

はんだ山の風

大学内の秋の風景

Contents

- P2 集中治療部の紹介 集中治療部 部長／特任准教授 土井 松幸
- P4 新任講師の紹介 第3内科診療科群 循環器内科 特任講師 大谷 速人
- P5 シリーズ最先端医療 Vol.21 「呼吸リハにも有用! 陽陰圧体外式人工呼吸器(RTX®)」
リハビリテーション科 診療助教 永房 鉄之
- P8 腫瘍センターだより「増え続ける乳がん」 外科学第一講座 助教／乳腺外科 科長 小倉 廣之
- P10 「平成27年度病院災害訓練」～キーフレーズは CSCATTT～
救急災害医学講座 教授／救急部 部長 吉野 篤人
- P12 お薬手帳携帯啓発・本院の取り組み 薬剤部／副薬剤部長 青野 浩直
- P14 「国立大学医療連携・退院支援関連部門連絡協議会」を主宰して
医療福祉支援センター センター長／特任教授 小林 利彦
- P16 保険診療講演会「DPCコーディングテキストの意義」を講演!! 医事課
- P16 楽しかったハロウィン 小児病棟

病院の理念

患者さんの人権を尊重し、地域の中核病院として安全で良質な医療を提供する。
さらに、大学病院として高度な医療を追求しつつ優れた医療人を養成する。

基本方針

- 患者さんの意思を尊重した安心・安全な医療の提供
- 社会・地域医療への貢献
- 良質な医療人の育成
- 高度な医療の追求
- 健全な病院運営の確立

集中治療部の紹介

集中治療部 部長／特任准教授 土井 松幸



集中治療部はICU(intensive care unit)とも呼ばれ、新生児を除く病院内の最重症患者さんの治療を担当する部署です。治療ベッドは12床あり、2014年には1年間に1,005名の患者さんが入室しました。ICUの基本方針は、回復が期待できる重症患者さんに病院の総力を結集して治療していただくことです。主な診療の内容は、心臓、肺、肝臓、腎臓など生命の維持に直結する重要な臓器の機能低下に対応することです。各臓器の状態をモニターと呼ばれる生体情報監視装置で連続監視し、さまざまな検査を頻繁に繰り返して評価します。その結果より必要に応じて生命維持装置を用いて臓器の機能を補助したり、24時間連続投与して臓器の機能を調節する薬剤の投与速度を変更したりして治療を行います。また元の疾患や治療により生じる痛みを和らげるための鎮痛薬や、治療中の精神的ストレスや不安を鎮める鎮静薬を適切に投与して患者さんの苦痛を除くことも重要な治

療の一つです。

集中治療に関与する職種を紹介します。医師に関しては、集中治療専門医4名を含む9名の専従医チームが、各科主治医と治療方針を協議しながら24時間態勢の交代勤務で重症患者さんの全身管理を行います。ICU専従医が、24時間常駐して治療にあたる診療態勢がクローズドシステムICUです。静岡県内のクローズドシステムICUは、静岡県立こども病院に小児専用のICUがあるのみで、成人をも対象としたICUは本院ICUが唯一の施設です。また主治医とICU専従医とでは対応困難で、他科専門医の支援が必要な場合は速やかに協力が得られる態勢が整っています。看護師は38名と患者数の割に多く配置されていますが、業務の量も多く内容も複雑です。看護師は常時重症患者さんの間近で医師の指示による治療を実施するのみでなく、専門性の高い看護技術で合併症を軽減



毎朝の症例検討会。医師、看護師、薬剤師など多くの職種が集まり、適切な治療を目指して意見を交換します。



多くの生命維持装置、監視装置、薬剤投与装置で治療を受ける重症患者。多くの機器が天井からの3本のアームでつり上げられています。

させ生命予後の改善に貢献しています。病棟薬剤師は3名が配置され、腎臓や肝臓の機能が低下した患者さんへの適正な薬剤投与量や薬剤投与経路の変更を助言し治療の質の向上に努めています。放射線技師、検査部や輸血・細胞治療部の臨床検査技師の24時間対応も、集中治療の実施に重要な役割を果たします。近年、早期離床を含めたりハビリテーションが重症患者さんの予後向上に有効であることが広く認識されるようになりました。当施設でもICU専従医とリハビリテーション科医とが毎朝意見を交換し、それを踏まえて理学療法士による積極的な介入が実施されています。ICUにおいては、臨床工学技士の技能は極めて重要です。その業務は、人工呼吸器や膜型人工肺(ECMO)、機械的循環補助であるPCPSやIABP、急性血液浄化法、など生命維持装置の設置運転、輸液装置や体温維持装置の点検整備、検査装置の保守管理など多岐に渡ります。本年度臨床工学技士が5名増員され14名となり、9月から待望の当直

態勢が実現して夜間、休日の対応が迅速になり診療能力が向上しました。また直接医療行為を行うことはありませんが、看護助手や病棟クランクもICUの運営に重要な役割を担っています。このようにICUは文字通りチーム医療で成り立っており、重症患者さんを治療する機能を果たしています。

我が国の集中治療室は機能に応じた階層化が進行中です。2014年の診療報酬改定で、それまで1段階であった特定集中治療室管理料が2段階になりました。上位の管理料を算定できるために不足していたのは、臨床工学技士の当直態勢と集中治療ベッドのベッド周り面積の2項目でした。いずれも今年9月には要件を満たし、11月から高機能ICUの管理料が認められる見込みです。ICUは病院の中の病院とも、病院内の最後の砦とも呼ばれます。今後ますます機能を高め、頼りがいのあるICUとなるよう努めますので、皆様のご理解とご支援をお願いいたします。

