
 いわき市立総合磐城共立病院

地域医療連携室だより

副院長就任にあたって

いわき市立総合磐城共立病院

副院長 相澤利武



本年4月1日付けで総合磐城共立病院の副院長に就任いたしました。私が当院へ赴任したのは平成6年7月1日ですので、当院での勤務は20年を超えております。共立病院の建物は当時と変化はありませんが、内部の構成や業務は大きく変化しています。今回は私が専門としている整形外科についてその変遷と現状、今後の展望について述べたいと思います。

私が卒業した当時の大学での整形外科の教育の構成は、主に変性疾患が主でした。これは綿密な質の高い研究が可能であり、そのような論文を作成したものが評価を受けるためと考えられています。しかし一般病院で扱うことの多い外傷については大学病院での診療は原則として行われてはならず、系統的な教育は行われていませんでした。外傷は研修時に実地的に学び、学位取得後は赴任先で研修するのが一般的でした。現在でも医師不足は深刻ですが整形外科医は当時から少なく、一般病院は科長1人、部下1人が一般的でした。東北大学で反復性脱臼患者の手術後の筋力の変化の研究で学位を取得後、当時の桜井実教授の命で秋田県の大曲市の仙北組合病院に科長として赴任しました。地方の基幹病院で部下が3人いましたが上級医はいないため、治療方針の決定に困ることが多く、大学の肩外来を2週間ごとに行うときにいろいろな先生に相談して解決しておりました。当時は現在のようなインターネットはないため画像を手軽に送ることはできず、経験のない医師には画像特徴を言葉で説明するのは困難であるためフィルムを持参しての相談が最もよい解決法でした。大変でしたがやりがいのあった2年間を過ごした後に肩関節を専門としていた関係で田畑先生のご厚意により当院に勤務することになりました。

平成6年当時共立病院の整形外科は東北大学、福島県立医科大学、福岡大学から派遣され人数は合計9人おり、大学卒業後12年目の私が年齢的には真ん中でした。地方の病院としては人数が多く、上級医は専門分野をもち診療にあたっており、年間の手術件数は変性疾患を主に700件を超えていました。また学会での発表や論文も多く、通常の地方病院とは大分異なっていました。週間の行事として手術前のカンファランスが行われ、手術術式を全員で討議し決定していました。また、抄読会が行われ英文の最新の論文が読まれ、その情報が紹介されていました。いわきの地域的な特殊性から他の医療圏の病院を紹介することは難しく、特殊な症例を除いて当院で治療は完結していました。

当時の整形外科での手術は、脊椎分野では頸部脊髄症に対して前方固定、腰部脊柱管狭窄症に対して部分


【いわき市立総合磐城共立病院 地域医療連携室】

電話 0246 (26) 2250 (直通) FAX 0246 (26) 2119

 URL <http://www.iwaki-kyoritsu.iwaki.fukushima.jp>

 E-mail kyoritsu@iwaki-kyoritsu.iwaki.fukushima.jp


椎弓切除術、腰椎椎間板ヘルニアに対してヘルニア摘出術が行われ、膝関節分野では半月板部分切除術、前十字靭帯再建術、人工関節置換術が行われ、股関節分野では変形性股関節症に対して寛骨臼回転骨切り術や人工関節置換術が行われ、肩関節分野では腱板断裂に対して腱板修復術、反復性脱臼に対しては関節鏡視下に関節包や靭帯を修復する Morgan 法が行われ、骨折など外傷に対してはプレートや髓内釘を用いた骨接合術が行われていました。

当時はまだ出来高払いの診療体系で、入院期間にはあまり関心はおかれず、リハビリの計画は明確には予定されておらず、病状が改善するまで2か月以上の入院は稀ではありませんでした。

抗菌剤などの投薬は経験的に行われており、その必要性の根拠には乏しく、その成果を検証することはあまり行われていませんでした。これらは共立病院だけでの問題ではなく当時の日本の病院に共通する問題であったと思われます。

人工関節は当時の機種は耐久性に限界があり、若年者には適応されず、また80歳以上の高齢者も適応とされていなかったため症例数は現在の約1/10の年間10数例にとどまっていました。

手術の術前計画は、通常のレントゲン写真からトレーシングペーパーに形を書き写し、これに体内に設置する機材のテンプレートを合わせ2次元で計画されていました。当時としては一般的な手法ですが、経験を要し再現性は乏しい手法でした。

次に各分野での手術術式の変化について述べます。外傷の中で最も多いのは骨折です。この中でプレートによる固定は、スクリューがプレートに固定されるロッキングプレートという機材が導入されました。以前のプレートに圧着して固定力を得るものではなく、三次元的に固定力が強力となり、術後に外から固定するギプスがあまり必要ではなくなりました。固定力が強いため関節を動かすことや荷重することが早期から可能となりました。また内固定材は全てチタン合金製となり、人体への親和性が増しています。

