

地域医療連携室報

「地域医療支援病院」 承認後の取り組み

地域医療連携室室長 (院長) 洲上 忠彦



前号でお知らせしましたが、当院は平成17年5月に加戸知事より「地域医療支援病院」の名称使用の承認を受けました。紹介率61.2%とぎりぎりの要件達成であったのですが、先生方のさらなるご支援により、本年4月から9月までは紹介率67%、逆紹介率62%でゆとりを持って推移しています。地域医療支援病院は平成10年4月に施行された医療法第4条による制度であり、種々の法的規制を受けています。これらをおまえて、承認後の新たな取り組みをご報告いたします。

1. 地域医療推進委員会 (法16条の2・7号)

施行規則に、地域医療支援病院としての業務遂行状況等について審議するため、院外の学識経験者等をもって主として構成される委員会を設置することあります。承認に先立ち昨年10月に準備委員会を開いていましたが、平成17年6月8日に第1回地域医療推進委員会を開催しました。承認に伴い県の担当者から松山二次医療圏の全ての医師会長等の参加を示唆されましたので、委員会規定を一部改訂し、院外委員として新たに北

条市温泉郡医師会高橋会長、伊予医師会永井会長、上浮穴郡医師会豊田会長の参加が了承され、その後いづれの先生方からも委員就任の快諾いただきました。8月3日に新委員を含めた委員(下表)で第2回委員会を開催しました。今回は、次項で述べる登録医の承認方法が討論されましたが、登録医制度運営規定どおりに承認は当院が行い登録取り消しをこの会に諮るとのことです。承認されました。登録医については、新規開業医を含めて広く門戸を開放すべきとの意見がありました。当院からは1回でも紹介があればその都度紹介医療機関リストに追加して情報を伝達しているとの説明がなされ、漏れがないかどうかは各医師会の名簿でチェックすることにしました。登録医と非登録医を差別すべきではないとの意見が出ましたが、当院方針として患者さん中心の連携ですので、紹介に関しては全て受け入れますが、逆紹介に関しては紹介元に返すのを原則とし、紹介元がない場合には患者さんの希望を優先し、希望がない場合には登録医を優先せざるをえないと説明いたしました。また、非登録医にも差別なく情報を伝達すべきとの意見があり、当院では連携室報は従来どおり発送しますし、当院ホームページで情報は公開しているとの説明を行いました。

2. 病院施設・設備などの共同利用 (法4条1項1号)

当該病院に勤務しない医師等に

施設・設備等を共同利用する体制が整備されていること、共同利用に関わる規定が明示されていること、共同利用医師等の登録制度を設けること、共同利用のための専用の病床を常に確保すること、と規制されています。そこで、登録医制度運営規定(案)を作成し、6月18日に全日空ホテルであらかじめ行ったアンケート調査で当院の登録医を希望された先生方にお集まりいただき、登録医制度説明会を開催しました。そこでの討論をもとに作成した運営規定を松山二次医療圏で過去数年間に当院に一度でも紹介のあった医療機関にお送りし、内容を知ったうえで正式な登録医の申し込みをしてもらうこととしました。9月末日で328施設456名の先生方に登録医になっていただきました。登録医にしましては締め切りは設けておらず随時受け付けています。

3. 地域医療従事者に対する研修の実施 (法4条1項3号)

当院では、顔の見える連携を目指した地域医療連携懇話会(年2回開催)、多職種合同研修会(年1回開催)、医師の生涯教育を目的としたイブニングセミナー、ナレッジセミナー(月2回開催)、専門的な各診療科ごとの勉強会を開催してきました。今後も内容をさらに充実させ継続いたします。貴重な意見交換の場にもなりますので引き続き多数のご参加をお願い致します。

4. 地域医療の機能分担と連携へのさらなる取り組み

医療法第4条では、医療は、患者の身近な地域で提供されることを望ましいとの観点から、かかりつけ医を地域の第一線の医療機関として位置付けるとともに、他の医療機関との適切な役割分担と連携を図っていく必要がある。このため、かかりつけ医を支援し、地域医療の充実を図る病院を「地域

医療支援病院」と位置付けています。

松山市医師会は「かかりつけ医を持ちましょう」キャンペーンを展開され、在宅医療へも積極的な取り組みを開始されています。また、県医師会には有床診療所と病院との連携への動きを開始されました。これらは、限られた医療資源の有効利用で地域完結型医療の推進に向けての医師会側からの取り組みで、当院はその動きに全面的に賛同し支援します。

当院では、近々、疾患ごとの地域連携クリニカルパスの勉強会を開催したいと考えています。すでに循環器センターでは取り組みを開始してはいますが、徐々に疾患を拡げていきたいと思います。連携

バスを取り入れることにより患者さんに継続した良質な医療が提供できることとなります。また、かかりつけ医と当院の間で共同診療カードを作成し、逆紹介時の患者さんの不安(万が一の時に当院は診てくれないのではないか)を払拭し、逆紹介を推進したいと考えています。

以上の如く、地域医療支援病院としての責務を果たすべく、また、患者さん、かかりつけ医に満足していただける良質な医療を提供すべく努力を続けています。当院の最終目標は、地域住民に「松山(愛媛)は医療の面でも住みやすいまちだ」と思ってもらえることです。益々のご支援よろしくお願致します。

松山赤十字病院 地域医療推進委員会委員名簿		
院外委員	医師会等の代表	
	松山市医師会 会長	稲田 裕
	北条市温泉郡医師会 会長	高橋 敬輔
	伊予医師会 会長	永井 克彦
	上浮穴郡医師会 会長	豊田 茂樹
	松山市医師会	
	病診連携委員長	村上 博
	松山市保健所 所長	上田 昭
院外委員	学識経験者	
	弁護士	宮部 高至
	備いよぎん地域経済研究センター 取締役調査部長	氏兼 惟和
院外委員	市町村代表	
	松山市広報委員会総務会 会長	松原 重勝
	松山赤十字奉仕団 委員長	大内キヨミ
院内委員		
	松山赤十字病院 院長	洲上 忠彦
	松山赤十字病院 副院長	横田 英介
	松山赤十字病院 事務部長	元岡 孝道
	松山赤十字病院 看護部長	二宮由美子
	松山赤十字病院 事務副部長	松原 隆司
幹事		
	松山赤十字病院 総務課長	村田 芳和
	松山赤十字病院 地域医療支援課長	井上 啓信

第2回地域医療連携フォーラム開催

第2回地域医療連携フォーラムを開催して

地域医療連携室運営委員 (内科部長) 藤崎 智明



「21世紀の地域医療連携」をテーマに掲げ、第2回地域医療連携フォーラムが去る7月16日に松山市民会館大ホールにおいて開催されました。当院にとって念願の地域医療支援病院の承認を頂いた直後の一大イベントで、第1回に比べ準備不足の感が否めません

