

## 地域医療連携室報

### 新たな地域医療連携への取り組み —顔の見える連携から心の通う連携へ



院長 (地域医療連携室室長)

洲上 忠彦

平成9年11月に県下で初めて当院に地域医療連携室が設置され早くも10年が経過しました。その目的は自己完結型主体の医療(当時の紹介率20%弱)から地域の医療機関と役割を分担し連携することによって地域住民を支え合う地域完結型医療への取り組みの開始でした。最終目標は平成10年4月の第3次医療法の改正で示された病院機能の一つとしての「地域医療支援病院」でしたが、多くの医療機関のご支援により紹介率60%超を始めとする種々の難関をクリアし、平成17年5月には愛媛県知事よりその名称使用の承認をえました。この時点で当初の目標は達成されましたので、当院は新たな取り組みを開始しました。それまでは紹介率の向上を目標として医療機関を中心とした連携に力を注いでまいりましたが、今後はそれに加えて患者さん中心の連携に力を入れるため連携室の理念を「顔の見える連携から心の通う連携へ」としました。その一貫として「愛P L A n e t」構想が出てきました。これには「患者さんの抱え込みだ、実現できそうもないことを掲げるな」とかの批判の声もありますが、この構想の背景には国の医療政策への対応があります。2006年度の医療制度改革法の成立によって、2012年度には医療型療養病床は25万床が15万床へと4割削減され、介

護型療養病床(13万床)は廃止されます。すでに、急性期の患者さんが入院する一般病床も1990年には154万床あったのが、2005年には105万床と49万床に減っています。国がそうした医療機関が経営的に成り立たなくなるように政策誘導したので、これに、医師不足・偏在、看護師不足が追い打ちをかけ、県下でも閉院する病院が出現し、診療科を閉鎖する病院が相次いでいます。このままでは行き先のない、医療難民、介護難民が大量に発生するのは間違いありません。医療を取り巻く環境は悪化の一途を辿っており、早急に医療機関と地域住民が手を携えて何らかの自衛策を講じないと、地域の医療は確実に崩壊します。

「愛P L A n e t」構想を含めた今後の当院の取り組みについては、第4回地域医療連携フォーラム(9月30日開催)で住民の皆様、連携室発足10周年記念懇談会(11月12日開催)で医療機関の皆様が説明しましたが、この構想への批判の大きな原因は病床の共同利用が何故8病院なのか、の疑問につきると思います。その理由は、本号で紹介してありますが「地域医療連携を考える会」の存在にあります。地域完結型医療において最も重要な役割を担うのは「かかりつけ医」であることは言うまでもありません。紹介元のかかりつけ医が当院退院後も入院、外来、在宅などでの医療を継続して頂ける場合には当然患者さんばかりつけ医に戻ります。本構想の第一歩は行き場のない患者さんの受け皿作りです。一時的には行き場が無くてよりハビリ終了後などにかかりつけ医の元へ戻れる状態になれば紹介元のかかりつけ医で治療を継続していただきます。当院の目標はあくまでも患者さんに切れ目のない医療(シームレス・ケア)を提供することであって、「愛P L A n e t」のネットワークの中には当然かかりつけ医も含まれています。また、患者さんの利便性を考えれば当院としては病床共同利用の施設がさらに拡げればと考えています。

10年前に地域医療連携室が発足した当初は「日赤は、医療施設、患者さんを抱え込むのか、踏み絵を踏ませるのか」との強烈な批判がありました。今では多くの病院が連携室を設置し地域完結型医療への取り組みを開始されています。地域完結型医療において最も重要なのは患者さんの視点に立つた切れ目のない医療の提供であらうと思います。ご批判は承知の上で「愛P L A n e t」をスタートさせますが、基幹病院を中心とした同様のネットワークが県下で幾つかでき、そのネットワーク同士がさらに融合できると愛媛は医療の面でも安心して住める地域だと住民から言われるようになり、限られた医療資源の有効活用にもなると思います。当院の真意をご理解の上、さらなるご支援をお願いします。



内科部長 藤崎 智明

### 地域医療連携フォーラム・シンポジウム 愛P L A n e t の概要

当院を中心とした地域医療連携に関する啓発活動として企画した地域医療連携フォーラムも今年では4回目を迎えました。今回から「地域医療連携を考える会」の参加施設である伊予病院、鷹の子病院、道後温泉病院、北条病院、松山ベテル病院、松山リハビリテーション病院、南高井病院との共催となり、院内外の多くの人々に支えられる会に成長しました。また、今後の少子超高齢化社会の到来と医師不足に対応した新たな地域医療連携構想を主題にしたこともあり、報道関係者にも多数ご参加頂きました。私どもの取り組みの重要性をさらに多くの方々に理解して頂けたようで、テレビや新聞にも大きく取り上げられ、会の趣旨に沿った発展を毎年続けています。特に今回は、地域医療の課題を地域全体で考え、解決して行くための問題提起の良い機会となったと思います。

まず、例年通り、洲上院長の挨拶の後、稲田松山市医師会長にご挨拶頂きました。続いて、今回は公務多忙のため残念ながら代読でしたが、中村時広松山市長からもご挨拶を頂戴しました。

