

救急看護認定看護師について

救急看護認定看護師とは、突発的な外傷、急性疾患など、危機的な状況に陥った救急患者さんの緊急度・重症度を瞬時に判断し、患者さんの状態に即応した看護を行う看護師のことを言います。看護実践をする場として、病院前救護（現場での医療活動）、初療看護（救急搬送された患者さんの初期治療）、院内急変対応、災害看護があり、看護を提供する対象は、様々なライフステージにある患者さんやご家族です。特に、病院前救護、初療看護、災害看護は様々な知識と技術、経験が必要であり、より専門性を問われる分野です。

今回は、私たちが行っている病院前救護、初療看護、災害看護についてご紹介させていただきます。



左より 救急看護認定看護師、安武 麻衣(やすたけ まい)、
中村 悦子(なかむら えつこ)、山浦 章平(やまうら しょうへい)

1. 現場や救急車内から迅速な医療活動を行います

福岡大学病院は、今年度より早期医療対応救急車両として、FMRC(Fast Medical Response Car)の運用を開始しました。FMRCとは、医師と看護師が現場に駆けつけるドクターカーのことです。今までの医療は、病院で搬送されてくる患者さんを待ち、病院到着後から治療を開始していました。そのなかで、より早く治療や処置を開始できていれば救命できたであろう患者さんや、救命できても脳に重いダメージを負ってしまい、社会復帰が叶わなかった患者さんも経験してきました。この経験が「救命処置を病院に運ばれる前から行うことで一人でも多くの命を救いたい」という思いとなり、FMRCの運用開始に至りました。



早期医療対応救急車両 FMRC (Fast Medical Response Car)

FMRCを開始したことで、現場から高度な専門的治療を行い、現場での情報を病院で待機する医師と共有することで、早期から治療戦略を立てることが可能となりました。私たちは、一人でも多くの命を救うため、医師と協働し日々活動を行っています。

2. 患者さんの緊急度・重症度を迅速に判断し、初療看護を行います

初療とは、救急車で運ばれてきた患者さんに行う初期治療のことです。私たちは、患者さんが救急車から治療室に運ばれるまでの間に、病態の緊急度と重症度を把握し、迅速に治療が行えるよう初療看護を行います。初療時の1分1秒は患者さんの生命を左右するといっても過言ではありません。切迫した状況でより専門的な看護を提供できるよう、最新の知識や技術をもとに患者さんの状態変化時に即応した看護を行っています。

3. 災害の経験を活かし、災害対策に取り組んでいます

私たちは、災害急性期に災害現場で活動するDMAT(Disaster Medical Assistance Team)隊に所属しています。これまで、東日本大震災、熊本地震、九州北部豪雨などで活動を行ってきました。実際の災害現場では、混乱や資源不足のため、普段行っている治療や看護ケアが十分に行えない現状を目の当たりにしました。福岡でもいつ大きな災害が起こるかわかりません。当院は災害拠点病院であり、災害発生時には福岡市の医療拠点となります。有事の際に職員一丸となり、一人でも多くの命を救えるよう、実際の災害対応の経験をもとに、日頃より院内の災害対策の整備と職員教育を行っています。

新年のご挨拶

明けましておめでとうございます。

平素は福岡大学病院の診療にご理解とご協力を賜りまして御礼申し上げます。

現在、我が国は少子高齢化や景気の低迷が続く一方、働き方改革、消費税増税、女性医師のキャリア支援と育児の両立などあらゆる課題に直面しています。このような状況に対応するために福岡大学病院でもさまざまな対策に取り組んでいます。

昨年10月より医師を中心とする医療従事者の働き方改革に対応するため、土曜日の外来診療を休診にしました。地域の医療機関の方や患者さんにはご不便をおかけしているなか、ご理解いただきありがとうございます。働き方改革により医師に関しては労働時間の短縮が求められていますが、手術手技の向上や専門医を取得するための研究や論文作成などの自己研鑽も必要です。加えて、宿日直勤務の在り方等の診療業務の両立について院内で議論を重ねています。

当院では、患者さんに安心して医療を受けていただけるように以下のような相談窓口を設置しています。是非ご利用ください。

1) 医療相談窓口

- ・病気やけがにより療養面や社会生活面で困った問題が生じたときに、患者さんやそのご家族が治療や生活に対する不安を軽減するためにソーシャルワーカーが専門的な視点からサポートを行っています。
- ・治療と仕事の両立を望む患者さんへの支援の一環として、がん・脳卒中などの脳血管障害、心疾患で治療を受けている方を対象に、福岡産業保健総合支援センターから派遣された両立支援促進員が病院スタッフと連携を図りながら相談に応じています。

2) 案内・受診相談・文書窓口

- ・早良警察署の協力要請を受け「高齢者の運転免許の自主返納」に関する問い合わせを受け付けています。

また、長年老朽化によりご不便をおかけしていました病院本館ですが、この度ようやく建て替えが決定しました。現在、具体的な設計段階に入り2023年の完成を目指し検討を重ねています。皆さまに特定機能病院として質の高い医療と災害拠点病院として安心安全な環境を提供できるように整備していきたいと考えています。

