

Matsuyama Red Cross Hospital

地域医療連携室報

2017.3

No. **75**

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、次代を担う医療人を育成します。
- 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。

第21回

地域医療連携室懇談会を開催

院長 横田 英介



第21回地域医療連携室懇談会を当院教育講堂において開催し、昨年4月に就任した5名の部長が自己紹介も兼ね、それぞれの診療科における最近の話題について講演致しました。

当日、「平成28年度第3回地域医療推進委員会」をあわせて開催致しました。本会は地域医療支援病院の要件で開催が求められており、松山市、伊予、東温市、上浮穴郡の各医師会の先生方や有識者等の院外委員にご参加いただいております。今回は平成28年度の事業推進状況についてご報告致しました。平成29年1月時点で、紹介率76.7%、逆紹介率124.5%と基準値を満たしております。昨年4月の診療報酬改定で500床以上の地域医療支援病院では紹介状なしの初診患者に対する定額(最低5000円)の徴収が責務とされ当院では5000円としました。その結果12月までの9か月間でこの選定療養費を支払った初診患者数は前年より696人減少し一方診療情報提供書数は718件増加、大病院受診抑制に一定の効果があるものと思われます。今年度開催した主な講演会、研修会としては、地域医療連携フォーラム『これからの医療・介護をともに考える～地域包括ケアって何?～』(7月10日、参加者719名)、病院と在宅看護・介護の連携合同

研修会(12月10日、参加者307名)、イブニングセミナー(毎月1回、参加者のべ597名)などです。なおイブニングセミナーは昨年7月から愛媛県医師会と共催で開催し日本医師会生涯教育制度の単位が取得できるようになっております。

愛媛県でもすでに策定された「地域医療構想」や診療報酬改定の重点課題にあげられている「地域包括ケアシステムの推進と医療機能の分化・強化、連携に関する視点」を念頭において、当院は地域医療支援病院として高度急性期・急性期の医療を担い役割を果たしていきたいと考えておりますので、連携医療機関・施設の関係者におかれましては引き続きご支援ご協力の程お願い申し上げます。

開催要領

日時 平成29年2月4日(土) 18:00～19:30

場所 当院 教育講堂

テーマ 「新任部長紹介・当科における最近の話題」

(敬称略)

座長：内科部長 藤崎 智明

(地域医療連携室 副室長)

講演

1. 「ご存知ですか？ 腎臓リハビリテーション」
腎臓内科部長 上村 太郎
2. 「ウイルス性肝炎 診断と治療の進歩」
肝臓・胆のう・膵臓内科部長 眞柴 寿枝
3. 「血行再建を伴う肝胆膵外科手術」
外科部長 内山 秀昭
4. 「不登校と発達障害」
小児科部長 鈴木 由香
5. 「放射線被ばくのこと」
放射線科部長 菊池 恵一



慢性腎臓病とは

腎疾患がなければ通常30～40歳まではGFR100ml/min/1.73m²程度で推移しますが、その後加齢性の変化として概ね

年間-1ml/min/1.73m²程度の速度で腎機能は緩徐に低下します。そのために後期高齢者となる頃には、進行性腎疾患ではなくてもCKD Stage3 (GFR<60)となる事もあります。慢性腎臓病とは、何らかの原因により加齢性変化以上の低下速度で腎機能障害が進行する病態です。腎機能障害は一度進行すると改善しないために、進行性腎疾患は早期に発見して早期に専門的介入を行うことが唯一の対応方法と考えられます。

腎臓リハビリテーションも腎予後を改善させられる

進行性腎障害の腎保護療法は、基礎疾患の糖尿病、高血圧、腎炎の積極的治療が主体となりますが、その他にも腎障害進行によって併発した高尿酸血症、高カリウム血症、腎性貧血、代謝性アシドーシスなどもCKD進行リスクとなり、この各種病態への介入も重要です。以前から透析患者は運動療法で心機能、栄養状態、貧血、生命予後の改善が期待できることが分かっています。また腎不全では保存期から心血管系合併症やサルコペニアが増加する事も周知の事実で、近年では保存期腎不全でも運動療法で運動耐容能・血圧低下・糖代謝・脂質代謝・心血管系合併症の改善が腎機能温存(改善の報告も！)や生命予後改善をもたらす研究結果が多数報告されています。降圧や糖・脂質代謝は管理目的に多くの薬剤を要しますが、運動療法は薬を使用する事無く各種病態の改善が期待出来る事から医療経済上も有効な治療方法を思われます。

