

関西ろうさい病院 連携通信

2018
Mar.

No.30

かんろう.ねつと

Contents

- ここまで分かるカプセル内視鏡
- 手技時間1時間、全身麻酔下の「低侵襲」心房細動アブレーション
- 直腸がんにおける肛門温存手術～人工肛門を回避する究極の手術～
- 経カテーテル大動脈弁置換術を開始いたしました



経カテーテル大動脈弁置換術

TAVR開始!!

ここまで分かる カプセル内視鏡

消化器内科 副部長
やまぐち しんじろう
山口 真二郎



●略歴

平成11年 大阪大学医学部 卒業
平成12年 大阪警察病院 内科
平成15年 大阪大学医学部附属病院 消化器内科
平成21年 大阪警察病院 内科 医長
平成27年 関西労災病院 消化器内科 副部長

●資格

医学博士(大阪大学)
日本内科学会 指導医・総合内科専門医・認定内科医
日本消化器内視鏡学会 指導医・専門医
日本消化管学会 胃腸科指導医・専門医
日本消化器病学会 指導医・専門医
日本肝臓学会 専門医
日本がん治療認定医機構 がん治療認定医
日本カプセル内視鏡学会 指導医・認定医

はじめに

平素よりたくさんの患者さんをご紹介いただきありがとうございます。消化器内科の山口真二郎と申します。消化管疾患を中心に診療を行っております。

消化器領域において、小腸は長らく「暗黒大陸」と呼ばれ、小腸疾患の診断・治療はこの領域の中で後れをとっていましたが、2007年に小腸カプセル内視鏡検査が保険適応となりました。初めは原因不明の消化管出血の患者さんのみが対象でしたが、現在は小腸疾患が疑われるすべての患者さんが対象となっています。また、大腸カプセル内視鏡も2014年から保険適応になっており、併せてご紹介させていただきます。

小腸カプセル内視鏡

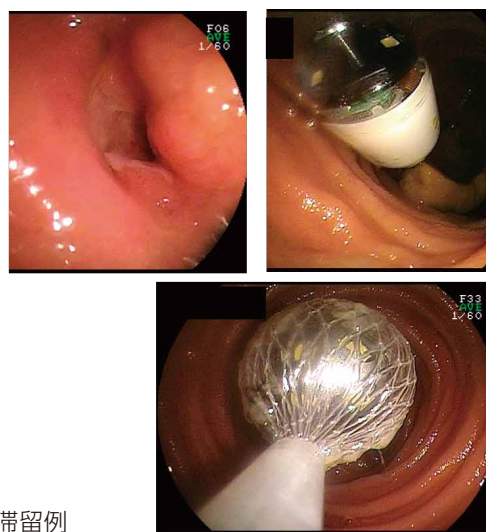
ギブン・イメージング社製の小腸用カプセル内視鏡は、外径11mm・全長26mmのカプセル(図1)で、口から飲み込むと、蠕動運動で消化管内を移動し、内蔵されたカメラで撮影、データレコーダーに記録します。記録された5万枚の画像を読影し、診断しています。慣れてくると30分程度で読影が可能です。下剤などの前処置は不要なので、患者さんの負担はとて少ないですが、合併症としてカプセルが体外に排出されない“滞留”があります(ただし、頻度は0.5%程度と非常に稀です)。排出されない場合はダブルバルーン小腸内視鏡で回収が可能です(図2)、困難な場合は外科手術になることがあります。また、カプセル自体を飲み込めない方やペースメーカーが埋め込まれている方には使用できません。カプセル内視鏡を外来で行った場合の費用は、3割負担の方で、本体の材料費と技術料を合計して3万円程度かかります。



図1 小腸カプセル内視鏡



図2 放射線小腸炎のカプセル滞留例



小腸カプセル内視鏡による消化管出血の診断

原因不明の消化管出血の患者さんに対して上・下部消化管内視鏡検査で異常がないことを確認した後、バイタルサインが安定していれば、まずカプセル内視鏡で小腸全体の観察を行います。全症例で小腸全体

の観察が可能なわけではありませんが、約85%の症例で全小腸の観察が可能です。当院の症例では、カプセル内視鏡で異常所見を認めた割合は全体の約65%で、毛細血管拡張症やDieulafoy潰瘍などの血管性病変が約半数、NSAIDs関連小腸炎などのびらん・潰瘍性病変が約4割と多くを占めていました。

また、造影CTでも指摘できずカプセル内視鏡で初めて診断できた悪性リンパ腫の症例(図3) や複数回のカプセル内視鏡で初めて病変を指摘できたDieulafoy潰瘍の症例(図4)なども経験しています。出血のエピソードからカプセル内視鏡を施行するまでの時間が早いほど、原因疾患を特定できる確率は高くなりますので、ご紹介いただければ速やかにカプセル内視鏡検査を行います。

