

地域医療連携室報

第6回地域医療連携フォーラム

日時／平成21年8月9日(日)
13時～15時30分
場所／ひめぎんホール サブホール
参加者数／896名

開会の挨拶

松山赤十字病院 院長 洲上 忠彦

このフォーラムは、地域医療機関が役割を分担し連携することによって地域住民の皆様が病状、利便性に応じた安心・安全な医療を提供するシステム、すなわち地域完結型医療の重要性を医療関係者のみならず、地域住民の皆様にも理解していただくことを目的に始めました。年1回の開催で早くも6回目を迎えました。毎回千名前後の参加者があり、地域住民の皆様への医療への関心の深さを痛感しています。

昨今、医療提供体制の不備が連日の如く報道されていますが、その原因は国の長年にわたる医療費抑制策にあります。1983年の厚生省保険局長の「医療費亡国論」に始まり、それに追い打ちをかけたのが小泉政権下の「骨太の方針2006」でした。急性期を担う病院は、医師不足、看護師不



足、経営難で医療現場は疲弊しています。

国も遅ればせながら、新しい医療体制のあり方への取組みを開始しました。2007年には医療法が改正され、重点的な取り組みとして「4疾病5事業」を挙げ、都道府県が制定する医療計画の下で医療連携体制を構築することとなりました。4疾病とは、がん、脳卒中、急性心筋梗塞、糖尿病で、代表的な生活習慣病です。疾病ごとに地域連携バス（急性期病院から回復期病院を経て早期に自宅に帰れるような診療計画表）を作成し、治療を受ける全ての医療機関で共有します。当院では早くからこの取り組みを行っており、昨年は「地域医療連携における脳卒中のシームレス（継ぎ目のない）医療を目指して」をこのフォーラムのテーマとしました。5事業とは、救急医療、災害時における医療、へき地の医療、周産期医療、小児救急医療を含む小児医療で、今、問題となっている医療提供体制の不備への対策です。愛媛県でも2008年3月に第5次地域保健医療計画が作成されています。

さらに、がんに関しては、2006年に制定された「がん対策基本法」に基づき、2007年6月に「がん対策推進基本計画」が閣議決定され、がん対策の総合的かつ計画的な推進が図られています。愛媛県にもがん対策推進協議会が設置されていますが、注目すべきは医療者でない立場からの「愛媛県がん患者・家族会 おれんじの

会」の設立であろうと思います。そのような時代的背景から、今回のテーマは「がんの時代を生き抜くために」としました。参加者の皆様の健康保持のお役に立てれば

としたいと思います。

当院の基本理念は、「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。」です。職員一同、この理念を胸に刻み、患者の皆様が満足して頂く医療を提供するために日夜頑張っています。



また、当院は松山医療圏における唯一の地域医療支援病院であり、県下に7カ所あるがん診療連携拠点病院の一つでもあり、その責務を果たさなければなりません。地域完結型医療を推進するには、住民の理解はもとより、行政、医師会の支援が不可欠で、今回も中村松山市長、須賀松山市医師会長に来賓挨拶をいただきありがとうございます。松山は医療の面でも住みやすいといわれる街になることを祈念して、開会の挨拶とさせていただきます。

来賓挨拶 ①

松山市長 中村 時広

(代読／副市長 岡本誠司)



ただいであり、さらに、本市の「急患医療センター」の運営におきましても、多大の御尽力・御支援を賜っておりますことに、深く感謝を申し上げますとともに、今後とも引き続き、本市の小児救急医療体制の安定的な継続のため、御協力を賜りますようお願い申し上げます。

さて、我が国におきましては、「がん」が国民の死亡原因の第1位となっており、生涯のうち男性の2人に1人、女性の3人に1人が、がんにかかる可能性があることとされています。

く、身近なものとして捉える必要がより一層高まってきております。このような状況の中、国は平成19年に「がん対策推進基本計画」を策定し、5年以内がん検診受診率50%以上の達成を目指すなど、がん対策を積極的に推進しております。

本市におきましては、胃がん、肺がんをはじめ、各種のがん検診を市保健所や地域の公民館等で年間を通して実施しており、特定健診との同時実施や、年間の検診日程表の全戸配布を行うなど、市民の利便性を図ることにより、今年度におきましては、受診率が徐々に向上している現状でございます。

今後におきましても、「がん対策推進基本計画」に定めた目標に向け、市民ががん検診を受けやすい環境づくり等の取り組みや、がん検診の普及啓発に向けたPR活動など、受診率の向上に努めて参りたいと考えております。

本日のシンポジウムは、松山ベテル病院の中橋院長、松山赤十字病院の松井副院長の二人を座長として、「がんの時代を生き抜くために」をテーマに開催されますが、松山赤十字病院における、がんの予防や早期発見・最新の治療などのほか、がん治療の支援体制等を御紹介いただくことにより、「がんを知り、がんに向き合い、がんを負うことのない社会」の実現に近づくものと大きな期待を寄せているところでございます。

本日御参会の皆様におかれましては、このフォーラムを契機に、更なる連携を強化され、患者さんの視点に立った、安全・安心で質の高い医療の提供に一層の御尽力を賜りますようお願い申し上げます。

終わりにになりましたが、本フォーラムのますますの御発展と、本日お集まりの皆様方の御健勝・御多幸を祈念申し上げます。ごあいさつとさせていただきます。

来賓挨拶②

松山市医師会 会長 須賀 博文



本日は、お招きいただいた松山赤十字病院測上院長をはじめ、関係の方々には厚く御礼申し上げます。

今年の夏は、8月になってからも、県内各地で学童・生徒たちの新型コロナウイルスへの集団感染が続いていますが、本日メインホールで行われるはずの集会もインフルエンザのために中止になったと聞いております。

真夏にインフルエンザが、このように流行することは、今まで聞いたことがありません。今後の経過を、注意深く見守っていかねければなりません。

皆様も、インフルエンザの情報・咳エチケット・手洗い・マスク・うがい等、感染予防には充分ご注意ください。

さて、今や大きな社会問題となつております医療崩壊は、愛媛県でも東予・南予地域において、病院医師の定員不足、病院ベッドの不足、外来診療科の閉鎖、救急患者の受け入れ返上などの形で表れております。

しかし、中予医療圏においては、今なお、四国で唯一小児科医師が、365日・24時間の初期救急への対応を行っております。

救急用のベッドが確保されているので、「たらい回し」の報告はなく、1年前からは南予八西地区の要請を受けて、週に2回ではあります。救急入院患者の受け入れを始めております。

