

よこそうをよりよく知るためのフリーマガジン

プロムナード

2024年

5月号

Vol.373

毎月1日発行

特集『医師の“働いていないふり改革”について』

心臓血管外科医 大井 正也

シリーズ連載『Dr.田中の糖尿病人物往来（第1回）』

糖尿病センター長 田中 逸

よこそうニュース『新入職医師のご紹介』他

連載

Dr.長田の認知症学事始

谷川博士のお薬よもやま話

教えて！薬剤師さん

よこそう医療福祉情報局

TAKE FREE

改革4業種

2024年4月より医師にも働き方改革が導入されました。正確に言うと、これまでその業務特殊性から長時間労働が常態化し早期導入が難しいとされてきた4業種において、5年間猶予されてきた時間外労働の上限規制が導入された、ということです。

4業種とは、自動車運転業(トラック、バス、タクシー)、建設業、医師、製糖業のことで、私も知りませんでした。さとうきびは収穫後長く保存ができずすぐに圧搾などの処理をしなければならないことから、鹿児島県や沖縄県の規模の大きな工場では季節工を計画的に雇用して、製糖期は正社員と季節工が総出で24時間の操業を行っていた様です。これらの4業種では改革とともに、かねてより顕著であった人手不足が顕在化し対応に追われています。

従来の医師の働き方

これまで日本の医療は医師のみならず医療従事者の責任感に基づく自己犠牲のもとに成り立ってきたといってもいいように思います。なかでも医師は主治医制度などの影響もあり重症患者を受け持つと長時間勤務を余儀なくされ、手術はともかく外来などは睡魔と戦いながら、などということも常態化していました。それでも給料が他職種より良いからいいでしょ、と思われるかもしれませんが、大学病院に代表されるように高度医療を学ぶための環境であればあるほど多忙な反面その待遇は悪く、それほど学びにはならない副業で不足分を補ってきた、というのがこれまでの歪んだ実態です。昔は大学教授などの権力者には、その分“権力に伴うまみ”の要素があったようですから不公平が相殺されていましたが、他の業界同様、そのグレーな報酬の大部分が時代と共に駆逐されました。それにも関わらず大学病院などの基本的な待遇には何十年も変化がないようで、残念ながら行政が改善をおざなりにしてきた、とも言えると思います。

働いていないふり改革

そのような折に医師の働き方を改善する号令がかけられました。数年前より行政から様々な情報が発信され、当院も含めた各医療機関が右往左往させられてきましたが、そのほとんどは私から見れば”働いていないふりをする改革”といってもいいものでした。

主たるものが“宿日直許可”といって、当直中の業務が軽ければ時間外勤務に計上しなくても良い、というものです。これが取得できると病院としてはかなりの時間外勤務を減らすことができるのですが、その分許可を得られるハードルは高い、との触れ込みでした。しかし厳格に判断すると急性期医療が立ちいかなくなるためか、許可基準が次第に緩和されている印象を受けます。その結果、そこそこ業務があっても宿日直許可は得られ、逆に言えばそれなりに働いても時間外勤務に見なされないことがある、ということになります。

働く時間を減らさなければならないのですから、単純に考えて業務を減らすか、人を増やすことが必須となるはずですが、ただし実際には病気が発生する以上患者数や業務量が減るわけでもなく、医師数を増やす改革がされているわけでも、急性期医療や高度医療に人が集まる改革がされているわけでもありません。そのうえで外から見て時間外労働が減ったように見せるには、働いていないふりをするための抜け穴を作ることになります。

もしくは患者数が減っていないにも関わらず対応する患者数を減らすということは、救急医療の制限などにつながり、そのしわよせは救急医療を必要とする地域住民に跳ね返ります。配

医師の

“働いていないふり改革” について

(心臓血管外科医 大井 正也)



送であれば数日我慢できる場合もあるでしょうが、救急疾患は待つてくれません。産科救急などへのしわ寄せも早速出てきている様です。

働き方改革の影響と今後の展望

ただでさえワーク・ライフ・バランスを重視する意識が高まっている今、術後管理や夜勤が多い外科や救急など外科系医師数の減少がここ20年間で顕著になっており、働き方改革はここに拍車をかける形になるため、中長期的には日本の外科系、救急、産科などの崩壊が危惧されます。

