

Matsuyama Red Cross Hospital

地域医療連携室報

2017.1

No. **74**

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。

年頭挨拶

院長 横田 英介



明けましておめでとうございます。

連携医療機関の皆様には日頃から大変お世話になっております。

当院は平成17年に地域医療支援病院に承認されて以来、地域完結型の医療を実践して参りました。超高齢社会を迎え国は医療提供体制の再編に取り組んでいます。これから地域医療構想に基づいた医療計画の策定が始まり、また診療報酬改定も地域包括ケアシステムの推進、医療機関の機能分化を目指したものになっています。その中で急性期病院としての当院の取組みについてご紹介させていただきます。

「診療の質の向上」を目標として診療情報管理委員会を中心に取り組み、当院ホームページに「医療の質 Quality Indicator」を公開しました。患者さんに病院全般にかかわる指標を、医療関係者用として医療に関する専門性の高い指標を掲載しております。このような形で「病院の見える化」を進める中で職員全員がこのことを認識し継続的に取り組むことによって医療の質が高まり、連携医療機関の方々や地域住民の皆さんに評価していただければと思います。今後、各診療部門の治療成績など具体的な情報・データを順次追加して参りますのでご覧いただければ幸いです。

患者満足度調査で常に指摘されるのが外来待ち時間です。いろいろ対応してきましたが根本的な解決にはならず、結論として再来患者数を減らすしかないとのことで改めて逆紹介の推進に取り組んでいます。外来に「当院に通院中の皆さまへ」というポスターを掲示し、該当する患者さんにはパンフレットをお渡ししています。当院の専門医とかかりつけの先生が患者さんに関する情報を共有することで、必要なときにはいつでも安心して患者さんには診療が受けられることを説明しておりますのでよろしくお願い申し上げます。

新病院の建設は現在6階建ての病院北棟を建設中です。今年9月末に完成し1年後の来年1月から外来部門（一部除く）、放射線診断・治療部門、手術室、周産期部門、リハビリテーション部門等が稼働を開始します。その後、主に病棟部門が入る10階建ての南棟の建設を行いグランドオープンは平成33年秋の予定です。2025年に向けて当院に求められる役割が果たせるように取り組んでいく所存ですので引き続きご支援の程お願い申し上げます。

新しい年が連携医療機関の皆様にとって素晴らしい一年でありますようお祈り申し上げます。

副院長（兼看護部長） 小椋 史香



謹んで新年のお慶びを申し上げます。

皆様にとって2016年はどんな年だったでしょうか？私にとって気にかかる出来事ベスト3は①相次ぐ災害(熊本地震・糸魚川火災等)②高齢者による運転事故③トラップ現象でした。2017年は、丁酉(ひのと)「革命の年」と言われますが、「生みの痛み」を伴うことが予測されます。

当院は、新病院建築と共に急性期を担う病院として生まれ変わろうとしています。医療現場は、高速回転の機能分化・連携が求められています。そのため、患者が健康レベルに応じて、適時・適所で適切な療養ができることを支援する「チーム医療」の推進を強化しています。2016年の診療報酬改定では「退院支援加算1」として厳しい要件が設けられました。その要件は①3日以内に退院困難な患者の抽出②7日以内に患者及び家族と病状・退院後の生活を含めた面談③7日以内に多職種に

よるカンファレンスの実施

④退院調整部門に専従の看護師又はMSWの配置⑤病棟に退院支援業務を専任とする職員の配置(2病棟に1名以上)⑥医療機関の顔の見える連携の構築(20ヶ所以上の連携医療機関等の職員と年3回以上面談)⑦介護保険サービスとの連携(100床あたり年15回以上の介護支援連携指導料の算定)等です。地域のチーム力が問われていると言えます。

ハードルは高く大変ですが、大変とは「大きく変わる」「大きく変える」事でもあるようです。連携医療機関の皆様と共に、質の高い連携を実践し、愛顔(えがお)あふれる街づくりに貢献して参りたいと思います。本年も引き続き、ご支援ご指導を賜りますよう、よろしくお願い申し上げます。

事務部長 渡部 禎純



謹んで新年のお祝辞を申し上げます。

旧年中はひとかたならぬご厚情を賜り、誠にありがとうございました。

本年も昨年同様、ご指導の程よろしくお願いいたします。

始めに一昨年10月から進めております新病院建築工事については、5年後のグランドオープンを目指し、当初の計画通り順調に進んでいることをご報告させていただきます。

さて、当院が地域医療支援病院を目指し、地域医療連携室を設置してから約20年となりました。地域医療連携室を設置した当時は「連携」という考え方にはなじみがなく、医療関係者、患者さんともに少なからず戸惑いがありましたが、その後、医療機関の間での紹介、逆紹介などにより「連携」について少しずつ理解されてきたところであります。

このことを踏まえ、国は、都道府県による「地域

医療構想」の策定など、医療機関の機能分化と連携を推進し、より効率的な医療制度を目指しております。

そして、その考えは、診療報酬にも色濃く反映され、昨年4月の診療報酬改定は、当初の予想通り、大変厳しいものとなりましたが、この傾向はこれからも変わらないと思われます。

当院は、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。」の下、今後も高度急性期の医療を担う病院として、また、地域医療支援病院として地域の医療機関、施設の皆様とさらに連携を強めて参りたいと考えておりますので、これからもどうぞよろしくお願いいたします。

