

あ お ぢ ぎ

県立中央病院 ● がん・生活習慣病センター ● 救命救急センター 広報誌

2004年9月
No.219

県立中央病院の理念

県民の健康と生命を支える
安心と信頼の医療



～9月9日は「救急の日」～

目 次

脳神経外科領域における血管内治療について……………	2 P
がん・生活習慣病センターだより……………	4 P
救急室だより……………	5 P
外来患者待ち時間等調査の結果について……………	6 P
外来診療案内……………	8 P



脳神経外科領域における血管内治療について

脳神経外科 熊谷 孝

■血管内治療とは

血管内治療とは、エックス線透視下にマイクロカテーテルと呼ばれる細い管やバルーンカテーテルなどを用いて、血管内から病変を治す治療法です。器材の進歩に伴い、近年脳外科領域でも急速な発展が見られ、従来の開頭手術では治療困難であった病変もこの新しい方法によって治療可能となってきました。通常は大腿動脈経路で、血管撮影検査と同様の手技を用いてカテーテルを病変部に誘導して行います。直視下で行う開頭術と比べ、患者様への負担が少なく、高齢者や全身合併症を持った方にも施行でき、また治療後の安静や入院期間が短いなどの利点があります。当科における血管内治療件数はここ数年来増加傾向を示し、昨年は手術件数の約1/3に相当する75件に及んでおり(図1)、脳神経外科領域において欠かすことのできない治療選択肢となりました。

■適応疾患と血管内治療法の種類

以下に示す疾患が適応となり、それぞれ異なる治療手技が必要となります。

1. 脳動脈瘤(破裂、未破裂): コイル塞栓術
2. 心原性脳塞栓症: 局所線溶療法
3. アテローム硬化性病変: 経皮的血管形成術およびステント留置術

図1: 脳外科における手術および血管内治療件数の年次推移

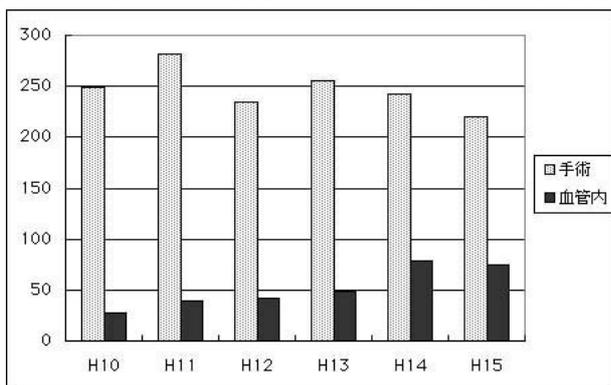
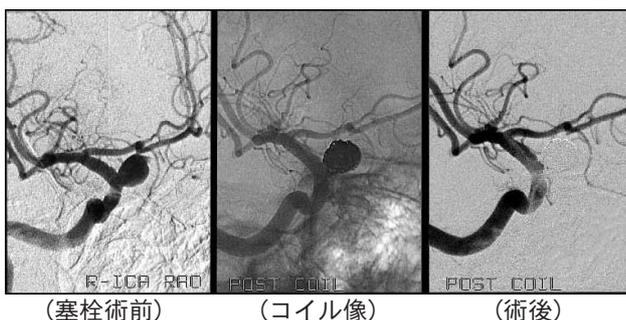