まだ始まったばかりとは言うものの準備段階ですでに相当混乱を招いており、この改革を当初の予定通り徹底して押し進めると、急性期医療のさらなる制限につながります。過労死する一定数の医療従事者を救う代わりに、救急医療を受けることができない一定数の患者が犠牲になる、という皮肉な結果も想定されます。今後、条件を満たしていない場合のペナルティを軽減したり、基準が緩和される方向へのシフトチェンジが望ましく、個人的には、すでに号令をかけた現時点で一定の効果は得られているので、今後は形骸化してもよいのではないかとさえ思っています。今からでも遅くはないので、私は今後の一定程度緩和したかじ取りを行政に望みます。

不本意な過労と自主的な働きすぎ

もちろんこのような議論が活性化した背景には、長時間労働を強いられ声を上げることでもせずに過労死した事例などがあり、当事者や遺族の気持ちを考えると働き方改革を一概に否定することはできませんしそのメリットもあるはずですが。私が医師になったばかりの20年前などは午前2時から医局全体でのカンファレンスをしていたり、深夜に緊急手術で呼び出されてもそれこそ他職種が担うべき輸血業務につきっきりになっていたり、今では考えられない風習が多々ありました。ただしそのうちの多くは働き方改革を待たずとも、時代とともに次第に改善されてきた印象があります。その頃は親友の結婚式にも参加できない程休暇の取得が困難でしたが、今では随分と休暇を取得しやすくなりました。しかし逆に今では、向学のために緊急手術に参加しようにも見学なら自己研鑽として許されるものの、手を洗うと時間外勤務になるため手術参加を制限される、などというあまりに滑稽な現実があるようで、若手外科医のスキルアップが遅延することを危惧します。また労働時間の制限ということはすなわち給与の減少にもつながり、とりわけ急性期医療に従事している医師ほどその影響は大きくなります。扶養家族がいる医師であればなおのこと手放しで歓迎するわけにもいかず、周囲を見渡しても改革を求めている医師よりは困惑している医師がはるかに多いように思います。もともと副業を前提にして成り立っているような大学病院の給与設定をこれまで黙認してきたにも関わらず、基本給の改善をすることなく副業も含めた時間外勤務を大幅に制限しようとしているのですから、ひどい話です。

大学病院勤務医などの勤務環境の改善もなければ、この先空いた時間にこっそり副業をする医師も当然出てくると思いますし、他国との競争に競り負けつつあるこの国の将来を考えても、働く意欲があるのに制限をされることには納得ができません。何とか不本意な過労を強いられているケースを見つけ出して救いつつ、意欲のある人間には一定程度の働きすぎを許容して、救急医療を制約しない程度の改革にとどめることはできないのでしょうか？不本意な過労を見つけ出すことは容易ではないと思いますが、その努力を怠った結果として自主的な働き過ぎにまで一律に制限がかかったのではないのでしょうか？

タスクシフトの推進

医師の働き方を改善しうる要素の一つには他職種と業務をシェアするタスクシフトの推進があげられます。昔は早朝から若手医師が末梢点滴の確保に全病棟をかけまわったものですが、今では医師よりも看護師のほうが末梢ラインの留置に長けていますし、そのほかの行為についても今後さらなるシェアが望まれます。海外では看護師が血管採取もしますが、日本では先日皮膚を縫合した臨床工学技士が問題視されニュースになりました。今後特定行為を許可された“診療看護師”や“血管診療技師”といったスタッフの診療・手術参加や、“医師事務作業補助者”によるより一層の診療支援が期待されますが、行き過ぎた行為に警鐘が鳴らされる事例も増えてくるでしょう。法整備はもちろん、世間の理解が何より望まれます。

