

副院長就任のご挨拶

副院長 兼初期診療センター長
兼地域医療サービスセンター長
兼神経内科主任部長

松本 禎之

この度、平成 29 年 4 月 1 日付けで副院長を拝命致しました。救急医療を担当する初期診療センターと地域の医療機関との連携を図る地域医療サービスセンターも担当致します。断らない医療を最優先に入院医療を実践し、自宅退院困難な方のための療養型病院・介護保険施設との連携を図りたいと考えます。



急性期病院として患者様の複合した病態を総合的に診断把握し、臓器別に内科・外科系が協力する診療センターと多職種協働によるチーム医療の充実を目指します。また高齢化が顕著な中、通院困難な方のための在宅医療や介護保険サービスの利用相談など地域の先生方と緊密に連携させて頂くことが患者様の安心できる療養環境作りに重要と思われれます。院内および地域での医療・看護・介護の連携充実を目指して参りますのでどうぞ宜しくお願い申し上げます。+

内科統括部長就任のご挨拶

内科統括部長
兼 医師卒後教育センター長
兼 腎泌尿器センター（内科系）主任部長

塚本 達雄

この度、平成 29 年 4 月 1 日付で内科統括部長を拝命いたしました腎臓内科の塚本達雄でございます。研修医時代、2003 年から 2012 年までの 10 年間に続き、昨年から三度北野病院にお世話になっております。



前回赴任時の平成 21 年から北野病院と先生方の中で慢性腎臓病（CKD）連携診療を立ち上げに参加させていただき、おかげで 500 例を超える循環型連携診療が現在でも継続中です。これをプロトタイプとして、がん（胃がん、大腸がん、乳がん）、心不全、虚血性心疾患、閉塞性無呼吸、膝疾患などでも連携診療が立ち上がっております。地域包括ケアの枠組みの中で、高齢化社会に向けて在宅医療の充実を含めた視点から急性期病院と先生方との関わりを、より患者中心の観点から最適化を検討させていただきたく、先生方と共に「二人主治医制」の更なる定着に微力ながら貢献出来ましたら幸甚に存じます。ご指導・ご鞭撻の程よろしくお願い申し上げます。

就任のご挨拶

心臓センター長

兼 心臓血管外科主任部長

はにゅう
羽生

みちや
道弥

この度、平成 29 年 4 月 1 日付で北野病院心臓センター長・心臓血管外科主任部長として着任いたしました。昭和 61 年に京都大学心臓血管外科学教室に入局し、以後大学や広島のとろ総合病院等で臨床経験を積ませて頂きました。前任地の小倉記念病院（福岡県北九州市）では、平成 13 年 4 月から 16 年間勤務致しました。後半の 10 年間は主任部長として、4 年間は副院長を兼任し、年間 500 例を超える開心術を施行する日本有数の心臓血管外科として地域医療に貢献してまいりました。また、いくつかの施設のご指導を受けていち早く低侵襲治療である大動脈瘤に対するステントグラフト治療 (TEVAR) や高齢者の大動脈弁狭窄症に対する経カテーテル大動脈弁留置術 (TAVI) を導入し、トップレベルの症例数を積み重ねることができました。平成 29 年 4 月からは縁あって 35 年ぶりに生まれ育った大阪に戻ってきました。故郷大阪におきましてもこれまでの経験を生かし、全力で地域医療に貢献してまいります。得意な手術は、心拍動下冠動脈バイパス術 (OPCAB)、弁形成術、弓部大動脈人工血管置換術ですが、成人心臓・大血管全般に緊急手術も対応致します。今後ともご指導ご鞭撻のほどよろしくお願い申し上げます。



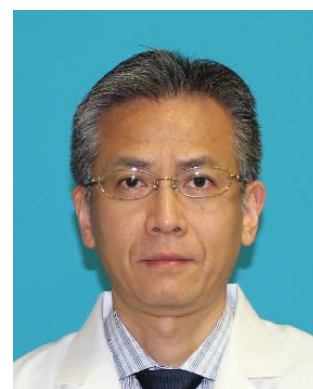
就任のご挨拶

皮膚科主任部長

よしかわ
吉川

よしあき
義顕

この度、平成 29 年 4 月 1 日付けで北野病院皮膚科主任部長を拝命いたしました。私は平成 3 年に京都大学を卒業し同年皮膚科に入局いたしました。その後は、京都大学、和歌山赤十字病院、天理よろづ相談所病院で臨床経験を積み、大学院と海外留学での研究生活を経験させていただいた後に、山口大学皮膚科講師として 3 年間、大津赤十字病院皮膚科部長として 10 年間の勤務を経て北野病院へ赴任してまいりました。今までに勤務してきた幾つもの病院や研究室で経験したことを今後の診療や業務に活かしたいと思っています。



