

Matsuyama Red Cross Hospital

地域医療連携室報

2018.2

No. **78**

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 最適で質の高い医療を提供し、患者に優しい病院を目指します。
- 2 多職種によるチーム医療を実践し、安全・安心な医療を提供します。
- 3 地域の医療機関、保健・介護・福祉と連携を図り、急性期医療・専門医療を実践します。
- 4 災害医療、国際救護活動の充実を図り、赤十字事業を推進します。
- 5 将来を担う人材の確保と育成に努めます。
- 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。
- 7 健全経営の維持に努めます。

北棟オープンご挨拶

院長 横田 英介



当院の新病院建設は平成26年10月に起工式を行い一期工事として北棟の建設を進めて参りましたが、このたび完成し1月4日に稼働を開始しました。

放射線診断・治療部門(地階、1階)では、MRI、CT装置を更新・増設し、新規に最新のFDG-PET装置を導入しました。また昨年4月に放射線治療科を新設しましたが、今回、放射線治療機器は最新機種に更新され、より精度の高い治療が可能となりました。手術室(3階)は12室となり全室に映像統合システムを配備しています。ハイブリッド手術室(1室)、バイオクリーン手術室(2室)、陰圧手術室(1室)を整備しました。1、2階には一部を除く外来部門、化学療法センター、免疫統括医療センター(リウマチ科、消化器内科、皮膚科での生物学的製剤による治療を行います)、健康管理センター等が入ります。5階は成育医療センター周産期部門、6階はリハビリ部門で上層階は景観も良く心地よい療養環境となっています。

2025年に向けて医療法に基づく「地域医療構想」が愛媛県でも策定され、「地域医療構想調整会議」で協議が始まっています。その中で当院は公的病院としての取組みが求められ、昨年、厚生労働省の指示で「公的医療機関等2025プラン」を策定しました。前年度に策定された「新公立病院改革プラン」

をあわせて、まず公立・公的病院を中心に議論が行われています。当院は地域医療支援病院が制度化された平成9年に地域医療連携室を立ち上げ地域完結型医療を実践してきました。以来20年にわたる当院の取組みは、今、議論されている地域医療構想に合致するものと思います。超高齢社会を迎え地域包括ケアシステムを構築していく中で地域医療支援病院として求められる役割を果たしていくために、北棟オープンのこの機会に各専門領域をさらにレベルアップし高度・専門医療、救急医療の充実に努めたいと考えています。また今回、電子カルテの更新に併せて地域医療介護総合確保基金を活用して地域医療ネットワークシステム(ID-Link)を導入することにしました。看護部を中心に多職種で取組む患者支援センターの整備と併せて、より緊密な医療連携を実現し今まで以上に患者さんに寄添う医療を提供していきたいと考えています。

これから10階建ての南棟の建設を始めグランドオープンは2021年秋の予定です。時間がかかり工事期間中ご不便ご迷惑をおかけしますが、連携医療機関の皆様には引き続きご支援の程お願い申し上げます。

副院長（兼看護部長） 小椋 史香



2018年は戊戌（つちのえいぬ）に当たり、変化・進化の年と言われています。

当院は1月4日に北棟をオープンし、各科毎の外来受付からエリア単位の受付・運用に変化しました。同時に電子カルテ更新も加わり、新しいシステムに慣れるまで少し時間を要します。患者及び地域の皆様にはご迷惑をお掛けすることもあると思いますがご理解とご協力をお願い致します。

この機会をチャンスとし、新しいサービスへと進化させて参りたいと考えています。

1月29日（月）「患者支援センター」を地域医療連携室の隣に開設致しました。今できることからの出発ですが、外来通院から入院支援、検査・治療の説明、退院支援、退院後の療養支援まで、経済的側面、生活の場の選定、専門領域の相談、意思決定等も含め、途切れのないサービスを提供で

きるよう、今後、多職種と協働し機能を充実させて参る所存です。

看護職は、「医療」「生活」両方の視点をもって、先を見通し、状態の変化にあわせて「適切な医療」を「適切な場所」で「適切な療養」ができるよう、サービス全体をコーディネート、マネジメントする役割があると考えています。「自己の健康管理、生き終え方への意識改革」「生きる力を引き出す」等、患者・家族の個別的支援のためにもかかりつけ医や地域の看護師、多職種等と協働して参りたいと思いません。