図3 小腸悪性リンパ腫



カプセル内視鏡の写真

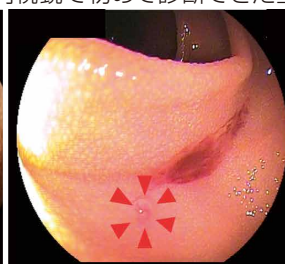


ダブルバルーン内視鏡の写真

図4 3回目のカプセル内視鏡で初めて診断できた空腸Dieulafoy潰瘍の症例



カプセル内視鏡の写真



ダブルバルーン内視鏡の写真



クリップ止血後

パテンシーカプセル

小腸カプセル内視鏡が保険適応となった当初、クローン病などの狭窄が疑われる小腸疾患に対しては禁忌とされていました。2012年7月に体内で崩壊するパテンシーカプセルが保険適応となり、小腸狭窄が疑われる患者さんにはカプセル内視鏡を使用する前にパテンシーカプセルを飲んで、約30時間後に肛門から出てくるかで消化管が開通しているかの判定を行います。開通していると判断されれば、カプセル内視鏡を行うことが可能です。

大腸カプセル内視鏡検査

ギブン・イメージング社製の^①大腸カプセル内視鏡は外径11mm・全長32mmのカプセルで、大腸内視鏡を肛門から挿入しなくてもよいため、“恥ずかしい”“怖い”などの精神的負担はありません。腹部手術後などの癒着で大腸内視鏡の挿入が困難もしくは困難が予想される患者さんにも有用です。ただし、小腸カプセル内視鏡と違い大腸までの観察が必要なため、カプセルが排出されるまで追加の下剤が必要となります(合計2.5~4L程度)。たくさん下剤の服用が必要なため、現段階では若くて元気な方が検査の対象と考えております。また、小さいIIc病変や平坦な側方発育型腫瘍などの発見にくい病変の診断精度は不明です。

最後に

原因不明の消化管出血・鉄欠乏性貧血・原因不明の腹痛・下痢などで小腸疾患が疑われる患者さん、大腸カプセル内視鏡検査をご希望の患者さんがいらっしゃれば、消化器内科外来へご紹介いただけると幸いです。今後とも何卒よろしくお願いいたします。

手技時間1時間、全身麻酔下の「低侵襲」心房細動アブレーション

循環器内科・不整脈科

ますだ 増田
まさはる 正晴



●略歴

平成15年 大阪大学医学部 卒業
大阪府立急性期・総合医療センター 心臓内科
平成21年 桜橋渡辺病院 不整脈科
平成24年 大阪大学医学部 循環器内科 助教
平成26年 関西労災病院 循環器内科
平成28年 関西労災病院 不整脈科兼任

●資格

日本内科学会 認定内科医・総合内科専門医・指導医
日本循環器学会 循環器専門医
不整脈学会心電学会 不整脈専門医
日本医師会 認定産業医
植込み型除細動器・両心室ペースメーカー・
着用式除細動器処方資格
ACLSインストラクター
身体障害者福祉法指定医
更生医療指定医
医学博士

はじめに

平素より地域の先生方におかれましては、当院の循環器、不整脈診療にご協力を賜り誠にありがとうございます。この場を借りて御礼申し上げます。また当院へご紹介いただきましたアブレーション予定の患者さんで、施術までお待ちいただく期間が長くなっていることをお詫び申し上げます。現在、平均100名の患者さんがアブレーション予約で待機しており、平均待機期間が2ヶ月になっております。急を要する症例は準緊急的に対応させていただくとともに、不整脈カテーテル治療室や治療スタッフを増やし、待機期間を短くすべく対策を重ねておりますので、ご理解いただけましたら幸いです。

さて、当院の不整脈治療では心房細動のカテーテルアブレーションに特に力を入れており、より良い治療成績も追及し日々研鑽しておりますので、ご紹介させていただきます。

より低侵襲なアブレーションを目指して

心房細動のアブレーションが急速に普及しています。しかし、未だにアブレーションは長時間の手技で、侵襲が多く、合併症が多いという印象を持たれている患者さん、医療者が多いのが現状です。当院では、アブレーションの成功率を上げるのはもちろんですが、どこよりも低侵襲に受けていただけるよう、スタッフ一同が取り組んでいます。

○全身麻酔

焼灼による疼痛が強く、従来から鎮静下にアブレーションを行っていました。しかし当院では2017年秋より、患者さんの希望と医学的見地から、全身麻酔下に施術しています。患者さんの苦痛軽減効果が著しいだけでなく、カテーテルの安定性も増したことで、結果的には術時間も短縮されています。

○術時間の短縮

心房細動への初回アブレーションの術時間は約1時間です。これは徹底した手技手順の効率化、スタッフの訓練によってなし得たものです。術時間の短縮は合併症や術侵襲の低減に結び付くと考えられます。

○合併症の少ないアブレーション

アブレーションによる深刻な合併症として、食道潰瘍や脳梗塞、心タンポナーデなどが挙げられます。これらに対する予防策を徹底することで、合併症を極力減らすよう努めています。2017年は、482例に心房細動アブレーションを実施し、深刻な合併症は心タンポナーデ1例(回復して退院)のみでした。

