



地域医療連携室報

◆ 発行責任者／渚上忠彦

◆ 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



第15回地域医療連携室懇談会を平成23年2月19日(土)に当院教育講堂にて開催いたしました。参加者は179名(院外79名、院内100名)でした。ご多忙の折、多数ご参加いただき盛大な会となりました。厚く御礼申し上げます。

今回の講演テーマは、昨年7月に開催した市民向けの第7回地域医療連携フォーラムで「ご存知ですか？糖尿病の怖さ」をテーマとし好評でしたので、今回は医療者向けに「糖尿病治療最前線」としました。

開催要領は別紙のごとくですが、糖尿病の新しい診断基準から始まり、眼合併症、血管合併症における驚嘆すべき治療法の進歩の講演があり、熱心な質疑応答がありました。講演内容は本号に掲載していますので、参加されなかった先生方は是非お読み頂ければと存じます。

講演会終了後、当院職員食堂にて意見交換会を行いました。須賀



地域医療連携室室長(院長) 渚上忠彦

第15回 地域医療連携室 懇談会を開催して

博文松山市医師会会長の来賓挨拶、稲田裕松山市医師会前会長の乾杯で開宴しました。今回の講演会は勉強になった。このような企画をどんどんやって欲しいとの声を聞きました。連携室懇談会は年1回の開催ですが、生涯教育としてイブニングセミナーを毎月1回、第4木曜日の19時より1時間の予定で開催しています。平成22年度は加齢に関する種々の疾患、問題点をテーマとして取り上げ、平成23年度は感染症に関する基本的な知識、疾患をテーマにしました。今までは、当院の登録医の先生にのみ案内を出していましたが、勿体無いとの声が多くあり、22年度からは登録医以外の医療関係者も出席可能となりました。当院のホームページの「医療関係者の方へ」の「イベント情報」をクリックしていただくと、イブニングセミナーの内容と申し込み方法が記載されています。

また、緩和ケア勉強会も月1回開催しています。多数のご参加をお待ちしています。

東日本大震災の被害は想像を絶するものでした。当院では発災日の3月11日夕方方には救護班出動の準備を整え、翌日早朝に第1班を出動させました。4月25日現在で8班が出動中で、すでに65名を派遣しました。それとは別に、こちらのケア要員として4名、石巻赤十字病院への支援看護師5名、助産師6名、薬剤師2名、事務1名、石巻赤十字看護専門学校に専任教師1名、計19名を派遣しています。救護活動は長期化することは間違いありませんが、赤十字の精神は人道ですので、要望がある限り救護活動は続けます。

当院は病院の建替えを検討中ですが、東日本大震災での教訓をもとに災害拠点病院としての責務を全うできる病院を建てたいと思っています。ご支援宜しくお願いいたします。



稲田内科消化器科医院 院長
稲田 裕 様



松山市医師会 会長
須賀 博文 様



第15回 松山赤十字病院地域医療連携室懇談会 開催要領

1. 日 時 平成23年2月19日(土曜日) 18:00~21:00
2. 場 所 (A) 講演会 当院 教育講堂
(B) 意見交換会 当院 職員食堂
3. 会 次 第

A 講演会 18:00~

テーマ 『糖尿病治療最前線』

座長：腎臓内科部長

原 田 篤 実

【演題1】 「新しい診断基準と話題の新薬」

演者：内科部長

近 藤 しおり

【演題2】 「合併症治療の新しい取り組み」

(1) 「眼合併症について」

演者：眼科部長

山 西 茂 喜

(2) 「血管合併症について」

演者：血管外科副部長

山 岡 輝 年

【質疑応答】 (H23年4月~血管外科部長)

B 意見交換会 19:30~

(敬称略)

1. 開会挨拶 松山赤十字病院 院長 渚 上 忠 彦
2. 来賓挨拶 松山市医師会 会長 須 賀 博 文
3. 乾 杯 稲田内科消化器科医院 院長 稲 田 裕
(前 松山市医師会 会長)
~開 宴~
4. 閉会挨拶 松山赤十字病院 副院長 藤 井 元 廣

新しい診断基準と話題の新薬

松山赤十字病院 内科部長 近藤 しおり



1. 糖尿病の新しい診断基準とHbA1cの国際標準化

2010年に糖尿病診断基準改定がありました。改定のポイントは、HbA1cが診断基準に取り入れられたことです(図1)。

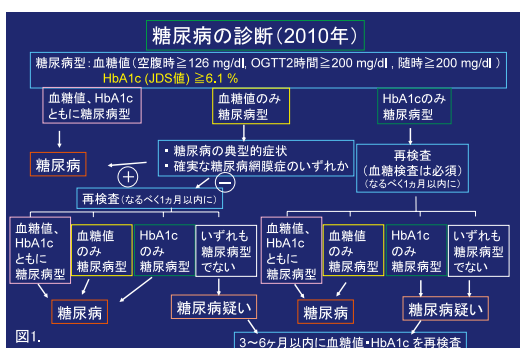


図1

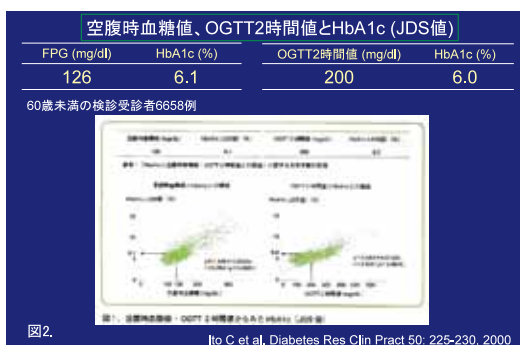


図2

HbA1cの国際標準化と診断基準改定がたまたま同じタイミングであったため、やや混乱を招いているようです。診断

基準は堅持されていることです。HbA1c値が別の日に2回糖尿病型でも、血糖による診断が無い場合は糖尿病と診断できません。

1999年版では、HbA1cは補助的役割であり、また、HbA1c 6.5%(JDS値)以上と緩めの値でした。今回からは、6.1%(JDS値)以上は糖尿病型と厳しくなります。その理由は、検診受診者のデータから、75gブドウ糖負荷検査の空腹時血糖値126mg/dlとHbA1c 6.1%(JDS値)が、2時間値200mg/dlとHbA1c 6.0%(JDS値)が相関することが判明したからです(図2)。ここで大切なのは、従来の血糖値による診断基準は堅持されていることです。

日本では現在使用されているHbA1cをJDS値といいますが、一方、欧米で使用されているHbA1cはNGSP値であり、JDS値に0.4を加えた値に相当します。この違いは測定系の違いによるもので、JDS値のほうがNGSP値より厳密にHbA1cを測定しているということですが、他国のデータと比較する際にずれが生ずるため、多数派であるNGSP値に合わせようとするものです。したがって、「HbA1cの国際標準化」によってHbA1cの測定法が変わるわけではなく、日常診療では現行のJDS値を引き続き使用しているわけです。

基準のHbA1c値が6.5%から0.4%少ない6.1%に変更になったこと、また、この事とは全く関係の無いことですが、たまたまJDS値に同じ0.4を加えた値がNGSP値に相当すること、混乱の要因の一つです。

今回の改訂では、現在臨床では一般に行われている、血糖値とHbA1cの同時測定により、双方が糖尿病型であれば1回の検査で糖尿病と診断し、早期からの治療を促すのが最大の目的です(図3)。

