

海南病院学術雑誌

2026年 3月 第12巻 第1号

2026 JA 愛知厚生連 海南病院

海南病院學術雜誌

2026年3月 第12卷 第1号

2026 JA 愛知厚生連 海南病院

海南病院学術雑誌

2026年3月 第12巻 第1号 JA 愛知厚生連 海南病院

目次

【症例報告】

- ・高サイトカイン血症が示唆されステロイド全身投与を行ったマイコプラズマ肺炎の3例
六鹿 泰弘・小泉 周大・山本 幸佑・福島 秀晃・今和泉 幸恵
佐藤 恵美・堀 いくみ・小久保 稔 4

- ・先天性心疾患術後妊婦の脊髄くも膜下麻酔による帝王切開術の麻酔経験
秋丸 慎太郎・大泉 祐樹・稲垣 麻優・有馬 一 9

- ・咽後膿瘍との鑑別を要した川崎病の1例
小泉 周大・堀 いくみ・山本 幸佑・福島 秀晃・青木 加那・
今和泉 幸恵・佐藤 恵美・亀井 誠二・六鹿 泰弘・小久保 稔 14

- ・内視鏡的粘膜切除検体より偶発的に発見された日本住血吸虫卵の1例
小出 明奈・山田 和佳・深井 美樹・水谷 三希子・北島 聖晃
山口 桂・宮田 栄三・土森 有紗・露木 琢司・窪田 裕樹 18

【活動報告】

- ・口腔連携 はじめの一步～ヘルパーが行う口腔ケアの役割～
古勝 恵子・川崎 美江・山岸 豊美・東 元子 23

・精神科デイケアの休止過程を通して見えた臨床的意義
濱田 葉子・川出 英行・中島 英貴・半田 洋子・糸魚川 純子
櫛田 琴美・佐々木 翼 27

海南病院学術雑誌 投稿論文執筆規程 31

【編集後記】 34

【症例報告】

高サイトカイン血症が示唆されステロイド全身投与を行った マイコプラズマ肺炎の3例

六鹿 泰弘¹⁾・小泉 周大¹⁾・山本 幸佑¹⁾・福島 秀晃¹⁾・
今和泉 幸恵¹⁾・佐藤 恵美¹⁾・堀 いくみ¹⁾・小久保 稔¹⁾

要旨

マイコプラズマ肺炎に対して、有効な抗菌薬を投与しているにも関わらず、発熱が遷延したり、重篤な臨床像を呈することがまれにみられる。マイコプラズマ肺炎の病態生理は、宿主の免疫反応が主体であり、過剰な免疫反応が起きて重症化する場合がある。重症例に対しステロイド全身投与の効果が期待されているが、適応条件や適切な投与方法に関しては今後の検討課題となっている。今回、高サイトカイン血症が示唆され、ステロイド全身投与を行ったマイコプラズマ肺炎の3症例を経験した。そのうち2例はステロイド投与後速やかに解熱したが、1例は治療開始後も発熱が遷延し、解熱に8日間要した。有効な抗菌薬の選択やステロイド投与の有効性、診断方法の考察を交え報告する。

はじめに

肺炎マイコプラズマ(*Mycoplasma pneumoniae*)は小児下気道感染症における重要な病原体である。治療は、マクロライド系抗菌薬が第一選択薬となっており、その効果は投与後2~3日以内の解熱で概ね評価できる。マクロライド系抗菌薬が無効の場合は、トスフロキサシン(TFLX)やテトラサイクリン系抗菌薬の投与を考慮する¹⁾²⁾。しかし、一部に発熱が遷延し、重症化する症例も認められる。重症例に対してはステロイドの全身投与が考慮されるが、日本小児科学会は、安易なステロイド投与は控えるべきであると勧告している²⁾。今回、当院で経験した血液検査所見より高サイトカ

イン血症が示唆された3症例を、治療指針と診断法の考察を交え報告する。

症 例

【症例1】 3歳 女児

【主訴】 発熱 咳嗽

【現病歴】

入院8日前より発熱、咳嗽出現。近医受診し、TFLX内服。入院当日、発熱持続し、近医再診。胸部レントゲンにて肺炎を認め当院紹介。

【既往歴】

なし

【家族歴】

直近で同胞がマイコプラズマ肺炎を罹患

【入院時現症】

意識レベル：清明

体温：38.9度 SpO₂：90%(室内気)

1) JA 愛知厚生連 海南病院 小児科

キーワード：マイコプラズマ肺炎、ステロイド、
高サイトカイン血症

血圧：112/82 mmHg 脈拍：153回/分

【身体所見】

呼吸音：湿性ラ音聴取

心音：整 雑音なし

咽頭：発赤あり

【入院時検査】

白血球	9,500 / μ L
好中球	75.7%
リンパ球	18.8%
ヘモグロビン	12.0g/dL
血小板	$30.2 \times 10^4 / \mu$ L
アルブミン	3.2g/dL
AST	189IU/L
ALT	88IU/L
LD	1234IU/L
総ビリルビン	0.3mg/dL
CK	126IU/L
Cre	0.22mg/dL
Na	133mmol/L
CRP	0.87mg/dL
フェリチン	1159.1ng/mL
Mycoplasma pneumoniae抗体(PA)	5120倍
Multiplex PCR(FilmArray® 呼吸器パネル2.1)	
Mycoplasma pneumoniae	Not detected

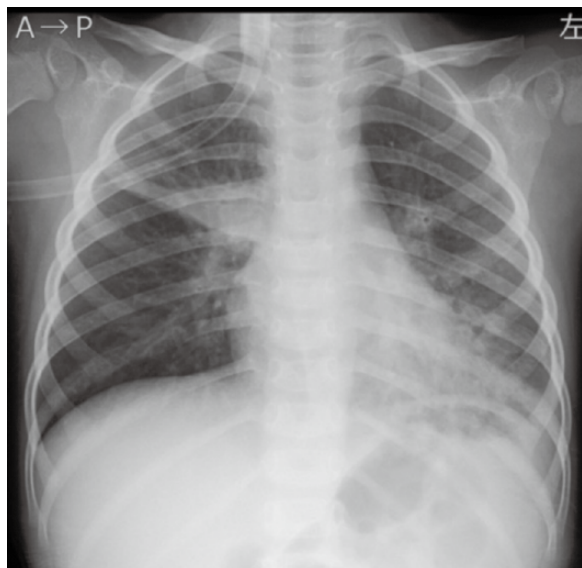


図1 入院時胸部 X 線写真 (症例1)
左下肺浸潤影, 右上肺の無気肺を認める

【経過】

入院時, AST, LD, フェリチン高値にて高サイトカイン血症が示唆されたため, 抗生剤(アジスロマイシン(AZM), アンピシリン(ABPC))投与に加え, ステロイド(プレドニゾロン1.5mg/kg/day点滴静注)投与を行った. 入院翌日に解熱するも, 喘鳴が出現し, 喘息性気管支炎の診断でステロイド投与を継続. 入院6日目, ステロイド中止. 入院8日目, 退院となった.

【症例2】 7歳 男児

【主訴】 発熱 咳嗽

【現病歴】

入院7日前より発熱出現. 入院6日前, 近医受診し, アモキシシリン内服. 入院当日, 発熱持続し, 近医再診. 胸部レントゲンにて肺炎を認め当院紹介.

【既往歴】

注意欠陥多動症

【家族歴】

なし

【入院時現症】

意識レベル：清明

体温：39.2度 SpO₂：94%(室内気)

血圧：116/72 mmHg 脈拍：117回/分

【身体所見】

呼吸音：右肺呼吸音減弱

心音：整 雑音なし

咽頭：発赤なし

【入院時検査】

白血球	4,400 / μ L
好中球	78.3%
リンパ球	18.1%
ヘモグロビン	13.5g/dL
血小板	$23.8 \times 10^4 / \mu$ L
アルブミン	3.6g/dL
AST	128IU/L

ALT	42 IU/L
LD	976 IU/L
総ビリルビン	0.4 mg/dL
CK	1535 IU/L
Cre	0.44 mg/dL
Na	129 mmol/L
CRP	1.05 mg/dL
フェリチン	1632.8 ng/mL
Mycoplasma pneumoniae抗体(PA) 80 倍Multiplex PCR(FilmArray® 呼吸器パネル2.1)	
Mycoplasma pneumoniae	detected



図2 入院時胸部X線写真(症例2)
右下肺浸潤影を認める

【経過】

入院時、AST, LD, CK, フェリチン高値にて高サイトカイン血症が示唆されたため、AZM点滴静注投与3日間に加え、ステロイド(プレドニゾロン 1mg/kg/day点滴静注)投与を行った。治療開始後も、38度以上の発熱が遷延した。入院5日目、LD 904IU/L。入院7日目、解熱傾向にてステロイド漸減。入院8日目、LD 527IU/L。入院9日目に退院とし、ステロイドは内服に移行し、漸減中止した。

【症例3】 14歳 男児

【主訴】 発熱 咳嗽

【現病歴】

入院6日前より発熱出現。入院2日前、近医受診し、胸部レントゲンにて肺炎像を認め、血液検査施行。AST 119IU/L, CK 3825IU/Lと高値を指摘され、入院当日、近医より当院紹介。

【既往歴】

気管支喘息、てんかん
自閉スペクトラム症、注意欠陥多動症

【家族歴】

なし

【入院時現症】

意識レベル：清明
体温：38.4度 SpO₂：95%(室内気)
血圧：111/59 mmHg 脈拍：109回/分

【身体所見】

呼吸音：喘鳴聴取 右肺呼吸音減弱
心音：整 雑音なし
咽頭：発赤なし

【入院時検査】

白血球	4,900/ μ L
好中球	63.5%
リンパ球	21.1%
ヘモグロビン	13.0g/dL
血小板	22.3 \times 10 ⁴ / μ L
アルブミン	3.8g/dL
AST	87IU/L
ALT	37IU/L
LD	435IU/L
総ビリルビン	0.3mg/dL
CK	2112IU/L
Cre	0.48mg/dL
Na	142mmol/L
CRP	1.81mg/dL
フェリチン	100.1ng/mL
Multiplex PCR(FilmArray® 呼吸器パネル2.1)	
Mycoplasma pneumoniae	detected

