

地域医療支援病院
地域周産期母子医療センター
広島県指定がん診療連携拠点病院
専門医療施設(がん/成育/骨・運動器)
エイズ治療中核拠点病院
第二次救急医療指定病院
臨床研修指定病院

FUKUYAMA MEDICAL CENTER

FMC NEWS

福山医療センターだより



2019 April
Vol.12 No.4

院長就任挨拶

地域の中核病院としての責務を 果たすために



福山医療センター
院長
稻垣 優



認定証



HCU



MFICU

患者入院支援・周術期管理チーム

Patient
Admission
Support &
Perioperative Care
Team



今年4月に前院長岩垣の後を継ぎ、院長を拝命致しました。当院は、福山・府中地区の2次医療圏のなかで、基幹病院としての役割を担い、成人救急医療では平成30年度より2.5次救急医療病院として位置付けられ、産科の三次救急指定病院、小児の二次救急医療の4輪番の一つとして医療体制を構築しています。また、医療圏は拡大備後医療圏として福山・府中・尾道・三原の広島県域と井原・笠岡の隣接の岡山県西部も含まれ、約100万人の人口が対象となっています。現在は地域周産期母子医療センター、広島県指定がん診療連携拠点病院、地域医療支援病院、臨床研修指定病院の認定を受け、平成29年9月にはエイズ治療中核拠点病院の認可(全国60番目)を受けました。福山地区には渡航者も増加傾向にあり、渡航受診者の受け入れのため、経済産業省支援の官民連携による日本の医療を国際展開する組織Medical Excellence JAPANよりJapan International Hospitals (JIH)の推奨病院として登録され、外国人の受け入れにも対応しています。

従来、病床数は410床でしたが、地域医療構想調整会議を経て、昨年度は366床で運用しておりましたが、4月より350床とダウンサイジングを行い、より機能的な病院運営を目指しています。院内の整備として今年3月にはHCU5床を創設完備により、ICUの運用と合わせ、4月からのよりスムーズな救急医療受け入れ体制を整備しました。院内システムとしては、重症度・看護必要度の基準の上昇に伴い、その維持のため、平成30年度の平均在院日数が9.2日まで短縮し、入院患者に対する医療の質の担保を図るため、入院予定患者を入院前からサポートする患者入院支援システム(PASPORT)を統括診療部長時代の平成29年に立ち上げ、入院患者のスムーズな入退院の管理を行っています。

また、周産期医療では地域の中核を担っていますが、MFICUを6床、LDR1床を新築、3月に完成し、NICU12床、GCU12床と共に、総合周産期母子医療センターのハード面の要件を満たしました。平成27年に福山府中地域の第1回地域医療構想調整会議が開催され、当院の総合周産期母子医療センター化の了承をもとに、国立病院機構本部よりも平成28年1月に承認を得、今年4月に産婦人科山本暖医師を統括診療部長に据え、総合周産期母子医療センター化にむけて誠意努力する次第です。

今後も地域の中核病院として、地域に根差した医療に取り組んでいく所存ですので、何卒よろしくお願い申し上げます。

JAL最後の サムライ機長

オープンカンファレンスのご案内

特別講師

小林宏之

HIROYUKI KOBAYASHI



6/27 木

講演/18:30~

福山医療センター 4階 大研修室
司会:医療安全管理部長 大塚眞哉

空と医療の 安全管理



この度、JALパイロットとして長年活躍され、現在は航空評論家として航空機事故や航空関係の話題などがあれば、必ずと言っていいほどテレビに出演される有名な小林宏之さんをオープンカンファレンスに招聘しましたので紹介申し上げます。こんな著明な方が福山まで来て頂いて直接講演して頂く機会は滅多にないと思います。危機管理専門家として危機管理・医療安全について熱く語っていただきますので、皆様万障お繰り合わせの上、是非ともご参加お願いします。

【経歴】

1946年愛知県新城市生まれ。1968年日本航空(JAL)に入社。入社以来42年間、一度も病欠などでスケジュールの変更なく飛び続ける。JALの主な国内線、すべての国際線を飛んだ唯一のパイロットです。総飛行時間18500時間、距離にして1665万キロ(地球800周分)。その他、首相特別便機長(竹下、海部、小泉首相)、湾岸危機時の邦人救出機機長など。JAL退社後は、危機管理・リスクマネジメントの講師として活躍する傍ら、航空評論家としてもマスコミで活躍中。

【退職後の歴史】

宇宙開発事業団(現JAXA)危機管理嘱託委員
日本人宇宙飛行士安全検討チーム
原子力発電所運転責任者講習講師・原子力安全セーフティボードの委員
慶應義塾大学大学院・早稲田大学非常勤講師

【主な著書】

- ・ザ・グレート・フライト～JALを飛んだ42年
- ・JAL最後のサムライ機長・命を預かるグレートキャプテンのリーダー術
- ・機長の「健康術」
- ・航空安全とパイロットの危機管理



独立行政法人 国立病院機構

福山医療センター
National Hospital Organization FUKUYAMA MEDICAL CENTER

〒720-8520 広島県福山市沖野上町4丁目14-17
Tel(084)922-0001(代) FAX(084)931-3969
<http://www.fukuyama-hosp.go.jp/>



祝 第18回岡山大学外科MCセミナー 一般演題部門において 最優秀賞を受賞



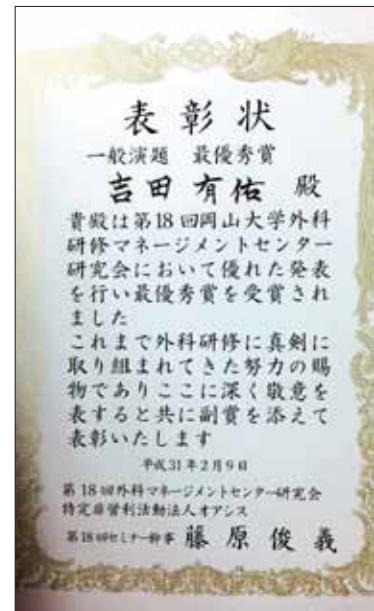
外科医師
吉田 有佑

平成31年2月9日にホテルグランヴィア岡山にて開催された第18回岡山大学外科MCセミナーの一般演題の部門で「当院での遠位胆管癌の手術治療成績」について発表してきました。

遠位胆管癌の根治的治療は外科的切除が唯一とされていますが、切除後の再発率が高いのが現状です。今回、遠位胆管癌に対する予後規定因子について2003年6月～2018年6月に手術を施行した34症例について後方視的に検討しました。患者背景について表にまとめています。深達度に関してはT3a(脾実質や十二指腸浸潤)が多いという結果でした。遠位胆管癌では早期発見は少ないが、門脈浸潤や動脈浸潤も稀という結果でした。リンパ節転移は34症例中15例にみられました。34例中27例で根治手術が施行されており、うち15例で再発がみられていました(再発率:55.6%)。転帰は生存8例、死亡23例でした。全生存期間(OS)の中央値は18.6ヶ月で、5年生存率は25.7%でした。OSに対する予後規定因子について単変量および多変量解析で検討しましたが、根治度とリンパ節転移が予後に影響する因子でした。再発症例についての検討では、再発した15例中4例で再手術が施行されており、再手術後2年以上生存の得られている症例もありました。病勢を見極めた上で再手術をすることで予後改善が見込める症例が存在することが示唆されました。

また再発リスクについても検討しましたが、リンパ節転移が再発のリスク因子という結果でした。リンパ節転移陽性は遠位胆管癌において予後規定因子の最大のファクターと考えられました。

今回の発表で一般演題部門(全8題)の最優秀賞を受賞することができました。ご指導いただきました諸先生方にこの紙面をお借りして深く御礼申し上げます。ありがとうございました。



藤原教授から表彰されました。



指導医の徳永先生が挨拶してくださいました。



集合写真 (WEB 平成30年度 岡山大学広域外専門研修プログラムより引用)

当院での遠位胆管癌の手術治療成績

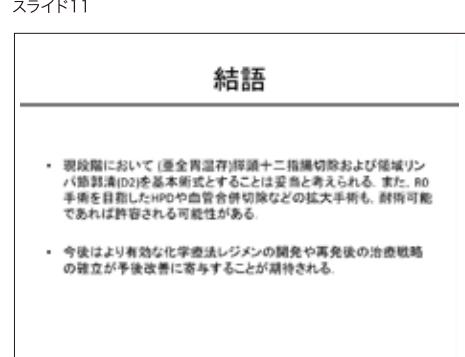
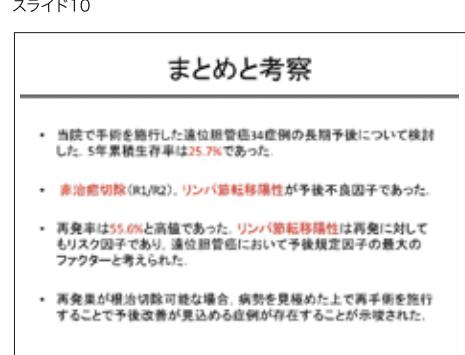
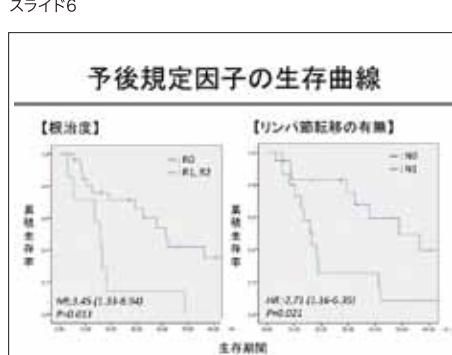
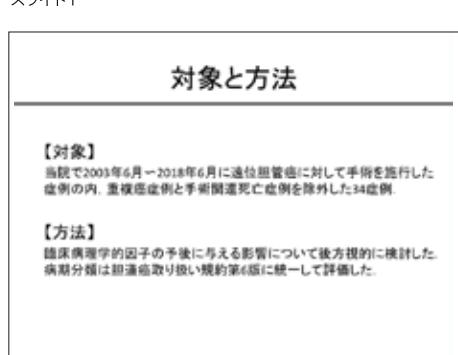
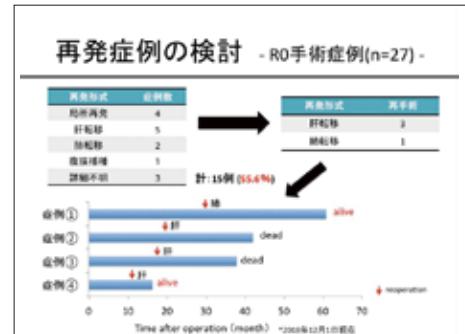
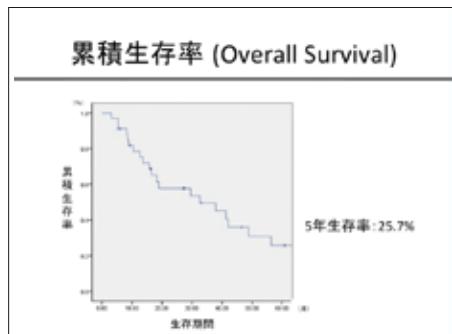
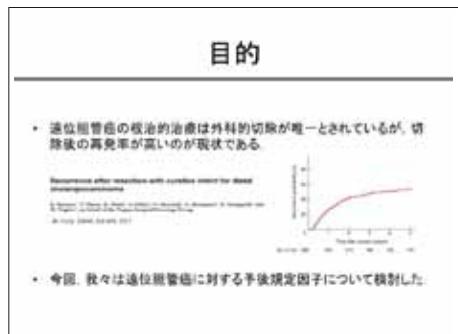
国立病院機構 福山医療センター 外科

吉田 有佑, 稲垣 優, 徳永 尚之, 北田 浩二, 安井 雄一,
赤井 正明, 加藤 卓也, 濱野 亮輔, 宮宗 秀明, 常光 洋輔,
大塚 真哉, 岩川 和秀, 岩垣 博巳



外科セミナー最優秀賞

平成31年2月9日 外科MCセミナー



2/9 土

受付/12:30~(大研修室前)
講演/13:00~15:30
福山医療センター 4階 大研修室

特別講師 川崎医科大学附属病院 臨床腫瘍学准教授
永坂 岳司 先生

PROGRAM

12:30~	■医療機器コーナー・医療機器の展示
総合司会:岩川 和秀 福山医療センター 大腸肛門外科医長	
壱川 達也 福山医療センター 消化器外科医長	
開会挨拶:岩垣 博巳 福山医療センター 院長	
講演①20分:岩川 和秀 福山医療センター 大腸肛門外科医長 ●ここまで進んだ大腸がん診療	
講演②20分:堀井城一朗 福山医療センター 消化器内科医長 ●早期診断と内視鏡治療 ~いくつまでいくか?う~	
講演③20分:宮宗 秀明 福山医療センター 消化器外科医長 ●体にやさしい大腸がん外科手術	
講演④20分:濱田 裕介 福山医療センター 皮膚・排泄ケア認定看護師 ●ストーリーを知ろう	
講演⑤20分:永坂 岳司 川崎医科大学附属病院 臨床腫瘍学准教授 ●どうして大腸がんになるの? 大腸がんはどうしてお茶で治らないの?	
質疑応答:知りたいことを尋ねてみよう!	
閉会挨拶:長谷川利路 福山医療センター 副院長	



主催 独立行政法人国立病院機構福山医療センター
後援 広島県、福山市、福山・府中地域保健対策協議会、福山市医師会、深安地区医師会、松永沼隈地区医師会、府中地区医師会

独立行政法人 国立病院機構
福山医療センター
National Hospital Organization FUKUYAMA MEDICAL CENTER

「よくわかる大腸がん」

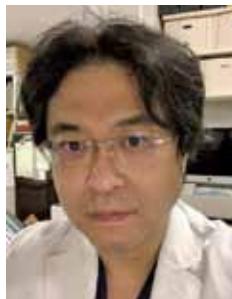
市民公開講座 2019

入場無料
定員200名
事前申込み・当日参加
いずれも可

●問い合わせ先(事務局)
〒720-8520 広島県福山市水野上町4丁目14-17
TEL(084)922-0001㈹ FAX(084)931-3969
福山医療センター 市民公開講座事務局 担当:西谷
事前に申込みを希望される方は、FAXにて「公開講座参加希望」とご記載
いただき、併せて郵便番号・住所・氏名(複数名参加の場合は代表者氏名・人数・参加
者氏名をご記載のうえ、2019年1月31日までに上記事務局までお送りください。

〒720-8520 広島県福山市水野上町4丁目14-17
TEL(084)922-0001㈹ FAX(084)931-3969
<http://www.fukuyama-hosp.go.jp/>

「よくわかる大腸がん」



川崎医科大学 臨床腫瘍学
准教授 永坂 岳司

2019年1月17日、「がん登録推進法」に基づき全てのがん患者を追跡する「全国がん登録」のデータを初めて分析した結果、2016年に新たにがんと診断された患者が、全国で99万5132人だったことが分かりました(図1)。大腸がんは、男女

合計では15万8000人が罹患しており、罹患者数では第一位になっています。大腸がんの年間死亡者数はだいたい5万人ほどですので、ざっくりとした計算を行うと、大腸がんになった人の約1/3が亡くなることになります。これは反対に考え

ますと、大腸がんになった人約70%は亡くならずに治癒したということになります。大腸がんになつても、その70%は治るということは、例えば、肺臓がんは5年後に生存している人は10%以下ですので、大腸がんは治るがんと定義することも出来るかもしれません。



しかしながら、大腸がんで命を落とす方は日本では年間5万人います。どういう人はなくなるのでしょうか? 図2を参照ください。大腸がんのステージ別の5年生存率です。ステージ4の生存率が20%以下です。ステージ4というのは、大腸がんが見つかったときにはすでに、大腸以外の肺や肝臓に転移している状態です。この状態ではがんを全部切除することはできません。このような方が治りにくいということを示しています。その一方でステージ1~3はステージの進行によって、段階的に生存率が低くなっています。これはなぜでしょうか? 図3を見てください。これは図2の生存率を調べたときと同じ時期の大腸がんを切除した後の再発率です。ステージ1~3の大腸がんは基本的に切除を行います。見た目にはきれいに切除出来ているのですが、やはり目に見えない癌細胞のために再発すると言われています。この再発率はステージが進行するにつれて増えています。いま、図2の生存率と、図3の再発率を各ステージで足してみます。どうなるでしょうか? 図4を見てください。ステージ1~3まで生存率がほぼ同じになりました。そうです。きれいに大腸がんを切除しても再発する場合があります。ステージ1~3の大腸がんの人が亡くなるのは、再発した場合だと考えることが出来ます。

図2

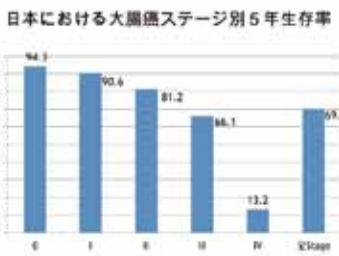


図2

日本における大腸癌ステージ別再発率

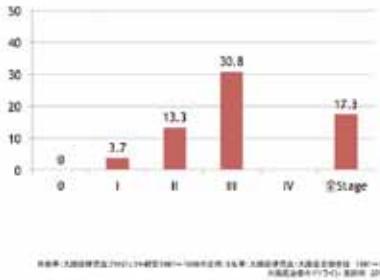


図3

大腸がんによる死亡原因は再発と転移！

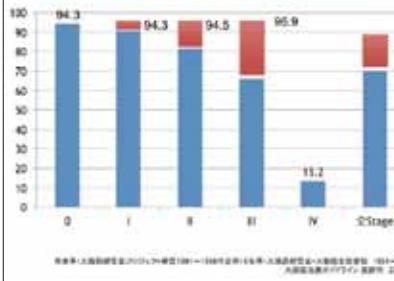


図4

さて、「がん」はどうして発生するのでしょうか？がんの原因是遺伝子に異常が起こるからだと現在考えられています。遺伝子異常はどうして起こるのでしょうか？図5を見てください。全ての病気は「遺伝的要因」と「環境的要因」で原因が構成されるといわれています。例えば、先天性疾患の大部分が遺伝的要因で引き起こされます。その一方で、外傷や感染症などは、ほぼ環境的要因のみで引き起こされます。「がん」はどこに位置するでしょうか？「がん」は遺伝性のがんも含めて、「遺伝的要因」と「環境的要因」の両方がほぼ等しい重さの原因と考えられています。そして、重要なことに、その「がん」になるきっかけは「遺伝子の複製エラー」です。この「遺伝子の複製エラー」は残念ながら、本当に「運」により決定されると言われています。例えば、

明らかな発がん因子であるタバコをどんなに吸っても「運よく」がんにならない人もいれば、全くタバコを吸わないのに「不運」にもがんになってしまう人もいます。この「運」「不運」は我々には残念ながら完全にコントロールすることは今のところ不可能です。未来では、時間を巻き戻すなどの技術が開発されれば、この「運」「不運」を制御することができるでしょう。

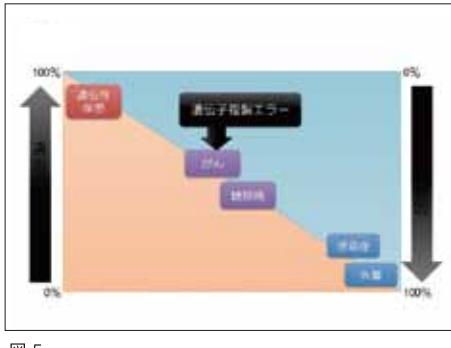


図5

大腸がんはどれくらいの時間をかけたら目に見える大腸にがんになるのでしょうか？今のところ考えられているモデルの1つを提示します。一般的な大腸がんは1つの「遺伝子異常で起こるのではなく、少なくとも数個の遺伝子異常、すなわち、突然変異の蓄積によって引き起こされます。この突然変異は簡単には起こらないので、正常細胞から目に見えるがんになるまでに、実に25～30年はかかると算出されています（図6）。もちろん、がんによって成長速度は異なりますので、それよりも早く大きくなるがんもあれば大きくならないがんもあります。

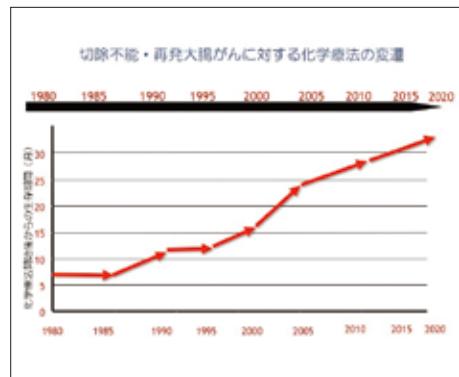


図7

大腸癌化学療法に使用される薬剤



図8

さて、切除することができない大腸癌はどう治療されるのでしょうか？2000年ぐらまでは、大腸がんで切除出来ない場合、お薬をつかっても余命は1年ぐらいしかありませんでした。この20年でたくさんのお薬が開発され、そしてその使用方法も開発され、まさに日進月歩の世界です。20年までは1年しかなかった余命も現在では、平均2年半以上になってきています（図7）。これはさまざまなお薬が使えるようになったからですが（図8）、それでも完全に治すことは出来ていません。ただ、適切なお薬の使い方や休み方で、副作用に苦しまないで長く治療することも出来るようになってきています。大腸がんと診断された場合は、ぜひ、主治医の先生と相談しながら適切な治療を行いましょう。明日には、新しいお薬が使えるようになるかもしれないのですから。そして、いつの日か、お薬だけで治る日が来るかもしれません。

Vogelsteinの大腸癌における多段階発癌モデル

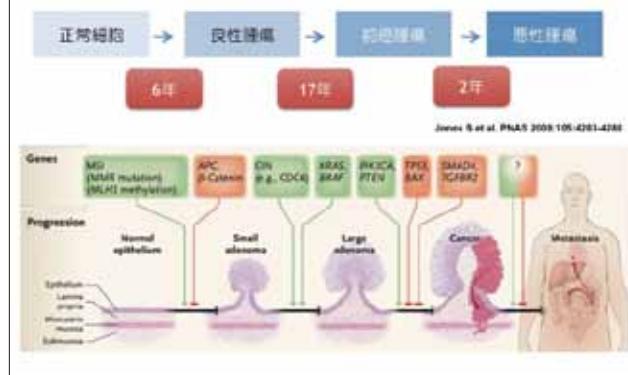


図6

講演①

「ここまで進んだ大腸がん診療」

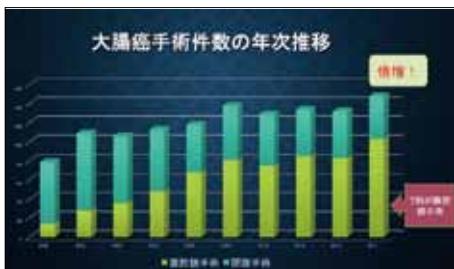
大腸肛門外科 医長
岩川 和秀



当院はがん診療連携拠点病院として毎年がんに関する市民公開講座を主催しており、本年度は2月9日(土)に当院大研修室において「よくわかる大腸がん」と題して市民対象に講演会を開催しました。当日は会場をほぼ埋め尽くす約150名の参加者があり、大腸がんに対する関心の高さがうかがわれました。司会進行は消化器内科医長の豊川達也先生と私が担当しました。当院からは私を含めて4名の講師にそれぞれ専門的な内容を講演していただき最後に川崎医科大学 臨床腫瘍学准教授の永坂岳司先生に特別講演として「どうして大腸がんになるの? 大腸がんはどうしてお薬で治らないの?」と題して講演していただきました。そのあと会場から質疑応答の時間を設けましたが、予想以上に多数の質問があり、おのずと予定時間も超過してしまいました。

