

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 November
Vol.11 No.11

総合周産期母子医療センター化の実現に向けて 平成30年10月12日改装工事落札!

岡山大学長
榎野 博史



このたびは、貴院における総合周産期医療センターの改装工事の着工とともに、長年熱望し続けられた総合周産期母子医療センター化がいよいよ現実的になりましたことに、心よりお祝い申し上げます。

少子・高齢化社会において、医療を取り巻く財政事情は厳しさを増す一方であります。とりわけ周産期関連への投資は懸念材料が多く、実現への道のりは険しさの極みであると推測されます。しかし、こうした中、貴院は岩垣博巳院長を中心に3年という長い年月を超えて、国立病院機構本部をはじめ、国、広島県、地域、企業等との検討、交渉、調整を根気強く続けられ、悲願の「総合周産期母子医療センター」の工事着工へと結びつけられました。これは、「総合周産期母子医療センター」の実現が貴院における地域医療貢献の重要な使命として、職員が一丸となり粘り強く信念を持ち続けられた成果で、諸氏のたゆまぬご尽力に心より敬意を表します。また、その背景には、昭和58年の「母子医療センター」の開設に始まり、地域周産期母子医療センターとして広島県最大規模の「新生児医療センター」を有するなど、特に周産期、母子医療に秀でておられた伝統があり、こうした基盤を築き上げてこられた諸先輩方にも、改めて敬意を表したいと存じます。

今後、施設の整備・拡充により、ハイリスクな妊産婦や新生児、小児に高度先進治療が行われることは、福山・府中地区のみならず、尾道・三原・井笠など、広範囲の市民にとって希望の砦となることでしょう。また、医療従事者にとっても、環境が整うことで、これまで以上に積極的に、新しい取組も交えながら地域医療に向き合えることでしょう。来年春の施設完成に向けて、貴院の皆様の方が最大限発揮できるよう、引き続き真摯に推し進めていただきますことを期待します。

院長
岩垣 博巳



▲岩垣院長肖像切り絵
(作/毛利典子)

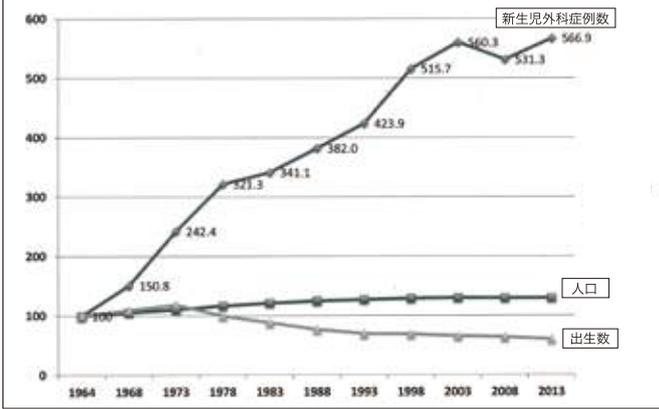
昭和58年「母子医療センター」開設、平成11年「地域周産期母子医療センター」認定、平成30年現在、地域周産期母子医療センターとしては、県内最大規模の新生児センター(NICU/GCU 24床)を運営しています。拡大備後医療圏(福山・府中・尾三・井笠)における当院の地域医療貢献の最重要課題(使命)は、「総合周産期母子医療センター」化であると位置付けてきました。平成30年10月12日、総合周産期母子医療センター化の要件を満たすハード面の整備工事の入札が落札しましたことをご報告します。来年3月に改装工事終了予定です。

平成27年7月22日、福山府中地域の『第1回地域医療構想調整会議』が開催、「福山医療センターは地域医療構想に貢献するために総合周産期母子医療センターを見据えた施設整備を行う」将来構想を提示、同調整会議で了諾されました。その結果を踏まえ、同調整会議の下部組織である「地域医療構想ワーキング会議」(平成27年8月6日、平成27年10月2日、平成27年10月28日)が開催、その後、第2回地域医療構想調整会議(平成27年11月18日)第3回地域医療構想調整会議(平成28年2月15日)が開催され、当院の「総合周産期母子医療センター」化についての地域のコンセンサスが得られた経緯があります。

県東部における「総合周産期母子医療センター」の設置は、平成29年策定の「広島県地域医療構想」のなかに、「将来のあるべき医療を実現するための施策」として盛り込まれています。平成27年7月22日の地域医療構想調整会議の決定を踏まえ、「総合周産期母子医療センター」化整備計画を機構本部に提示、交渉を開始した次第です。少子・高齢化のなかで、交渉は難渋の経過を辿りましたが(企画課長の項参照)、平成28年1月本部の「承認」が得られ、地域医療構想調整会議決定に対する責務を果たし得ることが可能となった次第です。

平成29年度に実施した3度の入札は、全て不落となりました。原因は、東京オリンピック開催に伴う工事需要の増大と、それに伴う資材及び労務単価の高騰です。本部に増額申請し「承認」を得ましたが、新生児センター拡充を含めた整備計画は、現況を踏まえると「不落」になる可能性が高いと判断、「MFICU」に絞り整備する計画としました。総合周産期母子医療センター化は地域医療構想策定済みの補助金対象事業として認容されていたことから、平成30年5月21日、広島県健康福祉局を訪問、整備計画変更の了諾を得て、今回の入札が落札、「総合周産期母子医療センター」実現に向け、ようやく一歩踏み出すことができましたこと、ご報告致します。

図1 人口・出生数・新生児外科症例数の推移



日小外会誌第51巻7号 2015年12月,pp.1234-1245より引用

図2 中国地方における小児外科施設



副院長
長谷川 利路

今回の工事落札により、総合周産期母子医療センター獲得の条件の1つが整いました。現在当院の新生児外科手術は年間10例前後ですが、NICUの新生児加算1の基準を十分満たしております。新生児外科の疾患の多くは胎児期の超音波検査で診断可能で、現在約半数が胎児診断されております。母体搬送等により適切な分娩時期や方法、新生児の蘇生、手術の時期や方法をあらかじめ選択でき、患児の治療が円滑に出来ます。また、最近の女性を取り巻く環境の変化(働く女性の増加、核家族化等)により、高齢出産が増えており、出生数は減少しているものの、ハイリスク妊娠が増加、手術症例も増えていきます。(図1)このような社会状況の下、広島県東部での小児外科認定施設は当院しかなく、現在、小児外科・小児泌尿器科医師6名(常勤3名、非常勤3名)ですが、今後、総合周産期母子医療センターの設立に向け、来年度常勤医が1名増員される予定です。これにより、多くの症例を集約し周産期医療の中心的な役割を担い、地域に大きく貢献出来るものと思われれます。(図2)



産婦人科診療部長
山本 暖

総合周産期母子医療センターの院内改装工事が落札され、2019年4月にはハード面の環境が整う状況となりました。当院は広島県東部地区の地域周産期母子医療センターとして活動し、多くの異常妊娠、異常分娩症例を取り扱っています。2017年(1月から12月)には総分娩数は685件です。母体が40歳以上の数は54例で、全体の8%に達しています。帝王切開分娩(双子は2例と数える)は292例で、帝王切開率は42%です。緊急母体搬送は102例で、1か月で8例程度を受け入れています。全国的には総出生数は微減していますが、ハイリスク妊娠は増加傾向にあります。当院の分娩数は微増の傾向にあり、ハイリスク症例を受け入れている影響と思われる。こういった状況下で当院が総合周産期母子医療センターとして稼働できれば、県東部地域の周産期医療は大きく前進できると確信しております。しかしながら、ソフト面での整備が追いついておらず、特に産婦人科医師の不足が総合周産期母子医療センターの開始の障壁となっています。当院産婦人科医師派遣の母体となっている岡山大学に働き掛け、医師派遣を要望しているところです。今後は総合周産期母子医療センターの本格稼働を目指して、一步一步進んでいきたいと思ひます。



小児科系診療部長
荒木 徹

福山医療センター小児科の最も重要な役割は周産期・新生児医療です。それを果たす不可欠の課題として施設・人材の充実があります。今回の病棟改修は施設充実に対する大きな第一歩であり、土台として機能すべきものと考えています。一方、人材充実の達成のためには、小児科、小児外科、産婦人科を含め、昨今の医療事情からも、継続した取り組みが重要です。着実な前進のためには、さらに綿密な計画が必要と考えています。

(第三種建設業許可)

総合周産期母子医療センターを目指す福山医療センター



妊産婦高度治療 備後でも

福山医療センター 19年春目標

「総合周産期」認定目指す

福山市中野上町の福山医療センターが、ハイリスクな妊産婦が高度医療を受けられる「総合周産期母子医療センター」の2019年春の認定を目指す。広島県東部は同センターの空白地域で、手薄な産科医療を強化する狙い。(福田彩乃)

医師は現在の6人から8人、小児科医は15人から20人に増員。24時間常務で胎児の異常や切迫早産などリスクの高い妊娠・出産を扱い、胎児の治療にも対応する。

福山医療センターは独立行政法人国立病院機構が運営する総合病院。19年4月、母体・胎児集中治療室(MFICU)6床を新設し、新生児用の集中治療室や治療回復室も拡充する。産科



平成30年1月6日中国新聞記事



企画課長
齋藤 博文

・国立病院機構本部との折衝と整備承認

第1回地域医療構想調整会議における将来構想の了諾を受け、平成27年9月29日付で国立病院機構本部に対し病棟改修工事の申請(投資申請)を提出しました。当時は外来管理棟新築工事の真っ最中で、完成時には病院の預託金が底をつくと同時に多額の借入れ金が生じる資金計画を承知のうえでの申請でした。実はこれ以外にも同時進行で職員宿舎が

新築工事の途にあり、将来に向けてまさに「お金がいくらあっても足りない」状況で、社会保障費抑制政策を反映する厳しい診療報酬改定や長期公経済等の新たな負担増もあって国立病院機構全体の経営も悪化しており、新たな投資は確実な回収が担保出来ない限り認められるものではありませんでした。ましてや「総合周産期母子医療センター」は人口減少の中でも減り巾の著しい生産年齢人口が対象です。「患者数を確保する」と言うのは簡単ですが、「減り続けるのにどうやって?」と言われるのがオチでそれに対する具体策は無いままでした。幸いにも周産期のメイン診療科である産科及び新生児科の患者数・診療点数が好調でそれを武器として戦いました。「既に人口減少時代には突入しておりますがこの成績ではご不満でしょうか?(笑)」と。国立病院機構本部から病棟改修工事の同意が得られたのは、年が明けて平成28年1月下旬でした。投資申請から約4ヶ月が経過していましたが、その間幸いにも産科・新生児科の診療実績は好調を維持しており、トーンダウンすることなく交渉し続けることが出来ました。承認された背景には、人口100万・出生数8000と概算(申請当時)される当院を中心とした拡大備後医療圏の将来性や福山市が広島市に次いで県内2位の人口を擁する自治体であること等、既にある有利な環境も少なからず影響したと考えます。新たな投資に対する逆風下において、整備承認が得られたのは、本部が地域医療構想調整会議における福山医療センターの立ち位置と使命を理解したことが非常に大きかったと考えます。

・補助金の獲得

整備承認を得たとはいえ非常に厳しい投資環境にあることから、その原資の一部として補助金を獲得するよう本部から依頼がありました。当時、広島県の補助金に「地域医療介護総合確保事業」という地域医療構想事業を対象としたメニューがあり、ドンピシャ!とこれに目を付けました。事業提案書を作成し広島県に事前審査を求めたところ、「福山医療センターの提案されている事業は国に既存の補助制度があるので対象にならない」と言われがっかりしましたが、再度気を取り直して国の補助金メニューを漁り直し、「医療提供体制施設整備事業」で事業提案することとしました。国庫補助金を獲得するルールで一番やっかいなのは、交付の内示があるまで事業に着手してはならないというものです。要するに事業(工事)発注の最初の一步である入札公告という手続きが補助金の交付内示以後でなければ出来ず、例えば準備が出来ていても勝手に一步を踏み出すなというものです。内示の時期も年度によってバラツキがあり、あまり後ろへずれ込むともう一つの厳格なルールである年度内の補助金執行(工事完成)が不可能になるリスクが高くなります。つまり、非常に使い勝手が悪いのが補助金であることをこの段階で痛感しましたが、たかが補助金(されど補助金)の申請をしないことを理由として整備承認をオシャカにされる訳にはいかず、執行年度内に完成出来るよう工程を見直しして事業提案を行いました。正式な内示が平成29年7月20日に届き、最初の一步を踏み出すことが可能となりましたが、既に整備同意から1年半が経過していました。なお、周産期・小児分野の補助金は交付を受けるためのハードルが低いという情報提供があり、合せて申請した総合周産期に必要な保育器等の医療機器にかかる補助金も満額交付を受けることが出来ました。

・工事内容と工程

後に変更を余儀なくされますが、当初承認されていた整備内容は、①2

F病棟をチルドレンフロア(15歳未満専用:全診療科)に改修し、既設NICU及びGCUを増床して周産期(新生児)33床プラス一般小児41床(うちPICU3床)で74床確保、周産期(産科)は4F病棟に新設して2フロアで周産期センターを運営。②3F病棟(外科)にハイケアユニット5床を新設して増え続ける手術症例に対応する。施設認定としては総合周産期母子以外に小児救急医療拠点も取りに行くというものでした。当院の地域における役割を考えると、「新生児機能」と「産科機能」をストップすることは許されず、危険を承知で患者さん居ながらの施工計画は必然となりました。そこで大きな役割を果たすのが新外来棟5階に完成した5B病棟(52床)です。改修エリアの患者さんを待避させ、順次ローテーションしながら完成させていくという工法で、逆に言えば新外来棟が完成しなければ改修工事に取りかかれぬことになりました。新外来棟は契約時工程では外構を残して平成28年10月末に完成する予定でしたが、建設地の土質が当初想像していた以上に悪く、地盤改良工事が重なり度々の工期延長が発生したため、5B病棟が稼働可能となったのは平成29年6月末で、補助金の内示がある少し前でした。改修工事の整備同意から1年半が経過した時期と重なったことは偶然ですが、この時点では結果オーライでした。