このようなことが可能となるのは、中予地区の多くの医師の参加によって、医療資源が確保されていることに加えて、地域での基幹病院・私立病院・診療所の間で、役割を分担して、垣根なく「横の連携」が機能していることにあると思っております。

愛媛県で、いち早く、医療施設の間の機能分担と連携の重要性を説き、活動を開始したのが松山赤十字病院であり、その見識と行動力に敬意を表するとともに、今後そのリーダーシップが十二分に発揮されますことを願うところであります。

本日のフォーラムでは、「がん」がテーマに取り上げられております。

高齢化社会を迎え、我が国では「がん」は二人に一人が罹り、三人に一人が死亡する「国民病」となっております。

2年前、がん対策基本法が施行され、予防・早期発見・がん医療のレベルアップと標準化などが図られております。

さらに療養生活の質の向上、緩和医療・終末期医療などは、医療提供者のみでなく、患者或いは家族の方の視点からの意見も加えていくべきであると思っております。

第6回地域医療連携フォーラム・シンポジウム

『がんの時代を生き抜くために』

座長



松山ベテル病院 院長 中橋 恒



松山赤十字病院 副院長 松井 完治

演1題

がんにならないために がんの原因と予防

『喫煙と肺がんを中心に』

松山赤十字病院 呼吸器センター

部長 兼松 貴則



肺がんは日本人では男性のがん死亡第一位、女性のがん死亡では大腸がん・胃がんに次いで第三位であり、特に女性喫煙者グループの死亡者数増加が懸念されています。喫煙が肺がん死亡に与える影響は72%にもほるといわれており、欧米諸国では禁煙者数が飛躍的に増加している状況です。これまでは肺がんは死に至る病だと怖

は毎日毒を盛られる心配がありません。たばこには毒が入っていて、その毒は様々ながん・心筋梗塞・脳卒中・肺気腫などを例外なく引き起こします。これらの病気になるまで毎日が病気の闘いです。苦しみます。あなたはただそのままたばこを吸わないだけで、そんなことを心配する必要がありません。

3. 健康でいる結果、長く人生を楽しむことができます

たばここと無関係の生活を送っている人は不幸にしてたばこに手を出してしまった人、たばこから逃れられない人よりも10年は長生きできます。もちろん命には限りがあります。そして歳を取るにつれ健康を維持することは困難です。あなたはただそのままたばこを吸わないだけで、素晴らしい人生を全うする準備をしているといえます。

4. あなたの大切な家族や友人を、決して傷つけない

奥さんを肺がんで先に亡くしてしまつて、本人はたばこを吸わないのに：こんな話を聞くたびに私はたばこを強く憎みます。副流煙はより多くの毒を垂れ流すことが知られていますが、それによりたばこの毒を知らずとも盛られてしまう人々たちを受動喫煙者といいます。あなたはあなたの大事な人を傷ついたり、子供の成長を邪魔したり、時には合法的に命を奪つてしまう心配をしなくてもいいのです。

もし不幸にして肺がんと診断されれば、あなたの周りの方の大切な方、家族や友人にあなた自身が禁煙を勧めてください。きつと誰かの命を救うことができます。そして本気で禁煙したい方には保険が利くいい薬があります。

演2題

早期発見のために 知っていますか？がん検診の大切さ

『あなたの乳房は大丈夫ですか』

あなたとあなたの家族を守るために

松山赤十字病院 乳腺外科

副部長 井上 博道



近年、わが国では乳がんの罹患率が急激に上昇しており1990

年代半ばに女性の罹患するがんの第一位となっています。さらに、乳がんが他のがんと違って、30代後半から発症数が急激に上昇し、40代後半にピークがありそのまま発症数が高齢者にいたるまで減少しません。すなわち女性として、母として、妻として、社会人として重要な地位にいるときに罹患してしまうがんであるということ。それでは、乳がんは予防できるのでしょうか？結論から

たばこを吸わないあなたの歯茎はいつまでも若く美しい。歯周病に悩まされる心配もありません。皮膚も潤い、若々しく張りのある素肌を保つことができます。そして外からは気付かれませんが内臓も美しいのです。

2. 喫煙しないあなたは健康という宝物を持っています

たばこを吸わないあなたの体に

言う乳がんの発症には様々な因子が関与しており、予防は困難と考えられています。それでは私達はこの恐ろしい乳がんにどの様にして対処していけばよいのでしょうか？幸いにも、通常の乳がんは進行の早い病気ではありません。まだ、がんそのものが小さくリン

パ節や他の臓器（肺や肝臓など）に転移する前に発見し適切な治療を行えば完治する病気です。本日は乳がんの早期発見・早期治療の重要性と、そのための乳がん検診（マンモグラフィ検診）の実際について御紹介させていただきます。

型）、リンパ節転移の有無などを考慮して、内視鏡で切除するか、縮小した手術をするかの判定をします。内視鏡治療の条件としては、早期の胃がんのなかでもリンパ節転移の可能性がほとんどない場合となります。いくらがんが浅くて小さくても、リンパ節などに転移している場合には内視鏡だけの治療では治りませんから、その場合には手術が必要となります。

となってきました。大きな病変に対し分割切除ではなく一括切除をすることにより、切除標本の病理学的検査が詳細にできるようになります。その後の治療方針の決定に有用な情報がえられるようになりました。例えば深いところまでがんが及んでいた場合や、がんが血管やリンパ管に入り込むタイプではリンパ節に転移している可能性が高くなるため、手術を追加して行います。

3 題 演
最新のがん治療紹介
～低侵襲治療／小さな傷でがん治療～

(1) 『胃がんの内視鏡的粘膜下層剥離術(EESD)』

松山赤十字病院 消化器科 米湊 健



本邦では胃がん死亡率は、男性では肺がんについて第2位、女性では第1位となっております。胃がんは日本人に大変多い病気です。それ故、40歳をこえたら毎年検診をうけることが望ましいといえます。

検診で胃がんが疑われた場合、内視鏡やX線検査で主に胃がんの病巣の検索を行い、胃がんの正確な場所や範囲の判定、そして深さを推定します。内視鏡では直接病巣の一部を採取（これを生検といいます）して、顕微鏡で調べることにより胃がんの診断が可能です。X線検査、CT検査、腹部エコー検査では、胃がんのリンパ節転移や肝臓への転移を調べること