最後になりましたが、皆様のご健康とご多幸を心よりお祈り申し上げます。

「病院と在宅看護・介護の連携」合同研修会

地域で暮らし続けるために～褥瘡予防を通して生活の質を考える～

地域医療連携室 副室長 森田 美恵子

平成28年12月10日(土)に第16回「病院と在宅看護・介護の連携」合同研修会を開催致しました。この研修会は平成12年から所属施設や職域を超え、地域の医療福祉保健を担う者が「患者・家族が自分らしく、いきいきとした療養生活を送る」を共に考え討論する目的で継続開催しています。今回は、看護・介護職を中心に、院外55施設から197名、院内110名(合計307名)のご参加を頂きました。

今年度は、愛知県で褥瘡対策事業を開始され、予防医学を重視しながら褥瘡対策を日本全体に広げるために活動されている、統合医療「希望クリニック」の堀田由浩先生をお迎えし、「褥瘡をなくそう!! ～地域で実践できる成果を出せる褥瘡予防対策～」というテーマで基調講演をして頂きました。施設や在宅療養においては、病氣や障がいを抱えた方たちが適切な方法で褥瘡を予防、改善することは、QOLに大きく影響します。

講演では、エビデンスに基づく褥瘡発生リスクアセスメント OH スケールを用いた褥瘡予防対策プログラムを導入し、院内の褥瘡患者が34名から7名に減少したことや、地域の多職種で協働し、在宅療養の患者の褥瘡発生0%を達成されたことなどが紹介されました。

褥瘡の基礎知識については、日常生活全ての場面で圧迫やずれ力を減らすシステムを具体的な実践を通して教えて頂きました。参加者からは、「分かりやすく、すぐ実践できる内容で、先生の歌あり、踊りありの楽しく情熱的な講演が良かった」等と大変好評でした。

職員食堂では昼食を頂きながら多職種間で楽しく交流し、ポスターセッションでは院外から13施設、院内から2部署、ポスターのみの参加が4部署あり、新しい情報や取り組みを知ることができました。パネルディスカッションでは、「生活の質を支える褥瘡予防とスキンケアの実践」というテーマで、各施設の医師、看護師、理学療法士、作業療法士の専門

的な立場から事例を提示しながら現状の報告や取り組みの発表がありました。座長の堀田先生の進行でフロアから地域で協働しながらどういう取り組みができるか等の積極的な意見交換が行われ、盛況に研修会を終了いたしました。

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を頂いたことを心より感謝申し上げます。



第16回「病院と在宅看護・介護の連携」合同研修会 地域で暮らし続けるために～褥瘡予防を通して生活の質を考える～

日時：平成28年12月10日(土)10:00～15:00 場所：松山赤十字病院 教育講堂 他

開 会 10:00～10:10 (敬称略)

開会挨拶 松山赤十字病院 院長 横 田 英 介

基調講演 10:10～11:40

テーマ 褥瘡をなくそう!! ～地域で実践できる成果を出せる褥瘡予防対策～
統合医療 希望クリニック 院長 堀 田 由 浩
座 長 松山赤十字病院 第一内科部長 藤 崎 智 明

情報交換会 11:40～13:00

昼食会(職員食堂)
ポスターセッション (2号館2階 12:00～12:50)
在宅医療機器など 展示

パネルディスカッション 13:10～14:50

生活の質を支える褥瘡予防とスキンケアの実践

座 長 統合医療 希望クリニック 院長 堀 田 由 浩
松山赤十字病院 看護副部長 森 田 美 恵 子

パネリスト
松山赤十字病院 皮膚排泄ケア認定看護師 山 木 一 恵
松山赤十字病院 皮膚科診療部長 南 満 芳
訪問看護ステーションみかん 看護師 田 村 絵
理学療法士 永 久 晃
南高井病院 看護師 渡 部 忍
介護老人福祉施設味野野ていれぎ荘 作業療法士 城 本 拓 哉

閉 会 15:00

閉会挨拶 松山赤十字病院 副院長兼看護部長 小 椋 史 香

統合医療 希望クリニック 院長 堀田 由浩



医療者として、褥瘡は早期発見が一番ですか？大切なのは、予防なのです。

1998年厚生連加茂病院(600床)で、形成外科を開設すると同時に褥瘡治療に重点を置き、院内褥瘡回診と在宅褥瘡訪問診察を開始しました。クリニカルパスや栄養サポートチームを立ち上げ、総合的な褥瘡治療に努力をしましたが、院内の褥瘡患者数は減少しませんでした。そこで、褥瘡学会初代理事長大浦武彦先生の協力を得て、OHスケールを用いた褥瘡予防対策プログラムを導入したところ、5週間で院内褥瘡患者数が34名から7名へ、1年後には1名へと減少し、その成果を実感しました。その後、この対策を地域で実践すべく、2004年から愛知県みよし市で褥瘡対策事業を開始し、2年間褥瘡ゼロを達成しました。

日本褥瘡学会は、褥瘡を「身体に加わった外力は骨と皮膚表層の間の軟部組織の血流を低下あるいは停止させる。この状況が一定時間持続されると組織は不可逆的な阻血性障害に陥り褥瘡となる」と定義しています。

NPUAP 分類においては、2007年、これまでのⅠ～Ⅳ度の分類のような、皮膚表面から深部組織の方向へ悪化することを前提とした概念ではなく、深部で軟部組織の損傷が引き起こされているが、体表では明らかな損傷がみられない「深部損傷褥瘡疑い」(DTI)という概念が紹介されました。また、2016年褥瘡の英語名を潰瘍から、損傷へ変更しました。褥瘡を発生させたら怪我をさせたようなもの。医療者の責任なのです。

