



地域医療センター
地域医療連携通信

12

DEC.2007
Vol.26

● 外来診療時間 ●

午前8時30分～正午
午後1時～午後4時30分
(休診日)
土・日・祝日



第3回地域医療(内科系)症例報告会:くろしおホール

目次: CONTENTS

- 2 第1回地域医療支援病院運営委員会
- 3 第3回高知医療センター
地域医療(内科系)症例報告会
- 4 症例1:突然に熱発し胸部し線で心拡大を認めた79歳女性
症例2:10年前に関西地方で糖尿病を発症し高知に転居してきた75歳男性
症例3:血痰・呼吸困難があり胸部画像診断で腫瘤影を認めた58歳女性
症例4:月2,3回の頻脈発作が続いている49歳男性
症例5:心窩部痛で発症し内視鏡で十二指腸乳頭の腫大を認めた71歳男性
症例6:内視鏡で十二指腸球部に黒い斑点を認めた77歳女性
症例7:発熱、腰痛、排尿困難を主訴とする25歳男性
症例8:血性胸水を伴い急激な呼吸困難をきたした92歳男性
- 7 第8回高知医療センター職員による学会出張報告
- 8 地域医療連携病院のご紹介・おしらせ

高知医療センターの基本理念

患者さんが主人公の
病院をめざして

- 1. 患者さんが主人公の病院にします
- 2. 高度な医療を普段着感覚で提供します
- 3. 自治体病院としての使命を果たします

平成19年12月1日発行
にしじ12月号(第26号)
責任者:堀見 忠司
編集人:地域医療連携広報委員
特別編集委員
発行元:高知医療センター
地域医療連携本部
印刷:共和印刷株式会社

高知医療センター
〒781-8555 高知県高知市池2125-1
TEL:088(837)3000(代)

第1回

高知医療センター 地域医療支援病院 運営委員会

高知医療センターは、今年4月に「地域医療支援病院」の承認を受けることができました。地域医療支援病院制度は、医療施設機能の体系化の一環として、紹介患者に対する医療提供、医療機器等の共同利用の実施等を通じて、かかりつけ医、かかりつけ歯科医等を支援する病院として、都道府県知事によって承認されるもので、高知県内では、近森病院・高知赤十字病院に続き3番目の承認となります。

地域医療支援病院は、学識経験者等で構成する運営委員会を開催する事が義務付けられており、11月19日に第1回委員会を開催しました。

委員会では、会長に高知県医師会の島本先生、会長代行に高知市医師会の竹村先生を選出後、議事に入りました。地域医療支援病院の承認を受けたとはいえ、高知医療センターは開院後間もない事から、研修会の開催、医療機関との連携など他の医療機関と比べれば取り組みはまだ不十分などあります。

会の中では、医療従事者への研修の実施計画の議論や、高知医療センターでの充実した地域医療連携への要望、医療機関への迅速な情報提供などの意見が出され、改めて地域医療支援病院としての使命を果たしていかなければならないと気持ちを新たにしました。

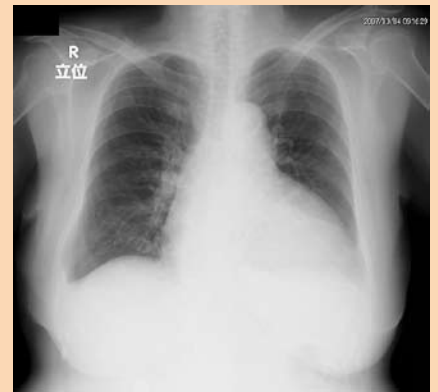
この委員会や地域の医療機関の皆さまから率直なご意見やご要望をいただきながら、取り組みを進めていきたいと思っておりますので、どうかよろしくお願いいたします。

第3回 高知医療センター地域医療(内科系)症例報告会

前編 12月9日(日)午前10時~12時に高知医療センターくろしおホールにて開催されました、地域医療(内科系)症例報告会で報告された症例を2回にわけてご紹介いたします。

