

長崎みなとメディカルセンター

MINAMOTO

Nagasaki Harbor Medical Center

2022.August

VOL.
03

「医療」と「暮らし」の架け橋に。

— みなとさぽーと —



CONTENTS

- 03 いのちに全速力
非癌疾患におけるACPについて一急性期病院の役割
- 04 がんフロンティア
大腸がんの薬物療法について
- 06 地域と、もつと。～循環器～ Case Report
うっ血性心不全を呈した原発性アルドステロン症の1例
- 07 地域と、もつと。～脳神経～ Case Report
脳梗塞に潜む”がん” “Three Territory Sign”
- 08 みなとの最前線
下肢閉塞性動脈硬化症に対する血管内治療
- 09 One Team Report
摂食嚥下支援チーム
- 10 支える人、寄り添う人
海外医療支援の経験を
国内の救急診療、医学教育に生かす
- 11 Specialty Journal
こんにちは！患者総合支援センターです
患者さんとご家族に寄り添い、
地域医療連携をつなぐ、みなとの玄関
- 11 MINATOPICS

MINAMOTO

VOL.03

2022.August



理事長 片峰 茂

ウクライナとコロナと地域医療と

コロナ禍の最中、ウクライナで戦争が勃発しました。かの地では、不条理な破壊と殺戮が続いています。影響は全世界に及び、食糧難に苦しむ人の数は16億人に上ります。平和と安全が当たり前だった戦後の日本人にとっては、想定外の事態です。歴史学者ユヴァル・ノア・ハラリは著書の中で、「飢餓、暴力、疫病は有史以来人類に課された3つの宿命である」と喝破していますが、改めて心に響きます。しかしハラリは、医学研究や平和運動など20世紀の人類の途方もない努力によって「もはや人類の理解と制御の及ばない不可避の悲劇ではなくなった」とも述べています。知恵を絞り努力することで、危機を最小化しうる時代にあるということなのです。

そんな危機の最前線には、何時でも何処でも、かけがえない生命を救うべく奮闘する医療者たちの姿があります。コロナ禍にあつて、長崎みなとメディカルセンターはそんな最前線の一つであり続けてきました。心身に過大な負荷がかかる中、スタッフはよく頑張ってきたと思います。

そして、改めて痛感したのは地域の医療者の連携・協働の大切さです。地域の基幹病院、民間病院そして開業医の先生方が連携しながら、それぞれが役割を果たすことで、長崎の地域医療はこの2年にわたる非常事態を何とか持ちこたえました。

コロナ禍の出口の仄かな光が見えてきた今こそ、持続可能な地域医療の連携・協働の仕組み作りに着手する必要があります。次なる危機を最小化するためにも。

いのちを 全速力!



ACPと言えば、癌領域における取組みをイメージされる方が多いかもしれませんが、ACPは癌に限った話ではありません。現在、我が国は超高齢社会を迎え、誤嚥性肺炎や慢性心不全、慢性腎不全、パーキンソン病といった緩徐進行性の疾病に罹患する高齢者が増加しています。近年、こういった非癌疾患におけるACP策定の重要性が議論されており、私たち急性期病院でも取り組まなくてはならない課題です。

ACPの策定をかりつけの先生方に任せてばかりではいけません。平時においてはなかなか現実感が湧かず、呼吸状態が悪くなったときや口から食事ができなくなったときなどが想像できないため、家族みんなで話し合う機会を設けることもなく、なかなか普及しないといった現状があります。私たち急性期病院では、救急搬送されたのちの入院経過中に、実際に呼吸状態が悪くなったり、食事が摂れないこともあり、これを大事なきっかけと捉え、積極的にACP策定に携わる必要があると考えています。

入院時あるいは病状を踏まえて随時本人あるいは家族と治療方針について協議するのが一般的ですが、入院時や病状悪化時には、患者本人の意識レベルが悪く、明確な意思表示ができないことも多いためACP策定は困難です。一方、退院直前であれば患者自身の意思表示が可能となり、入院経過を踏まえて、ある程度現実的なこととして、今後の計画を立てることが可能ですので、救急科では退院時にACP策定を実施する方針としています。

