

Matsuyama Red Cross Hospital

地域医療連携室報

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

発行責任者／瀧上忠彦

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

2013.1

No.

58

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。

年頭挨拶

院長（地域医療連携室室長） 瀧上 忠彦



明けましておめでとうございます。昨年は当院にとりまして、極めてめでたい年でした。私が院長就任時に夢として掲げた新病院建築が現実となりました。就任当時は、多額の累積赤字がありその返済だけでも大変な状態でした。その後、全職員が一丸となって経営改善に取り組み、なんとか建築資金の目処が立ちました。残された問題は、建築場所の選定でした。移転先として、数か所から誘致があり、住民の署名簿を添えて陳情にいられた地区もありました。いずれも当院の役割である急性期医療、特に救急医療に対応するには、利便性の点で難点がありました。ところが、駐車場問題で多くの苦情をいただいていた地元町内会から、また大街道商店街からは空洞化が起るから移転しないでくれ、との陳情を受けました。そこで、現地で建て替えを検討しましたが、工事中は診療を縮小しなければならず、しかも工事期間が長くなり、費用が増大するとの難点があり、決断には至りませんでした。ところが決断の遅れが幸いしました。2年前に松山市に小・中学校連携校の構想が持ち上がり、松山市との交

渉により、隣接する東雲小学校の敷地の一部が使えることになりました。これにより、診療を縮小することなく建て替えができ、駐車場問題も解決します。松山医療圏にとっての利点は、急性期医療、救急医療のバランスが保たれることです。当院にとっての利点は、伊勢神宮の式年遷宮と同じで、永遠に現在地で建て替えが可能なことです。現在、設計管理業者も決まり基本設計が進行中で、今年中にはその全貌が決まります。

今年、当院は創立100周年を迎えます。地域住民に「最後は日赤で」との信頼感に支えられ1世紀の間存続してきました。その歴史を踏まえ、当院の基本理念は、「医療を通じての地域社会への貢献」をうたっています。次の世紀のスタートの年として、決意を新たにし、全職員が一丸となって理念を守り、皆様方のご期待に応えたいと思います。

地域医療施設並びに関係職員の皆様に日頃のご厚誼を感謝するとともに、貴施設の益々の発展と皆様のご多幸を祈念して、年頭の挨拶とさせていただきます。さらなるご支援よろしくお願いたします。



新年明けましておめでとうございます。謹んで新春のお慶びを申し上げます。地域の連携医療機関をはじめ連携施設の方々におかれましては、日頃からひとかたならぬご厚情を賜り、厚く御礼申し上げます。

さて、昨年は、当院の長年の懸案でありました新病院建築につきまして、現地で建て替えが決まり、いよいよ基本設計を始めることができ、瀧上院長が就任時に掲げた夢が現実となって参りました。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、地域社会に貢献することです。新病院を建築することによって、現在の診療機能及び救急医療等の政策医療をさらに充実させることができ、また、災害救護活動等



キュアからケアの時代へ

あけましておめでとうございます。昨年は、保健・医療・福祉並びに行政、教育等多くの関係諸機関の皆様にご大変わ世話になり、心から御礼申し上げます。

医療は、治療・延命を主眼とするキュアから、一人ひとりが健やかに生きてゆくことを支えるケアへと守備範囲が拡大しています。東日本大震災や少子高齢化社会の到来を受け「これからは看護・介護の時代」と言われています。その意味を重く受け止め、地域医療連携の中で、看護職・介護職が患者・家族と共に主体性、自律性を養い、チー

事務部長 渡部 禎純

の赤十字事業にも積極的に取り組むことができ、地域社会に一層、貢献することが可能になるものと考えております。

今後、引き続き基本設計を進め、実施設計を経て、平成26年度には着工の予定であります。新病院が完成するまでには、まだしばらくの期間がかかりますが、ぜひ、皆様のご期待に応えることのできる病院を目指して参りたいと思っております。

一方、今年、当院は創立100周年という節目の年を迎えることとなります。大正2年4月に松山市小唐町（現東雲学園）にあった県立松山病院を県から移管され、60床の日本赤十字社愛媛県支部病院として発足いたしました。その後、大正8年1月には松山市一番町4丁目（旧制松山中学校跡地、現在の県庁前のNTT西日本）へ新築移転（91床いたしました）が、昭和20年7月に松山空襲で全焼したことから昭和22年9月に現在地へ新築移

看護部長 小椋 史香

△医療を推進してゆく原動力となる必要性を痛感しています。

昨年の11月3日に開催しました「病院と在宅看護・介護の連携合同研修会」では、石飛幸三先生をお迎えし、『平穏死を考える』と題してご講演を頂きました。その中で、本人の望む生き方や尊厳ある人生の幕引きを支援することについて考えさせられました。外科治療の最前線で活躍されていた石飛先生が特別養護老人ホームで勤務されるようになり、利用者さんや家族、職員、地域医療機関の方々と関わり、現実を直視される中で①老衰への医療の介入（特に胃瘻造設）に対する問題提起②一人ひとりのQOLを大切にすることの携の在り方についてご提言を頂きました。また、芦花ホームでは看護職と介護職がうまく協働されています。その秘訣は、絶えず現状への問いを発し、

転（100床）いたしました。

長い歴史の中では、このように移転を経験してきましたが、この度、東雲小学校の敷地等を活用し敷地を拡大して建築できるということになり、将来にわたって、移転することなく当地での建て替えが可能となりました。

100年という区切りの年を迎え、さらなる飛躍の年にしたいと考えております。

なお、地域医療機関等と緊密な信頼関係を結ぶために毎年、実施しております「地域医療連携懇談会」「イブニングセミナー」「病院と在宅看護・介護の連携合同研修会」「地域医療連携フォーラム」につきましては本年も引き続き実施いたしますので、ぜひご参加いただければと思います。

今後とも地域医療支援病院として、今以上に皆様との連携を深め地域医療の充実に努めて参りたいと思っておりますので、どうぞご指導・鞭撻の程よろしくお願いいたします。

話し合いを重ねよりよい判断と意思決定を行い、各々の専門的働きを尊重されている点にあるようです。尊厳ある人生の幕引きに対する石飛先生の哲学、連携・協働に関する考え方は、お集まり頂いた皆様の心に深く染み込んだのではないのでしょうか。

病・障害を抱えても地域でその人らしく生き生きと暮らすことを可能にするために、私たちは『生きている』への補助的な関わりから『生きている』へへの深い支援まで人の生の営み全般に関わっていく者でありたいと考えます。患者・家族の傍で最も多くの時間を費やす看護師は、一人ひとりの生き方に寄り添い、地域のネットワークを生かしながら、多職種の皆様と協働することで、プラスの相乗効果を生むコーディネートとして役割を発揮したいと思っています。

本年も関係諸機関の皆様のご指導ご支援を賜りますようお願い申し上げます。

「病院と在宅看護・介護の連携」

合同研修会 (2012.11.3)

第12回

地域医療連携課

看護師長

友澤 永子

暮らしを支える

「その人らしく」

「生きるために」

平成24年11月3日(土)第12回

「病院と在宅看護・介護の連携」合同研修会を開催いたしました。今年度は、基調講演・パネルディスカッション・情報交換会・分科会の4部構成の一日研修としました。当日は晴天に恵まれ、総数460名(院内168名・院外292名)と、これまで以上に多くの方の参加をいただき、関係者一同ここからお礼を申し上げます。

