



### 新任のご挨拶

形成外科部長  
さかもと ただよし  
**坂本 忠秀**

平成25年4月1日より、前任の白武靖久医師に代わり熊本中央病院へ赴任しました。

形成外科は、平成22年10月より週1回非常勤医師による診察を開始し、平成23年4月より常勤医師1名体制となりました。これによって入院を要する形成外科領域疾患の治療が可能となり、今後も皆様のお役に立てることと存じます。

形成外科の対象疾患は、全身皮膚の外傷、熱傷、顔面骨骨折から、体表の先天異常、皮膚軟部組織腫瘍およびその術後再建、瘢痕やケロイド、慢性皮膚潰瘍、

まぶたの異常（眼瞼下垂症、睫毛内反症など）、爪の異常（陥入爪、その他）など非常に多岐にわたります。また一部は美容外科で行われる領域とも重なりますが、多くは形成外科的基本手技の上に成り立つ治療です。当院では保険診療の範囲で対応いたします。上記のような疾患でお困りの際は、お気軽にご相談ください。

また当院の特徴として、当院循環器科、内分泌代謝科、腎臓科などと協力して下肢血行障害をとまなう難治性潰瘍の集学的治療を行っていることが挙げられます。動脈硬化、糖尿病、慢性腎不全で血液透析を行っている方などは全身の血管病を合併する機会が多く、特に下肢に創傷を形成すると容易に難治化します。内科的な全身管理、および血管内治療による血行再建を行っていたきながら、形成外科は手術を含めた創傷管理を担当し患者さんの回復をサポートします。

医師1名ではありますが、皆様のお役に立てるよう頑張っていきますので、今後ともよろしく願います。

## ■ 「熊本実践フットケア研究会・実技研修会のご案内」

熊本中央病院では副院長の大嶋秀一医師を中心に、下肢の慢性創傷への集学的治療を目的とした研究会を医師、看護師、その他医療スタッフの方々を対象に開催しています。

### 研究会の目標

- ① 発症した下肢慢性創傷の早期治療と各診療科、施設の連携
- ② 予防的フットケア技術の向上

### 活動内容

- ① 下肢慢性創傷の治療について、講義および実技を通じて治療技術の向上をはかる
- ② 予防的フットケアを、実技を通じてその技術習得に努める
- ③ 各地域で予防的フットケア、下肢慢性創傷の治療のネットワークを構築する

年3回を1クールとして、今回は2014年1月25日（土）に当院で開催します。参加をご希望の先生、医療スタッフの方がいらっしゃいましたら、下記の連絡先までご連絡下さい。

### 連絡先

事務局：よりよい地域医療を応援する会  
 担当 090-5929-1224：園田さんまで



副院長：大嶋医師



実技指導の様子(創傷処置)

腎臓科

腎臓科のご紹介



診療部長（兼腎臓科部長）

ありぞの けんじ  
有蘭 健二

CKD（慢性腎臓病）という概念も広く受け入れられ、定着してきました。成人の 8 人に 1 人がCKDと考えられ、この分野ではかかりつけ医の先生方との病診連携がとても重要と考えています。

腎臓科では、1) 血尿や蛋白尿、腎炎、ネフローゼ症候群の精査と加療 2) CKDの原因精査、悪化因子の検索、保存期教育（薬物療法や食事療法） 3) 透析導入（血液透析や腹膜透析）や導入期指導 4) 透析患者の合併症治療の受け入れ 5) 血漿交換や吸着療法などの特殊な血液浄化療法 6) 膠原病の精査や加療などを施行しており、いつでも先生方のお役に立てればと考えています。

CKDは末期腎不全へ進行するばかりでなく、心血管系疾患の危険因子でもあります。CKD診療ガイド2012では、CKDの重症度分類として原因（Cause:C）、腎機能（GFR:G）、蛋白尿（アルブミン尿:A）の程度をみて評価することを勧めています。原疾患（特に糖尿病）により予後が大きく変わることも、また、アルブミン尿や蛋白尿はGFRとは独立したCKDの進行因子であることがその理由です。また、1) 高度の蛋白尿（尿蛋白/Cr比0.5g/gCr以上または尿蛋白2+以上） 2) 蛋白尿と血尿が陽性（1+以上） 3) GFR50