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 武知 浩二



連携医療機関・施設の皆さまにおかれましては、日頃から当院の病院運営についてご支援、ご協力を賜り、誠にありがとうございます。

2018年の幕開けとともに当院北棟がオープンし、2ヶ月近くが経過したところであります。オープンに先立ち、昨年の12月に連携医療機関を対象とした内覧会を開催しましたところ、66施設から264名という大勢の方々にご参加いただきました。連携医療機関や地域の皆さまのご関心の高さを感じ、嬉しさの一方で大変身の引き締まる思いがいたしました。

北棟の稼働に合わせて医療機器の充実を図りましたが、電子カルテシステム、医事会計システムの更新も同時に行いました。予約患者さんを対象とした再来受付機（4台）を設置したことで、各診療科受付を経由せず、採血や各種の検査へ直接行けるようにしました。また診療費自動支払機（4台）を設置し、支払窓口に行かなくてもスピーディー

にお支払いができるようにしました。これらのシステム導入により患者動線や運用が変更となり、患者さんはもちろんのこと、職員自体も不慣れなところがあり、ご迷惑をおかけしているところはあろうかと思えます。しかしながら、今後はシステムや運用の定着により必ず利便性の向上に繋がるものと期待しております。

今後も2021年のグランドオープンに向けてハード面の整備を継続してまいります。ソフト面につきましてもより充実できるよう努力してまいりますので、連携医療機関・施設の皆さまには引き続きご指導、ご支援を賜りますようお願い申し上げます。

最後になりましたが、各施設のますますのご発展を心よりお祈り申し上げます。

画像診断最前線

放射線診断科部長 菊池 恵一



松山赤十字病院北棟の開設に伴って、放射線部の診断機器も北棟に移転しました。移転にあわせて新しい機器の導入や更新が行われています。今回はPET-CTと

3T-MRI 装置を中心に紹介させていただきました。

PET-CTは中予地区の基幹病院としては最後に整備されたこともあり、最新のSiemens社製のBiograph Horizonという機種が導入されています。より正確に病変の位置を描出する技術や、速度可変型寝台連続移動が可能で、効率的なデータ収集を行うことができます。

当院でのPET-CT検査はデリバリーPETと呼ばれ、岡山のホットラボから半減期2時間弱のPET製剤を運んでもらっての運用となります。サイクロトロン維持にかかる費用が必要ないことがメリットですが、天候や災害で製剤の輸送が不可能となる可能性があることがデメリットとなります。使用される製剤は ^{18}F -FDGという薬剤でブドウ糖類似の化合物です。 ^{18}F フッ素は陽電子を放出する半減期110分の物質で、陽電子が消滅する際にエネルギーの大きい電磁波(光子)を2つ放出します。これを画像化するのがPET検査です。最近では同時にCT検査を行い重ねて表示することで体内での位置を把握しやすくしており、PET-CT検査と呼ばれています。対象となる疾患は主に悪性腫瘍で、現在の悪性腫瘍診断では重要な役割を果たしています。導入されてから20日程度の経験ですが、予期していない転移の検出など有用性を実感しています。

MRI装置はすべて更新され、最新のPhilips社製

3T-MRI Ingeniaが三台導入されました。3T-MRI装置が三台というのは中四国では初ではないでしょうか。以前の3T装置では腹水が大量に貯留した患者さんのような大きな被写体では画像が不均一となる欠点がありましたが、それも克服され全ての領域で高画質な撮像が可能となっています。3T装置の最大のメリットとしてSNの向上があります。このSNの向上により高分解能な画像を得ることや、より高速に撮像することができます。一例として脳全体を三次元で撮像し、任意の断面で再構成された画像のクオリティが、通常の二次元画像として収集した画像と遜色のないものとなっています。最新のアプリケーションも導入され、新しい高速撮像法によるさらなる検査時間の短縮や、造影剤を使わない脳血流の画像化、優れた呼吸・体動補正により腹部画像を呼吸停止ではなく安静呼吸での撮像も可能となっています。

今回の機器更新で最新医療のニーズに応えることのできる環境が整いました。松山・中予地区の地域医療にお役に立てるものと考えております。

開催要領

日時 平成30年1月27日(土) 17:00~20:00

場所 講演会 当院 多目的ホール
意見交換会 職員食堂

講演会 17:00~

テーマ 「新病院始動！ 最新機器の導入と新たな取り組み」

(敬称略)

