

地域医療連携室報

松山赤十字病院「がん化学療法・緩和ケアセンター」の開設について

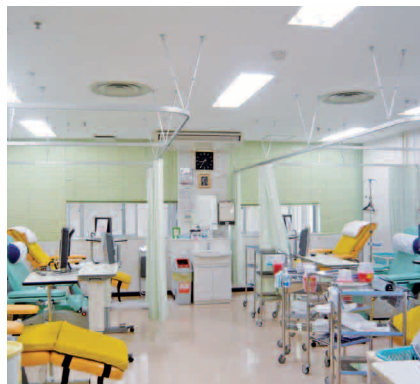


がん診療推進委員会
委員長(副院長)
藤井 元廣

松山赤十字病院では、平成19年1月に地域がん診療連携拠点病院に指定されました。それによりがん診療の充実・整備をはかることも、がん患者のがん相談・緩和ケアの強化を図ることが定められ、緩和ケアについて(1)緩和ケアチームを整備し、組織上明確に位置付けすることともに、医師、看護師を配置すること、(2)外来において、専門的な緩和ケアを提供できる体制を整備することなどが盛りこめられております。WHOによる緩和ケアの定義(2002年)では、「生命を脅かす疾患に伴う問題に直面する患者と家族に対し、疼痛や身体的、心理社会的、スピリチュアルな問題を早期から正確にアセスメントし解決することが、苦痛の予防と軽減を図り、生活の質(QOL)を向上させるためのアプローチである」とされています。国、地方自治体に「がん対策」の推進を義務つける「がん対策基本法」が平成19年4月に公布され、同年6月に「がん対策推進基本計画」の概要が厚生労働省から公表され、重点的に取り組むべき課題のなかに治療の初期の段階から緩和ケアの実施がうたわれております。がん患

者の多くはがんと診断された時から身体的な苦痛や精神的な苦痛をかかえこんでおり、また、その家族も様々な苦痛を抱え何らかの緩和ケアが必要であります。当院では、がん患者の相談支援のために地域連携室の「医療相談窓口」の拡張を行いました。まだがん相談・緩和ケア相談については充分でないため、「がん関連の情報」「がん相談の情報」を患者、その家族およびかかりつけ医、地域住民の方にもっと周知をしていただくようにする必要性を感じております。

松山赤十字病院では、平成21年4月1日付けで、「がん化学療法・緩和ケアセンター」を新設し、院内のがん化学療法および緩和医療相談支援体制の一層の充実をはかり、分かりやすい総合的な組織の整備をしました。がん診療推進委員会のもとに、がん化学療法運営部会、緩和医療推進部会、がん連携パス部会などを集結し、現在では抗がん治療と緩和ケアは同時に行うべきであり、入院・外来においても専門的な緩和ケアを提供できる体制を整備し一連のものとして実践できるように、以下のようなセンター体制を構築しましたの



で紹介させていただきます。

このセンター体制では、所長に高橋郁雄外科部長、副所長に藤崎智明内科部長、白石猛外科副部長、顧問藤井元廣副院長などを中心に、専任の薬剤師・看護師をメンバーとしております。センターの活動の一つであるがん化学療法の活動は、外来での抗がん剤治療を中心にした「外来化学療法室」におけるものです(8床のベッドで一日平均10〜12人の患者に対応)。専任の医師、看護師およびがん専門薬剤師を配置し、安全キヤビネット(排気装置付き)の中で抗がん剤などを調整し、リクライングベッドの上でテレビを視聴しながら安全・安心にて治療を受けることが出来るようにしております。この部署の看護師は、がん看護の専任(将来、がん看護専門看護師、がん化学療法看護認定看護師の資格取得予定)であり、抗がん剤などの投与治療中の観察

を行い、患者からの副作用(吐き気、食欲不振、髪の毛の脱毛など)に対する相談、日常生活での悩みなどのがん相談の援助を心がけ、必要があれば緩和ケアとしての相談も勧めております。平成20年度での「外来化学療法室」の利用件数は、患者実数337人、がん化学療法1997件、ホルモン療法179件、レミケード496件で、総数3305件(1ヶ月平均275.4件、1日平均13.7件)であり、今後ますます外来でのがん化学療法の実施数は増えると思われ、その上長時間(一人の患者で1回に4〜5時間)かかる治療が多くなっている傾向であります。平成20年度での「外来化学療法室」にて治療したがん患者数は219名で、がん種別では、直腸・結腸癌52例、すい臓がん32例、肺がん30例、乳がん25例の順でありました。定例のがん化学療法運営部会にてその利用状況、インシデント報告をし、このセンターで安心して抗がん剤治療が受けられるよう、チーム(医師・看護師・薬剤師)として取り組んでいます。

