長崎みなとメディカルセンター

MINAMOTO

Nagasaki Harbor Medical Center

2023.February

VOL. 04



住み慣れた地域でその人らしく

―心不全チーム―

表紙写真協力：斜面地・空き家活用団体つくる（場所：つくる邸）

CONTENTS

03 いのちに全速力
ながさき介護救急蘇生講習会

04 がんフロンティア
大腸がん研究・臨床試験

06 地域と、もっと。 ～循環器～ Case Report
救命できた心筋梗塞後心室破裂の１例

07 地域と、もっと。 ～脳神経～ Case Report
小脳や脳幹の浮腫性病変を生じたテント部硬膜動静脈瘻

08 みなとの最前線
安全な胸腔鏡下肺切除術をめざしています

09 One Team Report
心不全チーム

10 支える人、寄り添う人
実習を通して、看護の「喜び」や「やりがい」を伝えたい

11 Specialty Journal
こんにちは！栄養管理部です
食べる楽しみと療養に寄り添った栄養管理を行います

11 MINATOPICS

MINAMOTO
VOL.04
2023.February



心臓血管内科 主任診療部長
（心不全チーム チーム長）武野　正義

心不全と多職種連携

心不全で入退院を繰り返す患者さんの大幅な増加「心不全パンデミック」が、全国的な高齢化に伴い、危惧されています。長崎県においても、全国同様、心疾患はがんに次いで死亡原因の第2位となっており、例外ではありません。

長崎県では全国平均よりも高齢者率が高く、社会的孤立に陥るリスクが高いといわれ、特に長崎市には、坂が多いなどの心不全患者さんにとっては不利に働くであろう、特有の問題点があります。

このような現状のもと、健康寿命の延伸、生活の質の維持向上のため、住み慣れた地域で、適切な医療を早期に受けられる体制が求められています。そこで重要なのは、多職種での連携、そして病院間および地域間での緊密な連携です。急性期から慢性期にかけて、切れ目のない医療提供体制の充実が求められ、医療、介護、福祉が相互に補完しながら、多職種連携のもとで包括的なサポートを行う必要性が高まっています。

当院も、急性期医療を担う医療機関として、各専門職をはじめ心不全チームや慢性心不全看護認定看護師、心不全療養指導士等が中心となり、発症後早期から慢性心不全の再入院予防など予後の改善を目指し、多職種及び地域での連携を緊密に行っていくよう努めています。今後とも、ご連携のほど、どうぞよろしくお願いいたします。

いのちに全速力！



ながさき介護救急蘇生講習会

早川 航一
救命救急センター センター長



お年寄りの方々が要介護状態となっても、住み慣れた地域で自分らしい生活を最後まで続けることができるように、地域内で助け合ってお年寄りを支えることが重要であることは言うまでもありません(地域包括ケアシステム)。現在、各市町村はそれぞれの地域の実情に合わせて、医療・介護・予防・住まい・生活支援が連携して一体的に提供できるための体制づくりを目指しています。

今回、医療と介護の現場レベルでの連携構築のための私たちの活動を紹介させていただきます。私は以前より介護の現場の方々と実臨床で連携するなか、顔の見える関係を構築し、日頃の感謝を伝えたいと思っておりました。そこで、救急医と救命看護師が直接施設へ足を運び、講習会を開催するのはどうかと着想しました。県の老人福祉施設協議会会長である片岡義勝先生に相談し、まずは片岡先生が施設長を務められる“かたふち村”でパイロット的に講習会を開催させていただきました（コロナ流行を見極め6/18、10/23、11/3の計3回開催)。事前に現場スタッフの方々からどのようなことで苦慮されているのかニーズ把握を行いました。その結果、“急変時の対応”と“心肺蘇生”をテーマとして、講習会を開催することにしました。スライドを使用した座学ののち、“BLS”、“吸引処置”、“窒息時の対応”の3ブースに分け、実技指導を行いました。3日間で59名のスタッフの方々に受講いただき、実りある会であったと感じております。

