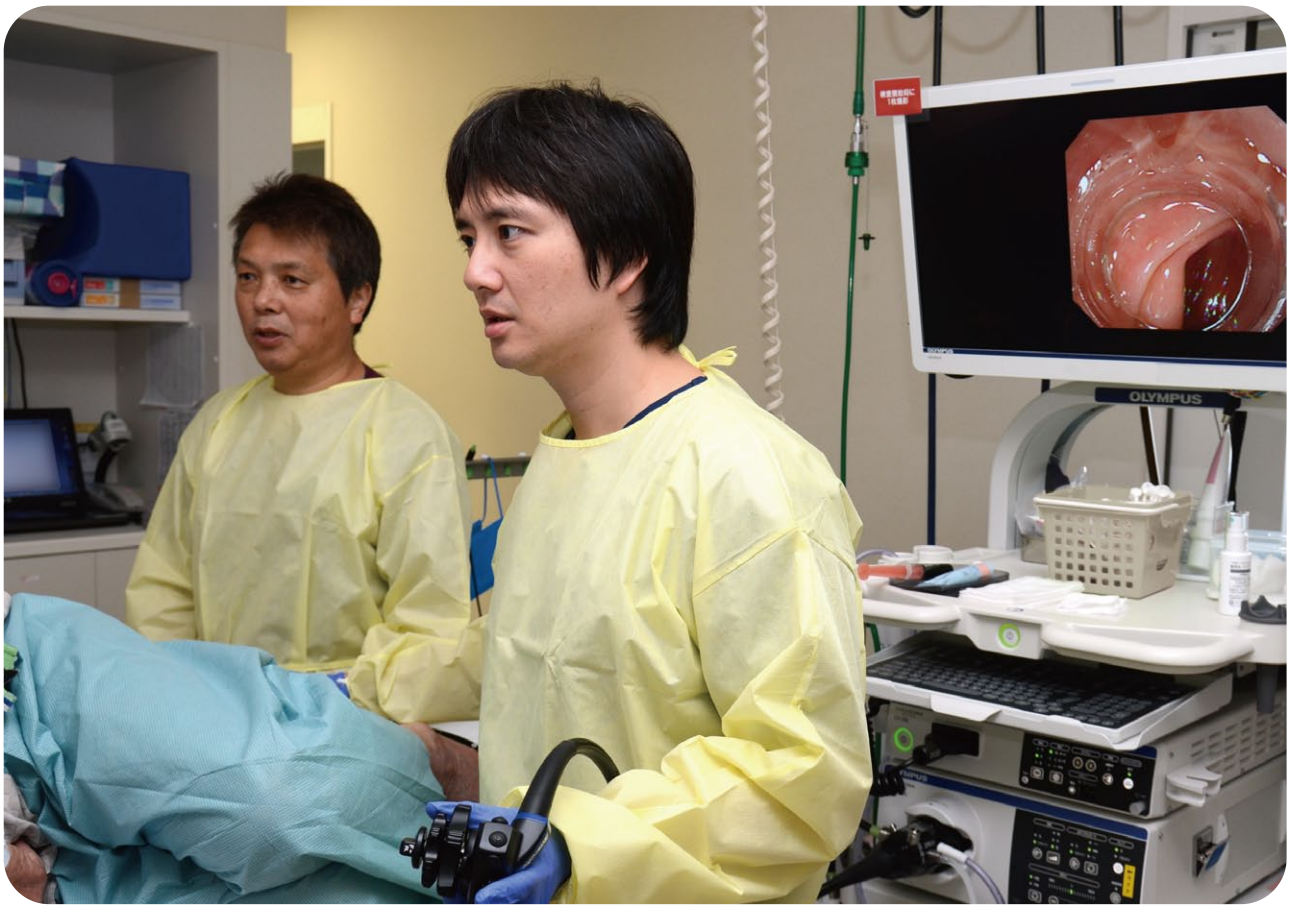


こんにちは

vol.24
秋号
2019

病院と地域をつなぐ情報誌



ねんまく か そうはく リじゆつ
大腸ESD(内視鏡的粘膜下層剥離術) (関連記事 3~7ページ)

目次

- | | | | |
|------------------------------------|---|------------------------------------|----|
| ▶ リレーコラム | 2 | ▶ アクティビティレポート
旭中央病院ボランティア | 10 |
| ▶ 医療最前線 vol.23
早期胃がん・食道がんの内視鏡治療 | 3 | ▶ かかりつけ医を持ちましょう 第24回
銚子市・新生産婦人科 | 11 |
| ▶ やさしい医学講座 第24回
子どもの喘息 | 8 | ▶ 病院からのお知らせ | 12 |
| ▶ 健康ノート
健口で健幸に ~その2~ | 9 | | |

医師の働き方改革と救急医療

副院長・救命救急センター長

たか はし いさお

高橋 功

2018年6月29日に働き方改革関連法が成立し、2019年4月1日より施行されました。これは働く人全てに対する法律ですが、医師については5年間の猶予期間が設けられ、2024年4月1日より適応されます。なぜなら、現状のままでは地域医療や救急医療への影響が大きく、医療崩壊を招きかねないからです。医師の長時間労働によって支えられてきた日本の医療は危機を迎えています。高い医療水準を誇る一方で、医師不足、医師の偏在、過労死、救急医療崩壊など、様々な課題が浮き彫りになってきています。このような状況の中で、医師の働き方改革の議論が始まりました。

医師の労働時間管理の難しさは、その職業としての特殊性にあります。医師は昼夜問わず患者の対応を求められます。医師は患者を救うためなら私生活の犠牲も厭わず、むしろそれを当然と考える医師も少なくありません。更に、医師は常に診療技術を磨き、最新の知識を学ぶ必要があります。技術や知識の修得・維持には多くの時間を必要とします。