腎疾患診療における運動療法の位置づけが

180度変わった。

運動自体により尿蛋白は増加し筋肉血流が増加する事で腎血流が低下しGFR低下を起こす事から慢性腎臓病に対する運動は控える様にする事が以前の治療方針でした。しかし近年尿蛋白増加やGFR低下は一過性的な変化で長期安定した運動療法は腎予後には悪影響を及ぼさない事が判明しました。現在では世界中の腎疾患診療ガイドラインで運動療法は勧められています。

1回20～60分程度の無理のない有酸素運動を

週3～5日行うのが理想的

運動療法は5METs程度の運動強度が推奨されます。5METsはレクリエーション程度のゴルフ、バドミントン、テニス、水泳(水中歩行・体操を含む)、ジョギング、ウォーキング、ダンスなどが該当します。大切な事は継続する事です。無理せずモチベーションを維持するため、万歩計の使用、友達と景色や会話を楽しみながら、音楽を楽しみながら、少し派手目のウェアも意欲向上に一役買うと思います。サルコペニア予防のみならず、腎保護療法の一治療法として運動療法を広めたいと思います。

座長



内科部長 藤崎 智明
(地域医療連携室副室長)

肝臓・胆のう・膵臓内科部長 眞柴 寿枝



B型肝炎は、現在の治療では完全に排除して完治させることは難しく、治療目標はウイルスの増殖を抑制し、肝炎を鎮静化することにあります。患者さんの

年齢や肝の線維化、ウイルスの状態などを考慮して治療を選択します。治療適応のB型肝炎患者さんの抗ウイルス薬にはインターフェロン（IFN）と核酸アナログ製剤があります。核酸アナログ製剤は経口薬で、副作用も少ないため使用しやすいですが、HBVを完全に排除することはできないため、薬物を中止したときに肝炎が再燃する危険性もあります。B型肝炎の既往感染

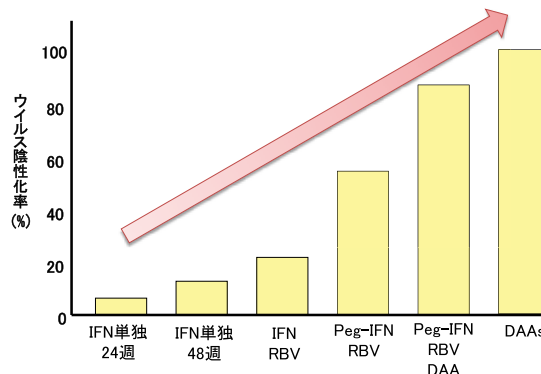
例に免疫抑制剤・化学療法を行うことにより肝炎を発症(de novo B型肝炎)することがあるため、治療前にB型肝炎の既往の確認(HBc抗体、HBs抗体)は必須となっています。

C型肝炎治療はこの数年で飛躍的に進歩し、適切な薬剤選択を行えばほぼ100%のウイルス排除が望める時代となってきました。IFNが治療の主流であった1990年代から2013年にかけては、主に副作用の問題から治療困難とされていた患者さんも多くおられました。しかし、IFNフリー経口剤のDirect Acting Antivirals(DAAs)の登場により、高齢な患者さんや基礎疾患のある患者さんも治療可能となりました。治療期間も12週間に短縮し、コンプライアンスも改善されています。

インターフェロンと核酸アナログ

	インターフェロン	核酸アナログ
投与方法	注射	経口
治療期間	24-48週間	長期
耐性	なし	あり
遺伝子型	遺伝子型Cは効果低い	関係なし
年齢	35歳未満で効果高い	関係なし
副作用	多い	少ない

