

Matsuyama Red Cross Hospital

# 地域医療連携室報

2019.1

No. **81**

## 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。



## 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、施設の皆様には日頃から大変お世話になり御礼申し上げます。

超高齢社会を迎え「地域医療構想」に基づいた医療機関の機能分化について議論されています。昨年4月の診療報酬改定では、引き続き「地域包括ケアシステムの構築と医療機能の分化、強化・連携の推進」が重要項目にあげられ、その中で一般病棟入院基本料(7対1、10対1)が急性期一般入院基本料として再編・統合され、重症度、医療・看護必要度の評価の見直しにより急性期病院では診療実績が今まで以上に問われるようになりました。このため当院では入院後の治療、手術、処置後の退院までの期間の制約のために平均在院日数が平成30年度は12月時点で10.9日と年々短縮しております。このために医療ニーズの高い状態での転院をお願いすることも多くなり連携医療機関のスタッフの皆様にはご負担をおかけしていることと存じます。今後とも患者支援センター(地域医療連携部門、療養支援部門、相談部門)を中心に患者さんの情報共有・交換に努め円滑な連携ができるように取組んでいきたいと考えています。

新病院北棟がオープンして1年がたちました。中央手術室は全室に配備した映像統合システムによる手術記録を活用することでより安全でレベルの高い

手術を提供できるようになりました。また12室になったことで緊急手術への対応を含め手術件数も着実に増加しています。北棟オープン時には間に合いませんでしたが、2月には手術支援ロボット(ダヴィンチ)を導入し、また循環器センターでは経カテーテル的大動脈弁置換術(TAVI・TAVR)の導入に向けて準備を進めております。中央放射線室ではMRI、CT装置の更新・増設により検査待ち時間が短縮されておりますので、新規導入のFDG-PET装置と合わせて共同利用していただければ幸いです。

当院の役割は地域医療支援病院として地域の医療機関、施設との連携のもとに救急医療、がん診療等の高度専門医療そして災害拠点病院としての役割を果たすことと考えています。2020年12月の南棟完成、2021年10月のグランドオープンまで今しばらく時間がかかりますが、その間の医療政策の変化にも対応しながら新病院建設を進めていきたいと考えておりますので引き続きご支援の程お願い申し上げます。

新しい年が皆様にとって素晴らしい一年になりますようお祈り申し上げます。

## 事務部長 武知 浩二



新年明けましておめでとうございます。

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、ご指導を賜り、心から感謝申し上げます。

さて、昨年は2018年の漢字「災」が表すとおり、大阪北部地震、西日本豪雨、台風20号、21号被害、北海道胆振東部地震等、例年にない規模の自然災害に見舞われた年でした。これらの災害により多くの方々が犠牲となり、未だ復興もままならない状況です。改めて犠牲になられた方々のご冥福をお祈りしますとともに、一日も早い復興を願いたいと思います。災害時における救護活動は赤十字の使命であり、昨年は全国各地で災害救護活動に従事しました。当院も7月の西日本豪雨災害時には、南予地方を中心に救護班、DMAT、こころのケアチーム等、総勢60名を派遣し、救護活動を行いました。今後もより一層災害医療体制の充実を図り、赤十字病院としての使命を果たしてまいりたいと考えております。

院内においては、新病院建設事業の1期工事が完成、昨年1月に外来、手術、放射線部門等を中心とした北棟がオープンし、1年が経過したところであ

ります。オープンに合わせてCT、MRI装置を更新、増設し、新規に最新のFDG-PET装置を整備する等、医療機器の充実を図りました。お蔭さまで連携医療機関によるこれらの医療機器の共同利用件数も増加しております。また、CCU、脳卒中、周産期の各種ホットライン件数も増加傾向にあり、昨年度に新たに設置した外科系時間外ホットラインのご活用も進んでおります。可能な限りお断りしないこととしておりますので、引き続き医療機器、ホットラインともにご活用いただきますようお願いいたします。

今後、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・施設の皆さまには今後ともご指導、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、2019年が皆さまにとって良い年となりますよう、心よりお祈り申し上げます。

## 看護部長 児島 二美子



謹んで新年のお喜びを申し上げます。

連携医療機関の皆様におかれましては、日頃より温かなご支援を賜り、厚く御礼申し上げます。昨年1月新病院北棟オープン以来、外来・検査室等の移転や受付・会計システムの変更により、患者および連携医療機関の皆様には大変ご迷惑をおかけしております。グランドオープンまで、ご不便をおかけしますが、安全・安心な医療の提供を目指し、職員一同努力して参りたいと存じます。また、7月の豪雨災害では南予地域を中心に甚大な被害が発生いたしました。今なお不自由な生活を余儀なくされている方も多く、心よりお見舞い申し上げます。災害救護は赤十字の大きな使命であり、迅速な救護活動ができるよう今後も備えて参りたいと存じます。

さて、まもなく平成から新しい時代を迎えます。松山赤十字看護専門学校も今年3月に125年の歴史に幕を閉じます。いま赤十字に携わる私たちは、「人道を基盤とした赤十字のすぐれた看護」をきちんと