未満（ただし腎機能の安定した70歳以上では40 未満）をかかりつけ医と専門医との連携をすすめる基準としています。さらには、今まではRAS阻害薬（ACE阻害剤やARB）による積極的な降圧をすすめていましたが次のように見直しされました。高齢者では慎重に降圧すること、とくに降圧剤を服用中の患者で食事摂取ができない、嘔吐している、下痢をしている、あるいは発熱など脱水になる危険があるときには、急性腎障害の予防の観点からこれらの降圧剤を中止して速やかに受診するように患者さんに指導することを勧めています。特にACE阻害剤やARB投与時には、血清Cr値の上昇や高K血症に注意することが重要です。自宅での体重や血圧等の自己測定の指導は、CKDの治療にとっても役立ちます。

患者の高齢化は、特に腎機能が悪化した場合の対応（透析導入するかどうかの判断）にも大きな問題を投げかけています。患者さんやご家族の意思を尊重して決めますが、認知症がある場合、ADLが著しく低下している場合、悪性疾患などの他の疾患を合併している場合などは、その判断に迷うこともあります。そのような場合、ご本人およびご家族の状況をご存知のかかりつけ医の先生の御意見が大変参考になります。

このようにCKDの分野では、すでに種々の合併症を持っている糖尿病や高齢の患者さんが著しく増加しています。末期腎不全および心血管系イベントを少しでも阻止する目的で病診連携を展開し、今後も先生方といろいろとご相談させて頂ければと思います。

CKD の重症度分類

| 原疾患                                      | 蛋白尿区分                                    |              | A1      | A2          | A3       |
|--|--|--------------|---------|-------------|----------|
| 糖尿病                                      | 尿アルブミン定量 (mg/日)<br>尿アルブミン /Cr 比 (mg/gCr) |              | 正常      | 微量アルブミン尿    | 顕性アルブミン尿 |
|  |  |              | 30 未満   | 30 ~ 299    | 300 以上   |
| 高血圧<br>腎炎<br>多発性嚢胞腎<br>腎移植<br>不明<br>その他  | 尿蛋白定量 (g/日)<br>尿蛋白 /Cr 比 (g/gCr)         |              | 正常      | 軽度蛋白尿       | 高度蛋白尿    |
|  |  |              | 0.15 未満 | 0.15 ~ 0.49 | 0.50 以上  |
| GFR 区分<br>(mL/分<br>/1.73m <sup>2</sup> ) | G1                                       | 正常または高値      | ≥ 90    |             |          |
|  | G2                                       | 正常または軽度低下    | 60 ~ 89 |             |          |
|  | G3a                                      | 軽度~中等度低下     | 45 ~ 59 |             |          |
|  | G3b                                      | 中等度~高度低下     | 30 ~ 44 |             |          |
|  | G4                                       | 高度低下         | 15 ~ 29 |             |          |
|  | G5                                       | 末期腎不全 (ESKD) | <15     |             |          |

重傷度は原疾患・GFR 区分・蛋白尿区分を合わせたステージにより評価する。CKDの重傷度は死亡、末期腎不全、心血管死亡発症のリスクを緑■のステージを基準に、黄■、オレンジ■、赤■の順にステージが上昇するほどリスクは上昇する。



# 検査科 尿中微量アルブミン検査について



臨床検査技師  
さ さ き あゆみ  
佐々木 歩

尿中微量アルブミン (UMA) 検査は、CKDの進行因子のひとつで、糖尿病性腎症に“なり始めていないかどうか”の診断にたいへん有用な検査です。CKDの早期発見に検尿は簡便で有効な方法ですが、検尿で尿蛋白が陽性になった時には、CKD重症度分類上でステージの高い状態になっていて、腎機能の回復は見込めない状態にまで進行しています。

アルブミンは多くの蛋白の中でも分子量が特に小さいので、通常の尿タンパクが陽性になる前から尿中に現れます。例えば、尿蛋白(-)UMA (+)の時期はCKD分類ではA2区分に相当しますが、この時期にしっかり血糖コントロー

