

# にじ

## 高知医療センター 第12回内科系 症例報告会 …… P2~P5

- 高知医療センターと地域の医療機関を結ぶ  
「くじらネット」の現状報告 …… P6
- **急を要する転院のための  
ホットライン設置のお知らせ** …… P7
- 高知医療センターイベント情報 …… P8

# 7

JULY.2012 Vol.81



6月11日、当院屋上ヘリポートとドクターヘリ場外離着陸場にて、自衛隊によるヘリ離発着訓練が行われました。

<p>高知医療センターの基本理念 医療の主人公は患者さん</p>
--------------------------------------

<p>高知医療センターの基本目標</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 医療の質の向上</li> <li>2. 患者さんサービスの向上</li> <li>3. 病院経営の効率化</li> </ol>
--

6月14日に開催しました内科系症例報告会の誌上発表です。今回報告させていただいた7題のうち、4題を掲載しました。3題目と4題目はご紹介元の先生にもご出席いただき、さらに質疑にも加わっていただきましたが、さすがに先生方の思いがひしひしと感じられるご質問、コメントをいただきました。ありがとうございました。11月中旬を予定しております次回の報告会もよろしくお願いいたします。 文責：深田順一

### 症例① 呼吸器内科、呼吸器外科

### 左胸痛・左肺の呼吸音減弱に加えて胸部 X-P で異常陰影が見いだされ、救急紹介された16歳女性

演者：(呼吸器内科) 山根春那、浦田知之、中島猛、轟貴文、(呼吸器外科) 岡本卓、中島尊、中野貴之

患者は寮生活をしている16歳の女子高校生。2011年10月頃から微熱が出発していたが、その後、咳嗽・深呼吸ができない・走ると息切れする、といった症状が加わり、さらに翌年3月には左側胸部痛が出現したため近医Aクリニックを受診、胸部 X-P で左肺の著しい含気量の低下と縦隔の右方偏位を認め、大量胸水の疑いで当院救命救急科に紹介となった。来院時、体温・血圧は正常、左肺に呼吸音の減弱あり、呼吸・左腕挙上で左側胸部痛を訴えた。本院での胸部 X-P (図1右) でも左肺の著しい透過性の低下を認めたが、胸部 CT (図2) で、この陰影の実体は上前縦隔から左側方に大きく発育する15cm大の巨大腫瘍で、内部は不均一、中心には壊死変性と思われる像を伴っていた。また血液検査ではCRP1.8、WBC7200でCEA、CYFRA、ProGRF、s-IL2R、AFP、hCGのいずれも基準値内であった。入手できたほぼ1年前の検診時の X-P (図1左) から腫瘍が1年以内に急速に増大したことが明らかになった。第2病日実施したCTガイド下生検、さらに第12病日の開胸腫瘍生検でも、標本に悪性所見は見られないものの確定診断にも至らず、成熟奇形腫の疑いの下、第33病日、腫瘍摘出術を行った。腫瘍は1340gで皮膜を有し、充実性、弾性硬の境界明瞭な腫瘍(図3左)であり、剖面(図3中)は分葉状、白色調で中心部は壊死を呈しており、病理所見(図3右)としては、拡張した内腔に多数の赤血球を容れる壁の薄い血管が比較的狭い間質を介在させて集簇する海綿状血管腫(cavernous haemangioma)であった。悪性所見は見られなかった。腫瘍の周囲に存在した胸腺に異常なところは認めなかった。図4中

図1：1年前の胸部 X-P との比較

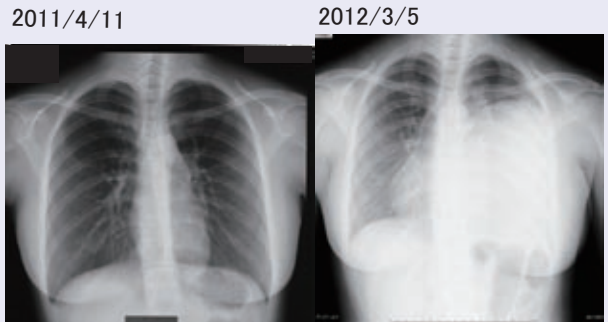


図2：胸部 CT

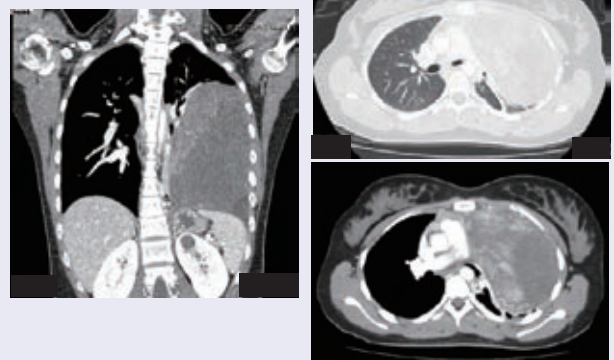
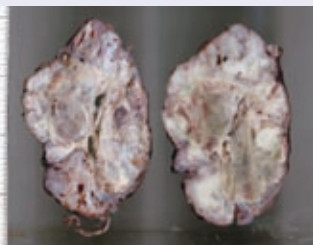


