

はなみずき

医療の現在



院長 鎗田 努

前回の続きを書きはじめたこの6日間（8月19日～8月24日）にも、日本の医療全体（制度、現場、救急、人間関係、マンパワー等）が、ますます混迷してきている為でしょうか、多くの医療関連記事が新聞を賑わしています。読んでいるうちにまた横道に逸れてしまいました。病院が本来なすべき仕事はなんなのか、その為医療従事者はどうあるべきか、政治や行政は現場の医療が正常に行われるために今しなければならぬ事はなにかを、医の原点に帰って考えない限り日本の医療は立ち直れないと思っています。

19日 (1) スポーツニッポン芸能欄：マイケル・ムー

ア監督が「シッコ (sicko)」という映画で、民間の医療保険会社中心の「アメリカの医療」の悲惨さを暴いている。「いつか日本も」という記者のコメント付いていますが、度々「はなみずき」に書いていますように、小泉内閣以来の動きから「いつか…」ではなく「もうすぐ日本も」だと思います（注：sicko：普通の英和辞典にはあまり見られない言葉ですが、sick（病気）と関連していて、精神的な悩みやそれをもっている人、変質者という意味もあります）。（2）読売新聞一面トップ記事とその関係の社会面：54の「大学病院」の調査から、横暴な患者の暴力や暴言で、診療現場が混

乱している。20日 (3) 読売新聞社会面: (2) の続きで暴力や暴言に対し「こんなことまで病院がするのか」と私など考えてしまうような色々な対策を病院がとらざるを得ない状況にある。「患者本位の医療とは何かを考えないから」という識者の相変わらずで一方的なコメントが付いている。内容をみますと、ほとんどがいわゆる「クレーマー」や最近増えている「自分勝手に他人には厳しい人」の暴力や暴言です。相手があることなのに、何か事があると一方的に医師が悪いというのでは、現場医療はどんどん萎縮してしまいます。

(4) 毎日新聞一面トップ記事: 厚労省が診療科名削減案を学会の反発で撤回した。「呼吸器外科」や「循環器科」という名称は患者さんに分かりづらいので、従来の「外科」や「内科」と分かりやすい標記に戻したいと厚労省は考えたが取り下げた。(「厚労省がすぐにもやらなければならないことは他に多くあるだろう。しかし、必要と考えるなら反発など恐れずやれ」という評論家のコメント付き。注: 日本の専門医制度は数多くある「医学会」がそれぞれ独自に認定するものですから、診療科名がなくなることは、認定している学会にとっては死活問題です。私見ですが「はなみずき11号」に書きましたように「日本臨床腫瘍学会」(「臨床腫瘍専門医」を認定している)と「日本癌治療学会」(「がん治療専門医」を認定している)とが癌治療の本家争いをするのは変なものです。23日 (5) 千葉日報一面トップ: 県立7病院の2006年度の赤字が更に増加した。見出しには赤字19億円とありますが、記事を読みますと色々の補助金等を差し引いた診療赤字(民間病院のいう赤字)は86億5200万円とのことです。もっとも渡辺一男医師(前県立がんセンター長)が度々「はなみずき」に書いているように、公立病院はへき地医療や救急等の民間の出来ない部分も荷っているわけで、一口に「赤字」といって現場を責めるのは、ただでさえ患者とのトラブルで「やる気」をなくしかけている公立病院の医師達を追いつめることになりかねません。ただ最近では県立病院の「医師不足」は深刻です。いろいろの「手当」をつけて人集めをしているとの指摘があります。医師が辞めて人件費の余った県立病院が、時給を大幅に上げてパート医師を集めたりするのは民間を圧迫するものです。(6) 読売新聞世

