# 松山赤十字病院
http://www.matsuyama.jrc.or.jp/

◆発行責任者／渕上忠彦
◆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

# 地域医療連携室報

2006.11
第35号


## 第11回 松山赤十字病院 地域医療連携室懇談会を開催

さる10月21日（土）、当院教育講堂において、「かかりつけ医」の先生方を対象に院内外より172名という多数の皆様にご参加いただき、第11回地域医療連携室懇談会を開催致しました。今回は「松山医療圏における地域連携クリニカルパスの活用」というテーマを掲げ、松井副院長を座長に、地域のニーズを最優先した病院づくりを皆様とともに考える会と致しました。第一部では三菱ウェルファーマの門坂嘉之氏に「地域連携クリニカルパスとは」というテーマでご講演をいただき、第二部では「地域連携クリニカルパスに対する当院の取り組み」について、当院の中城部長、曽我部部長、芦原部長にご報告いただきました。

平成11年8月に第1回を開催したこの会も今回で第11回を迎えることができました。

皆様方には今後とも引き続きご参加、ご協力いただきますようお願いいたします。

テーマ
『松山医療圏における地域連携クリニカルパスの活用』

【内　容】
第 1 部：基調講演 「地域連携クリニカルパスとは」
第 2 部：地域連携クリニカルパスに対する当院の取り組み

【プログラム】

| | | | |
|---|---|---|---|
| **第1部：基調講演「地域連携クリニカルパスとは」 ～連携パスの動向と Q&A ～** | | | |
| 座　長：クリニカルパス推進委員会委員長 | | 松　井　完　治 | 副院長 |
| 演　者：三菱ウェルファーマ営業推進部 | | 門　坂　嘉　之 | 氏 |
| **第2部：「地域連携クリニカルパスに対する当院の取り組み」** | | | |
| 1. 大腿骨頚部骨折用連携パス | 松山赤十字病院整形外科 | 中　城　二　郎 | 部長 |
| 2. 脳卒中リハビリ用連携パス | 松山赤十字病院脳卒中センター | 曽我部　貴　士 | 部長 |
| 3. 循環器連携パス | 松山赤十字病院循環器センター | 芦　原　俊　昭 | 部長 |
| **総合討論** | | | |
| 司会：クリニカルパス推進委員会委員長 | | 松　井　完　治 | 副院長 |

## 第1部 基調講演
## 「地域連携クリニカルパスとは」

三菱ウェルファーマ株式会社 営業推進部 門坂 嘉之

### ～医療制度改革の観点から～

これまでにも、連携に基づいた医療はそれぞれの地域において実践されてきたところでありますが、まず最初に、医療制度改革の観点からこの地域連携を捉えてみたいと思います。ご存知のとおり1948年に医療法が施行されて以来、1997年の第3次医療法改正にて地域医療計画制度の充実を目的として、初めて地域医療支援病院の概念が追加されました。さらに本年6月14日には、第5次医療法改正の法律案が国会にて可決・成立し、2007年4月1日より施行されることになっております。この法律案には、「地域医療連携については、地域連携クリティカルパスの普及等を通じた連携体制の確立を図るため、診療報酬上の評価等によりその支援に努めること。」と記載されており、ここで初めて医療法上において明確に地域連携クリニカルパスが取り上げられたことになります。（図1参照）また、ここで、重要視されていることは、患者の視点に立った安全で安心できる質の高い医療が受けられる体制の構築であり、医療機能の分化・連携による切れ目のない医療の提供を行うことであります。その核となるべきものが、今後展開されていく地域連携パスになるものと考えられております。このようなパスを利用することによって今後

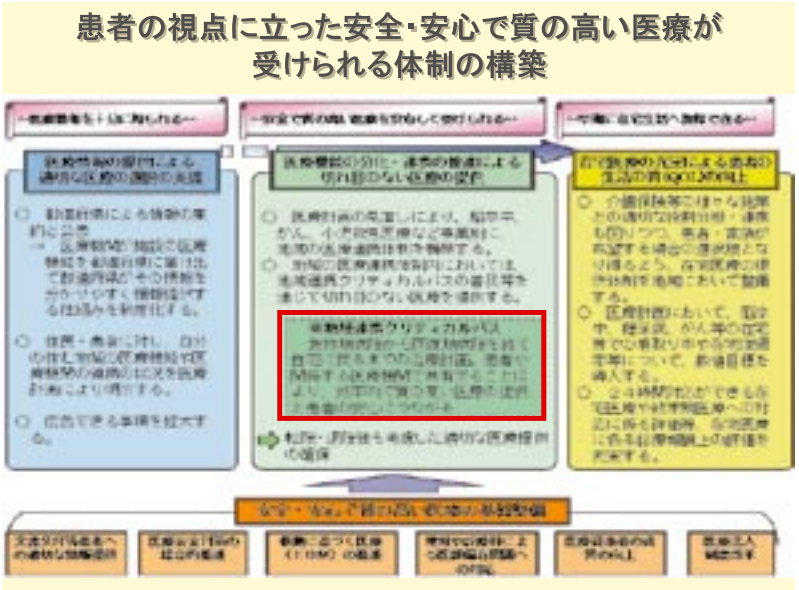



図 1：厚生労働省資料より

日本の医療がこれまでのヒエラルキー型の医療提供体制から患者あるいはかかりつけ医を中心とした新しい医療連携体制へ転換されていくものと予測されるものであります。

## ～平成18年診療報酬改定より～

本年度の診療報酬改定は、マイナス3・16％であったことが殊更強調されておりますが、基本的に4つの視点が基本的考え方となっています。第1に患者から見て分かりやすく、QOLを高める医療が実現される視点、第2に質の高い医療を効率的に提供するために医療機能の分化・連携を推進する視点、第3に我が国の医療の中で今後重点的に対応していくべきものと思われる領域の在り方を検討する視点、そして第4に医療費の配分の中で効率化余地があると思われる領域の評価の在り方について検討する視点が掲げられています。

これらの中で第2番目の視点つまり医療機能の分化・連携を推進する政策が大きく連携パスに関与し、本年度の診療報酬上において初めて地域連携クリティカルパスが評価されたのであります。現在は対象疾患が、大腿骨頸部骨折のみとなっておりますが、急性期病院としては転院又は退院時に地域連携診療計画管理料として1500点、連携する医療機関では地域連携診療計画退院時指導料として1500点算定できるようになりました。（図2参照）

これからの評価においては、おそらく量的な観点から、その内容の質・効率性の観点へと転換され、連携体制あるいはシステムが新しい評価を受けることになっていくものと考えられます。

## ～地域連携クリニカルパスとは～

地域連携クリニカルパスの定義は、「急性期病院から回復期病院を経て早期に自宅に帰れるような診療計画を作成し、治療を受ける全ての医療機関で共有して用いるもの」となっております。ここで留意したいことは、ある特定の医療機関同士のパスではなく、その地域の全ての医療機関同士の共有パスであることを謳っている事であります。これまでの、水平ネットワークにおける線上の医療連携モデルではなく、疾病別にその患者さんに対して地域の医療機関が協力しあって最適の医療を提供していくことであります。（図3参照）

ご存知のとおり熊本医療センターでは、野村一俊先生が大腿骨頸部骨折シームレスケア研究会を立ち上げられ積極的に地域連携クリニカルパスを展開されておられます。おそらく、今後これらの疾患だけではなく、脳卒中、循環器疾患、がんなどの疾患に急速に拡大していくものと考えられます。一方、それぞれの医療機関における治療方針等の違いが連携パス作成時に大きな問題になることも明らかになってまいりました。退院基準をどうするのか等の意見の相違においては、やはり、原点に戻るという意味においても、患者さんからの視点を尊重することが極めて大切なことであるものと思っております。

最後になりますが、歴史ある松山赤十字病院の皆様方がより一層地域医療連携に貢献されつつ、地域連携クリニカルパスというツールを用いて愛媛県の人々に安全・安心で質の高い医療を提供され、患者さんとの真の信頼関係を構築されますことを心より祈願しまして終わらせて頂きます。

