

# 特集

高知医療センター

第6回地域医療（内科系）症例報告会

2009.7.9.....P2~P6

# にじ

- 臨床試験のご案内（標準的科学的治療に抵抗する膀胱がん患者さん対象）・・・ P6
- 地域医療連携病院のご紹介（医療法人川村会 川村病院）…………… P7
- 高知医療センターニュース Vol.4 …………… P7
- 高知医療センターイベント情報…………… P8

# 8

AUGUST.2009 Vol.46



写真：よさこい祭り、ほにやチームで踊る高知医療センター研修医の辻枝里医師

高知医療センターの基本理念  
 医療の主人公は患者さん  
 高知医療センターの基本目標

1. 医療の質の向上
2. 患者さんサービスの向上
3. 病院経営の効率化

7月9日(木)午後7時から、第6回高知医療センター地域医療(内科系)症例報告会が高知医療センター・くろしおホールで開催されました。地域の先生方のご参加は15名、コメディカル2名、院内医師26名、その他の院内コメディカルを併せて40数名の参加があり、午後9時過ぎまで症例報告と活発な質疑が交わされました。紹介元の先生方に多数ご参加いただけたのも嬉しい限りでした。以下、症例報告会のご報告です。

#### 症例① 頭痛・腹痛を伴う意識障害で発症し、低血糖・低血圧を示した78歳女性例

2009年1月、数日間の食欲低下と体調不良の後、夕方から腹痛と軽度の頭痛が出現し、続いて便失禁を伴って意識レベルが低下、救急車で当院に搬送されました。来院時、血圧は76/37mmHg、血糖は簡易血糖測定で測定感度以下であり、50% Tz40cc投与で70mg/dl台に上昇し、これにともなって意識も回復しました。この時、副腎不全は血清コルチゾール7.2 $\mu$ g/dlで否定的、インスリン抗体も陰性でした。

この後、物忘れが進み、下肢・顔面の浮腫が出現し、同年2月、腰痛と全身倦怠感・食欲低下を訴えるようになった。再来時、外来での血糖は23mg/dlでしたが、入院後、血中Cペプチド、インスリン濃度に上昇がなくインスリノーマは否定的でした。他には低Na血症、低Alb血症を認めました。

下垂体機能では、前葉ホルモンはLH、FSHを除きそろって低値、低反応で、MRI画像とあわせエンプティーセラ症候群を伴う下垂体前葉機能低下症と診断しました。糖質コルチコイド・甲状腺ホルモンとともに、代謝改善のため成長ホルモンの補充も開始しています。

この症例では、初回来院時から低血糖がありましたが、単回測定の血清コルチゾール値が低値でなく、意識障害から脳血管障害を疑い行ったMRIも水平断であったため、エンプティーセラが診断できませんでした。低血糖に伴う腹痛・食欲低下は副腎不全を、頭痛は下垂体腫瘍・下垂体卒中などを疑う必要があります。

**臨床診断：エンプティーセラ症候群を伴う下垂体前葉機能低下症**

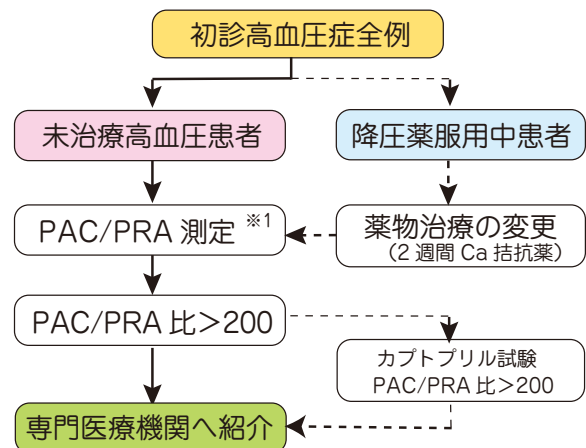
#### 症例② 低カリウム血症から2次性高血圧症を疑われた56歳男性例

高血圧症の10～20%を占めるという二次性高血圧症はかなり見逃されていると言われています。この症例は紹介元で1回のみ軽度の低K血症を示し、当院では二度とK異常を示さなかったケースです。