剥離術(EESD)

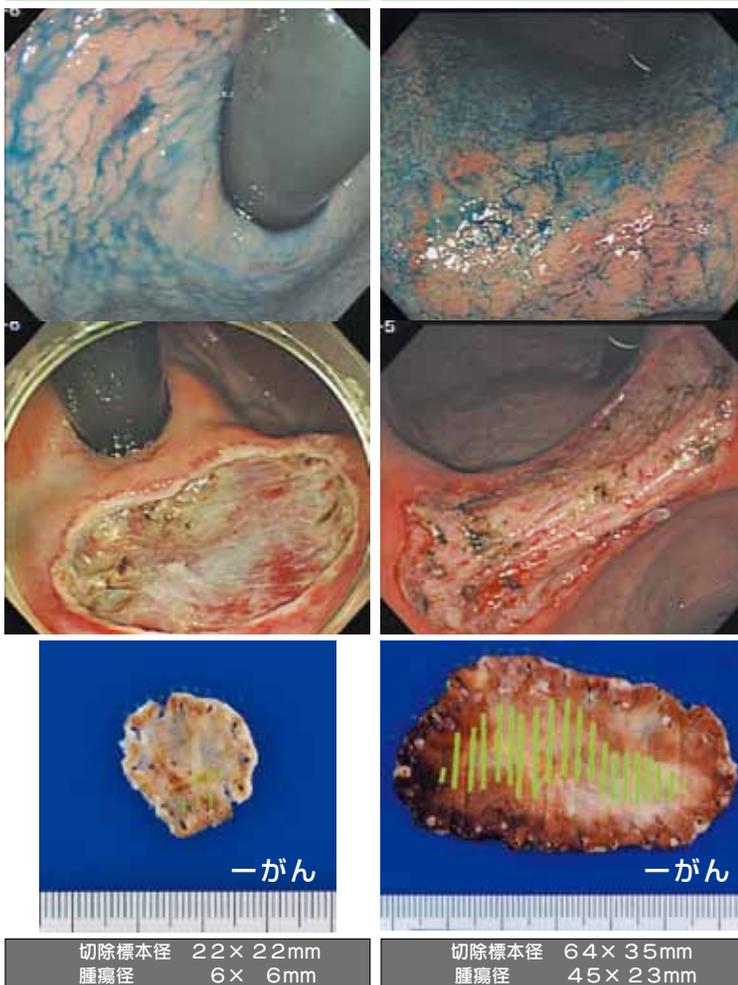
米湊 健

ができます。これらの検査で、胃がんの深さを判定することでおおよそ早期胃がんと進行胃がんに分けられます。早期胃がんの場合には、がんの大きさや顕微鏡でみた形（組織

早期胃がんの場合には、がんの大きさや顕微鏡でみた形（組織

早期胃がんは、治療が期待できる病気です。そのためには早期発見が必要です。

内視鏡的粘膜下層剥離術



切除標本径 22×22mm 腫瘍径 6×6mm
切除標本径 64×35mm 腫瘍径 45×23mm

治療例の呈示（上写真が病変。中写真が治療後の潰瘍。下写真が切除標本。）左の段が内視鏡的粘膜切除術で、右の段が内視鏡的粘膜下層剥離術となります。

切除標本と比較すると、内視鏡的粘膜切除術では2cm程度ですが、内視鏡的粘膜下層剥離術では6cm程度の切除標本が一括切除で得られています。



3 題 演
最新のがん治療紹介
～低侵襲治療／小さな傷でがん治療～

(2) 『前立腺がんに対する低侵襲治療』

① 『腹腔鏡下前立腺全摘除術』

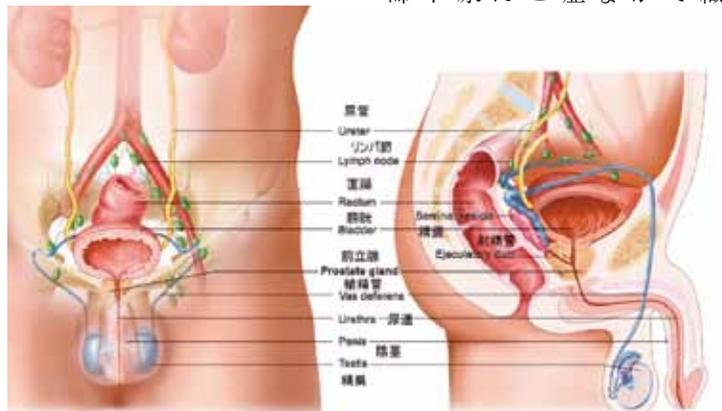
松山赤十字病院 泌尿器科 矢野 明



はじめに

前立腺は男性生殖器官の一つで精液を産生しています。膀胱のすぐ下にあつて尿道を取り囲むように存在し、後方には直腸があります。前立腺がんは、前立腺の組織の中に悪性（あくせい）細胞ができる疾患（病気）です。前立腺がんは主に高齢の男性に発生します。よく似た病気に前立腺肥大症がありますが、良性疾患であることが大きな違いです。前立腺がんの徴候として起きる症状として尿勢の低下や頻尿があります。以下のような症状がある場合には医師の診断を受けて下さい。

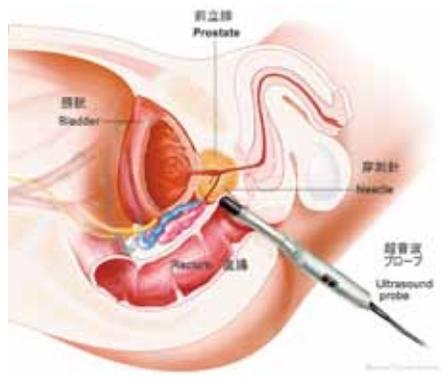
- ・尿の勢いが弱い、尿が途中で途絶える
- ・排尿回数が多い（特に夜間）
- ・いきまないと排尿できない
- ・排尿するときの痛みや違和感
- ・尿や精液に血液が混じるなどです。



前立腺がんの発見と診断

直腸診といって肛門から指をいれて前立腺の大きさや硬さなどを調べます。また、超音波検査によって前立腺の内部の様子を調べることがあります。最も診断に有用なのはPSA（前立腺特異抗原）を測定することで、正常値は40ng/ml未満です。これららの検査によって異常がみられた場合には前立腺生検を行います。生検とは細い針を前立腺に挿入することによって前立腺組織を採取し、病理医とよばれる診断の専門家が顕微

