



地域医療センター地域医療連携通信



にしじ

高知医療センター
喜多村救命救急センター長
退任のご挨拶 P2

第21回 高知医療センター
外科グループ手術症例検討会 P3~7

高知医療センター イベント情報 P8

10

OCTOBER 2016 Vol.132



8月28日(日) オーストリアの歌劇場で活躍する、高知県出身の岡本光世さんの院内コンサートが、当院1階ふれあいロビーにて開催されました。

高知医療センターの理念 — 医療の主人公は患者さん —



退任のご挨拶

救命救急センター長 喜多村 泰輔

このたび、2016年9月末で救命救急センターを退任することとなりました。

2013年4月に着任以来、院内の先生方やメディカルのみなさまをはじめ、各病院や診療所の先生方、消防機関等、数多くの方々が私のことに気をかけてくださいました。改めて御礼申し上げます。ありがとうございました。

この3年と半年という期間での私の取り組みに対する大きな成果は全くありませんが、私が何に取り組んだのか？について述べさせていただきたいと思います。

まず、取り組んだことの一つは、救急患者さんの受け入れ体制の強化です。医師の偏在といわれる高知で地域の先生方からの紹介患者さんや救急隊が搬送してくる救急患者さんをできる限り積極的に受け入れる方針としました。特に救急隊が中等症であろうと判断した患者さんの中にも一部重症重篤な患者さんが潜んでいると考えたこと、そして休日夜間の救急2次病院の受け入れ困難症例に対応し、少しでも地域の先生方のお役に立ちたい…という思いから考えたものでした。この結果、平成24年に救急車受け入れ数は3048件から平成27年度3517件まで増加し少しはお役に立ったのではないかと自負しております。

次にドクターヘリ・欧州型ドクターカー（Fast Medical Response Car：FMRC；エフマーク）の積極的運用の強化です。東西に広い高知県の全域をドクターヘリはその機動性を活かし、片道30分程度で現場に向かい重症救急患者さんの治療開始時間の短縮を図ることが出来る素晴らしいツールだと考えました。平成24年度375件のドクターヘリ出動がありましたが、重症外傷の患者さんが救急車で搬送されることもあり、救急隊の方々がまだまだドクターヘリに遠慮して、要請しづらい状況なのではないか？という発想から119番通報で救急車が出動するタイミングでドクターヘリの要請も行う「覚知要請」の推進に力を入れ、現場到着

後の救急隊の判断で軽症であれば出動キャンセルしてもらう方針を進めて参りました。この結果27年度には748件の出動があり、キャンセル事例は増えてきましたが、その分、救命出来るかどうかギリギリの患者さんが救命にたどりつけたことも少なくありません。

また、近隣の消防本部にはFMRCで出動しドクターヘリと同様に早期治療開始することを念頭に置き活動しました。同様に消防本部に覚知要請をしていただけるように活動し、徐々に要請件数も増加しました。結果、平成27年度には105件の現場救急に出動しました。

ドクターヘリやFMRCで少しでも早く治療を開始することでどれだけの救命効果があるのかは数値で表すことはできません。医師が現場へ出向くことで、傷病者の救命や現場で活動・搬送する救急隊の安心安全な活動に寄与していることを願ってやみません。

最後に災害対策についてです。私が3年半前に高知に来て「高知は医療者だけでなく一般の方々の災害に対する意識が高い」と感じました。私も災害についていろいろな方々に教えていただきつつ3年がたち、最近は高知での取り組みを他県の方々に紹介することができる位までには成長しました。起こってほしくない「南海トラフ大地震」ですが、30年以内に70-80%の確率で起こるといわれています。高知で学んだことを高知のために活かせるよう、今後は南海トラフ大地震が起きた際には、何が何でも高知入りし、一人でも多くの高知県民のお役に立ちたいと考えております。

これらの取り組みは、私が行ったのではなく、高知医療センター救命救急センターの数少ないスタッフの努力と、地域の先生方からのご指導で成果を上げることができたと考えます。改めて御礼申し上げます。

なお、10月からは高知県・高知医療センターで学んだことを元に福岡大学病院救命救急センターにて一兵卒として地域の救急患者さんのために尽力させていただきます。福岡においての際には遠慮無くお声をおかけ下されば幸甚です。

短い間でしたが大変お世話になりました。ありがとうございました。

高知医療センター 第21回 外科グループ手術症例検討会

開催にあたって 消化器外科・一般外科 西岡 豊

私たちは、登録医の先生方から当院外科グループ(消化器外科・一般外科、乳腺・甲状腺外科、移植外科)、消化器科、放射線科などにご紹介いただきました手術症例について、当院の「くろしおホール」にて年に数回の報告会を行っています。

平成28年6月29日(水)に開催されました第21回外科グループ手術症例検討会には、院外の先生方11名(内、登録医7名)、院内からは43名、合計54名の方々に参加していただきました。

今回、5例の症例を発表させていただきましたので、報告させていただきます。

なお、この報告会で検討症例のご希望がありましたら、出来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。