次世代に継承する責務があります。新たな時代に向けて変わらなければならないこと、赤十字として変えてはならないことを明確にし、一人ひとりの生命と人権を尊重し、こころの通う看護を実践してまいりたいと存じます。

先日、登山家でプロスキーヤー三浦雄一郎氏が、86歳で南米最高峰アコンカグア登山に挑戦することが発表されました。三浦氏は80歳でエベレスト登頂に成功されましたが、今回は30%の成功率と言われています。しかし、三浦氏は東京オリンピック世代に対し、「自分が世界のトップへチャレンジする日本選手の勇気になれば」と登頂を決められたそうです。私も自分で限界を決めず、チャレンジする1年にしようと勇気を頂きました。

本年も昨年同様、ご指導ご支援を賜りますよう、よろしくお願い申し上げます。

# 「病院と在宅看護・介護の連携」合同研修会

高齢者を孤立させないために わたしたちにできること

## 患者支援センター

平成30年12月8日(土)第18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。当日は、院外から150名、院内83名(合計233名)という多数のご参加をいただき、関係者一同心よりお礼申し上げます。

基調講演は、「高齢者の生活と支援 ～孤立をなくすために地域ができること～」をテーマに、聖カタリナ大学人間健康福祉学部教授 恒吉和徳先生にご登壇いただきました。

日本における価値観の変化、血縁の希薄化は暮らしの個人化を招き、孤立につながっている。孤立状態は、生活課題の深刻化や生命の危険を招くこともあり、いかに孤立を防ぐかは地域における喫緊の課題と言える。

高齢者の社会的孤立は、それぞれの地域の特徴や色々なタイプがあり、国の対策に並行して、身近な地域を単位とした独自の対策で取り組まなければ、問題解消につながらない。

対策のひとつに、居場所すなわち、ありのままの自分であることができ、ありのままの自分を見せることができる安心、安全な場所づくりがある。さらには居場所同士がつながるネットワークが必要。居場所を通じて、把握したニーズ課題をキャッチ・発信し、解決につなげるのが、専門職の役割と考える。

また、地域住民のさりげない日常生活の中での緩やかな見守りは、孤独死や認知症の方の徘徊、悪質商法などの被害に対して、大きな効果をもたらす。その秘訣は、多くの気づきの目を徹底して増やし、気軽に早期に関係機関に連絡・相談につながる体系づくりである。

住民をはじめ、地域にある様々な社会資源が連携、協働し、知恵を出し合い、それぞれの強みを活かした多様な取組みを期待する。

当院においても、高齢独居(世帯)の方が、重大な意思決定を迫られる場面に際して、家族や地域との関係が希薄ゆえに、悩み・対応を模索するケースが増えています。情報発信や問題解決に導く役割を担う一員として、大きな責任を感じました。

パネルディスカッションは、～孤立する高齢者を地域で支えるために～をテーマに、3名のパネリストに、日頃感じておられる思いをご講演いただきました。

清水医院 宇田真記先生は、在宅医のお立場から、生活を支える介護と、健康を保つ医療が、切れ目なく連携し、高齢者が、孤立しない地域づくり・街づくりの重要性を、事例を通して考察されました。

80代独居、せん妄や病状増悪などの問題がある中、自宅で過ごしたい本人の希望を尊重し、様々な職種が密に連携し、本人の生活パターンを共有して、安心・安全な生活をサポートされる様子がよくわかりました。

地域包括支援センター城西・勝山 石丸将さんは、人とのつながりを求めている高齢者同士を引き合わせることで、人とのつながりを求めている高齢者の意識を変えること、老々介護・認知介護をされており援助を求められていない状況の早期発見と相談先の確保など、自己の役割を考察されました。

セントケア四国株式会社 看護小規模山越 坂東明美さんは、医療・介護の連携で、要介護度と医療ニーズの高い方も、安心して在宅と施設で暮らせる様子を、たくさんの事例を通してご紹介下さいました。高齢独居でも地域とのつながりがあれば、情報が集まり、本人の送りたい生活が継続できることが理解できました。

まとめでは、日中独居の方など、制度のスキマに該当する方への専門的支援の大切さや、医療と介護の言語の壁を丁寧な関わりで乗り越える必要性などの意見交換がありました。

会を通じて、孤立を身近にある切実な問題と捉えることができました。地域課題を「我が事」として受け止め、「地域丸ごと」で取組む一人として、医療と一住民の立場から、私たちにできる小さなことを実践し続けたいと思います。

