

# 市民健康読本 Ⅲ

---

## 患者さまの権利

**私ども職員は、患者さま誰もが持つ権利を尊重する  
医療の実現に努めます**

1. よりよい医療サービスを受ける権利
2. 常に人間としての尊厳を保つ権利
3. 医療上の情報提供と十分な説明を受ける権利
4. 自分で選び、自分で決める権利
5. プライバシーが保護される権利

## 長野市民病院の理念

**私ども職員は、患者・市民の皆さまと手を携え、  
地域に開かれた病院としての医療を実践します。**

1. 命のいとおいさを大切に、人間味あふれる医療を提供します
2. 医療水準の向上に努め、高度で良質、安全な医療を提供します
3. 個人の人権と意思を尊重し、情報の開示、説明と同意を基本とする医療を提供します
4. 地域の保健、医療、福祉機関等との機能分担に配慮し、円滑な連携を図ります



**長野市民病院**  
Nagano Municipal Hospital



## まなびがき

平成15年度より進めてまいりました100床増床を含む増改築事業が完了し、平成20年4月から新病棟および救急センターなどがオープンいたしました。無事増改築事業完成の日を迎えることができましたのも、長野市当局、長野市民、長野市医師会、ボラティアなど関係するすべての皆様のご理解とご協力の賜物であり、心から御礼申し上げます。

平成7年6月の開院以来、がん診療、脳血管障害など主体とする高度最先端医療の提供に努めてまいりましたが、今後は長野市北部の中核病院として更に一層の役割を果たすこととなります。

いまや国民の2人に1人が「がん」になり、3人に1人が「がん」で亡くなる時代を迎える中、当院はス

タッフ、病院の設備、手術件数、放射線治療、化学療法、緩和ケアなどのがんに対する診療実績が高く評価され、平成19年1月厚生労働省より「地域がん診療連携拠点病院」の指定を受けました。今回の増改築事業では、外来化学療法センター、内視鏡・超音波センター、健診センターなどの施設面での拡充に加え、3テスラMRI、CTもとれる血管撮影装置を設置するなど医療機器の増強を行って、前立腺がんに対する密封小線源治療、メタストロン治療などとともにがんの診療体制をさらに充実させました。

また、開院当初から救急告示病院として、救急医療を行ってまいりましたが、今回の増改築で救急センター、救急・重症集中治療病棟の集約、救急科の設置により救急外来部門を拡充し、平成20年4月より24時間365日体制の救急セン

ターが稼動開始しました。併せて、長野赤十字病院内に在った長野市急病センターが移転し、「長野市民病院・医師会 急病センター」として、長野市医師会の協同により、初期救急医療も行ってまいります。

長野市保健医療公社としての役割のひとつに市民の皆様の公衆衛生に関する知識の普及、啓発を図り、市民の健康保持と増進に寄与することが上げられていきます。これまでこの目的のため、年数回の公衆衛生便り「ふれ愛」を発行し、全戸回覧し、現在22号を数えております。また長野市民病院広報誌「あしたの元気になあれ」も現在29号を発行しております。その他に各種講演会や市民健康講座を定期的に開催しております。3年前から地域の公民館、各種団体からの依頼を受けて看護師を中心とした「出前講座」を行っており大変好評です。このたび第2回の

病院祭を平成20年5月31日に行うことを記念して、開院10周年記念に発行した「市民健康読本」、第1回病院祭時に発行した「市民健康読本Ⅱ」の続編「市民健康読本Ⅲ」を発行いたします。市民の皆さんの健康増進の一助となれば幸いです。

今後も、市民病院の基本理念に従い、がん、脳卒中、救急など急性期医療と救急医療を重点的に行い、地域の住民からも医療機関からも信頼される病院となり、「高度で良質・安全な医療」を「命のいとおしさを大切に、人間味あふれる」形で提供していきたいと思っております。どうぞよろしくご支援を賜りますようお願い申し上げます。

平成20年5月

(財)長野市保健医療公社

理事長

長野市民病院病院長

竹前 紀樹

# 目次

まえがき

竹前 紀樹（長野市民病院 病院長）

## I 医者にかかる十箇条……… 1

—あなたが（いのちの主人公・体の責任者）

竹前 紀樹（長野市民病院 病院長）

## II 知っておきたい医療の知識

### （内科）

1 西井 裕

●糖尿病と合併症について……… 2

2 山本 寛二

●認知症の予防について……… 2

3 平井 一也

●肺がんの治療—内科の立場から—……… 3

4 長谷部 修

●脾臓がんが増加している……… 4

5 丸山 隆久

●急性心筋梗塞とその周辺……… 5

### （小児科）

6 青沼 架佐賜

●小児の摂食障害……… 6

### （外科）

7 林 賢

●胃癌に対する小さな傷の手術……… 7

### （整形外科）

8 松田 智

●手根管症候群について

（これであなたも手の専門医）……… 8

### （形成外科）

9 滝 建志

●シミ、アザの治療について……… 9

### （脳神経外科）

10 大屋 房一

●急性期の脳梗塞治療について……… 10

11 柿澤 幸成

●脳腫瘍について……… 11

### （呼吸器外科）

12 西村 秀紀

●呼吸器外科で扱う疾患……… 12

### （皮膚科）

13 齊木 實

●皮膚がんについて……… 13

### （泌尿器科）

14 岡根谷 利一

●膀胱がんの手術と虚無感……… 14

### （婦人科）

15 森 篤

●卵巣がんの早期発見……… 15

(眼科)

16 風間 淳

● 結膜下出血……………

16

(耳鼻いんこう科)

17 野村 康

● 頭頸部がんについて……………

17

(放射線科)

18 橋田 巖

● 多発性骨転移による痛みに対しての  
ストロンチウム<sup>89</sup>(メタストロン注)治療

18

(麻酔科)

19 成田 昌広

● 手術後の痛みの管理……………

18

(救急科)

20 坂口 治

● 当院の新救急医療体制について……………

19

(歯科・歯科口腔外科)

21 田村 稔

● 顎関節症の治療……………

20

(緩和ケア・がん相談支援センター)

22 横川 史穂子

● 緩和ケアとがん治療……………

21

(リンパ浮腫外来)

23 下谷 由紀子

● リンパ浮腫外来を開設しました……………

21

(看護部)

24 正村 睦子

● たかが手洗い、されど手洗い  
―毎日出来る感染予防―……………

22

(薬剤部)

25 古川 卓也

● 抗がん剤治療と薬剤師……………

23

(臨床検査科)

26 北村 弘文

● メタボリック症候群と臨床検査……………

24

(リハビリテーション科)

27 鐺木 武

● 『いつまでも自分の脚で歩きたい』……………

24

(臨床工学科)

28 清水 健一

● AEDによる救急蘇生……………

26

(栄養科)

29 春原 ゆかり

● 生活習慣予防の食生活の改善について……………

26

(医事課)

30 富岡 和男

● 急性期入院医療におけるDPC  
(診断群分類)……………

27

(医療福祉相談室)

31 畑 一二巳

● 入院医療費の窓口負担軽減について……………

28

あとがき

宗像 康博 (長野市民病院 副病院長)

29

# I 医者にかかる十箇条

あなたが（いのちのちの主人公・体の責任者）

竹前 紀樹

長野市民病院 病院長。脳神経外科。専門は脳腫瘍、脳血管障害・頭痛、救急医学、三叉神経痛他。



「賢い患者になるろう」と言う言葉をよく聞

きます。どのような患者さんが賢い患者さんか？

NPO法人ささえあい医療人権センターCOML（コムル）の辻本さんは、賢い患者になるための五つの心構えを挙げています。

1、病気は自分のものであるという「自覚」を持つこと

2、自分はどんな医療を受けたいかをしっかり考えること（意識化）

3、望んでいる医療など、自分の気持ちを言葉に置き換えること（言語化）

4、対話能力を身に付けること（コミュニケーション能力）

5、一人で悩まず誰かに相談すること

更に新・医者にかかる10箇条を提案しています。診療所、病院を問わず医者にかかる時の参考には是非ご利用ください。

## 新・医者にかかる10箇条

1. 伝えたいことは**メモ**して準備
2. 対話の始まりは**挨拶**から
3. よりよい関係づくりは**あなたにも責任**が
4. **自覚症状と病歴**はあなたの伝える大切な情報
5. これからの**見通し**を聞きましょう
6. **その後の変化**も伝える努力を
7. 大事なことは**メモ**をとって**確認**も
8. 納得できないときは**何度でも質問**を
9. 医療にも不確実なことや**限界**がある
10. 治療方法を**決めるのはあなた**です

## Ⅱ 知っておきたい医療の知識

### 糖尿病と合併症について

西井 裕

長野市民病院 内科科長。専門は糖尿病・内分泌代謝疾患



糖尿病を放置すると糖尿病特有の合併症が

出現してきます。コントロールが悪い状態を3年続けると糖尿病の合併症が進行してくるといわれていきます。合併症には細い血管におこる3大合併症と太い血管におこる動脈硬化とがあります。

細い血管の合併症は神経障害、網膜症、腎症です。患者さんにわかりやすく覚えてもらうために、「しめじ」と覚えてもらっています。すなわち神経障害の「し」、目の「め」、腎症

の「じ」です。目の合併症は失明につながる怖い病気ですが、初期には症状がありません。また失明にいたらなくても視力が両目で0.7より下がると車の免許がとれなくなります。腎臓はコントロールが悪い状態が10年から15年つづく、腎不全となり、最終的に透析が必要になります。透析すると生活の質を著しく低下させてしまいます。また糖尿病

病からの透析患者は死亡率が高いことは知られています。神経障害では、熱さや痛さがわからないため、知らないうちに、やけどしたり、けがをして、そこから細菌が体の中に入り込み、

