

主任部長就任のご紹介

平成 28 年 4 月より、院外から新しく就任された主任部長をご紹介します。



塚本 達雄

■腎泌尿器科センター長 兼 腎臓内科 主任部長

■専 門：腎臓内科全般

腎泌尿器センター長 兼 腎臓内科 主任部長であった武曾 恵理先生は、平成 28 年 3 月に退職されました。

平成 28 年 4 月以降は、非常勤医師として当院に勤務されます。



岡田 卓也

■腎泌尿器科副センター長 兼 泌尿器科 主任部長

■専 門：泌尿器科全般

泌尿器科主任部長 兼 臨床工学部部長であった金丸洋史先生は、臨床工学部部長と泌尿器科部長を兼務いたします。

今回ご紹介いたしました主任部長からのご挨拶は、次号の KITANO REVIEW に掲載いたします。今後ともご指導ご鞭撻賜ります様よろしくお願い申し上げます。

入職（平成 28 年 4 月）

氏 名	職 位	専門分野
阿部 恵(あべ めぐみ)	糖尿病内分泌センター 副部長	糖尿病、内分泌
田端 淑恵(たばた すみえ)	血液内科 副部長	血液疾患全般
堀口 雅史(ほりぐち まさし)	消化器センター外科 副部長	肝胆膵外科、消化器外科一般
関山 健太郎(せきやま けんたろう)	産婦人科 副部長	婦人科腫瘍学、腹腔鏡手術
三宅 孝宏(みやけ たかひろ)	整形外科 副部長	スポーツ整形外科、肩関節外科 膝関節外科
奥田 亜紀子(おくだ あきこ)	産婦人科 副部長	腹腔鏡手術、周産期、産婦人科一般
遠藤 耕介(えんどう こうすけ)	小児外科 副部長	小児外科全般
坂本 達則(さかもと たつのり)	耳鼻咽喉科・頭頸部外科 副部長	鼻科手術、耳科手術
有近 重太(ありちか しげた)	眼科 副部長	眼科一般

退職（平成 28 年 3 月）

氏 名	職 位
森 章(もり あきら)	消化器センター外科 部長
戸田 弘紀(とだ ひろき)	脳神経外科 部長
西田 晴彦(にしだ はるひこ)	整形外科 副部長
前迫 善智(まえさこ よしとも)	血液内科 副部長
山下 勝(やました まさる)	耳鼻咽喉科・頭頸部外科 副部長
河野 孝一郎(かわの こういちろう)	消化器センター内科 副部長
林 宏昭(はやし ひろあき)	小児外科 副部長

心房細動に対する最新診療

心臓センター 不整脈科 春名 徹也

心房細動（以下 AF）に対する最新診療について、北野病院の現況も交えてご紹介します。心不全と AF には密接な関係があり、両者はそれぞれの増悪因子でもあります。両者を合併しやすい高齢者も含めると、高齢者・心不全・AF は、現在の本邦における循環器診療上のキーワードとなっています。AF の管理上、致死的である脳梗塞や全身塞栓症予防は重要で、新規抗凝固薬（以下 NOAC）は有用です。しかし、NOAC 投与は、AF の問題を根源的に解決するわけではなく、むしろ高齢者への投与の是非、長期投与の際の出血イベント等の新たな問題を生み出しています。

一方、AF 自体への治療介入は、自覚症状改善に加え、根源的解決になる可能性があります。ただし、AF は、心房筋の電氣的構造的変化により、発作性から持続性、ついには永続性に進行します。したがって、AF 自体に対する治療は、進行予防とつながる必要があります。AF に対するアブレーションは、その効果から期待も込め、全世界的に施行数が著増しています。当院でも、不整脈アブレーション総数の増加と AF に対するアブレーションが占める割合が増えています（図 1）。

