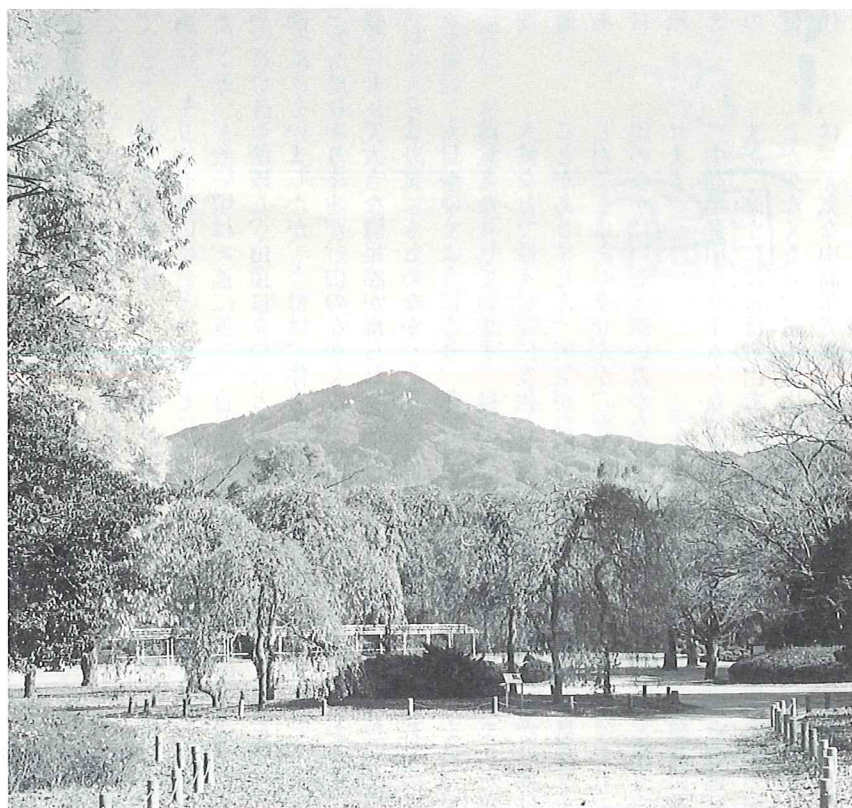


はくあい

Oct. 2000
第 17 号

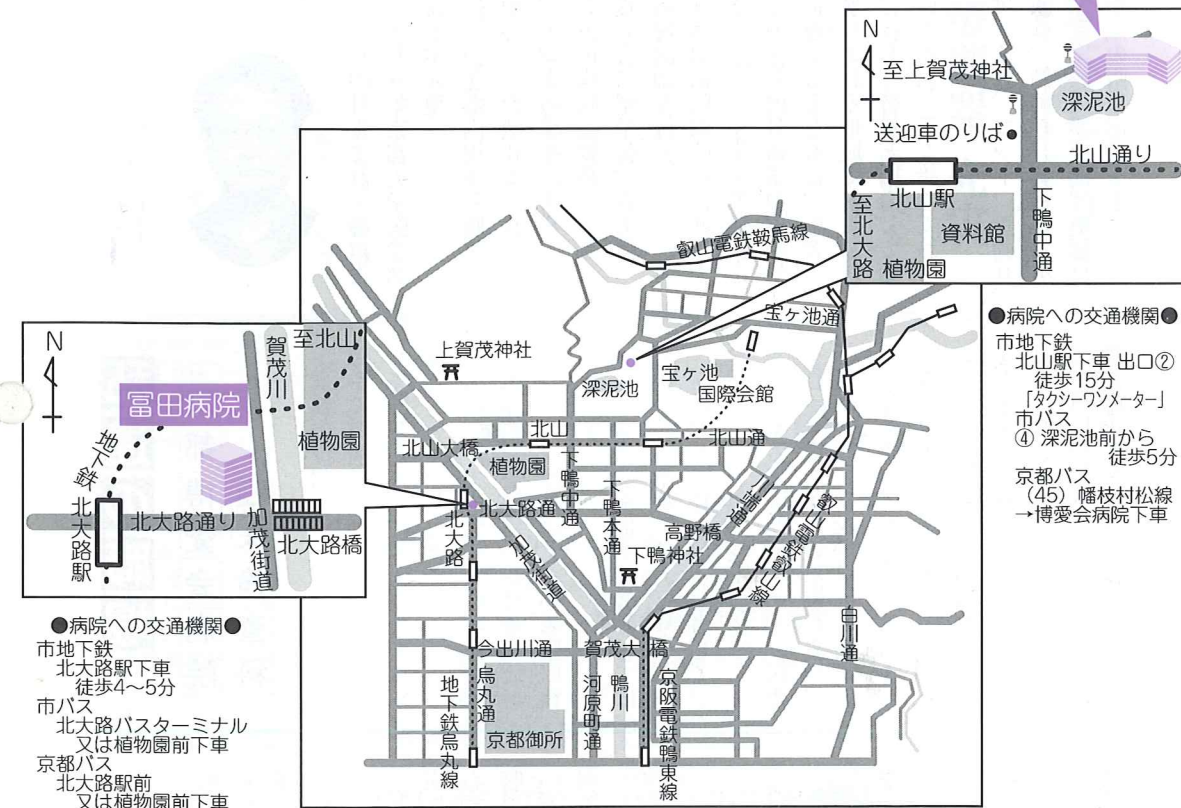
社会福祉法人
京都博愛会



植物園から望む比叡山

CONTENTS

- 医療の最前線
- 看護物語
- 検査Q & A
- 健康日本21
- 博愛会だより



京都博愛会病院
訪問看護はくあい
京都市在宅介護支援センター
京都博愛会病院

●病院への交通機関●
市地下鉄
北山駅下車 出口②
徒歩15分
「タクシーワンター」
市バス
④ 深泥池前から 徒歩5分
京都バス
(45) 幡枝村松線
→博愛会病院下車

●病院への交通機関●
市地下鉄
北大路駅下車
徒歩4~5分
市バス
北大路バスターミナル
又は植物園前下車
京都バス
北大路駅前
又は植物園前下車

社会福祉法人 京都博愛会

京都博愛会病院

〒603-8041 京都市北区上賀茂ケシ山1
TEL075(781)1131

富田病院

〒603-8132 京都市北区小山下内河原町56
TEL075(491)3241

訪問看護 ステーションはくあい

〒603-8041 京都市北区上賀茂ケシ山1
TEL075(781)2711

京都市在宅 介護支援センター 京都博愛会病院

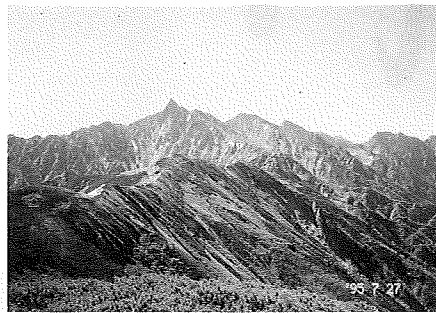
〒603-8041 京都市北区上賀茂ケシ山1
TEL075(781)5055

随想

中高年登山

京都博愛会病院 院長 金 盛彦

わたしは、学生の頃より、年に何度かは、信州や飛騨の山に登ってきました。大学卒業後は、山国・飛騨高山の病院へ赴任したことや、山好きの恩師・戸部隆吉京大名誉教授の影響などもあって、ますます山への愛着を深めてゆきました。



槍ヶ岳と西鎌尾根

深田久弥の所謂「日本百名山」にいくつ登ったというようなことにはあまり興味なく、もっぱら、気に入っている北アルプスの山々に出かけていきます。世間の雑事から離れて、一日あるいは、何日間かを大自然のなかを歩き続けるときの爽快感は、他の何事にも代えがたく、毎年、夏になると、日頃の運

