

地域医療連携室報

年頭挨拶



院長（地域医療連携室室長） 洲上 忠彦

明けましておめでとうございます。

昨年は、南部、小林、益川、下村4氏のノーベル賞受賞という明るいビッグニュースがありました。暗い話題の多い1年でしたが、中国製餃子、産地偽装、事故米の食用転売をはじめとする食の問題から、米国発のサブプライムローンに端を発した金融危機、経営危機から派生した非正規職員の解雇、内定取り消し、正規職員のリストラをはじめとする職の問題へと生活の根幹を揺るがす大問題が起りました。年金問題は、社

会保険庁のずさんな管理のみならず改ざんまで明らかになりました。連日のごとく報道される救急患者、妊婦の受け入れ拒否、診療科のみならず病院の閉鎖、まさに医療崩壊は加速しています。この最大の理由は医師不足ですが、骨太の方針2006で示された社会保障費の削減が医療機関に壊滅的な打撃を与えています。患者の立場からは、保険金が払えない無保険者の増加、後期高齢者医療制度の導入、負担金の増加、などによる受診抑制が働いていることは事実です。「誰もが、何処でも、何時でも、均質な医療を受けられる」世界に誇った国民皆保険制度は名ばかりのものになるうとしています。日本国憲法第25条に謳われている「すべて国民は、健康で文化的な最低限度の生活を営む権利を有する」、「国は、すべての生活部面について、社会福祉、社会保障及び公衆衛生の向上及び増進に努めなければならない」という憲法違反を



倒で、社会保障にも市場原理主義を導入し、聖域なき構造改革を断行した国の政策が、医療のみならず日本の国自体も崩壊へと走らせているように思えます。マスコミもこれまでの医療を悪役に仕立てていた論調ががらりと変わりました。政治も変わらなければなりません。政党うんぬんを言うつもりはありませんが、次期衆議院選挙では公約に社会保障、医療をどうするかを明確に掲げてもらい、納得の

年頭挨拶



看護部長 光峰 常美

あけましておめでとうございます。連携病院・診療所ならびに係諸機関のみならず、日頃より大変お世話になり、心から御礼申し上げます。本年もどうぞよろしくお願い致します。

いく候補者に投票すべきです。自衛的には、限られた医療資源の有効活用、地域医療における役割分担の明確化、すなわち地域完結型医療のさらなる推進だと思えます。

今年こそは、地域医療機関にとつても地域住民にとつても、明るい希望の見える年になることを祈念しまして、新年の挨拶とさせていただきます。

去る11月22日に開催しました「病院と在宅看護・介護の連携合同研修会」には、地域・在宅医療・福祉に携わる大勢の皆様方の参加ご協力をいただき、盛大に開催できましたことを心から厚く感謝申し上げます。誠にありがとうございました。今回で8回目になりましたこの研修会は、メインテーマを「地域、在宅でのおだやかな暮らしを支える」とし、1年ずつ毎年積み重ねができていく研修会になり、発展してきているように思います。今回も、院外の方々の皆様のお力添えをいただき、全体会・分科会・情報交換会の三部構成で開催ができました。全体会のパネルディスカッションでは、CureからCare

へとつなぐために、医療・福祉連携の現状を踏まえ将来について考えることができました。また、各分科会では、「療養支援」「緩和ケア」「災害時の支援」「感染予防」「褥瘡予防」5チームにより、地域でのチームづくりと、EBMに基づいた看護・介護・療養生活と健康への支援について、それぞれが全体会さながらの活発な講演や意見交換がなされました。この研修会そのものが連携・協働のもとに、共創の場となり、地域の医療・福祉に携わるものによる、地域の医療・福祉のあり方についての発信源になってきたのではな

支援が必要になってきています。在宅への支援を充実するには、先ず、現場を知ることが連携・協力の始まりであり、今年度も、16の施設の方々のご協力をいただき、継続看護の院外研修をさせていただきました。連携先のリハビリ専門病院・療養型病院をはじめ、訪問看護ステーション、ヘルパーステーション、グループホーム、包括支援センターの皆様には、大変お世話になりました。この場をお借りしましてお礼を申し上げます。現場を知ることが協力の始まりであり、また、急性期の看護のあり方を考え、これからの連携の質の向上に生かしてくれればとの期待しております。

年頭挨拶



事務部長 青野 泰彦

新年明けましておめでとうございます。

今年も、干支でいう「己丑（つちのうし）」年です。己は万物を育む田畑や田園の土を象徴しているといえます。また、草木が繁茂し形が整然としている状態を表すとも言われています。丑は芽が種子の内部でまだ伸びることができない状態をあらわしているといわれています。ということから今年も、これまでのような低迷を打ち破って力強い発展が期待できる年といえるのでしょうか。丑年生まれの年男、年女は

修繕でのごうとする気配があります。ということは医療の現場は依然厳しい対応を迫られつつあるということになります。

1082万人で、男性526万人、女性556万人で、総人口の8・2%にあたるといえます。出生年別で見ると、団塊世代の昭和24年生まれの60歳が230万人で、第2次ベビーブーム時代の昭和48年生まれの36歳が2番目に多い201万人となっています。

昨年1年を表す漢字が「変」ということです。オバマ次期大統領の「チェンジ」がこちらの得票も押し上げたのだと思いますが、サブプライムローンに端を発する経済不況は勿論、社会的にも政治の世界でもアメリカの影響力が直接的になってきたという気がします。年男イチローが日本で活躍して世界的に評価されるような時代が来るかと思っています。

最近になって医療制度改革のほころびがあちこちに目立ち始め、遅まきながら医師確保対策など小

松山赤十字病院は平成9年に地域医療連携室を開設し、松山医療圏での地域完結型医療への先進的な取り組みをはじめました。皆様のご協力のおかげで地域の認知を得られるようになってきたと感謝いたしております。当院ではこれからも皆様との連携を深めたいと様々な取り組みを展開しています。

昨年4月に発足いたしました『愛PLAnet』構想の拡充、患者本位の病診連携を強化するための療養支援ナースの増強、当院が積極的に取り組んでいる先進医療の紹介、などを進め皆様と一緒に地域医療に貢献して参りたいと思っています。

医療環境が激変する中、新年にあたって、今以上に皆様との連携を強め地域医療の充実に努めてまいります。ご指導ご鞭撻をよろしくお願いいたします。

第8回「病院と在宅看護・介護の連携」合同研修会

地域、在宅でのおだやかな暮らしを支える

(2008.11.22)

地域医療連携課 療養支援ナース (34病棟) 久坂 照美

今回で8回目となります。平成20年度「病院と在宅看護・介護の連携」合同研修会を平成20年11月22日に開催いたしました。今年度も、全体会・情報交換会・分科会の3部構成での1日研修としました。前年度までは1・2月に行っていました。前年の大雪で参加いただけなかった方々がいらっしやうった事への反省をふまえ早めの開催としました。

