

Smile & Heart

TAKE FREE

ご自由にお持ち帰り
ください

2014年 3月号

浜田医療センター情報誌
スマイル&ハート vol.18

特集

高血圧を知る
高血圧は増えている

循環器内科 医長 明石晋太郎

平成25年度浜田鉄道部

総合事故対応訓練 開催

JR浜田鉄道部 運輸科 助役 宮迫 嘉治

シリーズ 医療機関のご紹介

医療法人社団 神田小児科医院 神田 滋 院長
浜田市国民健康保険弥栄診療所 阿部 顕治 所長

報告 第67回 国立病院総合医学会

市民公開講座 前立腺がんについて

泌尿器科部長 盛谷 直之

地域のホスピタリティを訪ねて

石見ケープレビジョン株式会社 河上 恵美

「心のこもった、
情のある医療」

- 基本方針
1. 健康を守る
 2. 高度な医療
 3. 地域連携

患者さんの権利

- 人格・価値観が尊重される権利
- 良質な医療を受ける権利
- 十分な説明と情報を得る権利
- 自己決定の権利
- 個人情報を守られる権利

contents

- 2~4 特集・高血圧を知る～高血圧は増えている～
- 4 塩分摂取の適量は？
 - 5 連載「びょういん」何でもQuestion-3 No.8
 - 6 平成25年度 浜田鉄道部総合事故対応訓練 開催
 - 7 災害をたしなむ vol.6
- 8~9 シリーズ・医療機関のご紹介
- 10 市民公開講座
 - 11 シリーズ・認定看護師
- 12~15 報告・第67回 国立病院総合医学会
- 16~17 病院薬剤師の役割
- 18 地域のホスピタリティを訪ねて
 - 19 研修医だよ！
- 20~21 看護学校だよ！
- 22 地域医療連携室からのお知らせ
春の特別メニュー
 - 23 呼び出し方法・採血診療手順の変更
看護師・助産師など募集情報
まめねっとへ参加
 - 24 外来診療担当医表



特集 生活習慣病

高血圧 を知る。

～ 高血圧は増えている ～



循環器内科 医長

明石 晋太郎

2000年の『第5次循環器疾患基礎調査』によると30歳以上の日本人男性の47.5%、女性の43.8%が、収縮期血圧140mmHg以上または拡張期血圧90mmHg以上、あるいは降圧薬服用中であり、高血圧患者の総数は男女計で約4000万人といわれています。平成18年国民健康・栄養調査速報も同様の値であり、この高血圧有病者数は国民の高齢化に伴い今後も増加することが懸念されています。

発症原因 (図1)

高血圧になる原因・誘因は、遺伝と環境因子と考えられています。

● 遺伝

高血圧の原因としての遺伝との関係はまだすべて解明されたわけではありませんが、高血圧になりやすい体質があり、その体質が遺伝することがわかってきました。両親が共に高血圧の場合、子どもが高血圧になる確率は約60%、片方の親が高血圧の場合は、約30%といわれています。両親とも高血圧でない場合は、子どもが高血圧になる危険性は5%にとどまっています。

高血圧の危険因子



図1 高血圧の発症原因

●塩分の取りすぎ

塩の中で血圧を上げる成分は、ナトリウムです。食塩の主成分は塩化ナトリウムなので、塩分の取りすぎが血圧を上昇させます。体内にナトリウムが増えると交感神経・脳神経の反応が高まり、血圧が上がります。食塩をたくさん取ると、のどが渇いて水を多く飲むようになります。その結果血液中の水分量が増え、血液量が増加します。血液量が増えれば、血管の内圧が上がって血圧が上昇します。

●運動不足

運動をすると血管が開いて血流が促されます。そうすると血流がスムーズになり、運動後には血圧が低下するようになります。運動不足は、これらの逆の状態を招くので、高血圧の原因となります。

●肥満

肥満になって脂肪が過剰にたまると動脈硬化が進み高血圧の原因になります。肥満で体の体積が大きくなると、体のエネルギー消費量が増えるため心臓の送り出す血液量が増えて血圧が上昇します。

●加齢

加齢と共に血管が老化するため血圧が上昇します。手足など体の末梢血管が硬くなったり、細くなったりすることで血流が悪くなり高血圧の原因になります。

●ストレス

ストレス状態が続くと交感神経の活性化が持続して高血圧の原因となります。

●過度の飲酒と喫煙

アルコールは少量であれば血管を拡げて、血流がスムーズになるため血圧を下げる効果があります。しかし過度の飲酒は血管が収縮して、血圧を上げてしまいます。喫煙による血圧上昇のメカニズムも同様です。

注) ここでは他の病気から誘発される二次性高血圧症以外について説明しています。

自覚症状

高血圧の自覚症状として、頭痛、めまい、肩こり、むくみ、動悸などを訴えることありますが、これは一概に高血圧による症状とはいえません。はっきりした自覚症状がないため、知らないうちに高血圧が進行し、気がついたときには脳卒中、心筋梗塞や腎不全などの合併症を起こしてしまうことが少なくありません。

診断

血圧は測定する場所により基準が異なりますが、診察室では140/90mmHg以上を高血圧症と定義しています(図2)。そして今や高血圧患者さんの77%が家庭血圧計を持っており、2014年4月に改訂される高血圧ガイドラインでは「診察室血圧と家庭血圧の間に診断の差がある場合、家庭血圧による診断を優先する」としています。

高血圧患者の診療にあたっては、①本態性高血圧か二次性高血圧かを診断、②心血管リスク因子(特にメタボリックシンドロームと慢性腎臓病に関連する)の存在と、③その背景となる生活習慣を把握、④心血管疾患の合併や臓器障害、さらに⑤家庭血圧を参考にした高血圧の重症度を考慮しています(図3)。

現在、当科外来で行っている具体的な検査としては、採血検査、胸部X線検査、心電図検査、心エコー図検査(必要に応じて頸動脈エコーも)、足首・上腕血圧比(ABI)検査などがあり、それらの結果と問診・病歴上の情報をもとに更なる画像検査(主に二次性高血圧のスクリーニング)や高血圧に対する投薬治療方針の決定を行っています。

	収縮期血圧	拡張期血圧
診察室血圧	140	90
家庭血圧	135	85
自由行動下血圧		
24時間	130	80
昼間	135	85
夜間	120	70

図2 異なる測定法における高血圧基準(mmHg)

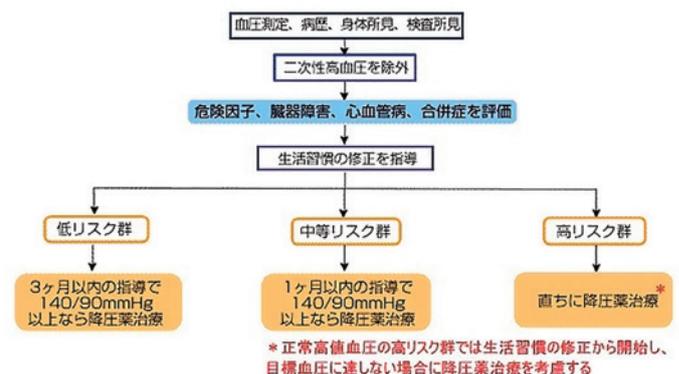


図3 初診時の高血圧管理計画

治療

降圧治療は生活習慣の修正（第一段階）と降圧薬治療（第二段階）により行います。まず、生活習慣の修正は、食塩摂取量の制限（目標6g/日）、減量、運動療法、アルコール摂取量の制限、果物や野菜の摂取の促進、飽和脂肪酸や総脂肪量摂取の制限、禁煙指導などを行います。原則、「血圧が高い＝すぐに投薬治療」ではありません。薬を内服しても、やはり基本は生活習慣の見直しが前提にあります。なかでも食事療法が重要であると考えられています。表1のような減塩を中心とした高血圧の食事療法の基本を踏まえて食生活の習慣を変えることから始めます。

1. 塩分を控える

高血圧の場合は1日6g以下が目標

2. 適切なエネルギー摂取量

標準体重から、活動量に合わせたエネルギー摂取量を決定

3. ミネラルについて

新鮮な野菜（カリウム）、乳製品や穀物（カルシウムやマグネシウム）の摂取

4. 外食・市販弁当・惣菜の注意点

頻度を減らす、追加の調味料使用を控えるなどの工夫

5. アルコールの節度ある摂取

休肝日をもうけることや飲酒量過多に伴うカロリー増加に注意する。

表1 高血圧の食事療法

降圧薬治療開始時期は個々の患者さんの血圧レベル、心血管病に対する危険因子の有無、高血圧による臓器障害の有無ならびに心血管病の有無から決定しています。心血管病の危険性の低い場合は、まず一定期間生活習慣の修正を行います。それでも血圧が140/90mmHg未満に下降しない場合は降圧治療を開始します。また心血管病の危険性が多く最初から降圧薬で対応することが必要なケースでは、降圧薬による薬物療法が行われます。薬物療法に用いられる降圧薬には、一般的にはカルシウム (Ca) 拮抗薬、アンジオテンシンⅡ受容体拮抗薬 (ARB)、アンジオテンシン変換酵素 (ACE) 阻害薬、利尿薬、β遮断薬 (含αβ遮断薬)、α遮断薬の6種類があります (表2)。患者さんの病態や検査の値をみて、適する降圧薬を選択し、降圧目標を目指しますが、単剤で降圧目標を達成することができない場合には併用を試みます。

1. アンジオテンシンⅡ受容体拮抗薬 (ARB)
2. カルシウム (Ca) 拮抗薬
3. アンジオテンシン変換酵素 (ACE) 阻害薬
4. β遮断薬
5. α遮断薬

表2 降圧薬の種類

おわりに

健康診断などで高血圧を指摘された場合は、症状の出にくい病気ですので医療機関で早めの相談をしましょう。

塩分摂取の適量は？

栄養管理室 室長 酒永智子



塩の過剰摂取は、胃癌や脳卒中の発生や脂肪と関連することも明らかとなっています。2010年版の食事摂取基準では、1日に摂取する食塩は『成人男性で9.0g未満、成人女性で7.5g未満』が推奨されていますが、平成24年度の国民健康・栄養調査の結果では、成人の食塩摂取量の平均値は、男性11.3g、女性9.6gと、まだまだ多いようです。皆さんはいかがでしょう。

1日塩分〇g…といっても、あまりピンとこないかもしれませんね。食品の包装などには栄養成分が表示されています。その食品の塩分量を確認してみてください。驚きがあると思いますよ。また、見方にポイントがあります。ぜひ、活用してみてくださいね。

ポイント1 どれだけの量に対する栄養成分表示なのか確認する。

例えば、「100gあたり」「100mlあたり」「1袋あたり」のように、商品それぞれに表示が異なります。

ポイント2 食塩量は「食塩相当量」で表示されています。ナトリウム(Na)は、食塩(NaCl)ではありません。

ナトリウム量が表示されている場合は、ナトリウム量から食塩量を算出することができます。

$$\text{ナトリウム量 (mg)} \times 2.54 \div 1000 = \text{食塩相当量 (g)}$$

※ナトリウム量の単位に注意しましょう。gで表示してあるものがあります。

例：カップヌードル

ナトリウム 2g …………… 2g × 2.54 = 5.08g

(めん・かやく 1.1g)