ルや血圧のコントロールを行うと、合併症の頻度が減少します。また、UMA (-)の時期であるCKD分類のA1区分であれば、強力に血糖コントロールを行うことで腎臓が正常な状態に回復することも期待できます。検査は1回では判定せずに期間をおいて何回か行い、UMAが持続的に出ているかを調べ判定します。

また保険点数に関しては、まず糖尿病又は糖尿病性早期腎症患者であり、そのうえで微量アルブミン尿を疑うものに対して検査を行った場合に限り算定可能です。但し、3ヶ月に1回しか算定することができませんので、ご注意ください。



# 栄養科 慢性腎臓病 (CKD) の進行を抑える食事 Q & A



管理栄養士  
い ど ぐ ち ま い こ  
井戸口 麻衣子

Q1：1日の塩分はどれくらいですか？

A1：慢性腎臓病 (以下CKD) は血圧コントロールが大切であり、降圧薬の効果を高める為にも減塩は必要です。減塩の目安としては、1日塩分6g未満、1食2gですが、外食や加工品、塩蔵品の利用頻度が多い方では、1日10gをはるかに超えています。梅干し1個には約2g、ちくわには約1.5g、麺類等には6g前後の塩分が含まれていますので、まずはこれらを控える事が最も効果的な減塩につながります。さらに味付けは、外食や市販品・惣菜の味を濃く感じるようになると、薄味が実行出来ている目安となります。

Q2：たんぱく質制限は、いつからどれくらいにすればよいのでしょうか？

A2：CKD重症度分類のG3 (GFR 59mL/分/1.73m<sup>2</sup>) 以下になると、たんぱく質は標準体重当たり0.8～1.0g/kgに制限が必要となります。低たんぱく質＝栄養失調のイメージがあるかもしれませんが、実際には主菜となるたんぱく源の肉・魚・卵・大豆製品の使用量が多かったり、1食の中で2皿以上摂ったりと、成人必要量の2倍程度の摂取となっている方も少なくありません。GFRが正常または軽度低下でも、過剰摂取とならないように、主菜を1食1皿 (例：肉なら60g程度) にし、主食 (穀類) や副菜 (野菜類) をきちんと摂り、食事のバランスを改善しましょう。



## 連携医療機関インタビュー

中央仁クリニック 院長 まつおか きよし 松岡 潔 先生

平成25年3月に熊本中央病院を退職され、4月1日より中央仁クリニックの新院長としてスタートされた松岡潔先生にお話を伺いました。

### ◆クリニックについて。

当クリニックは人工透析患者さんの透析を基本とし、慢性腎臓病（CKD）患者さんの診療や指導を行っています。診療体制については、月曜～土曜までの人工透析と、私がこちらに来てから月・水・金は夜間透析も始め、透析ベッド数も増やしました。現在スタッフは、医師2名、臨床工学技士2名、臨床検査技師2名、看護師8名、看護助手1名、受付1名です。

### ◆こちらは開業されて何年ですか？また、こういった患者さんが多いですか？

福井博義理事長が開業して9年経ちます。長年通院されている方や近所の方も多少は来られます。また、基幹病院から透析導入後の維持透析を目的とした紹介も多いですね。

### ◆透析患者さんの送迎をされている医療機関もありますか？

当クリニックでも患者さんの送迎を行っています。患者さんによって透析開始時間が異なるので、スタッフが2往

復ぐらいしています。仕事が終わって透析をする患者さんもいらっしゃるのですが、終わるのが11時くらいになる時もありますが、夜間は私と福井理事長、臨時の先生と交代で診療にあたっています。

### ◆糖尿病性腎症からの透析と透析予防外来を多くの医療機関も始めていますが、今後透析の導入が減少する、あるいは導入時期が遅くなっていくと思われませんか？

昔のように若い方の透析が増加していた時代とは違うと思います。現在は高齢者が多く、当クリニックも透析患者さんの平均は70歳で、最高90歳の方が通って来られています。熊本は全国的にみると透析患者が多いのですが、それは病診連携の徹底と生存率の高さが反映していると思います。

### ◆熊本中央病院に望むことは？

熊本中央病院は診療科の横の繋がりが良く、合併症など腎臓以外の診療科でも早めに精査してくれるので助かっています。また、「くまちゅう画像ネット」を利用していますが、クリニックに受診される前の過去の画像も見ることができるので、容易に比較できます。今後も基幹病院と連携をとりながら、慢性腎臓病、腎不全患者さんを中心として安心して治療をうけて頂けるよう努力していきたいと思っています。