次に基調講演として愛媛県保健福祉部健康衛生局の景浦しげ子局長に「愛媛県におけるこれからの医療体制を考える」というタイトルでお話し頂きました。近々策定予定の第5次医療計画の背景として、医師数、総医療費、高齢者の増加などに焦点を当て、愛媛県の取り組みをご紹介されました。転換期を迎えつつある医療制度をより良い方向へ導くために地域住民の理解と協力が不可欠であると強調されました。

引き続きシンポジウム「新たな地域医療連携システム」とパネルディスカッションを、松山市医師会病診連携委員会の村上博委員長(村上循環器科院長)と地域医療連携を考える会から南高井病院の村松信一郎医事部長の司会で行いました。

まず、新たな連携システム「愛P L A n e t」の概要を私から説明申し上げました。背景となる社会情勢の変化と今後必要となると思われる医療のシステム化に関して、愛P L A n e tのウェブサイト <http://www.ai-planet.jp/> に詳細を紹介しましたので、皆様も是非、一度ご覧下さい。今後ホームページを順次改善・充実させてゆく必要がありますので、ご意見をお寄せ下さい。

つぎに、「これからの周産期・小児救急医療体制」と題して、当院成育医療センターの取り組みを小谷信行所長にご発表頂きました。良質な小児医療体制確立のため、利用者本位の視点と医療者側の労働条件の二面から検討・改善を続け、松山医療圏で全国的にも有数の体制が出来上がって

います。成育医療と地域連携の今後の課題にも言及頂きました。最後に、「医療法人聖愛会 在宅医療事業部の森菊子部長から「松山医療圏における在宅ケアの現状と課題」をご発表頂きました。医療関係者にも必ずしも十分に認知されているわけではありませんが、在宅医療を支える方々の日々の地まぬ努力があり、松山医療圏の在宅ケアは非常に高いレベルを誇っています。今後、超高齢社会で更に重要性を増すと思われる在宅での看取りについても事例を交えながら解説して頂きました。

その後、座長のお二方の機知に富む司会でパネルディスカッションを行いました。一般の方々からも、松山医療圏と南予地方の医療格差に関する問題提起やかかりつけ医と訪問看護の緊密な連携による満足度の高い在宅医療の事例紹介などがあり、充実した会となりました。

今後、日本は世界一の超高齢化社会を迎えます。その上、次世代を担う若者は減少します。支えを必要とする人々が現在よりも確実に増加し続けるのに対し、社会を支える人々は減少の一途をたどる見込みです。行き過ぎた個人主義は社会の崩壊に繋がります。そうしたなか、医療に携わる私どもも、現在よりもさらに広い視点に立って、地域全体で諸問題を解決して行くことが必要になってきます。地域の人々の最大限の自助努力と、思いやりの心を持って互いに支え合う互助精神を通じた、安心できる地域社会の再生・構築が、今後の日本には不可欠なのです。その第一歩として、愛PLAnetを提案致しました。医療の効率化の一環として、病床の共同運用を考案しましたが、本邦では前例のない大胆な試みのため、新聞でもとりわけその点が強調されました。そのため「患者の囲い込み」を狙ったシステムという誤解を一部に生じたようです。しかし、この共同運用は特定の医療機関の利益を図るものではなく、患者中心の視点に立って医療連携の究極の形として、最終的には地域の全病床をあたかも一つの病院のように効率よく運用することを本来の目的としています。ただ実際にどの程度うまく機能するのかが全く未知数のため、第1段階はまず8病院という小規模で開始したいと考えています。第1期のシステムはほぼ出来上がっていますが、システム自体は当初から地域全体の参加を前提に設計していますので、検証が終わり次第、参加のご案内を差し上げたいと考えています。病状と病床機能の多対多の双方マッチングシステムですので、理論上どんな病床機能を有する病院でも参加可能です。また、将来的には病床機能をかかりつけ医の専門分野に置き換えれば、効率の良い逆紹介システムにもなると思います。私の説明不足により懸念を生じた点に関して紙面を借りてお詫び申し上げます。医療の効率化には、利用者である住民の方々との相互理解や、議論を通じた合意形成が一番大切な点だと考えます。愛PLAnetは単なる医療連携システムに留まらず、地域社会再生のために情報発信・収集の両面に役立つたいと考えています。明るく未来のためには、確かな根拠に基づいた将来推計と開かれた議論、そして行動が必要となります。皆様方のご理解・ご支援をお願い申し上げます。