(スープ 0.9g)

多くの量が含まれますね。スープ粉末を半分にする、汁の量を残すといったことで変わってくる理由がわかりますね。

「びょういん」何でもQuestion-3

No.08

<http://www.sanyo.ac.jp>

山陽女子短期大学 人間生活学科・専攻科 診療情報管理専攻
准教授 診療情報管理士指導者 有吉 澄江



みなさま、こんにちは！
前稿に引き続き、【医療費のふしぎ】についてです。

Q1. 検査が医学管理料？気管支喘息の治療で、テオフィリンを飲んでます。今回、血液検査を行い、お薬をもらいました。この日の治療費の明細書に、医学管理料の請求がありました。これは、何の医学管理なのでしょうか。

A1. これは、特定薬剤治療管理料という医学管理料で、470点です。初回は、280点の加算があります。特定薬剤治療管理料とは、テオフィリン製剤やジギタリス製剤、抗てんかん剤、免疫抑制剤（臓器移植）等（表1）を投与されている方に対して、薬物血中濃度（血液検査）を測定し、薬の増減や治療方法を検討するなどの精密な治療管理を行った場合の医学管理の報酬です。抗てんかん剤又は免疫抑制剤以外を投与されている場合で、4ヶ月目以降の点数は50/100（半分）になりますが、抗てんかん剤又は免疫抑制剤を投与している場合は、4ヶ月目以降も変わりません。その他、ジギタリス製剤の急速飽和を行った場合や、抗てんかん重責状態の患者に対して抗てんかん剤の注射等を行った場合は、複数回血中濃度を検査することになりますので、治療管理の費用は749点になります。

ジギタリス製剤の急速飽和とは、2日間程度のうちに数回ジギタリス製剤を投与し治療効果が得られる濃度までに到達する状態をいいます。その他にも、血液検査の結果から病気の進行や今後の治療方針を検討した場合の医学管理料がありますので、ご不明な点は、遠慮なく会計係へお問い合わせください。

	対象薬剤名（測定薬物・代謝物名）
ジギタリス製剤	ジギトキシン、ジゴキシン
テオフィリン製剤（アミノフィリンを含む）	テオフィリン
不整脈用剤	アプリンジン、アミオダロン（活性代謝物モノデスエチルアミオダロン）、キニジジン、ジソピラミド、シベンゾリン、ソタロール、ピルジカイニド、ピルメノール、フレカイニド、プロカインアミド（活性代謝物N-アセチルプロカインアミド）、プロパフェノン、ペアリジジル、メキシレチン、リドカイン
抗てんかん剤	エトスクシמיד、ガバペンチン、カルバマゼピン、クロナゼパム、クロバザム、ゾニサミド、トピラマート、ニトラゼパム、バルプロ酸、フェニトイン（ホスフェニトイン）、フェノバルビタール、アリミドン、ラモトリギン、レベチラセタム
アミノ配糖体抗生物質	アミカシン、アルペカシン、ゲンタマイシン、トブラマイシン
グリコペプチド系抗生物質	テイクoplanon、バンコマイシン
トリアゾール系抗真菌剤	ボリコナゾール
免疫抑制剤	エベロリムス、シクロスポリン、タクロリムス、ミコフェノール酸
サリチル酸系製剤	サリチル酸
抗悪性腫瘍剤	イマチニブ、メトトレキサート
ハロペリドール製剤	ハロペリドール
プロムペリドール製剤	プロムペリドール
リチウム製剤	リチウム

（表1）特定薬剤治療管理料の対象薬剤

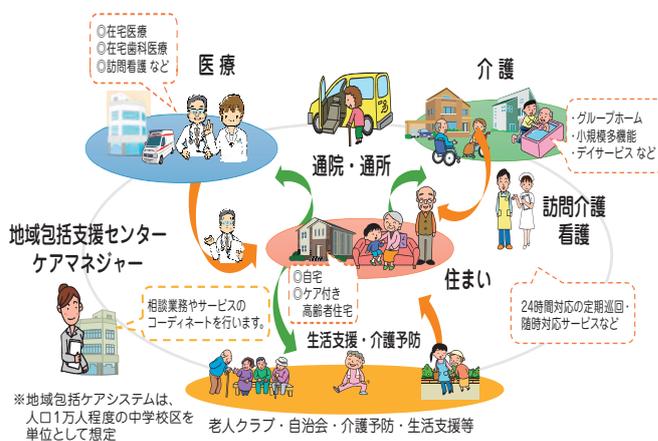
Q2. 新聞やニュースで、4月から医療費が変わるとの情報がありますが、どのようになるのですか。

A2. 平成25年11月号（No.6）で、診療報酬（診療や薬、注射等の費用）は2年毎に改定されるというご説明をいたしました。本年4月1日から診療報酬が変わります。

今回は改定の経緯と概要をご説明いたします。まず、国は平成24年8月に「社会保障の安定財源の確保等を図る税制の抜本的な改革を行うための消費税法の一部を改正する等の法律」により消費税法の一部を改正し、消費税収入は年金、医療及び介護の社会保障や少子化に対処するための施策に要する経費に充てるものとなりました。

診療報酬改定では、医療機関における消費税改定への診療報酬上の手当として、内科・歯科・調剤と薬価全体として1.36%アップしていますが、消費税分を除くと実質マイナス1.26%となっています。次に、医療提供体系の見直しなども行われ、団塊の世代が高齢化を迎える2025年（平成37年）に向けて、医療提供体制の再構築、地域包括ケアシステムの構築（図1）が図られます。具体的には、「急性期から回復期、慢性期、在宅医療まで、患者さまの状態にあった適切な医療を受けることができるよう、患者さまの負担にも留意しつつ、機能の異なる医療機関相互の連携を進め、急性期を脱した方の受皿となる病床、主治医機能、在宅医療等を充実していく」としています。これまで以上に、地域で支援できる体制が強化されるようになります。

図1 2025年の地域包括ケアシステムの姿



次回は、具体的な医療費負担の変化や70歳以上の自己負担、高額療養費などについてご説明いたします。



平成25年度

浜田鉄道部総合事故 対応訓練 開催

JR浜田鉄道部 運輸科

助役 宮迫 嘉治

2月18日は、寒風と小雪がちらつく中、消防、警察、浜田市役所、浜田医療センター（DMAT）、浜田医療センター附属看護学校生徒、JR関連会社等、各機関の参加（110名）によりJR浜田鉄道部総合事故対応訓練を浜田駅構内（検修3番線）で実施しました。

当社は2005年4月25日福知山線で106名のお客様の尊い命を奪い540名を超える負傷者を発生させる重大事故を引き起こしました。この事故を契機に以前から行っていた訓練を「お客様の救護」と「二次災害防止」に主眼をおき実施しています。

訓練内容は「下府踏切で列車と自家用車の衝突事故により多数の負傷者が発生した。」との設定で「関係各所との連携」による「自家用車のけが人救護」「お客様の早期救護活動」「二次災害防止」に取り組みました。負傷者は1分1秒でも早く病院に搬送しなければなりませんし、事故現場での適切な応急処置が必要です。消防を基軸とし、DMAT（災害派遣医療チーム）、救護者が一体となった救護活動が必要です。

今回の訓練では、列車内のお客様の協力により徒手搬送による安全な箇所への移動、車外への救護活動（トリ

アージ等）及びお客様情報聴取（住所・氏名・年齢・性別・連絡先・搬送先等）、負傷者の病院搬送と各機関連携した有意義なものとなりました。

事故は発生してほしくないものですが、万が一にも発生した際には、決してマニュアル通りにはいきません。訓練を繰り返し、積み重ね「体で覚え」「自ら考え行動できる」臨機応変な社員を育成していかなければなりません。

今後も各機関のご協力による訓練を開催し、安全・安心な鉄道を築いてまいります。



浜田鉄道部概況

組織改正により平成2年6月1日に発足し、米子支社エリア内の山陰本線波根駅～益田駅間（110.7km 27駅）、三江線江津駅～尾関山駅間（107.6km 33駅）を社員

165名（駅・スタッフ46名、運転士76名、車両検修11名、保線26名、電気6名）で、駅営業・列車運転・車両・施設及び電気の保守管理を行っています。

災害医療を たしなむ vol.06

国立病院機構災害医療センター臨床研究部
厚生労働省医政局災害医療対策室DMAT事務局

小早川 義貴

さて今回は2枚の写真をみることから始めましょう。



写真1: 草原A



写真2: 病院B

たとえ話で恐縮ですが、みなさんは草原Aで乗馬をしていました。馬とは仲良くしているつもりでしたが、ちょっとした隙にお友達（Pさん）が、馬におなかを蹴られてしまった！そして手術が必要なくらいの大けがをしてしまった！草原Aには見わたす限り、手術台も器具もありません。一方、病院Bにはすぐに手術ができるよう手術室も整っています。手術をするとしたら、多くの人は病院Bでの手術を選ぶでしょう。

しかし草原Aから病院Bまで1200kmあるとしましょう。1200kmというのは概ね浜田医療センターから福島県庁までの距離です。大けがを追いながら、半日以上車に乗るとするのは危険なことです。とはいっても草原Aで手術ができないなら、Pさんを病院Bへ安全に搬送しなくてはなりません。

草原Aで根本的な治療（手術）ができなくとも、点滴をしたり、薬を投与したりといった簡単な治療をすることはできるかもしれません。また道中の急変に備えて、医師や看護師が搬送を行なうことも重要です。搬送の手段について、車ならば赤色灯やサイレンのついている救急車がよいでしょう。ヘリコプター（回転翼機）であれば、より早くつくことができますし、飛行機（固定翼機）ならばもっと早くつくことができます。ただし航空機を使う場合はヘリポートや滑走路が必要になり、離発着を管理する要員や、着陸地点から病院へ搬送する要員など、地上要員も必要になってきます。ドクターヘリは、医師と看護師が乗り込み、かつ点滴や医療器機を搭載していますから、まさに搬送を迅速・安全に行なうための仕組みといえます。搬送についての考え方を図1にまとめました。

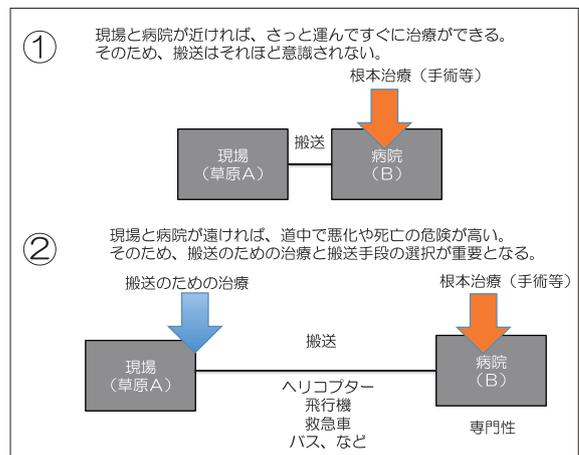


図1 搬送の考え方

次に行き先の病院について考えます。Pさんはおなかの手術が必要でした。そして1200km運んでようやく病院Bに着きました。でもそこに脳外科医しかいなかったとしたら、おなかの手術ができません。搬送される傷病者に必要な治療と、搬送先の病院が提供できる医療資源を一致させなくてはなりません。地域の病院事情をよく知っておくことも適切な治療を実施するために重要なことです。

