

ばんたね ネットワーク

発行年月日 平成27年2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

新棟および立体駐車場建設事業と ばんたね病院の将来

副院長 守瀬 善一

アベノミクス、東京オリンピック開催決定、名古屋駅前高層ビル群建設開始など数年来の様々な建設費高騰要因による逆風の中、当院職員全員の悲願であった新棟建設工事がようやく開始されました。

昨年の10月に北側駐車場を閉鎖し、その敷地に薬剤部、医事課および外来事務部門を収容する仮設棟の建設工事が完了いたしました。これにより、新棟竣工予定の2016年夏までの間は病院の主玄関が現在の東側から尾頭橋駅よりの北側に移動いたします。現在は、病院東側の上記部門を有する古い玄関棟の解体とそこから正面玄関前ロータリーにかけて建築する新棟の建設工事に取り掛かっており、また、皆様より御要望が強かった駐車場拡充のために、東側駐車場敷地に立体駐車場を建設する工事も始まっております。工事が完成すれば駐車台数は病院隣接敷地内のみで100台程度を確保することになり、現状でのご不便をかなり解消出

来ると考えております。しかしながら、来春の立体駐車場竣工までの間は、上記北側・東側駐車場の閉鎖によって、駐車台数が一時的に極端に減少することとなります。業者用・公用駐車場の患者さんへの開放、近隣コインパーキングの患者さんへのご案内や駐車料金補助に関する交渉を鋭意進めておりますが、この間は皆様にご迷惑をお掛けすることも多々あるかと存じます。どうかご理解・ご協力の程宜しくお願い申し上げます。

藤田保健衛生大学の第2教育病院として各科の得意分野における高度な専門性を有しているとともに、地域の医療を担う歴史の古いばんたね病院は、今、新棟建設と歩みを同じくして、その独自性を大事にしながら地域に対して質の高い効率的な医療を提供する“専門性強化型急性期病院”へと変わってゆこうとしています。この目標に向かって当院が進んでゆくためには、地域高齢者かかりつけ機能を開業医の先生方に、慢性期治

療機能を地域の亜急性期・慢性期医療機関や介護施設・在宅介護ステーションの方々をお願いしてゆく地域全体としての医療連携システムを構築することが必要であると考えています。これにより、当院のスタッフが各々の得意分野に充分な力を注ぎ、皆様のお役に立つことができる体制を整えることが可能になります。ばんたね病院にとって、“地域連携”は、病院の今後を左右する重要なキーワードです。職員一同、今回の新棟建設をひとつの契機として、ばんたね病院を近代的・機能的で専門性の高い急性期医療を提供して地域の誇りとなり地域に貢献できる病院にしたいと思っております。

敷地面積の少ない下町の病院である当院の建て替えは、scrap-and-buildの繰り返しで2年間かけて行われることになり、いろいろと不都合を生じる可能性があります。職員一同心を引き締め、その間皆様へご迷惑をお掛けすることのないよう努力してゆきたいと考えております。どうかご協力の程宜しくお願い申し上げます。

