



大沢田

おお ぞう た

大沢田の名は、病院前にある大沢田池由来します。古くは大蔵田池と言われていましたが、今では大沢田池の呼称が一般的になっているようです。



TOPICS

挨拶 「病と共に生きる」

患者さんへ薬剤師が出来ること
薬剤科 角 英

人工透析センターが開設しました

RST発足しました

集中ケア認定看護師 當麻 麻美



涼

CONTENTS

「病と共に生きる 患者さんへ薬剤師が出来ること」薬剤科 角 英.....	2	【医療の話題35】循環器内科.....	10
人工透析センターが開設しました.....	3	【医療の話題36】神経内科.....	11
【医療の話題30】産婦人科.....	4	RST(呼吸ケアサポートチーム)発足しました.....	12
【医療の話題31】皮膚科.....	5	リンパ浮腫 予防の主役は あなたです.....	13
【医療の話題32】腎臓内科.....	6	ケアカフェ.....	14
【医療の話題33】脳神経外科.....	7	広島県ドクターヘリ運航調整委員会に参加して.....	15
「ドクターGへの期待～新たに始まる総合診療専門医について～」.....	8	人事異動.....	15
【医療の話題34】泌尿器科.....	9		

「病と共に生きる」

患者さんへ薬剤師が出来ること

薬剤科 角 英



私が、病院薬剤師として山口県の結核療養所へ就職して35年の年月が経ちました。その間の医療の発展は目覚ましいものがあり、薬剤師の業務も大きく変わりました。就職当時の病院薬剤師は、外来・入院調剤で「薬の製造工場」と思われるくらい朝から晩まで薬を作ることがすべての仕事でした。

しかし、今現在の病院薬剤師の仕事は、入院患者さんへの医療サービスの提供が主な仕事となっています。私も30年前から入院患者さんへ薬の説明(薬剤管理指導)をやってきましたが、いろいろな病気を抱えた患者さんに接してきて、自分なりに思ったことがありますので書かせて貰います。

入院患者さんと話しているとよく耳にする言葉があります。それは「なぜ、私だけがこんな病気になったんだろう。」「なぜ、私だけがこんな目に遭うんだろう。」ということと言われることです。このような言葉が出る時は、患者さん自身が天から与えられた病気を受け入ることが出来ていない状況から来るものだと思います。入院治療中の患者さんが置かれている環境や心理は、おそらく負の状況ではないと思われませんが、人間一生を“無病”で過ごせる人はいません。

そのような言葉に対して、私は患者さんへ「〇〇さんだけじゃないですよ。病気を受け入れて一緒に病気へ向かいましょうね。」と話しますが、すぐには、患者さんの懐へ入れても

られません。しかし、何回か話をするうちに患者さんが気持ちを切り替えて、治療に対して向きあえる意思を持ってもらえた時の嬉しさは格別ですし、病院薬剤師をやっている良かったなと思える瞬間です。

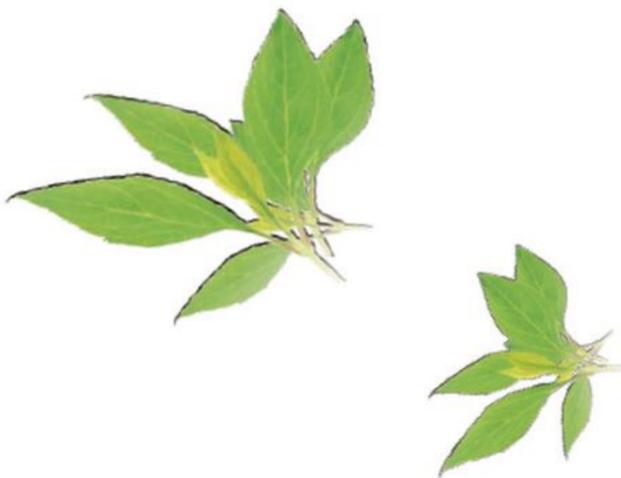
病院薬剤師の仕事は、薬の説明だけではなく、医師・看護師等の多職種とチームを組んで患者さんの治療に貢献することだと思っています。患者さんが病気について聞きたいことがあれば、気楽に薬剤師へ声を掛けてもらえる薬剤師が育つことを願っていますし、私のような年輩薬剤師の使命だと思っています。

また、ガンなどの完全に治すことは出来ない病気であっても、自分の病気をよく理解して、納得できる治療をすることで無病期間や寿命の延長も期待できます。

そのような状況「病と共に生きる」を患者さんに提供できる薬剤師であることを誇りに感じて病院薬剤師を続けたいと思っています。



薬剤科 角 英





人工透析センターが開設しました

腎臓内科 平塩 秀磨

平成26年6月2日より、人工透析センターが開設致しました。

旧透析室は4床、最大8名の患者受け入れ能を有しておりました。しかし維持透析患者さんの



入院治療の需要増加、新規透析導入患者さんの増加、当院に腎臓内科が開設されたことによる急性腎不全など透析治療を要する患者さんの受け入れ要請増加などに対応するにあたり、この病床数では受け入れ能力に制限が多く、患者さんや近隣の医療機関の皆様には大変ご迷惑をおかけして参りました。

これら諸問題を解決すべく、人工透析センターは現在、全10床、最大20名の透析患者受け入れが可能な体制で新規に開設する運びとなりました。

本センターの設計に当たっては、初期の製図段階より看護師、技士、医師によって様々な意見が提出され、治療上起こりうる状況を可能な限り事前に想定し、最も効率的に、且つ安全に透析治療が受けられるセンターを目指して頻りに話し合いながらデザインされて参りました。病院幹部の計らいもあり、当初予定していた専有面積より大幅に拡充され、明るく広々とした人工透析センターに仕上がっております。

今回の設計において特にこだわったのは、ベッドとベッドの間隔、結核患者の受け入れも想定した陰圧ブースの併設、ヒューマンエラーを減じるために可能な限り自動化された機器の導入になります。

ベッド間隔は、各ベッドが概ね2m程度離れていることを

重要視しました。この間隔は透析学会による指針を遵守しており、インフルエンザ等飛沫感染する病態の患者さんが入室したとしても、カーテンで仕切れば別室への隔離が不要となる距離とされています。

また10床のうち2床は、陰圧の維持が可能な高機能排気システムを有し、結核患者の透析に対応可能なブースとして造設されました。過去には結核療養所であった性格上、当院には結核に罹患した透析患者さんが他の医療圏からも集積して参りますので、それらの受け入れを想定しデザインされたものになります。これにより、これまで非結核患者さんと切り離されて別部署で実施されていた結核患者さんの透析も、一か所に集約して実施が可能となり、より安全に行えるようになりました。

今回導入された自動化システムの中で、透析医療において最もヒューマンエラーが出やすい透析前後の体重管理も、体重計と透析器との自動連携可能な電子カルテシステム(Future Net®)を導入することで限りなくミス発生を低減することができるようになりました。これにより、患者さんの数が増えたとしても、これまでよりもむしろ安全な血液透析管理が可能となったと考えております。

人工透析センターというハードは十分に準備が出来ました。今後は我々スタッフが新規導入された機械などに精通し、十分に使いこなすことで、時間的、精神的にゆとりを持って患者さんに接することが可能な優良なソフトとなることを目指しております。本センターの有する潜在能力を存分に発揮し、地域の透析医療に少しでも貢献できるよう、一同鋭意努力して参る所存でございます。

これからも皆様方のご指導、ご鞭撻を賜りますよう何卒宜しくお願い申し上げます。



子宮内膜症について

産婦人科 児玉 尚志

Health topic 30

①子宮内膜症はどんな病気?

