

Matsuyama Red Cross Hospital

地域医療連携室報

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

発行責任者／渕上忠彦

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

2013.6

No.

60

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、次代を担う医療者を育成します。
- 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。

新任副院長紹介

副院長

（がん診療推進室室長、
災害対策委員会委員長）

西崎 隆



平成25年4月1日付けをもちまして、副院長を拝命いたしました。医療を取り巻く環境が大きく変わりつつある現況を鑑み、その責任の重さを痛感しているところです。就任にあたり一言ご挨拶申し上げます。

私が、外科部長として当院に赴任したのは、12年前の平成13年4月です。当時、当院は芸予地震の被害、医療費削減政策、診療報酬引き下げなどにより、10数億円の負債を抱え、年末のボーナスは分割給付、いつ日赤本社管理、つまり一般企業でいえば、倒産宣告を受けるかもしれない状況でした。平成15年10月に渕上院長が就任され、原価計算、院長ヒヤリング、BSCなどの経営手法を導入されました。その結果、全職員の活躍により累積赤字は解消、さらにこの数年は全国92カ所にある赤十字病院中、トップの黒字決算を出せるまでになり、私も一職員として誇らしく思っています。

さて、次の12年後の2025年には、日本の高齢者人口が3,500万人を超える、世界史上にも類をみない、超高齢化社会を迎えるため、医療・介護は、時代の常識を覆すような思想転換（パラダイムシフト）が必要とされ

ます。つまり、今後12年間は急性期医療の需要は増加しますが、それ以降は減少、介護医療は急速に需要を増し、2025年以降も増加します。このような変化への素早い対応が、当院の勝ち残りには必要です。また、今後30年以内に60%以上の確率で南海トラフ巨大地震が発生し、最悪、津波で約23万人、建物倒壊で約8万2千人、火災などで約1万人の計約32万3千人が、死亡すると予想されています。その際には、できる限り多くの命を救える様、赤十字病院の役割を果たさなければなりません。今まさに、嵐の時代に突入しようとしているとの危機感を持っていきます。

私はこれまでどこの職場でも「今いる場所が、自分にとって使命の場所」と決めて、仕事に取り組んでまいりました。微力ではありますが、横田、小谷両副院長、そして全職員の皆さんと力を合せて、渕上院長を助け、当院のいっそうの発展に向けて頑張っていきたいと思っておりますので、宜しくお願い申し上げます。

【略歴】

昭和60年（1985）…

九州大学医学部卒業

九州大学第二外科入局、研修医

昭和61年（1986）…

広島赤十字原爆病院外科・研修医

昭和62年（1987）…

九州大学第二外科・医員

昭和63年（1988）…

米国ピッツバーグ大学外科・留学

新任部長紹介

臨床腫瘍科部長

白石 猛



平成25年4月1日付けで臨床腫瘍科部長を拝命しました白石 猛（しらいし たけし）です。臨床腫瘍科は新しく設立された部門であり、その初代部長と言う立場に任命され、身の引き締まる思いです。宜しくお願いします。

現在日本では、人口の高齢化に伴い2人に1人ががんになり3人に1人はがんで命を落とす時代になりました。将来のがん患者の増加に備え平成19年がん対策基本法が施行されました。国の政策に基づき、愛媛県では7つのがん診療連携拠点病院が設定されましたが、松山赤十字病院もその一つです。当院では、外来化学療法、緩和医療、がん地域連携パス、そしてがん登録を総括する目的でがん治療推進室を設立し、設立時より副室長とし

平成元年（1989）…
米国ニューヨーク・マウント・サイナイ医科大学外科・留学
平成3年（1991）…
九州大学第二外科・医員
平成4年（1992）…
福岡市民病院外科・医長
平成5年（1993）…
九州大学第二外科・助手
平成8年（1996）…
松山赤十字病院外科・副部長

平成10年（1998）…
九州大学第二外科・助手
平成11年（1999）…
九州大学第二外科・講師
平成13年（2001）…
松山赤十字病院外科・部長
平成17年（2005）…
松山赤十字病院外科・代表部長
平成25年（2013）4月
現職

て活動させて頂いています。この流れの中で、切除不能固形癌の化学療法による治療を包括的に行う診療科として臨床腫瘍科は設立されました。

私は松山の出身ですが、父親の仕事の関係で茨城県の高校を卒業しております。がん治療に興味があり、平成5年に九州大学医学部を卒業し母校の第二外科に入局しました。大学院にて「悪性腫瘍の分子生物学的解析」の研究を行った後、九州大学生体防御医学研究所付属病院、佐賀県立病院に勤務し、平成19年4月より松山赤十字病院外科に勤務となっています。消化器外科専門医も取得していたので、消化器外科の手術治療を中心に診療を行っていましたが、手術だけでは無くがんの診療をより包括的に行いたいと考えておりました。平成21年4月に、がん化学療法緩和ケアセンターが設立され副センター長になると同時に、手術治療から離れ外来化学療法室と緩和ケアチームの専任医師として活動しました。化学療法と緩和ケアは、一見すると水と油のようなイメージがありま

すが、本来同時に行うべきものであり、特に予後不良な固形腫瘍では治療の目的が、QOLを維持した予後の延長であり目的が一致します。

Evidenced based medicine (EBM) は現在広く知られていますが、2000年ぐらいより医療に持ち込まれた新しい概念です。抗がん剤の分野では、このEBMに対する深い知識が要求されます。具体的な治療効果と予想される副作用を科学的に提示する必要があるからです。ただし、EBMだけで治療スケジュールが決める事はできません。患者さんの価値観、ライフスタイル、社会的な状況等、様々な事が問題となります。そこで臨床腫瘍科では、個々の症例に合わせた、一番良い治療を行う為に多職種によるチーム医療を展開しています。外来化学療法室で治療を行う症例は、全て各科の主治医、薬剤師、看護師、臨床心理士、の参加する化学療法カンサードボードで多角的な審査を行っています。その際に、緩和ケアが十分に行われているか、病状説明は十分に行われているか、と言った包括的がん医療も同時に展開しています。

今後のがん患者の増加への対応を考える時に、地域医療との連携が非常に大切になると考えております。愛媛のがん診療拠点病院として関連施設の先生方の一助となるように精進してまいります。変わらぬご指導・鞭撻のほど宜しくお願い致します。

【専門領域】

消化器がんを中心とした化学療法
緩和医療

【資格】

日本臨床腫瘍学会がん薬物療法専門医
日本緩和医療学会暫定指導医
日本消化器外科学会専門医
消化器がん外科治療認定医
日本がん治療認定医機構がん治療認定医・暫定教育医
日本外科学会専門医

地域医療連携室副室長紹介

地域医療連携室副室長 森田 美恵子



地域の医療機関の先生方には、日頃から、ご支援、ご指導を賜り誠に有難うございます。平成25年4月1日付けで地域医療連携室副室長を拝命いたしました森田美恵子と申します。どうぞ宜しくお願い申し上げます。

