

広報誌

宇城総合だより

①「地域医療支援病院成り」

病院長 江上 寛

③ 特集 本院の救急医療の現状ならびに問題点

⑤ 回復期リハビリテーション病棟

⑥ リハビリテーション部の在宅支援

⑦ やすらぎ ～連携室～／相談をご希望の方へ

⑧ おいしい病院食レシピ

⑨ 第12回 PEG連携会議開催

⑨ 銀行ATM(現金自動預払機)を設置しました。

⑩ 外来診療医師一覧表



社会医療法人 黎明会

宇城総合病院

September-2015
秋

（ご自由にお持ちください）

『地域医療支援病院成り』

このたび、宇城総合病院は平成27年7月30日付で地域医療支援病院となりました。ご支援いただきました皆様方に厚くお礼申し上げます。

地域医療支援病院制度は、地域で必要な医療を確保し、地域の医療機関の連携を図る観点から、かかりつけ医を支援する医療機関として、平成9年に創設された制度です。地域の準備委員会の審査を経て、県の医療審議会の審査を受け、最終的に都道府県知事によって承認されます。二次医療圏に一つ以上存在することが望ましいとされ、これまで既に済生会熊本病院など県内各地域に公的病院を中心に15病院が承認を受けています。しかし、これまで宇城、阿蘇、上益城地域にはありませんでした。今回、宇城総合病院が、県内16番

目の支援病院として承認されたことにより、宇城地域にはじめての地域支援病院が誕生したことになります。

地域医療支援病院では、救急車搬入台数年間1000件以上等、救急医療を提供する能力を有すること、地域の病院、診療所からの紹介患者を中心とした医療を提供し、治療後は、診療情報とともに紹介元の医療機関に紹

● 県内の地域医療支援病院

圏	域	医療機関名
熊	本	熊本地域医療センター
		熊本医療センター
		済生会熊本病院
		熊本赤十字病院
		熊本中央病院
宇	城	宇城総合病院
		荒尾市民病院
		公立玉名中央病院
鹿	本	山鹿市民医療センター
		熊本再春荘病院
		熊本労災病院
水	北	熊本総合病院
		国保水俣市立総合医療センター
		人吉医療センター
天	草	天草地域医療センター

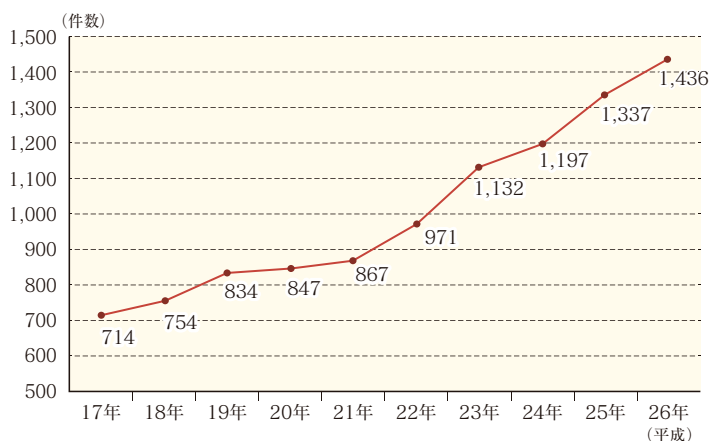
介（逆紹介）するなどして、紹介率50%以上、逆紹介率70%以上を維持すること、高額な医療機器や病床を、地域の医師等が共同で利用できる体制を確保していること、地域の医療従事者に対する研修を行っていることなど、様々な要件を満たすことが義務付けられています。民間病院としてはかなり高いハードルです。これをクリアーして、無事承認されましたことは、病院職員の頑張りはもちろんですが、地域の皆様の多大なるご支援の賜物と感謝申し上げます。

病院は、昭和59年に宇賀岳病院として、一般病床48床、職員数80名でスタートし、以来31年の歩みを刻んでまいりました。この間平成19年に、開放型病院の認可を受け、多くの先生方に



宇城総合病院 病院長
江上 寛

● 救急車搬入台数推移(平成17年度～26年度)



