

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

FMC NEWS

FUKUYAMA MEDICAL CENTER

福山医療センターだより



2018 June
Vol.11 No.6

Open conference

【演題】

Magnet Hospital となるための
コンサルティングを含む戦略

2018年
6月25日(月)
18:30~
20:00

国立病院機構福山医療センター
外来管理棟 4階 大研修室

17年間P&Gで実績を出し続け、
その後2万人に指導した方法を講演!

【講師】

小森コンサルティング オフィス

代表 **小森康充** 先生

世界的ビジョナリーカンパニーにて、アジアパシフィック
最優秀マネージャー等、数々の受賞歴を持つトップセールス。

【座長】

似顔絵セラピー代表

イラストレーター 村岡ケンイチ



座長

似顔絵セラピスト
イラストレーター

村岡 ケンイチ 氏

1982年生まれ、広島県出身。東京都在住。2004年名古屋芸術大学イラストレーション科を卒業後、上京。

2006年に県立広島病院にて、「似顔絵セラピー」を発表。似顔絵セラピストとして医療施設・介護施設を中心に似顔絵を通して「笑い」を提供する活動を開始します。日本テレビ「ニュースエブリイ」では特集され、メディアにも出演し「似顔絵は人を癒したり楽しい空間を提供することができる」ことを発信しています。

2012年似顔絵セラピーの効果が、医学論文として日本農村医学会雑誌「第60巻第4号」に掲載。日米韓の三か国で行われた似顔絵国際大会・白黒部門では4回優勝。現在は、東京都・広島県・山口県岩国市を拠点に活動しています。

講師

小森コンサルティングオフィス代表 **小森 康充 氏**
こもり やすみつ

同志社大学卒、P & Gジャパン、日本ロレアル、COACHジャパンなど、実力主義の外資系企業で20年間の営業キャリア・人材育成キャリアを積む。

その後、神戸学院大学客員教授に就任。

2009年、営業力強化コンサルタントとして独立して現在に至る。

P & G時代においては常にトップクラスの営業成績を上げ続け、その当時P & Gトレーナーの世界トップであったボブ・ヘイドンよりコミュニケーションスキルとマネジメントスキルを直接学び、営業トレーナーとしても社内や得意先の人材育成に貢献しアジアパシフィック最優秀マネージャー等、数々の表彰を受ける。

また、世界No.1サクセスコーチといわれるアンソニー・ロビンズのコーチングスキルを習得、20年間の実績が証明する卓越したスキルと世界No.1コーチングスキルをミックスした独自のスキルを確立する。

著書に「スベらない商談力」(かんき出版)、「トップセールスの段取り仕事術」(PHPビジネス新書)、「リーダー3年目からの教科書」(かんき出版)「仕事ができる人はなぜ決断力があるのか」(生産性出版)等。

わかりやすく実践的な指導には定評があり、全国で講演会・セミナー、コンサルティング年間150回〜200回を10年連続実施している。

【主な講演実績】

日本IBM、大塚商会、野村証券、資生堂、日本郵政、ブリジストン、キッコーマン、味の素、NEC、大日本除虫菊、マルハニチロ、NEC、MSD、シスメックス、グラクソスミスクライン、ノバルティス、岡村製作所労働組合、SMB Cコンサルティング東京、パナソニックシステムネットワークス、ポストンコンサルティング、MCフードスペシリティーズ、プライスウォーターハウスクーパース、東京第二弁護士会、EY税理士法人、東京都庁、大阪府庁、神奈川県庁、山梨県庁、神戸市役所、八尾市役所、鳥取市役所、大阪中小企業投資育成、横浜市リハビリテーション事業団、

似顔絵セラピー

第2外来看護師
木坂 仁美



写真 1

写真 2



写真 3



写真 4



写真 5

2018年5月11日午後、村岡ケンイチさんによる似顔絵セラピーを開催しました。小児病棟、ひまわりサロンにて8名の患者さんの似顔絵を描いていただきました。私は、ひまわりサロンの企画・運営をしています緩和ケア認定看護師の木坂です。セラピー当日、似顔絵には1人40分~50分かかるため先着順にさせていただき案内をしていましたので、ひまわりサロンには早くから患者さんが集まっていました。

待ち時間に村岡さんからお借りしたTV放送された似顔絵セラピーのDVDを流していたところ、手伝いに来てくれた薬剤師から「こないだニュースでやってたの見たよ。」との声も挙がり、私たちの期待も膨らんでいきました。また、準備の段階で預かったポスターを広げてみると、認定看護師室に貼っているカレンダーと同じものが出てきました。村岡さんの作品とは知らずに身近に作品に触れていたことにも驚いてしまいました。15:30に村岡さんをひまわりサロンにお迎えしました。まずは、一番に来ていただいた女性の似顔絵セラピーが始まりました。患者さんの話にゆっくりと耳を傾けながら、似顔絵の構成を練られます。(写真①)書を学んでいるというお話を聞きながら、楽しそうに筆を握っている患者さんの似顔絵を仕上げていただきました。(写真②)次に友人と参加された男性は、それぞれ似顔絵の中に、好きな歌や仕事について盛り込んでいただきました。(写真③④)3名が終了したところで、時間が少なくなったことを村岡さんにご相談したところ、「来てくださったみなさんを描きますよ」と言ってくださり、即興で3名の似顔絵も描いていただきました。

似顔絵セラピーをそばで見せていただいて、患者さんとの会話の中で、これまでの人生や楽しんできた趣味等を振り返る過程を大切にされていることが伝わってきました。また、今の自分とは少し違うけどこんな風に描いてほしいという希望を似顔絵にのせて、生き生きと描かれていました。セラピー後の患者さんはすっきりした表情をされていて、村岡さんから似顔絵を受け取る時はとてもうれしそうでした。そして、家に帰ったら家族にみせるんだと楽しそうに話されていました。村岡さん、参加者の皆さんを笑顔にしてくださって本当にありがとうございました。

りした表情をされていて、村岡さんから似顔絵を受け取る時はとてもうれしそうでした。そして、家に帰ったら家族にみせるんだと楽しそうに話されていました。村岡さん、参加者の皆さんを笑顔にしてくださって本当にありがとうございました。

福山医療センター 地域連携 のつどい —2018—



院長あいさつ

平成30年5月17日(木)福山ニューキャッスルホテル於 開催



あいさつ

院長
岩垣 博巳



岩垣院長肖像切り絵▲(作/毛利典子)

本日の当院の地域医療連携の集まりに、多数ご参集頂き、感謝申し上げます。福山医療センターは、足掛け8年間8ヶ月にわたる病院の建て替え工事を、平成30年1月完成致しました。

永年の懸案でありました駐車場スペースも拡張したところです。外来患者向けの自動精算機も設置して会計の効率化を図るとともに、1階東側には、カフェ&レストランもオープンするなど、患者の利便性も向上致しました。

今後は、本日齋藤企画課長が説明申し上げますが、総合周産期母子医療センター化を目指した内部改装に取り掛かる予定です。結果、当院の許可病床は410床であります、改装後は350床、60床のダウンサイジングを図る予定です。近々開催される当圏域の地域医療構想調整会議の場でも発言することとなる予定です。

病院は「場」であるとともに「機能そのもの」であると考えています。その機能は、関係機関の「連携」によって、ますますの強化・発展が望めるものです。病院の機能を支える経営基盤もまた、地域医療への貢献力とともに強化されるべきであると思います。

医療機関に身を置く者として、「連携システムの構築と駆動」を最優先と考え、日々の業務を見つめ直していきたいと考えています。現時点でも、様々な連携はなされつつあり、感謝する次第ですが、この転換期において、各機関、そして医師個人個人の更なるご協力、ご支援、何よりも相互理解を切に願いつつ、私の挨拶とさせていただきます。



第一部 講演会

2018年 地域連携のつどい



経営企画係長

渡辺 理沙

みなさんこんにちは。今年度も5月17日(木)に、ニューキャッスルホテルにて恒例の「福山医療センター地域連携のつどい」が開催されました。

当初は昨年度より参加者数が少し減るかな？と心配しておりましたがふたを開けてみたら昨年を上回る総勢245名の方にご来場いただき、大変盛況な会となりました。

参加者は医科・歯科だけでなく介護施設からも多くのご参加を頂きました。

第一部・一般講演は当院からの病院実績報告、病棟改装計画、国際協力支援センターの活動につ

いてと盛りだくさんの内容となっております。当院は昨年夏に外来管理棟の建て替えが終了し、11月には無事完成記念式典を終えたところですが、これから総合周産期母子医療センター化を目指して病棟改修工事を行わなければなりません。2020年開催予定の東京オリンピックの影響を受け工事を依頼する職人さんの需要が高まったことで当初予定していた工期・金額では入札が折り合わず、不調となりました。そこで当初計画から工事の厳選、工期の短縮を行いこの秋に再び入札にかかる予定となっております。目標とする総合周産期母子医療センター化までには病棟改修や医師確保といった困難がありますが当院の目標や取り組みを地域医療機関の皆様へアピールすることができたと思います。

第一部・特別公演は岡山大学大学院保健学研究所から齋藤信也先生をお招きし、「EBM(Evidence-based medicine)からVBM(Value-Based medicine)へ—医療の価値を計る?—」のご講演をしていただきました。

医療における費用対効果のお話は大変興味深く、ご参加頂いた医療機関の皆さんも熱心に聞い

ておられました。

第二部の懇親会は立食形式で行われ、皆さんお食事や交流を楽しまれておりました。会場には福山を拠点として活動するジャズバンド「グランドクロス」の皆さんにお越しいただき、ジャズの生演奏を楽しみながら過ごしていただきました。

今回のお食事の目玉は、福山の名物料理「鯛うずみ」です。福山の皆さんはご存知の郷土料理なのでしょうか？私は他県の出身でして、今回のつどいで初めてその名前を聞きました。鯛のお茶漬け風といったところでしょうか。また、今回はスイーツにも力を入れアイスクリーム・ケーキ数種類と豊富な品ぞろえで、スイーツ好きのかたには大変ご好評をいただきました。

健全な病院経営のために、入院収益増加を目指すには地域医療機関との連携を密にすることが重要だと考えます。今回の「福山医療センター地域連携のつどい」に非常にたくさんの医療機関の皆様にお越しいただき、情報交換ができたことでさらなる連携強化のきっかけになったことと思います。

特別講演

EBM(Evidence-based medicine)から VBM(Value-based medicine)へ —医療の価値を計る?—



岡山大学大学院
保健学研究所

教授 齋藤 信也



齋藤教授 特別講演

EBM (Evidence-based medicine)とVBM(Value-based medicine)

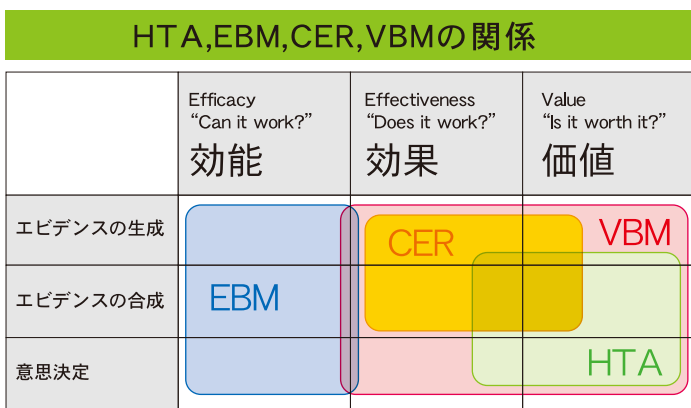
EBM (Evidence-based medicine)は、カナダのマクマスター大学のサケットによって提唱された生物統計学と臨床疫学に基礎を置く医療における意思決定法です。従来の経験(専門家の意見)に基づく医療に対する強力なアンチテーゼとして我が国でも1990年代に一世を風靡しましたが、単なるRCT(Randomized Controlled Trial) 至上主義と誤解されたりしながら、ブームもやや落ち着いているところです。

臨床試験に関わったことのある読者ならお気づきでしょうが、RCTで分かるのは、理想化された状況下での効能(Efficacy)に過ぎません。実臨床(Real World)での患者での効果(Effectiveness)の根拠とはなりますが、同じものではありません。効能は“Can it work?”「効く可能性があるか?」を示しているに対して、効果は、“Does it work?”「実際に効くか?」を示しています。この実臨床、現実社会での効果を重んじるのがVBM(Value-based medicine)だということになります。もちろん、RCTはバイアスを防ぐには最良の方法で



第二部 懇親会

ら、そこから得られたエビデンスは強力です。それに基づいて意思決定を行うEBMの有効性は否定できません。一方で実際の患者に対しての効果を観察研究によって確かめることもとても重要です。また観察研究に基づいた疑似RCT(たとえばプロペンシティスコアマッチング法)により効能・効果を証明した研究も急増しています。実際米国では、CER; Comparative Effectiveness Research(比較効果研究)というものが盛んであり、現実社会での効果を比較することが、医療上の意思決定、ひいては医療に対する社会の判断(医療資源配分)に重要であることが強く認識されるようになりました。こうした背景から、EBMは20世紀とともに終わり、21世紀はVBMの時代だと唱える人がでてきました。それをまとめたのが表1です。ここでの整理では、VBMは効果および、価値(Value)「Is it worth it?」「それはやる価値があるのか?」を含む領域だと理解してください。



EBM; Evidence-based Medicine CER; Comparative Effectiveness Research
VBM; Value-based Medicine HTA; Health Technology Assessment
Luce, 鎌江 改変

VBMとHTA(Health Technology Assessment)

VBMと近い概念にHTA(Health Technology Assessment: 医療技術評価)というものがあります。その定義としては、「学際的な政策研究分野であり、医療技術の開発や普及、および実際の使用によって生じる医学的、経済的、社会的、且つ倫理的な意義を研究するもの」という包括的なものが一般的ですが、経済的評価を含むのが眼目であり、狭義のHTAは医療経済評価、費用対効果評価とほぼ同義と考えるといいと思われます。VBMの医学的部分がCERであり、経済評価がHTAであるという単純な理解でも大きな間違いはありません。

医療の費用対効果評価-その価値を測る?

医療の価値には多面性があると思われ、経済的価値は重要な要素です。特に限られた医療資源(財源)をどのように配分するかという問題を考える際には、非常に大切になってきます。単純に言えば、価値は、「費用」/「効果」で計れるという考え方がそれにあたり、医療の費用対効果評価については、本誌連載の「緩和ケア入門」において何度か触れる機会があったので、ここでは簡単に解説することにします。

増分費用効果比 (Incremental Cost-Effectiveness Ratio; ICER)

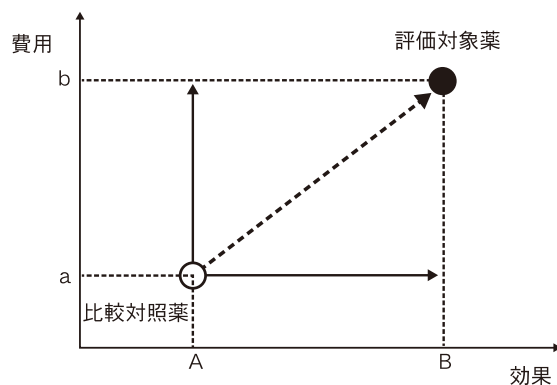
実際の費用対効果では、今現在一番使われている薬(比較対照薬)に対して、新しい薬(評価対象薬)がどれだけ優れているかを評価することになります。通常新しい薬は、効果も増しますが、費用も高くなります。そこで余分にかかる費用と、効果の増加分を比較し、これが一定の目安(閾値)と比べて高いか安いかで、その新規薬剤の価値を測ります。この閾値というのは、例えばイギリスでは2万から3万ポンド/QALY(全く健康なもう1年のために、350から500万円の追加費用を払っても

良い)とされています。この目安はイギリス社会が選び取ったと言えなくもありません。まさに価値を測る1つの基準です。

イギリスで起きたこと

イギリスでは、基本的にこの閾値よりも費用対効果が劣る医薬品は保険で償還していません。つまり、日本では普通に使える高額な抗がん剤や分子標的薬が軒並み使えません。もちろん自腹で払うなら使用できますが、公的医療制度のなかでは使えません。

そこで何が起きたかは、賢明な読者ならすぐにお分かりでしょうが、国民の激しい反発です。医療の価値を測ると言いながら、結局はがん患者がよく効く(ただしとても高い)抗がん剤が使用できなくなっただけではいかということ、総選挙の争点の1つにもなりました。



$$\text{増分費用効果比 (ICER)} = \frac{b-a \text{ (費用の増加)}}{B-A \text{ (効果の増加)}}$$

我が国で起きていること

我が国では、これまでずっと、薬事承認(お薬としての有効性と安全性が確認されること)されれば、そのまますぐに薬価収載(そのお薬が保険で使えるようになること)されてきました。これは日本で暮らしていると気がつきませんが、世界標準で見ると、大変な大盤振る舞いなのです。イギリスまで厳しくはないものの、たいいていの国ではこうした費用対効果評価を行い、効き目はあるもののとても高い薬は、保険で償還しないか、あるいは、閾値に近いところまで薬価を下げてもらうようメーカーと交渉しています。

さすがに我が国も医療財政の厳しさが増したことから、2016年4月からこの費用対効果評価の試行を始めました。非常に高価で売り上げの多い薬を7種類選び、まずメーカーが費用対効果評価を行ったものを提出し、その後それをレビューしてその妥当性を検討することが行われました。2018年3月にその結果が発表されましたが、抗がん剤のオプジーボとカドサイラは薬価を下げることに決まったようです。

まとめ

現在、EBM (Evidence-based medicine) からVBM(Value-based medicine)へという変化が生じていることをご紹介しました。これは医療の意思決定の根拠が、理想の世界(EBM)から、現実の世界(VBM)へ移りつつあるということでもあります。現実世界における医療の価値の中核をなすのは、やはり費用対効果という経済的価値であることは否定できません。もちろん費用対効果で測定できるのは医療の価値の一部分だろうと思われます。ですので、本当に『医療の価値』が計れているのか?という意味で、ランニングタイトルの最後に「?」をつけました。こうした方法で計る医療の価値について読者の皆さまはどのようにお考えでしょうか?また御意見をお寄せください。

平成29年度 福山医療センター 経営実績について

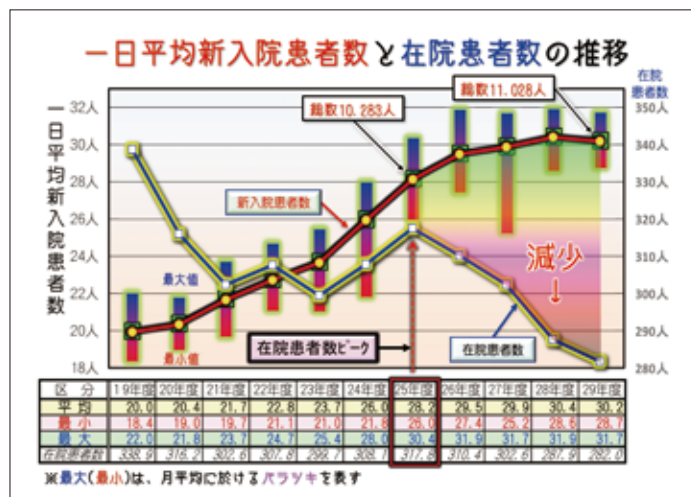
経営企画室長
中島 正勝



『地域連携のつどい』において発表しました、当院の経営実績報告について、簡単ではありますが紙面で紹介させていただきます。

1. 平成29年度実績について

決算実績については、先月号『データから見る当院の現状と今後』で報告させて頂きましたので、詳しい内容については割愛させていただきます。結果的には、前月号の速報値とほぼ同額の7億円弱の赤字となりましたが、この赤字分については建物整備等の影響であり、想定内(年度計画で織り込み済み)に収まっています。



スライド 1

2. 一日平均新入院患者数と在院患者数の推移【スライド 1】

一日平均新入院患者数は順調に伸びているものの、在院患者数(一日平均入院患者数)は、平成25年度をピークに下降の一途をたどり、昨年度(H29)実績では282人まで落ち込みました。

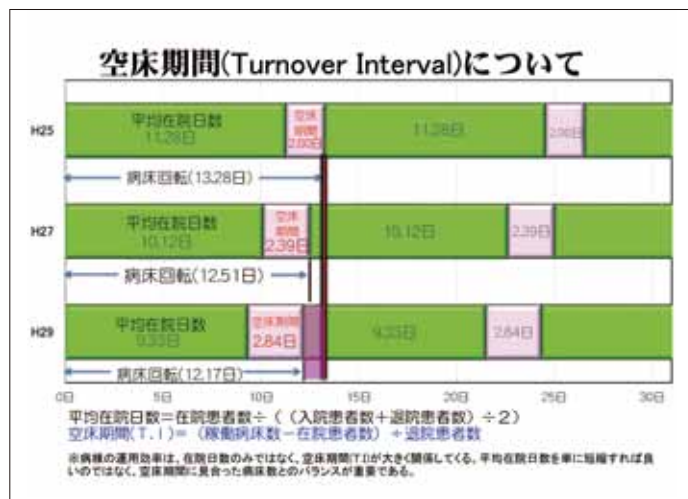
これについては、新入院患者数が減っているわけではなく、急激な在院日数の短縮に新入院患者数が追いついていないのが実情なのですが、当院は急性期医療を担う医療機関という立場、また、今年度より7対1入院基本料の前提条件として、重症度、医療・看護必要度が25%→30%に引き上げられたことなど制度上の問題もあり、在院日数の短縮はまだまだ必要と考えております。

なお、ピーク時(H25)の新入院患者総数10,283人に対し、昨年度(H29)は11,028人であり、実は7%以上も増えているので、スタッフ達は統計(一日平均入院患者数)以上の患者数を短期間で診ている状態となり、病院中が大忙しとなっています。

この事を一般の方にも分かりやすく説明するならば、10年前に17日前後だった在院日数が9日前後となりましたが、診療内容(総量)は殆ど変わらず診療密度は約2倍に、しかも一日当たりの入院退院患者数が1.5倍以上に増えている事から、実業務量は2~3倍となりました。確かに看護師数は(10年前に比べ)増えていますが、流石に倍にはなっておらず、ICTを活用した医療情報の共有(電子カルテの導入等)で何とか凌いでいる状況なのです。余談ですが、時代は平成となり、情報伝達系は著しい発展を遂げましたが、医療行為に於ける肉体労働の部分は殆ど変化が無く、スタッフ

達の気力と体力が今の医療を支えています。この業界って実は体育会系なんですよ。

※当院に於ける統計資料は(国立病院機構本部の指導で)静態患者による統計であるため前記した忙しさが表せません。なお、一般的には動態患者が使われることが多いようです。

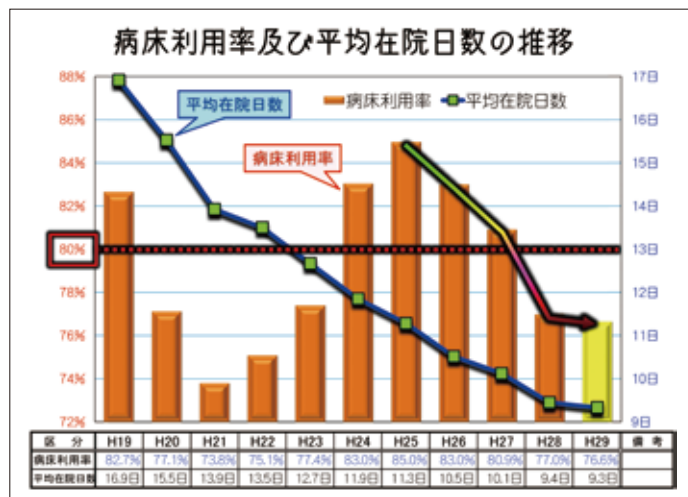


スライド 2

3. 空床期間(Turnover Interval)について【スライド 2】

新入院患者総数が増えているにも関わらず、在院患者数(一日平均入院患者数)が減ったのは、前記したとおり在院日数の短縮が要因ですが、更に問題なのが(患者数減によって発生する)病床過多による空床日数の増加です。

スライド 2 は、病床の回転を一ヶ月スパンとして、実際の病床回転日数の推移を表したグラフです。これを見ると、平成25年度(ピーク時)に比べ平成29年度の在院日数は約2日短縮されていますが、ベッドの空床期間は長期化しているため実質的な短縮は1日程度であり、病床の運用効率は以前より多少悪くなっているのが実情です。この空床期間の悪化により、日当点は上昇しているものの、総点数はこの数年殆ど変化していませんので、実は苦しい経営状態が続いていました。