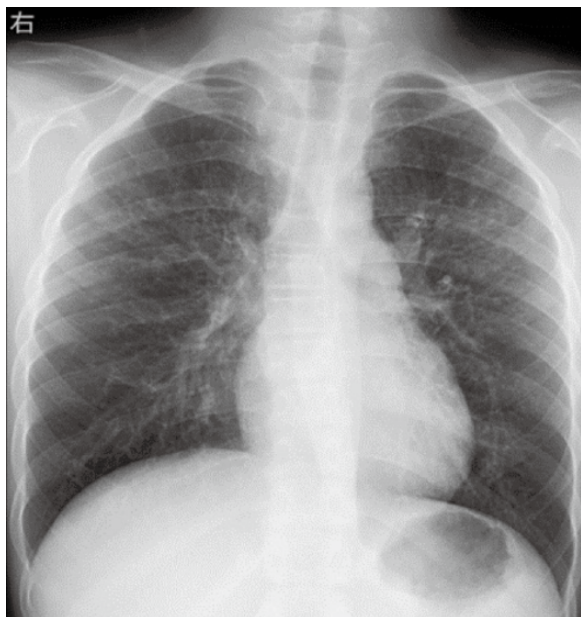


図3 入院時胸部 X 線写真 (症例 3)
右肺門部の軽度浸潤影を認める

【経過】

入院時、フェリチンは低値であったが、AST、CK、LD高値にて、高サイトカイン血症が示唆された。また、喘鳴を聴取し、気管支喘息発作を合併していたため、ステロイド(メチルプレドニゾン 2mg/kg/day点滴静注)投与を行った。抗生剤はミノサイクリン(MINO)内服とした。入院2日目に解熱。入院4日目、喘息症状も改善し、ステロイド漸減。入院6日目にステロイド中止し退院。

考 察

肺炎マイコプラズマの検査方法として、咽頭ぬぐい液による迅速抗原検査や、抗体を測定する血清診断が従来行われてきた。しかし、抗原検査は感度が低く、また血清抗体測定は急性期の診断が困難な場合があった。近年、LAMP法やPCR法などの核酸増幅法による診断が一般的になってきており、当院でもMultiplex PCR法が導入され、迅速かつ簡易的に診断することが可能になった。今回、報告した3例は、Multiplex PCR法、血清診断を組み合わせで診断された。当院では採用されていないが、Qプローブ法を用いた遺伝子検出法では、マクロライ

ド耐性遺伝子の有無も検出できるため、抗菌薬の選択に有用である¹⁾。

抗生剤の選択に関して、症例1は近医でTFLXが処方されていたが症状が遷延し、かつ入院初日にマイコプラズマ肺炎の確診ではなかったため、AZM、ABPC併用とした。症例2は、AZM点滴静注にて治療開始したが、発熱が遷延したため、マクロライド耐性を考慮して、TFLXを処方しようとしたところ、散剤の内服が困難で、かつ年齢が7歳であったためMINOの点滴静注が選択できず抗生剤の変更ができなかった。発熱が遷延した理由に、抗生剤の選択が適切ではなかった可能性がある。症例3は、マクロライド耐性の可能性を考慮して、MINO内服とした。

マイコプラズマ肺炎の重症化は、過剰な細胞性免疫反応によるものと考えられており、重症例では、interleukin(IL)-6, IL-8, IL-10, IL-18やinterferon- γ (IFN- γ), tumor necrosis factor- α (TNF- α)などのサイトカインが有意に上昇しているとする報告が複数ある³⁾⁴⁾。過剰なTNF- α は、細胞壊死を起こし、LD, AST, CK等の逸脱酵素やフェリチンの上昇を認めるため、高サイトカイン血症のモニターとして利用できる⁵⁾。

ステロイドの有効性に関して、症例1・3では、速やかに解熱が得られ、ステロイドが有効と考えられた。症例2では、ステロイドを併用したにも関わらず、解熱に8日間を要した。症例2は、治療開始後のLD値の低下が緩やかであったことから、細胞障害の程度が強く、治療に時間を要したことも一因と考えられた。ステロイドの適応について、重症化予防のために軽症例に投与するも有効性が証明できなかったとする報告⁶⁾があり、安易なステロイド投与は控えるべきとされる。また、

発熱が7日以上持続し、LDが480IU/L以上の重症例に対してステロイド全身投与の効果が期待できるとする報告⁷⁾もある。現時点では適応の条件や投与方法について一定の指針がないため、今後の症例蓄

積による検討が待たれる。

結 語

高サイトカイン血症が示唆されステロイド全身投与を行ったマイコプラズマ肺炎3例のうち、2例は著効し、1例は不応だった。マイコプラズマ肺炎に対するステロイド投与の適応や投与方法に関しては一定の指針がないため、症例蓄積による検討が待たれる。

著者の COI 開示

本論文発表内容に関連して特に申告なし。

引用文献

- 1) 石和田稔彦.小児呼吸器感染症診療ガイドライン2022.小児呼吸器感染症診療ガイドライン作成委員会.東京都,2022:20-21,49-52.
- 2) 日本小児科学会.小児のマイコプラズマ肺炎の診断と治療に関する考え方.日本小児科学会 予防接種・感染症対策委員会.2025. https://www.jpeds.or.jp/uploads/files/20250422_maikopurazuma.pdf(2025.9.4アクセス)
- 3) Zhu R,Mao S,Shi W,Wu L,et al.A prediction study of IL-18 and IFN-gamma in glucocorticoid treatment response in infants and young children with severe Mycoplasma pneumoniae pneumonia. Transl Pediatr2022 May;11(5):738-747.
- 4) Wang LP,Hu ZH,Jiang JS,et al.Serum inflammatory markers in children with Mycoplasma pneumoniae pneumonia and their predictive value for mycoplasma severity.World J Clin Cases.2024 Aug 6;12(22):4940-4946.
- 5) 横田俊平.炎症性サイトカインから考える小児疾患の病態形成.小児感染免疫2014;26(2):267-278.
- 6) 興梶まり,後藤芳充,神田康司,他.小児肺炎マイコプラズマ肺炎入院症例に対するステロイ

ド治療の有用性に関する検証.小児感染免疫 2019;31(3):227-233.

- 7) Oishi T,Narita M,Matsui K,et al.Clinical implications of interleukin18 levels in pediatric patients with Mycoplasma pneumoniae pneumonia.JIC 2011;17:803-6.

先天性心疾患術後妊婦の脊髄くも膜下麻酔による帝王切開術の麻酔経験

秋丸 慎太郎¹⁾・大泉 祐樹¹⁾・稲垣 麻優¹⁾・有馬 一¹⁾

要旨

先天性心疾患根治術後妊婦の分娩機会は増加している。先天性心疾患根治術後妊婦の帝王切開術に対する麻酔管理を経験したので報告する。28歳の女性、1経妊0経産、二絨毛二羊膜双胎妊娠で帝王切開を行う予定となった。既往は小児期に大動脈縮窄症への左鎖骨下動脈フラップ術と心室中隔欠損症への2期的修復歴があった。術前所見で血圧は左上肢測定不能で、右下肢血圧は上肢と比較し低下していなかった。心エコーは軽度大動脈弁狭窄症があった。妊娠34週5日で手術施行した。血圧測定は右上肢で実施した。脊髄くも膜下麻酔で十分な麻酔域を得た。ノルアドレナリン持続投与で血圧維持し、児娩出後に終了した。手術開始2分と4分で2児を娩出した。両児とも健常で手術終了した。術後は麻酔関連合併症や心不全兆候なく、9日目に自宅退院した。先天性心疾患術後妊婦の帝王切開術を重篤な心血管系合併症なく管理した。

はじめに

先天性心疾患根治術の治療成績は日々向上しており、それらを受けた患者は長期生存が可能となりつつある。成人期以降に、治療した心疾患以外の疾患に対する手術や、分娩を経験する機会が増加しており、それらの管理に難渋する場合がある。

分娩全体に占める心疾患合併妊婦の割合は0.1%程度である。分娩自体が安全なものとなりつつある現代においても、依然として、心疾患合併妊婦の致死的心血管イベントの発症率は他の妊婦と比較して高い¹⁾。

しかしながら、心疾患の血行動態や治療に関する適切な理解と、経験的治療により母児双方の予後を改善することは可能で、半数近くの重篤な心血管イベントを抑制できるともいわれている²⁾。

今回、我々は動脈縮窄症、心室中隔欠損症根治術後妊婦の帝王切開術に対する麻酔管理を経験したため、報告する。

症 例

28歳の女性、身長159 cm、体重54.3 kg (妊娠前48.5 kg)、1経妊0経産、二絨毛二羊膜双胎妊娠で、他院で分娩管理されていた。帝王切開術による分娩を含めた周産期管理目的のため当院へ紹介となった。

既往症に動脈縮窄症と心室中隔欠損症とがあった。動脈縮窄症は乳児期に左鎖骨下動脈フラップ術 [図1] を、心室中隔欠損症は乳幼児期

1) JA 愛知厚生連 海南病院 麻酔科

キーワード：脊髄くも膜下麻酔，帝王切開術，先天性心疾患

にかけて2期的根治術を施行，合わせて3度の心臓外科手術を施行された。

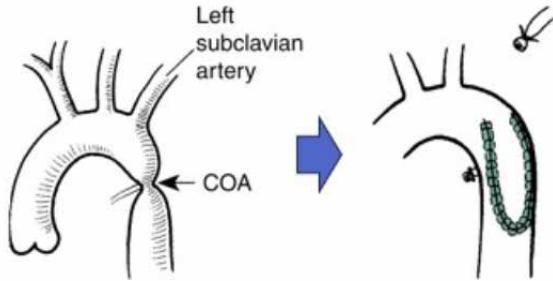


図1 左鎖骨下動脈フラップ術(文献³⁾から引用，一部改変)，COAは大動脈縮窄部のこと，左鎖骨下動脈を離断(図左)し，その一部を縮窄部の修復に使用(図右のU字修復部)

身体診察では，術前の運動耐容能は4METs以上であると評価し，日常的な息切れの自覚はなく，NYHA分類は1であった。

術前検査所見を以下に示す。

[バイタルサイン] SpO₂(室内気) 100%，心拍数64回/分，非観血的血压(収縮期/拡張期)，右上肢112/77 mmHg，右下肢136/68 mmHg，下肢血压低下はなし，左上肢血压は測定不可能であった。

[経胸壁心臓超音波]左室収縮率 64%，局所壁運動異常なし，心室中隔欠損術後残存シャント幅4.8mm，右心負荷所見なし，三尖弁逆流I度，三尖弁逆流圧較差18 mmHg，E/A 3.2，E/e' 11.28，拡張障害は軽度，大動脈二尖弁疑い，軽度大動脈弁狭窄症，大動脈弁位最高血流速度2.0m/秒，平均圧較差16mmHg。

[12誘導心電図]心拍数70回/分，洞調律，軸偏位なし。

[ノンストレステスト] 2児とも健常



図2 麻酔経過

経過

既往歴や術前検査を踏まえて，事前に麻酔計画について科内で協議した。本症例の術前問題点は，まず1つ目に先天性心疾患術後かつ軽度大動脈弁狭窄症があること，2つ目は妊婦であり，一般的に気道確保困難である可能性が高いこと，加えて3つ目として麻酔方法に脊髄くも膜下麻酔を選択した場合は，交感神経遮断による静脈還流量低下や，血压低下により，非代償性心不全を生じ