患者さんは42歳で高血圧症と診断され、55歳で脳幹梗塞を発症。その翌年、かかりつけ医のM医院で1回のみ低K血症(血清K 3.3mEq/l)が見出され、2次性高血圧症の精査目的で当院に紹介されました。入院後、血漿レニン活性は0.3ng/ml/hr(正常:0.2-2.7ng/ml/hr)と正常下限、血漿アルドステロン濃度は176pg/ml(正常:30-159pg/ml)と軽度の高値が明らかとなりました。しかし、原発性アルドステロン症(PA)の診断にあたって、より鋭敏とされる指標(アルドステロン/レニン比)は586と日本内分泌学会の診断基準(200以上はPAを強く疑う)(図1)を超えており、フロセミド・立位負荷試験でのレニン無反応、迅速ACTH負荷試験でのアルドステロン過剰分泌と、いずれもPAに合致する結果でした。単純CTでは検出できなかった小腫瘍陰影がダイナミックCTで見出され、ACTH負荷副腎静脈サンプリングで左副腎原発性アルドステロン症と診断しました。引き続き腹腔鏡下左副腎摘出術で約10mmの腫瘍が見出され、病理診断も副腎皮質腺腫(adrenal cortical adenoma)でした。術後、降圧剤も減量でき、経過良好となっています。

PAは腫瘍も小さく偶発腫として見つかることも稀ですが、一方で心肥大や心筋梗塞、進行性腎障害、脳血

図1：日本内分泌学会 原発性アルドステロン症診断の手引き



※1：採血姿勢は座位(または臥位)で行う。  
PAC：血漿アルドステロン濃度=pg/mlで表現。  
PRA：血漿レニン活性=ng/ml/hrで表現し、PAC/PRAを算出する。

管障害などの合併症が本態性高血圧症より多いとされています。血清K値に頼りすぎない積極的なレニン・アルドステロン測定が早期診断につながることを教えてくれる症例でした。

**臨床診断：原発性アルドステロン症(左副腎腫瘍)**

### 症例③

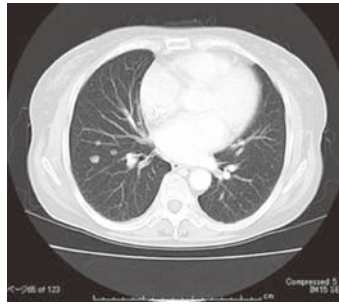
## 5次化学療法が奏効している大腸がん肝転移の65歳女性例

大腸がん化学療法は、近年長足の進歩を遂げています。本邦でもBevcizumab (BV) + FOLFIRI / FOLFOXが一次・二次標準治療となり、今回改定ガイドラインにも記載されました。ただ、これまで臨床の場では、三次治療以降にレジメンの選択等に難渋することも多々経験されてきましたが、2008年11月からは新規分子標的薬であるCetuximab (C-mab)が認可され、その状況も大きく変わり始めています。

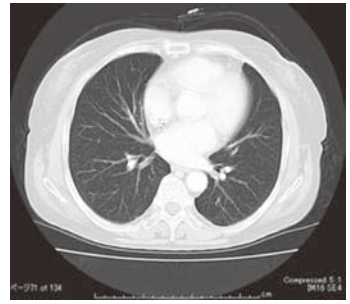
この症例は2007年3月、感染症の治療に際してH医院にて、まず肝に多発性LDAを見出され、その後当院に紹介され、S状結腸がん・同時性多発肝転移と診断しました。治療は腸管の通過障害がないため手術は行わず、化学療法が採用され、同年5月から一次治療【mFOLFOX6】、二次治療【治験としてのIRIS (CPT-11+TS-1)】、三次治療【Bevacizumab+mFOLFOX6】、四次治療【Bevacizumab+FOLFIRI】を2008年12月まで行いました。しかしこの後、肝臓および肺の転移巣に増大(図2左)が見られたため、五次治療としてC-mab+CPT-11の併用療法を施行したところ、明らかな病変の縮小(図2右)が認められました。

Cetuximab(C-mab)併用化学療法は、多剤耐性となった進行・再発大腸がんに対しても有効で、安全に外来で施行可能です。

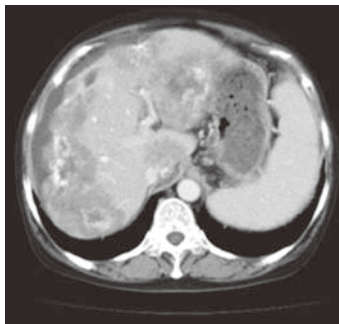
図2：胸部CTと腹部CT



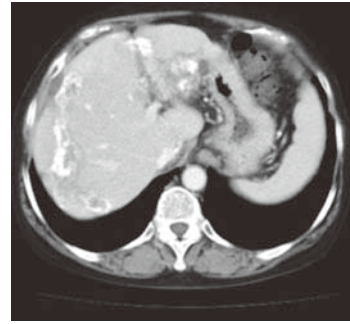
C-mab 治療前の胸部CT



C-mab 治療3コース後の胸部CT



C-mab 治療前の腹部CT



C-mab 治療3コース後の腹部CT

臨床診断：S状結腸がん、多発肝・肺転移

### 症例④

## 生検が困難であった食道粘膜下腫瘍の45歳男性例

平成19年4月、検診目的でK病院にて上部消化管内視鏡検査を受け、中部食道に4mm大の黄白色調の隆起が発見された男性。生検は表面粘膜の採取のみに終わり、確定診断を求めて当院へ紹介されました。当院の上部消化管内視鏡検査では、切歯列25cmで4時方向に4mm大の白色調で表面平滑な隆起病変を認めました(図5左)。

