

Japanese Red Cross Matsuyama Hospital

地域医療連携室報

2026.1

102

基本理念

『人道』の赤十字精神に基づき、地域医療に貢献します。

基本方針

- 1 安全文化
安全な医療を最優先とし、医療の質向上に努めます。
- 2 地域連携
高度な急性期医療を実践し、地域の連携に努めます。
- 3 災害医療
災害医療に対応し、国際活動への貢献に努めます。
- 4 人材育成
職場環境を整備し、人材の確保と育成に努めます。
- 5 健全経営
安定した経営基盤を構築し、健全化に努めます。



年頭挨拶



院長 西崎 隆

新年明けましておめでとうございます。日頃より、皆様には当院の運営にご協力いただき心より感謝申し上げます。今年で松山赤十字病院は創立113周年を迎えます。ひとえに皆様のご支援の賜と深く感謝申し上げます。

今、広く世界を見渡すと、ウクライナ戦争が3年、パレスチナ自治区ガザ地区での紛争も2年を超えました。多くの方々が犠牲になっており、一刻も早い平和的解決を望むばかりです。加えて、私たちは、地球温暖化、AIの進化、米中2大国による地政学的变化といった人類史上、嘗てないほどの急激な変化の時代に突入しました。

一方、わが国では少子高齢化のため社会を支える生産年齢人口は2040年までに約1,000万人も減少し、一方、医療と介護を必要とする高齢者は増え続け2040年にピークを迎えます。この「2040年問題」を医療介護の分野では「少子高齢化の最終局面」「本格的な危機」と位置づけています。それは「医療従事者不足」と「社会保険料収入減(財源不足)」による地域医療と地域社会の同時崩壊のリスクを抱えているからです。「2040年問題」に対応するため、病院は効率化と機能分化が必須です。当院には、医療DX(デジタル化)と高度な急性期医療へのさらなる特化を求められます。

当院では昨年の電子カルテ更新を機に、本年は医療DXをさらに推進していきます。電子カルテの音声入力による作業効率化、職員用スマホのチャット機能による職員間の連携強化、患者さん用アプリによる受付業務の簡便化、ロボットによるプロセスの自動化(RPA)をさらにすすめ、AIを用いた退院サマリー作成ツールを本年早期に導入します。これらIT技術で業務の効率化とともに、地域に活力を与えてまいります。

当院からの患者さん逆紹介に日頃よりご協力いただき、心より感謝申し上げます。症状の安定した再来患者さんが、外来に集中しますと、患者さん自身の待ち時間が長いだけでなく、当院に求められる専門治療にも支障が出ます。先生方との連携を一層強化し「地域と当院の2人主治医体制」をさらに進めますので、引き続きご協力お願ひいたします。また、人生の最終段階で何を大切にしたいかを家族、友人など信頼できる人と共有する「アドバンス・ケア・プランニング(ACP)」も推進します。ACPにより人生の最終段階で自分が望む治療やケアを受けられる可能性が高くなり、いざというときの家族の心理的負担も軽減することができるからです。

2026年が皆様にとりまして幸多き一年となりますことを心よりお祈り申し上げます。本年もよろしくお願ひいたします。

専門外来のご紹介



この度、令和7年4月1日
付けで整形外科に配属とな
りました。金光宗一と申します。
出身は広島です。佐賀大

学を平成22年に卒業し、広島大学病院にて初期研修を行っております。平成24年に広島大学整形外科に入局し、松山赤十字病院で2年間、後期研修医として勤務しております。その後は庄原赤十字病院で勤務し、広島大学大学院に進学しております。大学院時代にはアメリカ、ニューヨークにあります、Hospital for Special Surgeryに1年間の留学を経験させて頂きました。大学院卒業後は松山市民病院、安芸太田病院での勤務を経て、この度、約10年ぶりに松山赤十字病院の勤務となりました。

私は整形外科医の中でも、特に「足の外科」領域を専門としております。足の構造は非常に複雑で、全身のバランスを支える極めて精密な役割を担っています。足の外科が扱う疾患は多岐にわたります。代表的なものとして、変形性足関節症、外反母趾、扁平足障害、距骨骨軟骨損傷、足関節外側靭帯損傷、三角骨障害、腓骨筋腱脱臼、足底腱膜炎などさまざま

