高知大学病院ニュース

〔編集〕
高知大学病院ニュース
編集委員会
委員長　瀬尾　宏美
〔発行人〕
高知大学医学部附属病院
病院長　杉浦　哲朗

病院の感染対策最新情報

感染対策室

今年は、多剤耐性アシネトバクター・バウマニによる院内アウトブレイクや、ニューデリー・メタロ－β－ラクタマーゼ１(NDM-1)産生多剤耐性菌やカルバペネマーゼ(KPC)産生肺炎桿菌の検出が報道され、耐性菌が注目されました。そして、インフルエンザとノロウイルスの流行期を迎えようとしています。インフルエンザは、今年は既に日本各地で流行の兆しが見えており、比較的早期に流行し始めることが予測されています。ノロウイルスは、昨年の２倍以上の増加ペースで、過去10年で２番目の多さといわれています。高知県でも12月5日時点ですでに2倍の増加となっています。引き続き手洗いと咳エチケットをよろしくお願いします。

病院においては、耐性菌や流行期に関わらず、日常的な感染対策の継続が必要です。11月19日の院内感染対策研修会には、静岡県の県西部浜松医療センターの矢野邦夫先生をお招きして、院内感染対策・感染症における最近の話題について講義をしていただきました。その中からいくつかご紹介します。

手術室での靴の履き替え

手術室への入室時に、靴を履き替えることは感染対策上必要ないとの考え方が一般的になっています。靴の交換、足拭きマット、手術室入口での患者移送のストレッチャー交換などを行っても手術室の床を清潔にすることはできません。自分の靴が汚れることを防止する目的で靴を履き替える際には、これから手洗いによって清潔にするはずの手が、靴という最も汚染された部位に接しているという認識が必要です。また、スリッパでは足を保護できず、血液汚染やメスなどの鋭利物による外傷の可能性があります。

手術時手洗い

従来は、ブラシを用いるスクラブ法が行われていましたが、最近ではブラシを使わずに擦式消毒用アルコール製剤を手指から前腕に十分に擦込むラビング法が主流になってきました。両者でその消毒効果に差のないこと、手術部位感染の発生率に差のないことは証明されています。ブラシによる皮膚のダメージはかえって手荒れの原因となり、細菌増殖により手術部位感染の発症率を高める危険性があることもラビング法が推奨される理由となっています。

術前除毛

カミソリによる剃毛は、皮膚に小さな創を作り感染を助長するため、もう行われなくなりました。クリッパーによる除毛も、同様の危険性があります。つまり、除毛処置をすればするほど、感染のリスクになります。除毛は手術の妨げになる場合にのみ、電気クリッパーを使用して手術の直前に行うことが推奨されています。(表1)

ヘパリンロック

ヘパリンは、中国の小さな原始的な工場において、粗悪な環境で製造されています。また添付文書の使い方には、「静脈内留置ルート内を生理食塩水で十分置換した後、本剤を注入すること」と記載されています。採血をしなければ、ヘパリンロックと生食ロックでは閉塞率に差はありません(表2)。

以上、感染対策についての最近の話題を紹介しました。病院の感染対策は、一人の力でも、一つの職種でも成功するものではありません。今後も皆様のご協力をよろしくお願い致します。

表1) 術前の除毛とSSI発生率

	SSI発生率
除毛なし	0.6%
手術直前のクリッパー除毛	1.8%
手術前夜のクリッパー除毛	4.0%
手術24時間以前の剃毛	20.0%以上

表2) 末梢静脈留置カテーテルのロックによる閉塞率

手技	対象患者数	閉塞数(%)
ヘパリンロック	205人	18人(8.8%)
生食ロック	179人	11人(6.1%)

表彰されました

外科1医員　宗景　匡哉さんが第48回日本人工臓器学会大会(JSAO 2010：平成22年11月18日～20日、仙台国際センター)で、大会表彰の一つ臨床研究大賞に選ばれました。

◆ 学会名
第48回 日本人工臓器学会大会 JSAO 2010　臨床研究大賞
◆ 演題名
人工膵臓を用いた外科周術期血糖利御法

看護部　壬生　季代さん(ICU)が第48回日本人工臓器学会JSAO2010 Nurse Awardを受賞されました。
授賞式にて(左端が壬生さん)

◆ 学会名
第48回 日本人工臓器学会 JSAO 2010 Nurse Award
◆ 演題名
人工膵臓を用いた血管管理法は、ICU看護師の労働負担を軽減できるか

院内学習会 キャンサーボード

がん治療センター　小林　道也

がん診療連携拠点病院の要件として、またがんプロフェッショナル養成プランを推進するにあたってキャンサーボードの開催は重要です。武藤徹一郎先生のお話から察するに、「キャンサーボード」という言葉はおそらく癌研有明病院が日本で始めて使用したのではないかと思っています。