もう一つの柱である緩和ケアセンターでは、医療相談(がん相談)の充実として「がん相談窓口」および「緩和医療相談」と明示しました。新センターでは、「がん相談窓口」(部署は地域医療連携室)と「緩和医療相談」(部署は緩和医療相談室)とを一連の対応部署として、「がん相談窓口」では、がんに関するよろず相談、がんの治療、がん情報の提供、退院・在宅療養、治療費用などについて、「緩和医療相談」では主にがんの痛み、スピリチュアルなものなどの相談とし、それぞれに相談担当者(医師、看護師、薬剤師、MSWなど)を配置し、



入院から外来にかけて、出来るだけ切れ目のない相談支援体制にしております。運用としては、相談日を月曜日から金曜日(祝祭日を除く)、相談受付時間は9:00〜16:00として、相談場所を「がん相談窓口」および「緩和医療相談室」とし、まず相談内容を「がん相談窓口」で十分にお聞きして振り分け、予約日時を決めるようにします。センター担当者、緩和ケアチームが「緩和医療相談室」では診察も出来るようにしております。相談記録は、専用の相談シートに記入し、部署にて厳重に管理します。相談内容や対策・対応の情報については緩和医療推進部会(1ヶ月ごとに開催)にて報告・共有します。具体的相談事例は、(1)外来におけるがん疼痛コントロール相談(2)入院中に緩和ケアチームがかかわった患者の退院後の疼痛などにかかる継続相談(3)疼痛コントロールにかかる処方薬剤(麻薬など)の服薬相談など、(4)リンパ浮腫の悩み、(5)その他…など不安であるが医師には尋ねにくいことなどであり、「がん」で悩んでいる方、「緩和ケアのご希望の方」は、主治医の先生に相談するか、「がん相談窓口」を尋ねていただくようにしております(図1…フローチャート)。当院の緩和ケアは、緩

和医療推進部会が中心となり活動をしておりますが、その中での緩和ケアチームは、各科に入院してがん治療を受けている病室にうかがうチーム回診にて、がん患者の色々な痛み、苦痛などに対処しております。当院のがん相談・緩和ケアの実績では、平成20年度の「医療相談窓口」でのがん相談件数は、がん患者の転院・退院相談204件、がん専用相談42件であり、緩和ケアチームの活動ではコンサルト件数13件、チーム回診339件であります。「緩和ケア」することは、がん患者の痛みを取り、明るさと少しでもそのQOLの改善に役立つことであり、時代の変革とともにそのことが治療に良い影響を及ぼすと言われています。このセンターでの緩和ケア体制を充実させ、治療の初期の段階から「がん相談窓口」、「緩和医療相談」を利用していただき、その結果、緩和ケア、疼痛などの緩和ができるとそのQOLの向上にも直結することをアピールしています。がんの痛み治療における世界標準は、「WHO方式がん疼痛治



療法」であり、推奨する鎮痛薬使用法は、5つの原則（①経口的に②時刻を決めて規則正しく③徐痛ラダーにそって効力の順に④患者ごとの個別的な量で⑤その上で細かい配慮を）にまとめられており、当院でもWHO方式にのっとり実践するように努めております。今後はこのような痛みの治療を含めた早期からの緩和ケアを広く告知し、すべてのがん治療医が緩和ケアに関する知識と技能を修得しなければならない趨勢となっております。当院のがん診療に携わるすべての医師は、今後5年にわたって緩和ケアセミナーの研修

等により基本的な知識を習得することを個別目標としてとりくまなければならないことになっております。かかりつけ医の先生方との緩和ケアの連携では、現状ではがん性疼痛などで悩まれ「緩和ケアを受けてみたい、相談してみたい」と思われている患者がいれば、「がん相談窓口」に連絡していただければ担当のものがお話を伺いし、対応させていただきます。また、定期的な緩和ケアの勉強会や、講演会、緩和ケアセミナーを開催し、様々な情報を提供しておりますので是非ご活用ください。当院には緩和ケアの入院病棟はなく、そのような方への対応は「緩和医療相談室」にて行いますのでよろしく願います。

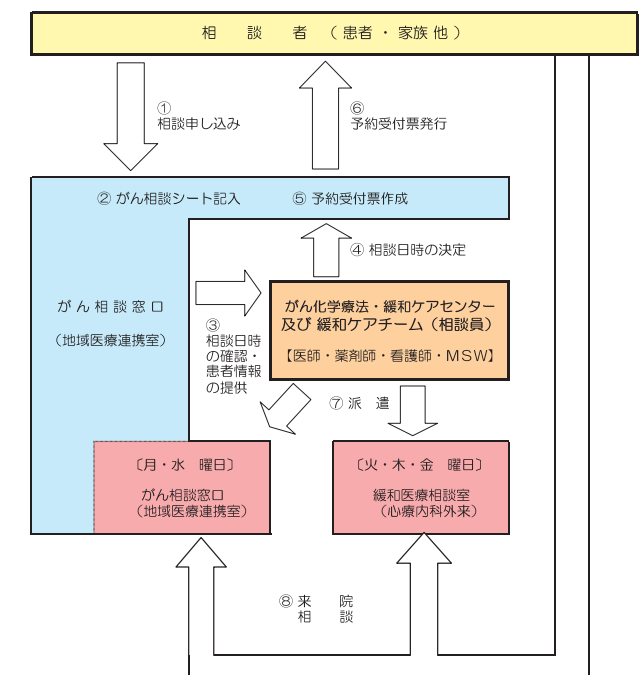
このたび、新しく事務部長となりました渡邊利行です。どうぞよろしく願います。私は、この3月まで、県で、保健・医療・福祉に関する仕事をしておりました。その際には、先生方には大変お世話になりました。私の在任中に、「第5次愛媛県地域保健医療計画」を策定いたしました。この計画は、本県における保健医療の基本指針となるもので、最近の医療制度改革の動向や地域医療の直面する課題等を踏まえ、患者の視点に立った、安全・安心で質の高い医療を効率的に提供できる体制の整備を目指しています。