今後はさらに多くの施設を訪問し、医療と介護の連携構築に貢献して参りたいと思います。医師・看護師のかたなら誰でもインストラクターになれますので、興味のあるかたはご連絡いただければ幸いです。





▲ながさき介護救急蘇生講習会の様子

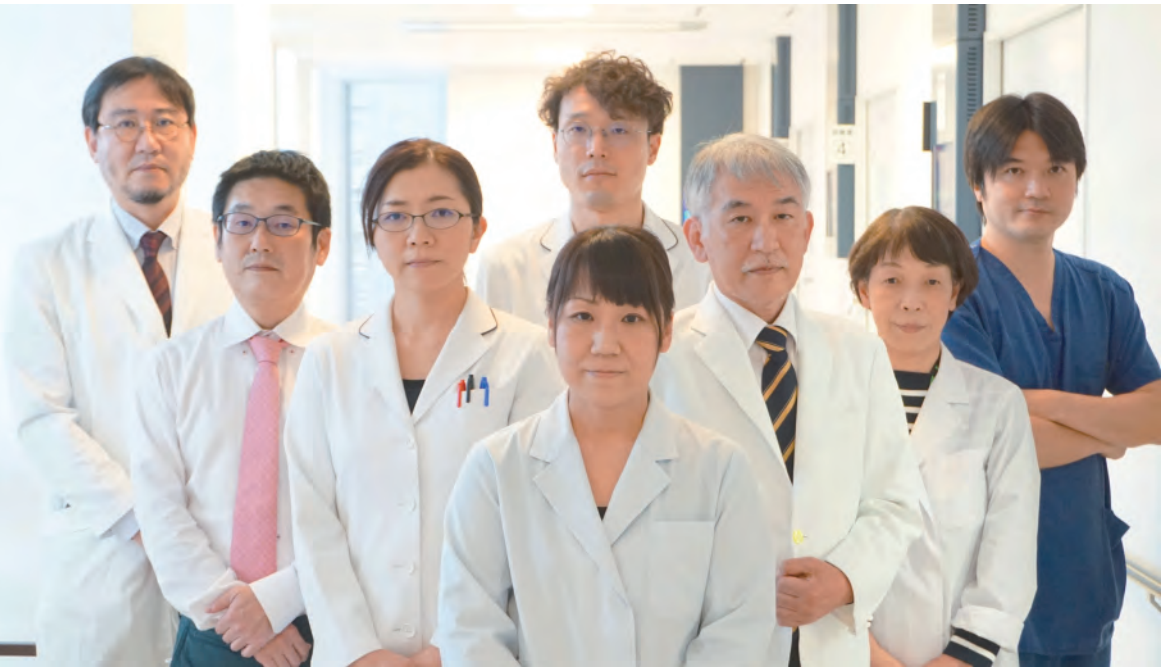
FEATURE

がん フロンティア
FRONTIER OF CANCER

大腸がん研究・臨床試験

がんのある道を

大きい巌、小さい岩、がんにはいろんな形があり、どこにでも転がっています。硬いのか、脆いのか。人はそれぞれの道をそれぞれの生き方で歩み、時には暗闇に迷い込むこともあります。がんも転がる暗闇の中の道ですが、だれしも希望という光を見つめ歩みます。より明るい光を探すため、私たちは臨床研究を行っています。



大腸がん研究・臨床試験について

医療は数多の先人たちの臨床経験と知識の積み重ねで導かれてきました。多くの試行錯誤が必要であったことでしょう。今は統計学的手法や科学的手段を用い、より効率的に行う試みが行われます。新たな治療や診療方法を作り出す手法として、臨床研究・臨床試験が行われています。

悪性新生物、がんは今でも我が国の死因トップです。この状況を改善するために臨床研究・臨床試験が行われ、新しい治療方法等が探索・検証されています。当院でもより高度な医療・治療を求め、大腸がん臨床試験を行っています。