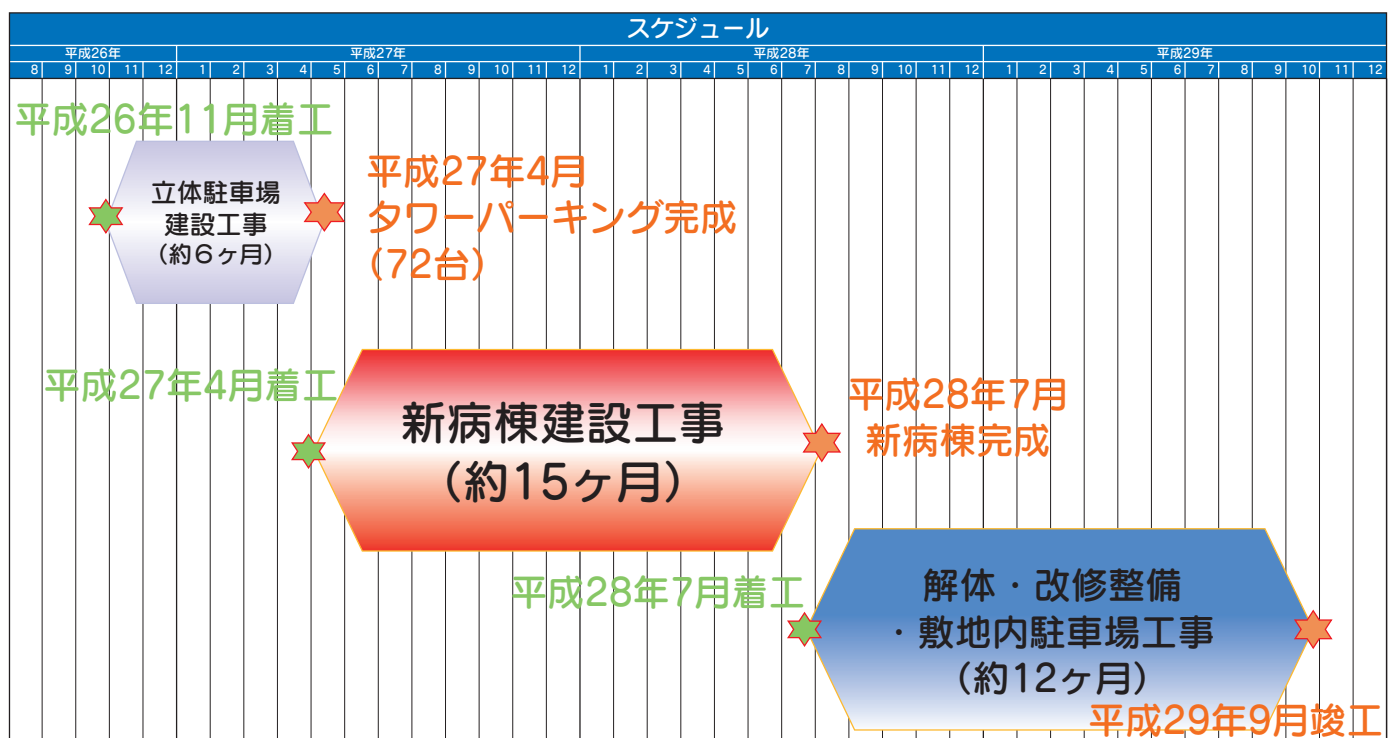


新病院の外観図



新病院の内観図

藤田保健衛生大学坂文種報徳會新病棟建設工事



診療科案内

放射線科

放射線科の発展と放射線部設置

ばんたね病院は歴史のある病院です。昭和 5 年に財団法人坂文種報徳會の病院としてスタートし、皆様から「ばんたねさん」と慕われて発展しました。第二次世界大戦で被害を被りましたが復興し、その頃初めての X 線撮影装置が導入されたと聞いています。昭和 34 年の伊勢湾台風で再び被害を受けましたが再興して総合病院になり、昭和 46 年学校法人藤田学園に経営が移行され、医科大学の付属病院として発展し、今日に至ります。この間、放射線科は縁の下の力持ちとして病院の発展に貢献してきました。CT や MRI が導入され、平成 13 年に初代放射線科教授高橋正樹先生が赴任された時に、診療科としての放射線科が標榜されました。CT と MRI の検査依頼をいただき、結果をレポートで報告するという現在の画像診断業務が確立されました。

病院には、核医学検査以外の一通りの診断装置が整っています。業務内容は診断にとどまらず、放射線の設備を利用した血管系・非血管系の治療も盛んに行なわれています。平成 23 年に私が 2 代目放射線科教授に就任してから、おかげさまで CT と MRI 検査の依頼が年々増えていきます。諸般の事情で常勤放射線科医は未だ私一人ですが、藤田保健衛生大学放射線医学教室から非常勤医のサポートを得ており、画像診断と、肝臓癌塞栓術や閉塞性動脈硬化症に対する血管形成術などの血管内治療も行なっています。

