松山赤十字病院

◆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 室 長

(院長)

渕

Ŀ

忠

2010.3

第

域

怒談会を開催

域医療連携

89名)でした。ご多忙の中、参加い 加者は133名(院外4名、院内 育講堂にて開催いたしました。 平成22年1月23日 (土) に当院教 ただきました先生方には厚く御礼 14回地域医療連携室懇談会を

載しておりますので、 治療の講演で、熱心な質疑応答が ピックス」を発表させていただきま の所長上甲より「肝がん診療のト 者が激増している肝胆膵センター 療のトピックス」、最後に、紹介患 ピックス」、昨年4月に昇任した 科部長兼松より「肺がん診療のト ありました。講演内容は、本号に記 あるごとく、急速に進歩する診断、 消化器科部長蔵原より「消化管診 ねて、昨年7月に赴任した呼吸器 した。いずれの発表もトピックスと 講演は、新任部長の紹介を兼

て意見交換会を行いました。松山講演会終了後、当院職員食堂に ければと思います。 かった先生方は是非お読みいただ

じました。

挨拶に引き続き、槐会会長蔵原 医師会長須賀博文先生の来賓 郎先生の乾杯の音頭 を占めました。かかり 参加の先生方が多数 方は少なくむしろ初 今回は顔なじみの先生 で開宴いたしました。 つけ医の先生からの要

ました。その効果か、 の紹介を行い、かかり 診療科医師、地域医療 望もあり、参加した各 談笑するグループがで あちこちで和気藹々と 連携室職員、幹部職員 己紹介をしていただき 医の先生方には自 てきています。当院でもその兆しが現れますが、松山医療圏 としての責務を果た 益々のご支援をお 方針をご理解のうえ ていきます。当院の までに増して推進し 療への取り組みを今 による地域完結型医 すなわち機能分担 療資源の有効活用、 すべく、限られた医 は地域医療支援病院 頻繁に報道されてい 療供給体制の崩壊が 愛媛でも、 東予地区での 特に











松山赤十字病院 槐会 会長 蔵原 一郎様



松山市医師会 会長 須賀 博文 様

第14回 松山赤十字病院地域医療連携室懇談会 要

平成22年1月23日(土曜日)17:00~20:30 1. 日

(1)講演 会 当院教育講堂 2. (2) 意見交換会 当院職員食堂

3. 会次第

座長:副院長 \blacksquare 英 (地域医療連携室 副室長)

講 演

【演題 1】 「肺がん診療のトピックス」

演者:呼吸器科部長 松貴則

「消化管診療のトピックス| 【演題2】

~ NSAIDs による消化管粘膜障害

演者:第2消化器科部長 蔵原 晃

【演題3】「肝がん診療のトピックス」

演者:肝胆膵内科部長 甲 康

(敬称略)

1. 開会挨拶 松山赤十字病院 院 長 渕 忠 彦 \perp 2. 来賓挨拶 松山市医師会 会 長 須 智 博 文 3. 乾 松山赤十字病院 槐会会長 蔵 原 郎 ~開 宴~

4. 閉会挨拶 松山赤十字病院 副院長 松井完治

上がった会となりまし

講演① 肺 のトピックス

呼吸器科部長 兼 松 則

し、さらに現在の最新治療につい

て述べたいと思います。

たとされました(図2)。 がん治療の成績はプラトーに達し その限界を打ち破るべく開発・

拮抗型抗がん剤、アリムタ(図

3)、②EGF受容体チロシンキ

 $\stackrel{\text{(2)}}{\boxtimes} \stackrel{\text{(3)}}{4}$

8割の患者さんにこの薬剤は劇的 GF受容体遺伝子変異のある実に 進歩であるといえるでしょう。E と結実した点ががん治療の大きな

な効果をもたらします。③は血管

発育するためにはそれなりの栄養

が必要で、それを得るために腫瘍

内皮に作用する薬剤です。

腫瘍が

うに変化してきました。松山赤十

ん治療のストラテジーも図6のよ これら最新の知見から進行肺が

く最先端の治療を提供し、患者さ

字病院呼吸器科ではデータに基づ

んと同じ目線で肺がんに立ち向か

っていきたいと思います。

臨床応用された薬剤が①新規代謝

ナーゼ阻害剤、イレッサ

③抗VEGF抗体、アバスチン と、さらにその感受性についてE から有効な薬剤をデザインしたこ 特に恩恵を受ける可能性がありま の低下した高齢の患者さんなどは らかに副作用がマイルドで、体力 その上これまでの抗癌剤に比べ明 き具合が異なるという事象です。 せる点は腫瘍の組織型によって効 剤として最初認可された薬剤で 連疾患である悪性胸膜中皮腫の薬 あることなど、基礎的研究が臨床 GF受容体の遺伝子変異が重要で す。②に関して、がんの分子機構 す。この薬に我々が最も関心を寄 (図5)です。①はアスベスト関

> 瘍を兵糧攻めにするだけでなく、 ことに着目し設計されました。腫 が新生血管をどんどん作っている

講演2

消化管診療

のトピックス

生存期間中央値 (月) 図2 生存期間で見た進行肺がんの治療成績の変遷

発されて以来確立されてきました。

1960年代にシスプラチンが開

肺がんに対する化学療法の礎は

1970年代には基礎的な研究も

図3 新規代謝拮抗型抗がん剤 アリムタ 図3 抗VEGFモノクローナル抗体 Bevacizumab (Avastin®) 93% ヒト由来, 7% マウス由来 減期:17-21日

解いただくためにこれまでの肺が

複雑になった肺がん治療を理

ん化学療法の進歩の過程を概説

療法は果たして生存に寄与してい その頃の進行肺がんに対する化学

るものかどうか結論が出せない状

ジュダ・フォルクマン が 腫瘍増殖は血管新生に 依存すると提案

> といった動向もこのころから活発 学療法の効果を客観的に評価する 況が続きましたが、臨床試験で化

になってきました。1995年B

MJ誌に進行肺がんに対し化学療

図1 1960年代~1980年代の肺癌診療における重要な事項 図 1

> の頃からタキサン・ビノレルビ の結果が報告されると同時に、こ 法と緩和医療を比較したメタ解析

ン・ジェムシタビンなどの第三世

法の有用性が確立されたのもこの

殺細胞性薬剤による進行肺

験が数多く行われるようになりま 代の新規抗がん剤を用いた臨床試

した。またセカンドライン化学療

種多様な医療を提供しております

因子)の組み合わせで決定するT 転移(N因子)·血行性転移巣(M いを原発巣(T因子)・リンパ節

NM病期分類が確立されました。

し集学的治療から緩和医療まで多 います。当科では進行肺がんに対 男女とも一位となると予想されて

んに次ぎ二位であり、数年後には

のがん死亡者数一位、

女性も胃が

時にCTによる全身検索システ れるようになりました。また同

が普及し、その知見をもとに

1985年にはがんの進展の度合

シスプラチンをベースにした併用

化学療法が広範ながん種で試みら

進展に重要であるという分子生物 Growth Factor:VEGF) が腫瘍の 成長因子(Vascular Endothelial Growth Factor:EGF)や血管内皮 進み、上皮成長因子 (Epidermal