褥瘡の原因はズレ力と圧迫力です。Dinsdale氏は、ブタの皮膚に摩擦力を与えた後に圧迫する実験を行いました。すると擦ったお尻はすぐ傷ができ、ズレ力に圧力が加わると皮膚は本当に弱いとわかりました。試験的に体位変換を2時間毎と30分毎に行う群に分け、どちらに褥瘡が発生しやすいか比較したところ、30分毎の方により多くの褥瘡が認められました。このことから、褥瘡にはズレ力が大きく関与していると言えます。

さらに、褥瘡のポケットの観察から、横方向と縦方向に広がるパターンがあることがわかりました。横方向に広がるパターンでは、体位変換が左右方向

にのみ行われていました。縦方向に広がるパターンでは、ベッドの頭側を上下に動かしていました。体位交換時のずれとポケットが同じ方向であると確認されました。これらのことから、褥瘡を予防するためには、体圧分散用具・マルチグローブ・移座えもんシート・車椅子用クッションなどを適正に使用したポジショニング、体位変換方法、移乘法などの知識と実践の重要性がわかります。

OHスケールは、大浦武彦先生が提唱し、私が一部改変を行った褥瘡発生アセスメントで、日本人のエビデンスに基づく、信憑性の高い科学的かつ判定が簡単でわかりやすい手法です。まず、自立能力・病的骨突出・むくみ・関節の硬さの4つで、褥瘡になりやすさをレベル分けし、本人や家族の要望、QOL、マンパワーなどを加味して、自立化を前提としたマットレスの選定をします。在宅など、人手が少ない場合はリスクが同じでも1ランク上のマットを選びます。言語を共通化し、病院・施設・在宅でリスクを共有することが大切です。

地域ぐるみでの床ずれ予防の取り組みとして、みよし市の介護保険対象者に対し、OHスケールで判定し、危険度に合わせたマットレスを適切に選択して供給しています。この予防対策は、費用対効果が絶大であることが証明されています。

堀田先生のご講演は、ユーモアに溢れ、会場は終始笑いに包まれました。経験に基づく、写真や具体例を用いたわかりやすいお話から、『成果とは、最新で正しい知識×負担が少ない卓越した技術×やる気』を日々実践されている様子が目に浮かびます。『みなさんは、人生の最後を迎える時に褥瘡になりたいですか？いい人生だったと語れるように、在宅医療を作り上げたいと思います』というお言葉が心に残りました。私たちも、安全・安心の保証が地域ぐるみで実践できるように、院内外の多くの専門職の方とつながり続けていきたいと思っています。

(文責 岡本)



急性期病院・在宅・慢性期病院・施設の立場から、「生活の質を支える褥瘡予防とスキンケアの実践」をテーマに6人のパネリストの方に発表をいただきました。基調講演演者の堀田先生と当院森田看護副部長に座長をお願いしました。



急性期病院皮膚科と在宅医療の連携

松山赤十字病院 皮膚科部長 南 満芳



当院では平成14年から褥瘡対策委員会を立ち上げ、週1回の褥瘡回診を開始しました。院内発生は軽減していますが、入院患者の高齢化などに伴い、持ち込み褥瘡症例は増加しています。急性期病院における褥瘡治療の特徴は、外科的治療や在宅医療では選択困難な方法を実施することができると等が挙げられますが、問題点としては、DPC上褥瘡だけを理由に長期入院が不可能なことです。このため、治癒しないまま在宅医療にゆだねられることがしばしばあります。

当院でも入院後早期から多職種で褥瘡管理・退院支援を行い、必要な症例では退院前にカンファレンスを持ち、できるだけスムーズに在宅療養に移行することができるよう努力しています。しかし、在宅に移行したあとどのように関わっていくかは一定の方針がまだありません。マンパワーの問題等があり容易ではありませんが、褥瘡外来の開設、褥瘡勉強会を開催し、地域の医療、介護従事者に対する啓発などの取り組みを検討したいと考えています。

パネリスト抄録抜粋 (文責 今井)

急性期病院における褥瘡予防 ～スキンケアを中心に～

松山赤十字病院 皮膚排泄ケア認定看護師 山木 一恵



急性期の重篤な患者、とりわけ高齢患者では介護サービスの利用がない、介護力不足、経済的理由などから入院時に褥瘡を発症しているケースが増加傾向にあります。入院中に褥瘡が治癒しなければ、転院・施設・在宅でケアを継続する必要があります。

褥瘡予防や治癒の促進には、体圧管理、栄養管理、スキンケアなどが欠かせません。中でもスキンケアについては、皮膚が脆弱化する病状にある高齢者の増加に伴い、医療関連機器圧迫創傷、失禁関連皮膚炎(IAD)、スキンケアへの対処や予防が重要となってきました。そこで、褥瘡対策の担当看護師とともに対策の充実を図り、褥瘡回診では

褥瘡との鑑別や個別対応をしています。

療養場所が移動しても褥瘡ケアをつなぎ続けるためには、地域で褥瘡を予防し、正しくケアできるよう医療職や介護職の知識や技術の向上をはかること、急性期と慢性期、在宅で情報交換の機会を充実させていくことが必要と考えます。

褥瘡治療に向けて ～訪問看護における連携～

訪問看護ステーションみかん 看護師 田村 絵美



訪問看護ステーションみかんは平成18年2月に創業しました。看護師とリハスタッフ(理学療法士・作業療法士・言語聴覚士)が在籍しており、医師や関係機関と連携を図りながら、医療・介護・障がいと様々な分野において、チームアプローチを主眼として在宅ケアを実施しています。

