



医療法人 鎗田病院

<http://www.yarita-hosp.or.jp/>


## 新棟建設で 御迷惑をおかけします



院長 鎗田 努

私は73歳で、いつまで現役の医師（外科医）として頑張れるのか考えなくてはならない年齢になりました。もっとも、消化器と呼吸器の外科では、小出、塚本、山川と県下の医師の間で非常に高い評価を得ている医師が揃っていますので、数年前から私が手術場に入ることは少なくなりました。その上、3月1日より千葉大で消化器外科の中心として活躍していた星野敢医師が加わりましたので、消化器外科はさらに充実しました。また私の専門の肺癌では、千葉県呼吸器外科手術手技研究会で「私の手術」という特別講演をしたほどの山川が赴任以来、近隣の若い医師からの紹介も増え、少し悔しいことですが手術症例は、私がやっていた頃に比べ1.5倍くらいになり、ほとんど毎週2例くらいの肺癌手術があります。そして大学病院等の医師達が一緒に手術をやって勉強したくて集まってきています。私は手術場に入ると口だけ出すので嫌がられ始めていますので、ますます手術場に入る機会が減って、現在は自





分がこれまで手術をさせていただいた患者さん等を中心とした外来や往診が多くなってしまっています。それにもかかわらず3月から約1年の予定で新棟建設を行わざるを得なくなり、患者の皆様には大変御迷惑をおかけすることとなってしまいました。

これは、A棟の耐震補強という今しなければならないことが生じた為です。A棟は昭和55年に完成しました。当時、耐震には十分配慮したつもりですが、昨年行った耐震診断で、現在の基準を満たさない点が数ヶ所見つかりました。A棟をいじる間に入院が必要な患者さんの病室確保が今回の第一の目的です。これに合わせて、日頃皆様から御指摘を受けていたこと、私達が気になっていたこと等合わせてを行いたいと考えています。

合わせ行うことは次の二点です。


- (1) 日頃投書などで御指摘いただいている狭く汚い外来待合の改善と現在離れ小島になっている小児科、整形外科、乳腺外来や内視鏡室、点滴室、緊急処置室を内科、外科外来の近くにもってくること。**

計画中の新棟は現在の受付から国道297号に平行に伸び、できあがるとコ字型の病院になります。新棟1階は内科、外科、整形外科の外来と処置室、救急処置室、外来点滴室と待ち合いになり、現在のA棟に小児科、乳腺外来、内視鏡室等が来て、外来の診察や処置はコンパクトにまとめられそうですが、レントゲン室と検査室が動かせず患者さんの動線が少し長くなってしまいました。少しはゆったりお待ちいただけるよう、待ち合いはかなり広くしました。テーブルなども置けるスペースもできます。もちろん待ち時間は短いに越したことはありませんので、医師配置などにこれから工夫をしていきたいと考えています。病室は外科の急性期がA棟と新棟の2階、内科急性期がA棟と新棟の3階、内科外科混合病棟が2階のB・C棟、療養型が3階B・C棟と4階となり、各部門が約50床ずつの4看護単位となる予定です。

- (2) 厚労省が強力に推し進めている循環型医療体制にもう少し積極的に参加する為に増床することと新しい診療科を作りたいこと及びその為の医療設備の検討。**

循環型医療体制は専門医制等と連動して「患者さんを循環」させて、医師は患者さんが自分の前にきた時に自分の専門の医療のみを行い、次に回すというものです。急性期医療を行う病院ではこの医療が終わったら指示書を書いて次の回復期病院に回し、その後は施設または在宅にするという制度で、患者さんは次々と病院や施設を変えて動くことになります。医療を供給する側にとっては自分の専門のみを行えば良いので非常に効率的で省力化ができ、医療を経済の視点のみから見れば良い制度です。

確かに整形外科や急性の感染症のように、循環型医療体制に適している医療は存在します。例えば老人施設入所中に転倒して大腿骨頸部骨折を起こした患者さんは、整形外科で人工関節手術や髓内固定術を行えば、すぐにリハビリのできる施設に移し、その後、元の施設に戻せます。また外来治療の困難な重症肺炎の患者さんは、呼吸器科のしっかりした病院に入院し、その後、外来での管理が可能になれば、元のかかりつけ医に戻すことができ、しかもこれが最適な診療方法だと思います。しかしこの体制ではきちんとした医療が行えない疾患が数多く存在します。癌の治療の場合を考えてみますと、循環型では、癌を疑った医師は確定診断がつけられる病院に紹介し、ここで治療方針が決められたら、その方針に適した病院（や診療科）に回して（例えば、外科とか放射線治療のできる場所等）治療を行い、またそこで治療が終われば、そこでの所見や経過から次の方針が決



