

埼玉医科大学 総合医療センターニュース

SAITAMA MEDICAL CENTER NEWS

基本理念

安全で質の高い医療を提供し、
地域から信頼される医療機関を目指します。

NO. **72**

2025
September



CONTENTS

ご紹介

- 消化器・肝臓内科…………… 運営責任者 松原 三郎 …… P-2
- 眼科…………… 教授 小幡 博人 …… P-4
- 呼吸器外科…………… 教授 河野 光智 …… P-7

トピックス

- 秋バテ予防対策…………… 栄養部 …… P-9
- 看護助手・ナースエイド（主に学生）の仕事について
…………… 看護部 業務委員会 …… P-10

受診される患者さんへ…………… 医務課 …… P-12

連載

RT JOURNAL（急性期脳梗塞の診断と治療について）
…………… 中央放射線部 …… P-13

お知らせ

外来受診について／面会者へのお願い…………… P-14

消化器・肝臓内科

運営責任者 松原 三郎



医局員集合写真

はじめまして。消化器・肝臓内科 運営責任者の松原三郎と申します。当科では消化器領域の全ての疾患に対する診療を行っております。消化器領域は消化管（食道・胃・十二指腸・小腸・大腸）、肝臓、胆膵（胆管・胆嚢、膵臓）の3つの領域に分かれますが、「どんな患者さんも断らない」をモットーに、それぞれ経験豊富な専門の医師が主導して診療に当たっております。

<当科の特色>

・消化管疾患

クローン病、潰瘍性大腸炎などの炎症性腸疾患（IBD）の診療実績は県内トップクラスです。IBDの患者さんは非常に増えておりますが、令和5年に消化管外科・一般外科、小児科、産婦人科、神経精神科（メンタルクリニック）、看護部、薬剤部、栄養部と共に立ち上げたIBDセンター（センター長・加藤真吾教授）のもと最新の治療を提供しており、新薬の治験も多数行っております。

食道・胃・大腸の早期腫瘍（がん、ポリープ）に対する低侵襲な内視鏡治療（ESD、EMR）も多数例行っており、人工知能（AI）を用いた早期

診断にも力を入れております。消化管外科・一般外科と定期的にカンファレンスを行い、最適な治療方針を決定しています。また消化管出血（胃潰瘍、十二指腸潰瘍、大腸憩室出血など）や腸閉塞、異物誤飲などの急性疾患に対する緊急内視鏡も休日・夜間を問わず対応しております。

・肝臓疾患

川村祐介教授のもと、急性・慢性肝炎（ウイルス性肝炎、代謝性肝疾患、自己免疫性肝炎、原発性胆汁性胆管炎など）や肝細胞がんなど、全ての肝疾患の診療を行っております。肝細胞がんは従来のC型肝炎ウイルスを母地としたものは激減しておりますが、その分脂肪肝などの代謝性肝疾患による発がんが増加しております。肝細胞がんに対しては肝動脈化学塞栓療法（TACE）、ラジオ波焼灼療法（RFA）、薬物療法を積極的に行っております。また肝胆膵外科、放射線科と毎週カンファレンスを行い、手術、放射線治療を含めた多数の治療選択肢の中から最適な組み合わせを検討し、集学的治療を実践しています。

・胆膵疾患

良性疾患として総胆管結石、胆管炎、胆嚢炎、原発性硬化性胆管炎、急性・慢性膵炎、自己免疫性膵炎、膵嚢胞など、悪性疾患として膵がん、胆管がん、胆嚢がん、十二指腸乳頭部がんなど、全ての胆道疾患、膵疾患に対する診療を行っております。胆膵疾患では閉塞性黄疸、胆管炎、胆嚢炎、膵周囲液体貯留などに対するドレナージや、がんの確定診断のために ERCP および EUS を用いた高度な内視鏡診療が必要とされますが、内視鏡センター長でもある松原三郎のもと、最新の設備で最新の診療を提供しており、胆膵内視鏡件数は県内トップクラスです。また悪性腫瘍に対しては肝胆膵外科、放射線科と毎週カンファレンスを行った上で、手術、薬物療法、放射線治療などから最適な治療法を決定しております。当科では主に切除が難しい患者さんに対する薬物療法を行っており、必要と思われる患者さんに対しては遺伝子パ



EUS 下胆道ドレナージ



術後再建腸管に対するダブルバルーン ERCP

ネル検査もご提案させていただきつつ、最新の治療を積極的に多数の患者さんに行っております。

診療実績

2024 年度 入院

疾患名	症例数
食道静脈瘤	51
食道癌	47
胃潰瘍	15
胃癌	124
胃腺腫	3
潰瘍性大腸炎	38
クローン病	36
大腸癌	242
消化管出血	20
自己免疫性肝炎	16
原発性胆汁性胆管炎	5
肝硬変	69
肝細胞癌	81
胆管炎	48
総胆管結石	96
胆のう炎	8
胆管癌	90
膵炎	61
膵癌	215