私の講演①は「ここまで進んだ大腸癌診療」と題して、大腸がんに関してそれぞれの分野で進歩している状況を一般的な

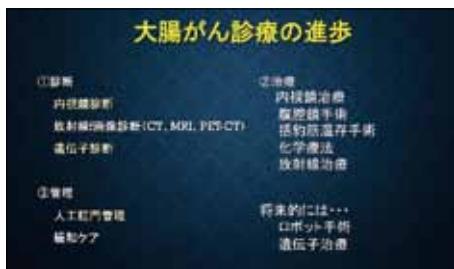
内容として紹介しました。全国的な大腸癌に関する統計でも大腸がんは罹患率、死亡率いずれも増加傾向にあります。当院ではそれ以上に手術件数は増加しており、10年間で約倍増しています。手術術式も腹腔鏡を併用した低侵襲手術が10年前は2割弱であったものが、昨年は7割を占めるようになりました(スライド①)。



スライド 1

大腸がん診療においては、あらゆる分野において進歩は著しいものがありますが、まず診断においては内視鏡診断手技の進歩、CT、MRI、PET-CTなどの放射線診断の進歩、遺伝子診断の進歩により、より早期に質的診断、深達度診断、進行度(ステージ)診断ができるようになり、進行がんにおいても悪性度、ステージ、治療効果、抗がん剤の感受性などを診断できるようになってきました。治療においては、高度な技術を要する粘膜下剥離術などの内視鏡治療や外科にお

ける腹腔鏡手術の件数が確実に増加しており、人工肛門をさけて括約筋を温存する手術も適応症例が増加しています。また切除不能例や再発例に対しても化学療法や放射線治療を併用する集的治療が進歩しています。将来的にはロボット手術や遺伝子治療が行われることも期待されます。(スライド②)。最後に当院では大腸がんに関する専門的な知識と技術をもった専門職が多数常駐しており、大腸がん患者さんを中心にみんなで診療に取り組んでいることを講演しました(スライド③)。



スライド 2



スライド 3

講演②

「早期診断と内視鏡治療」 ～早く見つけて早く治そう～

消化器内科 医長
堀井 城一朗



本日の内容

- ① 大腸癌の疫学について
- ② 大腸癌の検診について
- ③ 大腸腫瘍の発見・診断の進歩
- ④ 大腸内視鏡治療の種類と特徴

Topics

図 1

1 大腸がんの疫学

大腸がんの罹患率(新たにがんと診断さ

れる数)と死亡数は年々増加している。2018年の罹患率は男女計で大腸がんが1位であり、男女別でも男女ともに2位と上位である。同年の大腸がんの死亡数は男女計で胃がんをこえて2位となり、男女別では男性が3位、女性が1位であった。大腸がんの予防、早期発見、早期治療が今まで以上に重要なミッションとなっている。

大腸がんは様々な段階を経て、大腸ポリープ→早期大腸がん→進行大腸がんへと進展することが多く、大腸ポリープを早

期に発見し治療する仕組み・技術が大事である。

2 大腸がんの検診

一次検診は免疫学的便潜血検査、二次健診は大腸内視鏡検査や注腸検査である。

次世代の一次検診法の候補として、体液中microRNA測定技術基盤開発のプロジェクトが進められている。microRNAはがん等の疾患に伴って血液中でその種類や量が変動することが明らかにされつつある。抗

がん剤の感受性の変化や転移、がんの消失等の病態の変化に相関するため、全く新しい疾患マーカーとして期待されている。

大腸がんの早期発見・早期治療のためには
ポリープを早期に見つける仕組み
ポリープ発見のための技術的進歩
ポリープ切除のための技術的進歩

図2

3 大腸腫瘍の発見と診断の進歩

大腸腫瘍の発見率を上げることが重要であり、各種新規内視鏡や補助具の開発が進められている。また、画像強調内視鏡が進歩しており腫瘍の表面構造の拡大観察により腫瘍の鑑別診断・深達度診断を行うピットパターン分類が普及しており日常診療に役立っている。加えてNarrow Band

Imaging (NBI) やBlue LASER Imaging (BLI) 等の特殊光を併用した拡大内視鏡観察が普及・進歩している。超拡大内視鏡 (Confocal laser endomicroscopy、Endocytoscope) では細胞の核レベルまで観察可能で、内視鏡自動診断ソフトも開発されており興味深い。

4 大腸内視鏡治療の種類と特徴

これまでの大腸内視鏡治療の中心となっていたのはpolypectomy(ポリープにスネアと呼ばれる電気メスの輪をかけて通電し焼き切る手法)とEMR(Endoscopic Mucosal Resection: ポリープの下に薬液を局注入して浮かしてからスネアで通電し焼き切る手法)であった。近年は通電を使わずに切除するCold Polypectomy (Cold Forceps PolypectomyとCold Snare Polypectomy) が普及しつつある。現在大きな大腸腫瘍 (EMRで取り切れない病変)

に対する内視鏡治療の中心となっているのはESD (Endoscopic Submucosal Dissection: 内視鏡的粘膜下層剥離術)と呼ばれる手法であり、内視鏡治療適応病変(腺腫から浅い癌まで)であれば、大きな腫瘍やEMRでは切除が難しい部位(肛門にかかる病変など)も切除できる。当院でも積極的に行っており、以前は治療困難であった病変も切除可能となっている。

今後も新しい知識・手技を身につけて地域の診療に役立てていきたいと考えている。

Take home message

大腸癌の検診システムの発展
大腸腫瘍の発見・診断の進歩
大腸内視鏡治療の技術的進歩

図3

講演③ 「体にやさしい大腸がん外科手術」

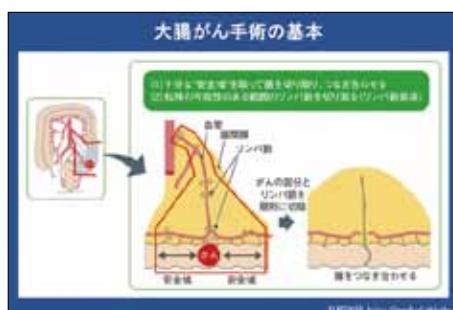
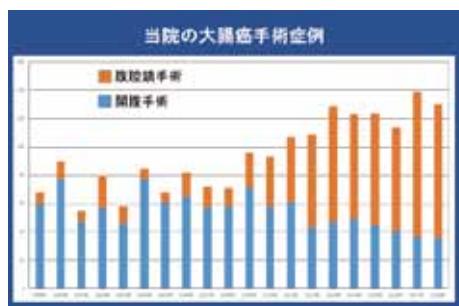


消化器内科 医長
宮宗 秀明

今回、2019年2月9日、福山医療センター4階大研修室にて開催されました市民公開講座2019「よくわかる大腸がん」において、「体にやさしい大腸がん外科手術」を担当させていただきました。大腸がんに対する治療では、完全に切除できるのであれば切除が良いとされています。内視鏡的切除が不可能な場合に手術が選択されます。肝転移や肺転移があっても完全に取り切れるのであれば手術を選択します。大腸がん手術では、基本的に、周囲のリンパ節もいっしょに切除します。それは癌がリンパ管を経由して近傍のリンパ節から遠方のリンパ節に転移するからです。そのため、図のごとく、病変よりも広い範囲を切除することになります。以前はこのような手術は腹部を大きく切開し

て行われていましたが、1991年米国において初めて腹腔鏡による小切開創での手術が行われました。日本においては1993年に初めて行われ、1998年に保険収載されました。当院においても、2000年には90例中13例が腹腔鏡手術でしたが、2018年には130例中94例と約3/4が腹腔鏡手術となっています。腹腔鏡手術は、傷が小さいため、術後の痛みが少なく回復も早いといわれます。一方、特殊機器・器具が必要であり、技術的なトレーニングも必要です。今後、さらに腹腔鏡手術の割合は増加していくと思われます。ロボット支援下腹腔鏡手術は、1990年台に米国で開発され、2009年に日本で薬事収載されました。

た。2012年4月から前立腺がんに対して保険適応となっていましたが、2018年4月に直腸癌に対しても保険適応となりました。繊細な動きが可能ですが、コスト、トレーニング等の問題もあり、まだ限られた施設での手技にとどまっています。



講演④

「ストーマを知ろう!」



皮膚・排泄ケア認定看護師
濱田 裕江

今回貴重な機会をいただきましたので、ストーマについて正しい知識を持っていただけたらと思い、『ストーマを知ろう!』というタイトルで、お話をさせていただきました。

ストーマとは人工肛門、人工膀胱のことです、ギリシャ語で“口”を意味する言葉です。病気により肛門や膀胱を切除した場合に、腸や尿管を体の表面に出し、人工的に作られた新たな排泄口のことです。人工物を体に埋め込むのではなく、自分の腸をおなかに直接縫いつけ、その腸から排泄物が出るという新しい排泄経路です。大腸がんになったら100%ストーマとなるわけではありませんが、大腸がんでなくてもストーマとなることはあります。

ストーマとなると、ストーマから出てくる排泄物を受けるために専用の袋(ストーマ装具)をおなかに貼り付けます。袋にたまつた排泄物は適宜、トイレに排出します。また、専用の袋は定期的(週2回程度が最近は多いです)に貼りかえを行います。

ストーマとなり、特に気になるのは生活に関することだと思います。生活するうえで気

につけることはありますが、通常の生活が可能です。ここでは、食事と排ガス、入浴について紹介させていただきます。

まず、食事についてですが、ストーマだからといって食べてはいけないものはありません。しかし、太りすぎたりやせすぎたりするとストーマ装具を貼るおなかの状況に変化が生じてしまうため、過食を避けベスト体重の維持が大切です(図1)。次に、排ガスについてです。ストーマには排ガスを我慢する機能がないため我慢はできませんが、手のひらでストーマ装具の上から軽く押さえるとガス音が半減します。ガスは食事の時に飲み込んでいる空気が主な原因ですので、ガムや喫煙、ストローの使用を控えるなどにより、ガスの発生を少なくする効果が期待できます(図2)。そして、ストーマからお湯が入ることはないので入浴も可能です。自宅ではストーマ装具をはずして入浴することも可能ですが、銭湯や温泉など公共の場所ではマナーの観点からストーマ装具を貼ったまま入浴します。その際、ストーマ装具の袋の色や形などを工夫し、目立ちにくくすることができます(図3)。

もしストーマが必要な状況となっても、安心して治療を受けられるよう、また、元の生活に少しでも近づけるよう、主治医はもちろん、外来看護師、病棟看護師、皮膚・排泄ケア認定看護師が支援させていただきます。いつもご相談ください。

食事

- 食べてはいけないものはない
- バランスの良い食事を、良く噛んで、3食きちんと食べる
- 体重のコントロールが重要
- 食事が排泄に影響する

過食を避け、適度な運動をして
ベスト体重の維持が大切

図 1

排ガス音

- ストーマの場合、排ガスは我慢できない
- 手のひらでストーマ袋の上を軽く押さえるとガスの音が半減
- ガスは食事の時飲み込んでいる空気が主な原因
- ガムや喫煙、ストローの使用を控える
- 腸内細菌バランスを整えることでガスの発生を抑える

図 2

入浴

- ストーマから湯が入ることはないので入浴もできる
- 自宅なら装具をはがして入ることも可能
- 銭湯や温泉など公共の場所では、必ずストーマ袋を装着(袋の色、形などを工夫)
- 排泄物はあらかじめ廻棄しておく
- 装具装着のまま入浴する場合は、脱臭フィルターにシールが必要な場合がある



図 3

連載 No.63

事務部だより

「気分転換」

業務班長

西谷 将巳



4月1日付で医事専門職より業務班長へ配置換えとなりました西谷です。幸い他院への異動でなく、院内での配置換えで引っ越しもなく安堵しました。

専門職時代は患者様の対応が多く、医療相談や窓口等でのサービス向上に重点を置いて出来るだけその時間を割いてきました。また、職員の声にも耳を傾けてきたつもりです。患者対応の事や施設基準、算定の相談等様々な部門から相談がありました。色々とありましたが患者様や職員の方々の話を聞く事により、考えも様々で自分自身の財産になりました。ありがとうございました。

さて、次は業務班長としての業務となります。今まで管理課での経験がほとんどで、企画でやっていけるのだろうかといった不安もありますが、精進

していこうと決意新たに勤務しているところです。

私事ですが、異動のタイミングに合わずかのように3月31日にパグ犬を飼う事になりました。(いつのまにか家族が飼うことにしていました…汗)私が学生時代にパグ犬を飼っていた事もあり、可愛くてしかたがありません。慣れない仕事に追われてもうちに帰るとパグ犬が待っていて、尻尾を振りながら飛びついてきます。一気に癒され、明日からの仕事に向かうことが出来ます。医事でもそうでしたがやはり気分転換は必要で、重い案件を抱えて、そのまま次の日に気分を引き続いたままで仕事にも影響が出ます。実際プライベートでも仕事の事が頭に浮かび、悩まされた事もしばしばありました。ネットで調べると、気分転換とは「気分を転換させること」と書きますが、実際はそうではありません。「元気になること」という意味だそうです。元気があり、気持ちがすっきりしているときに「気分転換したい」とは言いませんよね。ついでいことがあります。疲れがたまり、気分が暗く落ち込んで、元気がないときに「気分転換したい」と思います。心を元気にさせたいのです。

皆さんも落ち込んだりつかれたりした時は何か見つけて気分転換してみてはいかがでしょうか。ちなみにうちのパグ犬は春先だったので娘が「小梅」と名付けました。

地域におけるHIV看護・介護・予防



大阪府立大学大学院看護学研究科
准教授 佐保 美奈子

厚生労働科学研究費補助金エイズ対策政策研究事業である「HIV感染症及びその合併症の課題を克服する研究」(研究代表者:白阪琢磨)のなかで、「HIV看護・介護の質の向上と学校でのHIV予防教育実践に関する研究」に取り組んで11年目になる。

私のミッションは、HIV看護について看護職のボトムアップをはかり、看護・介護・予防に取り組むことである。助産師として、性と生殖に深くかかわってきたが、HIV診療現場で勤務した経験はなく、一般の方とおなじくらいの知識しかもたないままに研究に取り組むことになった。研究当初は1980年代のエイズパニック当時の印象を持ち続けていたので、今もあるHIV/AIDSに関する一般市民や医療者のとまどいや不安は想定内である。

私の研究班では、①看護職のボトムアップとエンパワメント、②介護保険施設における教育と研修のアプローチ、③高校生へのHIV予防啓発と養護教諭への教育と研修の3つの課題に取り組んでいる。看護職対象のHIVサポートリーダー養成研修は17回開催し、受講者は320名になった。研修で性の多様性やHIVの最新治療・初期対応、高校生への予防教育を学んだ看護職が勤務する施設だけではなく、地域に出かけて介護職や高校生に予防啓発をおこなっている。

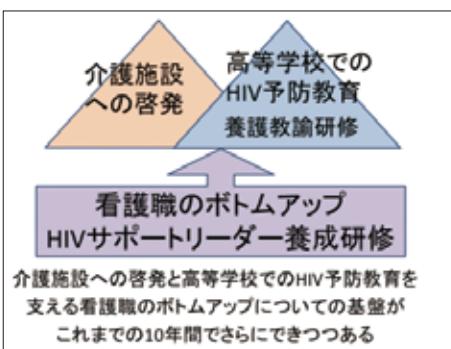


図1 地域HIV看護の取り組み

介護職への研修もHIV診療中核拠点病院の看護師がスタンダードプリコーションについて実践的な内容を実施して、効果をあげている。地区的介護支援専門員や訪問看護ステーションの管理者を対象にした研修後に、各施設に出向いておこなう出前研修を継続して実施している。60分から90分の講義後の感想は、「HIV/エイズの診療はとてもすんんでいることがわかり、治療す

19

介護保険施設における感染症予防研修 全職員への出前研修 実践報告




図2 介護職への出前研修

れば普通の生活ができることがわかった」「日常の看護や介護で感染することはないので、安心した」「自分の勤務する施設でも、HIV陽性者の介護・看護ができると思う」という肯定的な感想を得ている。

高校生への出前講義は、学年一斉講演やクラス単位ワークショップなど様々な形態で対応している。病院以外のアウトリーチの活動は、看護職に大きなやりがいをもたらしている。「看護職が、高校に出前講義ができることを知って、看護師として実践の場が広がった」「高校生のリアルな反応がうれしかった」「話を真剣に聞いてくれた」「妊娠中絶手術から関わるのでなく、若年妊娠予防から関わることができた」「高校教諭との連携が密で、熱心さに感動!」「今後も、謝金なしでも関わっていきたい」などの感想がある。講義後に、看護職になるための進路相談会も開催している。



図3 教室での出前講義

研究当初から公益社団法人大阪府看護協会の会長・専務理事・教育部担当者に研究協力者になっていただき、研修運営などに多くの支援を得ている。HIV看護・介護・予防の取り組みは、HIV診療拠点病院と地域で勤務する看護職・介護職・看護協会・高等学校などの連携を基盤に今後も取り組んでいきたい。

オープンカンファレンスでの講演の機会をいただき、ありがとうございました。



図4 府立A高校での出前講義協力者

胎児期から診る心疾患 ～エコー診断から家族支援まで～



市立豊中病院小児科参与
河津 由紀子

(日本胎児心臓病学会理事・評議員、
日本小児循環器学会評議員)

- ・胎児の先天性心疾患を診断する方法として、「胎児心エコー検査」はすでに一つの医療分野として確立している。
- ・精査としての胎児心エコー検査(レベルⅡ)は2010年4月には正式な専門医療行為として厚生労働省に認定され、保険償還されている検査である。
- ・現在では、胎児心疾患の「診断」だけでなく、診断を受けたご家族の支援「家族支援」もチーム医療として行われている。

胎児心エコー検査の歴史と現状

心疾患はその発症時期によって、疾患群や診療科も異なる。具体的には胎児期には胎児不整脈や先天性心疾患を産科医が診療し、小児期には先天性心疾患や不整脈、川崎病や心筋症を小児科医が診療し、成人期には虚血性心疾患や弁膜症、不整脈を循環器内科医が診療してきた。しかしながら近年、先天性心疾患児が成人となり「成人先天性心疾患」という分野が新たに必要となり、胎児期から先天性心疾患の診断が求められて「胎児心臓病学」という分野も確立し、いずれも小児科医、特に小児循環器科医が診療するようになった。(図1)

胎児期に先天性心疾患を診断する胎児心エコー検査は、胎児の先天性心疾患を経腹壁エコーによって出生前に診断する検査である。世界的にも普及し、重症先天性心疾患の救命率の向上、合併症の軽減、医療費の削減に貢献するとされている。

1980年代のエコー技術の進歩に伴い、欧米から世界中に「胎児心臓病学」が広がった。

日本においては1994年に日本胎児心臓病研究会が設立され、全国的に胎児心エコー検査が広がる中で、2006年に「胎児心エコー検査ガイドライン」が発行され、2010年には胎児心エコー検査が保険収載となり、2011年には研究会が日本胎児心臓病学会へと発展し、2017年に学会による胎児心エコー認証医制度も開始されて、全国的に胎児心エコー検査件数が増加し続けている状況である。(図2)具体的には2004年に開始された日本胎児心臓病学会胎児心エコオンライン登録件数を見ても、ここ数年で急激に増加して年間10000件を超えている(図3)



図 1

日本の胎児心臓病学	
1994	日本胎児心臓病研究会発足
2004	レベルⅡ胎児心エコー全国登録開始
2006	胎児心エコガイドライン(日小循説) 胎児心エコー「先進医療」認定
2009	「日本胎児心臓病学会」へ名称変更
2010	胎児心エコー保険償還
2014	胎児心エコガイドライン(英訳化)
2016	米国胎児心エコ指針(日本語訳)
2017	「胎児心エコー認証医」発足

図 2



図 3

胎児心エコー検査とは

胎児心エコー検査とは産科医と小児循環器医が協力して、胎児の心疾患を見つけて診断す

ることで出生後の児の予後を改善する検査である。「胎児心エコー検査ガイドライン」<http://www.jsfc.jp/echo/files/pdf/guideline.pdf> (図4)に、胎児心エコー検査の詳細が記載されている。このガイドラインにおいて、胎児心エコー検査は、レベルIとⅡに分類されている。(図5)

レベルI:スクリーニング。すべての胎児を対象とし、主に産科医・超音波検査技師が施行する。

レベルⅡ:精査。精査を要する胎児を対象とし、小児循環器疾患の知識を持つ医師が施行する。

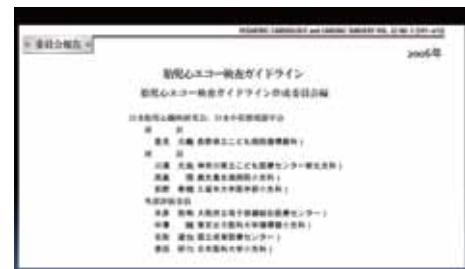


図 4

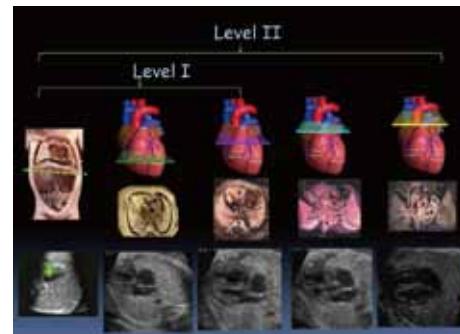


図 5

レベルI(スクリーニング)

産科医・超音波技師によるスクリーニング。
部位としては胎児の左右の確認、腹部断面、
四腔断面、左右流出路の確認を行う。

レベルII(胎児心臓の精査)