図3

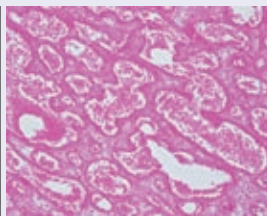
弾性硬の境界明瞭な腫瘍



剖面



病理所見



術直後、図4右は1ヶ月後である。症状は消失し、左肺の拡張も良好である。

海綿状血管腫は本邦の報告では縦隔腫瘍の中でも0.35%と極めて稀なものであり、比較的若年者に多いとされている。今回のケースのように咳嗽、胸痛などを伴うものの、その半数は無症状とされ、術前に診断されるケースは極めて稀

という。本ケースは、腫瘍の急速増大が確認されたという意味でも貴重なケースであった。

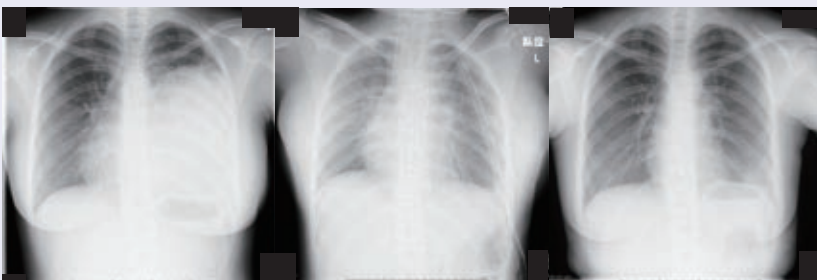
**診断：海綿状血管腫**

図4：術後経過

2012/3/5

2011/4/6

2011/5/15





**症例②**  
**消化器内科**

**C型慢性肝炎に対してテラプレビルを用いた3剤併用療法中の64歳男性**

演者：山崎美樹、宇賀公宣、森下佐織、辻枝里、石川紋子、大西知子、山田高義、森田雅範

現在、ウイルス性肝炎の治療は厚労省研究班の、その時々最新のガイドラインに則って行われており、このガイドラインではウイルスの種類と量、初回治療は再治療か、など患者の状況によってレジメン（使用薬剤とその投与方法）が規定されている。このうちC型肝炎ウイルスの治療に関して昨年暮に、新たな薬剤テラプレビル（TVR）が投入され、大きな期待が持たれている（図1）が、TVRには皮膚科領域での重篤な副作用があり、“救急対応が可能な施設に勤務する皮膚科専門医との連携”の下に使用するように推奨されている。このため、今回の症例はこの要件がクリアされている本院での治療が求められ、紹介転院されたものである。

患者は20歳ごろに輸血歴あり。60歳時、検診でC型肝炎ウイルス陽性の診断を受け、前医受診。このとき（H20年）、HCV（+）-Group I型、HCV-RNA 7.1 log IU/mlで、AST 31, ALT 31, Plt 12.8万であった。このため、ペグインターフェロン（Peg IFN） $\alpha$ -2a 180 $\mu$ gとリバビリン（RBV）800mgとの併用投与を72週行った。この間、32週目でHCV-RNA陰性化を確認、最後の24週は貧血のためRBVは400mgを投与し、H21年11月にレジメンを終了した。しかしH22年1月にはHCV-RNA 6.5 log IU/mlと再燃が確認されたため、新たにテラプレビル（TVR）を含めた3剤併用療法を希望して、H24年1月に当科外来に紹介受診された。来院時、AST 23, ALT 18, HBsAg -, Plt 14.8万、Alb 4.4, PT-INR 1.01であった。HCVは1型で、かつ5.0 log IU/ml以上という高ウイルス量が本院でも確認された。腹部エコーでSOLなしを確認した。

図2は本院での入院治療経過を示す。上段に3剤の使用状況、中段に血球成分とウイルス量、最下段に皮膚症状を挙げているが、この3者療法で問題になりやすい貧血がこのケースでも治療に沿って進行している。上段のRBV、INFの使用量に変動があるのはこのためだが、前回32WかかったHCV陰性化がこのレジメンでは4Wで達成でき、幸いに危惧した皮膚への副作用（図3）も、本ケースでは見られなかった。また前回用いられたレジメンより今回の方が患者の倦怠感が強いとされるが、それも今回、治療継続が困難とまではいかなかった。

TVRはHCVがコードする蛋白の成熟に必要な酵素の活性を阻害することによってHCV増殖を直接抑制するとされ、経口投与が可能である。本剤の導入によってこれまで治療困難であったケースが治療可能になることが期待されている。