2024 年度 外来

外来患者延べ数	34,551 人
---------	----------

眼科

教授 小幡 博人

見るということ

戦後間もない昭和 24 年、日本で初めて角膜移植を施行した岩手医大名誉教授の今泉亀撤先生は次のように述べました。「目の不自由な人は、愛するお母さんの顔も見ることができない。結婚しても、奥さんや可愛い赤ちゃんの顔もみることができない。これは、どんなに美味しいものを与えられても、どんなに美しい音楽を聴いても、決して埋め合わせられるものではない。」

眼科とは？

眼科は、視力や視野など物を見るのに重要な眼球と、その周りの眼瞼や眼窩などの眼付属器の疾患の診断と治療を行っております。我々の眼球の大きさは、10 円玉（直径 23.5mm）とほぼ同じです。目の構造を図 1 に示します。角膜と水晶体（レンズ）という透明な組織は、光を屈折させ、目の奥（眼底）の黄斑部にピントを合わせる働きがあります。網膜は光を感じる 0.2-0.3mm の薄い膜で、カメラのフィルムに例えられます。網膜の刺激は視神経に集まり、脳へ伝えられます。目は小さくても多種多様な細胞がある複雑な臓器であり、さまざまな病気がおこります。

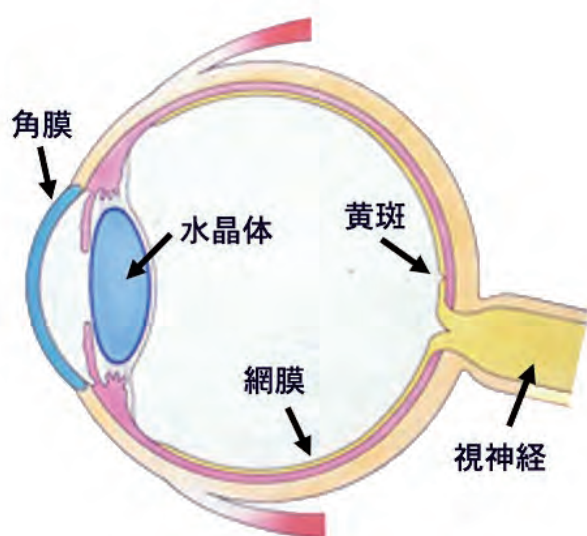


図 1 眼の解剖

眼科の進歩

近年の眼科の進歩は、検査機器の進歩にあると言っても過言ではありません。例えば、広角眼底カメラが開発され、従来の眼底カメラより広い範囲の眼底を撮影できるようになりました（図 2a, b）。広角眼底カメラの写真によって、患者さんも自分の病気が確認でき、分かりやすいと思います。当科は、広角眼底カメラ、光干渉断層計（OCT）、OCT アンギオグラフィ、前眼部 OCT など最新の検査機械を導入しています。

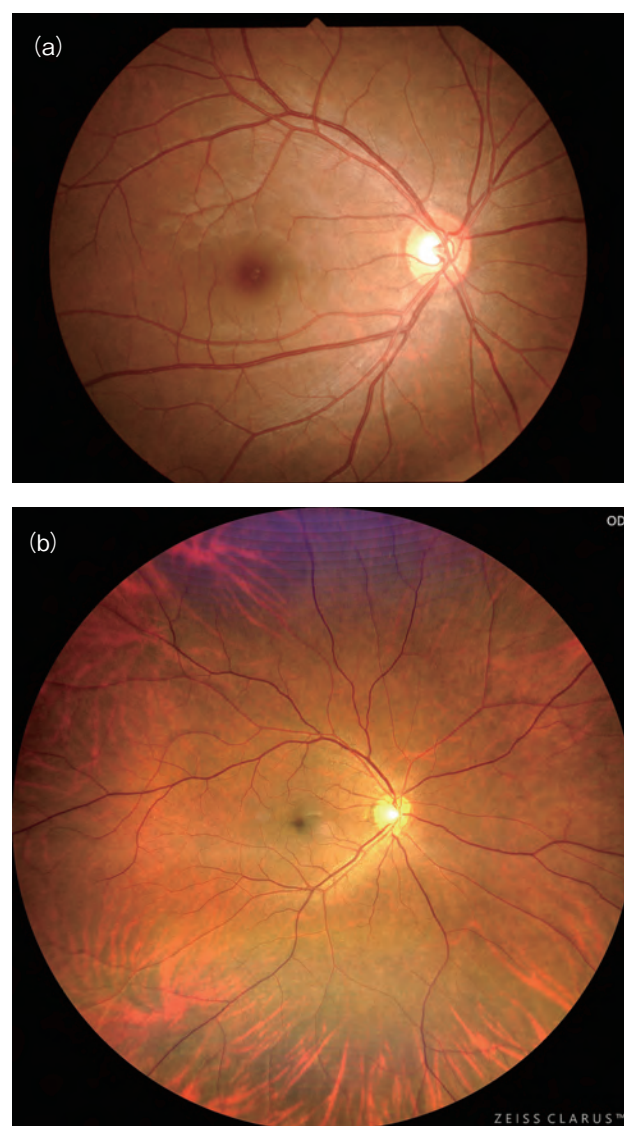
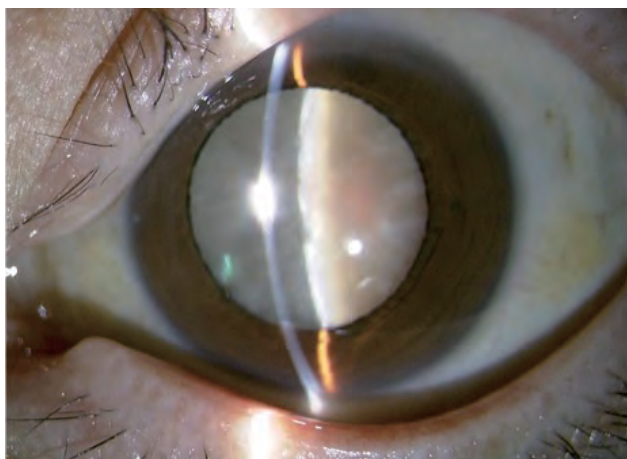