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いただき心より感謝いたします。

文責 岡本

### 開 催 要 領

|             |                                                                                                      |       |
|-------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|
| 開 会         | 13:00～13:10                                                                                          | (敬称略) |
| 開会挨拶        | 松山赤十字病院 院長 横 田 英 介                                                                                   |       |
| 基調講演        | 13:10～14:40                                                                                          |       |
| 講師          | 聖カタリナ大学 人間健康福祉学部 教授 恒 吉 和 徳<br>座 長 松山赤十字病院 副院長 藤 崎 智 明                                               |       |
| パネルディスカッション | 14:50～16:00                                                                                          |       |
| 座 長         | 聖カタリナ大学 人間健康福祉学部 教授 恒 吉 和 徳<br>松山赤十字病院 看護副部長 大 西 文 恵                                                 |       |
| パネリスト       | 医療法人 清友会 清水医院 副院長 宇 田 真 記<br>松山市地域包括支援センター 城西・勝山地区 主任介護支援専門員 石 丸 将<br>セントケア四国株式会社 看護小規模山越 所長 坂 東 明 美 |       |
| 閉 会         | 16:00                                                                                                |       |
| 閉会挨拶        | 松山赤十字病院 看護部長 児 島 二 美 子                                                                               |       |





股関節外科の手技は侵襲が大きいと思われがちだが手術法やテクニックは日々進歩しており特に股関節鏡手術、人工関節のアプローチは飛躍的な変化をしている。以前からある骨切り術も適応を選べばよい手術であるが、今回は新しくかつ進歩しているその二つの手術について解説する。

股関節鏡手術は欧米で発展し本邦で広がり始めたのはこの10年ほど前からであり私は8年前から股関節疾患に対する治療の一つの選択として股関節鏡手術を取り入れている。股関節鏡手術が広がってきている背景には画像診断の進歩があり、特にMRIの進歩により今まで診断できなかった関節内組織が見えるようになったことが大きい。また関節内疾患の理解が深まり多くの股関節痛が股関節唇やその周囲組織が原因となっていることが分かってきたこともある。股関節鏡は股関節唇損傷をはじめ様々な股関節内外の疾患の治療が可能であり(図1)、1cm程の切開を2～3か所に加えて行う手術で患者さんにとっては非常に低侵襲であるだけでなく関節内を直接見ることで痛みの原因をはっきりさせて的確な治療を行える方法である。平成28年には股関節唇に対する治療である関節鏡下股関節唇形成術が保険適応となり今後さらに広がっていくことが予想される。

人工股関節置換術は昔から行われている手術であるがその手術方法は近年めざましく進歩をしている。以前は手術中に広い視野を得られる後方アプローチが主であったが欠点として術後脱臼が多いことがありそのため術後に患者さんに動作を制限することが必須であった。近年は術後に患者さんへ動作の制限をせずに脱臼を抑制できるminimally invasive surgery total hip arthroplasty(MIS-THA)が広がっている。この方法は筋間から侵入し筋腱の切離を伴わずに行う低侵襲手術であり日本人工関節学会が2018年に報告した結果では全国の46%でMIS-THAは行われている(図2)。その理由として平成26年から人工関節術後患者

は身体障害者とは認められなくなったことが大きいと考え

られ、今後は患者さんが術後いろいろ気にすることなく動けるMIS-THAがますます普及し標準手技になっていくと思われる。MIS-THAは日々進歩しており現在は筋腱温存だけでなく関節包靱帯も可能な限り温存することで術後脱臼をほぼ0にしていこうとする取り組みが行われており私自身もMIS-THAの手技を取り入れてからは術後脱臼を経験していない。

いずれの手術も患者さんにとっては低侵襲で術後の痛みが少なく早期に社会復帰ができ、術後に生活動作などの我慢をしなくてすむものでありメリットの多い手術と考える。

### 股関節鏡手術の適応

- ✓股関節唇病変( Femoroacetabular impingement含む )
- ✓遊離体
- ✓Perthes病遺残変形
- ✓弾発股
- ✓炎症性疾患: 化膿性股関節炎 など
- ✓腫瘍性疾患: 色素性絨毛結節性滑膜炎  
滑膜性骨軟骨腫症 など



関節内病変のほぼすべてに対応可能

図 1

### 日本人工関節学会 THAレジストリー



図 2

## 動脈疾患に対する血管内治療 ～ PAD に対する血行再建術～

血管外科部長 山岡 輝年



閉塞性動脈硬化症 (ASO) は、最近末梢動脈疾患 (Peripheral arterial disease: PAD) といわれることが多く、粥状硬化症を基盤とする動脈硬化性疾患であり、超高齢社会へと進んでいる日本において、今後、重要性が増していく疾患の一つです。この PAD に対する治療は基礎疾患の管理強化によるリスク是正に加え、慢性下肢虚血症状改善のための血行再建術が行われます。(図1、2) 原則、無症候性や軽度症状に対する予防的な血行再建の適応はなく、重度～中等度間歇性跛行または虚血性安静時痛や潰瘍壊疽に対し血行再建の適応となります。

ここ10年 PAD に対する血行再建術において、医療器具(ステント、バルーン、ガイドワイヤーなど)の改良開発に伴い血管内治療の進歩は著しく、技術的成功率や中長期臨床成績の向上により適応範囲が大きく拡大しています。

