

Matsuyama Red Cross Hospital

地域医療連携室報

2020.3

No. **86**

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 最適で質の高い医療を提供し、患者に優しい病院を目指します。
- 2 多職種によるチーム医療を実践し、安全・安心な医療を提供します。
- 3 地域の医療機関、保健・介護・福祉と連携を図り、急性期医療・専門医療を実践します。
- 4 災害医療、国際救護活動の充実を図り、赤十字事業を推進します。
- 5 将来を担う人材の確保と育成に努めます。
- 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。
- 7 健全経営の維持に努めます。

診療科紹介 放射線診断科

放射線診断科 菊池 恵一

放射線診断科の診療体制

松山赤十字病院放射線診断科では地域医療連携室を介して、CT/MRIを中心に連携施設の先生方から依頼される検査・画像診断を行っています。日頃より連携施設の先生方には大変お世話になっており、お礼を申し上げます。

現在のスタッフは菊池、松田、梶原、井上、小田、三好の放射線診断専門医6名と放射線診断専攻医である浦岡の7人が在籍しています。放射線技師や看護師、医療事務の方々とともに、日々の業務を行っています。連携室を介した画像診断依頼は年間約1000件で、検査後すみやかに画像診断レポートを作成し、画像の入ったCD-Rとともに各連携施設にお返ししています。

PET-CTのご紹介

ここでは当院で稼働している画像診断装置の中で、新たに導入されたPET-CTをご紹介します。当院では平成30年1月からPET-CT検査を開始、平成31年4月からは健康管理センターとともにPET-CT 検診も始めています。

PET-CT検査では人体のエネルギー源となるブドウ糖によく似た化合物 FDGを使います。FDGはブドウ糖に放射線を放出するフッ素18を付けたものです。フッ素18の放射線半減期は約110分と短く、検査の被ばくは問題となりません。FDGはブドウ糖と同様な経路で細胞内に取り込まれますが、ブドウ糖とはわずかに構造が異なっているため分解されず、細胞内に留まります。がん細胞は正常細胞よりもブドウ糖の取り込みが多く、そのFDGから放出される放射線を体外から計測し画像化することで、がんの位置がわかります。同時にCTを撮影し、CT画像と重ね合わせて表示して診断しています。

PET-CTは悪性腫瘍の診断に有用な検査です。孤

立性肺結節の鑑別診断においては感度81-100%、特異度78-94%、膀胱癌の鑑別診断では感度85-100%、特異度67-99%とばらつきはあるものの多くの悪性腫瘍で高い診断精度が報告されています。早期胃がんを除くすべての悪性腫瘍に保険適応がありますので、皆様の施設で症例がありましたら、是非当院のPET-CT検査をご利用ください。

またPET-CT検査は侵襲の少ない検査でもあり、検診としても広く行われています。PET-CT検査の被ばく量が急性の放射線障害が起こることはなく、将来のがん発生の心配もありません。皆様の日々の健康管理のために、ご希望あれば当院健康管理センターにお問い合わせください。

おわりに

当科が携わっているCTやMRI、PETをはじめとする画像診断領域は今最も発展が著しい分野の一つといえます。現在では多くの疾患で画像診断が診療方針の決定に欠かせません。今後はAIを駆使した診断も行われるようになるでしょう。我々も地域の先生方のニーズを満たす画像の提供、画像診断レポートの作成を心がけていきます。今後ともよろしく願いいたします。



新時代の各科の取り組み



地域の医療関係者の皆様と「顔の見える連携」構築を主目的として毎年好評を博している地域医療連携室懇談会を本年度も、

去る1月18日に開催させていただきました。今回は24回目になりますが「新時代の各科の取り組み」と題して令和時代にふさわしい各科の取り組みを、今年度新任・昇任された松坂英徳循環器内科部長、米澤早知子小児科部長、上甲武志眼科部長の3名の先生方にお話しいただきました。

国連では高齢化率21%以上を超高齢社会と定義していますが、平成29年時点で日本の高齢化率はすでに27.7%に達しています。少子超高齢化はこのまま更に進むと予想され、令和時代の医療はこの急激な社会変化に適切に対応することが急務です。