・入札不落の経過

平成29年7月1日に改修工事の対象となっている4F病棟から新5B病棟に患者さんを待避させ、実施設計の完了を経て平成29年8月3日に最初の入札公告を掲載しました。外来管理棟は外構工事が引き続いており、各施工業者の現場事務所そのまま技術者や職人も常駐していたため、常識的に今居る業者が圧倒的に有利と考えられ、簡単に落札するものと考えていました。従って初回の入札においては、参加業者を1社でも多く確保するような積極的な努力はしていませんでした。開札を5日後に控えた平成29年9月7日、参加予定業者から急遽辞退したいとの申し出があり、強く慰留しましたが社内決定事項とのことで応じる訳もなく呑みかありませんでした。補助金の執行期限まで半年あまりしかない中、9月11日付で2度目の入札公告を掲載しましたが、レスポンスが悪く公告掲載から2日経過しても1件の問い合わせすらありません。焦ったところで解決する訳でもなく広島・岡山県内に拠点を持つゼネコンに勧誘の電話を片っ端から掛けまくりました。延べ30社以上に掛けたのですが断られ続け、1社の参加を取り付けることが精一杯でした。10月24日が開札の日でした。1社とはいえ開札直前まで質問事項等含め何度かやり取りがあり手応えを感じていましたが、結果は不落でした。業者の応札額と病院積算額の乖離はあまりに大きく、何度やっても落札する可能性は限りなくゼロに近いと否応なく思い知らされる程でした。広島県へ補助金の年度繰越し申請を行い、許可を得て12月18日付で3回目の入札公告を掲載しました。応札額と病院積算額の乖離が余りに大きい場合、歩み寄って積算のやり直し手続きを踏むことは制度上可能ですが、僅か1社の応札価格をもってそれが一般的な市場流通価格であると判断することは不可であるため、3回目の入札は複数社の参加を前提に条件を変えないまま執行しました。2回目と同じく30社以上電話勧誘を行いました。結果は2回目と同じ業者1社のみ参加で、年が明けた2月2日の開札では相変わらず大きな乖離により早々に辞退され不落となりました。

・積算の見直し 工事内容と工程の見直し

たび重なる入札不調の原因として施工者側の慢性的な人手不足があり、特に現場を監督する監理技術者の不足は深刻らしく、あるゼネコンの営業から「建築関係資格は今や最大のブラック業種」と打ち明けられました。背景には東京オリンピック開催に伴う工事需要の増大があり、資材及び労務単価の高騰もしばらく続く見通しであるため、こちらから歩み寄ることなくこのまま何十回入札を繰り返しても落札はあり得ないとの結論に至りました。歩み寄るということは、資材及び労務単価を見直して積算をやり直し、実際の市場流通価格に近いところまで引き上げるということですが、乖離が非常に大きかったことから資金計画もやり直さなければならず、外来棟建替に伴い資金繰りが悪化している折、返済の成り

当初計画(全体410床→369床へ)

病棟・リニアック棟		外来棟	
7F 54床	整形外科		
6F 54床	泌尿器科、婦人科、耳鼻咽喉・頭頸部外科、脳神経外科		
5F 54床	呼吸器外科、呼吸器内科、乳腺外科、形成外科、皮膚科	渡り廊下	内科、消化器内科、循環器科
4F 32床	産科、MFICU ※総合周産期母子医療センター(産科)	渡り廊下	大研修室(オープンカンファレンス、市民公開講座)
3F 49床	外科、消化器外科、ICU、HCU	渡り廊下	検体検査、生体検査、病理検査、細菌検査
2F 74床	小児科、NICU、GCU、PICU ※総合周産期母子医療センター(新生児) ※小児救急医療拠点	渡り廊下	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(リニアック・ラリス)、薬局、エネルギー部門	渡り廊下	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

変更計画(全体410床→350床へ)

病棟・リニアック棟		外来棟	
7F 54床	整形外科		
6F 54床	泌尿器科、婦人科、耳鼻咽喉・頭頸部外科、脳神経外科		
5F 54床	呼吸器外科、呼吸器内科、乳腺外科、形成外科、皮膚科	渡り廊下	内科、消化器内科、循環器科
4F 0床	MICU、PASSPORT、更衣室等	渡り廊下	大研修室(オープンカンファレンス、市民公開講座)
3F 49床	外科、消化器外科、ICU、HCU	渡り廊下	検体検査、生体検査、病理検査、細菌検査
2F 87床	小児科、NICU、GCU、産科、MFICU ※総合周産期母子医療センター	渡り廊下	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(リニアック・ラリス)、薬局、エネルギー部門	渡り廊下	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

別図1:フロア構成

立つ償還計画を作る事は難しく頭を悩ませていたところ、平成30年4月12日、総合周産期母子医療センターを有する「四国こどもとおとなの医療センター」の院長で現中国四国グループ担当理事である中川先生が来院。グループ担当理事来院の目的は、行き詰まって打開策に苦しむ当院の整備計画に対するアドバイスをを行うことでした。単刀直入に言えば福山医療センターは真に必要な投資を厳選して行う必要があるというもので、当初計画が根底から覆る大胆な内容でした。具体的には当初計画にあった小児救急医療拠点病院化は中断し、総合周産期母子医療センターを最優先で整備する。工期を短縮するために既存ストックは最大限に活用し、当初計画にあったNICU/GCUの増床やPICUの新設は取り止め、産科も現状の2Fのまま総合周産期母子医療センター化の要件として唯一欠くMFICUの機能のみの整備にとどめる。同計画は、産科と新生児科が同一のフロアで運営出来るという最大のメリットを失わなくて済むというものでした。(別図1:フロア構成)中四国グループで最大・最新の総合周産期母子医療センターを実際に運営される理事のアドバイスは、将来に向けて当院が成長していく可能性を強く感じられるものであり、院長も了諾した次第です。その後、診療科への再ヒアリングを行いました。これほど大きな変更であるにもかかわらず、大きな反対意見は無く、変更図面はあっさり承認されることとなりました。再ヒアリングで分かったことですが、産科と新生児科が別フロアで運営されることを理事と同

■周産期母子医療センターにおける整備内容及び確保すべき医療従事者等

総合周産期母子医療センター及び地域周産期母子医療センターが備える診療機能及び確保すべき医療従事者等については、国の整備指針に基づき、次のとおりとする。
 現在認定又は指定している周産期母子医療センターにおいて、基準を満たさない事項がある場合は、基準を目指しながら、各医療機関において体制を整えるよう努めるとともに、県は当該医療機関に対し適切な支援及び指導を行うものとする。

区分	総合周産期母子医療センター	地域周産期母子医療センター
診療科目	産科及び小児科(母体・胎児集中治療管理室及び新生児集中治療室を有する) 麻酔科その他の関係科目を有する	産科及び小児科(新生児診療を担当するもの)を有する 麻酔科その他の関係科目を有することが望ましい
設備等	MFICU(母体・胎児集中管理室) 分娩監視装置、超音波診断装置 超音波診断装置(カードッパ機能有)	【産科】 緊急帝王切開術等に必要医療機器、 分娩監視装置、微量輸液装置 超音波診断装置(カードッパ機能有)
	NICU(新生児集中治療管理室) 新生児用呼吸循環監視装置 新生児用人工換気装置 超音波診断装置(カードッパ機能有)	【小児科等】(新生児病室、NICU) 新生児用呼吸循環監視装置等
	GCU(新生児集中治療管理室の後方病室) 輸液、酸素投与等の処置及び心拍監視装置の使用を必要とする新生児の治療に必要な設備	—
	新生児と家族の愛着を支援するための設備(努力目標) ドクターカー(必要に応じて) 検査機能	—
病床数	MFICU	6床以上
	NICU	9床以上 (新生児用人工換気装置を有する病床)
	MFICUの後方病室(一般産科病床等)	MFICUの2倍以上(努力目標)
	GCU	NICUの2倍以上(努力目標)
職員(努力目標)	MFICU	【産科】 帝王切開術が必要な際、迅速(おおむね30分以内)に児の娩出が可能な医師及び職員
	NICU	【小児科】(新生児医療を担当するもの) 24時間体制を確保するために必要な職員
	GCU	—
	分娩室	—
	新生児病室	— 24時間体制で新生児医療を担当する医師が施設内に勤務センターで設定した看護師が相当数勤務臨床心理士
	麻酔科医	— 麻酔科医の配置
	コーディネーター	— NICU入院児支援コーディネーターの配置

じように懸念していたスタッフが多く結果オーライであったと考えます。狭隘で困っている新生児エリア (NICU・GCU) の拡充が出来なくなってしまうことは残念ですが、総合周産期化後に取り組むべき課題として認識しています。

・広島県との折衝

総合周産期母子医療センター化は地域医療構想に策定済みの補助金対象事業であることから、対象フロアの変更(4F→2F)については広島県の承認が必要です。既に年度繰越しについては承認を得ていたものの、その直後の入札(3回目)も不落であったことを踏まえ、平成30年5月21日、中国四国グループ河田総括長・安部運営担当参事・当院副院長・事務部長・企画課長が広島県健康福祉局を訪問しました。広島県としても、県東部への総合周産期母子医療センター設置の必要性は認識しているとのことで、後日、補助金対象フロアの変更は可と了解を得ました。とはいえ県の担当者からは「繰越しまでしているのに補助金をダメにするわけにはいかない。」次回入札においてはなんとしても落札・契約にこぎ着けて欲しい」とクギを刺されました。

・仕切り直し入札

変更した図面を実施設計を大急ぎでやり直し、平成30年8月29日に4回目の入札公告を掲載しました。工事内容を厳選したことにより工期を17ヶ月から5ヶ月まで短縮し、監理技術者等の人材不足には対応出来ましたが、ゼネコンが興味を失ってしまう位まで工事規模も縮小されたことから参加業者の確保に不安を残しました。申請締め切り時点で3社が参加を表明し「当日になって辞退届だけは出さないで欲しい」と念押しして10月12日の開札日を迎えました。背水の陣で臨んだ入札は1回目が不落で、2回目に2社が撤退、残った1社で3回目ようやく落札、院長室及び事務部長室へ報告に伺いました。院長の満面の笑みが今でも印象に残っています。無理ありません。第1回目の入札から一年以上が経過、地域医療構想調整会議での構想表明からは実に3年以上が経過していました。

・総合周産期母子医療センターとなるために

広島県の要件は別表のとおりで、ハード面で当院に不足しているのはMFICU(母体・胎児集中治療室)のみです。ソフト面においては産婦人科医、新生児科医の増員が必須ですが、産科緊急手術の増加を考えると麻酔科のマンパワーも欲しいところです。施設認定手続きについてですが、ハード及びソフトが整って稼働を開始しても、すぐに総合周産期母子医療センターとして認定される訳ではなく、一定期間の診療実績が必要となります。実際の手続きは①一定期間の診療実績を広島県周産期医療協議会が審査のうえ県に推薦。②県が総合周産期母子医療センターとして認定。③医療計画に掲載という流れです。「一定期間の診療実績」は非常に重要なものと考えます。母子の安

全を守る「最後の砦」として相応しい診療実績を残せるよう努力が必要です。

・運営の見通しと将来展望

新たに算定可能となる診療報酬として、母体・胎児集中治療室管理料(7125点/日)があり、現状においてはハイリスク妊娠管理加算及びハイリスク分娩管理加算を算定している患者が算定対象になると考えられます。院内発掘患者のみでも大きな経営効果が見込めますが、将来的にも退院支援系及び小児・周産期系の診療報酬は手厚くなると予測出来ますので、明るい見通しです。福山・府中地域においても高齢化の波は進行し当院が強みとする周産期の対象患者は必然的に減少しますが、加齢に伴って移動力の低下する高齢者に比較して、広域から患者さんを集めてくることは容易だと考えます。また、専門医育成＝医師確保のうえでも総合周産期母子医療センターは相当なインパクトがあり、全国公募による募集にも期待するところです。(別図2:イメージ)



別図2-1 (MFICU:スタッフステーション側から)



別図2-2 (MFICU:個室)



別図2-3 (LDR)

統計情報

統計情報を元に、「総合周産期母子医療センター」の必要性等について、簡単に説明させていただきます。



経営企画室長
中島 正勝

1. 申請時に於ける二次医療圏及び福山市の人口動態

【資料1】～【資料4】は、総合周産期母子医療センターの必要性を(本部へ)示す為、二次医療圏の人口動態、福山市の人口推移等を簡潔にまとめた資料の一部です。内容については記載しているとおりなので、紙面で特記すべき事はありません。

1. 二次医療圏における人口等の推移

下段のグラフは、二次医療圏(福山、府中、神石高原町)における、人口等の推移を抜粋したものである。

このグラフから、府中・神石高原町共に高齢化率が極めて高いが、人口総数が少なく、また事実上の生活圏は交通環境等により他の医療圏となるため、当医療圏において直接的な影響は少ないと考えられる。

一方、いわゆる生産年齢(15～65歳)の者については、通学や就業の為に福山地区での受診が少なからずあるものと考えられるが、府中・神石高原町が生産年齢の総数ですら一万人強しかなく、集計上は誤差の範疇であろう。

従って、府中・神石高原町の対象患者を考慮するよりは、隣接する尾三、岡山県南西部医療圏からの流入・流出による影響が遙かに大きいと考えるべきである。

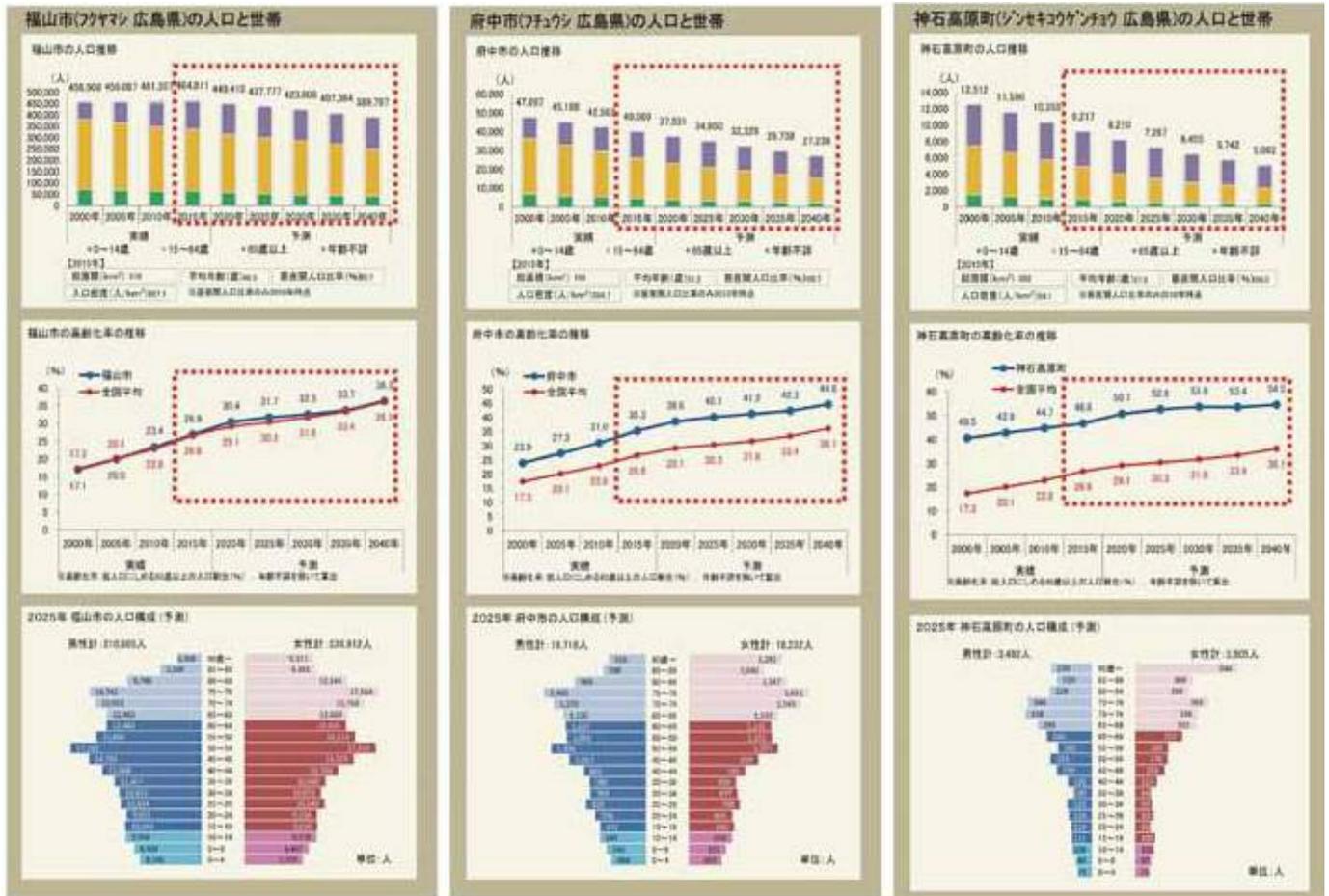
以上の事がある程度勘案し、当院の将来構想に取り入れるべきである。

二次医療圏における人口等の推移

福山市

府中市

神石高原町

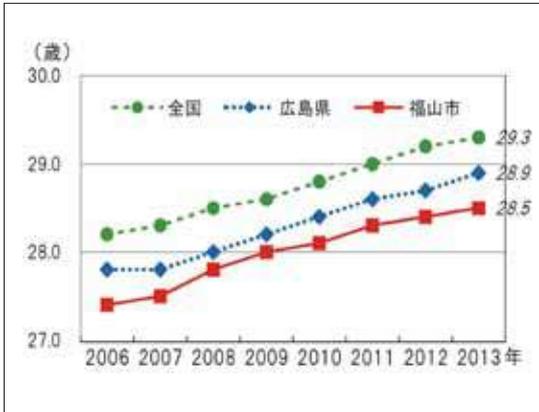


2. 福山市の人口推移(25~39歳女性)