学的知見が発見され、それを標的

にした治療の開発が始まりました

(図1)。1980年代になると

肺がんは難治の疾患です。男性

図2

抗血管内皮成長因子(VEGF) 抗体 図5

図6 進行非小細胞肺がん治療のアルゴリズム

上皮成長因子受容体阻害剤(EGFR-TKI) イレッサ

図4

図6

はじめに

例の増加が指摘されている。総 drug:NSAID)は、臨床上、 SAIDによる消化管粘膜障害症 欧米先進国および本邦においてN 頻用される薬剤であるが、近年、 人口3億人の米国では、1年間 (nonsteroidal anti-inflammatory (2001年度) にNSAIDは ステロイド性抗炎症 最

傷害のために約10万人が入院しう が、NSAIDによる消化管粘膜 ち16500人が死亡したと報告



図 1

以下にNSAIDによる胃十二指 うにNSAIDによる消化管粘膜 血病、HIVに次いで第15位にラ ており、その対策は急務である。 した疾患単位と考えられるに至っ はなく、死亡率の高い一つの独立 傷害は、単なる一薬剤の副作用で ンクされている(図1)。このよ され、疾患別死亡者数でみると白

腸潰瘍と小腸大腸病変について当

第二消化器科部長 藏 原 晃

約300億錠が販売されてい

その効果を高め生存期間を延長す

既存の抗がん剤と併用することで

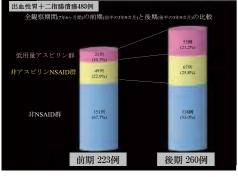
ることが近年示されました。



図3



図5



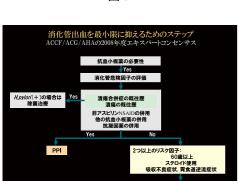
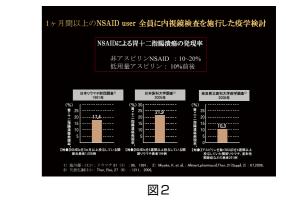


図8



図 10

起因性小腸大腸病変)に大別され 腸管に対する副作用 の腸疾患に対する副作用と正常な 起することが明らかとなり、既存 にも多彩な副作用、粘膜傷害を惹 ている (図9)。 NSAID起因性小腸大腸病 近年、NSAIDは小腸と大腸 NSAID



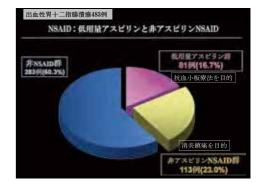


図4

ŧ,

れている。当センターにおいて れ、その対策の重要性が指摘さ 消化管出血の約10%を占めるとさ

カプセル内視鏡(2009年

加している (図10)。特にNSA 導入 に伴い小腸病変の報告が増 セル内視鏡とバルーン内視鏡)

D起因性小腸潰瘍は原因不明

Ι

導入)で診断しバルーン内視

(2005年導入) で内視鏡的

血術を施行したNSAID起因性

非アスピリンNSAIDsによる胃十二指腸潰瘍の危険因子

図6

可能性のある危険因

喫煙

AIDについてみると、NSAI 体の13%であった (図3)。 NS 2%)で、両方が陰性の患者は全 SAID使用例は194例 (40

D

出血性潰瘍と報告されている。 用量アスピリンが10%前後とされ リンNSAID が10~20%、 指腸潰瘍の発現率 は、非アス の疫学検討 に基づくと、胃十二 全員に内視鏡検査を施行した本邦 1ヵ月間以上のNSAID使用例 低用量アスピリンに大別される。 (図2) 、さらにその10~15%が 非アスピ

について述べる。

NSAIDによる

胃十二指腸潰瘍

センターのデータと症例を提示

消化管粘膜傷害の予防・対策

討すると、483例中 H.pylori 陽 される H.pylori とNSAIDを検 血性胃十二指腸潰瘍は計483例 で内視鏡的止血術を施行した 出 最近7年6ヵ月間に当センター 性例は322例 2月から2009年7月までの 潰瘍のデータを示す。2002年 で、胃十二指腸潰瘍の二大原因と 当センターの出血性胃十二指腸 66 8 %

薬剤であり、解熱鎮痛目的に汎用 することによって作用を発揮する タグランジン(PG)産生を抑制

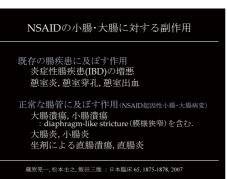
に抗血小板作用目的で投与される と、心血管系リスクを有する患者 される非アスピリンNSAID ケードのシクロオキシゲナーゼ

NSAIDはアラキドン酸カス

(COX) 活性を阻害してプロス



図フ



7%が抗血小板療法目的で低用量 AIDを使用していた(図4)。 解熱鎮痛目的で非アスピリンNS アスピリンを、全体の23・0%が 使用例の約4割、全体の16 図9 ている 奨されている (図6)。 らの危険因子があれば、予防的に 挙げられ、ガイドライン上、これ 剤の併用、 スピリンとの併用、他の抗血小板 プロトンポンプ阻害剤 抗凝固剤の併用などが

ことを反映している可能性が高 国的な傾向であり、 胃十二指腸潰瘍の確実な危険因子 リンの処方量が年々増加している 性胃十二指腸潰瘍の増加傾向は全 の低用量アスピリン使用例の出血 加傾向を示していた (図5)。こ 特に低用量アスピリン使用例が増 比較すると、NSAID使用例、 9ヵ月と後半3年9ヵ月に分けて 全観察期間7年6ヵ月を前半3年 非アスピリンNSAIDによる 潰瘍の既往歴、低用量ア 低用量アスピ

として、

非アスピリンNSAID の中で 問診が不可欠である (図6、 のNSAIDや抗血栓薬など) の既往歴(潰瘍歴)と常用薬 スクの評価・把握が重要で、患者 IDを処方する際には、消化管リ れている(図8)。以上、NSA PIを併用投与することが推奨さ スピリンの処方の際には消化管リ 循環器系学会において、低用量ア AIDとほぼ同様であり、米国の レコキシブは、上部消化管に対す のコキシブ系NSAIDであるセ X-2選択的阻害剤の中でも唯一 選択することも有用で、特にCO されるCOX-2選択的阻害剤を も消化管に対する安全性が高いと ストールを併用投与することが推 スクを評価し、リスクがあればP ンの危険因子も非アスピリンNS るリスクがプラセボと同等とされ もしくはPG製剤であるミソプロ (図7)。低用量アスピリ P P I 加えて、

図 11

図 11

が増加している。 (出血性) 小腸潰瘍症例

終わりに

NSAIDによる

小腸大腸病変

NSAID関連病変を含めた消化 ると報告されています。当センタ 特に上下部消化管出血症例の約 る消化管病変が増加傾向にあり、 し治療成績の向上に努める所存で 今後さらに蓄積したデータを解析 して吐下血ホットラインを開設し 現在、 では7年前より地域医療連携と 50%がNSAIDに関連してい 今後とも消化管出血症例の御 血症例に対応していますが、 本邦ではNSAIDによ