新しい診断基準の留意点

- ・診断基準にHbA1cを取り入れる。
(血糖値は必須、HbA1c単独では診断できない。)
- ・血糖とHbA1cの同日測定を推奨し、双方が糖尿病型であれば1回の検査で糖尿病と診断可能とし、より早期からの治療を促す。
- ・HbA1cのカットオフ値を6.5%から6.1%に変更。
- ・診断基準改定とHbA1cの国際標準化は無関係。
- ・現行のJDS値に0.4%を加えた、NGSP値に相当する国際標準値を、糖尿病学会が示すルールで使用する。
(国際標準値はNGSP値と同一のものではない)

図3

図3

2. 糖尿病の話題の新薬

昨年2010年は、全く新規の作用機序による糖尿病薬であるインクレチン関連薬が、日本でも処方可能となりました。

インクレチン(Intestine secretion [inulin])は、食物摂取により消化管から分泌され、インスリン分泌を促進するホルモンの総称です。現在、GIPとGLP-1の二つがインクレチンとして知られています。1930年頃、腸管粘膜抽出物に血糖効果活性があることが判明し、Incretinと命名されています。1964年に「経静脈より、経口でのブドウ糖投与のほうが、インスリン分泌が多い」ことが示され、80年代に遺伝子が同定され、今世紀に入って、薬として使えるようになったのです。

インクレチンの一つであるGLP-1は、インスリン分泌を増やすだけでなく、糖尿病患者で充進しているグルカゴン(血糖値を上げるホルモン)分泌を抑制したり、中枢作用・消化管作用により食欲を低下させたり、膵β細胞のアポトーシスを抑制・膵β細胞の再生を促進したりと、今までにない作用が注目されています。

インクレチン関連薬は、内服薬であるDPP-4阻害剤と、注射薬であるインクレチンアナログがあります。DPP-4阻害剤は、内因性のインクレチンを分解する酵素であるDPP-4の阻害剤で、内因性のインクレチン濃度を高めるものです。一方、インクレチンアナログの注射薬は薬理量のインクレチンを投与しますので、DPP-4阻害剤より大きな効果が望めます。インクレチン関連薬の適応は、ある程度内因性インスリン分泌の保たれている症例に限られます。

糖尿病治療最前線
合併症治療の新しい取り組み

(1) 眼合併症について

松山赤十字病院

眼科部長 山西 茂喜



「はじめに」

糖尿病網膜症の眼合併症は多岐にわたり、糖尿病網膜症・血管新生緑内障・糖尿病性白内障・視神

す。残念ながら、インスリンからGLP-1アナログ注射に切り替えた後、ケトアシドーシスによる死亡例の報告があります。一方で、高齢者での比較的高容量のSU剤とDPP-4阻害剤の併用で重症低血糖の報告もあり、注意が必要です。

インクレチン関連薬に関する私見を以下に述べさせていただきます。病歴が長く、既に多剤併用下でも血糖コントロール不良な症例には、DPP-4阻害剤は効果が少ないと思われるかもしれません。膵臓保護の観点からも、病歴の長くない発症間もない方に

DPP-4阻害剤が良いのかもしれません。また、GLP-1アナログ注射の効果の無い肥満症例もあり、今後の臨床成績の積み重ねが重要と思われます。糖尿病薬の投与は長期にわたるものであるため、インクレチン薬のように人類の使用経験が浅い薬は、引き続き注意深く扱われる必要があると思われます。

話題の新薬ではありますが、2型糖尿病患者の急増が、生活習慣の変化が最大の要因であることを考えますと、やはり2型糖尿病治療の根幹は、食事療法・運動療法であると思われます。

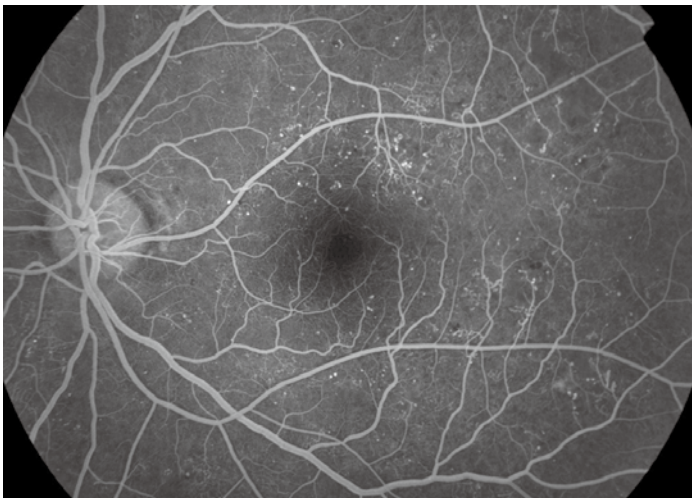
経症・外眼筋麻痺・角膜炎・屈折異常・虹彩炎など種々の疾患があげられます。なかでも糖尿病網膜症は、日本だけでなく先進諸国において成人における失明原因のつねに上位を占めています。

糖尿病網膜症により視力障害を来す原因は、増殖性変化と呼ばれるもので、硝子体出血や牽引性網膜剥離があげられます。最近では、もう一つの大きな原因は黄斑浮腫と呼ばれる、網膜中心部の浮腫です。

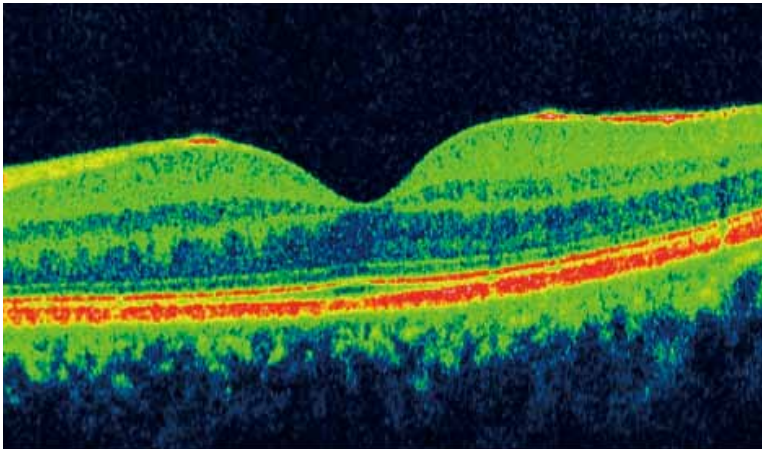
「網膜症の病期」

糖尿病網膜症の病期分類をお示しします。

基本的には、糖尿病になり網膜の小さな血管(毛細血管)が閉塞を起こし、網膜出血をきたす単



(図1)
蛍光眼底撮影写真(単純糖尿病網膜症)



(図2)
光干渉断層計(正常網膜)

松山赤十字病院では蛍光眼底撮影検査も光干渉断層計も、最新鋭の機器を導入しており、糖尿病網膜症の初期から非常に微細な異常も測定することが出来ます。

糖尿病慢性合併症のなかで、糖尿病性神経障害や閉塞性動脈硬化症などの血行障害(血管合併症)を基礎に足におこる様々な症状を糖尿病性足病変といい、潰瘍・壊疽がその中心です。これは重症化すると最悪、下肢の切断に至るもので、糖尿病合併症



