

Matsuyama Red Cross Hospital

2015.1

地域医療連携室報

No. 66

<http://www.matsuyama.jrc.or.jp/>

発行責任者/横田英介

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

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 人間としての尊厳を守り、良質で温もりのある医療を提供します。
- 2 安全と安心の医療を提供し、信頼される病院を目指します。
- 3 地域の医療機関と連携を密にし、質の高い急性期医療・専門医療を実践します。
- 4 災害救護活動ならびに医療社会奉仕に努め、赤十字活動を推進します。
- 5 自己研鑽に努め、次代を担う医療者を育成します。
- 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。

年頭挨拶

院長（地域医療連携室室長）横田 英介



新年明けましておめでとうございます。

国立社会保障・人口問題研究所が公表した将来人口推計を基に推測された2030年の愛媛の姿では、人口は120万6千人に減少し人口規模は1940年頃に戻るとされています。その中で松山圏域の人口減少は比較的少ないものの、生産年齢人口（15～64歳）が約8万人減少し、前期高齢者（65～74歳）もわずかに減少する一方、後期高齢者（75歳以上）は4万人余り増加（増加率は56・2%）と見込まれています（IRC Monthly 2014.09）。

急速に進む超高齢社会のなかで、先進諸国で最も優れた医療保険制度と高く評価されてきた国民皆保険制度を堅持すべく、国は医療提供体制の見直しを進めています。昨年4月の診療報酬改定では重点課題をひとつに絞り、医療機関の機能分化・強化と連携、在宅医療の充実等をあげています。また6月にはいわゆる医療・介護一括法案が成立し、機能分化のための「病床機能報告制度」が始まり、2015年度から都道府県が「地域医療ビジョン」を策定するこ

とになっています。

良質な医療を効率的に提供することが求められる中で、当院は高度急性期の医療を担う病院という立場で、その役割を果たせるように体制を整えてまいります。人々が住み慣れた地域で最後まで暮らし続けられるように、医療と介護の連携すなわち地域包括ケアシステムの推進が重要であり、松山市医師会が準備を進められている「松山市在宅医療支援センター」が核となるものと期待しています。当院も地域医療連携室を通して、回復期・慢性期の医療、在宅医療、介護等を担われる地域の医療機関、施設と今まで以上に密接で良好な関係をつくっていきたくと考えています。

長年の懸案でありました新病院の建設も昨年10月に起工式をあげ、現在、立体駐車場の新築工事を行っており今年3月末に完成の予定です。今秋からは、いよいよ病院本体の建設が始めますが、現地の建て替えで時間がかかり、竣工は2021年を予定しています。完成の暁には、「災害拠点病院」として予想される大地震等の災害に対応し、「地域がん診療連携拠点病院」「救急病院」等の認定施設として、その機能を果たせる病院になるものと期待しています。最後になりましたが、新しい年が連携医療機関・施設の皆様にとって素晴らしい一年になりますようお祈り申し上げ年頭の挨拶とさせていただきます。

事務部長 渡部 禎純



新年明けましておめでとうございます。

謹んで新春のお慶びを申し上げます。

連携医療機関をはじめ連携施設の方々におかれましては、日頃から一方ならぬご厚情を賜り、厚く御礼申し上げます。

昨年は、診療報酬改定は、マイナス改定となり、大変厳しい内容でありました。

医療ニーズが急増するであろう2025年を視野に入れた医療再

編の布石と思われ、この流れは今後も続き、3年後の2018年は診療報酬と介護報酬が同時に改定されるだけでなく、医療計画や医療費適正化計画、介護保険事業計画が新しくなる大きな節目の年になるものと考えられます。

医療機関の経営は、消費税率引き上げによる負担増も加わり、一段と厳しくなっております。

今後は、昨年導入された病床機能報告制度に基づき、県により地域医療構想が策定され、これを推進する「協議の場」の設置などが進んでいきます。

各医療機関とも近隣の病院の動向も見ながら、自院が地域の中でどの機能を選択し、その役割を果たしていくか、中期のビジョンの中で考えて行かなければならぬものと思われま

当院では、現在、新しい立体駐車場の建築を行っており、その後、

病院本体の工事を行うこととなっております。グラントオープンまでは、まだまだ時間を要するため、皆様方にご不便やご迷惑をおかけすることがあるかと思いますが、何卒よろしくご支援の程お願いいたします。

今後とも、医療の質、経営の質向上に努め、皆様との連携を深め、地域医療の充実に向けて参りたいと考えておりますので、どうぞご指導ご鞭撻の程よろしくお願いたします。

今年の干支は「乙未（きのこ・ひつじ）」であり、ひつじ「未」は「成長と無限の可能性を秘めている」とされています。

今年もそれぞれの連携施設が共に連携し合って成長、発展することを期待しております。

最後になりますが、皆様にとりまして、素晴らしい一年となりますようお祈り申し上げます。

副院長（兼看護部長）

小椋 史香



謹んで初春のお慶びを申し上げます。

昨年は、自然災害が全国で多発した年でした。

広島土砂災害、御嶽山の噴火、集中豪雨、豪雪による陸の孤島状態等、各地で突然の被害が発生いたしました。温暖な気候に恵まれ、平穏な愛媛の皆様も危機感を募らせていらっしゃるのではないのでしょうか。

また、少子・超高齢社会における医療・介護対策が国から地方（県や市町村）に降りて参りました。地域特性に

応じた医療提供体制を構築するのは、県の行政を中心に医療・保健・福祉・介護・地域住民すべてが責任を負い「地域の総合力」が問われる時代となりました。人口や疾病構成、地域ニーズ等マーケティング活動を推進し、役割分担の明確化と連携・共働を強化する必要があります。

良質かつ適切な医療・介護を効率的に提供し、住民は健康寿命と自立した暮らしをめざし、積極的な自己の健康管理に努めることが重要です。さらに、エンディングノートの流行に象徴されるように、生き終え方の準備も重要となっています。私自身、認知症や長期療養が必要となった場合の対処、生命の危機にさらされた場合の延命処置の可否、臓器提供のこと等家族だんらんの中で、自分の希望や価値観を自然な形で話すようにしています。

医療職だから抵抗なく日常会話に上るのかもしれませんが、子供たちは緊迫感もなく、談笑しながら聴いています。主人からは「望みはわかったが、生活習慣に問題あり」と日々の健康

管理にダメ出しをされているのが現状です。近所のH先生をホームドクターとし、家族でお世話になっております。家族に緊急事態が発生すれば、急性期医療を担う病院に繋いでいただきたいと思いますが、最後は自宅で見守っていただきたいというのが願いです。

今年、「適時・適所で適切な医療が提供できる体制作り」に向けて本格的に始動する年になるのではないのでしょうか。災害対策も医療・介護対策も他人任せではなく、地域が一丸となって取り組む必要があります。

以前、松山市内を走る電車に「あなたと出会ったこの街でおばあちゃんになりたい」という言葉が掲載されました。「子供もお年寄りもこの街に生まれ、この街で育ち、おばあちゃん、おじいちゃんになっても、この街に住むことが出来て良かった。」と言える地域づくりを目指したいものです。

新しい年が皆様にとって素晴らしい年となりますよう心からお祈り申し上げます。

「病院と在宅看護・介護の連携」合同研修会

～地域での安心できる暮らしを多職種で考える～

地域医療連携室 看護師長 大西 文恵

平成26年12月6日(土)、第14回「病院と在宅看護・介護の連携」合同研修会を開催いたしました。この研修会は、平成12年から所属施設や職域を超え、地域の医療福祉保健を担当する者が「患者・家族が自分らしく、いきいきとした療養生活を送る」を共に考え討論する目的で継続開催しています。当日は院外69施設から255名、院内124名(合計379名)と多くの方のご参加をいただき、関係者一同心から御礼を申し上げます。

