

Matsuyama Red Cross Hospital

2013.9

# 地域医療連携室報

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

No. **61**

発行責任者／**瀧上忠彦**  
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

**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、次代を担う医療人を育成します。
- 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。



松山赤十字病院は大正2年（1913年）4月に創立されており、今年で100周年を迎えました。創立以来、多くの地域住民の皆様により「最後は日赤で診てもらいたい」との信頼関係のもとに最終病院としての役割を果たしてまいりました。地域の皆様の理解は「日赤ではどんな病気でも最初から最後まで診てもらえる。」であったと思いますし、当院もそのような病院の運営をしてまいりました。このような医療提供体制を自院（自己）完結型医療といえます。ところが、国の長年にわたる医療費抑制政策で、深刻な医師、看護師不足が起り、経営的にも成り立たない病院が続出してきました。医療崩壊の始まりです。当院では

## 開会挨拶

松山赤十字病院 院長 **瀧上忠彦**

## 第10回地域医療連携フォーラム

日時／平成25年7月14日(日) 13時～15時40分  
場所／ひめぎんホールサブホール 参加者数／約900名

限られた医療資源の有効活用には、地域完結型医療、すなわち地域で支えあう医療体制の確立しかないと考え、平成9年10月に、県下で初めて地域医療連携室を立ち上げました。異なる医療機関が機能を分担し、連携を深める取り組みです。当院の役割は急性期の入院医療で、かかりつけ医の後方支援です。平成16年に住民の皆さんにその理解を得るために第1回地域医療連携フォーラムを開催しました。早いもので、10年が経過し今回10回目の開催となりました。毎回1,000人前後の参加者があり住民の皆さんの医療に関する関心の高さに敬服しています。平成17年5月には当院の地域医療連携への取り組みが評価され、愛媛県知事より「地域医療支援病院」の名称使用の承認を得ています。新たな100年は、当院の理念である「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。」を継続して実践します。益々のご支援よろしくお願いたします。

今回のテーマは、認知症から学ぶ「ひとのこころ」～認知症と向き合い、支え合うために～とさせていただきます。基調講演は、東

京女子医科大学名誉教授でメディカルクリニック柿の木坂院長 岩田誠先生です。岩田先生は神経内科学の権威ですが、日本で一番認知症を診ている医師の一人と言われています。超ご多忙の中、当フォーラムでのご講演をお引き受けいただきました。感謝しています。また、座長の労をお取りいただき、愛媛大学脳と心の医学分野の上野修一教授に御礼申し上げます。シンポジウムでは3人の演者の方々に異なった立場から、認知症支援の取り組みを発表していただきます。このフォーラムがご参加の皆さんの認知症への理解が深まる一助になれば幸甚に存じます。

## プログラム

《敬称略》

● 挨拶 13:00～

開会挨拶 松山赤十字病院 院長 瀧上忠彦  
来賓挨拶 松山市長 野志克仁  
松山市医師会 会長 村上博

● シンポジウム 13:15～

認知症から学ぶ「ひとのこころ」～認知症と向き合い、支え合うために～

座長 愛媛大学大学院医学系研究科教授 (脳とこころの医学分野) 上野修一  
基調講演 「認知症の診療と介護」  
東京女子医科大学名誉教授・メディカルクリニック柿の木坂院長 岩田誠

● 休憩

座長 松山赤十字病院 神経内科部長 池添浩二  
松山赤十字病院 看護副部長 森田美恵子

演 題 わたしたちの認知症支援の取り組み

1. 認知症家族の立場から 谷岡福男
2. 認知症看護認定看護師の立場から 松山赤十字病院 認知症看護認定看護師 浅見千代美
3. 認知症疾患医療センターの立場から 砥部病院 高齢者こころのケアセンター長 (地域拠点センター) 中城有喜

● 総合討論

● 閉会挨拶 15:40

松山赤十字病院 副院長 小谷信行

## 松山赤十字病院 創立100周年

# 第10回 地域医療連携フォーラム

認知症から学ぶ「ひとのこころ」～認知症と向き合い、支え合うために～ 主催：松山赤十字病院



愛媛大学大学院 医学系研究科教授 (脳とこころの医学分野)  
**上野修一**



松山赤十字病院 神経内科部長  
**池添浩二**



松山赤十字病院 看護副部長  
**森田美恵子**

## 座長

松山市長 野志 克仁



松山市長 野志 克仁  
 第5期高齢者福祉・介護保険事業計画で、認知症予防のための教室や、認知症サポーター養成講座等を開催するほか、地域包括支援センターや介護サービス事業者、地域の皆様等の御協力により、認知症高齢者見守り・SOSネットワークを構築するとともに、徘徊し捜索が必要となった高齢者の早期発見のための携帯端末メールの事前登録を呼びかけるなど、認知症高齢者を地域で温かく支援しています。

本日ここに、第10回地域医療連携フォーラムが、盛大に開催されますことを心からお喜び申し上げます。主催者である松山赤十字病院におかれましては、今年、創立100周年を迎えられます。

大正2年に日本赤十字社愛媛県支部病院として開設後、昭和21年に文京町に移転され、現在では地域医療支援病院として、高度専門医療の提供をはじめ、地域医療の中心的役割を担っていただいています。

また、松山市急患医療センターで、小児科医の出務をいただくとともに、「小児救急支援病院」として重症患者の受け入れに御尽力され、24時間365日の小児救急医療体制の維持にご貢献いただいていることに深く感謝申し上げます。

さて、本日は、認知症をテーマにしたフォーラムが開催されます。国の2012年推計によりますと、全国の65歳以上の高齢者のうち認知症の方は、率で15%、人数では約462万人に上るとされており、軽度認知障害の方を含めると、65歳以上の4人に1人が認知症とその予備軍ということになります。本市では、「誇れる」福祉・医療で笑顔に」を公約の一つとして掲

松山市医師会 会長 村上 博



また、昨年9月から、見守りを要する方の安全・安心確保と孤独死を防ぐため、民間事業者と「松山市見守りネットワーク」の協定を結ぶなど、「高齢者が住み慣れた地域で、笑顔でいきいきと暮らせるまちづくり」に積極的に取り組んでいるところであります。

本フォーラムでは、「日本で一番認知症を診ている医師の一人」として、患者・家族そして介護者へのケアも含め、対話する医療を信条としておられる、メディアカルクリニック柿の木坂院長 岩田誠先生から御講演いただくほか、患者と関わる御家族、看護師、医師の、それぞれのお立場から、認知症支援の取組についてお話があるかと伺っています。

本フォーラムが、認知症の方やその家族にどのような支援をすればいいのか。そして認知症になっても安心できる、笑顔あふれるまちづくりのためにどうすればいいのかを考えるきっかけになるものと期待しています。

