

患者の皆様の権利に関する宣言

当院では、患者の皆様の尊厳や人間性が尊重され、パートナーシップを強化し、以下の権利が守られることを宣言します。

1. 良質の医療を受ける権利
患者の皆様は、差別されることなく適切な医療を受ける権利を有します。
2. 選択の自由の権利
患者の皆様は、医師や病院或いは保健サービス施設を自由に選択し、変更することができます。また、いかなる段階においても別の医師の意見を求める権利を有します。
3. 自己決定権
患者の皆様は、自分自身に関わる自由な決定を行う権利を有し、それに必要な情報を得る権利を有します。
4. 意思に反する処置
患者の皆様は、意思に反する診断上の処置或いは治療は、原則的に行いません。
5. 情報に関する権利
患者の皆様は、医療上の自己の情報を得る権利を有します。また、知らされずにおく権利と自分に代わって自己の情報の提供を受ける人を選択する権利も有します。
6. 守秘に関する権利
診療の過程で得られた患者の皆様の個人情報、全て保護されます。
7. 尊厳を得る権利
患者の皆様は、いかなる状態にあっても人格的に扱われ、尊厳をもってその生を全うする権利を有します。

潤和会記念病院 院長 岩村 威志

記念病院 理念

「人間愛」

記念病院 基本方針

1. 患者様の人権と意思を尊重し、患者様の立場に立った医療の提供
2. 地域の中核的病院として、専門的且つ高度な医療を実践
3. チーム医療を推進し、より良い医療の希求
4. 豊かな人間性を備えた医療人の育成
5. 職員が意欲を持って働ける職場環境

あとかき

「禁煙支援セミナー」に参加した同僚から聞いた、禁煙支援についてのお話です。タバコには4千種類の化学物質、その中には七十種類の発がん性物質がはいっている「身体に悪い！」ことは皆知っている常識です。それなのに、なぜ喫煙者はタバコをやめられないのでしょうか？

私の主人も喫煙歴三十年以上のベテラン？喫煙者です。「お小遣いが足りない！」という動機で禁煙外来に通院しましたが、昨年三度目のチャレンジも失敗に終わりました。ここまでくると「ただの意思の弱い人間」にしか思えません。

セミナーに参加した同僚にその話をしたところ、「主人は禁煙できないただの意思の弱い人間ではなく、立派なニコチン依存症という病気ですよ。」と教えてくれました。喫煙者はタバコの害を理解し、自分の身体や周りの人を気にしながら、それでも吸う場所を探しているそうです。喫煙が「完治し得る慢性疾患」であり、喫煙者は「慢性疾患と闘っている患者」であるならば、しっかり支えて完治させてあげたいですね。

ひとつ、おもしろい話を聞きました。いつか禁煙したくなったときに役立つ情報提供として、血液型別に禁煙を勧める方法があるそうです。

A型…几帳面なA型には禁煙手帳を使った禁煙がおすすめです。

B型…面白いことが大好きなB型は、欲しいものを懸けて禁煙させる方法がお勧めです。禁煙に失敗ばかりのB型の人は、周りからどうせ禁煙成功しないと思われているので、ここぞとばかりに高価なものを懸けると成功率が上がるそうです。

O型…おおざっぱなO型は、自分でコントロールすることは諦めて、病院での禁煙治療がお勧めです。美人な看護師に指導されたら成功率が上がるかも。

AB型…変わり者のレッテルをいつも貼られているAB型は、禁煙を楽しむ方法を見つけると良いそうです。吸いたくなったら上司の悪口を言うとか、腹筋するとか、酸っぱい梅干しを食べるとか…。

当院には禁煙外来があります。禁煙したい方、禁煙させたい方、禁煙外来に興味のある方は、ぜひ看護師にお声かけ下さい。私達がお手伝いします！一緒にニコチン依存症という慢性疾患と闘ってみませんか？

潤 うるおい
2017年
10月1日発行

No. 70

一般財団法人 潤和リハビリテーション振興財団
潤和会記念病院
病院長 岩村 威志
〒880-2112 宮崎市大字小松1119番地
TEL0985-47-5555 FAX0985-47-8558
http://www.junwakai.com

身近に感じられてきた頼もしくたのしみな医療の進歩 ～iPS細胞を使った治療の最近の話題から～

潤和会記念病院 副院長(内科) 中村 茂



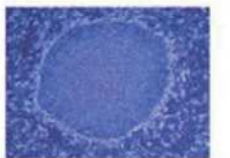
最近の医療技術の進歩には目を見張るものがある中で、京都大学の山中教授開発のiPS細胞(人工多能性幹細胞)を使った治療研究の情報の中に気になった情報が2件ほどありました。

