

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



2018 September
Vol.11 No.9



市民文化講演会 2018

高齢者特集

高齢者の運動機能と幸せに生きる秘訣

特別講師

大阪大学理事・副学長(整形外科教授)

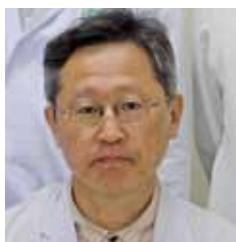
吉川 秀樹先生



講師

順天堂大学医学部
心臓血管外科准教授

森田 照正先生



講師

福山医療センター副院長
整形外科

松下 具敬先生

10/21 日

受付 / 13:30 ~ (大研修室前)
講演 / 14:00 ~ 16:00

福山医療センター 4階大会議室

福山市沖野上町4丁目14-17
TEL 084-922-0001

入場無料
定員200名
事前申込み・当日参加
いずれも可

PROGRAM

13:30~	受付
	■医療機器コーナー: 医療機器の展示
	総合司会: 佐伯 美香
14:00	開会挨拶: 岩垣 博巳 福山医療センター 院長
14:05	講演 ①: 森田 照正 順天堂大学医学部心臓血管外科准教授 ●高齢者よ! 筋肉を感じて
14:35	講演 ②: 松下 具敬 福山医療センター副院長 整形外科 ●今、流行り?のロコモティブ症候群
15:05	■ちょっとひと休み(医療機器コーナーでもどうぞ)
15:15	講演 ③: 吉川 秀樹 大阪大学理事・副学長(整形外科教授) ●大切なものは目に見えない: 幸せに生きる秘訣
15:55	閉会挨拶: 檜谷 義美 社会医療法人 沼南会会長

●問い合わせ先(事務局)

〒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

福山医療センター 市民文化講演会事務局 担当: 作花

事前申し込みを希望される方は、ハガキまたはFAXにて「文化講演会参加希望」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・人數・参加者氏名)をご記載のうえ、2018年9月28日までに上記事務局までお送りください。

- 共 催 独立行政法人国立病院機構福山医療センター 大阪大学三師会広島県支部(大阪大学医学部学友会広島県支部)
- 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

会長挨拶

この度、第57回日本小児外科学会中国四国地方会の会長を拝命し、大変光栄に存じております。会員の皆様には平素より格別のご高配を賜り深く御礼申し上げます。

今回、テーマとして、「小児泌尿器疾患」をとりあげ、診断・治療に苦慮した、或いは現在も難渋している症例などの演題を募集しました。その結果小児泌尿器疾患の演題が4セッション16題、一般演題が2セッション7題、計23題集まりました。元大阪母子医療センター泌尿器科主任部長、4年前から当センターの顧問医師である島田憲次先生にコメントを頂きながら、症例ごとに丁寧に検討していくたいと存じます。各施設の皆様方と活発な議論をし、患者さんのために一番良い医療をするためにはどうすればいいかを探索するという、研究会本来の役割が果たせることを期待しております。

特別講演には大阪府立大学母性看護学准教授、佐保美奈子先生をお迎えし、『思春期・成人期の排泄・性機能障がいをもつ患者の支援』をご講演いただきます。また今年の6月から当院小児外科の顧問医師となられ、小児便秘外来を担当して頂いている窪田昭男先生には「周産期精神保健」と「小児外科とNarrative Medicine」に関する講演をして頂きます。両特別講演とも貴重な内容ですので、奮っての参加をお願いします。

前日には福山の名勝地「鞆の浦・鷦鷯亭」で、ゆっくり温泉に浸かり親睦会を行いたいと思います。本学会が、会員同士の交流を深め、小児外科発展の一助となれば幸いです。福山でのご滞在が、秋の有意義な一日となりますことを祈念いたしております。

福山医療センター 副院長 小児外科 長谷川 利路

第57回日本小児外科学会 中国四国地方会



会期／平成30年9月15日(土)
会場／福山医療センター4階 大研修室

広島県福山市沖野上町4丁目14-17 TEL 084-922-0001

会長

独立行政法人国立病院機構 福山医療センター 副院長 小児外科

長谷川 利路

がん疼痛緩和と地域在宅連携 ～倉敷での活動～



川崎医科大学臨床腫瘍学
教授 山口 佳之

はじめに

2007年および2012年のがん対策基本法の施行・更新を受け、緩和ケアの早期提供や緩和在宅医療連携の重要性が、チーム医療として診療現場に浸透してきた。手術、抗がん剤、放射線治療および免疫療法などの進歩は著しいが、我が国における死因の第一位は依然としてがんである。また、我が国におけるオピオイド使用が他の先進諸国と比較して極めて少ない事実や、病院／在宅死亡率が1950年代と比較するとまったく逆転し、在宅で最期を迎える方は約10%である事実は、緩和ケアのさらなる普及・推進が我が国における喫緊の課題であることを如実に示しているといえよう。

本講演においては、まず、疼痛緩和として総論と各論、特に近年急展開しているレスキューについて述べ、フェンタニルの特徴について示した後、最後に緩和在宅医療連携におけるわれわれの活動を紹介した[スライド1]。

KASCO 福山医療センター Open Conference

がん疼痛緩和と地域在宅連携 ～倉敷での活動～

- 疼痛緩和のABC
- チーム「カワサキ」
- 緩和在宅医療連携 in 倉敷

川崎医科大学臨床腫瘍学・同附属病院臨床腫瘍科
山口佳之

KASCO

スライド1

1.疼痛緩和-総論-

まず、緩和ケアはグラウンド・ゼロの医療であり、特別なものでもなんでもなく、医の基本であることを述べた。緩和ケアはがんと診断されたときから始まり、身体的苦痛のみならず、常に患者のTotal painに配慮すべきことを共有した。

次に、重要なキーワードとして、以下の項目について説明した。

1)痛みの分類と診断

侵害受容性疼痛(体性痛、内臓痛)と神経障害性疼痛

正しい診断が正しい治療・ケアへの第一歩

2)痛みの評価

Numerical Rating Scale, Visual Analogue Scale, Face scaleなど

3)疼痛治療の目的

睡眠の確保、安静時痛からの解放、体動痛からの解放

4)WHOの5原則と除痛ラダー

経口的なアプローチ、時刻を決めて規則正しく、除痛ラダーに従って、患者毎個別な量で、そして副作用対策など細かな配慮を

除痛ラダーとは、痛みの程度に応じて非オピオイド、オピオイドを使い分けること、およびオピオイドと非オピオイド鎮痛剤を併用する、この2点を示したものである。

2.疼痛緩和-各論-

以下のチェック5ポイントについて述べた。

1)NSAIDs(non-steroidal anti-inflammatory drugs)やアセトアミノフェンの使用

2)オピオイドの特徴とベースの選択

モルヒネ、オキシコドン、フェンタニルなど

3)レスキュー

従来はベースのオピオイドの種類に従って同類のオピオイドの速放剤を使用するとされた。MSコンシンであればオプソ、オキシコドンであればオキノームという具合である。

突出痛のサブタイプ

	体性痛	内臓痛	神經障害性疼痛
予測できる突出痛 predictable BTcP	歩行、立位、座位保持などに伴う痛み(体動時痛)	排尿、排便、嘔下などに伴う痛み	姿勢の変化による神經圧迫、アロディニアなどの刺激に伴う痛み
予測できない突出痛 unpredictable BTcP			
痛みの誘因があるもの	ミオクロースス、咳など不随意な動きに伴う痛み	消化管や膀胱の緊縮などに伴う痛み(痙攣など)	咳、くしゃみなどに伴う痛み(脳脊髄圧の上昇や不随意な動きによる神經の圧迫が誘因となって生じる)
痛みの誘因がないもの spontaneous BTcP		特定できる誘因がなく生じる突出痛	
定時鎮痛薬の切れ目の痛み end-of-dose failure		定時鎮痛薬の血中濃度の低下によって、定時鎮痛薬の投与前に出現する痛み	

がん疼痛の薬物療法に関するガイドライン2010年版

スライド2

この度、フェンタニル・レスキュー製剤が登場したことを受け、レスキューの議論がかまびすしい[スライド2]。それはアブストラルやイーエンといった舌下あるいはバッカルの粘膜吸収剤であり、従来のレスキュー製剤に比較して吸収速度が格段に早く、しかも不必要に長くは効かない特徴を有する。このことから、今、突出痛の深い議論が展開されている。すなわち、突出痛を1. 予測可能突出痛(体動時痛など)、2. 予測不能突出痛(真の突出痛)、3. ベースの切れ目の痛み(海外では突出痛としない)、このように分類し、1には従来のレスキューを事前に

使用する、2こそフェンタニル・レスキュー製剤のよい適応である、3は従来のレスキューを用いてしっかりベースをタイトレーションする、このような突出痛の診断とそれに適したレスキュー選択が提唱されるに至っているのである。ここでは従来の『同一オピオイド』説は無用と理解されている。

また、レスキューの量として、従来はベースのオピオイド1日量の1/6(1/4-1/8)を使用するとされた。ところが、フェンタニル・レスキュー製剤の必要量を調べるとベースの量から判定できる場合は少なく、ベースの量からレスキュー量を算定できないことが判明した。したがって、レスキューであっても個々の症例において必要量をタイトレーションし、適切なレスキュー量を見いだすべきであることが提唱されるようになった。このことはモルヒネやオキシコドンの使用方法にも影響し、現在、モルヒネやオキシコドンにあってもベースとレスキューは分けて考え、ベースの1日量の1/6から開始し、適切なレスキュー量までタイトレーションすべきであるとの考えに至っている。

4)副作用対策

悪心嘔吐はノバミンをファースト・チョイスとし、もう一剤、原因によって併用する。前庭症状であればトラペルミン、消化器疾患であればブリンペラン、抗がん剤中であれば5HT-3阻害剤といった具合である。ここで、悪心嘔吐は耐性ができるのでノバミンの継続投与には注意が必要である。アカシジアなどの錐体外路症状が出現するからである。薬剤師さんおよび看護師さんの監視をお願いしたい。

便秘は耐性ができないので継続対処が必要である。センナと軟化剤を使用する。近年、新薬の登場があり、便秘管理として朗報となっている。

眠気には有効な治療薬がない。不快な眠気ではオピオイドの減量を考える。

5)補助薬

抜け iren 薬であるリリカが第一選択。その他、症状によって抗うつ薬、抗不整脈薬などを併用する。

3.オピオイドの選択

フェンタニルは消化癌に特徴的な内臓痛に適していると考えている。消化器副作用が少ないからである。貼付剤や粘膜吸収剤があることも重要である。一方、体性痛や神経障害性疼痛にはNSAIDsとともにオキシコドンが適していると考える。突出痛にはまず正しい診断をし、適切なレスキューを選択することが重要である。このように、病態別オピオイドの選択という概念について述べた[スライド3]。

病態別鎮痛薬の選択

内臓痛(=消化器癌: 胃がん、大腸がん、肝がん、肺がん)	NSAIDs, フェンタニル、オキシコドン
体性痛、神経障害性疼痛 (=骨転移: 肺がん、乳がん、前立腺がん)	NSAIDs, 放射線、オキシコドン、ヒドロモルファン、フェンタニル NMDA、ストロンチウム、補助薬
突出痛: 正しい診断・薬剤選択、タイトレーション	MSコンチン オキシコンチン ナルサス フェンタ貼付剤
	オブソ オキノーム ナルラビド アブストラル(4回/日)

スライド3

4.在宅医療連携の確立に向けて

現在、年間38万人ががんで死亡している。将来のがん死亡の見通しでは、この数字が倍になると予想されている。この20年で関連施設が10倍にならないと『死に場所難民』が生まれることになるが、それは現実的ではない。したがって、在宅移行システムの整備は急務である。『どう逝くか』という議論においてこの数字的事実は確かに無視できない。しかしながら、同時に、ひとりの人間としてかつ医療従事者として、患者の『どう生きるか』に寄り添う観点から、筆者は『在宅は究極の緩和』ではないかと考えている。

古くなったテレビ、名前は知らないがいつも気を和ませてくれる花瓶の刺し花、昔子供が描いた壁の絵、自慢の魚拓、あのときついた柱の傷、安物だが握り心地のよい湯呑、愛くるしい猫、みんなと一緒に写真などなど、普段、何気なく通り過ぎているが、『自分』がしっかりと詰まっている場所、自分が自分である場所、何より、言葉はなくても目と目が合うだけで心通じ合う家族がいる場所、それが在宅である。

在宅ケアを成功させるためにわれわれは何をすべきなのか。患者の希望の把握と真実の共有、十分な説明とアドバンス・ケア・プランニングの実践、医療従事者の意識改革(在宅という選択肢の認識)、利用できる医療資源などの情報提供、地域で診る体制創り、すなわち地域連携とセーフティネット(地域はひとつのホスピタル、地域一体型緩和ケアネットワークの確立、地域で診る地域で看る)、そして、これらの活動を患者さんに届ける教育、啓蒙支援活動について述べた。

特に、地域で診る体制創りとしてわれわれは緩和ケアフォーラムin岡山という組織を作り活動している(スライド4)。ホームページも完成し(<http://plaza.umin.ac.jp/kanwaokayama/>)、顔の見える関係作りに努力している[スライド4]。是非、ホームページをお尋ねいただき、同じ思いをいただいていただけたら、お仲間に加わっていただきますようお願い申し上げます。

緩和ケアフォーラムin岡山(H19.8~)

・目的

- 地域一体型緩和ケアネットワークの確立
- 顔の見える関係づくり

・活動

- 年4回、症例検討、勉強会、連携披露、グループワーク
- パネルディスカッションで施設力披露、連携の考察
- メーリングリストで情報交換、問題共有・解決
- ホームページの開設(ザ・倉敷力)
- 連携バスの作成、実用・更新

スライド4

おわりに

がん死亡の増加に伴って緩和ケアの重要性が格段に増大し、がん対策基本法という旋風を追い風に、緩和ケアの知識と技術が急速に普及しつつある。この機に、疼痛緩和について概説し、われわれの地域における在宅連携の構築に向けた活動について述べた。福山医療センターのみなさんも同じ方向を向いて、患者やその家族のためにあるべき地域医療の実践に向け、ともに手をとり、努力して行こうではありませんか。

がんゲノム医療と二次的所見に対する対応について

川崎医科大学附属病院 臨床腫瘍科・遺伝診療部

准教授 永坂 岳司



2018年から「がんゲノム医療」という言葉が新聞やニュースなどで散見されるようになってきた。厚生労働省は4月1日から、がん患者の遺伝子を調べて治療を行う「がんゲノム医療」を本格的に導入することを決定しており、全国11カ所の中核拠点病院と100カ所の連携病院を決定した。

「がんゲノム医療」とはなんであろうか？

がんは、我が国では、現在約2人に1人が罹患し、毎年新たな罹患者数が約90万人（推計）と見込まれるとされる。「がんの撲滅」を目指し、がんゲノム情報の集約・管理・利活用により、より有効・安全な個別化医療を早期に国民に届けるための施策として、「がんゲノム医療」の導入が今まさに行われようとしている。

「がんの撲滅」のためにはどうやら「がんゲノム」が重要らしい。

ゲノムとはなんであろうか？「ゲノム(genome)」とは「遺伝情報の全体・総体」を意味するドイツ語由来の語彙であり、現在では、ある生物のもつ全ての核酸上の遺伝情報を意味すると考えて差し支えない。

「がんゲノム」とは「がんに起きている遺伝子変異全ての情報」と言い換えてもいいのかもしれない。

我が国における「がんゲノム医療」の体制整備に向けて、2017年3月27日から5月29日の約2ヶ月間に合計4回のがんゲノム医療推進コンソーシアム懇談会が行われた（以下の内容は <http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/other-kenkou.html?tid=423605>からの抜粋である）。

コンソーシアムでは、「がんゲノム医療」を「がん患者の腫瘍部および正常部のゲノム情報を用いて治療の最適化・予後予測・発症予防をおこなう医療（未発症者も対象とすることがある。またゲノム以外のマルチオミックス情報も含める）」と定義している。

基本的な考え方として、

1)質の高いがんゲノム医療を国民に提供しながら、研究での情報利活用を促す仕組みが

必要。情報の集約は、最先端医療であるがんゲノム医療の質を保つ観点からも重要である。

2)わが国は、体制整備の進む米国、英国、フランスの後塵を拝している。このため、新たに構築する体制は、欧米水準のがんゲノム医療をいち早く国民に届けるとともに、各国施策の分析を行い、アジア諸国への貢献などわが国

がんゲノム医療推進コンソーシアム

- ✓ 「遺伝子パネル検査（がん等に関する遺伝子を複数同時に測定する検査）」を早期に承認し、**一定の要件を満たす医療機関において保険診療として実施すること**
- ✓ **保険外併用療養を活用した全ゲノム解析を実施すること**

スライド1

第3期がん対策推進基本計画(概要)

第1 全体目標

「がん患者を含めた国民が、がんを知り、がんの克服を目指す。」

①科学的根拠に基づくがん予防・がん検診の充実 ②患者本位のがん医療の実現 ③尊厳を持って安心して暮らせる社会の構築

第2 分野別施策

1. がん予防	2. がん医療の充実	3. がんとの共生
(1)がんの1次予防(※) (2)がんの早期発見、がん検診 (2次予防)	(1)がんゲノム医療 (2)がんの手術療法、放射線療法、薬物療法、先発療法 (3)チーム医療 (4)がんのリハビリテーション (5)支持療法 (6)希少がん、難治性がん (それぞれのがんの特性に応じた対策) (7)小児がん、AYA(※)世代のがん、高齢者のがん (8)病理診断 (9)がん登録 (10)医薬品・医療機器の早期開発・承認等に向けた取組	(1)がんと診断された時からの緩和ケア (2)相談支援、情報提供 (3)社会連携に基づくがん対策・がん患者支援 (4)がん患者等の就労を含めた社会的な問題 (5)ライフステージに応じたがん対策
4. これらを支える基盤の整備		
(1)がん研究 (2)人材育成 (3)がん教育、普及啓発		

第3 がん対策を総合的かつ計画的に推進するために必要な事項

1. 関係者等の連携協力の更なる強化 5. 必要な財政措置の実施と予算の効率化・重点化
2. 都道府県による計画の策定 6. 目標の達成状況の把握
3. がん患者を含めた国民の努力 7. 基本計画の見直し
4. 患者団体等との協力

スライド2

ゲノム関連検査の種類とその活用方策（案）（別紙）

ゲノム関連検査の種類	実施主体	活用方策
臨床的に確立した検査項目のみ（コンパニオン診断薬）	各医療機関、衛生検査所にて実施 基準承認・保険診療	個々の患者にゲノム変異に基づき医薬品を投与（均てん化）
医学的に意義がある遺伝子のパネル検査（承認された医薬品のない遺伝子を含む）（NGSパネル）	一定の要件を満たす医療機関を指定（がんゲノム拠点（仮）） 審査承認し保険診療可とする	個々の患者のゲノム変異に基づく治療決定（AIの活用） ゲノム変異情報に着目した医薬品の適応拡大（条件付き承認による早期承認・インセンティブ付与）
全ゲノムシークエンス・免疫関連検査等	一定の要件を満たす医療機関での実施 先進医療を活用した保険外併用療養で対応	革新的新薬開発 免疫チェックポイント阻害薬などの効果予測因子をふまえた個別化医療 再発の超早期診断（リキッドバイオプシーの研究開発）
新たながんゲノム情報		

※ 第2回がんゲノム医療推進コンソーシアム懇談会（H29.4.14）参考資料

スライド3

の利点を生かして世界をリードすることを目指したチャレンジングな仕組みとすべきである。

③質の高いがんゲノム医療には、多くの学術領域、職種の参画や発展著しい最先端技術の応用が不可欠である。このため、データの問い合わせを排除し、優れた医療を提供する医療機関、優れた技術をもつ事業者が既成概念にとらわれないオープンかつフェアな競争を行い、わが国のがんゲノム医療に貢献できる仕組みとすべきである。

の3点を揚げ、がんゲノム医療の中核を担う「がんゲノム医療中核拠点病院」を整備し、当該医療機関においてがんゲノム医療を提供することができることを目的とした。

⑦先進医療、国際共同治験も含めた医師主導治験等の実施について適切な体制を備えており、一定の実績を有している。

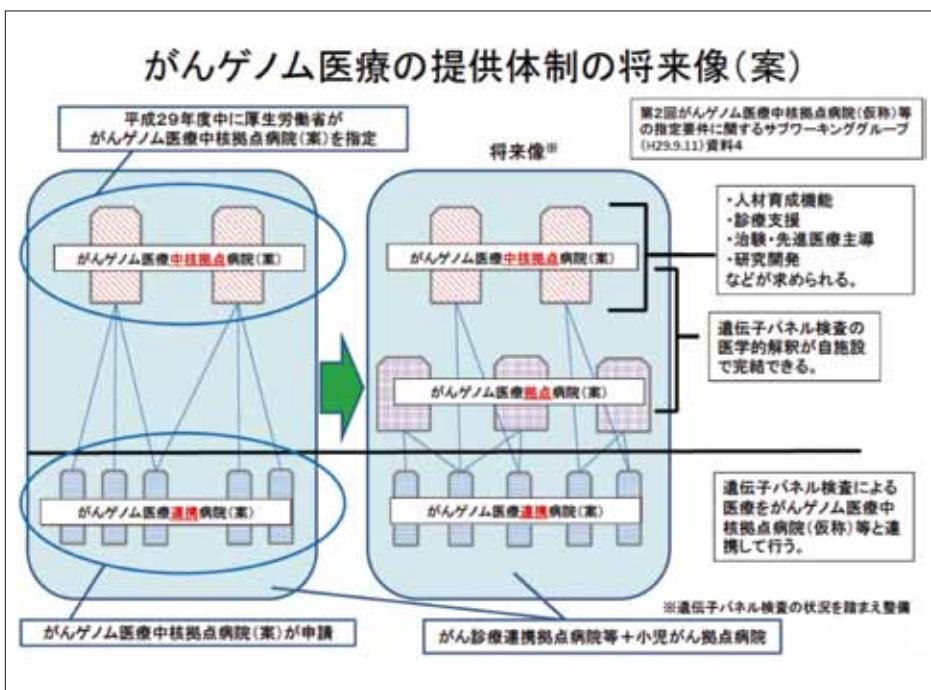
⑧医療情報の利活用や治験情報の提供等について患者等にとって分かりやすくアクセスしやすい窓口を有している。

要するに、乱暴に言えば、11のがんゲノム中核拠点病院は、患者を直接診療する「がんゲノム医療連携病院(100施設)」とグループを作り、マーカパネル検査という100種類以上の遺伝子を一度に調べる検査を行い、二次的所見(遺伝性疾患の可能性を示す偶発的所見)に対応できるようにすることである。

これまでのがん治療は、血液検査や画像診断などの結果をもとに(1)手術(外科治療)

(2)薬物療法(抗がん剤治療)(3)放射線治療を中心に行ってきた。これからは診断にゲノム検査が加わり、ゲノム情報に基づいた手術や、薬物療法を行うことになるであろう。このゲノム医療(または情報)は臓器別ではなく、遺伝子変異に対応して治療するのが最大の特徴である。例えば、同じ肺がんでも原因の遺伝子はさまざまで、対応する薬も異なる。ゲノム医療では原因の遺伝子を特定しそれに応じた薬を選択できるようになる。しかし、問題も多々ある。第一に、マーカパネル検査を行ったら、必ず治療に係る遺伝子変異が見つかるわけではないこと(むしろ、そのようなケースの方が多いこと)。また、例えば、そのような治療効果を望むことのできる変異と薬剤の存在が示唆されたとしても、保険適応外の場合であることの方が多いこと。そして、より重要なのはがんの本質もあるがん細胞における多様性である。検査した部分のがん細胞が体に存在している全てのがん細胞と同じではないという問題が「がん撲滅」をいかに困難にしているかという事実を我々は今後嫌という程思い知らされるのかもしれない。

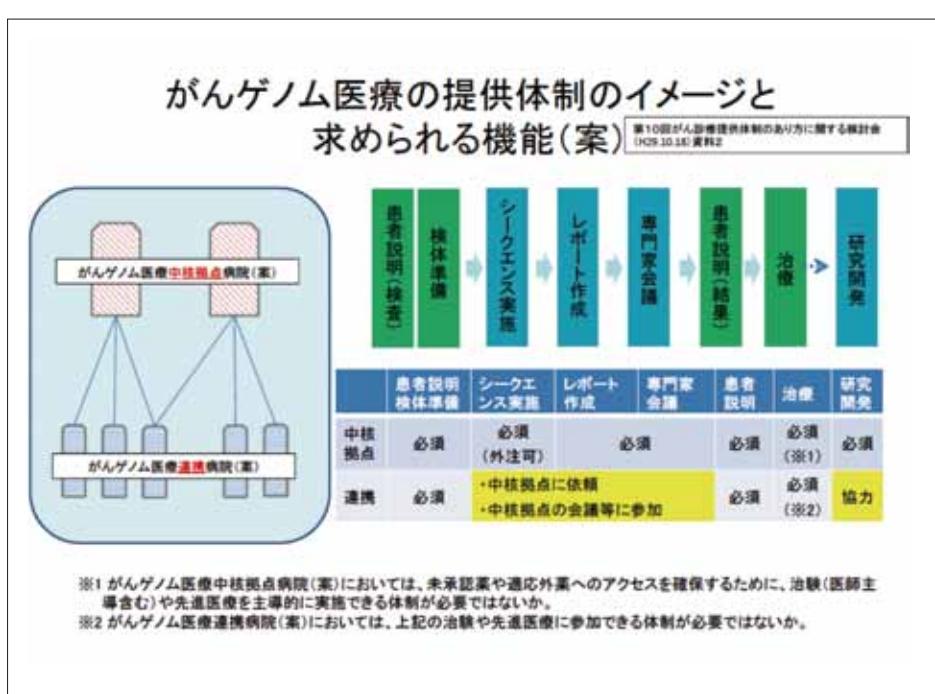
しかし、肺がんのイレッサ治療に代表されるように、「がんゲノム」を的確に把握することは重要なことに違いはない。今までのような遺伝子の網羅的解析ができなかったのである。「がんゲノム」を的確に把握し、個々のがんに対し適切な薬剤を投与するということは、いつの日か必ず「がん撲滅」にたどり着くもの信じている。我が国において、「がんゲノム医療」は今年になってようやく産声をあげたばかりである。簡単に芽を摘むことはせずに大切に育てないといけない医療ではないだろうか。



スライド4

がんゲノム医療の実施に必要な具体的な要件として、以下の8点を挙げている。

- ①パネル検査を実施できる体制がある(外部機関との委託を含む)
- ②パネル検査結果の医学的解釈可能な専門家集団を有している(一部の診療領域について他機関との連携により対応することを含む)
- ③遺伝性腫瘍等の患者に対して専門的な遺伝カウンセリングが可能である
- ④パネル検査等の対象者について一定数以上の症例を有している。
- ⑤パネル検査結果や臨床情報等について、セキュリティが担保された適切な方法で収集・管理することができ、必要な情報については「がんゲノム情報管理センター(後述)」に登録することができる。
- ⑥手術検体等を新鮮凍結保存可能な体制を有している。



スライド5

多職種で取り組む! せん妄に対する実践的・効果的な アプローチとは

岡山大学病院 精神科神経科
助教 井上 真一郎



◆はじめに

一般病院に入院する患者さんは年々高齢化しており、認知者の患者さんも増える一方です。高齢や認知症はせん妄のリスク因子になるので、今や入院患者さんの大半を「せん妄予備軍」が占めていると言っても決して過言ではありません。このような現状の中、われわれ医療者は日夜せん妄の対応に追われています。では、せん妄に対する実践的・効果的なアプローチとは、いったいどのようなものでしょうか?