ます。「まだ何とかなる」と樂觀視していた時代は過去のものとなり、厳しい超高齢時代に立ち向かうには、国民みんなの支え合いが必要だと思えます。医療の高度化が進む一方、人々の価値観が多様化し、医療の選択の時代になってきました。医療を受ける方、支える家族、医療を提供する側の我々においても、いのちの意味を改めて考え、あるべき姿を模索し、人生を自分らしく過ごすために、わが身、わが地域のあり方を振り返ることを余儀なくされています。

今回の研修会では、地域・医療・福祉を担当する者が、感性と知力をフルに活用し共に考え議論する機会にしたいと考え、メインテーマを「暮らしを支える」その人らしく生きるために」といたしました。

※ 公益財団法人在宅医療助成 勇美記念財団 助成企画

第12回 病院と在宅看護・介護の連携 合同研修会

暮らしを支える ～その人らしく生きるために～

日時：平成24年11月3日(土)9時30分～15時30分 場所：松山赤十字病院 教育講堂他

● 挨拶 9:30 ~ 9:45		(敬称略)	
開会挨拶	松山赤十字病院 院長 松山赤十字病院 看護部長	刈 上 忠 彦 小 椋 史 彦	
● 基調講演 9:45 ~ 10:45			
《講演》テーマ「平穏死を考える」			
特別養護老人ホーム 芦花ホーム 医師 座長 松山赤十字病院 院長		石 飛 幸 三 刈 上 忠 彦	
● パネルディスカッション 11:00 ~ 12:30			
「地域で健やかに過ごすために」			
座長 松山赤十字病院 副院長 松山赤十字病院 看護副部長 助言者 世田谷区立特別養護老人ホーム 芦花ホーム 医師		小 谷 信 行 竹 田 喜 久 石 飛 幸 三	
● パネリスト			
松山バテル病院 院長 特別養護老人ホーム アソカ園 施設長 認知症の人と家族の会 愛媛県支部代表 松山赤十字病院 認知症看護認定看護師		中 橋 恒 森 川 隆 門 屋 洋 浅 見 美	
● 情報交換会 12:30 ~ 14:00			
昼食会 ポスターセッション ・ 在宅医療機器など展示			
● 分科会 14:00 ~ 15:30			
『医療・介護・福祉・保健 一体型のおんしん社会』			
① 在宅療養における急変時の対応		～在宅の患者を支える医療と介護～	
② 地域連携を考える		～あなたが地域で暮らすことを支えるために～	
③ 療養支援		～その家族らしく暮らすために～	
④ がん患者・家族を支える		～私たちのためのサロン～	
● 閉 会 (各会場) 15:30			

最後に、この研修会の企画・運営に関しまして、院内外の多くの方々にご支援いただきました心から感謝いたします。

基調講演

「平穏死を考える」

「老衰に医療はどこまで介入すべきか」

特別養護老人ホーム 芦花ホーム 医師 石飛 幸三



最期を病院で迎えさせる、こんな現実がまだまだ続いている。「医療は人をみる科学であり、技術をどう適応するか」今、正に医療のあり方が問われている。

私は急性期病院の外科医として救命・延命に努めてきたが、その私が携わった人たちが、その後老いて衰えて、どうされているかを実際に見なければならな

と感じた。そして芦花ホームに行った。そこで見たものは、胃瘻から水分栄養を補給され、ただ、生かされている人生最終章の方の姿であった。本人は求めなくなっている身体に水分栄養を供給しようとするが、そこで起きるのは誤嚥による心不全・肺炎。そして送られた病院では肺炎を治療して、さらに次の施設へ早く移って貰うために胃瘻を付ける。

しかし、そこには胃瘻による合併症の慢性誤嚥性肺炎、そしてまた病院での治療という同様のサイクルが次々と起こる。本来本人のためであるべき医療が、「あるならしなければならぬ」とばかりに行われる、自然の摂理と医療の矛盾であった。

最後に、この研修会の企画・運営に関しまして、院内外の多くの方々にご支援いただきました心から感謝いたします。

性肺炎、心不全、肺水腫、そして

大きな気付きをもたらしてくれた家族があった。「目を覚まして、食べたがったら食べさせる。欲し

がなければ無理には食べさせない。」そんな真剣なご主人の食事介

護の姿を見ていく中で、職員が手

(友澤 記)



ポスターセッション				
グループ		発表順	テ　　マ	施　設　名
A	地　域	1	住み慣れた町で暮らしましょう	小規模多機能施設型居宅介護 ふくずみ・こうの（合同）
		2	在宅生活を支えるためのサポート体制	医療法人社団 樹人会 北条病院
		3	患者・利用者を中心とした地域との連携	医療法人 仁勇会
		4	有料老人ホームと地域連携	有料老人ホーム 朝生田の杜
B	施設紹介	1	松山市地域包括支援センター桑原・道後の 取り組みについて	松山市地域包括支援センター桑原・道後
		2	東松山在宅ケアセンターのご紹介	東松山在宅ケアセンター
		3	訪問看護ステーション愛媛の紹介	訪問看護ステーション愛媛
		4	施設の紹介・活動	複合型施設 里山どんぐり
C	リハビリテーション	1	回復期リハビリ病棟 頑張っています！	松山リハビリテーション病院
		2	当院でのリハビリ実績～今後の課題について	野本記念病院
		3	在宅での福祉用具導入への取り組み	加戸病院 訪問リハビリテーション科
		4	福祉用具を活用した自立支援 ～「持ち上げない介護」実践からの気づき～	ティサービスいしづちの湯 （株）ジェイコム
D	院内での取り組み	1	療養支援ナースの視点から考える 病棟看護師が生活者としての患者に向き合う姿勢に必要な要因	愛媛県立医療技術大学 （現 松山ベテル病院所属）
		2	当院のエアマットレス停電対策について	医療法人 天真会 南高井病院
		3	施設紹介	医療法人 慈孝会 福角病院
		4	在宅看護論実習の紹介	松山赤十字看護専門学校
E	摂食・嚥下	1	「姿勢と嚥下 奥歯と転倒」	医療法人 かとう歯科・ティサービスセンター・きらり
		2	「摂食・嚥下状態に合わせた 食事形態提供への取り組み」（仮）	医療法人 天真会 南高井病院 栄養科
		3	「松山赤十字病院における口腔ケア サポートチーム（OST）の活動について」	松山赤十字病院 口腔ケアサポートチーム
		4	回復期リハビリテーション病院の紹介	伊予病院
F	松山赤十字病院	1	シーネ固定に伴う皮膚浸潤改善への検討 ～シーネカバーに吸湿性・速乾性のある生地を使用して～	松山赤十字病院 24 病棟
		2	成育医療センターの活動紹介 「すくすく育児学級」	松山赤十字病院 23 病棟（NICU）
		3	透析患者の抜針及び出血を 予防するための安全用具の検討	松山赤十字病院 腎センター
【展示のみ】				
			テ　　マ	部　　署
1	物忘れ外来の現状			33 病棟
2	インフルエンザとノロウイルス			感染管理
3	チームで共有できる心臓カテーテル検査前訪問用紙の作成の 取り組み			救急処置検査センター
4	腹膜透析患者への災害対策の取り組み ～分かりやすい指導をめざして～			腎センタ
5	多職種参加の「災害救護連絡会」活動報告			災害救護連絡会
6	急性期病院における「在宅看護論」臨地実習の受け入れ			地域医療連携課