今年度は、看護師・訪問看護師として現場で経験を積まれ、現在は医療機関の「在宅移行支援」、地域の「在宅医療コーディネーター」事業のコンサルテーションを行っている、在宅ケア移行支援研究所 宇都宮宏子オフィス代表 宇都宮宏子先生に「この町で、生きるために」寄り添い、つなぐ」と題して、ご講演をいただきました。

いただきました。

「うちに帰りたい・・・」の思いに反し、患者不在で大切なことが決められている。入院はあくまで通過点であり、今までの暮らしを遮断しないことが大切である。急性期病院においてはケアマネジャーとの入院時連携を活かし地域での生活を知る。医師は生活の場で継続可能な医療を提供する。患者の生活を時間軸で考え、退院後の生活を患者・家族と共に想像し構築していく。退院支援は人生の再構築を支援することであり看護そのものである。経験をもちに鋭い切り口、熱く語られる先生のお話は心に響き、元氣とパワーをいただくことができました。

地域包括ケアシステムの基本理念は「高齢者の尊厳」「自立生活の支援」です。保健・医療・福祉が協働し、「地域包括型」の支援と、安心して暮らせる地域社会を作

りが大きな課題となっています。そして、このようなメッセージをいただきました。病氣と付き合いつながりながら、患者さんが望む場所で暮らし、できるなら最期の時まで、望む場所で生ききるためには、「支える医療の仲間」と「病院・診療所」の、連携・協働が必要です。医療・福祉・行政そして住民と一緒にそんな地域にしませんか？

情報交換会として、昼食会は職員食堂で6種類のメニューを用意し召し上がっていただきました。今季最初の寒さの中温かい「うどんと寿司セット」が大人気だったようです。また、ポスターセッションでは院外から13施設、院内3部署の参加がありました。地域包括ケア病棟や複合型施設など、新たな取り組みやサービスの紹介もあり活動を知る良い機会となりました。終了後、参加者の名刺交換風景で、地域が繋がっていく様子を感じました。

午後から行われたパネルディスカッションでは、「地域でどう生きたいか」をつなぎ支えていく」というテーマで、当院療養支援ナース、吉田病院MSW、医療法人慈孝会・社会福祉法人安寿会連携室、訪問診療医、訪問看護師、介護支援専門士の立場から、事例を交えての発表がありました。

多くの施設が様々な職種の仲間が一同に集まり、同じテーマで考える貴重な機会であり、それぞれが専門性を活かし、地域で協働することを考える研修となりました。

最後にこの合同研修会の企画・運営に関しまして、院内外の多くの方々にご支援をいただき心から感謝いたします。

基調講演

この町で、生きるために「寄り添い、つなぐ」

在宅ケア移行支援研究所 宇都宮宏子オフィス代表 宇都宮 宏子



退院に向けた課題を共有し、退院調整の協働を依頼します。退院支援カンファレンスは、患者さんの生活を時間軸で考えること、在宅療養のイメージができるスタッフが入ることなどで効果を大きくします。

患者さんの暮らしを知ることが重要です。整形外科領域ではADL・IADL、住環境、社会資源。がん関連領域は病気に伴う理解・インフォームドコンセントの内容と受け止め、辛い症状と生活への影響については緩和できていますか。循環器領域では内服・食事・活動量・計測について把握しながら病気の理解、折り合いをつけてどう生きるかを考えながら看護師は在宅療養支援が必要かを予想します。例えば慢性疾患の悪化を予防して入院しなくて済むように外来での関わりは重要です。

療養生活で、これから何が起きてくるか、一歩先を予測し、事前に必要な支援を組み立てます。そのような支援が外来でできると、不幸な入院が回避できます。外来の患者さんは、すでに在宅で生活している方々で、その方々の生活が維持できるように図っていくことは、退院支援の目的と同じです。外来通院中に、なるべく自宅での暮らしを継続するための在宅療養への移行支援が必要です。これからは、外来通院から在宅医療への移行、外来での支援がカギになります。今の暮らしを継続するために患者さんはどんな暮らしを望んでいるのかを知ってほしいと思います。

退院支援は、患者さんの人生の再構築を支援する、伴走することです。どうすることが患者さんにとってよいことなのか考えるプロセスが大切です。病氣と向き合いながら、患者さんが望む場所で暮らし、できるなら最期の時まで、「支える医療の仲間」と「病院、診療所」との連携、協働が必要です。

今回、宇都宮先生の多くのメッセージを聞きながら、急性期病院ももつとできること、やらなければならぬことが多くあるのではないかと改めて考えることのできる時間をいただきました。

(文責 浅見)

第14回「病院と在宅看護・介護の連携」合同研修会

～地域での安心できる暮らしを多職種で考える～

日時：平成26年12月6日(土)10:00～15:00 場所：松山赤十字病院 教育講堂 他

開 会 10:00～10:15 (敬称略)

開会挨拶 松山赤十字病院 院長 横田 英介
副院長(兼)看護部長 横小 英史

基調講演 10:15～11:45

テーマ 「この町で生きるために ～寄り添い、つなぐ～」
在宅ケア移行支援研究所 宇都宮宏子オフィス代表 宇都宮 宏子
座長 松山赤十字病院 副院長(兼)看護部長 横小 英史

情報交換会 11:45～13:00

昼食会(職員食堂)
ポスターセッション(2号館2階 12:00～12:50)
在宅医療機器など 展示

パネルディスカッション 13:10～14:50

～「地域でどう生きたいか」をつなぎ支えていく～
座長 松山赤十字病院 副院長 看護副部長
助言者 在宅ケア移行支援研究所 宇都宮宏子オフィス代表
パネリスト
松山赤十字病院 療養支援ナース 行子 子恵
吉田病院 医療連携室室長 信美 宏
医療法人慈孝会(福島病院)・社会福祉法人安寿会 連携室室長 谷田 英香
あうん介護相談所 管理者・主任介護支援専門員 小森 宇都 貴美代
岡部クリニック 院長 若井 青矢 子比古
パテル在宅療養支援センター 所長・地域看護専門看護師 狭野 木川 ひとみ
若井 青矢 岡吉 美由紀

閉 会 15:00



「地域でどう生きていか」をつなぎ支えていく

午後からのパネルディスカッションでは、「地域でどう生きていか」をつなぎ支えていくをテーマに6人のパネリストの方に発表をいただきました。座長は当院の小谷副院長と森田看護副部長が務めました。



吉田病院 医療連携室 室長

吉田病院は、昭和45年の開院以来、地域の皆様に信頼される病院を目指しています。平成20年からリハビリテーション科を開設し、平成21年には回復期リハビリテーション病棟を開設しました。

自分らしい生活を継続していくために、各連携機関をつなぎ、そして支えていくための橋渡しを回復期リハビリテーション病棟として担っていく必要があります。また、その病院のMSWとして、患者様、ご家族様の意向を尊重しながら、ご本人を取り巻くスタッフ間連携の要でもありたいと思います。

当院の回復期リハビリテーション病棟も開設後5年が経過し、医師・看護師・リハビリスタッフ、MSW等が連携しながら、患者様の住み慣れた地域、そして在宅に戻っていただけることを目標として、日々取り組んでいます。退院時には、介護サービスや障害福祉サービス等在宅環境を整える方が多く、平成26年4月～9月の6か月間の在宅復帰患者様95名中、75名の方が何らかのサービス利用の調整を行い、退院されています。



日野 英比古

医療法人慈孝会・社会福祉法人安寿会 連携室 室長

福角病院は、医療療養84床で稼働している。基本的には医療依存度が低い方に対し退院支援を行っているが、増悪を繰り返すケースも多く、また家族も自宅ではなく病院若しくは施設を希望される場合がある。支援する側は、その人の病態や取り巻く環境を考え退院支援しなければならぬ。当院において家庭に退院できたのは平成25年度退院患者の13%であった。実際には老老介護や家族の支援がなく、やむを得ず施設入所となる場合が多い。

当院は、「地域社会への貢献」を理念に掲げ、開設当初より地域に密着した病院として柔軟な受け入れを行ってきた。住み慣れた地域でのサービスが利用できることを重視し、法人内共有の地域分けに基づいて支援している。