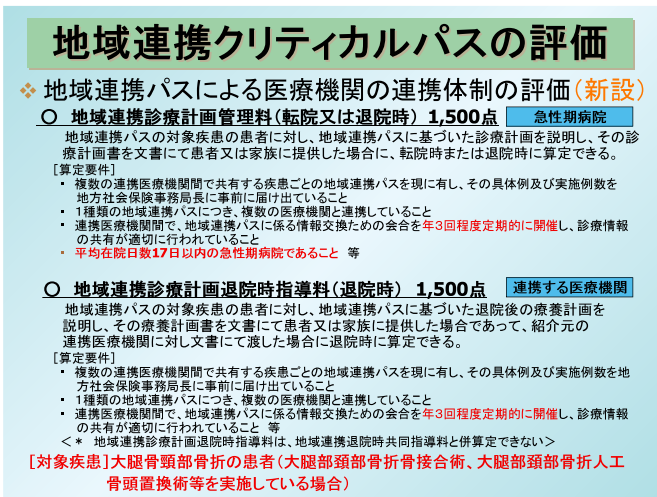



図２：厚生労働省資料より

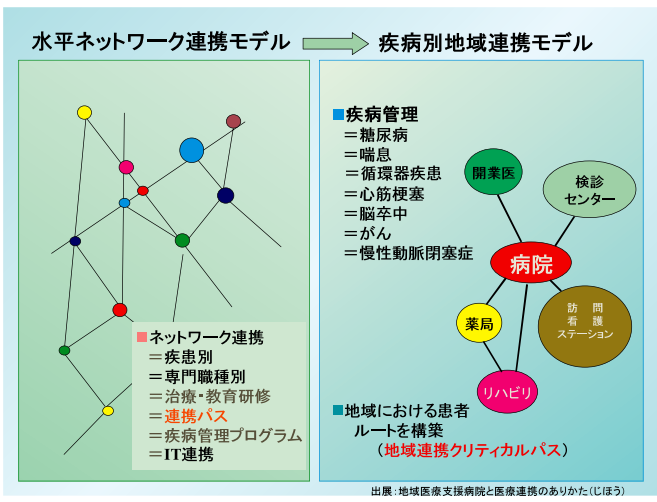



図3：地域医療支援病院と医療連携のありかた（じほう）一部改変

第2部 「地域連携クリニカルパスに対する当院の取り組み」

# 地域連携パスに対する当院の取り組み（大腿骨頸部骨折用連携パス）

松山赤十字病院 整形外科部長 中城 二郎

大腿骨近位部骨折は、高齢化社会においてよく遭遇する疾患です。骨粗鬆症を基盤として転倒などの軽微な外傷で発症します。この疾患に対して、積極的に手術を行い、リハビリののち自宅へ帰れる患者様には退院を、転院を希望される患者様には、回復期病院に転院していただき引き続きのリハビリを行ってきました。しかし、従来の施設完結型の治療から地域完結型治療に変化するなかで、急性期病院が在院日数を減らし、かつ地域の医療レベルを向上させる目的で、地域連携パスがひとつの手段として脚光を浴びてきました。今回は、大腿骨頸部骨折用連携パスの作成過程について述べます。

まず当院急性期病院と連携してこのパスを運用していただくため、昨年（2005年1月～12月31日退院）の大腿骨近位部骨折の治療実績を調べました。総数は146症例で非手術症例が8症例（保存的治療4症例、転医3症例、死亡退院1症例）で、手術症例は138症例でした。連携パスはこの手術症例138症例が対象となります。さらにこの手術症例の転帰について調べますと、自宅退院43症例（31・2％）転院91症例（65・9％）当院他科に転科が4症例（2・9％）でした。転院された91症例の転院先を調べ上位5施設（松山リハビリテーション病院・伊予病院・松山ベテル病院・北条病院・砥部病院）に連携参加を呼びかけ、快く引き受けていただきました。当院では、平成18年3月7日に連携パス小委員会を立ち上げ、5月11日に連携病院合同打ち合わせ会を行い、連携5施設の運用開始に伴う承認を得て、5月29日に社会保険事務局へ届け出て、6月1日より連携パスを運用開始しました。

連携パスの作成にあたっては、できるだけ、書類の枚数を少なく、記載事項を少なく簡素化することに心がけました。そのため、医師、看護師、理学療法士が患者情報提

1

4

2

5

3

6

患者番号　　－　　－

# 地域連携診療計画書（脳卒中リハビリ用連携パス）

Ver.1.63

患者氏名　　（疾患名：　　手術名：　　）　　説明日：平成　年　月　日

| 経過 | 入院日 | 手術日 | 1週目 | 2週目 | 3週目 | 4週目 | 転院日 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 月日 | ／ | ／ | ／ ～ | ／ ～ | ／ ～ | ／ ～ | ／ |
| 達成目標 | 人院生活・治療に不安なく適応出来る | | 症状安定しベッド上リハビリ開始出来る | リハ意欲向上を図り、積極的に取り組む事が出来る | 現在の状態を認識出来、転院を受け入れる事が出来る | 転院を不安なく受け入れ準備出来る | **（転院基準）** 3週以降 リハビリ必要 |
| 治療・処置 | | | 他科紹介（　　） | | | | 感染症なし |
| 内服 | 持参薬確認（　／　） | | ﾜｰﾌｧﾘﾝ（　　）降圧剤（　　）DM薬（　　）その他（　） | | 抗血小板薬（　　）高脂血症薬（　　） | | |
| 注射・点滴 | | | 注射薬（インシュリン（　　）ｱｻ　ヒル　ユウ　u）自己注射・家人施行・看護師施行 | | | | |
| 検査 | | | | | | 最終CT（　／　）最終MRI（　／　） | 術後DSA（　／　） |
| 食事（栄養） | | ・経管栄養（Mチューブ、PEG）種類（　　）（　　）Kcal　朝（　）ml　昼（　）ml　夕（　）ml 経水（　　）ml ・経口摂取 主食（　　）副食（　　）－＞（きざみ・とろみ・1口大・　　）ソフティア（　）P　3g/P/200ml 食事姿勢（椅子・車椅子・ギャッチアップ　　度） 使用器具（ハシ、スプーン、フォーク、自助具） | | | | | Mチューブ交換（　／　）PEG挿入（　／　）次回交換　ヶ月後予定 |
| リハビリ・活動（安静度） | | リハビリ科受診（　／　）　開始日（　／　）　車椅子坐位（　／　）　平行棒起立（　／　）　4点杖歩行（　／　）<br>更衣訓練（　／　）　端坐位（　／　）　車椅子移乗（　／　）　平行棒歩行（　／　）　T杖歩行（　／　） | | | | | |
| 清潔 | | | BC　回／W　陰部洗浄　回／W　手浴　回／W　足浴　回／W<br>口腔洗浄　毎日（はみがき毎食後）<br>ｼｬﾜｰ浴（　／　）サージ浴（　／　）<br>入浴（全介助・部分介助・見守り） | | | | |
| 排泄 | | | Bagｶﾃｰﾃﾙ挿入（有・無）<br>Bagｶﾃｰﾃﾙ最終交換（　／　） | 病棟トイレへ車椅子介助（全介助・部分介助・歩行器・独歩<br>便意の有・無　薬剤使用　回/W（　　）<br>オムツ使用　無・有（　　）<br>日中（　　）夜間のみ（　　）<br>尿意　有・無　導尿　無・有　回/日 | | | |
| 退院支援 | 介護認定申請（有・無）<br>要支援・要介護（　　）<br>事業所（　　）<br>ｹｱﾏﾈｰｼﾞｬｰ（　　） | | 社会事業部へFAX（　／　）<br>家族の面談日（　／　）<br>転院先決定（　／　）<br>看護サマリー記入（　／　） | | | | |
| 患者様及びご家族への説明・指導、その他 | 入院診療計画書記入（　／　） | | リハ開始（　／　） | リハ室リハ開始（　／　） | 転院説明（　／　） | 転院決定（　／　） | |
| 退院時情報 | 【退院時患者状態】brace LLB（ / ）SLB（ / ）AFO（ / ）より使用<br>OT　FIM開始時（　／　）　点　→　最終 BI（　／　）　点<br>ST 失語症（無・軽・中・重）　構音障害（無・軽・中・重）<br>Br. stage（ / ）U/E　F　L/E　最終（ / ）U/E　F　L/E<br>問題行動（有・無）見当識障害（有・無）<br>認知症（有・無）<br>リハビリ意欲（高い・低い・普通）<br>平成　年　月　日　松山赤十字病院　脳卒中・脳神経センター | | | | | | |