終わりにになりましたが、本フォーラムの御成功と、本日お集まりの皆様方の御健勝・御活躍を心からお祈りいたしまして御挨拶とさせていただきます。

本日は、松山赤十字病院の記念すべき第10回地域医療連携フォーラムが、このように盛大に開催されますことを、心よりお慶び申し上げます。10年というとちょうど一区切りついたところで、フォーラムとして市民の皆様へ受け入れていただけ、完全に定着したことを示すのだろうと思えます。ご準備いただきました洲上院長先生始め病院関係者とりわけ地域医療連携課のスタッフの皆様への敬意を表し、また本日お招きいただけましたことを心より感謝申し上げます。

松山赤十字病院には地域医療支援病院として松山における地域医療の中核的役割を果たしていただいております。また教育病院として将来を担う若い医師たちの臨床研修の場として充分以上の指導力を発揮されております。現在、全国で医師不足のため救急患者さんのたらいまわしと呼ばれる救急患者受け入れ不能の問題や不採算な診療科の閉鎖など、いわゆる医療崩壊を食い止めることができな

い地域が過疎地だけでなく大都会でも沢山ございます。小児科医師は全国的に不足しており、それは特に夜間小児救急医療の確保が出来

ない問題として市民の安心安全に深刻な影響をもたらしています。松山市においても夜間救急を担うことができる小児科医師が激減しており懸念しておりますが、松山赤十字病院のご協力により365日深夜から早朝にいたるまでの小児科救急医療が確保できているところは全国でも先進的な例になります。

一昨年、私たちは生涯忘れ得ない大震災を経験いたしました。東北地方はいまなお困難な状況にあります。松山赤十字病院も日本赤十字社の一員として災害の現場で多大な貢献をいたしました。今度

は私たちが被災者になる番かもしれないと、松山赤十字病院は現在の場所での新病院建設で大きく生まれ変わります。今まで以上に良質な医療を提供いただき、また災害に強い病院となり、大規模災害拠点病院として市民の要望に充分応えられるものと確信しています。松山赤十字病院の正面玄関の壁には「創立100周年」の看板がかかっています。1世紀にわたって、この地で医療を守り続けてくれていることに、本当に感謝したいと思えます。

今年度のフォーラムのテーマは認知症から学ぶ「ひとのこころ」というものです。認知症は、長生きすれば、誰にでも起こりうる普通の病気です。平成47年、いまから25年先、つまり、今日このシンポジウムに参加されている皆さんが長生きできた時にさしかかる年齢です。愛媛県の65歳以上の高齢者のうち12.5%が認知症になっているという予測もあります。が、実際は、もっと多いような気がいたします。認知症の患者さんと、そのご家族が、認知症と上手に向

き合いながら、住み慣れた環境で安心して暮らし続けることができよう、医療や介護福祉の密接な連携のもと、地域、あるいは社会全体で支えていく仕組みを作っていくことが大切です。認知症は、誰にでも起こります。特別なまなざしで見るとはやめ、私たちは、認知症の人と、そのご家族の「よき理解者」にならないといけません。なんでもかかりつけ医に相談できる環境を、われわれ医療従事者が積極的に提供しなければなりませんし、上手に介護サービスを使ってもらえるよう助言も必要です。同じような経験を持つ人に打ち明けられるような環境も大切です。とにかく「頑張りすぎない」ことが本人にとってもご家族にとっても大事なことで、長続きの秘訣だろうと思えます。どうぞ、みんなたっただけ楽しく、笑顔で暮らしていきたいものです。

最後になりましたが、このフォーラムの成功を心からお祈りして、私からのご挨拶とさせていただきます。本日はどうもありがとうございました。

会場風景



認知症チェックコーナー



# 基調講演

## 認知症の診断と介護

東京女子医科大学 名誉教授  
メディカルクリニック柿の木坂院長  
岩田 誠



認知症の病態は、健忘や見当識障害などの中核症状と、周辺症状とから成り、幻覚、妄想、徘徊、不穏、暴言、暴力、性的逸脱行為などの認知症の行動・心理症状(BPSD)は、周辺症状とされている。このような理解の仕方、患者の不可解な行動を単純にカテゴリー化することによって、それらの行動の基盤にある脳科学的なメカニズムを考察することの省略につながり、それらの行動の裏に潜む心理状態への理解を妨げることになってしまふ。重要なのは、一見異常に見える行動を、無理やり押さえ込むことではなく、それが何故生じているのかを、出来る限り理解しようと努めることである。

認知症の基本は記憶障害である。認知症でおかされるのは、出来事記憶の記録、すなわち近時記憶の障害がほとんどであり、出来事記憶の保持はおかされないため、遠隔記憶はよく保たれる。また、知識、すなわち意味記憶や、手続き記憶、すなわち技術とか昔からの習慣などもよく保たれる。これに加え、認知症では、行動選択の障害が生じる。行動選択にあたっては、前頭前野においてワーキングメモリーが形成され、外界からの感覚情報に加えて、脳内に蓄積されている様々な記憶情報も動員して、選択の対象となる複数の行動のシミュレーションがなされる。そして、最も適切な行動が選択され実行される。認知症では、ワーキングメモリーの形成において、近時記憶の情報が欠落し、その間隙を埋めるがごとく遠隔記憶の情報が重要性を増してくる。これに加えて、外界からの感覚情報の重要性も減じてしまふ。その結果生じるのが、様々な一見理解しがたい行動である。健常者では、行動選択のために形成されたワーキングメモリーは、行動が実施されるとともに消去され、次なる新しい行動選択の作業記憶が形成される。それとともに、選択した行動の自己評価結果が、新しい近時記憶として記憶され、次からの行動選択に利用される。しかし、認知症では、行動選択の評価がなされても、それが近時記憶として記録されないため、次回以後の行動選択においてそれが役に立つことはなく、また、主として遠隔記憶の情報のみから形成されたワーキングメモリーは、適切な行動が選択できないために、消去・更新されにくい。妄想や幻覚の一部は、このようなメカニズムで生じていると考えられる。



### わたしたちの認知症支援の取り組み

#### 1 認知症家族の立場から



谷岡 福男

妻の介護をはじめて約10年になりますが、その間どのような関わりをしてきたかお話ししたいと思います。私78歳、妻76歳(認知症)、私たちには嫁いだ娘二人と孫三人がおります。妻の家族構成は、両親と兄がおりましたが、すでに全員他界しております。

会福祉事務所に相談、介護認定の申請とデイサービスを受けることとなりました。

介護度は要介護Ⅰ-Ⅱ年6ヶ月、要介護Ⅱ-Ⅲ年3ヶ月、要介護Ⅲ-Ⅳ6ヶ月、平成23年9月以降要介護Ⅳとなり、現在に至っております。施設の利用につきましては、デイサービス・ショートステイ、現在はグループホームに入所しております。

徐々に症状が進行する中で周辺症状もいろいろ経験しました。徘徊・ものもらえ妄想・自宅への帰宅願望・昼夜逆転、その他入浴拒否、食事の変化など：

介護をする立場から、その都度どのように工夫して対応してきたか、一部ですが画像を通してお話ししたいと思います。(画像1~4) 今まで関わりの一部を述べてまいります。私としては経済的な面もありましようが、介護はプロに任せ、自分自身の将来と健康を考えるべきだと思います。今では趣味のゴルフとか、できるだけ多くの方達と接する機会を作り、自分自身が介護される立場にならないよう日々努力しております。介護を「頑張ります」ではなく、「楽張ります」をモットーに。