登録医となつていただき、たくさんの患者さんを御紹介いただきました。また、共同利用施設として、CT、MRIを地域の先生方にご利用いただいております。一方では、断らない医療を目指して、救急医療体制の整備を行ってきました。その結果、救急車の搬入台数も年々増加し、平成23年以降、年間

1000台を超える実績をあげにいたりしました。地域貢献を理念に、少ないメンバーながら、全国の急性期病院に勝るとも劣らない実績を上げてきた職員の頑張りに、心から敬意を表します。この実績を受けて、病院の経営母体であります医療法人社団(特定医療法人)黎明会は、平成23年に社会医療法人に認定されました。その後、平成24年9月29日、病院を現在地に新築移転し、病院名も宇城総合病院と改称し、病床数204床の病院として現在に至っております。

このたびの地域医療支援病院成りで、宇城総合病院は名実ともに地域の中核病院となりました。これからも病院、診療所、施設の皆様と緊密に連携し、協力し合いながら、効率的で質の高い医療を提供し、その役割を十分に担えるよう、職員一同努めてまいります。病院では、ご紹介頂く患者さんに、よりスムーズに受診していただけるよう、そして入退院の情報もより円滑に流れ

るよう、紹介センターを立ち上げています。ご不明な点などございましたら、紹介センターにお問い合わせ下さい。皆様には、変わらぬご支援、ご鞭撻を賜りますようお願い申し上げます。



▲ 紹介センター

特集

本院の救急医療の現状ならびに問題点

～現状の分析から今後の展望へ～

私が、ご説明いたします

外科部長・救命救急センター長

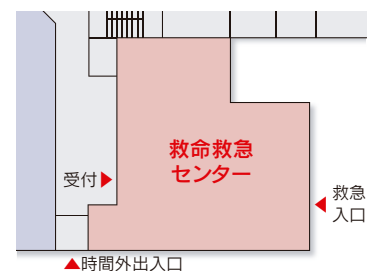
栗崎 貴



宇城総合病院外科の栗崎 貴と申します。消化器・一般外科が専門になりますが、救急センター長を併任させていただいております。国立病院機構熊本医療センターに9年弱勤務しておりましたので、救急患者に慣れているだろうとのことで、私に出番がまわってきたものと思われます。私が宇賀岳病院に赴任して6年が経過しました。この間に、病院の新築・移転(病院名変更)をはじめとして様々なことがありました。この6年を振り返って、本院の救急医療の現状を分析し、問題点を拾い上げ、本院の果たすべき役割について述べてみたいと思います。

施設・設備、スタッフ

救命救急センターは病院の北側に位置しています。道路から一番近い出入口が救急センターの入口となっています。救急車は図の救急入口に停車します。屋根があるため以前のように雨天時に職員が傘をさして出迎えることはなくなりました。入口を入つてすぐの左サイドにはシャワーが整備され、万一除染が必要な患者はここでシャワーを浴びて処置室に入ります。処置室には無影灯があり、縫合等の簡便な手術が可能です。隣接する霊安室とはセンター内の通路で連続しており、一般外来患者と接することなくお見送りができるようになっています。処置室以外に外来診察室が二部屋ある他、感染症外来のスペースが救急入口の南側に確保されています。最近話題となったMERSやインフルエンザ等の感染症流行期には発熱外来(感染症外来)として活躍します。一般外来患者から



隔離された動線となるよう配慮しています。職員駐車場の南側にはヘリポートがあり、必要時はドクターヘリと連携します。ヘリからの移動には距離は短かいですが、救急車を介して救急センターへの搬入を行うように取り決められています。

病棟としては、西4病棟に救急専用病床4ベッドの他、救急優先病床4ベッドを保有しています。救急患者のために常にベッドを空けているわけではなく、優先的に運用させてもらっているに過ぎません。このため、冬季のベッド満床の際には、救急車の受け入れをお断りせざるを得ない時期が続きました。多方面にわたり大変ご迷惑をおかけいたしました。

