

ばんたね ネットワーク

発行年月日 平成26年10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 広報委員会(ばんたねネットワーク編集グループ) 中田 誠一・乾 和郎

〒454-8509 名古屋市中川区尾頭橋3-6-10 TEL : (052) 321-8171 (代)

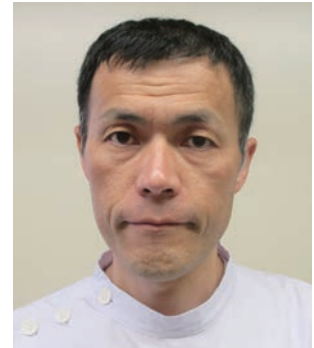
医療連携センター TEL : (052) 323-5927・5918



巻頭の挨拶

救急科開設にあたりまして

救急科 教授 村瀬 吉郎



平成 25 年 7 月 1 日付で、ばんたね病院の救急科へ赴任いたしました。本紙面をお借りして地域の皆様に謹んでご挨拶申し上げます。

現在私は研修医 1 名とともに日勤帯の救急搬入患者と午後からのウォークイン患者の診療を行っております。以前は救急対応する医師が当番制でしたのでその医師が検査などの処置を行っている場合、消防署から連絡が入っても受け入れるという返事ができないことがあったようですが、現在は短時間で受け入れの可否についての返事しております。先生方から小生にお電話をいただきました場合にも迅速にお答えできるようにしたいと考えておりますので何卒よろしくお願いたします。

私はばんたね病院にお世話になる前は、名大病院の救急・内科系集中治療部に勤務しておりました。そこでは全国から集まってきた若い後期研修医たちとともに、救急・内科系集中治療室を立ち上げ、救急診療を充実

させてゆくという貴重な経験をさせていただきました。当院にまいりましてからも若い職員に対する教育活動を定期的に行っております。昨年 11 月 3 日には研修医・看護師・臨床工学技士を対象として ICLS (Immediate Cardiac Life Support) 講習会を行いました。これは成人の心停止に対する最初の 10 分間の対応を習得することを目標とし、一次救命処置である BLS と二次救命処置 ACLS の基礎 (VF、Pulseless VT、PEA、Asystole への対応) を 1 日で学ぶものです。院外の医師・看護師・救命士に指導をお願いし、日本救急医学会の基準を満たすかたちで行いました。

また頸髄損傷が疑われる傷病者の救急搬入を何例か経験し、病院前の処置から到着後の診療までを適切に行う必要があると考えました。そこで昨年 12 月 12 日には中川消防署日置出張所の協力を得て、重症外傷患者に対する院外初期対応である JPTEC (Japan Prehospital

Trauma Evaluation and Care) について当院の医師および看護師に理解させました。これら off job training については研修病院であります当院において継続してゆく必要があると考えております。

皆様から紹介していただき救急外来へいらっしゃった患者様につきましては、緊急性および重症度に応じて適切な対応ができるように、このような講習会や日々の診療を通じて、若い先生方と研鑽をかせねてゆく所存です。また入院を要するような患者様につきましては主科として診療に当たる診療各科医師と迅速に連携するようにしてゆきたいと考えております。これからもご指導ご鞭撻のほど何卒よろしくお願申し上げます。

(文責：村瀬 吉郎)

診療科紹介

腎 臓 内 科

平成 26 年 4 月より腎臓内科が新設され、常勤医師 2 名の体制で診療にあたっております。

当科では検尿異常（蛋白尿、血尿）、腎機能障害（急性および慢性腎不全）、電解質異常などの疾患を幅広く扱っております。慢性腎臓病（Chronic Kidney Disease: CKD）は近年増加しておりその数は糖尿病患者に匹敵することが明らかとなっています。また CKD は心血管疾患の危険因子であることも知られており、CKD 発症、進行を防ぐことは透析導入患者

を抑制するだけでなく、心血管病を予防する意義からも重要です。

- ・二次検診で血尿、蛋白尿を指摘された場合
- ・腎機能が急速に低下した場合
- ・慢性腎不全の保存療法期間に腎機能障害が急速に進行した場合
- ・高血圧の管理が困難な場合
- ・電解質の異常がある場合