この AF に対するアブレーションは、現在も発展中で、今後も改良が期待されます。左心房と肺静脈間の興奮伝導遮断、いわゆる肺静脈隔離術は、発作性 AF の 90% 近くで有効ですが、持続性 AF 例でも有効なケースがあります。この有効である機序は、AF 進行の原因である心房筋の電氣的構造的変化（リモデリング）において、AF 自体が主たる増悪因子であるという考えがあり、持続性 AF でも、アブレーションにより AF を消失・抑制出来れば、心房筋変化の進行予防だけでなく、改善が得られる可能性があるというものです（図 2 は、その 1 例で、長期持続性 AF 例のアブレーション前後の左心房から肺静脈の CT 像です。アブレーション前は著明に拡大していますが、アブレーション後は縮小しています）。このような改善は、リバース・リモデリングと呼ばれ、AF 合併心不全例では基礎心疾患を問わず病状の著しい改善につながります。特に治療抵抗性の場合、重要な治療のオプションとなり得ます。

一方、AF に対するアブレーションにも問題点もあり、そのひとつが侵襲度の高さと言えます。しかし、平成 26 年に導入したカルト 3 システム（図 3）では、術前 CT 画像を取り込むと、個々の左心房肺静脈の解剖が三次元表示され、放射線被曝は最小限となります。さらに、アブレーション

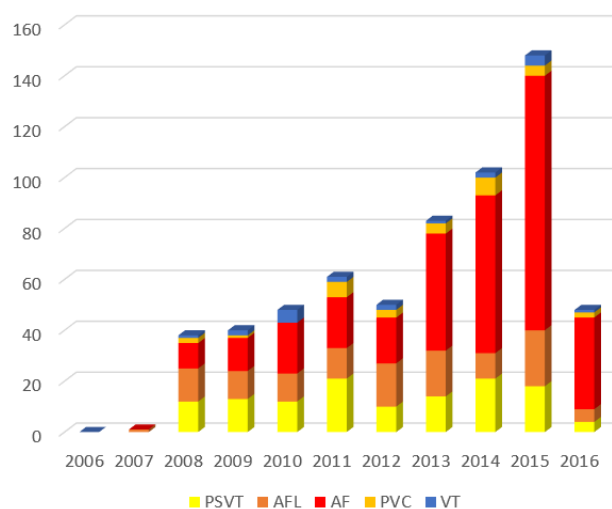
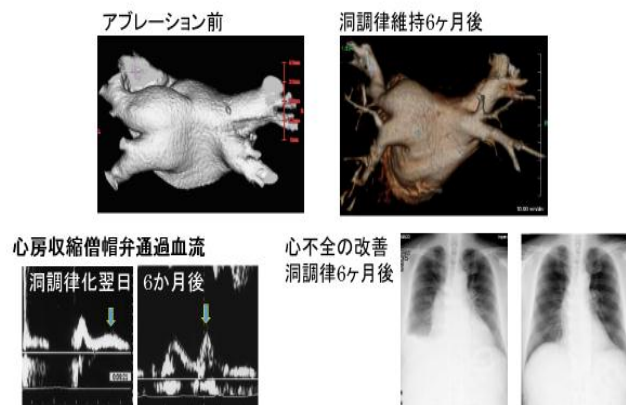