子宮内膜症は本来は子宮内に存在する子宮内膜が子宮以外の場所にできて、増殖・剥離・出血を繰り返す病気です。しかし、月経血のように体外に排出されないため、痛みや炎症を繰り返し、腹腔内の癒着の原因になります。子宮内膜症のできやすい場所は子宮周囲の腹膜、卵巣、子宮と直腸の間(ダグラス窩)とされていますが、肺などの離れた臓器や腸管などにも発生する場合があります。卵巣は特に好発部位で卵巣チョコレート嚢胞と呼ばれます。

②内膜症の症状は?

痛みと不妊が主な症状です。痛みは、月経痛、腰痛、慢性骨盤痛、排便痛、性交痛などです。だんだんひどくなる月経痛で、痛み止めの回数が増えた、効きにくくなってきた、毎月のように寝込むなどの症状は要注意です。進行してくると、腹腔内の癒着のため、月経以外にも下腹部痛を感じるなど、慢性的な骨盤の痛みとなる場合もあります。また、子宮と直腸の間(ダグラス窩)にできた内膜症は、性交時に痛み(膣の奥)となる場合や、排便時の痛み(肛門の奥)となる場合があります。また、全く痛みを感じないまま進行する場合があります。

内膜症が進行すると、不妊につながる場合もあります。実際に子宮内膜症患者の30-50%に不妊症を合併すると言われていて、進行した内膜症を有する方の治療は困難なことも多く、早めの受診、治療が必要です。また、チョコレート嚢胞(卵巣に血液のたまった状態)の状態になると、卵巣内の卵子の数が減少する可能性も報告されており、特に注意が必要です。

またチョコレート嚢胞はまれに悪性化することがわかっています。40歳以上の方や卵巣のう胞の大きい人(90mm以上)は特に危険性が高いとされており、注意が必要です。

③子宮内膜症の原因

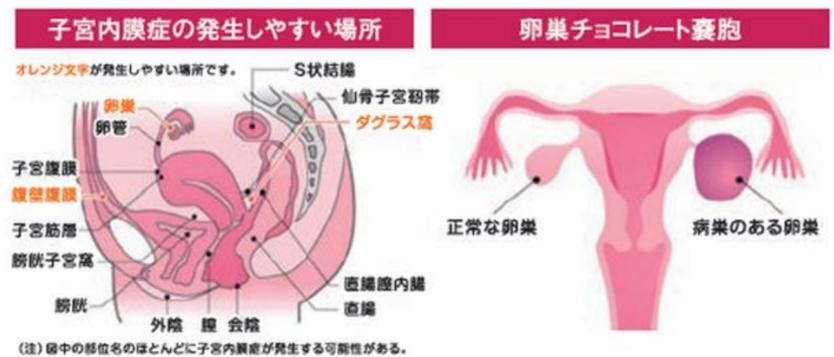
はっきりした原因はわかりませんが、卵管から腹腔内に逆流した月経血が腹腔内に生着し、増殖する(子宮内膜移植説)が有力とされていますが、腹膜が何らかのきっかけで子宮内膜様組織に変化(化生)するという説(体腔上皮化生説)も

報告されています。

近年の女性のライフスタイルの変化による、月経回数の増加も内膜症の発症に大きく関係しています。いわゆる 晩婚・少子化により、現代の女性が経験する月経の回数は明らかに増加しました。子宮内膜症は女性ホルモンが深く関与する病気ですので、月経の回数が多ければ多いほど発症リスクは増加しますので、子宮内膜症が増えている大きな原因と考えられています。

④治療

内膜症は、月経があるかぎり進行します。年齢やライフスタイルなどの目的に合わせた治療が必要です。つまり、妊娠希望のない若年者(痛みのコントロール、進行の抑制による妊孕性の温存:薬物療法主体)、妊娠希望者(痛みのコントロール、妊娠できやすくするための治療:手術療法主体)、40歳以降(根本的な治療:薬物療法+手術療法)により治療方針は異なります。治療としては薬物療法と手術療法が主体です。薬物療法としては、①対症療法(鎮痛剤) ②ホルモン療法が主体ですが、時期や症状により使用薬剤は異なり、妊娠を希望されない場合に使用が可能です。手術療法は挙児希望の方や卵巣チョコレート嚢胞のある方が対象になります。手術療法は基本的には内視鏡で行われています。手術後の再発のリスクも高く、再発を抑える治療も必要です。



子宮内膜症の診断の流れ		
(臨床子宮内膜症)	問診	症状確認
	内診	子宮の大きさや状態の確認
	超音波検査(エコー)	画像で病気を確認
	MRI・CT 血液検査	【必要に応じて実施】 さらに詳しく画像で確認 腫瘍マーカー(CA125)の測定
病変確認	腹腔鏡検査	病変確認

持田製薬ホームページより引用



「水虫」について

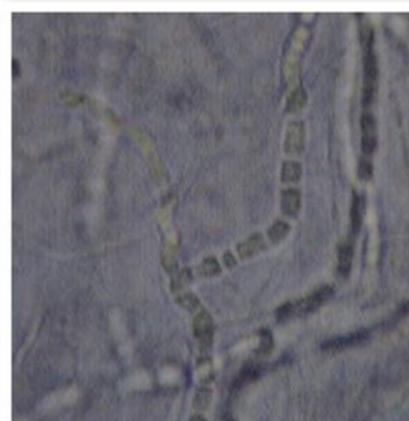
皮膚科 仁熊 利之

Health topic 31

「水虫」は、真菌(カビ)の一種である白癬菌により引き起こされる皮膚疾患です。足底の皮膚に症状を引き起こした場合は足白癬と呼ばれ、趾間が白くふやける趾間型、小さな水ぶくれができる小水疱型、足の裏がガサガサになる角化型(角質増殖型)の3つのタイプに分けられます。かゆみは、趾間型、小水疱型に多く、角化型(角質増殖型)は少ないとされています。かゆみがなく、足の裏が乾燥しているだけ、と思っている人も、実は、角化型(角質増殖型)の足白癬であることがよくあります。足白癬の治療では、基本的には抗真菌薬の外用剤を用いますが、角化型(角質増殖型)の場合は、抗真菌薬の内服が用いられることもあります。抗真菌薬を外用しているにも関わらず、治らない場合や悪くなる場合は、足白癬に似た別の皮膚病であったり、抗真菌薬自体によるかぶれのことがあります。外用の仕方ですが、実際の病変以外のところにも真菌は存在していますので、病変部だけでなく、両足の裏全体から足の縁、アキレス腱くらいまでの広範囲の外用が必要です。また、症状が落ち着いたあとも、1か月は外用を継続する必要があるとされています。

一方、爪の水虫もあります。これは、白癬菌が爪に入り込み、爪を白く濁らせたり、分厚くしたりします。これを爪白癬と言います。加齢により爪の色が変わった、爪が分厚くなったと思われる方のなかに、爪白癬に罹患している人も多くいます。爪白癬の治療ですが、足白癬の場合と同様、抗真菌薬の外用剤があります。副作用も少なく、ある程度有効なのですが、薬が届きにくかったり、外用を長期に行う必要があるため、外用継続できないことも多く、治療効果が得られにくい面があります。そこで、抗真菌薬の内服での加療がより有効となります。現在、テルビナフィン(1日1錠、毎日半年程度内服する方法)と、イトラコナゾール(1日8カプセル、1週間内服し、残りの3週間は内服を休む方法を3か月繰り返す方法(パルス療法)の2つが主流です。それぞれメリット・デメリットがあります。テルビナフィン内服のメリットは、併用禁忌、つまり一緒に内服できない薬がないことです。デメリットは、時に肝機能障害を生じることがあるため、内服開始後3か月は月に1回程度の定期的な血液検査が必要となることです。血液検査で肝機能をチェックすることで、副作用を早期に発見することができます。一方、イトラコナゾール内服のメリットは、1週

