

東名古屋病院だより

平成27年7月発行 第62号



6月30日 消防訓練風景

理念

私たちは、医の倫理を守り、患者さんの気持ちを尊重し、より質の高い医療を提供します。

基本方針

1. 患者さんへの医療内容の説明と患者さんの同意を医療の基本とします。
2. 地域に密着し、心の触れ合いを大切にした医療を提供します。
3. 常に自己研鑽に励み、医療人としての専門的知識・技術の習得に努め、皆様に信頼される安全で最新の医療を提供します。
4. 健全な経営を維持して療養環境の整備に努め、安心して快適に療養できる病院を目指します。

目次

2 P：巻頭言

3 P：病気とのつきあい方

4 P：看護部紹介

5 P：部署紹介

6 P：脱水症について

7 P：トピックス

(病院機能評価認定証を取得しました。)

8 P：地域医療連携室

12P：外来案内、外来診察担当医表



独立行政法人 国立病院機構
東名古屋病院
NATIONAL HOSPITAL ORGANIZATION
HIGASHI NAGOYA NATIONAL HOSPITAL



〒465-8620

名古屋市名東区梅森坂5-101

TEL 052-801-1151

FAX 052-801-1160

ホームページアドレス

<http://www.tomei-nho.jp/>

今話題の非結核性抗酸菌症に対する 当院の取り組み

副院長（呼吸器内科） 小川 賢二



2015年5月17日の中日新聞サンデー版、世界と日本 大図解シリーズ No1199 に「増加する非結核性抗酸菌症（NTM）」が新聞紙見開き全面を使い大々的に報じられました。そこには「国民病と呼ばれた結核は、予防や治療法の確立で、患者数も死亡者数も減っています。替わって結核と同じ抗酸菌に属する非結核性抗酸菌（NTM）による患者が増えています。NTM症は根治する治療法がなく、重症化すれば死亡するケースもあります。最新の疫学調査から、肺NTM症の状況をまとめました。」と書かれ、日本では罹患率が人口10万人当たり14.7人と、欧米先進諸国に比べ、非常に高い数字になっていることが紹介されています。またNTM症の中でMAC菌を原因とする肺MAC症が全NTM症の約90%を占めることが分かり、肺MAC症の克服が重要な課題であるとされています。当院は1980年代後半からこの疾患の増加傾向を感知し、肺MAC症に対し、当時としては新しい治療法の提案を1992年11月発行の日本結核病学会誌に発表しております。その後本疾患に対する有効な治療法の開発を目的とした数々の臨床研究、感染経路解明や新薬開発を目的としたMAC菌の病原性に関する遺伝子研究などを継続しておこなってきました。そしてこれらの研究成果が認められ、現在までに日本結核病学会研究奨励賞を3回および日本結核病学会今村賞を受賞しております。

ここからは肺MAC症診療の実際を紹介させていただきます。慢性的な咳、痰、血痰、微熱、倦怠感などで肺MAC症を心配され初めて当院に来院した場合には、呼吸器内科新患外来を受診していただくこととなります。このような症状の場合肺MAC症以外の疾患も数多くありますので、まずは肺MAC症の確定診断をおこなうこと

から始まります。胸部レントゲン、CT、血液検査、検痰（MAC菌が検出されれば確定診断に大きく寄与）をおこない、総合的に判断することになります。肺MAC症はMAC菌による感染症ですので、患者さんの痰などの検体からMAC菌を証明することが最も重要となります。痰がどうしても出ない場合には、気管支内視鏡を用いて肺病変部の検査をおこなうこともあります。これらの結果肺MAC症と確定診断された場合には、一般的には3～4種類の抗菌剤を併用する内科的化学療法をおこなうこととなります。ただしCTなどで空洞性病変や気管支拡張性病変など、肺に破壊性病変が認められる場合には化学療法だけでは治療効果が不十分となりやすいため、手術療法の併用も検討することとなります。当院で肺MAC症の手術をする場合には、熟練した呼吸器外科医が胸腔鏡という内視鏡を用いた手術をおこなうこととなります。内視鏡手術は体への侵襲が少ないため、術後の回復が早く一週間程度で退院が可能となります。標準治療薬とされている抗菌剤を用いてもMAC菌を完全に殺菌することが出来ませんので化学療法での完治は困難ですが、ある程度改善させることや悪化を防ぐことは可能です。治療経過が良好な場合には一定期間治療後に治療を終了することも可能となります。治療終了した場合でも、数か月に一度の胸部レントゲンやCTによる経過観察をおこなうことが必要です。このようにして出来る限り病状を悪化させないようにコントロールし、重症化させないことが目標となります。

