



大沢田

おお ぞう た

大沢田の名は、病院前にある大沢田池に由来します。古くは大蔵田池と言われていましたが、今では大沢田池の呼称が一般的になっているようです。



TOPICS

新治療棟増築等 整備工事が始まりました

事務部 企画課長 小田 秀見

患者満足度調査の結果を受けて

地域医療連携室 森定 ゆかり

平成27年度ふれあい看護体験に参加して

5病棟看護師長 中村 翔



2015 Autumn

CONTENTS

新治療棟増築等整備工事が始まりました 事務部 企画課長 小田 秀見.....	2	DMAT技技能維持訓練に参加して.....	11
【医療の話題56】脳神経外科.....	3	ふれあい看護体験に参加して.....	2
【医療の話題57】腎臓内科.....	4	MIMMS研修.....	12
【医療の話題58】整形外科.....	5	血液製剤の取扱について.....	24
【医療の話題59】外科.....	6	東広島総合防災訓練に参加して.....	13
【医療の話題60】産婦人科.....	7	患者満足度調査の結果を受けて.....	16・17
【医療の話題61】泌尿器科.....	8	中東呼吸器症候群.....	18・19
棟札～家内安全と繁栄を祈る～.....	9	人事異動.....	19
Euro PCR 2015(フランス)に参加して.....	10		

新治療棟増築等 整備工事が始まりました

事務部 企画課長 小田 秀晃

平成27年7月10日、当院の悲願でありました新治療棟増築等整備工事(以下、「新治療棟工事」という。)が、ついに着工となりました。

当院の歴史は、結核療養所から始まり、慢性期から急性期病院へ転換を計って来ました。それに伴い手術件数も大幅に増加し手術室が不足する状態が長く続いていました。平成24年には周産期病棟が開棟したことも重なり手術室の運用は、飽和状態となりました。長期の手術待ち患者さんや、やむなく他院へ紹介せざる負えない患者さんもおられたことから、「手術室さえあれば自分の病院で手術出来るのに…」との先生方の切実な声も多く聞かれました。

さかのほること6年前、このような状態を改善し『地域完結型医療』を提供するため、またリニアック装置の更新のために治療棟の増築計画を決めました。国立病院機構(以下、機構という。)のルールとして、建物の増築には機構本部の承認が必要となります。その当時は、老朽化した外来棟の建替えという最重要課題があったため、それと同時の新治療棟増築を考えていました。しかしながら、機構本部からは、当院の将来構想や収支の見込み、あるいは資金の返済計画等々細部にわたり検討をされ、その結果、新治療棟工事は見送られることとなり、平成24年3月に外来棟診療棟のみが建替えられました。その後も幾度となく計画を見直しては機構本部と協議しながら水面下で建築に向けての準備を整えて行きました。その甲斐あって、本部から新治療棟工事の承認が下りたのは平成25年6月のことです。

平成26年1月に第1回目の入札を実施しました。しかし、当時の建築業界は、東日本大震災復興や東京オリンピック特需により建材費や人件費の高騰、人手不足が起きていました。入札に参加する業者もないまま入札を繰り返し、やっと入札参加業者が現れても価格が折り合わない、そういった厳しい現実により月日は流れ、一時は増築を断念するような不穏な空気も漂い始めていました。

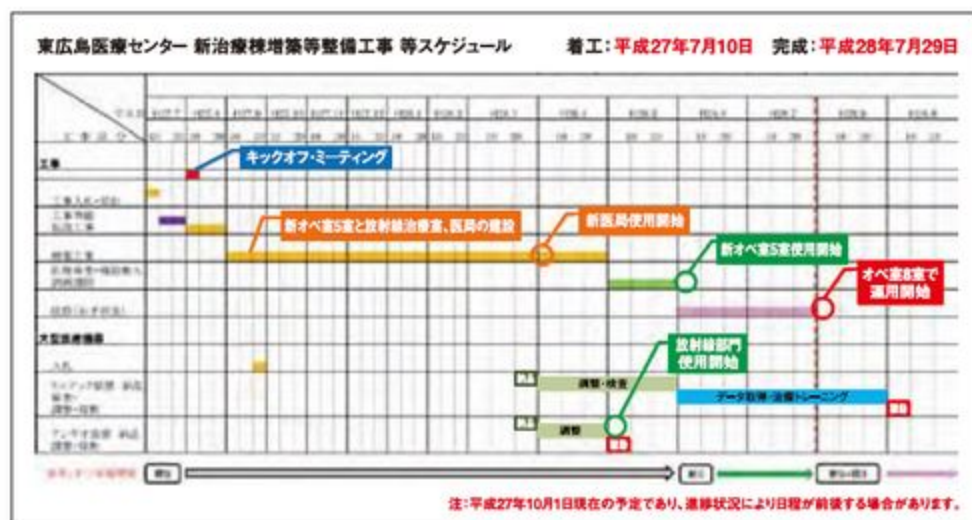
そんな折、院長はじめ全職員の新治療棟増築を切望する熱意が伝わったので、平成27年7月7日第7回目の入札において株式会社フジタが落札し、後日契約を結ぶことが出来ました。

新治療棟の完成予定は、来年(平成28年)の4月末です。完成後には、現在の手術室の改修も行われ手術室8室(現在5室)での運用となります。また、新治療棟1階には最新鋭の放射線機器も設置されます。すべての工事が終わるのは、約1年後の平成28年7月末となります(下図参照)。完成の暁には、患者さんやそのご家族、及び地域医療関係の方々には、きっとご満足いただける高度で安全な医療が提供できると自負しております。また、これから先も、東広島医療センターが地域医療の中核となって貢献していくことをお約束いたします。

最後になりますが、工事期間中は、何かとご不便をお掛けしますが、ご理解ご協力のほどよろしくお願いたします。



【完成予想図】



慢性硬膜下血腫とは

脳神経外科 大庭 秀雄

Health topic 56

【プロローグ】

「頭の怪我をしてCTを撮った時に異常が無くても、時間差で頭の中に出血することがあります。」言わずと知れた、この時間差出血現象。その代表的な疾患の一つが慢性硬膜下血腫です。一般的な脳神経外科診療を行っている医療施設では、この慢性硬膜下血腫に対する手術が脳神経外科年間手術件数の約三分の一を占めており、研修医必修のポピュラーな病気の一つとしても認識され始めています。

① 慢性硬膜下血腫の病態と疫学について

頭蓋骨と脳の間には隙間があります。慢性硬膜下血腫は、この隙間にじわじわと血液が貯まっていき、ゆっくりと脳を圧迫し始める、まさに「ちりも積もれば山となる」といった病気です。通常、「高齢の」「男性に」多いことが知られており、血がサラサラになる抗凝固薬、お酒、脳が萎縮してしまっている事が発症のリスクを上げると報告されています。

② 慢性硬膜下血腫の症状について

慢性硬膜下血腫を発症すると、今まで無かった頭痛が何日も続くに伴い、日中うとうとする時間が異常に長くなったり、呼びかけても反応が鈍くなったり、認知症が悪くなったり、手足の動きが悪くなったりします。脳外科医として付言したいのは、いままで列挙した症状は、見方を変えると単なる老化現象のようにも見えるという点です。この病気がきっかけで病院を受診される方のご家族が「父母が最近突然老け込んだんです。」と言う事も珍しくはありません。この1週間のうちに急激に老化現象が進んだ感覚があった場合は、CTを撮ると病気が見つかることもあるかもしれません。

③ 慢性硬膜下血腫の治療とその後の経過について

慢性硬膜下血腫の手術は基本的には局所麻酔で行います。もちろん、眠たくなる薬も手術に際して使用しますが、病気の症状で既にウトウトされている方がほとんどです。頭皮を切る長さはおおよそ4cm程度で済みます。左右のどちらか一方であれば40分程度で手術が終了します。両側であれば60分程度になります。

手術直後から症状がある程度改善します。創が治るのに1週間ですから、早ければ10日以内で退院が可能です。ただし、この慢性硬膜下血腫、10~20%程度の方が再発することが知られています。また再発を繰り返すうちにストローでは吸い出せないような複雑な血腫を作ってしまう

こともあり、極々一部の方は最終的に開頭手術を必要とすることもあります。再発が無ければ1ヶ月単位でゆっくりと脳が膨らんで元の形に近づいていきます。

④ 慢性硬膜下血腫の謎

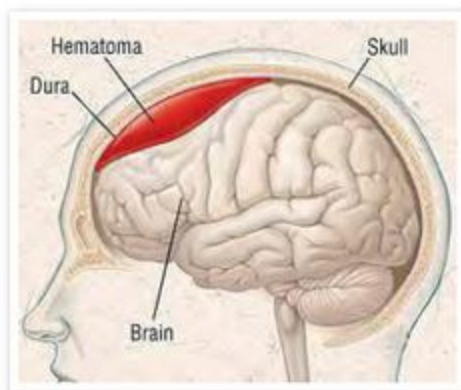
慢性硬膜下血腫の発生には炎症性の病態が関係していると唱えられたのが1851年。外傷に由来した物であると主張され始めたのが1914年。そこから1世紀以上経過した2015年現在、その病態生理には不明な点がいくつか残されています。