松山赤十字病院 血管外科部長 山岡 輝年

(2) 血管合併症について

のなかでも重要な疾患の一つです。アメリカでは年間5万人以上が糖尿病で下肢切断が行われて大きな問題となっており、日本でも平成14年の厚労省の統計では、糖尿病患者の1.6%に足壊疽があると報告されており、近年、糖尿病性腎症による末期腎不全での維持透析例の増加と相まって、明らかな増加傾向を認めて、その対策の重要性が増しています。また、全世界でみると、糖尿病が原因で30秒に1本、足が切断されているとも言われています。糖尿病合併症のなかでは、大きく足を切断することになり、外観からその状態は明らかであり喪失感の内因性の他の合併症と比較しても甚大なものです。また足関節以上の大切断後は歩行困難、車いす生活・寝たきりとなり、生活の質は極端に低下し、間接的に生命を脅かす状態にもつながっていきます。

血行再建術にはバイパス術と血管内治療があり、その長所短所を踏まえ選択していきますが、最近では、デバイスの進歩とも相まって血管内治療の適応が拡大しており、当院においても従来からの自家静脈を使用した足部までのバイパス術も行うと同時に血管内治療も積極的に取り入れており、大腿動脈レベルはもちろんのことCLTIにおいても最も重要なターゲット領域である下腿・足部レベルまでのバルーン血管形成術を行っています。血管内治療はバイパス術に

糖尿病症例の足部に潰瘍・壊疽といった皮膚障害を認めた場合は虚血の有無を必ず精査する必要があります。特にSPP(skin perfusion pressure 皮膚還流圧)の有用性が高く40mmHg以下が基準であります。閉塞性動脈硬化症による虚血が証明され、足部の潰瘍・壊疽といった皮膚障害を認めると重症下肢虚血(CLI:Critical Limb Ischemia)と診断され血行再建術の絶対的な適応となり、下肢動脈病変の解剖学的な評価は血管エコー、MDC T、血管造影(DSA)にて行います。糖尿病に伴うCLTIでは下腿以下に高率に病変を認めますので侵襲的ではありますがDSAまで要することになります。

血行再建術にはバイパス術と

血管内治療があり、その長所短

所を踏まえ選択していきますが、

最近では、デバイスの進歩とも

相まって血管内治療の適応が拡

大しており、当院においても従

来からの自家静脈を使用した足

部までのバイパス術も行うと同

時に血管内治療も積極的に取り

入れており、大腿動脈レベルは

もちろんのことCLTIにおい

て最も重要なターゲット領域で

ある下腿・足部レベルまでのバ

ルーン血管形成術を行っています。

血管内治療はバイパス術に

網膜症病期	眼底所見
単純糖尿病網膜症	毛細血管瘤 網膜点状・斑状・線状出血 網膜浮腫・硬性白斑 少数の軟性白斑
前増殖糖尿病網膜症	軟性白斑 静脈異常 網膜内細小血管異常 網膜無灌流域(蛍光眼底造影所見)
増殖糖尿病網膜症	新生血管(網膜・乳頭上) 網膜前出血・硝子体出血 線維血管増殖膜 牽引性網膜剥離

(表1) Davis 分類

純糖尿病網膜症の時期から、網膜のもっと大きな血管が閉塞し(前増殖糖尿病網膜症)、新生血管が増殖してくる増殖糖尿病網膜症の3期に分かれます。

このように3期に大きく分類されますが、各病期の期間はまだで異なります。単純期は長く5年以上続く方もありますが、前増殖期は非常に短く、網膜虚血の状態から新生血管が生じ、あつという間に増殖期へ移行します。

糖尿病網膜症を診断する上で欠かせない検査に蛍光眼底撮影と網膜光干渉断層計があります。

蛍光眼底撮影はフルオレセインナトリウムという蛍光色素を腕の血管から注入し、色素が発する蛍光を眼底カメラで経時的に撮影する検査です。この検査により網膜血管の循環動態や血管異常などが分かります。また網膜光干渉断層計は超音波検査に似た検査で、以前では測定不可能であった網膜の断面の状態を観察することが出来ます。特に黄斑浮腫の診断に非常に有用です。

「網膜症の治療」

糖尿病網膜症が進行し、上述の増殖糖尿病網膜症に至れば、高度の視力障害をきたす危険性が高まります。これらを予防するためには、前増殖糖尿病網膜

「網膜症の診断」

症の段階で網膜光凝固を行うことが重要です。増殖期に入っても、病状の沈静化をはかるため光凝固は必須ですが、増殖期に入ってから光凝固治療は、黄斑浮腫の増悪や硝子体出血の合併症を生じる率が高くなります。しかし光凝固を施行しない場合、数ヶ月もしくは数年後に重篤な視力障害を来します。当院では今春、最新鋭の網膜光凝固装置を導入しました。この光凝固装置は、光凝固による疼痛がほとんど無く、黄斑浮腫などの合併症も少なくなると報告されております。

硝子体出血や牽引性網膜剥離を生じた場合には硝子体手術を考慮します。1ヶ月待っても硝子体出血が吸収しない場合や、牽引性網膜剥離が網膜の中心近くまで及んだ場合には手術の適応となります。特に早期手術が視力予後に非常に重要で、視力低下が軽度のうちに手術を行う方が良好な視力を維持出来る

ことも分かっています。当院では昨年より経結膜無縫合硝子体手術を積極的に取り入れて手術治療を行っており、入院期間や手術時間が短縮され、早期の社会復帰が可能となっております。

「おわりに」

糖尿病網膜症は放置すれば失明につながる重篤な疾患ですが、定期的に眼科を受診し、適

切な時期に必要な治療を受ければ、高度な視力低下を来すことはまれです。一方、網膜症進展の危険因子として眼科受診の中断が強調されています。特に「見えてるから大丈夫」とか「眼科は検査がたかさんあって・・・」と眼科受診が中断している間に、網膜症が進行していることがあります。誤解をなくし、病状を正しく理解し、適切な時期に必要な治療を行うことが非常に重要です。

講演3 糖尿病治療最前線 ～合併症治療の新しい取り組み～

比べ、長期の開存性や血流改善効果の点で劣るも、低侵襲性・即時性・段階的もしくは繰り返しの施行可能といった欠点を補って余りある利点を有しており、症例によつてはバイパス術が困難で血管内治療が唯一の選択枝であることも多々あります。

血行再建術に成功し、虚血を改善した場合でも潰瘍壊疽は広範囲・深部に及び、組織欠損が著明な場合は創治療を得るのに長期間を要し難渋する場合があります。C.L.I治療において血行再建術は最重要治療ステップではありますが、血流改善が最終目標ではなく救肢が目標でありますので、創部の局所管理も非常に大切なステップとなります。この創管理の切り札的存在である陰圧持続閉鎖療法という治療法があり、潰瘍形成部を密閉し断続的に通常125mmHgに

て陰圧する方法で、創治療を促進し治療期間も短縮が期待できる方法であります。本治療法の専用機器およびその管理手技料が昨年4月より保険収載されたのを受けて、中四国で最も早くに同治療法を導入し、現在にても多くの患者さんに使用しております。

糖尿病に合併する重症下肢虚血に対しては、血管治療のみではその目的である大切断なき長期生存は達成することはできず、多面的な治療アプローチが必要です。当院においても血管外科を中心に糖尿病内科、腎臓内科、循環器内科、形成外科、皮膚科によるチーム医療を行っており、糖尿病足病変の早期発見や救肢後のリスクは正やフットケアも非常に重要で、地域の医療機関との連携も今後益々、強化していきたいと思っています。