今回、残された日々をどう生きていかを知り、希望に沿った退院支援を行った事例を紹介する。その人の本当の想いを知るには、在院日数の短い急性期病院では難しい場合がある。代わりに療養病床が急性期病院より引き継ぎ、その人に向き合うこともできる。医療の機能分化の中で、それぞれの立場でどう支援し連携していくかが重要である。

青木 香代子

若狭 貴子

事例について紹介する。「家で過ごしたい」という患者さんやご家族の気持ちを受け止めながら、私たち急性期病院の看護師は現実を見据え、次の場所に引き継ぐことも大切になってくる。患者・ご家族の思いを受けとめ、その時々で患者・ご家族の意向に沿いながら、最善の支援を行えるように努めていきたい。

松山赤十字病院 療養支援ナース

厚生労働省においては、2025年を目途に高齢者の尊厳の保持と自立生活の支援のもとで、可能な限り住み慣れた地域で、自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができるよう、地域の包括的な支援・サービス提供体制（地域包括ケアシステム）の構築を推進している。

当院においても、高齢の患者が入院を機に身体機能・認知機能の低下を来すことなく急性期の治

療を終えて地域に帰る支援をめざしている。しかし、予備力の低下、合併症、介護力など様々な要因で完結できず次の場所へとつなぎ、その後の支援をお願いしなければならぬ事例も多い。今回、患者・家族が自宅退院を希望され、地域のサービス資源の導入を検討したが、本人のADLや認知機能の低下、病状、ご家族のサポート力を勘案した結果、療養型病院へ転院することとなった

矢川ひとみ

「あなたはこれからどんな生活を望みますか」まさしくこの言葉は、ケアマネジャーが初回訪問時に利用者に投げかける言葉です。長い人生を歩んでこれ、不本意ながら生活に支障がでる状態や状況になってしまった。その状況下で、日々の生活をどのように送り(健康や生活)、何を心の支え(生きがい)にして生きて行こうとされるのか。

「あなたの人生」を歩んでいく中で、ケアマネジャーは、ケアマネジメントという手法を用いて「その人らしい生活」を支援するのが業務です。その過程の中で「ケアプラン」作成は、目に見える形で「これからの生活」を応援できるツールとなります。単に資源をつなげるだけではなく、どんな目的(望む暮らしの実現)でど

のようなサービス内容を依頼するのかが大切と考えます。また、フォーマルな資源だけでなく、本人、家族や地域の人たちといったセルフケアやインフォーマルサポートも含めます。つまり、「望む暮らし」にたどり着くために、一つのチームを作り、それぞれ役割や責任を示す支援の手順書になるのがケアプランと言えます。

岡部クリニック 院長

岡部壮一

当院は在宅療養のサポートをさせていただいていますが、10月末の段階で訪問診療を行っているのは、末期がんの方が4名、脳梗塞後遺症などの慢性疾患の方が21名、施設入所(グループホーム、サ高住)の方が約20名です。昨年1年間で31名の方が在宅で看取りましたが、癌の方が大部分をしめています。7年間関わっているグループホームでの看取りも十数名にのぼり、死亡診断書に「老衰」と書くことも増えました。

往診という名のもとに、人の家に上がりこみ、いろんな人生に触れさせてもらっています。患者さん自身の人生、ご家族との関わりなど、人生の先輩方

(時に自分より若い方)に、日々教えていただくことが沢山あります。そんな出会いに報いるために何が出来るか、どこまで出来るかの思いで取り組んでいます。ありきたりの言葉ですが、「その人らしく生きる、人生を全うする」ことに寄り添うことにスキルアップは必要ですが、自分人間力も試されます。

吉田 美由紀

ベテル在宅療養支援センターは、がん患者・家族の在宅療養のご相談をお受けする機会が多く、「残された時間をどこでどのように過ごしたいのか」という課題に常に直面しています。

がん患者・家族の在宅移行においては、病院との情報共有や連携が重要になってきます。患者や家族が在宅療養を選択するに至る過程や受けてきた治療、今の病状についてどのような思いを持っているのかを教えてください。

患者・家族の思いに合わせた情報提供の方法、コミュニケーション方法を工夫していくことができます。患者や家族自身が「自分たちはこう生きたい」と思いを整理し、それをうまく表現できるように病

す。それらの過程によって、病院のスタッフのみならず在宅療養を支えるスタッフへの信頼が増し、その後に続く在宅療養生活の満足度が上がっていくことを実感しています。

患者・家族の思いをひき継ぎ、納得した人生を全うしていただくために、病院と在宅とのよりよい協働を念頭におきながら今後も努力を重ねていきたいと思えます。

各パネリスト抄録抜粋 (文責 久坂)

ポスターセッション

グループ	発表順	テーマ	施設名
A	1	有料老人ホームながきの杜連携と活動紹介	有料老人ホームながきの杜
	2	ぬくもりと笑顔のある暮らし	複合型サービス ほのかのぬくもり
	3	足りないをなくしたい。	複合型施設里山どんぐり
	4	「この街で」(地域ケア)	セントケア複合型松山
B	1	入院時から始まる在宅支援 ～地域とのつながりを密に～	伊予病院
	2	ソーシャルワーカーの病棟配置の現状 ～身近な存在を目指して～	松山リハビリテーション病院
	3	地域包括ケア病棟の御紹介	道後温泉病院
	4	地域包括ケア病床を運用してみ	北条病院
C	1	内出血ゼロへ向けて	南高井病院
	2	地域包括ケア病棟で81歳の入浴介助を指導し 自宅退院できた一事例	松山市民病院
	3	在宅、看取りの家の開設を目指して	高瀬内科胃腸科
	4	訪問看護ステーション愛媛の紹介	訪問看護ステーション愛媛
D	1	災害時に備えた取り組み ～成育医療センター防災マニュアル作成にあたって～	松山赤十字病院 成育医療センター 23病棟
	2	当院腎センターにおける フットケア外来の取り組み	松山赤十字病院 25病棟
	3	感染兆候が持続する難治褥瘡患者への関わり	松山赤十字病院 28病棟

【展示のみ】

	テーマ	部署
1	赤十字講習会の紹介	日本赤十字社愛媛県支部
2	松山記念病院の地域連携	松山記念病院



在宅療養を支える医師・看護師・MSW・介護支援専門員の立場から、人生の最後まで生活を継続していくための「地域のつながり」の大切さを述べられました。総合討論では、パネリストそれぞれが、患者の思いだけでは実現困難な在宅療養の環境に直面しながらも、最大限の力で支援していくとする思いを伝え、積極的な討論が展開されました。最後に、宇都宮先生は、どう生きて最期を迎えるか、病

気から考えられる予後と生活面から考えられる予後を、一緒に支えていくチームがあるということが、これから目指していくことであるということを強調されました。小谷副院長の今日のキーポイントをフルに活用し、松山はナンバーワンになるという言葉で閉会となりました。(文責 森)

腹痛症2 婦人科疾患

第二産婦人科部長 本田 直利



婦人科の腹痛は妊娠と関連するものとして①異所性妊娠(子宮外妊娠)、②自然流産、③切迫流産、④その他の妊娠合併症などの疾患と、妊娠と関連しないものとして①卵巣出血などの月経周期に伴うもの、②子宮筋腫などの器質性の月経困難症、③卵巣嚢腫などの腫瘍、④骨盤腹膜炎などの炎症性疾患、⑤処女膜閉鎖などの先天奇形などに大きく分類される。これらは一般的によく理解されているものと思われるが今回のセミナーでは以下の事について強調したい。

妊娠可能な年齢の女性の腹痛には妊娠の有無について知ることが必要である。患者さんに問診する場合はブライバシーの保護をしっかりとしなければならぬ。妊娠の可能性や性交の有無、腹痛と月経周期との関係、同様の症状の既往などは疾患の鑑別に重要である。妊娠の可能性に関しては避妊していることや月経様の出血があっても妊娠は否定できない。妊娠していた場合は予定月経のころには尿妊娠反応は陽性になるので、妊娠が否定できない場合は尿妊娠反応をすることで妊娠関連の腹痛を鑑別できる。

