


 いわき市立総合磐城共立病院

# 地域医療連携室たより

## 地域における感染対策向上にむけて

副院長、院内感染対策委員長

中山 晴夫

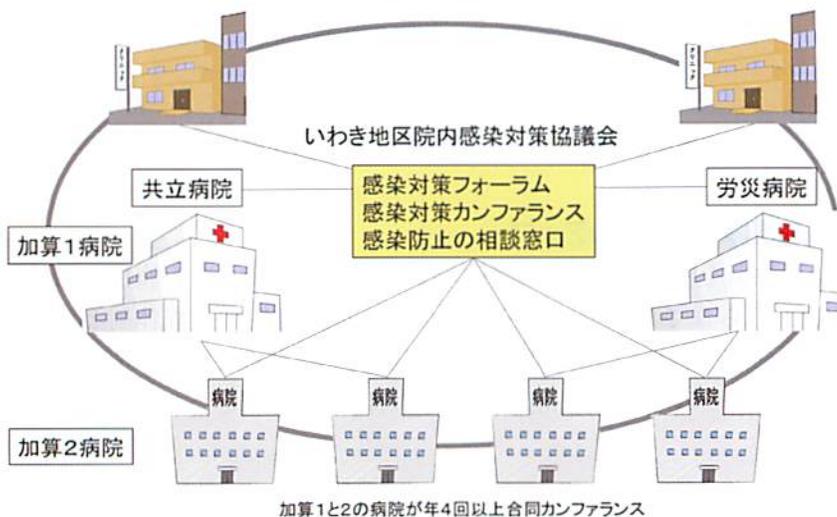


はじめに、最近 NDM-1 などの多剤耐性の新興感染症や結核などの再興感染症が話題になっている。ここいわきでもグローバル化とともに海外ボランティア、ビジネス出張、海外旅行帰りで法定伝染病に罹患してくるケースが最近多くなってきた。また、県外や病診連携で患者をやり取りする中で院内に耐性菌の持ち込みもみられ、いわき地区全体で感染情報の共有と感染防止対策のさらなるレベルアップがいま求められている。

### H24 年度から感染防止対策加算の新設

今年度の診療報酬改定にともない、感染防止対策加算 1 と 2 を算定する医療機関同士が年 4 回以上合同で感染防止に関するカンファランスを行えば加算がつくようになった。図 1 のように、いわきでは H17 年よりいわき地区院内感染対策協議会が結成され、年 2 回いわき感染対策フォーラムを開催しすでに勉強会を行ってきた。今回の加算により感染防止対策にコストをかけられるようになり、地域での感染防御体制のネットワークの構築と連携強化が診療報酬の上でもバックアップがなされた。

図 1. いわき感染対策ネットワーク


**【いわき市立総合磐城共立病院 地域医療連携室】**

電話 0246 (26) 2250 (直通) FAX 0246 (26) 2119

U R L <http://www.iwaki-kyoritsu.iwaki.fukushima.jp>E-mail [kyoritsu@iwaki-kyoritsu.iwaki.fukushima.jp](mailto:kyoritsu@iwaki-kyoritsu.iwaki.fukushima.jp)

### インフルエンザ阻止も“守り”から“攻め”の対策へと変化

今年度の感染対策の中でインフルエンザ対策に新しい動きがあった。従来の対策は、面会制限やマスク手洗い励行などの“守りの対策”が主で、特に高齢施設内の流行では今もって多くの被害が新聞報道されている。これを受け日本感染症学会は、2012年9月に病院や高齢施設内でのインフルエンザ流行阻止に向け、抗ウイルス薬の曝露後予防投与するよう提言した。

しかも、高齢者施設では2-3日の内に2例以上の患者が出たならフロア全体に予防投与を考えるとされている。いままで我々が予防投与を躊躇する理由として薬剤耐性ウイルス出現の懸念があったが、予防投与での治療耐性化の確率は低く、薬の副作用も少ないとして予防投与が薦められている。当院でも入院中の患者にインフルエンザが多発し、同一病室患者や職員にもタミフル予防投与を行い沈静化を図った。しかし、曝露後予防投与を積極的にといわれても薬は病院負担であり、コストと危機管理がここでも問われることになった。