当院では今後、感染経路解明による感染予防法の確立、新薬開発による肺MAC症の制圧を目指し研究努力を続けてゆきたいと考えております。

病気とのつきあい方

2015年に最も患者数が多いのは大腸がん、 だから便鮮血検査を受けよう



(消化器)外科医長 永田 博

“排便時に肛門から血は出てませんか？”“便に血は付着してませんか？”もしかしたらそれは大腸がんかも知れません。

国立がんセンターが公表した2015年のがん統計予測では、これまでトップだった胃がんを抜いて、男女合わせて患者数が最も多いがんになるそうです。今年大腸がんと診断される人は13万5800人程度と予測されています。

ではなぜ、大腸がんが増えているのでしょうか。よく言われるのが食生活やライフスタイルの欧米化です。大腸がんは、がんが発生した部位によって結腸がんと直腸がんに分けられますが、食生活の変化で結腸がんが増加しました。

結局大腸がんの増加は、肥満、大量飲酒の習慣、赤肉や加工品の過剰摂取、運動不足の人が増えた事と関係ありそうです。

次に大腸がんの発生部位と症状についてお話します。

大腸がんの発生部位は、図1の如く下部大腸であるS状結腸、直腸で約70%以上を占めます。大腸がんの症状は、初期では、症状はほとんどありません。進行すると図2の如く下血・血便・下痢・便が細くなる・貧血・腫瘍(しこり)・腹痛・腸閉塞などの症状が現れます。ここで注意して頂きたい事は、大腸がんの発生部位によって初発症状が違ってくる事です。但し、便潜血は大腸がん共通の初発症状です。

さて、治療のお話になりますが、大腸がんの唯一の治療は切除術です。

早期がんであれば大腸内視鏡を用いがんのみを切除できます。内視鏡治療の適応で無いものは外科的に手術を行い、がんの出来た部位の大腸をリンパ節とともに切除します。外科的切除には、従来から行われてます開腹術に、腹腔鏡

下手術も行われます。最近何かとマスコミで騒がれてます腹腔鏡下手術ですが、大腸がんの場合は、手術手技も定型化されつつあり当科を含め安全に行われる手術です。これにより入院日数が短縮され、患者さんの社会復帰が早くなってきてます。

では、大腸がんの予防法はあるのでしょうか。現時点では、大腸がんを含め消化器系のがんを予防する方法はありません。大腸がんのリスクを下げる方法として評価されているのが運動です。食物繊維、ニンニク、牛乳、カルシウムの摂取も予防効果がある「可能性大」とされています。運動ですが、週1回1時間程度の軽い運動で結腸がんリスクは下げられます。

ただ、日常的に運動し、禁煙、禁酒、減量、食物繊維の多い食事を心がけても、大腸がんのリスクはゼロにはなりません。やはり早期発見に勝るものはありません。早期に発見されればほぼ100%近く治るがんなので、40歳以上の人は年1回の大腸がん検診による便鮮血検査を受けるべきです。40歳以上の方が年1回便鮮血検査を受けることで大腸がんによる死亡率を下げることは科学的にも証明されており、大腸がん早期発見に便鮮血検査は大変重要かつ有効な検査です。