などは、当科へ遠慮なくご相談ください。

また CKD は早期からの栄養指導を含めた患者教育が非常に重要とされています。当科では 1 週間のコースで CKD の教育入院を行っており、栄養指導、スタッフからの腎不全教育、腎代替療法（血液透析、腹膜透析、腎移植）に関する情報提供などの患

者教育を行っております。実際教育入院を体験された患者さんからは「塩分を取り過ぎないように気をつけるようになった」「色々教えてもらえて良かった」との声が聞かれ、入院前より自己管理良好となる方が多く治療意欲の向上にも繋がっております。CKD については普段は開業医様で管理していただき、3～6 か月に 1 回程度専門的に診させていただく、といった病診連携も可能です。なお CKD が進行した際には血液透析導入も行っており、保存期から透析導入期まで全病期を通してサポートさせていただきます。

腎疾患でお困りのことがありましたら、どうぞお気軽にご相談下さい。

CKD の定義

- ① 病理、画像診断、血液・尿異常で腎障害の存在が明らか
—特に蛋白尿の存在が重要—
- ② $GFR < 60 \text{ mL/分/1.73m}^2$
- ①、②のいずれか、または両方が 3 ヶ月以上持続する

かかりつけ医→腎専門医への紹介基準

- ① 尿蛋白定性で 2+以上（腎機能は問わない）
- ② 尿蛋白、尿潜血がともに 1+以上（腎機能は問わない）
- ③ 推算 GFR が 49 mL/分/1.73m^2 以下

上記①、②、③のいずれか 1 つを満たす場合は、腎専門医にご紹介ください。

原則として、かかりつけ医と連携して CKD の管理をさせていただきます。

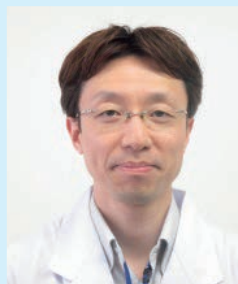
（普段はかかりつけ医で診ていただき、当院腎臓内科には時々来ていただきます。）

腎専門医に診せる間隔（腎機能別）

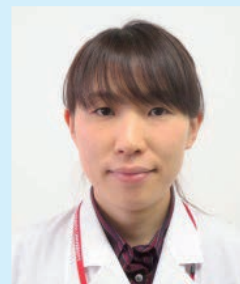
$\geq GFR 30 \text{ mL/分/1.73m}^2$	6 ヶ月毎
$GFR 20 \sim 29 \text{ mL/分/1.73m}^2$	3 ヶ月毎
$< GFR 20 \text{ mL/分/1.73m}^2$	専門医へ

外来診療日：午前 8 時 45 分～午前 11 時 30 分

月	火	水	木	金	土
	尾崎	清			



尾崎 武徳 医師



清 祐実 医師

Topics

呼吸器内科

東海地区で行った吸入指導のアンケート調査から

気管支喘息・COPD患者の治療の中心はガイドラインに記載されている通り、吸入ステロイドや気管支拡張薬の吸入薬（図1）が中心です。しかし、特に高齢者において様々な問題点から、吸入薬の普及はまだ十分であるとは言えません。そこで今回我々は、東海地区（愛知、三重、静岡、岐阜）における65歳以上の高齢者喘息・COPDの患者の治療薬についての現状を把握するためにアンケート調査を行いました。

【対象と方法】

調査対象は東海地区（愛知、三重、静岡、岐阜）の医師：呼吸器専門医52名・非専門医116名と薬剤師：院内14名・院外118名で、調査期間は2014年3月27日から4月21日とし、アンケート用紙を用いて調査しました。

【結果】

今回のアンケートの結果、初回のみ吸入指導を行っていると感じた医

師、薬剤師がともに過半数を占めていましたが、患者の理解度は初回時に比べ2回目、3回目と回数を重ねる度に良好な傾向が得られました。理解度が低いと感じられる患者の原因では、年齢が高い、認知症がある、デバイスの異なる薬剤が複数処方されている順で多く、年齢については70歳以上が一番多く、次いで80歳以上でした。吸入薬、内服薬、貼付薬を指示通り使用していない患者はどれ位いるかに関しては吸入薬は過半数の患者が指示通り使用していない結果となりましたが、内服薬は指示通り使用している患者が多く、貼付薬ではほとんどの患者が指示通り使用していました。貼付薬のメリットの問いにアドヒアランスが良い、説明が簡単、患者が好むの順に多い結果となりました。

