



The 7th meeting of
Japanese Society of Anesthesiologists,
Tokai-hokuriku Section

個人
の
能力
と
チ
ーム
力

社団法人

日本麻酔科学会 東海・北陸支部

第7回学術集会

プログラム・抄録集



会 期 ■ 2009年9月5日 土

会 場 ■ 名古屋国際会議場

〒456-0036 愛知県名古屋市熱田区熱田西町1-1
TEL.052-683-7711

会 長 ■ 小久保荘太郎 総合病院 聖隷浜松病院 副院長

会 告

(社)日本麻酔科学会 東海・北陸支部
第7回学術集会

テーマ

個人の能力とチーム力

学 術 集 会

会 期：2009年9月5日(土)
学術集会 10:00～16:30
(東海・北陸支部代議員会 12:10～13:00)

会 場：名古屋国際会議場
〒456-0036 愛知県名古屋市熱田区熱田西町1-1
TEL：052-683-7711

市 民 公 開 講 座

会 期：2009年9月6日(日) 14:00～16:00
会 場：プレスタワー17階 静岡新聞ホール
〒430-0927 静岡県浜松市中区旭町11-1 プレスタワー17階
TEL：053-452-8800

AHA-ACLS 講習会

会 期：2009年11月14日(土)・15日(日)
会 場：浜松医科大学看護学科棟

会 長：小久保荘太郎
(総合病院 聖隷浜松病院 副院長)

事務局：総合病院 聖隷浜松病院
〒430-8558 静岡県浜松市中区住吉2-12-12
TEL：053-474-2232 FAX：053-471-6050

(社)日本麻酔科学会 東海・北陸支部
第7回学術集会

市民公開講座

我慢しないで。がんの痛み！
～早い時期から緩和ケアが
受けられることをご存知ですか？

有賀 悦子 日本緩和医療学会 理事
帝京大学医学部内科学講座 緩和医療科 准教授

日時

平成21年9月6日(日) 14:00～16:00
(入場開始 13:40)

会場

プレスタワー17階 静岡新聞ホール
〒430-0927 静岡県浜松市中区旭町11-1 プレスタワー17階
TEL: 053-452-8800

お問い合わせ先

総合病院 聖隷浜松病院 総務課
〒430-8558 静岡県浜松市中区住吉2-12-12
TEL: 053-474-2232 FAX: 053-471-6050

主催

(社)日本麻酔科学会東海・北陸支部第7回学術集会会長 小久保荘太郎

後援

総合病院聖隷浜松病院、SBS 静岡新聞

ご挨拶

臨床麻酔学会が発足した1980年代あたりから麻酔科学研究を主たる生活とした学究の方々とは別に生涯臨床麻酔科に生きようとする医師が増えてきました。ペインクリニック、集中治療とwingを拓げながら、手術室の中でも細分化、高度化が進む臨床各科手術に対しそれぞれに対応する麻酔技能が進んできましたが、それらの多くはモニター機器や麻酔器具、麻酔薬の新たな出現をもとにした進歩でした。最近では、超音波診断装置の積極的使用が臨床麻酔の新たな精度向上を支えています。このように個人の技量と知識を磨き続けることには停滞のない臨床麻酔の現場が続いています。

医療の質の向上は確実に進みながらも、医療へのアクセスの悪化は昨今報道でも政治でも大きく取り上げられる問題になってきています。臨床麻酔の現場は30年間まさにこの状況が典型的に続いており、解決策の一つとして昨今「周術期医療チーム」という言葉であらわされる手術室内スタッフのチームワークの向上がキーワードとなっている。ただ、この周術期のチームの中に麻酔科医は「ひとり」という存在で、リーダーになったりサポーターになったりスタッフになったり様々な役割を刻々変えてフレキシブルにこなす日常ですが、集団としての麻酔科医の相互協力体制を考えることが、医療の質を維持しつつアクセスを向上させる手法の一つとして重要と考えます。

今回、特別講演に埼玉医大の照井克生先生に「日本産科麻酔学会」設立と日本の産科麻酔学の発展についてお話をお願いしました。産科医療の問題が広く人口に膾炙するようになって数年経ちますが、24時間365日良質な麻酔管理をこの分野に提供する為には麻酔科のチーム力が強く求められる問題となります。

今回の学会のテーマにしました“個人の能力とチーム力”が典型的に現れる分野です。是非会員皆さんで考えてみる一日にしたいと思っております。

内容の濃い一般演題74題を申し込み頂きありがとうございます。これらの発表と討議そして共催セミナーでの女子医大清野雄介先生の循環管理の講演、ランチョンでの昨年続きレミフェンタニルの現状について森本康裕先生の講演を通して充実した一日となることを願っております。

社団法人 日本麻酔科学会 東海・北陸支部第7回学術集会会長 小久保荘太郎

(総合病院 聖隷浜松病院 副院長)

社団法人日本麻酔科学会東海・北陸支部

学術集会会長

第6回学術集会	鈴木 照 (総合大雄会病院)	2008.9.13	ⓧ	岐阜市文化産業交流センター
第7回学術集会	小久保荘太郎 (聖隷浜松病院)	2009.9.5	ⓧ	名古屋国際会議場
第8回学術集会	重見 研司 (福井大学医学部麻酔蘇生学教室)	2010.9.4	ⓧ	アオッサ