鏡で観察してがん細胞の有無を判定する事です。このとき同時に分化度やグリソンスコアといったがんのたちの悪さも判定されます。



前立腺がんの病期について

前立腺がんの診断がついた後は、がん細胞の前立腺内での拡がりや他の部位への転移の有無を明らかにするために、さらに検査が行われます。がんの前立腺内での拡がりや他の

の部位への転移の有無を調べていくプロセスは、病期分類と呼ばれます。この過程で集められた情報を基にして病期が判定されます。治療計画を立てるためには病期を把握しておくことが重要になります。病期分類の過程ではCT、MRIや骨シンチなどが用いられます。

前立腺がんの病期

がんの病期はこのように分類されていますが、治療法を決める要素として患者さんの年齢や合併症の有無を考慮しなくてはなりませんし、何より患者さんならびにご家族のご意見・ご希望も重要な要素です。

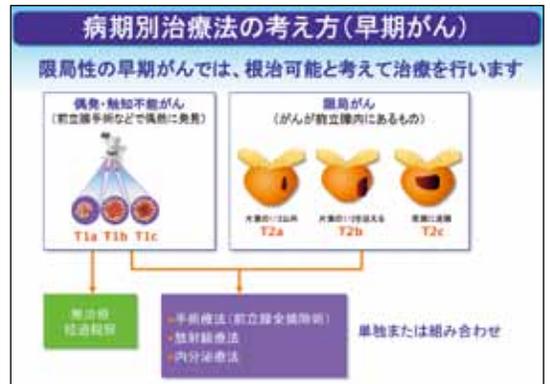
前立腺早期がんに対する治療方針

前立腺がんに対しても早期であると判断されれば、根治（完全にがんを治すこと）を目指して治療が行われます。根治を期待し得る大きな柱は放射線療法と手術療法となり

前立腺がんの臨床病期分類/TNM分類			
TNM分類【T:原発腫瘍 N:リンパ節転移 M:遠隔転移】			
偶発または触知不能	限局性	局所浸潤	転移あり
<p>前立腺手術などで偶発的に発見</p> <p>T1a 切取組織の ≤5%</p> <p>T1b 切取組織の >5%</p> <p>T1c 経尿や画像では診断できず、PSA上昇等による針生検で確認</p>	<p>前立腺に局限して存在</p> <p>T2a 片葉の 1/2以内</p> <p>T2b 片葉の 1/2を超え</p> <p>T2c 両葉へ浸潤</p>	<p>前立腺被膜を越えて進展</p> <p>T3a 被膜の外へ進展 (片葉または両葉)</p> <p>T3b 精嚢に浸潤</p> <p>T4 外続的肛門直腸、骨盤、骨盤内臓器に浸潤または遠隔</p>	<p>所属リンパ節転移</p> <p>N1 所属リンパ節への転移</p> <p>遠隔転移</p> <p>M1 肺、骨、肝などへ転移</p> <p>注) T1~4と診断された場合でも、リンパ節や前立腺以外の臓器に転移が認められた場合は転移性となる</p> <p>TNM分類 (UICC2002年改訂第4版) をもとに様式化</p>

術療法と手術療法となり、放射線療法は、放射線科 浦島副部長からお話があります。ここでは前立腺がんに対する根治的治療、前立腺摘除術、中低侵襲性、低侵襲性を両立した腹腔鏡下前立腺全摘除術について説明致します。

- 1 術式 (手術の方法)
- 2 二酸化炭素を注入しておなかを膨らませ、前立腺を内視鏡で見えるようにします。
- 3 細長いはさみや器具をトロカールから入れ、内視鏡で見ながら操作を行います。
- 4 膀胱と前立腺、前立腺と尿道を切り離し、前立腺と精嚢を摘出し、膀胱と尿道を再吻合します。
- 5 手術時間は平均5時間で麻酔時間を6〜7時間で手術室



腹腔鏡下前立腺全摘除術

早期前立腺がんの患者さんが対象となります。

- 1) まず、腹部に5か所、1〜3cmの傷から、トロカールと呼ばれる筒状の器具を留置します。内視鏡や手術に使う器具はこの器具から出し入れします。
- 2) 二酸化炭素を注入しておなかを膨らませ、前立腺を内視鏡で見えるようにします。
- 3) 細長いはさみや器具をトロカールから入れ、内視鏡で見ながら操作を行います。
- 4) 膀胱と前立腺、前立腺と尿道を切り離し、前立腺と精嚢を摘出し、膀胱と尿道を再吻合します。

2 腹腔鏡手術の特徴、長所

- 1) これまでの開放手術では、15cmぐらいの大きな傷が必要ですが、腹腔鏡手術では、傷は1〜3cmのものが数カ所です。このため、手術後の痛みが少ないのが、腹腔鏡手術の大きな特長です。
- 2) 気腹(お腹を炭酸ガスで膨らませる事)、によって静脈からの出血が抑制され、開放手術より出血量が少なくて済みます。
- 3) 内視鏡を使用した拡大視野で操作を行うために、精緻(細かい)が可能で、制癌性(がんを完全に取り除く事)に優れています。
- 4) 膀胱と尿道の吻合が確実にできるために、尿道バルーンカテーテルを早期に抜去できます。

おわりに

当院ではがんに限らずすべての治療を低侵襲にしていこうと目標に掲げています。低侵襲とは単

に身体的な負担が少ない、傷が小さいということではなく、患者さん一人一人が安心してできる精神的な包括的なものです。

最新のがん治療紹介
〜低侵襲治療/小さな傷でがん治療〜

② 『前立腺がんに対する低侵襲治療』
② 『小線源治療』

松山赤十字病院

放射線科 副部長 浦島 雄介



前立腺がんの治療においては、放射線治療が大きな役割を果たしており、一般にリニアック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(Brachytherapy、ブライキセラピー)があります。前立腺がんのうちでも前立腺に局限したものは、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を理想としますが、機器の著しい進歩もあり、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、配置することで前立腺へ高線量を投与、周囲臓器への線量は低く抑えるようにします。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です。

治療の流れとしては、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2〜4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出来ます。

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、早期の前立腺がんのうち低リスクのものに対象でしたが、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ように、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す。