「地域医療支援病院」は、かかりつけ医等から紹介された患者を中心に医療を提供するなど、地域の医療機関の機能分化・連携を進めるうえで重要な役割を担っていることから、この計画では、全ての二次医療圏において地域医療支援病院を整備することを最終的な目標として、地域において協議を進め、関係者の合意形成に努めることとしております。松山赤十字病院では、皆さん、ご承知のように平成9年に地域医療連携室を開設し、松山医療圏域での地域完結型医療への様々な取

り組みを進めてまいりまして、平成17年に松山医療圏域で唯一「地域医療支援病院」の承認を受けました。そして、この承認を受けた後も、「地域医療支援病院」としての役割である「紹介患者に対する医療提供」「地域医療機関としての機器の共同利用」の実施等を通じて、かかりつけ医を支援する病院機能をより一層充実させる取り組みを続けています。このような中、このたび、私は、ご縁があつてこの「松山赤十字病院」に勤務することとなりました。これまでの経験を活かし、微力ではございますが、医療機関等の連携を通じ県民に良質な医療を提供する取り組みのお手伝いができればと考えております。どうぞ、よろしくご指導いただきますようお願いいたします。

私には略歴にありませんように、昭和63年大阪大学医学部を卒業し、同眼科学教室に入局しました。大阪市内の病院勤務後、現在愛媛大学医学部眼科教授であります大橋裕一先生とともに10数年前に愛媛大学に参っております。大学の方では感染症等の研究等も行っておりましたが、主に角膜移植や翼状片等の眼表面疾患の内科的・外科的治療に専念してきました。角膜移植では縫合一つ一つを丁寧に、行い視力のqualityを上げること、翼状片手術では美容的に喜んでいただける結果を残すことなど、より高いレベルの外科的治療を提供できるよう、これまで同様努力し

がん化学療法・緩和ケアセンターによる緩和医療相談（がん相談）体制フローチャート



ご承知のように、限られた医療資源を有効に活用して県民が安心して医療を受けることができる体制を構築するためには、医療機関相互の機能分化と連携を推進し、地域の中で切れ目のない医療を提供できる地域完結型の体制を整備

平成21年4月1日に第二眼科部長を拝命しました宇野敏彦と申します。現在白内障手術を含めた一般眼科医療とともに角膜あるいは結膜といった眼表面疾患の専門的治療にも精進しております。当院の眼科は非常に伝統があり、私が研修医の時代からお世話になった大先輩の先生方も数多く勤められてきております。この伝統を汚さぬようにがんばりたいと思います。

私は略歴にありませんように、昭和63年大阪大学医学部を卒業し、同眼科学教室に入局しました。大阪市内の病院勤務後、現在愛媛大学医学部眼科教授であります大橋裕一先生とともに10数年前に愛媛大学に参っております。大学の方では感染症等の研究等も行っておりましたが、主に角膜移植や翼状片等の眼表面疾患の内科的・外科的治療に専念してきました。角膜移植では縫合一つ一つを丁寧に、行い視力のqualityを上げること、翼状片手術では美容的に喜んでいただける結果を残すことなど、より高いレベルの外科的治療を提供できるよう、これまで同様努力し

新任部長紹介

事務部長 渡邊 利行



第二眼科部長 宇野 敏彦



たいと考えています。ただ、まだまだ知識的にも技術的にも不十分なところがあります。御指導御鞭撻を賜れば幸いです。

私が松山赤十字病院で勤務する上でもっとも重視したい点は、本紙の趣旨でもある地域医療連携です。紹介いただいた患者様と紹介元の先生との間で築かれている信頼関係をさらによい方向にもっていくためにこれまでも努力してきましたつもりですが、地域との連携の強い当院において、これをより発展させたいと考えております。

今回当科には山西副部長も同時に赴任しました。山西先生は網膜硝子体、すなわち眼球の「後ろ側」の専門です。私の印象として述べさせていただきますが、彼は極めて高いレベルの網膜硝子体サーजनであります。児玉第一部長のもと、眼球の「前側」を担当する私とともに眼科疾患全般に