今回は草原Aで手術ができないから搬送しようという作戦でしたが、手術室を現場に作ってしまうという作戦もあります。写真3は陸上自衛隊の野外手術システムです。まだ国内では実際に使われたことはない聞いていますが、被災が広範囲かつ長期化する災害時には有効な可能性があります。

今回は搬送（Transport）と治療（Treatment）についてお話ししました。トリアージ（Triage）とあわせて、災害医療対応に必要な3つのTのひとつです。災害がおれば、現場も病院も複数になり、その対応はますます難しくなります。そんなときはCSCATTTとつぶやいてみることを。すべきことのいくつかがみえてくるかもしれません。

来年度も引き続きの連載となりました。どうぞよろしくお願いいたします。



写真3: 陸上自衛隊野外手術システム（陸上自衛隊第1師団ホームページより引用）

小早川 義貴 ●こはやがわ・よしたか

1976年千葉県生まれ。2004年島根医科大学卒業。島根県立中央病院救命救急センター等を経て、2011年より国立病院機構災害医療センターにて災害医療に従事。厚生労働省災害派遣医療チーム（DMAT）の教育・研修の他、現在は主に福島県の復興支援を行っている。



小児科医として50年近く働いて

今回ご紹介する先生は、殿町の神田先生です。

私の父は、京都で小児科を開業していました。戦争により父は中国に出征し、私は母の故郷である浜田に疎開しました。終戦し、父も帰還しましたが、戦後で混乱していたこともあり京都ではなく、浜田で小児科を開業することになりました。私は鳥取大学を卒業後、大学院を経て国立浜田病院で4年間勤務した後、父の後を継ぎ昭和51年から診療を始めました。その後昭和54年に新築して現在に至っています。

開業当時は、子どもが一番多い時代だったと思います。しかし近隣には小児科医は私を含め3人しかおりませんでしたから、大変でしたが、国立病院での経験と若さがありましたから、なんとか頑張れたと思います。

予防注射が一般化していませんでしたから、特に麻疹(はしか)は大変でした。赤ちゃんで麻疹にかかると1週間は熱が出ます。流行時は、朝から40人ぐらいの麻疹の患者を診た後で、やっと一般の診察に入ることもありました。今は子どもの数が少ないうえに予防接種のシステムも確立されてきているので随分違います。

若いころの私は、よく子どもを叱りましたから、子どもたちからは「この先生怖い」と思われていたでしょう。

患者のお母さんたちは、私の言わばアシスタントです。それは子どもの症状や苦しみを私に伝えてくれ、私は治療方法を説明し、それを頑張っていたのがお母さんだからです。子どもは何もできませんからね。だから私たち小児科医は、お母さんに対して厳しくならざるを得ないと思います。その結果、大きな診療上のトラブルはありませんでした。今は、私が診た子どもが親となって、子どもを診察に連れてきてくれると、驚きと懐かしさで何とも言えない感情があふれます。小児科医だからこそ味わえる感情だと思います。

今の子どもたちの疾患は、感染性疾患(インフルエンザ、ロタウイルス、感染性腸炎)が多いです。重症化した患者さんは浜田医療センターと連携して紹介させてもらっています。

紹介をする上で、親が子どもの症状で大変心配するケースがあり、まだそこまで重症ではないが、紹介する場合があります。それは夜間に重症化して医療センターに運ばれるより、そこまで重症化していない時に紹介しておいた方が、患者さんにとって良いと判断しているからです。そこは



ご理解、ご協力していただきたいと思います。

医療はどんどん変わります。私もこの年になっても日々読書をし勉強をしています。大学で行っている医療は最先端です。だからそこで学んでいる若い先生の言葉こそ、じっくり聞くように心がけています。

インタビューを終えて……………

今後の診療についてとお尋ねしたところ、「若い頃は、患者さんや親を叱りすぎたから患者さんやその家族と和気あいあいと、あまり叱らずに楽しく過ごしていきたい(笑)」

「また、私の趣味はゴルフです、ハンディキャップは8です。ゴルフは若いころから熱心に頑張りました。月曜から土曜日まで仕事にベストを尽くしてきっちり終わっているから日曜はゴルフだと、そのメリハリは大事にしていました」とも語られ、生き生きと仕事を楽しんでおられる様子が伝わってきました。

先生の診察室には、たくさんの子どもの写真やそのご両親の写真が5~6枚、大きな額に入れ飾られていました。その写真から、神田先生は患者さんやそのご両親と長い年月をかけて、大変すばらしいコミュニケーションをとってこられ、その事を大切にされているのだと感じました。



医療法人社団
神田小児科医院

院長 神田 滋

〒697-0027 島根県浜田市殿町83-171
TEL・FAX 0855-22-0318

診察日/平日 月~金曜日 8:00~12:00, 14:30~18:00
土曜日 8:00~12:00
休診日/日曜日・祝日、木曜日午後

へき地診療所から「診療所連合体」へ

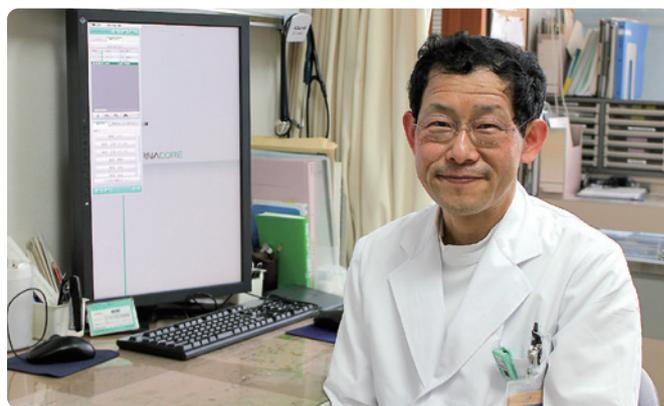
引き続きご紹介する先生は、弥栄町の阿部顕治先生です。

昭和59年春、私は島根医科大学を卒業し、公衆衛生学教室勤務を経て、郷里の千葉県に戻り人口80万人の千葉市の基幹病院で内科医として働きました。糖尿病、消化器を中心に内科一般診療に従事し、次第に眼底出血や腎不全、下肢切断、脳血管障害など糖尿病の合併症が進んだ患者さんの対応に苦慮するようになりました。合併症が進展する前に何とかならないか、合併症が進んで障害が残った人へどう支援していったらよいか、病院だけでは解決できない課題を感じていました。

平成7年春、先輩から島根県の山間部の人口わずか1800人の弥栄村で働かないかとお誘いがありました。私はそれまで自分がへき地の診療所で働くというイメージはありませんでした。しかし人口1800人という顔が見える生活圏(コミュニティ)でひとつの自治体ということに大きな魅力を感じました。自分たちの健康問題に対し、自分たちで考え、予算を組み、解決していく条件があるのです。また医師も看護師も保健師もヘルパーも様々なスタッフが全員で情報を共有し関わることができるのです。私は予防も医療も福祉も一体となって住民の身近な場所でサービスが提供できる可能性に期待しました。

へき地の診療所はやりがいのある仕事です。診療所にはさまざまな健康課題がもちこまれます。子供からお年寄りまで、在宅医療も救急もあります。また、予防活動に関われることも大きなやりがいです。赴任当時弥栄村の脳卒中死亡は、過去5年間の訂正死亡比で島根県の1.8倍に上りました。そこで平成8年に基本健診を受けた448名の方を5年間追いかけて、脳卒中発症者のリスクを分析し、それを基に村の脳卒中对策を村の保健師と共に考えました。家庭血圧を積極的に導入し住民と一緒に血圧管理を行うことができました。カルテを健康台帳のように使い、治療と予防を一体的に行いました。こうした取り組みからその後脳卒中の死亡率、発症数が大きく減少しました。

平成17年10月、弥栄村を含む1市4町村が合併し弥栄診療所、波佐診療所、あさひ診療所、大麻診療所の4つの国保診療所が整備され、それをバックアップする地域医療対策課が設置されました。そして地域医療に熱い思



いを寄せる医師が順次集まり、5名(常勤4名、嘱託1名)を確保することができました。私たちはこの体制を「浜田市国民健康保険診療所連合体」と呼んでいます。

現在この体制を活かして、医師会の先生方や医療センターと連携しながら①中山間地域の医療を守ること、②医療センターの総合内科や矯正施設の診療所や福祉施設への診療支援などを通じて医療のネットワークを創ること、③市の保健医療福祉行政に現場から提案をすること、④医学生や研修医などを積極的に受け入れ地域医療の人材育成をすること、に取り組んでいます。

17年前、落下傘で一人でへき地に飛び降りたように感じていましたが、気がつけば多くの仲間と住民に支えられ仕事をさせていただいております。これからも自分の健康に留意し、地域の課題に目を向け、知恵を出し汗をかいていきたいと思っております。

インタビューを終えて……………

待合ホールに入ると、4~5人のお年寄りが、テレビで時代劇を見ながら談笑しておられ、とてもアットホームな印象を受けました。また、いただいた資料では、住民の方たちがボランティアで診療所周りの草刈りをされておられるようで、「自分たちの診療所」という思いが伝わってきました。



浜田市国民健康保険 弥栄診療所

所長 阿部 顕治

〒697-1122 島根県浜田市弥栄町本都賀1530-1
TEL・FAX 0855-48-5001・0855-48-2141

診察日/平日 9:00~12:00、14:00~17:00
休日/土・日曜日・祝日

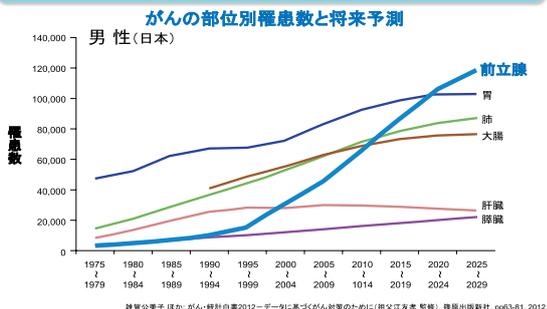


泌尿器科部長 盛谷 直之

1. 前立腺がんの現在の状況

- ①前立腺がんは、現在世界中で増加しています。
- ②わが国でも、罹患数、死亡数ともに増加傾向にあります。
- ③前立腺がんの増加の背景には、「高齢化」、「食生活の欧米化」、「診断法の進歩(PSA検査の普及)」が関係しています。
- ④前立腺がんの危険因子が、複数見つかっています。

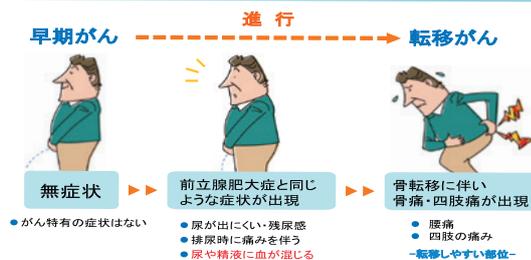
2020年には男性のがん罹患数第1位



2. 前立腺がんの病態について

- ①前立腺は、男性の膀胱の下にある栗の実大の生殖器官です。
- ②早期の前立腺がんでは、自覚症状がないことが多いです。
- ③前立腺がんの病期が進むと、生存率が低くなります。
- ④前立腺がんの多くは、男性ホルモンによって増殖します(男性ホルモン依存性)。

