

地域医療連携室報



このフォーラムは、地域の医療機関が役割を分担し、連携を取ることに、限られた医療資源を有効活用し、安心・安全な医療を地域住民に提供できる体制、すなわち、地域完結型医療の確立を目的として始めました。年1回の開催で早くも7年目を迎えました。

自民党政権による長年にわたる医療費抑制策により医療従事者は疲弊し、医療機関は経営破綻への道を歩んでいます。特に急性期を担う病院においてその傾向は顕著です。昨年夏の総選挙で民主党政権が誕生し、平成22年度の診療報酬改定は0・19%と微々たるものでしたが、10年ぶりのプラス改定となりました。内容は医療崩壊を防ぐことに主眼がおかれ、重点課題は①救急、産科、小児、外科等の医療の再建、②病院勤務医の負担の軽減でした。この程度のプラス改定で医療崩壊の流れが止まると思われませんが、急性期病院にとって一息つけそうな感じがします。今回の参議院選挙では民主党

開会の挨拶

松山赤十字病院 院長 洲上 忠彦

第7回地域医療連携フォーラム

日時／平成22年7月18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／868名

が惨敗しましたが、自民党も従来の方針を変更し診療報酬の大幅引き上げを公約としていますので、社会保障充実への流れは変わらなと思います。今、多くの国民が望んでいるのは、年金、医療を初めとする老後の安心・安全な暮らしだと思っています。

我が国は超高齢化社会を迎え、医療費は年々1兆円規模で増え続けています。医療費の増大を抑える政策も必要です。平成19年に医療法が改正され、都道府県が策定する医療計画の下で、いわゆる4疾病5事業ごとに、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、糖尿病です。すでに、平成20年の第5回フォーラムでは「脳卒中のシームレス医療を目指して」、昨年の第6回フォーラムでは「がんの時代を生き抜くために」をテーマとして医療連携の構築への当院の取り組みを紹介しましたので、今回は「糖尿病と医療連携」をテーマとしました。糖尿病はきわめて多い病気ですが、適切な治療を受けておられない患者さんも少なくないと思います。放置した場合の怖さを知っていただき、かかりつけ医に血糖をコントロールしてもらいたい合併症を予防していただきたいと思います。

5事業とは救急医療、災害時医療、へき地医療、周産期医療、小児



『ご存じですか？糖尿病の怖さ』

第7回地域医療連携フォーラム・シンポジウム

医療のことで、全国的に医療提供体制の不備が叫ばれている領域です。この事業にも当院はへき地医療を除き積極的に取り組んでいます。行政、医師会との協働が欠かせません。幸いなことに、松山市、松山市医師会はこの事業に積極

極的で、現在のところ松山医療圏では比較的上手く機能していると思います。

毎回言っていますが、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。

プログラム

《敬称略》

- 挨拶 13:00～13:20
開会挨拶 松山赤十字病院 院長 洲上 忠彦
来賓挨拶 松山市長 中村 時広
松山市医師会 会長 須賀 博文
- シンポジウム 13:20～15:25
「ご存知ですか？糖尿病の怖さ」
司 会 愛媛大学大学院分子遺伝制御内科 教授 大澤 春彦
松山赤十字病院 腎臓内科部長 原田 篤実
講 演 1. 糖尿病とは？ 近藤 しおり
松山赤十字病院 内科部長 近藤 しおり
2. 糖尿病で起こる病気（合併症）
1) 網膜症 山西 茂喜
松山赤十字病院 眼科部長 山西 茂喜
2) 慢性腎臓病 佐藤 謙
佐藤 謙 循環器科内科 院長 佐藤 謙
3) 壊 疽 山岡 輝年
松山赤十字病院 血管外科副部長 山岡 輝年
4) 心血管障害 芦原 俊昭
松山赤十字病院 循環器科部長 芦原 俊昭
休 憩
総合討論 「糖尿病と医療連携」
松山赤十字病院 内科部長 近藤 しおり
松山赤十字病院 眼科部長 山西 茂喜
佐藤 謙 循環器科内科 院長 佐藤 謙
松山赤十字病院 血管外科副部長 山岡 輝年
松山赤十字病院 循環器科部長 芦原 俊昭
松山赤十字病院 療養支援ナース 岡本 かおり
質 疑
● 挨拶 15:25～15:30
開会挨拶 松山赤十字病院 副院長 横田 英介

座 長



愛媛大学大学院
分子遺伝制御内科
教授 大澤 春彦



松山赤十字病院
腎臓内科
部長 原田 篤実



来賓挨拶①



松山市長 中村 時広

トワークを、皆さんの力で結びつけて頂いて、数年前に松山市で、この365日・24時間小児救急医療体制が作りあげられることになりました。

特に問題になったのは、深夜帯の小児救急医療についてであり、実は一次救急医療を担う松山市急患医療センターで18時〜明け方まで松山赤十字病院の先生方にはご活躍を頂いているところであります。

本日、第7回地域医療連携フォーラムを開催されるにあたりましてご挨拶をさせていただきます。

早いものでこのフォーラムは第7回を数えます。その間主催者である松山赤十字病院をはじめ、今日お越しの松山市医師会には、松山市の医療体制構築に向けて多大なご協力を頂いており、とりわけ小児救急医療体制、救急医療センター確立に多大なお力添えを頂いております。

数年前のことですが、テレビのチャンネルを変えていたところ、埼玉県で、深夜帯に赤ちゃんが発熱し、若い両親が必死になって病院を探したが診てくれる所が見つからず、尊い命が失われた、というドキュメント番組が流れていました。

これは決して他人事ではないというところで、松山市医師会・基幹病院の先生方に呼びかけて、365日・24時間小児救急医療体制を松山で構築しようという目標を打ち出しました。

しかし、全国的に小児科医師不足であり、松山も例外ではなく、とても松山の先生方のみでは、この目標は達成出来ないのが実情でした。以来関係者と知恵を出し合って、周辺病院・基幹病院及び基幹病院の他県の先生方とのネット

がら、的確な治療を行うという必要性が生まれてきますので、このフォーラムの課題であります、まさにこの医療連携システムの充実が大変重要な切り口になってくるのだらうと思います。

今日は専門の先生方の現場からの声を皆さんの前で開陳して頂くことによって、より一層あるべき姿が具体的に見えてくるのではなからうか、と期待しているところであります。

実は、私も数年前受けた検査で、空腹時の血糖値が若干高めに出了ことがございます。まだ初期段階でありましたが、担当医師から、一刻も早く運動をせよ、とい

来賓挨拶②

松山市医師会長 須賀 博文



たために辛い大事には至りませんでしたけれども、一連の困難を検証して来るべき鳥インフルエンザに対して、十分な準備をしていきたいと思っております。

現在、松山市医師会には、1,104名の医師会員がおり、その構成は開業医が440名、病院勤務医が664名と、勤務の先生方が過半数を占めております。

松山市医師会の大きな役割は、地域の医療を守る事であり、私達医師会会員は、学校医や産業医として学校や職場の健康を守り、休日診療所や夜間救急センターに出張して24時間救急医療に対応出来る体制を整えております。

もちろん、日赤の先生方も医師会員であり、これからの活動においては、指導的な役割を果たして頂いております。

現在、長年続けられました、医療費の抑制政策によって日本の医療体制が危うい事は、皆様もお聞きのことと思います。限られた医療資源の中で、現在の医療体制を維持するためには、診療所、病院

全ての医療機関が機能を分かち合い、地域が一体となって力が発揮できるような効率化を図っていかねければなりません。

愛媛県でいち早く機能連携を提唱して指導的な役割を果たしてきた松山赤十字病院の皆様の見識と行動力に改めて敬意を表します。

今年のフォーラムのテーマは「糖尿病」が取り上げられています。我が国では、糖尿病を強く疑われる人が890万人、さらに糖尿病の可能性を否定出来ない人を合わせると、2,200万人に

上ると言われています。放置した場合には、悲惨な結末を招きますが、生活習慣の改善と早期発見・治療によって、発症しても進行をおさえ、合併症を防ぐ事の出来る病気です。

本日のフォーラムが、お越しの皆様方に糖尿病の最新の知識をお伝えするとともに、ご自身の健康と日本の医療について考える機会になることを願いまして、ご挨拶とさせていただきます。

