

2012.1

No.

54



松山赤十字病院

日本赤十字社

Matsuyama Red Cross Hospital

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

地域医療連携室報

◆発行責任者/ 瀧上忠彦

◆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

年頭挨拶



院長（地域医療連携室室長） 瀧上 忠彦



明けましておめでとうございます。昨年は、東日本大震災に原発事故が重なり、悲惨な年でした。当院は、発災日の午後6時には出動態勢を整えましたが、本社から待機命令がでて翌日早朝の出動となりました。最終的には100日間、第11班まで、こころのケア要員、石巻赤十字病院支援要員などを含め、120名を超える職員が出動しました。救護活動は赤十字の大きな使命であり、当院では災害救護に備え、救護班8班（6名編成）、緊急被ばくチーム2班（8名編成）、DMATチーム2班（6名編成）を待機させています。このような災害救護への備えがあり、迅速に、しかも継続的に救護活動ができたと思います。今後の課題は、この地、愛媛で、大災害が起きたときの対応です。当然、当院のみでは対処できません。そこで、昨年7月開催の第8回地域医療連携フォーラムで「地域で育む防災意識―大災害に備えて―」をテーマとし、問題提起しました。内容は前号（53号）に記載していますが、多くの方が、多くの住民に参加いただき、熱心な討議もあり関心の高さが分かりました。今回の大震災の教訓から、愛媛

県災害医療対策協議会が設置され、昨年12月に第1回が開催され、県全体としての検討が始まりました。当院は、被災地で唯一無傷の災害拠点病院として、医療救護に多大の貢献をした石巻赤十字病院を教訓とします。同院は2006年に免震構造で新築され、今回の大地震で全く被害を受けていません。当院は、災害拠点病院でありながら現在の耐震基準を満たしておらず、多くの病人、怪我人を同時に受け入れるスペース、機能を有していません。建物が老朽化し、狭隘で、医療の高度化に伴う最新の医療機器の設置にも支障をきたしており、以前より、新病院建築への取り組みが続けていましたが、今回の大震災により喫緊の課題となりました。今年中に建築場所を決め、良質な高度な医療の提供はもろろんのことですが、災害にも強い病院の建築への取り組みを開始します。それにより、当院の基本理念である「人道、博愛、奉仕の赤十字精神に基づき、医療を通じての地域社会への貢献」が継続できると思います。

最後になりましたが、地域医療機関の皆様には、日頃より当院の運営に多大のご支援を賜り感謝しています。今年も、より一層のご支援よろしくお願いたします。政治の低迷により、被災地の復興への道筋、後期高齢者を含む医療制度のあり方の方向性も見えませんが、今年が皆様にとって幸多き年となりますことを祈念し、年頭の挨拶といたします。

年頭挨拶



看護部長 光峰 常美

新年明けましておめでとうございます。昨年は東日本大震災という未曾有の大災害により、多くの人命が失われ、故郷が壊され、日本中が苦しく不安な一年でした。しかし、救護活動やこころのケア、復興に向けた支援活動を通して、人のやさしさや強さとともに、人と人のつながりや絆を深く感じる事ができました。この一年が、被災地の方々をはじめ、この地域にとりましても、明るく幸せな年になりますよう心からお祈り申し上げます。

年頭挨拶



事務部長 渡邊 利行

新年明けましておめでとうございます。当院と連携していただいている病院・診療所、そして関係諸機関の皆様方には、日頃から当院の運営に格別のご支援・ご高配を賜っておりますことに対しまして、この場をお借りし、厚く御礼を申し上げます。

さて、昨年12月に開催しました第11回「病院と在宅看護・介護の連携合同研修会」におきましては、多くの皆様のご支援をいただき、盛大に開催することができました。基調講演には、第43回フーレンス・ナイチンゲール記章受章者の村松静子先生をお迎えし、11回目の再出演にふさわしい講演をいただきました。午後からの分科会にも多くの皆様のご参加と協力により、活発な意見交換が行われ、今まで以上に充実した研修会になりましたことを、あらためてお礼申し上げます。ありがとうございました。担当者から詳しくご報告させていただいておりますので、ご覧いただきたいと存じます。

さて、少子超高齢化の波は着々と押し寄せ、十数年後にはピークを迎えます。お一人暮らしや複雑な療養問題を持った高齢者が増え、経済不況社会不安とともに、多くの人がこれからの生活に不安を抱かずにいる状況です。このような中で、さらに、南海・東南海地震が発生したらなどと考えると、不安はさらに増大してきます。

さて、平成23年は皆さんご承知のように東日本大震災及び原子力発電所事故という未曾有の出来事の発生した年でしたが、当院では100名を超える多くの職員が、率先して被災地に赴き、赤十字の使命である人道的任務の達成のために大震災の救護活動に従事いたしました。この年は当院を含め日本赤十字社の存在が改めて見直された年でありました。

当院では、このように災害救護活動に力を入れておりますが、何よりも「医療を通じて、地域社会

え、経済不況社会不安とともに、多くの人がこれからの生活に不安を抱かずにいる状況です。このような中で、さらに、南海・東南海地震が発生したらなどと考えると、不安はさらに増大してきます。

地域医療支援病院として災害拠点病院として、この地域に暮らす一人として、今、しなければならぬことを、準備し訓練しておくことが何より肝要であることは明白です。苦難の中にあっても、地域が力を合わせることでできる仕組みをつくり、ネットワークを生かした地域の力が発揮されれば、乗り越えることができるものと思います。まさに、つながり続ける地域の力、今、医療・福祉・保健にできることを考え、実践していくことが求められております。

今年も、互いにしっかりと連携を取り合い、安心して暮らせる地域社会に向かってつながり続けていくことを祈念いたします。どうぞよろしくお願いたします。

に貢献することを基本理念として、松山医療圏で地域連携の中心的役割を果たすため、地域医療連携室を設置し、これまで何度となく人員配置の見直し及び業務の強化と拡充を繰り返してまいりました。その過程で、主な医療機関においては、当院と同様に地域医療連携室の強化を図っておりまして、それぞれが他の医療機関との窓口としての機能等を充実させ、一昨年には県立中央病院も「地域医療支援病院」の承認を受けるなど、現在では連携室の存在が病院経営・運営に欠かせないものとなっております。

当院の平成23年度の主要な取り組みとしては、①連携室及び病棟の療養支援ナースによる入院後支援・療養支援を強化し、退院後の

第11回 病院と在宅看護・介護の連携 合同研修会 ～つながり続ける地域の力、今、医療・福祉・保健にできること～	
日時：平成23年12月4日(日) 10時～16時 場所：松山赤十字病院 教育講堂他	
● 挨拶 10:00～10:10	
開会挨拶	松山赤十字病院 院長 瀧上 忠彦 松山赤十字病院 看護部長 光 峰 常美
● 基調講演 10:10～11:40	
《講演》テーマ 「住み慣れたこの町で、自分らしく暮らし続けるために ～被災地・福島で考えたこと～」 在宅看護研究センターLLP代表 村松 静子 先生 日本赤十字九州国際看護大学客員教授 座長 松山赤十字病院 看護部長 光 峰 常美	
● 情報交換会 11:50～13:50	
昼食会 (1部 11:50～12:40) (2部 12:50～13:40)	
ポスターセッション (1部 12:10～12:50) (2部 13:00～13:40)	
在宅医療機器など 展示	
● 分科会 13:50～15:50	
「自助・互助・扶助」	
① 災害	東日本の大震災をいかに活かすのか 役立つ、災害時の技術
② がん在宅療養	がん患者をささえる ～チームの力～
③ 子育て支援	地域とともに育む命
④ 高齢者ケア	誤嚥性肺炎を防ごう ～肺炎を繰り返さないために私たちができることはなにか～
⑤ 療養支援	想いをつないだ事例
⑥ 地域	暮らし続けられる地域づくり ～こんな地域にしてみせる～
● 閉 会 (各会場) 15:50～16:00	

第11回「病院と在宅看護・介護の連携」合同研修会

(2011.12.4)

～つながり続ける地域の力、今、医療・福祉・保健にできること～

地域医療連携課 看護師長 友澤 永子

後方施設への支援の情報提供等の充実を図り、「療養支援・医療相談システム」についても軌道に乗る効果的・効率的な支援ができるようになったこと。②「Face of Age」の連携を掲げ、副室長(副院長)とともに連携医療機関を順次訪問し、より一層の連携協力をお願いと当院への要望等を聞き、施設の見学をさせてもらったこと。③脳卒中・大腿骨頸部骨折の地域連携バスについては愛媛大学のシームレス研究会(脳卒中)との同時開催を実施し、回復期施設の負担を軽減することができ、がん連携バスについては、愛媛県がん診療連携協議会において、統一