みんなで便鮮血検査をうけましょう。そして検査が陽性であった方、また現在便に血が付着している方、怖がらず当院外科に相談してください。

大腸がんの発生部位と症状

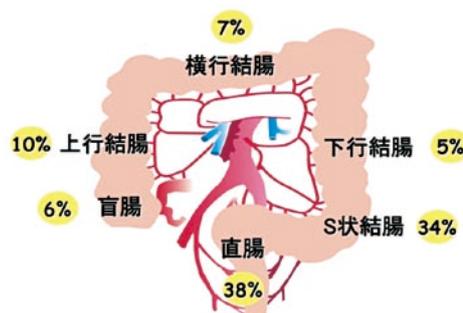


図1

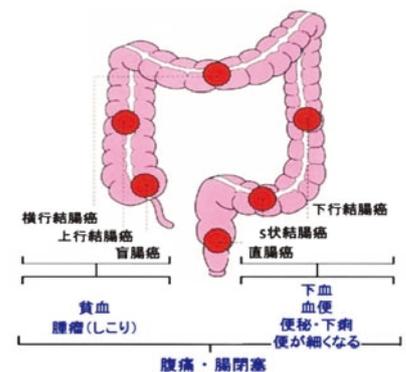


図2

看護部紹介

神経難病病棟



南1階病棟看護師長 丹羽 ふみ

当病棟は病床数60床の神経難病病棟です。主な神経難病には、パーキンソン病をはじめ、筋萎縮性側索硬化症、多系統萎縮症、進行性核上性麻痺などがあります。これらの疾患の特徴は、有効な治療法がなく、徐々に運動・呼吸・嚥下・排泄等の身体機能の障害をきたすことです。入院される目的としては、生活動作改善のための理学・作業・言語聴覚療法のリハビリテーションをはじめ、他院からの紹介による診断のための精密検査や、薬物治療のコントロールなどがあります。また、長期間にわたり患者を介護していく家族のため、在宅支援に向け介護支援や家族の介護疲労軽減のための入院を積極的に受け入れています。

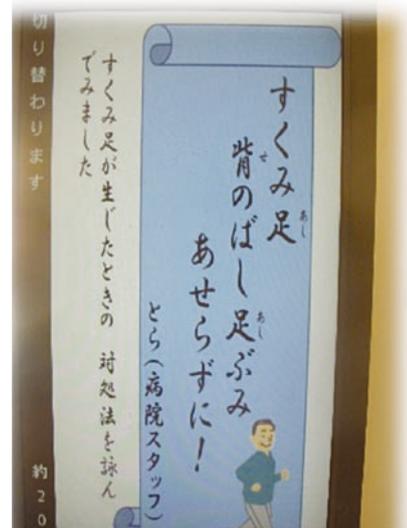
患者さんの多くは、日常生活能力や意思伝達能力が低下してきます。日常生活に影響を及ぼすため、介護に人手を要し、経済的・精神的負担が大きいものです。私たち病棟看護師は、このような大変な疾患を抱えている患者さんやご家族の病気の経過や予後への不安に向き合い、日々温かい看護が提供できるように心がけています。

時には、発声練習も兼ねて、食堂内でカラオケ大会を実施しています。スタッフ・患者さんともに好評なレクリエーションです。

また、年2回、七夕会とクリスマス会を企画しています。今年は7月15日に七夕会を実施します。医師・看護師・セラピスト（理学療法士・作業療法士・言語療法士）や患者さんのご家族も交え、演奏会を披露させていただきます。難病と向き合う患者さんやご家族に少しでも季節感を味わっていただく時間を過ごしていただけるように取り組んでいます。是非、病棟見学も兼ねて、お気軽にお越し下さい。

また、当病棟の前身である北1階病棟（神経

難病病棟）は、来年で開棟40周年を迎えます。旧病棟からぬくもりサポート館に引っ越しをして1年半が経過しました。広い病棟内は車椅子移動にも十分なスペースがあり、快適な療養環境となりました。しかし、神経難病の患者さんは転倒するリスクが高い身体的特徴があります。私たち看護師はリハビリテーション部門と情報交換を行い、転倒予防に取り組んでいます。患者さんが前向きに楽しく転倒予防に参加していただけるように、医師・看護師・リハビリ部門等の転倒転落予防チームが毎年患者さんやご家族からも転倒転落防止川柳を募集しています。病棟内の廊下の壁には、転倒転落防止の川柳が、掲示してありますので是非ご覧ください。



部署紹介

臨床工学室の紹介



臨床工学技士 後藤 考遵

この広報誌を読まれている皆さんは、臨床工学技士がどんな職種かご存じでしょうか？

意外と知られていない現状があると思いますので簡単に説明させて頂きたいと思います。

昭和62年6月に成立した「臨床工学技士法」で定められている国家資格です。

その法律の中で、「臨床工学技士とは、厚生労働大臣の免許を受けて、臨床工学技士の名称を用いて、医師の指示の下に、生命維持管理装置の操作及び保守点検を行うことを業とする者をいう。」と記されています。

生命維持管理装置と言ってもぱっと思い浮かばないかもしれませんが、腎臓の機能を代行する血液透析装置、心臓の手術中に一時的に心臓と肺の機能を代行する人工心肺装置、肺の機能（呼吸）を代行する人工呼吸器などの医療機器のことを指します。

これらの装置を操作したり、いつでも問題なく使用できるように保守点検を行います。

当院は政策医療の一環である神経筋疾患・重症心身障害者の患者さんが多数入院しています。

その中で人工呼吸器を使用されている方もいらっしゃるため、定期的に呼吸器ラウンドを行っています。ラウンドを行うことで、患者さ

らの状態や呼吸器が安全に使用されているかの確認をしています。

また循環器領域業務では、心臓カテーテル検査においてポリグラフ・血管内超音波エコー（IVUS）・補助循環（IABP）の操作を行い、ペースメーカーや埋め込み型除細動器（ICD）を装着されている患者さんの定期チェックも行っています。