本日はどうもありがとうございます。

松山赤十字病院 内科部長 近藤しおり



によると、糖尿病が強く疑われる人と糖尿病の可能性が否定できない人は、合わせて約2,210万人と推定されました。これは、5年前の平成14年の同調査に比べて、590万人増加したことになります（厚生労働省ホームページより）。

糖尿病とは、インスリン作用不足による慢性高血糖が持続する状態で、放置すると種々の合併症を引き起こす病気です。血糖値が高くて、熱が出たり痛くなったりはしないので、気付かないことも多いのです。糖尿病の恐ろしいところは、症状がほとんど無い間に、水面下で全身にさまざまな合併症が進行していることです。また、一度生じた合併症は、完治に持ち込むことは難しいのです。合併症の詳細は、この会でも各専門の先生からお話があります。

糖尿病は放置すると恐い病気ですが、正しく理解し、定期受診と自己管理を行えば、恐れることはありません。「一病息災」という

講演 1 糖尿病とは？ ～甘くないぞ糖尿病～

言葉もあります。また、定期受診をしつかりしておけば、合併症も「早期発見、早期治療」できますし、血糖値をしつかりコントロールすれば合併症は予防できます。「合併症は予防に勝る治療無し」です。

今、問題なのは「自分が糖尿病だと気付いていない人」や、「糖尿病とわかっていて受診していない人」、または治療を中断している人が多くことです。まずは検診を受けてください。その上で、も

し、糖尿病など生活習慣病が判明すれば、直ちに医療機関を受診しましょう。ここでこの会の趣旨でもある、医療連携が強みを発揮します。かかりつけ医と基幹病院や専門医との連携により、その人に最も適した医療が提供されるのです。治療が軌道に乗り安定期に入れば、かかりつけの先生をつくり、その先生との二人三脚で、上手に糖尿病と付き合っていく方法を見つけてください。今日のこの会がその一助となれば幸いです。

講演2 糖尿病で起こる病気（合併症）

① 網膜症 ～もつとよく知ろう！糖尿病網膜症～

松山赤十字病院 眼科部長 山西 茂喜



症は、日本だけでなく先進諸国において成人における失明原因のつねに上位を占めています。

糖尿病網膜症により視力障害を来す原因は、増殖性変化と呼ばれるもので、硝子体出血や牽引性網膜剥離があげられます。視力障害のもう一つの重要な原因は黄斑浮腫と呼ばれるものです。

「網膜症の病期」

糖尿病網膜症の病期分類をお示しします。

基本的には、糖尿病になり網膜の小さな血管（毛細血管）が閉塞を起こし、網膜出血をきたす単純糖尿病網膜症の時期から、網膜のもっと大きな血管が閉塞し（前増殖糖尿病網膜症）、新生血管が増殖してくる増殖糖尿病網膜症の3期に分かれます。

「はじめに」

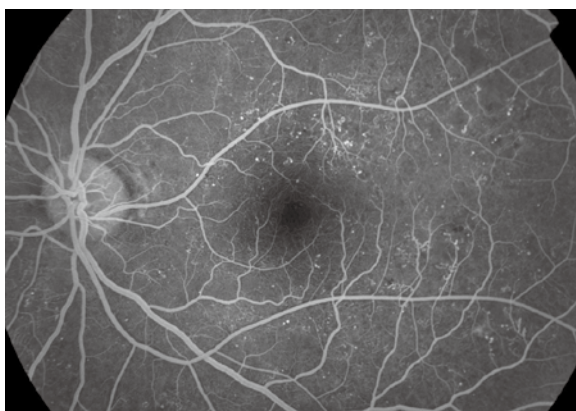
糖尿病網膜症の眼合併症は多岐にわたり、糖尿病網膜症・血管新生緑内障・糖尿病性白内障・視神経症・外眼筋麻痺・角膜炎・屈折異常・虹彩炎など種々の疾患があげられます。なかでも糖尿病網膜

網膜症病期	眼底所見
単純糖尿病網膜症	毛細血管瘤 網膜点状・斑状・線状出血 網膜浮腫・硬性白斑 少数の軟性白斑
前増殖糖尿病網膜症	軟性白斑 静脈異常 網膜内細小血管異常 網膜無灌流域（蛍光眼底造影所見）
増殖糖尿病網膜症	新生血管（網膜・乳頭上） 網膜前出血・硝子体出血 線維血管増殖膜 牽引性網膜剥離

（表1）Davis 分類

「網膜症の診断」

糖尿病網膜症を診断する上で欠かせない検査に蛍光眼底撮影と網膜光干渉断層計があります。蛍光眼底撮影はフルオレセインナトリウムという蛍光色素を腕の血管から注入し、色素が発する蛍光を眼底カメラで経時的に撮影する検査です。この検査により網膜血管の循環動態や血管異常などが分かります。また網膜光干渉断層計は超音波検査に似た検査で、以前では測定不可能であった網膜の断面の状態を観察することが出来ます。特に黄

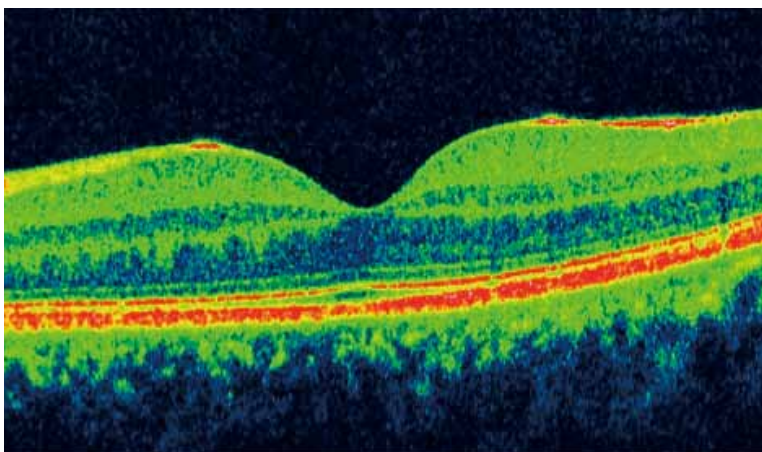


（図1）
蛍光眼底撮影写真（単純糖尿病網膜症）

糖尿病網膜症が進行し、上述の増殖糖尿病網膜症に至れば、高度の視力障害をきたす危険性が高まります。これらを予防するためには、前増殖糖尿病網膜症の段階で網膜光凝固を行うことが重要です。増殖期に入っているも、病状の沈静化をはかるため光凝固は必須ですが、増殖期に入ってから光凝固治療は、黄斑浮腫の増悪や硝子体出血の合併症を生じる率が高くなります。しかし光凝固

「網膜症の治療」

松山赤十字病院では蛍光眼底撮影検査も光干渉断層計も、最新鋭の機器を導入しており、糖尿病網膜症の初期から非常に微細な異常も測定することが出来ます。



（図2）
光干渉断層計（正常網膜）

斑浮腫の診断に非常に有用です。

を施行しない場合、数ヶ月もしくは数年後に視力障害を来します。当院では今春、最新鋭の網膜光凝固装置を導入しました。この光凝固装置は、光凝固による疼痛がほとんど無く、黄斑浮腫などの合併症も少なくなると報告されております。

硝子体出血や牽引性網膜剥離を生じた場合には硝子体手術を考慮します。一ヶ月待っても硝子体出血が吸収しない場合や、牽引性網膜剥離が網膜の中心近くまで及んだ場合には手術の適応となります。当院では昨年より経結膜無縫合硝子体手術を積極的に取り入れて手術治療を行っております。

り、入院期間や手術時間が短縮され、早期の社会復帰が可能となっております。

「おわりに」

糖尿病網膜症は放置すれば失明につながる重篤な疾患ですが、定期的に眼科を受診し、適切な時期に必要な治療を受ければ、高度な視力低下を来すことはまれです。一方、網膜症進展の危険因子として眼科受診の中断が強調されています。特に「見えてるから大丈夫」とか「眼科は検査がたかさんあって・・・」と眼科受診が中断している間に、網膜症が進行していることがあります。誤解をなくし、病状を正しく理解し、適切な時期に適切な治療を行うことが非常に重要です。