高齢化社会に向けて

もう一つ高齢医師の活用も重要と考えます。例えばチームの中で若年者の当直回数は多くなりがちですが、若年者が働きすぎであった場合に偏りをなくそうとすれば、還暦手前の医師と20代の医師の当直回数が同等、などという歪んだ事態もあり得ます。ただ還暦手前の医師はそろそろ定年という時代でもなく、もちろん昔の高齢者よりもパフォーマンスがいいこともあり、高齢化社会の矛盾を是正するためにも高齢医師の社会活動が望まれます。手術参加には限界があるとしても、職人業のような側面もある医業ではその経験値に助けられることも多く、存在意義は多分にあるはずで、ただしいわゆる“老害”にはならない様、お互いのためにも施設側のルール作りがあってもいいかもしれません。たとえば能力を定期的に判定してそれに見合った一定程度の業務内容に絞る制度など、言葉は悪いですが高齢医師を上手に“使う”、方法が求められます。それでも使われるということは求められるということですから、社会保障も充実していない今の高齢期に退くよりも、その境遇に対する高齢医師のニーズは一定程度あるのでは、と思います。加齢に伴う視力や聴力、記憶力、といった能力の低下については、今後のITやAIによるサポートにも大いに期待します。

私の友人が最近、医局人事で大学病院に異動になりましたが、電子カルテに慣れたか尋ねたところ、診療看護師(Nurse Practitioner)が常時サポートしてくれているので、電子カルテをほぼ触らずとも業務には支障をきたさない、と話していました。その一方、医療情報サイトで92歳の医師が電子カルテの入力ができないという理由で不採用になったというニュースを目にしました。2024年問題に立ち向かうには、より一層の広い視野と総合力が求められてはいないでしょうか？

終わりに

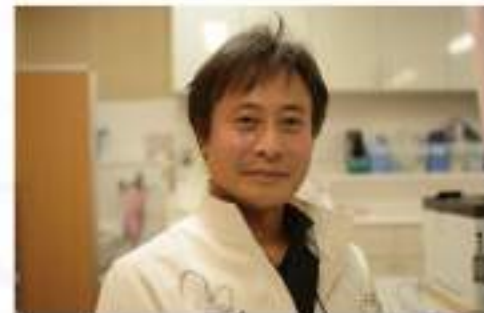
疾患に立ち向かう患者さんに要求するのは心苦しいですが、このような状況にある医療従事者に対して、もちろん患者さんのご理解も重要です。私も今後、配送予定が遅れても建築予定が遅れても、砂糖の供給が滞っても、常に思いやりを持って接しようと思います。

大井 正也 / Masaya Oi

心臓血管外科部長

- 岡山大学(2001年卒)
- 岡山大学病院
- 心臓病センター榊原病院
- 昭和大学病院
- 三学会構成心臓血管外科専門医
- 日本外科学会外科専門医

- 心臓血管外科修練指導者
- 胸部大動脈瘤
ステントグラフト指導医
- 腹部大動脈瘤
ステントグラフト指導医



Dr. 田中の 糖尿病人物往来



第1回
糖尿病で早逝した北原白秋

毎回のシリーズでは糖尿病に関わりのある人物や事物をご紹介します。雑学的な内容ですが糖尿病の予防・治療に関する何らかのヒントになれば幸いです。

糖尿病センター長 田中 逸

福岡柳川で生まれ育った白秋

白秋は明治18年生まれで本名を隆吉といました。生家の北原家は柳川藩ご用達の海産物問屋で屋号は「油屋」と呼んでいました。生家は幕末から明治初期にかけての建物といわれています。明治後期に人手にわたりましたが、白秋生家保存会が結成され、昭和44年に修復、復元されました。

白秋の父は長男の彼を油屋の後継者として期待していましたが、中学時代から文芸雑誌を愛読し、友人たちと回覧雑誌を作って詩歌散文の創作に熱中します。中央の文壇に出ることを夢見て上京し、早稲田大学予科に入学します。若山牧水、土岐善麿、石川啄木、木下杢太郎、吉井勇、与謝野鉄幹・晶子らと親しく交友し、やがて早稲田を中退して白秋は本格的な詩人への道を歩み始めます。



生家・北原家(白秋記念館, 福岡県柳川市)