今回紹介した事例は、ヘルパーさんから相談があり介入した在宅療養の患者様です。9×4cm大、D4の褥瘡。訪問診療医をお願いし、デブリードマン施行・バルンカテーテル留置・補液を実施しました。また、処置手順書を作成し、処置方法の統一化を図りました。誤嚥のリスクが高かったため、言語聴覚士による摂食嚥下機能評価を実施し、栄養状態改善についてもアプローチしたところ、経口摂取が増え、5か月半後治癒しました。

家族・主治医・介護支援専門員・看護師・言語聴覚士・訪問看護師が連携することにより治癒に結びついたと考えます。今後も在宅医療・介護を一体的に提供することが重要であると思います。

褥瘡発生リスクの高い利用者への取り組み ～在宅における連携の問題点～

訪問看護ステーションみかん 理学療法士 永久 晃



医療機関における褥瘡発生率は、褥瘡対策未実施減算の影響もあり大きく低下していますが、在宅分野において褥瘡発生率・褥瘡有病率は介護度が上がるにつれて増加傾向にあります。在宅分野でも褥瘡発生の有無にかかわらず、定期的に褥瘡評価の実施を義務付けられています。当ステーションでは看護スタッフとリハスタッフが各々特有の知識と技術を共有し、未然に発生を防げるように励んでいます。

今回報告した事例は、病院退院後在宅にて褥瘡治療及びリハビリの必要な利用者さんでした。退院時、エアマットの初期設定ミスや複数の訪問看護ステーションが関わることで細かい情報が伝わらない等の問題が発生しました。また、介護力不足のために導入したローリング機能付きのエアマットが逆に悪化を招いたこともありました。

この事例を通し、退院前カンファレンスでの細かい打ち合わせ、複数の事業所や多職種が関わる場合連絡指示系統の一本化、あるいは状態変化時は他事業所も含めたカンファレンスの実施等が重要であると考えます。反省点の多い事例でありましたが、今後改善に取り組みたいと考えます。

生活の質を支える褥瘡予防とスキンケアの実践

南高井病院 看護師 渡部 忍



当院は353床を有する慢性期の病院です。長期療養の患者が多く、療養環境の充実と看取りに力を入れてきました。しかし地域包括ケアシステムが進む中、自部署が2015年に在宅復帰機能強化加算を算定する病棟になり、在宅復帰を意識した看護・介護の展開をしていくようになりました。

今回紹介した事例は、入院時には要介護5で仙骨部に4cm大、Ⅳ度の褥瘡がみられました。入院後すぐに膀胱留置カテーテルを抜去し、栄養をCVCから経鼻栄養に変更。その後、STの介入により2か月後に完全経口摂取へと移行し、褥瘡処置に加え、週4

回の入浴・リハビリにより半年後には退院しました。その1ヶ月後褥瘡も治癒しました。

口から食べることで、生きる事への活力が芽生え、活動量が増えることでADLが拡大しました。また、皮膚を清潔に保つこと、これらすべての相乗作用から褥瘡治癒につながりました。今後も地域の中で当院の役割を果たし、在宅へと移行する切れ目のないケアを継続していけるよう、適切なタイミングで支援していきたいと考えます。

パネリスト抄録抜粋(文責 今井)

日々のケアの中での褥瘡予防と作業療法士としての役割

介護老人福祉施設味酒野ていれぎ荘 作業療法士 城本 拓哉



当施設では介護・看護スタッフが中心となって利用者様の全身状態を確認し、皮膚トラブルや褥瘡に対して早期対応を行っています。また施設として、利用者様の生活が豊かになることを目標に日々のケアを行うことが褥瘡予防に繋がると考えています。

その中で作業療法士の役割は、「利用者様に直接関わり、心身機能の維持・向上を図ること」、「他職種へ作業療法の視点を伝え協働し、利用者様の生活の質を保つこと」であり、作業療法士としての役割を発揮出来ることが褥瘡リスクの軽減になると考えています。

お互いの出来ることが何であるかを職種間で理解した上で、利用者様のニーズを掘り起し、目的を共有しながら日々関わるのが、褥瘡予防さらには生活の質の維持・向上に重要な点です。作業療法の視点を施設全体に広げ、他職種と協働することで、いかにより良いケアを継続していけるかが大切だと考えています。

パネリスト抄録抜粋(文責 今井)

発表を終えて

堀田先生の提唱されるOHスケールによる褥瘡予防対策を学び、褥瘡リスクに対応したベッドマットレス選択法やポジショニング、ずれを起こさないケアの知識と技術の実践を、多職種で共有していくことの大切さが理解できました。

療養場所が移動しても褥瘡ケアをつなぎ続けるためには、正しくケアできるよう医療職や介護職の知識や技術の向上をはかるとともに、急性期病院と慢性期病院・在宅で情報交換の機会を充実させていくこと、情熱を持って実践することの重要性を確認し閉会となりました。

(文責 今井)

ポスターセッション

ポスターセッション「他施設との連携・活動の紹介」に、15題(院外13題・院内2題)の応募をいただきました。各施設の特徴や役割、多職種間の連携構築と強化、地域に向けて発信している取り組み等がよく理解できるポスターで、随所に工夫を凝らしているのが見て取れました。4カ所に分かれての発表でしたが、各ブースでの質疑応答も活発で、関心の高さを感じることができました。発表していただいた内容が各施設での今後の取り組みの参考となれば幸いです。