新任副院長紹介

副院長（地域医療連携室副室長） 小谷 信行



いと思います。何卒よろしくお願い致します。

地域連携室の担当になりましたので、今まで同様、測上院長のもと、病病連携、病診連携に力を入れていきたいと思っています。

さらには、小児科の立場で「病学連携」つまり医療と教育の連携も勧めたいと思います。

今年4月に松山赤十字病院副院長に任命頂きました。測上院長のご指導、ご指示のもと、横田、藤井両副院長、各科の先生、パラメディカル職員の方々の支えを頂きながら、また、地域の病院、診療所、介護関係の皆様にご支援、ご協力頂き、大役を果たしていき

年の当センターに受診する「子ども」の心の問題を抱えた親子」の増加にあります。20年前に臨床心理士の平林氏と二人で心身症外来を細々と始めた頃は、年間30名程の新患者数でしたが、最近は10倍に膨れ上がっています。小児科にカウんセラ16名を置き、さらに心理ボランティアを107名かかえるマンパワーもさることながら、学校からの勧めもあって受診する小学生、中学生、高校生も多くなっています。

20年間に病院の小児科で私が出会った何千人の子どもたちへの心理面の治療や支援の経験から、二つのことを大きく感じるようになりました。一つは「ソーシャルスキルが育っていない」こと、もう一つは「自己評価の低さ」です。

ソーシャルスキルについては、家庭や地域の普段の衣食住の生活の中で会話を交わすことにより、うまく相手に自分の思いを伝えるスキルが育つと考えられます。言葉だけでなく、目線や仕草、表情も大切なスキルです。オバーでもなくアンダーでもなく相手に伝える技術を育てるには、継続的な修行が必要です。

また、「自己評価の低さ」はコミュニケーションの上手さとも関係しています。人とうまく心が伝わっていないと、表現が極端になり「0か100か」の会話になり、「親友」か「死ね」という極端な言葉で会話し「63%友達」とか「87%親友」とかという発想は生まれてきません。自己評価についても、一つでも悪いことや失敗があれば自己評価が0点になり、偏差値が高ければ自己評価が100点になるといった極端な自己評価になりがちです。このことから、正しい自己評価（＝自尊心）は生まれにくいと思われま

す。家庭や地域での衣食住の一般生活の中で、地域の大人たちが子どもたちと一緒に活動し、伝統的な

表現力や生活に必要な文化を伝える機会は減ってしまっています。

心理的な問題を抱えた子どもさんと家族、校長、教頭、担任、養護教諭、学校カウンセラー、主治医、病院カウンセラーのメンバーで、当センター内で「学校連携」と称して、年間約70組のカンファレンスを夕方行っています。これが大変有効で、学校側のクライアントへの理解も深まり、対応も適切になり、保護者と学校の関係もよくなってくる場合がほとんどです。顔と顔を突き合わせた連携の重要さをつくづく感じています。

前置きが長くなりましたが、さて、今回のイベントは「医療と教育の連携」を進めようという趣旨になります。それはこれから述べる「地域発信の医療教育連携モデル」を進めるための地域でのコンセンサスを形成し、ボランティアの希望者のデータベースを作成するためのものです。

「地域発信の医療教育連携モデル」とは、松山赤十字病院成育医療センターの中で、心理ボランティア約20名と教師約10名に、ソーシャルスキルトレーニングや医学英語スピーキングなどが含まれる講座を6ヶ月間受けて頂き、当センターの「成育コミュニケーションカウンセラー」を育て、認定します。次の段階で、「成育コミュニケーションカウンセラー」が7、8名のチームになって、各小学校に出向き、同じ講座をワークシヨップの形で、教師、保護者、子どもたちを対象に行います。コミュニケーションスキルを上げるトレーニングをしたり、スキルを上げるツールとして「教師を支援するためのチーム（TST）を作る」話し合いをしていきます。

TSTが中心になって各学校で無償ボランティアを募集し、教育、手配、調整などを行います。各学校でどんなボランティアが必要であるかを話し合い、TSTが最終

決定を行い、教育現場と話し合い実践します。想定されるボランティアの活動例を以下に挙げます。

保健医療ボランティア…当センターから、医師、看護師、助産師などを派遣する。ワクチン、アレルギーなどの学校生活での注意などを記載した個人の健康ファイルを作り、担任の教師、養護教諭、栄養教諭の負担を減らす。ひいては医師の負担を減らすことになる。

傾聴ボランティア…発達障害など様々な問題を抱えた子どもたち、保護者、教師の傾聴を行い、上手に学校生活を送れるようにする。

ソーシャルスキルトレーニングボランティア…遊びやゲームを通して会話や意思の伝達法を、子どもたち、保護者、教師に伝える。医学英語スピーキングボランティア…医学英語をおしえる。

教師秘書ボランティア…特定の教師の授業の準備や資料の整理、準備の手伝いをする。

上記はあくまでも例で、各学校でそれぞれのTSTが募集、手配、管理、教育、心理支援を行います。適材適所を大切にし、不適切な人にはTSTの権限で辞めて頂くこ

とになります。

われわれ団塊の世代が、定年を迎え、多くの人材が地域に暮らすようになると考えられます。この団塊の世代を含め様々な世代で、無償で社会に、子どもたちに貢献したいと考える人間は多くいらつしゃいます。しかし、そのための技術の獲得や保証、ボランティアとしての活動の場とのマッチングができなかったり、シャイな日本人気質により、いいことをすることへの心の壁があるのではないかと思います。医師の負担軽減に関しては今まで述べていませんが、小学校教育の場で医療者が直接教えることにより、より効果的に疾患の予防、早期発見などが進み、ひいては医療者の負担を軽減することになると予想されます。今までの校医やPTAのシステムともうまく協力しあえると思われま

す。

この「地域発信の医療教育連携モデル」が、様々な問題点を解決する一つの方法となり、よき医療と教育の連携を生み、教師や医師の負担をとり、子どもたちの自尊心とソーシャルスキルを育てることを期待したいと思っています。

新任部長紹介

神経内科部長

池添 浩二



平成23年4月1日より神経内科部長を拝命した池添浩二です。これまで前部長である山下順章先生が発展させてこられた伝統ある当院神経内科の責任者となり、身の引き締まる思いです。

私は香川県高松市の出身で、高松高校から香川医科大学（現香川

大学医学部）を卒業いたしました。その後5年間ほど母校の内科学教室に在籍（独立した神経内科は当時もありません）していましたが、ここでひとつ本格的に神経内科を研修したいと思い、平成8年に九州大学神経内科に再入局、平成9年には当院で1年間勤務しております。現在当科は4人体制ですが、当時は山下先生と私の二人だけでした。その後東京の国立精神・神経センター（現国立精神・神経医療研究センター）や九州大学神経内科で、神経変性疾患や神経筋疾患の診療および研究に携わりました。一方、二度にわたり北九州市の九州厚生年金病院に勤務し、主に脳卒中を中心とする急性期の神経疾患の診療にも関わっております。神経内科で扱う疾患には頭痛、めまい、しびれ、認知症といった主として外来で診るものから脳卒中の様な急性期疾患、さらに神経変性疾患や神経筋疾患といった慢性期疾患まで幅広いのが特徴ですが、曲りなりにも全分野に対応できるものと思っております。