精査の必要な胎児に対して行われる胎児循環器疾患の専門知識を有する医師(小児循環器医やスキルのある産科医)による確定診断としての胎児心エコー検査。

部位としてはレベルIに加えてthree vessel view、three vessel trachea viewや大動脈弓を確認し、手技としてはカラードプラやパルス・連続波ドプラ、Mモードも活用する。

レベルⅡ胎児心エコーの変化

従来、胎児心エコー検査では「いかに正確に診断するか」が求められていた。しかし近年では、さらに「心疾患の重症度の予測」および「説明(カウンセリング)を含めた家族支援」まで求められている。

心疾患の重症度予測

①「疾患名」での重症度分類

単純な心疾患(心室中隔欠損や肺動脈狭窄など)であれば緊急性は低いと思われるのに対し、左心低形成、無脾症などのアノーゼ性複雑心疾患だと生後緊急を要する重症と思われるよう疾患名である程度分類される。Allan LDのスケール分類(図6)や大阪府立母子医療センターの胎児心臓トリアージ表(図7)も参考になる。

難心疾患合併の有無の確認が重要である。TOF(ファロー四徴)であれば肺動脈狭窄の程度の確認、肺動脈閉鎖であれば動脈管依存か主要体肺側副血行路依存かの確認をする。そのように疾患群によって確認すべきポイントと計測が異なるためその知識を習得しておくことが必要である。胎児心臓病学の進歩により新しい指標も開発されている(河津由紀子:「胎児心臓診断における新しい指標(総説)」日本小児循環器学会雑誌 32(5):387-396, 2016)。

胎児心エコー検査における家族支援

日本における胎児心エコー診断数の増加に伴い、胎児の心疾患の診断を受けたご家族へのサポートも必要となっている。具体的には「カウンセリング」=相手の抱える問題に対し、専門的な知識や技術を用いて行われる相談、援助行為、である。(☆ちなみに狭義の「カウンセリング」(心理学に基づいた臨床心理士などが行う精神・心理的な相談援助、メンタルケア、心理力

コ一検査時・検査後の説明への立会いを依頼。2. 説明の後に家族へ介入してもらう(病棟を含めた案内)⇒以後出産までも 3. 状況に応じてピアサポートを案内してもらう 4. 定期カンファレンスにて症例提示を行う。(図9)

この家族支援活動によって、ご家族による胎児の受け入れを促進し、またご家族のストレス軽減を行うことで最終的には胎児自身の幸福につなげることを目標とする。日本胎児心臓病学会では、具体的なサポート活動の情報共有や家族支援の課題を話し合う機会も毎回提供されている。(図10)

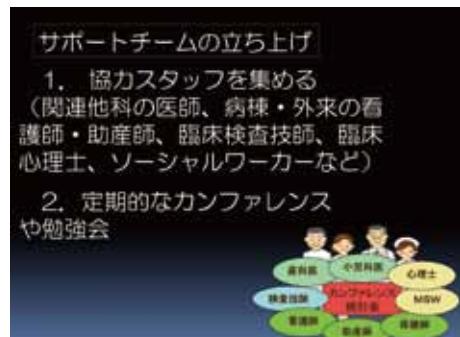


図 8

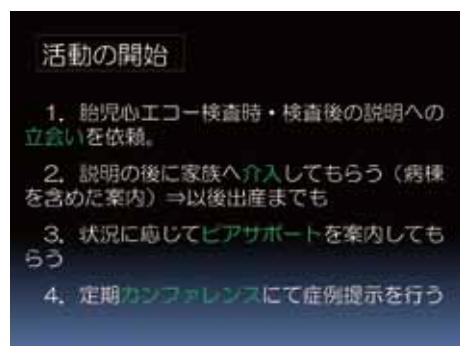


図 9

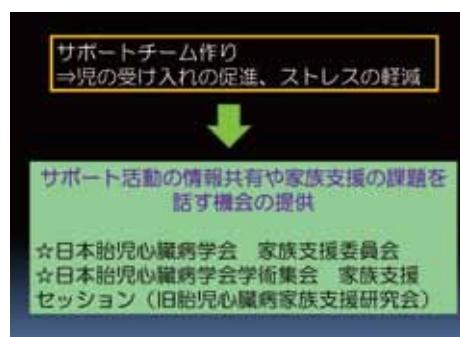


図 10

(参考)
日本胎児心臓病学会ホームページ
<https://www.jsfc.jp/>



☆重症度を1-10のSCALEに分類

重症度	疾患の例
1	小さいVSD、ASD、PDA(通常は出生前に診断できないこと)
2	VSD(中等度)、軽症PS
3	重度PS、VSD(大)、ASD(軽～中等症)、ファロー四徴症 大血管転位(単純型)、修正大血管転位(単純型)
4	房室中隔欠損、大動脈縮窄、両大血管右室起(大動脈弁下VSD)、 緒肺静脈還流異常、エフスタイル奇形
5	緒動脈幹症、肺動脈閉鎖を伴うファロー四徴症、純型肺動脈閉鎖症の一部(冠状動脈の異常を伴わないもの)
6	緒動脈幹症(動脈弁異常を伴う)、ファロー四徴症+肺動脈閉鎖+MAPCA、大動脈弁狭窄(中等度～重度)、複雑な異常を伴う両大血管右室起始/大血管転位/修正大血管転位
7	三尖弁閉鎖、一心室の低形成や弁逆流を伴う両大血管右室起始
8	純型肺動脈閉鎖(右室冠状動脈交通合併)、僧帽弁閉鎖、重症エフスタイル奇形、重症大動脈弁狭窄
9	左心低形成症候群、無脾症候群、多脾症候群(一心室低形成)
10	多脾症候群(房室中隔欠損・房室ブロックを伴う)、胎児心不全を伴うすべての心疾患、心筋収縮能低下を伴うすべての疾患

Allan LD(翻訳/改変:鹿児島生協病院・西富先生)

図 6

☆胎児心臓トリアージ(大阪府立母子医療センター)				
レベル分類	心疾患の程度	治療	主担当科	入院指標
Level 1	アノーゼを伴わないVSD, APC, VPO アノーゼを伴う心疾患(TOF, AVSD, Turner)	正常新生児と同じ機能(早期の治療の必要なし)	産科医 新生児科医	母性律
Level 2				
Level 3	複雑な心疾患(PDA, SV, DSA, TGA) 複雑な心疾患(TEF, TGA, TAPVC, Eisenmenger-PFO)	PGE1などとの組み合わせ 呼吸器管理(早期の治療の必要なし)	新生児科医 呼吸器科医 新生儿科 呼吸器科 心臓血管科	呼吸器 ICU
Level 4	重症心疾患(TEF, TGA, TAPVC, Eisenmenger-PFO)	呼吸器管理(早期の治療の必要なし) 外科的治療 カテコム	心臓血管科医 新生儿科 呼吸器科 心臓血管科	ICU

図 7

②「疾患毎」での重症度判定

VSD(心室中隔欠損)であれば、他の複

ウンセリング)とは異なる)

カウンセリングの目的としては、①先天異常の正確な診断を伝える②予後をわかりやすく誠実に伝える③可能な管理方法や治療方法を説明する④両親が最良の選択を出来るよう支援する、が求められる。そのためには医師だけではなくスタッフが協力した「サポートチーム」システムの立ち上げが望ましい(図8)。まずは、協力スタッフ(関連他科の医師、病棟・外来の看護師・助産師、臨床検査技師、臨床心理士、ソーシャルワーカーなど)を集めて、チームでの定期的なカンファレンスや勉強会を行って情報共有をはかる。そして具体的な活動として 1. 胎児心エ

台湾の病院見聞記⑤

多言語の国、台湾の国立病院 「衛生福利部臺中醫院」 Taichung Hospital Ministry of Health and Welfare

今回は「衛生福利部臺中醫院(618床)」(以下では「臺中醫院」と略記する)を紹介したい。現在の事業者は中華民國衛生福利部で、日本の厚生労働省に相当する。すなわち国立病院である。設立は1897年で、爾来122年の歴史を誇る。台湾で最も深い歴史を持つ病院の1つである。1世紀を超える組織を台湾では「百年老店」というそうだ。またアジアの古参病院の1つでもある。

ある国や病院を知ろうとすると、その歴史の構造を学び、智見に時間軸を持つことが必須となる。患者の治療を行う時にカルテ(診療録)を読むのと同じである。臺中醫院の歴史を学ぶと、台湾の医療や病院の黎明期から現在に至る発展過程への理解が深まる。臺中醫院の歴史は臺灣醫學史學會における臺中醫院の賴仲亮副院長の発表と、院内掲示、病院ホームページの年表から教わった。

本稿の漢字は、病院名などの固有名詞には台湾で使われている繁体字を基本とし、文には日本人が使う簡略漢字を使用した。すると一文の中に、例えば臺灣と台湾、醫院と医院が混在してしまう場面が出て来た。また例えば「臺」の字が現地でも「臺」と「台」の双方がケースバイケースで使用されている事例などもある(例:臺北と台北)。統一性に欠け、様々な表記の漢字が混淆して見苦しいが、ご容赦頂きたい。

蛇足を描く。今回の「世界の病院から」では「言語」をテーマの一つにしたいと考えている。繁体字の漢字を使っている台湾や香港の人たちは、日本文を見た時にはいつも「とっても奇妙だ」と感じているのだと思われる。日本文では漢字だけでなく、ひらがなとかカタカナという文字が混用されている。漢字には音読みと訓読みがある。かつては日本も繁体字(旧字体)の国であった。しかし1946年に日本政府が「難しいから」との理由から画数が少ない「新字体」へ文字を正式に変更し、使い始めた。日本人は「国字」という和製漢字も造って使用している(例:働、峠、畑、畠など)。台湾や香港の人は、日本文を見ると違和感から頭がくらくらするそうだ。しかしその日本人も、大陸の簡体字の文章を目にすると気持ちが悪くなる(繁体字↔新字体↔簡体字とすると、總↔總↔總、發↔發↔發、傳↔傳↔傳、藝↔芸↔藝など)。最近気が付いた。アジアで国語に漢字を使用するのは、中国人が多い国(中国、台湾、マカオ)以外では日本だけであった。ベトナム人やモンゴル人、韓国人のように漢字文化圏に居ながら文字は漢字表記から離脱した

アジアの人もいる。敗戦後の日本でも漢字廃止論(ローマ字化、ひらがな化)が叫ばれた。1946年に漢字は「当用漢字」に変わった。私(1955年生まれ)の場合は大学卒業までに学校で使う漢字は「当用漢字」1850文字(+人名用漢字)だけであった。「当用漢字は漢字が廃止されるまでの当面の間、使用する漢字です」と小学校で教わった。その後、漢字廃止論は下火になって行き、現在では2136字/4388音訓の改訂常用漢字を使っている。危なかったが漢字は日本で生き延びた。「百字練習帳」の宿題は負担だが、その恩恵で日本人は、漢文は(発音は出来ないが)ほぼ意味が解る。台湾に行くと、表意文字の漢字はとても偉大であると実感する。ベトナムやモンゴル、韓国の旅行ではとても困った。蛇足が長くなつた。臺中醫院の話を始めたい。



写真1:台湾。台湾島はさつまいもの形をして、面積は九州本島よりも若干狭い。面積の半分が森林山地で3,000m以上の山頂が286ある(日本は23)。火山島で地震が多い。激しい颱風も来る。北部が亜熱帯、南部が熱帯に属し、蝶の産地。人口は23,571千人(2017年)。台湾海峡に面した島の西側に人口や経済が集まっている。

■「臺中醫院」の歴史

最初は診療所でスタートした。1895年(明治28年、民國前17年)、台湾中部の町、彰化(チャンホア)の町に臺灣總監府民政支部が置かれ、その中に設部署診療所が開設された。この診療所が「臺中醫院」の発祥になる。同年、民政支部や診療所は彰化から臺中(タイチョン)に移転する。そのとき以降、臺中の住民への医療提供を123年間行って来ている。1895年8月当時の臺中は戸数296戸で人口は僅かに1,452人であった。そのような小さな

金城大学 社会福祉学部
社会福祉学科 教授
福永 肇
Hajime Fukunaga



村が「臺中」という大きな名前を貰えたのは、大きな町の臺南(タイナン)から99km、臺北(タイペイ)から約100kmという中間の距離にあったからだ。東「京」と西「京」(京都)の間の名古屋が中「京」であると名乗ったのに少し似ている。



写真2:開院当初の診療所の風景。「1895年(明治25年)、臺灣民生支那診療所の診療所は清朝の考棚附属巡政府舎を改築して開院した。現在は台中市役所内の場所」との解説が絵に付いていた(写真2、3、5は病院12階廊下の展示品を撮影)。



写真3:1912年(大正元年)の府立臺中醫院の風景。玄関前の大きな木の植樹は台湾の風景の一つ。立地は現在と同じ場所(蔡來柏画伯、2001年筆)。

1897年に診療所は病院(「臺中病院」)に昇格し、診療体制や設備が拡充された。1897年には彰化、捕里(ブゥリ)に分院を開設。2つの分院は翌年には閉鎖され新しい斗六(ドウリウ)分院に統合された。1900年に臺中病院は臺中、彰化、雲林(ユンリン)、南投(ナントウ)地域における主要大病院に位置付けられた。臺中の街は都市計画に基づいて建造され、1900年、臺中病院は工事中の鉄道の臺中停車場(1905年完成)近くに移転して來た。管理・事務棟1棟、病棟3棟の規模であった。1904年に看護婦の養成に着手する。具体的には看護婦規定と看護婦養成規定の制定、看護婦と医師助手を養成する看護婦講習所の開設である。当時の台湾で看護養成施設があったのはこの臺中病院だけであり、臺中醫院はこのことを誉れの歴史

としているようだった。1910年に臺中州知事官邸のあった臺中州庁の後方地に移転新築され、現在に至っている(写真4)。内科、外科、眼科、婦人科の4科を標榜した。



写真4: 臺中俯瞰: 1910年代もしくは20年代の風景と推測。右上角で、池の前の敷地に1つの管理棟と3つの病棟が並んでいるのが臺中病院。中央の建物が臺中庁庁舎(現・臺中市政府庁舎)。(出所:『台湾都市物語』後藤治監修、河出書房新社、2010年、p97の一部)



写真5: 1931年、完成した小兒科病棟

1924年に看護婦講習所が設置される(1904年の看護婦講習所との関連は不明)。1925年に總督府直轄となり「府立臺中醫院」に改称。1926年には病床135床、建坪2,173坪の当時の大病院となり、内科、外科、眼科、産婦人科の4科を標榜した。1929年には台中に臺中市醫師公會が成立し、私立病院も11か所あり、台中の医療環境も整備されてきた。1940年に外来棟や病棟の改築改装が開始されたが、戦争中の物資不足で内装完工は出来ず、使用に至らなかった(C棟として現存)。ここで日治時代が終わる。

1945年、病院は中華民国臺灣省の管轄となり、病院名は「台灣省立臺中醫院」になる。その後、行政機構の変遷に伴い名称は1971年に「行政院衛生署臺中醫院」、2013年に「衛生福利部臺中醫院」に改称されて来たが、「臺中醫院」という呼称は変わ



写真6: 現在の病院平面図。斜めに配置された建物が多いのは、この場所に移転新築された時に、病棟が斜め並行に配置されたことが由縁であろう(写真4の病棟を参照)。写真には「無煙醫院」とか「全面禁菸」とかの文字が見える。台湾語で煙草は「菸草」(大陸では「烟草」)と書く。

らず終始一貫している。由緒正しい歴史を示すブランド名である。1955年に3千坪が拡張され、2病棟が増設された。臺中病院は、国公立病院の中で先駆的に高齢者ケアの取組を始めた病院であり、国立病院での第一号となるナーシングホームの「護理之家(50ベッド)」を1997年に開設している。超高齢社会に進んでいく台湾の高齢者医療・ケアにおける中核病院であるようだ。

1999年に台湾中部を代表する国立病院への整備が行われる。その後も病院機能の高度化への取り組みが行われた。現在の病床数は618床。敷地内に国立病院の中では一番大規模な「護理之家」(=ナーシングホーム)190床(緩和ケア30床、認知症ケア40床を含む)と護理(看護)学校を併設している。

■ 臺中醫院の見学

2018年10月、臺中醫院を会場として開催された臺灣醫學史學會に参加した。学会会場は病院最上階の12階大講堂であった。受付開始時刻の8時30分前に病院に行った。土曜日だった。診察はまだ始まっていなかった(土曜日午前には外来はあるが、しかし診察はごく一部の先生だけであることを帰国後に知った)。病院スタッフに学会会場を聞くとエレベーターに案内され、そのまま12階に昇った。学会受付を済ませて会場に入り、招待して下さった会長や理事に挨拶、学会開始という展開に至った。学会が終了したのは夕方遅くであった。会場から降りてくると、土曜日の診察はすでに終了しており、1、2階の外来エリアは消灯されて暗く、(急診エリア以外には)患者や職員の人影はなかった。翌日は日曜日で病院はクローズ。こうした事情から、病院見学が出来たのは、(昼食を取りながらの学会総会が終了した後の)短いトイレ休憩時間に大急ぎで院内を巡った時と、学会会場からの退出帰路の時しかなかった。僅かの時間だけでの見聞であったが、台湾の国立病院の様子を紹介したい。外国の病院で見聞きしてたことをこの見聞記で日本人に伝えるのが私の仕事だと勝手に考えている。

■ 臺中醫院の朝の玄関周り

朝の病院の玄関周りを見てみる(写真7~12)。臺中醫院は旧市街の中心にあり、市庁舎がすぐそばにある。台中地域には「彰化基督教醫院本院



写真7: 臺中醫院。12階建て。本館は1979年の建設だと思われる。臺中市は亜熱帯で、ヤシの街路樹が南国的な風景をつくっている。

(1,600床)」、「中山醫學大學附設醫院(1,099床)」、「台中慈濟醫院(1,081床)」といった大病院もある。そうした中で、国立病院である臺中醫院(618床)のミッションは、衛生・福利・医療を結合した公醫総合サービスにあるようだ。



写真8: 朝8:30頃の病院玄関。土曜日の診察は午前中であるが、大方の外来診療科は休診日ということを帰国後に知った(日本での公立病院は、土曜日は休診日である)。

病院の診察時間は日本の「午前」「午後」という二区分ではなく、月~金曜日は「早上: 7:30~11:30」、「下午: 12:30~17:00」、「晚上: 17:30~20:30」、土曜日は「早上: 8:00~11:30」となっていた。ただし、全ての時間帯に全ての診療科が外来診療を行っている訳ではなく、診察日と診察時間は診療科によって違う。



写真9: 玄間に掲げられた「高齢者に優しい施設く優良賞」。台湾の病院にとって、認証は特に大切らしい。ISO関連が重宝されているようだ。医療の質の改善推進は、JCT(Joint Commission of Taiwan)という団体が行っているようだ。JCI(Joint Commission International)認証は(韓国とは違い)一部の病院だけであった。



写真10: 玄関横の車椅子置き場。注目点は、①車椅子に点滴ス呓ドがセット済、②フロアに車椅子専用ゾーンの表示。②は世界の病院の中で、初めてここで見た。駐車場の障害者スペース表示の応用であろう。日本の病院内の各所の床にも採用できそうだ。



写真11: 病院の車椅子貸出規定。細かく煩いルールが書かれている。車椅子を借りるには、サービスカウンターで貸貸手続きをする必要があると書いてある。こういう要請をするに至ったのには、どのような背景があったのだろうか。米国 Mayo Clinic の、「広大な院内のどの出入り口であっても、車椅子の乗り捨てはOK。あとで病院スタッフが回収します」といっシステムを思い出した。



写真12:病院玄関の受付。壁面はキジ・カモ・カワセミなど鳥と花のモチーフのデザイン。中国人が好きな花鳥図である。中央の白い花が臺中醫院のマーク。

写真12は病院受付。台湾の基本はフリーアクセスである。臺中醫院の院内にはホームドクター等の紹介状要請の掲示は見られなかった。患者が持っている保険証カードにはICチップが付いており、医師は患者の診療録(診察記録・処置・処方薬等)が分かる。多くの病院ではスマートフォン等から診察予約が出来る。台湾とおなじくICT大国である韓国の病院でも、以前から診察予約はスマートフォンで行うし、スマートフォンがPHR(Personal Health Record)も兼ねている。スマートフォンの電子マネーで医療費支払いも行う。そういう社会である。日本の病院にとって台湾や韓国の医療ICTは、未来病院の姿である。



写真13:病院12階から見た臺中の町並み(旧市街)。碁盤目状に都市計画されて造られた街であった。右下の黄色い看板は「小心(=注意)。熊出没」とある。台湾の山にはタイワンツキノワグマがいる。生息数は200~600頭に減少しており(中国の野生パンダは2千頭)、絶滅が危惧されている。このタイワンツキノワグマは台湾観光局のゆるキャラ「懇熊(Oh! Bear)」になっており、熊本の「くまもん」の友達である。



写真14:斜めの建物はおそらく看護師・助産師専門学校だと思われる。1924年開校で、百年近く歴史を誇る伝統校である。



写真15:病棟の外壁。外壁の一部を凹型に彫り込んで、病室の窓を出窓に形成している。もちろん病室に多くの光を取り入れるためにあるが、この設計スタイルは初めて見た。とても面白い。

■ エレベーターに見る多言語の台湾

余談であるが、台湾では“elevator”という英単語を「電梯」、つまり電動の梯子(はしご)と漢訳していた。そのセンスの良さに驚いた。名訳「computer=電腦」、「poor=泳池」と同レベルの出来映えだ。幕末に“political economy”的訳語を「経済学」と訳出した時代とは違い、昨今の日本人は外来語の日本語訳を考えるのでなく外来語を表音文字であるカタカナ表記で済ませてしまう。したがって、日本人は「電梯」、「電腦」、「泳池」という創作はせずに、「エレベーター」、「コンピューター」、「プール」で済ませる。その結果、日本の現代文はカタカナ文字の氾濫になっている。