また、開催曜日や時間帯等、ご意見・ご希望をお寄せください。

最近では登録医の先生方のご参加が若干少なくなってきました。

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。

症例①：膵神経内分泌腫瘍肝転移の1切除例

【はじめに】

神経内分泌腫瘍(以下:PNET)は、膵島細胞を起源とする膵悪性腫瘍の3-5%を占める稀な膵腫瘍である。PNETは基本的に悪性であるが、他の癌腫と比較してその進行は緩徐である。一部の症例では発見時にすでに遠隔転移、特に肝転移を伴っており、また経過中には多くの症例で肝転移が出現することも報告されている。肝転移の制御がPNETの予後向上のための最重要課題となってくる。「目的」PNET肝転移に対する第一選択の治療は肝切除であるとされているが、それを検証した前向き研究は存在せず、他治療とのランダム化試験も行われていない。治癒的肝切除が行われても術後の再発は高率であると報告されている。近年、分子標的薬の登場により非切除治療症例の予後は著明に延長しており、肝切除の意義が改めて問い直されている。

今回われわれはPNET肝転移に対して2度の積極的な肝切除を施行し良好な成績をおさめている症例を経験したので報告をする。

*Clinical question: PNETの再発病巣の手術適応は？

肝転移に関するいくつかの論文では、外科治療を施行した症例の5年生存率は61-86%、ホルモン症候を含む症状の改善率は90-100%と報告されている。外科治療の成績が良好であることから切除可能なPNET肝転移の第一選択の治療として外科治療があげられる。

症例：59歳 女性

2002年3月膵頭部腫瘍に対して膵頭十二指腸切除を施行。2011年7月多発肝転移を認め局所療法(RFA/TACE)。肝転移に対してRFAおよび20回のTACEを施行するも制御が困難となる。2014年1月肝S3/S5a部分切除(1度目の肝臓切除)

手術時間: 140 min, 出血量: 30 ml, 輸血量: 0ml 周術期合併症なく術後8日目に退院。2016年5月肝転移再発病巣に対して肝臓左葉切除(2度目の肝臓切除)手術時間: 285 min, 出血量: 250 ml, 輸血量: 0ml 周術期合併症なく術後8日目に退院し現在経過観察中。



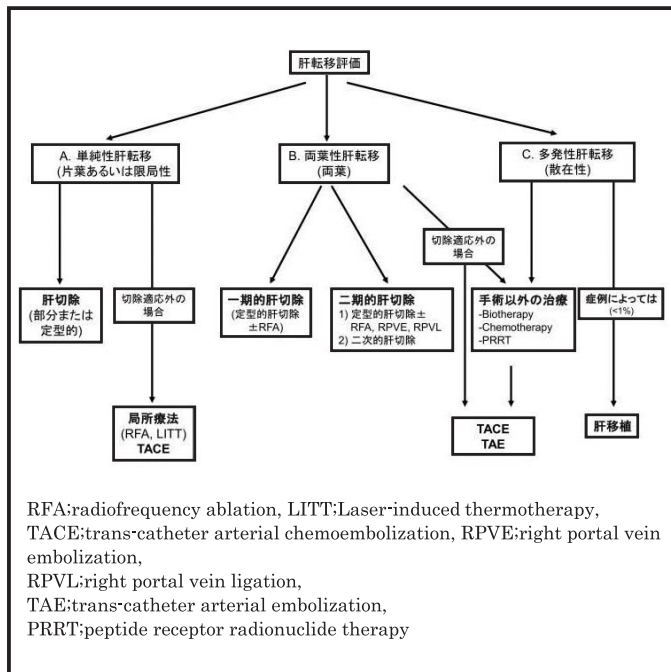
肝S3/S5a部分切除(1度目の肝臓切除)

肝転移再発病巣に対して肝臓左葉切除(2度目の肝臓切除)

全症例生存経過観察中

No. of patients (from 2005 to 2015)	10
Mean age in yrs(range)	58(36-70)
Gender(male/female)	5/5
Clinical symptoms	
	Hypoglycemia 2
	DM 2
	Diarrhea 2
Tumor location	
	Head/body/tail 5/1/4
Tumor size(mean,range)	4.1cm(1.1-9.0cm)
Functional tumor	4
Insulinoma/gastrinoma	2/2
Liver metastases	
	Synchronous/metachronous 2/0

高知医療センターのPNET切除症例(n=10)



結語

PNETの治療戦略として積極的な外科切除を含めた集学的治療によって良好な成績が得られることが示唆された。

症例②: 食道癌術後乳糜胸に対して鼠径リンパ節穿刺によるリンパ管造影が有用であった1例

【はじめに】

食道癌術後の乳糜胸は循環不全、低蛋白血症、栄養不良を生じる重篤な合併症である。今回、術後乳糜胸に対してリポドールを用いた、リンパ管造影が診断と治療に有用であった1例を経験したため報告する。