糖尿病の合併症とともに

その後順調に国民的詩人としての地歩を築いていきますが、52歳の時に糖尿病網膜症による眼底出血を起こし、神田駿河台の杏雲堂病院に入院します。退院後も視力は回復せず、夫人に口述筆記してもらう日々が続きます。56歳の頃には腎臓合併症が悪化して歩行も困難になりました。昭和17年、57歳の2月に慶応病院に入院、次いで3月に杏雲堂病院に入院しましたが、11月に自宅で亡くなりました。

一般的に高血糖を10~15年間放置すると重症の糖尿病網膜症や糖尿病腎症に至る可能性が高くなることから、白秋はおそらく40歳代で既に糖尿病を発症していたものと私は推測しています。白秋が永眠した昭和17年、この時期すでに欧米ではインスリンの注射薬が使用されていました。しかし日本ではインスリンはもとより糖尿病の内服薬すらない時代でした。何らかの漢方薬は服用していたかもしれませんが、治療の基本は減食・減塩と安静だけだったと思います。



北原白秋
1885-1942

白秋が現代を生きていれば

現在は様々な糖尿病治療薬があります。糖尿病網膜症に対してもレーザー光線による光凝固治療や手術治療、眼球内に注射する薬剤もあります。腎臓機能低下に対しても透析治療や腎移植手術が行われています。白秋は長寿を全うし、素晴らしい作品をもっと多く残せたと思います。しかし、彼が生きた時代にはそのような治療手段は何一つありませんでした。黒メガネをかけ、かすんだ視力で足の痛みやしびれ、全身のむくみに耐えながらの生活はさぞつらかったことと思います。それにもかかわらず、数多くの素晴らしい詩歌を残した白秋の精神力と創作への情熱に深い感動を覚えます。

白秋は亡くなる直前まで故郷柳川を心から愛し、誇りにしていました。復元された生家には明治初期の雰囲気がよく残されており、白秋の思いが伝わってくる資料が数多く展示されています。

からたちの花
からたちの花が咲いたよ。
白い花が咲いたよ。
からたちの花が咲いたよ。
青い青い針のどげだよ。
からたちの畑の垣根よ。
いつもいつもとほる道だよ。
からたちも秋はみのるよ。
まろいまるい金のたまだよ。
からたちのそばで泣いたよ。
みんなみんなやさしかったよ。
からたちの花が咲いたよ。
白い花が咲いたよ。

童謡「からたちの花」作詞 北原白秋、作曲 山田耕作、1925年



認知症学事始

にんちしょうがくごとはじめ

自分自身の位置関係

例えば、「今日は5月1日水曜日で、今は午前10時頃、ここは横浜総合病院・脳神経センター待合室、隣に居るのは長男の太郎である」という情報を、質問されたときに即座に正確に答えることができる能力を「見当識」と言います。すなわち、時間軸や周囲の空間、さらに人間関係における自分自身の位置関係を持続的に把握することで、譬ては料簡や指南力とも言われました。認知症になると多くの症例で見当識の障害、すなわち「失見当識（見当識障害）」が観察されます。今日は何月何日何曜日かと質問されると、即座に答えることができず、家族に対して「今日は何月何日？」と日付や曜日に関する同じ質問を頻回に繰り返すようになります。認知症の初期には時間の失見当識が見られ、進行するに従って場所や人物の失見当識が現れると考えられています。失見当識が顕著になると、規則正しい生活を継続することや行事予定に合わせて行動することも困難になり、日常生活に多くの困難を生じます。



時間の失見当識

場所の失見当識

人物の失見当識

情報のアップデート

「何歳ですか？」と質問されると、自分の年齢を正確に答えることができず、その代わりに生年月日を答えようとする人が多いのも認知症の人に特

微的な症候です。生年月日のような固定された情報は思い出すことはできますが、毎年更新される年齢を正確に返答することができないので、失見当識は、一見記憶障害のようにも見えますが、時間や場所に関する情報のアップデートの障害と解釈されます。

思い出のなかに

例えば、認知症の高齢の女性が、長女夫婦と一緒に暮らしており、孫たちも独立して、数年前からは長女が食事の支度は全て肩代わりしているにも拘らず、「誰が炊事を担当していますか？」と質問されると、「ハイ、私が今でも早起きして、孫たちのお弁当も作って、家族5人分の食事の支度を担当しています」と答えることは珍しくありません。10年以上前の状況を、