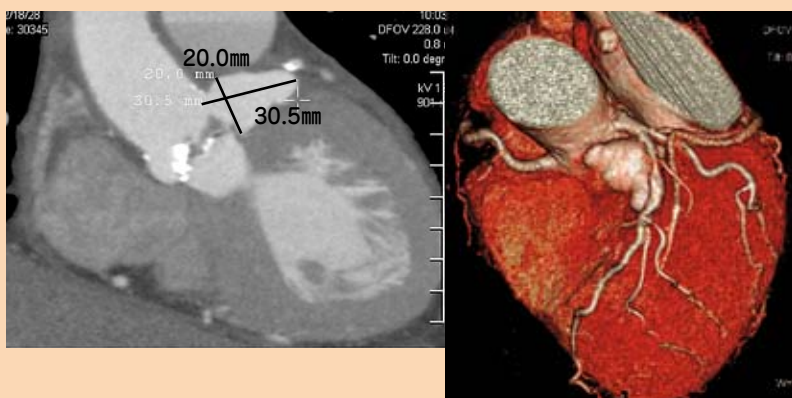
症例① 循環器科 / 突然に熱発し胸部レントゲンで心拡大を認めた79歳女性

79歳女性。9月下旬、突然に39度台の発熱を認め、抗生剤処方により一旦は解熱したが、抗生剤の内服中止後も37度前後の微熱が続き、加えて胸部レントゲン上、心拡大【図1】を見出されたため当センターに紹介された。入院時の心エコー検査により大動脈弁の重度の狭窄と軽度の閉鎖不全症、中等度の僧帽弁閉鎖不全症、心嚢液貯留が認められ、また、熱発の10日ほど前の歯科治療歴が明らかとなり、血液培養の結果は陰性であるものの発熱は感染性心内膜炎に起因する可能性が高いことから、起炎菌についても連鎖球菌を想定して抗生剤を組み合わせたとこ、以降暫時、解熱に向かった。一方、大動脈弁狭窄症は手術適応であったため、更なる術前評価も兼ねて冠動脈CT【図2】を施行したところ、Valsalva洞に心内膜炎の波及により形成されたと考えられるValsalva洞(仮性)動脈瘤の存在が明らかとなり、第36病日、大動脈弁置換術とバルサルバ自己心膜パッチ閉鎖術を行った。手術時、バルサルバ洞内膜は一部欠損しており、大動脈弁にはVegetationおよび穿孔【図3】を認めた。その後、抗生剤治療を慎重に行ったところCRPも陰性化し、紹介元へ退院となった。**臨床診断：感染性心内膜炎、バルサルバ洞動脈瘤、大動脈弁狭窄症**

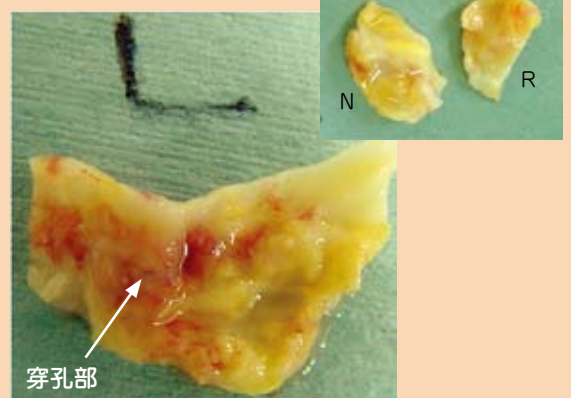


【図1:入院時胸部CT/CTR 61% 両側胸水(+)

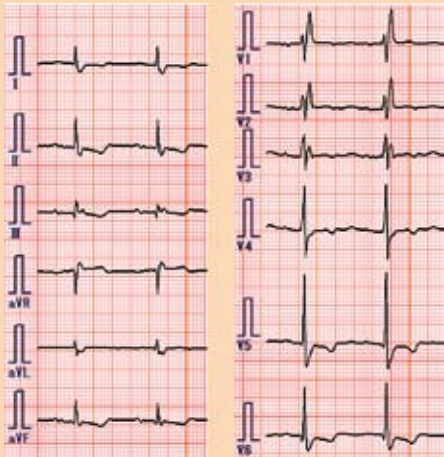
【図2:冠動脈CT/撮影していただいたO病院提供】



【図3:摘出された大動脈弁】

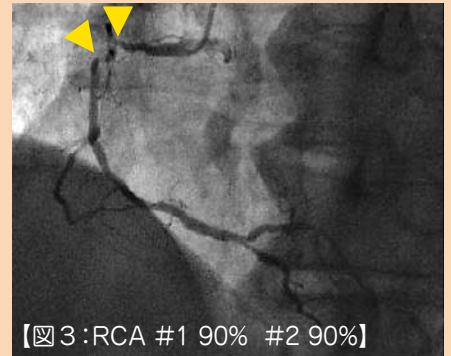


症例② 代謝内分泌科 / 10年前に関西地方で糖尿病を発症し高知に転居してきた75歳男性

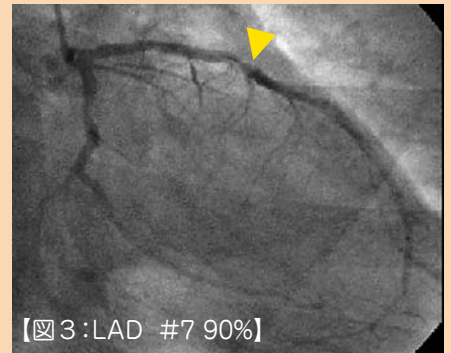


【図1:入院時検査成績/心電図】

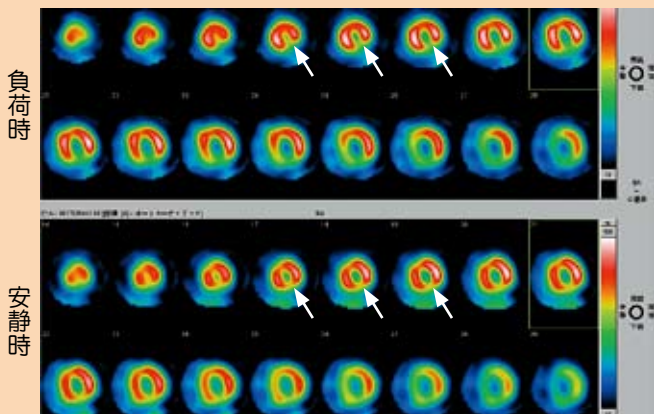
62歳で脳梗塞を発症した際に糖尿病を初めて指摘されたという症例。相当の喫煙・飲酒歴あり。来院時、HbA1c 9.6%, TC 387mg/dl(LDL-C 267, HDL-C 56)で、腹部の血管雑音、両下肢の脈の微弱あり。以上から血糖コントロールに加えて冠循環評価が必要と考え、胸部症状なく心電図異常もRBBB【図1】のため、ST変化の判定が困難であったものの施行した負荷心筋シンチグラムで左室後壁の虚血疑い【図2】が浮上し、この結果を踏まえて行なった心カテで著しい