お忙しい中、ご協力いただいた病院施設・事業所の皆様ありがとうございました。

ポスターセッション

グループ	テ ー マ	施 設 名
A	地域創生に寄与	安心ハウス仙波
	認知症ケアサポートチームの取り組み	松山赤十字病院 地域医療連携室
	異職種連携 「認知症ケア専門士を知っていますか？ ～本人・家族、異職種をつなぐ すてきな人たち～」	愛媛大学
B	地域包括ケア病棟としての取り組み	松山市民病院
	在宅療養なんでも相談室の役割と機能 ～地域住民の安心と信頼を得るために～	たんぼほクリニック
	手と手を取り合って地域とつながる ～訪問看護ステーションと同敷地内に ある事業所との連携から～	訪問看護ステーション てとて
	施設紹介と利用方法	複合施設 里山どんぐり
C	退院支援加算1に対する当院での 取り組みについて	松山市民病院
	介護予防教室の活動報告	松山リハビリテーション病院
	ご利用者の真の欲求を叶えるために ～訪問看護の取り組み～	ベストケア株式会社
	松山市在宅医療センターの活動について	松山市在宅医療センター
D	急性期病棟における排泄ケアの検討 ～高機能オムツ試験導入の効果～	松山赤十字病院 33 病棟
	「褥瘡」と共に暮らす 在宅療養を支えるために	北条病院
	ぬくもりと笑顔のある暮らし ～他事業所との連携の中で 看多機の役割を考える～	(株) クロス・サービス 看護小規模多機能型居宅介護 ほのかのぬくもり
	有料老人ホームと地域連携について	有料老人ホーム ながきの杜
展示のみ	がん相談における不安・精神的苦痛の相談の現状と課題	松山赤十字病院がん診療推進室
	看護チームとして取り組む感染予防 ～看護助手委員会の活動から～	松山赤十字病院 看護助手委員会
	新病院ブロック化に向けた リリーフナース育成への取り組み	松山赤十字病院 外来
	当院の褥瘡ケアチーム・ ストーマ外来のご紹介	松山赤十字病院 WOC



A ブース



B ブース





高齢化社会の進展と新規薬剤の臨床導入を背景に薬剤性消化管病変に遭遇する機会が増加しつつある。本セミナーでは薬剤に関連する消化管病変を広く取り上げ、病態と診断に関する最新情報を提供する。

近年、低用量アスピリン (low-dose aspirin : 以下 LDA) を含む非ステロイド性抗炎症薬 (non-steroidal anti-inflammatory drug; 以下 NSAIDs) の使用頻度は増加傾向にあるが、一方で、NSAIDs はその副作用として食道から直腸までの全消化管に種々の粘膜病変を惹起することが明らかとなった (表 1)。その中で NSAIDs 潰瘍が最も高頻度で臨床問題となる。NSAIDs 潰瘍とは、NSAIDs 使用者に発症した消化性潰瘍 (胃潰瘍ないし十二指腸潰瘍) と定義され、H.pylori 感染の有無は問われない。NSAIDs の使用は、H.pylori 感染とともに胃十二指腸潰瘍の二大発症原因の一つとされ、各々が独立した潰瘍発症の危険因子であり、両者が相加的に作用することが示唆されている。厚生労働省の患者調査によれば、本邦における胃十二指腸潰瘍の推定患者数は1984年に1,643,000人であったが、1990年代以降に減少傾向となり、2014年には345,000人と30年間で約1/5にまで減少している。その要因として H. pylori 感染率の自然低下と除菌療法の普及が推定されるが、その一方で、LDA を含む NSAIDs の使用頻度の増加により消化性潰瘍の中に占める NSAIDs 潰瘍の相対的な増加傾向が指摘されている。このように、胃十二指腸潰瘍の原因は H.pylori から NSAIDs へシフトしつつあり、今後、NSAIDs 潰瘍の一次予防がより重要となる。NSAIDs 潰瘍発症の危険因子として、潰瘍既往歴、高齢、高用量 NSAIDs の使用、抗血栓剤併用やステロイドの併用などが確立されており、危険因子を有する症例に対する PPI の併用による一次予防の重要性が指摘されている。

NSAIDs のみならず NSAIDs 以外の種々の薬剤によっても大腸に多彩な粘膜傷害が惹起される (表 2)。既知の疾患と薬剤との関係が、近年、明らかとなった例として、腸管囊腫様気腫症とボグリボー

ス、collagenous colitis と PPI、腸間膜静脈硬化症と加味逍遙散などの漢方薬が挙げられる (表 2)。また、新たに臨床導入された新規薬剤による消化管病変として、ダビガトランによる食道病変、オルメサルタンによる collagenous sprue、炭酸ランタンによる胃十二指腸病変などが次々と報告されている。

新規薬剤の導入によって多様化しつつある薬剤性消化管病変の更なる病態解明が待たれるが、当科では今後も薬剤性消化管障害に関する診療データを学会発表、論文化し全国に発信するとともに、日常診療にフィードバックし、地域医療に貢献したいと考えています。今後ともよろしくお願いします。

表1. NSAIDsによる消化管病変

部位	病変
食道	逆流性食道炎
胃	胃潰瘍
十二指腸	十二指腸潰瘍
小腸	小腸潰瘍
大腸 (盲腸・結腸)	大腸潰瘍、大腸炎 Collagenous colitis 大腸憩室出血・穿孔 炎症性腸疾患の増悪
直腸	NSAIDs坐剤による直腸炎・直腸潰瘍