中央左が福井博義理事長、右が松岡潔院長。技師の方を含め全員が女性スタッフで患者さんの対応をされています。



透析室の様子(25床)。ベッドまわりにゆとりがあります。

## 医療法人 腎生会 中央仁クリニック

〒862-0960熊本市東区下江津8-3-23  
TEL：(096) 334-6655 FAX：(096) 334-6656

### ■診療時間：

【月～金】午前9：00～12：00 午後13：30～17：00

【土】 午前9：00～12：00




# 放射線科 くまちゅう画像ネット

放射線科医師 たかおか ひろこ 高岡 宏子

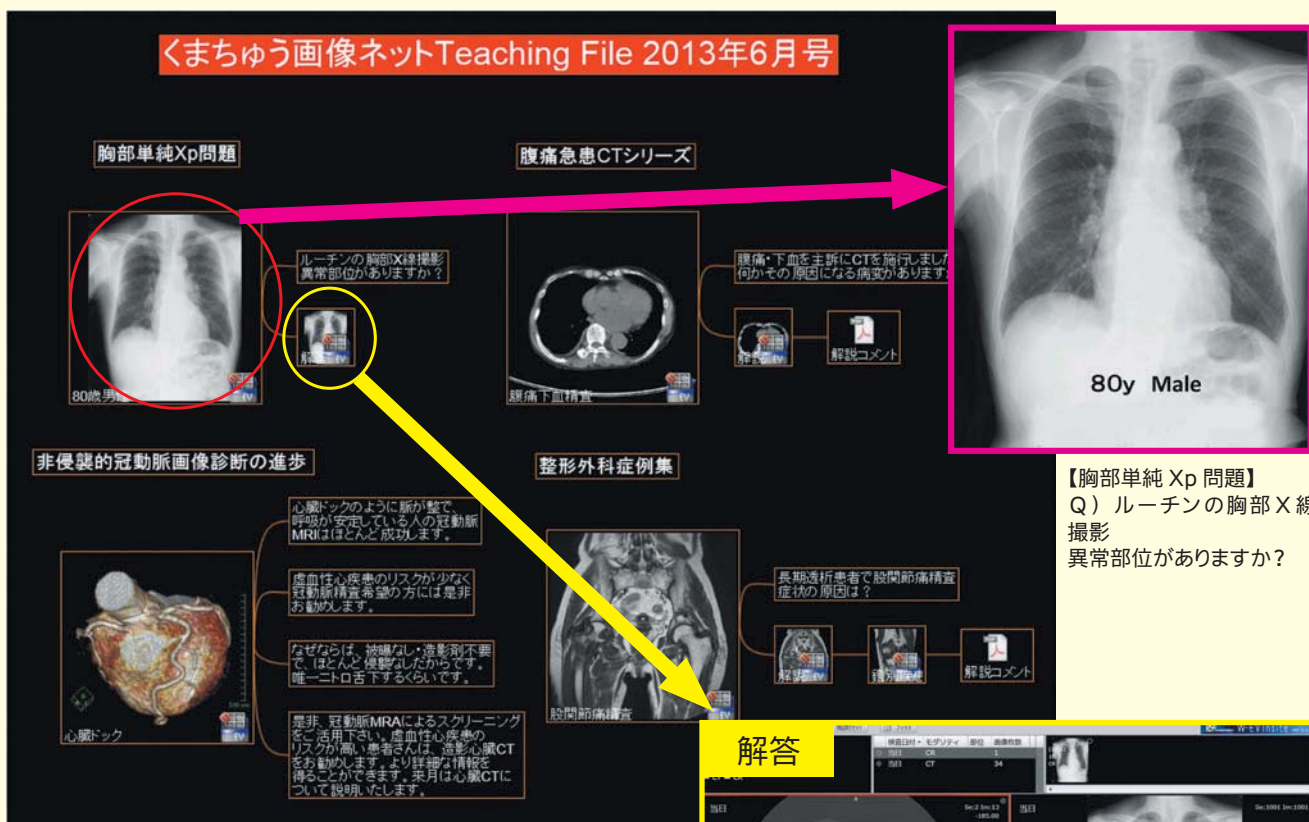
## ◆「WEV-palette (ウェブパレット)」のご紹介◆

くまちゅう画像ネットは、多くの先生方から現在進行形でご参加を頂いております。今回はそのなかでも、くまちゅう画像ネットで閲覧頂ける新ツール「WEV-palette (ウェブパレット)」の機能についてご紹介致します。