◆せん妄は予防の時代へ

これまで、医療現場ではせん妄対策が「後手後手」になっていた印象があります。例えば、夜になって患者さんがせん妄を発症してから、慌てて当直医がハロペリドール(セレネース[®])を処方します。そして、寝ているご家族に電話をかけ、病院に来るよう説得します。

深い時間帯に使用されたハロペリドールは翌日の過鎮静を招き、誤嚥性肺炎を併発することになりますねません。また、夜中になって病院にやってきたご家族は、すっかり様子が変わってしまった患者さんを前に激しく動搖します。そして、そのおかしな言動に対して強く叱責することで、患者さんはさらに不穏になってしまいます。ご家族は「なぜこんなことになったのか?」と医療者に詰問し、その後の関係性がこじれてしまうこともあります。このようなエピソードは、決して珍しくはありませんでした。

近年になって、医療現場におけるせん妄に対する関心は、確実に「予防」にシフトしています(スライド1)。全国的にも、せん妄の一次・二次予防に取り組む病院が増えているようです。すでに述べたように、今や入院患者さんの多くがせん妄ハイリスクで

すので、発症後の対策だけでは追いつかないというのもその理由のひとつと言えます。せん妄の予防対策を行うことによってせん妄を未然に防ぐことができますし、100%予防できないにしてもせん妄にいち早く気づくことでその重症化を防ぐことが可能となるのです。

◆せん妄の要因を3因子で整理する

せん妄は、準備因子、促進因子、直接因子の3つが複合的に絡み合って発症すると考えられています(Lipowski,1990)。せん妄を「たき火の火」とすると、薪という準備因子を下地とし、そこにライターという直接因子により着火されることになります。そして、油はいわゆる促進因子で、着火しやすくしたり炎を強めたりするものになります(スライド2)。

薪にあたるもののが準備因子、せん妄の患者に対する実践的・効果的なアプローチを考えるには、この3因子に基づいて整理し理解しておくことが大切です。

1. 準備因子

せん妄がおこりやすい素因のことで、脳の脆弱性を示す個体要因です。高齢、認知症(認知機能障害)、脳器質性疾患の既往(脳梗塞、脳出血、頭部外傷など)、せん妄の既往、アルコール多飲などが挙げられます。

2. 促進因子

せん妄を誘発しやすく、悪化や遷延化につ

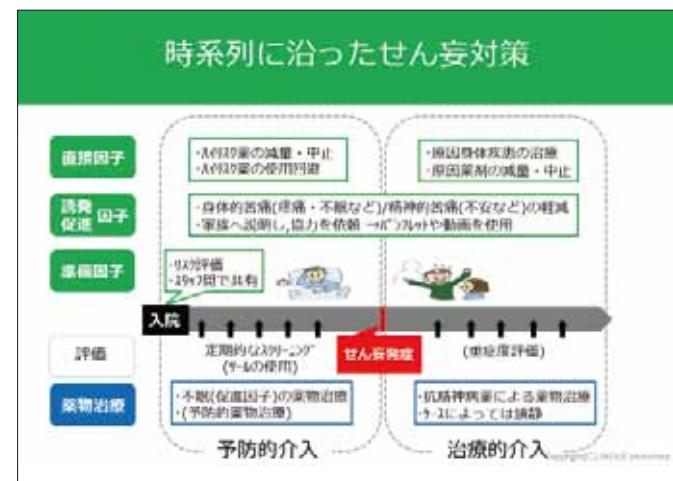
ながる要因のことです。不眠・疼痛・便秘などの身体的苦痛、不安・抑うつなどの精神的苦痛、環境変化などが挙げられます。

3. 直接因子

せん妄の直接的な引き金となる要因のことです。身体疾患や薬剤、手術が挙げられます。

◆せん妄へのアプローチを時間軸で考える

せん妄の3因子に基づいたせん妄対策について、図のように時系列で整理してみました(スライド3)。大きく、せん妄発症前の予防的介入と発症後の治療的介入に分けることができます。これを参考にして、どの時期にどのような対策が出来るかについて、しっかり確認しておいて下さい。



スライド3

◆せん妄に対しては多職種での介入が効果的

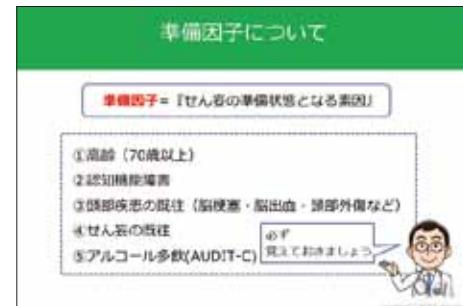
すべての入院患者さんにせん妄の予防を行うのはあまりにも非効率的です。実際の臨床現場は極めて多忙で、せん妄対策にそこまで労力



スライド1



スライド2:(たき火の火=せん妄、薪=準備因子、ライター=直接因子、油=促進因子)



スライド4

を割くことはできないと思われます。そこで、現実的なせん妄対策の第一歩は、準備因子を指標として担当患者さんのせん妄リスクを評価することです。そのために、われわれ医療者は準備因子について十分理解しておくことが重要になります(スライド4)。

そして、次のステップとして、せん妄ハイリスクの患者さんを医療者間で共有し、多職種で予防的な戦略を練ることになります。せん妄は多要因が複雑に絡み合って発症するため、それぞれの職種が専門的な視点をもって意見を出し合い、早い段階から対策を行うことが大切です。具体的な流れと予防的戦略の一例を以下にお示しします(スライド5、6)。



スライド5



スライド6

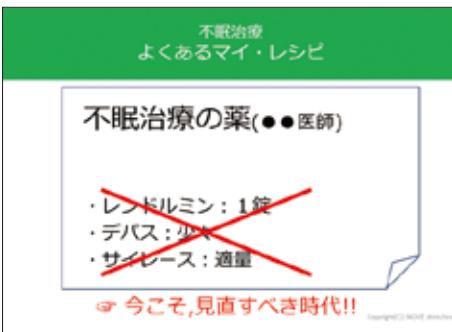
◆薬剤性せん妄について

せん妄の予防で最も効果が得られやすいのは、「薬剤性のせん妄を避ける」ことです。例えば、せん妄ハイリスクの患者さんに対して安易にベンゾジアゼピン系の睡眠薬を投与しないことは、臨床上極めて大切と言えます。病棟や運用パスの「不眠患者には一律プロチゾラム」といった約束指示や、医師の「不眠患者へのマイ



スライド7

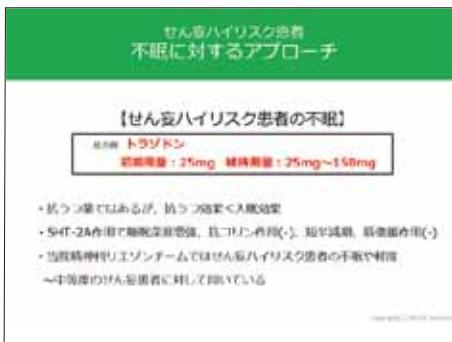
レシピ(ルーチンとしているベンゾジアゼピン系薬剤)」については、今一度見直してみて下さい(スライド7、8)。



スライド8

岡山大学病院精神科リエゾンチームでは、せん妄ハイリスクの患者さんに不眠を認めた際には、トラソドン(レスリン®またはデジレル®)を用いています(スライド9)。トラソドンは抗うつ薬ですが抗うつ効果は少なく、適度な鎮静効果をもつ薬です。半減期が短いため、翌日への持ち越し(過鎮静)を避けることが可能です。また、筋弛緩作用がないため、転倒のリスクが少ないのもメリットと言えます。

また、近年になってスポレキサント(ペルソムラ®)などの新しい作用機序の睡眠薬が登場しました。ランダム化比較試験にてせん妄惹起の少なさが報告されており、今後さらなるエビデンスの蓄積が期待されます。



スライド9

◆さいごに

せん妄は入院患者さんに高い頻度でみられるにもかかわらず、残念ながら一般の方にせん妄はほとんど知られていません。そのため、混乱してい

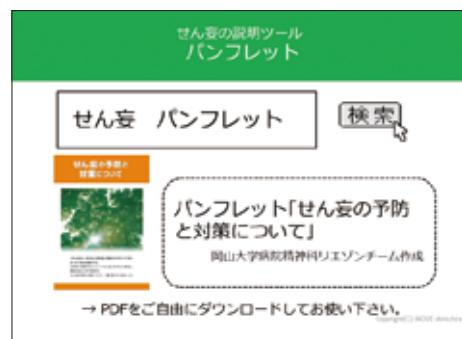


スライド10

る患者さんを目の当たりにしたご家族が、「何をおかしなことを言っているの。しっかりして!」と強く叱責するのは、ある意味当然かも知れません。ただし、そのような対応によって患者さんの興奮はますます強くなってしまうため、なんとかしなければいけません。

そこで、せん妄対策においてはご家族も医療チームの一員と考えて、出来るだけ早い段階でせん妄について理解していただく(せん妄とはどのようなものか／何が原因でおこるのか／どのような対応が有効かなど)ことが大切です。あらかじめ十分理解しておくことで、ご家族は冷静さを保つことができ、患者さんの言動を否定することなく安心できるような声かけをすることが可能となります(スライド10)。

私は、せん妄について説明する際に、パンフレットを使うようにしています。パンフレットがあると説明しやすいためでなく、患者さんやご家族にとっても視覚的に理解しやすく、また後から何度も読み返せるというメリットがあります。岡山大学病院精神科リエゾンチームでは、「せん妄の予防と対策について」というパンフレットを作成しています。インターネットで簡単にダウンロードできますので、もしよろしければご自由にお使い下さい(スライド11)。



スライド11

*なお、講演当日は「せん妄の薬物療法」および「非薬物療法」についても具体的にお話しましたが、本紙では字数の都合もあって割愛しました。ご了承下さい。

*岡山大学病院精神科リエゾンチームでは、せん妄に関する講演会や研修会を適宜行っています。もしご要望がございましたらご連絡・ご相談下さい(岡山大学病院 精神科神経科医局 086-235-7242)。

*最後になりましたが、このような貴重な発表の機会をいただきました岩垣博巳院長先生をはじめ、関係者の方々にこの場をお借りして厚く御礼申し上げます。本当にありがとうございました。

Topics

医療・福祉の専門家らによるwebマガジン
Opinions
- オピニオンズ -

今まさに伝えたい、そして考えてもらいたい様々な社会問題に対して、
医療・福祉の専門家・関係者がそれぞれの思いを発信します。
新たな気づきとなり、何かを考えるきっかけの場となることを目指して。

「医療・福祉の専門家らによるwebマガジンOpinions 8/3(金)掲載より転載」



社会福祉法人敬友会 理事長、医学博士
橋本 俊明

1973年岡山大学医学部卒業。社会福祉法人敬友会 理事長(高齢者住宅研究所 理事長)、特定医療法人自由会 理事長。一般財団法人橋本財団 理事長。2016年6月まで株式会社SOMPOケア代表取締役。専門は、高齢者の住まい、高齢者ケア、老年医療問題など。その他、独自の視点で幅広く社会問題を探る。

2017年、橋本財団オウンドメディアとして、Webマガジンサイト「Opinions」を構築。

神は細部に宿る



「神は細部に宿る」この言葉は、ドイツのモダニズム建築家ミース・ファン・デル・ローエによって広まった。その意味は、細かくて小さい所にこそ、大切な美しいものがあるので、小さい箇所をおろそかにしてはいけないというものである。同様に、竹中平蔵氏は、「戦略は細部に宿る」という言葉をしばしば使っている。意味は、大きな戦略でも細かいところから成立するのだ。先に大きなところから考えると、戦略が成立しないし、実行できない、ことを表している。

新しいことを行ったり、現状を改善するなどの場合、その始まりは、どこから始めるのが適切だろうか。一般的に言われていることをそのまま戦略にすると、例えば、IT化が必要だ、女性の登用をどうするか、ROE(Return On Equity—自己資本利益率)の改善はどの様にするか、などが述べられるとする。しかし組織全体についての改善策は、多分失敗するだろう。同様に、業績が悪いので、全体的な業績改善が組織全体に必要であることから、支出の縮小をめざし、経費の節約を徹底することなどの改善策を立てることも失敗するだろう。

実は、「神は細部に宿る」ので、改善策は細部からの発想を必要とし、改善の種は細部にあることを理解すべきである。戦略の種は、小さな現実にあるのだ。小さいけれども現実に行われていることか、あるいは、行うことが出来ることを基礎としなければならない。生産性の向上が必要であることは収益の改善に対して誰でも同意する事だが、具体的方法には思い至らない。せいぜい事務作業の効率化を一生懸命考えて、わずかに作業時間が短縮する程度の事だろう。思い付くままに色々な提案がなされるが、多くの場合現実に行われていることを基礎としない限り、失敗に終わるはずである。



例えば、介護時間の短縮を考える場合、ITの導入によってこれを行うと考えることは、細部からの発想ではない。神は細部に宿るすれば、介護時間の中で大きな比重を占める排せつ介助の効率化を考えなければならない。その場合、現実に行われている介護において「排泄介助」はどの程度の時間が必要か?についての疑問を考え、まず、現実にそれぞれの人の「排泄介助」はどの様に行われているかを詳細に見ることが必要である。

これと反対の考えは、「排泄介助」は「この様にすべきである」との考えだ。「すべき」は一般的な考え方であり、必ずしもそれがある個人にとって適切であるとの確証はないのである。現実を観察することによって、「ある人」はどの程度の排泄介助時間が必要なかを現象的に見極める必要がある。さらに、別の「ある人」は、どの程度の排泄介助時間が必要か、さらに……と続いていくのである。10人ぐらいの人について、現象的に排泄介助時間を観察すれば、その観察から「一般的」排泄介助時間は……であるとの認識が生まれるのだ。この手順を自分で考え、個別に変更するともっと良くなる、と考えていくと、小さな改善を行うことが出来る。小さな改善は、それが集まると大きな戦略の変更となるのである。この場合、二つの要素があることを理解しなければならない。一つは、現実に行われていることについての現象的知見、もう一つは普遍的(一般的な問題として)に考えることである。どちらが欠けても、戦略は成り立たない。



多くの場合、「建て前と本音の食い違い」は、現実に行われていることを無視し、一般的な思考を目指すことから始まる。反対に現実で行われていることを考えると、一般化が出来ず、大きな改善を行うことが出来ない。より良い業務を行い、常に改善を目指す場合、このヒントは細部(のみ)にあり、細部に対して、現実に行われていることを十分観察し、さらにそれを改善するために、知識や経験を生かすことが必要となるのである。これらの細部にわたる改善体験を積み重ねると、「一般的」見識が生まれる。「一般的」見識は、細部の現実から発しているので、簡単に崩すことが出来ない。反対に、一度「一般的」見識を持ったからといって、それらは所詮、自分自身の経験からのみ生まれたものであるとの認識を持ち、それを否定し、さらに良い行動を目指す必要もあるのだ。

Opinions

— オピニオンズ —

今まさに伝えたい、そして考えてもらいたい様々な社会問題に対して、
医療、福祉の専門家・関係者がそれぞれの思いを発信します。
新たな気づきとなり、何かを考えるきっかけの場となることを目指して。

独立行政法人国立病院機構福山医療センター

院長 岩垣 博己

経営企画室長 中島 正勝

働き方改革の流れの中で、医療の質とコストの両立は可能か? — 働き方改革はパンドラの箱を開けてしまったのか? —



日本の財政が危機に瀕する中、医療費の高額化(毎年約1兆円の増加)が問題視されている。医療費高額化の主因は、高齢者人口の増加による医療ニーズの増大と技術進歩に伴う最先端技術開発である。現下では、「いつでもどこでも・質のいい・安価な」医療の併存は、不可能となる。診療報酬の改訂は医療費削減の方向にあり、政府によるQOLを指標とした費用対効果分析の検討も開始されつつあり、経営基盤は揺らぎ始めている。病院の収益を上げる方法は、患者数増加、経費削減、労働効率化の3点であるが、少子高齢化の中、患者の飛躍的な増加は望めない。

医薬品・消耗品・材料等々に關しては、値引き交渉において削減はある程度可能であるが、必要以上の価格値引きは最終的に製造元が負担することになる。懸念すべきは、「ものづくり文化を破壊する」可能性があることである。因みに、値引き交渉は欧米においては無い。光熱水費については、サービス業である以上、必要以上に削減することはできない。職員の士気に関わる問題でもあり、継続性の点で疑問符がつく。病院が幸せになるために、患者側と製造側等がコストを負担するコンセンサスは得られるのか?



病院経営において、最大経費は人件費である。『超過勤務を減らすためにはどうすべきか』の議論は以前からあるが、雇用者は労働者の業務量を正確に把握してはいない。どの程度の労働量で雇用しているのか、その基準が不明瞭のまま雇用を続けているのが現実である。

例えば、個人の年間業務量は営業日数の244日なのか、それとも年次休暇や夏季休暇を取得することを前提とした上での業務量なのか。更に、個人の能力値を5段階評価するとして、どの評価レベルを業務量の基準値としているのかについては明文化されていない。このような現況下では、労働時間そのものがブラックボックスとなる。長時間労働を是正するのは当然であるが、労働に対する適正な人員配置と総労働時間の公表(透明化)は成されていない。

勤務医についても労働者と規定するが、どこまでが医師の労働時間に当たるのかに付いても明らかでない。スキルアップやキャリアアップのための院内外の研修会への出席、論文執筆や学会発表の準備などに割く時間は労働に当たるのか。研修医の研修はどこまでが労働なのか、指導医の指導は労働か。管理職手当を受給している医師を労基法で定める管理監督者とすれば、医長以上は労働時間の規定の適応は受けないのか。また、応召義務1)が医師法で規定されているのは日本のみで、欧米では同義務は倫理規定とされているなど、主治医制とともに、日本の医療文化には特殊性がある。医師の働き方改革は、医療提供体制の在り方、患者の受診行動、医師の価値観等々全てに関連する問題で、とりまとめは容

易ではない。

1)医師などの職にある者が診療行為を求められたときに、正当な理由が無い限りこれを拒んではならないとする法令で定められた義務のこと

働き方改革の問題は、これまでの行政の不作為によって時間外労働の上限規制の問題がより複雑な形で顕在化してきたものである。「働き方改革」の主役は、本来的に労働者である、労働者側の視点が必須である。働き方改革の議論は、国立病院機構においても開始されたが、議論の本質は、「病院として、どのような対策を講じるか」にあり、『働き方改革』ならぬ、『働くかせ方改革』となっている懸念がある。何を以て労働時間を短縮するつもりなのかの説明は不十分で、同一労働の基準についてもブラックボックスに在る。これでは、医師はもちろんのこと、労働者の誰もが「働き方改革」をファンタジー(幻想)としてしか見られないのではないか。

長時間労働以上に問題なのが、「実労働量」、即ち、「同一労働同一賃金」問題である。同一労働同一賃金の原則は、「性別・年齢・人種などの違いに関りなく、同じ質と量の労働に対しても同一賃金を支払うべき」である。正規雇用労働者(無期雇用フルタイム労働者)と非正規雇用労働者(有期雇用労働者、パートタイム労働者、派遣労働者)の間の不合理な待遇差の解消を目指すものであり、正論であり、本来あるべき姿である。能力の有る者が能力の低い者を助けることは美德であるが、そこには「同一労働同一賃金」の概念は存在しない。10日間で終わるべき仕事を個人の能力の高さにて7日で完了したとしても、給与が割り増しされるわけではない。同一労働同一賃金を前提とすれば、単純計算で1ヶ月あたり6日(年間72日)、実労働日数にして3ヶ月以上(営業日数21日として)の割増業務となるが、このような計算は議論なさない。能力の高い個人には、次回からは3割増労働量が標準値となる。

現在の同一労働同一賃金の議論は、1割(非正規雇用労働者問題)を取り上げ、9割(同一労働の本質)を捨象するもので、ファンタジーを通り越したトリックの世界であるとも言える。



医療の現場のみならず、「人=技術」であるので、短絡的な人員削減、労働時間短縮は、サービス面・安全面で自らの首を絞めることになる。委託費も技術の提供に他ならず、無理な削減はサービスの低下を招き、安全面を損なう。従って、個々人の能力のスキルアップが成就されない限り、仕事の質と安全面を維持するためには、長時間労働抑制による人件費削減は事実上不可能である。個人のスキルアップには、組織に対する愛と、仕事に対するモチベーションと誇りが必須となる。これから医療機関には、働き方改革を見据え、コストを抑制しつつ医療の質を向上させる運営が求められる。そのためには、個人の能力のスキルアップは当然のこと、デジタル化を活用する必要性にかつてないほど迫られていると考えられる。

医療のデジタル化には、電子カルテ、NAVIT患者案内システム、Hybrid会計システム、臨床決定支援システム等がある。これらがインテリジェントで効率的なソリューションであり、アウトカムの向上と臨床ワークフローの合理化に資すというエビデンスが集積されつつある。

初期投資のための資金調達は、経営者として、解決すべき課題である。

当院及び消化器病センターの概要が 「先端医療シリーズ 49」に掲載!

独立行政法人 国立病院機構 福山医療センター

広島

独立行政法人 国立病院機構 福山医療センター

1 当院の概要及び内視鏡センターについて

当院は、明治 41 年に福山衛戌病院として創立した非常に歴史のある病院である。その後、福山陸軍病院、国立福山病院と改名され、平成 16 年 4 月より現在の独立行政法人 国立病院機構 福山医療センターの名称となり、地域医療に貢献している。昭和 41 年 7 月に建造された前病院棟は 51 年もの長きにわたり当院を支えてきたが老朽化は否めず、また各診療科や部門のセンター化を図る目的もあり、平成 21 年 3 月から着工された新棟建て替え事業がようやく平成 29 年 11 月に新棟竣工の運びとなった。平成 30 年 1 月現在、病床数は 369 床で、消化器病センターや内視鏡センターをはじめとする 10 の診療センターを有する広島県東部および岡山県西部の医療、保健、福祉を担う中核病院である。

2 理念と方針

当院の基本理念は、「国立病院機構の一員として、医の倫理を守り、患者さまの権利と意思を尊重し、安全でしかも満足の得られる、質の高い医療をめざすこと」であり、当院の岩垣院長（大腸肛門外科）は、「1F5S」すなわち、組織としては徹底的に無駄を省いた機能的（Functional）な病院運営を目指し、個人としては仕事で笑顔（Smile）、できばきと（Speed）、真心を込め（Sincerity）、患者さんの痛みに共感する感性を磨き（Sympathy）、そしてみずからの専門性を高める（Speciality）べく努力すること、さらに『Learn together and Bring up together』の 2 つを運営方針としている。

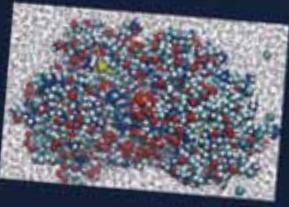
3 当院消化器病センターの診療内容

当院の消化器外科の手術件数は、2017 年について調査したところ消化管および肝胆脾外科にて 984 件の手術を施行していた。そのうち 174 件は緊急手術であり、救急対応も十分できていると考えられた。消化管悪性腫瘍については、胃癌手術が 68 件（うち腹腔鏡下が 26 件）、大腸癌が 154 件（うち腹腔鏡下が 108 件）という結果であり、いずれも前年を

先端医療シリーズ 49

消化器疾患の 最新医療

編集主幹 井野達夫、島内修輔、子園行徳、尾川哲哉
編集副幹 田尻久輔
編集委員 平野一也、加藤洋二、大平伝正、齊田 聰、瀬戸泰之
金子博一、小寺泰弘、坂井義尚、羽守信吾、小川桂宏
寺田弘司



先端医療技術研究所



病院全体外観

上回る件数を手掛けている。腹腔鏡下での手術が占める割合が増加しており、低侵襲を目指した医療提供を心掛けている。つづいて肝胆脾外科に関しては、悪性腫瘍の手術を 75 件（肺 14 件、胆道 11 件、肝 49 件、その他 1 件）施行しており、このうち腹腔鏡下手術は 11 件（肺 2 件、胆道 2 件、肝 7 件）であった。良性の肝胆脾手術としては、134 件（うち腹腔鏡下が 109 件）の施行例があった。消化管外科、肝胆脾外科いずれも常に安全かつ精度の高い技術で手術を施行しており、今後さらに患者のために努力を惜しまない姿勢を堅持していく所存である。

消化管内視鏡検査および処置については、2017 年は総件数で約 6,500 件を施行し、当院の特徴として基本的に健診業務は行っておらず、多くの症例が精査あるいは治療内視鏡となっている。内訳は、上部消化管が約 3,500 件、下部消化管が約 2,500 件、肝胆道系が約 300 件、その他バルーン補助下小腸内視鏡、カプセル内視鏡、胃瘻造設、イレウス管留置術などを実施している。治療内視鏡に関して記載すると、上部消化管の内視鏡的粘膜下層剥離術（ESD）を 79 件に、下部消化管の ESD を 62 件に行い、内視鏡的大腸粘膜切除術（EMR）は年間 700 件近くであった。内視鏡的静脈瘤治療も近年その件数は減少傾向にあるが 40 件 / 年施行しており、肝胆道系内視鏡についてもほぼ 9 割が治療内視鏡であった。また、近年のトピックスとして重症脾炎後の被包化壊死（walled-off necrosis; WON）に対する内視鏡的ネクロセクトミー（図 1）も救命のため時期を逸すことなく施行している。さらに、

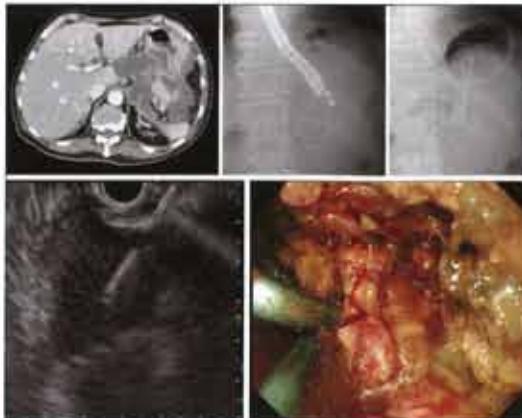


図1 内視鏡的ネクロセクトミー



図2 LECS

バルーン補助下内視鏡を用いた肝胆道系内視鏡や経消化管的な胆道あるいは膀胱、肺のう胞・膿瘍ドレナージも積極的に施行している。このように症例数は多数をこなしているが、どんな症例でも紹介のあったものは全て治療を行っているというわけではなく、当然のことながら適応や処置方法などについては症例ごとにカンファレンスで十分に検討し、安全かつ効果的に治療が行えるような体制づくりを心がけている。また、研修医やスタッフの指導にも重きをおいており、常に向上心を持って、患者や地域のために貢献できるように努めている。

続いて、肝疾患の内科的治療についてであるが、2017年は肝細胞癌などに対する経皮的肝動脈塞栓術を91件／年、超音波下ラジオ波焼灼術を23件／年施行しており、また慢性ウイルス肝炎に対する抗ウイルス療法も積極的に行っている。特に近年、抗ウイルス療法の進歩は目覚ましく、ほとんど全てのB型およびC型慢性肝炎は治癒する時代となっている。当院でもその撲滅に向けて取り組んでいる。当院では現在までにB型肝炎、C型肝炎の治療をそれぞれ400例弱に行っており、今後も意欲的に抗ウイルス療法を引き続きしていく考えである。

その他、外来診療にて炎症性腸疾患（IBD）専門外来を行い、市内でもっとも多い患者数を治療させていただいている。この分野についても、最近新薬などの開発が目まぐるしく進んでおり、当院でも最先端の治療を取り入れている。また、その新薬の治験にもできるだけ貢献していきたいという思いから、積極的に参加していくようにしている。さらに、ヘルコバクター・ピロリ菌除菌についてもできるだけ低年齢での診断、治療を行っており、胃癌撲滅へ向け診療している。

悪性腫瘍に対する化学療法については、消化器の分野において当院では腫瘍内科医もしくは腫瘍外科医という立場の医師がおらず、内科、外科を問わず全ての医師により行われている。ただし、主治医が独断でレジメンを決定するのではなく、カンファレンスで十分に検討した上で、しかもきちんと化学療法委員会にて審議され通過したレジメンしか使用できないシステムとなっている。内科医、外科医、さらにはがん治療専門看護師、薬剤師が連携しあいながらチーム医療として患者さんの治療に当たっている。

そして、近年特に新たな治療として注目されている腹腔鏡・内視鏡合同手術（LECS: Laparoscopic and Endoscopy Cooperative Surgery）（図2）について当院でも導入している。これは、消化管の管腔内もしくは壁内に発育する粘膜下腫瘍や早期癌ではあるが内視鏡的には手技的に困難が予想される病変などがよい適応となる。これぞ内科と外科のチームワークの良さが發揮される手技であり、まだまだ当院では発展途上と思われるが、患者さんにとっては非常にメリットの大きい処置であるので、さらに改良や技術向上を図りたいと考えている。