蔵原晃一. 胃と腸 51:407-414, 2016

表2. 薬剤に関連する大腸粘膜傷害

	薬剤	病態
大腸潰瘍	1) NSAIDs 2) 抗癌剤 3) カリウム製剤 4) 金製剤	NSAIDs起因性大腸病変 (潰瘍型) 腸管毒性、アポトーシス 局所循環不全 腸管毒性
大腸炎	1) 抗菌薬 2) NSAIDs 3) 抗癌剤、免疫抑制剤 4) 高浸透圧性物質 5) ランソプラゾールなど 6) 漢方薬 (10年間以上の長期連用)	偽膜性大腸炎、出血性大腸炎など NSAIDs起因性大腸病変 (腸炎型) 好中球減少性大腸炎など 壊死性大腸炎 Collagenous colitis 特発性腸間膜静脈硬化症
虚血性病変	1) ジギタリス、利尿剤など 2) エルゴタミン、アンフェタミンなど 3) エストロゲン製剤、経口避妊剤	腸管膜循環不全 血管攣縮 血栓形成
その他	ボグリボー (α-グルコシダーゼ阻害剤)	腸管囊腫様気腫症

蔵原晃一、松本主之、飯田三雄. 臨牀消化器内科 24: 1699-1706, 2009



2005年に脳梗塞の超急性期治療としてt-PA療法(血栓溶解療法)が本邦において認可された(スライド1)。これはペナンプラ(虚血に陥った周辺部分、スライド2)が脳梗塞に陥るのを防ぐことを目的とした従来の急性期治療よりも、積極的に血栓により閉塞した動脈の再開通を狙う(スライド3)ものであり、その治療効果も大きい。しかし、その切れ味が鋭いがゆえに副作用としての頭蓋内出血のリスクも増大するため、その施行には厳格な基準を満たす必要がある。実施できる病院も限られる。また発症3時間以内(2012年より4.5時間に緩和)に治療を開始しないとといけないため、実際にt-PA療法を受けることができるのは、全脳梗塞患者の5%程度に過ぎない。さらに内頸動脈や中大脳動脈等の主幹動脈の閉塞に対しては再開通率が低いことが明らかとなり、t-PA療法単独での限界も見えてきた。

そこで注目され始めたのが、血管内治療による血栓回収療法の併用である。本邦では2010年 Merci retrieverが血栓回収デバイスとして認可されている(スライド1)。当初はt-PA療法単独に対する転帰の有意な改善が得られなかったものの、その後の血栓回収デバイスの改良(ステント型: Solitaire、Trepo)等により、2015年の米国 Nashvilleでの国際脳卒中学会でt-PA療法単独に対するその併用の優位性が示された。その結果今日ではt-PA療法施行に引き続き、血栓回収療法に速やかに移行する流れが主流となっている。血栓回収療法はt-PA療法よりもさらに施行できる施設が限られるものの、何らかの理由でt-PA療法の適応を外れてしまった場合や、6-8時間以内なら治療可能であるため、発症4.5時間を過ぎてしまった場合でも単独でも施行可能である。

TIA(一過性脳虚血発作)は脳梗塞の前兆ともいえる病態であり、片麻痺や構音障害が一過性(通常30分以内)に出現する。症状が消失していても今後、特に2日以内の脳梗塞発症のリスクが高まるため、速やかに脳梗塞に準じた治療を開始、また今後の二次予防の方針を決定する必要がある。治ったからと安心せず、すぐに救急病院を受診すべきである。

当院でも脳外科との協力により血栓回収療法が可

能になっており、今後も脳梗塞およびTIAの急性期治療に力を入れていきたい。

脳梗塞超急性期治療の進歩

- 1995 米国でt-PA開始
- 2005 厚労省 t-PA認可:3時間以内
- 2010 厚労省 血栓回収デバイス認可
Merci Retriever
- 2012 t-PA 4.5時間以内
- 2013 Honolulu shock
- 2013 厚労省 ステント型血栓回収デバイス認可
Solitaire
- 2014 厚労省 ステント型血栓回収デバイス認可
Trepo
- 2015 Nashville hope

スライド 1

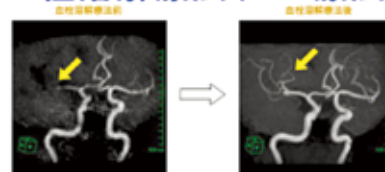
ペナンプラ



従来の治療はいずれも脳梗塞の拡大を抑えるもの＝ペナンプラを救う

スライド 2

血栓溶解療法(t-PA療法)



- 発症4.5時間以内に治療開始しないとイケない。
- 発症3.5時間以内に病院に来る必要あり。
- 効果もあるが、副作用(脳出血)のリスクも高い。
- ・施行可能な病院
- ・適応
- 対象となるのは全脳梗塞患者の5%程度

スライド 3



はじめに

高血圧は喫煙に次いで重要な死亡原因であり、年間約10万人が高血圧により死亡しているとされています。そのため「降圧治療」は2012年に公示された、「健康日本21（厚労省）」の重要項目の一つに挙げられています。しかし、実際降圧治療を受けている患者で、管理目標値に達しているのは30%に過ぎないとされています。本セミナーでは、「もう少し血圧を下げる方法」を紹介します。

降圧薬選択時の留意点(表1)