症例: 62歳 男性

【現病歴】2016年1月より嚥下困難感が出現し、紹介医を受診した。上部消化管内視鏡検査で食道癌を認め、当院紹介となった。

【既往歴】右鼠径ヘルニア手術(18歳)

【家族歴】父: 食道癌、母: 大腸癌、姉: 肺癌

叔父: 食道胃接合部癌

【生活歴】煙草: 20~40歳まで40本/day

飲酒: ビール1000ml/day、フラッシュー

【血液検査】貧血なし、凝固異常なし、腫瘍マーカー上昇なし

【PS】1

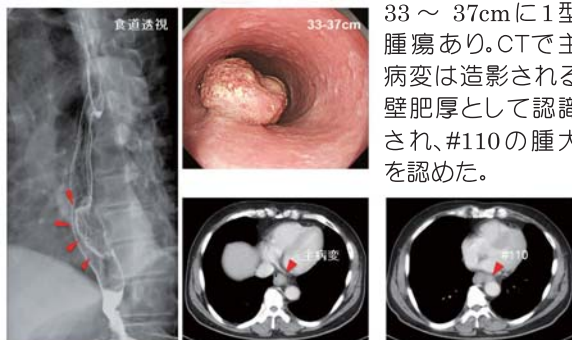
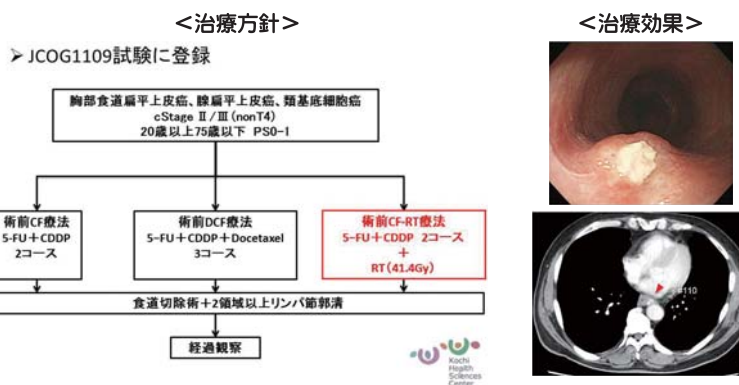
【検査】

食道透視では図(赤矢印)にバリウムのはじき像を認めた。上部消化管内視鏡検査では切歯

33~37cmに1型腫瘍あり。CTで主病変は造影される壁肥厚として認識され、#110の腫大を認めた。

【治療方針】

食道癌取り扱い規約におけるcStage II/III症例における標準治療は、術前化学療法(CF療法)後の食道亜全摘術である。現在、術前治療の3アーム比較試験(JCOG1109)がおこなわれており、本症例はそれに登録され、術前化学放射線療法群に割り振られた。



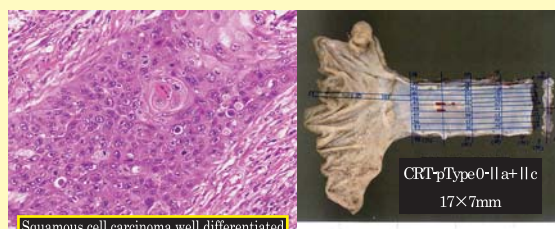
【診断】

食道癌, Lt(33-37cm), Type1, 扁平上皮癌, cT3N1M0, cStage III

【術前診断】食道癌, Lt(37cm), 0-IIa+IIc, CRT-cT2N1(No.110)M0, Stage II

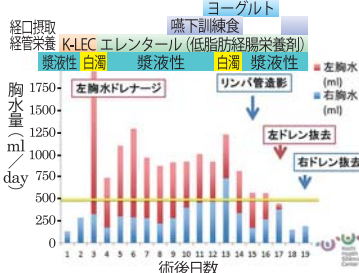
【手術】胸腔鏡補助下食道亜全摘術、3領域郭清、細径胃管再建、後縦隔経路頸部吻合、腸瘻造設術

【病理】食道癌, Lt, type0-IIa+Iic, 17x7mm, squamous cell carcinoma, well differentiated, CRT-pT1bN1(#110)M0 pStage II, 治療効果判定: Grade 2



【術後経過】

術後1日目より腸瘻から経管栄養を開始した。術後3日目に白濁胸水を認め、乳糜と診断し低脂肪経腸栄養剤に変更した。胸水量は1000ml/day前後あり減少ないが漿液性であったため、食事を開始した。術後13日目にヨーグルトを摂取し、白濁した胸水を認めた。乳糜胸に対して漏出部の確認、塞栓効果を期待して術後15日目にリポドールによるリンパ管造影を施行した。造影後より胸水は著明に減少し、ドレンを抜去することができた。



