

H28年2月現在

内科	呼吸器	外山 譲二	外科	乳腺外来	藤田 亘浩
	呼吸器	小原 竜軌			小出 則彦
	呼吸器	田中 知宏			宮澤 智徳
	呼吸器	月岡 啓輔	呼吸器外科		本間 崇浩
	消化器	武井 伸一			尾嶋 紀洋
	消化器	合志 聡	脳神経外科		江塚 勇
	消化器	鈴木 庸弘			荒川 泰明
	消化器	禿 晃仁		非常勤医師	亀山 茂樹
	腎・糖尿病	亀田 茂美	産婦人科		相田 浩
腎・糖尿病	後藤 慧			廣井 威	
腎・糖尿病	上野 光博			岡田 潤幸	
内科 (非常勤医師)	糖尿病内分泌	笹岡 利安		小川 裕太郎	
	糖尿病内分泌	岡部 圭介	非常勤医師	高倉 大匡	
	血液	野村 憲一	非常勤医師	阿部 秀晴	
	和漢	藤本 誠	眼科		佐藤 昭一
	和漢	野上 達也			大塚 光哉
	呼吸器	清水 夏恵		非常勤医師	三原 美晴
				非常勤医師	藤田 和也
総合診療科	総合診療科	今西 明		渡部 公正	
	総合診療科	水澤 桂		相場 知宏	
循環器内科		籠島 充	整形外科	非常勤医師	東條 猛
		長谷川 智也		非常勤医師	金森 昌彦
		田畑 裕章		非常勤医師	元村 拓
神経内科		福原 信義	泌尿器科		里見 定信
	非常勤医師	鈴木 隆		非常勤医師	渡部 明彦
	非常勤医師	春日 健作	皮膚科		竹上 與志昌
	非常勤医師	徳武 孝允	救急科		丸山 正則
	非常勤医師	小松 潤史	麻酔科		朝日 丈尚
非常勤医師	畠山 公大			加藤 晋	
小児科		土谷 修一		加藤 麻紀子	
		山口 正浩	放射線治療科		江部 和勇
		熊倉 俊一	病理検査科		巻 淵 隆夫
	非常勤医師	雅楽 川 隆	歯科口腔外科		桑原 徹
				三浦 嘉磨	

早期検査の実施について(予約患者様のみ)

当院では、外来患者様の待ち時間を短縮する取り組みとして、検査の受付時刻を従来の8時30分より30分早めて行っております。それにより患者様にはスムーズに診察を受けて頂けると考えております。

上越総合病院

2月号(2016)

地域連携センター便り

平素は当院に多大なご支援とご協力をいただいております。深く感謝申し上げます。新しい年に向けてさらに病診連携を高めるよう努力していく所存でございます。

腎臓内科では、急性腎障害(AKI)、慢性腎臓病(CKD)から腎代替療法まで、患者様のすべての段階の治療を行っております。

その中でも、CKDはかかりつけ医の先生方との協力・地域連携が必須であります。それは、CKD患者は成人人口の13.3%(1,330万人)、すなわち8人に1人と患者数が多いこともあり、腎臓専門医だけで診ていくことができないからです。

CKDは進行して末期腎不全に至ります。わが国における慢性透析患者数は、2013年末には31万人を超え、なお増加の一途をたどっており、高齢者の透析導入が増加してきております。上越地域でも、同様に透析患者数が増加してきております。また、CKDは心血管疾患の発症リスクであり、末期腎不全に至る前に心血管疾患で死亡することが多いことも重要です。

CKDを克服するためには、早期診断と生活習慣病を含めた治療が大切です。CKD重症化予防のために、CKD病診連携マニュアル2012では、①高度の蛋白尿(尿蛋白/尿クレアチニン比0.50g/gCr以上、または尿蛋白2+以上) ②随時尿で蛋白尿と血尿がともに1+以上 ③eGFRの低下(eGFR<60(39歳以下)、eGFR<50(40歳~69歳)、eGFR<40(70歳以上))のいずれかに該当する場合を腎専門医への紹介の目安としております。当科では、腎生検も含めたCKDの原因疾患の検索や正確な腎機能の把握を行い、薬物治療方針や生活食事指導方針を決定していきます。そして、かかりつけ医と専門医の連携により、有効とされるさまざまな薬物療法を組み合わせ、生活食事指導を含めた多因子治療を継続し診療を行うことが大切です。