4 さいごに

以上、簡単ではあるが当院及び消化器病センターの概要について述べさせていただいた。臨床、研究、教育そして病院運営のすべての面に、常に全力で取り組み、地域医療に貢献すべく日々努力を続けている。そのため、努力、勤勉さ、正義感が今後ますます当院の発展に寄与していく信じてやまない。

（豊川達也、岩垣博巳）



『緩和ケア入門』No.107

チーム医療考②



岡山大学大学院
保健学研究科
教授

斎藤 信也

はじめに

前回は、医師国家試験に出題された問題を題材に、チーム医療について考えてみた。国家試験問題に体现された正統的な考え方では、チーム医療に欠かせない要素として、「診療情報の共有」、「患者中心の医療」、「異なる職種間の連携と協力」、「患者、家族の心理的サポート」の4点が挙げられる一方で、「医師を頂点とした指示体制の確立」は、明らかな間違いであるとされている。

確かに、医師を「頂点」とするという表現は受け入れがたい。しかし頂点かどうかは別にして、医師の指示については、医事法の体系が、医師に医業の業務独占を行わせる一方で、他のコメディカル職が、医師の指示の下に診療を補助するという形式になっている以上、それを一概に否定するのは困難であることを指摘した。

医師の「指示」

「指示体制」という言葉から、医師が主人のように振る舞い、医療チームのメンバーがそれに黙って従うという主従関係のようなイメージを抱き、「それは許されない！」とする気持ちは良く分かる。しかしそうは言っても、もし医師が指示をしないとなれば、誰が指示をするのかという問題が生じる。

「うるさい、黙って俺の指示に従え！」というタイプの医師のいる医療チームは論外であるが、それはチーム運営の問題であって、医師の代わりに看護師さんが指示を出すということに賛成するチームメンバーは、当の看護師さんを含めてあまりいない気がする。一方で、チームのメンバーの意見をよく聞いて、みんなが納得するような形で医師から出される指示に反対する人はいないと思われる。

医師の「責任」

前回に詳しく説明したが、医師に医業を独占させるのは、医師の既得権益を守るのが目的ではなく、法的に無責任体制を回避することにある。つまり、みんなで話し合った結果だから、みんなで責任をシェアしましょうという形は法的にはなじみにくいということである。

それは看護師のことだから私は知らない、私は責任を負わないということは医師には許されない。自説を引っ込みでチームのメンバーの意見を採用したとしても、指示を出したのは当の医師である。その責任は回避できない。指示と責任はセットになっている。医師が指示を出すのは決してチームの中で偉そうにしたい

からではなく、責任を取る覚悟に基づいているのである。

チームの責任者

確かに現実の医療の世界では、医師がオールマイティであるというのはフィクションである。だからこそチーム医療が必要なのである。チームメンバーはその道のプロであり、誇りを持って業務に当たっている。そうした人達が力を発揮することは、チームとしてのパフォーマンスを高め、ひいては質の高い医療の提供につながる。だからこそ、チーム力を最大限に引き出せるようにチームをまとめ、運営してゆく力が必要となる。先ほどの法的な意味での責任者としてだけでなく、チーム医療を率いる責任者としての医師の役割がここにある。

インフォームド・コンセントとの類似

手術の説明で、「黙って私に任せなさい」とい切る医師は皆無とは言わないが、絶滅危惧種かもしれない。こうした態度は、一般的にパターナリズム(父権主義:父親が子供にとって良いと思われることを、子供の意思に反してもやらせること)として、否定される傾向にある。これに対して、登場したのが「インフォームド・コンセント」という概念である。患者は誰に強制されることなく自分で自分の治療法を選ぶことができる一方で、医師はそのために必要十分な情報を提供しなければならない。

インフォームド・コンセントは医師-患者関係の旧弊を打ち破り、患者の権利を確立するのに大きな役割を果たしたが、それが行き過ぎた結果、決めるのはあくまでもあなた、私は単に正しい医療情報を提供するだけといった妙な事態を引き起こした。実際、患者さんから、「先生のお母さんが同じ病気ならどうされますか？」と聞かれたら、どう答えるべきか。単純なインフォームド・コンセント理論からの示唆はない。

チーム医療における医師の指示忌避姿勢も、同根の部分がある。確かに旧来のまさに「医師を頂点とした指示体制」が、古き悪しきパターナリストティックな医療の象徴だとすれば、それを打破するために、新しいチーム像が必要となる。そこで、チーム内の関係はフラットであり、医師は指示をするのではなく、チームのメンバーの意見を尊重して、治療に当たるべきだというという魅力的な概念が提示されることとなった。しかし、これも行き過ぎると、先月号で紹介した緩和ケアチーム医療の現状につながることになる。

典型的緩和ケアチーム？

がん研究センター東病院の木下先生曰く、医療従事者が次々と目の前に現れ患者・家族はくたくたである。まるでファストフードで、「ポテトもいかがですか」のように「介護保険の手続きはしましたか」「薬剤指導はいかがですか」「退院前カンファレンスをしましょう」と責め立てられる感じがする。そのくせ、患者・家族が専門外のことを尋ねると「それは私の専門ではないので〇〇さんに聞いて下さい」と患者・家族をたらい回しにする。

このようにチーム医療の短所が前面にでることで、患者・家族への支援が分断化している現状を木下医師は嘆いている。もちろんこれはやや大げさに、チーム医療の悪い面を戲画化している傾向があるとは思われるが、それにしても痛いところを突いている。

まとめ

こうした分断を招かないためにも、やはりチーム全体に責任を持つリーダーは必要である。新しいチーム医療理論では、医師に限らず誰がリーダーになっても良いとされている。国家試験の問題集にもそうした解説がみられる。それは組織運営論としては一理ある。しかし、チーム運営上のリーダーと医療の最終責任者としてのリーダーが同一なくてもよいとの基本姿勢が、こうしたやや滑稽な現状を招いていることの一因ではないだろうか。

「黙って俺にまかせろ」的な外科医がほとんどいなくなったのと同じように、「黙って俺についてこい」的な強引な医師があまり見られなくなったのはとても良いことではあるが、それが無責任ともいえる分断された医療提供につながるのであれば、本末転倒である。

患者さんから、「先生のお母さんが同じ病気ならどうされますか？」と聞かれたら、医師はインフォームド・コンセントの原則と患者のためにベストを尽くすという医師の本分とのジレンマに悩みながら、真摯にそれに答えるはずである。

同じように、プロフェッショナルの集まりである医療チームのメンバーが気持ちよく活躍できるチームのあり方と、患者・家族から見て分断されていないチーム医療の提供を両立させることは難しいかも知れないが、可能である。読者の皆さまが属している医療チームはきっとそうしたチームのはずである。

在宅医療の現場から

【西日本豪雨 被災地医療支援 その1】

7月6日から降り続いた豪雨は、西日本各地に大きな被害をもたらしました。特に町全体が洪水被害にあった倉敷市真備町は、死者50名以上、全壊2100件と甚大な被害となりました。私たちは発災2週間後に、倉敷市保健所内にある倉敷地域災害保健復興連絡会議(KuraDRO)メンバーの、在宅専門診療所つばさクリニックチームの一員として、被災地医療支援に入ってきたました。

日赤や、医師会JMATなどは、避難所の支援をメインに行っていましたが、つばさクリニックは在宅専門診療所ですから、その得意なところを活かし、避難所にまでたどり着けない自主避難所(神社の境内とか、地区集会所など)をまわったり、被災したご自宅を1軒1軒声かけして回って、医療ニーズの確認を行ったりしました。

医療ニーズとしては、やはり熱中症の方が多い状況でしたが、それ以外に、皮膚科疾患と眼科疾患がトップを占めている状況でした。かなりの埃が舞っていることと、消毒薬として撒かれている消石灰の悪影響が疑われていたとのことです。

被災地に残っているのは元気な人が中心でした。なぜなら、すぐそばの橋を1本渡れば、日常の生活を送っている町が存在しており、避難所生活が難しい方は無理して被災地に残る必要がないからです。残っている人は、自宅の後片付けをするために残っている状況で、歯科が得意とする、誤嚥性肺炎予防や、生活不活発病の予防、という観点での支援は、全くと言っていいほど、ニーズの発掘ができていない状態でした。

被災者の方は、昼間は自宅の片付けに行き、夜に避難所に戻ってくるといったような状況で、支援側もそのニーズに対応すべく夜間診療を開始したこと



当院の副院長の猪原健が看護師さんと一緒に1軒1軒被災している住民を訪ね歩きました。

でした。釘やがれきで、手足に怪我をしている人が多く、ダニに噛まれている人もいました。

今回、つばさクリニックの皆さんと一緒に1軒1軒住民を訪ねて歩きながら、やはりこういう支援の形で瞬時に動けるのは、普段から在宅医療をサポートしているクリニックならではだと感じました。

被災地はまだまだ何も終わってはいません。復興に向けて1歩1歩歩んでいる時です。

当院は色々な形で長期的に被災地支援を行っていきたいと思います
(次回は被災地の子供たちへの支援活動について書く予定です)

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



訪問診療部 部長
歯科医師

猪原 光

韓国の病院見聞記(シーズンⅢ—②)

韓国最高水準の公立老人専門医療・介護・福祉施設(その2) プチョン(富川)市立「特別養護老人ホーム」、「在宅老人支援センター」 (Bucheon Elderly Care Center, Bucheon Home and Day Care Center)

プチョン(富川)市立老人医療療養複合施設を訪問したのは2018年2月であった。この「世界の病院からNo.59」の原稿投稿を終えて一段落した8月下旬、急遽、正に書き終えたばかりのこのプチョン市の施設を9月5日に再び訪問することになった。地域包括ケアをテーマとするフォーラムがこの施設で開催される。再度、確りと観て確認して来たい。前回には気付かなかった点については、機会をみて報告させて頂きたい。

■プチョン市立老人医療療養複合施設

前回からプチョン(富川)市立の老人医療療養複合施設での見聞を報告している。この施設は老年医学専門病院と特別養護老人ホーム、在宅老人支援センターの3つからなる複合施設である。2010年に開設。公立では韓国最高の老人専門医療介護施設と評価されているようだ。前回は病院(老年医学専門病院)を紹介した。今回は特別養護老人ホームと在宅老人支援センターを紹介したい。どちらも介護保険サービスでの施設だ。なお、以下では日本の施設に限り、特別養護老人ホームは「特養」、介護老人保健施設は「老健」と略記する。韓国の老人施設は日本と良く似てはいるが、基盤となる法制度などは違うため、特別養護老人ホームや介護老人保健施設での表記をしたい。



写真1:プチョン市立老人医療療養複合施設。5階が特別養護老人ホーム。左奥の建物の1、2階が在宅老人支援センター。



写真2:プチョン市立老人医療療養複合施設の道路を挟んで隣接する高層団地。地下鉄駅から徒歩5分。プチョン市(人口90万人)、インチョン広域市(人口3百万人)、ソウル広域市(人口1千万人)のベッドタウンになっている。

施設建物は地下1階地上5階建てで、老人施設としてはなかなか大きい。地下は駐車場や各種倉庫。1階が病院の外来診察ゾーンと検査部門、食堂。2階が病院のリハビリテーションゾーン、事務室、講堂、会議室。1階と2階に「在宅老人支援センター」(ショートステイ10ベッド)が配置されている。3~4階が病院の病棟(4病棟、248床)、5階が「特別養護老人ホーム」(100ベッド)、屋上は遊歩庭園になっている。同一建物内での複合施設である(ただしスペースは共用ではなく、施設ごとに区分され独立している)。3施設の合計ベッド数は358ベッドになる。

病院長のBong-Yul Huh(許、ホ)博士が施設内を案内して下さった。ホ病院長はソウル大学校医学大学の名誉教授で、家庭医学会の名誉理事長という顕学の医師である。ホ病院長に「日本では同じ建物内の病院と老健の複合設置が遅れ馳せ乍ら許可となり、少しずつ増えて来ています。また療養病棟の病床を老健に移行して開設する介護療養型老人保健施設(転換型老健)も始まっています。しかしながらまだ取組例は少ない状況です。同一建物での病院と高齢者居住施設の併設も可能となりました。しかしこれもまだ僅かです。同一建物内での病院と特養との複合セットはまだないだろうと思います」と説明した。日本は2015年7月からSNW(Skilled Nursing Ward)の発想を始めた。SNWは始まった人口減少(⇒急性期患者の減少)と高齢者在宅化推進から発生する病院の空床を、介護用ベッドに転換しようというものである。2016年12月に北海道の奈井江町立国民健康保険病院(96床)が、3階病棟46床をサービス付高齢者住宅(サ高住)に転換している。私が知る限りでは、これが日本での医療と介護との複合施設の嚆矢である。そういえば「世界の病院から No.30(FMC:2016年4月号)」で紹介した、韓国南東部の町、チャンウォン(昌原)にあるヒヨン病院(433床、2014年10月訪問)には、病院内の広いフロアの一画に病院内ナーシングホーム(10室29ベッド)のゾーンがあった。医療と介護との複合施設の運営に関しては、韓国が先行しており、経験、ノウハウを豊富に持っている。複合施設については、日本は教えて頂く側である。日本は2018年4月に介護医療院を創設した。介護医療院の多くは病院の併設、すなわち複合施設となるのだと推測される。

ホ病院長を含むヘウォン(蕙園)医療法人財団の役職員約20名は、2017年の年末に日本へ視察

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



に来られ、愛知県大府市の国立研究開発法人国立長寿医療研究センターや奈良市の医療介護複合体、広島県尾道市御調町の地域包括ケアシステムの取組などを見学されたばかりであった。誠に研究熱心だ。私たちの韓国病院見学の40日ほど前になる。ホ病院長は「たしかに日本では、病院と介護の複合施設は見かけなかったです。日本は同じ敷地内に病院や老健などの施設が別々に建っているが印象的でした」と話された。そう、日本の国は、医療と介護と福祉の施設を、各々独立させて、運営してきた。この、医療、介護、福祉の施設独立運営の歴史は、外国人ばかりでなく、日本人にとっても不思議である。どうして医療と介護の複合施設が日本には無かったのであろうか。

話がやや逸れる。老健と特養は一見同じ施設に見える。21世紀が始まった頃、私は栃木県那須にある同じ敷地内に建つ病院(353床)と老健(200ベッド)、特養(62ベッド)、総合在宅ケアセンターの経営管理の任にもあったので、老健と特養との本質的な違いは現場を通じて理解することができた。政策により、全国各地で老健が雨後の筈のように開設され始めた頃だ。日本の病院の勤務医や看護師は、老健や特養という施設を行ったことがなかった。老健と特養の違いも知っていなかった。PTやOT、STは人数自体が少なかった。病院職員はケアマネージャーとの情報交換が出来ていなかった。このような医療と介護が分離していた時代が最近ようやく終焉し、日本は「地域包括ケア体制」によって医療と介護の間のサービス連携推進を始め出した。

ホ病院長は「一つの施設の中に様々な機能が入っていることのメリットは多くあります。医療サービスも直ぐにきっちと行えます。しかし法律上でぶつかることもあります。医療保険と介護保険を同時に実施することになります。例えばこの病院の入院自己負担額は、医療で月に70万ウォン強(7万円強)、別途介護で月に70万ウォン強(7万円強)掛かります。合計すると月に約150万ウォン(約15万円)くらいの自己負担になってしまいます。これは韓国のがこれから課題であり、改善していく処です」と説明された。日本の病院では韓国のように入院患者が介護保険サービスも併用することもあるのだろうか。勉強不足で分からぬ。

■韓国では高齢者は「老人」

韓国では高齢者は「老人」の漢字で表記している。この見聞記も「老人」で表記したい。韓国の老人は国連の世界保健機関（WHO）の定義に従って65歳以上である。日本のように高齢者を前期（65歳～74歳）と後期（75歳～）に年齢区分していない。韓国では「老人の貧困」が社会問題になっているようだ。日本の高齢者と比べ韓国の老人は社会保障制度からの恩恵は薄そうだ。基礎老人年金制度は2007年に開始された。まだ若い。それ故、積立額は少なく、したがって支給金額はまだ少額だ。韓国は医療保険、介護保険（老人長期療養保険）とともに国民皆保険である。韓国の医療保険の自己負担率には年齢による区分（除く6歳以下）ではなく、国民一律であることも「老人には負担感が大きいかな」と私は思ったりする。また自己負担率も多い。その理由の一つに韓国では公費投入が少ないことがある。医療費の財源は日本が保険料49%、公費投入37%、自己負担14%であるのに対し、韓国では保険料49%は同じであるが、公費投入が9%、自己負担は42%となっている。日本は公費投入を税収では賄いきれず、借金証書（国債）を書いて社会保障費の不足分を調達している。アジア通貨危機でファインシャル・クライシスの恐怖を経験した韓国は、日本のような対応は決して行わない。それゆえ老人も若い人と同等の負担がかかる。韓国の介護保険は2008年から実施された。背景には高齢化とともに、大家族制度の崩壊に伴う介護の社会化という社会構造変化があるようだ。

韓国の人口動態は日本と同じ「少子化・高齢化・人口減少、生産年齢人口減少」で、衰退途上国といえる。韓国での少子化・高齢化・人口減少のスタートは日本よりも遅かったが、そのスピードは日本よりも速い。韓国はこれから少子化・高齢化・人口減少が急速に進む。韓国はこれから本気になって老人政策に取り組んでくる。極東のこの2つの国の将来は、人口面では大変厳しい。

ホ病院長が説明された。「65歳以上が21%を超えた社会を超高齢社会といいます。日本は10年前から超高齢者社会。韓国は昨年（2017年）8月に人口の14%が65歳を超え、高齢社会になりました。そして8年後に超高齢者社会に移行する予想です」。高齢社会から超高齢社会に移行するまでの年数が僅か9年（日本

は13年であった）。変化がとても速い。急速に高齢化していく。加えてホ病院長から「韓国ではこれから医療費が大きな社会問題になってくるだろうと悩んでいます。きちんとした方法がまだ見つかないので、病院運営においては工夫が必要です」との話があった。

写真3：病院玄関の門柱。玄関の柱に掛かっていた看板。FANTASIA Bucheon "Elderly Care Center"という用語に注目して撮影。fantasiaという言葉は、クラシック音楽では「幻想曲」という意味であるが、ここでの使用は有名な「チョン国際ファンタスティック映画祭」との関連があるのである。

少し英単語の話をしたい。今までに見学をしてきた韓国の病院では「老人」の英訳にはoldの単語を使っていた。この病院の玄関で初めてelderlyという表現を見た（写真3）。ホ病院長にその発見報告と、大学の講義で私は「an old person ⇒長生きをし、寿命の終わりの方にいる人」、「an elderly person ⇒年配ではあるが人生の円熟味・満足・喜びはまだこれからの人」、「an aged person ⇒非常に高齢で、普通高齢者特有の病苦をかかえている人」と教えていたと説明した。ホ病院長は「ではoldとelderly、aged、先生はどれが好きですか」と聞き返して来られた。そういえば日本ではsilverやseniorという単語も使っている。日本は「老人」という言葉は避けて「高齢者」と呼ぶことにした。お年寄りには、とりわけ気をつかう国のことだ。なお韓国は年齢の高低に対して大変な気配りが必要とされる社会である（目上の人の敬意）。因みに英語で「高齢化率」は“the ratio of the population aged 65 and older to the total population”、「少子高齢化」は“ declining birth-rate and aging”と表現される。

この病院が診療対象としているdementiaの訳語も、日本は「痴呆」⇒「認知症」に用語が変化したことを私はホ病院長に紹介しておいた。他にも“leprosy（癩病）”⇒“Hansen's disease（ハンセン病）”、「精神病院」⇒「精神科病院」など、日本には配慮による医療用語の変化は枚挙に暇がない（韓国でも「障害者」⇒「障礙人」という修正例がある）。さらに、医療従業員に対する配慮から“para-medical（医師の補助者）”という英単語に対して“co-medical（医師との協同者）”、“medical staff（医療従事者）”という和製英語を造語した。チーム医療を唱える日本の病院では“nurse station”が“staff station”に転換中である。これも看護師以外のコメディカルへの配慮である。なおstaff stationも和製英語である。英語ではない。日本国内でしか通用しない。私の経験では“staff station”という言葉を初めて聞いた外国人の脳には（nurse stationへの推測は決して起こらず）“station staff（駅員）”が浮かび、「どうして病院で駅員の話が出てくるのか」と混乱するようだ。

■特別養護老人ホーム（5階部分）

特別養護老人ホームは複合施設の建物最上階の5階部分に配置されていた。ベッド数は100ベッド。一度入所すると亡くなるまで転出はない。すなわち「終の棲家（ついのすみか）」である。これは日本の特養と同じである。日本では入居者の住民票を特養の住所に移動させるケースが多い。入居者が生活する居住地が特養の住所であるからだ。ここで誤解のないように少し説明を加える。特養は介護保険法で住所地特例施設となっており、入居者が住民票を特養の住所に移動しても移動前の市町村の介護保険被保険者のままであり、移動前の市町村に介護保険料を納め、その市町村から介護報酬を受け取る形となっている。韓国の介護保険の保険者（ほけ

んじや）は国（国民健康保険公団）の1人だけである。では韓国の場合、住民票と保険者の問題は発生しないのであろうか。私には、このチョン市立特別養護老人ホームへの入居は、チョン市民に限定されているように思えた。なお特別養護老人ホームへの入居待機人数は韓国でもとても多いとのことだった。



写真4：特別養護老人ホーム（100ベッド）のフロア図。右側の灰色の長方形部分は光を取り入れる吹き抜けの空間。

先ほど触れたが、韓国の介護保険の保険者は国（国民健康保険公団）の1人だけである。ホ病院長から「日本の介護保険の保険者はどうなっていますか」との質問があった。日本では住民が住む各市町村が保険者になっており、保険財政も介護保険料、提供できる介護サービス量も市町村ごとに異なる旨を説明した。従って日本では介護サービスに地域間格差が発生してしまう。高齢者ケアを社会保険（介護保険）で対処している国は、ドイツ、日本、韓国の3ヵ国である。日本と韓国の介護保険は強制保険で、国民皆介護保険になっていることは同じである。しかし例えば保険者の人数といった制度内容においては、相応の違いが両国間にはあるようだ。

特別養護老人ホームは100ベッドを保有し、4人部屋が29室、2人部屋が2室であった。個室ユニットはまだ採用されていなかった。5階のフロアは、3～4階の病院病棟と同じ構造設計。そのためか特別養護老人ホームなのに施設内は病院の雰囲気が漂っているように思えた。きっと設計の際に居住性よりも機能性が優先されたのであろう。廊下幅は充分に広い（因みに日本の特養の廊下幅の構造設備基準は1.8m以上、中廊下は2.7m以上である）。入所者は寝たきりの人や少し動ける人など、状態は様々だという。特養特有の籠った臭いはなかった。聞くと、換気を充分に行っているそうだ。籠った臭いというのは、換気が十分でない高齢者施設を訪問した外部の人が気づく、生活臭、衣服や食べ物の臭い、部屋の埃・黴の臭い、尿便臭などが混合し、ねっとりと淀んだ空気が放つ臭いである。



写真5：車いす、歩行器。車いすを利用している入所者はあまり見かけなかった。



写真6:特別養護老人ホームの廊下。充分に広い。消化器と消毒液ボトルが目立つ以外は日本の特徴と良く似ている。ふと想像してみると、まだ見たことのない欧米のNursing Homeはどのような館内風景なのだろうか。アメリカ映画『きみに読む物語』で映される療養施設のデイルームは落ち着いたリビングの風景であった。



写真7:特別養護老人ホームの廊下。きれいに整備整頓清掃されている。日本から見学団が来るからの対応、という訳ではなさそうだ。廊下に置かれたテーブルが不思議。案外使い勝手が良いのかも知れない。



写真8:5階の特別養護老人ホームのフロア。手前は配膳台。韓国の病院で、電気式の温冷配膳台はまだ見たことはない。どうして韓国電器メーカーはこの分野に進出していないのだろうか。

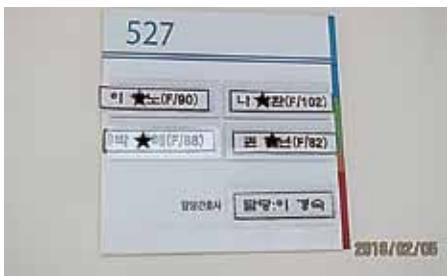


写真9をご覧いただきたい、部屋の入口のネームプレートの氏名が「★」印を使ってマスキングされている。韓国独特の方法だ。現在使われている南北の朝鮮民族の姓は僅か286種類であるそうだ(大韓民国統計序推計、2000年)。一般的な朝鮮人の姓(特に韓国)はさらに絞られ、金(キム)が21.6%、李(イ)14.8%、朴(パク)8.5%、崔(チエ)4.7%、鄭(チヨン)4.4%、その他46.0%となっている。半分以上の苗字が佐藤、鈴木、高橋、田中、伊藤という社会を、日本人はちょっと想像し難い。韓国は「姓」中心の家族制度である。結婚しても改姓しない。韓国には族譜(チョクボ)という先祖代々の一族の系譜がある。子供が誕生すると出生の戸籍届出だけでなく、族譜にも記載するという。近代戸籍制度とは異なる原理によって編纂された記録である。司馬遼太郎によれば、韓国の姓にはそれぞれの姓の故郷である本貫(ポンガムアン)の地がある。そして同じ金という姓でもどこの本貫かが重要になるそうだ。

例えば「慶州の金」とか、「金海の金」とかである(『街道を行く2 韓(から)のくに紀行』)。同姓同本貫の場合は、遠祖が一つということになる。同一氏族である以上、いわば血縁同然となり、同姓同本貫の男女の結婚は社会的禁忌(タブー)になるという。



写真10:建物中央の空間。この空間が光窓を通して、建物全体を明るくしている。1階は「光の庭園」というホールになっており、コンサートや毎月のお誕生会などのイベントが開催されている。贅沢な設計であるが、効用は大きい。



写真11:看護部長による説明。写真中央(4人の看護師)の一番上に掲示されている写真の方。約40日前に日本の高齢者施設を見学したといふ。



写真12:5階の特別養護老人ホームのフロアスタッフ。介護と医師を含む医療のスタッフが老人ケアを行っている。



写真13:館内の各階フロアを自由に散策(徘徊)していた患者。

写真13をご覧いただきたい。5階の廊下ですでに違ったこの入院患者は、元気よく建物内を一人で歩き廻っていた。立ち止まって誰かと話をしたりする訳ではなく、前方を向いて、黙々と一人で歩を進めている。認知症患者の徘徊行動である。周りの人も彼に声を掛けたりしない。ダイダイ色のチョッキには施設の名前と電話番号が(背側と腹側双方に)書かれてある。どこで誰が見ても、分かる。このような病院の方策を私は初めて見た。とても秀逸なアイディアだ。感心した。五重マルである。日本も戦争中に住所氏名を記した布を国民服やモンペ、学生服の胸に縫い付けた経験がある。なお特別養護老人ホームのある5階からエレベーターに乗る際には暗証番号のインプットが必要で、認知症の患者が勝手に外出できないようになっていた(火災時には自動的にロックは解除される)。



写真14:病棟を繋ぎ渡り廊下。建物にはガラス面が多用されており、館内はとても明るい。前方、上の階の左側(○印)に、写真13の入院患者が散策中(徘徊中)である。

■ 業務改善提案制度



写真15:特別養護老人ホームのフロアにあった「ご意見箱」。入所者や家族などの意見投函用。かわいい。



写真16:業務改善提案ボックス。これは5階の介護老人保健ホームではなく、各種の病院広報が掲示されている1階の廊下に設置されていた。

写真15、16を見ると韓国の病院文化が窺える。写真15は入所者や家族が意見を投函する投書箱、写真16は職員が業務改善提案を入れるポストである。業務改善提案ポストはホ病院長の発案で置かれた。どちらも、とても可愛らしい木製のポストで、病院内で目立っている。「世界の病院からNo.45 (FMC:2017年7月号)」で紹介したが、ソウル赤十字病院の患者ご意見箱も白壁赤屋根の木製ハウス型であった。きっと良い意見、建設的な提案の投函がされているのだと推される。さて写真17は日本の病院のご意見箱である。日本はどの病院もこのタイプである。韓国の病院のご意見ボストを知ってしまうと、日本の病院におけるご意見箱は、患者や家族の心の中に蟠っている苦情の捌け口受付としてしか期待されていないのではなかろうか、との邪推を廻らしてしまう。病院のご意見箱は、箱を変えると投函されてくる内容が大きく変わりそうだ。