脊椎外科では、頸部脊髓症に対しては前方固定術のみではなく、後方の椎弓を拡大する方法が導入され、不安定性のある症例には金属の内固定材を用いて固定する方法が導入されました。腰椎でも神経を除圧する部分椎弓切除術に加え、脊柱の安定性を再建する椎弓根に螺子を挿入し、それらを金属製の棒に連結する手法が多く用いられるようになりました。これらの手法により術後早期に離床でき、短期間で退院できるようになりました。この手技は強固な固定性が得られますが、スクリューの正確な設置が必要で、誤ると合併症を生じることから術中に長時間の透視を要するなど問題も残っています。

膝関節外科では前十字靭帯再建術は90年代当初は人工靭帯で行われていましたが、長期成績に問題があり、膝蓋腱を用いたものから現在は半腱様筋を用いた2経路再建術へと変わっています。O脚となった膝をまっすぐに伸ばす高位脛骨骨切り術は、骨を楔状に切って縮める方法から、斜めに骨を切って楔状の人工骨を挟み込み伸ばす方法に変わっています。

股関節外科では寛骨臼回転骨切り術は、骨の切り方は変わりませんが固定法を変え固定力が向上したため離床や、歩行開始、退院までの期間が短くなりました。人工股関節は、大腿骨に挿入されるステムの固定がセメントを用いるものからステム表面の加工により骨が侵入し固定される方法に変わり、長期良好な固定力が期待できる方法となりました。手術の前の計画はコンピューターを用いた三次元的な手法に変わりました(図1)。また骨頭を包むライナーのポリエチレンに放射線をかけたり、ビタミンEを添加して摩耗に対して強くなり、骨頭の材質

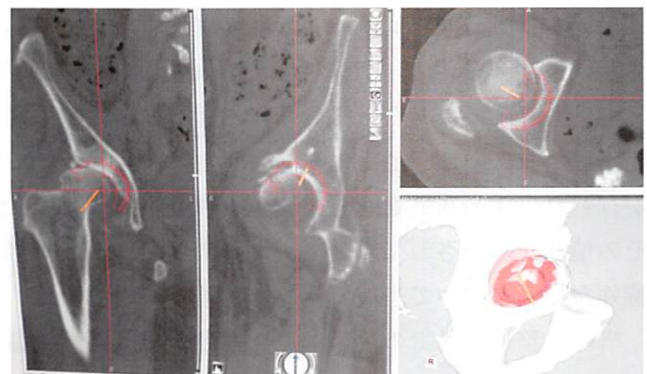


図1 コンピューターを用いた三次元テンプレティング
立体的な正確な術前計画が可能になりました。

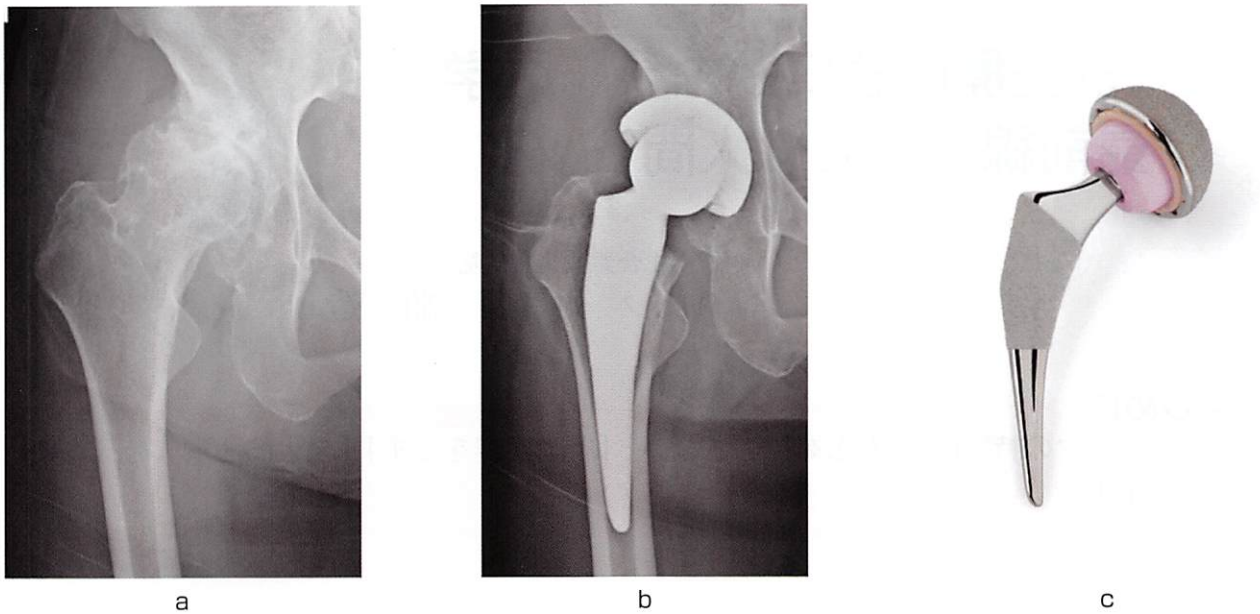


図2 最近の人工股関節 a 50歳代の女性で末期変形性股関節症
 b 人工関節手術後 痛みのない歩行が可能になりました。
 c チタン合金製の臼蓋、大腿骨用部品、骨頭はセラミックでライナーは摩耗しないように加工されたポリエチレンです。