動不足も顧みず、そわそわとした気持ちになり、心は山に、ということになります。

若い頃は、遮二無二、自分の予定した行程を踏破し、山頂に立つことだけを目的にしていましたが、今では、体力の低下ももちろんありますが、山のなかをただ歩いているだけで大きな満足感が得られます。以前には、あまり気にもとめなかった足元の可憐な植物にも目がゆくようになり、花の名前もいくつかは覚えたりしています。自然は、季節、時間、天候などで様々な姿に変化し、決して飽きることはありません。天気が良ければそれに越したことはありませんが、たとえ雨天でも、山のなかにいると深い豊かな気持ちに満たされます。

中高年登山がブームとなって久しくなりませんが、確かに最近では、山で若者を見かけることが少なくなり、日本の山(世界の山も?)は、元気な中高年であふれかえっています。なかには、八十歳前後の超高齢登山者も見かけます。さすがに、歩みはゆっくりしていますが、自分のペースで着実に歩いています。

そういった人たちは、決まって何よりも表情がたいへんすばらしい。生き生きとして、自然に対する感動を素直に表わしています。昨今、街で見かける無表情な若者たちに比べて、なんと違うのでしょうか。

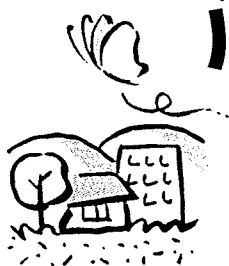
サムエル・ウルマンの有名な詩句に「青春とは、人生のある期間をいうのではなく、心の持ち方をいうのだ。(中略)ときには、二十歳の青年よりも六十歳の人に青春がある。年を重ねただけで人は、老いない。理想を失うときに初めて老いがくる。歳月は、皮膚のしわを増すが、情熱を失うときに精神は、しほむ。(後略)」というのがあります。もう少し若い頃は、何か焦りにも似た気持ちで、自らを鼓舞するためのことばとして受けとめていましたが、年とともに、叱咤激励して人生を駆け抜けるのではなく、ゆっくりとまわりを見渡せる余裕を持ち、たとえたいした力はないなくても、いつも新鮮な気持ちを持ち続けたと思うようになりました。