画像1 入浴拒否時における対応



画像4 その他



画像3 帰宅願望時における対応



画像2 昼夜逆転時における対応

## 2 認知症看護認定看護師の立場から

松山赤十字病院 認知症看護認定看護師 浅見千代美



皆さんが、人としての尊厳が守られるように環境づくりを行い、温かい気持ちで看護することです。

2013年6月、厚生労働省研究班の調査では、65歳以上の高齢者のうち認知症の人は推計15%で、462万人(2012年の時点)に上ったと発表されました。軽度認知障害と呼ばれる「予備軍」も約400万人いると推測され、当院においても認知症を抱えながら入院・治療を必要とする高齢者数は増加してきていると予測されます。

認知症の人もそうでない人と同じように病気になる、急激な環境の変化に対応できないため入院すると混乱し、入院生活を困難にすることがあります。例えば治療の受け入れができず、点滴を引き抜いたり、内服を拒否したり、不眠、徘徊などの行動障害が出現することがあります。しかし、そんなときでも、すぐに身体拘束をするのではなく、なぜ患者さんは点滴を抜いてしまうのか、なぜ病室を出て徘徊するのか、何を嫌がっているのか、患者さんの気持ちになつて考え対処するようにしています。急性期病院という「治療」が優先される状況の中でも、いつも私が大切にし、忘れてはいけないと思っ

症の人が暮らしやすい地域にするためには、介護家族へのサポートが重要であると強く感じます。そのため外来では、認知症専門医、臨床心理士、外来看護師、認知症ケア専門士、ボランティア看護師、事務職員などチームで協力しながら、認知症の人とご家族をサ

ポートしています。地域医療支援病院として、医療・福祉をはじめ地域の各機関と連携をとり、認知症の人が、その人らしく健やかに地域で安心して生活を継続できるように、認知症の人およびご家族に寄り添いながら、今後も支援していきたいと思っています。

## 3 認知症疾患医療センターの立場から

砥部病院 高齢者こころのケアセンター長 中城有喜



域を県から委託されました。松山圏域は松山市、東温市、伊予市、松前町、砥部町、久万高原町の広範囲に及びます。センター業務に沿って3月から5月の3ヶ月の現状を報告いたします。

私どもがいちばん重要と考えますのが専門医療相談です。これは受診以前のご本人、ご家族や介護や医療に関わる関係者からの相談を受け付けるものです。この3ヶ月計98件で、そのほとんどが受診相談でした。介護施設であればBPSDへの対応方法、また医療機関なら抗認知症薬の使い分けなどもっと現実の課題について気楽に相談してもらえよう啓発して行く必要があります。

次に鑑別診断・初期対応です。初診患者数は計112件でした。紹介経路は最も多いのが家族の勧めで44件、次が院内他科、総合病院、介護保険施設からの紹介が1318件、一般診療所は9件、いちばん紹介を期待される地域包括支援センターは11件でした。本人自らの意思で来られた方も10件あり

ました。松山圏域15カ所の地域包括支援センターとの連携についてはこれから順次訪問して個別に意見交換を行い、互いの現状を理解した上で連携して行きたいと考えています。

112件の初診患者の専門治療の内容ですが、鑑別診断85件、治療介護計画の立案91件、BPSDの治療が36件、及び身体合併症の対応は33件とそれぞれ約3割でした。また1割の13件に介護スタッフへの心理的援助が必要でした。入院については計41件でした。そのうち認知症病棟の入院は25件でした。病棟は常時満床で緊急入院の対応は困難な状況が続いています。

物忘れ外来再診件数は686件でした。4月のもの忘れ外来267件についてその認知症の重症度をみるとMCI6%、軽度52%と約6割が早期受診患者となっております。早期発見・早期治療が機能していると思われました。

事例検討会・研修会についてはできるかぎり受けています。センターに認可以来、講師依頼件数が増え、現在週1回程度、講義・講演をしています。対象は一般の方、介護関係、病院スタッフ、家族などです。6月には糖尿病研究会で医師対象に講演を行いました。医師対象の認知症対応力向上のための講習が期待されています。

最後に情報発信です。私どもはホームページを作りました。ホームページ上でメールによる専門医療相談を上手に活用してほしいと思います。認知症に関することなら何でも相談してもらい、解決の糸口を一緒に探りたいと思います。相談に合った情報をアップしていきたいと思っています。

これから地域包括ケア時代を迎える中で、認知症疾患医療センターを活用し、育てるのは当事者、ご家族、保険者、医療、介護関係者さらに県民のみならずと考えています。みなさんのニーズに添えることで、みなさんに育てられるセンターになるよう心がけていきたいと思います。

## 総合討論



## 閉会挨拶





はじめに

認知症高齢者数が2012年時点で462万人に上ることが、厚生労働省から発表されました。認知症は「common disease」であり、2010年に発表された認知症ガイドラインを参考に、認知症診療について概説します。

認知症とは、一度正常に達した認知機能が後天的な脳の障害によって持続的に低下し、日常生活や社会生活に支障を来すようになった状態である。認知症と区別すべき病態として、①加齢に伴う正常な認知機能低下、②うつ状態(仮性認知症)、③せん妄がある。加齢による物忘れ症状は体験の一部を忘れるが、認知症による物忘れ症状は体験全体を忘れる。うつ状態(仮性認知症)の場合、物忘れを強く訴え、思考内容は自責的で、睡眠障害が見られることが多いが、認知症の場合、特にアルツハイマー病では病識がなく、作話や取り繕いが見られることがよくある。せん妄の場合、幻覚や妄想が数時間から数日で出現し、特に夜間に出現することが多い。身体疾患発熱、便秘などの合併や環境変化により出現することが多い。

認知症症状には中核症状と周辺症状があり、中核症状は記憶障害、失語、失認、失行、遂行機能といった認知機能障害であり、周辺症状(行動・心理症状 behavioral and psychological symptoms of dementia: BPSD)は幻覚、妄想、不安、うつ症状等の心理症状と、徘徊、不穏、脱抑制等の行動異常である。中核症状はすべての認知症患者にみられ、疾患の進行とともに悪化し、BPSDは疾患の重症度とは比例せず、みられない患者もいる。認知症診断の手順としては、病歴、現症、身体所見、神経心理検査(長谷川式簡易知能スケール、ミニメンタルテスト検査他)、血液検査(甲状腺ホルモン、ビタミンB1、B12、梅毒検査他)、画像検査(CT、MRI、SPECT、PET)等を行う。治療可能な認知症(甲状腺機能低下症、慢性硬膜下血腫、正常圧水頭症、ビタミン欠乏他)の早期発見に努め、せん妄、うつ病(仮性認知症)、薬剤による認知症様症状(薬剤誘発性障害)を除外する(表1)。