Wikipediaより

キャンサーボードはがん患者の状態に応じた適切な治療を提供することを目的として医療機関内で開催される検討会。集学的治療や標準的治療等を提供する際に、手術、放射線療法及び化学療法に携わる専門的な知識及び技能を有する医師、画像診断、病理診断等を担当する医師やがん医療に携わる専門職等が職種を超えて集まり、がん患者の症状、状態及び治療方針等を意見交換・共有・検討・確認等するためのカンファレンスのこと。腫瘍ボード(Tumor Board)は同義語。臓器ごとに開催される場合は肺がんボード、胃がんボード、大腸がんボード、乳がんボードなどと呼ぶ。

キャンサーボード以外にがん診療連携拠点病院、がんプロにおいては緩和ケアのカンファレンスも重要です。以前の高知大学医学部附属病院では、これらのカンファレンスはまったく行われておらず、とにかくゼロからのスタートでした。それでなくても多忙の折、2つもカンファレンスを始めて参加者がいるだろうか?と言うのが正直な感想でした。病院運営委員会その他でアナウンスしても反応は少なく、カンファレンスの企画・運営など、結局私自身が動かなければ誰もしない状況でしたので、まずキャンサーボードと緩和ケアの2つのカンファレンスを融合させたオンコロジーカンファレンスを企画しました。参加者を募るため、附属病院に開店したスターバックスのコーヒーとクッキーを用意して、平成20年6月11日に第1回オンコロジーカンファレンスを開催しました。緩和ケアを主体とした話題でしたが、参加者67名中医師はわずか8名と言うさびしさでした。日程、アナウンス、コーヒーの手配など事務の方々にお世話になりながらも、やはり私が司会をし、とりまとめなければならず、自分自身が多忙でなかなか2回目の開催が出来ないまま約半年が過ぎてしまいました。

定期的なカンファレンス開催の必要性は分かっていながら、余裕がなく、気はあせるばかりでした。しかし、あせって時間がかかるよりどんな形でももう一度開催し、軌道に乗せることが、その質(内容、参加者数、職種)の云々より重要だと割り切ることにしました。

そこで、がん治療センターの下にある化学療法レジメン審査委員会が院内の各臓器別の専門医師でグループを形成していましたので、このグループを臓器別の腫瘍ボードメンバーとし、毎月順番にキャンサーボードの企画を任せることにしました。私は場所とコーヒーの手配、司会をし、事務の方々のサポートを得て、平成20年12月から毎月順調に開催できています。参加者数は諸事情でやや少ないときもありましたが、最近では概ね60名強、そのうち医師が20名弱という状況で、広い職種の方々に参加いただいております。

数回この形で運営してみて、質の面からいくつかの問題点がはっきりとしてきました。

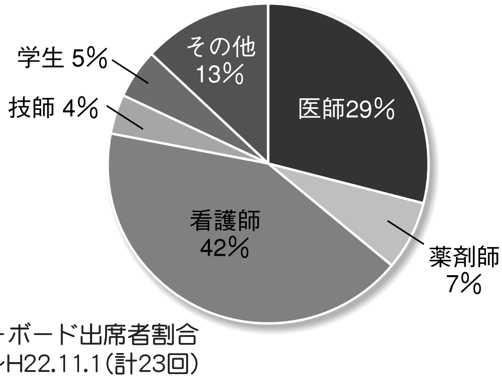
① 医師の参加数がやや伸び悩んでおり、このカンファレンスに対する意識向上が必要。
② 現在のカンファレンスは以前の症例検討が大半で、現在進行形の症例提示が少ない。

という点です。

医師の参加については、何らかのインセンティブの付加が必要かもしれませんが、強制的な参加ではなく自発的な参加が本来の姿でしょう。がん診療連携拠点病院としても、キャンサーボードを開催していかないと指定が取り消される可能性もあります。いろいろな場でのアナウンスによって、各診療科の先生方の意識向上を願っています。

ゼロから開始したわけですので、とにかく始めてみて、お互いの顔を知り、風通しを良くすることが大切と考え、今の形態で続けています。まだまだ治療方針を決定する相談が少ないのが現状ですが、平成22年11月に開催されたキャンサーボードは、本来の趣旨に沿って治療方針の決定がなされました。今後も現在進行形の症例提示をしていただくようにお願いしたいと思います。

「悩むよりとりあえず始めてみる」こういった精神で続けている高知大学医学部附属病院のキャンサーボードです。平成23年度にはさらに本来のキャンサーボードに近づいていけるものと確信しております。



キャンサーボード出席者割合
H21.6.11～H22.11.1(計23回)