1) 初婚年齢と未婚率

福山市における初婚年齢は全国平均より約1歳低く、また、未婚率も2%少ない結果となっている。この事が、合計特殊出生率(後述)として現れていると考えられる。

女性の初婚年齢



女性の未婚率



2) 出産適齢期における人口動態

福山市における人口推移(25~39歳女性)は下段グラフのとおりである。これを見ると、2015から2020年に対して出産適齢期人口の落ち込みがあるが、2020年以降はそれ程ではない。(総合周産期母子医療センターの本格運用開始(予定)年度は2020年)

また、いわゆる第一子出産年齢となる30~34歳(赤下線)については、むしろ安定した人口を保っている。

福山市の人口構成等資料

女性人口の推移

年齢	2015年	2020年	2025年	2030年	2035年
0~4	10,225	8,557	7,729	7,374	7,087
5~9	10,485	9,628	8,467	7,648	7,298
10~14	10,842	9,984	9,518	8,373	7,564
15~19	10,619	9,963	9,610	9,160	8,058
20~24	9,523	10,011	9,554	9,213	8,773
25~29	11,330	10,065	10,540	10,058	9,693
30~34	13,108	10,789	10,073	10,545	10,060
35~39	15,029	12,503	10,685	9,977	10,445
小計	39,467	33,357	31,298	30,580	30,198
40~44	17,919	14,462	12,356	10,561	9,863
45~49	14,839	17,348	14,354	12,267	10,487
50~54	13,445	14,584	17,210	14,246	12,178
55~59	13,795	13,407	14,514	17,123	14,181
60~64	16,300	13,826	13,325	14,434	17,022
65~69	18,739	16,284	13,609	13,135	14,238
70~74	15,521	18,565	15,768	13,201	12,763
75~79	12,270	14,967	17,564	14,930	12,538
80~84	10,540	11,305	13,544	16,027	13,642
85~89	7,561	8,865	9,381	11,334	13,608
90歳~	5,408	7,527	9,111	10,302	12,195



3. 福山市における出生動態

1) 出生率と合計特殊出生率

福山市は、出生率・合計特殊出生率とも全国平均よりも高い。この事が大きく関連し、他県と比べても緩やかな人口減少傾向となっている。

出生率(人口千人対)及び合計特殊出生率の推移

区分	2006年	2007年	2008年	2009年	2010年	2011年	2012年	2013年	2014年	2015年
福山市	9.3	9.7	9.5	9.6	9.7	9.9	9.2	9.7	9.3	9.1
広島県	8.9	9.1	9.0	9.0	9.0	9.0	8.8	8.8	8.5	8.4
全国	8.7	8.6	8.7	8.5	8.5	8.3	8.2	8.2	8.0	8.0
	1.32	1.34	1.37	1.37	1.39	1.39	1.41	1.43	1.42	1.45

※ 上段が出生率、下段が合計特殊出生率である。

1. 合計特殊出生率は「15～49歳までの女性の年齢別出生率を合計したもの」で、一人の女性がその年齢別出生率で一生涯の間に生むとされた子どもの数に相当する。この指標によって、異なる時代、異なる集団間の出生による人口の自然増減を比較・評価することができる。
2. 医療技術や栄養状態が相対的に良好な現代先進国においても自然増と自然減との境目はおよそ 2.07(人口置換水準)とされている。

2) 出生の動向等

下記は、福山市の出生動向であるが、これを見る限り低出生体重児の割合が全国平均より高いことが分かる。また、低出生体重児割合が下がる傾向にない事からも、総合産期母子医療センターの必要性を強く示している。

表1 出生の動向

区分	出生数(人)			出生率(人口千人対)			合計特殊出生率		
	2013年	2014年	2015年	2013年	2014年	2015年	2013年	2014年	2015年
福山市	4,528	4,340	4,229	9.7	9.3	9.1	1.73	1.70	1.70
広島県	24,713	23,775	23,678	8.8	8.5	8.4	1.57	1.55	1.60
全国	1,029,816	1,003,539	1,005,677	8.2	8.0	8.0	1.43	1.42	1.45

表2 出生時の平均体重及び2,500g未満の出生数

区分	総数			男			女		
	平均体重(kg)	実数(人)	割合(%)	平均体重(kg)	実数(人)	割合(%)	平均体重(kg)	実数(人)	割合(%)
福山市	2.97	426	10.1	3.01	197	9.0	2.93	229	11.2
広島県	2.99	2,286	9.7	3.03	1,062	8.8	2.95	1,224	10.5
全国	3.00	95,206	9.5	3.04	43,143	8.4	2.96	52,063	10.6

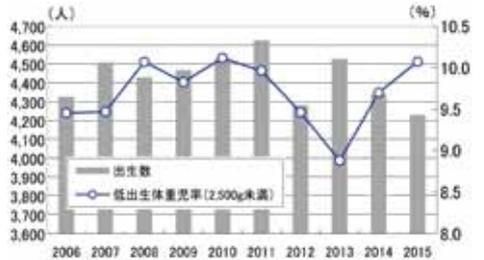
※ 平均体重の算出については、体重不詳の者を除く。

(2,500g未満の出生のうち)

福山市	総数		男		女	
	実数(人)	割合(%)	実数(人)	割合(%)	実数(人)	割合(%)
1,500g未満の出生	41	1.0	20	0.9	21	1.0
(1,000g未満の出生)	16	0.4	9	0.4	7	0.3

低出生体重児の推移

年次	出生数(人)	2,500g未満		1,500g未満		1,000g未満	
		実数(人)	割合(%)	実数(人)	割合(%)	実数(人)	割合(%)
2006	4,326	409	9.5	46	1.1	20	0.5
2007	4,509	427	9.5	34	0.8	16	0.4
2008	4,429	446	10.1	45	1.0	17	0.4
2009	4,467	439	9.8	29	0.6	8	0.2
2010	4,527	456	10.1	31	0.7	13	0.3
2011	4,626	461	10.0	30	0.6	12	0.3
2012	4,280	405	9.5	23	0.5	13	0.3
2013	4,528	402	8.9	31	0.7	15	0.3
2014	4,340	421	9.7	37	0.9	12	0.3
2015	4,229	426	10.1	41	1.0	16	0.4



資料3

3) 母親の年齢別出産割合

これは、福山市の年齢別出生数である。やはり30歳前後に集中している事が分かるが、出産数の最も多い年齢層(30～34歳)に低出生体重児の割合が高い結果となっている。



表5 年齢別出生数

母の年齢	出生数	%	*****	%
10代	85	2.0%	11	12.9%
20～24歳	460	10.9%	41	8.9%
25歳	186		11	
26歳	213		17	
27歳	263		18	
28歳	294		34	
29歳	319		32	
25～29歳	1,275	30.1%	112	8.8%
30歳	304			
31歳	331		28	
32歳	315		28	
33歳	250		31	
34歳	203		28	
30～34歳	1,403	33.2%	157	11.2%
35歳	251		18	
36歳	185		20	
37歳	168		18	
38歳	127		14	
39歳	113		13	
35～39歳	844	20.0%	83	9.8%
40歳～	162	3.8%	22	13.6%
総数	4,229	100%	426	10.1%

4) 出産年齢の動向

下表を見ると、第一子から第四子までの平均年齢に殆ど差が無いことから、短期間での出産傾向が見受けられる。また、結婚年齢が高くなった事から、30代後半の出産が20代前半の倍近くあり、少なからず高リスクの出産となっていると考えられる。

表3 平均出産年齢

福山市	平均年齢(単位:歳)				
	総数	第1子	第2子	第3子	第4子以上
母	31.0	29.6	31.7	32.5	33.9

区分	平均年齢(単位:歳)									
	2006年	2007年	2008年	2009年	2010年	2011年	2012年	2013年	2014年	2015年
総数	29.9	30.1	30.3	30.3	30.4	30.5	30.6	30.5	30.4	31.0
第1子	28.4	28.6	28.9	28.7	29.2	29.1	29.3	28.9	28.8	29.6
第2子	30.6	30.8	30.8	31.1	30.9	31.1	31.2	31.4	31.1	31.7
第3子	32.3	32.3	32.4	32.6	32.5	32.4	32.4	32.1	32.7	32.5

表4 母の年齢(5歳階級)・出生順位別にみた出生数及び合計特殊出生率

母の年齢	福山市				全国			
	総数	第1子	第2子	第3子以上	総数	第1子	第2子	第3子以上
総数	4,229	1,951	1,522	756	1,005,677	478,082	363,225	164,370
14歳以下	0	0	0	0	39	39	0	0
15～19歳	85	78	7	0	11,890	10,509	1,315	66
20～24歳	460	286	137	37	84,461	57,000	22,815	4,646
25～29歳	1,275	687	416	172	262,256	153,005	81,233	28,018
30～34歳	1,403	548	557	298	364,870	155,201	144,598	65,071
35～39歳	844	300	337	207	228,293	81,256	93,249	53,788
40～44歳	161	52	67	42	52,558	20,449	19,660	12,449
45～49歳	1	0	1	0	1,256	591	339	326
50歳以上	0	0	0	0	52	31	15	6

※1 出生順位とは、同じ母親がこれまでに生んだ出生子の総数について数えた順序である。

※2 総数には母の年齢不詳を含む。

資料4

2. 当院を取り巻く疾患構造

入手可能なデータから、具体的な対象患者の実数等をまとめてみました。

1) MDC別 二次医療圏及び近隣四病院の患者数とその割合【資料5】

資料は、H30.3.6厚労省公開の「平成28年度DPC導入の影響評価に係る調査『退院患者調査』の結果報告」を元に作成した近隣四病院の患者数構成です。なお、統計上DPC対象外の患者数は含まれませんが、地域の疾患構成を見るにはこれで十分と考えています。

総合周産期母子医療センターの対象となる疾患コードは、「12 女性生殖系疾患及び産褥期疾患・異常妊娠分娩」、「14 新生児疾患、先天性奇形」ですが、当該資料を見る限り当院は二次医療圏における約半数の患者数を占めています。なお、「15 小児疾患」が(当院)小児科の患者数に比べ極端に少ないように見えますが、当院小児科のDPC疾患コードは肺炎等が多いため、「04 呼吸器系疾患」に分類されます。従って、紙面では二つのコードを中心に説明します。

区分	全国四群病院平均			福山・府中二次医療圏			福山医療センター(DPC病床 374床)			福山市民病院(DPC病床 400床)			中国中央病院(DPC病床 267床)			日本鋼管福山病院(DPC病床 156床)			西病院合計		
	患者数			患者数			患者数			患者数			患者数			患者数			患者数		
	患者構成割合	構成割合	総数	構成割合	手術の有無	二次医療圏に占める率	手術の有無	二次医療圏に占める率	手術の有無	二次医療圏に占める率	手術の有無	二次医療圏に占める率	手術の有無	二次医療圏に占める率	手術の有無	二次医療圏に占める率	手術の有無	二次医療圏に占める率	手術の有無	二次医療圏に占める率	
01 神経系疾患	6.1%	5.8%	2,792	3.0%	296	10.6%	305	80	13.8%	33	1.2%	137	4.9%	771	80	30.5%					
02 眼科系疾患	4.6%	1.9%	909	0.0%		0.0%	41	735	85.4%		0.0%	142	15.6%	41	877	101.0%					
03 耳鼻咽喉科系疾患	3.9%	3.6%	1,719	3.8%	164	20.5%	230	393	36.2%	103	6.0%	240	67	19.0%	737	668	81.7%				
04 呼吸器系疾患	12.5%	14.7%	7,035	14.5%	1,265	15.5%	800	145	13.4%	1,389	108	21.3%	708	14	10.3%	4,162	422	85.2%			
05 循環器系疾患	10.9%	11.1%	5,308	1.5%	126	2.8%	787	984	33.4%	72	1.4%	257	264	9.8%	1,242	1,270	47.3%				
06 消化器系疾患、 肝臓・胆道・膵臓疾患	23.2%	22.1%	10,538	27.1%	922	17.3%	1,052	2,163	30.5%	383	431	7.7%	523	772	12.3%	2,880	5,101	75.7%			
07 筋骨格系疾患	4.5%	5.9%	2,828	11.3%	423	68.9%	81	166	8.7%	78	126	7.2%	155	665	29.0%	737	1,645	84.2%			
08 皮膚・皮下組織の疾患	1.6%	1.4%	690	2.8%	231	46	40.4%	45	55	14.5%	29	14	6.2%	94	35	18.7%	399	152	79.9%		
09 乳房の疾患	1.3%	1.8%	880	1.8%	80	101	20.6%	271	340	69.4%	59	35	10.7%		0.0%	410	476	100.7%			
10 内分泌・栄養・ 代謝に関する疾患	2.9%	2.9%	1,396	1.7%	139	29	12.0%	270	54	23.2%	152	29	13.0%	166	15	13.0%	727	127	61.2%		
11 腎・尿路系疾患 及び男性生殖系疾患	7.8%	6.7%	3,210	7.8%	389	378	23.9%	286	332	19.3%	194	26	6.9%	344	217	17.5%	1,213	959	67.5%		
12 女性生殖系疾患 及び産褥期疾患・異常	5.4%	4.3%	2,035	9.9%	378	591	47.0%	77	204	13.8%	74	348	20.7%	11	0.5%	529	1,154	82.7%			
13 血液・造血器 ・免疫臓器の疾患	2.2%	2.6%	1,266	0.7%	56	15	5.6%	300	43	27.1%	683	39	57.0%	69	20	7.0%	1,108	117	96.8%		
14 新生児疾患、先天性奇形	1.9%	2.2%	1,037	6.7%	558	100	63.6%	12	21	3.2%	207	20.0%		0.0%	777	121	86.6%				
15 小児疾患	1.8%	1.9%	923	1.9%	182		19.7%	84		9.1%	100	10.8%	100	10.8%	466	0	50.5%				
16 外傷・熱傷・中毒	7.5%	9.0%	4,289	4.2%	139	276	8.7%	241	516	17.6%	57	212	6.3%	75	620	16.2%	512	1,624	49.8%		
17 精神疾患	0.2%	0.2%	83	0.0%			0.0%	10		12.0%		0.0%		0.0%	10	0	12.0%				
18 その他	1.8%	1.8%	842	1.5%	88	57	17.2%	128	86	25.4%	52	19	8.4%	23	44	8.0%	291	206	59.0%		
合計	100%	100%	47,780	100%	5,436	4,383	20.6%	5,020	6,317	23.7%	3,665	1,387	10.6%	2,891	2,906	12.1%	17,012	14,993	87.0%		