就任にあたりまして、日頃連携をさせていただいている先生方へ自己紹介とご挨拶を述べさせていただきます。私の看護師としての経歴は、臨床では、小児科、内科、脳卒中センター等を中心に経験し、その間、日本赤十字社愛媛県支部に3年、医療社会事業部に2年在籍いたしました。愛媛県支部では、日本赤十字社の救急法、健康生活支援講習の普及やホームヘルパー養成講習等とおして地域の現状や、介護をする方々の声を聴き、急性期病院や療養施設等の機能分化が進められていく中で、医療・福祉・介護の連携・協働、具体的な在宅療養支援の必要性を実感することが出来ました。

当院は、平成9年に地域医療連携室を開設し、地域医療支援病院・急性期病院として、地域医療機関や他施設との連携を深める取り組みを行って参りました。看護部門においても患者様の療養生活の不安を改善できるように、療養支援

ナースが誕生し、活動をしております。平成17年には、地域医療支援病院に認可され、地域の皆様方のご理解、ご協力により、医療、看護、介護の連携が充実し、医療環境が変化しても、患者様が適時・適所で適切な療養生活が送れるようネットワーク作りを強化しているところです。

地域連携室の今年度の重点課題として、①支援対象者の入院前、入院時の情報交換、②多職種との合同カンファレンスの推進、③人事交流や研修による地域医療機関における協働活動の推進、④地域住民のための効果的な病床運営等を掲げております。

また、今年度の「第10回 地域医療連携フォーラム2013」は、「認知症から学ぶ「ひとのこころ」」認知症と向き合い、支え合うために」をテーマに開催いたします。

「認知症の家族」「認知症サポート医」「認知症認定看護師」「認知症疾患医療センター」の立場からそれぞれの先生方のご講演をいただき、皆様のご意見も伺う予定です。現在、地域医療連携室は、事務9名、MSW2名、看護師6名で担当しております。今年度は、地域福祉機関との協働活動、医療・福祉・介護サービスの情報の可視化と情報共有、多職種による入院支援体制作り等を目指して活動していく予定です。4月から、私をはじめ、連携課曾我課長、大西看護師長、菊池係長、中野MSWの配属等、新しいスタッフになりました。医療の機能分化が進む中、

患者様のみが紹介・連携の流れに沿って施設間を動くという事ではなく、そのひとらしい人生を全うできる「納得と安心の連携」が重要と考えます。そのためには、患者・家族・保健医療福祉に携わる

人々の「顔の見える連携」「心のかよう連携」を念頭に、皆様の率直なご意見を伺いながら、「地域の皆様に優しい病院」を目指します。今後、ご指導、ご鞭撻を賜りますよう宜しくお願い申し上げます。

日赤イブニングセミナー

薬剤の特性に基づく副作用と対策1

第10回
1月24日

臨床腫瘍科 部長

白石 猛



はじめに

人口の高齢化に伴い、2人に1人ががんになり3人に1人はがんで命を落とす時代になり、将来のがん患者の増加に備え平成19年がん対策基本法が施行されました。国の政策に基づき、愛媛県では7つのがん診療連携拠点病院が設定され、松山赤十字病院もその一つです。がん治療には、手術、放射線そして抗がん剤の3つの柱がありますが、多くのがん化学療法は外来で行えるようになり、当院の外来化学療法室の利用患者数は年間5000例で年々増加の傾向にあります。来院される患者さんの多くは60歳以上であり、様々な合併症がある症例が多く、今後地域と連携した治療が必要になります。

抗がん剤治療の分類(術後補助化学療法と進行再発がん化学療法)

固形がんの外来化学療法は、術後補助化学療法と進行再発がん化学療法の大きく2つに分類されます。術後補助化学療法は、手術の後に施行される化学療法であり治療の目標はがんの根治です。術後補助化学療法は、肺がん、胃がん、大腸がん、乳がん等で有用性が証明されています。根治手術を施行した後4〜12週で導入され、6〜12ヶ月間施行されます。手術で病巣を摘出していますから、治療の対象は目に見えない微小転移(手術で摘出し存在しない事もありま)となり、効果判定は、再発しない(根治した)という結果になります。手術のみで根治した症例にも抗がん剤を投与している訳ですが、再発症例を予測する事は困難であるため、再発リスクが高い病期の症例が対象となります。抗がん剤の効果は、単位時間あたりの投与量で決定されますので、十分な副作用コントロールを行い根治の可能性をあげることが大切です。一方、多くの固形腫瘍を抗がん剤だけで根治する事は困難であり進行再発がんの化学療法のための、予後の延長とQOLの維持に

なります。抗がん剤の副作用は、一般にQOLの低下を招くわけですが、十分な治療を行わないと予後の延長は期待できません。その為、期待される治療効果と副作用の十分な知識、十分な説明、そして患者さんの価値観の尊重が重要です。医師には、高度の科学的知識と共に、様々な分野に対する高いバランス感覚が要求されます。

殺細胞性抗がん剤と分子標的薬

抗がん剤の世界では新しい薬が次々と開発されていますが、最近開発された薬の多くは分子標的薬という新しい概念の薬です。古くからある抗がん剤(殺細胞性抗がん剤)は、がん細胞の無秩序な増殖をターゲットにしています。その為、細胞周期の速い細胞を全て攻撃してしまいます。その結果、脱毛、骨髄抑制、消化器粘膜の障害を招きます。治療効果は投与量に比例し、副作用対策として抗がん剤の減量が有効です。一方、分子標的薬は、がん細胞に発現しているタンパク質への抗体(乳がん:ハーセプチン等)と、がん細胞で過剰に発現している増殖シグナルの特異的な阻害薬(腎がん:スーテンント等)に分類されます。これらの薬剤は非常に特異的な作用を持ち、治療効果は投与量に比例せず、副作用も減量ではあまり改善しません。そのため、副作用がコントロールできない場合、中止あるいは休薬が原則です。分子標的薬の作用機序は全てが解明されている訳ではないのですが、スーパーレスポンダーと言われる非常に良く反応する症例が存在することがわかってきました。それらの症例を抽出することにより、より効果的ながん治療を展開し最終的には、個々の症例に合わせたオーダーメイドによる化学療法を確立することが現在トピックスになっています。