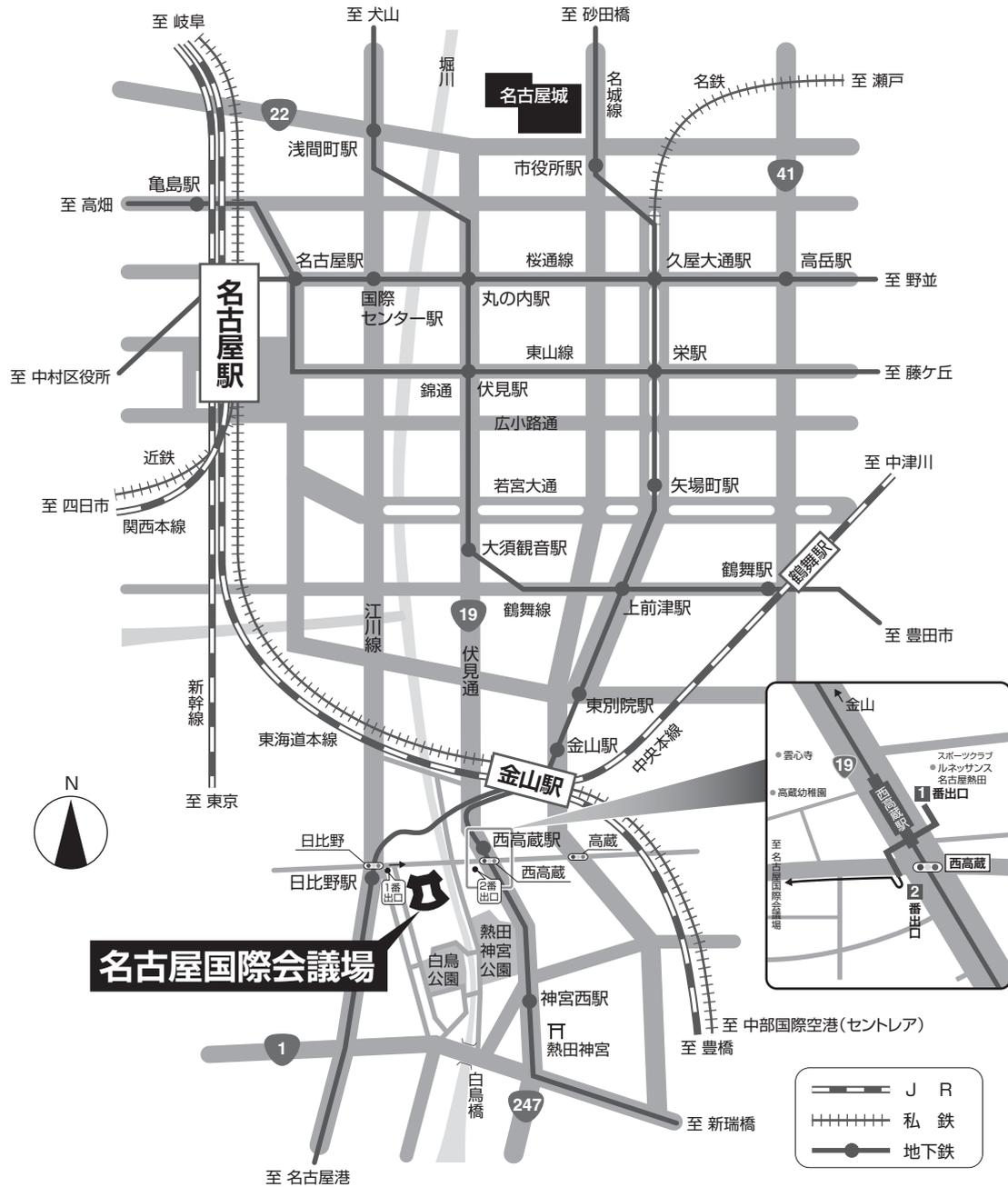
支部運営委員

支 部 長	土田 英昭					
教育委員	飯田 宏樹	貝沼 関志	小松 徹			
総務委員	加藤 孝澄	坪川 恒久	西脇 公俊	八田 誠	山崎 光章	
広報委員	重見 研司	祖父江和哉	竹田 清			
学術委員	小久保荘太郎	鈴木 照	丸山 一男	山本 健		

支部社員

理 事	土田 英昭					
代 議 員						
【東海地区】	飯田 宏樹	太田宗一郎	岡崎 敦	小澤 章子	小松 徹	
	笹野 寛	佐藤 重仁	白石 義人	祖父江和哉	竹田 清	
	土肥 修司	中村不二雄	西田 修	西脇 公俊	八田 誠	
	細田 蓮子	堀本 洋	丸山 一男	横山順一郎		
【北陸地区】	川上 浩文	重見 研司	坪川 恒久	東藤 義公	遠山 一喜	
	山崎 光章	山本 健				

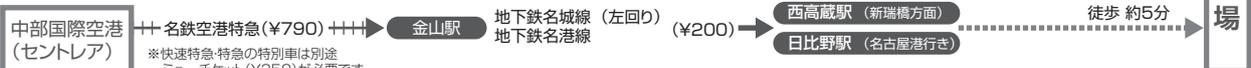
交通のご案内



名古屋駅から (所要時間約20分)

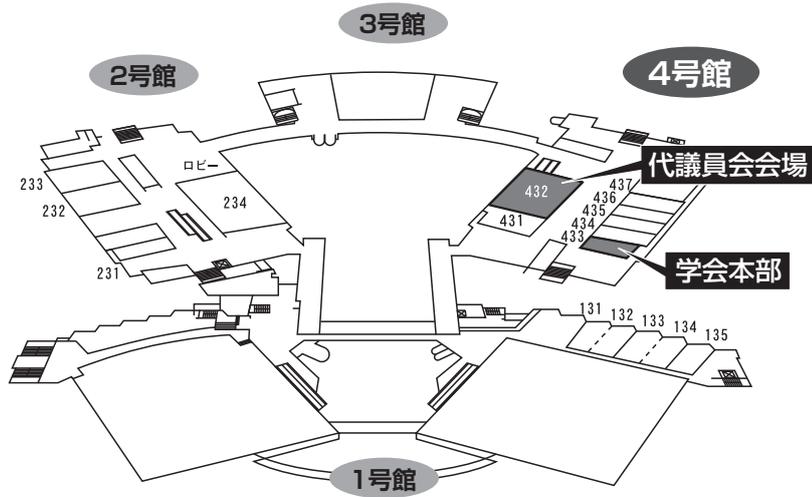


中部国際空港(セントレア)から (所要時間約40分)

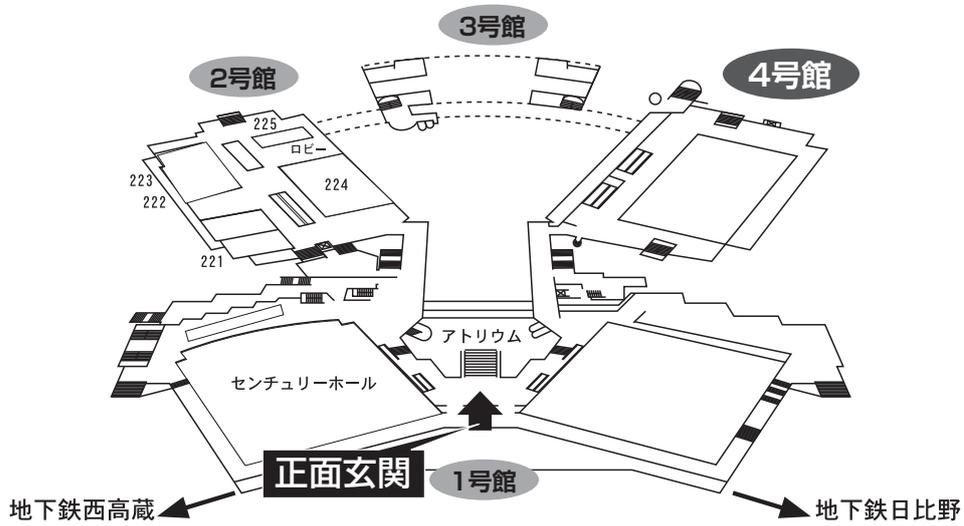


※名古屋空港(小牧)からは、名古屋駅行きの直行バスをご利用ください。

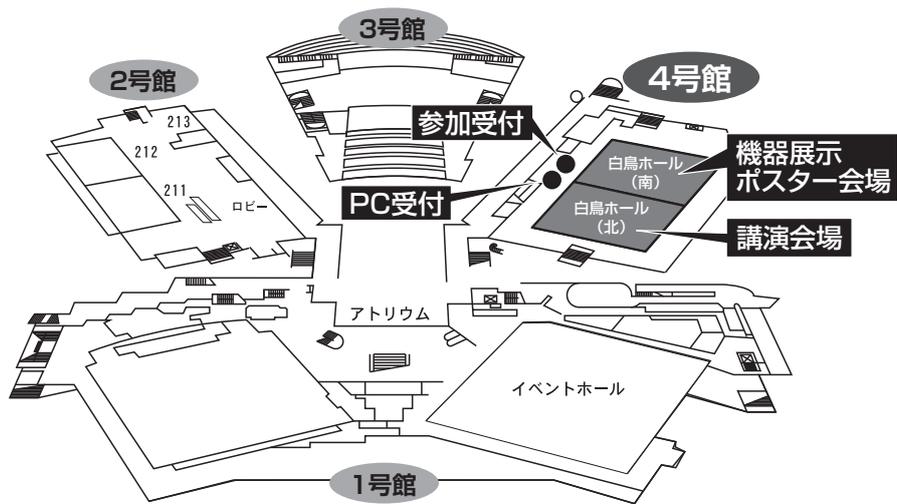
会場案内図



3
F



2
F



1
F

9月5日(土) 名古屋国際会議場

	第1会場	第2会場	第3会場
9:00	白鳥ホール北 (4号館1階)	白鳥ホール南 (4号館1階)	会議室432 (4号館3階)
9:30~10:00	受付		
10:00	10:00~10:10 開会式	9:00~11:00 ポスター貼付	
10:10~11:00	共催セミナー 演者：清野 雄介先生 座長：北畑 洋先生		
11:00	11:10~12:00 特別講演 演者：照井 克生先生 座長：小久保 荘太郎先生		
12:00	12:10~13:00 ランチョンセミナー 演者：森本 康裕先生 座長：白石 義人先生		12:10~13:00 支部代議員会
13:00	13:10~13:30 支部会員報告会		
14:00		13:40~14:40 一般演題 ポスター発表1 A1・B1・C1・D1 E1・F1	
15:00		14:50~16:00 一般演題 ポスター発表2 A2・B2・C2・D2 E2・F2	
16:00	16:00~16:30 閉会式	16:00~16:30 ポスター撤去	
17:00			