講演2 糖尿病で起こる病気（合併症）

② 慢性腎臓病 ～その現状と対策～

佐藤循環器科内科 院長 佐藤 譲



我が国の慢性透析療法の現況によれば、平成21年末、慢性透析療法を受けている患者さんは全国で、290,675人で、平成20年末に比べ、8,053人増加しています。人口比では、人口100万人に対し2,279・6人で、愛媛県では2,797人が慢性透析療法を受けています。慢性透析療法を受けるに至った原疾患は糖尿病性腎症が第1位です。以前は慢性糸球体腎炎が第1位でしたが平成10年に糖尿病性腎症が

第1位になりました。平成10年には糖尿病性腎症から慢性透析療法を受けるようになった患者さんの割合は全体の35%でしたが、その割合は毎年増加し、平成21年では45%になっています。

糖尿病性腎症にならないためにはまず必要な事は、血糖の厳格な管理です。糖尿病専門医のもとで、食事療法、薬物療法、運動療法などを総合的に取り組んでいく事が必要です。さらに、高血圧、脂質異常症、糖尿病性網膜症、慢性動脈閉塞症、虚血性心疾患などが合併する事も多く、これらも総合的に治療する事が大切です。

糖尿病が発症して20年から30年が経過してくると、腎臓の働きが次第に低下してきます。この時期を保存期腎不全と呼びます。保存期腎不全になると治療方針が変わってきます。なるべく慢性透析療法が必要にならないように薬剤の選択や食事療法が変わってきます。この時期には腎臓病専門医の指示を仰ぐ事が必要です。20年前には腎臓の働きが低下してから慢性透析療法が必要になるまで約2年と言われてきましたが、今では5年以上延ばせるようになってき

ています。また合併症の治療も重要です。

医師から慢性透析療法が必要な時期になったと言われても悲観する事はありません。保存期腎不全の患者さんが慢性透析になる割合は10%以下です。残りの90%の患者さんはそこまで腎機能が悪くならなかったか、他の病気のため亡くなっています。ですから、「よくぞここまで生き延びた」と言えます。日本の慢性透析療法の技術は世界最高です。アメリカでは1年死亡率は約25%ですが、日本は約9・7%です。言いかえれば、アメリカでは慢性透析になると4年では全員が亡くなるのに対し、日本では4年で60%以上の患者さんが生存しているのです。

糖尿病は全身の血管に病変を起します。その一つが慢性腎臓病ですが、同時に心臓、目、下肢にも血管の病変が進行しますし、かなり悪化するまで症状が出ませんので、全身の状態を総合的に医師、コメディカルスタッフたちと一緒に管理していく姿勢が重要です。「無病息災」ではなくても「一病息災」で健康維持を心がけて頂きたいと思っています。



に足壊疽があると報告されており近年、増加傾向にあり網膜症、腎症と並びその対策の重要性が増しています。また、全世界でみると、糖尿病が原因で30秒に1本、足が切断されているとも言われています。糖尿病における合併症のなかでは重症であれば大きく足を切断することになり、外観からその状態は明らかであり喪失感の内因性の他の合併症と比較しても甚大なものです。また切断後は歩行困難、車いす生活、ひどければ寝たきりとなり、生活の質は極端に低下し、間接的に生命を脅かす状態にもつながります。

講演2 糖尿病で起る病気（合併症）

③ 壊疽 ～糖尿病で足を失うということ、その現状と診断治療について～

松山赤十字病院 血管外科副部長 山岡 輝年

糖尿病慢性合併症のなかで、糖尿病性神経障害や閉塞性動脈硬化症などの血行障害を基礎に足における様々な症状を糖尿病性足病変といえます。これは重症化すると最悪、下肢の切断に至るもので、

糖尿病合併症のなかでも重要な疾患の一つです。アメリカでは年間5万人以上が糖尿病で下肢切断が行われて大きな問題となっています。日本でも平成14年の厚労省の統計では、糖尿病患者の1・6%

癒を妨げます。
(3) 高血糖が続くと、易感染状態となります。糖尿病性足病変では感染は容易に深部の骨や腱にまで広がり壊疽の状態を非常に深刻なものとなさせます。

以上の病態が糖尿病性足病変の発症のメカニズムとなりますが、糖尿病で足を失わないためには、根本原因である糖尿病の治療・管理に取り組むことは言うまでもなく、その他、下肢の動脈硬化の危険因子（喫煙、高血圧、高脂血症など）の是正に努める必要があります。また、足は歩行時に常に外部的な刺激を受け続けており糖尿病においては普段から足に注意を払う必要です。具体的には、「1. こまめに足をチェックする。2. 足の清潔に心がける。3. やけどに注意する。4. 爪の手入れを行

う。5. 靴、靴下は足に合った負担のないものを選ぶ。6. 足に異常を認めた場合はすぐに医師の診察を受ける。」です。生涯、自分の足で健康的に歩くために糖尿病治療と足に対するケアを実践して頂きたいと思っています。

血管外科では、これらの糖尿病における足の症状に対して、血流の状態を評価し不足があればカテーテルによる血管拡張術やバイパス術といった血行再建術を行います。患者さんが自らの足で歩行を続けることができるように、足の救済に努めています。

今回のフォーラムでは、糖尿病による足壊疽の現状と当院血管外科で行っている診断治療についてお話し、多くの方が糖尿病で足を失う可能性があることを認識していただき、ひいては普段からの糖尿病治療の重要性を理解頂ければと考えています。

講演2 糖尿病で起る病気（合併症）

④ 心血管障害 ～糖尿病の心血管障害～

松山赤十字病院 循環器科部長 芦原 俊昭



糖尿病患者は世界的に年々増加し大きな問題となっています。我が国の2007年の厚生労働省の国民・健康調査によると糖尿病患者数は890万人、予備軍まで含めると2,210万人と推定されます。「人は血管とともに老いる」といわれますが、糖尿病はまさに全身の血管を障害し様々な合併症を引き起こす病気といえます。糖尿病に特有の三大合併症として知られる「網膜症」「腎症」「神経症」は、いずれも細小血管障害であり、糖尿病発症後10

年前後の経過を経て出現します。一方、糖尿病だけに特有な合併症ではありませんが心筋梗塞や脳梗塞、閉塞性動脈硬化症などの原因となる動脈硬化すなわち大血管障害は、境界型糖尿病と呼ばれる糖尿病予備軍の段階から発症・進展するため、境界型の時期からの積極的な治療の必要性が強調されています。網膜症は成人失明原因の第1位、腎症は透析導入原因の第1位、神経障害・末梢血管障害は下肢切断原因の第1位であり、心血管障害は糖尿病のない人に比べ2・4倍の頻度、脳血管障害は糖尿病のない人に比べ3・6倍の頻度です。つまり糖尿病治療の目標は全身の血管合併症の予防にあるといえます。

糖尿病患者では加齢とともに心筋梗塞、狭心症、脳梗塞の合併頻度が、いずれも著しく増加します。1981年～1990年の10年間における糖尿病患者の死因の頻度は、血管障害が39・3%と最も多く、内訳は、虚血性心疾患37・1%、脳血管障害34・3%、腎障害28・4%となっています。日本人一般と比べると、糖尿病患者では虚血性心疾患と腎障害が多いことが特徴です。

大血管障害を未然に防ぐためには早期からの厳格な血糖管理がきわめて重要であり、HbA1c値が1%低下すると、心筋梗塞14%、脳卒中12%、心不全では16%発症リスクが低下するとされています。また、動脈硬化の進展予防には、糖尿病の治療だけでは不十分で、血圧やコレステロールも、しっかりとコントロールすることが必要になってきます。このため糖尿病患者は、狭心症や心筋梗塞、脳血管障害を発症していかなくても、発症した場合と同じような治療目標が設定されています。動脈硬化の進展を防ぐ意味で血圧は130/80mmHg未満、血清脂質はLDL-Cコレステロール値