治療対象となる動脈病変の部位によって、血行再建術の選択は異なり、その概略を(図3)に示しています。①大動脈—腸骨動脈領域は血管内治療が第一選択であり、バイパス術は限られた状況にのみ適応しています。②大腿—膝窩動脈領域に関しては、最も医療器具の開発が行われており、薬剤(パクリタキセル)溶出性ステント、薬剤(パクリタキセル)バルーン、ステントグラフトなどの登場により血管内治療の適応拡大が進んでいる領域で血管内治療が数多く行われていますが、25cmを越えるような広範囲閉塞病変や高度石灰化病変に対してはバイパス術(FPバイパス)を選択する必要があります。③膝下下腿動脈領域は、この領域の血行再建を要する症例はほぼすべて、重症下肢虚血であり、血行再建の選択は基礎疾患や耐術能、創傷の状態(大きさや感染合併の有無など)、代用血管としての伏在静脈の有無によって選択されます。血行再建としては伏在静脈グラフトによる足関節周囲バイパスないしはバルーン拡張による血管内治療となります。

血管内治療は進歩していますが限界もあり、これのみですべての PAD を治療することは困難であると同時に、安易な血管内治療は将来に甚大な禍根を残す可能性もあります。当院、血管外科では血管内治療を最先端で積極的に取り入れ、従来の外科手術

(バイパス術や血管形成術)と血管内治療のバイアスのない適切な選択ができるよう今後も取り組んでいきたいと考えています。

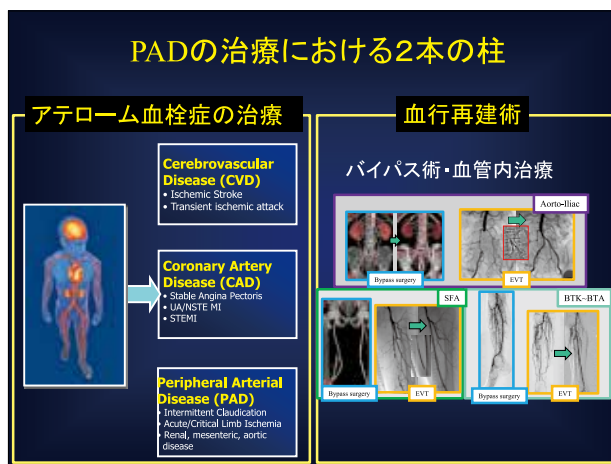


図1

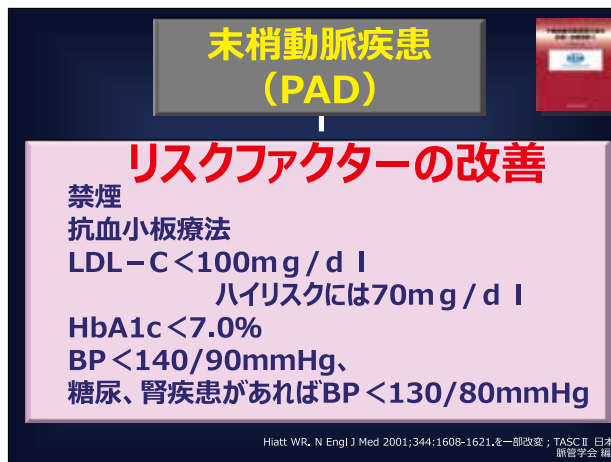


図2

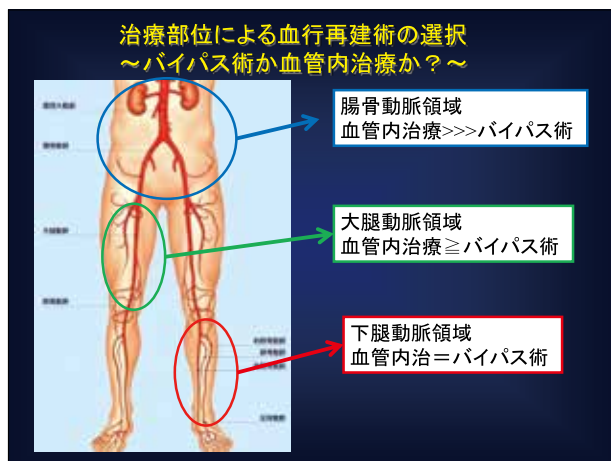


図3



脳血管内治療はデバイスや技術の進歩により着実に進化している。今回は脳血管内治療～最近の話題～として、脳動脈瘤治療と脳塞栓症に対する急性期機械的血栓回収療法に焦点をあてて解説をする。

脳動脈瘤治療の基本はコイル塞栓術であるが、単純な方法では塞栓術が困難な脳動脈瘤に対する補助手段が数多く開発され、治療可能性や安全性が格段に上昇している。その方法として、バルーンアシスト、ダブルカテーテル、ステントアシストなどがある。特にステントアシストテクニックは、特性の異なる数種類のステントが開発され、治療の選択肢が増えている(図1)。更に近年では、対象は限られるが、金属被覆率を高めたフローダイバータにより、脳動脈瘤と親血管の血行を部分的に遮断し、塞栓術なしで動脈瘤を血栓化する治療法も導入され、今後さらに発展すると考えられる。

