

とがち

TOKACHINO

野

2017.1
Vol.54

ご自由にお持ち帰り下さい。

特集

子宮がん



CONTENTS

特集 子宮がん	02
地域医療連携室からのお知らせ	05
平成28年度 第1回健康ひろば	06
ブラックジャックセミナー開催報告	
土曜日脳ドックを開始します	07
新病院新着情報 vol.8	08
うんどうあどばいす 「ロコモ」って聞いたことありますか?	09
からだがよろこぶレシピ 南瓜(かぼちゃ)チップス	10
新自動ドア「パスマース」を道内初導入	11
肝胆膵外科高度技能指導医 松本讓 医師のご紹介	11



EVENT案内



平成28年度 第2回健康ひろば

「スタッフがお悩みにお答えします！」

講演「喫煙について」呼吸器内科 主任部長 高村 圭

日 時／平成29年2月2日(木)

場 所／1階南玄関前ロビーにて相談コーナー

南棟4階 13:30～受動喫煙防止の講演

子宮がん

子宮頸がんとう子宮体がん

子宮は、中が空洞の西洋なしのような形をしています(図1)。上部は赤ちゃんを宿す空間をもち子宮体部といいます。その下部から腔に突出した部分を子宮頸部といいます。この2つが協調して妊娠を維持するとともに分娩を可能とします。

子宮頸がんは、子宮頸部に発生するがんです。子宮頸部の入り口近くに存在する扁平上皮細胞に発生する扁平上皮がんが70%以上を占めますが、約20%は子宮体部寄りに存在する円柱上皮細胞から発生する腺がんであり、最近増加しています。子宮頸がんの発症の90%以上には、ヒトパピローマウイルス(HPV)の感染が関与しています。性交渉の経験がある女性の80%以上に感染が起こりますが、大部分は一過性感染で1~2年以内に消失します。5~10%程度が持続感染し、その一部が異形成(細胞の変化)を起こし、異形成の一部が上皮内がんとなり、さらにその一部が浸潤がんになっていきます。浸潤がんは40歳代、ついで30歳代に好発します。

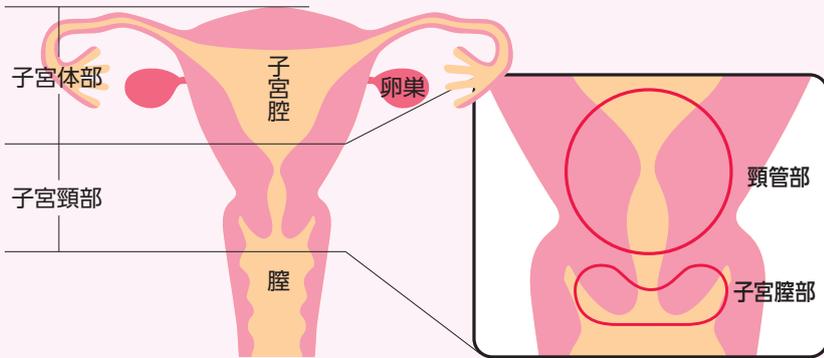
子宮体がんは、子宮体部の子宮内膜とよばれる細胞から発生するため、子宮内膜がんとも呼ばれます。閉経前後の40歳代後半から増加して50~60歳代にピークを迎えます。最も多い類内膜腺がんは、がん細胞の分化度(悪性度)から高分化型、中分化型、低分化型に分けられ、一般的に高分化型は悪性度が低く、経過が良好です。

その発症には主に女性ホルモンのエストロゲンの過剰な状態が関与していると考えられています。肥満・高血圧・糖尿病など生活習慣病因子と、初経が早い、閉経が遅い、妊娠や出産経験が少ない、月経不順などの女性ホルモンの影響により前がん病変の子宮内膜増殖症が発症し、その一部が子宮体がんになると考えられています。



図1 子宮の構造

患者さんと家族のための子宮頸がん・子宮体がん・卵巣がん治療ガイドライン 第2版、日本婦人科腫瘍学会編、金原出版、2016。(一部改変)



