

はなみずき

医療の質について考えてみました〔1〕

院長 鎗田 努



医療や健康は一つの社会問題ですし、良い医療を受けたい、良い病院にかかりたいという思いはすべての患者さんに共通するものですので、新聞やインターネット上で「医療記事」や「名医紹介」(名医幻想?)のような情報があふれています。しかしそのほとんどは、医療現場を本当の意味では理解していない人が書いていますので、その与える影響が強大である割には、内容が一面的であったり、情報源の単なる受け売りであったり、特に医療技術の評価に至っては大きな誤解に満ちています。名医ともちあげたり、医師不信をあおったりと極端で、しかも幼稚な記事が多く、隔靴搔痒を感じていますので、気になる点を少し書いてみます。

10月29日の毎日新聞夕刊に「手術の際には担当医の実力を見極めよ」という表題の署名入りの記事が1頁にわたって掲載されています。担当医に「これまで当該手術を何例行ったか聞け」というのが大きな主旨の一つです。かなり手術や外科医を誤解していると思えます。術中操作が大切なことは当然ですが、手術で本当に難しいことは(1)手術が必要か、手術が可能かの決定。やるとすればその方法はどうかのいわゆる適応の決定と(2)予定外の思

わぬ事態のときの方針の決定(変更)であると考えています。(1)は当然のことですので(2)について書き足しますと、例えば癌の手術で、術前検査ではわからなかった転移リンパ節が大切な血管や神経に食い込んでいたときなどです。術中の危険や術後の後遺症を覚悟でこのまま進むか、撤退して他の療法に切り替えるかの判断は、患者さんは全身麻酔下で希望を聞く訳にもいかず、患者さんにとって何が次善かを決めなければなりません。(1)の適応もそうですが、特に術中の方針決定においては、「癌という病気をどう考えるか」からはじまって、大げさに言えば医者自身の「人生観」までが顔を出します。ですから私は「手術には医者の人柄や人生経験がもろに出る」と思っています。単なる技術の問題ではすまない訳です。

もう少し「手術は症例数ではない」という点を述べてみます。(イ)巷間で言われているような「手先の器用さ」と手術は無縁のものです。手術は理屈(理論)と予測する力で決まります。ですから、1例やっただけできちんと理解する人もいますし、何10例やってもだめな人もいます。(ロ)大学の外科の教室には「主任をやると手術がうまくなる」という言

業があります。全責任をもたされてはじめて本当の実力になる意で、先輩と一緒にやる手術はあまり身につかないということです。(ハ)手術では、患者さんの体調は皆違いますし、病気の進行状態など予測がつかないこともあり、何が起こるかわからない部分がありますので、これまでに当該手術を何100例やっというとも、その都度緊張しますし怖いものです。本気で手術が怖くないなどという外科医がもしいたら、私はその人を信用しないと思います。(ニ)当然ですが、手術は担当医だけが行うものではなく、その病院の外科チームをあげて行うもので、難易度によって術者が決まります。もし万一困難な手術が予想され、自分達のチームのみでは少しでも不安があれば、他の施設の医師が参加してチームを作ることもありますし(私は数年前までは肺癌の手術にいくつかの病院から声がかかっていました。最近では年をとったと思われているのか、呼ばれなくなりましたが、小出副院長は「食道癌」では県外まで出かけています)他の領域(肺癌の場合は心臓血管外科医など)の医師が参加することもあります。もし大量の輸血が必要となる危険性などが予測され、いざというときの対応に心配があるときは、施設を換えて行うこともあります。(ホ)平常の術中操作では、手術のチーム全体が互いに今何をなすべきかの手術の流れを黙っていてもわかり合っていることが大切です。いちいち次にやることを口に出して行う

のは若い医師を育てる必要のある大学病院での手術くらいです。結局はチーム全体のレベルの問題となります。

さらに大切なことは「治療は継続である」ということです。手術は治療計画の一環であり、それに続く長い療養期間が必要になりますので、手術だけを切り離し(もちろんきちんと行われなければなりません)て考えるのは得策ではありません。また私が肺癌の手術の手伝いに行っていたいくつかの大きな病院の看護師と当院の看護師をみて感じるのですが、手術はきちんと終わったとしても、術後の経過、特に合併症の予防等に占める看護師の役割は非常に大切です。手術の良否は術前術後の管理までのすべてを通じて判断しなければならないと思います。ある意味では、手術の質や医者との質と同様にかままたはそれ以上に、看護師の質、看護に取り組む姿勢(考え方を含めて)、看護の体制等を見極める必要があると考えています。結局は色々なメディアの表面的な情報をあてにするのではなく、病院の質を見極めることが大切で、医師や職員の姿勢や病気に対する考え方などをみて、患者さん(やご家族の方)自身が判断していくのが最良なのだと考えます。その際には、実際の現場を知る近隣の医師の助言がかなり参考になり得ると考えています。