脳塞栓症は、多くが心房細動により生じた塞栓子が脳の主幹動脈を閉塞し、突然発症の後、重篤化するタイプの脳梗塞である。2005年に認可された血栓溶解薬(t-PA)の静脈内投与が標準治療であり、発症後4.5時間以内に投与する必要がある。以前より、t-PA投与困難例や無効例に対して、脳血管内治療による機械的血栓回収療法が試みられてはきたが、2012年までは、その有効性が示されることはなかった。2013年以降に各種のステント型血栓除去デバイスが開発され治療に使用された。2015年にナッシュビルで開催された国際脳卒中会議にて、標準治療と合わせてステント型血栓回収デバイスを用いた機械的血栓回収療法を行うことの有効性が示され、ナッシュビル・ホープと呼ばれる(図2)。以後、t-PAの投与と同時に機械的血栓回収療法を行うことが推奨され、同年にアメリカ合衆国のガイドラインが、2017年には日本のガイドラインが書き換えられた。治療法は進化しているが、最大限の治療効果を得るための原則は、発症後できるだけ早い時期に治療を受けることであり、医療者のみならず、一般

の方々に脳卒中の症状や対処法を周知していく必要がある(図3)。

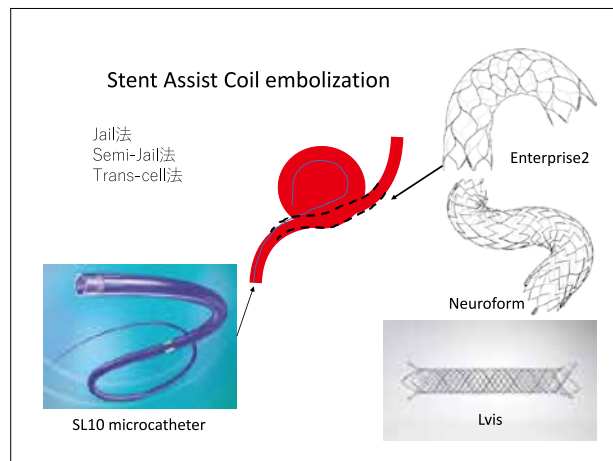


図1

ナッシュビル・ホープ  
International Stroke Conference (ISC, 2015)

| 研究名         | 治療方法            | 対象症例              | 最終再開通 (TICI2b/3) | 転帰良好 (90日, mRS<2)              | 症候性頭蓋内出血     |
|-------------|-----------------|-------------------|------------------|--------------------------------|--------------|
| ESCAPE      | IVT+EVT群 / IVT群 | 発症12時間以内、ICA~M2   | 72%              | 53.0% vs 29.3% (OR1.7, P<0.05) | 3.6% vs 2.7% |
| EXTEND-IA   | IVT+EVT群 / IVT群 | 発症6時間以内、ICA/M1/M2 | 86%              | 71% vs 40% (OR4.2, P=0.01)     | 0% vs 6%     |
| SWIFT PRIME | IVT+EVT群 / IVT群 | 発症6時間以内、ICA/M1    | 88%              | 60% vs 35% (OR1.7, P<0.001)    | 9% vs 6%     |