具体的には健康寿命の延伸と次世代の育成が肝要で、そうした視点で医療を俯瞰すると、高度先進医療の提供に加え、高齢者では疾患予防や早期発見、生活の質の維持、小児では社会全体との連携による総合的な子育て支援の重要性が見えてきます。3名の先生方にはそれぞれ令和にふさわしい取り組みをお話しいただきました。残念ながら参加できなかつ

副院長（患者支援センター 所長） 藤崎 智明

た方は、本号の各先生の記事をお読みいただければ幸いです。

国連は2030年までに持続可能でよりよい世界を目指す国際目標(SDGs)を採択していますが、17の目標の中に「すべての人に健康と福祉を」が掲げられています。我が国ではとうの昔に達成されているものですが、日本独自の問題は進行する少子超高齢社会におけるその「持続可能性」です。

会の冒頭に紹介させていただいたとおり、皆様多大なご協力のおかげで当院への紹介率、また当院からの逆紹介率は年々向上しています。この取り組みが地域医療の質向上と効率化につながり、ひいては持続可能な地域医療に帰結すると信じています。引き続き、当院の地域医療連携にお力添えをいただければ幸いです。

開催要領

参加人数 院外41名
院内85名

日時 令和2年1月18日(土) 17:00~20:00

テーマ 「新時代の各科の取り組み」

(敬称略)

座長：患者支援センター所長 藤崎 智明
(副院長)

講演 17:00~

- 「循環器疾患の予防と早期発見のために」
循環器内科部長 松坂 英徳
- 「当科における小児がん診療」
小児科部長 米澤早知子
- 「知っておきたい黄斑部疾患」
眼科部長 上甲 武志

意見交換会 18:30~

循環器疾患の予防と早期発見のために

循環器内科部長 松坂 英徳

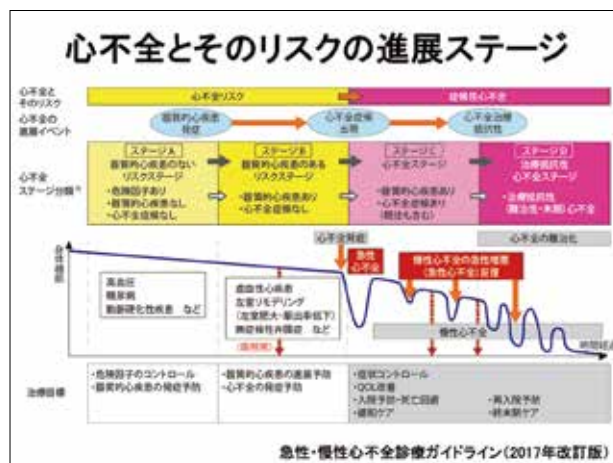


心不全は高齢化に伴って増加の一途を辿っています。「心不全とは、心臓が悪いために、息切れやむくみが起こり、だんだん悪くなり、生命を縮める病気です」と一般向けの定義が作成され、より

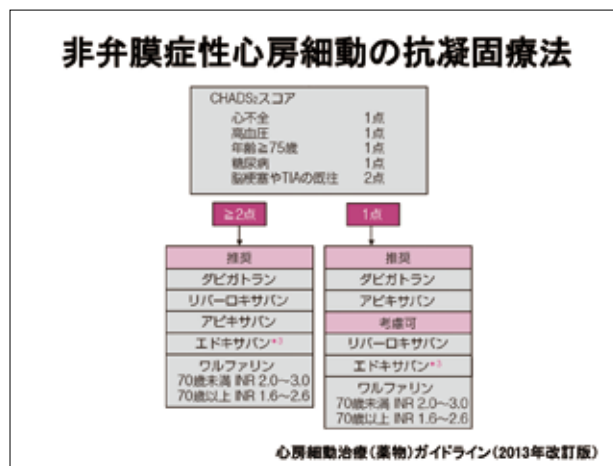
広く認知されることが期待されています。最新の心不全診療ガイドラインでは「心不全とそのリスクの進展ステージ」(スライド1)が掲載されており、危険因子のみのステージA、器質的心疾患を有するステージB、心不全徴候が出現したステージC、難治性に至ったステージDと進行することが分かります。高血圧・糖尿病・動脈硬化性疾患などの危険因子があるだけでステージAに該当する、ということは疾患予防の観点から重要と思います。体液貯留による体重増加・下肢浮腫・息切れなどの心不全の症状を把握しておくことや、血液検査でBNPまたはNT-proBNPを測定することが早期診断に役立ちます。