る恐れがあること，などがある。

各々の問題点への対応は，術後弁膜症合併に関して，術前診察において運動耐容能は問題ないこと，診察で下肢血流低下は無く，心臓超音波検査で弁膜症が軽微であることから，これらの影響による心不全発症の危険性は低いと判断した。気道確保困難である可能性もあることから，麻酔方法は通常通り脊髄くも膜下麻酔を選択した。脊髄くも膜下麻酔による静脈還流量低下や血压低下の懸

念はあるため、溢水に留意した上で細胞外液による十分な輸液を行い、合わせて予防的に術中はノルアドレナリン持続投与を用いて、血圧（臓器灌流）を維持する方針とした。また、左鎖骨下動脈フラップ術後であるので、非観血的血圧測定、観血的血圧測定や末梢静脈路確保は右上肢で行う方針とした。脊髄くも膜下麻酔の効果が不十分で必要な麻酔域が得られない場合や、超緊急帝王切開の際は全身麻酔を実施する方針とした。

麻酔経過を [図2] に示す。手術は妊娠34週5日に予定手術として実施した。末梢静脈路確保と観血的血圧測定は右上肢で実施した。脊髄くも膜下麻酔は右側臥位で第3/4腰椎椎間に25Gペンシルポイント針を用いて実施した。腰椎超音波検査を用いて、皮膚から脊髄くも膜下腔までの距離測定を行い、穿刺針の刺入点を定めた後に、本穿刺を行った。0.5%高比重ブピバカイン2.3mLとフェンタニル10 μ gを投与した。コールドサインテストで麻酔高を評価し、左右両側の第4胸椎のレベルであることを確認し、手術実施可能と判断した。麻酔薬投与と同時期にノルアドレナリン持続投与を0.09 μ g/kg/分で開始し、収縮期血圧100mmHg以上の維持を目標に管理し、概ね目標通り維持できた。手術開始2分で第1児、4分で第2児を娩出した。両児ともAPGARスコアは1分値が8点、5分値が9点であった。ノルアドレナリンは児娩出後に漸減し終了した。児娩出の時相で嘔気が出現したため、制吐薬としてメトクロプラミド20mgを児娩出前に、オンダンセトロン4 mgを児娩出後に投与した。同時期に血圧低下もあり、循環血液量減少に伴うものと判断し、輸液の急速投与を行い、目標血圧への上昇を図った。腹部閉創時に術後鎮痛としてアセトアミノフェン1000mgとフルピプロフェンナトリウム50mgを投与した。手術時間は38分、麻酔時間は67分であった。術中水分出納は、輸液が晶質液1250mLで輸血なし、出血は羊水込みで922gで尿は少量、トータルバランスとして

328 mLであった。

術後経過について、術後1日目に悪心嘔吐や硬膜穿刺後頭痛は見られなかった。創部痛は鎮痛薬使用下でNumerical Rating Scale2程度で推移していた。血圧は111/70 mmHg(右上肢)であった。同日に上腹部痛の訴えがあり、精査のため腹部単純CT検査を実施したところ、膵臓周囲の脂肪織濃度上昇があり、炎症所見が存在していた。血液検査上、膵アミラーゼ値は上昇していなかったが、画像所見から急性膵炎を疑い、絶食管理を開始した。術後4日目に上腹部痛が軽快したため、少量から経口摂食を再開し、慎重に経過をみながら食事形態を通常食に戻した。経過良好と判断し、術後9日目に自宅退院となった。術後から退院までの経過中に心不全を示唆する所見の出現はなかった。児の経過にも異常はなかった。

考 察

今回、我々は先天性心疾患術後の妊婦に対する帝王切開術を、ノルアドレナリンの持続投与を併用した脊髄くも膜下麻酔で行い、重篤な心血管系合併症を起こすことなく管理した。

本症例は既往に根治術を施行された先天性心疾患があり、それは大動脈縮窄症と心室中隔欠損症であった。大動脈縮窄症と他の先天性心疾患の関連については、合併症として大動脈二尖弁が60から85%、心室中隔欠損症が13から26%で、他、動脈管開存症や両大血管右室起始症などの関連も報告されている⁴⁾⁵⁾。本症例は、大動脈縮窄症に心室中隔欠損症を合併しており、乳幼児期に根治されていた。また、心臓超音波検査で大動脈二尖弁疑いが指摘されており、軽度大動脈弁狭窄症を伴っているため、今後も長期的な経過観察が必要である。

本症例では脊髄くも膜下麻酔による低血圧を予防する目的でノルアドレナリンの持続投与を用いた。脊髄くも膜下麻酔に伴う低血圧予防のための

ノルアドレナリン持続投与はフェニレフリン持続投与と比較して同等の術中低血圧予防効果があるという報告が幾らかある⁶⁾⁷⁾。フェニレフリン持続投与群では術中悪心嘔吐や徐脈の合併症発症数が有意に多いと報告がある⁷⁾。他方で、ノルアドレナリンの末梢静脈路への投与は投与部位の虚血、血管外遊出による組織壊死、いずれの投与経路においても催不整脈作用などの合併症がある。これらの合併症の懸念から血圧維持にフェニレフリンとノルアドレナリンのどちらを選択するかは議論の余地がある。本症例はノルアドレナリン持続投与を採用し、概ね安定した血圧維持を行うことができた。血圧は安定していたものの、本症例では術中悪心嘔吐が出現した。悪心嘔吐が発生した時相は児娩出時であった〔図2 (麻酔経過)]。その原因として腹部操作による影響が挙げられる。同時に血圧低下も生じていたため、その影響も考慮される。本症例のように急峻な血圧低下に対してノルアドレナリンの随時投与が有用であると示唆する報告⁶⁾もあり、持続投与に加えて随時投与が有用であったかもしれない。

術後経過について、本症例では術後に急性膵炎を疑う腹痛と腹部CT検査所見がみられた。筆者らが検索する範疇で急性膵炎とノルアドレナリン持続投与、帝王切開術、脊髄くも膜下麻酔との関連を示唆する文献は見られず、急性膵炎とこれらの手技や手術との関連は不明である。

麻酔方法について、本症例では脊髄くも膜下麻酔を選択したが、他の管理方法として、全身麻酔や硬膜外併用脊髄くも膜下麻酔も候補として挙げられる。全身麻酔については、本症例が先天性心疾患術後であることから、脊髄くも膜下麻酔による急激な循環変動を避けるためには有用であると考えられる。しかしながら、先述の通り本症例の先天性心疾患は幼児期までに根治されており、合併している大動脈弁狭窄症も軽度かつ心機能も健常者と概ね同等であることから、脊髄くも膜下麻

酔で十分管理できると考え、実施した。加えて、ノルアドレナリン持続投与を併用することで、更に安定した血圧管理、循環維持が可能であると判断した。また、本症例は妊娠後期の妊婦であり、気道確保困難であることや、妊婦に全身投与した薬剤の胎児への移行等を勘案し、全身麻酔は行わない方針とした。必要とする麻酔域が十分に得られない場合や、超緊急帝王切開など児の急速遂娩を要するときなど、脊髄くも膜下麻酔による管理が困難である際は、全身麻酔で管理を行う必要がある。その際も、ノルアドレナリン持続投与などの併用による血圧維持は有用であろう。

硬膜外併用脊髄くも膜下麻酔について、本症例で実施した場合、硬膜外持続鎮痛が術中のみならず、術後の腹部創部痛に有用となるだろう。本症例は術後急性膵炎疑いとなったため、症例に限られた問題であるが、硬膜外持続鎮痛によって腹痛が緩和され、発見が遅れる可能性がある。術後鎮痛として有用である一方で、硬膜外麻酔による下肢神経の麻痺から離床が遅れ、入院期間延長が生じる懸念もある。近年では、持続硬膜外鎮痛の使用は、術前に慢性痛がある症例や術後遷延痛が予想される場合などを除き、施行しない傾向にある⁸⁾

結 語

最後に、本症例では先天性心疾患術後の軽度大動脈弁狭窄症合併妊婦に対する帝王切開術の麻酔管理を、ノルアドレナリン持続投与を併用した脊髄くも膜下麻酔を用いて、心血管系合併症を引き起こすことなく管理した。心疾患術後の血行動態や患者の心機能に留意し、周術期には注意深い観察を含めた繊細な管理が肝要である。

著者の COI 開示

本論文発表内容に関連して特に申告なし。

引用文献

- 1) Saliccioli KBMD,Cotts TBMD.Pregnancy in Women with Adult Congenital Heart Disease. *Cardiology Clinics* 2021;39(1):55–65.
- 2) Pfaller BMD,Sathananthan GMD,Grewal JMD,et al.Preventing Complications in Pregnant Women With Cardiac Disease. *JACC*2020;75(12):1443–52.
- 3) Park MKMDF,Salamat MMDF.Park's Pediatric Cardiology for Practitioners 2021.143–59.
- 4) Meidell Blylod V,Rinnström D,Pennlert J,et al.Interventions in Adults With Repaired Coarctation of the Aorta.*J Am Heart Assoc*2022;11(14):e023954.
- 5) Agasthi P,Pujari SH,Tseng A,et al. Management of adults with coarctation of aorta. *World J Cardiol* 2020;12(5):167–91.
- 6) Lyu W,Zhang Z,Li C,et al.Intravenous initial bolus during prophylactic norepinephrine infusion to prevent spinal hypotension for cesarean delivery:A randomized controlled,dose-finding trial.*Journal of Clinical Anesthesia*2024;97:111562.
- 7) Vallejo MC,Attaallah AF,Elzamzamy OM, et al.An open-label randomized controlled clinical trial for comparison of continuous phenylephrine versus norepinephrine infusion in prevention of spinal hypotension during cesarean delivery.*International Journal of Obstetric Anesthesia*2017;29:18–25.
- 8) Landau R.Post-cesarean delivery pain. Management of the opioid-dependent patient before,during and after cesarean delivery.*Int J Obstet Anesth* 2019;39:105–16.