今回のアンケートの結果からもまだまだ高齢者喘息・COPD患者の吸入薬のアドヒアランス、吸入指導に問題がある事がわかりました。それぞれ、下記の様な問題点が指摘されると思います。

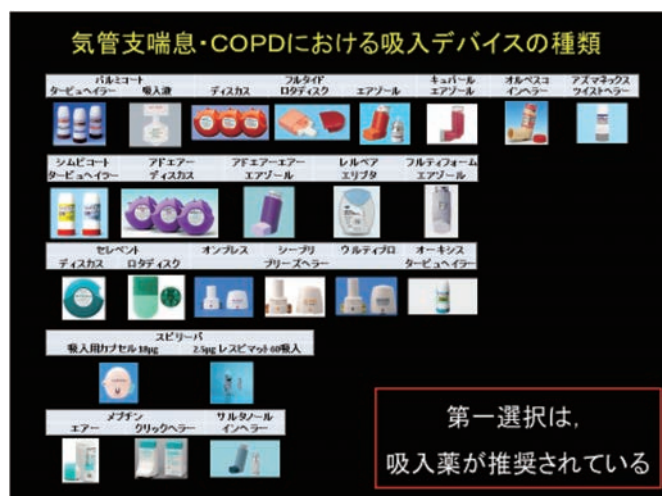
【高齢者喘息・COPD患者の問題点】

- ・呼吸機能の低下、末梢気道閉塞が強い
- ・吸入操作の習得が困難
- ・薬剤の理解度が低い、アドヒアラ

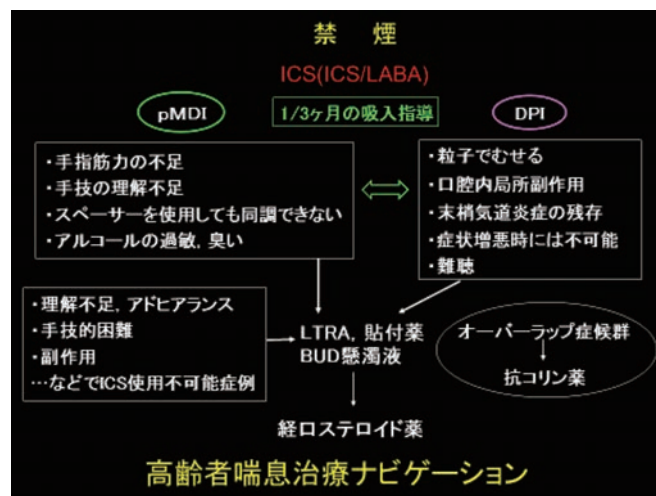
ンスが保てない場合がある

- ・ガイドラインに沿った治療ができない場合がある
 - ・合併症をもつ患者が多い（心不全、認知症、GERDなど）
- 【高齢者の吸入指導の問題点】
- ・記憶力の低下：操作手順、回数などを繰り返し指導しても忘れてしまう
 - ・手指筋力、触覚の低下：pMDIを噴射できない、蓋が開かない、細かい作業が出来ない、手のふるえ
 - ・肺機能の低下：吸気流速が保てない
 - ・視力の低下：カウンターの数字が見えない
 - ・聴力の低下：説明・回転時の音が聞こえない

このような問題点を改善させるため、当院呼吸器内科では高齢者ナビゲーション（図2）の様に、高齢者喘息・COPD患者のアドヒアランスの向上、吸入指導などに取り組んでおります。もし、お困りの患者様がおられましたら是非当院呼吸器内科へご紹介して下さい。患者様の最善と思われる治療法を選択し、お返しする事が出来ると思います。宜しくお願い申し上げます。（文責：廣瀬正裕）



（図1）吸入デバイスの種類



（図2）高齢者ナビゲーション

Topics

臨床検査部

尿中アルブミンについて

【はじめに】

尿中アルブミンは、1) 糖尿病性腎症の早期発見・治療の指標、2) 慢性腎臓病 (CKD) のステージ分類の指標・治療の指標になる検査項目として有用とされています。

【尿中アルブミンの機序】

糖尿病や糸球体腎炎、高血圧による糸球体内圧亢進によって、糸球体の蛋白に対する透過性が高まった結果、血漿蛋白 (特にアルブミン) が尿細管腔に漏出したものを糸球体性蛋白尿といいます。