救急センターの専任のスタッフは不在で、全員が兼任です。平日の日勤帯は外科医が交代でトリアージ係となります。土日や夜間は当直医が代行します。深夜帯の来院患者は少ないためでしょうか？深夜帯に救急センターに常駐する看護師はおらず、患者来院時に病棟の看護師が救急センターに降りてきて対応しています。病棟のルーチンワークもこなさなければならず、頭がさがる思いです。

病院の新築・移転に伴い施設はかなり整備されたと思います。医師・看護師をはじめ放射線技師、検査技師等の人員の確保はなんとかしなければなりません。救急医療を病院のセールスポイントとして推進していくのであれば、急病の代表疾患であり日本人の死因の2、3位を占める脳卒中と心疾患にも対応できる体制づくり(少なくとも専門医の確保)を考えるべきだと思います。ただ容易に

人員確保ができるのなら、地域医療の問題はほとんど全て解決できていると思われます。あきらめずに今後も人員確保の努力を続けるしかありません。

当直体制

医師の当直体制は試行錯誤を続けています。常勤医の他、済生会熊本病院のレジデント、熊本整形外科医局員、熊本消化器外科医局員の応援を得て二人当直体制を推進しています。まだまだ人的パワーが足りず、一部実施にとどまっていますが、受け入れ拒否症例の低減、当直医の負担軽減ならびに医療安全の面からも二人当直が望ましいと考えています(医師の確保が前提となりますが)。

当直帯は、各科にオンコール体制をとってもらっていますが、実質的にはほとんど機能していません。松橋に在任している常勤医はおらず、ほとんどが熊本市に住み、約40分～50分かけて通勤しています。緊急を要する場合には、オンコール医を40～50分待つよりも救急車で高次医療機関に転送したほうがはるかに早く(中途半端に熊本市に近い)、患者さんにとっても望ましいと思われます。このため、当直医は自分の力だけで当直帯を乗り切れると判断できる症例だけを引き受けて、日勤帯に当該診療科に引き継ぐことになってしまつてしまつてます。オンコール医を松橋に待機させるようにできればもっと多くの症例に本院が対応できると思われますが、現実的ではないようです(強制すると病院の存続自体が危うくなる可能性があります)。世の中は電子化が進み、本院でも電子カルテとなりました。電子カルテや画像を自宅でも閲覧できるシステムを導入し、放射線科医師には自宅でも画像診断が可能な環境を導入してもらいました。実際の患者の診察はできませんが、カルテ・画像を自宅でチェックし指

示をだすことができるようになりました。心配な時や処置が必要と判断した時に、私は登院するようにしています。セキュリティの問題や実際の患者を診察しないで指示は出せないとの理由で、現場医師にはあまり好評ではないようです。せっかくオンコール体制をとっているのに、なんとか実働するようなシステムが構築できないかと思っています。

放射線技師と検査技師も常駐ではなくオンコール体制となっております。必要時は深夜帯でも呼び出すようにしていますが、遠慮はありますので少なからぬ影響があると思っています。当直体制の導入をずっと依頼してきましたが、人員不足のため未だ実現できておりません。

（救急車受け入れ実績）

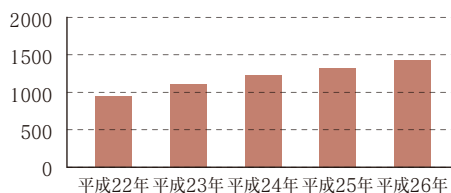
5年間の救急車受け入れ実績をグラフに示します。当直体制や人的パワーの問題等、問題山積みの状態ですが、全職員の努力により受け入れ件数は、右肩上がりに増加し、平成26年度は1434件となりました。それに伴い院外心肺停止症例もグラフのように増加しています。BLSやACLSの資格取得者も着実に増えており、蘇生処置にて心拍再開し入院治療に移行する症例も増えてきました。本院では低体温療法や心臓カテーテル検査はできないため、心拍再開後の治療が問題となっており、心筋梗塞等が強く疑われる症例では3次医療施設に紹介することになりますが、心肺停止症例は、簡単には引き受けてくれないのが実情です。