当日は晴天に恵まれ、全体会236名(院内108名・院外128名) 分科会253名(院内117名・院外136名)の参加でした。

今回の研修会では、医療従事者・福祉担当者がそれぞれの感性と知力を十分に活用し、今まで以上に連携することで地域主導の地域完結医療・福祉の提供体制を創造していききたいと考えてテーマを「地

域、在宅でのおだやかな暮らしを支える」としました。全体会は「CureからCareへとつなぐために 医療・福祉連携の今(現状)と将来」とし医療・福祉のそれぞれの立場・役割のなかで現状と問題について発表していただきました。当院からは急性期病院として、生命の維持とその人らしい療養の場に帰ることを目的とした医療・

平成20年度「病院と在宅看護・介護の連携 合同研修会」プログラム テーマ 「地域、在宅でのおだやかな暮らしを支える」

時間	内容	担当施設・担当者名	会場
10:00~10:10	オリエンテーション 開会挨拶	総司会 松山赤十字病院看護係長 宮部 和代 松山赤十字病院院長 淵上 忠彦 松山赤十字病院看護部長 光峰 常美	教育講堂
全体会 10:10~11:40	パネルディスカッション メインテーマ 「CureからCareへとつなぐために 医療・福祉連携の今(現状)と将来」	座長 松山赤十字病院 外科部長 西崎 隆 看護副部長 渡辺八重子 パネラー 松山赤十字病院看護係長 中矢 年子 訪問看護ステーションペテル主任 井上いずみ 訪問介護事業所ていれぎ荘所長 山崎 優子 おおしろ外科もれび診療所院長 大城 良雄 聖カタリナ大学人間健康福祉学部准教授 秋山 昌江	教育講堂
情報交換会 11:40~13:30	昼食会(1部11:40~12:25)(2部12:45~13:30) ポスターセッション(自施設活動紹介他) 在宅医療機器などの展示		職員食堂 2階廊下
分科会 13:30~15:50	「地域チームでの共創 ~今、私たちにできること~」 地域チームづくり		教育講堂
	①療養支援チーム 循環器科部長 芦原 実 療養支援ナース 岡本 良子 看護係長 浅海 康隆 看護係長 山下 精二	①松山市介護保険課課長 高橋 實 地域包括支援センター三津浜社会福祉士 山田 良子 クリニック暖(はる)院長 平田 康隆 あかりクリニック院長 藤岡 厚子 訪問看護ステーションほのか所長 梶原 厚子 訪問看護ステーションほのか看護師 大内 千帆 松山赤十字病院循環器科医師 堀 浩二 療養支援ナース 岡本 あり	健康センター (5号館5階)
	②緩和ケアチーム 副院長 藤井 恒 看護師長 白石 元廣 看護係長 菊池 裕子	②松山ペテル病院院長 中橋 恒 松山赤十字病院副院長 藤井 元廣 看護係長 林 良美 看護師 藤井 裕子	第1会議室
EBMIに基づいた看護・介護～療養生活と健康への支援～	③災害時の支援チーム 小児科部長 小谷 弓子 看護係長 土谷 弘美 看護係長 岡 信行 看護係長 土谷 仁美 看護係長 岡 久美子	③愛媛県立子ども療育センター保健師 玉井 弓子 訪問看護ステーションフレンド所長 和谷 弘美 松山赤十字病院成人医療センター長 小谷 信行 療養支援ナース係長 土谷 仁美 看護係長 岡 久美子	指 導 相 室
	④感染予防 内科副部長 詫間 啓子 感染管理認定看護師 玉岡 啓子 看護係長 上田 向田	④松山赤十字病院感染管理認定看護師 玉岡 啓子	作業療法室 (3号館地下 リハビリ科内)
15:50~16:00	閉 会	⑤松山赤十字病院皮膚排泄ケア認定看護師 山木 一恵 作業療法士 曾我部 保文 理学療法士 和田 周二 伊東 孝洋	各 会 場

看護が必要であるとし、実際の取り組みについて療養支援ナースの活動等についての発表を行いました。在宅においては、訪問看護ステーションより病院から在宅療養に移行した事例報告。訪問介護事業所より、実際の訪問の様子を紹介しながらホームヘルプサービス事業における問題点と今後の課題についての報告がありました。また、在宅診療については、在宅での看取りの実際と問題について発表がありました。急性期病院を退院後の患者の療養生活の様子と、

それぞれの職種の方々の患者を想う熱心な取り組みを知ることができ、より一層の地域との連携の必要性・重要性を認識しました。情報交換会は、今年度は職員食堂のスタッフの協力のもと数種類のメニューをできるだけ温かく召し上がったいただけるように準備しました。とても美味しかったです。デザートがうれしかった等の言葉がありました。限られた時間を合わせての和やかな情報交換会を行うことができました。



「合同研修会」ポスターセッション展示施設・部署名

院外（参加申込順）

施設名
1 松山市役所介護保険課
2 松山記念病院 美沢デイセンター・認知症デイケアひだまり 認知症相談室やわらぎ・訪問看護ステーションみさわ
3 福角病院
4 愛媛県立子ども療育センター
5 株式会社ライフネット
6 訪問看護ステーション愛媛
7 野本記念病院
8 介護老人保健施設合歓の木
9 北条病院
10 松山リハビリテーション病院
11 南高井病院（3）

院内(病棟・委員会他)

施設名
1 日本赤十字社愛媛県支部
2 外来化学療法
3 15病棟
4 NICU
5 23病棟
6 24病棟
7 36病棟
8 呼吸器センター・25病棟・36病棟
9 看護部新卒教育（3）
10 看護部記録委員会
11 看護部業務調整委員会
12 専門・認定看護師連絡会
13 皮膚・排泄ケア認定看護師



合同研修会によって各職種の交流がさらに深ま

また、ポスターセッションでは院外11施設、院内13施設の参加がありました。各施設の紹介や看護の取り組みなど、それぞれ工夫を凝らしての積極的な参加があり活発な意見交換が行われました。他施設の情報がよくわかる。パンフレットをもらって良かった。持ち帰ってスタッフに紹介したい。などの意見をいただきました。またメーカーの方の参加で、昨年好評だった看護・介護用具などの展示も行い、熱心に説明を聞いた。試供品を持ち帰る姿もみられました。

また、ポスターセッションでは院外11施設、院内13施設の参加がありました。各施設の紹介や看護の取り組みなど、それぞれ工夫を凝らしての積極的な参加があり活発な意見交換が行われました。他施設の情報がよくわかる。パンフレットをもらって良かった。持ち帰ってスタッフに紹介したい。などの意見をいただきました。またメーカーの方の参加で、昨年好評だった看護・介護用具などの展示も行い、熱心に説明を聞いた。試供品を持ち帰る姿もみられました。



