

地域医療連携室報

年頭挨拶



院長（地域医療連携室室長） 洲上 忠彦



明けましておめでとうございます。

昨年は、明治維新以来の政権交代という歴史に刻まれる大変革の年となりました。選挙の顔として選ばれた自民党麻生首相は、景気対策を最優先とし選挙を先送りしましたが、経済危機は一向に改善せず、種々の不祥事も重なり、衆院選で民主党が圧勝しました。国民の多くは自民党に愛想がつき、一度民主党にやらせてみたらとの結果だと思えます。

医療崩壊にも歯止めがかからず、愛媛県においても、南予、東予地区での医師不足、看護師不足とその対策をどうするかが連日の如く報道され、医療提供体制は壊滅に近い状態となつています。このままでは中予地区も近々同じ状況に陥ります。

民主党のマニフェストには、「医療崩壊を食い止め、国民に質の高い医療サービスを提供する。政策目的は、医療従事者等を増員し、質を高めることで、国民に質の高い医療サービスを安定的に提供する。特に救急、産科、小児、外科等の医療提供体制を再建し、国民の不安を軽減する。」とありました。具体策は省略しますが、今の医療の問題点と対策をほぼ網羅しており期

待が持てる内容でした。ところが、新政権発足後4ヶ月が経過しまし

たが、新政権の政策決定の迷走ぶりは目を覆うばかりです。主義主張の異なる政党の連立政権とはいえ、船長である鳩山首相がはつきりとした針路を示さなければ、わが国が何処へ向かうのか乗客である国民の不安は募るばかりです。診療報酬は10年来のプラス改定になりそうですが、微々たるもので、とても民主党が掲げたマニフェストが実現できるとは思われません。財源不足は分かりますが、マニフェストの大幅変更は国民の期待を裏切ります。

そのような状況下ですので、国の医療政策の先行きは見えませんが、地域医療の崩壊を防ぐための自衛策として、限られた医療資源の有効活用、すなわち、当院が取り組んできた地域完結型医療による医療提供体制の確立を今まで以上に推進するしかありません。当院の理念は「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。」であり、中予地区唯一の地域医療支援病院としての責務もあります。当院は、かかりつけ医の先生方のご支援を賜り、医師会、行政と協働して、地域医療の崩壊を防ぐ一翼になるべく努力を続ける所存です。

今年こそは、地域医療機関、地域住民にとって、明るい希望の見える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。本年も宜しくご指導、ご鞭撻をお願いいたします。

年頭挨拶



連携病院・診療所ならびに関係諸機関の皆様、あけましておめでとうございます。昨年はひとかたならぬお世話になり心から御礼申し上げます。本年もどうぞよろしくお願い致します。

いよいよ寅年、私事ではあります。が云回目の年女ということ、まさしく大台に乗りうとしております。虎は強いものの代名詞ともなり、また、「虎の子」、「虎の巻」のように大切なものの代名詞ともなっております。私の中にある虎のイメージは、酔っぱらいの「大虎」ではなく、草原の中で標的（獲物）を目指して、まっしぐらに豪快に走るたくましい虎です。せめて、今年は虎にあやかり、目標に向かって力強く走ろうと発起しました。が、途端に息切れがしそうになり、自分の程よいペースを保ちながら、ボチボチ頑張ろうと密かに意を新たにしました。

さて、去る11月28日に開催しました第9回「病院と在宅看護・介護の連携合同研修会」では、地域・在宅医療・福祉・行政・教育に携わる大勢の皆様方のご参加とご協力をいただき、誠にありがとうございました。盛大に開催できましたことを心から感謝申し上げます。顔の見える連携からこころの通う連携へを合言葉に、質の高い連携をめざして担当者が力を入れて企画・運営にあたりました。

看護部長 光峰 常美

今回のメインテーマは「地域での安心できる暮らしをともに考える」～患者・家族の近くで～であり、少子超高齢社会・多死社会を迎える今の時期に、これからの地域医療連携について様々な角度から考える絶好の機会となりました。医療や福祉・行政の制度のみでは対応が難しいと思われる「すき間」を、熱い心と巧みな技で支えてくださっている方々が地域には多くいらっしゃる事が十分分かりました。関係者が共に縦糸となり横糸となつて織りあうことで、すき間を埋めることに繋がるということが全体会と分科会を通して十分納得ができました。急性期病棟の在院日数はたった2週間です。地域医療連携をいい形で推進するには、次のステップや地域の隅々までが繋がらなければ、患者・家族がその人らしく、いきいきとした療養生活の保障はできません。多くの職種の方々が一堂に会して意見交換できるこの会ならではの、すばらしい成果があったのではないかと、今後に期待がでるものと確信いたしました。

年頭挨拶



事務部長 渡邊 利行

新年明けましておめでとうございます。当院と連携していただいている

今回もこのテーマに対して、院外から多くの皆様方のお力添えをいただくことができました。皆様方のご支援があればこそと、重ねてお礼申し上げます。

もう一つお知らせがございます。院内におきましては、平成21年7月から療養支援の新たな取り組みを始めております。それは、外来で入院決定をしたときから入院支援を始めるというものです。在院日数が短縮され、手術や検査などの目的で入院となりますが、その多くは入院日もしくは翌日実施日となり、術前ケアが十分にできていない状況があります。そこで、「安全・安心した入院受け入れ体制の整備」と「入院時からの療養支援」を展開することを目的に、療養支援ナース・説明支援ナース、あるいは各分野の認定看護師等が活動を開始しております。まだ、一部の診療科での展開ではありませんが、患者様・ご家族様からいい評価をいただいております。今後、徐々に枠を広げ、安心して入院していただけるよう力を入れていきたいと考えております。

本年もご支援いただきますようどうぞよろしくお願い致します。皆様様にとりまして、佳いお年になりますよう心からお祈り申し上げます。

病棟・診療所として関係諸機関の皆様方におかれましては、当院の運営につきまして、日頃から格別のご支援・ご協力をいただき、この場をお借りいたしまして、御礼を申し上げます。

感じられませんか。

このような中にあつては、機能の異なる医療機関がお互いに連携し、無駄を省き、地域住民の皆様

に病状、利便性に応じた医療を提供する体制を構築する必要があります。

このため、当院では、松山医療圏における地域完結型の医療連携を強化していくため、従来から、地域医療連携フォーラム、地域医療連携室懇談会等の開催や地域医療連携室報の発行などの各種事業を行い、連携医療機関の拡充を図るとともに、地域医療機関のネットワーク化の充実に努めてまいりました。