松山赤十字病院

地域医療連携課

看護師長 林 良美

(1) 気軽に相談を

緩和医療相談（がん相談）窓口

日本における死亡の原因は1位が、2位心疾患、3位脳卒中と、がんは一位をしめており、3人にひとりのがんで死亡するといわれています。
ある日突然「がんかもしれない!!」といわれたら、「まさか私が!」家族の方も頭が真っ白になるのではないのでしょうか。さらに「検査や治療について、手術は必

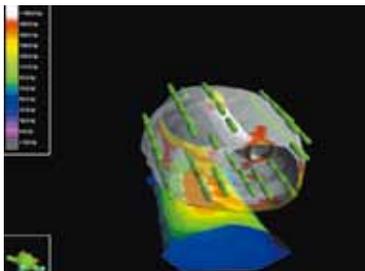
演 4 題

赤十字病院のがん治療支援体制

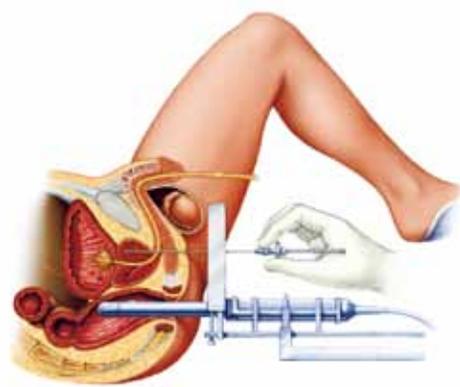
挿入された線源



線源配置と線量分布



小線源挿入図



125Iシード線源



「がん化学療法・緩和ケアセンター」がん相談窓口

- 窓口** 地域医療連携室 (TEL: 089-926-9527)
- 相談日** 月曜日～金曜日 (祝祭日を除く)
- 相談時間** 13時00分～16時00分
- 相談場所** 月・水曜日 / 医療相談室 (地域医療連携室)
火・木・金 曜日 / 緩和医療相談室 (心療内科外来)
- 相談員** 当院緩和医療推進委員会・緩和ケアチーム
〔医師・看護師・薬剤師・メディカルソーシャルワーカー (MSW) 〕
- 相談料** 無料
- 相談内容**
 - 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関わった患者の退院後の疼痛等にかかる継続相談
 - ③ 疼痛コントロールにかかる処方薬剤 (麻薬等) の服薬指導
 - ④ 主治医診察での病気説明やインフォームドコンセントの後の補完対応
 - ⑤ 主治医診察では聞きにくい相談等への対応
 - ⑥ 外来での主治医からのコンサルト依頼に対する対応
 - ⑦ その他疼痛緩和以外のがん相談全般
 - ⑧ 医療費に関する相談

要か、どんな手術になるのか? 痛みはどれくらいか?」次に「子供のこと、家のこと、仕事や地域での活動、退院後、復帰できるか?」そして「治療や手術にかかる費用はどのくらいだろうか?」など様々な不安や悩みが次々とくるのではないのでしょうか。
当院の平成20年度のがん相談は343件ありました。その内容をみてみますと、相談者は家族が一番多く、次に本人、医療者も1件ありました。再発の方が、初発の方の倍であり、症状は疼痛、嘔気・嘔吐、食欲不振など多岐にわたっています。また相談内容は在宅支援、ホスピス・緩和、がんの治療、医師との関係、漠然とした不安、介護保険について、その他、症状・副作用、日常生活について、セカンドオピニオンなど多様な複雑な相談となっています。相談方法は主に面談、ついで電話でした。対応者はほとんど看護師でその他メディカルソーシャルワーカー (MSW) も相談に当たっています。



痛みの相談支援から、病気や治療あるいは今後の療養や生活への不安といった全般的な相談まで、がん治療に関わる様々な質問や相談に応じ、問題解決のお手伝いをさせていただきます。
その他、「がん」以外の病気や治療に関すること、療養支援に関することでお悩みの方の様々な質問や相談に応じ、問題解決のお手

(2) 高額療養費制度について

演 4 題

赤十字病院のがん治療支援体制

松山赤十字病院

医事第二課

課長 梶原 清孝



がんの診療などでは、予想以上に医療費が高額で経済的に悩んでしまうことがあると思います。こういった場合には、家計の経済的な負担を軽減するため、一定の金額 (自己負担限度額) を越えた部分がい戻される高額療養費制度があります。
この制度を利用することで、医療機関窓口での支払いが自己負担限度額だけで済んだり、いったん医療機関窓口で支払をし、後日保険者に申請をして払い戻しを受けることが出来ます。
この制度は1ヶ月 (1日から末日) に支払った医療費が対象となり、個室料金や入院時の食事代など

では対象になりません。
入院治療において、これから治療を始めようとしている方また現在治療中の方で、これから支払う医療費に関しての高額療養費制度の手続き方法として、70歳未満の方の場合は、事前に加入している医療保険にて「限度額適用認定証」を交付してもらい、それを病院に提出しておけば、自動的に病院への支払が自己負担限度額となります。70歳以上の方の場合は、手続きは不要です。病院窓口での負担額は、自動的に自己負担限度額までとなります。
また、入院外来ともに治療終了後の方で、すでに医療費を支払った方の高額療養費制度の手続き方法としては、加入している医療保険の担当窓口にて「高額療養費支給申請書」を取寄せ、この申請書類に必要事項を記入し、加入している医療保険の担当窓口へ提出することにより、書類提出から概ね3ヶ月後に、高額療養費が払い戻しされます。
高額療養費制度は、あくまでも



伝いもさせていただきます。お気軽にご相談下さい。



松山赤十字病院（がん診療推進委員会 委員長）

副院長 藤井元廣

(3) 当院における新しい取り組み

松山赤十字病院は、地域がん診療連携拠点病院となり、がん診療の充実・整備をはかるとともに、がん患者のがん相談・緩和ケアの強化をはかってきました。「がん対策基本法」および「がん対策推進基本計画」をもとに、当院のがん治療戦略としての新しい取り組みである「がん化学療法・緩和ケアセンター」を新設しました。そ

演 4 題

赤十字病院のがん治療支援体制

70歳以上の方の自己負担限度額

保険外負担（差額ベッド代、食事負担など）は対象になりません。

区分	自己負担限度額
一般	入院 44,400円 外来 12,000円
低所得者①	入院 15,000円 外来 8,000円
低所得者②	入院 24,600円 外来 8,000円
現役並み所得者	入院 80,100 + (医療費 - 267,000) × 1% 外来 44,400円 【多数該当 44,400円】