ひとつはiPS細胞から輸血用の血小板を量産する製法を確立し2020年には臨床現場での応用を目指すというものです。血小板は血液成分の一つで重症の血小板減少状態で治療に使う目的で献血から集めた血液から作られますが、有効期間が採血後最大4日間しかもてず常に不足しがちです。東京大学と京都大学の協同研究でiPS細胞から大量の血小板をつくる技術を開発したといいます。しかしおかしなことには、iPS細胞から作るにはまず本人の細胞を採取しこれをiPS細胞に変えてから本人の血小板を作っていたのでは数カ月かかるはずですが、そこで予めある人から採取した細胞由来のiPS細胞から作製した血小板を使用すれば素早い供給が可能になるアイデアです。しかしそれでは自分の細胞から作った細胞でならば免疫拒絶反応が起こらなくなる利点がないはずですがその点も克服できたことが重要な点といえます。今回量産に参加した企業は日本国内の16社が連携しているようです。各社が持つ技術要素の組み合わせにより技術を最適化したことで量産が確立出来たそうです。国内の臨床試験を経て2020年の製造販売承認を目指しており私達の臨床現場でももうすぐ恩恵に預かれそうです。これはとても困難な作業であったと容易に想像でき、厚労省の認可や採算のことも考えなければ企業は

去っていきます。特許問題なども絡み外国との競争にも巻き込まれるなどして、消えていった有益な医療技術は数多くあります。今回の量産血小板はすぐにでも私達の臨床現場で役立つので非常に期待される情報です。

もうひとつは進行性骨化性繊維異形成症(FOP)という希少難病の患者さんから作ったiPS細胞を薬剤の効果判定に使用して現在治療有望な物質の薬効を見出すというものです。しかし遺伝病の場合は遺伝子进行操作する方法でない根本的治療にはならないはずですが、この場合の治療法はこの病気の諸種の症状をうまく制御することで根本的治療ではなくてもかなり治療効果があると言います。患者さんに実際に投与しなくても効果を調べることが可能で、効果判定のみならず病気の解明にも役立つことでしょう。そのためのリスクも時間も短縮されると思われれます。数年後には身近なところで可能な治療法となっているかもしれません。これも頼もしく期待のもてる研究開発です。

両者ともiPS細胞を直接使うわけではないけれども短時間で身近な現実の医療に役立ち、山中教授の「臨床に直結する研究」の成果で、発想の転換的なところが味噌でしょうか。もともと山中教授の下の若手研究者が考えたこのiPS細胞の樹立自体が発想の転換から始まり世界中にほんの数カ月先駆けて到達した経緯であったことは大変興味深いものが感じられます。楽しみです。



////// 神経内視鏡手術について 脳神経外科 部長 上原久生 //////////////

皆さんは内視鏡と聞いて何を思い浮かべるでしょうか？いちばん身近な物は一般的に胃カメラと呼ばれているものではないでしょうか？これに似たものとしては大腸ファイバースコープがあります。これらは一般的に検査・治療に使用される物で、軟らかい材質でできており自在に曲がるのが特徴ですが、照度はやや低く解像度もやや劣り、使用できる器具も限られます。一方外科手術に使用される代表的な物は、胸部では胸腔鏡、腹部では腹腔鏡、泌尿器科領域では膀胱鏡であり、金属製で硬く曲がりませんが、明るく画像もより鮮明で多彩な複数の器具が同時に使用できます。

神経内視鏡は基本的には元来耳鼻咽喉科で使用されていたものが脳神経外科手術に応用されたものであり、手術で使用するものはやはり硬性の内視鏡です。ただし、サイズが一般外科などの物は異なり、直径 2.7mm や 4.0mm とより細くできています。どのように使用するかというと、内視鏡のみを使用してすべての手術を行う場合と、顕微鏡手術の補助として使う場合があります。現在全国的に内視鏡単独手術で最も行われていると思われるものは、耳鼻咽喉科手術より派生したこともあって経鼻的頭蓋底手術です。中でも下垂体周囲の腫瘍性疾患に対して行われています。

下垂体腫瘍摘出術は以前は顕微鏡を使用して行っていましたが、Fig.1 左のように鼻孔の大きさに影響され、非常に視野が狭い上に死角が大きく、見えない部分は器具から伝わる手の感覚のみで腫瘍を摘出していたため、軟らかい下垂体腺腫しか摘出できない上に、ある程度の大きさ以上になると取り残すことがしばしばありました。一方内視鏡手術では Fig.1 中のように腫瘍直前まで内視鏡自身を近づけることができ、Fig.2 右のように広角な上明るく鮮明なので、脳を覆う膜より発生する髄膜腫などの硬い腫瘍の摘出もできるようになりました。また、先端のレンズの角度の違う 30° や 70° の内視鏡もあるため、Fig.1 右のように死角の部分も直視下にできるようになり、私個人の下垂体腺腫の手術成績においても、腫瘍の直径が 2.5cm を超えての摘出率が顕微鏡よりも有意に高率でした (Table 1)。