プログラム

- I. 挨拶**.....【14時00分から】
 - 開会挨拶 松山赤十字病院長 瀧上 忠彦
 - 来賓挨拶 松山市医師会長 稲田 裕氏
- II. 地域医療連携の現状について**
 - 座長：松山赤十字病院内科部長（地域医療連携室運営委員） 藤崎 智明
 - 松山赤十字病院看護部長（地域医療連携室副室長） 渡辺八重子
 - ◆医療連携の現状.....【14時10分から】
 - 〈We are tied to each other. ~家族の絆、地域の絆~〉
 - 自宅で、そして地域で自立を目指す脊損患者を支える広域チーム医療—
 - 1. 地域医療支援病院の役割
 - 松山赤十字病院呼吸器外科医師 隠士 薫
 - 2. かかりつけ医の立場から
 - 大城外科胃腸科 大城 良雄氏
 - 3. 在宅医療の立場から
 - 東松山在宅ケアセンター長 大野千恵子氏
 - 4. 家族の思い
 - ◇質疑・応答.....【14時50分から】
- III. 基調講演**.....【15時00分から】
 - 座長：松山市医師会在宅医療部主任理事
 - 上甲整形外科院長 上甲 裕継氏
 - ◆「がんばらない」けど「あきらめない」—地域で命を支える—
 - 諏訪中央病院名誉院長 鎌田 實氏
- IV. 閉会挨拶**
 - 松山赤十字病院副院長（地域医療連携室副室長） 横田 英介

でしたが、皆様方のご尽力のおかげで、関係者の不安をよそに、昨年を大幅に上回る1200名もの方々にご参加頂き、大会場に見事な紙面をお借りして、心からお礼申し上げます。

13時から一般住民を対象に健康相談を行い、14時からフォーラムを開催しました。

瀧上院長の開会の挨拶の後、当院の大きな支えとなってくださっている稲田裕松山市医師会長に昨年引き続き来賓挨拶を頂戴しました。

その後、「地域医療連携の現状について」では松山医療圏における唯一の地域医療支援病院である当院を核とした皆様により、広域チーム医療体制構築に関して渡辺八重子看護部長と私の司会で討論を行いました。昨年は医療連携（フォーマルサービス）中心の討論でしたが、本年は更に一歩踏み込んで、We are tied to each other. ~家族の絆、地域の絆~と題し、地域における家族やボラン

ティアなどによる支援（インフォーマルサービス）の可能性について問題提起しました。他県で交通事故にあり、頸椎骨折のため人工呼吸器が必要となった方が、他県から当院を経由してご自宅に戻るまでの間、私どもの広域医療連携がどう機能したのかを、当院主治医 隠士薫先生、かかりつけ医として在宅医療を推進されている大城外科胃腸科 大城良雄先生、在宅ケアに中心的役割を果たした東松山在宅ケアセンター長 大野千恵子氏にそれぞれの立場からご発表頂きました。地域医療連携にかける、意気込みや熱意が伝わる素晴らしい発表でした。患者さんご本人とご家族の思いは座長からの発表となりましたが、最後に以下の言葉を頂きました。「今回の事故は私達家族にとって大変不幸な出来事でしたが、医療関係者の皆様をはじめ多くのすばらしい方々にお会いできたことは幸せなことだったと思います。一生の宝物としてこれから前向きに頑張りたいと思います。まだまだ現状の

本日はお暑い中、当院主催の第2回地域医療連携フォーラムに多数ご参加いただき有り難うございます。このフォーラムは地域医療における当院の目指している方向、担うべき役割を住民の皆様



ご挨拶

松山赤十字病院 院長 瀧上 忠彦

すべてを受け止めることは出来ていませんが、これからも患者本人が自分らしく生きてゆかために、皆様のご協力をお願い致します。」

皆様の努力で、当院を中心とした地域医療連携は有効に機能し、その責務を確実に果たしています。どうか、自信と誇りを持って日々の仕事をお続けください。限られた時間でしたが、会場の皆様との討論もできました。その中でインフォーマルサービスに関するご意見を頂きました。討論を通じて今後力点を置くべき分野が明確となり、フォーラムの開催意義を再認識いたしました。

今回の目玉である基調講演には、市医師会で精力的に在宅医療を推進されている上甲整形外科

「がんばらない」などの著書で有名な諏訪中央病院名誉院長 鎌田實先生をお迎えしました。「がんばらない」けど「あきらめない」—地域で命を支える—というタイトルの講演で、命の大切さと地域の使命を熱く語って頂きました。

今後、地域医療連携がますます重要となりますが、単なる医療連携では既に限界が見え始めています。フォーマルおよびインフォーマル両者が有機的に融合した松山医療圏独自のソーシャルサポートシステム構築の時期にきています。引き続き、皆様との有意義な連携の継続を願って止みません。

当院は、地域医療連携への取り組みの成果が評価され、本年5月に加戸知事より「地域医療支援病院」の名称使用の承認を得ました。それには多くの厳しい条件が課せられていましたが、県医療審議会（会長・久野県医師会長、委員・学識経験者など20人）の議を満場一致で通過いたしました。地域医療支援病院とは平成10年4月に施行された医療法第4条に基づく制度です。地域医療における機能分担を推進する制度で、簡単に言いますと、地域住民はご近所にかかりつけ医を持ち、日常の健康管理をしてもらい、かかりつけ医の手に負えない重症または難しい疾患の診断、治療は、かかりつけ医が勧めるまたは患者さんが希

望される病院に紹介状を書いてもらい診療を受けましょう、という趣旨です。地域医療における役割分担に積極的に取り組み、国が定めた幾つかの厳しい要件を満たした病院が地域医療支援病院ということになります。地域医療連携の推進は、膨大に増え続ける医療費を抑制するための国の施策の一つで、限られた医療資源を有効に活用し無駄を省くとの発想が根幹にあると思います。確かに、医療機関が連携することにより、患者さんの情報が共有化でき、重複した検査、投薬が避けられる効果があると思います。それにもまして、地域の医療機関が担うべき役割を明確にしお互いが連携することにより、地域住民に、何時でも、何処でも、病状、利便性に応じて最適で満足してもらえる医療が提供できるような、と当院は考えました。当院の役割はかかりつ

病診連携について



松山市医師会長 稲田 裕

松山赤十字病院が、このたび地域医療支援病院として認可されました。この地域の基幹病院として核となり、広域のチーム医療を目指しておられると考えます。大きな病院と一般開業医とは、受け持つ役割は当然異なります。このような医療機能の役割分担が、今進められています。医師会に所属する中小病院あるいは診療所

「病診連携」では、医師同士の信頼関係が重要だと言いました

け医の先生方の手に負えない急性期の入院医療となります。病院には、回復期の患者さんを支援する回復期リハビリテーション病院、また、病状は比較的安定しているが長期入院を要する患者さんを支援する療養型病院もあります。また、自宅療養を希望される患者さんには在宅医療があります。今、松山市医師会は「かかりつけ医を持ちましょう」キャンペーンを展開され、在宅医療にも積極的に取り組まれています。当院の願いは、「地域で支え合う医療」です。この地域という意味は医療機関のみならず患者さんの家族、ご近所の皆様方も含まれます。松山（愛媛）在住の皆さんが「ご近所の底力」を発揮され、医療の面でも「住みやすいまちづくり」に励まれることを祈念して、挨拶とさせていただきます。

にとっても、「病診連携」を円滑に、また発展させるためにも機能分担は、必要と考えます。

患者さんを中心とした広域のチーム医療を行うためには、良好な「病診連携」が必要であることは言うまでもありませんが、（基幹病院）に勤務する医師と中小病院あるいは診療所の医師とが相互に理解し、信頼関係を築くことが重要です。親しく交流することによって、「顔の見える」関係となり、患者さんをまかせても大丈夫かどうか、いざという時には病院で主治医として対応してもらえるのかどうか等が分かるようになってくると思います。