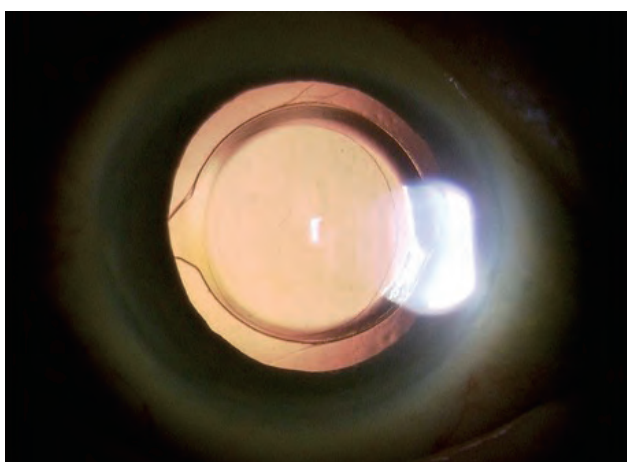
図 2 従来の眼底カメラと最新の広角眼底カメラ
従来の眼底カメラ (a) に比べて最新の眼底カメラ (b) は眼底の広い範囲の写真撮影ができます。

代表的な目の病気

・ **白内障** ・ ・ ・ 目の中のレンズである水晶体が混濁して視力が低下する病気です（図 3a）。個人差はありますが 70 歳を過ぎた頃から白内障が生じてきます。白内障の治療は手術で濁りを取り、眼内レンズ（人工レンズ）を水晶体の袋に挿入します（図 3b）。白内障手術を受ける方の平均年齢は 75 歳です。



(a)



(b)

図 3 白内障と手術後の眼内レンズ

a: 白内障とは水晶体が濁った状態です。

b: 手術で水晶体の濁りを取り、代わりに眼内レンズを挿入します。

・ **緑内障** ・ ・ ・ 目の奥の視神経が障害され、視野が欠ける病気です。眼底検査で視神経乳頭の陥凹の拡大が見られます（図 4）。緑内障は末期になるまで視力は低下しないので、自覚症状がほとんどありません。そのため、人間ドックや何かの症状で眼科を受診した時に、偶然発見されることがあります。治療は眼圧を下げる点眼薬によって、視神経の障害が進行するのを抑制します。