| 経過 | 入院時 | 1ヶ月 | 2ヶ月 | 3ヶ月 | 4ヶ月 | 転院 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 月日 | ／ ～ | ／ ～ | ／ ～ | ／ ～ | ／ ～ | ／ ～退院日 ／ |
| 達成目標 | 環境の変化に関連した不安の軽減を図る | 環境適応促進 | 問題解決に向けて前向きに取り組めるように援助する | 障害を受容し自分にあった将来を予測できるよう援助する | 訓練の成果を日常生活場面で安全に発揮できるよう指導 | **（退院基準）** |
| 治療・処置 | | | | | | |
| 内服 | ﾜｰﾌｧﾘﾝ（　　）DM薬（　　）その他（　） | | 抗血小板薬（　） | 高脂血症薬（　） | 降圧剤（　） | |
| 注射・点滴 | | | | | | |
| 検査 | 入院時検査,CT・X-P・ECG VE・VF | | | VE・VF | VE・VF | 退院時検査 CT・X-P・ECG |
| 食事（栄養） | 経管栄養マーゲンチューブ・PEG 種類（　）（　）kcal　朝（　）kcal　昼（　）kcal　夕（　）kcal　経水（　）ml 経口栄養 種類（　）（ゼリー食　ミキサー食　粥食　ミンチ　キザミ　軟菜　軟飯　並食 増粘剤　ml に　g 全介助・半介助・部分介助（特殊自助具　有・無）（　）→（　）→（　）→（　） | | | | | |
| リハビリ・活動（安静度） | リハビリテーション<br>情報収集<br>動作確認と申し送り<br>移動・移乗・排泄・食事の環境設定<br>言葉・食事の質問紙 | ﾌﾟﾛｸﾞﾗﾑ施行<br>病棟スタッフへ説明<br>環境調整・自主訓練指導<br>家族指導・訓練見学<br>コミュニケーション手段発見<br>心理的援助　VF・VE<br>歯科耳鼻科眼科受診指導 | 評価・報告書作成<br>ﾌﾟﾛｸﾞﾗﾑ施行<br>装具・杖など検討作成<br>自助具・福祉用具の検討<br>自主訓練指導<br>家屋訪問指導<br>外出・外泊訓練 | ﾌﾟﾛｸﾞﾗﾑ施行<br>残存能力活用訓練<br>家屋訪問指導<br>適応力促進 | ﾌﾟﾛｸﾞﾗﾑ施行<br>家族指導・訓練見学<br>外出・外泊訓練指導<br>自主訓練指導<br>残存能力活用訓練<br>装具・杖などの検討<br>補助具・福祉用具の検討 | 退院時評価・報告書作成<br>退院時指導（本人・家族）<br>ﾌﾟﾛｸﾞﾗﾑ施行<br>家屋訪問指導（PT・OT）<br>社会活動参加への訓練 |
| 清潔 | 機械浴<br>一般浴 $^2/_W$（　）（　）（　）→（　）→（　）→（　）→（　）<br>温泉<br>更衣　全介助・半介助・部分介助・自立（　）→（　）→（　）→（　）→（　）<br>洗面・ハミガキ　〃（　）→（　）→（　）→（　）→（　）<br>移動ﾍﾞｯﾄ⇔W/C　トイレ　⇔W/C（全介助　半介助　部分介助　自立）（　）→（　）→（　）→（　）→（　） | | | | | |
| 排泄 | 排泄　全介助　一部介助　見守り　自立　尿意・便意（　）→（　）→（　）→（　）→（　） | | | | | |
| 退院支援 | 在宅復帰支援<br>主治医より入院時面接（　）<br>診療情報提供書の記入（　）<br>入院療養計画書の記入（　）<br>生活状況の把握<br>家屋状況調査表の記入依頼<br>ハビリに対する意思・理解度確認<br>身障手帳・介護保険の紹介 | 総合リハ診断計画書作成<br>身体状態・予後について把握支援<br>家屋状況調査表を各スタッフへ | 総合リハ診断計画書作成<br>退院後の生活の検討を支援<br>介護保険認定申請援助<br>ｹｱﾏﾈｰｼﾞｬｰの決定援助（　） | 総合リハ診断計画書作成<br>面接<br>退院後の生活の検討を支援<br>介護保険認定確認（　）<br>在宅サービス内容決定援助<br>住宅改修支援（　日）<br>福祉用具購入支援（　）<br>外出・外泊に向けて | 退院後の通院先決定<br>ｹｱﾏﾈｰｼﾞｬｰとの連携<br>退院前在宅CF開催（<br>試験外泊に向けて<br>本人・御家族への指導 | 在宅カンファレンス<br>看護サマリー記入<br>リハサマリー記入<br>退院時サマリー送付<br>身体障害者手帳申請紹介・支援<br>退院時療養計画書記入<br>家屋改造後、試験外泊<br>最終チェック<br>健康管理指導<br>介護指導 |
| 患者様及びご家族への説明・指導、その他 | 服薬指導<br>栄養指導 | | | | | |
| 退院時情報 | 【退院時患者状態】brace LLB（ / ）SLB（ / ）AFO（ / ）より使用<br>OT　FIM開始時（　／　）　点　→　最終 BI（　／　）　点<br>ST 失語症（無・軽・中・重）　構音障害（無・軽・中・重）<br>Br. stage（ / ）U/E　F　L/E　最終（ / ）U/E　F　L/E<br>平成　年　月　日　松山リハビリテーション病院<br>主治医：㊞ | | 主治医：㊞<br>看護師：㊞<br>介護士：㊞<br>理学療法士：㊞<br>作業療法士：㊞<br>言語聴覚士：㊞<br>医療ソーシャルワーカー：㊞ | | | |

※1 病名等は、現時点で考えられるものであり、今後検査等を進めていくにしたがって変わり得るものです。※2 入院期間については現時点で予想されるものです。
※3　転院先：退院時に本計画書の写し等を紹介元病院（松山赤十字病院）へ送付してください。

# 脑卒中リハビリテーション連携パス

松山赤十字病院　脳神経外科部長　曽我部　貴士

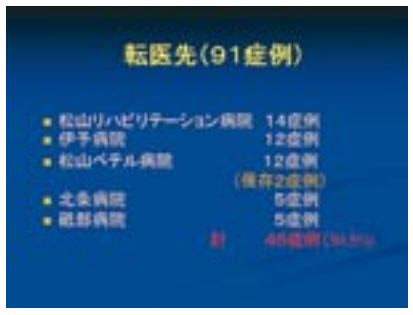
脳卒中・脳神経センターが平成17年6月に発足以来、脳卒中患者の増加が見られ、本年度の入院患者は年間約300名になろうとしております。内訳としては、脳梗塞が約60％、脳出血が約20％、クモ膜下出血が約10％程度となっております。脳卒中の入院から退院までの期間を見てみると、脳梗塞も脳出血もおおむね3つのタイプに分けられます。軽症、中等症、重症となり、図1のような経過が考えられます。さらに、リハビリも不要で短期間に自宅退院出来る、最軽症も分けるとパスの運用上便利となり、都合4タイプを考えております。しかしながら、図2に挙げるように、経過のばらつきが多く、特に重症になればなるほど、パスの運用は難しくなります。DPCに対応したパスを考え供書やパス用紙にそれぞれの分担部分を書き込んでいくようにしています。

連携パスのなかで、受傷前活動ランクをもうけ、転院基準は発熱がなく、車椅子移乗とし、回復期病院の退院基準は自宅へ帰るあるいは受傷前活動ランクの1ランク下以上を目標にしています。パスによってリハビリの進行状況を詳細に記述し、次の回復期病院に引き継がれ、同一の目標に向かってリハビリが行われます。

地域連携パスの運用状況ですが、6月1日より9月30日までの入院でかつ10月20日までに退院している症例を対象症例としました。対象症例は32症例でした。転院症例は24症例でそのうちパス適応症例は20症例でした。連携病院への紹介率は83・3％と昨年の同時期と比較すると5連携病院へ集中化していました。当院在院日数も28・9日と昨年同時期と比較して短縮していました。

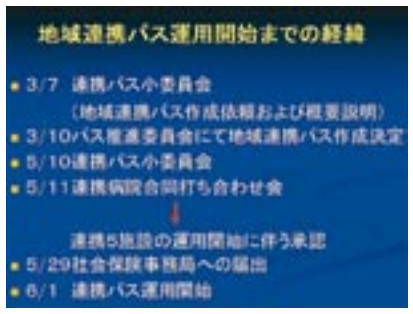
連携パスは、運用し始めてまだ数ヶ月のため転院先から退院している症例が数例のためこれから症例を増やして検討していきますが、今後、年数回の合同検討会を行いながらさらによりよいパスに仕上げるとともに治療成績および地域医療の向上に努めたいと思います。

11



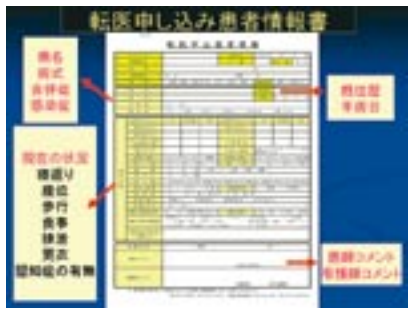

7

12




8

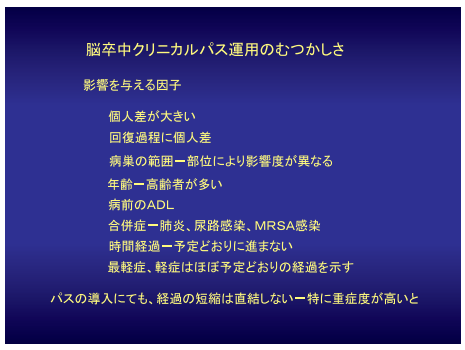
13




9

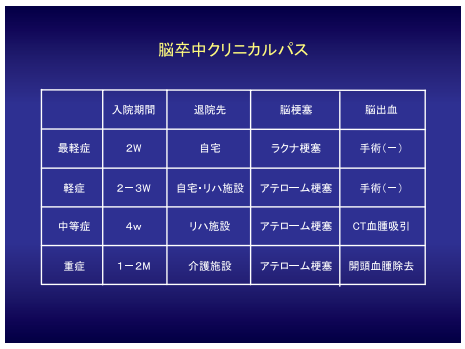
14

10




2

ると図3、4の内容となります。入院期間Ⅱとして挙げられた日数は全国での平均の入院日数と考えられるので、院内パスはそれよりやや短めの日数を設定しております。院内パスを利用し、さらにリハビリテーションの必要な患者さんが連携パスの対象となります。3週間を過ぎてさらにリハビリテーションが必要な患者さんを考えております。急性期のリハビリテーションに続けるため、連携の対象としては「回復期リハビリテーション病棟」ということとなります。現在、回復期リハビリテーション病棟をお持ちの病院は、松山リハビリテーション病院、伊予病院となっておりますので、両院と共同で連携パスを作成し、運用を始めた段階です。連携パスを図5に示します。転院前のリハビリテーションの内容、回復程度、投薬、入院生活の情報等を含んでおります。運用しながら、さらに改訂してゆきたいと思っております。