が、患者さんと医師の間でもお互いに信頼し合う関係が必要です。信頼関係が築けている医師は、自分合った医師であり、いろいろな相談にも気軽に応じていただけていると思います。これが「かかりつけ医」であり、皆さんの心強い味方になっていただけます。このような「かかりつけ医」は、地域医療の中心であり、「病診連携」でも信頼関係が厚く、いざという時にも適切な医療機関を紹介していただけると思います。

の医師に治療をお願いしたり、病院へ通えず自宅で治療している患者さんも増えています。松山市医師会は、「病診連携」だけでなく、寝たきりなど「在宅医療」にも積極的に取り組んでいます。患者さんを中心にした医療を進めることが、「病診連携」を発展させ、良い医療につながるようになるものと考えます。そのためには、医師を信頼していただき、自分合った「かかりつけ医」を持つようにお願いいたします。

「がんばらない」「けど」「あきらめない」

〜地域で命を支える〜

諏訪中央病院名誉院長 鎌田 實



医者として、小さな地域の健康と命を守る活動を30年やってきて、最近、考えることが多い。命がぎりぎりの所にきた時、がんばらないということは、決して逃げていいとか、だらしなくしていいという事ではなく、その人がその人らしく生きることの大切さを表したかった。もう少しで、時代は変わると思う。多様な生と死が認められるはず。

療や福祉だけでは支えられないことがわかってきた。命を守るためには、生態系の保存や、平和が必要だと思った。思うだけではいけないと思って、14年前から、チェルノブイリの放射能の汚染地域の子どもの命を守る活動を始めた。78回の医師団を派遣し、約6億の医薬品や、医療機器を送ってきた。白血病の子どもたちが助かるようになった。

イラクのドクターからSOSが入った。劣化ウラン弾のためか不明だが、白血病や小児の奇形が多くなっているという。イラクの子どもたちの命を救う薬を送ることを決めた。第1回の支援は、昨年11月4500万円分の薬をバクタットの二つの病院に送った。今、恨みと暴力の連鎖が広がっている。平和な世界を作りたい。日本から送られた病気の子どもたちのための薬が、戦場に届くことで、優しさの連鎖が芽生えることを祈っている。

第10回松山赤十字病院地域医療連携室懇談会開催

プログラム

A. 講演会

【18時00分から19時30分】於：当院教育講堂

テーマ『痛みを訴える患者の診かた、考え方』

座長：松山赤十字病院 副院長 横田 英介

〈目的〉 見逃してはならない疾患と当院への上手な紹介の時期とポイントを整理する。

〈プログラム〉

1. 腹痛：松山赤十字病院 消化器科部長 小林 広幸
2. 胸痛：松山赤十字病院 循環器科部長 芦原 俊昭
3. 頭痛：松山赤十字病院 神経内科部長 山下 順章

B. 意見交換会

【19時30分から21時00分】於：当院職員食堂

- ・開会挨拶 松山赤十字病院 院長 淵上 忠彦
- ・来賓挨拶 愛媛県医師会常任理事 大野 尚文
- ・乾杯 松山赤十字病院 名誉院長 白石 恒雄
- ・閉会挨拶 松山赤十字病院 副院長 松井 完治

消化器(胃腸)領域の腹痛疾患

松山赤十字病院 消化器科部長

小林 広幸



腹痛を生じる疾患

腹痛を生じる疾患は、消化器科疾患が多くを占めるものの、連携施設に関連した他疾患も少なからず含まれています(図1)。また、これらの腹痛疾患は多種多様であるため、今回は消化器科以外の科と関連の深い腹痛疾患のうち、見逃してはならない胃腸疾患を中心に取り上げて、その臨床像および当院紹介の時期とポイントについて述べさせていただきます。

消化管 アニサキス症

魚介類に寄生しているアニサキスが消化管に刺入して生じる腹痛で、消化管では胃が最も多くを占めます。胃では摂取

S状結腸捻転症

数時間後に急性の上腹部痛にて発症するため、問診による新鮮魚類(サバ、アジ、イカなど)の生食歴がポイントとなります。緊急内視鏡検査を行い刺入しているアニサキスを鉗子で除去すると、腹痛は急速に改善します(図2)。まれに小腸や大腸にも刺入しますが、その場合、摂取後数日してから腹痛を生じます。

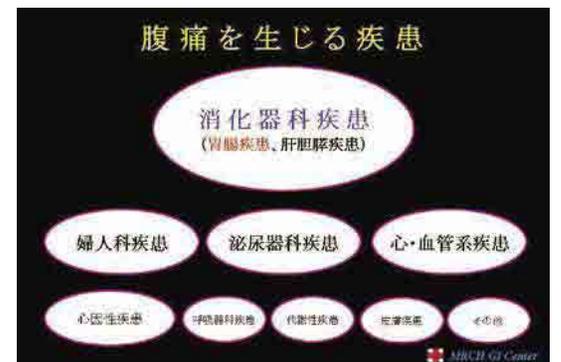


図 1



図 3



図 2



図 4

腸重積症

典型的では嘔吐・吐気を伴う反復性腹痛を生じ、症状間欠期には全身状態良好なことが特徴的

腸管子宮内膜症

月経困難、生理不順、不妊などの症状を伴う性成熟期女性で、月経周期に一致した下腹部痛、下血などを伴う場合には本症を疑ってください。直腸上部前壁、S状結腸に好発するため、下部消化管検査が診断の一助となりますが、悪性腫瘍との鑑別が困難な場合もあ

です。腹部超音波にて特徴的画像(Target sign)が捉えられれば本症が疑われます(図4)。内視鏡検査は診断のみならず治療にも有用ですが(図5)、整復不能な場合は緊急手術が必要となります。

ります(図6)。

静脈硬化性大腸炎

近年、その疾患概念が明らかとなってきた希な疾患で、慢性的な腹痛(特に右側腹部痛)を呈するのが本症の特徴といえます。典型例では腹部の単純X線、CTにて特徴的な上行結腸を中心とした腸管壁に沿った線状石灰化像が認められます(図7)。さらに、大腸内視鏡検査にて同部に暗紫色調の粘膜が認められれば本症と診断可能です(図8)。

Schonlein-Henoch 紫斑病



図 9

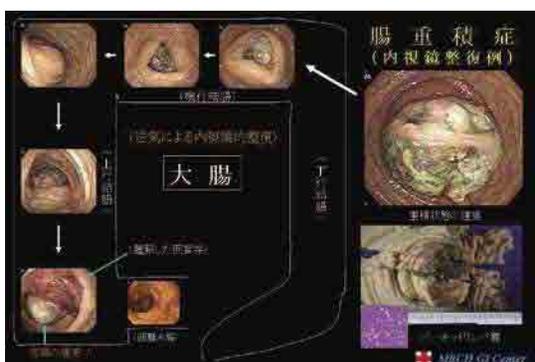


図 5



図 10



図 6



図 11



図 7

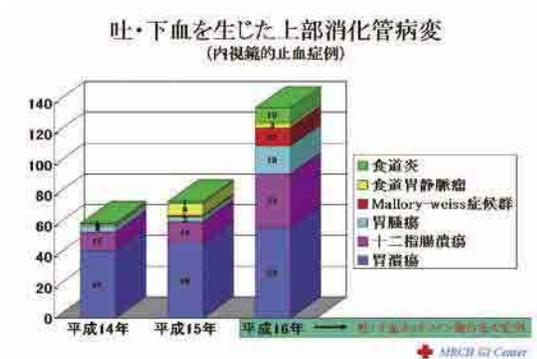


図 12



図 8

胸痛は日常臨床上頻度の高い訴えで、胸痛を主訴とする疾患も数多い。さらにその中に急性心筋梗塞、大動脈解離、肺塞栓症などの生命の危険を伴う重篤な疾患を含むため迅速で正確な診断が要求される。また、胸壁痛や心臓神経症