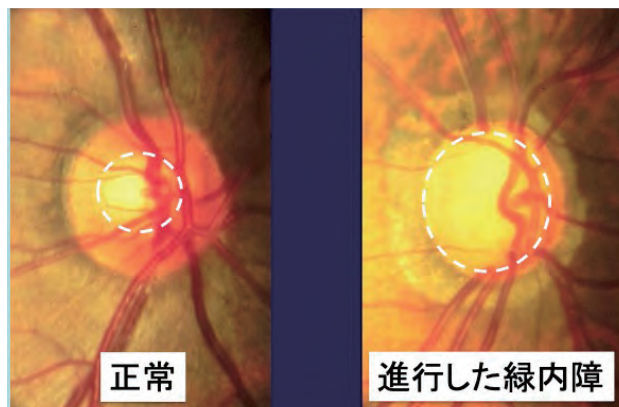


図 4 緑内障による視神経乳頭陥凹拡大

緑内障は視神経が弱り、視野が欠ける病気です。この写真のように視神経乳頭の中央の陥凹拡大が見られます。

・ **網膜剥離** ・ ・ ・ 網膜剥離とは、壁から壁紙が剥がれるように、眼球内面の網膜が剥がれる病気です。原因は、^{れつこうげんせい}裂孔原性、^{けんいんせい}牽引性、^{しょうえきせい}漿液性の3つに大別されます。裂孔原性網膜剥離とは、加齢や外傷により網膜に穴があく網膜裂孔が原因となる網膜剥離です（図 5）。通常、網膜剥離というところのタイプです。牽引性網膜剥離とは、増殖糖尿病網膜症により生じるものが代表的です。漿液性網膜剥離とは、原田病など、ぶどう膜炎が原因となる網膜剥離です。



図 5 裂孔原性網膜剥離

左上に網膜の裂け目（裂孔）があり、その周囲の網膜が剥がれています。

・ **糖尿病網膜症** ・ ・ ・ 糖尿病による高血糖は、網膜の細い血管を障害します。糖尿病の方は、視力低下の自覚がなくても、眼底出血が始まっていることがあります。視力低下を自覚してから眼科を受診した場合、病気がかなり進行していることがあります。重症になると増殖糖尿病網膜症となり、網膜剥離や血管新生緑内障を合併し、失明することがあります（図 6）。糖尿病と診断を受けた際には、視力低下の自覚症状がなくても眼科を受診するようにしてください。

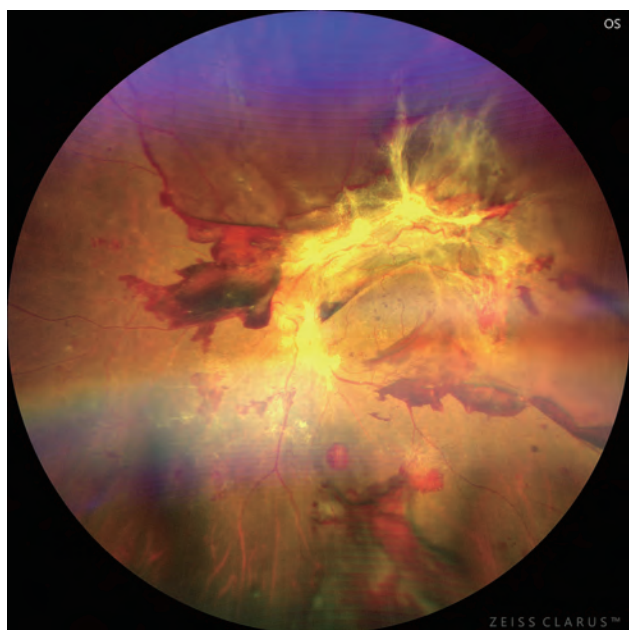


図 6 増殖糖尿病網膜症
眼底に増殖膜と硝子体出血がみられ、手術が必要な糖尿病網膜症です。

・ **加齢黄斑変性** ・ ・ ・ 網膜の中心に黄斑という光が焦点を結ぶ場所があります。視力にとって一番大切な場所です。加齢黄斑変性とは、この黄斑部に異常な血管（新生血管）が発生し、出血などにより、物が歪んで見えたり、視力が低下する病気です（図 7）。治療は抗 VEGF 抗体の硝子体内注射を行います。



図 7 加齢黄斑変性
眼底の中心である黄斑部に出血がみられる。

当科の紹介

現在、常勤医師 8 人、視能訓練士 5 人、外来看護師 2 人が中心となり、診療にあたっています。また外来受付の方の協力も大切です。眼科の特徴の一つに、検査が多いことがあげられます。眼底検査では、瞳孔（ひとみ）を広げる点眼薬（散瞳薬）を使用します。この点眼薬をつけると、5～6 時間、まぶしくなったり、焦点が合いにくくなりますので、お車を運転して来院することはご遠慮頂きますようお願いいたします。さまざまな検査を行う関係で、待ち時間が長くなることがあります。また、診察の順番は、検査の内容によって、必ずしも受付した順番ではないことがあります。ご理解頂きますようお願い申し上げます。

目の症状で気になることがあれば、かかりつけの先生に紹介状を書いて頂くようお願いして頂きたいです。どんな病気も早期発見・早期治療が大切です。最新の検査機器と電子カルテによる液晶画面を用いて、分かりやすい説明を行うように心がけています。安全で確実な医療、質の高い医療、満足度の高い医療を提供したいと思っております。

