

外来医師一覽表

(平成16年9月現在)

区	分	月	火	水	木	金	
内科	午前	嬉野紀夫	宮本祐一	宮本祐一	嬉野紀夫	宮本祐一	
		後藤 伸	三根 誠	後藤 伸	後藤 伸	三根 誠	
		富吉義幸	柴田昌一朗	永田正喜	柴田昌一朗	永田正喜	
		小野原信吾	杉原 充	小野原信吾	川添聖治	当番医	
		松石英城	高島 洋	松石英城	富吉義幸	高島 洋	
		中原 伸	小柳孝太郎	当番医	中原 伸	小柳孝太郎	
		重松宏尚	緒方伸一	川添聖治	緒方伸一	重松宏尚	
泌尿器科	午前	田倫章	田倫章	手術	田倫章	手術	
		狩野武洋	狩野武洋		宋 裕 賢		
		宋 裕 賢	池田浩平		池田浩平		
眼科	午前	(西村知久)	西村知久	大野新一郎	西村知久	西村知久	
		大野新一郎	大野新一郎		大野新一郎		
小児科	午前	稲光 毅	稲光 毅	稲光 毅	稲光 毅	稲田成安	
		小林育子	前田真穂美	稲田成安	小林育子	小林育子	
	午後	(アレルギー外来)	予防接種	乳児検診	専門外来 (要予約)	(アレルギー外来)	
耳鼻咽喉科	午前	宮崎純二	宮崎純二	手術	宮崎純二	宮崎純二	
		恒富今日子	恒富今日子		恒富今日子	恒富今日子	
		鈴木久美子	鈴木久美子		鈴木久美子	鈴木久美子	
		笹栗里那子	笹栗里那子		笹栗里那子	笹栗里那子	
整形外科	午前	佛坂俊輔	手術	佛坂俊輔	手術	前 隆男	
		井上三四郎		前 隆男			
		力丸俊一		井上三四郎			力丸俊一
		野口康男		野口康男			
脳神経外科	午前	坂田修治	萩原直司	坂田修治	手術	前田健二	
外科	午前	白石 猛	矢野篤次郎	当番医	山田耕治	岸川圭嗣	
		当番医	折田博之	当番医	石田真弓	石田真弓	
		廣瀬龍一郎	古賀 聡		当番医	芝原幸太郎	
		当番医	当番医	当番医	当番医		
産婦人科	午前	野見山亮	野見山亮	手術	西田純一 野見山亮	手術	
		(西田純一)	西田純一				
		渡部友希子	渡部友希子				
皮膚科	午前	武下泰三	武下泰三	武下泰三	武下泰三	武下泰三	
		辻 学	辻 学	辻 学	辻 学	辻 学	
循環器科	午前	石橋裕二	林田 潔	石橋裕二	心カテ	林田 潔	
		江島健一				江島健一	
心臓血管外科	午前	手術	樗木 等	手術	樗木 等 内藤光三	手術	
放射線科	午前	下田悠一郎	梶原哲郎	下田悠一郎	梶原哲郎	下田悠一郎	
		松本幸一	松本幸一	井上昭宏	井上昭宏	松本幸一	
精神神経科	午前	原 富英	原 富英	原 富英	原 富英	原 富英	
麻酔科	午前	当番医	牧野毅彦	当番医	当番医	牧野毅彦	
緩和ケア科	午前		宮本祐一			牧野毅彦	
呼吸器専門	午前	当番医	当番医	小柳孝太郎	当番医	当番医	

☆ニュースレター委員会からのお知らせ☆

好生館だよりへのご意見・お問い合わせにつきましては
院内のご意見箱、FAX0952-28-1296 又はE-mail:ksoffice@bronze.ocn.ne.jpまで！