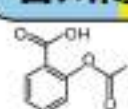
恰も現在の状況のように自慢げに話すことは「作話」と言われます。本人は意図的に嘘をついた訳ではなく、10年以上前の記憶がしっかり更新されないまま層々全面に出てくるのも、失見当識の表れです。今の自分を、自分が若かった頃と勘違いして話す場合は、大抵は、自分自身が一番輝いていた時代、たとえば会社で活躍していた頃や、子育てに追われていた頃に戻ることが多いようです。昔のことを今のように話すのは、「昔の思い出のなかに生きている」と解釈することもできます。

次号連載第二十一回に続きます



お薬にまつわる
あんな話こんな話
そんな話

谷川博士の



お薬よもやま話



薬剤部長
谷川 浩司

<連載第13回>

Illustration by Ken Nagata

お薬の飲み合わせ：分布への影響（1）

■服用したお薬が血液中に入り、そこから全身に循環して脳や、肺、腎臓などの臓器に移行するお話は、2023年6月号で書きました。これをお薬の分布と呼びますが、この分布の過程でお薬同士が相互作用を起こして、お薬の効果や副作用に影響することがあります。

■多くのお薬は、血液中に入った後、血液中のタンパク質（アルブミンやα酸性糖タンパクと呼ばれるもの）と結合（くっつくこと）します。この結合の度合い（タンパク結合率）はお薬によって異なり、中には血液中に入ったお薬の95%以上が結合するもの（結合型）もあります。一方、血液中に入ったお薬は、血管を通過して全身に行き渡るなかで、肝臓で代謝を受けたり、腎臓で排泄されたり、奏効部位で効き目を現わしたりしますが、基本的に、この代謝、排泄および効果発現は、タンパクに結合していない（遊離型または非結合型）お薬のみ起きる現象です。つまり、タンパク結合率が95%のお薬は、遊離型のお薬は5%しかないことになり、代謝や排泄、効果発現を示すのは、お薬全体の5%しかないこととなります。

また、たとえば栄養状態が悪くなったり、脱水が起こったりすると、血液中のタンパクが減少し、同じお薬であってもタンパク結合率が変化することがあります。



■さて、ここから少しややこしいお話となります。

タンパク結合率が70%であるお薬Aと、97%であるお薬Bがあるとします（図1）。

代謝、排泄および効果発現を示すのは遊離型でしたから、遊離型お薬Aは30%、遊離型お薬B

は3%です。

ここで、タンパク結合率が減少し、遊離型お薬Aが31%、遊離型お薬Bが4%となった場合、それぞれの実際の遊離型お薬の量は、お薬Aでは $[31 \div 30]$ で約1.03倍となるのに対し、お薬Bでは $[4 \div 3]$ で1.33倍となってしまいます。つまり、タンパク結合率の高いお薬では、代謝、排泄および効果発現の点で、血液中のタンパク量の変化をより大きく受けることになりま

■それではここからが本題です。
タンパク結合率が95%のお薬Cと98%のお薬Dがあるとします。遊離型は、お薬Cが5%、お薬Dが2%となりますね。

お薬Cとお薬Dはいずれも蛋白結合率が高いので、お薬Cとお薬Dを同時に飲むと、血液中の結合できるタンパクは、お薬Cとお薬Dで取り合い（競合）になり、お薬からは、一見、タンパクが減少したように見えることが想像できます。なお競合は、タンパク結合率の高いお薬Dの方が優勢かもしれません。

お薬Cとお薬Dを同時に飲んだとき、上で述べたようにタンパク結合における競合が起き、お薬Cの遊離型が7%、お薬Dが3%となった場合、それぞれの実際の遊離型お薬の量は、お薬Cでは $[7 \div 5]$ で1.4倍、お薬Dでは $[3 \div 2]$ で1.5倍となります。もし、お薬Cとお薬Dが同じような効果を持つお薬だったとすると、 $[(1.4 + 1.5) \div 2]$ で1.45倍となります。