第三整形外科副部長 金光 宗一

まなものがあります。これらの疾患に対し、単に痛みを取るだけでなく、「機能の再建」と「歩行の質」を重視した診療を心掛けております。治療の選択にあたっては、社会的背景や生活スタイルを考慮して最適な治療を選択することを第一に考えています。保存療法としては足底板処方やエコーガイド下の注射、生活指導などを中心に行っております。手術治療におきましては、外反母趾矯正術や関節鏡下靭帯縫合、関節鏡下足関節固定術、骨切り術、人工足関節置換術などそれぞれ症例に応じて術式を選択しております。

地域医療の発展に再び寄与できることに大きな喜びを感じております。足の外科領域でお困りになることがありましたら、ご紹介頂けましたら幸いです。私はまだまだ若輩者であり、未熟な点も多々あるかと存じますが、これまでの経験を活かし、日々邁進してまいる所存です。地域の先生方やスタッフの皆様と緊密に連携を取りながら、最善の医療を提供できるよう努めてまいります。

何卒、ご指導、ご鞭撻のほどよろしくお願い申し上げます。

外来診察日のご案内

診察日:毎週 月・金曜日

事前のFAX予約をお願いいたします。



FAX (089)926-9547 (24時間受付)





日赤イブニングセミナー

◇◇◇◇◇◇◇◇◇◇◇◇◇◇◇◇◇ 第1回 6月12日 ◇◇◇◇◇◇◇◇◇◇◇◇◇◇◇◇

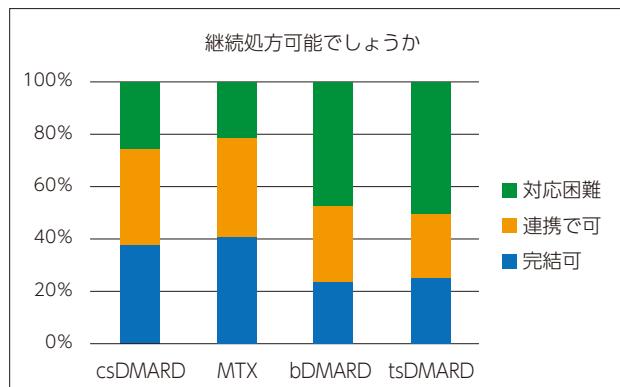
関節リウマチ診療と病診連携

第一リウマチ科部長 水木 伸一

当センターは1980年に山本純己初代センター長により開設され、トータルマネージメントの基本理念に基づき診療を行っている。関節リウマチ(RA)は全身性炎症性疾患であるため、各診療科との協力関係が必要で、リウマチ膠原病センターが総合病院内に存在する所以である。急性期病院は、原病の悪化や合併症、機能障害や骨折などの手術のために入院を受け入れる役割を担っている。その責務を果たすには外来診療をスリム化し、一人の患者を病診で連携して診ていくことが必要である。

当センターへ通院中のRA患者は1,643人で、70歳以上が57%を占め、超高齢化社会を反映している。疾患活動性評価で寛解と判定される患者は65%で、抗リウマチ剤治療で寛解を維持できている患者が逆紹介をお願いする対象となる。

地域医療連携室から行ったアンケート調査で従来型合成抗リウマチ剤(csDMARD) やメトトレキサート(MTX) の継続処方について、70%以上の施設が可能であるとの回答をいただいた。一方で生物学的(b) / 分子標的合成抗リウマチ剤(tsDMARD) では50%と少なくなるが、多くの施設が逆紹介に前向きであることはうれしい結果であった。





関節リウマチ診療と病診連携

第二リウマチ科部長 児玉 華子

＜RA診療と病診連携＞

いつも多関節痛や手のこわばり、抗体陽性や身体所見か
患者さんのご紹介をいただき、
おります。誠にありがとうございます。

関節リウマチ(RA)の治療は、ここ20数年で著しく進歩しました。

Phase I : RAと診断されたら、著明な腎機能低下や肺疾患、活動性感染症、また挙児希望などの禁忌がない限り、まずはメトトレキサート(MTX)が第一選択です。MTXが十分使えないことは、治療困難RA(D2TRA)の予測因子であり、また予後不良因子(炎症高値、RFやCCP抗体高値、早期からの骨びらん)があれば、より積極的な治療介入が必要です。MTX以外の経口抗リウマチ薬(csDMARD)を選択することもありますが、基本的にはスピード感をもって寛解を目指すことが重要です。グルココルチコイド(ステロイド)やNSAIDsは対症療法にすぎず、骨破壊を抑えることはできず、むしろ長期合併症(感染症、骨粗鬆症、動脈硬化、緑内障や白内障、組織脆弱化など)の多いステロイドはなるべく使用しない、使用するとしても非経口投与(関注や筋注等)でのBridging(橋渡し) therapyと考えます。Phase I で寛解に至らなければ、躊躇なくPhase IIへ進みます。