呼吸器外科

呼吸器外科 教授 河野 光智

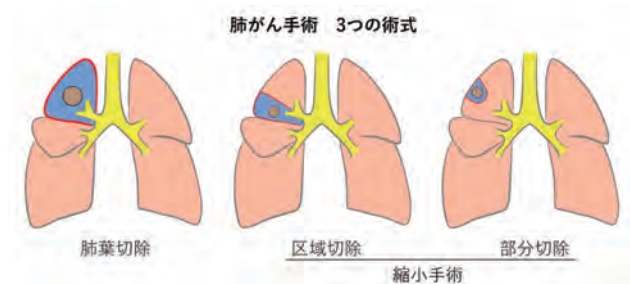
肺がん外科治療が大きく変わりました！



肺がん外科治療の3つの進歩と新しい遺伝子変異検索システム

この2年で肺がん手術は大きく変わりました。一つ目は術式の変化で、肺葉切除ではない縮小手術も標準手術として認められたこと、二つ目は手術アプローチが進歩してロボット手術が普及したこと、そして三つ目は補助化学療法に分子標的薬剤や免疫チェックポイント薬剤の使用が開始されたことです。当科の井上慶明講師が開発した次世代シーケンサーを用いた多遺伝子変異検索システムが保険適応となり、分子標的薬剤の選択のため、全国で利用されるようになりました。

縮小手術も標準手術に！



肺がん（非小細胞肺癌）に対しては大きく分けて3つの術式があります。肺葉切除と区域切除、部分切除^{けつじょう}或いは楔状切除と言われるものです。肺葉切除が長らく肺がんに対する標準術式として実施されてきました。一方、あとの2つは縮小切除と言われ、呼吸機能が悪いなど、肺葉切除が出来ない患者さんに対して行われた術式です。しかし、

検診やCTなどで見つかる早期肺がんに対する病理的な知見が集積され、小型の早期肺がんに対しては肺葉切除まで行う必要はなく、縮小手術で十分ではないかという仮説が提唱されました。臨床試験が実施され、腫瘍の充実径が2 cm以下の臨床病期 I A1-2 期の肺がんでは、区域切除と肺葉切除と5年生存率に差がありませんでした。その結果、区域切除もガイドラインで推奨される標準手術となりました。肺を切除した分だけ呼吸機能は低下し、術後の生活の質に影響します。余計な肺切除を行わなくてよければ、それだけ患者さんにはメリットがあります。患者さんの全身状態やがん病変の大きさ・位置により、最適の術式を患者さんごとに慎重に決定します。

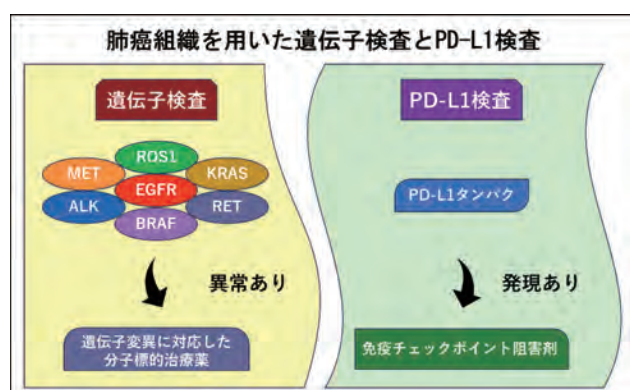
胸腔鏡下手術、そしてロボット支援下手術の時代へ！



開胸手術で行われていた肺がん手術は、1990年代になり胸腔鏡が導入されて小開胸の手術が始まり、やがて小さい穴だけで行う胸腔鏡下手術が主流となりました。現在ではロボット支援手術 Robot-assisted thoracoscopic surgery (RATS) が急速に普及しています。RATS ではオペレーターが自分でカメラを動かし、3本のアームに装着された鉗子で手術をします。最大のメリットは、近接した3Dの良い視野で手ブレのない精密な手術が可能ということです。当院では現在、手術ロボットのダヴィンチが3機稼働し、4名の呼吸器外科医がダヴィンチ手術のオペレー

ター資格を取得して手術を行っています。定期的に麻酔科医や手術室看護師、臨床工学技士と共に、緊急時の対処の訓練も実施して、安全に RATS を行っています。2024 年度は肺癌手術 126 件の内 37 件の 3 割がダヴィンチを用いた手術でした。全国的にも多い件数を誇っています。

分子標的薬剤と免疫チェックポイント阻害剤を再発予防の補助化学療法として使用！



肺がんの再発を予防するため、手術後に補助化学療法として抗がん剤治療を追加することがあります。これまではプラチナ製剤（シスプラチンやカルボプラチン）などの従来の抗がん剤のみが使用されていましたが、分子標的薬剤や免疫チェックポイント阻害剤が補助化学療法に加わりました。特定の遺伝子（ドライバー遺伝子）が肺がん細胞の増殖に関与している場合、ドライバー遺伝子を妨害する薬剤（分子標的薬剤）が有効であ

