

あした 元気に なあれ

Vol.
82

不整脈に対するアブレーション治療
糖尿病診療の変遷
糖尿病の運動療法
がんゲノム医療連携病院指定
オンライン市民健康講座

長野市民病院広報誌 2021年11月発行



Hospital Now. 28

特集

脳腫瘍の分類と治療

脳腫瘍の分類と治療

Hospital Now. 28



脳神経外科が扱う疾患は脳卒中（脳血管障害）、頭部外傷など種々ありますが、今回は脳腫瘍についてお話しいたします。

脳腫瘍の分類

腫瘍全般がそうであるように脳腫瘍も「**良性**」のものと「**悪性**」のものに分けられます。良性のものは治療が不要で定期的な画像フォローでよい場合もありますが、発生した部位によっては運動神経が圧迫されて手足が麻痺したり、言語中枢が障害されて失語（言葉が話せなくなる、理解できなくなる）を生じたり、認知機能の低下を来たしてQOL、ADLの低下に繋がります。速やかな治療を要することもあ

ります。悪性のものはいわゆる「がん」に相当します。ただし脳の場合は脳がんとは言わず、「**悪性脳腫瘍**」と呼びます。それは「**がん**」が上皮細胞に由来する腫瘍の呼び方であるのに対し脳には**上皮細胞がない**からです。

腫瘍の進行度を表すステージという指標がありますが、脳腫瘍の場合はWHOグレード分類を使います。WHOグレードは脳腫瘍を良性から悪性まで（極めて簡単に言えば）細胞の増殖能に応じて1〜4まで分けたもので、**1は良性、2は良性と悪**



性の境界、3と4は悪性を意味します。

そのほかの分け方として、①神経細胞の塊である脳組織から発生するもの②脳を包む膜や脳実質から束となって伸びる神経線維、およびホルモンを分泌する下垂体から発生するもの③脳以外で発生した腫瘍が血液を介して脳に流れてきて増殖するもの等があります。①は神経膠腫が代表です。神経はヒトとして生まれたのちは分裂しない細胞とし

て有名ですが、なぜ神経が腫瘍として分裂し始めるのかは実はまだよくわかっていません。大抵グレード2〜4に該当します(グレード1の神経膠腫もあります)。②は髄膜腫が代表です。ドックや怪我などをきっかけに見つけることがよくあります。ほとんどが良性(グレード1)で無症状ならば定期的な画像のフォローで大丈夫ですが、前述のように腫瘍の場所や大きさによっては治療をお勧めすることあ

ります。他に下垂体腺腫も頻度の多い腫瘍です。下垂体はホルモンを分泌する部分で眉間の奥、頭部のほぼ中心に位置します。腫瘍自体がホルモンを分泌してホルモン過多による症状を呈するタイプとホルモンを分泌せず増大して視神経を圧迫するタイプとがあります。視神経は下垂体の真上にあるので、腫瘍が大きくなると視神経が押し上げられて典型的には右眼も左眼も

外側の視野が欠けてきます。これを両方の外側＝耳側なので両耳側半盲とよびます。③は転移性脳腫瘍のことです。脳腫瘍が肺や肝臓などの臓器へ転移することはないとはいってもよいほど稀である一方で、他の臓器から脳へ転移することはしばしばあります。脳に転移しやすいがんとして肺癌、乳癌、消化器癌が挙げられます。

平山 周一

ひらやま・しゅういち
長野市民病院
脳神経外科部長



脳腫瘍の症状

腫瘍はいくら増殖スピードの
はやいものであっても突然生じ
るわけではありませんので、脳
腫瘍の発症様式は「徐々に」が
キーワードです。数ヶ月前ある
いは数週間前から徐々に動作が
ゆっくりになってきた、徐々に
受け答えが鈍くなってきた、
徐々に手足が動かしにくくなっ
てきた、といった具合です。そ
れと対照的なのが脳卒中（脳血
管障害）で、脳卒中は血管が詰
まったり（脳梗塞）、切れたり（脳
出血）、動脈瘤が破れたり（く
も膜下出血）、**「突然に」**生じる
ので症状も突然発症します。

よくある症状は起床時の頭痛
です。それはなぜでしょうか。
脳は頭蓋骨という硬くて広がる
ことのできない閉鎖空間に収
まっています。その中に腫瘍が
生じると頭蓋内の圧力が高まり
頭痛を来します（脳圧亢進症
状）。一方で就寝中は活動中よ