好生館だより

2004.9

第 2 号



佐賀県立病院好生館

設立の理念

「好生の徳は民心にあまねし」
「学問なくして名医になるは
覚束なきことなり」

基本理念

「病む人、家族、そして県民の
ここに添った
最良の医療をめざします」



病院機能評価認定証

佐賀県立病院好生館

〒840-8571 佐賀市水ヶ江一丁目12番9号
TEL 0952-24-2171(代表)
FAX 0952-29-9390



【館長挨拶】

河野仁志

今年4月に館長に就任した河野仁志です。大きな変動期を迎えている日本の医療界の中で県病好生館のかじ取りを行うにあたり、以下の政策宣言をかかげました。

1) 患者さま中心の信頼される開かれた医療(①全人的なチーム医療の実践と安全医療の確立、②毎年の診療実績のホームページでの公開、③患者さまが主治医を選べる

主治医選択制度の導入、④待遇日本一を目指した待遇教育の実施)、2) 県民医療の確保と高度かつ最良の医療の実践(①地域医療機関と連携した救命救急・小児医療の充実、②急性期入院医療と病診連携の強化、③がん、循環器、脳、肝疾患に対する先端医療の発展)、3) 好生館の移転・改築の円滑なる実施(①移転・改築までの内部機構の充実:日本医療機能評価機構による認定とその維持)、4) 教育の重視と人材育成(①地域の大学・医療機関と協力した人間愛あふれる医療人の養成、②新医師臨床研修制度に対応した医師研修体制の構築)、5) 健全経営の実施(①診療科別、疾患別収支に基づく経営改善、②独立行政法人化への模索)。

これらの内、日本医療機能評価機構による認定については本年4月16日付けでめでたく認定証を発行していただきました(表紙に認定証の写真があります)。前館長を中心に2年間にわたり準備を重ねてきた職員一同の努力が実ったものと思います。ただ、これに満足してしまうことなく、将来を見据えた整備を継続して行く所存です。皆様、どうぞよろしくお願い致します。



【健康講座】

～生活習慣を見直して虚血性心臓病(狭心症、心筋梗塞)から身を守ろう!～

副館長 樗木 等

虚血性心臓病は生活習慣病の一つでもあり、生活習慣を改善することにより未然に予防し得ます。ひいては日本全体の医療費の大幅な削減となり、家庭にあっては生活費の無駄使いの解消にもなるはずで。肥満、高脂血症(高コレステロール血症)、耐糖能異常(糖尿病)、高血圧が悪名高い危険因子で、これらが一緒になると極めて危険なために「死の四重奏」と恐れられています。さらに

喫煙が加わると10倍以上の危険性が高まり「死のオーケストラ」となります。以下に、具体的な目標をお話します。

「肥満」は余分な体脂肪が蓄積した状態です。体脂肪には皮下脂肪と内臓脂肪がありますが、虚血性心臓病をひきおこすのは主として内臓脂肪です。内臓脂肪型肥満は糖尿病、高血圧、高脂血症をひきおこします。肥満はBMI(BMI=体重(kg)÷身長(m)÷身長(m)と簡単に計算できます)を計算し25以下を目標にします。すでに心臓病や糖尿病となっている場合は、これより少し厳しくなります。食事療法と有酸素運動で1ヶ月に1~2kgの体重減少が理想です。食事療法はひとりよがりにならず、専門の栄養士に相談するのも”目から鱗”の経験にもなります。是非とも御夫婦で当院の”個別栄養指導”をご利用下さい。

「高脂血症」は、総コレステロール220mg/dl未満が目標です。女性は閉経前後ではホルモンの関係で動脈硬化に対して晴天と嵐ほどの状況変化があり、閉経後は要注意と言えます。心臓血管病がなければ、閉経前は220mg/dlを少々こえても認容範囲ともいわれています。食事療法と有酸素運動が高脂血症の改善をもたらします。

