

Matsuyama Red Cross Hospital

地域医療連携室報

<http://www.matsuyama.jrc.or.jp/>

発行責任者／洲上忠彦

編集／松山赤十字病院・地域医療連携室：〒790-8524 松山市文京町1番地
TEL089-926-9527 FAX089-926-9547

2013.4

No.

59

基本理念

人道、博愛、奉仕の赤十字精神に基づき、医療を通じて、地域社会に貢献します。

基本方針

- 1 人間としての尊厳を守り、良質で温もりのある医療を提供します。
- 2 安全と安心の医療を提供し、信頼される病院を目指します。
- 3 地域の医療機関と連携を密にし、質の高い急性期医療・専門医療を実践します。
- 4 災害救護活動ならびに医療社会奉仕に努め、赤十字活動を推進します。
- 5 自己研鑽に努め、次代を担う医療人を育成します。
- 6 一人ひとりが生き生きとし、働きがいのある病院を目指します。



平成25年1月26日に第17回地域医療連携室懇談会を兼ねて連携室開設15周年記念懇談会を別紙の如く開催しました。院外99名、48施設、院内120名の計219名の参加があり盛大な会となりました。引き続き、当院職員食堂にて意見交換会を行いました。こちらにも多数ご参加いただき、当初からの目的であった顔の見える連携が十分に果たせました。ご参加いただいた皆様に感謝いたします。

当時の病診連携は当院の出身または大学の同窓など限られた範囲でした。白石院長からは「火中の栗を拾ってくれ」と言われました。県下で初めての試みであり、予想通りに医師会の先生方から「日赤は患者を囲い込むのか」と猛然たる反発の炎が燃え上がりました。現在は、地域完結型医療への理解が進み、県下のほとんどの病院に医療連携室またはその機能を有する部署が設置されており、隔世の感がいたします。

平成10年9月に地域医療連携室報を発刊し、当院の理念、診療内容、種々の取り組みの紹介を始めました。年4回の発行で、当院への紹介歴のある県下の約1,200施設へお送りしています。

平成11年8月には「顔の見える連携を目的とした地域医療連携室懇談会を開催しました。年1回の開催ですが、毎回多数の参加があり、意見交換会では当院に対する要望、苦情を直接お聞きし当院の運営に取り入れていきます。救急当番日でない時間外、休日には患者さんを診てくれないとの苦情がありました。

それに対し、平成15年には緊急治療を有する心筋梗塞(CCU)、脳卒中、その他の疾患の24時間365日対応ホットラインを開設し、平成16年には吐下血を追加しました。ホットラインの設置でかかりつけ医の先生方の当院への信頼感が一段と増したと感じています。



平成16年3月には、多職種連携を目的とした「病院と在宅看護・介護の連携」合同研修会(平成12年から看護部主催で開催を病院主催としました。多職種の参加により医療連携の底辺が拡がり、心の通う連携)をスローガンとし、視点が医療者から患者へと変わりました。年1回の開催ですが、熱意にあふれた会(前回(12回)は460名(院外242名、院内168名)の参加がありました。

こりりましたが、平成16年度は紹介率61.2%、逆紹介率44.4%となり、他の要件の整備も整い、地域医療支援病院の申請を行いました。県医療審議会の討議を経て、平成17年5月に知事承認を得ました。連携室開設後7年6か月を要しましたが、白石名誉院長の夢が実現できました。その後も紹介率は徐々に上昇し、平成24年度は紹介率71.1%となり、特に力を入れた逆紹介率は85.4%となっています。開設時の連携室スタッフは5名(専任3名、兼務2名)でしたが、平成24年度は計32名(専任16名、兼務16名)となっています。増員により前方連携がより円滑になり、各病棟専属の療養支援ナースの配置により後方連携の強化をはかっています。

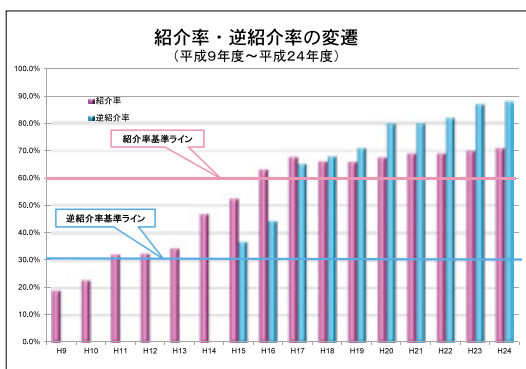


図1

お陰さまで、病院経営も安定し、私の夢であった新病院建築が現実となりました。基本設計は秋までに完成します。新病院では地域医療連携室の業務を統合・拡大し、地域医療支援センター(仮称)として、当院の基本理念「人道、博愛、奉仕」の赤十字精神に基づき、医療を通じて、地域社会に貢献します。」のさなる実践に向けて職員一同一丸となって努めます。益々のご支援よろしくお願い申し上げます。

松山赤十字病院 地域医療連携室 開設15周年記念懇談会

(第17回松山赤十字病院地域医療連携室懇談会)

開催要領

1. 日時 平成25年1月26日(土) 18:00～
2. 場所 (A) 講演会 当院 教育講堂
(B) 意見交換会 当院 職員食堂
3. 会次第

A 講演会 18:00～

テーマ 『地域医療連携の現状と新たな連携を目指して』
座長：副院長 小谷信行

講演

【演題1】『松山赤十字病院連携室開設15年のあゆみ』
演者：松山赤十字病院 院長 洲上忠彦

【演題2】『地域医療連携の現状と新たな連携を目指して』

- ① 演者：松山リハビリテーション病院 副理事長 上甲隆敏
- ② 演者：松山ベテル病院 看護部長 吉村美穂
- ③ 演者：松山市医師会 地域連携部主任理事 友愛医院 院長 亀井敏光