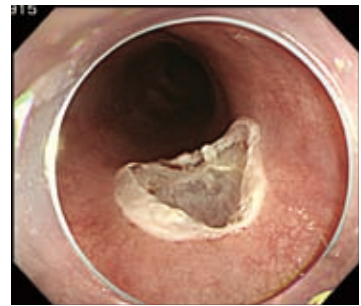
病変は可動性良好で、弾性軟、クッションサインは陰性でした。超音波内視鏡で第2層を主座とする内部構造の均一な低エコー領域を認め、第3層への浸潤を疑う所見はなく、平滑筋腫を疑うものの確定診断のためにEMRを施行しました。

病変は一塊切除でき(図5右)処置後の偶発症も認めませんでした。その病理は食道粘膜下腫瘍の約90%を占める平滑筋腫ではなく、食道粘膜固有層内に絨毛を有する呼吸上皮が不規則な環状構造を形作ったもの(図6)で、これまでの報告にない非常に珍しい病変でした。腫瘍化した部分は認めませんでした。

図5

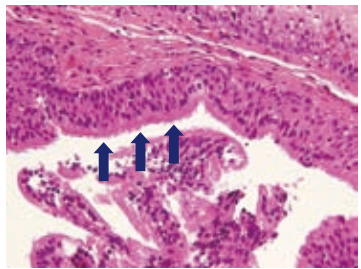
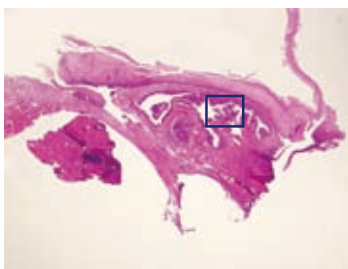


上部消化管内視鏡検査



内視鏡的粘膜切除術

図6：病理学的検査結果



臨床診断：食道粘膜下腫瘍(異所性気管支粘膜)

## 症例⑤ 頻回の下痢・肛門痛を訴え小腸内視鏡検査を施行した 26 歳男性例

以前より痔の痛みがあった26歳男性。2008年秋、痔の手術を受けたところから1日に3～5回の泥状～水様の下痢を認めるようになり、体重は1年で10kg以上減少。Tクリニックでの上・下部消化管内視鏡検査に異常なく、小腸造影検査でも明らかな病変はなかったものの小腸クローン病が否定できず、当院に紹介されました。

生化学では血清アルブミンの低下と炎症反応が目立ち、当院のCT検査で回腸末端に壁肥厚が認められたため、ダブルバルーン内視鏡で大腸から小腸を検索しました。大腸では肛門部に痔瘻、瘻孔を認めた以外、Bauhin弁まで他の病変は認められませんでした。回腸末端に連続性のない片側性の潰瘍、びらんが認められました(図3)。

病理では、形質細胞・リンパ球・好中球などが混在した中等度の炎症細胞浸潤に加え、小型の非乾酪性類上皮細胞肉芽腫がみられ、小腸型クローン病と診断しました。観察ができなかった口側小腸のため、小腸X線造影を再

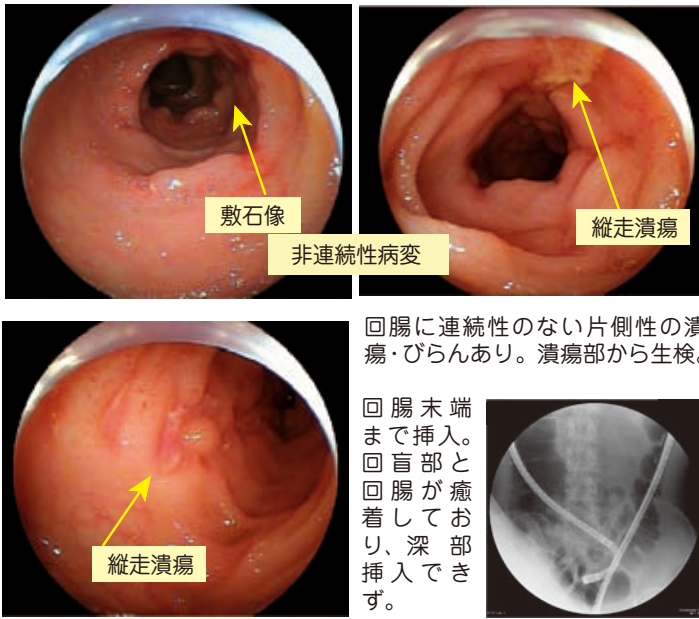
検しましたが追加すべき病変は認められず、回腸末端部の変形と回盲部との癒着が疑われたのみでした。