咽後膿瘍との鑑別を要した川崎病の1例

小泉 周大¹⁾・堀 いくみ¹⁾・山本 幸佑¹⁾・福島 秀晃¹⁾・青木 加那²⁾・
今和泉 幸恵¹⁾・佐藤 恵美¹⁾・亀井 誠二³⁾・六鹿 泰弘¹⁾・小久保 稔¹⁾

要旨

川崎病は乳幼児に好発する原因不明の血管炎で、冠動脈瘤などの心合併症をきたすため、小児の後天性心疾患の最大の原因である。診断には臨床基準に基づいた診断基準が用いられ、病初期には一般感染症との鑑別に苦慮することがある。川崎病急性期治療の目標は冠動脈瘤の発生を抑制することであるため、可能な限り汎動脈炎が始まる第7病日までに治療を開始することが望ましいとされ、早期診断が必要となる。症例は6歳の男児で発熱と頸部痛あり第4病日に当科外来へ紹介受診となった。頸部造影CTに咽後間隙に低吸収域を認め、咽後膿瘍の疑いで抗生剤にて入院開始したが解熱しなかった。第6病日に川崎病の臨床症状が出現し、γグロブリンなどによる川崎病治療が行われ解熱が得られた。本症例から、頸部造影CTで咽後膿瘍と川崎病とを鑑別することで早期に治療方針の決定ができる可能性があると考えられた。

はじめに

川崎病は全身の血管に炎症が起きる急性熱性疾患であり、診断には臨床基準に基づいた診断基準が用いられる。川崎病急性期治療の目標は冠動脈瘤などの心合併症の発生を抑制することであるため、可能な限り汎動脈炎が始まる第7病日までに治療を開始することが望ましいとされ、早期診断が必要となるが、病初期には一般感染症との鑑別に苦慮することがある。近年、川崎病においてCTで咽後水腫の所見が認められるとの報告がある。後咽頭の軟部組織が肥厚し低吸収域として認められるものであり、血管炎に伴う蜂窩織炎と考

えられている¹⁾。今回我々は頸部造影CTにて咽後間隙に低吸収域を認め、咽後膿瘍との鑑別を要した川崎病の1例を経験したため報告する。

症 例

【患者情報】 6歳 男児

【主訴】 発熱 頸部痛

【現病歴】

入院3日前に37.9度の発熱と前額部痛を発症

入院1日前に頸部痛の訴えあり

入院当日近医受診し、当院紹介

【既往歴】 川崎病 1歳半の時に罹患

【家族歴】 父が川崎病

【内服薬】 なし

【バイタルサイン】

意識レベル：清明 体温：40.0度

血圧：120/69 mmHg 脈拍：103回/分

1) JA 愛知厚生連 海南病院 小児科

2) JA 愛知厚生連 海南病院 耳鼻咽喉科

3) JA 愛知厚生連 海南病院 放射線診断科

キーワード：川崎病, 咽後膿瘍

【身体所見】

眼球結膜：充血なし

呼吸音：清

心音：整，雑音なし

咽頭：発赤なし

頸部：左耳下腺の周囲に腫脹あり，圧痛あり

皮膚：皮疹なし

【採血】

白血球数	199×10 ² /μL
ヘモグロビン	12.8g/dL
血小板数	26.9×10 ⁴ /μL
アルブミン	4.3g/dL
AST	33IU/L
ALT	18IU/L
LDH	224IU/L
総ビリルビン	0.6mg/dL
血清アミラーゼ	280IU/L
膵アミラーゼ	82U/L
BUN	14.8mg/dL
Cre	0.47mg/dL
Na	134mmol/L
K	4.9mmol/L
無機リン	2.2mg/dL
CRP	22.66mg/dL
プロカルシトニン	6.29ng/dL

【入院時頸部造影CT】

内深頸・副神経領域や顎下部に左有意に内部に均一な吸収値を示す腫大リンパ節の散在がみられる(図1)。咽後間隙に相対的に低吸収領域がみられるが，被包化や辺縁部の増強効果はみられない(図2)。

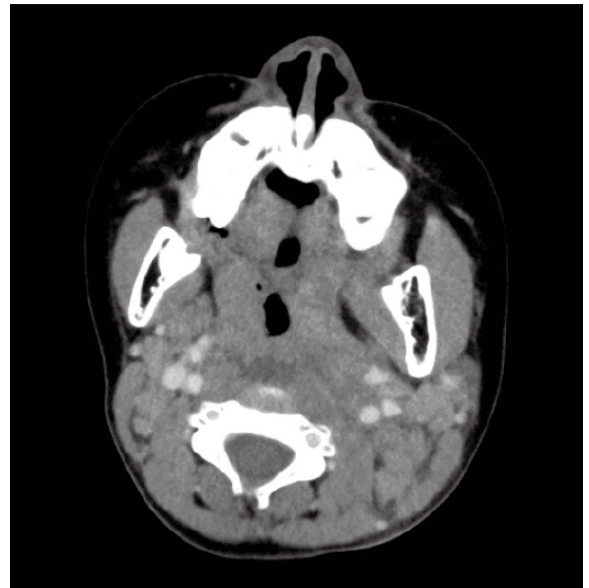


図1 頸部造影CT 水平断



図2 頸部造影CT 矢状断

経過

第4病日に入院し，咽後膿瘍の疑いでABPC/SBTで治療開始した。第6病日も発熱持続しており，新たに眼球結膜充血や口唇発赤，足底・足趾の発赤がみられた。川崎病の診断となり，免疫グロブリン(IVIG)2g/kgとシクロスポリンA(CyA)5mg/kg，中等量アスピリン(ASA)50mg/kgで治療を開始した。一旦解熱するも，再発熱を認め，第8病日にインフレキシマブ(IFX)を投与した。第8病日のCTの再検にて頸部リンパ節の腫脹や咽後間隙の低吸収域の改善を認めた。第9病日から解熱が継続した。第11病日にASAを低用量

に変更した。エコーで冠動脈瘤を認めず、第13病日に退院し、外来にてフォロー継続の方針となった。

考 察

今回我々は咽後膿瘍との鑑別を要した川崎病の一例を経験した。川崎病と咽後膿瘍は治療方針が異なる。川崎病の場合、心合併症を防ぐために、ガイドラインでは第7病日までに治療開始が望ましいとされている²⁾。そのため、両者を早期に鑑別することは重要である。

川崎病は乳幼児に好発する原因不明の血管炎で、冠動脈瘤などの心合併症をきたすため、小児の後天性心疾患の最大の原因である。系統学的血管炎症候群の定義では川崎病は中型血管炎に分類され、炎症は大動脈・小動脈にも及ぶが、主に中型筋型動脈の冠動脈に生じる。冠動脈の病理組織学的検査によれば、発症後第6-8病日には中膜が水腫のため離解し、単球/マクロファージを主体とした炎症細胞は内膜と外膜に限局している。第8-10病日には、炎症細胞が内膜と外膜から中膜に浸潤し、動脈壁全層に及ぶ汎動脈炎を呈する。第10-12病日には、脆弱化した血管に血圧がかかり、風船が膨らむように遠心性に拡大し冠動脈瘤を形成する。そのため、可能な限り汎動脈炎が始まる前の第7病日までにIVIGを投与することが望ましい。IVIG不応で発熱が持続・再燃する場合でも一般に冠動脈拡大が始まる前の第9病日までに治療が奏功することを目指す²⁾。診断には臨床基準に基づいた診断基準が用いられ、病初期には一般感染症との鑑別に苦慮することがある。近年、川崎病においてCTで咽後水腫の所見が認められるとの報告がある。後咽頭の軟部組織が肥厚し低吸収域として認められるものであり、血管炎に伴う蜂窩織炎と考えられている¹⁾。後咽頭浮腫をきたした川崎病の報告例では、年長児、男児、頸部

症状が強い例が多いとされている³⁾。頻度は川崎病全体の1.5~11.1%とばらつきがある⁴⁾⁵⁾。川崎病に伴う低吸収域は一般的な膿瘍と異なりring enhancementを伴わず、川崎病の治療により軽快することが特徴的とされる⁶⁾。このような低吸収域に対し穿刺や切開を行った報告は多く、そのほとんどは排膿を認めなかった⁷⁾。本症例では6歳男児であり、川崎病の好発年齢と比較すると年齢が高く、強い頸部痛を主訴に受診しているという点で前述の特徴に合致していた。また、造影CTでは咽後間隙に相対的に低吸収領域がみられたが、ring enhancementを伴わず、過去の報告と同様であった。

今回我々は入院時には咽後膿瘍の疑いで治療を開始したが、第6病日に川崎病の症状がそろう、振り返って造影CTを確認するとring enhancementを伴っておらず、川崎病による咽後水腫の所見であると認識できた。

結 語

川崎病は第7病日までに治療開始という目標がある。造影CTで咽後間隙に造影効果を認めない低吸収域を認めた場合は、川崎病による咽後水腫の可能性を考え、治療方針を決定することが重要である。また、咽後膿瘍と鑑別することで、穿刺や切開等の侵襲的処置を回避できる可能性がある。

著者の COI 開示

本論文発表内容に関連して特に申告なし。

引用文献

- 1) 阿部淳.最近の川崎病の病態と病因.小児科診療 2001;64(8):1121-1128.
- 2) 佐藤勉.川崎病急性期治療ガイドライン.日小循環誌2020;36(S1):1-2.
- 3) 塩野淳子,石川伸行,村上卓,他.川崎病で頸部CTを施行した症例-後咽頭浮腫の所見を中心に-.第

35回関東川崎病研究会2016;1423-1424.

- 4) Yuki U, Yoshinori S, Tohru M, et al. Six patients with Kawasaki disease showing retropharyngeal low-density areas on computed tomography. *Pediatrics international* 2010;52(4):187-189.
- 5) 田中麻希子, 富田安彦, 長井勇樹, 他. 咽後膿瘍様の所見を合併した川崎病の検討. *Progress in Medicine* 2011;31(7):1649-1654.
- 6) Nomura O, Hashimoto N, Ishiguro A, et al. Comparison of patients with Kawasaki disease with retropharyngeal edema and patients with retropharyngeal abscess. *EurJPediatr* 2014;173:381-386.
- 7) 入川直矢, 小河孝夫, 加藤智久, 他. 咽後膿瘍との鑑別を要した川崎病の4例. *小児耳鼻咽喉科* 2012;33(1):37-41.