Phase II：生物学的製剤(bDMARD)やJAK阻害薬(tsDMARD)が選択されます。RA診療アルゴリズム2024では、長期的安全性や経済的な観点から生物学的製剤が優先されますが、症例によってはリスク評価の上JAK阻害薬がfirstとなることもあります。Phase II でもうまくいかない場合は、Phase IIIに進み、薬剤変更を考えます。

わたしたちは、患者さん一人一人の身体診察所見、臓器合併症、背景を考え、訴えに耳を傾け、治療を

選択します。免疫抑制をかけることでの感染リスクや新たな悪性腫瘍(特に医原性免疫不全関連リンパ腫など)合併の可能性などにも注意します。RAでは破骨細胞亢進から、一般の方よりも骨粗鬆症が進行しやすいですから、その評価や予防も気にかけています。

わたしたちは、RAによる痛みを抑えること(臨床的寛解)のみならず、骨びらん・関節の変形を抑制し(構造的寛解)、その先の機能障害を起こさせないこと(機能的寛解)、そして一般の方と同様の生活ができるすることを目標としています。

深い深い寛解に至り、安定した状態が保てるようになり、毎回同治療継続、となった際には、地域の先生方に経過観察と加療継続をお願いすることもあるうかと思います。そのときにはどうかお力お貸しいただければと存じます。とはいえ、何か少しでも心配なことがあった際には、いつでも電話一本いただければ、わたしたちは誠心誠意で対応させていただきます。今後とも何卒よろしくお願ひいたします。





循環型糖尿病診療連携の最近の動向

糖尿病・内分泌内科部長 近藤 しおり



2型糖尿病診療における病診連携は、循環型すなわち基幹病院専門医とかかりつけ医の双方向性が特徴といえます。糖尿病は生涯にわたって治療が必要であるため、かかりつけ医の先生方の果たされる役割はとても重要です。この10年ほど2型糖尿病の薬物療法の目覚ましい進歩により重症低血糖を起こさず、良好な血糖マネジメントを長く維持できるようになってきました。それにより糖尿病病診連携も一段とすみました。糖尿病の治療目標は、図1に示すように糖尿病のない人と変わらない寿命とQOLです。図2に2型糖尿病薬の変遷を示します。インクレチンやSGLT2阻害薬の登場により、肥満2型糖尿病の血糖マネジメントもうまくいくことが多くなりました。インスリン製剤



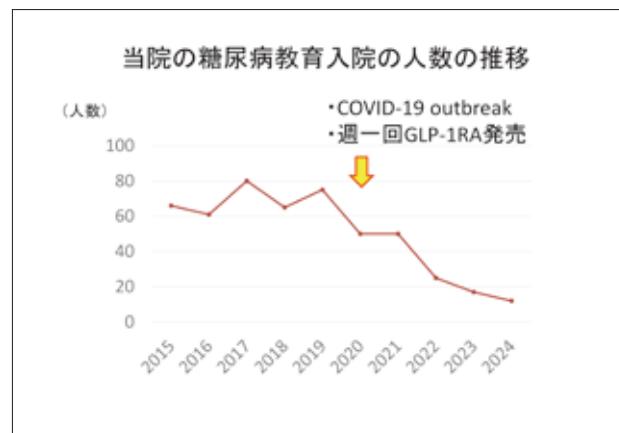
1

- ・ 1922年 インスリン注射製剤
 - ・ 1961年 メトホルミン
 - ・ 1971年 グリベンクラミド(オイグルコン®SU薬)
 - ・ 1984年 グリクリラジド(グリミクロン® SU薬)
 - ・ 1993年 α -GI(ペインス®)
 - ・ **1995年 メトホルミン復権**
 - ・ 1999年 ビオグリタゾン(アクトス®)、グリニド
 - ・ 2000年 グリメビドリド(アマリール® SU薬)
 - ・ 2007年 メタボリック症候群
 - ・ 2009年 DPP-4阻害薬
 - ・ 2010年 GLP-1受容体作動薬
 - ・ 2014年 SGLT2阻害薬
 - ・ 2020年 週1回GLP-1受容体作動薬セマツ
 - ・ 2021年 イメグリミン(ツイミーグ®)
 - ・ 2023年 GIP/GLP-1受容体作動薬チルセ