【図3:RCA #1 90% #2 90%】



【図3:LAD #7 90%】



【図2:負荷心筋シンチグラム】

狭窄部位が描出された【図3】ため、冠動脈バイパス手術を行なうことができた。この他、糖尿病腎症第3期B、糖尿病性神経障害、起立性低血圧症、糖尿病性網膜症(福田分類AII)、脳血管動脈瘤、ラクナ梗塞、骨盤・下肢動脈閉塞症など診断された。

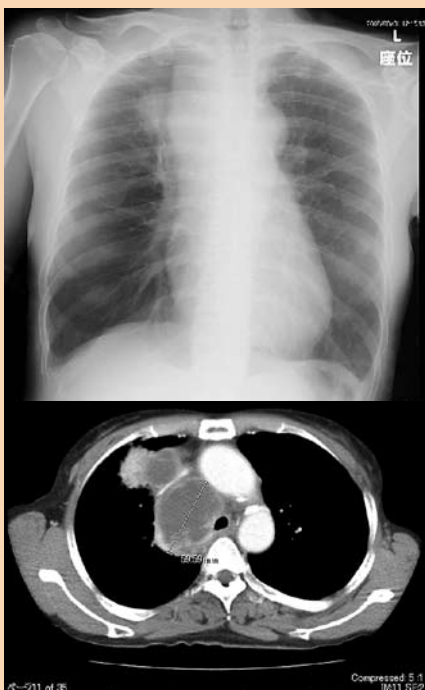
臨床診断:2型糖尿病、冠動脈狭窄症→冠動脈バイパス術施行

症例③ 呼吸器科 / 血痰・呼吸困難があり胸部画像診断で腫瘍影を認めた58歳女性

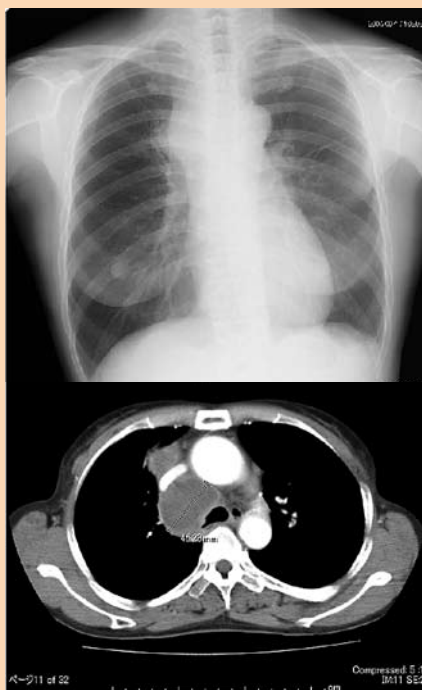
喫煙歴(20本×37年)のある58歳女性。生来健康であった。10日前から呼吸困難感が出現した。その後、呼吸困難感の増悪に血痰が加わり、近医での胸部X-Pで右上葉に腫瘍陰影を認められた【図1】。気管支鏡【図2-1、図2-2】では気道内腫瘍による高度の気道狭窄が認められたが、ステント挿入を要しない程度には気道は保たれ、化学療法・放射線療法を開始、腫瘍陰影の縮小【図3】と6.3ng/mlと上昇していたシフラ(血中腫瘍マーカー)の正常化をみた。

臨床診断:肺がん(腺がん)