紹介及び逆紹介の件数は、いずれも、毎年、施設数は約1,000施設、紹介件数は約20,000件と高い水準で推移しております。

また、当院では、地域医療連携の取り組みとして、21年度は、入院患者の看護支援業務について、入院前から入院中、退院後の療養生活にいたる様々な相談や情報提供に關して、患者さんやご家族によりきめ細かな支援が実践できるよう、地域医療連携室の看護部門業務の再編成を図るとともに、情報システムの新たな運用開始や改良を行い、連携施設への情報提供の迅速化・確実化に努め、信頼性の向上を図っております。

22年度は、入院患者さん方への看護支援業務の更なる充実に努める

ほか、「愛PLAnet」にご参加いただく施設の拡充に取り組み、後方施設の空床情報の一元管理による効率的かつ迅速な転退院を実現するとともに、地域連携バスにおける管理病棟の様式統一化を目指し、急性期から回復期・維持期・在宅に至る、地域における一体的で切れ目のない医療連携体制を確立し、患者・家族に良質な医療の提供に努めたいと考えております。



全体会

第9回「病院と在宅看護・介護の連携」合同研修会

(2009.11.28)

地域での安心できる暮らしをともに考える ～患者・家族の近くで～

地域医療連携課 循環器療養支援ナース 岡本かおり

平成21年11月28日(土) 第9回「病院と在宅看護・介護の連携合同研修会」を開催し、全体会290名(院内134名・院外156名)、分科会264名(院内103名・院外161名)と、多くの方々の参加を得ました。

連携病院・診療所ならびに関係機関の皆様には、お忙しい中多くの方にご参加いただき、ここから御礼申し上げます。

今年度のテーマは、超高齢・目前に迫った多死の時代・デフレなどの不安定な社会情勢の渦中「保健・医療・福祉の連携」だけでは乗り切れない事態を実感し、これまでの枠にとらわれない地域住民とともに創り上げる生活の形が、

医療費を削減し、成熟した社会を創るキーワードと考察し『地域での安心できる暮らしをともに考える ～患者・家族の近くで～』と致しました。

当日は、最高気温が19度となる暖かい日でしたが、当院職員の手作りの研修会は、参加される地域の方々と共に学び、共に語る期待と意識の高まりで、実際に以上の気温を体感させるほどの熱気となりました。

全体会は、人生の様々なステージを支える方にお集まりいただき、座長の「地域の優秀な人材が、それぞれ良い活動をしていても、全体のまとまりがないのが現状。皆がコミュニケーションを取りな

がら、縦糸と横糸を細かく編み合わせて、すき間を埋めることが必要だと思う。パネラーのみなさん、今日は思いきり普段の活動を自慢し、夢を語って下さい」と、本日の趣旨が述べられ、パネルディスカッションが開始されました。

新たな命の誕生は、両親・家族、そして地域の宝。多くの妊産婦が支援を必要としている現状と当院成育医療センターにおける支援の実際について、当院横山産科部長から報告がありました。

愛おしい命をそだて育むために、国の流れに惑わされない「松山市ヘルスプロモーションプラン活動」について、松山市保健所の岡田春美保健師から紹介され、今

平成21年度『病院と在宅看護・介護の連携 合同研修会』プログラム 地域での安心できる暮らしをともに考える ～患者・家族の近くで～

時 間	進 行	担当施設・演者（敬称略）	会 場
10:00~10:10	オリエンテーション 開会挨拶	松山赤十字病院 院長 淵上 忠彦 松山赤十字病院 看護部長 光峰 常美	教 育 講 堂
全 体 会 10:10~11:40	パネルディスカッション メインテーマ 「医療のすき間を埋める地域の力」 ～人材は地域にいる～ 『成 育』 『元気に老いる』 『地域で支える』 『暮らしの中での看取り』	座 長 松山赤十字病院 成育医療センター第一小児科部長 小谷 信行 パネラー 松山赤十字病院成育医療センター第一産婦人科部長 横山 幹文 松山市保健所健康づくり推進課副主幹 岡田 春美 松山市地域包括支援センター西地区管理者 松之本 毅 松山市民協会会長 上原 光代 三津整形外科看護部長・介護支援専門員 松友 嘉子	教 育 講 堂
情 報 交 換 会 11:40~13:30	昼食会 (1部 11:40~12:25) (2部 12:45~13:30) ポスターセッション(自施設活動紹介他) 在宅医療機器などの展示 「地域でのチームづくり」		職 員 食 堂 2 号 館 下 2 階 廊 下
分 科 会 13:30~15:50	① 予防ケア・健康増進 ～自分のために家族のために～	① 松山赤十字病院第二内科部長 近藤しおり 松山赤十字病院愛媛糖尿病療養指導士 高瀬 裕子 日本赤十字社愛媛県支部福祉係長 岡 久美子 他	健 康 管 理 セ ン ター
	② 在宅医療・在宅ケア ブース1. 老いを生きる	② 松山赤十字病院第一外科部長 西崎 隆 託老所 あんき 代表 中矢 暁美 松山赤十字病院認知症看護認定看護師 浅見千代美 他	第1会議室
	③ 在宅医療・在宅ケア ブース2. 在宅での呼吸器ケア	③ 松山赤十字病院呼吸器科部長 兼松 貴則 帝人在宅医療株式会社 高山功太郎 訪問看護ステーションほのか所長 梶原 厚子 松山赤十字病院看護師 小笠原理江 他	指導相談室
	④ いざという時のための救急法	④ 松山赤十字病院循環器科医師 堀本 拡伸 松山市消防局救急隊員 山内万裕美 松山赤十字病院看護係長 森 由美子 中野由美子 坂東 明美 他	理学療法室
	⑤ これからの地域医療連携	⑤ 松山赤十字病院第一内科部長 藤崎 智明 伊予病院事務長 重松 浩三 バテル在宅療養支援センター社会福祉士 太田多佳子 松山リハビリテーション病院連携室看護師長代理 中矢 年子 他	教 育 講 堂
15:50~16:00	閉 会		各 会 場

平成 21 年度「合同研修会」ポスターセッション展示施設・部署名 (参加申込順)

院外施設名		院内部署名	
1	医療法人橋本クリニック	1	外来化学療法室
2	松山市保健福祉部介護保険課	2	15 病棟
3	福角病院	3	NICU
4	松山市地域包括支援センター三津浜地区	4	23 病棟 (2)
5	愛媛県立医療技術大学	5	24 病棟
6	介護老人保健施設合歓の木	6	37 病棟
7	南高井病院 (2)	7	CCU
8	松山市記念病院	8	28 病棟
9	北条病院	9	33 病棟
10	松山市地域包括支援センター西地区	10	地域医療連携課
		11	地域医療連携課入院支援センター
		12	検査部
看護部委員会他			
1	愛媛県医師会医療メディエーション推進チーム「みかん」	6	日本赤十字社愛媛県支部 (2) 120 周年記念赤十字制服・物品の展示
2	看護部安全管理委員会	7	愛媛県血液センター
3	看護部記録委員会	8	集中ケア認定看護師
4	看護部教育担当	9	専門・認定看護師連絡会
5	皮膚排泄ケア認定看護師		合計 31 施設 (34 パネル)