●多数該当：最近1年間で4回以上高額療養費に該当した場合は、4回目以降の自己負担限度額が引き下げられる。

70歳未満の方の自己負担限度額

保険外負担（差額ベッド代、食事負担など）は対象になりません。

区分	自己負担限度額
一般	80,100 + (医療費 - 267,000) × 1% 【多数該当 44,400円】
低所得者	35,400円 【多数該当 24,600円】
上位所得者	150,000 + (医療費 - 500,000) × 1% 【多数該当 83,400円】

●多数該当：最近1年間で4回以上高額療養費に該当した場合は、4回目以降の自己負担限度額が引き下げられる。

自己負担限度額を超えた支払い分を補助してくれる制度です。したがって自己負担額が自己負担限度額を超えている場合にのみ申請が可能で、「高額療養費制度」は、患者さ

んが加入している保険の種類によって異なる部分も多くありますので、この制度を利用する際には、加入している保険の問い合わせ先に不明な点などを相談し確認しておくことが便利です。

図2 緩和医療相談(がん相談)体制フローチャート

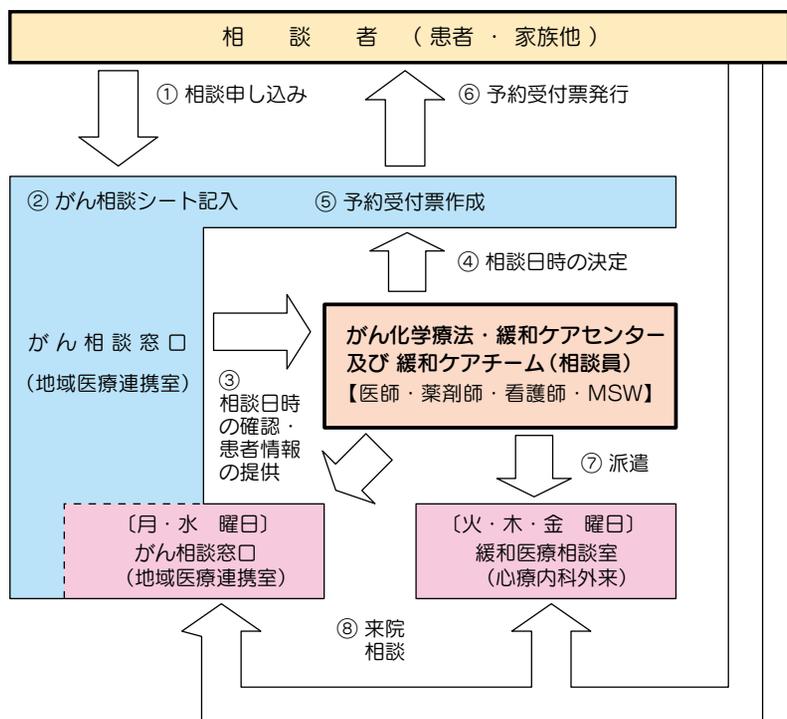
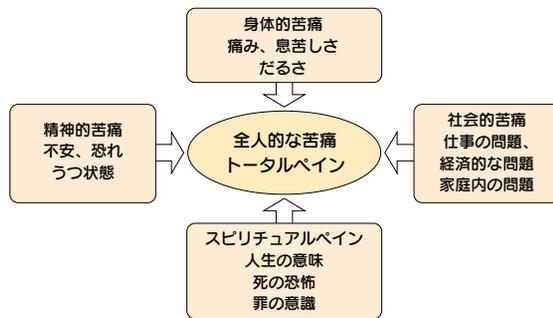


図1 緩和ケア：全人的な苦痛



の現状をご報告します。
「がん化学療法・緩和ケアセンター」について
平成21年4月1日付けで、現在

では抗がん剤治療と緩和ケアは同時に考えるのにも、新しい部署を作りました。このセンターの活発な活動は、松山赤十字病院の「がん治療の支援体制」の手助けとなり、入院・外来における「がん」と闘う皆様を支えます。

○がん化学療法センター
このセンターの活動は、抗がん剤治療をおこなう「外来化学療法室」におけるものが主であり、ここには、患者さんはリクレーションベッド上でテレビなどを視聴しながらリラックスして安全・安心に治療を受けることができます。患者さんは、抗がん剤などの治療をうけながら副作用の相談（吐き気、食欲不振、髪の毛の脱毛など）、必要があれば緩和ケアなどの相談を専任の看護師から受けることができます。

○緩和ケアセンター
今まで「がん」についての相談は

近年、血管病に対する血管内治療による低侵襲化の発展はめざましいものがあり、日々、新たなデバイスや治療方法が開発されており、まさに日進月歩の状況であります。当院血管外科においても、血管病を患う方に最新の低侵襲治療を安全提供できるように血管内治療を積極にとりいれています。当院で行っている血管内治療は、拡張性疾患である大動脈瘤（主に腹部大動脈瘤）に対するステントグラフト内挿術と閉塞性疾患である下肢閉塞性動脈硬化症、動脈硬化性腎動脈狭窄症や鎖骨下動脈狭窄症に対するバルーン拡張およびステント留置で、これらの治療の



第1回
4月23日

血管外科領域における血管内治療

外科副部長 山岡 輝年

日赤イブニングセミナー

どこでするのですか？」「緩和ケアはどのような？」との声をきいておりました。それに応えるために「がん相談窓口」（場所は地域医療連携室）および「緩和医療相談室」（場所は心療内科）を明示しました。緩和ケアセンター活動の目標は、患者さんへのがん医療相談の充実とともに皆さまに相談しやすくして、たくさんの「がん相談」、「緩和医療相談」をお受けすることです。患者さんの「全人的な痛み・苦しみ・Total Pain」である社会的苦痛、精神的苦痛、

スピリチュアルなものに対する相談であります（図1…全人的な苦痛）。緩和ケアチームが中心となって、「このまま家に帰ったらどうなるの？」、「リンパ浮腫で仕事にいけるかしら」、「自分らしい生き方のか」などの悩みに対応します（図2…相談フローチャート）。もう一つの目標は、当院およびかかりつけ医の医師に緩和ケア研修会セミナー（PEACEプロジェクト）を受講するように働きかけ、院内・外への緩和ケアの周知と情報の提供をはかることです。