写真17:日本の市立病院で見かけたご意見箱

ところで「業務改善提案」という制度をご存じだろうか。職員が毎日行っている日常業務や日程事務などに対して、効率化の観点からの改善提案を吸い上げる職場内制度である。業務改善の対象対象は、自分の担当業務や部単位、組織全体、そのいずれでも良い。職員がルーティンワークに埋没してしまい、効率化への発想や意欲を無くしてしまうことは組織にとって大変怖い。効率化への意欲が職場からなくなると、組織は減衰していく。例えば「所定書類の書式の一部変更」といった些細な内容でよい。現場現況での課題点と改善策、予想される効果を提案用紙に書いて投函する。私も若い時は毎月数件、累計にして何百件もの業務改善案を提案し、多くが採用されてきた。勤務先の銀行は日本経済の最先端を走っている企業の一つであった。そのような企業でも仕事内容を変えたり、無くしたり、減らしたり、作業を纏めたり、ばらしたりすると業務効率がアップすると考えられる改善項目が、日程業務・日程事務の中にもたくさんあった。当時のトヨタは、この業務改善提案を「Kaizen」と名乗っていたのだろう。

どの企業にも、現場の社員のアイディアや英知を引き出すために、改善提案制度があると考えられる。経営手法の基本アイテムだ。ところが私は「業務改善提案制度」を採用している病院や大学を、今までに1つも見聞きしたことがない。摩訶不思議である。病院や大学に業務改善提案制度の採用メリットを説いても、馬耳東風であった。病院や大学

とはそのような風土、組織土壤であるのだ、と諦めてしまっていた。今回、韓国のこの病院で、ホ病院長の指示による「業務改善提案ポスト」を見た。これは私が初めてみた病院での業務改善提案制度である。すごい。韓国の病院経営が日本の20年先を走っている事例をまた一つ発見した。



写真18:特別養護老人ホームの館内。どちらを向いても、消防栓と消化ボトルが必ず目に入ってくる。



写真19:入所者の様子を観るカメラが室内に設置されている。日本の特養にはないと思う。



写真20:デイルームの戸棚。韓国人形は、色使いがカラフルだ。



写真21:デイルームの掲示板。高齢者施設内の雰囲気が幼稚園を同じくなるのは、日本だけではないらしい。人は歳を重ねるに連れて経験が深まり、智慧が高度化し、思慮深く、ゆっくりと熟成していくと教わってきた。しかし現実には多くの高齢者はある時点から成長がそれまでとは逆の方向、すなわち幼児化に進み始めるようだ。



写真22:火災時避難路。「世界の病院から」では何度も紹介してきたお馴染みの韓国病院の執拗で詳細な避難路／消防栓・消化器配置図。どの病院、どの病棟、どの病室にも必ず掲示されている。これは日本の病院、施設が韓国の病院から真っ先に学ぶべきことである。老人専門病院や老人施設では火災への対策がとりわけ重要な。



写真23:施設内にたくさんある消防栓。きっと防災訓練も頻繁に行われているのだろう。屋内消火栓は扉を開いてホースを取り出しバルブを回しても水は一滴も出でこない。水は上水道から来るのではない。消防栓箱の赤押釦スイッチを押すと火災報知のベルが鳴るだけでなく、非常用自家発電設備に繋がった消化ポンプのモーターが起動する。消防栓のバルブを回すと受水槽に貯められている水がホースに流れ込んで来る。なるほど。そのシステムを最近まで知らなかった消防栓の扉を開いてノズルを持ち出すと自動的にポンプが起動する病院用簡易式の2号室内消火栓もある。



写真24:投擲(とうぎ)消火ボトル。韓国病院内の廊下の彼方此方で、必ず見かける。廊下にいると視野に必ず入ってくる。日本の病院や高齢者施設にてこの種の消火器具を見たことはない。



写真25:禁煙。罰金10万ウォン(約1万円)。この国の人人はどんどん新しいマークを創る。確かに韓国人はアートに優れており、そして意欲的だ。そしてどれも上手い。日本人と発想が違う。この表示もだれが見てもすぐわかる。五重マル。



写真26:これは何なのだろうか。車いす乗降時の転倒注意? 初めて見た。



写真27:「転倒注意!」。ハングル文字が読みなくてもよく分かる。どこで病院内にバナナの皮は落ちているものだろうか。余談である。路上に捨てられたバナナの皮による転倒事故が多発し、バナナの皮のポイ捨てを法的に禁止したのは18世紀の米国で、「バナナの皮→転倒」という笑いを世界に広めたのは喜劇王チャップリンだそうだ。



写真28:配膳車・下膳車

写真28は解説をしておきたい。病院の配膳車・下膳車で銀色の食器を見る度にいつも「これはいかにも韓国の病院風景だ」と思ってしまう。この写真にも銀色の柄の長い金属製スプーン(スッカラッ)と銀色の金属製の長い箸(チヨッカラッ)が写っている(写真37も参照)。韓国人の食事には箸と共にスプーンは必携品である。私は左上頸がん摘出手術後の唇の機能障害により食事には苦労しているが、韓国のスッカラッ毎回助けてもらっている。柄の長さとスプーンの丸み具合、重さが抜群に良い。その人間工学的造形に満点を上げたい。ところで(カップは除き)お茶碗や汁物の入ったお碗を手で持ち上げて口元に運んで食べる人(日本人は正にドンピシャ)は韓国では教養や品のない人と見られる、と教わった。観察すると、韓国の配膳では箸と共にスプーンが食卓にセットされており、たしかに韓国的人はカレーライスを食べる時のように食器の中の料理をスプーンで掬い、そのスプーンで料理を口まで運んで口腔内に入れている。きっとスッカラッの形状はそのような食事動作に最適化されているのだろう。日本のカレー用スプーンではとても敵わない。食事療法を行って頂いている担当の言語聴覚士(ST)さんへは、口の障害者へのスグレモノ用具として薦めている。是非試してみて欲しい。ただし日本の街では見付けにくい(コリアタウンにはあるだろう)。インターネットで購入できる。

■ 在宅老人支援センター(1階、2階)

最初に紹介したが、ブチョン市立老人医療療養複合体は老年医学専門病院と特別養護老人ホーム、在宅老人支援センターの3施設で構成されている。最後は「在宅老人支援センター」での見聞を紹介したい。在宅老人支援センターには建物1階、2階の各々半分のスペースが充てられていた。デイケア、訪問介護、訪問入浴介助、ショートステイ(10ベッド)、障害者活動補助事業を行っている。

まず“Bucheon Home and Day Care Center”という英語名がなんとも上手い、という話をしたい。単にHome nursing centerではなく、homeとday careの双方のセンターであるということがよく分かる。私は昔、デイサービス、デイケアは利用者が施設にやって来るのになぜ「在宅支援センター」と呼ぶのかを不思議に思っていた時期があった。やが

て「在宅支援センター」は、訪問介護による在宅(in home)でのケアだけを指しているのではなく、むしろ車で施設に搬送迎されて来る在宅の高齢者ケアを主たる業務対象にしていることが分かってきた。つまり「在宅支援センター」という名称は、かなり回りくどい。それに対しブチョンの“Home and Day Care Center”は、なんとすっきりとしたスマートな名称であることか。韓国にまた一つ学んだ。ホ病院長には日本での「在宅」という言葉は、自宅だけではなく、老健、特養などの介護・福祉居住施設、民間高齢者ホームなどを含んでいることの説明をした。なお、日本ではデイケアとデイサービスは区分されており、前者には途中でリハビリタイムがあるが、後者にはない。韓国でもデイケアとデイサービスは区分されているのかどうかは、聞き逃した。



写真29:在宅老人支援センターのデイケア。韓流の音頭に併せたリズム体操が行われていた。女性が多い。デイケアでは歌や折り紙、ゲーム、笑い療法が行われる。利用者は名札をついている。名札には当然各自の名前は記載されるが、名前の下に大きく、この施設の電話番号032-713-7300が明記されているのに着目した。これはここで初めて見た。

デイケアを訪問すると、フロアに利用者の円陣が組まれ、インストラクターのリードの下でリズミカルなダンスが行われている最中だった。そうした場に、何の前触れもなく突如乱入した私たちにご老人の人達の視線が集中した。その中でカメラを構えることは難しかった。デイケアの写真は少ない。一人の男性のご老人が私たちの方に歩いて来られ、「日本人か。わたしや、小学校で、日本語、学んだ」と懐かしそうに話し掛けてこられた。久し振りに口にした日本語のようだった。韓国の80歳台は日本語教育を受けた人が多い。しかし韓国で老人から日本語で話し掛けられたのはこれが初めての経験であった。

繰り返しになるが、在宅老人支援センターはデイケア、ショートステイ、訪問介護、訪問入浴介助サービス、障害者活動補助事業を行っている。訪問介護、訪問入浴介助のスタッフは約100名いるそうだ。とても大規模だ。毎朝、この100名が障害をもつ老人の居宅に向けて出発していく。国の支援がある。介護保険でのショートステイ(短期入所)も可能で、利用日数は今まででは最長15日間であったが、法律が変わり今年(2018年)から9日間に短縮されたそうだ。因みに日本の特養のショートステイは、連続利用は30日までで、かつ要介護認定の有効期間の半分未満となっている。ショートステイ中に医師が必要になった場合は、同じ建物内にあるブチョン市立老年専門病院から医師が来てくれる。しかし在宅老人支援センターと病院とは組織上は別施設と

なので、回診ではなく、往診扱いになる。

訪問入浴介助サービスはヘルパー2人が一組になり専用の車両に乗って訪問する(写真30)。サービス時間は約1時間で、交通費+料金は7,400ウォン(約8千円)だそうだ。私は施設のスタッフに「日本の訪問入浴介助は看護職員1名+介護職員2名又は介護職員3名で行っており、前者の場合の料金は1回12,340円が目安です。別途交通費がかかる場合もあります」と説明した。そして日本の介護保険の自己負担は1割であることを付け加え、「1回の入浴が1万円以上掛かるお風呂は、とても高いですよね」と話した。



写真30:訪問入浴介助専用車。ヘルパー2人が乗り込み、老人の居宅に向かう。病院の隣には大きな団地が広がる。



写真31:在宅老人支援センターの掲示板。



写真32:すぐにミニコンサート会場に変身できそうな吹き抜けの病院ロビー。グランドピアノはSAMICKという韓国の楽器メーカー。米国の有名ピアノメーカーSteinway & Sonsの筆頭株主である。天井からの垂れ幕は韓国の国旗(太极旗)と多分ブチョン市章。日本でも玄関前の旗掲揚ポールに平日でも日章旗と市章旗を掲げている公立病院もある。しかし国旗を掲揚する病院は数少ない。

■ 韓国の外国人介護ヘルパー

韓国ではヘルパー(介護士)を「ケア・キーパー」と言うそうだ、これ、実に面白い。ヘルパーと呼ぶのか、ケア・キーパーと言うのかでは、職務の目的と役割はかなり違ってきそうだ。以下は、ホ病院長の話である。「病院のスタッフにはヘルパーはいません。入院患者が介護を必要とするときは、病院の外部からヘルパーに来てもらいます。患者がヘルパーを病室に呼んで、介護をしてもらうことへの問題はございません。介護サービスに対しての自己負担率は3割で、これは病院が患者に請

求する入院費自己負担額とは別になります。病院が、医療から介護までのすべてのサービスを提供出来れば理想的です。しかし医療保険と介護保険は別建でとなっています。診療報酬制度ではヘルパーへの支払いは出来ません。こういう医療保険の財源上の制約から、病院がヘルパーをスタッフとして雇用することは現在不可能です。今後の課題です。これが医療と介護の複合施設の運営における大きな課題であるようだ。日本も状況は同じで、医療保険と介護保険とは別の社会保険である。

私はホ病院長に「この施設には(韓国では一般的である)家族などの看病人や付添人はいるのですか」と質問してみた。予想に反して「家族の寝泊りは禁止しています」との回答が返ってきた。その後、実際に病室を回ってみても、ベッド周辺には、家族休憩用のソファー(簡易ベッドを兼ねる)や日常生活用品を入れた紙製大型手提げ袋は見られなかった。

ホ病院長は2か月前(2017年12月)の日本訪問時、奈良市の医療介護複合施設を見学された。その介護施設では家族の姿は見られず、ヘルパーが入所者の世話をしていた。ヘルパーはフィリピンやインドネシアからの外国人が多く、「外国人ヘルパーは言葉の問題がある」の説明を受けたそうだ。韓国の人にとって、言葉に課題がある外国人ヘルパーを頼りにしている日本の介護現場は、すこし不思議な光景に見えたのかもしれない、ふつと思った。

それでは韓国のヘルパー事情はどうであるのか。ホ院長から以下の興味ある話を聞いた。なんと韓国のヘルパーは7割が外国人の「朝鮮族」で、自国の韓国人ヘルパーは3割だそうだ。朝鮮族とは中国国籍をもつ朝鮮民族の人達、すなわち在中朝鮮人を指す。韓国にとっては外国人になる。朝鮮族は韓国で働いても言葉や生活上の問題は起こらないそうだ。給料は中国よりも韓国で働いた方が良いので、韓国に出稼ぎに来て、韓国人には不人気の「3D」(日本の3Kに相当)-Difficult(きつい)、Dirty(汚い)、Dangerous(危険)-の仕事に就業する。韓国で何年間か働けば、中国の故郷に戻って家を買うことも出来る。少しは贅沢になれるので朝鮮族は中国から韓国に出て来るという。

余談を付け加えたい。「朝鮮族」という単語は、今まで韓国を訪問した際に、しばしば会話の中に出て来ていた。今回、調べてみた。「朝鮮族」とは中華人民共和国(以下、中国)の国民である。朝鮮族は中国が規定する(人口の92%を占める漢族以外の)55の少数民族の1つで、人口は2百万人弱である。この人数は朝鮮半島以外に住む朝

鮮人の中では最大規模になるそうだ。しかし約14億人の人口を持つ中国の中での朝鮮族は超少数民族である。朝鮮半島の北側の中国東北地方に住んでいる人が多い。中国に移住した理由は多様であるようだ。旧満州国(中国東北部)への移住や朝鮮戦争からの避難で中国に渡りそのまま戦後も残留したというルーツを持つ人が多いそうだ。朝鮮語を母語とし、中国の土地で朝鮮文化の暮らし方(衣食)を守り続けていると聞いた。中国語と朝鮮語を話し、日本語も堪能(大学受験の外国语試験で日本語を選択)な人が多いという。朝鮮族は教育熱心で優秀、語学堪能なので、韓国、日本への留学組や、韓国、日本の企業に就職している人も多いそうだ。韓国の介護現場では朝鮮族の活躍、貢献があることをこの施設で知った。中国から朝鮮族が出稼ぎに来ている韓国では外国人ヘルパーとの言葉の問題は起こらない。韓国はフィリピンやインドネシアに介護ヘルパーの派遣をお願いすることはないのだろう。

■ 韓牛

プチョン市立老人医療療養複合施設を見学させて頂いた後、ホ病院長と病院のスタッフが病院の近くの韓牛レストランで見学メンバーに昼食をご馳走して下さった。やはり日本は魚、韓国は肉である。本場のお肉は美味しいかった。感謝、カムサハムニダ。

「外国の病院見学」と簡単に言うが、受入側の病院には大変なご負担をお掛けすることになる。今回の老人専門医療療養複合施設の見学でも、施設側のスタッフの方々は受入れ事前準備に多大な時間を費やされたようだ。配布された建物各階の説明文や平面図、パワーポイントの映写は日本版であった。すなわち私たち見学団のために新規に作成された資料であった。各部門の責任者は準備万端整えて、朝から緊張しながらスタンバイしておられたようだ。ホ病院長は、見学する私たちにずっと付き添われ、すべての質問に答えられ、ご多忙の中、午前中と昼食の時間を費やされた。施設の方々に頂いたご厚意とご配慮に、深く御礼申し上げたい。このプチョン市立老人医療療養複合施設に限らず、韓国の病院内で見聞させて頂いたことは、しっかりと学んで今後に活かしていくかなければならない。韓国での病院スタッフの方々の誠意と受けた親切、友情を忘ることはないと想う。



写真33:焼肉レストラン。韓国ではブランド化された韓牛(韓国原産の肉牛)が高級肉であるそうだ。韓国の焼肉(ブルコギ)はタレに漬けた肉を焼き、日本の焼肉は焼いた肉をタレに漬けて食べる。



写真34:牧場直営レストラン。朝鮮半島の中部・西南部に牧場があるようだ。韓国では焼肉は牛肉よりも豚肉の方が一般的そうだ。韓国人が好む豚肉はカルビ(バラ肉)などの脂身が多い特定部位で、国産だけでは不足するため日本から輸入している。反対に日本へは日本人が好きな赤身のヒレの豚肉を輸出するという。豚肉部位への好みから発生している日韓双方での豚肉貿易、面白い。



写真35と36:病院にご馳走して頂いた韓牛レストランの階段壁画。韓国に少し居ると、韓国人は里山風景と松の木が大好き、ということが分かってくる。韓国では、このような手書きのアートが街の到る處で見られる。写真35では本物の松の木の幹が使われている。



写真37:食卓には金属製の匙(スッカラッ)と箸(チョッカラッ)がセット。日本は箸だけの食文化。棒だけを使っての食事は外国人の眼には奇妙に映っているのだろう。韓国では匙と箸は縦向きに並べる。食器が金属なのは、暗殺を恐れた李朝(朝鮮時代)の王族や両班(ヤンバン。貴族)が、毒物に化学変化しやすい黄銅や銀の食器を使用したことが起源との説明を受けた。韓国や中国の箸の先端が尖っていないのは会食中に箸で目を突かれ、暗殺されない為の防護策といわれている(真偽不明)。

次回はプチョン市立老人医療療養複合施設と同じ事業者であるヘウォン(蕙園)医療法人財団が運営している「メディ・プレックスセジョン(世宗)病院」を紹介したい。2017年4月にオープンしたばかりの、韓国が誇る民間循環器病院である。

Asian Medical Conference on Child Health in Kagawa 2018

Thursday 24 May 2018 - Saturday 26 May 2018

Shikoku Medical Center
for Children and Adults
JAPAN



学会報告 AMCCH(Asian Medical Conference on Child Health)に参加して



この度、5月24～26日に四国こどもとおとの医療センターで行われたAMCCH(Asian Medical Conference on Child Health)に参加させて頂きました。私は「ノイズメーター導入による騒音可視化は騒音対策として有効か?」についてポスター発表を行いました。アメリカ小児科学会は、NICUにおいて45dBを超すノイズは可能な限り避けるべきであると勧告しています。しかし、現状は医療機器の音や作業音など多くの騒音が発生しています。今回当院では新たにノイズメーターという騒音を可視化する機器を導入しました。本研究では騒音対策としての有効性は認められませんでしたが、児にとって過ごしやすい環境づくりに今後も努めていきたいと思います。今回発表するにあたり、研究の分析方法や英文を作成することに四苦八苦しました。院長先生・北田先生に何度もご指導頂き、なんとか形にすることことができました。また、学会発表当日には初めての英語での学会発表や質疑応答への対応など不安や緊張感に戸惑いましたが、座長の浅井医師と事前に研究内容についてお話させて頂いたことで少し緊張が解れ発表に臨むことができたと思います。実施した研究について海外の方にも伝えることができ素晴らしい機会を頂くことができました。

そして、他院の管理栄養士の発表では、アレルギーをもつ子どもが普段は食べられないメニューを、食べられる食材で代用して調理し提供しているという取り組みについて学ぶことができました。例え

ば、当日紹介されていたものでは卵の代わりにカボチャをペースト状にしプレスしたものでご飯を包んだオムライスが紹介されました。見た目はキャラクターや季節に関係したものをイメージして作られており、見た目も楽しめる食事になるように工夫していました。

発表翌日には四国こどもとおとの医療センター内を見学させて頂きました。その中で私は、壁や廊下などに様々なホスピタルアートが施されていたことが印象的でした。廊下の壁には小さな扉がついており、その扉の中にはボランティアスタッフの方が作られたおもちゃやマスコットなどが入れられています。扉を開けた子どもも中に入っているものを自由に持ち帰ることができ、発見する喜びや楽しみを得られるような工夫がされていました。また、屋上には外に出られるガーデンがありました。そこにはたくさんの花やベンチが置かれており、天気や季節を感じることができます。さらに、様々な高さのベンチが用意されており子どもも大人も身長に合わせて利用できるようになっていました。ベンチの下には虫のモチーフが置かれているなどガーデンにもたくさんの楽しい工夫が施されていました。当院でもエレベーターや外来等の案内表示にホスピタルアートが採用されており、今回の見学を通してホスピタルアートにより患者さんが親しみやすい病院を目指すことができると実感しました。これからも子どもも大人も楽しめるホスピタルアートが追加されることを期待しています。ありがとうございました。



Does noise visualization using noise meters help to protect against noise generated in neonatal intensive care units?



Saho Fujii¹⁾ Aya Kihara¹⁾ Yuka Kubo¹⁾ Miho Hinokuchi¹⁾ Yurina Fujiwara¹⁾ Chieko Kita²⁾
 Kaori Okinaga¹⁾ Naomi Kihara³⁾ Shinobu Oda¹⁾
 Fukuyama Medical Center¹⁾ NHO Yamato Mental Medical Center²⁾ NHO Okayama Medical Center³⁾

Object

To determine whether introducing noise visualization can protect against noise.

Methods

Levels of noise >65dB were measured using a sound meter every 6 hours for 5 days before (point 1) and at one and two months after introducing a noise meter (point 2 and 3), and then the daily average amount of noise was calculated. Noise factors were also evaluated at the three points when a red light on the noise meter indicated noise levels >65dB. Ten background factors including the numbers of doctors, nurses, and crying neonates were also assessed, and differences among the three points were analyzed. The Ethical Review Board at Fukuyama Medical Center approved this clinical study. Data were statistically analyzed using SPSS.

Results

- The remarkable differences were not recognized in the background factors at points 1, 2 and 3, and the levels of noise depending on various noises.
- Statistically positive correlations were observed between the number of nurses and those of alarm sounds and opening and closing drawer, between the number of neonates in NICU and those of opening and closing infectious waste disposal boxes and paper discharge sounds, and between the number of neonates in cot and moving sounds of electronic medical chart devices etc.
- The number of noise levels >65dB at points 1, 2, and 3 measured by a sound meter and a noise meter did not significantly differ.

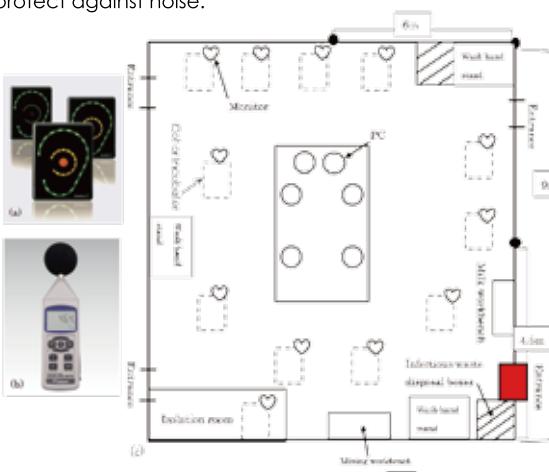


Fig.1
Apparatus for setting position for noise measurement in NICU

Table1 . The background factors

	Point1	Point2	Point3
1.No. of nurses	18.0±0.7	21.8±3.3	21.2±0.8
2.No. of neonates	21.2±1.8	23.6±2.2	22.4±0.5
3.No. of incubator	5.4±1.1	6.0±2.4	4.0±1.2
4.No. of cot	16.0±1.6	17.0±1.6	18.4±1.3
5.No. of new patient	1.2±1.1	2.0±1.9	1.0±1.2
6.No. of discharge	2.2±2.1	2.8±1.3	2.4±1.9
7.No. of respirator	1.8±0.4	2.8±0.4	4.0±0.0
8.Nasal DPAP	0.8±0.8	1.6±1.3	0.0±0.0
9.Nasal High Flow	0.8±0.4	0.6±0.5	0.2±0.4
10.No. of syringe pump	15.6±6.1	15.8±3.9	21.4±4.3

(mean±SD)

Table2 . The noise levels of various sounds

	average
1.Opening and closing infectious waste disposal boxes	67.3±0.3
2.crying	69.4±2.7
3.milk workbench	65.9±2.0
4.paper discharge	64.4±3.6
5.alarm	67.2±2.7
6.mixing workbench	70.4±5.3
7.human voices	65.6±1.6
8.object moving	72.3±4.8
9.Fall of the object	65.3±1.4
10.sink workbench	69.0±2.7

(mean±SD)

Table3 . The correlation between the background factors and various sounds

	1	2	3	4	5	6	7	8	p<0.05
No. of nurses	r 0.24	0.50	0.37	0.14	0.17	0.21	-0.26	*0.15	
opening and closing infectious waste disposal boxes	p 0.37	0.05	0.17	0.60	0.52	0.44	0.33	0.58	
crying	r -0.11	0.21	0.50	0.50	0.20	*0.15	*0.05	0.35	
milk workbench	r 0.59*	0.34	*0.24	*0.17	*0.06	0.04	*0.24	*0.01	
paper discharge	p 0.02	0.20	0.38	0.53	0.81	0.88	0.37	0.95	
alarm	r 0.24	0.63*	0.39	0.24	0.40	0.10	*0.05	*0.05	
mixing workbench	r 0.38	0.01	0.15	0.37	0.13	0.72	0.86	0.85	
human voices	r 0.50	0.45	0.81	0.43	0.44	0.43	0.48	0.82	
object moving	r 0.46	0.56	0.28	0.90	0.79	0.57	0.88	0.53	
opening and closing drawer	r 0.27	0.08	0.37	*0.29	0.09	0.17	*0.17	*0.21	
sink workbench	p 0.33	0.76	0.17	0.27	0.73	0.54	0.53	0.44	

Table4 . The number of noise

	Point 1	Point 2	Point 3
A sound meter	2372.4±584.4	2789.8±1316.7	4255.2±2841.9
A noise meter	86.9±110.3	94.0±117.3	82.1±96.1

Noise levels >65dB per 6hours with a sound and a noise meter (mean SD)

Discussion

Noise visualization using a noise meter did not affect the amount of noise in the NICU, suggesting that changing nurses' awareness of noise protection is needed more than introducing an apparatus.

Conclusions

Overall, the effectiveness of actions and strategies to reduce the effect of noise in the NICU requires more investigation.



Topics

➤歯っぴーサロン特別篇

管理栄養士とのコラボレーションを開催して

当院で、毎月開催される『歯っぴーサロン』では、口腔管理のみならず、口腔に関わる多くのことを学んでもらえる場にしたいと考え、平成28年度より他職種とのコラボレーション企画を行っています。

8月24日(金)に行った「歯っぴーサロン特別篇」では、当院の管理栄養室の協力を得て、中畠管理栄養士に講師に来てもらいました。【赤ちゃんもお母さんも歯っぴー食事ライフ】と題したお話には、妊婦さんの栄養管理、注意して摂ってもらいたい栄養素や食材、離乳食の作り方・進め方、歯やお口の発達に合わせた離乳食の選択、管理栄養士のとておきのレシピなど、盛りだくさんの内容でした。今回、地域の産婦人科、小児科へ案内を配布したこともあり、当院の患者さんだけでなく、地域の方が多く、大人20名、子ども15名、総参加者35名と、いつも以上の参加者が来られました。ほとんどが、初めて歯っぴーサロンに来られる方だったのが印象的です。また、お母さんだけでなく、お父さん、おばあちゃんも子どもの守りをしながら一緒に参加されました。質疑応答の時間では、個別の質問も多く、それぞれの月齢に応じたアドバイスもあり、集団指導だけでなく個別指導も行うことができました。お母さんたちは、初めて知った内容も多くとても勉強になったと同時に現在実践されている離乳食の内容に「大丈夫ですよ、それでいいですよ」という管理栄養士の言葉に安心したことと思います。参加された方からは「とても楽しく、ためになるお話を来てよかったです」「また来たいと思います」「初めて参加させてもらいましたが、とても自由な雰囲気で楽しく学べました」などの感想をいただきました。そして何よりも、ベビーカーに乗った子どもたちが、長時間本当に頑張ったと思います(笑)

私たち歯科衛生士は、人の生活中でもっとも重要な『食』を支える職種として、産まれたばかりの乳幼児から高齢者まですべてのライフステージの方に向け、管理栄養士とコラボレーションしていくといけないといけない、そのニーズも強く感じるイベントとなりました。

今年も、快く協力してくださる当院栄養管理室の皆様には、心より感謝申し上げます。



10月の口腔イベントのご案内

さて、10月には『入れ歯の日のイベント』を開催します!

