

Matsuyama Red Cross Hospital

地域医療連携室報

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

発行責任者／**淵上忠彦**

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
TEL089-926-9527 FAX089-926-9547

2014.1

No. 62

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。



院長（地域医療連携室室長）**淵上 忠彦**



明けましておめでとうございます。当院は、昨年創立100周年を迎え、記念式典並びに記念行事は滞りなく終了いたしました。来賓の皆様から赤十字は素晴らしいとお褒めの言葉を戴き、歴史の重みと赤十字ブランドの強みを感じ、責任の重さを再認識いたしました。お陰さまで、空襲による病院全焼、泥沼化した労使紛争などが、地域の皆様に支えられ存続してまいりました。

当院の現在の発展の基盤となったのは、平成9年11月に白石名誉院長の発案による地域医療連携室の開設であったと思います。その目的は、機能の異なる医療機関が連携することにより限られた医療資源を有効活用する地域完結型医療の推進でした。私が連携室室長に任命され、院長就任後も継続しています。当時は、自己完結型医療全盛の時代で、県下初の取り組みでもあり困難が予想されましたが、連携室懇談会の開催、地域医療連携室報の発刊等を通じ、地域医療機関に当院の真意が理解され、紹介率は徐々に上昇し、平成

17年5月に地域医療支援病院に承認されました。平成26年度の診療報酬改定では医療機関の機能分化・強化と連携、在宅医療の充実等が重点項目に挙げられており、政策医療としての医療連携の取り組みが一段と加速しそうです。

今年には新たな100年のスタートの年になります。9月には私が院長就任時に夢として掲げた新病院建築が始まり、現実となります。新病院のコンセプトは当院の基本理念である「地域に貢献できる病院」です。患者さん、かかりつけ医に満足していただける良質な医療の提供はもちろんのこと、救急医療、災害医療にも十分に対応できる病院になります。地域医療連携をさらに推進するために、連携室の機能を拡大し、地域医療支援センター（仮称）を設置します。新たな100年は地域医療連携を重視する当院の姿勢を一段と強化します。

私ごとですが3月に退職いたします。長年にわたるご厚誼に感謝しています。平成26年度は新体制でのスタートになりますが、当院へのこれまで以上のご支援よろしくお願いいたします。皆様にとって素晴らしい年になることを祈念し、新年の挨拶とさせていただきます。



事務部長 **渡部 禎純**



新年明けましておめでとうございます。謹んで新春のお慶びを申し上げます。連携医療機関をはじめ連携施設の方々におかれましては、日頃から一方ならぬご厚情を賜り、厚く御礼申し上げます。

また、昨年、創立100周年という節目の年を迎えることができましたことは、地域の皆さまのおかげと深く感謝申し上げます。

紙面をお借りいたしましたして、重ねて御礼申し上げます。

今年、新病院の建築に向け、さ

看護部長 **小椋 史香**



新年あけましておめでとうございます。平素より、医療・看護・介護の連携におきまして、地域の皆様方には大変お世話になり、心より感謝申し上げます。

昨年、当院は創立100周年を迎え、諸先輩方が流された汗と情熱、地域の皆様のご支援に支えられて、今があることを改めて痛感致しました。看護・介護の歴史は、人々の生活の営みと共に発展して参りました。当院では、人道・博愛の精神が脈々と受け継がれ、この赤十字精神を基盤とし、医療を通じて地域社会に

らに飛躍をして参りたいと思っております。

さて、今年の干支は「甲午(きのこ)のえ・うま」であり、「従来型の物事に衰えが見え始め、同時に、それを突き破る新たな芽生えがある年だそうである。」

日本経済は、安倍政権がアベノミクスとして放った「三本の矢」が実体経済に少しずつ効果を表しつつありますが、今年4月には17年ぶりの消費増税を控えており、またまた不透明な状況であります。

そのような中、今年、医療機関等の一大関心事である診療報酬改定の年であり、大幅なプラス改定とはならず、厳しい改定となりそうです。

なんとか将来を見通すことのできる芽生えがある年としたいものです。

現在、当院では、新築に向けて準備を進めておりますが、今後の病院の新築計画について少し触れたいと思います。

昨年、行っておりました基本設計は終わり、現在は実施設計の段階となっております。病院本体の工事に先立ち、今年9月から、まず、初めに隣接する東雲小学校プール辺りに4階建て立体駐車場を建築いたします。

これにより、患者様はじめ多くの皆様方にご迷惑をおかけしております駐車場不足については、少しでも解消されるのではないかと期待しております。

その後、小中連携校となる東雲小学校が新築されるのを待って、来年の秋には、いよいよ外来等が含まれる地下1階、地上6階建ての病院本体の工事が始まる予定であります。

工事を進めていく上においては、皆様方にご不便やご迷惑をおかけすることがあるかと思いますが、何卒よろしくご支援の程お願いいたします。

今後とも、医療の質、経営の質向上に努め、皆様との連携を深め、地域医療の充実に向けて参りたいと考えておりますので、どうぞご指導ご鞭撻の程よろしくお願いたします。

最後になりますが、皆様にとりまして、素晴らしい一年となりますようお祈り申し上げます。

貢献することを使命としています。このことをしっかりと胸に刻み、新たな一歩を踏み出す決意をしております。

さて、今後は少子高齢社会がピークを迎える2025年(団塊の世代の方達が後期高齢者となる)に備え、地域で安心して暮らせる仕組みづくりが急務です。「地域包括医療の時代」と言われ、中学校区の領域を一つの病院と考え、その中で各専門領域の治療や急性期・回復期・慢性期・療養・在宅の機能を連携し、スムーズに移行できる体制が必要です。一病院或いは一施設の運営を考えるのではなく、地域全体の医療体制・運営を考えなければならぬ時代が参りました。お互いに「競争から協調へ」発想の転換を図り、自施設でできること・できないことを明確にし、地域で役割分担を明確にし、補充調整することにより、地域に密着した医療体制を整える必要性が示唆されていきます。また、生産人口が減少する中、定年後の中高齢者の活用や国民が自己の健康管理に主体的に取り組み、健康寿命を

延長することも重要な課題になってくるかと考えます。

平成25年に開催した病院と在宅看護・介護の連携合同研修会では、「最期の時までその人らしく生きるために」と題して石垣靖子先生にご講演頂きました。午後からは診療所、病院、施設、訪問看護、行政等様々な立場から6名のパネリストに「最期までその人らしく生きるために、私たちのできること」と題してご提言を頂きました。84施設から399名の方にご参加頂き、お互いに顔を合わせ、率直な意見交換や提案を行うことで、地域のニーズに合ったこの通う連携の実現をめざしたいと考えています。

今後とも、関係諸機関の皆様と共に「地域で安心して暮らせる仕組みづくり」に努めて参りたいと存じます。引き続き、ご指導ご支援を賜りますようよろしくお願申し上げます。

新しい年が、皆様にとって素晴らしい年となりますよう心から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

(2013.12.14)

「最期の時まで、その人らしく生きるために、地域で支える力」

地域医療連携室 看護師長 大西 文恵

平成25年12月14日(土)、第13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。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当する者が「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。当日は院外83施設から268名、院内131名(合計399名)と多くの方のご参加をいただき、関係者一同心からお礼を申し上げます。

今年度は、ホスピスケアを専門に現場で実績を積まれた、北海道医療大学看護福祉学部客員教授石垣靖子先生から、「最期の時まで、その人らしく生きるために」と題して、ご講演をいただきました。誰もが迎える終末期、生活者として「当たり前」の生活が出来なくなつたとき、どう支えて行けば良いのかご教示頂きました。