座長：地域医療連携室 副室長 藤崎 智明
(内科部長)

講演

1. 「画像診断最前線」

放射線診断科部長 菊池 恵一

2. 「新世代の放射線治療」

放射線治療科部長 浦島 雄介

3. 「成育医療センター周産期部門が新病院へ～成育医療体制の充実～」

副院長(産婦人科部長) 横山 幹文

意見交換会 18:30~

新世代の放射線治療

放射線治療科部長 浦島 雄介



当院での放射線治療機の導入の歴史は古く、遡ることおよそ100年前の大正8年(1919年)になります。その後はコバルト治療

室も備わり、地域の基幹病院として放射線治療施設の役割を担っていたようです。長らくコバルト治療の時代が続き、平成2年(1990年)に国産リニアック (NEC 製 NELAC1006型)、平成17年(2005年)にVarian社製リニアック (Clinac 2100C) が導入されます。2000年初頭は強度変調放射線治療 (IMRT) や体幹部定位照射は大学など一部施設に限って行われていた時代でしたが、現在までの10数年程でコンピューターでの演算処理や制御技術の高性能化が急速に進み、多数の施設で実施されるようになりました。

この数年ではさらに演算処理が高速化、IMRTも固定多門から強度変調回転照射 (VMAT = volumetric modulated arc radiotherapy) の時代となりました。精緻な線量分布には標的位置の変動など追従・補足の必要がありますが、治療直前に撮像、位置や形態の変化を捉え、補正するIGRT (= image guided radiotherapy) も標準化されつつあります。

今回導入するVarian社製のTrue Beamでは、通常のX線4,6,10MVに加え、FFF (= Flattening Filter Free) の6,10MVの計5本、電子線は6~18MeVの計5本で構成、寝台は6軸補正のRobotic Couch、呼吸性移動対策に胸壁の動きを監視す

るRPM (= Realtime Position Management) を備え、IMRT (VMAT) から体幹部定位照射まで、IGRT時代の高精度治療を提供出来る陣容が整いました。

がん治療のニーズはますます高まるばかりです。治療対象は頭から足まで、また根治から緩和まで広い守備範囲を持ち、低侵襲を長所とする放射線治療ですが、新治療機導入にて更に強力な援軍となるものと思います。

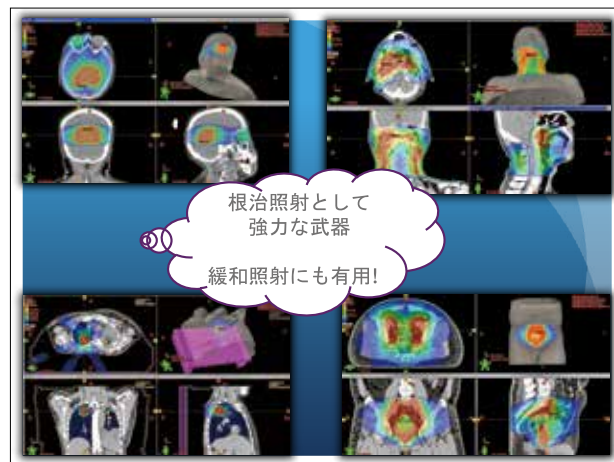
新病棟と新治療機にてスタッフ一同、地域に貢献出来るよう頑張りますので、どうぞ宜しくお願い致します。

今回導入の新治療機



Varian TrueBeam

- ・線質 X線 4/6/10MV Xray
- ・FFF 6/10MV Xray
- ・電子線
- ・6.9.12.15.18MeV
- ・照射野 40×40cm
- ・MLC60対(10mm+5mm幅)
- ・対応可能な照射方法
 - 通常照射 (~原体照射)
 - IMRT (VMAT) ・定位照射



根治照射として
強力な武器

緩和照射にも有用!