急速に進展する高齢化社会にあって、平均寿命の延びばかりが問題にされていますが、各自が、いかに充実した人生を送れるかが、より大きなことであります。最終的には、個人個人の意志の問題に帰しますが、社会的レベルからも、それを助成し、持続させる対策が、これからは、一層必要となるのではないかと思います。

我が町のホームドクター

寿司割烹 むら上

村上幸男



この頃、秋も奥まり、食べ物も美味しくなり、スポーツの秋、食欲の秋、読書の秋、芸術の秋と、世間は一年の内一番活動が盛んになるようです。アスレチック、スポーツジムと、身体に良いことを始め、精神的に、そして、体力的にいろいろな部門でどんどん盛んになってきております。しかし、私たちの体はこのような行動にも、体力的に、衰えているような気がします。小学生は、運動すると急に骨折したり、中学生は精神的に不安定な状態に、成人にいたっては、成人病、訳の分からない病気など、不安であります。私は、妻

と一緒に、自営業を営んでおります。子供は二人共働いていますし、それほど大きな悩みごとは、いまの所ありませんが、このごろ、体力が衰え気分も若い時とは違い、だいたい落ちました。これからは、自分の体は自分で守らなければとつくづく思いますが、いざという時の病院、そして、深夜の診療の対応など不安はつづります。家の直ぐ近くには、開業医がいるいろいろありますが、なかなか気楽に行けないのです。何か具合が悪いた時には、知人に病院を紹介してもらうことがあります。すぐそばに、開業医があるの?と思うこ

とがありますが、どうしても、大きな総合病院、見立ての良い医者、そして、信頼のできる医者と考えるので、そうした点で、そばに知人のいる博愛会病院があるのは大変心強く思うのです。町には病院が多いのですが、この前、妻の出身地、石川県では、父が入院していますが、母は、バスで毎日一時間もかけて、見舞に行っています。どうして、そんなに遠い所まで?と思えますが、医療機器がそろっている。そして、町医者から紹介してもらった、と言っていました。でも、その町に、大きな病院があるのにと思いましたが、町医者にも、紹介できる所と、できない所があるのかと、疑問に思うのです。患者のことを考える意味でも、近くの病院が良いのにと思うので、不親切ではないかと思えます。

そして患者の家族のことまで考えて欲しいのです。これからは、町医者は介護者、回りの家族との関係など多種多様に渡り、難しい時期になりますし、私達も、介護という点で理解を深めることが、これからの問題ではないでしょうか? 医療機関も市民にわかりやすい説明、案内を積極的に働きかける必要がありますし、期待しております。

町医者には町医者の良い所があり、大きな総合病院にはそれなりに良い所があるので、患者の身になって考えることが、良い医療と介護であり、



医療の
最前線

消化器治療内視鏡

富田病院副院長 内科 上田俊二

はじめに

内視鏡は電子スコープの時代になり多数の人間が同一のテレビモニターを見ながら共同作業を行えるようになった。また内視鏡用の便利で新しいさまざまな周辺機器が開発された。その結果、消化器治療内視鏡の分野は大きな進歩をとげ、以前ならば外科的手術の適応であったことが内視鏡的に行なえるようになった。治療手技としては、消化器出血に対する内視鏡的止血術、早期消化管癌に対する粘膜切除術およびポリペクトミー、総胆管結石に対する内視鏡的乳頭

括約筋切開術、食道静脈瘤に対する内視鏡的治療、内視鏡的胃瘻造設術、さらには外科領域にぞくするが腹腔鏡下手術などがあげられる。今回はこれらのなかで医師以外にも病棟ナース、パラメディカル、患者さん家族なども関与することの多い内視鏡的胃瘻造設術およびその管理について解説する。

内視鏡的胃瘻造設術

脳梗塞などの神経疾患で経口摂取不能あるいは不十分に陥った患者さんに対しては、従来から経鼻的胃留置チューブや中心静脈栄養により栄養管理が行われてきた。

これらの方法は患者さんにとって苦痛であったり、感染の危険を伴っていたりするなどの問題点があった。

一九八〇年、Ponskyらにより内視鏡を用いた経内視鏡的胃瘻造設術 percutaneous endoscopic gastrostomy (PEG) が考案され、さらに近年器具が改良されPEGが簡便に行われるようになり普及してきた。経鼻経管栄養と比較してPEGの利点を示すと(1)逆流や誤嚥性肺炎などの合併症の危険が少ない。(2)チューブの逸脱がなく、頻繁に交換する必要がない。(3)鼻腔や咽頭腔のびらんや潰瘍がなく、患者さんの苦痛や不快感がない。(4)長期使用が可能で管理が簡単、在宅での経腸栄養が可能。(5)開腹手術なしで内視鏡室において短時間でしかも安全に造設できることなどがあげられる。