熱が出たり、腫れてきたりします。

太い血管に起こる合併症は動脈硬化です。動脈硬化は年をとるとだれでも起こることです。しかし、糖尿病患者さんでは動脈硬化が、10年早く進行するといわれています。心臓に行く血管や脳に行く血管が閉塞してしまふと心臓では狭心症、心筋梗塞、脳では脳出血、脳梗塞、認知症を起してきます。予防するためには、血圧の管理(130/80

以下)、悪玉コレステロール(LDL120以下)の管理、血糖の管理(HbA1c 6.5%以下)がとて重要で、このような動脈硬化からくる心筋梗塞や脳梗塞になつてしまったときは一刻も争う事態です。突然強い胸痛があったときや、突然手足が動かない、話せないなどの症状が出たときは、あわてず、救急車を呼んで、救急外来を受診することが重要になります。

### 認知症の予防について

山本 寛二

長野市民病院 神経内科統轄科長。専門は神経内科領域全般



人は誰でも年をとると脳の機能が低下して

いきます。「認知症」とは、正常加齢より脳機能の低下

が速く進行し、その結果日常生活に支障を来たすようになった状態を指します。現在要介護認定を受けている人の約半数は認知症患者ですし、今後高齢者の増加に伴って認知症患者はさら



に増加すると予測されています。認知症の予防は全世界的にも大変重要な課題です。

認知症を起こす病気は数多くありますが、アルツハイマー病、脳梗塞、レビー小体型認知症、ピットク病、慢性硬膜下血腫などが主なものです。認知症患者の5〜6割がアルツハイマー病、約3割が血管性認知症（主に脳梗塞による）です。この2つの病気だけで認知症患者の8割以上を占めることになります。

脳梗塞は高血圧症、糖尿病、高脂血症や心臓病が原因となって起こるので、これらを予防あるいはコントロールすることで血管性認知症を予防することができます。

ではアルツハイマー病はどうでしょうか。明らかな原因が判っていませんので、脳梗塞のように確かな予防法は確立していません。しかし最近の調査で、

アルツハイマー病になりやすい人、なりにくい人が分かっています。

食事の摂取カロリーが多い人（特に脂肪を摂り過ぎた人）、コレステロール値の高い人、喫煙者、多量に飲酒する人、精神的ストレスの多い人、うつ病の人、社会的に孤立した人、ある種の遺伝子を持った人ではアルツハイマー病になりやすいというデータが出ています。

一方、適度な運動をする人、趣味を楽しんでいる人、ビタミンEを食事から多く摂る人、適度にお酒を飲む人では、アルツハイマー病発症者が少ないという結果も出ています。

なんとこれらは生活習慣病になりやすい人、なりにくい人のデータとかなり一致するもので、専門家にとっても驚くべきものでした。各人に合った人生の楽しみ方を見つけることが病気になるのではないコツのようです。

## 肺がんの治療 ― 内科の立場から ―

平井 一也

長野市民病院 副院長兼内科・呼吸器科統轄科長。専門は肺癌治療、透過性亢進型肺水腫他呼吸器一般



肺がんの標準的治療として①手術、②化学療法、③放射線療法の3つの方法があります。治療方針の決定にはがん細胞の種類（組織分類…小細胞がんか非小細胞がんか）とどこまで拡がっているか（臨床病期）の2つが重要な要因となります。さらに、患者様の年齢、肺機能状態、合併症の有無等を総合的に考慮し決定されます。これらの標準的治療はいずれもがん細胞を取り除いたり死滅させることを目的としたものです。一方、がんを抱えた状態であってもできる限り苦痛を軽減し、日常生活

の質を維持するための緩和医療というものがありません。従来は標準的治療が手詰まりな状態になって初めて緩和医療に移行していましたが、最近ではより早期から緩和医療を行うべきとの考えが主流になってきました。ここでは内科の立場から化学療法について述べます。化学療法とは抗がん剤による治療のことで、対象は大きく2つに分かれます。1つはがんが進行して手術が行えない方、もう1つは再発予防のための術後の方です。通常はプラチナ製剤ともう1種類の抗がん剤の2剤を組み合わせ、静脈内に投与します。抗がん剤が血液の流れに乗って全身に拡がり、がんの増殖、

浸潤、転移、再発を阻止することが目標です。化学療法にはこれら以外にも、がんによる症状を改善したり、放射線療法や手術成績の効果を高めるといった働きもあります。しかし、これらの薬剤には皆様も御存知のように食欲低下、脱毛、骨髄抑制（貧血、白血球減少、血小板減少）などの副作用が程度の差はあれほぼ全例に出現します。そして辛い治療にもかかわらず、腫瘍が定められた基準以下に縮小する割合（奏効率）は半数にも達しないのが現状です。

従来の抗がん剤はがん細胞を障害し死滅させることを目標にしていますが、近年分子標的治療薬と呼ばれる新しい薬剤が開発されています。これらはがん細胞の増殖を抑制するもので、副作用として致命的な薬剤性肺障害がないわけではありませんが、従来の細胞障害性抗がん剤に比べ作用は軽度であり、内服薬であるという利点があります。また、これらの薬剤は腺がん、東洋人、女性、非喫煙者、発がんに関するある種の遺伝子に変異がみられる人、においてより有効であることが判つてきました。

患者様ひとりひとりの状況を考慮した上で、より適切な治療法を選択したいと考えています。

## 膵臓がんが増加している

長谷部 修

長野市民病院 副院長兼消化器科統轄科長。専門は消化器一般（特に胃腸及び膵胆道疾患）



あなた  
の周りに  
も膵臓が  
んで亡く  
なられた

方がいるのではないでしょう。膵臓がん…以前は比較的少ない病気でしたが、現在では毎年2万人以上の方が亡くなっています。胃がんや大腸がんは検診で早期発見し、手術をして完治できるようになりましたが、膵臓がんは進行がきわめて早く、有効な検診方法もないことから早期発見はきわめてむずかしいといえます。小さい段階で発見できたとしてもすでに周囲に広がっていたり、肝臓に転移したりしていることが多いため手術できる方は20%

ぐらいに限られてしまっています。

それでも最近膵臓がんへの関心の高まりと検査方法の進歩により早期発見への道は少しずつ開けてきました。発見契機となる症状は黄疸・食欲不振・体重減少・背部痛・下痢などですが、突然の糖尿病の発症や糖尿病コントロールの悪化は膵臓がんを疑う有力な兆候となりますので注意した方がよいでしょう。その他膵臓がんの危険因子として慢性膵炎・喫煙・膵臓がんの家族歴などがあります。何の原因もない健康な方がある日突然発症することもありますので、膵臓がんになりやすい人を絞り込むのはまだまだむずかしいそ

うです。膵臓がんのスクリーニングには血液検査（アミラーゼや腫瘍マーカー）と腹部超音波検査が施行されますが、血液検査は進行しないと異常が現れにくく、超音波検査はお腹のガスが多い方や太った方では膵臓を全部みることができないため、膵臓をしつかりみるためにはCT検査が必要となります。

膵臓がんは手術ができたとしても5年生存率が10%に満たないため、抗がん剤

や放射線治療に期待がかけられていません。放射線治療の適応は限られますが、抗がん剤の進歩は著しく、現在は標準治療として塩酸ゲムシタビン（ジェムザール）を使用し、第二選択として胃がんで使われている内服薬TSS-1を使用します。完治を目指すことはまだまだむずかしいのですが、がんと共存しながら長生きできる人が増えていることは大変喜ばしいことだと思います。

## 急性心筋梗塞とその周辺

丸山 隆久

長野市民病院 循環器科統轄科長。専門は循環器一般



心臓から大動脈に駆出された血液は様々な枝を介して全身に供給され

ます。いちばん初めの2本の枝は心臓自身を養う枝で、冠動脈といえます。ポンプである心臓は休むわけにはいきませんから、冠動脈による血流供給は欠かせ

ません。これが詰まってしまったら大変です。動脈硬化が進んで冠動脈が閉塞すると血流が絶たれ、その先の心筋（心臓の筋肉）は死んでしまいます。これが急性心筋梗塞で、強い胸痛とともに発症します。死んだ心筋は再生しません。重篤な不整脈や心破裂などの急性期合併症により、最新の治療を行っても院内死亡率は1割にのぼります。病院到達前の死亡率はもっと高いと推定されます。

急性期治療の目標は、できるだけ早く閉塞した冠動脈を再灌流させること、急性期の合併症を予防すること、です。再灌流のためには多くの場合、緊急でカテーテル治療を行います。手首または鼠径部の動脈から挿入した細い管（カテーテル）を介して、冠動脈の閉塞部にたまった血栓を吸引し、細い風船で捻げ、ステント（金属の網の筒）を留置します。カテーテル治療

ののち、集中治療室に収容して合併症予防に努めます。

傷害される心筋を少しでも減らすことをめざして、再灌流までの時間の短縮に努力しています。夜間や休日にも迅速な対応ができるようにスタッフ一同頑張っています。平日昼間に緊急カテーテル治療を行うためには、予定されていた業務（通常の外来や検査）が大きく影響を受けざるを得ない（ときにストップ）ことを、どうか御理解ください。

さて、「壊れてから治す」と「壊れないようにする」のとどちらがよいでしょうか。動脈硬化を進める「冠危険因子」として、喫煙、糖尿病、高脂血症、高血圧症の4つが挙げられます（生活習慣病）。それらの治療は食事療法が中心で、地味です。しかし「壊れてから治す」よりも「壊れないように」日々の積み重ねを大切にしましょう。

# 小児の摂食障害

青沼 架佐賜

長野市民病院 小児科統轄科長。専門は発達、神経、循環器、心身症



グルメ志向や飽食の現代にあつて、食べ

ることを拒否したり極端に偏った食事の取り方をして、いるため、非常に不健康にやせている小中学生の子どもの増加しています。摂食障害といわれる病気で、小児科診療では、拒食症あるいは神経性食欲不振症といわれるものが主で、小学校高学年から中学生の女子に多くみられるため、思春期やせ症ともいわれます。頻度は、不健康なやせということでは、女子中学生の20人に一人、実に5%中でも日本ではこの20年の