総胆管結石について

医師 山崎 将人



はじめまして、本年7月より勤務しております山崎将人です。簡単な自己紹介と総胆管結石について話をさせていただきます。私は昭和61年に富山医科薬科大学を卒業後塚本、小出両副院長のいた千葉大学第二外科で卒業研修、昔でいうインターンをしました。塚本先生は私が医者一年生で何も知らない時に直接教えていただいた指導教官(恩師)にあたります。大学での仕事は主に画像診断の仕事をしていました。胃や大腸のレントゲン撮影から血管造影、CT、MRIなどの写真を撮りどのような病気であるのか(すなわち痛なのかどうか)、病気の広がりはどこまでなのか診断する仕事をしていました。主に肝臓、胆嚢、膵臓いわゆる肝胆膵の診断、治療のグループにすることが多く研究会でもこのような患者さんがいましたとか、この病気の特徴はこうです、などと発表もしてまいりました。博士号の研究は肝臓から胆汁が排泄される所をRIという物質を使って診断することでとらせていただきました。無理を言って検査をお願いした川鉄病院や県癌センターの放射線科にはお世話になりました。

さてなぜ今回、総胆管結石を取り上げようとしたかは私が赴任してから入院された総胆管結石の患者さんが今まで勤務してきた東金病院や船橋医療センターと比べて多いと感じたからです。総胆管とは肝臓から胆汁という消化液が分泌されて消化管の中へ流れていく管です。その中に胆石がわき道の胆嚢内から落ちてきて流れを傷害するので急に激しいおなかの痛みとして病気が始まります。すなわち総胆管という川にわき道の胆嚢という池があって、そこでできた大きな石があるとき急に川に流れ落ちて出口をせき止めるからです。せき止められた川は増水し激しい痛みの原因となり、また上流の肝臓も傷害されます。

治療としては開腹手術で総胆管を開いて摘出する方法と内視鏡を胃の先の十二指腸まで入れて川の出口を電気メスで切り開いて取り出す方法があります。開腹手術は術後の痛みや腹部にできる傷の点で最近では内視鏡を用いた治療が選択されることが多くなってきました。30分から1時間ほどの内視鏡検査で石が取れば患者さんにとっても負担は少ないでしょう。

ただ内視鏡治療がすべてにおいて安全で負担の少ない治療法というわけではありません。安全性や根治性(しっかり治療できたか)の点で問題も生じることがあり患者さんの病気に一番あった治療法を決定することがポイントであります。今後もこの点を心がけて船田病院の患者さんから信頼されるよう努めていきたいと思っております。

●執筆者略歴 ————— 山崎 将人先生

昭和61年3月に富山医科薬科大学卒業
昭和61年3月より千葉大学附属病院
昭和62年4月より国保成東病院
昭和63年4月より船橋市立医療センター
平成元年4月より千葉大学附属病院
平成4年4月より船橋市立医療センター
平成9年4月より千葉大学附属病院
平成9年7月より英国留学
平成13年7月より東金病院
平成14年4月より千葉南病院に勤務後
平成15年7月より当院に勤務

気管支鏡による診断と治療について

医師 鈴木 明彦



みなさんこんにちは。私は、10月より東京医科大学病院より当院に赴任してきて、外科の診療を担当しております。大学病院では呼吸器外科および内分泌外科を専門としておりました。少しでも患者様方のお役に立てますよう一生懸命に頑張りますので、どうぞよろしく願いいたします。

みなさんは「気管支鏡」をご存知でしょうか？
いわゆる胃カメラといわれるような胃内視鏡や大腸の病気を診るための大腸内視鏡など、消化管内視鏡に比べて恐らくなじみが薄いのではないかと思います。

気管支鏡は他の内視鏡と同様に柔らかい軟性鏡-ファイバースコープを口または鼻から挿入し、声帯、気管、気管支などを観察して、診断および治療をおこなう方法です。レントゲンやCTの検査ではわかりにくいような病気も気管支鏡ではよく見ることがあります。特に気管や気管支に発生した初期の悪性腫瘍-肺癌は気管支鏡でないと診断できない事があります。もしみなさんに頑固に続く咳、あるいは痰に血が混じる、といったような症状があるようでしたら、一度、気管支鏡検査を受けてみることをお勧めします。このような症状は気管支炎などで認められる事も多いのですが、もしかしたら他の病気が隠れているかもしれません。

