

# ばんたね ネットワーク

発行年月日 平成16年5月1日 URL <http://www.fujita-hu.ac.jp/HOSPITAL2/>

編集・発行 藤田保健衛生大学坂文種報徳會病院・医療連携強化委員会 乾 和郎

〒454-8509 名古屋市中区尾頭橋3-6-10 電話 代表 (052) 321-8171 医療連携センター (052) 323-5726

## 巻頭の挨拶

### 藤田保健衛生大学坂文種報徳會病院院内感染防止対策委員会

委員長(麻醉科学教授) 河西 稔



藤田保健衛生大学坂文種報徳會病院院内感染防止対策委員会の活動について報告させていただきます。当委員会は、平成3年に発足した手術部の感染対策委員会を母体とし、前々病院長の米谷先生を委員長として、この委員会を吸収発展する形で始めました。MRSAの院内感染が大きな問題となる前からでしたので、これまでに100回を超える委員会が開催されています。現在も病院長の委嘱を受け、各科の医師、看護師、リハビリ部、管理部、放射線科、薬剤部など院内の総ての部署から委員が選ばれて院内感染防止に取り組んでいます。委員会の目的は患者様に対する院内感染防止対策活動の他に医療従事者である私たちの健康を守るための活動を行います。そのため、委員会では、医療従事者の健康を管理する目的を持った衛生委員会を同時開催する形で行っています。3年前からは、委員会の活動を、より活性化したものとするためにICT (Infection Control Team) が、医師2名、看護師2名、薬剤師1名、検査技師2名、事務職員2名で結成し、最初の活動として、感染対策マニュアル作成を行いました。ICTで原案を提示して、委員会で検討承認された結果、平成14年秋には、初版感染防止マニュアルが出来上がりました。平成15年11

月には改訂版を出しています。毎月の委員会では、各部署から週毎のMRSA、B型肝炎、C型肝炎、梅毒、その他の感染症患者の患者数報告、衛生委員会から職員の労災関連事故(針刺し事故や結核感染患者発生時など)の発生数と対応結果報告を受け、さらにICTからの連絡と協議事項の提案などを元に活動を続けています。委員会の活動実績としては、定期的に行われる職員健康診断の高率受診のための助言、健康診断結果を受診者に早期報告する体制の確立、クーリングタワー内浄化槽水のレジオネラ菌定期的院内検査体制と定期的滅菌消毒体制の確立をしてきました。さらに、こうした委員会が各施設で設置されるきっかけとなったMRSAに関しては、実際に院内細菌検査を行ない、院内環境下にMRSA菌が常在菌として存在していること、MRSA保菌者、感染患者の鼻腔には高率にMRSA菌が認められること、アトピー性皮膚炎患者、中耳炎患者には高率にMRSAが認められること、私たち医療従事者の手指にMRSA菌が常在していることを確認しています。こうしたことは一般にも言われていることですが、実際の調査結果から確認していますので、いかに手洗いを始めとした標準予防策が大切であるかを実感しています。作成されたマニユア

ルには、標準予防策、感染経路別予防策、MRSAや、院内で発生が報告され医療従事者にとって問題となる結核、流行性角結膜炎、B型肝炎、C型肝炎、疥癬といった色々な疾患発生時の対応について具体的に対応方法を明示するとともに、各種滅菌消毒法も詳しく掲載しています。今後はこのマニュアルを如何に活用するかが問題と考えています。平成16年度は、マニュアルの実施がどれだけ徹底しているかの確認調査を行ない、より確実な感染防止対策の充実を図りたいと考えています。このための対策として、ICTメンバーによって院内の約30各部署を総て回診し、マニュアルの実施状況をチェックすること、さらに感染対策の専門家による、年2回の研修講習会開催を企画しています。患者様が安心して治療を受けることができるための基盤として、当委員会の活動は大きな意味を持っていると考えています。今後もよりいっそう活動を進め、理想的な感染防止対策構築を考えていますので、この面でも医療連携が出来ればよいのではないかと考えています。御助言、御指導をお願い申し上げます。

## 診療科紹介⑬

## 脳神経外科



脳神経外科教室は、1975年第一教育病院に神野哲夫講師（現教授、現第一教育病院病院長）が開設されたところから始まりました。当初は外科系1病棟、内科系1病棟でありました。1975年11月日本で東京女子医科大学より1ヶ月遅れの2番目にCTが導入され飛躍の一步が始まりました。1976年5月から各科病棟に分かれ、当科は50床を有することとなりました。当時の手術件数は年間150件程度でありました。その後、救命センターの設立、病床数及び医局員の増加を経て順調に発展し、現在は病床数120床、年間手術件数800件を越す本邦でも有数の大学病院脳神経外科に発展しました。