紹介を宜しくお願い致します。

の疾患概念が確立され、さらに 視鏡検査の普及 により大腸病変 変は、1990年代の全大腸内

2000年代の小腸内視鏡

(カプ

ん診療のトピックス

肝胆膵内科部長 上甲 康一

低下し、やがて腫瘍から分泌され は、細胞増殖に伴いまず動脈血が 成結節や早期肝細胞癌において きな特徴のひとつとされた。異形 される、いわゆる多血性腫瘍が大

従来、肝細胞癌は動脈血に栄養



I画像診断の 進歩と問題点

れる時相において Kupffer 細胞のは post-vascular phase)と呼ば 10分以降の Kupffer phase(またれることにより、造影剤注射後 組織中の Kupffer 細胞に取り込ま を行うと同時に、ソナゾイドは肝 に血流をとらえて dynamic study た。これらの造影剤はCTと同様 度の高い診断が可能となってき OBプリモビストの登場でより精 と、新しいMRI造影剤であるE 超音波造影剤であるソナゾイド るのが一般的であったが、新しい で確定診断し、治療方針を決定す 血管造影、angioCTなどの精査 どでスクリーニング検査を行い、 超音波検査、 言うまでもない。従来より、腹部 観察における画像診断の重要性は が重要であり、慢性肝疾患の経過 肝細胞癌は早期発見・早期治療 造影CT、MRIな

造影超音波

図 1

関しては、もはや angio-CT は不 れなかった。転移性肝癌の診断に 4 Kupffer phase における画像を示 の肝細胞相とソナゾイド造影の のEOBプロモビスト造影MRI なっている。大腸癌の肝転移症例 数皿の小さな病変まで診断可能と の診断にもきわめて有用で大きさ 癌の診断のみならず、転移性肝癌 れる。この2つの造影剤は肝細胞 細胞)は低信号領域として描出さ 集団(脱分化して機能を失った癌 像でOATP-1を持たない細胞 はり造影剤注射20分後のT1協調画 まれ胆汁中に排泄されるため、や P-1)を介して肝細胞に取り込 要と思われる。 査や造影CT検査では全く描出さ いるが、通常の B-mode 超音波検 面のトランスポーター(OAT モビストは肝細胞の内に肝細胞表 ことができる。また、EOBプリ 結節(染め抜け)として描出する 存在しない組織を明瞭な低エコー 一回の小病変が明瞭に描出されて (図1)。肝表面近くの径3~

動脈血優位となり門脈血が減少 典的肝細胞癌とはまるっきり逆の 染され、CT-AでLDAで、古 た。angioCTではCT-APで濃 MRIできわめて明瞭に描出され 能であるが、EOBプリモビスト は、通常の 3phaseCT では検出不 場合が多い。図2に示す肝細胞癌 行動態の腫瘍も明瞭に描出できる 細胞癌の診断には問題があった。 たが、動脈血が低下した状態の肝 り、その診断能は飛躍的に進歩し 3~4phaseでの撮影が可能とな 癌、となる。多血性腫瘍に関して されるいわゆる、古典的肝細胞 り新生血管が形成され、徐々に るVEGFなどの増殖因子によ ゾイド造影超音波はこのような血 EOBプリモビストMRIやソナ 最終的には動脈血のみに栄養 MD-CTの出現により、

造影パターンであり(図2右側)、

AngioCT 肝腫瘍生検

図3

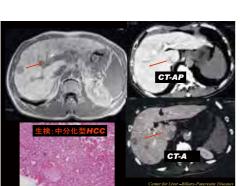


図2

のままで脱分化していく肝細胞癌 経験から、異形成結節の血行動態 と診断された。このような症例の 腫瘍生検により中分化型肝細胞癌

肝細胞癌治療後の再発予防

ⅡRFA (ラジオ波焼灼術) と

げで、安全で正確なRFA治療が など、多くの支援システムのおか が可能なRFA専用の処置ベッド い造影超音波診断装置、体位変換 Virtual Sonography) ' オンラインで取り込んで仮想超音 どの画像をいつでもサーバーから A、EOBプリモビストMRIな phase CT、CT-AP/CT-処置室の写真を図4に示す。3 波像を作成するRVS(Real-time 当科でRFA施行 している 精度の高

Bプリモビストでは描出されず トの有用性について解説したが、 図3に当科において作成した肝細 は臨床の現場で混乱を招くことが 必要と考えられた。情報量の増加 断のためにはさらに症例の蓄積が っても長所短所があり、正確な診 験している。どのような検査であ angio-CT で描出された病変も経 の病変の描出が困難であり、EO ソナゾイド造影超音波検査は深部 胞癌診断のアルゴリズムを示す。 の存在が明らかとなった。 ソナゾイドとEOBプリモビス 一定の指針が必要となる。

図4

数えた(朝日新聞社の調査で全国紹介していただき、昨年は25例を 管をすり抜けて目標に電極を挿入 からアプローチ、肝静脈や門脈本 症例は左葉の委縮が強く、右肋間 のRFA前後のCTを示す。この 可能となっている。 図5に尾状葉 した。精度の高いRFAのおかげ で、多くの病院からRFA症例を

炎ウイルス感染が持続している場 療を行っても、背景が硬変肝で肝 肝細胞癌は早期発見し確実な治

治療

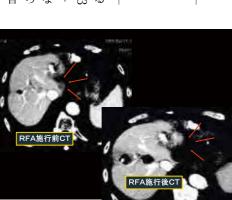


図5

抑制を目的に、肝細胞癌治療後に 積極的に抗ウイルス療法を導入し 疾患である。当科においては再発 合が多く、残念ながら再発の多い

> 療後にインターフェロン治療を行 の抗ウイルス剤を用いてHBVD 例の検討では、エンテカビルなど た 症 例 (S V R) で は 極 め て 良 好 患とする肝細胞癌に、肝細胞癌治 ている。図5はC型肝炎を基礎疾 されており、適切なBMIを維持 あった。また、BMIが25を超え 持すると再発が抑制される傾向に NAを3 log copies/ml 以下に維 る。B型肝炎を基礎疾患とする症 な予後が得られていることが分か つであるが、ウイルス排除のでき は stage IとⅡとⅢが3分の一ず った症例の生存曲線を示す。対象 ると肝癌発症率が上昇すると報告

HCC治療後にインターフェロン治療を行った症例 Non SVR **非市共軍 (年**) 図6

Ⅲ新しい抗がん剤

的薬のソラフェニブについても簡 療に効果が期待される薬剤である 単に解説した。進行肝細胞癌の治 剤であるミリプラチンと、分子標 TACEのための新しい抗がん 紙面の都合で詳細は割愛す

IV 最後に

癌が、今や治る癌になりつつあ れて月単位の予後しかなかった肝 る。 のために努力していきたい た。 図7に肝癌診療のゴールを示し 今後も更なる治療成績の向 筆者が研修医のころは診断さ

肝癌診療のゴ 精度の高い画像診断 zoid RVS 水 人工腹水 確実な切除・局所治療 原因の除去 治癒

図7

『分子標的療法概説 第一内科部長 藤 﨑 智

第6回

10月1日

がん



1

はじめに

られる早老と発癌率上昇によって 症、例えばウェルナー症候群に見 れは遺伝性のDNA修復機能異常 殖能力を獲得し、がん化する。こ かな異常細胞のうちごく一部が増 受けながらも生きながらえたわず と、細胞は老化したりアポトーシ の程度が修復機構の能力を上回る スにより死滅する。大きな損傷を 機構を有している。