りも呼吸が浅くなります。する
と体内の酸素濃度が低下します
ので、脳は酸素をより取り込も
うと血管を拡張させます（自動
調節能）。血管が拡張すれば多
量の血液が流れ込み頭蓋内の血
液量が増えますから就寝中は脳
圧が上がっているのです。通常
でも脳圧が上昇する朝、脳腫瘍
の患者さんは**更に脳圧が亢進し
て目が覚めた時に頭痛を感じる**
のです。但し起床時の頭痛がな
いからと言って脳腫瘍でないこ
は言えません。腫瘍の発生部位
によっては**頭痛よりも先に麻痺
や言語障害、視力・聴力障害等**
を生じることもありますし、む
しろその方が多いと言えるで
しょう。少しでも気になる症状
があれば早めに脳神経外科を受
診してください。

腫瘍の周囲の
血管を温存すべきか
切断すべきかを
判断するために
血管造影検査を
行います。

2021年11月稼働開始 血管撮影装置

脳腫瘍の検査

脳の疾患を疑ってまず行うのが**頭部CT**です。通常造影剤は不要です。CTは放射線被曝の問題はありますが（頭部CTの被曝量は撮影一回あたりmSv、CTの一年間の自然被曝量は2.1mSvとされています）、**短時間かつ簡便で、MRIでは描出が難しい骨や腫瘍内出血等の情報が得られ**ます。CTで脳腫瘍が疑われた場合は次に**MRI**で評価します。通常造影剤を使用します。病変の造影のされ方によって発生部位を特定したり、WHOグレードを推測したり、摘出範囲を決定したりと治療法を決定す

る重要な検査です。摘出術の方針となれば、腫瘍の周囲の血管を温存すべきか切断すべきかを判断するために**血管造影検査**を追加します。温存すべき血管とは**正常脳組織へ血流を送っている**もので、これが

損傷すると脳梗塞を生じてしまうため犠牲にはできません。逆に切断すべき血管とは**腫瘍のみ**に血流を送っているものです。腫瘍も組織の一つですから、栄養や酸素がないと増殖することができず、腫瘍とともに血管も

増殖してくるのです。そういう余分な血管は切断します。血管造影はカテーテルで行う場合と造影剤を使用してCTで行う場合があり、腫瘍の性状に応じて使い分けます。

主な原発性脳腫瘍の種類

組織名	グレード	脳腫瘍全体における占める割合 (%)	年齢 (中央値)	
毛様細胞性星細胞腫	1	1.3	15.0	
主な神経膠腫 (グリオーマ)	びまん性星細胞腫	2	2.4	38.0
	乏突起膠腫	2	2.4	41.0
	退形成性星細胞腫	3	3.3	49.0
	退形成性乏突起膠腫	3	2.5	53.0
	膠芽腫	4	12.3	62.0
	上衣腫	2	0.5	37.0
	退形成性上衣腫	3	0.5	10.0
神経節膠腫	1	0.3	28.0	
中枢性神経細胞腫	2	0.4	31.0	
髄芽腫	4	1.0	8.0	
胚細胞腫瘍 (胚腫)	4	1.4	17.0	
中枢神経系悪性リンパ腫	4	4.9	66.0	
髄膜腫	グレード1	1	22.0	60.0
	グレード2	2	1.5	63.0
	グレード3	3	0.4	58.5
神経鞘腫	1	8.6	55.0	
下垂体腺腫	成長ホルモン産生腺腫	1	3.4	53.0
	プロラクチン産生腺腫	1	2.3	31.0
	副腎皮質刺激ホルモン産生腺腫	1	1.0	48.0
	非機能性下垂体腺腫 (ホルモン非分泌性腺腫)	1	10.1	58.0
頭蓋咽頭腫	1	2.3	42.0	
脊索腫	2	0.5	52.0	
血管芽腫	1	1.5	49.5	
類上皮腫	1	0.9	51.0	

The Committee of Brain Tumor Registry of Japan.: Neurologia medicochirurgica 2017; Suppl:57より作成
 出典: 国立がん研究センター情報サービス

長野市民病院が行っている脳腫瘍の治療

摘出術、放射線治療、化学療法が基本です。まず症状とMRI画像を基に治療が必要かどうかを判断します。ほとんどの脳腫瘍の治療原則は摘出です。前述の血管造影検査の結果、腫瘍を栄養する血管が豊富な場合は、摘出術の1〜数日前にあらかじめカテーテルを用いて腫瘍血管を閉塞させておきます（脳腫瘍塞栓術）。これにより術中の出血を減らせるメリットがあるばかりでなく、腫瘍が壊死してやわらかくなり摘出が容易になります。

摘出した腫瘍は病理診断でグレードを分類し、グレード1であれば以降は定期的な画像検査で再発をチェックしていきます。2以上であれば放射線治療を行い、3以上であれば化学療法を追加します。脳腫瘍はマージン（腫瘍周囲の腫瘍が存在しないと想定される範囲）を取って広め