### 認知症疾患

#### 1. アルツハイマー病 (Alzheimer's disease: AD)

認知症の約半数はアルツハイマー病(AD)と言われている。ADの病理学的特徴は老人斑と神経原線維変化であり、アミロイドβ(Aβ)が脳内に凝集・蓄積したものを老人斑、リン酸化タウ蛋白が凝集したものが神経原線維変化である。老人斑は神経原線維変化よ

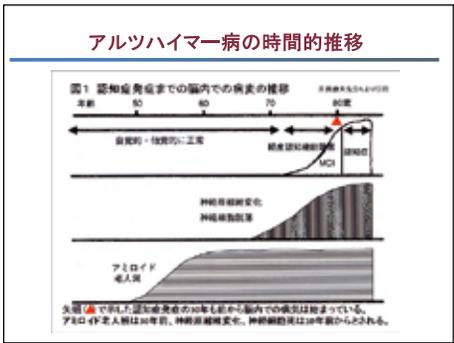


図1

|         |   |
|---------|---|
| 変性疾患    | : アルツハイマー病、レビー小体型認知症、前頭側頭型認知症、大脳皮質基底核変性症、進行性核上性麻痺など |
| 血管性認知症  | : 脳炎、神経梅毒、クワイツフェルト・ヤコブ病など                           |
| 感染症     | : 脳炎、神経梅毒、クワイツフェルト・ヤコブ病など                           |
| 脳腫瘍     | : 脳炎、神経梅毒、クワイツフェルト・ヤコブ病など                           |
| その他     | : 中枢神経疾患: 神経ペーチェット病、多発性硬化症など                        |
| 外傷      | : 慢性硬膜下血腫 <b>治療可能な認知症 treatable dementia</b>        |
| 正常圧水頭症  | : 慢性硬膜下血腫 <b>治療可能な認知症 treatable dementia</b>        |
| 内分泌障害   | : 甲状腺機能低下症、下垂体機能低下症など                               |
| 中毒、栄養障害 | : アルコール中毒、ビタミンB1、B12欠乏など                            |

表1

り早い段階で認めるため、Aβ蓄積がAD発症の発端であるという考え方をアミロイド・カスケード仮説と言う(図1)。ADの認知機能障害としては近時記憶障害が特徴的で、進行に伴い見当識障害や頭頂葉症状(視空間認知障害、構成障害)が加わる。物盗られ妄想、うつ症状、アパシー等の多彩な精神症状や、取り繕い反応が見られることがあるが、病初期に局所神経症候を認めることは稀である(グレードなし)。これより The National Institute of Neurologic, Communicative Disorders and Stroke AD and Related Disorders Association (NINDS-ADRDA) 研究班の診断基準がアルツハイマー病(AD)の標準的診断基準とされて

きた(グレードB) National Institute of Aging: NIA の Alzheimer's Association: AA による新しいADの診断基準が2011年に提案された。新しい診断基準では、ADを「ADによる認知症(AD dementia)」 「ADによる軽度認知障害(Mild Cognitive Impairment: MCI)」 「発症前AD (preclinical AD)」 の3つの病期に分類している。AD dementia の主要臨床診断基準(Probable AD dementia)を表2に示す。画像所見の特徴は、CTあるいはMRI検査で内側側頭葉の萎縮であり(グレードA)、SPECTやFDG-PETで両側側頭葉・頭頂葉と後部帯状回の血流低下や糖代謝障害が認められ(グレードB)、PIB-PETでアミロイドの蓄積が認められる(グレードC)。脳脊髄液Aβの低下、総タウ値あるいはリン酸化タウ値の上昇は、バイオマーカーとして推奨されており(グレードB)、髄液リン酸化タウ値の測定が2012年に保険適応された。

|  |
|--|
| AD dementia 主要臨床診断基準 (Probable AD dementia) (2011年 NIA/AA working group) |
| 認知症があり、  |
| A. 数ヶ月から年余に緩徐進行  |
| B. 認知機能低下の客観的病歴  |
| C. 以下の1つ以上の項目で病歴、検査の明らかな低下   |
| a. 健忘症状  |
| b. 非健忘症状: 失語、視空間障害、遂行機能障害  |
| D. 以下の所見がない場合  |
| 脳血管障害、Lewy小体型認知症、前頭側頭葉変性症、他の疾患の存在、薬剤性認知機能障害                              |

表2

| 薬品名 (一般名) | アリセプト (ドネペジル) | レミニール (ガランタミン)    | リバスタッチ (イクセロンハッチ リバスタグミン) | マメリー (ママンチン)     |
|-----------|---------------|-------------------|---------------------------|------------------|
| 作用機序      | コリンエステラーゼ阻害   | ニコチン性ACh受容体の感受性亢進 | プチリルコリンエステラーゼ阻害           | NMDA型グルタミン酸受容体拮抗 |
| 重症度       | 軽度、中等度、高度     | 軽度、中等度            | 1回                        | 中等度、高度           |
| 投与回数      | 1回            | 2回                | 1回                        | 1回               |
| 錠形規格      | 錠剤、OD錠、細粒、ゼリー | 錠剤、OD錠、内用液        | 貼付剤                       | 錠剤               |
| 半減期       | 70時間          | 7~8時間             | 1~2時間                     | 60~80時間          |
| 副作用       | 悪心、下痢、食欲不振    | 悪心、下痢、食欲不振        | 紅斑、掻痒感、浮腫、悪心              | めまい、便秘、体重減少      |

表3

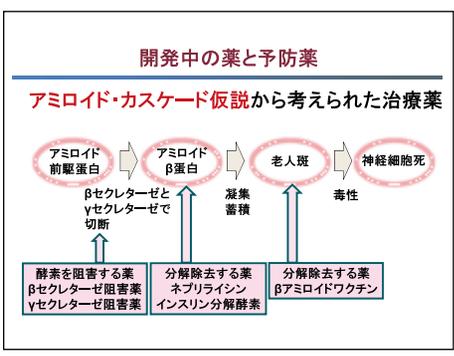


図2

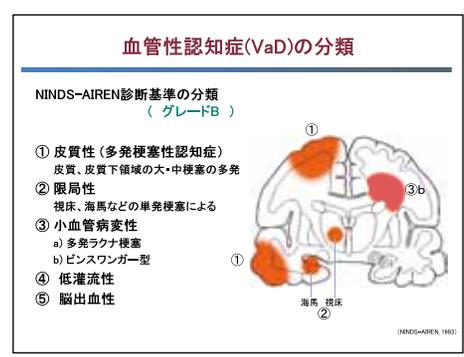


図3

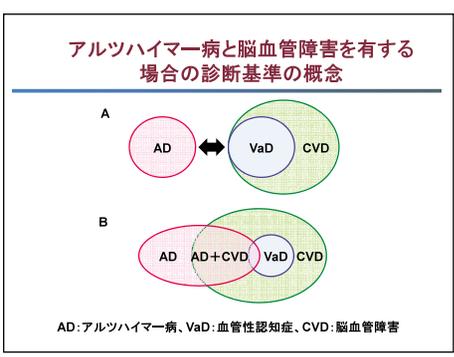


図4

2. 血管性認知症 (Vascular Dementia: VaD) 臨床診断基準としては、①認知症がある、②脳血管障害がある、③両者に因果関係がある、の3点であり、タイプ別分類を図3に示す。脳血管障害を有する認知症がすべてVaDではなく、「脳血管障害を有するAD (AD with CVD)」あるいは「混合型認知症 (mixed dementia)」という概念もある(グレードB)(図4)。