界面: 1967年以降の40年間でSARS(サーズ)やエイズ、鳥インフルエンザのような新種の病気が「39」種も出現したとWHOが発表した。みたこともない病気が次々に現れることは患者さんにとっても医師にとっても恐ろしいことです。新しい疾病を簡単にメモしてみます。エイズ(A I D S: Acquired Immune Deficiency Syndrome^{後天的に獲得された免疫不全症候群})は、性感染だけでなく、輸血後感染、さらに母子感染まで報告され社会を騒がせましたが、現在はそれほど珍しい感染症ではなくなってしまったのは残念です。BSE(Bovine Spongiform Encephalopathy^{牛海綿状脳症})は動物体内にある「プリオン」という蛋白質が突然変異することで狂牛病が発症し、これを食べた人にも発症します。肉をとったあとの牛の組織から、動物の飼料を作る過程で必要な高温処理が、石油危機による石油高騰でできなくなり、他の方法に換えたことで異常プリオンが不活性化されずに飼料となったのが流行の原因といわれています。SARS(Severe Acute Respiratory Syndrome^{重症急性呼吸器症候群})は中国広東省に最初に出現した、高熱や呼吸困難を示す疾患。中国政府の隠ぺい工作の為、中国全土から香港、カナダ、シンガポール、ベトナム等に急激に広がり、約5000人が発症し348人が死亡した。原因の新型コロナウイルスがなぜ出現したかわからず、いろいろな説が出ている(細菌兵器説まで)が幸いにWHOの終結宣言が出て2006年以降の発生はない。エボラ出血熱はアフリカ中部、南部(ガボン、スーダンなど)のごく限られた地方病で、エボラウイルスが原因。皮膚、鼻、消化管等に出血を起こす疾患。WHOからコンゴ共和国で372名の患者発生と166名の死亡が報告され、突然に日本にも入ってくる危険があるといわれています。そして「鳥型インフルエンザ」は今年の冬に広域の大流行(パンデミック)を起こす危険が心配されており、日本政府は治療薬(タミフル)の大量備蓄を始めています。鳥型はA型インフルエンザですがそれが変異したもので、現在のワクチンの効果は疑問視されていますが、他のA型やB型インフルエンザを抑えるだけでも有意義ですので、今年はワクチンの予防注射をしておくべきといわれています。見も知らぬ病気が現れてくるのは困りますが、同じ細菌なのに今までの

抗生剤が効かない菌（耐性菌）が次々に現われ、高齢、抗癌剤使用、糖尿病などにより、免疫力が低下した患者さんが増加してきている現場を混乱させています。これから耐性菌出現は、増えることはあっても減ることはないと考えられています。MRSA（ペニシリン系の効かない黄色ブドウ球菌）はすでに有名です。私が医者になった頃は、緑膿菌（シュードモナスと呼ばれている）という抗生物質の効かない弱毒菌が外科医を悩ませていました。有効な抗生剤が出現し鎮静化していましたが、耐性を獲得したスーパーシュードモナス（と呼ばれている）が出現しています。インフルエンザ桿菌（まぎらわしいですがインフルエンザウイルスとは違います。1892年のインフルエンザ大流行時に一緒に見つかった菌なので、名付けられたそうです）は呼吸器感染症を引き起こす菌ですが、多くの抗生剤が有効なので、この菌による肺炎は治療可能と考えられていましたが、最近になってBLNARという耐性菌が特に小児科を中心に問題を引き起こしています。結核はすでに制圧された病気と思われていましたが再び増加傾向にあり、（千葉県では6～8月の3ヶ月に新たに252例が登録された）しかもこれまで有効だった薬の主だったものの効かない多剤耐性結核菌によるものもかなりあり、これからの社会問題となりそうです。これらの菌の出現は、不要な抗生剤投与や治療の自己中断などが原因で、ほとんどは人災です。これからも耐性菌は増えつづけ抗生剤の開発との追いかっこのなりますが要注意です。[24日]（7）千葉日報一面：厚労省は現在38万床ある療養病床を平成22年までに15万床に減らす方針で、減らした病床を老健や有料老人ホームに転換させるために、病院の借金の借り換えを独立行政法人医療機構で低金利で行うことを決めた。（厚労省は療養環境を重視するとして、病院に積極的に療養病床作りを誘導しました。当院は通達に従う為に、金銭的にも診療上も大変無理をして廊下幅を広げました。8人床は4人床にしなければならず、許可病床を199床から181床に減らさざるを得ませんでした。その上改築は非常に金がかかることを思い知らされました。しかし、この通達に従った病院は余りなく、廊下幅のことなどは、いつの間にかうやむやになってしまいました。今度はその療養病床を減らすと言っており、こ