ここで用いたダブルバルーン内視鏡は、図4のようにスコープ、オーバーチューブのそれぞれの先端についたバルーンを利用して挿入・固定・抜去をくり返すことにより、尺取り虫が進むように目的の部位に到達することができ、小腸病変の生検のみならず、止血、狭窄に対する拡張術を行うこともできます。

この症例では難治性痔瘻があり、MRIで明らかな膿瘍形成を認められなかったことから、ペンタサ錠の内服、抗生剤、低残渣食に加え、インフリキシマブ(抗TNF- $\alpha$ 抗体)で治療しました。インフリキシマブ投与後からCRP、赤沈の顕著な改善を認め、2回目のインフリキシマブ投与時には瘻孔の閉鎖が確認されました。

**臨床診断：小腸型クローン病**

図3：ダブルバルーン内視鏡検査(小腸所見)



回腸に連続性のない片側性の潰瘍・びらんあり。潰瘍部から生検。

回腸末端まで挿入。回盲部と回腸が癒着しており、深部挿入できず。

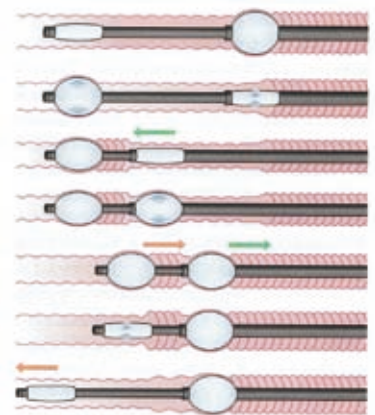
図4：ダブルバルーン内視鏡

◆スコープ、オーバーチューブのそれぞれの先端についたバルーンを利用して挿入・抜去をくり返すことにより目的の部位に到達。

◆小腸病変の観察が可能。

◆生検することができ、小腸病変の病理診断が可能。

◆止血、狭窄に対する拡張術などの治療もできる。



図：ダブルバルーン内視鏡挿入原理(提供：オリンパス社)

## 症例⑥ 指摘されていた貧血が急速に進行した 91 歳女性例

1年ほど持続する貧血が急激に進行した、ということでU医院より紹介され来院。Hb5.3の正球性、正色素性で、白血球、血小板に異常なく、網状赤血球は4.3%、血清鉄79、直接間接クームス陰性、ALT、AST、ALP、LDHはすべて正常範囲でした。血清CEAは5.6、AMY 712と上昇しており、便潜血を認めましたが、骨髓はNCC15.5万で異常細胞集団を認めませんでした。入院6日目に出血性小脳梗塞を発症、その後、発熱をともなううっ血性心不全が遷延、増悪し、DIC状態を示した後、永眠されました。

剖検で予想外に脾がんが発見され、肺には肺動脈血栓による微小転移巣が散在していました。原発巣は体部にあり、径2cmの高分化型管状腺がん、傍脾、腹部大動脈周囲リンパ節に転移巣が認められました。貧血は消化管出血に加え、悪性腫瘍(この場合、脾がん)にともなう症候性貧血によるものと位置付けざるを得ませんが、それ以上の機序は現時点では明らかではありません。

**臨床診断：脾がん、転移性肺がん、症候性貧血、小脳梗塞、播種性血管内凝固症候群、多臓器不全**

## 症例⑦

### 1年以上の鼻閉症状に続き、末梢血に好酸球増多を認めた31歳女性例

小児喘息の既往がある女性が29歳頃より持続性の鼻閉症状を示し、慢性副鼻腔炎の診断のもと、近医にて処方を受けていましたが、症状の好転が見られず、咳嗽も悪化したため当院を受診されました。この時は気管支喘息および細菌性肺炎と診断、ステロイド、抗生剤にて治療し、症状改善のため外来にて気管支喘息として治療を継続していました。その後、2009年1月末より心窩部痛、下肢のしびれが始まり、この診療目的で入院した。病院で血中に著明な好酸球上昇とMPO-ANCA値の上昇が見出され、さらなる精査加療のために当院へ転院となりました。