我々の時代は、一週間病院に泊まっても、1日や2日徹夜して手術しても苦になりませんでしたし、当たり前と思っていました。でも、それでは医師は健康を損ない、医療事故の要因となり、結局は患者、医師双方にとって望ましい結果にはなりません。そうした観点からも、労働時間を管理して、医師の働き方改革が必要なのです。

また、夜間の救急外来に軽傷者が沢山受診することも長時間労働に直結します。医師は患者を救う責任があり、患者も治療を受ける権利があります。しかし、働く時間を適切にすることが、医療安全に繋がること

も理解してもらった上で、急を要さない場合は、少しの不便を受け入れるという意識を住民に対して求めざるを得ません。夜間の軽傷者の受診を減らすためには、体調不良のときは日中の受診を推進するとともに、それが可能になるように職場の理解も必要です。社会も医師も患者もみんな変わらなければなりません。医師の働き方改革は受診する側の意識改革でもあります。

この医師の働き方改革が、医師の労働時間短縮という単なる時間合わせになってしまうと、医療の質の低下を招き、混乱を来す可能性があります。“今月は全医師の労働時間が上限に達したので、救急外来を閉じます”という嘘のような笑えない話も決して、冗談ではなくなってしまいます。



早期胃がん・食道がんの内視鏡治療

～ESD(内視鏡的粘膜下層剥離術)～

Q. 胃がんや食道がんはESDの対象になるのでしょうか？
窪田学 医師(以下、窪田) 早期がんの中でも、粘膜に留まる「粘膜内がん」

Q. 今回は、胃がん、食道がんに対する内視鏡治療の一つであるESD(内視鏡的・粘膜下層・剥離術)をテーマに取り上げました。この治療法は、いつ頃から行われているのでしょうか？
須貝正男 臨床検査技師(以下、須貝) 健康保険で受けられるようになったのは、胃がんが2006年、食道がんが2008年、大腸がんが2012年で、ほぼ同時に当院でもESDを開始しました。また保険取上は「胃・十二指腸」で同じ括りですが、十二指腸がんに対するESDも行っています。

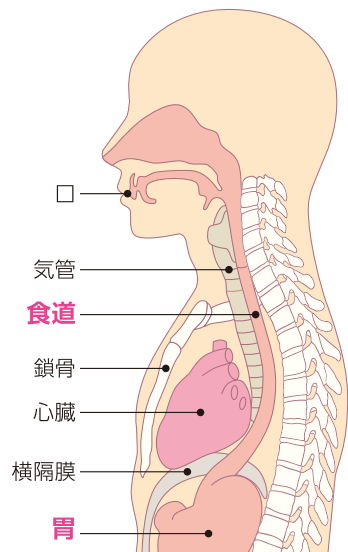


消化器内科 部長
 くぼた まなぶ
窪田学 医師

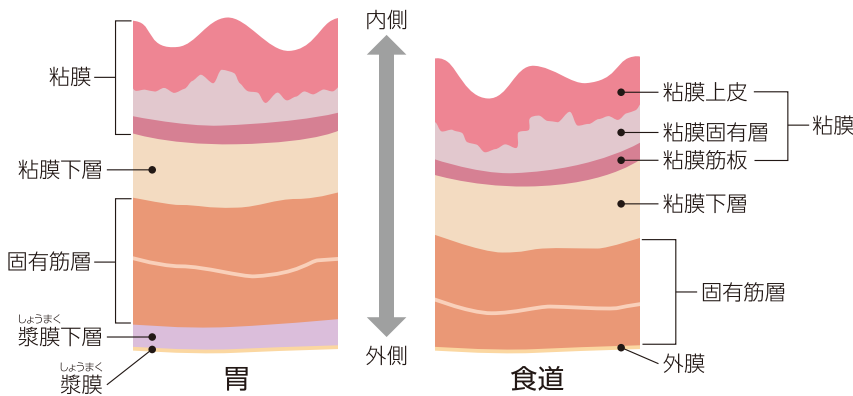
が基本です。がんは、胃や食道の内側を覆っている粘膜(粘膜上皮、粘膜固有層、粘膜筋板)から発生し、徐々に粘膜下層、その奥の固有筋層に広がり【図2】、壁の中を通るリンパ節や血管に入り込んで他の臓器に広がっていくとされていますが(転移)、粘膜までに留まるがんでは、通常周りのリンパ節に転移していないことがこれまでの統計でわかっているためです。その他、

胃がんや食道がんの早期発見に欠かせない上部消化管内視鏡検査(いわゆる「胃力メラ検査」)ですが、医療技術の進歩などにより早期がんの治療の場でも内視鏡の活用が広がり、がんの発見・診断・治療まで内視鏡で完結できるケースが増えてきました。従来の開腹手術(外科手術)のようにお腹を切ることなく体の中から治療できることや食道の機能を温存できることなどの大きな利点がありますが、近年主流になっているESD(内視鏡的粘膜下層剥離術: Endoscopic Submucosal Dissection)は、厚さわずか数mmの胃や食道の壁の内側からがんを剥がす必要があることなどから、熟練した技術を要する治療法でもあります。

そこで今回は、当院で行われている胃がん・食道がんのESDについて、同治療の要として多くの実績を重ねる消化器内科の窪田学 医師と宮川 明祐 医師、ならびに30年以上にわたり一貫して内視鏡に携わる須貝正男 臨床検査技師に話を聞きました。