ういうのを「朝令暮改」といい、通達通りに努力した病院が馬鹿をみるのは変なものです。）（8）読売新聞夕刊一面：統計では勤務医の約6割は月3回以上の当直を荷っており、それは32時間の連続勤務（1日働いて当直をして次の日も普通に働く）が普通ですので、勤務医の過労を防ぐ為に、医師の時短策をとった病院に補助金を出す方針を厚労省が決めた。例として看護師と同じ体制（日勤は8時間、夜勤は16時間で夜勤の回数を制限する）をとるなど。医師不足の中でどこから医師を確保するのかという記者のコメントがついており、正にコメントの通りです。しかし、患者さんの症状が悪ければ「Duty」（任務）だ「Off Duty」（任務外）だなどと言っていけないのが医師の仕事だと思っています。

たった6日間の新聞記事上に、日本医療がかかえる問題のほとんどが載っています。非常に乱暴に上記の記事を分類しますと（6）以外は、制度のこと（1、4、5、7、8）と人間関係（2、3、4、8）に分けられます。制度のことはこれまで「はなみずき」に再々書いて来ました。現在もおかしなことが進行中ですし、色々計画されていますのでそのうちまた書いてみます。人間関係の部分は医療に限られたいくつかの問題を除けば、現代の日本の社会がかかえている問題、例えば教育の問題や「社会と個人」「社会と家族」の関係がおかしくなっている点などで、普通の人達が今の日本はおかしいと感じていることと関連していると思えます。医療に関する人間関係の問題の根本には、わざわざ医療現場での人間関係をこわしてまで、経済優先で、（というか経済効率のみから）、日本の医療を誘導している厚労省の制度改革がありますが、患者さんと医師の人間関係は治療が行われる上での大切な要素ですので、最近変わってきたと思うことをいくつか述べてみます。

（1）疾病構造の変化と「治療より予防」という意識の変化：ほんの10年くらい前までは糖尿病性昏睡、喘息の重積発作等々、寸時を争う急性疾患が医療の中心で医師の実力が評価される点でもありました。もちろんこのような疾患がなくなったわけではありませんが、現在の主体は慢性疾患や長い治療経過を要する疾患へと変わってきました。方針決定などは医師主体から患

者さん主体になってきました。経過が長い分、生活面のこともあり、病気のことだけから医師が決められる状況は少なくなりつつあります。患者さんもどんどん高齢者へとシフトしていますので、患者さんだけでなく家族の意見も大切になってきました。家庭内での意思統一が取りにくい時代なのでしょうか、同居していない人などが全然違う方針（希望）を、直に病院にもってくるケースも増えています。しかし「医学」という学問を根拠に、自分の経験も加味して病気についてきちんと説明し、協力してよりよい道を探すのが、医師の務めであると考えています。

(2) 国民健康保険と介護保険：本来両者は全然別のものです。一言で言えば、介護保険は高齢者を介護する人達の負担を分散するのが目的で、実際の対象は「介護する人」と思います。健康保険は患者さんの病気に対する闘いを援助するもので、対象は「患者さん」です。医師は患者さんの病気の状況だけから判断する習慣がありますので、当該の疾患が治れば良しとしますが（例えば肺炎で入院すれば肺炎が）、高齢者は特に、多かれ少なかれいくつかの慢性疾患はもっていますので、介護保険的発想ではなかなか受け入れ難いものがあるようです。「肺炎は治ったがついでに腰痛を治してから連れて帰りたい」というような考え方は、介護保険導入以前にはなかったと思っています。