成育医療センター周産期部門が新病院へ～成育医療体制の充実～

副院長（産婦人科部長） 横山 幹文



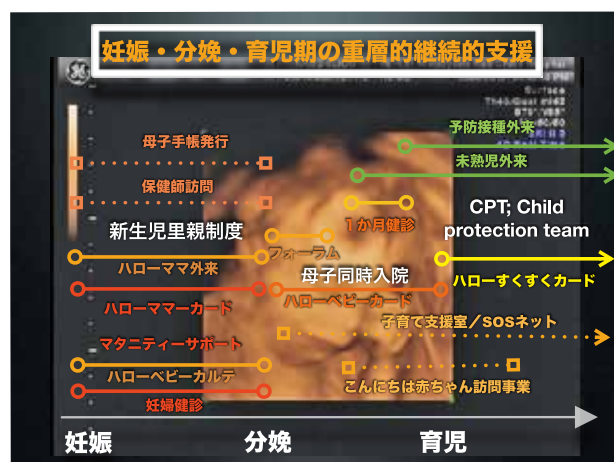
近年、女性のライフサイクルの変化、すなわち晩婚化、晩産化、少子化、社会進出とともに子どもたちとその家族を取り巻く環境は大きく変化しています。そ

の現象のひとつがH28年での平均第1子出産年齢30.7歳となり、H元年と比較して3.7年上昇したことです。さらにH28年現在、35歳以上の妊婦が28.5%、H元年には7.1%であったことから妊婦の高齢化が徐々に進んでいることは明らかです。このことは今後の周産期医療は少子化していくものの、大きく変化することを示唆しています。すなわち不妊不育症が増加し（35歳以上で26.5%、40歳代で55%）、その治療に伴う身体的、精神的、経済的負担が重くなります。かつ妊娠中はハイリスク妊娠・分娩が増加していくこと（例えば妊娠高血圧症候群は35歳以上で1.66倍、40歳以上で2.55倍、前置胎盤は同様に1.76倍、2.19倍、常位胎盤早期剥離は1.18倍、1.5倍）が既に指摘されています。さらに妊娠期、出産期には適応障害、パニック症、産後うつ病等のメンタル面での問題が発生しやすく、母子の相互関係を阻害する方向に作用します。この結果、産後妊婦の自殺、児童虐待へと発展していくことも懸念されます。

このような状況の中、松山赤十字病院ではH16年に成育医療センターを設立し、この14年間、胎児期、新生児期、小児期、思春期にわたるreproductive cycleにおいて子どもたちの一連の成長を身体的精神的にケアし、かつそのご両親やご家族を支援することを目的に様々なソフトを用意してきました。（図参照）この度H30年1月1日から新病院北棟5階に成育医療センター周産期部門の入院診療および周産期部門、小児科部門、小児外科部門、カウンセリング部門の外来診療を移転させました。

今回は新病院北棟のハード面の刷新を中心にご報告します。まず分娩ゾーンでは現在までの陣痛室／

分娩室／回復室を廃止し、それらの機能が一体化したLDR(Labor/Delivery/Recovery)室を3室設置しました。そのうち一室では院内助産対応の畳を配し、妊婦さんのニーズの多様化に対応しフリースタイルの分娩が可能です。分娩時の緊急帝王切開（H29年14.3%）に迅速に対応するため、新病院北棟3階の中央手術室に直結したエレベータで移送可能です。近年のハイリスク妊娠分娩の増加に伴う連携産婦人科医療機関からの母体搬送に対応すべく、24時間365日対応の周産期ホットラインを設け、日勤帯は担当病棟医、夜勤帯は当直医が直接先生からお受けします。院内でのハイリスク妊娠・分娩管理に対応するため、電子カルテの産科部門システムとして分娩集中監視システムを導入し、中央サーバーに送信されたCTG (cardiotocogram) 情報（胎児心拍と母体子宮収縮の情報から胎児の健全性を判断する）を電子カルテ端末からいつでもどこでもライブで参照が可能です。NICU(新生児集中治療室)6床/GCU(継続保育室)6床では妊娠20週台の出生体重1500g以下の極低出生体重児に対しても新生児専門医2名体制で管理を行います。妊娠期からの母親のメンタルサポートは周産期カウンセラー4名体制でマタニティーサポートを行い、傾聴と共感を持って妊娠中から育児への不安を解消していきます。これからも関係性、継続性、重層性をキーワードとし、地域周産母子医療センターとして地域医療に貢献し、成育医療を充実させる所存ですので、よろしくお願い申し上げます。