前立腺がんの症状



3. 検査と診断

- ①PSA検査は、血液検査だけで実施できる前立腺がんの検査法です。
- ②50歳以上の男性は、PSA検査の受診が勧められています。
- ③PSA検査に、直腸診や経直腸的超音波(エコー)検査を組み合わせると、検査精度が向上します。
- ④前立腺がんの確定には生検が、病期の判定には画像検査が行われます。

前立腺がん検査・診断の流れ



4. 治療の種類と方法

- ①前立腺がんの治療には、「PSA監視療法」、「手術療法」、「放射線療法」、「内分泌療法」、「化学療法」などがあります。
- ②手術療法や放射線療法でも、より負担の小さい新たな治療法が普及してきています(内視鏡下手術、ロボット支援手術、IMRT、密封小線源治療など)。
- ③内分泌療法は、CAB療法を中心に、単独あるいは他の治療と組み合わせて、多くの患者さんに実施されています。

前立腺がんの治療法

PSA監視療法(経過観察)		定期的なPSA値の検査(再生検)
局所的治療	手術療法	● 前立腺全摘除術(開腹手術・腹腔鏡下手術・ロボット支援手術)
	放射線療法	● 外照射法(IMRTなど) ● 組織内照射法(密封小線源永久挿入治療など)
全身的治療	内分泌療法(ホルモン療法)	● 精巣摘出術(除睾術) ● 薬物療法(注射薬・内服薬)
	その他の治療	● 化学療法(抗がん剤による治療)など

治療法を決める重要な要素

- 患者さんの年齢
- 全身状態、合併症の有無
- がんの進展度・タイプ(悪性度)
- 患者さんの希望



5. 病気と上手に付き合うためのアドバイス

- ①前立腺がんは、他のがんに比べて進行が遅く、何年もの間かけてゆっくり進行するのが特徴です。
 - ②このため、前立腺がんと診断されても、すぐに命に関わることはあまりありません。早期にみつかった場合は、手術や放射線治療により根治が可能ですし、内分泌療法や待機療法など、治療の選択肢はたくさんありますので、前立腺がんと診断されてもあわてずに、医師とともに、ご自分にあった治療法を選ぶことが大切です。
 - ③また、術後の経過を観察したり、内分泌療法を行う場合は、息の長い受診や治療が必要になりますので、今後の治療計画を見据えてしっかり取り組んでいただく必要があります。
 - ④がん拠点病院である浜田医療センターには「相談支援センター」があり、さまざまな相談に乗ってくれます。ここで、がんに関する様々な情報を入手することもできます。
 - ⑤相談支援センターでは、診断や治療法以外であれば、多くの相談に対応してもらえます。
- 拠点病院の地域の方なら誰でも利用できますし、電話相談にも対応しています。

前立腺全摘除術(ロボット支援手術)

ロボットを活用した腹腔鏡下前立腺全摘除術

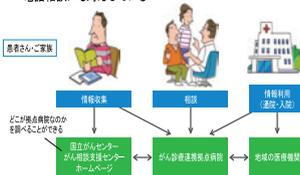


- 特長**
- 腹腔鏡による三次元映像と、操作性に優れたロボットアームを活用した術式
 - 欧米では広く普及している
 - 適応は、開腹手術と同じ

- 注意が必要なポイント**
- 2012年4月より保険適用
 - 日本では、限られた施設でのみ実施可能
 - 開腹手術や従来の腹腔鏡下手術との優劣は、まだ明確になっていない

がん診療連携拠点病院の「相談支援センター」を活用しましょう

- 診断や治療以外の相談を受け付けている
- その地域の方なら誰でも利用することができます
- 電話相談にも対応している





患者さんが少しでも早く 良くなるように 医師やコメディカルの方々と チーム医療で関わる。

と協働しながら看護実践を行っています。看護実践を行っている中で、色々な場面に遭遇しますが生命危機の状態にあった患者さんが元気になり歩いて挨拶に来られた瞬間は一番の喜びです。

現在、院内の活動としては、毎週水曜日にRST(呼吸サポートチーム)が医師やリハビリ・臨床工学技士と共に人工呼吸器装着中の患者さんのラウンドを行い、早期に人工呼吸器から離脱できるように介入を行っています。回診時には、人工呼吸器の設定だけでなく、看護実践への介入や医療安全面への介入も行っています。その他にも、今年度から「患者の異常の早期発見につなげることができる」「看護の質の向上を図ることができる」ということを目的として、救急看護認定看護師と共に一般病棟に出向き、呼吸管理や循環管理が必要な患者さんへの介入を始めました。救命救急センターにおいては、一旦一般病棟に転出したものの状態が悪化し、再度センターに入室するということがあります。全身状態が悪化する患者さんは、数時間前に何らかの徴候が見られていると言われています。一般病棟のラウンドを行い、認定看護師としての看護実践や指導・相談を行うことで、こうした例を防ぐことができたらと考えています。

最近、チーム医療ということがいろんなところで言われています。看護師はチーム医療を行っていく上で、医師をはじめとしたコメディカルとの連携には必要不可欠な存在です。重症で生命危機状態にある患者さんが、急性期を早期に脱し、元の生活に戻れることを目指して集中ケア認定看護師としてこれからも患者さんやその家族の方と真摯に関わっていきたいと思います。

集中ケア認定看護師

シリーズ ● 認定看護師

救命救急センター | 中田 健

現在当院には、集中ケア認定看護師が3名います。集中ケア認定看護師と一言にいても、イメージしにくいと思います。集中ケアとは、重症かつ集中治療を必要とする患者さん・ご家族への看護、いわゆる生命現象の危機状態にある人間の反応に対処する看護とされています。位置づけとしては、急性期だけの関わりではなく、回復期・慢性期・終末期とあらゆる経過の中で関わっているという特徴があります。現在私は、救命救急センターで日々看護を実践しています。救命救急センターに入室してこられる患者さんの多くは、生命危機の状態の患者さん、過大侵襲後の患者さん、人工呼吸器を装着中の患者さんなどです。その中で、看護師に求められる知識や技術は高度かつ繊細なものが求められると日々感じています。そのような環境の中で、私が集中ケア認定看護師になろうと決めた理由は、患者さんや家族と向き合い看護を実践している中で、「毎日行っているケアは正しいのか」「高いアセスメント能力を身に付けたい」と思ったことがきっかけでした。集中ケア認定看護師となった今、まだまだ未熟なところもありますが、患者さんが少しでも早く良くなるようにあらゆる方向からアセスメントを行い、医師やコメディカルの方々

医師の業務負担軽減に向けた薬剤師の取り組み ワルファリンCDTMの構築



薬剤師 渡邊 真弓

ワルファリンに対する感受性は個人差が大きく、血液凝固能検査を踏まえて投与量を決定する代表的な薬剤です。今回、医師の負担軽減および初回を5mgから開始することで維持投与量の早期決定を目的として、CDTM（薬剤師による用量設定、処方オーダー、検査オーダーの代行や副作用の確認など患者の総合的薬物治療管理）を導入したのでその取り組みについて報告します。

まずCDTMを開始するに当たり、医師と協議し投与量が薬剤師の判断ではなくPT-INRの結果により必然的に決定されるノモグラム（図2）を作成し、どの薬剤師でも管理出来るシステムを構築しました。医師から「ワルファリン投与管理依頼書」（図3）が提出されることで薬剤師によるCDTMについて医師の承認を得た事としました。薬剤師は「ワルファリン投与管理表（図4）」に従い、日々すべき業務をチェックボックスにて確認を行います。

今回実施した症例は共にノモグラムより逸脱しました

が、薬剤師が運用手順に従い確認を行うことでPT-INRが大幅に目標値から外れたことを早期発見でき、また従来初期投与量2mgのところを5mgから開始することで、目標値までの日数が短縮出来ました。

残念ながら今回は症例が少なく、経験した症例もノモグラムより逸脱したものが多かった為、医師の業務負担軽減や維持投与量の早期決定という結果は得られませんでした。PT-INRが安定しにくい症例に薬剤師が関わることで、医師のカルテ参照・処方オーダー時間の短縮に繋がると示唆されました。また、副作用確認を十分に行うことで発現時には早期発見でき、医療安全面でも貢献出来る可能性を感じます。

現在は心臓血管外科のみで運用中ですが、今後症例を積みながら各科のワルファリン服用が必要な患者へ運用を広げられるように適宜ノモグラムの改訂を行っていきたいと考えています。

はじめに

ワルファリンは、感受性の個人差が大きく、血液凝固能検査を踏まえて投与量を決定する代表的な薬剤である。このワルファリンの投与管理を薬剤師が代行し、医師の業務負担軽減及び、維持投与量の早期決定を目的として共同薬物治療管理（CDTM）を開始した。

図1

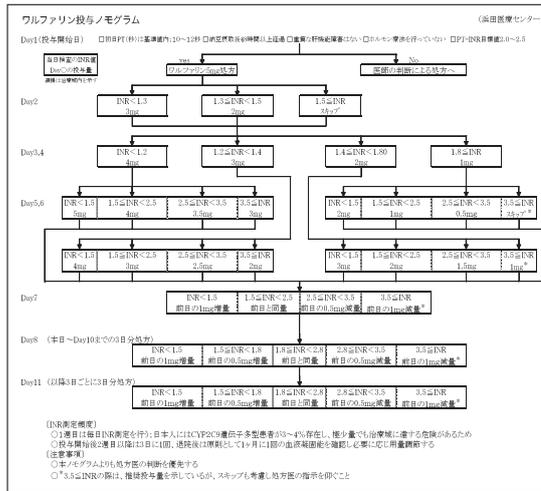


図2

図3

図4

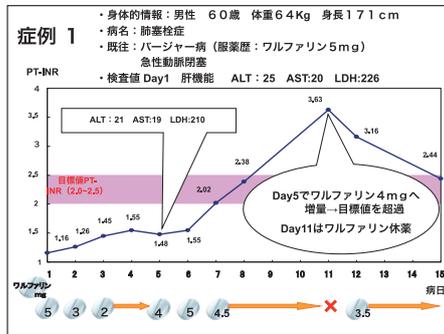


図5

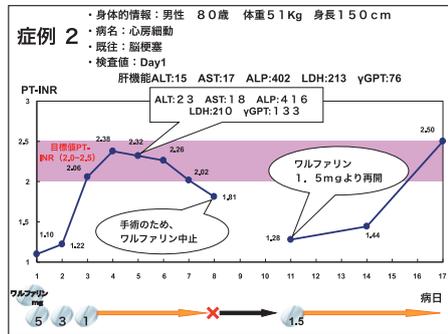


図6

結果

- 2症例ともノモグラムより逸脱した。
- 薬剤師が毎日確認することでPT-INRが大幅に目標値から外れたことを、早期発見できた。
- 従来、初期投与量2mgのところを5mgから開始することで、目標値まで早期到達できた。

図7

考察

- PT-INRが安定しにくい患者に薬剤師が関わることで、医師のカルテ参照・処方オーダー時間の短縮に繋がると示唆された。
- 副作用確認を十分に行うことで、副作用を早期発見でき、医療安全面でも貢献出来る可能性が感じられる。
- 現在は心臓血管外科のみで運用中である。各科のワルファリン服用が必要な患者へ、運用を広げられるように適宜ノモグラムの改訂が必要と考える。