平成26年度の救急搬入患者のなかで入院となったものは608人(42.4%)でした。実に半数以上は帰宅可能な軽症患者ということであり、本院の救急医療における存在意義を反映しているように思われます。すなわち、

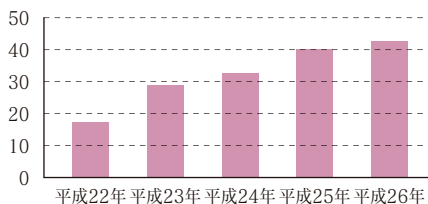
軽症患者を中心に中等症患者までの救急患者に対応することが、本院に求められている役割りであるように思われます。急病の二大代表疾患である、脳卒中と心疾患患者は本院では対応できないわけですので、かなり制限されたテリトリーであり、軽症・中等症患者がおのずと多くなるわけですね。

救急搬入後に高次医療機関に転送を要した症例は平成26年度で56例(3.9%)でした。無視できない数字ですが、受け入れ症例の96%は院内で対応できているということです。ですので、救急隊員の施設選定基準あるいは受け入れ担当医師の判断は合格点に達していると思われれます。ただ救急受け入れ不能症例が平成26年度に実は343例もあり、単純には判断できないようです。ベッド満床(21%)を筆頭に、内科当直医の際の縫合を要する外傷症例、明らかに脳血管障害が疑われる症例、心筋梗塞が強く疑われる症例等、致し方ないと思われる症例が多いようですが、理由がよくわからない症例も相当数あるのも事実です。その中に救急患者の重複の問題があり、これは私は消防署の怠慢だと思います。救急車の受け入れ中に(あ

《救急車受け入れ件数》



《CPA症例数》



るいは受け入れの承諾後に、別の救急隊より別の救急患者の受け入れの依頼が度々あります。本院のかかりつけ患者でなければ、可能なら他院をあつてもらうよう返答することがあります。いくら管轄の違う部署とはいえ、現在出動中の救急車の動向は消防署のセンターで把握すべきであり、同一施設への搬送は(かかりつけ医であるとかの)特別な理由がない限り基本的には避けるべきと思っています。私自身、救急患者の重複のためストレッチャーで経過観察しながら他の救急患者を診察していたところ、ストレッチャーの患者が心肺停止となっていたという苦い経験があり、以後極力、並列診察はしないようにしています。

（本院の役割）

二大疾患の心疾患と脳血管障害に対応できないという極めて限られたテリトリーであるにも関わらず、これだけ多数の救急車の受け入れを行っていることは全職員の努力の結果であり、胸を張れるものと思います。しかしながら、宇城管内の救急車の約65%は済生会熊本病院を中心とした熊本市内の大病院に搬送されています。宇城管内でカバーした症例の約50%(全救急患者の約15%)を本院がカバーしているにすぎません。患者の命を守ることが医療者に課せられた最大の使命であり、本院で対応できない疾患については3次救急施設との病病連携にて対応していくしかありません。今後救急車の有料化が進めば軽症患者の救急車利用は減少し、本院の救急車受け入れ件数も減少すると思われます。軽症患者を中心とした中等症までの患者、ならびに地元を離れたくない超高齢の重症患者に誠実な医療を実践・提供することが、本院の使命であり、存在価値であるような気がしてなりません。



回復期 リハビリテーション病棟

●回復期リハビリテーション病棟とは

回復期リハビリテーション病棟は、脳血管疾患や大腿骨骨折などにより身体機能の低下をきたした患者さんを対象に、リハビリテーションの提供を行い、院内・院外の多職種連携によりチーム医療の充実を図り、患者さんの日常生活活動の自立と在宅復帰の支援を行う病棟です。



《月毎レクリエーション》
創造力を活かして
コサージュを作りました

●当病棟の取り組み

回復期リハ病棟ケア:10項目宣言を基に、「体調管理」「安全・快適な療養環境の提供」と「リハビリ段階に即した日常生活リハビリ」を進め、生活動作の安定・自立を目指しています。また入院時から在宅復帰を見据え、定期的にご本人・ご家族・多職種を交えたカンファレンスを開催し、よりスムーズに在宅復帰が出来るよう取り組んでいます。