**診断：テラプレビルを用いた3剤併用療法を施行したC型肝炎**

図1：前治療再燃例における3剤併用療法：臨床成績

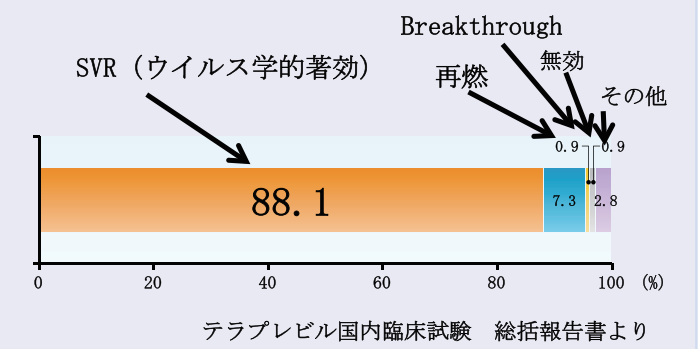
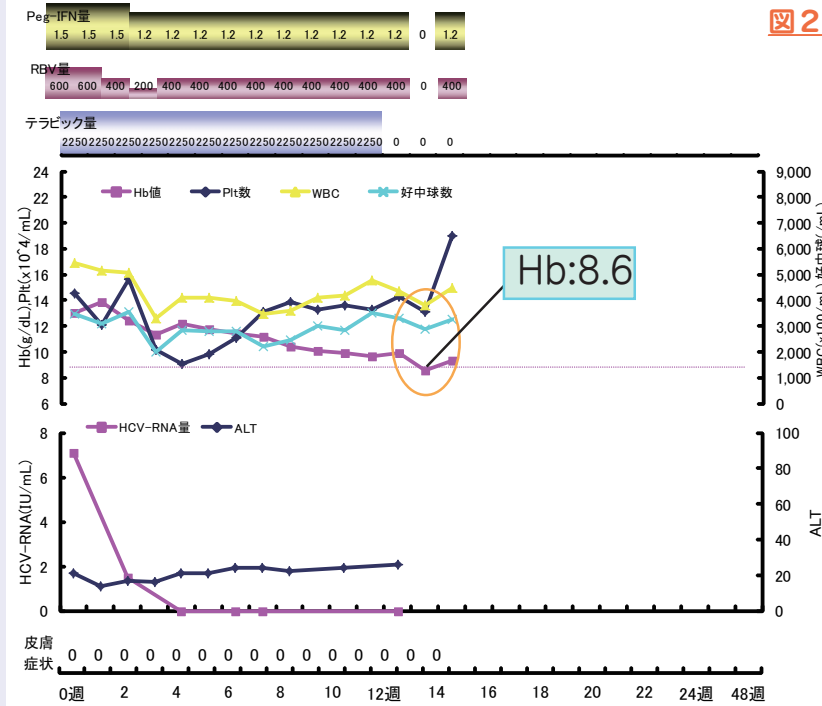


図2



皮膚障害は20%超の症例で出現する。1, 2%とされる重篤な皮膚副作用の出現に当たっては、ステロイド全身投与、高容量の免疫グロブリン療法、血漿交換、そして急性期眼病変に関してはステロイド点眼、偽膜除去、感染予防の抗菌薬投与なども必要とされる。写真は本院で本治療法適用患者に見られた grade3 に相当する皮疹。

図3：皮疹の分類（右は本治療中の他の患者の背中に出現した皮疹）

	Grade1	Grade2	Grade3
罹患面積	体表面積50%以下	体表面積50%以下	体表面積50%以上
掻痒感	判定に入れない	判定に入れない	判定に入れない
全身症状	-	軽微な全身症状	発疹の出現や増悪に関連した新規の著明な全身症状（発熱・リンパ節腫脹など）
粘膜病変	-	潰瘍・びらんを伴わない病変	粘膜の潰瘍・びらん・血痂
眼病変	-	-	発疹の出現や増悪に関連した眼病変（結膜充血、眼脂）
表皮隔離	-	-	表皮剥離（表皮壊死や、表皮と真皮の分離を認めるもの）
標的病変	-	-	標的病変
水疱	-	-	小水疱、水疱
その他の特徴	-	-	浸潤を伴う紫斑