支部展示

「今年も参加しました」来年は、あなたが発表する番ね」など、会場の随所で交わされる会話は、本研修会の最大の目的である「様々な職種の現場のスタッフ同志の顔と気持ちを繋ぐ」お役に立っていると実感し、今年も企画してよかったと、苦勞が吹き飛ぶ瞬間でした。

これからも、松山医療圏専門職・地域住民が、「真の安心できる暮らし」を目指して、それぞれが自己の責任を果たしつつ、地域の専門職が、ひとつのチームとしてまとまる連携に発展していきたいと考えております。

今後ともご指導ご鞭撻のほどよろしくお願い致します。

「生まれ育った地域で老いる」ために、我々に何が出来るのか。

まず、託老所あんき所長中矢暁美氏から「相互関係による地域福祉の確立」を目指し、「地域とともにある」託老所でのお年寄りの生活者としての様子や、地域通貨を活用して近所の子供や住民との交流を図る様子を熱く語っていただきました。その中で、地域の方々が『あんき』での看取りを見ることで、どのような最期を迎えたいかを考えて頂けるよう意識改革をしていきたいと言われたことが印象的でした。

認知症看護認定看護師の



26 病棟 療養支援ナース 三好 真由子

分科会 2 在宅医療・在宅ケア ブース1…老いを生きる

分科会1では、自分のために、家族のために、より健やかな日常生活が送れるよう、生活を見直す機会にしていたらこうと「予防ケア・健康増進」をテーマと致しました。

まず、内科部長である近藤しおり先生に糖尿病、高血圧、高齢者のうつについて講演していただきました。食事、運動、睡眠などの生活習慣が大切であり、定期健診、早期発見、治療の継続が重要「予防にまざる治療なし」というお話があり、自分や家族の生活習慣を見直すことの意識付けができました。

次に、当院の愛媛糖尿病療養指導士である高瀬裕子看護師より、当院で開催している「糖尿病足外来」の紹介がありました。足を大切にするための靴の選び方や、足のケアが大切。健康で健やかな人生を送るために、自分の足を知り、足に関心を持つことが大切であるとの講義があり、実際にフットケアの実技を行いました。

その後、日本赤十字社愛媛県支部福祉係長であり、健康生活支援講習指導員の岡久美子係長より、赤十字健康生活支援講習の内容や受講方法の紹介がありました。

自分や家族の健康を守るため

浅見千代美看護師からは、自己の看護体験のなかで、患者・家族の意思決定への支援の重要性や、その人らしく生活するために地域との連携・チーム医療が大切であることの学び、患者・家族の人生に寄り添う大切さについて発表がありました。

後半のディスカッションでは、西崎隆外科部長を座長とし、地域と医療チームの連携の問題点や地域のネットワークについて、地域と医療の間で大切な情報が途切れないようにする必要がある、個人や一事業の頑張りだけでなく、社会福祉協議会や行政と協力して地域全体でとりくんでいかなければならないと意見交換がなされました。

高齢者が生まれ育った地域で暮らすには、患者・家族に加え、専門家が各役割を認識し、連携した支援をしていく必要性を感じ、さらに地域の力や想いを肌で感じた分科会でした。

ご協力頂いた皆様に感謝致します。



昼食会

「生まれ、育ち、生きて生き抜き、その生を全うする」・・・縦糸と横糸を細かく編み合わせて、すき間を埋める・・・一人ひとりを尊厳する支援・・・研修参加の一人ひとりが輝いていました。

情報交換会・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。

ポスターセッションでは、院外10施設、院内21部署から34題の発表があり、発表数・内容が年々厚みを増す中で、展示場所では他施設の方と名刺交換する姿が多く見受けられ、PRの場、情報交換の場としてお役に立っていると感じました。

分科会は「地域でのチーム作り」と題し、5つのブースに分かれ、幅広いテーマについて熱い議論と実技が繰り広げられました。今年も院内外から多くの講師にご協力いただき、本場にありがとうございました。



ポスターセッション

分科会 1 予防ケア・健康増進 ～自分のために家族のために～

33 病棟 看護係長 亀岡 涼子

に、普段の生活習慣を見直したり、定期健診を受けたりして自分や家族の体に関心を持つことの大切さをあらためて実感しました。

皆様にはお忙しい中、研修に参加していただきありがとうございました。



分科会3 在宅医療・在宅ケア プース2…在宅での呼吸器ケア

36病棟 看護係長 谷平 幸

分科会3では、医師・看護師・介護支援専門員・介護職・事務員など多職種から40余名の参加をいただきました。

まず、呼吸器科部長の兼松貴則先生から慢性呼吸器疾患について、間質性肺炎・肺気腫・気管支拡張症のそれぞれを「息が吐けない」「吸えない」「ばい菌」の病気として、全員が共通・共有しておくケアのポイントについて講義がありました。

つづいて帝人在宅医療株式会社の高山功太郎氏から、在宅酸素療法と在宅酸素素を使用しながら地域で安心して生活すること、また災害時の対応についてなど、大変参考になるお話を伺いました。

した。
在宅で高度な医療を継続することになったとしても、地域には患者・家族を支援する大きな力があることを確認し、改めて地域連携の重要性を実感致しました。



分科会4 「つねいつくときのための救急法」

中央手術室 看護係長 山内 万裕美

分科会4は、介護や訪問時に遭遇する可能性のある「はっ」とするような場面を想定し、慌てずに対応できるようにすることを目標に体験学習を企画致しました。参加者は20名余りでしたが、心肺蘇生法や窒息の解除方法など臨場感一杯の研修でした。

参加された方々からは、具体的に身近な質問があり、日々様々な場面で苦悩しながらも頑張っている姿、互いに同じような疑問を持ち、ケアを実施していることもわかり、医療を担う仲間としての思いも強まりました。短い時間ではありましたが、身体を使って得たことをこれからの日常ケアに活かしていただきたいと願っています。

また、今年度も松山中央消防署から、救急隊員と通信指令課員の方に実演をしていただきました。

参加の方たちは、隊員のデモストレーションを食い入るように見ていました。医療者であっても、実際に救急車を呼んだり同乗したりする機会はないものです。実際の電話でのやり取りの仕方、救急隊員との情報交換や協働した処置・搬送など、これを機に知ることができ、大変有意義な時間となりました。



最後に、循環器科の堀本伸伸医師が話されたように「いざ『はっ』とする場面に遭遇したときには勇気を持って行動すること」が大切だと思えます。行動するため、休まず弛まず共に研鑽することの大切さを感じました。