入院時、呼吸状態は安定していましたが心窩部に圧痛あり、不正性器出血が見られました。また、両側鼠径部には掻痒をともなう色素沈着（図7左）を認め、また体幹背側には点状紫斑が散在していました。検査所見では、末梢白血球数は28,000で、そのうち55%が好酸球という著明な好酸球上昇に加えて、血中CRP、IgEの上昇を認めました。肝機能酵素は軽度上昇し、リウマトイド因子とP-ANCAが高値でしたが、腎機能に異常は認められませんでした。

気管支鏡では、気管および気管支には一部、白色浮腫状の粘膜を認めるのみで、洗浄液では好酸球の軽度上昇とCD4/8比の低下が認められましたが、一般細菌・抗酸菌とも検出されませんでした。皮膚生検では、真皮上層の血管周囲性に好酸球を主体とする炎症細胞浸潤が認められました（図7右）。

以上より、組織像が確認されたChurg - Strauss症候群という意味で、アレルギー性肉芽腫性血管炎（AGA）と診断しました。この例ではステロイドパルスに続くプレドニゾンとエンドキサン投与により、呼吸器系の症状とともに歩行困難、腹痛・食欲低下、性器出血などが改善しました（図8）。

この疾病は、喘息の発症からChurg-Strauss症候群と診断される期間が短いほど、また、治療開始が遅れたものほど血管炎の症状として心筋梗塞や脳梗塞などを合併して予後が不良となります。早期発見・早期治療が重要とされる所以です。

**臨床診断：Churg-Strauss 症候群  
（アレルギー性肉芽腫性血管炎（AGA））**

図7

入院時現症



皮膚生検組織所見

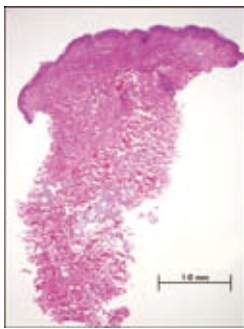
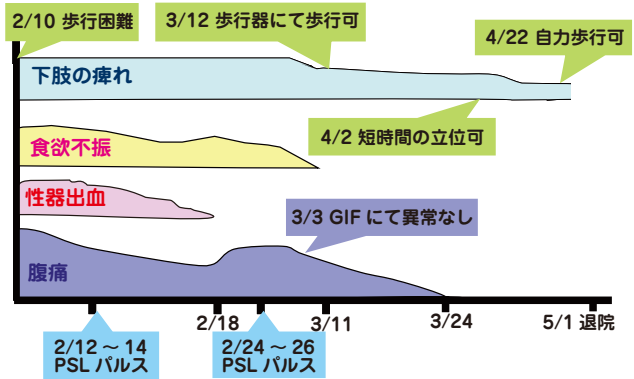


図8：入院経過



## 症例⑧

### 血小板減少があり急速な腎機能低下を示す53歳男性例

男性は2008年暮れより全身の倦怠感が始まり、徐々に顔面、下肢の浮腫が加わったため、翌年1月T病院に入院しました。その後、血小板減少、腎機能悪化が認められ、血栓性血小板減少性紫斑病（TTP）疑いで当院に転院となりました。当院入院時、体温は37.4℃で下肢浮腫とともに胸水、腹水を認めました。血液検査で血小板は6万で軽度の貧血、血漿ヘモグロビン濃度の増加を認めました。前医で血清LDH、T-Bil値が上昇していたこと、破碎赤血球、Hpの低下が入院後に認められるようになったこと、BUN/CREが61.0/4.33と上昇し、尿細管酵素の上昇があったことなどからいずれもTTP/HUSを疑いました。各種自己抗体はすべて陰性で、凝固系は正常、骨髄像でも異常所見は認められませんでした。腎生検の結果もTTP/HUSと矛盾せず、TTP/HUS発生の原因として、何らかの炎症性疾患の存否を見極めるため行ったGaシンチでは有意な集積は認められませんでした。

治療は血漿交換、血液透析を行い、サイトカイン抑制目的にステロイドパルスも施行し、徐々に血小板の

上昇、尿量の増加を認め、血漿交換・血液透析からも離脱し外来通院を続けています。入院時の腎生検組織では、内皮の腫脹、基底膜の二重化やwrinkling、mesangiolysisなど糸球体障害が強く、維持透析になる事が予想されましたが透析から離脱し経過は良好です。

一般に典型的なTTPではADAMS13活性は低下し、その原因とされる抗ADAMS13抗体価は上昇とされますが、この症例ではADAMS13活性は29%と中等度の低下をしていたものの、抗体価の上昇は見られませんでした。

