

長崎みなとメディカルセンター

MINAMOTO

Nagasaki Harbor Medical Center

2022.February

VOL.
01



確かな、安心を。

— 消化器外科 —

CONTENTS

- 03 いのちに全速力
救命救急センターとしての責務 ～最後の砦
- 04 がんフロンティア
大腸癌の外科治療について
- 06 地域と、もつと。～循環器～ Case Report
胸部症状のない急性心筋梗塞症例
- 07 地域と、もつと。～脳神経～ Case Report
認知症ドライバーと運転免許更新～診断困難例の紹介～
- 08 みなとの最前線
待望のレーザー碎石装置の導入
- 09 One Team Report
院内感染防止対策チーム
- 10 支える人、寄り添う人
がん臨床研究コーディネーターとして
- 11 Specialty Journal
こんにちは！放射線治療室です
2台の治療装置で患者さんに寄り添うがん治療を行います。
- 11 MINATOPICS

MINAMOTO

VOL.01

2022.February



院長 門田 淳一

Safety Netとしての当院の使命と役割

広報誌「MINAMOTO」創刊にあたって一言
ご挨拶申し上げます。

当院は長崎医療圏の医療の中核を担う多機能病院であり、新型コロナウイルス感染症パンデミックの中にあつて、感染症患者を最大限受け入れるとともに救命救急センターを中心として一般患者の受入体制を24時間365日維持し、地域における救急医療の最後の砦として機能しています。特に救急医療、高度・急性期医療、小児・周産期医療、政策医療を4つの柱とし、3大疾病(がん・心疾患・脳血管疾患)においては、より身体的負担の少ない高水準の医療を提供しています。また小児・周産期医療に関しては、産科・新生児内科・小児科の3科が協働し、安心して子どもを産み育てられる医療提供体制の充実に努めています。

少子高齢化で人口減少が加速する中、当院は、重症患者を受け入れ、高度な集中治療を行い、安心・安全な療養環境を提供し、多職種連携を促進して入院支援や急性期後の早期離床・復帰を目指してまいります。

当院が今後も患者さんにとっての「いのちのみなと」として、また「生きる力の源(MINAMOTO)」としてあり続けられるように、皆様と連携を取りながら、セーフティネットとしての使命と役割を果たしてまいります。

いのちを 全速力!



救命救急センター
Emergency & Critical Care Center



当センターは2020年2月に開設されました。厚生労働省の示す救命救急センターの役割とは、①重症および複数の診療科領域にわたる、すべての重篤な救急患者を、原則として24時間体制で必ず受け入れる、②初期救急医療施設および第二次救急医療施設の後方病院として救急搬送患者を受け入れる、③医学生、臨床研修医等に対する救急医療の臨床教育を行う、と明記されています。

開設当初は救急専従医2名でしたが、現在は5名まで増員し、前述の役割を果たすべく、また、皆様に信頼される救命救急センターであるために毎日全力で診療にあたっています。

現在、夜間も含めほとんどの日に救急専従医を勤務させることができしておりますが、土日の非輪番日に限り救急医が不在となっており、各医療機関の皆様にご迷惑をお掛けしております。24時間365日救急医が常駐する体制の構築へ向けて取り組んでおりますので、もうしばらくお待ち頂きたいと存じます。

これまで長崎医療圏では開業医の先生方ならびに長崎市夜間急患センター、輪番病院、輪番制に属さない救急告示医療機関、大学病院と多くの方々の御尽力のおかげで市民の健康が守られてきました。わたしたちは、新興感染症の急襲、超高齢社会の到来、医師の働き方改革、新専門医制度、地域医療構想といった環境の変化を理解し、地域が求める当センターの役割を常に模索しながら、救命救急センターとしての責務を果たしてゆきたいと考えております。

今後とも何卒よろしくお願い申し上げます。

救命救急センター としての責務 〜最後の砦

早川 航一

救命救急センター
センター長



がん フロンティア

FRONTIER OF CANCER

FEATURE

大腸癌の 外科治療について

消化器外科
医長 平山 昂仙

当院における大腸がん診療

近年日本人の大腸がん罹患率は増加傾向で、長崎県におけるがんの罹患数でも第1位です。大腸がん根治的治療の中心は手術であり、当センターでも大腸がんの手術数は年々増加しています。