坂文種報徳會病院脳神経外科は従来より週1回の外来診療をおこなっていましたが、当院の機能拡張及び整理に伴い2001年5月常勤医2名を置き、病床数24床を有する科へと発展しました。

## 【スタッフ】



助教授 永田 淳二  
講師 岩田 聡敏

## 【現 状】

脳神経外科 5B病棟 24床

年間手術件数 28件（2002年度）

## 【診断・治療】

基本的に全ての脳神経外科疾患に対しスタンダードな診断、検査、手術への対応が可能です。中でもニーズの高い脳血管障害に力を入れており、時間外でも外科当直医と連携し、オンコールにて24時間体制で対応しています。又、より専門性の高い血管内外科や脊髄外科に関しては、第一教育病院の医師と連携して診療にあたっています。特に特徴的な診療内容についてご紹介します。

## 〈高血圧性脳出血〉

時代の流れに対応して、後遺症の少ない低侵襲な治療を心がけています。当科は最新式のレクセル定位脳手術装置を有しており、開頭手術とは比較にならない低侵襲手術が可能です。放射線技師との密接な連携のもと、手術を行っています。又、この分野では先進的な事として症例によっては、術中脳内視鏡を導入しています。

## 〈水 頭 症〉

同じく低侵襲治療の一環として、脳内視鏡下で手術を行っています。開頭手術と比較して開頭範囲は10分の1以下です。

## 〈重症頭部外傷〉

特に手術症例の術後管理に積極的に低体温療法を導入しております。これにより飛躍的に救命率が上昇しました。低体温療法施行には熟練したスタッフが必要不可欠でありノウハウの集積を日々行っています。

## 〈リハビリ〉

当院には専門のリハビリ科があり、超急性期よりリハビリが可能です。これにより、脳神経外科疾患の予後改善に貢献しております。又リハビリ医、理学療法士とは週1回カンファランスを行いより密接な診療を行っています。

## 〈検 査〉

外来診療においても、スクリーニングで3D-CT・MRI・MRAを行う事が可能で、より精度の高い専門的な診断が可能です。

以上当科の紹介をさせていただきましたが、今後ともご指導ご叱責賜りますようお願いいたします。

## 【定位脳手術】



術前処置後



頭蓋へのフレーム固定



CT スキャンにおける計測



片方技師と米持技師



術中写真



## 診療科紹介⑭

## 形成外科

## 【経 緯】

第二教育病院における形成外科診療は、平成12年度まで第一教育病院形成外科学教室（前主任・中島龍夫教授）より非常勤医師により週二回、午後の外科外来診察室を借りての外来診察と外来手術でした。平成13年度、現松本純夫院長の要請により、第一教育病院形成外科学教室（現主任・吉村陽子教授）から常勤医師一名を配置するとともに、外来を午前中の週三回とし、入院を必要とする手術も積極的に対応できるようになりました。さらに今年度からは、非常勤医師による外来診察日を設けました。

## 【スタッフ】

常勤講師 米田 敬  
非常勤講師 山田 大

## 【診察日】

月・水・金 米田 敬  
木 山田 大

## 【診療内容】

形成外科とは一体どのような治療をする科なのか、いまだに意外と思われています。一般の方々には、怪我をしたら傷跡を残さずにきれいに縫ってくれる科である、と思っている程度の方がたくさんいらっしゃるようです。しかし、それは形成外科のイメージの部分でしかありません。実際は、体表面に関する事であれば頭の前から足の爪までが守備範囲となります。出来るだけ人の目を気にすることなく快適に暮らすためのお手伝いをさせていただく科と言えます。日常的な診療の中では、顔面などの露出部位を中心とした、外傷・傷跡（肥厚性瘢痕・ケロイド含む）の形成や大小の腫瘍・アザの除去・陥入爪の治療などが主となり、外科や整形外科、皮膚科からも依頼を受けます。先天性の疾患