《参考》 ADAMS13活性とはvon Willebrand因子(vWF)特異的切断酵素の別名。vWFは血小板が血管障害部位で内皮下のコラーゲンに粘着する際にコラーゲンと血小板膜上の糖蛋白GPIbとを接着させる役目をする。よって、本酵素が低下するとvWFは切断されないまま巨大化し、微小血管内で過剰な血小板凝集(血小板血栓)を起こす。そのため末梢血中の血小板は減少し、微小血管障害性溶血性貧血となる。ADAMS13活性低下の原因の1つとしてこれに対する抗体の産生が考えられているが他の原因はまだ不明である。

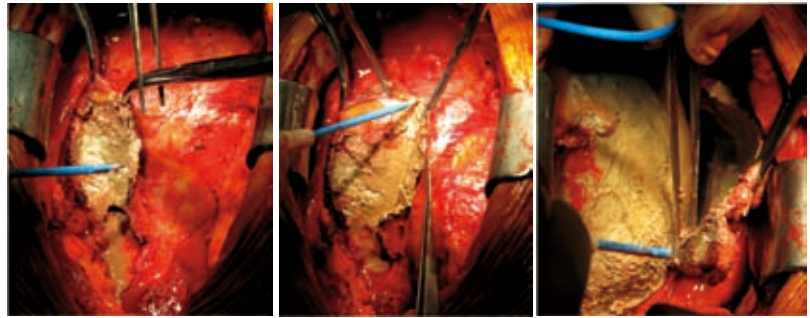
**臨床診断：血栓性血小板減少性紫斑病 / 溶血性尿毒症症候群（血栓性微小血管障害）**

## 症例⑨ 心不全症状を呈し胸部CTで心膜肥厚が認められた75歳男性例

患者は2008年11月から始まった下肢浮腫が悪化、全身浮腫と呼吸困難へと増悪したため2009年4月、O病院から当院に紹介となりました。15歳で肋膜炎に罹患し、47歳から心房細動があり、7ヶ月前まで喫煙習慣がありました。来院時、BP 106/62mmHg、HR 75/分、SpO2 93%で胸部はwheezeを聴取し、腹部は膨隆して肝腫大と腹水を認め、著明な下腿浮腫に陰嚢水腫をとまっていた。血清アルブミンに低下なく、胸部X-Pで心胸郭比は61%であり、前医での胸部CTで見られた心膜の著しい石灰化から収縮性心膜炎を疑い、血行動態等の精査のため心臓カテーテル検査を施行しました。

心カテでは著明な右心負荷所見に加え、右室、左室圧波形ともに典型的なdip and plateauの所見であり、心エコーでの左室中隔の拡張早期の後方運動や僧帽弁・弁輪速度などの所見とあわせ、収縮性心膜炎と診断し

図9：術中写真

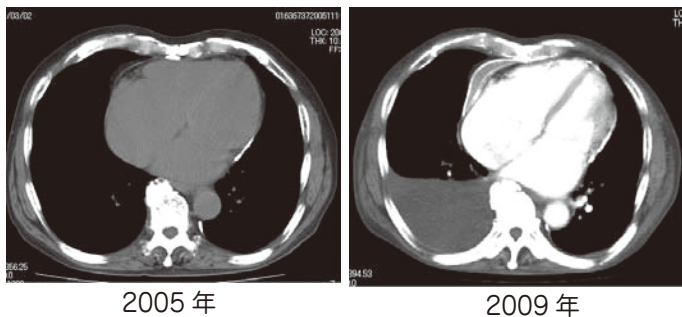


ました。さらに経過から外科手術の適応と判断し、当院心臓血管外科にて心膜剥離術を施行しました。心嚢液は膿状で黄土クリーム色を示し、右室前面から右房側面、横隔膜面の心膜は切除し、右室前面の心外膜に切開を加えて手術を終了しています(図9)。

術後経過は良好で利尿剤の内服は継続していますが、入院時80kgを越えていた体重も58kg前後と安定し、軽快退院となりました。発症の原因については、心膜、心嚢液、心外膜の組織、細菌、抗酸菌検査などを行いました。結核を含め原因は特定できませんでした。

この症例では2005年の胸部CTとの対比が可能(図10)であり、2005年にわずかながら石灰化が認められ、心膜石灰化の経時的変化が観察できたという意味でも貴重な症例でした。

図10：心膜石灰化の経時的変化



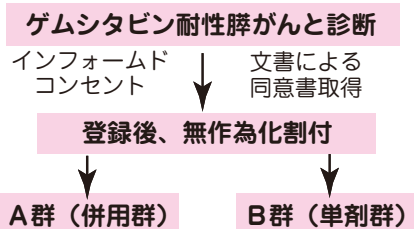
**臨床診断：収縮性心膜炎  
部分的な心膜切除術**

## 臨床試験のご案内 標準的化学治療に抵抗する膵がん患者さんを対象とした治療

製薬会社からの依頼を受けて、**ゲムシタピン耐性膵がん患者さんを対象とした**治療を実施しております。既に患者さんの治験への登録は開始しています(平成22年10月末まで)。もし対象となる患者さんがおられましたら、是非ご紹介ください。