いくつもの臨床研究を行ってきましたが、最新のものはGALAXY試験と呼ばれる多機関共同臨床研究です。大腸がん手術検体の全遺伝子解析を行い、その患者さん固有のがん遺伝子異常パターンを同定し、その遺伝子異常をもつDNA(ct-DNA)が術前の血中、術後の血中から検出されるかを評価します。術前に検出されていたct-DNAが術後に検出されなくなった患者さん

では、手術によって、がんが摘出され、体内に残っていない、つまり、根治できたことが期待されます。一方、術後にもct-DNAが検出される場合は、がんを摘出したのに、がんの遺伝子が検出される、つまり、体内にがんが残っていることが予想されます。これがわかると、小さながん遺残を検出できるので、根治の目安になり、術後に追加の抗がん剤治療を行う必要があるかどうかの目安になる可能性があります。また、術後に消失したct-DNAが、経過中に再び検出されるようになった場合は、再発が起こりつつあると予測されます。このような臨床研究・臨床試験の結果で、近い将来、治療戦略が変わることが期待されます。

これまでに実施してきた研究・試験の中には、大腸がん治療を変えることになったものもあります。ステージ3大腸がん術後補助化学療法を3か月投与と6か月投与で比較した試験です。結果は3か月投与で有害反応が軽く、治療効果は6か月投与に劣らないという結果でした。条件がありますが、これまでは6か月が標準だった補助化学療法は3か月でよいとなりました。

当院では最新の臨床研究に参加することで、より早く、患者さんへの実践導入を図るとともに、将来の患者さんへの適切な医療確立に協力してゆきます。



日本癌治療学会
認定 Sr.CRC
平野　由紀子

臨床研究コーディネーター

最新の医療を探索・検証する臨床研究では、通常診療に加え、多くの業務が付加されるため、担当医師のみではなく、多くのスタッフの協力が必要となる医療施設の総合力が求められます。その業務を専門的に支援するのが臨床研究コーディネーター（CRC, Clinical Research Coordinator）です。日本では1998年に専門職として誕生し、当院では2013年に臨床腫瘍科開設後から始まりました。

その業務は多岐にわたりますが、中でも重要な役割は、被験者（臨床研究に参加した患者さん）の安全や権利を保護し、研究実施に関与する医師・他部門を調整することです。がんを患う患者さんと接するため、不安を少しでも和らげ、その方の思いや生き方に寄り添うこと、将来の患者さんのために正確なデータを提供することに努めています。

当院が参加している大腸がん多機関共同研究の一覧

試験名	組織名	内容
JFMC47	JFMC（がん集学的治療研究財団）	StageIII結腸癌に、術後補助化学療法3か月または6か月投与で比較
JFMC50	JFMC	トリフルリジン・チピラシルを使用した症例の後ろ向き調査研究
C-Cubed Study	JSWOG（中四国がん臨床研究支援機構）	大腸癌一次治療フッ化ピリミジン＋ベバシズマブに、オキサリプラチンを同時併用するか、逐次併用するかの治療戦略を比較
JACCRO CC-16	JACCRO（日本がん臨床試験推進機構）	RAS 遺伝子野生型の大腸癌に対し、二次治療 FOLFIRI＋ラムシルマブ併用療法の安全性と有効性を検討
JACCRO CC-16AR	JACCRO	CC-16参加症例を対象に、バイオマーカーを探索
JACCRO CC-17	JACCRO	RAS変異型大腸癌で化学療法奏効後の増悪時にリキッドバイオプシーにてRAS遺伝子情報の変化を検討
JACCRO CC-18	JACCRO	BRAF V600E変異型大腸癌に対し、BRAF阻害薬二剤・三剤併用療法の効果とバイオマーカーを探索
GARAXY trial	CIRCULATE-Japan	結腸・直腸癌の術前・術後のct-DNA（血液循環腫瘍DNA）を調べる大規模試験
VEGA trial	CIRCULATE-Japan	StageIIIまたは高リスクStageII結腸癌で術後ct-DNA陰性症例を対象に、補助化学療法の省略が可能か検討する介入試験
COBRA trial	JORTC（日本がん研究・治療機構）	閉塞を伴うStageII/III大腸癌に対して、大腸ステント留置後の手術治療と手術治療単独とを比較