に摘出するというわけにはいきませんので、いずれの場合もいかに**正常脳組織を温存して病気の部分を取り除く**かが最重要課題です。そのための手段として**5ALA（図1）とナビゲーションシステム（図2）が有効です。**5ALAは5-アミノレブリン酸の略で光増感物質です。悩ましいことに脳腫瘍と正常脳組織の境界は不明瞭で区別がつきにくいことが多いのですが、手術開始の2時間程度前に患者さんに5ALAを内服していただくことで5ALAが腫瘍組織に取り込まれ、手術中顕微鏡で観察した際に腫瘍が赤紫色に光って見えるようになります。その光っている部分を摘出し、光っていない部分を温存するのです。

ニターに取り込んでおき、手術室内に設置したアンテナが手術器具（摂子など）の位置を捕捉して、**器具が脳のどの位置にあるかをモニター画像上に表示するシステム**です。これにより腫瘍と正常脳組織との境界が明確になるとともに、海馬などの重要構造物を温存することが可能になります。当院ではこれらに必要に応じて内視鏡（硬性鏡、軟性鏡）を組み合わせる手術を行っています。

放射線治療は放射線治療科と連携して行っています。たとえ腫瘍を全摘してもグレード2以上であれば細胞レベルでは腫瘍が残存している可能性が高いという事実のもと、**放射線で病変摘出部周囲を焼灼します。**放射線治療は腫瘍の組織型に応じて1日一回30分ほどを数回〜30回程度行います。連日となるため大変ではありますが通院で行うことが可能です。

化学療法は飲み薬と経過に応じて点滴で行います。いずれも通院での治療が可能です。飲み薬は5日間内服23日間休薬のサイクル、点滴は基本的に2週間に一回投与のサイクルで、いずれも最低2年間継続します。内服中の5日間は食欲が低下する方が多く、時に骨髄抑制を生じることがあるので定期的に血液検査を行います。

そのほか当院では10月より**交電場腫瘍治療システム**（TTF: Tumor Treating Fields）と呼ばれる治療を開始しました。これは**脳に手のひら大の電極を4枚貼布して電場を生じさせ、電場により腫瘍を死滅させる治療**です。電極が頭皮に密着するように全剃毛したり、外出時には1.2kgの装置をリュックに入れて持ち運ぶ必要がありますが効果の期待できる治療法です。



最近のトピックとして**脳腫瘍**
に遺伝子改変ウイルスを注入す
る治療法が国内で認可されまし
た。長野県の場合、現時点では
信州大学医学部附属病院でのみ
実施可能となる見込みですが、
連携をとって当院の患者さんも
同じ治療を受けられるよう進め
ていきます。

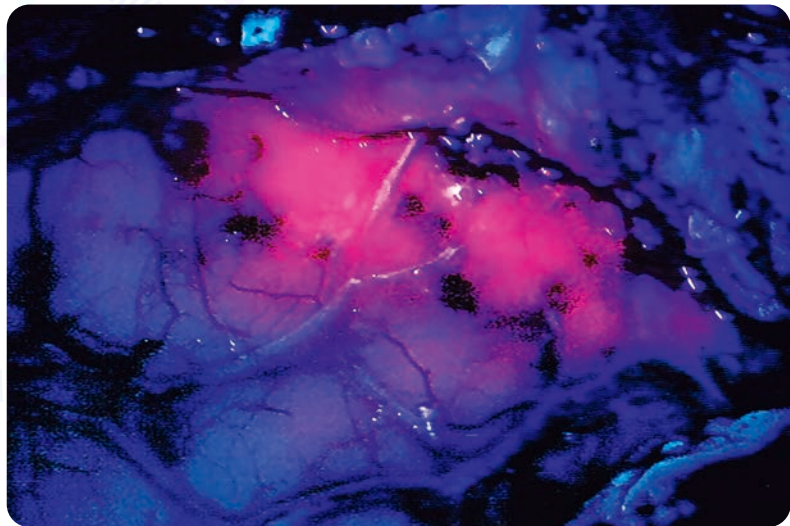


図1 SALA Image courtesy : Prof. Dr. Walter Stummer, University Clinic Münster, Germany.