入院が長期になることもあり、患者さんは家族や地域とも離れ、病気・障害と向き合わねばなりません。不安・寂しさ・刺激の少なさなどがストレスとなることがあります。

当病棟では「患者さんの笑顔を増やしたい」「気分転換の場にしたい」と毎月レクリエーションを行っています。小物作りやゲーム大会・七夕・クリスマス会などを通し、患者さん同士の自然なコミュニケーションの場の提供や、自発性を引き出す機会にもつながり、気分転換以上の効果を実感しています。

患者さんの平均在棟日数は、脳血管疾患の平均在棟日数82.8日 整形疾患の平均在棟日数55.5日 直入患者の平均在棟日数78.6日、全体の平均在棟日数63.6日、また、在宅復帰率は89.2%、回復率は58.3%となっており、効果的なリハビリテーションと在宅復帰支援により早期の退院が可能となっています。

今後も多くの部門と協力しながら、患者さんを心身ともに支え、より良い状態で在宅復帰ができるよう支援を行ってまいります。

(看護師 岩井芳孝)



《節 分》
職員も率先して
盛り上げます

リハビリテーション部の 在宅支援



▲玄関動作の指導

■在宅復帰支援とは

当院は回復期リハビリテーション病棟と地域包括ケア病棟があります。どちらの病棟も患者さんが在宅復帰されるよう多職種によるチーム医療で支援していく病棟です。

この病棟では患者さん一人一人に対し多くの職種のスタッフが話し合いを行い、ご本人やご家族のご希望に沿った目標を掲げ在宅復帰支援を行っています。リハビリでは色々な方法や手段を用いて病棟での日常生活動作が支障なく行えるよう直接動作訓練を行っています。出来るようになった日常生活動作は病棟スタッフに伝達してリハビリ以外でも患者さんが同じように動作が行えるように情報を共有しています。

また、入院期間が限られているため、病棟での生活が自立するだけでなく、より早期から在宅に目を向けた取り組みが必要です。その為回復期リハビリテーション病棟では入院直後に自宅を訪問する支援を始めました。

患者さんの自宅環境を把握した上で退院後の生活を想定した訓練を行っていきます。そして退院前には患者さんと一緒に再度自宅を訪問し、実際の生活環境下で直接動作を行ってもらいます。必要に応じて手すりの設置や段差の解消、福祉用具の選定などを行います。ここでは地域のケアマネージャーさんや改修業者様も同席してもらい、患者さんにとって自宅での生活が安全に安心して送れるよう一緒に話し合い在宅支援へと繋げていきます。

■退院後の再確認

退院後には、一ヶ月後に自宅を訪問するケースもあります。退院後の生活環境のチェック、見直し、動作指導、改修箇所が適切だったかなどの情報収集を行っています。

その情報からスタッフが学ぶことは多く、入院中に行っていたアプローチが正しかったのか見落としていたことは無かったかなど考えるいい機会となっています。

■豊かな在宅生活を送って頂くために

私たち病院のリハビリスタッフは患者さんが退院された後もその人らしい生活が送れよう入院中から支援していかねければなりません。その人らしい生活とは楽しく、生き甲斐のある生活のことです。患者さんによってはそれが料理だったり、車の運転（ドライブ）だったり、



▲自宅環境チェック後の話し合い

家庭菜園だったり内容は様々です。退院してから患者さんがやりたいこと、したいことの思いを入院中に少しでも形にして心身ともに豊かな在宅生活を送ることが出来るよう支援していくことが私たちの役割だと思っています。

患者さん一人一人が望まれる在宅生活が実現できるよう地域のスタッフの皆様と協力し地域包括ケアシステムを担う病院として在宅支援をおこなって行きます。

（作業療法士 宮本康弘）

介護保険法の改正

地域医療連携室では、医療福祉相談と地域医療連携に関する業務を行っています。特に、本年の四月からは、入院患者様のかかりつけの先生方へ退院日等の連絡を行うとともに、診療部や看護部と協力し医療機関や施設などの訪問を行い、地域医療連携の拡充に努めています。