新任講師の紹介

第3内科診療科群 循環器内科 特任講師 大谷 速人



この度、第3内科の特任講師を拝命いたしました大谷速人と申します。私は1999年に浜松医科大学を卒業して第3内科に入局しました。大学病院で内科研修後、市中病院で循環器診療の経験をつみました。大学院に進学するため浜松医科大学に戻りました。卒業後、再び市中病院に行きましたが、今回で3回目の大学病院での勤務になります。

専門は循環器領域のカテーテル治療です。私が研修医の頃は、虚血性心疾患に対する治療はバイパス術がメインの時代であり、カテーテル治療は再狭窄という問題のため、限定的な症例のみに行われていました。その後、薬剤溶出性ステントの登場により再狭窄の問題が解決、カテーテル治療が急速な勢いで世の中に普及しました。しかし、今度は、抗血小板剤中止によるステント血栓症、心房細動の増加に伴う抗凝固薬と抗血小板剤の併用という問題がclose upされるようになりました。バイパス術との距離は縮まったものの、未だ追いつくまでには至っておりません。しかし、現在日本は高齢化社会が進んでおり、カテーテル治療の最大のメリットである低侵襲が大きな武器になると思っています。心房細動に対するカテーテルアブレーションの普及もあり、今後、循環器領域に対するカテーテル治療に対するニーズはさらに増えていくと思います。

同時に、現在のカテーテル治療の問題点を解決していくことも大切です。特に抗血小板剤と抗凝固薬との併用による出血合併症のリスクや、低侵

襲が望まれる病態（フレイル、サルコペニア）の解決のためには、日々の診療のデータベースの解析と、他科との連携が大事になります。我々が相手にするのは、心臓という臓器というよりも、動脈硬化という病態であり、それに携わる診療科（心臓外科、血管外科、放射線科、脳神経外科、リハビリテーション科等々）と連携を取っていかなければ、問題は解決できません。これには頼もしいことに、院内には大勢の諸先輩方、同級生、後輩達がいることを赴任後の数週間で感じました。

また大学病院に勤務するものとして、教育の話は避けられません。循環器領域のカテーテル治療が一般的になったというものの、こと静岡県において、その教育体制が充実しているとは言えないと思います。研修医の大学病院離れは進んでいますが、市中病院での教育ではon job trainingで技術を教えることがメインになってしまいます。大学病院ならではのカンファレンス、症例検討会、抄読会といったoff job trainingから、カテーテル治療に対する知識が自然と身に付くような環境を整えていきたいと思っています。常に好奇心を刺激するような職場環境を作ろうと思っています。

以上、思いつくままに述べさせていただきました。今後とも、どうぞよろしく願いいたします。



呼吸リハにも有用! 陽陰圧体外式 人工呼吸器(RTX®)



リハビリテーション科 診療助教
永房 鉄之

近年、急性ないし慢性呼吸不全に対し、非侵襲的陽圧換気療法（non-invasive positive pressure ventilation；NPPV）が盛んに行われるようになりました。しかし、より生理的呼吸に近い換気方法を持ち、また患者さんにも優しい、もう一つの非侵襲的人工呼吸器があります。それが陽陰圧体外式人工呼吸器(biphasic cuirass ventilator；BCV)と呼ばれる装置で、RTX®（英国ユナイテッド・ハイエック・インダストリーズ社製）という製品名で販売されています(写真1)。このBCV（RTX®）はプラスチック製のキュイラス（胴鎧）を胸腹部に当て（写真2）、体外から胸郭に陽圧と陰圧（二相性）を加えることにより横隔膜および胸壁を動かして呼吸補助を行う装置です。陰圧により横隔膜を引き下げ、胸郭が拡張することによって吸気補助を行い（図1A）、陽圧によって横隔膜の押し



写真2. BCV(RTX®)の装着例(アイ・エム・アイ株式会社資料より引用)

上げと胸郭の収縮により呼気を促進します（図1B）。BCV（RTX®）で使用するキュイラスの脱着は容易であり、NPPVの代表装置であるBiPAP Vision®のように鼻口マスク使用によるテープ固定や圧迫による皮膚トラブル、不快感はありません。また排痰や吸痰操作も可能であり、会話や経口摂取も阻害されず、患者のQOL（生活の質）を阻害しにくいという利点もあります。

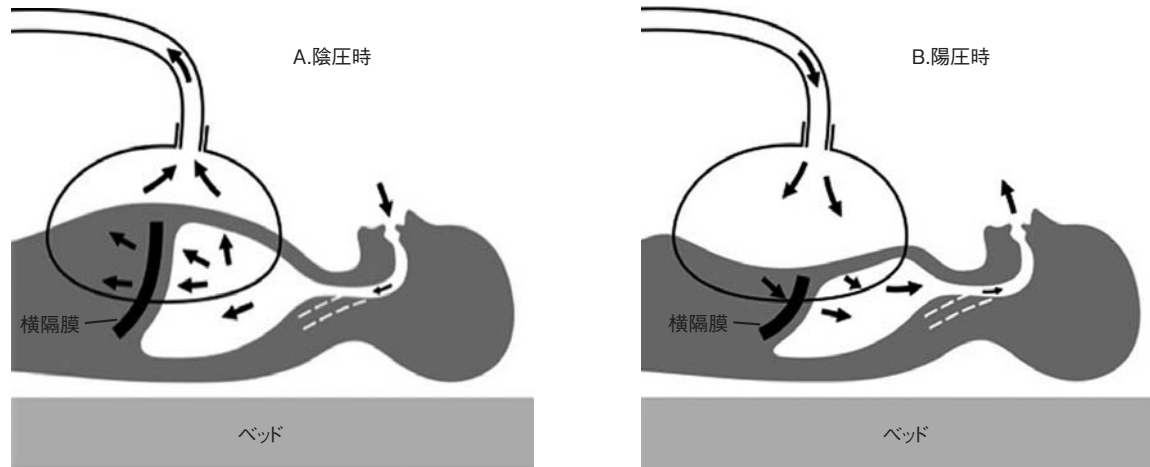
適応対象は新生児から成人までと幅広く（体重1.6～90kg超）、キュイラスには豊富なサイズバリエーションがあります（写真3）。適応疾患（病態）は急性呼吸不全や慢性呼吸不全の急性増悪、慢性閉塞性肺疾患（COPD）、心不全、無気肺や排痰困難症例などです。5種類の換気モードがあり、①コントロールモード（確実な換気実現）、②クリアランスモード（排痰促進）、③持続陰圧モード（肺拡張）、④シンクロモード（自発呼吸