C型肝炎治療の進歩





肝胆膵外科手術においては、治癒切除を行うために重要血管の合併切除・再建を要することがあります。例えば、門脈に浸

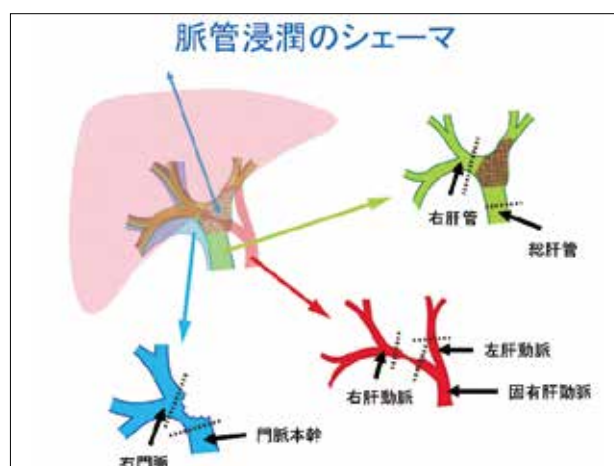
潤する膵癌の門脈合併切除再建や脈管浸潤陽性肝門部胆管癌における血行再建が挙げられます。特に胆膵領域の悪性疾患に対しては、手術が唯一の根治が期待できる治療であるため、血管合併切除再建が可能であれば治癒切除の適応範囲を広げることが可能となります。しかしながら、これら再建血管の閉塞や狭窄の合併症はしばしば致命的となるため、確実な再建を必要とします。私はこれまで九州大学において、肝移植の手術に多く関わってきました。肝移植における血行再建は、定型化され、常に一定の手技で行われます。肝移植においては肝静脈、門脈、肝動脈の吻合再建を必要としますが、これらのどれか一つでも問題があると、移植肝が働かなくなります。常に一定の手技で血管吻合を行うことにより、関連合併症の減少に繋がるものと考えられます。

径が3mm以下の肝動脈に関しては、顕微鏡下の吻合を行います。5～10倍の拡大視野下に8-0プロリンという髪の毛よりも細い糸を使って吻合します。径が4mm以上の動脈になると顕微鏡下では逆に大きすぎて吻合しにくくなりますので、この場合はサージカルルーペを用いて2.5～3.5倍の拡大視野下に、8-0プロリンよりもやや太めの7-0プロリン糸を用いて吻合します。門脈に関しては、径が1cm程度になりますので、これもサージカルルーペを用いて、5-0プロリン糸を用いて

吻合します。

提示症例は71歳の女性で、閉塞性黄疸で発症、精査により肝左葉を占める肝内胆管癌が肝門部に浸潤し、閉塞性黄疸を呈していることがわかりました。肝門部の浸潤は右肝動脈、右門脈にも及んでおり(図)、切除を行うには左肝切除、肝動脈、門脈、肝外胆管合併切除、門脈、肝動脈、胆道再建の手術が必要です。この手術を行い、特に合併症なく経過し術後19日目に患者さんは退院することができました。

血管吻合手技を習得すれば、手術適応となる疾患、特に肝胆膵疾患の手術適応範囲を広げることが可能だけでなく、手術中の血管損傷への対応が可能となります。血管浸潤が理由で手術不能と判断された患者さんにおいても、このような血管吻合が安全に施行できれば治癒切除が可能となります。もしこのような患者さんがいましたらご紹介いただければ幸いです。





小児神経科とは小児のけいれん、運動・知能・感覚・行動、言葉の障害など、脳・神経・筋に何らかの異常に関して診察、治療

を行う科です。不登校が受診の要因になる場合も少なくありません。

文部科学省は“不登校”を何らかの要因により年間30日以上欠席したものと定義しています。全国統計は小学生全体の0.39%、中学生の2.76%、高校生の1.59%が不登校と報告しています。