抗がん剤の副作用の重症度分類

抗がん剤の副作用の重症度の評価は、Common Terminology Criteria for Adverse Events (CTCAE)で記述されます。これは、抗がん剤治療中に発症した、全ての症状に対して使用される国際的な基準で grade1〜5 に分類されます。日常臨床でも汎用されていますが、非常に多くの項目が羅列されており、とても全てを覚える事はできません。原則是 grade1 は外来で対応可能、grade2 以上は入院が必要、又は機能障害がある場合です(grade 4: 生命を脅かす、grade5: 死亡)。たとえば、抗がん剤の投与で手足がしびれた場合、ボタンが留めることができなくなれば、grade3 となりますし、下痢で入院した場合、grade3 以上となります。一般に、grade3 以上の副作用で、抗がん剤の中止・減量が必要ですので、副作用(AE: Adverse Events)は、grade2 の段階で治療する必要があります。

抗がん剤の副作用の時期と対策の具体例

副作用の具体例とその対策をあげてみます。

A. 薬物相互作用

全ての薬物療法で薬物相互作用は注意すべき事柄ですが、抗がん剤における薬物相互作用は時に致命的な結果を招きます。1993年、抗ウィルス薬(ソリブジン)とフッ化ピリミジン系薬剤の同時投与により、15名の患者が抗がん剤の副作用により不幸な結果となり新聞に掲載されました(ソリブジン薬害事件)。これは、ソリブジンが5FUの代謝を阻害し結果として高容量の5FUを投与したのと同じ状態になった為です。逆

地域と連携して行いたい化学療法

1. 再発固形腫瘍の副作用管理
→なだらかな緩和医療への移行の実現

2. 術後補助化学療法
→根治を目指して

胃がん・大腸癌
肺がん
乳がん
前立腺癌

TS-1,UFT/UZEL
UFT
ハーセプチン
ホルモン療法
ホルモン療法

2

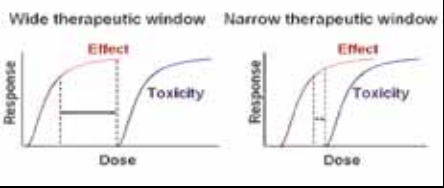
化学療法の副作用
(Adverse Events of Chemotherapy)



松山赤十字病院 がん診療推進室
白石 雄

1

Dose(投与量)と治療効果(Effect), 毒性(Toxicity)



多くの殺細胞性抗がん剤は毒性を認める領域で最大限の効果となる副作用が出ない量→効かない
→副作用対策を行う事で、効果が期待できる量を維持する。

4

抗がん剤の分類

殺細胞性抗がん剤 (Cytotoxic agent)
アルキル化剤
白金化合物
代謝拮抗薬
トポイソメラーゼ阻害薬
抗がん抗生物質
微小管作用抗がん剤

分子標的治療薬 (molecular target drug)

ホルモン薬 (hormone drug)

3

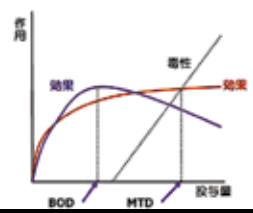
Common Terminology Criteria for Adverse Events:
(CTCAE 有害事象共通用語規準による重症度区分)

Grade 1: 軽度
Grade 2: 中等度
Grade 3: 高度
Grade 4: 生命危機または活動不能
Grade 5: 死亡*

抗がん剤の世界では、副作用をA.E. と呼ぶ

6

分子標的薬の効果と副作用



毒性と治療効果が平行にならない
副作用対策としての減量はあまり意味がない
分子標的薬で副作用のコントロール不良 →投与中止
初期より副作用対策 →投与を可能な限り継続

5

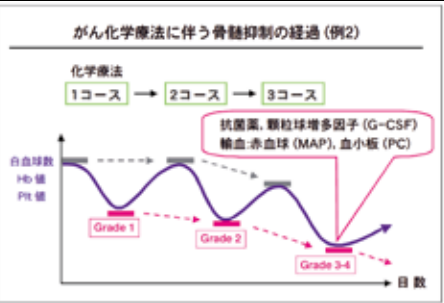
皮膚障害

5FU系 5FU注射製剤
フッ化ピリミジン
TS-1
ゼローダ
UFT

分子標的薬 マルチキナーゼ阻害剤
スーテント
ネクサパール
etc

8

がん化学療法に伴う骨髄抑制の経過 (例2)



抗腫瘍薬、顆粒球増多因子 (G-CSF)
輸血、赤血球 (MAP)、血小板 (PC)

7

がん患者の理解



緩和ケア学会の概念がわかりやすい
抗がん剤治療中の患者に当てはめると

10

EGFR抗体薬

適応: 大腸癌、頭頸部
アービタックス、ペクティビックス

特徴的な皮疹



acneiform rash on face
acneiform rash on chest

9

に、5FUによりワーファリンの作用を増強することも知られています。この場合、5FUが、肝臓の代謝酵素であるCYP2C9の発現を減弱することにより、ワーファリンの分解が抑制され、高容量のワーファリンを投与したのと同じ状態になる為です。ワーファリンとフッ化ピリミジン系薬剤（胃がん、大腸がん、肺がん、乳がん等で使用）を併用する場合、PT-INRを2週間に一度測定する必要があります。

B、骨髄抑制

骨髄抑制は、多くの殺細胞性の抗がん剤に認められる一般的な副作用です。1コース目に問題がなくても、抗がん剤の蓄積毒性により数クール目に問題となることもあります。骨髄抑制の治療の原則は、投与の中止・中断であり、好中球数ならば1000個/μl未満 (Grade3) で中止となります。発熱を認めたり、好中球数が500個/μl未満 (Grade4) の場合、G-CSFを使用することもあります。好中球減少に伴う副作用は時に重篤な状態となるため、多くの殺細胞性抗がん剤の投与開始基準は、好中球数が1500個/μl以上 (Grade1以下) となっています。

C、消化器症状

消化器粘膜は非常に細胞周期が速く、多くの抗がん剤のターゲットとなります。その症状は、吐き気、食欲不振、口内炎と多岐にわたります。消化器症状の中でも、抗がん剤による吐き気は患者さんを苦しめる代表的な症状ですが、新しい薬が次々と開発され、2010年に制吐剤のガイドライン(日本癌治療学会)が作成されました。このガイドラインは極めて有用であり、当院でも薬剤師を中心に制吐剤の標準的な予防使用を推し進めています。発症した嘔吐への投薬治療は困難なことが多いのですが、予防投与により発症を予防したり症状を軽くする事が可能です。

D、皮膚障害

皮膚障害は様々な抗がん剤で発症しますが、フッ化ピリミジンによる手足症候群は、QOLが阻害されます。大腸がんで使用されるEGFR抗体薬は、EGFRレ

セプターの存在する表皮も攻撃して特殊な皮膚炎を発症します。投与後1か月程度で、しびれ、色素沈着、角化等の症状が出てきます。最終的には、歩行不能等のGrade3に移行し、治療が中断します。フッ化ピリミジンは殺細胞性抗がん剤ですので、投与量の減量は有効な対処法ですが、抗腫瘍効果が減弱してしまいます。そこで、ハンドクリームによる保湿や物理的な刺激を避ける等の生活指導が重要になります。これらの生活指導は、看護師を中心としたチームで対応しています。皮膚障害は分子標的薬でも問題になりますが、分子標的薬の皮膚障害には薬によって様々な症状となります。大腸がんで使用されるEGFR抗体薬は、EGFRレ