基調講演に続くパネルディスカッションでは、「地域で健やかに過ごすために」をテーマに、各分野でご活躍されている4名の先生方にご登壇いただきました。石飛先生にも加わっていただき、幅広い視野より助言をいただきました。座長には、当院地域医療連携室副室長の小谷副院長と竹田看護副部長にお願いしました。

まず、松山ベテル病院 中橋院長からは、「先人に学ぶ幸せな生き終え方のコツ」在宅ホスピスで学んだこと」をテーマに、実際の現場で先生自身が感じとられた、本当の幸せに通じる生き終え方とは、死を受け入れる強さをもつこと、即ち覚悟と準備であること、また、生きる希望をもっていることについて発表していただきました。次に、特別養護老人ホームアンカ園 森川施設長より、施設での看取りについて家族・職員合同で勉強会を重ねており、どこで過ごすことがより人との絆が保たれるのか、その人らしく生きるこの本質を踏まえた議論が大切であることをお話しいただきました。認知症の人と家族の会愛媛県支部代表 門屋さんは、「つながれば希望が見える」とし、活動の経緯や取り組みについて発表していただき、認知症の方が地域で健やかに過ごすためには、地域住人の理解と家族の想いを知ることが大切であり、家族へのサポートが重要であるということをお話いただきました。当院認知症看護認定看護師 浅見さんは、本年4月より開設された、もの忘れ外来の一こまにふれ、地域医療支援病

院として、医療・福祉をはじめ地域の各機関と連携をとり、その人らしく健やかに、安心して地域での生活を継続できるよう支援していくことが重要であると話していただきました。

最後に座長より、単に地域といった横だけのつながりだけではなく、その人に影響を与えた物事・生き様などを縦のつながりも十分に加味し、今後もつなぐ・つながるを大切にしていきたいとのまとめがありました。

近年、在宅療養のニーズが高まるなか、分科会①では、「在宅療養における急変時の対応」というテーマで、救急患者にポイントを絞り、地域と病院の連携について考えました。

第1部では、まず松山赤十字病院における救急患者受け入れの現状を説明しました。

それらを踏まえ、訪問看護ステーション松山市医師会 八木まりえ氏、松山消防局警防課 村上和昭氏、松山赤十字病院救急部 波呂卓氏の3名よりそれぞれの立場から在宅・消防・病院との連携について平素より感じていることの見解を発表していただきました。

まず訪問看護師の八木氏からは、かかりつけ医がどの程度在宅で対応できるのか、家族の介護力・理解力がどの程度なのか、などを十

分把握したうえで地域とかがかりつけ医・病院の連携を取る必要性があると発表されました。消防局の村上氏は近年、介護部門からの出動要請やかかりつけ医が往診先で救急要請をする場合が増加している現状を話され、病院と在宅が連携を取ることでスムーズな搬送及び対処につながるかと述べられました。波呂医師は、病院としては、かかりつけ医からの紹介患者は各科の状況によるが、原則全例受け入れる予定であり、在宅・かかりつけ医・病院がそれぞれの現場を知り連携を取ることが大切であると語られました。また、在宅では、どんな急変が起こりうるか想像し、前もって準備しておくことも重要であるとまとめられました。

第2部では、赤十字救急法指導員である浅野指導員より、昨

分科会① 在宅療養における急変時の対応

救急・処置・検査センター 看護師長 高須賀 紀子

「地域で健やかに過ごすために」

15 病棟 療養支援ナース 高田 めぐみ



分科会にご協力いただいた皆様
に感謝申し上げます。



年度発表された「ガイドライン2010」の成人と小児の救命の連鎖が統一され、絶え間ない強い胸骨圧迫をできるだけ早期から始めること等、変更点を中心に説明がありました。その後、参加者全員で新心肺蘇生法を人形とAEDを使用し実技を行いました。

短い時間ではありましたが、松山赤十字病院の救急患者の受け入れ方法等を知っていただく機会となり、心肺蘇生法の実技においては、全員に体験していただくことができ、満足して頂けたのではないかと思います。

分科会② 地域連携を考える

37病棟 療養支援ナース 岡本 かおり

分科会②は、『地域医療連携を考える会 在宅部会』のメンバーが取り組む2つのドキュメンタリーを通して、私たちが暮らしたい地域づくりについて、ご参加いただいた皆さまと一緒に考えました。

1つめは、道後ベテルホーム「在宅復帰への取り組み」あきらめない支援」の取り組みです。自作のDVDから映し出されるのは、入所者と家族、職員、老健の風景、スタッフの心から湧き出る感情、「自立型の支援」の軌跡と奇跡でした。

在宅復帰率10%、老健の特養化



そこは、住民からの要望で発足し、地域の誰もが、無理なく・楽しく・気兼ねなく立ち寄れる場所です。日常を映し出す動画からは、お年寄りと子供が当たり前に一緒

に居て、笑顔を交わしています。「特別な秘けつはない。一日一日の積み重ねを地域が認めてくれ、自然に今の形になった」と言われたように、施設が住民の中へとけ込み、暮らしたい町の形がここにありました。さらに「あなたが地域で暮らすことを支えるために、（ひろがり）」と題したデイスカッションにおいては、紹介したような取り組みが地

分科会③ 療養支援

地域医療連携課

看護係長

土谷 仁美

分科会③では、終末期の患者・家族支援の一事例を、それぞれの立場から支援内容と想いを語りました。家族への必要な支援と在宅で最後まで生き抜くために何が必要かについて参加者で考えました。

33病棟療養支援ナースから、入院前から退院後の生活を見据え、多職種と連携し、家族の負担を最小限にして自宅退院へ移行した支援の報告がありました。退院後、在宅療養の様子を確認した療養支援ナースは、訪問入浴後の穏やかな笑顔と寝顔、家族の気負いのない親しみある会話の様子をみて、自宅での本来の姿に驚き、在宅に帰って良かったと確信した想いを伝えました。



域の多くの所で行われれば、私たちの町は安心して暮らせる町になると示唆され、今後の各自の活動にエールとヒントをいただきました。これからも安心して暮らせる私たちの町づくりの一環として、医療と福祉・在宅の連携を考え、「つなぐ」という同じ目標を持って活動を続けていきたいと思っています。

10年間関わってきた訪問看護師は、特別なことはしていないと言いつつ、言われなくても嫌なこととはしない、必要な細やかなケアをする、安心と信頼関係が継続される在宅看護の報告がありました。また早いうちから終末期をどのように看取るかという話に踏み込んでいき、本人・家族の想いに寄り添うことの必要性、訪問看護師の役割を考えさせられ、心に残る事例であったと報告がありました。

ケアマネジャーは、利用者・家族の必要な支援に対する迅速な対応と、心のサポートの重要性を述べられました。デイサービスで家族支援していた施設管理者は、家族が母親の介護がしやすいように気遣い、もう少し頑張ろうと思ってもらえるように出来ることをお手伝いし、また住み慣れた家・家族にお返ししていくという温かい対応を伝えて頂きました。