参加者・演者・座長へのご案内

1. 参加資格

本学術集会に参加される方は、受付にて参加登録をしてください。参加登録には会員カード(ICカード)が必要となりますので、必ずご持参ください。

一般演題の発表演者、共同演者は共に、社団法人日本麻酔科学会会員に限ります。会員でない方は、日本麻酔科学会HPにアクセスの上、入会の手続きをお取りください。

ただし、卒後2年目までの初期研修医および卒後3年目から5年目までの後期研修医(専門診療科を決めていないローテート研修医です)も発表者として認めますが、その場合には、所属する研修病院から身分を証明するものを持参し、「登録受け付け」で提示してください。

[ご注意] 非会員の発表者が将来学会に入会しても、今回の発表は実績になりません。

2. 参加登録

登録デスクは、名古屋国際会議場4号館1階ロビーに設置いたします。

受付期間 9月5日(土) 9:30～15:00

参加費	会員	3,000円	
	初期臨床研修医(卒後2年まで)	無料	
	医学生	無料	

※医学生・研修医の場合は、学生証又は所属する研修病院から身分を証明するものを持参し、「登録受け付け」で提示してください。

※ネームカードを付けていない方の入場はお断り致します。

3. 特別講演・共催セミナー

① 特別講演・共催セミナーはすべて白鳥ホール北(4号館1階)で行われます。フロアからの質問等を含めた講演の進行は座長に一任致します。

② 特別講演・共催セミナーの座長と演者は、座長・演者受付(4号館1階ロビー)にお申し出ください。

4. 一般演題

[座長の方へ]

① 座長受付は設けませんので、会場内デスクの上にある、座長用リボン(赤色)を着用し、時間になりましたら、発表・討論の進行を始めて下さい。

② 指示棒もデスクに準備致しますので、ご使用下さい。(各セッション:1本)

③ 進行は座長に一任致しますが、時間厳守でお願い致します。(1演題につき質疑応答を含めて10分)

[発表の方へ]

- ① ポスター受付は設けませんので、会場内にあるテープでポスターを貼って下さい。(画鋏等は使用できません)
- ② ポスターは参加登録終了後、11時までに貼り付けを終えて下さい。
- ③ ポスターを貼付するパネルは横90cm×縦180cmです。事務局で演題番号を付けますので、左上隅(20cm×20cm)のスペースは使用できません。
- ④ 発表時に会場内デスクにある、発表者用リボン(緑色)を着用し、発表に臨んで下さい。
- ⑤ 発表後のポスターは、ご自分で16時30分までに撤去して下さい。16時30分以降は事務局にて処分致します。

5. 東海・北陸支部代議員会

4号館3階「会議室432」にて、12:10から行います。支部運営委員及び代議員の方は速やかにお集まり下さい。(なお、支部定款廃止に伴い、従来の支部代議員は廃止されましたので、ご注意下さい。)

6. 東海・北陸地区支部会員報告

4号館1階「白鳥ホール北」にて、13:10から行います。

7. 市民公開講座

9月6日(日)14:00より浜松市プレスタワー17階 静岡新聞ホールにて行います。
会員の皆様も出席の程、よろしくお願い致します。

8. 施設内での一般的注意事項

- ① 館内禁煙にご協力下さい。
- ② ホール(ポスターおよび機器展示会場)での飲食はご遠慮下さい。
- ③ クロークを設けますが、貴重品、傘等の管理はご自身でお願い致します。



プログラム



共催セミナー・特別講演・ランチョンセミナー

第1会場(白鳥ホール北)

共催セミナー 10:10～11:00

座長：北畑 洋(徳島大学病院 麻酔科 准教授)

Individualized goal-directed hemodynamic management

— dynamic index と static index をどう使い分けるか? —

清野 雄介 東京女子医科大学 麻酔科学教室

共催：エドワーズライフサイエンス(株)

特別講演 11:10～12:00

座長：小久保荘太郎(聖隷浜松病院 副院長)

産科麻酔科医として麻酔科全体とどのように連携するか

照井 克生 埼玉医科大学総合医療センター 産科麻酔科

ランチョンセミナー 12:00～13:00

座長：白石 義人(浜松医科大学手術部 准教授)

レミフェンタニル時代におけるセボフルランの役割

森本 康裕 宇部興産中央病院 麻酔科

共催：丸石製薬(株)

一般演題

(白鳥ホール南)

A1: 気道 13:40～14:40

座長: 廣田 弘毅 (富山大学医学部 麻醉科学 准教授)