(3) 「患者様」などと言って「お客様」扱いするのが良い病院とする世の風潮。というか医療に関係ない人達からお達し。これまで威張っていて患者さんを物扱いしていた（今も？）病院ほど変わり身が早いのに驚いていますが、医療関係者は偉い人から無理矢理言わされている感じがしないでもありません。以前に患者さんは「様でも物でもない」という文章を書いたことがあります（市原市医師会19号）、人間として接し合い、病気を共通の敵として協力しあうことが必要で、お金を払うからお客様で、払われた対価に対してのみ行動するのが医療だと医師が思ったり、患者さんが自分をお客様だと思ったら、医療など成り立たないと私は思っています。

(4) 病気や医療の情報が簡単に手に入る状況。インターネットは便利です。しかし内容は玉石混濁で、時には誤った情報もあります。取捨選択が大切ですが、

医師の意見より情報の方を信用する人が多いようです。面と向き合って会話をし、患者さんに信用してもらえただけのものを医師が持っていなければいけないと思っています。

(5) 子供の頃から「セブンイレブン」のような24時間型の店に慣れてしまい、欲しい時に欲しいものがあり、必要と思った時に必要なことが出来るのが当然と思っただけのものが最近増えているようです。物の売り買いと医療とは全然別のはずですが、厚労省は医療を出来るだけ、物の売り買的にしようとして医療改革をしていますので、その影響もあるのでしょうか。医療は医師だけでは出来ません。看護師やレントゲン技師等々のチームが必要ですが、これを24時間常に用意している力は今の日本の病院にはありません。時間外や救急の医療が困難になった大きな原因の一つです。余談というか皮肉になりますが、「介護保険」にしろ、「24時間コンビニ」にしろ、発生した国の国情に合ったものですが、全然国民性の違う日本に入って日本人の意識や生活パターンを急激に変えてしまいました。Globalization（グローバリゼーション：国際化）という言葉が最近良く耳（目）にします。日本のお役所はGlobalizationを他国の制度を日本に持ち込んで真似をすることと考えているようです。自分達が常に正義であると思っているアメリカ人は、自分達が正しいと思うことに他の国が従い、それがその国にとって良いことであると本気で信じて使っている気がします。同じ言葉が日本とアメリカでは、全く逆の使われ方をしているようで面白い(?)と感じています。そういうアメリカが一度は真似しようと考えたくらいですから、日本の公的皆保険は制度としては優れていると思います。

(6) 患者さんも医師も「専門」という言葉にこだわる現状。「専門医」という言葉は、色々な使い方をされています。「この疾患のこの治療はこの医師に」と私達が思っている、技術も人間も信用出来る医師が本来の意味です。沢山いますが自分で「神の手」などと言いつらさないで、一般には余り知られていない人もかなりいます。もちろん普通に小児科専門医など一般的意味でも使われていますが、医師の「保身のため」だったり、患者向けの「ブランド」としても使われていた

り、またそれを無条件で信じる人が沢山いたり世の中の他の分野にも似たことが多いようです。苦しんでいる患者さんがいれば、なんとか対応したいと思うのが普通の医師のはずですが、最近は訴訟の問題もあり、自分のごく限られた専門領域にしか手を出さない医師が増えているように思います。夜間などの救急車の依頼を、専門医がいなくて拒否することが大病院では普通のことになってしまいました。以前、「心臓専門だから、風邪を診療させる病院はおかしい」とパートできた医師に言われたことに驚いたことがあります。「産科」とか「脳外科」とかの長い専門的訓練が必要な診療科を除いて、あまり専門を狭くしてしまうと、医師不足はさらに深刻になる恐れが十分です。外科医が風邪を診てもなんの不思議はないと考えていましたが、納得しない患者さんも現れてきました。最近は「総合医」という「専門医」を造る動きもあり、何か変な気がしています。外科医を長くやっていますので数多くの外科医（時には婦人科等の他の領域の方とも）と一緒に手術をしてきました。手術の質は、その人の地位や資格とは必ずしも一致するものではないと身にしみて分かっています。（相手も手術を通して私を見ているはずですが、こうして外科医の大切な人脈が出来るのだと考えています。）医療現場も、人間と人間が対面するものですので、資格などではなく、お付き合いの中で、自分の感覚を大切に評価し合うのが本当だと思うのですが。