\*同意取得後の医療費の一部は、製薬会社が負担します。また、同意取得後の治験の為に来院の際には、交通費相当の一定額が病院から支払われます。

### 治験デザイン



【問い合わせ先】：高知医療センター臨床試験管理室  
Tel:088-837-3000(代表)  
E-mail:rinsyo@khsc.or.jp

【実施診療科/責任医師】腫瘍内科 辻 晃仁

### 主な適格基準

- 1) 組織診あるいは細胞診で膵がん(腺扁平上皮がんを含む)が確認された浸潤性膵管がんの症例
- 2) ゲムシタピン療法に耐性と考えられる以下の症例

- 切除不能・再発膵がんに対する一次治療として標準的なゲムシタピンを含む全身化学療法(1レジメン)が行われ、画像上の増悪が確認された症例
- 膵がん術後補助化学療法としてゲムシタピン療法が行われ、治療中もしくは最終投与後24週以内に画像上の再発が確認された症例

### 主な除外基準

- 1) CPT-11 またはS-1を含むフッ化ピリミジン系薬剤の治療歴がある症例
- 2) 放射線治療歴がある症例。ただし、膵がん切除時の術中照射施行例は登録可とする
- 3) 胸部X線または腹部CT/USで、中等度以上の胸水あるいは腹水、心膜水が確認された症例

\*その他詳細な基準もありますので、お問い合わせください。



## 医療法人川村会 川村病院

〒780-0901 高知市上町5丁目6-20  
 電話：088(823)7433 FAX：088(823)7438  
 URL：http://www.kawamura-hosp.or.jp

(診療科)

内科、胃腸科、消化器科、循環器科、心療内科

(関連施設)

居宅介護支援センターかがみ川、デイサービスはる風、訪問看護、訪問リハビリテーション



写真：佐野修一院長（前列、右から2番目）と川村病院スタッフの皆さん



医療法人川村会  
 川村病院は、昭和39年7月に上町5丁目に設立されました。病床数は、一般病床27床、亜急性期病床5床、医療療養病床30床、そして介護療養病床15床

の計77床です。胃腸科専門病院として指導医や専門医を配置し、胃がんや大腸がんの早期発見に力を入れ、胃腸科・消化器外来、循環器外来、生活習慣病予防、糖尿病外来、心療内科外来といった専門外来の診療も行っています。また地域のニーズに応え、リハビリテーションやデイサービスなどの在宅支援に加え、かかりつけの医師が必要と認められた方の訪問看護も行っています。今回は、佐野修一院長、安岡将一管理課主任、総看護師長の森下美知代さん、医療連携相談室室長の川村智恵さんにお話を伺いました。

(高：高知医療センター 川：川村病院)

高：高知医療センターとの連携についてはいかがですか？

川：非常に迅速に患者さんを受け入れていただき、手術した後も当院にスムーズに戻って来られています。最近は医療センターに循環器や、呼吸器の重症患者さんを受け入れていただくことが多いですが、治療方針について患者さんやご家族と相談をし、しっかりとした治療を希望される患者さんを医療センターにお願いするようにしています。

高：何科に紹介したらいいか分からなくて困った場合などはありませんか？

川：そうですね。総合診療科にご相談させていただいたことはあります。

高：対応する科が分からない場合は、まず総合診療科にご相談していただき、それでも対応する科が決まらない場合は、外科が輪番制で担当していますので、お気軽にご相談いただければと思います。

高：こちらからの診療情報提供書などについて不備などはありますか？

川：診療情報提供書については、入院患者さんだけでなく、外来に通院している患者さんの情報も詳しく書いてくれていると思います。社会的な背景をもっている患者さんがそれぞれあり、把握が難しい場合もあると思いますが、MSWが連携をとりながら対応していますので問題はないと思います。看護サマリーについては、重点を置いたところを強調して、どこに注意するべきかをわかるようにしていただければ、なお良いと思います。

高：貴院が力を入られていることはありますか？

川：当院は消化器科を中心に出発し、ここ数年は循環器病や糖尿病、そして生活習慣病というところにも力を入れています。かかりつけ医の機能ということで、外来はもちろん、肺炎などになっても入院ができるということにメリットを感じていただけるようにしています。また療養型の病床もありますので、長期療養の必要な方にも利用していただきたいと思っています。