図 1：当院の不整脈アブレーション総数

図 2：心房細動治療後のリバース・リモデリング
長期持続性 AF 例のアブレーション前後の CT、心エコー、胸部 XP の変化

ンカテーテル先端と心房筋の接触度合い（加重度）をリアルタイムにグラム表示でき、より安全かつ効果的な焼灼が可能となりました。

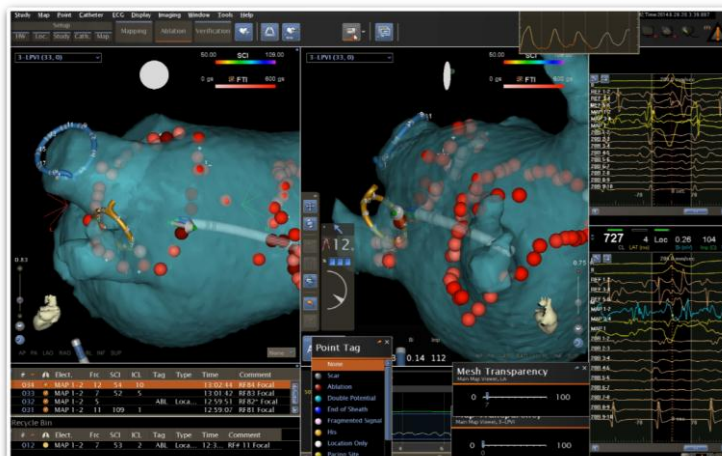


図 3：三次元表示とカテーテル接触圧モニター下アブレーション（カルト 3）

もう一つの問題点として、高周波アブレーションでは、時に焼灼が不均一となり、肺静脈左心房間の興奮再伝導を来し、AF再発することがあります。これに対し、平成 28 年 2 月より当院に導入されたクライオバルーンアブレーションシステム（図 4）は、冷却窒素ガスをバルーンに充填し、各肺静脈に押し当て、バルーン接地部位のみを冷凍凝固し、左心房肺静脈間の隔離を行うものです。各肺静脈を最短 3 分で隔離可能なため、施術時間を大幅に短縮できることに加え、冷凍凝固は均一に広がるため、再伝導が著しく少なくなります。更に、高周波通電時の疼痛は、クライオバルーンアブレーション時にはほとんど無いこともメリットと言えます。つまり、クライオバルーンアブレーションは、高周波アブレーションに比べて侵襲度が低く、結果的に AF に対するアブレーションのハードルが下がります。それにより、高齢者や心不全症例等、従来は高周波アブレーションを躊躇した症例にも適応可能となると期待されております。ただし、肺静脈隔離にしか使用できないため、非肺静脈起源による AF には無効です。また、バルーンで閉塞できないほど拡大した肺静脈は、隔離困難などの制約があるため、今後も高周波アブレーションとの使い分けが重要となります。

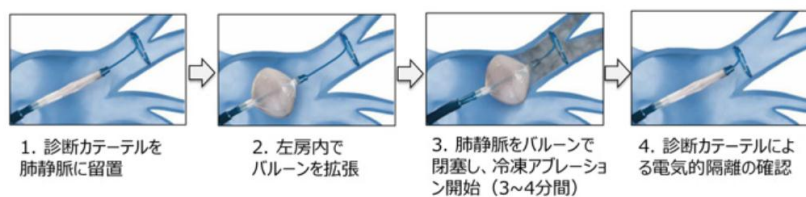
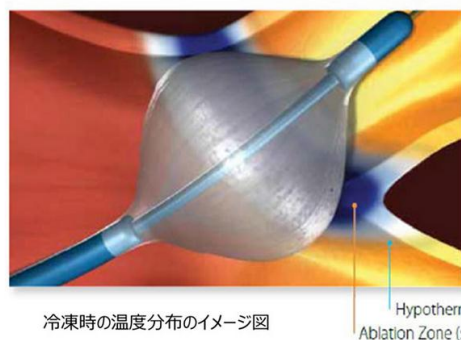


図 2 経皮的カテーテル心筋冷凍焼灼法のプロセス



冷凍時の温度分布のイメージ図

Hypothermic Zone
Ablation Zone (sub-zero)

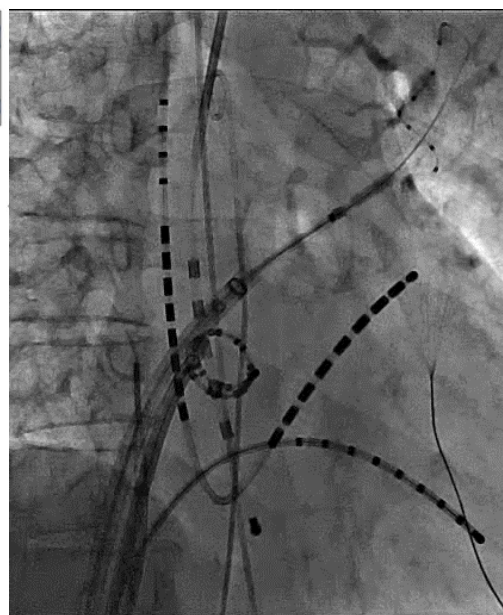


図 4：クライオバルーンアブレーションシステム

栄養部のご紹介

栄養部 部長 本庶 祥子
栄養部 科長 内海 繁敏

栄養部は、昨年7月に栄養指導部から名称を変更いたしました。栄養部では、入院患者様の疾病回復に配慮し栄養管理された病院食の提供と、入院・外来患者様を対象とした栄養指導や栄養教室・健康食の啓蒙などを行っています。栄養部のスタッフは、栄養部 部長(兼 糖尿病内分泌センター 副部長)のもと、管理栄養士10名と事務員1名、委託栄養士・調理師等常勤者の合計27名で構成しております。