今後、日本は世界一の超高齢化社会を迎えます。その上、次世代を担う若者は減少します。支えを必要とする人々が現在よりも確実に増加し続けるのに対し、社会を支える人々は減少の一途をたどる見込みです。行き過ぎた個人主義は社会の崩壊に繋がります。そうしたなか、医療に携わる私どもも、現在よりもさらに広い視点に立って、地域全体で諸問題を解決して行くことが必要になってきます。地域の人々の最大限の自助努力と、思いやりの心を持って互いに支え合う互助精神を通じた、安心できる地域社会の再生・構築が、今後の日本には不可欠なのです。その第一歩として、愛PLAnetを提案致しました。医療の効率化の一環として、病床の共同運用を考案しましたが、本邦では前例のない大胆な試みのため、新聞でもとりわけその点が強調されました。そのため「患者の囲い込み」を狙ったシステムという誤解を一部に生じたようです。しかし、この共同運用は特定の医療機関の利益を図るものではなく、患者中心の視点に立って医療連携の究極の形として、最終的には地域の全病床をあたかも一つの病院のように効率よく運用することを本来の目的としています。ただ実際にどの程度うまく機能するのかが全く未知数のため、第1段階はまず8病院という小規模で開始したいと考えています。第1期のシステムはほぼ出来上がっていますが、システム自体は当初から地域全体の参加を前提に設計していますので、検証が終わり次第、参加のご案内を差し上げたいと考えています。病状と病床機能の多対多の双方マッチングシステムですので、理論上どんな病床機能を有する病院でも参加可能です。また、将来的には病床機能をかかりつけ医の専門分野に置き換えれば、効率の良い逆紹介システムにもなると思います。私の説明不足により懸念を生じた点に関して紙面を借りてお詫び申し上げます。医療の効率化には、利用者である住民の方々との相互理解や、議論を通じた合意形成が一番大切な点だと考えます。愛PLAnetは単なる医療連携システムに留まらず、地域社会再生のために情報発信・収集の両面に役立つたいと考えています。明るく未来のためには、確かな根拠に基づいた将来推計と開かれた議論、そして行動が必要となります。皆様方のご理解・ご支援をお願い申し上げます。



「地域連携医療を考える会」の経緯

全く任意で自主参加の会は、参加者の「地域住民のために」という想いと、医療者の使命に支えられ6年目となります。現在は当該地域の一部の参加施設を核とした小さなモデルでありますが、前述したように、当初の準備委員会から「将来的には、地域の他の医療・福祉機関、施設との参加を視野に入れ、広範囲な連携が行えることを目標とする」とことを確認しております。当該診療圏には当該院以外に急性期病院が3施設、療養型病院や各種施設、今後さらに必要とされる在宅担当の組織などが活動しております。「地域医療を考える会」の必要性・活動が評価され、共に「考える仲間」が増えることを願っております。

今後も根気と地道な活動を継続し、一施設一人でも多くの参加を得て「松山診療圏にも多くの地域医療を考える会」として発展させていきたいと考えております。

## 地域医療を考える会のご紹介



地域医療連携室 副室長(看護副部長) 渡邊 八重子

医療を取り巻く社会環境の変化は、診療報酬の流れを作り、医療形態を自己完結型から地域完結型へと変化させることとなります。これに対し当院は、平成9年に地域医療連携室を設置し連携業務を開始いたしました。また臨床現場の医師やそれぞれ専門職は、まず当院の役割を明確にし機能を発揮すること、また、どのようにして連携していくかを試行錯誤してきました。

	14年度	15年度	16年度	17年度	18年度
創設	創設	施設相互理解	連携の推進 連携施設の広がり	連携の質の評価	在宅連携の広がり
相互理解・交流	各施設紹介・広報会開催	各施設訪問	各施設訪問	各施設の新たな取り組み紹介	
連携システムの構築	窓口の明確化 転院患者紹介用紙作成 空床情報の発信	転院患者紹介用紙作成 空床情報の発信	空床情報の発信 空床情報の発信	空床情報の発信	空床情報の発信
連携の評価		病院一病院評価(意見)	病院一病院評価(意見) 転院について患者評価	病院一病院評価(意見) 転院について患者評価 在宅へ移行した連携の患者評価	病院一病院評価(意見) 転院について患者評価 在宅へ移行した連携の患者評価
合同研修会		連携事例紹介	連携事例紹介 職種・役割別討議	在宅医療の実践 診療圏の消防救急活動 日赤開催研修会へのオープン参加 医療ボランティア活動への期待	病院一在宅の連携 診療圏救急医療機関の今後 連携施設での研修へのオープン参加
見学		各職種の連携の現状・課題	在宅医療の現状	在宅医療の現状	在宅医療の現状
診療報酬	合理化と質の向上		武田総合病院ほか	熊本済生会ほか 安全確保と良質な医療の提供	高知医療センター 徳島赤十字病院 質・効率性・QOL

### 「地域医療連携を考える会」参加施設

- 〈平成14年発足当時の5施設〉
  - ・松山赤十字病院
  - ・伊予病院
  - ・北条病院
  - ・松山ペテル病院
  - ・松山リハビリテーション病院
- 〈平成16年から加入の3施設〉
  - ・鷹の子病院
  - ・道後温泉病院
  - ・南高井病院