リンパ管造影

□透視、エコーガイド下に鼠径リンパ節を穿刺し、リポドールを注入



【食道癌術後の乳糜胸について】

【発生頻度】

1.1~3.2%、胸管の損傷により生じる

【存在診断】

胸水中のTGが110mg/dl以上または胸水中のTGが50-110mg/dlでカイロミクロンが存在

【部位診断】

リンパ管造影

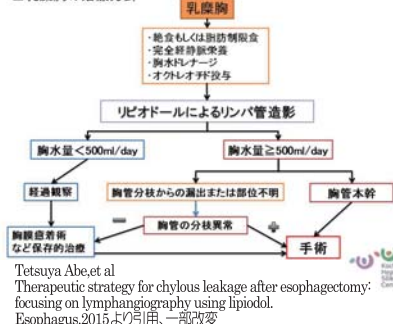
考察

- ✓ 乳糜胸に対して保存的治療にて抵抗性の場合には、漏出部位の確認と、塞栓効果を期待してリポドールによるリンパ管造影をおこなうことが有用である。
- ✓ 胸管本幹からの漏出であった場合には、手術(胸管結紮術)が必要となる場合が多い。
- ✓ 分枝からの漏出または部位不明の場合には500ml/day以下であれば経過観察し、減少無ければ癒着術等の追加治療が必要となる。
- ✓ 本症例は漏出部位不明で、保存的に軽快した。

まとめ

食道癌術後の乳糜胸に対してリンパ管造影が奏効した1例を経験した。

乳糜胸の治療方針



Tetsuya Abe et al
Therapeutic strategy for chylothorax after esophagectomy:
focusing on lymphangiography using lipiodol.
Esophagus.2015より引用、一部改変

症例③: 甲状腺円柱細胞癌の1例

【はじめに】

甲状腺癌のほとんどは乳頭癌で、その他に濾胞癌、髄様癌、低分化癌、未分化癌などがあるが頻度は少ない。甲状腺円柱細胞癌の頻度は0.2%と非常にまれで、これまでに本邦でも3例の報告しかない。

症例：74歳 女性

【主訴】頸部腫瘍自覚。

【現病歴】2014年前医CTで甲状腺腫瘍を指摘されたが経過観察。2015年12月左頸部腫瘍の増大を自覚した。他院で精査を行い、右葉結節はFNAでclassII、左葉結節はclassIIIと診断され、甲状腺全摘術を勧められた。2016年1月精査加療目的

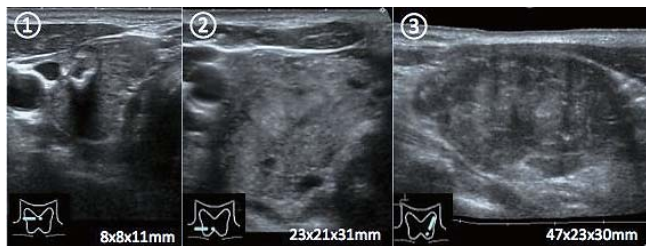
に当科を紹介受診。

【既往歴】高血圧、虫垂炎手術歴あり

【血液検査】FT3 3.47pg/ml, FT4 0.65ng/dl, TSH 2.2μIU/ml, Tg 86.4ng/ml, TgAb 59IU/ml, TPOAb>600, S-IL2R 433U/ml.

【頸部超音波検査】

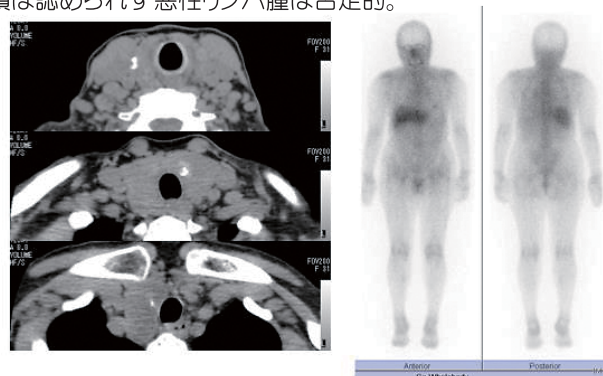
①右葉上極に最大径11mm大の音響陰影を有する石灰化病変を認め、乳頭癌が否定できず。②右葉下極に最大径31mm大の形状不整、境界明瞭、内部エコーは等エコーで均一だが一部に嚢胞変性を伴う結節を認め腺腫様結節が疑われる。③左葉全体を占拠する最大径47mm大の形状不整、境界明瞭、内部エコーは低エコーで均一だが点状高エコー像が散在する結節を認め、乳頭癌、悪性リンパ腫、濾胞癌の鑑別が必要。



【穿刺吸引細胞診】①良性、③意義不明(良性・悪性の鑑別が困難)