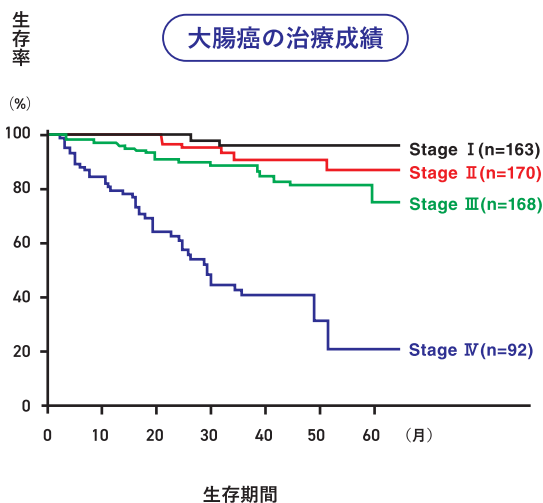
大腸がん手術の術式は腹腔鏡が多くを占めるようになってきており、2021年当センターにおける大腸手術の90%以上が腹腔鏡下で行われています。腹腔鏡手術のメリットは第一に低侵襲性で、これは開腹手術に比べて傷が小さく、腹腔内臓器の空気曝露時間が短いことによります。さらに、最近では高解像度カメラを用いた拡大視効果を最大限活用し、従来の開腹手術では不可能なより精密な手術を行えるようになりました。



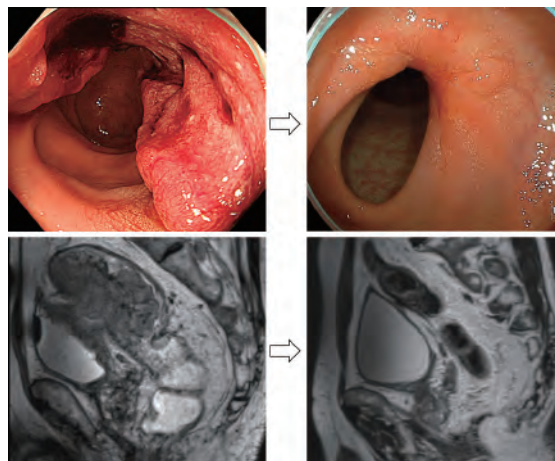
大腸がんの術後合併症について

大腸がんの術後合併症として最も避けるべきものに「縫合不全」があります。縫合不全を生じれば、術後補助化学療法への導入が遅れるほか、再手術が必要になったり、命に関わる重篤な合併症となり得ます。再発率が上昇するとの報告もあります。より肛門に近接した直腸がんの手術、特に骨盤の狭い男性や、腫瘍の大きな症例では縫合不全を発生しやすいということがわかってきましたので、症例の状態に応じて縫合部を安静に保つため「一時的回腸人工肛門造設」を行うことがあります。この場合、数ヶ月〜半年後に縫合部の安全を確認してから、人工肛門閉鎖術を施行します。当センターにおける2021年の大腸がん手術における縫合不全率は1例（1.4%）であり、再手術を要した縫合不全はありませんでした。これは全国の報告よりも好成績と言えますが、今後はさらに縫合不全のない手術を目指してまいります。

大腸癌の治療成績



大腸癌の症例



上：進行下部直腸癌、術前放射線化学療法例。最終診断で癌の遺残なし(CR)。完全奏効率15%とされる。

下：進行S状結腸癌の膀胱浸潤(Stage IIIc)、術前化学療法例。腫瘍は著明縮小し、最終診断はStage I。

大腸がんの集学的治療について

高度進行癌に対しては、積極的な集学的治療を施行しています。当センターでは、再発リスクが高く補助療法を受けることになる高度進行結腸がんについては、積極的に術前化学療法を導入する方針としていきます。結腸がんが閉塞して受診された患者さんは、