分科会におきましては、『地域チームでの共創』今、私たちにできること』をメインテーマに「地域チームづくり」「EBMに基づいた看護・介護・療養生活と健康への支援」の2つのテーマで5つのブースに分かれそれぞれ議論しました。地域チームづくりでは、院外の医療・訪問看護ステーション・行政の方々の参加があり、それぞれの立場での意見を聞くことができました。実際の活動とおして他職種との連携の重要性を実感しました。EBMに基づいた看護・介護では、実践とおして予防を行うための理論と実践を学びました。他の分科会も見てみたかった。もう少しディスプレイなどの積極的な意見もいただきました。

分科会におきましては、『地域チームでの共創』今、私たちにできること』をメインテーマに「地域チームづくり」「EBMに基づいた看護・介護・療養生活と健康への支援」の2つのテーマで5つのブースに分かれそれぞれ議論しました。地域チームづくりでは、院外の医療・訪問看護ステーション・行政の方々の参加があり、それぞれの立場での意見を聞くことができました。実際の活動とおして他職種との連携の重要性を実感しました。EBMに基づいた看護・介護では、実践とおして予防を行うための理論と実践を学びました。他の分科会も見てみたかった。もう少しディスプレイなどの積極的な意見もいただきました。

急性期病棟の医療・看護を理解していただき、その役割を果たすとともに、地域の他職種の方々と協働し患者のおだやかな暮らしを支える支援ができるよう、更に連携にかかわっていききたいと思

松山市介護保険課の高橋課長様には、市の高齢化率や高齢者入居施設数の推移をお教えいただき、「数的には飽和状態だがすでにどこも満員の状態。しかしこれ以上の増設は、介護保険料のさらなる高騰化を招き、住民負担につながる」などの、行政の抱える問題を的確に話してくださいました。続く地域包括支援センター三津浜の山田様の発表は、現場で働く立場からの報告でしたが、高橋様の話を裏付ける内容でした。「制度としての介護保険は、『網目の荒いザル』だが、『網目の荒いザル』を何重にも重ねることによって網目を細かくし、抜けの少ないザルにするのが、医療・介護者の役目」という話をいただきました。私たちがどういふ連携をとれるかが、今の介護保険制度の欠点をどこまで補填できるかのキーポ

第1ブースは療養支援という大きなテーマをいただき、焦点を当てるときは何か迷った結果、キーワードを、『在宅療養』と『官民共同』と考えました。そしてこのチャンスに、『療養病床の削減に伴う医療・介護難民をはじめとした社会情勢の変化』に対応するために地域の最前線で活動する方々の、奮闘する姿や率直なご意見を伺いたいと思ひ、各分野で活躍する皆様をお招きしました。

最後に、この研修会の企画・運営に關しまして、院内外の多くの方々のご支援をいただき心から感謝いたします。

分科会1 療養支援チーム

地域医療連携課 療養支援ナース(37病棟)

岡本 かつり

「ほのか」の看護師と堺先生及び

また、あかりクリニックの藤岡先生からは、「何度も蘇生術を受けているような医療依存度の高い方が、好物のハンバーガーや焼肉を食べ、吸引したら肉が引ける。ことはしょっちゅうで、どんどん肥って、思いのままに生き抜いた」という話を伺い、私の想像の範疇をはるかに上回る内容に、固定観念に縛られた私は、患者をまだまだ生活者として捉えられていないと感じました。当院循環器医師・堺先生からは、「急性期病棟の役割として、特に当科ではCCUホットラインという形で体制を整え、門戸を広げて患者を受け入れています。近年の病棟データからもわかるように、高齢者ほど平均在院日数は長くなっており、急性期治療が終了しても退院できない現状を解決するためには、地域専門職の皆様との連携が必須である」と引き続きの協力を求めました。

イントになると痛感しました。クリニック暖（はる）の平田先生からは、「見守るだけの何も無い医療もある。でも本当に何もしていないのではなく、『家族が満足していく介護』を支え続けている」という話を伺い、急性期医療とは対局にある在宅療養の奥深さを感じました。

私から、在宅医と急性期医師が、良い連携で患者を支える症例を紹介しました。今はお互いの強みを活かして活動するチームですが、現在の形に至るまでには、不安や苦労も多々ありました。このチームワークは、訪問看護師の皆様との多くの経験と看護力、御苦労があつての賜物です。

第2分科会では、「緩和ケアチームの活動の理解を深める。」「在宅、ホスピスへの連携、情報の共有がスムーズになる。」「専門的スキルを知る。」という3つの目標で進めていきました。まず、がん診療連携拠点病院としての取り組み、及び緩和ケアチームの活動についてを藤井副院長に、また、緩和ケアの考え方を、ホスピスについてを松山ペテル病院の院長である中橋先生にわかりやすく講演していただきました。後半は、リンパ浮腫のケアにかかるドレナージの手法等を、化学療法室の得能看護師と26病棟の菊池係長が実際に紹介しました。今後は、リンパドレナージの講演会を企画する予定にしています。最後に、化学療法室の林師長にポートのケア、化学療法室の紹介を含めてわかりやすい

先生からは、「何度も蘇生術を受けているような医療依存度の高い方が、好物のハンバーガーや焼肉を食べ、吸引したら肉が引ける。ことはしょっちゅうで、どんどん肥って、思いのままに生き抜いた」という話を伺い、私の想像の範疇をはるかに上回る内容に、固定観念に縛られた私は、患者をまだまだ生活者として捉えられていないと感じました。当院循環器医師・堺先生からは、「急性期病棟の役割として、特に当科ではCCUホットラインという形で体制を整え、門戸を広げて患者を受け入れています。近年の病棟データからもわかるように、高齢者ほど平均在院日数は長くなっており、急性期治療が終了しても退院できない現状を解決するためには、地域専門職の皆様との連携が必須である」と引き続きの協力を求めました。

今回、地域の生活を支える専門職の方々にお目にかかり、今後の活動の方向性について自信を持つことができました。これからも当院の役割を認識した上で、地域住

民の皆様の不安解消にお役に立てるよう努力していきたいと思ひます。ご協力いただいた皆様、ありがとうございました。

分科会2 緩和ケアチーム

15病棟 看護師長 白石 洋子



スライドを用いて講演していただきました。参加者も興味深く、熱心に聴かれていました。質疑応答の時間が無くなったのが残念でした。



民の皆様の不安解消にお役に立てるよう努力していきたいと思ひます。ご協力いただいた皆様、ありがとうございました。

24病棟 看護係長 上野 めぐみ

近年、各地で大規模な地震や風水害が頻繁に発生しています。災害は、いつ、どこで起こるかかわりません。

今回「災害時の支援チーム」では、こうした自然災害の発生に備え、在宅で医療的ケアを抱えている方々にどう対応すればよいのか、それぞれの立場にある会場の皆様と共に支援対策について考える場と致しました。

まず、赤十字家庭看護法指導員の立場である岡看護係長より、日本赤十字社「災害時高齢者生活支援講習」から「高齢者に特徴的なストレス反応」や「災害が及ぼす影響」「被災者に接する時のこころづかい」を中心に紹介しました。生活を一変し、大切な人や物を失う災害はその映像から想像以上の恐怖であり「こころ」や「か