概要と当院での治療状況についてセミナーでは提示させていただきました。この中で、腹部大動脈瘤に対する血管内治療についての内容を掲載します。

腹部大動脈瘤に対するステントグラフト

腹部大動脈瘤の多くは無症候性に拡張が進み最終的には破裂をきたし突然死の原因となる。破裂した場合の致死率は9割以上で、この疾患に対する治療は破裂する前にいかに破裂予防の処置を行うかということになる。この破裂予防のため、約半世紀にわたり直接的な人工血管を用いた置換術が行われ、現在では非常に安定的な成績が得られている。しかしながら、大きな皮膚切開を必要とする開腹手術のためその侵襲性や術後回復に要する期間の長さ、また、晩期の腹部切開に伴う癒着ヘルニ

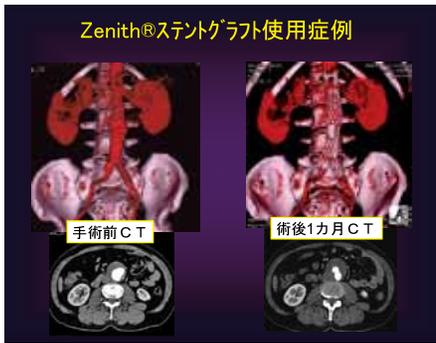


図1

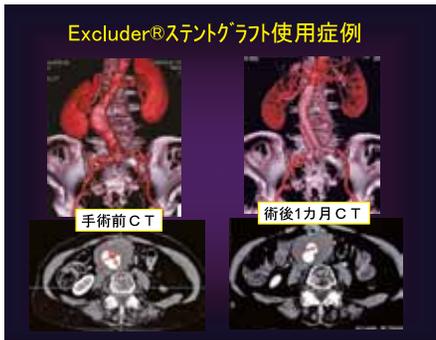


図3

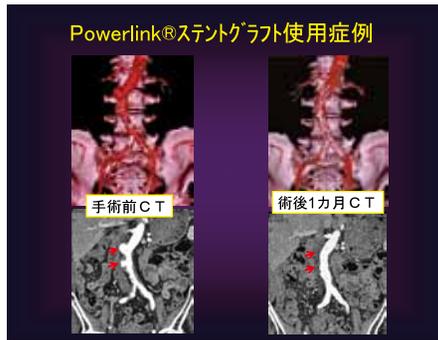


図2

ア、腸閉塞といった問題が残っている。これに対し、両ソケイ部の小切開から、動脈瘤を残したまま血管内に自己拡張力を持った金属製の骨格を有する人工血管を挿入することで破裂を予防する試みがステントグラフトを用いた血管内治療 (Endovascular Aneurysm repair: 以下EVAR) である。このEVARの最大のメリットは低侵襲性であり、大規模な2つのRCTトリアルにて証明されている。いずれも周術期の死亡率が従来の開腹術に比べ1/3〜1/4であり、入院期間は短縮し、重篤な合併症の発生も優位に低下する結果であった。また、腹部大動脈瘤治療の目的である動脈瘤連死亡の抑制に関しても5年ないし10年間の中期成績も従来の開腹術と比べ遜色ない結果が報告されている。これに対し、EVARが従来の開腹術に劣る点としては、解剖学的な制約があり、すべての腹部大動脈瘤に適用できるわけではない点と、治療後中期におけるステントグラフトの移動や破損、または腰動脈や下腸間膜動脈からの逆行性血流による動脈瘤内への血流再開、所謂、エンドリークがあり、このため、EVAR後は半永久的に多くは造影CTでの画像診断によるフォローアップを受けることが必要でエンドリークの種類や程度によっては追加治療が必要となる点である。追

加治療が必要となる頻度は最新の報告では4年で9%程度と報告されているが、追加治療の多くはバルーン血管形成術や追加ステントの挿入で対応でき晚期トラブルが即、開腹術や動脈瘤破裂などの重篤な有害事象につながっていないわけではない。このような科学的な低侵襲性・有用性が証明されているEVARに必要な企業性デバイスが、欧米に大きく遅れたものの、2006年7月にZenith® (米国COOK社製) が薬事承認を受け、翌2007年1月に保険償還が認められ、その後、現在までにExcluder® (米国Gore社製)、Powerlink® (米国Endologix社製) が同様に認可を受けている。日本においても認可され保険診療として施行可能となったことは腹部大動脈瘤を患う患者にとっては福音である。また、すでに欧米にて成熟された治

療であるため、新たな治療法が導入されるときに起こりがちな learning curve 上で不利益を被る患者をできるだけ排除する必要があり、このような観点から関連する学会主導でステントグラフト実施基準管理委員会が立ち上げられており、当院もこの基準を遵守し実施施設および実施医の認定を

受け2008年2月よりEVARを導入・開始した。2009年8月末までに計34症例の腹部大動脈瘤患者に対してEVAR治療を行い、全例に初期成功が得られ、大きな合併症なく良好な結果であった。代表症例の術前後の画像所見を示す。(図1・2・3)



第2回
5月28日

カテーテルアブレーション (経皮的カテーテル心筋焼灼術)

松山赤十字病院循環器科

部長 久保 俊彦

治療は心臓カテーテル検査室で行います。カテーテルを操作する医師、心臓内心電図の電位記録やプログラム刺激を行う Medical Engineer、看護師、放射線技師の人員が配置されています。治療に先立ち、電気生理学的検査を行います。頻脈性不整脈が持続している場合は、心内心電図記録で不整脈の確定診断をつけます。不整脈が発作性であり、カテーテル検査室内室時に認められない場合は、プログラムの電気刺激を行い、目的の不整脈を誘発します。頻脈性不整脈時の心内心電図記録で、リエントリー回路を同定し、その箇所を選択的に焼灼するわけです。500 Hz程度の高周波通電を行うことにより、心筋が局所的に振動し、5 mm程度のやけどができます。これで、手術で切ったのと同じような効果が得られます。合併症は1%程度です。血管損傷、心臓穿孔(心タンポナーデ)、房室ブロック、血栓塞栓症などが生じえます。

治療の流れですが、4日間〜7日間の入院を予定しています。原則的に治療前日に入院していただきますが、月曜日に治療を行う場合は、前週の金曜日入院となります。午前9時から検査、治療を