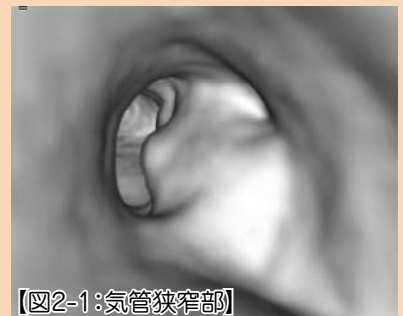
【図1:入院時】



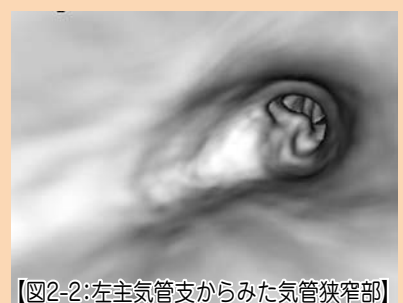
【図3:入院19日目】



【気管支鏡:Virtual bronchoscopy】



【図2-1:気管狭窄部】

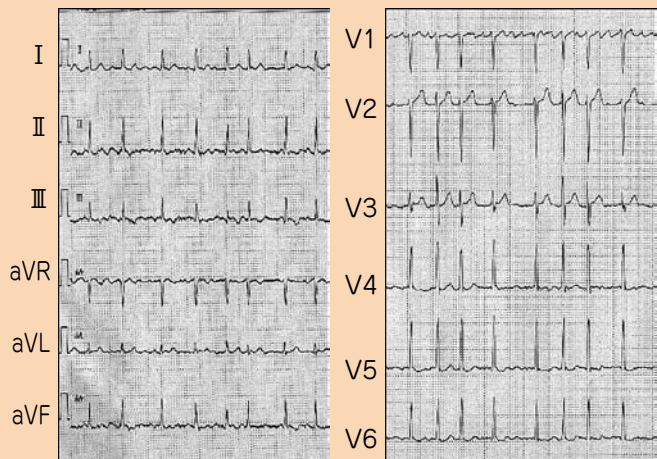


【図2-2:左主気管支からみた気管狭窄部】

症例④ 循環器科 / 月2、3回の頻脈発作が続いている49歳男性

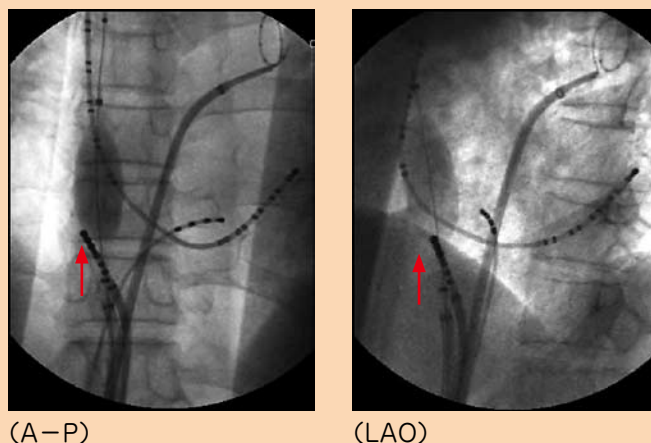
4年前から不整脈を指摘され、近医循環器科で投薬(ピルジカイニド、シベンソリン)を受けてきた49歳男性。しかし発作性心房細動【図1】の抑制ができず、月に数回の動悸発作を繰り返すということで、経皮的カテーテル心筋焼灼術(アブレーション)による根治治療を希望して来院された。入院第3病日、経皮的カテーテル心筋焼灼術(アブレーション)を試みた。常法通りAfを誘発し肺静脈隔離を行なっていったが、隔離が完成してもAfは停止せず、再発時のAPCのマッピングで右房側に起源がある比較的稀なfocal AFと判断し、右房内に2箇所ある起源を順次アブレーション【図2-1、図2-2、図2-3】したところ、Afは再発しなくなりsessionを終了した。術中に大きな合併症はなく、第5病日、退院となった。

臨床診断:比較的稀な右房起源の発作性心房細動



【図1:ECG(AF)】

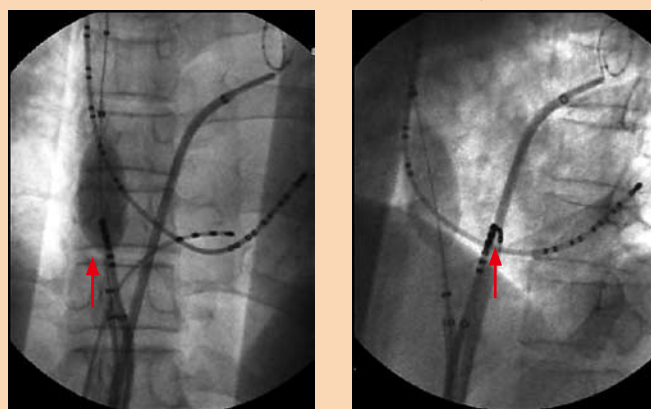
【図2-2:アブレーション RA-FW側】



(A-P)

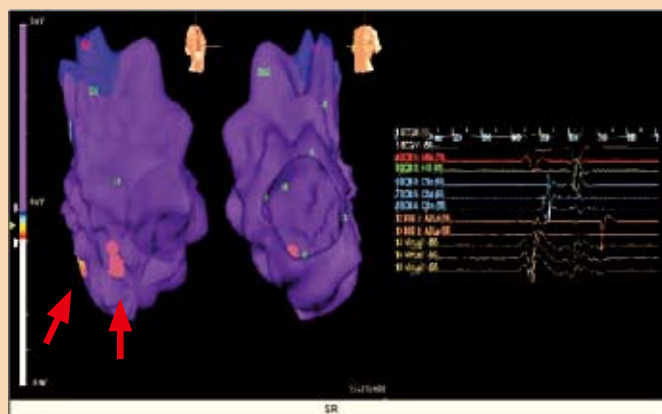
(LAO)

【図2-3:アブレーション RA-Sep側】



(A-P)

(LAO)



【図2-1:アブレーション(RA)】

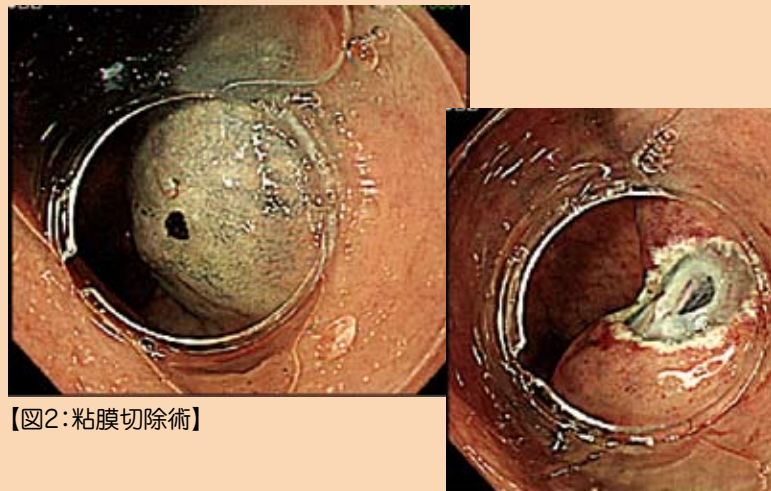
症例⑥ 消化器科 / 内視鏡で十二指腸球部に黒い斑点を認めた77歳女性

検診目的での上部消化管内視鏡にて十二指腸に小さい黒色点を指摘され、精査加療目的に当院紹介となった。当センターでも後壁にΦ2mmの所見を確認【図1】、11年前に脈絡膜悪性黒色腫にて右眼球摘出の既往があるため、悪性黒色腫の十二指腸転移の判断、グリセオール液局注の下、EMR-Cを施行【図2】。中心部で穿孔があったものの、これをクリップで縫縮。治療後、処置部分した。EMR切除された十二指腸粘膜標本では切断断端に腫瘍は見られなかった【図4】。その後、PETにて肝外側区と縦隔・肺門リ集積【図5】を認め、肝外側区域および胆嚢切除術とともに肺転移・縦隔リンパ節転移に対してDAV療法を開始した。手術後11年黒色腫の転移再発例であるが、十二指腸転移巣が再発発見の契機となった稀な症例であった。