循環器 CASE REPORT

地域と、もっと。CASE REPORT

救命できた
心筋梗塞後心室破裂の1例



尾立　朋大

心臓血管外科　診療部長

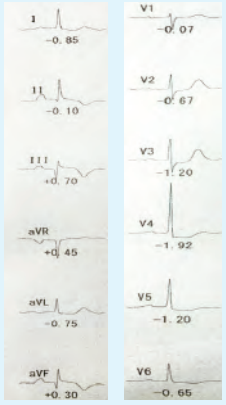
医療技術や医療体制の向上により心筋梗塞の治療成績は、年々改善傾向にあります。しかしながら病院到着例でも10%近くの死亡率が認められ、特に心室破裂を起こすと致命的で救命困難であります。今回、心筋梗塞後に心室破裂を発症しましたが、救命できた症例を経験しましたのでご報告させていただきます。

症例は 80 代、女性。当院への入院される 10 日前から軽労作で繰り返す胸背部痛を認めておりました。強い胸痛が再燃したためかかりつけ医を受診され、ECG でII、III、aVF の ST 上昇、トロポニン陽性を認めたため、急性冠症候群を疑われ当院へ救急搬送されました。心エコーで下壁の壁運動低下がみられ、さらに冠動脈造影で RCA #2 完全閉塞を含む3枝病変が認められました。ST上昇を伴う胸痛が持続しており、直ちに再灌流療法を行う方針となりました。RCA へ PCI 後、V2-V5 の ST 低下が残存しており左冠動脈領域への血行再建も行う方針となりました。LAD に PCI を行い、続いて Cx に PCI をおこなっていたところ、血圧の著明な低下と共に心嚢水増加を認めました。心破裂と診断し、右大腿動静脈よりECMO を確立し、IABPも挿入したのち、速やかに手術室へ搬送いたしました。ECMO を通常の人工心肺へ切り替え、開胸し心嚢内を観察しました。心臓下壁の広範囲に心筋梗塞を認め、その中央部より血液の噴き出しを認めました。心停止下に心筋梗塞部の辺縁部の健常な心筋組織部に運針し止血剤や手術用フェルトを使用し sandwich 状に縫合し、良好な止血を得ました。人工心肺を再度、ECMO へ切り替え、手術終了としております。集中治療室で術後の循環、呼吸管理を行いました。IABP、ECMO から段階的に離脱しました。呼吸不全のため気管切開を行いましたが心臓リハビリをすすめ、人工呼吸器より離脱し、最終的には気管孔は閉鎖出来ました。帰宅へむけてのさらなるリハビリ加療目的で他施設へ転院しました。

左心室の自由壁破裂をきたすことは急性心筋梗塞後の3～10%にあると言われており、しかも致死率は非常に高く、50%以上であると報告されています。治療としては ECMO の装着や心嚢ドレナージを速やかに行い、外科的に破裂部の修復が必要となります。今後も心臓血管内科や手術室、集中治療室、リハビリ、その他各部署と相互連携しながら循環器領域の治療に取り組んでいきたいと思います。



▲図1. 術中写真



◀図2. 心電図

救急の患者さんは、外来日(火・木曜日）以外でもご対応いたしますので下記へご連絡ください。

心臓血管外科　095-822-3251

脳神経 CASE REPORT

地域と、もっと。CASE REPORT

小脳や脳幹の浮腫性病変を生じたテント部硬膜動静脈瘻



松永　裕希

脳神経外科　医長

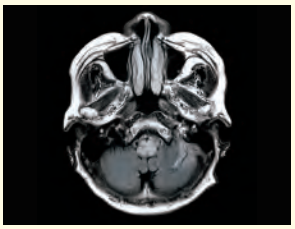
脳血管障害というと一般に脳梗塞、脳出血、くも膜下出血等を思い浮かべますが、珍しいものとして硬膜動静脈瘻という疾患があります。今回はこの硬膜動静脈瘻についてご紹介いたします。