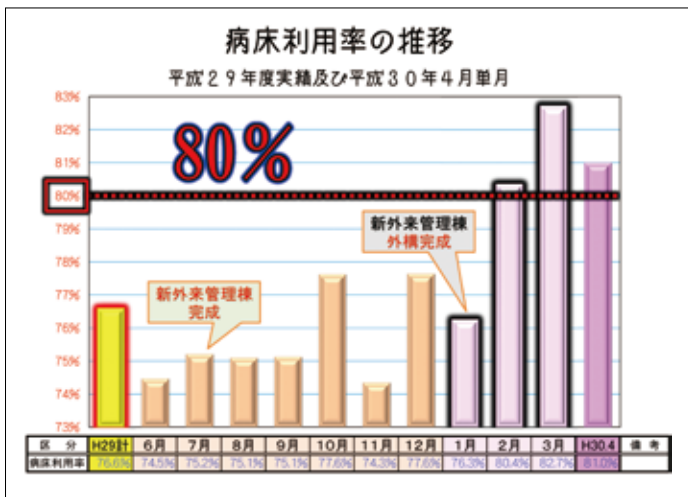
スライド 3

4. 病床利用率及び平均在院日数の推移【スライド 3】

前記した患者数の減少について、稼働病床数の減少(H25以降は374床、それ以前は410床)もあり、実数そのものではイメージしづらいと思いますので、違った視点(病床利用率)から見てみます。

平均在院日数は、折れ線グラフの様に順調に短くなっているものの、病床利用率は平成25年度の85%をピークに下降を続け、平成28年度以降は80%を下回る結果となりました。急性期医療を担う医療機関としては病床利用率80%以上、在院日数10日未満、入院期間尺度1.8未満を確保した

いところ。伝え聞くとところによると、平成27年度あたりから、政策による在院日数短縮の影響もあって、急性期病院の多くはこのような問題を抱えつつあったようです。



スライド 4

5. 病床利用率の推移(平成29年度実績)【スライド 4】

スライド 3は、過去10年分の実績をグラフにしたものですが、スライド 4は、直近一年分を月単位で細分化したものです。

これを見ると、期待していた新外来棟完成月でも75.2%、その後は特に変化もなく、一時的に増加した月があったものの、暫定目標値の80%には程遠い状況でした。

しかし、外構工事後、いわゆる駐車場等の整備後となる2月からは病床利用率80%以上となり、現在に至るまで順調な患者数確保が続いております。ちなみに今年の4月実績は、一日平均患者数 296.4人(3月は302.8人)、一人一日当たり診療点数 7,493.3点(3月は7,363.0点)と中々の滑り出しとなりました。

ただ、5月についてはゴールデンウィークの影響が多少あると考えられるので、80%には届かないかもしれませんが、(今のところ)かなり良い状態なのは間違いありません。

以上の事からも、当院に於ける当面の課題は、看護必要度30%以上の安定化と考えられます。

病棟改装計画

企画課長

齋藤 博文



福山医療センターは地域周産期母子医療センターとして広島県東部における産科3次救急を担っておりますが、総合周産期母子医療センターとなるべく母体・胎児集中治療室やLDRの整備等、産科病棟の大幅な機能強化を計画しております。合わせて増え続ける手術症例に対応するため外科病棟に新たにハイケアユニットを整備します。この2件の投資は平成30年度広島県補助金対象事業として認定を受けております。いずれも平成28年度から進行中の計画で、当初は小児救急医療拠点病院となるために必要な工事も含めて行い平成29年度中に補助金対象部分の工事を完了させる予定でしたが、これまで実施した3度の入札がいずれも不調に終わったことから整備内容の見直しを行うことになりました。

見直し計画では工事内容を厳選して工期を短縮(17ヶ月→5ヶ月)し、既存ストックを有効活用することで費用も圧縮する予定です。平成30年10月末頃の契約を目指しております。

改装後は福山医療センターがさらに進化します。福山医療センターを引き続きよろしくお願いたします。

改装計画の概要

- ①産科機能を強化して地域周産期母子医療センターから総合周産期母子医療センターへランクアップする
- ②ハイケアユニットを整備して増え続ける手術症例に対応する

いずれも平成30年度広島県補助金対象事業として認定

スライド 1

①総合周産期母子医療センター

- ・MFICU(母体・胎児集中治療室)6床整備
- ・バイオクリーンルーム(Class10000)
- ・シャワートイレ付き個室
- ・医師の24時間勤務
- ・看護配置3対1
- ・産科合併症以外の合併症を有する母体へ対応
- ・分娩室の増室(2室→3室)
- ・LDR機能(陣痛→分娩→産後回復まで在室可能)

スライド 2

②ハイケアユニット

- ・4床室×2をハイケアユニット(5床)に改修
- ・ICUに隣接
- ・大手術後(全身麻酔&高侵襲度)のリカバリー
- ・重症救外患者の受入れ強化

スライド 3

各階フロア構成

病棟(H23.9完成)&リニエック棟(H25.2完成)

階	施設	備考
7F	整形外科	
6F	泌尿器科、乳腺外科、形成外科、耳鼻咽喉・眼耳鼻科、脳神経外科、皮膚科	新外来棟(H29.7完成)
5F	呼吸器外科、呼吸器内科、循環器科	裏り廊下
5F	内科、消化器内科	
4F	倉庫スペース	裏り廊下
4F	大研修室(オープンカンファレンス、市民公開講座)	
3F	外科、消化器外科、ICU、ハイケアユニット	裏り廊下
3F	検体検査、生理検査、病理検査、細菌検査	
2F	産婦人科、小児科、NICU、GCU、MFICU、LDR	裏り廊下
2F	外来診療科、中央処置室、薬剤部、化学療法室	
1F	手術室、放射線治療、厨房、エネルギー	裏り廊下
1F	病院玄関、救急、放射線診断、内視鏡センター、医療連携支援センター、医事	

スライド 4



スライド 5



スライド 6

当初計画からの変更について

- ・総合周産期母子医療センター&小児救急医療拠点
- ・4F産科、3Fハイケアユニット、2F小児専用フロア化+新生児センター拡充計画
- ①平成29年9月、②10月、③平成30年2月と計3度の入札不調
- ・入札不調の原因
- ・ゼネコンの技術者及び下請けの職人不足
- ・労務単価と資材単価の高騰
- ・大規模改修による長い工期(17ヶ月)

スライド 7

見直し計画

- ・まずは総合周産期母子医療センターとなるために必要な工事を厳選して行い工期を短縮する
- ・既存ストックはそのまま活用(NICU、GCU)
- ・工事中は閉鎖病棟(4F)を仮設産科病棟として活用
- ・見直しにより工期は17ヶ月から約5ヶ月まで短縮
- 平成30年10月末入札予定

スライド 8

改装後は……

- ・生まれたばかりの赤ちゃんからお年寄りまで安全・安心な医療が提供できる福山医療センターがさらに進化します。
- ・今後とも福山医療センターをどうぞよろしくお願いたします。

スライド 9

国際支援部の現況と展望

～ 地域医療連携の集いにおけるご報告 ～



国際支援部長
堀井 城一郎

2017年5月18日開催された地域医療連携の集いにおいて、国際支援部のこれまでの活動と今後の展望についてご報告させていただきました。主な活動内容についてはこれまでの福山医療センターだよりもご報告させていただいておりますが、渡航受診者の受け入れ推奨病院である『ジャパン インターナショナル ホスピタルズ』に認証されたこと、国際的医療活動としてタイ ラジャピチ病院との交流、ケニア AIDS/HIV診療視察、AMDAの国際会議への出席、ハワイ大学における指導者シミュレーション研修などについてご報告させていただきました。

今後の展望ですが、院内他部門との連携強化のために、国際支援部を核とし、医師、看護部、薬剤部、事務部、臨床研究部、治験管理部、リハビリテーション科、放射線科、臨床検査科、ME室、栄養管理室、HIV診療チームをメンバーとする国際協力推進センターを立ち上げ活動を開始しています。この国際協力推進センターを新たな活動の基盤として、病院全体の外国人患者受け入れ体制の強化を目標とし、外国人患者様にも安心して医療を受けていただける病院を目指します。

病院の国際化は院内はもとより、地域の方々の協力なくしては成しえないプロジェクトであります。何卒引き続きのお力添えのほどよろしくお願い申し上げます。

ハワイ大学 指導者シミュレーション研修



2017年3月

2018年2月



ケニア AIDS/HIV診療視察



2017年9月



2017年3月～ 2018年3月までの 当院における国際的医療活動

- 2017年3月 ハワイ大学 指導者シミュレーション研修
- 2017年6月 院内英会話教室開始(国際支援部、HIV/AIDS診療チーム)
- 2017年7月 タイ ラジャピチ病院スタッフ 当院視察
- 2017年9月 ケニア AIDS/HIV診療視察
- 2018年1月 AMDA International Conference for Asia Chapters 2018 Kuala Lumpur, Malaysiaに参加
- 2018年2月 タイ The 28th Annual Academic Meeting of Rajavithi Hospital
- 2018年2月 ハワイ大学 指導者シミュレーション研修

その他国際学会多数参加



AMDA International Conference for Asia 2018 Kuala Lumpur, Malaysia



2018年1月



タイ ラジャピチ病院スタッフ 当院視察



2017年7月



タイ The 28th Annual Academic Meeting of Rajavithi Hospital



2018年2月



ロボット支援手術(ダ・ヴィンチ手術)の麻酔管理とインパクト



鳥取大学医学部麻酔・集中治療医学分野

教授 稲垣 喜三

はじめに

鳥取大学医学部附属病院は、2011年2月にロボット支援手術(ダ・ヴィンチ手術)を核とした低侵襲手術を安全かつ検証可能に実施する施設である低侵襲外科センターを開設した。このセンターの特徴は、ダ・ヴィンチシステムを利用して手術を行う泌尿器科や消化器外科、女性診療科(産婦人科)、胸部外科、頭頸部外科、心臓血管外科の6診療科に、麻酔科、手術部看護師、臨床工学技士を加えた運営委員会を設置し、実施する手術の登録と安全性確保のための診療各科の相互監視、手術術式の転換を指示するロボット支援手術の中止を明記した運営指針を作成したことである。現在、このセンターに登録される低侵襲手術は、全ての内視鏡手術になった。内視鏡下手術を実施する全ての外科系診療科は、運営委員会の構成メンバーとなって、安全な内視鏡下手術の実施のために努力を続けている。

2018年度の保険診療報酬改定で、12のダ・ヴィンチ手術の術式が保険収載となった(表1)。今後、ダ・ヴィンチシステムを使用した手術は、増加してゆくと予想される。本稿では、代表的なダ・ヴィンチ手術の麻酔管理の提要とダ・ヴィンチ手術の導入が医療施設にもたらすインパクトについて概説する。

表1. 平成30年度の保険収載のダ・ヴィンチ手術

	内視鏡手術用支援機器を用いる対象となる手術名
1	胸腔鏡下縦隔悪性腫瘍手術
2	胸腔鏡下良性縦隔腫瘍手術
3	胸腔鏡下肺悪性腫瘍手術(肺葉切除又は1肺葉を超えるもの)
4	胸腔鏡下食道悪性腫瘍手術
5	胸腔鏡下弁形成術
6	腹腔鏡下胃切除術
7	腹腔鏡下噴門側胃切除術
8	腹腔鏡下胃全摘術
9	腹腔鏡下直腸切除・切断術
10	腹腔鏡下膀胱悪性腫瘍手術
11	腹腔鏡下子宮悪性腫瘍手術(子宮体がんに限る)
12	腹腔鏡下膣式子宮全摘術

1. ダ・ヴィンチ手術の推移

薬事承認されたダ・ヴィンチ手術の累計総数は、2015年までで30,976件に達している。2018年の保険収載後は、加速度的に手術件数が増加してゆくと予想される。鳥取大学医学部附属病院は、ダ・ヴィンチ手術のパイオニア的施設であるが、2011年から2018年1月までの累計手術総数は、738件である。

しかし、ダ・ヴィンチ手術の手術室占有時間を、ダ・ヴィンチシステムのセットアップに時間を要するため、従来の内視鏡下手術と比較して長くなる。このため、ダ・ヴィンチ手術を導入するには、手術室の効率的な運用を念頭に置いた手術枠や手術日の変更も考慮しなければならない。

2. ロボット支援下泌尿器科手術の麻酔管理

1) ロボット支援下前立腺全摘術 (Robot-assisted laparoscopic prostatectomy: RALP)

RALPは、本邦において、広く普及して施行件数の最も多い手術であり、鳥取大学医学部附属病院においても、738件のロボット支援手術の約70%(539件)を占めている。RALPは、従来の内視鏡下手術と比較して、著明に出血量を減少させるとともに、術後の性機能障害や尿漏れの頻度を低下させた。

一方、麻酔管理においては、麻酔科医が注意しなければならない点が多数存在する。RALPは、明瞭な骨盤底の手術視野を確保するために、25°~30°の頭低位体位(Trendelenburg's position)で実施される。この極端な頭低位は、眼内圧を顕著に増加させる(図1)⁽¹⁾。このため、緑内障や硝子

体、網膜に疾病を有している患者は、RALPの対象から除外される。さらに、未知のあるいは潜在的な眼疾患の有無を確認するため、RALP対象患者の術前の眼科受診は必須である。眼内圧の増加は、高い平均気道内圧や平均動脈圧および呼気終末二酸化炭素分圧、長い手術時間によって促進される。それゆえ、RALPの麻酔管理では、最高気道内圧を25 mmHg未満に、平均気道内圧を20mmHg未満に、平均動脈圧を90mmHg未満に、呼気終末二酸化炭素分圧(PETCO₂)を35mmHg未満になるように調節することが求められる。頭低位に伴う眼内圧の増加は、揮発性吸入麻酔薬と比較して、静脈麻酔薬であるプロポフォールで抑制される⁽²⁾。このことから、眼内圧制御を目的としたRALPの麻酔維持には、全静脈麻酔(TIVA)の方が揮発性吸入麻酔薬(セボフルランやデスフルラン)を用いた吸入麻酔よりは好ましいと思われる。

著明な頭低位で問題となるのは、頭蓋内圧の増加である。頭蓋内圧の増加は、脳循環を抑制し、脳の酸素代謝やエネルギー代謝を低下させて、脳に不可逆的な障害を招く可能性が高くなる。しかし、RALPにおける頭蓋内圧の増加は、眼内圧と比較して軽微である。頭低位体位の初期に中心静脈圧は有意に増加し、脳血流の還流を妨げるようになるが、平均動脈圧も増加することによって、脳灌流圧は維持される。その結果、長時間の頭低位に対しても脳灌流圧は維持されるため、頭蓋内酸素飽和度は維持され、酸素代謝やエネルギー代謝に悪影響を及ぼすことはない⁽³⁾。

RALPには、特徴的な輸液戦略が求められる。膀胱尿道吻合時に膀胱からの尿の流出が多いと吻合部の手術視野が妨げられるため、可能な限り尿の流出を減少させるために執刀直後から3-4 mL/kg/hの制限輸液を実施する。幸いに、頭低位で下肢からの静脈還流量が維持されるために、心拍量は保持される。膀胱尿道吻合終了後は、腎機能保護と体位変換に伴う低血圧予防の目的で、細胞外液を急速(10-12 mL/kg/h)に輸液する。この急速輸液に使用する細胞外

図1. RALPにおける眼内圧の推移

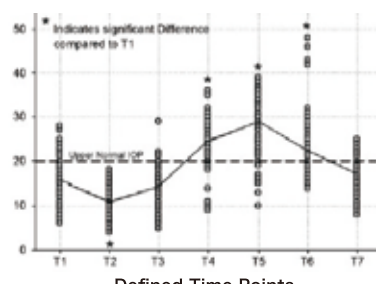


Figure 1. Scatter plot of the IOP with the overlaid line connecting the IOP least square estimates at each time point. The dotted line represents the upper normal IOP in adult patients. IOP = intraocular pressure.

Desflurane: 1~1.5 MAC
Trendelenburg position: 25°
T3:CO₂ insufflation at supine
T4:CO₂ insufflation at Trendelenburg
T5:CO₂ insufflation at Trendelenburg at the end of procedure
T6:Supine position without CO₂
T7:At recovery room

液(晶質液)の代用として膠質液が可能かを検討した結果、急性腎機能障害の発症に有意な差はなく、麻酔終了直後にクレアチニンが一過性の増加したのみであった。頭低位から水平位への体位変換に伴う血管内容量の再分布によって生じる低血圧に対して、血管内容量を増加させるために膠質液を使用することは合理的であると考えられる。

RALPの術後鎮痛は、手術中にポート挿入部位への局所麻酔薬の浸潤と術後2日目までの定期的なアセトアミノフェン投与で得られる。突出痛については、NSAID(フルルピプロフェン)の静脈内投与で対処する。このような軽い術後鎮痛プロトコルで対応可能であることは、RALPが従来の内視鏡下手術と比較して、低侵襲であることの証左となるかもしれない。

2) ロボット支援下腎部分切除術 (Robot-assisted laparoscopic partial nephrectomy: RALPN)

RALPNの麻酔管理で注意する点は、①軽いジャックナイフ体位の側臥位で腹側や背側からアプローチするために、下側肺に無気肺が生じやすいこと、②気腹により横隔膜が挙上することで気管チューブが深くなり、片側挿管になりやすいこと、③部分切除時に温阻血(平熱下での腎血流遮断)を実施すること、④ペイシエントカートの設置位置が麻酔科医の活動範囲を狭めること、などである。麻酔法は、吸入麻酔法とTIVAのいずれの方法を選択しても良い。呼吸器系の合併症に対しては、5cmH₂O程度の呼気終末陽圧(PEEP)と定期的な呼吸音の聴診で対処する。術中の換気量の減少や気道内圧の増加、動脈血酸素飽和度(SpO₂)の低下では、無気肺の発症や気管チューブの偏位を念頭に置いて対処すべきである。後腹膜の気腹での分時換気量の増加で対応できないP_{ET}CO₂の上昇は、皮下気腫の発症を疑う。腎部分切除時の温阻血に対しては、腎保護目的で温阻血前の十分な輸液(8-12 mL/kg/h)と比較的高めの血圧維持(平均血圧で80 mmHg以上)で対処する。麻酔科医は、術中の患者管理に必要なワーキングスペースを確保するために、ペイシエントカートの挿入位置から麻酔器やモニターなどの設置位置を予め決めておく必要がある。

また、ジャックナイフ体位での側臥位に伴う術後の感覚障害や運動障害を防止する目的で、神経や関節の保護も重要である。RALPNの術後鎮痛も、PALPと同様の軽い鎮痛プロトコルで対応可能である。すなわち、術後痛に対しては、術中のポート挿入部位への局所麻酔薬の浸潤と術後のアセトアミノフェンの定期的投与、NSAIDによる突出痛に対するレスキューで対応する。

3) ロボット支援下膀胱切除術 (Robot-assisted laparoscopic cystectomy: RALC)

RALCの麻酔管理は、腹腔鏡下膀胱切除術に準ずる麻酔管理で対応可能である。麻酔法は、TIVAと吸入麻酔法のいずれでも良い。尿路変更術や代用膀胱作成術が加わる際には、硬膜外麻酔や腹横筋膜面ブロックなどの区域麻酔を併用する。輸液は、RALPNと同様に比較的多めに(8-12 mL/kg/h)に設定する。輸液路を2本確保して、1本は維持輸液用に、もう1本は血管内容量調節用に用いる。血管内容量増加を目的として、膠質液を併用も考慮する。

RALCの体位は、軽度頭低位(10°~20°)の載石位である。リンパ節郭清時には、外腸骨動脈を外側に牽引し、手術視野を確保する操作を伴う。頭低位載石位での外腸骨動脈牽引による下肢血流不全は、下腿にコンパートメント症候群を引き起こす原因となる(表2)⁽⁴⁾。下腿のコンパートメント症候群は、筋膜壊死から敗血症や横紋筋融解などの重篤な合併症を招来するので、発症時には早急な対応が求められる。それ以上に予防が重要であり、下肢血流途絶の有無を判断するために、パルスオキシメータを両側の足指に装着して連続的に測定し、波形を確認することが肝要である。この外腸骨動脈牽引による下肢血流途絶は、両側の内腸骨動脈や閉鎖動脈周囲のリンパ節を郭清するロボット支援下拡大前立腺摘出術でも生じる。このことから、最近ではRALPにおいても、両足指にパルスオキシメータを装着して、連続的に波形をモニタリングしている。さらに、RALCでは、4時間以上の手術では頭低位を一時解除して水平位に戻し、弾性ストッキングを着用せずに間歇的空気圧迫装置のみで血栓予防を行う、などの下腿コンパートメント症候群の発症予防に努めている。

表2. コンパートメント症候群の原因

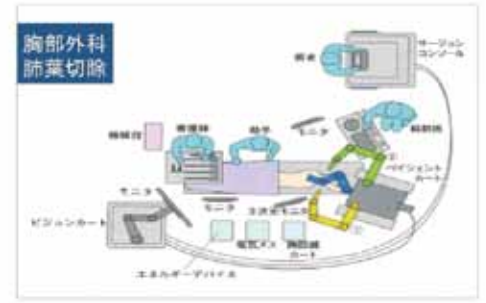
Well Leg Compartment Syndrome の危険因子
1. 手術時間≥4時間
2. 砕石位、トレンデレンブルグ位
3. 末梢血管障害、肥満、喫煙、糖尿病
4. 弾性ストッキング、間歇的空気圧迫装置
5. 低血圧、血管収縮薬、血管内容量不足、低体温
6. 骨盤内操作による血管の牽引・圧迫
7. 術者による圧迫

J Urol 2004; 171: 5-11

3. ロボット支援下胸部外科手術の麻酔管理

ロボット支援下胸部外科手術の麻酔管理は、腹腔鏡下肺切除術の麻酔管理に準ずる。麻酔法は、TIVAと吸入麻酔法のいずれの方法でも良く、硬膜外麻酔併用が術後鎮痛にも適している。また、気道確保も、ダブルルーメンチューブ

図2. 胸部外科での配置図



でも、シングルルーメンチューブに気管支ブロックの組み合わせでも不都合はない。しかし、ロボット支援下手術に特有のいくつかの麻酔管理上の問題点が存在する。図2に示すように、ペイシエントカートの設置位置と手術する肺の位置により、麻酔科医は患者の頭部に近づくことが困難な環境下に置かれる。そのため、長い麻酔回路と輸液路が必要となり、麻酔管理を困難なものにしている。

胸腔鏡下手術と異なり、ロボット支援下手術では、手術野の確保と出血量の減少⁽⁵⁾を目的として、二酸化炭素の送気(6-10 mmHg)による人工気胸を作成する。このとき、対側(換気側)の縦隔胸膜が損傷されると、術野側から換気側へ二酸化炭素が流入して両側の緊張性気胸が生じる。両側性緊張性気胸が生じると換気困難に陥り、心臓の拡張能が抑制されるために突然の徐脈から心停止に至る。このような事態に陥った場合には、二酸化炭素の送気圧を5mmHg以下に低下させると共に、術野から対側縦隔胸膜を切開して換気側の二酸化炭素を術野側に逃がすことで、両側性緊張性気胸を解除する。循環は、緊張性気胸の解消で速やかに正常に回復する。回復が緩徐な場合には、カテコラミンを使用して循環を補助することも必要である。

胸部外科におけるロボット支援下手術は、前縦隔腫瘍に対する手術の容易性と確実性が向上する。ロボット支援下手術は、従来の胸骨正中切開術と比較して、術後鎮痛に用いるオピオイド使用量の減少や呼吸機能の早期回復、入院期間の短縮などの利点が多い。また、腫瘍の取り残しも極めて少なくなるため、再発の危険性を小さくできる利点もある。しかし、右胸郭からアプローチするために右上肢の肢位に無理が生じ、右腕神経叢の神経損傷や右上肢の血流障害を招く。この合併症を防止するため、右腋窩を含む肩関節の保護や血流障害の早期発見を目的とした右橈骨動脈へのカテーテル留置と右手指へのパルスオキシメータの装着を必須としている。

4. ロボット支援下手術における出血への緊急対応

ロボット支援下手術では、その手術視野の狭さから、手術視野外での出血には気づきにくい。循環動態に変動を生じさせる程度の出血の際

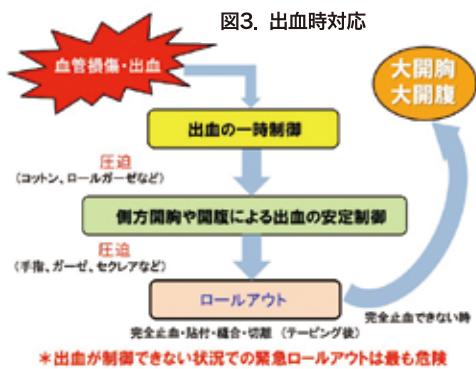


図3. 出血時対応

載により手術適応が拡大するとともに患者負担額も軽くなることで、ダ・ヴィンチ手術を希望する患者数は増加すると予測される。しかも、ダ・ヴィンチシステムは、複数科で共同使用するシステムとなるので、効率的な運用システムを作成すれば、採算に見合う有用な医療機器となる可能性が高い。

ダ・ヴィンチシステムでは、複数科に跨がる医療システムの利点を生かして、手術部位が近似した部位での他の診療科の術式の知識と技術を共有することが可能となる。例えば、泌尿器