気管支鏡は、始める前に注射をした後、口からの奥までスプレー式の麻酔をします。検査中にも適宜麻酔を追加しながら行います。気管支は一本道のトンネルではなく何本にも枝分かれしていますが、入口から4~5番目の分岐のあたりまでは普通に診ることができます。生検、細胞診などを行う事もありますが、全体を観察するだけでしたら10分程度で検査は終わります。

内視鏡終了後に抗炎症薬、止血薬などを内服して頂くこともあります。

気管支鏡を用いて病気の治療をすることもあります。最先端の治療には、腫瘍が増殖して気道が狭くなり呼吸困難となった場合、気管支鏡下にレーザー光線で腫瘍を焼いて気道を広げ、呼吸を楽にする治療や、ごく初期の段階の肺癌を低出力レーザーと注射薬を組み合わせる手術をせずに根治を目指す治療、などがあります。

私は木曜日と金曜日の午前中の外科外来を担当しておりますので、お気軽にご相談頂ければ幸いです。

●執筆者略歴 ————— 鈴木 明彦先生

平成10年3月に東京医科大学医学部卒業

平成10年5月より東京医科大学病院

平成11年6月より上尾中央総合病院

平成11年12月より木村病院

平成12年6月より東京医科大学病院

平成13年6月より新井病院

平成15年11月より東松山医師病院に勤務後

平成15年10月より当院に勤務。

患者さんに喜ばれる 食事作りを目指して



栄養科科長 川名 久美子

栄養課では、医療としての役割を考え、さらに患者さんに安心して、おいしく喜んで召し上がっていただけるよう、次のようなことに心がけております。

1. 十分な手洗い、適切な温度管理、調理器具等の食品別使用・殺菌、衛生的な保管等を行い、衛生管理には十分気を配っています。
2. 旬のものを取り入れ、新鮮な食材を1回で使い切る量のみ仕入れ、行事食を行い食事を通して季節を感じてもらえるよう心がけています。
3. 朝・昼各2種類のメニューから選んでいただく選択メニューを、常食は毎週水曜日、全粥・特食については隔週に行っています。
4. 患者さんのアレルギーはもちろん、嗜好によりどうしても食べにくいもの、嫌いなものについても別メニューに変更して、少しでも召し上がってもらえるよう努力しています。また、主食については、量、固さ、種類（おにぎり・パン・麺類）で対応しています。
5. 高齢者や、咀嚼が困難などの患者さんには、通常より煮物を多くしたり、味つけ、食べやすさを考慮したシルバーメニューを用意しています。また、咀嚼・嚥下困難な患者さんには、「あら刻み」「普通刻み」「とろみ付け刻み」「ミキサー食」「ペースト」と5段階に分けて対応しています。
6. 夕食の配膳は18時以降とし、温かいものは温かい状態で召し上がっていただけるよう、心がけています。

まだ不十分な点が多く、これからも今以上に努力していきたいと思っておりますので、お気づきの点がございましたら、遠慮なくお知らせ下さい。

環境整備の一環として 改善してみました

当院は、患者さんが安心して安全に療養していただくために、環境整備には特に気を配っております。毎月、環境整備委員が巡回し、患者さんに、ご不便をかけていることがあれば、速やかに改善することを心がけております。特にこの頃、ご高齢の方の入院が増えてまいりましたので、毎日、使用する手洗やトイレの使い勝手に問題があることに気づきました。

先ず、トイレにある手洗いのハンドルも車椅子に乗った方には、手が届かないこともあり、センサーで自動式に切り替えました。トイレのハンドルも様式便器の蓋の後ろについているものは、手が届かなかったり、力を入れないと水が流れないなど、ご高齢の方には、無理のあることに気づきました。そこで、これもセンサー式にして、用便の済んだ後、立てば水が自動で流れるようにしましたので、排泄物が便器に残っているようなことがなくなりました。男性のトイレも用便が済んだら、自動水洗にしたことで臭気が全くなくなりました。



これらは、手荒い器も便器も、既存のまま、一部部品を取り替えるだけで便利になる物が開発されたことを広告で知り、検討の結果院長に相談したところ、早速採用されました。部品も安価であり、節水にも