皮膚科は他科との関連が深い診療科です。「皮膚という臓器を通して全身を総合的に診察する。」という皮膚科医としての基本姿勢に立ち返り、他科との連携を密にした診療を行いたいと考えています。患者さまに最善の医療を提供するために研鑽を重ねてまいりたいと思いますので、今後ともご指導ご鞭撻のほどよろしくお願い申し上げます。

就任のご挨拶

リウマチ膠原病内科
主任部長

いむら よしたか
井村 嘉孝

この度、平成 29 年 4 月 1 日付でリウマチ膠原病内科主任部長を拝命しました。平成 11 年に京都大学医学部を卒業して 14 年に同学免疫・膠原病内科に入局し、リウマチ性疾患その他の膠原病を専門として臨床や研究を行っています。大学では多発性筋炎・皮膚筋炎の特異抗体である抗アミノアシル tRNA 合成酵素抗体（抗 ARS 抗体）測定法の開発に携わりました。また、平成 21 年から 3 年間に渡って大阪赤十字病院にも出向しておりました。



当科で扱う膠原病性疾患は急性期には入院での集学的治療が必要となりますことありますが、病状が改善して寛解状態になっても治癒とはいえず、長期的な維持療法を行うこととなります。治療の中心である副腎皮質ホルモンは易感染性や糖尿病、骨粗鬆症などの多くの副作用を伴うため、併存疾患の治療も必要となります。そこで、発症初期の急性期には先生方からスムーズにご紹介いただき、寛解状態になったところで先生方に副腎皮質ホルモンなどの免疫抑制剤維持処方をお願いできるような病診連携の構築を考えています。今後とも先生方のご指導ご鞭撻のほど、よろしくお願い申し上げます。

就任のご挨拶

産婦人科主任部長

ひぐち としひろ
樋口 壽宏

この度、平成 29 年 5 月 1 日付で産婦人科主任部長を拝命いたしました。私は昭和 62 年に京都大学婦人科産科学教室に入局、平成 7 年に生殖医学に関するテーマで学位を頂きました。大学院修了後は医局にて婦人科病棟医長を含め主に婦人科腫瘍学の領域での臨床・教育に携わってきました。その後平成 20 年より滋賀県立成人病センターにて勤務した後、今回伝統ある北野病院で勤務する機会を頂きました。



当院産婦人科はスタッフ十数人と医局関連病院の中でも屈指の人員数を擁しております。皆高い臨床能力を備えており、今後チーム医療体制を一層向上させることによりご紹介頂いた患者様に良質な医療を提供できるよう努力させて頂く所存であります。またご紹介頂いた患者様の状態が落ち着けば、積極的に逆紹介を含めた連携を進めていきたいと考えております。これまで同様ご指導ご鞭撻を賜りますとともに、どのようなことでもお気軽にご連絡頂きますようよろしくお願い申し上げます。

就任のご挨拶

眼科部長

たなべ てるよ
田辺 晶代

この度、平成 29 年 4 月 1 日付で眼科部長を拝命致しました。私は昭和 61 年に京都大学眼科入局後、大学院、留学、京大眼科での教職を経て平成 18 年 9 月に当科に赴任し、斎藤主任部長のもと勤務してまいりました。専門にしております緑内障は慢性進行性疾患であり難しい病気であります。薬物療法、手術療法ともに未だ“low risk, high return”の治療法がないのが現状ですが、QOLを損なわずに患者様が暮らしていけるように各患者様にとって最善の治療をめざして努力しております。また日本人に多い近視眼における緑内障は近視眼の特殊性のため早期診断が容易ではありませんが、京大眼科在職中より長年、力を入れて取り組んでおります。



昨今、眼科領域においての画像診断、治療の進歩には目まぐるしいものがあります。多くの患者様にこの進歩を還元できるよう、また先生方の御期待に応えられるよう、スタッフ一同、努力を重ねてまいりますので、今後ともご指導よろしくお願い申し上げます。