IVT: Intra Venous tPA, EVT: Endovascular Treatment

図2

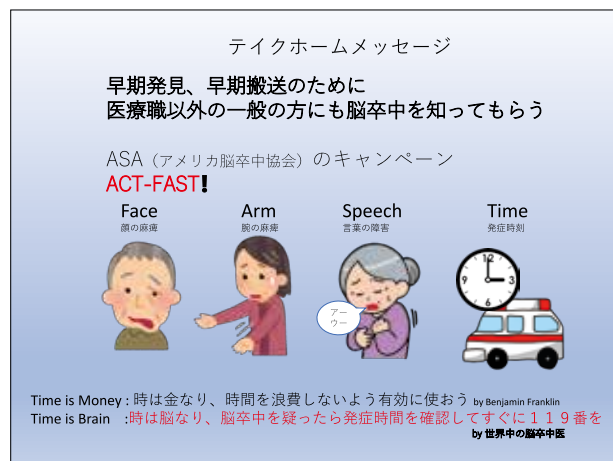


図3



## リウマチ・膠原病内科的治療

リウマチ科部長 押領司 健介



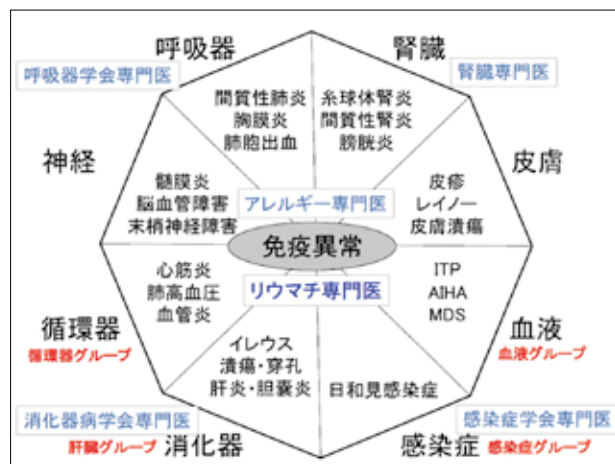
免疫調節治療はリウマチ膠原病、炎症性腸疾患、乾癬などの領域で各々独立した発展を遂げてきた。その中でも本邦では15年前に分子標的治療の先駆けであるTNF  $\alpha$  阻害薬が炎症性腸疾患・関節リウマチで使用され始めたのをきっかけに、近年種々の作用機序を持つ薬剤が次々に開発され適応を取得している。IL-6受容体阻害薬、CTLA4-Ig(CD4陽性T細胞調節薬)、JAK 阻害薬、IL-17阻害系(種々あり)、 $\alpha 4\beta 7$ 阻害薬(腸管へのリンパ球接着をつかさどる接着因子の阻害)、B細胞刺激因子阻害薬(全身性エリテマトーデスに適応)など枚挙にいとまがない。また血液疾患に使用されていた殺B細胞効果のある抗CD20抗体も、血管炎や難治性ネフローゼに対する適応を取得している。またTNF  $\alpha$  阻害薬は非感染性ぶどう膜炎の適応も取得し、眼科との連携も多くなっている。

こうした免疫調節治療の発展に伴い、種々の薬剤をいかに効果的にかつ安全に使用するかが臨床医のスキルとなっている。そのためには臨床免疫学の知識と、使用経験の綿密なフィードバックが必要であることは言うまでもない。

使用経験については例えば1. TNF  $\alpha$  阻害薬が炎症性腸疾患で先行して使用され、その後関節リウマチで使用された、2. JAK 阻害薬は関節リウマチで先行して使用され、その後潰瘍性大腸炎に適応を取得、3. IL-17阻害系薬剤は尋常性乾癬・関節症性乾癬で使用され、その後炎症性腸疾患や強直性脊椎炎で適応を取得、など各科それぞれのアドバンテージがある。以上より、免疫調節治療を各科横断的に遂行できうる環境づくりを目的の一つとして、新病院完成に伴い免疫統括医療センターを設立させていただいた。名称については慶応大学病院に同名のセンターがあり、2011年に私が見学に行き当時の同センター長に同名でのセンター設立のご許可を頂いた。

現在は外来化学療法加算の対象となる点的製剤の投与が中心となっているが、今後は各科が個々に施

行しているB型肝炎ウイルスの再活性化や結核・ニューモシスチス肺炎予防などの safety managementの 統括をはじめとして、各科の定期的な情報共有を通じ地域はもちろんのこと日本で最も風通しの良い免疫調節治療が行えるセンターとして貢献していけるよう組織のupgradeに注力したい。また免疫はがんなども含め全身全科に影響するため、臨床免疫学的知識を蓄積していくことにより全人的な治療の向上にも貢献していきたい。



## 炎症性腸疾患

消化器内科副部長 浦岡 尚平

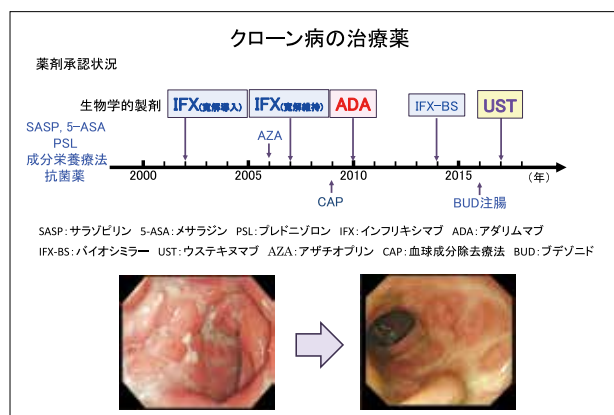
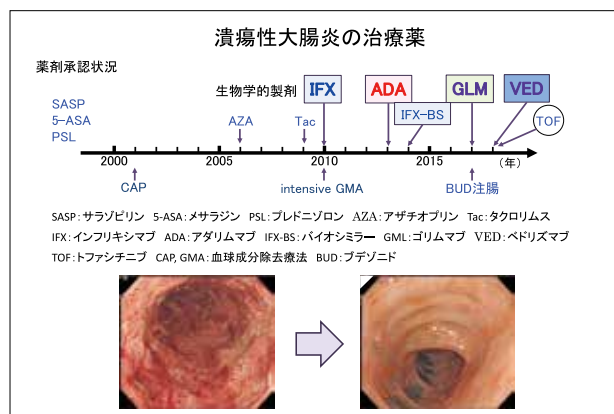
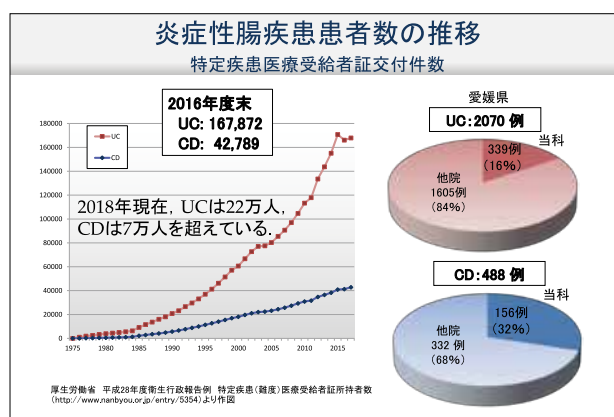