画像診断は、前教授が読影環境を整えられ、ディクテーションシステムを採用しています。読影所見を録音マイクに口述でデジタル録音し、トランスクリバラー（タイピスト）



図 1. 頭部 MRA :
左中大脳動脈の動脈瘤

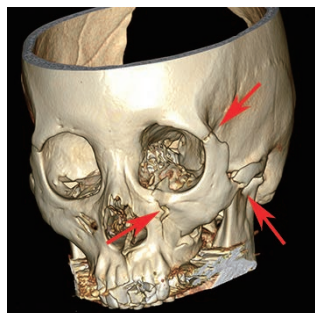


図 3. 顔面骨 3D-CT :
上顎骨、頬骨弓、眼窩外側壁の骨折



図 5. 腹部血管 3D-CT :
腹部大動脈瘤

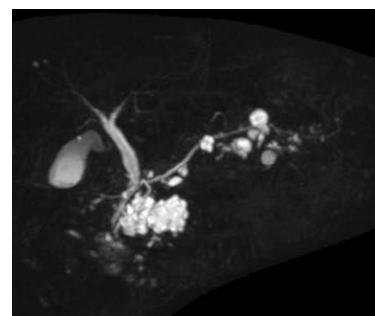


図 2. MRCP :
膵の多発性分枝型 IPMN

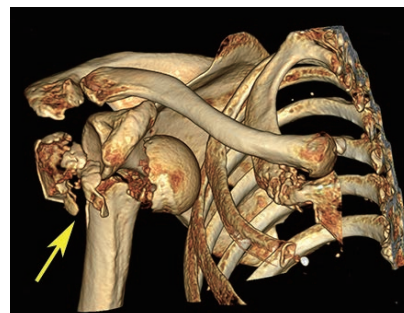


図 4. 上腕骨 3D-CT :
上腕骨近位端骨折

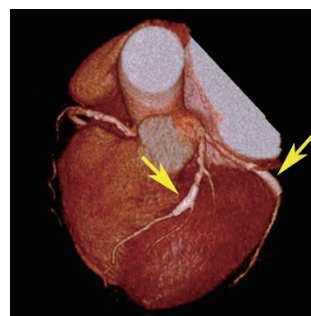


図 6. 冠動脈 3D-CT :
左冠動脈に 2 個ステント挿入

にレポート入力をしてもらいます。フィルムレスになり、高性能の専用モニターと読影システムを採用していますので、非常に早くレポートを作成することができます。「至急読影」を行っており、外来患者さまのレポート速やかに作成して、検査当日に結果を聞いてお帰りいただけるサービスを提供しています。三次元画像作製システムも充実しており、頭部 MRA、MRCP、骨や血管系の 3D-CT など、冠動脈以外の画像は速やかに作製する事ができます（図）。院内に配信される画像は、藤田医療情報ネットワークを介して閲覧していただく事ができるようになりまし

た。利用者登録の上、是非ご利用下さい。

また、診療放射線技師の業務ですが、今年平成 26 年 4 月に放射線部が設置されました。私は部長を兼任し、藤田保健衛生大学病院から杉本政司副部長を迎えました。技師 17 名の組織ですが、新人からベテランのスペシャリストまで、一丸となりよくまとまっています。一人の技師が多くの種類の検査を担当することが特徴です。安全面や、患者さまへの心配りも忘れていません。日々研鑽を積んでおりますので、何かお気づきの点がございましたらご指摘いただければ幸いです。（文責：藤井直子）

Topics

整形外科

変形性関節症に対する人工膝関節置換術

当教室は平成2年に故関恒夫教授により開設されて以来、地域に根ざした医療をモットーとし大学病院として一般整形外科のみでなく、より高度かつ専門的医療をご提供できるように日々研鑽、努力しております。

今日、高齢化社会を迎え、加齢による整形疾患、変形性関節症は増加しており、疼痛および関節変形により患者さまのADLは大きく障害され、またQOLの低下につながっております。今回ご説明いたします人工関節手術は上記変形性関節症に伴う関節痛、関節変形に対して除痛、変形矯正において極めて効果があり、また患者さまのADLそしてQOLの改善に大きく貢献させていただいていると考えております。

今回は人工関節の中でも従来型の人工膝関節置換術（Total Knee

Arthroplasty = TKA）と単顆人工膝関節置換術（Uni compartmental Knee Arthroplasty=UKA）についてご説明させていただきます。