心不全とともに確実に増加すると予想されるのが心房細動で、頻拍の持続により心不全を惹起したり、左房内血栓から心原性塞栓症の原因になります。非弁膜症性心房細動における血栓塞栓症のリスクスコアであるCHADS₂スコア(スライド2)が1点以上であれば、抗凝固療法の導入を検討すべきとされています。長期的な洞調律維持を目指して、近年ではカテーテルアブレーションが標準的な治療として確立しました。循環器疾患の治療方針の決定に際して症状の有無は重要ですが、一方で無症状を理由に放置してよいはずはなく、考えておくべきポイントをスライド3にまとめましたのでご参照下さい。無症

候性の心房細動を検出する最も簡便な方法は検脈で、何時でも何処でも誰でもできるので、早期に診断そして介入することで健康寿命の延伸に繋がしましょう。



スライド1



スライド2

“無症状”はいいこと?

- 循環器疾患の症状の有無・性状・程度は個人差が大きい。
- 不整脈は持続することで症状に慣れてしまうことがある。
- 弁膜症は緩徐に進行するため症状に気付かないことがある。
- 糖尿病患者や高齢者では狭心症状を感じないことがある。
- 高齢者は症状が出ないように無意識に活動を制限していたり、症状を“歳のせい”と考えていることがある。
- 治療後に症状が改善したことで初めて、治療前には症状があったことを認識することもある。
- 健診やドックで見付かる異常は無症状～自製内。

↓

発見の遅れにより不可逆的な状態まで進行したり、合併症を起して初めて診断に至る場合がある。

スライド3

当科における小児がん診療

小児科部長 米澤 早知子



小児がんは15歳未満に発生するがんです。愛媛県内では現在愛媛大学医学部附属病院、愛媛県立中央病院、

当院の3病院で小児がん診療を行っています。現在当院で対応しているのは主に白血病、リンパ腫の血液腫瘍です。当科は感染症患者が多い小児病棟で個室を利用して化学療法を行っており、小児がんの入院患者は数名です。愛媛大学病院は固形腫瘍や難治再発の血液腫瘍など症例数が多く、県内で唯一小児の造血幹細胞移植が実施されています。当科で移植が必要と判断した症例は愛媛大学に治療をお願いしています。

当科における診療実績

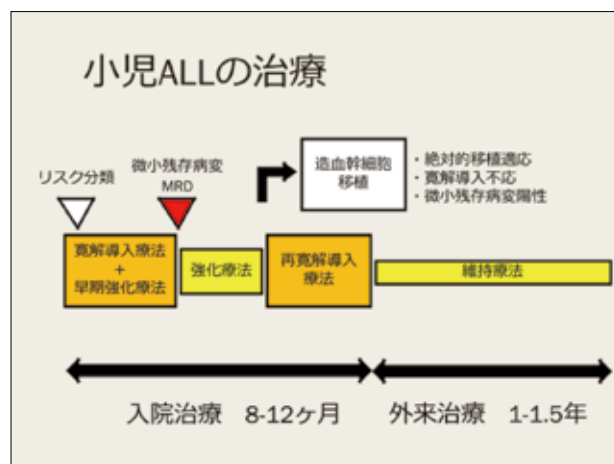
2012年以降23例に入院治療を行いました。疾患の内訳は急性リンパ性白血病(ALL)が16例と最多で、そのほかの疾患は急性骨髄性白血病(AML)、悪性リンパ腫、ランゲルハンス細胞組織球症、網膜芽細胞腫、脳腫瘍で、いずれも1-2名でした。

ここで、小児ALLについて紹介します。ALLは小児白血病の7割を占め2-5歳に好発します。多くは発熱、出血症状、骨痛などで発症、血液検査で血球異常を指摘された後、骨髄検査で診断に至ります。腫瘍細胞の染色体・遺伝子異常、発症時年齢、白血球数、中枢神経浸潤の有無、初期治療反応性により、