一つ目の未解決問題は、慢性硬膜下血腫はいったい何を契機として発生するのかという点についてです。明らかに外傷を契機に発症された方もいらっしゃいますが、それだけでは説明が出来ない方も数多くいらっしゃいます。二つ目の未解決問題は、隙間に出た血液がなぜ固まらず、吸収されずに、しかも大きくなるのかという点についてです。人間は鼻血にしろ、青アザにしろ、必ず一旦血は固まって吸収されますが、慢性硬膜下血腫に限っては、そのルールが当てはまりません。

【エピローグ】

いずれにせよはっきりしていることは、慢性硬膜下血腫という病気は人間という動物が長生きするようになってから問題になり始めた病気の一つという事です。しかも症状は老化現象に似ているところもあり、核家族や一人暮らしの高齢者が増える中、発見が遅くなってしまう事も少なくありません。

再発のリスクこそありますが、早期発見であれば症状の回復も早い病気ですから「急激に進行する老化現象」にピンときたら、医療機関の受診を「周囲の方から」促してあげることが大切です。なぜなら、老化してしまったご本人は老化した事にすら気がつかないことがあるからです。



尿検査異常の診かた ～蛋白尿を中心に～

腎臓内科 山田 有美

Health topic 57

慢性腎臓病（以下、CKD）における腎障害マーカーの中では検尿異常（特に蛋白尿）が重要視されています。早期のCKDでは、検尿異常のみがその発見の手段となることも多々あります。血清Cre値上昇に先立つこと十数年前よりタンパク尿が陽性となる症例も多く、腎疾患の早期発見につながります。簡便、且つ安価な検査ではありますが、有益な情報が得られます。CKD診療ガイド2012に準じて尿検査所見の評価方法について、実例を挙げながら紹介致します。

① 蛋白尿の診かた…定量評価が重要です。

蛋白尿は定性検査（プラス・マイナス）での評価では、偽陽性や偽陰性が多く検出されるため、医療機関での検査では「比重」と共に評価する必要があり、更には「定量検査（尿蛋白/尿Cre比）」で精査することがCKD診療ガイドに明記されています。以下に健診で指摘される偽陽性の典型例を示します。

【症例①】16歳、男性。学校健診で尿蛋白+を指摘され、受診した。

	尿比重	尿蛋白定性	蛋白 (mg/dl)	Cre (mg/dl)	沈渣赤血球 /hpf
診察時	1.024	+	18	207	1以下

尿蛋白/尿Cre比(正常値 0.15g/gCr以下): 0.087 g/gCr.
⇒陰性であった。

【症例②】53歳、女性。CKDで外来通院中。職場健診にて尿蛋白が2+から1+に改善し、よくなっているのではないかと受診した。

	尿比重	尿蛋白定性	蛋白 (mg/dl)	Cre (mg/dl)	沈渣赤血球 /hpf
前回受診時	1.017	2+	129	136	5~9
再診時	1.005	+	30	24.6	1~4

尿蛋白/尿Cre比:前回受診時 0.95 g/gCr,再診時1.22 g/gCr.
⇒再診時の尿が希釈(比重 1.005)されていたため、定性検査で1+とされたが、実際には2+の時より悪化。

尿試験紙法では、濃縮尿や希釈尿では尿蛋白レベルを過大もしくは過小評価してしまいます。このため、正確な蛋白尿の評価を行うためには定量評価が重要です。一部例外を除き、随時

尿での蛋白/Cre比は1日尿蛋白量とはほぼ同値とされており、日常診療の中でも重要な検査項目と言え、また尿検体さえあれば簡便に検査が実施できます。

検査の位置づけとして、尿試験紙法は健康診断など医療機関外で行う一次スクリーニング、診療所や病院等の医療機関では定量評価を行うことが必須と考えます。

② 尿試験紙法で陰性もしくは過小評価となる非典型的蛋白尿

試験紙法による尿検査で検出されるのはアルブミン尿です。したがって尿中Bence Jones蛋白・グロブリンなどは検出せず、実際には多量の蛋白尿を呈しているにもかかわらず、試験紙法定性では陰性を示すこともあります。このような病態に該当する場合も、前述のように尿蛋白定量検査が有用です。

【症例③】65歳、女性。腰椎圧迫骨折、食欲不振・体重減少、著明な貧血、腎機能障害の進行のため当科を紹介受診した。

	尿比重	尿蛋白定性	蛋白 (mg/dl)	Cre (mg/dl)	沈渣赤血球 /hpf
初診時	1.007	±	367	46	1~4

尿蛋白/尿Cre比:7.98 g/gCr.
⇒後日、Bence Jones蛋白を検出し、血液内科にて実施された骨髄検査で多発性骨髄腫と診断された。

③ 血尿を診るときの注意点

蛋白尿と同様に尿試験紙法にて偽陰性になることがあります。ビタミンC多量摂取にて、偽陰性が生じることは周知のことであり、検尿前にビタミンC含有のドリンク剤・健康食品を摂取しないように注意喚起があるのはこのためです。この他にも、高比重尿、多量の粘液成分の混入等が挙げられます。一方で、尿試験紙法で陽性であるのに、尿沈渣に赤血球が認められない場合があります。この時は、ミオグロビン尿、ヘモグロビン尿の可能性があり、横紋筋融解症や溶血をきたす疾患や薬剤投与歴の鑑別が必要となります。

近年の年間透析導入患者数は約38万人であり、その多くは検尿異常が先行していたものと思われます。早期発見・治療によりCKDの進行を遅らせることが可能となりますので、「腎機能が悪い=血清Creの上昇」ではなく、検尿異常に着目した診療がなされれば幸いです。

整形外科 — 上肢の痛みとしびれ —

整形外科 宇治郷 諭

Health topic 58

上肢の痛み・しびれは整形外科領域で頻度の高い訴えの1つであり、その原因としては、頸椎の神経根障害によるもの、肩関節疾患や末梢神経疾患などによるものが含まれます。

頸椎での神経根障害では、肩あるいは肩甲部から上肢へ放散する疼痛で、障害される神経根によって上腕から前腕指尖部までが痛みの部位となりえます。通常、左右どちらかの上肢の神経根支配領域に一致した放散痛が生じます。

神経根性の疼痛は頸椎の後側屈や、Jackson testやSpurling testなどの誘発テストで増悪することが特徴です。これらの方法は椎間孔部の狭小を増強させる、あるいは神経根牽引により椎間孔部での神経根圧迫を増強させることにより、それに伴う疼痛の増加を確認します。

また、神経障害高位に一致して、上肢の知覚障害、脱力、筋肉の委縮、深部腱反射の減弱を認めます。

障害神経根高位の診断に際しては、単純X線写真、CT、MRIなどの画像診断が重要です。神経根障害が疑われる症例では、これらの画像検査を行う必要がありますが、特に骨棘などの画像上の変性所見は、臨床症状と関連しない無症候性のものであり得ますので画像診断には注意が必要です。このため、正確な診断を行うためには画像所見だけでなく、病歴、臨床症状や神経学的所見をふまえて診断する必要があります。

高位が断定できない時は、神経根造影およびブロックが必要になることがあります。神経根造影・ブロックは、責任病巣と思われる神経根に針を刺入し、放散痛が得られた時点で造影剤を注入し、続けて局所麻酔薬を注入する方法です。

出血や感染などの危険性もあることから、あらかじめ施行前に合併症の有無を調査し、抗凝固薬を内服中であれば服用が中止されていることを確認しておきます。

神経根造影を行うことで神経根の走行が把握でき、造影剤注入時の再現痛、ブロック後の疼痛消失などを観察することで神経根症の障害高位の診断が可能となります。特に画像所見で多椎間に狭窄を認める症例に対して病巣を絞り込むのに有効な方法です。

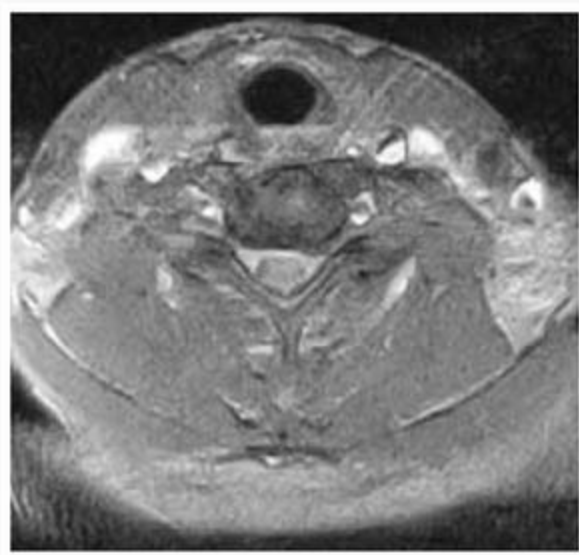
また、神経根ブロックのみで症状が劇的に改善することがあり、治療的側面も併せ持ちます。