今年度は、ホスピスケアを専門に現場で実績を積まれた、北海道医療大学看護福祉学部客員教授石垣靖子先生から、「最期の時まで、その人らしく生きるために」と題して、ご講演をいただきました。誰もが迎える終末期、生活者として「当たり前」の生活が出来なくなつたとき、どう支えて行けば良いのかご教示頂きました。

我が国では、人口減少の局面を迎え、2055年には、高齢化率40%と推計され、要介護率は上昇し、多死社会を迎える状況にあります。

今年度は、ホスピスケアを専門に現場で実績を積まれた、北海道医療大学看護福祉学部客員教授石垣靖子先生から、「最期の時まで、その人らしく生きるために」と題して、ご講演をいただきました。誰もが迎える終末期、生活者として「当たり前」の生活が出来なくなつたとき、どう支えて行けば良いのかご教示頂きました。

第13回 病院と在宅看護・介護の連携 合同研修会

～最期の時まで、その人らしく生きるために、地域で支える力～

日時：平成25年12月14日(土)10:00～15:00 場所：松山赤十字病院 教育講堂 他

● 開 会 10:00～10:15 (敬称略)

開会挨拶 松山赤十字病院 院長 瀧 上 忠 彦
松山赤十字病院 看護部長 小 椋 史 希

● 基調講演 10:15～11:45

《 講 演 》テーマ「最期の時まで、その人らしく生きるために」
北海道医療大学 看護福祉学部 客員教授 石 垣 靖 子
座 長 松山赤十字病院 看護部長 小 椋 史 希

● 情報交流会 11:45～13:00

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

「最期の時まで、その人らしく生きるために、私たちのできること」
座 長 松山赤十字病院 副院長 小 谷 信 行
松山赤十字病院 看護副部長 小 森 田 美 恵
北海道医療大学 看護福祉学部 客員教授 石 垣 靖 子
パネリスト
おおしろ外科 こもれび診療所 院長 大 城 良 雄
済生会松山訪問看護ステーション 緩和ケア認定看護師 大 三 藤 涼 子
松山赤十字病院 外科病棟看護師 井 田 美 恵
松山ベテル病院 緩和ケア認定看護師 井 田 美 恵
総合福祉施設 なかやま幸梅園 施設長 井 田 美 恵
松山市保健福祉部 介護保険課 保健師 井 田 美 恵

● 閉 会 (各会場) 15:00

最後にこの合同研修会の企画・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から感謝いたします。

情報交流会・昼食会は職員食堂で6種類のメニューを用意し温かく召し上がっていただきました。当日の寒さもあり「うどん」が大人気だったようです。この昼食会も楽しみの一つですとお声も頂いており、話も尽きなかった様子で和やかに情報交換を行うことができました。

また、ポスターセッションでは院外から23施設、院内4部署の参加がありました。年々院外からの発表も増え、他の施設の活動を知る良い機会となっています。そして午後から行われたパネルディスカッションでは、「最期の時まで、その人らしく生きるために、私たちのできること」というテーマで、訪問診療医師、訪問看護師、急性期病院看護師、緩和ケア病棟看護師、施設管理者、介護保険課保健師というそれぞれの立場から事例を交えた発表がありました。

石垣先生からは、それぞれ実践が高いレベルであり、今後はうまく繋がるのが重要である、また、在宅を進めるには24時間の訪問看護が必要であるとのことでした。多くの施設から様々な職種の間が一同に集まり、同じテーマで考える貴重な機会であり、それぞれが専門性を活かし、地域で協働することを考える研修となりました。

最後にこの合同研修会の企画・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から感謝いたします。



基調講演

「最期の時まで、その人らしく生きるために」

北海道医療大学 看護福祉学部 客員教授 石垣 靖子

今年度は、ホスピスケアを専門に現場で実践を積まれた、北海道医療大学看護福祉学部客員教授石垣靖子先生にご講演をいただきました。静かに立っておられるお姿に優しいオーラを感じ、語られる言葉がこころに響きました。

以下にご講演の要旨をご紹介します。

誰もが最期まで自分らしく生きて、その生を終えたいとねがうものだ。生命は「生物学的生命」「物語られるいのち」「二重性の意味を持つ。自分らしく(その人らしく)とはどういうことだろう。その人の特徴をいくら述べてもその人にはならない。臨床で支えたい「その人らしさ」とは、その人の生活全般、その人の生活歴である。どこで生まれるどのような生活をし、何を大切にして生きてきたか、誰に出会い、誰と共に生きてきたか、誰の影響を受けて今があるのか等々、その人の「物語られるいのち」(人生)に触れることである。

病む人は、自分を固有のかけがえない、たったひとりの存在として尊重してほしいとねがっている。そして、「このわたしに耳を傾けてほしい。このわたしの同僚者になってほしい、というあたりまえの、そして切実な要求をしている」(上野 2006)のだ。

「物語られるいのち」にどうかかわるか。それは「その人」をわかつろうとする姿勢であつて、そのことと自身が終末期を生きる人たちが望んでいることである。ケアを通してナースが引き出すその人の折々の歴史は、その人にとって「ライフレビュー」の機会となり、その結果、その人自身が今を肯定し、これまでの人生を肯定することに繋がっていく。

これまで体験した多くの人たちの最期のケアを振り返りながら、その人らしさを尊重するという看護の原点に触れた。看護師は「問題の探し屋」ではない。最期の最期までその人の中にある健康な力や残された機能をよく見定め、その力を十分に使って生を全うできるように、生活過程を整えていく役割がある。治療がなくなった患者にとってケアの対象は普通の人である。それは生物体としての生命の営みを整えることと同時に、患者一人ひとりの物語られるいのち(生活・人生)を尊重することから成り立つ。特に終末期には最も価値あるケアであり、多死の時代にはこれらに主体的に取り組み責任を持つことが大切である。治療でどうすることもできなくなった人たちにはケアしかない。そしてそのケアの質こそ死にゆく人たちの人生の質を決定する。患者をペーシエント(耐える人)ではなくパースン(かけがいのない人)であるように挑戦することは困難を伴うが価値のあることである。

終末期患者の最期を伴走されてきた先生から看護師として、医療者として多くのメッセージをいただきました。

(文責 大西)





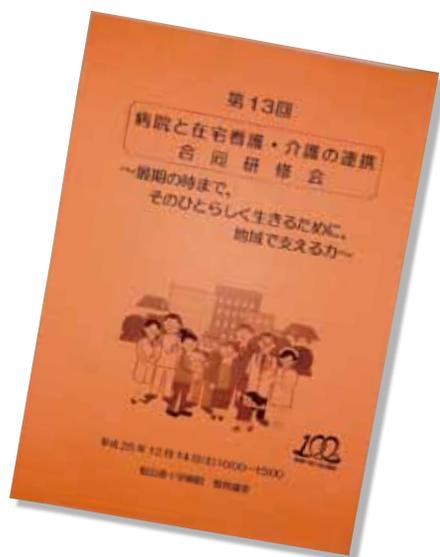
パネルディスカッション

「最期の時まで、その人らしく生きるために、
私たちのできること」

24病棟 療養支援ナース 岡田 裕子

午後からのパネルディスカッションでは、「最期の時まで、その人らしく生きるために、私たちのできること」をテーマに、各分野でご活躍されている6名

のパネリストにご登壇いただきました。座長は、当院の小谷副院長と森田看護副部長が務めました。



おもしろ外科こもれび診療所 院長 大城 良雄

れる。

当院を開設して7年、施設や自宅で看取った人は115人になる。平均年齢82歳(46歳～103歳)男性55人女性60人。自宅での看取りは86名(75%)だった。がんの場合、病院や訪問看護との連携体制を整え、疼痛緩和・急変時に対応することや在宅ホスピスは充実してきた。しかしながら、ADLの低下に伴う家族の負担感が大きく、また死の不安に寄り添うことが求めら