としては眼瞼下垂症・多指（趾）症・小耳症が多く、このほか腫瘍切除後や外傷後の組織欠損に対する組織移植を中心とした再建術の依頼を耳鼻咽喉科・整形外科・外科などから受けます。健康保険診療の部分だけでもまだまだ様々な診療を行っていますので、今後より一層皆様のお役に立つ事が出来ればと考えております。当科では保険適応外の診療（美容）も、現在は一部ではありますが行っています。特に多いのは黒子や老人性色素斑です（病的と判断される例外もありますが、基本的に黒子や老人性色素斑には保険適応がない事を理解していっしょにやらない方が非常に多い）。これらに対しては、高性能な炭酸ガスレーザーを使用しており、料金も設定しています。

## 【治療例】

今回は、このレーザーを使用し、形成外科にはこのような依頼もある、という治療例を御紹介します。外科で人工肛門を造設した場合、腸粘膜と皮膚間に炎症を起こし、出血が続いたり、不良肉芽が出来る事があります。これは途切れることのない便による刺激で、なかなか治り難いものです。この部位に炭酸ガスレーザーを適切に照射することで、比較的簡単に治す事が出来ます。外科系各科の先生方は皆創傷治療のエキスパートであられるのですが、それでも治し難い傷はあるもので、少し違った発想による治療が効果的な場合があります。そのような時こそ、形成外科医の存在意義が発揮されるものと考えております。



(皮膚粘膜境界部からの出血)



(レーザー照射後3週間)



(皮膚粘膜境界部の不良肉芽)



(レーザー照射後3週間)

## 【炭酸ガスレーザー装置とその照射風景】



## 診療科紹介⑬

## リハビリテーション部



## 【概要】

一般病院でのリハビリテーション（以下リハと略す）診療とはどのようなことをしているか疑問にもたれている先生方も多いかと思われます。当院におけるリハの概要を説明します。

当リハ部は外来診療、理学療法、作業療法、言語療法により構成（医師：常勤2名、非常勤2名、理学療法士9名、作業療法士7名、言語聴覚士1名）されております。外来診療は（H16/4現在）毎週、外来リハは月～金のいずれも午前中に行っております。入院リハにおいては、上記時間以外を中心に施行しております。

入院、外来を含め、リハ依頼のあった患者様を診察し、リハ計画を立てリハ処方を致します。定期診察と療法士とのカンファレンスにて、処方の変更、検査の施行、機能帰結を推測し、今後の生活にあわせた目標や訓練、環境調整等を本人、御家族に説明します。退院前訪問指導として、療法士とリハ医が自宅へお伺いし在宅生活での住宅改修へのアドバイスや移動手段、移乗などを検討したりもします。装具も重要な対応法の一つです。

当院のリハでは、整形外科疾患、脳卒中の患者様が大半を占めております。入院、外来共に整形外科疾患においては、当院整形外科医の整形処方をもとに訓練を施行しております。整形外科医とリハスタッフは定期カンファレンスを持ち、情報を共有し、患者個人にあわせたリハを施行できるよう努めております。

整形疾患、脳卒中の亜急性期から慢性期の外来リハにも週1回程度で対応しております。地域のデイケア、

訪問リハ等の併用や移行などもしており地域との連携を図っております。

## 【検査】

リハ診療の中には各種機能検査も含まれます。当院で行っている検査で比較的頻度の多い検査について御紹介致します。代表的な検査として筋電図、嚥下造影があります。あまり普及していない検査のため、対象が分かりにくい点もあると存じます。頻度が多く、今後の治療の参考になる疾患をあげ簡単に説明致します。

## 筋電図

手根管症候群、顔面神経麻痺、腓骨神経麻痺による下垂足などに施行し、支配神経や筋の損傷の程度や回復の有無を把握するため施行します。検査時間は疾患によりまちまちです。電気刺激装置（低周波様の刺激）や針を使用しますので、やや痛みの伴う検査です。

## 嚥下造影

最近普及しつつある摂食・嚥下障害に対する検査です。脳卒中や高齢者の方が食事中むせる、微熱がある、食べているのに体重減少がある、肺炎を繰り返すなどの時にご依頼を頂ければ幸いです。誤嚥の有無や今後の食形態、姿勢等を検討します。検査時間は20分程度です。

## 装具や自助具

脳卒中片麻痺や腓骨神経麻痺による下垂足や尖足患者に対する短下肢装具、変形性膝関節症に対する膝装具（支柱付きのサポーター）もしくは足底板（靴の底敷きを本人にあわせて作製）等、が重要な装具です。また、関節リウマチによる関節変形や頸髄症、脊髄損傷における上肢筋力低下に対し、歯ブラシ、スプーンなどの自助具作製等を行います。