治療方法については、頸椎装具を装着して頸部の安静をはかり、消炎鎮痛剤などを内服するなどの保存的療法が基本です。

プレガバリンの内服も有用な選択肢のひとつです。これらの保存的治療で症状が改善しない場合、進行性の麻痺を呈する場合は、手術的治療の適応があります。

手術が必要となった場合は、最少侵襲での手術が望ましいことは言うまでもありません。当院では、手術中は手術用顕微鏡や透視を用いることで、安全で低侵襲な手術を行うようにしております。

さらに、手術前に責任病巣をいかに最小限に絞るかが重要となりますので、病歴、臨床症状、神経学的所見、画像所見、神経根ブロックなどの所見を総合的に判断して術前計画をたてております。



左C6/7椎間孔に椎間板ヘルニアを認める。

Health topic 59

PICCとは

末梢静脈挿入型中心静脈カテーテル(Peripherally Inserted Central Venous Catheter)で英語表記の頭文字をとってPICCと略されています。食事が取れない患者さんなど消化管がすぐに使用できない患者さんは中心静脈からの高カロリー輸液が必要となってきます。2011年4月に米国疾病対策センター(CDC)は「血管内カテーテル由来感染の予防のためのガイドライン」を公開し、静脈投与期間が6日を超えると想定される場合は、ショートタイプの末梢静脈カテーテルの代わりにPICCの使用が推奨されています。

中心静脈カテーテル穿刺部位別の特徴

中心静脈へのアプローチとして大血管は鎖骨下静脈、内頸静脈、大腿静脈があります。鎖骨下静脈穿刺は気胸や血胸のリスクがあり鎖骨下動脈の誤穿刺は時に致命的となります。内頸静脈穿刺は首に穿刺するため患者さんの恐怖感があります。大腿静脈穿刺は感染合併症のリスクが他の部位に比べ高いため推奨されていません。末梢血管から挿入し中心静脈へカテーテルを留置できれば上記の中心静脈への穿刺のデメリットは解消されます(図1)。さらに穿刺する人にも穿刺手技は通常の末梢血管の穿刺と同じであり負担感はかなり軽減されます。PICCの最大のデメリットは体表面に血管がない人は困難であることです。

PICCとは...

Peripherally Inserted Central Venous Catheter

末梢静脈から穿刺し、先端が中心静脈に留置される



推奨穿刺ポイント

- ・血管走行から穿刺は、尺側静脈
- ・肘との関係(折り曲げたときのキック)を考え、穿刺位置を①>②>③として、推奨
- ・挿入長は、標準45cm
- ・固定はフィルムドレッシング+テープ固定

【図1】

PICCの挿入手技

当院ではCOVIDIENの「Argyle PICC Kit セルジンガータイプ」というキットを使用しています(図2)。22Gまたは20Gの穿刺針、ガイドワイヤー、ダイレーター、カテーテルが含まれていて肘部または前腕の尺側皮静脈を穿刺しセルジンガー法でガイドワイヤーを挿入し、透視下にガイドワイヤー先端を上大静脈まで誘

導します。次にガイドワイヤーに沿わせてカテーテル先端を気管分岐部レベルの上大静脈に留置し終了です。カテーテルの固定は針糸をかけて留める必要はなくエラスター留置針と同様にドレッシング材を貼付して固定するだけです(図3)。このようにPICCの挿入は非常に容易となっています。20年前は18Gの穿刺針で穿刺し外筒に直接カテーテルを挿入して留置していました。肘部に18G針が穿刺可能な静脈がある人にしか使用できず、カテーテルの操作性も不良でした。管理面では肘を曲げると滴下不良からしばしば閉塞し、新

カテーテル固定法(肘正中)

たにカテーテルを留置し直す事がありました。しかし、現在ではカテーテルの閉塞はほとんど経験しません。



【図3】

“Argyle PICC Kit セルジンガータイプ”



【図2】

穿刺針:22G・20G
通常の血管確保と
同じサイズと使用法

親水性潤滑コーティング
Ni-Ti製ガイドワイヤー
弾力が強く、滑りがよい

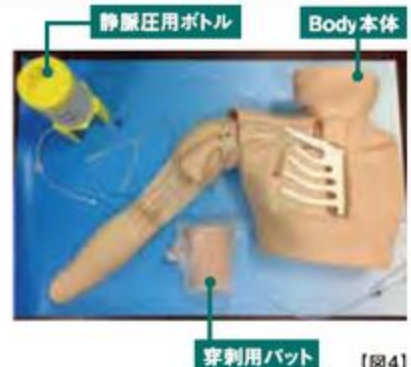
水にぬらすことで潤滑性が
発現するダイレーター
皮膚切開の必要がない
(メスいらない)



抗ガン剤投与に使用可能なカテーテル
内層に耐アルコール性能をもつ医療用ポリウレタンを使用。
外層は体温によって軟化、耐キック性能にも優れる

PICC穿刺シミュレーター

PICC挿入が未経験の先生や研修医の方にはPICC穿刺シミュレーター(図4)がありますので実際に患者さんへ穿刺する前に使用感を試されることも可能です。(COVIDIENより資料提供)



【図4】



妊娠高血圧症候群について

産婦人科 花岡 美生

Health topic 60

① 妊娠高血圧症候群とは

妊娠高血圧症候群(pregnancy induced hypertension :PIH)とは、以前より“妊娠中毒症”といわれていたもので、2004年度からその定義とともに改変されました。定義は“妊娠20週以降、分娩後12週までに高血圧がみられる場合、または高血圧に蛋白尿を伴う場合のいずれかで、かつこれらの症状が単なる妊娠の偶発合併症によるものではないものをいう”となっています。

② 妊娠高血圧症候群の分類と診断基準

- ① 妊娠高血圧腎症:妊娠20週以降に初めて高血圧が発症し、かつ蛋白尿を伴うもので分娩後12週までに正常に復する場合
- ② 妊娠高血圧:①に蛋白尿を伴わない場合
- ③ 加重型妊娠高血圧腎症:高血圧症や尿蛋白を呈する腎疾患が妊娠前あるいは妊娠20週までに存在し、妊娠20週以降に高血圧、尿蛋白が発症、または増悪する場合
- ④ 子癇:妊娠20週以降に初めて痙攣発作を起こし、てんかんや二次性痙攣が否定されるもの

に分類されます。

診断基準としては、高血圧は収縮期血圧140mmHg、拡張期血圧90mmHg以上で軽症、さらにそれぞれ160mmHg,110mmHg以上となれば重症 尿蛋白は24時間尿で300mg/日以上2g/日未満を軽症、2g/日以上を重症と診断します。妊娠中毒症の時代は“高血圧・蛋白尿・浮腫”を3主徴としてきましたが、今回の改変により浮腫は診断基準から除外されました。しかし、日常の診療で私たちは浮腫もいまだ重要な徴候として考えています。

【表1】妊娠高血圧症候群の診断基準

	軽症	重症
血圧	収縮期血圧 140以上160未満 あるいは 拡張期血圧 90以上110未満	収縮期血圧 160以上 あるいは 拡張期血圧 110以上

妊娠20週以降、分娩後12週までに上記の高血圧が見られるもの、または高血圧にタンパク尿を伴うもの

【表2】

望ましい1日の摂取カロリー量

BMI 24以下 30kcal×標準体重(kg)+200kcal
BMI 24以上 30kcal×標準体重(kg)

妊娠中の適切な体重増加量

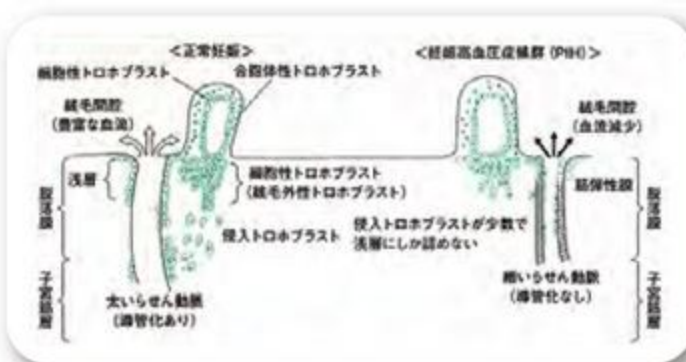
BMI<18:10~12kg増 / BMI18~24:7~10kg増 / BMI>24:5~7kg増

※BMI=体重(kg)÷身長(m)²(非妊娠時)

※標準体重=身長(m)²×22

③ 妊娠高血圧症候群の病因・病態

妊婦さんの20人に1人の割合で起こるといわれ、珍しい疾患ではありません。重症化すると母体には血圧上昇から脳出血、肝腎機能障害といった全身への影響、また胎児には胎盤機能不全から子宮内での発育不全、それに引き続く胎児機能不全(赤ちゃん自身の状態が悪くなること)、最悪の場合子宮内胎児死亡を起こすこともあるため、一旦診断されると、厳重な管理が必要となります。妊娠中毒症という名称からもわかるように、過去にはその病因として毒素説、というものもあったようですが、現代ではさまざまな病態が提唱されています。妊娠初期の免疫不全による胎盤形成不全説、それに続く血管内皮障害や凝固線溶系障害などが考えられていますが、いまだにその本態は不明といえます。



