

# はなみずき



院長 鎗田 努

## 医療の将来について

### 少し考えてみました [Ⅲ-2]

前号で次は「専門医制」について書かせていただく予定と述べましたが、最近新聞に学校教育に対する批判記事が出ていました。教育は国の根幹を作る大問題のはずです。制度を作った側にも批判している側にも、そのあまりの軽さ、ご都合主義にイライラしました。そのような訳で、今回の内容も変な方向に曲がってしまい、まともにもなく申し訳ありません。

文部科学省のいう「ゆとり教育」という制度に批判が集中しているようです。学校で学ぶことには、社会生活をしていく上での基本的なルールや人間関係等色々ありますが、根本は「知識」を得ることだと思います。その「知識」ですが一般的にいうと(1)指導者や先輩から教育、指導として与えられた知識、(2)必要に迫られたり、興味を持ったりして積極的に手に入れ、さらに自分なりに肉付けした知識、(3)本やインターネット、友人等より与えられる新しい知識、この3種類があると考えています。(1)がしっかりしていませんと(2)に進めませんが、これは指導する側の技量や人間性によって、その質や量が全然違ってきますので、教育や人を育てるということは大変なことだと思っています。(1)と(2)だけですと時代遅れになりますし、(1)(2)がきちんとしていないで(3)だけですと、聞きかじりの贗物の知識になってしまいます。学校教育が変わり、インターネットが普及したりで世の中は急激に変わってきていますが、医療も同

様です。医療ではE B M (Evidence Based Medicine: 証拠を基礎とした医療カナダで発祥。科学的根拠に基づく医療と訳され、日本では患者さんの情報を統計的事実に照らし合わせて、方針をたてることと理解されている。)という概念があり、実際の現場は「診療ガイドライン」や「標準治療」というマニュアルのようなものがあります。患者さんとの関係には「インフォームドコンセント」という考えが中心になってきています。昨年からはスーパーローテートという新しい卒後研修制度がスタートしました。医療に知識はもちろん大切ですが、その他に「技術」と「人間性(人間関係)」も同様に大切です。新しい制度で何が変わるのか、変わらなければならないものは何か、大切に守らなければならないものは何か、自分はどう変わるのか(あまり変わりそうもありませんが?)と考えています。(蛇足:脱皮しない蛇は滅びる:ニーチェ)

E B Mも診療ガイドラインもインフォームドコンセントも、医療は「標準化」、「規格化」されるべきとい

う考えに基づくものと言われています。本質的にも、総論としても正しいことです。即座に方針を決定しなければならぬ急性期疾患が減り、慢性疾患が多くなり、時間的余裕ができ、医療の主体も医者から患者さんになってきました。医者の「経験や勘」よりも科学性や分かり易い理論づけが大切となります。医者もこういう方針に従っていた方が精神的に悩まなくて済みますが、少し違うかなと思う部分もあります。(EBMは日本には馴染まないとい私は勝手に思っていますので、EBMについては述べません)

## 医療現場

近年、急性疾患から慢性疾患へと疾患構造(と緊急疾患への対応法、例えば胃の大出血に対して胃カメラで止血する等)が大きく変わってきています。(余談:医師会は、夜間救急体制を行っていますが、極論すれば、本当に時間を争うものは、痛み(胆石や尿管結石等の)の対処を別として(イ)くも膜下出血等(ロ)心筋梗塞等(ハ)交通事故等の多臓器損傷(ニ)一部の小児疾患(おさまらない痙攣発作、腸重積等)といえるぐらい最近では、医者の寸先の判断が要求されるものは減ってきていると感じています。)慢性疾患が増えた為、治療効果等が統計学的に判断されるようになり、ゆっくり考える時間もでき、病状の移り変わりが数字で分かり易く説明できることが多くなり、医療の標準化への道が拓け、ガイドラインやインフォームドコンセントの必然性が高まるのは当然です。但し、慢性疾患といっても、高血圧や糖尿病等の内科的疾患と癌や胆石等の外科的疾患とは多少ニュアンスが異なっていると思っています。病悩(治療)期間は内科疾患の多くが月~年単位ですが、外科疾患では、方針を決めるまでの期間が日~週単位と短く、その上技術(医者個人や病院の)の判定は難しく、統計処理に馴染みにくい面があります。治療期間の長い疾患ほどガイドラインもインフォームドコンセントも重要性が増します。ガイドラインは例えば「2004年版高血圧治療ガイドライン」という形で発行され、新しい知見も加わり、これは診断、治療のほとんど全てと言っても言いすぎ