【図1】胃・食道の位置

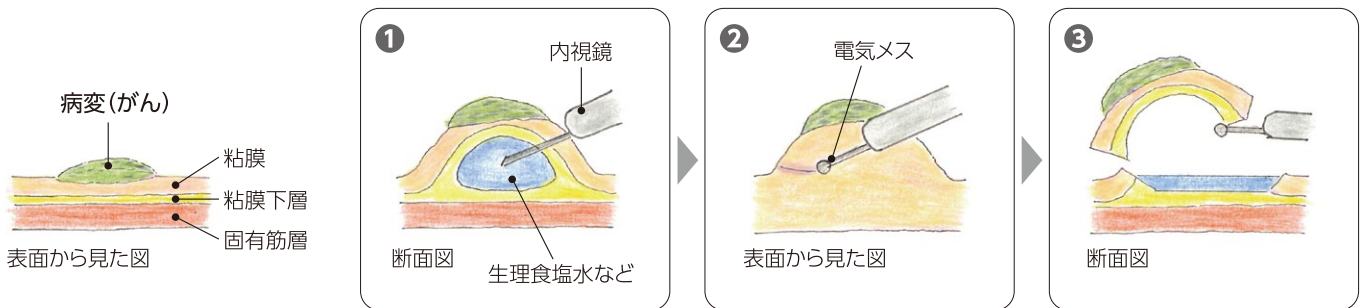


【図2】胃壁・食道壁の断面図

がんの組織の型、潰瘍【注1】の有無、大きさなどによっても、細かく条件が異なってきますが、この治療が始まった当初に比べると、対象は拡大しています。ただ、胃がんと食道がんを比較すると、一般的に食道がんの方が悪性度が高く、進行が速いと言われていて、ESDの対象は胃がんに比べると限定されてきます。

Q.ESDとはどのような治療法なのでしょうが。

窪田 内視鏡検査と同じように口から内視鏡を挿入し、内視鏡の先端から小さいナイフ(電気メス)を出してがんを切除する治療法です。手順は以下の通りです【図3】。①がん病変の周りに切除する範囲の目印をマークした後、病変の下の粘膜下層に生理食塩水などを注入して、がんを浮き上げさせます。②マークした外側を(がん病変より少し広めに)内視鏡の先端から出した小さいナイフ(電気メス)でしっかり切ります。③がん病変よりも少し深めに粘膜下層を剥離【はくり】します。④切除した組織を病理検査に依頼して顕微鏡で詳しく調べて、後日確定診断を出します。病理診断の結果によって事前の予測よりもがんが深いなどESDの治療適用外であった場合には、



【図3】ESD (内視鏡の粘膜下層剥離術)

(イラスト:外口晴久【9頁】)

追加で外科手術や化学療法、放射線治療などを検討します。なお、病変を切り取った場所は人工の潰瘍になるわけですが、胃は大体1カ月半、食道は1ヶ月程度で治ります。

Q.ESDが優れているのは、どのような点ですか。

窪田 内視鏡治療では、従来EMR(内視鏡的・粘膜・切除術: Endoscopic Mucosal Resection)という、スネアという輪状のワイヤーを病変部に掛け、高周波電流を用いて切除する方法が主体で行われていました。この治療法ではスネア自体の大きさである2cmを超える病変は一度に取ることで、大きな病変は分割して切除する必要があります。がんの小さな取り残しなどによる再発のリスクがありました。その点、ESDでは、大きさに関わらず、ひとかたまりでしっかり確実に切除できる利点があります。当院では現在、胃の良性ポリープにEMRを行っていますが、胃がん、食道がんに対してはESDによる治療が主流になっています。

宮川 明祐 医師(以下、宮川) 外科手術と比較して、体への負担が軽いことが大きな利点です。特に食道がんの外科手術は消化器領域の中でも最も大

がかりな手術の一つで、手術時間も長時間になるとされています。ESDであれば、がんの場所や大きさにもよりますがほとんどが1時間もかからずに終了します。麻酔についても、ほんの少し眠くなるような鎮静剤、鎮痛薬を使いますが、一般の方が想像しているような全身麻酔はかけません。術後は1週間弱の入院が必要ですが、治療に伴う痛みはほとんどなく、外科手術で胃や食道を切除した場合の食事などへの影響を考えると、胃や食道を元通り残せるESDのメリットはとても大きいと思います。

Q.ESDは「手技が難しい」と聞きますが、どのように難しいのでしょうか。

窪田 胃の場合は粘膜下層【3頁図2】に血管、それも太い動脈がたくさん通っているため、切除する際の出血をコントロールする難しさがあります。食道は壁が薄いことによる難しさです。最初に行う病変の周りのマーキングだけでも穿孔【せんこう】してしまう(穴が開いてしまう)リスクがあります。

宮川 一般的に壁の厚さは、胃は約7mm、食道と腸が約4mmと言われています。また、構造上、食道は心臓のすぐ裏側にあり、気管にも隣接しているため【3頁図1】、心臓の拍動や呼吸による

【注1】潰瘍: 粘膜の表面が炎症を起こして崩れ、内部の組織にまでその傷が及ぶこと



消化器内科 医長
みやがわ あきひろ
宮川 明祐 医師

食道の動きをうまく回避しながら治療する難しさがあります。また、万一穿孔によって、縦隔炎【注2】といった合併症が起きて食道の外科的治療が必要になってしまうと、先述のように大がかりになってしまいますので、充分注意が必要です。

須貝 一概に胃のESDと言っても部位によって難易度が全然違います。実際、胃の大彎とか入り口の穹隆部【注1】というのはものすごく難しいです。

宮川 ESDの対象になる疾患というのは消化器疾患の中でも例えば胆管炎や胃潰瘍の出血等と異なって即、命に係わる緊急疾患ではないので、患者さんは上手い病院や医師を調べたり選んだりすることができると思っています。そのように患者さんが選べる状況で当院を選んでくれたからこそ、責任があると思います。修練を重ね、技術を磨き続ける努力が必要だと考えています。

Q. ESDは内視鏡室で、内科医と臨床検査技師がペアで行うのですよね。臨床検査技師の役割について教えてください。

須貝 技師の役割は、安全で、確実な治療を手助けすることです。あうんの呼吸というか、医師にストレスがかからないよう、何を考えているか常に予測しながら介助にあたることを心がけています。