## 【療法士より当院のリハについて】

対象者は70歳を越える高齢者が多く、また、高齢者に多く認められる疾患が大半を占めております。特に、転倒による骨折（大腿骨頸部骨折、橈骨遠位端骨折など）の割合が高くなっております。そのような方々が

家庭もしくは社会になるべく早く復帰出来るために、リハ医の指示のもと、理学療法士・作業療法士・言語聴覚士がそれぞれの分野で治療計画を立案し、訓練を行っております。

外来での訓練対象は、急性発症した外傷（骨折など）後の機能改善を目的としたものと、当院退院後も機能改善、ADL向上目的でリハ継続の必要性がある患者様がほとんどであり、その必要性に応じた頻度で通院訓練を行っております。訓練経過の中で急性期を過ぎ障害が固定されてきた場合は、介護保険サービス（デイケア、デイサービス、訪問リハなど）を紹介し、スムーズに移行できるように援助しております。

入院での訓練対象は、急性発症した整形外科疾患、脳血管障害の患者様がほとんどで、身体機能および精神機能面の改善、ADL向上（介助量を減らし自立出来るように）を目的とした訓練を行いながら包括的にアプローチしております。中でも、「リハは訓練室で行うもの」という従来の概念を取り払い、患者様が安全で効率の良い生活が送れるように配慮し、理学療法士・作業療法士が病棟へ出向いての訓練も行っております。実際の生活場面（病棟内）で困っていること、出来ないことを看護師と協力しながら一日でも早く自立出来るように考えアプローチしています。また、1人の患者様の訓練に複数の療法士が携わり、定期的にミーティングを開き、治療の方向性や訓練内容・方法など細部にまで十分な検討を加えています。このシステムは、若いスタッフへの教育システムとしても機能しています。

## 【最後に】

リハでは、患者様がその能力に応じ、よりよい生活が送れるように一緒に訓練しながら具体的方法を考えていきます。外来リハ、検査の適応は診察の上検討させていただきます。医療連携登録医の先生方にも御活用頂ければ幸いです。



## 薬 剤 部

### 酒税を考慮した消毒用アルコール製剤の発売

CDC (Centers for Disease Control and Prevention : 米国疾病管理予防センター) ガイドライン 2002 に「目に見える汚れがない場合に日常的に行う手指消毒」に擦式消毒用アルコール製剤を使用することが勧告されています。医療現場では有効性・安全性に加え、感触や香りに配慮した低刺激でより安価な消毒剤を必要としています。2001 年 4 月の新アルコール事業法の施行に伴い、それまで専売であった免税措置が一部緩和され、昨年ようやく新タイプの消毒用アルコール製剤が発売されました。従来の日局消毒用エタノール (76.9 ~ 81.4v/v%エタノールと精製水配合) と、その調剤原料であるエタノール (95v/v%日局エタノールおよび 99v/v%日局無水エタノール) の価格は、新アルコール事業法施行後も酒税に相当する価格が政府により加算されています。しかし、昨年発売された消毒用アルコール製剤は、添加物の配合により飲用または違法な酒類製造原料に流用される恐れがないと政府が認めた場合には酒税が免除されることを利用したもので、医療機関では有効で且つ経済的な消毒用アルコール製剤が入手可能になりました。

#### 繁用される消毒用アルコール製剤の種類

従来より医療機関において繁用されているものは、①消毒用エタノール (酒税対象) ② 70v/v%イソプロパノール液 (酒税加算なし) ③イソプロパノール添加エタノール液 (酒税加算なし) がありますが、これらに加えて、④ユーカリ油などの香料を添加した製剤について免税措置と薬事法上の承認が得られ、市販されています。

表 1 各種アルコール系消毒薬の単回経口投与毒性、皮膚刺激性、その他の特性

		①日局消毒用エタノール	② 70v/v%イソプロパノール液	③ 18v/v%イソプロパノール添加 60v/v%エタノール液	④ユーカリ油添加消毒用エタノール
単口経口投与毒性 (マウス)LD50(g/kg)	雄	10.41	8.86	9.60	12.25
	雌	12.25	9.60	11.29	10 ~ 15
皮膚刺激性 (ウサギ) PCI値 *		0.67	0.33	0.28	0.22
脱脂作用		イソプロパノールより弱い	エタノールより強い	中 間	イソプロパノールより弱い
経 済 性 薬価 **		酒税対象 13.20 円 / 10ml	酒税加算なし 5.50 円 / 10ml	酒税加算なし 4.80 円 / 10ml	酒税加算なし 13.20 円 / 10ml