人工膝関節置換術

人工膝関節置換術（TKA：図1）は大腿脛骨関節と大腿膝蓋関節の表面置換手術であり、変形した関節軟骨を人工関節で置換するため優れた除痛効果があり、骨切りによるO脚に対する変形矯正が可能です。従来型とはいっても、その手術手技、人工関節機器は日進月歩で、後十字靱帯温存型TKA（CR型TKA）やタンタル合金を用いたセメントレスTKAが現在のトピックスとして挙げられます。

単顆人工膝関節置換術

単顆人工膝関節置換術（UKA：図2）は膝内側のみの人工関節手術です。膝全体の変形が強い方はUKAの適応がないことがあります。一般的にTKAと比べて出血が少なく、手術時間の短いことが多いので、高齢の方、変形が比較的軽度かつ内側に痛みが限局限定した方に適応があると考えます。当院では患者さまの

状態に合わせUKAを積極的に取り入れさせていただいております。

おわりに

人工関節手術以外にも、手の外科、肩肘関節などの上肢の外科、脊椎脊髄外科、股関節外科（小児股関節）、そして外傷など幅広く対応し、藤田保健衛生大学第一病院との連携により、高度な医療を提供できるように心がけております。今後とも病診連携の強化を図り、地域医療に貢献すべく努力する所存ですので何卒よろしくお願い申し上げます。

（文責：山本崇）

手術前



手術後



手術前



手術後



図1：人工膝関節置換術

図2：単顆人工膝関節置換術

Topics

循環器内科

粥状動脈硬化性末梢動脈疾患の診断と治療

本邦においては高齢者が増え、食生活をはじめとする生活習慣の変化により、粥状動脈硬化性の末梢動脈疾患（PAD）が増加しています。当院では PAD に対しては、国際的に標準化されたガイドライン（TASCII）をもとに診療を行っています。

PAD の重症度

症状は冷感、しびれ感から始まり間欠性跛行、安静時疼痛、潰瘍・壊疽と増悪進行していきます。下肢の痛み・だるさ等の症状が出現し始め、「どれくらい歩けるか」と「どれくらい休まなければならないか」が重要になります。

PAD の診断

動脈血行障害による跛行とその他による跛行（静脈性、神経圧迫性、運動器障害）の鑑別が必要になります。

- ①足関節 / 上腕血圧比（ABI）：0.9 ～ 1.3 が正常値、0.9 以下は血流障害の疑い

- ②皮膚環流圧：足関節以下の毛細血管レベルでの血流評価
③病変部位や範囲判定には血管エコー、磁気共鳴画像（MRA）、3D-CT などの検査を施行などがあります。

PAD の治療戦略

PAD を「全身の動脈硬化性血管病変の一部分症」と捉える必要があります。つまり、禁煙、脂質異常症や糖尿病、高血圧の管理を行い危険因子を減らすことが重要です。そして、虚血症状、病変部位・程度および患者さんの希望を参考にして治療方針を立てることが基本となります。

運動療法

ウォーミングアップ・運動・クールダウンのプログラムを、30 分から 1 時間程度の歩行で、週 3 回以上実施することが推奨されています。

薬物療法

薬物には詰まった動脈を「直接改善させる効果」はありません。しかし「血管収縮の軽減」、「側副血行路の発達」、「動脈硬化の軽減」などが期待されます。

間欠性跛行には、シロスタゾール、ペラプロストなどが歩行距離を改善します。補助療法としては、アスピリンとクロピドグレルがあります。運動療法や薬物治療を一定期間行い、これらの治療で満足する症状の改善

がない場合は、低侵襲的なカテーテルによる血管内治療（図 1）や長期開在性に優れた外科的血行再建術など、それぞれの長所を生かして治療法を選択しています。

PAD 患者の予後

間欠性跛行の自然経過は比較的良好で、症状はゆっくり進行する例が多く、5 年後でも約 75% は症状が改善もしくは不変であり、25% が増悪するとされています。

一方、切断の危機に迫る重症な虚血肢には、血行再建による血液循環の改善が第一選択となります。

おわりに

動脈硬化性疾患が増加しているわが国では、今後も PAD が増加していくことが予想されます。PAD は全身的な動脈硬化性病変の一部分であるため、治療方針の選択は肢虚血重症度、併存疾患重症度、閉塞部位と範囲、生命予後、血行再建成績、治療目標などの点を総合的に考慮し、早期発見し、肢切断への伸展を防ぐよう治療介入する必要があります。同時に、冠動脈疾患（約 30 - 50% 合併）や脳血管障害（約 30% 合併）が生じるため、スクリーニングを行うことが重要です。