がステンレス合金からセラミックに変わりました（図2-a, b, c）。この2つの組み合わせで実験的には30年分の歩行にも問題は無くなりました。また術後の運動もジョギングやゴルフ、テニスなど衝撃がなければ許可し、就労も制限しなくなりました。またこのような材質の変化で耐摩耗性を損なうことなく骨頭を大きくすることが可能となったため、手術後の脱臼が起りにくくなり手術の翌日には座位が可能となり2日目には車いすですぐトイレに行けるようになりました。また術後に正座をすることや和式トイレも可能となり日常生活での制限はほとんど不要になりました。手術時間は、20年前には2時間を超えていたものが現在は1時間弱となりました。このため術中出血も減少し300ml以下となり、同種血輸血は不要となり、術後回収式自己血で対応できるようになりました。入院期間も2年前は2か月を超えていましたが現在は10日から20日程度です。人工股関節の術式の20年間の変化を図に示します（図3）。手術の負担の少なさ、術後の制限の減少がこの増加に関与していると考えています。

これまで述べたのは医療技術の変化のごく一部です。どの分野においても技術は、日々進歩し新しい手法が導入されています。私は、医療従事者にとってこれらの情報を取り入れ、必要とされている方々に正確な情報を提供し、さらにその成果をもたらすことは義務であると考えています。医療技術は複雑で高度となっているためその理解、運用は必ずしも容易ではありません。しかし新しい技術は必ず新しい結果をもたらします。日々の小さな努力が大きな成果につながることを忘れずに過ごしていきたいと考えております。



図3 磐城共立病院整形外科の手術総件数（×10）と人工股関節手術件数の年代的変化です。

ホリスティックメディスン

全人的医療の窓口かつ予防医学の 最前線としての人間ドック



いわき市立総合磐城共立病院

人間ドック 伊藤 順造

はじめに

当院のドックの特徴は、「がんを見逃さない」「行動変容を促す」「全人的医療」を三本柱にしています。

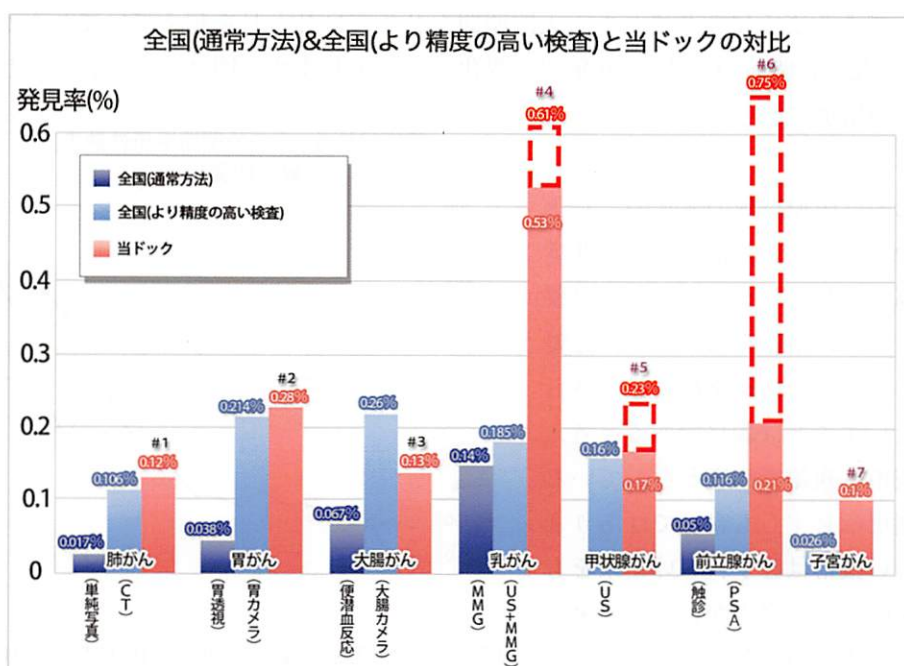
1. 「がんを見逃さない」(図1)

現在、日本中でドックを受ける人の数は年間3百万人を超えます。受診者百人当たりの発見率は、全国平均0.26です。一方当ドックは1.28と約5倍も高率です。とりわけいわき市が全国に比べがんの発生率が高いわけでも、3・11震災後に発生率が高くなったわけでもありません。