消化器内科で大腸ステント留置を行います。これにより、一時的に通過障害を改善することができますが、閉塞性腸炎がある場合、その後の根治手術において縫合不全のリスクが上昇します。しかし、閉塞性腸炎が治るのを待っていると病勢が進行してしまう恐れがあります。このような症例では、術前化学療法を導入し閉塞性腸炎の改善を待つと同時に治療介入を行うことで、良好な成績が得られています。

また直腸がんは、大腸がんの中でも特に再発率が高い疾患です。腫瘍を残さず切除できる場合はよいのですが、膀胱や子宮、前立腺、肛門挙筋といった隣接臓器への浸潤がみられた場合、再発率は極端に上昇します。これを予防すべく、当センターでは臨床腫瘍科や放射線科、消化器内科との連携により、患者さんにとってより有益となる治療を常に模索しています。

これまで当センターでは、進行直腸がんに対し周術期化学放射線療法(CRT)を行うことで局所制御において良好な成績を得ておりましたが、遠隔臓器転移の制御について改善の余地があったことは否めません。最近、CRTに先立ち術前全身化学療法を行うTotal neoadjuvant therapy (TNT) が世界的に着目されています。当センターでも、局所再発・遠隔転移の2つの側面から直腸がんを制御するTNTを積

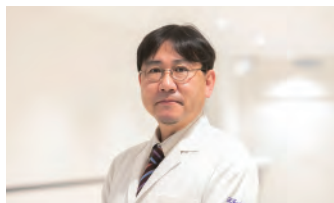
極的に取り入れています。化学療法、放射線治療の専門家が常勤しており、密接に協調して最適な治療計画を立てられることが当センターの強みです。

当センターでは、可能な限り外来通院で術前検査を行っています。すべての患者さんが検診やかかりつけ医での治療を受けておられるとは限りませんので、必要に応じて心臓・下肢静脈・頸動脈超音波検査や上部消化管内視鏡、MRIなどの術前検査を行い、治療の準備を進めます。また、当院では常勤の歯科が術前に口腔審査を行い、必要に応じて専門的治療を行うことで、術後の十分な咀嚼を助け、誤嚥の予防に寄与しています。

通常手術の1〜2日前に入院し、下剤処置を行います。手術の翌日には飲水と、リハビリテーション科の支援のもと可能な限り早期に離床を開始し、3〜4日目には食事を開始します。合併症がなければ、術後1週間〜10日、人工肛門造設を行った患者さんでは約2週間程度で栄養指導や病理組織検査の説明を行い退院となります。入院中は、定期的に医師、看護師、栄養科、リハビリテーション科、ソーシャルワーカーが一堂に会してカンファレンスを行い、治療経過と退院後を見据えた方針を評価・共有しています。

以上、当センターの大腸がん手術への取り組みについてお話ししました。多職種が緊密に連携し、もし手術が必要な大腸がんになった場合でも、しっかりとした根治治療を行い、速やかに社会生活に復帰できるように、スタッフ一同努力いたします。ご紹介は曜日を決めず随時お受けしており、閉塞、出血など緊急症例も迅速に対応可能です。まだご紹介に至らない段階での治療方針に関するご相談も、外来担当医または拘束医が担当いたしますので、お気軽にお寄せください。

[消化器外科]



院長補佐 兼 主任診療部長

谷口 堅

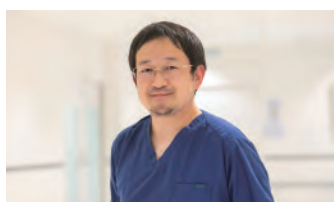
[専門領域：消化器外科全般]



医長

平山 昂仙

[専門領域：内視鏡外科・大腸外科]



医長

松本 亮

[専門領域：内視鏡外科・消化管外科]



医長

永川 寛徳

[専門領域：消化器外科・外傷・救急]