お薬	タンパク結合率	別の時期に服用		同時に服用	
		遊離型	お薬量	遊離型	お薬量
C	95%	5%	1.0	7%	1.4
D	98%	2%	1.0	3%	1.5

■このように、タンパク結合率の高いお薬を同時に飲むと、そのお薬の遊離型が増えて、その分、代謝や排泄を受けやすく、また効果が高くなる可能性があります。特に、あまり代謝を受けず、排泄が遅いお薬では、その分効果が高くなり、場合によっては副作用が現れやすくなることもあるので注意が必要です。

今回はお話だけだったので、分かりづらかったかもしれません。次回は実例を挙げて説明したいと思います。

次号も博士のよもやまが続きます





◀(薬剤師 石井 淳一)

Q: 急な手術などでお薬のことを聞かれたらどうすればいいんでしょう？

A: お薬手帳があれば色々確認できます

手術とお薬手帳

手術の前に、普段お飲み頂いているお薬を飲むのを止める必要がある場合は理解して頂けたと思います。前回、携帯電話やスマートフォンなどに記録しておくことを勧めましたが、他にも記録する方法があります。お薬手帳です。

お薬手帳とはいつ、どこで、どんなお薬をもらったか、時間経過とともに記録しておく手帳のことです。町の薬局や当院薬剤部などで入手できます。この手帳があれば手術の時に止めなくてはならないお薬が、すぐに確認できます。最近ではアプリもありますが、当院同様に対応していない病院や保険薬局も多くあります。両方準備しておくとも便利かもしれません。紙のお薬手帳は病院を受診する時に必ず、お持ち頂いてお薬の情報を更新するようお願いいたします。この時に新しいお薬が処方されていけば、いつも飲んでお薬の飲み合わせも確認しています。

アレルギーや副作用も

お薬手帳には、お薬以外にも副作用やお薬のアレルギーがあったことなどを書く場所があります。一度でもお薬で副作用やアレルギーを経験したことがあれば何歳頃に起きたのか、どのような症状で、どのように対応したのか、記載して頂くと忘れないですみます。お薬手帳を更新する時には必ず新しいお薬手帳に書き写すか、薬剤師に相談するようにしてください。

手術時に使用するお薬でも、日頃お飲み頂いている薬剤同様に副作用やアレルギー症状が起きることがあります。そのようなことがありましたら、どんな薬を手術に使用したのか、どの薬剤であったのか、具体的な内容を担当医師に聞いてください。必ずしも同じ病院で手術するとは限りません。他の病院でも問題となったお薬がわかれば、同様のアレルギーや副作用の再発を防ぐことができます。

また、お薬手帳を持っている方の中に複数、お薬手帳を持っている方がいらっしゃいますが、病院により手帳を分ける必要はありません。むしろ複数に分けてしまうと、飲み合わせの確認や最新情報を取りこぼすことがありますので、1つの手帳にまとめることをお勧めします。

薬剤師までお話しくささい

当院薬剤部では、皆さんの治療をより良くするために副作用やアレルギーの確認を積極的に行っています。ご不明の点がありましたら、ぜひ、薬剤師までお話しくささい。

よこそう 医療福祉情報局 No.14

医療保険制度

医療保険制度とは、医療費の一部を健康保険などが負担してくれる制度です。

高額療養費制度について

高額療養費制度とは、医療機関や薬局の窓口で支払った額※が、ひと月（1日から月末まで）で上限額を超えた場合に、その超えた金額を支給する制度です。
※入院時の食費負担や差額ベッド代等は含まれません。
医療機関窓口での1か月のお支払いが最初から自己負担限度額までとなる方法があります。
①マイナ保険証を利用する
医療機関等の窓口でマイナ保険証を提出し、「限度額情報の表示」に同意する方法です。
※オンライン資格確認を導入している医療機関等である必要があります。
②限度額適用認定証を利用する
「限度額適用認定証」を保険証と併せて医療機関等の窓口で提出いただく必要があります。

自己負担額の例

(例) 70歳以上(年収約370万円～770万円)の場合
100万円の医療費で、窓口の負担が30万円(3割負担)