脳卒中クリニカルパス

| | 入院期間 | 退院先 | 脳梗塞 | 脳出血 |
|---|---|---|---|---|
| 最軽症 | 2W | 自宅 | ラクナ梗塞 | 手術(ー) |
| 軽症 | 2ー3W | 自宅・リハ施設 | アテローム梗塞 | 手術(ー) |
| 中等症 | 4w | リハ施設 | アテローム梗塞 | CT血腫吸引 |
| 重症 | 1ー2M | 介護施設 | アテローム梗塞 | 開頭血腫除去 |

1

DPC対応脳卒中クリニカルパス(脳出血)

| | 入院期間Ⅱ | 特定入院期間 | 当院パス | パス在院期間 |
|---|---|---|---|---|
| JCS30未満 op(~) | 15日 | 38日 | 最軽症<br>軽症 | 2w<br>2ー3w |
| JCS30以上 op(~) | 18日 | 50日 | 中等症 | 1M |
| JCS30未満 CT血腫吸引 | 27日 | 51日 | 中等症 | 1M |
| JCS30以上 CT血腫吸引 | 37日 | 76日 | 中等症<br>重症 | 1ー2M |
| JCS30未満 開頭血腫除去 | 15日 | 38日 | 重症 | 1ー2M |
| JCS30以上 開頭血腫除去 | 37日 | 76日 | 重症 | 1ー2M |

3

DPC対応脳卒中クリニカルパス(脳梗塞)

| | | 入院期間Ⅱ | 特定入院期間 | 当院パス | 在院期間 |
|---|---|---|---|---|---|
| 脳梗塞 | JCS30未満 | 10日 | 27日 | 最軽症<br>軽症 | 2w |
| | JCS30以上 | 該当なし | 該当なし | | |
| アテローム梗塞 | JCS30未満 | 10日 | 27日 | 軽症<br>中等症 | 2ー3w |
| | JCS30以上 | 該当なし | 該当なし | 中等症<br>重症 | 4wー1M |
| 脳塞栓症 | JCS30未満 エダラボン | 10日 | 27日 | | |
| | JCS30以上 エダラボン | 該当なし | 該当なし | | |

4

# 循環器疾患連携パス

松山赤十字病院　循環器科部長　芦原　俊昭

## 循環器疾患連携パス

平成18年6月の診療報酬改定で大腿骨頸部骨折の連携パスが保険算定の対象となりましたが、我々は平成17年から3種の連携パスを作成し運用しています。心不全に対してアーチストを導入するアーチストパス、心房細動に対する抗凝固療法としてのワーファリン導入パス、薬剤溶出ステント留置症例に対して投与するパナルジンのパスです。

2年前から連携パス作成に取り掛かり、ある程度型ができたところで、H17年2、6、12月と3回の循環器合同カンファレンスを開き、連携を組んでいただける病院や医院の医療スタッフと意見交換を繰り返して作成しました。われわれが連携パスを作ろうと考えたのは（DPCや保険算定とは無関係で）、病病・病診連携をさらに推進していくためには連携パスが必要不可欠のもので究極のツールと考えたからです。現在の日本の医療が目指しているのは地域完結型の診療体制の確立で、そのためには役割分担が必須である。我々は地域医療支援病院としてご紹介いただいた患者さん、あるいは緊急入院の患者さんの診療を受け持つわけですが、現状は再来患者の診療におわれ、特に午前中はマンパワー不足で入院患者や緊急入院の患者への対応が十分でないこともありました。役割分担の責任を十分に果たすためには、再来患者をできるだけ逆紹介してかかりつけ医に診ていただき、我々は入院患者の診療に専念すべきだと考えました。しかし患者さんには、かかりつけ医で日赤と同じような診療が受けられるのか、あるいは緊急時はどうなるのかといった不安があり、なかなかことが運びませんでした。そこで、連携していただける施設のスタッフと意見を出し合い、合意の上で疾患連携パスを作成すれば、同じ治療方針で診療ができ、緊急時もパスに沿ってスムースに紹介・逆紹介が可能になるのではと考えたわけです。当然、病病・病診連携の主体である患者さんの満足も得られ、お互いの医療スタッフも安心して自分の役割に専念できるし、同時に連携医療の標準化・適正化が図られるわけです。（表1）

## 心房細動に対するワーファリン導入パス

心房細動における抗凝固療法導入の連携パスについて説明します。非弁膜性心房細動（慢性、発作性を問わず）に対する抗凝固療法の適応については、日本循環器学会からガイドライン（図1）が出されていまして、それに沿って適応を決定しワーファリンによる抗凝固療法を始めます。心房細動は、最も多い持続型頻脈性不整脈で、加齢とともに増加し、これまでいわれてきたような良性の不整脈では決してなく、しばしば症候性でかつ治療抵抗性である。また心機能抑制による心不全誘発や血栓塞栓症による脳梗塞発症とQOLの著しい低下をきたすため最近特に問題となっている不整脈です。非弁膜性心房細動では塞栓症のリスクに応じた抗凝固療法もしくは抗血小板薬療法が求められるため、塞栓症のリスクとしての一過性脳虚血発作や脳梗塞の既往、

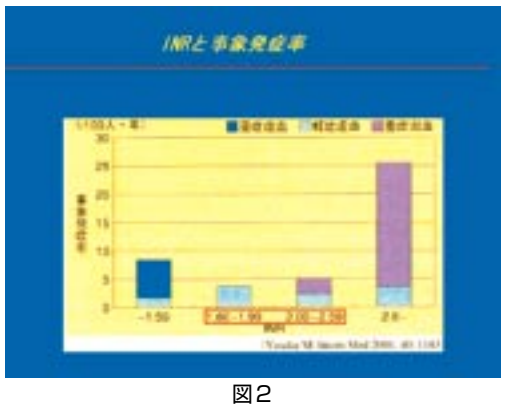



図2

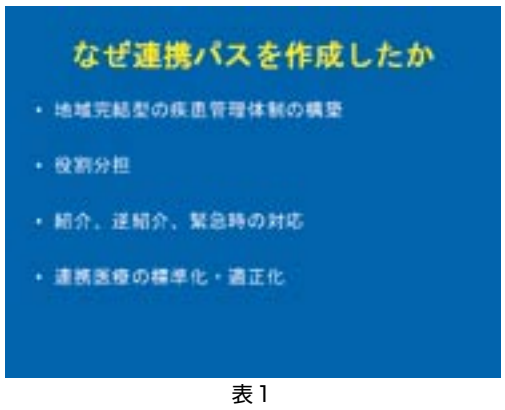



表1

図3

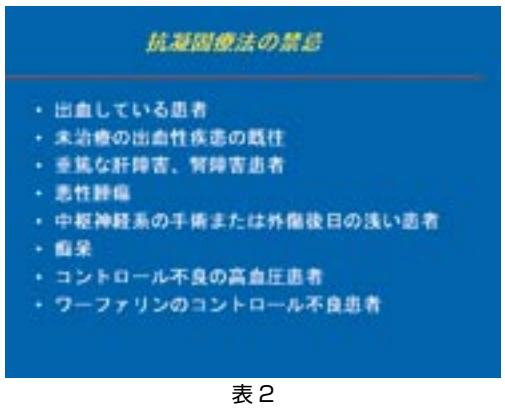



表2

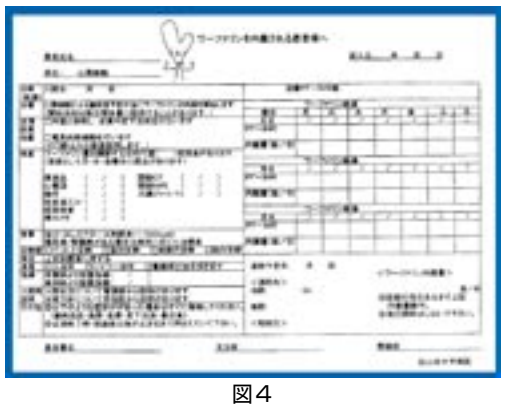


図4

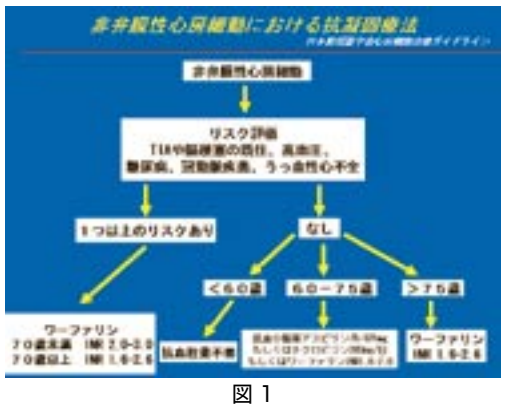



図1

# 日赤イブニングセミナー

## 第1回 4月27日

## 糖尿病の外来診療

松山赤十字病院　内科副部長　近藤しおり

「糖尿病診療は外来が基本」といわれます。今回は、1・肥満2型糖尿病においての内臓脂肪減量の重要性と、2・高齢者の糖尿病治療、3・糖尿病外来で注意を要する感染症の三点について述べたいと思います。

