



さわやか通信



～インフルエンザの迅速診断キットについて～

インフルエンザは例年12月頃から流行する感染症ですが、今年は9月から本格的に流行が始まりました。2009年4月にメキシコを起点として、全世界に広がった**新型インフルエンザ(H1N1)**の影響です。現在は患者数が多いため全例遺伝子検査で確認していませんが、国立感染症研究所の情報では、図示したように迅速診断キットでA型陽性を示した場合、ほとんどが新型インフルエンザであると考えられます。

5月に神戸・大阪で最初の流行が認められた時の調査結果では、迅速診断キットの感度は53.5～77%でした。特に発症翌日に検体が採取された場合に40～80%程度と最も感度が高く、発症当日や発症後数日以降に採取された場合は感度が低いと報告されました。(昨年まで季節性インフルエンザでは、一般的にウイルス培養と比べて感度は90%以上、ウイルス量のピークは48～72時間と言われていました。) **検査結果に最も影響を与える要因は検体の採取方法ですが、迅速診断キットの検出感度はそれほど高くないので、**

検査が陰性であった場合でも、総合的な診断が重要です。

浜松市内でも10月からインフルエンザの流行が始まり、感染のリスクが高まりつつあります。知り合いから“インフルエンザに感染した！”と聞く機会も多くなり、自分とは心配の方も多いのではないかと思います。心配で症状がなくてもインフルエンザの検査を受ける人もいるようですが、それは意味がありません。なぜなら、もし感染していたとしても症状が軽ければウイルス量も少なく、迅速診断キットで検出できないからです。国内の迅速診断キットも在庫がかなり少なくなっていますので、適切な検査の実施をお願いします。

(感染対策室、検査部 名倉理教)



医療情報システムに関連する予定・計画

医療情報システムは、現在契約の3年目で、今回の移転にあたっての契約は増設部分についてです。従って、病棟移転に際して一気に電子カルテ化するわけではありません。今回の増設契約でも一部機能は導入しますが、外来棟改修終了と次期システムの導入が3年後で一致するので、そこへ向けての助走と考えています。

ですので、まず病棟移転時は、今のオーダシステムをそのまま移行することとしています。但し、**移転と同時にICUの情報システムが稼働開始するので、この部分は新規スタート**となります。

その後、単純写真のフィルムレス移行、輸血部内システム、輸血オーダ、病棟給食システムなどを、それぞれご担当の部署のキューサインに従って順次開始する予定です。

電子カルテ導入にあたっては、筆者が相互チェックで訪問した信州大病院では40人のクラークを配置しています。千葉大病院などはその倍近くいます。もちろん彼らはIT関係の仕事だけをやるのではなく、医師、看護師の雑用を助けながら、記載のチェックや紙で来たもののスキャンなどを外来で、あるいは病棟で行なっています。電子カルテはあくまでも手段であり、目的ではありません。電子カルテが人手を減らすと言っている人は、もうどこにもいませんが、上記の負担を考えても価値が

あるとすれば、それは「職種間の情報共有」だったと、上記2施設や、他の大学病院の関係者は語っています。多くの施設では、1患者1カルテ(診療科間の相互参照)すらできていなかったところを、電子カルテ導入を機にこれを実現しているので、情報共有のメリットは大きく評価されますが、浜松医大病院では創立以来1患者1カルテは実現していますし、多職種による情報参照は昔から医療情報部では重要と考えていたので、web参照などでかなり実現できています。

ともあれ、診断書など各種文書作成補助などは先行して導入予定です。まずは**指示書の電子化**(最初の指示は画面でオーダ内容を引っ張って入力、以後それを印刷して変更はその書面上、とする予定)、各種看護記録なども、担当各部署の準備状況、クラークの導入状況と医師、看護師の負担状況、現在ない操作講習をおこなう部屋の設定などよく勘案して、順次進められるものから進めていきたいと思っています。

(医療情報部長 木村通男)



血液浄化療法部と白血球除去療法

私たちは下痢に襲われますと、トイレから離れることさえ勇気がいります。しかし、魚類、両生類、鳥類などは、下痢のような軟らかい便を排泄します。これは、すべての排泄（出産や産卵を含む）を総排泄腔で行うため、便を柔らかくする必要があるので。つまり、下痢とは人間など哺乳類が患う病気のようなのです。

頻回の下痢や粘血便に悩まされる潰瘍性大腸炎の患者さんと、血液浄化療法部が関わる機会が増えています。**薬物治療に抵抗性の潰瘍性大腸炎の患者さんに対し、白血球除去療法が選択されるからです。**