最後に、医療機器管理業務の説明をしたいと思います。看護部との連携・協力の下、院内で汎用性の高い医療機器の中央管理を行っています。病棟保管ですと、管理面の問題や適正台数の把握が難しいなどのデメリットが多く、一元管理することでそれらのデメリットが解消されます。平成19年4月に厚生労働省から医療機器の安全使用と管理体制の整備が法令に明記されたことで、医療機器の保守点検・修理、院内スタッフ対象の勉強会を定期的に行うことで安全使用に努めていかなければなりません。

いかがでしたか？臨床工学技士の業務を少しは理解していただけたでしょうか。直接患者さんと接する業務は少ないため、まだまだ認知度は低いですが、読んで下さっている方が頭の片隅にでも残っていれば幸いです。



脱水症について

暑い夏、脱水症に注意して！



主任栄養士 佐藤 英成

今年5月インドでは熱波により多くの方が亡くなるニュースがありました。我が国においても、毎年夏になると熱中症のことがニュースとなっています。2013年6月～9月の期間に熱中症で救急搬送された方は58,729人で、年齢層では65歳以上の高齢者が最も多く全体の47%にあたる27,828人(総務省消防庁資料より)となっています。熱中症をひきおこす要因は様々ですが、気をつける点は多々あります。今回はそのうちの一つ、脱水の予防についてご紹介します。

私たちの体に占める水分の割合は、年齢によって異なり成人は60%。子供は70%、高齢者は55%が目安となっています。水分の割合が高い子供や、低いお年寄りには脱水症状になりやすく注意が必要です。特にお年寄りの中には、水分をとるとむせる。または、水分をとることでお手洗いの回数が増えることを嫌がり、水分摂取を控える方が見受けられます。

私たちは、目に見えるものとして、水分を尿や汗で失っていますが、呼吸や便の中からも水分を失っています。また、運動していなくても、寝ている間や入浴によっても水分を失っています。そのため、起床時や風呂上がりに水分補給をいわれているのはそのためです。



では、私たちは1日どれくらいの水分量をとることが必要なのでしょうか？目安量は体重1kgあたり30～40mlで、体重が50kgの方では1,500ml～2,000mlが必要な水分量となります。ただし、運動などで汗をかいた場合や発熱時、また、これからの季節で30度を超える日などは、発汗から水分を失っていますので、その分を足していただくことが必要になります。

1日の必要水分量1500mlというと、1.5Lのペットボトル1本分になります。そんなに飲めないと思うかもしれませんが、飲む水分としては必要水分量の半分を目安にしてもらえれば十分

です。それは、食事の中にも水分が多く含まれているからです。ご飯1膳150gの中には重量の60%にあたる90mlの水分が含まれており、野菜や果物は80～90%が水分となります。もちろん調理によっては水分の量は変化します。また、汁物や麺類からは水分を多くとることが出来ます。そのため、食事をしっかりとることも脱水予防の大きなポイントになります。

そのため、飲む水分としては、食事の時にコップ1杯(150ml)のお茶を飲む。起床時や入浴後にコップ1杯の水を摂ることで必要な水分を満たすことができます。

あくまでも、上記で記載したことは目安になります。のどが渴いたと思ったときはすでに身体の中の水分が不足している状態になります。そのため、これからの暑い夏場に注意をしていただきたいことは、のどが渴く前に、こまめに水分を摂ることです。一口水を口に含んでいただだけでも結構ですので、水分を摂ることを習慣にしましょう。

夏場、汗をかくことで塩分の補給を気にする方がみえますが、醤油、味噌の文化の日本人は、普段からも塩分摂取が多いため、あえて摂取する必要は基本的にはありません。ただし、1日炎天下で肉体労働をされる方や部活動で汗をたくさんかかれるお子さんの場合はこの限りではありません。

以上、お話をしてきたように水分摂取は大事ですが、心臓や腎臓など、病気によっては、水分の制限が必要な場合も生じてきます。主治医にご確認ください。

この夏、脱水症に気をつけて、元気にお過ごしください。



トピックス

病院機能評価認定証を取得しました。



当院は、平成27年6月5日にて公益財団法人日本医療機能評価機構の実施する病院機能評価(3rdG Ver.1.0)の認定を取得し、以前の平成20年7月28日の初回認定に引き続き、再び認定病院となることが出来ました。