されたバスの運用が開始されたと。等であります。
ご承知のように当院は、施設の高齢化と狭隘・複雑、駐車場の不足等により病院の建替計画を進めておりまして、できるだけ早く建て替えるに着手することとしておりまして、現在病院の各部門ではそれぞれ新病院の構想を策定しております。

機能、患者のプライバシー・動線等を考慮したスペースを確保し、業務を効率化する。④部門及び連携医療機関間の情報ネットワークを構築し情報を共有化、簡素化する。⑤患者のニーズ等に対応できる人員を配置する。等を考えておりますが、今後、これらについてさらに検討を進め、組織、スペース、ネットワーク、スタッフ等についても、考え方を整理してまいります。
本年も、当院では、皆様方との連携を深め、地域医療のさらなる充実に努めて参りますので、どうぞご指導ご鞭撻を賜りますようお願い申し上げます。

平成23年12月4日(日)
第11回「病院と在宅看護・介護の連携」合同研修会を開催いたしました。今年度は、基調講演・情報交換会・分科会の3部構成の1日研修とし、初めて日曜日開催となりました。当日は晴天に恵まれ、基調講演438名(院内235名・院外207名)、分科会427名(院内161名・院外266名)と、これまで以上に多くの方の参加をいただき、関係者一同ここからお礼を申し上げます。
私達が、暮らす松山医療圏は、人口65万人を抱え、松山市の平成22年度高齢者

基調講演には、2011年5月に、第43回フーレンス・ナイチンゲール記章を受章された在宅看護研究センターLLP代表 村松静子先生にご講演いただきました。素敵な笑顔で壇上に立たれ、身振りをまじえて話をされる先生の手は「素手で勝負する」看護師のケアの根底にある、優しさや温もりが感じられました。



在宅介護研究センターLLP 代表 村松 静子 様

先生は、学生の頃からの変わらぬ看護婦にかけられる情熱を、自覚と責任を持って、世界を舞台の一つ一つ着実に行動に移しておいででした。その行動力はまさに、ナイチンゲールの言葉として知られる「天使とは、美しい花をまき散らす者でなく、苦悩する者のために戦う者である」に通じ、心をもって実践を繰り返している方だから語れる、強さと説得力にみまぎっておられました。
以下にその要旨をご紹介します。

1983年「助けてください」の家族の言葉に動かされ、11名の現役看護師が寄り集まった訪問看護のボランティアチームは、その看護師たちの夜勤明けや休日からはじめました。その3年後には、ボランティア活動に終止符を打ち、患者5人を抱えて在宅ケアのスタートをした。「構成員の自己犠牲のみに頼る援助活動は決して長続きしない」と痛感、周囲からは「聖職者の立場で看護を売ること」と非難の声もあがったが「その手があれば看護だよ」と言って、励ましてくれた患者さんと家族だけが支えてくれた。今は亡き作家・遠藤周作氏も賛同し、在宅ケア費用援助制度を設けるなどの後押しまでもしてくれました。1992年には、『在宅看護研究センター』を開設し、現在は、患者と医師との懸け橋になる、心をはこぶ「メッセンジャーナース」の教育と認定に力を注ぐ。

「医療の主体は、医療の受け手にある」メッセンジャーナースとは、医療の受け手が、自分らしい生を全うする治療・生き方の選択を迫られた時に、医療の担い手としての認識のズレを正す対話を重視し、医療の受け手自ら選択・納得に至るまでの懸け橋になる看護師のことである。現在16都道府県に

「住み慣れたこの町で、自分らしく暮らし続けるために」を聴講しての学び

～被災地・福島で考えたこと～

率率は21・6%、同医療圏にある近郊の地区ではさらに高い高齢者率となっております。今後の高齢社会は、その暮らしに多くの課題を持つと予測されます。このような中で、東日本大震災という未曾有の災害を経験しました。自然の脅威の前に、人々はその大切なものを失いました。反面、辛い思いをしたからこそ立ち止まって考え、人の優しさ、偉大さを感じ、それぞれの立場で行動を起こし、人々の強い絆、つながることの大切さを改めて感じております。人々

が、支え合うことで、住み慣れたこの町で、自分なりの暮らしを続けることができることを信じています。
今回の研修会では、地域・医療・福祉を担当する者として、感性と知力をフルに活用し、その想いと活動を協議・継続し、地域の将来を語る機会にしたいと考え、テーマを「つながり続ける地域の力、今、医療・福祉・保健にできること」といたしました。
基調講演・情報交換会・分科会を通して、安心して暮らせる地域社会づくりのために、でき

ること、すべきことを、さまざまな立場から考えていきました。「地域完結型」から、さらに「地域包括型」へと進む方向性を確認し、「医療から提案する安心して暮らせる地域社会づくり」の実現に向け、地域チームとしての、専門性の発揮と協働の推進を研修する機会となりました。
最後に、この研修会の企画・運営に関しまして、院内外の多くの方々にご支援いただき心から感謝いたします。

循環器療養支援ナース 岡本かおり

発表施設		ポスターセッション参加施設		
グループ		発表順	テ ー マ	施 設 名
A	地域	1	現場に生きる理念と連携	医療法人きらり Dr. 盛次診療所
		2	褥瘡発生0を目指して	医療法人天真会 南高井病院
		3	オンリーワンのリハ医療を目指して!	伊予病院
		4	医療度の高い患者の退院支援の取り組み	北条病院
B	地域	1	医療法人聖愛会の紹介と医療相談室の業務報告	松山ベテル病院
		2	地域医療連携室と当院の紹介	野本記念病院
		3	多職種と連携し、重度障害患者に活動的な生活を提供するための取り組み	松山リハビリテーション病院
		4	松山リハビリテーション病院と関連事業所の連携と活動の紹介	松山リハビリテーション病院
C	松山地域 松山赤十字病院	1	松山地域包括支援センターについて	松山市 介護保険課
		2	在宅生活の創造	(有) ユアーズ・ケア
		3	さわやかに地域福祉をお手伝い	(有) 在宅福祉サービスさわやか訪問看護ステーション
		4	健康管理センター ドックについて	松山赤十字病院 健康管理センター
D	松山赤十字病院 看護基礎教育	1	病院側と在宅側が連携して質の高い退院支援を行うための要因「退院支援」から病院が担う「在宅看護」へ	愛媛県立医療技術大学
		2	質の高い退院支援のための病棟看護師の役割と課題	愛媛県立医療技術大学
		3	BSCを活用した血液製剤廃棄率減少への取り組み	松山赤十字病院 検査部
		4	がん地域連携(バス)における多職種連携	松山赤十字病院 がん診療推進委員会
E	松山赤十字病院	1	地域医療支援病院における地域に向けた新生児集中ケア認定看護師の活動の拡充	新生児集中ケア認定看護師
		2	認知症教室 脳卒中教室の取り組みについて	脳卒中・脳神経センター
		3	乳がん看護相談について	乳がん看護認定看護師
F	松山赤十字病院	1	成育医療チームによる胎児虐待予防～アスペルガー症候群の特性を持つ妊婦への支援～	成育医療センター
		2	小児看護学実習における効果的導入～経験学習の試み～	成育医療センター
		3	小児病棟における継続した転落防止への意識付けの効果～取り組みとその後の現状～	成育医療センター

展示 (松山赤十字病院)

	テ ー マ
1	前立腺がん地域連携バスの運用における現状と今後の課題
2	がん患者の想いの実現に向けた地域医療福祉チームを協働させる看護力
3	脳外科・神経内科系疾患患者の急性期病棟における療養支援ナースの役割と実際
4	地域で新人看護師を育てる～新人看護師研修を受け入れての評価と課題～
5	新人看護師サポート研修報告「理想の看護師とは・・・」
6	インフルエンザ
7	ノロウイルス感染症
8	糖尿病足外来



わたり31名が活躍中である。そんな中で3・11の東日本大震災は起こった。何かしなければ：私たちに何が出来るか考えた。「なんで私が助かって、孫が死んだのか？」避難所生活が長引く中で衰弱し、やりようのない思いを語る高齢者を目の当たりにした。「避難所では死なせたたくない」長年温めていたセカンドハウス構想の実現に向けて着手した。セカンドハウスとは、施設ではなく「その人らしく・生き抜く」を支える一軒の『家』。地方密着型で自給自足、地域で働く様々な人と協働し、人それぞれの生活を取り戻すことを目指している。

そして、原発の多大な影響も受けている福島の地に、セカンドハウスよりどこか「in福島」ここに「さくらんぼ」(福島弁で「ここに寄っていらっしやい」の意を開設計した。「よりどころ」には「生きていく上に必要な心の支え」という

意味があり、そんな願いをこめて命名した。徐々に体制を整えながら動き出している。先生、このたびはこの松山の地にお越しいただき、本当にありがとうございます。先生のお言葉