【頸部単純CT、Gaシンチ】

右葉の結節は縦隔内に伸展している。両葉の結節は共に石灰化を伴っている。気管と食道の偏位は認めず。頸部にGaの集積は認められず悪性リンパ腫は否定的。

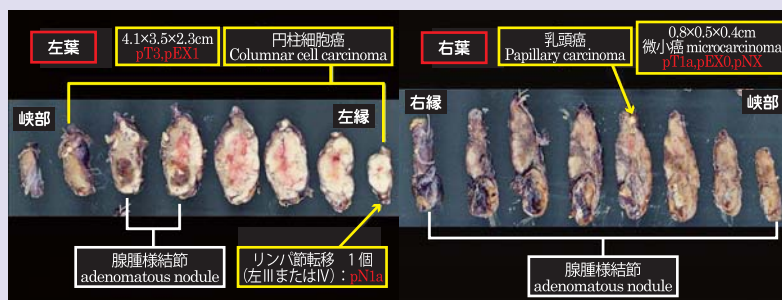


【診断】濾胞性腫瘍疑い、腺腫様甲状腺腫。

【手術】甲状腺全摘術、出血63ml。手術時間124分。

【術後経過】経過良好で術後5日目に退院。

【病理】円柱細胞癌(pT3N1aM0Ex1 pStageIII)、乳頭癌(pT1aNXM0 pStageI)、腺腫様結節。



『円柱細胞癌について』

- ◆分類◆ 1986年Evansらにより初めて報告され、WHO分類では乳頭癌の予後不良な亜型として分類。
- ◆鑑別◆ 髄様癌、高細胞型乳頭癌、腺癌転移など。
- ◆診断◆ 術後病理診断だが、細胞診が有効とも。
- ◆特徴◆ 女性に多い。急激な再発、遠隔転移を来すため予後不良。
- ◆治療◆ 外科的切除。集学的治療(化学療法、放射線療法、内用療法)

予後については腫瘍の被包化の有無により大きく異なる。被包化有のものは予後良好であるが、被包化無のもの、あるいは被膜浸潤のあるものは予後不良とされる。再発形式としては高率な局所再発(リンパ節転移は50%)のほか、腫瘍の急速な増大、肺・脳・骨などへの高率な遠隔転移(80%)などの報告がある。

考察

- ✓ 本症例は病理学的に腫瘍の被包化無であり、静脈浸潤も認めていることから、予後不良である可能性が非常に高かった。
- ✓ 症例数が少ないため系統的治療法は確立されていないが、通常分化型甲状腺癌に対して行う内用療法が有効であるという報告があるため、内用療法を予定していた。
- ✓ 術後4ヶ月で甲状腺左葉床への局所再発ならびに頸部および縦隔リンパ節転移再発をきたしたため再発巣摘出予定としている。摘出後早急に内用療法を行い、放射性ヨウ素治療抵抗性もしくは根治切除不能と判断した際にはLenvatinibやSorafenibなどの分子標的薬による加療を予定している。

まとめ

非常にまれな甲状腺円柱細胞の1例を経験した。

症例④:S状結腸癌を合併した胆石性イレウスの1例

【はじめに】

胆石性イレウスは機械性イレウスの0.1%未満と比較的稀な疾患である。女性の高齢者に多く、イレウス症状の増悪と寛解を繰り返す tumbling 現象が特徴的とされる。また、胆道系の症状を伴わない症例は約 1/3 程度であると報告されている。今回我々は、S 状結腸癌を合併した胆石性イレウスの 1 例を経験したので報告する。

症例：59歳 男性

【主訴】嘔吐

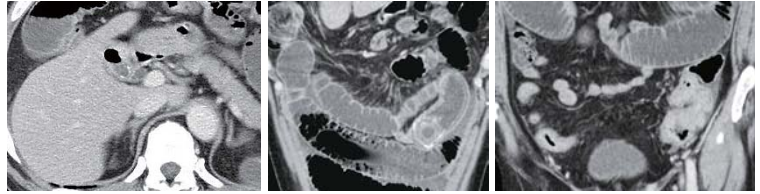
【現病歴】嘔気、嘔吐を主訴に前医受診。CT で小腸内腔に結石の嵌頓を伴う小腸イレウスと診断され、当院紹介受診した。

【既往歴】高血圧、下半身痙性麻痺

【血液検査】WBC 6480/μl、Hb 6.0 g/dl、T-Bil 0.6 mg/dl、AST 10 IU/l、ALT 14 IU/l、ALP 229 IU/l、γ-GTP 12IU/l、CEA 5.6ng/ml

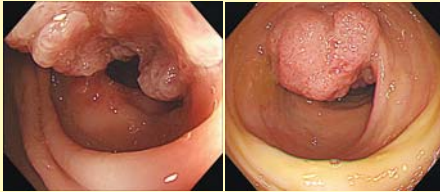
【造影 CT】

胆嚢内に air を認める。胆嚢底部で胆嚢と十二指腸との瘻孔形成を認める。小腸に最大径 45mm の層状構造を呈する高吸収域を認め、その口側の小腸の拡張を認める。また、S状結腸に壁肥厚を認める。