ではなく、医者の判断が入る余地はごくわずかです。インフォームドコンセントも、医者の手の内(データ等)を全てを示して、患者さんと協同した方が治療効果は上がると考えられます。

一方、方針決定までの期間が短く、勝負が早い疾患(癌等)では、患者さんの抱える問題(加療中の他の病気等)や事情(家庭や仕事)等が治療方針決定に影響を与えますし、それを行なう病院や医者の技術(実力)も大切な要素です。(余談:技術の本当の評価は第三者には困難で、聞きかじりで行なうと読売新聞の「病院の実力」という特集のように「玉石混交」になるのがオチです。技術の正しい評価は、何回も一緒に仕事をして、評価する側が個人的に感じることに基になりますので、どうしても非常に狭い範囲内(出身大学内とか)に限られてしまいます。難しい治療を行うチームを作る際には、医者個人の人脈範囲内になってしまいます。インターネット時代にはそぐわないことですが、技術の評価とはそういうものだと思っています。)病気そのものの治療よりは症状をとることを主目的にしなければならないこともあります。ガイドラインは参考にするだけというケースが出てきます。インフォームドコンセントも、全てをあからさまにしない方が患者さんを落ち込ませたりせず、治療効果が上がると思われるケースも数多くあります。医者が精神的に悩む点であり、医者の勝手な思い込みにならない為にも、医者(病院)と患者さん(やご家族)との人間関係は大切と常に考えています(はなみずき6号)。

ガイドラインが優れていればいる程、それに従うことで良い結果が出ますのでつい頼りがちになってしまいます。「もっと良い方法があるかもしれない」と常に考えていなければ医療は進歩しませんし、漫然と従って例外的ケースを見落とすこととなります。ついつい病気ばかりをみていて「病気の人」を忘れてしまうこともあります。(大学にいた頃、「たまには病気をすれば患者さんの気持ちが分かるようになるのだが」と恩師香月先生を嘆かせていた私が言うのも変なものですが)心したい点です。

医療には知識、技術、人間関係の3つが不可欠ですが、慢性疾患が増えて患者さんも医者も考える時間が増える程、目の前の患者さんの「一つ」の病気に限っ

での「知識」ではプロとアマの差がはっきりしなくなりつつあります。肝機能や糖尿病のデータは数字で現されて誰にでも判断できるようになりました。心電図は8割くらいは機械が読んでくれます。X線フィルムやCT写真をインターネットで送れば、読影専門医と称する人が、診断をつけてあげますという産業も始まっています。診断や治療のDecision Tree (注:女性誌の性格判断等に良く見られる「ハイ」の人は①へ、「イイエ」は②へと次々に進んで結論を出す方法) なる方法もあり、医者<sup>決定の木</sup>の大切な「思考過程」までもが機械化されてきています。こんな中での医療現場では、全体像が見えて、総合的に判断できる力、一つ一つの事象を組み立てて考える力がますます要求されていると考えています。

(イ) 左乳房切断術と腋窩の廓清術を5年前に受け、リンパ液の鬱滞の為、左の上肢がむくみ、上腕が40.5cm、前腕が39.8cmと腫れ上がり、ほとんど左上肢が動かせないでいた患者さんが、胆石と胆のう炎で当院に救急入院されました。検討会で小出副院長より「鬱滞しているリンパ液を腹腔に流してやれば、上肢のむくみは減るはず」との提案があり、開腹手術時に腹腔の大網という脂肪組織を、前胸部皮下にトンネルを作って腋窩まで引っ張っていく手術を一緒に行い、上腕30cm、前腕29.5cmむくみが改善し、上腕を動かすことができるようになり、入院の原因となった痛みと以前からの悩みとが一挙に解決しました。学会で報告し、こういうことが臨床家が目指すことだとの評価をいただき、日本外科学会の学術誌にOmental Transposition for Lymphedemaの題名で掲載される予定です。