(7) QOL (Quality of Life) と QOML (Quality of My Life) : QOLは「生活の質」と訳され、障害や苦しみをかかえる人達（患者さん）の生活の質を高めようとして生まれた言葉ですが、最近、大病院勤務の若手医師の間にQOML（自分の生活の質）という言葉が生まれているとききました。仕事の面で報われたい気持ちと個人の生活を大切にしたいという2つの要素を含んでいると思いたいものです。仕事をしている以上、どんな職業でもこの両者のかね合いは昔からあるはずで、どちらかに非常にぶれすぎている人は別として、片方に満足していれば片方もなんとかうまくいくことが多いはずと思っています。私達の世代は仕事に生きがいを感じていましたので、医師が32時間やそれ以上の連続勤務をすることに何の疑問ももっていませんで

した。先の新聞のニュースのように厚労省から「医師の時短策をとった病院に補助金を出す」という政策が出たことからみても、若い勤務医達が自分の仕事に生きがいを感じなくなっている背景があるようです。最近ある医師向けの雑誌に、週のうち2～3日をパート医師としていくつかの医療機関で働き、残りの日を自分の趣味に使っている数人の医師（全員私よりずっと若い）が「医師の新しい生き方」として紹介されました。自分の空いた時間を医療に向けることで「よし」とされるのは、妊娠中か子育て中の女性医師に限られると思っていましたので大変驚き、怒りすら感じました。医師不足を逆手に取っただけで、患者さんのことなど少しも考えない行為を「新しいライフスタイル」ともち上げる人にも、得意げに話す医師にも強い違和感を憶えました。医療は人間関係も含めて「継続」が大切で、その中で地道に働くことで、当然出てくる疑問や改善点があり、それを解決しようと努力することで医学も技術も進歩してきました。現在持っている知識を「コマギレ」に出しているだけでは、仕事に生きがいなど持てないと思います。医師の意識も大きく変わってきてしまっています。人間関係一つとっても、どんどん複雑化し雑音も多くあり、再建は大変ですがこのままで良いはずはないと思います。

余計な事など考えずに、医師は本来の目的である病気の治療に専念し、患者さんの事だけを考えていけばよいはずなのですが、日本の医療がどんどん変な方に進んでいることは嫌でも実感させられています。医療がすべて数字で評価され、物の売り買いのようにドライになってきて、しかも相互不信（とマスコミはいう）であることは、患者さんにとっても医師にとっても正常な状況では思えません。幸い鎗田病院は、地域の皆様に信用いただいて医療を行なってこられています。これからも信用に値する医療レベルを維持し、人間関係を大切に医療を行なっていきますので宜しく御鞭撻お願い申し上げます。

（前回救急医療のつづきとして今回は「これからの取り組み」について書く予定と述べました。また横道にそれてしまい申し訳ありません。）

経鼻胃内視鏡検査について



医師 中村和人

1) 経鼻胃内視鏡検査って？

従来の胃カメラは、マウスピースをはめ経口（口から）行っていました。経鼻胃内視鏡とは、その字のごとく「鼻から胃カメラ」を行うことです。

2) 当院への導入

経鼻胃内視鏡は、2002年に販売され、有用性、安全性が報告され日本で徐々に広まってきました。当院では、2004年に一週間デモ器を使用しましたが、当初はまだ操作性、画質などの面であまり評価が得られず経鼻胃内視鏡の導入は見合わせていました。しかし、技術の開発が進み操作性、画質の面で向上がみられたことと、世の中の流れが経鼻胃内視鏡に向いているとこのことで、2006年7月に当院に導入しました。（市原市内では、結構初期に導入しています。）