【下部消化管内視鏡検査】

S状結腸に半周性の隆起性病変を認める。1型のS状結腸癌が疑われる。



【手術】回腸切開縫合術（胆石摘出）、S状結腸切除術、D2 郭清、出血 95ml、手術時間 118 分



【術前診断】

- ①胆嚢十二指腸瘻に伴う胆石性イレウス
- ②S 状結腸癌 S,30mm,Type1, cT2N0M0P0H0PUL0,cStageI

【術後経過】

術後麻痺性イレウスが遷延したが、保存的に改善し、術後 28 日目に退院。

【病理】

S,Type1,45x41mm,pT2(MP),int,INFb,ly1,v2,PN0,pPM0,pDM0,pRM0,pN0,cM0 pStageI



『胆石性イレウス』

- ✓ 頻度は機械性イレウスの0.1%未満である
- ✓ 女性の高齢者に多い
- ✓ 胆道系の症状を伴わない症例が 1/3 程度ある
- ✓ イレウス症状の増悪と寛解を繰り返す tumbling 現象が特徴的

瘻孔部位	頻度(%)	閉塞部位	頻度(%)
胆嚢十二指腸瘻	32.5-96.5	十二指腸	0-10.5
胆嚢胃瘻	0-13.3	胃	0-20
胆嚢空腸瘻	0-2.5	空腸	0-50
胆嚢回腸瘻	0-2.5	回腸	0-89.5
胆嚢結腸瘻	0-10.9	結腸	0-8.1
胆管十二指腸瘻	0-13.4	不明	0-25
不明	0-65		

Nuno-Guzman CM et al. Gallstone ileus. World J Gastrointest Surg 2016;Jan 27;8(1):67-56

【治療】

- 保存的治療 / 内科的治療
 - 自然排石が得られる症例は 4~8% 程度と報告されている。
 - 内視鏡的採石や ESWL の有用性の報告もあるが、適応はかなり限られる。
- 外科的治療
 - ① 腸管切石術のみ（選択される頻度は最も多い）
 - 利点
 - * 手技が簡便、短時間で施行可能
 - * 術後合併症が少ない
 - 欠点
 - * 胆石イレウス再発のリスク
 - * 胆嚢炎、胆管炎のリスク
 - * 悪性疾患合併のリスク
 - ② 腸管切石術+胆嚢摘出術+内胆汁瘻閉鎖術(1 期的 / 2 期的)
 - 利点
 - * 胆石イレウス再発のリスクがない
 - * 胆嚢炎、胆管炎、胆嚢癌などの発生リスクが減少
 - 欠点
 - * 術後合併症のリスク

まとめ

稀な胆石性イレウスの 1 例を経験した。

症例⑤：術前化学療法を施行した局所進行直腸癌の1例

【はじめに】

本邦における局所進行直腸癌に対する術前化学療法の評価は定まっていない。今回、局所進行直腸癌に対する neoadjuvant chemotherapy(NAC)により、根治切除が可能となった症例を経験したため報告する。

症例：61歳 男性

【主訴】頻便、下痢

【現病歴】2015年9月末から上記を自覚し、紹介医を受診された。下部消化管内視鏡検査でAVより10cmに狭窄を伴う3型腫瘍およびその肛門側に1型腫瘍を認めたため、手術加療目的に当院へ紹介となった。

【既往歴】

糖尿病、60歳時、外傷による多発骨折

【現症】BT:36.7℃、BP:153/73mmHg、HR:76/min、

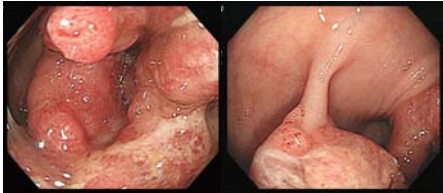
BS : 321mg/dl。腹部は腹部膨満および下血あり。直腸診では腫瘍は触知せず。

【血液検査】

WBC 7170/ μ l、Hb 12.2g/dl、T-Bil 0.4mg/dl、AST 10IU/l、ALT 8IU/l、ALP 278 IU/l、 γ -GTP16 IU/l、CEA 8.5ng/ml、CA19-9 13.2U/ml、FBS 318mg/dl、HbA1c 9.0%

【下部消化管内視鏡検査】

AVより10cmの直腸RSに全周性の2型腫瘍あり。また、腫瘍の肛門側に15mm大I p型ポリープあり。スコープ通過不可能であった。



【生検結果】

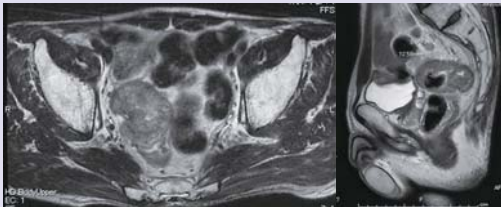
Group5, tub2 > tub1

【造影CT】直腸RSに造影効果を伴う壁肥厚あり。周囲脂肪織の上昇なし。腫瘍は右尿管と近接しており、骨盤右壁との境界不明瞭(R1手術となる可能性あり)。結腸傍リンパ節(#251)の腫大あり。明らかな遠隔転移は認めない。