間内服し3週間休薬するサイクルを3か月繰り返し、治療は一旦終了となりますので、トータル21日、内服が短期間で終了するのがメリットです。デメリットは、1日に内服する薬が8カプセルと多いこと、カプセル自体が比較的大きく内服しにくいこと、薬価もテルビナフィンに比較すると高価であることなどがあります。また、併用禁忌の薬が多く、注意が必要であることです。どちらの内服薬がよいかは、現在内服中の薬や各自のライフスタイルなどを考慮し、総合的に判断するのがよいでしょう。



白癬菌



小水疱型



角化型、角質増殖型



趾間型



爪白癬

軽視していませんか、低ナトリウム血症

腎臓内科 平塩 秀磨

Health topic 32

診療しているときにもっとも多く遭遇する電解質異常に“低ナトリウム血症”が挙げられます。低ナトリウム血症の定義は血清ナトリウム濃度が135mEq/L未満と定義されます。正常値が140mEq/Lですので、ごくわずかな低下に見えます。しかし2009年のアメリカのグループの報告では、一般住民高齢者で同濃度(Na 134mEq/L)を下回る群(Group A)と、Na 137mEq/L以上の群(Group B)について死亡率、急性心筋梗塞の発症率を比較すると各々43% vs. 14% (P <.002)と、ごく軽度の低ナトリウム血症も軽視できないという特筆すべきデータが提示されています(図1)。

健康老人の推定7%程度に低ナトリウム血症の傾向があり、慢性ケア施設ではその割合は15-18%程度に存在すると考えられています。

また、ナトリウム濃度が135mEq/L未満に至った際には、高齢者において明らかに転倒のリスクが高まることが知られています(図2, Am J Med. 2009 Jul;122(7):679-686)。

低ナトリウム血症を呈した際には、本来血清ナトリウムを希釈するホルモンであるADH(抗利尿ホルモン)の分泌は停止します。しかし高齢者、疼痛を有する患者、低酸素や発熱を呈する患者、うっ血状態にある患者など、心身にストレスを生じる患者においては、電解質を含まない自由水が増えて、希釈性にナトリウム濃度が低下しても、尚ADHが分泌され続け、ナトリウムの希釈が進んでしまいます。

クリニックを受診したり、入院したりする患者の多くが高齢やストレス下にあり、血清ナトリウムを希釈するホルモンであるADHが分泌され続ける病態にあると言えます。従って多くの患者は、容易に低ナトリウム血症に至る高リスク群であると考えたほうが良いと思われます。

このような低ナトリウム血症の高リスク群である患者に対して、希釈性輸液であるブドウ糖液、1号液、3号液、一体型総合アミノ酸輸液など、血清ナトリウム濃度(140mEq/L)とかけ離れた希釈輸液(ブドウ糖液 0 mEq/L、1号液 75~90mEq/L、3号液・総合アミノ酸製剤35 mEq/L)を、細胞外液である血液の中(経静脈投与)に輸液すると、医原性に低ナトリウム血症を生じさせてしまうことになります。血清中の電解質はNa 140 mEq/L、K 4

mEq/L、Cl 106 mEq/Lなど、となっています。これに近似した成分である細胞外液輸液製剤(生理食塩水、各種リンゲル液)以外は全て低ナトリウム血症を生じさせるリスクが高い輸液製剤となっており、投与が困難でハンドリングに難渋する非常に厄介な輸液として捉えております。腎臓内科で、これらのブドウ糖液、1号液、3号液、一体型総合アミノ酸輸液などの使用を検討するシチュエーションはただ一点、高ナトリウム血症の治療を行う場合に限っています。正~低ナトリウム血症を呈する患者にこれら希釈輸液を投与することは、高カリウム血症の患者にカリウム含有製剤を投与することと同義であると考え、臨床現場で注意して対応しています。

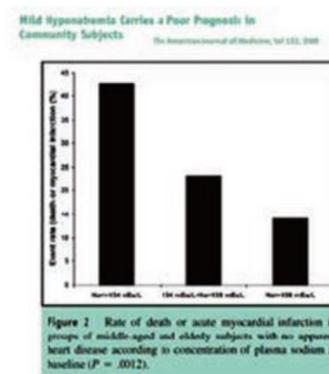
我々が末梢輸液を行う際には、生理食塩水に50%ブドウ糖液を200kcal分程度混注し、血液組成とかけ離れない電解質バランスを維持しながら熱量投与を行います。アミノ酸が必要な際には、アミノ酸は別途投与を行っています。

患者、特に高齢者に利尿薬を投与した際に低ナトリウム血症が生じた際には、投薬内容の再考が必要となります。

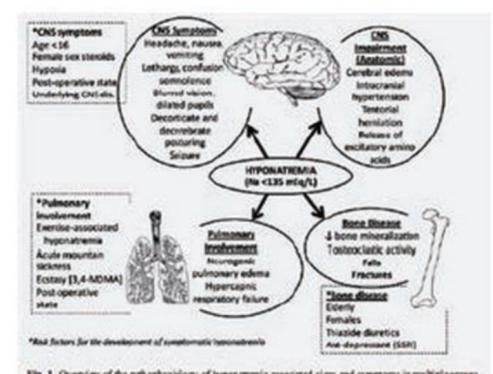
また輸液を行った後にはナトリウム濃度をフォローし、135mEq/Lを切らないように十分な配慮が必要であると考えます。

頻度が最も高く、そして最も注目を集めない低ナトリウム血症ですが、実はカリウムバランスなどと同様非常に重要な電解質です。低ナトリウム血症に対して皆さんがもっと着目下されれば幸いです。

【図1】



【図2】





東広島医療センターにおける
外国人患者に対する通訳活動

脳神経外科 貞友 隆

Health topic 33

東広島医療センターには広島大学が地理的に近接している理由から従来比較的外国人患者が多く見られていました。しかし2012年4月に東広島医療センターに産科が開設されて以降、さらに外国人患者の数が増加、これに伴い医療現場における通訳活動の需要が拡大しています。2013年春から我々は当院における様々な状況における通訳活動を行ってきたのでその現状を報告します。統計を取り始めた2013年8月から2014年2月までに行った通訳活動は33回に及んでおります。同一疾患、同一症例を除いて集計すると全17症例であり、外来12例、入院5例で外来の方が多くみられました。また男性6例、女性11例で、これは産科の症例が多いことを反映しています(図1)。また国別にみるとエジプト、ガーナ、インドネシアの順であり、いわゆるnon native speakerの国が多くみられています。受診科では産婦人科、消化器内科、外科の順でした(図2)。また具体的な通訳内容は医療関係、事務、生活指導・保険、看護の順でありました(図3)。具体的には医療関係としては病状説明、手術、麻酔説明、検査説明、処方説明であり、事務内容としては入院手続き説明、外来受診手順案内、支払い内容説明でありました。また生活指導・保険では出産後生活指導、出生届け説明、各種補助金説明であり看護関連としては看護計画翻訳、新生児への沐浴指導、人工乳の説明、バス説明などでした。

これまでの活動の中で実感された、医療現場で通訳をするに当たって必要なことは以下の2項目があると思われました。

①多くの語彙、言い回しがとにかく必要

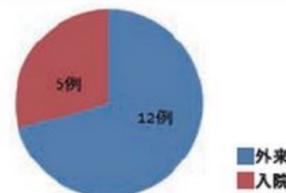
患者様の多くはいわゆるnative speakerではありません。この事は多くの場合、発音が正確でないことを意味します。つまりnative speakerとの会話よりも聞き取りが困難なことも多いのです。発音の問題から相手が言っている事の理解に不安がある場合は、相手が質問していると推測されることを他の表現でこちらから聞き返して確認をとる必要があります。また患者様の語彙も少ない場合もあり、こちらが説明した内容で相手が理解出来ない印象があるときは必ず「分かりましたか」と尋ね、こちらが言った単語が分かってない印象を受ければその単語そのものの説明をするようにしています。