間に約10倍の増加がみられており国際的にも注目されています。

小児の診断基準があり、以下の3つを満たすと神経性食欲不振症と診断されます。①頑固に食べる事を拒み、極端に食べる量を減らす。②年齢相応の体重増加がないか体重減少がある。③体重へのこだわり、カロリー摂取へのこだわり、自分の体に対しゆがんだイメージを抱く、肥満恐怖、自己誘発嘔吐、過度の運動、下剤の乱用、という症状が二つ以上みられる。要するに成長期の子どもの偏った食事や体重減少は要注意なのです。症状としては体重減少の他に、低体温や徐脈（一分

間の脈拍数が50台前半以下であること）があり、学校の身体測定や検診で発見されることもあります。本人は体調不良を訴える事がほとんどないため、周囲でまず疑うことが大切です。食べなくても元気だから大丈夫と思うのは危険です。特に小学校4、5年の前思春期に発症した場合は、低身長などの成長障害を起こす場合があります。

治療は身体の治療が最優先です。徐脈や低体温が著しく重症な場合は入院治療が原則です。感染症やガンなど身体の病気と違い、患者自身の治療に対する意欲に乏しかったり、逆に治療に拒否的態度を示す場合も多く、われわれ医療スタッフを悩ます所があります。患者の心の奥には表現し難い「存在の危機」がある事を認識し、本人の自主性を尊重し、両親と協力しながら周囲が連携して暖かくみていく姿勢が基本です。患

者の「心の声」に耳を傾け、誠意をもってきちんと命の大切さを伝え、とことん付き合う覚悟が大事です。

以上述べてきた思春期やせ症の他に、近年6、7歳くらいの年少例で食べずにやせてくる子どもがいます。その背景には抑うつ状態がみられたり、発達拒否という面が考えられる場合があります。食物回避性情緒障害などと言われるものですが、中には食べる事だけでなく、歩く事話す事などあらゆる行動を拒否する「広汎性拒絶症候群」といわれるものもあり、摂食障害という疾患の持つ根深さを表しているものといえます。以上

## 胃癌に対する小さな傷の手術

林 賢

長野市民病院 外科科長。専門は消化器外科、内視鏡外科、肝胆膵外科



胃癌は内視鏡技術の発達に伴い、早く発見

され、内科で行っている内視鏡を使った治療により、多くの症例の治療が行われています。

進み具合によっては、早期胃癌であってもリンパ節の転移する確率などが上がるため、内視鏡で胃の内側だけ切り取って治療終了という訳には行かなくなりま

す。一方外科の手術は従来大きな傷を必要としており、リンパ節や病巣は広く十分に切除できるものの、大きな傷が残る事が問題とされてきました。

その間を埋める方法とし

て内視鏡を臍の近くから腹腔内に誘導し、カメラで視野を確保しながら、胃およびリンパ節を切除する方法が開発され、日本や韓国を中心に行われるようになりました。小さな傷4-5カ所から鉗子という、細長い器具をお腹の中に誘導し、リンパ節が入っている脂肪組織および血管をクリップという器具で止血した後大きな組織として切り取る訳です。また21世紀のメスと言われている超音波凝固切開装置を用いれば、小さな血管を始め、4mm程度の太い血管もシールドして切る事が可能で、器具の開発は手術の低侵襲化、時間短縮、出血量の減少などに

大きな影響を与えています。癌の場所にもよりますが、2/3程度を切り取った胃5cm程の傷から取り出し、残った胃と十二指腸または小腸と吻合して、食事を食べられる形にして手術を終了します。

大きな傷の手術に比較してこの小さな傷での手術では、術後痛みが少ないので、早くから歩くことが出来ま

すし、早くに食事、退院が可能となります。また、美的にも優れているばかりでなく、腸閉塞という合併症も少なくなり患者様には恩恵の多い手術方法です。しかし、この方法は技術的には難しく、外科医の修練には時間がかかります。先ほど述べた器具も含め開腹手術と異なる高価な器具を使用するため、病院側にとっては初期の導入時のみならず、ランニングコストなど投資の多い手術という側面もあります。この技術は現段階で胆石症の手術か

ら胃癌、大腸癌、肝臓癌、腸閉塞、鼠径ヘルニア、急性虫垂炎の手術などと適応範囲が広げられ、多くの疾患に応用出来るところまで来ております。

私たち長野市民病院消化器外科スタッフはこの度10人という大所帯となりましたが、この様な高度な医療で患者様の傷や後遺症などの負担を少なく、また入院期間も短く、医療費にも配慮して、この小さな傷の手術（腹腔鏡下手術）を積極的に導入していく事を大きな目標としております。全国的にトップの技術



腹腔鏡補助下幽門側胃切除後の創部

を持ち、患者様にやさしい  
低侵襲の手術をめざします  
ので、お気軽にご相談下さ  
い。しかし、全ての方にこ  
の特技を行える訳ではあり  
ません。検診、ドッグなど  
を行い、病気を早期に発見  
しないとこの手術の恩恵に  
浴する訳には行かないから  
です。

また手術のみならず、化  
学療法（抗癌剤による治  
療）や緩和ケア（痛みの管  
理や精神的ケア）も充実さ  
せ、より安全で、皆様に満  
足いただける医療をめざし  
ております。外科の治療は  
大きく変わりつつあります  
ので、ご相談頂きます様お  
願い申し上げます。

## 手根管症候群について

### （これであなたも手の専門医）

松田 智

長野市民病院 整形外科統轄科長。専門は上肢の外科、末  
梢神経、マイクロナージャリー



手根管  
症候群

は、手の  
付け根の

8個の手

根骨のアーチの中を走る計  
9本の屈指腱が、加齢や使  
いすぎによる腱鞘炎を起こ  
し、一緒に走っている正中

神経を圧迫し、神経が阻血  
されて起こす病気です。（と  
いつても皆目見当が付きま  
せんね。）

具体的に申し上げれば、  
40歳代から50歳代以上の、  
良く手を使う女性で、両手  
の（時には片手の）親指か  
ら薬指の親指側の半分まで

の手のひら側にしびれがあ  
れば、まずこの病気といっ  
て過言ではありません。こ  
こで注目すべきは、薬指の  
小指側の半分と、小指には  
しびれの無いことが特徴な  
のです。手の痺れるお知り  
合いがいたら、痺れの範囲  
を聞いてみて下さい。薬指  
で範囲が分かれたら、あな  
たにも手根管症候群の診断  
は簡単です。しかし、中年  
女性に限らず、比較的若い  
男性でも肉体労働者に多  
く、若い女性としては、妊  
婦さんにも多いとされてい  
ます。

では治療はどうすればい  
いのでしょうか？ 神経の  
血行が悪くならないよう  
に、まずは手を冷やさない  
ように心がけて下さい。ず  
っと同じ格好をしているこ  
とも、手にとってはよろし  
くありません。次に、一番  
の原因は手の使いすぎとさ  
れていますので、手を大切  
にして使い過ぎないこと  
です。しかし、まったく手

使わずに生活できる人はい  
ませんし、いままでのライ  
フスタイルは、なかなか直  
に変えられないものです。  
しっかりと安静にしていただ  
くことのために手関節を固  
定する器具を用いたり、手  
根管内の炎症を鎮めるため  
に注射したり、痛みを抑え  
て神経の回復を促すために  
薬を飲んだりします。しか  
し、なかなか症状が治まら  
ない場合や、親指の付け根  
の筋肉が萎縮してしまった  
方には、どれだけ神経が弱  
っているのか確認するため  
に、神経伝道速度の測定を  
することがあります。

神経伝道速度がひどく低  
下していたり、症状が進ん  
でしまった方のために、手  
術があります。手根管の直  
上から広く展開する手根管  
開放術、一部の皮膚切開で  
行う小皮切手根管開放術、  
内視鏡で行う鏡視下手根管  
開放術、腱を入れ換える腱  
移行術など、術式は多彩で  
す。それぞれに実績のある

良い手術ですが、一長一短がありますので、お近くの手の外科専門医に御相談下さい。

最後に、皆様には手根管症候群を是非知っていただき、「なんだか知らないけれど手が痺れているうちに

手が痩せて来ちゃって…。」そしていつの間にか完成した正中神経の麻痺手（いわゆる猿手）になってしまいうような不幸な患者様を、一人でも減らしていただければと願っております。

## シミ、アザの治療について

滝 建志

長野市民病院 形成外科統轄科長。専門は形成外科全般



シミはホルモンや紫外線の影響により皮膚

表面にできる色素斑のことです。20〜30歳代の女性にできる眼の外側のシミ（肝斑）や高齢者にできるシミ（老人性色素斑）などいくつかの種類があります。アザは皮膚の色や形の先天性の異常（これを母斑と言

ます）を指し、赤いアザ（血管腫）や青いアザ（異所性蒙古斑、太田母斑）、茶く黒のアザ（扁平母斑、色素性母斑）などがあります。また、内出血などにより生じた赤色や紫色の皮膚の変色のこともアザと呼ぶ場合があります。

老人性色素斑には、レーザー治療がおすすめです。再発はほとんど無く、傷跡も残りません。ただ、治療後

には傷の手当てと日焼け予防を確実に行う必要があります。その他、雀卵斑や光線性花弁状色素斑もレーザー治療の有効性が高いシミです。

一方、肝斑や炎症後色素沈着は再発の可能性が高いため、レーザー治療は薦められていません。

アザの中にもレーザー治療が良く効くものがあります。異所性蒙古斑や太田母斑といった青いアザにはレーザーが著効を示します。赤アザ（血管腫）も9割以上の症例で有効とされています。ただしこれらは色が濃い場合が多いため、複数回の治療が必要となることがほとんどです。

ホクロ（色素性母斑）は、小さいものはレーザーで削る治療が有効ですが、大きいものや隆起したものには手術を行います。また、脂腺母斑は積極的に手術が薦められるアザの一種です。一般にシミやアザと言わ