対応していきたいと思っています。

ここで紙面をお借りして角膜移植の現状を紹介したいと思っています。愛媛県の角膜移植件数は西日本でもトップクラスです。私自身、四国内外の患者様の移植に取り組んでまいりましたが、提供いただく角膜は圧倒的に不足しております。御本人ないしは御家族に眼球提供（献眼）のご意思が確認できる場合、愛媛アイバンク（<http://ehime-eyebank.com/>）に連絡いただければ幸いです。角膜は患者様がお亡くなりになったの数時間以内であれば全く問題なく移植に使用できます。眼球摘出後は義眼を装着しますので容貌に大きな変化は生じません。献眼いただくにはそのご意思のある患者様を診療されている先生方の協力が不可欠です。愛媛アイバンクの立場から何卒よろしくお願いいたします。

【略歴】

昭和63年 大阪大学医学部医学科卒業、同眼科学教室に入局

平成2年 （財）住友病院（大阪市）愛媛大学医学部眼科学教室 助手

平成4年 ハーバード大学眼科学研究員

平成6年 愛媛大学医学部眼科学教室 助手（復職）

平成9年 愛媛大学医学部附属病院 講師

平成13年 愛媛大学医学部眼科学教室 助教授

平成16年 現職

【主な資格】

日本眼科学会専門医・指導医

日本眼感染症学会 理事

日本角膜学会 評議員

愛媛アイバンク協会 副理事

【資格】

日本内科学会認定内科医。

日本消化器病学会専門医、指導医。

日本消化器内視鏡学会専門医、指導医。

医学博士。

【専門領域】

消化管疾患一般の診療、内視鏡治療。

消化器科（胃腸センター）では病診連携を重視し、午後の急患、紹介患者にも対応するために、平日時間内の外来診療を午前と午後の二部に分け、それぞれ新患外来と予約再来の2診体制とし、予約制の再来とは別に新患外来で紹介患者に対応しています。私はこの4月から月曜日と水曜日の午前中

の新患外来と金曜日の午前中の予約再来を担当しておりますが、外来日以外にも御連絡いただければ可能な限り対応いたします。

当科では平成16年より吐血血ホットラインを立ち上げ、消化管出血患者に時間外を含め24時間365日体制で対応し、積極的に緊急内視鏡検査、内視鏡的止血術を施行してきました。消化管出血患者は年々増加傾向で、平成20年度には年間192件（上部消化管162件、下部消化管30件）の内視鏡的止血術を施行し、止血率は98・8%でした。この止血件数は全国の急性期型病院のトップクラ

スであり、そのデータは今春の内視鏡学会総会と消化器病学会のシンポジウムにも採択されています。特に近年の特徴として低用量アスピリンを含むNSAIDによる出血性胃十二指腸潰瘍症例が急増し全体の約45%に達しており、これらの症例への対応が急務です。現在これらの臨床データの解析、論文文化を進めています。今後そのデータを全国の臨床現場に発信、フィードバックし、発症予防、治療成績の向上に役立てたいと考えています。また、本年3月よりカプセル内視鏡システムを導入し、これまで以上に原因不明の

消化管出血や小腸出血症例への診断が容易となりました。既に導入済みの小腸内視鏡システムとあわせ、さらに小腸出血症例にも積極的に対応できる体制が整いました。

当科は測上忠彦院長がセンター長の時代から全科に先駆けて病診連携を推進、実践してきてまいりました。私も胃腸センターのスタッフの一人として消化管疾患の全領域にわたって質の高い全国レベルの診療を地域に提供できるよう研鑽、努力していく所存です。今後ともご指導いただけますようよろしくお願いいたします。

日赤イブニングセミナー

高尿酸血症と

メタボリックシンドローム

リウマチ膠原病センター 定永 敦司

第10回
1月22日



平成20年4月より当院リウマチセンターは、従来のリウマチ科の医師に膠原病内科の医師が加わり、リウマチ膠原病センターに再編成されました。以前は、リウマチセンターで痛風外来を行っていましたが、スタッフ不足の影響もあり現在、痛風外来は行っていない。痛風発作で受診される患者さんが時々いますが、基本的に継続加療はかかりつけ医の先生にお願いしています。以前痛風外来があったという事で、今回イブニ

ングセミナーを小生が担当しました。高尿酸血症は血清尿酸値が7.0mg/dl以上で定義されます。急性関節炎の発作があれば痛風と診断されますが、痛風発作の既往がなくとも代謝異常という病態はすでに存在しているので、内臓脂肪の蓄積、高血圧、脂質異常症、耐糖能異常などの合併症に注意し、生活指導、栄養指導を行う必要があります。尿酸は、核酸の原料となるプリン体の最終産物です。抗酸化作用を有しており生体に必要な物質ですが、血管障害性という悪い作用もあります。尿細管上皮に存在する尿酸トランスポーターが、尿酸の再吸収に関与していますが、尿酸トランスポーターは血管内皮細胞などにも発現してお