「保健師の立場」で支援された松山市危機管理担当部副主幹門田裕加氏、「医療救護班」として福祉避難所を設営した松山赤十字病院医師上村太朗氏、「ボランティア支援」を展開した愛媛県社会福祉協議会福祉振興班班長代理萩森一路氏、愛媛県から「緊急消防援助隊」として愛媛県から派遣された東温市消防本部専門員佐伯敏則氏の4名から、震災における救護体験をお話し頂きました。

今後30年以内に60%の確立で発生するといわれる東南海地震に備え、まず私たち医療・看護・福祉・介護それぞれが万全の備えをすること、また関係機関との間に、普段からの連携や支援体制が構築される必要性を強く感じるものでした。

第2部では「知って役立つ、災

3月11日に発生した「東日本大震災」は、地震と津波による未曾有の被害をもたらした。多くの方が犠牲になりました。今回のような大災害では、被災地における医療・福祉・介護の、中長期的な支援が必要とされ、お互いが如何に連携し、被災者を守っていくかが重要となります。

そこで、第1部では「東日本大震災をいかに活かすのか」東南海地震が被災したら医療・看護・福祉・介護はどう連携するのかをテーマにシンポジウムを行いました。

分科会 1 災害

救急・処置・検査センター 看護師長 高須賀 紀子

ひとつひとつが、素敵な贈り物です。松山赤十字病院に、松山で暮らす私たちに大きなエネルギーとなりました。先生の教えを胸に、これからも地域のために、つながり続けていきます。

参加の方から「各専門職や派遣時代の体験談が、今後の支援活動の参考になる」「今後自分に何が出来ると考えさせられた」「身近な物を使つての実技が役立つという」などのご意見を頂きました。

今回の災害の、大きな苦悩と人の心の豊かさを教訓に、地域の専門職が協力・協働する救護のしくみと訓練の必要性を確認する研修でした。



分科会 2 **がん在宅療養**

38病棟 看護係長 **檜垣 みち子**

分科会2は、がん患者・家族が在宅で自分らしく、いきいきとした療養生活を送れることを願って企画しました。私たちが患者さんを支えるために行っている事は何かを知り役割を理解でき、地域の力を核に、今後取り組むべきことを共に考える場として開催致しました。

まず、第一内科部長の藤崎先生が、がん化学療法役割と事例を通して患者の希望や思いに添った治療をチームで行うことの大切さを話されました。第二外科部長の高橋先生は、新たな化学療法や治療中の副作用のコントロールは他職種のチームで支える重要性を、第一外科副部長の白石先生は、緩和ケアチームの院内の活動や患者のQOLを維持できるようサポート



意見交換では、地域の力で在宅療養に移行できた事例を通して、がん診療に携わる私たちが患者さんの思いに寄り添い支えるために、病院と地域でやるべき事や情報について活発な話し合いができました。頂戴したご意見は、今後の看護と在宅療養支援に活かしていきたいと思えます。

に健康に育てられる地域となることを目指して企画しました。展示コーナーでは、当センターの産科・NICU・小児科・ボラティアの活動紹介と子供の成長発達に適切におもちゃやその年齢にも実際に触れて、体感してもらいました。

体験コーナーでは、事故予防と応急処置として心肺蘇生法や気道異物の除去を実演後に体験しました。また、実際の赤ちゃんを使つてのベビーマッサージが人気でした。タッチケアをすることで、愛着形成が促進されることを参加者全員で体験しました。また、妊婦ジャケットを着て妊婦体験をしたり、アロマオイルを使用してのリラクゼーションマッサージも好評でした。

シンポジウムでは「発達障害の視点から親支援を考える」をテーマに、まず発達障害の方の特徴・接し方のミニレクチャーを行い、産科・小児科の療養支援ナースや管理ボラティアの方が関わった事例、松山市子育て支援相談室の保健師からは活動紹介や虐待の推移など

を公表して頂きました。ディスプレイでは、参加者から積極的な質問もあり、発達障害を理解し、家族との関係性が断たれないよう接することが、子供の命を守るために大切であると知りました。

当センターでは、初めての分科会の開催で不安ながら進めてきましたが、院内外80名の方が来場していただき、会が無事に終了できましたことを心から感謝いたします。

今後も医療・家庭・地域との関係性と継続性を持ち、子ども・家族の幸せのために力を注いでいきたいと思えます。



分科会 4 **高齢者ケア**

療養支援ナース(33病棟) **森 奈津恵**

分科会4は「誤嚥性肺炎」をテーマに、各施設で誤嚥リスクの回避と再発予防のために心がけている事、ケア方法、連携の在り方などについて講師の方々にお話いただきました。

まず、当院内科医師の池田祐一先生に誤嚥性肺炎患者の現状、原因、診断、治療法、再発予防策について講義していただきました。当院の川中理子言語聴覚士からは施設が変わっても、安全に食べ続けるために必要な情報、情報提供



の方法についてお話いただきました。当院内科病棟の小林めぐみ看護師からは、早期の再発予防が必要であり、そのため行っている口腔ケアについて動画をを用いて説明していただきました。次に伊予病院の加藤美和看護主任から「口から食べる」を取り戻す取り組みとして、間接訓練から直接訓練へステップアップしていく過程、方法を紹介していただきましたようにチームアプローチをしていくかお話しいただきました。福角病院の白石加奈枝看護師からは口腔ケアを介護職とともに積極的に行っており、リハビリを続け自宅退院に繋がった事例を紹介していただきました。済生会松山訪問看護ステ-

ションの田村美樹枝看護師からは在宅における対象者の生活に合わせた環境の調整や精神的な支援、家族の介護力を見極めて安心して楽しく介護できるよう支援することについてお話いただきました。会場からは、退院前に施設を訪問しカンファレンスに参加したり、口腔ケアや食事介助の実際を見学し転院後も注意点を引き継いで行うようにしているなどの意見が出されました。

分科会 5 **療養支援**

療養支援ナース(15病棟) **高田 めぐみ**

「思いをつないだ事例」をテーマに、地域の多職種の皆様と2つの事例について活発な意見交換が行われました。

1例目「誤嚥のため胃ろうを造り生きていく患者支援」食べられなくてもQOLを維持して生活していく、出来る事は「」では、厚生労働省から今年にも新たな指針が出される人工栄養法導入までの手順や考え方について、参加者一

人ひとりが「本当に胃ろうは必要か」を考える良い機会となりました。胃ろう造設は、患者主体で決定することが重要であるが、実際は家族の判断となる。「急性期病院では、家族に罪悪感が残らないようにフォローをしてもらいたい」との意見があり、療養支援の必要性と責任の重さを改めて感じ取りました。小規模多機能施設において、胃ろうを含め医療依存度が高い方が自分らしく生き切った事例を通して、患者・家族の希望を叶えるために、地域の多職種間の更なる連携が必要であることが認識されました。

2例目「支援の難しい過疎地の在宅支援」家に帰りたいから家で死にたいという変化した想いの実現」では、医療過疎地で困難な療養生活を病院と訪問医療、訪問看護の綿密な連携のなかで、自分らしさを取り戻し住み慣れた地域で在宅療養生活を送り、本人・家族の想



分科会 3 **子育て支援**

23病棟 看護師 **東 久子**

「子育て支援」分科会は、「地域とともに育む命」をテーマに、地域の人々に当院の成育医療センター

の活動を知ってもらい、地域との連携の強化とネットワーク作りに繋げたいと考え、子供が心身とも

いを受け入れ自宅で看取られた例が紹介されました。日頃より、地域の多職種間でコミュニケーションを取り合い風通しの良い関係を築いておくことは、患者・家族のために重要なことです。この松山には、協力し、信頼しあえる医療・介護職が沢山いることを再認識

分科会
6
地域

療養支援ナース(26病棟) 一元木望

分科会6では、超高齢化社会到来を目前に「歳を重ね介護が必要となっても住み慣れた地域で暮らし続けるために、私達がしなければならぬこと」をテーマに始まりました。

まず、松山市地域包括支援センター桑原・道後地区の方を中心に認知症について啓発人形劇を披露して頂きました。認知症とはどのようなものか、認知症になっても地域で支え生活して行くための介護・福祉サービスについて分かりやすく学ぶことができました。グループホーム土香里より「グループホームと地域の関わり」と題し、土香里での取り組みについて発表がありました。土香里では地域の方が気軽に立ち寄れる雰囲気を作り、地域のことは地域の方に相談