80代女性。2か月ほど前に歩行時のふらつきを主訴とする左小脳半球病変を指摘され、陳旧性脳梗塞として経過観察されていました。その後ふらつきの増悪、右下肢麻痺が出現し、画像を再検したところ既知の病変に加え延髄・橋に浮腫の拡大を認め（図1）、精査治療目的で当院へ転院となりました。神経所見として体幹失調と右下肢麻痺、両下肢深部覚低下を認め、離床ができない状況でありました。MRIでは、左小脳半球や延髄にT2強調画像で微小なflow voidがあり（図2）、MR-DSAでは左横静脈洞の早期描出を認めました（図3）。動静脈シャントを疑って脳血管造影を行い、テント部硬膜動静脈瘻と診断しました（図4）。血管内治療でシャント部の塞栓を行い根治が得られ、（図5・6）その後リハビリで歩行器歩行が可能となりました。

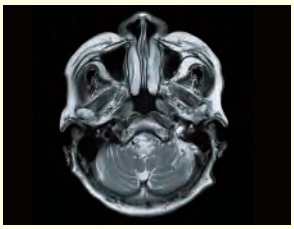
心臓から拍出された血流は動脈を介して脳実質の毛細血管を通過し静脈へ戻りますが、硬膜動静脈瘻は脳実質を介さずに外頸動脈の硬膜枝が静脈洞へシャントすることによって起こる疾患です。本例は発症1年前に頭部打撲歴があり、外傷によってシャントが形成された可能性があります。

硬膜動静脈瘻の症状は、発生部位とシャントの血流方向によって決まります。逆流する静脈によって眼の充血や複視、耳鳴り、認知機能低下、麻痺、言語障害など多彩な症状を呈します。脳静脈への逆流が見られる場合は、脳出血や静脈性梗塞のリスクが高く治療の対象となります。脳静脈への逆流が見られない場合でも将来的に逆流が増悪する可能性があるため、定期的な画像検査が必要となります。

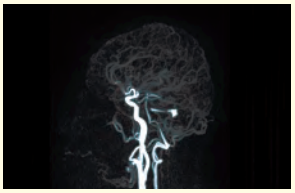
治療法は開頭術、放射線治療の他、近年はカテーテル治療が第一選択となることが多いです。多数の外頸動脈硬膜枝がシャントしている場合、脳神経の栄養血管もしくは頭蓋内血管との吻合を有することがあるため、血管解剖を分析し治療戦略を決める必要があります。多彩な症状を呈し、画像所見もわかりづらいことがあるため、診断までに時間を要することが少なくありません。頭部精査でお困りのことがあれば、気軽に当院脳血管チームへご相談いただけますと幸いです。