病院機能評価のバージョンが上がるにつれ評価基準は年々厳しくなっていることもあり、これまで以上に職員が一丸となって病院組織の運営と地域における役割、患者さんの権利と安全確保、療養環境と患者サービス等の審査対象領域のあらゆる問題点を見直し、改善を行った結果の賜物と感じております。

今後とも、今回の評価をもとによりよい医療の質のさらなる向上を目指して、引き続き努力を続けてまいります。

病院機能評価とは・・・

病院機能評価とは、我が国の医療機関の機能の充実・向上を図るために、公益財団法人 日本医療機能評価機構が第三者機関として中立的な立場で医療機関の機能の評価するものです。



また、この評価内容については、日本医療機能評価機構のホームページに掲載されておりますので、是非一度ご覧下さい。http://www.report.jcqhc.or.jp/index.phpの画面で、“愛知県”、“東名古屋病院”で検索下さい。

指定難病医療費助成制度について

医療ソーシャルワーカー 志田 卓弥



平成27年1月に施行された「難病の患者に対する医療等に関する法律」により、新しい医療費助成制度が始まりました。長期療養が見込まれる難病患者・家族の負担軽減を図ることを目的としており、7月からは対象疾病が現在の110から306に拡大されます。

申請対象となる方：

- ①指定難病と診断され、その重症度が認定基準を満たしている方
- ②軽症で①の基準に該当しないが、申請月以前の12ヶ月以内に指定難病にかかった医療費総額が33330円（自己負担3割なら、約10000円）を超える月数がすでに3ヶ月以上ある方

申請方法：

難病指定医の記載した臨床調査個人票や医療費支給認定申請書、課税状況の確認書類、保険証、世帯全員の住民票の写しを準備してお住まいの担当保健所に申請します。
 （申請から交付まで2～3ヶ月かかります。保健所での申請受付から受給者証交付までの期間に負担した医療費は払い戻されますのでご確認ください。）

月額自己負担上限額：

階層区分	階層区分の基準		原則			既認定者（経過措置3年）		
			一般	高額かつ長期	人工呼吸器等装着者	一般	現行の重症患者	人工呼吸器等装着者
生活保護	—		0			—		
低所得1	市町村民税 非課税	本人収入 ～80万円	2,500	2,500	1,000	2,500	2,500	1,000
低所得2		本人収入 80万円超	5,000	5,000		5,000		
一般所得1	市町村民税所得割 課税以上7.1万円未満		10,000	5,000		5,000	5,000	
一般所得2	市町村民税所得割 7.1万円～25.1万円未満		20,000	10,000		10,000		
上位所得	市町村民税所得割 25.1万円以上		30,000	20,000		20,000		
入院時の食費			全額自己負担			1/2自己負担		

※自己負担上限額は、加入する医療保険ごとに世帯を数えます。住民票上は同じ世帯でも、医療保険が違えば別の世帯として計算します。

※「高額かつ長期」は、医療費総額が50000円を超える月が年間6ヶ月以上ある方です。

医療費助成対象外の例示：

- ・受給者証に記載された病名以外の病気やけがによる医療費（原則2割負担、後期高齢は1割）
- ・医療保険が適用されない医療費（保険診療外の治療・調剤、差額ベッド代、個室料など）
- ・指定医療機関以外で受けた医療、介護サービス
- ・はり、きゅう、あんま、マッサージの費用やコルセットなど補装具費用

お問い合わせ先：

各地域を管轄する保健所、愛知県医師会の難病相談室、NPO法人愛知県難病団体連合会などが身近な窓口です。当院であれば主治医や看護師、地域医療連携室までお声掛けください。