1・肥満2型糖尿病においての内臓脂肪減量の重要性について：最近は社会的にも「メタボリックシンドローム」が認知されるようになり、その延長線上にある糖尿病、高血圧、高脂血症等の管理の重要性も認識されるようになりました。摂取エネルギー過剰、運動不足により内臓脂肪が蓄積します。内臓脂肪蓄積はアディポサイトカイン分泌異常や脂質異常の原因となり、インスリン抵抗性を惹起し動脈硬化、糖代謝を悪化させます（図1）。原因の治療が最も重要であり、肥満2型糖尿病の治療は内臓脂肪の減量が最優先となります。日本人（モンゴロイド）はインスリン分泌のパターンが「delayed hyper」（食事時のインスリン初期分泌の立ち上がりが遅く、上昇した血糖に反応して遅れて沢山のインスリンが分泌されること）であり、飽食の時代には太りやすいのかもしれません。そのため生活習慣の修正が重要になるわけです。「グラフ化体重日記」は、日々の体重をグラフ化することで食事療法や運動療法の動機付けに役立ちます。食事が乱れるとグラフの波形の乱れとして可視化でき有効です。33歳男性で体重日記が効果的であった方の体重日記をお示しします（図2）。「食べすぎるな、運動せよ。」と口で言うだけではなかなかうまくいきません。グラフ化体重日記や万歩計などは、患者さん本人の意欲を高めるのに有効な場合もあります。

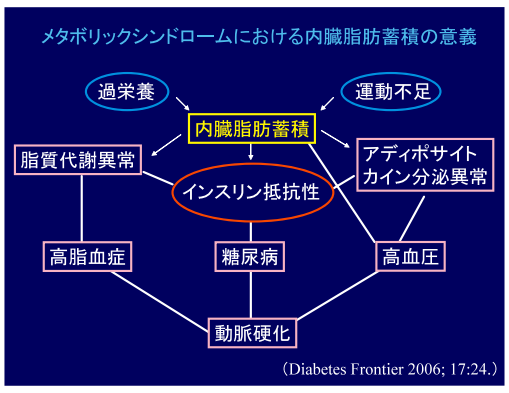



図1

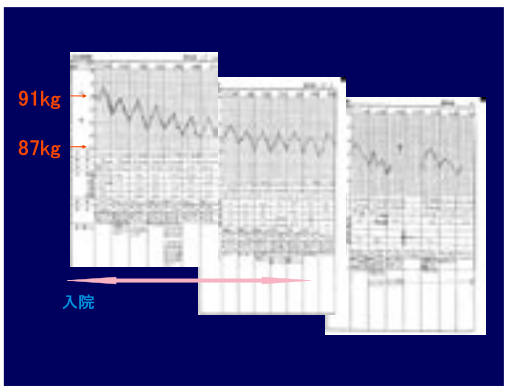



図2

2・高齢者糖尿病について：高齢者と一言で言っても、個人差は大きく画一的な対応はできません。糖尿病治療の目標は「QOLの維持、健康寿命の保持」ですから、現時点でのQOLと余命が目標設定の目安になります。最低限の目標は、低血糖や高血糖による代謝失調をきたさないことです。更に可能であれば三大合併症や大血管障害の予防をめざした厳格な血糖管理を考えます。しかしながら糖尿病の治療は本人の身体的、知的レベルに左右されるのは否めません。また、高齢者では特に低血糖にも注意が必要です。高齢者では低血糖時の血糖上昇反応が鈍く、かつ、交感神経症状（冷汗や手のふるえ等）も出にくいことが多く、低血糖に気づかれにくいという特徴があります。低血糖が認知症症状と誤解されるケースもあり注意が必要です。

3・感染症について：糖尿病患者においての易感染性や感染の重症化は良く知られています。その機序として高血糖による白血球機能低下や、微小循環の障害などの機序が考えられています。尿路感染症は、糖尿病性神経障害による神経因性膀胱があると病態が複雑化します。重症の尿路感染症である気腫性腎盂腎炎も糖尿病患者においてしばしば報告されています。また、肥満2型糖尿病の人は胆石を合併することも多く、胆道系合併症の一因となります。気道においては肺炎の重症化、肺壊疽（これだけ抗生剤の発達した今日さえ）も報告が絶えません。結核も頭の片隅においておく必要があります。最近増加しているのは、足病変（糖尿病性足潰瘍、壊疽）です。循環障害、神経障害が重なり壊疽を引き起こします。そうなる前のフット・ケアが重要です。今回は3つの観点から糖尿病の外来診療について述べました。糖尿病患者さんは今後も増加が予想され、病診連携が欠かせない領域と考えます。今後も先生方と地域ぐるみの糖尿病診療に取り組む所存でございますので、今後ともご指導ご鞭撻の程よろしくお願い申し上げます。

高血圧や糖尿病の既往、冠動脈疾患や心不全の有無を調べます。いずれかのリスクを有する場合は抗凝固療法を考慮します。70歳未満ではPT－INR2・0～3・0を目標にする。70歳以上では、INR2・6を越えると重篤な出血性合併症が急激に増加し、INR1・6未満では大梗塞を予防できないので（図2）、INR1・6～2・6を目標に調整する。非弁膜性心房細動でリスクを有さない場合は、年齢階級別に分けて治療方針を決める。60歳未満では抗血栓療法は不要。60～75歳では抗血小板薬や低用量のワーファリン療法を、75歳以上ではINR1・6～2・6の低用量ワーファリン療法を考慮する。

抗凝固療法の最大の有害事象は出血性合併症であり、禁忌として表2に示されている状態があればワーファリン投与は困難と考えるべきである。また転倒の危険性が高い患者や内服管理能力が低く、かつ家族の協力が得られない場合も禁忌と考えます。

現在使用している実際のパスですがスタッフ用と（図3）患者さん用（図4）があります。患者さんは入院後まず経食道心エコー検査を行い左房内血栓やもやもやエコーの有無、左心耳内の血流速度などを調べます。また出血性疾患や脳血管障害の有無もチェックします。その上で禁忌がなければワーファリンの投与を開始し2週間前後で維持量を決定できるよう調整します。ワーファリン服用時の注意点（不規則な内服をしない。納豆、青汁、クロレラなどビタミンKを豊富に含む食品の摂取を避ける。鎮痛解熱薬や抗生物質などの薬剤はPTに影響するので必ず主治医に相談する等）は必ず細かく指導する（参考資料も手渡す）。また重篤な出血を合併した場合やINRが高値を示した場合の対処についても合同カンファレンスでの取り決め（ワーファリンの減量や中止、ビタミンKの投与、当科への紹介など）を説明しておく。ワーファリンの維持量の目安がついた段階で退院していただき、かかりつけ医の元へパス表と一緒に紹介することになります。パス表を見ていただければ患者さんの必要な情報はほとんど記入されていますし、入院中の経過、ワーファリンをどれだけ増減すればINRがどの程度変化するのかが大まかにわかりますのでその後の診療の参考にしていただけます。また病態が変化した時には、パス表を一緒に再度紹介していただければ経過が良くわかり、我々にとっても有用な情報になります。連携パスはまだ十分とは言えずこれから改良、標準化をしていくことになりますが、連携施設間の協力で多くの疾患連携パスが運用され、連携医療の標準化、適正化が進むことを期待しています。

## 第2回 5月25日

## 関節リウマチの診断と治療に関する最近の話題

松山赤十字病院　リウマチ科部長　仲田　三平

### 1．はじめに

関節リウマチ（RA：Rheumatoid arthritis）は、多関節炎を主体とする慢性に経過する進行性炎症疾患である。関節の中の滑膜という組織に炎症が生じて、滑膜細胞の増殖から次第に周囲の軟骨、骨が侵され、関節の破壊と変形に至る事が多い疾患である。原因はまだ完全に解明されていないが、免疫異常が起こり、その結果として慢性炎症が生じ、その炎症にはTNF－αIL－1，IL－6などのサイトカインが重要な役割を果たしているはよく研究されている。