次に手技の実際を示していく。胃内に内視鏡を挿入しその観察下で、胃瘻造設部の腹壁を消毒・局所麻酔し、約1cmの皮膚切開を行い、同部からセルジンガー針を胃内腔に穿刺する(A)。セルジン

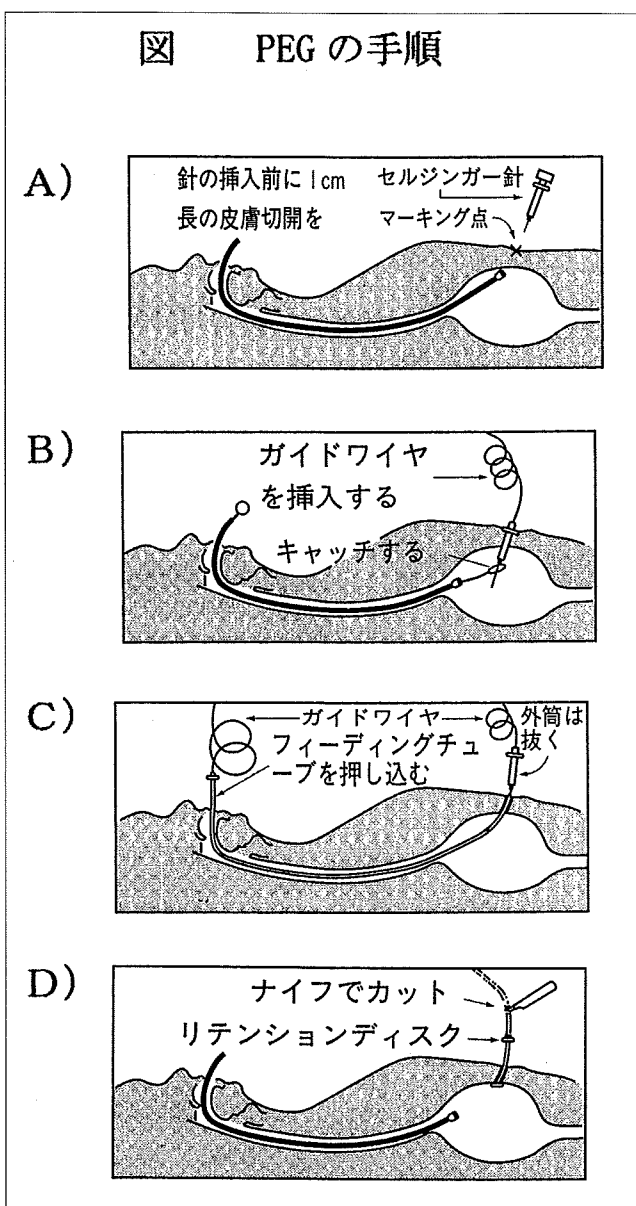
ガー針を通してガイドワイヤーを胃内腔に入れ、その先端をポリペクトミー用スネアで把持する(B)。ガイドワイヤーを送り込みながら内視鏡を引き抜く。引き出したガイドワイヤーを通して留置チューブを口から押し込みながら挿入、フィーディングチューブの先端が腹壁から押し出されるまで挿入する(C)。出てきたフィーディングチューブを腹壁から引き出し、末端のバンパーを腹壁から引き出したことを内視鏡で確認する。腹壁外のチューブを適当な長さで切り、リテンションディスクを腹壁に密着させ瘻孔を形成させる(D)。

胃瘻造設術後当日はバンパーと腹壁、胃壁を密着させる。しかし胃壁の圧迫壊死を防ぐため、二日目、三日目はカテーテルを数mm胃内に挿入しておく。造設術後、瘻孔が出来上がるまでの四週間は同部のイソジン消毒およびガーゼ交換(二股ガーゼ)は必要であるができるだけ瘻孔部は乾燥させることが望ましい。瘻孔完成後は(四週後位)ガーゼなどによる保護は不要で、カテーテルも強く固定せ

ずある程度自由に動くことが胃内のバンパーが粘膜内に埋没するのを防ぐために必要である。PEG後長期経過したり、また胃瘻のチューブが変性や通過障害をきたしたりした場合チューブ交換が必要となる。以前ではチューブ交換にあたり内視鏡使用が不可欠であった。ところが最近の胃瘻用キットでは牽引による古いカテーテルの除去が可能となり内視鏡が不要となった。新しいカテーテルを瘻孔から胃内へ挿入することでカテーテルの交換が在宅でも可能となった。