2

の進化や持続血糖モニタリングの普及もあり、インスリン治療もずっと身近になりました。その結果、入院までしなくても外来治療で比較的容易に血糖マネジメントがうまくいくようになりました。2020年からのコロナ禍も重なって最近尿病教育入院は減っています(図3)。糖尿病の初回治療時は、外来糖尿病教室や個人栄養相談で患者さんに基礎知識を習得していただきます。半年ほど月一回当科外来に来ていただき、ちょうど教室が終了するころには血糖値も改善していますので、逆紹介させていただき糖尿病診療連携を開始します(図4)。かかりつけ医と糖尿病専門外来の連携により、合併症や併存症の早期発見早期治療も可能になり、ひいては患者さんの幸せが実現することになります。



3



4



脳卒中診療における病診連携の重要性

第一脳神経外科部長 渡邊 陽祐

脳卒中とは脳梗塞、脳出血、
くも膜下出血と大きく分けて
3つの疾患のことをいい、日

本人の死因4位、介護が必要となる原因2位となっています。要介護4と5に限れば脳卒中の割合が最も多く、非常に怖い印象があると思います。脳卒中は軽微な症状でも発症するため、些細な兆候でも見逃さず早期に脳卒中を専門とする病院を受診する必要があります。早期に治療すれば無症状に回復する方が多い一方、脳卒中になってしまふと長期的には約半数の方が再発する危険性があり、かかりつけ医での予防も大切です。このように、より良い脳卒中診療には基幹病院とかかりつけ医の連携が極めて重要です。

近年、脳卒中の治療はどんどん進化しています。最も多い脳梗塞は動脈硬化や不整脈などが原因で脳の血管が詰まる病気です。詰まった血栓をカテーテルを用いて除去する血栓回収療法が非常に有効で、発症4時間以内に再開通できれば8割以上の人があ自宅退院できると報告されています。脳出血は高血圧などが原因で細い動脈が破裂し脳実質内に出血する病気です。内視鏡を用いて血腫を除去する神経内視鏡手術は低侵襲で従来の開頭血腫除去術と同様の成果を得ることができます。くも膜下出血は主に脳動脈瘤の破裂によりくも膜下腔に出血する病気です。脳動脈瘤に対して脳動脈瘤クリッピング術、脳動脈瘤塞栓術に加え、術後治療の進化でさらにより良い結果となっています。

それでもやはり予防に優る治療はありません。日本脳卒中協会が作成した脳卒中予防十ヶ条2025(図1)を参考にかかりつけ医と共に治療するのが安心です。この十ヶ条は2025年6月に改定され、これまで第5条が「アルコール控えめは薬過ぎれば毒」から「飲むならばなるべく少なくアルコール」と変更となったことが注目すべき点です。脳卒中を発症してしまった後は脳卒中克服十ヶ条(図2)の如く

治療とリハビリテーションの継続が重要です。我々は急性期治療、かかりつけ医は再発予防で頼りにして下さい。

最後に当院脳神経外科の紹介をさせて頂きます。脳疾患の救急に対して、365日、24時間対応しています。脳卒中に対する緊急治療だけでなく、未破裂脳動脈瘤治療に対するフローダイバーター留置術、脳腫瘍に対する手術・放射線治療・化学療法、三叉神経痛や顔面痙攣に対する微小血管減圧術、正常圧水頭症に対する腰椎腹腔短絡術など、幅広く、安全・確実な治療を行っております。

地域の皆様に貢献できるよう、また患者さんとご家族に寄り添った治療を行うようにベストを尽くして参ります。引き続き宜しくお願ひします。

脳卒中予防十ヶ条2025 (6月に改訂)	
第1条	手始めに 高血圧から 治しましょう
第2条	糖尿病 放っておいたら 悔い残る
第3条	不整脈 見つかり次第 すぐ治療
第4条	予防には たばこを止める 意思を持て
第5条	飲むならば なるべく少なく アルコール
第6条	高すぎる コレステロールも 見逃すな
第7条	お食事の 塩分・脂肪 控えめに
第8条	体力に 合った運動 続けよう
第9条	万病の 引き金になる 太りすぎ
第10条	脳卒中 起きたらすぐに 病院へ