【質疑応答】

B 意見交換会 19:30～

地域医療連携の現状と 新たな連携を目指して

松山リハビリテーション病院 副理事長 上甲 隆敏



形外科が3〜4割を占め、次いで脳神経外科、神経内科となっている。また退院先としては自宅が7割を超えている。

地域医療連携の中での松山リハビリテーション病院は機能障害が緩やかに回復していく回復期の位置づけとなり、地域完結型医療の中での回復期病院としての役割を担っている。

当院の取り組みとして、地域医療福祉連携室を設け、患者・家族が安心して転院できるよう、また早期に回復期リハビリが提供できるようスムーズな連携に努めている。診療部門ではリハビリテーションチームのリーダーを設け、嚆下性肺炎対策などの全身管理能力向上へ向けた取り組み等、リハビリテーション部門では365日リハビリテーション提供体制、リハビリ機器の充実等、各部門において様々な取り組みを行っている。

地域連携でかせかない地域連携パスでは改正により急性期から回復期だけだったのが、さらに回復期から200床以下の病院・診療所へと連携がとれるようになってきている。均質な医療提供への第1歩であり、連携パスの提示により、転院について患者・家族の理解を得やすい。また顔の見える連携で、信頼関係を気付きやすい等、多くのメリットがある。

当院は許可病床326床で14人の常勤医師がおり、理学療法部門、作業療法部門、言語療法部門、摂食機能療法部門などがあり、リハビリを行っている。入院患者紹介元割合では日赤が最も多く、全体の2割近くを占めている。また入院患者紹介元診療科別割合では整

(記 利岡)

松山ベテル病院 看護部長 吉村 美穂



聖愛会と主にベテル病院について最初に紹介したい。

聖愛会の施設としては、松山ベテル病院、ベテル三番町クリニック、道後ベテルホームの3つになっている。

ベテル病院は、155床でホスピス病床が今年3月で21床から38床となる。病院の中にケアプランセンターとヘルパーステーションをもっている。

三番町クリニックには在宅支援センター、訪問看護ステーション及びデイケアセンターを併設している。道後ベテルホームは、療養病棟に加えて、デイケアも行っている。

統計的なところで見ると、平成24年度上半期の主要4病院の相手先相談件数は、約290件の内日赤が170件で59%と一番多くなっており、また、入院状況で見ると52件中日赤が35件で67%となっている。私も考える会の看護部会議に参

加しているが、そこで思うことは、ビジョンとして「地域の看護師が協働して、効率の高い看護サービスを提供し、患者家族が健康でその人らしく生きることへの貢献」を上げているが、その質の高いところでお世話になっているのは、日赤の看護講座、特に新人研修等である。その講座の内容もいいのではある。日赤の看護師とともに机を並べて座り、講義やグループワーク等することは本当に刺激的で良かったという言葉を出席者から聞く。

また、中間管理者の人事交流という点でも、時間的には短い時間ではあるが、たいへん勉強になっている。我々は自院の役割を認識するとともに、お互いの病院同士意見交換し、強みを意識し松山医療圏のレベルアップをめざしている。

最後に昨年の日赤での合同研修会に参加して改めて感じたことは、ソーシャルワーカーのつながりの強さであった。相手の顔も人柄も分かった上でのつながりは強く、業務自体異なるものの、看護部もがんばらねばと思った。

病院によって、ハード面も含めて「できる、できない」ということとはあるが、地域におけるひずみのない医療・看護が交流によって見えてくるものと信じている。

(記 中山)

松山市医師会 地域連携部 主任理事 亀井 敏光

「地域医療連携に対する 松山市医師会の取り組み」

松山市医師会の地域連携部で

は、在宅医療の推進と地域医療連携の2本柱で活動を行っている。在宅医療の変遷は、往診から始まり、訪問診療と遷り、現在の在宅医療となっている。



その中で松山市医師会の在宅医療のための取り組みとして、次のようなことをこれまで行ってきた。

平成4年

高齢者問題対策

平成9年

プロジェクト委員会開催

平成10年

訪問看護ステーション立ち上げ

平成14年

在宅医療検討委員会に改称、病診連携ガイド発行

平成16年

在宅医療懇話会の開催

平成21年

在宅医療を考える医師の会
(在宅医の会)の開催

病診連携ガイドの更新

また、現在松山市医師会のホームページには、在宅医療に取り組む医療機関名簿を掲載し、市民向けと医療・介護・福祉・保健関係者向けにアピールしている。本当は、在宅医療については「かかりつけ医」が行うのがいいことにちがいないが、なかなか在宅医が増えない状況である。松山市医師会としても色々やっけてはいる。

もう一つの活動の柱である地域医療連携については、平成20年から「地域医療連携のための合同ブロック会」を開催し、基幹病院、一般病院、開業医との「顔の見える連携」をめざしてがんばっ

ている。我々松山市医師会はその人がその人らしく、もし在宅を望まれるのなら、在宅でいけるためのシステム作りとするためのスキルアップをめざして日々努力している。そのために「顔の見える連携」の色々な会を医師会としても開催しているので、ぜひ参加していただきたい。

(記 中山)



日赤イブニングセミナー

第7回
10月25日

臓器に対する副作用と対策6 ～造血障害～

内科 副部長 波呂 卓



造血障害に関して忘れてはならない薬害は、血友病患者に使用された比較的記憶に新しい非加熱血液製剤による薬害エイズ事件がある、その他に抗癌剤と併用する事で、その代謝を阻害する帯状疱疹治療薬ソリブジン、また抗生剤として使用されたクロラムフェニコールが血液造血幹細胞を障害し再生不良性貧血を引き起こす事も知られている。