【資格】
・神経内科専門医・指導医・代議員（日本神経学会）
・脳卒中専門医（日本脳卒中学会）
・認知症専門医・指導医（日本認知症学会）
・頭痛専門医（日本頭痛学会）
・内科認定医（日本内科学会）
・医学博士（九州大学）

【略歴】
平成3年・香川医科大学卒業、同第3内科入局
平成8年・九州大学医学部附属病院医員
平成9年・松山赤十字病院医師
平成10年・国立精神・神経センター神経研究所研究員
平成12年・九州厚生年金病院医長
平成13年・九州大学医学部附属病

院助手および講師
平成17年・国立病院機構大牟田病院医長
平成20年・九州厚生年金病院医長
平成23年・現職

私が神経内科医になった当時は、脳梗塞の診療には今ほど力を入れていなかった様に思います。しかし平成17年に発症3時間以内の超急性期脳梗塞に対する血栓溶解療法（tPA）が承認されてからは、神経内科医が中心となって積極的に関わるようになりました。特にtPA著効例では従来なら重度の片麻痺と失語が残るような重症脳梗塞でも、ほぼ後遺障害なく社会復帰できることもあります。当院では脳卒中ホットラインが開設され脳外科と共同で24時間体制で、tPAも含め脳梗塞に迅速に対処できるよう努めております。

また高齢人口の急速な増加に伴い、認知症もまた増加していることが深刻な社会問題となっております。昨年まで我が国で認知症の進行を遅らせることができる薬剤はアリセプト1種類のみでしたが、今年2種類新たに使用可能となり、治療の幅が広がっております。当科は大学以外では稀な認知症専門医を3名擁し、認知症診療にも力を入れております。

さらに多くの方々が悩まされていながらあまり病院に来ることがない頭痛に関して、当科では片頭痛に対するトリプタン製剤の使用等専門的な治療を行っております。

地域基幹病院の神経内科として、ここに挙げたような一般的な神経疾患から稀な神経変性疾患までこれまでどおり対応していく所存です。今後ともご指導の程、どうぞよろしくお願い申し上げます。

血管外科部長

山岡輝年



平成23年4月1日付けで血管外科部長を拝命しました山岡輝年（やまおか てるとし）です。当院の血管外科は、ながらく外科の一部門として診療を行って参りましたが平成22年7月より院内の正式部門として承認を受け、今年4月に正式標榜診療科となりました。動脈硬化疾患の著増もあり、血管外科という専門性が認められた結果であろうと考えております。更に、地域連携医療機関の先生方からも多くの患者さんご紹介とご指導があつてのことと思ひ、感謝申し上げます。今後も愛媛中予地域の医療発展のため微力ではありますがが尽力していきたいと、気を引き締めている次第です。

私、山岡は略歴にありますように、平成8年に佐賀医科大学を卒業の後、九州大学第二外科（現在の消化器・総合外科）に入局しまして、複数の医療機関で外科および血管外科の修練を積んだ後、平成18年9月より当院に勤務しております。専門資格に関しては以下に記しております。

血管外科の紹介をさせて頂きます。守備範囲としては、心・胸部大血管と頸部・頭蓋内血管を除く全ての脈管疾患であり、具体的には腹部大血管・腹部臓器、四肢の動静脈疾患を担当しております。主な疾患としては腹部大動脈瘤、閉塞性動脈硬化症、下肢静脈瘤、深部静脈血栓症などでありま

す。5年前に松山に赴任してから、従来からの外科的手術療法に加えてカテーテルをベースとする血管内治療を積極的に取り入れ、腹部大動脈瘤に対するステントグラフト内挿術は3年前に導入し治療症例数は100例近くとなり、また、閉塞性動脈硬化症に対するバルーン血管形成術やステント留置術の症例数は400数十例でありました。高齢化社会、糖尿病や維持透析例の増加に伴い、今後も動脈硬化性疾患の増加は進み、且つ複雑化していくものと思われます。従来からの外科治療のみならず、血管内治療の重要性は更に増していくものと予想されます。私が目指す、血管外科医は外科手術のみではなく血管病治療として血管内治療から外科手術をトータルに高いレベルで提供する血管治療医であります。個々の患者さんの状態に合わせて過不足のない治療を提供し、その結果、大動脈瘤破裂の恐怖から患者さんを守り、下肢切断の危機から患者さんを救っていきたく思います。

血管外科は現在、私を含め2名のスタッフで診療を行っておりますが、急性疾患を含め可能な限りの迅速な対応を心がけております。血管外科診療においては動脈硬化症がその多くを占めており、動脈硬化性疾患のリスク疾患を日頃管理診療されている、地域連携医療機関の先生方との関わりは非常に重要であると常々考えておりますので今まで以上のご指導、ご鞭撻を賜りますようお願いいたします。

【略歴】
平成8年・佐賀医科大学卒業
九州大学第二外科入局

平成13～14年・新日鉄八幡記念病院 血管外科
平成15～16年・福岡市民病院 外科
平成17年・18年・済生会唐津病院 外科
平成18年・学位取得（九州大学医学部）
平成18年9月～・松山赤十字病院 外科（血管外科）
平成23年4月～・現職

リウマチ科部長

水木伸一



この度、平成23年4月1日より部長を拝命いたしました。昭和55年に山本純己先生が日本で初めて「リウマチセンター」をこの松山赤十字病院に開設されて、リウマチ患者さんをチーム医療・保健・福祉など幅広い分野からアプローチして全人的に治療をする「トータルマネージメント」を全国に拡げられました。そのようなセンターで部長に就任することとなり、その責任の重さを感じております。

平成20年4月、当センターは「リウマチ膠原病センター」と改名し、リウマチ整形外科医と膠原病内科医が共同で診療する体制といたしました。リウマチ・膠原病とは、関節リウマチやそれ以外の膠原病（全身性エリテマトーデス、強皮症、皮膚筋炎、血管炎症候群など）を指し、その発症には自己免疫学的機序が関与していることが明らかにされてきています。四肢に痛みやこわばりを主徴とする

【資格】
日本外科学会専門医
心臓血管外科専門医
腹部大動脈瘤ステントグラフト実
施認定医・指導医
日本脈管学会認定 脈管専門医
日本血管外科学会認定 血管内治療医
下肢救済・足病学会（評議員）

リウマチ性疾患の診断において、関節・脊椎・筋疾患について整形外科的知識が必要とされますが、そのいずれの疾患も全身諸臓器をも侵し得るため内科学的な知識も欠かせません。また薬物治療が進歩し、合併症や副作用に対して配慮する必要性が大きくなってきています。このような状況の中で、整形外科医と内科医がいっしょに診療することは、適切な診断とともに全身性合併症や副作用にすばやく適切に対応でき、安全で質の高い診療を提供できる体制であると思っております。

関節リウマチは、その病態にかかわる分子機構が明らかにされるにつれ、それらの分子を選択的に阻害する生物学的製剤が開発されてきました。多くの臨床研究において、生物学的製剤は画期的な臨床的効果を持ち、また骨関節破壊を抑制・改善する効果が高いことが明らかにされ、早期に診断し強力に治療を行うことで治癒さえ可能になってきているかもしれないところまで来ております。