女性診療科のそれぞれの医師が、骨盤底外科学手技研修で3ヶ月ローテーションしている。この研修は、骨盤底というキーワードで括られる3診療科の診療科間にある垣根を低くし、共同診療や共同手術などで医師のモチベーションを向上させる契機となっている。同様に、食道外科と胸部外科は、胸腔・縦隔というキーワードで連携できる可能性がある。

活発な外科手術と外科系各科の連携は、病院収益の大きな部分を占める週術期医療を活性化させる。この活性化は、初期研修医や専攻医に大きな影響を与え、外科系を志望する医師の増加を促進する要因となる。そして、活発なロボット手術の展開は、オンリーワン医療として、その医療機関の存在意義を明確にすると考える。

表3. 胸部外科緊急時の職種別役割

イベント	コンソール医師	助手1	助手2	麻酔科医	器械出し看護師	外回り看護師	ME
重大出血発生	ロールガーゼで出血点の圧迫	コットンで出血点の圧迫	開胸準備	インチャージへ連絡/ライン追加/マンパワー確保(外科医含)	開胸準備	報告医連絡/ナースコール/大量出血カートの準備	VATSカメラ準備
一時止血	一時止血確認	一時止血確認		バイタル確認/血液ガス分析	出血量確認	出血量の計測	CO2送気を医師に確認
	鉗子1本をフリーにする		鉗子を除去後アームをあげる	輸血準備/輸血検査用血液採取		輸血準備	急速輸液加温装置の準備
前側方開胸	ロールガーゼの圧迫維持	コットンの圧迫維持	第3(4)肋間開胸	低体温の予防	開胸器ガーゼ		PCPS, 人工心肺の準備
安定止血の確保	鉗子フリーにする		手指、ガーゼなど	バイタル確認	出血量確認	出血量計測	
ロールアウト		鉗子・カニューラはずす	鉗子・カニューラはずす	片肺 or 両肺換気は外科医と相談	アンドックの補助	速やかにロールアウト	ロールアウト
(完全)止血		(完全)止血	(完全)止血	必要であれば輸血	大開胸・胸骨正中切開準備	大開胸・胸骨正中切開準備	
完全止血	術野に参加	必要時大開胸で完全止血	必要時大開胸で完全止血	必要であれば麻酔器の移動	開胸器具のサポート		麻酔器移動のサポート

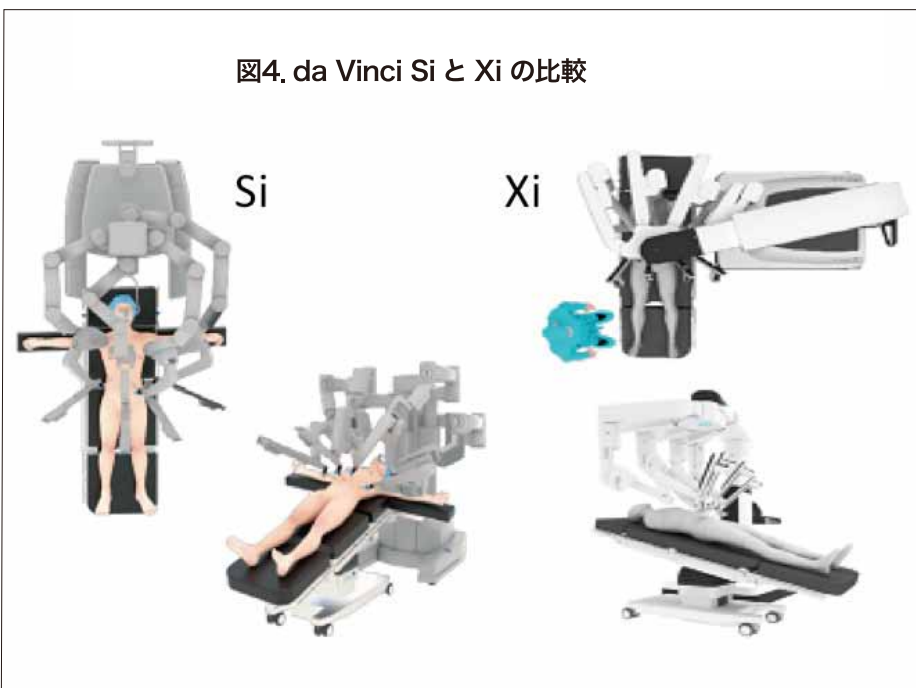
には、パシエントカートの緊急ロールアウトを実行して、開胸あるいは開腹術に術式を転換しなければならない。その際には、最初にポート挿入位置から開胸や開腹操作を開始して、出血部位を確実に止血してから、パシエントカートをロールアウトさせることが肝要である(図3)。逆の順序で行うと、ロールアウトに時間を要して出血量を増加させることになり、結果として患者の全身状態を悪化させるからである。

そして、表3に示すような緊急時の職種別の役割を予め定めておくことも、緊急事態に遭遇したときの混乱を回避し、整然と定められた職務を遂行できる要因となる。ロボット支援下手術において、手術野が危機的状況に陥った時の対処法をシミュレーションしておくことは、患者の安全を確保する上で重要である。

5. ロボット支援下手術の医療施設に与えるインパクト

ロボット手術に必要なサージカルシステムは、現在のところ米国のインテューティブ社製のダ・ヴィンチシステムのみである。近い将来には、諸外国や国内からも類似のサージカルシステムが上市されるかもしれないが、現時点では導入に関しての選択肢はない。ダ・ヴィンチシステムは、Siと最新のXiに分かれるが(図4)、いずれを導入しても6年間で約5億円の投資となる。保険収

図4. da Vinci Si と Xi の比較



科の前立腺摘出術や消化器外科の直腸切除術、婦人科の子宮摘出術は骨盤底を主たる手術部位にする術式であるが、各科の有する特徴的な手術技術や解剖学的知識を共有し、自科の手術に還元することで、自科の手術の安全性を飛躍的に向上させることができる。鳥取大学医学部附属病院では、泌尿器科と消化器外科、

引用文献

1. Anesth Analg 2009; 109:473-8
2. Surg Laparosc Endosc Percutan Tech 2013; 23:229-32
3. Br J Anaesth 2010; 104:433-9
4. J Urol 2004; 171:5-11
5. Surg Today 2016; 46:1464-70

Hospital Art No.4

6病棟に壁画を描き終わるころ、その上の階7病棟の師長さんから「院長に許可をもらったのでうちの病棟にも壁画を描いてください。」というご依頼を受けました。続けて師長さんは「うちは外科病棟で子ども達は比較的短い日数で退院されます。退院前の数日は元気になって退屈している子もいるので、歩きながら楽しめる壁画がいい！」と楽しそうに伝えてくれました。その言葉をヒントに、「児童思春期病棟に描かれた大楠のところで羽根を休めた青い鳥達が、元気になって外科病棟に冒険の旅にでて、いろんな動物に出会う壁画」を描くことにしました。画家の増田さんに相談すると、「そこで出会う動物はライオンやキリンじゃなくて猫とか犬とか、自分のすぐ傍にいたような親近感の持てる動物がいいのでは？その動物を見て『うちのポチどうしてるかなあ。』とか具体的な想像が膨らんでゆくような。」というアドバイスももらいました。確かに多くの子どものためにテレビや絵本でしか観たことのないライオンやキリンは「画像」でしかありませんが、自宅で待っている「ポチ」や「ミイちゃん」を思えばその愛らしい仕草の細部まで、生の記憶として思い起こすことができます。はやく元気になって会いたいな。と、治療に前向きになれるかもしれません。さすが画家の想像力！と感動しました。実際そのときに描かれた犬は院長先生のお気に入り、猫は看護部長さんのお気に入りになって多忙なお二人をそっと支える「心の癒し」になっていたようです。

「ホスピタルアート」を実施してゆくにあたって、長年に渡り患者さんに寄り添って来られた現場の看護師さんの言葉は深く、そこに全ての改善への種がある。といっても過言ではありません。また、いくつもの制作を通じて磨いてきた画家や設計士、クリエイター達の感性や技能は、思いをかたちにする為に不可欠なものです。様々な立場の人が集まって対話することでどんどん化学反応が起こり、まだ誰もみたことのないような空間が育ってゆくこと。それはとても刺激的で希望に満ちたホスピタルアートの醍醐味です。

7病棟の壁画を描いてから院内での私の守備範囲は飛躍的に広がりました。「庭をつくりたい！」「病院フェスティバルのTシャツをデザインして欲しい」「院内に生花を飾りたい」「通路をギャラリーにしたい」私はそれまで看護師さんたちが「したくでもできなかったこと」を引き受ける担当者になったようでした。ひたすら目の前の「問い」に出来る限りの「想像」と「創造」で応える日々が続きました。週1日だった私の勤務が2日になり3日になり、やがて建設中の病院に全面的にアートを入れよう。という大きな話が持ち上がってきました。不安がなかった訳ではありません。ただ、そのころ私の胸の中には「あきらめないで皆で対話し、知恵を出し合えばきっとまだ誰も見たことのないような素晴らしい病院が育つ」という確信に似た希望の双葉がすくすくと育っていました。

国立病院機構四国こどもとおとなの医療センター
ホスピタルアートディレクター
森 合音



香川小児病院 ロータリーガーデン



中庭

青い鳥を描くボランティアさん



旅する鳥壁画 猫



扉のある椅子



Tシャツデザイン



展示作品を楽しむ看護師さん



ギャラリー
展示風景
(地元高校生)

扉のある椅子

【医療的ケア児の子どもたちが街を動かす!】

先日、福山市をあげて盛大におこなわれた、福山ばら祭。今年は過去最多の85万人の人出だったそうです。ばら祭と同時開催で、西日本最大級の大道芸の祭典『ふくやま大道芸』も、2日間にわたって開催されました。その期間中、私たちは、多くの医療的ケア児が市民の皆さんとともに楽しい時間を過ごしました。



訪問診療部 部長
歯科医師

猪原 光

当院は、数年前より医療的ケア児や難病の子ども達に対して、口から食べられるようになるための、『幸せの一口』にむけた治療とリハビリを行ってきました。その中で私たちは、医療を通じてこれらの子ども達に接するたびに、社会から孤立してしまっている現状を目の当たりにし、この状況を何とかしたいと思ってきました。そのため、医療的ケア児の社会参加を支援する、様々なイベントや取り組みを行ってきました。

一昔前、医療的ケア児はほとんど退院できず、長期にわたる入院生活を送っていました。しかし、在宅医療が進んできた最近では、医療機器を自宅に準備することで、在宅での生活が可能になっています。しかしながらその分、ご自宅で孤独に過ごさざるを得ない方も増えてきています。

【医療的ケア児の子どもたちと青空の下街に繰り出そう!】

『生まれてから一度もお祭りやイベントに行ったことがない…行かせてあげたいな』外来のたびに、多くのお母さん方からこんな言葉をお聞きました。



お祭りなどには行きたいけれど、入院と退院を繰り返す日々。大人数の場に大きなバギーで出掛けるには、感染などのリスクや、出掛け先に医療的ケアなどができる環境が必要など、厳しい現実がありました。

それならば!子どもたちのお出掛けの夢を実現しよう! 当院の42名のスタッフが立ち上がりました。昨年の『ふくやま大道芸』では、劇場内で世界レベルのパフォーマンスが観られる舞台に、子どもたちとご家族の皆さんを多数ご招待しました。当日は、ピエロさんと触れ合い、舞台上で繰り広げられる素晴らしいパフォーマンスを観て、子どもたちのワクワクした笑顔があふれる素晴らしい時間となりました。

今年は屋内ではなく青空の下で、『子どもたちと手を携えて街に繰り出そう!』という企画を行うことになりました。今回の企画の大事なことは、市民の皆さんと一緒に行動! 市民のみんなが楽しむお祭りに、子どもたちも「特別ではなく」普通におでかけできることが大事だと考えました。

しかし、医療的ケア児の子どもたちが街に繰り出すとなると、環境的にも人的にも色々なバックアップが必要で、私たち一医院だけでは資金的にも厳しい状況でした。そこで4月よりクラウドファンディングを行い、全国の皆さんに支援を呼びかけました。なんとありがたいことに全国の100人を超える皆さんから支援が集まり、この企画を実現させることができました。



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

【沢山の笑いあふれる夢の時間】

当日は、福山市内だけでなく、お隣の岡山県からも医療的ケア児の子どもたちが沢山きてくれて、会場にはあふれんばかりのバギーが勢ぞろい！
市民の皆さんと一緒に、約150名で大道芸のパフォーマンスを楽しみました。

この企画を実現するために、ふくやま大道芸実行委員会の皆さん、想いに共感して下さった救急医の先生、看護師の皆さんなど、多くの方がボランティアとしてかけつけてくださり、
当日バックアップには行っていただきました。
子どもたち、そしてそのご家族の笑顔や笑いが会場に響きわたりました。



【子どもたちが街を変える!街をつなげる!】

私たちは、活動を始めた最初、医療的ケア児の支援をした
いて思っていました。
しかし、活動を続けて行くうちに、それは一方的な考えであり、
間違っていることに気づきました。
医療的ケア児が、私たちが繋げてくれるのです。子ども達の
周りには、笑顔の輪がどんどん広がっていくのです。
地域が大きく変わっていく、医療的ケア児の笑顔には、大きな
力が秘められているのです！
医療的ケア児も、私たちにも、笑顔のバトンを広げたい！
これからも1年を通じて沢山の活動をしていきたいと思
います。



韓国:障害者のための総合リハビリテーションセンター 「社会福祉法人聖再園 (the social welfare juridical person sungjaewon)」(その3)

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



韓国の社会福祉法人である聖再園(サンジェウォン)が障害者に行っている総合リハビリテーションセンターを「世界の病院から」のNo.53~55で紹介してきた(N0.53は聖世病院)。今回が聖再園見聞記の最終回である。前回に引き続き各種施設を写真を中心に見学して行きたい。柳韓(ユーハン)大学の南商堯(ナムサンヨウ)教授に、今回のテジョン(大田)広域市での聖再園や3つのリハビリ専門病院の案内して頂いた。南商堯教授は聖再園創設者の故・南認均(ナムシキョン)博士のご子息である。現在、韓国病院経営学会副会長もされておられる。

■ テジョン(大田)広域市立障害者総合福祉会館 (Welfare for the Disabled Person)

聖再園の敷地内に「テジョン(大田)広域市立障害者総合福祉会館」が建っている。聖再園が土地を提供し、市が建物を建てた。市立の施設であるが、1988年の設立当初から社会福祉法人聖再園が運営委託を受けている。開設時に南商堯教授が1年間滞在して規則・組織などを制定。現在、年間延べ18万人がこの会館を利用しているという。ちなみにテジョン(大田)広域市の人口は約154万人である。

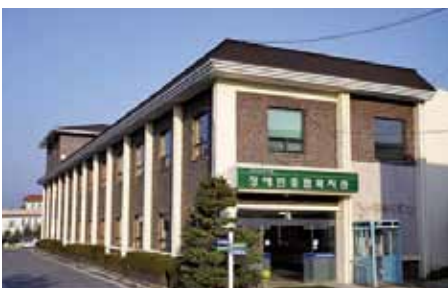


写真1: テジョン(大田)広域市立障害者総合福祉会館。1階は理学療法室、パソコン教育室、食堂、講堂、相談室、事務室。2階は作業療法室、言語療法室(2室)、心理検査室、社会教育室、パソコン教育室、在宅福祉センター。3階は感覚統合訓練室、視聴覚教育室、機材資材室になっている。この写真は少し前のものだが、車椅子に乗ったまま入る電話ボックスが玄関横に写っている。1977年、聖再園の創始者の南認均(ナムシキョン)博士が韓国で初めて導入した。スマホ先進国韓国においてこの電話ボックスは社会福祉取組を記す歴史的遺産であろう。

障害者総合福祉施設は障害者のあらゆる福祉ニーズに応える処だそう。障害者への各種診断や判定、訓練や生活上の様々な相談サービスを提供している。対象にしている障害は肢体、言語、聴覚、視覚、情緒、自閉で、利用者への年齢制限はない。毎週水曜日に受付が行われる。ただし電話やメール、手紙による相談は随時受け付けているそう。職員が訪問相談を行った後、総合診断と判定が行

われ、サービスが開始される。具体的には、障害の原因と類型、程度が診断され、総合リハビリの方針が示される。障害者はちょっとしたリハビリをずっと必要とするので、理学療法、作業療法、言語療法、音楽療法、美術療法、運動療法、アニマル療法、職業訓練と多種多様なプログラムが用意されている。

医学的リハビリが必要な場合は、理学療法、作業療法、言語療法が行われる。ただし福祉会館は医療機関ではないので医師はいない。医師がいなくても理学療法、作業療法を行うことには検討が少し必要であるかも知れないが、市の福祉サービスとしてずっとやって来ているそう。福祉施設なので、行った療法の医療保険や介護保険への報酬請求はしていない(と推測される)。あらゆる福祉ニーズに答えているようだ。知的障害、発達障害がある就学前の児童には早期教育や両親との相談サービスを行う。職業訓練(パソコン教育)や就労紹介にも対応している。リハビリへの相談や社会適応訓練にも対処している。また施設に来館することが出来ない在宅障害者に対しては巡回リハビリや障害者父母教育、ボランティア募集・教育・実習を行っているそう。

福祉会館での訓練には費用が掛かり、作業療法は月3万ウォン(約3千円)、職業訓練が月2万ウォン(約2千円)である。生活保護対象者は無料で、低所得者には減額対応もある。

障害者への総合リハビリの方針から職員は理学、作業、言語、心理の各療法士に加え、教師は職業訓練、特別支援、心理、体育、それに社会福祉士、事務職員と、多くの職種にわたる。職員数は40人とのことだった。人件費を含む全ての施設運営費はテジョン(大田)広域市が支出している。

「日本にはこのような福祉会館は、おそらくはないと思う」との感想を、案内をして下さっている南商堯教授に告げた。「そんなことはありませんよ、各地にたくさんあります。韓国から見学や勉強に行っています」との返答が戻って来た。しかしどうも腑に落ちない。日本での「福祉会館」は、一般的には貸会議室の運営を主軸とした自治体の高齢者福祉センターや研修施設のように思われる。そこではテジョンの市立障害者総合福祉会館のように多様なスタッフがいて、多彩なサービスを障害者に実施しているようには思えない。理学、作業、言語、心理の療法士はいない。



写真2: テジョン(大田)広域市立障害者総合福祉会館。この建物の中に理学、作業、言語の療法室などがある。職場教育、長期教育、結婚相談といった障害者のあらゆる相談やニーズに対応している。以前の写真(写真1)に写っていた車いす用電話ボックスは無くなっていった。



写真3: 福祉会館の事務所



写真4: テジョン(大田)広域市立障害者総合福祉会館の中にあるカフェ。生活の休憩所として活用されている。車いすの人が多いため、空間はゆったりと取られている。



写真5: "Well-being Café" 壁面の黄色いナナツボシテントウムシが目立つ。テントウムシは英国では「ladybird」、米国では「ladybug」、ladyは「聖母マリア様」である。ドイツ語だと「Marienkäfer」(聖母マリア様の甲虫)。欧米ではテントウムシ、とくに黄色のテントウムシは幸運の前兆とされている、と教わったことがある。

写真4、5の喫茶店の店名は“Well-being Café”である。“well-being(良好な状態)”という用語は、1946年の世界保健機関(WHO)憲章草案において「健康」を定義する記述の中で用いられた。WHOはwell-beingを、社会的弱者に対する最低限度の生活保障という救済的・慈恵的援助を越えて、人間的に豊かな生活の実現を支援し、人権を保障する多様なソーシャルサービスによって達成される状態としている。カフェの運営は、障害者やボランティアが行っているのだと思う。営業は9時～18時。済生会熊本病院を見学した時、院内に知的障害の人(と支援スタッフ)が運営しているカフェ、ベーカリー、弁当店があったのを、ふと思い出した。院内で知的や身体障害者が働けるように支援を行っている病院を思い浮かべてみた。しかし私には済生会熊本病院しか出てこなかった。日本の病院の障害者雇用促進や障害者への就労機会提供の取組現状は、どのようになっているのだろうか。

■ 聖世体育館 (Gymnasium for the disabled person)

聖再園創始者である南認均博士は総合リハビリ構想の一項目に「スポーツ」を置かれた。スポーツは身体的リハビリだけでなく、体力増強、健全な思考力育成、精神力強化などにも効能があるとされている。聖再園は立派な障害者用の体育館を持っている。組織上は聖世再活院の附属施設という位置づけである。体育館は障害者だけでなく、家族や一般人も利用することが出来る。一日当たり利用者数は障害者が約90人、一般人が約30人だそうだ。障害者は利用料が無料。利用は事前に申し込む。設備は室内コート(バスケットボール、バレーボール、バドミントンボール)と120席の観覧席、シャワールームなどである。行われている運動は、ストレッチ、ボッチャ、車いすバスケットボール、車いすマラソン、その他のスポーツだそうだ。

日本の精神科病院では広い(患者用)院内体育館をよく見かける。また大学病院にも敷地内に運動施設ある(これは学生用の体育館やプール)。しかしそれ以外の病院では、体育館を見た経験がない。病人であっても運動やスポーツは必要であろう。病院はもっとスポーツとの関係を持った方がよいのだ。

聖再園では、宿舎や学校だけでなく、体育館とか福祉工場とかいった施設も見学させて頂いた。生活全般への支援体制が敷かれていた。身体障害、知的障害、精神障害を診断し治療するのは医療(病院・診療所)である。しかし現在の医療は、障害者の生活支援のほんの一部しか出来ていないよだとの感想を、聖再園を見学して持った。医療人は医療という柵内に留まっているのではなく、もっと視野を広く、視線を上げ、見識を深めなければいけないよだ。



写真6:「ボッチャ(Boccia)」はイタリア語でボールのこと。重度脳性麻痺や四肢重度機能障害者のために考案されたスポーツ。ヨーロッパで生まれた。パラリンピックの正式種目。この人達は街の代表選手たちで、自宅から体育館に毎日通ってきて練習をしているそうだ。全国大会入賞の実績を持っている。韓国にはボッチャチームが16あり、その中からパラリンピックに出場する選手が3～4人選ばれるという。

夏のパラリンピックは1964年に第2回大会が東京で、1988年に第8回大会がソウルで開催された。東京大会は英国ストーク・マンデビル病院のグッドマン卿と大分県の中村裕医師が、ソウル大会は聖再園の南認均博士がパラリンピック誘致・開催に尽力された結果である。「パラリンピック」という用語は1964年の東京大会の時に日本のマスコミが国内向けの報道に使ったのが嚆矢濫觴だったという。正式には“Paraplegic Olympics”であった。ここでの“para”は“paraplegia”、すなわち脊髄の病気や傷害による両下肢の対麻痺のことだった。1985年、国際オリンピック委員会(ICO)は初めて“Paralympics”という名称を認めた。ただし“para”は“Parallel Olympics”(並行して開催されるオリンピック)と定義した。片麻痺の車いすの障害者に限定せず、様々な障害をもつ人にオリンピックの門戸を開いたということであろう。



写真7: ボッチャのルールはカーリングに似ているようだ。6m×10mのコートの中にある「ジャック」といわれる白いボールに自分のボール(赤や青)を投げたり転がしたりして、出来る限り近づけて得点を競う。



写真8: 障害が重くてボールを上手く持てない、または離せない選手は「ランプス(勾配具)」を使って競技をすることができる。コートを背にしたアシスタントが、選手の指示に従い、ランプスを移動したり、ボールをランプスに置く手伝いをしたりする。この選手はお母さんと結婚後も練習に来ているそうだ。口を使って、ボールを今、放出した直後である(滑り台のレーン上に転がっているボールが見える)。



写真9: 2月の韓国の体育館の館内は寒かった。ボッチャは障害の種類と程度によって4区分され、男女の区分はなく、個人戦、団体戦がある。障害が重いからスポーツは楽しめないではなく、障害が重くても楽しめるスポーツを開発すれば良いとの思想である。障害者のスポーツにはボランティアの人達の支援がある。右側フロア上のボールを拡大したものが、写真7である。



写真10: バスケットボール用車いす置き場。社会福祉法人聖再園は韓国で最初に車いすバスケットボールのチーム結成し、このスポーツを普及させて来ている。日本との親善ゲームも実施。1997年には韓国第2位に入賞している。障害者のラグビーのチームもあるそうだ。



写真11: 日韓親善試合。障害者スポーツが黎明期であった頃の写真。

■ 障害者の職業リハビリ: ①障害者保護作業場「シオンの家」(House of Zion)

障害者が経済的自立をしていくために職業リハビリは重要である。障害者の場合、身体的、知的、精神的といった障害保有から、職に就けなかったり、賃金が低かったりする。韓国でも障害者の雇用義務はある。しかし現実には、障害者雇用促進は簡単ではないよだ。日本と同様、障害者を雇用するよりも、罰金(障害者雇用納付金)を払うことで済ませる企業も多いよだ。労働生産性やバリアフリーへの設備投資が雇用側のネックになるのであろう。

