

にしじ

高知医療センター第10回 地域医療(内科系)症例報告会 P2~P5

- 第42回高知医療センター職員による学会出張報告
(4th Asia Pacific Heart Rhythm Society Scientific Session、
第26回日本不整脈学会学術大会、第28回日本心電学会学術集会 合同学術集会
循環器内科 山本克人 医師、西本美香 医師) P6~P7
- ニュース Vol.26 P7
- 高知医療センターイベント情報 P8

10

OCT.2011 Vol.72



高知医療センターの敷地内にある花壇ではコスモスが咲いていて蝶や蜂が戯れていました。

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

去る7月7日（木）の19時から開催されました、第10回高知医療センター内科症例報告会では6症例の症例が報告されました。その中から3症例をご紹介します。また、第11回地域医療（内科系）症例検討会への皆さまのご参加をお待ちしております。
文責：深田順一 副院長

症例①：循環器内科

心室細動にステロイド投与が有効であった51歳男性

症例 59歳、男性。既往歴に20年前からのアレルギー性鼻炎、小児喘息に続く。8年くらい前からの気管支喘息、高血圧症あり。今回の経過を述べると、2011年5月中旬より倦怠感、心窩部痛などあり。

近医 Xpなどで肺炎所見とともに好酸球増多を認められていた。同月下旬、心窩部痛があり近医を受診。翌日に腹痛・嘔吐が出現し、当院に救急搬送中に心肺停止となり除細動にて回復（**図1**）、途中の施設で挿管を受けて当院に転院となった。

入院時血液検査で、WBC12400(N66, L15, Mo3.5, E14.5, B0.5), RBC 521, AST 57, ALT 64, LDH 255, CK 171, CRP 6.1、胸部 X-P・CTで、肺尖（左>右）をはじめ両肺の広い範囲で胸膜側優位に浸潤影（**図2**）があり、両側肺炎の所見。少量の胸水も認めた。入院後、抗生剤治療を開始し、心電図は洞調律でST異常なく、呼吸状態も良好となったため、抜管して様子を見ていたところ、同日21時頃に心窩部痛を訴え始め、心電図でST上昇を認めた（**図3**）ため、緊急で冠動脈カテーテル検査を行ったが有意の狭窄は見られなかった。

以上の経過から冠攣縮性狭心症と診断し、カルシウム拮抗薬、硝酸薬、ニコランジルの投与を開始したが、ミオコール（ニトログリセリン）点滴中にもST上昇を伴う胸痛の出現が反復するなど、各種抗狭心症薬を使用しても冠攣縮のコントロールが困難であった。この過程で血液検査上、好酸球増多が著明となった（**図4**）ため、肺病変を好酸球性肺炎 eosinophilic pneumonia (PIE 症候群 pulmonary infiltration with eosinophilia syndrome) と改めて診断し、この好酸球増多が冠攣縮に悪影響を与えている可能性から prednisolone 30mg 投与を開始したところ、末梢血中好酸球は速やかに減少した。これ以降、胸部

図1：救急車内モニター心電図

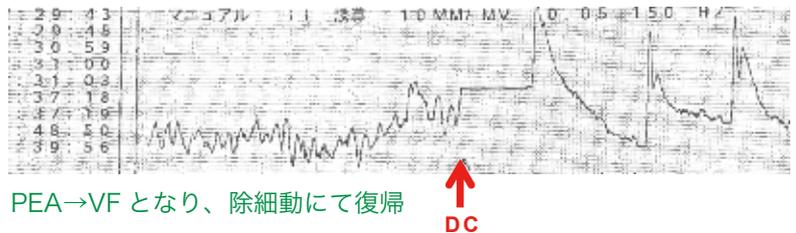
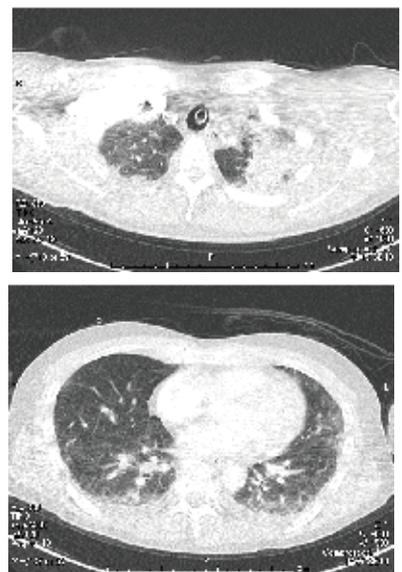