り、手術後に使用されます。また、肺がん細胞がPD-L1 というたんぱく質を作り出す場合には免疫チェックポイント阻害剤が有効であり、手術後の投与が再発を予防します。一方、進行した肺がんに対して手術の前に免疫チェックポイント阻害剤（ニボルマブ）を使用する導入療法も行われています。更には術前に加えて術後にも免疫チェックポイント阻害剤（ペンブロリスマブ）を使用する強力な薬物療法を行うことで、良い結果が得られています。免疫チェックポイント阻害剤を手術の前後で挟むのでサンドイッチ療法とも言われています。

当院呼吸器外科発の肺がん遺伝子検査システム MINtS が保険適応となりました！

従来の検査法では気管支鏡や胸水などから得られる少数の肺がん細胞では遺伝子検査ができませんでした。井上講師はこの問題に取り組み、高速シーケンサーを用いた薬剤関連遺伝子変異検索システム (MINtS) を開発しました。わずかな肺がん細胞から遺伝子の変異を調べることが可能で、検出感度が非常に高い MINtS は実用化され、2024 年 12 月に保険適応となり、全国で利用されるようになりました。MINtS によって多くの肺がん患者さんの治療の選択肢が広がることが期待できます。当科では臨床に役立つ研究を積極的に行っています。



秋バテ予防対策

栄養部

暑い夏が終わりに近づいたのに「なんだか疲れる」「食欲がない」そのように感じることはありませんか？

それは「秋バテ」かもしれません。

秋バテとは、夏の疲れが残ったまま、気温や気圧の変化が激しい秋を迎えることで身体や精神に不調が現れることをいいます。

秋は夏と比較し朝晩の気温差が大きく自律神経が乱れやすいことや、夏の間長時間エアコンの効いた涼しい部屋で過ごしていたこと、冷たい食べ物、飲み物の摂りすぎで身体の内側から冷えてしまったことによる胃腸機能低下などが要因といわれています。

そこで秋バテを予防、改善するためのポイントをご紹介します。

① 1日3食、規則正しい生活を心がけましょう

1日3食、決まった時間に食事を摂り、決まった時間に起床、就寝することは自律神経を整える基本的な方法です。

② 主食、主菜、副菜を揃えた食事をしましょう

主食、主菜、副菜を揃えた食事をするすることで体に必要な栄養素をバランスよく摂取することができます。特にビタミンB₁は疲労回復が期待され



ます。ビタミンB₁の多い食品としては豚肉、うなぎ、大豆、玄米、ライ麦パンなどがあります。またビタミンB₁はんにくやねぎに含まれるアリシンという栄養素と一緒に摂ることで吸収率が上がるといわれています。

ビタミンB₁の多い食品

アリシンの多い食品

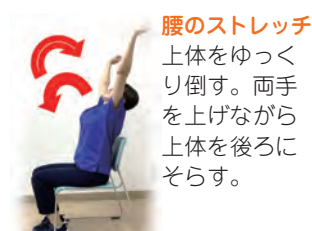


③ 適度な運動やストレッチを行いましょう

空いた時間やテレビを見ながら簡単な運動やストレッチを行うことで筋力の維持・向上、血行改善、肩こり改善が期待でき自律神経の乱れを整えることにつながります。



膝関節の伸展運動
下腿をゆっくり伸ばし、3秒保持した後、元に戻す



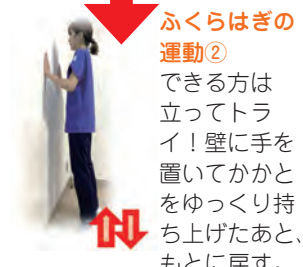
腰のストレッチ
上体をゆっくり倒す。両手を上げながら上体を後ろにそらす。



ふくらはぎの運動①
かかとをゆっくり持ち上げたあと、もとに戻す。



股関節の屈曲運動
大腿部をゆっくり持ち上げ、3秒保持した後、もとに戻す。



ふくらはぎの運動②
できる方は立ってトライ！壁に手を置いてかかとをゆっくり持ち上げたあと、もとに戻す。

※体調の変化を感じた際には受診時にスタッフに相談しましょう。

看護助手・ナースエイド（主に学生）の仕事について

看護部 業務委員会

当院では、看護助手・派遣看護助手・ナースエイドと呼称は違いますが、194名の看護助手が働いています。あるドラマで「ナースエイド」が取り上げられ、皆さんも「病院には看護師の補助をする看護助手が働いている」ことはご存じかもしれません。看護助手とは、看護が提供される場において、看護チームの一員として看護師の指示のもと、看護の専門的判断を必要としない看護補助業務を行う職種です。しかし、具体的にどのような仕事をしているのか、わからないことが多いと思います。そこで今回は、当院で働く看護助手の仕事について紹介いたします。