血を伴う異所性妊娠と卵巣出血や疼痛コントロールが難しい卵巣腫瘍の萎縮転などである。急性腹痛の患者に超音波検査で腹腔内の液体貯留が認められた場合や疼痛に一致した部位に腫瘍を認めた場合はこれらの疾患を考慮して対応しなければならぬ。経腹超音波検査では膀胱に尿が溜まっていたほうがより上質な画像が得られるので、尿の妊娠反応を検査する前に超音波検査をすることで診断が確定することもある。妊娠が否定されれば血液検査と共にCT、MRIなどの画像診断の併用が可能である。

これらの検査によって婦人科の腹痛は鑑別が可能であると思われるが、忘れがちになるのが処女膜閉鎖などの先天奇形による腹痛である。頻度的には少ないが見過すことと将来的には不妊症の原因になる可能性があるため、思春期以降の周期的な腹痛や異常な月経困難症を訴える症例に遭遇した際には先天奇形も考慮して対処することが望まれる。

婦人科に関連した腹痛で他科の先生を受診する場合は異所性妊娠、骨盤内腫瘍、卵巣出血、骨盤膜炎などが疾患の多数を占めていると思われる。しかし日常の診療で遭遇する可能性は低いかもしれないが今回提示した疾患についても念頭に置いて診療にあたることも重要である。

胸痛症 急性冠症候群

第一循環器内科部長 久保 俊彦



心臓の栄養血管である冠動脈に動脈硬化や血管の痙攣が生じ、心臓が一時的な酸素不足になる(心筋虚血を生じる)と狭心症発作を生じます。狭心症の症状は、典型的には前胸部を中心に生じる、締め付けられるような圧迫感です。狭心症発作の持続時間が長くなってきたり、回数が増えたり、程度が強くなったり、労作で出ていた症状が安静時にも出てきたり、特効薬であるニトログリセリンの舌下が効かなくなってきた場合は、冠動脈が詰まりかかっている要注的な状態です。このような状態を急性冠症候群 (Acute Coronary Syndrome = ACS) と呼びます。

一般的には、冠動脈の動脈硬化の部分に破裂し、血栓ができて冠動脈を閉塞することで生じます。冠動脈閉塞の位置と量に応じて、不安定狭心症や急性心筋梗塞が起こります。心臓突然死を生じる場合もある救急疾患です。

1999年の厚生省班研究によれば、急性心筋梗塞発症前の責任冠動脈狭窄度は必ずしも高度ではなく、大多数は50%以下の狭窄病変から粥腫の破裂を生じ完全閉塞に至ることがわかっています。

ACSの診断ですが、症状、12誘導心電図でのST変化、血液検査、心エコーなどで行います。

初期診断の注意点として、典型的な症状が出ないことがあります。糖尿病患者さんや高齢者では無痛性のことがあり、呼吸困難や

嘔吐で発症することがあります。また、典型的な心電図変化を呈さないことがあり、心電図の経時的変化を追う必要があります。超急性期にはCKは上昇しませんが、最近ではトロポニンI、トロポニンT、ラビチェックなどの鋭敏な心筋バイオマーカーが測定できるようになっています。

ACSの初期治療はモルヒネ、酸素、ニトログリセリン、アスピリン投与で、それぞれの頭文字をとって、MONAと呼ばれています。ACSが生じた場合は可及的早急な冠動脈再灌流療法が必要で、緊急冠動脈造影を行い、閉塞病変や重閉塞病変を風船やステント留置などで再灌流するカテーテル治療(PCI)を行います。発症から再灌流までの時間が短ければ短いほど心筋梗塞サイズが少なくなり死亡率が減少します。来院から風船拡張までの時間 (door to balloon time) = 90分以内が目標です。

最近の反復する狭心症発作で、心電図記録時には症状がなくとも前胸部誘導でT波の陰転化がある場合は、左冠動脈前下行枝の高度狭窄病変が強く疑われます。Wellen's syndromeと

言われており、緊急冠動脈造影→カテーテル治療の適応です(図1)。

当院循環器センターでは、24時間365日ACS患者さんを受け入れており、いつでも緊急冠動脈造影→カテーテル治療が行える体制を整えています。平成25年1年間のPCI数は212例でしたが94例(44%)は緊急治療でした(図2)。PCI全体として97.6%の成功率であり、ACS症例の平均 door to balloon time は90分未満でした(図3、4)。

松山赤十字病院循環器センターは、24時間365日、心臓救急患者さんを受け入れています。ACSが疑われる患者さんがいらっしゃるいましたら、CCUホットラインでいつでもご連絡ください。今後ともよろしくお願い申し上げます。

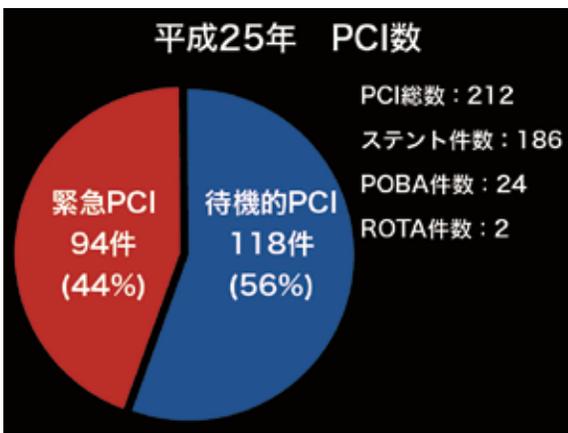


図2

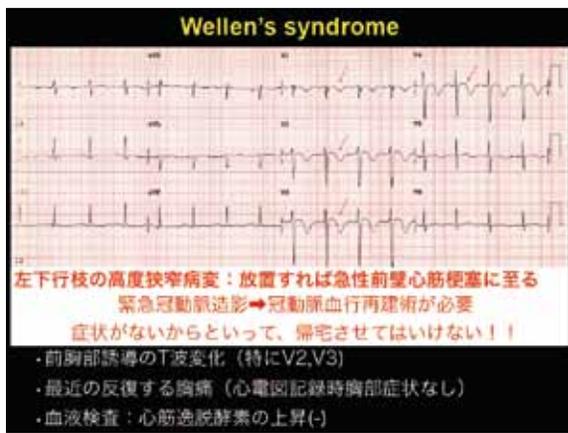


図1

	分	Mean±SD
日勤	33 - 180	92±36
準夜	40 - 146	78±25
深夜	47 - 161	83±28
全体	33 - 180	86±32

図4

	施行数	成功数	成功率 (%)
待機	118	116	98.3
緊急	94	91	96.8
全体	212	207	97.6

図3



胸痛を引き起こす疾患の一つに胸部大動脈疾患がある。胸部大動脈疾患は、大動脈が局所的に大きく(太くなる)大動脈瘤と、大動脈の内膜に亀裂(エンテリ)が生じ大動脈中膜に剥離が起こる大動脈解離の2つに大別される。

大動脈疾患のうち胸痛の原因となるのが大動脈瘤破裂、大動脈瘤切迫破裂、仮性大動脈瘤、および急性大動脈解離である。

1. 大動脈瘤破裂
病名の通り、大動脈瘤が破裂し血管外へ血液が漏出したものである。大動脈瘤は無症状で偶然見つかることがほとんどで、症状が出現したとしても左反回神経麻痺に伴う嘔声が大部分であるが、いったん破裂すると強い胸痛や背部痛を生じ、意識消失やショック状態に陥ることもしばしばある。造影CTでは、血管外へ漏出する造影剤が直接確認でき無いこともよくあるが、漏出する造影剤が無くとも、大動脈瘤周囲の血腫を認めれば破裂の診断は難しくはない(図1)。一旦出血が止まり小康状態となると痛みが消失することも多いが、数日以内に再破裂を来したし急変することがほとんどであり、早急に外科的処置を行う必要がある。