120mg/dL未満と正常な人の上限値よりも厳しいコントロール目標値となっています。
本日は糖尿病の血管障害予防

合論
総討
- 発表 -

急性期医療と在宅療養を こころでつなぐ看護師でありたい

松山赤十字病院 療養支援ナース 看護師 岡本かおり



「療養支援ナース」は、顔見知りの病棟看護師として働きながら、現在顕在化している問題のみならず、将来起こりうるであろう病状の変化や、これから先の療養の見通しについて説明し、そのご家庭にあったアドバイスやサポートをします。そして、方向性を決めたら、院内外の医療・福祉チームメンバーと話し合いを持ちながら、実施、評価へとつなげます。

突然のけがや病気、予期せぬ深刻な状態で、入院・通院せざるを得ない状況となった時、病状や今後の療養の見通しについて、不安を感じたり、その分野に精通する人に手助けして欲しいと思った経験を、多くの方がお持ちのことと思います。

松山赤十字病院には、急性期医療段階から転院・在宅への転換に向けて、療養生活の質の向上に努めるために、各専門領域のベテラン看護師が、退院後の療養生活について相談や支援にあたる「療養支援ナース」が配置されています。私は、「療養支援ナース」として、また看護師として、全ての患者さん・ご家族が、「医療や障害などの問題があったとしても、その人らしくいきいきとした療養生活を送っていたきたい」と思っ

には早期からの嚴重な血糖コントロールがいかん大切であることを紹介し、そのためにはどうすべきかを一緒に考えてみたいと思います。

松山医療圏全体を療養支援チームとして、地域のいろいろな専門職種の方と、入院直後から、電話やカンファレンスなどで連携をとることに、支援の幅が大きく広がっていると感じています。お互いの強みを活かすこの役割分担こそが、真の意味で患者・家族を支える療養支援であると思います。さて、今回のメインテーマである糖尿病は、皆様ご周知のとおり、予防するのがベストです。しかし、もしも、発症した場合には、先生に任せきりにするのはなく、自分のこととして自覚し、異常の早期発見、適切なケアを心掛ける必要があります。

松山医療圏全体を療養支援チームとして、地域のいろいろな専門職種の方と、入院直後から、電話やカンファレンスなどで連携をとることに、支援の幅が大きく広がっていると感じています。お互いの強みを活かすこの役割分担こそが、真の意味で患者・家族を支える療養支援であると思います。さて、今回のメインテーマである糖尿病は、皆様ご周知のとおり、予防するのがベストです。しかし、もしも、発症した場合には、先生に任せきりにするのはなく、自分のこととして自覚し、異常の早期発見、適切なケアを心掛ける必要があります。

自己管理するには、大変なご苦労をされることと思いますが、自分のため、家族のために、毎日の生活を大切にしていけば、報われることと思います。

また、現在各病棟に配属されている13名の療養支援ナースが、専門領域の知識を活かしながら、皆様の支援をさせていただきますので、お気軽にご相談下さい。

急性期医療と在宅療養を こころでつなぐ 看護師でありたい



第7回 地域医療連携フォーラム

～糖尿病と医療連携～



第7回 地域医療連携フォーラムスナップ





貧血とは「単位容積血液中のヘモグロビン量の減少、それによる酸素運搬容量の減少」と定義されます。一般病棟入院中の高齢者で調べると半分から3分の1に貧血がみられたとする統計があるほど、身近な疾患です。貧血の症状は、貧血が軽度の場合は、 $6-7\text{ g/dL}$ まで低下するまで無症状であることも多くみられます。さらに貧血が進行してくると、運動時の息切れや動悸、めまい、立ちくらみ、倦怠感などが出現してきます。一方で、身体活動の少ない高齢者では、むくみ、食欲低下、認知症の悪化などが、貧血の症状であることがあります。貧血の原因検査にあたり、飲酒歴、感染症、胃切除、膠原病などの既往、放射線治療や化学療法歴、内服薬の内容などが重要です。身体現象として、爪や舌の変化、神経症状の有無、甲状腺の腫れなどにも注意します。赤血球の形態も重要で、図1のように多彩な表情を持っているのです。原因は多いものから順に、慢性炎症による貧血、鉄欠乏貧血、ビタミンB12欠乏、骨髓異形成症候群、リンパ腫、白血病などがあげられます。検査所見を目にする際は、まず赤血

球の大きさに注目します。赤血球は、ヘモグロビンの風船にたとえることができます。すなわち鉄欠乏でヘモグロビン合成が低下すると、個々の風船は小さくなります。一方、ヘモグロビンは産生されてもDNA合成障害などで核分裂がうまくいかずに細胞分裂がすすまない場合、個々の風船は大きくふくらみます。大きさはMCV (Mean Corpuscular Volume) 平均赤血球容積で表されます。小球性貧血 ($\text{MCV} < 80\text{ fL}$) は鉄欠乏性貧血、慢性炎症による貧血、大球性貧血 ($\text{MCV} > 100\text{ fL}$) は巨赤芽球性貧血、骨髓異形成症候群など、正球性貧血 ($80 < \text{MCV} < 100\text{ fL}$) は溶血性貧血、再生不良性貧血、などと鑑別できます。慢性炎症による貧血とは、炎症性サイトカインにより肝臓からヘプシジンという物質がたくさん放出され、鉄分がマクロファージに閉じ込められてヘモグロビン合成にまわらないことが原因となります。ですから赤血球は小球性を呈します。次に、網状赤血球に注目します。骨髓で産生されたばかりの幼若な赤血球大型でRNAに富み骨髓の造血能を反映します。例えば溶血性貧血では網状赤血球が増加します。網状赤血球は通常の赤血球より大きいので、検査上のMCV値が大きくなることもあります。鉄分の過不足

については、まずFe (血清鉄) をみますが、日内変動や食事による影響があるので注意が必要です。また鉄剤を1回投与しただけでもとりあえず上昇するので、体内の総鉄分を反映してないことがあります。鉄と結合していないトランスフェリンを不飽和鉄結合能 (UIBC) iron-binding capacity, unsaturated

と呼び、UIBCが上昇し、フェリチン値が低下していれば鉄欠乏と診断できます。高齢者の鉄欠乏貧血では1/4割に消化管悪性疾患の合併がみられるため、消化管精査をすすめるようにいたします。葉酸とビタミンB12はdUMPからdTMPを合成するときの補酵素です。不足するとDNA合成の材料が

不足しDNA合成障害をおこして核分裂が阻害され、大球性貧血を生じます。擬陽性を防ぐためビタミン剤の投与を受けてないことを確認してから血液中のビタミンB12濃度の検査をします。腎性貧血の原因はエリスロポイエチンの相対的低下 (貧血なのに上昇していない) ことで判断します。さて、骨髓異形成症候群とは、造血幹細胞レベルの未熟細胞のゲノム異常で生じます。モノクローナルな造血細胞の増殖なので悪性腫瘍です。1年間に松山市で20-30人程度の新規発症があると想定されます。無効造血により正常造血が抑制され、貧血のみ (20%)、血球減少 (25%)、汎血球減少 (50%) を示します。また特徴的な形

態異常を示します (図2)。大球性貧血、鉄剤投与で改善しない貧血、白血球や血小板も少ない、などの所見がこの疾患をみつけるきっかけとなります。この疾患は80%以上が50-80歳台で発症します。放射線治療や抗がん剤治療のあとに起つてきたものが10%程含まれますので、病歴聴取に注意が必要です。未熟な細胞を骨髓芽球と呼び、その含量により予後に大きな差が生じてきます。そのほか、染色体異常の程度や血球減少の程度を加味すると、生存期間は0.4ヶ月から5年と幅があります。ですから軽症のものは、病気を抱えながらも通常どおりすごしてゆくこともできます。予後不良な群に対しては、DNA脱メチル化剤など様々な治療研究が行われまもなく日常診療として行えるものと期待されます。