内視鏡的粘膜切除検体より偶発的に発見された 日本住血吸虫卵の1例

小出 明奈¹⁾・山田 和佳¹⁾・深井 美樹¹⁾・水谷 三希子¹⁾・北島 聖晃¹⁾・
山口 桂¹⁾・宮田 栄三²⁾・土森 有紗²⁾・露木 琢司²⁾・窪田 裕樹³⁾

要旨

日本住血吸虫症はヒトを終宿主、ミヤイリ貝などの巻き貝を中間宿主とする人畜共通感染症である。本邦では住環境の整備により1996年に終息宣言がされ、現在新規感染者報告はない。今回、大腸内視鏡検査施行され、採取された切除検体より偶発的に日本住血吸虫の虫卵を有する症例を経験した。患者は50歳代男性。持続する血便を主訴に当院へ救急搬送され、精査目的で検査施行となった。提出された内視鏡検体を用いてパラフィンブロックを作成し、標本化した。標本作製時には薄切中にチャタリングが生じた。顕微鏡下で確認したところ石灰化した日本住血吸虫卵が数個確認され、未治療で陳旧性死卵として残存していた箇所に腺腫が形成され、偶発的に発見に至ったと推測した。日本住血吸虫症に対する積極的な治療は行われず、止血確認後、退院・かかりつけ医へ紹介となった。

硬組織をそのまま薄切すると標本の精度に影響を与えることがあり、病理組織検査においては検査目的に合わせた試薬選択が肝要である。今後も病理組織検体の取扱い時には十分留意し、質の高い標本作製に努めたい。

はじめに

日本住血吸虫症は日本で1996年に終息宣言がされ、現在新規感染者報告はない。今回血便精査目的に大腸内視鏡検査（以下、CS）が施行され、採取された内視鏡的粘膜切除（以下、EMR）検体より偶発的に日本住血吸虫の虫卵を有する症例を経験したため報告する。

症 例

- 【患 者】 50歳代男性。独居
【現病歴】 持続する血便を訴え、救急搬送された
【既往歴】 高血圧、脂質異常症、COPD、急性大動脈解離Stanford typeB
【内服薬】 ロスバスタチン、トルバプタン、フロセミド、フェブキソスタット、アミオダロン、チオトロピウム臭化物水和物
【生活歴】 喫煙歴40本/日×42年

経 過

血便精査目的でCSを施行、5カ所より検体採取が行われた。止血効果確認し、検査より9日後に終診・かかりつけ病院へ紹介となった。

1) JA 愛知厚生連 海南病院 診療協同部臨床検査室
2) JA 愛知厚生連 海南病院 第4診療部検査診断科
3) JA 愛知厚生連 海南病院 診療協同部長
キーワード：内視鏡、日本住血吸虫卵、病理検査

内視鏡所見

横行結腸に10mm大, O-Is (JNET2A, 腺腫疑い)
EMR#1
同部位より5mm大, O-Isp (JENT2A, 腺腫疑い)
CSP#2
下行結腸に5mm大, O-Isp (JEMT2A, 腺腫疑い) CSP#3
同部位より5mm大, O-Isp (JEMT2A, 腺腫疑い) CSP#4
直腸に15mm大, O-Is (JENT2A, 腺腫疑い) ポリペクトミー#5
持続出血所見はみとめなかった。

標本作製所見

EMR#1薄切時にチャタリングが生じた。薄切ブロック表面を観察すると、結石様の石灰化物が散見された。チャタリングは薄切時に組織ブロックの表面や切片に、刀線に平行な凹凸が生じ、結果として切片に波打つような歪なアーチファクトが生じる現象のことを指す。組織内にペツェ等金属片がある場合や組織内に結晶やブロック作成までの工程を経て変性した粘液塊などによっても生じ、手術材料の薄切で多くみられる。

また石灰化病変や結石を含む組織ではそのままでは硬く、病理診断で適切とされる0.5~1.0 μ mの厚さでの薄切が困難になることから標本の質を著しく落とす原因となる。そのため、脱灰と呼ばれる組織中の石灰塩を溶出させる行程を行う^{1) 2)}。本症例においては、硬度の高い石灰化物がブロック表面上より散見されたため、酸性脱灰法で脱灰を行ったが、効果的な作用は得られなかった。

内視鏡検体でチャタリングの発生は稀であること、薄切した切片が脱灰液の効果を十分に得られていないことを病理診断医へ報告を行った。通常の薄切厚での標本作製が困難であったため、2.0 μ mほどの薄切厚で標本作製を行い、供覧し原因探索を行うこととなった。

組織学的所見

紡錘形の核を有する異型細胞が管状腺管を形成し増殖していた。核異型は軽度~中等度で、Tubular adenoma, low-gradeと考えられた。悪性所見はみとめず、切除断端は陰性とされた。EMR#1から粘膜下層に石灰化した日本住血吸虫の虫卵を数個確認した(図1)。

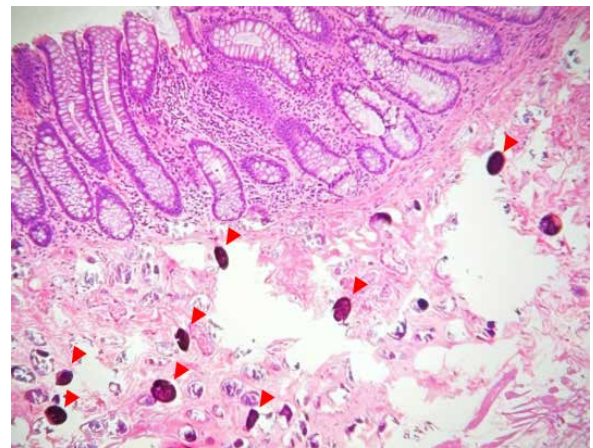


図1 EMR#1中に認めた日本住血吸虫卵(矢頭)
HE染色 対物20倍

考察

日本住血吸虫の成虫は尿路中あるいは腸間膜静脈内(門脈枝)に寄生する。前者の場合、虫卵は膀胱壁や尿管壁に沈着する。後者の場合では腸管壁や肝臓に沈着する。産卵された虫卵は大腸粘膜下に存在し、周囲の組織に損傷・炎症を引き起こし、出血・潰瘍により癒痕形成しながら粘膜表面へと移行し、最終的には糞便中に排泄される。虫卵の検出方法としては、尿中あるいは便中より虫卵検出が挙げられる。感染の判別に血清反応も利用されるが、感染後3ヶ月程度経過しないと十分な抗体反応を得られないことから陽性所見を得るのは困難である³⁾。

日本住血吸虫症の急性期の内視鏡像は浮腫、出血、炎症性ポリープ等が特徴といわれているが、本邦では急性期の粘膜所見を認めることは殆どない。慢性期の内視鏡所見としては、不整形黄色斑

や褐色・菲薄化した癒痕状粘膜，羽毛状あるいはクモ状の血管拡張などが報告されている。黄色斑を構成する黄色顆粒の大きさが組織標本上の虫卵の大きさと一致することから，虫卵の存在を直接的に示す所見と考えられている。本症例においては，黄色斑や癒痕状粘膜等の典型的所見ははっきりしなかった。

本症と大腸癌の関連性については国際癌研究機関の発癌リストにおいてはGroup2B (positive carcinogenic) に分類されており，腸間粘膜近傍の血管が虫卵により閉塞し周囲組織が壊死に陥ることによって粘膜の破損と再生を長期にわたり反復されるため，大腸発癌のリスクが高くなると考えられている。慢性期の症例においては，一見正常と判断されるような微細な色調所見を見落とさないことが重要とされ，患者の居住地等の背景からの想起が重要であると思われる⁴⁾。

日本住血吸虫は本邦においては終息宣言を得ている寄生虫ではあるが，幼少期に体内へ取り込まれたものの，排出されずそのまま体内で温存されていることがある。人体内の寿命で5～6年といわれており，組織内に虫卵が検出されたとしても陳旧性死卵として残存している場合が多い⁵⁾。本症例においては，なんらかの経緯で日本住血吸虫に感染し大腸壁内に産卵され，組織内に陳旧性死卵として残存していたところ，偶発的に同一箇所へ腺腫が形成されたことにより発見に至ったと推測する。

また日本住血吸虫症は，山梨県甲府盆地，広島県片山地方，九州筑後側隆起，広島県沼津地方などの地域に限局して流行した寄生虫症であり，その殆どの場合が日本住血吸虫症の診断目的ではなく，偶然出された悪性腫瘍などの病理組織標本から日本住血吸虫卵が検出されている。横川らによると，流行地域であった山梨県内では，1961年～2010年までの50年間の病理組織件数に対する日本住血吸虫検出者の割合はここ数年で0.47%，虫卵

陽性者は60歳以上であったと報告している。流行域外である愛知県海部郡に位置する当院においては，報告例は部門システムで検索出来る2000年以降の症例では本症例のみであり，稀少性が示唆される⁶⁾。

今回薄切時にチャタリングが生じたことをきっかけに，薄切ブロック表面にある結石様の石灰化物に気づき顕微鏡下で観察したことによって日本住血吸虫卵の発見に至った。石灰塩等を含む硬組織をそのまま薄切すると，薄切時にマイクロームのメスが刃こぼれを起こし，ブロック表面にメス傷を生じるばかりか切片を得ることすら困難となる場合がある。また，選択した脱灰方法によっては標本の染色結果に影響が及ぶ。硝酸，トリクロロ酢酸等を含む酸性脱灰法では，試薬の強酸作用によってカルシウムを溶出させる。脱灰速度が速い反面，過脱灰による組織損傷により組織の染色性低下を招く可能性があり，適切なモニタリングが望まれる。EDTA (エチレンジアミン四酢酸) などのキレート剤を用いた中性脱灰法では，カルシウムイオンを捕捉することで結晶の大きさを徐々に小さくし，除去する。組織への影響が少なく，免疫原性や酵素活性を維持しやすいため，免疫染色を考慮する際には好んで選択されるが，酸性脱灰法に比べて脱灰速度が極めて遅く，数週間要する場合もあり，急を要する標本には適さない。また，脱灰液の温度を上昇させると脱灰率が進むが，組織への損傷率が高まるため十分な注意がのぞまれる。EDTAとともに超音波処理やマイクロ波処理で脱灰速度を速めた報告もあるが，温度制御に問題があり，上昇した温度により形態損傷を引き起こし，染色のアーチファクトが生じた報告もあり，加温での脱灰操作は禁忌と考えられ，検索目的に応じた適切な脱灰法を選択することが重要である¹⁰⁾¹¹⁾。

まとめ

CSで採取されたEMR検体の薄切中にチャタリングをみとめ、偶発的に日本住血吸虫の虫卵を有する症例を経験したので文献的考察加え報告した。今後も病理組織検体の取扱い時には十分留意し、質の高い標本作製に努めたい。

なお、本報告の要旨は令和7年度海南病院院内学術研究発表会にて発表した。

著者のCOI開示

本論文発表内容に関連して特に申告なし。

引用文献

- 1) 日本臨床衛生検査技師会. JAMT技術教本シリーズ病理組織検査技術教本.東京:丸善出版株式会社,2017:53-59.
- 2) 特定非営利活動法人病理技術研究会.基礎病理技術学.東京:笹氣出版印刷株式会社,2013:14-16.
- 3) 吉田幸雄.医動物学.東京:株式会社南山堂,2006:104-105.
- 4) 小木曾聖,眞寄武,清水誠治.日本住血吸虫症.消化器内視鏡2020;32(増刊):168-169.
- 5) 吉田幸雄.図説人体寄生虫学.東京:株式会社南山堂,1991:160-165.
- 6) 岩本史光,吉田貴之,佐藤公.腸管日本住血吸虫症.消化器内視鏡2019;31(13):246-248.
- 7) 泉澤祐介,亀田久仁郎,久保章他.急性虫垂炎発症にて判明した陳旧性日本住血吸虫の1例.日本臨床外科学会雑誌2008;69(8):2016-2019.
- 8) 横山宏,小山敏夫,小宮山進他.最近(2013-2015年)における組織内日本住血吸虫卵の検出状況.山梨医科学雑誌2017;44:81-84.
- 9) 奥村全史,杉山裕之,石川真.日本住血吸虫症を併存した早期条項結腸癌の1例.ENDOSCOPIC FORUM for digestive disease2021;37(1):13-22.
- 10) Reineke T,Jenni B,Abdou MT et al.Ultrasonic Decalcification Offers New Perspectives for Rapid FISH,DNA,and RT_PCR Ananlysis in Bone Marrow Trepines.Am J Surgical Pathology2006;30(30):892-6.
- 11) Callis G, Sterchi D.Decalcification of Bone: Literature Review and Practical Study of Various Decalcifying Agents, Methods,and Their Effects on Bone Histology.The Journal of Histotechnology1998;21:49-58.