子宮がんのスクリーニング検査

子宮頸がんの早期発見には細胞診によるスクリーニング検査(検診)が非常に有効です。しかしながら、厚生労働省が毎年実施する国民生活基礎調査データ(2013年)では、子宮頸がん検診受診率は過去1年間で全国(27.5%)、北海道(24.8%)、過去2年間で全国(35.4%)、北海道(33.1%)と低く、問題視されています。細胞診判定法はこれまでのクラス分類からベセスダシステム細胞診に変わりました。(表1)

表1 ベセスダシステムによる細胞診

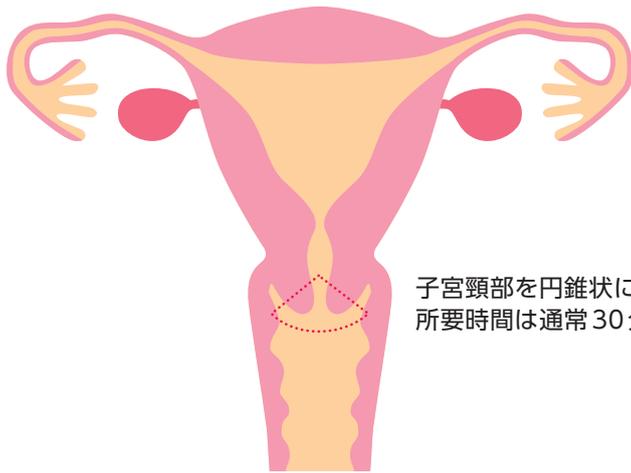
結果(略語)	推定される病理組織診断	従来のクラス分類
扁平上皮系		
①陰性(NILM)	非腫瘍性所見、炎症	I、II
②意義不明な異型扁平上皮細胞(ASC-US)	軽度扁平上皮内病変の疑い	II、IIIa
③HSILを除外できない異型扁平上皮細胞(ASC-H)	高度扁平上皮内病変の疑い	IIIa、IIIb
④軽度扁平上皮内病変(LSIL)	HPV感染、軽度異形成	IIIa
⑤高度扁平上皮内病変(HSIL)	中等度異形成、高度異形成、上皮内がん	IIIa、IIIb、IV
⑥扁平上皮がん(SCC)	扁平上皮がん	V
腺細胞系		
⑦異型腺細胞(AGC)	腺異型または腺がんの疑い	III
⑧上皮内腺がん(AIS)	上皮内腺がん	IV
⑨腺がん(Adenocarcinoma)	腺がん	V
⑩その他の悪性腫瘍	その他の悪性腫瘍	V

患者さんと家族のための子宮頸がん・子宮体がん・卵巣がん治療ガイドライン 第2版、日本婦人科腫瘍学会編、金原出版、p32、2016。(一部改変)

早期子宮頸がん(上皮内がん)の治療

子宮頸部上皮内がんとは、がん細胞が表面の上皮細胞内にとどまる最も初期のがんです。上皮内がんでは、子宮頸部を円錐状に切り取る子宮頸部円錐切除術を行うことにより、妊娠する能力を残し治療することが可能となります(図2)。残した子宮にがん細胞が含まれ

ている可能性が高い場合や妊娠を望まない場合には、単純子宮全摘術を行う場合もあります。妊娠することができなくなりませんが、卵巣を残すことができるため女性ホルモンの分泌は保たれ、腔腔の深さも保たれますので性交渉への影響はほとんどありません。



子宮頸部を円錐状に切除。
所要時間は通常30分以内。

図2 子宮頸部円錐切除による子宮の温存

患者さんと家族のための子宮頸がん・子宮体がん・卵巣がん治療ガイドライン 第2版、日本婦人科腫瘍学会編、金原出版、p34, 2016。(一部改変)