宮川 医師は外来診療なども並行して行っているのですが、なかなか内視鏡室に張り付いて、すべての情報を点検するのは困難なことも多いのですが、須貝技師は、私達が他の業務に忙殺されている間にも、内視鏡に関するあらゆる最新の情報、内視鏡室に来るその時々の問題症例などをすべて把握してくれています。ESDの際も、「こういう時にはこのデバイス(器具)が良いのではないか」といった的確なアドバイスをもらえるので、助かります。また、私たち医師はあまり自分以外の治療を見る機会というのはないのですが、須貝技師はこれまで色々な医師を見てきているので、実は癖や技量を一番見る目があると思います。そういう目で客観的にアドバイスをもらえるものがありますね。

Q. 治療というと医師が目目されがちですが、技師とのチームワークがより安全で確実な治療につながっているのですよね。そのほか、当院におけるESD治療の強みや特徴はどのような点でしょうか。

窪田 私は当院に赴任する前の3年半、がん専門病院の内視鏡治療部に所属していたことがあります。そこでは全国から患者さんが集まるのですが、当院のような総合病院と異なり、すべての科が充実しているわけではないので、病気ががんだけの方(併存疾患のない方)が中心であり、40〜50代のがん患者さんとしてはまだ若い患者さんが多いです。一方、当院は地域の病院なので年齢層としては70〜80代の方が多く、高齢になるほど心臓や脳など、がんの他にもいろいろな病気を持っている方の比率が高くなります。色々な合併症を持っていても治療できて、万一循環器、脳、神経系の偶発症、合併症などが起きた時でもすぐ対応できるというのは、1番のメリットだと考えます。もう一つ特徴を挙げるとすれば、症例数が多いことだと思います。

宮川 私もやはり、総合病院としての強みがあると思っています。透視患者

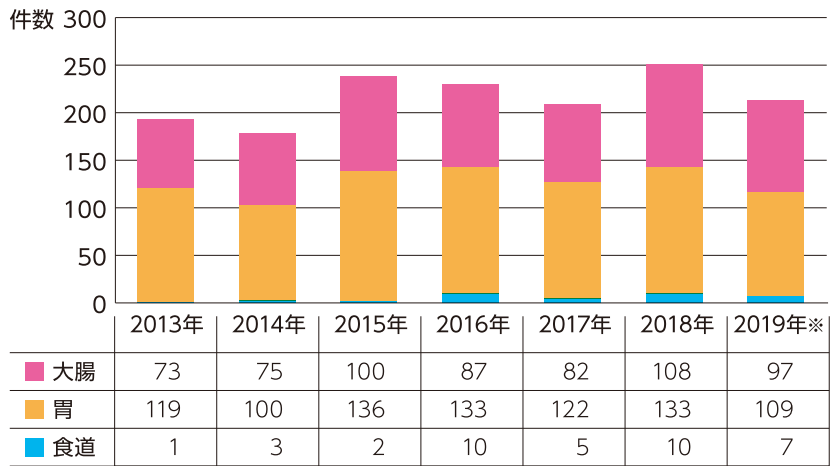
さん、肺の状態が悪い方など、これまでも高リスクの患者さんの治療を行ってきた実績がありますし、仮にESDの治療を受けた患者さんが、たまたま夜に心臓の病気を発症した場合でも、当院では待機体制を取っている(急患に備えて、すべての診療科の当番医が24時間体制で院内に待機する)強みがあるので、万一合併症が起きた時の不安は少ないです。そこはぜひ誇りたいところです。

Q. 症例数が多いという話が出ましたが、当院は2017年1年間の胃のESDの総数が関東29位、大腸は関東27位でした。【6頁注2・図4】

須貝 病院単位で見ると上がりますが、注目いただきたいのは、当院の場合基本的には2人の医師が少数精鋭でESDを担当しているため、1人の医師当たりの治療件数はかなり上をいくのではと考えています。

宮川 症例数が絶対ではありませんが、当院の規模をもってすれば、まだ物足りない数字であり、せめて関東でも10本の指には入りたいと思っています。そのためには、近隣の病院やクリニックの先生との協力も欠かせませんが、常々若い医師にも話すのですが、早期がんを内視鏡で診断するには高

【注2】縦隔炎：縦隔(心臓、食道、大動脈などが入っている胸部の左右の肺に挟まれた空間)に起きる炎症



【図4】旭中央病院におけるESDの実績(1月~12月)

※2019年は9月24日までの件数

度の経験と診断力を必要とします。早期がんは治療する医師がすごいのではなく、診断する医師がすごいのです。診断し、当院に患者さんを紹介しただけの先生がいなければ、我々のような治療医はESDを行うことができません。その意味で、日常から早期がんの診療に努力されている近隣の先生や、当院の研修医には感謝の気持ちがあります。今後密に連携を

取っていきたくと考えていますし、診断に迷う症例があれば遠慮なくご連絡いただきたいと思います。

また、ESD目的で紹介いただいた先生方への治療経過と内視鏡レポートの返信は、私が特に重視していることの一つです。当院を信頼して大事な患者さんを紹介いただいた先生方に対する礼儀だと思えますし、やはり詳細な経過をお送りする以上は先生方の厳しい目に触れるわけですから、いいかげんなことはできません。私としては、このような対応をすることで、一定の緊張感を保ちながら治療に臨んでいます。

窪田 内視鏡で治療するための前提として、きちんと診断できることが必要です。私は早期がんを見つけれられるようになる1番の近道は症例を積み重ねて考えているのですが、一般的には小さい早期がんを見つけない医師が多いので、なかなか見つけづらいのです。その点、この病院は症例数が多いので、早期がんの色々なパターンを経験できますし、消化器内科のカンファレンス(症例検討会)で担