A1-1 全身麻酔後、披裂軟骨前方脱臼をきたした2症例

総合病院 順天堂大学医学部附属静岡病院 助手

○齋藤 貴幸、亀田和夏子、齋藤 愛子、田中 英文、神山 具也、宮崎 生朗、
村岡 陽大、五十嵐海原、酒井 宏明、岡崎 敦

A1-2 巨大甲状腺腫瘍により気管偏位・狭窄をきたした肥満患者の麻酔経験

県西部浜松医療センター

○水野 香織、小林 賢輔、及川 文雄、岩本 竜明、木倉 睦人

A1-3 気管挿管後の長期間の嘔声で披裂軟骨脱臼と診断された3症例

安城更生病院 麻酔科

○新井 根洋、八田 誠、田渕 昭彦、竹内 直子、水野 光規、小林 一彦、
山本 里恵、五十嵐一憲、原 怜子、堀内 聖子

A1-4 頸椎病変により上気道の狭窄を呈し、気道確保の困難が予想された2症例

名古屋第二赤十字病院

○渡邊 仁美、高須 宏江、石田 進、寺澤 篤、田口 学、安藤 雅樹、
小嶋 高志、日比野阿礼、新井 奈々、森 友紀子

A1-5 Double-lumen tube (Portex 社製ブルーライン TM) による左主気管支損傷の1例

1) 岐阜県立多治見病院 救命救急センター・麻酔科、

2) 愛知医科大学病院 高度救命救急センター

○白石 大門¹⁾、大森 隆夫¹⁾、三宅健太郎¹⁾、松本 卓也¹⁾、稲垣 雅昭¹⁾、
成松 紀子¹⁾、山崎 潤二¹⁾、山田 富雄¹⁾、間渕 則文¹⁾、中川 隆²⁾

A1-6 偶然発見された喉頭蓋嚢胞合併患者に対してエアウェイスコープ(AWS)を使用した1症例

1) 金沢医科大学病院 麻酔科、2) 金沢赤十字病院 麻酔科

○山岡 祐子¹⁾、中村 勝彦²⁾、土田 英昭¹⁾

A2-1 重度の低酸素血症に比べて胸部 X 線所見に乏しかった一例

1)一宮西病院 麻酔科、2)一宮西病院 呼吸器内科

○猿渡 寛子¹⁾、澤田 圭介¹⁾、浅野 高行²⁾、葛西 麻由¹⁾、若尾 政弘¹⁾、
石川 恭¹⁾

A2-2 脈波酸素飽和度が100%で、動脈血酸素分圧が40mmHg台を表示した急性白血病の1症例

名古屋市立大学大学院医学研究科 麻酔・危機管理医学

○島田 靖子、薊 隆文、須基早紀子、幸村 英文、伊藤 彰師、杉浦 健之、
水落雄一朗、徐 民恵、播磨 恵、祖父江和哉

A2-3 肺塞栓症を合併した単純子宮全摘術の麻酔管理

市立四日市病院 麻酔科

○青山 正、石田 祐基、小林 信、野々垣幹雄、近藤 潤夫

A2-4 Microwave coagulation による肝切除直後に急性肺障害となった2症例

豊橋市民病院 麻酔科

○原 真人、青島 礼子、河合 未来、川口 道子、藤田 靖明、
間瀬木めぐみ、山口 慎也、山田 彩、中田 純、寺本 友三

A2-5 胃液の大量誤嚥による重症 ARDS に対し PCPS を導入した一例

愛知厚生連 海南病院 集中治療部・救急部・麻酔科

○杉野 貴彦、原 嘉孝、新美 太祐、辻 麻衣子、川出 健嗣、松永安美香、
野手 英明、田村 哲也、中野 淳子、坪内 宏樹

A2-6 気管挿管後に呼気終末二酸化炭素濃度の値をきっかけに肺塞栓を発見出来た一例

名古屋第二赤十字病院 麻酔・集中治療部

○古田 裕子、寺澤 篤、森 友紀子、新井 奈々、高橋 徹行、井口 広靖、
日比野阿礼、小嶋 高志、石田 進、高須 宏江

A2-7 左肺全摘術後の左肺癌に対し用手的換気法にて胸腔鏡下肺切除術を管理しえた一症例

大垣市民病院 麻酔科

○川瀬美千代、菅原 昭憲、加藤 規子、高須 昭彦、山森 美淑

B1: 小児麻酔 13:40～14:40 座長: 堀本 洋 (静岡県立こども病院 第二診療部長兼麻酔科医長)

B1-1 小児セボフルラン麻酔導入時の興奮と入眠後の体動には年齢による差がみられる

1) 海の星診療所、2) 水谷痛みのクリニック、3) 岩はし内科医院

○小林 敏信¹⁾、北原晃一郎¹⁾、白川 香²⁾、白井 要介²⁾、岩橋美智代³⁾

**B1-2 前縦隔腫瘍により気管狭窄をきたした小児における全身麻酔と
プロビオックカテーテル留置術**

岐阜大学大学院医学系研究科 麻酔・疼痛制御学

○岩田 賢治、長瀬 清、飯田 宏樹、土肥 修司

**B1-3 ラリンジアルマスク-気管支ファイバー補助による気管挿管を施行した
小児チアノーゼ心疾患の挿管困難症例**

名古屋市立大学大学院 麻酔・危機管理医学

○袁輪 堯久、杉浦 健之、太田 晴子、山内 浩揮、藤田 義人、木村 卓二、
幸村 英文、水落雄一郎、伊藤 彰師、祖父江和哉

B1-4 バルーンによる血流遮断で腕頭動脈切断の可否を判断した乳児の麻酔管理

地方独立行政法人 静岡県立病院機構 静岡県立こども病院

○加古 裕美、藤永あゆみ、西原 紘子、駒崎 真矢、伴 泰考、梶田 博史、
小川 直子、諏訪まゆみ、堀本 洋

B1-5 術直後の小児に有効に酸素投与をする方法の有効性の検討

名古屋市立大学大学院医学研究科 麻酔・危機管理医学

○岡本 泰明、薊 隆文、藤田 義人、杉浦 健之、有馬 一、平手 博之、
森田 正人、山内 浩揮、徐 民恵、祖父江和哉

B1-6 遅発性横隔膜ヘルニアを胸腔鏡下に整復し得た一例

1) 順天堂大学医学部附属練馬病院、2) 順天堂大学医学部附属静岡病院、

3) 順天堂大学医学部附属順天堂医院

○鈴木 祥子^{1,2,3)}、矢野 絢子¹⁾、半田 敦子³⁾、圓谷 直子¹⁾、中村 尊子¹⁾、
田邊 豊¹⁾、熊倉誠一郎¹⁾、菊地 利浩¹⁾、五十嵐海原²⁾、岡崎 敦²⁾

B2: 循環 14:50～16:00 座長: 坪川 恒久 (金沢大学医学部 麻酔・蘇生科 准教授)

B2-1 手術終了直後、突然の ST 上昇に続く心停止をきたした一症例

済生会 松阪総合病院 研修医

○小野 文、車 有紀、車 武丸、宮村 一男、宮村とよ子

B2-2 術直後に冠動脈攣縮をきたした症例

中部労災病院

○開田 剛史、白崎 礼美、村田 洋子、町野 麻美、藤掛 数馬、川本 英嗣、永坂由紀子、若松 正樹

B2-3 両側 TKA 術後に無症候性心筋梗塞を発症した1例

岐阜大学医学部附属病院

○鈴木 友希、飯田 美紀、飯田 宏樹、土肥 修司

B2-4 人工心肺使用下に発症した急性大動脈解離において頸動脈エコーと経食道エコーにて脳血流を評価しえた一例

名古屋第二赤十字病院 麻酔科・集中治療部

○小嶋 高志、新井 奈々、井口 広靖、日比野阿礼、高須 宏江

B2-5 フロートラックセンサーとプリセップカテーテルを用いた三尖弁置換術の麻酔経験

1) 総合大雄会病院 麻酔科、2) 総合大雄会病院 集中治療科、
3) 岐阜大学医学部 麻酔・疼痛制御学教室

○高田 基志¹⁾、村田 哲哉¹⁾、加藤真有美³⁾、井上智重子¹⁾、酢谷 朋子¹⁾、鈴木 照¹⁾、山本 拓巳²⁾、土肥 修司³⁾

B2-6 転移性心臓腫瘍に肺梗塞を伴った症例の麻酔経験

藤田保健衛生大学病院

○新居 憲、竹田 清、木村 直暁

B2-7 無症候性 Brugada 症候群患者2例に対する麻酔経験

社会保険中京病院 麻酔科

○石川 智子、金 日成、田中 厚司、斎藤 理恵

C1: 産婦人科麻酔他 13:40～14:40

座長：高須 宏江（名古屋第二赤十字病院 第一麻酔・集中治療部長）

C1-1 右腕頭動脈、左総頸動脈、左鎖骨下動脈起始部の高度狭窄により脳血流が高度低下した患者の腹式子宮全摘術の麻酔経験

聖隷浜松病院 麻酔科

○奥井 悠介、小久保荘太郎

C1-2 当院における腹腔鏡下婦人科緊急手術症例の検討

1) 岐阜県立多治見病院 救命救急センター・麻酔科、2) ハラダクリニック

○土屋 恵美¹⁾、安井 稔博¹⁾、大森 隆夫¹⁾、三宅健太郎¹⁾、松本 卓也¹⁾、稲垣 雅昭¹⁾、山田 富雄¹⁾、山崎 潤二¹⁾、間瀬 則文¹⁾、原田 知和²⁾

C1-3 肥満細胞腫合併妊娠に対する帝王切開の麻酔経験

名古屋大学医学部附属病院 麻酔科

○大橋亜希子、鈴木 章悟、柴田 康之、江間 義朗、西脇 公俊

C1-4 IVR 施行不可能な病院で直視下大動脈遮断準備下に帝王切開・子宮摘出術を行った全前置癒着胎盤の1症例

岐阜市民病院 麻酔科 医員

○鬼頭 和裕、太田宗一郎、河村三千香、山田 忠則、山下 実華、大畠 博人

C1-5 両側総腸骨動脈バルーンカテーテルを用いた全前置胎盤患者の麻酔管理

名古屋大学医学部 麻酔・蘇生医学講座

○尾関 奏子、角舘 浩央、高尾のぞみ、鈴木 章悟、西脇 公俊

C1-6 扁桃・アデノイド切除後の術後出血を契機に診断された血友病 A の一症例

豊橋市民病院 麻酔科

○間瀬木めぐみ、川口 道子、原 真人、山口 慎也、河合 未来、
青島 礼子、藤田 靖明、山田 彩、中田 純、寺本 友三

C2: 神経 14:50 ~ 16:00

座長: 横山順一郎 (静岡県立総合病院 手術部部長)