御家族には、インタビューにご協力を頂き感謝しております。その中で「親子愛・自然体の介護、日々穏やかに暮らすこと、人との出会いの大切さ」を語って頂きました。座長からは、「本当の主治医は、訪問診療医や看護・介護を行ったスタッフですね。石飛先生が言われた、医師が一番後ろにい

る事ということ、連携の大切さが理解出来ました。」と述べられました。

思いやり、信頼、安心、覚悟がなければ、長期の在宅介護や看取りはできないと思います。患者・

分科会④ がん患者・家族を支える

がん診療推進室

看護師

三好 真由子

分科会④では、がん医療に関わる人々が、がん患者の生活を支える方法を学び、自分の役割を見出せる機会にしていたかどうかと、テーマを「がん患者・家族を支える」私たちのためのサロン」と致しました。

はじめに、がん診療推進室看護係長の中村登美江氏とがん相談担当看護師の私より、がん診療推進室の活動とがん相談、クロス・ステーションの紹介を行い、続いて当院心療内科医師の福原香織先生より、「心のケア」のミニレクチャーがありました。治療の段階による心の反応とその対応についてなど、具体的な説明をいただき、そばにいて、見守っているというメッセージを患者に伝えることの大切さを教えていただきました。

地域の取り組みの紹介では、それぞれの立場からがん患者・家族と関わる中で大切にしていること



家族らしく幸せに暮らしていくために、同じ目標に向かい力を発揮し、より良い療養支援のために、チームの一員として活動出来るように願っています。

フリーデイスカッションでは、専門・認定看護師を中心に意見交換を行いました。がん患者・ご家族とのかかわりでの悩みや多職種に求めていることなど、貴重な意見を聞くことができ、暮らしを支えていくためには自己の責任を果たしつつ、互いの役割を理解し協働していくことが重要であると再認識できました。

ご協力いただいた皆様に、心から感謝いたします。

日赤イブニングセミナー

第4回
7月26日

臓器に対する副作用と対策3
NSAIDsを中心に

消化器内科部長 藏原 晃一



1 NSAIDによる消化管粘膜傷害

非ステロイド性抗炎症薬 (non steroidal anti-inflammatory drug: NSAID) はアラキドン酸カスケードのシクロオキシゲナーゼ (COX) 活性を阻害してプロスタグランジン (PG) 産生を抑制することによって作用を発揮する薬剤であり、解熱鎮痛目的に汎用される非アスピリンNSAIDと心血管系リスクを有する患者に抗血小板作用目的で投与される低用量アスピリンに大別され、臨床上、最も頻用される薬剤である。近年、欧米および本邦においてNSAIDによる消化管粘膜傷害症例の増加が指摘されており、以下にNSAID

Dによる上部消化管病変(胃十二指腸潰瘍)と小腸大腸病変について当センターのデータと症例を提示し、消化管粘膜傷害の予防・対策について述べる。

当センターの出血性胃十二指腸潰瘍のデータを示す。2002年2月から2009年7月までの最近7年6ヶ月間に当センターで内視鏡的止血術を施行した出血性胃十二指腸潰瘍は計483例で、胃十二指腸潰瘍の二大原因とされるH. pyloriとNSAIDを検討すると、483例中H. pylori陽性例は322例(66.8%)、NSAID使用例は194例(40.2%)で、両方が陰性の患者は全体の13%であった(図1)。NSAIDについてみると、NSAID使用例の約4割、全体の16.7%が抗血小板療法目的で低用量アスピリンを、全体の23.0%が解熱鎮痛目的で非アスピリンNSAIDを使用していた(図1)。全観察期間7年6ヶ月を前半3年

9カ月と後半3年9カ月に分けて比較すると、NSAID使用例、特に低用量アスピリン使用例が増加傾向を示していた(図2)。この低用量アスピリン使用例の出血性胃十二指腸潰瘍の増加傾向は全国的な傾向であり、低用量アスピリンの処方量が年々増加していることを反映している可能性が高い。

非アスピリンNSAIDによる胃十二指腸潰瘍の確実な危険因子として、潰瘍の既往歴、低用量アスピリンとの併用、他の抗血小板剤の併用、抗凝固剤の併用などが挙げられ、ガイドライン上、これらの危険因子があれば、予防的にプロトンポンプ阻害剤(PPI)もしくはPG製剤であるミソプロストールを併用投与することが推奨されている。加えて、非アスピリンNSAIDの中でも消化管に対する安全性が高いとされるCOX-2選択的阻害剤の中で、特にCOX-2選択的阻害剤の中でも唯一のコキシブ系NSAIDであるセレコキシブは、上部消化管に対するリスクがプラセボと同等とされている。低用量アスピリンの危険因子も非アスピリンNSAIDとはほぼ同様であり、米国の循環器学会において、低用量アスピリンの処方の際には消化管リスクを評価し、リスクがあればPPIを併用投与すること

が推奨されている。以上、NSAIDを処方する際には、胃十二指腸潰瘍の予防を念頭に置き、患者の既往歴(潰瘍歴)と常用薬(他のNSAIDや抗血栓薬など)の問診が重要である。

近年、NSAIDは小腸と大腸にも多彩な副作用、粘膜傷害を惹起することが明らかとなり、既存の腸疾患に対する副作用と正常な腸管に対する副作用(NSAID起因性小腸大腸病変)に大別されている(図3)。NSAID起因性腸病変はNSAIDによって正常な小腸ないし大腸に惹起される粘膜病変と定義され、病変の存在部位から同小腸病変と大腸病変に分類される。本小腸大腸病変の肉眼像や病理組織像は非特異的な所見にとどまるため、診断には他の薬剤性腸炎と同様に、腸病変潰瘍、腸炎)の確認、NSAIDの使用歴の確認、他疾患の除外(細菌学的除外診断を含む)、およびNSAIDの使用中止による病変の治癒軽快の確認が必要である(図4)。

NSAID起因性大腸病変は1990年代以降の全大腸内視鏡検査の普及に伴って報告例が増加し疾患概念が確立された。大腸病変症例は、内視鏡像から潰瘍型と腸炎型に大別され、さらに潰瘍型は膜様狭窄(diaphragm-like stricture)合併の有無により二分さ

れる(図5)。潰瘍型は数カ月間以上のNSAID使用歴を有し多くは下血を診断契機とするが便潜血陽性など自覚症状に乏しい例も少なくない。形態的には回盲部付近の深部大腸に多発する境界明瞭な潰瘍を特徴とする。膜様狭窄合併例は数年間にわたる長期間のNSAID使用歴を有し、狭窄症状を呈することが多い。腸炎型はNSAID内服開始より数週間以内に下痢・発熱を主徴として急性発症する。

NSAID起因性小腸病変は2000年代以降のカプセル内視鏡(CE)とダブルバルーン小腸内視鏡(DBE)の導入によってその臨床的特徴が明らかにされつつある。小腸病変の内視鏡所見として、粘膜発赤、アフタ、微小な粘膜欠損、小潰瘍、輪状潰瘍や膜様狭窄など多彩な病変が指摘されているが、DBEデータベースに基づく多施設検討によれば下部小腸が好発部位であり、正常粘膜を介する多発性小潰瘍が最頻であった。臨床症状は、粘膜病変に起因する出血により肉眼的下血から鉄欠乏性貧血を呈する例が多いが、CEを用いた観察研究に認められた小腸病変の頻度に基づく不顕性・無症候性の症例が多数潜在している可能性が高い。膜様狭窄合併例は狭窄症状を呈し、内視鏡的拡張術を要する。