たしました。

最後に、村松先生より、「携わるスタッフ全員が一体となっており、愛媛・松山の心を感じた。日本のモデルとなって欲しい」との講評を頂き、会は盛況のうちに終了しました。

最後に、村松先生より、「携わるスタッフ全員が一体となっており、愛媛・松山の心を感じた。日本のモデルとなって欲しい」との講評を頂き、会は盛況のうちに終了しました。

日赤イブニングセミナー

第3回
6月23日①

感染症の基礎3
院内感染とその対策

腎臓内科 医師 岡 英明



1. はじめに

病気の治療の場である病院は、その一方で、薬剤耐性菌が多く生息していたり、免疫不全の患者が多かったり、注射や手術などの医療行為により体内に病原体が侵入したりと、感染症が発生しやすい危険な場所であるとも言える。病院内で新たに発生した感染を院内感染と呼び、その特徴から市中感染と区別して対応する必要があります。

2. 特有のフォーカス

図1に院内感染特有のフォーカスを示す。①人工呼吸器関連肺炎(VAP)の病態として、鎮静薬による咳反射の抑制や挿管に伴う気道損傷、誤嚥による細菌の侵入等が挙げられる。しばしば治療に難

3. 問題となる起炎菌

前述の如く院内感染では薬剤耐性菌が起炎菌となる頻度が高い。米国感染症学会(IDSA)は現存する抗菌薬をESKAPEとする耐性菌(図2)を挙げて注意を喚起している。① Enterococcus faecium は尿路や腹腔内感染症、時に感染性心内膜炎の起炎菌となる一方で、呼吸器や軟部組織の感染症を生じることがまず無い。治療はバンコマイシンが第一選択となる。② Staphylococcus aureus (MRSA) 感染症は軟部組織感染症、菌血症からの膿瘍性疾患、毒素による全身症状(Toxic shock syndrome; TSS)の発生の臨床像に大別される。時に院内肺炎やインフルエンザ後の肺炎の起炎菌ともなりうる。一方で尿路感染症や腸炎の起炎菌とは成り難く、検出されても殆どが菌交代現象の結果である。③ Klebsiella spp. & E.coli ④ Acinetobacter baumannii ⑤ Pseudomonas aeruginosa ⑥ Enterobacter spp. はいずれもグラム陰性桿菌で、③⑥がESBLを代表されるセファロスポリナーゼを産生する腸内細菌、④⑤がメタロβラクタマーゼを産生するブドウ糖非発酵菌に分類される。ESBL産生菌は臨床的には殆どカルバペネム系薬しか効かないとされ

静脈アプローチの場合にはグラム陰性桿菌の頻度が上昇するためゲンタマイシンの併用を検討する。④尿道カテーテル留置例ではしばしば Candida や MRSA、腸球菌が検出されるが、菌交代現象の結果や定着菌であることが殆どで抗菌薬投与の対象とならないことが多い。例外的に治療対象となるのは、症状が強い、泌尿器科的処置前後、好中球減少症、妊婦等である。⑤ 抗菌薬起因性下痢の多くは非感染性のもが多く、クロストリジウム腸炎(CDAI)の割合は15~25%である。CDAIの重症型・進行型が偽膜性腸炎といわれている。CDAIの診断に便培養は必須ではなく、CD毒素(A・B)の証明が重要である。治療薬は塩酸バンコマイシン散のみが保険適応を有するが、軽症例ではメトロニダゾールが推奨される。

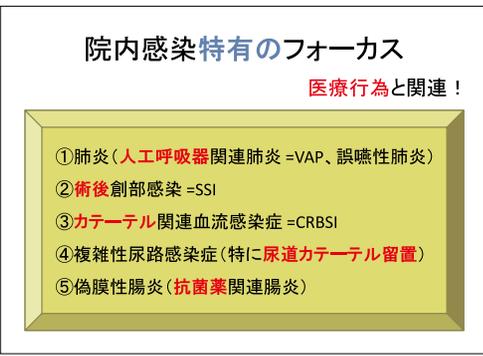


図1



図2

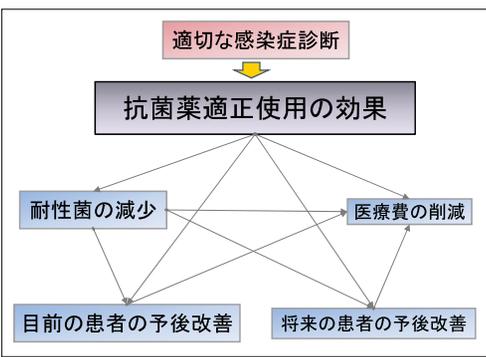


図3

培養結果の評価にも注意が必要である。例えば喀痰培養ならば検体の質に Geckler 分類を考慮する必要があるし、各種培養で検出された菌が真の起炎菌かどうかをアセスメントすることも重要である。また感受性試験の解釈にも注意する。いずれの耐性菌も院内での報告件数が増加している。

4. 抗菌薬適正使用のポイント

院内感染をマネージメントしていく上で最も重要なことは、適切な感染症診断を行い、その診断に従って抗菌薬を適正に使用していくことである。これが目の前の患者、将来の患者の予後改善に繋がり、結果的に医療費の削減にも繋がる(図3)。

感染症の基礎3

院内感染とその対策

医療安全推進室 感染管理認定看護師 玉岡 啓子



意が必要で、判定基準が海外の抗菌薬投与量を基準にしていることを知っておく必要がある。本邦の抗菌薬投与量は全般的に少な目に設定されており、量が不足すると

結果的には治療の長期化、耐性菌の出現、そして治療の失敗に繋がってしまう。抗菌薬使用の基本は「より狭域なものを十分量、短期間投与すること」である。

近年、医療サービス提供の場が、クリニック(外来)や療養型施設、在宅へと拡大しており、病院内で発症する感染症を示す「院内感染(病院感染)」から「医療関連感染」とよぶことが推奨されています。これは2004年にCDC(米国疾病管理センター)が提唱したもので、病院だけでなく医療サービスを受けるまたは提供する過程で、それぞれの施設において感染リスクが存在することなど医療の現状を反映していると言えます。

当院の感染症発生状況を感染症法に基づく発生届出数でみると、結核の届出数が最も多く、平成22年度は21件です。内訳は肺結核8件、肺外結核13件となっており、肺外結核ではリンパ節結核が半数を占め、年代別では70代、80代が3分の2を占めています。このことは、高齢者の免疫力低下に伴う再燃による結核発生が多いことを示していると考えます。

感染防止対策の目的は、感染予防(医療関連感染を未然に防ぐこと)と感染制圧(発生したアウトブレイクを制圧すること)で感染防止対策の基本は、標準予防策(スタンダードプリコーション)と感

や切創による血液曝露によるものがあります。外来の感染対策の中から、①排泄物、特に嘔吐物の処理方法②咳エチケット③血液曝露防止について述べます。

まず嘔吐物の処理では、嘔吐物は2m範囲まで飛散している可能性があることを考慮して十分な範囲を消毒することが重要です。消毒剤は、ノロウイルスを想定して次亜塩素酸ナトリウム液を使用します。その際には手袋、ビニールエプロン、マスクを着用し、換気を行い、終了するまで他者が踏み込まないように注意することが重要です。また流行期には人が直接手を触れる場所、例えばトイレ排水レバーや便座、ふた、手すりなどは、汚染される可能性があるため定期的(1回/日)に清拭する必要があります。

第4回 7月21日

感染症各論 肝炎ウイルス

肝臓・胆のう・膵臓内科部長 上甲 康二



い、待合室では他の患者から1m離すことなどCDCが提唱し日本でも取り入れられてきました。外来待合室では、咳エチケットを周知するポスターの貼付、手洗い装置や手指消毒剤、ゴミ箱の設置、ティッシュやマスクの提供などが必要です。

最後に血液曝露防止対策には針刺し切創防止対策と皮膚粘膜汚染防止対策があります。針刺し切創防止対策ではリキャップをしないで使用済みの針は耐貫通性の容器に入れ、可能であれば安全機能付き器材を使用することが重要です。そして手袋着用も有用で、針が貫通するときに血液が45〜75%減少するため感染リスクが軽減できるといわれています。皮膚粘膜汚染防止対策は、標準予防策と同様に汚染の可能性がある場合には防護具を着用することです。

以上、感染対策を効果的に実践するためには、全ての職員の協力が必要不可欠で、一人ひとりが確実に行うことが重要であると考えます。

我が国で感染症として問題となる肝炎ウイルスとしてはA型肝炎ウイルス、B型肝炎ウイルス(HBV)、C型肝炎ウイルス(HCV)、E型肝炎ウイルスが挙げられる。その中で慢性化し、肝硬変