3. Lewy小体型認知症 (Dementia with Lewy Body: DLB) 診断は国際ワークショップ診断基準改定版の使用が推奨される(グレードC)。臨床症状の特徴は、変動する認知障害、パーキンソンニズム、繰り返す具体的な幻視、うつ症状、妄想、アパシー、幻視以外の幻覚等の精神症状、転倒や失神の病歴、レム期睡眠行動異常症(REM sleep behavior disorder)、顕著な抗精神病薬に対する感受性等である。病初期には必ずしも認知症症状は前景に立たず、精神症状が目立つことがしばしばある。画像検査では、脳の萎縮は目立たず、脳血流SPECT/PETで後頭葉の取り込み低下、MIBG心筋シンチで取り込み低下が見られる(保険適用なし)。コリンエステラーゼ阻害剤による認知機能の改善効果が示されており、保険適応外だが使用を考慮してもよい(グレードB)。非

薬物療法は、適切なケアや環境整備（理学療法、弾性ストッキング等）が推奨される（グレードC1）。

#### 4. 前頭側頭型認知症

(Frontotemporal dementia:FTD)

FTDは前頭葉と側頭葉前方部に病変の主座をおく非アルツハイマー型変性疾患を指す症候群である。臨床症状の特徴は、病識の欠如、感情・情動変化、自発性の低下、無関心、脱抑制・非社会的行動、情動行動、食行動異常等であり、病初期には記憶障害が見られない。頭部画像検査では、前頭葉・側頭葉前方の萎縮や血流低下が特徴である。FTDの行動障害を改善する目的で、選択的セロトニン再取り込み阻害薬(SSRI)の使用が推奨されている(グレードC1)。

#### おわりに

2012年に厚生労働省は、認知症高齢者ができる限り住み慣れた地域で暮らしていくための認知症施策推進5か年計画(オレンジプラン)を策定しました(表4)。

| 認知症施策推進5か年計画(平成25年~29年)<br>(オレンジプラン)  |  |
|---|--|
| 基本目標: 認知症になっても本人の意思が尊重され、できる限り住み慣れた地域のよい環境で暮らし続けることができる社会の実現を目指す。   |  |
| <ol style="list-style-type: none"> <li>標準的な認知症ケアパスの作成・普及</li> <li>早期診断・早期対応</li> <li>地域で生活を支える医療サービスの構築</li> <li>地域で生活を支える介護サービスの構築</li> <li>地域での日常生活・家族の支援の強化</li> <li>若年性認知症施策の強化</li> <li>医療・介護サービスを担う人材の育成</li> </ol> |  |

表4

プラン)を策定しました(表4)。地域包括支援センターが認知症の相談窓口となり、かかりつけ医、認知症サポーター、認知症専門医療機関(認知症疾患医療センターを含む)が連携して認知症の早期対応をし、地域で認知症患者を支えるシステムを早急に構築する必要があります。当科では毎週火・水曜日の午後、二人ずつの完全予約制で物忘れ外来を行っております。認知症でお困りの際はご紹介下さい。

第2回  
5月23日

## 喘息2012・慢性咳嗽2012

呼吸器内科 梶原 浩太郎



いつもお世話になります。こ数年で咳嗽、気管支喘息、COPDのガイドラインが改訂されました。紙面の都合で一部のみしか掲載できませんが、スライド資料など必要な場合はご連絡頂ければ提供させていただきます。

咳嗽のガイドラインの変更

点は①エビデンスレベルの追記②フローチャート変更③簡易診断基準のみです。急性咳嗽ですが、感染拡大防止のためのマクロライドが明記されました(Figure 1)。耐性化が進んでいるマイコプラズマでも、成人では問題となることが少なくマクロライドが第1選択です。百日咳は診断方法が凝集素から抗体価へ変更されました。慢性咳嗽では、吸入ステロイドを使って早めに咳嗽・アトピー咳嗽を治療的診断をするようになり、後で気管支拡張剤を使って鑑別

するようになりました(Figure 2)。咳喘息の治療期間が2年と明記され、治療期間に悩む症例の助けになりそうです。

喘息は特に診断基準や管理の方法などは変わりありません。呼気NO測定はガイドラインにも記載されている非常に有用な検査ですが、当院ではまだ導入できていません。喘息の管理は当院ではピークフローメーター、当院オリジナルの喘息日誌、喘息カードや待合室でのデジタルフォトフレームを使用した指導を行っています(Figure 4)。治療ではシムビコートが発作時使用(SMART療法)が適応になり新たな選択肢として当院でも20例程度使用しています。投与量は一部統一化され、パルミコート懸濁液が適応になり、吸入困難な症例でも吸入が可能となりました(Figure 5)。吸入ステロイドの選び方はガイドラインに記載はありませんが、吸入が継続可能なものを選べば初期治療で大きな問題とはならないと思います(Figure 8)。発作時の治療はステップ形式に書き換わりましたが、治療内容は従来と同じです。喘息では従来β遮断薬は禁忌と言われていましたが、心不全での心臓選択性β遮断薬は慎重に投与しても良いこととなりました。

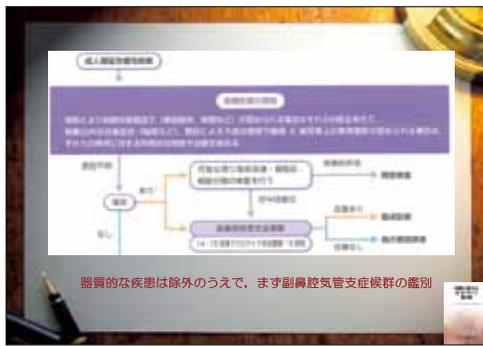
COPDの改訂のポイント①隠れCOPDが多いため定義に「症状に乏しいこともある」が追記②新剤の登場(オンプレス、オーキシス、シーブリー)や適応追加(アドエアアゾール、シムビコート)③長時間作用性β2刺激薬(LABA)が長時間作用性抗コリン薬(LAMA)と同列に④「喘息とCOPDのオーバラップ症候群」と「気腫合併肺線維症(CPEF)」が追記です。