### 最近の院内感染対策の問題

毎年対策を講じていても院内感染問題は枚挙にいとまがない。産科病棟で結核患者の濃厚接触接問題や、ノロウイルス感染や、すでにデイケア等で数十人に疥癬を感染させた角化型疥癬（ノルウェー疥癬）が夜間に突如救急救命センターに搬送されその後の院内対応に苦慮したケース等が最近あった。また、昨年9月に集中治療室を中心に1-2剤耐性アシネトバクターの院内感染問題があった。2010年に帝京大学で話題になった多剤耐性菌ではないが、院内の防御体制の不備を突かれたともいえ、標準予防策や接触感染予防策が徹底されているかの試金石ともいえる。アシネトバクターの耐性菌は図2のように海外より菌が入り込もうとうかがっている。患者の紹介転院にあたっては地域の医療従事者同士で勉強し合い、高い感染防止対策と知識の共有が必要な時代になってきた。

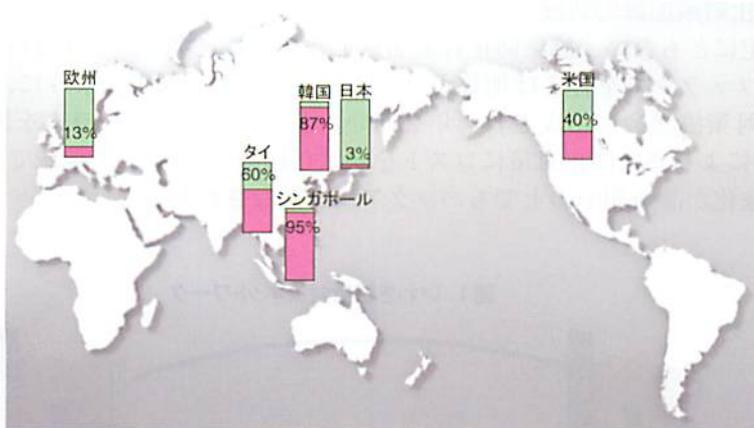


図2. 各国のアシネトバクターのカルバペネム(IPM)耐性率

### 他職種で感染対策と監視体制のレベルアップ

当院の中検では常に耐性菌を監視し報告体制がとられている。以前より、夜間も結核塗抹検査が可能であり、PCR早期報告体制が取られてきたが、今回ノロウイルスも24時間検査体制となった。しかし、迅速検査や培養が提出されなければ、隔離を含め接触感染対策が後手になる可能性がある。そのためには医師の判断を待たず、院内感染ではチームワークを發揮した早期対応策が必要となる。

最後に、今年度ほど個室管理の重要性が叫ばれる年はなかった。特にアシネトバクターの場合、カーテンやキーボードでも長く生息できるため、環境清掃をどこまでやるか現場では悲鳴にも近い戸惑いがおこっている。新病院が急性期医療を目指す限り、感染者の個室確保や長期個室占有の問題がつきまとうので、感染症が管理しやすい新病院になればと思う。

## 診療科コラム

古くて新しい感染症、  
野兔病 (Tularemia) のはなし

副院長兼医療技術部長、病理科主任部長

浅野 重之



野兔病研究については、福島県福島市が発祥の地と言っても過言ではないようです。すなわち、本疾患についての研究は福島市大原総合病院附属大原研究所で盛んに行われ、世界的にもその名が長年にわたって知られていました。しかし、当該病院を取り巻く厳しい経営状況の影響により、研究所は2012年に他県へ移動し、福島県から野兔病研究の本家の灯は全く消えました。

私は、灯が消える寸前までその研究の一部に携わることができました。ここでは、今まで本疾患では注目されなかった皮膚病変とリンパ節病変を関連付け、新たな疾患概念を確立しましたので、その結果の一部を『いわき』から発信したいと思います。