関節以外の症状として、皮下結節、血管炎、皮膚の潰瘍、肺線維症、二次性アミロイドーシスの合併などがあり、関節だけの病気ではなく、全身の病気である。

### 2．RAの診断

診断における問題点は、RA発症早期の段階で診断をつけることが困難なことである。対称性の手指の関節炎や典型的な関節変形、骨破壊があれば、診断は容易である。しかし、初期の段階での多関節炎や単関節炎は他の膠原病、感染症、偽痛風、変形性関節症な

どの鑑別が必要である。世界的には米国リウマチ学会（ACR：American College of Rheumatology）のRA分類基準が診断に用いられている。最近では早期診断の必要性と早期からの強力な抗リウマチ療法の重要性が提唱されている。早期RAの場合はACRの分類基準にあてはまる場合が少なく、早期RAを見逃すことがある。そのため、日本リウマチ学会と厚生労働省早期RA研究班の早期診断のための基準が作られている。ACRの分類基準よりゆるくなっており、一般医が早期RAを拾い上げるには役立っていると思われる。

### 3．RAの薬物療法

RAの治療は薬物療法、手術療法、リハビリテーション、ケアの4本柱で行われている。以前はRAの薬物療法はスミスのピラミッド療法が基本であり、いわゆる軽い薬、たとえば、非ステロイド性鎮痛消炎剤（NSAIDs）から開始して、徐々に強い薬を使用するのが一般的であった。しかし、そのような治療を行っても、RAの自然経過を変えていないことがわかってきた。最近では、RAの診断がつき次第、RAはどのような疾患であるのかを十分に説明し、将来起こりうる関節破壊や機能障害も説明し、最低3ヵ月以内に抗リウマチ剤（DMARDs：disease modifying anti-rheumatic drugs）を開始するように勧められている。必要に応じてNSAIDs、少量のステロイド剤も使用する。そして、DMARDsの中心がメトトレキサート（MTX）になっており、いわゆるアンカードラッグとしての地位を占めている。最近の薬物療法の考え方はRA早期から強力な抗炎症療法を行うことである。そして、最近のトピックスとしては、リウマチ炎症に重要な役割を果たしている、サイトカインであるTNF－αを標的にした生物学的製剤が使用されていることである。現在、我が国で使用可能な生物学的製剤は2種類であり、インフリキシマブ（点滴静注）、とエタネルセプト（皮下注射）がある。この生物学的製剤の特徴は今までのDMARDsに比較して治療効果が優れており、小関節の関節破壊が修復される事が証明されていることである。勿論、全く副作用がないわけではなく、特に感染症（結核など）には注意が必要であり、薬剤費が高額であることも問題である。この薬剤の登場により、RAの発症早期からMTXと生物学的製剤を使用することにより寛解（RAの症状が全くない状態）を治療の目標にするようになるかもしれない。

### 4．手術療法

RAに対する手術療法は薬物療法で十分な効果がなく、関節炎が持続したり、関節破壊が生じて日常生活動作（ADL）やQOL（生活の質）に障害がある時に行われる。以前はRAの手術療法といえば滑膜切除術が一般的であったが、最近は薬物療法の進歩もあり、当センターではほとんど行われていない。滑膜切除術を行うとすれば、手関節か膝関節の鏡視下滑膜切除術である。RAの手術療法で一番行われているのは、膝関節と股関節の人工関節置換術である。術式と人工関節の進歩により膝と股関節においては長期成績も安定しており、信頼できる術式になっている。当センターでは最近、年間、膝関節が60例、股関節が20例ぐらいの人工関節置換術を行っている。1980年の当センター開設以来、膝関節は2000例以上、股関節が約700例、肘関節が約100例の人工関節手術の症例がある。上肢の人工関節は下肢の人工関節よりも成績が安定していないが、人工肘関節置換術に関しては成績が安定してきている。

他の手術療法としては、手指の伸筋腱断裂の伸筋腱移行術、足趾の変形に対する足趾形成術はしばしば行われる手術である。

### 5．リハビリテーションとケア

RAに対するリハビリテーションは晩期の進行した患者さんに行うのが一般的だと思われがちであるが、むしろ積極的に発症早期から勧めるべきである。その内容はADL指導や関節保護のしかた、運動療法、装具、自助具の処方などであり、基本は省エネルギーの生活指導である。介護保険を含めたケアも重要である。

第3回
6月22日

# 腹膜外腔アプローチによる腹腔鏡下鼠径ヘルニア手術（TEP）
## Totally Extraperitoneal Preperitoneal Repair

松山赤十字病院　外科部長　和田　寛也

### 【鼠径ヘルニアとは】

お腹の中にある内臓の一部が腹膜を通して鼠径部（足の付け根）の皮下にはみ出す病気である。一般には「脱腸」と呼ばれている。子供の病気と思われがちだが、むしろ成人に多い。

はじめは立った時やおなかに力を入れた時に鼠径部に柔らかい膨隆に気づき、押さえると簡単に引っ込む。次第に膨隆時に不快感や痛みを覚えるようになる。膨隆が急に硬くなって、押さえても戻らず強い痛みや吐くことがあり、これを嵌頓という。急いで治療しないと命に関わることもある緊急状態である。

鼠径部には鼠径管があり、男性は睾丸とつながる血管や精管が、女性は子宮円索が通っている。老化で下腹部の支えが弱くなり、鼠径管の入り口（内鼠径輪）がゆるんで腹膜が袋状に出るのが外鼠径ヘルニアである。腹壁には弱い場所があり筋肉が衰えてくると直接押し上げるように腹膜が袋状に伸びて鼠径部に脱出するのが内鼠径ヘルニアである。鼠径部の下、太ももの筋肉・筋膜が弱くなって発生するのが大腿ヘルニアである。3つをまとめて鼠径部ヘルニアという。

鼠径ヘルニアは40歳以上の男性に多く（8割以上は男性）、力仕事や立ち仕事をする人や便秘・肥満・前立腺肥大症や咳をよくする人など腹圧がかかる場合も要注意である。

### 【治療法】

薬や対症療法では治癒せず、手術だけが根治させうる。手術方法は（A）従来法（B）メッシュプラグを代表とするテンションフリー法（C）腹腔鏡手術の3つに分類される。我が国では年間約15万件の手術が行われているが、約80％がテンションフリー法、15％が従来法、5％が腹腔鏡手術である。

従来法は脆弱化した筋膜を縫合して補強するので、術後の痛みや「つっぱり感」が強く、再発も少なくないといわれている。

テンションフリー法は縫い寄せる代わりに人工補強材を使用し、「つっぱらない」手術といわれている。従来法と同じ見慣れた手術展開のため、これを選ぶ外科医が多い。再発率は低いものの治療数が非常に多いため、再発数は少なくない。

腹腔鏡手術は経腹的アプローチ（TAP）と腹膜外腔アプローチ（TEP）に分類される。TAPは腹腔内から腹膜を切開して腹膜前腔（腹膜と腹壁との間）に侵入する方法、TEPは腹腔内に入らずに腹膜前腔を風船ではがして作業空間を確保する方法である。TAPは腹膜を剥がす前に診断ができるが、腹壁補強後に切開した腹膜を縫合する必要があり、不完全な修復をすると癒着性腸閉塞や腸管が腹膜前腔に脱出する危険性がある。TEPは腹膜を切開しないので腹腔内の合併症はない。従来法やテンションフリー法とは異なり、お腹の方から観察するので見落としのない正確な診断が可能で、鼠径部ヘルニアの発生母地である鼠径床全体を覆うようにメッシュで確実に補強できる。

### 【当科の成人鼠径ヘルニア治療方針】

平成17年4月より、原則としてTEPを第一選択としている（特に両側例は良い適応である）。初発・再発の別や、下腹部切開手術の既往の有無は問わないが、TEPと同じ腹膜前腔に侵入する手術（下腹部切開による前立腺手術など）の既往例は適応外とする。若年者では腹壁の脆弱化は無いので当然補強の必要がなく、従来法（Marcy法：ヘルニア嚢の高位結紮と内鼠径輪の縫縮）でも「つっぱらない」治療は可能である。また緊急例は細菌感染のおそれがあるのでメッシュを使わない従来法が安全と考えている。

平成18年10月までに成人鼠径ヘルニアを173例治療し、TEP140例（80・9％）、従来法20例（11・6％）、メッシュプラグ法13例（7・5％）であった。

### 【TEPの治療成績】

TEP140例は男性125人、女性15人、平均年齢65歳（26～89）、初発例129例、他治療再発例11例であった。外鼠径ヘルニア138病変、内鼠径ヘルニア93病変、大腿ヘルニア25病変であった。手術時間は平均90分（47～215）であった。術後の痛みは軽微で、3時間観察して異状がなければ水分摂取し、翌朝は必ず普通食を食べ、歩行を開始する。術後在院期間は平均5日（1～20）で、術後1日目の退院も可能である。これまでにTEP術後の再発はない。