C2-1 胸部硬膜外麻酔により一過性にホルネル症候群を呈した一例

鈴鹿中央総合病院 麻酔科

○富田 正樹、尾本 朋美、橋本 宇

C2-2 亀背患者に術後中心性脊髄損傷を認めた1症例

1) 順天堂静岡病院 麻酔科 助手、2) 順天堂鈴岡病院

○村岡 陽大、岡崎 敦、五十嵐海原、宮崎 生朗、神山 具也、田中 英文、
斉藤 貴幸、斉藤 愛子、亀田和夏子

C2-3 術前の MRI 検査で脊髄係留症候群とわかった患者の麻酔経験

浜松赤十字病院 麻酔科

○小幡 良次

C2-4 Becker 型筋ジストロフィー患者に対するロクロニウムの使用経験

1) 福井大学医学部 附属病院 麻酔科・蘇生科、2) 市立敦賀病院

○清水久美子¹⁾、川上 浩文²⁾、重見 研司¹⁾

C2-5 Angelman 症候群と BIS 値 0

聖隷三方原病院

○濱野 剛、高田 知季、金丸 哲也、赤池 達正、藤本久美子、加藤 茂、
岸本 容子、成瀬 智、岩切 聡子



共催セミナー抄録



Individualized goal-directed hemodynamic management — dynamic index と static index をどう使い分けるか? —

清野 雄介 東京女子医科大学 麻酔科学教室

術中の輸液は多くなりすぎても、少なすぎても周術期の合併症の発生率を上昇させるため、患者の死亡率や合併症の発生率が最も低くなるような輸液管理を行う必要がある。近年、Individualized goal-directed fluid management という概念が出てきた。これは、決まった量の輸液を血圧や脈拍、尿量という指標に基づいて投与するのではなく、一回拍出量や心拍出量など流量の指標に基づいて各症例に応じた輸液管理を行い、組織の酸素需要に見合った酸素供給を確保するという管理である。循環動態の最適化によって酸素供給を適正化することで、血管収縮薬やカテコールアミンの使用量が減少、急性腎障害などの術後の合併症の頻度が低下、在院日数が短縮することが報告されている。

輸液管理を適切に行うためには、輸液への反応性を予測することが重要である。収縮期血圧、脈圧、一回拍出量の呼吸性変動といった動的な指標 (dynamic index) は輸液への反応性の予測に有用である。また静的な指標とされる中心静脈圧や肺動脈楔入圧といった心室充満圧は、循環血液量だけでなく血管の緊張、心房・心室のコンプライアンス、心室機能など多くの因子によって影響を受ける。したがって中心静脈圧や肺動脈楔入圧は、単に循環血液量の指標として捉えることはできない。

動的な指標は循環血液量不足を判断するのに適しているが、過剰輸液の状態はわからない。一方、充満圧などの静的な指標によって心機能の低下や輸液量過剰を診断しうるが、循環血液量不足を判断するのは難しい。したがって、動的な指標を目安に一回拍出量や心拍出量を最適化し、いったん最適化された後は輸液量を調節してその状態を保つとともに、中心静脈圧などの静的な指標をモニタリングして、輸液過多を防ぐ必要がある。



特別講演抄録



産科麻酔科医として麻酔科全体とどのように連携するか

照井 克生 埼玉医科大学総合医療センター 産科麻酔科

麻酔科学の専門領域として、小児麻酔と心臓麻酔は全国規模の学会を既に設立しており、本年度は分娩と麻酔研究会を母体として日本産科麻酔学会が発足した。これらの学会は、その領域に興味をもち診療に従事している麻酔科医にとって、存分に情報交換や交流のできる貴重な場となっているほか、麻酔科医としての技量をさらに深めようという若い麻酔科医に教育の機会を提供している。小児麻酔や心臓麻酔は、それぞれに専門施設も多く、小児麻酔や心臓麻酔のエキスパートと目される先達も多い。専門施設であれば、診療内容が限定されるため、たとえば小児麻酔専門家と麻酔科全体との連携が問題となることは少ないだろう。しかし産科麻酔においては、産科専門施設は小規模で常勤の麻酔科医は不在なことが多く、産科麻酔部門や産科麻酔科医も極めて少ない。従って、総合病院の麻酔科医が産科麻酔診療の主な担い手なのが現状である。

しかし産科麻酔の現場は分娩室であり、中央手術室とは離れていることが多い。そして超緊急手術を時に必要とする。経膈分娩後に突発的に弛緩出血や頸管裂傷などにより大量出血を来すこともある。さらに無痛分娩のニーズは24時間途切れることがない。そのような特徴ある診療に対応するためには、欧米の主要施設が実現しているように、分娩フロアには産科麻酔専門医が24時間常駐する体制が望ましい。当センターは2000年の総合周産期母子医療センター新築に際して、周産期麻酔部門（現在は産科麻酔科）を設け、分娩フロアの産科専用手術室で予定・緊急の帝王切開を行ってきた。産科病棟看護師が器械出しや外回りを行い、産科麻酔科医師が担当した帝王切開はこれまで2500件に及ぶ。すると今度は、麻酔科研修医が帝王切開の麻酔を経験する機会が奪われるという問題が生じた。そこで現在は、麻酔科後期研修中に6ヶ月間産科麻酔を研修する制度にした。当直体制も、産科麻酔当直から、産科麻酔科医を含めて4人が中央手術室と分娩室、集中治療室を担当する一体化当直になった。分娩室での急変時には、産科麻酔科当直医1人のみでは対応しきれないこともあるし、緊急帝王切開に複数の麻酔科医の協力が得られることは、当直者の安心感を増し、麻酔の安全性向上に寄与するであろう。

産科麻酔部門として独立して診療を行うことには、産科医との連絡が密になるなどの長所もあるが、新しい薬物や麻酔法の受入れが遅れたり、お互いの診療に無関心になったりする短所もある。専門領域と麻酔科全体との連携はどうあるべきか、模索している現状を紹介する。



一般演題抄録



全身麻酔後、披裂軟骨前方脱臼をきたした2症例

総合病院 順天堂大学医学部附属静岡病院 助手

○齋藤貴幸、亀田和夏子、齋藤愛子、田中英文、
山山具也、宮崎生朗、村岡陽大、五十嵐海原、
酒井宏明、岡崎 敦

【緒言】 全身麻酔後の嘔声の原因として披裂軟骨脱臼によるものは報告が少ない。今回、全身麻酔後に披裂軟骨前方脱臼をきたし、整復可能であった2例を経験したので報告する。

【症例1】 71歳男性、158cm、68kg、前立腺癌に対して前立腺全摘出術を施行した。術前特記事項として拘束性呼吸障害を認めた。硬膜外麻酔併用全身麻酔で行い、麻酔時間は2時間25分だった。挿管は#4ブレードの喉頭鏡を用いて2年目の研修医が行い、ID8.5mmのシェリダン気管内チューブCFを用い、深さ22cm、チューブカフ8cc注入し、正中固定とした。挿管は容易で、術中もバックアップ、事故抜管など特に問題はなかった。術後3日目、嘔声、喘鳴が継続していたため耳鼻科を受診し、披裂軟骨前方脱臼と診断された。局所麻酔ファイバースコープ下バルーンカテーテル整復術を行い、術後51日目、整復術5回目に披裂軟骨脱臼の改善を認めた。