**症例③**  
血液内科、皮膚科

**胸膜炎疑いで紹介され、貧血・血小板減少を認めた 63 歳男性**

演者：(血液内科) 宮原宏幸、町田拓哉、今井利、上村由樹、(皮膚科) 高野浩章

本年1月、その前日から大きな息を吸うと胸の正中中部が痛む、と近医を受診。胸部 X-P で胸膜炎を疑われ、本院総合診療科へ紹介される。来院時、体温 37.7℃で肺野にラ音は聴取しなかったが、胸部 CT から中葉症候群と右胸水貯留が明らかとなった。この時、CRP 12.6 にも拘わらず WBC5900 で左方移動なく、Hb8.9g で貧血は大球性・高色素性、また Plt 9.0 万であった。中葉症候群は抗菌薬処方では軽快し、胸痛も治まったが、熱発がその後も断続した。このころ認めた結節性・有痛性紅斑が 2 年前位から不定期に出現していたこと、この頃から眼瞼・耳下腺・手指の腫脹が出発すること、そして前年暮れころから貧血も指摘されてきたことが明らかとなり、さらに貧血・血小板減少も悪化したため血液科での入院加療となった。入院時、表在リンパ節触知せず、肝脾も触知せず。四肢・背部に皮疹あり。末梢血 WBC は 7910 で、myelocyte 1.0%、metamyelo 2.0% を認めた。

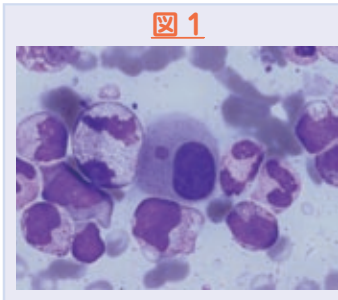


図 1

骨髄はやや過形成で、M/E 比 18.6 で顆粒球優位であったが Blast の増加はなく、染色体は正常核型、巨核球系にのみ異形成 (図 1) が認められた。末梢血 WBC は他の炎症兆候に比し、相対的に低値と受け取れたが、入院後 3000 を下回ることもあり、血液学的には「骨髄異形成症候群のうちの分類不能型 (MSD-U)」と診断した。入院後、体温、CRP は抗生剤の使用で 37℃、5 ~ 10 程度で推移した (図 2) が、2 月 10 日頃より両耳介の腫脹 (図 3)、さらにその後、眼瞼浮腫・手関節腫脹が出現し、耳介生検から再発性 (あるいは反復性) 多発軟骨炎 relapsing polychondritis (RP) (図 4) と診断できた。このためプレドニゾン 20mg 投与を開始したところ、耳介腫脹の消失、CRP の低下が見られ、ステロイドの減量の下、外来フォローアップとなった。

RP は、耳介・鼻・気道軟骨などを破壊する慢性炎症性疾患であり、軟骨組織に対する細胞性・液性免疫による自己免疫疾患と考えられている。初発症状は耳介を除く外耳介の疼痛・発赤・腫脹で、随伴症状として多発関節炎、気道軟骨炎による気管支狭窄、鼻軟骨炎による鞍鼻、そして大動脈閉鎖不全症や動脈瘤などの血管炎などがあり、約 40% が他のリウマチ性疾患や血液疾患を合併するとされる。本ケースでも RF と抗 II 型コラーゲン抗体が陽性であった。RP と MDS の合併については、RP の約 30% に MDS が、MDS の 5 ~ 10% に RP が認められると言われ、両疾患の関連が想定される。今回のケースでは、臨床的には RP が先行した形となっている。RP の治療の主眼は炎症を抑え、軟骨組織の破壊を防止することであり、ステロイドを中心に非ステロイド抗炎症薬や免疫抑制薬が併用されるが、原病とステロイドや免疫抑制薬により感染に罹りやすい。そのため感染予防に心がけることがまず、重要とされる。