### 【TEPは再治療がない理想的治療】

再発例に対するTEPの有用性を検討した。メッシュプラグ法の再発は手術の翌日から1年以内の早期再発で、術中診断の誤り（種別診断の誤り・併存病変の見落とし・病変の過小評価）が原因であった。従来法の再発は術後数十年の長期経過後の老化現象としての内鼠径ヘルニアであった。

TEPの術中診断で術前未検出の同側の併存ヘルニア病変（約10％）と、反対側のヘルニア病変（約40％）が検出された。未治療側発症は相対的腹壁の脆弱化か、術前診断時の不顕性ヘルニア病変が原因と考えられた。TEPは他にはない正確な術中診断と確実な鼠径床の補強ができるので理想的治療法といえる。

### 【まとめ】

今後もTEPを成人鼠径ヘルニア治療の第一選択として施行し、この術式の普及に向けさらに検討を重ねたい。

第4回
7月27日

# 五十肩（肩関節周囲炎）の病態と治療

松山赤十字病院　整形外科副部長　菊川　和彦

## はじめに

五十肩は肩関節の疾患（表1）のうち最も代表的で一般の方々にもなじみのある疾患です。ただし、整形外科で使う五十肩という言葉の概念は一般の方々の理解と若干異なっています。五十肩は中高年期の肩の痛みに対する〝俗語〟として江戸時代から用いられてきました。1937年、神中が「五十肩はいまだ十分に解明されていない疾患であるので、しばらく〝いわゆる五十肩〟という通俗的病名によって記載する」とした時点から〝疾患名〟として公認されるようになります。1980年代になると〝狭義の五十肩、広義の五十肩〟という概念が普及し、〝狭義の五十肩〟は腱板断裂、石灰性腱炎、変形性関節症を除く疾患名としての五十肩を、〝広義の五十肩〟は俗語としての五十肩を指すようになりました。現在、五十肩は医学的には肩関節周囲炎と呼ばれ、病態が明らかな疾患を除いた有痛性の可動域制限を主訴とする内因性肩関節疾患と略すことができます（図1）。

## 疫　学

50歳を中心とした40～60歳代に好発し、女性にやや多く（男女比3：7）発症します。糖尿病、甲状腺疾患、透析患者などの基礎疾患や喫煙との関連が指摘されています。糖尿病では両側例が多く（40％）、回復に時間がかかり関節拘縮になりやすい、HbA1c、血糖値と相関するなどの特徴があります。また、甲状腺疾患では内科的コントロールと予後が密に関係するといわれています。

## 病態、成因

病変部位は腱板、肩峰下滑液包、上腕二頭筋長頭腱、関節包などですが、どの部位にどのような変化が起きて五十肩が発症するかは明らかではありません。発症メカニズムは一般的に図2のように示されています。年齢に伴う退行性変化が原因との説もありますが、一部の人にのみ発症し自然治癒する病態を説明しうるものはありません。

## 臨床像・臨床経過

主な臨床症状は疼痛と可動域制限で、freezing phase（疼痛性筋性痙縮期）からfrozen phase（筋性拘縮期）、thawing phase（回復期）へと病期が進行します（図3）。freezing phaseは症状の発現から増悪していく時期で、原因なく疼痛が出現し、急激に増強します。夜間痛と安静時痛が特徴で、徐々に関節拘縮が進みます。frozen phaseでは安静時痛、運動時痛は軽減しますが、可動域制限は依然と残存し、症状の主体は拘縮となります。thawing phaseになると痛みがなくなり、自由に肩を動かすうちに可動域制限が自然に回復してきます。一般的には発症後6ヵ月から2年で自然回復するとされていますが、長期経過観察を行った最近の調査では、50％の症例で軽微な痛みや可動域制限が残存し、日常生活動作に支障ない可動域（挙上137度、水平内転116度～外転35度）は得られなかったとの報告もあります。また、なかには拘縮が強く残存し、治療に反応しない凍結肩とよばれる状態に陥り手術を要する症例も存在します。

## 診　断

五十肩に特異的な理学所見や画像所見はなく診断は他の疾患との鑑別により行います。鑑別疾患を表1に示しますが、特に腱板損傷は疼痛（夜間痛、運動時痛painful arc）、可動域制限など症状が五十肩と似ているため、長期間五十肩として治療されている場合も少なくありません。断裂した腱板の自然修復、筋力の回復は期待できず、若年者や症状が続く場合には手術が必要です。当院では現在、全例に関節鏡視下の腱板修復術を行っていますが、過去3年半に鏡視下手術を行った98例のうち罹病期間が6ヵ月以上のものが55例（56％）、当院初診時までの別の医療機関で肩関節周囲炎として加療していたものが25例（24％）存在しました。腱板損傷はMRIで容易に診断できるので（図4）、症状が持続する患者はMRIによる精査をおすすめします。また、激烈な痛みが特徴である石灰沈着性腱板炎も鑑別疾患としてあげられますが、単純X線像により鑑別が可能です（図4）。

## 治　療

基本的には自然寛解する疾患なので主症状である疼痛と可動域制限に対する対症療法が中心になります。また、長期の経過をたどるため生活指導とホームプログラムが重要となります（図5）。freezing phaseでは安静を基本とし、重量物の持ち運びを禁止します。保温サポーターの使用、入浴を勧め、薬物療法、注射療法（ステロイド、ヒアルロン酸）により疼痛の緩和をはかり、上肢をだらりとさげたままのおじぎ運動（Stopping exercise）を指導します（図7）。frozen phaseでは軽い痛みを伴う程度の運動は積極的に行わせ、振り子運動やテーブルサンディング（図7）を指導します。長期にわたり可動域改善が得られないときは関節内に造影剤と局麻剤を充満させるパンピング療法、joint distension法を行うこともあります。thawing phaseになると可動域の完全回復を目的に棒体操やストレッチを指導し、水泳やゴルフなどスポーツも積極的に勧めます。frozen phaseの時期の保存療法が奏功せず関節拘縮により日常生活が著しく障害される場合には凍結肩として手術を要する場合があります。当科では3ヵ月以上の保存的治療に抵抗する屈曲90度、外旋0度以下の凍結肩に対し関節鏡視下の関節包切離術を行っています。過去3年間に施行した18例18肩の手術成績は極めて良好で、疼痛の消失と可動域の十分な改善が得られています。

## 最後に

五十肩は初診時に除外診断によって診断が確立してさえいれば自然経過に従った保存療法によく反応する疾患です。思いこみを排除し、頭から五十肩と決めつけないこと、他疾患を鑑別したうえで五十肩という診断をすること、五十肩と診断し治療を開始しても症状の改善が得られない場合は再評価しなおすことが大切かと思います。

五十肩だけでなく肩疾患でお困りの症例がございましたらご遠慮なく当科肩外来にご紹介ください。今後ともご指導、ご鞭撻のほどよろしくお願いいたします。

表1　肩関節の代表的疾患
- 肩関節周囲炎（五十肩）
- 腱板損傷
- 石灰沈着性腱板炎
- 反復性肩関節脱臼
- 上方関節唇損傷（投球障害肩）
- 肩鎖関節脱臼
- 難治性肩関節拘縮
- その他

1

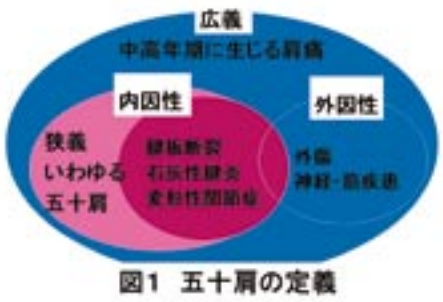



図1　五十肩の定義

2

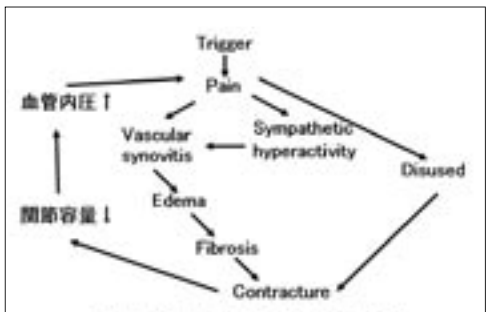



図2　五十肩の発症メカニズム

3

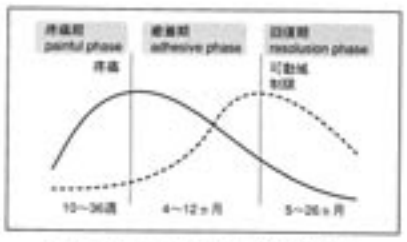
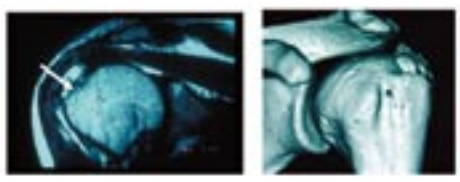