また、地域包括ケアの観点から、ACP策定にあたっては共通のフォーマットを使用するのが望ましいと言えます。当院では長崎市作成の『元気なうちから手帳』(写真)を使用する方針としています。

地域の高齢者が最期まで自分らしく生きることができるよう、少しでもそのお手伝いができればと思っています。

非癌疾患におけるACPについて

急性期病院の役割

早川航一

救命救急センター
センター長



▲元気なうちから手帳(長崎市作成)

がん フロンティア

FRONTIER OF CANCER

FEATURE

大腸がんの薬物療法について

今はこう呼びます

大腸がんに対する薬物療法は、以前は化学療法と呼ばれていました。殺細胞性抗悪性腫瘍薬での治療が主だったためでした。その後、特異的免疫抗体を用いる抗体薬、細胞内伝達シグナルを阻害するキナーゼ阻害薬による分子標的治療が加わり、今ではさらにがん免疫抑制を解除する免疫チェックポイント阻害剤が開発され、標準治療となっています。がん診療において、標準治療とは、有効性と安全性が確立され、現時点で患者に用いるべき治療法を指します。

大腸がん標準治療は、国内では大腸癌診療ガイドラインによって示されています。近年は、毎年のように改訂され、ときにはオンラインでの速報として発表されることも増えました。がん診療の領域が日進月歩で、これら最新の知見が速やかに診療に反映されていることの証左とも言えます。



がん薬物療法の出番

がん薬物療法の使い方には、①切除ができない進行がんに対するもの、②手術に持ってゆくために腫瘍を小さくするもの、③切除後に再発させないために行うもの、の3タイプがあります。

大腸がんでは、外科切除が最もパワフルで、切除できることが患者の生命および人生の質(Quality of Life)共に有用で、中心に置くべき治療法です。しかしながら、切除できない病状に至った方も多くおられます。これらの方においては、症状を軽くする、あるいは症状が出ないよう抑え、元気な時間を増やし、長く命を保つという役割をがん薬物療法が担っています。この場合、いかに患者の負担を少なくし、長く治療を続けるかの工夫が重要となります。

切除を容易にするための薬物療法では、より縮小効果が得られやすい薬剤選択を行い、毒性が強めでも十分量の薬剤が投与できるようにしてゆくに必要があります。

再発を予防するための薬物療法では、どの症例にどのような薬剤で、どの程度の期間実施するかが前から研究されてきました。最近の知見では、ステージ3および高リスクステージ2に対して、カペシタビン+オキサリプラチンを3か月行うことが勧められています。

新たな薬剤・治療が増えてゆく

これまでの薬物療法を振り返ると、2000年よりも前で確立されたといえる薬剤は5-FU+レポホリナートのみでした。5-FUは山崎豊子の「白い巨塔」にも登場したフツ化ビリミジン系薬剤ですが、経口薬も開発・改良され、現在も主力です。その後、プラチナ薬であるオキサリプラチン、国内メーカーが開発したのに、海外での承認が先行するという治験の国内外タイムラグが指摘されたイリノテカンが使用可能となりました。これらとともにCVポートを皮下埋設し、インフューザーポンプで注入する投与方法も確立されました。これらは殺細胞性抗がん剤と呼び、区別するようになってきましたが、それはその後開発されてきた分子標的治療薬や免疫チェックポイント阻害剤が臨床投入され、標準治療の地位を固めたためです。

新たな薬剤が登場する度に臨床効果と予後改善が得られてきました。高度進行で半年以内と予測された余命が、治療により著効し、数年を得ることが散見



臨床腫瘍科 主任診療部長 兼
がん診療統括センター センター長
峯 孝志

されるようになっていきます。ただし、薬剤毎に注意すべき副作用・有害反応がみられるので、それに応じた対策・対処が必要です。そのため、新規がん治療の施行にはそれぞれの薬剤で適正使用ガイドラインが発出され、実施施設、実施者、実施体制、報告体制などの基準が示されています。