【造影MRI】

直腸RSに5cmの範囲で内腔に突出する2型腫瘤あり。漿膜側に引き連れあり。周囲浸潤なし。直腸傍リンパ節が2つ(12mm、8mm)腫大認めた。



【術前診断】直腸S状部癌 type2 亜全周性 cT4aN1M0H0P0 Stage IIIa

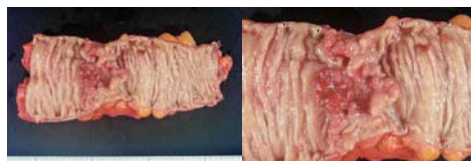
【治療上の問題点】亜イレウス状態、ヘビースモーカー(外来受診日まで60本/日)、未治療の糖尿病(BS 300台mg/dl、Hb1Ac 9.0%)、R1手術となる可能性あり。以上より、横行結腸双孔式人工肛門造設を施行し、糖尿病コントロールおよび術前化学療法を行う方針とした。

【経過】直腸癌による亜イレウスに対し横行結腸双孔式人工肛門造設術を施行した。第10病日に術前化学療法(mFOLFOX6)を導入し、5コース施行。約3ヶ月後に、原発巣に対して、手術の方針とした。

【手術】術式：腹腔鏡下直腸前方切除術、D3郭清施行、手術時間：154分、出血量：5ml

【病理学的所見】

直腸S状部癌 RS pType2 45×43mm tub1 > tub2 ly0,v0,PN0,EX-, R0 pT4b(壁側腹膜)N0(O/8)M0H0P0 Stage II 組織学的治療効果: Grade I

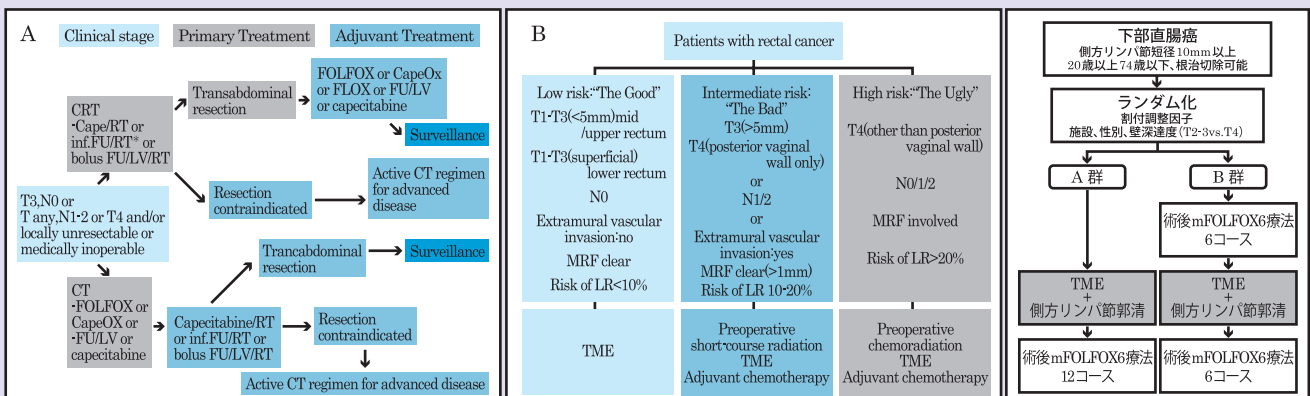


【術後経過】

合併症なく経過し、術後9日目に退院となった。術後5週間後に、mFOLFOX6療法を開始し、5コース施行し、再発ないことを確認し、横行結腸人工肛門閉鎖術を施行した。

考 察

進行直腸癌は結腸癌に比して予後不良であり、特に局所再発のコントロールが重要である。近年、欧米では全直腸間膜切除(TME) + 術前化学(放射線)療法が標準化されている一方、本邦ではTMEに側方リンパ節郭清を行うことで、局所再発率が欧米と同等であった。そのため、本邦では術前化学療法、術前化学放射線療法の大規模臨床試験が行われてこなかった。一方、さらなる局所再発の低下、生存率の向上を目指し、日本の各施設で臨床試験レベルでの術前化学療法、術前化学放射線療法が施行されている。しかし、未だエビデンスレベルのあるレジメンはなく、大腸癌治療ガイドラインでも化学放射線療法の推奨度は1Bとされているが、臨床試験レベルとして行うべきとされている。



今回、未治療糖尿病を併存した局所進行直腸癌に対し、術前化学療法を施行した。化学療法で根治度A手術が可能となり、R0切除が得られた。局所進行直腸癌に対し、neoadjuvant chemotherapy(NAC)により、根治切除が可能となる症例の存在が示唆された。今後、どのような症例がNACの適応となるのかについて、さらなる検討が必要である。