10月8日は、語呂合わせで「入れ歯の日」と言います。今年は、10月8日が祝日のため、10月5日(金)に開催します。

入れ歯にはたくさんの細菌が付着します。常にお口の中に入れているので、細菌が増殖しやすい環境にあります。入れ歯にも歯石が付きますし、カビも生えます。ですから、入れ歯は清潔に管理しておく必要があります。

皆さんは、入れ歯の正しい管理方法をご存じですか?「入れ歯は歯磨き粉を使っていいの?」「傷が入るから歯ブラシで磨いてはいけないって聞いた」「ポリ袋に浸けるから磨いてないけど大丈夫」「ティッシュにくるんで保管している」などなど…間違った情報をたくさん耳にします。

入れ歯を使っている方はもちろん、口腔ケアの介助をしているご家族や在宅訪問・施設で勤務されている介護職や医療職の方にも正しい知識を持っていただきたいと思います。

予約不要、参加無料になっていますので、たくさんの方にお越しいただければと思います。

主任歯科衛生士
藤原 千尋



歯っぴーサロン特別篇

歯科衛生士×管理栄養士
コラボレーション!

偶数月に開催している「0歳から始めるオーラルマネジメント」は
今回、歯科衛生士と栄養士がコラボレーションして
「0歳から始めるオーラルマネジメント特別篇」を開催します!

日時 * 2018年8月24日(金)11:00~12:00

場所 * 福山医療センター
外来棟2階 ひまわりサロン室

内容 * 「赤ちゃんもお母さんも歯っぴー食事ライフ」
担当:管理栄養士
「0歳から始めるオーラルマネジメント」
担当:歯科衛生士

★参加無料・予約不要です★
お母さんお父さん以外にも、おじいちゃんおばあちゃん、その他のご家族など赤ちゃんに関わるすべての方にご参加いただけます
赤ちゃんと一緒に参加も可能です
「歯が無くてもお口のケアって必要な？」
「離乳食ってどんな食材でどのくらいの量から始めるの？」
そんな疑問にお答えします！今まで参加されたことがある方も
0歳からはじめるオーラルマネジメント特別篇にもぜひお越し下さい♪

【お問合せ】
福山医療センター
TEL:084-922-0001(代表)歯科衛生士まで

入れ歯の日
イベント開催

10月8日は入れ歯の日です
入れ歯の日にちなんで一緒に正しい入れ歯の
お手入れ方法を学んでみませんか？
【～意外と知らない入れ歯の話～】
講師に、gsk グラクソ・スミスクライン(株)の方をお
お迎えし、お話ししていただきます
参加費無料！どなたでも参加可能！！
皆様のご参加お待ちしています

日時：10月5日(金)14:00~15:00

場所：管理棟3階 ひまわりサロン

内容：入れ歯の正しい管理方法

入れ歯用品の使い方

歯科衛生士に相談コーナー

サンプル・冊子プレゼント



福山医療センター/口腔相談支援センター



口腔相談支援センターにゅーす

～災害時のお口の管理について～

皆さんの防災グッズの中にお口のケア用品は入っていますか？災害時の避難所生活が長引くと、高齢者の方に誤嚥性肺炎などの呼吸器疾患が多くみられます。

1995年に起こった阪神・淡路大震災では、震災関連死のうち24.2%が肺炎と報告されています。東日本大震災発生後、厚生労働省から「歯・口・入れ歯の清掃がおろそかになり、特に高齢者では、誤嚥性肺炎などの呼吸器感染症を引き起こしやすくなる」との注意喚起がなされました。東日本大震災でも、震災関連死が疑われ、死因が判明した方のうち31.2%が呼吸器疾患で亡くなっているとの報告があります。

慣れない避難所生活での食事の偏り、ストレスによる免疫力の低下、風やインフルエンザなどの感染症が蔓延するとともに、水が十分に使えない環境で口腔ケアが怠り、お口の清潔が保てなくなっています。

ることにより、誤嚥性肺炎などの呼吸器の感染症を引き起こしやすくなります。

そこで、防災グッズに歯ブラシや液体歯磨き、洗口液、口腔ケア用ティッシュ、歯磨きガム（シュガーレスガム）などを入れておいてはいかがでしょうか。

液体歯磨きや洗口液は、歯ブラシの前後でうがいをするのに使用できます。殺菌作用もあるので、防災グッズに入れておくと役立ちますよ。

口腔ケア用ティッシュは歯ブラシの後にお口の中全体を拭うことで、うがいの代わりになります。

お口の中をきれいにすること（口腔ケア）は、「命を守ること」にも繋がります。災害時だからこそ「口腔ケア」が必要です。

災害時のお口のケア方法

水がない時の歯磨き
 ①コップに30cc程度水を入れます。その水で歯ブラシを濡らし歯を磨きます。
 ②歯ブラシが汚れたら、ティッシュで汚れをふき取りながら歯を磨きます。
 ③最後に、コップの水を2~3回に分けて
ふくふくうがいをします
洗口液を使用しても良いです

歯ブラシがない時のお口のケア
 ①口腔ケア用のウェットシートや柔らかいたんかち・ガーゼ等を指に巻きつけてお口の中の汚れをふき取ります
 ②少量のお茶か水でふくふくうがいをします
 洗口液を使用しても良いです

お口のケア方法をご紹介





スポンジブラシはお水につけ、水気をしぶる。
 口腔内の乾燥が目立つ場合は、スponジブラシに保存液をつけたか、お水の代わりに保湿効果の高いマウスウォッシュを使う。




頬と歯茎の間に器具や筋肉を入れ、汚れをかき出さないように奥から手袋へ数回動かす。
頬の内側から外側に向かって広げるようにし、マッサージをするように優しく汚れを拭きとる。

	防災品名	1人	2人	
衛生用品	歯ブラシ	1	2	
	液体歯磨き	1	1	500ml程度のものを1本、1回につき10ml想定
	入れ歯ケース	1	2	入れ歯が入るふた付きの容器（タッパーなど）でもよい
	下着	1	2	上下と靴下のセット
	タオル	1	2	スポーツタオル、バスタオルなど
	ウエットティッシュ	1	2	長期保存のきくもの
	爪切り	1	1	
	消臭・抗菌剤	1	1	身体の消臭・抗菌に。殺菌力が高く人体に負担の無いもの
	懐中電灯	1	2	ソーラー式、手回し式でない場合には電池も用意
	携帯ラジオ	1	1	ソーラー式、手回し式でない場合には電池も用意
	ゴーグル	1	2	※粉じんやガラス片から目を保護するために
	軍手・手袋	1	2	手を保護する防刃タイプがおすすめ
	防煙マスク	1	2	火災発生時の有毒ガスから身を守るために
	防塵マスク	1	2	粉じん、ほこりから気道を確保するために
	ヘルメット	1	2	飛来落下物から頭を保護するために
生活必需品	飲料水	※	※	10日分の備蓄（1日2リットル×10日分）
	食料	※	※	10日分の備蓄（栄養バランスを考えて）
	マルチツール	1	1	多機能工具（栓抜き・カン切り・ドライバー・穴空け・はさみ等）
	給水袋	1	1	配給された水を運搬するのに便利
	災害時トイレ	※	※	10日分の備蓄（1日排泄回数×10日分）
	トイレットペーパー	※	※	トレイの回数に応じて（芯を外しておくとコンパクトに）
	大人用紙おむつ	1	1	1パック（外出する際のトイレ不足に備えて用意）
	ボリ袋	2	2	保存、ゴミ袋、給水袋の代用など何かあると便利
	ポンチョ	1	2	雨、寒い時、トイレの目隠し、着替えの目隠しなどあると便利
	カイロ	1	1	1箱（食料の温め、身体の温めなどあると何かと便利）
	帆立パラソルケット	1	1	雨、寒い時、トイレの目隠し、着替えの目隠しなどあると便利
	現金	※	※	公衆電話の利用や買い出し用に、小銭を含めて3万円程度
	筆記用具	1	2	撥水ペーパーと油性のマジック
	ライター	1	1	
救護用品	携帯充電器	1	1	ソーラー式、手回し式でない場合には電池も必要
	痛み止め	1	2	常服薬があれば忘れずに
	消毒薬	1	2	
	滅菌ガーゼ	1	2	1パック
	脱脂綿	1	2	1パック
	止血パッド	1	2	1パック
	包帯	1	2	
	目薬	1	2	
	蒸留水	1	2	体についた汚れなどを洗い落とすのに便利
	三角巾	1	2	

携帯やスマートフォンにダウンロードしておくのもオススメ

病院パンフレット置き場に設置してます

24

禁煙外来成功第1例は、当院院長です!

【経過】

初回診察日:2018年4月18日

第2外来看護師

早川 由季子



禁煙の動機:健康維持

過去に耳針法でタバコをやめた経験があるが、失敗。

プリンクマン指数:800

プリンクマン指数とは…喫煙本数／日×喫煙期間(年)のこと

呼気中CO濃度:21ppm(ヘビースモーカー)

チャンピックス内服での治療を希望し、開始。

離脱症状なく順調に禁煙治療を進め、7月11日に禁煙治療終了した。

本人より「禁煙できて良かった!」との感想あり。

今後も健康維持のために禁煙を継続して頂きたいと思います。

他に、多くの禁煙に成功された患者さんがいらっしゃいます。 それぞれ表彰状をお渡ししています。



知っているようで 知らない常識 受動喫煙対策強化

健康増進法改正(H30.7.18)

経営企画係

高橋 みなみ



受動喫煙対策を強化する改正健康増進法が7月18日に成立しました。東京五輪・パラリンピックに向けて2020年4月に全面施行されます。対策は段階的に行われ、年内にも国や地方自治体での整備、来年度には医療機関や学校等の一部機関での実施、2020年4月には飲食店等でも全面施工される予定です。

今回の法案では病院や学校、行政機関などは敷地内全面禁煙ですが、必要な措

置を施せば屋外に喫煙スペースを設けることも可能です。飲食店や鉄道などは原則屋内(車内)禁煙となります。国が定める基準を満たした排煙設備があれば、屋内に喫煙室を設けることが可能になります。なお、加熱式たばこについては喫煙室内での飲食も可能だそうです。また、既存の飲食店の中で一定の基準を満たす小規模な飲食店に関しては、標識を掲示することで店内での喫煙が可能とする経過措置が取られます。

禁煙することで客の減少が考えられ、店の経営に影響を及ぼすという理由のためこのような措置が取られるようです。各施設の喫煙が可能な場所や経過措置により喫煙の出来る小規模な飲食店には、20歳未満が立ち入ることは出来ないようになっています。違反の際には都道府県



からの指導や勧告があり、それに従わない場合には罰則が科せられます。

厚生労働省は今回の法案で飲食店の中でも経過措置が取られる「例外」の対象となるのは約55%だと推計しています。対策が進んだとしても例外が過半数を超えるのは多過ぎるし、あまり意味がないのではないかと感じます。飲食店の売り上げに関わるという理由で今回の経過措置が取られていますが、この法案が成立する前に実際に全面禁煙化に取り組んだ飲食店もあります。

しかし、売り上げにそれほど大きな影響を与えていないようです。ある居酒屋チェーン店を例にとると、全面禁煙化により客単価の減少は起きているものの家族連れなどの喫煙をしない客層の増加によって、客数と売り上げがともに伸びたという結果が出ています。

一方で、店内で喫煙が出来なくなったことにより、店舗の外での路上喫煙やタバコのポイ捨てが以前より増えているとのことです。今回の法案では、屋内や敷地内の喫煙に関しては取り締まりの対象となっていますが、路上喫煙に関しては取り締まりの対象とはなりません。各都道府県の自治体による条例には、路上喫煙の取り締まりをするものもありますが、全国で行われているわけではありません。そちらも取り締まる法整備も進めていき、出来るだけ受動喫煙の機会が減らせるように積極的な環境整備を進めて欲しいと思います。

禁煙
外来

場 所:外来棟2階 耳鼻科外来
曜日と時間:毎週水曜日 13:30~16:00 完全予約制
問い合わせ:禁煙外来まで

健康と暮らしに役立つ がん治療最前線

Vol.11 「日本人の寿命と戦国武将の最期」



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准教授、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、人は動かし」。

日本人の平均寿命
日本は世界有数の長寿国です(平均寿命は男性八一歳、女性八七・三歳)。都道府県別では広島県は男女とも一〇位くらいと優秀です。そんな長寿国日本も明治・大正時代は四五歳、戦後すぐには五五歳くらいが平均寿命で、病気による死因は結核や肺炎などが一位(現在はがん死)でした。

長寿の原因として和食のヘルシーさが考えられます(「汁三菜」のバランスの良い献立、低脂肪かつ低カロリー、野菜中心の食物繊維、発酵食品、だし文化による薄味など)。血液サラサラ効果のある不飽和脂

肪酸(DHA、EPA)を多く含んだ、青魚摂取の減少は気になりますが。もう一つ、医療制度の充実や医療水準の高さが挙げられます。平均寿命に似た言葉として「平均余命」がありますが、これはある年齢の人人が平均あと何年生きられるかということです。

八〇歳男性の平均余命は約九年、女性は約一二年あります。〇歳時の平均余命のことをその年度の平均寿命といいます。

ちなみに哺乳類では、シロナガスクジラが平均八五年で一番長命といわれています。ゾウは約六〇年、飼い犬や猫は平均一五年、長寿の象徴のツルは二〇一三年で生きるのも、ゾウは野生の状態で一〇〇年以上生きるようです。

戦国武将たちは?
豊臣秀吉は六二歳で病死しましたが、死因についてさまざまな説があります。主なものを挙げれば、梅毒や大腸がん、疫痢(赤痢など)、尿毒症、かつて、腎虚などがあります。

関ヶ原の戦いで西軍から寝返った小早川秀秋は、二年後に二一歳で亡くなりました。酒の飲み過ぎが原因といわれています。極度の肝機能低下で起こる肝性脳

下天の内をくらぶれば、夢幻の如くなり」「時の流れのはかなさについて説明しているだけで、人の一生が五〇年といっているわけではない」とうたう幸若舞(敦盛)を好んで演じた織田信長は、本能寺の変でまさに四九歳で亡くなりました。

篠田達明博士の「偉人たちのカルテ」病気が変えた日本の歴史(朝日文庫)では、信長は本態性高血圧のため、明智光秀がもう數年待てば病死していただろうと推測しています。

豊臣秀吉は六二歳で病死しましたが、死因についてさまざまなものがあります。祖先が早くして有名でした。祖先が死にしており、大酒が健康を害すると考えていました。しかし本人は下戸ではなく、適度な飲酒の効用を理解しており、酒好きには酒を振る舞っていました。

結果、当時としては長命の七五歳で亡くなっています。自戒を込めて「酒は飲んでも飲まれるな」。次号は備後ゆかりの人について書いてみようと思います。

【世界の平均寿命】

順位	国名(男性)	平均寿命	順位	国名(女性)	平均寿命
1	香港	81.7	1	香港	87.7
2	スイス	81.5	2	日本	87.3
3	日本	81.1	3	スペイン	85.8
4	ノルウェー	80.9	4	韓国	85.4
5	スウェーデン	80.7	5	イス/フランス	85.3
世界平均		69.8	世界平均		74.2

(厚生労働省資料:日本は2017年、ほかは一部2016年)

看護部紹介 No.1

はじめに

新外来棟が完成し、1年が経過しました。今年も5月に「看護の日」のイベントを開催し、開催から2カ月ほど、看護部各部署の職場紹介を外来部門2階フロアや病棟へ行く途中の救急外来横の壁に掲示していました。見覚えのある方、見覚えのない方、記憶にない方などなどあるかと思います。そんな方々のために、各部署の特長や日頃から元気に仕事している看護部職員のことを知っていただこうと考え、5月に掲示していた写真を集めてみました。

(看護部長 岡本 悅子)

2A病棟（産婦人科病棟）紹介



スタッフ一同



患者さんと検査室へ



赤ちゃんのお世話

2A病棟は、看護師17名、助産師21名、看護助手4名で、今年は新しく8人の仲間が入りました。

スタッフ間の雰囲気がとてもよく、みんないきいきと看護している病棟です。

わからないことや質問など丁寧に優しくお答えいたします。遠慮なく聞いてください。

2A病棟

一般小児病棟は、24床で稼働しています。

病棟には、保育士があり、ブレイルーム（患者が遊べる部屋）もあり、入院に伴うストレスを紛らわすことができる環境になっています。また小児アレルギーエデュケーターと共にアレルギー疾患の治療や検査に積極的に取り組んでいます。

スタッフみんなで、1日も早く元気で退院できるよう応援しながら、治療やケアを行っています。

*小児アレルギーエデュケーターはアレルギー疾患の相談や教育を行っています。困った事があったら相談してください。



2B病棟スタッフ一同

2B病棟（一般小児）紹介

保育士が季節の行事や装飾などをしています



節分の様子



処置室の壁の飾り



クリスマス会の様子



夏祭りの様子

2B病棟

NICU・GCU

当院は、NICU12床 GCU12床で、年間約500人の入院を受け入れています。スタッフには、新生児集中ケア認定看護師2名、院内成育医療認定看護師8名、院内感染管理認定看護4名を中心、「赤ちゃんとご家族にやさしい看護」をモットーに、赤ちゃんの救命と愛情を込めたケア、専門性の高い看護を全員で実践しています。言葉で表現できないからこそ、小さなSOSを見逃さないことで、赤ちゃんの成長発達を促す看護が行えるように、日々頑張っています。病院での治療を乗り越え、一日でも早くご家族と一緒に過ごせるように、私たちスタッフ一同、全力でサポートしています！

3病棟・ICU

3病棟・ICU

3病棟紹介

3病棟は消化器外科・一般外科の手術を受けられる患者さんの看護を中心に行っています。術後は一日でも早く食事ができるよう援助させていただいている。

術前・術後の看護だけでなく、人工肛門を造設された患者さんや、ご家族が安心して退院できるよう支援を行っています。

また、化学療法を受けられる患者さんの苦痛を少しでも軽減できるよう看護を行っています。



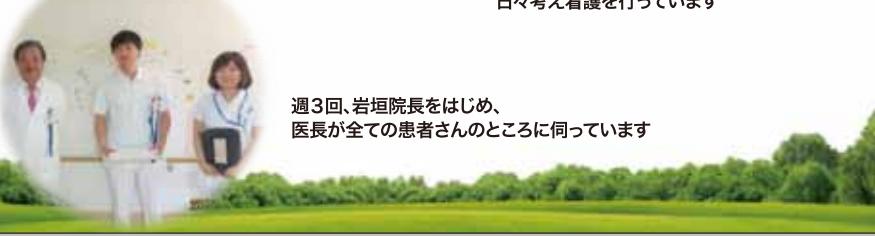
カンファレンスも積極的!!



とても活気のあるスタッフ!!



患者さんにできることは何なのか
日々考え看護を行っています



週3回、岩垣院長をはじめ、
医長が全ての患者さんのところに伺っています



ICU紹介

ICUは、侵襲の大きい手術を受けた患者さんをはじめ、重症患者さんの看護を中心に行っています。

また呼吸不全等で集中治療が必要な小児患児も受け入れており、赤ちゃんから大人まであらゆる対象患者さんの集中ケアを積極的に行ってています。

ICU退室が目標ではなく、少しでも早く社会復帰できることを目指し日々看護を行っています。



いつもSMILE!



循環器内科の経皮的冠動脈形成術などの
介助もしておりますよ!



患者さんの状態や看護計画等を情報共有し、
より良い看護が提供できるよう努めています!



患者さんの状態と生体モニターをにらめっこ



5A病棟紹介



呼吸器内科・呼吸器外科・循環器内科の病棟です。呼吸器は手術、化学療法、放射線治療、緩和治療の患者さんが多く、循環器内科では慢性、急性心不全の患者さんが入院されています。患者さんの立場にいたった看護を第一に考え日々スタッフで取り組んでいます。

5A病棟



5B病棟 内科・消化器内科



2017年7月に
入院棟4階から
外来棟の5階へ
引っ越ししました

5B病棟

内視鏡室の看護師も5B病棟のスタッフです。治療前後を通して一貫した看護を提供しています。



5B病棟は、内視鏡による治療や抗がん剤治療など内科的な専門的治療が数多く行われています。

また、糖尿病患者さんの教育入院も行っています。

入院されている患者さまが少しでも安心して治療が受けられるように、患者さまの思いに寄り添い専門的治療に対する誠実な看護の提供を目指しています。



6病棟紹介

～病棟の特徴～

- ・様々な診療科がある混合外科病棟54床
- ・手術や検査・処置などの急性期の治療・ケア
- ・化学療法・放射線療法や症状緩和を目的とした緩和ケア

【担当診療科】

- *泌尿器科
- *乳腺・内分泌外科
- *耳鼻咽喉・頭頸部外科
- *形成外科
- *脳神経外科
- *皮膚科

【スタッフ紹介】

- *看護師長：1名 *スタッフ：30名 *ナースアシスタント：4名
- *医師

 - ・泌尿器科：4名
 - ・形成外科：1名
 - ・皮膚科：1名
 - ・乳腺外科：2名
 - ・脳神経外科：1名
 - ・耳鼻咽喉・頭頸部外科：3名

多職種によるチーム医療を大切にし、各科でカンファレンスや多職種カンファレンスを積極的に行い、統一した方針のもと、患者様に合わせたケアの提供ができるよう心掛けています。

多岐にわたる診療科ですが、各チームが専門性を発揮できるよう、新人からベテランまでそれぞれが目標を持ち、チームコミュニケーションを大切にしながら取り組んでいます。

入退院が多く在院日数を短いで、患者様が安心して治療に臨めるよう、医師や他のスタッフと連携を取り、日々患者に励んでいます。

6病棟

看護の特徴

【泌尿器科】

医師・看護師を含め定期的に勉強会を行い、医療・看護の技術・知識を身につけ看護の質を高めていき、患者様に合った看護が行えるように連携しています。手帳を受けられた患者さんに退院パンフレットを用いて退院指導を行っています

【脳神経外科】

脳卒中病棟出院や施設入院などによる症状の改善・治療を行っています。症状の緩和を図り患者様のニーズに合った看護を考え方で行っています。

形成外科

日々、医師・看護師・リハビリスタッフを含む患者様の情報を共有し、様々な医療スタッフと連携しながら患者様の思いに沿った看護を行っています。

耳鼻咽喉・頭頸部外科

医師・看護師との勉強会を開き、新しい技術や設備などについて日々勉強し、多職種と連携して患者様に合った看護を提供できるよう努力しています。

【乳腺外科】

週1回、医師・看護師・理学療法士で集まり患者様の情報を共有し、患者様の退院後についてもさながら、日々の看護を行っています。また月1回、医師・看護師・多職種との勉強会を行い、知識の向上を図っています。乳腺外科の患者様(乳房の手術を受けられる方)へパンフレットを渡しています。手術、リハビリ、退院後の生活について、患者交流会について等の情報が記載されています。

7病棟

【7病棟(整形外科)看護方針】

きめ細やかな周術期看護ケアと多職種チーム医療により残存機能を最大限発揮できるように自立・自律を支援します。

【スタッフ】

- 医師 6名、看護師 32名
- ドクターアシスタント 1名
- 看護助手 4名

リハビリ(OT・PT・ST)

- 病棟専任薬剤師
- 病棟専任MSW
- 歯科衛生士・管理栄養士

【多職種チーム】

- 認知症ケア・摂食嚥下
- 感染・褥瘡・NST

【病棟の特徴】

脊椎・人工関節センターとして年間1000件を超える手術を行っています。また、各種手術のクリティカルパス(治療内容・検査・リハビリ・食事・ケア等の標準的な経過を分かりやすく示したスケジュール表)を作成し、安心と信頼して頂ける医療を提供します。

平成26年4月より脊椎・人工関節センターを設立し、多くの患者さんが当院での手術を希望され、機能回復等を目的に入院されます。平成29年度は1000件を超える手術が実施されました。

病棟内にはリハビリ室が併設されており、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士によるリハビリテーションが365日実施されています。

今回はここまでとします。
残りの部署は次号に続きます。

INCIDENT 医師がインシデント報告をすべき25項目

福山医療センター 医療安全管理室

大塚 真哉 仲田 雅江

患者安全、医療安全が叫ばれている昨今、重大な医療事故(過誤)、医事紛争の報道が毎日のようにあります。医療事故をゼロにすることは不可能ですが、インシデント報告を行い分析し、フィードバックすることにより重大な医療事故を未然に防ぐことは可能です(実際、報道されている過去の重大な医療事故症例についても、その前に似たようなインシデントがあるのです。報告書が出されていないか、出されていても活かされていなかった事例がほとんどです)。この度、7月、鹿児島で開催された消化器外科学会の医療安全関連の特別企画における自治医大さいたま医療センター：遠山信幸氏の『有害事象報告から学ぶ医療安全対策』を下に、従来の当院における患者影響レベル、パリアンス報告用紙(手術室、内視鏡室等)をまとめて、「医師

がインシデント報告をすべき25項目」として提示しました。当院では、特に医師のインシデント報告が少なく、前2016年度33件(全体の0.9%)、2017年度78件(2.7%)です。因みに、さいたま医療センターの医師報告基準は30項目です。医師報告基準を明文化し、徹底することにより2017年度医師インシデント報告は970件(3.3%)と、当院の医師報告件数の10倍強です。医師報告基準明文化により、医師の報告件数が増加し、医師も事例検討会に積極的に参加するようになり、再発予防につながった由。インシデント報告は決して個人の責任を追及するものではありません。今回作成した医師報告基準を下に、当院においても、医局からの報告が増加し、重大な医療事故の未然防止につなげたいと考えています。

A.医療行為の有無に関わらず予期せぬ急変事例

1. 死亡症例
2. 呼吸停止(補助呼吸を必要としたもの)
3. 急性循環不全(一過性の心停止も含む)
4. JCS3桁の意識障害(持続性のもの)

B.医療行為に伴うもの

5. 手術時の大量出血(予定輸血量より5単位以上のRCCが必要となったもの)
6. 手術時間の延長(想定の2倍以上、若しくは4時間以上)
7. 術後の遺物残存
8. 手術や処置に伴う予期せぬ追加手術(他臓器損傷に伴う修復術も含む)や再手術、IVR
9. 大幅な術式の変更
10. 麻酔に伴う、治療を要する有害事象
11. 内視鏡検査時の消化管穿孔、大量出血、重症肺炎、外科的処置が必要となったもの
12. 内視鏡前処置による有害事象
13. CVC挿入に伴う合併症(気胸、動脈穿刺など)
14. 治療(注射含む)に伴う歩行障害や麻痺、その他想定外の持続する神経障害
15. 薬剤や造影剤によるアナフィラキシーショック(入院が必要となったもの)
16. 薬剤の誤投与、過剰投与などの誤薬
17. 異型輸血並びに輸血に伴う有害事象

C.診断に伴うもの

18. 重大疾患(癌病変、脳梗塞、心筋梗塞、大動脈瘤など)の見落とし
19. 重大な検査結果の見落とし(血液検査、CT含む画像診断、病理結果など)

D.その他

20. 患者誤認、部位間違い、左右間違い
21. 重大な医療機器や医療材料のトラブル
22. けいれん発作(重積状態なもの)
23. 院内暴力、暴行
24. 小児虐待(見逃し例)
25. 個人情報漏えい

表1

医療事故影響度レベル

報告	レベル	障害の継続性	障害の程度	内容
インシデントレポート	0	一	一	エラーはあったが患者には実施されなかった
	1	なし	なし	結果として患者には影響がなかった
	2	一過性	なし	患者には影響を与えたが処置や治療は不要
	3a	一過性	軽度	簡単な処置や治療を必要とした(湿布、消毒等)
経過報告・事故報告 (※ホットライン報告もする)	3b	一過性	中・高度	濃厚な処置や治療を必要とした
	4	永続的	高度	重大な永続的障害が発生
	5	死亡	高度	行った医療行為又は管理が死因となった

薬剤投与・転倒・転落・検査、チューブエラー、患者誤認など
インシデントレポートはどんどん出してください(特に医局)。
重大事故を防ぐため個人の責任を追及するものではありません。

※インシデント報告は個人の責任を追及するものではありません。
※レベル3b(手術等の中等度の処置や対処が必要)、4(永続的障害)、
5(死亡)についてはホットライン報告(緊急電話連絡)もする(影響レベルは表1参照)。

連載 Vol.59

福山漢方談話会・患者さんのための漢方講座⑤

「夜間救急診療所に勤務して」

尾道市 久山医院
久山 栄一



いつの頃からか、夜間救急診療所が開設され医師会員が交代で務めています。20時から23時まで、そこでは1日分のお薬の投与が原則とされています。その中で漢方薬はなんと一剤のみ葛根湯7.5g一日分です。漢方を勉強しているものにとってあまりに辛いことです。その前に、何故、葛根湯のみがここで使用許可されているのか?これはひょっとすると落語の「葛根湯医者」を知るもの仕業ではないのだろうか?「落語の葛根湯医者」をご存知でしょうか?