最新の治療機器

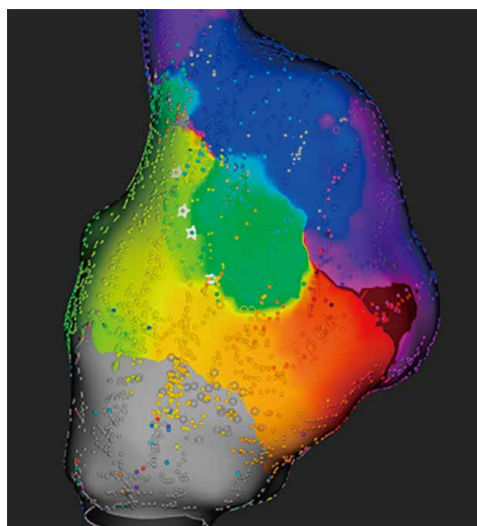
当院では不整脈の診断、治療をより正確かつ効率的に行うために最新の治療機器をそろえています。

○冷凍凝固(クライオ)アブレーション

左心房に挿入したバルーンカテーテルを肺静脈に楔入させ、 -60°C の亜酸化窒素による冷気を送り込んで、左心房と肺静脈接合部を冷凍アブレーションする機器です。従来の高周波アブレーションのような複雑なカテーテル操作が必要ないため、治療時間がおよそ60分にまで短縮しました。また治療成績も従来の高周波アブレーションと比べて遜色なく、合併症もむしろ少ないと報告されています。そのため、当院では肺静脈隔離だけで治療が可能な発作性心房細動には、原則としてクライオバルーンアブレーションを行っています。低侵襲な治療ですので、80歳を超えるような高齢者にも実施可能です。



○RHYTHMIA(リズムミア)



持続性心房細動、心房拡大を伴う心房細動などは、心房細動を持続させる不整脈基質が心房全体に広がり、肺静脈隔離術だけでは洞調律維持が達成できない症例も多くあります。そのような症例に対して従来は施設ごとに決めた画一的な線状のアブレーションを心房に追加していました。しかし過去最大規模のRCTであるSTAR-AF II(N Engl J Med 2015)において、そのような画一的な線状焼灼には治療成績向上効果がないことが報告されました。

当院では、RHYTHMIAという超高解像度マッピングシステムを用いて、心房内の電気信号を10,000か所以上記録する voltage mapping という手法で、患者さん個々の心房の障害心筋の分布を明らかにし、それに対してアブレーションを行うというオーダーメイド治療を行っています。このような方法をとることで、不整脈の基質となる病的な心筋を確実に取り除き、健常心筋を温存することができます。

2017年の治療実績

関西労災病院不整脈科では2017年に614例にアブレーションを実施し、これは近畿地方でも有数の件数です。その中で、心房細動は482件を占めます。なお2016年にアブレーションを行った470例程度の心房細動の患者さんの、現時点での洞調律維持率は80%程度、発作性心房細動に限れば85%以上と良好な成績です。

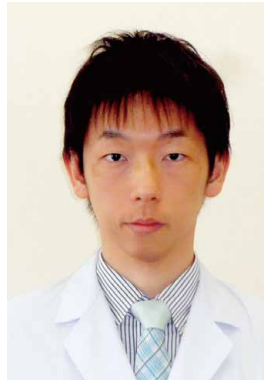
おわりに

私たち不整脈治療チームは、「現在の医学で可能な最高水準の医療を提供する」を理念に掲げ、スタッフの知識、技能向上に取り組み、医療設備の充実を図っています。また患者さんと接するにあたっては、病気と治療法について十分に理解していただいたうえで、納得して治療を受けていただくために、丁寧な説明を心がけるとともに、個々の患者さんの生活状況や価値観にも配慮して治療方針を決定しております。関西労災病院は、阪神南北医療圏の不整脈治療の中核として地域医療に貢献しながら、日本へ、そして世界へ情報発信できるよう研鑽していく所存です。

直腸がんにおける 肛門温存手術

～人工肛門を回避する究極の手術～

下部消化器外科
ないとう あつし
内藤 敦



●略歴

平成18年 奈良県立医科大学卒業
八尾市立病院 初期臨床研修医
平成20年 八尾市立病院 外科
平成22年 大阪府立中河内救命救急センター
平成23年 八尾市立病院 外科
平成24年 大阪大学大学院 消化器外科
平成27年 関西労災病院 外科

●資格

平成25年 日本外科学会 専門医
平成27年 日本がん治療認定機構 がん治療認定医
医学博士(大阪大学)
平成28年 日本消化器外科学会 専門医
日本消化器外科学会 消化器がん外科治療認定医

はじめに

平素より多くの患者さんをご紹介いただき、誠にありがとうございます。2015年4月より関西労災病院外科に赴任いたしました下部消化器グループの内藤敦と申します。下部消化器外科は副院長の村田幸平、副部長の賀川義規、内藤敦、河合賢二の4名で診療を担当しており、大腸がんを始め、良性疾患や緊急手術にも精一杯取り組んでおります。今後とも何卒宜しくお願ひいたします。