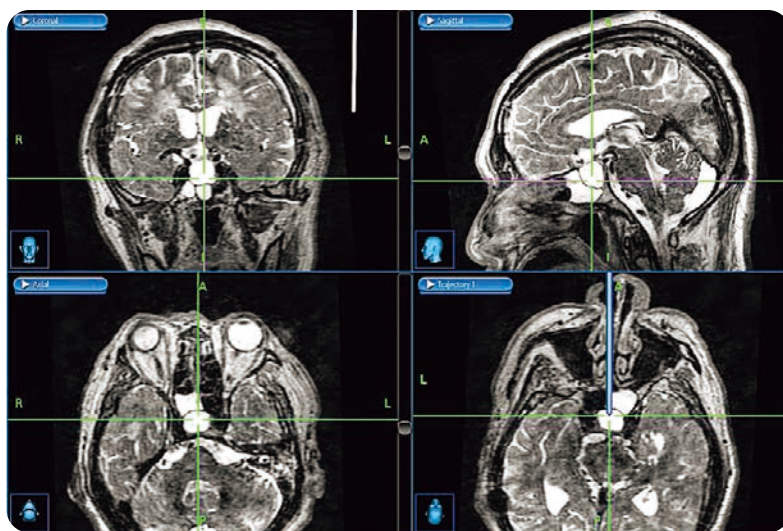


図2 ナビゲーションシステム

不整脈に対する アブレーション治療

不整脈には脈が速く打つもの、遅く打つもの、
不規則に打つものなどいろいろな種類が含まれます。

脈が速く打つものに対しては以前からお薬による治療が行われてきました。

内服治療は患者さんからみると受け入れやすい治療方法ですが、
治療期間が長期にわたることや薬剤の副作用などの問題があります。

一方でカテーテルアブレーションにより
完全に治すことが可能な不整脈が増えてきています。

今回は高齢者に多い不整脈「心房細動」を例に、
カテーテルアブレーション治療について説明いたします。

笠井 俊夫

かさい・としお

長野市民病院
循環器内科部長
心臓血管センター長



心房細動とは

心臓のリズムは、心臓内の電気刺激と電気の流れによりコントロールされています。「洞結節」から一定の間隔で発生する電気刺激が心臓全体に伝わり、それに反応して心臓が収縮します。心房細動では「心房」の中で電気が不規則に渦巻いている状態(図1)になり、その結果脈がバラバラになり、脈拍数が多くなることが一般的です。高齢者に多く、80代では10人に1人の割合で見られます。ドキドキや胸の不快感、息切れなどの自覚症状を認めることがあります。まったく症状がでない方も珍しくありません。心房細動はそれ自体危険な不整脈ではありませんが、放置しておくとも脳梗塞や心不全などの深刻な病気の原因になることがあります。病気の初期段階では発作的に生じた心房細動は短期間に自然停止しますが(発作性心房細動)、年月がたつにつれ不整脈の持続時間が

長くなり(持続性心房細動)、最終的には慢性化(永続性心房細動)するのが通常です。そして心房細動は「肺静脈」から起こる異常な電気刺激が「左房」に伝わり誘発されることがわかっています。

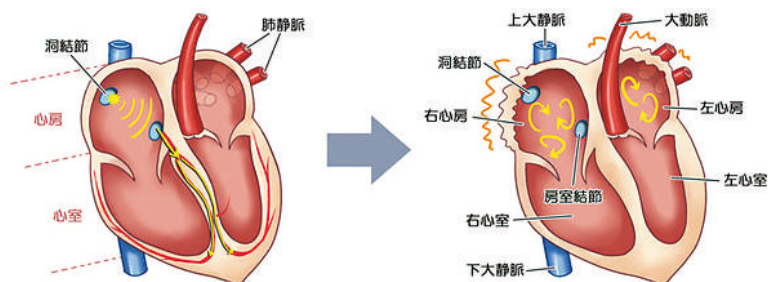


図1 心房細動発生のしくみ

カテーテルアブレーションとは

カテーテル心筋焼灼術カテーテルアブレーションとも呼びます。まず太ももの付け根から静脈を通してカテーテル（直径2mm位の細い管）を心臓に挿入します。カテーテルの先端を不整脈の原因となっている心臓の部位に押し当て、そこから高周波電流を流すと、先端が触れているわずかな範囲の心臓に60℃程度の熱が発生します。30秒間ほど電流を流すことにより、直径5mm程度の心筋組織が熱工

ネルギーにより傷害されます（焼灼と呼んでいます）。焼灼部分は非常に小さな範囲です。心臓の働きに対する影響はありません。心房細動では左右の「肺静脈」をそれぞれ囲む形で連続焼灼を行います（図2）。焼灼された心筋では電気が流れなくなり肺静脈から異常な電気刺激が発生しても左房に伝導しないので、心房細動が起こらなくなるとい

けです。正確に焼灼を行うため、治療前に心臓CT検査を行い、心房の詳しい形態を把握します。その情報を専用の三次元マッピングの機械に取り込み、それを道案内にしてカテーテルを進めます。（図3）治療は3時間程度かかりますが、薬で眠った状態で行いますので、苦痛なく治療を受けていただくことが可能です。（写真1）入院期間は3泊4日です。