「糖尿病」は実は悲惨な状況です。糖尿病患者は激増中で、800万人ともいわれ、予備軍が同等数以上控えています。2002年度は両者あわせて1,620万人でした。日本国民の10人に1人以上は糖尿病群と想定され、飽食、偏食の食生活、運動不足、ストレス蓄積など生活習慣の反映です。運動不足により糖代謝に深く関わるインシュリンというホルモンに対して体の細胞の反応(インシュリン感受性)が悪くなり、高血糖の状態をひきおこし易くなります。高血糖が続くと、先ず細い血管が気づかないうちに冒されます。眼底出血、腎不全、下肢の閉塞性動脈硬化症などがおこり易くなります。最終的には全身の動脈硬化をもたらします。そのほか中性脂肪を高くし、高血圧を引き起こします。いわば虚血性心臓病背景因子の総合デパートです。糖尿病になったら必要に応じて薬の補助もやむ得ませんが、生活習慣を是正することが基本です。食事を見直して適正カロリーとし体重減少をめざします。実際は食事制限だけでは狂った糖代謝を戻すのは困難なことが多く、そこで大切なことが適正運動です。運動はエネルギー消費を増やし糖代謝そのものを円滑にします。その結果、体重減少、インシュリン感受性の改善、血管拡張物質の増加により高血圧改善、高脂血症の改善と生活習慣病の改善につながります。強い意志で食事療法と適正運動で薬剤から離脱でき、糖尿病が克服できる可能性もあります。

「高血圧」と動脈硬化は表裏一体の関係で相乗効果(この場合は増悪関係)をきたします。正常血圧は収縮期130

未満かつ拡張期85未満です。私は150/90未満を目標にしていますが、年齢や病態を参考に加減しています。ただし、血圧は一日の中で変動します。健康増進投資として御家庭に血圧測定器が1台あるのもよいと思います。病院でのワンポイント測定ではなく起床時、各食前、就寝前くらいの血圧データがあると血圧の情報としては随分と正確と思われる。この情報が個人別の降圧療法の選択にもつながります。ストレス、過労、塩分の取りすぎが高血圧の生活習慣因子です。適正運動と規則正しい生活が基本です。

「適正な運動」に関しては工夫が必要です。すでに心臓病になっている場合は運動負荷試験を受けて「運動処方」を出してもらうことが安全です。好生館では、「運動処方」を出せますので是非ご相談下さい。心臓病予防のためには有酸素運動のレベルで行うことが必要です。ガラガラとした散歩や、愛犬との散歩は実は適正ではありません(ゴメンナサイ、シナイより良いです)。(あまり大きな声で言えませんが)ゴルフもバランス良い運動ではないのです。実際、ゴルフ中に心筋梗塞になる人は多いのです。胸をはって腕を振って軽やかに汗をかく程度に20分以上を目標のウォーキングが手軽で確実に(お金もかけずに)実行できる有酸素運動です。足腰が不自由などの問題がある方などは作戦を要しますので、循環器科に御相談下さい。

以上の「死の四重奏」の因子は互いに近い悪友関係にある事がわかります。一つの因子が増悪すると他の因子の悪化につながります。さらに喫煙が加わると、ますますパワーアップして「死のオーケストラ」となるわけです。

「喫煙」に関しては、本人が禁煙するのは当然ですが、他人の喫煙の煙をすってしまう(受動喫煙)ことも危険であることがわかっています。ですから社会問題として禁煙に取り組む意味があります。蛇足ながら肺癌の危険性、妊婦の胎児に対する影響、閉塞性動脈硬化促進などと多くの問題もひきおこします。ナオ、禁煙(0本)効果と節煙(数本)効果の差は月とスッポンと承知して下さい。

残暑厳しい折、みなさま体調を崩されないようにお過ごし下さい。

—^{ほたるひ}蛍灯 もみじ手に居る^{うれ}嬉しくて— (12年禁煙していますが、娘がお腹の中にいるときはベランダで蛍族でした。本年6月上旬に人伝に嬉野のダム深く小川をわけいりますと幻想的な蛍灯の乱舞を観ました。数匹が娘の小さな手のひらに迷いこみ、娘はビックリと喜びの顔つきでじっとしていました。)