これらで示されることは、薬害で重症で不可逆的な障害・死亡例が発生し、その患者のその後の人生や関係者を巻き込み社会的に問題となる事があり、医療に携わる者としてそれを避ける必要があるという事である。

造血は、自己複製能力のある特殊な造血幹細胞が、骨髓の低酸素・高炭酸環境下の骨髓末端において、特殊な維持機構により保護された上で、白血球・赤血球・血小板に分化・増殖する事で定期的に末梢血液中に3血球を供給する事で成立する。

薬剤性造血障害の診断には、病歴、採血(CBC・生化学)・検尿・検便等の検査や骨髓穿刺、DLST (Drug-induced lymphocyte stimulating test) 等による結果と薬剤以外の原因が除外され、薬剤を中止する事により症状が回復す

ブラール等による巨赤芽球性貧血がある。その他にエリスロポエチン製剤に対する抗体から免疫学的に赤芽球系造血細胞を攻撃する赤芽球癆が起こることもある。

汎血球減少を引き起こす原因として有名なものは再生不良性貧血であり、薬剤性に起こる事は決して稀ではない。非常に多くの薬剤で知られており、有名なものは抗リウマチ薬の金製剤、抗腫瘍薬MTX等、クロラムフェニコール等の抗生剤や抗癌薬・チクロピジン抗血小板薬・抗甲状腺薬・アロプリノールやアセタザラミド等のサルファ剤等で3-5Wで発症する事がある。

血小板造血の異常としては、血小板減少があるが、免疫学的機序が原因のアスピリン・NSAID・チクロピジン(抗血小板薬)・抗生剤・ニトログリセリン・向精神薬や局所麻酔薬等が原因の薬剤起因性血小板減少やPF4/Heparin complex 抗体が出現し、皮膚壊死等も引き起こすHeparin 起因性血小板減少(HITT)、サイアザイド・女性ホルモン等による巨核球系造血障害、薬剤性TTP等を認める場合もある。血小板増加や抗血小板薬による血小板機能低下症

もある。

凝固系亢進(血栓傾向)を引き起こす薬剤として、深部静脈血栓症を引き起こすステロイド・女性ホルモン製剤、TMA(Thrombotic microangiopathy)を引き起こす免疫抑制剤、TTPを引き起こすものとしてはチクロピジン・免疫抑制剤等がある。TTP(Thrombotic thrombocytopenic purpura)は時として血管内皮障害以外に抗ADAMTS13抗体を認める事がある。その他にワーファリンによる血栓性病変(皮膚壊死症)がある。凝固抑制を起こすワーファリンは一見凝固促進は起こさないと考えられるが、VIM依存性抗凝固因子プロテインCやプロテインSの産生も抑制する事で内服初期に血栓傾向を認める場合があり注意が必要である。(素因のある場合には初期にヘパリンを併用する)その他、薬剤起因性後天性血友病もある(講義中には説明できず)。

薬剤による造血障害・凝固障害を避けるには、予め薬剤合併症の知識を知っておく事は医療従事者として重要な事と考えられる。骨髓穿刺等が必要な場合は是非日赤病院に御紹介ください。

第8回
11月22日

臓器に対する副作用と対策7 ～疑うことから始める薬剤性肺障害の診療～

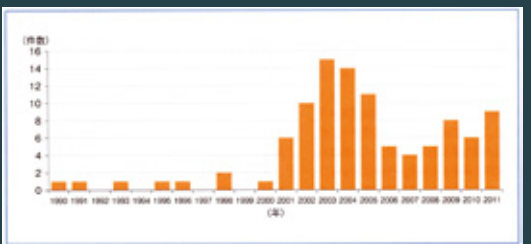
呼吸器内科 副部長 濱口 直彦



はじめに

2000年以降、薬剤による肺障害の報告は著しく増加している(図1)。特に抗がん剤による報告が多く、2002年のGefitinib(イレツサ®)による肺障

薬剤性肺障害を来す薬剤数の推移



2000年以降に報告が増加している

図1

害をきっかけに我が国における薬剤性肺障害は社会的な関心事になっている。本稿では自験例を交えながら疑うことから始める薬剤性肺障害の診療について述べてい。

定義と診断基準および疾患概念

薬剤性肺障害とは、薬剤を投与中に起きた呼吸器系の障害のなかで、薬剤と関連があるものと定義される。その薬剤の中には医師が処方したものでなく、一般薬、生薬、サプリメントなどすべ

薬剤性肺障害の診断基準(Camusの基準)

- 原因となる薬剤の投与歴がある
市販薬、健康食品、非合法の麻薬・覚せい剤にも注意
- 被疑薬剤に関する臨床病型の報告がある
臨床所見、画像所見、病理パターンの報告
- 他の原因疾患が否定される
感染症、心原性肺水腫、原疾患増悪などの鑑別
- 被疑薬剤の中止により病態が改善する
自然軽快もしくは副腎皮質ステロイドにより軽快
- 再投与により症状が再燃すること
一般的に誘発試験は勧められないが、その薬剤が患者にとって必要で誘発試験の安全性が確保される場合
Clin Chest Med 2004;25:479-519

表1

薬剤性肺障害の発症機序はほとんど不詳である。しかし、基本的な障害作用は他臓器障害とも共通すると想定され、①細胞障害性薬剤によるⅡ型肺胞上皮細胞、気道上皮細胞あるいは血管内皮細胞に対する直接毒性、②免疫系細胞の活性化(おそらくはハプテン作用、あるいは抗原 mimicking 作用)の2つの機序が考えられている。これらは遺伝性素因、個体の年齢的背景、既存の肺疾患、併用薬剤との相互作用などの多様な宿主因子と環境因子で修飾されると考えられている。

