

# はんだ山の風

第24号

## 大規模災害にどう立ち向かう

－ 危機管理体制、情報把握・連絡体制の重要性 －



### 政府主催大規模地震時医療活動訓練

全国からDMAT(災害派遣医療チーム)が集結  
西遠地区の災害拠点病院・救護病院の支援や  
傷病者の搬送を実施

### 防災対策本部・病院防災対策室

ヒエラルキーの指揮命令系統に沿って、連絡網を駆使し  
被災状況及び医療救護活動状況を一手に集約



## Contents

- P.2 **医療連携・退院支援関連業務の変遷** 医療福祉支援センター長 小林 利彦
- P.4 **新任教授の紹介** 精神医学講座 教授/精神科神経科 科長 山末 英典
- P.5 **地域とともに** 医療福祉支援センター 看護師長 高田 なおみ
- P.6 **シリーズ最先端医療 Vol.23 「高精度放射線治療技術」**  
放射線腫瘍学講座 教授/放射線治療科 科長 中村 和正
- P.8 **腫瘍センターだより「口腔がん — 怖れず、侮らず、早期発見のススメ —」**  
歯科口腔外科 講師 増本 一真
- P.10 **栄養部の紹介 ～栄養管理体制と患者給食サービス向上のための取り組み～**  
栄養部 副部長/栄養士長 渡邊 潤
- P.14 **診断のつかない難病を持つ子どもたちとご家族のための研究が始まりました**  
遺伝子診療部
- P.14 **CSCA TTTの重要性を学ぶ**

### 病院の理念

患者さんの人権を尊重し、地域の中核病院として安全  
で良質な医療を提供する。  
さらに、大学病院として高度な医療を追求しつつ  
優れた医療人を養成する。

### 基本方針

- 患者さんの意思を尊重した安心・安全な医療の提供
- 社会・地域医療への貢献
- 良質な医療人の育成
- 高度な医療の追求
- 健全な病院運営の確立

## 医療連携・退院支援関連業務の変遷

医療福祉支援センター長 小林 利彦

浜松医科大学医学部附属病院 医療福祉支援センター長の小林です。平素より数多くの患者さんをご紹介いただき感謝申し上げます。

さて、私が「医療福祉支援センター」に関係するようになって10年が過ぎました。この間、当センターに求められる機能や業務は随分と変化し、世の中の当該領域に関する認識も大きく変わってきました。10年前は、とにかく外部からの連絡アクセスが悪い当院の体制整備が急務でした。当時、速やかな受診予約を可能とするため（診療所等のみに教えた）ホットライン（電話番号）の設定も、今では運用が普遍化し、新たな対応策の検討が求められています。一方、病院の外来棟改修をきっかけに、院内各所に別れていた関係部署（相談部門ほか）を集約化したことは、関係職員が相互に連絡調整を行う上で有効であったと考えます。実際、高度急性期病院として退院支援・退院調整の推進が叫ばれる中、看護部門とMSWを含む医事課系職員が隣り合わせで日常業務を行うことで、効率的かつ迅速な対応が可能になったものと思われま。また、対外的には、医師会活動

などを重視して、数年前から浜松市医師会・静岡県医師会の理事として活動してきました。そのことは、医療関係者との関係構築だ



けでなく、行政関連職員との協働面で大いに役立っています。当センター職員の人材育成に関しては、まだまだ十分ではありませんが、2011年度からは年報「Annual Report」を作成することで、日々の業務に流されがちな状況下、自分達の業務内容を見直す良いきっかけにするように指導しています。全国の国立大学との関係では、2006年の「第4回国立大学医療連携・退院支援関連部門連絡協議会」でのデビュー以降、個人的にも積極的な活動を展開し、昨年度は、当地浜松で同協議会を主管させていただくところまでになりました。併せて、「日本医療連携研究会」の代表という重責も背負う羽目となり、分不相応とは思いつつ、頼まれると嫌とは言えない損な性格がわざわざしています。

これから大学病院クラスの医療連携・退院支援関連部門がどうなるのか、個人的な意見を少し述べたいと思います。大学病院として「高度急性期機能」を追求するのであれば、人口減少が進む市町や二次医療圏を超えた広域な患者医療圏の構築（開拓）が求められると考えます。近年、近隣地域の患者シェア率を上げるとか、手術室を増床するといった計画が大学病院でも安易に立てられがちですが、在院日数が12日前後となれば、実動病床を500床と仮定しても、年間15,000人の入院患者を継続的に確保することが必要となります。初診患者比率などとも関係しますが、大学病院の機能を考えると、数十万～100万人規模の患者医療圏の確保が期待されます。従前の日本の医療政策の失敗は、「供給」を先行させたことにあると考えます。地域にもよりますが、大学病院として遠方からの患者確保（需要）が期待できなければ（その吸引力がなければ）、ダウンサイジングを視野に入れるべきかもしれません。その一方で、遠方からの入院患者に対しては、診療・看護・生活情報等の収集不足が問題となりやすく、各種情報の伝達システムを整備・活用するとともに、入院前の様々なアセスメントや専門職種による介入などが必要となってきます。2025年以降、口腔内環境が不良で、栄養不足、ADL低下、貧困等の問題を

抱えた超高齢患者が増えてきます。外来診療での十分な観察評価が行われなまま遠方から入院してくる患者さんに対して、どのように対応していくべきか今後問われてきます。「入退院センター（仮称）」などを設置して、入院前に看護師、歯科医師、管理栄養士、リハビリ療法士、MSWなどの専門職種が介入する施設も増えてはいますが、遠方からの患者さんに対しては、その地域での医療資源の活用も期待されます。いずれにせよ、今後の医療体系を考えると、地域に密着し患者さんが行ったり来たりする病院と、遠方から専門的診療を求め来院する基幹病院との二極化が予想されます。そのような状況下、地域の患者さんの「囲い込み？」を狙うような経営戦略は、大学病院等が選択すべきではないと思います。実際、これまで地域に出ていくことが少なかった大学病院の職員は、その種のコアコンピタンスを有していませんから、以前からの「最後の砦」的な機能を発揮することや、地域に優秀な医療人材を輩出していくことに力を注ぐべきと考えます。