再発しやすさを予測し標準、中間、高リスク群に分類します。高リスク群では強い化学療法、標準リスク群では合併症の少ない治療を行います。治療の概要を図に示します。入院で8-12ヶ月の化学療法後、外来通院で内服薬中心の維持化学療法を行い、2年あまりで長い治療が終了します。特に難治例では造血幹細胞移植が必要です。治療の発展により予後は改善し、最近の米国の報告で5年全生存率が9割とされています。

当科のALL16例ですが、小児では稀なフィラデルフィア染色体(Ph)陽性ALLが4例と4分の1を占めました。TKI併用化学療法という新しい治療を行いましたが、1例は治療合併症で死亡、3例は再発しました。このような難治白血病に対する今後の治療開発が期待されます。

子ども達やご家族が笑顔で入院生活を送れるよう、スタッフ一同力を合わせて治療に当たっています。引き続きご指導のほどよろしくお願い申し上げます。



知っておきたい黄斑部疾患

眼科部長 上甲 武志



黄斑部は、網膜の中心部に存在し、視力および色覚を司る重要な部分です。この黄斑部に異常が生じた場合、自覚症状としてはゆがみ(変視)やかすみ(視力低下)を生じます。

今回の講演では、黄斑部に異常をきたす疾患の中で加齢黄斑変性、糖尿病網膜症(黄斑浮腫)、黄斑前膜、黄斑円孔についてご紹介します。

加齢黄斑変性は50歳以上の方に生じる疾患で、放置すると90%の患者さんの矯正視力が0.1以下になる進行性の疾患です。その有病率は1.2%とされています。治療適応のある病型は滲出型です。確定診断には血管造影検査にて新生血管の存在を証明することが必須でしたが、近年、造影検査をしなくても新生血管を証明することが可能となりました。この画期的な検査機器はOCT angiographyです(図1)。わずか数十秒の検査で患者さんの負担なく画像を得ることができます。当院でもOCT angiographyを使用して、患者さんの負担が最小限になるような診断に努めています。本疾患のファーストラインの治療法は抗VEGF薬の硝子体内注射です。この治療により視力を維持もしくは改善することが可能になってきております。

糖尿病網膜症は糖尿病の3大合併症の一つで、視力低下の最大の原因は黄斑浮腫です。この黄斑浮腫に対するファーストラインの治療法も加齢黄斑変性と同様に抗VEGF薬の硝子体内注射です。しかし、患者さんの病状によってはステロイド局所注射、レーザー治療、硝子体手術を選択することもあります。

以上、ご紹介した加齢黄斑変性と糖尿病黄斑浮腫に対する治療の中心は、外来で行う薬物治療が中心です。一方、次にご紹介する黄斑前膜と黄斑円孔は

薬物治療では効果が得られないため、外科的治療(硝子体手術)が必要な疾患です。

黄斑前膜も黄斑円孔も60～70歳代の方に多い疾患で、自覚症状はゆがみや視力低下です。治療は硝子体手術です。現在、当院では入院して頂いたうえで手術を行っておりますが、手術システムや手術器具の進歩により、入院期間は従来よりも短縮しております。当院では25Gシステムを導入しており、小さな創口からの手術、そして無縫合の手術を可能な限り行っております(図2)。黄斑前膜であれば1～2泊、黄斑円孔であれば4～5泊です。