が含まれる。薬剤性肺障害の診断基準(表1)では①原因となる薬剤の投与歴がある、②被疑薬剤に関する臨床病型の報告がある、③他の原因疾患が否定される、④被疑薬剤の中止により病態が改善する、⑤再投与により症状が再燃することの5項目を挙げているが、いくつかの問題がある。被疑薬の中止により軽快する場合は参考になるものの、びまん性肺胞障害(diffuse alveolar damage: DAD)などの非可逆性の肺障害は少なくなく、被疑薬の中止による判断にも限界がある。また被疑薬の再投与は倫理上問題があり、一般的に誘発試験は勧められないため、偶然再投与された場合を除きリチャレンジでの証明はできない。このため薬剤性肺障害の診断確定はしばしば困難であり、疑いにとどまることが多い。しかしながら、疑い病名であっても薬剤誘発性のあることを記述し、診断の根拠と限界を明記することは患者の将来の治療に有用であるので、努力を惜しむべきではない。

発症機序

臨床病型とその考え方

薬剤性肺障害は①肺胞・間質領域、②細気管支領域、③肺血管領域、④胸膜領域の臨床病型に分類される。臨床病型は臨床所見、画像所見と病理組織パターンとによって特徴づけられ、基本的に薬剤以外の原因による呼吸器疾患との類似性に基づいて分類される。これまでに報告された主な臨床病型とそれに対応する組織パターンを表2に示す。表2においてすべての薬剤性肺障害の臨床病型が組織パターンと1対1の対応をしているわけではない点に注意すべきである。

臨床の現場において急性の経過、呼吸不全を合併している患者から組織診断のために生検することは容易ではなく、形態的な疾患

患パターンを記述する際には高分解能CT(HRCT)による画像パターン分類がなされる。画像パターンには①慢性間質性肺炎、②好酸球性肺炎、③器質性肺炎、④びまん性肺胞障害、⑤過敏性肺炎パターンに分けられる(表3、図2)。この画像パターン分類に関して注意すべき点は実際の病理組織像を反映するものではないこと、再現性は決して高いものではないこと、画像パターンを実際の病理診断名と混同し、治療反応性予後などを病理診断名に基づくものと同等に議論してしまうことがあげられる。しかしながら厳密に適応すればある程度予後を反映しうる。特に広範な浸潤影や

すりガラス様陰影に牽引性気管支拡張などの構造改変所見がみられるびまん性肺胞障害パターンは一般的に予後不良である。

診断の手順

薬剤性肺障害の診断は、すべての薬剤は肺障害を起こす可能性があり、薬剤投与中のみならず投与終了後にも発生することを常に念頭に置くことから始まる。新たな肺病変の出現に際して薬

剤性肺障害の発症を検討しつつ、肺・胸膜病変を基礎疾患に伴う例では既存の肺・胸膜病変の悪化、特に免疫能や感染防御能が低下した症例では日和見感染症と鑑別することが重要である。薬剤性肺障害の発症を疑うポイントを図3に、フローチャートを図4に示す。

薬剤リンパ球刺激試験(DLST)も診断の一助として用いられるが偽陰性、偽陽性の問題、薬剤濃度の基準がない、薬剤自体

のリンパ球への作用などの問題があり結果の解釈には十分注意する必要がある。気管支肺胞洗浄(BAL)は感染症との鑑別ができること、リンパ球増多や好酸球増多を把握することでステロイド薬に対する治療効果を予測するには有用であるが、侵襲的な検査であるため呼吸器専門医へのコンサルトが望まれる。

治療

被疑薬を中止することが第一である。肺障害が軽症の場合は中止のみで軽快することもあるが、呼吸不全を合併するような中等症、重症例においてはステロイド剤が用いられる(表4・図5)。

症例提示

当院で経験した薬剤性肺障害の2例を提示する。

主な病変部位	臨床病型(薬剤誘発性の病態であるが、非薬剤性類似病態を示す)	組織診断(必ずしも臨床病型と1対1対応ではない)
1. 肺胞・間質領域病変	急性呼吸促進症候群/急性肺損傷	
	特発性間質性肺炎	びまん性肺胞障害
	急性間質性肺炎	
	特発性肺線維症	通常型間質性肺炎
	非特異性間質性肺炎	非特異性間質性肺炎
	剥離性間質性肺炎	剥離性間質性肺炎
	特発性器質性肺炎	器質性肺炎
	リンパ球性間質性肺炎	リンパ球性間質性肺炎
	好酸球性肺炎	好酸球性肺炎
	過敏性肺炎	過敏性肺炎
	肉芽腫性間質性肺炎	肉芽腫性間質性肺炎
	肺水腫	肺水腫
	Capillary leak syndrome	
	肺胞蛋白症	肺胞蛋白症
2. 気道病変	気管支喘息	気管支喘息
	閉塞性細気管支炎	閉塞性細気管支炎
	閉塞性細気管支炎症候群	狭窄性細気管支炎
3. 血管病変	血管炎	血管炎
	肺高血圧症	肺高血圧症
	肺静脈閉塞症	肺静脈閉塞症
4. 胸膜炎	胸膜炎	胸膜炎