図2: 内頸動脈眼動脈分岐部動脈瘤に対するコイル塞栓術



4. 動静脈奇形: 経動脈的および経静脈的塞栓術
5. 脳腫瘍摘出術前: 腫瘍塞栓術
6. 脳および頭頸部悪性腫瘍: 選択的動注化学療法

各治療手技別に説明を加えます。

■コイル塞栓術

従来脳動脈瘤治療は、開頭して直視下に動脈瘤頸部を確認して処理するクリッピング術により行われてきました。クリッピングは、今も動脈瘤の標準的治療法ですが、深部に存在する動脈瘤へは到達困難で、重症者や高齢者では開頭に伴う脳損傷が起こり易いなどの限界があります。Guglielmiらにより開発された電気離脱式血管内塞栓用コイル(GDC)は、平成9年以降本邦でも使用可能となり、GDCを用いたコイル塞栓術は、クリッピングと並ぶ動脈瘤の標準的治療法となっております。全身麻酔下に6Fガイディングカテーテルを母血管に進め、マイクロカテーテルを動脈瘤内に誘導します。GDCの大きさ、長さ、柔らかさには様々な種類があり、各動脈瘤に相応しいものを順次挿入、離脱して塞栓を完了させます(図2)。当院では1998年以降、開頭術の3割に相当する90例余りの症例を治療してきましたが、本法導入前に比し有意な根治治療率、救命率および機能予後改善が得られております。しかし頭蓋内血腫を伴う場合には適応外となり、動脈瘤の形状によっては塞栓不可能な場合もあります。頸部が広い場合(体部の1/2以上)や巨大動脈瘤では、十分な塞栓が得られにくく長期安定性も不十分となる問題があります。各症例において慎重に判断し、開頭術で到達困難な解剖学的局在や、開頭術自体の侵襲が不適切な重症例、高齢者、全身合併症を有する患者様が適応となります。

■局所線溶療法

心原性脳塞栓症において、局所線溶療法は機能予後を劇的に改善させる可能性が期待できる有効な治療法です。概ね発症6時間以内で、まだCT上の虚血性病変が出現していない中大脳動脈塞栓症の患者様に対し、直ちに脳血管撮影を行いマイクロカテーテルを閉塞部位末梢まで進めて、ウロキナーゼ注入による局所線溶を試みます。当科の経験では70%の再開通率と、その内半数強の症状改善が得られております。しかし再開通により症状が悪化する場合もあり、本法の有効性を確認するためのRCT (randomized controlled trial: 無作為化比較試験) (MELT Japan) が現在進行中です。

■頸動脈ステント

頸部内頸動脈狭窄症に対しては、全身麻酔下に前頸部皮膚切開で頸動脈を露出しアテローム血栓を除去する頸動脈血栓内膜剥離術（CEA）が行われてきました。しかし高齢者や冠動脈疾患など合併症を有する場合の手術危険度は高く、高位病変には到達困難であるなどの問題がありました。局所麻酔で可能な頸動脈ステントは、高齢者や合併症患者、高位病変や両側性病変など、CEAの危険が高い場合にも行い得る点で非常に優れています。9Fガイディングカテーテルを総頸動脈に誘導し、頭蓋内への塞栓を防御するためバルーンを用いて内頸動脈を遮断します。血管形成術用のバルーンカテーテルで前拡張を行ったのち、自己拡張型ステント（SMARTステント）を留置し、更に十分な拡張を得るため大きめのバルーンカテーテルで後拡張を行います。最後に血管内に残った血栓やデブリスを十分に吸引、洗浄して再環流させれば終了です（図3）。長期予後や再狭窄に関してはまだ十分なデータ集積がなく、保険適用が認められていないという制限もあるため、現時点ではCEAの危険が高い患者様が適応となります。

■動静脈奇形の経動脈的および経静脈的塞栓術

脳動静脈奇形の治療は、手術的摘出、ガンマナイフそして血管内治療の三者を組み合わせた集学的治療が一般的です。マイクロカテーテルからリドカインを注入して誘発テストを行い、塞栓されても機能障害が出現しないことが確認された栄養血管に対して、液体塞栓物質であるシアノアクリレート系接着剤（NBCA）と脂溶性造影剤の混合液を用いた塞栓が行われます。両者の混合比を調節することで粘性を微妙に変化させ、ナイダス部分を塞栓することが重要です。血管内治療は、摘出手術との組み合わせにおいて、視野の裏側にある捉えにくい栄養血管を予め塞栓する、血液短絡量を減じナイダスを縮小させて手術難度を軽減するなどの効果が期待されます。またガンマナイフとの組み合わせにおいては、ガンマナイフで対処可能な大きさ（10ml以下）に縮小させる、合併する動脈瘤など危険部位を処置することで、治療待機中の再出血を防止する、ガンマナイフの効果が得にくい瘻孔部位を閉塞させるなどの目的で行われます。