以上、代表的な黄斑部疾患についてご紹介させて頂きました。お困りの患者さんがおられましたらご紹介いただけましたら幸いです。

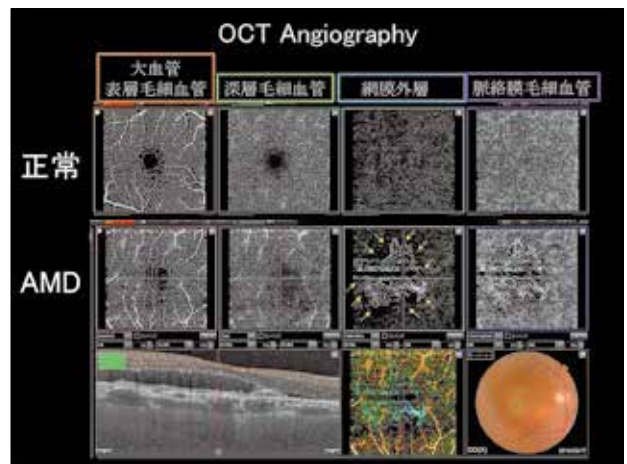


図1

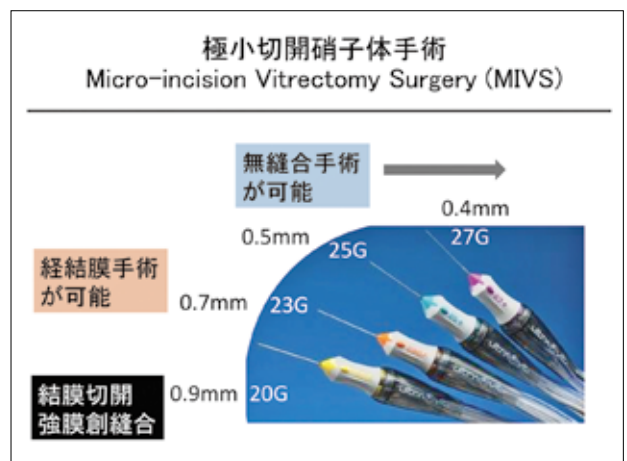


図2



抗がん剤は、その多くが最大耐用量に近い投与量で治療することを前提としているため、副作用は現れて当然である。しかし、その制御が不良であれば減量・休薬が必要となり、それが治療効果の減弱に繋がる。適切な支持療法により治療継続を可能とし、十分な治療効果を得たいものである。ここでは比較的新しい話のある悪心・嘔吐および末梢神経障害を取り上げたい。そして最後に、数年前より注目を集めている免疫チェックポイント阻害剤(ICI)の有害事象と薬薬連携について触れることにする。

【悪心・嘔吐】

悪心・嘔吐は、昔も今も患者が苦痛に感じる副作用の上位にランクインしている。故にまともなエビデンスの乏しい有害事象対策の領域にありながら、比較的多くの臨床試験が行われ、また新規制吐剤の登場で、そのコントロールは大幅に改善した。

2010年、制吐薬適正使用ガイドラインが発刊された。悪心・嘔吐は、急性・遅発性・予測性の3つのタイプに、また各薬剤の催吐リスクは、その発現頻度を基に高度、中等度、軽度、最小度の4つに分類されている。それぞれの分類に合わせて制吐薬を使用することで、効率的に症状を低減することができる。従って、効果不十分で制吐療法を強化する際は、いつ頃、どの程度の症状があったのかを丁寧に聴取することが重要である。

ここ数年の制吐療法における話題が、Steroid Sparingとオランザピンである。Steroid Sparingとは、day2以降の内服ステロイドを省略することを指す。パロノセトロン投与下であれば可能であるとする報告が複数出され、現在では、乳腺のAC療法や中等度催吐性レジメンにおいて、選択肢とされている。そしてオランザピンは、悪心嘔吐に関連した複数の受容体に作用する薬剤で、2017年6月に化学療法後の悪心・嘔吐に対して使用可能となった。予防においてもレスキューにおいてもエビデンスがあり、高い有効性を認めているが、難点として、糖尿病が禁忌であるということ、眠気が出るため運転禁止ということが挙げられる。また現時点では、ステロイド、5-HT₃受容体拮抗薬、NK1受容体拮抗薬と併用することとされている。

【末梢神経障害】

最も代表的な原因薬剤として、オキサリプラチンやパクリタキセルが挙げられるが、これらは長期に使用する症例もあり、その場合日常生活に支障を来すこともしばしばある。また回復には、月単位あるいは年単位の時間を要し、中には回復の見込めない症例が現れるのも問題である。末梢神経障害にはプレガバリン、デュロキセチン、VB₁₂、牛車腎気丸、NSAIDs、オピオイド等が頻用されるが、いずれもそ