## 『歴史的事項』

野兔病についての学術的な記載としては、水戸藩の侍医(本間棗軒; 華岡青洲の門下生)が「瘍科秘録」で「食兔中毒」とし、本疾患を野兔(ノウサギ)肉による食中毒として世界で始めて発表しました(1837)。その後、三木幻成が「自準亭薬室雑識」で「中兔毒」と呼び、食中毒ではなくて感染症であると述べています(1852)。国外では、米国カリフォルニア州で McCoyによって報告されたリスのペスト様疾患(1911)以来、本疾患がヒトにも感染することが Francisにより確認されました。最終的にはこの疾患の原因菌は、分離された Tulare町の名を冠して *Francisella tularensis* (*F.tularensis*) と呼ばれるようになったのです(1921)。日本では福島市大原病院の大原八郎が研究所を設立し、野兔病の研究を積極的に行い(1925)、日本軍(1932~1945)やアメリカ軍(1950~1960)も生物兵器として研究するようになりました。その後、2000年頃までには全世界で多くの野兔病患者が報告されました。

さらに、本疾患は、2001年米国での炭疽菌を使った生物テロ事件を契機に CDC(Center for Disease Control)は、野兔病菌を天然痘、炭疽菌と並んで特に留意すべき病原体(Group A) であるとしてリストアップしました。

このように本疾患は、単なる動物由来感染症のみならず生物テロの観点からも改めて見直されるようになりました。

## 『総説』

本疾患は、ノウサギやネズミなどの齧歯類、鳥類あるいは犬などが野兔病菌 (*F.tularensis*) に感染して起こる動物界の致死性急性感染症です。これらの感染動物とヒトが直接接触したり、感染動物死体を素手で料理し半生で食したり、あるいはノミ・ダニ・アブなどの吸血昆虫類の媒介によりヒトに感染することがあります。野兔病菌は、粘膜のみならず皮膚から侵入し、侵入部位で菌が増殖し膿瘍肉芽腫を形成し、菌はリンパ流にのり所属リンパ節で炎症を起し、炎症が波及することが知られています。なお、ヒトからヒトへの感染はまったくありません。ヒトに病原性を示す *F.tularensis* には4亜種があり、なかでも北アメリカにのみ分布し強毒性致死性の亜種 (*tularensis*) や、北アメリカからユーラシアに分布し日本にも多く分布する弱毒性で死亡例はまれな亜種 (*holarctica*) があります。なお、日本に特有な菌株は *holarctica* のなかの *japonica* であることが確定されています。

## 『疫学的事項』

北アメリカからヨーロッパに至るほぼ北緯 30 度以北の北半球に広く分布し、保菌鳥獣類との接触が多い狩猟期（11 月～1 月）に発生しやすいですが、マダニなど吸血昆虫類等が活発な季節（4 月～6 月）にも発生しやすいようです。スウェーデンでは 600 人以上の野兔病患者が発生し（1966）、米国では 1,409 人の患者が発生し、20 人が死亡しました（1985～1992）。2000 年にはスウェーデン・フィンランドで蚊の媒介による流行があり、2004 年にはコロラド州で、ハムスターに咬まれて野兔病になった男児の報告もされています。

一方、日本では東北地方全域と関東地方の一部が多発地域ですが、北海道、静岡、佐渡を含む新潟、長野、愛知、京都および福岡からの発生も知られています（図 1）。日本では、1924 年の初発例（福島県伊達市）以来 1994 年までに 1,372 例の報告がありました。その後、1999 年に千葉県で 1 例、2008 年に千葉県と福島県でそれぞれ 1 例の発生が報告されたくらいで年々減少しています。年齢的には 30～50 歳代の男性が多く罹患し、ノウサギの剥皮や調理による感染が殆どでした。しかし、これら日本の感染患者には死亡例は報告されていません。