ご多忙のなか取材にご協力いただきありがとうございました。



## 高知医療センター・地域医療連携研修会の年間スケジュールが決まりました！

当院で2ヶ月に一度行っている「地域医療連携研修会」の年間スケジュールが決まりました。講演内容や詳細につきましては、その都度ご案内させていただきます。参加費無料、事前のお申し込みも不要となっていますので、直接、会場までおこしてください。皆さまのご参加を心よりお待ちしております。（※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。）

**場所：高知医療センター 2階 くろしおホール 時間：午後2時～3時40分**

**第8回：2009.9/26（土）**

**第10回：2010.1/30（土）**

**第9回：2009.11/28（土）**

**第11回：2010.3/13（土）**

お問い合わせ先：高知医療センター地域医療連携室 担当（中島）

# 高知医療センター イベント情報

日	曜	8月～	
1	土	<b>平成 21 年度高知県がん診療関係医師緩和ケア研修会</b>	
		内容	がん性疼痛の機序、評価 時間 9:30～17:30
2	日	内容	ワークショップファシリテーター 時間 9:30～17:30
		場所	高知医療センター2階 くろしおホール、会議室（やなせすぎ、やいろちょう）（両日共）
		お問い合わせ：NPO 法人高知緩和ケア協会 事務局 山下梓 TEL/FAX：088(884)6470 ※定員 50 名（申込締切済）	
6	木	<b>平成 21 年度高知県小児保健協会総会・学会</b>	
		内容	総会 学会：教育講演「こどもの心臓病について」 講師 高知大学医学部周産母子センター 助教 高杉 尚志 氏
		内容	学会：特別講演「保育園・幼稚園・学校生活で注意したいアレルギー疾患」 講師 けら小児科・アレルギー科 副院長 森澤 豊 氏
		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
		主催：高知県小児保健協会 後援：高知県・高知県教育委員会 参加費：1,000 円（学生 500 円） 申込み先・お問い合わせ：高知県小児保健協会事務局（高知大学医学部 小児思春期医学教室） TEL：088（880）2355 FAX：088（880）2356 e-mail:syo-ko@kochi-u.ac.jp ※定員 200 名（申込締切 7/31）	
8	土	<b>第 10 回（平成 21 年度第 1 回）高知医療センター地域がん診療連携拠点病院 公開講座</b>	
		内容	咽頭がんの ABC 講師 高知医療センター 耳鼻咽喉科 医長 土井 彰 氏
		内容	最近の大腸がん治療 講師 高知医療センター 消化器外科 主任医長 濱田 円 氏
		内容	高知医療センターにおける婦人科がんの診断と治療 講師 高知医療センター 医療局次長（母性・小児診療部門）婦人科 竹内 悟 氏
場所	高知はた JA 会館 4F 大ホール 時間 14:00～16:30		
お問い合わせ：高知医療センター事務局業務推進第一課 TEL：088（837）6760 内線（3454）※定員約 150 名			
9	日	<b>平成 21 年度高知県周産期症例検討会</b>	
		内容	母体搬送症例から産科リスクを再考する（仮） 症例報告 国立高知病院、高知赤十字病院、高知大学医学部附属病院、高知医療センター
		場所	高知医療センター2階 くろしおホール 時間 9:00～12:00（予定）
お問い合わせ：高知医療センター 総合周産期母子医療センター 吉川清志			
11	火	<b>胎児心疾患の超音波スクリーニング検査講習会</b>	
		内容	胎児心疾患の超音波スクリーニング検査講習 講師 神奈川県立こども医療センター 新生児科 川滝 元良 氏
		場所	高知医療センター1階 研修室 時間 18:30～21:00
お問い合わせ：高知医療センター 総合周産期母子医療センター 吉川清志			
24	月	<b>第 98 回救急医療症例検討会</b>	
		場所	高知医療センター2階 くろしおホール 時間 17:30～19:00
お問い合わせ：高知医療センター 救命救急センター			

※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。背景に色がついている講座は是非、地域の医療機関の皆さまにご参加いただきたいものとなっております。皆さまのご参加を心よりお待ちしております。

## 編集後記

4 月より地域医療連携室で、ソーシャルワーカーとして勤務しております。環境や生活ががらりと変わり早 4 ヶ月が経とうとしていますが、まだまだ慣れないことばかりで、患者さんやご家族、関係医療機関の皆さま、そして周りの方々にもご迷惑をおかけしております。約 10 年ぶりに新人に戻り、新たな気持ちで業務に取り組んでいます。新たな出会いやたくさんの方々との縁を大切に、これからも皆さまと繋がっていきたく思います。よろしく願いいたします。（NSW 川上）



平成21年8月1日発行  
にじ 8月号（第46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：地域医療センター  
地域医療連携本部  
印刷：共和印刷株式会社