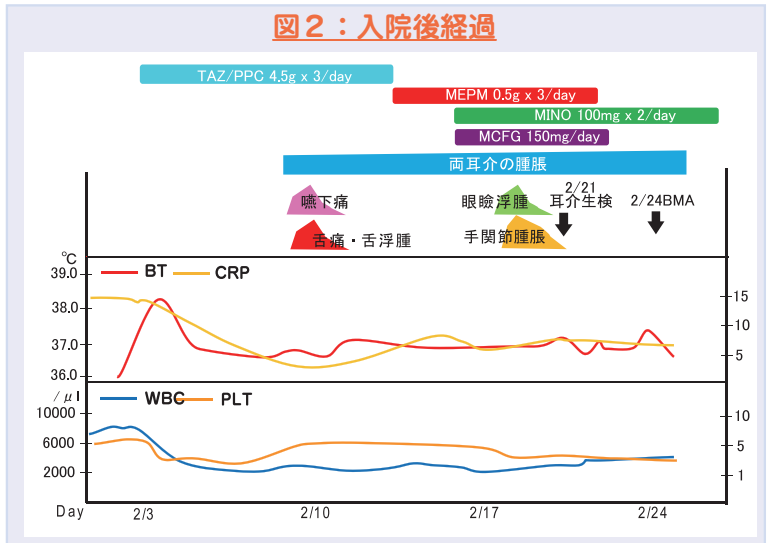


図 2：入院後経過

RP は、耳介・鼻・気道軟骨などを破壊する慢性炎症性疾患であり、軟骨組織に対する細胞性・液性免疫による自己免疫疾患と考えられている。初発症状は耳介を除く外耳介の疼痛・発赤・腫脹で、随伴症状として多発関節炎、気道軟骨炎による気管支狭窄、鼻軟骨炎による鞍鼻、そして大動脈閉鎖不全症や動脈瘤などの血管炎などがあり、約 40% が他のリウマチ性疾患や血液疾患を合併するとされる。本ケースでも RF と抗 II 型コラーゲン抗体が陽性であった。RP と MDS の合併については、RP の約 30% に MDS が、MDS の 5 ~ 10% に RP が認められると言われ、両疾患の関連が想定される。今回のケースでは、臨床的には RP が先行した形となっている。RP の治療の主眼は炎症を抑え、軟骨組織の破壊を防止することであり、ステロイドを中心に非ステロイド抗炎症薬や免疫抑制薬が併用されるが、原病とステロイドや免疫抑制薬により感染に罹りやすい。そのため感染予防に心がけることがまず、重要とされる。



図 3：両耳介の腫脹

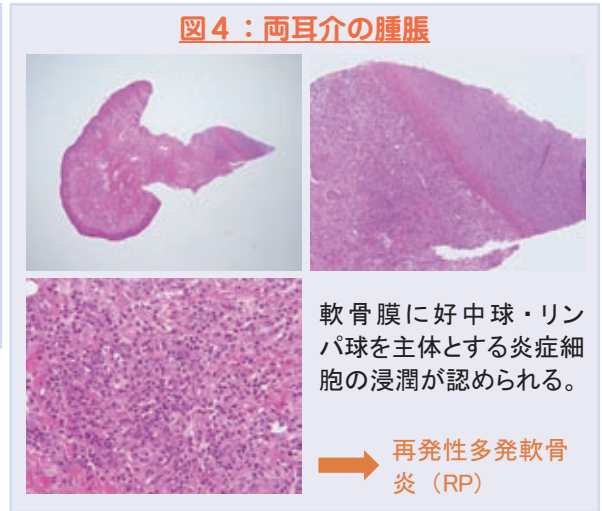


図 4：両耳介の腫脹

軟骨膜に好中球・リンパ球を主体とする炎症細胞の浸潤が認められる。  
→ 再発性多発軟骨炎 (RP)

**診断：再発性多発軟骨炎、骨髄異形成症候群**

**症例④**  
総合診療科、消化器外科

**高血糖に伴う腫瘍マーカー上昇へのこだわりが奏功した 67 歳男性**

演者：(総合診療科) 宮崎聖也、澤田努、石川忠則、上村由樹、深田順一、(消化器外科) 志摩泰生

本ケースの本院来院時の主訴は体重減少・下血。2012 年 1 月下旬、突発性難聴を発症、この診断を受けた近医 A でこのとき HbA1c 6.3、血糖 219 を見いだされ、糖尿病加療のため近医 B 紹介をされた。B では患者に肥満がなく、このときが初めての糖



尿病の指摘であったことに加え、血中 CA19-9 の上昇 (100U/ml) が見いだされ、膵疾患除外の目的で、近医 C へ再紹介された。しかし C での腹部エコー・腹部 CT では異常は指摘されず、この間、来院時主訴となった体重減少・下血があり、B から本院に再々紹介となった。既往として、18 歳時虫垂炎の手術歴、50 歳時に胃潰瘍がある。元々、船員で大酒家、喫煙歴は 60 歳まで 1 日 20 本。本院来院時の現症では、身長 170cm、体重 62kg で BMI 21.5。血液検査では PG 127、HbA1c 6.6 で、CA19-9 は本院でも 110.2 と高値で、来院当日施行した腹部造影 CT (図 1) で主膵管の拡張は認めなかったが、膵鉤部に 1cm 前後の低吸収域の存在が指摘された。また、施行した上部、及び下部消化管内視鏡では、特に今回の症状の原因は見いだせなかった。続いて行った MRCP 検査(図 2 左)では膵体部・膵頭部移行部付近に限局性の分枝膵管の拡張を認め分枝型 IPMN (膵管内乳頭粘液性腫瘍) が疑われたが、実質性腫瘍の存在は指摘し得なかった。しかし ERP (図 2 右)

で膵頭部に約 8mm の狭窄像があり、その尾側の主膵管に一部拡張が認められた。膵液細胞診では class2 で異型細胞は検出されなかった。続いて施行された PET-CT (図 3) では膵にびま