1

脳卒中克服十ヶ条	
1	生活習慣
2	学ぶ
3	服薬
4	かかりつけ医
5	肺炎
6	リハビリテーション
7	社会参加
8	後遺症
9	社会福祉制度
10	再発時対応

2



肝胆膵外科領域におけるロボット手術導入～低侵襲化の加速～

第二外科部長 皆川 亮介

肝胆脾外科領域の手術は、消化器外科手術の中でも特に難易度が高いことが知られて

おり、病院選びには症例数の多さが一つの目安となります。日本肝胆膵外科学会では、“専門医が在籍し1年間に高難度肝胆膵外科手術を50例以上行っている施設を修練施設(A)、30例以上行っている施設を修練施設(B)”としており、当院は2008年に四国で最初の修練施設(A)となりました。肝胆膵外科領域の良性・悪性疾患に対し、3人のスタッフで多くの手術を行っております。

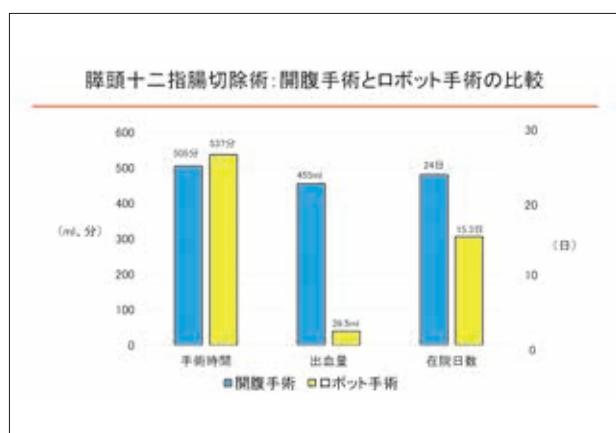
低侵襲手術は1985年にドイツの外科医エーリッヒ・ミューエが世界初の腹腔鏡下胆囊摘出術を報告し、当時は“simple and easy caseに対する手術である”とされていたものの、手術器材や画像技術の発展、外科医たちの経験が蓄積されるにつれ爆発的に普及し、今では良性疾患のみならず多くの悪性腫瘍も低侵襲手術で行われています。外科領域では胆囊摘出術や虫垂切除術、胃がんや大腸がん手術で早くから普及しましたが、肝胆膵外科領域では手術難易度の高さや、過去に報告された死亡事故などを背景に、導入と普及は比較的緩徐でした。しかし近年、学会主導による厳格な適応基準、術者認定制度、手技の標準化が進み、安全性と根治性が担保された腹腔鏡下手術が着実に広まり、現在では悪性疾患に対しても多くの症例で腹腔鏡下手術が行われるようになっています。これは外科医療における大きなイノベーションと言えます。

さらに近年、ロボット支援手術の導入により、肝胆膵外科手術は新たな段階を迎えています。当科では2024年よりロボット手術を導入し、2025年末までに肝切除術64例、膵切除術57例、先天性胆管拡張症手術1例を経験しました。多関節鉗子による高い操作性、安定した3D視野、手振れのない精緻な操作により、これまで以上に正確で纖細な手術が

可能となり、合併症の減少と安全性の向上を実感しています。肝切除、脾切除とも瞬く間に腹腔鏡手術からロボット手術へと切り替わってきています。

特に低侵襲化のハードルが高かった脾頭十二指腸切除術においては、腹腔鏡では困難であった脾管の吻合(2-3mm程度)がロボットでは非常にやりやすくなり、また正確にできることから術後合併症が明らかに減少しロボット手術の優越性を強く感じています。侵襲を抑えつつ根治性を追求できる点は、患者さんにとっても大きな恩恵であり、術後回復の早さにもつながっています。

今後も当科では、安全性を最優先に、腹腔鏡手術・ロボット手術を適切に使い分けながら、地域の先生方と連携し、質の高い肝胆膵外科医療を提供してまいります。肝胆膵疾患でお困りの症例がございましたら、どうぞお気軽にご相談ください。