私たち職員は病院の理念である「あたたかい医療」を実践できるように、笑顔で挨拶を交わし活気ある福岡大学病院を目指します。そしてすべての患者さんの早期治癒を願っています。

本年も宜しく願い申し上げます。



病院長
いのうえ としひろ
井上 亨



緑内障について



眼科 副診療部長
尾崎 弘明

わが国の緑内障の特徴

緑内障とは眼圧が高いことが影響して視神経に障害が起こる病気で、現在わが国における失明原因の中で第1位とされています。目の中には房水とよばれる液体が眼球の硬さを一定に保っており、眼圧とよびます(図1)。緑内障の頻度は40歳以上の20人に1人(5%)であることが判明しています。自覚症状は初期ではあまりないことが多く、進行すると視野の欠損が生じます(図2)。視力は末期まで保たれるために病状が進行するまで放置されていることもあります。日本人には眼圧が正常範囲内であるにもかかわらず、緑内障と同じ症状となる正常眼圧緑内障が多いことが特徴です。

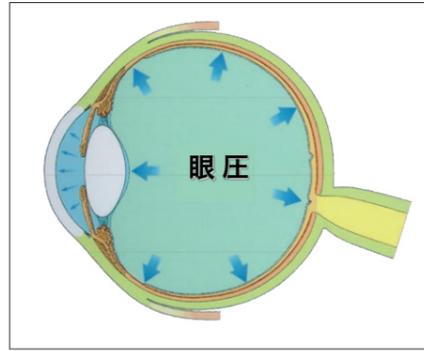


図1 眼球断面図

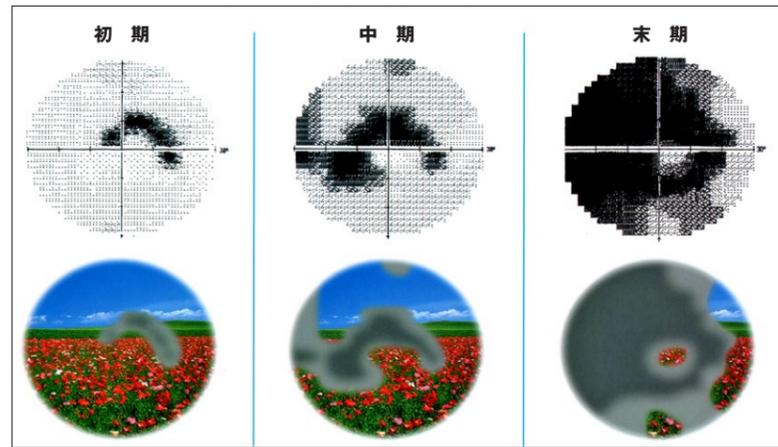


図2 緑内障の視野

診断法と点眼薬の現状

緑内障の診断には眼圧検査、視野検査、眼底検査が必要となります。いずれの検査も無痛であり、比較的短時間で行うことができます。また最近では光干渉断層計を用いてより早期の緑内障が診断可能になりました。治療は病気の進行を阻止するために眼圧を下げるのが有効とされています。そのためにはまず点眼剤による治療を開始します。眼圧下降を目的とする点眼剤は数種類あり、必要に応じて併用処方されます。

治療法の種類やインプラントについて

点眼剤のみでの眼圧コントロールが困難な場合には内服薬もしくはレーザー照射による治療を行うこともあります。手術は最終的な手段として行われます。眼圧を下げる目的で、房水の流れを妨げている隅角の部分からバイパスを作成する方法が行われます。新しい手術手技として図のようなステンレス製のインプラントが使用されるようになりました。全長2.6ミリの装置で、隅角に挿入することにより房水を眼外に永続的に排出させます(図3)。従来の手術手技に比べて手術時間の短縮、安定した効果が得られるようになってきました。しかし、緑内障によって発症した視野欠損は治療によって回復することはありません。すべての治療は進行を防ぐものです。

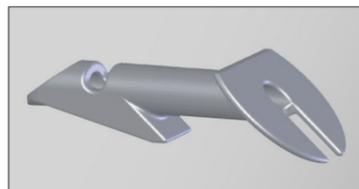


図3 インプラント

定期検診による早期発見の重要性

緑内障は悪化する前にできるだけ早期発見、早期治療を行うことが非常に重要です。普段は両眼で生活しているために片方の目に異常が生じても気づかれず、発見が遅れがちになります。福岡大学病院では毎週火曜日に緑内障専門外来を設けており、複数の緑内障専門医で診療に携わっています。手術治療が必要な方やセカンドオピニオンが必要な方など、多くの患者さんに受診していただいております。40歳以上の方で視野の異常を少しでも感じられた方、ご心配の方はご相談ください。