写真1. BCV(RTX®)装置全体(アイ・エム・アイ株式会社資料より引用)

5ページからの続き

図1.BCV(RTX®)の原理(アイ・エム・アイ株式会社資料より引用)



に同調)、⑤トリガモード(補助呼吸)を患者の状態に合わせて選択します。これらのモードのうち、当科でよく使用するのはコントロールモードやクリアランスモードです。コントロールモードは設定換気回数、IE比(吸気呼気時間比)、吸気圧、呼気圧による調節呼吸を行い、必要な換気を確実に確保できます。抜管後の呼吸数が少ない患者や、浅い呼吸のため死腔換気により動脈血二酸化炭素分圧(PaCO₂)が上昇している場合に有用です。クリアランスモードは最大1,200回/分のバ

イブレーション(交互に陽圧と陰圧を繰り返す)を胸郭にかけ、気道分泌物の排出を促進します。キュイラスを背側や横から装着するなど無気肺部に直接当てて使用すると効果的です。その他、持続陰圧モードも一般的に利用されることが多く、胸郭外から持続的に陰圧をかけることにより、横隔膜を下げ胸郭を拡張させることによって、機能的残気量(FRC)の増加につながり酸素化も向上します。また胸腔内の陰圧により静脈還流量が増え、心拍出量の増大につながって尿量が増加、心不全の改善も期待できます。

特に小児への有効性には素晴らしいものがあります。小児は気道分泌物の貯留に対して、咳嗽が弱く、自力の排痰が困難であるため呼吸不全に進行しやすく、タッピングなどの排痰補助が重要になります。しかしこれは技量により効果のばらつきが考えられるのに対し、BCV(RTX®)は誰でも同等の効果が期待できます。また鎮静の必要がなく、児の呼吸状態が観察しやすいのも長所の一つです。また気管挿管の適応前の呼吸障害児に対しても呼吸管理が容易に行え、呼吸不全の進行を抑制できる可能性があります。実際にBCV(RTX®)の導入により、気管挿管下に管理され



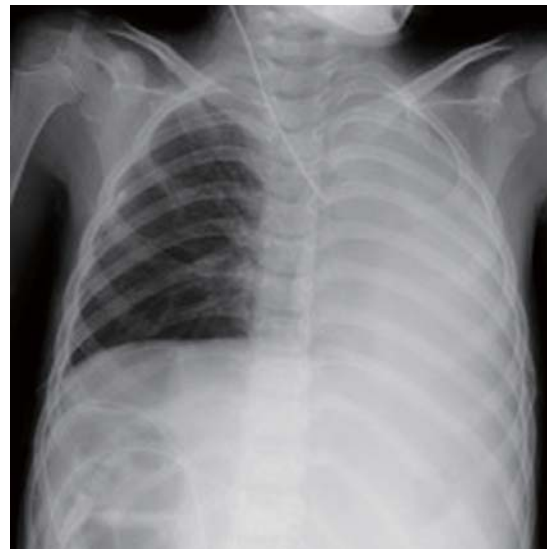
写真3.キュイラスのサイズバリエーションの一部

写真4.小児の術後無気肺例 胸部単純X線像

る患児が減少した施設もあります。当科で小児に大変有用であった症例を紹介します。7歳の患児で、術後左無気肺を発症、CT像では左主気管支内部に喀痰の貯留が確認され、術後6日経過の単純X線像でも改善がみられていませんでした（写真4A）。そこで術後7日から連日BCV（RTX®）を施行したところ、開始後4日で明らかな改善が確認でき（写真4B）、施行後6日の単純X線像では劇的に改善していました（写真4C）。これにより一時計画された気管支鏡下での排痰は回避することができました。

また当科ではBCV（RTX®）を呼吸リハビリテーションの一環として利用しています。キュイラスを装着し胸郭の陰圧を付加すると、胸郭筋群が刺激され胸郭可動域が拡大し、呼吸状態の改善が期待できます。生理的な呼吸と同様の陰圧呼吸を行うことにより、横隔膜運動も刺激され、胸郭コンプライアンスの向上や呼吸パターンの回復の効果が得られるなど、呼吸リハビリテーションとしても大変有用です。なお呼吸障害を有する患者は、呼吸機能だけでなく身体機能も低下しており、体力向上のための訓練も必要になります。術後呼吸器合併症を併発した患者、特に高齢者では、BCV（RTX®）を使用することにより早期離床を図り、歩行訓練や筋力増強訓練などを行うことで廃用症候群を予防することができます。