臨床診断:悪性黒色腫の十

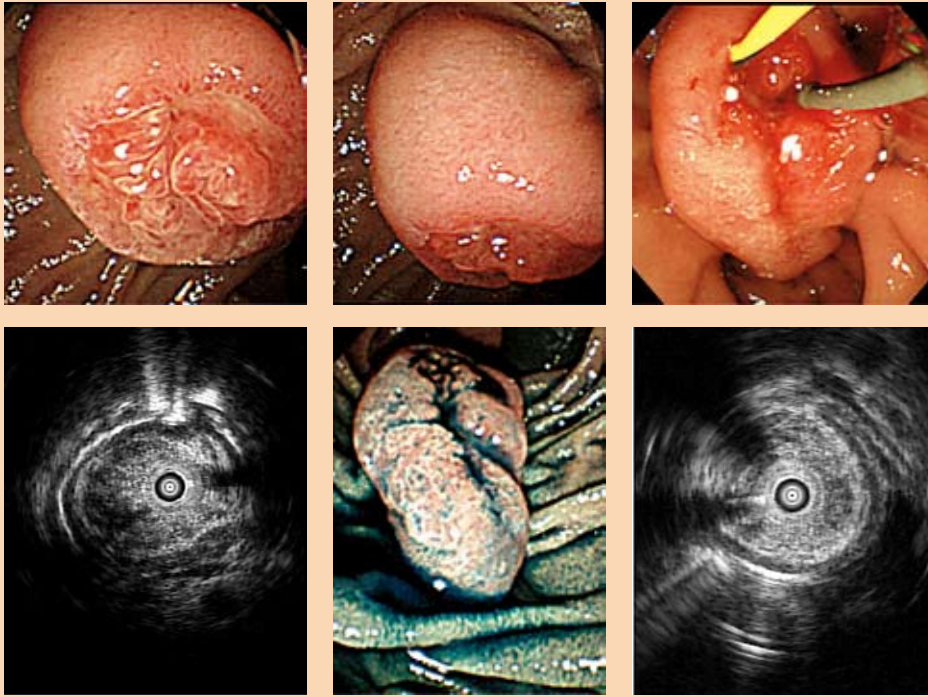


【図1:上部消化管内視鏡】



【図2:粘膜切除術】

症例⑤ 消化器科 / 心窩部痛で発症し内視鏡で十二指腸乳頭の腫大を認めた71歳男性



【図1：上部消化管内視鏡(2006/2/20)：乳頭所見 IDUS】



【図2-1：2006/3/3】



【図2-2：2006/5/25】

2006年1月、心窩部痛により近医を救急受診。このときの上部消化管内視鏡検査で十二指腸乳頭の腫大を指摘されたが、その後を受診した施設での生検所見が悪性、非悪性と別れ、当センターでの診療を希望して転院してこられた。初診時は血清総蛋白高値9.9g/dlが目立つ程度で、当センターでの同部生検【図1】でも悪性所見なく経過観察されていたところ、翌月、黄疸(閉塞性黄疸)が出現、当センター入院となった。持続していた血清総蛋白高値はIgG, IgA中心の多クローン性増加であったが、肝胆系酵素の上昇、CA19-9の異常高値などとともにERCPで肝門部胆管に狭窄像を認めたため、肝門部胆管癌の診断の下、当センター外科にて肝右葉、肝外胆管切除術を施行した。病理所見では、肝門部の胆管壁は線維性に肥厚し形質細胞、リンパ球などの炎症細胞浸潤を認めたが悪性所見は認めず、また、同様の炎症性変化が肝内胆管や胆嚢壁にも認められ、IgG 中のIgG4分画の 3543mg/dlに達する特徴的な高値と合わせ、乳頭の腫大は改めて自己免疫性膵炎によるものとし、胆管病変は自己免疫性膵炎に伴う硬化性胆管炎【図2-1、図2-2】と診断した。

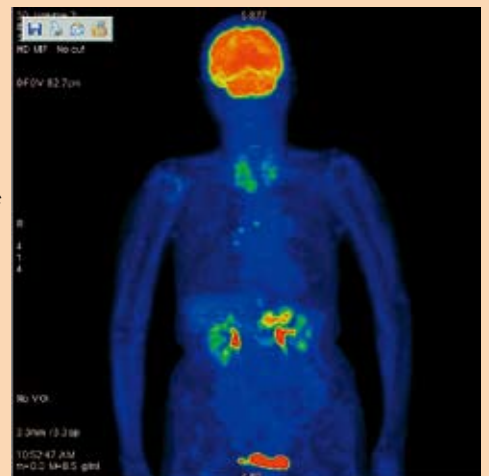
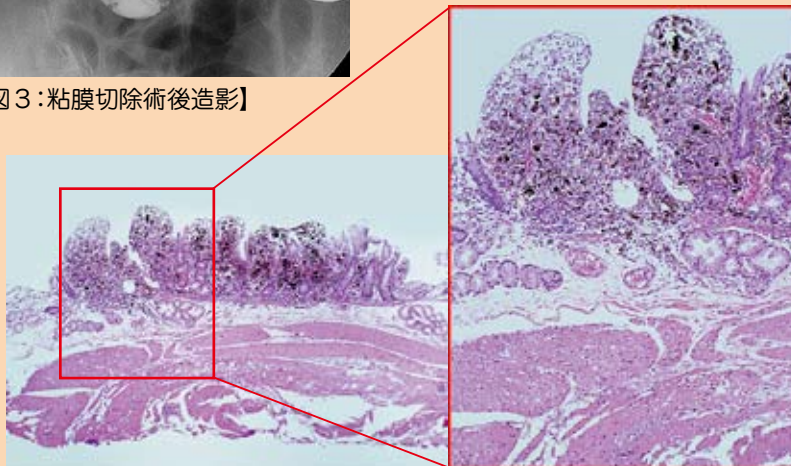
臨床診断：自己免疫性膵炎およびこれに伴う硬化性胆管炎