尿蛋白定性検査で陰性または軽度陽性 (1+ 程度) と判定された尿検体でもアルブミンの排泄量が異常に増加していることがあり、これを微量アルブミン尿といいます。微量アルブミン尿は糖尿病性腎症の早期の診断マーカーとされています。

蛋白尿・アルブミン尿の評価は以下の表の通りです。

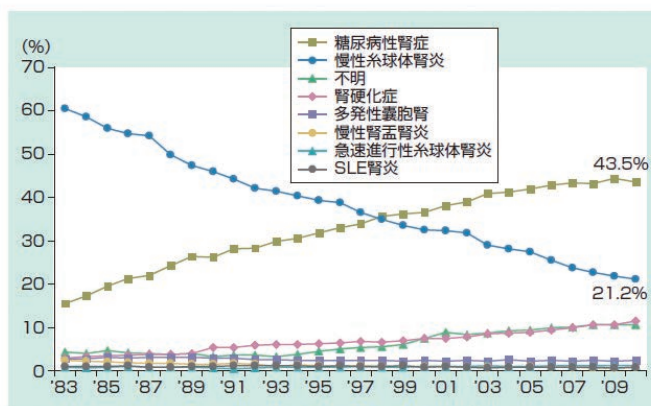
【糖尿病とアルブミン尿】

近年、糖尿病患者の増加とともに、3大合併症のひとつである糖尿病性腎症の患者も著しく増加しています。それに伴って、人工透析適応例に占める糖尿病性腎症の割合も多くなっています。

糖尿病性腎症は、少なくとも5年以上の糖尿病罹患期間があり、尿検査で微量アルブミン尿～顕性アルブミン尿が持続する場合に疑われます。

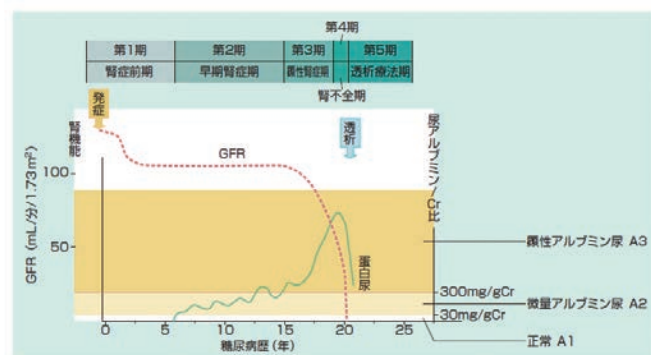
蛋白尿・アルブミン尿の評価

	A1	A2	A3
アルブミン尿	正常	微量アルブミン尿	顕性アルブミン尿 (ネフローゼ)
尿アルブミン排泄量 (mg/日)	<30	30~299	≥300
尿アルブミン/Cr比 (mg/gCr)	<30	30~299	≥300
蛋白尿	正常	軽度	高度 (ネフローゼ)
尿蛋白排泄量 (g/日)	<0.15	0.15~0.49	≥0.50
尿蛋白/Cr比 (g/gCr)	<0.15	0.15~0.49	≥0.50
試験紙法での目安	(-) ~ (±)	(-) ~ (2+)	(1+) ~ (3+) (3+) ~ (4+)



年別透析導入患者の主要原疾患の推移
(図説 わが国の慢性透析療法の現況 2010年12月31日現在, p12. より引用)

年別透析導入患者の主要原疾患の推移



2型糖尿病性腎症の臨床経過
(磯野博史, 糖尿病性腎症—発症・進展機序と治療, 東京: 診断と治療社, 1999: 192. より引用, 改変)

2型糖尿病性腎症の臨床経過

【CKDと心血管疾患 (CVD)】

軽度の腎機能低下や蛋白尿が心筋梗塞や脳卒中の大きな危険因子であることが、欧米のみならず日本でも明らかにされています。CKD ステージが高くなるに従って、冠動脈の狭窄病変が高度になり、冠動脈組織の粥状硬化病変の程度が強くなることがわかっています。