胸痛患者の鑑別診断

松山赤十字病院 循環器科部長 芦原 俊昭

によることも多く、プレホスピタルケアの善し悪しが救命の鍵を握っているといえる。急性心筋虚血が疑われた10,689人の患者の診断において、実際に虚血性心疾患(IHD)であったのは23%に過ぎなかったという報告や、急性心筋梗塞が疑われて入院した802人の患者のうち、64%は心筋梗塞ではなかったという報告からも、診断が意外と難しい疾患であるといえる。一方、見方を変えると、胸痛を訴える患者は過剰診療や誤診を恐れずに専門施設にすぐ送っている、あるいは経過を見るために入院させているのが現状とも考えられる。

消化管出血に対する内視鏡的止血法	
薬剤散布法	トロンピン エタノール アルギン酸ナトリウム
局注法 (安価で簡便)	純エタノール局注 HSE局注
機械的止血法 (組織障害が少ない)	クリップ 結紮法(EVL)
組織凝固法 (手技的に容易)	トータープローブ バイポーラープローブ(Gold probe) APC

図 13

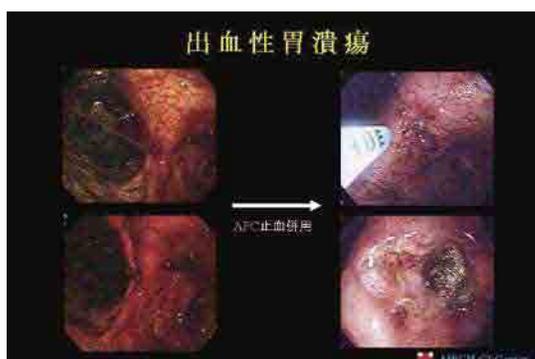


図 14

連携施設の御支援により、主にホットラインを通じて内視鏡的止血治療を行い救命できた患者様は、それ以前の2倍近くにまで急増いたしました。当院消化器科では内視鏡的止血法(図13)のうち、ヒートプローブ法を除く、さまざまな止血手技を駆使して24時間オンコール体制で治療に当たっています。

ます。中でも、昨年、連携施設である佐藤循環器科内科より御寄贈いただきました、アルゴンプラズマを併用した止血術は極めて有用であり(図14)、その他の内視鏡的治療にも幅広く活用させていただいています。この場をお借りして、同院院長の佐藤譲先生に改めて御礼を申し上げます。

胸痛の鑑別診断が難しいのは、胸痛をきたす原因が非常に多いことにもよる。図1のように 1) 狭心痛 2) 胸膜痛 3) 血管痛 4) 胸壁痛 5) 関連痛 などがすべて胸痛として訴えられる。

しかし、まず鑑別しなければならぬのは、生命の危険を伴う疾患であり、先に挙げた急性心筋梗塞、大動脈解離、急性肺塞栓症が最も重要である。これらの疾患の鑑別に専門施設では、心電図、心エコー、生化学検査、CT、RI検査などを施行するが、かかりつけ医が胸痛患者を診る時には、1) 症状、2) 心電図、3) 生化学検査で診断をすることになる。

症状

患者の訴えを聞くだけでなく、積極的に聞き出すことが重要である。狭心痛の症状については、絞るような、つかまれるような、圧迫されるような、息が詰まるような、重苦しいなどと表現される。多く不快感であったり痛みではないと訴えることも多い。また鋭くさすような痛み(チクチク、キリキリ、ズキズキ)が狭心症である可能性はほとんどない。さらに体位変換によって痛みが変化することもない。痛みの部位に関しては、正中胸部骨裏面が典型的であるが、狭心痛は内臓痛であり漠然とした部位であることも多い。また、背中、肩、上腕、首、喉、顎などへの放散痛が唯一の症状であることもある。指でさせるような小領域に限局する痛みであることはまれである。さらに食道からの刺激(胃酸の逆流による食道レセプターの刺激、あるいは食道平滑筋の攣縮による)によっても胸痛を生じるし、胃・十二指腸潰瘍や胆道疾患が胸痛として訴えられることもある。嘔気・嘔吐・腹痛が主症状のことがあり、消化器疾患と間違われやすい(圧痛がないことが多い)。

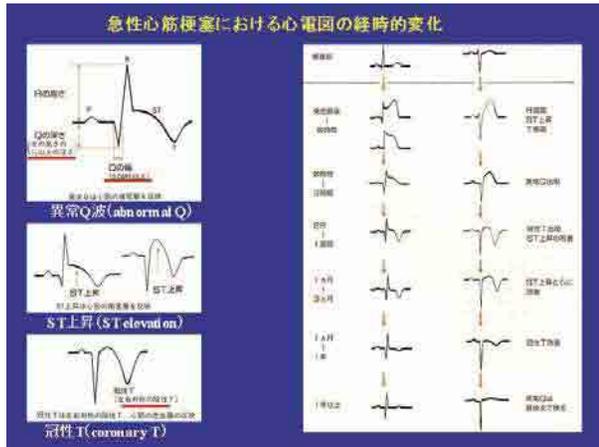


図 5

胸痛

- 胸痛には
 - 1) 心筋の虚血によって生じる**狭心痛**
 - 2) 炎症、腫瘍、損傷などが胸膜に波及し生じる**胸膜痛**
 - 3) 大血管の解離、拡大、破裂によって生じる**血管痛**
 - 4) 胸郭の炎症、腫瘍、損傷などで生じる**壁在痛**
 - 5) **腹部臓器からの関連痛**などがある

図 1

運動負荷心電図の結果に影響する因子

- ジギタリス
- 左室肥大(再分極異常)
- 左脚ブロック
- 右脚ブロック
- 安静時ST低下
- 女性
- 心筋梗塞後

図 6

胸痛の分類

- 典型的狭心痛
 - ①胸骨後部の不快感(狭心症に特徴的な性状と持続時間を伴う)
 - ②労作または精神的ストレスにより誘発される
 - ③安静またはニトログリセリンにより軽快する
- 非典型的狭心痛

上記①~③のうち2つの特徴があてはまる場合
- 非狭心症性胸痛

上記特徴の1つ以下しかあてはまらない場合

図 2

運動負荷試験(心電図)が有用、有効ではなく、時に有害となる可能性がある。あるいは有害であると見解が一致している

- 1) 早期興奮症候群(WPW症候群など)
- 2) 電氣的室室ペースング中の症例
- 3) 安静時ST下降が1mm以上
- 4) 完全左脚ブロック

図 7

胸痛・年齢・性別による冠動脈疾患の可能性 (Pretest Likelihood)

年齢	非狭心症性胸痛		非典型的胸痛		典型的胸痛	
	男	女	男	女	男	女
30~39	4	2	34	12	76	26
40~49	13	3	51	22	81	55
50~59	20	7	65	31	83	73
60~69	27	14	72	51	84	89