経腸栄養剤の投与開始のスケジュールは次の様にしていけばよいと思われる。PEG後三日目に水分(200ml位)をまず投与し、問題がなければ四日目からは経腸栄養剤の割合を増やしていき、七日目に維持量にまで増加させればよいと考えられる。栄養剤は市販の注入食やエンシユアキッドなどを投与すればよい。経腸栄養の副作用は主に下痢であり、その防止のためには、(1)急速に投与しない(2)急に濃度を上げない(3)段階的に

図 PEGの手順



投与量をあげる(4)冷えたまま投与しないなどである。

栄養剤投与の具体的な方法は次のように行っている。投与は必ず半座位で行い投与後少なくとも三〇分はその体位を保つ。栄養剤注入スピードは200ml/時までで行い、栄養剤、薬剤注入後は50ml位の微温湯でカテーテルをフラッシュし、時々ブラシでカテーテル内をクリ

ーニングする。薬剤についてはカテーテルに変性をきたすものもあるので注意して投与する。このようにして経腸栄養が順調となれば自宅栄養療法に移行する。

おわりに

内視鏡的胃瘻造設術は、患者さんにとっては苦痛、不快感からの

解放を、医療サイドおよび患者さん家族にとっては長期使用可能で管理が簡単であるというメリットをもっている。寝たきりで食事摂取が困難な患者さんにとっては非常に有益な方法であり今後さらに多くの患者さんに適用していきたい。

看護物語

家で死ぬとどうして 家で看るとどうして

訪問看護ステーション 所長 長谷川寿子

平成七年十月、訪問看護ステーションはくあい、スタートして五年が経ち、二百五十名余の方々と出会い、何らかの形で在宅療養のお手伝いをさせていただいたのではと思います。

この四月より、保険制度も老人保健から介護保険へと、大きな変換を強いられました。当初一回二百五十円週三回まで、保険で認められていたのですが、介護保険下では、要介護度に応じて、区分支給限度額内でケアプランの中に組み込まれます。制度説明はかなり複雑になりますが、実情は、今まで御負担していただいた料金より多くなった方が増えたと心苦しく思っています。内容は、今までと

何ら変わることがありません。それぞれの方々に合った看護内容、血圧の測定、必要な医療行為・保清、入浴等の援助、そして相談業務です。

私たちが訪問させていただいている方々の多くは、一般状態が安定されています。しかし、病気がかかえておられますので、いつ悪くなるかわからないとの不安を持っておられます。昨日より食事がすすまなかったり、しんどかったり、熱があったりと、不安の材料は、たくさんあります。それらを、一つひとつ集めて心配し、お医者さんの所へ行っても、薬が一つ増えただけとか、血液検査をしてもあまり変わりばえせず、そのまま

で帰ってきたりと。それでも、病院へ行けるくらい元気があるのなら、よしとしましょうか。

さて問題は、しんどいけれど、病院へ行きたくない、病院へ行けないという場合です。もちろん、訪問看護婦として、状態を看させていただき、主治医の先生に報告し指示があれば、何らかの医療行為をさせていただきます。『家で死にたい』という言葉をよく耳にしますが、それは高齢の色々な病気を持つ方々の多くが思いうえがくことなのかもしれません。

しかし、漠然としていてどうしたらいいのか、わからないと思います。俗に、ターミナルケアと私たちは呼んでいます。一般的に在宅ターミナルケアを可能にする条件を、ここにあげてみたいと思います。◎まず、御本人が在宅を強く希望していること。これが一番の条件です。他に、◎二十四時間の介護を受けられる。◎主治医の確保と協力が得られる。◎御本人の身体的苦痛が少ない。または、適切な治療処置により、苦痛がコントロールされている。◎本人、

家族を支える体制（訪問看護、ホームヘルパー派遣など）がある。◎環境・病床が確保できる。これらの条件が満たされても、いざ続けていくと、他のいろいろな事態の変化が起ってくるものなのです。

私たちが、御家族とともに、看とらせていただいた方々も、御本人、御家族としては、いろいろな思いがあったことと思います。不安と淋しさで、常に誰かがそばにいて望まれたTさんは、痛みに対して敏感でした。自分で便を出す力がなくなり、おなかがつてきて、食欲低下に輪をかけた状況となったため、摘便をさせていただいたのでしたが、その痛さに拒否されてしまいました。衰弱していく様子は、御家族も不安です。何よりも御本人の訴えられる痛みに対して、なすすべがありません。鎮痛剤も内服されて、特殊なチューブで鎮痛薬も入っていました。それでも、コントロールが困難です。お嫁さんの疲労もピークに達していました。私達は在宅継続の見直しを迫られました。病院と在宅の違い、メリット、デメリット

を明確にし、御家族と相談する機会を持たなければなりません。

当初の在宅死の強い意志が揺らいでいても不思議ではなく、入院という形をとってもいいのです。しかし、Tさんの強い在宅継続希望（入院拒否）と、優しい御家族の決断と、常に相談に乗ってくれる主治医の協力で、再度在宅ターミナルケア継続が決定しました。約一ヶ月在宅で過ごされ、息を引きとられました。主治医も訪問看護婦も、お嫁さんからの連絡をいただきましたが在宅ケアにおいては、急変に速やかに対応することは困難なことが多いです。それも充分納得されたうえで、不安を克服され、医者も看護婦もいない状況で、立派に看とられた御家族に、敬意を表します。