当ドックで効率よく早期のがんを発見している理由は四つあげられます。

- ① 上部消化管の検査を胃カメラで行い、かつNBI拡大視機能を駆使していることです。
- ② 体表エコー（甲状腺と乳腺）、経膈エコー（卵巣・子宮）とUSを駆使していることです。
- ③ PSAのガイドラインに従って多数箇所生検を積極的に行っていることです。
- ④ 要精査とされた方々のほぼ100%で精密検査が施行されていることです。すなわち、高い精密検査実施率を維持していることです。

ちなみに、全国の精密検査率は胃がん44%、肺がん45%、大腸癌45%と低率です。



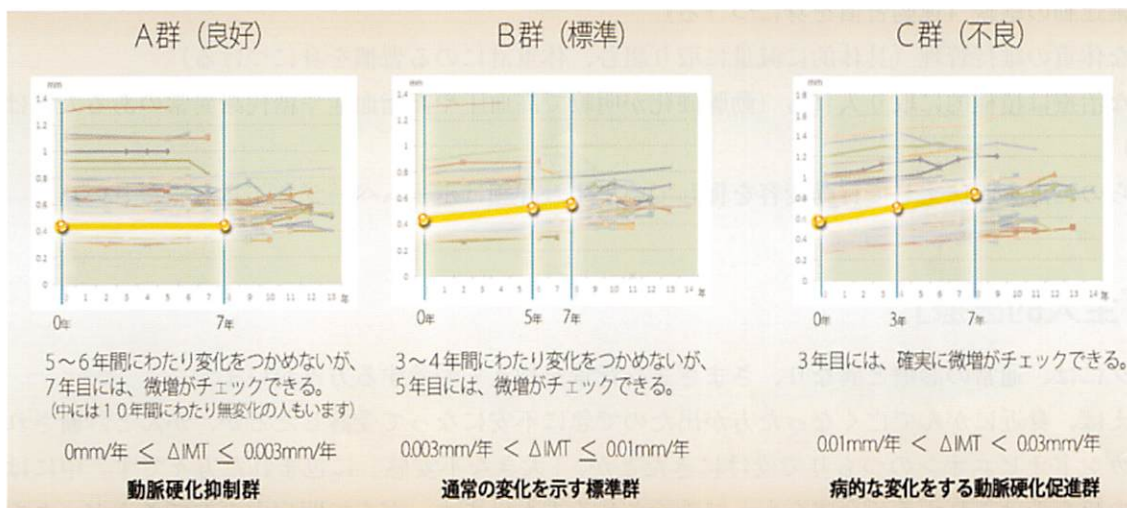
(図1. 詳細な説明はホームページをごらんください)

2. 「行動変容を促す」(図2、図3及び表)

ドックの役割はがんを見つけることだけではありません。血管障害（心筋梗塞、脳卒中）を来さないための生活習慣の定着を図ることも大きな役目です。歪んだ生活習慣を正す（行動変容）ことがドックに求められます。

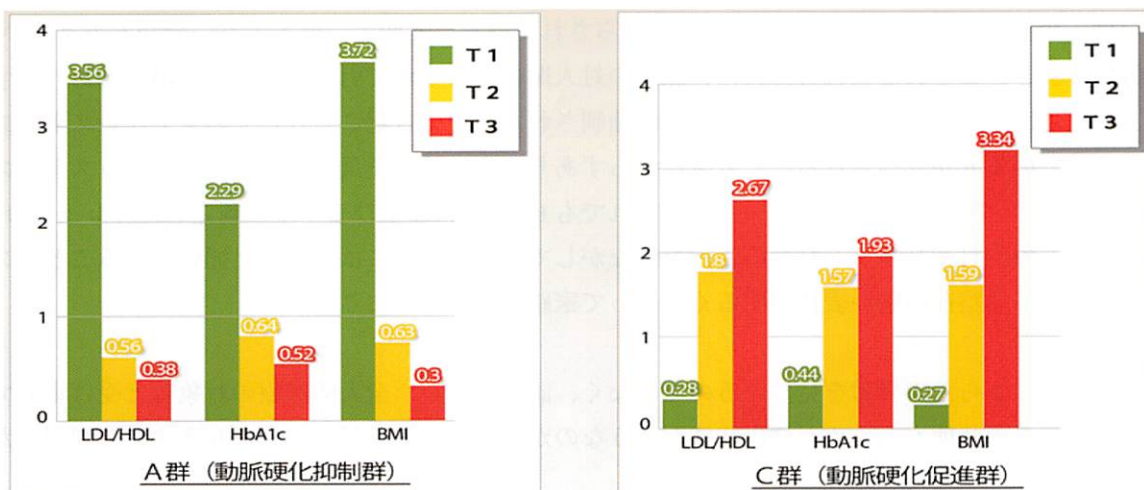
『人は血管とともに老いる』とはよく知られたことばです。その指標として、当ドックでは頸動脈エコーから得られた内膜・中膜複合体の厚さ（IMT）の平均値の経年的変化率（ Δ IMT）に注目しています。