（文責：藤原雅也）



図 1 74 歳 男性 右間欠性跛行

当科で右総腸骨動脈高度狭窄に対してステント留置術（8.0mm - 37mm）を施行。症状の改善ならびに ABI 0.59 → 0.91 と改善を示した。

感染対策委員会と 感染制御チーム

ICT の紹介

近年、病院内で発生する医療関連感染は、患者の高齢化による易感染者の増加や MRSA（メチシリン耐性黄色ブドウ球菌）や MDRP（多剤耐性緑膿菌）等の薬剤耐性菌の拡がりにより対応が難しくなってきたことから、より迅速に、かつ専門的な知識に基づいた対策が求められるようになりました。

当院においては日常的な実効ある感染制御の取り組みとして、感染対策委員会と感染制御チーム（Infection control team：ICT）が組織し活動を行っています。また、当院は地域の医療機関とネットワークを構築し、院内感染発生時にも各医療機関が適切に対応できるよう相互に支援する体制を整えています。

ICT は、現場の感染対策についての諸問題へ迅速に介入して解決を図るための活動や院内で起こる様々な感染症から患者・職員の安全を守るために活動を行う組織です。

当院ではインフェクションコント

ロールドクター、感染制御認定薬剤師、感染制御認定臨床微生物検査技師、感染管理認定看護師の認定を取得した専門職種と事務職員で構成されたコアメンバーが中心となり組織横断的に病院全体の感染対策活動に従事しています。さらに、感染対策の方針を現場に周知徹底するために、各部署に ICT リンクナースを配置して感染対策の実践モデルとして感染対策の推進に努めています。

ICT の主な活動は、①病院感染のサーベイランス、②インフルエンザや多剤耐性菌など院内で問題となる微生物発生時の対応・介入、③院内ラウンド、④ ICT ミーティング、⑤手指衛生の推進（手洗い指導、手指消毒剤使用量のモニタリング等）、⑥感染に関する教育活動・啓発（ICT ニュース発行、感染防止セミナー等）、⑦広域抗菌薬・抗 MRSA 薬の使用状況の確認、適正使用についての推進・依頼・相談、⑧感染予防対策に関する相談、⑨院内感染対策マニュアルの作成・改訂作業、⑩職業感染予防、⑪院内感染防止対策地域連携カンファレンスや相互ラウンドの運営など多岐にわたっております。ICT の活動の一部を紹介します。

《院内ラウンド》

ICT コアメンバーとリンクナースが全部署をラウンドして環境や廃棄物の処理方法、手洗いや防護具の着用など標準予防策が徹底されているか等を定期的に視察してします。時には、現場で手洗いを実践してもらい手順を確認することや感染対策について聞き取りをすることあります。

医療関連感染の発生は私たち医療従事者の手や環境を介して起きると言われます。患者さんの療養環境を整えることは大前提ですが、医療従事者自身が感染源とならないことや他人に伝播させないことを理解し、感染対策に努めなければなりません。院内をラウンドすることは大切な活動の一つであり、ICT は『感染対策の監視役』となり院内を回っています。

《相互ラウンド》

他施設の ICT に訪問していただき感染対策の実際を評価されることや他施設に赴き感染対策を評価する相互ラウンドを実施しています。相互ラウンドは私立医科大学病院の分院同士のラウンドと感染防止対策加算1連携施設間のラウンドがあり、どちらも毎年実施しています。相互ラウンドは、お互いの施設の感染対策を見直す大切な機会になっています。