そのような薬物治療の進歩の恩恵として、関節破壊が進行するものが抑制され、中には破壊されたものが修復され元の状態にもどることもあります。それに加えて骨

の強度や質もが改善されている状況の中では、リウマチ外科手術に關しても適応・術式などが変遷してきております。新しい時代のリウマチ関節外科を進めていきたいと思っています。

総合急性期病院・地域支援病院である松山赤十字病院におけるリウマチ・膠原病専門センターとしての責務としては、難治症例に対する治療を行うことに加え、院内各領域の専門科と連携を図り、合併症や高度な手術に対応することであると考えております。コメディカルを含めた広い分野での集学的医療提供体制を充実させていき

第二泌尿器科部長

矢野 明



平成23年4月1日付けで第二泌尿器科部長を拝命致しました矢野明と申します。平素より関連施設の先生におかれまして多数の患者さんを御紹介頂いておりますことに感謝致します。引き続きまして御支援を賜りますようお願い申し上げます。

私は松山市出身で愛媛県立松山西高校を卒業しております。平成2年愛媛大学医学部を卒業後、広島大学医学部泌尿器科学教室へ入局致しました。JA広島総合病院・島根県立中央病院で研修後、広島大学にて膀胱癌の浸潤・転移に關する研究をしておりました。学位を取得後、大分県中津第一病院におきまして腹腔鏡下手術（鏡

たいと思います。

他の疾患と同様に関節リウマチにおいても、患者さんが専門施設と地域医療施設との間を行き来する、いわゆる「循環型」の医療連携をとる必要性がますます高まっています。顔の見える、心の通う連携を図るために、症例検討会などのような会を通してリウマチ専門医・非専門医を問わず、さらには多職種間で幅広く連携をとりながら、より良いリウマチ・膠原病診療を進めていきたいと考えていますので、よろしくお願い申し上げます。

視下手術）のトレーニングを受けております。その後、平成15年10月1日より当院に勤務しております。

赴任当初より地域医療連携に注力し、紹介元の先生の御期待にそえるべく努力をして参りました。腫瘍性疾患・尿路結石・感染症から先天異常や女性泌尿器科領域に至るまで幅広く、質の高い医療を実践していきたいと考えております。とくに連携施設の先生からの時間外・休日の御紹介にも柔軟に対応する体制をとっております。対応にお困りの患者さんがおられましたら、御相談いただければ幸いです。

日常診療におきましては、月曜日から金曜日の午前中に外来、月・水・金曜日が手術日、火・木曜日の午後に特殊検査・専門外来を行っております。人員の關係から手術日の外来診療は完全には固定されておらず御迷惑をおかけすることがあるかと思いますが、御容赦下さい。

私が当院へ赴任致しまして最初に着手しましたことは、腎・副腎に対する腹腔鏡下手術の術式の確立と技術の伝達でした。藤井副院長・田丁第一部長の指導、手術室・病棟スタッフの協力により安全性と低侵襲を兼ね備えた標準術式を確立することができました。出血量は50ml程度、翌日より歩行・飲水が可能です。低侵襲のため高齢者に対しても可能で有り、91歳の患者さんにも施行しています。腎・尿管に対する手術件数は年間30〜40例あり、中四国におきましても屈指の数を誇っています。さらに若手医師にこれらの技術を伝承し、3名の内視鏡技術認定医を輩出、1名が申請中です。ついで女性泌尿器科領域の充実に努め、産婦人科の先生の御協力もあり、尿失禁防止術の導入ができました。尿失禁の患者さんは受診を躊躇う傾向があるため『女性の排尿を考える会』を設立し、啓蒙活動を行っております。また平成22年より骨盤臓器脱に対するTVM

(Tension Free Vaginal Mesh)手術も開始しました。TVMとはプロローインメッシュにより脆弱になった骨盤内の支持組織を補強する方法で、再発が極めて少ないことが特徴とされています。これらの手術法は施行可能な施設が限られているため、さらに発展させていきたい領域です。悪性腫瘍におきましては前立腺癌に対する治療方法も拡充されています。平成21年より早期前立腺癌に対しまして密封小線源療法が可能となりました。時期を同じくして腹腔鏡下根治的前立腺摘除術が導入されています。これらにより県内で最初のすべての根治療法が可能な施設となることができました。いずれの新規治療法も安定した治療成績をあげています。60歳を過ぎた患者さんには積極的に血清PSAを測定していただき、異常がございましたら是非御紹介下さい。御

紹介頂きました患者さんに関しましては系統的生検を施行致しますが、結果や患者さんの治療法によりましては地域連携パスに則った加療もしくは経過観察をお願いすることがございます。併せて御協力を賜りますようお願い申し上げます。

これまでの業績は院内の協力のもとより、関連施設の先生の御支援なくしてはなし得なかったものと考えております。以前にも増して精進をまいりますので、変わらぬ御指導・御鞭撻を賜りますようお願い申し上げます。

【専門領域】

女性の排尿障害・尿失禁
骨盤臓器脱に対するTVM手術
【主研究領域・診療領域】
膀胱癌・前立腺癌の浸潤転移機構
【所属学会】
日本泌尿器科学会 評議員
日本泌尿器科学会 専門医・指導医
日本 Endourology・ESWL学会
日本癌治療学会
【主な資格】
日本泌尿器科学会・評議員
日本泌尿器科学会 専門医・指導医
日本内視鏡外科学会 内視鏡下手術技術認定医
日本 Endourology・ESWL学会
泌尿器腹腔鏡技術認定医

日赤イブニングセミナー

第9回
12月16日

Well aging
高齢者と薬剤

投薬の盲点・注意点

健診部長 村上 一雄



わが国の平均寿命はのび続け、今後、超高齢化社会を迎えようとしています。他方、薬物療法は今後も治療の中心であり、高齢者に対する薬物療法の原則や注意点を知ることがますます重要になります。

高齢者には、複数の疾患を持ち、慢性化しやすく、症状が非定型で、また薬物副作用や合併症が出現しやすいなどの特徴があります。薬物有害作用が増加する要因としては、多剤を長期にわたり

服用していることや、多科を受診していることなどがあります。さらに、高齢者では臓器予備能低下のため、薬物の過量投与になりやすく、また認知機能や視力・聴力の低下などのため、誤服用やアドヒアランスの低下などが起こりやすいくとも特徴です。そのため、少ない服薬数で、薬効が確立した薬剤を使用し、優先順位や非薬物療法についても考慮し、定期的に処方内容を見直すことも必要です。長時間作用薬を使用し服薬回数を1日1〜2回とすることや、一包化調剤が有効なこともあります。また認知機能に注意して用法や薬効に対する患者の理解度や、薬剤容器の開封能力にも注意を払うことが必要です。高齢者の服薬

管理には、病態や生活機能を十分に把握して処方工夫し、さらに患者のみならず家族や介護者に対する教育も大切です。可能な限り非薬物療法を用い、薬剤数を最小限にし、簡便な服用法で、明確な目標を念頭に置き処方することが必要です。また処方開始時には少量から開始し、新規症状が出現したときは副作用を疑い、必要があれば臨床検査を行うことも必要です。

高齢者は臓器予備能が低下しており、薬物動態の加齢変化による薬剤の過量投与に注意する必要があります。特に高齢者では、肝・腎・脳血流が減少しており、呼吸・循環・消化器機能なども低下しています。したがって高齢者への薬物投与では病態や臓器予備能を評価して、体内での薬物動態を考慮する必要があります。臓器機能（肝、腎）や薬物血中濃度を測定して、最大血中濃度の増加があれば投与量を減量し、半減期の延長があれば投与回数を減らし、また少量投与から投与を開始することが必要です。