制遺伝子の関与が大きい。 惹起される(劣性遺伝子)がん抑 子と双方の不活化によりがん化が 子のうち一方の活性化ががん化に 因が代表的なもので、一対の遺伝 ルスが含まれる。後者は遺伝的素 HTLV-Iなどの発がん性ウイ としてHBV、HCV、HPV、 の大きな原因となる各種発がん物 別される。前者には、DNA損傷 つながる(優性遺伝子) がん化の要因は外因と内因に大 放射線などと生物学的なもの がん遺伝

いう認識に立ち、

が ん 細 胞 の D N

「がんはDNAの病気である」と従来の細胞傷害性抗がん剤も

的療法について概説した。 的知識を述べた後、

2

がんの生物学的な基本的知識

の病態についての生物学的な基本 つつある。本セミナーでは、がん 害性抗癌剤から分子標的薬に移り

最近の分子標

がん治療の主役が従来の細胞傷

裏付けられている。

図 1

3

分子標的療法概説

考えられている

図 2

天的に不活化された状態にあると くではがん抑制遺伝子の一方が先 ているが、これら遺伝性腫瘍の多 伝子APCが原因として同定され

る。

がんはDNAの病気とも言わ

して細胞は生存のために損傷修復

なく、

主として増殖の早い細胞に

ん細胞特異的に作用するわけでは 傷剤に大別されるが、いずれもが る。 その D N A 破壊機 序から D N Aを破壊することを目的としてい

代謝拮抗剤、微小管損

日々発生するDNA損傷に対

明 がん抑制遺伝子 正常細胞における機能 : Rb, p53, : p16 [: hMLH1 化 : PTEN 癌抑制遺伝子 不迭性化 癌抑制 p53 Rb APC 家族性大腸ポリポーシス

DNAとがん発生:DNA損傷 DNA損傷: 1日1細胞あたり最大50万回

図 1

大腸ポリポーシスではがん抑制遺 図2 らの機能を阻害し、 域やサイトカインに結合し、それ 4 ロシンキナーゼ阻害剤やプロテア 剤で大分子の抗体薬と小分子のチ 能を阻害するように設計された薬 細胞のDNAが産生した分子の機 それに対して分子標的薬は、がん い副作用がつきまとう(図3)。 炎・下痢(粘膜障害)などの重 る。そのため、抗がん効果ととも 作用し、それらを障害・死滅させ 抗体薬は標的分子の細胞外領 ・ム阻害剤に大別される。 球減少(骨髄障害)、口内 小分子は主と

図

とはいえ、経口剤で急性白血病が 完全寛解にいたることに当時の血 た唯一の成功例でもある。一病型 化誘導療法」そのものであり、ま 標的の概念が登場するより随分古 に寿命が尽きる。この治療は分子 細胞は正常好中球と同様に短期間 導する。好中球に分化した白血病 性能を回復させ白血球の分化を誘 標的として結合しRARaの転写活 PML-RARaキメラ白血病蛋白を TRA)である。レチノイン酸は 白 の最初の成功例は急性前骨髄球性 からも分類できる。分子標的療法 分子標的薬はまた、 結合し、機能を阻害する (図5) TP結合部位にATPと競合的に いがん治療コンセプトである「分 して細胞内チロシンキナーゼのA 血病に対するレチノイン酸(A その標的分子

抗癌化学療法のコンセプト はDNAの病気である

図3

分子標的薬の分類 EGFR (上皮増殖因子學) 受容体型PTK HER2 VEGF 非受容体型 PTK

図4

最近著しく進歩している。がんは固形腫瘍に対する分子標的薬も

発性骨髄腫の治療成績を大きく向

がそれぞれB細胞性リンパ腫と多

あるボルテゾミブ(ベルケイド)

する。またがんは直径数㎜を超え

||皮成長因子 (EGF) が関与 **一度の差はあれ、その増殖に** 一皮性悪性腫瘍の総称であり、

髄移植が唯一の根治療法であった するイマチニブ(グリベック)で な成功例は慢性骨髄性白血病に対 本来の分子標的薬としての代表的 液内科医の誰もが驚愕した。また ある。イマチニブ登場以前には骨

として当初華々しく登場したゲ

GFR) になる。 EGFR 阻害剤

E G F

およびその受容体(VE

必要な血管内皮細胞増殖因子(V GFR)および血管新生のために はEGFおよびその受容体(E る。従って、固形腫瘍の主要標的 養供給のため血管新生が必要にな て成長するには、十分な酸素・栄

肺障害が頻発し。分子標的薬特有 フィチニブ(イレッサ)は、急性

の重篤な副作用の存在を知らしめ

ることになった。また、

第Ⅲ相臨

ニチブの効果は証明されなかった 床試験(ISEL試験)でゲフィ

アジア人、

女性、

腺癌、

分子標的薬とPTK 9

図5

果が上がり、それにEGFRの 煙者という一部の症例には劇的

伝子変異が関連することが証明さ

多くの患者に長期の寛解をもたら する抗体薬リツキシマブ(リツキ Bリンパ球の表面抗原CD20に対 完全に転換させたと言える。また くなった。分子標的薬が治療法を し、骨髄移植はほとんど行われな 亡の危険が常につきまとった。し たとえ若年者でも移植関連死 グリベックは高齢者を含め やプロテアソー ム阻害剤で バ、 には、 分子標的薬

かし、

(アービタックス), 他にエルロチニブ(タル 抗体薬としてセッキシマ EGFR関連の分子標的 トラスツズ セ

HER2 PDGFR CD20(Bリンパ nab: リツキサン Tretinoin: ベサノイド

図6

やソラフェニブ (ネクサバール) としてスニチニブ(スーテント) FRを含めた多種キナーゼ阻害剤 が大腸癌などに用いられ、VEG 体薬ベバシズマブ(アバスチン) る. マブ(ハーセプチン)などがあ またVEGF阻害剤として抗

する見込みであるが、 が腎癌や肝癌に使用され始めた 図 6

れば理解しやすいと思われる に標的分子と分子量により分類す 今後も次々に分子標的薬が登場 図6のよう

第7回 10月29日

感染症『新型インフルエンザ 院内感染防止対策委員会

委員長(副院長) 横 田 英介

種類があり、B型C型がヒトにし ウイルスには、A型B型C型の3 みられています。インフルエンザ 世界的な流行(パンデミック)が でに3回の新型インフルエンザの 降、1957年のアジアかぜ、 1968年の香港かぜと、現在ま 1918年のスペインかぜ以 月から院内感染防止対策委員会お 社本社の指示もあり、平成21年1 しています。当院でも日本赤十字 これに対応して「愛媛県新型イン 成し平成21年に改定、愛媛県でも 労働省は平成17年11月に「新型イ ンザ(H5N1)が注目を集め、 死率の高い高病原性鳥インフルエ 的とはいえ鳥からヒトへ種を超え れらには種特異性があります。 フルエンザ対策行動計画」を作成 ンフルエンザ対策行動計画」を作 てきました。このような中で厚生 この型の世界的な流行が危惧され た直接の感染がみられ、中でも致 (図1) しかし、数年前から偶発

はじめに

対策マニュアル」を作成しまし よびICT (図2) で検討を重 発生が報道されました。 が、ご存知のように、4月25日、 制を策定し、4月に入り職員への の推計に基づいて具体的な診療体 示し、国および県が示す流行規模 た。この中で、当院の基本方針を ね、3月に「新型インフルエンザ メキシコで新型インフルエンザの 知を進めることにしていました