図1

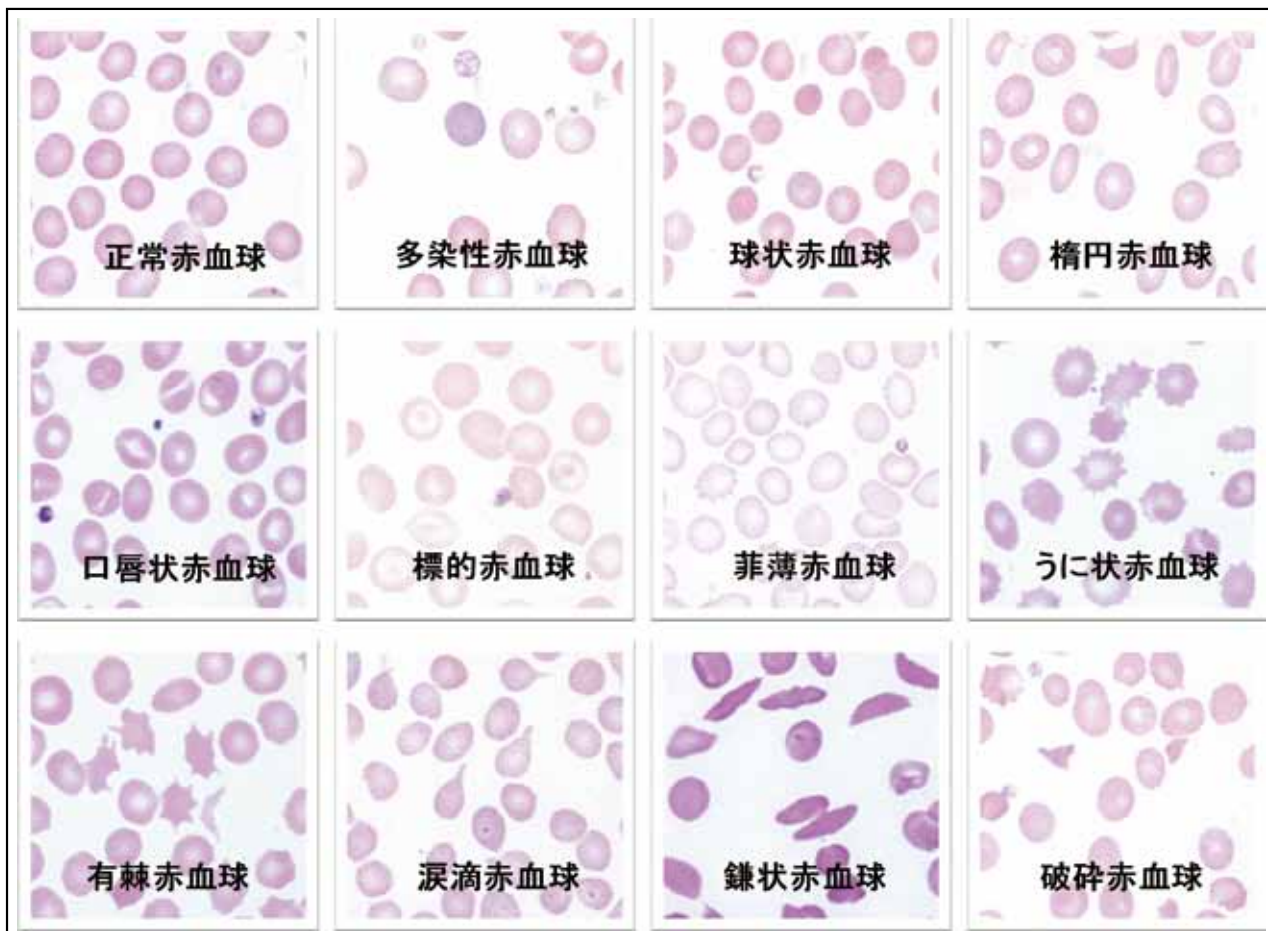
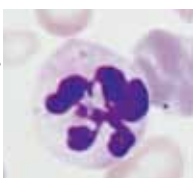


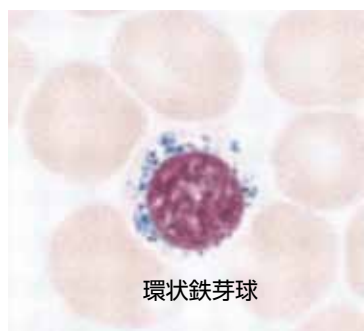
図2

骨髓異形成症候群

- ・大球性貧血；ビタミンB12欠乏、葉酸欠乏を除外
- ・発作性夜間ヘモグロビン尿症と鑑別
- ・血球の形態異常
- ・骨髓検査、染色体



好中球の核過分葉



環状鉄芽球



多核の赤芽球



多発性骨髄腫は高齢者に多い血液疾患で、発症のピークは60歳代、血液悪性腫瘍の中で2番目に多い疾患である。骨髄中に形質細胞が増生し、正常造血を抑制、約9割の例で特徴的なM蛋白を産生し、同時に骨を溶解する。(図1) M蛋白自体による腎障害(骨髄腫腎)や正常グロブリン産生抑制による液性免疫不全に起因した易感染性、あるいは造血抑制による貧血症があるが、病的骨折による腰痛・背部痛を契機に紹介されることも多い。(図2)

M蛋白が少量の場合は骨髄腫ではなく、MGUS(良性M蛋白血症)のことが多く、年数回の経過観察で構わないが、年1.5%程度の頻度で骨髄腫をはじめとした、形質細胞の悪性疾患に移行する。M蛋白が増加したり、貧血・腰痛などの骨髄腫関連症状が出現する場合は注意が必要となる。(図3)

今回のセミナーでは開業の先生方から紹介頂いた実例をもとに診断の進め方を詳述した。腰痛や原因不明の貧血など、骨髄腫を少しでも疑う場合に最も有用な検査は血清蛋白分画である。蛋白分画で特徴的なM蛋白

を認めれば、骨髄腫の可能性が高くなるが、約1割は血中にM蛋白が出現しないベンズジョーンス型または非分泌型のため、それらにおいては逆にグロブリン分画が平坦となる。IgG、A、Mを直接定量することも有

用である。骨髄腫の場合は、M蛋白に相当するグロブリンのみが高値で他の2つは低値となる(図6)、あるいは全てが異常低値となる。(図7)

腰痛や原因不明の貧血など、少しでも骨髄腫を疑う所見があれば、血清蛋白分画やIgG、A、Mの測定を行うことで骨髄腫の早期診断・除外が可能となる。(図8)