患者様への食事提供は、機内食と同じTT管理と言われる「ニュークックチル方式」を採用しています。この方式は、素材の適正な調理温度・時間を計測してデータ化することにより、衛生管理と効率化を図り、調理現場特有の繁忙の波を均等にするメリットがあります。

また、栄養に関する啓蒙活動として、2階と5階(写真1)にある栄養指導室において、生活習慣病を中心とした「個別指導」を月に約300件、糖尿病や腎臓病などの教室や夕食後の空き時間に行う“きたの栄養教室”(写真2)といった「集団指導」を毎月開催しています。糖尿病の個別指導では、患者様の病態や生活スタイルに合わせた実践的な指導を心がけています。また、昨今は、自己判断による糖質制限食が安易に行われているケースもあるため、正しい食事療養ができるよう改善を促しています。集団指導では、院外からも無料で各種教室(糖尿病教室・消化器病教室・腎臓病教室など)にご参加いただけますので、開業医の先生方から患者様へお声がけをしていただければ幸いです。

現況のトピックスとしては、嚥下食を「日本摂食嚥下リハビリテーション学会」の段階分類に献立を改め、高齢で嚥下機能が低下した方や脳卒中の後遺症による嚥下障害の方々にご好評を得ています。また、化学療法を行っている患者様のために、副作用として起こりやすい吐き気・嘔吐・味覚や嗅覚の変化・下痢・便秘・口内炎・疲労などによる食事量低下に対応するよう工夫を凝らした化学療法食の提供をしております。患者様の栄養管理について、より適切な食事提供及び栄養指導・栄養教室といった栄養に関する啓蒙活動を通じ、お役に立てるよう心がけていますので、今後とも宜しくご指導のほどお願い申し上げます。



(写真1) 5階 栄養指導室



(写真2) きたの栄養教室

病院からのお知らせ

安否確認システム導入のお知らせ

当院では、平成 28 年 4 月以降に大規模災害発生に備えて「安否確認システム」を導入し、運用を開始する予定です。具体的なシステムの内容は、大規模災害が発生した際に専用サーバーから各職員に安否確認メール等が自動発信され、受信した職員は回答メールにより被災状況、あるいは病院への出勤可否を登録するシステムです。

東日本大震災規模の災害が発生した場合、病院そのものも被災するわけですが、地域の被災者の方々へ必要な医療を提供するために少しでも早く病院機能を取り戻し、診療体制を整えることが必要です。大規模災害発生時には、何よりも入院患者様の安全を確保することを優先します。建物自体に被害があり、ライフラインにも支障がある場合は、日常的に医療システムに頼っている部分も含めてマンパワーで補っていく必要があります。つまり、災害発生時にどこまでの機能を発揮できるかは、医療職も含めてどれだけのマンパワーを確保できるかが重要です。近々、高い確率で発生が予測されている東南海・南海地震が発生すれば、津波被害により大阪府下の交通機関が機能不全に陥る事態が予測され、直接被災していない職員も病院に出勤することが困難になると予測されます。そこで、上記のシステムにより、病院としていち早く確保出来るマンパワーを把握することで、入院患者様の安全確保を優先し、被災住民の方々への医療提供をどこまで出来るかを判断することになります。

既に年 1 回のトリアージ訓練を含め、年 2 回程度の災害訓練を実施しており、平成 27 年 10 月に行ったトリアージ訓練では、北区医師会からもご参加いただきました。今後、この訓練時に安否確認システムを活用したトレーニングを重ねることにより、上記の目的を達成し、地域における災害医療への対応能力を高めていきたいと考えております。