更に七月には地域医療支援病院の承認を受けましたので、地域住民の皆様方が安心して地域で生活が出来るよう、今後いつそう情報を発信し、関係機関の皆様と連携し、協力を得ながら取り組んでいきたいと思っておりますのでよろしくお願い致します。

そこで今回は、在宅支援の要である介護保険法が改正後、四月に施行されましたので、そのことについて説明いたします。

介護保険法は二〇〇〇年に施行されて以降、四度の改正が行われました。二〇二五年には「団塊の世代」が七五歳以上となり、超高齢社会が到来します。今回はそれを見据えた改正となっております。介護保険サービス利用の自己負担割合が引き上げられました。従来であれば、所得に関係なく負担割合は二割でしたが、一定以上の所得のある人は八月より一割に引き上げられることになりました。

一定以上の所得とは？

自己負担割合が二割となる一定以上の所得者とは、単身世帯であれば「年間所得が、二六〇万円以上かつ実質的な収入が二八〇万円以上」となっています。つまり年金のみで年間二八〇万円以上の収入がある場合は二割負担となり、年金収入以外に所得がある場合でも、年金収入と年金以外の所得の合計が年間二八〇万円に満たない場合は一割負担のままとなります。

また、二人以上の世帯（夫婦世帯など）では、世帯の合計年間所得金額が三四六万円未満の場合、世帯としての負担能力が低いとみなされ、負担割合が一割に据え置かれることもあります。

負担引き上げの対象になっているかどうかは、要支援・要介護認定をお持ちの方へ、六月～七月頃に「負担割合証」が交付されていますのでご確認ください。だくか、お住まいの市町村へお問い合わせください。

（社会福祉士 和田紗亜弥）

単身世帯 年金収入と年金以外の所得の合計	
年間 280 万円	
未満	以上
1割負担	2割負担

二人以上の世帯 （夫婦世帯など） 世帯の所得の合計	
年間 346 万円	
未満	以上
1割負担	2割負担

《相談をご希望の方へ》

担当医や看護師に申し出ていただくか、直接医療福祉相談室（地域医療連携室）にお越し下さい。

※事前に電話などで面接のご予約をしていただくことも出来ます。また、電話でのご相談もお受けいたします。



医療福祉相談室（地域医療連携室）

TEL／0964-32-3218（直通） 0964-32-3111（代表）

○時間：日・祝日を除く、月曜日～土曜日8:30～17:30

○場所：1階（外来30番受付斜め前）

おいしい 病院食レシピ

当院で提供している美味しくて
健康づくりに寄与する、家庭でも簡単に
できるメニューの紹介。

材料(二人分)

●山菜ご飯

米……………160g
ごま油……………小さじ1
山菜……………40g

●だんご汁

小麦粉……………100g
大根……………60g
人参……………40g
鶏肉こま切れ……………40g
干し椎茸……………1枚
小松菜……………50g
薄口醤油……………大さじ1

●白和え

絞豆腐……………80g
ほうれん草……………60g
こんにゃく……………20g
人参……………10g
みそ……………大さじ3/4
砂糖……………小さじ2

●揚げなす

なす……………120g
紅生姜……………10g
小麦粉……………6g
油……………12g
醤油……………大さじ1
みりん……………大さじ1

●あっさりサラダ

キャベツ……………60g
ささ身……………10g
きゅうり……………20g
マヨネーズ……………小さじ2
こしょう……………少々

●寒天

みかん缶……………20g
バナナ……………40g
寒天……………1.8g
砂糖……………大さじ2



エネルギー…600kcal・塩分…3g未満・野菜…120g以上／食
もちろん栄養素のバランスもOKです。

作り方

●だんご汁

- ①.小麦粉は、ぬるま湯60ccでよくこね、しばらく寝かしておく。
- ②.大根、人参、水で戻した干椎茸はいちよう切りにする。小松菜はさつと茹で、4cm程度に切っておく。
- ③.鍋にお湯(300cc)※をわかし、鶏こま肉、大根、人参、干椎茸を入れ、ある程度火が通ったら、①の団子を手でちぎりながら入れる。
- ④.調味料を加えて、味を調える。
- ⑤.器に盛り付けて、小松菜を添える。