写真16:エレベーターホール。4基のエレベーター。壁の赤い掲示版に注目(写真17も参照)。



写真17:臺中醫院の電梯(エレベーター)の放送言語案内。写真16のエレベーターホールの壁の掲示板の写真を切り取り集めて並べてみた。色づかいが中国風だ。

話が脱線した。元に戻る。写真16をご覧頂きたい。このエレベーターホールは台湾独特的の風景だった。柱に看板が左から順に「國語・泰雅語・語音電梯」「國語・客家語(同)」「國語・台語(同)」「國語(同)」と掛かっている。「國語」とは中国語(北京語)のことである。以上から①台湾人の言葉は(少なくとも)4つある。②言葉は違っても文字は漢字を使うということが分かる。写真16のエレベーターホールで「この泰雅語とは何か」と漢字を指して学会受付係の人に尋ねてみた。“Austronesian languages”(オーストロネシア語)と、複数形での返事が返ってきた。「泰雅」の漢字はタイヤルと読み、原住民タイヤル族を指すそうだ。なお「原住民(Indigenous People)」という言葉は1980年代以降の台湾での法的・公的な用語であり、差別的な含意はない(因みに原住民族側が政府に働きかけて獲得した呼称は「原住民族」である)。「先住民」だと既に滅亡した民族と言う意味になってしまうそうだ。その知識は訪台前に勉強していた。アミ族、タイヤル族、タロコ族、ツォウ族(写真18)など16民族がある。原住民は各々が独自の言葉を持ち、相互には通じないらしい。山岳僻地に住む少数民族への医療提供は難しく、国内に医療格差が存在してしまう。台湾では医

療僻地と原住民とが重なる。これは昔からの台湾医療における大きな課題となっていたようだった。次の「客家(ハッカ)語」は福建省や広東省といった大陸南部での会話言葉で、16世紀後半以降に台湾へ移住してきた漢人が使っている。「台語」とは閩南(ミンナン)語または福建(ホーロー)語と言われ、福建省の一部での方言で台湾の南部で話されている。様々な歴史的背景から、台湾では現在でも多くの言葉が日常生活で使われている。



写真18:原住民の1つ「鄒(ツォウ)族」の昔の村(台中の国立自然科学博物館のジオラマを撮影)。右奥の山が新高山。台湾が日本の領土になり測量してみると、富士山(3,776m)を抜く日本最高峰になることが分かり、明治天皇が「新高山(3,952m)」と名付けた。現在は玉山(ユイシャン)と言われる(東アジア最高峰)。電文「ニイタカヤマノボレ一二〇八(ひとふたまるはち)」のあのニイタカヤマである。

現在の日本では、鉄道駅や病院などの公共施設にて、案内表示が日本語、英語、中国語、韓国語の4か国語で表記されている処が多い。都会の電車の車内放送では英語や中国語、韓国語をよく聞く。名古屋の市営地下鉄ではポルトガル語も流れている。東海道新幹線は日本語と英語だけのアナウンスであるが、録音テープではなく車掌が英語で放送している。しかし、写真16に見たような言語別で院内エレベーターを運営している病院は、まだ見たこはない。日本の病院の患者層は将来国際化するかもしれない。そのときはこの病院の事例も参考の一つになりそうだ。なお今回は台湾の病院を10か所見学してきたが、このような例は臺中醫院だけであった。閩南語を使う人が多い台南や高雄の病院はどうなっているのだろうか。とても興味深い。



写真19:7樓A區護理站(7A Nursing Station)。担当する病房(病室)は19室。病床数は不明。看護師回診カートが大型かつ頑丈で、多くの引き出しと大きなモニターが付いた重装備で、折り畳み式椅子がセットになっているのに注目した。



写真20:病棟廊下。日本の廊下風景と同じ。病院見学時には廊下の手すりも観察しているが、この病院のように2本の平行棒というのは意外と見かけない。最近の病棟の手すりは、棒から長い板に移行しつつあるのでは、と思っている。



写真21:エレベーターホール天井の案内板。漢字が理解出来る。

■ 入院病棟の風景

写真21の案内板を見上げる。一瞬で分かる(牙科は歯科、門診は外来)。台湾の病院では院内案内が漢字で書かれており、理解できる。実はこれは凄いことなのである。表意文字の凄さである。独自のアルファベットを持つロシア、モンゴル、韓国、タイ、ベトナムの病院ではこのようには行かなかった。英語併記は通常なかった。あつた場合でも少なかった(これは日本の病院内掲示も同じである)。見学していても掲示の文字が読めないと、例えばこの病棟は呼吸器内科なのか消化器外科のかが分からぬ。とても苦労する。古代中国が創案・創設した漢字文化の偉大さを実感する。この点だけを考えると、正統なる漢字(繁体字)に対しての日本の新字体や大陸中国の簡字体という漢字簡略化、韓国やベトナムの漢字離脱は如何なものであろうか。



写真22:8階の精神科急性病棟。病棟への出入りは自由ではなかった。「思覺失調」を調べるとschizophrenia(精神分裂病) / psychoschosis(精神病)だそうだ。



写真23:8病棟の平面図(火災避難路図)。右上部分が精神科急性の8A病房(写真22)、左下部分が復健科(リハビテーション科)の8B病房。

■ 台湾最先端最新鋭の検査部門

写真24~28は病院2階の検査関連のフロア。この検査部門は病院の誇りであるようだ。残念ながらスタッフの姿が見えなかつたので、質問は出来なかつた。写した写真から推測していきたい。

写真27の自動検体受付機は、この病院で初めて見た。写真25の男性の後ろの壁にあった。患者は最



写真24:検査科の「中央實驗室」。臺中醫院の誇りとする部署であるようだ。天井に監視カメラ(カメラ作動中の表示はなかった)。左奥はエレベーターホール。



写真25:検査ラボエリア。ローカウンターは採血、その左奥に検査科(検査科)、正面の壁に自動検体受付機、その後方奥に心電図検査室がある。



写真26:抽血處(採血室)。窓口は5か所。土曜日の夕方の電光掲示板の番号は129止まりであった(この数字を見る限りでは、外来数は多いとは思えない)。日中の院内を見れていないので、実際は不明。なお土曜日は午前中だけの診察で、それも一部の先生のみである。

初に①「1: 抽血(=採血)」「2: 高齢/博愛(献血?)」
「抽血」、「3: 心電図検査」、「4: 容器領取」のパネルから1つを選んでタッチし、次に②検体をボックスに投入し、③番号札を取る、という作業をするようだ。ボックスに投入する検体は、採血、検尿、心電図。採血も検尿も同じボックスに入れて提出するのが、台湾ウェイのようだ(台湾の別の病院では日本と同じく、検査室横のトイレに採尿カップ提出用の小さな窓口があった)。受付機の受付時間は月~金曜日は7:00~21:30、土曜日は7:00~12:00、日曜日はなし、となっている。



写真28:オートメーションラボラトリー(TLA Lab: Total Laboratory Automation)。

写真28での壁面の中国語説明を読むと、2000年に全世界で「全自動化的実験室」の設立への取組が積極的になり、2004年に欧米先進国で「全自動化的整合実験室」の推進が開始された。2006年、台湾政府は、この臺中醫院を国内第一の「全自動化軌道実験室」の取組推進病院に指定したそうである。TLAはニューヨークのシナイ山病院(The Mount Sinai Hospital:マウントサイナイ病院)が有名だという知識はある。しかし私は日本の病院で“TLA”という言葉を寡聞にして耳にしたことがない。既に取り込み済みなのかも知れない。必要がないのかも知れない。時代遅れなのかも知れない。しかしヒョットすると、先進国の検査手法の革新の流れから取り残されているのかも知れない。分からぬ。台湾の医師はアメリカに留学する。TLAというシステムもニューヨークの病院から学んで帰ってきたものだと思われる。

■ 院内 1階、2階部分(ホール、外来、その他)



写真29:新任勤務医の紹介ポスター。右上が神経外科、右下が復健科(リハビリテーション科)の医師。顔写真と共に学歴、キャリア、専門分野、外来診察日時が患者、職員に広報されている。



写真30:患者の意見投函箱。

写真30は病院への意見投函箱である。小さなボックスでなく、机サイズであることが凄い。「院長室信箱」と行先が明確にされている処が秀でている。病院のサービス提供向上のために、あなたの本音での意見を院長室に「告訴」して欲しい、と書かれてある。日本とは違い、意見投函箱は病院内のあちらこちらにあった。驚いたのは、病院のホームページにアクセスすると「院長信箱」というページがあったことである。「意見箱」の電子版である。患者や家族などが病院院長宛に「いつ、病院内のどこで、こんなことがあった。意見はこれである」との内容を所定欄に記載してメールを送る(<https://www.taic.mohw.gov.tw/?aid=902>)。すごい。CS(Customer Satisfaction、顧客満足)対応の段階が違う。



写真31:病院の階段。

台湾や韓国の病院では階段の腰板を伝達版としたり、絵を描いたりして、活用していることが多い。日本でも最近は電車の駅の階段では見かける(病院で見たことはない)。写真31の文字列は下の段から「天天百歩走 健康久久久」、「登階歩歩高 不再有三高 享瘦體能好」、「拒絶菸害 生命更 High!」。各階の階段ごとに別の語句が掲げられ、「走樓梯 少塔電梯 節能賺健康」というのもあった。「近くの階へはエレベーターの利用を減らして階段を使えば、健康になりますよ」という意味であろう。



写真32:2階の廊下。書道の掛け軸が飾られており、書道展が開催されていた。考えれば、日本では高齢者施設では入所者の作品は飾られるが、市民病院以外で、地域住民の作品が展示されていることは意外と少ない(愛知県の碧南市民病院は1、2階の至る所の廊下壁が市民ギャラリーになっており、何百件もの作品が展示され、病院というよりも美術館の様相だった)。



写真33:放射線検査室の外待合室。突き当りが電腦断層撮影室(CTかMRI室)。



写真34:院内カフェ。土曜日の夕方、ロビーで照明がついて明るいのはカフェとコンビニだけであった。



写真35:院内コンビニ。病院1階の吹抜けホールの一等地に配置されていた。臺中醫院には「全家(ファミリーマート)」が入っていた。

写真35は臺中醫院内のコンビニエンスストア(以下、コンビニ)である。土曜日の夕方、院内は消灯されて暗かったが、コンビニは営業していた。余談である。20世紀末、銀行員であった私は日本最初となる病院へのコンビニ導入を試みていた。取引先のコンビニ会社と病院とのwin-winを構築する銀行の業務斡旋である。当時は大病院であっても院内には小さな売店しかなく、病院は不夜城なのに夜間は自販機しかなかった。つくばの病院から、院内は無理であるが病院敷地内で良ければコンビニの開設はOKとの回答が来た。しかしコンビニ会社は、診察時間終了後や土日の客数が期待できない、と乗る気ではなく、話がなかなか進捗しない。そうこうしているうちに時代は新世紀に移り、石川県七尾市の病院(董仙会恵寿総合病院)が院内に24時間コンビニを導入した、とのニュースが入ってきた。日本最初の事業などで経済新聞の一面に載るなどでなければ、勤務先銀行では評価は貰えない(当時)。病院へのコンビニ紹介から手を引いた。その後、院内コンビニは患者や見舞い客、病院職員などの利便さや快適さという病院内アメニティやホスピタリティ関連サービス面が期待され、大病院を中心に急速に広がった。よかつた。そして現在では外国である台湾の病院内にも当たり前のようにコンビニがある。能登半島で2000年に最初の病院内コンビニが開店してから僅か19年間という時間しか経っていない。グローバル時代の社会変化は急速だ。

台湾のコンビニの話をしたい。街には日本と同じコンビニ会社(セブンイレブン、ファミリーマート)のネオンが溢れている。コンビニの密度はきっと日本よりも高いと思われる。コンビニはごく普通に、台湾の町の中に溶け込んでいる(同じく吉野家、すき家、大戸屋などのチェーンレストランも台湾の町の一部になっている)。コンビニ店内の品目や配置配列は、ほぼ日本と同じであるが、商品には台湾ならではのものも多い。三角おにぎりは勿論、レジの前にはおでんも置かれ、あの匂いが漂っている。台湾のコンビニでは、おでんは(繁体字の「關東煮」でなく日本の新字体で)「関東煮」と表示されていた。関西では、おでんを関東煮(かんとうだき)と呼ぶ。台湾では関東煮なのかと、ちょっと面白かった。日本の菓子メーカーの製品が多く並んでいるが、すべて漢字表記であった。これには感心した。日本の企業は、日本と同じ商品をそのまま輸出するのではなく、デザインは同じだが繁体字表示での台湾バージョンのパッケージを作成していた(脱帽)。もう一つ余談である。昔、アメリカにはセブンイ

ブンのご本家(7-Eleven)があった。文字通り7:00-23:00が営業時間であった。釣りに出かけた時には、漁港にあった7-Elevenの店の前でいつも朝7時の開店を待った。日本資本になって病棟と同じ24時間365日営業になった。24時間営業なのにセブンイレブンと名乗っているところが謙虚だ。利用者は便利になるが、サービス業界の競争は留まる処を知らない。



写真36:1階ロビーの病院の紹介ブース。病院が地域で歩んできた歴史と現在の方針、今後の展開がパネルで紹介されている。この病院は台湾で最も長い歴史を持つ老舗病院の1つである。日本でも自院の歩みを院内で紹介している病院を時たま見かけるが、基本的にはない。病院職員も自院の歴史をあまり知ってはいない。



写真37:院内薬局。土曜日の夕方、薬局が遅くまで開いていた。急診の患者のためなのだろうか。

台湾の薬局の話をしたい。台湾政府は1995年から「国民健康保険計画」を開始し、その2年後に医薬分業を実施している。医師が発行する処方箋には2次元バーコードが付いている。政府の「国民健康保険」と契約した薬局には、処方箋のバーコードから処方内容を読み取り、迅速な調剤と充実した服薬指導の実施が期待されている。そして処方箋データは政府に集約されていく。注意して観察した訳ではないが、台湾では病院周辺に門前薬局は見なかつたよう思う。街の薬局(西医と中医)やドラッグストアーも記憶に出てこない。しかし漢方薬局は絶対にあると思う。台北の街には日系のコンビニや外食チェーン店の看板が溢れているが、日系ドラッグストアーの看板は見なかつた。以下は推測であるが、台湾では医薬分業は進んでおらず、処方薬は院内薬局で受け取ることが多いのかもしれない。外来院内処方の薬は安く、100元(1元=3.5円)以下は無料、101~200元の自己負担が20元、以降100元毎ごとに20元が加算され、901~1,000元が180元、1,000元以上は一律200元となっていた。これは1日分の薬代だと思われる。これは健保署の「薬費」の規定により、どこの病院でも同一であるようだ。おそらく院外の薬局でも同価格だと思われる。薬代が「薬剤点数(調剤基本料+薬剤料+調剤料+技術料+指導管理料)×10円×自己負担率」である日本から見

ると、台湾の薬剤費の階段式固定料金・負担上限ありの体系は大変ユニークに感じる。

■ 急診(emergency)部門

土曜日の夕方、急診部門のみが診察を行っていた、学会が終わって病院から退出する時に、守衛室のある勝手口からではなく、急診室の中を通って急診處の出入り口から病院の外に出た。その時に急診エリアをすこし観察する機会があった。



写真40:急診室内。



写真43:急診前に停車する民間の救急車



写真38:臺中醫院の側面。急診處(emergency)。垂れ幕は地区の優良教育病院に認定されたことを広報している(臺中醫院は看護師・助産師の専門学校は持つが、医科大学ではない)。



写真41:昔の急診處。1940年に建てられた昔の急診處の建物(と推測)。1992年に改築工事が始まった。この建物にも見られる緩やかに円曲したファサード(建物正面部分)は戦前の台湾で好まれた設計スタイルであったようだ。丸みをもつ建物は多くはない。



写真42:現在の急診處。白い花がこの病院のシンボルマーク。なんの花なのだろう。

写真43の救急車に描かれた心電図波形のデザインが優れている。ボディには昱祈救護車事業有限公司と書かれてある。民間の救急車だ。「昱」は「イク」と読み。明日を意味する。すると「昱祈」とは英語の“hope”に相当する造語なのであろう。台湾の救急車は消防署、各病院所属、民間救急会社の3種類があり、119番は自治体の緊急救医連絡中心へつながる。なお台北市では軽症での救急車出動要請が増加して制度運営が破綻しかけた。そこで2012年から消防署の救急車は緊急性が無い場合には有料になったようだ。日本は、どうする?

台湾では三次の高度医療機能を担う病院は「醫學中心(メディカルセンター)」に認定される。醫學中心は全国に22、臺中地区には4つある。次回は醫學中心の「中山醫學大學附設醫院」を案内したい。

連載 Vol.66

福山漢方談話会・患者さんのための漢方講座⑥

お灸のチカラ、 お灸で元気!



はり灸治療院 水平庵
都筑 勤

先日大阪にいる娘のところに孫が生まれるとのこと、退院した頃に会いに行く予定を立てました。ところが待てど暮らせど生まれる気配がありません。私が訪ねたのは予定期を1週間も過ぎた頃でしたが、産院の先生からは「予定期を2週間過ぎても生まれないようでしたら帝王切開しましょう」と言われて、娘はピクピク。ここは鍼灸師の出番です。「三陰交」に鍼を刺し「至陰」に灸をするという、いわゆる「逆子の灸」をしてやりました。4日後には無事元気な男の子が生まれました。ちなみに「至陰」というツボは、足の小指の爪の付け根の外側です。

古の医学書によると、逆子の治療は、子どもの足が先に出てきたら、その足に直接針を刺して刺激し、回転を促す治療方法がとられていたようですが、16世紀末の曲直瀬道三の「啓迪集」には「難産の場合は至陰に灸」するということが書かれており、この頃から「至陰」への灸が広まっていたようです。何はともあれ、「至陰」に灸すると見事にお腹が変形し、赤ちゃんが動き回るのがよくわかりました。

合わせて治療に用いたのが「三陰交」です。「三陰交」は昔から女性のためのツボ(「女の三里」と言われ、生理痛、生理不順、帯下など婦人科疾患の治療に使われてきました。

また、先輩鍼灸師の話によると、出産の際にこのツボを使うと子宮口が開きやすくなるとのことでしたので、是非と思って使いました。そのほか、「三陰交」は、足が冷たく困っている人は是非お灸を試してみてください。患者さんで足が氷のように冷たい人に「三陰交」とそのちょうどその反対側(外側)にある「懸鐘」というツボにお灸を続けたところ、今ではすっかり症状が取れました。また足が火照って眠られない時や、小便が出にくい時にも効果のあるツボです。場所は「内くるぶしの上方7~8cm、脛骨の後ろの縁で窪んだところ」です。少し強く押すと痛みがあるのですぐに分かります。

ところで、最近お灸の免疫力アップ効果に注目が集まっています。古くから「打臘灸」といって、生体の防衛機能を高める目的で行うお灸の治療法がありました。これは親指の頭ほどのお灸をすえた跡に膏薬を塗り、わざと化膿させ、体内の白血球などを増やして、体全体の治癒力を高めようとする治療法です。昔は一般的に行われていましたので、ご高齢の方の中にはこうした治療を経験された方もいらっしゃると思いますが、「お灸は熱い」というイメージを植え付ける原因にもなってきました。しかし、最近の研究ではそんなに熱いお灸をしなくとも、薬局に売っているお灸程度の熱量でも免疫力がアップすることが報告されています。その一つが、イギリスの鍼灸師がアフリカのウガンダで行った治療研究で、施灸によって免疫力が高まり結核の治療に有効であったという研究論文が発表されています。お灸だけで結核が治せるわけではありませんが、免疫力がアップし、薬の副作用を抑え、薬の効果を早めることができます。先日NHKの番組でも紹介していました。お灸は安価で副作用がほとんどなく、自分でもできる治療法であり、免疫力を高めることから結核にもHIVにも効果があるなどと高く評価されています。

このように、お灸は簡単に、免疫力を高め、病気にかかりにくく体を作ることができます。とても有効な方法です。ぜひ試してみてください。もし灸をする場所や方法がわからなければお近くの鍼灸師にご相談ください。



『緩和ケア入門』No.114

人生会議③



岡山大学大学院
保健学研究科
教授

斎藤 信也

はじめに

前回、ACP(アドバンス・ケア・プランニング)のメリット、デメリットについて、代表的な臨床研究の結果をもとに論じた。メリットとしては、①死亡場所が病院から在宅に移行する。②医学的に無益な治療(心肺蘇生、抗生素の静脈投与、人工栄養)が減少する。③家族と医師とのコミュニケーションを改善する。④家族のストレスが減る。⑤家族の不安や抑うつが減少する。ことが挙げられた。

一方、ACPのデメリットは、自分の死に向かいたくない人への危害になる可能性が指摘された。さらには、ACPが公衆衛生施策のように全国民に向けて展開されてゆくと、ACPをしていない人の終末期に(その意思が不明なことから)むだな延命治療が行われ、その結果医療費が支出されることを許容しない雰囲気が醸成される恐れがある。これは、特定健診(メタボ健診)や特定指導を受けないで、糖尿病になった人に対する医療費の支出をいやがる一部(相当数?)の国民の意見と平仄を一致させているとも言える。

もちろん、ACPを希望しないひとにはそれを強制しないことが原則であり、ACPを推進している人々はそこに細心の注意を払っている。このようにACPのデメリットも踏まえた方法論が確立されつつあるので、今回はそれを紹介したい。

厚労省のパンフレット(神戸大学作成)

厚労省のHPに公開されている「これから治療・ケアに関する話し合い～アドバンス・ケア・プランニング～」は神戸大学特命教授の木澤義之先生の手になるものであるが、大変よくできている。それを手がかりにACPの具体的な進め方について眺めてみよう。

ACPは次の5ステップに分かれている。

ステップ1:考えてみましょう ステップ2:信頼できる人が誰かを考えてみましょう ステップ3:主治医に質問してみましょう ステップ4:話し合いましょう ステップ5:伝えましょう

ステップ1:考えてみましょう

もし生きることができる時間が限られているとしたら、あなたにとって大切なことはどんな

ことですか？以下の中から選んでみて下さい。
(複数回答可)

- 家族や友人のそばにいること
- 仕事や社会的な役割が続けられること
- 身の周りのことが自分でできること
- できる限りの治療が受けられること
- 家族の負担にならないこと
- 少しでも長く生きること
- 好きなことができること
- ひとりの時間が保てるこ
- 自分が経済的に困らないこと
- 家族が経済的に困らないこと
- 痛みや苦しみがないこと
- その他(具体的に書いて下さい)またその理由を書いてみましょう。

ここで、各自の死生観、価値感に各自が向き合うように仕向けられている。ふだんぼんやりとは考えていることを、理由付きで選択することで、自分の価値感が明確になると思われる。

「2. あなたご自身や親しい方が重体や危篤になった経験や、親しい方を亡くしたご経験はあるでしょうか？ご自身、ご家族や友人のご経験、またはテレビや映画の場面を通じてお感じになったことについて、お伺いします。

『こんな最期だったらいいな、こんな治療やケアを受けたいな』と感じたことはどんなことですか？『こんな最期は嫌だな、こんな治療やケアは嫌だな』と感じたことはどんなことですか？今後もしあなたが同じような状況(重体や危篤)になったとしたらどのような治療やケアを受けたいですか？」