図2-1：胸部X線検査



図2-2：胸部CT



PSL投与前（第8病日）

肺尖（左>右）をはじめ両肺の広い範囲に浸潤影があり、病変は胸膜側に多い。肺底部では一部虚脱もみられる。気管支壁の肥厚もみられるが、気管支拡張はない。縦隔や両側肺門に1cm前後のリンパ節が多数ある。少量の胸水がある。

図4：血液検査

PSL開始

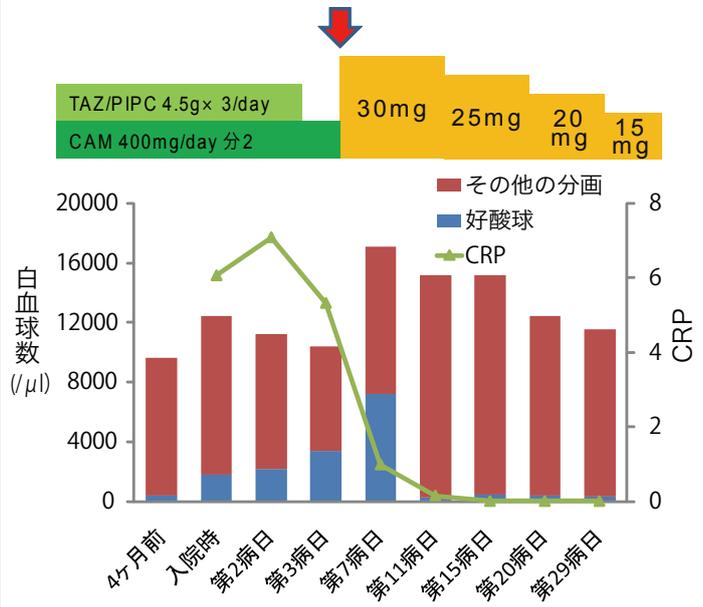
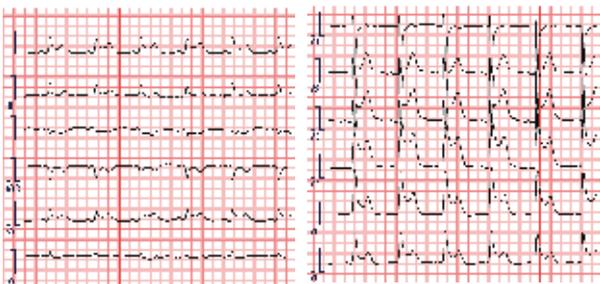


図3：心電図（胸痛時）



所見は改善し（**図5**）、狭心症症状も起こらず、prednisolone 10mg まで減量できたところでこれを維持量とし、外来フォローとなった。

冠攣縮性狭心症の一部の症例では、通常の治療に抵抗性を示す場合があるが、Okada らは気管支喘息発作と難治性冠攣縮発作が併存した例にステロイド投与が有効であったと報告している。本例を含め、このような例で見られる好酸球増多と冠攣縮との関連については、好酸球の顆粒中に含まれる主要基礎蛋白や好酸球カチオン蛋白による冠動脈血管内皮障害の発生、好酸球から放出されるヒスタミン、セロトニンなどのオータコイドによる血管トーンスの亢進などの関与が考えられている。しかしこのようなケースにおいては、ステロイドの中止による心事故発生の頻度が高いこと（**図6**）が知られており、

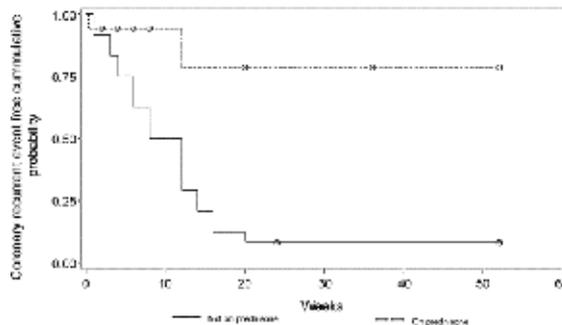
厳重な経過観察が必要とされる。
（演者：循環器内科 福岡陽子 医師）

図5-1：胸部X線検査 図5-2：胸部CT



PSL 投与後(第 15 病日)