れる。自然な形で看取りを願うことも最近では多いが、病院での治療として施設でも点滴などできるだけのことを願う家族もあり、医療に対する価値観は多様である。最期の時までその人らしく生きるためには、病状の変化に合わせ、食事、排泄のこと、安眠でき、痛みや苦しみを中心に考え、痛みや苦しみが無いように援助する。本人や

家族に選択枝があり、自分で決めることができることが重要だろう。残された時間を認識し、人との関わりの中でどのように過ごすかに、その人らしさはある。多死社会に向けて、医療や介護側だけでなく国民一人一人が、自分の死について向き合い、生き方を見直すことが問われていると思う。

済生会松山訪問看護ステーション 緩和ケア認定看護師 三浦 雅美

厚生労働省の「在宅医療の最近の動向」によると、H24年度の死亡場所の推移で、在宅は19.1%という結果が出ている。当訪問看護ステーションでは、H24年度に中止になった利用者105名のうち、在宅で看取りを行ったのは27名(25.7%)で、全国平均より高くなっている。

このような現状ではあるが、住み慣れた環境で最期を迎えたい、迎えさせてあげたいと訪問看護を利用される療養者や家族も多い。その方が最期の場に病院を選ぶのには、症状の出現や病気に對する不安、介護力不足などの要因があると思われる。

緩和ケアの視点から、その人らしい生活の中で本人や家族の想に寄り添う事、症状緩和を図る事、介護者の力が最大限に発揮できるように支援することが重要になる。また老衰や認知症等の非がん患者においても同様で、多職種で連携し合い、医療・介護・予防・生活支援が一体的に提供される地域包括ケアの実現が必要である。そして訪問看護師の役割は、重要な介護状態となっても、住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができるように支援することである。



松山赤十字病院 看護師 森 涼子

役割を果たしていくことが、高齢化・多死社会・がん患者増加に對していく支援の在り方だと考えます。看護を通して、ひとりの患者様の人生の最期にかかわる責任の重みを感じ、最善の療養の支援を続けていくよう努力していきたいと考えています。



松山ベテル病院 緩和ケア認定看護師 藤井恵子

松山ベテル病院の緩和ケア病棟は、今年度よりベッド数21床から38床に増床となり、新しいスタートとなった。私が緩和ケア病棟に配属になってからも、医療やそれを取り巻く環境が大きく変化した。また、入院される患者様やご家族の背景なども変化したように感じる。その中で私たちは、最期の時まで患者様やご家族の意向に沿いながら、療養環境を整えられるよう努力している。必ずしも、緩和ケア病棟が最期の場所と限定しているわけではない。症状が緩和できれば自宅に戻れることもある。希望があれば、看取りの場所

を自宅に変更することもある。また、逆に在宅の方のバックベッドとしての役割を担うことも少なくない。そのため日々、医師、看護師、MSWなどチーム医療を提供している。

今回、自分が実践・経験してきた中で、緩和ケア病棟で何を求められているのか。また、自分がどのようなケアを提供しているのかを、改めて考えることになった。患者様とご家族の希望に必ずしも応えることはできないかもしれないが、最期までその希望を支えるケアができるよう努力していきたい。

なかやま幸梅園 施設長 窪田 里美

老人ホームは終の棲家と言われてきたが、制度変更されてもその状況に大きな変化は見られない。当施設においても平成9年の開所当初から平成24年度84人の退去者中65人施設で死亡退去となっている。死は特別なことではなく、年を取れば自然に衰弱する。極あたり前の現象と捉えている。

人生の最終章に入った際、本人とその家族の思いを大切にしながら、様々な選択肢を情報提供すると共に、最後までその人らしく生きることを支援している。しかし本人、家族の思いばかりではなく医師、職員の必ず「3方よし」を確認し目標は、ぶれないようにしている。

多くの事例は、病院で摂食嚥下障害と診断され胃ろう増設を勧められても、歯科医師指導の下、口腔ケア・口腔リハビリを実施しながら、口腔機能を取り戻し、最後

まで口から本人の好きな物やムース食を提供し極当たり前の生活がおこなえるように継続し、ご家族に見守られ自然に自然なる支援を行ってきた。

どんな選択をされても、その選択が最善であったと思えるように、そして後悔のないように支援することが、私たちの役割であると考えている。

松山市保健福祉部 介護保険課 保健師 河合 ゆみ

平成25年4月時点の松山市の人口は約51万6千人、その内高齢者人口は、約12万人で高齢化率は23.2%です。高齢者のいる世帯のうち、高齢者夫婦世帯と高齢者単身世帯が67.6%を占めています。

この様な中で、団塊の世代が後期高齢者に達する平成37年を見据えて、平成23年6月、介護保険法が改正され、「地域包括ケアシステム」の実現に向けた取り組みを進めることになりました。

「地域包括ケアシステム」とは、住み慣れた地域の中で安心して暮らすことができ、自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができるように、身体状況に合わせて、住まい・医療・介護・予防・生活支援が一体的に提供されることを目指すものです。

地域で高齢者を支えるには、医療と介護はもちろんのこと、多職種連携が必要であり、地域包括支援センターを中心に、地域力の向上対策や相談体制の充実を図っているところです。

今後、高齢者が住み慣れた地域で安心して暮らし続けることができるよう、地域の特性に合わせて松山市独自のシステムの構築をめざしたいと考えています。



発表を終えて

それぞれの立場からパネリストの皆様にご発表いただいた後、連携で大切にしていること、今後取り組みたいことのディスカッションを行いました。

最後に石垣先生より、ポスターセッションや活動内容の発表から、地域密着の活動について評価を頂きました。松山の歴史や文化、気候から人々は穏やかで意識をしないでもてなしができる半面、地産地消の傾向がある、もっと外とうまくつながることの重要性について、さらに、「ことば」は世界をつくるものであり、「がんが見つかりました」と言う言葉を聞いた患者は身体状態が変わらなくても、環境が変わってしまうことや「死の受容」「インフォームド・コンセント」など、患者・家族が主役で「ことば」の意味をよく考えて使うことの大切さなど幅広い視野より助言をいただきました。

最後に座長より、理屈ではなくつながろうという気持ちがあること、大勢の仲間がいることを確信し、研修会の目的は達成されたこととまとめがありました。

(文責 岡田)