「HBV生活史」

HBVの複製過程を理解することが、核酸アナログによる治療やHBV再活性化を理解する上で必要不可欠であると思えたので、あえて時間(紙面)をかけて解説した。HBV遺伝子は約3200塩基で構成される一本鎖の二本鎖DNAで、HBV粒子がレセプターを介して肝細胞内に取り込まれると、HBVDNAが修復される完全二重鎖となり、cccDNAの形態となる。cccDNAから転写される21と24kbのmRNAからはHBs抗原が翻訳される。HBs抗原は脂質二重膜とともにエンベロープを形成するが、一部は小型球形粒子や管状粒子として血中に放出される。一方、3.5kbのmRNAからはpregenomic RNAが生成されるとともにHBc抗原とHBe抗原に翻訳される。HBc抗原はウイルスのpregenomic RNAを収納するパーツ(カプシド)として利用されるが、コアプロモーターで制御されプレコア領域より翻訳されるHBe抗原はシグナルペプチドを有する分泌タンパクとして血中に放出される。ウイルス形成に不要なHBe抗原や、過剰なHBs抗原を作った血中に放出する理由は明らかではないが、不完全な複製システムによる副産物とは考えにくく、decoyとして免疫からの攻撃から逃れる目的であり、作為的にしかも巧妙に構築されたシステムに思える。カプシド内でpregenomic RNAはDNAに逆転写され、さらに不完全二重鎖のDNAとなった後、エンベロープをかぶり完全ウイルス粒子として肝細胞から分泌される。一旦RNAに転写することで変異しやすく免疫系からの攻撃から逃れる能力を獲得し、さらに自らの逆転写酵素によりDNAウイルスとして血中に存在することで安定し強い感染力を持つことができるわけ

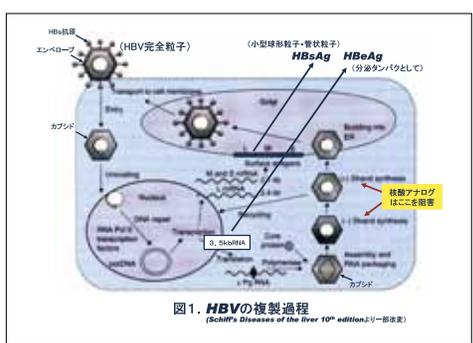


図1. HBVの複製過程 (Schiff's Diseases of the Liver 10th editionより一部改変)

で、非常に洗練されたたたかなウイルスと言える(図1)。

「臨床的に利用されるウイルスマーカー」

B型肝炎の診断や治療方針の決定にはHBV関連マーカーの測定が必要不可欠である。最近になり、HBVの変異の一部、HBV genotypeやHBcコア関連抗原が保険適応となり、B型肝炎の診療に不可欠となっている。それぞれの意義については表1を参照されたい。

「自然経過」

HBVキャリアの経過はウイルス増殖と免疫応答の関係で変化し、患者や遺伝子型でその経過が異なるため、治療適応を考える上で十分に理解しておく必要がある。従来、持続感染は垂直感染によるものとされ、成人になってからの感染で慢性化することはまれとされてきた。これは日本人に多い遺伝子型であるgenotype BとCについて当てはまるが、欧米型のgenotype Aでは成人になつてからの感染でも10%程度は慢性化する上、近年STDとしてGenotype Aの急性肝炎症例が急上昇しており、HBV持続感染者に占めるGenotype Aの割合が上

昇しつつある。Genotype Cにおいては、幼児期の感染から免疫排除期を経て90%の症例にHBe抗原陰性化とHBe抗体陽性化(セロコンバージョン)が起こり、そのほとんどが無症候性キャリアとなるが、セロコンバージョンした症例の10%程度はプレコア・コアプロモーター変異を伴うHBe抗原陰性かつHBVDNA高値の慢性活動性肝炎となり、セロコンバージョンに至らない症例と合わせて全体の10%余りが、肝硬変(肝癌へ進行する(図2)。また、HBe抗原が陰性化した症例も含め、無症候性キャリアとなった症例においても、肝細胞内の核内にcccDNAの形でHBVが残存するので、HBVが完全に排除されたことにはならず、HBV再活性化(年率0.1%~0.4%)が問題となる。

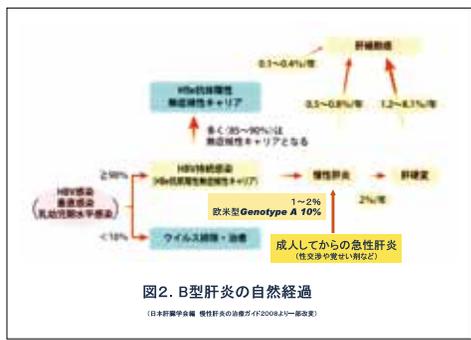


図2

HBV再活性化・de novo肝炎 [HBV再活性化・de novo肝炎] HBV再活性化とde novo B型肝炎は全く同義語ではなく、de novo B型肝炎という用語は、HBs抗原陰性化した既往感染からの再燃を指すが、英語論文でHBV reactivation という場合は無症候性キャリアから活動性が再燃する場合も含む。原因の多くは免疫抑制内や癌の化学療法による

が自然経過でも起こる。再活性化予防のための厚生労働省のガイドラインを図3に示す。

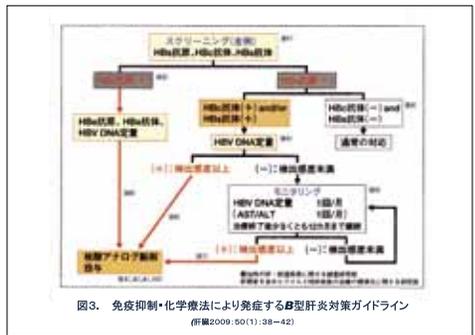


図3

【治療】

現在のB型慢性肝炎の治療の最終目標は、無症候性キャリア化することであり、HBVの完全排除は不可能である。前述のごとく90%近い症例は自然経過で無症候性キャリアとなるため、年齢や肝線維化の進行度に合わせて、治療的介入を行うか否か決めなければならない。多くの症例は20歳代で無症候性キャリアとなるため、厚生労働省のガイドラインでは、35歳未満はdrug freeを目指してIFN単独治療あるいは核酸アナログ・IFNのsequential療法を基本とする。35歳以上は、HBVDNAの持続的陰性化およびALT値の持続正常化を目指して核酸アナログ製剤(初回核酸アナログ製剤はEntecavir・LamivudineおよびEntecavirの耐性症例はLamivudine + Adefovir 併用療法)を長期投与となる。また、HIV合併症例は、Entecavirの使用によりHIV耐性ウイルスが出現する可能性があるためEntecavirは原則として使用すべきでない。またGenotype A感症症例ではHIVのco-infectionの確率が高く、Entecavir開始時

にはインフォームドコンセントを取得した上でHIV抗体の測定を行う必要がある。核酸アナログ投与例では、カプシド内でpregenomic RNAがDNAに逆転写され、さらに不完全二重鎖の

表1

HBs抗原陽性	HBVに感染している(通常HBe抗体も陽性)
HBe抗体陽性	①HBVの感染の既往(多くはHBe抗体も陽性) ②HBVワクチン接種後
HBe抗体陰性	①HBV感染の既往(多くはHBe抗体も陽性) ②慢性肝炎の急性増悪(低力面) (かつては低力面で初感染、高力面で持続感染と言われたが、これは間違い)
IgM HBe抗体	①急性肝炎(高力面) ②慢性肝炎の急性増悪(低力面)
HBe抗原陽性	①HBV増殖力が高い ②プレコア・コアプロモーター領域に変異が無い
HBe抗体陽性	①HBV増殖力が高い ②プレコア・コアプロモーター領域に変異がある
HBVDNA	HBV量を反映
HBコア関連抗原	①核酸アナログ非使用時はHBV量を反映 ②核酸アナログ使用時は肝細胞内のHBVcccDNA量を反映
HBV遺伝子型	感染経路や予後を推定(Genotype A~Hの8種類あり)
HBV遺伝子変異	①プレコア・コアプロモーター領域の変異-HBe抗体陽性の意義(病期や予後の推定) ②ポリメラーゼ領域の変異-核酸アナログに対する耐性(これのみ保険適応なし)

DNAとなる段階での逆転写酵素を含むポリメラーゼ活性を核酸アナログが阻害するため、血液中にはHBVDNAを含まないウイルス粒子が放出されることとなる。このような状態下でもHBコア関連抗原を測定することで肝細胞内の核内でのcccDNA量を推定することができ、治療中止やsequential療法への移行への可否を考える上で重要である(図1・表1参照)。

【おわりに】

HBVについて解説した。講演ではHCVに対する新しい治療であるプロテアーゼ阻害剤であるTelaprevirや、次世代のプロテアーゼ阻害剤、プロテアーゼ阻害剤の多剤併用療法やプロテアーゼ阻害剤とポリメラーゼ阻害剤の併用療法についても簡単に触れたが、紙面の都合で割愛する。

第5回 9月1日① 感染症各論 [STD] 男性のSTD



泌尿器科部長 田丁 貴俊

性感染症(sexually transmitted diseases: STD)あるいはsexually transmitted infection: STIとは性行為で感染するすべての感染症を指す。その中には多種多様な感染症が含まれ、現在では30種類以上の病原体が確認されている。中でも多いのは淋菌およびクラミジアの半数以上を占める。今回はこれら