図4

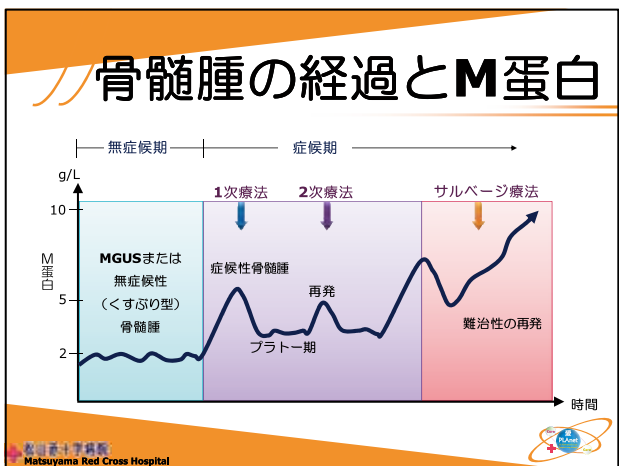


図5

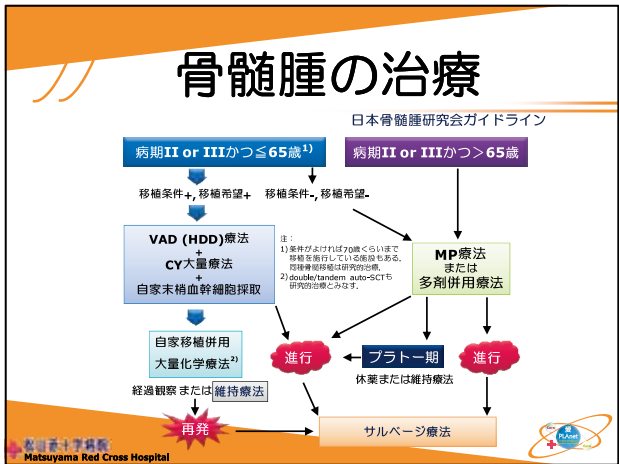


図6

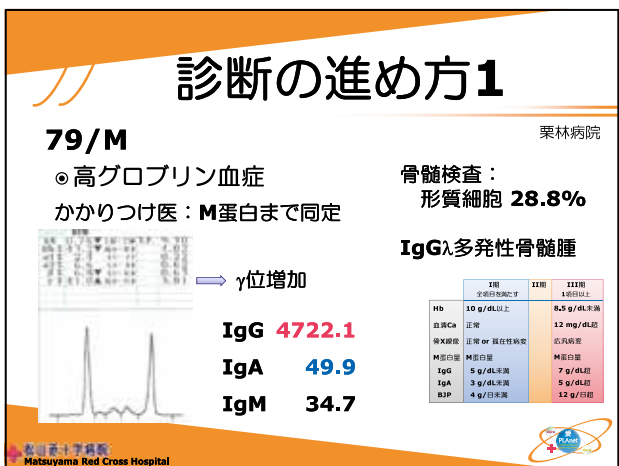


図1



図7

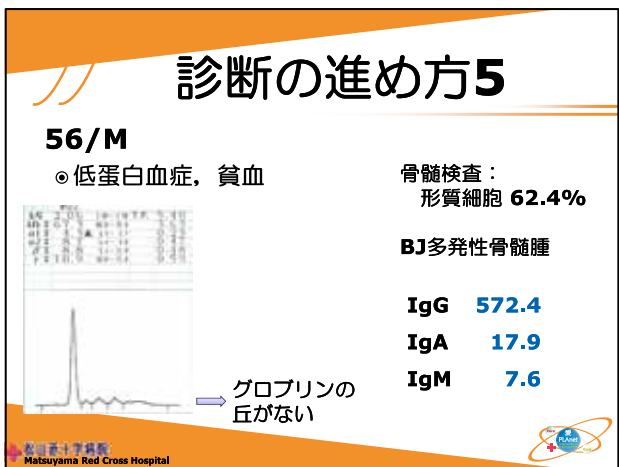


図2

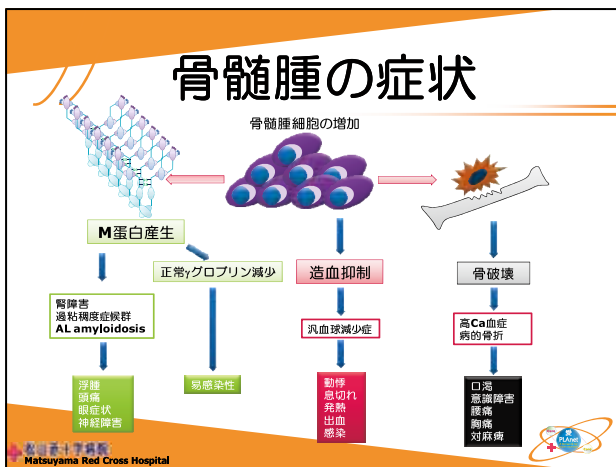


図8

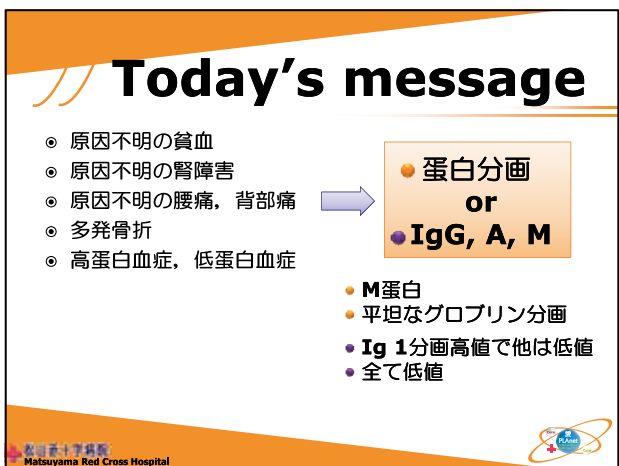


図3

病型	M蛋白量	骨髄形質細胞	臓器障害	腫瘍形成	末梢血形質細胞
MGUS	3 g/dL未満	10%未満	-	-	-
無症候性骨髄腫	3 g/dL以上	10%以上	-	-	-
症候性骨髄腫	+	+	+	+/-	-
非分泌型	-	10%以上	+	+/-	-
骨形質細胞腫	+/-	-	-	骨1ヶ所	-
髄外形質細胞腫	+/-	-	-	骨髄外	-
形質細胞白血病	+/-	+	+/-	+/-	+(20%以上)

誤嚥性肺炎を中心に

呼吸器科 牧野 英記



1. はじめに

わが国において、1日の肺炎の受療率は10万人対25（外来6 入院19）、死亡率は75であり、死因全体では第4位といわれています。さらに、高齢になるとその頻度は急激に増加し、85才以上では死因の第2位、90才以上では第1位となっています。2050年には65才以上の高齢者人口が40%に達し、世界の

2. 誤嚥性肺炎概説

どの国もこれまで経験したことのないような高齢社会になることが予想されており、肺炎診療は特に重要な問題となります。

誤嚥性肺炎は、誤嚥の状態により、顕性誤嚥と不顕性誤嚥の2種類に分別されるといわれています。前者は食べ物や胃液を大量に誤嚥するような場合に限り発症し、重篤な経過を辿ることが多いといわれていますが、その頻度は低いといわれています。一方、大部分を占めると言われる不顕性誤嚥の場合には、陰影があれば誤嚥性肺炎、はつきりしないあるいは気道周囲の変化のみとい

う場合には、びまん性嚥下性細気管支炎という診断になります。ここでもっとも気を付けて頂きたいのは、皆様が十分ご承知の通り、高齢者では典型的な症状を呈さないと言うことです。発熱や咳、痰などの呼吸器症状が全くなく、食欲不振・ADL低下・意識障害・失禁などの非典型的な症状のみといった場合があります（図1）。これらは、普段接している家族や施設の人からの情報があきつかけで判明することが多いです。すなわち、「高齢者においては、非典型的な症状にも細心の注意が必要である」ということを再認識する必要があります。

図2は口腔内からどのくらいの細菌が誤嚥されているかを示したものです。下図は明らかに歯垢があり、上図も誤嚥性肺炎を発症した患者さんの口腔です。歯周病があるだけでも口腔内細菌の量は1000倍になり、かつその菌は嫌気性菌が主体であり、このような細菌を誤嚥することで誤嚥性肺炎

が引き起こされているのです。従って、これらの細菌の絶対量を減らし口腔内の細菌叢を正常に保つておくことは、誤嚥性肺炎の予防において必要不可欠の条件であり、「口腔ケアがいかに重要なことであるか」が分かっていただけではないかと思えます。当然のことながら、介入のタイミングは早期であればあるほど有効であると思われます。

次に不顕性誤嚥の頻度をみてみると、誤嚥性肺炎発症患者は健康者とくらべて有意に不顕性誤嚥の頻度が高く、脳血管障害（特に脳幹梗塞）などの患者さんは誤嚥のハイリスク群であるとされています。さまざまなモダリティで嚥下機能を評価していくことができます。ただ、気をつけなければいけないのは、通常の嚥下機能評価では「顕性誤嚥の評価はできても、不顕性誤嚥の評価はできない」ということです。

と、図3のように簡単にまとめることができます。1. 口腔内の細菌が歯などの原因で増殖 2. 繰り返す誤嚥 3. 高齢による免疫力の低下です。これらのうち、免疫力の低下を改善することは非常に難しいと思われ、誤嚥に関しては食形態の変更、嚥下リハビリ、薬剤の介入などを行います。費用対効果を考えると口腔ケアはぜひともやっておきたいことです。

3. 新しい肺炎の概念

治療に関して言いたいことは一つ！治療は抗生剤だけではないということです。

起炎菌という側面で考えると、高齢者でまず押さえておくべき細菌は、肺炎球菌と嫌気性菌であると思われます。これに対しても肺炎球菌ワクチンなどを接種しておくことが有効であると思われます。