当医が「こういった小さいがんのESDを行います」という発表を行うので、周りも毎日毎日それらを見ていくことで覚える、頭に何例も症例をインプットすることによって診断力が高くなっていきます。症例数が多い病院ならではの強みだと思います。

Q. 宮川医師は、ESDに関してまとめた研究論文が認められ、英文雑誌に掲載されたそうですね。

宮川 私は、特に胃のESDについては、国内での技術がある程度確立されてきていること、治療を行う施設が増えてきていることもあり、当院においては上手に治療を行うことが大前提で、さらに「どれだけ患者さんが楽に治療を受けられるか」、治療後の患者さんの満足度を上げるためには、どうしたらよいか」ということに注目しています。今回取り組んだテーマは、「ESD後の食事摂取をどうすれば安全に、患者さんの満足度を上げられるか」です。ESDの後には治療した部分に人工の潰瘍ができるため、出血を予防するために一定の絶食期間を設けた後に流動食を開始し、徐々に食事を固くすることが慣習的に行われています。しかし、これでは栄養価が不足しますし、何よりおいしくないため、

患者さんの満足度も下がってしまします。そこで患者さんにご協力いただき、従来通りに流動食から開始する患者さんと通常食から開始する患者さんで比較したところ、通常食にしても出血は増えず、患者さんの満足度が上昇することがわかりました。この研究内容は日本消化管学会の学会誌である「Digestion」に掲載されています(<https://www.karger.com/Article/FullText/494490>)。他院では試みてこなかった研究であり、日本消化器関連学会からも奨励賞を頂くことができました。この研究は、医師、内視鏡室、病棟看護師、栄養士、臨床研究支援センターの協力の下で行われました。多職種間の垣根が低く、チーム医療を目指し、患者さんにとっての幸福を常に追求している当院だからこで、できた研究であったと思っています。

Q. いままでの話から、早期がんが対象のESDを受けるためには「早期発見」が重要であることが理解できました。胃がんや食道がんの早期には、どのような症状が現れるのでしょうか。

窪田 早期にはまったく症状が現れません。言い換えると、ESDの対象になるような粘膜内がんは症状のない

【注3】「手術数でわかるいい病院2019」(朝日新聞出版)より



内視鏡室 主査
須貝 正男 臨床検査技師

うちに内視鏡検査(胃カメラ検査)を受けないと発見が難しい、ということ。進行してくると、例えば痛いという方、胃がんから出血して黒い便(タール便)が出るなどがいます。食道がんについても早期は症状が現れず、詰まった感じや違和感が現れたときには既に進行していることが多いです。そのため、食道がんについても、症状のないうちに内視鏡検査(胃カメラ検査)を受けることが早期発見には重要です。

須貝 胃潰瘍やちよつとした胃のただれだと思っても、詳しく調べてみたらがんだった、ということもあります。内視鏡検査では臓器の粘膜を直接観察することに加え、何か異変がみつかった場合、内視鏡の先から鉗子を出してその場で組織を採取して生検(生体検査・顕微鏡での分析)にまわすことが可能です。つまり「見る」と「とる」組織を取ることを「一度」にできるのが

内視鏡検査の大きな特長です。

Q. 胃がんになりやすい人に傾向はありますか。また内視鏡検査はどのぐらいの頻度で受ければ良いのでしょうか。

窪田 胃がんは9割方、ピロリ菌が原因と言われています。ピロリ菌は、感染経路が確実に特定されているわけではないのですが、免疫ができていない子どもの頃におそらく経口摂取で感染し、何十年もピロリ菌が胃の中に住んで、萎縮性胃炎を起こして、そこからがんが発生するとされています。60、70代以降の方は感染率が高いのですが、衛生状態の良くなった現在では、若い人で感染している人はあまりいません。ピロリ菌を持っていても、萎縮性胃炎を起さずしてがんにならない方も中にはいますが、萎縮性胃炎のある方は、内視鏡検査を毎年受けることをお勧めします。なお、萎縮性胃炎があるかどうかというのは内視鏡検査で1回見ればわかります。ピロリ菌を除菌することによって、がんの発生率を3分の1に抑えることができるかとされていますが、それでも0にはならないので、毎年の内視鏡検査が必要です。ピロリ菌のない方は、3年毎など間隔を空けても良いと

れています。

Q. ピロリ菌の除菌治療について、教えてください。

窪田 いまの保険診療では内視鏡検査等により、萎縮性胃炎があることが確認されないと健康保険でピロリ菌検査(血液検査)が受けられません。血液検査の結果、ピロリ菌がいた場合は、健康保険による治療が受けられます。胃薬と抗生物質2種類の飲み薬のセットがありますので、1週間飲んでいただきます。一次除菌で7〜8割ぐらいの方は消えるのですが、耐性菌【注4】の問題で2〜3割の方は二次除菌が必要になります。抗生物質を1種類変えて飲んでいただくと、だいたい9割ぐらいの方はピロリ菌が消えます。

Q. 食道がんの原因については、いかがでしょうか。

窪田 食道は食べ物などの通り道ですが、そこに刺激を与えること、特にお酒、たばこ強い関連があるとされており、お酒で顔が赤くなる方はそうではない方の7倍食道がんになりやすいと言われています。但し、顔が赤くならなくてもお酒の好きな方は食道がんになりやすいですが、お酒を全く飲

まない方で食道がんになる方もいらっしゃいます。男女比では圧倒的に男性の方が多いです。また、食道がんは咽頭がんと10%以上の確率で併発してきます。咽頭の粘膜も食道と同じ組織である重層扁平上皮で覆われていること、リスク要因がお酒とたばこで同じだからです。お酒、タバコが好きの方は、毎年内視鏡検査を受けることをお勧めします。