新型インフルエンザ感染拡大の経過

当院での新型インフルエンザ

累計143名で、うち

おわりに

鳥類、ブタ、ウマにも感染し、

か感染しないのに対して、A型は

当院では、5月14日に研修会を行 いて職員に周知しました。(図3) ニュアル」に基づく診療体制につ の神戸の高校生例とされました。 内での第1例目は、5月5日発症 に感染がみられ、後の調査では国 大阪で海外渡航歴のない高校生 と確認されましたが、一方で神戸、 となる新型インフルエンザ感染者 た大阪府の高校生ら3人が国内初 疫体制をとり、カナダから帰国し 水際作戦として空港での厳重な検 エンザ対策行動計画」に基づき、 日本では上記の「新型インフル 「新型インフルエンザ対策マ

> ました。8月に入り再び流行がみ 計画」を改め、重症患者に対する た「新型インフルエンザ対策行動 で厚労省は、6月19日付けで、高 生を宣言しました。そのような中 的な大流行(パンデミック)の発 WHOは警戒レベルを最高水準の での感染拡大は続き、6月11日、 はいったん終息しましたが、外国 て、感染は拡大していきました。 られ、以後、11月から12月にかけ し、すべての一般医療機関におい 適切な医療を提供することを目指 病原性鳥インフルエンザを想定し て診療を行う体制をとることにし 「フェーズ6」に引き上げ、世界 (図4:5:6) 日本国内では神戸、大阪の流行

新型インフルエンザの臨床像

日とされ、症状は基本的には季節 の死亡例がみられたメキシコから 例はみられませんでしたが、多く れています。神戸、大阪では重症 性インフルエンザと同様と考えら 後7日まで、潜伏期は1日から7 で、 基本的に飛沫および接触感染 感染性は発症1日前から発症

> 9日時点)によると、入院患者 院患者数の概況 (平成22年2月 ます。また厚労省が公表した入 す。また、死亡者192人のうち は慢性呼吸器疾患が3、853人 礎疾患を有する者6,416人で 人 (79・6%) が15歳未満で、 の死亡が多いことが示されてい 齢者の死亡が少なく、20~30歳代 年齢分布を、2006~07、07~ の報告で、重症肺炎による死亡の があったと報告されています。 136人(70・8%)に基礎疾患 17,195人のうち13,690 (60%) と最も多くなっていま 09年と比較すると、 09年は高 基

> > 進められ、そのひとつペラミビル

たな抗インフルエンザ薬の開発も

は平成22年1月に承認されまし

現が問題となっています。また新 投与、タミフル耐性ウイルスの出 が、10歳以上の未成年者に対する ミフル、リレンザ)が有効です

今後の新型インフルエンザ対策

が行われました。 め優先接種対象の順に従って接種 目的として、医療従事者からはじ な医療提供体制を確保することを 医療機関の混乱を極力防ぎ、必要 ②患者が集中発生することによる 症者の発生を出来る限り減らす、 ついて、厚労省は、①死亡者や重 治療は抗インフルエンザ薬(タ 新型インフルエンザワクチンに



インフルエンザウイルスの分類

Α

ヒト 鳥類

ウマ,ブタ H1~H16

N1**∼**N9

典型的

図 1

宿主

亜型

症状

В

比

なし

軽症

ICT(インフェクションコントロールチー

図2

新型インフルエンザ研修会 【平成21年5月14日】

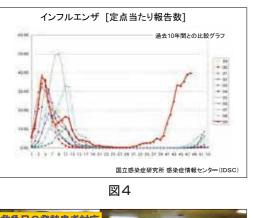
С

ᄔ

なし

軽症

-ム)







を有する患者に2例ありました (平成22年3月3日追加訂正しました) 影響を与えているものと思われま のようなことも今回の感染情況に は、85歳以上群では44%あり、こ に対する年齢群別抗体保有状況 ンデミック (H1N1) 2009 報、11月30日現在)によると、パ ンザ抗体保有状況調査(速報第1 ませんでした。9年度インフルエ が、小児では幸い、ほとんどあり ます。重症化例は成人の基礎疾患 129名が小児科入院となってい 図6

炎症性疾患『生物学的製剤概説

第一消化器科部長 堺

勇

療法に大きな変化をもたらしてい ンフリキシマブ(製剤名レミケー が、炎症性腸疾患の領域でも、イ な疾患の治療に応用されている 新しい生物学的製剤はいろいろ の登場が特にクローン病の治

> されていた。 は高率に腸切除を要し、術後再発 などの問題があり、長期経過後に アンス維持の困難や、治療抵抗例 1)。しかし、長期のコンプライ 治療の中心に置かれていた(図 導入や寛解維持に特に有効で、 静脈栄養法などの栄養療法が寛解 養剤などによる経腸栄養法や完全 剤などの薬物療法に加え、成分栄 ペンタサ)や副腎皮質ステロイド サリチル酸製剤(サラゾピリン、 も多く、新しい治療の開発が期待

2 インフリキシマブによる治療

究により、 の重要性が認識され、 サイトカインの一つのTNF-α クローン病の炎症プロセスの研 炎症細胞間を媒介する 遺伝子工学

原因不明の難治性の慢性腸炎であ

クローン病は若年者に好発する

1

クローン病の従来の治療

る。

内科的治療には、

5-アミノ

図1 クローン病の治療指針

†

図 1

アポトーシス誘導

図2

インフリキシマブのクローン病の潰瘍への治療効

図3

図4 インフリキシマブのクローン病の瘻孔に対する効果

-ド (5 mg/kg

TPN 3週後

図4

TPN 4週

レミケ

抗TNF-α抗体

ペンタサ 3 g ラゾビリン 3~4 g

図2

大腸型クローン病。30歳代男性

完全静脈栄養法

▶ 内视鏡的拡張術 —

1200 kcal以上

キメラ型 IgG1モノクローナル抗体 可溶性および膜型TNF-αの中和および免疫細胞

クロ―ン病、慢性関節リウマチ、眼べ -ン病には2002年6月から保険承認 ン病では栄養療法などの従来治療に抵抗性の、 1) 中等症から重症の活動期、2) 外瘻 に対し、

潰瘍性大腸炎で米国、欧州で承認。日本では承認申請す

レミケード4回投与後

大腸クローン病 30歳代女性。 直腸膣瘻合併例

レミケード3回投与後

入院

月より保険承認となった。 報告され、本邦では2002年6 単回投与での有効率は69~81%と 臨床効果を示し、欧米の成績では 抗体で、クローン病に対し著明な 認識部位がマウス由来のキメラ型 マブが開発された(図2)。抗原 的手法により抗TNF-αモノク ローナル抗体製剤のインフリキシ

推定されている。当院でも02年保 体の30~40%に投与されていると 療を受けているクローン病患者全 キシマブの普及もめざましく、治 となっている。本邦でのインフリ ではクローン病の内科治療の中心 3、図4)、急速に普及し、現在 効例があることが認められ(図 のクローン病の潰瘍や瘻孔にも有 改善を得られなかった治療抵抗性 リキシマブは従来の治療で充分な 時間かけて点滴静注する。インフ が認められている。投与法は2 3回投与および8週毎の維持投与 喊/㎏の初回、2週後、6週後の 動期、②. 外瘻の症例に対し、5 ローン病で、①:重症~中等症活 改正で、既存治療に抵抗性のク 適応は現在、2007年11月の