\*皮膚 1 次刺激インデックス (OECD Guide, 1992)

\*\*薬価は平成 16 年 3 月現在

#### 有効性・安全性の比較

糸状菌など特定の微生物を対象として特別な消毒を行う場合を除けば、どの消毒用アルコール製剤を選択しても有効性に大差はありません。脱脂作用による手あれが原因でおこる皮膚刺激については、酒税を考慮した消毒用アルコール製剤の方が従来の消毒用エタノールやイソプロパノール製剤より弱く、また低毒性であることが報告されています。(表 1)

#### おわりに

院内感染防止上、医療従事者は手指消毒を頻回に行うため大量の消毒剤が必要となり、使用する消毒剤は低刺激で安価であることが必須です。当院では、ICT (Infection Control Team : 院内感染対策チーム) が中心となり、安全性・使用感・利便性そして更に経済性を考慮した製剤を選択し使用しています。各施設の状況に応じた実務的な選択をすることが必要と思われます。

## 放 射 線 科

#### 骨粗鬆症と骨塩定量

骨粗鬆症は全身性に生じる骨格系の病変で、骨量の減少、骨組織の微細構造の崩壊、その結果骨脆弱性の増加や骨折のしやすさなどの特徴をもっています。

現在では骨粗鬆症に対する治療薬も飛躍的に向上し骨密度測定の有義性も十分に考えられます。当院での骨塩定量は躯幹用 DXA (dual

energy X-ray absorptiometry) 装置を用い腰椎の骨密度測定を行います。通常は中手骨あるいは踵骨での定量が行われますが、特に日常生活において支障をきたす部位として股関節、腰椎での定量が重要であると考えます。



検査時は写真のように仰向けで検査を行います。検査時間は 5 分程度で検査の解析は 15 分程で終わります。



(写真 1)



(写真 2)

写真1は経時的測定結果を表すもので、これは患者様の検査結果が経時的に把握することができるというメリットがあります。写真2はBMD年代別グラフで同年代の人たちと比べたときに自分の骨密度がどのくらいであるのかが容易に把握することができます。

## 看護部

整形外科病棟では脊椎や下肢の術後底背屈運動の励行とともに、フロートロン（間欠的空気圧迫法）を長年、使用していますが、長時間の使用による苦痛と不快の声も多く聞かれます。そこで手術後の看護ケアとして保温、血流促進の効果がある足浴をすることで、深部静脈血栓の予防に繋がるのではないかと考え、以下のような調査を行なった結果、足浴の効果を得ました。現在は毎晩、就寝前の20時に足浴を実施しております。就寝前に看護師が15分間ベッドサイドにいることは患者様の安心感に繋がり、入眠効果も得られています。看護効果を得るまでの調査内容及び結果をご報告します。

対象は術後一週間以上の、安静臥床患者41名、全例女性。平均年齢80.2歳。条件は室温 $24 \pm 2^{\circ}\text{C}$ 、湿度50～60%の病室で実施。足浴温度は常時 $38 \sim 40^{\circ}\text{C}$ を保持し、市販の人工炭酸泉浴剤を使用。足浴方法は両足関節まで15分間浸漬させ、すべての対象者に臥床した状態で実施しました。

測定方法は血流流速の増加に伴い深部温も上昇するのではいかと考え、深部体温、血流流速を測定。深部体温、血流流速とも、足浴実施前、実施直後、15分後、その後は1時間毎に5時間後まで測定し、翌日24時間後に再び測定しました。深部温（図1）は足浴実施前、平均 $33.3^{\circ}\text{C}$ で、足浴実施直後が最も上昇し、平均 $34.8^{\circ}\text{C}$ 。実施前と比較して、 $1.4^{\circ}\text{C}$ の上昇を認めました。5時間後も平均 $34.5^{\circ}\text{C}$ と上昇し、実施前の深部