図6：好酸球増多症を伴う難治性冠攣縮性狭心症の予後～ステロイド投与、非投与の比較～



好酸球増多症を伴う難治性冠攣縮性狭心症症例ではステロイド中止は慎重であるべきと考えられる。

症例②：腫瘍内科

切除不能進行再発大腸癌に一次治療として抗 EGFR 抗体薬を用い、著効を示した 40 歳女性

大腸癌ガイドライン 2010 年版から切除不能進行再発大腸癌に対して抗 EGFR 抗体薬が一次治療から使えるようになったが、まだ本邦では一次治療での経験は少ない。本症例は一次治療として Cetuximab+mFOLFOX6 療法を行った際の功罪について考えるのに適切な症例として提示された。

症例は 40 歳女性で主訴は下血と肛門痛。2010 年 7 月頃から下血、肛門痛の主訴が出現し増悪するため、9 月上旬に近医受診。大腸ファイバーで歯状線から 6cm の部位に 2 型腫瘍を認め（**図1**）、生検で tub1（高分化管状腺癌）のため当院紹介。当初、腹腔鏡下直腸切除術の予定であったが、10 月上旬より肛門痛が増悪、癌性イレウスの診断で 10 月中旬、腹腔鏡下に回腸ストーマ造設術を行った後、その後の治療方針について腫瘍内科に紹介になった。

この時点で CT 上、左鎖骨窩や傍大動脈に転移と思われるリンパ節腫大が認められた（**図2の左の3枚**）ものの、若く、全身状態も良好であり、根治切除可能状態への転換も期待して、生検組織の腫瘍細胞中に EGFR 陽性・Kras 遺伝

図1

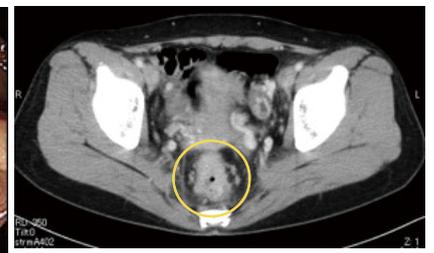
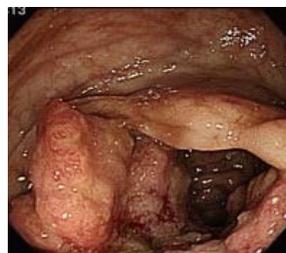
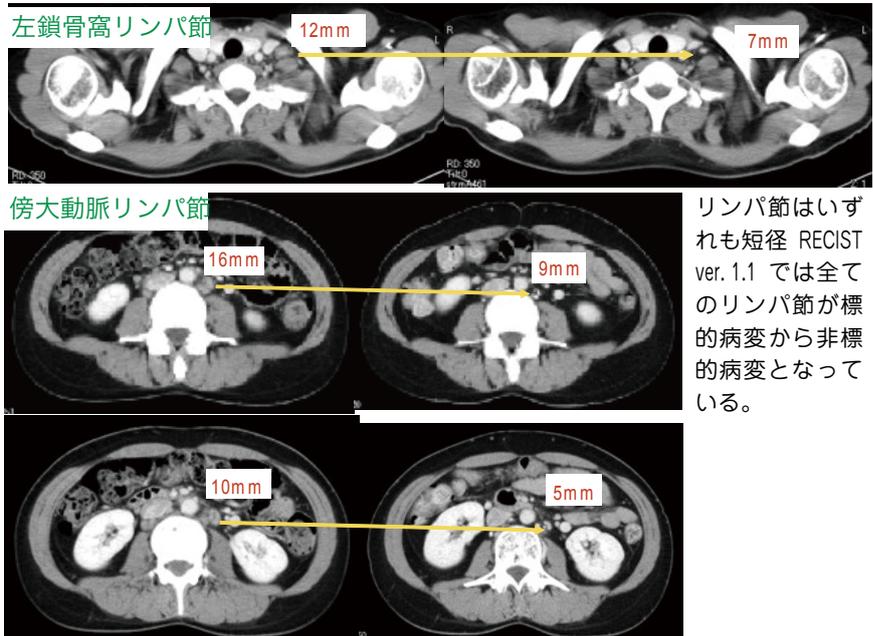