②専門用語でない医学関係の単語を知っておく

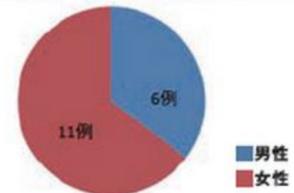
例えば医師の多くは「お腹」と言っても思い浮かぶ単語はabdomenですがこの単語はnativeであっても通じない場合が多く、belly、stomach、tummy(幼児用語でのポンポン)と説明する必要があります。また医師には馴染みの多い梗塞を意味するinfarctionも通常は通じることはなく、blood flow of the brain (or heart) is blockedと説明してはじめて理解してもらえます。つまり病名でなく病態を分かりやすく説明していくように心がけております。

現在、前述のように多くの領域にわたって通訳活動をするようにしております。しかしながら最も患者様から必要とされている内容はやはり、医療行為やその費用に対する可能な限りの詳細な理由、説明であることを実感しています。今後も筆者自身、英語のスキルアップを行っていくことで更に活動を深めていきたいと考えておりますので事務部門、看護部門を含む職員の方々には、お困りの時は、どうぞお気軽に私に声をおかけ下されば幸いです。

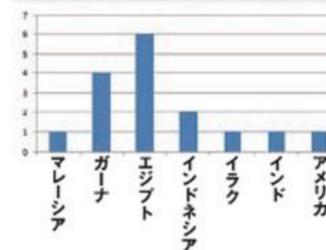
入院、外来別頻度(同一患者、同一疾患を除く)



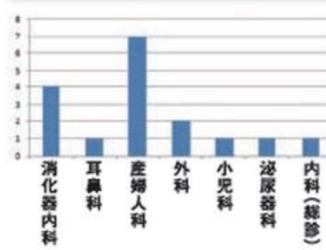
男女別頻度(同一患者、同一疾患を除く)



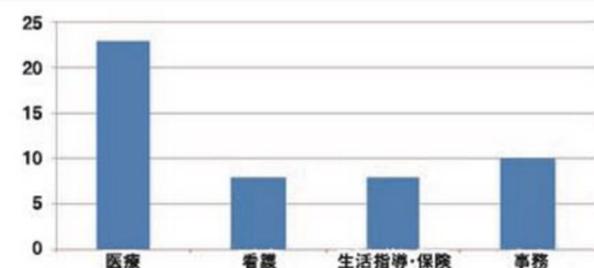
国別頻度(同一患者、同一疾患を除く)



科別頻度(同一患者、同一疾患を除く)



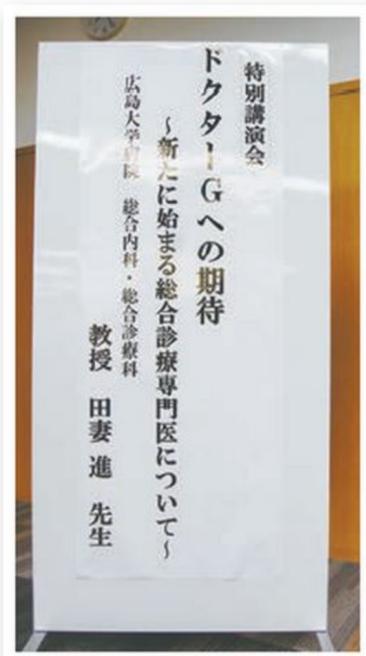
通訳内容(同一患者、同一疾患を含む)



広島大学病院 総合内科・総合診療科教授 田妻進先生 特別講演会 「ドクターGへの期待～新たに始まる総合診療専門医について～」

消化器内科 井上 基樹

先日5月22日に、広島大学病院総合内科・総合診療科の田妻進教授をお招きしての講演会がありました。田妻教授は、私と同じ消化器・代謝内科(旧第一内科)のご出身で、以前は胆道研究室に所属し助教授をされておられました。私が島根の益田と庄原で後期研修を終え、大学病院に戻った際にたいへんお世話になりました。



「ドクターGへの期待 新たにはじまる総合診療専門医」のタイトルで講演は始まりました。ドクターGとは…? G=General の名が示すように急性期医療、慢性期医療、予防医療、健康教育など広い分野に携わる総合内科の医師(総合診療医)のことで、NHKの情報番組でもご存知の方も多いと思われます。講演内容は、①医師不足と総合診療医 ②総合診療医のスキル ③総合診療専門医制度についての三部構成で行われました。

まず、第一部(医師不足と総合診療医)では、医師不足の実態、プライマリケアの実態・変遷などについて講演していただきました。全体の医師数は増加傾向にあるものの、特定の診療科のみが増加し、小児科、産婦人科、外科などの医師数の減少が顕著であるとのことでした。また診療科別の格差のみでなく県別や地域による格差がおおきな問題になっているとのことでした。そのような慢性的な医師の偏在、不足もあり、現在の医療体制において私たちの健康問題の9割に対応するとも言われる一次医療(プライマリケア)における総合診療医の役割が欠かせないものとなっているようです。

第二部では、その総合診療医に求められる総合スキルを説明されました。診療聴取スキルのポイントを、OPQRST法を用いて説明され、心療内科的な問診法としてMAPSO、

GPOPSを挙げていただきました。また技術のみならず、難治例に積極的に取り組む熱意やコホート研究や臨床研究などに取り組む研究志向が必要とされるとのことでした。

第三部は、あらたにはじまる総合診療専門医制度について話をいただきました。日本では長年、総合診療医のスペシャリストは存在せず、開業医や一般病院の外来などで、内科や小児科医によって提供されてきました。専門医制度の大きな転換に伴い、第三者機関の設置とともに総合診療専門医制度が19番目の基本領域の専門医として位置づけられることに決まったとのことでした。田妻教授は、2017年度の制度化に向け尽力されておられるようです。

田妻先生の講演を聞き、当院および東広島地区でも、医師不足は大きな問題と考えられ、今後、総合診療医の先生に来ていただければ問題解決の鍵になるのではと期待せずにはいませんでした。





血尿について

泌尿器科 藤原 政治

Health topic 34

尿の中に血液が混在することを血尿と呼び、目で見て「赤い」と判断されるものを、肉眼的血尿、顕微鏡などの検査で証明されるものを、顕微鏡的血尿と呼びます。血液が混在することなく尿が赤くなることもあり、これは色素尿と呼びます。代表的なものに、ポルフィリン尿、ヘモグロビン尿、ミオグロビン尿、があります。ポルフィリン尿症は血液をうまく作ることが出来ない病気で、血液の中間物質が尿中に流れ、尿が赤く見えます。ヘモグロビン尿は外傷、火傷などで、赤血球が破壊され、溶血し、尿中に流れ、尿が赤くなります。ミオグロビン尿は同様に筋肉が破壊され、尿中に流れ、赤く見えます。肉眼的血尿でもなく、色素尿でもなく、「尿が赤い。」厄介な現象がありま

す。濃縮尿です。夏場、水分摂取が少なく、尿が濃縮されると麦藁色になりますが、これを赤いと表現される方が結構おられます。私が、思い当たるかぎりでも年間10数人くらいでしょうか。赤いと言われれば我々泌尿器科医は血尿が出たと考え、やはり色々検査を行います。これが肉眼的血尿で原因不明とされる症例かもしれません。図1で血尿の色調を示してみました。薄い濃度から濃い濃度と示しています。この図では1L中5mlからいわゆる赤い尿、血尿になるかもしれません。1L中1.25から2.5mlの血尿でしたら、黄色のやや濃い色調になり、麦藁色になり、肉眼的には濃縮尿と鑑別困難にはなります。ただこの状況では肉眼的血尿とは言えないかもしれません。