2015年4月に当院に赴任後、外来初診患者の約50%が不登校または登校しぶりを受診動機として有していました。自宅で暴れる、多動、頭痛、腹痛、朝起きれない、死にたい気持ち、強迫症状、盗癖、おぼけがみえる、など様々な主訴で受診されています。それらの子供のうち35%が自閉スペクトラム症(ASD)であり、注意欠陥多動性障害(ADHD)が15%、ASDとADHDが13%でした。学校に行きにくいと感じ、何らかの(身体)症状を呈する子供の多くが発達障害を有していました。

発達障害を有し、不登校になっている子供達の当院の対応を理解していただくために症例を提示します。9歳の男児は腹痛を主訴として受診しました。本人の困り感は腹痛でしたが、母親の主訴は学校に対する不満でした。学校は本人に対して、“授業妨害をする、忘れ物も多く、注意してもきけない”と感じていました。小児科における主訴はしばしば保護者の困り感です。我々は受診動機から子供本

人の困り感を同定し、真の主訴を導き出す必要があります。そのために心理検査、行動評価から本人の特性を理解します。生育歴や子供の家庭や学校においての様子を傾聴します。子供の診断をしたうえで、学校関係者とも子供の困り感を共有します。また保護者が取り残されることがないように関係機関へ紹介と連携を行います。

不登校は決して疾患ではありませんが、これらの子供達や保護者は理解やサポートが必要な状況にあることも少なくありません。我々、松山赤十字病院成育医療センターでは、チーム医療として子供達の様々な困り感の解決に取り組んでいます。

主訴

・不登校	34名	・自分がおかしいと感じる
・奇声・パニック・暴れる	15名	・発達障害でしょうか？
・多動	13名	・抜毛症
・頭痛	10名	・おぼけがみえる
・腹痛		・咳
・朝起きれない		・不眠
・嘔吐・下痢		・悲しくなる
・死にたい・リストカット		・足がむずむずする
・涙が出る・不安になる	8名	
・食べない	6名	
・脅迫症状		
・盗癖		

診断

・自閉スペクトラム症	55名	・反応性愛着障害 (neglect/性的虐待)	
・適応障害	38名	・偏頭痛	
・起立性調節障害	20名	・場面緘黙症	6名
・注意欠陥多動性障害	15名	・慢性疲労症候群	
・ADHD + ASD	11名	・性同一性障害	
・ASD?	9名		
・PTSD			
・知的障害			
・うつ状態			
・不安障害			



放射線被ばくに
対する関心は、福
島の原発事故以降
高まってきていま
す。日々のテレビ
ニュースからも、
今まで聞くことの

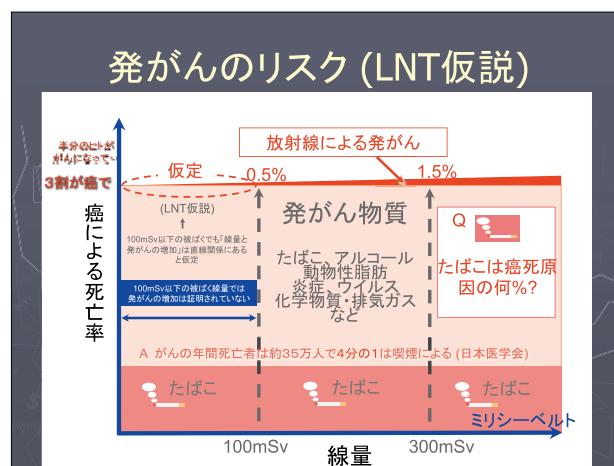
なかった放射線量の単位が、日常で使われている言葉であるかのように流れてきます。現在の医療現場では放射線による検査は欠くことのできないものとなっており、医療者として医療被ばくに関する知識が必要と感じています。今回の講演ではCTによる医療被ばくと被曝低減の取り組みについてお話ししました。

放射線による人体への影響は大きく分けて確定的影響と確率的影響があります。確定的影響は不妊や脱毛、白血球減少といったしきい線量があるものです。これらに関してはそのしきい線量を超えなくすることで防ぐことが可能です。問題となるのは発がんに関わる確率的影響です。これにはしきい値がなく、被ばく量が増えるだけ発がんのリスクも高まるという、しきい値無し直線仮説 (Linear Non-Threshold : LNT 仮説) が提唱されていますが、広島・長崎の原爆被爆者を対象とした膨大なデータをもってしても、100 ミリシーベルト程度よりも低い線量では発がんリスクの上昇は認められていません。今でも低線量被ばくと発がんの関係はわかっていません。