E、特殊な副作用

新しい抗がん剤である分子標的薬は予期せぬ副作用がおこることがあります。イレッサによる間質性肺炎の問題は新聞で有名になりました。大腸がん、肺がん、乳がん等で使用されるVEGF抗体薬の消化管穿孔、吐血などの致命的な副作用もあります。その他の分子標的薬でおこる特殊な副作用として、蛋白尿、高血圧、低Mg血症、甲状腺機能低下、心機能低下などが報告されています。頻度の少ない副作用は市販後調査で確認される事も多く、新薬を使用する場合

F、抗がん剤と緩和医療



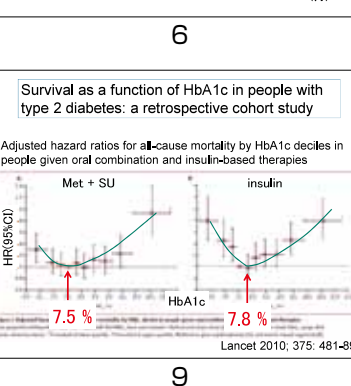
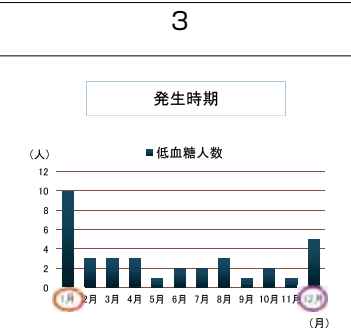
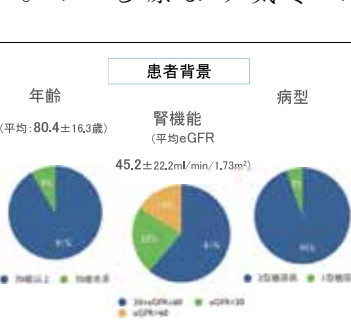
一つ目は、SU薬の低血糖リスクを再認識し、高齢者や腎機能障害者については、低血糖を起こさない薬剤量の調節が重要です。HbA1cが7.0%を下回り始めた場合は、低血糖を起こしにくい薬剤（SU剤以外）への変更も考えられます。二つ目は、冬期にはシックデイが生じやすいので、食事がとれないときは糖尿病薬の服薬中止する、という患者教育をしっかりと行うことです。

糖尿病患者の多くは高齢者です。2010年、日本糖尿病学会は、高齢者の血糖管理目標として「健常」な患者さんで7.4%、合併症の多い「虚弱」な患者さんで個別に設定、と示しました。一律にHbA1cの値のみを目安とするのではなく、年齢や腎機能、個別状況に応じた目標設定が、低血糖事故の予防となります。

糖尿病治療における低血糖の現

状と、その対策について、当院での低血糖昏睡搬送症例の検討を含めて述べたいと思います。より正常に近い血糖コントロールが合併症を予防することは、DCCやUKPDSなどの大規模臨床試験で証明されています。糖尿病治療ガイドの「血糖コントロール指標と評価」でも、HbA1c(NGSP、以下同じ)6.2%未満が優、8.4%以上で不可とされています。

た、低血糖昏睡の発生の多い月は、12月と1月で、冬期に流行する気道や消化器系のウイルス感染症によるシックデイが原因と考えられました。



9

しかし、注意すべき点は、

この指標は高齢者や合併症の進んだ人にはあてはまらない、ということです。2008年に発表されたACCORD試験では、重症低血糖による総死亡が増え、試験が中止となりました。厳格に血糖を下げようとしたために重症低血糖が増加した結果、心事故による死亡が増えたと結論付けられました。

次に当院のデータをお示しします。当院に2008年1月から2012年1月までの約4年間に、糖尿病治療薬による低血糖昏睡で救急搬送された人は41人でした。平均年齢は80歳、eGFRは45 ml/min/1.73 m²、95%が2型糖尿病でした。使用

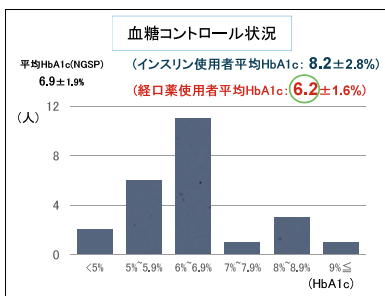
当院救急外来に搬送された重症低血糖症例の検討

対象と方法

【対象】
2008年1月から2012年1月までの4年間に血糖降下薬による薬剤性低血糖で、当院救急外来に搬送され緊急入院となった41例を対象とした。

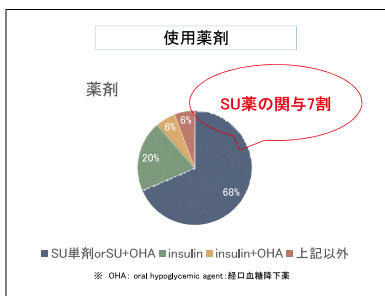
【方法】
薬剤性低血糖の診断は低血糖時のインスリン値やCペプチド値、病歴聴取から総合的に行った。年齢、腎機能、使用薬剤、病型、HbA1c(NGSP値)、発生時期について検討を行った。

2



5

1



4

考察

- 低血糖昏睡が高齢者のSU薬使用者に多かった理由は、SU薬が主に腎排泄であり、高齢者では腎機能障害を伴っている場合が多く、薬剤排泄が遅延するためと考えられる。
- 冬期にはウイルス感染症によるシックデイが起こりやすい。食事ができないときの糖尿病薬服薬中止の指導が不十分であるために、低血糖昏睡の頻度が高い可能性がある。

8

臨床的特徴

- ①高齢者
- ②腎機能障害
- ③SU薬使用
- ④HbA1c < 7%(NGSP)
- ⑤冬期における発生が多い

7

結語

- SU薬は低血糖リスクが高い。高齢者や腎機能障害者については、低血糖を起こさない薬剤量に調節が必要。
- HbA1c(NGSP)が7.0%を下回り始めた場合、低血糖を起こしにくい薬剤(SU剤以外)への変更も考慮すべき。
- 冬期にはシックデイが生じやすく、食事がとれないときは糖尿病薬の服薬中止を徹底する、患者教育が重要。

11

ガイドライン上で推奨されている高齢者の血糖管理目標

year	organization	patient population	target HbA1c
2012	American Diabetes Association(1)	65歳以上で健康 上記以外	6.5~7.0% 7.5~8.0%
2004	The Department of Veterans Affairs/Department of Defense Guidelines(2)	予後15年以上 予後15年以内	7.0% 8.0%
2003	American Geriatrics Society(3)	健康 予後15年以上/健康状態不良	7.0% 8.0%
2010	日本糖尿病学会	健康 虚弱	7.4% 個別に設定