以前より、市中肺炎と院内肺炎の中間に位置する肺炎がある

と考えられてきましたが、最近になりその概念が確立されつつあります。すなわち、HCAP: Health care associated pneumonia、日本語では医療ケア関連肺炎と呼ばれるもので、2005年の米国ATS/IDSAのガイドラインで提唱された比較的新しい概念です（図4）。このガイドラインでは、HCAPの概念とともにリスクファクターとして6つの項目を挙げており（図5）、これらのリスクファクターを持つ患者は、CAP（市中肺炎）とは異なりHAP（院内肺炎）に近い病原微生物による肺炎を引き起こす可能性があります（図6）。ただしこれらのリスクファクターは、入院期間が短く、ナースিংホームや在宅での点滴治療が普及している米国の医療環境に則したもので、わが国で適応するには検証が必要になると思われます。

高齢者誤嚥性肺炎の臨床症状

- ・発熱などの炎症反応が少ないことがある
- ・不顕性誤嚥の頻度が高い
- ・肺炎は下葉、背側に多い
- ・時にすりガラス様、間質陰影を呈する
- ・胸部レントゲンでは分かりにくい事がある
- ・換気血流不均衡で思わぬ低酸素状態がある

図1

どれくらいの細菌が誤嚥されているのか？

口腔内常在菌

健康人唾液中: 10×10^8 個/ml
歯周病: 10×10^{11} 個/ml



嫌気性菌が主
好気性菌は1/10-1/100

う歯をみつけたら、すぐ治療を！



図2

誤嚥性肺炎発症のメカニズム

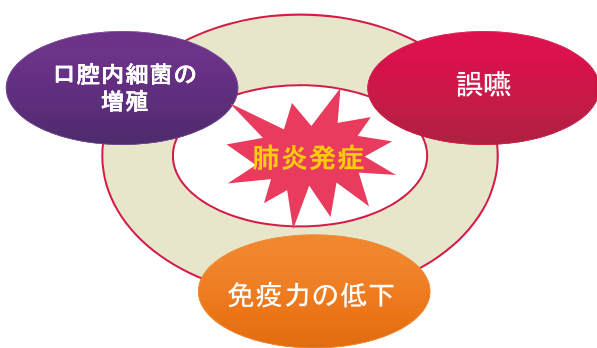


図3

発症場所からみた肺炎の分類

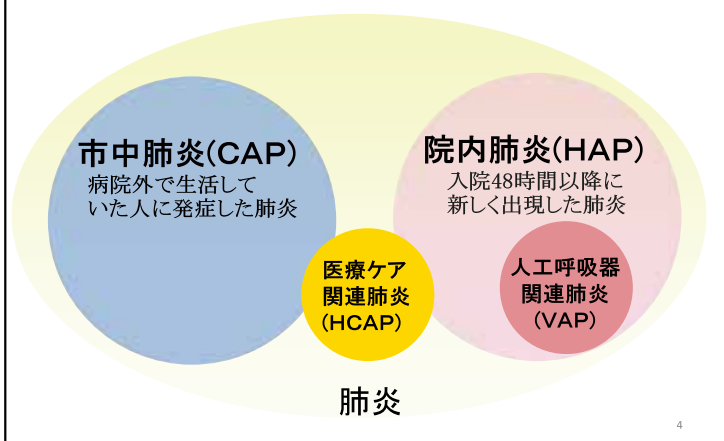


図4

口腔ケア・ワクチンは非常に簡単かつ有効な方法です。皆様にご

協力をいただき、高齢者の多い四国・愛媛県、松山周辺の誤嚥性肺炎をへらし、高齢者が生き生きと暮らしていくことのできる、全国

に誇れるモデル地域になれるようがんばりましょう！

医療ケア関連肺炎(HCAP)の定義

(ATS/IDSA院内肺炎ガイドライン 2005)

- 発症前90日以内に2日以上入院歴
- 発症前30日以内の慢性透析
- ナースিংホーム、老健施設などの居住者
- 在宅の輸液療法（抗菌剤を含む）
- 在宅での創傷治療
- 多剤耐性菌感染をしている家族がいる

図5

肺炎の種類別の耐性化・罹患率・死亡率の関係

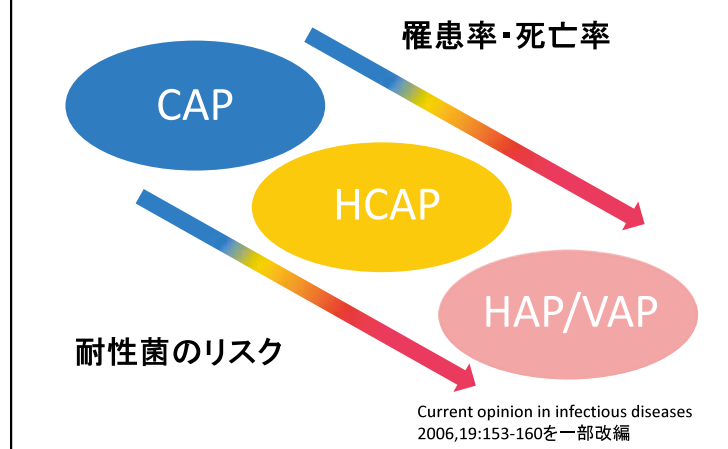


図6

生方にも是非お願いしたいと考えられている。それに加えて、当科では尿流動態検査（尿流量測定や膀胱内圧測定等）で膀胱機能を詳細に調べる）や内視鏡検査を行っている。

排尿障害の原因としては、糖尿病等の全身疾患や脳血管障害等の神経系疾患も含め、非常に多くの疾患が挙げられる。今回は、これらの中でも頻度が高く、泌尿器科以外でも診療される機会の多い前立腺肥大症（BPH）と過活動膀胱（OAB）について述べる。

BPHとは、前立腺の肥大や前立腺の平滑筋過緊張により、膀胱出口に機械的あるいは機能的閉塞がおき、種々の排尿症状を引き起こす疾患である。前立腺は発生学的に外腺と内腺に分けられるが、前立腺癌が外腺から発生するのに対し、BPHは内腺組織から発生する。前立腺癌は前立腺外への浸潤、転移をおこしうるが、BPHは良性疾患であり、そのようなことはおこらない。しかし、放置すれば膀胱機能に異常をきたすこともあり、多量の残尿のために腎不全にいたる可能性もある。また、飲酒等をきっかけに急性尿閉をおこし、緊急処置を要する場合もある。

BPHの治療は薬物療法と手術的治療に大別される。現時点で、薬物療法の第一選択はα1ブロッカーである。膀胱頸部から前立腺部尿道に分布するα1受容体を抑制し、同部の平滑筋を弛緩させるのがこの薬剤の作用である。効果発現は非常に早く、結果として膀胱出口の抵抗を下げ、排尿症状を緩和する。現在、数種類以上の薬剤が発売されているが、それらの間で臨床効果に差はないとされている。ただし、α1受容体のサブタイプ選択性に差があり、その結果、効果が症例毎に多少異なる印象である。副作用として起立性低血圧と射精障害がみられることが

ある。抗アンドロゲン剤は前立腺組織を縮小させることにより膀胱出口の機械的抵抗を軽減する。作用発現に数ヶ月を要することと勃起障害の副作用が問題である。また、血清PSA値に影響するため、前立腺癌の発見を遅らせる可能性もある。その他、植物エキス製剤や漢方薬が有効な症例もある。

手術療法としては経尿道的内視鏡手術が中心である。高周波電流を用いて前立腺組織を切除する経尿道的な前立腺切除術（TURP）が標準的手術と考えられている。術式としては完成されており、安全性も高い。当科では手術中の灌流液を従来のソルビトール液から生食水に換えた内視鏡を用いており、低ナトリウム血症という合併症を防いでさらに安全性を高めている。その他、マイクロ波やラジオ波、レーザーを用いた種々の新しい手術が登場している。しかし、いまだにTURPを凌駕する治療法はないと考えられる。

治療の選択にあたっては重症度や合併症の有無、ご本人のご希望を考慮する必要があるが、自覚症状の強い症例やα1ブロッカーを用いても残尿の減らない症例は一度泌尿器科へご相談いただくのが望ましいと考える。

OABは比較的新しい疾患概念で「尿意切迫を必須とした症状候群であり、通常は頻尿と夜間頻尿を伴うものである」と定義されている。原因として脳梗塞などの神経因性や下部尿路閉塞などの非神経因性が考えられている。しかし、実際には多くの要因が複合して症状を引き起こしており、原因不明の特発性と考えられるものも多い。診断については前述した問診票によって行える。症状が確認でき、膀胱炎や尿路結石など同様な症状を起こす疾患が除外できれば、治療を開始してよい。