④ 妊娠高血圧症候群の治療

妊娠高血圧症候群の根本的な治療は、妊娠を終了すること、つまり分娩することです。

しかし、妊娠週数、胎児の発育、母体の状態などさまざまな状況を考え、妊娠を継続し、胎児の発育を待つのが望ましく、それが可能な母体の状況であれば、待機療法として安静、食事療法、薬物療法を行いながら妊娠継続し、妊娠終了(=分娩)のタイミングを図る、という場合もあります。また、分娩方法については母体の状況(血圧、初産か経産か、子宮頸管の熟化など)、胎児の週数や胎位、健康性などを総合的に考え、経陰分娩か、帝王切開かを検討します。

⑤ 最後に

妊娠高血圧症候群は、遺伝的要素などの体質要因も発症のリスクとして考えられ、前回発症した方は次回の妊娠でも注意が必要ですし、また初産婦さんでも血縁の方(特に母親)が降圧薬を内服されているような方も注意が必要といえます。また妊娠中の急激な体重増加に伴って発症される方もおられます。妊婦さんに“二人分食べない”は戦時中の話です。栄養豊富な現代社会では体重コントロールも安産を目指すためには重要なことだといえますので、妊娠がわかったら、どれくらいの体重コントロールを目指せばいいかをかかりつけ医や助産師外来などでご相談されることをお勧めします。

前立腺肥大症について

泌尿器科 藤原 政治

Health topic 61

前立腺の名の由来

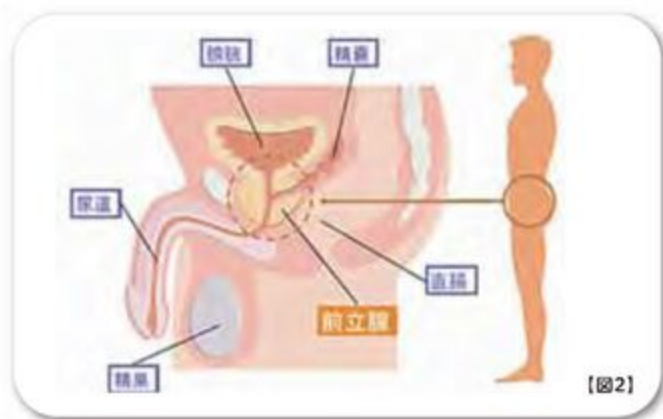
日本では古来より前立腺の認識がありませんでした。初めて、その存在が認識され、記載されたのが江戸時代の「解体新書」でした(図1)。ヨーロッパの解剖学書の「ターフェル アナトミア」を翻訳した書ですが、大槻玄沢が「ホール スタンデルス」を摂護腺と訳しました。「ホール スタンデルス」とは「前に立つ、あるいは存在する」という意味で、当時のヨーロッパの解剖学では前立腺は、膀胱の前に存在する臓器と認識されていました。一方、摂護は「囲んで防御する。」という意味で、何から、何を、防御するのか、不明瞭で、難解な用語になってしまいました。それを解消すべく、第二次大戦後、日本解剖学会の用語委員会が、前立腺という訳語に変更しました。



【図1】

前立腺とは

前立腺は膀胱の下方で、尿道を取り囲むように存在する、クルミ大の、臓器です(図2)。男性のみが有する器官で、精液の一部である前立腺液を作り、精子の活動を援助する酵素を作り、精子の保護をする役割を担います。



【図2】

前立腺肥大症とは

前立腺には内腺、外腺があり、内腺が大きくなる現象を前立腺肥大症と呼びます。肥大とは細胞数が変わらず、細胞一つ一つが大きくなることを言いますが、現実的には細胞数も増加しており、過形成と呼ばれるべきものの様です。性的

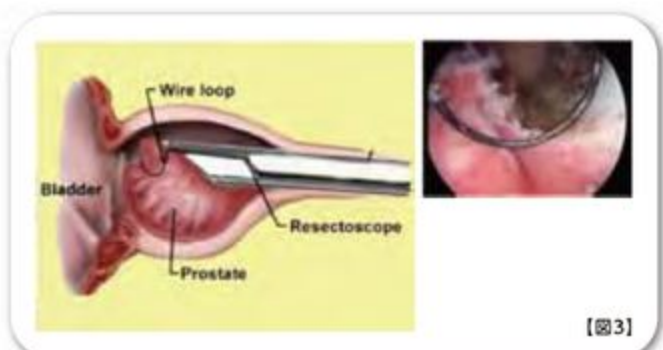
活動期の20歳代。30歳代では前立腺はかなり大きく、40歳代で小さくなり、萎縮してきます。50歳代以降で萎縮のまま経過するか、大きくなってしまいか、に分かれるようです。大きくなる肥大症の原因はいまだに解明はされていません。食生活の欧米化、男性ホルモンのバランスの崩れ、などが考えられています。

治療法と手術適応

前立腺肥大症は大きなものが、治療対象になると、考えられがちですが、必ずしもそうではありません。癌のような悪性疾患ではなく、良性疾患ですので、症状さえなければ治療対象にはなりません。大きさは必ずしも症状とは相関しません。症状としては、尿が出にくい、排尿障害、あるいは尿が出ない、尿閉です。治療としては、まずは薬物療法を行い、改善しなければ、手術療法を検討するかです。手術を行うべきであるとする手術適応ですが、意外と曖昧です。泌尿器科医師により異なり、時代により変化しました。

第二次大戦後、医療機関、医療機器の充実に伴い、前立腺肥大症の手術は増えました。特に内視鏡を用いた経尿道的前立腺切除術(図3)が泌尿器科医師に重宝され、1980から1990年代には泌尿器科手術の3分の1を占めるまでになりました。他の診療科の医師が手を出せない手術で、当時は技術を必要とされたため、多くの泌尿器科医が挙って、率先して行っていました。最近はやりすぎた反省もあります。癌患者数が増え、癌の腹腔鏡手術に多くの医師が意義を感じているため、減少してきたと思います。現在では全手術療法の5-10%くらいでしょうか。一般には排尿障害が強く、膀胱に尿が残る残尿が100ml以上で、前立腺内腺の推定重量が20g以上が、手術適応としている医師が多いと思います。

以上、前立腺肥大症について考えてみました。



【図3】



Information 1

棟札(むねふだ)～家内安全と繁栄を祈る～

事務部 企画課長 小田 秀晃

日本で家屋を新築する場合、建てる前にいろいろな儀式を行うことがあります。まず思いつくのは地鎮祭です。地鎮祭とは、土木工事を行う際や建物を建てる際に、その土地に住む神様に工事の無事や安全と建物や家の繁栄を祈る儀式のことを言います。「じちんさい」と読むほか「としづめのまつり」と読むこともあるようです。神職をお招きして神様にお供え物をし、祝詞(のりと)をあげ、お祓いをして浄め、最初の鍬や鋤を入れ、工事の無事を祈ります。

次に行う行事が上棟式になります。家の構えができ、いちばん上の屋根を上げるときに、大工、とび職、左官などがみな集まり、お酒を飲んで建築の無事終了を祈願します。祈願の際には、魔よけのための幣串(へいくし)を鬼門に向けて立て、四隅の柱に酒や塩、米などをまき、天地四方の神を拝みます。地域によっては、餅やお金(硬貨)をまきます。そして、棟札といわれるお札に上棟年月日、施主名などを書き、棟梁が一番高い棟木に取り付けを行います。上棟に際し、この家が火災などにあう事無く末長く栄えるようにとの願いを込めて奉られます。

ここまでは、一般家庭の話でしたが、病院を建てる時などにも同じように行います。大がかりな工事となるので、安全祈願も重要となります。

当院の歴史は、昭和14年2月9日傷痍軍人広島療養所として開設されたところに遡ります。建物工事はその前の年、昭和13年11月に始まりました。その時の上棟式でも棟札が奉られました。

当時のことを知っている職員も退職され棟札も忘れ去られていました。あれから70余年、新病棟が出来たのを機に解体された病棟の屋根裏から発見されたのが、今回ご紹介する棟札です。開設当時から当院をお守り頂いた棟札は、縦120cm横28cm厚さ3cmの大きな木材(檜)です。発見された後、応接室の片隅に鎮座されていましたが、この度、院長のご意向により、専用棚の中に移られることとなりました。(写真①)

この棟札表中央には、「大元尊神家榮昌長久守護所(だいげんそんじんしんけいしょうちようきゅうしゅごしょ)」と書いてあります。意味としては、「宇宙の根源の神様に、家運が長く続くことをお祈りします」といったところ。向かって左に水の神様「岡象女神(みずのはめのかみ)」が、右に火の神様「五帝龍神(ごていりゅうじん)」が並んでおられ、それぞれ当院を水難火難からお守りいただきました。(写真②)