指定難病一覧（疾病番号順）

○はH27.1.1から、●はH27.7.1から対象となった疾病
印のないものは特定疾患から指定難病となった疾病

番号	指定難病名
1	球脊髄性筋萎縮症
2	筋萎縮性側索硬化症
3	脊髄性筋萎縮症
4	原発性側索硬化症 ○
5	進行性核上性麻痺
6	パーキンソン病
7	大脳皮質基底核変性症
8	ハンチントン病
9	神経有棘赤血球症 ○
10	シャルコー・マリー・トゥース病 ○
11	重症筋無力症
12	先天性筋無力症候群 ○
13	多発性硬化症／視神経脊髄炎
14	慢性炎症性脱髄性多発神経炎／多巣性運動ニューロパチー
15	封入体筋炎 ○
16	クロウ・深瀬症候群 ○
17	多系統萎縮症
18	脊髄小脳変性症(多系統萎縮症を除く。)
19	ライソゾーム病
20	副腎白質ジストロフィー
21	ミトコンドリア病
22	もやもや病
23	プリオン病
24	亜急性硬化性全脳炎
25	進行性多巣性白質脳症 ○
26	HTLV-1関連脊髄症 ○
27	特発性基底核石灰化症 ○
28	全身性アミロイドーシス
29	ウルリッヒ病 ○
30	遠位型ミオパチー ○
31	ペスレムミオパチー ○
32	自己貪食空胞性ミオパチー ○
33	シュワルツ・ヤンペル症候群 ○
34	神経線維腫症
35	天疱瘡
36	表皮水疱症
37	膿疱性乾癬（汎発型）
38	スティーヴンス・ジョンソン症候群
39	中毒性表皮壊死症
40	高安動脈炎
41	巨細胞性動脈炎 ○
42	結節性多発動脈炎
43	顕微鏡的多発血管炎
44	多発血管炎性肉芽腫症
45	好酸球性多発血管炎性肉芽腫症 ○
46	悪性関節リウマチ
47	パージャール病
48	原発性抗リン脂質抗体症候群 ○
49	全身性エリテマトーデス
50	皮膚筋炎／多発性筋炎
51	全身性強皮症
52	混合性結合組織病

番号	指定難病名
53	シェーグレン症候群 ○
54	成人スチル病 ○
55	再発性多発軟骨炎 ○
56	ベーチェット病
57	特発性拡張型心筋症
58	肥大型心筋症
59	拘束型心筋症
60	再生不良性貧血
61	自己免疫性溶血性貧血 ○
62	発作性夜間ヘモグロビン尿症 ○
63	特発性血小板減少性紫斑病
64	血栓性血小板減少性紫斑病 ○
65	原発性免疫不全症候群
66	IgA腎症 ○
67	多発性嚢胞腎 ○
68	黄色靱帯骨化症
69	後縦靱帯骨化症
70	広範脊柱管狭窄症
71	特発性大腿骨頭壊死症
72	下垂体性ADH分泌異常症
73	下垂体性TSH分泌亢進症
74	下垂体性PRL分泌亢進症
75	クッシング病
76	下垂体性ゴナドトロピン分泌亢進症
77	下垂体性成長ホルモン分泌亢進症
78	下垂体前葉機能低下症
79	家族性高コレステロール血症（ホモ接合体）
80	甲状腺ホルモン不応症 ○
81	先天性副腎皮質酵素欠損症 ○
82	先天性副腎低形成症 ○
83	アジソン病 ○
84	サルコイドーシス
85	特発性間質性肺炎
86	肺動脈性肺高血圧症
87	肺静脈閉塞症／肺毛細血管腫症 ○
88	慢性血栓塞栓性肺高血圧症
89	リンパ脈管筋腫症
90	網膜色素変性症
91	バッド・キアリ症候群
92	特発性門脈圧亢進症 ○
93	原発性胆汁性肝硬変
94	原発性硬化性胆管炎 ○
95	自己免疫性肝炎 ○
96	クローン病
97	潰瘍性大腸炎
98	好酸球性消化管疾患 ○
99	慢性特発性偽性腸閉塞症 ○
100	巨大膀胱短小結腸腸管蠕動不全症 ○
101	腸管神経節細胞僅少症 ○
102	ルビンシュタイン・テイビ症候群 ○
103	CFC症候群 ○
104	コステロ症候群 ○