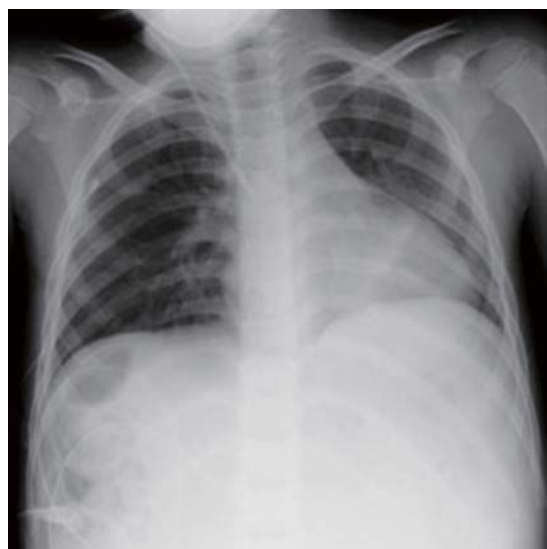
BCV（RTX®）は生理的呼吸に近い換気方法を持ち、また患者さんにも優しい非侵襲的な体外式人工呼吸器です。術後の排痰困難症例やCOPD、小児への使用、呼吸リハビリテーションとしての利用など、状態に応じた多様な使い方があります。そして適切に使用することにより、患者さんのADL(日常生活動作)やQOLの向上に繋げることが可能となります。



A. BCV(RTX®)施行前



B. BCV(RTX®)施行後4日



C. BCV(RTX®)施行後6日

腫瘍センター
だより

増え続ける乳がん

外科学第一講座 助教／乳腺外科 科長
小倉 廣之

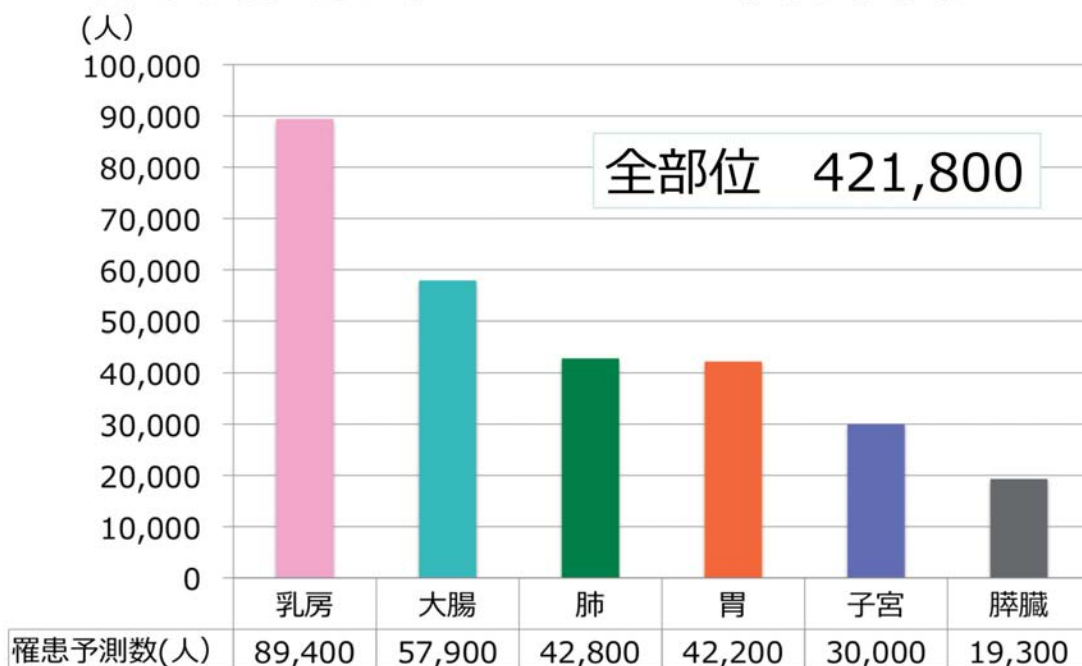


現在我が国では、1年間に約90,000名が新たに乳がん罹患されており、女性のがん罹患率はトップです。特に40-50歳代の女性が多く罹患され、母として、妻として、職業人として社会を支える重要な立場を脅かす疾患です。「増え続ける乳がん」への我々の最近の取り組み2点をご紹介します。

まず「遺伝性乳がんに対する取り組み」です。乳がん発症のリスク要因としては、肥満や喫煙があげられていますが、乳がん発症に関連

する遺伝子の異常が原因である遺伝性乳がんは5-10%と考えられています。欧米では、乳がん患者を対象にまず遺伝性乳がんの可能性を評価し、遺伝カウンセリングや遺伝学的検査や実施します。遺伝的要因の可能性が高いと評価された場合には、家系内の患者や未発症者に対して検診・予防的乳房切除術・薬物による予防などを行うことが標準医療となりつつあります。我が国では、遺伝カウンセリングや遺伝検査が自費診療です。また、遺伝医療を必要としている

がん罹患率 2015年推計値



国立がん研究センター



患者様に納得頂けるよう分かりやすい説明を心掛けています

患者や家族に適切な遺伝情報や社会の支援体制等を含むさまざまな情報提供を行い、心理的、社会的サポートをする認定遺伝カウンセラーが非常に少ないため、遺伝診療を実施できる施設が限られています。当院では、認定遺伝カウンセラーが常勤しており、遺伝診療部と連携して遺伝カウンセリング及び遺伝子検査ができる体制が整えられております。

次に「乳房再建術」です。最近では、がんの根治性を高める切除術のみではなく、身体の整容性を高める再建術の融合を追求する概念を持った外科手術「オンコプラステックサージャリー」が提唱され、乳がん治療においても乳腺外科医と形成外科医が協力して行う「乳房オンコプラステックサージャリー」が広まってきております。2013年に乳房再建術の保険承認以来、再建術をされる患者が増加しております。当院

では、形成外科と協力して乳房再建術を希望されて患者に対応しており、また近隣の病院からも再建希望の患者の紹介を受けております。また最近では、内視鏡を用いてより小さな傷で手術する「鏡視下手術」も導入しております。がんの根治性のみならず整容性も高く、患者の満足度も高い手術を心がけています。