ここでは、おそらく過剰な終末期医療を避けたいという回答が大半ではないかと思われる。自宅で家族に囲まれ、痛みも苦痛もなく、天寿を全うするような形での最期がいいな。スパゲッティのように体にいっぱい管がついていて、家族は病室の外に出されて、痛い痛いといいながら、亡くなるのはイヤだな。というのが標準的なところであろうか。もちろん、そうではない意見を記す人もいるものと思われる。

ステップ2:信頼できる人が誰かを考えてみましょう

ここで、アドバンスディレクティブ(AD)におけるDurable power of attorney(自分で代

わって自分の意思を医療者側に伝えて、自分の決めたことを全うしてくれる人)を念頭に浮かべるような形になると思われる。パンフレットでは、その人との価値観を共有する必要性も説いている。もちろん価値観を共有した上で、それを自分に代わって執行してくれる人が望ましいが、たとえ価値観を共有できなくても、本人の意思を尊重してくれることが重要と思われる。

ステップ3:主治医に質問してみましょう

ここは、予後が限られている疾患を抱えている人と、いわゆる元気なうちに自分の最期について考えておこうという人では大きく異なる点であろう。医師会や各種行政機関が精力的に進めているのは、後者の方であるが、一方でこういうことを真剣に考えるのは、例えばがんの再発を告げられた時などと思われる。基本的には、一般の人向けのパンフレットをそうした予後の限られた人にも使用可能とするために、こうしたやや曖昧な形になっているものと考えられる。

一方で、ここに「2. あなたは、病気の予想される経過や、余命(あとどれくらい生きられると予測されるか)を知りたいですか？以下の選択肢からひとつ選んでみて下さい。□知りたい □知りたくない □わからない □その他」という問い合わせが設けられている。こういう答えづらい質問も入っているところにACPの意義があるものと思われる。どうして知りたくないのかについて話し合うことこそがACPの本質ではないだろうか。

ステップ4:話し合いましょう

『治癒が不可能な病気』になり回復が難しい状態になった時のことを考えてみます。』このパートがACPのコアの部分である。ACPはADの改良版だと理解している人、特に医療者は、ACPという話し合いのプロセスを大切にする方法によって、ここで治癒不可能なステージでのいわゆる延命治療を選択しないという患者の意思を引き出したいと考えているかも知れない。このパンフレットでは①延命を目指す②延命よりも症状緩和③その中間のどれかを選ぶようになっている。これは緩和ケアの根幹をなす問題と密接に繋がっているステップなので、次回にもう一度検討したい。

在宅医療の現場から

【50年のご夫婦の物語に寄り添う花々】

今日は宿題の答えをお聞きしに訪問診療にむかった。

パーキンソン病の奥さんの介護を、旦那さん一人で献身的にされているお家だった。

年末の寒いある日、庭に咲いていた小さな水仙が目にとまった。ふと、庭を見ると四季折々の木々を丁寧に手入れされておられた。

旦那さんに、その力強い小さな花がすごく素敵だと、お話をさせていただいた。

「あ…先生、花に気づいてくださったのですね。

お恥ずかしい、介護生活で最近はきちんと、花を自宅にも生けていなかったですね」

次の回にいくと、玄関に小さな花が生けられていた。

ふとみると、掛け軸の前にも、1本の水仙が、凛とした姿でみごとに生けられていた。

お話を聞きしていたら、実は生け花の師範でいらっしゃった。

【春を待つ宿題の答え】

ある1月の寒い日、庭の木をみあげると
小さな芽が空にむかって春を待つようにふく
らんでいた

「あの花はなんですか?」開口一番旦那さん
にお聞きした。

やわらかい笑顔で旦那さんがお返事をかえ
される

「先生、3月にぜひお越しください。美しい形
で答えを発見できると思いますよ」

「それは楽しみです!では私の宿題とさせてく
ださい」

なんと素敵な宿題が、春までできた。

それからしばらく、2か月は他の歯科医師に訪
問診療を担当をしてもらっていたが、
そろそろ…3月。

宿題の答えを聞きに行かねばと思っていた矢先、歯科医

院の電話が鳴る

「そろそろ、光先生に宿題の答えによい時期ですよと、お伝えください」と丁寧にご連絡をくださった。嬉しい連絡に、満開の花々に会いに行かせていただいた。

青空に次々と咲き誇る、「白木蓮」

この庭で100年間、家の歴史を見続けてきた花だった。

車いすで久しぶりに外出する奥さんが、玄関を開けると、嬉しそうに庭をみあげる
「あ…今年もきれいね」

夫婦で50年見続けてきた白木蓮が、私の宿題の答えだった。

「人生の物語によりそう在宅医療」

この仕事をしていて本当によかったと思う宝物の時間だった。



訪問診療部 部長

歯科医師

猪原 光

医療法人社団 敬崇会

猪原歯科

リハビリテーション科

院長 猪原 信俊

副院長 猪原 健

〒720-0824

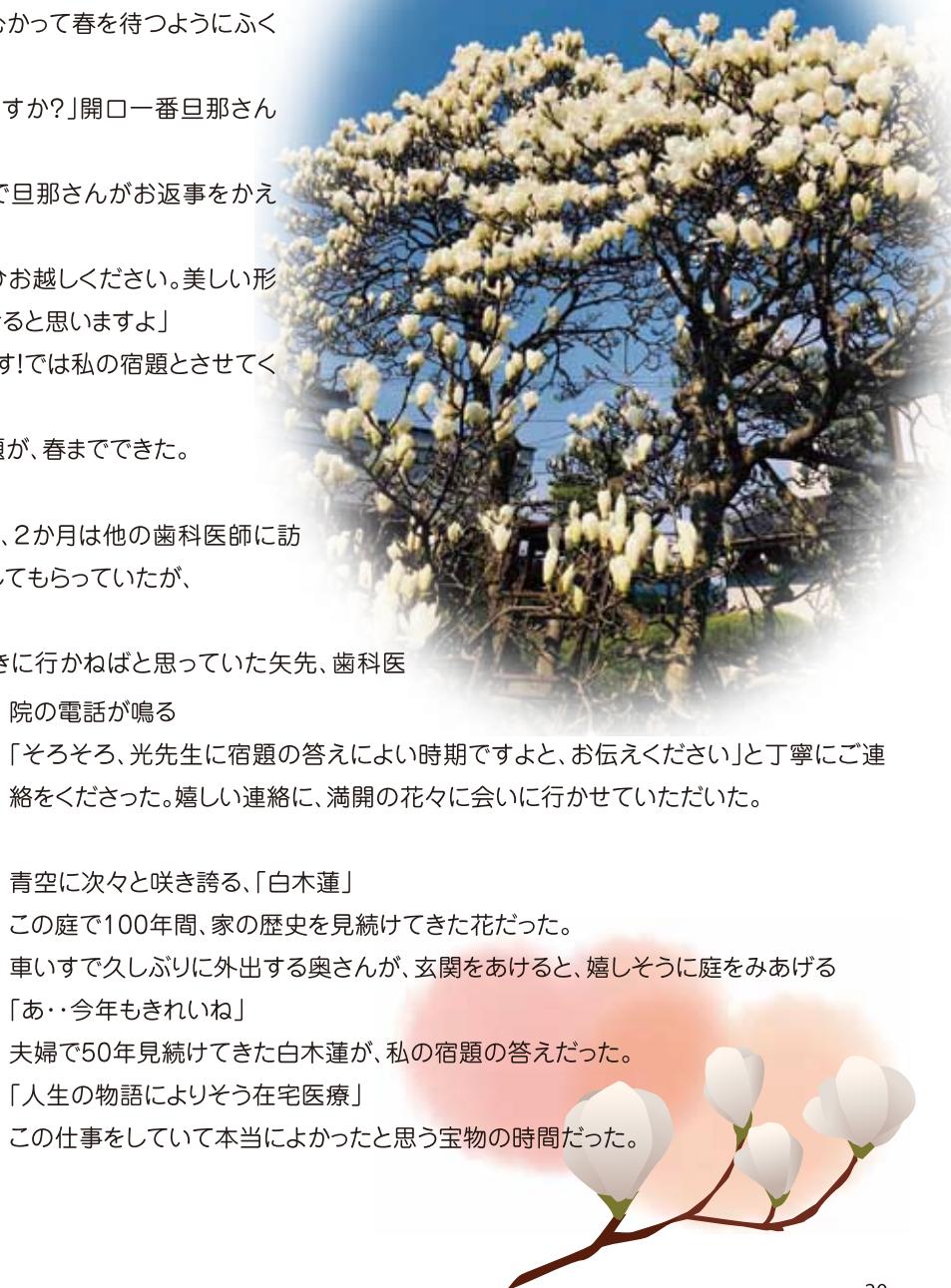
広島県福山市多治米町5丁目28-15

TEL 外 来/084-959-4601

訪問部/084-959-4603

FAX 外 来/084-959-4602

訪問部/084-959-4604



国際学会報告記 No.4 The 30th Annual Academic Meeting of Rajavithi Hospital



●消化器内科医長・国際支援部
堀井 城一朗



写真 1

2019年2月20日にタイ、バンコクで開催されたThe 30th Annual Academic Meeting of Rajavithi Hospitalに消化器内科 堀井 城一朗を団長、臨床工学士 小川 昌之を副団長として、薬剤部 牧 賢利、臨床研修医 知光 祐希、看護師 落合 智美、診療放射線技師 足立 莉里奈、臨床検査技師 古川 郁乃、作業療法士 原田 健太郎、事務部 塚本 真帆の総勢9名で参加して参りました。例年通り吳医療センターの皆様と共同参加させていただき、同センターからは整形外科医師で同院の統括診療部長を務めていらっしゃいます下瀬 省二 先生を団長として総勢9名の皆様が参加されました(写真1)。

学会におきましてはまずはポスター発表が行われ、当院からも8名が発表を行いました。会場は活気にあふれており、ほぼ全員が質問をいただき英語での応答を行いました(写真2、3)。特に牧薬剤師の発表に対しては現地医療者からの質問が集中し、非常に積極



写真 2

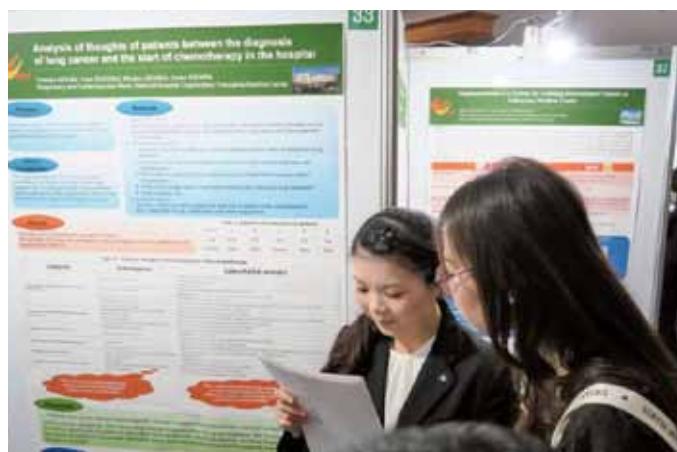


写真 3

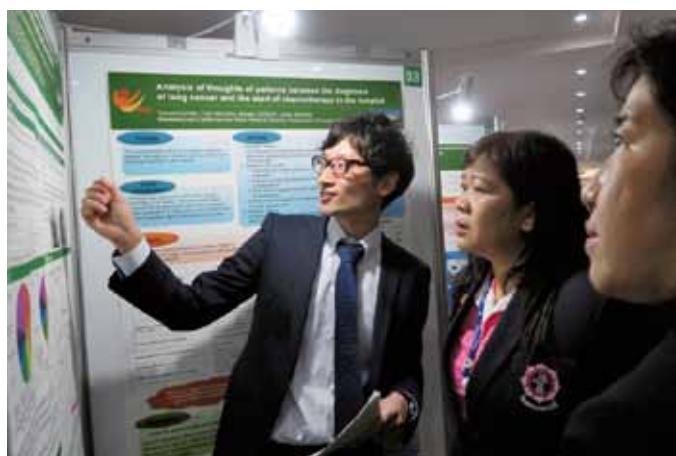


写真 4



写真 5

的な質疑応答を行っていました(写真4)。

引き続き口演のセッションでは堀井がPrevention of adverse events after esophageal endoscopic submucosal dissection using polyglycolic acid sheetsについて発表いたしました(写真5)。

同日の夜には公式の晩餐会が催され、我々もお招きいただきました。この席で、牧薬剤師のポスター発表が「投票により決定されるもとも優秀なポスター発表」に選出されました。また、当院参加者全員と吳医療センター有志で出し物を行い、こちらも盛況であったことをご報告申し上げます。

今回の参加者には初めての海外渡航であったものが多く、みな非常に有益な体験をさせていただきました。院長、看護部長をはじめ、快く送り出していただきました各部署の皆様に感謝を申し上げます。

Application of ventilator with ventilation volume correction function to treat neonatal lung injury

●ME管理室 臨床工学技士

小川 昌之



この度、タイバンコクにて開催されましたThe 30th Annual Academic Meeting of Rajavithi Hospitalに参加して参りましたので報告させていただきます。私自身、国際学会での発表経験はなく、英語もできないため、抄録からポスターの作成まで、梶川臨床研究部長の力をお借りし、本学会へ参加することが出来ました。

福岡空港より約6時間のフライトのため途中で機内食もあり、タイのビールであるシンハービールもいただきました。シンハービールは後味もスッキリし非常に飲みやすく、タイでのひとつの楽しみでもありました。がしかし、タイ到着後、ホテルへの移動中に残念な事実を知ることになりました。仏教徒の多いタイでは禁酒日が年に数回あり、今年はそれがタイに到着した2月19日であることを知りました。ちなみにマカブーチャ(万仏節)という日だったようで、飲食店やコンビニではお酒が提供はできないということでした。その後、ラチャビチ病院スタッフと海外からの招待者とのウェルカムパーティーはもちろんのこと、立ち寄ったコンビニでもアルコール類は販売されていませんでした。

翌日、私はポスターブレゼンテーションにて『Application of ventilator with ventilation volume correction function to treat neonatal lung

injury』という演題にて発表させていただきました。この発表では新生児人工呼吸器管理にてカフリークの多い環境下でも、換気量補正機能が正常に働き、新生児の人工呼吸管理への有用性について発表しました。発表は質疑応答に対応する形式でしたが、特に私の発表に対し質疑はなく、ほっとした反面、国際学会に限らずですが、ポスターを見て下さっている方に私の方から声をかけることができれば有意義な意見交換の場になったのだと反省もしました。(写真①)

発表後の病院見学では呉医療センターのスタッフと当院より堀井医長、知光医師と共に内視鏡センターを見学させていただきました。日本でも使用されている比較的新しい医療機器も導入され、移動中の通路にはAEDも設置されていたりしており、想像していたよりも医療機器については充実している印象でした。(写真②③④)

その夜、公式のウェルカムレセプションが開催されました。余興ではタイの伝統文化である舞踊やキックボクシングのパフォーマンスなどタイの雰囲気を堪能することが出来ました。当院からも呉医療センターと協力してAKB48の「恋するフォークチュンクッキー」のダンスを披露しました。恋するフォークチュンクッキーはタイでもBNK48にて大ヒットしており、会場は大いに盛り上がりました。タイでも秋元康氏のすごさを実感することが出来ました。(写真⑤⑥⑦⑧)

その後も世界遺産のアユタヤ遺跡や王宮も案内していただき、充実した海外出張となりました。

最後になりましたが、発表の機会を与えて下さいました岩垣院長、抄録ポスター作製で多大なご尽力を頂いた梶川臨床研究部長をはじめとして、留守中にご迷惑をおかけした関係部署の方々に感謝の言葉で終えたいと思います。

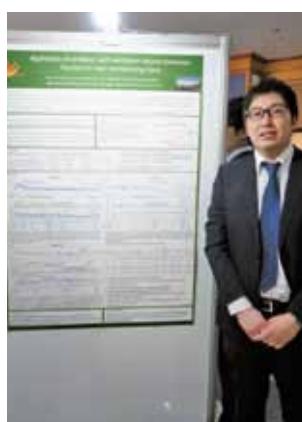


写真 1

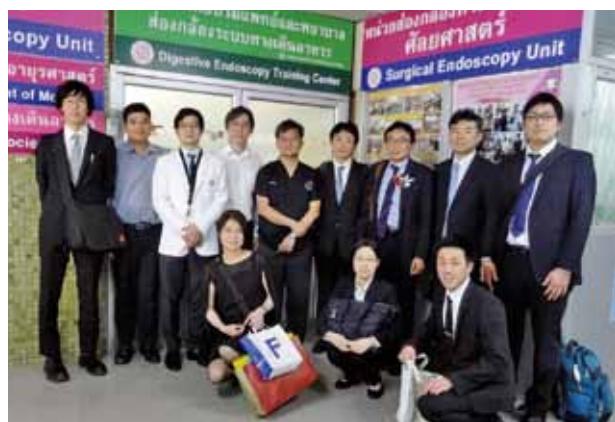


写真 2



写真 3



写真 4



写真 5



写真 6



写真 7



写真 8



Application of ventilator with ventilation volume correction function to treat neonatal lung injury

Masayuki OGAWA, Hiromasa NISHIHARA, Chiho TAKEHARA, Tohru KISHIDA, Yuuki HONDA
Department of Medical Equipment, National Hospital Organization Fukuyama Medical Center



BACKGROUND

Pulmonary compliance tends to fluctuate in acute neonatal lung injury. Increased maximal inspiratory pressure (PIP) results in barotrauma, and excessive tidal volume (TV) causes volume trauma and hypoxemia. The Babylog 8000 plus (Draeger, Lübeck, Germany) has an integrated volume guarantee (VG) that reduces occurrence of barotrauma and volume trauma. However, air can easily leak from cuffless intubation tubes used to ventilate newborns, causing difficulties in maintaining appropriate TV.

The Babylog VN500 (successor of Babylog 8000) is equipped with a ventilation correction function that automatically compensates for leaks.

PURPOSE

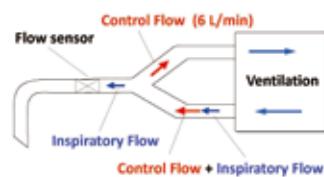
To determine breathing management using Babylog VN500 with VG.
To verify correct operation of ventilation correction function.

VOLUME GUARANTEE (VG)

Combination of the advantages of pressure control (PC) and volume control (VC) through which inspiratory pressure is automatically adjusted to reach the set TV regardless of spontaneous breathing strength and changes in pulmonary compliance.

Ventilation volume correction function

Difference between inspiratory and expiratory volumes is the leak amount indicated by a flow sensor.
Function corrects inspiratory flow by adding leak amount to control flow at 6 mL/min.



METHODS

Three neonates with lung injury treated by VG with Babylog VN500

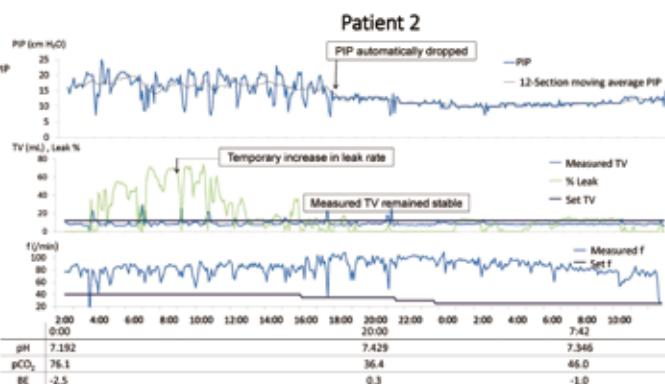
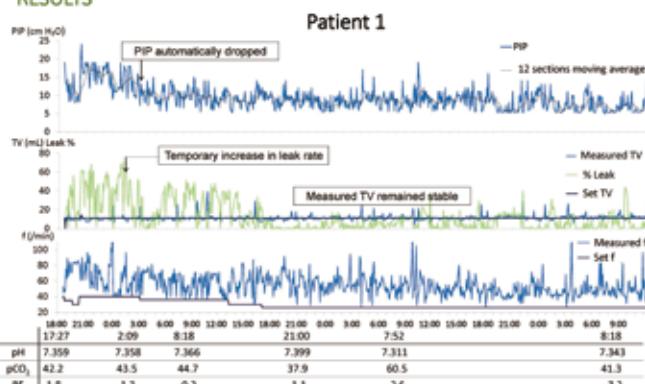
	Diseases	Gestation	Birth weight (g)	Ventilation setting	TV/BW (mL/kg)
Patient 1	Respiratory distress syndrome	34 w 0 d	2,196	PC-SIMV + VG	5.0
Patient 2	Neonatal transient hyperventilation	35 w 3 d	2,384	PC-SIMV + VG	5.0
Patient 3	Congenital pneumonia	38 w 2 d	3,266	PC-SIMV + VG	5.0

Observation period: intubation to extubation.

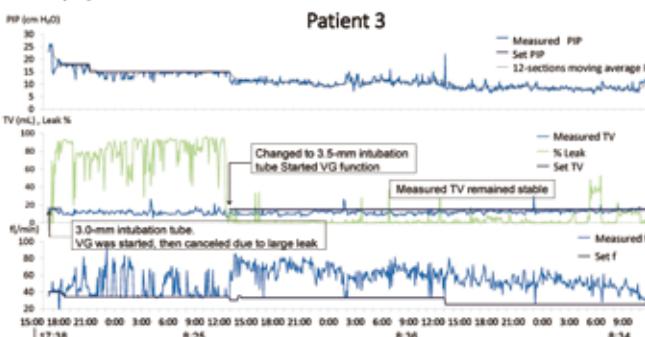
Observed items: ventilator management period, peak inspiratory pressure (PIP), tidal volume (TV), leak rate, breathing frequency, venous blood gas CO_2 (pCO_2), pneumothorax.

BW, body weight; PC-SIMV+VG, pressure controlled - synchronized intermittent mandatory ventilation + volume guarantee.

RESULTS



After artificial pulmonary surfactant administration, ventilator management started. When high PIP was required during acute phase, the leak rate temporarily increased to 50% - 60%, but TV remained stable. Leakage decreased thereafter, PIP decreased, ventilation amount correction function (VG) worked well.



Alarm occurred frequently at a leak rate of 80% to 90% (decreased ventilation volume, breathing circuit disconnection etc.). Meanwhile, measured TV tended to be corrected, and VG, the ventilation amount correction function, may have worked effectively for an extended period, but was interrupted because alarm release was impossible. The size of the intubation tube was then increased and after resuming VG, the ventilation rate correction function worked well.