「WEV-palette」とは、熊本中央病院で作成したX線写真やCT / MRI画像を主体としたティーチングファイル機能(パレット)を基に作成しているくまちゅう画像ネットでの配信版です。くまちゅう画像ネットに参加して頂いている先生方へ、日々の診療に役立てられそうな画像と診断への流れ・結果などを配信しております。

【実際の画像】 例えば、WEV-Palette 2013年6月をClick! 

くまちゅう画像ネットTeaching File 2013年6月号



**胸部単純Xp問題**  
ルーチンの胸部X線撮影異常部位がありますか？

**腹痛急患CTシリーズ**  
腹痛・下血を主訴にCTを施行しました。何かその原因になる病変がありますか？

**非侵襲的冠動脈画像診断の進歩**  
心臓ドックのように肺が整って呼吸が安定している人の冠動脈MRIはほとんど成功します。  
虚血性心疾患のリスクが少なく冠動脈精査希望の方には是非お勧めします。  
なぜならば、被曝なし・造影剤不要で、ほとんど経験しただけだからです。唯一「二口舌下するくらい」です。  
是非、冠動脈MRIによるスクリーニングをご活用下さい。虚血性心疾患のリスクが高い患者さんは、造影心臓CTをお勧めします。より詳細な情報を得ることができます。来月は心臓CTについて説明いたします。

**整形外科症例集**  
長期透析患者で股関節痛精査症状の原因は？

**【胸部単純 Xp 問題】**  
Q) ルーチンの胸部X線撮影異常部位がありますか？

**解答**

右下葉に空洞を伴う結節影！

Q&A方式で展開し、症例とその解説が閲覧可能です。

診断に迷われる場合などは是非ご利用下さい。

システム使用につきまして何かご要望がございましたら、定期的に貴院に点検に伺いますのでPSP営業へお伝え下さい。また、ご希望のトピックがありましたらお聞かせ下さい。

くまちゅう画像ネット参加をご検討中の先生方、まだまだご参加をお待ちしております！

当院のホームページにも「くまちゅう画像ネット」について詳しくご紹介しております。お問い合わせ、資料のご請求はくまちゅう画像ネット運営委員会事務局（地域医療連携室）までご連絡下さい。

くまちゅう画像ネット  
運営委員会事務局  
(地域医療連携室)

電話 (096) 370-3111 (代) 内線 3101  
FAX (096) 214-8977  
E-mail [chiiki@kumachu.gr.jp](mailto:chiiki@kumachu.gr.jp)  
ホームページ <http://www.kumachu.gr.jp>



循環器科

心臓病カンファレンスだより⑥

外来診療での心電図について

循環器科部長 <sup>の だ かつ お</sup> 野田 勝生

今回は、日ごろ外来の診療でお悩みになる心電図についてです。

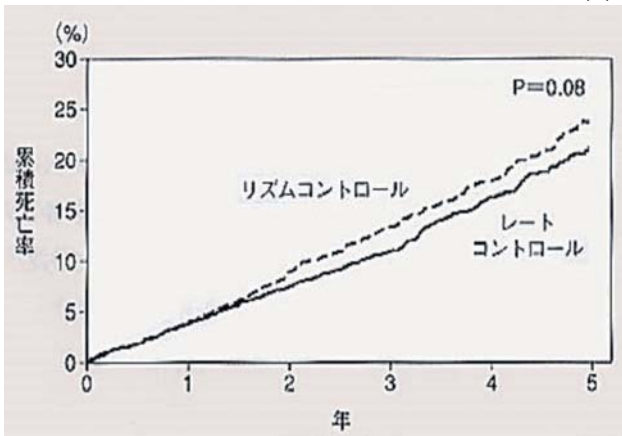
まず身近なものから

1. 心房細動について

① すぐ洞調律に戻さなければいけないか？

特別な場合（閉塞性肥大型心筋症、血圧低下、強い自覚症状など）を除き、急いで洞調律に戻す必要性はなく、脈拍の調整（ワソランやβ遮断剤の内服）で数日経過をみて頂いて構いません。図1に洞調律に戻した群と脈の調整をした群で長期予後は変わらないという報告結果を示します。