【病病・病診連携】

医療情報室の紹介

医療情報室 西山保美

創刊号において、当室で行っている主な業務内容をご説明いたしましたが、今回はスタッフの紹介をいたします。

スタッフは、室長1名、副室長1名、職員4名、嘱託1名の計7名で構成しています。

室長(本務=副館長)及び副室長(本務=副事務長)は兼務であり、職員4名のうち、電算処理システムの管理業務に従事する職員が1名、病診連携の業務、医療相談業務に従事する職員は3名です。

医療相談窓口では、当院に通院及び入院中の患者様やそのご家族が抱える経済的・社会的問題の解決を支援し、解決、調整を援助する業務を行っています。

○たとえばこんなとき

- ・治療費が高額だったらどうしよう、医療費について聞きたい
- ・各種公費負担医療制度の利用について知りたい
- ・福祉サービスについて知りたい(どのようなものがあるの? 手続きは?)
- ・介護保険について知りたい

上記のような様々な問題に対し、諸制度の紹介、福祉保健サービスの紹介や利用など、その方の障害や環境に応じてよりよい生活が送れるように相談案内等を行っています。

また、人間ドック・各種健康診断の予約等に関する業務も行っております。

【スタッフ紹介】

<情報システム担当>

主事:副島 誠

<病診連携・医療相談担当>

主査:小杉 淑子 主査:西山 保美

主事:高田 一弘 嘱託:大久保 睦子

TEL 0952-28-1158, 0952-28-1496 FAX 0952-28-1269





AEDを用いた、新しい1次救命処置法の紹介

— 一般市民のAED使用による社会復帰率向上に向けて —

救命救急センター医長 藤田尚宏

1 心臓突然死の原因とは？

みなさん、今の日本で、いわゆる「心臓突然死」が原因で死亡されている方々の数はどれくらいか、ご存知ですか？実は、毎日100人以上もの方々が、心臓突然死の悲劇により命を落とされているのです。この数は、交通事故死の人数よりも多い数字です。

この心臓突然死を減らすための予防処置が必要なことは言うまでもありませんが、現実にはそれを予測することは、不可能に近いでしょう。大切なことは、心臓突然死が何によって起こるのかという原因を見つけ、その対処法は何かを知ることです。

欧米における膨大な数の突然死研究の結果、突然死の大多数が「心室細動／無脈性心室頻拍」という心原性の不整脈により引き起こされることが判明しました。しかも、この心室細動は、胸痛や胸部圧迫感などの前駆症状なしに突然に発症することがむしろ多く、日本人とて例外ではないことが次第にわかってきました。心室細動といえば、一昨年、スカッシュの練習中に急逝された高円宮親王を思い出す方も多いでしょう。

2 心室細動に対する治療方法

心室細動による心原性突然死に対する唯一かつ有効な治療手段は、電気的除細動です。心室細動に陥ると、心筋全体が「震えている」ような無秩序な動きを示し、血液を全身に送り出すという本来のポンプ機能が破綻してしまいます。このような心筋の“痙攣”は、人工呼吸や心臓マッサージをどんなに一生懸命行っても治りません。たった一つの治療法は、心臓に電気的なショックを与えることなのです。この治療行為を電気的除細動またはカウンターショックと呼びます。

繰り返しますが、「電気的除細動」こそ、心臓突然死の主因である心室細動に対する決定的な治療手段なのです。しかも、電気的除細動が有効に作用する時間帯は限られています…

3 従来の救急搬送システムによる救命の限界

心臓が突然、心室細動によりポンプ機能を停止した場合、どのような経過をたどるのでしょうか？その経過によって、治療法～対処法は異なってくるのでしょうか？

欧米で数万例を対象に、心臓突然死症例の心電図波形の変化を検討したところ、心室細動や無脈性心室頻拍で始まった心臓の波形は、5～6分後には微弱な心室細動波形となり、10数分後には心静止（＝心臓が全く動いていない一直線の波形）となることが判明しました。