当センターにおいても、消化管出血を呈する小腸病変・大腸病変も少なくないことから、今後は同病変の危険因子の同定と予防策の検討が必要となる。

2 その他の薬剤による大腸粘膜傷害

薬剤による大腸粘膜傷害の報告例をまとめた(図6)。NSAID以外の多種類の薬剤による大腸粘膜傷害が報告されている。本稿では抗菌薬関連大腸炎とcollagenous colitisについて述べる。

抗菌薬による大腸病変は偽膜性大腸炎と非偽膜性大腸炎に大別され、後者の代表例が出血性大腸炎とMRSA大腸炎である(図7)。

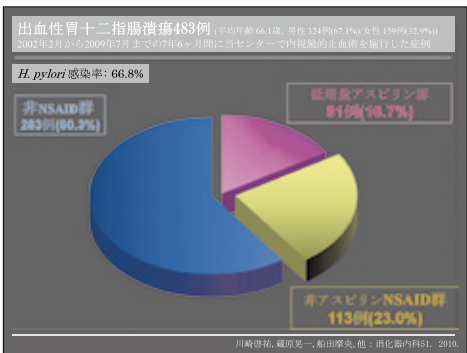


図1

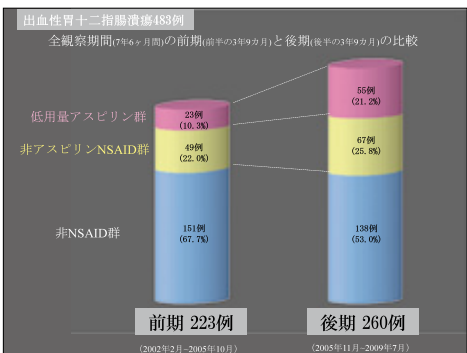


図2

NSAIDsの小腸・大腸に対する副作用	
既存の小腸・大腸疾患に対する副作用	
憩室炎・憩室穿孔・憩室出血	
炎症性腸疾患 (IBD) の増悪	
正常な小腸・大腸に対する副作用 (NSAID起因性腸病変 NSAIDs-induced entero-colopathy)	
潰瘍: diaphragm-like stricture (膜様狭窄) を含む	
大腸炎	
その他	
Collagenous colitis との関連	
藏原晃一, 松本主之, 飯田三雄: 日本臨床 65, 1875-1878, 2007	

図3

NSAID起因性小腸大腸病変の診断基準	
① 腸病変(潰瘍、腸炎)の確認	
② NSAIDの投与歴の確認	
③ 他疾患 (IBD, アミロイドーシス, 感染性腸炎, 虚血性腸炎など) の除外	
抗菌薬併用症例の除外	
病歴と内視鏡所見による除外	
病理組織学的除外診断	
培養による細菌学的除外診断	
④ NSAIDの投与中止のみによる病変治癒の確認 (内視鏡もしくはX線による)	
松本主之, 飯田三雄, 藏原晃一, 他. 胃と腸35:1159-1167, 2000 Kurahara K, Matsumoto I, Iida M, et al. Am J Gastroenterol 96, 2001.	

図4

NSAID 起因性大腸病変の臨床像（報告例のまとめ）			
	潰瘍型		腸炎型
	非狭窄性潰瘍	膜様狭窄合併潰瘍	
NSAIDの種類	本剤ではロキソプロフェン、ジクロフェナク、低用量アスピリンなどが多い。		メフェナム酸が多い。
NSAIDの使用期間	数日～数ヶ月 (平均3～4ヶ月)	1年以上 (平均3～4年)	2週間以内
臨床症状、合併症	下血、無症状稀に穿孔	閉塞症状、貧血稀に口側腸管破裂	下痢、下血
リンパ球刺激テスト	陰性		時に陽性
治療	NSAIDの使用中止	NSAIDの使用中止 内視鏡的拡張術 外科的手術	NSAIDの使用中止

藏原晃一, 松本主之, 八尾隆史, 他. 胃と腸42, 2007

図5

抗菌薬関連大腸炎 antibiotics-associated colitis		
	偽膜性大腸炎	非偽膜性大腸炎
	出血性大腸炎	MRSA大腸炎
抗菌薬	セファム系、クレンジマイン (長期投与例、多剤併用例)	第3世代セフェム系
好発年齢	高齢者	若年~青年
性差	なし	女性に多い
患者背景	長期臥床患者	上気道炎などの軽症患者 NSAID併用例が多い
細菌	Clostridium difficile	Klebsiella oxytoca など
発症様式	稀発	急性
症状	粘血~水様下痢	粘血下痢
好発部位	直腸~S状結腸	右半結腸 (時に横行結腸)
治療	起因抗菌薬の投与中止 メトロニダゾール、バンコマイシン	起因抗菌薬の投与中止 起因抗菌薬の投与中止
経過・予後	比較的良好	良好
藏原晃一, 松本主之, 飯田三雄. 臨床消化器内科24: 1699-1706, 2009		

図7

薬剤に関連する大腸粘膜傷害	
薬剤	病態
大腸潰瘍	1) 非ステロイド性抗炎症薬 (NSAID)
	2) 抗酸剤
	3) カリウム製剤
	4) 金製剤
大腸炎	1) 抗菌薬
	2) NSAID
	3) 抗酸剤、免疫抑制剤
	4) 高浸透性物質
虚血性病変	1) 漢方薬
	2) シンタリス、利尿剤など
	3) エルゴタミン、アンフェタミンなど
	4) エストロゲン製剤、経口避妊剤
その他	ボクリボース (α-グルコシダーゼ阻害剤)
	腸管運動麻痺
藏原晃一, 松本主之, 飯田三雄. 臨床消化器内科24: 1699-1706, 2009	

図6

期投与や多剤併用によって発症し Clostridium difficile 感染症の一種型としても知られているが、近年プロトンポンプ阻害剤との関連が報告されている。一方、非偽膜性大腸炎のうち出血性大腸炎は合成ペニシリンの経口投与で好発し Klebsiella oxytoca 感染の関与が示唆されてい

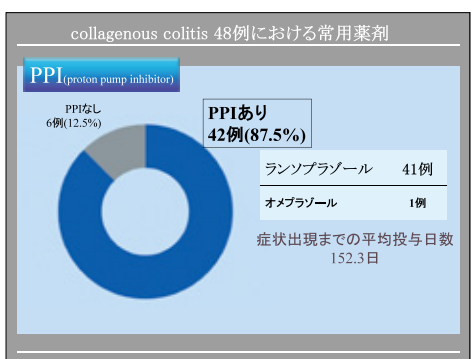


図8

るのに対し、MRS A大腸炎は免疫能低下例に対する広域セフェム系抗菌薬の投与後に急性発症する重篤な腸炎である。このように抗菌薬による大腸炎は抗菌薬の種類と患者背景によって臨床像が大きく異なることが特徴である。

collagenous colitis は長期間持続する水様性下痢を主徴とし、病理組織学的には大腸上皮直下に肥厚した膠原繊維帯を認める疾患である。collagenous colitis はその発症に各種薬剤が関与する可能性が指摘され、プロトンポンプ阻害剤、NSAIDs やチクロピジンなどとともにその関連性が報告されている。欧米では、collagenous colitis 患者でNSAIDs の内服率が高いが、本邦では、NSAIDs 以上にプロトンポンプ阻害剤、特にランソプラゾールの内服歴が極めて高いことが報告されている。当センターのデータでは48例中42