●あっさりサラダ

- ①.キャベツは5cm程度の短冊切り、きゅうりは薄切りにする。塩少々で塩もみする。
 - ②.ささ身はたつぷりのお湯で茹で、食べやすい大きさに裂く。
 - ③.①の野菜の水気を絞る。
 - ④.ボウルに②と③を入れ、マヨネーズ、こしょうで和える。
- ※だんご汁は干し椎茸のもとし汁を使用すると味も風味も増します。

(管理栄養士 北原麻希子)

第12回 PEG連携会議開催

平成27年5月19日に第12回PEG連携会議を開催致しました。たくさんのご参加ありがとうございました。参加者は、院外の宇城地域26施設から68名、院内22名の合計90名に参加して頂きました。

今回は、医師の前田が「PEGの基本について」、言語療法士の小田が「PEG造設中の患者の口腔ケアと簡易な嚥下訓練」についてお話しさせていただきました。連携会のアンケートでは、「PEGの仕組みを分かりやすく説明していただき参考になった。回を重ね何度もお話を伺うことで少しずつ理解が深まっていく。実践的なことが学べ、学んだことを皆スタッフに話し実行していきたいと思う。口腔ケア、嚥下訓練もすぐ現場で実践できる内容でよかった。」などのご意見をいただきました。講演後の質疑応答も活発で、日々の業務の中での疑問の手助けになったのではないかと思っております。

又、アンケートにもいくつかご相談をいただきました。施設名等を記載された方には、郵送でご返答させていただきましたが、無記名のご相談も多かったです。

NST委員会PEGチーム
看護師 楠村朱美(内視鏡技師)



当院では、毎月曜日に、PEG外来としてPEG交換を予約制で行っております。PEG交換は予約制ですが、何かご相談、ご質問がありましたら、月曜日の16時～17時に当院の内視鏡室へお電話いただければと思います。



銀行ATM(現金自動預払機)を設置しました。

本年6月15日に、患者様を始め来院されます方々の御意見を受け、銀行ATM(現金自動預払機)を1階の総合待合ホール、中央エレベーター横に設置しました。稼働時間等は以下の通りです。ご利用をお待ちしております。