【活動報告】

口腔連携 はじめの一步 ～ヘルパーが行う口腔ケアの役割～

古勝 恵子¹⁾・川崎 美江¹⁾・山岸 豊美¹⁾・東 元子¹⁾

要旨

高齢福祉事業部は「ヘルパーステーションたすけっと・たすけっと佐屋」の他、訪問入浴、訪問看護ステーション、訪問リハビリテーション、地域包括支援センター、居宅介護支援事業所と利用者についてのさまざまな情報を共有し医療との連携を強みとして地域での役割を担っている。

令和6年度介護報酬改訂により、「口腔連携強化加算」が新設された。日常の支援から利用者の口腔について連携歯科医療機関の歯科医師や歯科衛生士に相談できる体制を構築、また口腔連携について率先して取り組むことで地域利用者の生命予後の悪化や生活の質（Quality of life, QOL）の低下を防ぐことができると考える。今回私たちは、在宅の利用者が適切な口腔ケアを受けられることができるよう、ORAL HEALTH ASSESSMENT TOOL日本語版（OHAT-J）の指標を用いた口腔の健康状態の評価法の統一、関係職種間の情報提供書の作成、歯科医師、介護支援専門員への報告に関する運用の策定を行った。また策定した運用を基に在宅での歯科受診および口腔連携強化加算の算定を実現することができた。

口腔連携をするにあたりヘルパーの口腔評価基準を統一し歯科専門職による適切な口腔管理の実施につないでいくことが肝要である。

はじめに

令和6年度の介護報酬改定により、訪問介護、訪問看護、訪問リハビリテーション、短期入所生活介護、短期入所療養介護及び定期巡回・随時対応型訪問介護看護において職員による利用者の口腔の状態の確認によって、歯科専門職による適切な口腔管理の実施の観点から「口腔連携強化加算」が新設された。今回は口腔連携強化加算新設

に伴い、介護スタッフの評価基準の統一及び、利用者の口腔機能向上や誤嚥性肺炎の予防などを目的として口腔評価を行い歯科医師や、介護支援専門員に情報提供して適切な口腔管理を行うことが重要となる。

口腔評価の方法や在宅歯科医療等に相談できる体制を構築すると共に介護現場で実際に口腔連携について取り組んでいくこととした。

対象と方法

歯科医療介護連携シート作成については海部歯科医師会との協議を行った（図1）。

1) JA 愛知厚生連 海南病院ヘルパーステーション
たすけっと
キーワード：口腔ケア、生活の質、歯科連携

歯科医療介護連携シート 情報提供1回目 情報提供2回目以降 相談

返信日 令和 年 月 日	←	送信日 令和 年 月 日
歯科・居宅		事業所
歯科医師	2枚	担当者
ケアマネ		
T E L	→	T E L
F A X	枚	F A X

平素より大変お世話になっております。
 本様式は、介護サービス事業所が歯科医療機関及びケアマネジャーに情報提供し、その後の連携を目的とするものです。
 添付の口腔の健康状態の評価及び情報提供書を参照いただき、ご助言いただけますと幸いです。

介護サービス事業所から歯科医師・ケアマネジャーへの情報提供

対象者氏名	生年月日	昭和 年 月 日
かかりつけ歯科医		電話番号
居宅介護支援事業所名		電話番号
担当ケアマネジャー		
特記・相談事項	<input type="checkbox"/> 以下にご意見をご記載のうえ、FAX 返信いただけますと幸いです <input type="checkbox"/> 特にご指示がなければ、返信は不要です <input type="checkbox"/> その他()	

歯科医師から介護サービス事業所への返信欄

歯科専門職による評価	<input type="checkbox"/> 要する <input type="checkbox"/> 要しない <input type="checkbox"/> 実施中 <input type="checkbox"/> その他()
評価を実施する機関	<input type="checkbox"/> 当機関 <input type="checkbox"/> 右記の機関()
評価者	<input type="checkbox"/> 歯科医師 <input type="checkbox"/> 歯科衛生士 <input type="checkbox"/> その他()
評価の場所	<input type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> 訪問 <input type="checkbox"/> その他()
評価予定日又は実施日	令和 年 月 日
介護職による情報提供	<input type="checkbox"/> 毎月要する <input type="checkbox"/> 適宜要する <input type="checkbox"/> 要しない <input type="checkbox"/> その他()
介護サービス事業者へ伝達事項	

ケアマネジャーから介護サービス事業所への返信欄

歯科の居宅療養管理指導を算定する他機関	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()
口腔・栄養スクリーニング加算を算定する他事業所	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()
口腔連携強化加算を算定する他事業所	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()
介護サービス事業者へ伝達事項	

図1 歯科医療介護連携シート（海南病院ヘルパーステーションたすけっとオリジナル）

また、厚生労働省による訪問介護費における口腔連携強化加算の基準¹⁾は以下である。

イ 指定訪問介護事業所の従業者が利用者の口腔の健康状態に係る評価を行うに当たって、診療報酬の算定方法（平成20年厚生労働省告示第59号）別表第二歯科診療報酬点数表（以下「歯科診療報酬点数」という。）の区分番号C000に掲げる歯科訪問診療科の算定の実績がある歯科医療機関の歯科医師又は歯科医師の指示を受けた歯科衛生士に相談できる体制を確保し、その旨を文書等を取り決めていること。

ロ 次のいずれにも該当しないこと

- (1) 他の介護サービス事業所において、当該利用者について、栄養状態のスクリーニングを行い、口腔・栄養スクリーニング加算

(Ⅱ)を算定している場合を除き、口腔・栄養スクリーニング加算を算定していること。

- (2) 当該利用者について、口腔の健康状態の評価の結果、居宅療養管理指導が必要であると歯科医師が判断し、初回の居宅療養管理指導を行った日の属する月を除き、指定居宅療養管理指導事業所（指定居宅サービス等基準第85条第1項に規定する指定居宅療養管理指導事業所をいう。以下同じ。）が歯科医師又は歯科衛生士が行う居宅療養管理指導費を算定していること。
- (3) 当該事業所以外の介護サービス事業所において、当該利用者について、口腔連携強化加算を算定していること。

この基準に対し検討を重ね、評価方法と評価基準の統一が重要と判断し、口腔連携強化加算算定の基準及び、On-the-Job Training (OJT) の修得が必要と考えた。そこで、地域の福祉関連事業所を対象とし、参加する職種を歯科医師、歯科衛生士、看護師、社会福祉士、介護支援専門員、介護福祉士、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、介護事務員等とし3回にわたる研修会を計画した。

結果

歯科医師会の歯科医師等を研修会に講師として招き、「口腔に関する知識と見るべきポイントとその実際」に56名、「口腔ケアのポイントと口腔連携強化加算について」に36名、「口腔の健康状態の評価とケアのポイント」に46名の参加となり、参加者の職種は歯科医師、歯科衛生士、看護師、社会福祉士、介護支援専門員、介護福祉士、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、介護事務員等であった。

また、歯科医療介護連携シート作成による海部医師会との協議の結果は以下である。

- ① 市町村の地域歯科窓口を担当している歯科医療機関と契約・連携。
- ② 連携歯科医療機関と実際に動く歯科医療機関が違うこともあるため窓口歯科より紹介を受ける情報提供書等の書式は、日本歯科医師会が発出している書式を活用。必要に応じ修正をかける。
- ③ 電子連絡帳を含め、連携が進んでいる南部地域を中心に始める。
- ④ FAXを活用、電子連絡帳を活用できている機関は使用していく。
- ⑤ 弥富市、愛西市、飛島村、蟹江町の各窓口歯科医療機関と契約。

口腔の評価は介護スタッフが歯科医師から直接指導を受けることで評価項目、口腔内の状態を共通ツールによって評価の統一を図り、介護スタッフ一人一人が口腔管理の重要性を認識し自ら評価するベースを構築することができた。

これらの研修を受けたことにより、介護スタッフが歯科医療介護連携シート（図1）、口腔連携強化加算に係る口腔の健康状態の評価及び情報提供書を基に、OHAT-J（図2）の評価基準を用い実践に向けての準備が整った。

実践では、早期介入が必要と考えた利用者7名に対しOHAT-Jの指標（図2）を用いた口腔の健康状態の評価、情報提供書の作成、歯科医師、介護支援専門員への報告を行い、在宅での歯科受診が実現した。その結果、自宅での義歯調整等の介入の結果、言葉が出やすくなる、食事量や会話が増える等、多くの利用者でQOLの向上につながった。

ORAL HEALTH ASSESSMENT TOOL 日本語版 (OHAT-J)				
項目	0 = 健全	1 = やや不良	2 = 病的	スコア
口唇	正常、潤滑、ピンク	乾燥、ひび割れ、口角の発赤	腫脹や潰瘍、赤色斑、白色斑、潰瘍性出血、口角からの出血、潰瘍	
舌	正常、潤滑、ピンク	干乾、亀裂、角化、舌苔付着	赤色斑、白色斑、潰瘍、腫脹	
歯肉・粘膜	正常、潤滑、ピンク	乾燥、光沢、紅腫、発赤、部分的な(1-6歯分)腫脹、歯肉下の一部潰瘍	腫脹、出血(7歯分以上)、歯の動揺、潰瘍、白色斑、発赤、疼痛	
唾液	潤滑、粘性	乾燥、不十分かつ粘膜、少量の唾液、口唇乾燥下あり	全く干からびた状態、唾液はほぼなし、粘性の高い唾液、口臭あり	
残存歯 口唇 口解	歯、歯根の多数または脱落なし	3本以下の1歯、歯の脱落、残根、咬耗	4本以上の1歯、歯の脱落、残根、非常に強い咬耗、義歯使用無しで3本以下の残存歯	
義歯 口唇 口解	正常、義歯、人工歯の脱落なし、咬合に支障をきたさない	一部位の義歯、人工歯の脱落、毎1-2期間の装着のみ可能	二部位以上の義歯、人工歯の脱落、義歯不全、義歯不適合のため未装着、咬合調整が必要	
口腔清掃	口腔清掃回数良好、歯垢、歯石、プラークなし	1-2部位に歯垢、歯石、プラークあり、若干口臭あり	多くの部位に歯垢、歯石、プラークあり、強い口臭あり	
歯痛	疼痛を示す活動的、身体的な兆候なし	疼痛を示す活動的な兆候あり、歯を動かす時、口唇を噛む、食事をしない、攻撃的になる	疼痛を示す身体的な兆候あり、頬、歯肉の腫脹、歯の動揺、潰瘍、歯肉下腫脹、骨格的不適性もあり	

図2 ORAL HEALTH ASSESSMENT TOOL 日本語版 (OHAT-J) 2)

考察

歯科受診＝通院との認識が高く受診できないケースも多く、歯科受診は他科受診に比べ優先順位が低くなることが多い。また経済的な理由により歯科医療につなげることが困難なケースがあった。

今回の取り組みにより、外出が困難で歯科受診をあきらめていた利用者も在宅での治療が実現し歯科受診につなげることができた。

口腔連携強化は、要支援者、要介護者問わず、訪問介護の利用者全員が対象と考える。

結論

今後も利用者の口腔の健康維持のために継続した観察を行い口腔機能向上や誤嚥性肺炎の予防、適切な口腔管理、医療との連携を行うことで利用者や家族が安心して在宅生活が送れるように研鑽を重ね支援を継続する。

著者のCOI開示

本論文発表内容に関連して特に申告なし。

引用文献

- 1) 社会保険研究所.介護報酬の解釈.東京都:社会保険研究所2024:591-592.