障害者が経済的にも自立するためには就労(収入)が必要である。社会福祉施設は障害者への職業リハビリ、就労支援を行っている。社会福祉法人聖再園での職業リハビリは①障害者保護作業場

と、②障害者勤労作業場(福祉工場)の2つの建物に分かれているようだ。①の障害者保護作業場は「シオンの家」と呼ばれる。障害が重く、職業能力が低い障害者に職業リハビリを行いながら保護が可能な環境下で働く機会を与え、賃金を支払っている。リハビリの目的は、例えば②の障害者福祉工場などで働ける職業適用能力や技術を身に付けてもらうことにあるようだ。日本の授産所に近い施設と思われる。②の障害者勤労作業場(福祉工場)は「聖世自立院」と呼ばれており、本格的に仕事をすることは出来るが移動や社会的制約から就業が難しい障害者に働く機会を提供し、最低賃金以上の賃金を支給し、一般の雇用市場に移っていく就労支援をする施設のような。建物の敷地はすべて社会福祉法人聖再園が提供し、建物は国の基金で建設されている。

しかし見学中の私は、①の障害者保護作業場「シオンの家」と②の障害者福祉工場「聖世自立院」を明確に区分して理解、把握することが出来なかった。以下の施設見聞記においては①と②が混雑している場合があると思われる。ご容赦頂きたい。また職業リハビリは「シオンの家」「聖世自立院」だけでなく、宿舎の「聖世再活院」、「聖世特別支援学校」、「障害者総合福祉会館」でも個別のプログラムが行われているようだった。聖再園トータルでの職業リハビリはどういう提供現状で、相互にどのように関連しているのか、この辺りのこともよく理解できていない。

障害者保護作業場「シオンの家」については写真12～22にて紹介したい。



写真12: 障害者保護作業場「シオンの家」。障害が重く、職業能力が低い障害者に対しての保護作業場である。ここで障害者は自由に作業をする。職業訓練が目的で、コンピューター教育、彫花作業、電子製品のパーツのアセンブリなど、自立に向けた訓練が行われる。作られた製品は販売される。



写真13: 障害者保護作業場「シオンの家」の玄関。「車いす用スロープあり」の標識、在りそうだが、見たことはなかった(しかし、先日、日本でも発見した)。



写真14: 施設内のスロープ。車いすや足に障害のある人が利用する。日本でも高齢者施設や身体障害者施設では(全てではないが)避難路用スロープは見かける。しかし日本の病院にはない。おそらくは構造設備基準で求められていないからであろう。病院で、車いすは一般人と同じエレベーターに乗ることになる。



写真15: 障害者保護作業場「シオンの家」の1階と2階をつなぐスロープ。ひと音前にはスロープはよく見かけた。大型スーパーなどにもあり、ベビーカーが通っていた。今日、あまり見かけなくなった。エレベーターだけの時代になったのだろう。写真に見られる一部開閉式窓が韓国独特の窓のスタイル。病院の病棟の窓も多くはこのスタイルだった。



写真16: 障害者保護作業場の入り口。印刷、製本、横断幕制作が行われていることをPR。この幕もこの作業場で造られたものであろう。



写真17: 障害者保護作業場「シオンの家」の2階と1階を繋ぐ車いす移動用の野外リフト。リフトには壁が全くないので、作動が始まると建物の壁全体が目の前で垂直方向に動き出し、それはかなり怖かった。日本の鉄道駅には「車いす用階段昇降機」(車いすを載せたかごが階段側面に設置したガイドレールに沿って昇降する設備)もある。あれは実際に乗ってみたら、空中で支えがない中での移動となり、きっと相当の恐怖心を抱くことになる乗り物であろう。



写真18: 障害者保護作業場「シオンの家」内部。各部屋で作業が行われている。車いす利用者に対応するため、ドアは開き戸ではなく引き違い戸のスタイル。廊下天井のファンは日本にはないが、韓国(やアメリカ)ではよく見かける。廊下側室内窓のブラインドシャッターは珍しい使い方だ。



写真19: 紙袋を折り込んで組み立てる作業(聖再園の案内誌から転写)。



写真20: 納品前の完成した大型紙袋(写真18の廊下に置かれていた束)



写真21: 電子部品の組立。車いすが自在に移動できるスペースが必要であることが理解できる。



写真22: 電子部品の組立。車いすが自在に移動できるスペースが必要であることが理解できる。



写真22:膨らみ始めた木蓮の蕾。韓国の春は木蓮から始まる。木蓮(と李)は北朝鮮の国花。韓国の国花は檀(ムクゲ)。先日、東山動植物園の温室でハイビスカスを見ていてムクゲに似ていることを発見した。南国ハワイの花ハイビスカスに似たムクゲが寒い韓国で生育しているのは、少し不思議だ。ちなみに日本には法定国花はない。余談だが、日本のパスポートの図案は表紙が菊の花、内部は桐と桜の花である。ただし桜の花のデザインは誰がどう見てもカタバミの花に見える。写真は正面が学校、右が体育館。

■ 障害者の職業リハビリ:②「聖世自立院(聖世福祉工場)」(Sunge Welfare Factory for the Disabled Person)

聖世特別支援学校(1965年設立)から最初の卒業生が出てくる頃の1974年に「職業訓練センター」が開設された。最初は印刷機設置からのスタートであった(写真23)。その後順次、木工芸、電子部品アSEMBルなどにも拡大していった。1978年には職業訓練実習用の建物も完成する。1979年にサムスン(三星)電子の協力によってテレビ部品のアSEMBルが契約され、障害者に給与を払えるようになってきた。しかし一方では木工芸製品の販売先確保が難しくなってくる。

1986年に障害者の勤労福祉施設の「聖世自立院(聖世福祉工場)」を開設する。これは福祉工場である。社会福祉法人ではなく、企業の形で運営されているようだ。社会福祉であるが、給与を支払うためには利益を追求する企業の形態で運営するという矛盾と苦勞・苦心があるという。福祉工場で働く障害者の身分は社員で、就業を希望する18歳以上61歳以下の成年障害者が雇用される。給与は作業等級(1~8等級)によって支払われる。現在の社員数は60名だそうだ。年齢構成、男女構成は聞き逃した。企業から電子部品アSEMBルの受注を受け、組立て、納品する。また印刷、製本、ポスター、横断幕の製作も受注している。



写真23:「職業訓練センター」は印刷機からスタートした(右から2人目がテウ大統領夫人、3番目が南諱均博士)。印刷機の機械は現在ではPCとコピー製本機に代替している。

聖世自立院(聖世福祉工場)で働きたい場合は、障害者が来院して相談することから始まる。障害者手帳が必要となる。入社後の3か月は教育期間で、その後に作業能力評価が行われ、適正な作業等級が付与される。工場は仕事が出来た人ならばだれでも受入れOKだそうだ。特別支援学校の卒業生に対しての仕事は現実には多くはない。結果としてこの福祉工場で働いている人が多いと聞いた。

聖世自立院(聖世福祉工場)は作業場、食堂、共同浴場、倉庫、事務室からなる。12名が利用可能な寄宿舎も別棟であり、また既婚社員のためのアパートも6世帯分が用意されている(組織上は聖世再活院の附属施設)。職員構成は、院長、総務、看護師、栄養士、調理師、勤勞技士、技能職員である。



写真24:福祉工場の玄関。ポカリスエットの自動販売機がある。帰国後、確認した。ポカリスエットは確かに日本の輪液(点滴)メーカーの製品であった。輪液にも使うリンゲル液を原材料とする米国の先行商品から飲料製品開発のヒントを得たという。ポカリスエットはアジアや中東で広く飲まれているようだ。



写真25:聖世自立院(障害者福祉工場)の受付。壁には必ず手摺がある。縦の額はシンシンカツ(心と体のリハビリ)と書かれてあるようだ。当然だが、ハングル文字にも習字がある。上部の額にはハングル文字に混ざって「意志」「國家制度」「社會參與」「自身 自活」という漢字が見える。



写真26:聖世自立院(障害者福祉工場)内の印刷、製本、横断幕の制作所。



写真27:支援団体:仕事を発注してくれる支援企業や大学、研究所、役所など。KORAIL(韓国鉄道公社)、ETRI(韓国電子通信研究院)などの名前がある。



写真28:車いすの人がPCで図案の編集作業をしていた。



写真29:本棚の中にはここで編集・製本した冊子。テジョン広域市には研究学園団地があり、その研究報告書や論文の製本もしている。官公庁関係からの仕事の受注が多いという。

この印刷所では論文や冊子の製本も出来る。テジョン(大田)広域市ユソン(儒城)区内には官民の研究所が100以上集まっているハイテク団地「テドク(大徳)研究団地」や9つの大学、KORAIL(韓国鉄道公社)の本社、特許庁や統計庁などがあり、そういう組織からの支援を期待する。「仕事はたくさんあるのですか」と質問した処、「依頼される仕事は多くはない。受注は営業による」との回答が返って来た。印刷所の中には男女2名の人が仕事であった。女性はデザイナーであった。印刷所の中を見学させてもらった。最近では横断幕の受注が多いようだ。コンピューターで絵や図案を描いたり、文字やレイアウトの編集作業をしたりする。ミンがあり、横断幕に紐を通す穴をあける作業に使うようだ。余談になるが、machine (sewing machine)が日本では「ミン」と聴き取られた。両面印刷の名刺作成の実演をしてくださった。テジョン広域市都市鉄道公社(Daejeon Railway Transit)からの受注だ。このような公営企業が福祉工場を支援してくれているのだろう。最初にPC画面でデザインを行う。データを印刷機に転送し、大判の用紙の両面にハングルと英語を刷る。その後、用紙を名刺サイズに切断して完成だ(名刺サイズの用紙に両面印刷するのではなかった)。車いすでも難なく作業が出来る。



写真30:聖世自立院(障害者福祉工場)での作業。



写真31:聖世自立院(障害者福祉工場)。この写真に写っているだけでも20名の人が作業している(社員は約60名と聞いた)。黒色のプラスチック製の筒に金属のクリップをつける作業。工賃は決して高いとは思えない。傍でこの作業を見ていくと、気の毒になってくる。普段は電子部品組立などの、もっと労働生産性の高い仕事があるそうだ。



写真32:ビニールハウスのビニールをフレームに留めるクリップの組立作業。プラスチック製の筒1本ごとに、手作業で金属のリングを3つ嵌めていく。

最後に見学した部屋は組立の作業場だった。黒いユニフォームを着た多くの男女の社員が、大きな部屋におられた。私たち日本からの見学者の到着をずっと待っておられたようだ。申し訳ない。到着と同時に作業が始まった。写真30~32で見られるように、長いテーブルの上に材料が積まれ、テーブルを取り囲んだ障害者の従業員が材料を一つ一つ手に取って加工作業をしていく。農家でつかうビニールハウスのビニールをフレームに留めるクリップの組立作業だそうだ。プラスチック製の筒1本ごとに、手作業で金属のリングを3つ嵌めていく。驚くことに、彼女ら彼らの作業は(決してノロノロしたスピードではなく)とても素早かった。しかし、しんどそうだし、指先が痛くなりそうな単調手作業で、可哀そうに思ってしまった。冬は仕事が少ないそうだ。この作業場では普段は電子部品の組立を行っており、それが仕事の柱であるという。

福祉工場は企業であるが、利益は目的ではない。福祉工場の社員が一日の労働から生み出せる売上や利益は決して高くはないであろう。障害の重く作業能力が劣る社員にも、最低賃金以上の賃金支払いがなされていると思われる。しかし福祉工場が支給できる賃金水準は生活に十分な水準ではないのだと思われる(ただし根拠のない勝手な推測である)。因みに韓国の最低賃金は2017年度6,470ウォン(約640円)、2018年度7,530(約750円)と急上昇中で、遠からず日本(例えば2017年度の広島県は818円)に追いついてくる。すると低賃金作業を必要とする仕事は、中国や東南アジアへシフトしてしまう。それも困ったことだ。

障害者は年金(障害年金)を受給できるが、年金水

準はまだ十分ではないと聞いている。障害者の生活にとって労働から稼得する賃金は大切だ。社員に支払う賃金を上げるためには、仕事の質(付加価値)の向上と仕事の受注量の増加が必要となる。すなわち福祉工場に対する企業からの支援がもっと必要になる。私は「特別支援学校、体育館、授産施設は、もっと企業からの支援を貰っても良いのではないか」と思いつきで聞いてみた。南尚堯教授は「韓国の企業は韓国の考えがあります。今、支援やボランティア、個人資産の寄付が始まったところですよ」との回答があった。

聖世自立院(障害者福祉工場)が行っている職業リハビリは、仕事をしてお金を稼得し、経済的にも自立していくための最後のリハビリ段階になる。なお聖世自立院(障害者福祉工場)はあくまでも身体障害者に対する職業リハビリ施設である。知的障害者への施設は別にある。以前の聖世自立院(障害者福祉工場)には、身体に障害があっても知能には全く障害のない人がたくさんいたそうだ。その後、脊髄性小児麻痺(ポリオ、急性灰白髄炎)がワクチンで予防できるようになってからポリオ後遺症の障害児(者)はいなくなった。最近の社員では、身体障害に知的障害を兼ねている人(脳性麻痺など)が多いそうだ。

■ アニマルセラピー

福祉工場の庭には、イヌやニワトリ、ウマの飼育場があった。飼育目的はアニマルセラピーである。社会福祉法人聖再園全体が利用する施設なのであろう。寒い日であったが、獣舎・禽舎に近づくと、多くのイヌがジッポを大きく左右に振り振りながら走って来た(写真34,35)。余談である。韓国の病院ではロビーで飼われている文鳥を見たこともあるし、病棟に金魚の水槽もあった。日本でもセラピードッグが緩和ケア病棟を訪問してくる病院もある(聖路加国際病院小児病棟)。老健でセキセイインコやペンギンを見たこともある。しかし通常、日本の病院内には動物は居ない。もし居ても、それは水槽内の魚である(その水槽内を泳いでいる魚がスーパーチャル映像の場合もある)。建物中央に患者休憩用の温室のある病院(北海道大学病院、倉敷中央病院など)がある一方で、日本にはお見舞いの花の持ち込みを禁止する病院も多い(なぜ?)。米国メイヨークリニックは世界最高水準の医療機関として有名だが、「The Needs of the Patient Come First」という思想を発明し、「患者第一主義」という医療の考え方を世界の病院に啓蒙した医療機関でもある。そのメイヨークリニックのホールや廊下は常に豪華なフラワーアレンジメントで飾られており、患者を癒していた(大富豪が寄附した盛花基金で運営)。日本の病院は動物や生花からの感染症を懸念するのだろうか。

話が逸れるが、日本の病院で患者が眉を顰めているのは、黴菌が付着しているはずのぼろい白衣を着た医療スタッフが、病院廊下を歩いていた、レストランに現れたりすることである。前述のメイヨークリニックではフロア設計が患者ゾーンとスタッフゾーンに二分されており、患者ゾーンに内科医や職員は必ずプレザー姿であった(他方、院内裏動線や職員食堂はユニフォー

ム姿が多かった)。数千人の勤務医がいるメイヨークリニックを1週間観察して、白衣は見かけたのは一度だけだった。それはアラブ系の顔をした若い二人で、研修中の留学生のようであった。それほど白衣は珍しかった。



写真33:聖世自立院(障害者福祉工場)の裏庭。余談だが、韓国の土地にはクロマツがとて多かった。街路樹もクロマツが多かった。日本では、松の街路樹はまず見かけないので、私にはこの道路風景は大変珍しかった(東海道五十三次の宿場町池鯉鮒-現在は愛知県の知立一の旧街道に松並木が残っている)。どうも韓国人達はマツが大好きな人たちのようだ。落葉樹の土地の韓国の冬にはマツの緑が一段と目立っていた。



写真34:アニマルセラピー用の飼育場。医療・福祉施設にて、こんなに広く、大きな動物飼育施設は初めて見た、ニワトリ、ガチョウ、イヌはいた。乗馬場もあるそうだ。乗馬はセラピーに良いと聞く。周辺はクロマツの林となっている。冬のクロマツ林は落ち着いた風景を創っている。



写真35:イヌたち。セッターやボーダーコリー、各種テリアなどたくさんイヌが飼われていた。



写真36:ニワトリは白色レグホン、烏骨鶏、クレペールなどが禽舎の中で品種ごとに分けられて飼われていた。防寒のため禽舎はビニールシートで覆われているAI(Avian Influenza、鳥インフルエンザ)対策で、すべてを庭に放さないようだ。

最後に韓国のボランティア活動について少し説明しておきたい。韓国ではボランティアを「自願奉仕」と言い、小中高では活動最低時間や活動勤奨時間が決められている。ボランティア活動は点数化されて内申書に反映され、上級学校進学時の重要な資料となる。大学ではボランティア活動が選択科目であり、卒業単位にカウントする処も多いそうだ(日本の大学も同じである)。人手不足の福祉施設や障害者施設への奉仕や慰問に多くの生徒や学生が来る。その中には内申書点数アップや単位取得が目的の生徒や学生もあり、ボランティア活動における課題も多いと聞いた。



『緩和ケア入門』No.104

Slow code(スロー・コード)

岡山大学大学院
保健学研究科
教授

齋藤 信也

はじめに

今回は、少し視点を変えて、「Slow code(スロー・コード)」の問題について考えてみたい。読者はそもそもSlow codeということばをこれまで聞いたことがあるだろうか？

緩和医療と心肺蘇生

かつて(30年以上前)、外科病棟でがん末期の患者さんが最期を迎えられる際には、一般の救急と同レベルの心肺蘇生がなされることが普通であった。当時の狭い病室に、救急カートや人工呼吸器、モニタ機器が運び込まれ、挿管、人工呼吸、心マッサージ、ボスミンの心腔内投与が矢継ぎ早に行われた。うまく蘇生することもめずらしくなく、家族もその蘇生自体は喜んでくれた。特に都会にいる家族が蘇生の結果、死に目に間に合った際には感謝されたものである。

一方、こうした末期患者への心肺蘇生に関しては当時でも疑問を抱く関係者は少からずいた。がん末期の患者さんに有効な心マッサージをしようとする、胸肋関節の骨折(脱臼?)は必発であり、ふにゃっとした胸骨を圧迫するのはあまり気持ちの良いものではなかった。

心肺蘇生のふり(?)

そうした際にある先輩医師から、「こうしたがん末期の患者さんの蘇生は、家族のために行うのだから、胸骨が折れるほど強くマッサージを行う必要はない。」というアドバイスを受けた。なるほどと思うとともに、違和感も覚えた。若気の至りかもしれないが、「家族のため」の弱めの蘇生という考え方について行けなかったのである。

コード・ブルーとスロー・コード

院内で救急患者が発生したとき、医師や看護師を集めるために放送されるのが「コード・ブルー」である。フジテレビの人気ドラマのタイトルにもなっている。コードはこの場合心肺蘇生法を示していると考えてよく、これをもじってSlow code(スロー・コード)とは、患者家族のために行う「形式的な」蘇生を指すようになった。その対象のひとつにたとえ蘇生しても、原疾患の予後が非常に悪いがんの末期患者がある。まさに、先輩医師の言う有効性よりも家族ケアを重視したスローな蘇生である。

スロー・コード厳禁

救急蘇生対象患者のように家族がその死を受け入れることが困難なケースでは、蘇生困難、あるいはよしんば蘇生したとしても重篤な後遺症を残す恐れのある場合でも、蘇生は行われる。医学的に無益だと感じながら行うこうした蘇生がそのままSlow codeにあたるとは言えないが、医師が本気の蘇生とは違うと思えば、やはり、Slow code的な要素が含まれていると考えざるを得ない。

伝統的な医療倫理学の教科書では、例外なくSlow codeは行ってはならないと書いてある。その理由は、そもそも家族を欺く行為であり、患者・家族との信頼関係を損なうだけでなく、医師のインテグリティ(高潔さ)を棄損するからである。

インテグリティとはややわかりにくい概念かもしれないが、要は医師としての良心が保てる状態と考えてよい。いくら家族がそれを望むからといって、フェイクの蘇生行為をするのは、医師の良心に悖るという考えである。

もう一度30年前へ

ベテランの先輩医師のアドバイスに従い、胸骨が折れないようにやさしいマッサージを行い、また心腔内へのボスミンの注射も控えたが、患者の息子さんは、「先生たちが最後まで一生懸命父を救おうとして頑張ってくださいたのを見て家族も感謝しています。」とお礼を言ってくれた。今だったら、「無理な蘇生をしても患者さんはつらいだけです。このままみんなで見守ってあげましょう。」というだろうが、当時は少なくとも外科の病棟でそういうことを言う医者はほとんどいなかった。

救急はOK, but 終末期はダメ

救急の現場では、Slow codeはある程度許容されているように思える。やはりさっきまで元気だった人の死を受け入れられない家族に対して、百言を要して、蘇生の無益性を説明するより、大切な人を救おうとしている姿を見てもらうほうが、おそらくは家族にとって望ましいはずである。

一方、緩和ケアから終末期を迎える場合は、家族に死を受容する期間が許されているのと、そうした家族ケア、あるいは遺族ケアの先取りが緩和ケアの真骨頂であることを考えてみても、Slow codeが必要となるということは、緩和ケアの敗北である。普段のケアを疎かにして、最期だけ家族のためのようなふりをして蘇生の真似をするのは言語道断であるというのが、緩和ケアに関わる人たちの意見と思われる。

がん患者の急変の場合は？

予後を見据えて、そこに向かって穏やかな最期への準備をしている場合の蘇生は論外であろうが、まだそうした準備が整っていない段階で患者が急変した場合には、家族がそれを受け入れられないことが少なくない。こうしたケースでは救急に準じた蘇生、それもSlow codeではなく、本格的な蘇生が行われることも稀ではない。もちろん、がんと診断された時から緩和ケアは始まるという理想から言えば、急変時の対応も早い時期から話し合っておくべきであろう。しかし、実臨床では、急変した際に蘇生を行わないという話し合いを早い時期にするのは難しい面がある。まして、医師の側もあまり予測していないような急変の際には、そのままにもしないで最期を看取るということはいにくいものと思われる。

スロー・コード リターンズ

最近になって、Slow codeを一概に否定するのではなく、緩和ケアの家族ケアという観点から、場合によっては容認してもよいのではないかという意見がある。つまり医師のインテグリティの棄損と家族の死の受容を比較衡量して、Slow code的な対応を適切と考えてもよいケースも存在するのではないかという考え方である。個人的には一考に値する提言と考える。

さいごに

読者の中にも、そもそもSlow codeなどあってはならないと考える人もいれば、場合によっては許されると思う人もいるかもしれない。あるいは、その意義を積極的に認めようという意見が存在する可能性さえある。

もちろん、不十分な緩和ケアのつけを最期のSlow codeで帳尻合わせをすることはあってはならないが、Slow codeに対する姿勢にその医師、医療関係者の基本的な医療観が反映されているように思える。読者の皆様はどのようにお考えだろうか。

医療安全管理研修会を開いて【前編】

医療安全管理部長

大塚 眞哉



この度、新年度から水谷前副院長の後を引き継いで医療安全管理部長に就任しました。当院の医療安全体制は院長をトップに医療安全管理室(長谷川副院長、大塚、仲田専従師長)、医療安全カンファレンス(大塚、仲田、野村事務部長、岡本看護部長、相良薬剤部長)、医療安全管理委員会、医療安全部会(各部署の代表)、医療安全看護部会で構成されています。私が医療安全に関わるきっかけは当院にも講演に来られた名古屋大学教授尾能雅先生からのお誘いで、岩垣院長、水谷先生からの推薦の元、「明日の医療の質向上をリードする医師養成プログラム(ASUISHI)」に約半年間学んだことがきっかけでした。このプログラムは名古屋大学医学部と世界のTOYOTAがタッグを組んだもので、TOYOTAの優れた品質管理TQM(Total Quality Management)の考えを医療安全、質の向上に取り入れたものです。今回、4月末に医療安全管理研修会の一環として「指導医、研修医、看護師、薬剤師、リハビリ職員、放射線科技師、検査技師、その他誰でもいつでも当事者になり得る医療裁判と医療安全」と言う演題で講演会を開催しましたのでご報告申し上げます。全体の参加者は173名と立ち見が出るほど盛況でアンケートも前向きな意見が多く良かったですが、他の会や手術等で医局の先生方の参加が少なかったため、少しでも医療安全に役立てばと内容を2回に分けて掲載します。今年度も仲田師長を中心に定期的に研修会を開いていきますので全職員の参加をお願いします。講演の要点は①To Err is human(人は誰でも間違いをする)ではあるが、一人一人の日々の安全意識の積み重ねで大きな事故は防げます。②多職種間のコミュニケーションが大事です。患者情報を皆で共有しましょう。③重大な医療事故の原因として薬剤誤認、患者誤認などがあり、医療裁判では診断や治療における過失、説明義務違反などが挙げられます。

最後になりましたが、今でも病院や医院での重大な医療事故や医療過誤の報道が多々あります。医療事故がないのが患者さんや医療従事者にとって何よりの事です。福山医療センターは診療内容の充実に加えて日本一の安心・安全な病院でありたいと思っております。

① 医療行為と医療事故(図1,2)

医療行為は有資格者が治療目的で行うなど3条件を満たさないと不法行為となります。幾ら医療行為でも時代に即した治療を行わないと不法行為と見なされることがあります。また、報道ではよく誤解がありますが、医療事故と医療過誤は違います。米国では年間4万人以上が医療事故で亡くなっていると報告されており、国内でも3~4万人は亡くなっていると推定されます。

医療行為と医療事故

- 医療行為の合法的たる3条件
 - ①有資格者が治療目的で行う
 - ②患者がその医療行為を承諾している
 - ③医療行為が現在の水準に到達している
- 医療事故≠医療過誤
 - 合併症: 想定範囲内の過失のない有害事象(適切に対処すれば問題なし)
 - 医療事故: 医療現場における全ての人身事故(医療法では予期せぬ死亡事案)
 - 医療過誤: 医療事故のうち過誤や明白な過失を伴うもの

図 1

医療事故死亡数

航空機事故死者数(年世界平均)	546人
交通事故死者数(2016)	3906人
自殺者(2016)	21888人
医療事故死亡数(推定)	3~4万人
がん死亡者数(2016)	37万人

図 2

② 法的責任は?(図3~5)

医療事故における法的責任は倫理的、民事裁判、刑事裁判、及び行政処分となります。民法上、不法行為責任(民法709条)が問題となります。過失と注意義務違反がよく言われますが、注意の基準は慣行(ガイドラインや添付文書には沿ってないが、普段漫然と行っている医療行為)でなく診療当時のいわゆる臨床医学の実践における医療水準(最高裁判例:平成8年1/23)であり、医療水準は一律ではなく裁判では①当該医療機関の性格(地域性、救急病院か否か等)、②当該医師の専門性、③学会のガイドラインなど加味されます。特に、最近では診断や治療のガイドラインが学会等から出されていますが、よく裁判の証拠にされるようです。

医療事故の法的責任は?