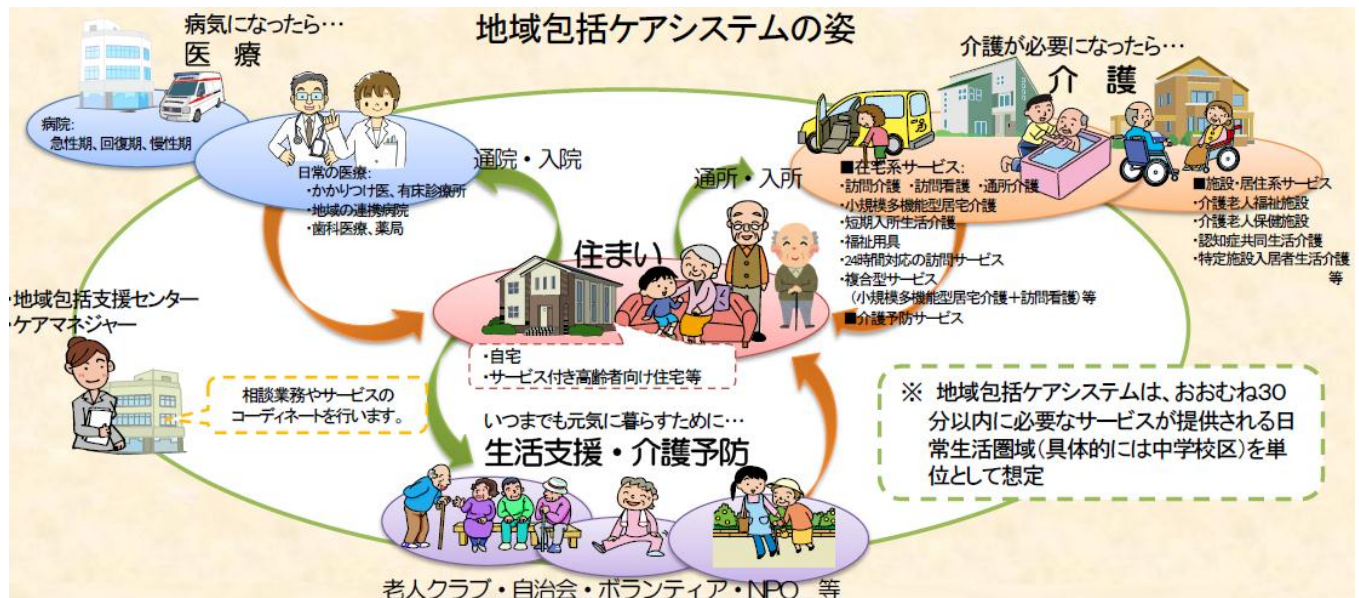
安否確認システムの流れ

診療報酬改定のお知らせ

平成28年度診療報酬改定が実施され、その改定の基本的な視点・考え方が次のように示されています。まずは、「病床の機能分化・連携」や「かかりつけ医機能」等の充実を図りつつ、「イノベーション」、「アウトカム」等を重視していくこと、また、それを進めることにより、地域で暮らす国民を中心とした質が高く効率的な医療の実現を図ることとされています。

その具体的な視点の1つとして、国が構築を進める「地域包括ケアシステム」の推進と、「病床の機能分化・連携」を含む医療機能の分化・強化・連携を一層進めることとされており、「チーム医療の評価」「勤務環境の改善」「在宅医療・訪問看護」の確保とされています。その他の視点としては、「かかりつけ医等」のさらなる推進など、患者にとって安心・安全な医療を実現することとされており、かかりつけ医、かかりつけ歯科医、かかりつけ薬剤師・薬局の評価とされています。

これら「地域医療包括ケアシステム」を進めていくための構成要素の一つである「医療と看護」「介護とリハビリテーション」「保健と予防」の専門職が有機的に連携し、一体的に提供できる体制整備の構築が必要とされており、入院病床を有する病院では、将来構想として病床機能の改革検討が必要とされています。