2. 大動脈瘤切迫破裂
切迫破裂とは、大動脈瘤径が急速に拡大し破裂が差し迫った臨床状態を表している。破裂しているわけではないので血管外への血液

の漏出は無いが、大動脈壁の急速な進展により痛みを生じる。言い換えると、明らかな破裂の所見はないが、痛みを伴った大動脈瘤の拡大があれば切迫破裂と診断される。近日中に破裂へと移行する可能性が高い状態であり、早急に手術が必要である。

3. 仮性大動脈瘤
仮性とは、真性大動脈瘤と違い大動脈壁自体の拡大は無く、何らかの機序により大動脈壁が貫壁性に傷つき血液が血管外に漏出したものである(図2)。大動脈破裂の状態ともいえるが、大動脈周囲の組織により圧迫され、血腫が瘤状になった状態である。感染による大動脈壁の障害や、交通事故等の外的エネルギーによる大動脈壁の障害が原因の事が多い。真性大動脈瘤の破裂と同様に発症時には胸痛や背部痛を自覚することが多いが、急性期を過ぎると痛みが消失することがほとんどである。大動脈壁の状態としては不安定であり、早期の加療を要する。

4. 急性大動脈解離
大動脈解離とは、高血圧症や大動脈壁が脆弱となるマルファン症候群等を基礎疾患とし、大動脈内膜に亀裂が入った状態である。内膜損傷部(エンテリ)より大動脈壁内へ流入した血液は大動脈中膜に沿って長軸方向に進展していく。解離発症時は激的な痛みを自覚し、解離の進展とともに痛みも移動することがしばしばある。上行大動脈に解離が及んだStanford A型解離(図3)では、大動脈外膜の破綻(破裂)による心タンポナーデや、頸動脈あるいは冠動脈といった重要臓器への血流障害等を

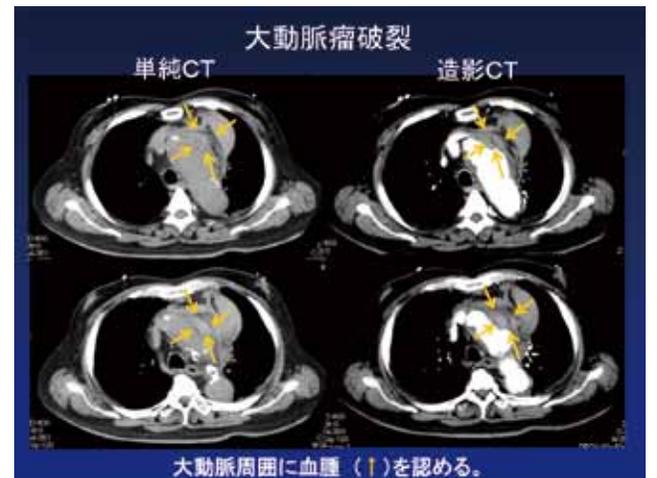


図1

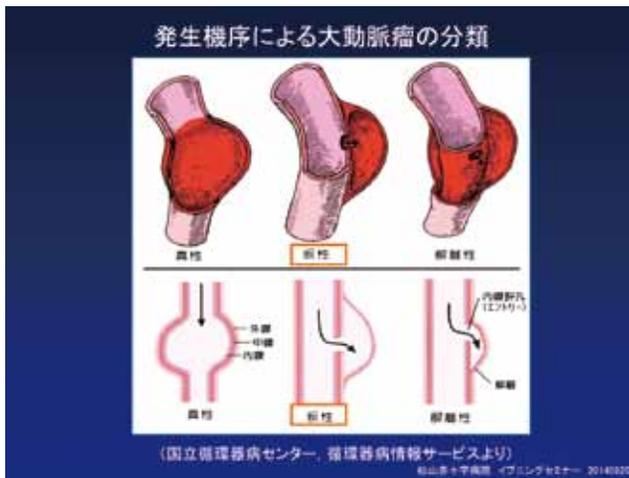


図2

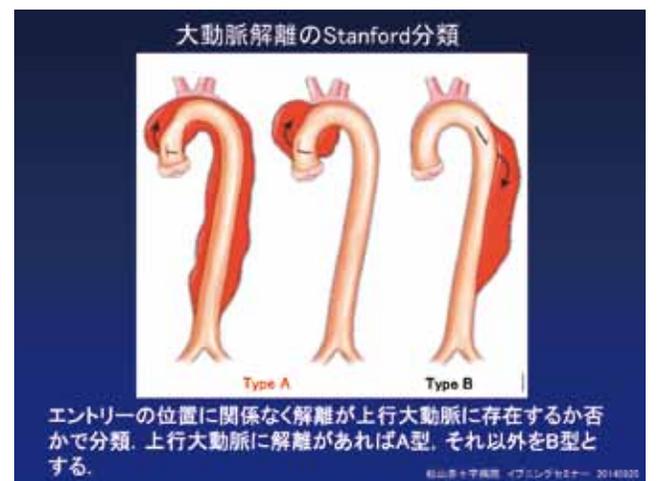


図3

非破裂性動脈瘤	・ 多くは無症状 ・ 拡大に伴い周囲組織の圧迫症状(嘔声、嚥下困難)出現することあり
切迫破裂	・ 胸痛あるいは背部痛 ・ 血行動態安定
破裂性大動脈瘤	・ 胸痛や背部痛 ・ 意識消失や血行動態の破綻を伴うことあり
仮性動脈瘤	・ 発症当初は胸痛や背部痛 ・ 周囲組織の圧迫症状(嘔声、嚥下困難) ・ 急性期を過ぎると無症状の事多い
解離性大動脈瘤 (慢性大動脈解離)	・ 多くは無症状 ・ 周囲組織の圧迫症状(嘔声、嚥下困難)

図4

起こす可能性高く、救命には緊急手術が必要である。
上述の通り大動脈疾患で痛みを自覚した場合には基本的に緊急処置を要する。逆に慢性の大動脈疾患の場合は痛みを自覚することは少なく、緊急の処置も要しないことがほとんどである(図4)。

松山赤十字病院 第19回 地域医療連携室懇談会のご案内

1. 日時 平成27年2月28日(土曜日) 18:00 ~ 21:00
2. 場所 (A) 講演会 松山赤十字病院 教育講堂
(B) 意見交換会 松山赤十字病院 職員食堂

3. 会次第

A 講演会 18:00 ~

テーマ 『これからの高齢者診療のキーワード：フレイル(虚弱)』

座長：内科部長 藤崎 智明

講演

1. 『フレイルとその予防』
健診部長 村上 一雄
2. 『口腔の健康からフレイルを考える』
歯科口腔外科部長 寺門 永顕
3. 『高血圧治療におけるフレイル』
内科部長 福岡 富和

B 意見交換会 19:30 ~



〈はつらつ〉

頭痛は日常診療の中で遭遇する頻度の高い病態である。この中に、決して見逃してはいけない危険な頭痛が含まれていることは言うまでもない。今回その危険な頭痛の代表である『動脈瘤破裂によるくも膜下出血(SAH)』に関して概説する。診断が困難とされる「Walk in SAH」発見の一助になれば幸いである。

〈疫学〉

動脈瘤破裂によるくも膜下出血は脳卒中の約1割を占め、年間10万人に10〜20人発症し、約1万4千人の命を奪う疾患である。今日でも診断に苦慮する症例が散見され、国内では7%程度が風邪などと診断され見逃されている。20歳より発症頻度が増加し、50歳代をピークとしているが(図1)、最近では高齢者の増加が著しい。15%は入院前、21%は入院後48時間以内に死亡する非常に怖い疾患であるが、適切な治療にて3〜4割は社会復帰をすることが出来ている(図2)。予後を悪化させる最も重要な因子は破裂脳動脈瘤からの再出血であり、早期に発見し脳神経外科の専門医を受診することが危険を回避する第一歩である。