まれな疾患である硬膜動静脈瘻では、コイルを用いた経静脈的塞栓術（静脈洞パッキング）が行われ、非侵襲的で根治的な効果が期待できます。

■腫瘍塞栓術

髄膜腫などの摘出術前に、腫瘍栄養血管に対する塞栓術を行うことで、開頭時および摘出術中の出血量を減じ、手術の操作性と安全性を高める効果が期待されます。通常外頸動脈系硬膜枝が標的となり、マイクロカテーテルからリドカイン注入による誘発テストで脳神経が温存されていることを確認し、粒子状塞栓物質（PVA：polyvinyl alcohol）を用いて塞栓します。正常血管へ塞栓物質を逆流させないよう注意が必要で、当該血管からの腫瘍陰影の消失をもって終了とします。

■脳および頭頸部悪性腫瘍に対する選択的動注化学療法

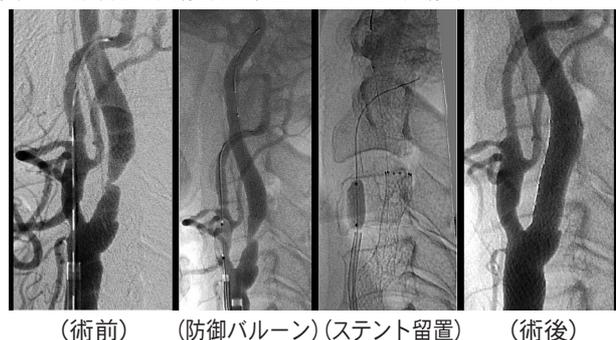
原発性脳腫瘍の約1/3を占める悪性神経膠腫の治療は、手術的摘出に次ぐ放射線化学療法が標準的治療です。化学療法には、動脈内投与と静脈内投与がありますが、前者は後者に比し高い腫瘍内薬剤濃度が得られる一方、投与総量を減じて全身副作用を減じる効果が期待できると考えられます。武田脳外科部長らにより、動脈内投与流量を増すことにより脳血管内での層流が抑制され、良好な腫瘍内薬剤分布と薬剤濃度上昇が得られることが確認されており、この理論に基づき、当院では血管内治療手技を用いた選択的動注化学療法を積極的に行っております。悪性神経膠腫の場合、ガイディングカテーテルからマイクロカテーテルを頭蓋内へ誘導し、良好な造影剤分布が得られる注入速度（通常20ml/分程度）を確認の上、ニトロソウレア系抗癌剤を同速度で注入します（High-flow injection法）。耳鼻科領域の悪性腫瘍や頭蓋底転移などに対しても投与方法を工夫した選択的動注化学療法を行い、悪性腫瘍をもつ患者様の生存率向上とQOL（quality of life:生活の質）改善に貢献しております。

■今後の展望

今後器材の改良やテクニックの発達により、更に治療成績向上が得られるものと期待されます。特に撮影画像を瞬時に三次元構築しながら手技を進められる3D-DSA装置の導入は、血管内治療の確実性や安全性を飛躍的に高められるため、早期実現が待たれるところです。

血管内治療は従来の直達手術に台頭する治療法というわけではありません。直達手術では対処困難な病変に対し適応範囲が拡大したり、治療に伴う負担を減じたり、開頭手術の補助手段として治療効果や安全性を高めたりできることが最大の利点です。従来の手術と、血管内治療という二つの治療手段が、適切に分担および協働することで、患者様に最善の治療効果を提供することが可能になるものと考えております。平成14年より脳神経血管内治療学会専門医制度が発足し、日本国内では現在550人余の専門医を中心として血管内治療が行われております。当院は脳神経血管内治療専門医が常勤する県内唯一の施設であり、今後もその使命を果たすべくがんばりたいと思いますのでよろしくお願いいたします。

図3：頸部内頸動脈狭窄症に対する頸動脈ステント



(術前) (防御バルーン) (ステント留置) (術後)



がん・生活習慣病センターだより

当センターは、昨年度より「成人病センター」から「がん・生活習慣病センター」と名称がかわり組織も3つの部に改編されました。それぞれの部で行っている業務を紹介させていただきます。