れるものの中には実に様々な色素斑が含まれており、その診断により治療法が異なります。また、使われるレーザー機器も多種多様で、それぞれに用途も異なります。治療法の利点・欠点をよく聞いたうえで、治療を受けるかどうかを判断することが重要です。

## 急性期の脳梗塞治療について

大屋 房一

長野市民病院 脳神経外科科長。専門は脳血管障害、脳血管内手術



今回は、

脳梗塞治療のお話です。2

005年

10月から、脳梗塞治療に変有用な薬、t・PA（組織プラスミノゲン活性化因子）が本邦で使える様になりました。脳梗塞は、血栓等で脳血管の一部が詰まってしまつて起こる病気です、不整脈や高血圧、糖尿病やコレステロールの高い方、喫煙習慣のある方に多く発生します。この薬は、その詰まった血栓を効率よく溶解し、血管を再開通させる作用があります。認可前に行なわれた調査では、脳梗塞発症から3時間以内にt・PAを使った場合、

手足の麻痺や言語障害などが改善し通常の日常生活が出来るまで回復する人が37%弱程度に上つたほどもです。以前の治療法では、26%程度に留まります。当院でも2005年10月より、初めは半信半疑で使いましたが、その効果は歴然としており、これまでにt・PAを投与できた30例近い患者様では良好な結果が得られました。しかし、認可当時は特効薬の様に報道されたt・PAも脳梗塞の方の全てに使用可能かといえますと、残念ながらそうではありません。何故なら脳組織は血管が詰まって極度の血液不足に陥ると短時間で死滅してしまうため、発症から極短時間のいわゆる

ゴールデンタイムを過ぎるからの投与では効果が得られないばかりか、脳内出血等の副作用が多く発生するように成るからです。海外での多く研究でこの時間は、発症から3時間までとされています。この外、t・PAの使用には様々な条件があります。また、発症3時間以内であれば投与までの時間は早ければ早いほど効果が得易い事、病院到着から投与までほんなに検査体制を整えても30-60分程度かかる事からも、手足がの麻痺（上手く動かない事）、呂律不良、意識障害などが急に見られたら一刻も早く、直ちに脳神経外科のある病院を受診する事をおすすめします。

食生活の欧米化は、脳内出血（脳溢血）を目立って減少させましたが、血管が詰まってしまう病気＝脳梗塞、心疾患をむしろ増加させています。これらの病気は、エネルギーの摂り過ぎや

脂質に偏つた食生活や喫煙など、いわゆる生活習慣に深く関わっているとされます。脳梗塞になつてからの治療にはどうしても限界があるのは先に述べた通りです。言い古された事ではあります、30才を超えて、心当たりのある方も無い方も、健診等で定期的に自身の状態を把握されることも肝要かと思えます。



# 脳腫瘍について

柿澤 幸成

長野市民病院 脳神経外科科長。専門は脳腫瘍、脳血管障害



脳腫瘍は全身の癌に比べると決して多い疾

患ではありませんが、年間に1万人に1人程度の発症率と言われております。慣例的に頭蓋骨に囲まれた空間にできる腫瘍を全て脳腫瘍と言います。脳からできるものだけを指すのではなく、脳を包む膜、脳下垂体という脳の下にあるホルモンを作る小さな臓器からできるものや、脳から出てきた神経から発生した腫瘍も含まれます。これら脳以外から発生した腫瘍の多くは良性であり、それぞれ、髄膜腫、下垂体腺腫、神経鞘腫となり、頻度もこの順に

多いのです。一言で脳腫瘍と言っても様々な種類があり、全身の様々な腫瘍を合わせるのと同じくらいと言っても過言ではないでしょう。そのため便宜上今回は良性と悪性に分けてお話ししましょう。

まず良性腫瘍ですが、簡単に言うと腫瘍の増大速度が遅いものです。また、統計上脳腫瘍のおよそ半分は良性です。良性は前述のごとく脳以外から発生するものが多いため、摘出すれば直る病気と言つていいでしょう。しかし放置すると生命に危険が及ぶ場合もあります。症状は腫瘍による脳への圧迫症状ですので、摘出すれば症状が軽減することも多いです。腫瘍の大き

さが大きいほど摘出が困難となりますので、場合によっては数回に渡り手術を行わなければならないことがあります。

一方、脳自体に発生する場合は悪性のことが多いです。組織学的にはたとえ良性であっても安易に全摘出すると症状を悪化させてしまうため部位的に悪性と言わざるをえません。最近当院では最新の高性能3テスラMRIや2台の多列検出器CT、最新の血管撮影装置などにより適正な診断が行えるように環境を整えております。また、当院では手術中にはそれらの画像をナビゲーションシステムに取り込み、安全に手術が行えるようにします。つまり腫瘍の場所をカーナビのようにナビしてくれるのです。他には、特殊な内服薬とレーザー光で腫瘍を赤く光らせて区別できるようにしております。腫瘍は普通

に観察しても境界が不鮮明であるためこの方法はとても有効と言えます。更に、生理検査部門との協力により、手術中に脳を電気刺激して手足の動きを確認しながら行っております。麻酔から覚めたら手足が動かなかったということがないようにするための対策です。これらの機材を駆使してより高度な手術ができるよう万全な体制を整えております。

また当院では、常勤の脳神経外科血管内治療専門医により腫瘍を栄養している血管を術前に詰める塞栓術が行え、治療を強力にバックアップしてくれています。悪性の脳腫瘍では、手術後はそのまま転院することなく、当院での化学療法や放射線科によるライナック、X-ナイフなど放射線治療で総合的に治療させていただいております。

当院は竹前院長の努力により長年にわたり長野県では信州大学に次いで2番目

に脳腫瘍を扱っている病院です。当院の治療方針は、手術後症状を出さないことを第一に掲げ、前述した機器を利用しながら安全な手術を心がけて行っております。

す。一見当たり前のことのようにですが、脳の治療ではなかなか難しい課題なのです。当院では安全に、かつ最大限摘出できる病院として日々努力しております。

## 呼吸器外科で扱う疾患

西村 秀紀

長野市民病院 呼吸器外科統轄科長。専門は呼吸器、乳腺、甲状腺



日本で呼吸器外科が始まったのは、有効な薬

剤がなく不治の病といわれた肺結核に対して、今では想像を絶する手術が行われた昭和10年代です。現在では、肺がん手術が主体となり、病院の実力もその手術数や治療成績で評価されるようになりました。

呼吸器とは、言うまでもなく主に肺を指します。胸

の中に心臓を取り囲むように左右の肺があり、右は上、中、下葉の3つの肺葉に、左は上、下葉の2つの肺葉に分かれ、肺がんの手術ではがんのある肺葉を切除し、決められた範囲のリンパ節を取り除きます（リンパ節郭清といいます）。肺を切除すると呼吸が辛くなるようなイメージがありますが、肺葉を一つ切除しても日常生活にはほとんど支障を来さず、手術前とほぼ同様の生活ができます。

肺を切除するためには胸を開けなければならず、これを開胸といいます。標準的な開胸方法は、肩甲骨の背中側から乳頭近くまで切り、肋骨も切ります。このため、手術創が大きいだけでなく、痛みやしびれが長く続き、筋肉の損傷による筋力低下も生じます。

肺がんは高齢者や喫煙者に多いのが特徴です。肺がんの大きさ、位置、喫煙などによる呼吸機能の低下などによって、開胸や手術の方法は変わりますが、最近では胸腔鏡を用いて筋肉の切る範囲を減らし、肋骨を切らないようにするなど、身体への負担を少しでも和らげるよう心がけています。また、麻酔科の協力で手術後の痛みを軽減して早期離床および退院を図っています。その結果、開院した10年程前の手術後の平均入院期間は約3週でしたが、最近では10日程に短縮しています。

今後日本人が肺がんに罹患する数は増える一方と予想されていますが、呼吸器内科や放射線科、麻酔科と密接な関係を保ち、治療（根治性）を求め、加えて患者さんに優しい手術ができるよう努力していきます。

# 皮膚がんについて

齊木 實

長野市民病院 皮膚科統轄科長。専門は接触性皮膚炎、性感染症



皮膚がんは皮膚に生じる悪性腫瘍の総称で、

有棘細胞がん、悪性黒色腫、基底細胞がん、パジエツト病、ボーエン病、脂腺がん、菌状息肉症などたくさんの種類があります。それぞれ治療方法や予後に大きな違いがあります。これはどここの出身か、で区別されています。胃がん、肺がん、子宮がん、皮膚がんなどは大雑把な出身地別分類ですが、皮膚を構成する組織にもまた細かく出身地があり、出身地ごとに任務が違います。そして任務の違いに応じたがんがあり、性質も違うということです。当

然、皮膚の任務・性質を知らないのがんも理解できません。

皮膚は体の一番外側にあり、外界と接する最前線臓器なわけですから絶えず刺激を受けています。それを防御するという任務がまず一つです。平和ボケの日本みたくに人間が生きていく時には、何年も敵が侵入してこないなんてことはあり得ませんから、防御システムを壊し、すり抜けて侵入する敵が絶えずいるわけです。それを感じ取って報告するセンサーの仕事が2番目の大切な任務となります。皮膚の任務をこの防御とセンサーの二つにしほって考えてみましょう。防御といっても、いろいろ敵

が侵入してきますので、いろいろな防御方法があります。原始的な防御は、万里の長城みたいに壁を作って敵の侵入を防ぐという方法です。この壁の役割が角層です。皮膚の一番外側にあるケラチンという蛋白質で出来た甲羅の壁です。単純な仕事ですが、とても大切です。この壁を作り、維持するということに、皮膚はたくさんエネルギーを費やしています。この角層は最前線で働き、役目を終えると脱落して垢となって剥がれ落ちていくのです。ですので、絶えず角層を補修、供給しないとダメです。そのため、角層を作るためのレシピといいますが、設計図といえますか、それをわれわれは持っているのです。角層をつくる設計図は皮膚表皮の最下層の基底層にある基底細胞の中にあります。この設計図の色が薄くなったり、破れたりすると、正確な設計図でなくな