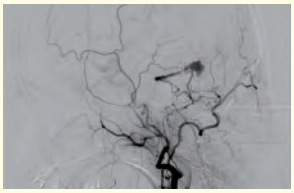
▲図1. 頭部MRI（FLAIR）



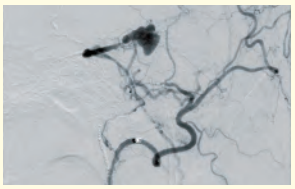
▲図2. 頭部MRI（T2強調画像）



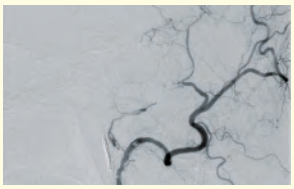
▲図3. 頭部MRI（MR-DSA）



▲図4. 脳血管造影（外頸動脈撮影）



▲図5. カテーテル治療（塞栓前）



▲図6. カテーテル治療（塞栓後）

脳神経外科の外来日：月・水・金曜日
095-822-3251（患者総合支援センターにてご予約下さい）

神経救急疾患は下記へご連絡下さい（24時間）
長崎みなとメディカルセンター　脳卒中ホットライン
080-8563-0527（医療機関・救急隊専用）

安全な胸腔鏡下肺切除術をめざしています



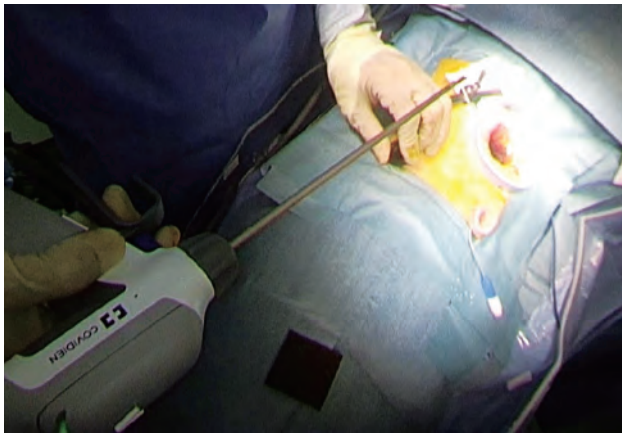
呼吸器外科　主任診療部長　森野　茂行

肺は肋骨や筋肉、横隔膜で囲まれた胸腔（きょうくう）という空間の中に存在しています。これまで肺癌などの手術に際しては、皮膚を10～20cm程度切開し、術者が直接肺を見て触って手術を行っていました（開胸手術）。これに対し1～3cm程度の傷を3-4カ所開けて胸腔鏡カメラや鉗子を胸腔内に挿入し行う手術を胸腔鏡下手術といいます。日本においては1990年代後半より広がってきた手術方法で、当院では2003年より胸腔鏡手術を導入し、現在、手術のほとんどを胸腔鏡で行っています。胸腔鏡手術での長所は、痛みが少ないことと呼吸機能が保たれるという点です。傷が小さい胸腔鏡では傷の痛みが少ない傾向があり、術後すぐに歩いたり、食事をしっかり食べたりすることができます。

胸腔鏡手術を行う上で最も重要なことは安全性です。安全な胸腔鏡手術で、無事に手術を乗り越え、これまでの生活や仕事を楽しんでいくことを最も重視しています。安全な手術を行っていく上で心がけていることは、1）手術医の手術手技を日々向上していくこと、2）操作性の優れた手術機械を日々導入していくこと、3）呼吸器外科チーム、周囲のスタッフのチームワークを大切にすることです。安全な胸腔鏡手術は、肺癌において病変を確実に摘出する手術技術の土台となっていきます。安全性の次に重視している根治性を目指し、しっかり確実にとる手術をこころがけています。

肺癌に対する胸腔鏡手術の治療成績は、当院で治療を行った肺癌症例の5年生存率が71%で全国集計の生存率を上回っています。ステージ1A期の5年生存率は85%であることからも肺癌は早い段階で発見し、すみやかに手術治療を行うことで長生きできることがわかってきました。また胸腔鏡による手術完遂率は95%を超えていますので、術後の傷もめだつことなく、術後1～2年が経過した後に定期外来した患者さんの多くは傷の場所や痛みを忘れて日常生活を楽しんでいる方がほとんどです。

当院では約半世紀の診療経験の中で培われた技術と最新の手術手技を取り入れながら、安全で確実な胸腔鏡手術を提供して参ります。無事に手術を乗り越えて、日常生活を楽しんで行きましょう。



▲胸腔鏡手術では1～3cm程度の傷を3-4カ所開けて胸腔鏡カメラや鉗子を胸腔内に挿入し行います。



▲手術中の様子

肺癌をはじめ呼吸器外科の症例について、お気軽にご紹介いただけましたら幸いです。　外来診療日：火・水・木曜日

1

One

TEAM REPORT



心不全チーム

心不全チームは、心臓血管内科医師・看護師・理学療法士・管理栄養士・医療ソーシャルワーカーなど多職種の医療スタッフにて構成されています。「心不全再入院を予防して、患者さんが自分らしく過ごすことができるようサポートする」ことを目的に日々の活動を行っています。