「平成27年度病院災害訓練」～キーフレーズは CSCATTT～

救急災害医学講座 教授／救急部 部長 吉野 篤人

浜松医科大学病院関係者の皆様、9月19日の病院災害訓練に多数のご参加ありがとうございました。

訓練を有効なものにするためには事前の準備が重要です。今回の訓練では、浜松医大DMAT隊員や災害ワーキング、事務の方々により入念な事前の準備が行われました。当日は近隣の災害拠点病院のDMAT隊員も応援に来訪し、コントローラーを担当していただきました。また今年は傷病者役のみならずボランティアの取りまとめなどとしての学生参加もありました。準備にあたった皆様、当日活動された皆様ありがとうございました。

今回は浜松医大附属病院としての災害訓練でした。実際の巨災害時にはこれよりも広い範囲での連携が必要です。まず附属病院だけでなく浜松医科大学全体として活動となります。また浜松医大病院は浜松市医療救護計画の中で救護病院に指定されていますので、直接来院する傷病者のみならず、周辺に設置された救護所からの傷病者も来院することになります。浜松医大病院は静岡県の災

害拠点病院でもありますので、他の救護病院で対応困難な傷病者も受け入れることとなります。そして必要に応じて重症傷病者を自衛隊浜松基

地に設置されるSCU（Staging Care Unit：航空搬送拠点）へ送り出します。浜松市内には4つの災害拠点病院があります。浜松市中心部に近い浜松医療センターは市役所と結びつきが強い病院です。ドクターヘリの運用経験が豊富な聖隷三方原病院は航空搬送で重要な役割を果たすでしょう。浜松赤十字病院には全国から日赤DMATや日赤救護班が参集するでしょう。それぞれの災害拠点病院の特徴をいかしつつ災害拠点病院同士での連携も重要となります。東海地震、南海トラフ地震のような巨大地震災害では救護活動の中心は各都道府県です。静岡県は県内を4つの方面本部に分担させ



訓練終了後、講義会場を埋め尽くす医療スタッフ等の感想に答える執筆者

る構想です。私たちは磐田市に設置される静岡県西部方面本部とも十分な連携を取る必要があります。

今回の訓練は巨大地震発災直後の想定でした。最初の48時間程度が過ぎると来院者の傷病形態も変化してきます。さらには慢性疾患の治療継続、公衆衛生的活動、こころのケアなどに重点が移っていきます。このようなフェーズの変化に対応する必要があります。また、災害というと静岡県ではどうしても地震ということになりますが、茨城



本部



救急診療部門のブリーフィング

県で起こったような風水害など地震以外の災害についても考慮が必要です。さらには鉄道事故、工場災害などの局地災害と呼ばれるものも日本のどこかで毎年のように発生しています。

しかしこれらのすべての想定での訓練、すべての連携相手との合同訓練を実施することは現実には不可能です。したがってAll Hazard Approachという考え方でのぞみます。災害医療では3つのT（Triage：トリアージ、Treatment:救命処置、Transport：適切な搬送）が重要ですが、それがうまくいくためにはまずCSCA(Command：指揮と連携、Safety：安全確保、Communication：情報伝達、Assessment：活動の評価)を確立します。このCSCA TTTは災害医療にかかわる者が共有すべき基本原則です。このことは今回の訓練の事前講習会でも、当日の訓練でも強調されましたが、この基本原則に沿って行動することによって、い



トリアージ

ろいろなタイプの災害、いろいろなフェーズに対応することが可能となり、他のチームや機関との連携も円滑になります。

今回のような訓練とともに、近隣で発生した局地災害に対応していくこと、遠隔地で発生した巨大災害の支援を行うことが、災害に強い病院につながっていきます。今後ともよろしく願いいたします。



赤エリア



黄色エリア



緑エリア

お薬手帳携帯啓発・本院の取り組み

薬剤部／副薬剤部長 青野 浩直

「お薬手帳を携帯するのじゃ。」

浜松医大附属病院正面玄関において、浜松市福市長の「出世大名家康くん」のもと、今野病院長、小林医療福祉支援センター長、川上薬剤部長が集まり、来院患者さんや地域住民の皆さんにお薬手帳の重要性を訴えました。

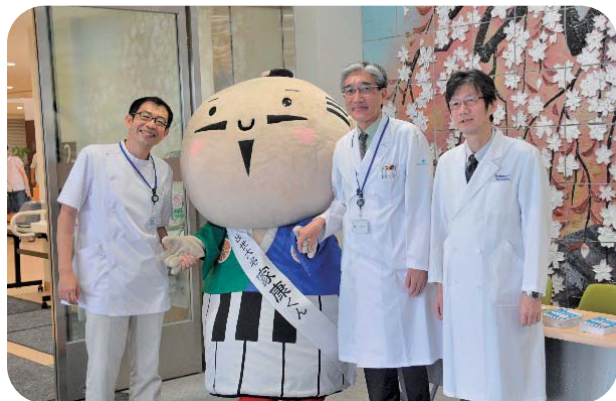
当日は来院患者さんをはじめ、夏休みということもあり、地域の小中学生も訪れ、「お薬手帳家康くんからの五か条」のチラシを配布し、手帳をお持ちでない方には配布しました。