Pretest Likelihood: 15~50% → 負荷ECG, 51~89% → 負荷心筋シンチ, >85% → 冠動脈造影

図 3

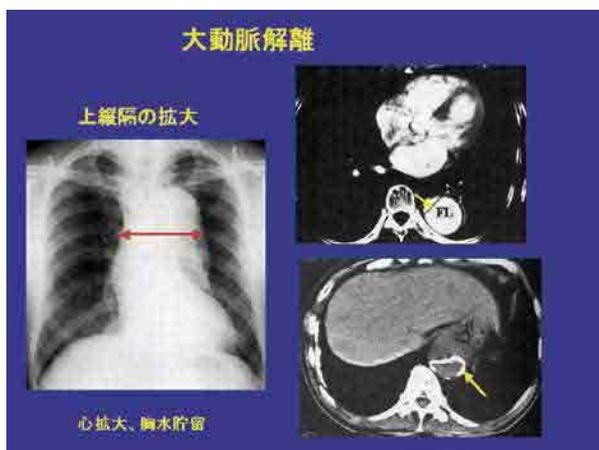


図 8

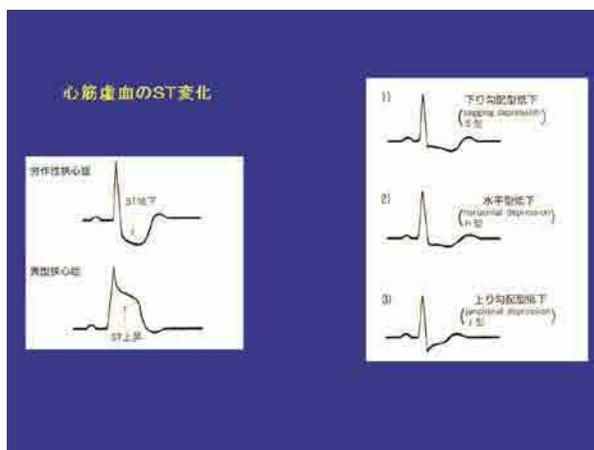


図 4

狭心症発作の持続時間は一般に分単位である(数分以内であることが多い)。労作で誘発される場合は、労作中止後数分で消失するが、速効性硝酸薬を使用すれば1~2分以内に消失する(10分以上かかって改善する場合は硝酸薬の効果とは考えにくい)。30分以上に及ぶ場合は非虚血性心筋梗塞への進展を考える必要がある。一方、瞬間的な痛みや数日間持続する痛みであることはほとんどない。

IHDの診断においては、症状をもとにしてLikelihoodを考えてみることは非常に重要である。狭心痛を典型的狭心痛、非典型的狭心痛、非狭心症性胸痛に分類し(図2)、年齢と性別を考慮してIHDのLikelihoodを%であらわすと図3のようになる。Likelihoodが85%以上なら、負荷検査が陰性であったとしてもIHDである確率は非常に高く冠動脈

造影が必要であるし、15%以下なら負荷心電図や冠動脈造影は通常不要である。

心電図を記録している時に症状がすでに消失していれば正常心電図だからといってIHDは否定できない。狭心症発作時あるいは誘発試験によって認められる心電図変化は図4のような特徴を持つ。ST低下に関しては、下り勾配

型は虚血を強く疑わせる所見であり、水平型も虚血の存在を示唆する変化である。上り勾配型は通常あまり有意な変化とは考えられない。

また急性心筋梗塞では、ST上昇やQ波を認めれば診断は容易であるが(図5)、非ST上昇型(ST低下型など)や非Q波梗塞では、心電図上の診断が困難なこともある。このような時には、心電図の経時的変化を見れば診断できるこ

とも多い(しかし、急性冠症候群疑いの場合、physician delayを少しでも短縮するためには生化学マーカーをチェックすることになる)。

狭心症診断のために運動負荷心電図検査がよく行われるが、この際注意しなければいけないのは図6に示すような因子を持っている場合は、結果の判定が難しく、擬陽性の可能性が高くなることである。また、図7に挙げた因子があ

る場合は、負荷心電図検査の有用性は証明されておらず、時には有害であることもあるので注意が必要である。

生化学マーカー

心筋梗塞を最も確実に診断する方法は、心筋壊死の証拠である心筋逸脱酵素を検出することである。しかし

従来の方法でCPKの値が出るまで待つことは、数分を争う急性期には時間の無駄で、患者の生命を危険に晒すことにもなる。最近ではわずか15分で結果の出るHIFABP定性テスト（ラピチュック）やTnT定性テスト（トロップT）によって心筋壊死を効率よく診断できるようになっており、特に心電図ではわかりにくい非ST上昇型や非Q波心筋梗塞の急性期の診断には有用である。逆に発症後2〜4時間以降の症例でラピチュックが陰性なら90%の確率で急性心筋壊死を否定できるため、除外診断に使用できる。トロップTは特異度が高く、発症後2週間までの心筋梗塞の検出に有用であるが早期（6時間以内）では感度が低く、陰性の場合8〜12時間後の再検が必要である。ラピチュックは高感度で早期検出に有利だが、ある程度時間が経過していると感度が低くなる。さて胸痛の鑑別診断として見逃してはならないものとして、大動脈解離、急性肺塞栓症がある。

大動脈解離 (図8)