炎症性腸疾患の従来の治療目標は、目の前の患者さんの症状を軽減させること、臨床的な寛解の導入と維持でした。しかし、抗 TNF  $\alpha$  抗体製剤の登場に端を発し、治療ストラテジーは大きく変わり、生活習慣病と同様に長期予後を改善するために具体的な目標の達成に向けた治療 'treat to target' の概念が導入されました。すなわち粘膜治癒により再燃リスクが低下し、入院率や手術率の低下に結び付くとともに、発癌リスクを抑えられるエビデンスが集積され、治療目標が粘膜治癒へと引き上げられたのです。そして、既存の治療では効果が不十分な患者さんを対象に、新たな分子標的薬が次々に開発されています（現在、生物学的製剤6種類、低分子化合物1種類が保険認可）。治療選択肢の増加に伴い、常に治療の最適化が求められるようになり、この領域の専門性は高まっていると感じています。

一方、本邦において潰瘍性大腸炎は22万人、クローン病は7万人を超えており、食生活の欧米化に伴って飛躍的に増加しています。その結果、炎症性腸疾患の専門医以外の先生方においても両疾患を診療する機会はまれではなくなってきました。当院の役割は、地域医療支援病院として地域の医療機関との連携のもとに高度専門医療を提供することです。安心して地域の先生方からご紹介いただけるには、相応のキャパシティを有した受け皿も必要でしょう。こうした機運を引き継ぐ形で、新病棟移転に際して免疫統括医療センターは開設されました。

センター化のメリットの1つは、診療スペースの拡充です。化学療法センターと共用で29床のベッドが利用可能で、遠方から通院される患者さんや就学・就労中の患者さんのニーズにも対応しやすい環境となっています。2つ目は院内横断的なチーム連携です。多職種が科別の縦割りで職務を分断することなく、横断的に機能することで、効率的な医療が実践しやすくなっています。またオープンなため、正当性が担保されやすい側面もあります。3つ目は生物学的製剤に特化した治療提供が行えることです。専任のスタッフが配置されているため、有害事象発生時の対応も含め安全性が高く、逆に生物学的製剤のエキスパート育成にもつながっています。4つ目は各科の負担軽減です。各科と切り離して一カ所で生物学的製剤の投与が行われることは、当該科の医療スタッフの負担軽減に直結します。

免疫統括医療センターは、リウマチ科、皮膚科および当科と看護部門、薬剤部門が協力し合い、生物学的製剤による治療を専門に行うユニットです。その役割は、医療安全の確保と適正かつ円滑な治療の提供と考えます。より多くの患者さんに快適に治療を受けて頂けるよう努めてまいりたいと思います。





## 皮膚科疾患 ～生物学的製剤を用いた乾癬治療について～

皮膚科部長 南 満芳



乾癬は炎症性角化症の代表的な疾患であり、典型例では暑い銀白色の鱗屑を伴う紅斑局面が全身皮膚にみられる。乾癬の病型には尋常性乾癬、乾癬性関節炎、膿疱性乾癬、乾癬性紅皮症、滴状乾癬がある。原因についてはいまだ不明であるが、何らの遺伝的背景(乾癬になりやすい体質)に、後天的な刺激(薬剤、感染症など)が加わって発症すると推測されている。

乾癬の病態形成にはTh17細胞を中心としたIL23/Th17軸が深く関わっていることが近年の研究で解明されてきた。外界からの刺激を受けて皮膚の樹状細胞が活性化し、TNF- $\alpha$ を産生する。樹状細胞はTNF- $\alpha$ により自己活性化し、IL-23を産生するが、このIL-23がTh17の増殖、維持に働き、さらにTh17が産生するIL-17が表皮角化細胞に作用して乾癬の皮疹が誘導される。現在、本邦で乾癬治療に使用できる製剤が7剤あるが、その作用点はTNF- $\alpha$ を抑制するもの(インフリキシマブ：IFX、アダリムマブ：ADA)、IL-23を抑制するもの(ウスティヌマブ：UST、グセルクマブ：GSE)、IL-17を抑制するもの(セクキヌマブ：SEC、イクセキズマブ：IXE、ブロダルマブ：BRO)に大別される(図1)。