1) 勤務時間

- ・看護助手…8：30～17：30
- ・派遣看護助手…基本16：30～22：00、勤務時間は応相談。
- ・ナースエイド…勤務時間は応相談。医療・看護系学生

2) 仕事内容

病棟、集中治療部門、センター部門で仕事内容は少し異なりますが、おおまかな看護助手の仕事内容については以下になります。

(1) 病棟内の整理整頓や環境整備

- ▶ 退院した患者さんのベッドを片付け、次の入院ベッドを作成
- ▶ シーツ交換
- ▶ 点滴台や車いすの清掃
- ▶ 診療や検査で使用する医療機器や物品の準備、片付け
- ▶ ゴミ回収

(2) 患者さんの身の回りの世話

- ▶ 配膳・下膳
- ▶ 体位変換の介助
- ▶ 検査の搬送、移送など

(3) 各種請求業務

- ▶ 薬品請求

- ▶ 物品請求

(4) その他

- ▶ 医療機器の洗浄など

看護助手・ナースエイドには特に必要な資格はありません。しかし、看護助手が不安なく安心して働けるように、看護部では看護助手研修を開催し、e-ラーニングや技術演習などの実技研修も実施しております。看護助手は、検査の移送など、患者さんと接する機会も多く、移送中に患者さんとお話しした内容が看護ケアに大きく関わって来ることもあります。実際に、検査の移送をしていた看護助手が患者さんとの会話で「足が痛くて」とお話をされたことを、検査後に看護師に報告したことで、看護師から医師へ連携して患者さんの苦痛緩和につながったことがありました。病院ではチーム医療が重要です。患者さんを中心として、医師、看護師、薬剤師、栄養士、その他コメディカル部門が連携しておりますが、看護助手ももちろんチームの一員としてとても重要です。

最後になりますが、私たちは患者さんが安心して入院生活を送れるように関わっています。ぜひ、身近な看護師・看護助手に遠慮なく思いを聞かせていただければと思います。



退院患者さんのベッドメイキング



患者さんを検査に誘導



使用した内視鏡の洗浄作業



使用した内視鏡の洗浄作業



物品補充

受診される患者さんへ

医務課

マイナンバーカードによる、 診察前保険証情報事前確認を始めます。

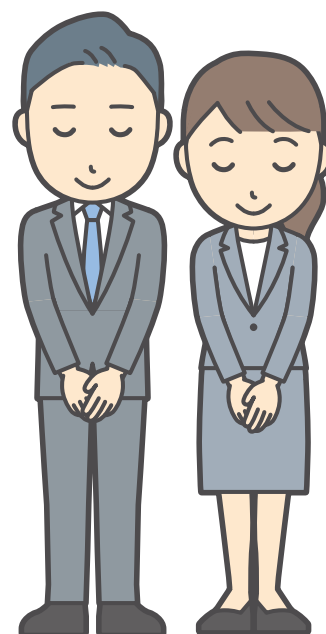


マイナンバーカードをお持ちの方は、**診察前**に専用機にて受付を済ませていただきますようお願いいたします。

※マイナンバーカードをお持ちでない方は、健康保険証または資格確認書を**診察前**に②再来受付窓口へご提示ください。

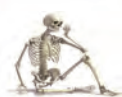
診察前に保険情報の確認をすることで、会計待ち時間の改善を見込んでおります。

皆様のご理解とご協力をお願いいたします。



RT JOURNAL (急性期脳梗塞の診断と治療について)

中央放射線部



RT JOURNAL

放射線

2025

vol.35



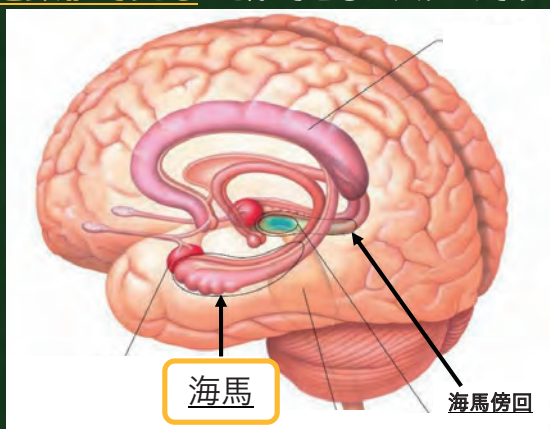
早期アルツハイマー病 診断支援システム VSRAD(ブイエスラド)とは？



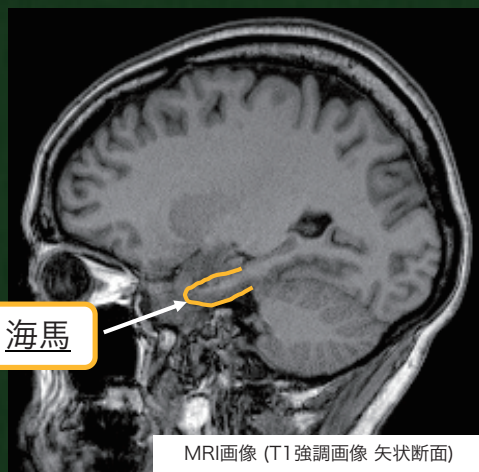
当院では、主にももの忘れが増えた患者さんを対象として、VSRAD(ブイエスラド)と呼ばれる検査を行っています。