心不全は増悪による再入院を繰り返しますが、服薬や食事、過労といった自己管理不足が増悪要因になることが多くあります。これらを適切に管理することで再入院を予防できるよう、週1回の多職種カンファレンスにて患者さんの情報を共有し、退院後に必要な療養指導について話し合います。当院では独自に作成している心臓病しおりや手帳を配布し、心不全に関する知識の習得や日々の体調管理を継続できるように患者さんおよびご家族の方へ指導を行っています。また個々の背景に応じて、社会復帰に必要な就労支援や介護サービスの活用、地域との連携、外来心臓リハビリの紹介にも取り組んでいます。

心不全チームのミッション

医師：
心不全治療のトータルマネジメントを行います。

看護師：
血圧や体重など自己管理ができるよう心臓病手帳を用いて指導します。

理学療法士：
入院中のリハビリ、退院後の運動指導や動作指導を行います。

管理栄養士：
入院中や退院後に栄養指導、低栄養の方へは補助食品の提案なども行います。

医療ソーシャルワーカー：
就労支援や地域との連携を担います。

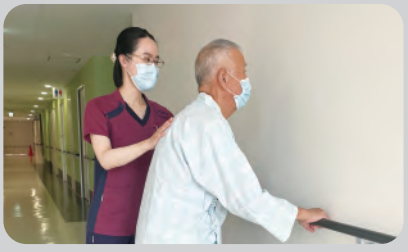
薬剤師：
入院中の服薬指導を行います。



心臓病手帳を用いた指導の様子



服薬指導の様子



リハビリの様子



心臓病のしおり



心臓病手帳

※こちらはホームページからダウンロードができます。



支える人、寄り添う人

貴島 葵

Aoi Kijima

看護部　7階南病棟

実習を通して、看護の「喜び」や「やりがい」を伝えたい

私は、7階南病棟で看護師として働きながら、看護学生の臨地実習指導を担当しています。看護師として未熟な自分に指導者が務まるのか不安もありましたが、一昨年実習指導者研修会で基礎的な指導方法を学び、学生と共に成長していこうという思いで、指導をさせていただいています。

当院では、多くの看護学生の臨地実習を受け入れています。学生にとって病院での実習は看護実践能力を養うために必須であり、実際の患者さんから学べる貴重な機会です。看護技術はもちろんのこと、臨床現場の中でチーム医療や地域との連携を学び、看護の本質を習得していきます。看護学生はこの臨地実習を経験し、看護師としての一歩を踏み出します。

実習指導を行う上で私が大事にしていることは、「患者さんの安全に配慮し、患者さんに対してより良い看護とは何か共に考え、課題解決をおこなうこと」です。そのためには、実習を受け入れてくださる患者さんを第一に考え、学生が持つ知識や技術を安全に適応し、患者さんの個別性に応じた看護が展開できるように関わることが私の大切な役割だと考えています。実習を通して、学生が多くのことに気づき、学び、患者さんの反応や回復する様子から看護の楽しさや喜びを感じ成長する姿に、実習指導者としてのやりがいを感じています。

しかし近年では、新型コロナウイルス感染症の流行に伴い、病院実習ができないことや実習時間を短縮しなければならない現状があります。限られた期間でも、学生が臨床実習を通して「看護の喜び」「看護のやりがい」を感じてもらえるよう学校側の先生方と協力し支援していきたいと考えています。

まだまだ指導者としての課題は多くありますが、子育てをしながらも働ける環境や支えてくれる家族・スタッフに感謝し、実習指導者として貢献できるよう努力していきたいと思います。

こんにちは！
栄養管理部です



食べる楽しみと療養に寄り添った栄養管理を行います

当院ではさまざまな疾患の患者さんに対応するべく、様々な種類の食事を提供しています。病院での食事は食べる楽しみと共に療養という働きが含まれますので、私たち管理栄養士はそういった食事の必要性を知っていただき、負担なく食事を食べていただけるように日々取り組んでいます。