＊最初に「**診断部**」を紹介します。

診断部は人間ドック全般に関わる業務を行っています。星部長(つぶらな瞳に医学に賭ける情熱の炎が燃えてます。センターの場所は覚えましたか?)を筆頭にして、可愛いスカートが良く似合うお嬢さんタイプの外見に似合わぬきつぷの良さ、その意外性がとても魅力的な加藤智恵子副部長と松田徹先生のお二人がドック受診者の内科的診察を行っております。そして佐藤主任をはじめとした看護師3名が、多項目にわたる検査がスムーズに進むよう、他科との調整に苦労しながらも、何より受診者が安心して検査を受けられるようにと笑顔で毎日頑張っています。そのような皆さんを陰になり日向になり事務全般を仰せつかっているのがドック事務室2名の職員と3名の嘱託です。ところで、初めに事務室を訪れたとき、男性の皆さん、そろって躊躇します。何故かってそりゃ、5名の個性あふれる美女軍団?がお出迎えするんだもの…当然よね。ドック関係職員一同、受診者がきてくれてこそなりたつところと心得て、笑顔でサービスをさせていただいております。センターにとっては、唯一現金収入がはいるところなので、キャンセルの電話がなるたび、そろばんをはきながらキャンセル待ち受診者へと営業マン顔負けで電話セールスして受診者獲得に努力の日々です。

＊次に「**がん対策部**」を紹介します。

がん対策部はいろいろな事柄に常に真摯な気持ちで取り組み、行政の理解にも長けているドクターとしては異色(?)ともいえる松田徹先生が部長として部を束ねております。業務としては大きく分けて2つです。

1 がん診療施設情報ネットワークに関すること

皆さんご存知でしょうか、通称がんネットは平成15年5月29日に参加してから1年以上経過しました。時間帯(16:30~18:00)の影響でしょうか?メディカルカンファレンスの参加者が少ないのが事務局悩みの種です。全国18カ所のがんセンターとの情報交換は、素人の私たちが聞いても耳よりの情報が数多くあります。金と人手をかけたがんネット、ぜひ皆さんの参加をお待ちしています。他院の病院関係者や開業医にも参加してほしいなと思っています。松田がん対策部長がプログラム委員となって頑張っています。

2 院内がん登録及び地域がん登録に関すること

がん罹患の実態把握のため、がん登録の重要性が高まる中、全国標準化に合わせたシステムの再構築の取り組みに全力をあげています。1969年から始まった院内がん登録、1974年からの地域がん登録は、松田部長が佐藤幸

雄先生とともに地道に頑張ってきた努力に加え、この4月から保健業務課との併任で柴田亜希子専門研究員が赴任し、これで山形県のがん登録関係も安泰かなと思える磐石の体制となりました。(安心しているのは私だけ?)研究室でこれまた保健業務課併任の畑山副部長と二人、県内のがん対策調査研究事業に打ち込んでいます。

わがセンターには、もうひとつ奥に登録室という部屋がありました。病院何年目かの私でさえ、こんな仕事をしている人たちがいてこんな部屋があるなんて…ここは、まったく部外者立ち入り禁止みたいな感じでがん登録の実務を二人でこなしています。事務室職員2名も事務的なことを手伝っています。

ところで、がん対策部には、2名のDr副部長がいるのですが、まだ、一度も事務室にござたことがないので、たまには、事務室にきてお茶でも飲んでほしいと願っています。

＊最後に「**生活習慣病対策部**」を紹介します。

齋藤博対策部長を筆頭にごん対策兼務発令のDrと事務室職員で業務をこなしていますが、一番のヒットは、16年1月1日から始まった敷地内禁煙でしょうか。

齋藤部長は、禁煙の話になるとつばをとばしながら、ときには熱く、時には皮肉っぽく、時には真面目に、いろいろな話をなされますがはっきり言ってなかなかユニークでおもしろい先生です。(失礼)