【症例2】 15歳男性、170cm、60kg、術前特記事項はなく、右先天性耳瘻孔摘出術を全身麻酔下で施行し、麻酔時間は6時間10分だった。挿管は#3ブレードの喉頭鏡を用いて2年目の麻酔科医が行い、ID7.5mmのリュッシュラセン入り気管チューブを、深さ20cm、チューブカフ10cc注入し、左口角固定とした。挿管は容易で、術中もバックアップや事故抜管など特に問題はなかった。術直後から嘔声、嚥下痛をきたし、術後10日目に耳鼻科受診し、披裂軟骨前方脱臼と診断された。徒手整復術を2回試みたが改善なく自然治癒を待ったが、他院で術後17日目にファイバースコープ下バルーンカテーテル整復術を施行したところ、1回目で披裂軟骨脱臼の改善を認めた。

【考察】 2症例とも挿管には難渋せず、暴力的な挿管操作による披裂軟骨脱臼は考えにくく、長時間の挿管、チューブカフの量が多かったこと、さらに、症例2では術中に頸部伸展位をとっていたことによるチューブの直接の圧迫も関与すると考えられた。披裂軟骨脱臼は長期遷延し、整復不可能な症例も報告されている。自然治癒も認められるが、早期に治療を開始することによって回復が見込める症例もあり、術後の遷延する嘔声を認めた場合、早期に専門医に相談する必要がある。

巨大甲状腺腫瘍により気管偏位・狭窄をきたした肥満患者の麻酔経験

県西部浜松医療センター

○水野香織、小林賢輔、及川文雄、岩本竜明、
木倉睦人

巨大甲状腺腫瘍により気管の偏位・狭窄をきたした患者の麻酔管理を経験したので報告する。

【症例】 41歳、女性。数年前よりのどの違和感があり、近医で気管支炎と診断されていた。数ヶ月前より、違和感が増強、睡眠時の呼吸苦を覚えるようになり近医受診。甲状腺腫瘍を指摘され、手術的に当院紹介となった。肥満(BMI 35.6)、精神発達遅滞を合併し、身体所見では猪首、右側前頸部やや腫大、開口2横指、Mallampati分類はIVであった。胸部X-P、頸部CT上では最大横径74mmの甲状腺腫瘍と、圧迫による気管の左方偏位・狭窄を認めた。甲状腺ホルモン値は正常であった。麻酔導入時の換気困難・挿管困難が予測されたため意識下挿管を予定した。精神発達遅滞のため、患者の理解、協力を得るのに苦労を必要とした。前投薬なしで入室後、ドロペリドール、フェンタニルにて軽度の鎮静を得た。リドカインで口腔内・咽頭を十分表面麻酔した後、気管支ファイバースコープで声帯を確認し、喉頭にリドカインを噴霧した。喉頭はやや浮腫状であった。気管支の偏位が強いためチューブはスパイラルチューブ6.5mmを選択し、気管支ファイバースコープガイド下に気管挿管した。狭窄部での抵抗はほとんどなく円滑に挿入できた。挿管直後に呼吸を促し、セボフルランで入眠させた後、麻酔維持はプロポフォール、レミフェンタニルで行った。手術終了後、高度肥満、意志疎通困難を考慮し、全覚醒と十分な呼吸回数・換気量を得た後抜管し、帰室した。

【考察】 今回の症例は巨大甲状腺腫瘍であり、気管狭窄・偏位を認めた。また高度肥満の合併により、マスク換気、気管挿管困難が予測された。精神発達遅滞があり、本人の協力を得られるかどうかの問題となったが、気道確保困難のリスクを重視し、気管支ファイバースコープを用いた意識下挿管を選択した。家人の協力と適度な鎮静薬使用により、スムーズな麻酔導入が可能であった。気道系に問題のある症例では、術前に全身状態の把握、CTなどの画像による気道の検討を十分に行い、対策を立てる必要がある。

気管挿管後の長期間の嘔声で 披裂軟骨脱臼と診断された3症例

安城更生病院 麻酔科

○新井根洋、八田 誠、田淵昭彦、竹内直子、
水野光規、小林一彦、山本里恵、五十嵐一憲、
原 怜子、堀内聖子

【はじめに】気管挿管後に起こる一時的な嘔声は珍しいものではなく、ほとんどは数日で症状は改善する。しかし稀に一ヶ月以上の長期に亘って嘔声が遷延する場合があります。今回我々はその原因として披裂軟骨脱臼と診断された3症例を経験したので報告する。

【症例1】75歳男性。下腿浮腫を指摘され心エコーで心機能低下を認めたため行ったCAG検査の3時間後、突然の意識障害とけいれんにより鎮静し挿管管理となった。その後陳旧性脳梗塞と微小脳梗塞の痙攣発作が重積したものと診断されたが、意識回復し麻痺症状も改善してきたため4日後に抜管。その直後より嘔声出現。耳鼻科にて左披裂軟骨脱臼と診断され保存的に経過をみた後、約一ヶ月で自然に改善した。

【症例2】36歳男性。膀胱浸潤を認めるS状結腸癌にてS状結腸切除術及び膀胱部分切除術を施行。手術時間は約10時間。挿管操作は特に問題なかった。術後に嘔声発生し、一週間以上持続。耳鼻科にて右披裂軟骨脱臼と診断され保存的に経過観察したところ、徐々に改善認め、術後約一ヶ月後にはほぼ症状消失した。

【症例3】35歳男性。外傷により左気胸と左手指挫創あり、全身麻酔下に緊急で左手指縫合術を施行。手術時間約9時間。挿管操作は特に問題なかったが、術後に嘔声が続く、耳鼻科にて左披裂軟骨脱臼と診断。保存的に経過をみてやや改善がみられたが治癒には至らず、約一ヶ月後に全身麻酔下にて整復術を施行。その後症状の改善を認め、整復術後一週間ではほぼ改善を認めた。

【考察】気管挿管後に持続する嘔声を認めた場合、披裂軟骨脱臼の可能性を考えるべきである。持続する嘔声に加えて持続発声時間、喉頭ファイバースコープでの検査所見、CT検査などによって診断することができるが、時に声帯麻痺との鑑別が難しいことがある。披裂軟骨脱臼には整復が必要とされるが、保存的に治療、または自然治癒した報告も多く、今回の3症例のうち2例でも保存的治療で改善している。整復した症例でも時間経過とともに改善傾向がみられ、整復手術を行わなかったとしても自然治癒した可能性はあるが、整復術により急速に症状の改善が認められたことから、症状の持続が長期間に及びそうな症例では整復術の施行も積極的に考慮すべきである。

頸椎病変により上気道の狭窄を呈し、 気道確保の困難が予想された2症例

名古屋第二赤十字病院

○渡邊仁美、高須宏江、石田 進、寺澤 篤、
田口 学、安藤雅樹、小嶋高志、日比野阿礼、
新井奈々、森友紀子

【はじめに】頸椎病変による椎体の変性のため、気道が後方から圧排された場合、麻酔導入は困難を極める場合がある。術前から画像診断で上気道狭窄が判明していた2症例の麻酔導入方法について報告する。

【症例1】82歳、女性。脊椎カリエスに対して頸椎の前方後方固定術を予定した。術前の画像診断で、脊椎カリエスに伴う咽後膿瘍により著明な気道狭窄をきたしており、気道確保の困難が予想されたため、あらかじめ、局所麻酔下に頸部から膿瘍のドレナージを行って、膿瘍の縮小を図った。後日、意識下経口ファイバー挿管を行い、頸椎固定術を行った。

【症例2】73歳、男性。腎癌の転移性頸椎腫瘍に対して頸椎後方固定術を予定した。術前の画像にて腫瘍の圧排による気道狭窄を疑い、耳鼻科に上気道の評価を依頼したところ、気道狭窄は軽度と判断されたため、rapid inductionを選択した。マスク換気は可能であったが、経口的に気管支ファイバーを挿入したところ、声門上部でかなりの気道の狭小化を認め、細径の気管チューブを用いて何とか挿管することができた。術後挿管のままICUに帰室し、翌日気管切開術を施行した。