個別化されてゆく薬剤選択

薬剤の有効性ががん細胞のバイオマーカー（遺伝子変異や増殖因子関連蛋白発現状態など）によって異なることが判明しており、薬物療法を開始する前にこれらを判別するバイオマーカーを調べて最適なものを準備します。多くのバイオマーカーは、がん細胞を病変から採取して調べるため、前号に記載しました内視鏡検査、前々号での外科手術で得られた検体が大変重要になります。勿論、これを的確に処理、診断する病理診断科の存在が欠かせません。同じ施設内にこれらをすべて備えることが望ましいことから、どうしても最新薬物療法は集約化された施設が行い易く、地域における当院の責務も大きなものになります。最近ではバイオマーカー検索に血中に循環しているがん細胞あるいはがん細胞DNAを検出し、これを解析する手法も確立されてきました。リキッドバイオプシーと呼ばれる、病変生検が行えない症例での血液でのKRAS/NRAS遺伝子変異検査は保険適応となっており、当院でも活用しています。

実際の治療では薬物およびレジメンも重要ですが、本当に大事なのは治療を受ける患者自身の体力、

| バイオマーカー | 治療への影響 |
|--------------------------------|--------------------------|
| MSI-High : DNA ミスマッチ修復遺伝子欠損 | 免疫チェックポイント阻害剤の効果が期待できる |
| BRAF V600E 変異陽性 | BRAF 阻害剤の効果が期待できる |
| KRAS / NRAS 変異陽性 | 抗 EGFR 抗体が無効 |
| HER2 過剰発現 | トラスツズマブ + ペルツズマブ療法が期待できる |
| UGT1A1 遺伝子多型 | イリノテカン毒性が強い |

身体状態、意思です。さらにはそれを支える家族やかかりつけ医のサポート、経済的状況、本人の人生観も加味されるべきものです。最適な医療が実践されるため、今後も皆様のご協力をいただくと幸甚です。

循環器 CASE REPORT



うっ血性心不全を呈した 原発性アルドステロン症の1例

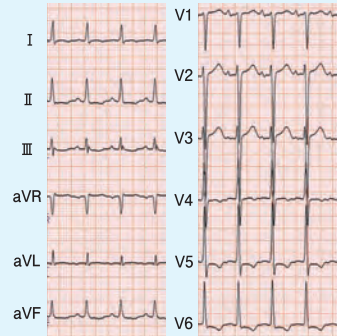
馬場 健翔

心臓血管内科 医師

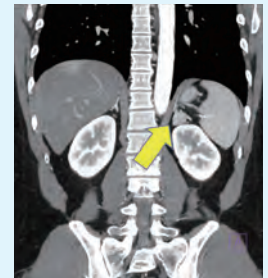
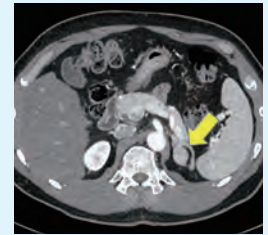


心不全の原因は多岐にわたります。高血圧性心疾患、虚血性心疾患、弁膜症が心不全の3大原因ですが、全身性の内分泌・代謝疾患、炎症性疾患など、心不全の根本原因が心臓以外に存在する場合もあるため注意が必要です。今回、原発性アルドステロン症 (PA) による二次性高血圧症により、急性心不全をきたした症例を経験しましたので報告します。