肉眼的血尿について

《部位診断》

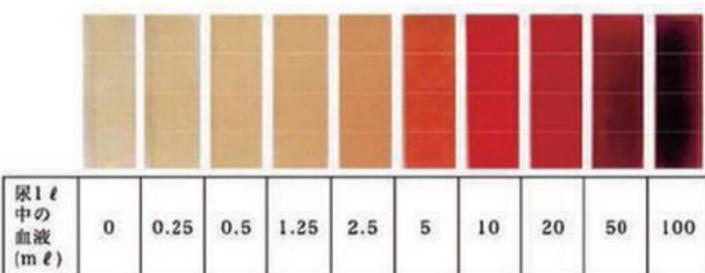
泌尿器科医は排尿のどの時期に血尿が出るかで、責任病巣を推測しています。排尿初期に血尿が出た場合、責任部位は尿道です。最初から最後まで赤い全血尿は腎、腎盂、尿管、膀胱のいずれかが出血部位です。終末時の血尿は膀胱頸部(膀胱の尿道に近い部分)になります。

《無症候性》

排尿時の疼痛、腹痛などの症状を伴わない血尿を、無症候性血尿と呼びます。無症候性血尿の原因の8割は悪性腫瘍です。泌尿器科医は、無症候性は悪性腫瘍か前立腺肥大症、症候性は結石か感染症、と考えます。

《原因》

尿路感染症 35% 膀胱癌 15% 前立腺肥大症 13%
 尿路結石 11% 腎癌 4% 前立腺癌 2%
 原因不明 8%

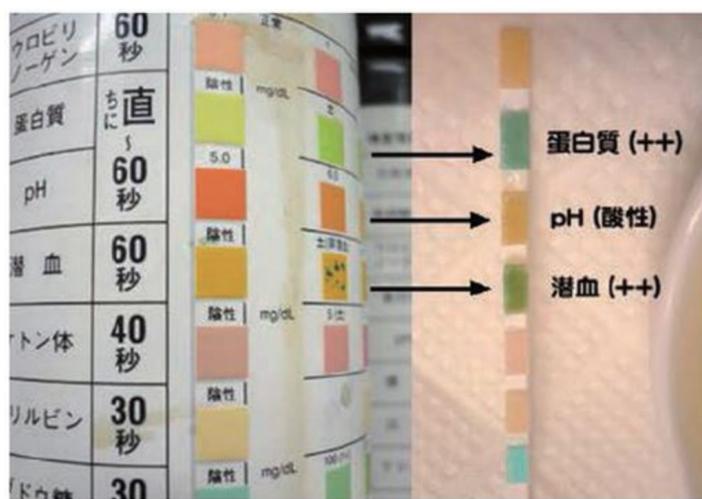


【図1】血尿の色調

顕微鏡的血尿について

《尿潜血》

健康診断でよく用いられるのが、尿潜血です。テストテープを尿に付けて、色の変化をみる、簡便な検査方法です(図2)。この検査は、医師、検査技師は必要なく、短時間に多くの検体を処理可能です。この検査法の困った問題があります。30代後半以降の女性の約3割が陽性になることです。この3割の女性で泌尿器科疾患が見つかる確率はかなり低く、1/1万です。女性の尿潜血陽性、枕査正常では、あまり込み入った、多彩な検査はしなくなりました。学会のガイドラインでは超音波検査、尿細胞診の2つを推奨しております。多彩な検査は不必要の様です。



【図2】尿潜血検査

以上 血尿の日常診療で気になることを書いてみました。

和温療法について

循環器内科 小野 裕二郎

Health topic 35

はじめに

近年、カテーテル治療や薬物治療が進歩して急性心筋梗塞をはじめとする循環器救急患者の救命率は著しく向上しています。一方で、急性期治療を終えて退院しても、慢性心不全による活動性の低下を来したり入退院を繰り返す患者の数は増加しています。

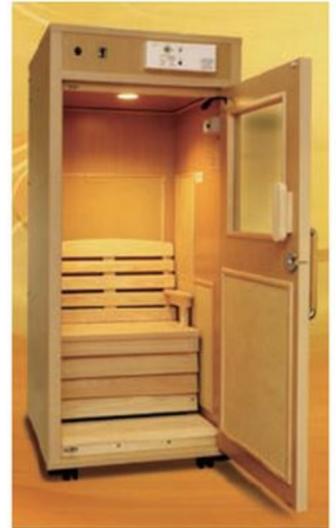
慢性心不全とは

少し長くなりますが、慢性心不全は“慢性の心筋障害により心臓のポンプ機能が低下し、主要臓器の酸素需要に見合うだけの血液を絶対的にまたは相対的に拍出できない状態であり、肺、体静脈系または両系にうっ血を来とし日常生活に障害を生じた病態”と定義されます。このような病態の下では、少しでも心臓の働きを高めようとして交感神経やレニン・アンジオテンシン系(神経体液性因子)が亢進しています。神経体液性因子の亢進は、短期的には心不全症状の改善に寄与しますが、この状態が長く続くと心筋の肥大や線維化が進んで心機能がさらに低下したり、不整脈や突然死の危険性を高くする原因となります。過去には慢性心不全に対して、強心薬による治療が行われていた時期もありましたが、長期予後を改善しない(むしろ悪化させる)ことが明かとなり、現在は亢進した神経体液性因子の働きを抑制する交感神経遮断薬やレニン・アンジオテンシン系の阻害薬が薬物治療の中心となっています。新しい考えに基づいた薬物治療の効果は実際の臨床で実感できる場所ですが、薬物治療抵抗性の慢性心不全患者に対してはこれまで余り有効な治療方法がありませんでした。

治療抵抗性の慢性心不全患者に対する和温療法

和温療法は、温熱効果の血管拡張作用に着目した鹿児島大学教授、鄭忠和先生(現、和温療法研究所所長)によって開発さ

れたユニークな全身療法です。和温療法では、血圧、体重を測定した後、専用の均等加温器(図1)を用いた60℃の乾式サウナ浴を15分間行い、出浴後さらに30分間全身を毛布などで包んだ状態で過ごします。その後、もう一度体重を測定し発汗量に見合った水分補給を行って治療を終わります(図2)。サウナ浴によって患者の深部体温は約1℃上昇し、出浴後も安静保温により温熱効果が持続しま



【図1】和温療法器

す。和温療法が循環動態へ与える急性効果は、末梢血管の拡張による前負荷及び後負荷の軽減と心拍出量の増加と考えられています。また、治療を続けることで血管内皮型一酸化窒素合成酵素(eNOS)の産生増加や自律神経バランスの改善効果が得られます。これまで多くの臨床研究が行なわれ、慢性心不全患者の症状や予後を改善する効果が示されています。また、特筆すべきことはこれまで重篤な副作用の報告が一例も無いことです。日本循環器病学会慢性心不全治療ガイドライン(2010年に改訂版)では、運動療法とともに薬物治療の補助療法として治療推奨度Class I(エビデンスレベルB)として記載されています。また、2012年9月の先進医療専門家会議では、慢性心不全に対する高度先進医療として承認されています。本法は、点滴や酸素吸入を行なっている患者や運動療法を行なう事が難しい患者にも安全に行なうことが出来るため、特に従来の薬物治療に抵抗性の慢性心不全患者ではその効果が大きいと期待されます。当院でも、慢性心不全治療の選択肢の一つとして和温療法を導入する予定です。

【図2】和温療法の実際



血圧、体温、体重測定



15分間サウナ浴



30分間安静保温



水分補給



超急性期脳梗塞治療、
とくに血栓溶解療法について

神経内科 元田 敦子

Health topic 36

脳梗塞は、頭蓋内外の血管が詰まり脳細胞が障害される病気で、年間約20万人が日本で新規発症しています。原因によって、アテローム血栓性脳梗塞、ラクナ梗塞、心原性脳塞栓症、その他、の病型に大別され、それぞれ特徴と治療があります。どの脳梗塞の病型であっても、脳梗塞の超急性期の治療として、閉塞の原因となった血栓をとりぞいで再開通をはかる治療があります。血栓溶解療法と血管内治療がありますが、一般的に血栓溶解療法が多く行われています。