九十六歳をむかえられたYさんは、日々穏やかにベッドの上で過ごされています。日常生活の全てに介助を要する状態です。息子さんとお嫁さんが介護されています。食事や着替えは、お二人でできるのですが、Yさんが大好きだった入浴の介助が難しいので

す。訪問看護で、ずっと入浴のお手伝いをさせていただきました。小柄な方なので、看護婦二人で抱きかかえて浴室まで行きます。洗い終わった後、ゆつくり浴槽につかっていたいただきます。しかし、体力は徐々に落ちてゆき、食事の量も少なくなり、いわゆる老衰の域に入ってしまった。

いつもより血圧が低く、元気がありません。息子さんに御希望をたずねますと、『好きだったオフロへ入れてやって下さい』とのこと。看護婦としては、非常に迷う状況ですが、何とか御希望に添いたいと考え、いつもよりちょっと短めの入浴にしました。Yさんの表情は、変わらず穏やかですが、看護婦の方がドキドキです。何とか終わりホッと一息。しかし、私たちが帰った後に、何が起るかわかりません。呼吸に異常がみられた時は、主治医に連絡すること。もし、主治医が間に合わない場合は、呼吸が止まった時刻をみておき、主治医の往診を待ち、死の宣告があるまでそのまましておくことなど、あまり言葉にしたくな

いことですが、説明させていただきました。お二人とも覚悟されていた様子で、落ちついておられます。夜間連絡をいただき、駆けつけましたが、特に処置することもなく、静かに息子さんたちと看守るだけです。私たちが一度帰宅した朝方、静かに息を引きとられました。死後の処置をさせていただきながら、病院にはない自然さを感じたのは事実です。

さてこのお二人の在宅での死は、御本人達にとっても、御家族にとっても、納得できた死の迎え方だったと思います。確かに、御本人が不安に思われた時もあったでしょうし、御家族の苦勞もあつたことと思います。しかし、その時々で、御自分たちで、方向を決定できたことは、すばらしいことです。それが看とつた後に、悲しさ、淋しさとともに、充実感をもたらしてくれるのだと思います。

訪問看護婦としての役割は、その看とりの場面に関わらせていただき、適切な情報を提供し、納得した死を迎えられるように援助することだと自負しています。独居

のAさんは、『これ以上動けなくなったら、病院か施設に入れてね』と希望されています。今のアパートを出て、息子さんたちと同居する気はないようです。それもまた、素敵な生き方です。訪問看護婦として適切な情報を集めて一緒に考えさせて下さい。世の中は揺れ動いています。時代は、在宅をすすめる介護保険を打ち出しました。しかし、矛盾も多くあります。決して制度に惑わされることなく、主役になって下さい。制度をうまく利用できる立場に立って下さい。そのためには、どうぞ相談機関を利用して下さい。

博愛会病院には、相談窓口として、在宅介護支援センターがあります。また、訪問看護ステーション「はくあい」も、サービス提供事業所と居宅介護支援事業所としての役割があります。いつでも声をかけて下さい。御自分の安楽な療養生活のために、介護されている方は、負担の軽減のために、そして、納得できる人生の最期のために、



インフルエンザについて詳しく知りたいのですが。

Q 毎年少しづつ抗原性を変化させ性質を変えて必ず襲来し、国民の五〜一〇%が罹患する

A と言われているインフルエンザ。その歴史は極めて古く、紀元前五世紀にその記録を認めることができますが、インフルエンザウイルスと初めて命名されたのはそれよりも二千年以上も後の一九三四年のことの様です。その後の研究によって徐々にインフルエンザの性質やその実態に関するさまざまな事が明らかになってきました。

さて、このインフルエンザは大きくA、B、Cの三つの型に分類されていますが、通常はインフルエンザといえは、A型とB型インフルエンザのことを指しています。インフルエンザウイルスを電子顕

微鏡で見るとそれは直径一〇〇nm(一ミリの一万分の一)の球状をしていて、表面は多数の棘が突出しているとの事ですが、形態的にA型とB型とを区別することはできない様です。その性質を決める遺伝情報はウイルスの芯にあたる八つのRNAにある事が知られています。インフルエンザウイルスは、上気道粘膜に取りつくと二十分ほどで細胞内に取り込まれた後に感染細胞内で増殖していきま