(ロ) 川沿いでキャンプをして、カニ(サワガニ、モクズガニ)を食べたり、その時使ったまな板を良く洗わないで使ったり、または「猪」の生食をしたりしてかかる「肺吸虫症」という非常に珍しい寄生虫の病気があるのをご存知ですか。胸水貯留や気胸を起こすことが知られています。当院では3人の患者さんを経験しました。(市内の呼吸器専門の医師に問い合わせましたが、経験がないとのことで、市内ではこの3人だけかもしれません) 呼吸困難と咳を訴えて来院された患者さんに右側に胸水を認めましたが、抗生剤投与

で約1ヵ月で症状がなくなりました。その約3ヵ月後に今度は左に貯まって来院し、これは普通経験する胸水貯留(炎症、癌、心不全等)とは違うなと感じましたが、自然にすぐ治ってしまいました。約1年後に腹痛で来院された時に、また右に胸水が貯まっており、ここでやっと「寄生虫」を考え、いくつかの特殊な検査をして肺吸虫症と診断し、特効薬を使用し治療しました。(蛇足:こんな特殊な病気にも、日本には専門家が居るのには驚きましたしお世話になりました) 初診時より治癒まで1年4ヵ月もかかってしまいましたが、2人目の方は約2ヵ月、3人目の方は約1週間で診断、治療ができました。肺吸虫症は九州から稀に報告がある程度です。このような特殊な病気を診断するには、何か普通の状態とは違うと感じる力とこの病気の存在を知らなければ、放射線読影医の助けも、Decision Treeも役に立ちません。患者さんの生活をきちんと聞き出すこと(2人目の方は九州出身、3人目の方は養老溪谷でキャンプをしてから調子が悪くなった)も診断の助けとなりましたがやはり最初の患者さんの経験が生きたといえます。(余談:こういう例があるので、医師会では「一人の経験を皆で共有しよう」という勉強会を行なっています)

これらの経験は、これからどういう医療を目指すべきかを私達に教えてくれていると思っています。現在は、診断や治療にはガイドライン等の「大きな指針」があり、ほとんどの場合、唯一無二といえる程大切です。しかし、例外的なケースがあり、またはガイドラインは参考にするだけ、さらには無視しなければならないことを医者の「経験と勘」から感じることもあります。良い方法があっても、それを行なう「技術」がついてこなければ「絵にかいたもち」です。患者さん(や家族の方)がとことん納得し、信用してくれなければ前に進めないことも度々あります。世の中がどう進もうが、表面的な知識や情報がどれだけ充実しようが、医療はコンピュータや機械的思考だけですまない点が多いと考えています。

## 新しい卒後研修制度

昨年スタートしたこの制度は、本質的には約30年前に廃止されたインターン制度と同じものと理解しています。6年課程の医学部を卒業した後、内科や外科等の診療科を回り、現場の医療の研修をする点は同じですが、前者が医師免許をもつての2年間であり、後者は免許なしの1年間であった点が異なります。しかし前者も指導者なしでの医療行為には制限がありますので、細部は分かりませんが制度としてはあまり大きくは変わってはいないと言えます。(蛇足です:私達が学生時代にあったインターン制度は、医師免許がないので現場に出ても身分はお客様であり、研修内容は研修先任せであり、日常の診療に追われている研修先では、インターン生まで手が回らない等の多くの矛盾を抱えていました。国家試験をボイコットしてまで闘争を行い、この制度の廃止を克ち取った私達の学年(昭和41年医学部卒)にとって、この復活はかなり複雑な気持ちです。インターンは42年度卒を最後に廃止されました。私達はインターンを行い、42年春の国試をボイコットし、その秋に受験して医師免許を取得しましたから、卒業と同時に国試を受けられる43年度以降の卒業生に比べ、1年半余計にかかって医者になったことになり、今も履歴書を書く時にほろ苦く当時を思い出しております。)