### 〈現状〉

地域完結型医療の推進には、医療機関の機能分担と連携が必要となります。しかし、自施設が自施設の機能を定めても、その事が他の施設と地域住民に、納得され支持されなければなりません。また、どのような時代の背景があったとしても医療のあるべき姿は「地域住民の生活の質の向上・健康に貢献する」また「地域利用者の利益及び地域医療全体の利益であること」という使命を果たすことであると確認しております。自己完結医療の当時、同じ診療圏の医療機関同士が、同じビジョンと目標を持ち、目標達成のために方策を討議し活動する機会を持つことはありませんでした。「考える会」の開催には、設置主体も違い、これまで顔も合わせなかったの者が集った事に大きな意義があります。「考える会」設置の趣旨・目標、設置方法やコンセプトにも同意を得て、参加メンバーも医師・看護師・相談員・事務職などの多職種となり「組織の広がり」に加え「職種という厚みや幅」が出来るようになりました。さらに経過のなかで徐々に連携の形が見え始め、この形を青写真(見取り図)として描こうとする作業が開始されました。このなかで①参加者全員が青写真を対し、同じ物が見える。②連携を通じた価値と情報に関する認識を共有することが出来る。③お互いの施設の相違が明確となり、役割が考察できる。④青写真を活用し他者に説明できる。⑤青写真のなかで問題・課題が具体的に議論されるなどの成果がみられました。さらに、これらに作業を通じ「より良い青写真」を描くこととなりました。合同研修会では、連携事例の紹介・検討、職種ごとの課題発見、地域の救急搬送を担う消防関係者から医療機関・連携に望むこと。また医療ボランティア活動への期待など様々なテーマで積極的議論がなされました。4年目からは参

### 血行再建術

TASC IIからTASC IIでの最も大きな変化は血管内治療の適応の拡大であります。病変血管の範囲や程度に応じて形態的分類A、B、C、Dに分けてバイパス術か血管内治療のどちらに適するかを示しています。

①大動脈腸骨動脈領域(図5~8) この領域では、血管内治療は初期成功が得られれば、ある程度の長期開存が期待できますので、当院では可能な限り血管内治療を行うように考えています。図9に昨年9月からの当科での本領域の治療状況を示しています。

②浅大腿動脈領域(図10~13) 血管内治療の適応は以前と比べ大きく拡大された領域です。しかしながら、長期成績は決して良いものとはなっており、当科では原則的に自家静脈グラフトによるバイパス術を行っています。この領域へのバイパスを行う症例は重度の糖尿病や維持透析例の重症虚血肢が多く、足関節レベルへのバイパスを行うことも少なくありません。(図14)



## 日赤イブニングセミナー

### 閉塞性動脈硬化症の最新の話

第3回 6月28日 外科副部長 山岡 輝年

(PAD)が一般的です。ASOに対する診断・治療・管理に関しては米国および欧州の血管外科学会から、そのガイドラインとしてTASCがある。そのガイドラインに発表され、我々血管外科医の診療および研究の重要な指標となっております。2007年になりこのTASCは、欧米のみならず日本、南アメリカ、カナダ、オーストラリアの血管外科学会の参加

ASOに対する治療方針(図4)はその症状により対応が異なります。無症候性(Fontaine I)ではリスクファクターの是正と抗血小板剤の投与による内科的治療、間歇性跛行(Fontaine II)では前記の内科的治療と共に運動療法を行った上で症状の改善なしもしくは悪化の場合で本人が希望されれば血行再建術を行います。跛行症状の中でも症状が強く腸骨動脈領域の病変で血管治療のよい適応の場合は即座に血行再建術を行う場合もあります。安静時痛・潰瘍・壊疽(Fontaine III、IV)は下肢の大切断へといった可能性が高く、重症虚血肢といわれの状態では可能な限り早期の血行再建術を行います。

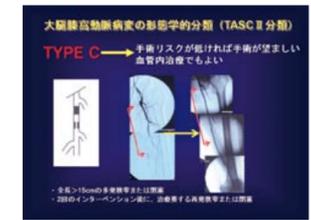
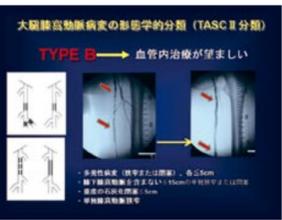
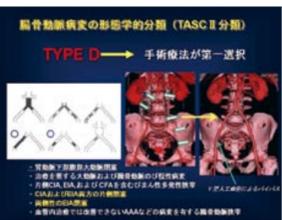
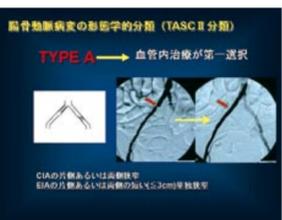
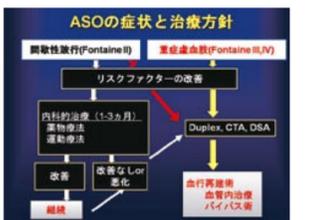
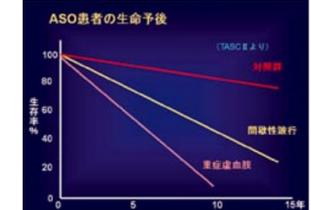
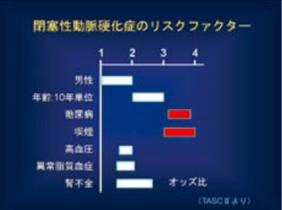