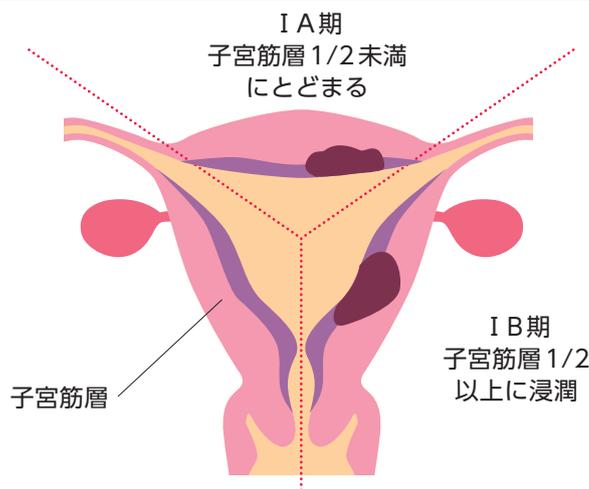


図3 子宮体がんI期

患者さんと家族のための子宮頸がん・子宮体がん・卵巣がん治療ガイドライン 第2版、日本婦人科腫瘍学会編、金原出版、p80, 2016。(一部改変)

早期子宮体がんの治療

子宮体がんの初回治療は手術です。まず画像診断などによって手術進行期を推定(術前X期と表現されます)して手術を行い、術後に改めて手術進行期分類を行い、追加治療の有無を判断します。追加治療としては、日本では抗がん剤による治療が広く行われます。

2014年4月から術前IA期(筋層浸潤がない、あるいは浅い)が疑われた高・中分化型類内膜腺がんに対して(図3)、腹腔鏡下子宮体がん根治術が保険適応となりました。腹腔鏡を用いて、子宮と両側卵巣卵管を摘出することを基本として、症例によって骨盤リンパ節の生検切除を行います。メリットとしては、傷が小さいため離床が円滑に進み、入院日数が短縮でき社会復帰が早くなること期待されます。デメリットとしては、傍大動脈リンパ節転移を見逃す可能性、手術操作のためのトロカー(管)挿入部の傷にがんが転移したり、手術中に子宮を保持したり動かしたりする装置(子宮マニピュレーター)を使用することによって腹腔内にがん細胞が散布されてしまうなどの懸念があります。

当院における 腹腔鏡下子宮体がん 根治手術

図4のようなトロカール配置で腹腔鏡下に子宮全摘、両側卵巣卵管摘出、症例に応じて骨盤リンパ節切除生検を行います。子宮マニピュレーターは、がん細胞の散布のリスクを減らすために使用しておりません。

2014年4月から2016年3月までの2年間で初回治療として手術を行った56症例のうち、22症例(39.3%)が腹腔鏡下子宮体がん根治術の適応となる高・中分化型類内腺がんの手術進行期IA期でした(表2)。実際に腹腔鏡下子宮体がん根治術を行った術前IA期17症例の術後診断は、12例で術前と同じく高・中分化型類内腺がんIA期でしたが、2例でその他の組織型を含み、2例でIB期(深い筋層浸潤)、1例で腹腔内播種を認めるIV期の術後診断となりました(表3)。開腹手術に比べ出血量が少ないため輸血を要した症例はなく、術中トラブルもありませんでした。手術時間が長くなるため、静脈血栓症や褥瘡の予防対策などの工夫を積極的に行っています。

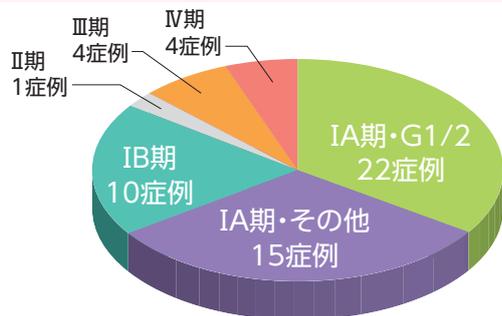


表2 初回手術症例の術後進行期分類内訳 (2014-2015年度、当院)