十二指腸球部可能性が高いを確認【図3】
ンパ節にFDG目という悪性
十二指腸転移



【図3：粘膜切除術後造影】

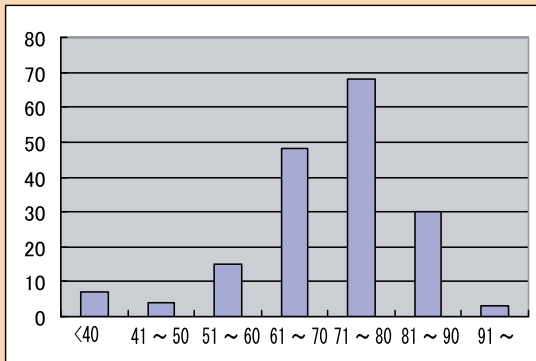
【図4：病理組織像/HMB-45およびS-100タンパク】



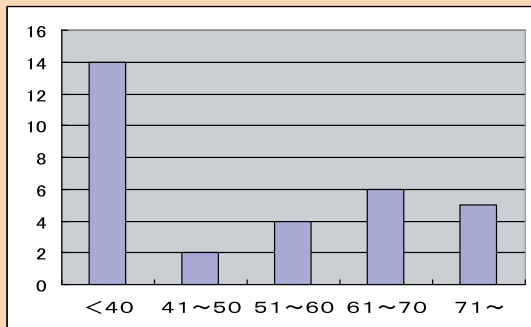
【図5：PET/撮影していただいたK病院提供】

症例⑦ 総合診療科 / 発熱、腰痛、排尿困難を主訴とする25歳男性

25歳の男性で職業は溶接工。気管支喘息があるが8月までは元気に働いていた。9月9日(日)、誘因なく後頭部を中心とする頭痛が始まり市販薬で様子を見ていたところ、2日後、熱感・腰痛・食欲不振が加わった。4日目、朝から生じた腰痛は体動により増強しなかった。排尿時痛はなかった。1度、嘔吐した。5日目の午前中、全身倦怠感が増悪し近医を受診。軽い喘鳴を伴う熱発(37.6℃)、6時間以上の無排尿、CRP(-)、WBC 13700、RBC 614x10⁴、の所見から、500mlの補液とテオドール、メブチンミニ、フルタイトの処方の下、当センター総合診療科外来に当日紹介された。BT 37.9℃、BP 111/67、P84で表情は苦悶状。甲状腺腫なく、胸腹部に異常なし。皮膚に異常なく、神経学的異状明らかでなかった。尿路感染症の疑いで泌尿器科入院、深夜、頸部硬直出現し、腰椎穿刺にて採取した髄液は黄色混濁、キサントクロミー陽性、パンティー3+、細胞数1608/3(単核球97%)で細菌は検出されず。無菌性髄膜炎の診断の下、ゾピラックス、グリセオール、ファーストシンを投与し、入院第10病日位から頭痛・腰痛の軽快と解熱をみたが、膀胱内留置カテーテル抜去で自尿が可能になるまでに2週間を要した。若年者の急性尿閉【図1-1、図1-2】では高齢者におけるBPH、前立腺癌などとは異なる、本症のような稀な病因【図2】も考慮する必要がある。 **臨床診断: 髄膜炎尿閉症候群(エルスバーク症候群)**



【図1-1: 年齢分布 / 男性】



【図1-2: 年齢分布 / 女性】

急性尿閉について 病因

男性 175 例		女性 31 例	
下部尿路閉塞	123	排尿筋収縮力低下	20
BPH	92	薬剤性	5
前立腺がん	12	これ以外のNGB*	2
膀胱頸部硬化症	8	ヘルペス(殿部、陰部)	1
包茎	2	放射線性膀胱炎	1
下部尿路術後	3	脊髄炎	1
尿道結石	3	脊髄梗塞	10
排尿筋収縮力低下	35	その他	7
薬剤性	7	心因性	3
これ以外のNGB	28	術後(骨盤内手術以外)	2
その他	9	子宮筋腫	2
膀胱タンポナーデ	6	不明	4
術後(骨盤内手術以外)	3		
不明	8		

*NGB: Neurogenic Bladder

【図2: 急性尿閉症例数】

症例⑧ 血液科 / 血性胸水を伴い急激な呼吸困難をきたした92歳男性

S内科小児科にて高血圧、血栓性血管炎にて通院治療を受けていたところ、H19年8月21日より咳・痰が出現。9月1日頃からは呼吸困難も出現し、同月4日、M病院を受診。胸部単純レントゲン写真で左大量胸水を認めため、救急車で当センター救急へ搬送された。救命救急外来での胸部CTで胸水に加え、大動脈弓部分の血栓閉塞型大動脈解離が強く疑われたため、心臓血管外科に即日入院となった。心臓血管外科では穿刺した胸水が血性であったことより当初、急性動脈解離の縦隔への破裂を疑ったが、細胞診でB cell typeのNon-Hodgkin lymphoma cellの検出があり、リンパ節腫大の欠除と合わせ、胸水原発の悪性リンパ腫Primary effusion lymphomaと診断、化学療法科に転科し直ちに化学療法を開始し症状の軽快をみた。 **臨床診断: 胸水原発の悪性リンパ腫**