CKDだけでなく、AKI、腎障害、電解質異常や糖尿病などでも地域医療に貢献すべく当科としての役割を果たす所存でございます。スタッフ一同、ご期待に応えられるよう、さらに努力いたします。ご要望は遠慮なく地域連携室までお知らせ下さい。今後ともご指導を賜りますようよろしくお願い申し上げます。

末筆となりましたが地域の先生方のますますのご発展を祈念申し上げます。

腎臓内科部長 亀田 茂美

部門紹介 リウマチ外来

リウマチ外来 東條 猛



毎週木曜日のpm1:30から「リウマチ」専門の外来を担当しています。
 “リウマチ”（以下RA）はいまだ原因不明の疾患ですが、関節滑膜の炎症により、関節が破壊され、重篤な身体機能を生じる疾患であり、QOLを著しく低下させるのみならず、生命予後も一般人口と比べて不良であることが知られています。

RAの関節破壊は発症早期から進行しますが、発症早期であれば、治療の有効性が高く、寛解導入率が高いという、window of opportunityの概念がリウマチ専門医の間に広く浸透しています。実際に、発症早期における治療の成否がその後の経過を大きく左右することが明らかにされています。

このため、RAは一日でも早く診断して、一日でも早く治療を行うことが重要です。

RA治療における究極のゴールは、完全寛解へもっていくことであり、可及的速やかに疾患活動性を抑制すれば高い確率で達成できるようになりました。

一方、完全寛解が得られない場合には、疾患活動性を最大限コントロールして疼痛を緩和し、日常生活や仕事上の機能を維持し、QOLを最大限に保つことがゴールとなります。これを“Treat to Target: T2T”と呼びます。

従って、RAの治療目的は「臨床症状の改善のみならず、関節破壊の抑制を介して長期予後の改善、特に身体機能障害の防止と生命予後の改善を目指す」こととなります。治療方針としては①関節炎をできるだけ速やかに鎮静化させて寛解に導入し、寛解を長期間維持する。②合併病態の適切な管理と薬剤の適正使用によって有害事象の発現を予防あるいは低減し、もしも生じた場合には適切に対応する。③関節破壊に起因する機能障害が生じた場合には、適切な外科的処置を検討する。④最新の医療情報の習得に努め、日常診療に最大限適用する。⑤治療法の選択には患者と情報を共有し、協働的意思決定（shared decision making）を行う。ということになります。

治療原則としては①RA診療は最善のケアを目指すものであり、患者とリウマチ専門医の協働的意思決定に基づく。②リウマチ専門医はRA患者のケアを行うスペシャリストである。③RA治療は個人的、社会的、医療費的に大きな負担を生じるものであり、リウマチ専門医はこれらすべてを勘案して治療に当たらなければならない。とされています（関節リウマチ診療ガイドライン2014より）。

上越地区のRA診療の一助になれば幸いです。と考えていますのでよろしくお願いいたします。



栄養サポートチーム（Nutrition Support Team : NST）の紹介

皆さんが病院を受診する理由は元気になるためです。

元気になる基本は栄養状態を良くすることです。病気や怪我の治療を受ける患者さんは体の調子を崩していて栄養状態に問題を抱えていることが少なくありません。薬や点滴や手術などの医療で治る・・・と考えがちですが、低栄養のため患者さん自身の治癒力が低下している状態では良い効果を得られません。

栄養状態の良し悪しは、性別・年齢・体格・検査値・既往歴などにより総合的に評価されます。すなわち、個人に必要とされる栄養量はそれぞれで異なります。

では元気になるためにどのような栄養素がどのくらい必要なのか、特殊な栄養材や輸液が必要なのか、薬剤が必要なのか、そもそも食事をきちんと食べることが出来るのか、その判断には幅広い知識と豊富な経験が必要とされます。

その役割を担うのが栄養サポートチーム（NST）です。

NSTは医師・管理栄養士・看護師・薬剤師・言語療法士・検査技師・事務員で構成されているチームです。多職種が同一チームで関わることでそれぞれ専門の視点から患者さんの栄養状態を定期的に評価し、主治医と連携して対策を考えています。患者さん本人だけでなく、関わる家族の方へのアドバイスも行います。適宜NSTニュースを発行したり、院内勉強会を開いたりしてチーム外スタッフへの啓蒙活動も行っています。

NSTチェアマン
外科部長 小出 則彦