図8

癌患者の外科的手術の手術前から退院後までのサルコペニアの現状把握の取り組み

理学療法士 奥田 卓矢



サルコペニアというのは、筋肉量が減り、筋力が弱くなるということです。

サルコペニアが進行すると、さまざまなリスクを増大させる事が報告されています。その中で、不活動や低栄養によるものは食い止められる可能性があります。

周術期の患者様は、そのような原因が多く、サルコペニアに陥る危険性が高くなります。しかし、これらの現状は十分に把握されていません。

そこで今回、当院に入院した手術予定の癌患者様を調査させて頂きました。

結果としては、統計学的な有意差は出ませんでした。術前の握力と簡易栄養状態評価表 (MNA) の平均値には大きな差が出ました。

要するに、術前の握力とMNAの値が低い患者は、術後の筋肉量低下の危険性が高いということが示唆されました。

今後は、この研究を活かし、術前後での運動療法・栄養指導・薬物治療等、筋肉量低下を軽減させる対策についても調査していきたいと思っております。

はじめに

- ▶サルコペニアとは「加齢に伴う筋力の低下、または老化に伴う筋肉量の減少」
- ▶サルコペニアが進行すると、身体的な障害や生活の質の低下、骨折、死亡等の有害な転帰のリスクを増大させる

図1

対象

- ▶当院で胃癌(11名)・大腸癌(8名)・乳癌(4名)の定期手術を施行する患者 計23名(年齢:71.3歳±9.7)

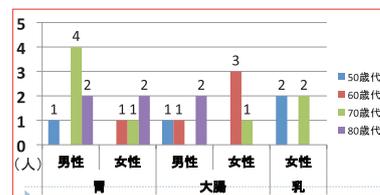


図4

疫学

- ▶日本における罹患率
 - ・女性:60歳代 約7% 70歳以上 約20%
 - ・男性:50歳代 約18% 70歳以上 約半数 (Abeら)

- ▶日本人でのサルコペニアに関するデータはほとんど存在しない。
- ▶サルコペニアと、疾患、身体機能、栄養状態、生活習慣等と、関連は報告が少ない。

図2

目的

- ▶当院に入院した癌患者様のサルコペニアの現状を把握するため
- ▶手術前の状態や生活状況、手術前後の経過と、サルコペニアに関連があるか、明らかにするため

図3

方法

- ▶【①筋肉量】:Inbody720(Biospace社)[四肢筋肉量]
- ▶【筋力】:②握力(kg)[左右2回ずつ 良い方を平均]
- ▶【身体機能】:③歩行速度(m/s)[10m歩行:2回の平均]
- ▶【身体活動】:SF-36®(QOL評価表)
- ④PCS:身体的側面(Physical Component Summary)
- ⑤MCS:精神的側面(Mental Component Summary)
- ⑥RCS:役割/社会的側面(Role-social Component Summary)
- ▶【栄養】⑦Alb:術前血清アルブミン値
- ▶状態⑧カロリー:術後2週間の摂取カロリーの1日平均
- ▶⑨MNA:簡易栄養状態評価表(Mini Nutritional Assessment)

図5

【①筋肉量】

- ▶当院の職員・附属看護学校学生の内、18~45歳の若年者268人の筋肉量を測定。
- ▶骨格筋指数=四肢骨格筋量(Kg)÷身長(m)²

- ▶若年者平均
 - ▶男性: 平均値:7.83Kg/m² 標準偏差:0.63
 - ▶女性: 平均値:6.16Kg/m² 標準偏差:0.61
- ▶2標準偏差を引き、
 - ▶男性:6.57Kg/m²以下
 - ▶女性:4.94Kg/m²以下



図6

調査時期

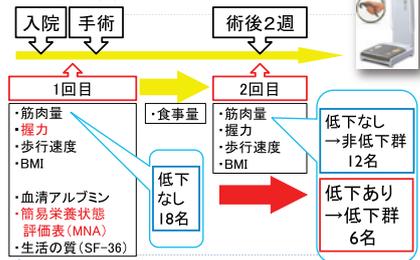


図7

考察

- ▶結果より
 - 術前の握力やMNAの値が低いと、術後筋肉量低下に繋がる危険性が高いと推測される
- ▶有意差が出なかった理由
 - ・症例数の少なさ → 症例数を増やす
 - ・時間経過 → 退院後(術後3カ月・半年)の短さ → データを再検討
- ▶今後の検討
 - ・疾患別や、手術侵襲の範囲の違いなど、対象を限定する
 - ・手術前の下肢筋力の違いや、アルブミン以外の栄養評価等を検討
 - ・術前後での運動療法・栄養指導・薬物治療等、筋肉量低下を軽減させる対策についても調査していきたい

図8

結果

	術前握力	術後一前握力	歩行速度	PCS	MCS	RCS	Alb	カロリー	MNA
非低下群	11.3	7.3	7.3	10.1	10.7	9.0	10.4	9.5	10.6
低下群	6.0	8.0	8.0	8.3	7.1	10.4	7.8	8.2	6.0
有意確率	0.052	0.84	0.64	0.55	0.18	0.62	0.34	0.66	0.08

- ▶低下群と、非低下群の間に、統計学的に有意な差は出なかった
- ▶低下群は、術前の握力・MNAの平均が低かった

図9

結論

- ▶今回の研究では、術後筋肉量非低下群と、低下群には、有意差は見られなかった。
- ▶筋肉量低下群は、術前の握力と、術前の簡易栄養検査(MNA)の平均は低かった。
- ▶今後は、症例数を増やし、長い経過期間で調査する。
- ▶また、疾患別や、手術侵襲の範囲の違いなど、対象を限定していく必要がある。

図10

呼吸ケアチームの活動と今後の課題

看護師 田島 美喜子

共同演者 田中 美香枝、大峠 仁美



当院は県西部地区では唯一の救命救急センターを備えた急性期総合病院で病床数は365床である。人工呼吸器を必要とする症例は、救命センター及びICUで管理され、状態が安定したところで人工呼吸器を装着したまま一般病棟へ転床となる。しかし一般病棟では人工呼吸器管理や人工呼吸器装着患者のケアを行う機会が少ないため、看護師の不安が大きい現状があった。

平成22年4月から平成23年5月までに体位変換時に関連した挿管チューブ抜去事故が7例あった。そのため人工呼吸器装着患者に安全で質の高い治療・ケアを提供、人工呼吸器からの早期離脱をするために2011年4月に呼吸ケアチームを発足させた。

活動としては毎週1回回診を行い、呼吸器設定の変更・体位管理・ベッド周囲環境の整備・口腔ケアについて相談・指導・実践を行っている。チーム発足後から2013年3月までに87症例ラウンドを実施した。人工呼吸器

からの離脱に至ったのは40例(46%)、再挿管に至ったのは4例(5%)であった。チーム活動を通し、抜去事故予防のため人工呼吸器装着患者の体位変換方法についてDVDを作成し全職員が視聴した。その後平成25年3月に至るまで抜去事故は起きていない。

人工呼吸器装着患者は診療科ごとに担当しており、呼吸ケアチームの活動内容を理解し活用してもらうことで呼吸ケアを充実したいと考え、各診療科医師へ啓蒙活動や呼吸ケアチームでの介入を通して依頼件数も増えている状態である。

今後の課題としては、今以上に各診療科・主治医との関係を円滑にし介入していきたい。また昨年度より各病棟へ呼吸ケアチームリンクナースを設けたため、リンクナースの育成を行い院内の看護の質向上に努めていきたい。

呼吸ケアチーム発足前の現状

当院は県西部地区では唯一の救命救急センターを備えた急性期総合病院で病床数は365床

問題点

- ◆一般病棟では人工呼吸器管理や人工呼吸器装着患者のケアを行う機会が少ない
- ◆看護師の不安が大きい現状
- ◆体位変換時に関連した挿管チューブ抜去事故が7例あった

図1

呼吸ケアチームの発足

2011年4月に呼吸ケアチームを発足

- ◆人工呼吸器装着患者に安全で質の高い治療・ケアを提供
- ◆人工呼吸器からの早期離脱支援

構成メンバー

- ◆医師(呼吸器内科・麻酔科)
- ◆看護師(集中ケア認定看護師・各病棟リンクナース)
- ◆理学療法士
- ◆臨床工学技士

図2

活動内容①

活動内容

- ◆毎週1回の回診(毎週水曜日:14:00~)
- ◆呼吸器設定の変更
- ◆看護の相談・指導・実践
- ◆体位管理・口腔ケア・ベッド周囲環境の整備等

回診の流れ

MEより患者情報を確認しデータベース作成
↓
14時に集合後回診前カンファレンスを実施
↓
各病棟へ回診
↓
回診後まとめ

体位変換時にSpO2の低下があるんです
↓
実際の相談内容
チューブのただれや口腔内の出血がある時はどうしたらよい?

図3

活動内容②

回診のデータベースシート

患者氏名	年齢	性別	病棟	担当医師	担当看護師	実施日時	実施内容	実施者
田中 太郎	75	男	内科	田中 太郎	田島 美喜子	2011/04/10	呼吸器設定の確認、体位変換の指導	田島 美喜子
山田 花子	68	女	外科	山田 花子	田島 美喜子	2011/04/15	口腔ケアの実施、体位管理の指導	田島 美喜子
佐藤 一郎	82	男	ICU	佐藤 一郎	田島 美喜子	2011/04/20	人工呼吸器設定の変更、体位変換の指導	田島 美喜子

回診風景

図4

結果①

2011年~2013年までの回診結果: 計87症例

- ◆人工呼吸器からの離脱に至ったのは40例(46%)
- ※再挿管に至ったのは4例(6%)

人工呼吸器装着患者は診療科ごとに担当している
→呼吸ケアチーム発足後啓蒙活動や介入を通して依頼件数も増えている

図5

結果②

抜去事故予防のため人工呼吸器装着患者の体位変換方法についてDVDを作成し全職員が視聴

2013年3月に至るまで抜去事故は起きていない

DVD作成風景

図6

課題

週1回の回診であるため、人工呼吸器からの離脱時期を逃してしまっただけの可能性もある

主治医・病棟看護師との情報交換・連携が重要

◆今以上に各診療科・主治医との関係を円滑に介入
◆各病棟にリンクナースを設けた

図7

まとめ

- 医局会・院内で啓蒙活動、活動内容をポスター展示
- 各病棟リンクナースの育成
 - ・月1回リンクナース会を実施し回診状況と病棟での呼吸ケアに介入を要する患者の把握
 - ・呼吸ケアに関する勉強会実施
 - ・看護手順の見直し(人工呼吸器マニュアル・離床療法)

勉強会風景

図8



呼吸ケアチームのメンバーです

病院薬剤師の役割



薬剤科長 橋本 修

2011年春より薬学部6年制教育を受けた薬剤師が世に輩出されています。

現在我々の新たな業務は調剤室の外で行う業務へとシフトしつつあり、大学6年制への移行は医療現場に則した教育にはとても4年間に納まりきれないことが大きな要因です。ことさら臨床現場で行われる現実的な薬物治療やチーム医療は、学内での座学や技能取得のみで身に付くものではありません。そこで薬学生は5年生になると11週間の病院実習を行い病院薬剤師の業務と責任、チーム医療への参画を学び、さらに11週間、地域の薬局実習にて薬局の社会的役割と責任、地域医療を体験することとなりました。