肥満、糖尿病、高血圧患者のみならず明らかな疾患のない人でも、微量アルブミン尿・顕性アルブミン尿はCVDの危険因子です。また、CVD患者ではCKDを合併する頻度

が高く、CVD患者の予後はCKDのステージが進むほど悪くなるとされています。

【当院では】

蛋白尿は試験紙でのスクリーニング (感度: +/ - = 約15mg/dl) と蛋白定量検査 (感度: 1mg/dl) での測定が可能です。

アルブミン尿は自動分析装置での迅速測定 (感度: 1.0 μg/dl、クレアチニン換算値で報告) が可能です (所要時間30~40分、夜間・休日を除く)。ただし、診療点数は糖尿病又は糖尿病性早期腎症患者であって、微量アルブミン尿を疑うもの (糖尿病性腎症第一期又は第二期のものに限る) に対して検査を行った場合に、3ヶ月に1回に限り算定できると定められています。

(文責: 玉井 良枝)

Topics

薬 剤 部

【薬剤過敏症】

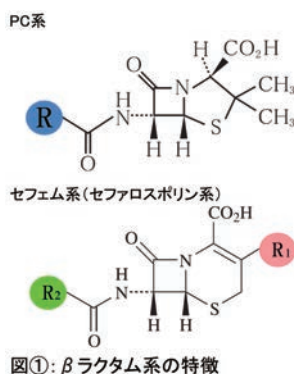
薬剤部では患者さんにアレルギー歴や薬剤の副作用歴があった場合、代替にどの薬剤を選ぶかという質問を受けることがあります。

そこで今回は薬剤過敏症についてお話しします。薬剤過敏症は生体内で薬剤を抗原とする過剰な抗原抗体反応により引き起こされます。抗原となる薬剤の形（化学構造）が抗体により非自己として認識されることが大きな要因です。

以下にβラクタム系抗生物質を例に挙げて考えてみたいと思います。

【βラクタム系の特徴】

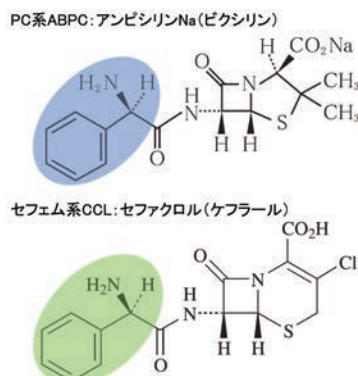
抗生物質のペニシリン（以下 PC）系とセフェム系はβラクタム環という4員環を有しています。βラクタム環の隣に5員環の付いたものがPC系、6員環の付いたものがセフェム系です。この共通の骨格があることで同じ薬理作用（抗菌作用）を発揮します（図①）。



PC系には1個しかない置換基(R)が、セフェム系には2個(R1、R2)存在します。この置換基によって薬物動態の違いや薬理作用の強度が変わってきます。そのためセフェム系は多くの薬剤が開発され、世代による抗菌スペクトルの違いなどの特徴を持つようになりました。

【PC系アレルギー患者にセフェム系は使えるか、セフェム系アレルギー患者に別セフェム系は使えるか】

薬剤過敏症ではこの似た構造ゆえに、抗体がPC系とセフェム系を勘違いして異物と認識してしまう「交差抗原抗体反応」を引き起こす恐れがあります（図②）。



添付文書上では「ショックの既往歴のある患者」には「禁忌」となっており、「過敏症の既往歴のある患者」であれば「原則禁忌（投与しないことを原則とするが、特に必要とする場合には慎重に投与）」となっています。すなわちアナフィラキシーやショックのように重篤な場合は今後の使用は控えなければなりません。

しかしPCによるI型アレルギーは10,000人に1.5～4人程度とされています。また患者の自己申告には因果関係の不明な副作用や軽微な症状を含む可能性がありますし、臨床現場では適応や重症度により、やむを得ず使う場合もあります。

では、βラクタム系過敏症がある場合の具体的な対処法を挙げます。

【対処法】

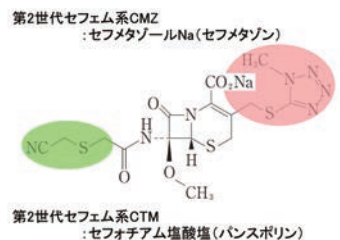
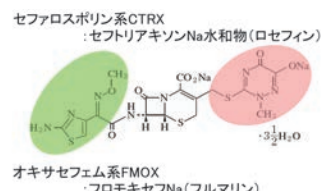
1) βラクタム系以外を選択。