その必要性と今後の課題について話し合うセッションと致しました。まず、訪問看護ステーションフレンドの和田所長より、在宅生活を介した災害時の安全対策と訪問看護での取り組みの実際についてご紹介頂きました。その後、当院療養支援ナース 土谷看護係長からは、災害時における避難方法や連絡方法を中心とした地域関係機関との体制づくりについて紹介があり、災害時対応支援の拡大と共に在宅療養者を取り巻く地域とのネットワークの強化が今後の課題と提示されました。愛媛県立子ども療育センター玉井保健師か

らは、在宅療養者をもつ家族が災害に対して不安を抱いている現状を話され、人づきあいが少ない現代社会では特に、自治組織もふくめ、地域の各連携機関と手をつなぎながら支援していくことの重要性を強調されました。最後に、当院小児科部長小谷信行先生より、医療支援活動には「情報管理」と「マンパワー」が鍵を握るといってお話を聞き、日頃から「地域で情報をいかに伝え合うか、また、どう使用するか」その手段を講じておくことの大切さ。加えて、地域

分科会
4 感染予防

14病棟 看護師 松本 厚子

分科会4ブースでは、「感染予防」がテーマでした。まず、玉岡感染管理認定看護師が、エビデンスに基づいた感染対策の実践を目的に「標準予防策・感染経路別予防策・疾患別感染対策の実践」についての講義を行いました。次に、感染対策の基本となる手洗いの方法の確認（グリッターパグ使用）や防護用具の着脱方法などの



の「人と人とのつながり」が災害支援の第一歩であることを再認識致しました。災害からの被害を最小限に抑えるためには「自助」「共助」の心構えを忘れず、被災者、救済者それぞれが災害対応力を高め、連携することが大切だと言われていました。今回の「集まり、学び、つなぐ」分科会を機に、今後さらに地域との連携を図りながら医療的ケアを抱える方々の「おだやかな暮らし」の実現に向け、看護の役割を發揮して参りたいと思います。

演習を行いました。最後に、各自の職場での感染対策についての情報交換や問題・疑問に感じていることなどを話し合いました。院外40名、院内6名の参加者は講義内容に大きく領いたり笑ったりと熱心に傾聴されており、感染管理への関心の高さを伺い知る事が出来ました。グリッターパグを使用した手洗いと防護用具の演習では「こんなに自分の手が汚れているとは知らなかった」「N95マスクは息が苦しくなる」「手袋に着脱手順があつたなんて。」等の、驚きの声も聞かれました。情報交換では活発な質問や意見が多くありました。「感染管理上、面会人の制限をどうするか」「病院長への感染予防指導は必要か。どう指導すればよいか」「同一患者でのMRS A細菌検査を数回実施しているが、必要なのか」「下痢のある患者の着の後始末をどうしたらよいか」「気管カニューレの消毒方法は」「自部署で手洗い指導にグリッターパグを用いたい借られるか。」などでした。会は質疑応答が白熱し、終了後も話し合い

分科会
5 褥瘡予防

皮膚科・形成外科 看護係長 後藤 美佳

第5分科会では、まず山木皮膚排泄ケア認定看護師より「褥瘡発生要因と危険部位」についての講義の後、曾我部作業療法係長より「ポジショニングによる除圧とベッドや車椅子移乗の方法」についての実技がありました。

体圧測定器で体圧のモニタリングしながらのポジショニングは、講義を実際に目で確認でき、限ら



今回の研修では、療養者の拘縮や変形に合わせたポジショニングができていないか、使用している車椅子が療養者に合ったものかを改めて考えさせられました。褥瘡予防とケアは療養者や療養環境にあった個別的なケアが重要であり、医師・看護師・栄養士・PT・OTなどが参加し、転院・退院に向けて在宅看護の担当者や介護者とのカンファレンスを行う必要性を感じました。今後、関連職種の側からの在宅でのケアの情報交換やご意見をいただき、褥瘡予防とケアに役立っていきたくと考えております。

がなされていきました。地域、在宅でおだやかな暮らしを支えるため、各病院や施設での感染管理は教育に基づいての一人ひとりの知識・態度・実践が大切であり、今日ここに、情報を共有できる時間を持てたことは意義深く、今後ともネットワークを広げていくことが大切であると認識いたしました。帰路につく参加者の表情から有意義な会であったことが伝わり、なにより拠点病院としての私たちの役割を再確認できました。

最後のまとめで内科副部長の訥間隆博先生が、「今日の話は難しかったと思いますが、今後とも遠慮なく何でも聞いてください。院内感染予防は咳エチケットや手洗いが重要です。咳をしながら体調が悪い方も多いと思いますが、休む勇気も非常に大切です。早期の封じ込めは感染の拡大を防ぐ最も重要な手段です。手洗いに関する問題は手洗いをしない自分のような医者があることです。」と締めくくり、グリッターパグを用いて手洗いを実施する訥間先生の姿が印象的でした。

高血圧と

メタボリックシンドローム

循環器科部長 芦原 俊昭



「平成17年国民健康・栄養調査結果の概要」によると、40歳未満の男性の25.5%（4人に1人）はメタボリックシンドローム（MetS）が強く疑われる状態で、男性の肥満者の割合はいずれの年代階級においても20年前（昭和60年）、10年前（平成7年）と比べて増加しており、40歳代が最も高くなってきている。女性においても、頻度は男性に比べて低い、男性と同様に年齢とともにその頻度は増加していく。MetSのなかでもっとも頻度の高い合併症は高血圧である。また最大のリスクファクターも高血圧である。日本の高血圧患者は約3,500万人で国民の約4人に1人は高血圧ということになり、MetSと同様に極めて大きな問題である。

MetSの基本病態にはインスリン抵抗性があり、糖代謝を代償するために高インスリン血症が惹起される。これが高血圧・高脂血症・糖尿病などを引き起こし、やがて動脈硬化性病変が発症すると考えられる。高インスリン血症の昇圧機序は「①腎でのナトリウム再吸収を増加させ循環血流量を増やす②交感神経を活性化させ血管を収縮させる③血管平滑筋を増殖させる④脂肪組織においてアンジオテンシノーゲンの発現を増加させレニン・アンジオテンシン系を

活性化する」等が考えられる。また肥満動物の内臓脂肪においてはアンジオテンシノーゲンの発現が亢進していることや、肥満者でのレニン・アンジオテンシン系の亢進が指摘されている。さらに、内臓脂肪からアルドステロン分泌促進物質が放出されていることも報告されている。従来アルドステロンの再吸収を促進し、その結果、体液量が増加することで血圧を上昇させると考えられてきたが、近年、アルドステロンの新しい昇圧メカニズムとして血管や中枢神経に対する作用が注目されている。アルドステロンは血管に直接作用し、血管収縮をもたらすことが血管の線維化を促進し、血管障害を進展させることも血圧を上昇させる。また、アルドステロンはNa⁺の需要を亢進させ、腎臓におけるNa⁺や水の再吸収による昇圧作用を増強させる他、交感神経を過剰に亢進させることも報告されている。