病院薬剤師の業務は多岐にわたり、それぞれの分野が深く専門性を問われる時代となっています。

専門薬剤師への期待

現在浜田医療センターでは13名の薬剤師と看護師1名、薬剤・治験助手5名が365日、24時間体制で患者さんの安全安心な薬物治療を支えています。

薬剤師はジェネラリストのみならず、各専門分野に秀でたスペシャリストの育成が求められており、当院にも認定を持つ薬剤師が存在します。今年度中には新たにNST（栄養サポート）専門薬剤師が2名誕生する予定です。

当院の認定薬剤師

認定名称	人数
がん薬物療法認定薬剤師	1名
日本糖尿病療養指導士	1名
生涯研修認定薬剤師	6名

調剤業務

お薬の調剤や医薬品管理業務は昔から基本業務として重要な位置を占めますが、調剤過誤（調剤ミス）防止への配慮は10年前とは格段に異なり各自が高いレベルにあります。また、複数の診療科から同じお薬が重複して処方されていないか、飲み合わせの悪いお薬がないか等、安全に



調剤薬監査

関わる様々な確認をしながら薬剤師は調剤します。

そして病院の経営参画への意識も大きく変化し、より厳密な在庫管理が個々に問われています。

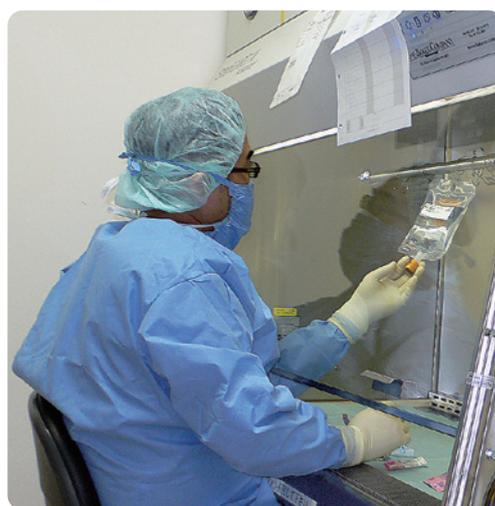
医療チームへの参加

それぞれの職種（医師、看護師、臨床検査技師、栄養士など）で編成されている医療チーム；感染、栄養、褥瘡、疼痛緩和等に参加し、薬剤師の立場から治療に難渋している主治医を助け、早期の病状回復や疼痛緩和に努めています。

注射薬の無菌調製

院内で投与されるすべての注射抗がん剤は無菌化された専用キャビネット内で薬剤師が作っています。

薬剤師が投与前の無菌調製に関わることで感染防止への配慮、患者さんの状態に適切な量が処方されているか、あるいは約束された抗がん剤の投与方法が守られているかなど薬剤師が総合的に管理することとなり、結果的に清潔で安全な抗がん剤治療を提供しています。また食事が摂れない患者さんのための注射薬「高カロリー輸液」も薬剤科にて無菌的に作っています。



抗がん剤無菌調製

病棟業務

各病棟に担当薬剤師を配置し、患者さんにお薬の効果・飲み方・副作用・相互作用・注意事項をわかりやすく説明することで、不安や疑問をなくし安心して使用いただくよう心がけています。

また臨床検査値等確認し、適切な用量が安全に使用されているか確認を行い、安全な薬物治療を支えています。

医薬品情報管理

医薬品情報の管理と発信は、最終的にお薬を有効かつ安全に使用することが目的です。医療スタッフからの問い合わせに的確な情報を提供し、製薬企業や厚労省、医薬品医療機器総合機構（PMDA）から発信される重要な情報をタイミングよく院内に発信することも薬剤科の重要な業務となります。薬剤科への主な問い合わせ事項は、注射薬の投与方法や安定性、他の薬剤と混合時の配合変化、新薬についてなどです。

これらの質問に迅速に対応するため書籍や学術雑誌など整理保管し、またデータベース等利用し検索できるよう整備しています。

治験業務

治験業務では薬剤師と看護師が協力し、治験管理室にて製薬企業の医薬品開発のための臨床試験を行っています。新しい医薬品を世に出すため患者さんの協力のもと、効果と安全性を調査します。治験コーディネータとして患者さんの人権を守り、円滑に治験をすすめるための患者相談、スケジュール管理、同意説明、データ転記、製薬企業対応など多くの業務にあたります。

その他、当院は前述の薬学部学生の実習受け入れ施設であり、毎年新しい時代の薬剤師を育成する場ともなっています。

そして院内特殊製剤の調製、入院患者さんが持参されたお薬の鑑別業務、病棟医薬品の品質管理など、病院薬剤師は院内で「薬」に関する業務を一手に担う部署として、さらに質を上げ、貢献できるようスタッフ一同日々精進して参ります。



散薬秤量



薬剤科員

Hospitality

地域のホスピタリティを訪ねて

人と逢うことから、 全てが始まる『我逢人』

石見ケーブルビジョン株式会社 河上 恵美(かわかみ・えみ)

私が石見ケーブルビジョンに入社したのは、平成16年。早いもので約10年目を迎えます。仕事を通じて日頃から様々な場所や、人の元へ取材に出かけさせて頂きますが、この地域には、魅力ある場所や人が本当に溢れています。日々、新たな発見、多くの出会いを頂きながら、楽しく仕事をさせて頂いています。現在、担当する番組の一つに「いわみ我逢人(がほうじん)」という番組があります。『我、人と逢うなり～人と逢うことから全てが始まる～』という、人と人との出逢いの尊さを三文字で表した言葉です。私は、この我逢人という言葉が大好きで、振り返ると、私がこれまで歩んできた道のりは、全て、この言葉の通りではないかと感じています。

地元の高校卒業後、人と関わる仕事に携わりたくて広島市内のホテルに就職しました。はじめは、結婚式や宴会、会議などでの接客部門に配属され、その後、商業高校出身という事から、経理課に配属されました。そして、約3年務めた頃、家庭の事情もあり浜田に戻ろうか悩んでいた時、浜田市内に新しいホテルがオープンすることを聞きました。その時、当時の勤務先であったホテルが出店していたレストランの接客に派遣され、たまたま私が対応したお客様が浜田からのお客様で、この時の出会いがきっかけとなり、地元のホテルへの就職へと結びつきました。晴れて地元オープンするホテルに入社し、結婚式や宴会、会議などの予約受付業務を担当しました。まだ20代前半だった私は、見るからに頼りなく、お客様にも安心感が与えられていないことを、日々身にしみて感じていました。その情けなさや悔しさから、きちんとした言葉使いや話し方を学ぶため、広島のアナウンススクールの門をたたきました。そこで、訪れたのが今も尊敬する『先生』との出会いです。「みなさん、こんにちは」と一言発せられただけで、周り空気は一気に変わり、この先生に教えてもらいたい思いに駆られ、一切の迷もなく入校を決意し、週1の割合で約1年余り広島に通いアナウンスの勉強をしました。そして、ここで学んだことをきっかけに、司会者としての道を歩ませてもらうようになりました。現在、地元のCATVでアナウンサーとしてもお仕事をさせて頂いていますが、これも全て、これまでの多くのご縁が繋いでくれたからです。



この他にも、伝えきれないほど、たくさんの方とのご縁を頂き、今の私に繋がっています。心から皆様に感謝するとともに、この思いを誰よりも伝えたい先生は、37歳という若さで天国へと旅立たれました。先生はいつも、「たくさんの事に挑戦して!」「日々時間を大切に。」「毎日笑顔で明るく過ごす楽しいことがたくさんあるわよ。」そんな言葉をかけてくれていました。今私がこうして人前で話す仕事に携わらせてもらっているのは、先生との出会いがあったからこそです。当時、まだ何もできない私に、「あなたは浜田できっと頑張れるから」とかけてくれた先生の言葉。その言葉が私の原動力となり、今日の私がいるようにも感じます。

『我逢人』この言葉の通り、人と逢うことから全てが始まります。心と心の出逢い、物と物との出逢い、人と物との出逢い。人との出会いは、何事にも変えられない宝物です。今、私は、この多くの出会いの機会を頂く最高のお仕事をさせて頂いていると思っています。この地域には、本当に素敵な方たちで溢れています。石見ケーブルビジョンも開局し、今年で10年を迎えます。これからも人との出会いを大切に、たくさんの人や場所に出会い、そして、ケーブルテレビを通じ、その感動を多くの人々の心に届ける事ができるよう日々歩んで行きたいと思えます。



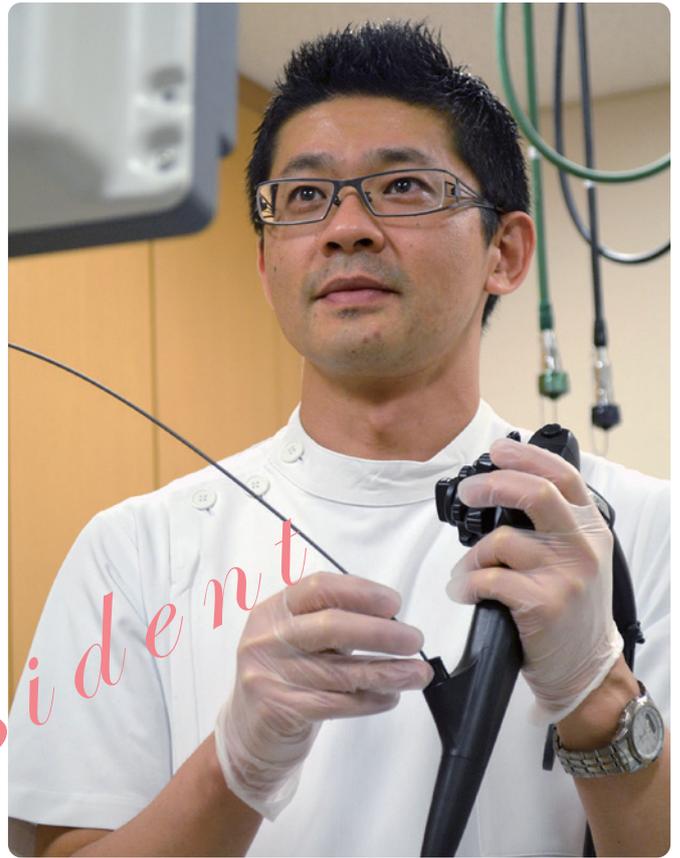
研修医だより

命を守り育む医師を目指して



後期研修医2年目 長谷川 亮介
(H22鳥取大学医学部卒)

Resident



皆さん、こんにちは。後期研修医の長谷川亮介と申します。私が浜田市に来てから、3年が経とうとしています。私は元々、大阪府出身ですが、出身大学が鳥取大学ということもあり、山陰で研修を行っています。初期研修をここ浜田医療センターで行い、その後も後期研修医として、引き続き浜田医療センターで働いています。浜田市に来た当初は地理的なことも分からず、また、初期研修も戸惑うことばかりで、私には常に浜田の空がどんよりと曇って見えました。しかし、今では浜田市での生活もすっかり慣れ、仕事も日々できることが少しずつ増えて、浜田の空に光が射し始めたことを感じる今日この頃です。