- 道義的責任
倫理的課題
- 民事責任(民事裁判)
債務不履行構成(民法415条)、不法行為構成(民法709,715条など)
過失、注意義務違反、医療水準、説明義務違反
- 刑事責任(刑事裁判)
業務上過失致死傷罪(刑法211条第1項)など
(5年以下の懲役若しくは禁錮又は100万円以下の罰金)
同じく注意義務違反が問われる
- 行政責任
免許取消、業務停止(1月~3年)
(医師法第7条第2項、保健師助産師看護師法第9条など)

図 3

不法行為責任(民法709条)

- 故意または過失によって他人の権利又は法律上保護される利益を侵害した者は、これによって生じた損害を賠償する責任を負う。
- 過失(注意を欠く心理状態、注意義務違反)とは?
損害発生の予見可能性がある場合にかならず損害回避義務が課されるわけではない。術前説明のされた合併症の危険がある手術の実施など。
- 注意義務の基準は慣行でなく診療当時のいわゆる臨床医学の実践における医療水準(最高裁判例:平成8年1/23)
- 医療水準は一律ではなく裁判では①当該医療機関の性格 ②当該医師の専門性③学会のガイドラインなど加味される

図 4

注意義務違反とは?

- 予見義務と結果回避義務
自動車運転過失致死傷事件を例にとってみると
- 予見可能性・予見義務
通学路で路地から子供が飛び出して来て、睡ってしまうかもしれないことを予見できた。そうすべき義務があった。
- 結果回避可能性
前方を注視して進行確認すれば、子供が飛び出しても衝突を回避できた。
- 結果回避義務
前方を注視して進行確認すべきであった。
- 結果回避義務違反
当然と時速40kmで運転を続けた。
- 結果発生・因果関係
そのため、飛び出した子供に突いた時には車を停車できず、睡ってしまう結果により死亡させた。

図 5

③ 医療安全の概念(図6~9)

よく言われるのがスイスチーズモデルで各自の行動には穴(リスク)があり、各自の穴がインシデントにより重なって事故が起こるが、発生まで他人の穴はわからない。また、P-mSHELLモデルの様に医療には様々な要素が取り巻いている。手術は飛行機の運航によく例えられるが、他の産業と違うのは医療では重大インシデントは共有されにくく、またエラー誘発要因が多く、エラー防護壁も弱いということです。

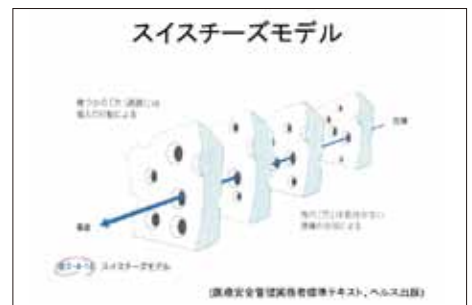


図 6



図 7

各産業と医療システムの違い

表1-1 各産業システムと医療システムの相違点の相違

項目	各産業システム	医療システム	相違点	注意
業務内容	マニュアル	標準	標準化	標準
業務時間	1日	24時間	24時間	24時間
業務場所	工場	病院	病院	病院
業務目的	生産	医療	医療	医療
業務手段	機械	機械	機械	機械
業務環境	工場	病院	病院	病院
業務リスク	工場	病院	病院	病院

(上記3事業は重大インシデントが起これば原因が追究され、償償が共有される)
 (河野龍太郎: ヒューマンエラー - 医学書院)

図 8

事例から学ぶこと

- 外業でも職種でも患者確認は基本中の基本です。本人が小児の場合、親御さんにフルネームで名乗ってもらいましょう。
- 情報の発信元と受ける側のコミュニケーションエラー、思い込みで齟齬が起こり、様々な要因が重なって重大事故が起こることが多い。在言ゲームの怖さ、ハイ、イエエではなく、〇〇ですわと復唱の必要性。
- 人はおかしいと思っても意外と物事を進めてしまう。おかしかったら、確認することが不可欠である。「多くの人が確認したのに見抜けなかった」のではなく「多くの人が確認したからこその1つ目の疑問が消れてしまった」。まさにダブルチェックの盲点と言える。
- 手術室ではタイムアウトが単なる儀式にならないように内容・手順部位(左右など)まで確認しましょう。

図 12

業務上過失傷害罪(刑事裁判)

- A医師(29歳整形外科後期研修医) 禁錮1年、執行猶予3年
- 現場に立ち会ったのは初期研修医2人のみ
- それまでの診療行為からA医師の技量を信用していた指場医師は外業業務で立ち会いしなかった。
- 事故後はハイリスク医は薬剤師から払い出しを行う体制に。
- 経験年数に関わらず正しい知識が医療者には求められる。
- 薬剤師についても最低添付文書の禁忌事項、重要事項は確認しましょう。添付文書は裁判の証拠になります。また、添付文書に従わない過量な投与、適応外使用で有害事象が発生すると責任を問われることになります。

図 16

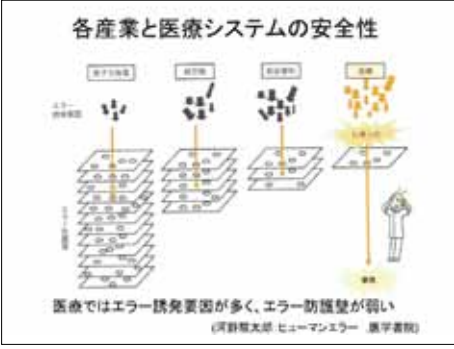


図 9

⑤ 薬剤誤認事例(図13~20)

薬剤誤認による死亡事例を3例提示します。薬剤誤認は重大な医療事故に繋がりますので薬剤投与時の5R+1R(正しい患者、正しい薬、正しい用量、正しい経路、正しい投薬時間、正しい目的)の重要性を再認識してください。経験年数に関わらず正しい知識が医療者には求められます。最低添付文書の禁忌事項、重要事項は確認しましょう。添付文書は裁判の証拠になります。また、添付文書に従わない過量な投与、適応外使用で有害事象が発生すると責任を問われることになります。最近では薬剤師の疑義照会義務も問われています。

薬剤誤認

- 健康保険増補病院(307床、7対1看護)で2008年11月、内科の当直女性医師(37)が男性患者(70)の解熱のためアスピリン喘息があるため、サクシン(ステロイド)を投与するつもりでサクシン200mg(筋弛緩剤)を誤って投与し翌日、死亡させた。
- 医師は、サクシンを処方しようとして、端末のパソコンの電子カルテに、「サクシ」と3文字を入力、変換。画面には「サクシン」が表示されたのに、確認を怠り、誤ったまま伝えたという。同病院は、二つの薬剤を取り違えないように、約7年前からサクシンは置いていなかったが、この医師は昨年4月に着任し、事情を知らなかったという。サクシンを製造販売している製薬会社は、事故防止のため、その後、商品名を「スキサメウム」と改めている。院長ら幹部の判断にて医師法第21条に基づき事故後直ちに警察に連絡。

図 13

④ 患者誤認事例(図10~12)

当時マスコミでも有名になった横浜市大学医学部付属病院での患者取り違い事例を提示します。医療安全の原点となった事例です。直接の原因は繁忙を理由に規定に反して病棟看護師一人で二人の患者を手術室へ搬送を行ったこと、引き継ぎ手術室看護師の思い込みによる患者誤認ですが、問題は主治医、執刀医、麻酔科医、手術室看護師大勢の当事者がいたにも関わらず、スルーして事故が起こってしまったことです。患者さんにFull Nameで名乗ってもらう重要性が分かると思います。手術室での実効性のあるタイムアウト(手術前の最終確認)が求められます。

患者誤認事例(医療安全元年)

- 1999年1月横浜市大学医学部付属病院で、両病棟の心臓移植患者Xと肺移植手術の患者Yを取り違えて手術。術後ICUで気付いた。看護士の申し送りミスが直接の原因であった。
- 複数患者の移送は禁止されていたが、業務が忙しいのことで1人の病棟Nsにて2人のPtを手術室ホールまで移送し申し送りをした。Ptとカルテは分離して引き継がれた。何故か口頭で〇〇さんと患者確認は行っていたが、当時はPtに直接名前を言ってもらったはずであった。
- 麻酔科医は髪型、入れ歯の有無など疑問に思ったが、他のDrの意見(髪型した?)で納得した。
- 執刀医は麻酔完了後入室、Ptの風貌、術中のデータ、患部の様子など變つた疑問に思ったが、病棟に確認し本人は手術室に確実に戻りたこと、手術執行。
- (不幸中の幸い)Xの自己血をYに輸血してしまっていたが、たまたま血液型が一致していた。

図 10

事例から学ぶこと(事故は防げた?)

- 医師本人: 知識不足、確認不足、Nsから「サクシンはどの位の時間で行くのですか?」と聞かれたが、思い込みで間違いに気づけず。
- 看護士(経験3、5、6年目): 病棟にない知らない事で最初救急室の類と想定したが、アンプルの表示見て肺弛緩剤と初めて知り、疑問には思ったが、ダブルチェックで5Rはちゃんと確認し、投与した。
- 看護士(経験31年目): 注射薬が印刷されたので、冷蔵庫の鍵付き金庫よりサクシンを取り出し、その際添付文書に使用濃度が規定を超えていないことを確認。過去に手術室で気管内挿管目的で払い出した経験があり、薬剤の用途として気管内挿管に使用するものであるという知識があった事から、今回のオーダーを見て病棟で?疑問持ったが気管内挿管の処置にサクシンが使用されるものだと思い込んだ。
- 事故後の調査で1年前にも同様のインシデントがあり、このときはNsからDrに問い合わせられ、誤投与されない事例があった。
- 多重チェック、各部門での薬や病室に対する定期的な協議会の必要性

図 14

業務上過失傷害罪(刑事裁判)

- 埼玉県豊田、主治医、診療科長であった同大教授、指導医、研修医の4人を業務上過失致死の疑いで書類送検した。研修医以外の3人については死亡診断書にその記載をした虚偽診断書作成・同行使容疑も加えられた。
- 主治医: 禁錮2年、執行猶予3年、3年6ヶ月間の医業停止
- 指導医: 罰金30万円(高裁では禁錮1年6ヶ月、執行猶予3年)
- 診療科長(教授): 罰金20万円(高裁では禁錮1年、執行猶予3年)
- 埼玉医大と元主治医ら6人に計約2億3,000万円の損害賠償を求めた民事訴訟を行った。民事訴訟では、事故の真相解明、事故の隠蔽行為が争点となった(高裁判決は約8,370万円の支払い命令)。

図 18

業務上過失傷害罪(刑事裁判)

- A医師(心臓執刀): 罰金50万円
- B医師(肺執刀): 罰金30万円
- C医師(肺麻酔研修医): 罰金40万円
- D看護士(病棟): 罰金30万円
- E看護士(Ope室): 禁錮1年、執行猶予3年
- F医師(心臓麻酔): 無罪
- 全て注意義務違反の有無を問われた。控訴書ではA医師、B医師、C医師、D看護士、E看護士にそれぞれ罰金50万円、F医師に罰金25万円の別が言い渡された(罰金全体の体制不備を指摘し、Ope Nsについては減刑となった)。
- ネームバンドがその後、当たり前になってきたが、当初はネームバンドに名前なく、付け間違えによるエラーも発生した。

図 11

事例から学ぶこと

- 主治医は卒業5年目の医師で、この抗癌剤を使用するのは初めてであった。そこにチーム医療としての体制の不備、上級医師、教授、薬剤師からのチェック機能の不備が重なっていた。
- 更に組織としての隠ぺい工作で罪が重なってしまっ
- 一般的に抗癌剤の副作用関連死は少ないことを肝に銘じて。
- 当院ではレジメ登録されている抗癌剤治療では過量入力ミスに対してはアラートが出ると思いますが、主治医、薬剤師、看護士で多重チェックが必要です。

図 19

造影剤誤投与事故

● 2014年4月国立国際医療研究センター病院で腰部脊髄造影検査の再発疑いの78歳女性に対し、A医師が脊髄造影検査を実施する際、脊髄造影用造影剤インビストを使用すべきところを、誤ってワログラフィン60%注射液を使った事故。検査は午後2時頃から開始、午後3時40分頃に終了。午後4時30分頃から容体が急速に悪化し、救命措置を行ったものの、同日午後8時3分頃、急性呼吸不全により死亡した。

● 病院は内規に従って警察に届出(現在は医療事故調事例か?)

● ワログラフィン、脳・脊髄腔内に投与すると、重篤な副作用が起ることから、脊髄造影検査には禁忌(添付文書にも記載)。

● A医師は他院では10例程度経験があったが、一人で造影剤の脊髄注射を行うのは初めてであった。造影剤のことは知らなかった。

図 15

薬剤師の責任

- 薬剤師に詳しい医療事故が少ない現状において薬剤師の役割は重要になっています。
- 医師が交付した処方箋に問題がない場合
 【事例1】セルテクトDSとセレネースを10人の小児に誤投与。業務上過失傷害で捜査が開始されたが、薬剤師が自殺(平成12年)。
 【事例2】開腹手術にてワーファリンの過量投与(4倍)にて82歳男性死亡(平成20年)。薬剤師と当時の検査を行っていた薬剤師が業務上過失致死で書類送検。
- 医師が交付した処方箋に問題がある場合
 【事例3】虎の門病院にてベナンゾックス(カリニシトリン)の過量投与(5倍)で大学教授の66歳男性死亡。処方ミスした科長のみならず、調剤薬剤師、確認薬剤師2人の計4人が共同不作為にて過失責任を問われた(平成23年2月10日東京地裁民事)。この種の裁判で薬剤師の注意義務、疑義照会義務を認める判決は異例であった。

図 20

⑥ インシデントレポート(図21~24)

インシデント300件につき1件の割合で重大事故が起こると言われています。レポートは重大事故を防ぐため個人責任を追及するものではありません。「人数が多いほど誰かがやると思ってしまう」社会的な手抜きはよく言われていることです、実効性のあるダブルチェックを心がけましょう。輸血は血液型別に4色に色分けされているのは知っていますか?異型輸血は致命的です。



図 21

医療事故影響度レベル

発生	レベル	発生頻度	被害の程度	内容
インシデントレポート	0	—	—	エラーはあったが患者には影響されなかった
	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なかったが処置や対応は不要
	3a	一過性	軽度	治療や処置や治療を必要とした(採血、消毒等)
経過観察・事故報告(院内・院内外)・報告(外部)する!	3b	一過性	中-高度	濃厚な処置や治療を必要とした
	4	再発的	高度	重大な高頻度の発生
	5	死亡	高度	行った医療行為又は管理が原因となった

薬剤投与、転倒・転落、検査、チューブエラー、患者誘導などインシデントレポートはほとんど出してください(特に医師)。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。

図 22

ダブルチェックは有効?

よく訓練でされている1人が読み上げ、1人が確認する方法はダブルチェックではなく2人で行うシングルチェックである。多量化よりも多様化を! 1人で行う場合、指差し確認も有効(電車の運転士)

図 23

輸血ミスは致命的 (DrとNsでちゃんとダブルチェックを)

●本人に名前、血液型を覚えてもらう
●血液型、製剤番号、有効期限など
●クロスマッチの確認
●5分ルール
●異型輸血の死亡率20%

図 24

⑦ 消毒液誤投与事件(図25~29)

これも有名な不幸な死亡事例です。トヨタの5S(整理、整頓、清掃、清潔、躰)は有名です。間違いが起こりやすい状況を作らないこと、矢張り薬剤投与時の5R+1R(最後の砦)が大切です。

消毒液誤投与事件

- 1999年2月東京都立広尾病院にてリウマチの手術を終了した58歳女性に対し抗生剤点滴終了後に、他人用の消毒液を血液凝固阻止剤と取り違えて注射されたために当日死亡。死因は急性肺血栓塞栓症であった。
- 創部処置のために、ヒピンテグロコネートを注射器に吸引し、それを希釈して使用していたこと。静脈注射用のヘパリン生食と同型の注射器に吸入して同じ処置台に準備していたことが、第一の要因である。注射器は、本来、注射に使用するものであるが、「清潔に使用できる」、「正確に計量できる。」などの利便性から、注射器を目的外に使用していた。また2次的要因として注射器の準備者と実施者が異なっていた。
- 病院が警察に届けられたのは事件発生から11日後であった。届け出までに日数がかかったことを、病院側は解明結果が出るのを待っていたためと説明したが、遺族が被害届を出したことを知り、仕方なく届けたというのが真相であった。

図 25

看護師Aがヘパ生の注射器①にマジックでヘパ生と記入し、次いで洗浄用ヒビグルと書いた手書きメモを持ってヘパ生の注射器①にセロテープで貼り付けた。(時間は深夜帯の終わり)メモを貼り付けてない注射器②をヘパ生と誤認して病床に持参。その後、Aは他の患者の世話にその場を離れる。患者さんから抗生剤点滴終了のナースコールあり、看護師Bが処置台に置かれていた注射器②をヘパ生と思い込み投与した。

図 26

裁判

- 看護師2人: 禁錮1年執行猶予3年と禁錮8ヶ月執行猶予3年の有罪判決が確定し、それぞれ看護業務停止2ヶ月と1ヶ月となった。
- 主治医: 異状休職留置義務違反の略式起訴で罰金2万円となり、医業停止3ヶ月となった。
- 院長: 虚偽有印公文書作成行使と医師法違反で懲役1年執行猶予3年と罰金2万円の有罪が確定した。医業停止1年。(遺族が、保険金の請求のため、死亡診断書と同証明書を求めた際、死因を「病死及び自然死」などとするよう主治医に指示し、病院側のミスが発覚しないよう工作したため)
- 民事裁判では東京都と元院長と主治医に対して、遺族に6030万円の支払いを命じる判決を言い渡して確定した。

図 27

事例から学ぶこと

トヨタの5S

- 整理
- 整頓
- 清掃
- 清潔
- しつぱ

- ミスの起こりやすい状況は作らない。(1薬剤・1トレイ、ラベルの確認)
- 似たような事例に注射器に入れてあったミルクの乳児への誤投与事件がある
- 航空整備士は作業終了時に使った工具が全部あるか確認する。またそれが直ぐに、分かりやすいようにしてある。

図 28

5R+1Rは基本です!

Right Patient
正しい患者
Right Drug
正しい薬
Right Dose
正しい量
Right Route
正しい経路
Right Time
正しい投薬時間
Right Purpose
正しい目的

図 29

⑧ 転倒・転落など(図30~32)

病院内での転倒・転落に伴うインシデントも多いです。駅やデパートで自ら転倒・転落して怪我をしても構造上の明らかな瑕疵がなければ管理者は責任を問われませんが、入院中は違います。産業界で始められたKYT(危険予知トレーニング)を日頃から実習で行ったり、転倒・転落を予測するアセスメントを行い、リスクの高い者に対しては予防的措置が必要です(訴訟の時に大事です)。度々報告のある経鼻栄養チューブの気管内誤挿入事例では胃内留置時の気泡音の聴取だけでなく、レントゲン検査などが求められています。

以下、来月号へ続きます。

KYT(危険予知トレーニング)

転倒事故は医療者の介在しない非プロセス型が多い。しかも7割はベッドサイド、病室で起こっている。転倒・転落を予測するアセスメントを行い、リスクの高い者に対しては予防的措置が必要(訴訟の時に大事です) FMC便り3月号 岡村先生記事参照

図 30

チューブエラー(経鼻胃管)

- 医師は、気管切開している患者に経鼻栄養チューブを挿入後、気泡音を聴取し、チューブが胃内に入ったと判断した。その後、看護師が栄養剤の注入を開始したところ、患者は咳き込み、呼吸苦を訴えた。医師は気管孔から気管支鏡を行い、気管内に経鼻栄養チューブが挿入されていることが分かった。
- 看護師は経鼻栄養チューブを挿入後、胃内容物を吸引できなかったが、他の看護師2名で気泡音を聴取し、チューブが胃内に入ったと判断した。看護師は、内臓薬を注入する前に、再度、他の看護師と気泡音を聴取した。内臓薬を溶かした白濁を注入したところ、咳嗽が出現しSpO2が低下した。胸壁エックス線撮影を行い、右気管支に経鼻栄養チューブが挿入されていることが分かった。
- 経鼻栄養チューブが胃内に挿入されていることを確認する際、気泡音の聴取だけでなく、X線など医療機関ごとに確認手順を決めて遵守するよう日本医療機能評価機構は要請している。

図 31

アラームトラブル(狼少年にならないように)

- モニター、アラームの利点
pitの変動的な異常の検知、客観的な記録
医療機器(呼吸器など)不備の検知
- モニター、アラームの欠点
無駄なアラームが多い(緊急性アラーム1%、意味のある病態変化アラーム10-20%、残り大半は意味のないエラーやノイズなど)
(Crying Wolf, alarm fatigue)
患者にとってはコード類など邪魔・不快ではない
- 人は90%信頼性のあるアラームでは、その90%に反応するものの、信頼性10%のものには10%しか反応しないと言われている。
- 意図を持った効率的なアラーム設定を、決まらうからとオフにしないように、呼吸器のアラームスイッチの入れ忘れで死亡させた例や、ナースコールがあり、「すぐ行きます」と、コールに出たが、結果的に放置して急変の発見が遅れた事例もあります。

図 32

健康と暮らしに役立つ

がん治療最前線

Vol.8 増えている大腸がんの治療～抗がん剤治療は？



福山医療センター
胃腸内視鏡外科医長
大塚 眞哉

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、ESMO(欧州臨床腫瘍学会)などに所属。座右の銘は山本五十六の「やってみせ、言って聞かせて、させてみて、ほめてやらねば、人は動かじ」。

【表1 大腸がんに対する主な抗がん剤治療(分子標的薬除く)】

レジメンの種類	使用する抗がん剤	投与方法	受診間隔
FOLFOX	5FU+ロイコボリン+エルブラット	点滴(48時間)	2週間ごと
XELOX	ゼローダ+エルブラット	点滴(2時間)+内服	3週間ごと
SOX	TS-1+エルブラット	点滴(2時間)+内服	3週間ごと
FOLFIRI	5FU+ロイコボリン+イリテニウム	点滴(48時間)	2週間ごと
IRIS	TS-1+イリテニウム	点滴(2時間)+内服	2週間ごと
UFT/LV	UFT+ロイコボリン	内服(1日3回)	5週間ごと
ゼローダ	ゼローダ	内服(1日2回)	3週間ごと
S-1	TS-1	内服(1日2回)	6週間ごと
TAS-102	ロンサーフ	内服(1日2回)	4週間ごと

抗がん剤は近年さまざまに開発され、生存率も改善されています。数年前、カーター元米大統領の脳

画期的な新薬も

内にメラノーマ(悪性黒色腫)という致死率の高いがんが見つかりました。それまでこのがんに対して有効な治療薬はありませんでしたが、新薬の「免疫チェックポイント阻害薬」という薬で治療して、一時話題になりました。現在はオプジーボなどいくつかの薬が肺がん・胃がんなどでも国内承認されています(後日詳記します)。