例えばブドウ球菌属や肺炎球菌などをターゲットにする場合、クリンダマイシン（ダラシン）へ変更する。

2) 系統の異なるβラクタム系を選択（図③）。

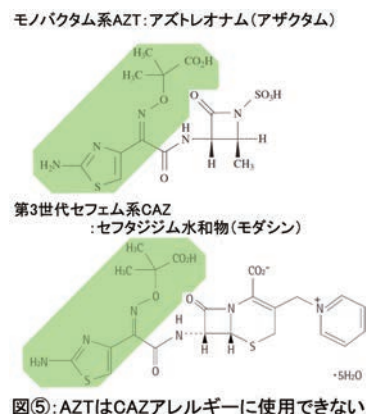
3) 側鎖の類似性の少ないβラクタム系を選択（図④）。

この場合はリスクを十分に踏まえて、慎重に投与し、経過観察を行う必要があります。



【落とし穴に注意を】

βラクタム系の一つであるモノバクタム系の薬剤はPC系やセフェム系アレルギーの患者に使用することがあります。ただしCAZとは交差反応が起きるので用いることはできません。このような注意点も構造を見れば明らかです（図⑤）。



【終わりに】

実際に構造式を眺めてみると、添付文書を読んだだけではわからない薬の個性が見えてきます。

これからも適切な情報提供を心掛けていきたいと思っています。

（文責：伊藤 薫）

Topics

臨 床研修センター

当院では平成16年4月から開始された現行の新臨床研修制度のもとで初期研修医の募集、マッチングを行い、各学年5名の初期研修医を受け入れており、現在10名の初期研修医が各診療科をローテーションしながら研鑽を積んでいます。臨床研修センターはセンター長、副センター長2名と事務員で運営されています。当院の研修システムの特徴は柔軟性に富んだプログラムにあり、各科ローテーションの順番も各自の希望を尊重しています。臨床研修センターでは毎週木曜日の午後5時より研修医検討会を企画開催しています。この会には臨床研修センターの医師、持ち回りで決められた各診療科の指導医が参加しており、時間外で経験した症例の検討会、各診療科の指導医によるミニレクチャー、基本的臨床手技の勉強会などを研修医の担当を決めて行っています。また当院では豊明の藤田保健衛生大学病院の初期研修医も希望者は当院での研修を1ヶ月程度受け入れています。当院の特徴でもある各診療科間の垣根の低い緊密な連携がとれたシステムで研修医の教育にあたっており、研修医の評価も上々と自負しております。

当院の研修医が地域社会に貢献できる医師として活躍できますように地域の先生方からも暖かいご指導ご鞭撻を賜りますように心からお願い申し上げます。

(文責：富重 博一)



研修医からのひとこと



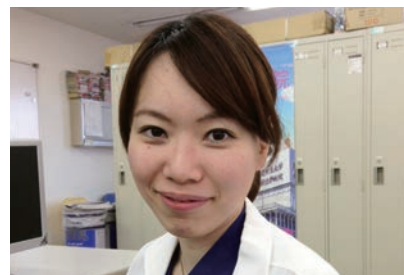
研修医 堀口 紘輝

私は藤田保健衛生大学出身で、医師として働き始め1年がたちました。4人の同期とともに協力し合い研修医生活を送っています。まだまだわからないことが多く、先生方やコメディカルの方々、その他たくさんの人に助けをいただきなんとか働いている状況です。

ばんだね病院は大学病院とは異なり、研修医も少ないためローテーションしている科以外の先生にも色々相談しやすいですし、ローテーションしていない科の手技もさせていただいています。疑問に感じることや患者さんについて、何科の先生でも優しく教えていただける環境で働いているので、毎日がとても充実しています。

また患者さんから学ぶことも多く、救急外来では貴重な経験をさせていただいています。「ありがとうございました」と患者さんに笑顔で言われることが働いていて良かったと感じる瞬間です。

後輩がで、自分のためにも後輩のためにも少しずつ勉強していこうと思います。またプライベートの時間も充実するよう毎日楽しんでいきたいです。まだまだ迷惑かけることとだらけですが今後も頑張りますのでよろしくお願いします。