胸部症状のない 急性心筋梗塞症例

武野 正義

心血管内科 主任診療部長



一般的には急性心筋梗塞の症状と言えば、胸の痛みです。冷や汗を伴い、胸部をグーッと締め付けられるような絞扼感が典型的な症状で、左腕や頸部に痛みが放散することもあります。しかしながら、ときに胸部症状がない患者さんもいます。私たちのこれまでのデータでは、胸部症状のない症例が全体の約3割を占めます。多くは高齢者です。

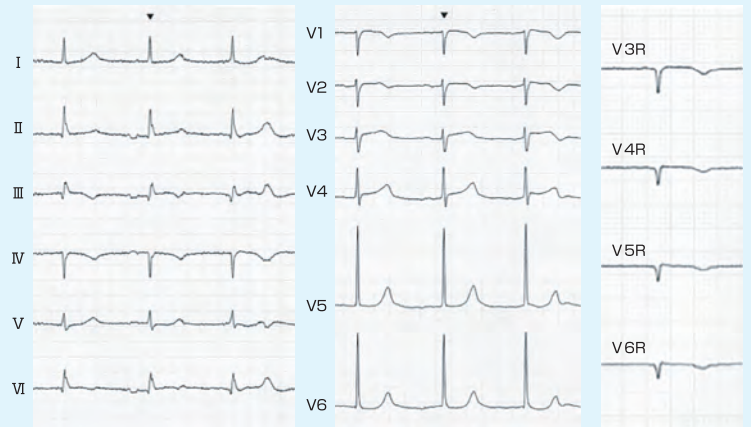
最近、胸部症状のない急性心筋梗塞症例を経験しましたのでご報告します。

80代女性、主訴はふらつき、手足の痺れでした。入院前日からふらつき、手足の痺れ感があるため長崎市南部地区の病院を受診されました。徐脈とCK上昇を認め、症状は典型的でないものの心臓由来ではないかと当科に紹介していただきました。血圧100/68mmHg、脈拍40/分、頸静脈拡張と胸骨左縁第3肋間II度収縮期雑音およびIII音を聴取しました。脳神経学的異常はありませんでした。

心電図では接合部調律、V2誘導～V4誘導でわずかにST上昇、III誘導に陰性T波を認めました。右側胸部誘導(拡大しているのはV4R誘導です)では有意なST上昇はありません。心電図所見では診断的な変化はなかったものの、徐脈や高感度トロポニンT1.89と高値であることから冠動脈イベントを疑って冠動脈造影を行ったところ、低形成の右冠動脈が閉塞しており、これによる右室梗塞であったことが判明しました。すぐにPCI(カテーテルによる冠動脈治療)へ移行して再灌流できました。

右室梗塞に伴う低血圧や徐脈によりふらつきが現れ、こうした具合の悪さから過呼吸となってしびれ感が出現したのではないかと考えられます。また右室梗塞の場合、心電図所見

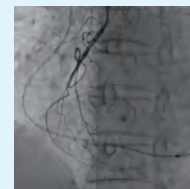
[心電図]



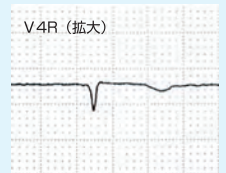
[冠動脈造影と治療]



右冠動脈近位100%



一時的ペースメーカを挿入して、右冠動脈にステントを留置。右冠動脈は低形成であった。



V4R(拡大)

としては右側胸部誘導でSTが上昇しますが、本症例ではそれがありませんでした。発症から10時間以上経過した右室梗塞では約半数の症例で右側胸部誘導ST上昇が見られなくなるという報告(Br Heart J 1983;49:368-72)があり、発症からの経過時間でST上昇が見られなくなることがあるようです。本症例も発症から24時間以上経過して受診されていることから、右側胸部誘導でST上昇していなかった理由の一つと思われました。

症状から急性心筋梗塞を疑うことが難しいものの、徐脈と心筋逸脱酵素の上昇で診断に至った症例でした。胸部症状を示さない症例は意外と多いため、心電図に何かしらの異常がある場合やCK上昇などがあるようでしたら、当院心血管内科にご相談いただければと思います。