Δ IMT から、動脈硬化抑制群と動脈硬化促進群との区別ができます。当ドックでは、動脈硬化促進群の受診者に対して行動変容のポイントを伝えています。



(図2： Δ IMTからみた動脈硬化の群別け)

Δ IMT に寄与する因子は年齢を除くと、BMI、LDL/HDL 比、HbA1c の三つでした。



(図3：BMI、LDL/HDL比、HbA1cの三分位のオッズ比)

項目 \ 3分位	T ₁ (動脈硬化抑制)	T ₂ (グレーゾーン)	T ₃ (動脈硬化促進)
a (BMI)	$a \leq 23.0$	$23.0 < a \leq 26.0$	$26.0 < a$
b (LDL/HDL比)	$b \leq 2.0$	$2.0 < b \leq 2.5$	$2.5 < b$
c (HbA1c)(%)	$c \leq 5.6$	$5.6 < c \leq 6.0$	$6.0 < c$

(表：BMI、LDL/HDL比、HbA1cの三分位、T1:低位、T2：中等位、T3：高位)

これらの図を用い、BMI23以下、L/H比2.0以下、HbA1c5.6%以下を目ざすための方策として、

- ①有酸素運動の継続（運動習慣を身につける）
- ②適正な体重の維持管理（具体的に減量に取り組む、体重計にのる習慣を身につける）
- ③必要な治療は積極的に取り入れる（動脈硬化が明瞭で高血圧や高脂血症や糖代謝異常のある人には治療を促す）

これらの三点をお伝えして行動変容を促しています（詳細はホームページをごらんください）。

3. 「全人的医療」

ドックには、通常の診療と異なり、さまざまな背景を抱えて受診する方々があります。

たとえば、身近にがんで亡くなった方が出たので急に不安になって受診したとか、がんと診断されているけどセカンドオピニオンのつもりで受けにきたとか、「大きな不安感」に包まれた方々です。中には、伴侶の突然の死を受けきれず希死念慮をもって受診される方もいます。がんで闘病中の方でさえドックを受けにくることがあります。一方で、がん生還者が増えてきた昨今、5年生存率（乳がん10年生存率）が治癒の目安となっていますので、5年後（10年後）に「主治医から無罪放免と言われたんですが、大丈夫でしょうか」と再発の不安を抱えて受診されるケースも増えてきました。その一つ一つに対して、いわば『がん外来』のように対応しています（傾聴に時間を割く、『グリーンケア』と私なりに命名して、受診者の訴えを受け止めてアドバイスしています）。

あるいは、会話の中で、「大変なストレス」にさらされていることが手に取るように分かる方々もいます。長時間労働で引き起こされる場合もあれば、職場の対人関係のこじれで引き起こされる場合もあります。最近では、相双地区の避難者の方々に、避難生活を強制された中で引き起こされた先の見えないストレスで心が折れかかっている人が受診されることも少なからずあります。時代を反映し介護疲れというストレスを訴える方もおります。簡易のチェックシートで（それでも60項目におよびますが）判定した「レッドカード」に入る人は、心療内科やリエゾン科への受診をうながしています。中には、じっと聞いていることでストレスが吐き出され、診察前の暗い表情が明るく変わって家路につく人もおります。

ドックは、単にからだの異常を見ているのではなく、診察時から、全人的医療の対象者と受け止めて対応のできる（こころの状態もふくめた健康状態がどうかを見極める）部署でもあります。ご利用いただければ幸いです。

禁煙外来再開

～無煙社会をめざして～

いわき市立総合磐城共立病院
内科 油井 満



1. 禁煙の動向

紀元前より中南米ではじまった喫煙行為は、1492年にコロンブスがアメリカ大陸発見を契機として、100年たらずで全世界に広まったと言われています。その当時、帆船が主な輸送手段であったにもかかわらず、その習慣性から、喫煙は全世界に比較的短時間で爆発的に広まったといえます。ご存知のように日本には1543年に種子島に鉄砲伝来と時期を同じくして入ってきたと言われています。そして、瞬く間に庶民の嗜好品となっていったようです。

このような中、日本では明治時代にはいり、「健全なる青少年の育成」を目的に「未成年者喫煙禁止法」が作られ、日本で初めて、未成年者ではありますが、喫煙を防止したもので、現在もその法律は生きております。この時点ではまだ、健康に悪いと言う観点からの規制ではありませんでした。

しかし、世界的には1900年頃より、喫煙は健康に悪いのではとの論調が出始め、1950年代からは、喫煙は肺がん患者を増やすことが疫学調査の結果などから証明されています。