これまで管理栄養士といっても、なかなか会う機会が少ないと言われることが多くありましたが、できる限り患者さんに直接お会いして栄養管理を行うこと、気軽に相談いただけるような存在となることを目標に、病棟ごとに担当管理栄養士を配置し、患者さん一人一人へ直接食事の説明を行うようにしています。直接お会いする機会が増えると日々の食事に対するご意見をいただくことも多くなりますので、それらのご意見をもとに調理スタッフとよりおいしく食べていただけるよう調理についても日々努力を続けています。これからも疾患に対応しながら食べる楽しみを持っていただけるよう取り組んでいきたいと思います。

STAFF'S VOICE



栄養管理部 係長
馬場 かおり

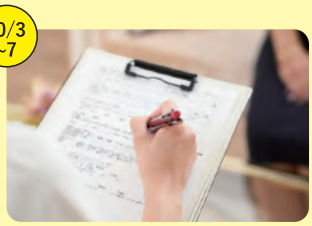
みなさんの「おいしく、たのしい食事」を支える職種です！

食べることは生きる上で大切なことであり、楽しみの一つだと思っています。「食事に関しては、とやかく言われたくない！」と栄養指導に対してマイナスなイメージを持っている方もいらっしゃるように思いますが、基本的には食べることが好きでこの仕事を選んだのが私たち管理栄養士です。どうやって体を守りながらおいしく食べるか、どうやって上手に食べるか、一緒に考えていきましょう。いつでも気軽に声をかけていただければ嬉しく思います。

もっと！知りたい

MINATOPICS

10/3 ~7



外来アンケート調査を実施

2,304 名の外来患者さんを対象に、アンケート調査を実施しました（回収率37.5%）。言葉づかいや態度、説明のわかりやすさ等の質問について、概ね95％以上の方が「満足」とご回答いただきました。アンケート結果は、ホームページをご覧ください。

10/26



公式サイトをリニューアル

「より見やすく、使いやすく、わかりやすく」をモットーに、公式サイトを一新しました。スマートフォンやタブレット表示に対応し、360° 写真や動画などを盛り込んでいます。今後もより一層充実した公式サイトを目指していきます。

11/17 ~18



子宮頸がん啓発ライトアップ

11月は子宮頸がん予防啓発月間で、子宮頸がんを撲滅する活動のテーマカラーである「ティールブルー」に、当院の看板をライトアップしました。長崎県内では、県庁や稲佐山電波塔等もティールブルーにライトアップされました。

2/24



新病院ができて10 年目に突入

2014 年に長崎市立市民病院から長崎みなとメディカルセンター（当時、長崎みなとメディカルセンター 市民病院）に名称を変更し、現在の建物での診療を開始してから、今年で10年目に突入します。10年目もよろしくお願いします。

長崎みなとメディカルセンター広報誌
MINAMOTO VOL.04

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。



“家族”という名の職員の「みなと」

幼いころ、家族が揃って一緒に食事ができることは、週に数える程度でした。家族のために懸命に働いてくれた両親に感謝する一方で、どこか寂しさを感じていた記憶があります。働き方改革が今や必須となっている中、当院でも様々な改革を進めていますが、その中に、「19時、遅くとも20時までには帰宅して家族とともに食事をとろう」という合言葉があります。当直や緊急呼び出しなど時間外勤務が多い病院の文化から意識を転換し、新しい医療文化を形成しようという方針のもと掲げられた目標です。シンプルですが、子どもの頃、こんな方針があって、家族が一緒に食事を囲める日が多かったら、どんなに嬉しかっただろうと思います。

医師の働き方改革関連法の施行が2024年4月に迫っています。日々いのちに寄り添い働く医療スタッフが、家族も含めて幸せになれる働き方改革が実現できればと思っています。

編集・発行　長崎みなとメディカルセンター総務課
〒850-8555 長崎県長崎市新地町6-39　TEL 095-822-3251／FAX 095-826-8798　https://nmh.jp/
広報誌「MINAMOTO」に関するご意見をお寄せください。