- 設置場所
1F 総合待合ホール(エレベーターホール横)
- ATM稼働時間等
平日、土・日・祝日 9時～19時



外来診療医師一覧表

受付時間／8:30～12:00

診 療 科			月	火	水	木	金	土	
外 科		午前	新来	多森靖洋	前田健晴	栗崎貴	栗崎貴	井上耕太郎	担当医 救急対応
		再来	多森靖洋	前田健晴	担当医	栗崎貴	井上耕太郎		
		午後担当医	多森靖洋	前田健晴	栗崎貴	栗崎貴	井上耕太郎		
内 科	消化器内科	午前	新来	宮本久督	小山田直朗	宮本久督	宮本久督/小山田直朗	小山田直朗	
		再来	宮本久督	小山田直朗	宮本久督	宮本久督/小山田直朗	小山田直朗		
	呼吸器内科	午前	新来	福田秀明	福田秀明	米良昭彦	—	福田秀明	
		再来	福田秀明	福田秀明	米良昭彦	—	福田秀明		
	循環器内科	午前	新来	神波やよい	盛三千孝/中村亮斉(非)	泉家康宏(非)	老松 優(非)	神波やよい	
		再来	神波やよい	盛三千孝/中村亮斉(非)	泉家康宏(非)	老松 優(非)	神波やよい		
	神経内科	午前	新来	—	—	俵 望(非)	—	—	
		再来	—	—	俵 望(非)	—	—		
	内科	午後担当医	宮本久督	盛三千孝	神波やよい	蛭原賢司	福田秀明		
	整形外科*		午前	新来	山城和馬	担当医	大多和聡	藤枝浩司(非)	赤城哲哉
再来				山城和馬	担当医	大多和聡	藤枝浩司(非)	赤城哲哉	
午後担当医			山城和馬	担当医	大多和聡	藤枝浩司(非)	赤城哲哉		
小 児 科		午前	新来	板井義男	板井義男	板井義男	板井義男	板井義男	
			再来	板井義男	板井義男	板井義男	板井義男	板井義男	
		午後担当医	板井義男	板井義男	板井義男	板井義男	板井義男		
総合診療科		午前	新来	竹田晴生	江上寛	竹田晴生	松田貞士	竹田晴生	
			再来	竹田晴生	江上寛	竹田晴生/松田貞士	松田貞士	竹田晴生	
麻酔科(ペインクリニック) ※受付時間／(月) 10:00～11:30 (水)(金)8:30～11:30		午前	新来	井 賢治	—	荒川和也	—	荒川和也	
			再来	井 賢治	—	荒川和也	—	荒川和也	
泌尿器科 ※受付時間／8:30～11:30				中村武利	—	—	中村武利	—	
放射線科		読影担当医	前田陽夫	前田陽夫	前田陽夫	前田陽夫	前田陽夫	—	
リハビリ科 ※受付時間／9:00～10:00			井 賢治	赤城哲哉	中野章	赤城哲哉	中野章	—	
救命救急センター		外 科 系	栗崎貴	松田貞士	前田健晴	井上耕太郎	多森靖洋	担当医 救急対応	
		内 科 系	福田秀明	小山田直朗	宮本久督	福田秀明	小山田直朗		
		整形外科系	山城和馬	担当医	大多和聡	藤枝浩司(非)	赤城哲哉		
糖尿病センター			竹田晴生/蛭原賢司	竹田晴生	竹田晴生/蛭原賢司	竹田晴生	竹田晴生/蛭原賢司		
腎透析センター		～15時	盛三千孝	中村武利	盛三千孝	盛三千孝	中村武利	盛三千孝 又は 中村武利	
		15時～	盛三千孝	—	盛三千孝	—	中村武利	—	
リハビリテーション センター		午 前	《受付時間》 9:00～11:30					—	
		午 後	《受付時間》 13:30～15:30						
健診センター		担当医 予約制	並川和男(非)	蛭原賢司	神波やよい	蛭原賢司	並川和男(非)	—	

*診察には「紹介状」が必要です。(紹介状がない場合は、選定療養費として2,000円が必要となります。) ※(非):非常勤医師 平成27年9月1日更新



外来初診時は紹介状(診療情報提供書)が必要です

平成26年4月1日をもって増床により200床以上の医療機関へ移行しました。これに伴い、外来初診時は紹介状が必要となりました。つきましては、他の保険医療機関等からの紹介状がなく、当院に直接来院される患者さんについては、初診に係る費用として2,000円をお支払い頂くこととなりましたので、何卒ご理解下さいませようお願いいたします。



整形外科外来は完全紹介型です

整形外科外来は、平成26年9月1日より完全紹介型へ移行しました。初めて整形外科外来を受診される際、紹介状がない場合は診察ができません。必ず紹介状をご持参くださいますようお願いいたします。

※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した場合にあってはこの限りではありません。

平成27年度 理念・基本方針

《 理 念 》

- ・私たちは信頼される医療をとおして地域に貢献します

《 基本方針 》

- ・良質で安全な医療を実践します
- ・診療機能の充実を図り 地域のニーズに応えます
- ・接遇の向上に努め 快適な受療環境を提供します
- ・情報を公開し 公正な管理運営を行います
- ・勤務環境を改善し 魅力ある職場をつくります



社会医療法人 黎明会

宇城総合病院

URL <http://www.reimeikai.jp/>

〒869-0532 熊本県宇城市松橋町久貝691

Tel.0964-32-3111 Fax.0964-32-3112



日本医療機能評価機構
認定番号JC943号