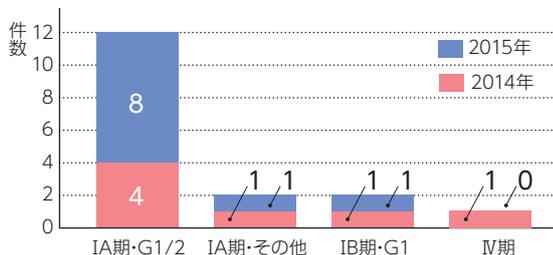


表3 術前IA期の腹腔鏡下子宮体がん根治術症例における術後進行期分類 (当院)



図4 腹腔鏡下子宮がん根治術におけるトロカール挿入位置例

子宮がんQ&A

Q 不正性器出血が気になります。子宮がん検診は1年以内に受けていて異常ありませんでしたが、本当に大丈夫でしょうか？

A 初期(無症状)の子宮頸がんの早期発見には細胞診によるスクリーニング検査(子宮がん検診)は非常に有効です。しかし、不正出血などの自覚症状がある場合には、婦人科受診をおすすめします。子宮頸部の腺がんでは頸管内に発生することが多く、がん検診で行う細胞診では発見されにくいこともあります。また、特に早期の子宮体がんでは、一度の細胞診では陽性(がん)の診断とならないことが多く、経腔超音波で子宮内膜が厚いなどの所見を認める場合に、繰り返し行う細胞診や精密検査の子宮内膜組織診で初めて診断に至ることが少なくありません。



地域医療連携室 からのお知らせ



退院支援について

前回は地域医療連携室の事務員が対応する「紹介窓口」でしたが、今回は「退院支援」についてお伝えしたいと思います。地域医療連携室には事務員の他に看護師と社会福祉士が在籍しており、主に「退院支援」に関わっています。

「退院支援」ってなんですか？『無理に帰されるの？』と思う方もいるかもしれませんがそうではありません。私たち退院支援に関わる看護師や社会福祉士は、患者様やご家族様の希望を十分確認してその意向に添うよう提案や退院後も安心して住み慣れた場所で暮らせるように支援をします。また、入院治療後に、生活スタイルを変更しなければならない時にはケアマネージャーとの情報交換、訪問看護やリハビリテーションの必要性の相談、生活物品の準備、地域のサポート体制、医療費などの経済的な問題等を一緒に考えていきます。各病棟に退院支援の担当者の氏名を掲示しております。お気軽にご相談ください。

退院支援について
～みなさまのスムーズな退院を支援します～

当院では、退院が困難な要因を有する入院中の患者様のうち、住み慣れた地域での療養を希望される方に対して、病棟に退院支援専任の職員を配置し退院支援を行っております。

【退院支援担当職員の主な業務】

- ・退院支援計画の策定
- ・退院に係る問題点や課題の抽出
- ・退院へ向けた目標設定と支援
- ・退院後の介護サービス導入の支援
- ・転院先の保険医療機関との連絡調整

※退院後の介護サービスの利用など、退院支援に係ることについては、お気軽に病棟担当者までお問い合わせ下さい。

北4病棟 は 長岡 が担当します。

退院支援について
～みなさまのスムーズな退院を支援します～

当院では、退院が困難な要因を有する入院中の患者様のうち、住み慣れた地域での療養を希望される方に対して、病棟に退院支援専任の職員を配置し退院支援を行っております。

【退院支援担当職員の主な業務】

- ・退院支援計画の策定
- ・退院に係る問題点や課題の抽出
- ・退院へ向けた目標設定と支援
- ・退院後の介護サービス導入の支援
- ・転院先の保険医療機関との連絡調整

※退院後の介護サービスの利用など、退院支援に係ることについては、お気軽に病棟担当者までお問い合わせ下さい。

西6病棟 は 高橋 が担当します。

専従の社会福祉士は 横山です

また、回復期病院や包括支援病院、リハビリ施設、老人保険施設等への転院調整も行っています。十勝管内の病院や施設との連携はもちろんのこと、ご希望によっては札幌市をはじめ全国の病院と調整致します。