とはいえ、これまで、あまりにも「地域」を知らず、「殿様商売？」的な運営を行ってきた大学病院にしてみると、これからの時代は極めて未知な部分が多いので、様々な変化に対応できる病院上層部の舵取りが重要となってきます。



## 新任教授の紹介

### 精神医学講座 教授／精神科神経科 科長 山末 英典

本年6月1日から精神医学講座に参りました山末英典と申します。企業の研究員をしていた父親の仕事の関係で、小学校の途中まで静岡県榛原郡の吉田町で育ちました。小学校を転校して静岡を離れる時はとても寂しい思いをしましたが、今回縁あって静岡県に戻り、温暖で穏やかな気候とのんびりとした空気を懐かしく感じるとともに、静岡県の医療の発展に貢献出来る機会を頂けたことをとても嬉しく思っています。自分の使命を見出すことが出来たと感じています。

小学校で静岡を離れた後は東京と神奈川で過ごし、平成10年に横浜市大医学部を卒業した後は、東京都立松沢病院精神科の研修医を経て、東京大学の精神神経科医局に入局しました。以降、平成12年に入局して本年5月までの16年間、東京大学医学部附属病院の精神神経科で臨床と研究を続けてきました。同大学では、脳機能や脳形態を検討して、統合失調症や心的外傷後ストレス障害や自閉スペクトラム症などの精神疾患の中間表現型を同定するマルチモダリティのMRI研究を行なって来ました。さらに、同定したMRI指標を評価項目にして新しい治療候補物質の精神症状や脳機能への効果を検討する医師主導の自主臨床試験も行なって来ました。近年は自閉スペクトラム症の対人コミュニケーションの障害の治療薬としてオキシトシン経鼻剤の開発を行ない、多くのエフォートを割いています。また、大卒後どの時期にもフルに診療を行なって来ました。そうしたこともあっ



て、特に治療薬開発の研究を行なう機会を得てからは、医学研究の最終目的は、現在の医学では満たせない患者さんやそのご家族のニーズを解決出来るようにすること以外にはないと考えています。

今回赴任して1ヶ月半が経ちましたが、浜松医大精神科とその関連病院が、精神疾患の患者さんのニーズに正面から向き合って応えようとする基本姿勢を自然に持っていることに、繰り返し感銘を受けています。また、16年間過ごした東大を離れてみると、東大精神神経科時代には、先代の加藤進昌教授や現任の笠井清登教授のもと、非常に自由に研究を発想して計画して進めさせて頂いたことに改めて気が付き、現在の自分の研究者人生の土台となる発想力や創造性を培うことが出来たのだと気付きました。こちらでも、最終的な目的や基本姿勢は共有しつつ、出来る限り自由でかつ生産性の高い講座を作りたいと決意しています。

今後、講座、そして大学全体、さらには医学全体の発展に微力ながらも貢献出来るように尽力して参りますので、どうかご指導ご鞭撻のほどよろしくお願い申し上げます。

## 地域とともに

医療福祉支援センター 看護師長 高田 なおみ

医療福祉支援センターは平成15年に開設され看護師の専従配置がされました。その後設置された地域連携室、腫瘍センター、難病医療相談支援センター、肝疾患連携相談室の業務が平成23年には集約され、平成28年4月より『入院予約・検査説明カウンター』の一部の業務が加わりました。地域連携、医療相談、がん・難病・肝疾患相談、退院支援、ベッドコントロール、入院前情報収集、検査説明などを、センター長である小林利彦医師をはじめ看護師8人、MSW4人、事務職員12人（外部委託職員9人を含む）総勢25人で行っています。

静岡県西部医療圏は人口約85万人に対し5,000床あまりの一般病床を有しています。当院は613床を有し、年間延べ465,000人程の外来診療と13,000人程の入院患者を受け入れています。急性期の高度医療を求め隣接する医療圏や遠方から受診される方も少なくありません。一方で社会から求められる「病院完結型の医療から地域完結型の医療へ」と地域密着型の医療も提供しています。

病気や障害を抱えても住み慣れた地域でその人らしく暮らし続けるために、私たち医療福祉支援センターの職員はそのコーディネーターの役割を担っています。自分の専門性を活かし、多職種が協働してチーム力で取り組まなくてはなりません。そこで、多職種が連携して退院支援を考える体制づくりとして退院支援看護師とMSWがペアとなり病棟担当をする試みも始めました。病棟で行われるカンファレンスにMSWや退院支援看護師・医師やリハビリテーション部の職員が参加し情報交換を行っています。がん相談部門では専任のソーシャルワーカーを配置し、仕事と治療の両立のためのがん就労相談や患者会を開催するなどして増加傾向にあるがん患者さんの支援を行っています。

病棟看護師の役割も重要です。普段患者さんの傍らでケアをしている看護師が患者さんを一人の生活者としてとらえ、生活につなげる視点が必要

です。そのために平成26年度より訪問看護ステーション実習を組み込んだ退院支援研修など教育体制の充実を図っています。また、入院中による影響(ADLの低下や認知症状の悪化など)を最小限に抑え、1日も早く在宅に戻れるように日々のケアを実施しています。

地域との連携も大切です。入院前から地域でどんな暮らしをしているのかを把握し早めの情報交換や退院支援に結び付けられるように、外来棟2階にある『入院予約・検査説明カウンター』では入院前に情報収集を行い、入院前から退院後まで切れ目のない支援の継続を目指しています。訪問診療(往診)や訪問看護の事業所も増え、自宅に居ながらにして療養を続けられる環境も整ってきています。比較的医療依存度が高くても、在宅で治療を続けることができるのです。最近では退院支援だけでなく、外来通院中の患者さんの自宅療養のための在宅サービスの調整を行う機会も増えています。