ポスターセッション

グループ	発表順	テーマ	施設名
A	1	当院の回復期病棟について	道後温泉病院
	2	訪問看護ステーション愛媛の紹介	訪問看護ステーション愛媛
	3	当ステーション紹介と自施設の連携について	訪問看護ステーションおくじま
	4	東松山在宅ケアセンターの紹介	東松山在宅ケアセンター
	5	シティライフ石手川	シティライフ石手川
B	1	手鏡と会話で肺炎予防	かとう歯科・ティサービスセンターきらり
	2	複合型サービスについて	セントケア訪問看護ステーション
	3	訪問入浴介護	ケアサポートまつやま 訪問入浴
	4	有料老人ホームに求められるサービスとは	有料老人ホーム なかぎの杜
C	1	在宅生活を送る難治性褥瘡を持つ患者の褥瘡改善に向けた取り組み	伊予病院
	2	当院が関わる「在宅療養」の現状について～医療度が高い症例を通して～	医療法人社団樹人会 北条病院
	3	緊急手術によるストーマ造設患者の退院支援	一般財団法人永瀬会 松山市民病院
	4	介護力の向上により安全な生活を援助する	松山リハビリテーション病院
D	1	在宅復帰を目指した連携	医療法人慈考会・社会福祉法人安寿会
	2	精神科病院における地域連携	一般財団法人創精会 松山記念病院
	3	地域で担う老人保健施設の役割と連携	老人保健施設 道後ベテルホーム
	4	介護施設としての透析ケアにおける基幹医院との連携	有料老人ホーム 朝生田の杜
	5	地域のノーマライゼーションを実践しクオリティ・オブ・ライフを尊重する	在宅型有料老人ホーム 安心ハウス仙波
E	1	今までと同じ そしてこれから先もその人らしく	医療法人天眞会 小規模多機能ホームつよし
	2	出会えてよかった	訪問看護ステーションほのか・ととて児童発達支援ほのかのおひさま
	3	寄り添う介護	循リハビリテーションみかんヘルパーステーションみかん
	4	職員の逃げ道	グループホーム土香里
F	1	大腿骨頸部骨折患者の地域医療連携バス使用症例	松山赤十字病院 34 病棟
	2	地域連携バス（大腿骨頸部骨折）使用事例報告	吉田病院
	3	院内助産所「まどんな」を開設して	松山赤十字病院 23 病棟
	4	開放型病床共同診療の運用の開始～乳癌術前術後連携バスを作成して～	松山赤十字病院 がん診療推進室 35 病棟

【展示のみ】

	テーマ	部署
1	成育医療センターにおける母子支援 食事摂取に関する日帰り入院連携～各職種の協働した関わりを通して～	24 病棟
2	患者、家族の視点からみたCCUの音環境改善への取り組み	CCU





日本人の年間死亡数は1200万人に及びます。この中には予期せぬ死も多く含まれており、それを回避するために私達医療者は蘇生処置を中心とする救命処置を行います。

心拍が再開しても低酸素脳症による神経学的後遺症が大きな影を落とすために、心肺蘇生法により死に直面した命を社会に帰していくことが最大の目的となります。

前述の通り、蘇生は秒単位の時間との戦いであり、その遅れは生存率・社会復帰率という形で顕著に反映されることが多くのデータとして示され、生存率だけでなく神経学的予後も改善させるのが、傍にいる人による蘇生(Bystander CPR)です。これまで一般市民・医療従事者を問わず、蘇生においては気道確保、人工呼吸、胸骨圧迫という過程が推奨されてきましたが、その煩雑さと人工呼吸に対する躊躇により蘇生実施率が低下すること、逆に簡便な胸骨圧迫のみによる蘇生の成績が良好であったことから、別図の通り現GLでは心停止の判断から実際の蘇生が簡素化され(図1)、さらに絶え間ない高品質な胸骨圧迫が極めて重視されるようになっていきます(図2)。

本ガイドライン(以下GL)は「心肺蘇生(成人・小児・新生児)」「心肺停止前の対応(急性冠症候群・神経蘇生)」「教育・普及」の3本柱より成立しています。ここで、対象者の人数が多いため「成人心肺蘇生」「急性冠症候群」「教育・普及」という点を概説していきます。

心停止状態では1分間で生存率が10%低下するだけでなく、脳の不可逆的なダメージが心停止後約4分で始まります。自己

前の段階で対処し、心肺停止を回避することが理想である事は言うまでもなく、心停止前の不安定な徴候を見つけて対処する事が求められます。

本邦では院外心肺停止の60%強が心原性であり、その中でも急性冠症候群(以下ACS)の発症から数時間以内の心室細動が多くを占めます。このACSは冠動脈における粥腫(プラーク)が破綻し(図3)、急激な血栓形成から血流障害をきたして心筋虚血が誘発される病態であり、典型的には胸痛発作(図4)から心電図検査によるST-T偏位で初期診断とリスクの層別化と治療が行われる経過をとります(図5)。

発症から血行再建までの時間と死亡率は比例するため、プライマリアケアにおける診断の重要性が高い疾患ですが、25%の症例では典型的な胸痛発作がなく(特に糖尿病患者や高齢者)、発症直後においては心電図変化も乏しい事がある所に診断の難しさがあります。Wellens症候群(図6)のような心電図変化を取りこぼさないことが診断率向上の点で重要となります。

症状のみならず、心電図の変化が疑わしい場合には早急に血行再建の可能な施設への搬送が推奨されており、当院もCCUホットラインを用いて365日24時間体制で受け入れております。

これらの知識やスキルをいかに各施設・部署のスタッフに普及していくかという事が急変対応の実施と並び重要になります。院内急変の第1発見者となる最多数職種は看護師であり、85%前後という報告もあります(図7)。現在、本邦では成人内科救急だけでなく、小児や新生児、脳卒中、外傷、災害医療など数多くの危急を要する状況に対して各学会・団体主催の教育プログラムがあります。各プ

ログラムの基本となるGLは定期的に改訂されていくことを踏まえ、誰が「どこで」「どのように」どのくらいの時間「どのくらいの間隔で」学ぶと、所属施設への還元(救命)という形でその効果を最大限発揮できるのかを考える必要があります。

医学・医療の進歩という、大きくかつ急速な流れの中で、私達医療従事者が患者さんのためにできることは自己研鑽であり、JRCガイドライン2010というテーマの本セミナーが、その一助となっていれば非常に嬉しく思います。

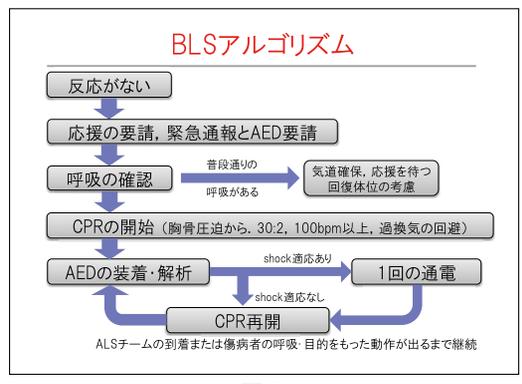


図1

- ### 2005年以前のガイドラインとの変更点
- 一般市民のBLSの簡略化
 - 正常呼吸の有無による心停止の判断
 - より重視される胸骨圧迫
 - 胸骨圧迫から開始するCPR
 - 速さは100bpm以上
 - 深さは5cm以上
 - 確実な圧迫解除(Recoil)
 - 圧迫中断時間の最小化の強調

図2



図3

症状と Likelihood Ratio

ACSらしい症状	
■ 胸と左腕の痛み	(LR +2.7)
■ 重苦しさ、圧迫感	(LR +1.3)
■ 胸痛が両肩に放散する	(LR +7.1)
■ 吐き気または嘔吐	(LR +1.9)
■ 発汗	(LR +2.0)
ACSらしくない症状	
■ 呼吸性に変動する	(LR +0.2)
■ 鋭い、ズキズキした痛み	(LR +0.3)
■ 体勢で変動する	(LR +0.3)
■ 押すと軽減する	(LR +0.2~0.4)