MRI画像を専用ソフトで解析し、**海馬**や海馬傍回(かいばぼうかい)と呼ばれる**記憶に関わる部位の萎縮度を測定**します。

結果を健康な人の脳と比較することで、**アルツハイマー型認知症の可能性を数値で見**ることができるシステムです。



引用元
https://medical2.eisai.jp/fileviewer/pdf_downloader.php?access_key
=665fee8918dd#toolbar=0



MRI画像 (T1強調画像 矢状断面)

編集後記

認知症は早期発見・早期治療が大切です。気になる症状があれば、主治医にご相談ください。早期の対応が皆様の安心につながります。

よくあるご質問

Q. VSRAD以外で、アルツハイマー型認知症の可能性を診断できる画像検査はありますか？

A. 核医学検査の脳血流シンチとアミロイドPETがあります。核医学検査とは、放射性医薬品を静脈から体内に投与して、目的部位への集まり具合を見る検査です。脳血流シンチは脳血流の異常を検知し、アミロイドPETはアルツハイマー型認知症の原因物質が蓄積しているかを画像化し、診断をします。

Q. アルツハイマー型認知症に治療薬はありますか？

A. 2023年に「レカネマブ」と呼ばれる治療薬が発売され、当院でも投与可能となっています。期待される効果や副作用など、詳しくは医師にご確認ください。

外来受診について

初めての方

- * 診療日 月曜～土曜
(日曜・祝日・年末年始を除く)
- * 診療受付時間 8:30 ～ 11:00
- * 診療時間 9:00 ～ 17:00

再来の方

- * 診療日 月曜～土曜
(日曜・祝日・年末年始を除く)
 - * 診療受付時間 8:30 ～ 11:00
(予約の方を除く)
- 予約以外の11時以降の受付はありません。

初めての方、再来の方も午後まで診療を行っておりますが11時以降の受付はできません。(再来で予約のある方を除く) また、診療科や曜日によって受付できない場合もあります。

面会者へのお願い

咳・熱などの症状のある方やお子様の面会はお遠慮ください。

面会については病棟にご確認ください。

アクセス

電車

池袋より東武東上線・東京メトロ有楽町線 30分 川越駅下車
西武新宿駅より西武新宿線 60分 本川越駅下車
大宮駅より JR 埼京線 20分 川越駅下車
大宮駅より JR 高崎線 9分 上尾駅下車
※下車後、バスまたはタクシーでおいでください。

バス

川越駅東口より東武バス
(上尾駅西口・平方・埼玉医大・川越運動公園行き)
(25分) 埼玉医大総合医療センター下車
JR 高崎線上尾駅西口より東武バス(川越駅行き)
(20分) 埼玉医大総合医療センター下車
市内循環バス「川越シャトル」40系統42系統43系統

車

関越自動車道川越インターより8km、約15分
県道51号線(川越上尾線)沿い

* 医務課からのお願い *

当院では受診の際、月に1回保険資格確認をさせていただいております。マイナンバーカードをカードリーダーに通していただくか、資格確認書を窓口へご提示ください。院外処方箋発行の際に、正しい保険情報を転記するためにも、診察前の保険確認にご協力ください。また、緊急時に当院よりご連絡させていただく際、お届けいただいている連絡先が変更となっていることがあります。連絡先に変更があった場合には、お申し出ください。



患者さんを検査へ誘導している様子

編集後記



長く続いた夏が終わり、秋らしさを感じられるようになりました。夏の疲れを実感されている方は9ページの『秋バテ予防対策』をぜひご覧ください。

今回の表紙は、看護助手の業務風景です。10ページで業務紹介を掲載しています。なお、埼玉医科大学では、一緒に埼玉医科大学グループの未来に向けて働く仲間を募集しています。詳細については埼玉医科大学のホームページ内採用情報をご覧ください。

編集員

埼玉医科大学総合医療センターニュース 第72号

発行年月日 令和7年9月末日
発行 埼玉医科大学総合医療センター
発行責任者 病院長 別宮 好文
連絡先 医療センターニュース編集局(医務課内)
印刷 株式会社 ヨーコー