現在の医育(制度といえる程度まったものではない)は医局制が中心です。卒業と同時に国試を受けて医師免許を取得しますから、医師として開業しても就職しても良い訳ですが、ほとんどの人は大学の将来自分が専門としたい診療科の医局(内科とか眼科とか)に入局し、その医局の教育プログラムに従うこととなります。平均的なパターンは、最初の1年間は大学でその診療科の基本的な医療を学び、次の2~3年間は医局の先輩のいる病院に出張し現場医療を経験して大学に戻り、次の4~5年間は、大学で臨床と研究を行い、その間に将来の自分の進む方向(臨床医、大学に残っての研究職等)を決めるというものです。臨床医の志望者は、上級の責任ある立場で市中病院に出張をしてそこで身の振り方を決めます。研究職を志望するもの

は留学したりすることになります。最低でも10年間近くは医局(及びその関連)で過ごしますから、その医局の体臭に染まりますし、先輩、後輩の上下関係を大切にようになります。医局を自分の家のように思うようになります。このあたりが、新しい世代には馴染めないのだそうです。

この新しい卒後研修制度の制定(古いインターン制の復活?)の背景を勝手に考えてみますと(イ)専門化というか、細分化されすぎた現在の医療にあって、臨床医には医療全般の基本的知識及び技術が必要であると多くの人が考えている点が第一であるとはおもいますが(ロ)現在の医局制が封建的で徒弟的で、しかも医師の人事が医局の主催者である教授個人に集中しすぎており、これは多くの人が改善が必要と考えていることがあり、(ハ)医療や医者を取り巻く環境が大きく変化してきていることも挙げられます。たとえ制度的には大きく変わらないとしても、人の考え方や生き様が変わり、周囲の事情が変わりますと別の制度のようになり、当時の私達にはだめでも、現在では良い成果が期待できる制度なのかもしれません。

少し考えただけでも(1)疾病構造が変わり、慢性疾患が増え、ゆっくり考える時間ができ「ガイドライン」等の良い指針があるので、場合によっては表面の「知識」では研修医の方が上ということもあり得ます。(2)かつては医療の進歩の主役は医師でしたが、今は分子生物学や遺伝子学のような他の分野、医療機器や新薬の相次ぐ開発等の医療周辺の進歩が医療を動かしていますので、先輩から学ぶことよりも「机上」で学ぶことの方が多いいということもあり得ます。(3)「インターネット会議」のように人が直接触れ合わないで事が行える現代で育った研修医にとって、医局の人間関係にどっぷり浸かって教育を受けるよりは、半分は中で半分は外の状態の研修の方が得るものは多いのかもしれません。とこの制度が現代向きといえる点は多く、広い「知識」と「見聞」は得られると思います。しかし、見聞は所詮見聞であり、机上で学んだ知識は所詮借り物の知識ではないか危惧しますし、技術と人間性(これは医者が個人的に一生を通じて勉強することだと言われるかもしれませんが)の修練はどうするのかの問題も残ると思っています。医療のような