2) 口腔・栄養(改定の方向性).厚生労働省老
健局.2023;[http://www.mhlw.go.jp/
content/12300000/001171213.pdf](http://www.mhlw.go.jp/content/12300000/001171213.pdf)(2025.8.25ア
クセス).

精神科デイケアの休止過程を通して見えた臨床的意義 ～居場所機能に着目して～

濱田 葉子¹⁾・川出 英行¹⁾・中島 英貴¹⁾
半田 洋子²⁾・糸魚川 純子²⁾・櫛田 琴美²⁾・佐々木 翼³⁾

要旨

本稿では、27年間継続した当院精神科デイケア「ネバーランド」休止までの過程を振り返り、その臨床的意義を検討した。休止告知後、利用者は寂しさや不安を言葉にし、感謝や気遣いを交わすなど、親和的な感情が活性化し、人間関係に肯定的変化が観察された。デイケア利用開始時からの変化を振り返ると、内閉的な時期を経て少しずつ自己表現や探索行動を広げ、変化していく利用者もいれば、変わらぬペースを守りながら通所を続ける利用者もいた。人間関係の肯定的変化は特に前者で目立ったが、相互作用は後者の利用者との間にも生まれた。一方デイケアはいずれの利用者にとっても、安全感を取り戻し、回復の道を支える場としての価値は共通していた。主体性や自主性を尊重し安全と感じられる場を守り、維持することは、運営スタッフに高度な専門性を要求し、かなりの負担となるが不可欠である。多職種チームでの運営は、スタッフにとって燃え尽きず、保護的な場を守り、維持する上で支えとなった。精神疾患を抱える人が孤立せず、社会の中で生活していく上で、デイケアが担っていたような「居場所」を確保することの意義は大きい。

はじめに

当院の精神科デイケアは27年に渡って運営されてきたが、2024年6月末をもって休止した。4月に休止を告知してから終えるまでの間、私たちは、利用者による温かいやりとりや、他者を気遣う行動をよく観察した。こうした変化は、当初想像していた、喪失によるマイナスの影響だけでなく、他者と不安や悲しみを共有しながら乗り越えていくことでもたらされる、肯定的変化であっ

た。デイケア利用当初のことを振り返ると、デイケアに参加する中で培われてきたものがあつたと感じられた。

精神科デイケアは、精神科通院医療の一形態として1974年に制度化され、「精神疾患を有するものの社会生活機能の回復を目的として個々の患者に応じたプログラムに従ってグループ毎に治療するもの」である。元々精神医療の長期入院体制が問題視され、1980年代から精神科リハビリテーションの考えが普及し日本では独自に居場所機能をもつ精神科デイケアが広がった。

近年は社会復帰や就労支援を目的とした機能分化や、客観的評価の必要性が強調されて、客観的な評価が難しいデイケアへの批判もある。しか

1) JA 愛知厚生連 海南病院 臨床心理室

2) JA 愛知厚生連 海南病院 看護部

3) みどりの風 南知多病院 精神科

キーワード：精神科デイケア、居場所機能、回復

し、その治療的意義については様々な点から論じられている¹⁾²⁾³⁾⁴⁾。

私たちが運営してきたデイケア「ネバーランド」も居場所機能を主としてきた。今回、デイケア休止告知後から休止まで、またデイケア利用開始時から休止までの期間にみられた利用者の変化を振り返り、改めて居場所機能をもつデイケアの意義について、質的に分析したい。

方 法

対象は、休止時点で登録していた利用者34名（男性18名、女性16名、年齢は20～70歳、中央値40歳）のうち、特に利用頻度が高く、休止までの間の様子が詳細に観察できた利用者を中心とした。利用者は、日中の生活リズムの安定、家族との適切な距離の確保、引きこもり状態から社会参加へのきっかけ作りなどを目的に通所していた、統合失調症、気分障害、発達障害などで精神科継続受診中の患者であった。

スタッフは医師・看護師・臨床心理士で構成され、デイケア実施日には常時2名配置された。プログラムは、利用者の意見を取り入れながら、生活・対人スキルの向上、余暇活動の充実、疾病自己管理の促進を目的として構成した。参加は任意とし、当日の体調や希望に応じ柔軟な関わりを重視した。

今回観察対象としたエピソードは、休止までの間のプログラム活動および自由交流の場面から抽出した。

結 果

休止決定の告知後、全体的にはスタッフが懸念していた大きな動揺や混乱、怒りの表出はなかった。一部の利用者には涙を流したり、落ち込んだりする様子が見られた。

休止までの日々では、デイケア休止に伴う不安や悲しみといった気持ちの分かち合いや他の利用

者を気遣う行動が増えていた。例えば、話し合いプログラムの中でお互いが気持ちを言葉にする機会があると、その後で「Aさんがいてくれたから頑張れた」「僕こそありがとう、楽しかったよ」とお互いに伝え合う、休止後の行き先に関して情報を共有する、動き出せない利用者に声をかけて後押しする、などである。また「記念になる会を催したい」と、思い出を形にするアイデアを取り入れたお別れ会が立案、実行された。

彼らについて、利用当初からの様子を振り返ると、少しずつ利用者やスタッフとの関わりを深め、変化していく過程があった。プログラムも、最初は見学という形から、徐々に参加頻度が増えた。歌、絵画、創作を通じた表現、卓球での対戦、料理を作り一緒に食事をする、コミュニケーションや生活の悩みについて話し合い自分を振り返る、といった様々な活動を共に経験してきた。そして自ずと外へと活動が広がる過程があり、趣味をきっかけとした外出、バイト、就労継続支援への通所、などが話題となった。デイケアでは症状より、生活にまつわること、家族や身近な人間関係にまつわる具体的な悩みが話題の中心になった。

一方、休止にまつわる感情の変化が読み取りにくい利用者もいた。彼らの多くは休止告知への反応も少なく、その後も大きな変化はうかがいにくかった。しかし、やや唐突なタイミングで世の中の不条理を訴えたり、「こんなつまらない世の中になったのは僕のせいだ」と呟いたり、デイケアとは別の話題で滅多に見せない涙を流したり、といったことはあった。スタッフとのやりとりで表出されることが多く、対応に配慮した。

彼らについて、利用当初からの様子を振り返ると、元々他者との関わりは多くなく、プログラムにも消極的で、関わりはやや一方的な傾向があった。しかし、人間関係のトラブルから距離をおいた有り様は、逆に人間関係に巻き込まれやすい利

用者にとって「デイケアに来て○さんがいるとホッとする」と言われる存在でもあった。安定して役割をこなす人も多く、休止までの日々もそれは続けられた。

このように、休止までの期間に見られた人間関係の肯定的変化には差があり、肯定的変化が目立った人は、今までの活動でもデイケアの人間関係を支えに自信を回復し、外への探索行動を広げていった人が多かった。一方、変化が分かりにくい人も、安定的に通う中で人との良い関わりを経験し、デイケアの中で役割、存在感をもつようになっていった。休止までの期間、それぞれの利用者同士が交わる場で暖かい雰囲気は共有されていた。

考 察

デイケアの中での変化は、精神科リハビリテーションにおける「回復」に通じる。「回復」という概念は「症状が消失した、機能が元通りになった、ということの意味しない。きわめて個人的な過程で、態度、価値観、感情、目的、技量、役割などの変化の過程であり、疾患がありながらも満足感や希望をもち、人の役に立つ人生を生きる道」⁵⁾と論じられる。デイケア休止までの期間、誰かに支えられるだけでなく、周りを支えようとする動きが目立ったが、まさにこの回復の一側面を表していた。振り返ると、デイケアは病者としてではなく、強みや楽しみをもつ自分として居られる場であり、「他者の力になれる自分」にもなれる場であった。そこでエンパワーされ、少しずつ意欲や関心を取り戻し外への活動へと広がっていく過程があった。

そのために、デイケアが安心して通い続けられる居場所であることの意義は大きかった。自分を守るために周りから距離をおき、そのままの姿でまずは居られる。そこからスタートし、活動を通して少しずつ個性が見えてくる。デイケアの中で

は、その個性をもって受け入れられ、存在感を持つことができた。人に受け入れられながら通い続けられる「居場所」があることは、彼らなりの回復に近づくことに貢献していた。

デイケアが心理的に「居場所」と感じられることの大切さについて、北岡（2013）は居場所機能をもつデイケアの治療的意味として先行研究をいくつか引用して述べている⁶⁾。そこでは、「目標へ向かう行動の前に、まず何もせずに居られる場所と時間が必要」であることが共通して論じられている。精神疾患の背後には、元々人間関係（家族を含め）に馴染めない、傷つきを抱えている、という人が多く、彼らにとって安全と感じられる場を作り維持していくことがスタッフの役割であり、課題となる。

デイケアでは人間関係のトラブルも生じる。その中で主体性や自主性を重んじつつ、安全な場を守り維持していくことは簡単でない。スタッフも感情的に巻き込まれることがあり、さらに対応には倫理的配慮も求められるため、疲弊することも多い。「ネバーランド」のスタッフは多職種のチームで構成されていた。チームで話し合いながら対応できたことは、スタッフの燃え尽きを防ぎ、デイケアの場、利用者を守る上で大切だった。

枠組みを示し守ることも大切であった。管理的にならないことを意識し、ルールは「安全に過ごせる場をお互いに守っていくため」にあると折に触れて伝えた。問題があれば話し合いの場を設けた。治療的な場を損なう言動（主に暴力的行為や繰り返すルール違反）については、主治医と相談し対応した。