> ン病の維持療法については、従来好な治療成績を得ている。クロー に組み合わせていくかは今後の検 からの経腸栄養法などとどのよう れまで維持投与を受けており、良 れ、 険認可以後の受診例163例に対 3 89%に有効であり、52例がこ 64例(39・3%)に投与さ

インフリキシマブの副作用

例は抗結核剤の予防内服の上で投験はない。結核既感染および疑い は明らかでない。 る。なお、長期的な安全性の面で 可能性があることには注意を要す 瘍の急激な改善による狭窄進展の 与している。腸管狭窄例では、潰 げられるが、当院では重篤例の経 過敏症、③感染症の悪化などが挙 ①注射時の輸注反応、②遅発性

リンとの併用例で極めて稀な型の スクは明らかでない。アザチオプ 成績に乏しいため、悪性腫瘍のリ 長期的な安全性の面で、まだ長期

ており、 る。 4

マブは フリ 現在、慢 +

54 kg の維持投与を 例に5~10 mg/ 眼ベーチェット、 性大腸炎131 告では難治性潰瘍 性関節リウマチや セボと比し、 Rutgeertsらの報 認の方向にある。 され、近く保険承 いても有効性が示 潰瘍性大腸炎につ 限られているが、 乾癬に保険適応が クローン病の他、

善 率 37 %, 39

他の疾患への適応 インフリキシマブの

重篤なリンパ種の発生が報告され 今後の重要な問題点であ

% v.s.

図5 インフリキシマブ(レミケード)が著効した難治性潰瘍性大腸炎 以後現在までほぼ緩解を網

5 他の生物学的製剤

今後開発中の他の製剤には、

腸炎でも国内臨床治験が進行中で ムマブ(製剤名ヒューミラ)、 多くの生物学的製剤が開発され、 に対する抗体製剤や阻害剤など、 るトシリズマブ(製剤名アクテム ある。その他、抗比-6抗体であ 保険承認の予定とされ、潰瘍性大 であり、クローン病では今年中に 用されているが、完全ヒト型抗体 マブは既に慢性関節リウマチで使 などが開発されている。アダリム ルトリズマブ(製剤名シムジア) TNF-α抗体製剤としてアダリ や接着因子α-4インテグリ

臨床試験が進められている。

7%)、粘膜治癒率(46%,47 21% 験的に投与し、満足すべき結果を いう。当科でも難治例の一部に試v. 18%)の有意な増加を得たと 図5

ています。

全国的にも指折りの症例数となっ 験によって、その臨床経験数を、

2



7年目にはいった

生物学的製剤の治療

当センターにおける生物学的

発売の週2回皮下注射であるエン 2003年発売の抗 製剤の使用状況

ケードは、169例、2004年 TNF製剤の点滴製剤であるレミ 現在、



果はRA患者には福音であり、 7年となりました。その優れた効

(以下RA)に適応となり、はや

生

一物学的製剤が関節リウマ

「RAは治る」時代が到来したと

図2

160例を導入してい Update treatment for RA 2004 2009年3月現在 Bio.: 281例=

30周年を迎えるRA治療の中での、 生物学的製剤の位置づけ

持することに成功しました。 の症例においては、寛解状態を維 動性をうまくコントロールし80% 導入する事により、RAの疾患活 ラッグである、MTXを積極的に は、ちょうど30周年を迎えますが (図2)、リウマチのアンカード 来年度で、リウマチセンタ

優れた臨床効果についてレビュー 性疾患における、生物学的製剤の

いたしたいと思います。

-6阻害剤

アクテムラ

トシリズマブ ヒト化抗IL-6 受容体抗体

4週間に1回

点滴静注

2008年4月 キャッスルマン病 関節リウマチ 若年性特発性関節炎

中外製薬

に、2週間に1回の皮下注

2009年より新た

回胃腸センターの堺部長と、炎症 いっても過言ではありません。今

> CYP Cyfe 図3

> > と考えています。と同時に、早期 まさに生物学的製剤の適応である な疾患活動性の高い症例こそが、

内のバイオネッ

た現在、愛媛県 薬効を確認でき

得られ、RA治療のパラダイムシ り精度の高いRAコントロールが 物学的製剤の使用経験により、 を基礎として、7年間の我々の生 可能となっています。 により、Drug Freeを目指す事も に発見し、強力にRAを抑える事 フトを臨床の場で経験しておりま 30年間のRAの薬物療法の変遷 ょ

ります。

ターを中核とし

マチ膠原病セン トワークをリウ

て、構築してお

MTXか生物製剤か? 1/5のMTX症例は 手術を回避できない!!

図5

リウマチ関節外科 SURGEANT

図4

生物学的製剤一覧

エンブレル

エタネルセブ

週に2回

皮下注射

2005年3月

関節リウマョ

図 1

が選択可能となりました

(図1) では、どの患者に

ヒュミラ

アダリムマフ

完全ヒト型 抗TNFα抗体

2週に1回

皮下注射

2008年6月

関節リウマラ

体のアクテムラが使用でき 射のヒュミラとIL-6抗

るようになり、現在のとこ

ろ、4剤の治療オプション

レミケード

インフリキシマブ

キメラ型 抗TNFα抗体

(0,2,6週後) 8週間に1回

点滴静注

2003年7月

田辺三菱製業

②あるいは、いつまで使用

剤を使用すればよいのか、 対して、①どの生物学的製

するのか?③MTXやステ

ロイドとの併用④結核や

一般名

構造

用法

投与

RA使用

感染症などの副作用等、 Risk and Benefitの駆け引

熟考した臨床的な経

図6



図7

ます。 る確信をもってい 次世代を構築でき ワーキングを活か を地域連携ネット RAセンターにお して、 R A 治療の の素晴らしい薬効 ける生物学的製剤 いて、7年間にお プをとってきた ブトリーダーシッ においてのコンセ RA治療の全国

携する事例もど 認と導入を、セ 地においての地 ます。県内の各 RA専門医へ連 行して、地元の ンターにて施 イオの適応の確 元RA専門医と んどんふえてい すわなち、 バ

松山城東病院 北条病院 志摩整形外科 清家整形外科 山本整形外科 上甲整形外科 三津整形外科 相原整形外科 東迴市 横田整形外科 川内十全病院 伊大市 久万高原理 愛媛生協病院 内子町 町立久万高原病院 敬史整形外科 レミケード投与先 レミケード連携施設(中予地区) レミケード未投与先

図8

地域連携ネットワーク作り生物学的製剤の

術療法にいたった症例を多く経験 難渋し、ひいては、人工関節等手

残りの20%においては、治療に

して参りました。 (図4) (図5)

すなわち、手術療法に至るよう

のその

安全性と

(図 6)

情報提供をこの3年間にわたり、 のFace to Faceのミーティングと 開催してまいりました。 (図 7

『FAXでの患者紹介のお勧め』

先生方には、平素から当院の医療連携事業に格別のご支援・ご高配を賜り、ありがとうございます。お陰をもちまして、私ども地 域医療連携室も順調に業務運営をさせて頂いているところであります。さて本日は、先生方が当院へ患者紹介して頂く際の「お願い」 をさせて頂きます。ご承知のように、当院では先生方からの紹介患者の受付方法が下記のとおり2通りございます。(下図参照)