研修医 川原 莉奈

ばんだね病院で研修を始めて、一年が経ちます。研修生活も折り返し地点になり、四月からは新たに後輩も入ってきます。昨年の事を考えると本当にあっという間の一年でした。まずは病院に慣れ、システムに慣れ、患者さんと接することに慣れ、手技に少しずつ慣れ、一つずつ出来ることが増えてきました。色んな科をローテーションし、日々勉強することばかりで自分の無力さを感じる事も多いです。しかし、ばんだね病院では、研修医を職員全員でバックアップしてくれて、多数の中の一人ではなく、only oneとして扱ってくれます。また、各科の垣根が低く、自分が疑問に思った事は自分がローテーションしていない科でも気兼ねなく質問出来たり、教えてくれるのでここまで成長できたのだと思います。手技ももちろんのこと、患者さん一人一人にとって何がベストな医療なのか、なんとなくこれかな、で過ごすのではなく、しっかり考えながら日々精進していきたいです。残り1年、初期研修を振り返って、ここで研修してよかったと思うように、病院に求めるだけでなく、自分自身も精一杯努力していきたいです。

研修医からのひとこと

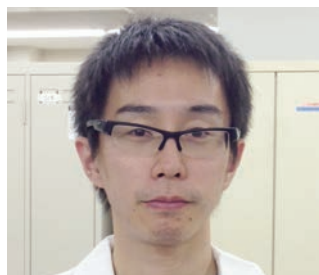


研修医 田中 里樹

私がばんたね病院を選んだ理由は、大学病院と市中病院の両方特徴を兼ね備えた病院だからです。初期研修は医師としての知識、心構え、技術、柔軟性などの土台を作る期間であり、専門性の高い疾患や common disease を均等にみることができるばんたね病院は初期研修をするに当たって最適だと考えました。

大学の座学では各科における疾患、病態、治療などを中心に勉強をしてきましたが、ひとたび臨床に出ると、どの科にも属さない疾患や各科の領域をまたぐような症例に出会う機会は非常に多いです。common disease に対応することは各科の連携、コミュニケーションや医師としての幅広い知識が不可欠です。実際、ばんたね病院は病床数 453 床と市中病院規模の病院なのでフットワークが軽く、医師同士のコミュニケーションがとりやすいため医療連携はとてもスムーズです。また大学病院としてアカデミックな側面もあるため専門性の高い疾患に関する情報のアップデートが早く、最新の治療や技術について指導を受けています。

初期研修も半分経過しましたが研修としてすばらしい環境を与えていただいているので日々向上心をもって研修に努めていこうと思います。



研修医 船戸 悠介

初めまして、昨年 4 月よりばんたね病院にて研修をさせていただいております研修医の船戸悠介です。早いもので研修期間の半分以上がすでに過ぎてしまいましたが、今この 1 年を振り返ってみますと不安だらけの毎日であったように思います。

初めは医師としての仕事を覚えていくことや新しい環境に慣れることに精一杯で、何をするにしてもなかなかうまくいかず、自身の無力さを感じていました。一日でも早く患者さんや他の医療スタッフの役に立てるようにとあせり、空回りすることもおおく自己嫌悪になることもしばしばありました。

しかし、先輩医師の熱心な指導や同期の研修医の励まし、他の医療スタッフの助けもあり、最近では（少しずつではありますが）自身の成長を感じることも多くなりました。また、時折患者さんから感謝の言葉をいただいたりすることもあり、少しはお役に立つことができたのかなと逆にこちらが安心させられてしまうこともありました。

学生時代とは違い、患者さんと接する機会も多くなったので自分の判断が本当に正しかったのかと悩む毎日がこれからも続くのであろうとおもいます。しかし、そうやって悩むことこそが良い医師になる 1 つの方法であると信じ日々の診療に臨んでいきたいと考えています。



研修医 森田 真央

私が医師を目指した理由は祖父の主治医だった先生への憧れです。祖父はその先生のことを心から信頼していましたし、私たち家族もすごく頼りにしていました。私も患者さんに心から信頼されるような医師になりたいと思ったのがきっかけです。