退院後の病状と暮らしの両方が安定するための支援をしております。

平成28年度 第1回 『健康ひろば』開催報告

今年度の第1回目は「知っておきたい認知症のあれこれ」をテーマに9月13日（火）に開催しました。

看護師、薬剤師、栄養士による相談コーナーを設け、来場者の悩みや質問にお答えしました。検査技師による簡易血管年齢測定コーナーでは300人近くの測定を行いました。午後からは精神科医師、認知症看護認定看護師、理学療法士による講演会を開催し、診断と対応、認知症患者との関わり方、認知症予防のための運動など盛りだくさんの内容で、来場された方からは好評をいただきました。

臨床検査科による血管年齢コーナー
今回も大人気でした！



中学生の手術体験

ブラックジャックセミナー開催報告

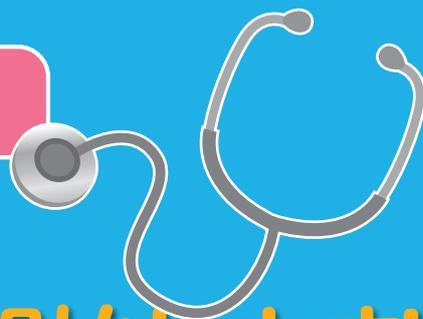


去る11月19日（土）に、十勝管内の中学生24名の参加があり、「帯広厚生病院ブラックジャックセミナー」を開催しました。このセミナーは、平成22年から帯広第一病院と帯広協会病院とで持ち回りで開催しております。セミナーでは外科医の仕事と題して講演とスライド上映があり、続いて手術室に移動し外科医の指導により電気メスの体験などを行いました。生徒さんたちは興味津々で真剣に取り組んでおり、救命救急体験ではR.Y.U.S.E.IをBGMにリズムカルに行われ、とても盛り上がりました。最後に参加者全員に将来の医師認定証が手渡されました。



人間ドック受診者を対象に

土曜日脳ドックを 平成29年1月から開始します!

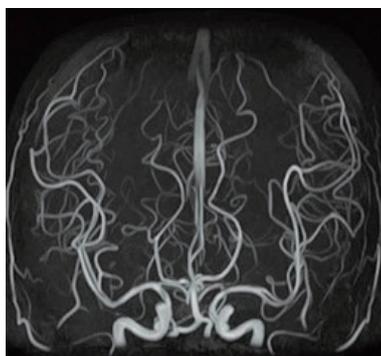


脳ドックは、単独検診のほかに、人間ドックのオプション検査としても実施していますが、希望者が多い日はお受けできない場合があります。

この為、より多くの方に脳ドックを受けて頂けるように、人間ドック受診者を対象として、外来診療のない土曜日に脳ドックを行うことにしました。

脳ドックをお勧めする方は

脳卒中の家族歴、高血圧、糖尿病、脂質異常症、肥満、喫煙などの危険因子を有する方です。



人間ドックと一緒に受けると お得です!