(1) Diabetes Care June 2012 vol. 35 no. 6 1364-1370 (2) JAMA 291:2685-2692, 2004 (3) 科学的根拠に基づく糖尿病診療ガイドライン

10

関節リウマチは単に関節破壊によるADL低下を来す疾患とみられているふしがあるが、本疾患の最大の問題点は生命予後を大幅に悪化させる疾患であるという点である。メトトレキサート(MTX)の登場により、関節リウマチ患者の生命予後は劇的に改善した(図1)。さらに最近、種々の生物学的製剤をはじめとした免疫調節薬の進歩により、より生命予後は改善していると説が一般的である。その一方で、各種薬剤の副作用に対するマネジメントを確立することが急務となっている。関節リウマチの治療は、安全に継続されてこそその効果を最大限に発揮するため、副作用を最小限にするためにどうしたらよいかを概説する。

関節リウマチ治療薬の副作用は、大きく2つに分けられる。1つは他の薬剤と同様、薬剤による臓器障害であり、もう1つは免疫調節薬に特徴的な感染症である。MTXによる臓器障害には、骨髄障害・肝障害・薬剤性肺炎・消化管症状がある。骨髄障害を生じるリスクとしては、①GFR < 60 ml/min、②Alb < 3.0 g/dl、③葉酸欠乏、④多数薬剤(5剤以上)併用、⑤70歳以上、が挙げられる。特に高齢者ではMTX使用中、嘔吐下痢症などの感染症を契機に血清アルブミン値の低下・脱水による腎前性腎不全などをきたすことがある、それまでの使用で問題が

なかったとしても急に骨髄抑制をきたすことがしばしばあり、体調不良時はMTX内服を中止するよう指導しておくことも重要である。また定期フォローの際MCVを測定し、増大傾向がみられる場合は先んじて葉酸製剤の増量やMTXの減量を考慮する。

肝障害にはMTXそのものによる肝障害とB型肝炎ウイルス再活性化(図2)による肝障害がある。MTXそのものによる肝障害は用量依存性で、葉酸投与によりある程度(3-4割)予防できる。葉酸投与を施行しても残存する肝障害に対しては、MTXの減量ないし中止を検討する。B型肝炎ウイルスキャリア患者は、MTXの使用によりHBVの再活性化を生じ得る。肝臓専門医にコンサルトのうえ、核酸アナログの投与などを検討する。またHBV既感染患者も、報告数は少ないがHBVの再活性化を生じ得る。HBV-DNAが検出された場合、現在使用中の免疫抑制剤を急に中止すると肝障害が劇症化する報告があり、免疫抑制剤の中止の可否も肝臓専門医の指示を仰ぐべきである。当科では初診時HBs抗原・HBc抗体を測定しているが、60歳以上の患者についてはHBc抗体陽性率が2割ほどであり、ガイドライン(図3)に準じHBV-DNAなどをフォローしている。キャリアでなく既感染者のHBV再活性化は、私が当院に赴任してから3年の間に1例経験した。

MTXによる薬剤性肺炎は唯一用量非依存性であり、予防する方法はない。発症した後重症化させない戦略が重要である。また、ニューモシスチス肺炎との鑑別が



関節リウマチは単に関節破壊に

によるADL低下を来す疾患とみられているふしがあるが、本疾患の最大の問題点は生命予後を大幅に悪化させる疾患であるという点である。メトトレキサート(MTX)の登場により、関節リウマチ患者の生命予後は劇的に改善した(図1)。さらに最近、種々の生物学的製剤をはじめとした免疫調節薬の進歩により、より生命予後は改善していると説が一般的である。

肝臓専門医にコンサルトのうえ、核酸アナログの投与などを検討する。またHBV既感染患者も、報告数は少ないがHBVの再活性化を生じ得る。HBV-DNAが検出された場合、現在使用中の免疫抑制剤を急に中止すると肝障害が劇症化する報告があり、免疫抑制剤の中止の可否も肝臓専門医の指示を仰ぐべきである。当科では初診時HBs抗原・HBc抗体を測定しているが、60歳以上の患者についてはHBc抗体陽性率が2割ほどであり、ガイドライン(図3)に準じHBV-DNAなどをフォローしている。キャリアでなく既感染者のHBV再活性化は、私が当院に赴任してから3年の間に1例経験した。

困難で、診断基準(図4)と対処法(図5)を示すが、感冒症状のない咳嗽や発熱で疑う。高齢者の場合は咳嗽すらなく、しんどいといった症状で来院されることもある。

臓器障害とは異なるが、MTX使用中に念頭に置く疾患として、MTX関連リンパ増殖性疾患(MTX-ILPD)がある。もともと関節リウマチ患者においてはMTX使用・非使用にかかわらずリンパ増殖性疾患(LPD)の発症率が高く、日本人では標準化発症率(SIR)が6・07と特に高値である。関節リウマチにおけるLPDは、リウマチの疾患活動性と発症率が相関しており、LPDのリスクを下げるには関節リウマチのコントロールが重要である。その中でMTX-ILPDは異なる特徴を持ち(図6)、MTX中止により自然退縮する例やEBVとの関連を認める例が多い。MTX治療中に、原因不明の発熱、寝汗、体重減少、リンパ節腫大、肝脾腫、白血球分画の異常、貧血・血小板減少、高LDH血症を認めた場合はMTX-ILPDの可能性を鑑別する必要がある。

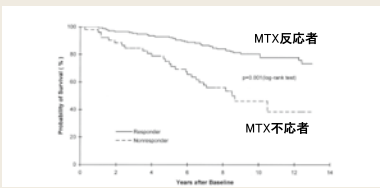
MTX治療中の感染

症に関しては、危険因子として高齢、既存疾患、ステロイドの使用、関節外症状、糖尿病、腎機能障害、骨髄障害などがある。感染症の種類として特に留意すべきは、ニューモシスチス肺炎と結核である。リスクの高い症例に関しては、ST合剤やイソニアジド等の予防投与を考慮する。

関節リウマチの治療薬として近年生物学的製剤も台頭しており、こうした薬剤を使用していく際のマネジメントも重要になってきている。しかし従来の治療薬と異なりターゲットが絞られていることから、個々の病態において不必要な免疫抑制をかけずに済むという点で、大いに有用である。紙面の都合上詳細は図示するが(図7)、治療薬により注意すべき感染症のスペクトルがある程度予測できる。関節リウマチの治療薬は大幅に進歩し、発症前とADLが全く変わらない機能的寛解を継続できる

ようになってきている。しかし寛解を継続するためには、副作用を生じないようにすることもしくは生じたとしても最小限にとどめることが重要である。我々は単なる生命予後ではなく、患者さんが元気でいられる時間を少しでも多くすることを使命としており、そのためにリウマチを完全に抑え、かつ安全に治療することを念頭に診療を継続したいと思っている。

MTXが奏功すると生命予後は劇的に改善する



Arthritis Rheum. 2000 Jan;43(1):14-21.