り、間違った角層を作ってしまう。こういう状態のひとつがんと考えたらよいのです。設計図を汚く読みにくくする要因が、がんを誘発する刺激ということです。この角層をつくる任務をおびた細胞から出来るがんを有棘細胞がんといえます。長時間、日光に暴露されたりしますと設計図はセピア色になって、読み取りにくくなります。その結果、間違った角層を作ってしまうのです。多くの場合、突然、設計図が読みにくくなるわけでなく、少しずつ汚れて読み取りにくくなるのです。これを前がん状態あるいは早期がんなどといえます。診断名にする時、日光角化症あるいはボーエン病、レントゲン角化症などです。有棘細胞がんを誘発する因子として重要なものに先に述べた日光（紫外線）があります。その他、設計図にダメージを与えるものとして、やけど

や外傷、放射線などの物理的刺激。砒素などの化学物質、ある種のイボウイルスや結核などの感染も、皮膚の設計図にダメージを与え、がん誘発因子とかんがえられています。

次に悪性黒色腫の話に移ります。非常に悪性度が高く、昔は、この診断をされたら死の宣告と同じように考えられていた時代があります。今は早期に発見されること多くなり、予後は飛躍的に伸びていますが、発見が遅くなれば、今もとても危険ながんであることに変わりありません。生命が誕生した時から、生物は太陽の恩恵と害を絶えず受けています。その紫外線の侵入を防ぎ調節する働きをしているのがメラノサイト（色素細胞）です。これも基底層の基底細胞間にばらばらと分布し、メラニンという色素を産生し、それを有棘細胞に供給し、紫外線を防御するという働きをし

ています。角層をつくる基底細胞と同様、入れ替わりをしていますし、設計図ももっています。その設計図を壊す因子が発がんのメカニズムとなるわけです。有棘細胞がんと違いこのがんは露光部にはむしろ少なく爪や足の底など陽の当たらない部位に多くできます。白人では紫外線もこのがんの誘引のひとつと考えられています。日本人では遮光して紫外線を避けても、このがんを減らすことは出来ないと考えられています。一番の誘引は遺伝的な背景と環境因子といわれていますが詳細はまだ不明です。

次の防御システムは角層やメラノサイトのように単純ではありません。免疫という防御システムで、とても複雑です。今年の学会で話を聞いていましたら演者の先生が「2年前の説明とここが、かなり違います」なんて謝っていました。新

しい発見が絶えずおこっています。皮膚の免疫の最前線はランゲルハンス細胞が担当しています。これは表皮の中を移動して絶えず、侵入者はないか、不審者はいないかと監視し、そこで得られた情報をリンパ球に伝え、さらにリンパ節にある司令塔に伝達するという仕事です。これは防御とセ

ンサーを兼ねた重要で現代社会にも通用するというか、この自然のシステムを学習し、現代社会が今後も学ぶべき先生のような複雑かつ優秀な防御システムです。このシステムを構成する細胞から生ずるがんが菌状態肉腫とか悪性リンパ腫というものです。

## 膀胱がんの手術と虚無感

岡根谷 利一

長野市民病院 副院長兼泌尿器科統轄科長。専門は尿路性器悪性腫瘍、腹腔鏡下手術他泌尿器科一般



膀胱がんは泌尿器科で扱うがんの中で前

立腺癌に次いで頻度の高いがんである。

治療法としては手術の他に抗がん剤などもあるが、まずは手術を避けて通るこ

とはできない。膀胱がんの手術は内視鏡による比較的簡単な切除術ですむのが約8・9割、残りは膀胱を摘出することが必要になる。

膀胱は腎臓でできた尿をいったん貯めておき、自分の意志で排尿することがその役割である。つまり蓄尿と排尿という2つの役割が果

たせれば良いのである。ところがいったん膀胱を摘出した後にこの機能を再建するのは容易ではなく、歴史的にさまざまな試みの手術がなされたが、敗北の連続であった。しかし1990年になる頃に画期的な進歩があり、新しい術式である「回腸新膀胱」がその後受け入れられている。病気の状態にもよるが、膀胱を摘出してそれまでとほぼ同様の生活ができるような時代が来たわけである。個人的には1992年からこの手術をやっており、ほぼ安定した成績が得られているが、一般的には受け入れられていないようである。現代は情報過多の時代であり、この手術をいろいろな施設で受けた患者さんなどからの情報がネット上でも氾濫しているようであり、そこにはさまざまな合併症の書き込みがあるため尻込みするようなのである。一般的に言えば、摘出する手

術よりは再建する手術の方が難しい。また新しい術式が出てもそれが普及するまでには最低20年はおかかる。ラーメン店にも美味しい店、一流の料理人があるかと思えば、駆け出しの調理人もいる。医者や病院も例外ではない。確かに手術の合併症をゼロにすることは不可能であるが、最近の風潮としてその時はしばしば医者が猛烈な攻撃の対象になる。新しい人を育てるとか、医療を社会資源として見る眼がなくなってきたしまったようであり、ますます新しい手術などやりにくい時代になったようである。はたして10年20年後の日本の医療はどうなっているのか、第1線にいるわれわれにも想像がつかないものである。

## 卵巣がんの早期発見

森 篤

長野市民病院 婦人科統轄科長。専門は婦人科癌



卵巣癌は近年増加傾向にあり市民病院でも

毎10〜20人の患者さんを治療しています。初期の卵巣癌にはこれといった症状がなく、かなり進んでから、

お腹がはる、腹痛などの症状が表れます。ですから、病院を訪れる患者さんの多くは進行した状態で、その5年生存率は約30%と大変悪いものです。

そこで、早期発見をめざして多くの研究がなされてきました。なかでもわが国よりも3倍以上卵巣癌のリスクが高い欧米で多くの検診（経膈超音波と腫瘍マーカーCA125の組み合わせ

せによる）が研究として行われました。しかし、この結果を分析して、欧米の医学界では無症状の女性が卵巣がん検診を受けることは推奨できないとするガイドラインを1994年に出しています。

最近、卵巣癌の自然史を研究したところ、卵巣癌には良性の卵巣嚢腫やチョコレート嚢腫から比較的長い時間をかけて癌になるものと、発ガンから数ヶ月という単位で進行癌になってしまう二つのタイプがあることがわかりました。後者のタイプでは毎月のように検診を受けなければ早期発見できないことになりました。

というわけで、目下のところ卵巣癌を早期に発見す

るシステムは確立されていません。ただ、出産経験がない、親族に卵巣癌の人がいるなどの卵巣癌のリスクファクターを持っている人は、頻繁に婦人科を受診して経膈超音波検査を受けたほうがいいかもしれません。卵巣がんの代表的な症状（必ずしも初期とはいえませんが）には膨満感、下部や腹部の痛み、食欲不振、突然の尿意や頻尿などの排尿障害があげられます。

## 結膜下出血

風間 淳

長野市民病院 眼科統轄科長。専門は眼科一般



特に思い当たることもないのに鏡を見たら結膜の一部が真っ赤になっていて驚いた、というよう

こうした症状は卵巣癌以外の疾患に由来するものも多いですが、症状が継続する場合は婦人科医の診察を受けることをお勧めします。

結局、卵巣癌の早期発見のためには、おかしいなと思ったらいつでも気軽に病院に行ける医療制度を維持することがもつとも大切なことかもしれません。昨今の医療費抑制政策では難しくなるかもしれません。

な経験をお持ちの方がいらつしやると思います。結膜下出血の可能性があります。眼球結膜は眼球の白い部分（しろめ）の表面をおおっている膜で、血管を伴っています。この結膜にある

血管が何らかの理由により破れて出血し、血液が結膜の下に拡がったものが結膜下出血です。結膜はほぼ透明なため、結膜の下で出血が発生するとまさに真っ赤な血液の色として認識されます。赤い部分の特徴としては、ペンキを流したようにべったりした感じになります。出血量が多いと赤黒い色合いに見えることもあります。結膜下出血とは別に、結膜が赤いと認識される状態に結膜充血があります。充血は細かな血管が太くなって赤さが目立つよう

になった状態で、血管一本一本をはっきり確認することが出来ます。出血は血が一面に広がるため血管の走行は識別しにくくなり、べたつとした赤色になります。

普通自覚症状はほとんどありません。目やにが出たり、ものが見にくくなったりする事はありません。また、結膜下出血は眼球の外

側の出血であって、眼内の眼底出血とはべつのもです。

一般に結膜下にたまった出血は自然吸収され、多くにお薬等を使用しなくても10日から2週間ほどで徐々に消退します。

特にはっきりとした誘因はわからないことが多いのですが、せきやくしゃみ、飲酒などが誘因のことがあります。けがをして出血した場合は治療が必要なことがありますので眼科を受診しましょう。あまり何度も結膜下出血を繰り返す場合には、動脈硬化や高血圧、糖尿病、あるいは出血を起しやすい病気が原因となっていることもありますので内科で検査を受けましょう。

結膜下出血は結膜が赤くなっていることのほかはほとんど症状がありませんので、何か他の症状を伴っている場合には眼科を受診しましょう。

# 頭頸部がんについて

野村 康

長野市民病院 耳鼻いんこう科統轄科長。専門は頭頸部腫瘍



頭頸部

とは、脳・

頭蓋内よ

り下方で

鎖骨より

上部、すなわち耳・鼻・口腔・咽喉頭・顔面・唾液腺・頸部など頭部顔面から頸部全体の領域を指し、この部分に生じる悪性腫瘍を頭頸部がんと言います。発生頻度は全てのがんの約5%程度で、器官別に見るとそれぞれまったく性格の異なるがんが発生する部位であり、頻度の高いものとしては舌・口腔がん、喉頭がん、下咽頭がん、甲状腺がんなどがあり、中咽頭がん、鼻・副鼻腔がんなどがこれに次ぎ、頻度の低いものは耳下腺がん、顎下腺がん