資料5

2) MDCコード別 二次医療圏に於ける患者数の推移と当院の状況【資料6】

上記資料5の手術の有無を合算、過去6年分を抽出した資料です。やはり当院の割合が突出していますが、特に「14 新生児疾患、先天性奇形」について、この数年、当院の割合が大きくなっています。



資料6

3) 近隣(瀬戸内)病院に於ける「MDC12、14」の患者数実績【資料7】

資料は、総合周産期母子医療センターの診療圏となる範囲の患者数実績(H28)をマッピングしたグラフですが、広島、岡山、松山地区の状況からも、当該圏域内に総合周産期母子医療センターの必要性が伺えます。



資料7

4) 当院の小児科・小児外科の入院患者数及び分娩件数の推移【資料8】

当院の過去10年分実績です。患者数及び分娩件数共に安定した患者数を確保しています。

前記しましたが、診療科実績とMDCコード実績が一致しませんので、参考として見て頂ければ幸いです。

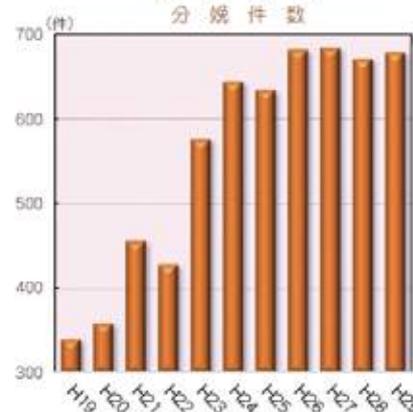
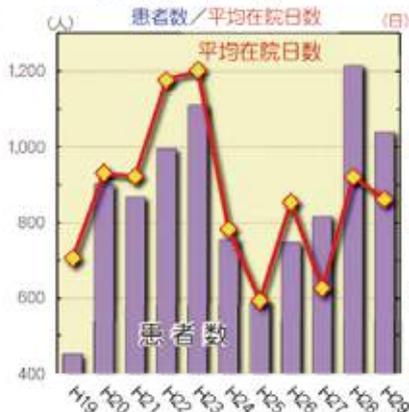
年間入院患者数等資料 (H19~H29実績)

区分	小児科 (小児外科を除く)				小児外科					産婦人科
	患者数	新入院患者数	平均在院日数	1人1日平均診療点数	患者数	新入院患者数	平均在院日数	1人1日平均診療点数	手術件数	分娩件数
H19	10,517	1,096	9.6	5,545.3	451	124	3.5	12,307.7	117	340
H20	10,469	1,101	9.6	5,707.2	902	187	4.6	10,535.9	185	359
H21	11,081	1,176	9.5	5,989.4	868	181	4.6	11,028.8	196	457
H22	11,176	1,127	9.9	7,134.3	996	168	5.9	11,734.3	175	429
H23	11,907	1,363	8.8	7,697.3	1,111	181	6.0	11,134.5	187	576
H24	12,309	1,389	8.8	7,515.7	756	192	3.9	14,834.8	190	644
H25	12,889	1,452	9.0	8,066.3	591	197	3.0	18,434.5	200	634
H26	13,685	1,703	8.0	8,188.4	748	172	4.3	14,403.9	168	682
H27	16,067	1,977	8.1	7,550.2	817	263	3.1	16,388.4	245	684
H28	14,096	1,875	7.5	7,592.8	1,214	259	4.6	13,924.1	253	671
H29	12,851	1,635	7.9	8,074.0	1,040	241	4.3	14,458.0	239	679

小児科 (小児外科を除く)

小児外科

産婦人科



資料8

連載 Vol.61

福山漢方談話会・患者さんのための漢方講座 ⑥1

忙しいお母さんの味方に「漢方薬」



松本病院 薬剤部 岡崎 裕美枝

「半年前から、めまいがひどく、仰向けになり上半身を起こすと、特にひどく動けなくなるので、座ったまま(ほぼ直角)寝ています。西洋薬など色々試したけど、良くなりません。」

看護師をしている40代の女性から相談を受けました。

横になれないので、腹診というお腹を診るのも座ったままするほどでした。

東洋医学では「気・血・水」という考え方があります。

エネルギーである「気」と「血」「水」がバランスよくあり、きちんと巡っているというのが「健康」であるのに大切という考えです。無理をすると「気」「血」が消耗され不足したり、「気・血・水」の巡りが悪くなっています。すると「疲れやすい」「食欲がない」「イライラする」「頭痛」などなど、様々な症状を引き起こします。

東洋医学では話を深く聞き、お腹や脈、舌の状態から「気」「血」「水」のバランス、巡りの状態を探り、原因を突き止め、そこを改善していきます。

相談に来た看護師さんは、エネルギーである「気」と「血」が不足していて、「血」「水」の巡りが悪くなっていました。そこで「気血」を補う『十全大補湯』と「血」の巡りを改善する『桂枝茯苓丸』、「水」の巡りを改善する『五苓散』を服用して貰いました。

一ヶ月後、「枕を低くして眠れるようになりました。それだけでなく、ペットボトルの飲み物を半年振りに上をむいて飲むことができた。」と言ってくれました。「水」のめぐりの改善で「めまい」と同時に「耳鳴り」「気が崩れるたびに起こる頭痛」がなくなったとのこと、他にも「血」の不足、巡りの改善から「こむら返りがなくなる」「疲れ目」「便秘」「イライラ」も改善したと嬉しい報告をしてくれました。

漢方は、ひとつの症状もそこだけでなく、身体全体のバランスをみて治療していくので、気が付くと、色々な症状が同時に改善することがあります。漢方の面白いところ、醍醐味だと思います。

働く女性が増えてきています。仕事をして疲れて帰っても、少し横になり休む時間もなご飯の準備をして、子供たちをお風呂に入れたり、学校の役員などもし、やっと終わったと思ったら、もう日付が変わっている。あれをやったか？これはしたか？いろいろ考えながらあまり眠れない状態で、早起きして洗濯をして、お弁当を作り、子供を起こして、ギャーギャー言いながら、送り出し仕事に向かう。

体調が悪くても無理をし、もはや悪いことにも気がつかず・・・

気が付いた頃には身体中悲鳴をあげていて、どこがどうなのか、どうしたらよいか分からない。そんな女性が多いのではないかと思います。

忙しいお母さん方に、一人で悩まず、相談してもらえたらと思います。

私自身、子供を3人育てながら働いています。不器用でバタバタした日々の中、頑張れるのも「漢方薬」を味方につけているからではないかと思います。



広島県東部地区エイズ治療センター(ACCES)は エイズ中核拠点病院としての診療体制へ

【広島県のエイズ中核拠点病院に指定】

平成30年9月25日付で、福山医療センターは全国で60施設目となるエイズ中核拠点病院(以下、中核拠点病院)に選定されました。現在、中国四国地方ブロックでは中核拠点病院が12施設あり、その多くが大学病院クラスの大規模な病院です(図1)。広島県内ではエイズ拠点病院が5施設ありますが、平成18年より中核拠点病院として機能している広島市立広島市民病院と県立広島病院について3番目の中核拠点病院となります。広島県西部、広島市周辺地域ではエイズ拠点病院が4施設あり、ブロック拠点病院である広島大学病院を中心に、互いに連携を取り合い、人口密集地域である県西部のエイズ診療に対応しています。広島県東部地区における拠点病院は福山医療センターのみであり、1994年に広島県よりエイズ拠点病院の指定を受けて以降、県東部のエイズ診療を一手に担ってきました。当院では2009年にHIV/エイズ診療チームを立ち上げ、その診療において重要な多職種で患者さんを支えていくチーム医療を実践してきました。その結果、これまでの診療実績や現在の診療体制が評価され、中核拠点病院としての機能を有すると認められたこととなります。

当院のエイズ診療チームの構成メンバーは、日本エイズ学会指導医2名、専任の看護師2名(エイズ学会認定看護師1名、感染管理認定看護師1名)、薬剤師2名、臨床心理士1名、社会福祉士1名、歯科衛生士1名、臨床検査技師2名であり、他の中核拠点病院と遜色のない専門スタッフがエイズ診療に携わっております。

図1・中国四国地方のエイズ中核拠点病院一覧



- ① 鳥取県 鳥取大学医学部附属病院
- ② 鳥根県 鳥根大学医学部附属病院
- ③ 岡山県 川崎医科大学附属病院
- ④ 広島県 広島市立広島市民病院
- ⑤ // 県立広島病院
- ⑥ 山口県 山口大学医学部附属病院
- ⑦ // 関門医療センター
- ⑧ 徳島県 徳島大学病院
- ⑨ // 徳島県立中央病院
- ⑩ 香川県 香川大学医学部附属病院
- ⑪ 愛媛県 愛媛大学医学部附属病院
- ⑫ 高知県 高知大学医学部附属病院

【エイズ中核拠点病院としての当院の役割】

全国のエイズ診療体制は、国立国際医療センターエイズ治療研究・開発センター(以下ACC)を頂点に、地方ブロック拠点病院、各都道府県の中核拠点病院、各都道府県の拠点病院が配置されているピラミッド形式です。中核拠点病院は、都道府県が原則として各都道府県内の拠点病院の中から1箇所選定することとし、ACCの支援を受けるブロック拠点病院は中核拠点病院を、中核拠点病院は拠点病院を、それぞれ支援するものと位置づけ、中核拠点病院を中心に、各都道府県内における拠点病院間の機能分化を含めた医療提供体制の再構築を重点的かつ計画的に図ることを目的としています。

中核拠点病院の機能としては、図2に示すようなものがあります(平成18年3月31日厚生労働省健康局長通達)。おおまかな項目としては『1.高度なHIV診療の実施』『2.必要な施設・設備の整備』『3.拠点病院に対する研修事業及び医療情報の提供』『4.拠点病院等との連携の実施』となります。この中で『3.拠点病院に対する研修事業及び医療情報の提供』の機能を果たす事業として、広島県が年1回開催しております「**広島県エイズ治療中核拠点病院等連絡協議会及び研修会**」があります。広島県の中核拠点病院として当院の大きな役割は、この会の開催運営に今後協力していくことです。この協議会・研修会は広島県内の拠点病院、エイズ受療協力病院(県東部地区では福山市民病院、中国中央病院、府中市民病院、尾道市民病院、JA

感染症内科
広島県東部地区エイズ治療センター(ACCES)

齊藤 誠司



図2・中核拠点病院の機能

1. 高度なHIV診療の実施

- ▶ HIV診療に十分な経験を有する医師の確保、外来における総合的なHIV診療、**チーム医療体制の整備**
- ▶ 入院医療が可能となる体制を整備
- ▶ **全科による診療体制**
- ▶ **カウンセリングを提供できる体制を整備**

2. 必要な施設・設備の整備

- ▶ 患者の**プライバシー**を守ることが可能な外来診療室
- ▶ 病状に応じて、**個室への収容**が可能
- ▶ **院内感染防止**に関する必要な備品を整備
- ▶ その他HIV診療に必要な機器を整備

3. 拠点病院に対する研修事業及び医療情報の提供

- ▶ 都道府県内の**拠点病院の医療従事者等に対する各種研修**を実施、エイズ診療にあたる人材の育成
- ▶ **HIV診療・ケアに関する情報**を拠点病院の医療従事者に対して提供

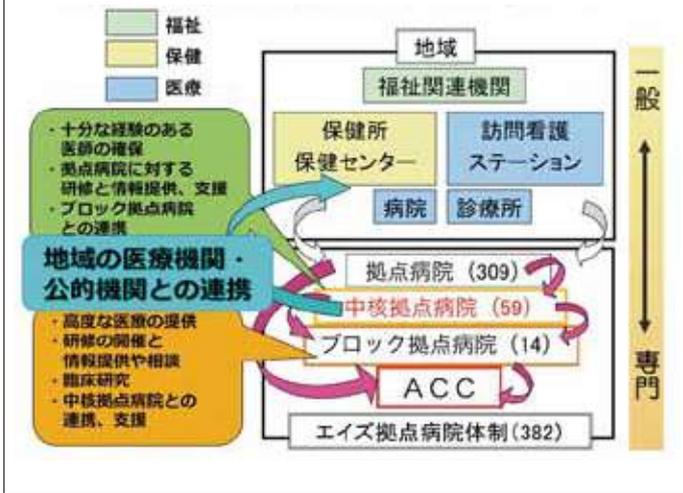
4. 拠点病院等との連携の実施

- ▶ **連絡協議会**を設置、必要な連携調整を図る
- ▶ **一般医療機関や歯科医療機関との連携**

尾道総合病院、三原市医師会病院、三原赤十字病院)、エイズ診療に関わる各行政機関などが参加し、県内のエイズ診療の現状報告や問題点について協議を行います。またエイズ診療経験が豊富な施設より講師をお招きし、エイズ診療における最新の情報を学ぶ研修会も開催します。現在、この連絡協議会を運営されている広島市民病院と県立広島病院に当院も協力し、数年に一度、この会を福山医療センターで開催することが検討されております。当院での開催が決定すれば、県東部地区の各医療機関の参加のための負担が軽減されることが期待されます。