LNT 仮説をもとにしてCTによる被ばくで発がんリスクが高まるという報告があり、日本におけるCT被ばくによる発がんは世界でも飛び抜けて高いというデータが示されています (Lancet 2004;

363:345-51)。しかしながらこの報告では癌の早期発見による利益面が考慮されていません。また、少量被ばくによる発がんの増加には様々な議論があり、日本の放射線関連学会からは反論も出されています。発がん因子として最大のものは喫煙で、放射線被ばくによる発がんのリスクは喫煙と比べるとかなり小さなものです。この報告によって必要なCT検査が行われなくなることは問題があると考えています。

最近では被ばく量を低減する技術の開発が急速に進んでいます。最近のCT装置では、体格や対象臓器にあわせて必要なX線量を自動的に調整することが可能で、画質を劣化させずに最大50%程度の被ばく低減が可能になっています。CT検査では被ばくを低減するために低線量で撮像すると画質が低下していますが、最近開発された逐次近似再構成法という方法を用いると低線量の撮像でもノイズを低減させ画質を大幅改善することが可能になりました。この方法を用いることで被ばく線量を最大75%低減することができます。これらの被ばく低減技術は今後さらに進むと考えられ、松山赤十字病院でもこれらの被ばく低減技術の積極的な利用を行っていきます。





胆膵領域の癌は以前より増加傾向である。2016年の予想死亡数は胆道癌が19,000人、膵癌が33,700人でありそれぞれ癌死亡数の6位、4位にあたる。いずれも他の癌に比べて罹患数に対する死亡数の割合が多く難治な疾患であることが示唆される。画像診断が発達した現在であっても依然として両疾患共に早期発見が困難であり、進行した状態でみつかることがその主な理由である。

診断には腹部 USや造影 CTが汎用されるが鑑別に迷う症例もあり、そのような場合には以前は内視鏡的逆行性胆管膵管造影検査(ERCP)による造影検査を行うのが常であった。しかしながらERCPには重症化すれば死に至る膵炎などの合併症のリスクがあるため、近年では超音波内視鏡(EUS)が診断に重要な役割を果たしている。EUSはERCPに比べて侵襲が少なく、CT等よりも小病変の描出に優れており現在の胆道癌・膵癌の診療において中心的な存在となっている。またEUSには経胃(or 十二指腸)的に生検(EUS-FNA)を行うことで組織学的な診断が得られるという利点もあり、その正診率は9割以上である。近年ではEUS下に胆道ドレナージを行う方法(EUS-BD)も開発され、さらにその有用性は高まっている。上述の如くERCPは造影検査のみとしての役割は減少しているが、ステント等の発達により治療としての役割が増加している。また、膵液細胞診は膵管拡張などを契機に拾い上げられた早期膵癌症例の診断に役立つことがある。

治療は可能であれば外科手術を行うことが理想的であるが、実際には遠隔転移や局所進行により手術適応外となる症例の方が多い。その場合は全身化学療法の適応となるが、胆道癌ではゲムシタビン＋シスプラチン療法が、膵癌ではゲムシタビン＋アブラキサン療法やFOLFIRINOX療法が標準治療となり以前の単剤のレジメンと比較して生存率が改善している。しかしながら、他の癌種と比較すると依然として予後は極めて不良である。

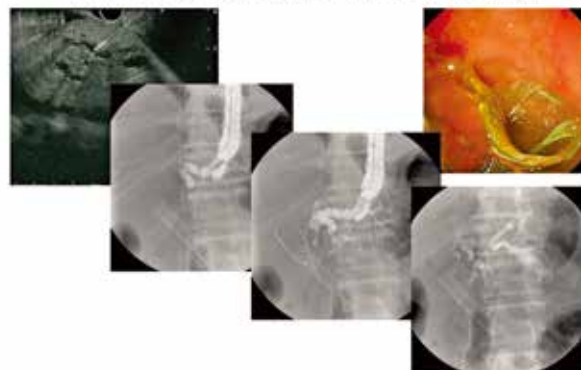
我々は大学病院と協力して県内の中核病院で胆膵疾患のネットワークを作り(Ehime Pancreato-