切さを地域の方々と実感いたしました。

多くの方のご協力ありがとうございました。

分科会5 「これから地域医療連携」

地域医療連携課 MSW 永木 さくら

分科会5では、「これから地域医療連携」というテーマで、3名の講師をお招きし、それぞれの立場から「連携」についてお話しいただきました。

伊予病院の重松浩三事務長からは、国の経済情勢、人口動態、厚生労働省の方針といったマクロな視点からの連携のお話でした。世界に目を向けたお話を聞き、今の自分が見えている世界の小ささを実感しながら、世間で連携強化や在院日数の短縮等が言われているその背景を、理解する貴重な機会となりました。

探る、患者さんのメリットに結びつけるなど十分な準備材料を持つて、社会資源に繋げることが、MSWの専門性をもって『繋ぐ』ということであり、その役割の重要性和奥深さを感じました。

松山リハビリテーション病院の地域医療福祉連携室の中矢年子看護師長代理は、患者・家族と医療者、急性期と回復期、それぞれの『ズレ』に焦点をあてての連携のお話でした。医療者側から伝えられる病気のこと、治療のこと、これからの見通し、目標、限界などに対して、それに追いつかない想いや、現状、迷いがあるのは当然であり、その部分を丁寧につなぐ連携ができているか、これまでを振り返ると共に、今後に生かしていきたいと感じました。また、

ベテル三番町クリニックのペテル在宅療養支援センターの太田多佳子MSWからは、「繋げる」という本来の意味を、MSWの立場から見るとミクロな視点からの連携のお話でした。初回面接でのアセスメントの重要性、患者さんの人生を知る、表出された言葉の裏を

救命が最優先の急性期においては、まだまだ患者さんを「生活者」として捉えることができていないことを痛感いたしました。連携（分業）には、機能の違う立場をお互い理解すること、そして何より患者さんのメリットへ繋げることが重要だと改めて認識することができました。ありがとうございました。



最新鋭CT(64列)の導入整備について 心臓MDCT(多列検出器「コンピュータ断層撮影」)検査

循環器科部長 芦原 俊昭



当院では平成21年10月より64列MDCTを用いた心臓の検査を行っています。1998年に4列MDCTが登場し冠動脈の描出が可能となつてから心臓CT検査が施行されるようになりました。しかし撮影時間が長く、評価困難な

症例が多いため、あまり普及しませんでした。2002年に16列MDCTが登場し、本格的に臨床で使用されるようになりました。冠動脈診断に用いるには限界がありました。2004年に64列MDCTが登場し、撮影時間が12秒程度になり、16列と比較して画質が飛躍的に向上し、現在多くの施設で心臓CTが施行されています。造影剤使用量も64列では70ml以下で、被曝線量も冠動脈造影の1/2以下で検査可能となっており、スクリーニングとしての使用であれば十分評価可能な画像が得られています。さらに64

列M S C Tでは冠動脈ブランクそのものの描出が可能であり、選択的冠動脈造影以上の情報が得られる点も注目されており、非侵襲的冠動脈診断法として、カテーテル挿入による選択的冠動脈造影による診断法に代わりうる存在になりつつあります。

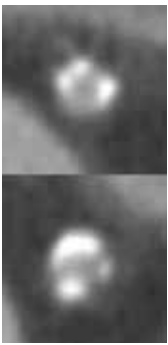
1 非典型的な胸痛患者

2 運動負荷テストがボーダーラインの結果を示す患者
3 スクリーニングを要する無症候の中等度〜高リスク患者
4 入院が困難、あるいは検査が怖いといった理由で心臓カテーテル検査を受けたくない患者
が最も良い適応と考えられます。

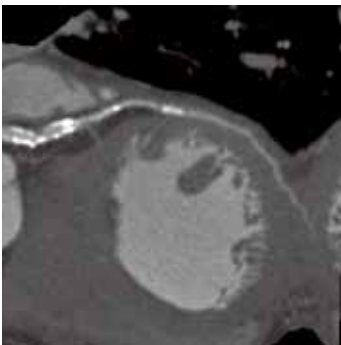
MDCOT



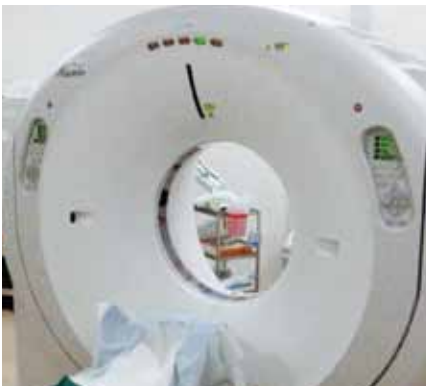
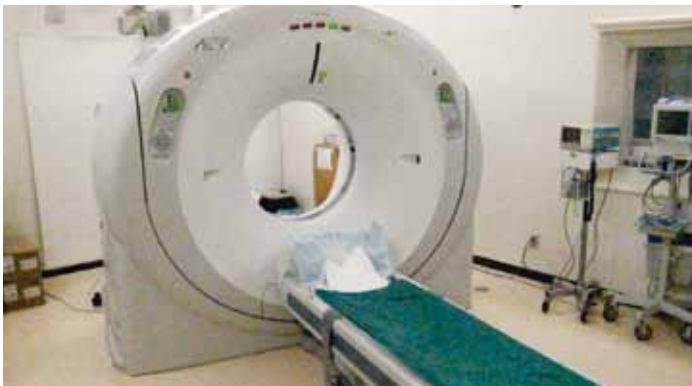
バイパス手術後



冠動脈の短軸像



石灰化の強い冠動脈



日赤イブニングセミナー

第3回
6月25日

低侵襲治療3

脳血管内治療について

第二脳神経外科 部長

武智 昭彦



1. はじめに

現在、血管の中からカテーテルを用いて治療を行う血管内治療の対象は、心臓を始め、全身のあらゆる臓器に及んでいる。脳への応用は、虚血に弱いという臓器特殊性から、他の臓器と比較してその進歩は遅々たるものであった。転機は1991年の欧米での通電離脱型プラチナコイルの開発と、それに続く1997年の日本での保険認可であった。以後、脳動脈瘤の治療方法は、開頭クリッピング術に加え、血管の中から行う塞栓術も可能となり、治療の選択肢が増えた。2008年4月には頸部内頸動脈狭窄症に対するステント治療も保険認可され、頭蓋内病変の治療としての脳血管内治療は、その適応疾患も拡大し、現在も着実に進歩している。