また『4. 拠点病院等との連携の実施』の機能を果たす上で欠かせないのが、周辺医療機関、社会福祉施設への『**エイズ診療に関わるスタッフのための出張研修会**』です。当院では福山市周辺の医療機関や歯科衛生士専門学校、訪問看護ステーションやデイケアセンターなどへの出張研修会をこれまでに12ヶ所で行いました。東部地区では拠点病院は当院のみであることから、中核拠点の役割である拠点病院への研修会の提供ではなく、より対象となる施設の裾野を拡げて、周辺地域のエイズ診療に関わっていただける病院や社会福祉施設への研修会を積極的に行っていきます。今後の拠点病院の役割は図3に示すような地域の医療機関、公的機関との連携をさらに強化することにあります。今年度改訂告示された『後天性免疫不全症候群に関する特定感染症予防指針』(厚生労働省告示第九号)(参考1)では、その中の大項目である総合的な医療体制の確保において、『**長期療養・在宅療養の感染者等を積極的に支える体制の整備を推進していくことが重要である**』と示されております。当院はこの政策に従い、今後も周辺機関との連携を強化し、長期療養・在宅療養が必要となったHIV患者さんの地域の医療機関等への受け入れを積極的に推進していきます。

図3・エイズ医療体制整備のイメージ



参考1・厚生労働省が掲げるエイズ予防指針2018

【長期療養・在宅療養支援体制等の整備】

感染者等の療養期間の長期化に伴い、保健医療サービスと介護・福祉サービスとの連携等が重要になる中で、コーディネーションを担う看護師、医療ソーシャルワーカー等は介護サービスとの連携を確保することが重要である。

また、感染者等の主体的な療養環境の選択を尊重するため、長期療養・在宅療養の感染者等を積極的に支える体制の整備を推進していくことも重要である。このため、国及び都道府県等は、具体的な症例に照らしつつ、感染者等の長期療養・在宅療養サービスの向上に配慮していくよう努めることが重要である。都道府県等においては、地域の实情に応じて、地方ブロック拠点病院及び中核拠点病院相互の連携によるコーディネーションの下、各種拠点病院と慢性期病院、介護サービス事業所等との連携体制の構築を図ることが重要である。

感染者等が安心して治療を継続しながら生活を送るためには、生活相談等の支援が重要である。国及び都道府県等は、各種拠点病院と連携して、専門知識に基づく医療社会福祉相談（医療ソーシャルワーク）やピア・カウンセリング（感染者等や個別施策層の当事者による相互相談をいう。）等の研修の機会を拡大し、NGO等と連携した生活相談支援を推進することが重要である。また、感染者等及びその家族等の日常生活を支援するという観点から、その地域のNGO等との連携体制、社会資源の活用等についての情報の周知を進める必要がある。

後天性免疫不全症候群に関する特定感染症予防指針
平成30年1月18日 厚生労働省告示第九号 厚生労働大臣通達より

【今後の展望】

福山医療センターではこれからも引き続き、地域に根差した医療機関として、また東部地区のエイズ中核拠点病院として、多くのHIV患者さんを受け入れ、患者さんが安心して地域の医療機関を受診できる体制の構築を目指してまいります。今年度12月に大阪で開催されます日本エイズ学会学術集会では、当院の発表の一つとして、「通院患者さんがかかりつけ医を持つことに対して障壁となっている心理・社会的な要因を調査した結果」を報告する予定です。こういった患者さん側の視点からの調査を通じて、エイズ診療における問題点を把握し、エイズ診療における地域医療の充実化を目指していければと考えております。

当院が中核拠点病院に選定される上で、多くのご助言をいただきました中国四国地方ブロック拠点病院の広島大学病院、県内の中核拠点病院である広島市民病院、県立広島病院、また近隣では岡山県の中核拠点病院である川崎医科大学付属病院のスタッフの皆様方に感謝の意を述べるとともに、今後皆様方と協力し、中国四国地方のエイズ医療体制の充実化のために更なる努力をしていきたいと存じます。今後も福山医療センター広島県東部地区エイズ治療センター（ACCES）へのご助言とご指導を頂きましたら幸いです。

エイズ中核拠点病院選定のお祝い



川崎医科大学血液内科学主任教授
川崎医科大学学長補佐（臨床教育担当）

和田 秀穂

このたびは、貴院がわが国のエイズ診療の根幹となる中核拠点病院に選定されたとの由、心からお祝い申し上げます。皆様の長い間のご成果が実って、喜ばしい限りと存じます。福山医療センター広島県東部地区エイズ治療センター（ACCES）の特徴は、なんといっても患者に寄り添うエイズ診療を実践しているところにあると思います。経験を積まれるごとにチーム力は向上し、今や名実ともに中国四国地方を代表するエイズ治療拠点病院として広く認知されるまでに発展されました。

1994年にエイズ治療拠点病院の指定を受けられて以降、坂田達朗先生をチームリーダーとして診療を開始され、2015年3月に福山市内で開催されたエイズ治療拠点病院診療20周年記念講演会が、つい最近のように思い出されます。また現在では、ACCES副センター長に齊藤誠司先生を迎えられ、次の時代も磐石の体制でエイズ診療が展開されることと確信しております。近隣の中核拠点病院である私ども川崎医科大学附属病院とも、今後より一層緊密な病診・病病連携をお願いできれば幸いです。

これまでのゆるぎないご盛業をお喜び申し上げますとともに、益々のご発展を心よりお祈り致しまして、お祝いのご挨拶とさせていただきます。



広島大学病院（エイズブロック拠点病院）
エイズ医療対策室室長

藤井 輝久

この度は、貴院が「エイズ中核拠点病院」に新たに選定されたこと、誠に喜ばしく、心よりお祝い申し上げます。貴院は、1994年に旧厚生省より「エイズ拠点病院」の指定を受けられてから、坂田達朗先生を中心としたスタッフの皆様が、20年以上に渡ってエイズ診療・ケアを地道に継続された成果と存じます。また福山・備後地区の基幹病院である貴院が、この度中核拠点病院に選定されたことで、地域に在住の感染者・患者さんにとっても非常に心強いことでしょう。

近年、福山・備後地区での新規感染者・患者の発生報告が多いことは、以前から県の報告などより承知しておりました。私ども広島の西部にいる者では、福山・備後地域在住の患者さんのケアや、予防啓発等による介入は困難な状況であり、気を揉んでおりました。縁あって2017年4月から本院でエイズ診療を行っていた齊藤誠司先生が貴院にお世話になることになり、その後もエイズ診療・ケアを発展させて「福山医療センター広島県東部地区エイズ治療センター（ACCES）」を設立していただきました。私の考えは杞憂であったと実感している次第です。

今後も変わらず近隣の中核拠点病院である川崎医科大学病院と共に、地域のエイズ診療・ケアを充実させていただきたいと考えております。またそれが、地域の患者さんのためだけでなく、我々ブロック拠点病院としての願いでもあります。貴院の益々の発展を祈念いたしまして、私のお祝いのご挨拶とさせていただきます。

エイズ治療中核拠点病院の選定について

1 趣旨

本県のエイズ医療体制は、平成6年に「エイズ治療の拠点病院」として5か所を、その後平成19年に「エイズ治療の中核拠点病院」として2か所を選定し、体制の整備を図ってきた。

近年、広島市内や隣県で治療を受けていたエイズ患者等が、県東部圏域の医療機関で治療を受ける機会が増加している状況にある。

そこで、本県のエイズ医療体制の更なる充実を図るため、現在、県東部圏域のエイズ患者等の診療を担っている「福山医療センター」を、平成30年9月25日付けで中核拠点病院として新たに選定する。

【中核拠点病院の機能】

- ・ブロック拠点病院の支援の下、高度なHIV診療を実施
- ・エイズ診療を行う医療機関（エイズ治療拠点病院，エイズ受療協力医療機関）の支援（エイズ治療拠点病院に対する研修会の開催，医療情報の提供及び連携調整の実施）

2 福山医療センターの概要

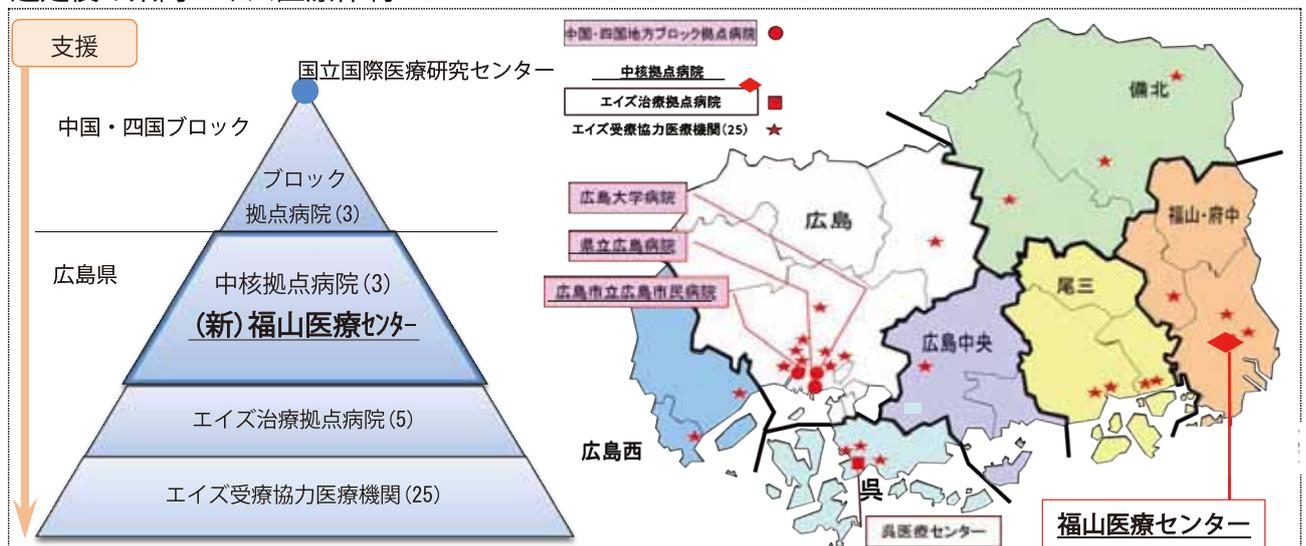
- (1) 名称等 独立行政法人国立病院機構 福山医療センター 院長 岩垣 博巳
- (2) 所在地 福山市沖野上町四丁目14番17号
- (3) 病床数 366床（一般366床（ICU4床，NICU12床，GCU12床を含む））
- (4) エイズ医療に係る体制整備の状況

平成29年4月1日に「広島県東部地区エイズ治療センター（AIDS Care Center of East Side Hiroshima：ACCESS）」を独自に設置し、エイズ医療提供体制の強化を図られている。

ACCESS概要

- センター長：坂田 達朗（エイズ学会指導医）
- 副センター長：齊藤 誠司（エイズ学会指導医）
- 累積診療数：65件（平成30年8月末時点）

3 選定後の県内エイズ医療体制



【参考】

■エイズ医療体制

○ ブロック拠点病院

全国8ブロック毎に、ブロック内のエイズ医療の水準向上を目的に、国が選定した医療機関

- 機能： ① HIV感染症に関する専門外来の設置や全科対応による、総合的なエイズ診療
② 臨床研究の実施 ③ ブロック内拠点病院等の医療従事者に対する臨床研修等の実施
④ 情報収集、提供 等

医療機関名： 広島大学病院、県立広島病院、広島市立広島市民病院（平成5年選定）

○ エイズ治療中核拠点病院

各都道府県における総合的なエイズ医療体制の確保と診療の質の向上を図ることを目的に、各都道府県が エイズ治療拠点病院の中から選定した医療機関

- 機能： ① 高度なエイズ診療 ② 必要な施設・設備の整備
③ エイズ治療拠点病院等に対する研修、医療情報の提供
④ エイズ治療拠点病院等との連携（連絡協議会の開催） 等

医療機関名： 県立広島病院、広島市立広島市民病院（平成19年選定）
福山医療センター（平成30年選定）

○ エイズ治療拠点病院

各地域の中でエイズ診療の拠点となっていただくことを目的に、各都道府県が選定した医療機関

- 機能： ① 総合的なエイズ診療 ② 必要な医療機器及び個室の整備 ③ カウンセリング体制の整備 等
- 医療機関名： 広島大学病院、県立広島病院、広島市立広島市民病院、呉医療センター、福山医療センター（平成6年選定）

○ 広島県エイズ受療協力医療機関

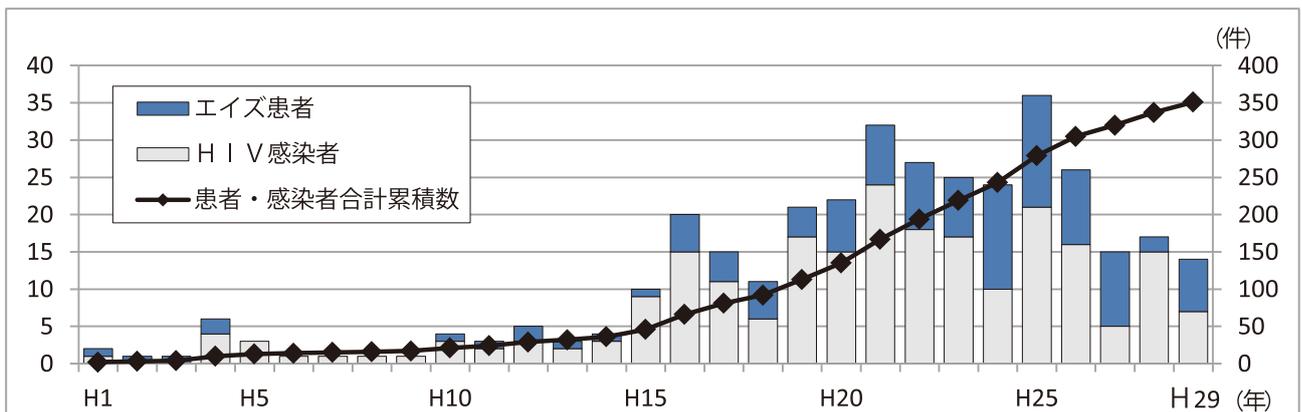
エイズ治療拠点病院と一般医療機関の連携を図っていただくことを目的に、県が選定した医療機関

- 機能： ① HIV感染者・エイズ患者の診療 ② 地域の一般医療機関への技術的支援 等

医療機関名： 広島記念病院、広島赤十字・原爆病院、広島通信病院、広島市立舟入市民病院、
J R広島病院、広島市立安佐市民病院、広島市医師会運営・安芸市民病院、
J A吉田総合病院、マツダ病院、広島西医療センター、J A広島総合病院、呉共済病院、
済生会広島病院、中国労災病院、東広島医療センター、三原市医師会病院、三原赤十字病院、
尾道市立市民病院、J A尾道総合病院、福山市民病院、府中市民病院、中国中央病院、
市立三次中央病院、庄原市立西城市民病院、庄原赤十字病院（選定年 略）

■ 県内のエイズ患者等発生動向（年次推移）

- ・年別の新規エイズ患者数等は、平成25年をピークに減少傾向
- ・エイズを発症した状態で発見される者（エイズ患者）が、エイズ患者・HIV感染者計の4割程度を占める傾向