〈症状〉

くも膜下出血の代表的な症状は

〈治療〉

所見が陰性でも腰椎穿刺による髄液検査が必須である。

なんとといっても頭痛である。「突然ハンマーでなぐられたよう」と表現され(図3)、突然の激しい頭痛で発症するイメージが強い。しかしながら実際には、3割程度の症例は1分以上もしくは徐々に頭痛が生じており、突然でない表現される可能性がある(図4)。また頭痛の程度も様々で、無頭痛から軽微な頭痛での発症が2割を占め、激しい頭痛ばかりではない(図5)。このため、「くも膜下出血」バットで殴られた頭痛の一辺倒では2〜3割のくも膜下出血は見逃される可能性があり、突然でなくても最悪の頭痛を認めた場合や、これまでにない感じなどを自覚した場合は、精査するべきである。

〈診断〉

くも膜下出血を疑った場合、通常頭部CTにて診断する。典型的な所見は脳底槽に低吸収域がみられるもので、最もわかりやすい。近年CTの精度が上がっており、発症12時間以内の診断率は98%以上とする報告もある。しかしながら、少量の出血であれば全く脳底槽に出血所見を認めない症例も存在する。また発症より時間が経過すれば、髄液循環によりくも膜下出血が流されるため診断率は低下し、発症2日目では診断率は70%程度、1週間を経過すると50%程度以下となる。このため症状からくも膜下出血が疑われれば、画像

〈終わりに〉

『動脈瘤破裂によるくも膜下出血』の疫学、症状、診断、治療に関して概説した。くも膜下出血の発見には、頭痛が多彩であるという認識が必要で、なにより丁寧な問診から疑うことが重要である。くも膜下出血を疑われた際はもちろん、脳卒中診療でお困りなことがあれば「脳卒中ホットライン」をお気軽にご利用いただければと思います。今後ともよろしくお願いたします。

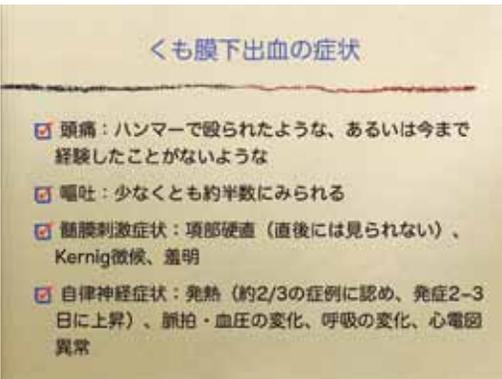


図3

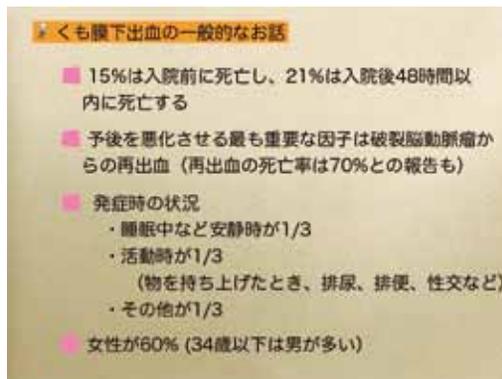


図2

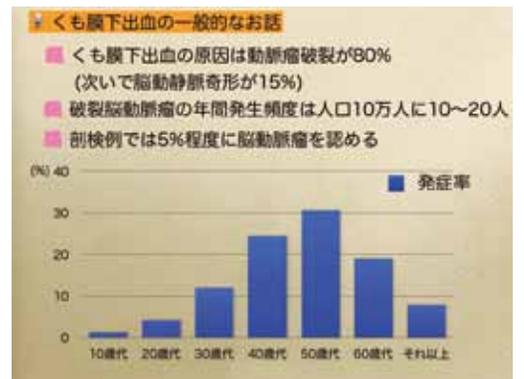


図1

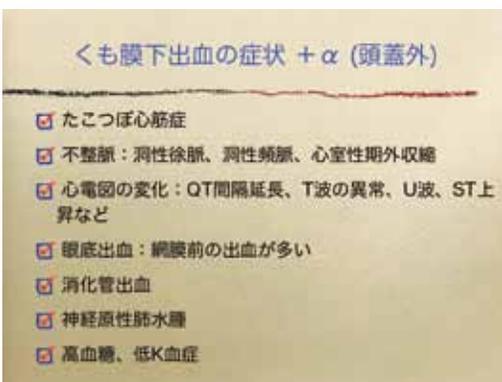


図6

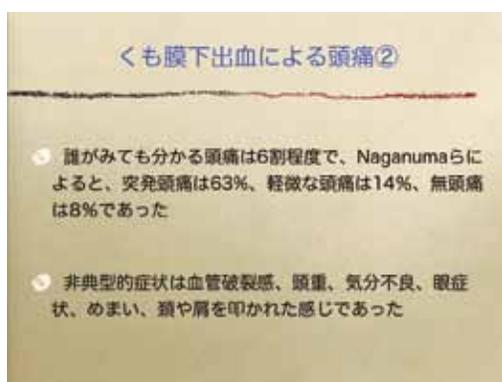


図5



図4



1. 急性腎不全とは

急速な腎機能低下による尿素など窒素代謝物の蓄積、細胞外液の量的・質的調節の破綻(体液過剰、電解質異常、代謝性アシドーシスなど)を来す病態で左記の基準(図1)をもとに診断する。

2. 急性腎不全と慢性腎不全との違い

①腎機能障害の進行速度

AKIN(AKI network)		RIFLE分類	
ステージ	血清Cr値	尿量	クラス
Stage-1	Cr: 0.3mg/dl以上の上昇 基礎値の1.5倍以上上昇	<0.5ml/kg/時 が6時間以上	Risk Cr: 基礎値の1.5倍以上上昇 GFR: 基礎値の75%未満
Stage-2	Cr: 基礎値の2倍以上上昇	<0.5ml/kg/時 が12時間以上	Injury Cr: 基礎値の2倍以上上昇 GFR: 基礎値の50%未満
Stage-3	Cr: 基礎値の3倍以上上昇 基礎値Cr \geq 4.0mg/dlで急に Cr値0.5mg/dl以上上昇 腎代替療法が必要	<0.3ml/kg/時 が24時間以上 無尿が12時間以上	Failure Cr: 基礎値の3倍以上上昇 GFR: 基礎値の25%未満 基礎値Cr \geq 4.0mg/dlで急に Cr値0.5mg/dl以上上昇
e.g. Cr0.7mg/dl \rightarrow 1.05mg/dl (Stage-1 or Risk) \rightarrow 1.40mg/dl (Stage-2 or Injury) \rightarrow 2.10mg/dl (Stage-3 or Failure)		Loss	4週間以上腎機能喪失が持続
		ESRD	3ヶ月以上腎機能喪失が持続

図1

②可逆性
適切な治療で腎機能の回復が期待できる。

③治療目標
急性腎不全は腎機能の回復を目標とし、慢性腎不全はそれ以上の悪化を防ぐ。

④急性腎不全は腎機能の回復を目標とし、慢性腎不全はそれ以上の悪化を防ぐ。

3. 臨床症状や検査値の異常

腎不全による全ての症状・検査異常が出現し急速に悪化するため、左記が問題となり、保存的に管理困難なら透析療法の適応となる。(図2)

腎臓の機能	機能異常による所見
1) 老廃物の排泄	高窒素血症 食欲低下・全身倦怠感・嘔気・意識障害 出血傾向・心外膜炎による心嚢液貯留
2) 水・電解質、酸・塩基平衡の調節 ▶細胞外液の貯留 ▶Kの排泄 ▶Ca・IP代謝 ▶酸排泄、重炭酸の産生	浮腫、高血圧、心不全 高K血症、不整脈 低Ca血症、高IP血症 代謝性アシドーシス
3) 内分泌機能 ▶ビタミンDの活性化 ▶エリスロポエチンの産生 ▶レニン産生	低Ca血症 貧血 高血圧