周術期口腔ケアと病診連携

歯科・口腔外科部長 寺門 永顯

口腔ケアは口の中の清潔を保つだけでなく、誤嚥性肺炎

の予防や摂食・嚥下機能の回復、向上など、病院における看護、介護など医療現場での必要性が広く知れ渡るようになってきました。最近では、周術期(手術前後の一連の期間や、抗がん剤治療、放射線治療など、がん治療に関わる期間)における口腔ケアの重要性を示すデータが多く報告されるようになりました。

手術に関わる周術期口腔ケアは、手術のために行われる麻酔(全身麻酔で行われる気管挿管)での歯の損傷予防や術後の誤嚥性肺炎など合併症の軽減を目的として行われます。一方、がん化学療法や放射線治療での周術期口腔ケアは、治療で現れる口腔内有害事象(広範囲に現れる口内炎やカンジダ、ウィルス感染などの感染症の悪化、口腔乾燥や味覚障害など)を軽減することで治療を最後まで受けていただくことが可能になり、ひいては治療成績が向上する。また、治療中のQuality of Lifeを維持することでできるだけ安楽に治療を受けていただくこと、などを目的として行われます。

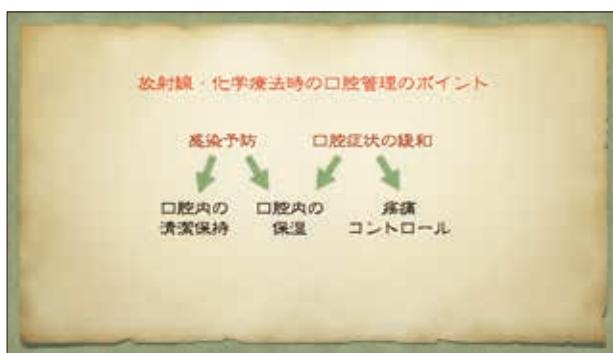
手術前の口腔ケアは、一般的に行われる歯科治療と概ね同じ内容ですが、とくに気管挿管時に歯の破折や脱臼、脱落などのトラブルが起こることがあります。

動搖歯がある場合はマウスピースの作製などで歯を保護する必要があります。

がん化学療法や放射線治療で行われる口腔ケアは、患者の免疫応答の低下や重篤な口腔内有害事象に合わせた対応が必要で、主に口腔内の「保清」「保湿」「疼痛管理」がポイントになります。頭頸部領域での放射線治療では90%程度に口内炎などの有害事象が出現して経口摂取が困難になることがあり、抗炎症作用のあるアズレン系の含嗽剤にグリセリンやキシロカインを配合して、口内炎の症状を軽減させ、治療が完遂できるようサポートしています。

これらに加えて最近では、癌の骨転移抑制や大腿骨骨折手術後の二次性骨折予防の目的で使用される骨吸収抑制薬に関連した顎骨壊死の発症も問題となっています。骨吸収抑制薬関連顎骨壊死は予防することはできず、患者の年齢や身体的な状況、予後などに応じた対応が求められますが、手術等の適切な処置を行えば治癒を得られることもはっきりしてきました。

上記のように周術期に行われる口腔管理には様々なものがありますが、当科では院内の他診療科との連携だけでなく、手術前の口腔ケアの一部を地域の歯科医院に担っていただくような地域との連携を推進する取り組みも行っています。





乳腺診療と病診連携

乳腺外科部長 西山 加那子



2025年11月20日のイブ
ニングセミナーにおいて「乳
腺診療と病診連携」をテーマに講演させて頂きました。乳癌は日本人女性の9人に1人が罹患するとされ、罹患数は増加傾向にあります。早期に発見し適切な治療につなげることで良好な予後が期待できる疾患です。そのため、乳癌診療においては、専門医療機関と地域医療機関が連携し、切れ目のない診療体制を構築することが重要です。