図1

図2

Hepatitis B reactivation after chemotherapy: two decades of clinical research
George K. K. Lau (The University of Hong Kong), Bock K. Queen Mary Hospital, Hepatol Int, 2008 June; 2(2): 152-162.

HBV再活性化による肝炎は2段階で進行する

1) 免疫抑制によるHBV複製が増強

- HBVの複製と免疫による排除のバランス (set point) が崩れる
- 肝臓の感染巣拡大、血清HBV DNA量の上昇
- 炎症は抑えられているのでALTは上昇しない

2) 化学療法終了後の免疫回復

- 宿主免疫の反応が強まり、感染細胞は貪食排除され、肝障害がおこる
- 重症度は様々
- 肝炎(一過性ALT上昇、慢性肝炎)、肝不全、死亡するケースも

もしHBV-DNAが検出された場合は、免疫抑制療法を中止せず抗ウイルス薬を開始したほうがよい。

MTX肺炎の診断基準

Major Criteria	
1. 病理組織学的には過敏性肺炎の所見を呈し、病原体が検出されない	
2. X線写真で肺間質浸潤影あるいは肺動脈影	
3. 血液培養(有熱時)と初回の喀痰培養で病原体陰性	
Minor Criteria	
1. 息切れ<6週間	
2. 乾性咳嗽	
3. 初回検査でO2飽和度<90% (room air)	
4. DLco<年齢予測値の70%	
5. 白血球数<15000/ μ L	
Definite: 大基準1 or 大基準2+3 plus 小基準3項目以上	
Probable: 大基準2+3 plus 小基準2項目	

Arthritis Rheum 1997;40:1829

図4

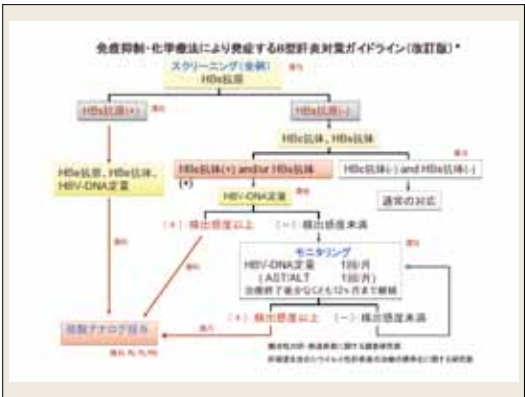


図3

生物学的製剤ごとの感染症発現頻度

	インフリキシマブ	エタネルセプト	アダリムマブ	トシリズマブ	アバセプト
感染症発症数	432/5000 (8.7%)	1206/13894 (8.7%)	610/7872 (7.7%)	615/6424 (9.6%)	139/5333 (2.6%)
重篤な感染症	202 (4.6%)	334 (2.4%)	209 (2.6%)	233 (3.6%)	35 (0.7%)
肺炎(細菌性肺炎・気管支肺炎)	24.8%	14.4%	16.4%	15.0%	12.9%
ニューモシスチス肺炎	5.0%	2.1%	4.4%	1.6%	2.9%
結核	3.2%	1.0%	1.2%	0.7%	0%
非定型抗酸菌	1.8%	1.2%	1.0%	2.4%	0%
敗血症	2.3%	2.1%	2.6%	2.0%	0.7%
真菌	3.5%	0.5%	3.2%	2.6%	6.5%
サイトメガロウイルス	0.7%	0.2%	0.3%	0.3%	0.7%
帯状疱疹	14.8%	9.4%	9.2%	11.5%	15.0%
肺高血圧	3.9%	3.1%	3.8%	7.6%	5.0%

製剤間でもかかりやすい感染症が微妙に異なり、ある程度予想して治療・予防することが重要

図7

MTX-LPDの臨床的特徴

1. 診断時年齢は60歳前後が多い。
2. 男女比1:2。
3. MTX投与開始からLPD発症までは平均5年。
4. 発熱・体重減少などの全身症状や検査上炎症反応や可溶性IL-2受容体高値例が多い。
5. 節外病変が多い(40-50%)。
6. DLBCL、Hodgkin、多型性リンパ質細胞型リンパ腫、FLが多い。
7. 1/3はMTX中止により自然退縮。EBV陽性例では60%が自然退縮。

図6

MTX肺炎ガイドライン

発症因子:

- ① 発熱のリスク因子は性別、年齢、糖尿病、低アルブミン血症、過去のDAPIC治療
- ② 危険因子がない場合でも発生リスクは低い

予兆症状:

発熱にMTX投与再開後出現し、症状が持続または重症化した場合に発症のリスクが上昇する

発症時の対応:

- ① MTXを中止し、呼吸器科に紹介し、MTX肺炎、呼吸器感染症、肺動脈高血圧に留意して治療を開始する。必要に応じて呼吸器専門医にコンサルトする。
- ② MTX肺炎が疑われた場合はMTXを中止し、発熱に抗感染薬(ステロイド)を投与する。
- ③ 重症化に応じて呼吸器科でステロイド(プレドニゾン)を投与する。
- ④ 必要に応じて、スルファメトキサゾール・トリメトプリム、抗真菌薬などを投与する。状況に応じて、菌陽性・ウイルス性に対する治療も開始する。
- ⑤ 呼吸器科でステロイドにて治療中は、発熱の持続や重症化に留意する。
- ⑥ MTXの再開は発熱が完全に治癒した後、発熱のリスクを低減させるために慎重に検討する。

のどの痛みなどなく、咳が続くときは早めの受診を促す。

図5

松山赤十字病院・病診連携に関するアンケート調査結果について

事務副部長(地域医療連携室副室長)

松原 隆司



平素は、当院連携室の事業運営にご指導、ご協力をいただきまして、厚く御礼申し上げます。

さて、今年2月に当院の病診連携に関するアンケート調査をお願いいたしましたところ、122施設の先生方よりご回答を頂き、この度集計が出来ましたのでご紹介させていただきます。

1. 医師満足度(図1)

「満足」と回答いただいた割合が71・3%と前年度比マイナスイメージポイントでした。「やや満足」は23・8%で前年度比プラス7.8ポイントではありますが、「不満」との評価が0.8%ありました。

2. 患者満足度(図2)

「満足」と回答いただいた割合が63・1%と前年度比マイナスイメージポイントでした。また、「やや満足」は31・1%と前年度比プラス9.0ポイントではありますが、「不満」との評価が1.6%ありました。

3. 連携室満足度(図3)