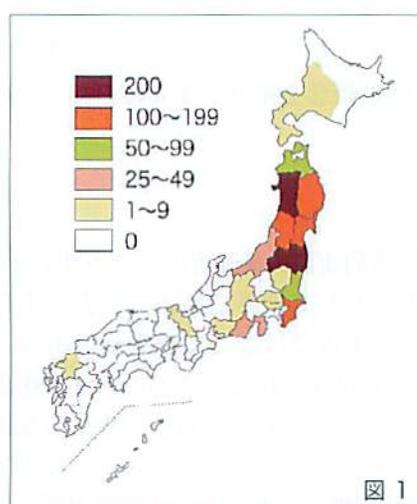


図 2

## 『臨床的事項』

潜伏期は、1～21 日間（通常は 3～5 日）で、発病は突然で、38～40 度の発熱、悪寒、頭痛、全身の痛み（特に背部痛）、鼻風邪、咽頭炎、咳、胸痛を伴い、治療をしないと発汗、悪寒、体力消耗、体重減少がみられます。どの型でも肺炎、敗血症、まれに髄膜炎等を起こす可能性があります。なお、経口感染ではペスト様症状がみられます。

病型は、主として (1) リンパ節型、(2) 潰瘍・リンパ節型、(3) 眼・リンパ節型などです。血清の抗体価は、感染 1 週間以内に上昇し、3 週目にはピークを呈し、20 週目まで持続しています。本症の診断は、*F.tularensis* の検出がなされれば確実ですが、血球凝集反応は鋭敏で、早期感染でも同定できます。治療にはストレプトマイシン (SM)、ゲンタマイシン (GM) などの抗生物質が第一選択ですが、クロラムフェニコールやマクロライドも有効です。

## 『病理学的事項』

皮膚病巣：初感染部位は、右手指に次いで左手手指の順で多く、感染初期より皮膚に潰瘍が生じ（図 2）、その底部および真皮表層のリンパ管は拡張し、その中には抗原提示細胞（リンパ球、ランゲルハンス細胞、マクロファージ）が多数含まれています。また、初期より膿瘍形成がみられ、同部に一致して *F.tularensis* が免疫染色で同定できます。時期が経つにつれて成熟した肉芽腫がみられ、晩期には肉芽腫の中心部ではしばしば均一化し、皮膚の潰瘍も治癒する傾向にあります。なお、病巣に *F.tularensis* を検出できるのは感染より 1 週間以内で、膿瘍病巣のある時期に限られています。

リンパ節病巣：腫脹リンパ節は右腋窩（図 3）、右肘と右側上肢の感染が多く、左腋窩および左肘部のリ

リンパ節にも腫脹が認められます。リンパ節でも病期が進むにつれて病巣は皮膚同様、膿瘍型（～1週間）、膿瘍肉芽腫型（2～5週間）および肉芽腫型（6週間以降）に変化し、晩期では肉芽腫の中心部が均一化してきます（図4）。リンパ節では皮膚病変よりも1週間ほど遅れて病巣が形成されますが、*F.tularensis* の検出は感染7日目から34日目頃までの膿瘍部にのみ免疫染色で検出可能です。

### 『病態のまとめ』

感染ノウサギに接触すると、その直後から *F.tularensis* が手指の皮膚に侵入し、皮膚では膿瘍形成性肉芽腫を形成します。それに引き続いて所属リンパ節では、皮膚と同様の肉芽腫を形成するということが、組織学、免疫組織学およびDNA解析などで明確になりました。私どもが長年行ってきた研究により、野兔病は、従来言われてきたようなリンパ節単独の疾患ではなく、リンパ液が皮膚病巣を灌流しその結果所属リンパ節に病巣が形成されるのであり、皮膚病性リンパ節症（dermatopathic lymphadenopathy）の一つであるという新しい疾患概念が下記の論文の如く世界的にも認められました。