Patient No.	Ventilation period (h)	PIP (mmHg)		Set TV (mL)	TV Measured (mL)	Leak rate (%)	Ventilation Frequency (1/min)	Venous pCO ₂ (mmHg)	Pneumothorax			
		Max	Min									
1	65	24	4.9	11	11.3	71	0	12.5	55.1	60.5	37.9	None
2	34	25	6.7	12	8.8	74	0	15.5	84.1	46.0	36.4	None
3	67	26	6.3	15	11.8	96	0	24.9	53.6	52.5	36.1	None

- High PIP was required during the acute phase.
- TV stability accompanied by improved respiratory symptoms caused automatic decrease in PIP.
- All three patients managed with minimum required PIP.
- None developed pneumothorax or other complications.
- Measured and set TV did not significantly differ even at leak rate of 60%; stable TV was managed.
- Relatively stable pCO_2 maintained by setting TV to 5.0 mL/kg BW.
- Hypoxemia was avoided.

DISCUSSION

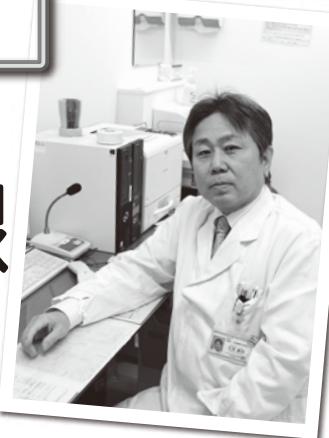
VG with Babylog VN500, allowed appropriate TV maintenance even in a relatively leaky environment. Suitable breathing management during the acute phase and smooth weaning were achieved.

CONCLUSION

Ventilator with VG and ventilation correction function provided adequate respiratory management of neonatal lung injury and functioned properly when leaks developed.

健康と暮らしに役立つ がん治療最前線

Vol.18 「勝手にプラタモリ」
～福山医療センター編～



福山医療センター
胃腸内視鏡外科医長
大塚 真哉

プロフィール
1990年岡山大学医学部卒、医学博士。岡山済生会病院、岡山大学などを経て99年から福山医療センター外科勤務。専門は消化器外科、特に胃がん大腸がん外科。岡山大学医学部臨床教授、日本内視鏡外科学会評議員で、ESMO（欧州臨床腫瘍学会）などに所属。座右の銘は山本五十六の「やってみせ、言って聞かせて、させてみて、ほめてやらねば、人は動かじ」。

福山の成り立ち
今回はNHKの人気番組「プラタモリ」にあやかつてお話しします。人口四七万の中核都市である福山は全国的に知名度が低く、上京の折に「広島県の福山市」と言つても分かつてもうえません。関西の人には福山はJFEや福山通運をはじめとして企業都市のイメージがありますが、鞆の浦など歴史的にも良い場所だと思います。私は中学生の時、地味な地学部でしたので、地形の専門家ではありませんが、勝手に「プラタモリ」してみます。

写真1



その後、芦田川により三角州が形成され、水野勝成が福山城を築城して以来、干拓が繰り返されて現在の福山が誕生しました。そのため市内には、坂がほとんどありません。段差好きのタモリさんから見れば、福山は魅力のない街かもしれませんね。

「福山は山ではなく、実は海だった？」でしょうか。「いや、箕島に山があるじゃないか」と言う方がいるかもしれませんね。

石碑などが残る
福山医療センター近辺をブラブラしてみると、花園町のJA福山市本所には福山陸軍病院（1945年に國立福山病院に転換）跡地の石碑があります（写真1）。

第四一連隊があつて、第四一連隊があつて、今は陸続隊ですが、そこは本当に島だつたのです。
その南隣には陸軍の歩兵

実先生によると、川口町と新津町の間を流れている汐廻川もその名残だそうです。

山空襲で焼けた跡ということがですが、当院にも事實を知る人はなく、眞偽は不明です。段差はありませんが、先人の努力で生まれた福山市、万葉集にも詠まれた潮の浦。枝広市長さん、NHKに口ケの陳情をお願いしますね。



写真2

その後、国立福山病院は66年に沖野上町に移転し、2004年に福山医療センターと名称を変え、現在は新築病院に生まれ変わっています。その東門に、「國立福山病院」と書かれた古ぼけた門柱が移設されて残っています（写真3）。

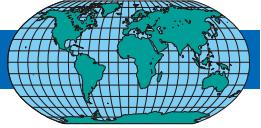
所々黒ずんでいるのは福山空襲で焼けた跡というこ

れで、ビジネス情報に連載中の「備後」の遺産を訪ねて」の秋山由紀夫によると、川口町と新津町の間を流れている汐廻川もその名残だそうです。

その南隣には陸軍の歩兵



写真3

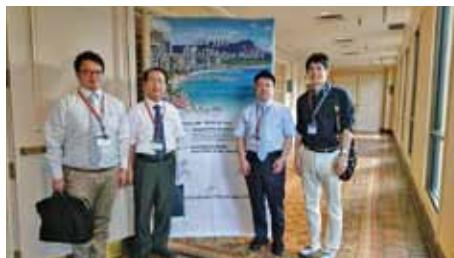


第35回環太平洋外科系学会(The 35th PPSA-JC)に参加して



外科医師
吉田 有佑

平成31年2月28日から3月2日にホノルルで開催された第35回環太平洋外科系学会に岩川先生、宮宗先生、赤井先生、吉田の4人で参加させていただきました。私は28日に“*The analyses of primary appendiceal carcinoma for 6 cases*”というタイトルで口演発表してきました。



発表会場にて

口演内容に関してですが、2010年1月から2018年9月までに当院で手術を施行した虫垂疾患のうち原発性虫垂癌と診断された6症例の臨床病理学的特徴について検討し、表にまとめました。6症例(1.4%)全てが高齢者(60歳以上)であり、1例のみが虫垂癌と術前診断が得られていました。腹膜播種を伴う進行癌は非常に予後不良でした。考察として、①原発性虫垂癌は稀な疾患だが高齢者の虫垂炎の原因として考慮しておく必要があること、②虫垂癌に対する全身化学療法の有用性はcontroversialであり、腫瘍学的な根治切除が必要であること、③可能であれば緊急手術より待機的手術が選択されるべきであると発表しました。ただ、今回の6症例中3症例がStageIVという結果からも

わかるように虫垂癌は進行癌(特に腹膜播種が多い)、リンパ節転移が予後不良因子という報告もあります)で発見される場合が多いです。当然ながら、根治切除により予後延長が期待されるのはStageI-IIIの症例であり、“There are possibilities to have good prognosis for appendiceal cancer in earlier stage with appropriate oncologic resection.”という結語で締めくくりました。英語で発表するのは初めてであり緊張しましたが、大きな学会ではなく初めての場としては良い機会であったと思っています。



発表会場



ハワイの夕暮れ

登りました。25分ほどで山頂に到着するほどの距離でした。雲が少しかかっておりイメージしていた日の出を拝むことはできませんでしたが十分きれいな景色でした。日立のCMで有名なこの木なんの木のあるモアルアナガーデンにも行きました。アクティビティとしては最終日にパラセーリングを行いました。2~3月のハワイは気温が上がっても25℃くらいまで風が吹くと少し肌寒いくらいでしたが、最終日は風も穏やかで天候に恵まれました。パラセーリングは初めての機会でしたが、とても楽しかったです。写真を撮ることを忘れていました。また偶然、ウミガメとクジラにも遭遇しました。非常に稀とのことで、とても幸運でした。1週間近く福山を離れ、スタッフの方にはご迷惑をおかけしたこと思います。学会に参加させていただいたことをこの紙面をお借りして深く御礼申し上げます。ありがとうございました。



ダイヤモンドヘッド登頂記念



モアルアナガーデン

The analyses of primary appendiceal carcinoma for 6 cases

National Hospital Organization Fukuyama Medical Center, Department of Surgery

Yusuke Yoshida, Takuya Kato, Kazuhide Iwakawa, Yuichi Yasui, Masaaki Akai, Koji Kitada, Ryosuke Hamano, Naoyuki Tokunaga, Hideaki Miyaso, Yosuke Tsunemitsu, Shinya Otsuka, Masaru Inagaki, Hiromi Iwagaki

Introduction

- Primary carcinoma of appendix is very rare and the incidence is estimated to 0.12 cases per a million per a year.
- In this study, we evaluated the clinicopathological characteristics and the prognosis for patients who were diagnosed with primary appendiceal cancer in our hospital.

Materials and Methods

Disease of appendix: 439 cases
patients who underwent surgical resection for disease of appendix at our institution between January 2010 and September 2018.

Appendical tumor: 13 cases

Cystadenoma of the appendix: 6 cases
Neuroendocrine tumor (NET): 1 cases

Primary appendiceal cancer: 6 cases

*According to TNM Classification of Malignant Tumors, 8th edition (UICC 2017 edition)

Results -Perioperative characteristics-

	Tumor size (cm)	Pathological tumor stage	Grade	Lymph node metastasis	Peritoneal metastasis	Recurrent	Overall survival (OS)
① 62, M Appendiceal adenocarcinoma	Resectable resection	Ⅲ	—	Yes	Yes	Yes	Yes
② 79, M Appendiceal adenocarcinoma	Resectable resection	Ⅲ	Ⅲ	Yes	Yes	Yes	Yes
③ 64, F Appendiceal tumor	R1: Resectability ^a	Ⅲ	Ⅲ	Yes	Yes	Yes	Yes
④ 62, M Appendiceal adenocarcinoma	Resectable resection	Ⅲ	—	Yes	Yes	Yes	Yes
⑤ 51, F Appendiceal cancer	Resectable resection	Ⅲ	Ⅲ	Yes	Yes	Yes	Yes
⑥ 57, F Cancer of ovary	R1: Hemicolectomy	Ⅲ	Ⅲ	Yes	Yes	Yes	Yes

^a According to tumor size
^b Resectability and below the resection margin was performed for this individual at the same time.

Results -Pathology and Outcome-

Case	Gender	CRM (ACCURACY)	Diagnosis	Surgical time (min)	Complication	Postoperative therapy
①	AC, M	Ind.2	pT1N0M0 (Stage I)	dead	702	- chemotherapy
②	TB, W	Ind.2	pT1N0M0 (Stage I)	dead	617	- chemotherapy
③	TG, F	Ind.2	pT1N0M0 (Stage I)	alive	514	ad. no
④	HB, W	Ind.2, alive	pT1N0M0 (Stage I)	alive	312	no chemotherapy*
⑤	TG, F	alive, per.	pT1N0M0 (Stage I)	alive	243	*** chemotherapy
⑥	BL, F	per.	pT1N0M0 (Stage I)	dead	325	- chemotherapy

* Advanced chemotherapy ** n= local relapse

スライド4

Case ⑤



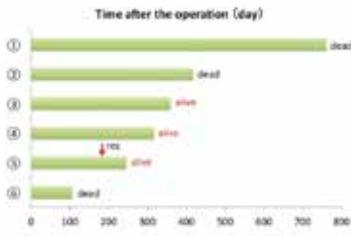
スライド9

Conclusion

- There are possibilities to have good prognosis for appendiceal cancer in earlier stage with appropriate oncologic resection.

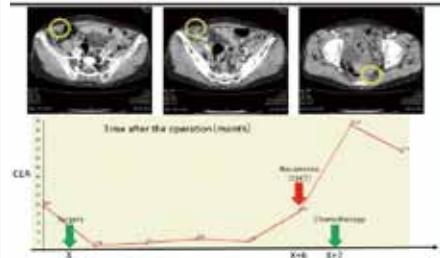
スライド13

Results -Prognosis-



スライド5

Case ⑤



スライド10

Materials and Methods

- We reviewed patients who underwent **surgical resection** for disease of appendix at our institution between January 2010 and September 2018.
- We evaluated the **clinicopathological characteristics**, treatments after surgery, and the prognosis.
- Tumor classification was applied according to **TNM Classification of Malignant Tumors 8th edition (UICC 8th edition)**.

スライド14

Results -Prognosis-



スライド6

Summary

- 6 (1.4%) patients were diagnosed with appendiceal cancer, and there is **only one case diagnosed before the operation** (Case 5).
- The patients with appendiceal cancer were found in elderly people (> 60).
- The prognosis for **advanced** appendiceal cancer, especially with **dissemination**, was very poor.

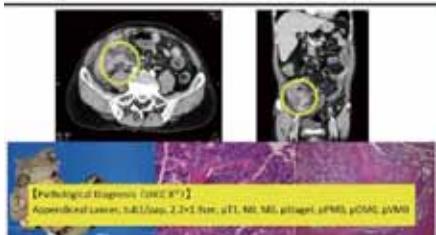
スライド11

自分の言いたいこと

- 術前診断は低い → 前半例の悪性化形式重要な? → 高齢者(Likely age)の発症リスクは悪性化率に高くなるが大抵、リバル(腹膜炎や盲腸癌等)結石手術が主流なので、そこからみて術前の手術が可能かと判断された場合に(高齢者発症を予測するための検査)CEAとCEAの経過と再発の有無を観察して(CEA)悪化と再発がある場合は手術を考慮する。
- Most often present with acute appendicitis and are diagnosed incidentally at histologic assessment of the surgical specimen. so, we should consider appendicular cancer as a cause of the appendicitis of the elderly people.
- 発症率は日本の報告では年々増加傾向が多く、その後不良因子の一つと考えられる。結石手術後発症率は約20%とされる。発症率は日本では約10%とされる。発症率は日本では約10%とされる。
- When symptoms are present, the disease process is often advanced. 症状の有無で結石が高リスクであった。発症初期は進行症候群が多いことが多いが、早期症候群の発現もある。これに関しては述べない。

スライド15

Case ④



スライド7

Discussion

- The malignancies should be considered as a cause of the appendicitis of elderly people.
- The effect of systemic chemotherapy is controversial.
- Elective surgery should be selected to perform appropriate resection and lymph node dissection to improve the prognosis.
- When appendiceal tumor or cancer is suspected during the operation, converting procedure from appendectomy into ileocecal resection (or right hemicolectomy) should be considered.

スライド12

質問されたこと

- 待機的に手術をした場合、精査の期間で進行する可能性があるのではないか?
- 高齢であること以外に何か特徴的な所見はあったか?
- 追加切除する場合、開腹か腹腔鏡か?

スライド16

Results -Prognosis-



スライド8



寒緋桜に沖縄を思う



東京 中学校講師
黒田 貴子



勤め先の中学校に1本の寒緋桜があります。濃いピンク色の花が満開になるのは3月。毎年1月に沖縄で咲き始める桜は、この寒緋桜です。

昨年度の沖縄戦の授業で、生徒たちに護郷隊と寒緋桜のことを伝えたいと思いました。80代を過ぎた、元護郷隊の少年兵たちは、鉄血勤皇隊のことはよく知られているのに、自分たちの体験は誰も知らないということから重い口を開き、少年たちにとって辛すぎる過去を語り始めたのです。名護市史編さん室の川満彰さん、恩納村史編さん室の瀬戸隆博さんたちが聞き取りを重ね、護郷隊を指揮したのは陸軍中野学校出身者であることも明らかにされました。それをもとにしてつくられたNHKの番組『そして僕らは戦場で』、映画『沖縄スパイ戦史』が大きな反響を呼び、ようやく護郷隊のことが知られ始めました。

昨年の暮れ、元護郷隊員のひとりである瑞慶山良光(すけやま りょうこう)さんのお話を伺う機会に恵まれました。瀬戸隆博さんが、良光さんにインタビューするという形でのお話を目の当たりにして、聴き取るということは、語り手と聴き手の間の深い信頼関係があつてこそ成り立つことなのだと、深い感銘を受けました。

瑞慶山良光さんは、過酷な体験で骨と皮にやせ衰えながらも家族の元に帰り着くことが出来ました。しかし、PTSDによって、戦争の話をしては暴れるという発作をくり返し、座敷牢に閉じ込められるなど30年以上の苦悩の日々を送ります。恢復した良光さんは、仲間たちとも交流はせず、ひとりで故郷の山に寒緋桜の苗木を植え始めます。亡くなった仲間の数である69本の苗木です。

今年の1月26日、「良光さんの桜を見る会」が催されました。来てくれる人たちのために、桜を植えた山の道を整備し、その日を迎えた良光さんのもとに、200名もの方々がやって来ました。護郷隊の仲間たち、護郷隊を指揮したことを一生悔やみ続けた村上治夫隊長の娘さん親子、そして良光さんに心を寄せる方々……。この日、良光さんは、初めて満面の笑顔を浮かべられたと言います。

1月半ば、社会科室に名護市の桜祭りのポスターを貼り、「教室のベランダから寒緋桜が見えるのよ。まだつぼみが堅いけれど、沖縄では満開になっているの」と語りはじめ、3回の授業を行いました。沖縄戦までの戦局、ひめゆり学徒隊の宮城喜久子さんのこと、「集団自決」(強制集団死)に追いこまれた人々、護郷隊、戦争マラリアの経緯などを伝えました。生徒たちは、それぞれに沖縄戦の実相を深く受けとめました。

「沖縄戦があったことは知っていた。でも、『誰が』『なぜ』『どうした』のかをほとんど知らなかった。時間をかけて沖縄戦のことを学んで行くうちに、どれだけ残酷で悲惨なものだったのか、なぜ、沖縄の人たちがそこまで『基地反対』を掲げて闘うのか、根底から理解できたと思う」(S.K.くん)

「人と人との刃を交え、その鋭い切っ先が、戦争責任者に向かうのではなく民衆に向く。いまの世界は、これをきちんと理解して再発防止に努めているのか。あまりにも歴史を軽んじている。この国から、人々の力で変えていきたい」(K.A.さん)

「良光さんが戦争によるPTSDと闘いながら私たちに伝えて行く義務があると思ってくれたことが嬉しい。だから私たちも伝えて考えていく義務があると思う」(S.H.さん)

3月、満開の寒緋桜を眺めて沖縄に思いを馳せる中学生たちがいることを、桜の写真と一緒に沖縄の方々に届けました。



認知症患者列車衝突監督義者責任否定事例

元国立病院機構本部広報文書課長・訟務専門職
(現国立療養所多磨全生園福祉課長)
法学博士 岡村 輝久

I 最高裁判所第三小法廷平成28年3月1日判決

第一 主文

- 一 上告人の上告を棄却する。
- 二 上告人敗訴部分を破棄し、同部分につき第1審判決を取り消す。
- 三 前項の部分に関する被上告人の請求を棄却する。

第二 事案概要

本件は、認知症に罹患したA（当時91歳）が旅客鉄道事業を営む会社である平成26年（受）第1434号上告人・同第1435号被上告人（以下「第1審原告」という。）の駅構内の線路に立ち入り第1審原告の運行する列車に衝突して死亡した事故（以下「本件事故」という。）に関し、第1審原告が、Aの妻である平成26年（受）第1435号上告人（以下「第1審被告Y1」という。当時85歳）及びAの長男である平成26年（受）第1434号上告人（以下「第1審被告Y2」という。）に対し、本件事故により列車に遅れが生ずるなどして損害を被ったと主張して、民法709条又は714条に基づき、損害賠償金719万7740円及び遅延損害金の連帯支払いを求める事案である。第1審被告らがそれぞれ同条所定の法定の監督義務者又はこれに準ずべき者に当たるか否か等が争われている。

第三 判決の要旨

- 一 第1審被告らがそれぞれ民法709条又は714条に基づく監督義務者又はこれに準ずべき者に当たるか否かについて

民法714条1項の規定は、責任無能力者が他人に損害を加えた場合にはその責任無能力者を監督する法定の義務を負う者が賠償責任を負うべきものとしているところ、保護者の精神障害者に対する自傷他害防止義務は、平成11年に廃止され、また、後見人の禁治産に対する療養看護義務は身上配慮義務に改められたことからすると、平成19年当時において、保護者や成年後見人であることだけでは直ちに法定の監督義務者に該当するということはできない。

民法752条は、夫婦の同居・協力及び扶助の義務について規定しているが、同条の規定をもって同法714条1項にいう責任無能力者を監督する義務を定めたものということはできず、他に夫婦の一方が相手方の法定の監督義務者であるとする実定法上の根拠は見当たらない。

したがって、精神障害者と同居する配偶者であるからといって、その者が民法714条1項にいう「責任無能力者を監督する法定の義務を負う者」に当たるとすることはできないというべきである。

もっとも、法定の監督義務者に該当しない者であっても、責任無能力者と身分関係や日常生活における接觸状況に照らし、第三者に対する加害行為の防止に向けてその者が当該責任無能力者の監督を現に行いその態様が単なる事実上の監督を超えていたなどその監督義務を引き受けたとみるべき特段の事情が認められる場合には、公平の見地から法定の監督義務を負う者と同視してその者に対し民法714条に基づく損害賠償金責任を問うことができるとするのが相当であり、このような者については、法定の監督義務者に準ずべき者として、同条1項が類推適用されると解すべきである（最高裁昭和56年（オ）第1154号同58年2月24日第一小法廷判決・裁判集民事138号217頁参照）。その上で、ある者が、精神障害者に関して、このような法定の監督義務者に準ずべき者に当たるか否かは、その者自身の生活状況や心身の状況などとともに、精神障害者との親族関係の有無・濃淡、同居の有無その他の日常的な接觸の程度、精神障害者の財産管理への関与の状況などその者と精神障害者との関わりの実情、精神障害者の心身の状況や日常生活における問題行動の有無・内容、これらに対応して行われている監護や介護の事情を総合考慮して、その者が精神障害者を現に監督しているかあるいは監督することが可能かつ容易であるなど衡平の見地からその者に対し精神障害者の行為に係る責任を問うのが相当といえる客観的状況が認められるか否かという観点から判断すべきである。

これを本件についてみると、Aは、平成12年頃に認知症のり患をうかがわせる症状

を示し、平成14年にはアルツハイマー型認知症に罹患していたと診断され、平成16年頃には見当識障害や記憶障害の症状を示し、平成19年2月には要介護状態区分のうち要介護4の認定を受けた者である（なお、本件事故に至るまでにAが1人で外出して数時間行方不明になったことがあるが、それは平成17年及び同18年に各1回の合計2回だけであった）。第1審被告Y1は、長年Aと同居していた妻であり、第1審被告Y2、B及びCの了解を得てAの介護に当たっていたものの、本件事故当時85歳で左右下肢に麻痺拘縮があり要介護1の認定を受けており、Aの介護もBの補助を受けて行ったというのである。そうすると、第1審被告Y1は、Aの第三者に対する加害行為を防止するためにAを監督することが現実的に可能な状況にあったということはできず、その監督義務を引き受けたとみるべき特段の事情があったとはいえない。したがって、第1審被告Y1は、精神障害者であるAの法定の監督義務者に準ずべき者に当たるということはできない。