図4

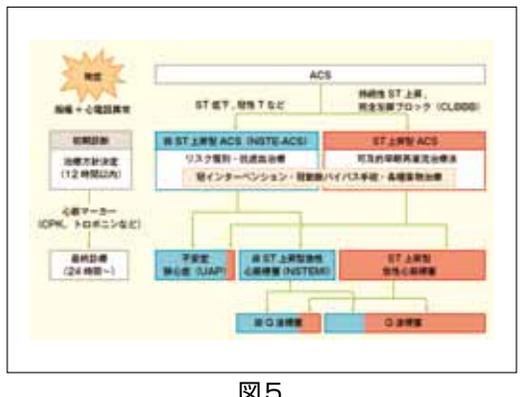


図5

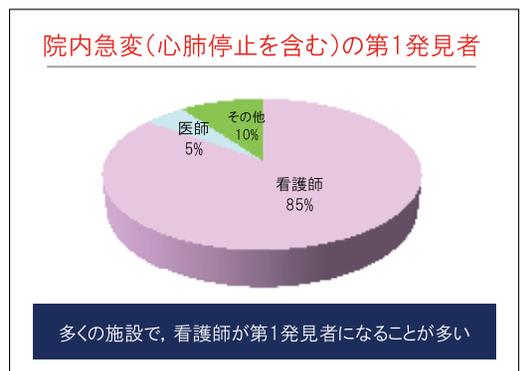


図7

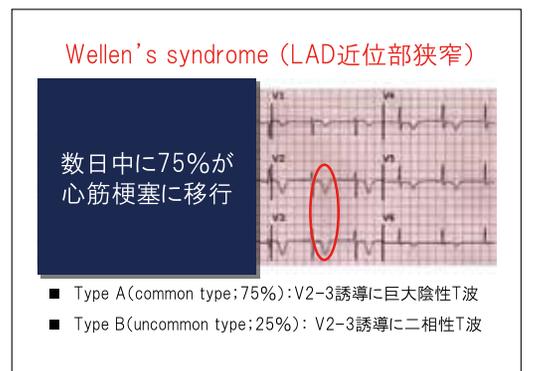


図6



1. CKDとは

慢性腎臓病（CKD）とは0.15g/日以上尿蛋白あるいは糸球体濾過量（GFR）が60ml/分/1.73m²未満の腎機能低下が3ヶ月以上持続する状態と定義される。日本人成人の8人に1人（約1330万人）がCKDと言われており、その有病率は糖尿病に匹敵する。健康人でも40歳を過ぎるとGFRは年間0.5〜1ml/分/1.73m²ずつ低下していき、元々の腎機能が悪い程その低下速度は速い（図1）。

2. CKDのリスク

尿潜血は単独では末期腎不全（ESKD）のリスクとはなり難いが、尿蛋白は強いリスクである（図2）。当然ながらCKDが進行するとESKDのリスクが高まるが、それ以上に心血管病（CVD）による死亡リスクが高い（図3）。理由として、尿蛋白あるいは微量アルブミン尿が細動脈の血管内皮障害の結果であること、CKDとCVDが体液電解質異常や動脈硬化、貧血を介した悪循環である心腎連関を形成していること（図4）が考えられる。

3. CKDの原因

新規透析導入患者の原疾患は糖尿病性腎症が44%、慢性糸球体腎炎が20%、次いで腎硬化症が12%である。しかし患者の高齢化に伴い糖尿病と高血圧の合併や慢性糸球体腎炎との合併等が増えており病態が複雑化している。特に注意すべき疾患としてコレステロール塞栓症（CCE）、虚血性腎症、薬剤性腎障害を紹介する。これらの共通点として医原性に生じ得ること、急性腎障害（AKI）からESKDに至る可能性があることが挙げられる。CCEは血管内治療や抗凝固療法を契機に発症することが多く、特徴的な皮膚所見や好酸球増多が診断の手掛かりとなることがある。虚血性腎症は有意な動脈狭窄を伴う古典的なものは減っている一方で、腎臓の細動脈硬化やアンジオテンシンII受容体拮抗薬（ARB）等の糸球体内圧を低下させる因子が重なることで、過度の血圧降下が無くとも生じる腎虚血、すなわち正常血圧性虚血性AKI（NT-AKI）が増えてきている（図5）。

4. CKDの管理

生活習慣に関して、過度の水分制限は脱水や熱中症の原因となるが、塩分制限（6g/日未満）下では喉の渇きに任せて飲水するよう指導する。喫煙はESKDのリスクとなるため禁煙が必要である。アルコールは適量（ピ

ールなら500ml以内）に留める。血圧管理は140/90mmHg未満、糖尿病合併あるいは尿蛋白陽性例では130/80mmHg未満が推奨されている。但し高齢者では過降圧を避けるため収縮期血圧110mmHgまでに留め、夏場や発熱、食思不振等時には降圧薬を減量や中止するシックデイの指導も考慮する。血糖管理は、CKDが進むにつれ低血糖リスクが高まり、厳格なコントロールが逆に死亡リスクを高める可能性があること、貧血があるとHbA1cが過小評価されること等に配慮が必要である。進行したCKDでも使用可能な血糖降下薬として、以前はαグロシダーゼ阻害薬のみであったが、最近ではグリニド系やDPP-4阻害薬の登場でインスリンの使用機会が激減している。貧血管理は、Hb 10〜12g/dlを目標に赤血球造血刺激因子製剤（ESA）の使用が推奨されている。慢性的にESAを使用していると鉄欠乏を生じる為、定期的な鉄飽和率とフェリチン値の測定が必要である。CKD-MBD（骨ミネラル代謝異常）に関しては、正常範囲内の血清リン値の上昇でも冠動脈石灰化のリスクとなるため早期からのリン制限が重要である。活性型ビタミンDはCKD stage 3から既に血中濃度が低下し始めており、早期からの少量ビタミンD製剤の有効性が期待されている。尚、一般的に骨粗鬆症の第一選択薬とされるビスホスホネート製剤はGFR 30ml/分/1.73m²未満では禁忌である。高K血症とアシドーシスに関して、K値は6mEq/Lを超えると突然死のリスクが上昇するが、逆に4.5mEq/Lを下回ると死亡率及びESKDリスクが上昇する為、0.5mEq/Lが理想的である。同様に死亡及びESKDリスクの

5. 薬物治療時の注意

AKIをしばしば経験する薬剤としてビタミンD製剤、非ステロイド性抗炎症薬（NSAIDs）、抗ウイルス薬、ARB等が挙げられる。また使用頻度が高く稀にAKIの原因となる薬剤として抗コリン作用を有する抗うつ薬や抗ヒスタミン薬・総合感冒薬、CCEを生じ得る抗凝固薬、間質性腎炎の原因となるH₂プロツカーやアロプリノール、抗けいれん薬、抗菌薬等が挙げられる。また腎排泄性の薬剤は腎機能に応じた減量が必要であり、参考書やCKDガイド巻末の表等を参考にされたい。

点から見た至適なHCO₃⁻値は22〜30mEq/L（正常値24±2）である。近年炭酸水素Naを用いたランダム化比較試験でもCKDの進行抑制効果が証明されており積極的に用いるべきである。アニオンギャップ正常アシドーシスの簡便な評価方法としてZn-CACというものがあり日常診療で用いられたい。