大腸がんの抗がん剤もこの二〇年で画期的に変わりました。どの種類のがんにも共通して言えることですが、手術時やあるいは術後数年経ってから転移や再発することが、一番厄介なところ。特に大腸がんでは「肝臓・肺・その他」の順に多くなっています。

再発・転移しても切除可能であれば外科的切除を行います。多発肝転移などで手術できない場合は抗がん剤治療になります。以前は大腸がんに対する抗がん

剤は有効な物が少なかったのですが、最近では多彩になり、今後も新薬の開発が見込まれています(表1)。

またアバスタチン、サイラムザ、アービタックス、ベクテイビックス(全て注射剤)や、スチバール(単独使用の飲み薬)といった分子標的治療薬も開発されており、「RAS遺伝子」というものを調べて表1の抗がん剤と一緒に使うことで、効果増強を認めています。

【表2 大腸がんの抗がん剤の副作用】

症状・副作用	抗がん剤の種類	対策など
白血球減少	ほぼ全ての抗がん剤	自覚症状少ない 高熱だけのことも
吐き気、食欲不振	ほぼ全ての抗がん剤	予防的吐き気止めがよく効く
下痢	FOLFIRI トポテシニウム	水様性なら受診、投薬を
皮膚症状	ベクテイビックス アービタックス	にきび様発疹 ひどい場合は専門医の治療を
手足のしびれ	FOLFOX エルブラット	寒冷刺激をさける 休薬、投与期間の延長
手足症候群	ゼローダ	ひどい場合はめり薬を 休薬
高血圧	アバスタチン サイラムザ	自覚症状少ない 在宅で血圧測定を

副作用が減少

近年は長時間点滴の抗がん剤治療は、中心静脈カテーテルの一種「CVポート」を皮下に埋め込めば、入院せず外来通院で行えます。強い副作用を連想する人も多いと思いますが、最近では以前に比べて軽減され、嘔吐・吐き気を予防する薬も開発されています。脱毛といった副作用も他のがん種よりは少ないようです。

特徴的な副作用は手足の

しびれや皮膚症状などです(表2)。担当の先生と相談しながら、効果と副作用を考慮して抗がん剤をいれると使い分けられることが、治療効果・生存率の向上につながります。

新しい抗がん剤により、切除可能になったり、大腸がん肝転移術後の五年生存率が50%を超えるという報告も多く発表されています。当院でも肝胆膵外科・稲垣優統括診療部長を中心に、積極的に大腸がん肝転移の手術を行っています。

広島県糖尿病診療中核病院に指定

広島県が平成30年度から実施している「第7次広島県保健医療計画」の中で、糖尿病対策の中心的役割を担うべく、今回新たに各医療機関が「糖尿病診療拠点病院」、「糖尿病診療中核病院」の指定を受けました。(図1)

糖尿病・内分泌内科医長

畑中 崇志



「糖尿病診療拠点病院」は常勤の糖尿病内科医師3名以上で合併症のほぼ全てに対応できる医療機関とされています。「糖尿病診療中核病院」は常勤の糖尿病内科医師1～2名で拠点病院に準じた位置づけです。当院も平成30年4月1日付で、「糖尿病診療中核病院」に指定されたので、ご報告いたします。(図2)

福山・府中地区は県内の7地区(広島、広島中央、広島西、呉、備北、尾三、福山・府中)の中で、人口あたりの糖尿病内科医師数がもっとも少ない地域となっています。(図3)地区内に拠点病院はなく、日本鋼管福山病院、中国中央病院と当院が中核病院として指定されました。これらの病院はもちろん、かかりつけの先生方とも協力しながら、地域の糖尿病診療に貢献したいと考えております。今後とも宜しくお願い致します。



図 2



図 3

第5回 福山医療センター IBD教室のご案内

IBD(潰瘍性大腸炎・クローン病)教室は、IBD患者様やご家族の自己理解(病気を理解する)・自己受容(病気を受け入れる)・社会的支援(社会生活における工夫等)のお役にいただくことを目的とした会です。出席される患者さん同士の交流の場としてもご活用ください。

日時：2018年**6月16日**(土)

13:30～15:00

場所：当院新外来棟3階中会議室

参加費：無料 当日参加可能です

【司会】栄養管理室 滝澤 栞先生

主催：福山医療センター IBD教室ワーキンググループ

第1部 13:30～14:00

【演者】消化管内科 豊川 達也先生
『IBD治療の最前線』

第2部 14:00～15:00

患者さんの不安や悩み何でも相談会
～日常生活での悩みを
皆さんで解決しましょう～

“夢・未来プロジェクト 2017”

優ちゃんの夢に向かって!



2B病棟看護師長
小田 忍

平成30年2月8日(木)ある女の子のとても“大切な夢”をかなえるお手伝いをさせていただきました。

えっ! それって何?・・・と思われたのではないのでしょうか?

その女の子は、福山市立東中学校1年生の、延近 優ちゃんです。優ちゃんの夢はNICUで働きたいというものでした。なぜ、NICUで働きたいかという、一つは自分の弟が、NICUに入っていたことがある。弟はそこで助けてもらい、今は元気で過ごしており、喧嘩もするけど、弟と一緒に過ごせることがすごく幸せに感じていること。二つ目は、「コウノドリ」というドラマで見た小さな赤ちゃんが、一生懸命生きてる姿が心に残っていて、赤ちゃんを助けるということは、その子を待ち望んでいた多くの人の笑顔を守ることに繋がる、ということが分かったこと。また、将来NICUで看護師として働き、多くの命を救いたい、という希望があるということ。

以上のような気持ちがあり、NICUで働きたいと思ったとのこと。

福山市では、“夢・未来プロジェクト 2017”という、次代を担う子供たちの夢の実現へ向けたチャレンジを応援する企画があります。優ちゃんは、そのプロジェクトに応募し、最終審査まで行ったそうです。中学1年生にして、たくさんの人の前で自分の思いを発表し、その権利を勝ち取られました。発表の時のプレゼンの能力は、素晴らしかったそうで、市の職員さんたちも絶賛しておられました。そこで、福山市から、当院に優ちゃんの夢をかなえるお手伝いを依頼されました。

このお話を看護部長から聞き、この素晴らしい夢を断る理由は、どこにも見つからず、心から応援したいと思いました。私たちは、優ちゃんにどんなことがさせてあげられるか、色々な企画を考え、優ちゃんを迎えることができました。

まずは、白衣を着るところからです。私も、高校生の時に、白衣を着て、病院で体験をした時に、ものすごくうれしかったことを思い出し、白衣を着て看護師さんと同じ姿になることは外せないと思いました。優ちゃんも、優ちゃんのお母さんもとても嬉しそうでした。ここからは、病院内で、看護師さんと同じような体験をしていただきました。

産科病棟にも企画の一つをお願いし、妊婦さんのお腹から赤ちゃんの心音を聞

くということを経験しました。赤ちゃんの心音が、すごく早くてびっくりしたそうです。それから、NICUに入って、本当に入院している赤ちゃんを抱っこしたり、保育器の中に寝かせた人形の赤ちゃんのお世話をしたり、沐浴体験をしたりしました。とても緊張していましたが、楽しそうに体験できました。また、元新生児センター長の高橋伸方先生からNICUの役割の講義を聞きました。

私たち看護師も感動したことは、優ちゃんの弟が生まれた時に在職していた、高橋先生をはじめ、多くのNICUの看護師が現役で働いているということです。高橋先生は、優ちゃんの弟が生まれた時のカルテを出してくれて、優ちゃんに見せ、その時どんなに大変だったかを伝えてくださいました。それほど大変だった赤ちゃんが、今元気で、お家で過ごされていることは、私たちにとってうれしいことであり、感動でした。優ちゃんも、先生や看護師が、一生懸命育ててくれたことに、びっくりし、感謝してくれました。

今回、優ちゃんの夢をお手伝いしてくれたのは、主に新生児集中ケア認定看護師の二人です。一人は、NICU副看護師長の木原奈緒美(現岡山医療センター 看護師長)さんと、NICU看護師の沖永薫さんです。この二人は、優ちゃんの弟が入院中お世話していたそうです。ほかにも弟の受け持ちだったという看護師さんなどたくさんの看護師さんが関わっていました。お母さんは、アルバムにたくさんの写真とともに、弟とご家族の成長を残しておられました。若かりし時の医師やスタッフの写真もあり、楽しく拝見させていただきました。

この福山市のプロジェクトは、優ちゃんの夢をかなえるものではありませんでしたが、私をはじめ、多くのNICUで働く看護師たちにも、感動と、思い出を呼び起こさせてもらいました。このような機会をいただいたことに対して感謝の気持ちでいっぱいになりました。夢をかなえるお手伝いをさせていただき、本当にありがとうございました。

最後に、優ちゃんは、とても感性豊かなお子さんで、体験したことや、感想をきちんと自分の言葉で、私たちに伝えてくれました。将来有望と思っています。ぜひ、夢を実現していただきたいと思います。スタッフ一同、心から応援しています。



Consensus investigation of the attitudes of parents of 1-month-old INFANTS regarding vaccination

●看護部 看護師

柳田 由紀子



この度、タイのバンコクで行われたThe 29th Annual Academic Meeting of Rajavithi Hospitalに参加させていただき、私は『生後1か月の児を持つ保護者の予防接種に対する意識調査』についてのポスター発表を行いました。(写真1)

出発日までは不安でいっぱいでしたが、当院のメンバーや呉医療センターの方々、タイの方々との素敵な交流ができ、忘れることができないひとときを過ごすことができました。

ポスター発表当日は、外来棟・ICU・小児科外来・救急外来等、院内見学をさせていただきました。ラジャピチ病院は外来年間患者数126万人、入院年間患者数4万5000人、病床数1080床ととても大きな病院でした。見学させていただいた外来棟は古く、環境は整っていないようにみえましたが、ICUの機器類は日本のものと変わらず、機器類の台数は当院に比べてはるかに多く、医療が進んでいることに驚きました。また、ラジャピチ病院の看護師は約1500人と患者数に対し少ない気がしましたが、終始、看護師の方々が明るく親切で、英語のわからない私に一生懸命話しかけ説明してくださり嬉しかったです。(写真2)

ポスター発表では、タイ王国の保健省次官の方に声をかけていただき、身振り手振りではありましたが予防接種について説明し、大変貴重な経験をさせていただきました。(写真3)

同じ日に、タイ国内で唯一の小児科があるタイ王立小児病院にも病院訪問させていただきました。環境が整っており、当院と同じく子どもたちや家族が安心して医療が受けられるよう壁にアートが施されており、工夫されていました。(写真4)また、外来患者数も、手術件数も多く、忙しい中でも笑顔で患者さんに接しておられ、自分も見習わないといけないと感じました。

夜には盛大な歓迎パーティーをしていただき、おいしい料理や様々な民族踊り、歌等時間を忘れタイを堪能させていただきました(写真5)

現地視察では、遺跡・王宮の見学、象乗り体験等を通してタイ文化に触れ、タイを満喫し、私の中で今度は家族で行きたい国になりました。(写真6)

今回の出張を通して、国や文化の違いはあっても医療従事者の思いは、世界共通ということ学びました。また、タイの方々の『思いやりの心・おもてなしの心』が素晴らしい、感動しました。私もそういうことが当たり前になれる人になりたいと思いました。

今回、お世話になりましたラジャピチ病院のすべての関係者の方々に感謝を申し上げます。また、このような機会を与えてくださった岩垣院長をはじめ、看護部長、梶川先生、小児科の先生方、師長、小児科外来のメンバー、また学会に同行した当院のメンバー、呉医療センターの方々にも心より感謝いたします。



写真1



写真2



写真3



写真4



写真5

Effects of support team intervention on nutritionally depleted patients at a single medical center

●栄養管理室 主任栄養士

赤木 知紗



2018年2月21日にタイの首都、バンコクで行われたThe 29th Annual Academic Meeting of Rajavithi Hospitalに参加させていただきました。私は「Effects of a support team on nutritionally depleted patients at a single medical center」という演題をポスターセッションで発表させていただきました。ポスターセッションは各ポスターの前で意見交換を行う形式でした。(写真1)本格的に英語での文章の作成や発表は大学卒業以来で、とても苦労しましたが、先生方の協力をいただき何とか完成させることができました。ありがとうございました。

発表の前には院内見学をさせていただきました。ラジャピチ病院はとても広い敷地で、全て見学することができなかったのはとても残念でしたが、リハビリテーション科を中心に見学させていただきました。また院内で昼食をいただいた際には看護師さんとタイの食文化について話をする事が出来ました(写真2)。タイ料理はスパシーなものが多く、タイの人は辛党というイメージが強かったのですが、実際には香辛料と同じぐらい甘いものも好きで、料理には唐辛子と同時に、砂糖をトッピングするそうです。その結果、日本と同じように糖尿病や高血圧をはじめとする生活習慣病の増加が問題になっていると聞きました。飽食の時代に抱える問題は各国共通だと改めて認識し、栄養教育の重要性を感じました。

学会の後には盛大な歓迎セレモニーを開催していただきました。何とか英語でコミュニケーションをとっていましたが、最終的にはタイの伝統音楽や踊りのおかげで、言葉を超えて心一つにすることが出来ました(写真3)。

今回の学会参加は私にとって初めての国際学会と海外の病院訪問でした。英語でのポスターセッションへの参加、海外の医療の現状にふれ、とても貴重な経験することが出来ました。このような機会を与えてくださった院長先生、ラジャピチ病院のスタッフの方々、梶川先生、本研究にご協力いただいた三好先生、坂田先生をはじめとするNSTメンバー、出張をサポートして下さった臨床研究部、栄養管理室の皆様にも心より感謝申し上げます。本当にありがとうございました。



写真1



写真2



写真3

CONSENSUS INVESTIGATION OF THE ATTITUDES OF PARENTS OF 1-MONTH-OLD INFANTS REGARDING VACCINATION

A questionnaire survey to ensure the implementation of effective vaccination education



Yukiko Yanagida, Ayako Urabe, Mariko Kunou, Sachi Masaki, Makiko Tuji, Tomokazu Takemoto, Midori Fujimoto
Department of Pediatric Outpatient Nurse Station, NHO Fukuyama Medical Center, JAPAN



Background

In Japan, there are eight kinds of routine immunizations and three kinds of voluntary immunizations for infants. It is important for pediatric nurses to provide parents with proper information for implementation of vaccine planning during the 1 month after birth health examination, including when to start immunization and how many vaccines an infant should receive.

Purpose

The purpose of this study was to investigate parents' anxiety toward and knowledge of immunization and to determine how to implement effective vaccination education.

Materials and Methods

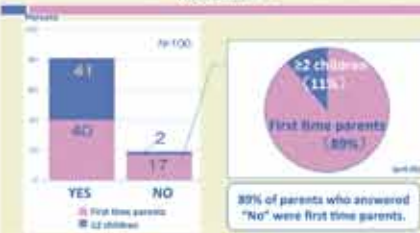
We conducted a questionnaire survey of parents (99 mothers, one father) during their infants' 1 month after birth health examination between September and December 2016. The questionnaires were composed of 35 items regarding the parents' background characteristics and anxiety toward and knowledge of vaccination for their infants. We analyzed categorical data using χ^2 analysis.

Results

Newborn baby parent's background characteristics



Did you gather information about infant vaccination?



Do you understand the timing and intervals of immunization after birth?



Do you understand the difference between routine immunization and voluntary immunization?



Do you have anxiety and questions about immunization?



Anxiety and questions about immunization



When do you want to be informed about immunization?



How do you want to be informed about immunization?



Discussion

First-time parents had little knowledge about immunization and methods for gathering information so they had vague anxiety about exposing their baby to immunization. First-time parents need to be better informed about the necessity of not only routine, but also voluntary immunizations, as well as their periods and intervals.

90% of first-time parents in their 40s had anxiety or doubt about immunization. Parents in their 40s had both physical and mental difficulties in exposing their infant to immunization, and they felt a strong sense of responsibility regarding their job and community. Parents in their 40s were in few social circles in which they could ask others within the same age group about exposing their infant to immunization. Parents in their 40s need to be instructed diligently about immunization on an individual bases, and have someone to talk to about their anxiety.

Conclusions

- First-time parents were hesitant or had no idea about their baby's immunization.
- Parents in their 40s had anxiety or doubt about immunization.
- The appropriate time to instruct parents about immunization is at discharge and at the 1 month after birth health examination.
- Instructions in portable pamphlets the same size as the maternity record book are effective for parents.

Effects of support team intervention on nutritionally depleted patients at a single medical center



Chisa Akagi, Matsumoto Emi, Tsuboi Kazumi, Oshima Mizuho, Masahiro Sakata
Kazuya Miyoshi
Nutrition Support Team, NHO Fukuyama Medical Center, JAPAN



Background

- Apr. 2005 The Nutrition Support Team (NST), which initially held conferences and made rounds to each department and ward, was established.
- Apr. 2010 An additional medical treatment fee for the NST was established in Japan.
⇒ However, we could not meet several specific criteria.
- Aug. 2016 The NST was reorganized based on the Potluck Party Method (PPM) system and an additional medical treatment fee was established.

NST Activities

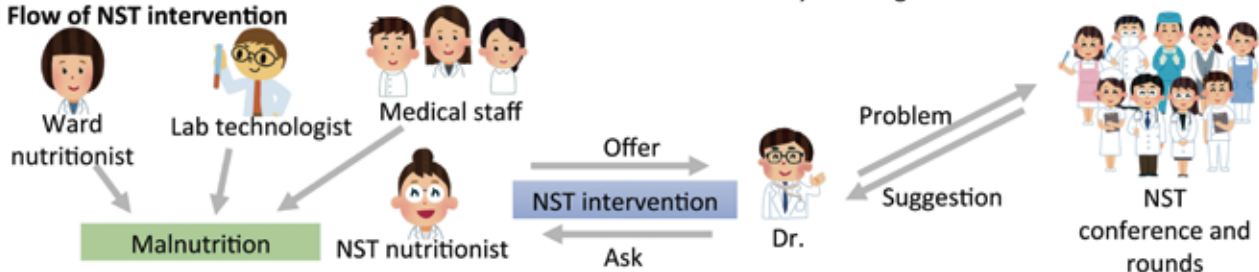
Members of the NST

Doctors, ward nurses, speech therapists, physical therapists, oral hygienists, clinical laboratory technologists, registered nutritionists

Key activities

- NST conference and rounds Once a week
- NST steering committee Once a month
- NST study meeting Once a month

Flow of NST intervention



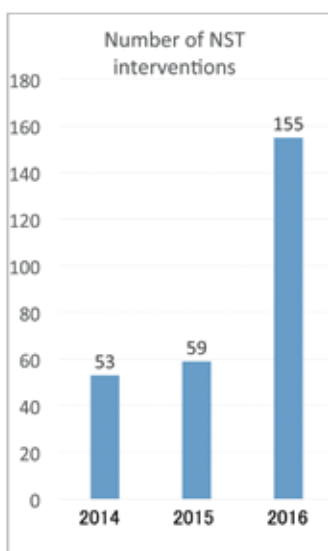
Objective

We aimed to determine the efficacy of the NST before and after its reorganization in 2016.

Method

We investigated the number of NST interventions and analyzed data from Aug. 2016 to Apr. 2017.

Results



Case 1: 63-year-old women with burns to lower limbs

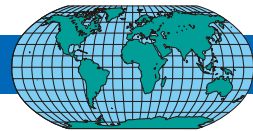
- Day 1: The patient was hospitalized with leg burns and dysphagia due to cerebral infarction sequela. She was unable to meet her energy requirements through oral intake alone. Therefore, we started nasogastric feeding.
- Day 8: Long-term therapy with wound healing and dysphagia rehabilitation was deemed necessary. We proposed endoscopic gastrostomy.
- Day 14: Endoscopic gastrostomy.
- Day 27: Oral intake increased.
- Day 85: Serum albumin level increased (2.8→3.5 g/dL) and the wound improved. She transferred hospitals for further rehabilitation.

Case 2: 66-year-old man with colon cancer and total gastrectomy

- Day 1: Preoperative nutritional optimization for colon cancer was needed because of poor dietary intake. Surgery was delayed.
- Day 3: We proposed frequent meals and taking a high-calorie supplement in combination with total parenteral nutrition.
- Day 17: Serum albumin level increased (0.9→ 1.4 g/dL). The patient changed hospitals.
- Day 38: Serum albumin level increased to 2.7 g/dL and surgery was performed.

Conclusions

- The number of NST interventions increased about three-fold after NST activities were implemented in all wards.
- However, not all malnutrition patients are currently provided with adequate nutritional support.
- To identify malnutrition patients earlier and to provide them with appropriate support, ward nurses and other medical staff should adequately evaluate the nutritional status of patients.
- The NST intends to improve our nutritional management manual, and to educate all medical staff on the importance of nutritional support.



AACR (American Association for Cancer Research) Annual meeting 2018 に出席して

4/14から4/20の間、アメリカ、イリノイ州シカゴで開催されたAACR(American association of cancer research) 2018 annual meetingに参加させて頂きました。アメリカで開催される臨床に重きを置いたASCO (American society of clinical oncology)と対となり、主にBasic Research (基礎研究)を対象とし、世界中から約2万人以上が参加する癌研究の学会です。昨年9月までに大学院生として基礎研究を行った内容の集大成として、医療センターから発表をさせて頂くという異例の発表でありましたが、岩垣院長の後押しも頂き今回参加させて頂きました。

実際、今回AACRのannual meetingに参加するのは今回で3回目となりますが、毎回その規模の大きさに驚愕されます。日本では決してない大型コンベンションセンター(AACRが開催されている部分はそのセンターの半分以下)、Plenary holeは約1万人の収容力、100以上の企業ブースと5000以上のポスター展示となにもかもが桁違いであり、国力の差といつか文化の違いを痛感してしまいました。また市内を移動していると空港や町の壁に、Nivolumabやpembrolizumabなど、医療系研究者でないとも注目を引かない広告が多数掲げてあったのは驚きました。普段から掲示して誰がみるのだろうと思っていたら「Visit us at booth ****」と、あきらかに本学会のための広告だった。なかなか日本では一学会のために、街の広告まで変える事はないだろうと思ひ、国の文化だけでなく、本学会の市場の規模に圧倒されました。



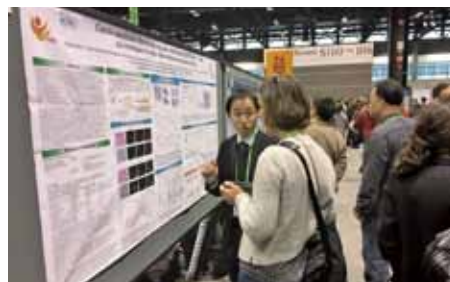
学会会場

今回、消化器外科学からは私を含めて総勢29名が参加するという、かなりのBig partyでAACRに乗り込みました。おそらく日本の教室の中でもっとも多い参加者数であろうし、海外に目を向けてもここまでの参加はないと思われます。他にも呼吸器・腫瘍内科、呼吸器外科学からも参加されており、岡山大学からの参加は40人以上と一大勢力となっており、岡山大学の高いactivityを垣間見ることができました。

私の研究(発表)内容は、岡山大学消化器外科学で藤原俊義教授、野間和広助の指導の下、「がん関連線維芽細胞」と腫瘍免疫の関連性について研究を進めてきたことについてです。今回の発表はポスター形式での発表であり、AM8:00-12:00という時間帯で、日本のポスター発表のように決められた時間に発表する形式ではなく、興味を持ちポスターの前に訪れた人に説明・議論する形です。そのため、最低3時間以上はポスターの前に立ち、訪れる研究者を待つ、というスタイルです。場所やセッションによっては、聴衆がほとんど立ち寄りず、暇な時間を過ごすこともあるのだが(その方が安堵することもあるが)、8時からの朝早い時間にも関わらず、ポスターを掲示した5分後から興味を持たれた研究者からの質問攻めに合い、気づけば3時間はまっ休むことなく、日本人だけでなく外国人と40人以上と意見を交わして

いました。事実10人ほどは名詞交換も致しました。その中には、純粋に「素晴らしいデータだ」と称賛の声を頂くこともあり、基礎研究を始めてたった3年たらずの素人としては、身に余る光栄でした。その他にも、今後の研究課題とも思われる厳しい指摘もあり、また外国の製薬会社から共同研究をしてみないかという誘いもあり、まさに多種多様の質問・指摘を頂き非常に充実した発表であった。それは、今の基礎研究の背景として、免疫チェックポイント阻害薬をはじめとする免疫療法が基礎ならびに臨床とも注目されていること、その免疫治療の効果をどのように向上させていくかについて興味があること、がん周囲環境をいかに是正するかということなどが着目されているということなどから、幸いにも私の研究内容がこれらに合致するため、たくさんの研究者に質問を受けることができたのではないかと考えています。

もちろん、言語の壁というものも非常に痛感したのも事実です。かなり建設的な意見が得られることが多く、アドバイスを頂くこともあれば、逆に求められることも多いです。しかし学会会場内であれば、native speakerばかりではなく、こちらがBroken Englishを話しても理解しようとしている分、理解してもらったり言い直してもらったりすることが多く、セッションの後半では英語が少し上達した気になります。しかし、帰りの空港へのタクシーで日常会話をした(上司にさせられた)時に、ほとんど自分の意志を伝えられなかったことはショックでした。学会会場では、ポスターというカンニングバーがあること、医学英語という共通の認識できる言葉があること、ジェスチャーはやはり高威力、相手が理解しようとしている姿勢があること、などがあるため、英語が伝わった気になっていたのだなというのを再認識しました。やはり根本的な基礎力向上が必要と痛感しました。



ポスター発表にて(質疑応答)

この会期中、強い寒波がシカゴを襲ったため、天候は厳しいものでありました。おおもね最高気温が2~5℃であり、夜には気温は氷点下になり、天候も雨、みぞれから雪と4月とは思えない気候でありました。またシカゴ特有のビル風とシカゴ川を伝って吹く風が強く、傘はまっ使い物にならない状態であ



John Hancock Center から

消化器外科医師

加藤 卓也



り、移動にはかなり難渋しました。また今回、学会の最終日にMLBシカゴカブスの試合観戦を大学院生が用意してくれており、事前にチケットを入手しておりました(もしかすると今年から移籍したダルビッシュが登板するかも、という情報も)。ということで、最終日の楽しみとしていましたが、それさえも悪天候のため中止という残念な結果となりました。しかも、MLBでは払い戻しという制度がなく、順延した試合のチケットとしてそのまま移動することとなり、再試合は帰りのフライトと重なるため、結果的にカブスにお金を寄付する形となってしまったのは残念でなりません。



しかし、1日だけ午後から晴天となったため、観光も少しだけすることができた。6度のNBA優勝の立役者であるシカゴブルズのマイケルジョーダンの本拠地であるUnited centerを訪れ、有名なモニュメントを見ることができたこと、また約半世紀前の1969

年に建設され、当時ニューヨークのEmpire State Buildingに次いで高いビルと称されたJohn Hancock Centerの展望台にあり、シカゴを360度見ることができたことは非常に印象的であり壮観でありました。

もちろん、夜は今回出席した消化器外科学で教授を囲みながら交流を深めさせて頂いたり、私の所属していた微小環境グループの小グループでの食事会もあったりと、米国ならではの圧倒させられる食事を前に、研究時代を思い出しながら非常に充実した時間でありました。

最後に、このように福山医療センターの立場で基礎研究の発表をさせて頂く機会を与えて頂いた、岩垣院長ならびに会期中御迷惑をおかけした外科スタッフに深く御礼を申し上げます。



消化器外科学での会食後に



研究グループで(雪が降る中撮影)

『口腔の日のイベント』 を開催!!