図10

図11

図12

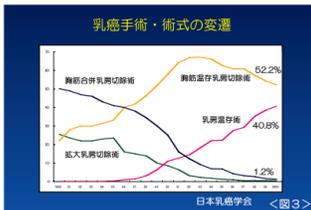


図3

- 乳癌温存の適応外**  
(乳癌診療ガイドライン[2]外科療法 2005年版/日本乳癌学会編)
- 多発癌が異なる乳癌治療領域にみとめられる
  - 広範囲にわたる乳癌の温存が認められる(主にマンモグラフィで検出可能な局所再発を認められる場合)
  - 患側乳房への放射線治療が行えない
    - 患側乳房への放射線治療を行う体位がとれない
    - 妊娠中
    - 患側乳房、胸壁への放射線治療既往
    - 強皮症や全身性紅斑性狼瘡(SLE)などの膠原病を合併している(放射線治療の相対的禁忌)
  - 腫瘍径と乳癌の大きさのバランスから総合的に不良な温存乳形態が想定される
  - 患者が乳癌温存を希望しない

図4

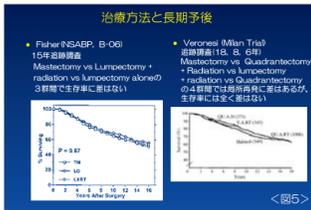


図5



図6

- 乳癌薬物療法の原則**
- 初期治療(術後、術前療法)  
• Curative Chemotherapy → 「治療的」をめざす  
• 病気に伴う症状なし → 副作用マネージメントが重要  
• すべての症例で外来治療で実施可能
- 再発後治療  
• Palliative Chemotherapy → 「症状緩和」をめざす  
• 病気に伴う症状あり → 症状コントロールと副作用マネージメント  
• 大部分の症例で外来治療が可能

図7

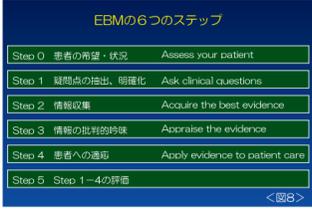


図8

**Ask clinical questions 患者の問題の定式化(PECO)**

Patient	どんな患者に	34歳, T2.5cm, N1, ER+
Exposure	何をすると	化学療法→ホルモン療法
Comparison	何に対して	ホルモン療法
Outcome	どうなるか	再発率, 生存率, 副作用

図9

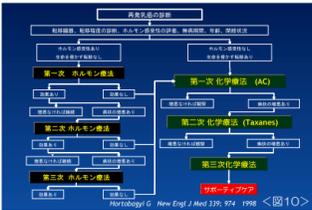


図10

うな変遷のバックグラウンドには NSABP B06やMilan trialなどの大規模臨床試験の結果に基づいたエビデンスが存在することは言うまでもありません(図5)。続いて「センチネルリンパ節生検」について供覧致しました。センチネルリンパ節生検は腫瘍径2cm以下のいわゆるT1症例における腋窩リンパ節転移陽性率が10%であることから、術前所見にて明らかな腋窩リンパ節腫脹が見えない症例に対して無用な腋窩郭清を省略するために考案された手術手技です(図6)。当院では、術中に乳頭周囲の皮下に色素を注入しセンチネルリンパ節を同定、生検を行い術中迅速病理検査(凍結標本)にて転移の有無を確認する「色素単独法」を行っています。執刀医の手技による同定率の差異や迅速標本(凍結固定)と永久標本(ホルマリン固定)との精度の違いによる偽陰性の問題など

まだクリアすべき課題は残っていますが、術後の疼痛の軽減や患側のQOL向上という点では是非とも取り入れていくべき手術手技と考えます。4月より現在までセンチネルリンパ節同定率97%、偽陰性例なし、と良好な成績を得ております。

続いて薬物療法について供覧致しました。薬物療法は大きく二つにわけて考える事が重要です。すなわち「Curative Chemotherapy(術前・術後治療)」と「Palliative Chemotherapy(症状緩和とQOLの維持・向上)」をめざす進行・再発後治療です(図7)。

初期治療におきましては化学療法やホルモン療法については、それぞれどのようなベネフィットとハームがあるのか、どのようにして治療法を選択すべきかをEBMの6つのステップとPECOの手法

を用いてお話させていただきました(図8・9)。

最後に再発乳癌の治療方針について供覧致しました。ここで重要な事は、転移・再発乳癌の治療目標は「症状緩和とQOLの維持・向上」であり治療ではないこと、Patient's preferenceがより重要な位置を占める事などがあげられます。

再発症例を提示し、ここでもEBMの6つのステップとPECOの手法を用いてお話させていただきます(図10)。

乳癌には診断、治療(手術、薬物療法、放射線療法)において非常に多くのエビデンスやガイドラインがあります。症例毎にエビデンスに基づいた治療戦略を構築し、一人ひとりの患者様に最適な治療が提供できますよう、医療スタッフ一同日々努力致しておりますので今後共よろしくお願ひ申し上げます。

脳卒中における最近の話題の中で、t-PAについて最初にお話しします。平成17年10月から使用され始め、平成19年6月までに、全国で約6600例の使用が報告されておりあります。その使用には、厳しい条件があり、「発症未確認時間から3時間以内であること。」これは、朝起きたら発症して、この場合は殆どの場合3時間以上経っていますので、使用できません。さらに、「症状の急激な改善がない」すなわち、再開通がないこと、ある程度の重篤な症状があることが使用の条件とされています。使用にて、症候性の頭蓋内出血を来たす可能性があるためです(約6%)。さらに、発症から3時間以内に使用開始するとすれば、約1時間以内に来院できる