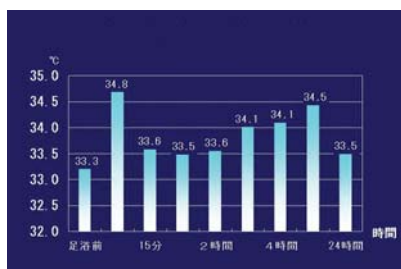


図1. 深部温の変化(平均)  
温が維持されていました。

血流流速値では、足浴実施前、平均 $1.4\text{ml}/\text{min}/\text{mg}$ 、3時間後が最も上昇し平均 $2.4$ 。実施前と比較して、 $1.7$ 倍の上昇を認めました。24時間後も平均 $1.7$ と、実施前の血流流速を上回った状態で維持されていました。

血流流速比（図2）は患足、健足ともに底背屈運動、足浴、AVインパルス、フロートロンの順に血流が低下していました。本調査において血流流速値を測定した結果、足関節自動運動に次いで人工炭酸泉浴剤を使用した足浴の血流流速値はAVインパルス、フロートロンに匹敵する血流促進効果があると考えられます。しかし、当病棟では痴呆、理解不足等により上手く行えないことも多く、単独では不十分であると考えます。

術後長時間同一肢位でいることで筋ポンプ作用が低下し、静脈の流れが停滞します。バルブポケットに血液が貯留し血栓が形成されるといわれています。一旦発生すると治療は困難で、術直後から離床までの間の予防が重要とされています。しかし、各科によって予防方法が違っているのが現状です。

深部静脈血栓症は術後合併症のひとつで、致死性の肺塞栓症の原因となります。深部温と血流流速は同じような上昇傾向が見られました。足浴直後に $1.8$ に上昇、3時間後には $2.4$ の上昇を認めましたが、これをピークとし、以後低下していくも、24時間後の血流流速値は平均 $1.7$ と維持されました。5時間後の深部温は平均 $34.8^{\circ}\text{C}$ と $1.4^{\circ}\text{C}$ 上昇し、24時間後も著しい低下はみとめられませんでした。このことから、血液が温められ血流流速が上昇し、血

流の停滞を防ぐ効果があると推測されます。したがって、底背屈運動や、間欠的圧迫装置と併用し、足浴を実施することで、下肢の血流量を維持でき、深部静脈血栓症を予防できると考えます。また、15分間看護師がそばにいてケアをすることで患者様は安心感を得られ、入眠効果も得られております。

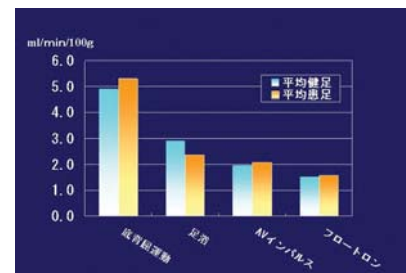


図2. 血流流速比

## 検査室

### 細菌検査室と

### Infection Control Team(ICT)

当院では、細菌担当技師がICTのメンバーに属して、院内感染を監視し、未然に防ぐための役割を担っています。

細菌検査室は院内で検査結果を最初に知りえる位置にいるため、アウトブレイクがおきていないか、また耐性菌が検出されていないか注意しています。同一病棟から同一菌種が多く検出されるような場合は要注意で、ICTより病棟へ連絡をしています。その他環境検査として、屋上の冷却水について清掃、消毒管理をしている施設課と協力し、レジオネラ菌の培養も実施しています。

以下の菌種は、院内感染において警戒が必要な薬剤耐性菌です。

《メタロ-β-ラクタマーゼ産生菌》

ペニシリン、第1～第3世代のセフェム、セファマイシン、カルバペネムを分解する酵素（メタロ-β-ラクタマーゼ）を産生し上記の薬剤に耐性を示す菌。

菌種：腸内細菌科やブドウ糖非発酵菌など約20種報告されているが、分離頻度としてP.aeruginosa（緑膿菌）、S.marcescens（セラチア菌）が多い。

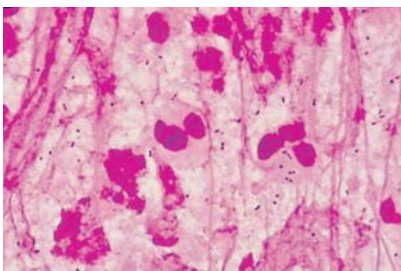


伝播：耐性遺伝子を染色体上にもつものと、プラスミド上にもつものがあり、後者は菌種を越えた拡散を引き起こすので要注意。

《ESBLs 産生菌 (Extended spectrum  $\beta$ -lactamases)》

基質拡張型  $\beta$ -ラクタマーゼ (ESBLs) を産生して第 3 世代セファロスポリンに耐性を獲得した菌。  
菌種：E.coli (大腸菌)、K.pneumoniae (肺炎桿菌) 等に見られる。