図2：抗腫瘍効果



リンパ節はいずれも短径 RECIST ver. 1.1 では全てのリンパ節が標的病変から非標的病変となっている。

子が野生型であることを確認後、JACCRO-CC05 臨床試験に参加する形で、Cetuximab (C-mab)+mFOLFOX6 療法を行うこととした。

図3：治療経過中



C-mab の継続投与がためられる状況にあった。

しかし投与開始後2ヶ月ごろから、「最近、気分が落ち込む。顔もこんなので」(図3) 外食を

しようという気分にもならず、家にもこもっている。仕事も復帰の目途がたたない。子供にもあたってしま

う。」(2011年1月17日看護記録より) といった訴えが頻発するようになり、C-mab の継続投与がためられる状況となった。一方、リンパ節腫脹・原発巣は著明に改善しており(図2の左右の比較 / 前ページ)、

周術期の化学療法を休薬可能であることを考慮し、治療の質を上げるため2011年2月17日に腹腔鏡補助下低位前方切除術を行った。その後、2月下旬に退院。3月上旬から本人の意向もあり、C-mab+mFOLFOX6 再開したが、画像上は完全寛解したため、5月2日からmFOLFOX6 の単独投与とした。この後、リンパ節は癒痕化した様で、サイズ不変のまま推移し6月上旬、回腸ストーマ閉鎖を行った。一次治療としてのCetuximab+mFOLFOX6 療法が奏効

図4：一次治療としてのCetuximab (C-mab)+mFOLFOX6 併用療法

(当院での実施例)

症例	性別	年齢	原発	転移部位	転移形式	C-mab 回数	抗腫瘍効果	PFS (日)	OS (日)	患者状態
1	女	40	直腸	リンパ節	同時性	10	PR	94	231	術後無増悪生存中
2	男	38	直腸	リンパ節	同時性	10	SD	97	225	術後無増悪生存中
3	女	49	S状結腸	肺	術後再発	12	PR	98	98	無増悪生存中
4	女	57	直腸	腹膜播種	術後再発	30	PR	182	182	無増悪生存中
5	女	70	S状結腸	肺	術後再発	16	SD	146	244	治療変更後生存中
6	男	61	下行結腸	肝	同時性	11	SD	120	120	無増悪生存中
7	男	34	S状結腸	腹膜播種	術後再発	12	SD	91	91	無増悪生存中
8	男	68	S状結腸	肝	術後再発	8	SD	56	56	無増悪生存中

図5：有害事象

血液毒性	Gr1	Gr2	Gr3	Gr4	合計	≥Gr3
白血球減少	0(0%)	1(13%)	0(0%)	0(0%)	1(13%)	0(0%)
貧血	0(0%)	0(0%)	0(0%)	0(0%)	0(0%)	0(0%)
血小板減少	0(0%)	1(13%)	0(0%)	0(0%)	1(13%)	0(0%)
非血液毒性	Gr1	Gr2	Gr3	Gr4	合計	≥Gr3
嘔気	1(13%)	3(38%)	0(0%)	0(0%)	4(50%)	0(0%)
嘔吐	0(0%)	3(38%)	0(0%)	0(0%)	3(38%)	0(0%)
食欲不振	1(13%)	2(25%)	0(0%)	0(0%)	3(38%)	0(0%)
肝機能異常	0(0%)	3(38%)	1(13%)	0(0%)	4(50%)	1(13%)
深部静脈血栓症	0(0%)	0(0%)	1(13%)	0(0%)	1(13%)	1(13%)
ざ瘡様皮疹	1(13%)	7(87%)	0(0%)	0(0%)	8(100%)	0(0%)
爪囲炎	1(13%)	1(13%)	0(0%)	0(0%)	2(25%)	0(0%)
うつ状態	1(13%)	2(25%)	1(13%)	0(0%)	4(50%)	1(13%)

した切除不能進行大腸癌の一例を検討した。同療法は抗腫瘍効果が高く、conversion 症例も経験され、有用であると考えられた(図4)。ただし、有害事象は決して軽くなく(図5)、その適応については慎重な検討が必要と考えられた。特に患者教育が重要であると考えられた。

(演者：腫瘍内科 小林和真 医師)

症例③：消化器内科

早期食道癌に対する内視鏡的粘膜下層剥離術(ESD)後の狭窄予防に、ステロイド局注・予防的バルーン拡張術が有効であった63歳男性

現在、食道癌治療のガイドラインでは、周在性で長径の大きな食道癌は早期であっても内視鏡的切除後、高率に食道狭窄をきたすため、適応拡大のレベルにとどまりますが、術後早期からの予防的拡張術を行うことによって、狭窄が解除できる症例が増えている。さらに最近では、局注あるいは経口・静注によるステロイド投与によって広範な切除であっても狭窄回避、あるいは、バルーンによる拡張回数が少なく済むことが明らかとなってきている。本症例もそのような一例である。