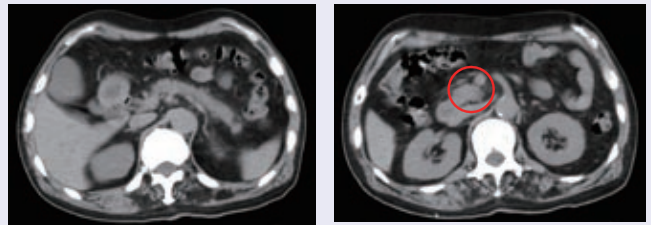
んに FDG 集積亢進を認めるとともに頭部 (SUVmax2.3 後期相 2.9)、体部 (SUVmax1.7 後期相 1.8) にやや集積が高い部分が存在した。以上の結果より、PET-CT 的には膵頭部と体部との多発癌、膵癌+随伴性膵炎、自己免疫性膵炎を含む膵炎等が疑われたものの、 $\gamma$ グロブリン正常、IgG は軽度上昇のみで免疫性膵炎は否定的なほか、これまでの検査所見を総合的に勘案し、膵鉤部癌が最も疑わしいとし、本院消化器外科にて幽門輪温存膵頭十二指腸切除術を施行した。手術標本 (図 4) では、肉眼的に膵頭部に 2.6cm 大の浸潤型の腫瘍を認め、病理標本 (図 5) では、異型の強い円柱状・立方状の腫瘍細胞が管状構造を呈しながら浸潤性に増殖する高分化型管状腺癌の像であった。腫瘍は膵周囲の脂肪組織内や総胆管の壁内にも浸潤していたものの、明らかな脈管侵襲像は認められず、リンパ節転移もなかった。また断端は陰性であった。現在は術後の経過観察中である。

膵癌については、家族歴、喫煙、糖尿病、肥満、慢性膵炎、膵管内乳頭粘液性腫瘍の存在などがその危険因子として指摘されている。このうち糖尿病は 25.9%と最も頻度が高く、危険率は 1.8 ~ 2.1 倍との報告があり、特に、既に網膜症などの合併症も見られるような糖尿病で、遅れて出現する膵臓癌には要注意である。また近年、明らかに良性の分枝型 IPMN (膵管内乳頭粘液性腫瘍) においても、通常型膵癌を同時性あるいは異時に合併 (0.95 ~ 1.1% / 年) することが指摘されている。検査法としては CA19-9 の膵癌検出感度が 70 ~ 80%であるものの、特異度はそれほど高くなく、疑陽性率も 20 ~ 30%と高いとされる。2cm 以下の膵癌では CA19-9 の陽性率は 50%程度で、CT、PET の感度、それぞれ 50%、70%程度であり、今回のように、これらを総合しての判断となるのが現状である。

## 診断：膵鉤部管状腺癌

図 1：腹部造影 CT

<単純>



<造影>

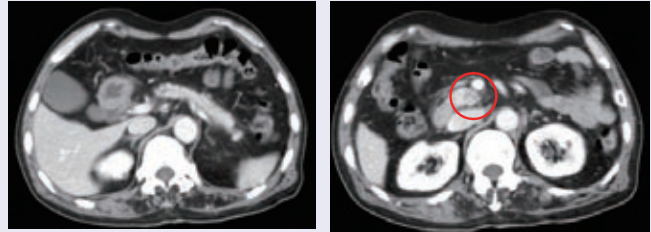


図 2：MRCP 検査

MRCP(2012.2.27)

ERP(2012.3.8)

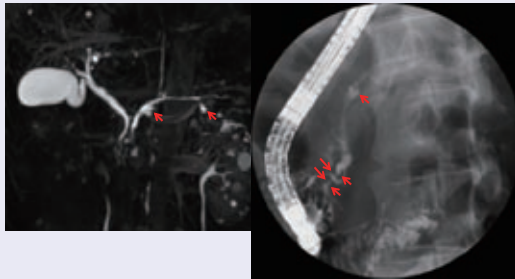


図 3：PET-CT(2012.3.28)

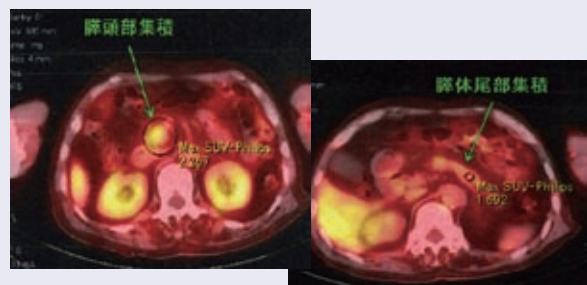


図 4：手術標本 (病理組織標本)