今回は究極の肛門温存手術を目指した括約筋間直腸切除術(ISR)を紹介させていただきます。

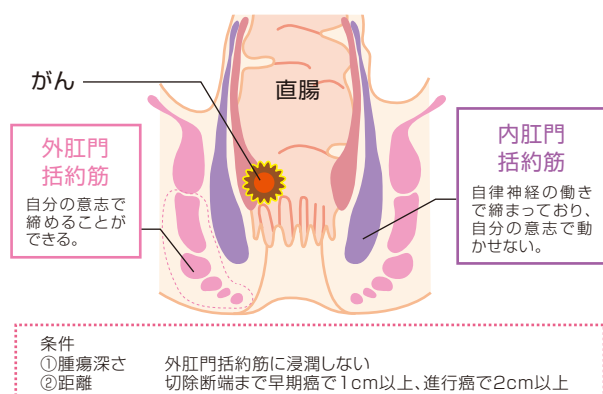
究極の肛門温存手術-ISR

直腸がんは、大腸がん全体の約4割を占めます。直腸がんで大きな問題となるのは、早期のがんでもできた場所によっては、直腸だけでなく肛門まで大きく切除する「直腸切断術」が必要で、人工肛門(ストーマ)を設けることになる点です。直腸は長さ15～20cmしかなく、直腸と肛門の間の歯状線からわずか2cmほどで肛門縁となります。そのため下部直腸にがんができると、直腸だけでなく肛門まで切除せざるをえなくなります。最近では、下部直腸がんや肛門付近のがんに対して、できるだけ肛門を残す手術が行われるようになってきました。それが究極の肛門温存手術と呼ばれる「括約筋間直腸切除術(ISR)」です。

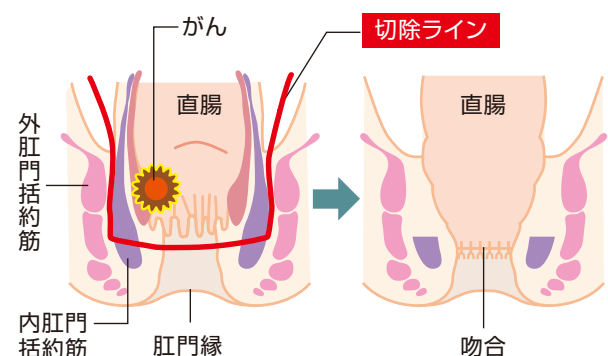
当院では2014年8例、2015年9例、2016年7例のISRを行っております。

ISRの術式

ISR手術(究極の肛門温存手術)



ISR手術の切除ライン



肛門括約筋とは排便時の肛門の開閉にかかわる筋肉のことで、内側には不随意筋である内肛門括約筋(IS)が、外側には随意筋である外肛門括約筋(ES)があります。肛門はこの二つの肛門括約筋によって締められていますが、便がたまって直腸の内圧が上がると、便意をもよおします。それによ

て、無意識に内肛門括約筋が緩み、意識的に外肛門括約筋を緩めて便を排出します。

従来の直腸切断術では、がんのある直腸を切除する際に、この内・外肛門括約筋と肛門を切除し人工肛門を造ります。ISRでは、内肛門括約筋のみ切除して、外肛門括約筋は残す方式をとります。温存した外肛門括約筋によって、肛門からの排便機能はある程度維持されます。また、吻合部の傷が癒えるまで一時的な人工肛門は必要ですが、永久の人工肛門を造る必要はありません。

ISRの適応基準は①外肛門括約筋・肛門挙筋への非浸潤例(T1-T2まで)、②遠位側断端の確保:進行がん(T2、T3)で2cm以上、早期がん(T1)で1cm以上、③低分化・未分化腺がんなどの特殊例の除外、④直腸肛門機能の著明な低下症例の除外、の4項目としています。

傷が目立たない腹腔鏡手術

当院では、腹腔鏡手術の中でも難易度の高いと言われている横行結腸がんや直腸がんに対しても積極的に腹腔鏡手術を施行しております。ISRでも腹腔鏡下で直腸を肛門直上まで剥離、受動を行い、最後に肛門操作に移ります。切除した腸管は肛門側から取り出すので、標本摘出創が必要なく、傷が小さくなります。ISRの3ヶ月から6ヶ月後に行うストマ閉鎖後の創部は、環状縫合を行うことでほとんどわからなくなります。開腹手術のような大きな傷を残さずに肛門の温存が可能となった究極の手術です。



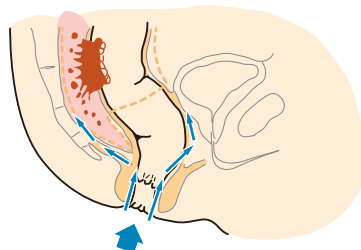
腹腔鏡補助下ISR手術
回腸人工肛門閉鎖術 (ISR術後6ヶ月)

経肛門的全直腸間膜切除術-TaTME

TaTME (肛門側から腹腔鏡)



近年注目されているTaTME (Transanal total mesorectal excision: 経肛門的全直腸間膜切除術) と呼ばれる術式があります。この術式は肛門操作も単孔式腹腔鏡下手術で行うというもので、より詳細に直腸の剥離層を確認して手術を行うことが可能であり、今後普及すると考えられています。当院でも2016年より導入し、ISR、直腸切断の手術で行っております。