症例は63歳男性で、7年前より断酒したというが、アルコール依存症・アルコール性肝障害があり、2011年3月、検診目

図1：術前 上部消化管内視鏡所見

①切歯列から21cm～24cm O-IIa+IIb 病変



②切歯列から25cm O-IIc 病変

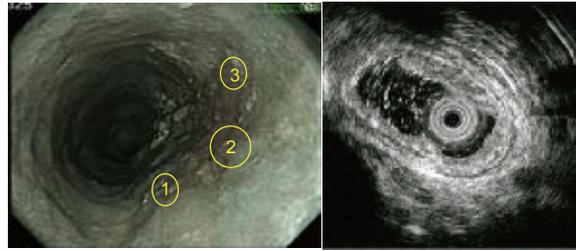


的に近医にて上部消化管内視鏡検査を施行された所、切歯列から 25 cm に径 1cm 強の発赤調の陥凹粘膜を認め、精査、加療目的で当院紹介となった。喫煙歴は 3 本 / 日 × 40 年間で Buerger 病がある。

当院での ESD 施行前の内視鏡所見(図 1/ 前ページ)では、まず、切歯列から 21cm ~ 24cm に約半周性の 0-IIa+IIb 病変があり、肛門側で角化を伴った結節状隆起が目立っていた。またその奥、切歯列から約 25cm の前医によって指摘された約 1/3 周性の 0-IIc 病変では、やや横方向の引きつれを認めたが顆粒・結節などは目立たなかった。いずれの病変も NBI (狭帯域光観察) で Brownish area 明瞭で、ヨード染色では不染であった。このうち口側の病変の拡大内視鏡所見、超音波内視鏡所見を 図 2 に示すが、拡大観察では大部分で IPCL Type V2 までであったが、一部で V-3a が認められた。超音波内視鏡所見では SM 浸潤を示唆する所見はなく、総合的には大部分 LPM (粘膜固有層) までで、一部 MM (粘膜筋板) への浸潤の可能性が否定できない、という所見であった。次の肛門側の病変については、拡大観察では IPCL Type V2 で、超音波内視鏡では粘膜の肥厚が目立つものの SM 浸潤を示唆する所見はなく、LPM (粘膜固有層) までの病変と考えられた。以上の所見から、本症例は早期食道癌における内視鏡的治療の適応基準からもその絶対適応と考えられ、術前生検の高異型度上皮内腫瘍との結果を併せ、口側の病変が一部筋板までの浸潤の可能性があり、切除後追加治療が必要な可能性があることを説明した上、内視鏡による治療 (内視鏡的粘膜下層剥離術=ESD) が選択された。

ESD にあたっては 2 病変が近接していたため、2 病変の辺縁に全周性にマーキングを行い、粘膜下層にムコアップ (10%グリセロール) を適宜注入しながらフラッシュナイフ BT にて粘膜切開、剥離を行った (図 3)。切除標本径は 58×39mm で (図 4)、病変①は 28×27mm の粘膜固有層にとどまる扁平上皮癌で脈管侵襲は陰性、水平・垂直断端も陰性の根治切除で、病変②は 18×15mm の 0-IIb 型扁平上皮癌で、同様に粘膜固有層までの病変で、根治切除であった。ESD で切除後の内視鏡所見では、肛門側は正常粘膜が 1/4 程度残っているものの口側では正常粘膜はほとんど残っておらず、最大 7/8 程度の切除と考えられた。食道は内腔が狭いため、広範な切除後には術後狭窄を来しやすく、従来からこの対策として、潰瘍が癒着化する前のバルーンによる予防的拡張が有用といわれてきたが、最近、ステロイドによる抗炎症作用、線維化抑制作用により狭窄を予防できると報告され、我々も狭窄予防として予防的バルーン拡張にステロイド (ケナコルト) の局注を併用している。本症例の ESD 後の経過であるが、術後早期より週 2 回のペースで予防的拡張とステロイド局注を施行し、退院後は週 1 回のペースで拡張、現在も経過を観察中であるが、切除部分は徐々に再生上皮に覆われ、潰瘍は治癒傾向にあり、狭窄もきたしていない (図 5)。術後 42 日目からはバルーン拡張も行わず、現在、経過観察中である。(演者：消化器内科 公文恵美子 医師 (研修医)、大西知子 医師)