《勉強会》

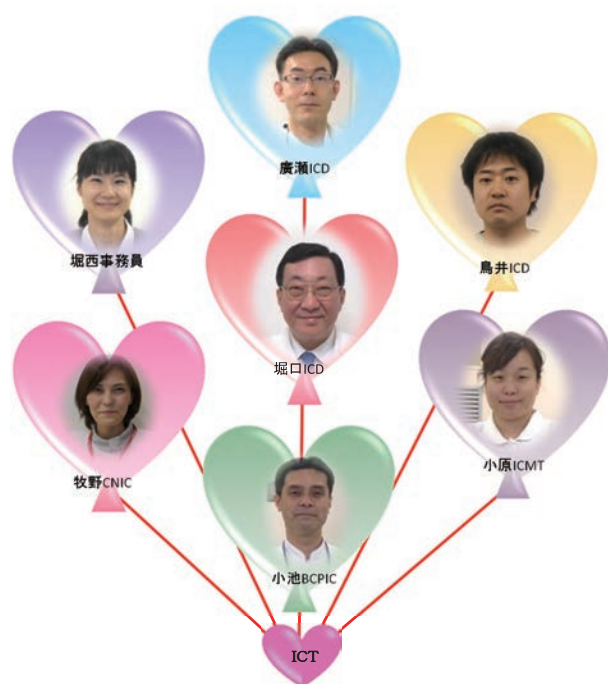
医療法で定められた全職員を対象とした年2回の研修会のほか、職員への知識普及・行動強化を目的として時間外にセミナーを開催しています。今年度は ICT のメンバーが講師となりました。

また、ICT が出張して行う「部署別・職種別の勉強会」の開催や職員の手指衛生を見直す機会として「手洗い研修」を行っています。

研修会や感染防止セミナーについては他施設からの参加も歓迎します。

《地域連携》

感染防止対策加算1施設としては、連携している加算2施設（3施設）と定期的な合同カンファレンスを実



ICT コアメンバー

平成 26 年度の感染防止セミナー開催内容

	日時	テーマ
第 1 回	5月30日(金)17:30～	抗菌薬療法の考え方
第 2 回	6月27日(金)17:30～	ペニシリン&セファロスポリン
第 3 回	7月25日(金)17:30～	カルバペネム&キノロン
第 4 回	8月22日(金)17:30～	抗 MRSA 薬
第 5 回	9月19日(金)17:30～	グラム染色
第 6 回	10月24日(金)17:30～	感染対策とコスト
第 7 回	11月28日(金)17:30～	インフルエンザとその予防
第 8 回	12月26日(金)17:30～	冬に気をつけたい感染対策

施し、感染対策について情報共有を行いながら、双方の感染対策の活動に活かしています。

さらに、感染防止対策加算 1 同士の連携において名古屋市内の大学病院等 7 施設で連携を密に行いながら感染対策の強化に努めています。

(文責：牧野恵津子)

ICT と薬剤師

当院の ICT の中で薬剤師は、主に院内における抗菌薬・消毒薬の適正使用の推進に関わっています。

《薬物血中濃度解析 (Therapeutic Drug Monitoring : TDM)》

血液中の薬物濃度が有効域に達しない用量で抗菌薬の投与を続けると

効果がないばかりか耐性菌の出現につながり、逆に有効域より高い状態が続くと副作用が発現しやすくなります。患者様に最適な抗菌薬治療を提供するために、臨床検査技師からの血中濃度測定結果をもとに臨床所見を考慮し解析を行い、より適切な血中濃度となるように用法・用量を設定して医師に提案しています。抗 MRSA 薬（バンコマイシン、テイコプラニン、アルベカシン）を対象としています。

《感染に関する薬剤情報提供》

医師が、各感染症領域において推奨される抗菌薬を選択できるよう、ガイドラインを参考に作成した抗菌薬使用指針を院内感染防止マニュアル（電子カルテ端末から参照可能）に掲載しています。

《抗菌薬の届出制》

当院では抗菌薬の適正使用を目的に、一部の抗菌薬（カルバペネム系、キノロン系、抗 MRSA 薬）に関して届出制を実施しています。処方に際し、今一度その必要性について検討することが重要と考えます。