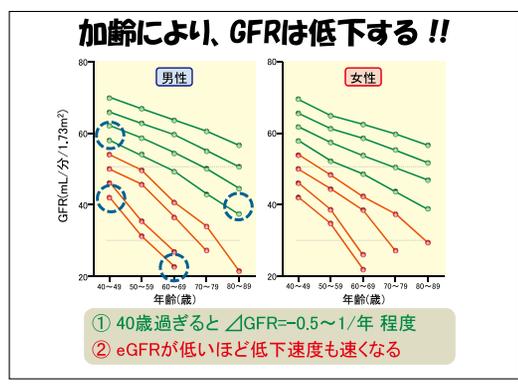


図1

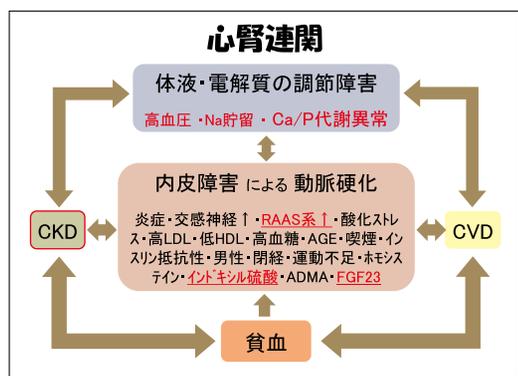


図4

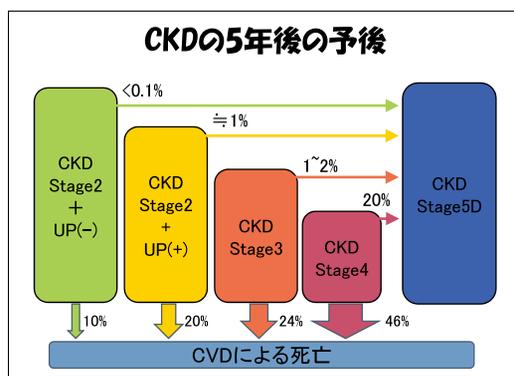


図3

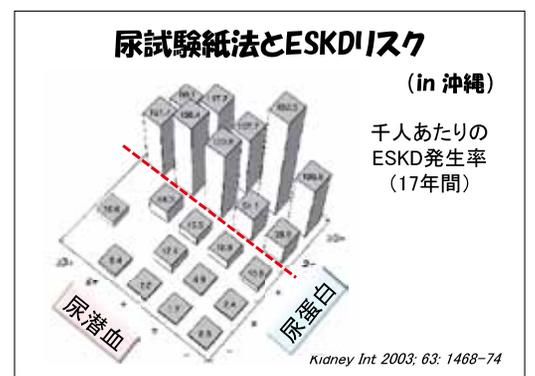


図2

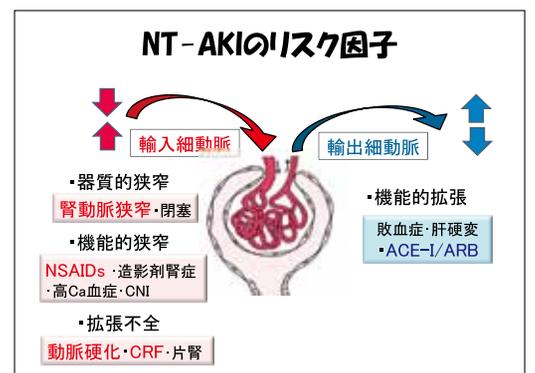


図5

H25年度イブニングセミナーのお知らせ

2月27日

「関節リウマチ2010・2012 骨粗鬆症2009」

リウマチ科部長 水木 伸一

3月27日

「動脈硬化性疾患予防ガイドライン2012」

健診部長 村上 一雄

毎月 第4木曜日

19時〜20時

当院 第一会議室



急性胆管炎・胆嚢炎は比較的に遭遇する疾患である。その診断には胆管炎では Charcot 3徴(黄疸、腹痛、発熱)が、胆嚢炎では Murphy 徴候(炎症のある胆嚢を検査の手で触知すると、痛みを訴えて呼吸を完全に行えない状態)などが教科書的に良く知られている。しかしながらいずれも特異度は高いが感度が低いため、疾患の拾い上げに問題があった。また重症度を客観的に判定する一定の基準もなかった。他に統一された感度の高い診断基準は存在しない。え、重症胆管炎では対応が遅れると致死的になる可能性がある(急性胆管炎の死亡率は27%10%)。そこでまずは国内で急性胆管炎・胆嚢炎の診断および治療基準を示す目的で2005年に世界ではじめて日本から「急性胆管炎・胆嚢炎ガイドライン」が発表された。その後更に診断基準を国際的に広めていく目的で2007年に国際版ガイドライン「Tokyo guidelines 2007」が出版された。いずれも国内外で胆管炎・胆嚢炎の診断と治療に用いられ有用ではあったが、両者の間には診断基準や重症度判定基準をはじめとして種々の相違があった。また臨床の現場との乖離も判明してきた。そこで今回それらの問題点を改善すべく「急性胆管炎・胆嚢炎診療ガイドライン2013」に改定された。以下にガイドラインの

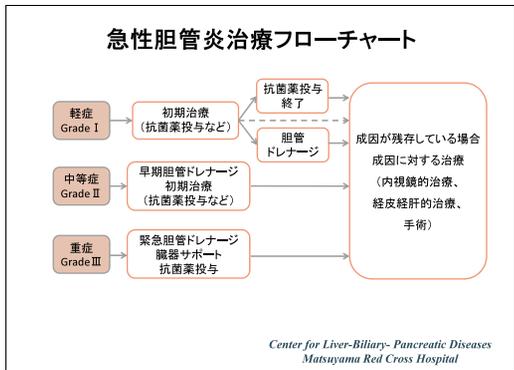
要旨を記す。

〔診断〕急性胆管炎は臨床徴候ならびに血液検査により「感染」と「胆汁うっ滞」を、画像所見により「胆管病変」を証明することにより確定診断を行うというものである。以前のガイドラインで取り入れられていた胆道疾患の既往と腹痛は胆管病変として特異的ではなく急性胆管炎や急性肝炎との鑑別ができない懸念が指摘され、実際にこの2項目があると特異度が下がり急性胆管炎患者での偽陽性率が高くなったため除外された。また、胆石膵炎の合併に注意する必要があるが血中膵酵素の測定が有用とされている。急性胆管炎は局所の臨床徴候と全身の炎症所見から急性胆管炎を疑い、特徴的な画像検査所見(超音波検査が全例に推奨されている)により確定診断を行うというものである。

〔重症度判定〕急性胆管炎では重症度判定を行った後に治療フローチャートに従い治療を行うが、重要なことは胆管ドレナージを加えるかどうかである。合併症のリスクがあるため、その適応症例を見極める必要がある。改定された重症度判定基準の中等症は早期に胆道ドレナージが必要な症例を診断時に的確に抽出する事が可能になると考えられている。急性胆管炎においても診断後直ちに重症度判定を行い、治療フローチャートに従う。今回の改定では局所の強い炎症所見を伴うものと中等症とし、臓器障害による全身障害(循環障害、呼吸機能障害、腎障害など)を来す症例を重症としてしている。〔治療〕抗菌薬は重症度に応じて選択に関する推奨の構成が改訂された。その際に grade I の急性胆

嚢炎を除いた症例では胆汁の培養検査を行うことが推奨されている。従来は抗菌薬の胆汁移行性の良いものの方が治療効果が期待できるとされていたが、実際には他の抗菌薬に比べて有意に臨床アウトカムがよいというエビデンスは乏しい。前述したように胆管炎ではドレナージを必要とする場合があるが、低侵襲のため内視鏡的ドレナージが第一選択とされている。胆嚢炎においては重症例を除く72時間以内の症例では早期の腹腔鏡下胆嚢摘出術が安全で入院期間を短縮できるという理由で望ましいとされている。しかしながら術者のみならず麻酔科医の人員不足などの問題もあり、必ずしもガイドラインに沿った治療ができていないのが現状である。重症例や72時間を経過した症例では経皮胆嚢ドレナージ(PTGBD)が標準治療として推奨されている。しかしながら入院期間が長くなることやチューブの自己抜去などの問題があるため、当科ではチューブを留置しない経皮胆嚢穿刺吸引法(PTGBA)を施行することが多い。理論上PTGBDよりドレナージ効果は劣るとされているが、必要があれば複数回施行することで良好な治療成績を得ている。また抗凝固薬を内服している症例の場合には経皮穿刺処置は出血のリスクが高いため、内視鏡的に留置可能な胆嚢ドレナージチューブを開発して治療にあたっている。