例(87・5%)でプロトンポンプ阻害剤の内服歴があり、42例中41例がランソプラゾール内服例であった(図8)。同薬剤の常用者に下痢を認めた場合、本症も念頭に置くべきであろう。

3. 終わりに

当センターでは7年前より地域医療連携として吐血下血ホットラインを開設し消化管出血症例に救急時間外対応していますが、全消化管出血症例の中で低用量アスピリンを含むNSAIDに関連する症例の割合が年々増加傾向となり全出血例の約30～50%を占めるに至っています。今後さらに蓄積したデータを解析し治療成績の向上に努める所存です。今後とも消化管出血症例の御紹介を宜しくお願い致します。

などの重篤な後遺症を残し、死亡に至ることもあります。

薬疹の診断、治療

薬疹を疑う患者を診察した時には、薬剤をいつから内服し、いつから発疹が出現したのかを、詳細に問診します。薬疹発症までの投薬期間は、感作成立に必要な5日～2週間前後のことが多いので、この期間に新たに開始した薬剤を被疑薬として検討します。しかし、過去に感作されていた場合は、内服後、数時間から2日以内に皮疹が出現しますので注意が必要です。また、DIHSでは内服開始後1か月以上してから発症することもあります。原因薬剤の検索には、皮膚テスト(ブリックテスト、皮内テスト、パッチテスト)、内服誘発テスト、薬剤リンパ球刺激試験(DLST)を行います。治療は、まず被疑薬を中止し、

臨床型、重症度を評価したうえで行います。軽症であれば、抗ヒスタミン薬内服、ステロイド外用のみで回復します。中等症になるとステロイド内服を行います。重症型薬疹になると、ステロイドパルス療法、ガンマグロブリン投与、血漿交換が必要になる場合もあります。

重症型薬疹

Stevens-Johnson 症候群(SJS)は、発熱を伴う口唇、眼結膜、外陰部などの皮膚粘膜の重症の粘膜炎および皮膚の紅斑で水疱、表皮剥離を認めます。びらん、水疱は体表面積の10%未満であるとされています。一方、中毒性表皮壊死症(TEN)は死亡率20%の最重症型の薬疹です。広範囲の紅斑と、全身の10%以上の表皮の壊死性障害による水疱、表皮剥離、びらんを認め、高熱と粘膜疹を伴います。原因薬剤はSJS、TENとも、NSAIDs、抗いれん剤、アロプリノールなどが多く報告されています。治療は被疑薬の中止とステロイド大量投与ですが、TENではガンマグロブリン大量投与や血漿交換療法を使用することもあります。薬剤性過敏症症候群(DIHS)は、高熱と臓器障害を伴う薬疹で、薬剤中止後も遷延化します。発症後2～3週間後にHHV-6の再活性化を生じ、この時期に皮疹、肝機能障害、発熱の再燃を来します。原因薬剤は限られており、抗いれん剤(特にカルマゼピン)、サルファ剤、アロプリノール、ミノサイクリン、メキシレチンであることが多く、発症までの内服期間は2～6週とされています。

毛、消化器症状はほとんどありませんが、高率に皮膚障害を起こします。上皮成長因子受容体(EGFR)阻害薬(イレッサ®、タルセバ®、アービタックス®、ベクティビックス®)は、瘡瘍様発疹、脂漏性皮膚炎、乾皮症、爪囲炎といった特徴的な皮疹を誘発します。また、マルチキナーゼ阻害薬(ネクサバル®)投与により、手掌、足底の荷重部に角化傾向を伴う紅斑が生じ、進行すると水疱、膿疱を形成することが知られており、手足症候群と呼ばれています。これらの皮膚障害は、アレルギー性のものではなく、分子標的薬の薬理作用により惹起されると考えられています。そのため、できるだけ薬剤を中止せず、対症療法(ステロイド外用等)によって皮膚症状をうまくコントロールしながら、抗腫瘍効果を最大限に引き出すよう留意する必要があります。

2 テラプレビルによる皮膚障害

テラプレビル(テラビックス®)は、C型肝炎の治療薬として2011年にあらたに承認された経口抗ウイルス薬です。ペグインターフェロンα2bとリバビリンとの3剤併用療法により、高いウイルス陰性化(SVR)率を示します。しかし、高頻度(89・7%)に皮膚障害を認めることが知られており、従来の2剤併用療法と比べて、重症度が比較的高い、発現時期が早い(4週間以内)、罹患面積が広い、Stevens-Johnson 症候群やDIHSといった重症型薬疹を生じることが特徴とされています。軽症であれば、テラプレビルを継続しながら、抗ヒスタミン剤、ステロイド外用にて対症的に経過を見ますが、皮疹が体表面積の50%を超える重症例は、テラプレビルを中止し、ステロイド全身投与が必要となります。

3 アンギオテンシンⅡ受容体拮抗薬(ARB)/ヒドロクロロチアジド配合剤による光線過敏型薬疹

チアジド系降圧利尿薬による光線過敏型薬疹は古くより知られていましたが、使用頻度の低下とともに経験することが少なくなりました。しかし、近年ARBに少量のヒドロクロロチアジドを配合することで、優れた臨床効果を発揮することが示され、本邦でも4種類(レミニント®、エカード®、コディオ®、ミコンビ®)のARB/ヒドロクロロチアジド配合剤が発売されています。その結果、再びヒドロクロロチアジドによる光線過敏型薬疹が増加しており、処方する内科医への啓発が必要と思われま

4 重症薬疹とHLA型の関係

重症薬疹を発症する体質を遺伝子レベルで明らかにすることができれば、未然に発症を防ぐことが可能となります。近年、数種の薬物により引き起こされる重症薬疹の発症に、HLAクラスIの特定のタイプが関与していることが示唆され、注目を集めています。2004年、台湾の漢民族においてカルバマゼピン誘発性SJS/TENとHLA-B*57:02との強い相関がはじめて報告され、この相関は、香港在住漢民族、タイ人、インド人、ヨーロッパ在住の南アジア出身者などでも確認されました。しかし、白人のカルバマゼピン誘発性SJS/TEN症例からは1例もTENとHLA-B*57:02の保有者は検出されておらず、人種による差があると考えられています。その他、アロプリノール誘発性重症薬疹とHLA-B*58:01との相関、抗HIV薬であるアバカビル誘発性DIHSとTENとHLA-B*57:01との相関が報告されています。

第5回
8月23日

臓器に対する副作用と対策4 皮膚障害

皮膚科 部長 南 満 芳



はじめに

薬剤による皮膚障害には、薬疹、点滴漏れによる皮膚障害、外用剤による接触皮膚炎、局注部の反応などが含まれますが、今回の講演では主に薬疹の臨床像、診断、治療と薬疹に関する最近のトピックスについてお話しします。

薬疹の臨床的分類

薬疹は発症機序により、アレルギー性・光アレルギー性・光毒性・蓄積障害型・過剰投与・本来の薬理作用に基づくものに分けられます。しかし、実際の診療現場では臨床的(皮疹の形態を基にした)分類がよく用いられます。この臨床的分類では軽症型・播種状紅斑丘疹型・多型紅斑型・湿疹型・尋麻疹型・扁平苔癬型・光線過敏型・固定薬疹などと重症型(Stevens-Johnson 症候群・中毒性表皮壊死症(TEN)型・薬剤性過敏症症候群(DIHS)など)に分けられます。特に後者では早期に専門医による適切な治療を行わないと失明