表2

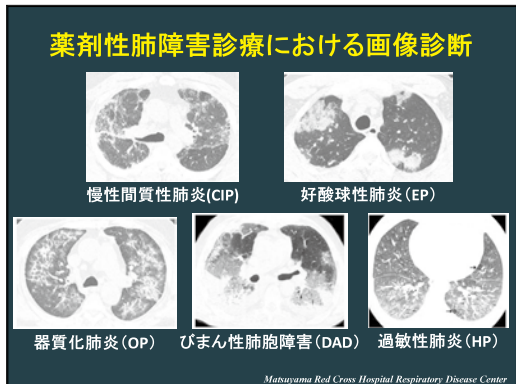


図2

	慢性間質性肺炎(CIP)	好酸球性肺炎(EP)	器質性肺炎(OP)	びまん性肺胞障害(DAD)	過敏性肺炎(HP)
胸部X線	両側下肺野優位のすりガラス様陰影、葉状の浸潤影	末梢優位の散在性浸潤影またはすりガラス様陰影	両側の多発性、非区域性浸潤影	両側肺野に葉状の浸潤影、すりガラス様陰影	肺野の減少および両肺底部の境界不明瞭な浸潤陰影
胸部HRCT	両側肺野末梢優位のすりガラス様陰影、浸潤影、線状陰影、気管支血管束の肥厚、牽引性気管支拡張像	すりガラス様陰影、浸潤影、結節陰影、結節リンパ節腫脹、胸水、小葉間隔肥厚、気管支血管束肥厚	胸膜下または気管支血管束沿いに結節陰影や斑状陰影、すりガラス様陰影、reversed halo sign	両側肺野のすりガラス様陰影と浸潤影(背側優位が多い)	両側肺野にびまん性すりガラス様陰影

ステロイドに対する反応が期待できる

表3

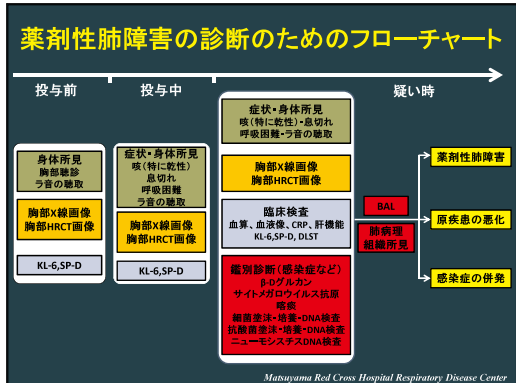


図4

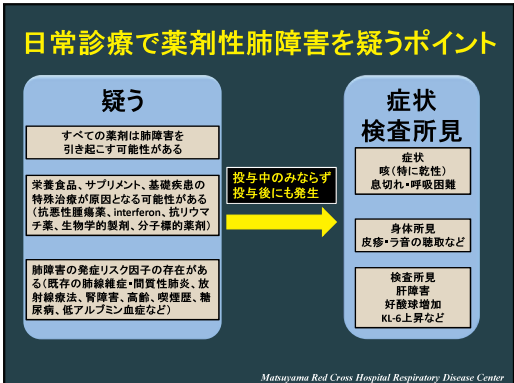


図3

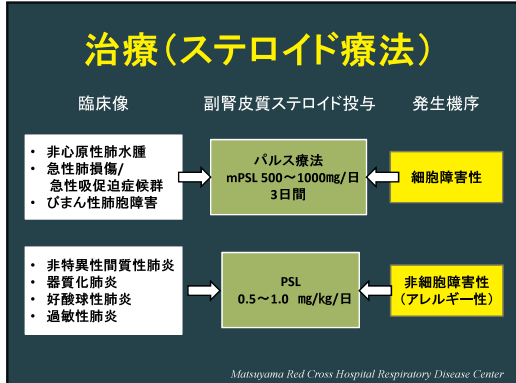
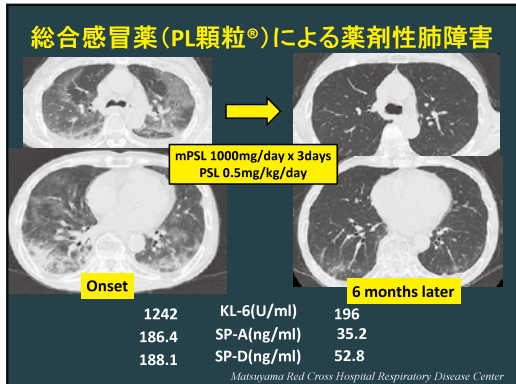


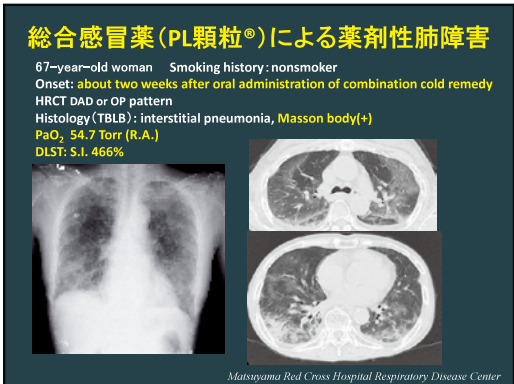
図5

治療		
被偽薬の中止 (軽症であれば、中止のみで経過)		
中等症・重症例ではステロイド投与を行う		
重症度	PaO ₂	治療
軽症	≥ 80 Torr	被偽薬中止
中等症	60 ≤, < 80 Torr	ステロイド治療
重症	< 60 Torr	パルス療法+ステロイド継続投与

表4



症例 1 - 2



症例 1 - 1

Docetaxel (タキソテール®)による薬剤性肺障害

Tx: PSL 0.5mg/kg/day

Onset

3 months later

1457	KL-6(U/ml)	1306
85.6	SP-A(ng/ml)	57.5
155.1	SP-D(ng/ml)	128.7

Matsuyama Red Cross Hospital Respiratory Disease Center

症例 2 - 2

Docetaxel (タキソテール®)による薬剤性肺障害

67-year-old man Smoking history: nonsmoker
Prostate cancer Stage D2 Initial treatment: hormone therapy
Onset: about one month after DOC treatment
HRCT DAD pattern Histology interstitial pneumonia (TBLB)
BAL: Total cell count 2.7×10^5 /ml
Differential: Mq 55%, Lymph 36%, Neutro 9%