脳血管内治療の適応疾患を表1に示す。そのうち、代表的な脳動脈瘤と頸部内頸動脈狭窄について述べる。

2. 脳動脈瘤に対するコイル塞栓術

大腿動脈から、先端径0.9mmのマイクロカテーテルを脳動脈瘤内にすすめ、プラチナコイルを内部に挿入して、脳動脈瘤を閉塞する。コイルシステムの種類に

は、GDC (Boston)・MICRUS (Goodman)・TRUFIL DCS (Jonson & Jonson)・ED Coil (Kaneka) などがあり、それぞれ独特な特徴を持っている。最近では血栓化促進を目的とした生物活性を持つコイルも開発されている。塞栓術の利点は、局所麻酔下に低侵襲に治療が可能で、重症、高齢、全身合併症を有する等の理由で開頭手術が困難な場合でも治療を行うことができる点があげられる。欠点としては、動脈瘤の大きさや場所、形状により適応が制限されること、透視下に遠隔から手術操作を行うため、塞栓術中の出血などのアクシデントに対して対処できない場合がある、等があげられる。

脳動脈瘤クリッピング術と脳動脈瘤塞栓術の治療成績を比較した無作為抽出試験として、2009年、The Lancet に発表された「International Subarachnoid Aneurysm Trial (ISAT) of neurosurgical clipping versus endovascular coiling in 2143 patients with ruptured intracranial aneurysms: a randomized trial」があり、その概要を表2に示す。また、そのフォローアップのデータを解析し、2009年にLancet Neurology に発表された「Risk of recurrent subarachnoid haemorrhage, death, or dependence and standardised mortality ratios after clipping or coiling of an intracranial aneurysm in the ISAT: long-term

follow up」の概要を表3に示す。これらのISATとそのフォローアップの結果は以下の1〜4にまとめられる。1. 塞栓術とクリッピング術のどちらでも治療可能と考えられる動脈瘤を有する患者では、塞栓術はクリッピング術よりも、1年後の臨床アウトカムが良好である可能性が高い。2. 塞栓術の初期の臨床的有益性は時間経過とともに薄れるものの、4年後も認められ、5年目の死亡リスクは塞栓術のほうが低かった。3. 塞栓術はクリッピング術と比較して再出血が多かったが、それでも低いものであった。4. 1年生存について調整した標準化死亡比は、両群とも一般人口より優位に高かった。前述の論文では、開頭手術と塞栓術の優位性が議論されたが、二つの治療は排他的なものではない。臨床で最も重要なことは、それぞれの治療の利点と欠点を十分に理解した上で、状況の異なる患者さんに最大限の治療効果が得られる治療方法を選択することである。

3. 頸部内頸動脈狭窄症に対する経皮的血管形成ステント留置術 (CAS)

頸部内頸動脈狭窄症の病態として、①脳に行く血液が不足して脳虚血症状を生ずる病態 (hemodynamic low perfusion)・②狭窄部位から血栓が脳に飛んで脳梗塞を生ずる病態 (artery to artery embolism) の2種類があげられる。治療方法としては、①薬物治療 (抗血小板剤、抗凝固剤)、②頸動脈内膜剥離術 (Carotid Endarterectomy, CEA)・③経皮的血管形成ステント留置術 (Carotid Stenting, CAS) があり、ここでは血管内治療であるCASについて述べる。

CASの基本的な手技とし

ては、フィルターデバイス (AngioGuard) を狭窄部位の遠位に留置したうえで、狭窄部にバルーンをすすめ、狭窄血管を拡張した後、自己拡張型ステント (Precise) を留置、必要があれば再度後拡張を行う。(図4)

CASとCEAの治療成績を比較した報告として、2004年に New England Journal of Medicine に掲載されたSAPPHIRE Trial (Stenting and Angioplasty with Protection in Patients at High Risk for Endarterectomy) がある。これは、アメリカ合衆国内の29施設で行われた、prospective randomized trial (non-inferior trial) である。その詳細を表5に、その結果を表6に示す。結果は、「CEA high risk群では、CASはCEAに比べて劣っていない」ことが示され、日本でのCASの導入の理論的根拠となった。他の無作為抽出試験としてSPACE (Stent-Supported Percutaneous Angioplasty for the Carotid Artery versus Endarterectomy) とEVA-3S (Endarterectomy versus Angioplasty in Patients with Symptomatic Severe Carotid Stenosis) があるが、これらの研究ではCASの優位性を示せず、SAPPHIRE Trialの結論とは異なっていた (表7)。それぞれの研究は、対象や使用器材が異なるため、一概に治療方法の優劣は比較できない。CASの器材の改良や開発は、現在でも積極的に進められており、今後さらなる安全性の向上が期待できる。

4. 結語

脳血管内治療は、日々進歩し、その適応疾患は拡大している。従来の開頭手術のみでは、治療が困難な疾患も、脳血管内手術単独、

Risk of recurrent subarachnoid haemorrhage, death, or dependence and standardised mortality ratios after clipping or coiling of an intracranial aneurysm in the ISAT : long-term follow up Lancet Neurol 8:427-433, 2009			
	coiling	clipping	
割付総数	1073	1070	
有効フォローアップ数	813	769	
フォローアップ期間	8447人年	8177人年	6~14年(平均9年)
再出血(治療後)	10	3	P=0.06 その他、未治療4例、新生瘻の例、出血源不明1例
5年時点での死亡率	11%	14%	
死亡の相対リスク	0.77	1	95%CI 0.61-0.98, P=0.03
5年時点での日常生活自立	83%	82%	
一般人口との死亡比(1年目)	1.37(P=0.03)	1.77(P<0.0001)	All 1.57 (P<0.0001)

表3

International Subarachnoid Aneurysm Trial (ISAT) The Lancet 360:1267-1274, 2002			
• ISAT of neurosurgical clipping versus endovascular coillings in 2143 patients with ruptured intracranial aneurysm: a randomized trial			
	coiling	clipping	
割付総数	1073	1070	
男性 (%)	400 (37%)	399 (37%)	
WFNS Grade 1,2(%)	63%, 25%	62%, 26%	
2ヶ月後のmRS 3-5	278 (26.1%)	392 (36.9%)	P<0.001
1年後のmRS 3-5	249 (23.5%)	324 (30.8%)	P<0.001
再出血率	2.4%	1.1%	

表2

脳血管内手術の治療対象疾患の具体例	
• 脳動脈瘤(破裂、未破裂)	
• 頸部内頸動脈狭窄症	
• 頭蓋内血管狭窄症	
• 硬膜動静脈奇形	
• 脳動静脈奇形	
• 脳腫瘍の栄養血管閉塞	
• 脳塞栓の血栓溶解術	

表1

あるいは、開頭手術に脳血管内手術を組み合わせることにより治療成績の向上が可能となった。脳血管内治療は、低侵襲な治療ではあるが、状況によっては重篤な合併症を生ずる可能性もある。今後も引き続き、より有用で安全な器材の改良や開発、それを使用する専門医の育成が必要である。

