-840-2222  
 FAX：088-840-1001  
 H P：http://mominoki-hp.or.jp

### 【診療科】

内科、神経内科、消化器内科、循環器内科、  
 脳神経外科、リハビリテーション科、  
 小児科、眼科、放射線科、ペインクリニック

### 【関連施設】

●内田脳神経外科 ●介護老人保健施設ピアハウス高知  
 ●リハビリテーション病院すこやかな杜 ●総合福祉施設ヘリオス ●中追の里 ●ケアハウスあじさいの里 ●特別養護老人ホーム風花の里 ●認定こども園もみのき幼稚園・めだか園 ●ニューサンパレスむろと ●はるのの湯



(も：もみのき病院、高：高知医療センター)

高：貴院が現在力を入れていることを具体的にお聞かせください。

も：脳卒中を中心とした急性期疾患の治療をしっかり行うこと。そのために最先端の医療機器の導入と更新を予定しています。そしてかかりつけ医として、生活習慣病の早期発見、早期予防を行うことによって、脳卒中や心疾患の発症予防を行うことに力を入れています。

高：地域との連携や他医療機関との連携について貴院での取り組みなどお聞かせください。

も：高知中央・高幡・安芸医療圏脳卒中地域連携パスの計画管理病院として、地域との医療連携を積極的に行っています。また当院には緩和ケア病棟が12床あり、癌の終末期患者を積極的に受け入れしています。

高：今後、貴院が目指されていくことなどをお聞かせください。

も：かかりつけ医としての内容の充実を行うこと、また医療と介護・福祉との連携をより深め、信頼される地域密着型の病院を目指しています。

高：最後に高知医療センターとの連携についていかがですか？

も：当院で対応困難な専門外の疾患、三次救急の患者さんをいつも早く受け入れていただき、大変感謝しています。今後とも引き続き、よろしく願い申し上げます。

ご多忙の中、取材にご協力いただきありがとうございますございました。



診療受付時間	月	火	水	木	金	土	日
8:30～12:30	●	●	●	●	●	●	△
13:30～17:30	●	●	●	●	●	△	△

休診日：土曜日午後・日曜日・祝日  
 小児科は月、水、金に夜間診療 18:00～20:00

医療法人治久会 もみのき病院は、平成10年5月11日開院。平成16年7月26日日本医療機能評価機構認定取得。病床数60床(一般病棟48床、緩和ケア病棟12床)。

最先端の診断・治療機器を開院当初より導入し、脳神経外科を中心とした急性期疾患の治療を主に行っています。また疾患の早期発見・早期治療のための脳ドック、ホスピス病棟の開設、小児の急な発熱などに対処するための夜間診療も行っています。四国で最初に導入したガンマナイフは18年間で4,500例を越える治療を行ってきました。同じ内田グループ内には回復期リハビリテーション病院、介護・福祉施設もあり、急性期から回復期、そして在宅までの一貫した治療やケアを目指しています。



森木 章人 院長

月	日	曜	高知医療センター イベント情報			
5月	11	水	<b>高知医療センター新人看護師研修 他施設公開研修</b> (参加費無料・事前申込要)			
			内容	ストレスマネジメント1	場所	高知医療センター 1階 研修室2・3
			時間	8:30~11:30	対象	新人看護師(20名)
			講師	高知医療センター 精神看護専門看護師		
			参加ご希望の方はお問い合わせください お問合せ: 高知医療センター 看護局 教育担当(野中、野田、藤本) TEL:088(837)3000			
		15	日	<b>高新・高知医療センターがんセミナー2016</b> (参加費要・事前申込要)		
		内容	がんとがん治療についてもっと知ろう —放射線治療を中心に—	場所	高新文化教室 (RKC高知放送南館3階37号室)	
		時間	10:30~12:00	対象	一般(40名)	
		講師	高知医療センター がんセンター長 西岡 明人			
		お問合せ: 高新文化教室 TEL:088(825)4322 受講料 9,850円/全12回 1,500円/1回				
5月	15	日	<b>第21回 豊かないのち講演会</b> (参加費要・事前申込不要)			
			内容	基調講演:いのちの授業~よく生きること~ パネルディスカッション:がんと生きる人と 家族の希望を支える緩和ケア	場所	高知医療センター 2階 くろしおホール
		時間	13:00~16:30	対象	一般	
		講師	基調講演:満岡内科消化器科医院(佐賀県)院長 満岡 聡 氏 パネリスト:高知医療センター 緩和ケア内科 科長 原 一平/高知赤十字病院 臨床心理士 水田 晋誠 氏 高知大学医学部附属病院 医療ソーシャルワーカー 前田 英武 氏/高知県健康政策部健康対策課			
		お問合せ: NPO法人高知緩和ケア協会 TEL:088(855)7665 ※入場料 1,000円(当日券あり)				
6月	4	土	<b>第42回 地域医療連携研修会</b> (参加費無料・事前申込不要)			
			内容	講演1:出生前診断について知る ~誰のため?何のため?~ 講演2:妊孕性ってなに? ~私が決めること、二人が決めること~	場所	総合あんしんセンター 3階(高知市丸ノ内1丁目7番45号)
		時間	14:00~15:40	対象	医療関係者	
		講師	講演1:高知医療センター 産科 医長 永井 立平 講演2: 同 不妊症看護認定看護師 関 正節			
		お問合せ: 高知医療センター 地域医療連携室 門田・松本 TEL:088(837)3000				
6月	10	金	<b>高知医療センター新人看護師研修 他施設公開研修</b> (参加費無料・事前申込要)			
			内容	与薬技術3	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(20名)	
		講師	高知医療センター 認定輸血検査技師、教育担当者			
		参加ご希望の方はお問い合わせください お問合せ: 高知医療センター 看護局 教育担当(野中、野田、藤本) TEL:088(837)3000				
6月	16	木	<b>高知医療センター新人看護師研修 他施設公開研修</b> (参加費無料・事前申込要)			
			内容	救急看護1	場所	高知医療センター 2階 スキルズラボ室
		時間	13:00~17:00	対象	新人看護師(15名)	
		講師	高知医療センター 院内インストラクター			
		参加ご希望の方はお問い合わせください お問合せ: 高知医療センター 看護局 教育担当(野中、野田、藤本) TEL:088(837)3000				
6月	19	日	<b>高新・高知医療センターがんセミナー2016</b> (参加費要・事前申込要)			
			内容	肺がん診療の現状と今後	場所	高新文化教室 (RKC高知放送南館3階37号室)
		時間	10:30~12:00	対象	一般(40名)	
		講師	高知医療センター 呼吸器外科 科長 岡本 卓			
		お問合せ: 高新文化教室 TEL:088(825)4322 受講料 9,850円/全12回 1,500円/1回				

※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

表紙写真は開院10周年記念事業として催された院内コンサートの様子で、高知を含め全国に7つのグループを持ち「感動の伝道師」とも言われている「アノインティッド・マス・クワイア」のゴスペルです。この中には当院の医師・看護師などもメンバーとして参加しており、一人一人の歌声がメッセージとして患者さんにも届いたことと思います。

さて、今月号の特集は内科症例報告会でアカデミックな内容となっています。医学情報に関しましては、本院には医学図書室があり地域の医療関係者の方々にも開放しております。登録医の先生には図書の貸し出しも行っており文献検索や診療支援データベースも利用できます。ぜひ図書室をご利用ください。(広報委員 橋田)



平成28年5月1日発行  
にじ5月号(第127号)  
毎月発行  
編集者: 広報委員会  
発行者: 吉川 清志  
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