当院では、地域から信頼される医療の提供として急性期医療に特化した病床機能として進めております。そのため、病院全体として、まずは、基礎を固め確信の持てる医療の提供を目指し、その中で、より高度な医療の提供、より安心・安全な医療の提供を図るために、医師はもちろん看護師、コメディカル等、職員が一丸となってチーム医療に取り組んでおります。

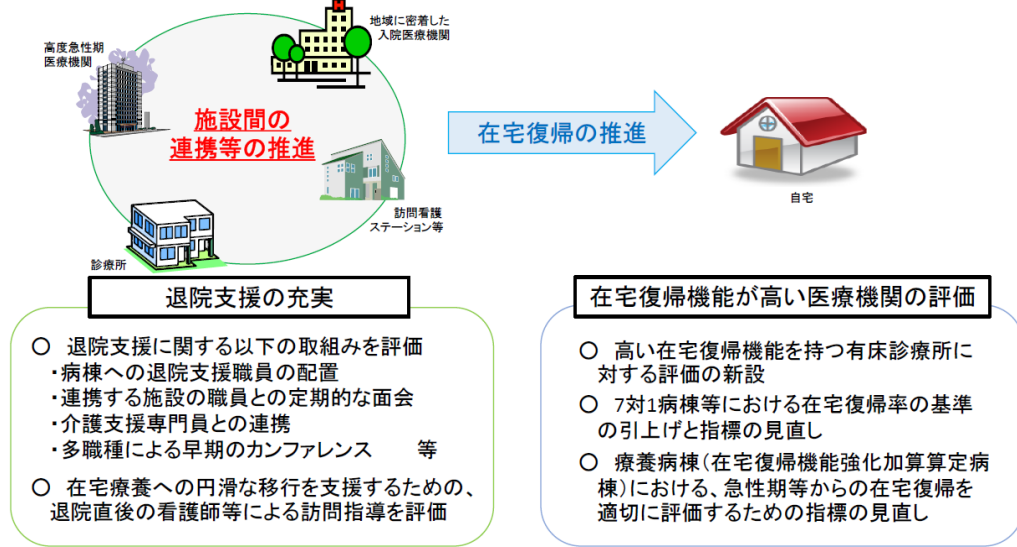
しかし、今回の改定により急性期医療の7:1看護を実施している一般病棟では「重症度、医療・看護必要度」に係る基準の見直し並びに基準を満たす対象患者の割合が15%から25%に変更され、非常に厳しい内容に改定されました。これにより、先生方からの紹介患者様の受診、緊急患者の受入れはもちろんですが、急性期治療終了後に在宅など適切な場で医療を継続できるよう、患者様の環境を整える支援を行うことが診療報酬上に反映されることが明確となりました。特に退院時に算定できる“退院「調整」加算”と設定されていた項目が、今回の改定では、“退院「支援」加算”となり、調整ではなく“支援”と単に退院時の連絡調整だけではなく、早期に退院のリスクを多職種で把握し、入院早期から入院治療と同時に退院後の生活を見据えて支援を開始できるよう、加算算定には退院支援職員の設置が求められることとなりました。

看取り難民が全国で47万人と予測される中、入院での急性期の専門医療を患者様と紹介医に満足頂けるよう提供することと、急性期治療後のケアを支えることが出来るよう、地域の先生

方へ戻っていただけるように患者支援体制を充実できるよう体制を整えていきたいと考えておりますので、ご指導のほど宜しくお願い致します。

患者が安心・納得して退院するための退院支援等の充実

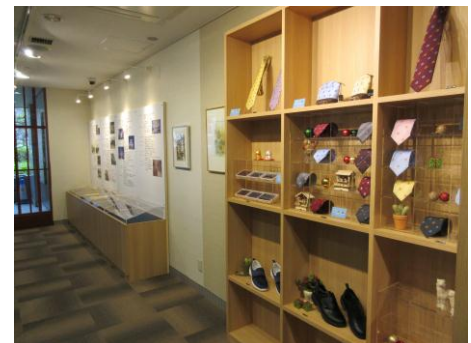
患者が安心・納得して退院し、早期に住み慣れた地域で療養や生活を継続できるように、積極的な退院支援に対する評価の充実や在宅復帰機能が高い医療機関に対する評価の見直し等を実施。