まり、抗がん剤をやるところとか緩和医療をやる施設等に回されます。細切れで連続性のない医療になります。癌で悩んでいる患者さん（や家族）が相談に行っても、医師は自分の関わった専門部分のみの返事しかできません。しかし、癌の治療は長期になりますし、治療には手術とか抗がん剤とか患者さんに嫌な思いを強いるものがほとんどです。ですから、治療には病気だけではなく、他の色々な点を含めた患者さんの全体像の把握や患者さんとの人間関係が必要になります。ですから私達は癌の患者さんや他医からの紹介で来院された方々には、確定診断をつけ、手術とか抗がん剤とかの最適な方法を選択して（当院では放射線治療ができませんので、当院が関わりながら治療をお願いして）それを行い、その後の治療も、往診や緩和医療も含めてずっと一貫して連続して行ってきました。その為に消化器と呼吸器の治療は、他の病院等の医師達からも高く評価される医師達等のスタッフが頑張っている仕事をしております。しかしごく稀にですが、確定診断がついて、手術が最適の治療と話しますと、手術は他の病院（例えばがんセンター等）でやってきたいという患者（家族）がいます。情報提供書を書いて紹介はしますがその後の抗がん剤等の次の治療は家族や手術をした医師から依頼されてもお断りすることにしていました。手術は非常に沢山の情報（現況はもちろん、これから将来起こりそうなことまで）を医師に与えてくれますので、術後の治療はその患者さんの（病状に関する）情報を一番持っている医師やその関係者が行うのが最適との考えで行ってきました。ですから、手術担当の医師以上の情報が持ち得ない以上お断りするのが当然と考えていました。手術を受けた患者さんも抜糸が済んだら「はい、次の病院へ」ではたまらないと思います。やはりこの循環型医療というものは、これに合う疾患も合わないものも一緒にたにし、しかも患者さんの気持ちなど無視していると考えます。病院の効率（病室回転は早いし医師は自分の専門だけをやれば良い）のみを優先させた制度です。そしてこの制度は専門医制度と密接に関係していますから、医療側ではごくごく限られた範囲の自分の専門しかやらない医師達が増えてしまっています。（つい最近、こんなことがありました。休日当番にあたっていた市内の大病院で、電話で胸痛の患者さんの依頼を受けた内科の当番医師が、「自分は消化器の専門であるので診療はできないので、他を探すよう伝えろ」とその病院の電話交換手に言って、依頼者に伝えさせたそうです。休日当番制をその医師がどう考えているのかという大きな問題もありますが、患者さんを一人の人間として扱わず、自分の知っている臓器だけしか診ないで、専門医と称する医師がこれからどんどん増えてきそうです。）やはり実際の現場医療を知らない人達の作った制度の限界と考えます。

当院は内・外科の急性期の病院ですので、これまでは日頃自分達が診ている患者さんの入院に対応するだけで、他の急性期病院で終わった治療のうしろを行う余裕がありませんでした。しかし、自分達の専門以外の急性心筋梗塞やくも膜下出血等では周囲の病院に大変お世話になっておりますので、協力できる部分は協力させてもらわなければならないとは考えていました。また自分がメスを置いてゆっくり周りを見回せるようになりますと、日本の医療の傾向と同様に、当院の医療でも患者さんはどんどん高齢化してきていることがわかってきました。当院のかかりつけの患者さんが脳梗塞になったり、心筋梗塞になったり、大腿骨骨折を起こしたりと他の専門病院のお世話になるケースも増えてきております。他の病院に入院中の患者さんの御家族から当院への転院の依頼の相談を受けるケースも増えてきています。現在、入院（療養病棟を除いて）の平均在院日数は全体で15～16日で、外科だけですと10～11日位です。かなりせわしい医療を行っていますが、高齢