血栓溶解療法は、組織型プラスミノゲンアクチベータ(略称rt-PA、一般名アルテプラゼ)を静脈注射し、血栓を溶解して脳梗塞になりかけている脳細胞(ペナンプラ)を助ける治療法です。脳梗塞が完成して壊死してしまった細胞は助けられませんが、壊死しかけている細胞を救うのが最大の目的です。方法としては、1時間かけて体重1kgあたり0.6mg換算のrt-PAを静脈内に点滴します。投与から24時間以内は、症状の改善や悪化がないかなど、ICUもしくはSCU入院にて厳重に観察します。24時間後に頭部CTを撮影し、頭蓋内出血の有無を確認し、引き続きその他の抗血栓療法などを行います。

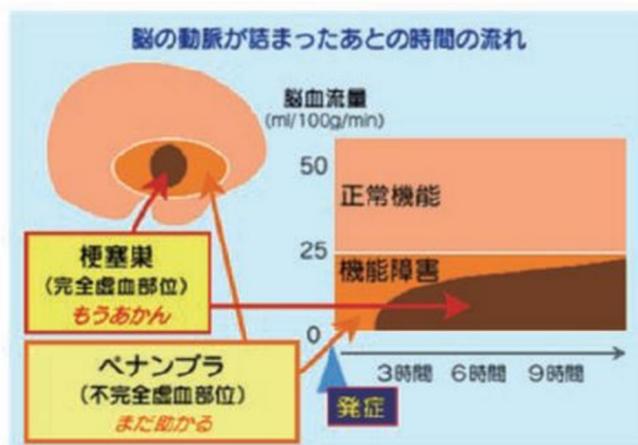
血栓溶解療法には投与のための条件があり、①脳梗塞発症(わからないときは最終未発症時刻)から4.5時間以内であること、②症状が軽すぎず重すぎないこと(目安としてはNIH Stroke Scale 4点から25点程度)、③その他禁忌事項(コントロール不良の高血圧、凝固異常、最近の手術歴・脳梗塞・出血エピソードなど多数の項目あり)にあてはまらないこと、が必要です。

血栓溶解療法の効果としては、3カ月後に生活の自立度が良好になった割合が、rt-PA投与した群では39%、投与しなかった群では26%であり、明らかに生活の自立度を上げることが示されています。ただし、合併症として出血が問題となります。特に頭蓋内出血のリスクが、米国の報告では、rt-PAを投与した人では症状の悪化を伴った頭蓋内出血が6%、rt-PAを使わなかった人では0.6%と、約10倍のリスクとなることが報告されており、日本の全国調査では4%~6%といわれています。ただし死亡率は、rt-PA群17%、非rt-PA群21%で、t-PA群では少ない結果となっています。

当院では2012年10月から2013年9月の1年間に、132例の脳梗塞症例のうち22例で血栓溶解療法を行っています。4.5時間以内に到着した脳梗塞症例では、症状が軽度で施行しない例が半数以上ある状況でした。

最後に、脳梗塞の超急性期治療としての血栓溶解療法を行うためには、発症4.5時間以内に薬剤を投与できる時間内に来院すること(最低限3.5時間以内には病院受診が必要です)が不可欠です。脳梗塞の症状(ろれつが回らない、言葉がでない、顔や体の半分の動きが悪く感覚異常がある、など)が出現した際には、様子を見るのではなく、救急車ですぐに来院してください。

【図1】



脳血流量が一定レベルより低下すると機能障害が起こります。直ちに不可逆的、つまり元に戻らない梗塞巣になるのではなく、血流が早期に回復すると機能も回復します。血流低下が軽いところほど、また血流低下が短時間であるほど、回復の可能性は高くなります。この回復可能な領域を「ペナンプラ」と呼びます。ペナンプラは梗塞巣周辺部に見られます

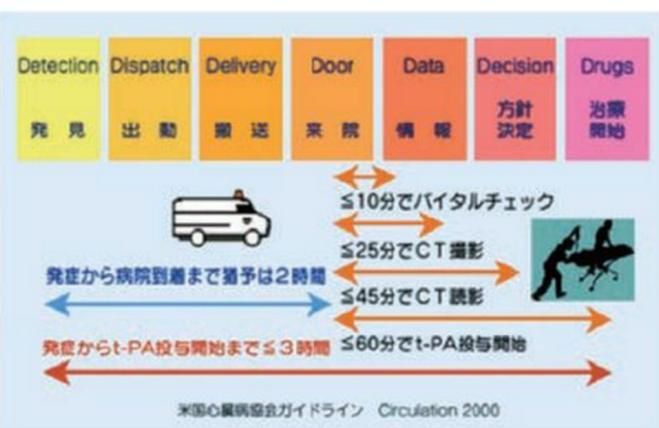
【図2】

3カ月後の予後スケール (mRS)				
	0-1: 障害なし	2-3: 軽~中等度	4-5: 高度障害	死亡
NINDS 偽薬	26	25	27	21
NINDS t-PA	39	21	23	17
J-ACT	37	20	33	10

Yamaguchi T, Mori E, Minematsu K, et al for the J-ACT Group: Stroke 2006;37:1610-5

発症3カ月後に評価した予後スケール(mRS)では、0~1の障害なしの頻度が、米国の試験(NIND)のt-PA投与群39%、J-ACT(すべて実薬)37%とほぼ同じであった。死亡率は17%対10%と、J-ACTで低かった

【図3】



(注:2012年8月以降は、発症からt-PA投与開始までの時間が3時間から4.5時間に延長されています。したがって発症から病院到着まで猶予は約3.5時間です。) (国立循環器病センターHPより引用)

RST発足しました

集中ケア認定看護師 當麻 麻美

みなさま、RSTもしくは呼吸ケアサポートチームという言葉を知っていますか？RSTとはResperatory Support Teamの頭文字をとった略称で呼吸ケアサポートチームともいいます。医療の進歩・高度化が進み、人工呼吸器をはじめとする呼吸ケアも高い技術・知識が求められるようになりました。それを補うべく、多職種がチームを結成し、病態管理・看護ケア・栄養・リハビリテーション・安全管理などの専門的な立場から技術・知識を提供し、質の高い呼吸ケアが行えるチームが発足され始めました。近年は2010年の診療報酬改定をきっかけに、RSTを立ち上げる施設が多くなってきました。東広島医療センターでも人工呼吸器の早期離脱、安全管理、VAP(人工呼吸器関連肺炎)予防など、さらなる呼吸ケアの向上をめざし、今年3月より活動を開始しました。RSTは麻酔科の村上先生を委員長とし、森末臨床工学技士、藤井臨床工学技士、田邊理学療法主任、松川理学療法士、多くの呼吸ケアの経験を持つICUの呼吸療法認定士である藤井看護師、吉田看護師、川崎看護師と集中ケア認定看護師である私、當麻の9名でチーム構成し、人工呼吸器装着患者さんに対しラウンドを行っています。まだまだ駆け出しのチームで認知度も低いのですが、4月からは各病棟にRSTリンクナースを設けていただき、病棟の架け橋となり、RSTの活動を支えていただくこととなりました。さら

に5月からは呼吸器内科の若林先生もチームに参加していただけることになりました。現在は人工呼吸器装着患者さんのラウンドを実施していますが、今後はNPPV装着、酸素療法、呼吸困難感、排痰援助が必要な患者さんなど、呼吸ケアを必要とする患者さんに対してラウンドし介入させていただきたいと思っています。よりよい呼吸ケアが患者さんに提供できるようメンバー一同頑張っていきます。しかしRSTだけでなく患者さんを取り囲むすべての方々のご協力なしでは、より良い呼吸ケアを提供できないと考えています。みなさま、ご協力をよろしくお願いいたします。