認める。淋菌が精路上行すると精巣上体炎を起こす。局所の炎症反応は強く、陰嚢内容が腫大する。疼痛は歩行困難を訴えるほどである。多くは発熱、白血球増多などの全身性炎症症状を伴う。

□ 淋菌感染症の診断

尿道炎においては分泌物グラム染色標本の鏡検が有用である。白血球内にグラム陰性双球菌が確認できれば診断は確定する。わが国では多剤耐性淋菌が増加しているため、淋菌の分離培養と薬剤感受性検査も必要である。精巣上体炎においても、同様に淋菌の同定が必要である。核酸増殖法ではクラミジアとの同時検査が可能であるが、薬剤感受性を検査できない欠点がある。

□ 淋菌感染症の治療

確実に有効で、保険適応を有する薬剤はセフトリアキソン(CTRX・ロセフィン)、セフォジジム(CDZM・ケニセフ)、スペクチノマイシン(SPCM・トロピシンの三剤である。尿道炎ではCTRX 1.0g 静注、単回投与が最も推奨される。CDZM 1.0g 静注、単回投与、SPCM 2.0g 筋注、単回投与も有効ではあるが、咽頭感染があった場合に除菌できないことが問題となる。精巣上体炎では同様の薬剤を重症度に応じて1~7日間投与する。尿道炎に対して上記薬剤を使用した場合には、治療後の検査は必ずしも必要ないとされている。ニューキノロンやテトラシクリンの耐性率は80%前後であり、使用すべきも30~50%に耐性がみられる。

Basis)はトラコーマの病原である偏性寄生性微生物(生きた細胞内でのみ増殖する)であるが、尿道や咽頭にも感染する。

□ クラミジア感染症の症状

クラミジア性尿道炎は、感染後、1~3週間で発症するとされるが、尿道炎症状が弱く、感染時期を明確にできない場合もある。淋菌感染症よりも排尿痛も軽く、分泌物も少ない。無症状に近い症例も多い。精巣上体炎を起こした場合も症状は軽い。

□ クラミジア感染症の診断

尿道炎、精巣上体炎いずれの場合でも初尿を検体として核酸増殖法であるPCR法、TMA法、SDA法などでクラミジアのDNAを検出する。最近では淋菌も同時に検出できるキットが開発されており、保険適応もある。

□ クラミジア感染症の治療

最も推奨されるのはアジスロマイシン(AZM・ジスロマック) 1.0~2.0g 経口の単回投与である。ドキシサイクリン(DOXY・ビブラマイシン) 100mg、1日2回経口、7日間も同様の推奨レベルである。その他、ニューキノロンで抗菌力を有するものもある。いずれの場合も、投与後2~3週で病原体の陰性化を確認する必要がある。

□ 男子尿道炎の診療

尿道炎では尿道分泌物あるいは初尿のグラム染色(単染色でも可)を行い、グラム陰性双球菌を認めれば淋菌感染症の診断がえられる。淋菌に有効な薬剤を投与すると同時にクラミジアの検査も行う。数日後に治療効果判定を行う

感染症各論
女性のHPV(ヒトパピローマウイルス)感染とその予防

産婦人科部長 妹尾 大作



とともに、クラミジアの検査結果を確認する。クラミジアも陽性であれば、その治療も開始する。初診時、グラム染色鏡検で淋菌が陰性であれば、クラミジアの検査を行い、陽性の場合に治療を開始する。また、クラミジアと同時に淋菌の核酸増殖法を提出しておくことも必要である。

わが国の性感染症の問題点

近年オーラルセックスの一般化により咽頭のSTDが増加している。無症状のものが多く、長期間の感染源となりうる。これを見逃さない注意が必要である。また、若年者のSTDも増加しており、中高生に対しSTDに関する正確な知識を伝えることも、感染予防策として必要と考える。

近年、子宮頸癌の発症におけるヒトパピローマウイルス(Human Papillomavirus: HPV)の関与が明らかとなり、その予防を目的として開発されたワクチンが国際的に用いられるようになりまし。今回、性行為感染症(Sexually Transmitted Disease: STD)についての講演を賜りましたので、最新のトピックスであります標記の話題について、お話をさせていただきます。

STDとは様々な性行為によって感染する病気で、昔は四大性病といわれていた梅毒、淋病、軟性下疳、単径リンパ肉芽腫などが主流でしたが、今日では性器クラミジア感染症、性器ヘルペス、尖圭コンジローマが、発症数の多い疾患の上位を占めています。そして、この尖圭コンジローマもHPV感染が原因であることは周知の通りです。

このようにHPV感染は紛

れもないSTDであることには違いありませんが、一方で、子宮頸癌を引き起こすHPV感染はSTDから外すという考え方もあるようです。これはHPVが常在菌のように存在し、女性の1割以上は常に感染しているとされ、多くの女性が一生のうちで一度は感染するものと考えられているからです。しかしながら、性交経験のない女性がHPVの性器感染を生じる機会は稀であり、そうであれば、やはりHPVから生じる尖圭コンジローマもSTDから除外するべきでしょうし、常在菌の感染である外陰腫カンジダ症も見直す必要があることとなります。

さて、HPVは、2008年にノーベル医学・生理学賞を受賞したドイツのハウゼン氏によって、1980年代に尖圭コンジローマや子宮頸癌の原因ウイルスとして発見されました。現在では100以上の型が確認され、皮膚に疣贅を引き起こす皮膚型と性器周辺に感染する粘膜型に分けられています。さらに、粘膜型は、発癌性のある高リスク型と良性腫瘍を生じる低リスク型に分類され、前者のう