組織から分泌されるレプチンは下垂体に働いて摂食行動を抑制し、交感神経系を亢進させてエネルギー代謝を増大させるなど種々の生理活性が知られているが、肥満症例では大多数が体脂肪量を反映した高レプチン血症を呈しており、レプチン抵抗性の関与が示唆されている。レプチンを過剰発現させたMetSモデルマウスでは高血圧を認めるが、血圧上昇はα1遮断薬によりほとんど抑制されることから、レプチンによる血圧上昇は交感神経系のαアドレナリンシステムが関与していると考えられる。以上のようにMetSにおける高血圧は複数の要因が関与しておりその治療法も簡単ではない。MetSの治療の基本は運動であり、内臓脂肪は皮下脂肪に比べて「たまりやすく減りやすい」といわれているため、運動して身体を動かす習慣を身につけることで、内臓脂肪を減らすことが期待できる。また、さまざまな研究から、運動することでインスリン感受性が良くなることもわかっている。さらに、血圧をコントロールする上でも、運動は効果的である。薬物療法としてこれがファーストチョイスというものはまだないがMetSを有する肥満症の治療薬としてカンナビノイド受容体拮抗薬が期待されている。カンナビノイド受容体拮抗薬であるリモナバンを肥満者に投与した結果1年後に有意の体重減少、ウエスト周囲径の減少、HDLコレステロールの増加、中性脂肪の低下、インスリン抵抗性の改善、MetSを呈する割合の低下を認め抗肥満薬として期待されている（しかし後日、リモナバンの精神医学的副作用が問題となる）。その他効果が期待される薬剤としてはPPARγアゴニスト作用を持つARBであるテルミサルタンがある。テルミサルタン投与によりインスリン抵抗性の改善、内臓脂肪の減少、脈派伝搬速度の改善を認めたとする報告があり期待される。高血圧患者にブ

小児肥満と

メタボリックシンドローム

成育医療センター 小児科 上田 晃三



「なぜ小児でも『メタボリックシンドローム』に注目する必要があるのか？」

成人のメタボリックシンドロームが近年注目を集めています。しかしながら、成人期になるまでメタボリックシンドロームのことは気にしないでよいかというと、そういうわけではありませぬ。1998年に報告されたBogalusa Heart Studyでは、小児期から動脈硬化の初期病変が明白に存在すること、肥満気味・血圧高め・トリグリセリド高め・コレステロール高めの子どもは動脈硬化病変のリスクが高いことが示されました。

小児期のメタボリックシンドロームの診断基準 (大槻班, 2007年度)

項目	基準値	注
1) 腹囲	80cm以上(注)	(注) 性別/身長が0.5以上であれば項目1)に該当するとする
2) 血糖値	120mg/dl以上	
3) 中性脂肪	150mg/dl以上	
4) HDLコレステロール	40mg/dl未満	
5) 血圧	125mmHg以上	小学生では性別/身長が0.5以上で項目5)に該当するとする
6) 収縮血圧	125mmHg以上	
7) 拡張血圧	70mmHg以上	
8) 空腹時血糖	120mg/dl以上	

Take Home Message

- ・ 腹囲80cm以上
または
腹囲/身長比0.5以上
- ・ 「黒色表皮腫」
・・・は、要注意

に内臓脂肪が悪影響を与え、疾患単位として捉える。メタボリックシンドロームは明らかに健康障害は合併しない（明らかに高血圧や糖尿病の発症はない）もの

の上流からのシグナルとは無関係に上昇しており、(ACE-IやARBを投与してもアルドステロン・ブレイクスルーが約半数に認められる)臓器保護を目的としたアルドステロンブロッカー(エプレレノン)の投与も効果が期待される。

た。現在、小児期の肥満・メタボリックシンドロームに関して、①メタボリックシンドロームが小児においても存在する、②小児期のメタボリックシンドローム予備軍は成人につながる、③世界的な小児肥満増加の傾向、④生活習慣の確立は小児期にスタート、⑤小児期における血管の初期病変の存在、といったコンセンサスのもとに各種の取り組みが行われています。

「小児肥満・小児肥満症・メタボリックシンドローム」

これらはよく混同されがちですが、それぞれの定義には若干の違いがあります。小児肥満・体脂肪が異常に蓄積した状態（内臓脂肪・皮下脂肪は問わない）、合併する疾患の有無も問わない。小児肥満症・肥満に起因もしくは関連する健康障害を合併した状態（主に内臓脂肪が悪影響を与え、疾患単位として捉える。メタボリックシンドロームは明らかに健康障害は合併しない（明らかに高血圧や糖尿病の発症はない）もの

の、内臓脂肪蓄積により肥満症一歩手前の状態。つまり、メタボリックシンドロームは単純性肥満と肥満症の中間に位置することになります。

「遺伝要因・胎内環境」 そして「生活習慣」

【遺伝要因】小児期に肥満を呈する遺伝性疾患がいくつか知られています (Prader-Willi 症候群、Laurence-Moon-Bardet-Biedle 症候群など) が、典型的な疾患でなくとも肥満傾向が出現しやすい遺伝的素因が近年数多く明らかになってきました。遺伝子多型 (タンパク質のアミノ酸が一部異なる) より、エネルギー効率の良い、いわゆる「節約遺伝子型」の体質が存在することが明らかになりました。これらの遺伝子型・体質は、飢餓の時代には効率よくエネルギーを体に取り込み貯蔵することができるため、有益な方向に働いていたものと考えられますが、飽食の時代では過剰なエネルギー蓄積 (肥満) へと傾いてしまいます。日本人では特に「節約遺伝子型」の体質の人が多く、脂肪代謝に関与するPPAR γ 遺伝子では98%が節約遺伝子型であると云われています。

【胎内環境】一時期、「小さく産んで、大きく育てる」という台詞がもてはやされたことがありますが、近年その弊害が示唆されています。Baker等は疫学調査に基づき、母胎内環境が悪いと成人後の脳血管障害出現のリスクが高くなるとの仮説をたてました (Baker 仮説)。その後の研究から、母胎内で低栄養状態にさらされた赤ちゃんは、ステロイドホルモンや脂質代謝にかかわる遺伝子の発現を調節し、効率よく栄養を体内に蓄えようとするスイッチが入ることがわかりました (遺伝子変化を伴わない遺伝子発現調節…エピ変異, epigenetic modification と呼ばれる調節機構)。このスイッチ

チは生まれた後も動き続け、効率よく栄養を蓄えようとする体質が永続します。出生後も飢餓状態であれば、それに耐えつる体質であることは理にかなっていませんが、生まれてみたらそこは飽食の世界なのです。この胎内環境と出生後環境とのギャップにより、肥満・メタボリックシンドローム・肥満症へと進展すると考えられています。今日ではこのような病態のことをDevelopmental Origins of Health and Diseasesの頭文字をとってDOHaDと呼んでいます。