薬疹に関する最近のトピックス

1 分子標的薬による皮膚障害

分子標的薬は、従来の抗癌剤でみられる、骨髄抑制、脱

QT延長・抗凝固療法を中心に

循環器内科部長 久保 俊彦



はじめに

日常診療に用いている薬剤が思わぬところで心臓に悪影響を及ぼすことがある。今回、臓器に対する副作用と対策というテーマで講演させていただいた。まず、致死的な不整脈を惹起しうる二次性QT延長症候群について症例を提示しながら概説した。次に心房細動に対する抗凝固療法についてお話しした。抗凝固剤として長年用いられてきたビタミンK拮抗薬であるワルファリンの導入方法と注意点を概説した。新しい抗凝固薬であるXa阻害剤(ダビガトラン・プラザキサ®)が昨年の3月から本邦でも使用可能となった。当科の堀本祐伸医師が本年の日本心臓病学会で発表した、当院におけるダビガトランによる出血性合併症の検討を最後に紹介した。

1. QT延長症候群 (LOTS)

QT延長症候群(LQTS)とは、心電図にQT延長を認め、torsade de pointes(TdP)と呼ばれる特殊な心室頻拍あるいは心室細動などの重症心室性不整脈を生じて、めまい、失神などの脳虚血症状や突然死をきたしうる症候群である。QT間隔は脈拍の影響を受けるため、一般にBazett式(QT間隔/RR間隔^{1/2})を用いて補正QT間隔(QTc)とする。QTcには性差があり、男性では470msec以上、女性では

脈などの増悪因子に注意する必要がある。

2. 心房細動と抗凝固療法

心房細動は日常よく経験する不整脈であるが、脳梗塞の原因となることが判明して以来、抗凝固療法の重要性が指摘されてきた。抗凝固薬として、長年ビタミンK拮抗薬であるワルファリンが用いられてきた。非弁膜症性心房細動のワルファリンによる血栓塞栓症の効果を検討した欧米の研究によると、ワルファリンを投与していない場合の血栓塞栓症の発症率は年平均45%であったのに対して、ワルファリンを投与した場合には年平均14%と約70%が予防できた。ワルファリンは、PT-INR 2.0-3.0(高齢者では1.6-2.6)を目標に投与量を調整し、心房粗動や発作性心房細動例でも同様に抗凝固療法を行う。ワルファリン療法の注意点であるが、自覚症状を伴う心房細動の発作がないためワルファリンを中止した例に、脳梗塞発症が多かったことが報告されている。自覚症状のある発作性心房細動でも、しばしば自覚症状を伴わない心房細動が起こっていることが知られているため、心房細動発作が薬物治療によってあるいは

症例1…78歳女性、TdPによる失神発作を繰り返した(図1)。三環系抗うつ薬(アナフラニール®)による二次性LQTS(QTc=596msec、図2)と診断し、一時ベシシングの上、原因薬剤を中止することでQTcは正常化し、TdPも消失した。

症例2…62歳女性、発作性心房細動に対して抗不整脈薬(ベプリジル)を服用中、菌性上顎洞炎に対して近医から抗生剤(クラリスロマイシン)を処方された。その後動悸と眼前暗黒感が出現した。心電図でLQTS(QTc=607msec)と心室性期外収縮連発を認めた(図3)。抗不整脈薬と抗生剤による二次性LQTSと診断した。ベプリジルとクラリスロマイシンを中止後、QTcは正常化し症状も消失した。

症例3…86歳女性、食欲不振と全身倦怠感を訴え、心電図でST異常を認めたため、狭心症疑いで紹介となった。低カリウム血症(1.9mEq/L)による二次性LQTSであり、カリウム補正を行いST異常は消失した。

薬剤性LQTSの治療であるが、発作急性期にTdPを認める場合は、①QT延長となった薬剤の中止、②硫酸マグネシウム静注、③ベシシング、④イソプロテレノール、⑤カリウム点滴静注、⑥リドカイン静注を行う。QT延長の誘因となる低カリウム血症や徐

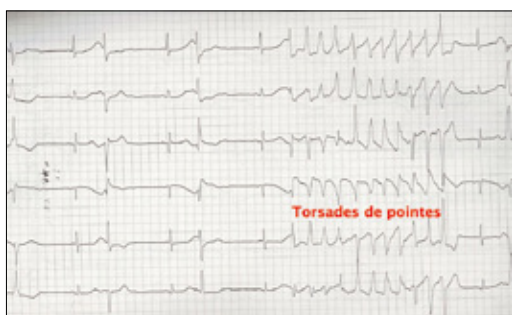


図1

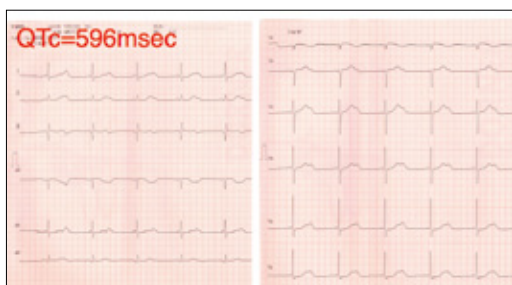


図2



図3

自然経過で消失したとしても、安易に抗凝固療法を中止するべきではない。また、ワルファリンの効果はビタミンKによって弱められる。納豆、クロレラはワルファリンの効果を弱めることが知られており、緑色野菜(ほうれん草、ブロッコリーなど)にはビタミンKが多く含まれるため、一度にたくさん食べすぎないように注意を要する。ワルファリンには、抗てんかん剤、解熱鎮痛消炎剤、抗生物質など種々の薬との相互作用があり、高齢者には大出血性副作用が生じえるため注意を要する。

近年新しい抗凝固薬としてXa阻害剤(ダビガトラン)が上梓された。RE-LY試験によれば、ダビガトラン300mg/日はワルファリンよりも塞栓予防効果が強く、出血性合併症の頻度が同等であった。ダビガトラン220mg/日はワルファリンと同等の塞栓予防効果があり、ワルファリンよりも出血性合併症が少なかった。このため、日本循環器学会は非弁膜症性心房細動に対する抗血栓療法としてダビガトランをワルファリンとともに推奨する緊急ステートメントを出した(図4)。

対象は、松山赤十字病院で2011年5月から2012年2月にダビガトランを新規に導入した113例(男性69例、女性44例、平均年齢72.1歳)。ダビガトラン投与量は、150mg×2回/日が39例(35%)、110mg×2回/日が74例(65%)であった。CHA2DS2スコアは、0点が6例(5%)、1点が37例(33%)、2点以上が70例(62%)であり、脳梗塞の既往のある患者は26例(23%)であった。患者の経過を追跡調査したところ、平均41カ月の観察期間において、脳卒中/全身性塞栓症の発症は1例も認められなかった。投与中止となったのは24例(21%)で、出血性イベントによるものが7例、ディスプレイアによるものが4例認められた。出血性イベント7例のうち5例が75歳以上の女性で、そのうち4例は体重50kg未満の低体重症例であった。出血の内訳は下部消化管出血が4例、歯肉出血が3例であり、頭蓋内出血および上部消化管出血、輸血を要する大出血は1例も認められなかった。下部消化管出血症例のうち2例は結腸癌が発見され、いずれも2年以上上コン