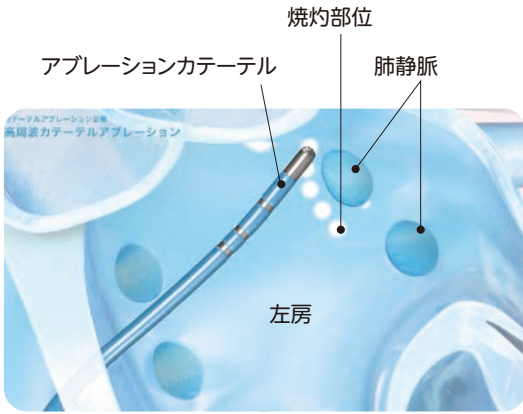


図2 不整脈心電学会「映像で知る心房細動」より

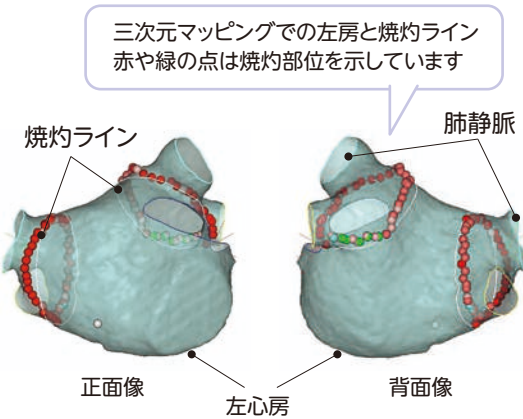


図3



写真1 アブレーション治療

心房細動ではアブレーション治療の方が、従来の薬物治療よりも正常な調律を維持できる効果が高く、自覚症状の改善にも有効であることがわかっています。最近では長期的な効果として心不全合併症例での予後改善効果や、脳梗塞発症の予防に対しても薬物療法より優れていることがわかってきました。発作性心房細動の時期に治療すると9割程度の患者さんが一回のアブレーション治療で完治します。持続性心房細動では持続期間が長くなるほど治療成績は低下することがわかっています。

以上、カテーテルアブレーションについて心房細動を例に説明いたしました。心房細動以外にも多くの不整脈がこの治療の対象となります。発作性上室性頻拍、心房粗動、心房頻拍、一部の心室性不整脈などです。歴史的には心房細動より先にこれらの不整脈に対する治療が行われてきました。いずれも良好な治療効果が期待できます。

インスリン発見から100年

糖尿病診療の変遷

今から100年前、1921年にカナダのトロント大学で整形外科医フレデリック・グラント・バンティング（以下、バンティング博士）と大学院生のチャールズ・ハーバート・ベストが「インスリン」を発見しました。インスリンは発見後すぐさま臨床応用され、それまで治療法がなく死の病であった1型糖尿病の治療方法として確立されました。インスリン発見から2年後の1923年、バンティング博士はノーベル賞（医学生理学賞）を受賞しました。発見当初、インスリンの供給量は限られており、1型糖尿病患者でも一部の患者にしか使えなかった時代でした。

その後インスリンの安定供給

も確立し、2型糖尿病の治療薬もたくさん開発されました。しかし、どんなに良い薬が開発されても、**治療の基本は生活習慣を改善すること**でこれに変わりはありません。

食事療法はこの数年で変化がありました。メタボリックシンドローム（以下、メタボ）対策一辺倒から、中年のメタボ対策と同じ時に、痩せあるいは年齢とともに減少する筋肉に対する対策として、痩せている人、高齢者はしっかりと食べるように指導されるようになってきています。

運動療法についても、数年前までは有酸素運動を勧めてきましたが、今では筋肉量維持の観点から有酸素運動を中心に、筋

肉トレーニングを加えることも推奨されています。また筋肉の維持にはバランスよく食べること、特に朝食を食べること、朝食に蛋白質を食べることが重要とされています。

運動については、心血管死亡率の減少の他、癌予防、認知症予防、糖尿病の改善、インフルエンザなどによる肺炎の死亡率を減らす等の効果が報告されて、**運動は万能薬であると言われて**



西井 裕

にしい・ゆたか

長野市民病院
内分泌・代謝内科部長
糖尿病・腎センター長
健診センター長

います。今まさにコロナ禍、新型コロナウイルス感染症の死亡率を減らすことも期待されます。

薬についても、低血糖を基本的には起こさない、インクレチン薬が開発され、広く使用されています。また慢性腎臓病、心不全や心血管イベントを減らす尿酸排泄薬（SGLT2阻害薬）も開発されました。この薬は体重を減らす作用もあり、肥満を伴う糖尿病の患者さんには福音です。またインクレチン薬の中で、1週間に1度服薬、あるいは注射すればよい薬も開発され、利便性の他、一部は心血管イベントを減らす効果、食欲や体重を減らす効果も期待され、広く使用されるようになっていきます。