先生方から直接当院へ『診療情報提供書』をFAX送信して頂く方法(受診予約)

患者本人が先生方から渡された『診療情報提供書』を受診時に持参する方法(当日受付)

当連携室では、先生方からの紹介患者に対し、よりスムーズな診療を行うために、受診のための一切の受付手続き(診療予約・ 申込書記入・カルテ等の診療科搬送 等) を室員が事前に行い、来院時にはお待たせすることなく、直接診療科へご案内できるよ う利便性向上に努めております。そのためには、先生方からのFAXによる『診療情報提供書』の事前情報が必要となりますので、 できる限り ケース 1 のFAXによる患者紹介にご協力頂きたくお願い致します。

当院では、先生方との円滑な病診連携を通じて、地域医療における効果的な機能分担を進めて参りますので、今後一層のご理解・ ご協力をお願い申し上げます。

かかりつけ医の先生方



患者紹介

(診療情報提供書)

FAX受付 (事前予約)

かかりつけ医

予約票の受理



- ① FAXにより 診療情報提供書 受理
- ② 予約日時の確認
- ③ 予約票の返信
 - ④ 患者情報登録
 - ⑤ カルテ・診察券 作成
 - ⑥ 来院時 又は 来院日までに 受診科へ書類一式を搬送 (完了)

受 診

患者来院

診療予約時間に直接、診療科窓口に来院。 患者で自身による手続きは一切不要です。

来院受付 (患者当日来院)



患者来院

① 診療情報提供書 (持参)の提出

- ② 受理(受付開始) ③ 受診科担当医の確認
- ④ 受診申込書記入 📥 ⑤ 患者情報登録 保険証 提出
- 書類一式を提出

⑨ 受診科窓□へ ● ⑧ 受診科までの道順説明

受診

来院後、①④⑦⑨を患者ご自身で行って頂き ますので時間を要します。

また、診療までの待ち時間が長くなります。

緊急での患者紹介については、下記体制で運用しておりますのでご利用ください。

松山赤十字病院 ホットライン

CCUホットライン(080-2995-9991(24 時間受付)

《対象疾患》 緊急を要する心疾患 《 対 応 者 》 循環器科担当医師

脳卒中ホットライン 080-2995-9992 (24 時間受付)

《対象疾患》 脳卒中(急性期) と疑われるもの 《 対 応 者 》 脳卒中・脳神経センター担当医師

時間外ホットライン 080-2995-9993 (平日は 17時 10分~翌朝8時30分/土日祝日は24時間受付)