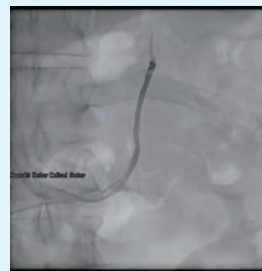
健診や定期的病院受診のない30代男性。両下腿浮腫と労作時呼吸困難感の精査目的に当科紹介となり、全身性体液貯留所見、NTproBNP 上昇 (1952pg/mL)、びまん性左室壁運動低下 (左室駆出率 (EF) 30%)より急性心不全と診断し、入院加療を行いました。各種検査より、虚血性心筋症、心筋炎、弁膜症は否定的でした。入院後も血圧高値が持続し、心エコーでの左室壁肥厚、心電図での左室高電位、V5-6 のストレイン型 ST 低下所見より、長期間にわたる高血圧の暴露による心筋障害が示唆されました (図1)。低カリウム血症持続および、左副腎結節の所見 (図2) から、血漿アルドステロン濃度 (PAC)、血漿レニン活性 (PRA) を測定したところ、PAC 171pg/mL、PRA 0.5ng/mL、アルドステロン / レニン比 (ARR) 340 と PA が疑われました (β 遮断薬、ミネラルコルチコイド (MRA)、アンジオテンシン阻害薬 (ARB) 内服下であり、確定診断には至りませんでした)。内服薬を継続し外来でフォローアップを行ったところ、10ヶ月後には EF 60% と改善し、NTproBNP も正常化しました。心不全および血圧コントロールが良好となったところで、 β 遮断薬、MRA を中止し、ARB のみ内服下で PAC、PRA を再測定したところ、PAC 172pg/mL、PRA 0.7ng/mL、ARR 245 であり、PA と診断しました (ARB 内服下での結果であり、機能的評価陽性と判断しました)。副腎静脈サンプリング検査 (図3) では、



▲図1.12 誘導心電図:左室高電位とV5/6のST低下を認める



▲図2. 胸腹部造影CT: 左副腎に19×11mmの結節を認める



◀図3. 副腎静脈サンプリング検査: 選択的左副腎静脈造形

左副腎静脈で有意に PAC が上昇しており (左副腎静脈 PAC 210674pg/mL, 右副腎静脈 PAC 2923pg/mL, 下大静脈 PAC 1324pg/mL)、左副腎の機能性腺腫と診断し、今後、泌尿器科で左副腎摘出術を検討する予定です。

PA は高血圧症患者の 5-15% を占め二次性高血圧症の代表的な原因疾患です。アルドステロンに長期間暴露されることで、心筋肥大やリモデリング、繊維化が促進され、心不全を呈するといわれています。本態性高血圧症と比較し、脳血管疾患や心不全、心筋梗塞、不整脈などの合併症が 3-5 倍多いことが報告されており、早期発見・早期介入が望まれます。若年の高血圧、低カリウム血症を伴う高血圧、難治性高血圧など PA が疑われる患者さんがいらっしゃいましたら、当院心臓血管内科にご相談いただくと幸いです。

いつでもお気軽にご相談ください。

心臓血管内科 主任診療部長 武野 正義 ☎095-822-3251



脳梗塞に潜む”がん” “Three Territory Sign”

六倉 和生

脳神経内科 主任診療部長



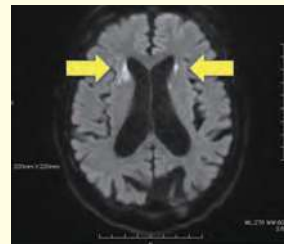
急性期脳梗塞の1/4は通常の検査では原因を特定することができず、この中で未診断のがんが見つかるケースも少なくありません。原因が分からない脳梗塞をみた場合は、がんの存在を常に意識しながら診療にあたるのが重要です。がんを疑う頭部MRI画像所見として”Three Territory Sign (TTS)”が注目されており症例提示を通じてご紹介します。

70代前半の男性。4ヶ月前から腰痛、食欲低下、体重減少が出現し、某日午前までは歩行可能でしたが、午後呂律が回らなくなり左足を引きずって歩くようになったため当院へ救急搬送となりました。神経診察では意識レベル JCS：I 桁、左半側空間無視、右共同偏視、左片麻痺を認め NIHSS：16点でした。頭部MRIでは両側大脳半球、右小脳半球に散在性に分布する新規脳梗塞が確認され(図1・図2)、塞栓性機序が疑われたものの原因不明でした。D-dimerが20.31 μ g/mlと上昇しており、潜在がんを疑って精査した結果、右肺癌(図3)と周囲組織へのリンパ節転移、肝臓や多椎体への転移が確認されました。病状の進行により治療継続が困難となり家族の同意のもと緩和ケアの方針となりました。