AMRの背景

カルバペネム耐性腸内細菌の院内感染死亡事例の報道は記憶に新しいが、薬剤耐性菌(AMR)対策は国際政治課題である。2013年AMRによる死者は世界で70万人だったが、2050年には1000万人となり癌死を上回ると推計されている。2015年には現存する全ての抗菌薬に耐性のmcr-1遺伝子が中国で発見されたが、その後欧州、米国、日本でも家畜やヒトから相次いで発見された。AMRが増える一方、新規抗菌薬の開発は、①使用期間が短く収益性が悪い、②適正使用で制限される、③耐性化が必発、の理由で今後も期待できない。

日本はAMR対策の進んだ欧州と比較して抗菌薬総使用量は多くないが、ペニシリン系が圧倒的に少なく、セフェムやカルバペネム、キノロン、マクロライドが多い。この不適正使用が、肺炎球菌のペニシリン耐性率48%、MRSA分離率51%等のAMR蔓延の一因と考えられている。

AMR対策アクションプラン

厚生労働省が2016年4月にAMR対策アクションプランを発表した。国民への啓発や畜水産分野での抗菌薬適正使用も盛り込まれているが、臨床医にとっては抗菌薬適正使用の推進が重要である。2020年までに達成すべき抗菌薬使用量削減と薬剤感受性率改善を目標に掲げ(図1)、具体策として、特に不適正使用の多い急性気道感染症と急性下痢症に的を絞った「抗菌薬適正使用の手引き」が今年6月に発刊された。気道感染症は咽頭炎、鼻副鼻腔炎、気管支炎、そして症状がオーバーラップする感冒に分類してそれぞれウイルス性が多いことを提示し、症状の遷延や細菌性に特徴的な症状、重篤な基礎疾患等を有する場合に限って狭域の抗菌薬(主にペニシリン系)を使用することを推奨している。また見逃してはいけない症状・重篤な疾患をRed flagとして提示している点も興味深い(図2)。急性下痢症に関してはウイルス性に比して細菌性では腹痛が強く、高熱や血便を伴い易いものの自然軽快するものが多い為、軽症例では便培養や抗菌薬は不要としている。便培養や抗菌薬投与を考慮する状況を(図3)に示す。

広域抗菌薬を減らすコツ

カルバペネムは他剤に比して緑膿菌や腸内細菌

の耐性化を助長し易いとの

報告がある為、起因菌判明後はde-escalationして将来に温存したい。経口第3世代セフェムは吸収率が不良で、日本で頻用はされているが、その99.9%が誤用と指摘されている。キノロンは大腸菌の感受性率が低下しており尿路感染症の第一選択薬としては不向きである。マクロライドも肺炎球菌やマイコプラズマへの耐性化が進んでおり、出番は細胞内寄生菌や非結核性抗酸菌等に限られる。

おわりに

AMR対策は世界共通の課題である。目の前の患者だけでなく将来の患者や全世界の患者の利益の為に抗菌薬適正使用を心掛ける必要がある。

図1 2020年までの目標

抗微生物薬の使用量 (vs 2013年)	薬剤耐性率 (ヒト)	
	耐性菌	2014年 目標
全体	ペニシリン耐性肺炎球菌	48% ≤15%
	MRSA	51% ≤20%
経口抗菌薬	ニューキノロン耐性大腸菌	45% ≤25%
セフェム	カルバペネム耐性緑膿菌	17% ≤10%
ニューキノロン	カルバペネム耐性大腸菌・肺炎桿菌(CRE)	0.1-0.2% 同水準
マクロライド		
静注抗菌薬		

図2 急性気道感染症でのRed flag

- ◆「風邪」の訴えでも、頻呼吸・意識障害・低血圧
- ⇒ 敗血症s/o
- ◆人生最悪の痛み・唾が飲めない・開口障害・嘔声・呼吸困難
- ⇒ 扁桃周囲膿瘍・急性喉頭蓋炎・咽後膿瘍等をr/o
- ◆突然発症・嘔吐・咽頭所見に乏しい
- ⇒ 急性心筋梗塞・くも膜下出血・頸動脈/椎骨動脈解離等をr/o

図3 急性下痢症に対する抗菌薬投与の指針 (JAID/JSC)

以下の場合に抗菌薬投与を考慮

- ・血圧の低下、悪寒戦慄など
- ・重度の下痢による脱水やショック状態など
- ・菌血症リスクが高い (HIV感染症、ステロイド・免疫抑制剤投与中等)
- ・合併症リスクが高い (50歳以上、人工血管・人工弁・人工関節等)
- ・渡航者下痢症