就任のご挨拶

看護統括部長

まつお あやみ
松尾 文美

この度、平成 29 年 4 月 1 日付で、看護統括部長として着任いたしました。昭和 57 年に和歌山赤十字看護専門学校を卒業後、和歌山赤十字病院（日本赤十字社和歌山医療センターの前身）で勤務、その後助産師の資格を取得し臨床経験を積んで参りました。また、看護学校での教員、病院での看護管理としての勤務や国内外での救援・開発等の活動に従事し、平成 24 年に日本赤十字看護大学大学院修士課程を修了後、赤十字の教育現場と臨床の管理者として活動して参りました。



ますます厳しくなる医療現場だからこそ、病院を利用される方々の立場に立った医療・看護を提供できるように看護部門の運営に努めて参ります。さらに本院が地域の皆様と連携を強め、地域のみなさまの信頼に応え愛される病院となるように、微力ながらも精進いたします。今後とも先生方のご指導ご鞭撻のほど、よろしくお願い申し上げます。

グリーンライトレーザーを使った 前立腺癌の治療について

腎泌尿器副センター長 兼
泌尿器科主任部長

岡田 卓也

前立腺肥大症は泌尿器科領域で最も頻度の高い疾患の一つです。65歳以上の男性の約9%がこの疾患のために病院を受診し、潜在的には高齢男性の約5人に1人がこの疾患を有しているとされます。治療は大きく薬物治療と手術治療に分かれており、診療ガイドラインの刊行などにより、薬物療法は一般内科臨床の間でも広く行われるようになりました。ただ投薬により症状を治癒させたり、前立腺の腫大を完全に抑制することはできず、中等度～高度の腫大を有する前立腺肥大症の場合、一部の患者様は最終的に手術を必要とする状況となります。

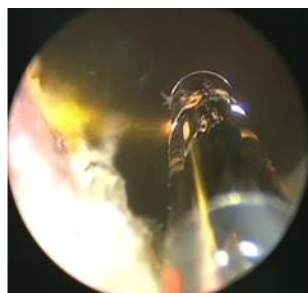
前立腺肥大症に対する手術は、電気メスを用いて経尿道的に肥大症組織を切除する術式 (TUR-P) が gold standard となっています。しかし TUR-P の場合、輸血を要する出血や、術後の尿失禁を生じる危険性が比較的高く、近年安全かつ侵襲の少ない新しい手術方法がいくつか考案されました。

《PVP 手術について》

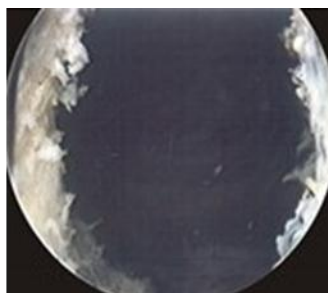
2016年10月に当院で開始したグリーンライトレーザーによる前立腺蒸散術 (PVP) も、そのような新しい手術方法の一つです。血液のヘモグロビンに吸収され高い熱エネルギーを発生させるグリーンライトレーザーを、内視鏡での観察下に前立腺に照射することで、組織は蒸散 (気化) され、かつ蒸散面に強い止血効果が得られます。従来の TUR-P と比較すると、出血が有意に少ないことが最大の利点となり、術後の尿道カテーテル留置期間や入院期間も短くなることが示されました。排尿に関する治療効果も3～5年間の観察で TUR-P と同様とされています。本邦では現在、抗凝固治療継続下でも手術が安全に施行可能か、という点についての検証が行われており、その結果が明らかとなれば、PVP は既存の手術方法では適応から外れていた高齢者や、抗凝固剤の中止が困難な患者様に対しても、治療の門戸を開くことになるでしょう。保険点数は現在 19,000 点と従来の TUR-P (18,500 点) とほぼ同額ですが、入院期間が短くなることから、実際の診療・入院費用はむしろ安くなると予想されます。



手術前



レーザー照射中



手術後



グリーンライトレーザー本体

パーキンソン病の治療について

神経センター 神経内科 副部長 齋木 英資

パーキンソン病 (PD) は進行性に黒質のドパミン神経が脱落する神経変性疾患です。ごく一部の遺伝性の患者さんの他は孤発性であり、原因不明とされています。黒質と被殻や淡蒼球などの大脳基底核や視床は複雑な神経ネットワークを形作っており、大脳皮質に信号が伝達されます (図 1)。黒質ドパミン神経はこのネットワークの源であり、随意運動の初動と維持に重要な役割を果たしています。PD の特徴は振戦、動作緩慢 (寡動)、固縮、歩行・姿勢反射障害といった運動障害ですが、便秘や嗅覚障害、不安や抑うつなどの非運動障害が先行します。非運動症状だけの段階では不定愁訴と区別がつかず、複数の医療機関を受診して診断がつかないことがしばしば認められます。運動障害は一侧の上肢もしくは下枝の振戦や動作障害で発症し、1-2 年の経過で対側に拡がり、やがてすり足小刻み歩行がみられるようになるといった「N 字型」の進行経過を辿るのが典型的です。