乾癬の治療は、従来、外用療法、紫外線療法、内服(レチノイド、シクロスポリン)などを組み合わせて行ってきたが、尋常性乾癬の重症例、乾癬性関節炎、膿疱性乾癬などでは、十分な効果が得られず、治療に難渋することが多かった。これらの難治症例に病態形成に関与するサイトカインをピンポイントで抑える生物学製剤が著効することがわかり、革命的ともいえる治療効果が得られている(図2)。抗TNF- $\alpha$ 抗体(IFX、ADA)は特に関節症状に高い有効性を示し、乾癬性関節炎の患者に選択されることが多い。また容量調節ができるので高体重の患者にメリットがある。抗IL-23抗体(UST、GSE)は、効果がでるのに少し時間がかかるが、効果が長く続くのが特徴でUSTでは投与間隔が12週である。このため当科では、USTを選択される患者が多い傾向にある。抗IL-17A抗体(SEC、IXE)、抗

IL-17RA抗体(BRO)は、乾癬の病態形成に一番末梢で働くIL-17を阻害する薬剤であり、皮疹だけでなく関節症状にも高い有効性を示す。特に、投与初期にローディングをかけるので、効果発現が速やかなのが特徴である。

生物学的製剤の登場により、乾癬の治療においてより高い治療目標を設定できるようになったが、すべての患者を寛解に導けるわけではない。また、まれに生じる重篤な副作用や医療経済的な観点からも盲目的に使用してよい薬剤ではない。安全性を担保しつつ、生物学的製剤の有効性を最大限引き出すような使用法を追求していく必要がある。

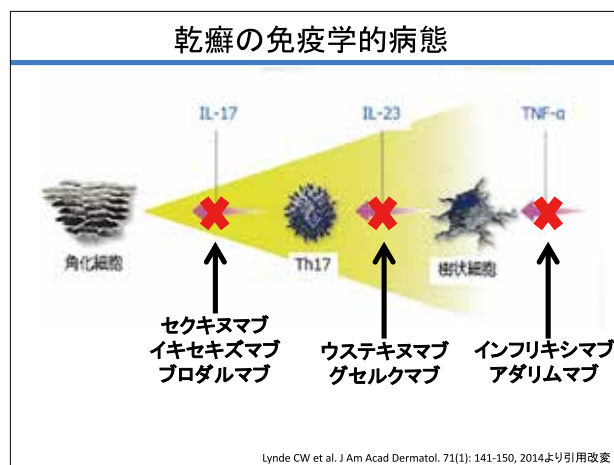


図1

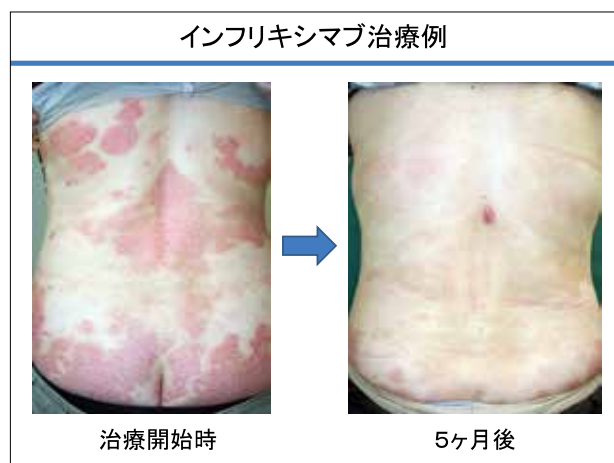


図2

# PET-CT検査のご案内

平成30年4月から連携施設の方が共同利用できるようになりました。  
事前予約が必要になりますので、患者支援センターにご連絡ください。

- ① 患者支援センターに電話でご予約ください。
- ② 検査予約票をFAXで返信いたします。
- ③ 診療情報提供書(紹介状)・同意書・問診票をFAXでお送りください。  
※必ず空腹時血糖の記載をお願いいたします。
- ④ 紹介元医療機関にて患者用説明書等を参考に、患者さんに説明し同意を取得しておくようお願いいたします。
- ⑤ 当日患者さんは「院外紹介患者受付」にお越しいただき、保険証・診療情報提供書(紹介状)・診療予約票をご提示ください。
- ⑥ 検査結果は、後日紹介元医療機関へ郵送いたします。
- ⑦ 保険適応についてはホームページのPET-CT検査説明書をご確認ください。

各種様式はホームページからダウンロードできます。(PET-CT検査説明書・検査同意書・検査問診票)

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

PET-CT(SIEMENS社製 Biograph Horizon)が導入され、FDG-PET 検査に使用されています。この検査は、フルデオキシングコース( $^{18}\text{F}$ -FDG)という検査薬を注射し、待機室にて90分安静にした後に約30分間でほぼ全身の撮像を行います。体内の糖代謝を見ることにより、脳や心臓、がん等の疾患を診断する検査です。検査の所要時間はおよそ3時間です。前日から検査当日の食事制限、運動制限など多数の注意事項がありますのでご注意ください。

## 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411施設、登録医は575名です。

今後も随時、受付けておりますので当院「患者支援センター」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

患者支援センターでは、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)**

※17:00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。

バックナンバーにつきましては当院ホームページからご覧いただけます。

■ 発行責任者 / 副院長(患者支援センター所長) 藤崎 智明

■ 編集 / 松山赤十字病院・患者支援センター 〒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/>