裏面には、上棟日、施主名、建築会社名、建築関係者の名前などが入れています。当時の施主は広島県知事であり、施工会社は大倉土木株式会社(現在の大成建設)となっています。多くの関係者の名前が記載してあることから工事の記録といった意味も強かったようです。(写真③)

今年もまた、新治療棟の建築工事が始まりました。天地の神々におかれましては、工事の無事に併せまして、これから先も当院が、火災や災害にあう事無く末長く栄えますようお守り下さい。



【写真①】



【写真②】



【写真③】

Euro PCR 2015(フランス)に参加して

循環器内科 新田 和宏

この度、2015年5月19日～22日にフランス、パリで開催されたEuro PCR 2015に参加させて頂きました。

本学会は心臓カテーテル治療に関する世界最大規模の学会です。



冠動脈インターベンションは1997年スイスで血管内科医 Gruentzigが始めた治療法です。狭窄血管のバルン拡張から始まり、ペーメタルステント、さらに薬剤溶出性ステントへと進化しています。

カテーテル治療の分野は進歩が目覚ましく、毎年新たなデバイスが登場し、治療成績も向上しています。特に欧米は新しいデバイスの認可が早く、世界に先立って臨床に導入され、治療成績や長期予後などのデータが順次検討されます。

本学会に参加させて頂き、各種カテーテル血管内治療や、カテーテル治療に際して使用する薬剤の最新知見を聴講することが出来ました。

様々なセッションがある中で、特に興味を持っていたST上昇急性心筋梗塞における周術期管理やiFR/FFR関連を中心に勉強させて頂きました。

ST上昇急性心筋梗塞は救急医療体制の整備や冠動脈インターベンションの普及、集中治療室での管理などの影響で急性期死亡率(30日以内の院内死亡率)は1980年代には約20%から2010年代には約8%まで改善しています。しかし心筋梗塞の合併症として致命的不整脈や機械的合併症(左室自由壁破裂や心室中隔穿孔など)、心不全の発症など、治療に苦渋するケースも多々あります。

そのような状況での治療方法や二次予防を含めた周術期管理を勉強出来ました。またiFR/FFRとは冠動脈に狭窄病変を認めた際に、プレッシャーワイヤーという装置を用いて病変の前後で圧格差を測定するものです。

現在、血行再建の適応を冠動脈造影だけではなく、心筋スペクトやiFR/FFRを用いて決定する、いわゆる Physiological PCIへの取り組みが世界中で行われています。

多くの臨床試験でiFR/FFRを参考にして冠動脈インターベンションの適応を決める有効性が報告されており、当院でも必要時には積極的に行っています。

EuroPCR 2015で著明な先生方の最新知見を聴講することが出来、大変勉強になりました。

また一緒に参加されていた日本各地の先生方とお話する中で、各々の施設間での治療方法をお聞きすることが出来、良い刺激となりました。

今回このような貴重な機会を与えて下さった循環器内科部長小野先生、関係者の皆様に深く感謝申し上げます。





Information 3

DMAT技能維持訓練に参加して

薬剤部 鈴木 崇史

7月4日(土)～7月5日(日)に広島県庁でDMAT (Disaster Medical Assistance Team)技能維持訓練および中国ブロックロジスティクス研修に許医師、梶原医師、笠原看護師、小川看護師、私というメンバーで参加してきました。

今回の技能維持訓練ではEMIS (Emergency Medical Information System ; 広域災害救急医療情報システム)を使用した災害時の情報収集、伝達を学びました。

EMISは、災害時に都道府県を超えて医療機関の活動状況など災害医療にかかわる情報を共有し被災地での迅速かつ適切な医療、救護に関わる各種情報を集約、提供する事を目的として構築されました。例えば災害で被災した病院の倒壊状況や患者の受け入れ状況、また重症度別の患者数や各DMATの活動状況などを把握する事ができます。災害時には、このシステムを適切に使いこなし情報を迅速に発信、受信することが求められます。

しかしEMISは災害時以外に使用すると、入力した情報は厚生労働省に送信されてしまいますのでこのような研修の機会以外で使用する事が出来ません。

今回の訓練はEMIS上に「訓練モード」を立ち上げ高知県で災害が起きたという想定で訓練を行いました。東広島DMATは、被災地に先発隊として到着後、現場活動指揮所を立ち上げ、災害現場の被災状況の把握、クロノロジー(経時的活動記録)を使った情報の記録、後着DMATの采配を行う等の訓練内容でした。

本部活動訓練は初経験だった事もあり、平時からEMISに触れていなかったため思いのほか情報入力に手間取り時間を費やしました。また、見知らぬ土地の道路交通情報や被災病院の位置など地理を把握する事の難しさも感じました。

技能維持訓練後に参加したロジスティクス研修では主に技能維持訓練で使用したEMISの入力、参照方法について学び、訓練で手間取った被災病院の状況の入力方法や、各DMATの活動状況の把握等の参照の方法を復習しました。

今回の訓練、研修に参加してやはり災害に備え、常に心の準備はしておかなければならない事、そのためには平時からの訓練が必要であると改めて実感した研修でした。



平成27年度ふれあい看護体験に参加して

5病棟看護師長 中村 翔

7月30日に高校生を対象とした、ふれあい看護体験を当東広島医療センターで開催しました。内容は、病院・看護の概要、院内見学(薬剤科・検査科・リハビリ室・栄養科・放射線科)、AED体験、病棟での看護体験でした。参加者は東広島地区の高等学校から28名でした。

私は主にAED体験の担当でした。はじめに「いのちのバトン」というDVDを視聴しました。このDVDを見られた方は多いかと思えます。高校生が体育祭のリレーの後に心室細動を起こし、その後に亡くなったという内容のDVDでAEDが普及するきっかけとなりました。恥ずかしながら私自身、初めて視聴しましたが胸が熱くなりました。

その後、ICUの集中ケア認定看護師の當麻副看護師長から意識がない方を発見した場合の対応やAEDの使用方法的説明がありました。その後、実際にデモ人形に対して胸骨圧迫を行ない、応援者・救急車を呼び、AEDを実践しました。初めは難しそうにしていたものが、徐々に上手に胸骨圧迫ができるようになりました。AEDを初めて使うという高校生が多いこともあり、高校生はとて興味津々で、真剣に行っていました。

各病棟での看護体験を通して、高校生からは「看護師さんは早歩きでした。」や「なぜそんなに体力があるのですか。」など質問も活発に飛び交っていました。よく聞けば、将来は看護師を目指しているという高校生が多く、真剣に取り組む姿勢が理解できました。さらには認定看護師や専門看護師のことを知っている高校生もあり、将来を真剣に考えているのだなと思いました。アンケートからも、将来看護師を目指す高校生が、更に確かなものになったという意見も多くありました。将来、東広島医療センターで就職したいという意見もありました。

現在の教育はゆとり世代など言われますが、目標を持った高校生の姿はとてまぶしく、その瞳は光り輝いていました。また、パワフルでエネルギッシュな姿勢には、眼を見張るものがありました。十数年前を思い出し、私自身も元気に前向きに取り組まなければならないと思う一日でした。





Information 5

MIMMS(大事故災害への医療対応)研修

循環器内科 梶原 真二

去る6月26日から28日の3日間、MIMMS(Major Incident Medical Management and Support)を受講するために大阪のりんくう総合医療センターに行きました。MIMMSというのは、英国発祥の災害現場における大事故災害の医療対応の基礎について学ぶコースです。MIMMSは現在世界60カ国以上で開催されており、日本では2003年に初めて英国大使館の主催、日本救急医学会の共催により開催されました。CSCATTTやMETHANEといったMIMMSのキーワードがその後の日本DMAT養成研修テキストにも組み入れられるようになった経緯もあり、大事故災害への医療対応の世界標準とも言えるコースです。



当院は広島県の中央医療圏の災害拠点病院に指定されており、昨年に二隊目のDMATが結成されました。DMAT隊員は養成講習や技能維持訓練などでトレーニングやスキルアップを定期的に行っているものの、専属の救急専門医や救命センター所属のスタッフは殆どおらず、現実的には三次救急や災害医療などとは直接関係しない一般診療科の医師やスタッフが殆どです(救命センターがない多くの病院はそうだと思いますが...)。そのため、当院のDMATメンバーはDMAT関連以外にも、災害医療に関わる講習会などに参加をしています。

最初の2日間は講義とグループワークを交互に行いました。その中で徹底的に叩き込まれるのが、「CSCATTT」という合言葉です。災害時には医療、警察、消防や行政などが組織的に対応をする必要があり、烏合の衆にならないためにも、必要な情報を上部組織へ上げ、上部組織からの指令を受けて組織全体として効率よく動く必要があります。CSCATTTは災害対応に必要な原則を表し、災害対応に携わる可能性がある



スタッフは必ず身につけておく必要がある概念です。コースの中では仮定の災害を設定した机上訓練も繰り返し行い、その際も「困った時はCSCATTTで考えればよい」ということを学びました。