り、尿酸の血管障害性の一因となっている可能性が示唆されています。高尿酸血症は、血液疾患などの基礎疾患がある症例や利尿剤を内服している症例などの二次性のものと、特に基礎疾患がない症例に分類されます。また、尿中尿酸排泄量により、尿酸排泄低下型、尿酸産生亢進型、混合型に分類することができ、それぞれの型に応じて尿酸排泄促進剤や尿酸合成阻害剤などによる薬物療法を選択します。尿路管理も重要で、1日2リットル以上の飲水、尿pH6.0〜7.0を目標として、重曹なども投与します。高尿酸血症の患者さんには、メタボリック症候群が並存していることが多く、虚血性心疾患などの動脈硬化性疾患の予防、発見に留意しながら診療する必要があります。高尿酸血症の治療には、かかりつけ医の先生による日々の生活指導が必須です。治療方針が決まりましたら、どんどん紹介させていただこうと考えていますので、ご多忙とは思いますが今後とも高配よろしく願います。

第二消化器科部長 蔵原 晃一



平成21年4月1日付けで第二消化器科部長、中央内視鏡室長を拝命しました蔵原晃一（くらはらこういち）です。地域の関連病院の先生方には多くの患者様をご紹介いただき、これまでの御礼を申し上げますとともに、引き続きのご指導、ご鞭撻をお願いしたくご挨拶申し上げます。

私は松山市出身で松山東高校を経て、平成2年に佐賀医科大学

慢性腎臓病（CKD）と メタボリックシンドローム

腎センター部長 原田 篤実



と推計されるが、日本人のGFRは欧米人に比べて低いことを考慮してGFR 50 ml未満の418万人（全人口の4.1%）が実際的なCKDのターゲットと考えられている。

慢性腎臓病（CKD）とは、尿異常（特に蛋白尿）や画像診断にて腎障害がみられるか、糸球体濾過率（GFR）が60 ml/min/1.73 m²未満の腎機能障害のいずれかが3か月以上持続する状態を指す。GFRによって5段階の病期に分類され、臨床的に問題とされるのは糸球体濾過率（GFR）が60 ml未満のステージ3以上である。このステージの本邦での頻度は全人口の18%（1920万人）

GFRの推算式が日本腎臓学会にて作成されている。CKD患者診療のエッセンスは表1のごとくであるが、多数のCKD患者を腎臓専門医のみでケアするのは不可能に近く、如何に一般開業医の先生方と病診連携を構築して行くかがポイントである。

メタボリックシンドロームとは内臓肥満とそれに伴うインスリン抵抗性を背景として、脂質異常、高血圧、耐糖能異常等の危険因子が相互作用を示して、動脈硬化症の形成を起こすと言う概念である。以前は生活習慣病といわれて、高血圧、糖尿病、高脂血症の個々の治療に重点がおかれていたが、ウェスト増加（内臓脂肪蓄積）があれば、これを減少させてリスクを一網打尽にしようと言うものである。診断基準は表2の如くであるが、女性の腹囲が男性より

CKD患者診療のエッセンス	
1. CKD（慢性腎臓病）とは、腎臓の障害（蛋白尿など）、もしくはGFR（糸球体濾過量）60 ml/min/1.73 m ² 未満の腎機能低下が3か月以上持続するもの、である。	8. 降圧にはACE阻害薬やARBを第一選択とし、必要に応じて他の降圧薬を併用する。
2. 推算GFR（eGFR）は以下の推算式で算出する。 eGFR (ml/min/1.73 m ²) = 0.741 × Age ^{-0.202} × Cr ^{-1.154} (女性に×0.742)	9. ACE阻害薬やARB投与時には血清クレアチニン値の上昇や高K血症に注意する。
3. CKDは、CVD（心血管疾患）およびESRD（末梢腎不全）発症の重要な危険因子である。	10. 糖尿病性腎症では血糖をHbA _{1c} 6.5%未満に管理する。
4. CKD患者の診療は、かかりつけ医と腎臓専門医の連携を通じて集学的に行う。	11. LDLコレステロールを120 mg/dL未満に管理する。
5. 次のいずれかの場合は、腎臓専門医に紹介することが望ましい。 1) 0.5 g/g クレアチニン以上または2+以上の蛋白尿 2) eGFR 50 ml/min/1.73 m ² 未満 3) 蛋白尿と血尿がともに陽性（1+以上）	12. 腎性貧血を疑う場合は、腎臓専門医に相談する。
6. CKDの治療にあたっては、まず第一に生活習慣の改善（禁煙、減塩、肥満の改善など）を行う。	13. エリスロポエチン製剤や経口鉄剤の投与にあたっては、腎臓専門医と相談する。
7. 血圧の管理目標は130/80 mmHg未満であり、随時降圧することを原則とする。	14. 腎排泄性の薬剤は腎機能に応じて減量や投与間隔の延長を行う必要がある。
	15. 非ステロイド抗炎症薬（NSAIDs）、造影剤、脱水などは、腎機能低下のリスクである。