若手職員の声

検査部
吉永　由菜

臨床検査技師として検査部の生理検査部門に配属され、2年目になります。

私は、心電図、肺機能などに加えて、脳波、筋電図、脳外科術中モニタリングを担当しています。脳波、筋電図は先輩技師の指導のもと、技術のさらなる向上と、患者さんの病態を踏まえた上で結果の解釈ができることを目標に、経験を重ねています。脳外科術中モニタリングは経験が浅いため現在は研修中ですが、モニタリング波形の判読方法や、手術中の注意点、アーチファクトの防ぎ方など多くのことを学ばせてもらっています。これまで神経系の検査の勉強を中心に継続し、夏には目標としていた日本臨床検査医学会認定の2級臨床検査士(神経生理学)の資格を取得することができました。

日々の検査の中で、患者さんとの接し方や医療スタッフとのコミュニケーションの大切さも感じています。これからも経験を積み、検査の知識、技術の向上に励み、医療に貢献していきたいと思います。

リハビリテーション部
高橋　朝妃 ・ 中平　真矢

言語聴覚士(ST)としてリハビリテーション部に就職して早2年がたとうとしています。

現在リハビリテーション部には4人のSTがおり、失語症を始め高次脳機能障害、摂食・嚥下障害、音声障害等小児から成人までの幅広い分野に携わっています。約2年間で多くの患者さんと出会いましたが、接遇やSTとしての知識不足・経験不足を痛感することが多くあり、またSTとして患者さんに何を提供することができるのか、思い悩む日々が続いています。そんな中でも患者さんが久しぶりに食事を食べ「おいしい」と笑顔を見せてくれる瞬間や「ここは落ち着くね」と言ってもらえる時にとても嬉しく思い、やりがいを感じています。

今後も患者さんの笑顔をたくさん見られるように、日々STとしても社会人としても成長し、また、STのことをより皆さんに周知していただけるように今以上に努力していきたいと思います。

薬剤部
八木　祐助

はじめまして。薬剤部の八木祐助と申します。

高知大学医学部附属病院に来てから、早いもので1年と5ヶ月が経ちました。

実務としては、特殊・院内製剤の調製や注射剤無菌調製、抗癌剤のミキシングといった製剤業務を全般的に行っています。また、ICTの一員としても活動をしており、抗菌薬使用のモニターやアセスメントを中心に行っています。

今年の7月からは、カルバペネム系および抗MRSA薬剤を使用する際には全て届け出をしていただくようにしました。最初は形だけの導入であっても、抗菌薬の耐性化問題を病院全体で捉え、共通のコンセンサスのもと耐性菌を増やさないように抗菌薬の適正使用を推進できたらと考えています。また抗MRSA薬剤においては、TDMに基づいた投与設計を行うことで、患者さん個人にあった用法用量を模索し副作用回避を目的とした介入を行っています。

今後も積極的にチーム医療に参画し、「顔の見える」薬剤師を目指して頑張っていきたいと思います。

永年勤続者表彰

今年も永年勤続の表彰式が11月19日(金)に朝倉キャンパスで行われました。岡豊キャンパスからは9名の方が表彰されました。
写真左から(敬称略)
栗林功雄[生化学講座]、山下智加[産科婦人科学講座]、中村美保[看護部]、南部桂[看護部]、丸目弥生[看護部]、高石浩子[看護部]、高橋由美[看護部]、松本由美[看護部]、金子司[栄養管理室]
おめでとうございます。

職場紹介　病理診断部

病理診断部は中央診療部門の１つとして、病理診断および病理解剖業務を行っています。病理診断は最終診断として重視されている傾向がありますが、最終診断はあらゆる診療情報が加味されて行われるものであり、“黙って出せばぴたりと当たる”ものではありません。臨床各科との連携をしながら、より正確で有用な情報を提供できるように努めていきたいと考えています。

病院での病理診断は細胞診、組織診があり、組織診断は生検組織、手術検体のほか、術中迅速診断の形でも行われます。

細胞診は喀痰・尿等の採取物および組織から剥離される細胞の他、乳腺・甲状腺等の腫瘤性病変からの針を刺して吸引された細胞について、主として腫瘍性病変の診断を行います。患者さんの負担が比較的軽く、また、生検を行うのが難しい病変に対しても用いられます。当院では針を刺して細胞を採取するとき適切な材料が得られるように、ベッドサイド細胞診としてその場でチェックを行うよう努力しています。検体は年間6000件を超え、細胞検査士３名等でふるいわけ診断をしたのち、細胞診専門医３名との検討を経て診断しています。

組織診断の件数は年間5000件を超え、病理診断部の病理専門医３名と医師１名が主として診断していますが、適宜それぞれの領域の専門医に相談をしています。標本はホルマリン固定、パラフィン包埋を経て作製されたヘマトキシリン・エオジン染色が基本ですが、必要に応じて特殊染色、免疫染色、FISHをふくむin situ hybridization、電子顕微鏡も用いています。