認知症ドライバーと 運転免許更新

～診断困難例の紹介～

六倉 和生

脳神経内科 主任診療部長



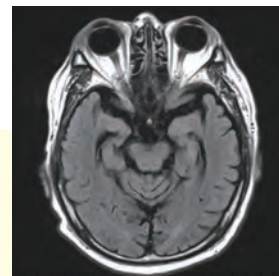
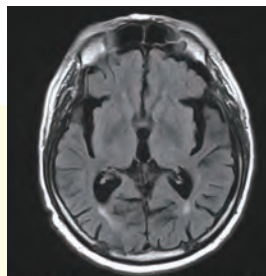
近年、高齢者による暴走事故が社会問題化していますが、これには認知症ドライバーの増加が大きく影響していることが指摘されています。2017年に道路交通法が改正されてから、高齢者の運転免許更新の際、認知機能検査を受けて「認知症のおそれがある(第一分類)」と判定された場合は、医師の診断書提出が義務化されました。当院にもそのような理由で受診される患者さんが少しずつ増えてきました。このなかで最近経験した症例をご紹介します。

70代後半のAさんは、家族と同居し、高血圧、心房細動、慢性腎不全で内科に通院していました。窓ふきや床掃除など家事に協力的でしたが、腰痛や下肢の筋力低下により家事をしなくなり、外に出るのは車で家族を送迎するか買い物に行く時くらいで、家でぼんやりして過ごす時間が増えていました。今回、免許更新の際に認知機能低下を指摘され当院を受診しました。

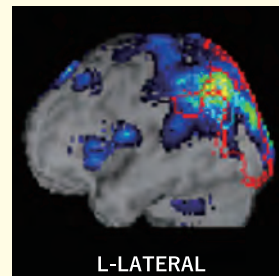
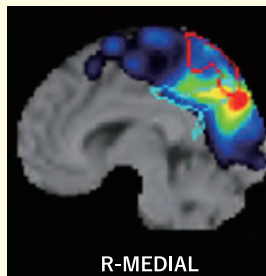
診察上、身なり、礼節は保たれており、精神状態や意思疎通は問題なく、局所神経症候はみとめませんでした。しかし、神経心理検査では中等度の認知機能障害が確認され、頭部MRIでは海馬の軽度萎縮、脳血流SPECTでは後部帯状回、楔前部、頭頂側頭連合野に血流低下がみとめられ、典型的なアルツハイマー型認知症が疑われる所見でした。

心理検査の成績だけで考えれば、Aさんの診断は認知症となり、免許の更新ができなくなりますが、活動範囲を狭めてしまう可能性があることから、その判断は慎重さが求められます。Aさんの場合、日常生活は自立しており(CDR 0.5)、明らかな認知症と言いきれない部分がありました。しかしながら

[頭部MRI](FLAIR) VSRAD Zスコア 1.10



[脳血流SPECT](ECD)



【神経心理検査】

MMSE-J: 20/30点、HDS-R: 13/30点、FAB: 15/18点、
CDR: 0.5、TMT-J PartA: 48秒、TMT-J PartB: 219秒

直近1年半の間に軽微な接触事故を3回も起こしていたことを重要視し、本人を説得して診断書を作成せず免許を自主返納するという形で話がまとまりました。

2018年に警視庁が実施した調査研究によれば、第一分類と判定された方の診断結果は、認知症は2割にとどまり、2割は認知症ではなく、残りの6割は軽度認知障害(MCI)という結果でした。法律の改正により従来に比べて認知障害がより軽度の高齢者が診断の対象になったことが原因としてあげられますが、実際にかかりつけ医として診断書作成を経験して、診断の線引きの難しさを感じた先生方もいるのではないのでしょうか。

認知症イコール運転不適合者だとして診断のみに重きをおく現行の法制度に対し、現実的な運転能力に即した判断を行おうとする動きが出てきており、2022年度から運転免許更新時に実車試験が導入される予定です。高齢者や認知機能が低下した方の運転適格の評価がより適切にできるようになることが望まれます。