実際の使用に関しましては、慎重な検討を要する治療薬であり、短時間のうちに、ご家族に十分な説明と納得を頂く必要があります。t-PAの3時間以内での使用が出来なかった場合、6時間以内であれば、ウロキナーゼによる、経動脈的血栓溶解術の適応がある場合があります。ただし、前提条件として、脳梗塞の完成がみられない、という制限があります。

「Black blood MRI」についてお話しします。MRIにおける造影剤が明瞭な低信号として描出され、陳旧性脳出血を示唆するといわれております。脳出血例に多く認められ(66-71%)、ラクナ梗塞にも60%程度認められます(図1)。

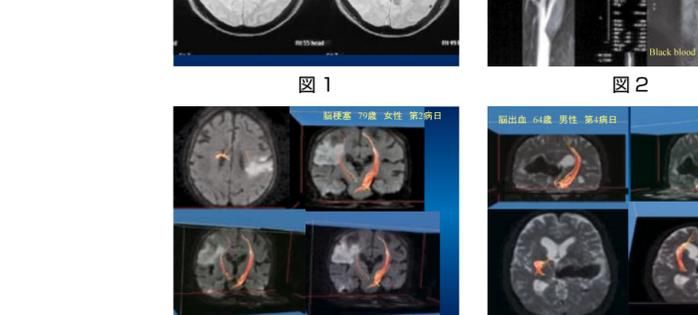
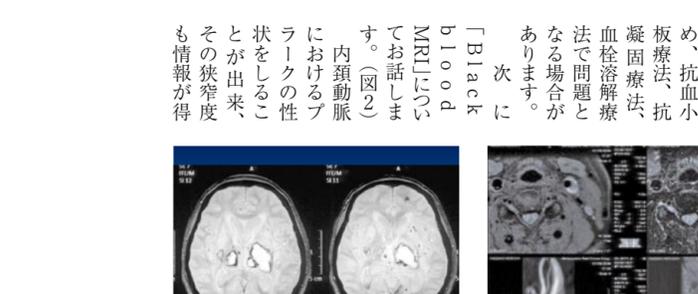


図11 図12

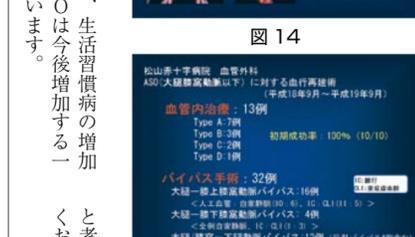


**第4回 7月26日**  
**脳卒中最近の話題**  
**脳神経外科部長 曾我部 貴士**

ことも必要です。現在のところ、CTでの虚血性の変化が認められませんが、当科では、MRIでの拡散強調画像での完成した脳梗塞の発生が無いことを条件としております。さらに、使用には禁忌事項があり、頭蓋内出血の既往(3ヶ月以内の脳梗塞の既往)、3ヶ月以内の重篤な頭部脊椎の外傷あるいは手術例、21日以内の消化管出血、尿路出血、14日以内の大手術あるいは頭部以外の重篤な外傷など。さらに、ワーファリン使用例、重篤な肝障害例では使用できません。

次に「Microbleeds」についてお話しします。MRIにおけるgradient-echo T2\*という撮影方法を行うと、ヘモジデリンが明瞭な低信号として描出され、陳旧性脳出血を示唆するといわれております。脳出血例に多く認められ(66-71%)、ラクナ梗塞にも60%程度認められます(図1)。

この状況下で血管外科ではASOが単に下肢症状を呈する病態ではなく全身性疾患であることから、他科および病診連携をより進め、エビデンスに基づき、血管内治療およびバイパス術を高いレベルで提供していきたいと考えております。今後よろしくお願ひ申し上げます。



この状況下で血管外科ではASOが単に下肢症状を呈する病態ではなく全身性疾患であることから、他科および病診連携をより進め、エビデンスに基づき、血管内治療およびバイパス術を高いレベルで提供していきたいと考えております。今後よろしくお願ひ申し上げます。

次に「拡散テンソルトラクトグラフィ」についてお話しします。脳内の白質では水の拡散が制限される(異質散性)水の拡散を3次元のベクトル(テンソル)と考えることが出来、これをつなぐことが出来、これを視覚化することが出来ます。始点を大脳脚とし、終点放線冠とすることにより、錐体路を視覚化出来ます。そのため、運動機能の予後を予想出来る可能性が有ります(図3・4)。

平成19年8月23日、第5回イニングセミナーにおきまして「乳腺治療最近の動向」というタイトルでお話をさせていただきましたので、あらためて紙面にて御紹介させていただきます。