【生活習慣「早寝・早起き・朝ごはん」】平成元年度生まれの富山県在住児を対象とした、大がかりなコホートスタディが行われ、生活習慣と小児肥満に関する縦断的評価が行われました(富山出生コホート研究、「富山スタディ」と呼ばれています)。3歳時および小学4年時の調査から、体重の過剰な増加(肥満化)は、①もともと肥満傾向の児のほうが肥満化しやすい、②3歳時の児の体格よりも両親の体格の影響が大きい、③朝食摂取、早寝、十分な睡眠は有意に肥満化のリスクが小さい、④有意差は認めなかったが「早起き」の方が肥満化のリスクは小さい、ことがわかりました。このことから小児の肥満予防のためには、①家族全体を対象とした対策、②早寝・早起き・朝ごはんの重要性が明らかにされました。

【小児肥満(症)の治療】

【小児の特徴】「子どもは大人のミニチュアではない」とはよく云われますが、肥満(症)治療においても成人とはいくつか異なった点があります。特徴としては、①成長・発達を妨げないこと、②肥満度の軽快に重点をおくこと(小児は身長が伸びるため、体重を保つことで肥満度は減少する)、③家庭の協力を重視すること、④指導内容がわかりやすいこと(これにより、本人・家族の協力が得られやすくなります)、が挙げられ

ます。治療介入自体は成人と同じく、①食事療法、②運動療法、③行動療法、④薬物療法を行っています。あくまでも、やはり治療には難渋することが多いのが実態です。

【小児のメタボリックシンドロームの早期発見への取り組み】

【小児期のメタボリックシンドロームの診断基準】成人とは一部数値等の違いがありますが、腹囲・血清脂質・血圧・空腹時血糖により診断していくことは一緒です。ただし小児の場合は身長・体格が年齢により大きく変化していくため、一律の腹囲80cmではなく、腹囲/身長比も考慮することになります。

第9回
12月25日

脳血管障害と

メタボリックシンドローム

神経内科副部長 志田 憲彦



ています。ただし、この診断基準をすべて覚えきるのは難しいと思われま。【小児期のメタボリックシンドロームを見逃さないために】メタボリックシンドロームを来している可能性の高いハイリスクの児を見逃さないためには、簡単に覚えらるる基準が必要です。比較的簡単に行える「腹囲・80cm以上・腹囲/身長比・0.5以上」と、インスリン抵抗性(インスリンの効きが悪くなる)の目安として「黒色表皮腫(過剰なインスリン分泌のため、首回りや腋の下が薄黒く変化してくる)の2点だけは覚えておいていただければと思います。

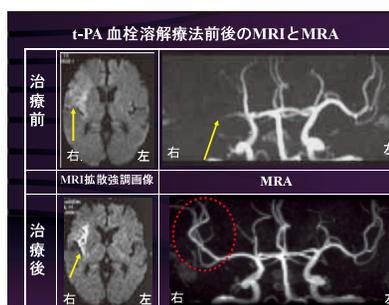
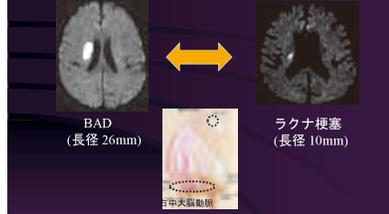
メタボリックシンドロームは肥満、脂質代謝異常、高血圧症、耐糖能異常等が含まれ、動脈硬化性疾患の危険性を高める複合型リスク症候群として注目されています。脂質代謝異常、高血圧症、糖尿病や耐糖能異常の各々が冠動脈疾患や脳血管障害の危険性を高めることは周知のことであり、肥満と脳血管障害の関連性も良く知られています。一方、メタボリックシンドロームと脳血管障害の直接的な関連については不明な点が多い中、2006年の米国 Framingham 研究において、メタボリックシンドロームと2型糖尿病を、脳血管障害のリスクファクターとして比較した試験が報告されています。その結果では糖尿病の前段階と位置づけられるメタボ

アスピン、Clopidogrel、Ticlopidine、Cilostazol)があります。当科では、抗血小板剤の投与前に血小板凝集能を行い、臨床症状にその結果をふまえた上で、それぞれの薬剤の特性を考え抗血小板剤の選択を行っています。また心原性脳梗塞の主要な原因は心房細動あるいは発作性心房細動であり、これらによる血栓としての心腔内に形成されるフィブリン主体の血栓に対する再発予防の薬剤がワーファリンです。当科で対象となるのは殆どがTIAや脳梗塞の既往のあるECS患者群であり、出血疾患などの危険事項や、禁忌事項が存在しない限りワーファリンをPT-INR 1.5~2.5を目標に投薬を行っています。

メタボリックシンドロームとの関連が示唆され、非心原性脳梗塞の1病型としてBranch atheromatous disease (BAD) という概念が提唱されています。Caplan (米国)が1989年に、ラクナ梗塞が1本の深部穿通枝末梢の病変による梗塞に対して、頭蓋内主幹動脈から分岐する深部穿通枝の入口部のアテローム硬化性病変による狭窄又は閉塞に起因する梗塞をBADと提唱しました。BADの特徴は①複数の深部穿通枝領域にまたがるため、梗塞巣のサイズがラクナ梗塞より大きく、そのため急性期の症状がラクナ梗塞に比較して高度になる傾向があります。②頭蓋内アテローム硬化が欧米人より強い日本人にはBADが比較的多く、メタボリックシンドロームとの関連性が考えられています。③脳梗塞急性期に治療抵抗性で進行性脳梗塞の経過をとることが多く、原因として深部穿通枝入口部から近位部にかけての血栓の進展により、進行性に分枝を閉塞し病巣が拡大する可能性が考えられています。BADの再発予防

は、非心原性脳梗塞でアテローム性動脈硬化が原因のため抗血小板療法であり、当科では血小板凝集能の結果をふまえ、場合により2種類の抗血小板療法による強力な治療を行うこともしばしばあります。最後に、発症3時間以内の超急性期脳梗塞に対する治療としてt-PA(組織プラスミノノーゲン)が、2005年10月からわが国でも承認、認可されており、t-PAは組織選択性が高く、血栓に存在するプラスミノノーゲンだけを血栓溶解作用を有するプラスミンに活性化させ、血管内の血栓を溶解することで血管再開通を来す薬剤です。しかし発症3時間を越えてのt-PAの投与では、神経細胞の虚血が進行し、血管が再開通しても脳細胞が不可逆的となつている可能性が高く、さらに3時間を超過して再開通した場合、血管再開通による出血性梗塞のリスクがより高くなること知られています。そのため発症3時間以内の超急性期脳梗塞が治療の対象となります。

大脳深部白質のBADとラクナ梗塞のMRI-DWI画像



実際のt-PAによる血栓溶解療法のポイントは、まず、投与に際して20項目の禁忌事項が存在することです。血栓溶解療法のため最近の出血性疾患や外傷を合併した例、手術直後の症例は禁忌にあてはまる可能性が高くなります。最近、さらに重大な注意事項として、胸部大動脈瘤、胸部大動脈解離に合併した超急性期脳梗塞