現場が第一である仕事では、有り余る知識も現場で生かされなければ「宝の持ち腐れ」にすぎませんし、知識を行動に移すには、決断も必要です。また、技術は「継承と工夫」で得るもので、継承はある年令を過ぎると困難で「鉄は熱いうちに打て」は外科医の技術修練にもあてはまる言葉です。その上、とことんのめり込んで悩まなければ技術は身につきませんし、新しい工夫も生まれません。医者のように「知識」だけではすまない職業では、どこかに徒弟的な期間が必要であり、それは2年間の研修後に医局に入局（これからは研修医の主体性が大きくなるとは思いますが）することで補えるはずと勝手に思っていました。（蛇足：古い人間であり、体育会系と言われる私の勝手な希望であったかもしれませんが）しかし、新制度下の第Ⅰ期生が2年目に入った現在、「後期研修」が話題に上がってきています。このままアメリカ式のレジデント制（または<sup>博士号 後の 研究生</sup>Post Doctoral Investigator 制度：私はこの制度の恩恵を受け留学しました）に似た制度への移行が考えられているようです。これは正式の職員ではないが、給料（多くの場合は奨学金）が出て仕事をし、上司のメガネにかなえば正式職員になったり、他の施設へ推薦状が貰えるという仕組みです。（アメリカではこの推薦状が非常に重要視されています）かなり以前に、医学生生の友情と競争の青春を描いた「メディカルレッスン」という映画がテレビで放映されていて、ここでは友達の失敗を自分の得点と喜んだり、それではいけないと反省したり、忙しすぎて新婚の妻に逃げられたり（結局はよりをもどす）する医学生達が「厳しい選別」を受けている様子が描かれていました。アメリカでは4年制の大学を卒業後、改めて4年制の医学校に入ります。日本では、医学部に入ればほとんど自動的に医師免許を受けられますが、アメリカのMedical School（医学校）は競争と選別（私達の感覚では「切り捨て」）の4年間です。アメリカは「個人主義」と「競争と選別」が普通の社会ですので、すっきり受け入れられていて、勝ち残った人はその努力を評価されます。かなり個人主義的になってきている現代の日本ですが、「村社会的で同族的な医局制」を嫌うあまり、国情の違う他国の制度を形だけ真似することには慎重になる必要があると思っています。（私は個人

的にはアメリカの医育制度は非常に優れていると思っています。これは背景に「競争と選別」は当然とする国民性があることです。しかし、少子化が急速に進んでいるので日本でも極く近い将来に、いやでも医師は厳しい選別を受けざるを得なくなるはずですよ）

いつでも食物が手に入るセブンイレブン型の24時間オープンコンビニエンスストアの出現は、日本人の生活パターン、家庭生活ひいては考え方で大きく変えてしまいました。介護保険（ドイツ発祥といわれている）もしかりで、心の有り様などは導入前と後とは別の日本人になってしまったと感じます。先人の知恵もどこかに行ってしまいました。これらは発祥した国では、その生活や国民性から必然であったものですが、国情の違いを無視して導入された国には、思いもかけない大きな変化をもたらすものだと強く思います。この新しい医育制度が日本の医療にどんな変化をもたらすとしても、少なくとも私達の時代には、「互いを思いやれる人間関係の上に医療は成り立っている」この土台だけは崩れて欲しくないと考えています。



# 消化管ポリープの豆知識



副院長 小出 義雄

## ポリープとは

胃や大腸など消化管の内腔は、粘膜という数mmの厚さの柔軟な組織に覆われています。この粘膜の一部が内腔に向かって限局的に隆起したものを、ポリープと総称しています。数mmから数cmの大きさがあり、形も様々ですが、その組織の成り立ち（顕微鏡的な分類）には、後述するように幾つかの違いがあります。膀胱や胆嚢など、同じように内腔が粘膜で覆われる臓器にもポリープが発生します。

ポリープと同じ形の癌もありますが、一般にポリープと呼んでいるのは良性の病変と判断されるものです。

## ポリープの種類

消化管には、大きく分けると3種類のポリープがみられます。

- 1) 腺腫性ポリープ (adenomatous polyp) : 大腸ポリープの多くを占め、良性の腫瘍性病変ですが、癌化する可能性のあるポリープです。
- 2) 過形成性ポリープ (hyperplastic polyp) : 慢性胃炎や大腸炎などの炎症を背景として、粘膜の細胞の一部が過形成（普通より沢山ある状態）され隆起したもので、1cmを超えるものは稀です。通常みられる5mm未満のものでは、癌化する可能性は殆どないと考えていいでしょう。
- 3) その他：潰瘍性大腸炎に伴う炎症性ポリープや無数のポリープが多発する遺伝性の病気（ポリポージス）など稀なものがあります。

## 胃ポリープについて

レントゲンや内視鏡で診断される胃ポリープの95%は過形成性ポリープで、胃の中央より口側にみられることが多く、5mm前後のものが大部分で、胃底腺ポリープと呼ばれるものもあります。