「満足」と回答いただいた割合が74・6%と前年度比マイナスイメージポイントでした。「やや満足」は17・2%と前年度比プラス4.2ポイントではありますが、「不満」との評

価が0.8%ありました。

今回の調査結果においてすべての項目で、「満足」の割合が前年度に比べて減少し、過去2〜3年0%だった「不満」の評価を今回いただいたことに対して、深く反省しているところであります。今後、病診連携においてより一層きめ細やかな対応に努めるとともに、それ以上に「不満」に感じられている内容について精査し、改善対策を講じなければならぬと考えます。

また、予約票の返信が遅いとの指摘もあり20分以内に返信いたしますように徹底します。尚、主治医への確認が必要で返事が遅くなる場合はその旨ご連絡いたします。

4. 診療科の評価

■評価できる点では、

①「合併症の多い患者の緊急手術を引き受けて頂き見事に目的を果たして頂きました」

②「重症の敗血症患者を治療まで導いて退院させて頂きました」

③「術前の患者家族への説明が充分で信頼されている」等のうれしい評価をいただきましたが、

■問題点では、

①「紹介した患者が症状安定しているのに紹介元へ帰して来ない」

②「診療情報提供書の返事が遅い。返事がない」

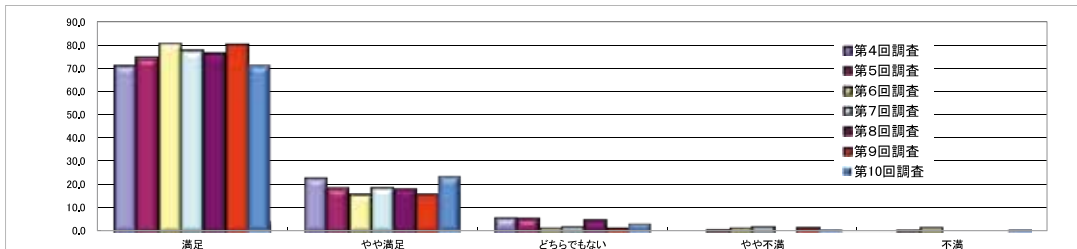
③「院内各科の連携がうまくとれていない」

松山赤十字病院・病診連携に関するアンケート調査結果

平成24年度

【1】医師満足度（図1）

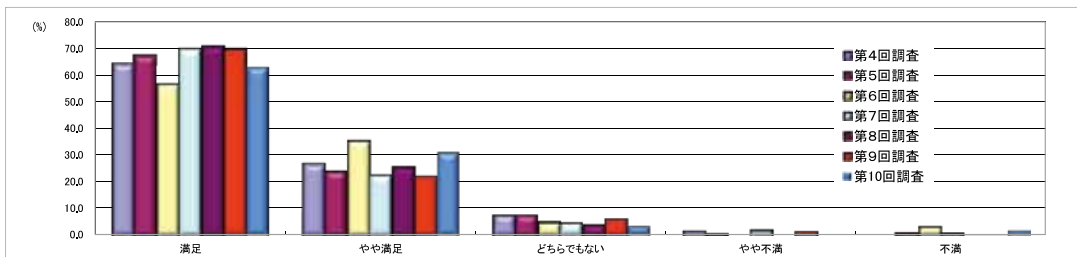
当院に対する先生方の満足度はいかがでしょうか？



(%)	満足	やや満足	どちらでもない	やや不満	不満
第4回調査	71.0	22.9	6.1	0.0	0.0
第5回調査	74.2	18.7	5.7	1.0	0.5
第6回調査	80.6	16.1	1.6	1.6	1.6
第7回調査	77.4	18.9	1.9	1.9	0.0
第8回調査	76.2	18.3	4.8	0.0	0.0
第9回調査	80.2	16.0	1.5	1.5	0.0
第10回調査	71.3	23.8	3.3	0.8	0.8

【2】患者満足度（図2）

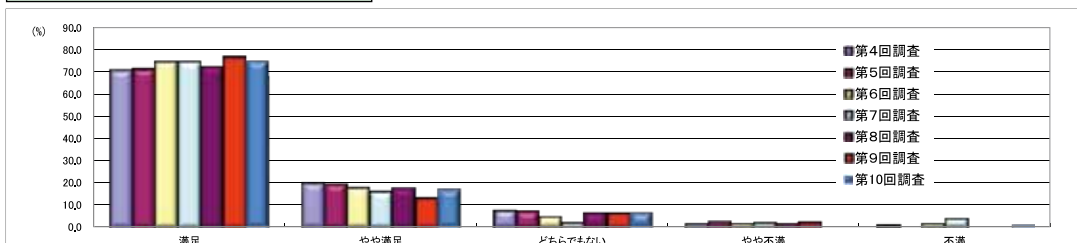
先生方がご紹介くださった患者さんからお聞きになった当院の満足度はいかがでしょうか？



(%)	満足	やや満足	どちらでもない	やや不満	不満
第4回調査	64.1	26.7	7.6	1.5	0.0
第5回調査	67.3	24.0	7.6	0.5	1.0
第6回調査	56.5	35.5	4.8	0.0	3.2
第7回調査	69.8	22.6	4.7	1.9	0.9
第8回調査	70.6	25.4	4.0	0.0	0.0
第9回調査	69.5	22.1	6.1	1.5	0.0
第10回調査	63.1	31.1	3.3	0.0	1.6

【3】連携室に対する満足度（図3）

窓口としての地域医療連携室に対する満足度はいかがでしょうか？



(%)	満足	やや満足	どちらでもない	やや不満	不満
第4回調査	70.5	19.7	7.6	1.5	0.8
第5回調査	71.0	19.3	7.2	2.4	0.0
第6回調査	74.2	17.7	4.8	1.6	1.6
第7回調査	74.5	16.0	1.9	1.9	3.8
第8回調査	72.2	17.5	6.3	1.6	0.0
第9回調査	76.3	13.0	6.1	2.3	0.0
第10回調査	74.6	17.2	6.6	0.0	0.8

等のご意見をいただきました。問題点の①に關しましては、各科診療部長へ周知いたしました。問題点の②につきましては、本年1月より地域医療連携室から各主治医へ未返信患者の返事を徹底するように依頼いたしました。未返信が無いように、また、迅速なお返事をお送りするように努めたいと考えております。

5. 医療連携に関する意見・ご要望等
① イブニングセミナーの開始時刻を19:30に出来ないか。イブニングセミナーの第4週木曜日を時々動かして頂きたい。
〔回答〕来年度より19:15で検討中です。第4週木曜日につきましても検討させていただきます。
② FAXが繋がりにくい時がある。
〔回答〕大変申し訳ございません。昨年末より、FAX機2機となり送信専用と受信専用で対応しています。