《抗菌薬の使用状況の把握》

院内感染で問題になる耐性菌の出現は、抗菌薬の誤った使い方が関与していることが明らかになっています。毎週実施される ICT カンファランスにて問題症例や届出制対象薬使用患者、長期投与患者について検討されます。毎月行われる院内感染対策委員会ではその内容が報告され、また定期的に周術期を含めた抗菌薬の使用状況も報告しています。



研修会での挨拶



ICT ラウンド

抗菌薬の使用に偏りや長期間継続等の問題が見られる場合には、委員会にて対応策を検討しています。

《消毒薬適正使用の推進》

感染症の発生を未然に防止するため、また発生した感染症がさらに広がらないように管理するためには消毒薬の適正使用も重要です。有効とされる濃度以下で使用していると、消毒効果が得られないばかりか消毒薬自体が細菌で汚染される危険があります。また、院内ラウンド時に、消毒薬への浸漬が不十分な光景にしばしば遭遇することがありますが、適切に使用することは言うまでもありません。適切な消毒薬を適切な濃度・適切な方法で使用されるよう院内マニュアルを作成しています。

以上、院内感染の防止は、医療の安全を担保する上でも重要な位置を占めており、ICTの一員として薬剤師の専門性を発揮すべく取り組んでいます。

(文責：小池良且)

ICT と臨床検査技師

臨床検査部は疾病の診断・治療に有益な検査情報を正確かつ迅速に提供することが使命です。その中で臨床微生物検査室は感染症の起炎菌を検出同定し、薬剤感受性結果を報告することで臨床に役立つ情報を提供しています。以前は検査室に閉じてこもり画一的に検査結果を報告してい

るにとどまっていたましたが、感染制御チーム (ICT) 活動を通じ、病院感染管理にも積極的に参加するようになってきています。

《検査結果の統計処理》

臨床微生物学検査室は院内でどのような菌の検出が多いか、どのような耐性菌が多いかなど把握できる立場にあります。さらにどの患者、どの病棟から検出されているかを一手に集めて管理できるため、最初に院内アウトブレイクの警鐘を鳴らせる部門でもあります。統計処理では血液培養陽性患者、緑膿菌、MRSA、ESBL等の耐性菌検出患者、ウイルス検出数を毎週定期的に実施し、ICTでのディスカッションの資料として報告しています。また期間を決めて病棟別血液培養陽性状況、耐性菌検出状況、菌ごとの薬剤感受性結果を報告しています。このデータはエンピリカルに治療を行う際の判断材料の一つとして使用されます。

《環境検査》

血液培養で環境菌が多く検出された事例が発生した際には清拭タオル等の環境検査を実施しました。結果をふまえおしぼりタオルの管理を見直し、最終的にはディスポ製品の導入に至りました。

《ミニレクチャー》

ESBLが特定病棟で複数検出された際は、菌の特性や実際にどの材料から高頻度に分離されているかを説



薬剤師 (セミナー講師)

明し、感染拡大の高リスク行為についてミニレクチャーを行いました。院内の感染管理には菌の検出情報、事例検証には細菌学的な検知が重要です。

《耐性菌検出》

院内感染サーベイランスの対象菌はMRSAという時代もありましたが、ESBL産生菌、メタロβラクタマーゼ産生菌、VRE、MDRP、MDRA、CREなど新しい耐性菌が次々と報告される中、耐性検査を必要とする菌種も検出方法も多様化し対応が難しくなっています。最近では病院内にとどまらず地域ネットワークの構築が盛んになり情報交換の場が多く設けられています。そのような場を活用し、今後も最新情報を取り入れ病院感染対策に寄与できるように活動をしていきたいと思っています。

(文責：小原知美)

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。
今回の号より、新棟建設のスケジュールと各部門 (医師・看護師・臨床検査部・薬剤部・事務部) が連携して取り組んでおります。ICTの活動の特集いたしました。これを機に、他の院内活動も取り上げていきたいと思っております。
よろしくお願い申し上げます。
(事務部 医事課 山田絵美)

「ばんたねネットワーク」編集委員

乾 和郎 (消化器内科)
伊藤 薫 (薬剤部)

池田 美奈 (臨床検査部)
北村 祐也 (事務部)

加藤 裕子 (MSW)
山田 絵美 (事務部)