WHOも喫煙は死因に関与する最大要因と位置づけており、国連で2003年「たばこの規制に関する世界保健機関枠組条約」が作られ、翌2004年には日本も批准しています。この条約ではタバコの需要と供給の減少に対する措置をうたっております。タバコの広告規制・テレビドラマなどでの喫煙シーン自主規制などもその一環と言えます。これに呼応する対策として、日本政府は健康増進法、がん対策基本法、健康日本21などで喫煙率減少をめざして施策を講じているわけです。また、最近では受動喫煙の健康被害も言われるようになってきました。

禁煙外来はこのような流れのなか、習慣性喫煙はニコチン依存症として疾患の位置づけがなされ、2006年には厚生労働省から保険適用がなされました。

当院でも2009年10月から禁煙外来を開設いたしました。諸般の事情により一時中断しておりました。

今回、禁煙は公衆衛生的には一次予防との観点から、また、いわき市の中核病院として疾患の専門治療ばかりでなく、再発予防まで踏み込んだきめ細かな治療の一環として再開することにいたしました。「依存症」はなかなか禁煙という行動変容を促すのには難しい疾患ではありますが、「患者さんが禁煙したい」という意志を大切に、関係スタッフ一同一丸となって治療に専念していきたいと考えていますので、どうぞよろしく願いいたします。



2. 当院での禁煙外来

1) 対象者

- 条件1. 直ちに禁煙しようと考えていること。
- 条件2. TDS によるニコチン依存症と診断（TDS 5点以上）されていること。
- 条件3. ブリンクマン指数が 200 以上であること。但し、35 歳未満の患者はこの制限なし。
- 条件4. 禁煙治療を受けることを文書により同意していること。

2) 担当科 内科

3) 場所・日時 呼吸器科外来・毎週火曜日 14:00~16:00

4) 禁煙治療の内容

「禁煙治療のための標準手順書第6版」に則って治療を進めます。

〈ニコチン置換療法〉

ニコチン依存症には身体的依存と心理的依存があると言われています。

身体的依存に関しては、ニコチンが足りなくなると、身体がニコチンを欲するようになるものです。ニコチン枯渇によりイライラ、抑うつなどが出て参ります。また、「タバコは体に悪いことは知っているのだが、やめられない」「タバコを吸うのは個人の自由だ」などの心理学的依存も表れます。これらの症状を回復しようとして、また、自分に都合のよいように解釈してついタバコを吸ってしまうということになります。これらの状況のとき、喫煙によるニコチン補給ではなく、パッチ製剤やガムなどでニコチンを取って投与することにより、これらの症状をでにくくし、喫煙から禁煙への行動変容を促すものです。これらにはかなり周囲からの支援も必要ですので、看護師及び医師により患者さんの禁煙したいという意志を持続・強化させ、禁煙へと向かわせるのです。当外来では患者さんの了解が得られれば、ニコチンガムも併用しながら、治療を行っております。

〈ニコチン受容体遮断薬による治療〉

この治療はバレニクリンというニコチン受容体遮断薬を使って、禁煙を行おうというものです。この薬は、ニコチン受容体をブロックすることにより、喫煙行動を抑制し、また、喫煙しても満足感が出ないというものです。この薬を飲むことにより、喫煙欲求が起りにくくなり、禁煙へと向かうのです。但し、この薬には極まれにですが、意識障害を起こすことが報告されており、厚生労働省からも服用時は自動車運転等危険な機械の操作をしないよう通知されております。このため、このことを患者さんに説明した上で使用することになります。

〈心理療法〉

当外来では喫煙の健康被害を強調するだけでなく、心理的依存もかなり喫煙には関与しておりますの

で、上記治療に合わせ、認知行動療法、動機付け面接法などの心理療法も取り入れて、患者さんの禁煙願望を持続・強化するように努めていきたいと考えています。

5) 費用

【保険請求点数】

ニコチン依存症管理料	(初回)	230点
〃	(2～4回目)	184点
〃	(5回目)	180点

3. 当院での禁煙外来の流れ

1) 禁煙治療予約



2) 初回受診時

- ◇受付
- ◇看護師による問診
- ◇禁煙関係パンフレット・手帳の配布
- ◇呼気中一酸化炭素の測定
- ◇禁煙関連ビデオの供覧
- ◇医師による問診
- ◇禁煙補助薬の選択
- ◇禁煙宣言書への署名
- ◇会計



3) 2回～4回目まで

- ◇受付
- ◇看護師による問診・禁煙手帳の確認
- ◇呼気中一酸化炭素の測定
- ◇医師による問診・禁煙手帳の確認
- ◇会計

4) 5回目

- ◇受付
- ◇看護師による問診・禁煙手帳の確認
- ◇呼気中一酸化炭素の測定
- ◇医師による問診・禁煙手帳の確認
- ◇禁煙が達成していれば修了書の授与



*禁煙の達成は4回目から5回目の間に喫煙がなかったことが基準となります。

- ◇会計

新任医師紹介



ゆい みる 油井 満 医師

内科

今まで行政医師をやっていましたが、本年4月1日より赴任いたしました。出身はいわき市、出身大学は弘前大学・昭和59年卒です。内科一般、禁煙外来、人間ドックを担当します。どうぞよろしくお願ひします。