例が問題となっています。実際に全国で'07年7月までに10症例にt-PAが投与され、投与中または投与直後に全員死亡と報告されています。当科ではMRAで総頸動脈からの閉塞が確認された例にはその可能性を考え、t-PAの投与を控える方針としています。もう一つのt-PAを投与する際のポイントは、来院から投与開始までの時間です。来院に来院し診察、頭部CT、さらに緊急頭部MRI及びMRA撮影、同時に各種検査を施行し、それらの結果をもとにt-PAによる血栓溶解療法が可能かを検討、さらに患者、家族に説明、同意を得るため、来院からt-PA投与開始するまでに平均30~40分間を要します。そのため3時間以内にt-PAの投与を開始するためには、当院への来院は脳梗塞発症から可能な限り2時間以内であることが重要となります。

当院では'06年4名、'07年4名、'08年11月の時点で11名にt-PAの投与を行っており、対象症例の年々の増加を認めています。開業医の先生方からの脳卒中ホットラインによる紹介や、他の救急病院からのt-PA症例の依頼などが増加の一要因と考えております。今後も脳卒中・脳神経センターは、脳卒中ホットラインなどを活用した地域連携による開業医の先生方からの依頼に対応致したいと思っております。

37病棟CCCUの開設について

CCCUとは、Coronary Care Unit（冠動脈疾患管理室）の略で、主に急性心筋梗塞などの冠動脈疾患の重症患者を収容し、集中的に治療・看護を行う部門です。現実には、冠動脈疾患に限らず cardiac care unit（心疾患管理室）として心不全、不整脈、心筋炎、急性大動脈解離、急性肺血栓塞栓症などもその対象疾患となります。今まで38病棟にて運用していましたが、今回新たに37病棟に移転・改修し、十分なスペースと充実したスタッフ、設備の拡充により、さらに高度の治療・看護が可能になりました。CCCUは4床でCCU当直医1名、拘束医2名、看護体制は15名で3交代勤務・常時2・1の看護要員を配置しています。12月1日より運用を開始していますが、CCCU入室数は12月1ヶ月間で27名（急性冠症候群8例、心不全7例、冠動脈バイパス術後5例、胸部大動脈瘤切迫破裂1例、肺動脈塞栓症1例、心室頻拍1例、その他4例）で、1日平均稼働数は3床でした。循環器系疾患は救急疾患が多く（当科の平成19年度救急患者数は531人でこのうち341人は救急車搬送によるものでした）、全入院患者の半数以上が緊急入院患者です。またH15年から運用しているCCUホットラインによる入院もH19年度は105名で、数多くの「かかりつけ医」および救急隊と連携し、緊急を要する循環器疾患患者を早期に収容し確実に治療を行っています。「紹介症例は断らない」という原則でスタッフ全員が24時間態勢で頑張っておりますので緊急を要する循環器疾患患者の紹介、お問い合わせなどお気軽にご連絡ください。



CCCUホットライン

080-266610-6661

地域医療連携室の業務紹介について

地域医療連携課 課長 村田 芳和

新年 あけましておめでとうございます。

平素から、当院の地域医療連携にかかる事業運営に対しまして、格別のご支援・ご高配を賜り、厚く御礼申し上げます。

今回、本号誌面を頂き、私たち地域医療連携室の業務内容と担当者紹介をさせていただくこととしました。

当院・地域医療連携室は平成9年11月に設置され、本年度で12年目となります。

当時の医療背景としては、国の施策が自己完結型医療から地域完結型医療へ転換されていく時期であり、当院が松山医療圏の中で、急性期医療を担当するべく、機能分担を鮮明にした医療連携を強化していくために設置された部署でした。

以来、当院が松山医療圏での地域連携の中心的役割を果たしていく過程で、平成17年5月に『地域医療支援病院』の承認を受け、さらには平成19年1月には『地域がん診療連携拠点病院』に指定されたものであります。



当院の地域医療連携室は、病院長を連携室長とし、副院長・事務副部長・看護副部長の3名がそれを支える副室長として、運営されています。

また、我々連携室員が業務を実践する上で、基本となる当院の医療連携方針の立案や検証は、医師10名・看護師4名・事務6名で構成される『地域医療連携室運営委員会』で行われています。



地域医療連携室には、現在、看護師3名・MSW2名・事務職員8名の計13名が勤務しており、これに各病棟に兼務配置されている療養支援ナース13名を加えると、総勢26名が連携関連業務に携わっております。



地域医療連携室の業務を大別すると、①紹介患者受付業務、②転退院調整業務、③療養支援業務、④医療相談業務、⑤連携推進業務、⑥連携データ管理業務等に分かれます。

各担当者は、こうした自分たちの業務を通じ、地域医療支援病院である当院が、今何を求められているのか、地域がひとつになった連携の将来像とはどういうものなのか、そういったことを視野に入れ、きめ細やかで信頼される医療連携に努めております。

①【紹介患者受付業務】

連携先の先生方からのFAX紹介患者の受診受付や予約・診療情報の返信等を行っており、迅速で丁寧な対応を心がけております。

また、昨年11月からは紹介状持参患者の窓口受付も連携室業務となり、一層の連携業務の集約化を図っております。



②【転退院調整業務】

転・退院する患者には『愛PLA net システム』も活用して、安心できる施設を迅速に紹介します。

また、新たな急性期患者には、必要とされる時期に入院治療が提供できるよう、効率的なベッド調整に努めております。



③【療養支援業務】

一人ひとりの患者・家族が『その人らしく、いきいきと生活できる療養生活の実現』を目指して、きめ細やかな療養支援を実践しております。

療養支援ナースを全病棟に配置したことにより、対応患者数も飛躍的に増加しました。



④【医療相談業務】

プライバシーを配慮したうえで、「がん」をはじめ様々な病気や障害に関する不安や入院中の療養生活や退院後の生活への問題解決のお手伝いをしております。

また、医療費・福祉・介護サービスなど、広範囲な相談にも対応しております。



⑤【連携推進業務】

地域医療支援病院として、医療連携の大切さを理解していただくために、様々なイベント開催を通じて、地域への情報発信を行っております。

連携室報の発行やイブニングセミナー、連携室（登録医）懇談会、住民向けの連携フォーラム、看護・介護合同研修会の開催等、その実践は多岐に亘ります。

また、地元医師会や地域の代表等、過半数の外部委員で構成する『地域医療推進委員会』を定期的に開催し、地域住民の意見を反映させた信頼性の高い連携医療に取り組んでいます。



⑥【連携データ管理業務】

平成20年5月に『オーダリング・文書管理システム』を導入し、データ入力効率化と多角的なデータ加工が可能になりました。

連携に関する各種会議において、精度の高い資料を迅速に提供できるよう努めております。



文字どおり『連携の窓口』にいる私たちは、日々の業務を誠心誠意、実践していく中で、医療連携の更なる形を考えていこうとしています。当院との医療連携にご支援を頂いている諸先生方に、本年も一層のご理解・ご協力をお願い申し上げます、新年のご挨拶といたします。