ところでがん・生活習慣病センターを語るときに、一番大事な人を忘れていました。(嘘です。)このセンターを束ねて(ゆるめている?)いるのが菊地副所長です。「女性とかみさんには冷たくて患者さんにはやさしいんだ」と言っていますが、自分が言うんだから本当のことなんでしょうね。患者さんには抜群の人気者です。心配なのは、昼食を夕方食べて夕食を夜11時頃にとる毎日、体が生活習慣病のかたまりになるんじゃないのかな…ということ。くれぐれもお体をお大事にとみんなで祈っています。

以上がんセンターの紹介をさせていただきました。センターの業務はドックにしるがん登録にしる、皆さんのご協力なしでは、やっていけません。今後ともよろしくご協力申し上げます。(高橋 記)





救急室だより

私達、救急室の紹介をいたします。

スタッフは、救急科の医師が3名、看護師は師長をはじめ17名が、交替制で24時間対応します。夜間、休日は、他科の医師、看護師長、外来看護師からもお手伝いを頂いております。

救急室は、外来玄関の北側に位置し、受付には事務の方が24時間体制で待機しております。玄関を入ると待合室があり、看護師の案内で、診察室にお入りいただきます。そこで、医師または看護師が症状をお伺いし、医師の診察、必要に応じ薬の処方、検査及び処置があります。その間ご家族の方には待合室でお待ちいただくことになります。それで、ご帰宅いただくか入院していただくかが決まります。私達の重要なお手伝いをさせていただくのが、放射線技師、臨床検査技師、薬剤師の方々と、同じように24時間体制で勤務をしています。

救急室受診に際して

- ①救急室に来院された方は、お薬の処方は基本的に3日間くらいの限度になっています。
- ②場合によっては、救急室で診察後、平日の外来に来院していただくこともあります。
- ③救急室に来院される場合は、お電話をいただきますと、スタッフがお答えします。それで自宅で様子を見て大丈夫な方も多くいらっしゃるようです。
- ④症状によっては、専門科の医師が当日直している他の病院をご紹介しますことができます。

当救急室は、救命救急センターの玄関としての役割を担っており、救急車で搬送される患者様も数多く、平成15年度の総受診者数は、約2万名でそのうち一次患者（帰宅できる方）が約16700名、

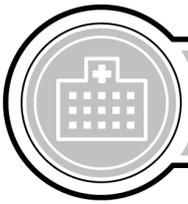
二次患者（病棟入院の方）が約2400名、三次救急患者（集中治療室に入院される方）は、約1100名で、集中治療が必要な方を他病院より多く受け入れさせていただき使命を担っています。

そのため、救急車で来院された方を、優先的に診察させていただく場合が多いのも、当救急室の特徴です。休日、夜間に限らず必要あれば、頭部血管造影や心臓カテーテル検査、治療が行われます。しかし、患者様によって必ずしも救急車を利用されず来院される方も多く、なるべく目を配るようにはしていますので、遠慮なくお話しください。

救急室の北側には、ヘリポート、感染症診察室があり、時折ヘリコプターで患者様が搬送され、より迅速な救急処置、治療ができるようになっています。

私達は、県民の皆様にもますます信頼されるような救急室にしたいと思っておりますので、ご意見をお寄せいただきたいと思っております。当救急室をどうぞよろしく願いいたします。





外来患者待ち時間等調査の結果について

患者サービス検討委員会

■はじめに

本年3月23日(平成15年度)に実施した「外来患者待ち時間等調査」の結果について、ご報告します。この調査は、待ち時間に対する外来患者様からの苦情が未だに解消していないことから、待ち時間の実態を適確に把握し、実効ある改善策を構築する目的で実施するものです。

調査方法は、調査期日に来院されるほぼすべての外来患者様に、調査票を持って移動していただき、移動された部門において所定の時刻を本院職員が調査票に手書きし、患者様が離院される際にその調査票を回収する方法です。昨年2月(平成14年度)からこのような方法で実施しており、このたびは2回目となります。

なお、調査票を集計するに当たり、予約時間前に受付した場合においては、その受付時刻から予約時刻までの待ち時間をゼロとしました。また、各項目ごとの待ち時間や所要時間は平均値として算出しました。