通常は治療を必要としませんが、2cmを超えるものでは1-2%に癌の合併がみられるとされており、内視鏡的な切除を行うことがあります。

胃ポリープの約5%を占める腺腫性ポリープは、胃

の出口近くにみられることが多く、大きなものは稀と言ってよいでしょう。大腸の腺腫性ポリープに比べると癌化率は低いです。2cmを超えるものでは切除の対象とすることがあります。

## 大腸ポリープについて

大腸ポリープの70-80%は腺腫性ポリープですが、長径5mm前後のものが大部分を占めます。

大腸癌の多くは、腺腫性ポリープの一部が癌化して発生するものと考えられており、その大きさと細胞の異型性（顕微鏡的な細胞の「顔つき」の悪さ）などを参考にして、内視鏡的切除の可否を判断します。

腺腫性ポリープの大きさと腺腫内癌（ポリープの一部に癌がみられるもの）が認められる頻度は、1cm未満で約5%、1-2cmで20-30%、2cm以上で50-60%とされています。

胃ポリープと同じく、大腸の過形成性ポリープも通常は治療の対象となりません。

## ポリープが見つかったらどうする

胃または大腸のポリープと診断された場合、重要なことは腺腫性か過形成性かを判断しておくことです。

レントゲン検査や内視鏡検査の観察では、大きさと外観は分かりますが、ポリープの種類を鑑別までは確実にはできません。この診断には、内視鏡生検（ポリープの一部、粟粒程度を摘んで顕微鏡検査を行うもの）が必要になります。

生検の結果により、過形成性ポリープと5mm以下の腺腫性ポリープ（異型性が高度でないもの）は1-3年の間隔で経過観察となります。

腺腫性ポリープと診断されて内視鏡的治療（ポリペクトミーまたは粘膜切除）を行った結果、腺腫内癌が認められた場合、切除の断端に癌が露出していることがなければ、治療は完了ということになります。

内視鏡的治療は、頻度は少ないとはいえ出血や穿孔のリスクがある治療です。こうした偶発症が生じた場合、開腹手術が必要になることもあります。

腺腫性ポリープと診断されたからといって、過度の心配は無用ですから、冷静な対応を心掛けましょう。

# 医療用 PHS



3階病棟看護師長  
片山 聡美

患者さんの中には、看護師が勤務中携帯電話でやりとりしているのに、私達には駄目と言うの？と思った事はありませんか。

私達が使用しているのは医療用のPHS（パーソナル・ハンディ・ホン）というものです。

携帯電話は、PHSに比べて電波の力が強く、また一般のPHSと医療用のPHSは、設定が違います。

PHSや携帯電話は近くのアンテナで受信されたものが、まずは一般の電話回線につながります。それから、固定電話や相手のPHS・携帯電話につながります。PHSや携帯電話から発射される電波やアンテナから発射される電波は、強くするわけにはいかないので、巷には数多くのアンテナがPHSや携帯電話のために設けられていて、そのアンテナとPHSや携帯電話の間で電波のやり取りをしています。

PHSと携帯電話はアンテナとのやり取りの電波の強さが違います。携帯電話は電波が強いのでアンテナを設定する間隔を広くできるのですが、PHSは電波が弱い（携帯電話の1/10）のでより多くのアンテナを設けなくてはなりません。携帯電話は電波が強いので、医療機器等の電子機器に誤作動などの影響を与えることが、国の調査でわかっています。

院内のPHSも一般に使用されているPHSも、電波の強さや周波数など基本的な機能はまったく変わりありません。ただ院内のPHSは通常内線専用の設定になっていて、医療用のPHSは低出力システムになっており、市販されている携帯電話や一般のPHSに比べ、医療機器などの影響を与えません。



## 医療用PHSを使用することで

医療用PHSを使用していない時は、ナースコールがあったらまずナースステーションに戻り、コールのあった部屋とベッド番号を確認してから患者さんのところに行く。という流れになっていましたが、医療用PHSを持つようになってからは、患者さんがナースコールを押すと、医療用PHSの画面に部屋とベッド番号がでるため、素早く迅速な対応ができます。