Matsuyama Red Cross Hospital Respiratory Disease Center

症例 2 - 1

症例 1 は P L 顆粒®による薬剤性肺障害の 1 例である。
喫煙歴のない 67 歳の女性。2 週間前に P L 顆粒®を内服後より発熱、咳を認め、近医受診した。胸部 C T ではびまん性肺胞障害または器質性肺炎パターンを疑わせる間質性肺炎像をみとめ低酸素血症を合併していたことより当科へ紹介受診した。経気管支

肺生検より器質性肺炎像を認め、気管支肺胞洗浄液からは細菌培養は陰性であった。呼吸不全を合併していたことより被疑薬中止のうえステロイドパルス療法、ステロイド維持療法を開始し軽快した。現在ステロイド内服中止しているが、再燃は見られていない。P L 顆粒®に対する D L S T は S . I . 4 . 6 6 % と陽性であった。

症例 2 はドセタキセルによる薬剤性肺障害の 1 例である。

喫煙歴のない 67 歳の男性。前立腺がんに対してドセタキセルを投与して 1 か月後に胸部異常陰影を指摘され、当科へ紹介受診した。画像上はびまん性肺障害パターンであった。経気管支肺生検からは胞隔の肥厚を伴う間質性肺炎をみとめ、気管支肺胞洗浄液はリンパ球優位で、培養検査では陰性であった。以上のことからドセタキセルによる薬剤性肺障害と診断した。ステロイド治療により軽快した。

おわりに

薬剤性肺障害の診断は、すべての薬剤は肺障害を起こす可能性があり、薬剤の投与と肺の異常陰影出現との時間的な関係を探ることで始まる。薬剤性肺障害を疑った際は、呼吸器専門医への紹介を検討いただきたい。

薬剤性パーキンソニズム

経過
投与数日から数週間で発症。
90%は20日以内。
ベンザミド誘導体、カルシウム拮抗剤は数週から数か月と長い。

治療
原因となった治療薬の中止。
中止から2、3か月以内に改善。
抗コリン薬、アマンタジンが有効(L-dopa合剤はあまり効かない?)
通常可逆性、改善に乏しい時は
→発症前パーキンソニズムの関与、10%程度?

2

薬剤性パーキンソニズムの特徴

特発性パーキンソン病に比して

- ・進行がはやい
- ・突進現象が少なく
- ・左右差は少なく、対称性の事が多い
- ・姿勢時・動作時振戦が出現しやすい
- ・ジスキネジア・アカシジアを伴う事が多い
- ・抗パーキンソン剤の効果が少ない

リスクファクター

- ・高齢者
- ・女性
- ・高用量

1

薬剤性末梢神経障害 治療

原則、原因薬剤の減量ないし中止する。

通常徐々に改善するが、中止後も2〜3週間に経過で一過性に増悪する場合(coasting)あり。
また、抗がん剤や抗HIV薬の様に一律に投与中止が困難なものも存在する。

副作用予防できるもの
イソニアジド・ビタミンB6製剤の併用。

対症療法
ビタミンB剤(1、6、12)
疼痛、ジンジン感には、ガバペンチン(ガバペン)、プレガバリン(リリカ)やアミトリプチン(トリプタノール)等。

4

薬剤性末梢神経障害 概説

多くは慢性的(服用後数週〜数か月以上)に、感覚障害(四肢のシビレ感、痛み)で発症する。

全末梢神経障害患者の2〜4%が薬剤性。

基礎疾患に糖尿病、慢性アルコール中毒、遺伝ニューロパチー等の末梢神経障害を有する場合や、腎不全、悪性腫瘍等の全身性疾患がある場合は神経障害が出やすい。

薬剤の一回投与量と総投与量が多いほど出現しやすい(用量規制因子)。

3

横紋筋融解症 原因薬剤

抗精神病薬および抗パーキンソン病薬
抗精神病薬の開始/増量時や抗パーキンソン病薬の急激な中止時に悪性症候群を惹起することがある。
悪性症候群:発熱、筋強剛、意識障害、自律神経症状+筋症状
筋症状は軽い場合は血中CK上昇程度、重いと横紋筋融解症
ハロペリドール(セレネース)等のドーパミンD2受容体遮断作用の強い薬剤で起こりやすい。
セロトニン2A受容体遮断が強い近年の非定型抗精神病薬:リスベリドン(リスバダール)等では少ない。

治療
冷却
十分な輸液:時間尿量100ml以上を確保する。
L-dopaまたはドーパミンアゴニストの投与。
ダントロレン(ダントリウム)の投与。
予防
抗パーキンソン病薬中止の際は、かならず漸減→中止とする。

7

横紋筋融解症 原因薬剤

HMG-CoA還元酵素阻害薬(スタチン)
服用開始数か月頃に徐々に発症することが多い。
末梢神経障害の合併がありうる。
筋細胞膜のコレステロール成分の減少等が原因。
すべてのスタチンで起こりうる。
スタチン服用者のうち、
筋痛: 2-7%
CK上昇、筋力低下: 0.1-1.0%
横紋筋融解: 0.08%
死亡: 100万人中0.15人
他の薬剤との併用、特にフィブラート系高脂血症薬との併用では横紋筋融解症の頻度が上昇(併用禁忌)。

6

横紋筋融解症

自覚症状: 筋力低下、疲労感、筋痛等
他覚的所見: 筋力低下、筋圧痛・把握痛、ミオグロビン尿
検査所見: 血中CK上昇、アルドラーゼも上昇
(AST、ALT、LDHも上昇する)
腎機能障害
(骨格筋から血液中に流出したミオグロビンによる)