今回の調査結果は、前回(昨年2月)のそれと比較するとともに、新たな視点から考察することとなりました。

■前回との比較

まず、前回と比べた場合、「紹介状持参患者の診察待ち時間」が10分、「薬(院外処方せんができるまで)の待ち時間」が14分、「処置待ち時間」が22分、「内視鏡の検査待ち時間」が20分、それぞれ短縮されました。

そのほかの項目については、大きな相違はありませんでした。(表1参照)

予約区分別の診察待ち時間は表2をご覧ください。

表1 各調査項目の状況

項目		待ち時間(平均)		
		H14	H15	H15-H14
診察		44分	44分	0分
	うち紹介状持参	59分	49分	▲10分
薬(院外処方せん)		22分	8分	▲14分
処置		25分	3分	▲22分
総合受付		4分	2分	▲2分
ブロック(会計処理)		4分	4分	0分
支払(窓口・機械)		2分	1分	▲1分
薬局窓口		16分	15分	▲1分
検査	採血	14分	12分	▲2分
	採尿	-	3分	-
	生理検査	14分	-	-
	生理検査(予約)	-	11分	-
	生理検査(予約外)	-	15分	-
	放射線(予約)	10分	5分	▲5分
	放射線(予約外)	8分	10分	2分
	内視鏡	42分	22分	▲20分
	診療科内	-	0分	-

表2 診察待ち時間の内訳

区分	待ち時間(平均)		
	H14	H15	H15-H14
予約患者	38分	40分	2分
予約外再来患者	1時間1分	56分	▲5分
初診患者	54分	54分	0分

■新たな視点からの考察

次に、今回の調査結果のうち「待ち時間」について、次の3つの視点から考察しました。

- ①「待ち時間」を中央値で算出し、機能評価参加施設の中央値や表1の平均との比較
- ②診察開始時刻と診察待ち時間との関係
- ③受付から離院までの「総待ち時間」の状況

機能評価参加施設との比較では、「初診患者の診療受付」、「X線撮影」及び「計算・会計」について、当院の中央値がそれぞれ5分、7分、6分短くなり、「診察」、「採血」及び「薬局」について、当院の中央値がそれぞれ10分、7分、2分長くなりました（表3参照）。また、これら6項目の平均値と比較すると、中央値が平均値をおおむね下回る結果となりました。

診察開始時刻と診察待ち時間との関係では、診察開始時刻が8時30分を過ぎるにつれて待ち時間が徐々に長くなり（表4参照）、診察待ち時間が全体の平均よりも短くなるのは、診察が9時前に開始された場合がほとんどとなりました。

「総待ち時間」は、受付、診察、処置、会計処理、支払、薬局及び検査のそれぞれにおける待ち時間を合算したもので、診療科ごとに平均を求めたところ、全体で57分と1時間を切りました。

表3 待ち時間・中央値による比較

待ち時間の区分	本 院		機能評価 (B)	差 (B-A)
	平均	中央値 (A)		
初診患者の診療受付	3分	4分	9分	▲5分
診 察	44分	40分	30分	10分
採 血	12分	12分	5分	7分
X 線 撮 影	7分	3分	10分	▲7分
計算・会計	5分	4分	10分	▲6分
薬 局	15分	12分	10分	2分

※網掛けの時間は、(財)日本医療機能評価機構が公表している機能評価参加施設の中央値。

表4 診察開始時刻と診察待ち時間

時 間 帯	診察開始 医師数 (人)	診察待ち時間(平均)	
			うち予約
～8時30分	3	52分	45分
8時30分～8時40分	6	34分	27分
8時40分～8時50分	15	35分	31分
8時50分～9時	4	41分	39分
9時～10時	12	47分	35分
10時～	4	1時間22分	36分

(注)10:00～の診察開始医師数のうち2名は午後から診察。

■まとめ

以上の調査結果等を踏まえ、この8月6日、患者サービス検討委員会として、各関係部門に対し、次の3点が達成されるための対策を早急に講じていただくよう提言したところです。