【考察】頸椎病変により気道が後方から圧排され、気道確保困難が予想された症例における麻酔導入を経験した。術前の単純側面頸椎レントゲン写真や頸椎MRIに付随する気道の画像を評価することで、事前に気道狭窄を見つけることができた。また、症例1では事前に整形外科に依頼して、膿瘍のドレナージを行うことで、膿瘍の縮小を図り、気道狭窄を軽減してから、手術に臨むことができた。症例2では、術前の耳鼻科の診察にて気道の狭窄は軽度と判断されたため、rapid inductionを選択したが、予想以上に気道狭窄をきたしており挿管は困難を極めた。

【結語】頸椎病変を認める患者の気道確保を行う場合、頸椎の不動化も必要となるため、入眠後の気管挿管を選択する場合もあるが、事前に画像で上気道狭窄を認識することでより安全に気道確保を行うことが出来た。

Double-lumen tube
(Portex 社製ブルーライン TM) による
左主気管支損傷の1例

1) 岐阜県立多治見病院 救命救急センター・麻酔科、
2) 愛知医科大学病院 高度救命救急センター
○白石大門¹⁾、大森隆夫¹⁾、三宅健太郎¹⁾、
松本卓也¹⁾、稲垣雅昭¹⁾、成松紀子¹⁾、山崎潤二¹⁾、
山田富雄¹⁾、間渕則文¹⁾、中川 隆²⁾

分離肺換気は胸部外科手術において重要かつ日常的な手技であるが、稀に重篤な合併症を惹起しうる。今回、肺癌患者に対し左 S6 区域切除施行中に、double-lumen tube (DLT) による左主気管支損傷を認め、縫合修復した症例を経験したので報告する。

【症例】74歳女性。身長151cm、体重46kg。

胸部硬膜外カテーテル挿入後、全身麻酔の導入を行い、DLT 左用 35Fr. を挿管した。DLT 先端部が声門通過後、わずかな抵抗を感じたものの円滑に挿入できたが、気管カフを膨らませない状態で換気漏れを認めなかった。その後気管支鏡で左主気管支に挿入した。気管支カフの位置を視認しつつ空気を 3cc 入れ、口角 26cm 固定とした。手術開始前までは両肺換気としていたが、開胸前に左緊張性気胸を起こしているような徴候は認めなかった。術中は1回換気量 330ml でバッキングもなく最高気道内圧は 26cm H₂O 程度で、SpO₂ は 96% 以上を維持でき、手術操作を中断し両肺換気を行うことはなかった。左 S6 区域切除が終了し、閉胸前のリークテスト時に多量のリークを認めたため詳細に観察したところ、DLT の先端部が左主気管支膜様部を裂いて露出し、2nd carina から中枢に向かって約 3cm 長の損傷が見つかり、左主気管支の縫合修復を行った。

修復終了後に DLT を抜去し気管チューブ 7.5mm に入れ替え、気管支鏡で修復部を内側から観察し、膜様部のひきつれ、狭窄などは認められなかった。術後のガス交換に問題なく、陽圧換気を避けるため手術室で抜管して、ICU 管理とした。

【考察】DLT による気管、気管支損傷の原因として、不適切なチューブサイズを選択、粗雑な挿管操作、カフの過膨張、気管支カフを膨らませたままでの体位変換、チューブを何度も動かすこと、気管支鏡の挿入、術操作による気管支内壁接触面への負荷などが考えられる。

さらに術後管理では、気道内陽圧が加わることを避けるためできる限り早期に抜管することが望ましい。今回は幸いにも良好な術後経過であったが、不幸な転帰をとる場合もあると思われる。

偶然発見された喉頭蓋嚢胞合併患者に
対してエアウェイスコープ(AWS)を
使用した1症例

1) 金沢医科大学病院 麻酔科、2) 金沢赤十字病院 麻酔科
○山岡祐子¹⁾、中村勝彦²⁾、土田英昭¹⁾

従来の喉頭鏡と比較してエアウェイスコープ(Pentax-AWS system、以下 AWS とする)は有用との報告がある¹⁻³⁾。しかし、喉頭蓋嚢胞合併患者など、口腔内に異常所見がある場合に関してはその安全性は不明である。今回、偶然発見された喉頭蓋嚢胞に対して、AWS を使用して気管挿管した症例を経験した。

症例は 69 歳、男性。第 2 頸椎の椎弓根骨折に対して脊椎固定術が予定された。既往歴に特記すべきことはなかった。術前の検査で異常は認めなかった。喉頭部違和感や夜間の鼾など上気道閉塞を示唆する所見はなかった。15 年ぐらい前より禁煙していた。頸部の可動にて激しい後頸部痛を認め、安静のため頸椎カラー装着にて頸部を固定されており、頸部の安静を保つため、喉頭展開操作を必要としない AWS を使用して気管挿管を施行した。喉頭蓋嚢胞を AWS の画面上に確認でき、嚢胞の存在を認識しながら AWS を操作することができた。

AWS は喉頭蓋嚢胞合併患者など、口腔内に異常所見がある場合に関するにも有用と成り得ると思われた。

参考文献

- 1) 鈴木昭広ほか. 新しい気道確保道具エアウェイスコープの有用性. 麻酔 2007 ; 56 : 464-8.
- 2) Enomoto Y et al. Pentax-AWS, a new videolaryngoscope, is more effective than the Macintosh laryngoscope for tracheal intubation in patients with restricted neck movements : a randomized comparative study. Br J Anaesth 2008 ; 100 : 544-548.
- 3) Hirabayashi Y et al. Airway Scope : early clinical experience in 405 patients. J Anesth 2008 ; 22 : 81-5.

重度の低酸素血症に比べて胸部 X 線所見に乏しかった一例

1)一宮西病院 麻酔科、2)一宮西病院 呼吸器内科
○猿渡寛子¹⁾、澤田圭介¹⁾、浅野高行²⁾、葛西麻由¹⁾、
若尾政弘¹⁾、石川 恭¹⁾

【症例】44歳女性、身長155cm、体重60kg。平成21年4月28日昼頃から右の視力障害あり、4月30日受診、右裂孔性網膜剥離の緊急手術目的で入院した。

【既往歴】平成20年左網膜剥離手術を施行されるも失明。同年右副腎摘出術。以前より鼻炎あり。

【麻酔経過】術前の呼吸機能検査で%VC 134.6 FEV1% 92.1と正常。胸部 X 線異常なし。4月30日の全身麻酔では覚醒に問題なく手術室で抜管され、翌日の再手術が決定された。翌5月1日朝8時から、前額部痛、後頸部痛、呼吸困難あり、SpO₂ 88%と低下したが、発熱はなかった。その後は酸素鼻カニューレ2ℓ/分にてSpO₂ 90%～94%で推移していた。17時46分手術室入室時のバイタルは心拍数94bpm、血圧125/76mmHg、SpO₂ 94% (FiO₂ 0.21)。急速導入、挿管し、FiO₂ 1.0セボフルラン2.5%で維持した。約15分後、FiO₂ 0.33としたところ、SpO₂ 89%と低下、直ちにFiO₂ 1.0、PEEP8cm H₂Oとした。最高気道内圧は23cm H₂Oであった。診断のための胸部 X 線では両肺野に浸潤影を認め、血液ガス分析ではPaO₂ 89.5 Torr (FiO₂ 1.0)と低下を認めた。気管支ファイバーでは左気管支に白色粘調な痰を僅かに認めたものの明らかな気道閉塞はなかった。心エコーでは心機能良好。採血でWBC31,200、CRP9.4と炎症反応がみられ、体温は38.5度であった。呼吸器内科医にコンサルト、急性肺炎と診断された。抗生剤を使用、手術を続行し、覚醒に問題なく抜管。翌日には解熱した。