新しい試みとして本ガイドラインはモバイルアプリケーションとしてダウンロードできるようなっている。スマートフォンなどでアプリを開いて必要な項目を入力することで、診断・重症度判定治療フローチャートの確認が可能である。



3

急性胆管炎重症度判定基準
重症急性胆管炎 (Grade III)
急性胆管炎のうち、以下のいずれかを伴う場合は「重症」である。 ・循環障害 (ドーパミン≧5μg/kg/min、もしくはルアドレナリンの使用) ・中枢神経障害 (意識障害) ・呼吸機能障害 (PaO ₂ /FIO ₂ 比<300) ・腎機能障害 (尿素、もしくはCr>2.0mg/dL) ・肝機能障害 (PT-INR>1.5) ・血液凝固異常 (血小板<10万/mm ³)
中等症急性胆管炎 (Grade II)
初診時に、以下の5項目のうち2つ該当するものがある場合には「中等症」とする。 ・WBC>12,000、or <4,000/mm ³ ・発熱 (体温≧39℃) ・年齢 (75歳以上) ・薬量 (総胆汁酸≧5mg/dL) ・アルブミン (<正常値下限×0.73g/dL) 上記の項目に該当しないが、初期治療に反応しなかった急性胆管炎も「中等症」とする。
軽症急性胆管炎 (Grade I)
急性胆管炎のうち、「中等症」、「重症」の基準を満たさないものを「軽症」とする。

2

急性胆管炎診断基準
A. 全身の炎症所見
A-1. 発熱 (悪寒徴候を伴うこともある) A-2. 血液検査: 炎症反応所見
B. 胆汁うっ滞所見
B-1. 黄疸 B-2. 血液検査: 肝機能検査異常
C. 胆管病変の画像所見
C-1. 胆管拡張 C-2. 胆管炎の成因: 胆管狭窄、胆管結石、ステント、など
確定: Aのいずれか+Bのいずれか+Cのいずれかを認めるもの 疑診: Aのいずれか+BもしくはCのいずれかを認めるもの

1

急性胆管炎重症度判定基準
重症急性胆管炎 (Grade III)
急性胆管炎のうち、以下のいずれかを伴う場合は「重症」である。 ・循環障害 (ドーパミン≧5μg/kg/min、もしくはルアドレナリンの使用) ・中枢神経障害 (意識障害) ・呼吸機能障害 (PaO ₂ /FIO ₂ 比<300) ・腎機能障害 (尿素、もしくはCr>2.0mg/dL) ・肝機能障害 (PT-INR>1.5) ・血液凝固異常 (血小板<10万/mm ³)
中等症急性胆管炎 (Grade II)
急性胆管炎のうち、以下のいずれかを伴う場合は「中等症」である。 ・白血球数>18,000/mm ³ ・右季肋部の有痛性腫脹触知 ・症状出現後72時間以上の症状の持続 ・顕著な胆管炎所見 (重症性胆管炎、胆嚢周囲膿瘍、肝膿瘍、胆汁性腹膜炎、気腫性胆管炎などを示唆する所見)
軽症急性胆管炎 (Grade I)
急性胆管炎のうち、「中等症」、「重症」の基準を満たさないものを「軽症」とする。 急性胆管炎と診断後、ただちに重症度判定基準を用いて重症度判定を行う。非手術的治療を選択した場合、重症度判定基準を用いて24時間以内に2回目の重症度を判定し、以後は適宜、判定を繰り返す。

6

急性胆嚢炎の特徴的画像所見

【超音波検査】

- 胆嚢腫大 (長軸径>8cm、短軸径>4cm)
- 胆嚢壁肥厚 (>4mm)
- 陥凹胆嚢結石
- デブリエコー
- sonographic Murphy's sign
- 胆嚢周囲浸出液貯留
- 胆嚢壁sonolucent layer
- 不整な多層構造を呈する低エコー帯
- ドブラシングナル

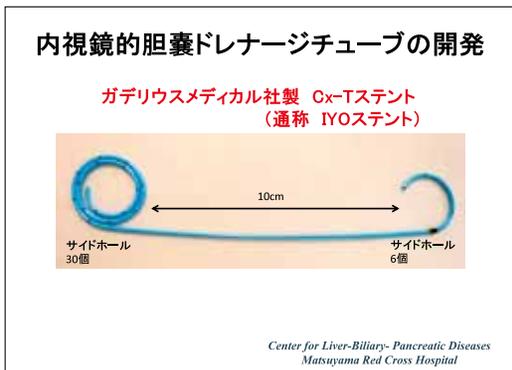
5

急性胆嚢炎診断基準
A 局所の臨床徴候
(1) Murphy's sign、(2)右上腹部の腫脹触知・自発痛・圧痛
B 全身の炎症所見
(1)発熱、(2)CRP値の上昇、(3)白血球数の上昇
C 急性胆嚢炎の特徴的画像検査所見
確定: Aのいずれか+Bのいずれか+Cのいずれかを認めるもの 疑診: Aのいずれか+Bのいずれかを認めるもの
〔注〕ただし、急性肝炎や他の急性腹症、慢性胆嚢炎が除外できるものとする。