伝播：耐性遺伝子がプラスミド上に存在するので、接合などにより菌種をこえて伝達される。



喀痰の塗抹鏡検でグラム陰性の短桿菌が検出

《VRE (Vancomycin-resistant Enterococcus) バンコマイシン耐性腸球菌》

バンコマイシン以外にも感染症治療のため先行使用したペニシリンやアミノグリコシド系薬剤にも高度耐性を示すことが多い。

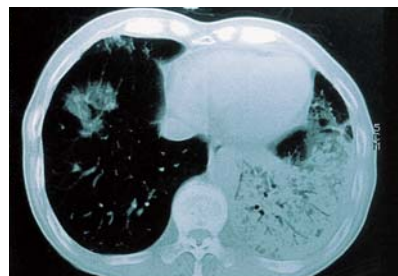
《PRSP (ペニシリン耐性肺炎球菌)》

従来肺炎球菌の治療にはペニシリンが使用されていたが、近年ペニシ

リン耐性種が多数をしめるようになった。またペニシリンのみならず多剤耐性化が進んでいる。



ペニシリン耐性インフルエンザ菌による市中肺炎の胸部単純 X 線写真



同一患者様の肺胞性肺炎の所見

《BLNAR ( $\beta$ -ラクタマーゼ陰性・アンピシリン耐性 H.influenzae)》

従来 H.influenzae (インフルエンザ菌) の治療にはアンピシリン (ABPC) を第一選択剤とする  $\beta$ -ラクタム薬が使用されていたが、 $\beta$ -ラクタマーゼ非産生にもかかわらず

ABPC に耐性をしめず菌種が検出され始めた。これらは ABPC 以外の  $\beta$ -ラクタム薬にも高い MIC を示す。 $\beta$ -ラクタマーゼによる耐性ではないので  $\beta$ -ラクタマーゼ阻害剤は効果がない。

《その他》

フルオロキノロン耐性淋菌、セフェム耐性淋菌、クラリスロマイシン耐性 Hericobacter.pylori、多剤耐性結核菌など多くの菌種で薬剤耐性化がおこっています。これまで有効性が期待できる抗菌薬が多数存在しコントロールが可能であった菌種でも多剤耐性を獲得した臨床分離菌が出現しつつあり、それらの蔓延はこれからの医療にとって大きな脅威になると考えられます。

上記の菌は MRSA と同様に接触感染予防対策で院内感染が防げます。一処置ごとの手洗いの徹底が基本です。

## 編集後記

ばんたねネットワーク第 5 号はいかがでしたか。

巻頭では当院の院内感染防止活動を紹介し、診療科の紹介と各部署の話題のテーマをのせてみました。また、広報誌「ばんたねネットワーク」第一号発行から 2 年が経ち、診療科の紹介も終わり、編集委員会で登録医の先生方にお役に立つ広報誌を発信できるようにと考えています。充実した広報誌にするためにも登録医の先生方のご意見、感想をお聞かせください。(伊藤 裕安)

### 「ばんたねネットワーク」編集委員

乾 和郎 (委員長・消化器内科)	各務美智子 (小児科)	伊藤 裕安 (検査部)
鈴木啓一郎 (外科)	中山貴美也 (薬剤部)	片方 明男 (放射線科)
鷺見 雄希 (整形外科)	石川 恵美 (看護部 5 A)	三羽 洋人 (管理部)
馬嶋 清如 (眼科)	山中 愛子 (看護部 6 A)	櫻井 麗子 (管理部)

# 外来診療医師表

平成16年4月1日 改訂

診療受付時間 午前8時30分～午前11時30分迄です。  
 休診日 土曜日午後・日曜日・祝祭日・年末年始(12月29日～1月3日)  
 総長の日(6月11日)・開学記念日(10月10日)