指定難病一覧（疾病番号順）

○はH27.1.1から、●はH27.7.1から対象となった疾病
印のないものは特定疾患から指定難病となった疾病

番号	指定難病名	
105	チャーシ症候群	○
106	クリオピリン関連周期熱症候群	○
107	全身型若年性特発性関節炎	○
108	TNF受容体関連周期性症候群	○
109	非典型溶血性尿毒症症候群	○
110	ブラウ症候群	○
111	先天性ミオパチー	●
112	マリネスコ・シェーグレン症候群	●
113	筋ジストロフィー	●
114	非ジストロフィー性ミオトニー症候群	●
115	遺伝性周期性四肢麻痺	●
116	アトピー性脊髄炎	●
117	脊髄空洞症	●
118	脊髄髄膜瘤	●
119	アイザックス症候群	●
120	遺伝性ジストニア	●
121	神経フェリチン症	●
122	脳表ヘモジデリン沈着症	●
123	禿頭と変形性脊椎症を伴う常染色体劣性白質脳症	●
124	皮質下梗塞と白質脳症を伴う常染色体優性脳動脈症	●
125	神経軸索スフェロイド形成を伴う遺伝性びまん性白質脳症	●
126	ペリー症候群	●
127	前頭側頭葉変性症	●
128	ピッカーstaff脳幹脳炎	●
129	痙攣重積型（二相性）急性脳症	●
130	先天性無痛無汗症	●
131	アレキサンダー病	●
132	先天性核上性球麻痺	●
133	メビウス症候群	●
134	中隔視神経形成異常症/ドモルシア症候群	●
135	アイカルディ症候群	●
136	片側巨脳症	●
137	限局性皮質異形成	●
138	神経細胞移動異常症	●
139	先天性大脳白質形成不全症	●
140	ドラベ症候群	●
141	海馬硬化を伴う内側側頭葉てんかん	●
142	ミオクロニー欠神てんかん	●
143	ミオクロニー脱力発作を伴うてんかん	●
144	レノックス・ガストー症候群	●
145	ウエスト症候群	●
146	大田原症候群	●
147	早期ミオクロニー脳症	●
148	遊走性焦点発作を伴う乳児てんかん	●
149	片側痙攣・片麻痺・てんかん症候群	●
150	環状20番染色体症候群	●
151	ラスムッセン脳炎	●
152	PCDH19関連症候群	●
153	難治頻回部分発作重積型急性脳炎	●
154	徐波睡眠期持続性棘徐波を示すてんかん性脳症	●
155	ランドウ・クレフナー症候群	●
156	レット症候群	●

番号	指定難病名	
157	スタージ・ウェーバー症候群	●
158	結節性硬化症	●
159	色素性乾皮症	●
160	先天性魚鱗癬	●
161	家族性良性慢性天疱瘡	●
162	類天疱瘡（後天性表皮水疱症を含む。）	●
163	特発性後天性全身性無汗症	●
164	眼皮膚白皮症	●
165	肥厚性皮膚骨膜炎	●
166	弾性線維性仮性黄色腫	●
167	マルファン症候群	●
168	エーラス・ダンロス症候群	●
169	メンケス病	●
170	オクシピタル・ホーン症候群	●
171	ウィルソン病	●
172	低ホスファターゼ症	●
173	VATER症候群	●
174	那須・ハコラ病	●
175	ウィーバー症候群	●
176	コフィン・ローリー症候群	●
177	有馬症候群	●
178	モワット・ウィルソン症候群	●
179	ウィリアムズ症候群	●
180	ATR-X症候群	●
181	クルーゾン症候群	●
182	アペール症候群	●
183	ファイファー症候群	●
184	アントレー・ビクスラー症候群	●
185	コフィン・シリズ症候群	●
186	ロスムンド・トムソン症候群	●
187	歌舞伎症候群	●
188	多脾症候群	●
189	無脾症候群	●
190	鰓耳腎症候群	●
191	ウェルナー症候群	●
192	コケイン症候群	●
193	プラダー・ウィリ症候群	●
194	ソトス症候群	●
195	ヌーナン症候群	●
196	ヤング・シンプソン症候群	●
197	1p36欠失症候群	●
198	4p欠失症候群	●
199	5p欠失症候群	●
200	第14番染色体父親性ダイソミー症候群	●
201	アンジェルマン症候群	●
202	スミス・マギニス症候群	●
203	22q11.2欠失症候群	●
204	エマヌエル症候群	●
205	脆弱X症候群関連疾患	●
206	脆弱X症候群	●
207	総動脈幹遺残症	●
208	修正大血管転位症	●

外 来 案 内

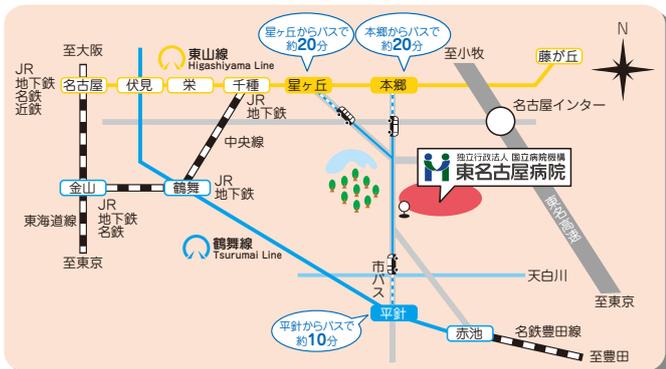
- 診療受付時間 午前8時30分～午前11時まで（緊急の場合はこの限りではありません）
- 診療開始時間 午前9時～
- 休 診 日 土曜日、日曜日、祝祭日、年末年始（12月29日～1月3日）
- 初診時の特別料金 他の医療機関等からの紹介ではなく、直接当院に来院された患者さまは、初診にかかる費用として、2,160円（税込）をいただいております。ご了承下さい。
ただし、緊急その他やむを得ない事情により他の医療機関からの紹介によらず来院された場合にあってはこの限りではありません。