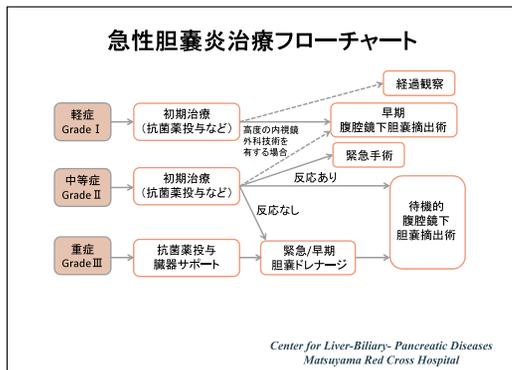
4



9



8



7

外来診療担当医表

最新情報はホームページ上で随時更新しております。
http://www.matsuyama.jrc.or.jp/

H26.1.1 現在

診療科目	月	火	水	木	金		
内科	総合内科	午 前 馬越洋宜	宇都宮大輔	藤 崎	芝 吉田健志	岡 田	
		午 後 上田陽子	柏戸祐介	坂 本	宇都宮	源 本	
	糖尿病内分泌	終 日 岡田貴典	近藤しおり	近 藤	近 藤	芝 宇都宮	
		馬 越 芝 真希	馬 越	岡 田	馬 越		
	高血圧	馬 越	源本真由	源 本	芝		
	血液	午 前 藤崎智明	上 田	波呂卓	藤 崎	上 田	
		奥 誠道	徳 山	池田祐一	奥	波 呂	
		午 後 徳山貴人	坂本愛子			池 田	
		(予約のみ)	(予約のみ)			(予約のみ)	
	糖尿病教室	毎週水曜日	10:00~12:00 (糖尿病チーム)				
肝胆膵センター	午 前	佐々木由子	横田智行	三宅康之	矢野 誠	横 田	
	午 後	武智俊治	上 甲	武 智	横 田	上 甲	
胃腸センター (消化器内科)	新患 兼 院外紹介	藏原晃一	川崎啓祐	藏 原	藏 原	藏 原	
	再診予約 兼 院外紹介	長末智寛	藏 原	森 下	川 崎	八板弘樹	
	炎症性腸疾患	河内修司		河 内		河 内	
	新患兼予約	阿部洋文	森下寿文	長 末	澤野美由紀	八 板	
	炎症性腸疾患	河 内	森 下	河 内		河 内	
	検査部門	上部消化管内視鏡および造影検査					
		小腸大腸内視鏡検査および内視鏡治療					
	循環器内科	新 患	小川清寛	久保俊彦	松坂英徳	堀 本	梅 津
	予 約	堀本弘伸	梅津隆太	久 保	小 河	久保・藤原礼宜	松 坂
	心外	梅末正芳		梅 末			
呼吸器センター	呼吸器内科	新 患	牧野英記	兼松貴則	濱 口	兼 松	
		梶原浩太郎	仙波真由子	梶 原		牧 野	
	呼吸器外科		伊藤謙作		横山秀樹	横 山	
	検査・手術	手術	気管支ファイバー	手術		気管支ファイバー	
腎センター		原田篤実	原 田	原 田	上 村	岡 英明	
脳卒中・脳神経センター	神経内科	池添浩二	池 添	池 添	池 添	池 添	
	脳神経外科	波呂敬子	中村優理	波 呂	波 呂	藤本雄一	
		梶原佳則	武智昭彦	梶 原	手 術	武 智	
小児科	午 前	高岩正典	近藤陽一	小谷信行	片岡(京)	近 藤	
	片岡京子	森本大作・藤岡智仁	片岡優子	吉川知伸	米 澤	高 岩	
	神 經	眞庭 聡	眞 庭	中野広輔	眞 庭	中 野	
	循環器	堀川定儀				堀 川	
産婦人科	午 前	竹内正久	河本裕子	河 本	赤澤宗俊	横 山	
	午 後	南 千尋	瓦林靖広	妹 尾	竹 内	横 山	
	手術	妹 尾	本田直利	本 田	横 山	横 山	
外科	午 前	藤中良彦	副島雄二	高橋郁雄	西崎 隆	高 橋	
	午 後	中西良太	間野洋平	西田康二	梶原勇一郎	西 田	
乳腺外科	午 前	川口英俊	川 口	川 口		川 口	
血管外科	午 前	山岡輝年			山岡(新患)		
臨床腫瘍科	午 前	大峰高広			大峰(再診)		
	午 後	岩佐憲臣	白石 猛	白 石	岩 佐		
	緩和ケア		藤井元廣	白 石			

診療科目	月	火	水	木	金	
小児外科	午 後	野口伸一		野 口	野 口	
整形外科		中城二郎	山本 進(手)	小林孝明	中城(股)	野 田
		梶原了治	野田慎之(脊)	大前博路(肩)	小林(膝)	梶原(手)
		土川雄司	大田 亮	徳本真矢	金光宗一	大 前
リハビリテーション科			田口浩之	田 口	田 口	
リウマチ膠原病センター	リウマチ科	水木伸一	水 木	手 術	水 木	鎌 田
	内 科	押領司健介	横田英介	押領司	押領司	横 田
泌尿器科	午 前	藤井元廣	田丁貴俊	藤 井	田 丁	田 丁
	午 後		矢野 明		矢 野	
			予約検査		予約検査	第1・3 ストーム外来
耳鼻咽喉科	午 前	小川日出夫	篠森裕介	担当医	篠 森	担当医
	午 後	高木大樹	高 木		小 川	
		有友 宏	小 川	手術	有 友	手術
		手術		手術		手術
			検査(透視)	手術	検査(透視)	手術
眼科	午 前	児玉俊夫	山本康明	山西茂喜	児 玉	山 西
	午 後	堀内良紀	堀 内	堀 内	依光明生	山 本
		鳥山浩二	鳥 山	池川泰民		山 本
		児 玉	手 術	山 西	手 術	山 西
		堀 内		堀 内		山 本
		鳥 山		池 川		山 本
皮膚科		南 満芳	南	緋田哲也	南	南
形成外科		庄野佳孝	庄 野	手術	庄 野	庄 野
麻酔科		安部俊吾		安部(午前のみ)		安 部
心療内科・精神科		※当面の間、外来診療については休診いたします。				
放射線科	新 患	村田繁利	村 田	村 田	村 田	村 田
	予 約	吉岡真二	吉 岡	吉 岡	吉 岡	吉 岡
放射線治療		浦島雄介	浦 島	浦 島	浦 島	浦 島
歯科 口腔外科	口腔外科	寺門永顕	寺 門	寺 門	寺 門	寺 門
	歯 科	中川雅博	中 川	中 川	中 川	中 川
		兵頭正秀	兵 頭	兵 頭	兵 頭	兵 頭

紹介状のある患者さんに係る診療受付時間 (土曜・日曜・祝日・創立記念日(5月1日)を除く)

午後3時まで受付可能な診療科 (毎日)

内 科	小 児 科	循環器内科
肝胆膵センター	放射線科	歯科口腔外科
消化器内科	腎 臓 科	外 科

午後3時まで受付可能な診療科 (曜日限定)

血管外科	月	木	泌尿器科	火	木
整形外科	火	木	リウマチ科	火	木
耳鼻咽喉科	月	火	呼吸器外科	火	木
眼 科	月	水	小児外科	月	水
皮膚科	月	火	心臓血管外科	月	水
脳神経外科	月	火	金		

注：いずれの診療科も緊急を要し地域医療連携室を通した患者さんに限ります。緊急を要しない患者さんの受付は午前11時までとなります。

午前11時までの診療科

乳腺外科(火・水・金)	形成外科(月・火・木・金)	神経内科
麻酔科(月・水・金)	呼吸器内科	産婦人科

注：いずれの診療科も地域医療連携室を通した患者さんに限ります。

地域医療連携室からのお知らせ ~紹介患者さん予約受付について~

当院では、患者さんのご紹介をFAXで頂いた際、診療科によって確認方法が異なっております。その中で一部の診療科(消化器内科・循環器内科・呼吸器内科・外科等)については、スムーズな診察に繋げるため、頂いた診療情報提供書を担当の医師や看護師が必ず目を通し内容を確認をするため、お返事までに時間を要することがございます。上記の診療科に限らず、お返事に時間を要することが明らかな場合には、一度その旨をご連絡させていただきます。

診療の予約について

再診の場合：全科予約制となっております。
初診の場合：小児科・産婦人科のみ電話による予約制をとっております。
※予約受付時間 午後2時~4時(時間厳守願います。)
・小児科 外来 TEL 089-926-9884 (直通)
・産婦人科 外来 TEL 089-926-9885 (直通)

~「紹介状」をお持ちください~

当院では医療の役割分担(病院と診療所の連携)を進めるといふ国の医療制度に則り、地域医療の充実に貢献する方針で地域の診療所と緊密に連携し、役割に応じた質の高い安全な医療をご提供したいと考えております。
この場合、診療所と当院を結ぶのが診療所の先生(かかりつけ医)がお書きくださる「紹介状」です。この紹介状によって患者さんに、よりスムーズに当院での検査や入院治療を受けていただくことができます。
お手数ですが「紹介状」をお持ちください。お持ちいただかない場合でも診療を受けられますが、その場合は初診に係る「保険外併用療養費」として診療料金の他に、別途3,150円(消費税込)をお支払いいただくこととなります。

※各診療日の担当医師につきましては、学会等により代診、休診とさせていただきます。

お 知 ら せ

松山赤十字病院登録医制度について

平成26年1月1日現在、当院の登録施設は360、登録医は528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。これによって紹介初診患者さんを、来院日にはお待たせすることなく、受診される診療科へご案内することが可能になり、好評です。

是非、FAXによる受診予約をご利用頂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)