▲ 表1

日本におけるメタボリックシンドロームの診断基準	
内臓脂肪（腹腔内脂肪）蓄積	
ウェスト周囲径	男性 ≥ 85cm
	女性 ≥ 90cm
	（内臓脂肪面積 男女とも ≥ 100cm ² ）
上記に加え以下のうち2項目以上	
高トリグリセリド血症	≥ 150mg/dL
かつ/または	
低HDLコレステロール血症	< 40mg/dL 男女とも
収縮期血圧	≥ 130mmHg
かつ/または	
拡張期血圧	≥ 85mmHg
空腹時高血糖	≥ 110mg/dL

▲ 表2

り大きいのは日本独自であり、WHOや国際糖尿病連合のいずれも男性の方が大きい。日本ではCTにて臍部の画像にて内臓脂肪面積100 cm²以上という基準で診断を作っており、女性では男性より皮下脂肪面積が大きいためにこのような診断基準となっているが、世界的な批判も多い。メタボリックシンドロームでは肥満によるアディポサイトカインの分泌異常を機軸としてインスリン抵抗性、交感神経の活性化、レニン・アンギオテンシン系の賦活化、組織炎症の惹起をおこしメタボリックドミノを形成する。アディポサイトカインの内、インスリン抵抗性を改善させる善玉アディポサイトカインはアディポネクチンだけでなく、肥大化した脂肪細胞からは、TNF-α、PAI-1、IL-6などの悪玉アディポサイトカインの分泌が亢進して糖尿病、高血圧、微小炎症、血栓傾向を惹起してくる。昨年4月から、メタボリックシンドロームに着目した特定検診、特定保健指導が実施され、2015年までに糖尿病等の生活習慣病を25%減少させる事を目的としている。地域の医師会が中心となり、診療所、病院のみならず国保、健保連も参加して実施していくシステムになっている。勿論、メタボリックシンドローム対策では運動、食事療法を中心とした肥満の改善がまず為されるべきであるが、早期よりのARB、ACE-I、ストロングスタチン等の投与を考えて良いのではないかと思っている。

喫煙と メタボリックシンドローム

呼吸器内科部長 山本 昭彦



1. あらゆる危険因子をまとめて治療する事が重要で、禁煙治療もそのひとつである

していると言われています。

当科で診療従事しているタバコの関連疾患としては、肺癌、慢性閉塞性肺疾患（COPD）が挙げられます。進行したCOPD患者さんにおいては、慢性的な呼吸筋疲労・エネルギー消費によるやせの傾向であり、メタボとは異なる病態を呈している事が多いと思われる。しかしCOPD症例の死因（図1）について病期別にみま

図2のごとく、高血圧、脂質異常、耐糖能異常といった複数の因子が重複するほど動脈硬化のリスクは高まりますが、その上に、喫煙が加わりますとさらに相対リスクは増大すると考えられます。

す、軽症・中等症例においては心血管系イベントの割合が多いという事実が分かります。一般に低BMI（Body Mass Index）はCOPD患者さんの1秒量低下規定因子と言われており、BMIが低い（やせ）ほど年間の呼吸機能低下速度は速い事が知られていますが、重症度の低い（例えば%FEV1値50・60%以上）症例の高BMIについては通常のメタボリックシンドローム同様の管理が求められます。日常診療においてもCOPDと心血管疾患の両方を合併した患者さんは多数おられ、やはり喫煙という共通した危険因子が存在するためです。喫煙自体が動脈硬化の危険因子であるとともに、以下に挙げる如く他の危険因子をさらに悪化させる「危険因子の危険因子」といった側面を有

2. 喫煙する人は糖尿病になりやすい

喫煙は、糖尿病の合併症の危険

性を高めるだけでなく、喫煙そのものが糖尿病を起こしやすくしているという研究が報告されています。(図3)

喫煙によりインスリン抵抗性が高まり、インスリン過剰分泌を招きうることで、また血糖上昇ホルモン(カテコラミン、GH)の分泌亢進をまねくことがその機序として指摘されています。

3. 喫煙は脂質異常症をおこす

Chaiらの報告により、血中の脂質プロフィール悪化を助長することが示されており、喫煙による変化率(%)は、LDLコレステロール(+1.7%)、総コレステロール(+3.1%)、中性脂肪(+9.1%)、HDLコレステロール(-5.7%)とされています。

4. 喫煙と高血圧

喫煙による血圧上昇には、急性効果(5分以内に平均20mmHgの一過性上昇)と慢性効果(慢性高血圧、仮面高血圧、悪性高血圧など)のリスクが指摘されています。

5. 喫煙とメタボリックシンドローム

喫煙によりメタボリックシンドローム発症のリスクが高まるという複数の報告がなされています。一方、よく「禁煙するとむしろ太る」といわれることがあります。図4の報告にても禁煙者におけるリスクがやや増加している結果が得られており、体重増加の関与が指摘されています。しかしながら様々な因子に關与する喫煙を続けることの方が、禁煙による体重増