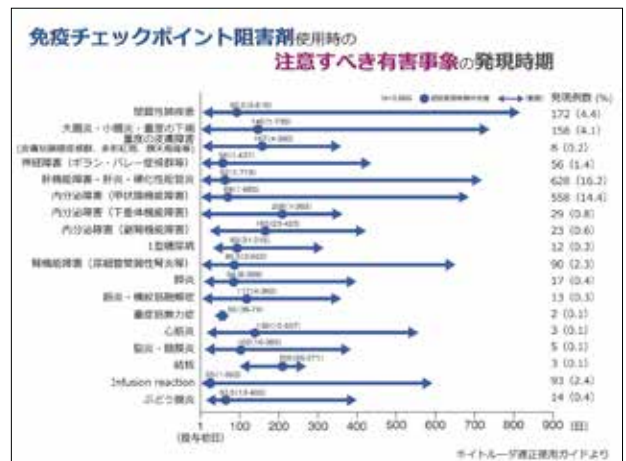
の効果は限定的である。エビデンスレベルの高い報告が少ないため、本邦にはガイドラインが存在しないが、2017年に国内の使用実態および益と害のバランスを考慮した手引きが公表された。

牛車腎気丸は、副作用が少ないため頻用されがちだが、オキサリプラチンによる末梢神経障害の予防を目的に行われた第Ⅲ相試験で、対照群よりむしろ成績が悪く、当該目的においては投与しないことが勧められる。デュロキセチンは、化学療法後の末梢神経障害に対して唯一改善効果を示した比較試験が存在するが、その差は僅かであり過度な期待はできない。その他の薬剤に関しては、投与を否定しないというレベルである。

2016年にアルブミン懸濁型パクリタキセルによる末梢神経障害の予防において手術用手袋を用いた圧迫療法の有効性を示した第Ⅱ相比較試験が報告された。現在第Ⅲ相試験が進行中で、結果が待たれる。また学会レベルでは、ある種の降圧薬や糖尿病薬が末梢神経障害の改善に有用であるという報告もされており、今後の研究に期待が寄せられる。

【ICIと薬薬連携】

ICIは、自己の免疫細胞を賦活化することによってがん細胞を攻撃する薬剤だが、半面、活発になった免疫細胞が自己を攻撃してしまう免疫関連有害事象(irAE)が問題になっている。irAEは頻度が低いものの、多種多様で、いつ発現するか分からず、時に生命を脅かす。ICI中止後、月日が経過した後も発現することがある。有効な予防策が無いため早期発見・早期治療が重要である。当院ではチームを結成し、問診票や検査セット、コンサルトの基準等を検討してきた。今後、薬機法改正により全国的に薬薬連携がより進んでいくものと予想されるが、irAE対策においてもこれを有効活用し安全性の確保に努めていくことが求められる。





糖尿病とがん治療の関連について以下の4点をお話した。

1. 糖尿病の死因、糖尿病と癌の疫学データ
2. 癌治療中の糖尿病管理で私が心がけていること：周術期、化学療法期、終末期それぞれについて
3. 症例提示
 1. 糖尿病が先行して膵癌診断に至った症例
 2. 非糖尿病患者の膵癌膵全摘後の血糖管理
4. 免疫チェックポイント阻害薬によるirAEとしての1型糖尿病(図1)

1. 糖尿病の死因、糖尿病と癌の疫学データ

糖尿病の死因に関する委員会報告(2001～2010年)では、日本人糖尿病の死因は、血管障害14.9%、悪性新生物38.3%、感染症17%…と悪性新生物による死が約4割弱を占める。この30年で血管障害が減りがん死が増えた。2型糖尿病は日本人においては、大腸癌、肝臓癌、膵癌のリスク増加と関連あり。糖尿病と癌に関する日本糖尿病学会と日本癌学会による提言が発表された(図2)。

2. 癌治療中の糖尿病管理で心がけていること

【周術期】糖尿病による創傷治癒遅延、感染の予防のため、術前血糖コントロールはA1c 7%台を目標に、空腹時血糖値 FPG 120 mg/dl前後を目安とするが、合併症や年齢を考慮し個別対応が必要。栄養管理では、必要十分なブドウ糖とインスリン投与が重要。周術期＝シックデイ(sick day)であり経口糖尿病薬は中止し、インスリン治療へ切り替えることが多い。