術中迅速診断は術前の診断が困難な病変や、事前に手術範囲を決め難い病変について、手術中に凍結標本を作製、診断を行い、主病変の病理診断とともに術式や切除範囲を決めるための情報を提供しています。近年増加しており、年間500件を超えるようになっています。

病理解剖は病理学教室と共同で行っており、病理組織学的な診断とともに診療活動の評価と直接死因の検討をし、CPCを行っています。

病理診断は開院以来検査部の中で行われ、大学病院としては極めて稀な存在でしたが、2006年から病理診断部として独立し、現在は臨床講義棟の北側で主たる業務を行っており、術中迅速診断のみ検査部内にある病理検査室を使用しています。スタッフは医師４名、臨床検査技師７名、事務１名で、標本作製、診断のほとんどを行っています。細胞診は比較的短い時間で標本作製することができますが、組織診断は組織を薄く切って標本とするために時間が必要で、当院では基本的には中１日で作製し、それから診断を行います。検体によってはさらに標本作製に日数がかかるものもあり、また、細胞診を含め診断困難なものは追加の標本作製や特殊染色、コンサルテーションなどを行うとさらに時間が経過します。遅れている症例に関しては暫定報告や連絡を行うようにもしていますが、至急のものも含め問い合わせをしていただければと思います。

病理診断は臨床との連携が非常に重要ですので、臨床との対話を積極的に行いたいと思います。随時、病理診断部に来室(顔が見えるのは非常に重要です)、連絡をいただければと思います。臨床各科の病理診断に関連したカンファレンスへの参加も行っていますが、なにぶんマンパワーが足りず、一部にとどまっています。お誘いをいただければ可能な範囲で参加したいと思いますので、声をおかけください。

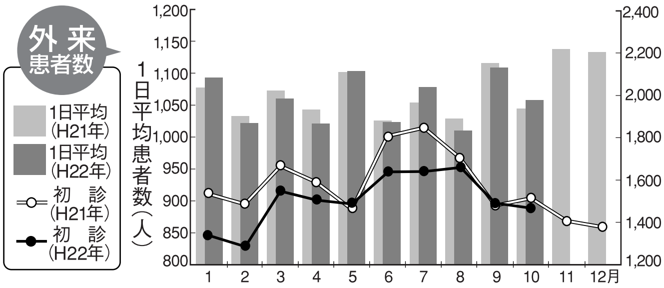
最後に、一般には知られていませんが、病理医は全国的に非常に不足し、高知県は専門医が大学外には７名しかいません。2008年には病理診断科の標榜が認められ、診療報酬改訂でも第３部 検査の第２節 病理学的検査だったのが、第13部 病理診断として独立しました。病理を取り巻く環境は徐々に改善し、重要性が認知されてきています。学生の皆さんは一度考えてみてください。

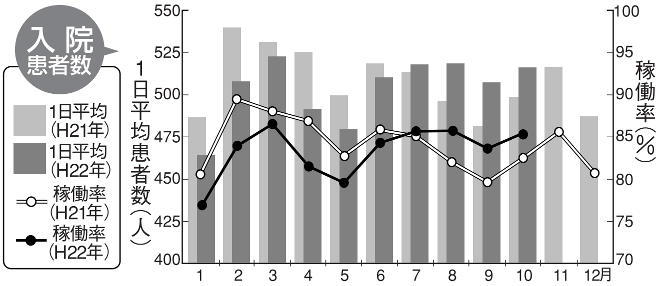
病理診断部における診断件数の推移(件)

	組織診	細胞診	術中迅速
2007年	4983	5797	431
2008年	5162	6137	481
2009年	5624	6116	512
2010年11月	5395	5714	473

(文責：弘井　誠)

診療状況





編集後記

寒さが厳しい季節となってきました。最近の話題の１つに、尖閣諸島問題のビデオ流出があります。情報管理が問題となっていますが、一方で誰もが知りたかった真実を公にしたことの賛否が議論となっています。このことは一見、私たちの医療現場とは無関係の問題と思われるかもしれません。しかし、患者診療情報の管理、インシデントの情報開示に置き換えて考えると医療安全管理と同質の問題と考えられます。多剤耐性アシネトバクターによる院内感染報道についてもしかりです。本号では、当院の感染症対策について紹介していただきました。病院ニュースを通じて当院の取り組みや考え方などについて職員や学生が情報を共有できるようにするのも本紙の使命ではないかと思います。

さて、年の瀬も近づいてまいりました。「１つ怒って年をとり、１つ笑って若返る」。悪いことも前向きにとらえて心の中で笑っていきたいものです。それではよいお年をお迎えください。

(文責：谷口 愼一郎)