治療としては生活指導や膀胱訓練等の行動療法、骨盤底筋に対する電気刺激療法などもあるが、中心となるのは薬物療法である。現在、OABの治療に最も用いられているのは抗コリン剤である。ムスカリン受容体を遮断することにより、膀胱平滑筋の緊張を低下させて症状を改善させる。種々の薬剤が発売されており、臨床効果に差はないとされる。口腔乾燥や便秘等膀胱以外のムスカリン受容体遮断による副作用がおりうる。この副作用には個人差があるもので、時に抗コリン剤の変更に検討される。その他の薬剤として塩酸フラボキサートや三環系抗うつ剤が用いられることもあるが、その有用性は十分には検討されていない。

OABの診療にあたって最も注意すべきは残尿の有無であると考えている。残尿が少ない（50ml以下程度）場合は抗コリン剤による治療を開始していただいてもよい。治療中も時々残尿のチェックが必要である。初診時から残尿が多い、あるいは治療中に残尿が増えた場合には泌尿器科を受診していただくのがよいと考える。また、抗コリン剤を2〜3ヶ月投与しても改善がみられない場合も、尿流動態検査等を行う必要があるが、泌尿器科受診が望ましいと考えている。

排尿障害は「年のせい」と考えられておられる方も多い。泌尿器科専門医は数居が高いかもしれない。泌尿器科以外の先生方にも積極的にその診療を行っていただき、お困りの症例があれば当科へご相談いただければ幸いである。

第3回
6月24日

Well aging3 高齢者の排尿

前立腺肥大症と過活動膀胱

泌尿器科部長 田丁 貴俊



排尿障害の診療にあたっては正常の排尿を理解する必要がある。排尿機能は蓄尿（膀胱に尿をためること）と狭義の排尿（膀胱の尿を排出すること）の二つに分けると理解しやすい。正常の蓄尿ではある程度の尿が膀胱にたまり尿意を感じ、その後も排尿を我慢す

ることができる。さらに尿を我慢している間に漏れることはない。一方、正常の排尿（狭義の）ではいつでも随意に尿を出すことができる。また、そのときに苦痛は伴わず、腹圧等の特別な努力は要さない。排尿直後には膀胱には尿が残っていない（残尿がない）のが普通である。これらが障害されることにより種々の排尿症状が出現する。一般的に、尿失禁等の蓄尿障害は女性に多く、尿勢低下等の排尿（狭義）症状は男性に多い。排尿障害の診断には、まず問診が重要である。国際前立腺症状ス

コア（IPSS）や過活動膀胱症状質問票（OABSS）等の標準化された問診票を用いるのが望ましい。尿路感染の有無等を確認するため検査も必須と考える。超音波断層検査が行える場合には残尿測定を容易に行える。排尿直後に下腹部をスキャンして膀胱を確認する。前後径、上下径、左右径をそれぞれ測定し（単位はcm）、それらを掛け合わせた値を2で割ったものが残尿量（ml）である。同様な方法で前立腺容積を求めることもできる。男性患者の場合は、前立腺癌のスクリーニングとしてPSA測定も行っていた。早期に前立腺癌は無症状であるが、排尿障害を起こす他の疾患に合併している可能性はある。以上の検査については一般医家の先

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/ H22.8.1現在

診療科目		月	火	水	木	金
内科	総合内科	上田陽子 濱田千鶴	藤 崎 (予約のみ) 上 田	藤 崎 安 永	横田英介 (予約のみ) 中 西	岡 田 上 田 植木尚子
	糖 尿 病	岡田貴典 能美幸信	近藤しおり 濱 田	岡 田 近 藤	近 藤 藤 美	能 美
	高 血 圧		福岡富和	福 岡		福 岡
	血 液	藤崎智明 安永 愛	牟田 毅	中西英元	藤 崎 上 田	牟 田
	糖尿病教室	毎週水・金曜日 10:00~12:00 (岡田・近藤・能美)				
肝胆膵 センター	午 前	武智俊治 上甲康二 大野芳敬	横田智行 上 甲 大久保智恵	三宅泰之 武 智	矢野 誠 横 田	横 田 上 大 甲 野
	午 後	武 智 (予約・緊急のみ)	(予約・緊急のみ) 上 甲 大久保	検 査 (緊急のみ)	検 査 (緊急のみ)	横 田 上 大 甲 野
胃 腸 センター (消化器内科)	外来部門	新 患 予 約 専門外来	藏原晃一 大津健聖 炎症性腸疾患	川崎啓祐 藏 原	船田摩央 川 崎	藏 原 船 田
		午 後 新 患 予 約	阿部光市 堺 勇二	鷲尾恵万 堺	当番医 古賀千晶	古 賀 米 湊 健
	検査部門	午 前	上部消化管内視鏡および造影検査			
		午 後	小腸大腸内視鏡検査および内視鏡治療			
循環器 センター	循環器内科	新 患 予 約	堺 浩二 堀本拓伸 佐々木香織	久保俊彦 芦原俊昭 古賀純一郎	高橋 優 芦 原 久 保	芦 原 久 保 松 坂
	心 外	午 前	梅末正芳	松井完治		
	呼吸器内科	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 センター	呼吸器外科		馬場博充		横山秀樹 三浦奈央子	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・水・木)。					
腎センター		原田篤実 上村太郎	原 田	原 田	上 村	原 田
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	石井大造 瀬山 剛	武智昭彦	曾我部貴士 瀬 山	石 井	曾我部 武 智
小 児 科	午 前	小谷信行 片岡京子 松本知華	近藤陽一 高岩正典	小 谷 片岡優子 西崎真理 吉川知伸	片岡(京) 高橋大介	近 藤 高 岩
		神 経 循環器	眞庭 聡 堀川定儀	眞 庭 中野広輔 堀 川	眞 庭	中 野 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 田中寛希 妹尾大作	横山幹文 弓 削 本田直利	大 下 宮 崎 妹 尾	宮 崎 兵 頭 横山幹文	横 山 頭 本 田
		弓削乃利人 宮崎順秀 妹 尾	兵頭慎治	東條伸平 弓 削 妹 尾	東 條	東 條 中 田 本
	午 後	手 術	手 術		手 術	手 術
外 科	午 前	乳 腺	白石 猛 姉川 剛	白 石 丸山晴司 増田隆伸	高橋郁雄 島袋林春	西崎 隆 黒田陽介
		血 管	井上博道 山岡輝年 (再診) 大峰高広 (新患)	井 上		山 岡 (新患) 大 峰 (新患)
	午 後	小児外科	野口伸一		野 口	野 口
		緩和ケア		ストーマ外来	外来手術	
				白 石		
※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)						

診療科目		月	火	水	木	金
整形外科		中城二郎 小林孝明 古田太輔	山本 進(手) 野田慎之(脊) 三藤建志	山 本 西森(膝) 大前博路(肩)	中城(股) 小林(膝) 吉塚将昭	野 田 西 森 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 尾 澤 北野弘之	藤 井 田 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	担当医	篠 森 真 田 有 友	担当医
		手 術		手 術		手 術
	午 後		検査(透視)	手 術	検査(透視)	手 術
※水・金曜日は新患のみ診察します。						
眼 科	午 前	児玉俊夫 堀内良紀 竹澤由起	堀 内 菊地正晃	山西茂喜 木村 徹 竹 澤	児 玉 野口 毅 依光明生	山 西 菊 地 野 口
	午 後	児 玉 堀 内 竹 澤	手 術	山 西 木 村 竹 澤	手 術	山 西 菊 地 野 口
	※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	福井眺万	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		森田美由紀 榎林真美		安 部
心療内科・ 精神科						
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
	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	寺門永顕	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かかる診療受付時間 (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	科 脳 神 経 外 科	循 環 器 科	歯 科 口 腔 外 科
消 化 器 科	小 児 外 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	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

神 経 内 科	形 成 外 科	リハビリテーション科
麻 酔 科	呼吸器科(月・水・木)	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。

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。

お 知 ら せ

松山赤十字病院登録医制度について

平成22年8月1日現在、当院の登録施設は361、登録医は520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。