などの唾液腺がんがあります。細胞の種類では扁平上皮がんが最も多く、頭頸部の管腔（鼻腔、口腔、咽頭、喉頭など）においては90%を占め次に腺がんが続き、この両者が頭頸部がんのほとんどを占めています。頭頸部扁平上皮がんの発ガンには外因としての環境要因が深く関与しています。たとえば喫煙、飲酒や多弁、口腔衛生不良などが挙げられます。特に舌がんでは発ガンに歯牙・義歯との関係が多く例の原因となっています。症状は先に述べたように様々な器官が含まれるので一概には言えませんが、概ね初期症状はそれぞれの器官の炎症の症状と類似しています。たとえば舌・

口腔では痛み、腫脹、出血、喉頭であれば声が嘎れる、痛み、咽頭では嚥下時の痛み、違和感、鼻であれば鼻閉・鼻汁・血性鼻汁などがみられます。炎症の場合、比較的短期間に推移する事が多いのに対し、がんの場合は緩慢に症状が出現し慢性的に持続しながら徐々に増悪していく傾向にあり、そのため知らず知らずのうちにかなり進行してしまう場合があります。頭頸部領域は、顔面など容貌だけでなく音声、呼吸、咀嚼、嚥下などの機能が関係し、さらに視覚、嗅覚、味覚、聴覚、平衡覚、触覚と言った感覚器が存在しているので、それらの機能を出来るだけ温存した治療を考慮する必要があります。そのためにも出来るだけ早期の発見が大切です。扁平上皮がんは放射線治療が有効であり、多くの頭頸部がんは放射線科と協力した治療が主体となります。また、再建手術が必要

な場合は形成外科と協力して外科的治療を行います。頭頸部領域は比較的症狀が明確な事が多いので、軽微な症狀でも2週間以上続くとで耳鼻咽喉科を受診されることをお勧めします。

## 多発性骨転移による痛みに対しての ストロンチウム-89(メタストロン注)治療

橋田 巖

長野市民病院 放射線科科長。専門は放射線治療



ストロ  
ンチウム  
-89は、  
物理的半  
減期が約  
50日で、飛程の短い(平均  
2.4mm、最大8mm)放射線を  
放出する核種であり、カル  
シウムと同族のアルカリ  
土類金属です。体内ではカ  
ルシウムと同様な動きを  
し、造骨活性の盛んな部位  
に集積しやすい性質を有し  
ています。その結果、造骨  
活性が亢進した全身の骨転  
移病巣に選択的に集積し、  
局所的に同部の放射線治療  
を行い、痛みの緩和を図り  
ます。ストロンチウム-89  
の治療用放射線医薬品がメ  
タストロン注です。静脈内  
に約3mlを、ゆっくり注射

するだけですむ簡単な治療  
であり、入院の必要もあり  
ません。飛程が短いことか  
ら、周囲の人への被曝の心  
配もありません。骨に集積  
しなかったストロンチウム  
-89は、ほとんどが注射後  
1週間、特に最初の2日間  
に尿として体外に排泄され  
ます。したがって尿の扱い  
には注意が必要です。  
昨年の10月に、日本でも  
ようやく販売が開始されま  
した。適応は、多発性骨転  
移による痛みが出現してい  
る患者さんです。その他に  
もいくつかの適応条件があ  
りますが、当院のホームペ  
ージに記載されていますの  
で参照してください。昨年  
の11月末に1例目の治療を  
行い、現在では10例を超え

ました。概ね期待通りに痛  
みの緩和が得られていま  
す。しかしながら鎮痛効果  
は、即効性ではありません。  
効果の発現は1〜2週間後  
とされていますが、これま  
での経験では、2週間を過  
ぎた頃から痛みの緩和が得  
られているようです。また  
半減期が約50日であること  
から、注射後3カ月程度経  
過してから、再び痛みが増  
強してくる患者さんがいら  
っしゃいます。1例は、疼  
痛部位に通常の放射線治療

を施行、もう1例はメタス  
トロンを再度注射いたしま  
した。有害事象いわゆる副  
作用ですが、軽度の白血球  
減少や貧血が認められる程  
度で、多くの場合数カ月で  
回復してきます。悪心・嘔  
吐などの症状は一切出現し  
ません。  
多発性骨転移による痛み  
がある場合には、鎮痛剤の  
服用のみでなく、ストロン  
チウム-89の治療も是非検  
討して頂ければと思います。

## 手術後の痛みの管理

成田 昌広

長野市民病院 麻酔科統轄科長。専門は臨床麻酔一般、ペ  
インクリニック、術後疼痛管理



手術後  
の痛みは  
全ての手  
術で同じ  
強さとい  
うわけではなく、  
手術部位  
や切開創の大きさによりか  
なりの差があります。数日  
間にわたり強い痛みに悩ま  
される手術の代表的なもの  
としては、胸部や腹部の手  
術があります。これらの手



術の場合、昔から行われてきた坐薬や筋肉内注射の鎮痛薬を痛みに応じて間歇的に投与する方法では、十分に痛みを取り除くことができなことがほとんどです。

そこで当科では、術後の痛みをより軽くするために、全身麻酔を開始する前に背骨のすきま（椎間）から針を刺して、脊髄の手前の硬膜外腔というところに細い管（カテーテル）を入れておく硬膜外鎮痛法という方法を行っています。あらかじめ入れておいたカテーテル経由で、手術中から小型の機械式持続注入ポンプ（PCAポンプ）を用いて鎮痛薬（局所麻酔薬と医療用麻酔薬）の投与を開始して、術後も2〜6日間程度にわたって持続的に鎮痛薬の投与を行います。効果が十分なときは、全身麻酔より醒めた時点から、ほとんど痛みを感じません。カテーテルは直径0.5mm程度のと

ても細い管で、背中にしっかりと固定しておきますので、術後もほとんど気になりません。ポンプには簡単に押すことができるボタンがついていて、それを押すと即座に鎮痛薬が追加される構造になっています。体を動かした時などに痛みが少し強くなる場合がありますが、そのような際に自分でボタンを押すことにより、迅速に痛みに対応することが可能になります。

患者さんが自分の痛みに對して、自分の判断で予め設定されている鎮痛薬を投与できるこのような方法は、患者自己調節鎮痛法（PCA）と呼ばれています。鎮痛薬が投与される経路に對して硬膜外PCA、静脈内PCAなどの方法があります。

硬膜外PCA法は、当院では胸部や腹部の手術を中心に年間700名くらいの方にを行っています。術後に強い痛みを訴える方は少

なく、ほぼ満足できる鎮痛効果が得られています。また、鎮痛薬を点滴経由で投与する静脈内PCA法も増えてきており、現時点では

全身麻酔で手術を受ける方のほぼ半数がPCA法による術後疼痛管理を受けています。

## 当院の新救急医療体制について

坂口 治

長野市民病院 救急科科長。専門は救急医学、外科



平成20年4月1日

日より、救急科が

長野市民

病院に新設され、新しい救急医療体制がスタートしました。

24時間、365日救急の患者様を断らない。

という基本姿勢のもとに日々の診療に当たっております。しかし、当院には、産科、精神科等がないため、（婦人科はあります）これらの科に関する疾患の場合

は、他の病院にお願いする場合があります。

現在、救急科専任の医師は1名ですが、夜間、休日、は各科より、救急科兼任医師の応援を得て運用しております。また、平日の夜7時から11時までは、長野市医師会所属の開業の2人の先生方（内科系1名、外科系1名）に、比較的軽い症状の患者様を診ていただいております。そして、夜11時以降も、最低2名の医師が病院に泊まり、地域の皆様の急病や怪我に備えてお

ります。

さて、救急センターが開  
設されてから、1日平均6  
〜7台の救急車を受け入れ  
ております。疾患は心筋梗  
塞、脳卒中、喘息、小児け  
いれん、骨折、交通外傷な  
ど多岐にわたります。まず、  
救急科において診断と、初  
期治療を行い、各々の病氣  
の専門の医師に引継ぎ、専  
門治療を受けていただく、  
という方式をとっております。  
また、救急科での治療  
のみで、落ち着いた患者様  
には、自宅近くの開業医の

先生を紹介したりもしてお  
ります。

将来は北信地域の救命救  
急の拠点として、皆様から  
認めていただけるよう、医  
療技術の向上に努め、皆様  
の信頼に応えられるように  
してまいりたいと考えてお  
ります。また、引き続き医  
師、看護師の確保や、重症  
病床の拡充に向けて努力を  
していくつもりです。

最後になりましたが、今  
後とも市民の皆様の、暖か  
い御支援をよろしくお願い  
いたします。

## 顎関節症の治療

田村 稔

長野市民病院 歯科・歯科口腔外科統轄科長。専門は口腔腫  
瘍、顎関節症の咬合治療、歯科インプラント治療



顎関節  
症とは、  
顎関節や  
咀嚼筋の  
疼痛・関  
節雑音・開口障害・顎運動

異常を主要症状とし、時に  
は頭痛、首・肩・背中痛み、  
腰痛、四肢のしびれ、味覚  
の異常、舌の痛みや口内違  
和感、嚥下困難、呼吸困  
難、耳の痛み、耳鳴り、難

聴、めまいなど全身の様々  
な障害をもたらす症候群で  
す。10代後半〜30歳頃と40  
〜50歳代に2つの発症のピ  
ークがあり、10代後半から  
増加するのは成長期で歯と  
骨格のバランスが取れなか  
ったり、智歯の萌出による  
咬合（噛み合わせ）異常が  
出たり、社会生活も複雑化  
するためであろうと考えら  
れ、30代以降次第に減少す  
るのは、顎関節症状が多少  
あっても慣れて付き合える  
ようになるからと考えられ  
ています。40代以降では歯  
の欠損や不良補綴物による  
咬合異常が増える時期にあ  
たるため、発症が増加する  
ともいわれます。女性に多  
く発症し、理由として女性  
のほうが筋力や靱帯が弱く  
筋緊張や痛みに敏感であつ  
たり、健康や体の症状への  
関心が高いこと、女性ホル  
モン不足が発症の病因にな  
るなどの諸説があります。