結 語

未治療糖尿病を併存した局所進行直腸癌に対し、計画的に術前・術後化学療法を施行した1例を経験した。

月	日	曜	高知医療センター イベント情報				
10月	1	土	高知県婦人科手術セミナー (参加費無料・事前申込不要)				
			内容	Reproductive surgeryと腹腔鏡下手術	場所	ちより街テラス3階 ちよテラホール(高知市知寄町2丁目1-37)	
				時間	14:00～16:00	対象	医療従事者
				講師	順天堂大学医学部附属 浦安病院 産婦人科 先任准教授 菊地 盤 氏		
				お問合せ: 高知医療センター 総合周産期母子医療センター長 林 和俊 TEL:088(837)3000(代)			
	1	土	第43回 地域医療連携研修会 (参加費無料・事前申込不要)				
			内容	講演1:ドキッ!動悸のはなし～不整脈って本当に怖いのか?～ 講演2:不整脈の葉のおはなし	場所	高知市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 循環器病センター長 山本 克人 講演2: 同 薬剤師 橋田 真佐		
				当日は県立図書館の出前図書館が開設されます。テーマに関連した感書の展示・貸出サービスを行います。 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(代)			
7	金	第26回 こうち東部循環器アライアンス (参加費無料・事前申込不要)					
		内容	基調講演:生活習慣病関連の話題～循環器疾患のリスクについて～(仮) 特別講演:地域チーム医療～倉敷から静岡、そして京都における取り組み～	場所	ホテルなほり(安芸郡奈半利町乙593-1)		
			時間	19:00～	対象	医療関係者	
			講師	基調講演:座長:まつうら内科消化器科 院長 松浦 靖 氏/演者:高知医療センター 循環器内科 科長 細木 信吾 特別講演:座長:高知医療センター 循環器内科 科長 細木 信吾/演者:京都岡本記念病院 院長 土居 修 氏			
			お問合せ: 高知医療センター 事務局 経営企画課 川田 TEL:088(837)3000(代)				
12	水	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・事前申込要)					
		内容	心のケア2 怒り、攻撃性の高い患者の看護	場所	高知医療センター 1階 研修室2・3		
			時間	17:30～19:00	対象	看護師(20名)	
			講師	高知医療センター 精神看護専門看護師 福田 亜紀			
			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(代)				
16	日	高新・高知医療センターがんセミナー2016 (参加費要・事前申込要)					
		内容	脳腫瘍の治療	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 脳神経外科 医長 岡田 憲二			
			お問合せ: 高新文化教室 TEL:088(825)4322 受講料 1,500円/1回				
19	水	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・事前申込要)					
		内容	がん看護2 緩和ケア	場所	高知医療センター 1階 研修室2・3		
			時間	17:30～19:00	対象	看護師(20名)	
			講師	高知医療センター がん看護専門看護師 池田 久乃/がん性疼痛看護認定看護師 明神 友紀			
			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(代)				
28	金	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・事前申込要)					
		内容	医療安全3 KYT;危機予知トレーニング	場所	高知医療センター 1階 研修室2・3		
			時間	8:30～10:30	対象	新人看護師(15名)	
			講師	高知医療センター 医療安全管理者 中島 多津/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(代)				
28	金	高知県婦人科手術セミナー (参加費無料・事前申込不要)					
		内容	広汎子宮全摘術のトラブルシューティング	場所	高知医療センター 2階 やなせすぎ		
			時間	19:00～20:30	対象	医療従事者	
			講師	三重大学 医学部 産婦人科 准教授 田畑 務 氏			
			お問合せ: 高知医療センター 総合周産期母子医療センター長 林 和俊 TEL:088(837)3000(代)				
29	土	地域がん診療連携拠点病院 公開講座・特別講演会 (参加費無料・事前申込不要)					
		内容	公開講座:乳がんなんて怖くない～標準治療を正しく理解するために～ 特別講演会:万事にやわらかな 女性最大の敵 乳がんのこと(検診・外科治療を中心に)	場所	ちより街テラス3階 ちよテラホール(高知市知寄町2丁目1-37)		
			時間	14:00～16:00	対象	一般	
			講師	公開講座:高知医療センター 乳腺・甲状腺外科 科長 高島 大典/特別講演会:国立がん研究センター中央病院 乳腺外科 科長 木下 貴之 氏			
			お問合せ: 高知医療センター 事務局 経営企画課 TEL:088(837)3000(代)				

※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

馬肥ゆる秋、少しだけ秋の香りを感じる10月のこの頃、「にじ」(132号)をお届けします。今、娘を膝の上に乗せてこの文章を書いています。娘の誕生日はちょうどこの「にじ」が皆さまのもとに届く頃、4歳になります。秋生まれなので紅葉が美しいイロハ紅葉から名前を彩葉といいます。娘が誕生してたくさんの方がお祝いくださいました。初めて寝返りができた日、ハイハイした日、言葉を話した日、大きな病気をして入院した日、ほんとにたくさん思い出があります。娘の成長と同じように自分も父親として色々な経験をしました。その中で一番感じることは家族を持つことの喜びです。多くの時間を共有することで生まれる愛情や喜び、こんな幸せの形もあるのだなと自分の感情に驚くこともあります。

高知医療センターは今年で開院して12年目、皆さまにとって愛着がある病院に成長したでしょうか。今後とも自分の子供のように長い目でその成長を見守ってくださることをお願いいたします。(広報委員 川田)



平成28年10月1日発行
にじ10月号(第132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 高知県高知市池田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