図 2 ①切歯列から 21cm ~ 24cm 0-IIa+IIb 病変

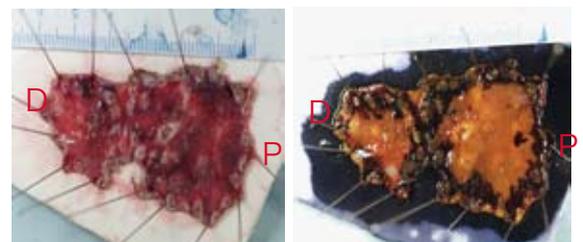


上皮乳頭内血管ループ (IPCL)

図 3 : 内視鏡的粘膜下層剥離術 (ESD)



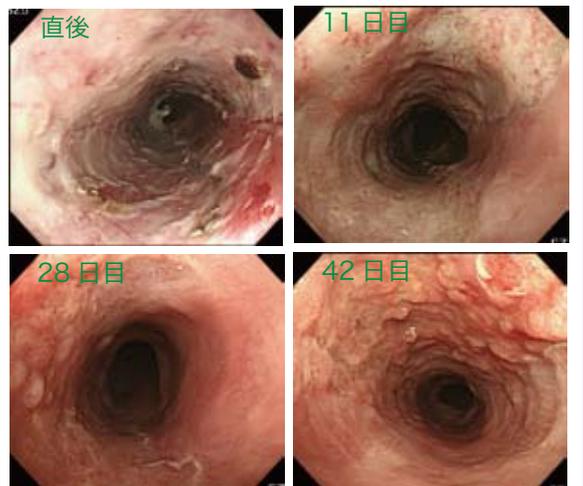
図 4 : 摘出標本の肉眼像



切除標本径 58×39mm

ヨード染色後

図 5 : ESD 後潰瘍の経過



第 42 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職員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。

4th Asia Pacific Heart Rhythm Society Scientific Session 第 26 回日本不整脈学会学術大会 第 28 回日本心電学会学術集会 合同学術集会 in 福岡 2011.9.18～22



循環器内科 山本克人 医師 西本美香 医師



会場前にて：左より川田哲史医師、西本美香医師、山本克人医師、伴場圭一医師

平成 23 年 9 月 18 日から 9 月 22 日にかけて福岡で行われました APHRS、日本不整脈学会、日本心電学会の 3 学会合同学術集会に私と西本美香先生で参加させていただきました。この学会はもともと横浜で予定されていましたが、震災後の電力不足事情などを考慮し、急遽福岡開催となりました。9 月の連休中の開催なのに、よく会場が確保できたものだと思います。不整脈学会の評議員会でのレセプションでのお話では、今回初めての国際学会との合同開催ということに加え、会場が変更になったということで、スタッフの方々は大変ご苦労されたようです。

さて、当日ですが、台風 15 号は比較的離れている福岡にも影響し、特に会場となったヒルトン福岡シーホークホテルはヤフードームと隣接した海沿いにあることから、強風と雨のさんざんな天候でした。ただ、この悪天候の中、今回は特に 3 学会合同ということもあり大変多数の参加者があり、ロビーなどは人でごった返しておりました。近年特に日本不整脈学会の参加者数の増加は顕著です。昔、私が盛んに発表していたころは（その当時は日本心臓ペースング・電気生理学学会という名称でしたが…）マ

ニアックな医師の集まりという感じでやや閑散とした学会でした。しかし、カテーテル・アブレーションという治療法が浸透し、不整脈を専門にする循環器科医が非常に増えたこと、植え込み型除細動器などの移植を行うための資格を本学会で取得しなければならなくなったことなどが重なり、参加者が爆発的に増加したのかと思われます。地方都市ではなかなか難しい状況となっているようです。

今回、期間が長かったこともあり、内容は豊富で、心電学の基礎から最新の治療法に至るまで、幅広い分野でシンポジウムや演題発表がありました。その中で興味深かったのは、心房細動に対する治療法（薬物治療とカテーテル・アブレーション、抗凝固療法など）の進歩、J 波症候群の基礎と臨床、腎疾患症例における不整脈の管理などで、たいへん有意義な時間を過ごしました。