実は、上述した電気的除細動は、心電図波形が心室細動／無脈性心室頻拍である時のみ、有効に働くのです。一方、心静止に対する除細動は、無効であるばかりか、有害ですらあります（動かなくなった心筋に対する除細動は“とどめを刺す”ことになるからです）。

ここで、救急搬送システムと時間との関係を考えてみましょう。日本でも欧米でも、傷病者が心室細動で倒れた場合、それを目撃した人が直ぐに119番通報（米国では911番通報）したとしても、救急隊が現場へ到着するまでには平均6～7分を要しています。傷病者に接触後、人工呼吸や心臓マッサージをしつつ、心電図波形を確認して、それから除細動器を作動させる…となると、10分を超えてしまいます。つまり、除細動が効かない心静止波形へ移行している可能性大です（いったん心静止になると、救命は極めて困難となります）。

こうしてみると、心原性突然死に関しては、現行の救急搬送システムには限界があり、心室細動→電気的除細動→社会復帰というドラマチックなケースは稀、ということが御理解いただけるかと思えます。

4 発想の転換：救急現場での除細動 → AEDの登場

救急隊がどんなに頑張って現場へ急行したとしても、心室細動による心停止では遅すぎるという現実があるのです。これは、ドクター・カーを利用したとしても同様です。

また、大抵の治療法には「旬」があります。電気的除細動とて例外ではなく、心室細動から除細動までの時間が1分遅れるごとに、救命のチャンスは約10%ずつ、低下していくことがわかっています。

となると、心室細動の社会復帰率を上げるには、救急隊や医師の到着を待たずに、発見者（病院外では一般市民や警官、院内ではナースや技師）が自ら、現場で“救命の鍵”となる除細動を行う必要があります。根本的な発想の転換ですね。

しかし、ナースはともかく、医療従事者ではない一般市民が除細動器を操作するのは、容易なことではありません。そこで登場したのが、素人である市民（警官や客室乗務員なども含む）でも使用可能な除細動器、AEDです。これは、Automated External Defibrillator の略で、「自動体外式除細動器」と訳されています（宇多田ヒカルのヒット曲、Automatic ではありませんヨ）。

AEDは、重量が2～3kgと軽量かつコンパクトで 携行性に優れますが、なんとと言っても最大の特徴は、“医学的専門知識がなくてもAEDのガイダンスに従えば除細動ができる”点にあります。これは、高機能のマイクロプロセッサと秀逸な心電図波形解析プログラムの開発により可能となりました。また、電子工学の進歩により、約3年間は充電する必要のない長時間稼働型バッテリーを搭載しており、メンテナンス・フリーとなっています。さらに、価格は2000～3000ドル（日本では約70万円弱）と安価で、通常のマニュアル式除細動器の約3分の1の値段で購入可能な点も評価されます。

AEDは、いわば、コンピューター内臓型の“知的”除細動器といえるでしょう。

5 AEDの操作方法および安全性

AEDの使用法は、ごく簡単です。

あなたの目の前で、急に人が倒れたとしましょう。あなたはまず、①意識がないこと、②呼吸をしていないこと、③体動がないこと、の3点を確認します。①②③がない時は、人を呼んで「119番通報して、AEDを持ってきて下さい。」と依頼し、人工呼吸と心臓マッサージを開始します（人工呼吸が

無理なら、心マッサージだけでもかまいません)。

AEDが到着したら、心マッサージを中止し、1)電源ボタンを押し、2)AEDの指示に従って“ハガキ”大の除細動パッドを2つ傷病者の胸に貼り(自動的に心電図解析を始めます)、3)AEDの指示に従って“放電”ボタンを押します。以上、たったの3ステップです。

ここで、本当にAEDの解析は正しいのか?誤放電は起こさないのか?という疑問を抱く方もいらっしゃることでしょう。欧米では既に、何万台というAEDが配備され、実際に使用されていますが、これまでにAEDによる事故(誤作動)は1件も報告されていません。