また、第1審被告Y2は、Aの長男であり、Aの介護に関する話し合いに加わり、妻BがA宅の近隣に住んでA宅に通いながら第1審被告Y1によるAの介護を補助していたものの、第1審被告Y2自身は、横浜市に居住して東京都内に勤務していたもので、本件事故まで20年以上もAと同居しておらず、本件事故直前の時期においても1箇月に3回程度週末にA宅を訪ねていたにすぎないというのである。そうすると、第1審被告Y2は、Aの第三者に対する加害行為を防止するためにAを監督することが可能な状況にあったということはできず、その監督を引き受けたとみるべき特段の事情があったとはいえない。したがって、第1審被告Y2も、精神障害者であるAの法定の監督義務者に準ずべき者に当たるということはできない。

以上によれば、第1審被告Y1の民法714条に基づく損害賠償責任を肯定した原審の判断には、判決に影響を及ぼすことが明らかな法令の違反があり、原判決のうち第1審被告Y1敗訴部分は破棄を免れない。この点をいう第1審被告Y1の論旨は理由がある。そして、以上説示したことによれば、第1審原告の第1審被告Y1に対する民法714条に基づく損害賠償請求は理由がなく、同法709条に基づく損害賠償請求も理由がないことになるから、上記部分につき、第1審判決を取り消し、第1審原告の請求を棄却することとする。

他方、第1審被告Y2の民法714条に基づく損害賠償責任を否定した原審の判断は、結論において是認することができる。この点に関する第1審原告の論旨は理由がないから、第1審原告の第1審被告Y2に対する同条に基づく損害賠償請求を棄却した部分に関する第1審原告の上告は棄却すべきである。

II 解説

第一 最高裁判所第三小法廷平成28年3月1日判決（以下「本判決」という。）について

民法714条1項は、「前二条の規定により責任無能力者がその責任を負わない場合において、その責任無能力者を監督する法定の義務を負う者は、その責任無能力者が第三者に加えた損害を賠償する責任を負う。ただし、監督義務者がその義務を怠らなかったとき、又はその義務を怠らなくても損害が生ずべきであったときは、この限りでない。」と規定し、同条2項は、「監督義務者に代わって責任無能力者を監督する者も、前項の責任を負う。」と規定している。

民法714条の趣旨について判例の立場は、責任を弁識する能力のない未成年者や精神障害者等が他人に損害を加えた場合に、その責任無能力者の行為については過失に相当するものを考慮することができず、そのため不法行為の責任を負う者がいなければ被害者の救済に欠けることから、その監督義務者に賠償を義務付けるとともに、監督義務者に過失がなかったときはその責任を免れさせることにあるとされている¹⁾。

本判決は、民法における夫婦間の同居・協力・扶助義務（民法752条）を論拠とした原審の夫婦間における監督義務者論を「民法752条は、夫婦の同居・協力及び扶助の義務について規定しているが、同条の規定をもって同法714条1項にいう責任無能力者を監督する義務を定めたものということはできず、他に夫婦の一方が相手方の法定の監督義務者であるとする実定法上の根拠は見当たらない。」として否定しながら、他方で、一审判決、及び下級審判例や学説において展開してきた「事

実上の監督者」構成（「その者が精神障害者を現に監督しているかあるいは監督することが可能かつ容易であるなど衡平の見地からその者に対し精神障害者の行為に係る責任を問うのが相当といえる客観的状況が認められるか否かという観点から判断すべきである。」）に依拠し、監督を現に行っている者が、法定の監督義務者に準すべき者として責任を負う可能性があることを認め、加害者と被害者との衡平を図る場合があることを明言した²⁾。

本判決は、「準監督義務者」の責任が成立するためには、第三者への加害行為を防止すべく意思無能力者を監督することが「現実的に可能な状況にあったかどうか」という客観的な視点から具体的に判断するとし、Y1は要介護1の状態にあり、Y2も20年以上同居していなかったのであるから実施可能な状況ではなく、準監督義務者は該当しないとした³⁾。

また、本件は認知症の親族の責任を判断した事案であるが、木内道祥裁判官の補足意見では、次のとおり、その責任の射程について、医療機関・介護福祉施設も想定されるとしている。

「精神科病院に入院している精神障害による責任無能力者については、精神科病院の管理者が、自傷他害のおそれによる入院を引き受け、入院患者の行動制限を行う権限を有しており（精神保健福祉法36条1項）、行動制限の手続を含む処遇基準は大臣が定めるものとされている（同法37条1項）。介護施設についても、法令によって、身体的拘束等の原則禁止とそれを行うについての適正手続が定められている。このように精神障害者が施設による監護を受けている場合、施設との間では監護に関する権限とその行使基準が定められているのであり、これらの定めによる施設の負うべき義務は民法714条1項の法定の監督義務に該当すると解する余地がある。施設による監護を受けている精神障害者の不法行為による施設ないし施設管理者の責任については、従来、学説上、同条2項の代理監督義務者の問題とされてきたが、この様な観点からは、同条1項の法定監督義務者に該当するか否かの問題として検討されるべきであり、保護者、成年後見人が同項の法定監督義務者に該当しないと解しても、同項の法定監督義務者が想定されないことになるものではない。」⁴⁾

二 まとめ

本判決は、認知症介護が社会問題化する中で、認知症による責任無能力者の近

親者の責任に関するリーディングケースであり、注目を集めた事案のため紹介するものである。

なお、認知症の人が起こした事故の被害者と加害者双方を自治体が救済する仕組みが来年度（2019年度）から神戸市で「神戸モデル」として始まるとのことである⁵⁾。

1)最高裁平成7年1月24日第三小法廷判決、民集49巻1号25頁。

2)峯川浩子「認知症により責任能力を欠く者の不法行為につき監督義務者の責任が問題となった事例」『年報医事法学32』日本評論社（2017年）159頁。

3)前掲書(2) 峰川・日本医事法学会編 年報医事法学32号、日本評論社（2017年）160頁。

4)米村滋人「責任能力のない精神障害者の事故に関する近親者等の賠償責任」『法学教室』No.429（2016年）56頁には、木内道祥裁判官の補足意見に対し、「実際上の結論としても、2項の代理監督責任者であれば契約等を通じて医療介護事業者が負う監督義務の範囲を明確化することも可能だが、1項の責任、特に「準監督義務者」の責任はどのような場合に発生するかが極めて曖昧であり、これを近親者以外に拡大適用することは社会的混乱を招く危険性がある。……本判決の射程は限定して理解すべきであり、少なくとも、（判旨に明示されていないものの）近親者以外の者は「準監督義務者」に含まれないと考えるべきであろう。」との見解が述べられている。

5)2018年12月23日「朝日新聞」朝刊（12版）には、「神戸市モデル」の制度について次のように記載されている。

「65歳以上の神戸市民は、自己負担ゼロで認知症の検診・精密検査が受けられます。認知症と診断されたら、市が保険料を負担し、最高2億円の賠償責任保険に加入します。認知症の人が起こした事故（自動車事故は対象外）や火災などで市民が被害に遭った場合は、加害者側の賠償責任の有無にかかわらず、被害者に給付金（最高3千万円）を支給。賠償責任が認められた場合には、上記の賠償責任保険に加入していれば最高2億円の賠償金を保険から支払います。コールセンターが24時間対応で事故の相談に応じます。民間保険の保険料など年約3億円の費用は、市民税の上乗せ（1人年間400円）でまかないとあります。」

萬葉の花と歌（5）

Kaneo Tsuchihara

サクラ（やまとくら）

巻10-1872



万葉の花と歌

「歌の大意」

「見わたせば 春日の野邊に 霞立ち
咲きにほへるは 桜花かも」

遠く見わたすと、春日の野辺に霞が立ちこめ、
あたり一帯に花が美しく咲きほこっている。
(美しい色に照り映える)あれば桜花であろうか。

「万葉植物考」

ヤマザクラはバラ科サクラ属サクラ亜属本州関東以西・四国・九州・および朝鮮の山地に生え、鑑賞のため植栽される落葉高木、高さ15~20m径1mになる。三月下旬から四月中旬に新葉が開き始めると同時に白色から淡紅白色の花を開く。若芽の葉は琥珀色から透き通るような赤褐色のものまで変異がある。花が散るころには葉が急に展開し、そして緑色の葉から顔を出す赤い未熟な実も風情がある。実は夏に黒紫色に熟する。サクラは旧字で櫻と書いた。貝の字を二つ並べて貝でつづった首飾りを意味し、桜の美しさを表している。サクラの語源は麗しく咲くので「咲麗」サキウラからきているとか、咲く花を総称で「咲くらん」からきているとか、古事記の「木花咲開耶姫」コノハナサクヤヒメのコノハは桜の意味で開耶サクヤの音がそのままサクラの語源になった説など。古代の農民はサクラの咲き方でその年の豊凶を占った神木とも言われている。桜が現在のようなかたちで植栽されるようになったのは室町時代以降である。数百品種の桜が作り出されたのは江戸時代のことである。エドヒガンは山地に自生するサクラで高さ20mぐらいになる。エドという名が冠せられているが本州・四国・九州・および濟州島に分布している。植栽もされエドヒガンはオオシマザクラとともにソメイヨシノの母種である。サクラの葉はクマリンのよい香りがするので塩漬けにして桜餅を包むのに使われる。めでたい席で出される桜湯に入っている八重咲きの花は開山や一葉の花を塩漬けにし、保存しておいたものである。

見渡者 春日之野邊
霞立 開艶者
櫻花鴨

ミワタセバ カスミタチ
カスミタチ
サキニホヘルハ



旬の食材 鮓



栄養士
谷川 拓也

春風が心地よく、いつの間にか葉桜の季節になりました。4月と言えばスタートの月。新生活が始まり、新しい職場で働く方も多いのではないでしょうか。さらに、待ちに待ったプロ野球も開幕しました!今年も応援に熱が入ります。目指せカープ4連覇ですね!

さて、今回は「鰯(さわら)」の紹介をさせていただきます。魚へんに春で「鰯(さわら)」。漢字に春がつくので、春が旬だと思われがちですが、回遊魚なので地域によって旬の時期が異なります。関東地方では、「寒鰯(さわら)」と言われる産卵前の脂の乗った12~2月が旬とされています。一方、関西地方では5~6月頃に産卵のため外洋から瀬戸内海に押し寄せてきた鰯が沢山獲れるため、

春先から初夏にかけて旬とされています。

クセのない上品な身が特徴です。栄養素としては、鰯(あじ)や鰆(さば)と同様に血液をサラサラにし動脈硬化や心筋梗塞などの予防に効果があるEPAや、脳の活性化を促すDHAを豊富に含んでいます。

鰯の調理法は様々ありますが、和食では西京焼き、洋食ではムニエルが代表的です。ちなみに、私の出身地である岡山県の郷土料理【ばら寿司】にも鰯の酢漬けが入っています。岡山県に来られた際は是非ご賞味ください!

今回は『鰯の春野菜あんかけ』を作りました。ムニエルにした鰯に春野菜の和風あんをかけた春満開の料理です。是非お試し下さい。

鰯の春野菜あんかけ(1人分)

材 料 和風あん

*スナップえんどう	20g
*筍(水煮でも可)	30g
*人参	10g
*だし汁	50cc
*濃口醤油	4g
*みりん	2g
*清酒	2g
*片栗粉	3g



鰯ムニエル

*鰯	1切れ
*塩	0.2g
*コショウ	少々
*小麦粉	1g
*油	2g

栄養価(1人分)	
エネルギー	241kcal
たんぱく質	22.5g
脂 質	12.8g
炭 水 化 物	7.3g
塩 分	1.1g

作り方 和風あん

- 人参は細切りにし、筍を短冊に切る。スナップえんどうはヘタと筋を除く。
- Aを鍋に入れて火にかけ1を加える。野菜に火が通るまで煮る。
- 2に水溶き片栗粉を回し入れ軽く混ぜる。

鰯ムニエル

- 鰯に塩コショウをふり、小麦粉をまぶす。
- フライパンに油を入れて熱して4を入れ、こんがりとなるまで両面焼く。

仕上げ

- 皿に鰯のムニエルを盛り付け、その上に和風あんをかけ完成。

BISTRO BON TORE

ビストロ ボントレ No.17



ビストロボントレ
シェフ 倉島 秀典

コツの人生 心のパラダイム(その2)

魚の釣り方を教えてもらえば、無人島でも食えはしのげます。これをして仕事や生活に置き換えてみてください。教えてもらったことしかできないのと、自分で考え、思いついたことをやってみるので、どちらが楽しいでしょうか？私なら後者を選びます。これは子供の教育にも同じことが言えると思います。

常に親が答えを言ってしまうのではなく、子供にやり方を考えさせ、たとえ間違ってもやらせて見せる。そうすると子供は失敗はしますが、そこで考える力が身に付きます。

現在はネット環境が当たり前ですので、知識は調べれば考えなくてても、いくらでも見つけることができます。ネットで調べれば、ある程度みんながたどり着く答えは似たり寄ったりの世界になるでしょう。これは知識や考え方の部分で、ネットという環境から、魚を与えて続けられているのと、なんら変わりありません。これから世の中が急速に変化していく中で、より深く物事を考える力が非常に重要なってきます。そんな時、これから私たち大人が、魚を常に与え続けるのか？それとも釣り方を教えているのか？は日本の未来をはぐくむ子供たちにとってとても重要な選択となるでしょう。

知識の価値はどんどん薄まり、これからは心と心を通わせ、その人の個性や、思いを表現できることに価値が移行していきます。その時にどんな心や考え方を子供たちに育んであげることができるのか？私たち大人の大きな責任だと私は思うのです。

カンタン

レシピ 鶏ミンチの ヘルシーハンバーグ

鶏ミンチ	500 g
塩	4 g
卵	1個
玉ねぎ	200 g
木綿豆腐	4分の1丁
パン粉	80 g
酒	10 g
醤油	18 g
ショウガ	10 g
ごま油	5 g

1. 豆腐を水切りしておく
2. 玉ねぎ200gを炒める(色が透き通ればOK)
火が入ったら氷水か、冷蔵庫で冷やしておく。
3. パン粉～ごま油までをすべてボールに計り交ぜておく
4. 鶏ミンチに塩を加え、粘りが出るまでしっかりと練る。この時練りが足りないと、
後でネタが柔らくなるので、とにかくしっかりと。
5. 卵を加え、再びしっかりと粘りが出るまで良く練る。
6. 1の豆腐を一度手でよくほぐし、5に加え、豆腐が見えなくなるまでよく練る
7. 玉ねぎと、3を加え、再び全体が混ざるまでよく混ぜる。
8. 7を好みの形に成型し、カタクリをまぶしてフライパンで焼く。

ソースはポン酢ソースや、大根おろしと醤油、ワサビ醤油など、さっぱり系が会いますよ！
またこのままの分量で、豚肉に変え、シュウマイのネタにしても◎。
余ったネタは味噌汁に入れたり、クリームシチューに入れてもおいしいです。

ビストロ ボントレ

〒721-0958

福山市西新涯町1-2-31

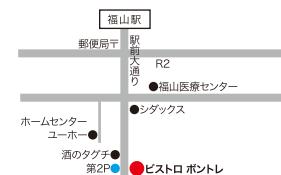
TEL:084-954-2592

ランチ/11:00~17:30

ディナー/17:30~21:15(ラストオーダー)

21:45閉店

定休日/木曜日



「大嘗祭の意味について その1」

皆様こんにちは。

前回は大嘗祭の流れについてご紹介いたしましたが、今回は一歩踏み込んで、儀式の意味についてご紹介いたしたいと思います。

注目したいのは大嘗祭前日の「鎮魂の儀」と、大嘗祭の本義ともいえる、大嘗宮で行われる「悠紀殿供饌の儀」と「主基殿供饌の儀」です。

まず「鎮魂の儀」は、大きく分けて4つの儀式により構成されています。1つ目が宇氣槽(うけふね)を衝く。2つ目が木綿を結ぶ。3つ目が御衣を振る。4つ目が神樂を舞うという流れになっているのですが、これは天の岩戸の神話で、天照大神を岩戸から出すためにアメノウズメノミコトが岩戸の前で行った行為が元になっています。

1の宇氣槽を衝くとは、前述の天の岩戸の神話の中で、アメノウズメノミコトが舞を舞うときに桶を伏せてその上に登り、足を踏み鳴らして大きな音をだしたことを探しているといえるでしょう。

2の木綿を結ぶとは、木綿は楮の纖維を蒸して細かく裂き糸にしたもので、古来から神聖なものとして神事に用いられてきたのですが、この神聖な糸を結ぶによって、魂が遊離しないようにしっかりと身体に結びつけるという呪術です。

3の御衣を振るとは、箱に収めた陛下の衣を振るという儀式ですが、これは魂を衰えないようにするため、陛下の御体に代わって御衣を振るという呪術です。

4の神樂を舞うとはまさしく天の岩戸の神話におけるアメノウズメノミコトの舞を表しているといえるでしょう。

そもそも天の岩戸の神話は、活力の衰えた太陽の復活を表しているとされ、日食を表象しているという説もあります。陛下は言うまでもなく天照大神の子孫ですから、衰えた魂を復活させるためには天の岩戸の神話を現代に再現する必要があるということです。つまり、結論として、「鎮魂の儀」は、古来より魂は放っておくと身

遠野郷八幡宮
多田 宜史

体から遊離してふらふらとさまよい出るものと信じられ、また、魂はしばしば衰えるので、これを奮い立たせて魂の活動を活発ならしめることも必要であると信じられていたために、魂の復活を期しておこなわれた行事という事です。

大嘗祭に限らず、毎年行われる新嘗祭の前日にも「鎮魂の儀」は行われます。陛下は、一年で最も大事な儀式である新嘗祭を行うにあたって、魂を万全の状態にして臨まれるわけですね。古事記の神話が今に息づいていることに、とても尊い思いを感じるのは私だけではないはずです。

「悠紀殿供饌の儀」と「主基殿供饌の儀」についても書きたいのですが、ちょっと長くなってしまったので次回。



Design
#27

みんながうれしい
「伝わるデザイン」

MOURI DESIGN

毛利 祐規 / グラフィックデザイナー



【Profile】大阪のデザイン事務所、広告制作会社を経て、2011年に独立。福山市を拠点に、全国の企業やお店、ブランドなどのロゴマーク制作(CI／VI)と、それに伴うアートディレクションやプランニング、広告制作を主に手がけています。

みなさまこんにちは。グラフィックデザイナーの毛利と申します。私は福山市を拠点に、全国の様々な分野のデザインを手がけさせていただいています。そんな中でも最も多く手がけているのは、企業やお店、ブランドなどの「ロゴマーク」のデザインです。私が手がけた仕事の中から、小さな企業やお店、ブランドだからこそできたデザインやプランニング、ブランド戦略等をお伝えしていきます。

△明朝 令和	ゴシック 令和	正楷書 令和	行書体 令和	フォーマーク 令和	勘亭流 令和
--	---	--	--	---	--

■ 新元号で考える、デザインにおける書体の選び方

先日、新元号が「令和」になることが決まりました。「人々が美しく心を寄せ合う中で、文化が生まれ育つ。梅の花のように、日本人が明日への希望を咲かせる国でありますように。」との意味や想いが込められています。特に印象的なのが「令」という漢字。「令」には「立派な、清らかで美しい、おめでたい、喜ばしい、神様のお告げ」などの意味があるそうです。

デザインで書体選びをする際は、その言葉や漢字が持つ「意味や雰囲気」が、より伝わりやすくなる書体選びをしていきます。たとえば、新元号の「令和」の雰囲気に合った書体を選ぶとしたら、「令和」が持つ意味や、漢字の意味、見た目の雰囲気、音、などを踏まえて選んでいきます。上記は、数ある書体からいくつか選んで並べてみました。みなさんには、「令和」にはどんな雰囲気の書体が合うと思いますか？

グルメレポート

連載 18

カンボジア鍋

病理部長
渡辺 次郎



カンボジア料理には期待していなかった。ベトナムには2度行って、ベトナム料理がウマイことは知っていた。ベトナムは南北に長い海岸沿いの国で、新鮮な海産物に恵まれている。それが中華料理と植民地時代のフランス料理の影響を受け、東南アジア独特のエスニックな味付けと相まって、非常にオイシイ料理の数々を生み出しているのである。しかしカンボジアはまだ貧しい国。「料理に凝る」といったレベルではなく、あまりおいしくないと聞いていたからだ。

しかしアンコールワットのあるシェムリアップは、さすが観光地だけあって、ベトナムと同等の料理を提供していた。ベトナム料理の定番の春巻きやフォー(米の麺)のようなものもあった。その中で、カンボジア独特の料理と思えるものに「カンボジアンBBQ」というものがあった(写真1)。どんなものか説明すると、ジンギスカンのようなドーム状になった鉄板の上で肉を焼くのである。で、肉汁はドームの周囲に張ったお湯の中に落ちる。そして、そのダシに野菜や麺を入れて肉といっしょに食べるるのである。

ドーム状の鉄板の形からして、これは北海道などで羊肉を食べるジンギスカン料理と同じものだと思った。ただ、鍋は鉄板ではなくて、安っぽいアルミニウム製であった(写真2)。かつてアジアのみならず欧州の東側をも制覇したチン・ギス・ハーン。その影響は、アジアの辺境カンボジアの地にもしっかりとその痕跡を残しているのである。まあ、征服されなかった日本にも影響が残っているわけだが…。

そしてこのカンボジア鍋、肉がいかにもカンボジア風。写真の肉の皿の4つに区画された右上がヘビ、右下がワニなのである(写真3:左上はイカ。左下はトリ)。で、ワニは臭みがあるのかニンニクで下味が付けてあった。ヘビの方は毛ガニのように身が繊細で歯ごたえがあった。いずれも「一度食べたらやみつきになるウマイ肉!」というわけにはいかないか、それから出たダシで煮た野菜や麺といっしょに食べる味わいは、物珍しさも手伝ってなかなかオイシイ料理だった。

最後の写真はアンコールワットを背景に撮った記念撮影。このときは熊大の病理部の女医さん2人といっしょに行ったのだが、3人の立ち姿が後ろの塔と呼応しており、ボクのお気に入りの一枚である。まさに「両手に花」の絵柄と思いません? あたかも世界を制覇したチン・ギス・ハーンの気分でございました(写真4)。



写真1:カンボジア鍋



写真2:アルミ鍋



写真3:具材



写真4:記念撮影

Cambodian BBQ カンボジアンバーベキュー

Pub St Alley, Siem Reap
営業時間:午前11:00 - 午前12:00



音楽カフェの風景 その16

内科 村上 敬子

3月の音楽カフェでは三味線について学びました。名前は知っていても、身近で生の音を聞く機会は少ないものです。無垢の木の重みを感じ、撥(バチ)を手に取り、弦を弾いてみる体験はとても貴重でした。三味線は中国の三弦を祖とし、450年前ころ琉球から大阪堺に伝来したそうです。本州では蛇皮は供給できないため、猫皮(現在は犬皮も)を使用します。棹の太さによって細棹(小唄、長唄)、中棹(民謡、常磐津)、太棹(津軽、義太夫)と3種類に分けられ、今回は当院看護師3名が晴れやかな着物姿で中棹三味線を演奏しました。三味線の軽快な伴奏で春の唄を歌うのは、なんとも乙なものでした。



鎌廣美幸

小山由美子

豊田純子



三味線といえば先日、尾道のしまなみ交流館で文楽(人形浄瑠璃)が上演され、太棹三味線を堪能しました。写真はロビーで人形がご挨拶している様子です。文楽では、義太夫が戯曲の情景を語いつつ「語る」ことを目的とし、太棹三味線が奏でる低い音域は、より人間の肉声に近く荘厳で情感豊かです。語り(太夫)と音楽(三味線)と人形(人形遣い)が混然一体となり迫真的感情表現で、幕が進むにつれ人形が人間なのではないかと錯覚するほどでした。大阪町人に大流行した大衆芸能は、300年余を受け継がれ、現代では世界でも類いまれな「大人のための人形劇」として高く評価され海外公演も多いそうです。芸の極みに至福のひと時を過ごしました。



3月21日(春分の日)、第18回ときめきコンサート『春を呼ぶヴァイオリンの調べ』を開催しました。朝方の雨も上がり、100名を超す来場者でした。ヴァイオリンの中根由貴さん、ピアノの片山美希さんによる演奏で、おふたりの清楚でしなやかな美しさと、春の光のように柔らかく温かい音色に、子供から大人まですっかり魅了されました。アンケートの感想から一部をご紹介します。「つらい介護の日々ですが、苦しさやいらだちが洗い流されました。」「会場の皆さんと一緒に歌っていると、自然と涙が流れます。」「今夜はよく眠られそうです。」「亡くなった父や母が口ずさんでいた歌を聞き、当時を懐かしく思い出しました。」「また明日からがんばろう!とスイッチが入りました。」音が聴く人の心にすっと染み入り、喜びと慰めを与えていただきました。ありがとうございました。

次回は4月13日(土)14時から、出演は中川まりえさん(クラリネット)、松坂彰三さん(ピアノ)です。お楽しみに!!