Q. 結びに地域住民の方々へのメッセージをお願いします。

窪田 やはり症状のないうちに一度は内視鏡検査を受けてみてはいかがでしょうか。

宮川 途中で述べましたが、ESDの対象は緊急疾患でないので、患者さんや近隣の先生方が少しでも技術の優れた医師や病院を選ぶことは当然です。不幸にもがんになってしまった患者さんが、当院で治療して良かったと思えるようになるために、私のできることは日々の鍛錬、勉強、誠意だと思っています。今後も患者さんや近隣の先生方に安心して選んでいただけるような内視鏡医になるために頑張りますので、よろしく願います。

【注4】 抗生物質(抗菌薬)が効かない病原菌



お話し:小児科 部長
こばやし ひろのぶ
小林 宏伸 医師

子どもの喘息について



小児喘息や乳児喘息は、成人になるまでに80%程度は治ると言われています。しかし、放っておいても治るわけではなく、薬や環境調整をして良い状態を維持することで、治る可能性が高くなります。

Q どんなときに喘息を疑いますか?

A. 風邪を引くとせいで、ひゅーひゅーする音が聴かれたり、咳が長く続く、咳き込んで眠れない、ミルクを飲まなくなるといったような症状がみられる場合や、大きい子では運動すると咳き込みやすかったり、息が切れやすい場合などに喘息を疑います。その場合には、呼吸の音を聴診器で聴いたり、レントゲン検査、アレルギー検査などをおこなったりして判断します。



ただし、小さいお子さん、とくに乳児の場合にはもともと空気の通り道である気管や気管支が細いので、風邪をひいただけでもせいでいる場合がありますので、すぐには喘息かどうか判断できない場合もあります。症状を繰り返すと喘息の可能性が高くなってきます。

その他にも、気道異物(気管にピーナッツなどが入ってしまった場合)や、元々気管の一部に狭いところがある場合、鼻汁がのどに垂れ込んでいる場合などにもせいでいることがあります。

Q 喘息の治療にはどんなものがありますか?

A. 喘息発作の時には、気管支を拡げる薬の吸入やステロイド薬の内服、静注(静脈注射)などを行って治療します。この時には入院が必要になることもあります。



もっと大切なのは、普段から発作を起こさないように予防することです。

現在、発作を予防する薬としてよく使われているものには大きく分けて2つの種類があります。

- ①ロイコトリエン受容体拮抗薬(飲む薬で、1日1回または2回のものがあります)
- ②吸入ステロイド薬(スプレーやネブライザーまたは自分で吸い込むタイプ)

その他に、テオフィリン製剤などもありますが、近年は小児で使用する機会は減っていますので、①②のどちらか片方、あるいは両方を使用することが多いです。発作を繰り返したり、慢性的に小さな発作を繰り返していると、リモデリングといって気管の壁がだんだん元のいい状態に戻らなくなってしまい、成人してからも薬が必要になる可能性が高くなります。小児期の喘息は、しっかり予防しておくことで80%程度は治る(寛解といいます)ので、医師の指示通り、しっかりと続けることが大切です。

Q 日常生活でどんなことに気をつければよいですか?

A. 喘息の治療の3本柱は次の通りです。

- ①喘息を悪くする原因を減らす
- ②喘息予防の薬をきちんと使う
- ③発作が起こりにくくなるように体力をつける(適度な運動、バランスのよい食事、十分な睡眠など)

喘息を悪くしやすい原因としてはホコリ、ダニ、タバコの煙などがあります。この頃、アイ○スなどの加熱式タバコを使用されている親御さんも増えています。周りの人にやさしいイメージですが、実際には紙巻きたばことあまり変わらず危険と言われています。タバコを吸った人の吐く息にも危険な物質が混じっており、お子さんに悪影響を及ぼしますので、この機会に禁煙しましょう!



やさしい医学講座へのご質問は、病院内の「ご意見箱」または広報患者相談課(FAX:0479-62-7690)までお寄せください。

健康寿命を延ばすために

けんこうでけんこうに ~その2~

お話し： 歯科・歯科口腔外科 外口 晴久 歯科技工士長補佐

入れ歯を見ますと、その患者さんの口の中の様子が分かります。不健康な入れ歯もたくさんお見受けします。今回は入れ歯のお手入れについてお話しいたします。

薬局で売っている入れ歯洗浄剤は、テレビコマーシャルだと泡と一緒に汚れが落ちる様に見えますが、食べかす等は入れ歯専用のブラシ又は柔らかい歯ブラシで洗わないと落ちません。その際、研磨剤の入っている一般的な歯磨き剤は、絶対に使ってはいけません。入れ歯の表面が傷だらけになってしまいます。傷だらけの入れ歯は汚れが付きやすくなります。洗う時は入れ歯専用の歯磨き剤がおすすめです。



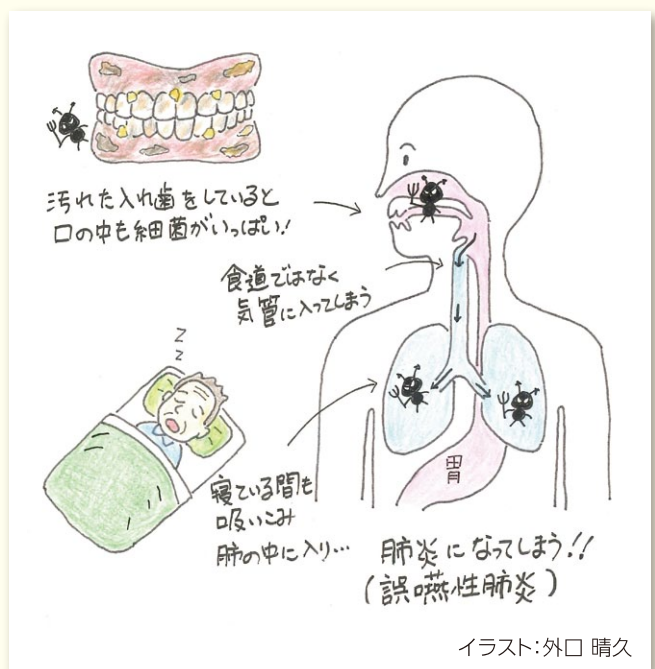
外口 晴久 歯科技工士長補佐

入れ歯を洗わないでいると、入れ歯に菌^{しこう}やカビが付きます。菌^{しこう}やカビが着いてしまうと自分で落とすことは難しくなります。さらに、それらの汚れは誤嚥性肺炎^{ごえんせい}のリスクになり、口臭も起こします。菌^{しこう}やカビが付いたら、歯医者さんに行ってクリーニングをしてもらいましょう。