図3

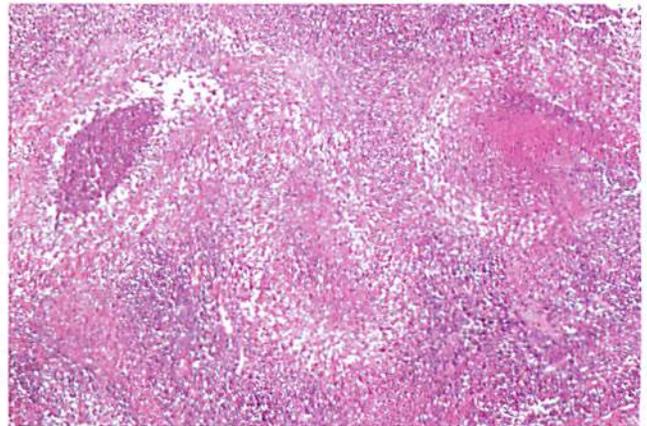


図4

### 『参考文献』

1. 医師からみたズーノーシス - 野兔病 -。  
浅野重之、藤田博己、佐多徹太郎。  
*SA Medicine* 12,80-84,2010.
2. Temporal differences of onset between primary skin lesions and regional lymph node lesions for tularemia in Japan: a clinicopathologic and immunohistochemical study of 19 skin cases and 54 lymph node cases.  
Shigeyuki Asano, Kikuo Mori, Kazuki Yamazaki, Tetsutaro Sata, Takayuki Kanno, Yuko Sato, Masaru Kojima, Hiromi Fujita, Yasushi Akaike, Haruki Wakasa.  
*Virchows Arch* 460,651-658,2012.
3. Granulomatous Lymphadenitis.  
Shigeyuki Asano.  
*J Clin Exp Hematopathology*.52,1-16,2012.
4. Detection of a possible bioterrorism agent, Francisella sp., in a clinical specimen by use of next-generation direct DNA sequencing.  
Makoto Kuroda, Tsuyoshi Sekizuka, Fumiaki Shinya, Fumihiko Takeuchi, Takayuki Kanno, Tetsutaro Sata, Shigeyuki Asano.  
*J Clin Microbiol* 50,1810-1812,2012.

## 本院の認定看護師紹介（最終回）

副院長兼看護部長 坂元和子  
(認定看護管理者)



11月号に続き、本院の認定看護師を紹介させていただきます。今回は、緩和ケア認定看護師・がん化学療法認定看護師・新生児集中ケア認定看護師です。

緩和ケアとがん化学療法認定看護師は、外来の化学療法室を担当し、毎日がんと向かい合い頑張っている患者さんへの「実践」「指導」「相談」を行っています。新病院には、緩和ケア病棟が開設されます。開設準備や体制づくりなど、今後益々役割に期待しているところです。

### 緩和ケア認定看護師

第1外来 小野寺 志保



緩和ケアは、WHOの定義に沿って実践されます。様々な苦痛を、身体的・精神的・社会的・スピリチュアルな側面から全人的にアセスメントし、患者さんやご家族のQOL向上を目指して介入します。そのため多職種で構成されるチーム医療が重要となります。当院では、緩和ケア部会員中の11名が緩和ケアラウンドチームのメンバーとなっています。毎週金曜日全員で定期的ラウンドを実施し、受け持ちとなった患者さんに対して、各々が日々直接的なケアを行っています。緩和ケアチーム（PCT）に対する相談はまだ少ないのが現状ですが、早期からの緩和ケア介入は生存期間を延ばすという報告があります。がん患者さんが抱える様々な苦痛緩和のため、活用して頂ければと感じています。

私は現在、外来業務と並行しながら、PCTの調整、がん患者カウンセリング同席、がん看護リクナースや認定看護師講座受講生への講義、院内外での緩和ケア講習会のファシリテーター等を務めています。IFA認定アロマセラピストとしても、代替医療の一つであるアロマセラピーをケアの中に取り入れ、患者さんの苦痛緩和を実践中です。また、リンパ浮腫ドレナージセラピストの資格取得に向けて勉強中です。