3) 経鼻胃内視鏡の問題点

経鼻胃内視鏡の問題点といえば、患者さんの立場からみると、先述したように操作性に難があり検査時間が延びることや、通常の胃カメラにまして鼻の痛みや鼻出血があることです。（鼻が曲がっている人はできない場合があります。）

また、われわれ施行医からみると組織生検などの難しさがあることと、検査前の麻酔が煩雑なことがあります。

さらに、止血術や粘膜切除などの特殊処置がある場

合にまだ器具がそろっていないことがあり、依然従来通りの経口胃カメラで行わざるを得ません。

4) 経鼻胃内視鏡の有用性

経鼻胃内視鏡の有用性は、なんといっても「楽である！」ということです。実際、全く苦痛を感じないかといえば語弊がありますが、従来の胃カメラという言葉から想像する「苦しい」、「つらい」という言葉よりはだいぶ軽減されていると思われます。

以前、通常の胃カメラ検査をうけたことのある人にアンケートをとったところ8割以上の人で次回の検査は経鼻で受けたいという結果となったという報告もありました。当院のアンケートでも同様の結果となっています。

5) 今後の展望

最近、患者さんの希望も増えつつあり、当院でも9月より2本目の経鼻内視鏡を購入しました。

今後、ますます件数を増やし、さらには今までバリウムで行っていた胃検診が胃カメラ（経鼻）のできるようになればと思っています。



医師 横須賀恭子

—睡眠時無呼吸症候群について— (Sleep Apnea Syndrome:SAS)

①初めに

皆さんは夜眠っている間に、ご家族の方に「息がとまることがある」や「イビキがうるさい」など指摘された方はいらっしゃいますか？

もしくは夜間の熟睡感がなく日中に強い眠気のある方は？このような症状は（もちろん正常範囲内のこともあります）根本に病気が隠れている場合があります。この病気は睡眠時無呼吸症候群（sleep apnea syndrome）と言います。

数年前に肥満の青年が新幹線を運転中に居眠りをし、突然緊急停車をし、乗客が危ない思いをしました。この運転手が実は睡眠時無呼吸症候群でした。

このニュースが出て以来睡眠時無呼吸症候群という病気が脚光を浴びるようになりました。

②睡眠時無呼吸症候群の基礎知識

<定義>10秒間以上続く無呼吸が一晚の睡眠中（7時間）に30回以上、もしくは1時間に平均5回以上認められ、かつその一部は脳波上覚醒している睡眠時にも認める場合を睡眠時無呼吸症候群と言います。