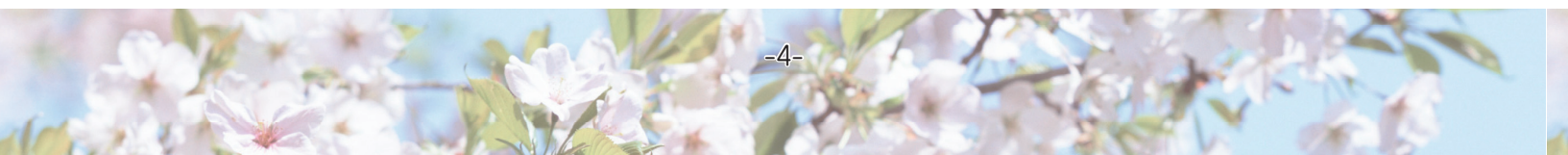




の患者さんがリハビリを行ったりする「ある程度ゆっくりできる病室も必要かな」と考えておりますので、内科・外科の混合病棟を上述のようにつくるつもりです。その為に、平成17年の厚労省の通達で、B棟の2階、3階の廊下幅を広げた為に減った病床数を回復させて、199床に戻す予定です。どこの病院で何があったのかわかりませんが、（お役所はどこかで何か問題が起こると規則を新しく作り、それに合わせるよう通達を出すことが多い）平成17年に両側に病室のある場合、廊下幅を2.7m以上としない限り、病室と認めないとの通達が出ました。病室と認められないのでは困りますので、すぐに工事を行いました。信じられないくらいのお金がかかり、使いにくい病室が残りました。他のほとんどの病院は「土地が狭いのにそんなことができるはずがない」と無視（病室が足りないと言いながら役所が勝手に病室を減らしたいなら減らせばいいと言った病院があったそうです）していたようで、いつの間にかこの通達は立ち消えになったと聞きました。言うことを聞いた為に大きな損をしましたので、今さら言っても仕方ないことですが、それ以降、厚労省の通達にすぐ反応するのは危険であるとの考えが身についてしまっています。

病室が増え、4看護単位になりますので常勤医の増員も必要です。消化器と呼吸器では充実したスタッフがいると自負しておりますが、どの医師も確実に年をとっていきます。現在の医療レベルを維持していくには、一緒に勉強して伸びてくれる若い医師がどうしても必要です。消化器には千葉大で高い評価を得ている星野が常勤になってくれてかなり充実しましたが、呼吸器では、山川のレベルを維持していける医師を探すのはまず無理ですので、早く下に1人でも入ってもらって、一緒に手術をして、技術を盗んで欲しいと考えています。豊崎医師が開業して以来、循環器はパートの医師達でやりくりしてきましたが、高齢の方々に心筋梗塞等が増加していますので、常勤医がぜひ欲しいところです。また高齢の患者さんが増えている状態を考えますと、どうしても整形外科と脳神経の専門の常勤医も欲しいと考えています。新棟が立ち上がる来年の5～6月をめどに、良い医師達を獲得したいと思います。そして整形外科と脳神経の医師を得るにはMRIがどうしても必要です。これまで、この規模の病院でしかもこの患者数でどうしてMRIがないのかとよく言われ、患者さん達にも御迷惑をおかけしてきました。しかし、私達の領囲（消化器や呼吸器）では、MRIよりCTの性能の方がずっと大切で、非常に高性能でかつ放射線の被爆線量の少ない機種が入っており、それで満足しておりました。しかし診療科を増やし、良い医師を確保する為にはMRIが必要ですので、早速検討を開始したところです。

私も医療以外にやらなければならない仕事が増えますが、さらに地域の皆様のお役に立つ病院にする為にもう少し頑張ろうと思っておりますので、よろしく御指導御鞭撻をお願い申し上げます。



# 80列マルチスライスCTが はいつて1年がたちました！！



放射線科科長 中村明美

当院では、昨年12月に4列から80列検出器のマルチスライスCT (Aquilion PRIME)へと更新になりました。0.5mmの高分解能、160mm/sの高速ヘリカルスキャンができるようになり、短い息止め時間でより鮮明な画質が得られるようになりました。

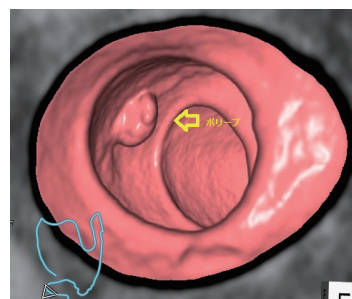
また、AIDR 3D (Adaptive Interactive Dose Reduction 3D) という逐次近似法を応用した技術を使って、低被ばくで検査が出来るようになったことや、装置の内部の面積が今までより20%広がったことで、より安心して検査を受けられる工夫がされています。

装置の性能がよくなったことや、最近めざましく発達したワークステーションといわれる画像解析のコンピュータ技術を組み合わせることで、より精密に体の内部の様子が観察できるようになりました。

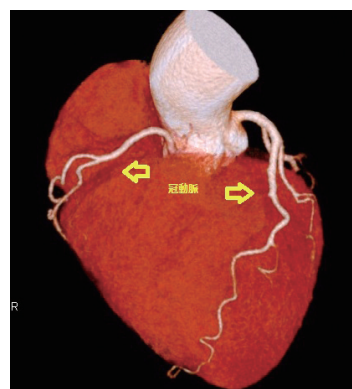
80列のマルチスライスCTになったことで、今までできなかった領域の検査ができるようになったことも大きなメリットです。その中のいくつかをご紹介します。