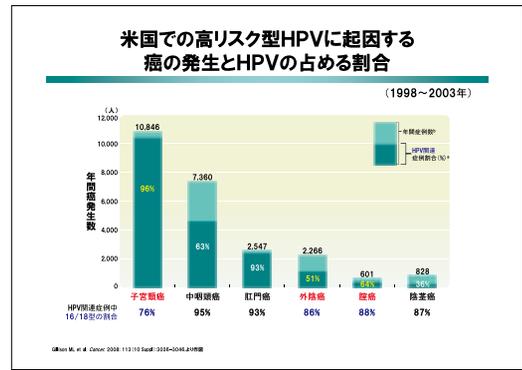


図2

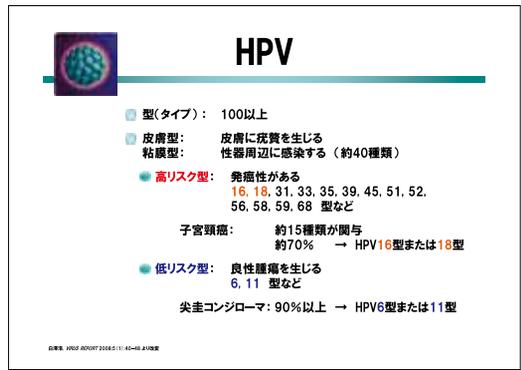


図1

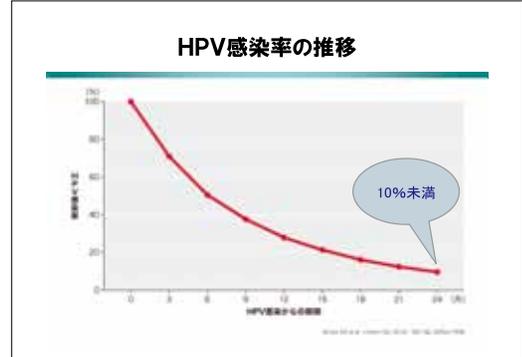


図4

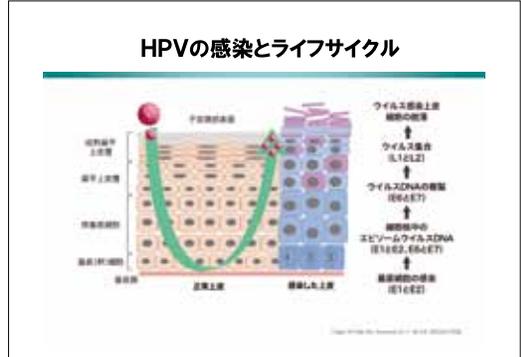


図3

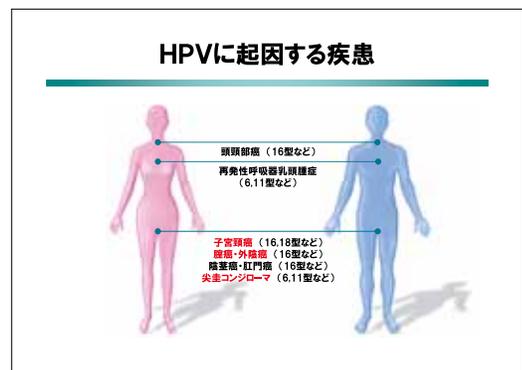


図6



図5

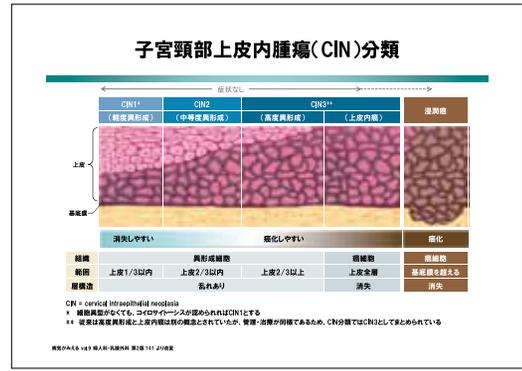


図8

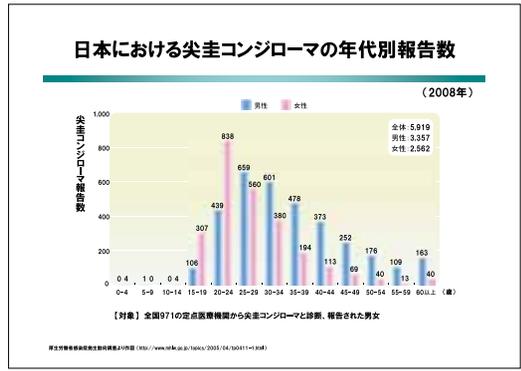


図7

ち約15種類のものの子宮頸癌の原因の96%を占め、その約70%がHPV16型と18型に起因することが明らかとなつています(図1、2)。一方、後者では、尖圭コンジローマの90%以上がHPV6型または11型によることが解明されています。

HPVは様々な性行為のほか、出産時の母子(垂直)感染によっても感染しますが、コンドームの適正使用下でも感染を完全に回避することはできません。これは性交などで生じた子宮頸部や陰粘膜あるいは外陰部の微小な傷から、ウイルスが侵入すると

考えられているからです。その後、HPVは表皮の下層の分裂可能な基底細胞に感染し、尖圭コンジローマや異形成、あるいは子宮頸癌を生じさせる危険性を呈してきます。しかしながら、多くの場合は宿主の免疫機構やウイルス感染上皮の脱落によって自然排除され(図3)、感染から2年後にウイルスが残留しているものは10%未満でしかありません(図4)。一方で、HPV感染の約半数において自然抗体が産生されないか、産生されても次の感染を防ぐだけの十分な抗体を得られないことが分かっ

ています。これは、HPVが上皮内に留まり、皮下組織の抗原提示細胞と接触する機会が殆どないためです(図5)。従って、性行為による感染の頻度が多いと、自然排除される次から、あるいはそれ以前に新規の感染が生じることとなります。

HPVに起因する主な疾患は図6に示すとおりですが、今回は尖圭コンジローマと子宮頸癌について解説いたします。

尖圭コンジローマは、主に外性器または肛門周囲に生じる乳頭状あるいは鶏冠状のイボで、20歳代前半の女性で最も多く(図

7)、20~30%で自然治癒する反面、再発しやすいのが特徴です。治療法には、レーザー蒸散、電気焼灼、外科的切除、イキミモドクリーム塗布、冷凍凝固があります。2~3ヶ月後の再発率はそれぞれ、33%、25%、18%、13%、37%と比較的高くなっています。

子宮頸癌には前癌病変としての異形成が存在し、進行の程度により軽度、中等度、高度の3段階に分けられます。今日では、これらを子宮頸部上皮内腫瘍(Cervical intraepithelial neoplasia: CIN)として扱って

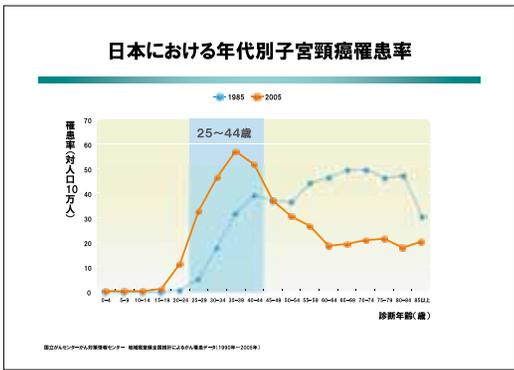


図 10

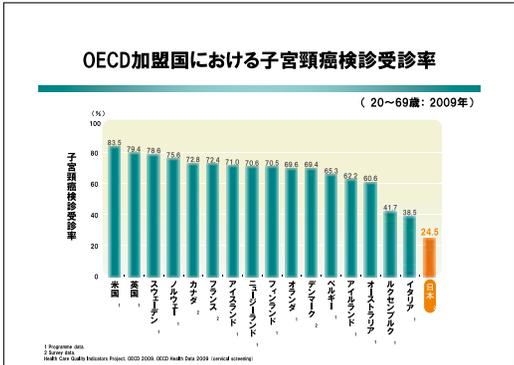


図 12



図 15

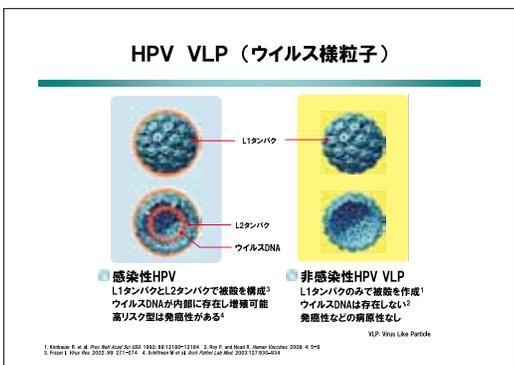


図 17

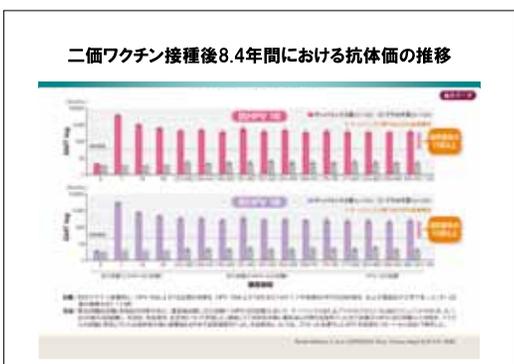


図 19

異形成をCIN1、中等度異形成をCIN2、高度異形成と上皮内癌を合わせたものをCIN3と分類しています(図8)。HPV感染によって生じたCIN1は、2年以内に大多数が正常化しますが、さらに数年を経て1〜6%がCIN2または3に進展し、CIN2では2年以内に16%のものがCIN3に進行していくと報告されています(図9)。

我が国における子宮頸癌の年間発症数は約10,000人、死亡数は約3,500人で、人口対比では他の先進国に比べて高いのが現状です。25年前には60歳代であった年代別罹患率のピークも、現在では25〜44歳代へとシフトしており(図10)、20〜30歳代の女性特有の癌の罹患率では子宮頸癌が1位を占め、罹患率ならびに死亡率の年次推移においても子宮頸癌だけが唯一増加傾向にあります(図11)。

一方、子宮頸癌検診の受診率の向上が罹患率の低下につながる事が知られていますが、我が国の受診率は他の先進国に比べて極めて低く(図12)、特に20歳代ではその傾向が顕著となっ



図 16



図 18

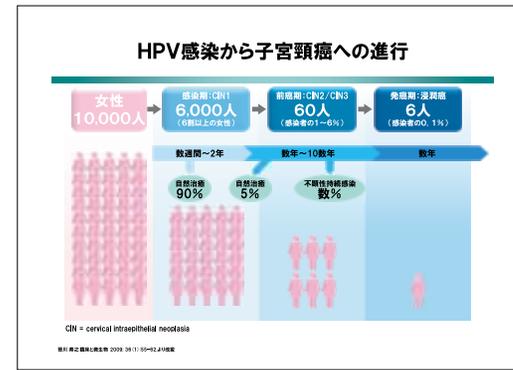


図 9

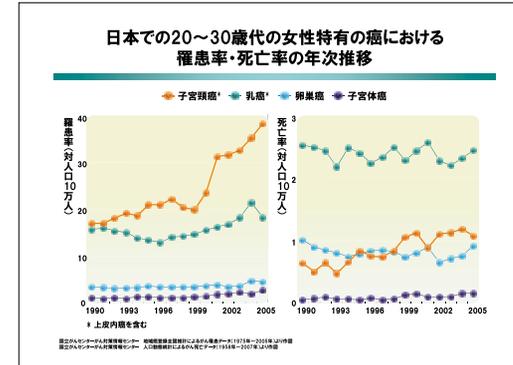


図 11



図 13

ています(図13)。近年、中学・高校生の初交年齢が若年化している状況を受けてか(図14)、高リスク型HPVの検出率は10歳代後半で最も高くなっており(図15)、子宮頸癌患者におけるHPV16型および18型の検出率においても若いほど高いという同様の結果が得られています(図16)。