図1



② 脳梗塞予防をするのか？

抗凝固療法の適応決定や投薬の種類（新規抗凝固薬なのかワーファリンか）、経過観察は若干煩雑かもしれませんが、お悩みの場合はどうぞご紹介下さい。なお、抗凝固の開始は心房細動が判明したらなるべく早いほうが望ましいと思います。

2. 心室性期外収縮について

① どのような場合に治療が必要か？

a) 器質的心疾患がない方：自覚症状がない場合は抗不整脈薬の治療はいっさい不要です。症状がでて困っている場合は安定剤や短期作用型のβ遮断剤（屯用など）が有効です。

b) 器質的心疾患がある

あるいは疑わしい患者さん：心精査の後に種々の治療が開始になる場合があります。

その場合は総合病院での精査をお勧めします。

3. 徐脈性不整脈について

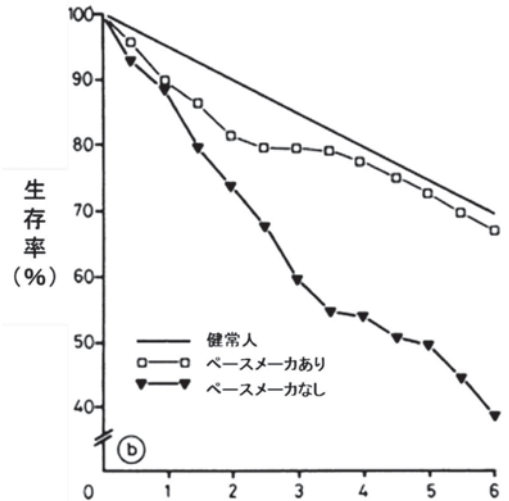
症状がある（めまい、ふらつき、失神、倦怠感）場合はペースメーカー治療の適応となりますが、症状がない場合は経過観察となります。

① 洞機能不全の場合：ペースメーカーは予後改善というよりQOL改善が主体となります。

② 房室ブロックの場合：2度のモービッツ型、高度房室ブ

ロック、完全房室ブロックはペースメーカーでの予後改善が報告されていますので積極的な治療が望ましいようです。（図2）

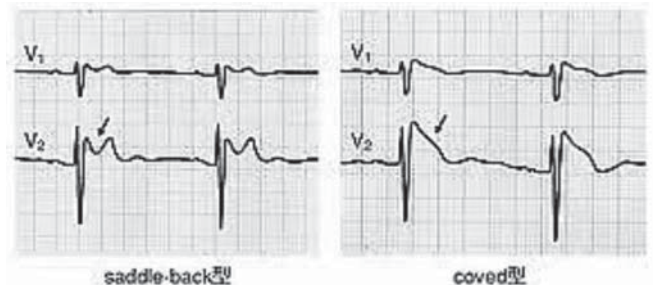
図2



4. ブルガダ症候群について

右脚ブロック波形、特徴的なV1-3のST変化（図3）がある心電図で、男性に多く夜間睡眠中の突然死と関連するものとされています。

図3



健診チェックで来院するところまで調べるか？危険性はどうか？がとても気になりますがこの波形がすべて危ない（突然死）といったことではありません。この波形をもつ方なかで**心室細動の既往、失神の既往、あるいは家族に突然死の歴**がある方が危険です。よって病歴聴取が非常に大切であり、上記リスクがない方の場合、突然死のリスクは0.1-0.3%とされています。