発症機序:
筋細胞膜が障害され、骨格筋が壊死に陥る
↓
血中CK上昇
↓
ミオグロビンも血液中に流出
↓
腎尿細管障害
↓
DIC、多臓器不全

5

薬物乱用頭痛 治療

原則 鎮痛剤(乱用薬物)の減量・中止。
実際は頭痛のため非常に困難。
漸減よりは一気に中止した方が成功率が高い。

効果的な予防薬の併用
アミトリプチン(トリプタノール)
バルプロ酸ナトリウム(デパケン/セレニカ)
塩酸ロメリジン(テラナス/ミグシス)
プロプラノロール(インデラル)

代用となる鎮痛剤

9

薬物乱用頭痛 Medication-overuse headache (MOH)

- ・1か月に15日以上頭痛が存在
- ・頭痛に対する治療薬を3か月を超えて定期的に乱用している
- ・頭痛は薬物乱用のある間に出現もしくは著明に悪化(・乱用薬物の使用中止後、2か月以内に頭痛が消失、または以前のパターンに戻る)

エルゴタミン: 1か月に10日以上
トリプタン: 1か月に10日以上
オピオイド: 1か月に10日以上
複合薬物: 1か月に10日以上
鎮痛薬: 1か月に15日以上

8



外来診療担当医表

最新情報はホームページ上で随時更新しております。
http://www.matsuyama.jrc.or.jp/

H25.4.1 現在

診療科目		月		火	水	木	金
内科	総合内科	午 前	上田陽子 馬越洋宜	宇都宮	藤 崎	芝 真希 吉田健志	岡 田
		午 後	宇都宮大輔	柏戸祐介	坂 本	上 田	源本真由
	糖尿病内分泌	終 日	岡田貴典 松下由美	近藤しおり 馬 越	近 藤 岡 田	近 藤 馬 越	芝 宇都宮
		午 後	馬 越	源 本	源 本	芝	
	高 血 圧			福岡富和	福 岡	福岡(午前のみ)	福岡(午前のみ)
	血 液	午 前	藤崎智明 奥 誠道	藤 崎 上 田	波呂 卓 池田祐一	藤 崎 奥	上 波 呂
		午 後		坂本愛子			池 田
	糖 尿 病 教 室	毎週水曜日 10:00~12:00 (糖尿病チーム)					
肝胆膵センター	午 前	佐々木由子 武智俊治 上甲康二 山上隆司	横田智行 上 甲 川村智恵	三宅康之 武 智 田中孝明	矢野 誠 横 田 忽那 茂	横 田 甲 上 山 上	
	午 後	佐々木 武 智	上 甲 川 村	(予約緊急のみ) 田 中	(予約緊急のみ) 忽 那	横 田 甲 上 山 上	
胃腸センター (消化器内科)	外来部門	新 患	藏原晃一	川崎啓祐	藏 原	藏 原	藏 原
		予 約	長末智寛	藏 原	森下寿文	川 崎	八板弘樹
	検査部門	炎症性腸疾患	河内修司		河 内		河 内
		新患兼予約	阿部洋文	森 下	長 末	澤野美由紀	八 板
		炎症性腸疾患	河 内	森 下	河 内		河 内
循環器センター	循環器内科	新 患	小河清寛	久保俊彦	松坂英徳	堀 本	芦 原
		予 約	堀本拡伸	芦原俊昭	芦 原	小 河	久 保
呼吸器センター	呼吸器内科	予 約	鎌田和宏	水城 隆	久 保		松 坂
		心 外	梅末正芳		梅 末		
腎センター	呼吸器外科	午前中のみ	兼松貴則 梶原浩太郎	濱口直彦 仙波真由子	兼 松 濱 口	梶 原	兼 松
		呼 吸 器 外 科		伊藤謙作		横山秀樹 三浦奈央子	横 山
脳卒中・脳神経センター	検査・手術	手 術	気管支ファイバー	手 術		気管支ファイバー	
		※呼吸器内科：紹介状をお持ちの患者さんのみ診察いたします。					
小児科	腎センター		原田篤実 上村太郎	原 田	原 田	上 村	岡 英明
		神 経 内 科	池添浩二 志田憲彦	池 添 志 田	池 添 志 田	池 添 志 田	池 添 志 田
産婦人科	脳神経外科	武智昭彦 渡邊陽祐	梶原佳則 瀬山 剛	武智昭彦 渡邊陽祐	梶 原 瀬 山	手 術	武 智 渡 邊
		※木曜日は手術日につき担当医での診察になります。					
外科	小児科	小谷信行 片岡京子	近藤陽一 高岩正典 米澤早知子	小 谷 片岡優子 西崎真理 山本浩継	片岡(京) 吉川知伸 米 澤	近 藤 高 岩	
		午 前	神 経	眞庭 聡	眞 庭	中野広輔	眞 庭
乳腺外科	循環器	堀川定儀					堀 川
		午 後	血 液	乳児健診	アレルギー	内分泌	未熟児 発達外来
血管外科	産婦人科	午 前	竹内正久 南 千尋 妹尾大作	河本裕子 瓦林靖広 本田直利	河 本 南 妹 尾	赤澤宗俊 竹 内 横山幹文	横 山 濱崎洋一郎 本 田
		午 後	妹 尾		本 瓦 林 妹 尾		
小児科	外科	手 術	手 術			手 術	手 術
		午 前	藤中良彦 中西良太	白石 猛 丸山晴司 間野洋平	高橋郁雄 西田康二郎 越智友洋	西崎 隆 黒田陽介 白 石	高 橋 西 田
乳腺外科	外科	午 後	緩和ケア	ストーマ外来	外来手術		
		※緩和ケア外来は、毎週水曜日14:00~17:00(完全予約制:原則として1日最大3名まで)					
血管外科	乳腺外科	午 前	川口英俊 (再診)	川 口	川 口		川 口
		午 前	山岡輝年 (再診) 大峰高広 (新患) 岩佐憲臣			山岡(新患) 大峰(再診) 岩 佐	