212,570円を高額療養費として支給し、実際の自己負担額は87,430円となります。

医療費の負担割合

毎月の上限額は、加入者が70歳以上かどうかや、加入者の所得水準によって分けられます。70歳以上の方には、外来だけの上限額も設けられています。

	一般所得者等	一定以上所得者	現役並み所得者
75歳以上	1割負担	2割負担	3割負担
70歳以上	2割負担		3割負担
義務教育就学後 ～70歳未満	3割負担		
義務教育就学前	2割負担		

参考：厚生労働省：医療保険：高額療養費制度を利用される皆さまへ

横浜総合病院の相談窓口は地域医療総合支援センターです。お気軽にお声かけください。☎ 045-903-7152 (患者相談室)

健康保険組合
主に大企業の従業員、従業員の扶養家族が加入

協会けんぽ
(全国健康保険協会)
主に中小企業を中心とした従業員、従業員の扶養家族が加入

共済組合
公務員、教職員等、その扶養家族が加入

国民健康保険
白営業・無職、その他扶養家族

被用者保険

(例) 70歳以上の方の上限額(一般)



Text & Illustration by
Masami Honna
(Medical Social Worker)

新入職医師のご紹介



令和6年、新入職医師
をご紹介します。

今回
クニちゃん
お休みです。



名前 **山本 信**
Makoto Yamamoto
科目 内科
出身 聖マリアンナ医科
大学(2013年卒)
ひとこと
一生懸命頑張ります。宜しく
お願いします。



名前 **高橋 正典**
Masanori Takahashi
科目 整形外科
出身 北里大学(2015年卒)
ひとこと
皆さんを安心させる医療を心
掛けますので宜しくお願いし
ます。



名前 **廣瀬 元基**
Genki Hirose
科目 整形外科
出身 北里大学(2020年卒)
ひとこと
至らない点も多々あると思
いますが何卒宜しくお願い
します。



名前 **伊藤 万理子**
Mariko Ito
科目 内科
出身 聖マリアンナ医科
大学(2021年卒)
ひとこと
患者さん一人一人に丁寧な診
療を心がけます。宜しくお願い
します。



名前 **徳門 佳乃**
Yoshino Tokumon
科目 内科
出身 琉球大学(2021年卒)
ひとこと
患者さんの声を聞きながら
の診療を心掛けますので宜
しくお願いします。



名前 **須藤 上治**
Joji Sudo
科目 皮膚科
出身 東邦大学(2021年卒)
ひとこと
患者さんひとりひとりに心
から寄り添い診療いたしま
す。



名前 **村山 英行**
Hideyuki Murayama
科目 臨床検査部
出身 山形大学(1988年卒)
ひとこと
血液や尿検査、心電図検査
などで医療をサポートしま
す。宜しくお願いします。

緑成会グループ入職式を行いました

4月1日、春雨のそぼ降る中、当院が所属する医療法人社団・緑成会グループの入職式を行いました。医師7名、一般スタッフ36名、計43名の新入職員を迎え入れました。

平元理事長よりそれぞれに辞令が交付されました。この新たに加わったスタッフとともに、よこそうは今後もより一層地域医療に貢献する病院を目指してまいります。



ポジティブエイジングフェス



3日に分けて開催された青葉区制30周年記念企画「ポジティブエイジングフェス2024」の1日目・4/10(水)に、当院神経内科医・長田医師が「認知予備能を鍛えて認知症予防」の講演を行いました。

講演後には、日本全国の認知症のご本人からのリクエスト曲を演奏する「認知症のある人・ない人のごちゃ混ぜバンド」「3丁目バンド」の演奏も行われました。

ライブはゲストに懐メロプリンスとして人気の中田亮さんを迎え、大盛況のうちに幕を閉じました。



<https://locotch.jp/tmpz/customad/15829/>

午後外来受付時間変更のお知らせ

午後診療の受付時間を2024年6月3日(月曜日)より下記の通り変更いたします。

2024年5月31日(金)まで

受付時間
13:30~16:30



2024年6月3日(月)~

受付時間
13:30~16:00

また、診療体制についても4月より始まった医師の働き方改革や、厚生労働省の進める病診・病病連携強化(※)に伴い、当院の午後の外来診療を予約の方、紹介状をお持ちの方を中心に行う診療に変更いたします。但し、緊急を要する場合には診療を今まで通り行います。