角膜移植 ~全層移植からパーツ移植へ~



眼科 医局長
佐伯 有祐

角膜は、いわゆる「くろめ」の表面の透明な組織で、その透明性が視力と密接にかかわっていることは勿論、その他、屈折ならびに眼球の形態保持に非常に重要な役割を担っています。角膜移植の適応疾患は、角膜の透明性や形状の異常による視力低下をきたす疾患は勿論のこと、外傷や感染、自己免疫疾患による角膜穿孔、感染巣の広範囲な除去を必要とする角膜感染症など、多疾患にわたります。当院では、近年、年間50症例をこ

える角膜移植を施行しておりますが、全層角膜移植のほか、表層角膜移植ならびに角膜内皮移植が施行されており、後者の2術式、いわゆるパーツ移植の割合が増加しております(図1)。

各移植術について説明する前に角膜の構造について説明いたします。角膜は大きく上皮・実質・内皮の三層に分けられます。上皮は旺盛な再生能を持つ5-6層からなる重層扁平上皮層で、外部からの侵入物に対するバリア機能を有します。実質は角膜厚の90%を占め、主にI型コラーゲンによる多層性の構造を呈しています。内皮は角膜の最内層で一層の扁平な細胞が敷石状に配列し、そのポンプ機能が角膜の透明性と密接に関わっています。

全層角膜移植とパーツ移植である表層角膜移植、角膜内皮移植のシエマを図2に示します。角膜の三層すべてをドナー角膜と交換するのが全層角膜移植です。

全層角膜移植は適応疾患が多い角膜移植の基本術式です。しかし、適切な抗炎症点眼や内服薬を使用しても拒絶反応が20%程度に起こり、発症した場合、ステロイド全身投与が必要となります。早期に治療を行えば回復しますが、移植片不全に陥り再移植が必要となる場合があります。

表層角膜移植は角膜内皮が障害されていない疾患に行われます。具体的には角膜実質の変性症や感染や外傷といった角膜外からの障害によって引き起こされた疾患による角膜混濁が適応となります。角膜内皮とその基底膜以外を切除し、厚みをそろえたドナー角膜を移植するという非

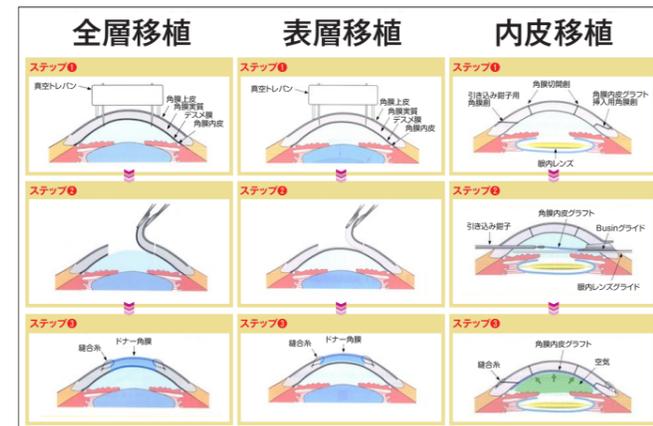


図2

常に高いスキルを要しますが、その最大のメリットとして前述した拒絶反応がほぼ起こらないということが挙げられます。また、角膜を穿孔させずに手術を行うため、眼内炎や駆逐性出血(眼内の強い出血)といった重篤な合併症を回避できます。当院の特色として角膜感染症の急性期に表層角膜移植を施行し、良好な結果を得られています。

角膜内皮移植は表層角膜移植とは逆に角膜内皮が障害され、角膜に強い浮腫が起こる疾患である水疱性角膜症に対し施行されます。移植角膜の内皮側を特殊な機械により150μmのシートにし、眼内に挿入した後、空気にて接着させます。そのメリットはまず拒絶反応が全層角膜移植の1/4であり、5%程度です。またドナー角膜に対する縫合を行わないため、不整乱視が惹起されにくく、良好な視力を得ることができず(図3)。

このように、パーツ移植の適応を拡大することによって術後経過、術後視力のさらなる改善がみられます。他院では治療が難しい角膜疾患でも、角膜移植にて視力が改善できる場合がありますので、お気軽に当院眼科へ相談いただければ幸いに存じます。

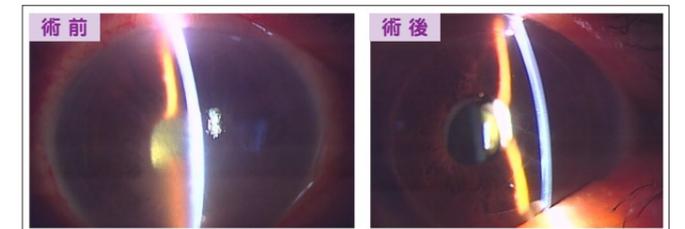


図3 角膜内皮移植術前後 術後視力は矯正1.0

図1