外来診察担当医表

（平成27年7月1日現在）

診療科	月	火	水	木	金
呼吸器内科 (初診)	足立 崇	中原 義夫	林 悠太	山田 憲隆 第1・3 中川 拓 第2・4・5	垂水 修
	垂水 修	清水 信	中原 義夫	足立 崇	林 悠太
	中川 拓	山田 憲隆	中川 拓 第1・3 小川 賢二 第2・4・5	小川 賢二	中村 俊信
循環器内科 (初診)	野田 浩範	野田 浩範	早野 真司	野田 浩範	西村 和之
神経内科	犬飼 晃	横川 ゆき	橋本 里奈 第1・3 片山 泰司 第2・4	饗場 郁子	齋藤由扶子
	饗場 郁子	片山 泰司	犬飼 晃	齋藤由扶子	榊原 聡子
	横川 ゆき		榊原 聡子	橋本 里奈	
消化器内科	横井 美咲	高橋 宏尚	高橋 宏尚 小林 慶子 (交代制)	小林 慶子	高橋 宏尚 小林 慶子 (交代制)
呼吸器外科			山田 勝雄		
外科・消化器外科	渡邊 正範	加藤 俊之 野浪 敏明	藤崎 宏之 野浪 敏明	永田 博 加藤 俊之	渡邊 正範
肛門外来	渡邊 正範	加藤 俊之	藤崎 宏之	永田 博	渡邊 正範
乳腺外科	遠藤登喜子 林 幸枝 8:30～11:00, 13:30～15:30	遠藤登喜子 8:30～11:00, 13:30～15:30	遠藤登喜子 8:30～11:00, 13:30～15:30	小川 弘俊 13:30～15:30	遠藤登喜子 角田 伸行 8:30～11:00, 13:30～15:30
整形外科	金子真理子	大場 満成	衛藤 義人	金子真理子	大場 満成
リウマチ科		大場 満成	衛藤 義人		大場 満成
脳神経外科					竹内 裕喜
泌尿器科	岡村 菊夫		青田 泰博 午前 岡村 菊夫 13:30～15:30 女性泌尿器科外来		岡村 菊夫
精神科					宇佐美 敏
総合内科	間宮 均人	龍華 朱音	間宮 均人	内海 眞	
血液・腫瘍内科	神谷 悦功	朴 智栄 午前 小椋美知則 午後(隔週)	清水 一之 8:30～11:00, 13:30～15:30	神谷 悦功	龍華 朱音
禁煙外来		(予約制) 13:30～14:30			
内分泌内科				大竹 裕子	村瀬 孝司 第1・3 伊藤 崇浩 第2・4 山田 努 第5
小児科	濱口 典子	濱口 典子	濱口 典子	濱口 典子	濱口 典子
皮膚科	加藤 愛	加藤 愛	加藤 愛	田中 伸 第4 12:45～14:45	加藤 愛
歯科口腔外科	奥村 秀則	奥村 秀則	奥村 秀則 午前 菱田 純代 午後(第3水曜休診)	奥村 秀則	奥村 秀則
ドック	外来人間ドック (予約制)				

※予約制は再来診の場合のみです。初診の場合は通常どおりの診療となります。
 ※救急診療は、時間外・休日も行っていますので、時間外窓口にご連絡下さい。(052-801-1151)
 ※当院では、隔週月曜日に外来人間ドック(予約制)を行っていますのでご利用下さい。
 ※セカンドオピニオン外来(予約制)を行っていますのでご利用下さい。
 ※小児科・禁煙外来は完全予約制です。
 ※女性泌尿器科外来・乳腺外科・血液・腫瘍内科 午後(隔週)の受付時間は15:30までとなっております。



- 地下鉄東山線星ヶ丘駅下車
 - ・市バス③番のりば 東名古屋病院行き 梅森荘行き } 約15～20分 東名古屋病院にて下車
 - ・星ヶ丘よりタクシーにて約15分
- 名鉄豊田新線・地下鉄鶴舞線赤池下車
 - ・タクシーにて約8分
- 地下鉄鶴舞線平針下車
 - ・市バス①番のりば本郷行き約10分 東名古屋病院にて下車
 - ・タクシーにて約8分
- 地下鉄東山線本郷駅下車
 - ・市バス①番のりば地下鉄平針駅行き15～20分 東名古屋病院にて下車
- 東名高速道路名古屋インターより車で約20分