居場所機能をもち、安全な場であるデイケアは、利用者が安心感を取り戻し、回復への道を進んでいく上で基盤となっていた。医療機関という枠組み、またそれぞれの専門性をもつスタッフにより、デイケアの機能は守られ、維持されてき

た。

難しい点もあるとは思われるが、精神疾患を抱えた人にとって安全な「居場所」と感じられる場所が地域の中にあることは、彼らを孤立させず、回復を実現する支えになり、デイケアの果たす役割は今後も大きいと思われる。

おわりに

長年にわたり運営してきた精神科デイケアを終えることになったことは、私たちスタッフにとっても大きな出来事であり、寂しさや名残惜しさを感じた。一方で、休止までの間に利用者同士が互いに支え合いながら喪失を乗り越えていく様子を見られたこと、また新しい居場所や活動へつながっていく姿を見届けられたことに、嬉しさや安堵した気持ちもある。

これまでのデイケア活動を通して様々なことを利用者、またその時々スタッフと経験してきた。医療者、患者という枠組みを超えた関わりに、苦労もあったが、打ち解け合う喜びもあった。私たちもデイケア活動を通じて利用者から多くの刺激を受け、学び、成長する機会を得てきた。楽しいことだけでなく、困難を乗り越える過程も含め共に経験してきた関係は記憶に残り、苦しい時の支えになると考える。

「ただ居る」ことを受け入れるところから回復を支える、ということが居場所機能をもつデイケアの重要な臨床的意義であった。当院において精神科デイケアの運営は終えることになったが、この経験から得られた知見を地域や医療の活動を通して今後も活かしていきたい。

著者の COI 開示

本論文発表内容に関連して特に申告なし。

引用文献

- 1) 北岡美世香.居場所としての精神科デイケアの治療的意味.日本デイケア学会誌2013;17(1):3-11.
- 2) 中川美世香,大日方薫,倉西宏.メンバーの語りにみる『居場所型デイケア』の意義と課題.デイケア実践研究2011;15(1):3-7.
- 3) 近藤真帆.居場所型デイケアのもつ可能性—「私」が育つ場の治療—.人間・環境学2017;26:29-45.
- 4) 池淵恵美.デイケアのこれまでとこれから.デイケア実践研究2021;25(1):32-39.
- 5) William A.Anthony.精神疾患からの回復：1990年代の精神保健サービスシステムを導く視点.精神科リハビリテーション1998;2(2):145-154.
- 6) 西園昌久.精神科デイケアがつくりだす精神医学.デイケア実践研究1999;3(1):28-35.
- 7) 中井久夫.世に棲む患者.東京:筑摩書房,2011.

海南病院学術雑誌 投稿論文執筆規程

医療の質の向上と、学術的情報の共有のため、海南病院学術雑誌を定める。
その投稿は以下の規程による。

令和7年11月17日改正

1. 投稿論文の採否は、院内学術雑誌編集委員会による審査の結果に基づき決定する。
2. 投稿原稿の採否および掲載順序などは編集委員会において決定し、編集委員長の名で著者に連絡する。
3. 投稿論文は未発表・未掲載のものとする。他雑誌に掲載されたものを重複して投稿してはならない。
4. 投稿に際して、筆頭著者は海南病院職員でなければならない。編集部からの依頼稿についてはこの限りでない。
5. 人および動物を対象にした研究論文は、「ヘルシンキ宣言」「人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針」の方針に従い、必要な手続きを踏まなければならない。
6. 投稿論文の研究について、「医学系研究の利益相反(COI)に関する指針」に基づき、共著者を含めた全著者の当該論文に関する利益相反に関する事項について、COI報告書(様式1)を用いて開示し、投稿論文と共に提出する。開示内容は、論文末尾、文献の前に記載し公表する。利益相反開示事項がない場合は、同部分に「本論文発表内容に関連して特に申告なし」の文言を記載する。
7. 論文の原稿は邦文とする。
8. 投稿論文の体裁
 - (1) 投稿原稿の種類は、総説、原著、研究報告、症例報告、短報、活動報告、その他とする。
 - (2) これに加え、海南病院学術雑誌編集委員会編集委員会(以下、編集委員会)が掲載の必要性を認めた総説、意見、解説なども掲載することがある。
9. 原則として、投稿原稿は以下に定める「執筆規程」に従った原稿によるものとする。
 - (1) 表題の頁の左肩に、研究論文の種類別(総説、原著、研究報告、症例報告、短報、活動報告、その他)を記入する。
 - (2) 原稿は、Microsoft社のWordにて作成し、A4サイズ、横書き、1項32字×25行とし、フォントサイズ12ポイント、新かなづかい、常用漢字で記載する。句読点は全角(、。)を用いる。数字、英字、括弧は半角文字を用いる。投稿原稿の枚数は図表(図表は一つ400字に換算する)などを含め概ね5000字以内とする。
 - (3) 外国語の人名、地名、学名は原綴を用い、一般化したものはカタカナでもよい。省略形を用いる場合は、専門外の読者に理解できるように留意する。論文の表題や概要の中では省略形は使わない。標準的な測定単位以外は、本文中に初めて省略形を用いる時、省略形の前にそれが表す用語の元の形を必ず記す。
 - (4) 和文抄録(400字以内)を作成する。また、氏名、所属、も記載する。論文は、原則として、「要旨」・「はじめに」・「対象と方法」・「結果」・「考察」として見出しをつけて記載すること。
 - (5) 原稿の1頁目には、表題、著者名、所属部署名、連絡先、表および図の数などを記載すること。
 - (6) 図(写真を含む)、表は必要最小限にとどめる。図は原則白黒とする。カラーを希望する場合は図の欄外に朱記し、白黒の図も添付すること。表は白黒とする。図表は参考文献の後に改ページし掲載し、図表、タイトル、説明文を記載する。注は、脚注の形式で記す。図表は不都合なときには、使用ソフトなどについて編集委員会がその都度指示する。
 - (7) 本雑誌の単位符号は原則としてSI単位を用いる(JISZ8203参照)。

例)

長さ; km, m, cm, mm, μm , nm Å.

面積; km², m², cm², mm².

体積; km³, m³, cm³, mm³, L, dL, mL, μL .

質量と加速度; 重さについてはgを, 加速度についてはgのフォントを用いる.

(8) 年号は原則西暦のみ使用できる.

(9) 本文の項目わけの記号・符号は, 原則として下記の順序に従う.

I. …1. …1) …(1) …① …a. …a) …

(10) 数値を扱った内容については編集者が著者に集計ファイルの提出を求めることがある.

10. 引用文献について

引用文献の記載のない論文は受理しない. 引用文献は引用順とし, 末尾文献表の番号を片括弧数字で記す. 文献は本文中では引用した順に, 上付き半角文字で^{1) 2) 3)} …と番号を付ける. 引用文献のコマ, ピリオド, セミコロン, コロン, かっこ, スペースは半角文字を用いる.

例) [, . : ; ()]

(1) 雑誌の場合

引用番号, 著者名(筆頭者から3名まで)を列記し, それ以上は「他.」あるいは「et al.」とする. タイトル, ジャーナル名(ジャーナル指定の略号) 発行年; 巻数(号数); 頁-頁の順に記す.

例)

1) 水谷憲太, 伊藤恵美, 土屋幸子, 他. 病棟勤務の看護師が感じている忙しさについての調査. 海南病院学術雑誌2025;11(1):24-28.

2) Kenta M, Emi I, Tsuchiya Y, et al. A survey on the perceived workload among ward nurses. The Journal of Kainan Hospital 2025;11(1):24-28.

(2) 単行本の場合

編・著者名, 書籍名, 所在地: 発行所, 発行年: 頁の順に記す. 引用頁は全般的な引用の場合には省略することができる.

例)

1) 海南太郎. ○○○○学. 愛知: 株式会社○○出版社, 2025: 160-165.

(3) インターネットのホームページは引用文献として認めない. ただし, 論文形式の電子ジャーナルや出典が明らかにされているPDFファイルは可とする. その場合は下記の形式で記載する.

著者名, タイトル, 資料名, 発行所, 発行年, 引用元のURL (年月日アクセス).

例)

1) 日本小児科学会. 小児のマイコプラズマ肺炎の診断を治療に関する考え方. 日本小児科学会予防接種・感染症対策委員会, 2025.

https://www.jpeds.or.jp/uploads/files/20250422_maikopurazuma.pdf(2025/9/4アクセス)

11. 投稿原稿は, 院内メールの添付ファイルにて編集事務局に送付する. その際には, 他雑誌に未発表・未投稿である旨を宣言した書面を沿えて, 下記宛に送る.

投稿先 海南病院学術雑誌編集事務局 教育研修室

【編集後記】



海南病院学術雑誌が刊行され、10年が経過しました。本年度は、委員会を招集し投稿規程の見なおし、複数による査読をおこないました。また次年度、より充実するようご意見をいただきました。査読の結果、症例報告4例、活動報告2例を採用いたしました。みなさまの知識向上に役立つと思われま

以下より掲載論文閲覧可能です。

- **病院ウェブサイト**：病院の公式ウェブサイト内の「広報誌・プレスリリース」のページで、各巻のPDF版が公開されており、無料で閲覧・ダウンロードが可能です。
- **学術データベース**：医学中央雑誌刊行会やJ-GLOBALなどの学術情報データベースにも収録されており、論文情報を検索することが可能です。
- **最新号**：最新号や過去のバックナンバーは、海南病院の公式ウェブサイトから確認できます。

今後も積極的な投稿をお待ちしております。最後にご投稿いただきました皆さまにお礼を申し上げます。

海南病院学術雑誌編集委員会 委員長 高瀬恒信

海南病院



<https://www.kainan.jaaikosei.or.jp/about/statistics.html>

学術雑誌をご覧下さい。

JA 愛知厚生連海南病院 学術雑誌編集委員会

JA愛知厚生連海南病院 学術雑誌編集委員会

診療部：奥村 明彦（病院長）

高瀬 恒信（委員長）

鈴木 聡

窪田 裕樹

岡田 健

有馬 一

渡邊 一正

林 義一

三浦 学

村松 秀樹

出口 智宙

亀井 誠二

谷内 仁

薬剤部：成瀬 国男

看護部：伊藤 恵美

事務部：寺島 健治

教育研修部：宋 典子

事務局：伊藤 かおる

(順不同・敬称略)

JA 愛知厚生連 海南病院学術雑誌

第 12 卷 第 1 号

The Journal of Kainan Hospital

Vol.12 No.1 2026

2026 年 3 月 30 日 発行

編 集 JA 愛知厚生連 海南病院 学術雑誌編集委員会

発 行 JA 愛知厚生連 海南病院

〒 498-8502 愛知県弥富市前ヶ須町南本田 396 番地

TEL (0567) 65-2511 (代表)

印 刷 株式会社 ジーピーセンター

〒 470-1161 愛知県豊明市栄町三ツ池下 33 番地 3

TEL (0562) 97-1221