3日目は実際に関西国際空港に集合しました。仮定の災害(バスによる爆弾テロ、しかも後出しで化学物質もばら撒いていたというおまけ付き)が発災したということで、空港内を実際に歩きながらグループ内で相談し、現場指揮所や救護所、トリアージボスの場所を決定し、最後は「記者会見」の練習も行いました。英国のコースなのでシステムが日本と違うところも少なからずありますが、世界標準の災害対応を勉強できて大変ではありましたが有意義な3日間でした。



CSCATTT(シーエスシーエーティーティーティー)とMETHANE(メタン)の用語について。

CSCATTTの最初の「C」はcommand and controlを表し、commandは縦の連携(警察なら警察、消防なら消防など)を、controlは横の連携(医療チームと消防など)を表します。「S」はsafetyで、3S:self, scene, survivor、すなわち自分自身の安全、周囲の安全、要救助者の安全を示します。次の「C」はcommunicationで、常に縦と横の連携をとることを表します。「A」はassessmentで、これらの情報をもとに評価を行ったうえで対応を考えることを示します。「T」「T」「T」はtriage, treatment, transportの略で、救護所や搬送拠点エリアでのトリアージ、搬送までの応急処置、根本的治療ができる医療機関への搬送のことです。

METHANEとは、Major incidence = 大事故災害の発生、Exact location = 災害が発症した正確な場所、Type of hazard = 危険の種類、Access/regress = 現場への侵入経路・退出経路、Number of casualties = 被災者の数、Emergency service = 今後必要な医療チーム)のことで、災害対応に必要な最低限の情報が得られるため、これをもとに情報伝達を行います。

血液製剤の取扱いについて(廃棄処分を減らすために)

臨床検査科 医化学主任 庄野 三郎

献血をされた方は、自分の血液が使用されず廃棄になってしまうことを想像もしないでしょう。善意で、誰かの役にたっていただければとの思いで協力していただいているはず。厚生労働省の資料によると日本赤十字社(以下、日赤)では、平成23年度の献血で血液製剤として使用できなかった本数は167,369本あったそうです。内訳は感染マーカー陽性などの不適格が105,400本、量過不足など21,010本、期限切れ31,005本、その他の理由が9,954本。

当院輸血管理室の年間の輸血用血液製剤購入本数は1300本くらいです。手術で使用するため、貧血改善のため、けがや出血により輸血が必要なため、あるいは出血を防ぐためなど、病院では様々な理由で献血の血液が必要となります。

よく知られているABO血液型は、大きく分けるとA、B、AB、Oの4種類に分けられます。この血液型の日本人のおおよその割合は、A型40%、B型20%、AB型10%、O型30%です。輸血管理室では、赤血球液製剤をABO血液型の割合と同じような本数で在庫しています。赤血球液製剤の有効期間は、採血後から21日です。しかし日赤で感染症などの検査をおこない品質の確認をするため、輸血管理室に届く時には長くて2週間程度の期限のものとなります。この2週間の期限ですべての血液型の製剤をを安定して使い切るのには難しいのが当院の現状です。では「在庫を少なくすればいいんじゃないの?」そうなのですが…。やはり緊急の場合を考えると在庫を確保しておきたい。また、大量の出血時には2回、3回と広島市内からもって来ていただくこともしばしばあり、遠方のため多く発注しておきたい。このような現状で数年経過してきました。

実は当院は広島県のアンケート調査によると、県内で廃棄血量の多い病院ダントツのナンバーワンというカテゴリー過ぎてオンリーワンです。

日赤の方も目に余るようだったのでしょか?当院の輸血療法委員会に出席いただけることになり現状を報告させていただきました。緊急時の大量の発注を減らそうという提案をいただき、三次地区でおこなっている配送車での待機を、当院でもおこなってくれることとなりました。これは緊急の輸血で大量の輸血が必要な場合や、状況が予想できないような場合に病院の駐車場に待機していただき、あらかじめ多めに持ってきていただいた血液製剤を必須量の依頼数だけその都度入庫する方法です。多少の手続きの時間はとりますが、市内からの配送時間に比べると短くてすみます。また余分な在庫もなくなると思われます。この運用が7月から始まり現在まで数回利用させていただきました。効果は長期的に評価しないとわかりませんが、日赤では東広島地区全体での要望があれば、緊急時以外の配送車の待機システムを取り入れる考えもあるようです。

広島県では日赤や各医療機関と広島県合同療法委員会を設置して輸血医療の標準化をめざす目的で活動が行われています。当院も一昨年合同療法委員会に訪問していただき、輸血同意書の記載や、システム、検査方法、在庫管理など指導していただきました。

現在のところ、献血に変わるものはありません。限られた善意の血液を、適正使用に努め、大切に使用していきたいと思えます。今後ともご協力よろしくお願いします。





Information 7

東広島総合防災訓練に参加して

初期臨床研修医 金田 美里

四国沖におけるM8.5巨大地震を想定した今年度の東広島市総合防災訓練が、雨の中8月19日広島国際大学グラウンドで行われました。当院からはDMAT隊員である医師2名、看護師2名、薬剤師1名に加え、臨床研修医2名が出動しました。最近ニュースでよく耳にするあのドローンや自衛隊偵察用オートバイが災害現場の情報収集にあたり、救助犬2匹により倒壊家屋内で発見された要救助者を消防・DMATがトリアージ選定を行い、そのうちの重症患者を救護所に搬送し初期治療を行うというシナリオでした。

江村先生率いる現場活動班は頭部外傷を負った重症患者にトリアージを行い、ラインをとるふりをして、救急隊へ引き継ぎました。私は現場活動班の業務調整員としてトリアージタグに記入し患者に付けました。梶原真二先生チームは救護所で、搬送されてくる患者のトリアージ・初期治療を行う医療班を統括しました。各々が自由に動いてしまうと状況把握が困難になり、結果救助までの時間が延びて

しまうと思います。それぞれのチームリーダーが情報をしっかり収集・把握してチーム内で指示系統を確立しておく必要があると感じました。また、他機関との連携の重要性も痛感しました。

75人の方が亡くなった広島土砂災害の発生から1年を迎えました。私の家は安佐北区で災害場所が近かったこともあり、当時のニュースを朝見た時の衝撃と悲しみは今でも覚えています。災害は起こらないのが一番ですが、いざ起きた際に迅速に行動し、より多くの方が救命されるよう訓練しておくことが大切です。DMAT隊員でない私にとって、災害発生時の流れが目に見えるのは大変新鮮で勉強になりました。このような貴重な機会を与えて下さったことに深く感謝を申し上げるとともに、今後災害が起きてしまった際に今回学んだことを少しでも生かせるよう努めてまいりたいと思います。

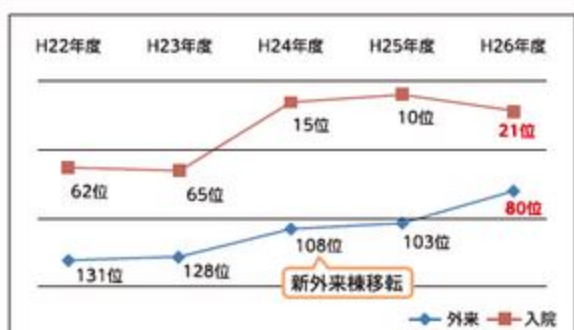


患者満足度調査の結果を受けて

地域医療連携室 森定 ゆかり

毎年、秋に患者満足度調査が実施されています。平成26年度の調査結果がこの度公開されました。入院部門は、若干順位を落としましたが、21位(140施設中)。外来部門は、23位順位を上げて80位(142施設中)という結果でした。(図1)

年度別調査結果



【図1】

この結果を受けて、昨年度外来部門としての取り組んだ内容についてお伝えします。

1. 中央処置室にある採血台の椅子の購入

従来、採血室の椅子は、平面丸椅子を使用していました。(図2)平成26年4月早々に、患者が椅子に腰掛けた際に座り損ねて転倒する事例が2件続き、これは、次なる転倒を予防しなければと考え行動しました。医療安全管理室・臨床検査科の方のご協力のもと、背もたれ付きの安定感のある回転丸椅子に変更(図3)。その後、患者が転倒する事例は今だ0件です。患者の安全はもちろんのことアメニティにもつながっていると思います。



【図2】採血台の椅子(以前)



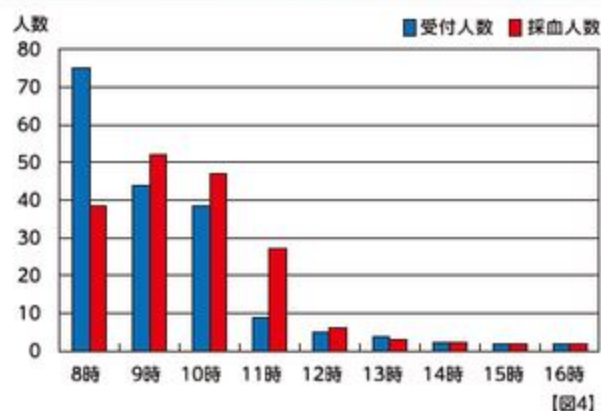
【図3】採血台の椅子(現在)