す。潜伏期はだいたい二日と言われていますが、感染ウイルスが少ない場合は七日間ほどに延びる事が実験で確かめられています。「鼻汁、くしゃみ、咽頭痛、頭痛、

空咳、悪寒などを伴って急激に発熱。全身倦怠、関節痛、筋肉痛といった全身症状がほかの割合に比べて非常に強く無気力になる。」というのが症状の様ですが、A型

インフルエンザとB型インフルエンザでは、症状や徴候に少し違いがあるという報告もあります。例えば、「A香港かぜは、ぜんそく発作や熱性痙攣が多く、B型インフルエンザは腓腹筋炎、腹痛、鼻

出血が多かった：インフルエンザワクチンの効果がB型では劣っていた：B型インフルエンザの罹患年齢はA型よりも高い：」などです。

では、インフルエンザの診断はどの様に行われてきたのでしょうか。検査所見の特徴が何かあるのでしょうか。

残念ながら、これがあれば限り無く確定診断に近づくような非常に特異性の高いものは日常検査の中にはないためにインフルエンザの臨床診断は、発病期間や発病の仕方などという様な、疫学的、生物学的あるいは診察所見などから経験的に診断される事が多いのかも知れません。しかし、確定診断

となるとやはりウイルスの分離が基本という事になるわけですがインフルエンザ患者の咽頭拭い液からのウイルス分離成功率は、平均して五〇%位とさほど高いものではありません。昨年よりA型インフルエンザの迅速診断用キットが使用できるようになりました。判定に要する時間は約十五分と短くベッドサイドでも実施できるため

に臨床的有用性は高いと評価されています。さつそく当院でも使用しましたが、そのキットでの最初のインフルエンザ陽性者は私の娘で、なんとも印象深い試薬となつてしまいました。保険も適用されていますので今度のシーズン中もキット使用されることでしょうか。早期診断早期治療に役立てられる事が期待されています。

他にも血清学的な方法でも診断は可能です。急性期と二〜四週間後の回復期に採血して抗体の上昇を確認すれば感染を証明できるものですが、診断までに時間がかかり過ぎるという問題があります。

インフルエンザのシーズンは北半球では冬から春にかけての約五〜六ヶ月と言われています。検査法も治療薬も改善されつつあるといえやはり、「予防に勝る治療なし」である事には変わりありません。体のリズムを壊さないよう日常生活の摂生に気を付けましょう。



「あまからアドバイス」

「健康日本21」について

厚生省に於て国民の健康増進・疾病の予防・生活の質の向上を図る為に、二十一世紀に於る国民健康づくり運動として、十年後の到達すべき目標を表現されたものです。

「栄養・食生活の現況と目標」

肥満、高血圧、高脂血症、虚血性心疾患、脳卒中、大腸ガン、胃ガン、糖尿病、骨粗鬆症は食べ物と深い関係があります。これらの疾病は、エネルギー、脂肪、ナトリウム等の摂取過剰、又はカリウム、食物繊維、抗酸化ビタミン、カルシウム等の摂取不足等が影響を及ぼすのです。

日本人の食生活は五十年間で表の様に変わりました。

自分の標準体重を認識し、コントロール出来る様にしましょう。

計算方法

標準体重＝身長(m)×22

成人に於る脂肪のエネルギー比

日本人の食生活の推移

	1950年	1960年	1970年	1980年	1990年	1998年
エネルギー (kcal)	2,098	2,096	2,210	2,119	2,026	1,979
たんぱく質 (g)	68.0	69.7	77.6	78.7	78.7	79.2
(動物性)	17.0	24.7	34.2	39.2	41.4	42.8
脂質 (g)	18.0	24.7	46.5	55.6	56.9	57.9
糖質 (g)	418	399	368	309	287	271

は25%以下です。

食塩は一日10g以下です。入院されますと、「味がうすい」と言われる人がありますゆえんです。

京都に住む人の脂肪エネルギー比は26・8%です。食塩摂取の平均は13・13・9gのようです。

カリウム、食物繊維、ビタミンC、カルシウムに関しては、一般的に野菜や牛乳で摂取するようですが、野菜に関して(緑黄野菜を

含めて350g)摂るような目標としています。

厚生省が十五年前に一日三十食品の摂取を、という目標を掲げた事をご存じの方もおられますが、今回は「主食、主菜、副菜を基本に食事のバランスを」「多様な食品を組み合わせましょう」と表現が変わりました。

食生活をみた時、現代社会に於て朝食の欠食は特に二十、三十歳の男性で増加し、この様な食生活は、食物繊維、カルシウム、鉄の摂取量が低いことが、明らかになっています。バランスの上から三食きちんととりましょう。

外食や食品を購入する時、栄養表示を参考にしてください。無0にならない場合もあります。栄養成分が微量であれば表示を「0」としてよい事になっています。「無塩」「無糖」「ノンカロリー」などの表現です。