喘息・COPDは日常診療で

頻繁に遭遇する疾患ですが、その診断治療は必ずしも容易ではありません。ガイドラインを遵



3



2



1



6



5



4

守った診療を心掛けることが患者さんのベネフィットにつながることを強調させていただき、

| 選んではいけない吸入ステロイド  |   |  |
|--|---|--|
| 問題   | 対策  |  |
| pMDI<br>・タイミングが合わない(高齢者、認知症)<br>・スプレーでも吸入手段ができない<br>・吸入速度不足(高齢者、認知症)<br>・操作できない(高齢者、認知症) | スプレー<br>DPI、またはパルミコート懸濁液<br>補助具、またはDPI、またはパルミコート懸濁液             |  |
| オルベスコ、キュバール  | DPI、またはアドエア   |  |
| DPI<br>・口腔カンジダ・喉痛<br>・吸入指導、またはpMDI、またはパルミコート懸濁液<br>・操作できない(高齢者、認知症)                      | pMDI(特にオルベスコ)<br>吸入指導、またはpMDI、またはパルミコート懸濁液                      |  |
| その他<br>・1日1回を希望<br>・経済希望<br>・金銭的余裕がない<br>・頻繁な用量変更  | オルベスコ、アドエア<br>パルミコート、または現在の吸入ステロイドを継続<br>オルベスコ、パルミコート<br>アドエア以外 |  |

9

| 吸入ステロイドの選び方   |  |  |
|---|--|--|
| 【JGL 2012】特に記載なし  |  |  |
| DPI (dry powder inhaler)  | p-MDI (pressurised metered dose inhaler)   | BIS (budesonide inhalation suspension)                   |
| フルタイド、アドエア、パルミコート、シムビコート、アズマネックス  | オルベスコ、キュバール、アドエア   | パルミコート吸入懸濁液  |
| ・吸入速度不足では吸入できない<br>・カウンターがある<br>・SMART療法が可能(シムビコート)<br>・妊婦で最も安全性が高い(パルミコート) | ・噴霧と吸気の同期が必要<br>※ 同期できない場合はスプレー<br>・口腔・喉頭の副作用が少ない<br>・カウンターがない、アルコール含有(オルベスコ、キュバール)<br>・フタが強い(アドエア)<br>・1日1回(オルベスコ中用量まで) | ・ネブライザー本体17,000円<br>※呼吸機能障害3級で補助<br>・周囲のサポートがあれば認知症でも使える |

8

| 吸入ステロイドの投与量                               |              |          |            |
|---|--------------|----------|------------|
| 【JGL 2012】中用量と高用量が同一用量に、パルミコート懸濁液・合剤が表記追加 |              |          |            |
|   | 低用量          | 中用量      | 高用量        |
| キュバール BDP+HFA                             | 100~200 μg/日 | 400 μg/日 | 800 μg/日   |
| フルタイドエア FP+HFA                            | 100~200 μg/日 | 400 μg/日 | 800 μg/日   |
| フルタイドディスクス FP-DPI                         | 100~200 μg/日 | 400 μg/日 | 800 μg/日   |
| オルベスコ CIO+HFA                             | 100~200 μg/日 | 400 μg/日 | 800 μg/日   |
| パルミコート BUD-DPI                            | 200~400 μg/日 | 800 μg/日 | 1,600 μg/日 |
| パルミコート吸入懸濁液 BIS                           | 0.5 mg/日     | 1.0 mg/日 | 2.0 mg/日   |
| アズマネックス MF-DPI                            | 100~200 μg/日 | 400 μg/日 | 800 μg/日   |
| アドエアディスクス FP/SM(DPI)                      | 200 μg/日     | 500 μg/日 | 1,000 μg/日 |
| シムビコート BUD/FM(DPI)                        | 320 μg/日     | 640 μg/日 | 1,280 μg/日 |
| アドエアエア FP/SM(pMDI)                        | 200 μg/日     | 500 μg/日 | 1,000 μg/日 |

7

各ガイドライン改定ポイントの概説とさせていただきます。



はつぐじ

消化性潰瘍の診断と治療に関するガイドラインは2003年に厚生労働省研究班から、さらに2009年には消化器病学会から発表されているが、2010年に、*Helicobacter pylori* (HP) 除菌適応の拡大と非ステロイド性抗炎症薬 (nonsteroidal anti-inflammatory drug: NSAIDs) 潰瘍再発予防に対するプロトンポンプ阻害剤 (PPI) 併用投与の保険収載がなされ、さらに本年、2月、慢性胃炎に対するHP除菌治療が保険収載され、その診療内容は大きく前進、様変わりした(図1)。

近年、HP感染率の自然低下とHP除菌療法の普及によるHP陰性人口の増加に加え、食生活の欧米化により日本人の胃酸分泌は増加する傾向にある。加えて、低用量アスピリンを含むNSAIDs使用量の増加が指摘され、胃十二指腸潰瘍症例の減少と胃食道逆流症の増加が推察されている。本セミナーでは、当センターの消化性潰瘍とHP診療に関する近年の臨床データを示し、最新の、そして今後の消化性潰瘍診療を考へる機会としたい。

1. 消化性潰瘍(胃十二指腸潰瘍)の最近の傾向と対策

胃十二指腸潰瘍の二大原因とされるHPとNSAIDsについて

で検討すると、当科で最近8年間に診断した活動性胃十二指腸潰瘍2096例のHP感染率は70.3%、NSAIDs使用率は34.3%であるが、年度別に解析すると、HP陽性率は低下傾向であるのに対して、NSAIDs使用率は増加傾向にある(図2)。胃十二指腸潰瘍症例の症例数全体は年度ごとにやや減少傾向にあり(図3)HP陽性症例数の減少傾向と平行しているが(図4)、NSAIDs潰瘍はむしろ増加傾向にある(図5)。

リンNSAIDによる胃十二指腸潰瘍の確実な危険因子として、潰瘍の既往歴、低用量アスピリンとの併用、他の抗血小板剤の併用、ガイドライン上、これらの危険因子があれば、予防的にプロトンポンプ阻害剤(PPI)もしくはPPI製剤であるミソプロストールを併用投与することが推奨されている。加えて、非アスピリンNSAIDの中でも消化管に対する安全性が高いとされるCOX-2選択的阻害剤を選択することも有用とされている。低用量アスピリンの危険因子も非アスピリンNSAIDとはほぼ同様であり、米国の循環器学会において、低用量アスピリンの処方の際には消化管リスクを評価し、リスクがあればPPI

を併用投与することが推奨されている。以上のように、HP感染率の低下、さらにはHP除菌療法の普及により、消化性潰瘍全体は減少傾向にあるが、NSAIDs潰瘍はむしろ増加傾向にあり、今後、PPIによるNSAIDs潰瘍の予防がさらに重要となろう。

2. Helicobacter pylori (HP) 診療 up to date

2010年に*Helicobacter pylori* (HP) 除菌適応が「胃十二指腸潰瘍」のみに加えて「胃MALTリンパ腫」、「特発性血小板減少性紫斑病」、「早期胃癌内視鏡治療後」の併せて4疾患がHP診療の対象として保険収載されたが、今回さら