Cholangiology Study Group; EPOCH study group) 症例を集積して解析を行っている。今後愛媛発の新たな知見を発信していく事を目標としている。

膵癌EUS-FNA



EUS-BD (HGS; hepaticogastrostomy)



Ehime Pancreato-Cholangiology (EPOCH) Study Group





胸部大動脈瘤につき簡単に解説させていただきます。大動脈瘤とは、“大動脈壁の一部の壁が局所的に拡張して瘤を形成する場合、または直径が正常径の1.5倍(胸部で45mm、腹部で30mm)を超えて拡大した場合”を称します。瘤壁の状態より真性・仮性・解離性に、瘤の形により紡錘状あるいは嚢状に分類されます。動脈硬化が原因であることがほとんどですが、他にも外傷性・炎症性・感染性・先天性のものがああります。破裂の有無により、非破裂性、切迫破裂、破裂性に分類されますが、多くは無症状の非破裂性真性瘤であり、胸部レントゲン写真やCTにて偶然発見されることがほとんどです。胸部大動脈瘤の診断がつくと、そのサイズ(最大短径)により治療法が選択されます(図1)。最大短径が5.5cm以下であれば保存的加療およびCTによる定期的な経過観察を行い、5.5cm以上となった時点で手術を選択します。大動脈壁の脆弱性のあるマルファン症候群等が基礎疾患として存在する場合には、最大短径が4.5cmを超えた時点での手術が推奨されています。この最大短径による治療法の選択は、大動脈の最大径が6cmを超えると破裂あるいは解離の発生頻度が増加することから導かれたものです。

保存的治療の中心は降圧療法であり、日本循環器学会のガイドラインでは降圧目標は収縮期血圧105～120mmHg、降圧薬はβブロッカーが第1選択とされています。

手術には開胸下に人工心肺を用いて行う人工血管置換術と、経カテーテル的にステントグラフトを大動脈内に留置する血管内治療があります(表1)。人工血管置換術は根治性が高い反面、手術侵襲が大きくなります。一方血管内治療はエンドリーク(何らかの原因で瘤内へ血液が流れ込む状態)の可能性等から根治性は下がりますが、手術侵襲は低くなります。ガイドラインでは下行大動脈瘤や、開胸下手術がハイリスクな弓部大動脈瘤ではステントグラフトの相対的適応(下行大動脈 Class IIa/b、弓部大動脈瘤 Class IIb)とされています(表2)。最近では開胸手術とステントグラフトを組み合わせた人工血管

置換術＋オープンステントグラフト留置という方法も出てきました。様々な手術材料の出現、改良に伴い症例に合わせた治療法が選択できるようになり、胸部大動脈瘤に対する手術成績は向上しています。

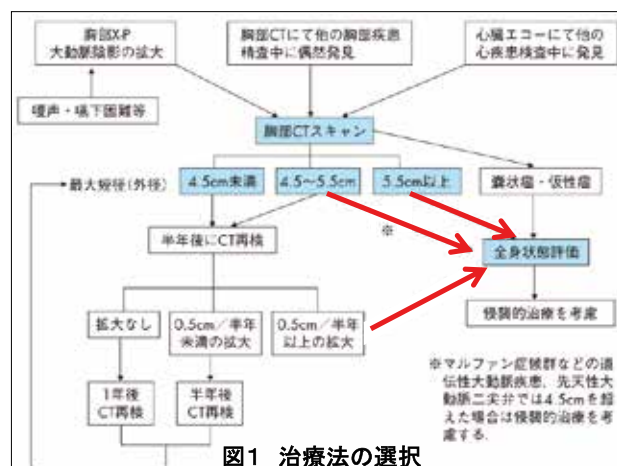


図1 治療法の選択

	人工血管置換術 (外科治療)	ステントグラフト内挿術 (血管内治療)	人工血管置換術＋ オープンステントグラフト内挿術 (外科治療＋血管内治療)
利点	・血管を確実に処理できる ・長期成績が安定している	・低侵襲	・外科治療単独よりも低侵襲、 反回神経麻痺のリスク軽減 ・ステント挿入の手技が簡易
欠点	・高侵襲	・解剖学的な制約 ・長期成績が不明確 ・endoleak	・正確な計測、留置が困難 ・長期成績が不明確 ・術中のendoleakの評価が困難