脳ドックは単独で受けると 30,240円

人間ドックのオプションなら 19,440円

10,800円もお得です ※税込価格

当院は人間ドック健診施設機能評価認定施設です

当院は、日本人間ドック学会・日本病院会より、平成24年2月に人間ドック健診施設機能評価認定を受けております。

この度、5年毎に行われる更新認定を受審いたしました。

今後とも、地域の皆さまの健康増進、疾病の予防・早期発見に貢献するため、質の高い人間ドックを提供してまいります。



まずはお電話ください

人間ドック・脳ドックの申込・問い合わせ

帯広厚生病院 健診センター ☎0155-24-4161内線:2226(予約)まで

新病院

着情報

vol. 8



建築工事の進捗状況

平成28年9月



基礎部分の鉄筋を組立てが終わり、1階スラブ(床)のコンクリートを敷きました。

平成28年10月



エネルギー棟と病棟部分の3階スラブ(床)までの鉄骨を組み立てていきました。

平成28年11月



エネルギー棟の鉄骨が完了し、コンクリートを敷きました。病棟部分は引き続き、鉄骨の組み立てを行いました。

建築メモ

患者様よりベンチを寄贈していただきました

南玄関ホール、入退院支援センター入り口脇に木製のベンチを設置いたしました。

こちらは患者様よりご寄付いただいたもので、新病院敷地内にあった煉瓦亭内の樹木を一部使用しています。

無垢材を生かした重厚感と温かみのある仕上がりになっております。

ベンチの上には、完成までの紹介パネルを設置していますので、ご来院の際にはぜひご覧ください。



製作中の様子



使用された樹木



最新の工事状況につきましては、病院ホームページ「新病院整備について」にて随時更新しております。

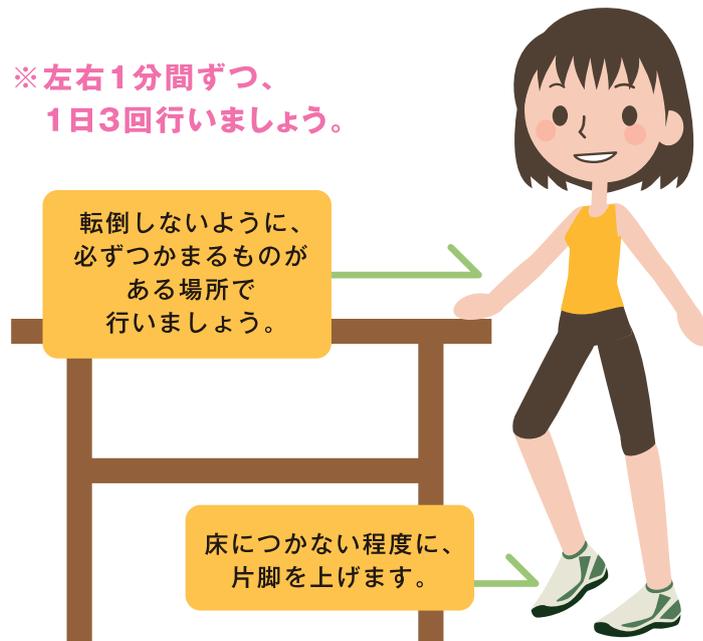
運動器の障害のために移動機能の低下をきたした状態を「ロコモティブシンドローム」といい、略称で「ロコモ」と呼ばれています。最近では登山家の三浦雄一郎さんが片脚立ちをしている健康サポート食品のロコモOというサプリメントのCMをたまに見かけます。下肢の筋力の低下はすぐにバランス能力や移動能力の低下、転倒・骨折を引き起こすため、進行すると介護が必要になるリスクが高くなり生活への影響は大きいです。

そこで今回紹介したいのは日本整形外科学会から推奨されている「ロコモパンフレット2015」よりロコモを予防するロコモーショントレーニング（略称 ロコトレ）の代表的な運動でバランスを鍛える「片脚立ち」です。

「ロコモ」って聞いたことありますか？

バランス能力をつけるロコトレ 「片脚立ち」

※左右1分間ずつ、
1日3回行いましょう。



- 姿勢をまっすぐにして行うようにしましょう。
- 支えが必要な人は、十分注意して、机に両手や片手をつけて行います。



指をついただけでもできる人は、机に指先をつけて行います。

日本整形外科学会「ロコモパンフレット2015」から引用
<https://www.joa.or.jp/jp/public/locomo/>

かぼ ちゃ

緑黄色野菜の代表選手 南瓜

日本では古くから、寒い冬の季節12月の冬至に南瓜を食べる風習があります。本来、南瓜は夏野菜ですがどうして冬至に南瓜を食べるのでしょうか?由来は諸説あるようですが、南瓜は硬い皮

に守られて長期保存が可能で、南瓜に含まれるβ-カロテン、ビタミンC、ビタミンEなどの栄養成分が、野菜の不足しがちな冬場の貴重な栄養源だったことがあげられます。

南瓜に含まれる主な栄養素

β-カロテン・・・粘膜や皮膚の抵抗力を高め、免疫を増強する働きがあり、皮の部分に多く含まれています。

ビタミンC・・・コラーゲンの合成に働きかけ美肌効果が期待できます。

ビタミンE・・・抗酸化作用があり、体内の脂質の酸化を防ぎ老化防止が期待できます。

☆今回ご紹介するメニューは、栄養満点の南瓜をお手軽に食べられる1品です。



かぼちゃチップス



写真①



写真②

材料 2人分	南瓜	200g
	・お好みで	
	シナモンシュガー	適量
	黒ごましお	適量

1人分の栄養価
(素材のみの場合)