図2

4. 急性腎不全を疑った時の対応

経口摂取、嘔吐・下痢、環境状況(高温環境下など)、服薬(薬剤性腎障害の可能性)、泌尿器疾患(前立腺疾患、尿路結石、神経因性膀胱)など原因推定に有効。身体所見は体液量評価(体重変化、浮腫、ツルゴール低下、舌の乾燥、外頸静脈の怒張など)に有効であるが、皮疹(血管炎の存在)、下腹部膨隆(尿閉など)も見逃してはならない。

腎前性腎不全や腎後性腎不全などの糸球体障害の乏しい病態では

①高K血症
②尿毒症
③体液貯留による高血圧、肺水腫、心不全
④代謝性アシドーシス

正常な検尿所見となる。糸球体障害を伴う糸球体腎炎や血管炎では高度尿蛋白、変形赤血球や赤血球円柱が見られる。

腎血流が低下すると尿細管のNa再吸収が進み尿中Na濃度は低下し20mEq/L以下となる。FENaは尿量の影響を除外でき特異性が高く、FENa \leq 1%は腎前性腎不全、FENa \geq 1~2%は腎前性要因以外、FENa \geq 2%以上は急性尿細管壊死を疑う。尿中Na濃度以外にも尿中Na、K濃度の逆転も腎前性要因を疑う。また利尿剤使用後はFENa \geq 1%よりもFENa \geq 35%の方が腎前性腎不全の検出がよい。間質性腎炎は尿中 α 1MG、尿中 β 2MG、NA

急性腎不全の診断にいたるストラテジー



図3

血液ガス分析
代謝性アシドーシス、酸素化の評価に必要。

心電図

高K血症があれば心電図変化を確認。T波増高が特徴で、進行するとP波消失・QRS幅拡大し緊急透析が必要。脚ブロックや陳旧性心筋梗塞によるST変化を伴う場合は典型的な心電図変化とならずに注意する。

超音波検査・CT検査

尿路閉塞の有無を容易に診断でき最初に行う。

胸部レントゲン

腎性腎不全が疑われた場合に検討。適応は①尿蛋白を伴う糸球体性血尿、②ネフロローゼ症候群、③急性腎炎症候群、④急速進行性の腎不全である。出血が最大の合併症でPT・APT・血小板正常を確認、アスピリン、NSAIDsは検査1週間前に中止し、ヘパリンは前日に中止。肉眼的血尿が3~10%、血圧低下を伴う出血は1~2%程度、輸血が必要になる出血は0.1~0.3%とされる。禁忌は①出血傾向②萎縮腎③管理困難な高血圧④多発性腎嚢胞や腎腫瘍⑤水腎症⑥活動性腎、腎周囲感染症⑦非協力的な患者である。

5. 急性腎不全の原因と分類

腎障害は腎動脈・糸球体・尿管・尿路の解剖学的部位で考えと理解しやすい。詳細は紙面の都合上割愛するが上記表(図3)に則り検索を進める。

6. 急性腎不全の治療

急性腎不全の治療については割愛するが、急性腎不全は専門的治療を有することが多く、また基礎疾患により生命予後にも大きく影響することから、疑った場合には専門医の早期介入が必要と思われる。



無尿、あるいは乏尿とは排泄される1日尿量が減少する状態ですが、排尿量によって400ml以下の場合を乏尿、1000ml以下の状態を無尿と定義しています。原因としては腎前性、腎性、腎後性乏尿（腎不全）に分類されます。腎前性乏尿の原因としては脱水やショックなど全身性疾患に起因することが多く、腎血流の低下が大きな要因です。速やかな全身管理を要し、循環動態の維持改善によって加療します。腎性乏尿の原因は腎前性腎不全が長期化することによる腎実質の障害、腎毒性を有する薬剤（抗生剤、抗がん剤、造影剤、利尿剤など）、糸球体腎炎・DICなどによって腎実質そのものが障害されることです。原因薬剤の中止や原疾患の治療が必要となります。腎後性乏尿の原因は腫瘍や結石による尿管の閉塞、下部尿路通過障害による尿貯留が上部尿路へ影響することが原因となります。機械的な閉塞が原因となることがほとんどですので尿管ステント留置や腎瘻カテーテル留置などの外科的処置が優先されます。尿量が少ない患者さんを診療した場合は、血圧などのvital signが保たれているか、飲水や補液などの処置がなされているかなどを把握し、細胞外液の補充をしつつ支援病院への搬送をご検討ください。腎性乏尿について

は上村先生の稿をご参照ください。腎後性腎不全の診断には腎エコーが極めて有用です。両側の水腎症がみられれば上部尿路の通過障害と診断されますし、さらに下腹部が尿によって膨隆していれば尿閉による腎不全の可能性がありますので留置カテーテルなどを考慮してください。両側水腎症にもかかわらず膀胱に尿の貯留がない場合には悪性腫瘍の既往などを確認していただき（腹膜播種による尿管閉塞）、転医をご検討ください。腎後性腎不全を来す悪性腫瘍として頻度が多いものは胃癌、大腸癌、子宮癌、乳癌などがあります。

尿閉は、膀胱に貯留した尿を排出できない状態です。それまでの排尿状態に関係なく急に排尿できなくなる急性尿閉と排尿がみられる慢性尿閉（不完全尿閉とよばれることもあります）に分けられます。このうち慢性尿閉の患者さんは頻尿を訴えて受診することも多く、不用意に抗コリン剤などを投与すると症状が増悪、あるいは完全尿閉になるので注意が必要です。尿閉の原因としては前立腺肥大症や前立腺癌などの腫瘍性疾患、中枢あるいは末梢神経障害による神経因性膀胱、薬剤性排尿障害、急性前立腺炎など多様です。これらの原疾患がある状態で飲酒や長時間座位、抗コリン作用のある薬物などを契機として発症します。尿閉の患者さんがこられたら、最初に行うべき処置は導尿です。尿道狭窄や尿道異物の場合には導尿ができないこと

があります。速やかに専門医へ転医させていただきます。導尿を実施する際には、低血圧に注意が必要です。一過性の尿閉ですと、1回の導尿で以降の排尿が可能になることもあります。前立腺の形態などはエコーで比較的にわかりやすいので、腫大が原因と思われる場合はαブロッカーの投与が推奨されます。また、骨盤内手術の既往や外傷などによる脊髄損傷、陳旧性脳梗塞の患者さんでは神経因性膀胱が疑われます。自己導尿が必要となることもありますので専門医の受診をお勧めください。見落とされやすい疾患として急性前立腺炎による尿閉があります。炎症性疾患でありながら排尿症状よりも発熱などが先行し、感冒などとして治療を開始され、その後排尿困難・尿閉を自覚することがあります。抗生剤投与が治療の中心となりますが、尿管管理も併行して行いますが、長期化することがありますので要注意です。最近が高齢者の方々の内服薬の増加が問題となっており、排尿障害を来す薬剤も多数存在します。既往歴の聴取から内服薬の内容にも留意する必要があります。既往歴の聴取から内服薬の内容にも留意する必要があります。