高血圧治療ガイドライン 2014では、第一選択薬として、カルシウム拮抗薬(CCB)、ARB/ACE 阻害薬(RAS 阻害薬)およびサイアザイド系利尿薬が挙げられています。この3種類のうち、個々に合わせて降圧薬を選択する際、私が留意することを表1に示します。

①「食塩感受性」を常に意識します。特に「肥満」「糖尿病」「慢性腎臓病」を有す場合は、「食塩感受性」と考え、「降圧利尿薬」の使用を積極的に考慮します。RAS 阻害薬から開始し、STEP2では利尿薬を追加します。

②降圧薬は「圧-利尿曲線(食塩感受性)」を変化させます。RAS 阻害薬とCCBは、食塩感受性を増加させますので、「減塩が不十分」な場合は、降圧効果が減弱します。外来尿検査から「食塩過剰摂取」が考えられる場合は、「減塩指導の徹底」と「降圧利尿の併用」を行います。

③全ての降圧薬が、レニン・アルドステロン値(PAC)を変化させます。RAS 阻害剤は、PACを低下させますが、長期服用で、PACが上昇し(アルドステロンブレイクスルー現象)、降圧効果や臓器保護効果が減弱する場合があります。その際は、RAS 阻害薬の増量よりも、降圧利尿薬(含む抗アルドステロン薬)の追加、あるいはCCBの増量が効果的です。

原発性アルドステロン症(表2)

アルドステロン症(PA)は、疾患頻度の高さから、常にその可能性を意識しています。また、PA 以外でも、「昇圧要因」として、「アルドステロン」が強く関与しているケースが多数存在すると考えていま

す。そのためレニン活性とPACは、単に「PAのスクリーニング」としてだけでなく、「個々の病態把握」と「降圧薬選択」にも有用と考えます。降圧治療中でも、血圧コントロールが不十分な場合や、低カリウム血症を認める場合は、レニン/PACから、ブレイクスルーの有無、腎血管性高血圧合併の有無の鑑別等、有用な情報が得られます。

おわりに

今回、「圧-利尿曲線」「レニン・PAC」「PA」をキーワードに発表しました。「あともう少し血圧を下げる」には、「個々の患者さんの病態把握」と、「細やかな日常診療」が必要であり、そのためには「地域連携」が重要と考えます。

降圧薬選択時の留意点

1. 食塩感受性はどうか? : 肥満の有無・腎機能・糖尿病
2. 血圧=心拍出量 X 抹消血管抵抗
・パンパン型 か ギュウギュウ型
(低レニン性/高レニン性高血圧)
4. 圧-利尿曲線と降圧薬の影響; 降圧利尿薬の積極使用
5. 降圧薬投与後のレニン/アルドステロン濃度の変化
6. 二次性高血圧
・アルドステロン症/アルドステロン過剰反応

表1. 松山赤十字病院 内科 福岡富和

原発性アルドステロン症スクリーニング検査

- ・アルドステロン/レニン活性比(ARR)
- ・低Kの有無 (3.7以下は有意)

・注意事項

- ・午前中測定(午後だとアルドステロン値が低値となる)
- ・安静;15分;安静しなくても可(陽性ならRule in可)
- ・降圧薬の影響
β遮断薬は偽陽性となる(レニンが0.5以下になる)
ARB,利尿薬は偽陰性となる(陽性なら Rule in可)
* 陰性の場合:ARBは変更、利尿薬はRule out可

表2. 松山赤十字病院 内科 福岡富和



はじめに

本邦で2009年の腎疾患診療ガイドラインより慢性腎臓病(CKD)という疾患概念が本格的に取り上げられ、非専門医の先生方からも早期の慢性腎臓病患者さんをご紹介頂く機会が増えています。早期発見・早期介入によって腎臓病で困る患者さんが少しでも減ってくるのではと期待されます。しかし一方で高齢化に伴う高血圧、糖尿病、骨粗鬆症、腰痛症や変形性関節症の整形外科疾患など多くの疾病の治療を行っている患者さんも増え、薬剤による腎障害という新たな問題が目につくようになってきました。2016年2月に薬剤性腎障害ガイドライン2016が刊行された事もあり、今回は腎臓と相性の悪い薬物についてご紹介をさせていただきます。

腎臓は何故薬物の影響を受け易いか？

腎臓は体重の0.5%程度の小さな臓器ですが、血流は心拍出量の20%と非常に多く流れます。また尿生成の過程で腎臓では尿の濃縮が行われ、その際尿中の薬物濃度は上昇します。尿中の薬物が高濃度となれば尿細管上皮細胞を害してしまうのは想像に難しくないと思います。また腎臓の髄質は血流が乏しく慢性的に虚血にさらされています。腎血流を低下させる薬物にさらされ続けると腎髄質は慢性的な虚血に陥り障害を受けてしまいます。

薬物の特徴によって腎臓障害のタイプも区別されますが、特に日常臨床で目にする機会が多い薬剤はNSAIDs、活性型 VitD 製剤、Mg 製剤です。(図1、2) 各薬剤の臨床的特徴を簡単にご説明します。

NSAIDs

解熱鎮痛剤としての使用経験も豊富な薬剤で、シクロオキシゲナーゼ(COX1、COX2)阻害によるプロスタグランジンやトロンボキサン産生抑制を介し抗炎症・鎮痛作用を発揮する薬剤です。しかし腎血流・機能維持にはプロスタグランジンが重要で、NSAIDsによる慢性的なプロスタグランジン合成阻害は①急性腎不全②体液貯留③高カリウム血症④間質性腎炎⑤鎮痛剤腎症など多種の腎合併症を引き起こす危険性があります。ガイドラインの中でも入院を要する薬剤性腎障害の中で最も疫学的頻度が高い薬剤と報告されています。(図3) また過去の報告でもCOX2選択的阻害剤であっても腎臓に対して安全であるとのエビデンスは無く、むしろ心血管合併症を増やすともいわれます。消化管合併症など全身にも影響する薬剤である事を考えると、安易な長期処方は控えるべきといえます。