最後に

がんの手術で最も優先されるのは根治性です。しかし、直腸がんになってもできれば人工肛門は避けたいというのは患者さんの当然の願いだと思います。我々は根治性を損なわずに、より低侵襲で安全な手術をいつも心がけております。また、1人1人の患者さんに対して、「ベストの治療」を提供出来るよう、診療科の枠を超えて、カンサーボートをはじめとした合同カンファレンスを行い、治療方針を決定しております。今後も先進的な治療を実践してまいりますので、引き続き、患者さんをご紹介いただきますよう宜しくお願い申し上げます。

経カテーテル 大動脈弁置換術を 開始いたしました。

心臓血管外科 部長
よし たつ まさお
吉 龍 正 雄



●略歴

平成 4 年 大阪大学医学部 卒業
大阪大学医学部附属病院
平成 12 年 桜橋渡辺病院 心臓血管外科
平成 18 年 大阪大学医学部附属病院 心臓血管外科
平成 19 年 大阪府立急性期総合医療センター 心臓血管外科医長
平成 21 年 獨協医科大学 胸部外科
平成 22 年 同 心臓・血管外科 学内准教授
平成 23 年 桜橋渡辺病院 心臓血管外科 医長
平成 25 年 同 部長
平成 26 年 関西労災病院 心臓血管外科 部長

●資格

平成 18 年 心臓血管外科学会専門医
平成 19 年 外科学会専門医
平成 24 年 心臓血管外科専門医認定機構修練指導医

はじめに

平素より多くの患者さんを御紹介いただき誠にありがとうございます。2014年5月に関西労災病院に赴任し今年で5年目になります。2016年にハイブリッド手術室が完成し、循環器内科と合同で大動脈瘤に対する血管内治療を行ってまいりました。お陰様で大動脈瘤に対する血管内治療はこの3年間で急速に増加しました。昨年度は腹部大動脈瘤及び胸部大動脈瘤に対するステントグラフト内挿術を81例施行しております。この経験を踏まえ、従来より循環器内科・心臓血管外科から成るハートチームで準備をしておりました、重症大動脈弁狭窄症に対する経カテーテル大動脈弁置換術(TAVRまたはTAVI)をいよいよ当院でも開始いたしました。

TAVR/TAVI とは

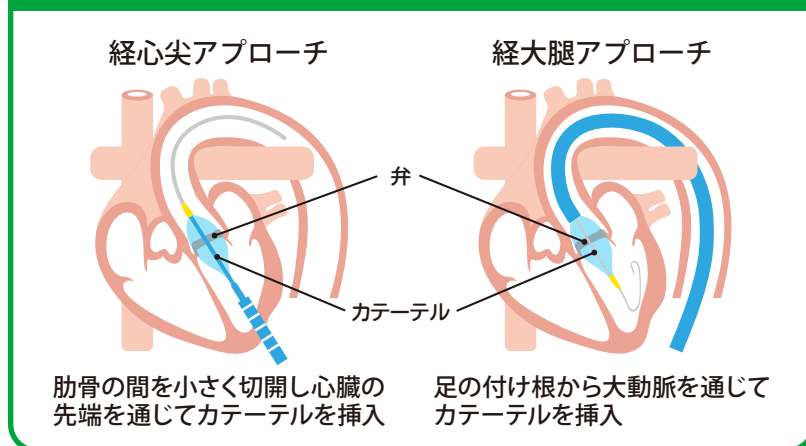
TAVR(タバ)とはTranscatheter Aortic Valve Replacementの略語で、日本語では「経カテーテル大動脈弁置換術」と訳されます。TAVI:Transcatheter Aortic Valve Implantationと言われることもあり、「経カテーテル大動脈弁留置術」または「経カテーテル大動脈弁植え込み術」と訳されます。

TAVRは、重症大動脈弁狭窄症の患者さんの硬化した大動脈弁を、カテーテルを用いて人工の弁と置換する治療法です。これまでならば手術に耐えられないと判断された高齢の方などにも可能な大動脈弁狭窄症の新しい治療方法です。本邦では2013年10月より、TAVRが保険償還となりました。TAVRの実施は、これを安全かつ有効に普及させることを目的としたTAVR関連学会協議会が定める実施施設基準を満たす、ハートチーム体制の整った医療機関のみに厳格に限定されています。当院も、同協議会の審査を受け、2017年11月21日に認定施設として承認され、ハートチームでのデバイス研修を経て、いよいよ本年2月よりTAVRを開始することとなりました。

大動脈弁狭窄症の治療

TAVRには、主に「経大腿アプローチ」と「経心尖アプローチ」の2通りのアプローチがあります。(下図)経大腿アプローチは大腿動脈からカテーテルを挿入し、大動脈弁のところまで人工弁を装着したカテーテルを挿入します。大腿動脈から大動脈弁までアクセスするための血管が狭窄している場合や屈曲が強い場合は、経心尖アプローチを選択します。経心尖アプローチは肋間から開胸し心臓の心尖部からカテーテルを通す手技であり、経大腿アプローチに比して侵襲が大きくなります。最近ではカテーテルがより細くなっていますので、経大腿アプローチの割合が増加しています。