北野歴史グッズコーナーの開設

平成 27 年 12 月、当院の東口玄関に「北野歴史グッズコーナー」をオープン致しました。勇気と希望を与えるというメッセージを込めたシンボルマーク、「ひまわり」をモチーフにした各種グッズの展示と当院の歴史を紹介するコーナーです。お気軽にお立ち寄りください。

営業時間／10：00～16：00 平日のみ（祝日除く）



中央処置室の改修工事を実施

平成 27 年 12 月に 2 階中央処置室の改修工事を実施しました。平成 25 年 7 月に化学療法室(②)が 1 階に移転したことに伴い、手狭となっていた中央処置室(①)を化学療法室跡地まで拡張しました。一部の壁を取り払うことで視認性を確保し、ゆとりのあるベッド配置にすることで、以前よりも快適に治療を受けていただけるようになりました。

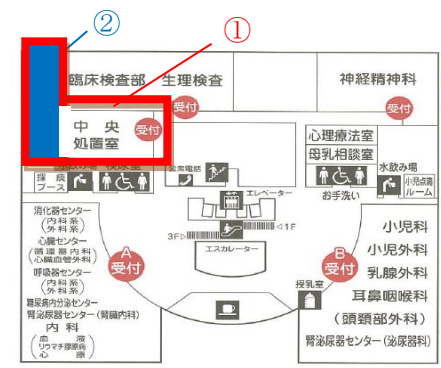
今後も、スタッフ一同最適な医療サービスを提供できるよう努力して参りますので、よろしくお願ひいたします。



受付側



旧化学療法室



外来フロアマップ (2階)

中央処置室 改修工事後

研修会等のお知らせ(医療従事者向け)**■第 91 回学術講演会・第 15 回研究所発表会の開催**

【開催日】平成 28 年 7 月 16 日 (土)

【場 所】北野病院 5 階 きたのホール

【特別講演会予定演者】国立国際研究法人 国立国際医療研究センター研究所長
満屋 裕明 先生
ノイルイミュン・バイオテック株式会社 代表取締役
石崎 秀信 先生

**■第 12 回 医学生・若手医師のための小児科診療最前線
～新生児医療から高度先端医療・移植医療まで～**

【日 時】平成 28 年 6 月 4 日 (土) 16:00～19:00

【場 所】北野病院 5 階 きたのホール

【司 会】北野病院 副院長・小児科主任部長 秦 大資 医師

【講演 1】『新しい新生児蘇生ガイドラインと、人工呼吸を成功させるためにできること』
公益財団法人田附興風会医学研究所北野病院
小児科 未熟児・新生児部門 部長 水本 洋 医師

【特別講演 1】『不明熱の鑑別診断としての自己炎症性疾患について』
京都大学大学院医学研究科 発生発達医学講座
発達小児科学 (小児科) 教授 平家 俊男 先生

【特別講演 2】『iPS 細胞が切り開くこれからの小児医療』
京都大学 iPS 細胞研究所 副所長 中畑 龍俊 先生

【特別講演 3】『ダウン症関連白血病研究の新展開』
弘前大学大学院医学研究科 小児科学講座 教授 井田 博幸 先生

■遺伝性腫瘍セミナー ～Lynch 症候群・FAP・Cowden 病を中心に～

【日 時】平成 28 年 6 月 11 日 (土)・12 日 (日)

【場 所】北野病院 5 階 きたのホール

【定 員】80 名

【参加費】医師：15,000 円/コメディカル：12,000 円
遺伝カウンセラー養成課程大学院生 10,000 円

【申込み先】以下の E-mail もしくは FAX にて申込書をお送りください。

北野病院遺伝性疾患サポートチーム 認定遺伝カウンセラー
大瀬戸 久美子

E-mail:k-ooseto@kitano-hp.or.jp

TEL:06-6312-1221 (代)

FAX:06-6361-0588 (代)