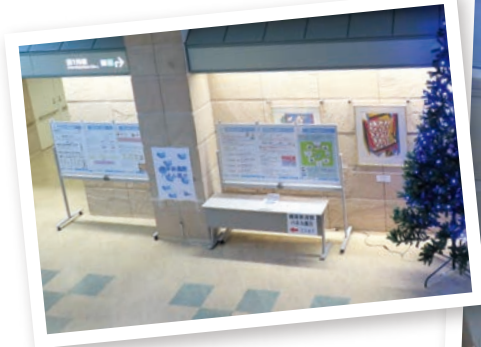
血糖値測定についても、24時間、血糖値を見ることができるよう確立しています。つい最近、血糖値をスマートウォッチでモニターできることなども新聞で報道されました。針をさすことなく、スマートウォッチで血糖値をモニターする時代がすぐそこまで来ています。

世界糖尿病デーについて

インスリンという糖尿病治療において画期的な発見に敬意を表し、バンティング博士の誕生日である11月14日に制定されました。

キャンペーンに用いられるブルーサークルは、国際連合の旗の色とどこまでも続く空のブルーで団結を表す輪がデザインされており、日本国内だけでなく世界中で糖尿病抑制のシンボルマークとしてキャンペーンを推進しています。

昨年の
糖尿病デー
パネル展示



糖尿病の運動療法

みなさんは「糖尿病の運動療法」

にどのようなイメージをお持ちでしょうか？

運動は必要だと思っけれど「面倒くささ」「疲れる」「つらい」「苦しい」等、マイナスのイメージを抱いている方も大勢いらっしゃるのではないかと思います。それはあなたが間違いいではありません。何の負荷・負担もなく「これだけやっていけば大丈夫」といった、魔法のような運動・体操は残念ながらありません（私の知識不足かもしれませんが）。

「毎日30分以上」「軽く息が弾む程度の負荷」で「週3〜5回以上の運動」

を続ければ、ある程度運動療法の効果は期待できると考えられています。しかし日々の仕事や家事で疲れている状況下で、さらに決められた運動を毎日続けることは本当に大変ですよ。正直、運動は疲れるし、つらいし、苦しい。しか

もその成果がすぐに目に見えて現れるわけでもありません。

以前、私は入院患者さんに教科書通りに「電車はひと駅前で降りて歩きましょう」「車通勤をやめて自転車で乗りましょう」「重い物は歩いて行きましょう」等の言葉をかけながら指導させていただいていました。患者さんの半数近くは「なるほどーやってみますー」と前向きに捉えてくださったと記憶していますが、中には「絶対無理です」「あなたは出来るんですか」といった厳しいご意見を頂戴したこともありました。実際市民病院は最寄りの柳原駅から徒歩で約15分かかります。さらにひと駅前からというと朝はかなりハードルが高くなります。道路交通法の一部改正で自転車利用のルールも厳しくなり乗り慣れないと結構不安です。重い買い物袋を持って歩けば

1

スクワット

動作はゆっくり息を止めずに行いましょう。つま先は軽く外へ向けましょう。回数は10回を目安に、無理のない範囲で始めましょう。

何かにつかまって

つま先よりも膝が出ないように



小山 泰利

こやま・やすとし
長野市民病院
リハビリテーション科
理学療法士

2

踵上げ

上げるときは素早く!
下ろすときは
3秒くらいかけてゆっくり!
1セット10~15回

何かにつかまって



を増やして、魅せる体・見せられる体を目指してください！運動についてお聞きになりたいことがあれば、お近くの理学療法士にお尋ねください。

最後になりましたが、運動療法の一番のポイントは「継続」です。これが何より難しいことですが、運動習慣のない人はまずは騙されたと思って始めてみましょう！

いきなり達成感・充実感を味わえることは少ないと思いますが、続けることで新しい何かを見つくれるかもしれません。私も最近「株」を始めて、新しい自分・将来なりたい自分が少しだけ見えてきた気がします。みなさんも将来なりたい自分を思い浮かべながら、まずは運動を始めてみませんか？

疲れるし、大好きなアイスも溶けてしまいます。そんなわけで「運動を生活に取り入れる」のは結構大変な事だと思っ今日この頃です。

結果、運動療法はできない!!と
言ってしまうばおしまいなので、
今回は運動導入にお勧めの「これだけやっていけば少しはましになる」運動を紹介したいと思います。
まずご理解いただきたいのは「これをやってあげば血糖値が下がって糖尿病が治る訳ではない」ということです。前述の通り、運動の効果