<頻度>日本人口の約1%～2%、全国で100万人～200万人いると言われています。

<原因>肥満・骨格（あごが小さい。これは日本人の80%と言われます）他、アルコールや睡眠薬による上気道筋の活動の低下など

<症状>自覚症状の評価にESS分類というものが用いられます

ESS分類は日中の眠気を4段階にて評価しその点数によって睡眠時無呼吸症候群の有無や程度を推察します。

外来にこのテストがありますのでお声をかけて下さい。

結果 10点以下は正常 11点以上は軽度
13点以上は中等度 16点以上は重症です

当院では原則としてESSが10点以上の方を対象に次の検査を行っています。

③検査法

当院では1泊入院をして頂き睡眠中の無呼吸の指数を調べる検査を行っています。

当院で行う検査は、睡眠簡易モニターというもので

す。（個室にての検査の為、部屋代等全てを含めた総額は1割負担の方は1万5千円弱・3割負担の方は2万5千円弱位です）

こちらでは睡眠1時間あたりの無呼吸の回数を調べます。

この結果

無呼吸低呼吸指数（AHI） 5以下→正常
20未満→軽症
20以上40未満中等度
40以上→重症です

AHI20以上の場合、5年生存率84% 8年生存率64%という報告が厚労省研究班の調査で出ています。

死因は脳梗塞や心筋梗塞などが主です。睡眠中や朝方に死亡する例が多いとされています。たかがイビキや日中の眠気と言っても、怖い病気が隠れている場合もあります。

④治療

以上のように睡眠時無呼吸症候群では生存率の低下もあり、治療が必要とされています。治療法としては主に下記に示す通りです。

a：CPAP療法

マスクを介し気道内に陽圧をかけ、気道の閉塞を防ぐことにより無呼吸をとり除く療法です。こちらは多くの研究によって、中等～重症の方の治療効果が証明されています。

きく場合費用は健康保険が1ヶ月3割負担の方で4800円程度です。

この治療導入後は、1ヶ月に1度外来を受診して頂き呼吸状態を伺います。途中、睡眠の状態が改善しているか検査を行っていきます。

保険適応に関しては検査結果に左右され、より精査が必要となる場合がありますので、外来にてご説明致します。

b：歯科装具（マウスピース）

この場合は歯科へ紹介致します。

他、肥満治療等ご質問ありましたらお声をかけて下さい。

「鎗田病院での研修を終えて」



研修医 松尾夏来

医療制度の改革に伴って、臨床研修が必修化になってから早4年が経ちました。それ以前は医師国家試験に合格するとすぐに専門科を決めて大学の医局に所属し、医局から関連病院に派遣されるというのが主流でした。しかし、現在は自分の志望科だけでなく様々な科で2年間の研修をすることが義務づけられ、研修先も首都圏や特定の病院に人員が集中しないように厚生労働省がコンピューター上で管理するようになりました。

私が所属している千葉県立病院群というのは、千葉県が主体となって数ヶ所の県立病院を統括し臨床研修医を育成するというプログラムです。私はその第3期生で、昨年は千葉県循環器病センターで半年間、千葉県がんセンターで5ヶ月間、千葉県救急医療センターで1ヶ月間研修をしました。今年も千葉県内の様々な病院で研修をさせて頂いております。

鎗田病院では地域医療という枠で1ヶ月間研修をさせて頂きました。短い間でしたが、とても有意義な研修をさせて頂きました。私が鎗田病院に来て強く感じたことは「幅の広さ」でした。患者様の御自宅や老人ホームへの往診に何度か同行させて頂きましたが、患者様やその御家族が院長先生をととても信頼し、往診を心待ちにしていられる姿に感動致しました。医師—患者関係の理想のモデルがそこにあり、医療の原点を垣間見ることができました。

また、朝から夜間まで途切れることのない外来診療や入院治療は地域の病院として重要な役割を担っていることがよくわかりました。かかりつけであれば基本的に何時でも診療をするというスタンスは、患者様に

とってはとても安心できる環境ではないかと思います。そして、そのような地域に根ざした病院でありながら、各方面でご高名な少数精鋭の先生方が揃っていらっしゃるのには、鎗田病院ならではの思いがありました。そのような優秀な先生方にご指導頂けたことは私にとっては財産となり、深く感謝しております。また、コメディカルスタッフの方々にも大変お世話になり、この場を借りてお礼を申し上げたく存じます。ありがとうございました。

鎗田先生にご指導頂いた中で感銘を受け、忘れられないお言葉があります。「医者と患者は戦友だ。病気という敵に向かって一緒に協力して闘わなければいけない。お互いが信頼し合わなければいけない。だから、医療はサービスではないんだ。」と。とても含蓄のあるお言葉だと思いました。私は医師としては駆け出しでまだまだ未熟者ですが、患者様や周りのスタッフから信頼して頂けるような医師になるべく日々精進していきたいと思います。残りの研修でもいろいろな方との出会いを大切に、医師として、また人として様々なことを吸収し、成長していきたいと思います。最後になりましたが、患者様をはじめ鎗田病院に関わる全ての方々のご健康とご多幸をお祈り申し上げます。