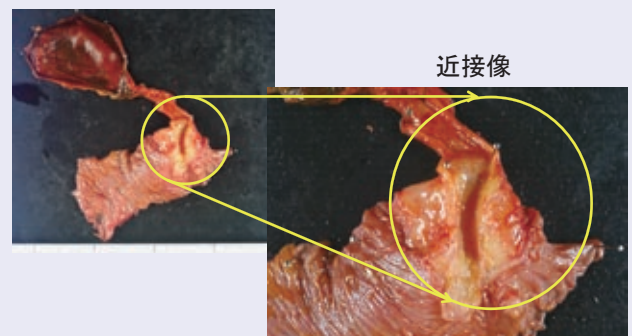
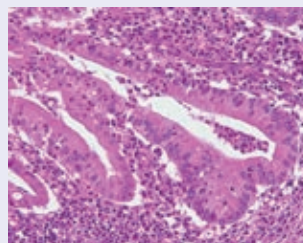
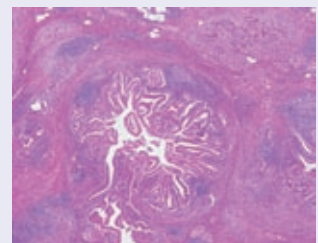


図 5：病理組織標本

対物 × 20



対物 × 4



病理結果 ; tubular adenocarcinoma ,well differentiated type (tub1)

占拠部位 Ph 最大径 2.6cm(pT2)

肉眼分類 浸潤型 間質型 硬性型

膵後方浸潤 pRP(+) 膵内胆管浸潤 pCH(+)

膵局所進展度 pT3

リンパ節転移 pN0 p-stageIII



# 高知医療センターと地域の医療機関を結ぶ 「くじらネット」の現状報告

IT センター長 深田順一

高知医療センターでの診療状況を地域の先生方のお手元に公開する「くじらネット」がいよいよ動き始めました。

先日、私どものカルテがどのように観ていただけているのかを確認しようと、「くじらネット」利用医のこう

ちクリニック胃腸科・内科、矢野哲也先生の外来診察室を訪問させていただきました。先生がお使いの PC はノート型で、本院の職員があらかじめ出向いてセットさせていただいた画面のアイコンをクリック、そして I.D.、パスワードを入力していただくと、確かに「くじらネット」の初期画面が出てきました。イラストのくじらが適当な大きさと色合いで出てきたところで、まずはほっと一安心、というところでした (図 1)。

次いでいよいよカルテの中身を、というところですが、メニュー画面には横軸に日付け、縦軸にカルテ内容の種類が挙げられています (図 2)。試みに CT 画像をクリックしてみましたが、画面の質的にも、まあそこそこのレベルで観ていただけることが実感できました (図 3)。医師や

看護師の記載部分も特に問題なく見ることができます。矢野先生には、「この記載 (すべてに記載時刻が分単位で入っている) を追っていくと、診療の動きがリアルにわかりますね」と言っていただきました。

しかし問題点もあることがわかりました。まず入院時の体温・血圧などのバイタルの経過表がうまく出てきません。それから心エコー図の全体が薄緑色がかってしまっていて、エコーの情報がクリアに見えないこともわかりました。この 2 点は現在、院内 IT センターで急ぎ対応させているところです。(7月1日現在)

今回の訪問で「くじらネット」の見え方も実感できましたし、院内でも、どの患者さんがこの「くじらネット」を通してカルテ公開されているかを表示するカルテ上のマーク (図 4) に気がついてくれる医師もだんだん増えてきています。

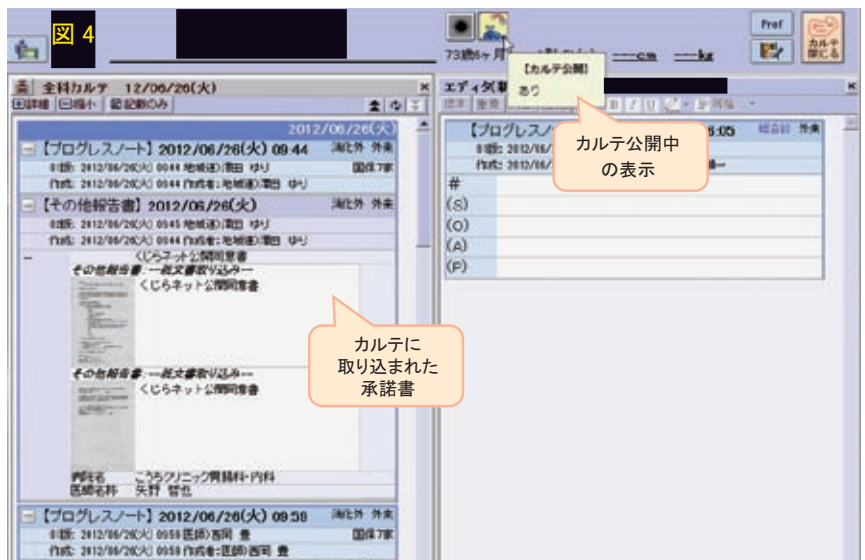
この「くじらネット」の敷設については、現在、IT センターと地域医療連携室のメンバーが中心になって、既に利用