中根由貴



片山美希



備後福山10選

ばら公園 1945年の福山空襲により、市街地の約8割が焼け野原になりました。街の人々の心に和らぎを取り戻すと1956年、南公園(現在のばら公園)付近の市民が、ばら苗約1,000本を植えたのが「ばらのまち福山」の始まりです。現在では、280種5,500本のばらが咲き誇ります。5月中旬には福山市最大のイベント「福山ばら祭」が、ばら公園をメイン会場のひとつとして、盛大に開催されます。(福山市HPより)



さな やす ゆき みつ
真 安 幸 光 氏

編集後記

2019年3月で岩垣博巳前院長が定年退職され、後任に稻垣優新院長が就任されました。これに伴い、このFMCニュースは、広報委員会が担当することとなり、委員長である長谷川が責任者として毎月発行する運びになりました。

岩垣先生は2007年4月、岡大第1外科から副院長として赴任。2013年に院長になられました。副院長時代から友田院長とともに、築52年という老朽化した病院の更新整備を目標に掲げるとともに、これまでの広報誌(医療者向けと患者様向けの2種類であった)を1つにまとめ、新たにFMCニュースという広報誌を創刊されました。これまでとはイメージを一新し、医療センターのブランド力をあげるために、医療情報提供に加え文化の薫る広報誌を目指されました。

岩垣先生はまた、当時4000点に届かない診療点数を現在の平均約8000点にまで引き上げ、平均在院日数18日から9-10日に短縮されました。これらの指標は病院経営の健全さを示すものですが、経営基盤が強化された理由として次の3点が挙げられます。
①看護体制10:1から7:1にしたこと。当時は老朽化した病院のため看護師・研修医が集まらなかったのですが、以前元名田看護部長が中国四国の看護学校を行脚し、7次募集まで行った努力の結果、看護師を集めた功績が大きい。
②DPC 取得:大塚真哉先生の尽力が大きい。
③老朽化した病院を立て直そうという職員の強いモチベーションが大きかったことです。

過去12年間刊行されたこのFMCニュースは、今回の2019年4月号で通巻132号となります。最初16ページで出発したのが、今や投稿が増え36ページに至っております。内容も充実したものになり、岩垣先生の数々の努力の賜物と思われます。現在、発行部数は1600部で、各関連医療施設やOB等に約1000部、残りは、職員や病院の患者様、町内会などに配布しております。今後とも岩垣先生の意思を引き継いで、福山医療センターの現状をアピールし、医療情報とともに文化の香りの漂う、皆様に手に取って読みやすい広報誌にしていきたいと思います。

追伸:写真やレイアウトを少し変更しました。

文責:副院長 長谷川 利路

一枚の絵 N.77

yukimitsu sanayasu の ぶらり旅日記



ひまわりサロンミニレクチャー

●日時:毎月第2金曜日 15時~16時頃まで ●費用:無料(駐車料金無料) ●予約:不要

第67回	5月10日(金)	「がん治療中の便秘について(仮)」	大腸肛門外科医長 岩川 和秀
第68回	6月14日(金)	「がん治療中の就労支援」	福山公共職業安定所 細木 誠
第69回	7月12日(金)	「リンパ浮腫について」	リンパ浮腫セラピスト 未定
第70回	9月13日(金)	「乳がんにおけるアビアランスケア」	乳がん看護認定看護師 藤原 礼子
第71回	10月11日(金)	「良い眠りについて」	精神科医長 水野 創一
第72回	11月 8日(金)	「アドバンスケアプランニングってご存知ですか?」	緩和ケア認定看護師 木坂 仁美
第73回	1月 8日(金)	「加齢に伴う変化とそれを支えるケア~認知症看護を踏まえて~」	認知症看護認定看護師 久木田 智之
第74回	2月14日(金)	「食欲がないときの食事の工夫」	管理栄養士 未定
第75回	3月11日(金)	「がんに伴う痛みについて」	緩和ケア認定看護師 山下 貴子



音楽カフェ ●日時:毎月第3金曜日 15時~16時まで ●予約:不要

第4回	4月19日(金)	第6回	6月21日(金)
第5回	5月17日(金)	第7回	7月19日(金)

どなたでも気楽にご参加ください!

平成31年4月19日(金)

(毎月第3金曜日 開催)

外来棟4階 大ホール 15:00~16:00



音楽カフェ

ピアノ生演奏に合わせて、口と手で大きく動いてみんながよろしくなる音楽会です。二歳児から高齢の方まで、お子さんと一緒に楽しめる音楽会です。お子さんと一緒に歌ったり踊ったり、お子さんと一緒に音楽を楽しむことで、お子さんの心身の発育を助ける効果があります。お子さんと一緒に音楽を楽しむことで、お子さんの心身の発育を助ける効果があります。

お知らせ 研修会・オープンカンファレンス

オープンカンファレンス

※開催日順掲載、敬称略

6月27日(木)18:30~

「空と医療の安全管理」

座長:医療安全管理部長

大塚 真哉

講師

元JAL機長 小林 宏之

がん診療部キャンサーボード

4/19(金) 8:00 消化器	5/ 9(木)18:00 乳がん	5/23(木)18:00 乳がん
4/19(金) 8:00 肺がん	5/10(金) 8:00 消化器	5/24(金) 8:00 消化器
4/25(木)18:00 乳がん	5/10(金) 8:00 肺がん	5/24(金) 8:00 肺がん
4/26(金) 8:00 消化器	5/17(金) 8:00 消化器	5/31(金) 8:00 消化器
4/26(金) 8:00 肺がん	5/17(金) 8:00 肺がん	5/31(金) 8:00 肺がん

STAFF

publisher 稲垣 優
chief editor 長谷川 利路
沖野 昭広

【部】
臨床研究部 梶川 隆
教育医療部 岩川 和秀
がん診療部 三好 和也
教育研修部 豊川 達也
地域医療連携部 豊川 達也
医療安全管理部 大塚 真哉

治験管理部	大塚 真哉	女性医療センター	山本 暖	緩和ケアセンター	高橋 健司
医師業務支援部	常光 洋輔	腎尿路・血液センター	長谷川 泰久	【科】	【科】
広報部	長谷川 利路	国際協力推進センター	堀城 一朗	診療放射線科	大戸 義久
感染制御部	齊藤 誠	消化器疾患センター	豊川 達也	臨床検査科	有江 潤子
国際支援部	堀城 一朗	内視鏡センター	豊川 達也	リハビリテーション科	野崎 心
ワーカライタックス部	兼安 裕子	呼吸器・循環器センター	岡田 俊明	【室】	【室】
遺伝子診療部	三好 和也	外来化学療法センター	岡田 俊明	栄養管理室	栄養管理室
薬剤部	倉本 成一郎	抗がん剤治療センター	廣田 稔	医療安全管理室	長谷川 利路
看護部	横山 弘美	脊椎・人工関節センター	松下 具敬	仲田 雅江	仲田 雅江
【センター】		頭頸部・骨盤センター	中谷 宏章	経営企画室	岩井 隆司
		脳血管・脳梗塞センター	大塚 真哉	がん相談支援室	藤田 真也
		副腎癌・悪性胸膜疾患センター	守山 英二	医療衛生士室	藤原 博尋
		エイズ治療センター	齊藤 誠司	ME室	西原 博政
		アートストアセンター	三好 和也	診療情報管理室	峯松 佑典
		画像センター	道家 哲哉	【局】	
		糖尿病センター	畠中 崇志	医局	
		難病センター	齊藤 誠司		

Medical examination schedule

National Hospital Organization FUKUYAMA MEDICAL CENTER



独立行政法人 国立病院機構

福山医療センター

外来診療予定表

平成31年4月1日現在

院外用

【受付時間】 平日 8:30~11:00
※眼科は休診中です。
【電話番号】 084-922-0001(代表)
(地域医療連携室) TEL 084-922-9951(直通)
FAX 084-922-2411(直通)

診療科名		月	火	水	木	金	備考
小児医療センター	小児科	午前	北田 邦美 浦山 建治	荒木 徹 北田 邦美	北田 邦美 藤原 進太郎	北田 邦美 小寺 亜矢	小寺 亜矢 浦山 建治 小田 慎※2
		午前	荒木 徹 藤原 倫昌 細木 瑞穂※1	山下 定儀 藤原 倫昌 小寺 亜矢	荒木 徹 山下 定儀 小寺 亜矢	荒木 徹 近藤 宏樹※2 浦山 建治	北田 邦美
		午後	荒木 徹 浦山 建治 細木 瑞穂※1	藤原 倫昌 小寺 亜矢	荒木 徹 小寺 亜矢	荒木 徹 近藤 宏樹※2 浦山 建治	山下 定儀 藤原 倫昌
		摂食外来			綾野 理加	綾野 理加	
		乳児健診		13:00-15:00	13:00-15:00	13:00-15:00	水(1週)・木(4週)…9:30-16:00
	予防接種・シナジス		シナジス	予防接種			予約制
		小児外科・ 小児泌尿器科		黒田 征加 (13:30-16:30)	窪田 昭男 (13:30-16:30)	長谷川 利路	井深 奏司 島田 慶次 (9:00-15:00)
	新生児科	午前	猪谷 元浩				シナジス外来は終席のみ 13:30~14:30 予防接種 13:30~14:30 火曜日… 小児便秘専門外来併診 ※診察は小児科で行います
		午後		猪谷 元浩	岩瀬 瑞恵		
女性医療センター	産婦人科		早瀬 良二 山本 暖 甲斐 憲治 藤田 志保	山本 梨沙	山本 暖 田中 桂菜 藤田 志保 大羽 輝	早瀬 良二 甲斐 憲治	早瀬医師の初診は紹介状持参の方のみ 火・木曜日(9:00-12:00)…母乳外来(予約制) 産婦人科外来で行います
		午前		三好 和也	高橋 寛敏		三好 和也
	乳腺・内分泌外科	午後	高橋 寛敏	三好 和也	高橋 寛敏		月曜日(午後)は予約患者のみ
腎尿路・血液センター	泌尿器科	午前	上野 剛志	長谷川 泰久 上野 剛志 松崎 信治 畠山 智哉	長谷川 泰久 上野 剛志 松崎 信治 畠山 智哉	松崎 信治	長谷川 泰久 上野 剛志 松崎 信治 畠山 智哉
		午後		長谷川 泰久 上野 剛志 松崎 信治 畠山 智哉	長谷川 泰久 上野 剛志 松崎 信治 畠山 智哉		長谷川 泰久 上野 剛志 松崎 信治 畠山 智哉
				ストーマ外来			水…ストーマ外来 14:00-
	血液内科		浅田 騰	中村 真			月…第1・3・5週のみ火…第2・4週のみ9:30-13:30
	糖尿病センター	糖尿病内科 内分泌内科	当真 貴志雄	畠中 崇志	畠中 崇志	畠中 崇志	平樹医師…水(2・4週午後)甲状腺・糖尿病

ご予約がなくても受診は可能です(完全予約制を除く)。ただし、ご予約をいたいたいた方が優先となりますので、長い時間お待ちいただくこともあります。あらかじめご了承ください。

診療科名		月	火	水	木	金	備考
消化器病センター	総合内科	初診	梶川 隆 廣田 稔	豊川 達也	藤田 素生	堀井 城一朗	齊藤 誠司 月…梶川医師(1・3・5週)10時– 廣田医師(2・4週)
				門脇 由華	齊藤 誠司 原 友太	知光 祐希	坂田 雅浩 水…齋藤医師(総合内科・感染症科)
	消化管内科		藤田 素生 村上 敬子 伏見 崇	豊川 達也	堀井 城一朗	村上 敬子 表 静馬	豊川 達也 上田 祐也 野間 康弘 月…村上医師は紹介患者を午前中のみ
	肝臓内科		坂田 達朗		金吉 俊彦	坂田 達朗	金吉 俊彦 坂田 雅浩
	肝・胆・脾外科	午前			稻垣 優 北田 浩二	稻垣 優 徳永 尚之	
	消化管外科	午前	宮宗 秀明 磯田 健太	大塚 真哉 濱野 亮輔 加藤 卓也	大塚 真哉 西江 学	常光 洋輔 徳永 尚之 宮宗 秀明	岩川 和秀 常光 洋輔 大崎 俊英 金…大崎医師(1・3週) 水…西江医師(1・3・5週)
		午後	岩川 和秀			安井 雄一	
	肛門外科	午前					岩川 和秀
		午後	岩川 和秀				
			肛門外来		ストーマ外来		月…岩川医師 13:00–15:00 木…岩川医師 13:30–
内視鏡センター	消化管		豊川 達也 堀井 城一朗 片岡 淳朗・表 静馬 原 友太・野間 康宏 藤田 明子・上田 祐也 門脇 由華・知光 祐希	村上 敬子 藤田 素生 堀井 城一朗 上田 祐也 表 静馬 野間 康宏 藤田 明子 野間 康宏 平井 麻美	村上 敬子 豊川 達也 藤田 素生 上田 祐也 渡邊 純代 表 静馬 野間 康宏 藤田 明子 野間 康宏 伏見 崇 門脇 由華	豊川 達也 藤田 素生 片岡 淳朗 上田 祐也 渡邊 純代 表 静馬 野間 康宏 藤田 明子 野間 康宏 伏見 崇 門脇 由華	村上 敬子・藤田 素生 堀井 城一朗 渡邊 純代・前原 弘江 表 静馬・藤田 明子 野間 康宏 伏見 崇・門脇 由華
	気管支鏡			岡田 俊明・森近 大介 三好 啓治・知光 祐希 米花 有香・市原 英基 松下 瑞穂			岡田 俊明 森近 大介 三好 啓治 知光 祐希 米花 有香
循環器病センター	呼吸器内科		岡田 俊明	市原 英基	森近 大介 三好 啓治	岡田 俊明	三好 啓治 月…水・木 肺がん検診、月・木 結核検診 火…市原医師は午後のみ 水…三好医師は午前のみ 金…三好医師は午後のみ
	呼吸器外科	午前	高橋 健司	高橋 健司		林 達朗	
		午後	林 達朗			高橋 正彦	金…高橋医師は午後のみ
	循環器内科			梶川 隆 池田 昌絵		梶川 隆	廣田 稔
心臓リハビテーションセンター	心臓 リハビリテーション		廣田 稔 池田 昌絵			廣田 稔 池田 昌絵	
脊椎・人工関節センター	整形外科		松下 具敬 宮本 正 山本 次郎 片山 晴喜	甲斐 信生 宮本 正 馬崎 哲朗	辻 秀憲 山本 次郎	松下 具敬 宮本 正 片山 晴喜	甲斐 信生 馬崎 哲朗 山本 次郎 甲斐医師の初診は紹介状持参の方のみ 火木…宮本正医師(午前のみ) 水…山本医師(午前のみ) 木…片山医師(午前のみ) 辻医師…第2・4週の予約患者のみ (継続診療の場合次回より他医師が診療)
				リウマチ・関節外来			リウマチ・関節外来…松下医師
頭頸部腫瘍センター	脳神経外科	午前	守山 英二	守山 英二	守山 英二	守山 英二	
	耳鼻咽喉・頭頸部外科	午前	中谷 宏章 田口 大蔵	竹内 薫	竹内 薫	中谷 宏章 福島 慶	午後は予約のみ
		午後	福島 慶 田口 大蔵			田口 大蔵	田口医師の外来は4/19(金)まで 竹内医師の火・水の外来は午前中のみ第3週まで 月・金の外来は午前中のみ第4週から
	形成外科	午前	三河内 明		三河内 明		井上 温子
皮膚科	皮膚科外来	午前	下江 敏生	下江 敏生	下江 敏生	下江 敏生	
精神科	精神科外来		水野 創一	水野 創一	水野 創一	水野 創一	月木…初診のみ(地連予約必) 火水金…再診のみ
エイズ治療センター	総合内科・感染症科		坂田 達朗 齊藤 誠司		齊藤 誠司	坂田 達朗	齊藤 誠司 月…齊藤医師は午後のみ
画像センター	放射線診断科		道家 哲哉 吉村 孝一	道家 哲哉 吉村 孝一	道家 哲哉 吉村 孝一	道家 哲哉 吉村 孝一	
	放射線治療科		中川 富夫 兼安 祐子	中川 富夫 兼安 祐子	中川 富夫 兼安 祐子	中川 富夫 兼安 祐子	火…ラルス治療(午後)
	IVR		金吉 俊彦 原 友太 門脇 由華		廣田 稔 池田 昌絵 福井 洋介	金吉 俊彦 伏見 崇	月…午前のみ 木…午後のみ
口腔相談支援センター	口腔相談		藤原 千尋 黒川 真衣	藤原 千尋 黒川 真衣	藤原 千尋 黒川 真衣	藤原 千尋 黒川 真衣	平日 8:30–16:30(予約不要)
看護外来	リンパ浮腫外来		瀧 真奈美 村上 美佐子 大原 智子		瀧 真奈美 村上 美佐子 大原 智子		予約のみ 月…初回の方のみ 木…2回目以降の方のみ
	がん看護外来				木坂 仁美 大田 紗子 山下 貴子		予約のみ
その他	健康診断		健康診断	健康診断	健康診断	健康診断	平日 8:30–10:00 受付 ※事前に予約連絡をお願いします (内科 予約不可 産婦人科・外科 11:00まで) 市検診の肺がん検診は月・水・木
	禁煙外来				長谷川 利路		*診察は耳鼻咽喉・頭頸部外科で行います 水…13:30–16:00

【休診日】土曜・日曜・祝日、年末年始(12/29–1/3) ※眼科は休診中です。



春爛漫

表紙は、27ページ、黒田貴子先生「教育の原点」掲載の勤務校の寒緋桜です。裏表紙は「万葉の花と歌」「在宅医療の現場から」より引用とドイツの公園、福山市美術館に咲いていたナンテンの実です。春爛漫を満喫したいものです。(長谷川)

CONTENTS

院長就任挨拶

地域の中核病院としての責務を果たすために 1

JAL最後のサムライ機長 2

Topics

祝 第18回岡山大学外科MCセミナー 一般演題部門において
最優秀賞を受賞! 3・4

市民公開講座「よくわかる大腸がん」 5~9

OPEN CONFERENCE

地域におけるHIV看護・介護・予防 10

胎児期から診る心疾患～エコー診断から家族支援まで～ 11・12

国際学会報告記 No.4
The 29th Annual Academic Meeting of Rajavithi Hospital 21~23

海外研修レポート

第35回環太平洋外科系学会(The 35th PPSA-JC)に参加して 25・26

1枚の絵 No.77 ひまわりサロンミニレクチャー 音楽カフェ
お知らせ 研修会・オープンカンファレンス がん診療部キャンサーボード 36

編集後記 36

外来診療予定表 (2019年4月) 37・38

連載

No.63 事務部だより 「気分転換」 9

連載66 世界の病院から

台湾の病院見聞記⑤ 多言語の国、台湾の国立病院「衛生福利部臺中醫院」 13~18

Vol.66 福山漢方談話会・患者さんのための漢方講座⑯ 18

緩和ケア入門 No.114 人生会議③ 19

No.47 在宅医療の現場から 20

"中国ビジネス情報" 転載 がん治療最前線 Vol.18 24

教育の原点16 寒緋桜に沖縄を思う 27

医療連携支援センター 通信 No.8 28

判例紹介 8 29・30

萬葉の花と歌(5) 30

栄養管理室 No.123 旬の食材 鮓 31

ピストロ ポントレ No.17 32

No.35 遠野神職のひとりごと 33

Design No.27 33

No.18 グルメレポート 34

音楽カフェの風景 ~その16~ 35

ときめきコンサートのご案内 35

読者の皆さまのご意見・ご要望をもとに、より充実した内容の広報誌を目指しています。

意見・ご要望は FAX:084-931-3969 又は E-mail:info@fukuyama-hosp.go.jp までお寄せください。



独立行政法人 国立病院機構
福山医療センター
National Hospital Organization FUKUYAMA MEDICAL CENTER

福山医療センターだより FMC NEWS 2019.4月号/通巻132号 発行者:福山医療センター広報誌 編集委員会 発行責任者:稻垣 優

〒720-8520 広島県福山市沖野上町4丁目14-17
TEL(084)922-0001(代) FAX(084)931-3969
<http://www.fukuyama-hosp.go.jp/>