新任医師の紹介



小児科 金本伸子

このたび10月1日から小児科に勤務することになりました金本伸子です。

お子様の体の病気はもちろん乳児健診や予防接種についても積極的に取り組んでまいりたいと存じます。

また微力ながら自分の子育ての経験を生かし、子育てに悩むお母さんの力になれるように努力していきたいと思っております。よろしくお願い致します。

平成10年 筑波大卒・医師免許取得

以降、筑波大学附属病院・日立総合病院・茨城西南医療センター・筑波メディカルセンター病院・川鉄千葉病院等の小児科に勤務。



「薬の保存方法 について」



薬剤科 兼重佐世

薬は光・湿度・温度などの保存条件によって変質する事があります。それぞれの薬に使用期限がありますが保存する条件によっては、期限内でも変色や変形がおこる事があります。

お薬の保存についてですが、薬を受け取る時に、冷蔵庫で保存して下さいなど、特に注意事項の無い薬は室温（1～30℃）保存となるので、涼しく直射日光の当たらない所に保存して下さい。また湿気によって粉薬が固まったり、カプセルが軟らかくなったりする事があるので湿気をさけて保存して下さい。一包化するためにシートより出して紙に包まれている薬が長期間処方されている時など変質し易い事もあるので、缶や口の閉まるビニール袋などに乾燥剤と一緒に入れ保存する事で湿気がさけられます。

液剤が処方されている時は、特に指示のない場合は清潔に保存するために冷蔵庫で保存して下さい。

点眼薬が処方されている時は、冷暗所で保存して下さいと指示のある時は冷蔵庫で保存して下さい。また指示の無い時でも直射日光をさけて涼しい所で保存して下さい。

坐薬が処方されている時は、冷所の指示のある時は必ず冷所（15℃以下）で保存して下さい。

処方期間が過ぎて古くなったり変質した薬は使用しない様をお願いします。

病院機能評価の更新認定を取得

当院は、平成14年7月15日付けで(財)日本医療機能評価機構より病院機能評価の認定(バージョン3・一般病院A)を取得していましたが、本年7月に有効期間満了となるため、6月21日～23日に更新審査(バージョン5)を受審しましたところ、今般審査結果の通知があり、更新の認定を取得いたしました。

病院機能評価とは、厚生労働省、日本医師会、日本看護協会など医療関係団体が設立した(財)日本医療機能評価機構が実施している事業で、バージョン5では、(1)病院組織の運営と地域における役割、(2)患者の権利と安全確保の体制、(3)療養環境と患者サービス、(4)医療の提供の組織と運営、(5)医療の質と安全のためのケアプロセス、(6)病院運営管理の合理性に加え、(7)療養病床に特有な病院機能の7領域について、58の大項目、172の中項目、561の小項目に細分化して評価し、各評価項目が5段階評価で「3」以上の評点を得た病院に対して認定証を発行するものであり、当院の事業活動が同機構の定めた一定レベル以上のものであることが第三者機関により保証されたものです。

当院といたしましては、この認定取得に満足することなく、更なるレベルアップを図ってまいりますので、忌憚のないご意見をお寄せくださるようお願いいたします。



日本医療機能評価機構



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

ホームページ www.yarita-hosp.or.jp
Eメール 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。

今年も残りわずかとなりました。段々と気温も下がり、寒くなってきましたが体調を崩さないようにお気をつけ下さい。

2002年より広報誌としてはなみずきが始まり今回で16号目を迎えることができました。

これからも年4回の発行を目標として頑張っていけますのでよろしくお願い致します。

(編集委員)