PD の治療薬はレボドパ、ドパミンアゴニスト、補助薬の 3 グループに大別できます (図 2)。レボドパとドパミンアゴニストをまとめてドパミン補充療法と言います。ドパミン補充療法なしでは PD の治療は成り立ちません。PD は本質的には「ドパミン欠乏症」であるため、その補充が有用である

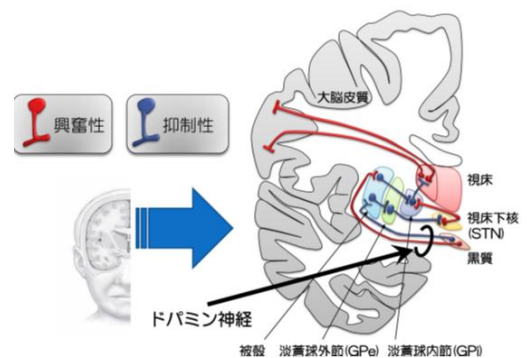


図 1 大脳基底核神経回路とドパミン神経

黒質と大脳基底核 (被殻、淡蒼球、視床下核など) と視床、大脳皮質は複雑なネットワークを形成し、興奮性神経と抑制性神経がバランスをとって働いている。黒質のドパミン神経はこのネットワークの源である。ドパミン神経が変性・脱落することによってこのネットワークが働かなくなることが PD の症状の原因である

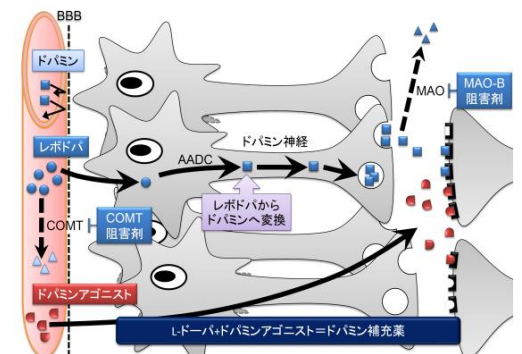


図 2 パーキンソン病治療薬の種類

パーキンソン病治療薬はレボドパ、ドパミンアゴニスト、補助薬の 3 グループに大別できる。それぞれに長所短所があり、組み合わせて治療していくのが一般的である。



図 3 主なパーキンソン病治療薬の作用

ドパミンは直接服用しても血液脳関門 (BBB) を通過できないため効果を発揮しない。ドパミンの前駆物質であるレボドパは BBB を通過し、ドパミン神経内でドパミンに転換され、シナプス小胞に蓄積され、内因性のドパミンと同様にシナプス間隙に放出されてドパミン受容体に結合して効果を示す。ドパミンアゴニストは BBB を通過し、蓄積されることなくドパミン受容体に直接結合する。COMT 阻害剤は末梢でのレボドパの分解を抑制してレボドパの吸収効率を高め、MAO-B 阻害剤は中枢でドパミンの分解を抑制して効果を高める。

質的には「ドパミン欠乏症」であるため、その補充が有用である

筈です。しかしながら、ドパミンを投与しても血液脳関門を通過できないため効果を発揮できません。前駆物質であるレボドパは血液脳関門を通過します。脳内に入ったレボドパはドパミンに転換されてシナプス小胞に貯

蔵されますが、これを担うのはドパミン神経です。レボドパから生成されたドパミンは内因性のドパミンと同様にドパミン神経の終末から放出されて受容体に結合します (図 3)。レボドパは半減期が短く、1 日 3 回以上の服用が必要になります。ドパミンアゴニストはドパミンに構造が類似した化合物であり、『ドパミンの代替物』として作用します。ドパミンアゴニストは血液脳関門を