若い年齢層の顎関節症患者  
者に対しては、ホームケア  
指導や薬物療法、智歯の抜  
歯、スプリント治療が有効  
ですが、40代以降の患者に  
対しては、そのような治療  
が効果がないことがしばしば  
あります。精神的な原因  
が絡んでいるためとも、あ  
るいは女性の場合は更年期  
障害の一分症かもしれない  
ため、従来の治療法では効  
果がないとの説もあります  
が、効果的な治療を行うに  
は咬合異常の診断が欠かせ  
ません。従来から顎関節症  
は病院歯科や口腔外科で治  
療されてきましたが、最近  
では難治性顎関節症と咬合  
異常との関わりに注目し  
て、咬合調整や補綴（冠の  
装着など）を伴うスプリン  
ト治療を行って効果をあげ  
ている開業歯科医院も増え  
ました。同様の治療法は、  
高度先進医療「顎関節症の  
補綴学的治療」として承認  
された大学病院でも行わ  
れ、咬合異常の修正に主眼  
が置かれています。

## 緩和ケアとがん治療

横川 史穂子

長野市民病院 緩和ケア・がん相談支援センター看護主任  
緩和ケア認定看護師



がんは慢性疾患で、あるといわれるように

になりました。そして治療期間が長期化し、また治るための絶対的な答えがない不確かさや医療の限界を抱えていることも現状です。そのような中で「緩和ケア」と聞くと多くの方は、もうがんの治療ができなくなつた人のための最期の医療と考えてしまうのではないのでしょうか。がんと闘うための治療をしてきた患者様やご家族にとって、緩和ケアは「何もしないこと」のように思えるのはやむをえないことなのかもしれません。しかし、緩和ケアの本

当の意味はがんという病気の状態や時期に関係なく、身体的な苦痛や心の辛さを和らげ、がんと向き合いつつ「その人らしく生活できるように。その人らしく生きる。」ようにすることです。

例えば手術後の痛みは患者様にとって大変な苦痛となります。それを薬物によりコントロールし痛みを減らした状態で離床すること



がんサロン

は、当院のような急性期病院では重要な緩和ケアの役割といえます。また、抗がん剤の治療をしながらその副作用をどうしたら減らせるのか考えることも緩和ケアの一部です。そしてがんと告知された時から、がん治療に伴う経済的な問題への対応やがんと向き合いながら感じる心の変化の全過程へ寄り添い、相談を受けられることも緩和ケアという医療です。このようながん治療の全過程の中に、症状緩和

和や経済的・精神的なサポートという緩和ケアの役割が加わることで、患者様の状態や状況に即した切れ目のないがん治療の支援ができ、受けるがん医療の質が向上するのです。

緩和ケアとは、けしてあきらめた医療ではありません。がんと向き合いつつ「その人らしく生きる」ことを支援する医療であり、がん治療を受けながら同時に利用していただける医療なのです。

## リンパ浮腫外来を開設しました

下谷 由紀子

長野市民病院 緩和ケア認定看護師  
リンパ浮腫治療セラピスト



リンパ浮腫とは、主にがんのリンパ節転

移や多くは乳がんや子宮がん、前立腺がんなどの手術や放射線治療後にリンパ液の流れが滞ることや手や脚などに起こる浮腫を言います。一旦発症すると治りにくいことや蜂窩織炎などの

合併症が起こりやすくなる為、複合的理学療法（スキンケア・マッサージ・ストレッチングや包帯での圧迫・適度な運動）という治療を行いながら、上手くつき合っていくことが大切になっていきます。その治療は保険適応外の為自費となりますが、平成20年4月からは、ストッキングなどの弾性圧迫衣が療養費として認められるようになり、僅かですがリンパ浮腫でお悩みの患者様の負担が軽減されるようになって来ています。リンパ浮腫外来は一人当たり60～90分間の時間を設け、患者様ひとりひとりに合っ



た、オーダーメイドのリンパ浮腫とのつき合い方を見

つけていく支援を目指しています。

## たかが手洗い、されど手洗い — 毎日出来る感染予防 —

正村 睦子

長野市民病院 感染対策室看護師長 感染管理認定看護師



よく知られた感染症にインフルエンザやノ

ロウイルスによる下痢症があります。感染の原因となるウイルスや細菌を体の中に入れないことが、感染予防につながります。口や鼻は、体の中に入るための入り口になります。

口から感染の原因を入れない為には、安全な食品を選ぶのは当然のことですが、食品を触る・調理する・食べる「手」を清潔にすることが重要です。汚れた手で触れば安全な食品も台無

オルで水分を完全に拭き取ります。

口や鼻から感染の原因を入れないためには、マスクを着けることが効果的です。ウイルスや細菌を通過させないタイプのものを使用すると効果的に防衛することが出来ます。マスクは、見た目に汚れたり、濡れたら交換すること、マスクを外した後にも「手洗い」を行うことが大切です。

感染の原因は、痰や鼻汁として、あるいは排泄物や嘔吐物として体の外に出ます。例えば、インフルエンザウイルスは咳やくしゃみで周囲へ飛び散りますし、ノロウイルスによる下痢症では、便や嘔吐物にウイルスが多く存在します。感染の原因を含んでいるもので周囲を汚さないことは、感染予防をする上で重要なことです。咳やくしゃみの時は、マスクを着けること、口や鼻をティッシュで覆う

こと（咳エチケット）で周囲への飛び散りが防げますし、嘔吐物を素早く片付けること、それらを片付けた後や排泄後の「手洗い」も、周囲を汚さない為に大切な

ことです。ご自身とご家族を感染から守る為に、「正しい手洗い」と「咳エチケット」を実行されることをお勧めいたします。

## 抗がん剤治療と薬剤師

古川 卓也

長野市民病院 薬剤科主査

がん専門薬剤師



がん治療において、抗がん剤は中心的な治療の一つです。抗がん剤は今から半世紀前に登場し、それ以降様々な薬が開発されてきました。従来の抗がん剤は、「がん細胞も殺すけど、正常細胞も殺してしまう」タイプの薬が主でした。したがって副作用も強く、辛い治療になることもありました。一方、近年開

発されている薬は、「がん細胞だけに効く」タイプの薬が主流となってきました。これらの薬は副作用も比較的少なく、より効果的な治療が期待できます。また、副作用を軽減する薬の研究も進み、苦痛を少なくしながら治療を続けていくことが可能になってきました。

我々薬剤師は、薬の専門家として「チーム医療」の一端を担い、抗がん剤治療に関わっています。主な業

務として次の三つがあります。

① 抗がん剤の無菌調製。薬剤部では、当院で投与される全ての抗がん剤を調製し、正確かつ清潔な（無菌的な）薬の供給に努めています。

② 抗がん剤の投与量や投与スケジュールのチェック。抗がん剤は「薬」と「毒」の両刃の剣です。有効かつ安全な治療を実施するためには欠くことはできません。

③ 患者様への情報提供。ご自分の治療内容を理解することは、治療に対する不安の軽減につながります。また、いつ頃どのような副作用が現れるのかわかることにより、副作用へのより早い対処が可能となります。

抗がん剤治療はこの10年間で大きな進歩を遂げています。今後、より効果の高い薬も登場してくると考えられます。しかし、どんな

に「いい薬」でも、使い方を間違えれば決して「いい薬」にはなり得ません。また、副作用の「少ない」薬はあっても、「全くない」薬は存在しません。それぞれの薬を適正に使用することが、その薬の副作用を最小限に抑えつつ、効果を最大限に発揮することにつながります。

抗がん剤はもちろん、薬に対する疑問や不安がありましたら、いつでも薬剤師に声をかけてください。

# メタボリック症候群と臨床検査

北村 弘文  
長野市民病院 臨床検査科長補佐



「メタボリック シンドローム」(メタボリック

ク症候群:以下Metsと略)は世界共通の病名として利用され、日本では今や「メタボ」という呼び名で、従来の生活習慣病に代わり、流行語として世間に定着しつつあります。Metsは内臓脂肪症候群とも訳され、内臓脂肪の蓄積を共通の基盤として、高血糖、高脂血症、高血圧を呈する病態で、個々の病態は軽症でも、集積することにより脳卒中や心筋梗塞の発症リスクが顕著に増加することが特徴とされています。

厚生労働省はMetsの診

断項目として腹囲、血圧測定並びに臨床検査3項目(中性脂肪、HDLコレステロール、血糖)を挙げており、脂質代謝異常や糖代謝異常者の多くは、全く自覚症状が無いため、Metsの該当者を早期段階で発見するには臨床検査が大きな鍵を握っていると云えます。また、それぞれの項目には診断基準が設けられ、腹囲は男性85cm以上、女性90cm以上、血圧は収縮期130mmHg以上または拡張期85mmHg以上、血清脂質は中性脂肪150mg/dl以上またはHDLコレステロール40mg/dl以下、血糖は110mg/dl以上となっております。

ところで、この診断基準

を全国のどの医療施設でも共通に使用できるのか?と疑問を持たれる方もいらっしゃると思いますが、現状では、どこの臨床検査室でも総合的な精度管理を実施しておりますので、臨床検査項目については、ほぼ大丈夫でしょう。ただ注意すべきことは、食事に影響される中性脂肪や血糖値が、採血時刻により大きく変動してしまふことです。原則としては、食後10時間以上

経過した空腹時に採血することが良いとされています。

Mets予防のため、今年度から厚生労働省の特定健診が始まります。まず受診することが大前提ですが、健診結果が全て正常でも、完全にMetsを予防できるとは限りません。食習慣、運動習慣などの健康習慣を身に付けることが重要であることを認識しておきましょう。