加(平均+2kg)よりも5倍有害であるとも言われています。禁煙とともに生活習慣の改善(ダイエット、運動)を同時に行うべきであると考えられます。また、禁煙後のBMI増加リスクの長期的変動については図5の如く5~10年程度で減少していきます。

また、禁煙をしないままに他の危険因子(高血圧や高脂血症)だけを治療する際のデメリットに関しても報告されておりま。厳格な降圧療法による心血管イベントの予防効果が、喫煙することにより認められなくなるとの報告や、喫煙を続けながら降圧療法を行った際に、むしろ高脂血症が増悪しているという報告がございます。

6. 禁煙のすすめ

日常診療や健診などを通じて医療従事者は、非常に多くの喫煙者と出会いますが、このような場で、患者さんの現在の喫煙状況を把握し、禁煙の意思に応じて禁煙の働きかけや治療(支援)が日常的に実施されれば、それによる禁煙成功率がたとえ高くなくても、多くの医療従事者がルーチン活動として取り組むことによって、全体としては多くの禁煙成功者を生み出すことが可能になると考えられます。とにかく、お互いに諦めずに繰り返しタバコについて話し合っていくことが重要かと考えます。

以上のような要旨にて報告をいたしました。今後ともご指導ご鞭撻のほどを宜しくお願い申し上げます。

COPD患者における死亡原因

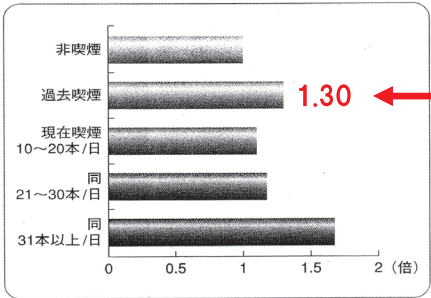
報告者(年度)	対象人数	%FEV1(予測値)	観察期間	死亡疾患	割合(%)
Gracia-Aymerich (2003)	340	36%	1.1	呼吸器疾患	74
				心血管疾患	12
				肺がん	5
Waterhouse (1999)	751	50%	2.8	呼吸器疾患	49
				心血管疾患	22
				肺がん	11
Anthonisen (1994)	5887	75%	14.5	肺がん	33
				心血管疾患	22
				呼吸器疾患	8

- FEV1の低下が高度な重症COPD患者においては、呼吸不全の増悪や気道感染が主な死亡原因。
- 軽症~中等症のCOPD患者においては、肺癌および心血管疾患が死亡原因の上位を占める。

加藤ら: 呼吸 56 : 41-6, 2008

喫煙によるメタボ発症リスク

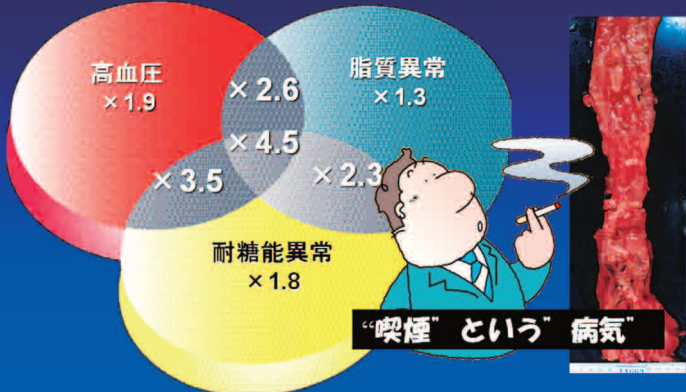
35~59歳の日本人男性会社員、登録時非MS男性2994例を7年間追跡調査。
MS定義: National Cholesterol Education Program修正版



- 禁煙後にメタボリックシンドロームのリスクが増加するという一面が報告。
- 禁煙後の 体重増加 との関与が考えられる。

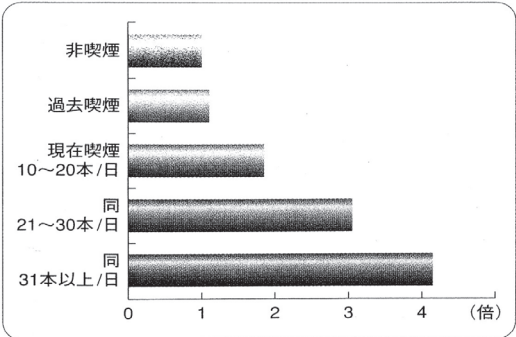
Nakanishi N, et al: Ind Health. 43: 295-301, 2005.

動脈硬化ではあらゆる危険因子をまとめて治療することが必要!