アサンテナゴヤのケニア診療視察2018に参加して **後編**

国際支援部/消化器内科 **堀井 城一郎**

アサンテナゴヤのケニア診療視察の後編として、ナイロビで訪れた3施設、「シロアムの園」、「マトマイニ孤児院」、「プムワニスラムの無料医療キャンプ」を中心にご報告いたします。

2018年9月20日: キシイからナイロビへの移動日です。また長いバスの旅となりましたが、大きなトラブルに見舞われることもなく予定通り移動ができました。



写真1

計8時間の移動時間ののちナイロビのホテルに無事到着し、夕食にはアサンテナゴヤとの交流が深いキシイ病院のMounde先生が合流し歓談しました(写真1)。

9月21日

ナイロビで障害をもつ子どもたちに教育と診療を提供しているシロアムの園(<https://www.thegardenofsiloom.org/>)を訪問しました(写真2)。日本人の小児科医である公文和子先生が代表者を務められています(写真3)。公文先生は日本で小児科医として研鑽を積まれたのち、2002年からケニアに在住され、西ケニアで主にHIVに関わる診療に携わったのちに2010年からチャイドク(ナイロビの小児病院)で小児の診療を行い、2015年に地域の



写真2



写真3

様々な病気で苦しんでいる子どもたちに対して個々の状態にあった高度な教育・障害に対する治療・リハビリなどを行い包括的に援助するための通所施設としてシロアムの園を開園されました。現在のケニアではHIVに対しては手厚い援助が行われており診療も無料となっていますが、他の疾患で苦しむ人々、特に障害をもつ子どもたちに対する援助が乏しく、診療支援体制のギャップが大きくなっています。ケニアでは母子保健の発達不足(妊娠分娩管理・新生児ケアの不足)や栄養・衛生状態の問題から障害児が発生しやすい環境にあり、障害児に対する援助(医療・教育・社会保障・福祉・インフラ整備)も乏しく、障害児が生まれることで経済的困難に追い込まれやすい状況にあります。有効な救済機関はなく、現状では社会からネグレクトされ

ているような状態であり、家庭崩壊を起こしたり、差別・偏見に悩まされることも多いそうです。実際にお伺いしたケースだけでも、病気の子どもが生まれたことがきっかけで夫が家庭を捨ててしまい経済的に困窮してしまうもの、母親が障害を持ったわが子のことを自分の人生を狂わせた要因と考えてしまって子どもへの愛情を失ってしまうもの、育児を放棄して祖母に子どもを預けて新たな生活を始めてしまうもの、子どもを放棄はしないものの何年間も家の中で軟禁してしまうものなど、厳しい状況が数多くありました。公文先生は様々な病気で苦しんでいるが支援を得られていない子どもたちに対して可能な限りのサポートを行い、困窮している家庭に対して援助を行うこと、また長期的にはその成果を持ってケニア政府にHIV以外の病気の子どもたちに対する援助を検討してもらうことを目標として活動されています。

今回我々はシロアムの園に通っている子どもたちの朝の集会に参加させていただきました。様々な重症度の子どもたちが一堂に会し、公文先生のキーボード伴奏をバックに、施設の先生やスタッフ、お母さんたちが歌と踊りを中心としたスタイルで子どもたちと楽しみながら学んでいる姿(写真4)は、障害児の置かれている厳しい状況を解決していく確かな道筋に感じられました。そしてこれほどの厳しい状況の中でも、凛として明るく問題解決に取り組んでいる公文先生のお姿に、同じ日本人であることを誇らしく思いました。余談ですが、メンバー全員が公文先生のファンとなってしまう、先生との撮影会が自然発生してしまったことを付け加えさせていただきます(写真5)。また、帰国後に公文先生の活動が新聞で特集されました。本報告後に転載しておりますのでぜひご覧ください。



写真4



写真5

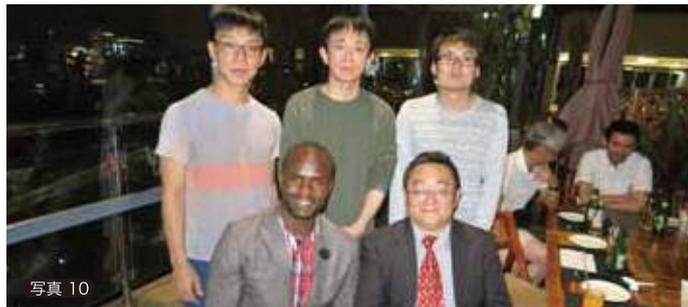


写真6

午後からはマトマイニ孤児院(<https://scckenya.xsrv.jp/>)を訪問しました(写真6)。日本人の菊本照子さんが1984年にケニアの子どもたちのためのNGO、Save the children centreを設立し、1987年に孤児やストリートチルドレン、貧困層の子どもたちの救援と保護養育を行うため児童養護施設マトマイニ・チルドレンズ・ホーム(希望の家)を開始されました。ケニアのスラムは子どもたちの成長にはあまりにも厳しく、女の子は6歳から8歳で性的虐待、レイプ、強制売春などの危険に身をさらされており、14、15歳で出産する少女も沢山いるそうです。子どもをストリートに追いやる元凶は、貧しいスラムのシングルマザーを取り巻く環境で、彼女らは売春や密造酒造りのような方法でしか日々の糧を得ることができないそうです。彼らが収入を得て前向きに生きることが出来れば、この悪循環を断ち切る一助になるのではないかと試行錯誤のすえに菊本さんがはじめたのがフェルト工房での「ものづくり」を通してのシングルマザーの就業でした(マトマイニ孤児院のホームページから一部抜粋)。このフェルト工房での収入が安定したことにより、マトマイニ孤児院は外

部からの基金に頼ることなく、ケニアの人々の力だけで存続し続けていくことに成功しました。現在の体制に至るまでには、数々の裏切りや感動があったとお話されていました。言葉に表せないほどの大変な思いを何度もされたと思われませんが、菊本さんは現在も息子さんとともに粘り強く、あきらめず、地道にケニアのスラムの人々を支え続けています(写真7)。遠くケニアの地で活躍している素晴らしい日本の方々に出会えた、稀有な一日となりました。ところで、このフェルトの縫いぐるみシリーズですが、2017年のケニア視察以降、院内でおみかけになった方もおられるのではないでしょうか(写真8, 9)。マトマイニ孤児院はあの動物たちの生まれ故郷でもあったのです。何とも言えない癒しを与えてくれる動物たちは院内の患者さんや子どもたちの心も癒してくれるのではないかと、外来化学療法室や小児科外来などに置かせていただいておりますので、ぜひご覧くださいませ。

この日の夕食にはカドンゴ村のHIV陽性の子ども達の幼稚園「Kel-Kamarami」で活躍されているジャパン氏とそのサポートをされている澤崎氏が参加されました(写真10)。改めて寄付金の詳細な使い道などをご説明いただき、交流を深めました。



9月22日

ナイロビの国立公園のサファリツアーに出かけました。2017年にマサイマラ国立公園という世界でも屈指のサファリを訪れていること、今回のサファリは大都会ナイロビから車でわずか30分程度の位置にあるということも相まってそれほど大きな期待はしていませんでした。ところがサファリに入ってすぐに親子ライオンに遭遇(写真11)!!

かわいい鳴き声も聞くことができ喜んでいたのですが、実は3頭の子ライオンのうち2頭とはぐれてしまった親子ライオンが2頭の子ライオンを探しているところだとガイドさんに教えてもらい、野生の生態そのものを見ているのだと改めて感じました。続いては2017年の好条件でも出会うことができなかったサイが登場(写真12)!!サイに出会えた幸運にかなり興奮してしまいました。ナイロビ国立公園の見どころの一つは、大都会のビル群を背景に動物たちを見れることだと何っていたのですが、まさに目の前にはビルを背景にキリンやダチョウなどが悠然と歩く姿があり(写真13, 14)、2017年とはまた違った感動を味わうことができました。ちなみにもう一つ驚いたことが、このサファリでは休憩場所で下車することが許されていたことです。とくになんの隔てもない空間にトイレなどが設置されており、記念撮影までしてしまいましたが、それほど遠くない場所をキリンが歩いたり、はたして安全性の確保は大丈夫?とってしまうシステムでした。そのほかにもカバ、バッファロー、シマウマなど様々な動物たちを堪能することができ(写真16-18)、2018年もサファリを十二分に楽しませていただきました。

また、余談ですがこの日の昼食ではラクダを食しているメンバーがおり、便乗して味見もをさせていただきました(写真19)。



そして午後からはプムワニスラムの無料医療キャンプを訪問しました(写真20)。この無料医療キャンプは内海眞先生が2000年から毎年参加されていた医療キャンプで、内海先生のケニアでの診療の原点ともいえる場所です。また、アサンテナゴヤも前身であるイルファ ナゴヤとして2007年からこの無料医療キャンプに関わっていたそうです。私にとって今回が初めてスラム訪問であり、明らかにこれまでの街並みとは異なった、荒れた雰囲気がかきまわっていました。そのスラムの真ん中にある市のホールを借り切って、無料医療キャンプが展開されていました(写真21)。今回は1日当たり500人以上、合計2500人以上の患者さんを日本全国各地から集まった医師9名(感染症内科、小児科、小児感染症内科)、薬剤師2名、鍼灸師1名、歯科医師1名、看護師4名の17人で診察されていました(写真22-24)。そのほかにも近くのイタリア人が行っているHIV診療クリニックのサポートもしているそうです。このキャンプの原点になっているのは内海眞先生と当院の坂田達朗先生の共通のHIV診療の師匠である稲田先生(写真25)であり、ケニアに在住しプムワニ村に事務所を構え、HIVコンサルタントを継続的に行っておられます(写真26)。この事務所にある検査機材や、日本から持ち込んだ各種検査器具、薬剤などを用いて、CBC、生化学検査、HIV検査など多くの検査が可能であり、CD4測定も20分で可能だそうです。野戦病院そのものの風景でしたが、2年前までのアサンテナゴヤのゲム村での無料医療キャンプもよく似た雰囲気で行われていたそうです。このキャンプの中心人物である釧路労災病院の宮城島先生(写真27)に、以前は近隣に本当に医療機関がなかったので隣国のソマリアからも患者さんが来ていたこと、HIVの罹患率は以前は20%を超えていたが今年のHIV検査での新規陽性者は8%程度まで減少していること、最近では糖尿病や高血圧などの生活習慣病が増えていることなどを

伺いました。また、この無料医療キャンプは若い医師に国際貢献を経験してもらおう場所としても重要だと考えているとのことでした。ケニアのスラムの中に、限定的とはいえ日本の病院に近い医療施設を再現し、適切な医療を献身的に施している姿にはアサンテナゴヤと通ずる理念が多く、自分も医師としてまだまだできることがあるのでは、と考えさせられました。

プムワニ村を後にした我々はホテルに戻り、ケニアでの最後の夜をメンバー全員で旅の写真と動画を鑑賞しながら夜遅くまで楽しみました。

9月23日:とうとう最終日となりました。空港に向かう前に、ナイロビで経済的、その他の理由で十分な診療を受けられない子供たちを援助している日本の団体である「チャイルド・クリニック」(<http://www.child-doctor.org/>)を訪問し、当院からの寄付金・支援助物資をお届けしました(写真28)。そして昨年同様あの動物のぬいぐるみをさらに購入し、子供たちと交流してチャイ、チャパティ、サモサをご馳走になりました(写真29、30)。

今回のケニア視察においても、数多くの貴重な経験をさせていただきました。昨年同様に無料医療キャンプがほとんど行われなかった旅でありましたが、キシイ地区における様々な医療機関に加えて、ナイロビでご活躍されている日本の方々施設を視察することができ、多くの得がたい経験を得ることができました。

最後になりますが、内海眞先生はじめ今回も我々をあたたく受け入れ支えてくださった旅のメンバーの皆様、アサンテナゴヤの皆様、長期間の不在にもかかわらず快く送り出してくださいました岩垣博巳院長先生、坂田達朗先生、スタッフの皆様、ハブニング続きであった諸準備をお手伝いいただいた事務部の皆様に御礼を申し上げます。



- 2 beランキング 山口百恵さんの歌 私のThe Best! 藤川いづみさん
自衛隊でもある音楽雑誌。一冊に10曲として、世に出たいことをツイッターで発表しています。
- 3 サゼエさん 武蔵野の行方 動物の自然保護問題 立会町
- 4 De FRONT! 伝統食品のブランド化 それぞれの最終産業 特産地で正
- 5 ののちのちの科学 それぞれの科学 特産地で正 ショップとSNSを繋げたら?



- 6 7 みちのものがたり 『朝日共和国』への道 北沢動物園最後の朝日 1970年代の朝日 朝日動物園の朝日 朝日動物園の朝日 朝日動物園の朝日
- 9 驚く なる 夫の行動の秘密
- 10 De between 未来が違って欲しい? 朝日動物園の朝日 朝日動物園の朝日 朝日動物園の朝日
- 11 ハスル 朝日動物園

テレビ 朝日動物園の朝日 朝日動物園の朝日 朝日動物園の朝日



ケニアの障害児に生きる喜びを

小児科医 公文 和子さん (49歳)

「シロアムの国」で障害児医療に取り組む公文和子さん。深い情愛と勇気あふれる笑顔が、その言葉を支えるのは紙に書いてある

ケニアの首都ナイロビ。1999年、大層な病院に勤務する小児科医の公文和子さんが、ケニアの首都ナイロビで生まれる。ケニアは、東アフリカの東部、インド洋に面している。和子さんは、東京生まれで、東京育ち。和子さんは、東京生まれで、東京育ち。和子さんは、東京生まれで、東京育ち。

ケニアの首都ナイロビ。1999年、大層な病院に勤務する小児科医の公文和子さんが、ケニアの首都ナイロビで生まれる。ケニアは、東アフリカの東部、インド洋に面している。和子さんは、東京生まれで、東京育ち。和子さんは、東京生まれで、東京育ち。和子さんは、東京生まれで、東京育ち。

「がっかりはしても希望を失うことはない」

フロントランナー

Front Runner (1冊から読む)

プロフィール

- 1999年、大層な病院に勤務する小児科医の公文和子さんが、ケニアの首都ナイロビで生まれる。
- 東京生まれで、東京育ち。和子さんは、東京生まれで、東京育ち。
- 和子さんは、東京生まれで、東京育ち。



子どもたちの手を繋いだ笑顔が、いつか勇気を持って一歩を踏み出す

公文 和子さん 小児科医
ケニアの首都ナイロビ。1999年、大層な病院に勤務する小児科医の公文和子さんが、ケニアの首都ナイロビで生まれる。ケニアは、東アフリカの東部、インド洋に面している。和子さんは、東京生まれで、東京育ち。和子さんは、東京生まれで、東京育ち。和子さんは、東京生まれで、東京育ち。

公文 和子さん 小児科医
ケニアの首都ナイロビ。1999年、大層な病院に勤務する小児科医の公文和子さんが、ケニアの首都ナイロビで生まれる。ケニアは、東アフリカの東部、インド洋に面している。和子さんは、東京生まれで、東京育ち。和子さんは、東京生まれで、東京育ち。和子さんは、東京生まれで、東京育ち。