Q:RSTの対象患者さんは？

A:RST加算対象の患者さんは人工呼吸器装着1か月以内の病棟患者さんです。

しかし、加算対象外でも人工呼吸器装着中であればVAP予防、リハビリテーション、安全管理の面から介入していきます。またNPPV装着中の患者さん、酸素療法、呼吸困難感の強い患者さん、排痰援助が必要な患者さんなど、呼吸ケアを必要とする患者さんを対象に考えています。

Q:ラウンドの依頼はどのようにしたらよいですか？

A:以下のような手順で回診依頼書をFAXお願いします。

電子カルテの「文章作成」の中の「RST」の項目に回診依頼書があります。

新たな呼吸器装着患者が発生もしくは呼吸ケアが必要で、回診希望の新たな患者が発生

RST回診依頼書作成

記入は医師・看護師どちらの記入でもよい
看護師が記入の際は、医師に治療方針を確認すること

水曜日(ラウンド前日)までに4014へFAX

毎週木曜日
16時よりラウンド



Information 2

「リンパ浮腫 予防の主役は あなたです」 第8回講習会

看護師(医療リンパドレナージセラピスト、リンパ浮腫療法士) 舩田 早苗

5月25日、当院研修センターで広島リンパ浮腫研究会主催の講習会が開催されました。

この講習会は、四肢リンパ浮腫に関する啓発活動の一環として、リンパ浮腫でお悩みの方を対象に、四肢リンパ浮腫の発症と重症化予防に関する情報の提供を含め、今後のリンパ浮腫対策に生かしていただくために開催されているものです。

参加者は一般参加者80名医療従事者を含めたら100名あまりに及び、当院の乳腺外科医 宮本和明医師、産婦人科医師 兒玉尚志医師、看護師(医療リンパドレナージセラピスト、リンパ浮腫療法士) 田川須美恵さんによる講演と、たかの橋中央病院の理学療法士 藤谷しおりさん、わたくし舩田早苗による、用手的リンパドレナージの説明と実演、リンパ浮腫の患者さんからの体験談、最後に質問コーナーも設け専門的立場からわかりやすく回答していくなど盛沢山でした。

「リンパ浮腫」というと当院でもまだまだ認知度が薄く、手足がむくんでいるがどうしてよいのかよくわからないということがよくあると思います。一般の方なら特にどこに受診してよいものか等、悩んでいる方がたくさんおられる

と思います。

そこで、ぜひこの機会に知っておいていただきたいのですが、現在当病院で私を含め、3人のセラピストがいます。そのセラピストにより、毎週水曜日(10時・11時・13時30分・15時)木曜日(13時30分・15時)と完全予約性ではありますが「リンパ浮腫ケア外来」を行っています。対象者としては「むくみがある方」ならどなたでも受診できます。しかし、当院以外からの受診となりますと受診するには紹介状をお持ちいただき、当院の医師の診察を受け、その後「リンパ浮腫ケア外来」の予約を取り受診という形になります。(当院にかかりつけの方もまずは医師の診察が必要です)ケア外来では日常生活の注意点や、リンパドレナージの指導、治療として用手的リンパドレナージ、弾性着衣の選択、運動療法等、その方に合った治療をさせていただきます。

現在心配事やどうしてよいかわからない等、不安を1人でかかえておられるのであればぜひ受診してください。微力ながら精一杯関わらせていただきたいと思っています。又、当院のスタッフの方でも遠慮せずに声をかけていただければ幸いです。



第一回 ケアカフェ ひがしひろしま開催

外科、緩和ケアチーム 中谷 玉樹

平成26年5月29日東広島医療センターにて第1回ケアカフェが開催され参加しました。

ケアカフェとは、喫茶店のようにつろいだ雰囲気の中、コーヒーなどを飲みながら4-5人のグループに分かれ、テーマに沿った会話を楽しむイベントです。

席替えをしながら話を深め、内容は全員で共有しいろんな意見を持ち帰ることを目的としています。ここでは、講演会や研究会などでは体験できない顔の見える交流を通して、東広島でのケアに関わる多くの人でその未来像を探っていこうと始まりました。

参加対象者はケアに関わるすべての方ということでしたが、ケアマネージャー、メディカルソーシャルワーカー、薬剤師、看護師、栄養士、医師など多職種の方が参加されていました。

今回のテーマは「病とこころ」でした。初回なので、スムーズに進行していくか不安もありましたが、開始と同時に各テーブルで熱いディスカッションが始まり、時に笑いもあり和やかな雰囲気

のまま終了しました。

一般的に同じ職場や職種だけの集まりになると、情報やアイデアがマンネリ化し発展性がなくなっていきます。そんな時、今まであまり深く関係していないひとからの知恵や知識がブレークスルーを起こす可能性があると言われていています。ケアカフェはそんな「知り合い」を見つける場であり、それが回を重ねることで人脈となり、実際のケアの場でも「繋がる」関係へ発展していく予感がしました。

カフェ終了後のアンケートでも、今回参加した方々は次回を楽しみにされていますし、更に多くの方に参加していただければと思います。

第二回目は7月頃に予定します。日時が決定次第ご連絡しますのでマグカップとお菓子を持参し気軽に参加ください。



第1回 医療者・介護者・福祉者のための ケアカフェ ひがしひろしま Blending Communities

「ケア・カフェ」は、まったく新しいコンセプトで行われる、医療者、介護者、福祉者の集まりです。顔の見える関係作りと、日頃のケアの相談場所を提供していきます。司カフェを訪れるように気軽に訪れてください。

ケア☆カフェでは、ジャズの流れるカフェのような雰囲気の中、コーヒーなどを飲みながら、4～5人のグループに分かれてテーマに沿った会話をします。席替えをして話を深めます。さらに内容を参加者（お客さん）全員で共有していろいろな意見を持ち帰ることを目的としています。最後は自由に交流する時間を設けています。



【日 時】 平成26年5月29日（木）18:30～20:30
【場 所】 東広島医療センター 研修センター（東広島市西条町寺家513番地）

【テーマ】 『病とこころ』
【対象者】 ケアに関わる・携わる方はどなたでも♪
【参加費】 無料
【持ち物】 ☆ネームプレートかネームタグ

- 仕事場で使われているもので結構です
- ☆マグカップなどのコップ
落として壊れると悲しいので、2番目に気に入っているものを
- ☆ペンかマジック
裏面に書くときに使います。裏移りしない細めのマジックが最適です。いろいろな色を用意するのも good
- ☆お菓子・スイーツ
話しながらつまめる物を少量ご持参ください

＜お問い合わせ＞
:mail:fuesug119@gmail.com
(東広島医療センター 緩和ケアチーム 上杉文彦)





Information 4

広島県ドクターヘリ運航調整委員会に参加して

企画課 専門職 岡本 隆志

平成26年度の診療報酬改定も差し迫った、3月11日火曜日、ホテルグランヴィア広島において第2回広島県ドクターヘリ運航調整委員会が開催されました。

広島県のドクターヘリ運航事業は県を事業主体とし、委託を受けた広島大学病院が事業を実施、これに協力医療機関として県立広島病院を加え、平成25年4月より運行を開始（フライト開始は同年5月）、ようやく1年を迎えようとしている事業であり、運行調整委員会は年1回のペースで開催され、今回が2回目となります。

当院からは脳神経外科の右田部長と小生の2名が出席を予定しておりましたが、あいにく当日が手術日と重なり、小生のみでの参加となりました。

当日は広島県、関係医療機関、消防機関、県医師会、高速道路関係、警察、海上保安庁等、各関係機関合わせ64名の参加があり、開会に先立ち、運行調整委員会委員長であり広島大学病院 高度救命救急センター長の谷川攻一先生が挨拶されました。