医療福祉支援センターは外来棟1階のわかりにくい場所に位置していますが、気軽にご相談にいらしてください。センターを訪れるすべての患者さんの満足度向上を地域とともに目指していきたいと思っています。



MSWが参加しているカンファレンスの様子



## 高精度放射線治療技術



放射線腫瘍学講座 教授／  
放射線治療科 科長 中村 和正

近年、放射線治療は非常に進歩し、手術、化学療法と並んで、がんに対する主な治療法のひとつとなっています。また、本邦では高齢化社会を迎え、放射線治療を受ける患者数は増加傾向にあります。このような状況を後押ししているのが、めざましい照射技術の進歩で、腫瘍組織に放射線を集中し、正常組織の照射線量を減少させる様々な技術が開発されています。

本稿では、放射線治療科で特に力を入れている高精度放射線治療についてご紹介いたします。

### 強度変調放射線治療

近年の大きな技術革新は、強度変調放射線治療 (intensity-modulated radiation therapy, IMRT) です。外照射装置、すなわちリニアック (直線加速器, linear accelerator) の照射口には、多分割絞り (multi-leaf collimator) が取り付けられており、腫瘍の形に合わせたビームを形成することができます。IMRTでは、この多分割絞りを同一照射野内で動かすことにより、コンピュータで計算された不均一な線量分布を生み出し、最適な線量分布を形成します。IMRTは、脳腫瘍、頭頸部腫

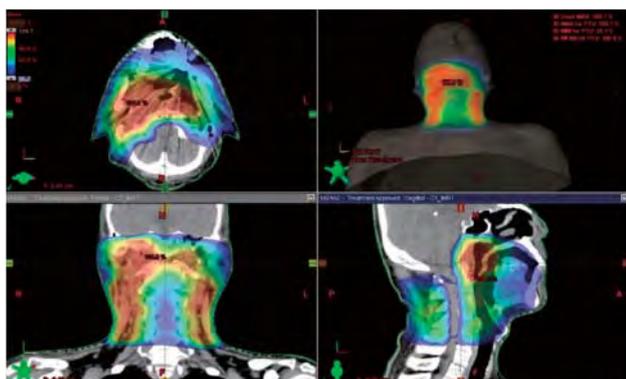
瘍、前立腺癌などの治療において、より多くの線量投与や副作用の低減化が可能です。

当院では、従来のStep&Shoot法、すなわち固定多門照射にてIMRTを行う方法から、照射口を回転させながら、同時に強度を変調させるvolumetric modulated arc therapy (VMAT)法への移行をすすめ、平成28年1月よりVMAT法でのIMRTの実施が可能となりました。VMAT法は、Step&Shoot法より治療時間も短くてすみ、より良好な線量分布を形成することができます。また、IMRTでは患者さんごとに、正確な線量が投与されるかを確認する検証作業が必要になりますが、この検証の時間も短縮することができます。VMAT法でのIMRTの実施により、ほぼ前立腺癌だけに限られていたIMRTを、脳腫瘍、頭頸部癌、リンパ節転移を有する前立腺癌など、多くの疾患に利用できるようになりました (図1)。

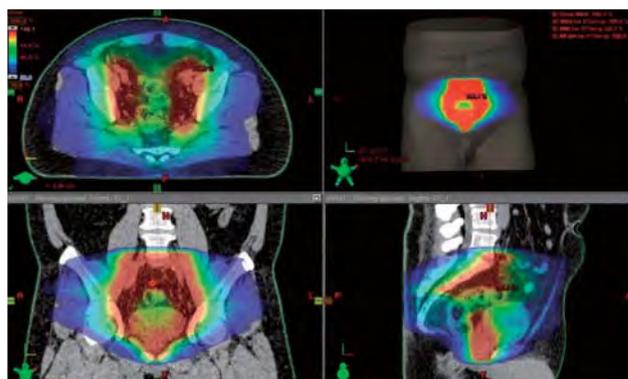
### 画像誘導放射線治療

外照射の問題点のひとつとして、位置あわせの不確実性があげられます。以前は、皮膚につけた印に合わせて放射線を照射していました。しか

図1



上咽頭癌への強度変調放射線治療



前立腺癌骨盤リンパ節転移への強度変調放射線治療

図2



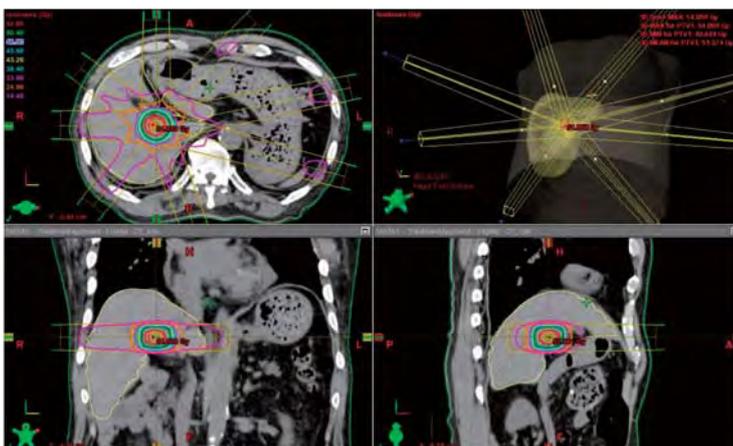
治療直前に、Onboard imagerと呼ばれる装置により、2次元画像、3次元画像を取得し、治療計画時との位置ずれを検出、補正できる。