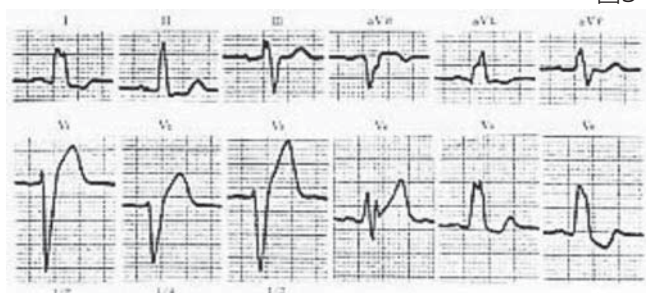
5. 脚ブロック波形について

右脚ブロック（RBBB:図4）と左脚ブロック（LBBB:図5）があります。

図4



図5



①右脚ブロック：ほとんどの場合で問題はありませぬ。なお、特殊な場合として先に示したブルガダ波形の方、あるいは2束ブロック(四肢誘導で左軸変位や右軸変位を呈する)は要注意とされます。

②左脚ブロック：器質的心疾患が隠れている可能性が高い波形です。精査が必要です。専門病院での精査をご検討下さい。

### 循環器科

### 心臓病カンファレンスだより⑥

### 症例報告

うすく ひろき  
循環器科 宇宿 弘輝

#### 76歳男性の症例

**現病歴：**平成5年に徐脈性心房細動のためVVIペースメーカー植え込み術を施行されており、慢性心房細動のためワーファリンの内服を服用中であった。口腔内真菌症を認めたため、平成25年6月1日より抗真菌剤：フロリードゲル(ミコナゾール)を処方され使用していたが、6月22日に舌、四肢に出血を認めたことから6月24日に当科緊急受診、同日緊急入院となった。

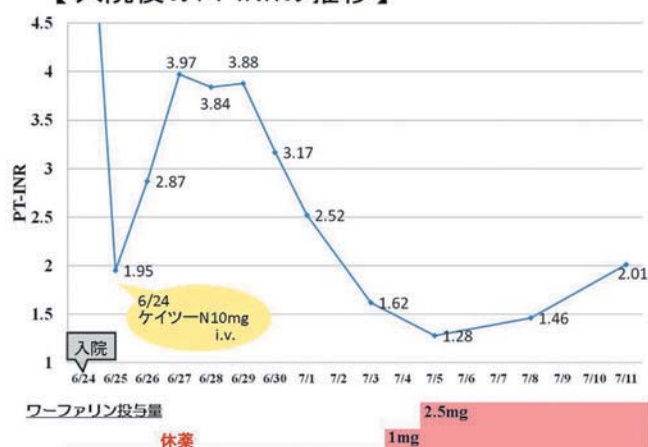
#### 入院時内服薬

ワーファリン 2.5mg/day, メキシチール 200mg/day, バイアスピリン 100mg/day  
ラシックス 40mg/day, アイトロール 40mg/day, アルダクトンA 25mg/day  
タナトリル 5mg/day, フロリードゲル 50mg/day

**入院後経過：**入院時の血液検査でPT(INR)が測定不能。フロリードゲルとの相互作用によりワーファリンの効果が増強したと判断、ワーファリンを一旦中止しケイツー N(メナテレン注射液)を10mg静注した(フロリードゲルは当科入院時には既に中止されていた)。経時的に血液検査を施行し徐々にPT(INR)が低下してきたため(図1)、ワーファリンを再導入し7月13日に当科を退院となった。

【入院後のPT-INRの推移】

図1



#### 考察

**抗真菌剤：**ミコナゾールとの併用によりワーファリンの効果増強を認めた一例を経験した。添付文書上、ミコナゾールを含むアゾール系抗真菌剤はワーファリンの効果を増強させるため併用注意となっている。一方近年注目を集めている新規抗凝固剤も抗真菌剤の併用はダビガトラン、リバロキサバンで禁忌、アピキサバンで併用注意となっている。抗凝固剤使用中の症例に抗真菌剤を使用することは出血リスクを高めるため注意が必要であると考えられた。

## 熊本中央病院循環器科からのお知らせ

### 1. 緊急患者の対応

◆循環器ホットライン◆ ☎090-2508-7899

循環器急患の場合は 24 時間対応しますので、上記へご連絡頂きますようお願い致します。

### 2. 冠動脈CT・心臓カテーテル検査依頼

■お電話で入院日、検査日を決めることができます。  
⇒ ☎096-370-3111 (代表)