合っていない入れ歯では食事をおいしくいただくことなどできません。入れ歯安定剤を大量に盛るということは、例えば靴^はでいうと、自分の足のサイズよりかなり大きな靴の中に布等を詰め込んで履^はいているのと同じです。これでは歩くことも困難ですし、走ることもできません。

入れ歯安定剤は、靴^はでいえば中敷きや靴下のような効果です。裸足で靴^はを履くと靴擦れや痛み等を起こすことがあります。薄い中敷きや靴下を履くことでクッションになります。これと同じように入れ歯安定剤は少量盛ることで効果があります。きちんと噛^かめない入れ歯では、食事をおいしくいただくことはできないわけです。

自分に合ったきれいな入れ歯で、健康な毎日を過ごしましょう。



旭中央病院 ボランティア



病院を訪れる患者さんやご家族が、より安心して受診できるよう、当院では約50名のボランティアさんが様々な支援を行ってくださっています。その中から今回は、当院でボランティア活動を導入した2000年より活動を続ける嶋田 美知子さん(写真右)、石毛 治子さん(写真左)、ならびに今年で10年目を迎えた梶山 三保子さん(写真中央)の3名にお話を伺いました。

当院でのボランティア活動を始めたきっかけと時期について

嶋田さん、石毛さん:2000年当時、私達の住む町では健康なまちづくりを目指した郵政省のケア・タウン構想【注】という事業が行われており、その一環として介護講座を受講することができました。修了後、私達にどのようなことができるかなと考えていた時に、町役場の方から旭中央病院でボランティアを必要としていることを教えていただき、2000年8月から参加しています。

梶山さん:私の場合は、会社員を60歳で定年退職して、1年程はゆっくりしていたのですが、そろそろ何かやろうかなと思った時に、以前同僚が「退職したら、“中央病院のボランティア”というのがあるよ」と言っていたのを思い出して、直接病院へ電話しました。お二人のように講習を受けたこともなかったですし、始める前は「果たして自分に務まるのかな」という不安もありましたが、2010年1月から始めて約9年になります。

【注】郵政省(当時)が全国50ヶ所を指定して実施した「かんぽケア・タウン構想」事業

ボランティア活動の内容について

付き添いの方が正面玄関先で患者さんを降ろして、車を駐車場に止めに行くまでの間、患者さん(主に車椅子をご利用になる方)を、1Fロビーまでご案内するのがメインの業務です。ボランティアの人数が多い日は、売店やエレベーター前、2Fなどに立って案内を行うこともあります。

以前は午前中のみだったのですが、患者さんのニーズに応じて、午後のボランティア活動も始まっています。

ボランティア活動において、心がけている点

患者さんの身になって接すること、相手を気遣うことです。言葉や態度で患者さんを傷つけないように気をつけています。例えば患者さんによってはご家族が「リハビリだと思って、車椅子を使わず歩かせます」という方もいらっしゃいますし、「歩き方が変だから声をかけられてしまったのかしら」と患者さんを傷つけてしまうこともあり得ます。様子をみながらも、決してこちらから強制はしないように心がけています。ただ、どんなに気をつけて接しているつもりでも「大丈夫だったかしら」「余計なことをしてしまったかな」と反省することもありますし、患者さんに教えていただくことが多くあります。反省も含め、すぐ自分自身のためにもなります。

ボランティア活動のやりがい

患者さんやご家族からの「助かりました」「ありがとうございました」といった一言が、私達にとっては何よりの喜びです。中には「ボランティアさんがそこにいるだけで安心感がある」「ボランティアさんがこうして挨拶してくれるだけで、安心なんですよ」と言ってくれる方もいて、とても励みになります。患者さんからの言葉ひとつで逆にこちらが元気をいただくことも多く、ありがたいと思っています。

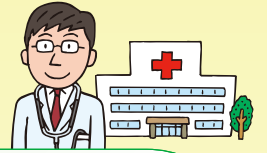


長く続けてこられたのは、
病院のサポート体制や
家族の理解なども大きいと思います。
感謝しています。

旭中央病院では、ボランティアさんを随時募集しています。
ご興味のある方は、お気軽にお問い合わせください。
(お問い合わせ先) 総務人事課 (Tel. 0479-63-8111)

‘かかりつけ医’を持ちましょう ～連携医療機関のご紹介～

ここでは、当地域の‘かかりつけ医’として、皆さんの身近にある医療機関をご紹介します。



第24回

あら おい

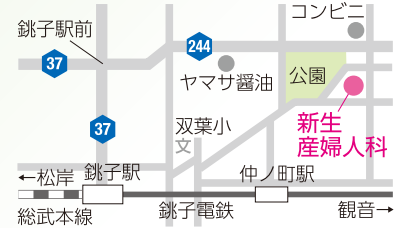
新生産婦人科 (銚子市)