尿路結石の治療の選択肢が広がります

みなとの
最前線

待望のレーザー 碎石装置の導入



～安全でより確実な結石治療が可能に～

泌尿器科 主任診察部長 渡辺 淳一

日本人の尿路結石は食生活の欧米化とともに増えており、40年間で約3倍も増加しています。男性の7人に1人、女性は15人に1人が一生に一度は経験するとも言われます。

尿路結石に対する治療法については、日本国内では、fTUL 治療が 60%、ESWL が 40% と内視鏡手術が主流になってきています。これは、内視鏡やレーザー碎石装置の進歩によって、安全でより確実な治療が可能になったという背景があります。

当院では、年間 80 人の尿管結石の患者さんに、延べ 170 回の ESWL 治療を行っています。1-2 回で治療終了できる方が約 70%、3 回以上の治療が必要となる方や、内視鏡手術に移行する方が約 30% です。ESWL は手軽ではありますが、治療効果が不確実な面があります。

こうした背景から、今回、当院では Lumenis® Pulse™ 120H High Power Holmium Laser System を導入しました。これは国内最高レベルの出力 (120W) とパルスレート (80Hz) のホルミウム・ヤグレーザーで、従来の装置に比べ、尿路結石の破碎効率が優れ、短時間で粉状に破碎することも可能になっています。

実際に治療する際には、結石の大きさと位置、嵌頓期間、レントゲン透過性、全身状態・合併症などを泌尿器科専門医が総合的に判断し、より適切な治療を提案・お勧めします。お困りの際は、ぜひ当院泌尿器科へご相談ください。



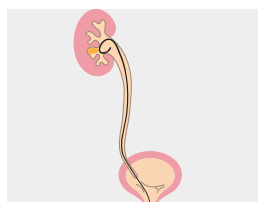
© 2020 Boston Scientific Corporation. All rights reserved.

尿路結石の治療法

	ESWL 対外衝撃波腎尿管結石破碎術	f TUL 経尿道的腎尿管結石レーザー碎石術
方 法	レントゲン装置で体外から衝撃波を結石にぶつけ、体内で結石を細かく破碎します。	麻酔下に尿道→膀胱→尿管内に軟性内視鏡を挿入し、直視下にレーザーを照射して発生させた衝撃波を結石にぶつけ破碎します。
入院期間 (原則)	1泊2日	4-5日間
麻 酔	不要(座薬程度)	全身 / 腰椎麻酔
長 所	手軽・低侵襲	確実・すべての結石に対応 ★ポイント
短 所	不確実・効果が弱い X線陰性や尿管固着結石不可	麻酔必要・やや侵襲あり 尿管ステント留置要