藤田保健衛生大学出身であり、5 年生の実習でばんたね病院を知りました。ばんたね病院は職種に関わらずみんなで 1 人 1 人の患者さんに向き合っており、気軽に相談できる、大学病院であるにも関わらず地域に密着した病院です。また働いている先輩の話などから、職種間の垣根がほとんどないアットホームな病院であるということを知り、すぐにここで働きたいと思いました。

今、私は理想の環境で憧れの仕事ができ、大変なことはいっぱいありますが毎日楽しく過ごしています。ばんたね病院で働きだして 1 年となりました。上級医やコメディカルの方にはもちろん患者さんからも多くのことを学び、最初に比べると色々なことができるようにはなりましたが、まだまだ学ぶことは膨大です。より自分の思い描く医師像に近づけるようにこれからもしっかりと努力していきたいと思っています。

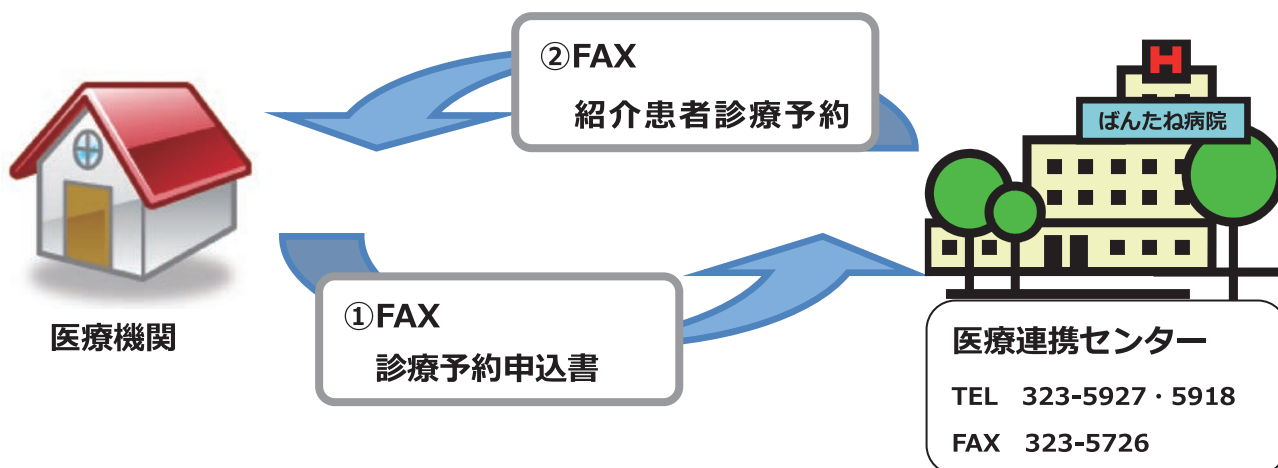
医療連携センターの予約受付時間の延長について

平素は医療連携センターへの格別なるご厚情を賜り、厚く御礼申し上げます。

当院では、平成 26 年 5 月より平日の診療予約について窓口時間を午後 7 時まで延長しております。今後も地域の先生方との連携を推進し、地域医療の発展に貢献できるように日々精進してまいりますので、何卒よろしくお願いいたします。

予約受付時間：平日 午前 8 時 45 分～午後 7 時

☆予約方法



①「診療予約申込書」を FAX(052-323-5726)送信

②医療連携センターから「紹介患者診療予約票」を FAX 送信

※当院再診(診療券お持ちの方)の紹介患者さまは「電話予約」も可能です。

この場合、「診療予約申込書」の FAX 送信を省略していただくことができます。

医療連携センター担当：植田・井上・北村・永田

<TEL> 052-323-5927・5918 (直) <FAX> 052-323-5726 (直)

受付時間：平日 午前8時45分～午後7時 土曜日 午前8時45分～午後12時30分

編集後記

ばんたねネットワークをご愛読いただきありがとうございます。

ばんたねネットワークでは、各診療科のトピックスなどを掲載し、臨床検査部から様々な検査について詳細な情報を提供しております。

今後も地域医療に貢献できるよう努力いたしますので、よろしくお願い申し上げます。

(臨床検査部 池田 美奈)

「ばんたねネットワーク」編集委員

乾 和郎 (消化器内科)

池田 美奈 (臨床検査部)

加藤 裕子 (MSW)

伊藤 薫 (薬剤部)

北村 祐也 (事務部)

山田 絵美 (事務部)