予約外の方についても診療を行いますが、待ち時間等でご迷惑をおかけすることもございます。何卒ご理解、ご協力頂きますようお願い致します。

※それぞれの医療機関の機能に応じて役割分担し(病院機能分化)、患者さんの状態に応じて医療機関同士が協力(連携)することで効率の良い医療を目指すこと。

病院長

人間ドックのご案内

～年に一度の健康チェックを～

私たちは定期的な健診をお受けいただくことで、皆様の健康管理、疾患予防のお役に立ちたいと願っております。ご受診を心よりお待ちしております。

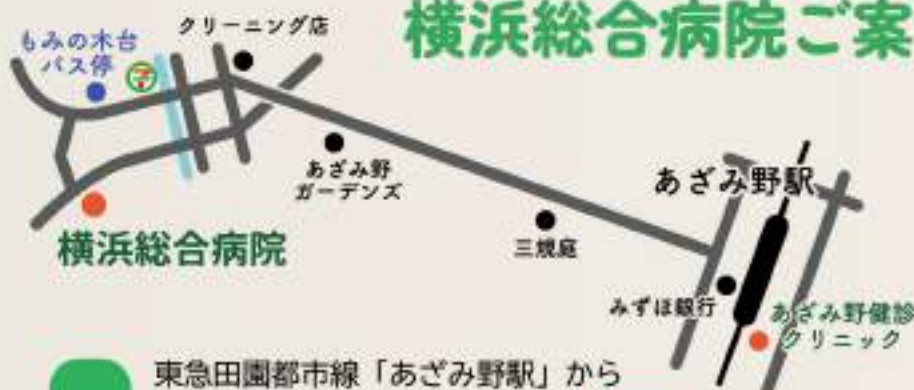
- ・インターネット予約
- ・あざみ野駅より徒歩1分
- ・総合病院との連携



医療法人社団緑成会 横浜総合病院附属
あざみ野健診クリニック

〒225-0011
横浜市青葉区あざみ野2-2-9
あざみ野第3ビル4F
TEL:045-522-6300
FAX:045-903-0777
Web:azamino-clinic.com

横浜総合病院のご案内



あざみ野駅、青葉台駅、鶴川駅、奈良北団地、こどもの国駅、麻生、すすき野方面より当院直通バスを運行しております。詳しくは下記HPをご覧ください。

循環バス

路線バス

東急田園都市線「あざみ野駅」から
「あ27系統すすき野団地」行き
「もみの木台」下車徒歩7分
小田急線「新百合ヶ丘駅」から
「新23系統あざみ野駅」行き
「もみの木台」下車徒歩7分

診療時間

午前	受付	8:00～11:30
	診察	9:00～12:00
午後	受付	1:30～ 4:30
	診察	2:00～ 5:00



【編集後記】

各部署の担当者とのお打合せで院内を動体回ることが多いのですが、月に入職された新人職員の方が元気に挨拶をしてくれたり、現場で先輩職員の話を真剣にメモを取りながら聞いている姿を見ると新鮮な気持ちになります。
さて、今月のプロムナードはいかがでしたか？
少しづつ前足取りがよくなかなかよこそうを伝えることが出来るので、報告を作っていくしたいと思います。
(TOMO KAWAI)

今月号から始まりました「D」田中の精原人物往来」福民病院連の人物や事件を紹介するシリーズ連載となります。医学的見地からの取材にも関わらず、なまなま、人情味あふれる記事は今年ではありそうでなかった感じがいたします。一読者としても非常に楽しみな新シリーズです。
今月号も無事お届けできましたことを関係各位に厚く御礼申し上げます。
(TAREHITO OGOMA)

プロムナード VOL.373

発行日:2024年5月1日
制作・編集 医療法人社団 緑成会 横浜総合病院
総務課「プロムナード」編集室

発行人:岩坪 新

〒225-0025
横浜市青葉区鉄町2201-5
TEL 045-902-0001