米国では65歳以上の高齢者の投薬に注意を要する薬物リスト（Beers Criteria）を公表しています。わが国では、その日本版といえるものが、国立保健医療科学院疫学部より公表されています（<http://www.nih.go.jp/soshiki/ekigaku/BeersCriteriaJapan.pdf>）。また日本老年医学会も同様のリスト（<http://www.jpn-geriatr-soc.or.jp/drug-list.pdf>）を公表しています。

最後に、高齢者の生活習慣病に対する薬物療法に關する最近の大規模介入試験や治療ガイドラインについて述べます。80歳以上で、収縮期血圧が160 mmHg以上の高血圧患者を対象としたHYVET試験では、150/80 mmHgを降圧目標として治療した群が、対象群に比べ致死的脳卒中や総死亡を

有意に抑制しました。わが国の高齢者高血圧に関するガイドライン（JSH2009）では降圧目標は140/90mmHg未満で、75歳以降では150/90mmHgを中間目標にすることが推奨されています。高齢者の脂質異常に対する介入試験PROSPER試験では、心血管疾患の高リスク高齢者に対するプラバスタチンの治療により、冠動脈疾患死、非致死性心筋梗塞および全脳卒中が有意に抑制されました。わが国の動脈硬化性疾患予防ガイドライン2007では、高齢者の脂質異常症では、高LDL血症に対するスタチン治療で脳梗塞の一時予防効果があるとされています。しかし冠動脈疾患に対しては、前期高齢者のスタチン治療で一次および二次効果があるとされています。最後に高齢者の糖尿病患者に対する厳格な血糖管理による大血管障害抑制について検討した介入試験に、ACCORD試験、ADVANCE試験、

VADT試験などがあります。これらの試験では強力に血糖をコントロールした群では標準血糖コントロール群に比べて、大血管障害を抑制しないことが報告されました。のみならず、ACCORD試験やVADT試験では総死亡が増加しました。この原因として、重症低血糖や体重増加が考えられます。したがって高齢者の糖尿病治療では、低血糖を起さないように注意して慎重に血糖を下げる必要があります。また大血管障害予防には血糖管理とあわせて、脂質異常や高血圧の総合的な管理が重要です。科学的根拠に基づく糖尿病診療ガイドライン2010ではBMI22kg/m²、脂質についてもLDLコレステロール120mg/dl未満、血圧130/80mmHg未満とされています。

高齢者の薬物療法では、最低のコスト、最小のリスクで最大の効果を得ることが重要です。

生の指標）によると、死亡率は全年齢層にわたって年次を追うごとに低下しており、世界に先駆けて超高齢化、少子化社会を迎えている日本では心血管病は大きな問題である。

高齢者の心血管系の変化とそれによる病態は表1、2、3に示す通りである。

また、圧受容体反射機能も加齢とともに低下してくる。圧受容体機能不全が心筋梗塞や脳梗塞後の予後を悪化させることが報告されているが、心不全に伴う圧受容体機能不全では交感神経活性を増加させ、レニン・アンギオテンシン・アルドステロン系を賦活化

し、バゾプレッシン分泌を亢進させる。加齢によるこれらの変化はいずれも心不全を増悪させる要因である。

高齢者の心不全の特徴は「高齢者の場合、日常生活では症状がはつきりとは現れないことが多いが、息切れなどがあっても歳のせいと思い、見過ごしがち」「風邪などを引いた時に、急に心不全症状が現れるといったことがある」「心不全による脳循環障害を起こすこともあるので、原因のわからない認知症の症状など精神症状が現れたら注意」「高齢者は全身の水分量が少ないため、脱水により心拍出量が低下しやすかったり、

表1

表2

表3

第10回
1月27日

Well aging8
高齢者の心機能

循環器内科部長 芦原 俊昭



「高齢者」といっても万国共通の定義があるわけではなく、また生物学的指標があるわけでもない。WHOは60歳以上、米国では65歳以上、日本の臨床医は高齢者「65-80歳」、超高齢者「80歳」とすることが多い。

米国での65歳以上の高齢者の疾患の特徴をあげると、①心血管系疾患がもっとも頻度の高い疾

高齢者における加齢による変化と心血管疾患		
	加齢による変化	心血管疾患
血管系	内膜肥厚 動脈スティッフネスの増加 脈圧の増加 脈波伝搬速度の増加 Early central wave reflections 内皮依存性血管拡張の減少	収縮期高血圧 冠動脈閉塞 末梢動脈閉塞 頸動脈閉塞
心房	左房拡大 心房性期外収縮	心房細動
洞結節	最大心拍数の減少 心拍変動の減少	洞機能不全
房室結節	伝導時間の増加	房室ブロック（type II、不全）
弁	硬化、石灰化	狭弁、逆流
心室	左室壁張力の増加 心筋収縮の延長 拡張早期充満率の延長 最大心拍出の減少 右脚ブロック 心室性期外収縮	左室肥大 心不全（収縮機能に関係なく） 心室頻拍、心室細動

逆にむくみが現れやすい」「心臓に血液が戻ることが障害され（拡張不全）、通常の検査では原因がわかりにくく、死亡率が高い」などであり診断および治療において注意が必要である。

日本人の心不全患者は推定150万人で、心不全による死亡率は経年的に増加傾向にある。その一方で循環器系疾患による死亡率は、ここ数年は一定である。

このことから、心不全は他の循環器系疾患に比べて、有効な治療体系が確立されていない予後の悪い疾患であるとも言えよう。標準的な心不全治療を受けている患者の死亡原因の第一位は突然死で、約60%を占め、その主因となる重症不整脈の発現に留意した経過観察が重要となる。また、4人に1人は心不全の悪化が原因で死亡しており、服薬アドヒアランスや生活指導の遵守を徹底する必要がある。

スおよび他の経口強心薬

- 徐脈性不整脈を呈する心不全患者に対する房室伝導抑制性薬物（ジゴキシン、カルシウム拮抗薬）
- 半減期の長いジギタリス製剤
- 無症候性心室性不整脈に対する抗不整脈薬
- 短時間作用型ジヒドロピリジン系カルシウム拮抗薬である。

また高齢者の慢性心不全診療において注意が必要な点として、高齢者では心臓そのものの病態に加え、心不全を増悪させる要因への適切な対応がより求められるということである。その要因とは

- 全身要因…感染症、貧血、腎不全、甲状腺疾患等
- 心臓要因…心筋虚血、不整脈等
- 薬物要因…β遮断薬、抗不整脈薬、非ステロイド系解熱鎮痛薬等
- 医療要因…過剰輸液や輸血等
- 生活要因…減塩や水分制限の徹底、肥満、服薬コンプライアンス不良、運動過多、ストレス、うつ状態等である。

心不全の非薬物療法としては「温和療法」「運動療法」「ペーシング治療」「CRT…心臓再同期療法」「ICD…植え込み型除細動器」「補助循環療法」「手術療法」などがある。