トロールされていたワルファリンからの切替症例であった。歯肉出血症例のうち2例は歯周病を有していた。出血の有無で患者背景を比較したところ、出血した患者は出血しなかった患者と比較して有意に体重(49.7kg vs 60.6kg)、eGFR(49.6ml/分/1.73m² vs 66.4ml/分/1.73m²)、CCr(45.0ml/分 vs 68.0ml/分)が低値を示す傾向が認められた(いずれもP<0.05)。また、腎機能をeGFR値とCCr値で比較したところ、eGFR値はCCr値よりも高値を示す傾向が認められた。出血リスクが高い患者(低体重、腎機能低下、女性)では、eGFR値とCCr値は乖離することが多い。ダビガトラン投与前は、特に低体重症例では過大評価することの多いeGFRではなく体重の要素を加えたCCrによる腎機能評価を行うことが望ましい。また、今回の検討では重篤な頭蓋内出血や輸血を要する大出血は認められなかったが、消化管に器質的病変を有する患者では、下部消化管出血の発現に注意しながらダビガトランを投与する必要がありと考えられた。

心房細動における抗血栓療法

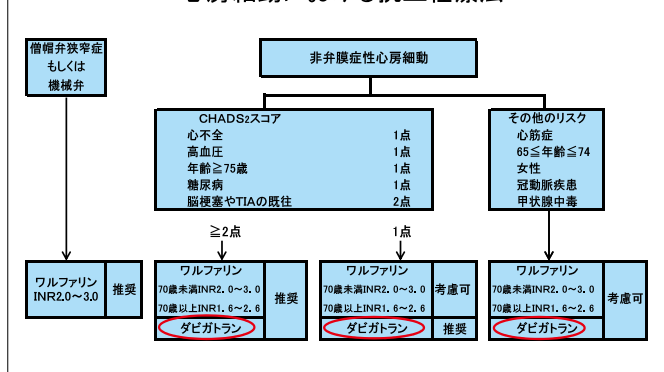


図4

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/>

H25.1.1 現在

診療科目		月	火	水	木	金
内科	総合内科	上田陽子 馬越洋宜	村上哲晋 坂本愛子	藤 崎 田 上 芝	上 田 真希 芝 真希	岡 田 田 池 下 芝
	糖尿病	岡田貴典 松下由美	近藤しおり 馬 越	岡 田 藤 近 藤 越	近 藤 越	松 下 芝
	高血圧		福岡富和	福 岡		福 岡
	血液	藤崎智明 奥 誠道	上 田 藤 (予約のみ)	波呂 卓 池田祐一	藤 崎 奥	上 田 呂
	糖尿病教室	毎週水・金曜日 10:00～12:00 (岡田・近藤)				
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 川村智恵	三宅康之 武 智 田中孝明	矢野 誠 横 田 忽那 茂	横 田 甲 上
	午 後	佐々木 武 智	上 川 村	(予約:緊急のみ) 田 中	(予約:緊急のみ) 忽 那	横 田 甲 上
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
		予 約	永田 豊	藏 原	岡本康治	川 崎
	午後	炎症性腸疾患	河内修司		河 内	河 内
		新患兼予約	阿部洋文	徳本真矢	永 田	岡本康治
	検査部門	午後	河 内	川 崎	河 内	尾 石
循環器センター	循環器内科	新 患	小河清寛	久保俊彦	松坂英徳	堀 本
		予 約	堀本弘伸	荻原俊昭	荻 原	小 河
	心外	午後	鎌田和宏	水城 隆	久 保	松 坂
		午後	梅末正芳		梅 末	
	呼吸器内科	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 濱田千鶴	梶 原
呼吸器センター	呼吸器外科	午後		伊藤謙作		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様のみ診察いたします (月～金)。					
	腎センター					
	脳卒中・脳神経センター					
小児科	午前	神 経	池添浩二 志田憲彦	池 添 田	池 添 田	池 添 田
		循環器	堀川定儀			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
		午後	血 液	乳児健診	アレルギー	内分泌
	産婦人科					
外科	午前	蜂須賀信孝 南 千尋 妹尾大作	河本裕子 竹内麗子 本田直利	河 本 内 尾	安武伸子 南 横山幹文	横 山 蜂須賀 本 田
		午後	妹 尾	本 安 妹	田 武 尾	
	午後	手術	手術	手術	手術	手術
		緩和ケア	緩和ケア	緩和ケア	緩和ケア	緩和ケア
	※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)					
乳腺外科		午前	川口英俊 (再診)	川 口	川 口	川 口
血管外科		午後	山岡輝年 (再診)		山岡(新患)	
		午後	大峰高広 (新患)		大峰(再診)	
		午後	岩佐憲臣		岩 佐	

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 岡本賢和	山本 進(手) 野田慎之(脊) 増田哲夫	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	藤 井 田 丁 矢野 明 尾澤 彰	藤 井 澤	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	午後	有友 宏 高木大樹 小川日出夫	篠森裕介 高 木 小 川	担当医	篠 森 川 有 友	担当医
	手術	手術	手術	手術	手術	手術
※水・金曜日は、新患のみ診察いたします。						
眼 科	午後	児玉俊夫 堀内良紀 竹澤由起	山本康明 堀 内	山西茂喜 堀 内 飯森宏仁	児 玉 担当医 依光明生	山 西 本 竹 澤
	午後	堀 内 竹 澤	手 術	山 西 堀 内 飯 森	手 術	山 西 本 竹 澤
皮膚科		南 満芳	南	福井眺万	南	南
形成外科		庄野佳孝 北村弥生	庄 野 北 村	手 術 手 術	庄 野 北 村	庄 野 北 村
※水曜日は手術日につき外来診療はありません。						
麻 酔 科		安部俊吾 森田美由紀		森 田 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
歯 科 口腔外科	放 射 線 治 療	浦島雄介	浦 島	浦 島	浦 島	浦 島
	口 腔 外 科	寺門永顕	寺 門	寺 門	寺 門	寺 門
歯 科 口腔外科	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致します。					

紹介状のある患者にかかる診療受付時間 (土曜・日曜・祝祭日・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	脳 神 経 外 科	循 環 器 内 科	外 科	小 児 科	放 射 線 科	心 療 内 科
肝 胆 膵 センター	小 児 科	歯 科	口 腔 外 科	腎 臓 内 科	心 療 内 科	心 療 内 科
消 化 器 内 科	放 射 線 科	腎 臓 内 科	心 療 内 科	心 療 内 科	心 療 内 科	心 療 内 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	金
整 形 外 科	火	木	リウマチ科	火	木	金
耳 鼻 咽 喉 科	月	火	呼 吸 器 外 科	火	木	金
眼 科	月	水	小 児 外 科	月	水	金
皮 膚 科	月	火	心 臓 血 管 外 科	月	水	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。

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(月～金)	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 ～紹介患者予約受付について～

当院では、患者のご紹介を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。

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、その場合は初診にかかる「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。

お 知 ら せ

松山赤十字病院登録医制度について

平成25年1月1日現在、当院の登録施設は359、登録医は512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)

※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。