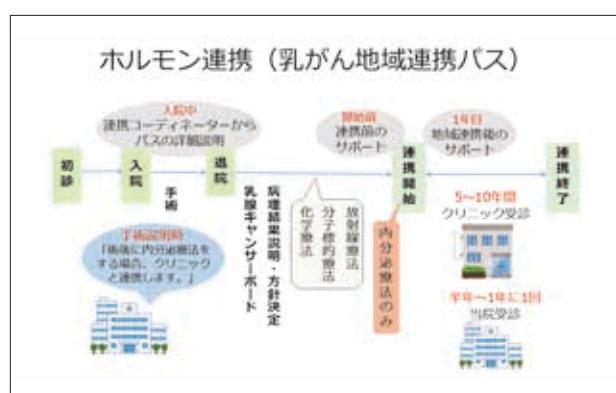
当科では、乳腺疾患全般を対象に、精密検査、手術、薬物療法、放射線治療まで一貫した診療を行っています。近年の乳癌治療は、腫瘍の生物学的特性(サブタイプ)に基づく個別化が進んでおり、治療方針決定や周術期治療は専門施設が担う一方で、術後の長期フォローや内分泌療法の継続については、地域の先生方と役割分担を行うことが、患者さんの通院負担軽減や治療継続の面で大きな意義を持ちます。

当院では、地域連携パスとしてホルモン療法連携を運用しています。手術や初期治療を当院で行った後、内分泌療法の継続や定期的な経過観察を地域の医療機関で担っていただき、必要時には速やかに再紹介いただく体制を整えています。副作用への対応や治療継続に関する不安についても、情報共有を行

いながら協力して診療を進めることで、患者さんが安心して治療を続けられる環境づくりを目指しています。

講演後半では、乳癌の早期発見における「プレスト・アウェアネス」の重要性についてお話ししました。マンモグラフィ検診は有効な手段ですが、受診率は十分とは言えず、また乳房の状態によっては画像検査のみでは病変が捉えにくい場合もあります。プレスト・アウェアネスとは、自己触診を義務づけるものではなく、日常生活の中で自分の乳房の状態を意識し、しこりや皮膚の変化、左右差などに気づいた際に、早めに医療機関を受診する行動を促す考え方です。

地域の診療所やクリニックは、患者さんにとって最も身近な医療の窓口です。日常診療の中で、ぜひ患者さんに対してブレスト・アウェアネスの考え方をお伝えいただき、「気になる変化があれば早めに相談する」行動につなげていただければと思います。当院としても、先生方と連携しながら、地域全体で乳癌の早期発見と継続的な診療体制の構築に取り組んでまいります。今後ともよろしくお願ひ申し上げます。





『胃と腸』賞を受賞して

第二消化管内科部長 池上 幸治

今回、2024年『胃と腸』賞という大変栄誉ある賞を受賞することができました。『胃と腸』誌は1966年から続く消化管の形態診断学分野ではバイブルとも言われるような専門誌で、59巻1号の自己免疫性胃炎の特集号に掲載された主題原著論文「自己免疫性胃炎を背景とした胃癌の臨床病理学的特徴」が年間最優秀の『胃と腸』賞に選ばれました。

内容は、2006年から集積した自験例に基づいて自己免疫性胃炎(AIG)における胃癌合併例の特徴、そして合併した胃癌の特徴を論述したものです。病理所見も必須とした他施設より厳しい条件でしっかりとAIGを診断していること、通常の胃癌とは異なる形態的な特徴をとらえた綺麗な画像を多数提示していること、病理で胃癌の全病変に対する細胞形質診断を行っていただいたことなどが評価されたものと考えています。

本論文は、蔵原晃一先生のご指導と、病理の大城由美先生の多大なるご尽力を賜り執筆できたもの

で、両先生に改めて敬意を表しますとともに、症例を蓄積された当科OBの先生方とスタッフ一同に感謝いたします。今回の受賞は激励と受け止めています。今後もさらに1例1例、丁寧な診療を心掛け、学会や論文で得られた知見を発表し、消化管形態診断学の発展に貢献できるよう頑張ります。

また、『胃と腸』誌と関連の深い消化管形態診断の全国研究会である早期胃癌研究会に今まで読影委員として参加していましたが、次期より運営委員に選ばれたこと、同時に『胃と腸』誌の編集委員に選出されたことも今回の受賞に関連したものと考えており、身が引き締まる思いです。これらの役職はこれまでに蔵原先生や近年では川崎啓祐先生、ほかにも多くの当科OBも務められており、松山赤十字病院胃腸センターの全国区でのブランド形成にも寄与してきたものと認識しています。この伝統を絶やすことのないよう、引き続き後進の育成にも力を入れていきます。



- 発行責任者／副院長（患者支援センター所長）蔵原 晃一
■ 編 集／松山赤十字病院・患者支援センター 〒790-8524 松山市文京町1番地
TEL 089-926-9527 FAX 089-926-9547 <https://www.matsuyama.jrc.or.jp>