に本年2月のHP感染胃炎に対する除菌適応が保険収載された。この適応拡大は、慢性胃炎に対する除菌療法による胃癌発症リスク軽減効果が当局によって認められたものと考えられる。当科(2008年)現在の除菌成功率は、一次除菌が77.1%(1067例/1384例)、二次除菌が87.5%(315例/360例)で、一次除菌と二次除菌を併せると約97%である。近年、耐性菌の増加による除菌成功率の低下が懸念されているが、当センターの年度別除菌率もやや一次除菌成功率が低下傾向にあり今後の推移を注意深く見守る必要がある(図9)。また、除菌療法の副作用をア

終わりに

下痢などの副作用を一定頻度認めているが、いずれも軽症で除菌療法中止例はなく、また、治療を要する合併症を認めていない(図10)。今回の除菌適応拡大によって除菌施行症例の増加が予想されるが、今後さらにデータの蓄積、解析を続けていく予定である。

胃十二指腸潰瘍に対するHP除菌療法とPPI併用投与の保険収載

| 年度       | 動向  |
|----------|---|
| 2000年11月 | 「胃十二指腸潰瘍」に対するHP除菌療法(一次除菌)が保険収載。                               |
| 2007年8月  | (メトニダゾールを用いた) 二次除菌が保険収載。                                      |
| 2010年6月  | 「胃MALTリンパ腫、特発性血小板減少性紫斑病(ITP)、早期胃癌の内視鏡的治療後胃」に対して、HP除菌療法の適応が拡大。 |
| 2010年7月  | 「低用量アスピリン投与時の胃十二指腸潰瘍再発抑制」に対してPPI(ランプラゾール)が保険収載。               |
| 2010年8月  | 「非アスピリンNSAIDs投与時の胃十二指腸潰瘍再発抑制」に対してPPI(ランプラゾール)が保険収載。           |
| 2013年2月  | 「慢性胃炎」に対してHP除菌療法の適応が拡大。                                       |

図1



図3

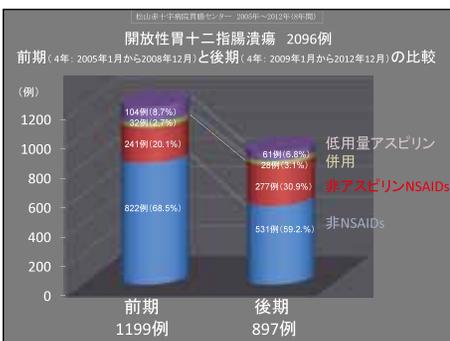


図5



図2

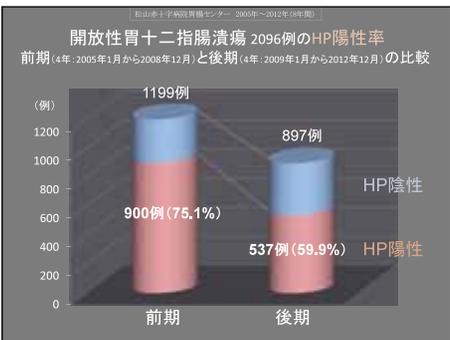


図4



図6

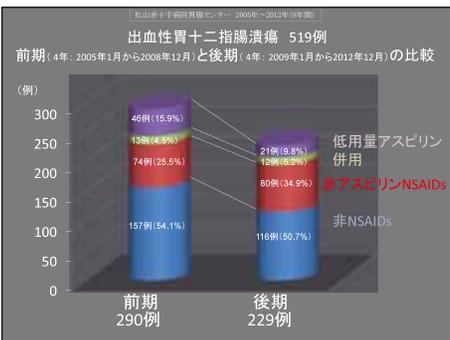


図8



図7

除菌療法の副作用は?

松山赤十字病院胃腸センター: 2011年6月-2012年12月 (アンケート調査による)

| 副作用            | 一次除菌 (442例) | 二次除菌 (111例) |
|----------------|-------------|-------------|
| 下痢, 軟便         | 13.6%       | 13.5%       |
| アレルギー症状(皮疹など)  | 3.4%        | 1.8%        |
| 味覚異常           | 4.5%        | 4.5%        |
| GERD 症状(胸やけなど) | 9.3%        | 7.2%        |