がんに伴う血液凝固亢進により脳や全身に生じる血栓塞栓症はトルソー症候群またはがん関連血栓症(CAT)と呼ばれており、脳梗塞の特徴はムチン産生腺がんが原因として多いこと、D-dimerが高値であること、再発リスクが高いことが挙げられます。治療は確立しておらずヘパリンが主に用いられています。病変は複数の血管支配領域に多発して出現する傾向にあり、一側大脳半球の前方循環領域を1つと数えて左右で2領域、後方循環領域(後頭葉と脳幹、小脳)を1領域、合計で3領域としてMRI-拡散強調画像で3領域すべてに高信号をみとめ

たときにTTS陽性と定義した場合、陽性例ではがん関連脳梗塞の可能性が高く、がんを疑う有用なマーカーになると報告されています(Neurology 2019;9:124-128)。

本症例はD-dimer高値に加えてTTSが診断の手がかりになったものの残念ながら原疾患の治療には結びつきませんでした。原因不明の脳梗塞でTTSをみとめれば、積極的にがん検索をおこなうことが重要ですが、診断がついた時点で多くは病期が進行しており予後が不良です。両疾患が併存する患者さんへの適切な治療または差し控へはADL、予後、ACPなどを考慮したうえで計画を立てる必要があります。脳卒中とがん診療医、多職種が共通認識を持ちながら連携していくことが望まれます。



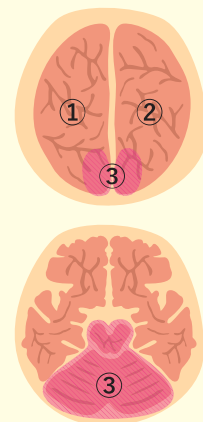
▲図1



▲図2



▲図3



掲載内容に関するご質問等は ※脳卒中ホットライン
こちらにご相談ください。(医療機関・救急隊専用)

脳神経内科 主任診療部長
六倉 和生 ☎095-822-3251



下肢閉塞性動脈硬化症に対する 血管内治療

心臓血管内科 医長 楠本 三郎



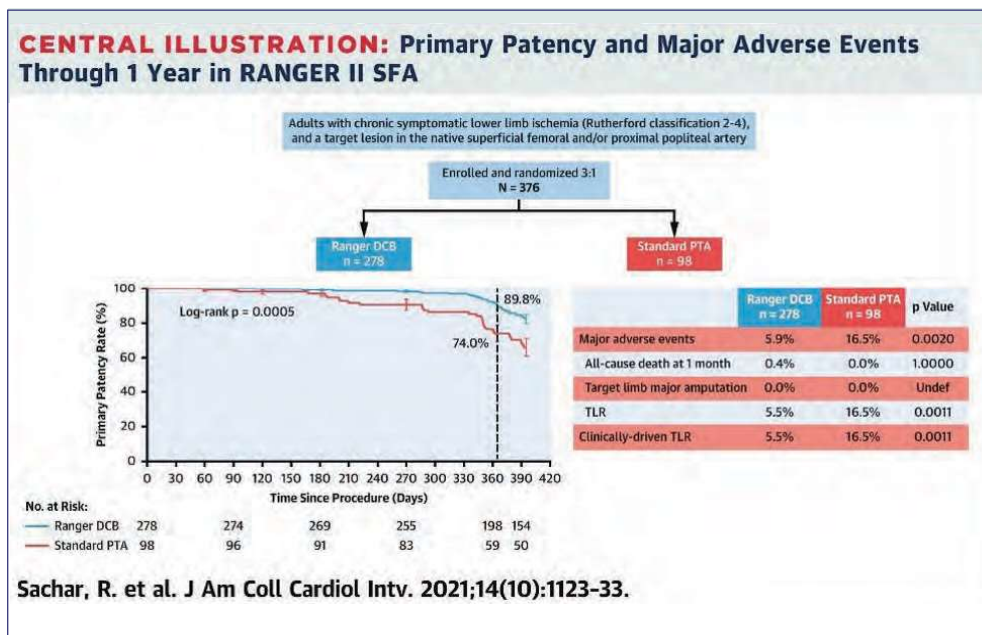
下肢閉塞性動脈硬化症は足の血管が詰まる疾患で、高血圧や糖尿病、喫煙、肥満などがリスク因子です。65歳以上の3～6%が罹患していると推測されていますが、初期症状がわかりづらく気付かないことも多いと言われています。