例えば、1ℓのジュースで4.9gの糖が含まれていても100mlに換算した時、「0」や「無糖」と表示できるのです。



又、栄養表示には食塩と表示してありません。ナトリウムとして表示されているのです。

ナトリウムから食塩を計算する方法

ナトリウムの量を2・54倍しmg ↓gに変えます。

例えばナトリウム1、378mgと表示があれば食塩3.5gのことで

す。以上簡単に表現しましたが、二十一世紀、食事の面から健康管理をし、疾病の予防に心がけましょう。

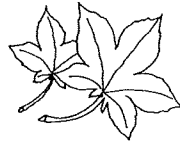
博愛会だより

医療機器 充実

日進月歩を続ける医療を支えるもののひとつに、検査機器などの医療機器があります。本会の数多くある機器類で昨今に購入し更新した一部を紹介いたします。

富田病院の全身用ヘリカルCT、博愛会病院の上部消化管用ビデオスコープ、眼底カメラ、そして骨密度測定装置があります。

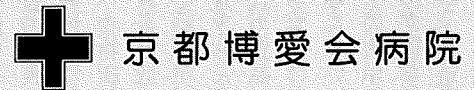
どの機器も在来機より精度や機能が向上しました。今後も更に充実させ、これらをフル活用し、より良質な医療が提供できるよう努力してゆきます。



ホームページ開設

インターネットは数多くの分野で急速に普及しています。博愛会病院では、約半年程の期間を使って職員手作りのホームページを製作し、本年6月末に公開しました。このページでは、博愛会病院の各診療や、院内の部署等そして訪問看護ステーションはくあい、在宅介護支援センターを紹介しています。機会があれば一度アクセスして下さい。

アドレス：<http://www.kyoto-hakuaikai.or.jp/>



Welcome to our homepage



第2回 はくあい健康まつり

昨年第1回を開催し皆さんに多数ご参集頂き、好評でした“健康まつり”を恒例化し本年を第2回目として実施することにしています。

日時：11月11日(土) 11:30～15:00

場所：京都博愛会病院グランド・駐車場

地域の皆さんのお越しをお待ちしています。

ドクター紹介



富田病院 副院長 上田俊二

一九五〇年四月生まれ。神戸市出身。一九七五年京都大学医学部卒業。血液型A型。

専門は、消化器内視鏡と腹部エコーを中心とした消化器内科。京大病院、天理よろず相談所病院、神戸中央市民病院に勤務。一九八二年UCLAに留学後、京大第一内科、病院講師を経て二〇〇〇年三月より富田病院副院長に就任。抱負として、「今までの経験を生かした消化器内科領域の専門的医療を推進するとともに、患者さんから親しまれる地域に密着した医療を目指し、皆様と協力して頑張っていきたい。」と語っておられます。

趣味は、旅行、ヨット、魚釣り。ご家族は、御両親、奥様と一男二女の七人家族です。尚、奥様は博愛会病院の眼科部長です。

私達の職場

京都博愛会病院 臨床検査科

病院の役割はいままでもなく患者さんの病気を早期に診断、治療して一日も早く、家庭に社会に復帰していただくことです。

病院の中で病気の診断に役立つ生体情報を提供する部署が放射線科や我々が所属している臨床検査科です。

治療や退院を促す部署としては、看護科、薬剤科、リハビリテーション科、栄養科などが担当して、医師を中心として我々全体でチームをつくる、いわゆるチーム医療を行って患者さんの治療に当たっています。

病院に來られた時に看護婦さんから「尿の検査をしますので」とコップを渡されたり、「血の検査をしますので採血します」と言われた経験があると思います。また、「心電図の検査をします」とか「心臓を超音波を使ってもう少し詳しく



く検査します」と言われ検査を受けた事があると思います。

これら患者さんから採取された尿や血液などは、検査室へ運ばれ尿や血液などの中に含まれている細胞の種類や数、血液中の成分を、顕微鏡や分析機器を使い患者さんの「今」の体内の状態を数値化し、正常値から外れている検査値より病気の原因を探る検体検査部門と心電図検査や脳波検査など心臓や脳の電気生理学的（ちよつと難しい言葉ですが、我々の体は電気の刺激で動いたり体内の情報を送っ

たりしている）性質を利用して、心電計や脳波計を通して波形を描かせる事により、心臓の病気や脳の異常を見付けることができます（生理検査）

また、超音波を利用して心臓や腹部や首の血管の中を体の外から（非侵襲的）痛みを伴わずに、現在の身体の中を見る事ができるようになりました。（画像診断検査）

当検査室では今年度、最新型の超音波診断装置を導入し機能や画像の解像度が大幅に上がり、心臓機能の評価や肝臓、胆嚢や脾臓の小さな腫瘍の発見に威力を発揮しています。

この様に臨床検査は、今現在体の中で起っている変化（病気）をリアルタイムに生体情報として報告、発見し、治療の経過を観察するための部署です。

病気の早期発見、早期治療そのためには、体の変調を感じたら直ぐに主治医に相談し、検査を受けてください。

検査室員五人も病気の早期発見、早期治療のために、日々奮闘しています。