表1 胸部大動脈疾患に対する手術

Class I	
1. 外科手術のバックアップ	(Level C)
2. 外傷性大動脈損傷*	(Level B)
3. 合併症を有する急性B型大動脈解離*	(Level B)
Class II a	
1. 外科ハイリスク下行大動脈瘤*	(Level B)
2. 下行大動脈瘤破裂例*	(Level C)
Class II b	
1. 外科ローリスク下行大動脈瘤*	(Level C)
2. 外科ハイリスク弓部大動脈瘤・胸腹部大動脈瘤に対するハイブリッド使用	(Level C)
3. 偽腔拡大傾向のある慢性解離*	(Level B)
Class III	
1. 無症候55mm以下の胸部大動脈瘤に対するインターベンション	(Level C)
2. 外科治療ローリスクの弓部・胸腹部大動脈瘤	(Level B)

表2 胸部大動脈瘤・大動脈解離に対するステントグラフト治療



心血管カテーテルインターベンションは、長足の進歩を遂げつつ、今に至ります。代表的手技である経皮的冠動脈形成術(PCI)は、日本に導入されて既に30年以上が経過し、その臨床的有用性に疑問の余地はありません。一方で、未だ解決されていない課題も数多く存在します。本稿では、カテーテルインターベンションの過去を振り返りつつ、現在までの到達点を再確認するとともに、今後の展望(未来)に関しても言及したいと思います。

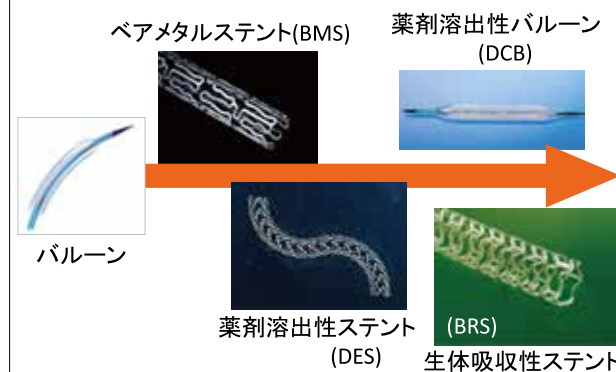
近年、PCIの多くで、様々な金属ステントが使用されています。金属ステントの主な役割は、バルーンのみでは拡張が不十分な血管をより確実に拡張させることです。当初、その素材は金属のみ(bare-metal stent, BMS)でしたが、高い再狭窄率を克服するため、金属ステント表面を、ポリマーとそれに吸着させた増殖抑制剤で被覆した薬剤溶出性ステント(drug-eluting stent, DES)が登場しました。DESは、現在も改良を繰り返しつつ、多くの症例で使用されています。しかしながら、金属もポリマーも、生体や血管にとっては異物であり、何らかの異物反応を惹起することが分かっています。異物に対する反応は、新たな動脈硬化を引き起こし、再狭窄や血栓症のリスクとなります。この欠点を克服するため、生体吸収性材料を用いた薬剤溶出性ステント(bioresorbable vascular scaffold, BRS)が開発されました。日本でも臨床試験が進行中であり、今後多くのPCIで使用されることでしょう。ただし、このBRSにも、欠点があります。素材の吸収過程で生じる血栓症が最も懸念されるものです。PCIの歴史は血栓症との戦いでしたが、素材開発や優れた抗血小板剤の登場により、徐々に克服されてきました。BRSも改良を繰り返すことで、安全性を高めていくものと期待されます。残念ながら当院ではもうしばらくの間、金属ステントに頼ることになりますが、異物を残さずに治療できるデバイスとして、薬剤溶出性バルーン(drug-coated balloon, DCB)と呼ばれるものがあります。バルーン表面に増殖抑制剤が塗布されており、当院では金属ステントの留置に適さない病変(分岐部やびまん性狭窄等)に使用し