図10

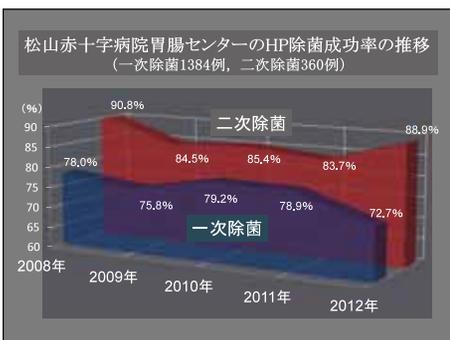


図9

# 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/

H25.9.17現在

| 診療科目   | 月          | 火                                    | 水                     | 木                    | 金                   |                              |
|--|------------|--------------------------------------|-----------------------|----------------------|---------------------|------------------------------|
| 内科   | 総合内科       | 馬越洋宜                                 | 宇都宮大輔                 | 藤崎智明                 | 芝                   | 岡田                           |
|  | 午後         | 上田陽子                                 | 柏戸祐介                  | 坂本                   | 吉田健志<br>宇都宮         | 源本                           |
|  | 糖尿病<br>内分泌 | 岡田貴典<br>芝真希                          | 近藤しおり<br>馬越           | 近藤<br>岡田             | 近藤<br>馬越            | 芝<br>宇都宮                     |
|  | 高血圧        | 馬越                                   | 源本真由                  | 源本                   | 芝                   |                              |
|  | 血液         | 奥誠道                                  | 上田<br>徳山貴人            | 波呂卓<br>池田祐一          | 藤崎<br>奥             | 上田<br>波呂                     |
|  | 午後         | 徳山貴人<br>(予約のみ)                       | 坂本愛子<br>(予約のみ)        |                      |                     | 池田<br>(予約のみ)                 |
|  | 糖尿病教室      | 毎週水曜日                                | 10:00~12:00 (糖尿病チーム)  |                      |                     |                              |
| 肝胆膵<br>センター                                    | 午前         | 佐々木由子<br>武智俊治<br>上甲康二<br>山上隆司        | 横田智行<br>上甲<br>今井祐輔    | 三宅康之<br>武智<br>田中孝明   | 矢野誠<br>横田<br>忽那茂    | 横田<br>甲上<br>山上               |
|  | 午後         | 佐々木<br>武智                            | 上甲<br>今井              | 田中<br>(予約緊急のみ)       | 忽那<br>(予約緊急のみ)      | 横田<br>甲上<br>山上               |
| 胃腸<br>センター<br>(消化器内科)                          | 外来<br>午前   | 新患<br>院外紹介<br>再診予約<br>院内紹介           | 藏原晃一                  | 川崎啓祐                 | 藏原                  | 藏原                           |
|  | 午後         | 炎症性腸疾患<br>新患予約<br>院内紹介               | 河内修司                  | 森下寿文                 | 河内                  | 河内                           |
|  | 検査<br>部門   | 午後                                   | 河内                    | 森下                   | 河内                  | 河内                           |
|  | 午後         | 上部消化管内視鏡および造影検査<br>小腸大腸内視鏡検査および内視鏡治療 |                       |                      |                     |                              |
| 循環器<br>センター                                    | 循環器<br>内科  | 新患<br>予約                             | 小河清寛<br>堀本弘伸<br>鎌田和宏  | 久保俊彦<br>芦原俊昭<br>水城隆  | 松坂英徳<br>芦原<br>久保    | 堀本<br>小河<br>久保<br>梅津隆太<br>松坂 |
|  | 心外         | 午前                                   | 梅末正芳                  |                      | 梅末                  |                              |
|  | 呼吸器<br>内科  | 新患                                   | 牧野英記<br>梶原浩太郎<br>濱口直彦 | 兼松貴則<br>仙波真由子        | 濱口<br>梶原            | 兼松<br>牧野                     |
| 呼吸器<br>センター                                    | 呼吸器<br>外科  |                                      |                       | 伊藤謙作                 | 横山秀樹<br>三浦泰央        | 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                     |
| 腎センター  |            | 原田篤実<br>上村太朗                         | 原田                    | 原田                   | 上村                  | 岡英明                          |
| 脳卒中・<br>脳神経<br>センター                            | 神経内科       | 池添浩二<br>波呂敬子                         | 池添<br>中村              | 池添<br>波呂             | 池添<br>波呂            | 池添<br>藤本雄一                   |
|  | 脳神経外科      | 梶原佳則<br>瀬山剛                          | 武智昭彦<br>渡邊陽祐          | 梶原<br>瀬山             | 手術                  | 武智<br>渡邊                     |
| 小児科  | 午前         | 小谷信行<br>片岡京子                         | 近藤陽一<br>高岩正典<br>米澤早知子 | 小谷<br>片岡優子<br>西崎眞理   | 片岡(京)<br>吉川知伸<br>米澤 | 近藤<br>高岩                     |
|  | 午後         | 神経<br>循環器                            | 眞庭聡<br>堀川定儀           | 眞庭                   | 中野広輔                | 眞庭<br>中野<br>堀川               |
| 産婦人科   | 午前         | 竹内正久<br>南千尋<br>妹尾大作                  | 河本裕子<br>瓦林靖広<br>本田直利  | 河本<br>南<br>妹尾        | 竹内<br>横山幹文          | 横山<br>濱崎洋一郎<br>本田            |
|  | 午後         | 梶原涼子<br>妹尾<br>手術                     | 手術                    | 本田<br>林<br>妹尾        | 手術                  | 梶原<br>濱崎                     |
| 外科   | 午前         | 藤中良彦<br>中西良太                         | 副島雄二<br>間野洋平          | 高橋郁雄<br>西田康二<br>越智友洋 | 西崎隆<br>梶原勇一郎        | 高橋<br>西田<br>本村貴志             |
|  | 午後         |                                      | ストーマ外来                | 外来手術                 |                     |                              |
| 乳腺外科   | 午前         | 川口英俊<br>(再診)                         | 川口                    | 川口                   |                     | 川口                           |
| 血管外科   | 午前         | 山岡輝年<br>(再診)<br>大峰高広<br>(新患)<br>岩佐憲臣 |                       |                      | 山岡(新患)              | 大峰(再診)<br>岩佐                 |
| 臨床腫瘍科  | 午後         | 緩和ケア                                 | 白石猛                   | 白石                   | 白石                  |                              |
| ※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                      | 野口                     |                   |
| 整形外科                                  |  | 中城二郎<br>梶原了治<br>土川雄司 | 山本進(手)<br>野田慎之(脊)<br>大田亮 | 小林孝明<br>大前博路(肩)<br>徳本真矢 | 中城(股)<br>小林(膝)<br>金光宗一 | 野田<br>梶原(手)<br>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<br>膠原病<br>センター                   | リウマチ科  | 水木伸一                 | 水木<br>鎌田一億               | 手術                      | 水木<br>鎌田               | 鎌田                |
| 泌尿器科                                  | 内科   | 押領司健介                | 横田英介                     | 押領司                     | 押領司                    | 横田                |
|                                       | 午後   | 藤井元廣                 | 田丁貴俊<br>矢野明              | 藤井                      | 田丁<br>矢野               | 田丁                |
| ※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   | 小川日出夫<br>高木大樹<br>有友宏 | 篠森裕介<br>高木<br>小川         | 担当医                     | 篠森<br>小川<br>有友         | 担当医               |
|                                       | 午後   | 手術                   | 手術                       | 手術                      | 手術                     | 手術                |
| ※水・金曜日は、新患のみ診察いたします。                  |  |                      |                          |                         |                        |                   |
| 眼科                                    | 午前   | 児玉俊夫<br>堀内良紀<br>鳥山浩二 | 山本康明                     | 山西茂喜<br>堀内<br>池川泰民      | 児玉<br>依光明生             | 山西<br>山本<br>鳥山    |
|                                       | 午後   | 児玉<br>堀内<br>鳥山       | 手術                       | 山西<br>堀内<br>池川          | 手術                     | 山西<br>山本<br>鳥山    |
| ※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                 | 庄野                       | 手術                      | 庄野                     | 庄野                |
| ※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・<br>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   | 吉岡真二                 | 吉岡                       | 吉岡                      | 吉岡                     | 吉岡                |
| 歯科<br>口腔外科                            | 放射線治療  | 浦島雄介                 | 浦島                       | 浦島                      | 浦島                     | 浦島                |
|                                       | 口腔外科   | 寺門永顕                 | 寺門                       | 寺門                      | 寺門                     | 寺門                |
| 歯科<br>口腔外科                            | 歯科   | 中川雅博<br>兵頭正秀         | 中川<br>兵頭                 | 中川<br>兵頭                | 中川<br>兵頭               | 中川<br>兵頭          |
|                                       | 口腔外科   | 寺門永顕                 | 寺門                       | 寺門                      | 寺門                     | 寺門                |
| ※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 |
| 麻酔科(月・水・金)  | 呼吸器内科         | 産婦人科 |

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さんに限ります。

## 地域医療連携室からのお知らせ ~紹介患者さん予約受付について~

当院では、患者さんのご紹介をFAXで頂いた際、診療科によって確認方法が異なっております。その中で一部の診療科(消化器内科・循環器内科・呼吸器内科・外科等)については、スムーズな診察に繋げるため、頂いた診療情報提供書を担当の医師や看護師が必ず目を通し内容を確認をするため、お返事までに時間を要することがございます。上記の診療科に限らず、お返事に時間を要することが明らかな場合には、一度その旨をご連絡させていただきます。

## 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)

## ~「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)を進めるといふ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さんに、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、その場合は初診に係る「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となります。

※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。

## お知らせ

### 松山赤十字病院登録医制度について

平成25年9月1日現在、当院の登録施設は362、登録医は530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。これによって紹介初診患者さんを、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、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)