用で対応しています。
③ 救急で紹介させていただいた症例で院内にて転科になった場合、転科先の診療科よりお返事を頂きたい。
〔回答〕院内で転科して診察した場合、最終科より返信するように各診療部長へ徹底するように依頼しました。また、ありがたいお褒めの言葉もいただきました。
・紹介した患者さんが治療をきちんと頂き医師の対応、看護師の対応も良いと大変満足していた。
・我々開業医が仕事出来るの

も、地域医療連携室があるからです。
・どの病院の連携室よりも一番かかりつけ医や患者に近い気がする。
・どうもありがとうございます。最後になりましたが、アンケートにご協力いただき心より感謝いたします。院内からは気付かない点等、ご指導を賜りより良い病診連携を築き上げるための貴重な反省資料となりました。今後とも、ご不満の点、建設的なご意見等連携室までお知らせいただければ幸いです。今後とも当院地域医療連携室をよろしく願います。

松山赤十字病院 創立100周年

第10回 地域医療連携フォーラム開催のお知らせ

- 日時：2013年7月14日(日) 13:00～15:40
- 会場：ひめぎんホール（県民文化会館）サブホール
- 主催：松山赤十字病院
- その他：入場無料・事前申込不要

《テーマ》『認知症から学ぶ「ひとのこころ」』～認知症と向き合い、支え合うために～
《シンポジウム》「認知症の診療と介護」

講師 東京女子医科大学名誉教授・

（敬称略）

メディカルクリニック柿の木坂院長 岩田 誠
講師 谷岡 福男

1. 認知症家族の立場から

2. 認知症看護認定看護師の立場から

講師 松山赤十字病院 認知症看護認定看護師 浅見千代美

3. 認知症疾患医療センターの立場から

講師 砥部病院 高齢者こころのケアセンター長 中城 有喜

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/

H25.5.1 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	岡 田
		午 後	上田陽子	柏戸祐介	坂 本	吉田健志 宇都宮	源 本
	糖尿病 内分泌	終 日	岡田貴典 芝 真希	近藤しおり 馬 越	近 岡 藤 田	近 藤 馬 越	芝 宇都宮
		午 後	馬 越	源本真由	源 本	芝	
	高 血 圧		福岡富和	福 岡	福岡(午前のみ)	福岡(午前のみ)	
	血 液	午 前	藤崎智明 奥 誠道	藤 崎 上 田	波呂 卓 池田祐一	藤 崎 奥	上 波 呂 田
		午 後		坂本愛子			池 田
	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 武智俊治 上甲康二 山上隆司	横田智行 上 甲 川村智恵	三宅康之 武 智 田中孝明	矢野 誠 横 田 忽那 茂	横 田 上 山 上 山	
	午 後	佐々木 武 智	上 甲 川 村	(予約緊急のみ) 田 中	(予約緊急のみ) 忽 那	横 田 上 山 上 山	
胃 腸 センター (消化器内科)	外来部門	新 患	藏原晃一	川崎啓祐	藏 原	藏 原	藏 原
		予 約	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
	検査部門	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
循 環 器 センター	循環器 内科	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				
		新 患	小河清寛	久保俊彦	松坂英徳	堀 本	芦 原
	心 外	予 約	堀本弘伸	芦原俊昭	芦 原	小 河	久 保
午 後		鎌田和宏	水城 隆	久 保	梅津隆太	松 坂	
呼 吸 器 センター	呼吸器 内科	午 前	梅末正芳		梅 末		
		午前中のみ	兼松貴則 梶原浩太郎	濱口直彦 仙波真由子	兼 松 濱 口	梶 原	兼 松
	呼吸器外科		伊藤謙作		横山秀樹 三浦奈央子	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	
	※呼吸器内科：紹介状をお持ちの患者さんのみ診察いたします。						
腎センター		原田篤実 上村太朗	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	梶原佳則 瀬山 剛	武智昭彦 渡邊陽祐	梶 原 瀬 山	手 術	武 智 渡 邊	
	※木曜日は手術日につき担当医での診察になります。						
小 児 科	午 前		小谷信行 片岡京子	近藤陽一 高岩正典 米澤早知子	小 谷 片岡優子 西崎真理	片岡(京) 吉川知伸 米 澤	近 藤 高 岩
		神 経 循環器	眞庭 聡 堀川定儀	眞 庭	中野広輔	眞 庭	中 野 堀 川
	午 後		血 液	乳児健診	アレルギー	内分泌	未熟児 発達外来
産婦人科	午 前	竹内正久 南 千尋 妹尾大作	河本裕子 瓦林靖広 本田直利	河 本 南 妹 尾 尾	赤澤宗俊 竹 内 横山幹文	横 山 濱崎洋一郎 本 田	
	午 後	妹 尾		本 田 瓦 妹 尾 尾			
		手 術	手 術		手 術	手 術	
外 科	午 前	藤中良彦 中西良太	副島雄二 間野洋平	高橋郁雄 西田康二郎 越智友洋	西崎 隆 梶原勇一郎	高 橋 西 田	
	午 後		ストーマ外来	外来手術			
乳腺外科	午 前	川口英俊 (再診)	川 口	川 口		川 口	
血管外科	午 前	山岡輝年 (再診) 大峰高広 (新患) 岩佐憲臣			山岡(新患) 大峰(再診) 岩 佐		
臨床腫瘍科	午 前		白石 猛	白 石	白 石		
	午 後	緩和ケア		藤 井 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）							

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 土川雄司	山本 進(手) 野田慎之(脊) 大田 亮	山 本 小林孝明 大前博路(肩)	中城(股) 小林(膝) 金光宗一	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 矢野 明	藤 井	田 丁 矢 野	田 丁
	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	小川日出夫 高木大樹 有友 宏	篠森裕介 高 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、新患のみ診察いたします。						
眼 科	午 前	児玉俊夫 堀内良紀 鳥山浩二	山本康明	山西茂喜 堀 内 池川泰民	児 玉 依光明生	山 西 山 本 山 本
	午 後	児 玉 堀 内 鳥 山	手 術	山 西 堀 内 池 川	手 術	山 西 山 本 山 本
※火曜日は、初診患者の受付はおこなっておりません。						
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		三世敏彦		安 部 西原紘子
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 兵頭正秀	中 川 兵 頭	中 川 兵 頭	中 川 兵 頭	中 川 兵 頭
		※ 歯科口腔外科：紹介状をお持ちの患者さんのみ診察いたします。				

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 内 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	月	火	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		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。

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。

登録医医療機関情報HP掲載のお知らせ

当院ではさらなる医療連携の強化・充実のため、当院HPにおきまして、掲載の承諾を頂いた登録医様の医療機関情報を掲載することとなりましたので、お知らせ致します。

お 知 ら せ

松山赤十字病院登録医制度について

平成25年5月1日現在、当院の登録施設は359、登録医は525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のでご了承ください。