5月9日は、『口腔(こうくう)ケアの日』と制定されています。当院では、今年初めて「口腔の日」にちなんだ地域参加型のイベントを開催しました。

「口腔ケア」という言葉は、近年一般的に広まり、「口腔内を清潔にする」と多くの方が認識してくれています。とても嬉しい事です。しかし、広義の意味で「口腔ケア」とは、口腔清潔だけでなく、口腔機能も含めて使用しています。

今回開催したイベントでの内容は、お口を清潔にすることではなく、「お口の機能」を中心にお話しました。お口の機能とは、咀嚼(そしゃく)・嚥下・構音・唾液・感覚などを示します。高齢化社会を迎えている昨今、食べるため口作りはとても重要であり、歯が揃っているからと言って、食べられるわけではありません。食べ物を噛み砕いたとしても、まとめて、喉まで送りこんでくれる、そして、飲み込んでくれる『機能』が重要になります。前半は、このようなお口の機能の役割、お口の機能を保つ事の大切さについて、スライドを使用しながらお話し、後半では、口腔体操をスタッフ、参加者ともに実施しました。

参加された方からは、「目から鱗の話だった!」「町内会のサロンでも実施したい!」などのお声をいただき、口腔体操中は、何度も練習をしたり、笑い声もあり、わきあいあいとした雰囲気で行われました。

今回のイベントでは、歯科衛生士の他、当院オーラルマネジメント委員会のメンバーである看護師、地域の歯科衛生士の方がボランティアスタッフとして参加してくださいました。ご協力いただいた皆様に心より感謝申し上げます。



主任歯科衛生士
藤原 千尋



歯科衛生士
多賀 真由香



歯科衛生士
黒川 真衣



♡ ボランティアスタッフの地域の歯科衛生士さん
ありがとうございました! ♡



連載

NO.18

口腔相談支援センター

総入れ歯の方言、呼び名

総入れ歯を指す方言やその地域独特の呼び名があることをご存知ですか?総入れ歯のお国言葉は20種類以上もあると言われています。

一般的に西日本の複数県では「そは」、東日本の複数県では「そはば」と濁って発音されるといいます。

青森では「あげた」秋田では「はっこ」、九州南部では歯肉にかぶせるという意味で「がっぼり」「がんぶり」、その他に「あごつき」「ぎば」「だいつき」などと呼ばれている地域もあります。

地域により、様々な呼び方があるようです。



口腔相談支援センター

第1回地域医療研修会

近年、オーラルフレイル・口腔機能低下症という言葉をよく耳にするのではないのでしょうか。オーラルフレイルとは、口腔機能の軽微な低下や食の偏りなどを含む、身体の衰え(フレイル)の一つです。口腔機能低下症とは、加齢により口腔内の「感覚」「咀嚼」「嚥下」「唾液分泌」等の機能が少しずつ低下してくる症状です。オーラルフレイル・口腔機能低下症を早期に発見し、アプローチする事で、食生活・健康維持を支えていくことが出来るのではないのでしょうか。

日時: 7月1日(日)

10:00~12:00(受付9:30~)

場所: 福山医療センター4階 大研修室

講師: 日本歯科大学 教授
(大学院生命歯学研究科臨床口腔機能学)
口腔リハビリテーション多摩クリニック
院長 菊谷 武先生



参加費: 無料

内容: オーラルフレイル
口腔機能低下症について

主催: NHO福山医療センター 口腔相談支援センター
後援: 福山市歯科医師会 広島県歯科衛生士会 福山・府中地区

「看護の日」イベント

副看護師長会
患者サービス向上グループ
門田 悦子



毎年5月12日は看護の日です。看護の日はあまり馴染みのない記念日かもしれませんが医療や介護に関連する施設では様々なイベントが行われます。この看護の日はフローレンス・ナイチンゲールの誕生日を由来とし、地域社会全体で「看護の心」「ケアの心」「助け合いの心」などを考えるということを目的に制定されています。今年は5月12日が土曜日のため当院では5月11日に看護の日のイベントを開催しました。玄関ホールや外来棟が昨年10月に完成したため、福山医療センターが完成して初めての看護の日のイベントになりました。



まず看護師がどのような場所でどのような思いで仕事をしているかを知っていただくために各病棟や外来、手術室が各職場紹介のポスターを作製し、5月8日から2か所にポスター掲示をしました。外来部門は新外来棟の2階フロアに、病棟と手術室は外来から病棟に行く救急外来横の壁に掲示しました。イベント当日はナイチンゲール像を外来棟2階のポスター掲示の横に置き、患者さんやご家族にアロママッサージを行いました。男性の方の参加もあり合わせて56名の方にアロママッサージを体験して頂きました。アロママッサージを体験された方から「気持ちよかった」「ゆったりできた」「いつもされているのですか」「今日だけですか」「いつもアロママッサージがあればいいのに」との声を頂きました。またマッサージを行いながら患者さんの思いを聞かせていただいたり、看護の日の由来をお伝えすることもできました。1人に対し10～15分のマッサージではありましたが肌に直接触れながらゆっくりお話もできてリラックスできる時間を共有することができました。

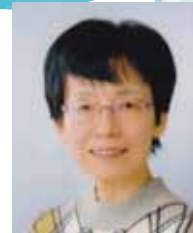


また玄関では看護の日のイラストが入った絆創膏も配りました。絆創膏は272枚ありましたがイベント開始から45分で全て配り終わりました。病棟でのイベントとしては入院患者さん全員にメッセージカードと折り鶴をお渡ししました。外来でのイベントは2時間という短い時間でしたがポスターは7月末まで掲示して皆様に見ていただきたいと思っ

ています。今回のイベントを通じて看護の日があることを知って頂く機会になったら幸いです。最後に福山医療センターの看護部の理念は「わたしたちは地域の皆様の健康な生活を支え、かけがえのない生命を守り、親切、丁寧、安らぎのある看護を提供する」です。これからもこの理念を大切に看護を行い、地域の皆様から選んで頂ける病院になるように努力してまいります。



沖縄を知ることから



東京 中学校講師
黒田 貴子

あなたにとっての沖縄は? エイサー、紅型、ゴーヤ、壺屋焼のお魚の目? 珊瑚礁の海の波の音? 琉球王国、沖縄戦、そして基地? …。

6月23日は、沖縄慰霊の日。沖縄での日本軍の組織的な抵抗が終わった日です。沖縄では、学校も役所もお休みに、死者を追悼する行事が行われます。沖縄の南端にある「魂魄の塔」。亡くなった方たちの遺骨が風雨にさらされたままになっていたのを、人々が集めて、この慰霊塔を建てました。3万5000人が葬られているそうです。「平和の礎」には、沖縄戦で亡くなったすべて人の名前を刻むことをめざし、現在24万人になります。遺族の方たちは、刻まれた名前を撫でさすりながら涙を流します。子どもたち、孫たちに沖縄戦のことを語りかけ、歴史が受け継がれて行く姿があちこちで見られます。

沖縄に親しみを持つ人に聞くと、中学や高校の修学旅行で沖縄を訪ねたという人が多いことに気づきました。京都の福知山の中学校では、それまで東京だった修学旅行先を沖縄に変えました。先輩から東京ディズニーランドの話などを聞いていた生徒たちは、「なんで沖縄なん?」と口をとがらせました。ところが、修学旅行から帰った生徒たちは口々に「沖縄に帰りたい!」「沖縄に住みたい!」と言ったそうです。生徒たちを変えた沖縄の魅力は、沖縄で出会った方たちの暖かさ、美しい自然。洞窟(ガマ)での体験などです。民宿の方に嘉手納基地を案内してもらった子たちもいました。

ひめゆり学徒隊の生存者である宮城喜久子さんのことを中心に据えた沖縄戦の授業を行いました。ひめゆり学徒隊に行くことに反対する両親にひめゆり学徒隊さん、お母さんは非国民だ! という言葉を投げつけた宮城さん。でも、戦場に着いたとたんに関後悔します。血と

膿の臭いの満ちた暗いガマで、ひめゆり学徒隊足を切断する兵隊の身体を押さえつけ、切断した手足を友人と外に捨ててに行く。ガマを一步出ればそこに砲弾が。友人たちが次々と亡くなります。6月23日、「解散!」宮城さんたちは戦場に放り出されます。南部の荒崎海岸近くで「もう一度青い空を見てから死のう」と手榴弾を握りしめ、ガマから外に出たとたん宮城さんは米兵に銃を突きつけられます。あちこちで手榴弾の炸裂音がして、友人たちは死にました。収容所でお母さんとの再会。「叱られる!」と身を竦めた宮城さん、お母さんは「生きていた! 生きていた!」と抱きしめます。

収容所から解放された人々が帰ってきた故郷は米軍に接收され、基地のフェンスの中に。それなのに「基地の周りに住んでいることがいけない!」などと沖縄の人たちを非難する人がいます。歴史の真実を知ろうともしないで。

あの日のことを忘れようとしていた宮城さんは、生き延びた友人から「荒崎海岸に行こう」と誘われます。荒崎海岸には、友人たちの遺骨がコーラの瓶などのゴミと一緒に。私たちが伝えなければ、あの時のことは無かったことにされてしまう。宮城さんは語り部活動を始め、ひめゆり平和祈念資料館の建設に尽力します。語り部の方は、つらい思いを抑えて懸命に伝えてくれているのだ、と生徒たちは感じ取ります。授業の後、「宮城喜久子さんという人を知らなかった自分が悔しい」と書いた生徒がいました。

「標的の村」「風かたか」などの作品で知られる映画監督、三上智恵さんは言います。沖縄修学旅行の平和教育は、沖縄戦で終わらせないで。今の沖縄の現実を、基地を見学したり、辺野古や高江を訪ねることによって、我がこととして知って欲しい、と。

『昔はよかったというけれども』を読んで



遠野郷八幡宮
多田 宜史

皆さんこんにちは。
今回は『昔はよかったというけれども』という本を取り上げます。
内容としては、道德の荒廃が叫ばれる昨今だけれども、実は明治から、お世辞にも道徳的とは言えない日本人像をあぶり出したものです。

ちょっと序章から抜き出してみましょう。
「我国道德の壊類(崩れ乱れること)今日より甚だしきはあらず。公德私徳共に紊乱(乱れること)を極め、社会の風致(おもむき)まさに地に墜ちんとするの記紀に際し、公德養成の必要漸く四方に反響し来たらんとするの風あるは、社会道德の為大に慶ぶべき事と謂うべし。」

これは東京大学総長や貴族院議員などを歴任した加藤弘之が1912年(明治45年)に発刊された『公德養成之実例』という本の序文に寄せた一文です。明治の時代から道德の荒廃が叫ばれていたことがお分かりになると思います。

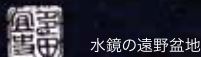
これ以後、数々の実例を挙げつつ、かえて現代日本人の方が、今の基準に照らして道徳的な行動をしている面もあることを浮き彫りにしていきますが、最終章では「道德の崩壊はいつはじまったのか」と題して、著者の考えが披露されます。

著者によれば、明治維新がターニングポイントとなり、江戸時代までの前近代は内向きの道德のみによって社会秩序を維持できたのに対し、明治維新後の近代では外向きの道德、つまり公衆道德が強く求められるようになったのが引き金になり、公衆道德への反発が不道徳な行いとみなされたと考えているようです。日本人は元来内と外を使い分ける民俗であり、当時の外国人からみた「日本人は礼儀正しい」「きれい好き」などといった評価も、身内のみの間柄に限られると指摘しています。

そのうえで、東日本大震災で外国人から賞賛された行動の数々は、近代化以降地道に公衆道德の水準を高めてきた成果といえるのではないだろうか」と結び、「昔は良かった」と幻想に基づいて歴史を規定することの問題点を問いかけています。

そしてあとがきにおいて、「社会の秩序は教育によってのみ高められるのではなく過度の期待をするべきではない、さまざまな制度やシステム、環境を変えることによって構築されていくのだ」と述べ、観念的な道德教育に対する疑問を呈しています。

私自身進歩史観を支持していますから、やはり現在は過去よりあらゆる面で進んだ世界であって欲しいと思っています。簡単に道德の荒廃を叫んでしまうことは、先人への冒瀆にも繋がります。日本人がどのようにして、外国人から賞賛されるマナーを身につけてきたのか、しっかり見つけていきたいと思う良書でした。



水鏡の遠野盆地

連載 Vol.56

福山漢方談話会・患者さんのための漢方講座 ⑤6

「足の三里とお灸の話」



和来堂はり灸治療院
田畑 修和

足の三里というツボを既にご存知の方も多と思います。かの松尾芭蕉も奥の細道の旅路に足の三里にお灸をすえたと云います。このツボは足のだるさや疲れを取ると言われていますが、胃腸の調子を整えるツボとして、我々鍼灸師は学校で習います。三里に灸のあとがない者とは旅をするなともいわれていたそうなので、先人のこのツボへの信頼の高さがうかがえます。

鍼灸の世界では「肚腹三里留」ともいわれ、腹の調子を整える事にも三里のツボは適しています。という事は、車社会で足が弱くなっていたり、食べすぎ飲みすぎで胃腸が疲弊している我々現代人にはうってつけのツボだと思います。お灸は昔から「やいと」とも言われ、子供の時に「おしおき」で灸をすえられたご経験がある中高年の方もいらっしゃると思います。私もその一人で、よく祖母にしてもらった「やいと」は大嫌いでした。今は鍼灸師になっていますので分からないものです。現在では「お灸女子」という言葉が流行っているようで、若い女性にも興味を持って頂いているという事で、鍼灸師としてとても嬉しく思います。

足の三里のお灸は先述のとおり胃腸を整えるのですが、胃腸の調子が良くなるという事は肌の状態にも好影響が期待できます。昔のように痛い、熱い、痕が残るという事もほとんどありません。ドラッグストアなどで販売されているせんねん灸などは個人が気軽に自宅で作れるお灸ですが、これもツボの場所を的確にとらえる

ことが出来るとしっかり効果が現れてくれます。もし、せんねん灸を始められるなら、一番刺激が弱い物から始めてください。強ければ効くというものではありませんし、皮膚の強さは個人差があるので、他人から強いのが良かったと言われても最悪火傷することがありますので注意が必要です。お灸の指導や教室を行っている鍼灸院もありますので、ご興味がある方はぜひお灸のプロに聞いてみてください。

話は変わりますが、ここ福山でも以前は「むしきり」といわれる小児への鍼治療が盛んだったようです。そのむしきりも治療者によって違いがありますがお灸を用いることも多々あったようです。背中の通称「ちりげ」といわれる身柱というツボにお灸や鍼をして子供の疳の虫を鎮めたようです。このように古くから伝統療法として確立されているお灸を、現代人の症状に用いる動きが活発になっています。老若男女に用いる事が出来るので、例えば食欲が出ないときや便の調子がすぐれない時などに足の三里にちょっとお灸を試してみる事もいいのではないのでしょうか。もちろん症状がひどい場合や持病をお持ちの方はかかりつけの医師に相談することも大切です。

自分で自分の健康維持に努めようというセルフケアの考え方が広く言われるようになってきました。病になる前に治す「未病治」という考えを持つ東洋医学の漢方や鍼灸が、皆さんのセルフケアの強い味方になれると考えています。

4月に初期臨床研修医7名が採用となり、顔ぶれも新たにスタートし早2ヶ月が過ぎました。紹介が遅れましたが、初期研修医1年目の7名です。どうぞよろしくお願いいたします。



左から吉近諒先生、住井遼平先生、齋藤悠夏先生、奥坊斗規子先生、住田衣美先生、中西彬先生、加藤貴光先生(新人宿泊研修にて)



5月20日(日)福山医療センター初期臨床研修病院説明会が開催されました。岡山大学、香川大学の医学生にお越しいただきまして、説明会、懇親会ともに盛会のうちに終えることができました。ありがとうございました。

【当直・日直】 希望制!

※各+内科に当直/日直を希望する医師・研修医にのみ対応

- ・月3〜4回で希望できる。小児当直、産婦人科当直に入ることも可能
- ・上級医は内科/外科で1人ずつ。研修医はどちらの応用も担当する。(当番日は別表)
- ・少ない時は3〜5人を対応。10人以上来て一巻もできないことも。

【医局】

一人一机あるPCデスク、ネットPC、最新医療機器投入、コートへお着替えはご利用に

一人一机にロッカーも完備、最新の研修医をこれに専任する(秘訣)

研修医と森原さん(事務)だけの医局です

【当直室】

- ・研修医当直専用の部屋があります。シャワー、トイレもついていてほぼビジネスホテルです。
- ・その他、仮寝が出来るのでいつでも病院に泊まれます。

病院紹介プレゼンテーション(抜粋) 研修医による

【コンビニ、食堂】

- ・コンビニはローソンが入ってます 営業時間は7:00~22:00
- ・社員食堂もあります Farm to table エボ力 平日 8:00~18:00 土曜 10:00~15:00

LAWSON STATION

【朝の勉強会】

※毎週月・水曜日に制度会 月曜1・2回はAGUの確保をしています。

1	2	3	4	5	6
7	8	9	10	11	12
13	14	15	16	17	18
19	20	21	22	23	24
25	26	27	28	29	30
31					

水曜は香井病院から総合研修の先生が講習に来てくれます。月曜はそれぞれが研修した症例の発表をしています

【宿舎】

研修医宿舎 2015年3月完成 築3年 月額使用料 20,000円 (光熱費は別途徴収)

部屋の中もきれいです。因みにPHSも届きます。

メゾン あおば

【研修風景】

消化器内科での研修風景

土曜日は院内夜直、平日は院内夜直、研修医による夜直、研修医による夜直

どんな手帳も合せてもらえます! 土曜日は院内夜直のスケジュールもご用意しています!

【ローテーション】

1年間のスケジュール表

ローテーションが決められている病院も数多くあるのですが、自分でローテを組むことができます。(案件豊富です)変更も可能な範囲で対応していただけます

【生活】

仕事はもちろんしっかり頑張りますが・・・

仕事終わりや、休みの日、勉強会の合間にみんなでリフレッシュしたりもします。V・

みんながうれしい 「伝わるデザイン」

MOURI DESIGN

毛利 祐規 / グラフィックデザイナー

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



みなさまこんにちは。グラフィックデザイナーの毛利と申します。私は福山市を拠点に、全国の様々な分野のデザインを手がけさせていただいています。そんな中でも最も多く手がけているのは、企業やお店、ブランドなどの「ロゴマーク」のデザインです。私が手がけた仕事の中から、小さな企業やお店、ブランドだからこそできたデザイン(ブランディング)をご紹介します。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ブランディング、ブランド戦略についてもお伝えできたらと思います。

■ 大人にとっての「社会の学びの場」

今回ご紹介させていただくデザインは、「TSUKIICHI LAB.(月いちラボ)」という、福山市にある「社会の学びの場」コミュニティーのロゴデザインです。

「学ぶこと」や「経営やお金のこと」、「出会いやチャンスについて」「デザインについて」などのテーマで、毎月1回みんなで学び合い、研究しています。学校ではなかなか学ぶことができなくて、でも社会に出たとき必要となる知識やスキルはとて多いです。そんな大切なことが学べる、大人にとっての「社会の学びの場」を福山市にもっと増やしていきたい、そんな思いから発足されたコミュニティーが「TSUKIICHI LAB.(月いちラボ)」です。社会人だけでなく、大学生も多数参加していて、楽しく学び合っています。



TSUKIICHI LAB.
FUKUYAMA CITY



facebook

Tsukiichi Lab.

検索

連載 No.53

Learning English

Naho Fujisawa

Hello, there.

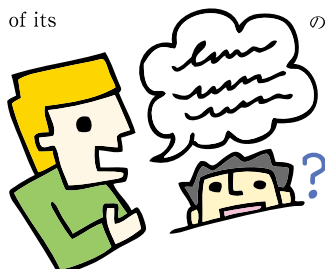
Continuing from the last month, here is a quiz for you. Guess what countries they are: Suomi, Sverige, Norge, Polska, Ellas, Österreich, Ísland, España, Lisboa. The answers are as follow: Finland, Sweden, Norway, Poland, Greece, Austria, Iceland, Spain, Lisbon in Portugal in their own languages. As you see in this pattern, those geographical names in Japanese are coming from English way. And little different ways of the pattern are Japanese name is from English and local adjectives. For example, Swiss in Japanese is adjective of its English name, means something out of Switzerland, and Deutsch in Japanese is adjective of its local name Deutschland. However, there are some names which don't fit these pattern like Wien and Holland. I'll search for them when I have an opportunity in the future.

I hope this information will help you to enjoy a new way of watching world map. See you on the next issue!