腎臓×薬剤で比較的良好に経験する薬剤
(腎毒性物質・腎排泄薬剤による中毒性副作用)

- 1) NSAIDs
 - ・最も処方頻度が高い薬剤
 - ・慢性進行性にGFR低下する症例が多い
 - ・胃腸、腎、心血管合併症と多彩な副作用を持つ
- 2) 活性型VitD
 - ・高齢化と共に処方増加(骨粗鬆症)
 - ・中毒症状は特異的(食欲低下・倦怠感)
 - ・多面的作用を持つ良い薬剤で積極的使用が望まれる
- 3) Mg製剤
 - ・安価で有効性も高く歴史的にも使用頻度が高い
 - ・中毒症状は特異的(食欲低下・倦怠感)
- 4) アシクロビル、MTXなど
 - ・使用せざるを得ない薬剤(代用が乏しい)
 - ・起こりうる合併症を予測するしか対応方法はない

図2



図1

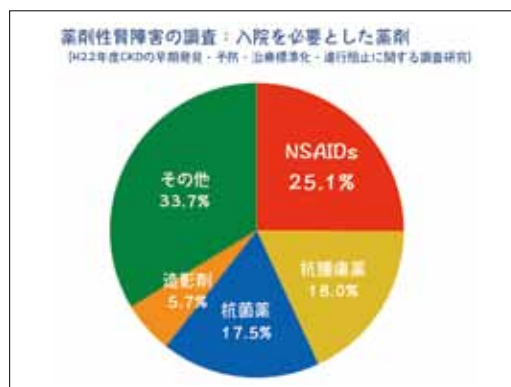


図3

活性型 VitD 製剤

高齢化とともに骨粗鬆症の罹患率も増加し、骨粗鬆症治療薬として服用される方も多くなっています。VitD 製剤はエビデンスもあり薬剤として優秀ですが注意すべき点があります。それはVitDは活性化されるのも腎臓ですが、不活化されるのも腎臓であるということです。つまり腎機能障害があれば活性型 VitDは不活化されにくくなり、VitD 中毒(高 Ca 血症)を起こしやすくなります。高齢者はCrが1未満でも筋肉量の減少からGFRが低下している事もあります。CKD 患者さんに使用を控える必要はなく、むしろ低用量であれば推奨される薬剤であります。VitD 製剤を服用されている患者さんのCa 値は定期的にフォローする必要があるかと存じます。

Mg 製剤

安価で便秘症に対して安定した効果があり、使用経験も豊富な薬剤ですが、Mgはほぼ腎臓から体外に排泄されます。すなわち腎機能障害があると高 Mg 血症を起こすリスクが高くなり、また高 Ca 血症と同様に高 Mg 血症も初期症状が食欲不振、倦怠感など非特異的で、早期発見が難しいと思われます。平成27年には厚労省より高 Mg 血症による死亡例も報告されており、高齢者(≒CKDと思います)に対し慎重に使用すべきとする勧告も出ております。

紙面の関係で各薬剤の詳細や他の薬剤は割愛せざるを得ませんが、何よりも腎機能に急な変動を来した場合には、まず薬剤による影響を疑うことで、薬剤性腎障害の進行を未然に防ぎ、患者さんの腎機能を守っていくことが出来るものと考えています。

松山赤十字病院ホットライン

24時間受付

CCUホットライン

緊急を要する心疾患

080-2995-9991

脳卒中ホットライン

脳卒中(急性期)と疑われるもの

080-2995-9992

受付時間 平日17:10～翌朝8:30 土日祝24時間

時間外ホットライン 080-2995-9993

CCU・脳卒中ホットライン対象疾患を除く疾患

消化管出血を発症し、緊急内視鏡検査を必要とする疾患

※高次の対応を要する疾患、重度の精神疾患を除く

詳しくは別紙をご覧ください。ご不明な点等ありましたら、お問い合わせください。

089-924-1111

松山赤十字病院 第21回 地域医療連携室懇談会

日時 平成 29 年 2 月 4 日(土曜日) 18:00～21:00

場所 松山赤十字病院 教育講堂

講演会 18:00～

《テーマ》『新任部長紹介・当科における最近の話題』

「ご存知ですか? 腎臓リハビリテーション」

「ウイルス性肝炎 診断と治療の進歩」

「血行再建を伴う肝胆膵外科手術」

「不登校と発達障害」

「放射線被ばくのこと」

意見交換会 19:30～

腎臓内科部長 上村 太郎

肝臓・胆のう・膵臓内科部長 眞柴 寿枝

外科部長 内山 秀昭

小児科部長 鈴木 由香

放射線科部長 菊池 恵一

FAXによる受診予約

地域のかかりつけ医の先生方からFAXによる紹介患者さんの受診予約を承っております。これにより患者さんを来院日に各診療科へ直接ご案内することが可能になります。※17:10以降にいただいたFAXにつきましては、翌日のお返事とさせていただきます。

発行責任者 / 院長(地域医療連携室長) 横田英介

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

TEL 089-926-9527 FAX 089-926-9547 <http://www.matsuyama.jrc.or.jp/>