経カテーテル的大動脈弁置換術



当院では御紹介いただいた重症大動脈弁狭窄症の患者さんの治療方針をハートチームにより検討いたします。

基本的には以下のような重症大動脈弁狭窄症には手術適応が必要と考えています。

- ①心エコー検査により大動脈弁間平均圧較差が40mmHg以上、または最大血流速が4.0m/s以上、または大動脈弁口面積が0.8cm²未満である加齢変性大動脈弁狭窄症例
- ②大動脈弁狭窄に起因するNYHA class分類Ⅱ度以上の症候を有する症例

TAVRの適応については、現在、流動的であり、施設によって若干の違いはあると思いますが、当院ではおおよそ右表のように考えています。

- 年齢(男性80歳以上、女性85歳以上が一応の目安)
- 虚弱(Frailty)
- 高度な上行大動脈の石灰化
- COPDなどの呼吸器障害
- 頸部大動脈狭窄
- 冠動脈バイパス術後
- 狭小弁輪
- 胸壁奇形
- 維持透析でない
- 他の重症弁膜症が並存していない
- 患者様の希望

TAVRの今後

本邦ではハイリスク患者を対象にしているにもかかわらず30日死亡率が2%を切り、海外ではランダム化試験の結果をもとに中等度リスクの大動脈弁狭窄症にも積極的にTAVRが行われています。今後本邦においてもTAVRの適応が更に広がっていく可能性は大きいと思われます。これまでTAVRデバイスの開発、改良に合わせて、従来の外科的大動脈弁置換術とTAVRを比較したいいくつかの大規模試験が行われてきましたが、PARTNER 2A trialでは、中等度リスクの重症大動脈弁狭窄症においてもTAVRは外科的大動脈弁置換術に対して同等であることが証明されました。これを受けて米国FDAは2016年8月、中等度リスクの患者に対してもTAVIを承認するに至りました。この適応拡大はTAVR症例数の飛躍的増加にさらに拍車をかけ、2016年には米国でTAVRが外科的大動脈弁置換術を凌駕する状況を作り出しました。2017年ACC/AHAのガイドラインは以下の様に改定されました。

(1)ハイリスク患者におけるTAVR Class Iで推奨

(2)中等度リスク患者におけるTAVR Class IIaで推奨

ただしTAVRには未解決の問題も多く残っており、PARTNER 2A trialでは、大腿動脈アプローチができないTAVRは外科的大動脈弁置換術に劣っているという結果でした。

おわりに

今後、デバイスの開発とともに更にTAVRの適応は広がっていくものと思われます。

当院においても、ハートチームで更なる研鑽を積んで、より良い大動脈弁狭窄症の治療を目指していきたいと存じます。もし大動脈弁狭窄症の患者さんがおられましたら、当院循環器内科または心臓血管外科までご紹介くださいますよう、何卒宜しくお願い申し上げます。

開催のご報告

第28回 関西ろうさい病院市民公開講座

阪神南北圏域にお住まいの皆様を対象に「第28回 関西ろうさい病院市民公開講座」を開催いたしました。今回は胃がん・大腸がんをテーマに、当院医師3名による講演と、当院通院中の患者さんより、がん治療の体験談をお話しいただきました。

開催概要

日時：平成30年2月3日(土) 10:00～11:40

場所：プレホール(西宮市)

参加者数：270名

座長：副院長・消化器内科部長 萩原 秀紀
副院長・外科部長 村田 幸平



講演1

「胃がん・大腸がんにならないために～検診と予防法～」
消化器内科副部長 山口 真二郎

講演2

「みなさんに知ってほしい胃がん手術のコト」
消化器外科副部長 竹野 淳

講演3

「ここまできた！ 大腸がん手術の最前線」
消化器外科副部長 賀川 義規

講演4

患者さんの体験談ご紹介
「がんの手術をうけて思うこと」



独立行政法人 労働者健康安全機構

関西労災病院
地域医療支援病院、地域がん診療連携拠点病院

〒660-8511 尼崎市稲葉荘3丁目1番69号

URL <https://www.kansai.hjohas.go.jp>

発行人：林 紀夫 編集人：角田 賢一

地域医療室

受付時間 月曜日～金曜日 8時15分から19時
(土・日・祝日は業務しておりません)

TEL 06-6416-1785(直通)

06-6416-1221(内線7080)

FAX 06-6416-8016(直通)

連携通信第30号 平成30年3月



関西労災病院診療科担当一覧表

平成 30 年 4 月 1 日 現在

院長 林 紀夫
副院長 津田 隆之・瀧 琢有・萩原 秀紀・村田 幸平・上山 博史・伊藤 公彦
・初診 8:15～11:30
◎各科責任者

〒660-8511

尼崎市稲葉莊3丁目 1-69

医療連携総合センター(地域医療室)

TEL 06-6416-1221(代)

TEL 06-6416-1785(直)

FAX 06-6416-8016(直)