重症度は4段階に分類されます。①肌色が白かったり、冷たかったり、感覚障害があったりする、②歩行時に、ふくらはぎが重くなったり、痛くなったりするが、休むと戻る、③安静時にも痛みがある、④壊疽、があります。

治療にはカテーテル治療、バイパス治療があります。カテーテル治療は局所麻酔で行い、入院期間は短く、身体への負担は小さい治療です。一方バイパス手術は入院期間が長く、身体への負担が大きいが一方で治療効果はより長持ちします。当院では心臓血管外科と協力して治療に当たっておりますので、それぞれの長所を活かした治療が選択出来ます。

末梢血管のカテーテル治療には、現在様々なデバイスが使用可能であり、ステント・薬剤溶出性ステント・ステントグラフト

・バルーン・薬剤コーテッドバルーンなどが使用されます。当院では、年間約70例のカテーテル治療を行っており、病変の特性に応じて上記の治療デバイスを選択しております。近年カテーテル治療の技術向上により、長区域の動脈閉塞に対してもカテーテル治療が行われるようになってきました。腸骨動脈領域や浅大腿膝窩動脈領域の初期治療成功率は95%を超えています。合併症の代表的なものとして、刺した箇所の血が止まらない出血、カテーテル治療で血管内の粥腫や血栓が末梢に詰まる塞栓症、造影剤が腎臓機能に負担をかけることで起こる造影剤腎症などがあります。合併症を可能な限り少なくして、より良い医療を提供出来るよう心がけています。対象の疾患の患者さんがいらっしゃいましたら、月曜日午前の重症下肢虚血外来にご紹介下さい。(なお、ご紹介の際は、スムーズな診療のため、事前に患者総合支援センターでご予約をお取りいただけますと幸いです。)



▲浅大腿膝窩動脈病変に対し、当院でも使用している薬剤コーテッドバルーン(Ranger balloon)の1年の開存率は89.8%と良好な成績です。



▲左総腸骨動脈の閉塞に対しステント治療を行い再開通に成功した症例。術後間欠性跛行の改善を認めました。



▲薬剤コーテッドバルーン (Ranger Balloon) © 2022 Boston Scientific Corporation. All rights reserved.

いつでもお気軽にご相談ください。 心臓血管内科 主任診療部長 武野 正義 ☎095-822-3251

1 One TEAM REPORT



摂食嚥下支援チーム

摂食嚥下支援チームは、耳鼻咽喉科医師、摂食・嚥下障害看護認定看護師、言語聴覚士、管理栄養士を中心に、一人でも多くの患者さんが「安全においしく食べる」ことができるようチーム一丸となって活動しております。

主な活動として、嚥下評価を行い、患者さんに応じた食事形態の選択、食事摂取・介助方法の検討および嚥下方法の指導、また必要に応じて、嚥下内視鏡検査（VE）や嚥下造影検査（VF）を実施しています。その他、週1回カンファレンスを開催し、摂食機能療法の効果判定や訓練内容を検討し、より安全においしく食べる支援を行っています。年々需要が高まっている中で、当院の介入件数も年々増加している状況です。