当院でも去年から、医療用PHSを使用しています。一般のPHSと識別できるように、医療用と書いた赤いストラップをつけています。この医療用PHSを使用するようになって、看護師がナースステーションを離れ、院内を巡回している時でも、患者さんからのナースコール呼び出しに素早く対応できるようになったと思います。

病室はもちろん外来でも、輸液ポンプ使用中の患者さんが検査等でいらっしゃる場合がありますので、院内では携帯電話の使用は禁止しております。ご来院の際、またご面会の際には電源をお切りになって下さい。

入院中の患者さんの中には、状況によって主治医との相談の上、条件付で携帯電話を使用している患者さんがおります事をご理解の上、今後ともご協力のほどよろしくお願い致します。



医事課課長  
藤川 操

## 病院における医事課の役割

医療はサービス業と言われるようになり、患者さんが医療機関を「選択する」時代となりました。マーケティング手法の一つ、顧客満足〔CS (Customer Satisfaction)〕は1950年代に生まれた概念ですが、「患者サービス・接遇」という言葉で医療の場に登場したのは1980年代後半で、他のサービス業とはかなり遅れております。

当院の考える医療機関のサービスとは、

1. 医療そのものの質を高めること
2. 設備、構造というハード面を高めること
3. 患者さんに対する接遇サービスというソフト面の質を高めること
4. 情報の提供という側面についてのサービスの質を高めること

であります。

私たち医事課は、医師や看護師等のように患者さんの直接的な治療には携わっておりませんが、患者さんと一番最初に接することになる、まさに病院の顔であり営業の第一線です。その受付を担当する職員の対応一つで病院のイメージが決まってしまう、と言っても過言ではないでしょう。

患者さんとのかかわりはもちろんのこと、病院における医療事務職の立場や役割、他の専門職（医師・看護師・医療技術者等）とのかかわり方等も理解し対応していかなければなりません。

当医事課では、

“目は心の窓” 目を見て対応します。

“真の微笑み” 笑顔で対応します。

患者さんに生きる、あるいは病気がケガと闘う“勇気”と“可能性”を与えることができるよう、“温かみのある医療”、“思いやりのある医療”、“愛情といたわる気持ち”を持って信頼されるよう、日々努力し、他の医療専門職の人達と協力して医療を提供していきたいと考えております。

## 市の乳癌検診の受付が始まります！

放射線科科长 中村 明美

当院では40歳以上で年齢が偶数の女性を対象に、マンモグラフィーによる市の検診を行っております。昨年は450名でしたが、今回は500名の受け入れを予定しております。

乳癌の罹患率は20年前と比較し、約3倍に増加しており、30歳代後半から上昇し始め中でも、45歳から49歳の年齢層の増加が著しいと言われております。

マンモグラフィーを行うことにより、しこりとして触れないごく早期の乳癌のサインである石灰化沈着を見つけることができます。

また、マンモグラフィー精度管理委員会の定める検診精度管理の線量・画質基準を満たすマンモグラフィー検診施設としての認定も受け、よい画像を提供できるよう放射線科では努力しております。

今年度は、6月から12月の実施を予定しております。申し込み方法等詳細は、市原広報をご覧ください。多くの方に受診していただき、乳癌の早期発見にこれからも力をいれていきたいと思っております。

### 医療法人 鎗田病院

〒290-0056  
千葉県市原市五井899  
TEL (0436) 21-1655  
FAX (0436) 21-3197



[www.yarita-hosp.or.jp](http://www.yarita-hosp.or.jp)  
Eメール [info@yarita-hosp.or.jp](mailto:info@yarita-hosp.or.jp)

### 編集後記

いつも「はなみずき」をお読み頂きありがとうございます。ごさいます。

今後とも皆様のお役に立つ情報を載せていきたいと思っておりますので、ご意見・ご感想等ございましたら、院内に設置してあります「皆様の声」にご投稿下さい。

(編集委員)