診療科名				月	火	水	木	金
内科	血液内科	初診・再診			橋本		橋本	
	糖・内分泌	初診・再診	P M	山本 仁科	山本 今田	山本 周	山本 仁科(甲状腺)	周 今田
	腎臓内科	初診・再診	P M	◎和泉 北村	大田	松岡 勝間	和泉 松岡	大田 勝間
		専門外来	P M	和泉	大田 北村	勝間 今井	島田	大田 勝間(前半)松下(後半)
	呼吸器内科	初診・再診		シャント外来	シャント外来	シャント外来	シャント外来	シャント外来
神経内科 (完全予約制)	初診		10:30迄	◎依藤 野崎	野崎 依藤	城崎(10:30迄) 松永(14:30-15:30)	依藤 野崎	今西(10:30迄) (14:30-15:00)
	再診							
	特殊外来	P M		頭痛	摂食嚥下障害	特定疾病	パーキンソン病	
消化器内科	初診・再診	P M		清水 戸田 太田 岩本	◎萩原 有本 水本 三重 山岡	伊藤 山口 水本	糸瀬 太田 有本	萩原 山口 清水 須永
循環器内科	初診・再診			飯田 増田 石原 南都	◎真野 岡本 神田 辻村	飯田 増田 石原	石原 南都 神田 辻村	真野 浅井 増田(10:00迄) 岡本 奥野
		P M		浅井 南都 辻村 奥野 河合	辻 上松(1,3,5週) 佐藤(2,4週)	南都 神田 畑	浅井 岡本 松田	奥野
	専門外来			ASO/重症虚血肢(AM) 大動脈瘤	ASO/重症虚血肢(AM)	ASO/重症虚血肢(AM)		ASO/重症虚血肢(AM)
不整脈科	初診・再診・専門			増田 ベースメーカー	神田(AM)	増田	神田	増田 (10:00迄)
心療内科・精神科	初診			辻本 戴重	戴重 梅田 辻本	辻本 戴重 梅田	梅田 辻本 戴重	戴重
	再診			◎梅田				辻本 戴重
	病棟初診							老年期外来(梅田)
	専門外来	A M P M			ストレス外来(梅田)			睡眠専門外来(重土)
(注) 予約外の患者様は(初診)担当医が診察								
小児科	初診・再診 検査・専門外来	P M		◎泉 石川 検査	泉 指原 予防接種	泉 指原(1,3,5) 石川(2,4) 心理・乳児健診	泉 石川 心理・アレルギー外来	泉 指原 アレルギー外来
外科	消化器外科	初診・再診		武田(肝胆臓) 竹野(上部) 桂(肝胆臓) 内藤(下部)	◎村田(下部) 賀川(下部) 交替制(急患のみ)	武田(肝胆臓) 賀川(下部) 村上(上部) 阪本(肝胆臓)	村田(紹介制) 益澤(上部) 交替制(急患のみ)	村田(下部) 竹野(上部) 大村(肝胆臓) 河合(下部)
	乳腺外科	初診・再診		稲留	佐藤(午前)	柄川	日馬(午前)	柄川 稲留
	セカンドオピニオン			13:00～食道・胃(竹野) 14:00～乳腺(柄川)	11:00～大腸・肛門(村田)	14:00～肝・胆・膵(武田)		
整形外科	初診			安藤(関節) 西本(手) 鈴木(手) 大西(脊椎) 富士(整形全般)	大和田(脊椎)(紹介制) 小山(関節) 安井(関節) 富田(整形全般)	草野(スポーツ)(肩・膝のみ) (急患・紹介のみ) 10:30迄	石井(脊椎) 堀木(手) 中川(手) 三宅(整形全般)	◎津田(関節)(紹介のみ) 橋本(関節) 小川(関節) 山岸(脊椎)
	再診			大和田 石井 堀木 中川	橋本 小川 大西 山岸		西本 鈴木	津田 安藤 安井 小山
	専門外来	P M		脊椎外科(再診のみ) (大和田 石井 大西 山岸) スポーツ整形(前(達) (紹介・予約制)	関節外科(再診のみ) (安藤・安井)	手術日	手の外科(初・再診) (堀木 中川 西本 鈴木)	股関節外科(津田) (初・再診) 関節外科(再診のみ) (橋本 安井 小川)
	検査	P M			脊髓・関節造影		脊髓・関節造影	
スポーツ整形	初診・再診	PM(13:30-15:00)		手術日	鳥塚 草野	鳥塚	手術日	鳥塚 草野
形成外科	初診・再診			◎浅田 三木	南 服部	手術日(交替制)	三木 南	浅田 服部
	専門外来	P M		梅瘡外来	梅瘡外来		静脈瘤外来	手術日
脳神経外科	初診・再診			森 豊田	熊谷 黒田	◎瀧 豊田	小林	瀧 森 竹中
	セカンドオピニオン	A M		手術日	手術日	血管内手術	手術日	
呼吸器外科	初診・再診 セカンドオピニオン	P M			手術日	手術日	岩田 山本 戸田 14:00～呼吸器(岩田)	岩田(完全予約制)
心臓血管外科	初診・再診			手術日	溝口 担当医	◎吉龍 AS外来 溝口	手術日	手術日
皮膚科	初診・再診 病棟往診	AM・PM		◎福山 高橋 菊澤	福山 横谷 菊澤	福山 菊澤 福山	高橋 菊澤 福山	福山 菊澤 菊澤
	検査	P M		パッチテスト・生検	手術日	生検	手術日	生検
	初診 再診 処置外来 検査	P M		◎川端 田口 角井 植木 仁科 検査・ESWL	◎川端 田口 角井 植木 仁科 検査・ESWL	手術日	田口 川端 奥野(優) 仁科 植木 検査・ESWL	角井 奥野(優) 植木 仁科(PM) 検査
産婦人科	初診			担当医	担当医	担当医	担当医	(急患のみ)
	再診			堀(婦) 鶴田(産) 大久保	◎伊藤(婦・紹介予約) 後藤 黒田	伊藤(婦) 堀(婦) 田島 大久保	鶴田(婦) 後藤 山下	田島
		P M		鶴田(遺伝) 八木 コルボ外来	伊藤(婦)	堀(緩和・腫瘍) コルボ外来		コルボ外来
	専門外来 セカンドオピニオン	P M P M		胎児超音波外来	胎児超音波外来	胎児超音波外来 午後～子宮・卵巣(伊藤)	胎児超音波外来	胎児超音波外来
眼科	初診			神田 交替制	◎渡邊 中田	中田	雲井(10:30迄)	森
	再診				中田	森 神田		渡邊
	検査	P M		手術日	角膜炎/ドライアイ	検査/レーザー	手術日	検査/レーザー
耳鼻咽喉科	初診			手術日(新患のみ) (10:00迄) 救急応相談	◎赤埴(1,3,5週) 福嶋 野崎 中村 江口	赤埴 福嶋 江口 野崎 中村	江口 野崎 赤埴 福嶋 中村	上野
	再診							手術日
	専門外来	P M			めまい難聴外来(14:00-16:00) 福嶋			
緩和ケア科					AM(精神) 紹介制	PM(身体) 紹介制		
口腔外科	初診・再診			◎北村 和田 松下	手術日(新患のみ) (交替制 10:30迄)	北村 和田 松下 外来手術	北村 和田 松下 外来手術	北村 和田 松下 (10:30迄)
	外来手術	P M		外来手術				口腔腫瘍
	専門外来	A M						