午後からは小児科病棟プレイルームにおいて、お薬手帳の説明を行い、家康くんと一緒に写真撮影するなど患者さんにとって楽しいひと時を過ごすことができたと思います。

お薬手帳の役割

「お薬手帳」は以下に示すような患者さんの情報を医療関係者に迅速に提供し、適切な治療や安全な調剤に役立つツールです。

- 併用薬など（医療用医薬品だけでなく一般用医薬品、健康食品など）の情報
- 他科受診の有無の情報
- 副作用やアレルギーに関する情報



左より川上薬剤部長、今野病院長、小林医療福祉支援センター長



執筆者と家康君

● 既往歴に関する情報

病院の取り組みや活用事例

入院時

入院した段階で、当院では病棟薬剤師が現在使用中の医薬品（持参薬）の確認を行います。

さらにアレルギー、副作用歴、健康食品や嗜好品などを確認し、医療スタッフと情報共有を行い、安全に薬物治療が開始できる環境を整えます。その際に詳細な情報が記載されている「お薬手帳」が重要な役割を果たします。手術前に中止すべき医薬品が継続されていたことから、安全性を考え手術を延期した例もあります。



小児科病棟でのお薬手帳の説明

退院時

新しく開始した医薬品や副作用情報、退院時のお薬情報を「お薬手帳」に記載し、退院後に受診する病院やかかりつけの保険薬局への情報提供の環境を整えます。

外来の診察時

当院の特徴として多くは診療所など他院からの紹介であり、それ以外にも複数の病院を受診していることがあります。診察する際や処方内容を決める際にも、「お薬手帳」の情報は非常に有用です。

保険薬局

調剤時、処方内容の確認と同時に、患者さんの情報を問診し薬剤服用歴を確認します。その際にも「お薬手帳」は情報収集源として重要です。

災害時

2011年3月11日の東北大震災では津波によって病院における患者情報が失われる中、「お薬手帳」の持参により、その疾患や服薬中の薬が確認でき、患者さんに速やかに治療や処方できました。

国では

厚生労働省は、「かかりつけ薬剤師・薬局」の推進を進めています。これは保険薬局の薬剤師による効果的な投薬・残薬管理や医師との連携による地域包括ケアを目指したもので、服薬管理や在宅医療等への適正化を行い、患者本位の医薬分業の実現に向けた取り組みです。「かかりつけ薬



お薬手帳の見本

局」が機能するための一つのツールとして「お薬手帳」が重要視されています。

患者さんに伝えたい大事なこと

最後に、「お薬手帳」の有効な活用方法を「家康くんからの五か条」にまとめています。

大事なものは、自身が服用しているお薬の情報を「お薬手帳」に一元管理し常日頃持ち歩くことです。



家康くんからの五か条

「国立大学医療連携・退院支援関連部門連絡協議会」を主宰して

医療福祉支援センター センター長／特任教授 小林 利彦



平成27年7月10日(金)～11日(土)、浜松アクトシティ・コンgresセンターにて「第12回 国立大学医療連携・退院支援関連部門連絡協議会」を主宰させていただきました。本協議会 (<http://renkeidp.umin.jp/index.html>) には全国の42国立大学病院が参画していますが、平成15年の発足以来、幹事・監事大学以外が主管するのは初めてのことであり、私だけでなく当院のスタッフ一同、緊張感をもって対応させていただきました。内容的には、例年の形式に準拠したプログラム構成とはなりましたが、地方の一大学病院として派手な演出は困難と考え、効率的な運営ならびに充実したテーマ構成に努めました。

初日は、今野弘之病院長・鈴木美恵子看護部長からのご挨拶ののち、本協議会の会長である東京大学医学部附属病院の長野宏一朗先生から議事報告が行われ、そのあと、文部科学省高等教育局医学教育課大学病院支援室の小川優様に基調講演をしていただきました。また、国立大学附属病院長会議の「将来実現化WG（社会貢献・地域貢献）」からの報告を、東北大学病院の張替秀郎先

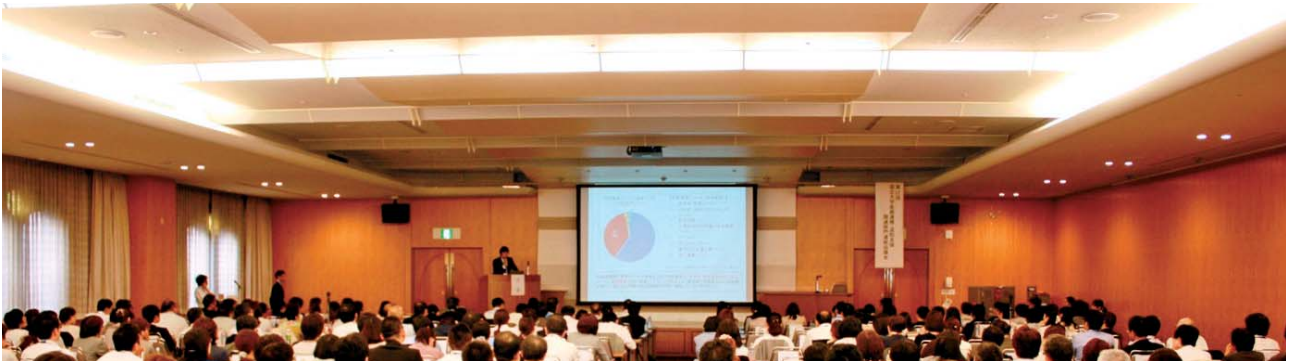
生ならびに藤森研司先生にお願いしました。いずれの報告内容も、超高齢社会の進行に伴い、大学病院も大きく意識変革が求められているというものでした。そのあと、愛媛大学病院の小手川雄一様から本協議会の事前アンケート調査の結果報告をしていただき、「話題提供」として、九州大学病院の麻生暁先生から「国際化貢献」に関して、愛媛大学病院の櫃本真事先生からは「地域包括ケア」についてご講演いただきました。これまで我々があまり関わってこなかった領域の話も多く、興味深いものとなりました。初日最後のプログラム（シンポジウム1）では、「地域医療情報ネットワークシステムにおける大学病院の役割」というテーマで、名古屋大学医学部附属病院の白鳥義宗先生に座長をお願いし、長崎大学病院の松本武浩先生、徳島大学病院の島井健一郎先生、新潟大学医歯学総合病院の鈴木一郎先生に大いに語っていただきました。懇親会は「オークラアクトシティホテル浜松」で行いました。想定を超える