「先生、頭が痛てえんで」「ああ頭痛だな。葛根湯をおあがり」。「先生、お腹が痛えんでござえます」。「ああ腹痛だな。葛根湯をおあがり。はい次の方」「いや、私は付き添いで来ただけで…」「まあいいから葛根湯をおあがり」という、これは落語の枕によく使われる笑い話なのです。

そこで、唯一使用可とされている葛根湯を夜間診療所で使い病気と闘うには?と調べてみました。なんと臨床応用は、感冒のごく初期から始まり30項目にものぼることが判明。さて、何回か勤めてみて、多くの場合、患者は発熱その他風邪の方が多いのです。そうそう、インフルエンザの場合、タミフル5日分、リレンザは2吸入が使用許可されています。無理をお願いして夜間診療所では2日分までの処方は許可を頂き、こうするがぜん戦いややすくなります。

風邪の場合、80%がウイルス性のものとされていますので、抗生素を使うことはありません。細菌性の肺炎が強く疑われる時は別で、CRP、ときには胸部XP検査も行い抗生素の使用もあります。

葛根湯の構成は葛根8g、麻黄4g、桂皮3g、生姜g、大棗4g、芍藥3g、甘草2gからなっています。説明書によれば、桂枝湯に葛根と麻黄を配合した葛根湯は表寒、表実の患者さんで項背部のこわばりをきたした場合に用いる。葛根は生津・活血の効能をもつて、津液が減少したり血管収縮が強いために生じた筋肉のこわばりを改善する。また、葛根湯には辛温解表薬とともに辛涼解表の葛根の配合があるために、表寒と表熱の移行型の患者さんにも用いることが出来、適応の範囲が広い。

傷寒(風邪、インフルエンザ)に対して葛根湯を上手く使用するためには、薬の量、投与方法(時間、間隔)その後の指示(発汗を促す為にたくさん着込んで身体を暖め、うどん、おかゆなど暖かい食べ物を食べさせ布団をかぶって寝る、安静)多量の水分も麻黄の主成分の吸収を促す。実際には体力・症状に応じて麻黄湯、桂麻各半湯、葛根湯あるいは大青竜湯など麻黄の量を考えながら用量を加減し発汗や解熱状況をみながら1~2時間おきに服用させ、発汗すれば減量していく。解熱しなければ倍量15gを分4にした葛根湯などで次の医師にひきついでいく。これが夜間診療所の医師のお仕事の一端です。

III MOURI DESIGN・デザインノート

みんながうれしい 「伝わるデザイン」

Design No.20

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る。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(プランディング)をご紹介させていただこうと思います。また、今では大小問わずほとんどの企業が取り組んでいるプランディング、ブランド戦略についてもお伝えできたらと思います。



■ 「お寺」の婚活イベント

今回紹介させていただくのは、昨年より福山市のお寺で開催されている婚活イベント「寺コン・結(ゆい)フェス」のプランディングデザインです。若い世代の方々に、お寺をもっと身近に感じ親しんでほしいとの想いと、より社会に貢献できる存在としてのお寺でありたいとの想いを大切にして、トータルデザインをしています。お経や坐禅体験、ミニ地蔵さんづくりや、お抹茶、和菓子でのお茶タイムなど、プログラムも全てプランディングしています。良いご縁をいただけるイベントとしてだけでなく、お寺を身近に感じて楽しんでもらえるような、エンターテイメント性の高いイベントであることも大切にしています。和尚さんたちのおもてなしの心がたくさん詰まったイベントです。

患者窒息(蒸しパン)看護師注意義務違反認容事例

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 東京地方裁判所平成26年9月11日判決

主文

一 被告医療法人社団Yは、原告甲野太郎に対し、4804万3545円及びこれに対する平成19年4月5日から支払済みまで年5分の割合による金員を支払え。

二 原告甲野太郎のその余の請求及びその余の原告らの請求をいずれも棄却する。

三 訴訟費用は、原告甲野太郎に生じた費用の2分の1と被告医療法人社団Yに生じた費用の100分の96は、これを3分し、その1を同被告の負担とし、その余を同原告の負担とし、同原告に生じたその余の費用と被告丙川夏夫に生じた費用の100分の96は、同原告の負担とし、その余の原告らに生じた費用、被告医療法人社団Yに生じた費用の100分の4及び被告丙川夏夫に生じた費用の100分の4は、いずれも同原告らの負担とする。

四 この判決は、第一項に限り、仮に執行することができる。

事実及び理由

第一 請求

一 被告らは、原告甲野太郎に対し、連帯して1億4128万4493円及びこれに対する平成19年4月5日から支払済みまで年5分の割合による金員を支払え。

二 被告らは、原告甲野花子に対し、連帯して220万円及びこれに対する平成19年4月5日から支払済みまで年5分の割合による金員を支払え。

三 被告らは、原告甲野松夫、原告甲野竹夫及び原告甲野梅夫各自に対し、連帯して110万円及びこれに対する平成19年4月5日から支払済みまで年5分の割合による金員を支払え。

第二 事案の概要

本件は、くも膜下出血で被告医療法人社団Y(以下「被告Y」という。)の開設するA病院(以下「被告病院」という。)に搬送され緊急手術を受けた原告甲野太郎が、被告病院に入院していた術後5日目の昼食中に、蒸しパンを喉に詰まらせ窒息したことについて、同原告及びその近親者であるその余の原告らが、被告Y及び被告病院における原告太郎の主治医であった被告丙川夏夫には、経口摂取の判断を誤った、あるいは適切な食事介助を怠ったなどの過失ないし注意義務違反があり、これにより同原告は窒息に起因する精神障害二級の後遺障害を負ったなどと主張して、被告丙川に対しては不法行為に基づき、被告Yに対しては不法行為(使用者責任)又は債務不履行責任に基づき、損害賠償を求める事案である。

一 前提事実(掲記した証拠等及び当事者間に争いがない事実によって認められる。)

《略》

二 争点及び当事者の主張

《略》

第三 当裁判所の判断

一 認定事実

《略》

二 注意義務違反について

(1) まず、原告らは、被告らが本件当日原告太郎に食物を経口摂取させたこと自体が注意義務違反ないし過失に当たると主張する。

ア 《証拠略》によれば、くも膜下出血を含む脳卒中の急性期の患者には、意識障害や脳神経障害に由来する嚥下障害が認められることが多く、誤嚥性肺炎の発症を防止するため、経口摂取を開始するに当たっては慎重な対応が必要であるが、他方で、QOL(生活の質)改善の観点からは、なるべく早期から経口摂取を開始することが有効であり、術後早期から患者の摂食、嚥下機能を評価し、経口摂取への準備を進める必要があるとされていること、文献には、実際の食物を用いての摂食、嚥下訓練は、意識が清明で、全身状態が安定し、口腔内汚染がないという前提で、臨床評価やスクリーニングテスト(質問紙法、反復唾液嚥下テスト、水飲みテスト等)を行うなどして安全な摂食条件が設定できた場合に開始し、患者の嚥下の状態を見ながら、ペースト食や刻み食、一口大食などと段階的に通常の摂食状

態に近付けていくなどと記載されていることが認められる。

イ 前記認定事実によれば、原告太郎は、4月1日昼からアイソトニックゼリーの経口摂取を開始し、同日の昼食時にはむせが見られ少量の摂取にとどましたが、同日の夕食はほぼ全量を摂取し、翌2日には、JCS3~10の意識状態にある中、被告丙川の指示により、全粥食の摂取が開始されており、その後本件当日の朝食に至るまで、いずれの食事においても、むせなどの誤嚥の兆候はうかがわれず、ほぼ全量ないし3分の2程度を摂取していること、4月3日の朝食にはロールパンが出されたが、同原告はこれも問題なく摂取していることが認められる。

ウ これによれば、原告太郎の嚥下機能に特段の障害があったとは認められず(本件事故も、同原告が蒸しパンを一口大にちぎることなく大きな塊のまま口に入れて喉に詰ませたというものであって、嚥下機能に障害があったことを直接示すものではない。)、被告丙川は、診療録に同原告の食事の状況について「良好」、「全量摂取」などと逐一記載して、同原告の摂食状況を観察評価しながら、同原告に特段の嚥下障害はなく経口摂取が可能であると判断し、経口摂取を継続していることが認められる。

エ 松谷雅生医師は、その意見書及び証人尋問において、本件においては上記アのようなスクリーニングテストが行われていないことを指摘し、また、JCS10の状態では経口摂取をさせない場合が多く、本件当日の意識状態はJCS3~10で変動しているため、経口摂取を開始、継続するにはそれなりの積極的な準備が必要である旨の意見を述べているが、他方で、JCS3までの軽度意識障害の場合、経口摂取開始に当たって事前のスクリーニングテストを行わないことも許容の範囲であり、本件においては上記イのような経口摂取のさせ方もスクリーニングテストの一種と評価することができる、JCS10であるからといって一概に経口摂取が許されないというわけではないし、本件事故当時、原告太郎は自ら蒸しパンを口に持っていたという以上、意識状態はJCS3であったと考えられるとの意見も述べている。

オ 以上によれば、本件当日の昼食について、原告太郎に経口摂取をさせたことや、蒸しパンを提供したことそれ自体が不適切な措置であるとまで認めるることはできない。なお、原告太郎には本件当日の午前9時頃にアブニアやSPO2の低下が認められ、午後0時頃にもアブニアが認められたが、これらが本件事故当時まで継続していたとは認め難く、前日と特段変わった状況にあったものとはいえないから、このことをもって上記の判断は左右されない。

(2) 次に、原告らは、本件当日の昼食時、原告太郎の食事を介助するに当たって、食事の動作を慎重に観察し、蒸しパンの提供に当たって一口当たりの量を適切に管理、指導すべきであったにもかかわらず、被告らはこれを怠った注意義務違反ないし過失があると主張する。

ア 上記(1)アの文献のとおり、嚥下訓練に当たっては、患者の嚥下の状態を見ながら、ペースト食や刻み食、一口大食などと段階的に通常の摂食状態に近付けていくものとされている。

イ 前記認定事実によれば、本件当日は、手術から僅か5日しか経っておらず、原告太郎の意識状態は午後0時頃の時点でJCS3~10、蒸しパンを口に入れた時点ではJCS3であったが、《証拠略》によれば、JCS3の意識状態とは、良い状態であっても、辛うじて名前を言うことが出来る程度で、それ以上の質問には答えられないという状態であるから、してはいけないことやしても良いことを理解する能力が低下し、食事を摂取するに当たり、自分の嚥下に適した食べ物の大きさや柔らかさを適切に判断することが困難な状況にあって、食べ物を一気に口の中に入れようとしたり、自分の嚥下能力を超えた大きさの食べ物をそのまま飲み込むとしたりする行動に出る可能性があるのみならず、嚥下に適した大きさに咀嚼する能力も低下しており、原告太郎の食事介助に当たる看護師は、そのことを十分に予測することができる状況であったことが認められる。

ウ さらに、《証拠略》によれば、パンは唾液がその表面部分を覆うと付着性が増加するといった特性を有し、窒息の原因食品としては上位に挙げられる食品であること、このことはリハビリテーションの現場では広く知られていることが認められる。

エ 以上によれば、本件事故当時原告太郎の食事の介助を担当する看護師は、蒸しパンが窒息の危険がある食品であることを念頭に置き、同原告が蒸しパンを大きな塊のまま口に入れることのないように、あらかじめ蒸しパンを食べやすい大きさにちぎっておいたり、同原告の動作を観察し必要に応じてこれを制止するなどの措置を講ずるべき注意義務を負っていたというべきである。

オ しかしながら、本件においては、本件事故が発生した1分以内に吸引処置が講じられていることからすれば、原告太郎が食事を摂っている間、看護師が近くにいたことは推認されるものの、食事介助を担当した看護師においては、蒸しパンを食べやすい大きさにちぎって与えることをしなかったことは明らかであるが、それ以上に具体的にどのように同原告の動作を観察し、どのように対応したかは証拠上不明であって、上記の注意義務を尽くしていたと認めることはできない。

被告らは、本件事故は、原告太郎が看護師の制止にもかかわらず、突然蒸しパンを一気に口中に入れたことによって発生したものであって、瞬間に起きたものであるから回避不可能であったと主張するが、この主張を裏付ける証拠はないし、当時同原告の意識状態はJCS3であって、制止することができないほどに俊敏な動作が可能であったとは考え難い。

以上によれば、本件事故当時原告太郎の食事介助を担当した被告病院の看護師には、同原告に対する適切な食事介助を怠った過失ないし注意義務違反が認められる。

カ 他方、主治医である被告丙川については、自ら原告太郎の食事介助をすべき義務があるとはいえないし、同原告に提供すべき食事の形態について指示をしており、それで医師としての注意義務は尽くしているというべきであって、蒸しパンを絶えず摂取させるに当たり、担当看護師に対して、上記のような具体的な食事介助の方法についてまで指示をする義務があったとは認め難い。

したがって、原告太郎に対して適切な食事介助がなされなかつた点について、被告丙川に過失ないし注意義務違反があったとは認められない。

三 結果及び因果関係について

(1) 上記二(2)で示したとおり、被告病院の看護師は、原告太郎に対して適切な食事介助をするべき注意義務を怠ったものと認められ、そのような注意義務を尽くしていれば、本件事故が発生することはなかつたと推認される。

そして、本件事故において原告太郎は一分間程度は呼吸停止の状態にあり、本件事故後同原告の意識状態はJCS200～300と急激に低下し、そのような状態が4月8日頃まで継続したこと、同原告が著明な脳血管攣縮や水頭症を発症したような事情もうかがえないことからすると、上記の意識低下の原因が本件事故にあることは明らかである。

(2) 被告らは、原告太郎の現在の症状は、くも膜下出血の後遺症あるいは手術の合併症としての小脳梗塞によるものであって、本件事故によるものではないと主張する。

ア この点について、松谷医師は、その意見書及び証人尋問において、原告太郎のくも膜下出血は、術前においてH&K分類でグレード二であって、一般に予後が良好とされるものであり、本件事故がなければ、遅くとも4月9日にはJCS2以上に回復した可能性は高く、小脳梗塞による失調性歩行、左手の巧緻運動障害、左上下肢のしびれなどが後遺症として残存したとしても、現状のような高次脳機能障害はなく、十分に家族、他人との協調性のある交流が可能で、復職はかなはずとも自立て家庭生活を十分営むところまで回復した可能性は高い、本件事故(窒息)により脳全体に脳循環不全が及び、これが脳損傷(脳虚血変化)を引き起こし、脳機能に多大な影響を与えたとの意見を述べている。

他方で、鳥山英之医師は、意見書において、原告太郎のくも膜下出血は、術前に再出血を起こし意識状態が悪化していた可能性が高く、同原告の後遺障害は、くも膜下出血自体と本件事故による低酸素脳症の双方が影響しており、本件事故がなかったとしてもJCS2に回復したとか、記録力障害や注意力障害が残らなかつたという根拠に乏しいとの意見を述べ、大野喜久郎医師は、意見書において、同原告の後遺障害の主たる原因是本件事故による低酸素脳症である可能性が高いと思われるが、くも膜下出血による一次障害、急性水頭症、脳血管攣縮あるいは小脳梗塞の影響により記録力障害や注意力障害が後遺症として残ることもあるとの意見を述べている。

イ 『証拠略』によれば、呼吸停止に伴い、意識を失うか失いかけ、チアノーゼを起こし、呼吸停止が5分以上継続すると、脳が不可逆的に損傷を受け、高次脳機能障害をもたらす可能性があることが認められる。原告太郎の呼吸が停止していた時間は1分程度と考えられるが、当時同原告の意識状態はJCS3～10で、くも膜下出血の影響で脳機能が健常な状態にはなかつたから、呼吸停止の時間が1分程度であっても不可逆的な脳損傷が生じる可能性は十分あるものと考えられるし、

前記のとおり本件事故後同原告の意識状態はJCS200～300と急激に低下し、そのような状態が4月8日頃まで継続したことからすれば、上記の後遺障害が本件事故と密接に関連していることが認められる。上記アの3名の医師も、いずれも本件事故と上記の後遺障害との間の関連性を認めており、被告丙川も前記一(1)カ(エ)の説明から、本件事故により原告太郎の脳に不可逆的な損傷が生じた可能性があることを認識していたと認められる。

なお、前記第二、一(2)ケのとおり、原告太郎は血管性認知症と診断されているが、『証拠略』によれば、血管性認知症とは、脳血管障害に関連して出現した認知症を総称するものであるから、血管性認知症との診断があることによって以上の認定は左右されない。

ウ 他方で、原告太郎のくも膜下出血の術前の状況は、被告病院に搬送された時点では意識状態は清明に近い状態であったものの、『証拠略』によれば、術前に2度にわたって頭部CT検査が行われており、2回目の方が1回目より脳室の拡大が見られ再出血も疑われる所見であったことが認められる。Fisher分類が最も重い四と判定されたのは、この2回目のCT検査の結果によるものと推認されるのであり、その時点では原告太郎は鎮静剤の影響で入眠中であって意識状態は判断し難いことからすると、術前のH&K分類でのグレード2の判定は、被告病院に搬送直後の状態に基づくものと推測され、術直前の状況を反映するものということはできない。そうすると、術直前における原告太郎のくも膜下出血の重症度はかなり高かったものと認められるところであり、必ずしも良好な予後は期待し難いものであったと認められる。

エ そして、『証拠略』によれば、一般に、くも膜下出血を原因として認知症を生じることがあるが(血管性認知症)、この中にはくも膜下出血に続発する脳血管攣縮や水頭症に起因するものほか、出血そのものによって引き起こされるものもあることが認められる。また、前記のとおり、原告太郎には手術後から手術の合併症として左小脳に梗塞が生じており、これにより松谷医師が述べるような運動障害を主たる症状とする後遺障害が残存する可能性があったことが認められる。松谷医師は、意見書及び証人尋問において、出血の部位と出血血管の支配領域、梗塞の部位から見て、出血や梗塞が精神障害を引き起こす可能性は考えにくい旨の意見を述べるが、同医師の意見によても、本件事故がなかった場合に原告太郎が復職することができた可能性については相当に否定的であり、本件におけるくも膜下出血の重症度や、本件事故前に意識障害が残存していて、本件事故がなかった場合にこれが完全に消失したと断定まではできないことに照らすと、同原告の後遺障害は、主として本件事故に起因するものではあるが、くも膜下出血そのもの、あるいは手術の合併症としての左小脳梗塞も一定程度影響しているものと認めるのが相当である。

なお、大野医師が指摘する脳血管攣縮や水頭症の影響については、術後に原告太郎が著明な脳血管攣縮や水頭症を発症したような事情もうかがえないことからすると、特段考慮すべきものではないと考えられる。

四 損害について

(1) 以上によれば、被告病院の看護師には原告太郎に対して適切な食事の介助を怠った過失ないし注意義務違反があり、これにより本件事故が発生したのであるから、被告Yは本件事故と因果関係のある損害について、不法行為(使用者責任)に基づく損害賠償責任を負う。

(2) 被告病院における治療費

『証拠略』によれば、くも膜下出血の治療のために被告病院に入院していた原告太郎は、本件事故がなかったとしても、本件当日に退院することができる状態であったとは認められず、なお一定期間は入院治療が必要であったと認められる。したがって、本件当日から被告病院を退院する5月12日までの治療費の全額を本件事故による損害と認めるることはできない。

そして、前記認定事実によれば、本件事故後、原告太郎の意識状態は悪化しているが、4月15日には本件事故前と同程度のJCS3～10まで回復したことなどに照らせば、本件事故により必要となった入院期間は10日間程度と認めることができる。

『証拠略』によれば、10日間の入院治療費は6万2379円((144,019÷30×(30-5)+110,790)÷37×10)と認められるから、本件事故と相当因果関係が認められる治療費の損害は同額と認めるのが相当である。

(3) 入院雑費

本件事故により必要となった入院期間10日間の入院雑費は、1日当たり1500円の合計1万5000円であり、これが本件事故と相当因果関係のある入院雑費の損害と認められる。

(4) 入院付添費

原告太郎は、本件事故後、意識状態が悪化して重篤な状態になり、意識状態が本件事故前と同程度に回復するまでに10日間を要したものであるから、被告病院が完全看護体制であったことを考慮しても、1日6500円の10日分である6万500円の入院付添費を、本件事故と相当因果関係が認められる損害として認めるのが相当である。

(5) 休業損害

本件事故が発生していなかったとしても、原告太郎は、リハビリテーション等のために一定期間の入院が必要であったと認められるし、前記のとおり原告太郎の後遺障害はくも膜下出血等の影響も一定程度認められるから、原告太郎が早期に復職することが現実に可能であったとは認められない。したがって、本件事故と相当因果関係が認められる休業損害は認められない。

(6) 被告病院退院後の治療費

原告らは、原告太郎の症状は被告病院を退院した平成19年5月12日を症状固定日とした上で、同日以降の治療費を損害として主張するところ、原告太郎の障害の内容等に照らすと、同日以降も一定の期間リハビリテーションを要したものと認められる。

《証拠略》によれば、原告太郎が被告病院を退院した後、平成21年4月18日までの入通院ないし入所等に要した費用は合計327万1005円であると認められるが、原告太郎の後遺障害にはくも膜下出血等の影響も一定程度認められることなどからすると、本件事故がなくても一定のリハビリテーションは必要であったと考えられるから、上記費用のうちの3分の2に相当する218万0670円を本件事故と相当因果関係のある損害と認める。

他方で、原告太郎が足立老人ケアセンターを退所した平成21年4月18日以降の治療やリハビリテーションに関する費用については、本件事故と相当因果関係を有する損害と認めるに足りない。

(7) 付添介護費

ア 被告病院退院後の入院期間における付添介護費

原告太郎は、被告病院を退院した後、平成21年4月18日まで約2年弱の間、リハビリテーション等のために他の医療機関等に入院ないし入所しているが、この期間中に近親者による付添介護を必要とした事情を認めるに足りない。

イ 自宅介護費用

原告太郎の後遺障害の状況に照らせば、同原告は、日常生活を當む上で看護や声掛けの援助を隨時必要とする状態であることが認められるが、直接身体介助を要する場面は少ないと、前記のとおり、上記後遺障害には本件事故以外の要因も一定程度影響していること、妻である原告花子が67歳に達した後も必ずしも近親者による介護が期待できないとまではいい難いことを勘案すると、本件事故と相当因果関係を有する原告太郎の介護費用の損害としては、平成21年4月19日以降原告花子が六七歳に達する平成28年までは1日当たり4000円、それ以降は原告太郎が平均余命期間に達する平成42年まで1日当たり8000円を認めるのが相当であり、その額は次の計算式のとおり2629万4600円となる。

$$4,000 \times 365 \times (7.1078 - 1.8594) + 8,000 \times 365 \times (13.4886 - 7.1078) = 26,294,600$$

7.1078:9年に相当するライブニッツ係数

1.8594:2年に相当するライブニッツ係数

13.4886:23年に相当するライブニッツ係数

(8) 逸失利益

前記一(3)の原告太郎の後遺障害は2級に相当し、労働能力はないものと認められる。他方で、前記三のとおり、上記後遺障害は本件事故が主たる原因ではあるが、本件事故以外の要因も一定程度影響しており、松谷医師も本件事故がなかった場合に原告太郎が復職することができた可能性については相当に否定的な意見を述べていることからすると、本件事故がなかったとしても、同太郎には五級程度の後遺障害が残ったものと認めるのが相当である。なお、松谷医師の上記意見は、現実の復職可能性の観点から述べられたものであって、この意見が直ちに本件事故がなかった場合でも労働能力を100%喪失したことというものではないと理解される。

また、本件事故がなかった場合でも原告太郎は一定期間のリハビリテーションを要し、その期間は就労不可能であったと認められるところ、その期間は一年程度と考えられる。

そうすると、本件事故により、原告太郎は、平成20年5月から10年間(平均余命期間のほぼ2分の1に達するまでの期間)にわたって労働能力を21%喪失したものと認められ、同原告の本件事故前の稼働収入は331万9150円であったから、本件事故と相当因果関係を有する逸失利益の損害は、次の計算式のとおり512万

5896円と認められる。

$$3,319,150 \times 21 / 100 \times (8.3064 - 0.9524) = 5,125,896$$

8.3064:11年に相当するライブニッツ係数

0.9524:1年に相当するライブニッツ係数

(9) 後遺障害慰謝料

上記(8)のような事情を勘案すると、本件事故と相当因果関係を有する原告太郎の後遺障害慰謝料として1000万円を認めるのが相当である。

(10) 原告花子、原告松夫、原告竹夫及び原告梅夫の損害

原告太郎の後遺障害の内容、程度や、本件事故がなくとも同原告には一定の後遺障害が残存していたと認められることに照らせば、同原告の近親者である原告花子、原告松夫、原告竹夫及び原告梅夫に、本件事故によって死に比肩すべき精神的苦痛を受けたとまではいうことができず、同原告に慰謝料の損害は認められない。

(11) 素因減額の主張について

被告らは、本件事故において原告太郎が窒息していた時間は最大一分であるが、健康な人にこの程度の窒息が起きても脳に障害が遺残することは通常考えられないから、本件事故により同原告に障害が残ったとしても、それは同原告の病的素因に基づくものにはかならず、素因減額がされるべきであると主張するが、前記のとおり、1分程度の呼吸停止で不可逆的な脳損傷が生じたのは、本件事故当時、同原告はくも膜下出血の影響で脳機能が健常な状態にはなかったことが原因であり、同原告の特異体質によるものとは考え難いのであって、このことを前提として前記二(2)のとおり過失なし注意義務違反が認められるのであるから、上記の損害を判断するに当たり、前記のとおりも膜下出血等の影響を考慮した以上に、被告らの主張するような素因減額を行うべき理由はないというべきである。

(12) 弁護士費用

上記(2)～(10)の損害の合計は4374万3545円であり、本訴の提起及び追行に係る弁護士費用の損害としては、430万円と認めるのが相当である。弁護士費用については損害として認められない旨の被告らの主張は採用することができない。

(13) 損害の合計

以上によれば、被告Yは原告太郎に対し、不法行為による損害金として、4804万3545円及びこれに対する平成19年4月5日から支払済みまで民法所定の年5分の割合による遅延損害金を支払う義務を負う。なお、これまで判断したところによれば、被告Yは、原告太郎に対して債務不履行責任も負っていることが認められるが、その損害額は、上記の不法行為による額を上回るものではない。

五 消滅時効について

被告らは、本件事故が発生した平成19年4月5日ないし原告太郎が被告病院を退院した同年5月12日から起算して既に3年が経過しているから、原告らの不法行為に基づく損害賠償請求権は時効によって消滅していると主張する。

しかしながら、《証拠略》によれば、原告らが被告病院における診療録等の開示を受けたのは平成21年12月1日であると認められるが、本件においては、原告らが被告病院における診療録等の開示を受けるまでに、被告らに対する損害賠償請求が可能な程度に加害者及び損害を知っていたことを認めることが証拠はない。