突然の激しい胸痛（鋭く、引

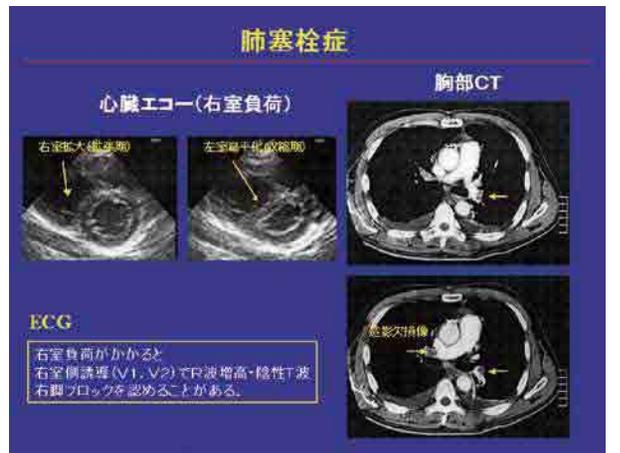


図 9

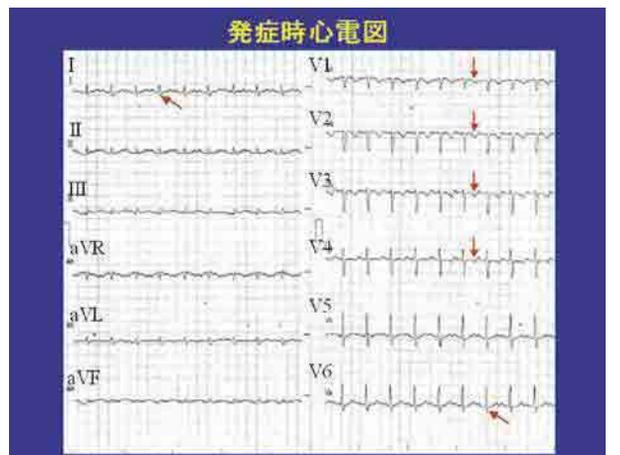


図 10

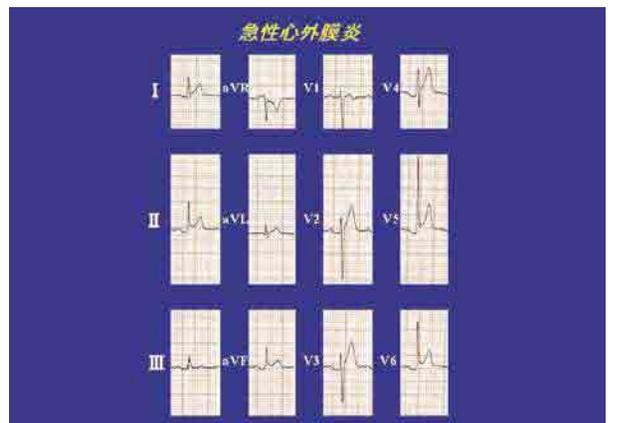


図 11

き裂かれるような痛み）で発症時が最も強い（心筋梗塞のときは徐々に強くなる）。前胸部痛はStanford A型に多く、背部痛はB型に多い（解離の進展に伴い痛みが移動することもある）。上肢・下肢いずれかの脈拍の欠如、血圧の左右差を認めることもある。また脳虚血による脳梗塞や意識障害を認めることもある。大動脈閉鎖不全による拡張期雑音、心タンポナーデの出現にも注意が必要である。解離が冠動脈を巻き込めば、心筋梗塞を認めることもある。大切なことは、強い胸痛を訴えるのに心電図に虚血性変化を認めない時は大動脈解離を疑うことである。また大動脈解離は予後不良であるが、発症直後の死亡は3%、6時間以内の死亡は8%と意外に低い。つまり致命的合併症が起こる前に専門施設に送ることが重要ということである。

急性肺塞栓症 (図9)

入院患者（長期臥床や長期座位後の歩行開始時に発症）に起こりやすく、下肢・骨盤内の深部静脈血栓に由来する頻度が最も多い。整形外科（下肢）・産婦人科の術

後、肥満、女性、深部静脈血栓症、癌、うつ血性心不全、糖尿病患者などでは注意が必要である。

特徴的な臨床所見が乏しいので見過ごされたり、誤診されやすいが、塞栓が生じた瞬間が最も重症であり、約10%は発症1〜2時間以内に死亡する。発症後1時間を経過すれば生存率は90%以上である。発症頻度は、剖検例の集計では16〜32%とまれではない。胸痛、呼吸困難、過換気（頻呼吸）が三徴とされるが、胸痛は約半数、呼吸困難は最も頻度が多い。気付かずに未治療だと約30%の症例は急性右心不全により致命的な経過をたどるため、胸痛、呼吸困難の患者では常に肺塞栓症を念頭に置いておくことが大切であるし、失神を呈する例は広範囲な塞栓症であることが多いので要注意である。右室負荷がかかると、心電図で右室側誘導（V1, V2）のR波増高・陰性T波・右脚ブロックを認めることがある（図10）。胸写では心拡大や右肺動脈下行枝の拡張、肺野の透過性亢進、（肺梗塞を起こすと）肺炎様浸潤影や胸水を認めることもあるが、診断に直接結びつく特徴的な所見はない。

急性心膜炎 (図11)

胸痛は胸骨裏面が多いが、時には上腹部痛のこともある。臥位、咳や深呼吸に際して増悪し坐位で前屈位になると軽減する特徴があり、鑑別に役立つ。心膜摩擦音が特徴的であり、坐位、前屈位で深い深呼吸に際してより明確に聴取される。心電図でSTは上昇するが、急性心筋梗塞とは異なり、aVR（とV1）を除く全誘導において上昇するのが特徴で、ST上昇が戻った後から、T波の逆転が始まるのも、急性心筋梗塞の経過とは異なる。

胸痛患者を専門施設に紹介するタイミング

急性冠症候群、大動脈解離や肺塞栓症が疑われる、あるいは除外できないときは、過剰診療や誤診を恐れず専門施設に紹介する（血液検査の結果を待っていない時間的余裕はなく、重症化しないうちに搬送する）。心電図変化がはっきりしない場合でも、心筋マーカーの迅速診断が陽性であればすぐ搬送することが基本である。

「頭痛」見逃してはならない頭痛診断のポイント

一破裂・未破裂脳動脈瘤について

松山赤十字病院 神経内科部長 山下 順章



● 脳動脈瘤破裂によるクモ膜下出血について

● はつめい

頭痛は誰もが経験する極めて日常的な症状であり、我慢するか、とりあえずは市販の鎮痛剤の服用で済まし、多くの場合、病院を受診することはない。それでも、当科には多数の頭痛患者が受診する。その殆どは機能性頭痛（一次性頭痛）である緊張型頭痛や片頭痛であるが、時には放置すれば生命にかかわる症候性頭痛（二次性頭痛）のこともある（図1）。その中でも特に注意しなければならぬ頭痛が脳動脈瘤破裂によるクモ膜下出血（SAH）で、急激に発症し、致死率（25〜50%）の最も高い頭痛である。本格的な脳動脈瘤の破裂の前に、しばしば、前兆として、少量出血によるwarning leakを認めることがある。それを見逃さないことが極めて重要となる。また、一側性の動眼神経麻痺の場合には、先ずICP（脳動脈瘤を鑑別しなければならぬ）。一方、当院でも行っている脳ドックの大きな目的の一つは未破裂脳動脈瘤の発見でもある。今回は見逃してはならない頭痛として破裂・未破裂脳動脈瘤について述べる。

● 頭痛のICHD国際分類(1988)における"大分類"
(2004年に第2版が発表されたが、極めて複雑となり初版の分類を示す)

<p>A) 機能性頭痛(一次性頭痛)</p> <ul style="list-style-type: none"> ① 緊張型頭痛 ② 片頭痛 ③ 群発頭痛 	<p>脳内・外に器質的疾患を認めない頭痛で、生命を脅かすような危険な物質があるいは器質的疾患が疑われない。</p>
<p>B) 症候性頭痛(二次性頭痛)</p> <ul style="list-style-type: none"> ① 頭部外傷 ② 脳血管障害(特にクモ膜下出血) ③ 頭蓋内疾患(脳腫瘍・脳寄生虫) ④ 薬物関連 ⑤ 頭部以外の感染症(発熱・発疹) ⑥ 代謝性疾患 ⑦ 頭部組織疾患(耳炎・鼻炎・歯痛) ⑧ 頭部神経痛 	<p>脳内・外に器質的疾患を認めない頭痛で、生命を脅かすような危険な物質があるいは器質的疾患が疑われない。</p>

図 1

な開頭によるクリッピング術や脳血管内治療（脳動脈瘤コイル塞栓術）などがある。

● 破裂・未破裂脳動脈瘤はどう診断するか？

【図2】に記載しているように、初期診断を正確にする上で最も大切なのは頭痛の症状の問診であり、特に前兆としての「Warning leak (Minor leak)」を見落とさない。また、急性発症の頭痛と一側の動眼神経麻痺を診たらまず脳動脈瘤を否定することが重要となる。以下に具体的な症例、画像（図3、4）を提示し、診断ポイントについて説明する。

【症例1】…51才、男性。突然、激しい頭痛と吐気が出現。風邪と思いきり市販薬を服用するも効果なし（Warning leak）。頭痛は4〜5日経過で徐々に軽快。その2週間後の早朝、突然倒れ、激しい頭痛、嘔吐を来す（SAH）。救急隊到着時は意識は清明であったが、搬送中に痙攣を来し、急激に意識レベルが低下し（Rebleeding）、当院到着時はJCSスコアで、呼吸停止の状態。気管内挿管後、頭部CTにて高度なクモ膜下出血を認め、Hunt & Hess 重症度分類のGrade Vで、手術適応なしと判