学会での楽しみは勉強ばかりではなく、普段はなかなか会えない先生方と会話をしたり、あるいは久しぶりに再会できることです。本学会では、当院循環器内科に以前所属していた先生方（伴場圭一先生、武寛先生、川田哲史先生ら）と会うことができました。伴場先生は相変わらず心臓病センター榊原病院で頑張っておられるようです。そこに岡山大学の武先生が近日中に赴任されるとのこと。強力な布陣となりそうです。高知医療センターが発足した当時に後期研修医として循環器科におられた川田先生は、成長され福山市市民病院で活躍されています。高知に帰ってこないか、との誘いに、2 年ほど経てばカテーテル・アブレーションもできるようになっているだろうから、高知の医療に貢献できるよう頑張りたいとのこと。期待がもてます。

大変楽しく有意義な学会でしたが、一つ残念だったことがあります。それは、記念すべき私の 50 歳の誕生日を一人で過ごしたこと。同日夕方になり、気が付けば誰も誘える相手を捕まえられず、結局は三越のデパ地下で買い込んだ食べきれないほどの惣菜で、一人ビジネスホテルの鏡を相手に乾杯しました。少し寂しかったかな…

（山本克人 医師）

西本美香先生には、当院で不整脈治療を行うために、どうしても必要となる資格の研修に参加していただきました。以下、その感想などを書いてもらいましたので掲載します。

私は本学会中に開催されました、「植込み型除細動器 (ICD) / ペーシングによる心不全治療 (CRT) 合同研修セミナー」を受講してきました。9月18日9時30分から15時30分まで缶詰状態でした。昼食の心配をしていたらしっかりランチョンセミナーまでありました。

ICD/CRTの適応から植え込みの基礎、植え込み後の管理、問題点など幅広く勉強させていただきました。デバイスの進歩は目覚しく、経静脈ショックリードになり、本体もより小さく・薄く、長寿命になって、少し大きいペースメーカーというぐらいのものになってきています。小児のデバイス治療についてもお話がありましたが、いくらデバイスが小さくなったとはいえ子供にはまだまだ大変な治療で、問題も多くあります。大人にとってももちろん植え込みの影響は大きく、仕事を失ったり、発作はもちろん誤作動など精神的な不安もあります。適応も広がって植え込み患者さんは増えていますが、植え込み後の管理も大変重要と再認識したことでした。

ビルや家々に囲まれているとはいえ落ち着いた境内を持つ寺や立派な梵鐘を持つ寺もあり、四国の寺とはまた違った良さを発見した気分でした。各寺院で今後の医学の発展を祈り、翌日から始まる日常業務と当直に備えて帰路につきました。(西本美香 医師)



笑顔の西本先生(左)と少し硬い表情の武寛先生(右)



奥にあるのが会場となったヒルトン福岡シーホークホテル(手前はヤフードーム)

にじ
NEWS
Vol.26

第19回地域医療連携研修会が開催されました！

9月10日(土)午後2時から「第19回地域医療連携研修会」が高知医療センター2Fくろしおホールで開催されました。講演内容は「病院内で問題となる多剤耐性菌について」(当院検査診療部長・感染症科科長の福井康雄医師)、「感染対策の基本と必要な追加対策について」(当院感染対策担当科長 感染管理認定看護師 西川美千代さん)の2講演が行われました。院内から27名、院外から134名、合計161名のご参加がありました。

次回、第20回地域医療連携研修会は11月26日(土)の午後2時から、当院2Fくろしおホールにて開催予定です。講演内容は「高知県の周産期医療と小児救急医療～子どもたちを健やかにそだてるために～」(当院総合周産期母子医療センター長 吉川清志医師)、「子どもたちとのコミュニケーション」(当院小児看護専門看護師 三浦由紀子さん)の2講演です。入場無料、事前参加申込み不要となっておりますので、直接会場までお越しください。皆さまのご参加を心よりお待ちしております。



ハーモニーこうちバザーが今年も開催されます！

毎年、この時期の恒例行事となっております、当院ボランティアグループ「ハーモニーこうち」のバザーが開催されます。是非、お越しください。(商品がなくなり次第、終了させていただく場合がございます。ご了承ください。)