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/

H21.1.1現在

診療科目	月	火	水	木	金			
内科	総合内科	横田英介 説間隆博	藤崎智明 説間	藤崎 中西英元	横田 説間	岡田 徳山		
	※(木曜日)横田副院長不在時は、総合内科にて牟田が診察いたします。							
	糖尿病	岡田貴典 和泉賢一	近藤しおり	岡田 近藤	和泉 近藤	和泉		
	高血圧		福岡富和	福岡		福岡		
	血液	藤崎	牟田毅	徳山貴人	藤崎	牟田		
	糖尿病教室	毎週水・金曜日 10:00~12:00 (岡田・近藤・和泉)						
肝胆膵センター	午前	上甲康二 大野芳敬 武智俊治	上甲 小林雄一 渡辺崇夫	竹下英次 武智	小林 竹下	上甲 竹下 大野		
	午後	武智 (予約緊急のみ)	上甲 小林 渡辺	検査 (緊急のみ)	検査 (緊急のみ)	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 松本由華	藏原 船田	米湊 石橋	藏原 川崎	小林 藏原
		午後	新患 予約	石橋英樹 堺勇二	松本 堺	担当医 米湊	船田 小林	川崎 船田
	検査	午前	内視鏡 検査	藏原晃一 堺 米湊 健 石橋 川崎啓祐	小林 米湊 川崎 石橋	小林 藏原 船田 松本	小林 米湊 船田 松本	堺 米湊 石橋 船田 川崎
		午後	透視検査	船田摩央	松本	川崎	石橋	松本
	部門	午後	内視鏡 検査	藏原 小林 米湊 船田 川崎 松本	小林 藏原 石橋 船田 川崎	藏原 米湊 石橋 川崎 松本	小林 藏原 米湊 石橋 松本	
		特殊検査・治療	特殊検査	内視鏡治療		特殊検査	内視鏡治療	
	※院長外来：別枠で火・金曜日の午前に診察いたします。 ※内視鏡検査：【午前】上部消化管およびS状結腸内視鏡検査 【午後】全大腸内視鏡検査および特殊検査・治療							
	循環器センター	循環器	新患 予約	高橋 優 松本健吾 堀本拓伸	久保俊彦 芦原俊昭 古賀純一郎	堺 浩二 芦原 久保 堺 浩二	松本 高橋 松坂英徳	
		心外		梅末正芳	松井完治			
	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 (再診のみ)	
呼吸器外科 検査・手術			山本昭彦 手術	富安真紀子 気管支ファイバー	山本 手術	横山秀樹 気管支ファイバー		
※呼吸器科：紹介状をお持ちの患者のみ診察いたします。(月・水・木)。								
腎センター		原田篤実 上村太郎	原田 江里口雅裕	原田	上村	江里口		
脳卒中・脳神経センター	神経内科	山下順章 志田憲彦	山下 志田	山下 志田	山下 志田	山下 志田		
	脳神経外科	品川勝弘 石井大造	武智昭彦	曾我部貴士 石井	品川	曾我部 武智		
小児科	午前	小谷信行 上田晃三	雀部 誠 須賀久美子	小谷 西崎真理	近藤 片岡京子	小谷 高岩正典		
	午後	神経 循環器	眞庭 聡 馬場健児	眞庭 馬場	眞庭	中野 馬場		
産婦人科	午前	大下裕子 高木香津子 妹尾大作	弓 削 本田直利	大下 本田 妹尾	東 條 横山幹文	横山 高木 本田		
	午後	弓削乃利人 東條伸平 妹尾 手術	弓削 妹尾 手術	大下 弓削 妹尾 手術	東 條 手術	横山 高木 本田 手術		

診療科目	月	火	水	木	金	
外科	午前	乳 腺	井上博道 山岡輝年 (再診) 郡谷篤史 (新患)	井上		井上
		血 管			山岡 (新患のみ)	
	午後	小児外科	野口伸一	野口		野口
				ストマ外来	外来手術	
※(鼠径)…鼠径ヘルニア専門						
整形外科		中城二郎 野田正徳 高沢皓文	山本 進(手) 野田慎之(脊) 住吉範彦	山本 大前博路 高 沢	中城(股) 安本(膝) 白石勝範	野田 大前(肩) 新本誠一郎
	※(手):手の外科、(股):股関節外科、(脊):脊椎外科、(膝):膝関節外科、(肩):肩関節外科					
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	山田一人 水 木	手 術	山 田 水 木	山 田
	内科	午前 午後	定永敦司 横田英介 定 永	定 永	定 永	横 田 定 永
泌尿器科	午前	藤井元廣 田丁貴俊	藤井 田丁 矢野 明 尾澤 彰	藤井 宮本克利 尾 澤	藤井 田丁 矢 野	矢野 尾 澤
	午後		予約検査		予約検査	第1・3 ストマ外来
※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	有友 宏 藤田健介 上田哲平	篠森裕介 藤 田 上 田		篠 森 上 田 有 友	
	午後	手 術	検査(透視)	手 術	検査(透視)	手 術
※水曜日・金曜日の診療はありません。						
眼 科	午前	児玉俊夫 野口 毅 依光明生	別所建一郎 野 口	野田恵理子 石川明邦 鄭 暁東	児 玉 依 光	別 所 石 川 鄭
	午後	児 玉 野 口 依 光	手 術	野 田 石 川 鄭	手 術	別 所 石 川 鄭
※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	
形成外科		庄野佳孝	庄 野	手 術	庄 野	庄 野
麻酔科		安部俊吾		津野信輔		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	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
	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係る診療受付時間(土曜・日曜・祝祭日を除く)

○午後3時まで受付可能な診療科(毎日)

内 科	脳神経外科	循環器科	歯科口腔外科
消化器科	小児科	心臓血管外科	
外科(血管外科除く)	放射線科	腎臓内科	

○午後3時まで受付可能な診療科(曜日限定)

整形外科	・火・木・	泌尿器科	・火・木・
耳鼻咽喉科	月火・木・	リウマチ科	月火・木金
眼 科	月・水・金	呼吸器外科	・火・木金
皮膚科	月火・木金	小児外科	月・水・金

○午前11時までの診療科

産婦人科	神経内科	形成外科
麻酔科	呼吸器科(月・水・木)	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。

お知らせ

松山赤十字病院登録医制度について

平成21年1月1日現在、当院の登録施設は362、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。
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)

診療予約制導入科

全 科
注) 小児科および産婦人科のみ、初診患者も予約制となっておりますので、外来までご連絡ください。ただし、予約受付時間は次のとおりです。
※新患受付時間 午後2時~4時まで
・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)がお書き下さる「紹介状」です。この紹介状によって患者は、よりスムーズに当院での検査や入院治療を受けることができます。
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。