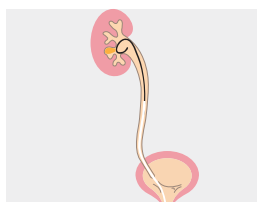
※特殊な治療法は省略しています。

※結石が5mm未満と小さければ、運動・飲水・内服薬にて自然排石を促進する保存的治療を選択します。



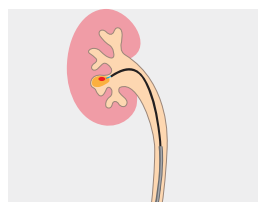
1. ガイドワイヤー設置

ガイドワイヤーを腎まで挿入→硬性尿管鏡にて拡張を兼ねた観察を行う



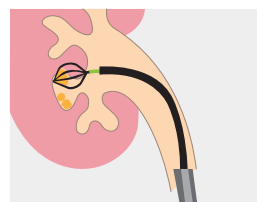
2. 尿管シース&軟性鏡挿入

尿管シースをガイドワイヤー下に挿入→ガイドワイヤーを抜去する→軟性尿管鏡を挿入



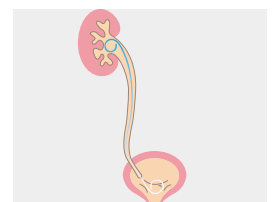
3. 結石破碎

腎・上部尿管結石の場合、呼吸性移動を観察後にレーザーショットする。良好な視野を保つため、灌流量を常に調整する。



4. 結石回収

バスケットにて破砕片を回収→尿管シースを利用して完全回収を目指す



5. 尿管ステント留置

尿管ステントを破砕片の量や粘膜損傷の程度に応じて、1日から2週間程度留置

1 One

TEAM REPORT



院内感染防止対策チーム

院内感染防止対策チーム (Infection Control Team: ICT) は、医師・看護師・薬剤師・

臨床検査技師を中心に、感染対策の知識や経験を持つ多職種からなり、患者さんとその家族や職員はじめ病院で働くすべての人を感染から守ることを目的に活動しています。

具体的な活動としては、週1回の院内ラウンド・カンファレンス、抗菌薬の適正使用支援、コンサルテーション、手指衛生の啓発、感染対策に関する教育、マニュアルの整備などがあります。感染防止対策加算1および地域連携加算を算定しており、加算取得施設との相互ラウンドや、近隣の医療機関と定期的なカンファレンスをおして情報共有を行っています。

2年前から流行する新型コロナウイルス感染症対応では、消毒剤の個人持ちの導入と使用量の管理、個人防護具着脱訓練を全職員に実施するなどの取り組みを行い、感染対策の徹底に努めています。また、複数の感染者が発生した時には、1日も早い収束のために、チームを中心に病院全体で連携をとり対応しています。今後も当院のさらなる感染対策の強化に日々努めていきます。

加算取得施設との相互ラウンド実施



院内ラウンド・カンファレンス実施



個人防護具着脱訓練(全職員に実施)



[医師]

- ・インфекションコントロールドクター(ICD)が在籍。
- ・感染制御の専門的知識をもとにチーム活動の指揮をとる。

[看護師]

- ・感染症看護専門看護師(ICN)、感染管理認定看護師(CNIC)が在籍。
- ・院内ラウンドを通して環境整備・感染防止対策全般の実施状況の確認を行う。

[薬剤師]

- ・感染制御専門薬剤師(BCICPS)、感染制御認定薬剤師(BCPIC)、抗菌化学療法認定薬剤師(IDCP)が在籍。
- ・感染症治療に関わる薬物療法が安全に実施できるよう介入。

[臨床検査技師]

- ・感染制御認定臨床微生物検査技師(ICMT)が在籍。
- ・薬剤耐性菌検出状況を適時発信しチーム介入に繋げる。



支える人、
寄り添う人

平野 由紀子

YUKIKO Hirano

医事課
診療支援係



がん臨床研究コーディネーターとして

がん臨床研究コーディネーター(がんCRC)は、がん診療提携拠点病院の指定要件で配置が望ましいと要求されています。昨年、私は日本癌治療学会からシニアCRCの認定をいただくことができました。同制度では最上級で、全国25人目の認定です。

CRCを目指すきっかけとなったのは、9年前に新設された臨床腫瘍科をドクタークラークとして担当することになったことでした。同科医師は臨床試験に熱心な先生で、私に専門性を持ち、他者ができないことをできるようになることを勧め、学会認定CRCがあることを教えてくださいました。2017年ジュニアCRC(当時、データマネージャー)となり経験・症例を重ね、2020年にCRC、昨年はシニアCRCの認定をいただくことができました。

学会等で受講・研修を行い、臨床研究の用語や基礎知識、有害事象の見方、画像の評価法、統計学、試験計画書の読み方を学びました。患者同意説明文書の作成、倫理委員会提出書類作成、試験結果集計、発表用図表作成、多機関共同研究中央事務局と

の連絡対応、検体採取の手配・管理、被験者スクリーニング、被験者への説明・同意取得補助、といった様々なことも行えるようになりました。当院でがんCRCとして活動しているのは私のみで、臨床腫瘍科、消化器外科、消化器内科、乳腺・内分泌外科といった複数診療科での試験も担当しています。

これまで多くの症例を経験し大切に思うことは、被験者である患者さんの思いに寄り添い権利を守ること、関係法令を遵守すること、正確なデータを提供することです。特に患者さんが試験を理解、納得して意思決定する手助けをし、不安解消の役に立てたと感じた時には、やりがいを感じます。また、協力した試験の結果が公表された時は、自分がほんの少しだけ世の中の役に立てたと嬉しくなります。