申請を終えられている先生方のパソコンへの設定作業を急いでいます。しかしそれぞれのパソコンには思わぬ問題があることもあるようで、作業も少し遅れ気味ではあります。まだ未完了の先生方におかれましては、今しばらくのお時間を頂戴いたしますよう、お願いいたします。

最後に一点、ノート型パソコンでの閲覧をご予定の先生にお願いです。せっかく動き出したシステムですので、まずは安全第一で育てたいと思います。ですので、ノートパソコンで結構ですが、当面はクリニックから持ち出さず、院内でご覧いただく、という運用でお願いいたします。

それから矢野先生の PC では、PC の立ち上げ自体にパスワード入力が必要という形でセキュリティ管理をなさっておられました。クリニック内でも、ここまでやっていただければ本当に安心です。矢野先生には「患者さんの情報をみることができ、どういう経過になっているか興味もあったのでよかったです。今後、もっと活用して役立てていきたいと思います」とのお言葉をいただきました。

ご期待に応えるべく、努力したいと思います。矢野先生、ありがとうございました。



日	曜	高知医療センター イベント情報 ~7月~			
8	日	<b>高新・高知医療センターがんセミナー・2012</b> (参加費要、事前申込要)			
		内容	肺がんについて	講師	高知医療センター 呼吸器外科 岡本卓 氏
		場所	高知新聞放送会館東館 8F 81号室	時間	10:30~12:00 対象 一般(70名)
		主催:高知新聞社、高知医療センター 協賛:アフラック高知支社 主管:高知新聞社 お問い合わせ:高知文化教室 電話:088(825)4322 (受講料9600円/12回、1500円/1回)			
11	水	<b>高知医療センター看護局・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	抑うつ状態の患者の看護	講師	高知医療センター 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	18:00~19:30 対象 看護職員、県立大学学生
		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			
12	木	<b>平成24年度第1回救命救急センターセミナー</b> (参加費無料、事前申込不要)			
		内容	低侵襲手術と外科医教育	講師	自治医科大学医学部附属病院 病院長、消化器・一般外科学主任教授 安田是和 氏
		場所	高知医療センター 2F ころしおホール	時間	18:00~ 対象 医療関係者 消防・警察関係者
		お問い合わせ:高知医療センター・事務局(経営企画課)			
18	水	<b>高知医療センター看護局・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	がん化学療法	講師	高知医療センター がん看護専門看護師、がん化学療法認定看護師
		場所	高知医療センター1F 研修室2、3	時間	18:00~19:30 対象 看護職員、県立大学学生
		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			
25	水	<b>第6回総合診療科セミナー</b> (参加費無料、事前申込不要)			
		内容	死体の見方	講師	東京都監察医務院 東京都監察医 濱松昌彦 氏
		場所	高知医療センター 2F ころしおホール	時間	18:00~19:00 対象 医療関係者
		お問い合わせ:高知医療センター・総合診療科 上村 TEL:088(837)3000(代)			
28	土	<b>第24回地域医療連携研修会</b> (参加費無料、事前申込不要)			
		内容	認知症について	講師	高知医療センター 副院長兼ころしのサポートセンター長 山下元司 氏
			認知症の方への看護		高知医療センター 看護局 老人看護専門看護師 野村陽子 氏
		場所	高知医療センター 2F ころしおホール	時間	14:00~16:00 対象 医療関係者、一般
お問い合わせ:高知医療センター・地域医療センター 地域医療連携室					
8/10	金	<b>第1回循環器病セミナー</b> (参加費無料、事前申込不要)			
		内容	抗凝固療法と循環器疾患	講師	岡山大学 循環器内科 准教授 草野研吾 氏
		場所	高知医療センター 2F ころしおホール	時間	18:00~ 対象 医療関係者
		お問い合わせ:高知医療センター・循環器内科 細木 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。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月より医療ソーシャルワーカーとして採用されました。以前は、関西圏の急性期病院に同職種で勤務しており、高知に来てからは在宅のケアマネージャーとして働いてきました。約4年ぶりに急性期の現場に立ち、勤を取り戻すのに日々奮闘しています。医療ソーシャルワーカーの経験者であっても、所変わればその場所でのやり方というものが、以前培った経験や知識が全て通用する訳ではありません。3ヶ月が経ち、諸先輩からの助言指導や僅かながらの経験を通して、戸惑いながらも医療センターでの仕事の流れを少しずつ掴みかけているところです。今後は、業務を通して地域の各関係機関と連携を図る機会も多くなってくると思います。MSWとしても土佐人としても、まだまだ未熟ではありますが、一生懸命がんばりますので、よろしくお願いいたします。(MSW 竹村)



平成24年7月1日発行  
にじ 7月号(第81号)  
責任者:武田 明雄  
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:株式会社高陽堂印刷  
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)