「頻度」が重要になります。そして、運動習慣のない人が急に運動を始めると、疲れた→なんだか膝(腰・足)が痛い→明日は休もう→明後日も休もう→もうやめようとなってしまうことがしばしばあります。せっかく運動を始めても、残念ながら続けなければ意味がありません。さらに「痛み」というありがたいくないお土産をもらってしまっこともあります。

今回お伝えする運動はあくまで運動導入にちょうどよい運動です。慣れてきたら徐々に運動内容



高く挙げなくてもOK

不安定なら
支持物の近くで!

屋内なら裸足で!

3

バランス練習 片足立ち

なるべく長く立っていきましょう。
反対側の足は
高く挙げなくてもよいです。
不安定な人は、壁などの
支持物の近くで行いましょう。

「がんゲノム 医療連携病院」の 指定を受けました

2021年10月1日付で



10月2日(土曜日)には

信州大学医学部附属病院信州がんセンター長の
小泉知展先生をお迎えして「がんゲノム医療とは何か」と題し
市民公開講座をオンラインで開催いたしました。

がんゲノム医療は主にがん組織を用いて
多数の遺伝子を同時に調べ(がん遺伝子パネル検査)、
細胞の中の遺伝子が何らかの原因で**後天的に変化することや**
生まれもった遺伝子の違いを明らかにすることで

一人一人の体質や病状に合わせて治療などを行う医療です。

全国どこでもがんゲノム医療が受けられるように
なることを目指して体制づくりが進められています。

出典：「国立がん研究センターがん情報サービス」

長野市民病院も現在、拠点病院である信州大学医学部附属病院と
連携したがんゲノム医療開始に向けて準備中です。



オンライン市民健康講座、はじめました

長野市民病院のスタッフが、
 動画で医療の知識を解説するオンライン市民健康講座を始めました。
 ぜひ動画を通じ、医療の知識を深め、健康でいるためのヒントを学んでみてください。
 動画の視聴方法は、下記をご覧ください。

オンライン市民健康講座の視聴方法

◆スマートフォン、タブレット端末で視聴する場合
 右記の2次元バーコードを読み取り、
 オンライン市民健康講座のページにアクセスしてください。

◆パソコンで視聴する場合

パソコンからオンライン市民健康講座を視聴する場合は、以下の手順でお進みください。

Let's access



STEP 1

長野市民病院のホームページにアクセスする。

STEP 2

トップページの中央部にある「病院について」のタブをクリックする。

病院についてのタブをクリック

STEP 3

「病院について」のページに入った後、下にスクロールする。

STEP 4

「広報物・イベントなど」の項目の中の「オンライン市民健康講座」のタブをクリックする。

オンライン市民健康講座のタブをクリック



◆注意事項

- オンライン市民健康講座は、音声が出ますので適宜イヤホンをお使いいただき、ご視聴ください。
- 動画は無料で視聴できますが、Wi-Fi環境下でない場合、データ通信量が発生します。

当院では、「地域医療連携」を推進しております。

当院を受診される場合、かかりつけ医等からの紹介と予約が必要となります。

皆さまのご理解とご協力をよろしくお願いいたします。お問い合わせ（紹介予約センターまで）TEL.026-295-1199（平日8:30～18:30）

長野市民病院外来診療担当日一覧

記号の説明

- : 初診担当 ◎: 完全予約制 ◇: 午前のみ ☆: 午後のみ
- ▼: 11時診療開始 ◆: 紹介のみ ▲: 紹介、救急のみ
- : 第1・3・5週 □: 第2・4週