したがって、原告太郎の不法行為に基づく損害賠償請求権が時効によって消滅していると認めることはできない。

第四 結論

以上によれば、原告太郎の被告Yに対する請求は、主文第一項の限度で理由があり、同原告の被告丙川に対する請求及びその余の原告らの請求はいずれも理由がない。よって、主文のとおり判決する。

民事第14部

(裁判長裁判官 加藤正男 裁判官 渡邊英夫 裁判官 日野正実)
別紙 献立表《略》

II 解説

第一 東京地方裁判所平成26年9月11日判決(以下「本判決」という。)

一 事案概要

本件は、くも膜下出血で被告医療法人社団Y(以下「被告Y」という。)の開設するA病院(以下「被告病院」という。)に搬送され緊急手術を受けた原告甲野太郎が、被告病院に入院していた術後5日目の昼食中に、蒸しパンを喉に詰ませ窒息したことについて、同原告及びその近親者であるその余の原告らが、被告Y及び被告病院における原告太郎の主治医であった被告丙川夏夫には、経口摂取の判断

を誤った、あるいは適切な食事介助を怠ったなどの過失ないし注意義務違反があり、これにより同原告は窒息に起因する精神障害二級の後遺障害を負ったなどと主張して、被告丙川に対しては不法行為に基づき、被告Yに対しては不法行為(使用者責任)又は債務不履行責任に基づき、損害賠償を求める事案である。

二 判決要旨

1 注意義務違反について

(1) 看護師

本件事故当時原告太郎の食事の介助を担当する看護師は、蒸しパンが窒息の危険がある食品であることを念頭に置き、同原告が蒸しパンを大きな塊のまま口に入れることのないように、あらかじめ蒸しパンを食べやすい大きさにちぎっておいたり、同原告の動作を観察し必要に応じてこれを制止するなどの措置を講ずるべき注意義務を負っていたというべきである。

しかしながら、本件においては、本件事故が発生した1分以内に吸引処置が講じられていることからすれば、原告太郎が食事を摂っている間、看護師が近くにいたことは推認されるものの、食事介助を担当した看護師においては、蒸しパンを食べやすい大きさにちぎって与えることをしなかったことは明らかであるが、それ以上に具体的にどのように同原告の動作を観察し、どのように対応したかは証拠上不明であって、上記の注意義務を尽くしていたと認めるることはできない。

以上によれば、本件事故当時原告太郎の食事介助を担当した被告病院の看護師には、同原告に対する適切な食事介助を怠った過失ないし注意義務違反が認められる。

(2) 医師

主治医である被告丙川については、自ら原告太郎の食事介助をすべき義務があるとはいえないし、同原告に提供すべき食事の形態について指示をしており、それで医師としての注意義務は尽くしているというべきであって、蒸しパンを経口摂取させるに当たり、担当看護師に対して、上記工のような具体的な食事介助の方法についてまで指示をする義務があったとは認め難い。

したがって、原告太郎に対して適切な食事介助がなされなかった点について、被告丙川に過失ないし注意義務違反があったとは認められない。

2 結果及び因果関係について

被告病院の看護師は、原告太郎に対して適切な食事介助をするべき注意義務を怠ったものと認められ、そのような注意義務を尽くしていれば、本件事故が発生することはなかつたと推認される。

そして、本件事故において原告太郎は1分間程度は呼吸停止の状態にあり、本件事故後同原告の意識状態はJCS200~300と急激に低下し、そのような状態が4月8日頃まで継続したこと、同原告が著明な脳血管攣縮や水頭症を発症したような事情もうかがえないことからすると、上記の意識低下の原因が本件事故にあることは明らかである。

第二 窒息事故

本判決は、「蒸しパンを提供したことそれ自体が不適切な措置であるとまで認めるすることはできない。」が、食事の介助を担当する看護師は、「蒸しパンが窒息の危険がある食品であることを念頭に置き、同原告が蒸しパンを大きな塊のまま口に入れることのないように、あらかじめ蒸しパンを食べやすい大きさにちぎっておいたり、同原告の動作を観察し必要に応じてこれを制止するなどの措置を講ずるべき注意義務を負っていたというべきである」ところ、これを怠ったとして、「食事介助を担当した被告病院の看護師には、同原告に対する適切な食事介助を怠った過失ないし注意義務違反が認められる。」旨判示した。

本件と同様に病院に入院中の患者が食事中に誤嚥・窒息した事例として、次の裁判例が挙げられる。

一 福岡地方裁判所平成19年6月26日判決(以下「平成19年判決」という。)1)

平成19年判決は、被告A県が経営していたA県立消化器医療センターB病院(以下「被告病院」という。)に入院していた亡甲野太郎(以下「太郎」という。)が、被告病院から夕食として提供されたおにぎりを誤嚥して窒息し(以下、これを「本件事故」という。)、その後死亡したことについて、太郎の相続人である原告が、太郎の看護を担当していた看護師である被告乙川花子(以下「被告乙川」という。)が、太郎の食事中に食物の誤嚥がないかを見守るべき注意義務を怠ったなどと主張して、被告乙川に対しては不法行為に基づき、被告A県に対しては主位的に使用者責任、予備的に債務不履行責任に基づき、連帯して、損害賠償金5148万8170円のうち4050万9500円及びこれに対する不法行為の後である平成16年10月

10日から支払済みまで民法所定の年5分の割合による遅延損害金の支払を求めた事案に対し、次の通り病院側の責任を認めた。

「争点(1)(過失の有無)について

(1) 太郎の誤嚥につき予見可能性の有無

ア 太郎は、前回入院以前から摂食時にしばしば咽せており、城山荘から「ムセ多い為、見守りを要す。誤嚥の危険性あり」との指摘があり、実際に被告病院に前回入院した時も誤嚥性肺炎と診断され、食事の際にたびたび咽せており、本件入院後も、看護プランにおいても「誤嚥のリスク状態」が看護目標とされ、嚥下しやすい食事が提供されたが、食事の際にたびたび咽せていたのであるから、太郎は嚥下機能に障害があったというべきである。

(2) おにぎり提供についての過失の有無

被告病院が、嚥下状態が悪い太郎に対し、嚥下しやすい工夫がされていないおにぎりを提供したことは適当ではなかったといわざるを得ないが、当時、太郎の食欲不振解消が重要事項となっており、そのために同人自身の希望に沿って提供されたものであったこと、これまでおにぎりを摂食した際に咽せたことはなく、太郎が歯肉を利用するなどしておにぎりを咀しゃくすれば嚥下可能であり、注意して嚥下する限り誤嚥することはないことを考慮すれば、おにぎりを提供したこと自体が直ちに過失とまで断じることはできない。

(3) 義歯を装着しなかつたことについての過失の有無

被告乙川が、夕食提供の際に太郎に義歯の装着を勧めたにもかかわらず、太郎から拒否された場合にまで、義歯を太郎に装着すべき義務があったと解することはできない(もっとも、義歯を装着しない場合には、装着した場合と比較して誤嚥の危険性が増すのであるから、看護師においては、誤嚥の危険性が高いことを念頭において、より一層、太郎が誤嚥しないようにその摂食状況を見守るべき注意義務があつたというべきである。)

(4) 見守りについての過失の有無

ウ 看護日誌の本件事故時の記載部分の信用性

一般に看護日誌は、担当看護師が患者のその時点における状態、症状、行動及び措置等を継続的に記載するものであって、その信用性は高いと解されるが、本件事故時の記載は、太郎の看護を担当し、責任を追及される立場にあった被告乙川自身が記載しているのであるから、その信用性は十分吟味する必要がある。

しかし、看護日誌を子細に見れば、(1)本件事故当日、太郎に対し夕食を提供した時刻については、もともと「18:05」と記載されていたものが、その後「05」が二重線で抹消されて「25」と訂正されていること、(2)その次の行は、1行(1枠)の中に、同30分の記載と同35分の記載がなされており、これは35分の記載(「35 ごはんを詰まらせているので、ギャッジアップを下げる」)がなされた後に、同じ行(枠)に30分の記載(「30 おいしーと云って食べている」)がなされたものであること、このように1行(1枠)の中に2行分の記載がされているのは、ほかの日時の記録にはほとんど見られないことが認められる。そして、被告乙川は、(1)については別の患者の処置をした時刻を間違えて記載したので訂正した旨供述し、(2)については、メモを書き写す際に18時30分の事績を書き写すことを失念し、これにすぐに気づいて、35分の記載の上に書き加えた旨供述している。

しかしながら、被告乙川は、本件事故当日の記録について、当初はすべてメモに基づいて記録したと供述しながら、後に18時35分以降の記録はメモに基づいて記載したが、それ以前の記録はメモに基づくものではないと供述を変遷させており、変遷後の供述を前提とすると、夕食提供後、本件事故発見までの時間帯の記録については、被告乙川の記憶に基づいて作成されたにすぎず、その信用性はメモに基づいて作成された場合に比して格段に低いといわざるを得ない。

ウ 見守り状況に関する事実認定のまとめ

以上によれば、被告乙川が、夕食を与えた後、約5分おきに太郎の状態を確認していた旨の同被告の供述及び看護日誌の記載部分はたやすく採用できず、むしろ、上記説示の看護日誌の訂正前の記載によれば、被告乙川が18時5分に太郎におにぎりを提供した後、18時35分になって太郎の病室を訪れて窒息状態の太郎を発見したこととなるところ、被告乙川も、被告本人尋問の際に、いったんは「30分後に太郎の病室に戻ってきた。」旨供述していること及び上記のような看護日誌の該箇箇所の不自然な記載の仕方などに照らせば、被告乙川は、18時5分に太郎におにぎりを提供した後、18時35分に窒息状態の太郎を発見するまでの間、太郎の病室に戻らずに、太郎の摂食の様子を見守っていないかったものと推認するのが相当である。

エ 被告乙川の見守りに関する過失の有無

そこで、前記認定事実に基づき被告乙川の見守りに関する過失の有無について検討する。

ア 前記説示のとおり、太郎は、軽度ではあるが嚥下障害が続き、嚥下状態が悪かった上、被告乙川は、本件事故前日の朝食時に牛乳を飲ませた際に太郎が咽せたことを現認していた。また、太郎は、義歯を装着しなければ、うまく食塊形成や送り込みができるずに誤嚥の危険性が増す状態にあったところ、被告乙川も、誤嚥防止のため義歯を装着するように指示されていることを認識しており、しかも、夕食を提供する際に太郎に対し義歯装着を勧めたが、これを拒否されたため、義歯を装着させないまま、嚥下しにくい食物であるおにぎりを太郎に提供したのであるから、より一層誤嚥の危険性を認識していたというべきである。

しかし、このような場合、担当看護師である被告乙川としては、太郎が誤嚥して窒息する危険を回避するため、介助して食事を食べさせる場合はもちろん、太郎が自分一人で摂食する場合でも、一口ごとに食物を咀しゃくして飲み込んだか否かを確認するなどして、太郎が誤嚥するがないように注意深く見守るとともに、誤嚥した場合には即時に対応すべき注意義務があり、仮に他の患者の世話などのために太郎の許を離れる場合でも、頻回に見回って摂食状況を見守るべき注意義務があったというべきである。しかるに、被告乙川は、これを怠り、太郎の摂食・嚥下の状況を見守らずに、約30分間も病室を離れていたため、太郎がおにぎりを誤嚥して窒息したこと気に気づくのが遅れたのであるから、被告乙川にはこの点につき過失がある。

(認容額)

2,882万8,613円】

二 平成19年判決について

平成19年判決は、「被告病院が、嚥下状態が悪い太郎に対し、嚥下しやすい工夫がされていないおにぎりを提供したことは適当ではなかったといわざるを得ないが、当時、太郎の食欲不振解消が重要事項となっており、そのために同人自身の希望に沿って提供されたものであったこと、これまでおにぎりを摂食した際に咽せたことはなく、太郎が歯肉を利用するなどしておにぎりを咀しゃくすれば嚥下可能であり、注意して嚥下する限り誤嚥することはないことを考慮すれば、おにぎりを提供したこと自体が直ちに過失とまで断じることはできない。」としながらも、「患者の嚥下障害が軽度存在し、入院中における食事摂食の状態について、看護プランに「誤嚥のリスク状態」が看護目標とされていたこと、義歯を装着しない場合には、装着した場合と比較して誤嚥の危険性が増すのであるから、看護師においては、誤嚥の危険性が高いことを念頭におく必要があったこと等から、誤嚥の危険性は予見可能であったと判断された事案である。そうすると、担当看護師としては、患者が誤嚥して窒息する危険性を回避するために、介助して食事を食べさせる場合はもちろん、患者が自分一人で摂食する場合でも、一口ごとに食物を咀嚼し飲み込んだか否かを確認するなどして、患者が誤嚥するがないように注意深く見守ると共に、誤嚥した場合には即座に対応すべき注意義務があり、仮に他の患者の世話などのために患者のもとを離れる場合でも、頻回に見回って摂食状況を見守るべき注意義務があったというべきであるとして、摂食・嚥下の状況を見守らずに約30分間も病室を離れ、おにぎりの誤嚥により窒息したこと気にづくのが遅れた以上、過失がある」旨判示している2)。

また、平成19年判決は、「看護日誌の当該箇所の不自然な記載の仕方などに照らせば、被告乙川は、18時5分に太郎におにぎりを提供した後、18時35分に窒息状態の太郎を発見するまでの間、太郎の病室に戻らずに、太郎の摂食の様子を見守っていなかったものと推認するのが相当である。」として、看護師の過失が認定された事案である3)。

第三 まとめ

本判決及び平成19年判決においても、パンやおにぎりを提供したことそれ自体が不適切な措置(注意義務違反・過失)であるとは認められないと判示されている。

しかしながら、パンやおにぎりは誤嚥・窒息する可能性があるのであるから、患者の食事の介助をする看護師は、患者の状態を勘案し又患者の動作を観察し必要に応じて適切な措置(パンを食べやすい大きさにちぎったり、患者が咀嚼して飲み込んだかを見守る等)を取るべき注意義務があるにもかかわらずこれらを怠ったとして、看護師の注意義務違反を認容したものである。

今後、社会は、さらなる高齢化になるに伴って、高齢者の誤嚥・窒息事故が増大すると考えられることから、実務上の参考として、紹介するものである。

判例紹介(68-1)入院患者おにぎり誤嚥看護師過失認定事例(1)『医療の広場』第54巻11号(2014年)11頁及び同判例紹介(68-2)入院患者おにぎり誤嚥看護師過失認定事例(2)『医療の広場』第54巻12号(2014年)7頁に記載されている。

3)診療録の追記や訂正の考え方については、次の通りである。

①平成15年9月12日厚生労働省医政局長の「診療情報の提供等に関する指針」には、次の通り記載されている。

「5 診療記録の正確性の確保

○ 医療従事者等は、適正な医療を提供するという利用目的の達成に必要な範囲内において、診療記録を正確かつ最新の内容に保つよう努めなければならない。

○ 診療記録の訂正は、訂正した者、内容、日時等が分かるように行われなければならない。

○ 診療記録の字句などを不当に変える改ざんは、行ってはならない。」

②「医療界と法曹界の相互理解のためのシンポジウム第2回」判例タイムズ1328号には、カルテの記載のあり方一追加記載はどこまで許されるのかの裁判官等の見解が次の通り記載されている。

裁判所(秋吉)

「こういうことがあった、なかったというふうにそれぞれの主張が食い違ったときに、カルテというものが重要な拠り所になっていることは間違いないです。書いてあることが間違っていることもありますので、必ずそれにのるというわけではありませんが、診療時やその直後に書かれたカルテであれば、それが違うと言われる方が、こういうことだから違いますということの立証を試みて、確かにほかと食い違うとか、患者さんの言うことの方がほかの事実関係に沿うとか、この数値に沿わないとかいう話がなければ、多くはカルテを基に判断していくことになっていると思います。一方、忙しくて書いていないとどう判断されるか、ゆとりもあって、普通だったら必ず書くべきことが書かれていなければ、書かれていれば、それが違っていることは、なかったんじゃないのと判断されても仕方ないと思います。裁判所というのは経験則、普通の人だったら、こう考えるんじゃないでしょうかということを判断しますので、普通書くべきことが書いていなければ、それはなかったんじゃないのという心証になりやすいです。一方、例えば救急医療の場で救命を図っているときにいちいち書いていられないでいることがありますので、それは非常に合理的なお話しですので、そうすると、その中でこういうことがありましたか、こういう風で書けませんでしたということを合理的にご説明していただければ、その中の記載が落ちていたからといって、やらなかったというふうに判断するわけではありません。ご説明が合理的でかつ書けなかったのも仕方がないかなというようなご事情があれば、それはその時点です書いていなくても、あつたんでしょうという判断をすることもあります。どのくらい遅れて記載された場合に不自然かということについては、その事情によるとき申し上げられなくて、裁判所は今まで話が出てますように具体的に出てきた証拠を見てどう判断するかということしかやっておりませんので、その現場の状況が本当に緊迫していれば、例えば、1時間2時間後に書いてもそれは合理的だという判断が出るときもあるし、前に十分書く時間があったのに問題が起きてから書いたようなときは、そんな遅れて書くのは不自然よねということになってくると考えております。どなたか補足していただければ。」

裁判所(村田)

「補足しますけれども、カルテをお書きいただくときに、どのくらい遅れたら駄目かというのは私は基本的にはないと思っています。

真実を、実際にやったことを後になって書く、私は全然悪くないと思いますね。

ただ、後で書き加えられて、何でこんなところにあるんだということが問題になりますので、いつ誰が書いたんだということを分かるように書いてください。証拠保全をした後に書いた書かないというのは問題になりますけれども、そうでなくとも、途中に記載があって、普通の時系列とは違うところに後から判明したことが書いてあったりすると、改ざんだと疑われますので、いつ、これはこういうことで書きましたということを明らかにしていただければ、私は真実やっているんだったら記載が遅れたからと言って恐れることはないと思います。」

帝京大学(森田)

「結局、裁判官を如何に説得できるかというところにかかっているんですよね、民事訴訟の場合。特に、民事では私的紛争の解決を目的にしておりますので、加えて裁判官の自由心証主義というのがありますので、要は裁判官で決まります。」

1)福岡地方裁判所平成19年6月26日判決、一部認容、一部棄却、確定、判例タイムズ1277号306頁。

2)福岡地方裁判所平成19年6月26日判決については、岡村輝久「医療訴訟

知ることから広がる… 例えばハングルから



東京 中学校講師
黒田 貴子

ハングルに初めて出会ったのは、中学1年生の夏休みでした。友だちと2人で大阪の扇町プールに泳ぎに行った時のことです。終わりの時間になったとき、友人と私は最後のひと泳ぎをしていて、プールから上がるのが最後になりました。

顔を上げると、いつの間にかプールサイドのフェンス一面に鮮やかな色彩のハングルの文字が書かれた看板が掲げられていたのです。翌日に行われる民族学校の水泳大会の準備だったのでしょう。その鮮やかな看板を見たとき、私が感じたのは、異質なものに対する怖さでした。

今年、北朝鮮の「ミサイル発射」に関連して、T新聞が朝鮮学校を取材した記事を載せました。T新聞はリベラルな紙面に好感を持ち、購読しているのですが、この朝鮮学校についての記事には違和感を持ちました。さほどの分量でもない記事の中に「ここにも、あの不可解な文字が」という表現が何度も出てきて、この記者の朝鮮学校への警戒心が感じられました。少しぐらいハングルの勉強してから取材に行きなさいよね、とつぶやきながら、あ!これが、私が扇町プールで感じた知らないものに対する恐怖心だ、と気づいたのです。

私の朝鮮に対する意識的な出会いは、中学時代に祖母と訪ねた寧楽美術館(戒壇院の近くにあります)。小さな李朝白磁の壺を見た祖母が「この白の色合いはいいねえ!」と言ったのを、ちょっと背伸びして「本当ね」と相づちを打ち、一緒に見入った時でした。何とも暖かみのある白さだと感じました。その後、明日香村や奈良を訪ねる中で、渡来人のもたらした文化の豊かさを知り、朝鮮に惹かれていきました。

ところが、ふと気がつけば、こんなに素晴らしい文化を生み出した朝鮮の人たちが差別を受けている。どうしてなの?と憤りを持って自分なりに考え始めました。授業で日本が植民地にした朝鮮で行ったことを知り、日本語を押し付けたのだったら、私は朝鮮語を学ぼうと思いました。

詩人の茨木のり子さんの著書に『ハングルへの旅』(朝日文庫)があります。茨木さんは、50歳で最愛の夫と死別したのち、以前から関心のあった朝鮮の言葉であるハングルを学び始めます。まだ、NHKラジオにも朝鮮語の講座はなかった時代、朝日カルチャーセンターに通って、金裕鴻(キム・ユーホン)さんの名講義を受けます。この学びの様子が実に軽妙に書かれており、珠玉の文章が詰まつたこの1冊をお薦めします。

実は、私のハングルは初級止まりです。スキーで言えばポーゲンでしょうか?それでも、生徒たちに伝えたいと思い、ハングルの五十音表である反切表を配り、ハングルは、朝鮮の世宗(セジョン)大王が学者たちに作らせた合理的な文字であること。母音と子音を組み合わせるローマ字と似たものであることを説明し、簡単な挨拶や単語を紹介します。自分の名前をハングルで書けた生徒たちは、他の先生たちに見せたり、駅名の表示など、町に溢れるハングルを見つけ、それを読める喜びを知ります。何人かの生徒は、新大久保にある高麗博物館を訪ね、チマチョゴリの試着をした可愛い写真を見せてくれました。

授業参観で「ハングル入門」を行った時、韓流ドラマが大好きなお母さんに、間違いを指摘され冷や汗をかきながらも、ああ、そうか!韓流ドラマという入口もあるんだと感心しました。言葉を知ることから、隣国への親しさと関心が広がっていきます。

고마워요 고연
안녕하세요?



Learning English

Naho Fujisawa

Hello, there. I've written about nukazuke pickling on previous issue. Since I started doing it, I've tried many kinds of materials. This time I'm introducing you the materials that you would be surprised.

The first one is tofu. Before pickling it, we need to drain it well. After that, wrap it with paper towel and now ready to put into nukadoko. It needs 3 or 4 days to be pickled, and the taste is like a little salty cheese. It can be enjoyed with red wine.

The second is mushrooms, especially eryngii and enoki. You can enjoy thick texture and the unique taste of mushroom that you cannot experience with other ways of cooking with pickled eryngii. Pickled enoki are very crunchy and saltiness of nukadoko doesn't affect its original flavor. They can be enjoyed with longer pickling time at least more than a day. Please make sure to eat after they were enough moistened by fluid out of nukadoko.

The last surprising material is fruit! I've tried cherry, apple, avocado, and egg gourd. The sourness from nukadoko helps to gain their sweet taste, and they make harmony. They need short pickling time, such as about half a day. They are best chilled before serving.

There are more to explore. See you on the next issue!



皆さん、こんにちは。以前の号でぬか漬けについて書きましたが、ぬか漬けを始めてから私はたくさんの食材を試しました。今回は、その中から、ぬか漬けに合う意外な食材をお伝えします。

まず1つ目は豆腐です。漬ける前にはよく水切りをします。それができたらペーパータオルに包んでぬか床に埋め込みます。漬ける時間は3、4日。漬け上がりは、少し塩の効いたチーズのような味がします。是非赤ワインと一緒にどうぞ。

2つ目は、キノコ類。特にエリンギとエノキがおススメです。エリンギでは、肉厚の食感とほのかの調理法からは得られないきのこ類独特の風味が味わえます。エノキは歯ごたえが楽しめ、ぬか床の塩辛さはさほど風味に影響しません。漬け時間は長めで最低1日は必要です。ぬか床の水分がキノコに染みていることを確認してからお召し上がりください。

最後にご紹介する食材は果物です。私はサクランボ、りんご、アボカド、タマゴ瓜を試しました。どれもぬか床の酸味が果物の甘みを引き立て、ハーモニーを奏します。果物は約半日で漬かります。食べる前は冷やすとさらに美味しさがアップします。

ぬか漬けは奥が深く、まだまだ試したい食材が山ほど出でてきます。では、次号でお目にかかります。

「考える」

職員係長
高橋 直人



昨年4月に福山医療センターに赴任してきました職員係長の高橋と申します。

国立病院機構で勤務を始めて早いもので10年以上が経ちました。気がつけば30歳を過ぎ、脂が乗ってきて働き盛りの年なのかもしれません、おなか回りに集中しているので何とかしなくては、と思っている今日この頃です。

冗談はこれまでにして興味はないかもしれません、私の趣味についてお話しさせていただこうと思います。「三十路」という現実を受け入れられず妙な焦燥感に刈られたこともあり、30歳手前頃から読書をするようになりました。よほど仕事が好きなのか読む本は、仕事に活用できそうないわゆるビジネス書ばかりを読んでおります。(少しは役に立っていると思いたい。)

読書を通じて大切だと感じたことは何事にも「なぜ?」という疑問を持ち、自分の頭で「考える」ことです。文字で見ると当たり前のことに思えますが、日常生活や日々の業務で何気なく行なっていることでも疑問を持つことは大切だと思います。

例えば院内で針刺し・切創等があった場合において当院では、本人申立書や現認報告書等様々な書類の提出をお願いしておりますが、なぜこういった書類の提出をお願いしているのかを考えてみてください。

院内感染防止対策マニュアルに書いてあるから?確かにマニュアルで定めていますが、本質はそこではありません。なぜマニュアルで定めているのかを考えいただければ自ずと答えは見えてくるかと思います。自分の頭で「考える」ことが大切なことで答えはあえて書きません。

ではなぜ自分の頭で「考える」ことが大切なか簡潔に言いますと、「分からぬこと」に対して人はネガティブな感情を抱きやすいためです。そういったネガティブな感情を少なくするため「分からぬこと」を「分かる(理解する)」ようにするための手段として効率的なのが自分の頭で「考える」ということです。人から答えを教えられて「理解」することと自分で苦労して答えを見つけて「理解」すること。どちらが本当の意味での「理解」と言えるでしょうか。

先ほど例に挙げた針刺し・切創等の手続きに関しては本質を「理解」していると書類の提出が手間だと感じるのではなく、違った見方になると思います。

ただ、全てを自分の頭で考えて「理解」することは不可能ですので、日常生活や日々の業務でなんとなくこなしていることについて少しづつ自分の頭で「考える」クセをつけてみると意外な収穫があるかもしれません。

私は手始めにおなか回りに集中している脂について考えてみたいと思います。

第65回福山市美展優秀賞受賞

毎月「ぶらり旅日記」で絵を寄稿していた
だいたいおります真安幸光氏がこの度、2018
年第65回福山市美術展（市美展）において
優秀賞を受賞されました。心よりお祝い申し
上げますとともに、9月号にて作品をご紹介
させていただきます。



さなやす ゆきみつ
真安 幸光



ふくやま美術館会場

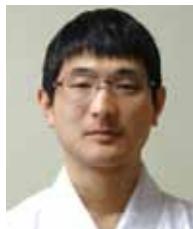


福山市美展優秀賞「回 帰」

遠野の神職のひとりごと 第28回

神道が生んだ 日本語「彼岸」

遠野郷八幡宮
多田 宜史



皆さんこんにちは。遠野は現在まさに秋祭リシーズンです。写真は8月25日に執り行われた菅原神社の例祭の様子です。今時期、遠野は至るところでこのような風景を見ることが出来ます。この風景を絶やすこと無く、後世に伝えていきたいものです。

さて、今回はお彼岸について書きたいと思います。

お彼岸とは春分の日と秋分の日の中日と、その前後各3日を合わせた各7日間を言います。

この日にはお墓参りをしたり法要を営んだりと、仏教的なイメージを持たれている方がほとんどでしょう。しかしながら、仏教が誕生したインドや中国には彼岸という行事はないように、本来、お彼岸は仏教の行事ではなく、日本独自の行事でした。

延暦25年(806年)3月17日、桓武天皇が早良親王の祟りを恐れ、全国の国分寺で読経させたのが「お彼岸の仏事」の最初だとも言われます。これ以後、少なくとも平安時代にはお彼岸の期間に仏事を行う風習が定着しますが、文献を紐解くと、「出世しますように」などの現世利益を願うものも見られます。また「懺法」の記載がよく見られますが、これは知らず知らずのうちに犯した自らの悪行を懺悔して、心の中の「むさぼり・怒り・愚痴」の三毒を取り除き、心を静め

清らかにする、というものです。これにも、先祖供養的な意味はほとんど見られません。

彼岸は太陽が真東から上り真西に沈みます。本来彼岸とは「日願」であり、太陽信仰でした。日本の最高神は天照大神といって太陽の神様です。日本人は古来より、万物の生命の根本である太陽に祈りを捧げてきたのです。真西に沈む太陽を追いかけて、仏教の西方浄土の思想と結びつき、彼岸の行事が行われるようになり、仏教渡来以前の先祖を祀る習俗と習合して現在の彼岸の形が出来上がってきたと考えられます。

現在でも皇室では春の彼岸に「春季皇靈祭」を、秋の彼岸には「秋季皇靈祭」を厳粛に執り行っています。「敬神崇祖」つまり、神を敬い祖先を崇めるという思想は神道の根本の一つです。祖先を崇め、折々に感謝を捧げお祭りを執り行うことによって、祖先はその家の守り神となられます。お彼岸に先祖を思いお祭りする風習を、これからも受け継いでいきたいものですね。



菅原神社 例祭



～大地の黄金 大豆～



栄養士
中畠 みさき



1923年9月1日に起きた関東大震災を由来に、9月1日は“防災の日”と制定されました。

今年の7月に我が広島県、岡山県を中心に起こった豪雨では多くの被害が出ました。被害に遭われた皆様にお見舞い申し上げるとともに、1日も早い復興をお祈りいたします。

私自身も畳屋をしているスーパーから、野菜、卵、納豆などが無くなっているのを目の当たりにし、日ごろから備えておくことの大切さを、身をもって感じました。災害時、避難所での食生活は、すぐに食べられる炭水化物が中心のパンやお菓子などに偏りがちで、便秘になります。

方が多いそうです。そこで、たんぱく質が豊富な大豆を備蓄しておくのはいかがでしょうか。“畑の肉”と呼ばれるほど、たんぱく質の含有量が多く、食物繊維やビタミンも豊富に含んでいます。そのバランスの良さからアメリカでは“大地の黄金”とも呼ばれており、主菜はもちろん、副菜としても利用できる食品です。

今回は災害時をイメージして、包丁やボウルなどを使用せず、ボリ袋のみで調理をしてみました。衛生面からも安全の大豆サラダです。忙しさなどから料理を作ることがおっくうな時の1品としても活用してみてはいかがでしょうか。

大豆サラダ(2皿分)

材 料	*大豆水煮缶 1缶
	*乾燥ひじき 2g
	*梅干し 2個
	*マヨネーズ 大さじ2杯

- 作り方
1. 水を入れたボリ袋にひじきを入れ、もどしておく
 2. 大豆はよく水をきり、1.と別のボリ袋に入れる
 3. 2.のボリ袋にひじき、マヨネーズを入れ、軽くつぶした梅干しとよく和える



栄養価(1皿分)	
エ ネ ル ギ ー	154kcal
た ん ぱ く 質	6.8g
脂 質	11.0g
炭 水 化 物	5.8g

グルメレポート

連載 15

南極の氷

福山医療センター病理医 渡辺 次郎



「氷」をグルメの対象に含めていいかはちょいギモンですが、まだまだ残暑きびしい折、今日は涼しげな「南極の氷」の話です

クタミン(南極観測隊に加わった変人女医)から“南極の氷”が送られて来た。隊員が、ツルハシとスコップで氷山を碎いて採ったものだと言う。見ると、氷の中に気泡がたくさん入っている。これでウイスキーのロックを作ってみた。ウイスキーを注ぎ、耳を近づけると「パチパチ!」とかすかに気泡が弾ける音がする。グビッ!と一口。

ンッ ...!