診療科		月	火	水	木	金	土	
内科	消化器	AM	志賀	若林	近藤(り)	乾	古田	芳野
		PM	乾	近石	三好	芳野	小林	若林
	呼吸器	AM	小林	服部(信)	奥嶋	奥嶋	服部(昌)	三好
		PM	中村	鎌田	三浦	木村	内藤	神谷
	専門	AM	廣瀬	立川	堀口	堀口	立川	廣瀬
PM		福本	近藤(り)	伊藤	佐々木	志賀	鳥越	
神経内科	AM					加藤(大)②		
	PM	山本①		大澤		早川②		
膠原病	AM							
	PM				深谷②			
循環器科	AM	安保	野村	横井	安保	野村	田村	
	PM	柿澤	古田	井波	藤原			
精神科	AM					横井(4週)		
	PM	成田						
小児科	AM	各務	須賀	宇理須	佐野	徳田	宇理須	
	PM	佐野	鈴木	各務	平田	藤田	須賀	
外科	AM	《腎臓》	《アレルギー》		《乳児健診》	《予防接種》		
	PM	諸岡	宇理須		松山	須賀		
形成外科	AM	松本	梅本	川辺	鈴木	水野	梅本(1週)	
	PM	廣瀬	大島	永田	小林	加納	(小林)	
脳神経外科	AM						水野(2週)	
	PM	松本			坂野(1・3・5週)		川辺(3週)	
整形外科	AM	山口			鈴木		永田(4週)	
	PM						加納(5週)	
リハビリテーション	AM	米田		米田	山田	米田		
	PM	永田	岩田	永田	永田	岩田	永田(2・4週)	
皮膚科	AM						岩田(1・3・5週)	
	PM	寺田	阿部	山田(治)	寺田	松岡	山田(光)	
泌尿器科	AM	松岡	山田(光)	杉本	加藤	阿部	加藤	
	PM	杉本			安藤①			
産婦人科	AM				山路①			
	PM	武上	山田	武上	武上	山田	山田(1・3・5週)	
眼科	AM	鶴田	鶴田	原田	鶴田	鶴田	武上(2・4週)	
	PM	原田	原田			原田	鶴田	
耳鼻咽喉科	AM	樋口	市野	樋口	樋口	市野	原田	
	PM		白木(4週)				樋口	
麻酔科	AM	中沢	中沢	丹羽	中沢	丹羽	新患)中沢	
	PM	丹羽	山口	西条(1・3・5週)	丹羽	山口	山口	
麻酔科	AM	東洋)丹羽	不妊)山口	她)中沢	東洋)丹羽	她)中沢		
	PM	不妊)丹羽		不妊)中沢	不妊)丹羽	不妊)中沢		
麻酔科	AM	腫瘍)丹羽		腫瘍)中沢	腫瘍)丹羽	腫瘍)中沢		
	PM							
眼科	AM	馬嶋	馬嶋	糸永	桐渕	馬嶋	桐渕	
	PM	糸永	桐渕	波木	波木	糸永	糸永	
耳鼻咽喉科	AM	鈴木	川勝	八木澤	秋田	鈴木	川勝(1・3・5週)	
	PM	藤澤(1・2・3・5週)	服部(親)	服部(親)	早野	秋田	服部(親)(1・2・4・5週)	
耳鼻咽喉科	AM	服部(寛)(4週)	米倉	早川	藤澤	藤澤	早野(2・3週)	
	PM	岩田	中島	大森(1週)	丹羽		米倉	
耳鼻咽喉科	AM	長谷川		徳田(2週)	森島(2週)		岩田	
	PM	腫瘍)鈴木		岩永(3週)				
麻酔科	AM			欄	川勝			
	PM			木村	秋田			
麻酔科	AM			早川	服部(親)			
	PM							
麻酔科	AM	鈴木	河西	木村	河西	木村	木村	
	PM	湯澤	湯澤	熊谷	洪	大森	川瀬(守)(1週)	
麻酔科	AM	熊谷	熊谷	川瀬(守)	熊谷	吉山	鈴木(2週)	
	PM	川瀬(治)	笹原	吉山	笹原		熊谷(3週)	
麻酔科	AM		川瀬(治)		那須		湯澤(4週)	
	PM						笹原(5週)	
麻酔科	AM		河西					
	PM		湯澤					
麻酔科	AM		熊谷					
	PM							

**初診予約について**

当院では、外来診療を円滑に行なう為に、予約制を行なっている科があります。患者さまを紹介していただく場合、外来診療表で予約を行なっているかを確認して頂き、予め電話(FAX)予約をしていただけるようお願い致します。なお、その際に簡単な患者さまの情報をお伝え頂きますと、待ち時間の短縮が可能となりますのでご協力をお願い致します。

①は月1回診療(都合で診療日は変更の場合あり)

②は2人で交替診療

は予約制になっておりますので詳しくは各科外来までお問い合わせ下さい。