当部では、2003年～2008年の6年間に、22名の患者さんに計267回の白血球除去療法を行いました。具体的には、末梢の静脈血を体外に取り出し、ビーズ型の顆粒球吸着カラム（GCAP）や繊維膜型の白血球吸着カラム（LCAP）に通した後、再び体内に戻します。一回あたりの血液処理量はおおよそOLです。多くの患者さんが、下痢などの腹部症状から解放され、退院されました。

た。

では白血球成分を取り除くことが、なぜ炎症性腸疾患に対して効果があるのでしょうか？実はその作用機序は、今も明確ではありません。現在、推定されている機序として、**1) 活性化白血球（顆粒球・単球・リンパ球）除去により、炎症の責任免疫担当細胞が減少する、2) 吸着カラムを通過した白血球が刺激され、抗炎症性サイトカインの産生が増加する、3) 活性化した血小板の除去により、活性酸素の産生が減少する、**などが考えられています。

最近では、**白血球除去療法は慢性関節リウマのみならず、ベーチェット病、ANCA関連血管炎などの血管炎に対しても行われています。**今後、白血球除去療法の作用機序が解明されれば、さらに多くの難治性疾患に適応される可能性があります。「血液浄化療法部が白血球除去療法部へ！？」ということはないと思いますが・・・。（臨床工学技士 江間信吾）

「ドラッグ・ラグ(Drug lag)」って何？

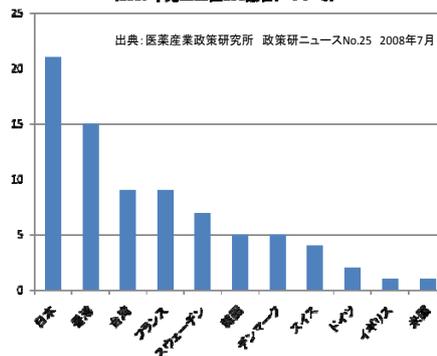
世界中で新薬が開発されていますが、それぞれの国が医薬品として承認しない限り病気の治療に使うことができません。**「ドラッグ・ラグ」**とは、世界的には標準的な治療薬として使われているにもかかわらず、日本ではまだ医薬品として承認されていない状況のことを言います。言い換えれば、**「日本と海外（特に欧米）との新薬承認の時間差」**のことです。

図は世界で売上が上位100品目の医薬品について、各国で未承認の医薬品が何品目あるかを示したものです。2007年のデータですが、日本では21品目が未承認でした。米国、イギリス（各1品目）、ドイツ（2品目）など欧米の先進国に比べ未承認薬が多いことが分かります。また、どこかの国で初めて医薬品として承認されてから日本で承認されるまでの平均期間は欧米の先進国で1年から1年半であるのに対し、日本では4年から5年かかっていると言われています。

医薬品の承認のためのデータを収集する目的で実施される臨床試験を「治験」と言います。国は「ドラッグ・ラグ」の解消を目指して、「新たな治験活性化5カ年計画」の下で治験・臨床研究を推進しており、**当院も2007年度から治験拠点医療機関に採択されています。**

臨床研究管理センターは治験がスムーズに実施できるように体制を整えています。治験の多くは通常診療の中で行われますので、医師だけでは実施できません。コメディカルスタッフの協力が不可欠です。治験実施のための調整役として、CRC（臨床研究コーディネーター：Clinical Research Coordinator）が皆様をお願いする事も多く発生します。新薬を必要とする患者さんに一日でも早く届けるために、皆様のご協力をお願いいたします。（臨床研究管理センター 可知茂男）

各国における売上上位100品目について
(2007年売上上位100品目について)



『いよいよ新病棟への引越し本番！』

この12月は、新病棟の引越しに関係する多くの皆さんにとって、一生涯、記憶に残る師走になることでしょう。クリスマス気分はもちろんのこと、自宅の大掃除、おせち料理の準備を考える余裕すらなく、慌しく毎日が過ぎていきます。これまで、各部門ごとにシミュレーションを重ねてきました。しかし、備品や機器類が設置され『エッ！』と驚くことが毎日起こります。その度に、病院再整備推進事務室や病院調達係等との調整作業が発生するわけで、回を重ねるごとに改善のスピード（意思決定）が速くなったと実感しています。運用面での調整に関しては、新年が明け、しばらく続くかもしれませんが、柔軟に考えましょう。

看護部では、7対1看護を維持するために、手術部・外来・ICU・中央検査部門・治験等の看護師達の協力を得て、一般病棟への応援体制（勤務場所変更）を組み入れました。少しでも、病棟のスタッフの負担を少なくするためです。感謝！感謝！の言葉につきます。

12月27日（日）の患者搬送が事故なく安全かつ時間内に終了することを目標に、もう一息頑張りましょう。（看護部長 桑原弓枝）