あいざわけん たろう 相澤健太郎 医師

循環器内科

4月より循環器内科に赴任した相澤です。通常の外来に加え、植込みデバイス（ICD・CRT-D）外来を担当しております。地域医療に貢献できるように努力いたします。



まつざわ がく 松澤 岳 医師

整形外科

平成28年4月から整形外科に赴任いたしました松澤岳と申します。いままで宮城県での生活が長かったのですが、いわきの暖かい気候に心地良さを感じております。地域のために貢献出来るよう頑張りますので、よろしくお願ひ申し上げます。



とみながりょう じ 富永亮司 医師

整形外科

精一杯がんばりますので、よろしくお願ひします。



にしじまやす お 西島泰生 医師

脳神経外科

東北大学脳神経外科に所属し、今まで東北、関東の病院で勉強して参りました。福島は白河で一年間勤務したことがあり、今回で2度目になります。地域医療に貢献できますよう努めて参ります。



ゆいりえこ 油井理恵子 医師

眼科

東北大学病院から赴任いたしました。地域の皆さまの健康に貢献できるよう頑張りますので、よろしくお願ひいたします。



せきや りょう 関谷 亮 医師

歯科口腔外科

12年ぶりに共立病院に勤務しております。当時とあまり変わることなく、先生方やスタッフの方々と温かい雰囲気の中で働くことが出来ています。口腔外科疾患でお困りの事がありましたら、お気軽にお声掛け下さい。どうぞ宜しくお願い致します。



おがさわらけい 小笠原啓 医師

未熟児新生児科

福島医大 平成14年卒の小笠原啓と申します。4月からNICUで勤務しております。いわき市の周産期医療に微力ながら貢献できるように、努力いたします。宜しくお願いいたします。



いしだ えいち
石田英一 医師

耳鼻咽喉科

4月より耳鼻咽喉科に赴任となりました石田英一です。耳鼻科医として働き始めた2009年までの3年間共立病院でお世話になり、耳鼻科医としての基礎を学ばせて頂きました。再赴任に際して、地域医療に貢献できるよう努めて参ります。



こしばやすとし
小柴康利 医師

耳鼻咽喉科

このたび、3月1日より磐城共立病院に勤務となりました耳鼻咽喉科の小柴康利です。所属は東北大学です。以前は宮城県立がんセンターでがん治療をメインに行っていました。皆様にはいろいろとご迷惑をおかけすると思いますが、努力してまいります。これからどうぞよろしくお願い致します。



ふじた よしひさ
藤田喜久 医師

麻酔科

私はこの3月に30年間勤務した川崎医科大学を定年退職しました。幸い体力にまだ余力が残っていましたので、麻酔科医として被災地医療の役に立ちたいといわきにやってみりました。予想通りの多忙な手術室ですが、看護師さんはじめ皆が使命感を持って懸命に働いている姿に感心しております。よろしくお願い致します。



しまだ くみ
島田久美 医師

麻酔科

数年前にいわき市民となり、ご縁があって勤務させていただくことになりました。安全に手術が行われるように、努力していきたいと思っております。よろしくお願い致します。



えばなひろお
江花英朗 医師

麻酔科

初めまして、福島県立医科大学より参りました麻酔科の江花英朗と申します。福島県喜多方市の出身です。少しでもお力になれるよう努力してまいりますので、よろしくお願い致します。



のじよしえ
野地善恵 医師

麻酔科

福島県立医科大学附属病院から赴任致しました、麻酔科の野地善恵と申します。まだまだ未熟ではありますが、いわきの医療に貢献するだけ尽力していきたいと思っております。どうぞよろしくお願い致します。





えんどうよしき
遠藤由樹 医師

心臓血管外科

心臓血管外科に着任いたしました遠藤由樹です。共立病院の治療は以前から学会で拝聴し、その斬新さに感銘をうけておりました。この度赴任の機会をいただき大変うれしく思っております。よろしくお願いいたします。



よしだふみや
吉田文哉 医師

救命救急センター

6月から赴任しました吉田文哉と申します。各科の先生方には多々御迷惑をおかけするかもしれませんが、いわきのために全力を尽くしたいと思いますので、何卒お力添えの程をよろしくお願い申し上げます。



あだちくにひろ
足立国大 医師

救命救急センター

4月より救命救急センター勤務となりました。地域の救急医療に貢献できるよう頑張ります。



まちな の がる
町野 翔 医師

研修医

福島県立医科大学から来ました、研修医の町野翔と申します。いわき市は初めてですが、大変過ごしやすいなと感じております。少しでも患者さんのお役に立てるよう、日々診療していきたいと思っております。宜しくお願いします。