し、人体は柔らかいため、ずれを考慮した広い照射範囲を設定しなければなりません。この問題点を克服するため、CTやX線透視装置がリニアックと一体化された機器が開発され、当院にも導入されています。このような治療は画像誘導放射線治療（image-guided radiation therapy, IGRT）と呼ばれており、治療直前に正確な腫瘍の位置をチェックすることができ、ミリ単位での正確な照射が可能で（図2）、副作用の少ない放射線治療の実現に大きく貢献しています。

### 体幹部定位放射線治療

肺がんや肺転移、肝転移が1カ所（場合によっては2、3カ所）だけに留まっており、手術ができない場合には、体幹部定位放射線治療（stereotactic body radiation therapy, SBRT）が可能です。SBRTは、いろいろな方向から腫瘍にピンポイントで放射線を正確に集中させる技術で、1回に通常の数倍の線量を集中させるため、大きな効果が期待できます。一方、正常組織の線量は分散されるため、副作用の発生は抑えられます（図3）。

図3



肝転移に対する体幹部定位放射線治療

定位放射線治療では非常に高い照射精度が求められますので、患者さんが動かないような工夫が必要です。浜松医科大学では我々が開発した固定具（ボディフレーム）を使用して、1人1人の患者さんの体の形に合わせた固定を行っています。

これらの高精度放射線治療は、医師のみで実施できるものではなく、優秀な診療放射線技師、医学物理士、品質管理士、がん放射線治療の専門知識をもった看護師などのスタッフの協力があって実施可能となりました（図4）。

今後、近隣の病院や各診療科の先生方のがん診療の一助となりますよう、スタッフ一同、質の高い放射線治療の実施に取り組んでまいりたいと思います。

図4



高精度放射線治療の安全な実施に欠かせない放射線治療装置の精度管理

腫瘍センター  
だより

口腔がん  
— 怖れず、侮らず、早期発見のススメ —

歯科口腔外科 講師  
増本 一真



現在、本邦における口腔がんの発生率は全悪性腫瘍中約2%程度ですが、急速な高齢者社会の到来の中で今後はより増加していくことが予想されます。病理組織学的に口腔がんの80%以上が扁平上皮癌であり口腔粘膜表面から発生するため目視可能であり、知覚機能に富む口腔は自覚症状が発現しやすいため早期発見は容易であるはずにも関わらず、未だ進行がんとなってからの受診が減少しません(図1)。口腔、顔面は人間の尊厳や社会活動における最重要臓器の一つと考えられるため、進行口腔がんは生物学的生命のみならず社会的生命をも脅かします。このため早期発見が非常に大切であり、本学歯科口腔外科では地域歯科医師会と協働しての口腔がん検診や早期発見のための講演を行っています。口腔がんの早期発見のためには患者様が受診を躊躇しないことが大切です。1つの基準として通常、アフタ性口内炎や義歯による褥瘡性潰瘍、等の潰瘍性病変は約2週間で軽快します(褥瘡性潰瘍は刺激原因を除去した場合)。このため、2週間以上も軽快しない場合は専門医療機関を受診して下さい。一般的にT1症例で

転移が認められない早期がんでは小範囲の病巣切除のみで完治が期待できます

(図2)。また、口腔がんの早期発見のためには前癌病変への対応も重要です。前癌病変とは正常なものに比べて明らかに癌が発生しやすい形態的变化を伴う組織であり、白板症や紅板症が代表的です(図3ab)。本邦での白板症の癌化率は3.1~16.3%ですが、経過観察期間が長期になるに従い癌化率が高くなると報告されています。しみるやヒリヒリする等の自覚症状を認めなくても口腔(舌、歯肉、頬粘膜、口底)に擦っても除去できない白色病変を認めたら、まずは専門医療機関を受診することをお勧めします。

さて、口腔がん治療では早期がん程、患者様への侵襲が少なく良好な予後が期待できるため望ましいことは当然ですが、当科では進行口腔がん治療も積極的に行っております。進行口腔がんの治療では、がんの根治のみならず審美的、機能的温存を考慮しなければなりません。当科における進行口腔がんの治療では、術前化学療法として経浅

側頭動脈による超選択的動注化学療法を施行しがん縮小後に切除する事で機能温存を図っています。しかし、T3、T4症例では切除部位が広範となるため欠損部に身体の他の組織を移植



図1 進行した舌癌(T3症例)



図2 ごく早期の舌癌(T1症例)

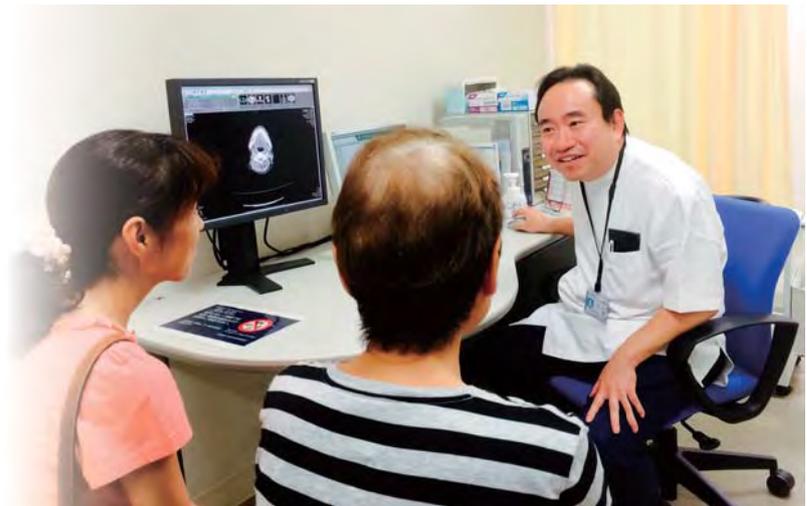


図3a 歯肉白板症



図3b 舌白板症

する再建手術が審美的、機能的治癒に必須となります。当科では主として再建術に遊離皮弁（欠損部位、範囲に応じて前腕皮弁、腹直筋皮弁、前大腿外側皮弁、腓骨皮弁を選択）を用い、拡大切除術と再建術を一期的に施行することで良好な審美的機能的回復を得ております。遊離皮弁による再建術は顕微鏡下での微小血管吻合（マイクロサージャリー）の技術が必要であり安易な手術ではありませんが、術後の嚥下、発音はもちろんのこと義歯・インプラントによる咀嚼機能の回復まで考慮した再建を行っています（図4 abc）。