現在、私は浜田医療センターの消化器内科に所属しています。消化器内科には、私を含め6人の医師がおり、4月からは更に1人増えて7人になる予定です。他科と比較して、医師数が多く、日々多くの診療と検査を活動的に行っています。消化器内科は内科と言いながら、処置や手技の種類が多く、知識だけではなく技術も要求されます。具体的には胃カメラや大腸カメラなどを使って、止血処置を行ったり、結石除去を行ったり、腫瘍やポリープを切除したりと多種多様です。1つ1つの手技は簡単そうに見えますが、実際に行ってみると、どれ1つとして簡単なものはありません。なかなかうまく行うことができず、一生できないのではないかと、暗雲立ち込める次の瞬間に突然できるようになったりと、先が読

めません。ただ困難が多ければ多いほど、やりがいも増すと考え、毎日研鑽を続けています。

私は最初、浜田医療センターには初期研修の2年間お世話になる予定でしたが、初期研修中に消化器内科に誘って頂き、そのまま浜田医療センターで後期研修を行っています。消化器内科の上級医の方々は大変熱心に指導してくれますし、看護師さんやコメディカルの方々は親切そのものでサポートしてくれます。様々な困難に立ち向かえるのも、周りの人たちの支えがあるからであって、そのことを決して忘れてはならないと思います。しかし時々忘れてしまい、少々傍若無人な振る舞いをし、後で反省のため頭を抱える日もあります。

最近は主治医として、病棟で患者さんやそのご家族と接しますが、浜田の方は素朴な方が多く、良好な関係を築くことができていると感じます。医学的な知識や技術は重要ですが、一番に優先されるものではなく、やはり患者さんやご家族に対する本質的な思い、情熱が最も重要で、そのためのコミュニケーション能力であり、医学的知識、技術です。そのことを肝に銘じながら、浜田市のみならず島根県西部の医療に携わりたいと思います。

ここまで読んでくれた賢明な読者は気付かれたと思いますが、私は基本的に物事をネガティブに考えてしまう癖があります。しかし、根っちはポジティブであり、好きな曲であるウルフルズの「笑えれば」を心に響かせながら、日々、邁進できればと思います。

看護学校だより

浜田医療センター附属看護学校 <http://www.hamakan-nh.jp/>

模擬患者演習と基礎看護学実習を終えて

1月8日にシルバー人材センターの方々の協力を得て、模擬患者演習を行いました。初めて高齢者の方々に清拭や検温を行い、高齢者の方々に合わせた力加減や湯温を調整することの難しさを感じていました。この経験を経て、学内での学習を進め、1月29日から5日間、基礎看護学実習に行き、実際に患者さんの足を洗ったり、体を拭いたりさせて頂きました。始めは緊張し、どんな話をしたらよいのか、どのような援助をしたらよいのか悩んでいたのですが、実習が進むにつれ、患者さんに上手になったと褒められていました。

本実習ではグループでの学習を大切に、疑問を共有し、一緒に解決することで学びを深めました。また、毎日調べ、振り返ることの大切さや疑問を持ち、解決することの意味、疾患の症状や治療について、どうしてそのような症状が出るのか、どうしてそんな治療をするのかを考えながら学習することが必要であるなど実習を通して学習の大切さを学ばせて頂きました。お世話になった皆様にこの場をかりて感謝申し上げます。

(文責：教員 豊福 瑞穂)

学生の声

1年 雛岡 沙弥香

脳梗塞の患者を受け持たせて頂きました。実習が進むにつれ、信頼関係を築くことができ、好きなもの、お孫さんの話、とてもつらくて嫌なりハビリの話をしてくれました。話をしているときに手を握ってくださったときはとても嬉しかったです。また、やらないと言っておられたりハビリのパズルを何度も途中で投げ出しつつも、苦闘しながら完成させたことは患者さんにとっても、私にとっても大きな力となりました。一つのピースがはまるたびに達成感が満ち溢れた表情をしておられ、私も同じ表情をしていたと思います。患者さんと同じ目標を持つことで患者さんの喜びや苦しみなどの感情を共有することができたので、今後の実習でも患者さんと同じ目標を持つように関わりたいと思います。



看護師を目指している皆様へ

ためになるよ!

春のオープンスクールのご案内

～ きてきて看護学校 ～

卒業式、入学式と、慌ただしいながらも心華やぐ季節が近づいてまいりました。

当校では、今年も恒例の「春のオープンスクール～きてきて看護学校～」を開催いたします。今回、**高校生に役立つ看護学生体験**を楽しんでもらえればと思います。**島根県・山口県・広島県下の高校生を対象**に開催いたしますので、参加希望の方は下記の問い合わせ先にご連絡ください。

【日時】平成26年4月2日(水)

9時～12時30分(受け付けは8時30分～9時)

【場所】浜田医療センター附属看護学校

●お問い合わせ先 浜田医療センター附属看護学校

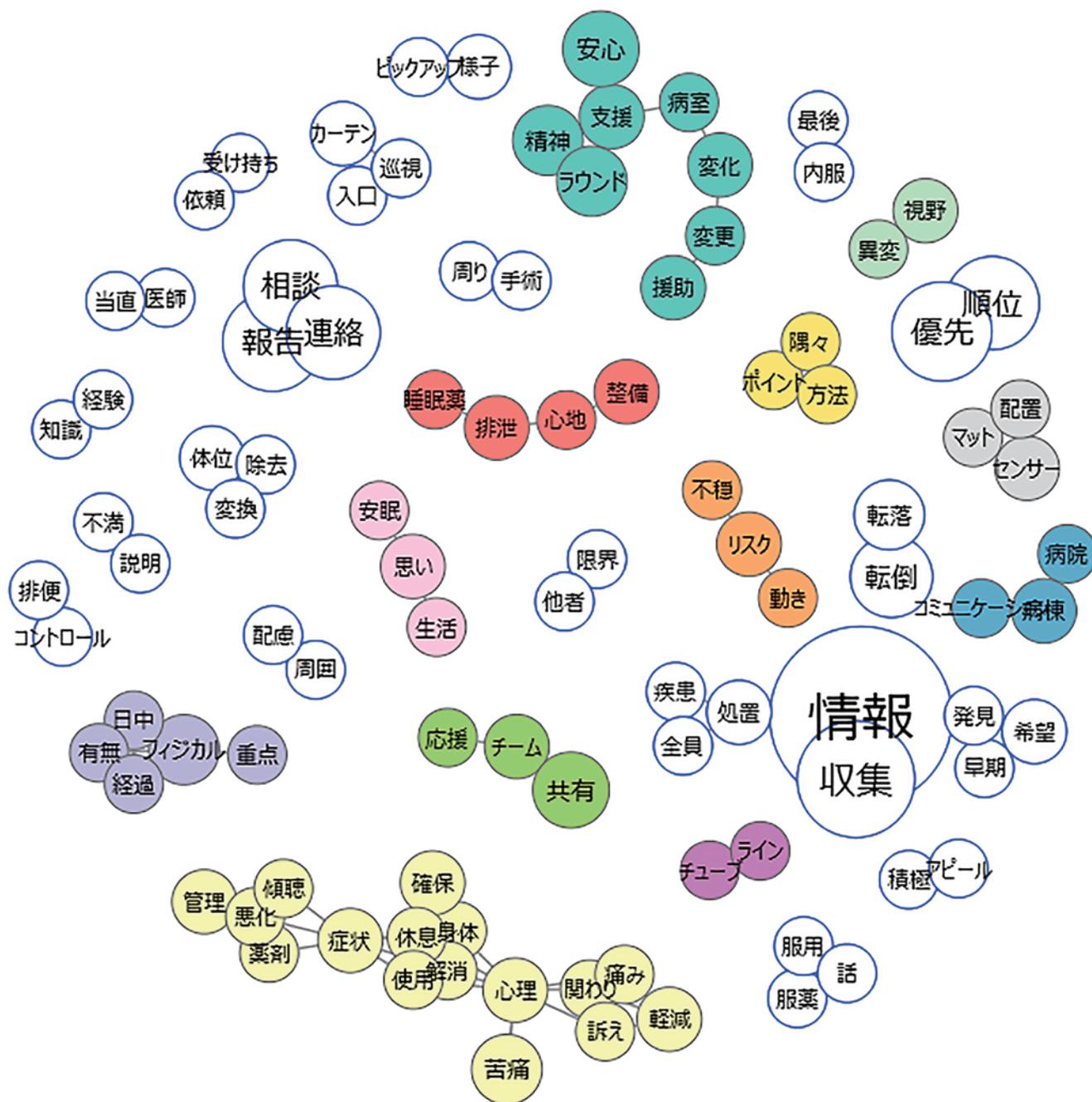
島根県浜田市浅井町777-12 ☎0855・28・7788



看護の統合と実践実習IIでの学生の学び

本実習は、卒業前に行い今までの実習の集大成となります。実習内容は「看護管理」「リーダー・メンバーシップ」「複数受け持ち」「夜間実習」です。今回は、夜間実習を通して学生がどんな学びを得たのか学生のレポート

から分析した結果の一部をお知らせしたいと思います。分析方法はテキスト・マイニングで行い、バブルが大きいほど抽出頻度が高いものです。関連のある語句が線で結ばれ、太いほど相関が高いこととなります。



最も頻度が高い語は「情報」で、次いで「連絡・相談・報告」でした。他の実習の学びでも抽出されたのですが、チームメンバーや多職種同士で情報を共有し、応援すること【●黄緑】が看護行為を行う上で重要だと学んでいました。また、夜間の看護として転倒転落を起こさないための関わりや入眠や休息のできる環境を提供する関わり

【●薄黄】【●ピンク】、排便コントロールや内服管理など【●赤】が夜間のケアであると学んでいました。学生の学びの成果を臨床の方や学生に示していき、学びと課題を明確にしていけるようにサポートしていきたいです。

(文責：教員 藤井光輝)

地域医療連携室からのお知らせ

平成25年度第8回地域医療従事者研修会の報告

“在宅での看とり”に繋がった1事例をもとに、当院の病棟看護師、地域連携室相談員、居宅介護支援専門員(ケアマネージャー)、訪問看護師、各々の立場からの報告をシンポジウム形式で実施し、参加者は、院内・院外を含め61名ありました。アンケート結果から、「各々の立場や流れを理解することができた」「自分たちのやるべき事を再考する機会となった」「本人・家族の思いを尊重することの重要性と、各機関が連携して在宅での看とりに繋げる流れがわかった」などの意見をいただき有意義な研修であったと思われま。最期に訪問診療を担当して下さった在宅医の立場からのご発言もいただき、超高齢化するこの地域での包括的ケアを皆で考える良い機会となりました。



退院支援奮戦記

地域医療連携室では、MSW2名・退院調整看護師3名の合計5名の相談員が担当病棟を決めて退院調整を行っています。地域連携室が関わって退院される患者様は、毎月約100～110名あります。この数は、当院の毎月の退院患者数の2割弱に当たります。高齢患者様や独居の方が多く、病気により日常生活に支障を来す状