これからも患者さんとそのご家族の希望を確認しながら、誤嚥性肺炎の予防に加え、患者さんが少しでも食べる楽しみを感じ、口から食べ続けられるよう努めていきます。院外からの紹介も対応しております。お困りごとがあれば、当院耳鼻咽喉科外来までご連絡・ご相談ください。

摂食嚥下支援チームの ミッション

摂食・嚥下障害看護認定看護師：
嚥下評価、嚥下訓練、食形態の調整など言語聴覚士と連携して行っています。また、脱水や低栄養、誤嚥、窒息といったリスク管理に関する指導も行っています。

言語聴覚士：
嚥下機能改善を目的とした訓練や代償嚥下法の検討及びポジショニング等の助言を行っています。理学療法士や作業療法士など他リハビリスタッフとも連携し、より早く安全に経口摂取が出来るように努めています。

耳鼻咽喉科医師：
まずは口腔内の状態や舌の動きなどを観察し、麻痺がないか確認します。その後、鼻から内視鏡を挿入し、喉の構造や動きなどを観察します。実際に飲んだり食べたりした際の喉の中の状態も見ます。また、透視検査を行い水や食物などが口腔から咽頭、食道をどのように通っていくのかなどを観察します。

管理栄養士：
各患者の嚥下機能に合わせた食形態はもちろん、疾患を考慮した食種の提案を行っています。患者の嗜好に合わせた食事調整を行い、摂取量が改善するように補助食品の調整などのサポートも行っています。また、退院時には、必要に応じて患者さんや家族に対して、食事内容や調理の工夫について、栄養指導も行っています。



嚥下内視鏡検査(VE)



カンファレンス

嚥下障害に関するご相談については、こちらにご連絡ください。
耳鼻咽喉科外来（平日14時～16時） ☎095-822-3251

支える人、寄り添う人

高橋 健介

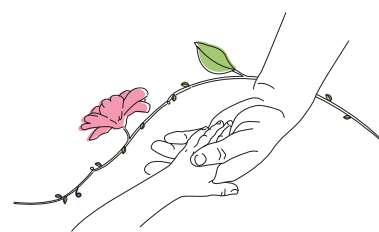
Kensuke Takahashi

長崎大学病院

高度救命救急センター

救急・国際医療支援室

(長崎みなとメディカルセンター
救命救急センター勤務)



海外医療支援の経験を 国内の救急診療、医学教育に生かす

マラリアに罹患した栄養失調の子供、切迫早産の妊婦、喧嘩して斧で頭にぱっくり開いた傷口。2014年、「総合内科医」として赴いたエチオピアの難民キャンプでは内科のみならず様々な疾患に対応しなければならず、毎日が戦場だった。それまで感染症を得意とする内科医として働いてきた私は、救急医療の必要性を改めて痛感した。

世界にはまだまだ医療格差が存在し、紛争や貧困、気候変動に伴う飢饉などで苦しんでいる人がたくさんいる。

私は途上国での医療に興味があつて、医師を志した。医師になってから、国内における地域や専門分野による医療格差にも気づき、国内で医療をしながら海外にも行きたいという想いが強くなった。医師4年目で熱帯医学研究所のある長崎に来て、海外研究拠点での勤務や国際NGOへの参加など多くの経験を積むことができた。

2020年、長崎地域の地域救急医療体制の強化を目的に、長崎大学病院高度救命救急センター内に「救急・国際医療支援室」が発足し、大学からの派遣という形で早川教授のもとで長崎みなとメディカルセンター内に救

命救急センターが立ち上がった。

「国際」という名称が冠された経緯は、国際水準の医療を提供する救命救急センターであると同時に、日本の医師が気軽に国際貢献できる環境を作ることと目的の一つである。勤務がシフト制であることとスタッフの理解と協力により、1年のうち3ヶ月程度、研究や医療支援に出かけられるというシステムが実現した。私自身がその最初のケースとしてフィリピンマニラの研究拠点病院に診療応援と研究支援の目的で派遣され、貴重な症例を経験することができた。