外来にて がん治療では御家族の協力も大切であり、患者様への説明にはできるだけ御家族にも同席して頂いております。

当科は現在、日本口腔外科学会認定専門医4名（同指導医3名含む）、日本がん治療認定医機構暫定教育医がん治療認定医1名、日本がん治療認定医機構がん治療認定医（歯科口腔外科）3名を有し口腔がん治療を行っています。口腔がん治療においては患者様の社会的背景をも考慮した集学的医療が求められます。このため、当院では個々の患者様についての治療方針等を検討するため歯科口腔外科、耳鼻咽喉科、放射線治療科の3科による腫瘍カンファレンスを1か月毎に開催しています。また、看護部、腫瘍センター、緩和医療チーム、薬剤部、栄養部、医療福祉支援センター等も参加して各部門の専門性を生かしたチーム医療を実践しています。



図4a 左舌癌(内向型 T4症例)

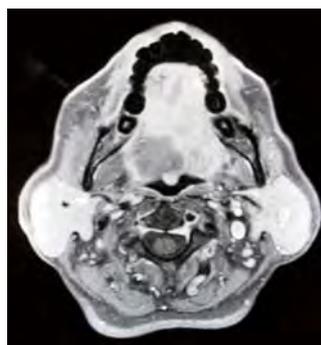


図4b MR画像  
右舌根部を除く舌全域に癌の浸潤を認める。舌垂全摘術+両側頸部郭清術+遊離前大腿外側皮弁による即時再建術を施行となった。



図4c 術後2年の口腔内所見  
発音、嚥下機能とも良好

## 栄養部の紹介 ～栄養管理体制と患者給食サービス向上のための取り組み～

栄養部 副部長／栄養士長 渡邊 潤



加藤部長



高橋副部長



栄養部スタッフ  
(執筆者は右の写真前列中央)



### 役割と業務内容

栄養部は中央診療施設に位置づけられ、患者様の栄養状態を維持・向上させることで、治療をサポートする役割を担っています。主な業務は、入院患者様に対する栄養管理とこれに基づいた給食提供、入院・外来患者様の在宅療養に向けた栄養食事指導、NSTをはじめとするチーム医療への参画です。また、加藤部長、高橋副部長ら2名の医師の指導のもと、科学的根拠に基づいた栄養治療の実践と研究活動を行っています。

### 栄養管理体制の特徴

栄養管理はフロア担当制で、病棟各フロア（2階～8階各2病棟）に1名の管理栄養士を配置しています。担当フロアの病棟カンファレンスや診療科のカンファレンスに積極的に参加するなど、病棟スタッフ及び多職種と緊密に連携して、患者様個々の病態や背景を十分理解したうえで、食事内容の提案なども行います。また、患者様に近い場所で活動が出来ますので、必要に応じて摂食状況の確認や食事に対するご意見などを直接伺うこと

### 施設認定

- NST稼働施設認定 ●栄養サポートチーム専門療法士実地修練認定教育施設
- 管理栄養士初任者臨床研修認定病院 ●病態栄養専門医研修認定施設

### 認定資格

- 【医師】
- 日本静脈経腸栄養学会認定医 ●日本病態栄養学会病態栄養専門医・指導医 他
- 【管理栄養士】
- 日本病態栄養学会病態栄養認定管理栄養士 ●日本病態栄養学会がん病態栄養専門管理栄養士
  - 日本病態栄養学会腎臓病病態栄養専門管理栄養士 ●日本静脈経腸栄養学会NST専門療法士
  - 日本糖尿病療養指導士 他
- 【調理師】
- 調理技能センター給食用特殊料理専門調理師 ●調理技能センター中国料理専門調理師

### 業務実績 (平成27年度)

入院患者給食数	件数	栄養指導・NST件数	件数
患者給食 一般治療食	235,009	個別栄養指導 外来	873
特別治療食 加算	100,456	入院	1,103
非加算	123,449	集団栄養指導	286
食堂加算	155,847	NST加算	820

により、患者様の状態や嗜好などを詳細に把握することが可能です。これらの栄養管理業務で得た情報を基に、個々に適した患者給食の提供に努めています。

### 患者給食提供の特徴

患者給食提供は病棟配膳方式で、病棟各フロアには加熱調理ができるフロア厨房を設置して、最終加熱調理から盛付け・配膳までを短時間で行うことにより、衛生面での安全性を高めるとともに、できたての食事を適温で提供することを可能としています。さらに、フロア厨房に对面提供用カウンターを設け、併設されたディールームで喫食される患者様には、その場で盛付けたばかりの温かい食事を提供しています。また、これらの食事提供を支えるための調理方式として、クックチルや真空調理を取入れた新調理システムを採用しています。レシピ化されたメニューを厳格な温度管理・時間管理の下に調理・保存することで、品質と安全性を担保しています。