外来診療担当表は、11月1日現在で作成されております。
最新の担当表については病院ホームページでご確認ください。

診療科	月	火	水	木	金
呼吸器内科	○吉池 文明 ◇■平井 一也 ◇□上原 尚也	柳沢 克也 ○上原 尚也	○滝澤 秀典	○平井 一也 □吉池 文明 ■上原 尚也	○柳沢 克也 滝澤 秀典
消化器内科	○原 悦雄 ◇越知 泰英 ☆関 亜矢子 ○北畠 央之	◇清水 祐樹 ○◇木村 俊大 ○◇永田 祐介	○越知 泰英 ○鈴木 宏 ◇平林 正裕 ☆岩垂 隆諒	○平林 正裕 ◇北畠 央之 木村 俊大 ☆永田 祐介	原 悦雄 ○清水 祐樹 ◇鈴木 宏 ○岩垂 隆諒
肝臓内科	○國本 英雄	◇國本 英雄	—	—	—
循環器内科	○笠井 俊夫 ○☆春原 大輔	○持留 智昭	○池田 宇一 ☆小松 稔典 笠井 俊夫	○☆板垣 惟 ○☆野本 史佳	板垣 惟 ○小松 稔典 ☆春原 大輔
フットケアセンター	—	—	○☆持留 智昭 (13:30~)	—	—
腎臓内科	—	○掛川 哲司 ☆西川原万友果	○山崎 大樹	○山崎 大樹	○◇西川原万友果
内分泌・代謝内科	☆北原順一郎 ○越 智通	○岡田 玄児	越 智通	岡田 玄児 ○北原順一郎	☆西井 裕
血液内科	—	—	—	☆住 昌彦	—
神経内科	山本 寛二 ○近藤 恭史	山本 寛二 ○小林 優也	小林 優也 ○近藤 恭史	○山本 寛二 近藤 恭史	山本 寛二 ○小林 優也
緩和ケア内科	—	○◎鴻池 紗耶	—	—	—
膠原病外来	非常勤医師(信州大学)	—	—	—	—
小児科	○高山 雅至 ○浅岡 麻里	○浅岡 麻里 青沼架佐賜	○高山 雅至 青沼架佐賜	○高山 雅至 ○浅岡 麻里	○高山 雅至 青沼架佐賜 ○▼浅岡 麻里
消化器外科 肝臓・胆のう・膵臓外科	○高田 学 ○林原 香織	○岡田 正夫 ○関 仁誌/宗像 康博 ○高橋 祐輔	○佐近 雅宏 ○下平 悠介	○小林 聡	○志村 昌俊 ○関 仁誌
臨床腫瘍科	◇関野 康	—	◇関野 康	—	○関野 康
整形外科	藤澤多佳子 中村 功 松田 智 ☆橋本 瞬 山口 浩平	藤澤多佳子 土屋 良真 ▲松田 智 藍葉宗一郎	新井 秀希 中村 功 ☆藍葉宗一郎 ☆山口 浩平 橋本 瞬	新井 秀希 山口 浩平 松田 智 橋本 瞬	新井 秀希 藍葉宗一郎 ▲中村 功 土屋 良真
リウマチ科	—	—	藤澤多佳子	—	—
形成外科	○星野 夕紀 滝 建志	○滝 建志 星野 夕紀	○星野 夕紀 滝 建志	○滝 建志 星野 夕紀	○星野 夕紀 滝 建志
脳神経外科 脳血管内治療科	草野 義和 ○渡邊 元	○脳神経外科医師	竹前 紀樹 (第3週) ○脳神経外科医師	○草野 義和 平山 周一	—
呼吸器外科	○砥石 政幸	○中村 大輔	○砥石 政幸	○中村 大輔	—
乳腺外科	—	西村 秀紀	○小野 真由	○西村 秀紀	◇西村秀紀/○◇小野真由
心臓血管外科	☆五味淵俊仁	—	—	○五味淵俊仁	—
皮膚科	村田 浩	村田 浩	村田 浩	村田 浩 齋木 實 (第1・3週)	村田 浩
泌尿器科	加藤 晴朗 山本 哲平	松高 淳 羽場 知己	加藤 晴朗 飯島 和芳 尾沼 弘	□羽場 知己 符 毅欣 ◆加藤 晴朗	飯島 和芳 山本 哲平 松高 淳
婦人科	◇佐近 普子 ☆浅井 隆之 ○◇佐野めぐみ	◇西澤千津恵 ○◇井吹 ゆき	◇村元 勤 ◇森 篤	◇佐近 普子 ○西澤千津恵	○◇村元 勤 ◇佐野めぐみ ○☆井吹 ゆき
眼科	○風間 淳	風間 淳 ○中村さち子	風間 淳 ○黒川 徹	○風間 淳	○風間 淳
耳鼻いんこう科 頭頸部外科	大塚 明弘 横溝 道範	□大塚 明弘 ■横溝 道範	—	大塚 明弘 横溝 道範	大塚 明弘 横溝 道範
放射線治療科	交替制	○橋田 巖	○松下 大秀	—	交替制
歯科・歯科口腔外科	○鎌田 孝広 ○稲吉 克仁	○鎌田 孝広 ○櫻井 精斉	○櫻井 精斉 (■:日/□:午前のみ) ○鎌田 孝広 (□:午後のみ) ○☆稲吉 克仁	○非常勤医師(信州大学) ○☆櫻井 精斉	○稲吉 克仁 ☆櫻井 精斉
救急科 8:30~17:30 担当医	佐野 透美	新川 一樹	一本木邦治	新川 一樹	佐野 透美