図3　五十肩の病期、自然経過

4



腱板損傷　　石灰沈着性腱板炎

図4　鑑別疾患

5

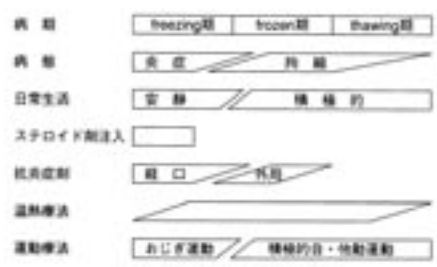



図5　病期と治療法

6

図6　運動療法

7

# 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/

H18.11.1現在

| 診療科目 | | 室 | 月 | 火 | 水 | 木 | 金 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 内科 | 総合内科 | 1 | 横田英介 | 横　田 | 横　田 | 横　田 | 横　田 |
| | 総合内科 | 2 | 詫間隆博 | 岡田/詫間 | 詫　間 | 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 | | 牟田　毅 | | | | |
| | 血　液 | 7 | 藤﨑智明 | 源　陽子 | 源 | 藤　﨑 | 牟　田 |
| | 肝・胆・膵 | 8 | 田中良憲 | 小林雄一 | 竹下英次 | 小　林 | 竹　下 |
| | 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） | 外来部門 新患外来 午前 | | 小林広幸 | 藏原晃一 | 堺 | 小　田 | 小　林 |
| | 外来部門 新患外来 午後 | | 渡邉　隆 | 吉野修郎 | 当番医 | 砂　原 | 浦　岡 |
| | 外来部門 予約再来 午前 | | 砂原賢士 | 小田秀也 | 渡　邉 | 浦　岡 | 藏　原 |
| | 外来部門 予約再来 午後 | | 堺　勇二 | 堺 | | 小　林 | 吉　野 |
| | 外来部門 専門外来 午前 | | 炎症性腸疾患 | | 炎症性腸疾患 | | 炎症性腸疾患 |
| | 外来部門 専門外来 午後 | | | | | | |
| | 検査部門 内視鏡検査 午前 | | 藏原・堺・小田・吉野・渡邉 | 小林・堺・砂原・吉野・浦岡 | 藏原・小林・小田・吉野・浦岡 | 堺・小林・藏原・砂原・渡邉 | 小田・堺・吉野・渡邉・浦岡 |
| | 検査部門 内視鏡検査 午後 | | 小田・小林・藏原・砂原・吉野・浦岡 | 小林・小田・藏原・砂原・渡邉・浦岡 | 病棟総回診 | 藏原・堺・小田・吉野・渡邉・浦岡 | 堺・小林・小田・藏原・砂原・渡邉 |
| | 検査部門 透視検査 午前 | | 浦岡尚平 | 渡　邉 | 砂　原 | 吉　野 | 砂　原 |
| | 検査部門 透視検査 午後 | | | | | | |
| | 検査部門 特殊検査治療 午前 | | | | | | |
| | 検査部門 特殊検査治療 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 | 新患 午前 | | 高橋　優 | 久保俊彦 | 塩見哲也 | 今　村 | 芦　原 |
| | 予約 午前 | | 今村義浩 | 芦原俊昭 | 芦　原 | 高　橋 | 久　保 |
| | 院内新患 午前 | | | | | | 堺 |
| | 予約 午後 | | | 堺　浩二 | 久　保 | 塩　見 | 今　村 |
| | 心外 午前 | | 松﨑浩史（初再診） | | 松井完治（初再診） | | |
| 呼吸器センター | 呼吸器科 | | 山本昭彦 | 本淨晃史（再診のみ） | 山　本 | 本　淨 | 山　本（再診のみ） |
| | 呼吸外科 | | | 隠土　薫 | | 上田　仁 | 上　田 |
| | 検査手術 | | 手　術 | 気 | 手　術 | | 気 |
| | ☆呼吸器科：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 | | 1 | 原田篤実 | 原　田 | 原　田 | 満　生 | 江里口 |
| | | 2 | 満生浩司 | 江里口雅裕 | | | |
| 脳神経センター | 脳外 | | 前田仁史 | 前　田 | 曽我部貴士 | 佐　藤 | 曽我部 |
| | | | 佐藤　斉 | | 大下純平 | | 大　下 |
| | 神内 | | 山下順章 | 山　下 | 山　下 | 山　下 | 山　下 |
| | | | 志田憲彦 | 志　田 | 志　田 | 志　田 | 志　田 |
| 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 | 須賀久美子 | 西崎眞理 | 片岡京子 | 宮井貴之 |
| | 神経 | | 眞庭　聡 | 眞　庭 | 中野広輔 | 眞　庭 | 中　野 |
| | 循環器 | | 馬場健児 | | 馬　場 | | 馬　場 |
| | 午後 | | 液 | 児 | ア | 分 | 未 発 |
| 産婦人科 | 午前 | 1 | 横山幹文 | 村田将春 | 妹　尾 | 濱　地 | 横　山 |
| | | 3 | 濱地勝弘 | 妹尾大作 | 坂　口 | | 村　田 |
| | | 7 | 坂口健一郎 | | 髙木香津子 | | 髙　木 |
| | 午後 | | 横　山 不 | 手　術 | 村　田 不 | 手　術 | 横　山 不 |
| | | | 坂　口 不 | | 坂　口 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 | 山岡輝年 血 | 和田寛也 | 大　賀 | 西﨑　隆（肝・胆・膵） | 高　橋 |
| | | 2 | | | | 山　岡 血 | |
| | | 3 | 大賀丈史 | | 高橋郁雄 | | 堤　敬文 |
| | | 7 | 筒井信一 乳 | 筒　井 乳 | 筒　井 乳 | | 筒　井 乳 |
| | 午後 | 2 | 財前善雄 小 | | 村守克己 小 | 財　前 小 | 村　守 小 |
| | | | | ストーマ外来 | 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（予約） | 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 | 矢　野 |
| | | 2 | 田丁貴俊 | 田　丁 | 荒　木 | 田　丁 | 荒　木 |
| | | 5 | 荒木映雄 | 矢野　明 | 井　上 | 矢　野 | 岡 |
| | | 6 | 井上省吾 | 荒　木 | | 岡　清貴 | |
| | 午後 | | | 第2・4ストーマ外来 | 失禁外来 | ED外来(要予約) | |
| 耳鼻咽喉科 | 午前 | 1 | 有友　宏 | 丸山　純 | 手　術 | 丸　山 | 担当医(新患のみ) |
| | | 2 | 西窪加緒里 | 西　窪 | | 有　友 | 手　術 |
| | | 3 | 上田哲平 | 上　田 | | 上　田 | |
| | 午後 | 予約 | | 検　査（透視） | 手　術 | 検　査（透視） | 手　術 |
| 眼科 | 午前 | 1 | 児玉俊夫 | 西谷元宏 | 石川明邦 | 児　玉 | 石　川 |
| | | 2 | 島村一郎 | 鄭　暁東 | 島　村 | 金　子 | 西　谷 |
| | 午後 | 1 | 児　玉 | | 石　川 | | 石　川 |
| | | 2 | 金子明生 | | 鄭 | | 鄭 |
| 皮膚科 | | | 南　満芳 | 南 | 南 | 南 | 南 |
| 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 | | 1 | 安部俊吾 | | 津野信輔 | | 安　部 |
| 心療内科・精神科 | | | 竹尾重紀 | 竹　尾 | 竹　尾（再診のみ） | 竹　尾 | 竹　尾 |
| 放射線科 | 新患 | | 村田繁利 | 村　田 | 村　田 | 村　田 | 村　田 |
| | 予約 | | 落合浩一朗 | 落　合 | 落　合 | 落　合 | 落　合 |
| 歯科口腔外科 | 口外 | 1 | 寺門永顕 | 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 |
| | ※　初診担当は歯科口腔外科まで問い合わせ下さい。午前：月～金　11時まで初診受付 | | | | | | |

※新患担当医は、1ヶ月毎に交替します。

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 乳児健診　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18年11月1日現在、当院の登録施設は349、登録医は480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）

| | | | |
|---|---|---|---|
| 内科 | 脳神経外科 | 循環器科 | 放射線科 |
| 外科 | 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 | 歯科口腔外科 | |

○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 |
| 小児外科 | 月・水・木 | リウマチ科 | 火・木・金 |
| 耳鼻咽喉科 | 月・火・木 | 呼吸器外科 | 火・木・金 |
| 皮膚科 | 月・火・木・金 | 産婦人科 | 月・水・金 |
| 眼科 | 月・水・金 | | |

※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 | 呼吸器科（月・水・木） |
| 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した患者様に限ります。
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く場合がございますのでご了承下さい。