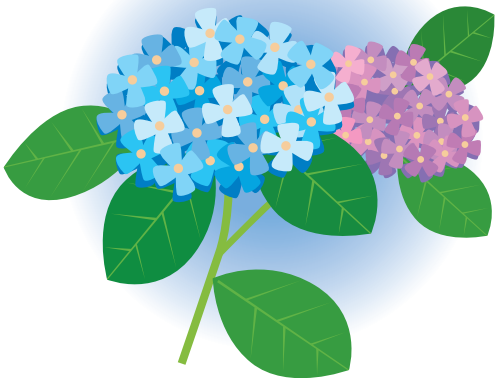
Kannel WB, In: Genest J, et al, eds. Hypertension: Pathophysiology and Treatment. McGraw Hill, 1977

喫煙による2型糖尿病(発症リスク)



- 喫煙は糖尿病の発症リスクを高め、禁煙によりリスクは低減される。
- インスリン抵抗性を高め、インスリンの過剰分泌を招く。
- 血糖上昇ホルモン(カテコラミン、GH)の分泌亢進をまねく。

Nakanishi N et al:Ann Intern Med.133:183-91, 2000.



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/>

H21.5.1現在

診療科目			月	火	水	木	金	
内 科	総 合 内 科		横田英介 詫間隆博	藤崎智明 詫 間	藤 崎 能美幸信	横 田 詫 間	岡 田 中西英元	
	※（木曜日）横田副院長不在時は、総合内科にて牟田が診察いたします。							
	糖 尿 病		岡田貴典 和泉賢一	能 美 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	牟田 毅	中 西	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 渡辺崇夫	小 林 武 智	小 林 大野／武智	渡 辺 上 甲 大 野	
	午 後		武 智 (予約・緊急のみ)	小 林 上 甲 渡 辺	検 査 (緊急のみ)	検 査 (緊急のみ)	渡 辺 上 甲 大 野	
胃 腸 センター (消化器科)	外 来 部 門	午 前	新 患 予 約 専門外来	藏原晃一 松本由華 炎症性腸疾患	川 崎 船 田 阿 部	蔵 原 阿 部	米 湊 川 崎	船 田 藏 原 炎症性腸疾患
		午 後	新 患 予 約	阿部光市 堺 勇二	松 本 堺	当番医 大 津	大 津 古 賀	古 賀 米 湊
		検 査	午 前		堺 健 古賀千晶 阿 部 川崎啓祐 大津健聖	堺 泰 米 湊 古 賀 古 賀 松 本 大 津	米 湊 古 船 松 本 大 津	堺 泰 藏 原 古 賀 船 田 阿 部 阿 川 大 津 松 本
			透視検査	船田摩央	阿 部	川 崎	大 津	松 本
	部 門	午 後	内視鏡 検 査	米 湊 船 田 川 崎 藏 古 阿 賀 古 松 大 津	藏 原 米 湊 古 賀 阿 船 川 崎 大 津	古 川 賀 崎 堺 原 藏 米 阿 船 阿 松	藏 原 米 湊 船 田 阿 部 阿 川 崎 本 松 本	
		※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 本	芦 原	
		環 予 午 前	松本健吾	芦原俊昭	芦 原	高 橋	久 保	
		器 約 午 後	堀本拡張	古賀純一郎	久 保	堺	松坂英徳	
	心 外	午 前	梅末正芳		松井完治			
呼 吸 器 センター	呼 吸 器 科		山本昭彦	牧野英記 (再診のみ)	山 本	牧 野	山 本 (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 經 センター	神 經 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 經 外 科		品川勝弘 石井大造	武智昭彦	曾我部貴士 石 井	品 川	曾我部 武 智	
小 児 科	午 前		小谷信行 上田晃三	雀部 誠 山本浩継	小 谷 片岡(優)	近藤陽一 片岡(京)	小 谷 高岩正典	
		神 經	眞庭 聡	眞 庭	中野広輔	眞 庭	中 野	
	循 環 器	堀川定儀		堀 川		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		大下裕子 高木香津子 妹尾大作	弓 削 本田直利	大 下 宮崎 妹	宮 崎 横山幹文	横 山 高 木 本 田	
			弓削乃利人 宮崎順秀 妹 尾	大 下 弓 削 妹 尾		横山幹文 高 木 本 田		
	午 後	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 白 石 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
				ストーマ外来	外来手術		
整形外科			中城二郎 西森 誠 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) 西 森 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、(膝)膝関節外科、(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	定永敦司	横田英介	定 永	定 永	横 田
		午 後		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 宮本克利 尾 澤	藤 井 田 丁 矢 野	矢 野 尾 澤
			午 後		予約検査		予約検査
	※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 依光明生	岡 奈央子 野口 毅	宇 野 山西茂喜 野田恵理子	児 玉 依 光	山 西 岡 口 野 口	
			午 後	児 玉 宇 野 依 光	手 術	宇 野 山 西 野 田	手 術
	※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	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	中 川 兵 頭

紹介状のある患者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に限ります。
緊急を要しない患者様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21年5月1日現在、当院の登録施設は359、登録医は494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：小児科および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時まで（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）がお書き下さる「紹介状」です。この紹介状によって患者様は、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。