AEDが開発されて約20年が経過し、CPUの高機能化と不整脈解析アルゴリズムの改良によって、安全性は飛躍的に高まっています。心室細動/無脈性心室頻拍以外の心電図波形では、仮に利用者が誤って放電ボタンを押したとしても、AEDは反応しません。つまり、不整脈解析に関する限り、AEDは普通の医師よりもずっと“頭が良い”のです。

6 AED導入により、実際に社会復帰率が向上したのでしょうか?

実際、AEDを導入することによって、心原性心停止の救命率・社会復帰率は上昇したのでしょうか?答えは、「YES」です。当初、ラスベガスのカジノにAEDを設置し、救急隊到着前に、訓練を受けた職員がAEDを用いて除細動を行ったところ、従来の方法と比べて救命率が飛躍的に高まったのです。続いて、空港内や飛行機内で発生した心停止患者に対するAEDの有用性が、多数報告されました。5~6分以内の“早期除細動”こそ、救命率を上げる決め手であることが実証されたわけです。これらのエビデンス(科学的証拠)を受けて、アメリカの前大統領クリントンが、「アメリカ国内に着陸する全ての航空機にAEDの配備を義務付ける」法案に署名したことは、有名な事実です。

AEDの簡便性もまた、証明されました。例えば、シカゴのオヘア空港でAEDにより救命された11名のうち3名は、AEDの講習すら受けたことのない“全くの素人”でした。救助者はAEDの電源をオンにするだけで、後は音声ガイドに従って行動すればよいのです。

7 本邦におけるAEDの配備状況とナースによる除細動成功例

現在、日本で認可され使用可能なAEDは、5種類くらいあります。大部分のAEDは、日本では使用されていない2相性という除細動方式を採用していたため、日本で認可が下りるまでには時間がかかったのですが、今後は急速に、同方式の除細動装置が普及することが予想されます(2相性方式は既に、ICD=植え込み型除細動器で採用されています)。

日本におけるAEDの配備状況をみてみましょう。2000年に発表された新しい蘇生ガイドラインを受けて、日本でも徐々にAEDに関する理解が進みました。慶応義塾中学・高校では、本年、一次救命処置の講習会開催に加え、校内にAEDを配備しました。関西国際空港では、来年度までに計30台のAEDを配備することが決まりました。また、岡山大学付属病院は、各病棟に1台ずつ、AEDを導入しました。

病院内で、心停止患者に最初に遭遇するのは、ナースが圧倒的に多いと思われます。平成15年6月、厚生労働省は「ナースによるAEDを用いた除細動は医師法違反にならない」と回答しました。これを受けて、ナースによる除細動実施例が増加しつつあります。

たとえば、済生会宇都宮病院では、日本で初めて、ナースによるAEDを用いた除細動成功例が報告されました。岡山大学付属病院では、ナースによる除細動により、2名の心停止患者が社会復帰しています。佐賀県立病院好生館でも、先日、ナースによる除細動が奏功し社会復帰した事例を経験しました。いずれのケースも、心停止から除細動実施までが5分以内でした。

8 AED普及に向けた国(厚生労働省)の法的サポート

とはいえ、日本では従来、マニュアル式除細動は医師のみが行なえる医療行為でした。つまり、医師法がからんでくるため、AED普及のためには「一般市民が(コンピューター内臓式の)AEDを使用しても医師法違反にはならない」とする、国による担保(サポート)がどうしても必要でした。

平成16年7月1日、厚生労働省は「非医療従事者によるAED使用のあり方検討会」報告書を受けて、全国の都道府県知事に向け、一般市民によるAED使用を認可する旨の通達を出しました。また、蘇生を業務としている(AEDを反復して使用する可能性が高い)一般の救急隊員にも-3時間の講習を受ければ-AEDを使用してもよいと保証しました。