態になりますと入院前までと同じ生活はできなくなり、訪問介護や看護等のサービスを利用しなければ退院できなくなる方が増加しています。私たち地域連携室相談員は、入院早期から病棟と話し合いながら、患者様が安心して退院できるようお手伝いをしています。

春の特別メニュー

栄養管理室

入院されている皆様の食事サービス向上のため、特別メニューとして趣向を凝らした松花堂弁当をご用意させていただいております。お膳の内容は、旬の食材や地元の特産品を使用し、季節感の味わえる内容に仕上げております。御品書きには、使用している食材の栄養成分についてや、それぞれの料理に込めた思いを添えさせていただいております。季節ごとにメニューを更新し、旬の食材をはじめ、注目を集めている食材や調理法を取り入れていきたいと思っております。ぜひ一度お試しください。



御品書 スペアリブ／ハーブグリル／海鮮ラタトゥイユ／蛸と菜の花のナムル
筍とうどの木の芽あえ／桜汁／かじめ御飯／里芋のティラミス

- 〈特別メニューは〉 ●実施日 夕食 曜日ごとに病棟交代
月3北 火3南 水4北 木4南 金5北 土5南 日緩和
●対象 並菜の患者様 ※先着5名様まで(アレルギー等の対応はできません。)
●料金 別途1,000円(税込み)いただきます。
※主治医の許可が必要なためお断りする場合がありますのでご了承ください。

お支払いの時の お呼び出し方法が 変わりました。

「会計番号」で
お呼び出ししています。



お支払いのお呼び出し方法については、^{かね} 予てからご要望をいただいておりますが、プライバシー保護を目的として、2月3日から「会計番号」での呼び出しを始めました。ただし、状況等によりお名前でお呼び出しをする場合があります。ご理解とご協力をお願いいたします。

患者様用	会計日付	2014年 02月 03日
	会計番号	1 2 3
	患者番号	0000123456

ハマダ タロウ
浜田 太郎 様

「会計番号」引換券は、お帰りになるまで必要となりますので紛失されないよう注意してください。

予約日に採血指示がある 患者さんの診療手順が 変わりました。

患者案内票に「先に中央処置室へ」のコメントがある方は
直接、中央処置室へ行き
採血受付・採血をおこなってください。



採血当日に体調不良など変わったことがあれば、必ず採血前に各診療科受付にお申し出ください。

◎患者案内票に「先に診察外来へ」のコメントが有る方は、従来通り、先ず各診療科受付へ行き、検査内容の確認等を受けてください。(特殊な採血、細胞診尿、点滴や注射を同時に行う場合、化学療法をおこなう場合など)

ご不明な点がございましたら、各診療科受付または医事受付の職員にお尋ねください。

浜田医療センターの ホームページが新しくなりました

浜田医療センターの理念でもある「心のコもった、情のある医療」を軸に、優しく、より利用しやすいホームページへとリニューアルいたしました。

<http://www.hamada-nh.jp/>

浜田医療センター

検索



『facebook』でも、情報を発信しています!

<https://www.facebook.com/hamadamedicalcenter>

募集 看護師・助産師

■応募資格 看護師または助産師の資格を有する方、平成27年3月に看護師または助産師の資格取得見込みの方。

■応募方法 履歴書、取得している免許証の写し。詳しくは下記までご連絡ください。

人事担当/管理課 西谷 ☎0855・25・0505(代)

■応募締切日・採用試験日

▶平成27年度採用試験

応募締切 平成26年7月上旬予定
選考採用試験日 平成26年7月26日(土)

見学
OK

一度、病院見学にいらっしやいませんか。いつでも見学ができます

連絡先/担当者 副看護部長
☎0855・25・0505(代)

臨床検査技師(非常勤職員)

■内 容 臨床検査業務(1名)

■雇用期間 ~平成27年3月31日

■勤務時間 8:30~15:00(週30時間/休憩時間30分)

■応募資格 検査技師免許をお持ちの方

■給 与 時間給/1,030円
諸手当/通勤手当、超過勤務手当
賞 与/年2回 6万円程度(前年度実績)
社会保健等/健康保険、雇用保険

薬剤師

※詳しくは、薬剤師のページにてご確認ください。

平成27年度 独立行政法人国立病院機構中国四国ブロック

■独立行政法人 国立病院機構中国四国ブロック事務所ホームページ

<http://www.nho-chushi.jp/recruit/>



『まめネット』へ参加 あなたも同意しませんか?

●詳細については、下記ホームページでご覧いただけます。

<http://www.shimane-inet.jp/mamenet/index.html>

「まめネット」はコンピュータ通信を活用した、島根全県の地域医療連携を推進するために設けられた医療専用のネットワークです。

浜田医療センター 外来診療担当医表

平成 26 年 3 月 1 日現在

診療科	診察室	月	火	水	木	金
総合内科		河田 公子	休診	北條 宣政 (波佐診療所)	河田 公子	休診
血液・腫瘍内科※		休診	島根大学より	休診	島根大学より	島根大学より
腎臓内科		担当医※	休診	休診	休診	担当医※
内分泌・代謝内科		休診	休診	森 俊明	休診	森 俊明
午後外来				—		フットケア外来※午後予約制
呼吸器内科※ (1診)		柳川 崇	酒井 浩光	島根大学より	柳川 崇	酒井 浩光
神経内科		休診	島根大学より※	休診	休診	木谷 光博※ (午後・予約制)
消化器内科	(1診)	宮石 浩人	生田 幸広	岡本 英司	八杉 晶子	担当医
	(2診)	担当医	宮石 浩人	八杉 晶子	岡本 英司	生田 幸広
	(3診)	岡本 英司	—	—	—	岡本 英司
循環器内科※	(初診)	飯田 博	特殊検査日 (休診)	日野 昭宏	特殊検査日 (休診)	明石晋太郎
	(再診)	日野 昭宏	—	明石晋太郎	—	飯田 博
小児科※	(初診)	三原 綾	齋藤 恭子	三原 綾	齋藤 恭子	齋藤 恭子
	午後外来 特殊外来	フォローアップ外来(再診)※ —	予防接種 —	— 内分泌外来・腎臓外来※	— 神経外来※	— 1ヵ月検診
外科	(1診)	栗栖 泰郎	永井 聡	栗栖 泰郎	渡部 裕志	高橋 節
	(2診)	—	—	黒田 博彦	永井 聡	—
午後・特殊外		—	—	—	ストーマ外来※	—
乳腺科		吉川 和明	休診	休診	—	吉川 和明
午後外来		—	—	—	吉川 和明※	—
整形外科※	(1診)	渡辺 洋平	柿丸 裕之	手術日	柿丸裕之(予約のみ)	手術日
	(2診)	伊藤 修司	伊藤 修司	休診	渡辺 洋平	休診
	(3診)	松本 亮紀	休診	休診	松本 亮紀	休診
特殊外来		休診	—	休診	—	休診
形成外科※		松江日赤より※	休診	休診	休診	休診
脳神経外科※		加川 隆登	休診	木村 麗新	手術日(休診)	休診
呼吸器外科		小川 正男	手術・特殊検査(休診)	小川 正男	手術・特殊検査(休診)	小川 正男
心臓血管外科		石黒 眞吾	手術日(休診)	浦田 康久	手術日(休診)	石黒 眞吾
皮膚科		進藤 真久	手術・特殊検査(休診)	進藤 真久	進藤 真久	進藤 真久
泌尿器科		手術日(休診)	盛谷 直之	盛谷 直之	盛谷 直之	盛谷 直之
産婦人科※	(1診)	吉富 恵子	塚尾 麻由	平野 開士	塚尾 麻由	小林 正幸
	(2診)	小林 正幸	平野 開士	小林 正幸	平野 開士	吉富 恵子
	乳房ケア外来	乳房ケア外来	乳房ケア外来	乳房ケア外来	乳房ケア外来	乳房ケア外来
午後外来※		平野 開士	吉富 恵子	—	—	塚尾 麻由 産褥外来
眼科		井上真知子	手術日(休診)	井上真知子	井上真知子	井上真知子
耳鼻咽喉科		—	鳥取大学より	—	—	鳥取大学より
午後外来		鳥取大学より	—	休診	鳥取大学より	—
放射線科		担当医	特殊検査日(休診)	特殊検査日(休診)	特殊検査日(休診)	花田喜美香
疼痛緩和外来※		休診	担当医※	休診	休診	休診
麻酔科		休診	土井 克史※	休診	休診	休診
歯科口腔外科※		東 泰輔	東 泰輔	—	東 泰輔	東 泰輔
午後専門外来※ (再診のみ・予約制)		—	—	手術日(休診)	オーラル メディシン外来※	担当医 (インプラント・腫瘍)

血液・腫瘍内科… 毎週火・木曜日 診療時間10:30～午前のみ(予約制)
隔週金曜日 診療時間10:30～午前のみ(予約制)
腎臓内科… 毎週月曜日(診療時間9:00～12:00)
毎週金曜日(診療時間9:30～15:00)
呼吸器内科… 予約制(初診は紹介患者のみ)
神経内科… 毎週火曜日 島根大学より交代制
毎週金曜日午後(予約制) 益田赤十字病院より
循環器内科… 予約制(初診は紹介患者のみ)
小児科… 毎月第1水曜日 内分泌外来(受付時間13:30～)予約制
毎月第3水曜日 腎臓外来(受付時間13:30～)予約制
毎月第4木曜日 神経外来(診療時間10:00～16:00)予約制
外科… ストーマ外来 毎週木曜日(診療時間8:30～14:00)予約制
乳腺科… 木曜日 予約患者のみ(受付時間13:00～)
整形外科… 関節リウマチ専門外来 隔週火曜日(紹介患者のみ)
脊椎脊髄外来 毎週木曜日(受付時間13:00～)紹介患者のみ
形成外科… 毎週月曜日午前のみ(診療時間10:30～)予約制 初診は紹介患者のみ

脳神経外科… 予約制 初診は紹介患者のみ
産婦人科… 午後外来(受付時間13:00～15:00)
産褥外来(毎週金曜日13:00～15:00)
耳鼻咽喉科… 毎週月・木曜日午後のみ(受付時間12:00～16:30)
(診療時間14:30～17:00)
予約制(当日の予約枠に空きがある場合は受診可能)
毎週火・金曜日午前のみ(診療時間8:30～12:00)
予約制・初診は紹介患者のみ
疼痛緩和外来… 毎週火曜日(診療時間13:30～15:00)
麻酔科… 毎週火曜日(診療時間9:30～)紹介患者のみ
歯科口腔外科… 予約制(初診は紹介患者のみ)
オーラルメディシン外来 第2・4木曜日午後
毎週金曜日 午後専門外来
(インプラント・腫瘍)
(再診のみ予約制 島根大学より)

診療受付時間… 午前8時15分～午前11時00分(再来受付機は午前8時より稼働)

※平成25年4月から、腎臓内科、耳鼻咽喉科は外来のみ非常勤医師で診療をしております。

編集後記

新しい年度を迎え、色々な思いを抱いて準備をされて、進学・新社会人など、慣れない環境に戸惑っておられることと思います。～徳川家康「人の一生は重荷を負って遠き道をゆくが如し。いそぐべからず。…」
～ また「継続は力なり」と言われるように、ひとつひとつコツコツと頑張っていきたいと思います。【豊彦】