近年「EBM(エビデンス・ベイスト・メディスン)」という言葉がテレビや新聞などのメディアにおいてよく見聞きします。それは「EBM(標準治療とは何なのか?)」が「がん標準治療全ガイド(がんサポート2005年11月号)」に「標準治療は平均的な治療というわけではありません。効果が立証された、現在考え得るベストの治療です。これを患者さん、ご家族の方々のよき羅針盤とし、荒波を上手く乗り切つていただければ幸いです。(中略)標準治療とは、簡単にいえば、その時点で最も効果が高いと科学的に証明された治療法のことです。」と明記されています。

まず手術術式の変遷です(図3)。数十年間主流であった「胸筋温存乳房切除術」が「乳房温存乳房部分切除術」に変わってきたのがおわかりいただけると思います。1999年に日本乳癌学会から発表された「乳房温存療法ガイドライン」では厳しく適応症例が規定されていましたが2005年のガイドラインでは「適応外」を規定し、それ以外の症例は基本的に適応であるといった方向に変わってきました(図4)。このよ



**第5回 8月23日**  
**乳腺治療最近の動向**  
**外科副部長 井上 博道**

続いて乳癌についての基本的な考え方を供覧致しました。以前は「乳癌は局所の疾患であり、徹底した局所コントロールが予後向上につながる」としたいわゆる「ハルスレッド理論」が主流でしたが、近年「乳癌」は局所疾患と全身疾患の2通りがあり、症例によっては早期からの全身管理が予後向上につながる」という「フィッツシャー理論」へと変化してきました(図2)。

このように、乳癌は局所疾患と全身疾患の2通りがあり、症例によっては早期からの全身管理が予後向上につながる」という「フィッツシャー理論」へと変化してきました(図2)。

このように、乳癌は局所疾患と全身疾患の2通りがあり、症例によっては早期からの全身管理が予後向上につながる」という「フィッツシャー理論」へと変化してきました(図2)。

このように、乳癌は局所疾患と全身疾患の2通りがあり、症例によっては早期からの全身管理が予後向上につながる」という「フィッツシャー理論」へと変化してきました(図2)。

このように、乳癌は局所疾患と全身疾患の2通りがあり、症例によっては早期からの全身管理が予後向上につながる」という「フィッツシャー理論」へと変化してきました(図2)。

**医療相談室の設置について**  
~地域医療連携室・リニューアル~

地域医療連携室では、地域がん診療連携拠点病院の指定に伴い、本年9月にかねてより手狭であった医療相談窓口の拡張工事を行いました。これにより、医療相談カウンターや医療相談室が新設され、プライバシーにも配慮した新たな相談支援体制が整いました。下記の様々な相談内容について、専門スタッフが随時対応することとしております。詳しくは、当院HPをご欄下さい。

- 相談内容**
- 医療相談 …… ① 「がん」の病気や治療に対する不安、今後の療養や生活への不安、痛みを和らげる「緩和ケア」など、がん医療に係わる様々な質問や相談に応じ、問題解決のお手伝いをさせていただきます。② 「がん」以外の病気や治療に関すること、療養生活に関することでお悩みの方の様々な質問や相談に応じます。
  - 退院調整 …… 自宅や地元の医療機関(かかりつけ医・訪問看護など)へ移行した場合に不都合が生じないように退院の準備をお手伝いします。
  - 在宅療養支援 …… 外来通院中・在宅療養中の患者様が安心して必要な医療を継続できるよう支援します。
  - 情報提供 …… 患者様やご家族に対する医療情報の提供、地域医療機関との勉強会の開催など、がん医療やその他の疾患の医療に関する情報発信・情報提供を行います。
  - 医療連携 …… かかりつけ医や地元の医療機関との連携を図り、当院への円滑な紹介や逆紹介を進めます。また、セカンドオピニオンのご相談・お申し込みにも対応致します。
  - その他 …… 医療費、福祉・介護サービスなどのよろず相談をお受けします。

**相談日時** …… 土・日・祭日を除く月～金曜日  
**受付時間** …… 9時00分～16時00分  
**相談場所** …… 地域医療連携室(正面玄関・ロビー入って右手)  
**相談料** …… 無料  
**電話番号** …… 089-926-9516(直通) 089-924-1111(代表) (内線/2620・2622)  
**相談方法** …… 電話の場合は上記へ、直接来院される場合は、地域医療連携課「医療相談窓口」にお越し下さい。