「生と死」を尊重し支える緩和ケア。充実に向けて一步一步進んでいきたいと考えています。



### がん化学療法看護認定看護師

第1外来 西山 久美子



がん化学療法は日々変化しており、新規薬剤も次々に増え、医療情勢や治療環境の整備、副作用対策の進歩などにより患者さんのQOLを重視した視点などから、入院だけでなく通院でも行われるようになっています。がん化学療法看護認定看護師は化学療法を受ける患者さんやご家族を支え、安全を守っていくことを使命とします。現在私は外来化学療法室に配属され医師、看護師をはじめ、薬剤師、医療福祉士などの多職種と協働して患者さんやご家族が治療を納得し、确实・安全・安楽に化学療法が継続できるように、初めて治療を受ける事への不安や悩みへの対応をしたり、必要な情報を分かりやすく提供したりしています。また、副作用症状を共有し予防や軽減できる方法を一緒に考え、できるだけQOLが低下しないように個々の状況に合わせたセルフケア支援など適切な看護を提供できるように日々努力しています。今後も患者さんに最良の看護が提供できるように知識や技術の更新のため日々情報収集や学習に努め、活動の幅を拡大していきたいと考えています。

## 新生児集中ケア認定看護師

NICU 下谷 さおり



NICUに入院する新生児は、早産での出生や先天的な疾患などのリスクを持っており、状態が安定してご家族の元に帰る過程に、集中的な治療や看護を必要とします。新生児集中ケア認定看護師の役割は、急性期にあるハイリスク新生児の治療や療養経過中に生じる、身体的及び心理社会的有害事象に対して予防的視点から介入し、良好な発育・発達が促されるよう個別的なケアを実践することです。

新生児医療の目標である「後遺症なき生存」を目指すためには、アセスメント能力の向上や「ディベロップメンタルケア」が重要となります。ディベロップメンタルケアとは、早産児や疾患を持った新生児の発達を妨げないよう、環境や処置などによる外的ストレスを減らし、家族とともに新生児の反応に合わせた個別的なケアを行うことです。新生児は言語によるコミュニケーションがとれませんが、注意深く観察することで非言語的な反応をたくさん示してくれます。

その反応を読み取り個別的なケアを行うことで、新生児とコミュニケーションをとることができます。また、両親は親子関係形成の大切な時期に新生児と切り離されるため、家族への支援も重要となります。NICUへ入院する新生児の両親は、不安や無力感を抱くことが多いことから、愛着形成を促進させる関わりや、児の状況に応じて両親ができる育児を、両親の意向を確認しながら行えるよう配慮することが大切です。

このようなケアをより充実させ質の高い看護を提供し、新生児が一日も早くご家族の元へ帰ることができるよう、実践・指導・相談を通しNICUのスタッフと共に努力していきたいと思えます。



### 最後に

今年度、認知症看護認定看護師研修を1名が修了しました。次年度認定取得に向け、がんばっております。今後も、当院の役割を担う上で必要な認定看護師育成に計画的に取り組んで参りたいと考えております。第1回でも紹介いたしました、地域の医療機関からご依頼があれば研修や実技指導などに出向いておりますので、ご一報ください。

\*1月にはじめて、訪問ステーションの患者さんの訪問看護に同行しました。連携室にご連絡下さい。「専門性の高い看護師による訪問看護」専門訪問看護料(1,285点)



### 今年度の認定看護師の院外活動

分野	救急看護	感染管理	皮膚排泄ケア	がん化学療法	緩和ケア	新生児集中ケア	集中ケア	合計
講師等	市内	2	4	7	1	1		15
	県内	2	2	1			1	7
	合計	4	2	5	7	1	1	22

## 新生児等の聴力検査について ～中央検査室

中央検査室副技師長  
廣木 恵美



地域医療連携室におきましては、地域医療機関からの診療受け入れの窓口として、日頃から、より良い医療サービスの向上に積極的に取り組んでいることと思います。

検査室としましては、精度の高い検査結果を迅速かつ正確に診療側に提供することで、地域医療支援の一翼を担う役割を果たさなければなりません。患者さんに信頼され安心して検査を受けていただく為に、信頼関係を築くことができる人材育成を目標にしながら、患者サービスに心掛けています。専門資格の習得、医療技術の研鑽を重ね講演会や研修会への参加等、安全で安心な医療を提供できるよう務めていきたいと思っています。