【化学療法期】ほとんどの化学療法でステロイドを併用するため、化学療法初日夕方～終了後4、5日間、血糖コントロールが増悪しやすい。インスリン治療中はインスリンを増量する。生命予後や患者さん本人の体調、希望を考慮し、糖尿病薬を調整する。摂食量減少、体重減少に伴う低血糖リスクの増加に留意し薬剤調整を行う。

【終末期】低血糖や口渴多飲多尿が出現するような高血糖、ケトアシドーシスを生じないことを目標にする。インスリン依存状態の場合は頻回の血糖測定やインスリン調整が必要であり在宅での血糖管理が困難になることもある。経過を通じて、「血糖値」に振り回されることなく、「食べる楽しみ」を損なうことなく、低血糖や高血糖でQOLを落

とさないことに糖尿病管理の主眼を置く。

3. 症例提示：①糖尿病が先行して膵癌診断に至った症例は、糖尿病治療中の血糖コントロールの悪化の要因の一つに膵癌を念頭におく必要性を示した。②非糖尿病患者の膵癌膵全摘後の血糖管理では、インスリン皮下注射が必須である。最近ではグルコースモニタリング(リブレ®等)の進歩で、より細やかな血糖管理が可能となってきた。

【まとめ】糖尿病診療においては、血管合併症の管理もさることながら、大腸がん、肝臓がん、膵臓がん等がんリスクが高くなることから、がん検診も重要である。がん診療においては、糖尿病薬やインスリンの調整がQOL維持のためには必須である。免疫チェックポイント阻害薬投与による免疫関連有害事象の一つに、劇症1型糖尿病がある。糖尿病ケトアシドーシスの早期治療介入のため、患者さんと医療チームの情報共有が重要。

図1 当院で経験した抗PD-1抗体投与後に発症した劇症1型糖尿病(FulT1D)の2例

1. 免疫チェックポイント阻害薬(ICI)の免疫関連副作用の一つに1型糖尿病があり、71～85%¹⁾は糖尿病ケトアシドーシス(DKA)で発症すると報告されている。
2. 本邦におけるNivolumab投与後の劇症1型糖尿病(FulT1D)発生頻度は12/4888人(0.25%)とされ²⁾、本邦のFulT1Dの年間発生率0.3人/10万人/年³⁾に比し高い。
3. 当院で2019年8月末までにICIを投与された135人中、2人がFulT1Dを発症し、発生頻度は1.5%と既報より高頻度である。
4. 2例とも、FulT1D感受性HLAを有しており、ICIがFulT1D発症の契機となった可能性がある。
5. FulT1Dは東アジア人で報告が多く、人種間差異があることが知られている³⁾。ICI関連FulT1Dの集積・解析で発症機序の解明が望まれる。

1) Eur J Endocrinol. 181: 363-374, 2019
2) 日本糖尿病学会：免疫チェックポイント阻害薬使用患者における1型糖尿病発症に関するRecommendation, 2016年5月18日
3) 難病情報センターWeb site 劇症1型糖尿病(H.23年度)
4) Nat Clin Pract Endocrinol Metab. 3: 36-45, 2007

図2 糖尿病と癌に関する日本糖尿病学会と日本癌学会による医師・医療者への提言

- ・ 2型糖尿病は、大腸がん、肝臓がん、膵臓がん、乳がん、子宮内膜癌、膀胱癌などのリスク増加と関連がある一方で、前立腺がんリスク減少に関連。日本人に限ると、**大腸がん**、**肝臓がん**、**膵臓がん**のリスク増加と関連あり。
- ・ 加齢、肥満、不適切な食事や運動不足などの共通する危険因子が存在。
- ・ 糖尿病による癌罹患リスク上昇の機序：
高インスリン血症、高血糖、炎症など
- ・ 健康的な食事、運動、体重管理、禁煙、節酒は、糖尿病と癌の両方の罹患リスクを減少
- ・ 糖尿病患者は、年齢、性別に応じ、適切なスクリーニングが推奨される。
- ・ 糖尿病治療薬ががんリスクに影響するか否かについては、現段階では科学的根拠に乏しい