まず、心臓のCT検査に対応できるようになりました。冠動脈といわれる心臓に酸素を供給する動脈が心臓のまわりを取り囲んで走行していますが、血管の内部が狭くなったり閉塞したりすると心筋梗塞や狭心症になります。冠動脈疾患の診断には心臓カテーテル検査（足の付け根の動脈からカテーテルという管を心臓まで進め、そこから造影剤を入れて冠動脈のX線撮影をする検査法）が行われていましたが、マルチスライスCTでは、心電図を取りながら腕の静脈より造影剤を入れるだけで冠動脈の内腔の大きさや動脈硬化による冠動脈壁の石灰化などを評価することが可能です。検査にかかる時間も短く、外来で検査のことが利点です。

また、仮想大腸内視鏡検査とも呼ばれているCTコロノグラフィーも始めました。まだ、近隣他施設でも行っているところは限られますが、検診としても注目度が高まっています。これは、炭酸ガスによって腸の中を拡張させ、マルチスライスCT装置を用いて撮影することで3次元的に腸管の凹凸を捉えることができます。昨年の統計によると大腸がんによる死亡数は1万4,694人といわれていますが、大腸がんは早期発見・早期治療により完治しやすいがんです。CTコロノグラフィーの利点は、カメラを肛門から腸の奥まで挿入する行為を行わないため、苦痛が少なく検査する事ができます。さらに、炭酸ガスを使用することで、空気をいれるのよりも腸で吸収されやすいため腹の膨満感も少ないといわれています。組織の採取ができないので、異常が指摘された場合は大腸内視鏡を受けることが必要ではありますが、短時間で検査ができることや大腸の外側の情報も把握できるという利点もあり、大腸検査の選択肢のひとつに今後なっていくことが予想されます。



大腸CT



心臓CT



装置外観



# 介護老人保健施設 アーネストからの報告

## —真剣・真面目・一生懸命に—



施設長 鈴木 秀

介護老人保健施設アーネストは平成23年7月オープンしました。開設後2年8か月を過ぎえとります。今のところ大きな支障なく経過していると思っております。これは関係の皆様のご指導・ご支援と職員の努力のお蔭と感謝しております。

始めに私の事から報告いたします。アーネスト開設のだいぶ前から、鎗田 努院長は私に新しい施設を担当しないかと声をかけて下さいました。鎗田努先生は大学時代からの先輩でよく存じ上げており、私が市原市内の医療機関に勤務後もいろいろご縁がありました。お断りするのには申し訳ないとは思いましたが、当時はまだ担当している部署があり、お引き受けできませんでした。又、「はなみずき vol. 21」に鎗田 努院長が書かれている「介護の仕事は急性期医療をやっている医師の出来る仕事ではない」という点は全く同感でした。私はそれまでずっと外科医として急性期医療を担当してきました。しかしアーネストのオープン数か月前に事情が変わり、再度声をかけていただいた時には、体が空くことになっていました。又、アーネスト開設にあたり近隣10の町内会の皆様からご支援をいただいたというお話にも強く後押しされました。それで身の程もわきまえず、お引き受けすると返事をしてしまいました。介護の事は何もわからない新米でしたが、開設以来アーネスト並びに鎗田病院の職員はじめ関係の皆様のおかげで、今のところ臆にはならずなんとか施設長を務めております。

さて、ご利用いただいている方々には日々の生活が一番大切です。しかしただ暮らしているだけでなく、楽しく充実した毎日をお過ごしいただくことが要と思っております。それで三月にはひな祭り・春にはお花見・夏の納涼祭・秋はミカン狩り・暮れには餅つき大会など行事も工夫してもらい実施してまいりました。また多くのボランティアの方々にお越しいただき、いろいろな催しを開催していただきました。いずれもととても好評で皆さんに大変喜んでいただいております。ありがたいことで、この場をお借りして改めてお礼申し上げます。ありがとうございました。

スタッフ一同は、これでよしとせず、もっと満足度の高い介護を提供したいと思っております。しかし今の所これを一気に実現するには解決しなければならない事がいくつかあります。より高い目標に向かって一層努力をしていく所存です。

名は体を表すといひます。アーネストの名前・理念の通り、一真剣・真面目・一生懸命に一をモットーに、より良い介護を目指してスタッフ一同努力してまいります。今後とも皆様には一層のご支援・ご指導・ご理解を賜りますようお願い申し上げ、アーネストからの報告といたします。

### 編集後記

まず、「はなみずき」の発行が遅れてしまい申し訳ありませんでした。更に、今年3月より、新棟建設・耐震工事により、患者さんにはご迷惑をお掛けしております。来年の新棟完成後は、より地域に密着した医療を提供できるよう、取り組んで参りますので今後も、宜しくお願い致します。アーネストにおきましては、入所者さんが増え、通所リハビリテーションに来られる利用者さんも増えつつあります。介護が必要になった際には、是非、アーネストのご利用も検討頂ければ幸いです。

病院や施設に対する要望・ご意見等がありましたら病院・施設内に設置しております「皆様の声」に投稿して下さい。



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

医療法人 鎗田 病院

ホームページ [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)