広島県ドクターヘリ運航事業は全国において41機目の整備に当たるらしく、41機目と聞くと全国的には少し遅めなのかなという印象も受けますが、ほとんど他の都道府県が基地病院の敷地内にヘリポートを設置している形式をとっているのに対し、広島県では、広島ヘリポートにヘリ専従の医療スタッフ（医師、看護師）を配置するヘリ発信基地方式を採用しており、県全体で支える形式をとっていること、また、各地方自治体毎に実施される本事業において、中国地方5県の各県知事が広域連携における協定書を取り交わし相互利用、相互協力の目的の下、県境にほど近い中山間地域などでは他県からの出動要請にも柔軟に応じるべく、中国5県の救急医療体制の充実を図り、行政区間を越えて行う事に、大きな意味が

あるとお話をいただきました。

また、会議では運航状況の実績値が示され、活発な議論が交わされました。出動後のキャンセルも44件と、かなりの数値になりますが、ドクターヘリ事業は原則、オーバートリアージ容認ですので救命のためにキャンセルになることを恐れず、積極的に本事業を活用してほしい等の発言もありました。

また、高速道路等（インターチェンジやチェーンベース、サービスエリア）を離着陸場として活用すること等も検討され、非常に有意義なものとなりました。

当日は皆様ご承知のとおり、3年前に東北を襲った東日本大震災が発生した日にあたり、震災発生時刻の14時46分には列席者全員起立の上、1分間の黙祷が捧げられました。

当院には敷地内にヘリポート（所有は東広島市）が整備され、頻繁に患者の受入や施設間搬送、ランデブーポイントとしてのドクターヘリの往来があります。

ドクターヘリ事業について今後も運航調整委員会を始めとして積極的な議論がなされ、地域、或いは広島県全体の救急医療体制がより充実したものとなる事を期待しています。



人事異動

H26.4.2~7.1

採用



麻酔科医師
河久 由紀子

独立行政法人 国立病院機構 東広島医療センター 外来診療担当表

平成26年6月1日現在
変更することがありますので、恐れ入りますが窓口でご確認ください。

診療科名		月	火	水	木	金	
1階	総合診療科		小出 純子	小出 純子	小出 純子	小出 純子	
	内分泌・糖尿病内科 フット・フットケア外来	午前	◎小田 賀明 ◎小出 純子	◎小田 賀明 ◎大江 健	◎小田 賀明 ◎大江 健	◎大江 健	◎小田 賀明 ◎大江 健
		午後	◎小田 賀明	◎◎大江 健			
	腎臓内科	午前		平塩 秀磨			平塩 秀磨
		午後	大石 展盟		山田 有美		
	血液内科		高蓋 寿朗			大島 久美	
	神経内科	野田 公一 担当医	野田 公一 担当医	野田 公一 担当医	野田 公一 担当医	野田 公一 担当医	
	呼吸器内科	◎重藤 えり子 ◎村上 功 ◎小川 喬史	◎重藤 えり子	◎若林 優 ◎重藤 えり子	◎小川 喬史 ◎重藤 えり子 ◎村上 功	◎村上 功 ◎小川 喬史 ◎若林 優	
		◎◎原 幹 ◎城 日加里 ◎梶原 賢太 ◎新田 和宏	◎新田 和宏 ◎小野 裕二郎	◎小野 裕二郎 ◎梶原 真二	◎◎原 幹 ◎城 日加里 ◎梶原 真二 ◎梶原 賢太	◎小野 裕二郎 ◎城 日加里 ◎梶原 真二	
	循環器内科	上野 哲史 濱本 佳子 小野 大地	下田 浩子 浜本 佳子 松本 惇子	下田 浩子 岡田 泰之 松本 惇子	上野 哲史 濱本 佳子 小野 大地	下田 浩子 岡田 泰之 松本 惇子	
	外科	池田 昌博 宮本 和明 志々田 将幸 第2・4小野	高橋 忠照 貞本 誠治 豊田 和広 中谷 玉樹 倉吉 学	高橋 忠照 貞本 誠治 宮本 和明 第1・3・5小野/第2・4志々田	豊田 和広 中谷 玉樹 第1・3・5山根/第2・4倉吉	高橋 忠照 池田 昌博 倉吉 学 小山根 和明	
		手術日	第1・3・5志々田/第2・4山根	手術日	手術日		
	ストーマ外来	ストーマ外来は、第4月曜日(祝日等を除く)の13時から17時まで【完全予約制】					
	整形外科	岸 和彦 今田 英明 新本 卓也 松下 亮介	岸 和彦 今田 英明 渋谷 早俊	岸 和彦 渋谷 早俊	岸 和彦 新本 卓也 渋谷 早俊 松下 亮介	今田 英明 新本 卓也	
		手術日	手術日	手術日	手術日	手術日	
	骨粗鬆症外来	骨粗鬆症外来は、第2、第4木曜日(祝日等を除く)の14時から17時まで【完全予約制】					
	呼吸器外科	手術日	花木 英明	柴田 諭	手術日	柴田 諭	
	皮膚科	仁熊 利之 坂本 旭	仁熊 利之 坂本 旭	仁熊 利之 坂本 旭	天野 愛純香 第1・3・5坂本/第2・4仁熊	仁熊 利之 坂本 旭	
手術日					手術日		
眼科(休診)							
緩和ケア外来	緩和ケア外来は、第1・第3木曜日(祝日等を除く)の14時から16時まで			【担当】			
2階	消化器内科	濱田 博重 井上 基樹 後藤 栄造	長沖 祐子 大原 英司	竹崎 英一 濱田 博重 井上 基樹	後藤 栄造 長沖 祐子	長沖 祐子 大原 英司	
	脳神経外科	勇木 清隆 貞友 陽元 清水 陽元	手術日	右田 圭介 清水 陽元	勇木 清隆 貞友 政志 栗原 政志	右田 圭介 栗原 政志	
	心臓血管外科	森田 悟	手術日	許 吉起	森田 悟	佐藤 克敏	
	血管内治療外来	血管内治療外来は、金曜日(祝日等を除く)の14時から16時まで【完全予約制】			佐藤 / 許		
	耳鼻咽喉科	担当医	大久保 剛 武内 康治	大久保 剛 武内 康治	大久保 剛 武内 康治	大久保 剛 武内 康治	
	歯科	松田 真司			加治屋 幹人	應原 一久	
	泌尿器科	藤原 政治 増本 弘史	藤原 政治 増本 弘史	藤原 政治 増本 弘史	藤原 政治 増本 弘史	手術日	
	産婦人科(予約制)	当番制(田中・井上) 手術日	兒玉 尚志 田中 教文 (PM 井上)	手術日	兒玉 尚志 田中 教文	兒玉 尚志 井上 清歌	

【受付時間】 8時30分～11時30分 診察時間 8時30分～17時15分 ○救急患者様は随時診察いたします。ただし、手術のため、木曜日の耳鼻咽喉科は9時30分まで、金曜日の皮膚科は10時30分までの受付時間となります。 歯科(入院応需)は臨時的に診察曜日が変更となることがあります。
 【予約受付】 再診患者様につきましては、受診時に次回の診察予約ができます。また、定期的に受診されている場合には、電話での予約も可能です。 電話(082)423-1489 (平日8:30から17:00)
 【産婦人科】 産婦人科外来は原則的に初診も含めて予約制ですが、妊婦初診は予約なしでも受けます(火曜日・木曜日・金曜日)。
 【診療日】 月曜日～金曜日 (土曜日・日曜日・休日・年末年始は休診となります。)



お問い合わせ
 独立行政法人 国立病院機構
東広島医療センター
 〒739-0041
 広島県東広島市西条町寺家513番地

ホームページ
<http://www.hiro-hosp.jp/> Webからは 東広島医療センター
TEL082-423-2176 FAX082-422-4675