※ 個人情報に該当する内容は、患者様本人の同意がない場合、お答えできませんのでご了承下さい。

# 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/

H19.11.1現在

診療科目	室	月	火	水	木	金		
内科	総合内科	1	定永敦司	横田英介	藤 崎	横 田	横 田	
	総合内科	2	詫間隆博	詫 間	定 永	詫 間	岡田/徳山貴人	
	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	藤崎智明	上田陽子	上 田	藤 崎	牟 田	
◎糖尿病教室 毎週水・金曜日 10:00~12:00 (近藤・岡田・和泉)								
肝胆膵センター	午前	上甲康二 田中良憲 大野芳敬	上 甲 小林雄一 渡辺崇夫	田 中 竹下英次	田 中 小 林	上 甲 竹 下 大 野		
	午後	田 中	上 甲 小 林 渡 辺	検 査	検 査	上 甲 竹 下 大 野		
胃腸センター (消化器科)	外来部門	午前	新患 予約	小林広幸 砂原賢士	藏原晃一 青見賢明	吉野修郎 石 橋	藏 原 川 崎	小 林 藏 原
		午後	新患 予約	石橋英樹 堺 勇二	砂 原 堺	担当医	青 見 小 林	川 崎 吉 野
	検査部門	午前	内視鏡 検査	藏原/堺 吉野/石橋 川崎啓祐	堺/小林 吉野/川崎 砂原	小林/藏原 砂原/青見	小林/堺 吉野/石橋 砂原	吉野/堺 石橋/川崎 青見
		午後	透視検査	青 見	石 橋	川 崎	青 見	砂 原
	部門	午後	内視鏡 検査	小林/吉野 川崎/砂原 青見	藏原/吉野 石橋/川崎 青見		藏原/堺 石橋/砂原 川崎	小林/藏原 石橋/砂原 青見
		特殊検査	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 予約	午前	高橋 優 今村義浩	久保俊彦 芦原俊昭	堺 浩二 芦 原	今 村 高 橋	芦 原 久 保
		院内新患 予約	午後	堀本拓伸	船越公太	久 保	堺	今 村
		心外	午前	梅末正芳 (初再診)		松井完治 (初再診)		船 越
呼吸器センター	呼吸器科		山本昭彦	牧野英記 (再診のみ)	山 本	牧 野	山 本 (再診のみ)	
	呼吸外科 検査手術		手 術	隠土 薫	手 術	横山秀樹	横 山	
☆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		上村太朗	上 村		
脳神経センター	脳外		前田仁史 佐藤 斉	前 田	曾我部貴士 碓井 智	佐 藤	曾我部 碓 井	
	神内		山下順章 志田憲彦	山 下 志 田	山 下 志 田	山 下 志 田	山 下 志 田	
小児科	午前	1 2	小谷信行 上田晃三 眞庭 聡 馬場健児	雀部 誠 須賀久美子 眞 庭	小 谷 西崎眞理 中野広輔 馬 場	近藤陽一 片岡京子 眞 庭	小 谷 高岩正典 中 野 馬 場	
	午後		液	児	ア	分	未発	
産婦人科	午前		横山幹文 田中泰雅 坂口健一郎	田 中 北出尚子	妹尾大作 坂 口 北 出	高木香津子 妹 尾 高 木	横 山 妹 尾 高 木	
	午後		横 山 田 中 坂 口	妹 尾 坂 口 北 出	手 術	手 術	手 術	

診療科目	室	月	火	水	木	金	
外科	午前	1	白石 猛	和田寛也	高橋郁雄	西崎 隆 (肝・胆・膵)	高 橋
		2	郡谷篤史	寺師貴啓	白 石	伊地知英樹	宮崎充啓
		3	山岡輝年			山 岡	
	午後	7	井上博道	井 上	井 上		井 上
		2	財前善雄		村守克己	財 前	村 守
				ストーマ外来	外来手術		
整形外科	1	中城二郎	山本 進	山 本	中 城	野 田	
	2	安本正徳	野田慎之	大前博路	安 本	大 前	
	3	高沢皓文	新本誠一郎	高 沢	住吉範彦	竹内実知子	
リハビリテーション科	1		田口浩之	田 口		田 口	
リウマチセンター	午前	1	仲田三平	仲 田	仲 田	水 木	山 田 山重永
	2	水木伸一	山田一人	重 栖 孝	山 田	山 田	山 田 山重永
泌尿器科	午後(予約)	1	手 術	仲 田	手 術	水 木	山 田 山重永
	2		山 田	手 術	山 田	山 田	山 田 山重永
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	
泌尿器科	5	荒木映雄	矢野 明	宮本克利	矢 野	矢 野	
	午後		予約検査		予約検査	第1・3ストーマ外来	
耳鼻咽喉科	午前	1	有友 宏	篠森裕介		篠 森	
	2	藤田健介	藤 田			有 友	
	3	上田哲平	上 田			上 田	
午後		検査 (透視)	手 術	検査 (透視)	手 術	手 術	
※水・金曜日の診療はありません。							
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	石川和郎	島 村	金 子	西 谷	
	3	金子明生		鄭 曉東		鄭	
午後	1	児 玉		石 川		石 川	
2	島 村	手 術	島 村	手 術	西 谷		
3	金 子		鄭		鄭		
皮膚科			南 満芳	南	南	南	
形成外科			庄野佳孝	庄 野	手 術	庄 野	
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	
放射線科	新患 予約		村田繁利 吉岡真二	村 田 吉 岡	村 田 吉 岡	村 田 吉 岡	
歯科 口腔外科	口腔外科	1	寺門永頭	寺 門	寺 門	寺 門	寺 門
	歯 科	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ください。 午前：月～金 11時まで初診受付							

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19年11月30日現在、当院の登録施設は351、登録医は481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・創立記念日(5/1)を除く)

○紹介状を持参で午後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	
消化器科	腎臓内科	歯科口腔外科	

○紹介状を持参で午後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・木	リウマチ科	火・木・金
耳鼻咽喉科	月・火・木	呼吸器科	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	リハビリテーション科

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きますのでご了承ください。