糖尿病56(6): 374-390, 2013

●まとめ

癌患者において急性腎障害は頻発イベントであり、抗癌剤使用、悪性腫瘍自体(の腎臓への影響)、癌患者の年齢(高齢)など、多くの癌患者が持つ共通の要因が腎機能悪化リスクとなる。癌患者の腎合併症は入院期間の延長、医療コストの増大のみならず、治療効果を低下させ生命予後を悪化させる。癌患者特有の腎疾患に対する脆弱性を理解して、いかに予防し、いかに管理するかを学ぶ事が重要である。また今後は急性腎障害をタイムリーに非侵襲的にかつ高感度で診断できる特異的バイオマーカーの確立にも期待したい。

- (1) 平成29年(2017)人口動態統計(推定数)の概況 厚労省ホームページ
- (2) European Journal of Internal Medicine.22 (2011)399-406
- (3) J support Oncol.2011;9 (4):149-55
- (4) Plos One.2013;8 (2) e55870
- (5) JAMA.2005;293 (14):1737-45
- (6) Am J Kidney Di.2009;54 (1):24-32
- (7) Nephron.1998;79 (4):408-12

令和2年度 イブニングセミナー

がん診療の進歩と最近の話題

「愛媛県医師会」と共催で開催しております。
日本医師会生涯教育制度の1単位とカリキュラムコードが取得できます。

回数	開催日	講演テーマ	演者名	カリキュラムコード
1	4月23日	血液疾患の最近の話題	内科副部長 浦田 真吾	28 発熱
2	5月28日	泌尿器科がんに対するロボット手術の現状	泌尿器科部長 矢野 明	65 排尿障害(尿失禁・排尿困難)
3	6月25日	進行期悪性黒色腫の治療の進歩と免疫チェックポイント阻害薬による皮膚障害について	皮膚科部長 南 満芳	26 発疹
4	7月30日	肺がん免疫療法最近の話題	呼吸器内科部長 兼松 貴則	46 咳・痰
5	8月27日	進化する肝細胞癌治療	肝臓胆のう臓 内科副部長 越智 裕紀	27 黄疸
6	9月24日	胃癌背景の変化と診断・治療に関する最近の話題	消化器内科副部長 池上 幸治	51 嘔気・嘔吐

第16回

地域医療連携フォーラム開催のお知らせ

- 日時：2020年7月12日(日) 13:00～
- 会場：松山市民会館 大ホール ■ 主催：松山赤十字病院
- その他：入場無料・事前申込不要

新型コロナウイルスの感染拡大の状況によりイブニングセミナー、地域医療連携フォーラムは開催を延期する場合があります。

松山赤十字病院登録医制度について

現在、当院の登録施設は405施設、登録医は562名です。

今後も随時、受付けておりますので当院「患者支援センター」までお問い合わせください。TEL(089)926-9516

登録医制度にご登録いただいた場合

(1)共同診療病床の利用

患者さんの診療等を病棟担当医と共同で行う目的で共同診療病床を利用できます。

(2)高度医療機器の共同利用

検査目的で紹介した患者さんに関して、病院が保有する高度医療機器を主治医と共同して利用することができます。

(3)研修、セミナーへの参加等

病院が行う公開された研修会・セミナー・症例検討会・講演会等に参加することができ、必要な情報(医師紹介パンフレット・外来診療担当医表・連携室報)を提供します。

(4)付属施設の利用

病院内の指定された控室、多目的ホール、会議室、図書室及び駐車場等を利用することができます。

(5)登録医証等の発行

登録医証(掲示用・名札用)をお渡しします。

(6)駐車料金の無料

研修・セミナーの参加及び紹介患者の状態確認等で来院された場合、料金は無料です。

(7)ホームページ掲載

当院ホームページの「地域の医療機関一覧(当院の登録医)」でご紹介します。

FAXによる受診予約について

患者支援センターでは、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。当日、患者さんは正面玄関左の「院外紹介患者受付」にお越しいただくことで初診受付の手続きが不要となり、待ち時間の短縮になります。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)

※17:00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。

バックナンバーにつきましては当院ホームページからご覧いただけます。

■発行責任者 / 副院長(患者支援センター所長) 藤崎 智明

■編集 / 松山赤十字病院・患者支援センター 〒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/>