Randomize trial for CEA normal risk					
Trial	症例数	使用ステント	使用 embolic protection device	Study design	結果 (30日)
SPACE (GER, AUT, SU) 2006	1183	制限なし	制限なし	Randomized non-inferior trial (CAS vs CEA) symptomatic	病変側の脳卒中・死亡率 CAS 6.84% CEA 6.34%
EVA-3S (FRA) 2006	520	制限なし	制限なし	Randomized non-inferior trial (CAS vs CEA) symptomatic	すべての脳卒中・死亡率 CAS 9.6% CEA 3.9% 6ヶ月以内の脳卒中・死亡率 CAS 11.7% CEA 6.1%

表7

SAPPHIRE trialの結果			
		CAS	CEA
Primary endpoint		20症例 (12.2%)	32症例 (20.1%)
Secondary endpoint	再治療率	0.6%	4.3%
	脳神経麻痺	0%	4.9%

結論
CEA high risk群では、CASはCEAに比べて劣っていない

表6

SAPPHIRE trial (New England Journal of Medicine, 2004)	
(Stenting and Angioplasty with Protection in Patients at High Risk for Endarterectomy)	
USA29施設で行われた、prospective randomized trial, non-inferior trial	
対象: 50%以上の症候性頸動脈狭窄、80%以上の無症候性頸動脈狭窄のうち、CEA high riskであった747症例。その中で、CEAでもCASでも治療可能と判断された334症例がCEA(167例)とCAS(167例)に割付	
CEA high risk: 臨床症状を示す心疾患、重篤な肺疾患、対側頸動脈の閉塞、対側の頭脳神経麻痺、顔部の根治手術・放射線治療の既往、CEA後の再狭窄、80歳以上	
評価: ①primary endpoint: 治療後30日以内の脳卒中・死亡・心筋梗塞 31日~1年までの死亡、病変側に起因する脳卒中発作 ②secondary endpoint: 初期治療後1年間の再治療率、脳神経麻痺 外科治療部位もしくは血管内治療部位の合併症	

表5

経皮的血管形成ステント留置術(CAS)の使用器材	
	
Stent (Precise)	AngioGuard

図4

はじめに
内視鏡機器の開発とともに内視鏡治療手技の発展には目覚ましいものがある。内視鏡治療の中でも、内視鏡的粘膜下層剥離術(以下ESD: endoscopic submucosal dissection)では大きな病変でも正常組織を含めて一括で切除することが可能となってきた。当院では2006年1月よりESDを導入しており、2009年11月までに早期胃癌94症例104病変に対しESDを施行している。当院での経験も踏まえ、ESD法につき述べさせていただきます。

1. 適応
胃癌学会が作成した胃癌治療ガイドライン2004年4月版では、組織学的所見からは分化型腺癌のうち1) 深達度粘膜内癌(以下M・潰瘍(以下UL)(-)であれば深達度M・UL(+)では腫瘍径3cm以下、3) 深達度SM1(500mm以下の粘膜下層への浸潤)、UL(-)では腫瘍径3cm以下、4) 未分化型腺癌のうち深達度MでUL(-)、腫瘍径2cm以下の症例はリンパ節転移の可能性がないカテゴリーに入ることより、内視鏡的粘膜切除術(以下EMR: endoscopic mucosal resection)の対象となりうるとしている。しかし、切除断端、最

深部の癌の浸潤を正確に診断するためには一括切除が望ましいとの考えから、無理なく一括切除できる
3) 深達度SM1(500mm以下の粘膜下層への浸潤)、UL(-)では腫瘍径3cm以下、4) 未分化型腺癌のうち深達度MでUL(-)、腫瘍径2cm以下の症例はリンパ節転移の可能性がないカテゴリーに入ることより、内視鏡的粘膜切除術(以下EMR: endoscopic mucosal resection)の対象となりうるとしている。しかし、切除断端、最
深部の癌の浸潤を正確に診断するためには一括切除が望ましいとの考えから、無理なく一括切除できる

2. Hookナイフ

リンパ節転移のほとんどない胃癌 Guideline of JGCS			
	分化型		未分化型
	潰瘍(-)	潰瘍(+)	潰瘍(-)
M	<20mm	20mm<	<30mm
SM1	<30mm		<20mm

※ 未分化型胃癌: がん細胞の形や並び方が胃や腸の粘膜構造を壊したがん
※ 未分化型胃癌: がん細胞の形や並び方に胃や腸の粘膜構造の少ないがん
※ M: 粘膜内癌、SM1: 粘膜下層への浸潤が500μmまで

図1

る限界は2cm程度であること、潰瘍瘢痕合併例は肉眼的にM癌の判定が困難であることを根拠として、EMRの適応病変を深達度M、2cm以下の潰瘍非合併分化型癌としている。しかし、ESDでは大きさにかかわらず一括切除が可能のため、リンパ節転移の可能性のないほとんどすべての病変が適応となる。これらをまとめてEMR適応病変と比較したのが図1である。EMR適応病変は赤枠で示した範囲であるが、ESDでは黄枠で示した範囲まで適応拡大が可能である。(図1)



第4回
7月23日
低侵襲治療4
内視鏡的粘膜下層剥離術(ESD)
消化器科 副部長 米湊 健

2. Hookナイフ
ナイフの先端が直角に曲っており、これを境にHook部とArm部に分けられる。Hook部は長さが13mmで、arm部は約5mmである。(図2 右下)

① Hook cut
Hook部で線維を把持して剥離する方法で、一度に剥離できる量は少ないが垂直方向からのアプローチでも安全な剥離が可能である。(図3 右下)

② Arm cut
Arm部で線維を剥離する方法

3. 治療

① マーキング
Hookナイフを収納した状態で、シースの先端を粘膜にあて一瞬通電すると丸いマーキングが可能である。(図4 右下)

② 粘膜切開
粘膜切開は基本的には針状ナイフを用いて施行するが、粘膜に対し直角にあたる部位では穿孔の危険性があるため、Hookナイフを用いる。(図5 右下)

③ 粘膜下層剥離
粘膜下層にもぐり込み、固有筋層と粘膜筋板を確認しその間を剥離していく。(図6 右下)

④ ESDの実際



図3



図2

で、固有筋層と平行なアプローチが可能の場合に用いる。すばやい剥離が可能であるが、穿孔を予防するためにHookの向きを固有筋層と平行に調節する必要がある。(図3 左)

⑤ 偶発症
術中の出血は必発である。噴

症例は噴門直下小弯のI-Ic病変である。マーキング後に粘膜下局注を施行し、Hookナイフで粘膜切開および粘膜下層の線維を剥離し、一括切除し得た。腫瘍径16×9mm、切除標本径33×26mmであった。(図7 左上)