参加人数となり、やや手狭な印象もありましたが、盛況に終えることができ安堵しています。私自身は、そのあと、全国の仲間達と夜の街？に出かけ、いつ帰宅したかも覚えていないまま、翌日を迎えたように思います。

2日目は2会場に分かれ、合計4つのシンポジウム（[2]入院前からの医療連携業務の工夫、[3]紹介率・逆紹介率等の向上に向けた工夫）、[4]医療連携・退院支援関連の職員教育、[5]医療職が



今野弘之病院長からのご挨拶



本会場の風景

地域に出ていく意義)が催されました。私自身も発表する機会をいただきましたが、その合間を見て各会場を回りましたところ、どの会場でも熱い議論や意見交換等が行われ良い雰囲気だったように思われます。そのあと、本会場にて、各シンポジウム座長からの総括報告が行われ、最後に、次期主催大学である新潟大学医歯学総合病院の鈴木一郎先生からご挨拶をいただいて会は終了しました。

何はともあれ、本協議会を成功裏?に終えることができ、スタッフ一同、ホッとしています。本協議会が開催されていた2日間、特に初日(金曜日)は、附属病院内での医療福祉支援センター業務を大幅に制限させていただき、当院の関係者にはご迷惑をおかけしましたこと、この場を借りてお詫び申し上げます。ただし、全国規模の同協議

会を主管し無事遂行できたことは、当センターのスタッフにとって大きな自信につながったものと思われま。私自身も、当初は、本協議会を主宰することに迷いはありましたが、病院長ならびに看護部長、事務職員等のご理解・ご協力をいただき、お受けして良かったなと感じています。協議会当日は、各部門・各部署からも多くのスタッフを派遣していただき、お手伝いいただいたこと、併せて感謝申し上げます。なお、参加者からの協議会終了後アンケート調査にて、「浜松医科大学附属病院の職員のチームワークが素晴らしい」というコメントをいただきましたが、主催者としてはとても誇らしかったです。

今後も、当センターのスタッフ一同、院内外で積極的な活動を展開していきますので、ご協力のほどよろしく申し上げます。



「シンポジウム5」における質疑応答

保険診療講演会「DPCコーディングテキストの意義」を講演!!

10月16日（金）17時30分から多目的ホールにおいて、保険診療講演会が開催されました。

講演会は、小林 利彦先生（本院医療福祉支援センター長）による司会進行で、阿南 誠講師（独立行政法人国立病院機構 九州医療センター 医療情報管理センター実務統括管理者、日本診療情報管理士 会長）による「DPCコーディングテキストの意義」という演題で講話を行いました。

会場には、総勢約100名の本学関係者（医師、

看護師、事務職員及び委託職員）及び他病院の職員等が集まり、メモを取りながら熱心に聞き入っていました。



楽しかったハロウィン

朝から「いつ行くの?」と心待ちにしていたこども達。緊張と期待の中、楽しい飾りつけに迎えられ、みんなで「トリックオアトリート」。プレゼントをもらい、「また行きたい。」と笑顔いっぱいハロウィンでした。（小児病棟）

HALLOWEEN



当院は日本医療機能評価機構認定病院です。

病院広報 **はんだ山の風** 第21号 平成27年11月発行

発行／浜松医科大学医学部附属病院広報推進委員会
〒431-3192 浜松市東区半田山1丁目20番1号
TEL.053(435)2111(代表) FAX.053(435)2153(医事課)
Hpアドレス／<http://www.hama-med.ac.jp/>