### 3. ホルター心電図解析の申込み

■生理検査室あてにお申込み下さい。方法はその時に説明いたします。

### 4. ファクシミリ心電図解析依頼

■判断に困るような症例の場合、心電図を送付して頂ければ担当医が解読して御返事致します。

送付先 F A X : 096-370-4005

### 5. 月例心臓病カンファレンス

■毎月第2水曜日、午後7時30分より管理棟2階大講堂にて症例検討を中心とした勉強会を運営しています。参加は自由ですので足をお運び下さい。心電図相談も致します。

問い合わせは、内線3726、循環器科秘書までお願い致します。



# くまちゅう TOPICS

## 『第 7 回熊本循環器市民公開講座』開催について



去る6月2日熊本県立劇場にて『第7回熊本循環器市民公開講座』が開催され、800名以上の市民の方々に参加頂きました。

この講座は市民の皆様の循環器疾患への啓発を目的とし、発足し、事務局である熊本中央病院を中心に熊本の循環器施設（熊本大学医学部附属病院、済生会熊本病院、国立病

院機構熊本医療センターなど）の先生方に全身の血管病について講演頂いております。

今回当院からは循環器科部長野田勝生医師が、「あなたと大切な人を心筋梗塞から守りましょう」と題し、心筋梗塞についての講演を行いました。

### 編集後記 職場について最近感じた事ども

「仕事は忙しく大変だったけど、飲み会では遅くまで皆と話したりして楽しかったな」、「H先生はチャージングでもてましたね」。ある外勤先の病院で、ある外来ナースとかわしたたわいもない昔話です。多分に若かりし頃の郷愁が入った内容ですが、私は研修医で月の半分以上は当直でストレス潰瘍を作りながらの過酷な状況でした。しかし、新しい事を学べる喜びがあり、微力ながら組織の一員としての存在を感じることもでき、さらに先輩達から（医師以外も）多くの事（医学以外も）を教えてもらい充実した日々でした。

「仕事は生活の糧を得るためのものであり、家庭を作り不自由のない生活をしたい」、  
ある就職試験の小論文の一部ですが、まだ学生で世間の事は知らない身とは言え、澆刺（はつらつ）とした若さが感じられず私は少なからずシヨクを受けました。多分に東洋的発想ですが、私は職場は糧を得るだけではなく仕事を通して自分を成長させることができる（道）場ではないかと思っています。そして職場の中で個人個人が何らかの積極的な役割を果たし組織に貢献できた時、何がしかの満足感を感じることでしよう。

人類の恩人であるパスツールはかつてソルボンヌ大学の学生達に語りました。「...、まず自分に問うてみることであり、自己の修業のために何をなしたかと、そして諸君が次第に進歩したならば、自分は祖国のために何をなしたかと問うてみなさい。そして諸君は、ついに人類のために、またその進歩のために、何らかの形で寄与したという自覚で、広大な幸福感に浸りうる時が必ず来るだろう。」（『運命を創る』安岡正篤）組織は人が作るものであり、その組織や社会の発展を決定するものは組織の整備ではなく、組織に参加している個人の価値を高めることであり、彼らがいかに主体的に活動し組織に影響を与えるかが組織の命運を決めるように思います。

九月八日早朝ブエノスアイレスより日本に明報が届きました。二〇一〇年の東京五輪開催決定の知らせです。その報道で特に感動したことは、招致委員会のメンバーとして活躍した現役アスリート達が流した喜びの涙でした。彼らの中で七年後に現役でオリンピックに参加できるアスリート達は皆無でしょう。その感涙は、目標を達成した充実感、さらに後に続く若きアスリート達、そして故郷や祖国のために寄与できた幸福感ではなかったかと思えます。

我が職場熊本中央病院は、若い職員達が二〇年―二〇年後「大変だったけど楽しかったな」と言えるような職場であってほしいし、また職員が少しでも主体的に関わることで充実感を感じられる職場であってほしいと願うものです。

文責 大嶋 秀一



## 国家公務員共済組合連合会 熊本中央病院

〒 862-0965 熊本市南区田井島 1-5-1  
TEL (096) 370-3111 (代)  
FAX (096) 214-8977 (地域医療連携室)  
URL <http://www.kumachu.gr.jp>

- 受付時間 8:00～11:00 / 13:00～14:30 (一部) (ただし、急患はこの限りではありません)
- 休診日 土曜、日曜、祝祭日、年末年始