断され、発症7時間後心肺停止。【ポイント】↓Warning leak時に専門医を受診し、適切に診断・治療しておれば救命可能であったかもしれない。

【症例2】…54才、男性。トイレで力んだ直後に突然、激しい前頭部痛と嘔吐が出現。終日、頭痛は続き、食欲なし。翌日、出社するも、頭痛、悪心のため食欲なく、午後当科外来受診。CTでFrontal inter-hemispheric fissureにminor leakを認めた。緊急MRAにて前交通動脈に動脈瘤を確認し、脳外科にてclipping術受け、後遺症なく軽快退院。【ポイント】↓CT画像のSAHによるminor leakの判読力の学習。

【症例3】…62才、男性。自宅で風呂に入浴した直後に突然、激しい後頭部痛と嘔吐が出現し終日臥床状態。翌日も頭痛、悪心で食欲なく、出社するも午後早退。翌日（発症3日後）に当科外来受診。CT画像はminor leakも認めず正常であったが、頭痛の性状よりWarning leakを疑い、外来で髄液検査施行。血性髄液を認め、脳血管造影にて前交通動脈に動脈瘤を確認し、脳外科にてclipping術受け、後遺症なく軽快退院。【ポイント】↓腰椎穿刺を判断するS

AHの病歴聴取力の学習。

【症例4】…68才、女性。昨日、右眼の奥に痛みあり、間もなく複視、右眼瞼下垂を来し当科受診。右眼球は瞳孔散大、内・上下転障害を認め、完全右動眼神経麻痺の状態であった。

MRI (T2)にて右眼窩先端部に円形の動脈瘤様low signalを認めた。脳血管造影にてICPC動脈瘤を確認し、脳外科にて

clipping術受け、眼症状も軽快し退院。【ポイント】↓一側の動眼神経麻痺を診たら、緊急性の高いICPC動脈瘤をまず鑑別する。

【症例5】…57才、女性。当院の脳ドック検診。MRAにて未破裂動脈瘤（2.5×2.0mm）が疑われ、3DICCT血管造影を行い確認した。【ポイント】↓未破裂脳動脈瘤の治療に関するガイドライン（日本脳ドック学会）では、直径5ミリ以下であれば血圧を管理し、定期的検査をして大きさの変化をチェック。破裂しやすい特殊な形の場合は治療を勧めることもある。直径5ミリ以上の場合は70歳以下であれば治療を勧める。70歳代前半の場合、治療を行うべきかどうかはケース・バイ・ケースで、70歳代後半〜80歳以上の場合、平均余命中に破裂しない確率も高く、経過観察となる。

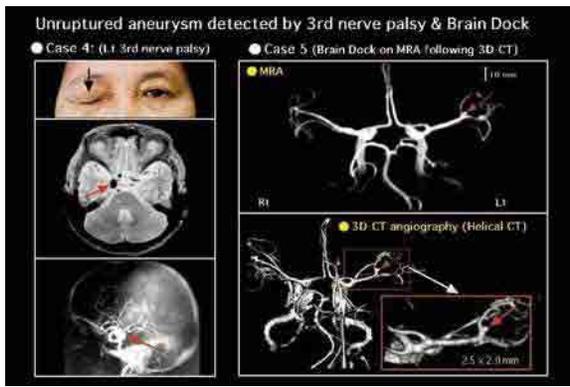


図 4

もし、クモ膜下出血疑いの可能性が少しでもあれば、当院は24時間、脳卒中ホットラインで対応いたしますので、躊躇なく、ご連絡下さい。

名の受講者を対象にして無事にコースを終えることが出来ました。まずは参加して頂きました受講者の皆様には御礼を申し上げます。ICLSコースとは Immediately Cardiac Life Support の略称で、心肺停止時の最初の10分間の対処法を習得するコースです。午前中はBLS（一次救命処置）、気道管理、モニター波形の診断と除細動の各ブースでチーム蘇生の各パターとなる技能を習得してもらい、午後からは蘇生チームの一員となつて心停止に関わるいろいろなシナリオを繰り返し体験してもらうことで、段階的にチーム蘇生を習得してもらおうというコースです。このコースは研修医や、平素救急医療に携わらない医師のみならず、看護師や救急救命士などのコメディカルスタッフのトレーニングにも適していることから、日本救急医学会による認定コースとして各地で広く開催されています。

一定のICLSコースを開催する運びとなりました。しかしながら、愛媛県ではICLSコースなどの開催数はまだまだ少なく、コースが開催されても受講者は救急医療に携わっている二次、三次医療機関の関係者が多いのが実状です。今後、蘇生の輪を広げていくためにもICLSコースの定期開催を継続していきたいと考えておりますので、地域の方々の参加をお待ちしております。

● 破裂・未破裂脳動脈瘤をどう診断するか？

(1) 初期診断を正確にする上で最も大切なのは問診である。

- ① 今まで経験のない「突然」の「激しい頭痛・嘔吐」で開始し遷延する。
- ② 「頂部硬直」は発症早期には認められず、局所神経症状を呈しない症例も多い。
- ③ 「意識障害」がある場合は予後不良の事が多く、その程度は予後と相関する。

(2) 前兆としての「Warning leak」や「Minor leak」を見落とさない。

- ① 突然の「頭痛・嘔吐」の場合は「Warning leak」を考慮する。
- ② 「Warning leak」は少なくとも20〜30%のSAH症例に認められる。
- ③ CT・MRI画像では診断できない例や発症後数日経過し診断が困難な症例もある。
- ④ その場合の診断は腰椎穿刺による血清髄液の確認、またはMRAを緊急施行する。

(3) 急性発症の一側の動眼神経麻痺を診たらまず脳動脈瘤を否定する。

内頸動脈-後交通動脈(IC-PC)分枝部の動脈瘤はその増大によりしばしば圧迫性動眼神経麻痺を示すことがある。

図 2

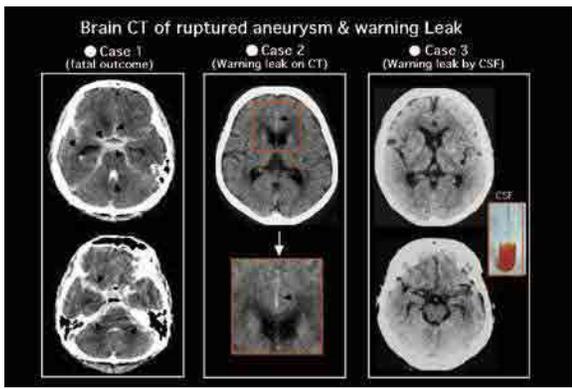


図 3

第2回松山赤十字病院 ICLSコースを開催しました

松山赤十字病院 歯科口腔外科部長 寺門 永顕



皆様には日頃より当院の地域医療連携にご協力いただきまして、ありがとうございます。

さて、去る9月11日（日）に松山赤十字看護専門学校を会場として、第2回松山赤十字病院ICLSコースを開催しました。県内外から数多くの方々をインストラクターとしてお招きし、6ブース36