院外処方開始のお知らせ

当院では、平成27年2月から「院外処方」を開始いたします。

外来診察を受けられた患者さんには、これまでの院内薬局ではなく「院外処方せん」を持って、病院外の保険薬局でお薬をお受け取りいただくこととなります。

より質の高い医療サービスをご提供させていただきますので、ご理解とご協力をお願いいたします。



イブニングセミナー開催のご案内

第9回 平成27年 1月22日

吐下血 第二消化器内科副部長 八板 弘樹
第二肝臓・胆のう・膵臓内科部長 横田 智行

第10回 平成27年 2月26日

呼吸困難 呼吸器内科副部長 濱口 直彦
呼吸器外科 伊藤 謙作

第11回 平成27年 3月26日

小児救急 第一小児科部長 近藤 陽一

外来診療担当医表

最新情報はホームページ上で随時更新しております。
<http://www.matsuyama.jrc.or.jp/>

H27.1.1 現在

診療科目		月	火	水	木	金	
内科	総合内科	1 2 診 上田陽子 源本真由	羽立登志美 東岡和彦	藤崎 坂本愛子	上田 吉田健志	岡田 上田	
	糖尿病 内分泌	1 2 診 宇都宮大輔 岡田貴典	近藤しおり 源本	近藤 岡田	近藤 羽立	宇都宮 源本	
	高血圧		福岡和和	福岡	福岡(午前のみ)	福岡(午前のみ)	
	血液	1 2 診 藤崎智明 奥誠道(午前のみ) 池田祐一 (午後・再来のみ)	徳山貴人 上田	波呂卓 池田	藤崎 奥	波呂 坂本	
	糖尿病教室	毎週水曜日	10:00~12:00 (糖尿病チーム)				
肝胆膵 センター	午前	上甲康二 眞柴寿枝 武智俊治	上甲 横田智行 越智裕紀	武智 越智 田中孝明	横田 矢野誠 丹下和洋	上甲 眞柴	
	午後	武智	上甲 越智	(予約緊急のみ)	(予約緊急のみ)	上甲 眞柴	
胃腸 センター (消化器内科)	外来	新患 院外紹介 再診予約 院内紹介 炎症性腸疾患	藏原晃一	八板弘樹	藏原	藏原	
	午前	長末智寛	藏原	森下	原田英	八板	
	午後	河内修司		河内		河内	
	午後	新患 院内紹介 炎症性腸疾患	阿部洋文	森下寿文	長末	久能宣昭 原田	岩崎一秀
	検査部門	午前	上部消化管内視鏡検査および造影検査				
循環器 センター	循環器 内科	新患 院内紹介	小河清寛	久保俊彦	松坂英徳	堀本 梅津	
	予約	堀本 謙田和宏	梅津隆太	久保	小川	久保・手塚 松坂	
	心外	午前	梅末正芳		梅末		
呼吸器 センター	呼吸器 内科	新患	牧野英記 濱口直彦 梶原浩太郎	兼松貴則 仙波真由子	濱口 梶原	兼松 牧野	
	呼吸器 外科		伊藤謙作		横山秀樹 伊藤寛 河野幹寛	横山	
	検査・手術	手術	気管支ファイバー	手術		気管支ファイバー	
腎臓内科		原田篤実 上村太朗	原田	原田	上村	岡英明	
脳卒中・ 脳神経 センター	神経 内科	午前	池添浩二 藤本雄一	池添 有田行正	池添 有田	池添 藤本	
	午後	もの忘れ外来					
	脳神経 外科		梶原佳則 瀬山剛	武智昭彦 渡邊陽祐	梶原 瀬山	手術 武智 渡邊	
小児科	午前	高岩正典 片岡京子	近藤陽一 森本大作 河上早苗	(小谷信行) 片岡優子 西崎真理(午後のみ) 徳田桐子	高岩 河上	近藤 上田三(月2回) 徳田	
	循環器・血液	堀川定儀		中野広輔	眞庭	中野	
産婦人科	午前	竹内正久 梶原涼子 妹尾大作	河本裕子 瓦林靖広 本田直利	河本 瓦林 妹尾	赤澤 竹内 横山	横山 濱崎洋一郎 本田	
	午後	妹尾		赤澤宗俊 梶原 妹尾		濱崎	
外科	午前	藤中良彦 中西良太	副島雄二 本村貴志	高橋郁雄 本坊拓也 前原伸一郎	西崎 梶原勇一郎	高橋 本坊	
	午後	ストーマ外来 外来手術					
乳腺外科	午前	川口英俊 (再診)	川口	川口		川口	
血管外科	午前	山岡輝年 (再診)			山岡(新患)		
	午後	大峰高広 (新患) 岩佐憲臣			大峰(再診)	岩佐	
臨床腫瘍科	午前		白石 猛	白石	白石		
	午後	緩和ケア外来					
※緩和ケア外来は、毎週水曜日14:00~17:00(完全予約制・原則として1日最大3名まで)							

診療科目		月	火	水	木	金
小児外科	午後	野口伸一				野口
整形外科	午後	中城二郎 梶原了治 土川雄司	野田慎之(脊) 大田 亮 江口明生(膝) 國崎 篤	小林孝明 大前博路(肩) 江口	中城(股) 小林(膝) 大田(脊) 徳本真矢	野田 梶原(手) 大前
	※(手):手の外科、(脊):脊椎外科、(膝):膝関節外科、(肩):肩関節外科、(股):股関節外科					
リハビリテーション科			田口浩之	田口		田口
リウマチ 膠原病 センター	リウマチ科	水木伸一	水木 鎌田一億	手術	水木 鎌田	鎌田
	内科	押領司健介	大西佐知子・松本幸也 (隔週交替)	押領司	押領司	横田 吉田健志
泌尿器科	午前	藤井元廣	田丁貴俊 矢野 明	藤井	田丁 野	田丁
	午後		予約検査		予約検査	第1・3 ストーマ外来
※月・水・金曜日は手術日につき、上記の診療担当医が変更することがあります。						
耳鼻咽喉科	午前	八幡隆史 田口重紀 有友 宏	篠森裕介 田口 八幡	担当医	篠森 八幡 有友	担当医
	午後	手術		手術		手術
	午後		検査(透視)	手術	検査(透視)	手術
※水・金曜日は新患(外来)のみの診療となります。						
眼科	午前	児玉俊夫 堀内良紀 鳥山浩二	山本康明 水戸 毅	山西茂喜 水戸 池川泰民	児玉 依光明生 堀内	山本 山本 山本
	午後	児玉 堀内 鳥山	手術	山西 水戸 池川	手術	山本 山本 山本
※火・木曜日は、初診患者の受付はおこなっておりません。						
皮膚科		南 満芳	南	緋田哲也	南	南
形成外科		庄野佳孝 岡部 寛	庄野 岡部	手術	庄野 岡部	庄野 岡部
※水曜日は手術日につき外来診療はありません。						
麻酔科		安部俊吾		安部(午前のみ)		安部
心療内科 ・精神科	※当面の間、外来診療については休診いたします。					
放射線科	新患	村田繁利	村田	村田	村田	村田
	予約	松田 健	松田	松田	松田	松田
	放射線治療	浦島雄介	浦島	浦島	浦島	浦島
歯科 口腔外科	口腔外科	寺門永頭	寺門	寺門	寺門	寺門
	歯科	兵頭正秀	兵頭	兵頭	兵頭	兵頭
	歯科・口腔外科	浜川知大	浜川	浜川	浜川	浜川
※歯科口腔外科：紹介状をお持ちの患者さんのみ診察いたします。						

紹介状のある患者さんに係る診療受付時間(土曜・日曜・祝日・創立記念日(5月1日)を除く)

午後3時まで受付可能な診療科(毎日)

内科	小児科	循環器内科
肝胆膵センター	放射線科	歯科口腔外科
消化器内科	腎臓内科	外科

午後3時まで受付可能な診療科(曜日限定)

血管外科	月	木	泌尿器科	火	木
整形外科	火	木	リウマチ科	火	木
耳鼻咽喉科	月	火	呼吸器外科	火	木
眼科	月	水	小児外科	月	水
皮膚科	月	火	心臓血管外科	月	水
脳神経外科	月	火	金		

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さんに限ります。
 緊急を要しない患者さんの受付は午前11時までとなります。

午前11時までの診療科

乳腺外科(火・水・金)	形成外科(月・火・木・金)	神経内科(もの忘れ外来は救急日を除く)
麻酔科(月・水・金)	呼吸器内科	産婦人科

注：いずれの診療科も地域医療連携室を通した患者さんに限ります。

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)

※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場合がございますのでご了承ください。なお休診日につきましてはホームページでご確認いただけます。

松山赤十字病院登録医制度について

平成27年1月1日現在、当院の登録施設は357施設、登録医は531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による紹介患者さんの受診予約を承っております。これにより紹介患者さんを来院日に受診される診療科へ直接ご案内することが可能になります。
 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)

※17:10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。