しかしながら、低迷する我が国の子宮頸癌検診受診率を向上させようにも、女子中学・高校生に検診を実施することが現実的に困難であることは否めません。そのような昨今、吉報ともいえるHPV感染予防のためのワクチンが国内にも導入されました。

これはDNAならびに病原性を有しないウイルス様粒子(Virus like Particle: VLP)を投与することで、産生された中和抗体が新たに侵入してくるHPVに結合し、感染を防ぐもので(図17、18)。国際的に用いられている既存のものには、16型と18型を対象とする二価ワクチン(サーバリックス®)と、16型、18型、6型、11型を対象とする四価ワクチン(ガーダシル®)があります。前者は子宮頸癌予防を、後者はそれに加えて尖圭コンジローマの予防をも目的としており、最近、国内においてもこの両者を使用することができるようになりました。投与方法は若干異なりますが、共に6ヶ月間で3回の筋肉内注射を行います。

予防効果は両者ともにほぼ100%と極めてよい成績を示していますが、16型と18型に対する抗体価の比較では、二価ワクチンでより高く、抗体獲得後も抗体価が低下することなく、8年余りにおよぶ追跡調査における推移も良好な結果となっています(図19)。従って、現時点で子宮頸癌のみの予防を目的とする場合は二価ワクチンが、尖圭コンジローマをも共に予防したい場合は四価ワクチンがそれぞれ推奨されるかと考えられます。

最後に、HPVワクチン接種に関する公費助成事業について、お話しいたします。助成の有無ならびに内容は行政によって異なりますが、現在、松山市では、接種日に本市に住居登録または外国人登録のある中学1年生から高校2年生相当年齢の女子を対象として、2010年11月26日から2012年3月31日までの期間、HPVワクチン接種に掛かる全額公費助成が行われています。受託医療機関は、松山市内で登録された215施設となっており、当院でも小児科外来を窓口として実施していますので、是非、ご利用ください。

謝辞・本講演にあたり、資料をご提供いただきましたグラクソスミスクライン株式会社、MSD株式会社に深謝いたします。

外来診療担当医表

ホームページ上で随時更新しております。
<http://www.matsuyama.jrc.or.jp/>

H24.1.1 現在

診療科目	月	火	水	木	金		
内科	総合内科	上田陽子 波呂卓	松下 村上哲晋	藤崎 仲池隆史	横田英介 (予約のみ) 上田馬越	岡田 池田永 松	
	糖尿病	岡田貴典 松下由美	近藤しおり 馬越洋宜	岡田 近藤	近藤 能美幸信	松下	
	高血圧		福岡富和	福岡		福岡	
	血液	藤崎智明 池田祐一	上田 安永愛	波呂 池田	藤崎 仲池	上田 波呂	
	糖尿病教室	毎週水・金曜日 10:00~12:00 (岡田・近藤)					
肝胆膵センター	午前	佐々木由子 武智俊治 上甲康二 大野芳敬	横田智行 上甲 大久保智恵	三宅康之 武智 落合理乃	矢野誠 横田 忽那茂	横田甲 上野 大	
	午後	佐々木 武智	上甲 大久保	(予約緊急のみ) 落合	(予約緊急のみ) 忽那	横田甲 上野 大	
胃腸センター (消化器内科)	外来部門	午前	新患 予約	藏原一 永田豊	川崎啓祐 藏原	坂 川崎	船田
		午後	新患 予約	河内修司 坂 暁子	河内 坂	永田 永田	岡本
	検査部門	午前	上部消化管内視鏡および造影検査				
		午後	小腸大腸内視鏡検査および内視鏡治療				
循環器センター	循環器内科	新患 予約	堺 浩二 堀本拓伸	久保俊彦 荻原俊昭	高橋 優 荻原	松坂英徳 高橋	荻原 久保
	心外	午前	梅末正芳		松井完治		松坂
呼吸器センター	呼吸器内科		兼松貴則 梶原浩太郎	兼松(再診) 濱田千鶴 (再診)	兼松 濱田	梶原	兼松 (再診のみ)
	呼吸器外科			横山		横山秀樹 三浦奈央子	横山
	検査・手術	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様のみ診察いたします。(月・水・木)。							
腎センター		原田篤美 上村太朗	原田	原田	上村	岡 英明	
脳卒中・ 脳神経センター	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	
	脳神経外科	梶原佳則 瀨山 剛	武智昭彦	曾我部貴士 瀨山	梶原	曾我部 武智	
小児科	午前	神経	小谷信行 片岡京子	近藤陽一 高岩正典	小谷 片岡優子 西崎眞理 吉川知伸	片岡(京) 吉川	近藤 高岩
		循環器	眞庭 聡 堀川定儀	眞庭	中野広輔	眞庭	中野
	午後	血液	血液	乳児健診	アレルギー	内分泌	未熟児 発達外来
産婦人科	午前	久保純美 宮崎順秀 妹尾大作	河本裕子 小玉敬亮 本田直利	河本 兵頭慎治 妹尾	宮崎 小玉 横山幹文	横山 兵頭 本	
	午後	妹尾 手術	妹尾 手術	久保 兵頭 妹尾	田中(義)	田中(義) 本 術	
外科	午前	中島雄一郎 姉川 剛	白石 猛 丸山晴司 増田隆伸	高橋郁雄 島袋林春	西崎 隆 黒田陽介 白石	高橋 島袋 藤中良彦	
	午後	緩和ケア	緩和ケア	緩和ケア	緩和ケア	緩和ケア	
	※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)						
乳腺外科	午前	井上博道 (再診)	井上	井上		井上	
血管外科	午前	山岡輝年 (再診)			山岡(新患)		
		大峰高広 (新患)			大峰(再診)		

診療科目	月	火	水	木	金	
小児外科	午 後	野口伸一		野 口	野 口	
整形外科		中城二郎 梶原了治 古田太輔	山本 進(手) 野田慎之(脊) 増田哲夫	山本 小林孝明 大前博路(肩)	中城(股) 小林(膝) 岡本賢和	野田 梶原(手) 大前
	※(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					
リハビリテーション科			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 鎌田一徳	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	藤井 田丁 矢野明 尾澤 彰	藤井 尾澤	藤井 田丁 矢野	矢野 尾澤
	午後		予約検査		予約検査	第1・3 ストーム外来
※水・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。						
耳鼻咽喉科	午前	有友 宏 眞田朋昌 小川日出夫	篠森裕介 眞田 小川	手 術	篠森 小川 有友	手 術
	午後		検査(透視)		検査(透視)	
※水・金曜日は、新患のみ診察いたします。						
眼 科	午前	児玉俊夫 堀内良紀 竹澤由起	山本康明 堀 内	山西茂喜 吉岡龍治 木村 徹	児 玉 吉 岡 依光明生	山西 山本 竹澤
	午後	児 玉 堀 内 竹 澤	手 術	山西 吉岡 木村	手 術	山西 山本 竹澤
皮膚科		南 満芳	南	福井眺万	南	南
形成外科		庄野佳孝	庄 野	手 術	庄 野	庄 野
※水曜日は手術日につき外来診療はありません。						
麻酔科		安部俊吾		森田美由紀		安 部
心療内科・ 精神科	※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
放射線治療	浦島雄介	浦 島	浦 島	浦 島	浦 島	
歯 科 口腔外科	口腔外科	寺門永顕	寺 門	寺 門	寺 門	寺 門
	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

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	脳神経外科	循環器内科	外 科	科	
肝胆膵センター	小 児	歯科口腔外科			
消化器内科	放 射 線 科	腎臓内科			

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	月	火	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

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)	リハビリテーション科(火・水・金)
麻酔科(月・水・金)	呼吸器内科(月・水・木)	産 婦 人 科
神経内科		

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。

お 知 ら せ

松山赤十字病院登録医制度について

平成24年1月1日現在、当院の登録施設は359、登録医は517名です。
 今後も随時、受付けておりますので当院地域医療連携室までお問い合わせください。
 TEL(089)926-9516

FAXによる受診予約について

地域医療連携室では、従来より地域のかかりつけ医の先生方からFAXによる紹介患者の受診予約を承っております。これによって紹介初診患者を、来院日には待たせることなく、受診される診療科へご案内することが可能になり、好評です。
 是非、FAXによる受診予約をご利用頂きますようお願い申し上げます。
 FAX(089)926-9547(24時間受付)
 TEL(089)926-9527(平日8:30~17:10)

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)を進めるといふ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となります。

※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。