医療資源が乏しい地域での臨床では幅広い知識が必要となり、問診や身体所見の取り方が洗練される。こうした経験を医学生や若い医師の教育に生かしつつ、国境を問わず患者や家族が満足のできる医療を提供したいという想いで日々の診療に取り組んでいる。



▲マラリアに罹患した栄養失調の患児を診察する(2014年、エチオピア)
©Aurelie Baume/MSF

こんにちは！ 患者総合支援センターです

患者さんご家族に寄り添い、
地域医療連携をつなぐ、みなとの玄関

患者総合支援センターは、医師・看護師・社会福祉士などが所属し、医療連携・入退院支援・患者相談・がん相談等を担当しています。

当院は36診療科を有し、当センターでは日々様々な疾患の患者さんに対応しています。支援の中では医療に関する専門的な知識も要しますが、病院という治療が優先される環境の中で、生活者としての視点も持つことも大切にしています。治療・療養のあらゆる場面で、地域の医療機関、介護・福祉施設等のパイプ役としての役割を担い、地域の中で切れ目なく安心して治療・生活ができるよう、様々な機関と連携して支援を行っています。

コロナ禍での2年間は、限られた病床数の中で、地域の医療機関の皆様には、円滑な転院・退院、入院の延期等にご協力いただき感謝申し上げます。今後も患者さんご家族に寄り添い、地域の皆様との連携を大切にしながら、“みなとメディカルの顔”としての役割を果たしていきたいと思っております。



STAFF'S VOICE

患者総合支援センター 係長
MSW 宮川 江利



MY NAME IS「みなとさぼーと」 お気軽にお尋ねください！

患者総合支援センターには「みなとさぼーと」という愛称があります。部署に愛称がついているのは院内では当センターだけなので、ちょっとした自慢です。「親しみやすく気軽に利用して頂ける」そんな存在になるようにと名付けられました。患者さんや先生方からは「なんとかさぼーと」「ららさぼーとじゃなくて…」と言われたりしますが、サポートをする部署ということは知ってくださっているようです。「みなとさぼーと」を今後もよろしくお願い致します。

もっと！知りたい

MINATOPICS

6月
～



病院公式 SNS を
始めました

病院公式 SNS として、Instagram、Twitter を新規開設しました。Facebook、YouTube と併せて、より多くの人に当院の情報をご覧いただけるように随時情報を発信していきますので、ぜひフォローをお願いします！

6/18



ながさき介護救急蘇生講習会を
実施しました

長崎市の救急医療及び高齢者医療の発展に向けて、高齢者施設で働くスタッフの知識・技能の向上を目的とした、当院の救急医による急変時対応についての講習会を開催しました。

6/30



フードドライブに
参加しました

家庭などで食べきれずに余っている食品を職員から集め、集まったレトルト食品などを、当院近隣のメットライフ生命に設けられたフードドライブ窓口へお届けしました。必要とされる方に届き、笑顔になっていただけたらと思います。



ペットボトルキャップ回収
90kg 達成

2階眼科外来前の自動販売機横では、ワクチン寄付のためのペットボトルキャップ回収を行っています。昨年は約1年で90kg(ポリオワクチン約22人分)を回収しました。焼却処分にかかるCO2削減や社会貢献に、微力ながら繋がればと思います。

長崎みなとメディカルセンター・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。

長崎みなとメディカルセンターは、

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。

その航海の「^{いかり}錨 -anchor-」に。

船が港に着岸し、船を繋ぎとめる錨。水辺の森公園を散歩していた時、当院にとっての錨は何だろう…そんなことをふと考えました。錨は英語で「anchor」、「支え、よりどころ」という意味もあります。患者さんにとって病院の中は、おそらく当たり前の生活とはかけ離れた未知の世界であると思います。その中で、患者さんやそのご家族にとっての“支え、よりどころ”となるのは、単純ではありますが、やはり病院で働くスタッフの「やさしさ、思いやり」の心ではないでしょうか。病院にとっての錨は、スタッフの「やさしさ、思いやり」の心であり、それを忘れず日々を過ごしたいと思います。