2. 採血待ち時間対策について

外来での待ち時間の長さは、患者満足度調査の結果からも明らかで、評価は低いものでした。採血の待ち時間・診察までの待ち時間・会計の待ち時間、待ち時間に関しては、朝、中央処置室前には、多くの患者が待ち並んでおり日々頭を悩ませています。

実際に採血患者の受付人数と採血実施人数を調査してみました。(図4)

採血受付人数と採血実施人数(平成26年5月28日)



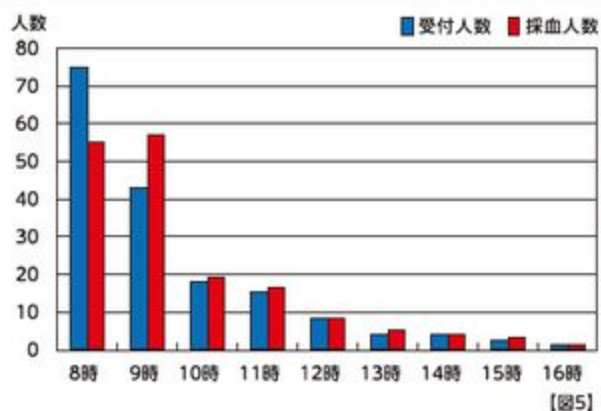
【図4】

8時台・9時台に採血受付人数が集中し、採血実施数が、受付患者の半数であると、採血待ち時間も40分~50分経過する現状がありました。中央処置室に看護師を5人前後配置していましたが、採血患者だけでなく、点滴や注射の患者も順次来られるため、採血台7台をフルに稼働することができていませんでした。そうすると益々採血の待ち時間が長くなる、採血時間が遅れることにより検査結果の時間が遅く診療時間も遅れてしまう悪循環が生じていました。

そこで、朝の集中する時間帯に看護師人数を確保することが必須だと考え、救急外来の看護師や各診療科2人配置部署の看護師の1人を採血応援として中央処置室へ、また診療開始までの時間中央処置室へ採血応援にくること等、看護師を集結し実施していきましました。更に、採血待ち時間が30分以上になると看護部長室に連絡し、他部署から看護師を派遣して応援にきてもらいできるだけ患者を待たせないように取り組んでいきました。そうすることで、図4のように、9時台で採血実施人数をクリアし、待ち時間も短縮できるようになりました。



採血受付人数と採血実施人数(平成27年6月30日)



また、診療科によっては、診療までの待ち時間状況の表示をするようにしていきました。待ち時間の表示をしていくことで、以前より待ち時間に対する苦情も少なくなってきました。



会計待ち時間においては、昨年度調査結果以降に、自動支払いシステムが導入されました。支払い待ち時間が短縮され、その効果を今年は期待したいと思います。

今年度も、患者満足度調査が実施されます。待ち時間対策に対しては、まだまだ課題は山積みですが、今後も出来ることから少しずつ取り組み、その結果が患者満足度につながることを期待しています。



中東呼吸器症候群 (Middle East Respiratory Syndrome: MERS)について

感染管理認定看護師 勝田 真知子

6月に入り、連日感染拡大の報道があった韓国のMERSも、月末になるとニュース等で目にすることも少なくなりました。6月30日付けの世界保健機関(WHO)の情報によると、韓国におけるMERS患者の累計数は、死者33人を含む182人が確認されています。

MERSは、2012年の9月に中東へ渡航歴のある重症肺炎患者から原因ウイルスが分離されて以降、中東に居住または渡航歴のある者を中心に患者が断続的に報告されており、医療施設や家族内等において限定的なヒト-ヒト感染が確認されています。中東諸国のヒトコブラクダやコウモリがMERSコロナウイルスの保有動物とされており、ヒトコブラクダに接触した人の感染報告が多くあるようです。しかし、最近では複数の国で輸入症例も報告されており、注意が必要です。(図1)

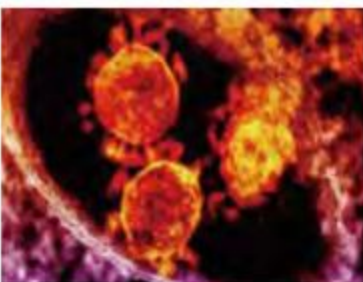
今回の韓国でMERSアウトブレイクの発端は、5月11日にパレーンから帰国した68歳の韓国男性でした。この男性に中東でのヒトコブラクダや感染者との明らかな接触歴がなかったことで診断が遅れ、その間に複数の医療機関を受診、入院し、この男性と接触した患者やその家族、医療従事者などへ二次感染、三次感染が発生しました。(図2) 感染が拡大した原因として、診断の遅れと院内感染対策の不徹底

が挙げられていましたが、感染対策に関わる身としては、他人ごとではないという思いでした。(表1・2)

日本では、中東や韓国からの入国者・帰国者への検疫体制は依然として継続中です。おりしも夏休み時期。MERSの発生地域に限らず海外旅行の予定がある場合は、渡航前に外務省の海外安全ホームページなどで現地の状況の確認をし、帰国時に何らかの症状があった場合は、検疫所に相談してください。自分を守ることは他人を守ることに繋がります。くれぐれも、感染症をお土産にしないよう気をつけてください。

余談ですが、6月23日に某国営放送で韓国のMERS感染の特集がありました。その中で患者が発生した病院の医師が、サージカルマスクの上にN95マスクを装着してインタビューに答えているのを見て、「本当に韓国の感染対策は大丈夫なのか…?」と不安になったのは私だけではないと思います。皆さんは、マスクを二重にしたからといって、感染防御効果が2倍にはならないことはご存知ですよね!?

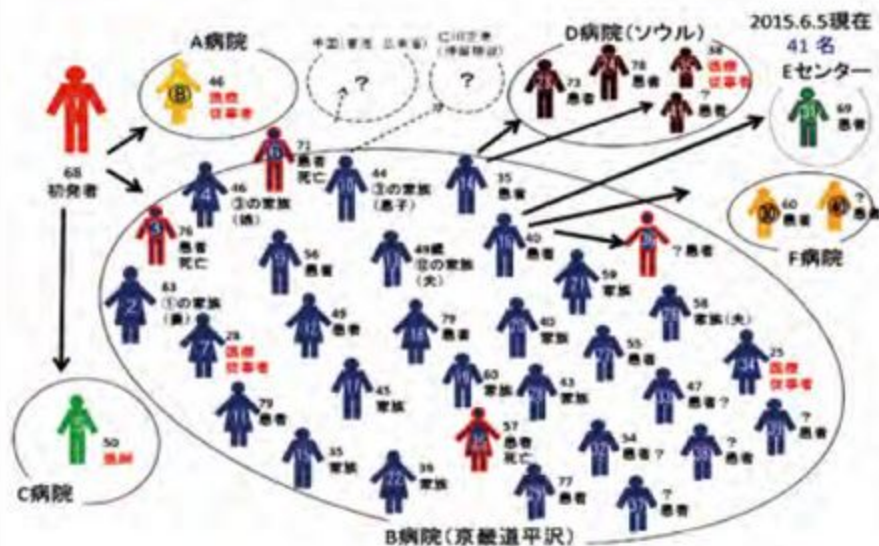
MERSコロナウイルス



中東呼吸器症候群(MERS)コロナウイルスの粒子
NIAID/Reuters

- 主な感染経路: 飛沫感染と接触感染
▶ 今までの疫学研究から空気感染をする十分な根拠は示されていない
- 潜伏期間: 2~14日
- 症状: 発熱、咳嗽等から始まり、急速に肺炎を発生…しばしば呼吸管理が必要となる下痢等の消化器症状、多臓器不全(特に腎不全)や敗血症を伴う場合もあり
- 治療: 対症療法 • 致死率: 約35% 【図1】

韓国MERSの初期段階での発生状況



2015 6月25日公表: 日本環境感染学会「MERS感染予防のための暫定的ガイドンス」 【図2】



【表1】感染予防策 ※飛沫予防策および接触予防策が必須

個人防護具 (PPE)	サージカルマスク、手袋、ガウン、ゴーグルまたはフェイスシールドなど。 WHOはMERS患者の診療において常にN95マスクの着用を求めているが、CDCは暫定的ガイダンスの中で、空気予防策を求めている。この理由は、MERSの感染様式が完全に解明されていないこと、MERSの致死率が高いこと、特異的な治療が存在しないことなどが推察される。
外来での診療	第一種または第二種感染症指定医療機関での診療が基本。患者にはサージカルマスク、医療従事者もサージカルマスク(またはN95マスク)を着用。 患者と接触する際に手袋を着用し、湿性生体物質に触れる可能性がある場合は、ガウン、ビニールエプロン、ゴーグルまたはフェイスシールドなどを着用する。 他の外来患者と動線が交差しないような場所で診療を行う(少なくとも2m以上の空間が必要)。空調が独立していることが望ましいが、少なくとも換気が良好な個室を使用する。
入院時の病室	入院を要する症例では、エアロゾルが発生するような処置(気管内挿管、気管吸引など)が必要な場合があるため、陰圧室で外側換気が望ましい。 部屋の換気の目安として、機械的な換気によって少なくとも1時間に6~12回の換気ができる部屋、あるいは患者あたり1秒間に60Lの自然換気できる部屋が推奨される。 個室が確保できず複数のMERS確定者がいる場合は、同じ部屋に集めて管理することを検討する。
患者の移動・移送	MERS患者、疑似症例の移動、移送はなるべく行わない。やむを得ない場合は、患者にサージカルマスクを着用させ、他の患者と時間的、空間的に交差しない経路・方法で移動・移送をおこなう。 移動、移送先には事前に連絡し、適切な対応が取れるようにする。感染指定医療機関などへ移送する場合は、保健所などの行政の指示に従って行う。