ケニア渡航を通して 前編



薬剤部

河野 泰宏

9/14

小雨が降るなか、背中にリュック、両手にスーツケース(一つは福山医療センターの方々から寄付していただいた支援物資をいれ、もう一つに個人用荷物をいれた)スタイルで、バスに乗り込み、福山駅に向かいました。福山駅からは名古屋駅まで新幹線で向かい、そこから名鉄に乗り換えて、出発地である中部国際空港を目指しました。

福山医療センターとしてアサンテナゴヤに同行してケニアの診療現場を見学するのは2回目。

今年は職員からの寄付物資を現地に届ける役目を負っての参加となりました。

今年は堀井先生を中心に看護師の片山さんと私の三人でケニア視察に参加させていただきました。私としては初の海外。その最初の地がケニア。日本とは違う環境を肌で感じられることが楽しみであったと同時に、英語が苦手な私にとって、現地で無事に役目を果たすことができるのか心配でもありました。

またこの日を迎えるまでにパスポート申請やビザ申請、複数のワクチン接種など数多くの初めての体験をしました。特にビザ申請ではなかなか承認が下りず不安と焦りを感じました。

私たちは当初の予定では関西国際空港からの出発でしたが、幸か不幸か出発の約一週間前に大型台風が日本を直撃。関西国際空港が浸水し、連絡橋にはタンカーが衝突して一部使用不可になり、復旧には相応の時間を要することが予想され、ケニア行きが危ぶまれていました。私たちは出発準備をしている最中のことで完全に寝耳に水であり、無事にケニアに行けるか心配が募りました。

そこで急遽、堀井先生とアサンテナゴヤの岩崎さんとの間で別ルートでの出発の話合いが行われ、最終的に中部国際空港発ケニア行きを手配することができ、なんとか出発にこぎ着け安堵しました。

中部国際空港に到着して最初に向かったのは寄付金と個人用の旅の資金をドルに両替するための両替所。両替は堀井先生が代表して行っていただきました。

両替を終えると今回もお世話になるアサンテナゴヤと合流しました。アサンテナゴヤの方々はすでに支援物資を段ボールに詰め、一人一人の無料受託荷物の制限重量30kg以内に収まるように持ち込む荷物を分配していました。また、参加される方々はスーツケース内を支援物資が入るように個人の荷物は少なめに準備しており、用意周到だなと感じました。私たちも支援物資の持ち込みに協力したかったのですが、残念ながら職員からの寄付物資と個人の荷物で一杯。力になることはできませんでした。

搭乗手続きまでは、今回参加される方々と軽く挨拶を交わしたり、食事をしたり、集合写真を撮ったりして過ごしました。

フライト時間が近づき、搭乗手続きと受託荷物を預けに向かいました。私たちの荷物は重量オーバーが懸念されたためアサンテナゴヤよりも早めに搭乗手続きをさせていただいたのですが、案の定、それぞれの荷物が重量オーバーしていました。搭乗手続き前に3人で少々の金額であれば、超過金を支払って持って行こうと話していたのですが、超過料金がなんと180ドル。3万円近くかかることに3人で驚愕!何とか30kg以内に抑えるべく、計量計の前でスーツケースを広げ、上着は着込めるだけ着こんで、重そうな物を中心に手荷物に詰め込みました。その甲斐あって超過料金をギリギリのところまで支払わずに済み(きっと手荷物は7kgを超えていたと思われますが、計量されることなく)無事に?搭乗手続きを終えることができました。

その他にも飛行機に乗り込むまでちょっとしたハプニングがありました(受託荷物から手荷物に慌てて移した影響で堀井先生の手荷物にハサミなどが紛れ込んでいました)何はともあれ、ケニアに向けて飛び立つこ



写真 1

機内での堀井先生と片山さんの様子

とことができました(写真1)。

飛行機はまず、経由地である北京に着陸しました。そこでは乗客の入れ換えと機内清掃が行われましたが、その間私たちは機内で軟禁状態。時刻は現地時間で0時過ぎ

ぎ。本当であれば、寝ておきたい時間帯でありましたが、機内は清掃員の会話や清掃音で喧噪状態。とても眠られる状態ではありませんでした。私は騒音を聞きながら耳栓を準備しておけばよかったと後悔しました……。

9/15

乗り継ぎ地点であるアバジ国際空港に到着しました。

飛行機からの景色は茶色に近く、空港が砂漠の中に突如現れる感じでした。空港周りはまだ整備中かと思うくらい砂が積まれている場所もありました。

乗り換え時の手荷物検査は日本で行ったものとは違い荒っぽい印象を受けました。しかしトランジットだから緩いのかは分かりませんが、ペットボトルをそのまま通しても止められることはありませんでした。

アバジ国際空港内のデザインは斬新な作りをしており、新鮮な感じを受けました(写真2)。また管制塔と思われる建物は半分が土で埋もれたバナナのような形をしており、建築が大変だろうと違うところに思いを馳せていました。

私たちのチケットでは7:55が出発時間として記載されていましたが、アバジの電光掲示板を見ると8:55と表示されていました。機体番号を確認して間違いがないことも確認し、海外に行くこととそういうこともあるのかと驚きました。



写真 2

空港内の独創的な天井



写真 3

フライト待ちの参加メンバー

それによって一時間近く時間的余裕が出来てしまったので、空港内の椅子に座り、各々、次のフライトに向けて羽を伸ばしました(写真3)。

この時点ではまだメンバーと親しい関係を築けていなかったためどこか距離を感じていました。

出発時間が近づき、私たちは搭乗のため連絡バスに乗り込み、昇降口へと向かいました。飛行機に連絡バスで運ばれることを経験したことがなかったため新鮮な感じがしました。

連絡バスのなかでは蚊対策として虫除けスプレーを露出部に吹きかけてケニアに向けて準備を整えました。どのくらい蚊に遭遇するのか少し心配があったため顔にもしっかりと虫除けスプレーを塗りました。

機内では白野先生、片山さんと同席になり会話を楽しみました。

私たちが搭乗した飛行機は滑走路を移動する際にキュイクイクイという嫌な音がっており、本当に飛んでも大丈夫なのだろうか心配になったのですが、それを他所に飛行機はケニアに向けて飛び立ちました。

アバジ国際空港からナイロビ国際空港(ジョモ・ケニヤッタ空港)までは約5時間かかりました。

空港に到着して初めに入国審査を行ったのですが、英語力に自信のない私は無事に入国できるのか心配していました。

他の先生が無事にパスしていくなか、とうとう自分の番がきました。まず、事前に申請していたeVISAとパスポートを入国審査官に手渡しました。次に指示に従って指の認証を行ったのですが、右手指をスキャンした後、審査官が「left

turn.」と言うので(えっ?左に回れとはどういう意味??)と思いながら左に回ると…。何をしているんだ?というような顔をされ、「違う。左手の認証だ。」という風に言われ、早々に失敗してしまいました。恥ずかしい思いをして審査を通過した後は受託荷物を取って入国ゲートへとむかいました。

ゲートでは大量の段ボールやスーツケースを持っていたため、私たちは止められて別スペースに追いやられました。どうやら商売目的での入国と思われたようでした。内海先生が職員に説明するも寄付物資とは信用してもらえず、結局お金を支払って通してもらおう形となりましたが、このやり取りは毎年のことであるようでした。しかし、お金を支払ったらX線検査もせずにゲートを通過できました。危険物があつた場合はどうするのだろうかかと心配になり、日本であつたら大問題になると感じました。

ゲートを抜けるとドルをケニアシリングに変更したり、現地のSIMカードを購入したり、荷物をバスに載せたりしながら他のメンバーの到着を待っていました。

メンバーが揃うと私たちは空港からホテルに向かいました。ナイロビの景色は緑もあつたり、ビル群もあつたりして想像していた以上に発展していると感じましたが、信号待ちをしていると道に物売りたちが続々と出てきて車と車の間を歩いて商売をしたり、横断歩道のない道路を当たり前のように渡つたりして発展している部分と途上の部分が入り交じっている印象を受けました。また、標識や信号機も少なく、見かけた信号機も機能しておらず、警官が交通整備していたのが印象的でした。

ホテルに行く前に現地スーパーでゲーム村での昼ご飯の買い出しを行いました。現地のスーパーはセキュリティ対策がしっかりしており、入店前にも手荷物検査と身体検査が行われました。そういう面では日本より嚴重だと感じ



写真4
スーパーの野菜売り場

ませんでした。

温かいお湯は出るし、料理も中華料理系で私の舌に合って美味しく感じました。

食事の前には今回の参加メンバーが全員揃つたので、自己紹介を兼ねた挨拶を一人一人行い、各々食事と会話を楽しみました。

9/16

この日はナイロビからキシイへ向かう予定でした。

荷物をまとめてロビーに集め、バスにスーツケースや支援物資を積み込んで行きました。スーツケースはバスの上に置いて、その上から雨対策のシートをかけるのですが、シートの大きさが少し足りず、後方は野晒しになっていましたが、運転手は特に気にする様子もなく、アサンテナゴヤの方々も毎回のことなのか特に気にしていないようでした。

キシイへ向かう道は意外にも整備されており、市内では特に大きな揺れもなく、至って快適な道中でした。ナイロビ中心部は発展していましたが、やはり街の外れに行くに従って貧富の差が垣間見えるようになっていきました。道路周

辺にはボロボロの建物が並んでいたのですが、奥の方にはアパートと思われる綺麗な建物が並んでおり、ちぐはぐな印象を受け、富裕層と貧困層の差を感じました(写真5)。

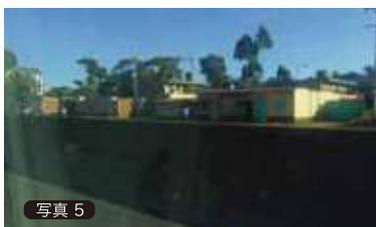


写真5
道路沿いの建物

街を抜けると辺りは畑ばかりに

なりました。畑は主食の関係からトウモロコシ畑が多いように感じました。

しばらく行くと、おすすめのビューポイントに到着しました。そこは人類発祥の地と言われている大地溝帯(グレート・リフト・バレー)。まさに絶景。写真ではこの素晴らしさは伝えきれないと感じました(写真6)。

ビューポイントを過ぎるとバスは道なりに沿って下っていき、先程眼下に眺めていた大地溝帯のなかをキシイに向けてひた走っていました。

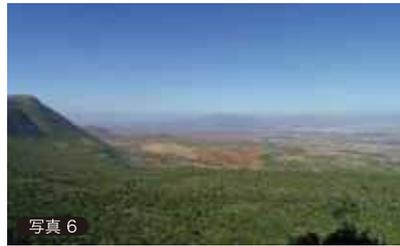


写真6
大地溝帯(グレート・リフト・バレー)



写真7
急遽木陰で休憩となった一行

バスが来るまで時間を持って余していたため数名で辺りを散歩することとなり、道沿いを500mほど歩いていると前に建物が見えてきました。そこには子どもたちの姿があつたため初め学校かと思って行ってみると教会であることがわかりました。そして、今日(日曜日)はちょうどミサが行われており、多くの人々が集まっていました。ちょうど女性用のトイレ問題もあつたことから堀井先生がトイレを貸していただけるか、牧師さんに交渉され、無事に借りることができました。さらにミサの会場にも入れて貰えることとなりました。私はバスに戻ってしまったのですが、残った先生方は子供たちのダンスなども観られて楽しんだようでした。代車のバスが到着すると故障したバスに横付けし、屋根の荷物をそのまま横に移したり、窓から窓へバスの中の荷物を移したりしていました(写真8)。長らく足止めをくってしまいました



写真8
荷物の載せ替え中

が、やっと再出発となりました。

なかなか貴重な体験ができたと思います。昼食はバスのトラブルもあつたため4時過ぎとなってしまいましたがお腹が空いていたことも相まってとても美味しく感じました。

キシイが近づくとつれ、道路状況は徐々に悪くなっていきました。

そして、ちょうど日曜日ということもあって道路周辺の露店は多くの人でごった返して、人の近くを抜けていくこともあり、いつか轢いてしまうのではないかと冷や冷やしてしまいました。

また、道路には意図的に盛り上げられている場所があり、勝手な想像ですが自動車をスピードダウンさせるための段差ではないかと思いました。キシイのホテルにはバスのトラブルもあって、予定よりも遅い到着となつてしまい、私は長時間の移動でクタクタでした。支援物資はホテルのカンファレンスルームをお借りしており、そこに置かせていただきました。

夕食時にはゲーム村でお世話になるエリアス牧師と奥さんが加わつての食事となりました。エリアス牧師と奥さんは私たちがホテルに到着した際も歓迎してくださいました。



蚊帳に包まれたベッド

動するらしいので、蚊対策は重要であると感じました。私たちが泊まったホテルにはベッドの上から蚊帳が吊るされており、蚊帳の中で眠りました(写真9)。私は初めてのことで少しテンションが上がっていました。

9/17

この日はゲム村の診療現場視察でした。

ゲム村への道は途中から未舗装の道となりましたが、昨年より舗装道が増えていたと昨年参加された方々が口々におっしゃられていて、徐々にインフラ整備が整ってきていると知りました。しかし、未舗装の道は至る所が凸凹で本当の意味でバスに揺られながらゲム村に向かいました。

ゲム村の診療所「聖テレサ アサンテナゴヤ」に到着した際は、現地のスタッフの方々が温かく出迎えてくれ、今までのアサンテナゴヤの活動がどれほど感謝されているのかを体感しました(写真10)。



出迎えてくださったスタッフと私たち

一室に集合してスタッフと私たちお互いに挨拶と自己紹介をしました。現在診療所はクリニカルオフィサーが1名、看護師が2名、検査技師が1名、薬剤師が1名、その他診療をサポートするスタッフ数名で診療に当たっているようでした。

診療は昨年同様の現地スタッフにアドバイスする形で行われました。

医師ではない私は先生方が診察をしている間、施設のいろいろな場所を見学して回りました。

診察は受付で名前や住所等の基本情報を伝えて受付料100kshを支払って開始となり、(受付記録は帳簿に記載)。隣で簡単な問診が行われ、主訴を聞いた後、診察室に移動して医師の診療を受けていました。カルテはA5ほどの用紙に記載されており、昨年と変わっていないようでした。

ゲム村ではマラリア患者が多く(2018/7/29~9/17で7人/30人)、マラリア感染疑いの患者は、その日のうちに検査・診断が行われていました。対象は目がとろんとしていて元気がない感じの患者だそうです。検査は血液検体を用いた染色法で行われ、検査結果は帳簿で管理されており、検査しっぱなしというわけではなく安心しました。

私は主に薬局の見学を行いました。室内は、電気を使わず外光に頼っており薄暗く感じました(写真11)。また、空調がなく、薬剤の管理状況が気になりましたが、室内は意外にも涼しく感じられ、正午頃でも30度は超えていないだろうと感じるくらいでした。冷所品は食品用ではありますが冷蔵庫で保管されていました。