## 『いつまでも自分の脚で歩きたい』

楠木 武

長野市民病院 リハビリテーション科科长



歩くために必要な要素は、関節の動き、

筋力、バランスです。これは、加齢や使わないこと

で衰えてゆきます。しかし、使わないことでの衰えは、適切な運動を続けることで予防が可能です。

これから紹介する運動は、関節の動き、筋力、バランスの要素が組み込ま

れ、理学療法士が普段患者様に指導している内容です。この運動は、自宅において若しくは入院中でも、手すりを持ってできる運動なので、歩行ができる方なら可能な運動です。

括弧内は目安となる回数と時間です、慣れたら徐々に増やして下さい。また、痛みがでたら中止し、医師、理学療法士と相談して下さい。

1. アキレス腱と股関節のストレッチ

方法…背中を伸ばし、後ろ足の踵を着け、つま先を前に向け、ゆっくりお尻を前に出して5秒保持する。(左右5回)



3. 太もも挙げ

方法…片脚をできるだけ高く挙げて5秒保持する。(左右5回)



5. つま先立ち

方法…背中を伸ばし、踵を挙げ5秒保持する。(5回)



4. 半歩前

方法…背中を伸ばし、前に出した脚の膝をゆっくり曲げる5秒保持する。(左右5回)



これらの運動を1日1回継続し、いつまでも自分の脚で歩ける体力を維持してください。

2. しこを踏む

方法…股を大きく開き、ゆっくり左右に重心を移動させ5秒保持する。(左右へ5回)



# AEDによる救急蘇生

清水 健一

長野市民病院 診療技術部 臨床工学科主査



AEDとはAutomated External Defibrillatorの略で、心臓が痙攣し血液を流すポンプ機能を失った状態（心室細動）になった心臓に対して、電気ショックを与え、正常なリズムに戻すための医療機器です。心停止（心室細動・一部の心室頻拍）の救命率を見た場合、心室停止後の除細動が1分遅れるごとに7%〜10%も救命率は減少すると言われています。また、電気ショックは心室細動であれば、どんなときでも成功するものではありません

ん。時間との勝負です、一分一秒でも早く電気ショックを行うことが重要です。操作は電源を入れると音声で操作が指示され、電極パッドを貼り、自動的に心電図を診断し、電気ショックを与える必要があるか判断します。医学的な知識が少ない一般市民でも音声ガイドダンスに沿った簡単な操作で救命処置ができます（ショックが不要な場合は電気が流れることはありません）。

また、最近では音声案内で人工呼吸と心臓マッサージをリズムでコーチングしてくれる機種もあります。既に学校・駅・スーパーマーケットなど人が大勢集まる公共の場所でも多くの設置され、いざ心停止の患

者が発生しても迅速に対応できる環境が整備されてきています。わが国においても一般市民がAEDを使用して一次救命処置を行うことができるようになり、今後の益々の普及が予測されます。院内には現在2台設置（正面玄関・第2外来とリハビリの間）してあります

す。操作性・高性能・価格面・機能力のあるAEDは院内においても有用であり、普及していくと思われま

【心肺蘇生の流れ】

- ①意識の確認
- ②応援を依頼（119番・AED）
- ③呼吸の確認
- ④人工呼吸
- ⑤胸骨圧迫
- ⑥AEDで電気ショック

## 生活習慣予防の

## 食生活の改善について

春原 ゆかり

長野市民病院 診療技術部 栄養科主査



幼少期、誰もが耳にした事はあ

る赤い食べ物、緑の食べ物、黄の食べ物

の話・・・

「赤」は、肉や魚、卵や大豆製品等、体を作るたんぱく源となる食べ物。

「緑」は、野菜や果物等、

ビタミンを豊富に含み、体の調子を整える食べ物。

「黄」は、主食となるご飯やパン等、体に熱を与えエネルギー源となる食べ物。

生活習慣病予防の第一歩として、食事の見直しを考えていただきたいと思えます。まず、食べることに意味です。人は食べる事により食べ物から栄養をいただく



生きることができません。そして、食べる事により心が満たされ幸福感を得られません。私たちの生きる現代の社会は、食べ物がいつでも手に入る環境にあります。例えば、栄養バランスのものを整えた食品、ゆつくりと食事をする時間がない時に、とりあえずお腹を満たすよう工夫された食品等、様々な食品が簡単に手に入ります。また、血圧を下げる効果をうたった食品やビタミン補給食品などサプリメント的な物も、誰でも手軽に摂ることが出来ます。しかし、サプリメントは病気を治す薬ではなく、栄養補助食品という食品であることを認識していなくてはなりません。このように、私たちの食事環境は変化してきました。そこで、冒頭で述べたように「赤緑黄」の食べ物の話をあらためて考えてみていただきたいと思えます。色とりどりの食品を食卓に揃え、色々

な物を摂取する事が重要であり、偏った食品の摂りすぎ防止につながります。主食（黄）、主菜（赤）、副菜（緑）をバランスよく摂取する事が大事になります。次に重要な事は、摂取する量です。もし、体重が増えてしまったら、まずは理由

を考えてみていただきたいと思えます。そして、自分の食生活や生活スタイルを振り返り、可能な事から変える事が大事な事となります。食生活を見直し、考えてみる事が生活習慣病予防につながる第一歩だと考えます。

## 急性期入院医療におけるDPC

### （診断群分類）

富岡 和男

長野市民病院 医事課課長



平成17年4月、長野市北部地域の中核病院

として救急医療の充実を図り、将来にわたって急性期高度医療を提供していくためには病院経営の健全化が必須であり、病院全体としての改善努力が求められました。そこで、病院医療の

新たな評価指標といわれるDPC導入へと検討を始めた。急性期医療における現行の出来高払い方式は、①個々の診療行為にきめ細かく対応できるが、いわゆる過剰診療に傾きやすいなど医療の標準化が難しいこと、②医療技術の評価や医療機関運営コストが必ずしも適切に反映されていない

こと、③医療の質や効率性の評価が十分に反映されていないこと、などの問題点が指摘されており、DPC制度が開始された背景ともなっております。

DPC制度とは、入院にかかる様々な診療行為に対し、「医療資源を最も投入した傷病名」をもとに、1日当りの定額の点数を基本に医療費の計算をする算定方式です。ただし、すべての診療行為が包括されるわけではなく、従来どおり出来高で算定するものもあり、これらを組み合わせることで請求することになります。当院ではDPC導入により医療の標準化・透明化の同時達成を目指し、有用なデータを活用すべく、他医療機関と比較（ベンチマーク）し、分析した結果を現場にフィードバックすることで、更なる医療内容の充実に寄与しているところであります。なお、めまぐるしく変化する医療情勢の中、周囲

に目を凝らし適正な医療を追求し、今後もさらに地域

に開かれた病院を目指してまいります。

## 入院医療費の窓口負担軽減について

畑 一二巳

長野市市民病院 地域医療連携室係長・医療ソーシャルワーカー



健康保険を利用して医療を受けた場合、自己負担が高額となった場合に一定の基準額を超えた分が戻ってくる制度があります。これを高額療養費給付制度と言いますが、入院分については、事前に手続きをしておく事で、病院窓口での支払いを一定の基準額までで済むようにすることができます。

健康保険から「限度額適用認定証」の交付を受け、病院に提示すると、病院からの請求が所得により定め

られた基準額までとなり、莫大な医療費を病院窓口で支払う必要がなくなるのです。(基準額は、別表の自己負担月額限度額に記載されたとおりです。)

手続きは簡単で、加入されている健康保険証を発行している所(保険者と言います)に所定の申請書を提出するだけです。市町村国民健康保険や社会保険事務所などでは、窓口には保険証と印鑑を持って行けば即日交付してもらえます。有効期間は、申請した月の1日からとなりますので、入院した翌月に申請すると入院した月は対象外になってし

まいますので注意してください。

所得税非課税世帯の方は、この手続きで食事代の減免も受けられます。この場合は「限度額適用・標準負担額減額認定証」と名称が変わります。

なお、保険料の滞納がある場合等は交付してもらえませんので注意してください。

### 【70歳未満の方】

区分	自己負担額限度額		世帯合算基準額
	1~3回目	4回目以降	
住民税課税世帯 すべての加入者の年間所得が600万円を超える世帯	150,000円+ (総医療費-500,000円) ×1%	83,400円	30,000円
住民税課税世帯 すべての加入者の年間所得が600万円以下の世帯	80,100円+ (総医療費-267,000円) ×1%	44,400円	21,000円
住民税非課税世帯	35,400円	24,600円	21,000円

### 【70歳以上の方(高齢医療または後期高齢者医療の方)】

区分	個人外来分	自己負担額限度額	
		1~3回目	4回目以降
課税世帯 住民税 現役並所得者 一般	課税所得が145万円以上	40,200円	80,100円+(総医療費-267,000円)×1%
	自己負担「一般」適用の方	12,000円	44,400円
		12,000円	44,400円
住民税非課税世帯	低所得Ⅱ	18,000円	24,600円
	低所得Ⅰ	18,000円	15,000円

また、この認定証は入院分だけが対象です。但し、同じような内容で外来でも対応出来る場合がありますので、必要に応じて加入されている健康保険の窓口、お勤め先の担当者、または病院のソーシャルワーカーにご相談ください。

※低所得Ⅱ…世帯全員が住民税非課税世帯  
低所得Ⅰ…世帯全員が住民税非課税世帯で世帯所得が一定基準以下

## あとがき

長野市民病院開院10周年記念として、市民健康読本を発行し、今回第3版を発行することになりました。この小冊子は開院以来今までの間に長野市全戸に回覧している「公衆衛生だより ふれ愛」やボランティアの会の会報「はづき」、病院広報誌「あしたの元気になあれ」などの紙面に掲載された長野市民病院職員からの医療の知識を、最新の進歩を踏まえ改定した内容です。それぞれが得意とするところが多くかかれています。

市民の皆さんに健康管理の参考にしていただければ幸いです。

副院長兼診療部長

宗像 康博