治療成績

	成功率 (%)	再発率 (%)
WPW症候群	96.7	6.1
房室結節回帰性頻拍症	97.2	2.9
通常型心房粗動	96.7	6.9
心房頻拍	66.0	8.0
特発性心室頻拍	80.0	22.5

図3

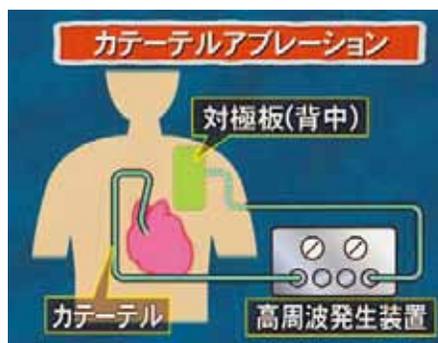


図1

開始し、数時間で治療を終了します。術後、数時間はベッド上安静です。術後2〜3日間モニター心電図で不整脈の有無を検査し、異常なければ退院となります。対象疾患ですが、(1)WPW症候群(房室回帰性頻拍)や房室結節回帰性頻拍などの発作性上室性頻拍、(2)心房粗動、(3)心房頻拍、(4)心室頻拍、(5)心房細動を治療対象としています。現時点では、心房細動のカテーテルアブレーションは行っていないですが、将来的には治療を開始する予定です。治療成績ですが、(図3)のごとくWPW症候群、房室結節回帰性頻拍症、通常型心房粗動に対するカテーテルアブレーションの成功率は95%を超えています。数%の再発率がありますが、道具の進歩とともに確立された治療になってきています。

- H19.10.31 - H21.4.27: 27case
- WPW症候群(房室回帰性頻拍): 8例
 - 房室結節回帰性頻拍: 5例
 - 通常型心房粗動: 8例
 - 心房頻拍: 3例
 - 心室頻拍: 4例

図4

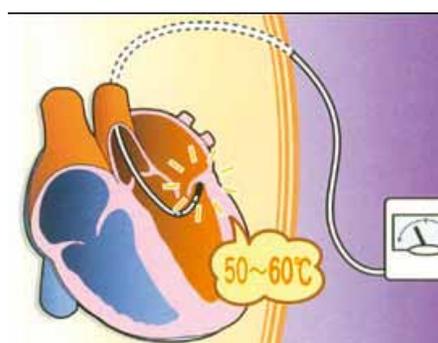


図2

(図4)に示しますように平成19年10月31日に第1例目の患者さんの治療をおこなってから、平成21年4月27日までに27名の患者さんの治療を行いました。1名の患者さんは、発作性心房粗動と房室結節回帰性頻拍を合併しており、両者の根治を行いました。心外膜に副伝導路があった1名のWPW症候群の患者さんの根治は不成功に終わりました。1名の心房頻拍の患者さんは、カテーテル検査室から帰宅後数時間で心房頻拍が再発しました。それ以外の患者さんは不整脈の再発なく経過しています。頻脈性不整脈でお困りの際は、いつでもご紹介ください。カテーテルアブレーションが必要な患者さんがいらっしゃいましたら治療をさせていただきます。これから松山赤十字病院循環器科をよろしくお願ひします。

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/>

H21.9.1現在

診療科目	月	火	水	木	金			
内科	総合内科	横田英介	藤崎智明	藤崎能美幸信	横田和泉	岡田中西英元		
	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	横田智行 武智	小林横田	横田甲大野		
	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)	横田甲大野		
胃腸センター (消化器科)	外来部門	午前	新患 予約	蔵原晃一 松本由華	川崎船田	蔵原阿部	米湊川崎	船田蔵原
		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	内視鏡 検査	米湊健 古賀千晶 阿部 川崎啓祐 大津健聖	蔵原米湊 古賀松本 大津	米湊古賀 船田松本 大津	蔵原古賀 阿部川崎 大津	米湊古賀 阿部川崎 大津
		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	米湊船川 川崎 蔵原古賀 松本 大津	蔵原原古賀 阿部川崎 大津	古賀川堺 蔵原米湊 阿部川崎 松本	蔵原原船田 阿部川崎 松本	蔵原原船田 阿部川崎 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	循環器	新患 予約	堺浩二 松本健吾	久保俊彦 芦原俊昭	高橋優 芦原	松本高橋	芦原久保
		心外	午前	梅正芳		松井完治		
		午後	堀本拓伸	古賀純一郎	久保	堺	松坂英徳	
	呼吸器センター	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	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		
	午後	眞庭聡 堀川定儀	眞庭	中野広輔	眞庭	中野堀川		
産婦人科	午前	大下裕子 高木香津子 妹尾大作	弓削早川涼子 本田直利	大下宮崎 妹尾	宮崎早川 横山幹文	横山高木 本木		
	午後	弓削乃利人 宮崎順秀 妹尾		大下弓削 妹尾		横山幹文 高木本木		
	手術	手術	手術	手術	手術	手術		

診療科目	月	火	水	木	金	
外科	午前	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
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 午後	定永敦司	横田英介 定永	定永	横田 定永
泌尿器科	午前	藤井元廣 田丁貴俊	藤井丁 矢野明 尾澤彰	藤井尾澤 花山亜紀	藤井田丁 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	
	午後	手術	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	野田恵理子 宇野 山西茂喜	児玉依光明生	野口菊地 山西
	午後	児玉宇野 野口	手術	野田宇野 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	
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 予約	村田繁利 吉岡真二	村田吉岡	村田吉岡	村田吉岡	村田吉岡
	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	寺門永頭	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 消 化 器 科 外科(血管外科除く)	脳神経外科 小児科 放射線科	循環器科 心臓血管外科 腎臓内科	歯科口腔外科
-------------------------------------	----------------------	------------------------	--------

○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9月1日現在、当院の登録施設は359、登録医は495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)を進めるといふ国の医療制度に則り、地域医療の充実に貢献する方針で地域の診療所と緊密に連携し、役割に応じた質の高い安全な医療をご提供したいと考えております。
 この場合、診療所と当院を結ぶのが診療所の先生(かかりつけ医)がお書きくださる「紹介状」です。この紹介状によって患者さんに、よりスムーズに当院での検査や入院治療を受けていただくことができます。
 お手数ですが「紹介状」をお持ちください。お持ちいただかない場合でも診療を受けられますが、その場合は初診に係る「保険外併用療養費」として診療料金の他に、別途3,150円(消費税込)をお支払いいただくこととなります。