### 患者給食サービス向上のための取り組み

#### ①低菌食メニューの改善

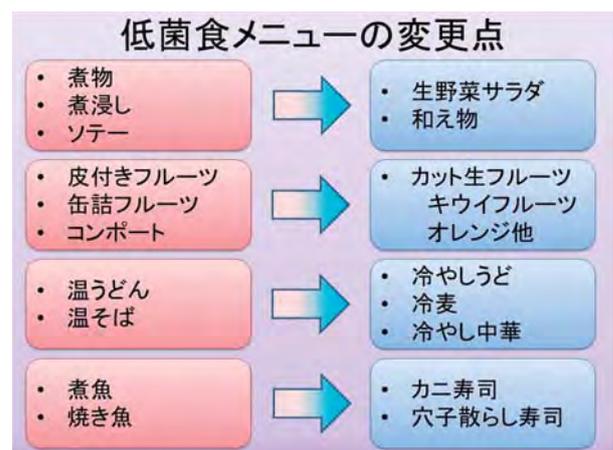
低菌食は従来、加熱料理を中心に、皮付きフルーツや缶詰フルーツ、パック食品等の組み合わせで提供されていたため、どうしてもメニューが単調になっていました。閉鎖的な環境の中で化学療法の副作用に耐えながら、長期療養を強いられる対象患者様からは、特に食事に対する不満や要望が多く聞かれたため、2014年度よりメニューの改善に取り組みました。造血幹細胞移植ガイドライ



東西病棟の中央に設けられたディールーム

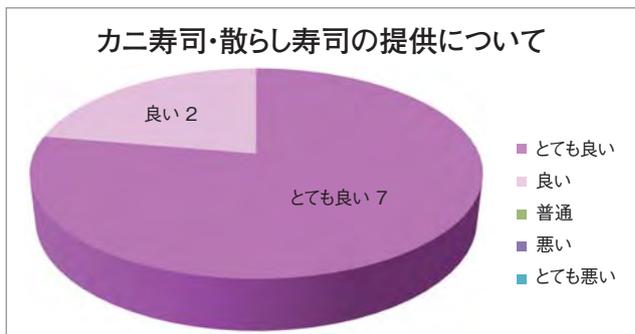
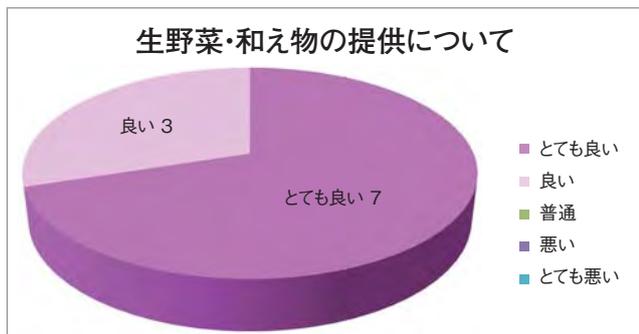
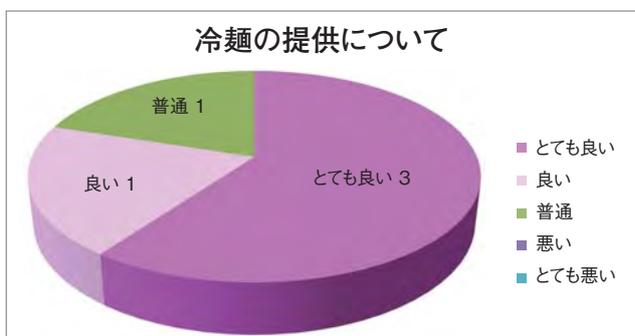
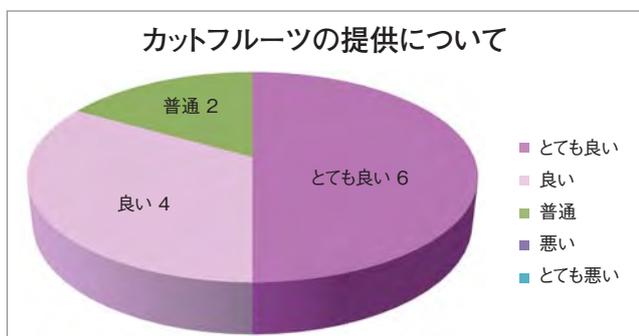


对面提供用カウンターを備えたフロア厨房



ンに則った衛生管理を遵守することにより、対象患者様への事前調査において要望が多かった生野菜、カットフルーツ、冷麺、寿司（散らし）等のメニューを提供することが出来ました。