9 現実的な選択:医療機関および全救急車両に対するAED配備

上述した国の通達は、まさに、“画期的”なものです。一般市民がAEDを緊急避難的に使用する場合は、講習すら受けなくてよいと明記しているのですから。しかし、AEDの具体的な整備手順やその講習会開催に関しては、各自治体に“まる投げ”されているといっても過言ではありません。今後、人々が多く集まる駅・空港・役所・学校・会社・ショッピングセンター・スポーツジムなどにAEDが配備されるまでには、まだまだ時間がかかるでしょう。

「費用対効果」を考えた場合、一般医療機関や一般の救急車~パトカーに、広くAEDを搭載する方が現実的でしょう。医療機関では、ナースや職員にAEDを用いた1次救命処置講習を施しておきます。全ての救急車両と消防車両にAEDを乗せます。対象範囲は、病人の方が集まる病院・医院と救急現場だけですが、従来よりも確実に早期除細動が可能となり、蘇生率は向上するでしょう。

しかも、AEDへの投資額を概算すると、約1万円/月で済むのです。

好生館でも、平成16年8月までに、計9台のAEDを外来と病棟に配備しました。

10 AED普及のための“ハード”&“ソフト”

AEDを用いた1次救命処置が日本にも定着するためには、車の両輪=ソフトとハードが必須です。ソフトとは、突然死に対する市民への啓蒙であり、1次救命処置やAEDの使用方を教える講習会開催です。ハードとは、適切な時期に適切な場所へAEDを配備することです。

この両輪がうまく回転して初めて、心原性突然死の社会復帰率が向上するものと思われます。

図A. 傷病者(蘇生人形)にAEDを装着し放電を行なうところ





【豆知識】

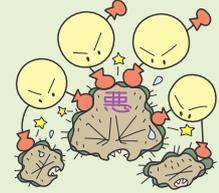
プール熱とは

小児科医長
稲光 毅

プール熱は正式には咽頭結膜熱と言う名前で、夏に、保育園、幼稚園や小学校でプールを介して流行するのでプール熱とよばれています。アデノウイルスというウイルスが原因で、例年6月頃から増え始めて7月、8月がピークとなり9月まで流行が続きます。アデノウイルスは乳幼児では扁桃腺炎などをおこすことが多く、いわゆる

風邪と同じように飛沫感染をします。これが夏になるとプール熱という形で、小学生の年齢まで流行が広がることとなります。

今年はこれまでのところ過去最も多かった昨年よりさらに多く報告されています。最近の流行を見ると夏に多いパターンは変わっていませんが、ここ数年の特徴は、夏に限らず年間を通して見られるようになってきたということです。夏以外にもプール熱が見られるようになっていることについては、温水プールなどの普及で季節に関係なくプールを利用する機会が増えていることが理由の一つとして考えられています。もう一つは、プール熱の原因であるアデノウイルスの感染を喉のぬぐいえきや目脂から診断する方法が普及してきたことで、流行時期以外でも正確に診断できるようになってきたことが挙げられるかもしれません。

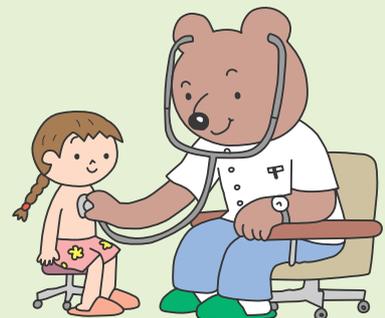


プール熱の主な症状は、発熱、咽頭炎、結膜炎です。プール熱にかかると39℃～40℃の高い熱が3日から7日続きます。喉の痛みが強く、目も赤くなります。目の症状は片方から始まり多くは反対の目にも広がります。頭痛や吐き気、腹痛、下痢を伴うこともあります。潜伏期間、例えばプールに入って感染したとすると、熱が出始めるまでの期間は5日から7日と考えられています。例えば、インフルエンザではインフルエンザウイルスが増えるのを抑える抗ウイルス剤がありますが、プール熱の原因になっているアデノウイルスではそのものに対する治療薬はありません。ですから、いったんかかってしまった場合は、安静にして十分に体を休めるとか、熱が高くなかなか食事が入らないので水分の補給に努める、熱冷ましの薬をつかうといった対症療法になります。食欲がないときはプリンやアイスクリーム、ゼリーなどほしがるものを少しずつでも食べさせてあげるのがよいでしょう。喉の痛みが強く全く水分をとれない場合は点滴が必要な場合もあります。