通過し、ドパミン神経と無関係にドパミン受容体に結合します。ドパミンアゴニストには先に開発された麦角系と後に開発された非麦角系があります。麦角系は半減期が長い持続性の効果を発揮しますが、累積投与量に従って心臓弁膜症を来すため、第一選択としては用いられません。非麦角系には心臓弁膜症のリスクはありませんが、前兆のない突発的睡眠のリスクのため、自動車の運転や危険を伴う作業に従事させないよう注意することが警告として添付文書に記載されています。非麦角系は短半減期ですが、徐放化製剤や貼付剤の開発により1日1回で持続的な効果が得られます。補助薬には様々な機序の薬剤が含まれます。古くからある薬剤としては抗コリン剤やアマンタジンがあります。抗コリン剤は震えの抑制効果が高いことから以前はよく用いられましたが、認知機能低下の懸念から使用頻度が減っています。アマンタジンは後に述べるジスキネジアの抑制目的で用いられることが多くなっています。セレギリンはドパミンを分解するモノアミン酸化酵素B(MAO-B)を阻害することによりドパミンの再取り込みを促進します。ゾニサミドはMAO-B阻害作用とドパミン放出賦活作用を持つとされています。イストラデフィリンはアデノシン A2a 受容体を阻害することにより、ドパミン欠乏により生じた大脳基底核での伝達障害を改善します。これらの治療薬を効果の大きさの順に並べるとおおむね①レボドパ、②ドパミンアゴニスト、③補助薬の順になり、効果の持続性の順に並べると③、②、①となります。このため、PDを単一の薬剤で治療するのは困難であり、複数の治療薬を組み合わせる用いるのがスタンダードとなります。PDの症状には個人差が大きく、進行に伴って病態も変化することから、病状や生活状況、仕事などに合わせて薬剤の種類、用量を調整する継続的なテーラーメイド治療が必要です。

PDの初期では1日3回程度のレボドパの服用で安定した効果が得られ、「ハネムーン期」と呼ばれます(図4)。4、5年すると薬効が短くなり、服用の間に症状が目立ってきます(図5)。これをウェアリング・オフとよびます。「ウェア」というのは「すり減る」という意味で、薬効がすり減ったように感じられることに由来しています。また、ほぼ同じ時期から、患者さんによってはレボドパ服用後に舞踏様の不随意運動が出現するようになります。これをジスキネジアと言います。ウェアリング・オフとジスキネジアを指して運動合併症と言います。黒質のドパミン神経細胞はレボドパから返還されたドパミンの貯蔵の役割も果たしています。PDの進行に伴って貯蔵能が低下するため、1回のレボドパ服用の効果時間が短くなるのがウェアリング・オフの主な要因です。レボドパはPDの初期では黒質のドパミン神経でドパミンに転換されま

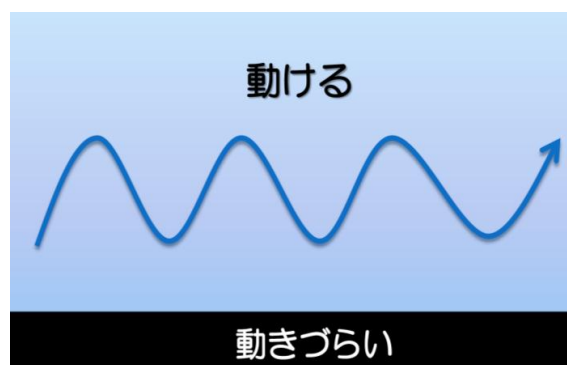


図4 初期のパーキンソン病患者さんの一日
初期には治療域が広いので1日3回程度のレボドパ服用で運動症状のコントロールが容易であり、「ハネムーン期」と呼ばれる

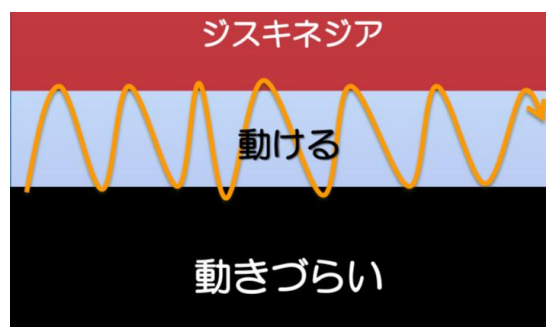


図5 進行期のパーキンソン病患者さんの一日
ドパミン神経の減少により治療域が狭くなるためウェアリング・オフが出現し、ジスキネジアが出やすくなる。レボドパ分割服用や持続性薬剤の併用で調整する