DAA ; direct antiviral agents ～進歩するC型肝炎治療～

肝臓・胆のう・膵臓内科部長 眞柴 寿枝



C型肝炎治療はこの数年で飛躍的に進歩し、適切な薬剤選択を行えばほぼ100%のウイルス排除が望める時代となってきました。インターフェロン (IFN) が治療の主流であった1990年代から2013年にかけては、主に副作用の問題から治療困難とされていた患者さんも多くおられました。わが国ではHCVゲノタイプI型が約70%で、残りはほとんどII型ですが、I型はIFNに抵抗性があり、特にウイルス量が多い場合には初期のIFN治療でウイルスが排除され治癒する (Sustained Viral Response;SVR) 確率は5%程度しかありませんでした。その後、リバビリン併用やペグ化したIFN (Peg-IFN) が導入され、長い間これがC型慢性肝炎の標準的治療とされてきました。この時点ではI型で約半数、II型で約7割のSVR率でした。

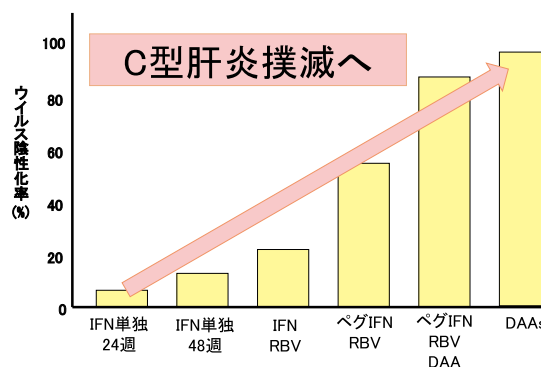
近年、直接ウイルスの遺伝子に作用してその複製を阻害する薬物 (Direct Acting Antivirals; DAAs) が開発されました。まずはPeg-IFNとリバビリンとDAAを併用することによりSVRは80%程度まで向上しましたが、依然としてIFNが必要であったため副作用が強く、高齢や肝硬変の患者には使用することができませんでした。その後2014年9月から副作用の少ないDAAsの内服のみの治療が始まり、高齢や代償性肝硬変や肝臓治療後の患者さんでも治療が可能となりました。現在では治療期間は最短で8週間に短縮し、コンプライアンスも改善されています。

DAAsの登場でC型肝炎は高い確率で治癒する時代になりました。しかし特に発癌リスクの高い線維化進行例や高齢者では、SVR後も発癌する症例は増加することが予測されるため、定期的な検査が必要です。また、これらの最新のDAAs治療を受

けられるのは、現在のところ慢性肝炎と初期の肝硬変 (代償性肝硬変) の患者さんに限られており、肝臓の障害が高度な非代償性肝硬変の患者さんは治療を受けることができません。現在臨床試験 (治験) が行われており、近い将来このような患者さんでも治療を受けられる可能性があります。また少ないながらもDAAsで治らない患者さんもおられます。その場合、HCVがより強い耐性を獲得した結果、新規治療薬も効かなくなる可能性があり、薬剤選択には今後も注意が必要です。