過去の▶
はんだ山の風は
こちらから



外来診療日一覧

2015.11.1現在

受付時間 午前 8時30分～11時 一般外来・専門外来
午後 0時30分～2時 専門外来

休診日 土曜日および日曜日、祝日法による休日、12月29日～翌年1月3日

○：午前
△：午後
◎：午前・午後
◆：予約のみ

診療科名	診療日										備考	
	初診					再診						
	月	火	水	木	金	月	火	水	木	金		
内科 受付電話 435-2632												
一般内科	初診・再診	◆	◆	◆	◆	◆	◆	◆	◆	◆		
第一内科	消化器内科	◆	◆	◆	◆	◆	◆	◆	◆	◆		
	腎臓内科	◆	◆	◆	◆	◆	◆	◆	◆	◆		
	神経内科	◆	◆	◆			◆	◆	◆			
	感染症専門外来			◆				◆				午後のみ
第二内科	肝臓内科	◆	◆		◆	◆	◆	◆	◆	◆		
	呼吸器内科	◆	◆		◆	◆	◆	◆	◆	◆		
	禁煙外来	◆					◆					
	内分泌・代謝内科	◆	◆		◆	◆	◆		◆	◆		
第三内科	血液内科	◆		◆	◆	◆	◆	◆	◆	◆		
	免疫・リウマチ内科	◆		◆	◆	◆	◆		◆	◆		
臨床薬理内科	◆			◆	◆	◆			◆	◆		要問い合わせ
循環器内科	◆	◆	◆	◆	◆	◆	◆	◆	◆	◆		
ペースメーカー外来												予約のみ、要問い合わせ
ピロリ菌外来	◆											午後のみ
精神科神経科 受付電話 435-2635 ※他医療機関で治療している場合は「紹介状」が必要です												
	初診・再診	○	○	○	○			○	○	○	○	
専門外来	児童思春期外来							○				
	摂食障害専門外来								△			
	摂食障害デイケア							◎		◎	◎	
小児科 受付電話 435-2638												
	初診・再診	◆	◆	◆	◆	◆	◆	◆	◆	◆		
	内分泌・遺伝		◆			◆		◆		◆		
	内分泌		◆			◆		◆		◆		
専門外来	心臓				◆	◆				◆	◆	
	血液				※	※				◆	◆	※初診は随時電話で
	免疫・アレルギー	◆			◆	◆	◆		◆	◆	◆	
	神経	◆	◆		◆	◆	◆	◆		◆	◆	
	腎臓				◆					◆		
	新生児フォローアップ					◆	◆					
	乳児検診	◆					◆					
	在宅医療	◆										
CCS外来										◆	第4週のみ	
小児外科 受付電話 435-2638												
	初診・再診	◆	◆		◆		◆	◆		◆		
外科 受付電話 435-2641												
第一外科	呼吸器外科			◆						◆	◆	
	一般外科（内視鏡）	○		○		○	○			○	○	
	乳腺外科	◆	◆			◆	◆	◆			◆	
心臓血管外科	○※		○※		○	○		○		◆	※要紹介状	
外科 受付電話 435-2642												
第二外科	上部消化管外科			◆						◆		
	下部消化管外科	◆					◆					
	肝・胆・膵外科					◆					◆	
	血管外科		◆					◆				
	緩和ケア外来		◆			◆		◆		◆		
脳神経外科 受付電話 435-2644												
	初診・再診	◆	◆		◆	◆		◆		◆	◆	
整形外科 受付電話 435-2647												
	初診・再診	◆		◆	◆	◆	◆		◆	◆	◆	
専門外来	教授外来（脊椎）	◆			◆	◆	◆			◆	◆	
	骨粗鬆症				◆	◆				◆	◆	
	リウマチ			◆	◆				◆	◆		
	手・末梢神経			◆					◆			
	脊椎	◆					◆					
	腫瘍			◆					◆			
	股関節					◆					◆	
	肩関節					◆					◆	
	膝関節・スポーツ					◆					◆	
	小児整形	◆					◆					

診療科名	診療日										備考
	初診					再診					
	月	火	水	木	金	月	火	水	木	金	
皮膚科 受付電話 435-2650											
初診・再診	◆	◆	◆	◆	◆	◆	◆	◆	◆	◆	
専門外来	◆	◆				◆	◆				
アトピー外来	◆	◆				◆	◆				
光線過敏症外来		◆					◆				
脱毛症外来	◆	◆				◆	◆				
乾癬外来		◆		◆			◆		◆		
皮膚リンフォーマ外来					◆					◆	
化学療法スキンケア外来				◆					◆		
泌尿器科 受付電話 435-2653											
初診・再診	◆	◆	◆	◆			◆	◆	◆		
専門外来				◆			◆		◆		医師交代制
腎移植外来				◆				◆	◆		
排尿障害外来		◆		◆			◆		◆		
不妊症外来					◆					◆	第1、3、4、5週のみ
眼 科	◆				◆	◆		◆	◆	◆	
初診・再診	◆			◆	◆	◆		◆	◆	◆	
専門外来		◆					◆				
網膜変性外来		◆					◆				
斜視・弱視外来								◆			
ロービジョン										◆	
角膜外来									◆		第2週のみ（月により変更あり）
耳鼻咽喉科 受付電話 435-2659											
初診・再診	◆	◆		◆	◆	◆	◆		◆	◆	
専門外来	◆						◆				
腫瘍外来	◆						◆				
耳外来				◆						◆	
めまい外来			◆								
耳鳴外来		◆					◆				
難聴外来・人工内耳外来		◆					◆				
睡眠時無呼吸・いびき外来					◆					◆	
顔面神経外来					◆					◆	
鼻副鼻腔・アレルギー外来				◆					◆		第2、4週のみ
産科婦人科 受付電話 435-2662 ※女性医師ご希望の方はお申し出ください											
産科 初診・再診	◆	◆	◆	◆	◆	◆	◆	◆	◆	◆	里帰り分娩等の方は、妊娠20週までに一度受診していただき、分娩予約をお願いします
婦人科 初診・再診	◆	◆	◆	◆	◆	◆	◆	◆	◆	◆	
専門外来	◆	◆	◆	◆	◆	◆	◆	◆	◆	◆	
婦人科外来	◆	◆	◆	◆	◆	◆	◆	◆	◆	◆	
産科外来	◆	◆	◆	◆	◆	◆	◆	◆	◆	◆	
専門外来		◆					◆				第2週・前期、第4週・後期
腹腔鏡外来		◆					◆				
光療法外来										◆	
母親学級							◆				第2週・前期、第4週・後期
女性漢方外来		◆					◆				第1、2、4週のみ
A R T 室 受付電話 435-2664											
不妊外来						◆	◆		◆	◆	
放射線科 受付電話 435-2665											
放射線治療科	◆	◆	◆	◆	◆	◆	◆	◆	◆	◆	
放射線診断科		◆		◆			◆		◆		
麻酔科蘇生科 受付電話 435-2668											
初診・再診	◆	◆	◆	◆	◆	◆	◆	◆	◆	◆	
リハビリテーション科 受付電話 435-2747											
初診・再診	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
形成外科 受付電話 435-2496											
初診・再診	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
							◆				
歯科口腔外科 受付電話 435-2673											
初診・再診	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
専門外来			○					○			} 専門外来の診察日は不定期のため、歯科口腔外科外来受付電話に問い合わせください
唇顎口蓋裂外来			○					○			
インプラント外来											
顎補綴			○						○		
矯正歯科					○					○	

※市外からお電話の場合は、電話番号の前に市外局番（053）を付けてください。