エネルギー
91
kcal

●下準備

南瓜は皮付きのままスライサーでスライスし水気をよくふき取っておきます。

Point

ここで、しっかりと水気をふき取っておくと上手にできあがります。

●作り方

- ①お皿の上にクッキングシートを敷きスライスした南瓜を並べます。(写真①)
- ②電子レンジ600Wで4分間、加熱します。
- ③粗熱を取りパリパリしていたら出来上がり!
しっとりしているようなら、数秒~数分さらに加熱します。(写真②)

☆そのままでも南瓜の素材の味が楽しめますが、お好みで砂糖やごましお、シナモン、コンソメなどで味をつけても美味しくいただけます。

☆南瓜以外にもさつまいもや人参でも簡単に野菜チップスが作れます。(写真③)



写真③

新自動ドアシステム「パスマース」導入

当院東側玄関は冬期間になるとドアが開いた時に風が吹き込み、待合患者さんから「寒い」とのご意見をいただいております。

そのため、平成30年秋オープンの新病院に採用する為の試験導入として、道内では初となる新自動ドアシステム「パスマース」を昨年11月に設置いたしました。

このドアの特徴は、二重扉構造において同時に入扉・出扉が開くことの無い構造となっており、建物内の温度や気圧の変化を抑制し、風除効果が期待できるものです。

導入後は通行する患者さんからは「とてもいいものが設置されたね」「寒くないね」との声を多数いただいております。

今後、東玄関と他玄関（正面玄関・南側玄関）との気温差の調査を行うとともに、検討を重ね、新病院へ導入する際はさらに良いものを設置する予定です。



肝胆膵外科高度技能指導医 松本讓 医師のご紹介

平成28年10月から、外科に松本讓医師（手術室第2主任部長）が赴任しました。松本医師は平成7年に北海道大学医学部を卒業され、肝胆膵外科を専門としております。道東で唯一の日本肝胆膵外科学会高度技能指導医であります。

肝臓がん・膵臓がん・胆嚢がんや胆管がんは難治がんであり、診断時には切除不能なことがしばしばあります。しかし根治のためにはがんの切除は欠かせません。その診断や治療には高度な知識と経験、熟達した技術を必要としています。一方、これらのがんでは施設により診断や治療方法が異なることもしばしばあり

ます。それゆえに他の病院で切除不能と診断された場合でも様々な工夫により切除可能となることもありますし、切除不能な場合でも化学療法や放射線療法を行うことで切除可能となる場合があります。松本医師はそのような患者様を何人も経験されています。

必要に応じて北海道大学消化器外科Ⅱ平野聡教授と連携しつつ診療を行っております。一度ご相談下さい。最善の治療法を探りましょう。



JA 北海道厚生連の理念

JA 北海道厚生連は、組合員および地域住民の皆様の生命と健康を守り、生きがいのある地域づくりに貢献してまいります

基本方針

医療連携を深め、地域医療と救急医療の充実に努めます
職員教育・研修を推進し、医療水準の向上に努めます
患者さまが満足する療養環境と職員が誇れる職場環境を目指します

病院理念

最も信頼され選ばれる病院づくりを目指します
地域の求める 医療連携を考えた病院づくり
わかりやすい 質の高い 患者さまの立場に配慮した医療
患者さまへの気配りのある環境づくり 温もりのある医療

患者さまの権利と責任

人権の尊重と、プライバシーが守られて治療を受ける権利
自分の病気や治療内容について、十分な説明を受ける権利
治療を選択する権利と、同意できない診療を拒否する権利
病院の規則を守り、他の患者さまの治療を妨げない責任