診療科目		月		火	水	木	金
小児外科	午 後	野口伸一			野 口		野 口
		中城二郎 梶原了治 土川雄司	山本 進(手) 野田慎之(脊) 大田 亮	山 本 小林孝明 大前博路(肩)	中城(股) 小林(膝) 金光宗一	野 田 梶原(手) 大 前	
整形外科	※(手):手の外科、(脊):脊椎外科、(膝):膝関節外科、(肩):肩関節外科、(股):股関節外科						
			田口浩之	田 口		田 口	
リウマチ膠原病センター	リウマチ科	水木伸一	水 木 鎌田一億	手 術	水 木 鎌 田	鎌 田	
	内 科	押領司健介	横田英介	押領司	押領司	横 田	
泌尿器科	午 前	藤井元廣	田丁貴俊 矢野 明	藤 井	田 丁 矢 野	田 丁	
	午 後		予約検査		予約検査	第1・3 ストーマ外来	
耳鼻咽喉科	※月・水・金曜日は手術日につき、上記の診療担当医が変更することがあります。						
	午 前	有友 宏 高木大樹 小川日出夫	篠森裕介 高 小 川	担当医	篠 森 川 有 友	担当医	
眼 科	午 後	手 術	検査(透視)	手 術	検査(透視)	手 術	
	※水・金曜日は、新患のみ診察いたします。						
皮膚科形成外科	午 前	児玉俊夫 堀内良紀 鳥山浩二	山本康明	山西茂喜 堀 内 飯森宏仁	児 玉 依光明生	山 西 本 山	
	午 後	児 玉 堀 内 鳥 山	手 術	山 西 堀 内 飯 森	手 術	山 西 本 山	
麻酔科	南 満芳	南	緋田哲也	南	南	南	
	庄野佳孝	庄 野	手 術	庄 野	庄 野	庄 野	
心療内科・精神科	※水曜日は手術日につき外来診療はありません。						
	※当面の間、外来診療については休診いたします。						
放射線科	新 患	村田繁利	村 田	村 田	村 田	村 田	
	予 約	吉岡真二	吉 岡	吉 岡	吉 岡	吉 岡	
歯 科	放 射 線 治 療	浦島雄介	浦 島	浦 島	浦 島	浦 島	
	口 腔 外 科	寺門永顕	寺 門	寺 門	寺 門	寺 門	
口腔外科	歯 科	中川雅博 兵頭正秀	中 川 兵 頭	中 川 兵 頭	中 川 兵 頭	中 川 兵 頭	
	※歯科口腔外科：紹介状をお持ちの患者さんのみ診察いたします。						

紹介状のある患者にかかる診療受付時間 (土曜・日曜・祝祭日・創立記念日(5月1日)を除く)

午後3時まで受付可能な診療科 (毎日)

内 科	小 児 科	循 環 器 内 科
肝 胆 膵 センター	放 射 線 科	歯 科 口 腔 外 科
消 化 器 内 科	腎 臓 内 科	外 科

午後3時まで受付可能な診療科 (曜日限定)

血 管 外 科	月	木	泌 尿 器 科	火	木
整 形 外 科	火	木	リウマチ科	火	木
耳 鼻 咽 喉 科	月	火	呼 吸 器 外 科	火	木
眼 科	月	水	小 児 外 科	月	水
皮 膚 科	月	火	心 臓 血 管 外 科	月	水
脳 神 経 外 科	月	火	金	金	金

注：いずれの診療科も緊急を要し地域医療連携室を通した患者に限ります。

緊急を要しない患者の受付は従来通り午前11時までです。

午前11時までの診療科

乳腺外科(火・水・金)	形成外科(月・火・木・金)	神 経 内 科
麻酔科(月・水・金)	呼 吸 器 内 科	産 婦 人 科

注) いずれの診療科も緊急を要し地域医療連携室を通した患者さんに限ります。

地域医療連携室からのお知らせ ~紹介患者予約受付について~

当院では、患者のご紹介をFAXで頂いた際、診療科によって確認方法が異なっております。その中で一部の診療科(消化器内科・循環器内科・呼吸器内科・外科等)については、スムーズな診察に繋げるため、頂いた診療情報提供書を担当の医師や看護師が必ず目を通し内容を確認をするため、お返事までに時間を要することがございます。上記の診療科に限らず、お返事に時間を要することが明らかな場合には、一度その旨をご連絡させていただきます。

登録医医療機関情報HP掲載のお知らせ

当院ではさらなる医療連携の強化・充実のため、当院HPにおきまして、掲載の承諾を頂いた登録医様の医療機関情報を掲載することとなりましたので、お知らせ致します。

診療の予約について

再診の場合：全科予約制となっております。

初診の場合：小児科・産婦人科のみ電話による予約制をとっております。

※予約受付時間 午後2時~4時(時間厳守願います。)

・小児科 外来 TEL 089-926-9884 (直通)

・産婦人科 外来 TEL 089-926-9885 (直通)

~「紹介状」をお持ちください~

当院では医療の役割分担(病院と診療所の連携)を進めるという国の医療制度に則り、地域医療の充実に貢献する方針で地域の診療所と緊密に連携し、役割に応じた質の高い安全な医療をご提供したいと考えております。

この場合、診療所と当院を結ぶのが診療所の先生(かかりつけ医)がお書きくださる「紹介状」です。この紹介状によって患者に、よりスムーズに当院での検査や入院治療を受けていただくことができます。

お手数ですが「紹介状」をお持ちください。お持ちいただかない場合でも診療を受けられますが、その場合は初診にかかる「保険外併用療養費」として診療料金の他に、別途3,150円(消費税込)をお支払いいただくことになります。

※各診療日の担当医師につきましては、学会等により代診、休診とさせていただきますのでご了承ください。