その次に多く使用される場合としては、内視鏡の明るく鮮明な画像という特長を生かし、脳の深部特に脳室内の手術に多く使用されています。脳室内腫瘍の摘出や生検、第三脳室底開窓術をはじめとした水頭症関連の手術などになります。いずれも顕微鏡を使用するより小さな開頭と内視鏡あるいは外筒のみによる脳の穿刺で行うことができ、脳の損傷が最小限ですむためより低侵襲で行えます。ただし、現時点では止血に使用する器具が限定されており、出血しやすい疾患には行いづらいことが脳室内内視鏡手術のデメリットです。

当院においては症例も多い脳内出血の除去に対して行うべく現在鋭意準備中であり、現時点で亜急性期の 2 症例に施行して良好な結果を得ています (Fig. 3)。将来的には、急性期の脳出血にも施行したいと計画しています。

Fig.1 顕微鏡 (左) と内視鏡 (中 0°、右 30°) の視野の違い

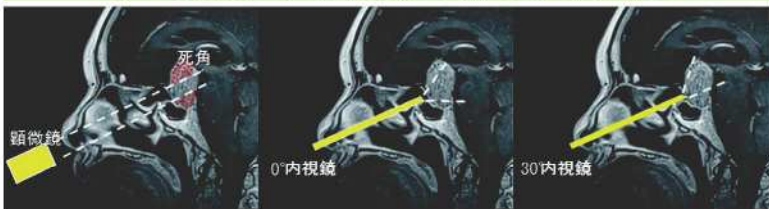


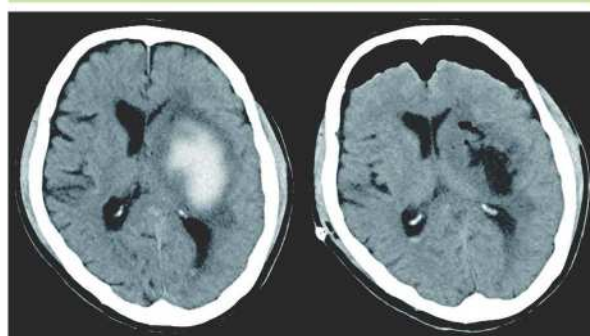
Fig.2 顕微鏡 (左) と内視鏡 (右) の術中写真



Table 1 腫瘍平均径から見た顕微鏡と内視鏡による下垂体腺腫に対する摘出率の比較

腫瘍平均径 (mm)	顕微鏡 (H19.3~22.6)		内視鏡 (H22.8~28.6)	
	症例数	摘出率 (%)	症例数	摘出率 (%)
10>	7	100.0	4	100.0
10~15	3	93.8	6	100.0
15~20	11	92.8	18	97.7
20~25	6	93.5	25	94.8
25~30	2	83.2	13	96.6
30≤	3	58.1	2	82.7
合計	32		68	

Fig.3 当院で施行した内視鏡下脳内血腫除去術術前 (左) と術後 (右) の CT



////// セントラルキッチン稼動しました 栄養管理室 //////////////

当室の大きな業務のひとつに専門的知識を生かした日々の食事提供があります。当財団ではかねてより、セントラルキッチン化を検討してきましたが、代表理事の『時は今だ』という最終判断もあり、この度、財団及び関連施設向けの給食センター (セントラルキッチンひまわり) が新たに開設されました。開設までに、食材の地産地消及び一括購入などを念頭に置き、全施設の食形態及び使用食材の統一をおこない、最終的に献立の統一メニュー化を実現したところです。センターの所在地は、宮崎市大字系原字井手ノ元、敷地面積は有効・法面部分合わせて 5,683.80 m² で延べ床面積は 907.66 m² となります。



センターでは現在 1 日に約 2900 食を生産し、関連施設に配送しています。対象施設は社会福祉法人凌雲堂の 4 施設 (特別養護老人ホーム悠楽園・養護盲老人ホーム生目幸明荘・特別養護老人ホームしらふじ・グループホーム悠悠)、一般財団法人潤和リハビリテーション振興財団の 5 施設 (潤和会記念病院・延岡リハビリテーション病院・介護老人保健施設ひむか苑・小規模多機能ホームマルシェ・サービス付高齢者住宅カーサアルパ巻番館) になります。



高温高圧真空調理機に食材セットの様子

センターより届いた食材を栄養士が仕分けする様子

食材を真空パックから取り出し調味作業をする様子



これまでの調理はその日に納品された食材をその日に調理・盛り付け・配膳する、いわゆるクックサーブ方式でしたが、セントラルキッチン化に伴い、数日前から調理を行い、冷蔵・冷凍保管し各施設に配送するクックチル・クックフリーズ方式に移行しました。

また、センターに新調理システム (高温高圧真空調理) を導入することで安全で保存性の高い調理、パーツ生産 (食材ごとの下処理・真空パック化) も実現しました。当病院でも、4 月から配送された食事の再加熱・盛り付け・配膳を行っています。

今後とも、センターとともに、創意工夫を重ね安心安全な食事・患者さまの満足度の高い食事の提供に努めて参ります。どうぞよろしくお願いいたします。