- 1 診察待ち時間の短縮
 - ・1時間を超える待ち時間の解消に努めること。
 - ・予約患者の待ち時間を30分以内とすること。
 - ・紹介状持参患者の待ち時間をさらに短縮すること。
- 2 薬局窓口待ち時間の短縮
- 3 検査待ち時間のさらなる短縮

なお、検査項目のうち「採血」については、検査開始時刻の30分繰り上げが本年4月5日から実施され、待ち時間が現に短縮しております。他の部門においても、待ち時間短縮のための対策に取り組み、患者様の離院が早まることを期待します。

■最後に

この調査にご協力いただいた患者様及び本院職員に対し、この紙面を借りて厚くお礼申し上げます。



外来診療案内

窓口受付時間

午前8:00～11:30

ただし、眼科の水・木曜日の受付は、11:00まで

この病院で初めて診察を受ける時は

総合受付（初来院受付）に診察申込書と問診票及び紹介状（紹介状をお持ちの方）を提出のうえ、受付してください。なお、総合窓口受付開始時間までは所定の受付ボックスに入れてください。

再来の時は

予約の有無に関わらず、再来受付機で受付してください。受付票と診察券を受け取り、各科外来ブロック等にお越しください。（再来受付機は、午前7時30分からご利用になれます。）

各診療科を初めて受診する時は

総合受付（再診受付）に所定の問診票を提出のうえ、受付してください。

診察券をお持ちでない方は

総合案内又は、再診受付に申し出てください。診察券は全科共通で、永久使用しますので大切に保管してください。

ブロック	診療科	診療曜日
A	内科	月火水木金
	循環器科	月火水木金
B	整形外科	月火水木金
	眼科	月火水木金
C	歯科口腔外科	月火水木金
	脳神経外科	月火水木金
	泌尿器科	月火水木金
	心療内科	月火水木金
D	神経内科	月火水木金
	産婦人科	月火水木金
E	耳鼻咽喉科	月火水木金
	小児科	月火水木金
	皮膚科	月火水木金
F	形成外科	火水木
	外科	月火水木金
	呼吸器外科	火水金
	心臓血管外科	火水金
放射線科	放射線科	月水金

保険証は〇〇〇

総合受付（再診受付）又は、各科ブロック受付に必ずご提示ください。

- ①月が変わって初めて診察を受ける時
- ②保険証が変わった時
- ③住所・電話番号が変わった時

*** 保険証のご提示がないと全額自己負担になる場合があります。***

外来診察に係る電話予約及び予約変更については、地域医療部で受け付けております。

TEL 023(685)2620 (13時～16時)

「かかりつけの先生」からのFAX予約も受け付けております。待ち時間も少なくてすみます。

「かかりつけの先生」にご相談ください。

FAX 023(685)2606 (平日 8時30分～18時
土曜 8時30分～14時30分)

中央検査部 ▶▶▶▶ 採血室の採血開始時間が8時になりました

患者様の待ち時間を短縮するため、4月5日より採血業務開始を30分早め、8時にしました。採血は臨床検査技師1名、看護師1名が担当し、受付は新しくクラーク1名が配置になり合わせて計3名で対応しています。これに伴って、臨床検査も8時30分の診察開始までに指定した検査項目を順次報告できるようにするために、採血と同じく8時に開始しております。

臓器移植推進のための院内コーディネーターについて

院内コーディネーター

臓器移植とは、第三者から死後に提供された臓器を、臓器移植以外に根本的な治療法がなく移植を必要としている人に移植する医療です。山形県内にも移植を希望される方がたくさんいらっしゃいます。

脳神経外科医 井 淵 安 雄
看護師長 山 川 ひ な 子
主任看護師 田 丸 広 子

院内コーディネーターは、このような移植を希望される方々に臓器を提供して欲しいという方、いわゆるドナー候補者やそのご家族の臓器提供の意思を最大限尊重できるように、院内における情報提供、連絡調整の窓口としての役割を担います。

当病院における院内コーディネーターは次のとおりですので、臓器提供の意思表示や移植医療に関する問い合わせの際には、ご相談ください。

臓器移植は善意の提供があってこそ成り立つ医療です。是非ご理解とご協力をお願いします。