また心不全患者には睡眠時無呼吸症候群が高率に合併することもある。その治療効果も認められており、積極的に介入することが求められる。

最後に、特に80歳以上の超高齢者では、医学的な観点に加え患者のみならず家族や社会への負担を視野においた対応が求められることを強調したい。

外来診療担当医表

ホームページ上で随時更新しております。
<http://www.matsuyama.jrc.or.jp/> H23.5.1現在

診療科目		月		火	水	木	金
内科	総合内科	上田陽子 波呂卓		松 下 村上哲晋	藤 崎 仲池隆史	横田英介 (予約のみ) 上 田 馬 越	岡 田 池 田 安 永
	糖 尿 病	岡田貴典 松下由美		近藤しおり 馬越洋宜	岡 田 近 藤	近 藤 能美幸信	松 下
	高 血 圧			福岡富和	福 岡		福 岡
	血 液	藤崎智明 池田祐一		上 田 安永 愛	波 呂 池 田	藤 崎 仲 池	上 波 上 呂
	糖尿病教室	毎週水・金曜日 10：00～12：00（岡田・近藤・能美）					
肝胆膵センター	午 前	佐々木由子 武智俊治 上甲康二 大野芳敬		横田智行 上 甲 大久保智恵	三宅泰之 武 智 落合理乃	矢野 誠 横 田 忽那 茂	横 田 甲 野 上 大
	午 後	佐々木 武 智		上 甲 大久保	(予約緊急のみ) 落 合	(予約緊急のみ) 忽 那	横 田 甲 野 上 大
胃腸センター (消化器内科)	外来部門	午 前	新 患 予 約	藏原晃一 永田 豊 河内修司	川崎啓祐 藏 原	船田摩央 坂 川 崎	藏 原 船 田
		午 後	新 患 予 約	坂 暁子 河 内	坂 永 田	永 田	岡 本
	検査部門	午 前	上部消化管内視鏡および造影検査				
		午 後	小腸大腸内視鏡検査および内視鏡治療				
循環器センター	循環器内科	新 患 予 午 前 約 午 後	堺 浩二 堀本拡伸 佐々木香織	久保俊彦 芦原俊昭 芦 原	高橋 優 芦 原	松坂英徳 高 橋	芦 原 久 保 松 坂
	心 外	午 前	梅末正芳		松井完治		
	呼吸器内科		兼松貴則 梶原浩太郎	兼松(再診) 山子泰斗	兼 松 山 子	梶 原	兼 松 (再診のみ)
呼吸器センター	呼吸器外科			横 山		横山秀樹 三浦奈央子	横 山
	検査・手術	手 術	手 術	気管支ファイバー	手 術		気管支ファイバー
	※呼吸器内科：紹介状をお持ちの患者様のみ診察いたします。(月・水・木)。						
腎センター			原田篤実 上村太郎	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 志田憲彦	池 添 志 田	池 添 志 田	池 添 志 田	池 添 志 田
	脳神経外科		石井大造 瀬山 剛	武智昭彦	曾我部貴士 瀬 山	石 井	曾我部 武 智
小児科	午 前		小谷信行 片岡京子 松本知華	近藤陽一 高岩正典	小 谷 片岡優子 西崎眞理 吉川知伸	片岡(京) 松本・吉川	近 藤 高 岩
		神 経	眞庭 聡	眞 庭	中野広輔	眞 庭	中 野
	循環器		堀川定儀		堀 川		堀 川
産婦人科	午 後		血 液	乳児健診	アレルギー	内分泌	未熟児 発達外来
	午 前		樋渡小百合 田中寛希 妹尾大作	河本裕子 小玉敬亮 本田直亮	河 本 兵頭慎治 妹 尾	樋 渡 兵 頭 横山幹文	横 山 兵 頭 本 田
	午 後		久保純美 宮崎順秀 妹 尾	久 保	樋 渡 小 玉 妹 尾	宮 崎	小 玉 中 田 本 田
外科	手 術		手 術	手 術	手 術	手 術	手 術
	午 前		白石 猛 姉川 剛	白 石 丸山晴司 増田隆伸	高橋郁雄 島袋林春 中島雄一郎	西崎 隆 黒田陽介	高 橋 島 袋
	緩和ケア			ストーマ外来	外来手術 白 石		
※緩和ケア外来は、毎週水曜日14:00～17:00(完全予約制・原則として1日最大3名まで)							
乳腺外科	午 前		井上博道 (再診)	井 上	井 上		井 上
血管外科	午 前		山岡輝年 (再診)			山岡(新患)	
			大峰高広 (新患)			大峰(再診)	

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 梶原了治 古田太輔	山本 進(手) 野田慎之(脊) 増田哲夫	山 本 小林孝明 大前博路(肩)	中城(股) 小林(膝) 岡本賢和	野 田 梶原(手) 大 前	
	※(手):手の外科、(脊):脊椎外科、(膝):膝関節外科、(肩):肩関節外科、(股):股関節外科						
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 鎌田一億	手 術	水 木 鎌 田	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 矢野 明 尾澤 彰	藤 井 尾 澤	藤 井 田 丁 矢野 澤	矢 野 尾 澤	
	午 後		予約検査		予約検査	第1・3 ストーマ外来	
	※月・水・金曜日は手術日につき、上記の診療担当医が変更することがあります。						
耳鼻咽喉科	午 前	有友 宏 眞田朋昌 小川日出夫	篠森裕介 眞 小 川	担当医	篠 森 小 川 有 友	担当医	
		手 術		手 術		手 術	
	午 後		検査(透視)	手 術	検査(透視)	手 術	
※水・金曜日は新患のみ診察します。							
眼 科	午 前	児玉俊夫 堀内良紀 竹澤由起	山本康明 堀 内	山西茂喜 吉岡龍治 木 村	児 玉 吉 岡 依光明生	山 西 山 本 竹 澤	
	午 後	児 玉 堀 内 竹 澤	手 術	山 西 吉 岡 木 村	手 術	山 西 山 本 竹 澤	
皮膚科		南 満芳	南	福井眺万	南	南	
形成外科		庄野佳孝	庄 野	手 術	庄 野	庄 野	
※水曜日は手術日につき外来診療はありません。							
麻酔科		安部俊吾		森田美由紀		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	
歯 科 口腔外科	放 射 線 治 療	浦島雄介	浦 島	浦 島	浦 島	浦 島	
	口 腔 外 科	寺門永顕	寺 門	寺 門	寺 門	寺 門	
歯 科 口腔外科	歯 科	中川雅博 兵頭正秀	中 川 兵 頭	中 川 兵 頭	中 川 兵 頭	中 川 兵 頭	

紹介状のある患者にかかる診療受付時間（土曜・日曜・祝祭日・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	脳 神 経 外 科	循 環 器 内 科	腎 臓 内 科
肝 胆 膵 セ ン タ ー	小 児 科	心 臓 血 管 外 科	歯 科 口 腔 外 科
消 化 器 内 科	放 射 線 科	外 科（血管外科・乳腺科除く）	

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
皮膚科	月	水	小 児 外 科	月	水
	火	木			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に限ります。

緊急を要しない患者の受付は従来通り午前11時までです。

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)	リハビリテーション科(火・水・金)
麻酔科(月・水・金)	呼吸器内科(月・水・木)	産 婦 人 科
神 経 内 科		

地域医療連携室からのお知らせ～紹介患者予約受付について～

当院では、患者のご紹介を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。

お 知 ら せ

松山赤十字病院登録医制度について

平成23年5月1日現在、当院の登録施設は358、登録医は517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を、来院日には待たせることなく、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)

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）を進めるという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、その場合は初診にかかる「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になります。

※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のでご了承ください。