【9月4日の胸部X-P/左大量胸水】



【9月5日の胸部X-P/左胸腔ドレナージ後】



【10月10日の胸部X-P/3rd Rituximab投与後1週間】

第8回：医療センター職員による学会出張報告

高知医療センターの医師はいろいろな学会に参加しています。そのなかから、学会レポートをご紹介します。

医療の質・安全学会 第2回学術集会

平成19年11月23日(金)～24日(土)
at 東京国際フォーラム

医療局長(医療安全管理室長) 武田明雄



今年4月より医療安全管理室長という大役をおおせつかり9ヶ月が経とうとしています。手術室での麻酔業務に加え、専門外の仕事に戸惑いながら、医療安全管理室の他の4人の助けを借りてなんとかこなしています。6月には日本医療マネジメント学会にも参加し、さらに当センターで11月19日から行われた医療安全推進週間の締めとして医療の質・安全学会学術集会に参加しました。

この学会は今年が2回目で新しい学会ですが、「21世紀の医療と医療システムを求めて」というテーマのもとに厚生労働省、文部科学省や日本医師会等の職種横断的な団体の後援で開かれました。興味あるシンポジウムの一つとして「医療崩壊」をテーマに3時間半にわたり発表・討論がありました。「医療崩壊—立ち去り型サボタージュとは何か—」の著者である小松秀樹先生や産婦人科、小児科、看護師等からの医療業務体制と労働環境についての発表は当センターでも人ごとではありませんでしたが、当然のことながら明確な結論は出ず、現状の再認識というところでした。

また、ワークショップ「急変時の緊急対応とRRT & 肺塞栓対策」は、自分の専門分野と大いに関係があり、興味深く聴講しました。RRTとはRapid Response Teamのことで、心肺停止等の院内急変に対する蘇生チームがよく知られていますが、心肺停止等の重篤な院内急変に至る前段階に患者が示す「症状—生理学的不安定性」への医療スタッフの「気づき」と「評価」、および「それに対する迅速な対応」がより重要であるという考え方には大いに賛成で、当センターでも医療スタッフの教育・訓練が必要であると思われました。

学会最後のシンポジウム「医療安全の目標と行動提案」では、米国で2006年に行われた「The 100k lives campaign」が紹介されました。米国医療質改善研究所とその呼びかけに応じた多数の団体の協力により、「10万人の命を救え」キャンペーンが展開され、全米で約5500ある病院のうち3100の病院(急性期病床数の78%に相当)が自主的に参加して改善に取り組みました。その結果、18ヶ月間のキャンペーン期間中に目標を超える約12万人の命を護ることに成功したというものです。このキャンペーンで重点的に実施されたのが表1に示す6つの取り組みです。

このシンポジウムをもとにこの学会は「日本版 The 100k lives campaign」として医療安全全国共同行動“いのちを護るパートナーシップ”を提案しています。日本と外国の有害事象のデータを示し(表2)、平成20年5月から平成21年12月までの20ヶ月をキャンペーン期間として、

全国の病院が自主的に参加登録を行い、地域内の他の病院や団体と協力して、医療の質・安全の確保と向上をめざして組織的な活動を実施するという取り組みです。当センターでも積極的に参加していきたいと考えています。

ここ数年の東京出張の楽しみは、二人の娘と会うことです。連休ということで飛行機の予約が取れずあきらめていましたが、インターネットでなんとかパッキングツアーを探しあてることができました。今回は目黒駅の地下にある回転寿司屋で食事をしましたが、午後6時頃から1時間半ならんでやっとあつきました。高知ではなかなか体験できませんが、我ながら辛抱強いと感心しながら楽しい一時を過ごすことができました。

表1:「10万人の命を救え」キャンペーンの6つの取り組み

1	Deploy Rapid Response Teams
2	Deliver Reliable, Evidence-Based Care for Acute Myocardial Infarction
3	Prevent Adverse Drug Events (ADEs)
4	Prevent Central Line Infections
5	Prevent Surgical Site Infections
6	Prevent Ventilator-Associated Pneumonia

- ・有害事象発生率の国際比較(出典:WHO/World Alliance for Patient Safety “Forward Programme 2005”)
- ・有害事象:医療の結果としてあるいは医療が関与して(行われるべき医療が行われなかった場合を含む)生じた、意図しなかった身体的傷害で、そのために観察、治療あるいは入院が必要となったもの、あるいは死に至ったもの。
- ・日本:6.8%(堺秀人研究班)

調査を実施した国	対象病院と対象年度	入院件数	有害事象の発生件数	有害事象の発生率(%)
米国(ニューヨーク州)	急性期病院(1984年)	30,195	1,133	3.8%
米国(ユタ、コロラド州)	急性期病院(1992年)	14,565	475	3.2%
オーストラリア	急性期病院(1992年)	14,179	2,353	16.6%
英国	急性期病院(1999年-2000年)	1,014	119	11.7%
デンマーク	急性期病院(1998年)	1,097	176	9.0%
ニュージーランド	急性期医療(1998年)	6,579	849	12.9%
カナダ	急性期・地域病院(2001年)	3,720	279	7.5%