予防法としては、まず、流行している時期には手洗いやうがいを励行することが大切です。プールを利用する場合、はいる前と後のシャワー、プールの後には目をよく洗い、うがいをすることです。家庭で誰かがプール熱にかかってしまった場合には、手や指を石けんを使って流水でよく洗い、うがいをする、タオルと一緒に使わない、といったことだと思います。それからもしプール熱にかかった人がお風呂にはいるのであれば一番最後に入ってもらう方が良いでしょう。

通学については、学校保健法で、症状がなくなった後2日を経過するまでは出席停止となっています。ただ、症状が良くなった後でも喉や便にしばらくの間ウイルスがでてきていることがわかっています。登園・登校についてはかかりつけの先生とよく相談してほしいと思います。

夏は、強い日差しのなかで遊んだり、プールへ行ったりで運動量が増え体力を消耗しますが、日が長く睡眠時間が減ってしまい、疲労がたまってしまいやすい時期です。一般的な話ですが、三食をきちんととり、十分な睡眠時間を確保して規則正しい生活をする事で体力を落とさないようにし、病気を防ぐようにしていただければと思います。



【栄養管理だより】

家庭でできる食中毒予防

栄養管理長 押切まゆみ

食中毒というと、学校や病院などの給食施設やレストラン、旅館などの飲食店での食事が原因と思われがちですが、毎日食べている家庭の食事で発生しています。

その原因の90%以上が細菌によるものです。日ごろからこまめに手洗いをし、食中毒予防の3原則である、細菌を「付けない」、「増やさない」、「や

っつける」を徹底することです。

そこで家庭でできる食中毒予防について、厚生労働省「食中毒予防マニュアル」を参考にご紹介します。

◎食品を買うとき、持ち帰ったあと

日付表示を確認しましょう。

肉、魚、野菜などは新鮮な物を選びましょう。

要冷蔵や冷凍の食品は最後に買い、持ち帰ったらすぐに冷蔵庫や冷凍庫に入れましょう。

冷蔵庫や冷凍庫の詰めすぎ(目やすは7割程度)に注意し、ドアの開閉は少なく素早く行い、庫内の温度が上がらないように注意しましょう。

(冷蔵庫10℃以下、冷凍庫-15℃)

◎下処理と調理

まずよく手を洗いましょう。

(調理前、生の肉・魚・卵を扱ったあと、不潔な物にさわったあとなど)

台所はいつも清潔にしておきましょう。

加熱する食品は、中までしっかり火を通しましょう。

包丁、まな板、ふきん、たわし、スポンジなどは使ったらすぐに洗い、よく乾燥させましょう。

(熱湯をかけたり、煮沸したり、漂白剤につけると消毒効果があります。)

食べきれない量だけ作り、出来るだけ作りおきはやめましょう。

一度解凍した食品を再度冷凍するのはやめましょう。

冷凍庫から出した食品は室温に放置せず、冷蔵庫で解凍しましょう。



◎食事と残った食品

清潔な食器、器具を使いましょう。

調理した食品は、なるべく早く食べましょう。

残ったときは清潔な容器に移しかえて、冷蔵庫に入れましょう。

時間が経ち過ぎたら、思い切って捨てましょう。

これらを実行し、安全な食事をおいしくいただきたいものです。



編集後記

好生館だより第2号はいかがだったでしょうか。写真やイラストを盛り込んで読みやすいように工夫して編集しています。

読んでくださる方が楽しみに次号を待っていただけるような広報誌にしていきたいので、ご愛読よろしくお祈りします。