ており、治療成績は極めて良好です。将来的には、DCBやBRSとデバルキングデバイス(動脈硬化性病変を削る

デバイスで、Rotablatorなど)組み合わせて、異物を残さないPCIが可能となってくるでしょう。

心血管インターベンションは、画像技術やデバイス開発など、多分野の技術革新に支えられています。安全性が高く、長期の予後改善効果が見込める治療法が理想的ですが、そのために、生体適合性の高い素材や生体吸収性材料、高効率なドラッグデリバリーシステム等の開発が必要です。低侵襲な治療法であれば、手術困難な高齢者も対象となり得ます。当院では、インターベンション治療の進歩に遅れをとることなく、適切な治療法を常に提供出来る体制を目指していきたいと考えています。

PCIデバイスの進歩



異物を残さないPCI

- デバルキングデバイス (Rotablator)
- 薬剤溶出性バルーン (DCB)
- 生体吸収性ステント (BRS)



平成29年度

イブニングセミナー開催のご案内

『話題の用語、注目の病態』

開催日	演 題	講 師	カリキュラムコード
平成29年 4月27日	ACOSについて ～喘息とCOPDのオーバーラップ～	呼吸器内科部長 兼松 貴則	79 気管支喘息
5月25日	全身性エリテマトーデスの最新の治療・ IgG4関連疾患について	リウマチ科副部長 押領司 健介	18 全体倦怠感
6月22日	PICS ; persistent inflammation, immunosuppression and catabolism syndrome	救急部副部長 波呂 卓	16 ショック
7月27日	フォーミュラー がん化学療法における支持療法の標準化と薬剤費計算 アプリケーション	薬剤部薬剤師 橋本 浩季	10 チーム医療
8月24日	AMR (antimicrobial resistance) / 薬剤耐性菌対策 ～2020年までに何をすべきか?～	腎臓内科副部長 岡 英明	8 感染対策
9月28日	DAA ; direct antiviral agents ～進歩するC型肝炎治療～	肝臓・胆のう・膵臓内科部長 眞柴 寿枝	27 黄疸
10月19日	セカンドインパクト症候群 ～甘くみてはいけないうる外傷～	脳神経外科部長 武智 昭彦	57 外傷
11月16日	アレルギー免疫療法	耳鼻咽喉科医師 河内 和誉	39 鼻漏・鼻閉
12月14日	スキンテア（皮膚裂傷）の予防と管理	皮膚科部長 南 満芳	58 褥瘡
平成30年 1月18日	オーラルフレイル ～口の衰えの評価と対応、予防意義～	歯科口腔外科医師 岩本 和樹	19 身体機能の低下
2月15日	先制医療 ～個人の特徴を重視した未来の予防医学～	健診部長 村上一雄	11 予防と保健
3月15日	新しい抗腫瘍薬としての免疫チェックポイント阻害剤	臨床腫瘍科部長 白石 猛	73 慢性疾患・複合疾患の管理

第14回 地域医療連携フォーラム開催のお知らせ

- 日 時：2017年7月30日（日） 13:00～
 ■ 会 場：ひめぎんホール 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》地域で守るかけがえのない命 知って、防ごう「ネグレクト（虐待・放棄）」

松山赤十字病院登録医制度について

平成29年3月31日現在、当院の登録施設は382施設、登録医は547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。これにより紹介患者さんを来院日に受診される診療科へ直接ご案内することが可能になります。
 是非、FAXによる受診予約をご利用いただ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)

※17:10以降にいただいたFAXにつきましては、翌日のお返事とさせていただきます。

■ 発行責任者 / 院長（地域医療連携室長）横田英介

■ 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

TEL 089-926-9527 FAX 089-926-9547 <http://www.matsuyama.jrc.or.jp/>