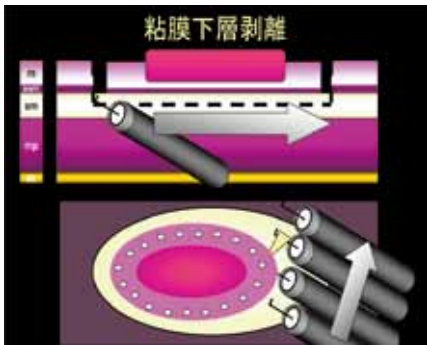


図6

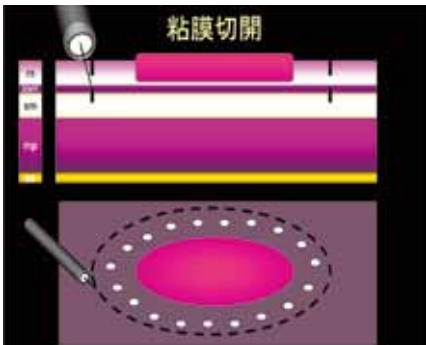


図5

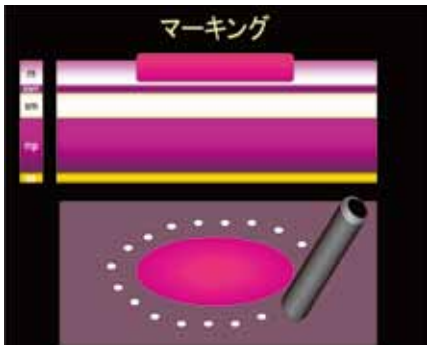


図4

出血性出血の場合は止血鉗子で出血部位を把持した後に、ウォータージェットで洗浄し、止血されたことを確認したのち通電すると適切な止血が可能である。(図8)

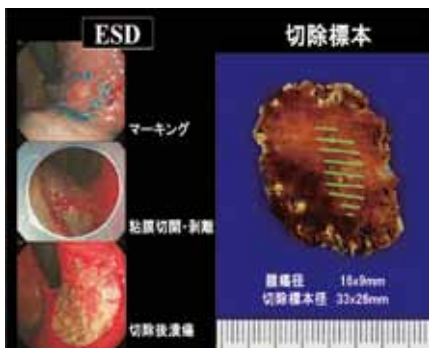


図7



図8



図9

(2) 穿孔
穿孔した場合でもピンホール大の穿孔です。ため通常はクリップ1個で閉鎖可能であり、保存的に治療が可能である。(図9)

⑥ 術後管理

ESD終了時に胸部X線を撮影し、Free airの有無を確認する。ESD当日は飲水のみとし、プロトンポンプ阻害薬(PPI)を静注する。翌朝に内視鏡検査を施行し、出血を認めた場合や露出血管が残存していた場合は血管処理を行う。通常は2病日からPPIを内服し、3病日から流動食を開始、7病日に退院とする。当院ではクリニカルパスを導入しており、入院期間は約10日間に設定している。(図10)



図10

4. 治療成績・偶発症

2006年1月から2009年11月までに当院にてESDが施行された早期胃癌94症例104病変の切除成績を示す。①一括切除率・94.2%(98/104)であった。②偶発症・輸血を要した出血症例は5.8%(6/104)であった。穿孔を2.0%(2/104)に認めたが、クリップにて閉鎖可能であり保存的に軽快した。(図11)



図11

おわりに
ESDの登場により、より大きな病変を一括切除することが可能となってきた。しかし、内視鏡治療対象症例は手術により完全治癒が期待される症例であり、治

第5回 8月27日 低侵襲治療5 前立腺がんの小線源治療 放射線科 副部長 浦島 雄介



療方針決定に際してはより慎重な術前検査が必要不可欠である。当院では今後も積極的にESDを施行していく所存であり、開業医の先生方からのご紹介をお待ちしております。

増加傾向にある多くの癌の中でも、社会の高齢化、生活の欧米化を背景に前立腺癌は著しい増加が予想されるものの一つとなっています。また、腫瘍マーカーあるPSAの測定法の進歩もあり、早期のうちに発見される癌でもあります。

癌そのものの特徴については、①高齢男性に多く、②進行が比較的ゆっくり、③早期であれば根治が可能で、④進行してもホルモン療法など有効な手段が残されている、などが挙げられます。

前立腺癌の治療については、その進行度に応じて、手術や放射線治療、ホルモン療法など、複数の治療手段がありますが、近年、放射線治療がますます大きな役割を果たす様になってきました。放射線療法として大きく、リニアック等を用いて体外から照射を行う外照射法と、放射線線源を体内へ挿入して用いる内照射法(brechytherapy, ブラキセラピー)があります。

限局性前立腺癌においては、前立腺全体に高線量を確保しつつ、膀胱、直腸、尿道といった周囲臓器には低く抑えた

線量分布が理想ですが、コンピュータなど機器の著しい進歩もあり、一昔前では机上のものでしか無かった理想の線量分布がかなりの精度で実現できる様になり、手術と同等の成績が得られるようになってきました。今回紹介する密封小線源治療は、超音波ガイド下に経会陰的に前立腺内へ125I(ヨウ素)線源を適切に挿入、周囲臓器への線量は低く抑えつつ、前立腺へ十分な線量投与を可能とする治療です。挿入する線源は125I(半減期59.4日)を密封した直径0.8mm長さ4.5mmのチタン製カプセルに封入されたもの(シード線源)を用い、前立腺の大きさに応じて60〜80個前後のシード線源を、超音波画像のもとに線量分布を計算し配置していきます。手技に際しての麻酔は必要ですが、開腹することなく、要する時間も通常2〜3時間程度です。入院期間も二泊三日〜三泊四日と短期間で済み、身体的にも社会生活上も受け入れやすい低侵襲の治療と言えます。

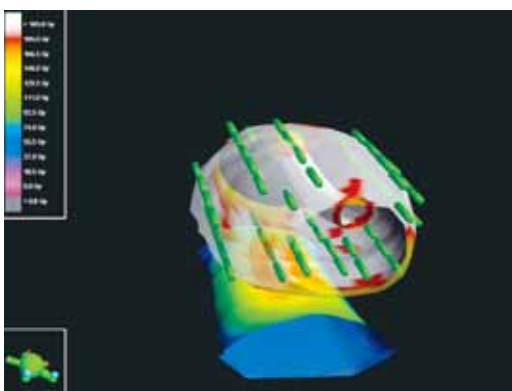
治療の流れとしては、治療適応を検討した上、前立腺のサイズを測定、使用する線源の個数を割り出しておき、計測日から約3〜4週間後に入院、翌日に線源挿入、翌々日に退院となります。カプセルから出る放射線は体内ではわずかな距離で減衰するため、治療後一定期間の注意事項はあります