【考察】一般には吸入麻酔薬によるHPV抑制は臨床上問題にならないとされている。今回の症例ではFiO₂ 1.0でPaO₂ 89.5 Torrと低値であった。この値はHPVが抑制されていないと仮定した場合、全肺の70%以上の酸素化能喪失に相当し、胸部 X 線所見の程度と明らかに矛盾する。そのためHPV抑制を原因とする低酸素血症であると考えられた。HPV抑制の理由として、吸入麻酔薬の関与が疑われた。

脈波酸素飽和度が100%で、動脈血酸素分圧が40mmHg台を表示した急性白血病の1症例

名古屋市立大学大学院医学研究科 麻酔・危機管理医学
○島田靖子、薊 隆文、須基早紀子、幸村英文、
伊藤彰師、杉浦健之、水落雄一朗、徐 民恵、
播磨 恵、祖父江和哉

【はじめに】われわれは脈波酸素飽和度(以下SpO₂)が100%を示しながら、動脈血酸素分圧(以下PaO₂)が40mmHg台を示した症例を経験した。

【症例】急性白血病(白血球数約50万/μℓ)で通院中、急性喉頭蓋炎による呼吸困難にて救急外来に搬送され緊急気管切開術施行後ICUに入室。呼吸はPSV、FIO₂=1.0でSpO₂は100%を示していた。橈骨動脈確保後のFIO₂=0.35で測定した血液ガス分析は、pH=7.35、PaCO₂=44mmHg、PaO₂=45mmHg、BE=-1、SaO₂=76%、Hb=4.5g/dℓ、血清乳酸値=9mg/dℓであった。心拍数は90/分で、視診上チアノーゼはなく、末梢は暖かく、利尿も良好であった。再度、別の血液ガス分析器2機種で測定したが、それぞれPaO₂=38.6mmHg、57.1mmHg、SaO₂=79%、89%であった。胸部 X 線写真上、肺野は清明で無気肺等は認めなかった。貧血を補正しつつ、FIO₂=1.0で再度測定したPaO₂=184mmHgであった。また大腿動脈でのPaO₂=126mmHgであった。いったいPaO₂、SaO₂、SpO₂のどれが正しかったのだろうか？

【考察】白血病による白血球増多にともない白血球が急激に酸素を消費するため擬性低酸素血症を呈するという報告がある一方、増多した白血球が酸素電極を干渉するという報告も見られる。今回もPaO₂を表示しないことが3回あった。SpO₂のシグナルレベルは良好、血清乳酸値は低く、末梢も温かく低還流は否定的、COHb、MetHbの上昇も有意ではなかった。SaO₂は計算値ではなく実測値であった。SaO₂とSpO₂の解離の原因は不明で検討中である。

【結語】急性白血病でSpO₂=100%を示しながらPaO₂=40mmHg台、SaO₂=70%台の症例を経験した。SpO₂、SaO₂、PaO₂の解離について検討中である。

支 部 細 則

2001年4月28日制定

2002年4月17日改定

2004年5月26日改定

2006年5月31日改定

2008年6月11日改定

(目 的)

第1条 この細則は、社団法人日本麻酔科学会(以下、「この法人」という。)の定款第3条に定める支部に関し必要な事項を定める。

(設 置)

第2条 この法人は、別表に掲げる支部を設置する。

- 2 新たに支部を設置しようとするときは、その代表者は、この細則第10条第1号に定める書類を添えて理事長に申請し、理事会の議を経て総会の承認を得なければならない。

(事 務)

第3条 支部の事務はこの法人の事務局が処理する。

(会 員)

第4条 支部の会員は、支部の管轄地域に所在地を有する施設に勤務するこの法人の正会員をいう。ただし、現に勤務する施設がない者については、その者の居住地による。

(運営委員)

第5条 支部に次の各号に掲げる支部運営委員を置くことができる。

- (1) 支 部 長
- (2) 総務委員
- (3) 学術委員
- (4) 教育委員
- (5) 広報委員

- 2 前項第1号の支部長は、理事職務細則第2条第1項第2号に基づき、この法人の支部代表理事とし、当該支部の業務を総理しこの支部を代表する。
- 3 前項第2号の総務委員は支部長を補佐し、支部の管理・運営に関する事項を担当する。
- 4 前項第3号の学術委員は、学術集会運営細則に基づき、支部学術集会会長および副会長とし、学術集会の運営をはじめ支部の学術事業を担当する。
- 5 前項第4号の教育委員は、講習会の運営をはじめ支部の教育事業を担当する。
- 6 前項第5号の広報委員は、市民講座等の運営をはじめ支部の公益事業を担当する。
- 7 運営委員の定数は、第1項に規定する委員を含め15名以内とする。
- 8 運営委員の選任方法は、支部長が推薦し、支部運営委員会および支部代議員会の協議を経て、この法人の理事長が選任する。

(運営委員の任期)

第6条 支部運営委員の任期は2年とし再任を妨げない。

- 2 支部長は任期終了直後の1年間は運営委員として委員を継続しなければならない
- 3 補欠又は増員により選任された委員の任期は、前任者または現任者の残任期間とする。

(代議員)

第7条 支部代議員は、この法人の代議員のうち、各支部の所屬地域から選出された者とする。

(会 議)

第8条 支部に、支部の管理・運営および予算・事業計画を協議する運営委員会をおくことができる

- 2 支部に、支部運営委員会が提出する議題を協議する支部代議員会をおくことができる

(管理・運営)

第9条 この細則に定める事項のほか、支部の管理・運営は本部の方針に基づいて各支部が行う。
ただし、経理および事務はこの法人の事務局が行う。

(報 告)

第10条 支部長は、次の各号に掲げる書類をこの法人の理事長に提出しなければならない。

(1) 事業計画書及び予算案

(2) 事業報告書

- 2 前項第1号の書類は、毎年12月末までに提出しなければならない。
- 3 第1項第2号の書類は、毎年度当初速やかに提出しなければならない。

(細則の変更)

第11条 この細則は、理事会の議を経、総会の承認を受けなければ変更することができない。

(別 表)

支部の名称	所屬地域
北海道・東北支部	北海道、青森県、岩手県、宮城県、福島県、秋田県、山形県
関東・甲信越支部	群馬県、栃木県、茨城県、埼玉県、千葉県、神奈川県、山梨県、長野県、新潟県
東京支部	東京都
東海・北陸支部	静岡県、愛知県、岐阜県、三重県、富山県、石川県、福井県
関西支部	滋賀県、京都府、大阪府、奈良県、和歌山県、兵庫県
中国・四国支部	鳥取県、島根県、岡山県、広島県、山口県、香川県、徳島県、愛媛県、高知県
九州支部	福岡県、佐賀県、長崎県、熊本県、大分県、宮崎県、鹿児島県、沖縄県

附 則

- 1 この細則は、2008年6月11日に改定し、2008年6月12日から施行する。

(社)日本麻酔科学会 東海・北陸支部
第7回学術集会

発行日：2009年9月1日

会 長：小久保荘太郎
(総合病院 聖隷浜松病院 副院長)

事務局：総合病院 聖隷浜松病院
〒430-8558 浜松市中区住吉2-12-12
TEL：053-474-2232 FAX：053-471-6050

印 刷： 株式会社セカンド
〒862-0950 熊本市水前寺 4-39-11 ヤマウチビル 1F
TEL：096-382-7793 FAX：096-386-2025



(社)日本麻酔科学会東海・北陸支部
第7回学術集会事務局

総合病院 聖隷浜松病院

〒430-8558

静岡県浜松市中区住吉2丁目12-12

TEL.053-474-2232