どの薬剤が良いか、患者さんの状態に合わせて選択し、多くの患者さんがC型肝炎から解放されるように治療していきたいと思います。

C型肝炎治療成績の変遷



セカンドインパクト症候群 ～甘くみてはいけない軽症頭部外傷～

脳神経外科部長 武智 昭彦



セカンドインパクト症候群は、脳振盪あるいはそれに準ずる軽症の頭部外傷を受け、その数日から数週間後に2回目の頭部外傷を負い、致命的な脳腫脹をきたす病態であり、1973年にSchneiderにより症例が初めて報告され、1984年にSaundersらによって「セカンドインパクト症候群」という用語が用いられた。一度発症すれば、死亡率は、30～50%と高く、生存しても何らかの神経学的後遺症が残存する。格闘技(ボクシング、空手、柔道、相撲)、コンタクトスポーツ(アメリカンフットボール、ラグビー、アイスホッケーなど)で多く発症し、生命に関わるスポーツ頭部外傷として、発症を未然に防ぐ対策が必要である。スポーツ頭部外傷の特徴として、①一般的な頭部外傷と異なる状況(許容される雰囲気)を有する、②脳震盪を生じやすい③外力の絶対値が小さいため、単独では重症化することは少ない、④回転加速度により架橋静脈を損傷し、急性硬膜下血腫を生じやすい、等があげられる。セカンドインパクト症候群の1回目の頭部外傷の臨床症状は脳震盪であっても、軽症の急性硬膜下血腫が相当数含まれているのではと推察されており、2回目の頭部外傷により、急性硬膜下血腫が増悪して、急性脳腫脹を生ずることが、本症候群の病態と考えられている。脳振盪は、頭部に対して直接的あるいは間接的に衝撃が加わったことで生ずる可逆性神経障害であり、症状として全例が意識障害と伴うわけではなく、頭痛、平衡機能障害、混乱、人格変化等のみを呈することもある(図1)。脳振盪は、セカンドインパクト症候群の前駆症状の可能性があり、脳振盪を見逃さず確実に診断する必要がある。脳振盪と診断された場合、即座にプレーを中止し、厳重な経過観察か、病院での診察を受ける必要がある。脳振盪の診断ツールとして、脳振盪評価ツール(Sport Concussion Assessment Tool 3, SCAT3)がある(図2)。これは第4回国際スポーツ脳震盪会議(スイス チューリッヒ、2012年

11月)で採択されたもので、メリットとして、評価の標準化により、評価者全員が同じ指示文を読むことにより、不十分な指示による被験者の混乱や得点への影響が減り、脳振盪の診断に際し、同じ質を毎回保つことができることがあげられる。改変や部分的に使用しないことを条件に著作権は放棄されており、自由に配布や使用ができる。軽症の頭部外傷であっても、重症化する可能性があることを念頭に置いて、評価ツールを用いて客観的かつ的確に脳振盪を診断し、見逃さないことが、不幸な転機につながるセカンドインパクト症候群を防ぐ第一歩と考えられる。

脳震盪症状の具体例

1. 頭痛がひどくなる(強くなる)
2. 強い眠気に襲われるか、または寝覚めが急に悪くなる
3. チームメイトの名前を言えない、または自分が今いる場所を正確に把握できない
4. 記憶の消失(一時的)
5. 一時的な失神、意識喪失
6. 3回以上の嘔吐
7. 行動が普段と異なる(混乱・錯乱している様子)
8. いらいらする(怒りっぽくなる)
9. 上肢(腕)・下肢(脚)が痙攣する発作がおきる
10. 上肢(腕)・下肢(脚)の力が弱くなりしっかり立っていられない(ふらふらする)
11. 発している言葉が不明瞭になる

図 1

Sport Concussion Assessment Tool 3 (SCAT3) 脳震盪評価ツール(医療者用)



第4回国際スポーツ脳震盪会議で採択
(スイス チューリッヒ、2012年11月)

利点: 標準化により、評価者全員が同じ指示文を読むことにより、不十分な指示による被験者の混乱や得点への影響は減り、同じ質を毎回保つことができる

図 2



アレルギー性鼻炎は鼻粘膜のI型アレルギーで、くしゃみ、水様性鼻汁と鼻閉が主な症状で、眼の症状もともなうことも多い。不眠や寝不足が生じ、日常的な集中力の低下をまねくことにもなる。アレルギー性鼻炎は国民の約4割が罹患していると報告があり、患者数は増加傾向である。アレルギー性鼻炎は季節性と通年性に分かれ、スギは季節性で、ダニは通年性に分類される。治療は①抗原の除去と回避、②薬物療法、③手術療法、④アレルギー免疫療法に大別される。

アレルギー免疫療法は減感作療法ともよばれ、アレルギーの原因であるアレルギーを少量から投与することでアレルギー症状を治す、もしくは長期にわたり症状をおさえる可能性のある治療法です(症状が完全におさえられない場合でも、症状を和らげ、薬の使用量を減らすことも期待できる)。治療期間は長期にわたり(3~5年)、対症療法のように即効性を期待して行うものではありません。