配慮されたものであり、手洗いも汚れた手でハンドルを握ることもなく、感染予防にも一役買ってくれているなど、時代のニーズに合った製品であると思っております。

しかし、すべての手洗い器や便器に適用されるまでには至っていないので、当院も、すべてではないことをお断りしておきます。また、トイレ、洗面所の電気も、人の気配がすると点灯し、不在時は消灯するセンサー式にしたのでトイレの前の病室の方のまぶしさも解消され、節電にもなっております。これからも皆様のご意見を取り入れ、よりよい環境創りを目指してまいります。（環境整備委員・北村）

交流ハイキングに参加して

准看護師 田中 真美

私は、今回市原市在住の心身障害者とのふれあいの場、交流ハイキングにボランティアとして三和福祉作業所の方と参加してきました。三和福祉作業所とは、知的・身体・聴覚といった障害をもった方が、生活指導や健康管理等に配慮した環境で、社会的自立を促進することを目的とした援護施設です。

今まで、障害者の方との関わりも少なく、ボランティア活動に参加することは、初めてのことで不安を感じていました。いざ参加してみると障害をもっているにもかかわらずとても明るくて、障害者から私達に積極的に話しかけてきてくれたので、いつの間にか不安は感じなくなっていました。



この日、ある場面に遭遇した時の話です。知的障害をもっている男性が食後すぐに吐いてしまい、体調を崩してしまった時です。障害者の方達が集まり、一生懸命に介護している姿を見て、今回の交流ハイキングの目的を理解できた気がしました。

また最近では、心身障害者によるボランティア活動も盛んになってきていて、その活動は、一般のボランティアに参加したり、手話サークル講師など障害があることの体験を活かして活動するなど注目を集めているそうです。

心身障害者・健常者関係なくすべての人に、基本的人権があります。そして、社会を構成する一員として活動し生活しています。私は、今回交流ハイキングに実際に参加してみて、色々なことを学ばせていただくことができました。そして、今後このような活動がもっと増えれば良いと感じました。もしボランティア活動に少しでも興味を持っている方がおられるならば、是非このような交流ハイキングに参加することをおすすめします。



敬老会を催して

療養病棟主任看護師 石川 真由

9月12日、療養病棟のディールームにおいて、敬老会を催しました。当病棟では年間を通し、雛祭・藤見会・七夕祭・クリスマス会等が恒例の行事となっています。今回は、秋祭りを兼ねた敬老会ということで、皆さんになじみの深い花笠音頭や炭坑節などの踊りを中心に企画しました。当日は、当病棟の患者さんをはじめ、他病棟、外来患者さんの参加もあり、総勢30名が看護職員手作りの花笠を持ち、民謡に合わせ身振り手振りで大いに盛り上がりました。

踊りのお師匠となった看護師の千葉さんを先頭に、ミス療養達がゆかた姿で、炭坑節を踊りながら登場、いつもの白衣姿とは別人の看護職員は、患者さんに大好評でした。ご家族の方々も一緒に手拍子を打ちながら、歌ってくださったりと会場はたちまち一体化し、私達も普段にはない充実感を味わうことができました。最後に、紅白まんじゅうがお土産となり、患者さん全員大切に抱えて病室に戻りました。短い時間での敬老会でしたが、それまで看護職員は、勤務を終えてから準備を重ねてきました。それらが全て、手作りのものであったからこそ、心もこもっていたし、達成した時の充実感は大きいものでした。また、このような企画を通して、患者さんに喜んでいただきたい、喜びを一緒に分かち合いたいという気持ちからでした。現在、当病棟での平均年齢は83才！で長い人生の歴史を刻んでこられた方々から、いろいろな場面で教わることも多く、貴重な体験をさせていただいております。

反省会では、療養病棟でのレクリエーションの重要性について話し合いました。季節ごとの行事も意義あることですが、日常生活に、ケアの一部として組み込み、日々楽しく過ごせるような療養病棟であるよう、心がけていきたいと思っています。



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

E-mail▶ info@yarita-hosp.or.jp

今年一年の世話になりました。

編集後記

年の瀬も迫り何となく気ぜわしくなってきました。年の始めには、年間の計画をたててそれを着実に実践し、余裕のある年末を迎えたいものだと思うのですが、なかなかそうはいかないものです。はなみずきも秋に発刊の予定でしたが、とうとう、この時期になってしまい申しわけありませんでした。皆様にはなみずきを読んでいただくことにより、病院のことをいろいろご理解いただき、見近かな存在でありたいと願っております。今後ともよろしく。

(編集委員 北村)