《対象疾患》· CCU 脳卒中ホットライン対象患者を除く疾患

・ 消化管出血を発症し、緊急内視鏡検査を必要とする疾患

※ただし、高次の対応を要する疾患、重度の精神疾患については、対応できかねますので、ご了承ください。

《 対 応 者 》 内科系当直医師

お問い合わせ

松山赤十字病院 地域医療連携室

FAX (089)926-9547《平日8:30~17:10》 TEL (089)926-9527《平日8:30~17:10》

大学 大学 大学 大学 大学 大学 大学 大学	診療科目					月	少	ζ	7	k	7	7	7	Ž
大下裕子子		金金	<u> </u>	т	Ŧil.		藤	﨑	藤		横	田		
内		TVIS	_		11								中	西
The part		糖	J.	录	病				1 1 1			-	¥⊓	息
本		高		fn.	圧	78次兵					- 41	73%	-	
# 原 病 教室 毎週水・金曜日 10:00~12:00 (同田・近藤・和泉)		<u> </u>				藤崎智明					藤	﨑		
上甲康二 上甲東 大野秀敬 ※報 大野秀敬 大野秀敬 ※報 13 5 週 大野秀敬 ※報 13 5 週 大野秀なとなります。 大野秀 ※第1 3 5 週 大野秀なとなります。 大野秀 ※第1 3 5 週 式智 大野秀なとなります。 大野秀 ※第1 3 5 週 式智 大野秀なとなります。 大野秀 ※第1 3 5 週 式智 大野秀なとなります。 大野 東京 大野 東京 大野秀なとなります。 大野 東京 大野秀な 大野 世界 大野秀な 米野 日本 大野 世界 大野秀な 大野秀な 大野 世界 大野秀な 大野秀な 大野 世界 大野秀な 大野秀な 大野秀な 大野秀な 大野秀な 大野 世界 大野秀な 大野 世界 大野 世界 大野秀な 大野 世界 大野秀な 大野の		糖	尿扌	—— 教	室	毎週水・金	曜日	10 : C			(岡田	・近藤	※・和!	泉)
大野秀敬 ※武智/大野 大野 大野 大野 大野 大野 大野 大野									l		_			
押センター 1		午			前				武	智	横	田		
Table Ta										2・4 循	: 大野	先生と		
日 日 日 日 日 日 日 日 日	センター												r -	
中 中 中 中 中 中 中 中 中 中		午			後							_	上	甲
中 中 中 中 中 中 中 中 中 中				4-	_	###	11114							
The continue of the contin		外	午											
1			前	-			胎田/	学			711	岎		
Table Ta	目 腸		_		-		±Λ.	*			+	·油		
(消化器科)		門												
# 1	-	10				7 75 —							> \	/*
## お		検		F 前 ——	ij	上部消化管内視鏡および造影検査								
## お		部門	4	F	乡	小腸大腸内視鏡検査および内視鏡治療								
##			新		串	- ファイス ファイス ファイス ファイス ファイス ファイス ファイス ファイス	ク保	俗彦	三 極		松板	革徳	普	庫
## センター	海 T里 BB			午									-	
P 吸 器 科		1 ' 1		-					<u> </u>					
呼吸器 科 兼松貴則 牧野英記 兼 松 牧 野 兼 松 (再診のみ) 呼吸器 外科 馬場博充 横山秀樹 横山 検査・手術 手 術 第管式ファイバー 手 術 第管式ファイバー ※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)。 原田篤実 原 田 上 村 菅 原 原田篤実 原 田 上 村 菅 原 原田篤実治 原 田 上 村 菅 原 原田篤宗治 原 田 上 村 菅 原 原田篤宗治 原 田 上 村 菅 原 原田篤宗治 原 田 上 村 菅 原 原田 上 村 菅 原 一 上村太朗 菅原宏治 本田 田 志田田 志田 田 志田田 古田 一 志田田 一 古志田	センダー	-		-						立公				
呼吸器外科		外			44 07	** ===			11.	mz		40		
呼吸器外科 検査・手術 大管・手術 ・手術 ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・		呼	吸	器	科	兼松貢則					双	野		
W					科				po		横山	 秀樹		
President	センター				術	手 術	気管支フ	アイバー	手	術			気管支ブ	'ァイバー
上村太郎 菅原宏治 一		% ₽	乎吸	器科	: 紹	介状をお持ち	5の患者	皆様の	み診察	いたし	ます。	(月・フ	水・木)。
Mi 本	腎センター								原	田	上	村	菅	原
本 本 本 本 本 本 本 本 本 田 田									ılı	下	ılı	下	ılı	下
センター 脳神経外科 石井大垣 瀬山 剛 公告信行 近藤陽一 小 谷 雀部 誠 近 藤 八十 一 八十		神			科									
A		脉流:			科		武智!	昭彦			石	井		
小児科 年前 片岡(京) 山本浩継 片岡(優) 小笠原宏 高岩正典 中り、現場のである。 神経 経 眞庭 聡 眞庭 中野広輔 眞庭 中野 堀川 川 田瀬 田川 田瀬 田瀬 田川 田瀬 田陽 田川 田瀬 田川 田川 田瀬 田川 田川 田瀬 田川 田瀬 田川 田川 田川 田瀬 田川 田川 田川 田瀬 田川 田川 田川 田瀬 田川	センター	/JI-4	11 4				\r ## I	78			∠ ₩ ±π	=-4-	- : :	
大 見 科														
小児科 神経 眞庭 聡 眞 庭 中野広輔 眞 庭 中野 堀 川 有環器 堀川定儀 堀 川 午後 血液 乳児健診 アレルギー 内分泌 発達外来 大下裕子 高木香津子 休尾大作 宮 崎 横山幹文 寿 崎 木 本 田 長川 大 下 宮 崎 横山幹文 朱尾大作 年間別利人 宮崎順秀 妹 尾 手 術 手 術 自石 猛 丸山晴司 青師貴啓 高橋郁雄 島袋林春 黒田陽介 島袋林春 別 腺 井上博道 井 上 井 上 山岡輝年 (再修高広 (新患) 大 峰 (新患) 大 峰 (新患) 大 峰 (新患) 中野 田 中野 田 小児外科 野口伸一 午後 綴和ケア ストーマ外来 外来手術 編和ケア		午	前		万四(ぶ)					\J\ZZ	ホ 仏	同石	止 犬	
循環器 堀川定儀 堀 川 坂 川 大	小児科	'	13.3		経	真庭 聡					眞	庭	中	野
大下後 第2 所が必 発達外来 大下裕子 弓 削 大 下 宮 崎 横 山 高 木 本 田 樹山幹文 妹尾大作 左婦人科 石 河の利人 宮崎順秀 妹尾 大 下 弓 削 横山 高 木 本 田 高 橋 瓜 東尾 東 術 手 術 手 術 手 術 手 術 手 術 手 術 手 術 手 術 手 術									堀	Ш			-	
体 大下裕子		午	後			血液	乳児(健診	アレノ	レギー	内尔	 }泌:		
存 前 高木香津子		<u> </u>	.~											
妹尾大作 妹尾 本 田	産婦人科	午	前		前							-		
外 科 内 方 所 方 所 </td <td></td> <td colspan="2">199</td> <td>妹尾大作</td> <td></td> <td>. •</td> <td>妹</td> <td>尾</td> <td></td> <td></td> <td>本</td> <td>田</td>				199		妹尾大作		. •	妹	尾			本	田
外 科 様尾 本田 手術 手術 手術 手術 白石 猛 丸山晴司 高橋郁雄 西崎隆 高橋 島袋林春 乳腺 井上博道 井上 井上 井上 山岡輝年 (再診) 大峰高広 (新患) 大峰 (新患) 大峰 (新患) 小児外科 野口伸 野口 野口 午後 ストーマ外来 外来手術		午												
				後										
外 科 (新規) 第 規							手	術			手	術	-	
外 科 年前 乳腺 井上博道 井上 井上 山岡輝年 山田岡輝年 (再診) 大峰高広 (新患) 大峰高広 (新患) ・大峰高広 (新恵) ・大峰高広 (新恵) ・大塚高広 (新恵) ・大峰 (新恵) ・大塚高広 (新恵) ・大塚高広 (新恵)														
外 科 血管 山岡輝年 (再診) 大峰高広 (新恵) 山岡(新恵) 大峰高広 (新恵) 小児外科 野口伸 野口 午後 ストーマ外来 外来手術 緩和ケア 白石			⊢前		腺						黒出	炀 介		
外 科 場合 大峰(新恵) 小児外科 野口伸 野口 野口 午後 ストーマ外来 外来手術 緩和ケア 白石		午			nuk.	山岡輝年	71		/1				71	
(新恵)	Ы ∓ ः।													
午後 ストーマ外来 外来手術 緩和ケア 白石	2r 14 					(新患)								
緩和ケア 白石		/ -	14.	小児	外科	野口伸一	71 -	- hl ++					野	
		+	伐	緩和	ケア		<u> </u>	パ光						
1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1	I	***	爰和.			は、毎週水曜日	14:00~	17:00			原則とし	て1日	最大3名	(まで)

診療科目		月	火	水	木	金		
		中城二郎	山本 進(手)	山本	中城(股)	野田		
整形外科		小林孝明 高沢皓文	野田慎之(脊) 吉塚将昭	大前博路 高 沢	小 林 三藤建志	大前(肩) 白石勝範		
	同が中文 ロダヤ中 同 が 一勝建心 口口勝戦 ※(手):手の外科、(股):股関節外科、(脊):脊椎外科、(肩)肩関節外科							
リハビリテーション科	(3) 3 19311							
	リウマチ科	水木伸一	山田一人		山田	田口田田		
リウマチ	リリマチ科	鎌田一億	水木		水木	鎌田		
膠原病	内 科	押領司健介	横田英介	押領司	押領司	横田		
センター	※4月1日以降	を か担当医						
		藤井元廣 田丁貴俊	藤井田丁	藤井尾澤	藤井田丁	矢 野 尾 澤		
l	午 前 	四月貝区	矢野 明	花山亜紀	矢 野	1年 /辛		
泌尿器科			尾澤彰			第1・3		
	午 後		予約検査		予約検査	ストーマ外来		
	※月·水·金曜日							
耳鼻咽喉科		有友 宏 川上美由紀	篠森裕介 川 上	担当医	篠 森 真 田	担当医		
	午 前	真田朋昌	真田		有友			
		手 術		手 術		手 術		
	午 後	c	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。							
	 午 前	児玉俊夫 宇野敏彦	菊地正晃 堀 内	字 野 山西茂喜	児 玉 野口 毅	山 西 菊 地		
	1	中 打	川崎尚美	竹澤由起	近日 級 依光明生	野口		
眼 科		児玉	711101111111111111111111111111111111111	宇野		山西		
***	午 後	宇野	手術	山西	 手術	菊地		
		堀 内		竹 澤		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	南	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		首藤聡子		安 部		
心療内科								
・精神科	※当面の間、外							
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	寺門永顕	寺 門	寺 門	寺 門	寺 門		
口腔外科	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 消 化 器 科 科 脳 神 経 外 科 環 循 歯科口腔外科 小 児 心臓血管外科 外科(血管外科除く) 放 射 線 科 臓

○午後3時まで受付可能な診療科(曜日限定)

整 形 外 科 火 耳 鼻 咽 喉 科 月 火 尿 器 リウマチ科呼吸器外科 火火 木 木 金 金 木 眼 科:月 水 金 皮 科 月 火 木 金 小 膚 児 外 科

○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)	

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。

お 松山赤十字病院登録医制度について

平成22年3月1日現在、当院の登録施設は360、登録医は496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。

知

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)を進めるという国の医療制度 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

に則り、地域医療の元美に貢献する力軒で地域の診療所と素質に建務し、反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。