【再診の予約受付時間】
予約制となっております。各診療科で時間を予約してください。受付時間13:00～16:30
尚、予約外再診の方の診療受付時間は8:15～11:00です。

1F西受付(脳外科・心療内科・眼科)	06-6416-0281
1F東受付(産婦人科・小児科)	06-6416-0282
2F西受付(内科・循環器内科・消化器内科)	06-6416-0288
2F東受付(泌尿器科・整形外科・スポーツ整形)	06-6416-0289
3F西受付(外科・形成外科・皮膚科・心外科・呼吸器外科)	06-6416-0291
3F東受付(耳鼻咽喉科・頭頸部外科・口腔外科)	06-6416-0298

☆セカンドオピニオン外来・緩和ケア科：紹介による完全予約制です。予約は地域医療室まで。
☆健康診断センター：8:15～17:00人間ドックのご予約を受付けています。
☆急患の方は、この限りではありません。

※応援医師		月	火	水	木	金
放射線科	アンギオ	午前	内科(循環器) 放射線科(腹部)	内科(循環器)	内科(循環器) 放射線科(腹部)	内科(循環器) 放射線科(腹部)
		午後	内科(循環・呼吸) 脳外科(頭部)	内科(循環器)	脳外科(頭部) 放射線科(腹部)	内科(循環器) 脳外科(頭部)
		午前午後	冠動脈/単・造影 単純・造影	冠動脈/単・造影 単純・造影	冠動脈/単・造影 単純・造影	冠動脈/単・造影 単純・造影
	C T	午前午後	PET-CT	PET-CT	PET-CT	PET-CT
		午前午後	外科(EROP)	内科(EROP)	外科(EROP)	内科(EROP)
		午前午後	内科	人間ドッグ 内科	放科(消化管) 内科	人間ドッグ 内科
	透視室	午前午後	人間ドッグ・嚥下造影 腎内(シャント)	腎内(シャント) 腎内(シャント)	腎内(シャント) 腎内(シャント)	人間ドッグ 腎内(シャント)
		午後	産婦人科・泌尿器	産婦人科・泌尿器	産婦人科・泌尿器	産婦人科・泌尿器
		多目的	午後	整形(ミエロ他)	整形(ミエロ他)	整形(ミエロ他)
	骨密度 I V P	午後	腰椎・股関節(午前)	腰椎・股関節(午前)	腰椎・股関節(午前)	腰椎・股関節(午前)
		午後	放射線科	放射線科	放射線科	放射線科
		午前午後	単純/造影 単純・造影	単純 単純・造影	単純・造影 単純	単純・造影 単純
MRI	治療・診察1診	午前午後	◎香川(治療中)	香川(初診)	香川(再診)	香川(初診)
	治療・診察2診 ※比佐医師	午前午後	完全予約制	完全予約制	香川(治療中)	完全予約制
	治療・診察2診 ※比佐医師	午前午後	木場(再診)	木場(再診)	木場(初診)	木場(再診)
	内視鏡センター	午前午後	上部・下部消化管	上部・下部消化管	上部・下部消化管	上部・下部消化管