皆さん、こんにちは。

前回から引き続きのトピックです。皆さんに問題です。以下の国名ほどの国かわかりますでしょうか。Suomi, Sverige, Norge, Polska, Ellas, Österreich, Ísland, España, Lisboa. 正解は、順にフィンランド、スウェーデン、ノルウェー、ポーランド、ギリシャ、オーストリア、アイスランド、スペイン、ポルトガルのリスボンの現地読みです。このパターンからわかるように、日本語での地名は英語読みから来ています。このパターンの応用で、日本語名は英語名の形容詞からというものの、原地名の形容詞から、というものがあります。例えば、日本語のスイスは英語のSwitzerlandから来たものを表すSwissから、ドイツは原地名Deutschlandの形容詞系のDeutschから来ています。ところが、これらのパターンに当てはまらないものもあります。ウィーンやオランダです。これらについてはまた今後機会があれば調べてみたいと思います。

この情報が少しでも世界地図を見るときのお楽しみに繋がればと思います。では、次号でお目にかかります。



起源は宇宙!? ～とうもろこし～

栄養士
滝澤 葉



夏野菜の代表、とうもろこし。6月から7月にかけて、出荷の最盛期を迎えます。生のとうもろこしは夏季にしか出回りませんので、まさに旬の食材であると言えるでしょう。生のとうもろこしを買う場合、必ず芯があります。この芯、何もせずゴミとして捨ててしまってもいいですか?栄養は無さそうなとうもろこしの芯ですが、実はグルタミンやアラニンなどうまみ成分がぎっしりと詰まっており、とうもろこしの芯を煮出せば、実を入れずとも美味しいコンソープが出来てしまうほど。生のとうもろこしを買うのであれば、芯は絶対に活用したい部位です。

とうもろこしは人間の食料のほか、家畜の餌やバイオエネルギー源など幅広い需要があり、その生産量は米や小麦を抑えて世界一

位となっています。こんなにも人間にとって重要なとうもろこしですが、実はその起源はよく分かっておらず、正確な原種や野生種は全く見つかっていない状態です。これは栽培植物として大変珍しいことで、あまりの不思議さに、とうもろこしは宇宙からやってきた地球外植物であるとする「とうもろこし宇宙飛來說」までまことしやかに囁かれているようです。真偽のほどはさておき、身近な野菜であるとうもろこしが、植物学的にそんなにミステリアスな存在であるなんて面白いですよ。実は人間がとうもろこしを利用しているのではなく、とうもろこしの繁殖に人間が利用されているのでは!?などと考え出すと、これからやってくる暑い夏も涼しく乗り切れるかもしれません。

トウモロコシの芯でつくるスープ(2人前)

- 材 料
- *とうもろこしの芯 ……………2本
 - *水 ……………3カップ(600ml)
 - *牛乳 ……………1カップ(200ml)
 - *塩・コショウ ……………少々
 - *生クリーム ……………大さじ4(60g)



- 作り方
- ① とうもろこしの芯は3cmほどの長さに切る。切った芯と水を鍋に入れ、中火にかける。沸騰したら弱火にし、15分ほど煮る。
 - ② 粗熱を摂った①と牛乳を芯ごとミキサーに入れ、攪拌する。
 - ③ 目の細かいザルや布巾で②を濾す。
 - ④ ③を鍋に戻し、中火にかけ、適温になるまで温める。
 - ⑤ 器に盛り、生クリームをまわしかける。

栄養価(1人前)	
エネルギー	196kcal
たんぱく質	3.8g
脂 質	16g
食塩相当量	1.5g

自己紹介と 今年の目標について

経営企画係
高橋 みなみ



経営企画係の高橋と申します。事務部だよりは初めて書かせていただきます。業務に関する事柄は既に紹介されていると思われるので、ご存知の方もいるかと思いますが、自己紹介と今年の目標について書きます。昨年の4月に採用になり、管理課で社会保険や非常勤職員の給与に関する業務を行っていました。今年度からは経営企画室で看護必要度等のデータの取りまとめに関する業務に携わらせていただいています。新しい業務になって2ヶ月が経ちようやく慣れてきたのかな?といったところです。出身は岡山県の玉野市というところで、山の中腹付近に家があり海も車で10分くらいにあるところで育ちました。昨年、近くの動物園からゾウガメが脱走して、懸賞金がかけられたことでちょっとだけ話題になりました。全国ニュースで報道されていたのを見て、見知ったところが映っているなど嬉しくなったのを覚えています。休み

の日は実家に帰るか家でゴロゴロしていることが多いです。気の向くままにゴロゴロしてゲームをしてご飯を作って休日が終わってしまいます。その頻度が高いので時間を無駄にしているのではと感じることもあります。好きなものは甘いものです。チョコレート系のものが特に好きで見かけるとつい買ってしまいます。

今年の目標の1つに興味を見つけることというものを作りました。目標設定をしたのはいいのですが、何も目処が立っておりません。元々引きこもりがちなので運動不足の解消も兼ねて体を動かすものがないかなとは思っていますが、思うだけで2018年が半分終わってしまいそうです。友人から「ロードバイクやろう!」という誘いもあったんですが、色々調べると初期費用がそこそこかかるので怖気づいてしまいそのままになっています。一時は熱が冷めていましたが、先日ニュースでしまなみ海道を自転車で行く特集を見て、景色良さそうだしいいなあ。調べるとレンタサイクルもあるみたいなので、機会があればやってみようかなと思っています。もしそこでこれなら出来るぞと思えば思い切って趣味にしようのもありなのではと。実現するのには分かりませんが、天気の良いお休みにチャレンジしたいと思います。

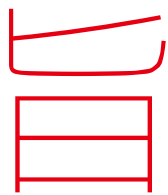
様々な部分で不慣れなところがまだまだ多いため、ご迷惑をお掛けすることが多いかと思っています。これからも精進して参りますので、今後ともご指導ご鞭撻のほどどうぞよろしくお願いいたします。

BISTRO BON TORE

ビストロ ポントレ No.7



ビストロポントレ
シェフ 倉島 秀典



コッの科学 ハンバーグを美味しくするコツその3

今回は焼きに入っていくわけですが、前回もお伝えした通り、ハンバーグは焼いた後必ず最低でも1時間、できれば2時間程度ねかせてください。こうすると極端な焼き縮や肉汁の流出が防げますので♪

さて練りあがったハンバーグを成形し、真ん中をくぼませます。これはハンバーグを焼いたとき最終的に肉汁が中心に集まり、中心が膨らむからです。逆にこれをしないと、周りが焼けていても中に火が入っていないようなことになってしまいますので、しっかりとへこませてください。成形したらくぼませた面を上にしてフライパンに投入！火は中火で焼いていきます。焼き色がきれいについたら、返して再び焼き色を付けます。焼き色は結構しっかりめにつけると、香ばしく、かつ肉汁の流出も防げますよ(*^-^*)

反対も色がついたら、最初の面を上にしてもう一度返します。ここからは餃子と同じようにフライパンに少しだけ水を入れ、蓋をして蒸し焼きにしていきます。一つだけ違うのは、火を少し弱めること。フライパンの中は狭いので、火が強いと一気に火が入り、肉が縮まってしまう。お肉を焼く基本はじっくり焼くことなので、じっくりじんわりをイメージして中心部まで優しく火を入れてあげてください。焼き上がりは、中心が膨れ、中心に串を刺して抜いた時に出てくる汁に、血が混ざっていない状態。そして指で軽く押して、しっかりとした弾力があればOKです。生焼けの場合はさわり心地がぶよとした感じですので、わかると思います。

焼きあがったらお皿にとり、好みのソースとたっぷりの愛情を注いで完成！！

〒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



未来レシピ これからの子供たちの未来

今回は料理ではなく、最近つくづく感じるこれからの未来についてお伝えします。

ご存知の方もおられるかもしれませんが、ソフトバンクの孫社長によると、およそ30年後に人口知能のIQがなんと！1万になるというのです。IQ200で天才と言われているのに1万ってちょっと想像を絶すると思いませんか？

たとえ1万までいかなかったとして、仮に5分の1の2千でも天才の10倍です。こうなると、知的な仕事はほぼAIがこなすようになるでしょう。勝手にプログラムし、設計し、デザインし、すべてを超天才がやってくれるようになってしまいます。しかも超天才の上に、ネット上の全世界のすべての情報を駆使し、すべての言語を話せ、思考や思想を一瞬で学び、すべての学問を一瞬で取り込み、そして絶対に忘れることがない。こんな超知識と言われるAIが誕生したとき、人間には何が残されるのか？

皆さんも考えてみてください。このAIを搭載したロボットが量産されたとき、自分は何ができるのか？こんな時代が本当に今から生まれる、そして今の子供たちの時代にほぼ確実にやってきます。今は物に執着しない若い子が増えていると言われていいます。昔のように車や家を欲しがらないと。そして情報の時代です。

しかし情報もいずれ価値の低いものになると思います。超知識が身近になれば情報なんていくらでも手に入るようになるからです。僕はこれからは精神の時代に入っていくと思ってます。人が人を本気で喜ばせること。こういうことに価値が移行し、そういう職業につけるか、はたまたロボットに使われるか、2分化するのではないかと。これからどんな未来になるか、とても楽しみです。しっかりと考え行動することが、より大切な気がします。



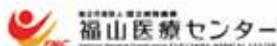
ビストロ ポントレ



7月のときめきコンサート

入場
無料

途中出入り自由お気軽にお越しください 小さなお子様もどうぞ!



FMCときめきコンサート

森口綾子ピアノコンサート

ムソルグスキー：展覧会の絵

森口 綾子(もりぐち りょうこ/ピアノ) 大阪府立夕陽丘高等学校音楽科を経て、愛知県立芸術大学音楽学部ピアノ科首席卒業。パリ国立地方音楽院ピアノ専攻最高課程を首席で修了。第2回名古屋国際音楽コンクール第一位、第14回日本モーツァルト音楽コンクール第二位など国内外の多数のコンクールで優勝、入賞。これまでにパリ2区庁舎、いずみホール等でリサイタルを開催、日本センチュリー交響楽団(指揮/飯森範親)と共演。2012年より、子育て中の女性音楽家による0歳から入れる本格クラシックコンサートシリーズ baby classic と、一般向けコンサートシリーズ classic supply を不定期で企画、主催している。三児の母。



2018. 7.14  15:00~15:45

福山医療センター新外来棟4階 大研修室 入場無料

第11回 FMC

ときめき

SUMMER

CONCERT

リチェルカーレ

柳井恵子・岡田典子・原田和美・坂東栄

2008年6月に結成したリコーダーアンサンブルで、ソプラノ、アルト、バス、テナーの4種類の木製リコーダーであたたかな音色をお届けします。2018年4月に第10回目の自主公演を行いました。その他に学校、教会、施設などで演奏活動を行っています。

音楽カフェらーず

音楽療法参加者のみなさん、医療センタースタッフ
合唱、ハンドベル、トーンチャイム演奏をお楽しみください。

2018.7.20.(金)15:30~

福山医療センター 4階 大ホール



編集後記

着任挨拶

4月1日付人事異動で、沖田事務部長の後任として着任しました野村と申します。どうぞ宜しくお願い致します。まずは少しばかり自己紹介をさせていただきます。

国立下関病院(現 関門医療センター)採用後、国立山口病院(現 済生会豊浦病院)、国立岩国病院(現 岩国医療センター)、中国四国地方医務局(現 中国四国厚生局)、善通寺病院(現 四国こどもとおとなの医療センター)、中国四国ブロック事務所(現 中国四国グループ)、山口宇部医療センター、中国四国ブロック事務所、柳井医療センター、関門医療センター勤務を経ての着任です。前任地の関門医療センターでもそうでしたが、我々の世代が就職した頃とは違い事務部には多くの女性職員が勤務し活躍しています。私は3人娘の父親なのですが、自分の娘達と同世代の女性職員が一生懸命に仕事に取り組んでいる姿を見ますと、思わず心の中で『頑張れ!』とエールを送らざるにはられません。(若い女性職員に限らず、全職員ちゃんと応援していますのでご安心下さい。)

さて、この春に3番目の娘が大学を卒業し就職しましたので家計の支出項目が減りました。本来、私にとっては喜ばしいことなのですが、いざこのときを迎えますと寂しいような気が抜けたような何とも言えない微妙な気持ちになりました。先輩諸兄のときは如何だったでしょうか?では、お叱りを受けないうちに少し真面目な話に移ります。

福山医療センターの事務部長として、当院に多くの課題があることは認識しています。中でも備後エリアの周産期医療をカバーする地域周産期母子医療センターの充実、即ち、総合周産期母子医療センター化は当院の喫緊の課題です。この達成のために避けて通れないのが医師確保ですが、これは岩垣院長と長谷川副院長を中心に医局が鋭意取り組んでいるところです。事務方としては総合周産期母子医療センター化のための建物・設備・医療機器整備に関し、建築基準法、消防法、或いは医療法等に定められた基準を適正にクリアし、滞りなく期限内に完了する事が責務であると考えています。実務としては国立病院機構本部と中国四国グループ(何れも上部機関)の支援を受けながら事務部企画課が取り組んでおり、具体的には病院方針を踏まえた上での各職場との調整、設計原案作成、入札から竣工までのスケジュール管理、工事中の安全な診療体制の確保等々、列挙するのは簡単ですが、「働き方改革」というワードが声高に叫ばれる中、通常業務をこなしながら経営改善も図りつつの遂行ですので中々大変な作業であることがお分かりになると思います。

課題の一つをご紹介しましたが、他の課題にも果敢に取り組んで行くためには気力と体力の維持も必要です。再び私事で恐縮ですが、気力体力維持の一環として、一昨年から下関海響マラソンに出場しております。今年も1時間程パソコン、スマホと格闘した結果、何とかエントリーすることができました。(この大会は人気がありエントリーするのは以外と大変です。)そろそろ1年半ばかり休止しているランニングの再開と禁煙を実行し、タイム更新を成し遂げたいと考えているところです。「目標は高く、前進あるのみ。」ですが、例年どおり6月は梅雨を理由にサボる可能性が高いです...

前進と言えば、私、6年前に五十歳を過ぎ、その頃から髪の毛の減少を指摘されることがやたらと多くなりました。多少凹んでいたのですが、孫正義さんがツイートして有名になった「髪の毛の後退しているのではない、私が前進しているのである。」という名言を知り、「そうか私は前進していたのか。」と気づかされ勇気づけられた一人です(笑)。

最後に、コースアウトやオウンゴールに気を付けつつも事務部長職を邁進したいと考えておりますので、皆様の暖かいご指導、ご鞭撻の程、宜しくお願い申し上げます。

文責:事務部長 野村哲朗

一枚の絵 NO.67

yukimitsu sanayasu の ぶらり旅日記



信州上高地 河童橋

信州上高地を流れる梓川に架かる河童橋は、穂高連峰を望む絶景の橋として知られています。河童橋のなかった昔、上高地には河童が棲むといわれていたそうです。梓川の水源は、北アルプス穂高連峰の清涼な雪解け水で、夏でも身を切るほどの冷たさです。秋の紅葉シーズンも、とても素晴らしいです。



さな やす きみ つ
真安 幸光氏



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59回	7月13日(金)	「漢方薬のお話」	内科医師 坂田 雅浩
第60回	9月14日(金)	「リンパ浮腫について」	リンパ浮腫セラピスト 竹内 佳美



音楽カフェ ●日時:毎月第3金曜日 15時~16時まで ●予約:不要

第7回	7月20日(金)	第9回	9月21日(金)
第8回	8月17日(金)	第10回	10月19日(金)

どなたでも気楽にご参加ください!
平成30年7月20日(金)
(毎月第3金曜日 開催)
外来棟4階 大ホール 15:00~16:00

お知らせ 研修会・オープンカンファレンス

オープンカンファレンス

※開催日順掲載、敬称略

6月22日(金)18:30~	「若年者乳がんの現状と対応」	岡山大学病院 乳腺・内分泌外科長 高橋 寛敏	講師	岡山大学病院 乳腺・内分泌外科長 教授 土井原 博義
6月25日(月)18:30~	「Magnet Hospital となるためのコンサルティングを含む戦略」	小森コンサルティングオフィス 村岡 ケンイチ	講師	代表 小森 康充
6月26日(火)18:30~	「新専門医制度における専門医育成について」	広島大学病院 総合内科・総合診療科長 坂田 雅浩	講師	副病院長 田妻 進
6月28日(木)18:30~	「がん疼痛緩和と地域在宅医療連携 一倉数での活動」	川崎医科大学 臨床腫瘍学 高橋 健司	講師	教授 山口 佳之
6月29日(金)18:30~	「胃がん治療におけるnivolumabの実践マネジメント」	がん研究会有明病院 消化器化学療法科 大塚 眞哉	講師	部長 山口 研成
7月 6日(金)18:30~	「小児と妊産婦の麻酔での最近の話題」	愛染橋病院 友塚 直人	講師	副院長 福光 一夫
7月20日(金)18:30~	「肝硬変治療における栄養療法の意義、及び大阪国際がんセンターの紹介」	大阪国際がんセンター 金吉 俊彦	講師	副院長・臨床研究センター長 片山 和宏

がん診療部キャンサーボード

6/22(金) 8:00	消化器	7/ 6(金) 8:00	消化器	7/20(金) 8:00	消化器
6/22(金) 8:00	肺がん	7/ 6(金) 8:00	肺がん	7/20(金) 8:00	肺がん
6/28(木) 18:00	乳がん	7/12(木) 18:00	乳がん	7/26(木) 18:00	乳がん
6/29(金) 8:00	消化器	7/13(金) 8:00	消化器	7/27(金) 8:00	消化器
6/29(金) 8:00	肺がん	7/13(金) 8:00	肺がん	7/27(金) 8:00	肺がん

STAFF

publisher 岩垣 博巳
chief editor 松本 智
佐藤 匠
高橋 直人

【部】
臨床研究部 梶川 隆
救急診療部 岩川 和秀
がん診療部 三好 和也
教育研修部 豊川 達也
地域医療連携部 豊川 達也

医療安全管理部 大塚 眞哉
治験管理部 大塚 眞哉
医師業務支援部 常光 洋輔
広報部 長谷川 利路
感染制御部 下江 敬生
国際支援部 堀井城一朗
ワークライフバランス部 兼安 祐子
薬剤部 板野 亨
看護部 横山 弘美
【センター】
腫瘍内科・緩和ケアセンター 稲垣 優
医療連携支援センター 豊川 達也
救急センター 岩川 和秀
小児医療センター 荒木 徹
小児センター 黒田 征加
新生児センター 岩瀬 瑞恵

女性医療センター 山本 暖
腎臓病・血液センター 長谷川 泰久
国際協力推進センター 堀井 城一朗
消化器病センター 豊川 達也
内視鏡センター 豊川 達也
呼吸器・循環器センター 岡田 俊明
外来化学療法センター 岡田 俊明
心臓カテーテルセンター 廣田 稔
研修・人工臓器センター 松下 具敬
泌尿器・腫瘍センター 中谷 宏章
泌尿器治療センター 大塚 眞哉
脳神経外科センター 守山 英二
エイズ治療センター 坂田 達朗
リハビリテーションセンター 三好 和也
画像センター 道家 哲哉
糖尿病センター 畑中 崇志

【科】
診療放射線科 大戸 義久
臨床検査科 有江 潤子
リハビリテーション科 野崎 心
【室】
栄養管理室 坪井 和美
がん相談支援室 長谷川 利路
医療安全管理室 仲田 雅江
経営企画室 中島 正勝
がん相談支援室 藤原 千尋
歯科衛生士室 藤原 千尋
ME室 西原 博政
診療情報管理室 峯松 佑典
【医局】
医局 坂田 雅浩

Medical examination schedule

平成30年6月1日現在

外来診療予定表



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

診療科名		月	火	水	木	金	備考	
小児医療センター	小児科	午前	北田 邦美 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)	学校検診(心電図)のお問い合わせは 月~金、14:00~16:00の間で
	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 慈					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)	水谷 雅己	※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 大蔵			中谷 宏章 福島 慶	福島 慶 田口 大蔵	※診察は耳鼻咽喉・頭頸部外科で行います
		午後	福島 慶 田口 大蔵			中谷 宏章 福島 慶	田口 大蔵	午後は予約のみ
	小児形成外科	午前	三河内 明		三河内 明		三河内 明	※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	山本 暖 田中 梓菜 山本 梨沙	※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
摂食外来				綾野 理加	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	
新生児センター	新生児科	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	
女性医療センター	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	山本 暖 田中 梓菜 山本 梨沙 胎児スクリーニング	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
	乳腺・内分泌外科	午前		三好 和也	高橋 寛敏		三好 和也	
腎臓・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	長谷川医師...金(2・4・5週)終日・(1・3週)午後のみ 金岡医師...金(1・3週)終日・(2・4週)午後のみ 松崎医師...金(1・3週)終日・(2・4週)午後のみ 岩根医師...金(2・4・5週)終日・(1・3週)午後のみ
		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	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			畑中 崇志	畑中 崇志	畑中 崇志		
	内分泌内科		当真 貴志雄		平衛 恵太			平衛医師...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、ご予約をいただいた方が優先となりますので、長い時間お待ちいただくこともございます。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 勲生	堀井 城一郎	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 福井 洋介	水…齋藤医師(総合内科・感染症科)
	消化管内科		藤田 勲生 村上 敬子	豊川 達也 片岡 淳朗	堀井 城一郎	村上 敬子 表 静馬	豊川 達也 上田 祐也	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 眞哉	稲垣 優	稲垣 優	岩川 和秀	
	消化管外科	午前	岩垣 博巳 磯田 健太	大塚 眞哉 濱野 亮輔 加藤 卓也	大塚 眞哉 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・膵外科	午前			稲垣 優 北田 浩二	稲垣 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 城一郎 坂田 雅浩 片山 晴喜 表 静馬 横野 貴文 原 友太	村上 敬子 藤田 勲生 堀井 城一郎 上田 祐也 表 静馬 横野 貴文 原 友太	村上 敬子 豊川 達也 坂田 雅浩 片岡 淳朗 上田 祐也 渡邊 純代 横野 貴文 表 静馬	豊川 達也 藤田 勲生 坂田 雅浩 片岡 淳朗 上田 祐也 横野 貴文 原 友太	村上 敬子 藤田 勲生 堀井 城一郎 片岡 淳朗 渡邊 純代 前原 弘江 横野 貴文 表 静馬 原 友太	
	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		金…高橋医師は午後のみ
		午後	林 達朗				高橋 正彦	
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)
心臓リハビリテーションセンター	心臓 リハビリテーション		廣田 稔 池田 昌絵			廣田 稔 池田 昌絵		
脊椎・人工関節センター	整形外科		松下 具敬 宮本 正 山本 次郎	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 宮本 正 山本 次郎	甲斐 信生 馬崎 哲朗 片山 晴喜	甲斐医師の初診は紹介状持参の方のみ 火・木…宮本正医師(午前のみ) 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	守山 英二	
	耳鼻咽喉・頭頸部外科	午前	中谷 宏章 田口 大蔵			中谷 宏章 福島 慶	福島 慶 田口 大蔵	
		午後	福島 慶 田口 大蔵			中谷 宏章 福島 慶	田口 大蔵	午後は予約のみ
形成外科	午前	三河内 明		三河内 明		三河内 明		
皮膚科	皮膚科外来	午前	下江 敬生	下江 敬生	下江 敬生	下江 敬生	下江 敬生	
精神科	精神科外来		水野 創一	水野 創一	水野 創一	水野 創一	水野 創一	月木…初診のみ(地連予約必) 火水金…再診のみ
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 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	中川 富夫 兼安 祐子	中川 富夫 兼安 祐子	
	IVR		金吉 俊彦 原 友太		廣田 稔 池田 昌絵 福井 洋介	金吉 俊彦 坂田 雅浩 横野 貴文		月…午前のみ 木…午後のみ 木…坂田医師(1・3・5週) 横野医師(2・4週)
口腔相談	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	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 聡子			瀧 真奈美 村上 美佐子 大原 聡子		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 聡子 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	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。



ブレードランナーを 連想する街、ヤンゴン

旧ビルマ・ミャンマーには大きく8つの部族、全体で135に及ぶ民族が存在するという。各部族の独自の文化に加え、英国植民地時代ー日本統治時代の影響を経て、様々な文化が混在している現在のこの国の景色は、リドリースcottの映画「ブレードランナー」を連想させる。最大都市はヤンゴン、どの道も人にあふれてどこが中心部かわからないほどの大都市。町並みはヨーロッパコロニアル調の建物と仏教寺院とムスリムのモスクと中華街、路上にひしめくものを売る人たちのミックス。軍事政権時代が終わり民主化と外国企業の進出が進んでいるらしいが、マクドナルドもなんでもフィットするだろうと思わせる混沌の繁華街である。

写真は聖地シュエダゴンパゴダとヤンゴンの街の景色。

写真:岩垣 宇紘



CONTENTS

OPEN CONFERENCE

Magnet Hospital となるためのコンサルティングを含む戦略 1-2

似顔絵セラピー 2

福山医療センター 地域連携のつどい2018 3~8

OPEN CONFERENCE

ロボット支援手術(ダ・ヴィンチ手術)の麻酔管理とインパクト 9~11

Hospital Art No.4 12

医療安全管理研修会を開いて【前編】 21~23

広島県糖尿病診療中核病院に指定 25

第4回 福山医療センター IBD教室のご案内 25

“夢・未来プロジェクト 2017” 優ちゃんの夢に向かって! 26

国際学会報告記 27~29

海外研修レポート

AACR Annual meeting 2018 に出席して 30

Topics 『口腔の日のイベント』を開催!! 31

口腔相談支援センター 第1回地域医療研修会 31

「看護の日」イベント 32

1枚の絵 No.67 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 がん診療部がんサーボード 40

編集後記 40

外来診療予定表 (2018年6月) 41-42

連載

No.37 在宅医療の現場から13-14

連載56 世界の病院から

韓国の病院見聞記(シーズンII-⑭)

韓国:障害者のための総合リハビリテーションセンター「社会福祉法人聖再園」...15~19

緩和ケア入門 No.104 Slow code(スロー・コード)20

“中国ビジネス情報” 転載 がん治療最前線 Vol.824

No.18 口腔相談支援センターにゆーす31

教育の原点6 沖縄を知ることから33

No.25 遠野神職のひとりごと34

Vol.56 福山漢方談話会・患者さんのための漢方講座⑤⑥34

No.35 教育研修部NEWS35

Design No.1736

No.53 Learning English36

栄養管理室 No.113 起源は宇宙!?~とうもろこし~37

No.53 事務部だより 自己紹介と今年の目標について37

ビストロ ボントレ No.738

7月のFMCときめきコンサート39

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

福山医療センターたより FMC NEWS 2018.6月号/通巻122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