どういう味がしたと思います?

氷自体はじつは何の味もしません。南極の氷は雪解け水が凍ったもので、ミネラルなどほとんど含まれない、蒸留水に近いものなのです。だから旨み成分も無い。海水じゃないから塩っぽくもない。

ただ氷山の氷というものは、南極に昔々降った雪がその当時の空気とともに圧縮されて出来たもの。つまり氷の中の気泡というのは、何億年前の空気が閉じ込められたものなのです。それがパチリ、パチリと琥珀色の液体の中へ溶け込んでゆく。二口めをグビリッ!

『うん! 何だか知らんがオイシイような気がして来たゾ!』

南極の氷。それはウンチクをつまみとして味わうもの。

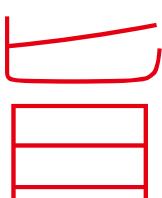


BISTRO BON TORE

ビストロ ボントレ No.10



ビストロボントレ
シェフ 倉島 秀典



コツの科学 フレッシュトマトのバジルソース



市販のトマトホール缶	1缶
フレッシュトマト	3個
玉ねぎ	200 g
人参	100 g
バジル	1パック
オリーブオイル	150 g
りんご酢	60 g
レモン	1個
ブラックペッパー	3 g
塩	8 g
味の素	2 g

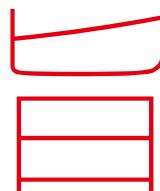
1. フレッシュトマト3個を角り5mm角程度の角切りにし、ボールに移す
2. 1に市販のトマトホール缶を入れる。
3. 玉ねぎを細かいみじん切りにし、水にさらして良く絞り1へ。
4. 人参はフードプロセッサーにかけるか、玉ねぎ同様みじん切りにして1へ。
5. バジルもみじん切りにして1へ。
6. レモンの黄色の皮のみピーラーで剥いてみじん切りにして1に入れ、汁も絞って1加える。
7. 残りの調味料を加えて良く混ぜる。

このソースは作り置きしておけば様々な料理に使えます。

カルパッチョでもよし、焼き魚にかけてもよし、豚、鶏、牛、肉の種類を選ばず合います。

好みでニンニクを入れるとより肉に合う味わいに。

どんな料理もさっぱりと美味しく食べれるので、是非作り置きソースとして作ってみてください(*^-^*)



コツの人生 安定ってなに?

今大学で将来の就職先を聞くと、クラスの半分程度の生徒が「公務員」と答えるらしいです。ちなみにボントレの男子学生に聞いたら、2人中2人も公務員と答えました。なんで公務員になりたいの?と聞くと、「安定しているから」と2人そろって同じ答えを言っていました。これ最近の学生にありがちな答えらしいのですが、僕からすると「安定」っていったい何?という感じです。

実は公務員ってまあまあ自殺しています。ネットで検索すると公務員のうつ病や、自殺などは簡単に見つかります。中には静岡県職員の自殺者が、2009年から2016年の過去8年間で41人にのぼり、朝日新聞等が報じたというものもあり、どうやら公務員=安定にはつながらないことが良くわかります。若い子の間にはなんとなく「ある程度の収入」=「安定」と捉えている傾向にあり、それはとても安易なように感じます。しかもこれからの時代、目まぐるしく技術が変化していく中で、今までの世の中で考えられていた安定なんて、もはや存在しなくなるでしょう。

僕はこれからの時代、金銭的安定よりも、心の安定を大切にする時代がやってくると思っています。そう考えると、公務員という漠然とした職業より、いろいろな経験をして、自分の好きなことや、興味のあること仕事に選んだほうが、ずっといろんな意味で安定しているのではないか?心が安定していかなければ、体が壊れ、家族が崩れ、仕事も失う。「やりたいことが見つからない」という学は、無理になにかする必要はないと思います。働き始めるのが2年や3年遅れたところで、それがなんだというのでしょうか?興味のあることをみつけ、それを始めれば2、3年の遅れはすぐに取り戻せるでしょう。それまでは様々な体験を積み一つ一つの体験を心から一生懸命取りむことです。

一生懸命取り組んだ経験は、必ずどんな時にでも役に立つのですから。ちなみに僕の息子には好きなことが見つかったら、学校なんて行かなくていいからね。と言ってあります(笑)。でもその位好きなことをするというのは、本当の安定につながる大きな一歩のような気がするのです。



〒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





音楽カフェの風景 その9

内科 村上 敬子

7/20(金)、「ときめきSummer Concert 2018」を行いました。プログラム前半は音楽カフェらーず(音楽カフェ参加者+医療センタースタッフ)の演奏です。聴衆の皆様にも歌声で参加していただき、合唱や輪舞で楽しい時を過ごしました。途中で飾り付けが壁から崩落するハプニングがあったものの、はつらつと歌い、さっそうと楽器を響かせ、「勤務中とは別人」とお褒め(?)の声をいただきました。飛び入りで子供たちの登場もあり、笑顔あふれるステージとなりました。次回はクリスマスコンサートに出演します。スタッフ参加者募集中です。

うわさの出演者たち



子供たちも上手に踊りました

後半はリチャード・カーラーによるリコーダーアンサンブルをお届けしました。だれもが小・中学校で学んだリコーダー、身近であり奥深い楽器です。よく知られた曲や懐かしい曲を、音域のちがう4人のリコーダーがときにはしっとり、そしてリズミカルに、柔かく温かい音で奏でます。大人の雰囲気が漂います。心に沁みこむような響きに包まれ、清々しい余韻を惜しみながら終演となりました。40°近い猛暑のなかご来場くださった皆様、ありがとうございました。またお目にかかりましょう。



～ときめきコンサートに 参加して～ 歯科衛生士一同



私たち歯科衛生士は音楽カフェらーずの一員として、ときめきサマーコンサートに参加しました。毎月開催される音楽カフェとは一味違い、歌だけでなく楽器も演奏します。歯科衛生士3人と看護師の4人はハンドベルを担当しました。音符を色分けし、自分のパートがわかりやすいように楽譜を作り替え、昼休憩に集まって練習して、ベルの振り方をどのようにすると格好よく見えるか、音の長さやテンポなど、意見を出しあい工夫しました。本番前には何度も何度も繰り返しリハーサルを行いました。衣装や小物もみんなで考えました。どんな服を着るか、目立つワンポイントになる物はないか…。そこで、大きなリボンを着けることにしました。自分たちでアイディアを出して作ったお手製のリボンです。

当日は多くの方が聴きに来られて会場いっぱいに緊張しましたが、いつも音楽カフェに参加してくださる方々に客席から温かく見守られリラックスできました。音楽カフェらーず全員で息のあった演奏ができ、本番が今まで一番良かったと思います。たくさんの拍手をいただき本当にありがとうございました。

ときめきコンサートに参加して、ふだん全く別の場所で働いているスタッフと音楽を通して交流でき、日常業務とは違った形で看護師との仲が深まり嬉しく思います。歯科衛生士のチーム力も向上しました。歌をうたい、ハンドベルを演奏しながら自然と笑顔が増え、練習もとても楽しかったです。そして、何かひとつやり遂げたことは私たちの達成感と充実感に繋がりました。次回はさらにレベルアップしたハンドベル演奏にも挑戦したいと思います。

最後に、いつもご指導ください、私たちを引っ張ってくださる村上敬子先生にここより感謝申し上げます。



一枚の絵 NO.70
yukimitsu sanayasu の
ぶらり旅日記



五島列島 青砂ヶ浦天主堂(あおさがうらてんしゅどう)

長崎県南松浦郡新上五島町にあるキリスト教の聖堂。2001年に国の重要文化財に指定され、今年「長崎と天草地方の潜伏キリシタン関連遺産」が世界文化遺産に登録されることになりました。青砂ヶ浦にいつごろからキリシタンが住んだか不明だそうですが、300年にも及ぶキリシタン禁教令下の壮絶な弾圧に耐え、1878年頃には初代教会があつたといいます。青砂ヶ浦天主堂には悲しい歴史からは想像できないほどの、可愛く可憐なステンドグラスを通して美しい光が差し込んでいます。



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61回	10月12日(金)	「がん治療中のスキンケア」	皮膚・排泄ケア認定看護師 濱田 裕江
------	-----------	---------------	--------------------



音楽カフエ ●日時:毎月第3金曜日 15時～16時頃まで ●予約:不要

第 9回	9月21日(金)	第11回	11月16日(金)	どなたでも気楽にご参加ください! 平成30年9月21日(金) (毎月第3金曜日 開催) 外来棟4階 大ホール 15:00～16:00
第10回	10月19日(金)	第12回	12月21日(金)	

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

9月21日(金)18:30～	「周術期疼痛管理セミナー」「登るより下ろう! -術後の多角的鎮痛管理-」	講師 東京慈恵会医科大学附属第三病院 麻酔科学講座 稲垣 優	講師 ハシチウォヴィッチ・トマシュー
10月12日(金)18:30～	「肺癌外科領域におけるこ10年の進歩と未来予測」	講師 金沢医科大学 呼吸器外科 高橋 健司	教授 浦本 秀隆
10月16日(火)19:00～	一般講演 「漢方挿話～医学生への講義内容から～」	講師 岡山大学病院消化器内科 表 静馬	坂田 雅浩
座長:いぐいちクリニック院長 井口 敬一	特別講演 「がん化学療法における漢方薬の役割」	講師 芝大門いまづクリニック 院長 今津 嘉宏	
11月 2日(金)18:30～	「形成外科を利用して高度医療の提供を」	講師 地域医療機能推進機構 大阪みなと中央病院 三河内 明	細川 亘
11月 7日(水)18:30～	「サバイバー生存率:がん患者の新しい指標(仮)」	講師 大阪医科大学 研究支援センター 大塚 真哉	伊藤 ゆり
11月16日(金)18:30～	「消化器癌外科治療の現況と展望～胃癌・食道癌からみて～」	講師 大阪大学医学部医学系研究科 外科学講座消化器外科学 教授 土岐 祐一郎	
11月30日(金)18:30～	「細胞の守護者オートファジー:ノーベル賞受賞に至った経緯(仮)」	講師 大阪大学大学院 医学系研究科生化化学・分子生物学講座 遺伝学教室 教授 吉森 保	

がん診療部キャンサーボード

9/21(金) 8:00	消化器	10/ 5(金) 8:00	消化器	10/19(金) 8:00	消化器
9/21(金) 8:00	肺がん	10/ 5(金) 8:00	肺がん	10/19(金) 8:00	肺がん
9/27(木)18:00	乳がん	10/11(木)18:00	乳がん	10/25(木)18:00	乳がん
9/28(金) 8:00	消化器	10/12(金) 8:00	消化器	10/26(金) 8:00	消化器
9/28(金) 8:00	肺がん	10/12(金) 8:00	肺がん	10/26(金) 8:00	肺がん

STAFF

publisher	岩垣 博巳	治験管理部	大塚 真哉	腎臓路・血清センター	長谷川 泰久
chief editor	松本 智智	医師業務支援部	常光 洋輔	国際協力推進センター	堀川 城一朗
	佐藤 匠	広報部	長谷川 利裕	消化器病センター	豊川 達也
	高橋 直人	感染症部	下江 敏敬	内視鏡センター	豊川 達也
		国際支援部	堀井城一朗	明瞭・徹底検討センター	岡田 俊明
		ワクライフルアズ部	兼安 茂子	外来化療法センター	岡田 俊明
		薬剤部	板野 亨	薬理・リハビリテーションセンター	廣田 稔
		看護部	横山 弘美	脊椎・人工関節センター	松下 具敬
		【センター】		頭頸部・垂耳センター	中谷 宏章
		臨床研究部		低侵襲治療センター	大塚 真哉
		救急医療部		医療連携センター	稻垣 優
		がん診療部		守山 順也	英二
		教育研修部		エイズ治療センター	坂田 達朗
		地域医療連携部		ME室	西原 博政
		医療安全管理部		プレステーゼンター	三好 和也
				画像センター	道家 哲哉
				糖尿病センター	畠中 崇志
				新生児センター	濱野 亮輔
				緩和ケアセンター	高橋 健司
				女性医療センター	山本 暖

FMC NEWS

VOL.11 2018 SEPTEMBER

編集後記

良質な医師を育てる研修会

国立病院機構のイベントの一つに「良質な医師を育てる研究会」というものがあり、その中の一つのテーマに「小児疾患に関する研修」というものがある。御存知の方も多いかもしれないが、1年に1回、若手医師や卒後まもない研修医を対象にして、おもに中四国の国立病院機構の小児科医が講師となり、2日間みっちりと研修を行うものである。内容が濃く、我々が聴いても非常に勉強になる。

今まででは主に岡山医療センター、または四国などおとなの医療センターで開催していたが、本年はわが福山医療センターの新しい大会議室で開催することになった。機構の担当者に当院に足を運んでもらい、当院の関係者にもいろいろ準備対応を協議してもらい、いよいよ7月12日、13日にスタート、という段になった。

しかし、今回の西日本豪雨である。この災害の甚大な影響により、広島県をはじめとして多くの方々が被災され、交通機関もマヒしたことから中止が決定した。

豪雨の日、当日、私は学会出張のため横浜市にいた。報道などで天候不順のニュースを聞いていたが、関東地方は雨風もあり強く実感はなかった。ただ、帰福の段階になって、新幹線は新大阪でストップし足止めとなって、改めて重大さに気づいた。

福山に戻った後、非常に強い雨で恐怖をおぼえるほどだったと聞き、様々な重大事件もそれを実体験するかどうかで、まったく異なる経験となると実感した。

また、先日、東広島や倉敷市真備に行く機会があった。真備には知人もいる。被災地の状況を目の当たりにすると、倒壊した建物や、泥だらけの倒木が道端に転がっている状況は衝撃的であった。一人ひとりの力は非常に小さく、今後も多くの方の力が必要となると身をもって感じた。

さて、先日、機構から来年の1月24日、25日に「小児疾患に関する研修」を開催すると連絡があった。場所は福山ではなく岡山医療センターとなった。多くの若い医師に福山に来てもらうことは、非常に大きな意義があると考えている。来年度以降に福山医療センターで開催するチャンスがあれば、是非開催したいと思っている。その際は、当院の関係者の方々には、またご協力をお願いしたいと考えている。

最後に、豪雨災害の被災者の方々、復興に尽力をされている方々に心からお見舞い申し上げます。

文責:小児科診療部長 荒木徹

Medical examination schedule

外来診療予定表

平成30年9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] T E L 084-922-9951(直通)

F A X 084-922-2411(直通)

診療科名		月	火	水	木	金	備 考
小児 医療 セントー ル	小児科	午前	北田 邦美 藤原 進太郎	北田 邦美 藤原 倫昌 荒木 徹	北田 邦美 藤原 倫昌 小寺 亜矢	荒木 徹 北田 邦美 小寺 亜矢 藤原 進太郎	北田 邦美 藤原 進太郎 小寺 亜矢
	小児アレルギー科	午前	藤原 倫昌				
		午後		藤原 倫昌			藤原 倫昌
	小児循環器科		荒木 徹	小寺 亜矢	荒木 徹	荒木 徹(午前) 小寺 亜矢(午後)	学校(心臓)健診 (午前)
	小児心療内科		細木 瑞穂			細木 瑞穂(午後)	月…1・3週
	小児血液腫瘍科		小田 慶				小田医師(1・3週午後) 14:00~17:00
	小児消化器内科					近藤 宏樹	近藤医師(第2週のみ) 10:00~16:00
	小児神経科						桐野 友子 第1・3週 9:00~15:00
	小児外科	午前	黒田 征加	窪田 昭男(13:30-16:30)	長谷川 利路	井深 奏司	火曜日… 小児便秘専門外来併診
	小児整形外科		松下 具敬 赤澤 啓史				※診察は整形外科で行います
	小児泌尿器科					島田 憲次 (9:00~15:00)	※診察は小児外科で行います 赤澤医師は月1回のみ不定期(予約制) 14:00~15:30
	小児耳鼻咽喉・ 頭頸部外科	午前	中谷 宏章 田口 大藏			中谷 宏章 福島 慶	※診察は耳鼻咽喉・頭頸部外科で行います
		午後	福島 慶 田口 大藏			中谷 宏章 福島 慶	午後は予約のみ
	小児形成外科	午前	三河内 明		三河内 明		井上 温子 ※診察は形成外科で行います
	小児婦人科		早瀬 良二 山本 暖 甲斐 憲治	山本 梨沙	山本 暖 田中 梓菜 矢野 肇子	早瀬 良二 甲斐 憲治	※診察は産婦人科で行います 月・木曜日の甲斐医師は地連不可
新 生 兒	摂食外来				綾野 理加		水(1週)・木(4週)…9:30~16:00
	乳児健診			13:00-15:00	13:00-15:00	13:00-15:00	予約制
	予防接種・シナジス		シナジス	予防接種			シナジス外来は冬期のみ 13:00-15:00 予防接種 13:30-14:30
	新生兒科	午前	猪谷 元浩	山下 定儀	山下 定儀		
		午後	宮原 大輔	猪谷 元浩	岩瀬 瑞恵	宮原 大輔	山下 定儀
女性 医療 セントー ル	産婦人科		早瀬 良二 山本 暖 甲斐 憲治	山本 梨沙	山本 暖 田中 梓菜 矢野 肇子	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 木曜日の甲斐医師は地連不可 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
	乳腺・内分泌外科	午前		三好 和也	高橋 寛敏		三好 和也
		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	金岡 隆平	長谷川 泰久 金岡 隆平 松崎 信治 岩根 亨輔	長谷川 泰久 金岡 隆平 松崎 信治 岩根 亨輔	松崎 信治	長谷川 泰久 金岡 隆平 松崎 信治 岩根 亨輔
		午後		長谷川 泰久 金岡 隆平 松崎 信治 岩根 亨輔	長谷川 泰久 金岡 隆平 松崎 信治 岩根 亨輔		長谷川 泰久 金岡 隆平 松崎 信治 岩根 亨輔
				ストーマ外来			水…ストーマ外来 14:00-
	血液内科			中村 真			火…第2・4週のみ 9:30-13:30
糖尿病 センター	糖尿病内科			畠中 崇志	畠中 崇志		
	内分泌内科		当真 貴志雄		平嶺 恵太		平嶺医師…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 敦生	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)
			横野 貴文		齊藤 誠司 原 友太		坂田 雅浩 水…斎藤医師(総合内科・感染症科)
	消化管内科		藤田 敦生 村上 敬子	豊川 達也 片岡 淳朗	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
	外科一般		岩垣 博巳	大塚 真哉	稻垣 優	稻垣 優	岩川 和秀
	消化管外科	午前	岩垣 博巳 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	常光 洋輔 大崎 俊英 金…大崎医師(1・3週)
		午後		赤井 正明		安井 雄一	火…赤井医師(2・4週午後) 木…安井医師(1・3週午後)
	大腸・肛門外科	午前					岩川 和秀
		午後	岩川 和秀				
	肝・胆・脾外科	午前			稻垣 優 北田 浩二	稻垣 優 徳永 尚之	
			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	村上 敬子 藤田 敦生 堀井 城一朗 上田 祐也 表 静馬 野間 康宏	村上 敬子 豊川 達也 藤田 敦生 片岡 淳朗 上田 祐也 渡邊 純代 横野 貴文 表 静馬 野間 康宏	豊川 達也 藤田 敦生 堀井 城一朗 片岡 淳朗 上田 祐也 横野 貴文 原 友太 野間 康宏	村上 敬子 豊川 達也 藤田 敦生 堀井 城一朗 片岡 淳朗 上田 祐也 横野 貴文 原 友太 野間 康宏
	気管支鏡			岡田 俊明 森近 大介 米花 有香 市原 英基 松下 瑞穂			岡田 俊明 森近 大介 米花 有香
呼吸器・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	岡田 俊明	月・水・木 肺がん検診 月・木 結核検診 火…市原医師は午後のみ
	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 水…心臓カテーテル検査(午後のみ)
心臓リハビリーションセンター	心臓	廣田 稔			廣田 稔		
	リハビリテーション	池田 昌絵			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	甲斐 信生 宮本 正 馬崎 哲朗 片山 晴喜	辻 秀憲 山本 次郎	松下 具敬 馬崎 哲朗 片山 晴喜	甲斐医師の初診は紹介持参の方のみ 火・木…宮本正医師(午前のみ) 火…片山医師(初診のみ) 水・木…山本医師(午前のみ) 水…予約外の受付10:30まで 金…片山医師(午前のみ) 辻医師…第2・4週のみ (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		中谷 宏章	福島 慶	
		午後	田口 大蔵		福島 慶	田口 大蔵	午後は予約のみ
	形成外科	午前	福島 慶 田口 大蔵		中谷 宏章 福島 慶	田口 大蔵	
皮膚科	皮膚科外来	午前	三河内 明	三河内 明		井上 温子	
精神科	精神科外来	午前	下江 敬生	下江 敬生	下江 敬生	下江 敬生	
画像センター	放射線診断科		道家 哲哉	道家 哲哉	道家 哲哉 吉村 孝一	道家 哲哉	月…道家医師 11:00–
	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	
口腔相談センター	IVR		金吉 俊彦 原 友太		廣田 稔 池田 昌絵 福井 洋介	金吉 俊彦 横野 貴文	月…午前のみ 木…午後のみ
	口腔相談		藤原 千尋 多賀 真由香 黒川 真衣	藤原 千尋 多賀 真由香 黒川 真衣	藤原 千尋 多賀 真由香 黒川 真衣	藤原 千尋 多賀 真由香 黒川 真衣	平日 8:30–17:15(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 聰子 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。



水牛にまたがった少年

ダム決壊で沼と化したヤンゴン北のバゴー地方の集落にて。車でのアクセスが不可な現場に徒歩で向かう途中に水牛を連ねて移動する少年とすれ違った。10歳くらいだろうか。ミャンマーの子供は“将来の為に”学校に行かずに早くから働いて農業や漁業の手に職をつけさせられる場合も多いと聞く。沼地を歩きながらコッポラの「地獄の黙示録」という映画を思い出し、工事現場ではなくジャングルの奥地に王国を作ったマーロンブランドに会いに行く気分になりながらひたすら歩いたが、誰も来なくなった寺院を見つけただけであった。

写真:岩垣 宇紘



CONTENTS

市民文化講演会 2018 高齢者特集 1

第57回日本小児外科学会中国四国地方会 2

OPEN CONFERENCE

がん疼痛緩和と地域在宅連携～倉敷での活動～ 3・4

がんゲノム医療と二次的所見に対する対応について 5・6

多職種で取り組む!せん妄に対する実践的・効果的なアプローチとは 7・8

Topics

「医療・福祉の専門家らによるwebマガジンOpinionsより転載」
神は細部に宿る 9

働き方改革の流れの中で、医療の質とコストの両立は可能か?
一働き方改革はパンドラの箱を開けてしまったのか?一 10

当院及び消化器病センターの概要が「先端医療シリーズ 49」に掲載! 11・12

AMCCH(Asian Medical Conference on Child Health)に参加して 21・22

Topics

歯っぴーサロン特別篇 管理栄養士とのコラボレーションを開催して 23
10月の口腔イベントのご案内 23

禁煙外来成功第1例は、当院院長です! 25

知っているようで知らない常識 受動喫煙対策強化 25

看護部紹介No.1 27~30

医師がインシデント報告をすべき25症例 31

判例紹介 患者窒息(蒸しパン)看護師注意義務違反認容事例 33~37

Topics 第65回福山市美展優秀賞受賞 40

一枚の絵 No.70 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 44

編集後記 44

外来診療予定表 (2018年9月) 45・46

連載

緩和ケア入門 No.107 チーム医療考② 13

No.40 在宅医療の現場から 14

連載59 世界の病院から

韓国の病院見聞記(シーズンIII—②)
韓国最高水準の公立老人専門医療・介護・福祉施設(その2) 15~20

No.21 口腔相談支援センターにゅーす 24

"中国ビジネス情報" 転載 がん治療最前線 Vol.11 26

Vol.59 福山漢方談話会・患者さんのための漢方講座⑨ 32

Design No.20 32

教育の原点9 知ることから広がる…例えばハングルから 38

No.56 Learning English 39

No.56 事務部だより 考える 39

No.28 遠野神職のひとりごと 40

栄養管理室 No.116 ~大地の黄金 大豆~ 41

No.15 グルメレポート 41

ピストロ ボントレ No.10 42

音楽カフェの風景 ~その9~ 43

ときめきコンサートに参加して 43

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 2018.9月号/通巻125号

〒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/>

発行者:福山医療センター広報誌 編集委員会 発行責任者:岩垣 博巳