すがドパミン神経が減っていくとともに、セロトニン神経でもレボドパからドパミンへ転換されるようになります。セロトニン神経にはドパミンの貯蔵能がないためどばみんはすぐに細胞外に放出されます。一気に多量のドパミンが非生理的に放出されることによって不随意運動が生じるのがジスキネジアの主な機序です。

運動合併症に対してはレボドパを少量分割服用して血中動態の変動を抑える、ドパミンアゴニストや補助薬を用いてレボドパの効果の底上げをするなどの工夫がされます。これによって一定の改善は得られますが、その後のPDの進行によって運動合併症が再燃します。また、ウェアリング・オフの改善のために底上げを行うとレボドパの効果のピークが上がってジスキネジアが悪化する、ジスキネジア抑制のためにレボドパの分割服用を進めるとトラフ濃度が下がってウェアリング・オフが悪化するといった二律背反に陥るようになります。

進行した運動合併症に対する治療手段の一つとして用いられるのが脳深部刺激療法（DBS）です（図6）。DBSは心臓ペースメーカーと類似したパルスジェネレーターを植え込んで大脳基底核の中の視床下核や淡蒼球内節に持続刺激を加える対症療法です。ドパミン不足による信号伝達の障害を矯正することが主要な機序と考えられています。薬剤調整では改善困難な運動合併症を有するPD患者さんにDBSを導入するとウェアリング・オフが大きく改善します。また、薬剤調整と組み合わせることでジスキネジアも大きく抑制することが出来ます。DBS導入後もPDは進行しますが、ひどい運動合併症を抑制する効果はほぼ永続的です。DBSの効果は若い患者さんで高く、高齢の患者さんでは効果がそれほど見込めない一方で認知機能に負荷をかけるため、比較的若年で発症した患者さんが対象になります。

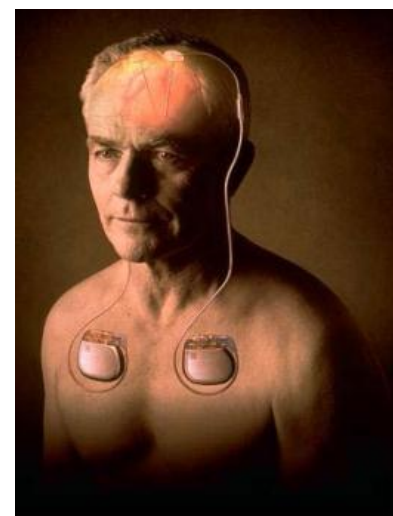


図6 脳深部刺激療法

脳深部刺激療法は視床下核や淡蒼球内節に刺激電極を植え込み、胸部のパルスジェネレーターから連続刺激を行うことにより運動合併症を改善する治療であり、「脳のペースメーカー」とも呼ばれる

更に進行した患者さんや高齢の患者さんでは認知機能の低下が問題になります。PDでは一般人口の数倍認知機能低下を来しやすく、記憶力に先立って遂行機能が低下しやすいと考えられています。「段取りが組めない」「片付けが出来ない」などで周囲に気が付かれます。これと前後して虫や人、小動物などの幻視がみられるようになることが典型的であり、病理学的な基盤が共通するレビー小体認知症に近い病態となります。これらに対する治療薬として最近ではドネペジルなどのコリンエステラーゼ阻害剤が用いられることが増えています。今後はPDの進行を抑制する治療、前駆段階で発症を予防するような治療が望まれ、日夜研究が進められています。

糖尿病チームのご紹介

看護師 竹内 麻衣

当院の糖尿病チームは、医師・看護師・薬剤師・管理栄養士・理学療法士・臨床心理士・検査技師・事務員が一丸となってチーム医療を推進しています。患者様一人ひとりの病態、年齢や理解力、心理状態、職業や経済的な側面等も考慮し、個別に応じることができるよう多職種連携を強化しています。

毎週水曜日に開催している糖尿病教室では、食事療法・運動療法・薬物療法の基本から、検査や合併症に関する内容について、入院中の患者様だけでなく、地域住民の皆様にも参加していただけるよう、多くの関連診療科の協力もいただいて様々な職種で連携して取り組んでいます。教室の日程については当院ホームページでもご覧いただけますので、患者様へのご案内にお役立ていただければ幸いです。また、病棟では、週1回糖尿病カンファレンスを行い、入院中の患者様・ご家族様にとってより良い生活を送ることができるよう、こまやかな調整を行っています。