すず きしょうた
鈴木翔太 医師

歯科研修医

歯科研修医1年目の鈴木翔太です。出身地は茨城県笠間市で出身大学は東北大学です。まだまだ未熟者ですので、この2年間しっかりと勉学に励み、患者さんから信頼される歯科医師になりたいと思っています。よろしくお願いいたします。



非紹介患者初診加算料改正等のお知らせ

1 制度導入の背景について

国が今年度から、当院を含めた大病院^(※)に対し、患者さんへの定額負担を義務づけたことから料金改正を行うものです。

導入の背景は次のとおりです。

- 大病院が軽症な患者さんを数多く診察した場合、救急患者さんや高度な医療を必要とする患者さんに対応できなくなる恐れがあります。
- 大病院の勤務医の負担軽減を図る必要があります。
- かかりつけ医と大病院の役割分担を一層推進し、地域医療を守る必要があります。

※大病院とは・・・大学病院等の特定機能病院および500床以上の地域医療支援病院

2 改正内容について

平成28年10月1日より、当院へ紹介状を持参せずに初診で受診した場合等には、次の加算料が発生します。ご理解とご協力をお願いいたします。

改正内容	徴収要件・加算料名	科	現行 (~H28.9.30)	改正 (H28.10.1~)
初診時に紹介状なしで受診した場合 (非紹介患者初診加算料)		医科	1,620円	→ 5,400円
		歯科	1,620円	→ 3,240円
他医療機関へ文書による紹介を行ったにも係わらず当院を再受診した場合 (逆紹介患者再診加算料)		医科	設定なし	→ 2,700円
		歯科	設定なし	→ 1,620円

対象外となる例

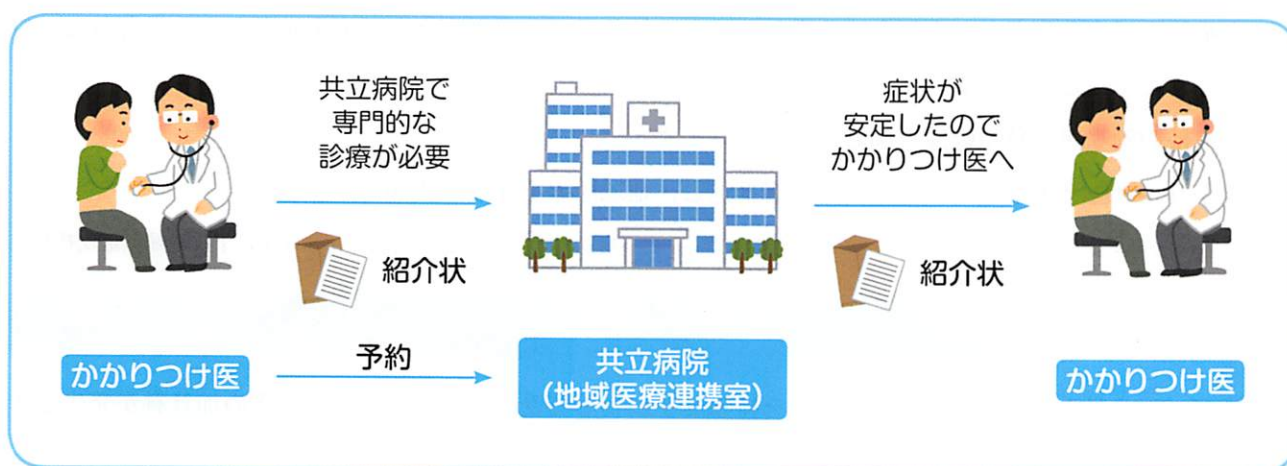
- 軽症者を除く救急患者さん
- 国の公費負担医療制度（結核予防法・特定疾患等）で受診の患者さん
- 当院の外来診療後に入院となった患者さん
- 当院で診療継続中に他の診療科を受診した患者さん
(ただし医科⇔歯科口腔外科の初診については除く) など

3 当院の受診について

一般的な病気や長期にわたる経過観察が必要な患者さんには、まず、地域のかかりつけ医を受診していただき、さらに専門的な検査や治療が必要な場合、紹介状をお持ちいただき、当院を受診くださいますようお願いいたします。

なお、当院の地域医療連携室をご利用いただくと当院初診の受診日時の予約が可能で、待ち時間の大幅な短縮となります。

(予約は、かかりつけ医と当院の地域医療連携室が行いますので、患者さんご自身が予約をとる必要はありません。)



お問い合わせは、医事課医事係までお願いいたします。

地域医療連携室への予約について

予約の際は、「地域医療連携診療予約申込書」及び「紹介状 (診療情報提供書)」を当室までFAXにてお送りください。



また、予約に関してご不明な点がございましたら、下記まで電話でお問い合わせください。

予約受付時間 **8:30~17:00** [土・日曜日は受付していません]

いわき市立総合磐城共立病院 地域医療連携室

電話 0246 (26)2250 (直通)

FAX 0246 (26)2119