救急医学会認定

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/

H17.10.1現在

診療科目	室	月	火	水	木	金	
内科	総合内科	1	詫間隆博	横田英介	詫間	横田	横田
	総合内科	2	越智俊元	長尾知明	藤崎/木村	詫間	岡田
	糖尿病	3	岡田貴典		岡田	和泉	和泉
	糖尿病	5	和泉賢一	近藤しおり	近藤	近藤	
	高血圧	6		村上一雄	村上		村上
	血液		木村丹香子				
	血液	7	藤崎智明	源陽子	源	藤崎	木村
	肝・胆・膵	8	田中良憲	小林雄一	大田恭弘	小林	濱田麻穂
	肝・胆・膵	10	上甲康二	上甲	田中		上甲
	◎糖尿病教室 毎週水・金曜日 10:00~12:00(近藤・岡田・和泉)						
胃腸センター (消化器科)	新患外来	午前	小林広幸	藏原晃一	塚	小田	小林
	新患外来	午後	渡邊 隆	吉野修郎	当番医	別府	浦岡
	予約再来	午前	別府孝浩	小田秀也	渡邊	浦岡	藏原
	予約再来	午後	塚 勇二	塚		小林	吉野
	専門外来	午前	炎症性腸疾患		炎症性腸疾患		炎症性腸疾患
	専門外来	午後					
	内視鏡検査	午前	藏原・塚・小田・吉野・浦岡	小林・塚・別府・吉野・浦岡	藏原・小林・小田・吉野・別府	塚・小林・藏原・別府・渡邊	小田・塚・吉野・渡邊・浦岡
	内視鏡検査	午後	小田・小林・藏原・別府・吉野・浦岡	小林・小田・藏原・別府・渡邊・浦岡	病棟総回診	藏原・塚・小田・吉野・渡邊・浦岡	塚・小林・小田・藏原・別府・渡邊
	透視検査	午前	浦岡尚平	渡邊	浦岡	吉野	別府
	透視検査	午後					
	特殊検査	午後	特殊検査	内視鏡治療		特殊検査	内視鏡治療
	※内視鏡検査：午前は上部消化管およびS状結腸内視鏡検査、午後は全大腸内視鏡検査および特殊検査・治療。 ※院長外来：別枠で今まで同様（火・金の午前）診療いたします。						
循環器センター	0 初診		久保俊彦	難波	塩見哲也	今村	芦原
	1 診	午前				難波	石橋(院内新患)
	1 診	午後	難波隆志	石橋美奈子	久保		
	2 診	午前	今村義浩	芦原俊昭	芦原		久保
	2 診	午後				塩見	
3 診	午前	松崎浩史 心外外来 (初再診)		松井完治 心外外来 (初再診)		今村	
呼吸器センター	内科部門		山本昭彦	西久保直樹	山本	西久保	山本
	外科部門 検査手術		後東久嗣	隠土 薫	後東	上田 仁	上田 眞
☆喘息教室 第1水曜日13:30~14:30(西久保)							
腎センター	1	原田篤実	原田	原田	満生	江里口理恵子	
	2	満生浩司	江里口雅裕			江里口雅	
脳神経センター	脳外		前田仁史 佐藤 育	前田	曾我部貴士 大下純平	佐藤	曾我部 大下
	神内		山下順章	山下	山下	山下	山下
			志田憲彦 萩原 一	志田 萩原	志田 萩原	志田 萩原	志田 萩原
小児科	午前	1	小谷信行	雀部 誠	小谷	近藤陽一	小谷
		2	上田晃三	飛田 陽	須賀久美子	片岡京子	雀部
	午後		眞庭 聡 馬場健児	眞庭	中野広輔 馬場	眞庭	中野 馬場
			液	児	ア	分	未発
産婦人科	午前	1	高木恵美	村田将春	小金丸		小金丸
		3	濱地勝弘		高木		村田
	7	横山幹文	小金丸泰子	濱地	濱地	横山	
午後		横山 不手術	村田 不手術			横山 不	
		高木 不				村田 不	
※婦人科新患は月・水・金の15:00迄受付・初再診とも予約制							

診療科目	室	月	火	水	木	金	
外科	午前	1	江口大彦 血	和田寛也	小島康知	西崎 隆 (肝・胆・膵)	高橋郁雄
		2				江口 血	
		3	大賀文史				石崎康代
	午後	7	筒井信一 乳	筒井 乳	筒井 乳		筒井 乳
		2	財前善雄 小		村守克己 小	財前 小	村守 小
				ストマ外来	外来手術		
整形外科	1	中城二郎	山本 進手	山本	中城 股	野田	
	2	安本正徳	中城 股	菊川和彦	野田 脊	菊川 肩	
	3	森 直樹	野田慎之 脊	田中 恒 脊	安本 膝	田中	
リハビリテーション科	1	田口浩之	森	田口	森	田口	
	2	森 孝久	田口	森	田口	森	
リウマチセンター	午前	1	仲田三平	仲田	仲田	水木	重 栖
		2	水木伸一	山田一人	重栖 孝	山田	山田
	午後	1	手術	仲田	手術	水木	重 栖
		2		山田		山田	山田
泌尿器科	1	藤井元廣	藤井	藤井	藤井	田丁	
	2	田丁貴俊	田丁	矢野	田丁	矢野	
	3	林哲太郎	矢野 明	井上省吾	矢野	瀬野康之	
耳鼻咽喉科	午前	1	有友 宏	丸山 純	担当医	丸山	担当医
		2	表原慶典	清水義貴	手術	有友	手術
	午後	予約	検査 (透視)	手術	検査 (透視)	手術	
眼科	午前	1	石川明邦	吉岡龍治	吉岡	児玉俊夫	児玉
		2	鳥村一郎	西谷元宏	西谷	鳥村	石川
皮膚科	午後	1	石川		吉岡		児玉
		2	金子明生		木村 格		木村
形成外科	午前		庄野佳孝	庄野	手術	庄野	庄野
	午後		手術	手術	褥創回診	手術	手術
麻酔科	午後	1	安部俊吾		津野信輔		安部
心療内科・精神科	午後		竹尾重紀	竹尾	竹尾	竹尾	竹尾
					(再診のみ)		
放射線科	新患	1	村田繁利	村田	村田	村田	村田
		2	落合浩一朗	落合	落合	落合	落合
歯科	旧患	1	寺門永頭	寺門	寺門	寺門	寺門
		2	兵頭正秀	兵頭	兵頭	兵頭	兵頭
		3	中川雅博	中川	中川	中川	中川
※初診担当は歯科まで問い合わせ下さい。 午前：月～金 11時まで初診受付(口腔外科含む)							

茶色文字は前回から変更があった所です。

血 血管外科 小 小児外科 乳 乳腺外科 手 手の外科 股 股関節外科 脊 脊椎外科 膝 膝の外科 肩 肩・膝の外科 気 気管支ファイバー 再 予約再診 液 血液 腎 腎臓
ア アレルギー 児 児乳健診 喘 喘息外来 代 代謝外来 分 内分泌 夜 夜尿外来 未 未熟児健診 発 発達外来 不 不妊外来 更 更年期外来 移 腎移植

お知らせ

松山赤十字病院登録医制度について

平成17年10月1日現在、当院の登録施設は328、登録医は456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による紹介患者様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様を、来院日にはお待たせすることなく、受診される診療科へご案内することが可能になり、患者様にも好評です。

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)

紹介状の有る患者様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)

内外科	脳神経外科	循環器科	放射線科
小児科	小児科	心臓血管外科	リハビリテーション科
消化器科	腎臓内科	歯科	

○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
小児科	月	水	リウマチ科	火	木
耳鼻咽喉科	月	火	呼吸器科	火	木
皮膚科	月	火	呼吸器科	月	水
眼科	月	水	産婦人科	月	水

※眼科については連携室経由の患者のみ

○午前11時までの診療科

心療内科(精神科)	形成外科
神経内科	麻酔科

注：いずれの診療科も緊急を要し地域医療連携室を通じた患者様に限り、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。

※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。ご了承下さい。