糖尿病教育入院について、患者様にご紹介いただけるリーフレットを作成しておりますので、糖尿病内分泌センター、地域医療サービスセンターに御用命ください。



糖尿病チームメンバー



カンファレンス風景

口腔ケア・嚥下リハビリチームのご紹介

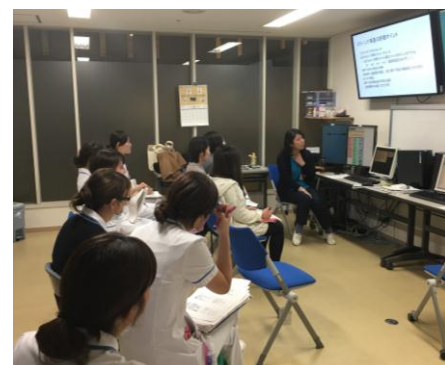
看護師 高田 智理

当院の口腔ケア・嚥下リハビリチームは、口腔ケア、嚥下評価、食事の調整、嚥下リハビリテーションを行っています。医師・看護師・薬剤師・管理栄養士・言語聴覚士・理学療法士など、様々な医療専門職で構成されています。急性期病院では、疾患の治療が優先となるため、絶食などにより嚥下筋群の廃用をおこしてしまう恐れがあります。急性期から口腔ケアやリハビリテーションを実施し食べる環境を整えることが大切となります。患者さまのいつまでも食べる喜びを支えることを目標に活動しています。

当チームは、全ての患者さまを対象に活動しています。院内での相談の多くは、口腔ケアや誤嚥性肺炎の患者さまの嚥下リハビリテーションや食事の調整です。自宅へ退院される際は、管理栄養士の協力のもと嚥下食の作り方を患者・家族へ指導しています。また、院内の口腔ケアや摂食嚥下に関する勉強会を看護師を中心とした医療スタッフへ開催しています。今後も、当院での口腔ケアや嚥下リハビリテーションに関する知識と技術の向上を目指して院内で活動していきたいと考えています。



口腔ケア・嚥下リハビリチームメンバー



カンファレンス風景

医師の人事情報（副部長以上）

入職(平成29年4月)

氏名	職位	専門分野
羽生 道弥 (はにゅう みちや)	心臓センター長 兼 心臓血管外科主任部長	冠動脈・弁膜症・大動脈瘤・ 末梢血管の外科治療
吉川 義顕 (よしかわ よしあき)	皮膚科主任部長	皮膚科学
井村 嘉孝 (いむら よしたか)	リウマチ膠原病内科主任部長	リウマチ膠原病内科
岩崎 順博 (いわさき よりひろ)	糖尿病・内分泌内科副部長	内分泌代謝・糖尿病
塚本 義博 (つかもと よしひろ)	整形外科副部長	手外科・マイクロサージャリー
黒田 能匡 (くろだ よしまさ)	眼科副部長	眼科全般
武田 孝輔 (たけだ こうすけ)	形成外科副部長	形成外科全般・頭蓋顎顔面外 科・小児形成外科・四肢、顔面 外傷・マイクロサージャリー
松尾 文美 (まつお あやみ)	看護統括部長	

入職(平成29年5月)

氏名	職位	専門分野
樋口 壽宏 (ひぐち としひろ)	産婦人科主任部長	婦人科腫瘍・産婦人科一般

退職(平成29年2月)

氏名	職位
河崎 祐貴子 (かわさき ゆきこ)	糖尿病内分泌内科 副部長

退職(平成29年3月)

氏名	職位
八木田 正人 (やぎた まさと)	リウマチ膠原病内科 主任部長
戸田 憲一 (とだ けんいち)	皮膚科 主任部長
永野 忠義 (ながの ただよし)	産婦人科 主任部長
植山 浩二 (うえや まこうじ)	心臓血管外科担当 (心臓センター) 部長
中江 吉希 (なかえ よしき)	血液内科 副部長
三宅 孝宏 (みやけ たかひろ)	整形外科 副部長
松宮 亘 (まつみや わたる)	眼科 副部長
青木 優典 (あおき まさのり)	眼科 副部長
櫻本 稔 (さくらもとみのる)	呼吸器内科 副部長
浜田 禅 (はまだ ゆずる)	総合内科 副部長
杉元 佐知子 (すぎもと さちこ)	看護統括部長