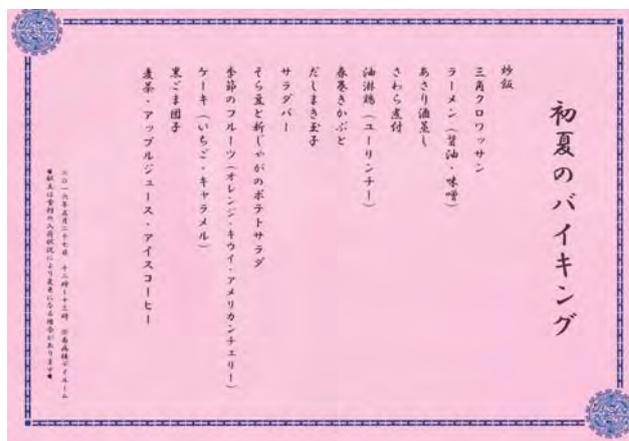
11ページからの続き



低菌食メニュー改善後に行ったアンケート調査結果です。対象患者さまには高い評価をいただきました。

## ②バイキング方式による食事提供

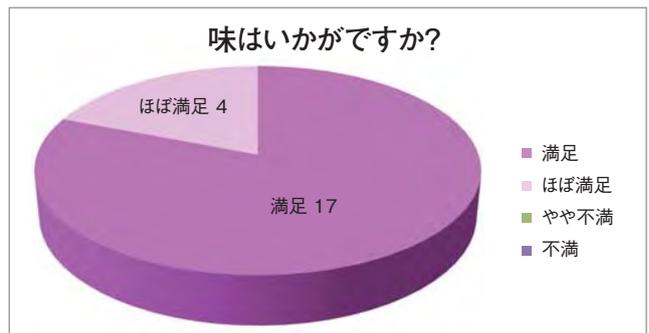
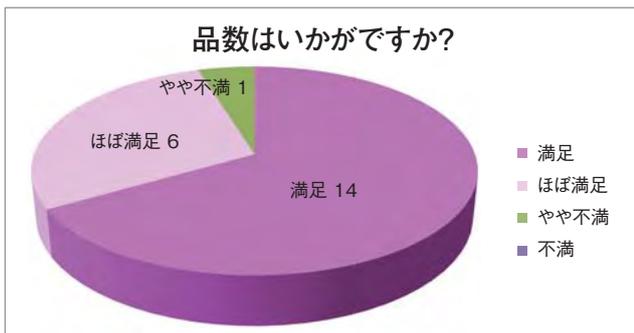
入院患者平均在院日数が2週間を切る中、入院加療が長期に及ぶ精神科病棟入院患者様への給食サービス向上のため、2016年度より月1回のバイキング方式による食事提供を開始しました。事前申し込みによる週4回の選択メニューは全科を対象に以前より実施していましたが、主食、メインメニュー、サイドメニュー、デザート、ドリンク各4種類前後のメニューをその場で自由にチョイスしていただくバイキング方式は、今回初の試み



となりました。現在、3回目の提供を実施した時点では大変ご好評をいただいております。



バイキングで提供した料理の一部(上) 栄養士がアッセンブルしたモデルを展示します(下)



4月のバイキング実施後に行ったアンケート調査結果です。品数・味ともに、ほとんどの患者様に満足していただくことが出来ました。

### 今後の課題

平成28年度から平成30年度にかけて患者食事療養費自己負担額が段階的に増額され、病院給食に対する患者様からの評価は厳しくなっていくことと思われま。今までの経験と実績を踏まえ、バイキング方式による食事提供の対象を拡充してい

くなど、その対応を検討しています。

栄養管理業務の中で得た不満や要望を、更なる患者給食サービス向上へと繋げることにより、患者様に喜んでいただくとともに、治療をサポートする役割を果たしていきたいと思ひます。

## 診断のつかない難病を 持つ子どもたちと そのご家族のための 研究が始まりました

当院は、遺伝子解析によって病気や原因を特定するプロジェクト・IRUD（アイラッド）に参加しています。IRUDはInitiative on Rare and Undiagnosed Diseases（未診断疾患イニシアチブ）の略で、日本医療研究開発機構（AMED）の推進する全国規模の研究として行われます。

IRUDでは、日常の診療の中で診断をつけるのが難しい患者さんを対象として、遺伝子を幅広く調べる検査を行います。その結果を患者さんの情報を総合し、患者さんが少ない病

気や新しい病気の原因解明と診断を行い、治療を届けることを目的としています。

当院はIRUD拠点病院の一つであり、まずは小児の患者さんを対象としてこの研究を開始しました。かかりつけの医療機関からの、診断が難しい小児の患者さんのご紹介を受け付けています。

詳しい情報は当院ホームページ内の遺伝子診療部のページに掲載していますので、ぜひご覧ください。

お問い合わせ先 遺伝子診療部 TEL:053-435-2503

## CSCA TTTの重要性を学ぶ

C：指揮と統制（連携） S：安全確保 C：情報伝達 A：評価  
T：トリアージ T：処置 T：搬送

8月6日、大学挙げての大規模地震防災訓練を実施しました。

「最大震度7の南海トラフ地震が発生し、4県（静岡・愛知・三重・山梨）が被災した」との想定訓練では、万全な対策を目指し個々がやるべき任務と責任を再認識するとともに、見えてきた課題を無駄にしない取り組みをさらに検討し始めました。



治療エリア 次々と運ばれる患者に必要な緊急処置を行い搬送先と優先順位を決定する



当院は日本医療機能評価機構認定病院です。

病院広報 **はんだ山の風** 第24号 平成28年8月発行

発行／浜松医科大学医学部附属病院広報推進委員会  
〒431-3192 浜松市東区半田山1丁目20番1号  
TEL.053(435)2111(代表) FAX.053(435)2153(医事課)  
Hpアドレス／<http://www.hama-med.ac.jp/>