臨床試験は最先端医療への入り口でもあり、これに参加・貢献できることは、それだけ医療の質が高いということも示します。これからも日常診療で忙しい先生方が臨床試験を行いやすいように努力したいと思います。

こんにちは！ 放射線治療室です

2台の治療装置で患者さんに寄り添う
がん治療を行います。

1台目は放射線治療の基盤となる多機能&汎用型リニアック装置で、従来から様々ながんに対して治療を行っています。2台目は高精度放射線治療専用機器のサイバーナイフ®です。標的(がん)に集中して多くの放射線を投与し、周囲の正常組織へは少ない線量に抑えることで、標的への治療効果を高め、副作用を低減します。短期間に高い線量を集中して照射できるため、基本的に前立腺癌は5回、肺癌や肝癌は4回で治療が可能です。脊椎転移や限局的な転移巣等への照射も保険適応となりましたので、より早期に効果が得られる治療として選択肢の一つにお考えの際は、お気軽にお問い合わせください。

治療室には専門知識を有する様々なスタッフが集結しています。高度な治療機器を用いた安全で効果的な治療を行うことはもちろん、スタッフが一枚岩となって患者さんに“優しさ”をもって接し、不安を軽減しながら治療に向かっていけるようサポートすることを大切にしています。



STAFF'S VOICE

放射線科 診療部長
南 和徳



患者さんFIRSTを実現する チーム放射線治療です

放射線治療室のスタッフは医師・看護師・放射線技師・医学物理士等でチームを組んで、院内外からの紹介患者さんへ、明るく和やかな雰囲気での治療が提供できるよう心がけており、患者さんFirstが実現できている診療科と考えています。病状に応じ、最適な治療を提供するとともに、患者さんの不安を払拭し治療に向き合えるようお手伝いできる“優しい医療”を目指し、スタッフ一同日々努力しています。お気軽にお声をおかけください。

もっと！知りたい

MINATOPICS

10/1
～



「マイナ受付」の対応を 始めました

受診時の保険資格の確認がマイナンバーカードでも可能になりました。ご利用の方は1階総合受付へお尋ねください。※「マイナポータル」での事前利用申請が必要です。

12月



手作りのタオル帽子を いただきました

大瀬戸中学校の生徒さんから、手作りのタオル帽子を約50個寄贈いただきました。一つひとつ丁寧に作られています。化学療法を行っている患者さんへお渡ししました。

12/2



「医療機関における 働き方改革セミナー」実施

働き方改革についてより理解を深め、決意を新たにする機会となりました。今後も引き続き全職員一丸となって働き方改革に取り組んでいきます。

12/11



令和3年度院内災害訓練 を実施しました

新型コロナウイルス感染症の状況を鑑み、規模を縮小して院内職員のみでの実施ではありましたが、災害時対応を確認・検討することができました。

長崎みなとメデイカルセンター・スローガン

いのちの、みなと。

航路における「みなと」は、

疲れた時に帰ってこられる場所、

ひと息つける場所。

長崎みなとメデイカルセンターは、

長崎の医療において、

文字通り皆さんの「いのちの、みなと」

となることを目指しています。



皆様と共に生きた銀杏の木

50年以上も当院とともに、来院される方を見守ってきた国道側歩道の銀杏の木。残念ながら、昨年10月末、虫被害のため伐根となりました。

10月のある日、職員が歩道の清掃を行っていたところ、一人の女性が声をかけてくれました。「実は私は、以前こちらの病院にお世話になりました。病気がみつかったときは、もう人生が終わったと思いましたが、手術は無事成功し、今に至っています。この木を見るたびに、何か生きる元気をもらっているようでありがたく、検査のたびに、この木に挨拶にきていました」と、銀杏の木をなでながら、しみじみとお話されたようです。

医療では、医師や看護師等の専門職が連携し治療に当たりますが、物言わぬこの木も多くの方の命の頑張りに貢献していたのかもしれない。

この銀杏の木のように、本誌も末永く皆さんを温かく支える情報をお届けできればと思っています。