10月16日(日)午前11時～ 高知医療センター1F 研修室1～3

日	曜	高知医療センターイベント情報 ～10月～				
5	水	高知医療センター大動脈瘤ステントグラフト治療専門医養成講演会 (参加費無料、事前申込不要)				
		内容	心臓CTを循環器診療に活かす	講師	倉敷中央病院 循環器内科 非侵襲的治療部長 理学的・画像診断部長 山本浩之 氏	
		場所	高知医療センター2F くろしおホール	時間	19:00～20:00	対象
お問い合わせ: 高知医療センター 循環器内科 科長 細木 電話: 088 (837) 3000 (代)						
9	日	高知医療センターがんセミナー～みんなが知りたいがんのこと～				
		内容	新しい緩和ケアとは	講師	高知医療センター 緩和ケア内科 科長 原一平 氏	
		場所	高知文化教室 (RKC高知放送南館4F)	時間	10:30～12:00	対象
主催: 高知新聞社、高知医療センター 共催: アフラック高知支社 主管: 高知新聞企業						
お問い合わせ: 高知文化教室 電話: 088 (825) 4322 (参加費: 受講料¥9,600(12回分)1回の場合は¥1,500、事前申込要)						
16	日	高知県周産期医療研修会 (参加費無料、事前申込不要)				
		内容	基調講演: 南海大地震 ～高知県の周産期医療を検証する～	講師	高知大学 理学部 岡村真 氏	
			講演①: 千年に一度の大地震を経験して ～宮城県の周産期医療に何が起こったか～		東北大学病院 産婦人科 菅原準一 氏	
			講演②: 周産期における災害への備え		兵庫県立大学 看護学部 教授 山本あい子 氏	
場所	高知医療センター2F くろしおホール	時間	9:00～12:00	対象	医療従事者	
主催: 高知医療センター総合周産期母子医療センター 共催: 高知大学医学部高知県周産期医療人材育成プログラム						
16	日	高知医療センターボランティア「ハーモニーこうち」バザー				
		場所	高知医療センター1F 研修室1～3	時間	11:00～	対象
お問い合わせ: 高知医療センター まごころ窓口 井上、中村 電話: 088 (837) 6777						
21	金	第3回総合診療科セミナー (参加費無料、事前申込不要)				
		内容	造血管腫瘍治療における最近の進歩	講師	岡山大学大学院医歯薬学総合研究科病態制御科学専攻 腫瘍制御学講座・病態機構学講座 教授 前田嘉信 氏	
		場所	高知医療センター1F 研修室1～3	時間	18:00～19:00	対象
お問い合わせ: 高知医療センター 総合診療科 上村 電話: 088 (837) 3000 (代)						
27	木	第5回救命救急センターセミナー (参加費無料、事前申込要)				
		内容	プロフェッショナリズムとQuality Indicator	講師	聖路加国際病院 病院長 福井次矢 氏	
		場所	高知医療センター2F くろしおホール	時間	18:30～19:30	対象
お問い合わせ: 高知医療センター 救命救急センター 電話: 088 (837) 3000 (代)						
11/2	水	高知医療センター集合研修 他施設公開研修 (参加費無料、事前申込要 (当日参加可))				
		内容	認知症患者さんを知ろう	講師	高知医療センター 看護局 老人看護専門看護師	
		場所	高知医療センター2F くろしおホール	時間	18:00～19:30	対象
お問い合わせ: 高知医療センター 看護局 教育担当 FAX: 088 (837) 6766						
11/5	土	高知医療センター集合研修 他施設公開研修 (参加費無料、事前申込要)				
		内容	自分のためのストレスマネジメント	講師	高知医療センター 看護局 精神看護専門看護師	
		場所	高知医療センター1F 研修室2、3	時間	9:00～12:30	対象
お問い合わせ: 高知医療センター 看護局 教育担当 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。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

通勤途中の道端にふと目をやれば、いつの間にか彼岸花の季節になっていました。今ではあまり見かけなくなりましたが、赤い灯火がまるで道案内をするかのように、田んぼのあぜ道一面に咲いている光景を懐かしく思い出します。地域医療連携室で退院調整に携わっていますが、高知医療センターでは、退院後に在宅療養をされる方が増えてきています。平成22年度に地域医療連携室で在宅調整した件数が前年度の倍以上となり、今年はさらに増加傾向にあります。そこで、全職員が在宅療養の現状を学び、それぞれの立場で患者さんとご家族を支援できるように、6月と7月に地域の診療所医師と訪問看護師による在宅療養の研修会を開催しました。患者さんとご家族が退院後の生活に戸惑いや不安を感じることなくご自宅での療養を継続していけるよう、院内外の連携をとり、退院までの準備を丁寧にしていきたいと考えています。(地域医療連携室 中島看護師)



平成23年10月1日発行
にじ 10月号 (第72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
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