過去の▶  
はんだ山の風は  
こちらから



# 外来診療日一覧

2016.8.1現在

受付時間 午前 8時30分～11時 一般外来・専門外来  
午後 0時30分～2時 専門外来

○：午前  
◆：予約のみ

休診日 土曜日および日曜日、祝日法による休日、12月29日～翌年1月3日

診療科名	診療日										備考	
	初診					再診						
	月	火	水	木	金	月	火	水	木	金		
内科 受付電話 435-2632												
一般内科	初診・再診	◆	◆	◆	◆	◆	◆	◆	◆	◆		
第一内科	消化器内科	◆	◆	◆	◆	◆	◆	◆	◆	◆		
	腎臓内科	◆	◆	◆	◆	◆	◆	◆	◆	◆		
	神経内科	◆	◆				◆	◆			◆	
	感染症専門外来			◆				◆				午後のみ
第二内科	肝臓内科	◆	◆		◆	◆	◆	◆	◆	◆		
	呼吸器内科	◆	◆		◆	◆	◆			◆	◆	
	禁煙外来	◆					◆					
	内分泌・代謝内科	◆	◆		◆	◆	◆			◆	◆	
第三内科	血液内科	◆		◆	◆	◆	◆	◆	◆	◆	◆	
	免疫・リウマチ内科	◆		◆	◆	◆	◆		◆	◆	◆	
臨床薬理内科				◆	◆	◆			◆	◆		要問い合わせ
循環器内科	◆	◆	◆	◆	◆	◆	◆	◆	◆	◆		
ペースメーカー外来												予約のみ、要問い合わせ
ピロリ菌外来	◆											午後のみ
精神科神経科 受付電話 435-2635 ※平成28年5月から、初診完全予約制を実施しています。												
	初診・再診	◆	◆	◆	◆	◆		◆	◆	◆	◆	
専門外来	児童思春期外来							◆				
	摂食障害専門外来								◆	◆		
	摂食障害デイケア							◆		◆	◆	
小児科 受付電話 435-2638												
	初診・再診	◆	◆	◆	◆	◆	◆	◆	◆	◆		
専門外来	内分泌・遺伝		◆					◆				
	内分泌		◆					◆				
	心臓				◆	◆				◆	◆	
	血液				※	※				◆	◆	※初診は随時電話で
	免疫・アレルギー	◆			◆	◆	◆			◆	◆	
	神経	◆	◆		◆	◆	◆	◆		◆	◆	
	腎臓				◆						◆	
	新生児フォローアップ						◆	◆			◆	
	乳児検診	◆					◆					
	CCS外来										◆	第4週のみ
小児外科 受付電話 435-2638												
	初診・再診	◆	◆		◆	◆	◆		◆			
外科 受付電話 435-2641												
第一外科	呼吸器外科			◆						◆	◆	
	一般外科（内視鏡）	○		○		○	○		○		○	
	乳腺外科	◆	◆			◆	◆	◆			◆	
心臓血管外科	○		○		◆	○		○		◆		
外科 受付電話 435-2642												
第二外科	上部消化管外科			◆						◆		
	下部消化管外科	◆					◆					
	肝・胆・膵外科					◆					◆	
	血管外科		◆					◆				
	緩和ケア外来		◆			◆		◆			◆	
脳神経外科 受付電話 435-2644												
	初診・再診	◆	◆		◆	◆		◆		◆	◆	
整形外科 受付電話 435-2647												
専門外来	初診・再診	◆		◆	◆	◆	◆		◆	◆	◆	
	教授外来（脊椎）	◆			◆	◆	◆			◆	◆	
	骨粗鬆症				◆	◆				◆	◆	
	リウマチ			◆	◆				◆	◆		
	手・末梢神経			◆					◆			
	脊椎	◆					◆					
	腫瘍			◆					◆			
	股関節					◆					◆	
	肩関節					◆					◆	
	膝関節・スポーツ					◆					◆	
	小児整形	◆					◆					

診療科名	診療日										備考		
	初診					再診							
	月	火	水	木	金	月	火	水	木	金			
皮膚科 受付電話 435-2650													
	初診・再診	◆	◆	◆	◆	◆	◆	◆	◆	◆			
専門外来	アトピー外来	◆		◆			◆		◆				
	光線過敏症外来		◆					◆					
	脱毛症外来	◆		◆			◆		◆				
	乾癬外来		◆		◆			◆		◆			
	皮膚リンフォーマ外来				◆	◆					◆		
	化学療法スキンケア外来				◆					◆			
泌尿器科 受付電話 435-2653													
	初診・再診	◆	◆		◆			◆	◆	◆			
専門外来	腎移植外来				◆				◆	◆		医師交代制	
	排尿障害外来		◆					◆					
	不妊症外来	◆				◆	◆				◆	第1、3、4、5週のみ	
眼科 受付電話 435-2656													
	初診・再診	◆		◆	◆	◆	◆		◆	◆	◆		
専門外来	網膜変性外来		◆					◆					
	斜視・弱視外来								◆				
	ロービジョン										◆		
	角膜外来										◆	第2週のみ（月により変更あり）	
耳鼻咽喉科 受付電話 435-2659													
	初診・再診	◆	◆		◆	◆	◆		◆	◆	◆		
専門外来	腫瘍外来	◆					◆						
	耳外来				◆					◆			
	めまい外来			◆									
	耳鳴外来		◆					◆					
	難聴外来・人工内耳外来		◆					◆					
	睡眠時無呼吸・いびき外来					◆					◆		
	顔面神経外来					◆					◆		
	鼻副鼻腔・アレルギー外来				◆						◆		
産科婦人科 受付電話 435-2662 ※女性医師ご希望の方はお申し出ください													
	産科 初診・再診	◆	◆	◆	◆	◆	◆	◆	◆	◆	◆	里帰り分娩等の方は、妊娠20週までに一度受診していただき、分娩予約をお願いします	
	婦人科 初診・再診	◆	◆	◆	◆	◆	◆	◆	◆	◆			
専門外来	婦人科外来	◆	◆	◆	◆	◆	◆	◆	◆	◆			
	産科外来	◆	◆	◆	◆	◆	◆	◆	◆	◆			
	腹腔鏡外来		◆					◆					
	光療法外来										◆		
	母親学級							◆				第2週：前期、第4週：後期	
	女性漢方外来		◆					◆				第1、2、4週のみ	
A R T 室 受付電話 435-2664													
	不妊外来						◆	◆		◆	◆		
放射線科 受付電話 435-2665													
	放射線治療科 放射線治療外来	◆	◆	◆	◆	◆	◆	◆	◆	◆			
	放射線診断科 IVR外来		◆		◆			◆		◆			
麻酔科蘇生科 受付電話 435-2668													
	初診・再診	◆	◆	◆	◆	◆	◆	◆	◆	◆			
リハビリテーション科 受付電話 435-2747													
	初診・再診	◆	◆	◆	◆	◆	◆	◆	◆	◆	◆	要問合わせ	
形成外科 受付電話 435-2496													
	初診・再診	○	○	○	○			○	○	○			
歯科口腔外科 受付電話 435-2673													
	初診・再診	◆	◆		◆	◆	◆	◆	◆	◆	◆		
専門外来	唇顎口蓋裂外来			◆						◆			
	インプラント外来												
	顎補綴			◆						◆			
	矯正歯科					◆					◆		

※市外からお電話の場合は、電話番号の前に市外局番（053）を付けてください。