現在、生理検査室では、16名の技師が生理機能検査と耳鼻科領域の検査を担当しています。耳鼻科領域の検査は多種多様ですが、その中で聴覚機能（きこえ）検査を中心に平衡機能検査、味覚検査を行っています。

新生児医療の進歩に伴い新生児聴覚検査として、1990年代後半に普及された新生児聴覚スクリーニング検査がありますが、現在は、全ての新生児を対象としたスクリーニング検査として、分娩取扱機関の約60%が全国的に実施しています。



生理検査室スタッフ

当院では、2005年当初、NICUでのスクリーニング検査を検討する予定でしたが、検査環境等の条件が整わず実施できなかった経緯がありました。

現在では、診療側からの要望に答え、産科病棟では、検査希望の新生児を対象に生後4日以降 簡易OAE（耳音響放射）検査と、要再検時に簡易ABR（自動聴性脳幹反応）検査を実施する二段階スクリーニング検査を行っています。NICUでは、簡易ABR検査を実施しています。さらに要精検の場合は、ABR（聴性脳幹反応）へ移行します。

新生児聴覚スクリーニング検査が難聴児の早期検出に有用性の高い検査法であることから、病棟スタッフの皆さんとの連携を図りながら、診療側へより正確な検査結果が提供できるよう努めていきたいと考えています。



## 共立病院クリスマスコンサート

音楽等を通して心の安らぎと温もりを提供し、患者さんの一日も早い健康回復を願ひまして、平成 24 年 12 月 22 日(土)午後 3 時から、正面玄関待合ホールにて第 26 回共立病院クリスマスコンサートが開催されました。

演目は、弦楽合奏「クゼフィールド・ストリングス(市内音楽愛好家)」とフラダンス「ハウオリフラ(共立ダンスチーム)」で、暖かな演奏と踊りで観衆を魅了していました。



クゼフィールド・ストリングス



ハウオリフラ

## 第10回 総合磐城共立病院新春賀詞交歓会 (地域医療連携の集い)

平成 25 年 1 月 11 日(金)、グランパーティいわきにて「第 10 回総合磐城共立病院新春賀詞交歓会(地域医療連携の集い)」を開催いたしました。

多くの方にご参加いただき、和やかな雰囲気の中、皆さんがそれぞれ交流を深め合いました。

### 内藤医師の講演



## 総合磐城共立病院 新病院に関するお知らせ

### 新病院建設基本計画の策定について

昨年3月に策定した「いわき市新病院基本構想」を具現化するため、新病院の基本方針や機能、診療科の構成、病床規模、部門別の運営計画、建物構成計画など、新病院の基本仕様等について取りまとめた「いわき市新病院基本計画」を去る12月に策定しました。

※詳細はホームページをご覧ください。

### 新病院づくり応援基金について

当院では、新病院建設に向けた取組みの一助とするため、新病院づくり応援基金を設置し、市民の皆様や団体などからのご寄附を受け付けております。ご厚志は、建設工事や医療機器の整備などに有効に活用させていただきます。皆様からの温かいご支援をお願いいたします。

平成25年1月末現在で、34件、445万8千円のご寄附をいただいております。

### 新任医師紹介



脳神経外科

鹿毛 淳史

2009年東北大学卒業し、2012年11月よりお世話になっております。よろしくお願いいたします。



泌尿器科

田中 峻希

はじめまして、平成24年12月より磐城共立病院泌尿器科でお世話になっている田中峻希です。

平成21年東北大学卒で今年で4年目になります。

福島県での生活自体初めてで不慣れな点も多いですがよろしくお願いいたします。



心臓血管外科

飯田 浩司

よろしくお願いいたします。

### 地域医療連携室への予約について

予約の際は、「地域医療連携診療予約申込書」及び「紹介状（診療情報提供書）」を当室までFAXにてお送りください。

また、予約に関してご不明な点がございましたら、下記まで電話でお問い合わせください。

○予約受付時間 8:30~17:00 [土・日曜日は受付していません]

いわき市立総合磐城共立病院 地域医療連携室

電話 0246 (26) 2250 (直通)

FAX 0246 (26) 2119