表2:医療の質・安全学会資料抜粋

地域医療連携病院のご紹介



本山町立国民健康保険 嶺北中央病院



〒781-3601 長岡郡本山町本山620番地
TEL:0887(76)2450
FAX:0887(76)2453
URL:<http://www.reihokuchuo-hp.jp/index.html>

(診療科)
内科・外科・整形外科・産婦人科・リハビリテーション科・リウマチ科・肛門科・脳神経外科・泌尿器科・皮膚科



左から松葉さん、佐野正幸院長、小笠原さん

本山町立国民健康保険嶺北中央病院は、昭和20年4月1日に開院しました。急性期医療および救急医療を担っており、保健・医療・福祉を一体化した総合医療を行い、患者様に優しい医療を心掛け、地域住民から信頼される病院づくりをしています。病床数は一般病床111床、結核病床20床の合計131床です。平成19年4月～10月間の嶺北中央病院から高知医療センターへの患者さんのご紹介は112件で、医療センターからの逆紹介は95件となっており、4番目に連携の多い医療機関です。今回は佐野正幸院長と地域医療相談室の松葉さん、小笠原さんにお話をうかがいました。

Q: まず、貴院についてお聞かせください。

A: 全身麻酔の手術はできなくなりましたが、腰椎麻酔の骨折の手術などは可能です。術後および亜急性期の人工呼吸をしている患者様や様々なチューブ類のある患者様の受入れも可能です。看護体制は13:1です。常勤医は7名で、その他に研修医がいます。そして高知大学附属病院から脳神経外科(金)、泌尿器科(水)、産婦人科(火・金)、皮膚科(火)の医師に来ていただいています。また、理念として、予防医療・検診などをまとめて一体的に行うこととしています。

Q: 貴院では透析ができますね?

A: この地域に透析ができるところがなかったのが、平成12年4月に透析を開始しました。現在34名の透析患者様がいらっしゃいます。月・水・金は2クール、火・木・土は1クールで施行しています。通院困難な方は入院透析となっています。だんだん透析患者様も増えてきています。

Q: 地域医療相談室についてお聞かせください。

A: 名称は地域医療部として、主に在宅関係の業務をしています。MSWがないので、医師や看護師、そして事務スタッフで協力しながら転院業務なども行っています。地域医療部の構成は看護師長1名、看護師1名、事務職員2名です。

Q: 訪問診療は行っていますか?

A: 当院に入院された患者様や通院困難な患者様を対象に行っています。午前9時～午後5時の間で訪問診療をしており、原則として休日夜間の対応はしていません。予定訪問診療・訪問看護がほとんどです。土日は医師2名で当直をしておりますが、平日は1名です。休日夜間の急な場合には、当院に来院していただくようになっています。長期入院患者様は30～40名ほどいらっしゃいますが、当院には療養病床がありませんので入院療養患者様は主に早明浦病院へご紹介しています。しかし、長期の入院患者様はなかなか行くところがないのが現状です。

Q: 高知市内の方では一般病床を障害者施設に移行していています。重度の患者さんが入る病床になりますが、診療報酬点数が1,200点で出来高となっています。今後、介護病床がなくなります。医療療養病床は区分3となり、脳神経外科の患者さんが経管栄養で点滴をしていない場合、その区分は1とされ、医療療養病床に入れません。そうすると今まででしたら、そういう患者さんは介護病床に行っていました。介護病床がなくなりますので行くところなくなってしまいます。現在、その介護病床の代わりにそういう患者さんが入れる病床が障害者施設ということになり、移行されつつあるようです。それでは、高知医療センターに要望やお気づきの点などはありますか?

A: 当院としては急性期患者様を診ていただいて、経過が良くなれば戻していただいている医療機関だと考えています。

Q: 今後めざされることはありますか?

A: この地域では急性期病院が当院以外ありませんから、当院の救急体制がなくなると大変になります。医師不足、看護師不足で、今のままだと一次救急医療ができなくなる可能性がありますので、何とか存続できるようにしていきたいと思っています。そして、高次の医療機関と連携して地域に必要とされる病院をめざしていきたいと思っています。

お忙しいなか、取材にご協力いただきありがとうございます。

お知らせ

第26回 高知医療センター 救命救急センター救急症例検討会

1月21日(月)午後5時半～
場所: 高知医療センター2F くろしおホール

詳しくは下記にお問い合わせください。
救命救急センター

CDでの画像出力が可能となりました!

高知医療センターの画像診断部門で実施した放射線検査(一般撮影・X-TV・CT・MRI・核医学検査・血管撮影)の画像はフィルム出力のみ対応を行っていましたが、平成19年4月17日よりCDでの画像出力も可能となりました。ただし、**フィルム・CDの同時出力には対応できません**。画像出力が必要な場合は、ご希望の出力方法を予約の際にご連絡ください。なお、CD出力する画像はDICOM-3準拠の画像出力(DICOM Viewersoft付属)を行います。Macintoshには**対応できません**のでご注意ください。

編集後記

2007年の世相を表す漢字として「偽」が選ばれた。産地偽装、原材料偽造、賞味期限改ざんなど、私たちに身近な食品に次々と偽りが発覚。また、年金記録の偽り、防衛省次官のゴルフ接待なども。暖簾と看板を大切に、歴史と伝統を誇る老舗にも拡大。国民の多くが「ブルータス、お前もか」と思ったのは、偽りではない。

医療センターも4年目の年を迎える。「患者さんが主人公」が偽りでないよう頑張らねばと
決意あらたに。(事務局 村岡)



広報誌「にじ」に関するご要望・ご意見等をお寄せください。renkei@khsc.or.jp
Kochi Health Sciences Center Home Page : <http://www.khsc.or.jp/>