- 所在地: 銚子市新生町2丁目19-1
- 電話: 0479-22-2391
- 診療科: 産婦人科

診療時間	月	火	水	木	金	土	日
9:00-12:00	○	○	○	○	○	×	×
14:00-17:00	○	○	○	○	○	×	×

休診日: 土曜、日曜、祝日



院長: 中村 欽哉 先生 インタビュー

Q: まず、先生のご経歴、貴院の歴史等からお聞かせいただけますか。

A: 旧夷隅郡の大原町生まれ、太東町育ち(いずれも現いすみ市)です。昭和46(1971)年に千葉大学医学部を卒業し、同大学の産婦人科教室に進みました。その後、大学の関連病院(川崎製鉄病院(現千葉メディカルセンター))等を経て、当院を開業したのが昭和57(1982)年です。当地にはもともと家内の叔父が院長を務める「田中産婦人科」があったのですが、後継者がいなかったこともあり、買い受けて建物を新しく建て替え、「新生産婦人科」を開業した形です。医院名は地名(新生町)、「新しく生まれる」「新たな生命」に対する思い、両方から名づけました。

Q: 開院後40年近くにわたり、当地に根ざした診療を行っておられるんですね。貴院の診療内容について伺います。

A: 2年前に取り扱いを中止するまでは分娩が主体でしたが、現在は、婦人科全般の診療を行っています。年代としては20代~60代が多い印象ですが、ご高齢の患者さんもいらっしゃいますし、希望があれば子どもを含め、年齢問わず診ています。妊娠の診断も行っており、診断後は旭中央病院をはじめ患者さんの希望に沿った分娩施設をご紹介します。

Q: 貴院では、副院長の島 絵美里先生と親子二代で診療を行っていらっしゃるんですね。診療で心がけていることがありましたらお聞かせください。

A: 副院長は以前旭中央病院の産婦人科でお世話になっていましたので、現在のような常勤2人体制になったのは数年前からです。ただ子育てもありますので、いまのところは午前診療を副院長、午後は私というように分担しています。診療で心がけているのは、ことごとく親切に、何でも相談にのることですね。その上で、当院では対応できないもの、難しいものは、旭中央病院で専門的な検査や治療をお願いし、治療が済んだ患者さんのフォローアップ(経過観察)はまた当院で担当させていただくというように、患者さんを中心とした医療連携に努めています。

Q: お忙しい毎日だと思いますが、余暇はどのように過ごされていますか。

A: ゴルフが好きで50年ぐらい続けており、いまは少し時間の余裕ができたので地元の医師会関係の方々、医療と関係のない知り合い等と、月に2回程度楽しんでいきます。スコアが良かった時はもちろんうれしいですし、良くなかったときでも、何十回も打つ中には1本か2本、心の中で自画自賛できるショットがあるんです(笑)。それが楽しみで続けています。



中村 欽哉 先生

病院からのお知らせ

1 10月1日より窓口負担額が一部変更になりました

- 10月1日付で、国が定める初診・再診料や投薬料などの改定が行われました。これにより一部医療費が変更となり、これまでと同じ診療内容であっても窓口負担額が変わります。
- 10月1日からの消費税率引き上げに伴い、保険適用外の諸費用を税率10%に改定しました。改定後の諸費用は次のようになっています（一例）。

改定後の 諸費用 (一例)	各種診断書 例：一般診断書 3,300円(税込)
	選定療養費 初診時選定療養費 5,500円(税込) 再診時選定療養費 2,750円(税込) 時間外選定療養費 5,500円(税込)
	病衣貸与料 1日につき88円(税込)
	差額室料 部屋ごとに料金は異なります

2 11月1日より、インフルエンザワクチンの接種を開始します

- 期間／11月1日(金)～2020年3月31日(火) ※ワクチンの在庫状況により、予定より早く終了する場合があります。
- 受付時間／通常診療日の7時45分～11時 ●費用(1回)／4,400円(税込)

	成人	小児
対象者	15歳以上の方 ※中学生は除く	当院定期通院中の方 ※初診でのワクチン接種は行いません。他の医療機関での接種をお願いいたします。
受付方法	予約不要。受付時間内に内科外来へお越しください。 ※65歳以上の市民には、旭市の予診票が郵送されますので持参してください。届かない場合は、旭市健康管理課にお問い合わせください。	受診時に担当医師にご相談ください。

3 旭中央病院附属看護専門学校では2020年4月入学の学生を募集します!

	一般選考	
	一次募集	二次募集
募集人員	約10～20名	若干名
出願期間	2019年12月17日(火)より2020年1月9日(木)まで(必着)	2020年1月22日(水)より2020年2月5日(水)まで(必着)
試験日	2020年1月17日(金)《筆記》・18日(土)《筆記合格者のみ面接》	2020年2月14日(金)《筆記》・15日(土)《筆記合格者のみ面接》

※詳細は、ホームページでご確認ください。

4 年末年始の休診日について

年末年始の休診日は以下の通りです。なお、救急外来は通常通り診療いたします。

2019年12月					2020年1月					
27日(金)	28日(土)	29日(日)	30日(月)	31日(火)	1日(水)	2日(木)	3日(金)	4日(土)	5日(日)	6日(月)
通常診療	休診	休診	通常診療	通常診療	休診	休診	休診	休診	休診	通常診療

「こんにちは」へのご意見・ご感想をお寄せください

当広報誌へのご意見・ご感想は、病院内の「ご意見箱」、または広報患者相談課 (FAX: 0479-62-7690 / メール: kouhou@hospital.asahi.chiba.jp) までお寄せください。冬号の発行は2020年1月を予定しています。

こんにちは 2019年 10月
vol.24

発行者：地方独立行政法人 総合病院 国保旭中央病院
発行責任者：野村 幸博
医療監修：川副 泰成



地方独立行政法人
総合病院 国保旭中央病院

千葉県旭市イ-1326番地 ☎(代)0479-63-8111 www.hospital.asahi.chiba.jp

病床数：989床 診療科数：40科 1日平均外来患者数：2,500人 (2018年度)
年間救急受診者数：46,741人 (2018年度)