が、普段通りの日常生活を送ることがができます。

もとより、一個あたりの線源の照射範囲が限られている為、早期の前立腺癌のうち低リスクのものが対象でしたが、外照射療法を組み合わせた治療でも良好な成績が報告され、治療適応となる範囲も徐々に拡大してきています。いろいろな治療手段が揃った現在、病変を制御しつつ生活の質を保持できる様、各治療法の特徴を把握し、治療選択に活かすことが重要で、今回ご紹介したシード療法は身体のみならず入院日数も短く済み、患者さんの日常にとっても侵襲の少ない優れた治療です。本治療をご希望の患者さんがおられま



したら、まずは当院泌尿器科へご相談下さい。



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/> H22.1.1 現在

診療科目			月	火	水	木	金
内 科	総 合 内 科		横田英介	藤 崎	藤 崎 能 美	横 田	岡 田 中 西
	糖 尿 病		岡田貴典 和泉賢一	能美幸信 近藤しおり	岡 田 近 藤	和 泉 近 藤	和 泉
	高 血 圧			福岡富和	福 岡		福 岡
	血 液		藤崎智明	牟田 毅	中西英元	藤 崎	牟 田
	糖 尿 病 教 室		毎週水・金曜日 10：00～12：00（岡田・近藤・和泉）				
肝 胆 膵 センター	午 前		武智俊治 上甲康二 大野芳敬	小林雄一 上 甲 ※武智/大野	横田智行 武 智	小 林 横 田	横 田 上 甲 大 野
	午 後		武 智 (予約・緊急のみ)	小 林 上 甲	検 査 (緊急のみ)	検 査 (緊急のみ)	横 田 上 甲 大 野
胃 腸 センター (消化器科)	外 来 部 門	午 新 患	藏原晃一	川崎啓祐	蔵 原	米湊 健	船 田
		予 約	松本由華	船田摩央	阿 部	川 崎	藏 原
		専門外来	炎症性腸疾患		炎症性腸疾患		炎症性腸疾患
	午 新 患	阿部光市	松 本	当番医	大 津	古 賀	
	後 予 約	堺 勇二	堺	大津健聖	古賀千晶	米 湊	
	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					
※内視鏡検査：【午前】上部消化管およびS状結腸内視鏡検査 【午後】全大腸内視鏡検査および特殊検査・治療							
循 環 器 センター	循 新 患	堺 浩二	久保俊彦	高橋 優	松坂英徳	芦 原	
	環 予	午 前	堀本拡伸	芦原俊昭	芦 原	高 橋	久 保
	器 約	午 後	佐々木	古賀純一郎	久 保	堺	松 坂
呼 吸 器 センター	心 外	午 前	梅末正芳	松井完治			
	呼 吸 器 科		兼松貴則	牧野英記 (再診のみ)	兼 松 梶原浩太郎	牧 野	兼 松 (再診のみ)
	呼 吸 器 外 科			馬場博充		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
※呼吸器科：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 菅原宏治	原 田	上 村	菅 原
脳卒中・ 脳神経 センター	神 経 内 科		山下順章 志田憲彦	山 下 志 田	山 下 志 田	山 下 志 田	山 下 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	近藤陽一	小 谷	雀部 誠	近 藤
			片岡(京)	山本浩継	片岡(優)	小笠原宏	高岩正典
				城賀本敏宏	西崎眞理		
	神 経 循 環 器	眞庭 聡	眞 庭	中野広輔	眞 庭	中 野	
午 後			堀川定儀	堀 川		堀 川	
産婦人科	午 前		大下裕子 高木香津子 妹尾大作	弓 削 本田直利	大 下 宮 崎 妹 尾	宮 崎 横山幹文	横 山 高 木 本 田
	午 後		弓削乃利人 宮崎順秀 妹 尾		大 下 弓 削 妹 尾		横 山 高 木 本 田
	手 術		手 術		手 術	手 術	

診療科目			月	火	水	木	金
外 科	午 前		白石 猛 姉川 剛	丸山晴司 寺師貴啓	高橋郁雄 島袋林春	西崎 隆 黒田陽介	高 橋 島袋林春
		乳 腺	井上博道	井 上	井 上		井 上
		血 管	山岡輝年 (再診) 大峰高広 (新患)			山 岡 (新患) 大 峰 (新患)	
	午 後	小児外科	野口伸一		野 口		野 口
		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)						
整形外科			中城二郎 小林孝明 高沢皓文	山本 進(手) 野田慎之(脊) 吉塚将昭	山 本 大前博路 高 沢	中城(股) 小 林 三藤建志	野 田 大前(肩) 白石勝範
	※(手):手の外科、(股):股関節外科、(脊):脊椎外科、(肩)肩関節外科						
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	山田一人 水 木	手 術	山 田 水 木	山 田
	内 科	午 前		横田英介	定 永	定 永	横 田
		午 後	定永敦司	定 永			定 永
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 花山亜紀	藤 井 田 矢 野	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 川上美由紀 真田朋昌	篠森裕介 川 上 真 田		篠 森 真 田 有 友	
			手 術		手 術		手 術
	午 後			検査(透視)	手 術	検査(透視)	手 術
※水曜日・金曜日の診療はありません。							
眼 科	午 前		児玉俊夫 宇野敏彦 野口 毅	菊地正晃 川崎尚美	竹澤由起 宇 野 山西茂喜	児 玉 依光明生	野 口 菊 地 西 口
		午 後	児 玉 宇 野 野 口	手 術	竹 澤 宇 野 山 西	手 術	野 口 菊 地 山 西
	※火・木曜日は手術のため病棟診療はありません。緊急の場合はご連絡ください。						
皮 膚 科			南 満芳	南	南	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		首藤聡子		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	村 田
	予 約	吉岡真二	吉 岡	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	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

紹介状の有る患者さんに係る診療受付時間（土曜・日曜・祝祭日を除く）

○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 科	歯 科 口 腔 外 科
消 化 器 科	小 児 外 科	心 臓 血 管 外 科	
外 科 (血管外科除く)	放 射 線 科	腎 臓 内 科	

○午後3時まで受付可能な診療科（曜日限定）

整 形 外 科	火 ・ 木	泌 尿 器 科	火 ・ 木
耳 鼻 咽 喉 科	月 ・ 火 ・ 木	リウマチ科	月 ・ 火 ・ 木 ・ 金
眼 科	月 ・ 水 ・ 金	呼 吸 器 外 科	火 ・ 木 ・ 金
皮 膚 科	月 ・ 火 ・ 木 ・ 金	小 児 外 科	月 ・ 水 ・ 金

○午前11時までの診療科

産 婦 人 科	神 経 内 科	形 成 外 科
麻 酔 科	呼 吸 器 科 (月・水・木)	リハビリテーション科

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。
緊急を要しない患者さんの受付は従来通り午前11時までです。

お 知 ら せ

松山赤十字病院登録医制度について

平成22年1月1日現在、当院の登録施設は360、登録医は496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になります。