2015 6月25日公表;日本環境感染学会
「MERS感染予防のための暫定的ガイダンス」より

【表2】消毒薬と消毒範囲

手指衛生	速乾性(アルコール擦式)手指消毒薬を用いる。
医療機器	80℃、10分間などの熱水や蒸気が適している。但し、非耐熱性の場合は次亜塩素酸ナトリウム(1000ppm=0.1%)への30分間浸漬などを行う。また、消毒用エタノール清拭(2度拭き)も有効である。
環境	手指が頻回に接触する箇所を中心に、次亜塩素酸ナトリウム(1000ppm)や消毒用エタノールによる清拭(2度拭き)を行う。
リネン	熱水が適している。80℃10分間などの条件で、熱水洗濯機での洗濯を行う。熱水洗濯機がなければ、次亜塩素酸ナトリウム(1000ppm)への30分間浸漬などを行う。

2015 6月25日公表;日本環境感染学会
「MERS感染予防のための暫定的ガイダンス」より

人事異動

H27.7.2~H27.10.1

採用



H27.10.1
放射線科医師
迫田 慈子

退職

H27.8.31
脳神経外科医師
栞原 政志

診療科名		月	火	水	木	金	
1階	総合診療科		小出 純子	小出 純子	小出 純子	小出 純子	
	内分泌・糖尿病内科 フット:フットケア外来	午前	◎小田 賀明 ◎小出 純子	◎小田 賀明 ◎大江 健	◎大江 健 ◎小田 賀明	◎大江 健	◎大江 健 ◎小田 賀明
		午後	◎小田 賀明	◎◎大江 健			
	腎臓内科	午前		平塩 秀磨			平塩 秀磨
		午後	佐藤 彩加		山田 有美		
	血液内科		粟屋 忠祐		粟屋 忠祐	大島 久美	
	神経内科	野田 公一 担当医	野田 公一 担当医	野田 公一 担当医	野田 公一 担当医	野田 公一 担当医	
	呼吸器内科	◎村上 功 ◎宮崎 こずえ ◎小川 喬史	◎重藤 えり子	◎下地 清史 ◎宮崎 こずえ	◎小川 喬史 ◎重藤 えり子 ◎村上 功	◎宮崎 こずえ ◎村上 功 ◎小川 喬史 ◎下地 清史	
	循環器内科	◎梶原 賢太 ◎◎原 幹 ◎◎城 日加里 ◎◎對馬 浩	◎新田 和宏 ◎小野 裕二郎	◎小野 裕二郎 ◎◎梶原 真二 ◎◎新田 和宏	◎◎梶原 真二 ◎◎原 幹 ◎◎城 日加里 ◎◎梶原 賢太	◎◎對馬 浩 ◎◎小野 裕二郎 ◎◎城 日加里	
	小児科	上野 哲史 出雲 大幹地 小野 昌博	下田 浩子 出雲 大幹地 松本 惇子	岡田 泰之地 小野 大惇子 小松 惇子	上野 哲史 出雲 大幹地 小野 昌博	下田 浩子 岡田 泰之地 松本 惇子	
	外科	池田 昌博 ◎◎宮本 和博 ◎◎志々田 将幸 ◎◎第2・4小野 嘉一 ◎◎橋 小一	◎◎高橋 忠誠 ◎◎本 照治 ◎◎豊田 和広 ◎◎石 幸一 ◎◎下村 学	◎◎高橋 忠誠 ◎◎本 照治 ◎◎宮本 和博 ◎◎小野 嘉一 ◎◎中橋 一嘉	◎◎豊田 和広 ◎◎大石 幸一	◎◎高橋 忠誠 ◎◎本 照治 ◎◎池田 昌博 ◎◎下村 学 ◎◎小野 嘉一 ◎◎築山 敏尚	
	ストーマ外来	ストーマ外来は、第1、2、3水曜日及び第4月曜日(祝日等を除く)の午後【完全予約制】					
	整形外科	岸 和彦 ◎◎今田 英明 ◎◎渋谷 早俊 ◎◎坂 英樹	岸 和彦 ◎◎今田 英明 ◎◎宇治郷 諭	岸 和彦 ◎◎渋谷 早俊	岸 和彦 ◎◎宇治郷 諭 ◎◎渋谷 早俊 ◎◎坂 英樹	◎◎今田 英明 ◎◎宇治郷 諭	
	骨粗鬆症外来	骨粗鬆症外来は、第2、第4木曜日(祝日等を除く)の14時から17時まで【完全予約制】					
	呼吸器外科	手術日	花木 英明	柴田 諭	手術日	柴田 諭	
皮膚科	仁熊 利之 ◎◎天野 愛純香	仁熊 利之 ◎◎天野 愛純香	仁熊 利之 ◎◎天野 愛純香	◎◎白石 剛章 ◎◎第1・3・5天野/第2・4仁熊	仁熊 利之 ◎◎天野 愛純香		
眼科(休診)							
緩和ケア外来	上杉 文彦(午前のみ)				上杉 文彦(午前のみ)		
2階	消化器内科	濱田 博重 ◎◎石垣 尚志 ◎◎後藤 栄造	◎◎苗代 典昭 ◎◎大原 英司	◎◎竹崎 英一 ◎◎濱田 博重 ◎◎石垣 尚志	◎◎後藤 栄造 ◎◎苗代 典昭	◎◎苗代 典昭 ◎◎大原 英司	
	脳神経外科	◎◎勇木 清隆 ◎◎貞友 陽元 ◎◎清水 陽元	手術日	◎◎清水 陽元 ◎◎大庭 秀雄	◎◎勇木 清隆 ◎◎貞友 陽元 ◎◎原 健司	◎◎大庭 秀雄 ◎◎原 健司	
	心臓血管外科	◎◎森田 悟	手術日	◎◎許 吉起	◎◎森田 悟	◎◎佐藤 克敏	
	血管内治療外来	血管内治療外来は、金曜日(祝日等を除く)の14時から16時まで【完全予約制】				◎◎佐藤 / ◎◎許	
	耳鼻咽喉科	午前	担当医	◎◎大久保 剛 ◎◎武内 康治	◎◎大久保 剛 ◎◎武内 康治	◎◎担当医 ◎◎※緊急紹介患者のみ	手術日
		午後	担当医	◎◎担当医	◎◎大久保 剛 ◎◎武内 康治	手術日	(予約患者のみ) ◎◎大久保 / ◎◎武内
	歯科	◎◎小西 昭弘	◎◎加治屋 幹人		◎◎松田 真司	◎◎應原 一久	
泌尿器科	◎◎藤原 政治 ◎◎増本 弘史	◎◎藤原 政治 ◎◎増本 弘史	◎◎藤原 政治 ◎◎増本 弘史	◎◎藤原 政治 ◎◎増本 弘史	手術日		
産婦人科(予約制)	手術日	◎◎兒玉 尚志 ◎◎坂手 慎太郎 ◎◎花岡 美生	手術日	◎◎兒玉 尚志 ◎◎坂手 慎太郎 ◎◎大森 由里子	◎◎兒玉 尚志 ◎◎花岡 美生 ◎◎大森 由里子		

【受付時間】 8時30分～11時30分 診察時間 8時30分～17時15分 ○救急患者様は随時診療いたします。ただし、手術のため、木曜日の耳鼻咽喉科は9時30分まで(緊急紹介患者に限る)、金曜日の皮膚科は10時30分までの受付時間となります。 歯科(入院応需)は臨時的に診察曜日が変更となることがあります。

【予約受付】 再診患者様につきましては、受診時に次回の診察予約ができます。また、定期的に受診されている場合には、電話での予約も可能です。 電話(082)423-1489 (平日8:30から17:00)

【産婦人科】 産婦人科外来は原則的に初診も含めて予約制ですが、妊婦初診は予約なしでも受けます(火曜日・木曜日・金曜日)。

【診療日】 月曜日～金曜日 (土曜日・日曜日・休日・年末年始は休診となります。)



■お問い合わせ

独立行政法人 国立病院機構
東広島医療センター

〒739-0041
広島県東広島市西条町寺家513番地

ホームページ
<http://www.hiro-hosp.jp/>

Webからは **東広島医療センター**

TEL082-423-2176 FAX082-422-4675