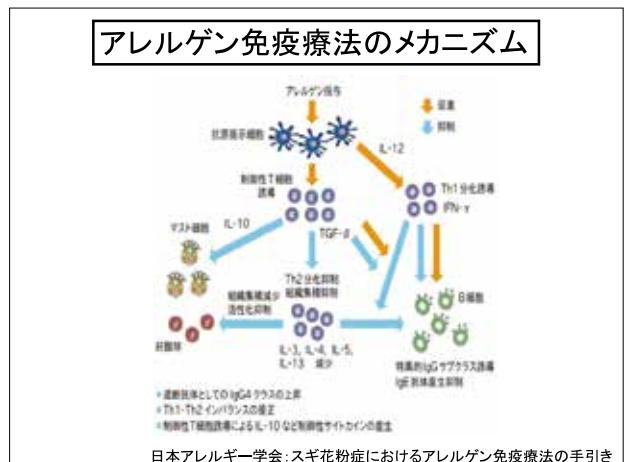
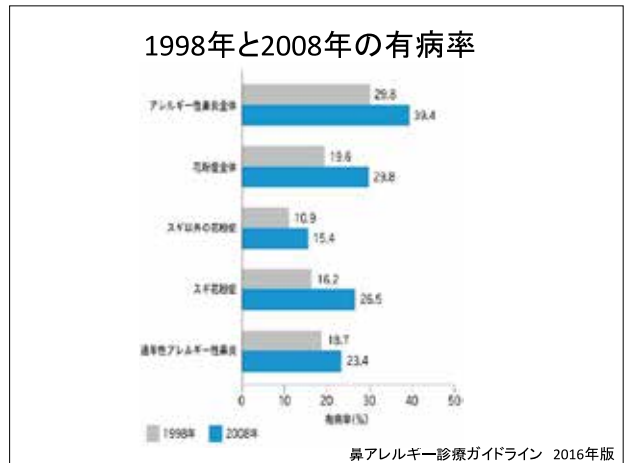
アレルギー免疫療法には皮下免疫療法と舌下免疫療法がある。皮下免疫療法は毎回病院で注射をおこなう必要があるが、舌下免疫療法は初回のみ病院で舌下投与をおこない、その後は自宅で継続することができるため、長期投与が容易となった。日本では平成26年10月よりスギ花粉症に対する舌下投与のアレルギー免疫療法薬が発売となり、その後ダニ抗原によるアレルギー性鼻炎に対する舌下投与のアレルギー免疫療法薬が発売となった。

舌下免疫療法には副反応が生じることがあり、非常に稀ではあるが重大な副反応としてアナフィラキシーが発現する可能性がある。副反応は服用後30分、服用開始初期(およそ1ヵ月)、スギ花粉飛散期に発現が多いと報告があり、服用前後2時間程度は激しい運動、アルコール摂取、入浴は避ける(循環動態の亢進により吸収が促進され副反応が発現するおそれがある)といった注意が必要となる。重大な副反応を考慮し愛媛県耳鼻科では総合病院で導入し、開業医で維持していることが多く、当科でも導入をおこなっている。

アレルギー免疫療法は以下のような患者の意思確

認が大切となる。①長期間の治療を継続できる、②毎日継続できる、③定期的な受診が可能、④全ての患者に効果が期待できるわけではないことが理解できる、⑤効果があつて終了した場合も、その後効果が減弱する可能性があることが理解できる、⑥アナフィラキシー等の副反応が起きる可能性があることが理解できる。

アレルギー免疫療法は治療期間が長いほど効果があがり、持続効果もある。また、新規感作予防効果、喘息発症予防効果、喘息症状改善効果の報告もある。現在の舌下免疫療法の対象年齢は12歳以上であるが今後5歳以上に使用可能なスギ花粉舌下錠が発売予定である。しかしアレルギー性鼻炎患者の舌下免疫療法の認知度はまだ高いとは言えない。多くの患者にアレルギー性鼻炎の治療の選択肢として舌下免疫療法を検討していただきたい。



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

内科系時間外ホットライン **080-2995-9993**

消化管出血を含む内科系疾患

※高次の対応を要する疾患、重度の精神疾患を除く

外科系時間外ホットライン **090-1002-9997**

消化器外科・呼吸器外科救急疾患

(消化管穿孔、腸閉塞、虫垂炎、ヘルニア嵌頓、血気胸など)

新たに外科系時間外ホットラインができました。

松山赤十字病院登録医制度について

現在、当院の登録施設は412施設、登録医は581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による紹介患者さんの受診予約を承っております。当日、患者さんは正面玄関左の「院外紹介患者受付」にお越しいただくことで初診受付の手続きが不要となり、待ち時間の短縮になります。是非、FAXによる受診予約をご利用いただ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)

※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/>