薬局内の様子

薬品棚の医薬品は付箋を用いて効能ごとに分類別けされており、それぞれの薬品名はテープに小さく書かれて棚に貼ってありましたが、調剤のためでなく、置き場を示すために貼ってあると思われました。

患者との処方箋、薬の受け渡しは格子付きの窓から行われていました。処方箋は紙カルテに記載され、薬局で回収するようになっていました(回収したカルテは薬局以外の場所で患者ごとに管理されているようで経時的治療が可能な状態にはあるようでした)。

処方箋は薬品名、用法・用量、日数が記載されており、それに基づいて調剤が行われていました(写真12)。見学中にはアセトアミノフェンやペニシリン系(アモキシシリン等)が多く処方されていたように感じ、限られた薬剤の中で治療が行われている印象を受けました。薬剤はチャック袋が紙袋に入れられ、薬品名と用法を簡易に記載して患者に手渡されていましたが、手渡す際に用法用量を簡単に説明するだけであり、患者がどの程度理解できたのか心配になりました。また、効果や副作用の説明もなく、適切な情報提供ができていないと思いませんでした。

診療所ではHIV感染症拡大防止に力を入れており、HIV検査を実施していましたが、ここには肝心の抗HIV薬がなく、陽性者は近隣の医療施設で治療を受ける必要があるとのことでした。検査と診断が可能となったことは地域にとって非常に有益と感じましたが、投薬ができず、聖テレサ アサンテナゴヤで一貫した治療が行えないことは今後の課題と考えられました。しかし、スタッフのジュマさんを中心にHIV陽性者の経過を追っていると話されており、限りある資源の中でサポートしており、村民を大切に思う姿勢が感じられ、この活動が今後の聖テレサ アサンテナゴヤのHIV治療の礎となることに期待したいです。

ケニアではHIV検査キットや抗HIV薬は政府から供給されるのですが、聖テレサ アサンテナゴヤはHIV診療のための認定基準を満たさず、供給されていない実情がありました。(ちなみに同じく政府から供給される小児用ワクチンは供給されているよう)。

診療所全体としてもいくつかの課題があるようでした。一つ目として経営状況が思わしくないようで、2018年1月から9月までで1日平均2人程度の患者しか来ていないようで、患者が圧倒的に少なく、赤字経営が問題となっていました。そこには医療費が高額であることも一つの要因ではないかと考えられ、見直しも必要と思われました(写真13)。

二つ目にクリーンな水の安定供給の問題がありました。過去のアサンテナゴヤの援助で新しい井戸の掘削と貯水タンクの設置が行われ、クリーンな水を確保できる体制は整っていました。しかし、水を引き上げるための電力が不足しており、訪問時には機能していない状態でした。今後、太陽光パネルを使用した自給の電力確保を考えなければいけないと思われました。

三つ目として古井戸が敷地内に残されており、蚊の発生源になる可能性がある点です(写真14)。残している理由は不明ですが、不要であれば埋め立てを行う方が安全だと感じました。



処方箋と処方薬



診察料等の標識



古井戸の様子

昼過ぎまで行われた診療後は、現地スタッフを交えて日本のカレーと現地のカレーをご馳走になりました。現地のカレーはスープのようにさらっとしていましたが、しっかりスパイスが効いていて美味しくいただきました。

また、食事の際に当院からの寄付金や支援物資を堀井先生より手渡されました(写真15)。私たちの寄付金等が聖テレサ アサンテナゴヤの運営資金として有効に使用されることに期待したいです。



写真15
寄付金をエアラス牧師に手渡す堀井先生

9/18

この日はゲム村での診療支援班とキシイ病院の見学班に別れての行動となり、私はキシイ病院見学に同行させていただきました。

昨年は大規模なストライキがあり、病院機能が停止していたため診療現場の見学ができなかったと聞いていましたが、今年は通常通り診察が行われており、充実した見学プログラムとなりました。

キシイ病院は公立病院の中でレベル5に位置する病院でした(ケニア国内の公立病院は6段階でレベル分けされているようです)。

始めに私たちは院長室に通されて挨拶や概要説明を受けた後、病院内のスタッフに案内していただきながら見学を行いました。キシイ病院は日本の援助が入った病院のようで診療器具やベッド等に日本国旗が記されていました(写真16)。

見学は外来診療科や手術室、NICU、ICU、病棟等々複数箇所を案内していただきました。

病棟見学の際には数多くの驚きを得ました。

感染症はマラリアや結核が多いようでした。日本であれば結核は結核病棟などに隔離されると思いますが、こちらでは普通の患者と同じように入院させられるようで、二次感染予防は全くと言って良いほど成されていませんでした。

また、輸液のミキシング作業では驚愕現場を目の当たりにしました。薬液の注入部位がゴム栓部からではなく、プラスチック部からだったのです。これには衝撃を受けました。そして衛生管理の低さを実感しました。さらに点滴する際には通気のためにさらに針が刺してありました。

レベル5の病院でこの状況を目の当たりにしてケニアの医療現場に一抹の不安を覚えました。

HIV治療に関してはCCC(Comprehensive Care Center:包括的治療センター)とVCT(Voluntary Counseling and Testing:自発的カウンセリングとHIV検査)を見学させていただきました。

キシイ病院では約4500人のHIV患者をフォローしており、そのうち約330人は子どもだそうです。また、HIV治療を行っていない患者は少数とのことでした。

まず、VCTはHIV感染者が自発的に検査を受けに来る場所であり、日本の保健所のような感じかと想像しました。

日本でのHIV感染はスクリーニング検査で陽性、その後確認検査(WB法、PCR法)でも陽性となればHIV陽性と診断されますが、ケニアでは2種類のイムノクロマト法を用いて両方で陽性となればHIV陽性と診断され、即日CCCに紹介され治療が開始となる仕組みがあるようで、遅くとも2週間以内には治療が開始される迅速性がありました。日本と違い、ケニアでは発見から治療開始までが素早く行われることに驚かされました。

治療開始時にはHIV治療用の問診(写真17)に加え、結核用の問診も行われているようで、結核の問診は4項目を確認し問題なければ、抗HIV

薬に加え、イソニアジドとST合剤の予防内服をしながら治療が開始となります。

初診時(治療開始時)にCD4とHIVのウイルス量を測定しており、その後6ヶ月後に再測定を行い、ウイルス量が1000コピー以下であれば1年後、1000コピー以上であれば3ヶ月後のフォローとなるようでした。受診も治療が安定している患者は3ヶ月に1回の受診となるようです。また、経過の問診と結核の問診は受診時ごとに毎回確認しているとのことサポートが充実していると感じました。また、これらの検査や治療は無料で行われるようでケニア政府のHIV治療への関心が高いことを知ることができました。

一方で、HIVに関係のない血液検査や生理検査等は有料であり、貧困層では測定できないこともあるため改善すべき問題であると感じました。しかし、全体的に見るとHIV治療の現場は思った以上に進んでいる印象を受けました。

その後は薬局の見学もさせていただきました。薬局もHIV関連の薬局とそれ以外の薬局で別れており、HIV関連の薬局には抗HIV薬や予防内服薬が在庫してありました。ケニアではジェネリック医薬品が進んでおり、抗HIV薬もジェネリック医薬品が多く存在しており、日本では見かけない合剤も複数あり、とても興味深く見させていただきました(写真18)。

キシイ病院の見学を終え、続いて近隣の内視鏡クリニックを訪問しました。

そちらでは主に堀井先生の専門分野である上部・下部内視鏡検査を見学させていただきました。堀井先生曰く、使用されている器具は2世代前の物であったりしたそうです。私は普段見学する機会のない内視鏡検査を実際に見学することができ、大変有意義に過ごせました。

クリニック見学終了後は町の薬局にてゲム村で使用する薬剤を購入しに向かいました。町の薬局の薬品棚には所狭しに薬が陳列してありました(写真19)。

ここでも驚いたことがあり、ケニアでは処方薬が処方箋なしに一般薬局で購入することができるそうです。病院にかかるよりは医療費を抑えられそうですが、適応、用法用量や副作用マネジメント等が個人で判断できているか心配な気持ちになりました。また、抗生剤は不適切な使用による耐性獲得の問題もあり、制度の見直しが必要と感じました。



写真16
診療器具について日本国旗



写真17
HIV治療用問診票



写真18
抗HIV薬のジェネリック医薬品



写真19
町の薬局内の様子

次号に続く



肺癌外科領域における ここ10年の進歩と未来予測

現在、2人に1人は癌にかかり、3人に1人は癌で死亡する。つまり、国民病である。中でも肺癌による死亡者数は最多で年間7万人を超える。従来から、その治療として、手術、抗がん剤、放射線治療の3本柱である(図1)。最近はさらに2本増えた。それらは、分子標的治療薬とチェックポイント阻害薬の登場である(図2)。



図 1



図 2

しかし、根治という観点からいえば、未だに外科療法、すなわち手術は最高の局所治療であり、したがって治療のmainstayである。さて、この10年で肺癌領域に外科的な進歩がどれほどあったのか？

手術そのものの、大きな変化はない。これは術式や手技がある程度成熟しているためかもしれない。したがって大きな進捗はなかったとも言える。

その一方で、大きく変貌した、またはしつづつあることもある。アプローチの変遷はより低侵襲な方向へシフトし(図3)、リンパ節廓清の考え方も緩やかに推移している。また肺機能温存という意味での縮小手術も実地医療に受け入れられている。また周術期という観点からいえば、画像診断の精度が向上し、立体的な解剖学的把握に留まらず、術前の診断精度、技術も進歩した。また術中の触知不能の腫瘍に対しても従来のガイドマーキングから新たな試みが模索されている。またsealing deviceやstaplerなど器具の進化も顕著である(図4)。さらに鏡視下手術のカメラも高性能になり、ロボット装置も改定されている(図5)。また、局所進行肺癌はその集団

がheterogeneityに富んでいるために、結果として治療法も多様である。外科的介入に関してはcontroversialでchallengingである(図6)。従来、手術、抗がん剤、放射線治療などの集学的治療が試みられてきたが、現在では、Quatro-modality therapyも探索されている(図7)。さらに、怒涛の薬物の開発の歴史において、本来、手術の対象ではなかった集団が、手術の対象になってきつつある。いわゆるsalvage thoracic surgeryである。その定義や適応はスライド8に、掲げたが流動的と思われる。したがって、肺癌領域のこの10年の診断、治療の進歩、自験例をreviewして今後の未来予想図と迫り来るパラダイムシフトを考えてみたい。

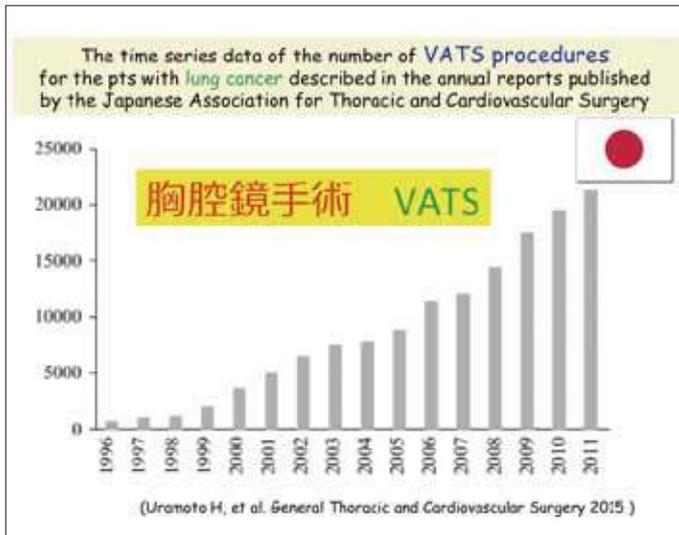


図 3

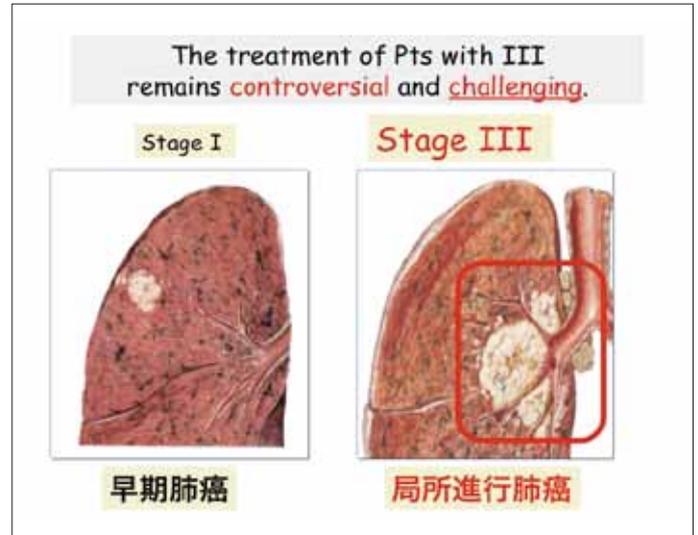


図 6



図 4

Quatro-modality therapyが最も強力な集学的治療?

放射線治療	化学療法
<ul style="list-style-type: none"> 局所制御には優れるが照射野の根治性は完全ではない 	<ul style="list-style-type: none"> 遠隔転移のコントロールに有用 放射線増感効果
手術	免疫療法
<ul style="list-style-type: none"> 局所制御にはもっとも優れるが遠隔病巣への効果は期待できない 	<ul style="list-style-type: none"> 遠隔転移のコントロールに有用 放射線と免疫療法の相乗効果 (アブスコパル効果) 手術による腫瘍量減少による免疫療法の効果増強 化学療法の効果増強?

図 7



図 5

The definition of salvage thoracic surgery ?

Narrow sense	Wider sense
<ul style="list-style-type: none"> Obvious local relapse, defined by CT/ FDG-PET imaging delayed conversion to trimodality Chronic bronchopleural fistula. 	<ul style="list-style-type: none"> Persistent or recurrent primary lung tumors after previous local treatment a matter of urgency such as hemoptysis (palliative intent) in cases judged to be contraindicated for chemotherapy or definite radiation due to severe comorbidities, despite a clinical diagnosis of stage IIIA, IIIB or IV disease initially

(Bauman, et al. Ann Thorac Surg 2008, Uronoto, et al. Lung Cancer 2014, Uronoto, et al. Ann Thorac Cardiovasc Surg. 2016)

スライド 8

登るより下ろう！ — 術後の多角的鎮痛管理 —

東京慈恵会医科大学第三病院 麻酔科
ハシチウオヴィッチ・トマシユ



効果がでないルーチーン

術後鎮痛管理は日常の臨床において身近なルーチーンでもあるが、患者の痛みのない経過・早期離床・合併症のない回復の現状をみるとまだまだその目標には達していない。簡単に管理できるようでも、なかなかうまくいかない場合が多い。その目標と患者の満足度とのギャップがあるのは、日本の病院だけではない。世界的に見ても、80%近い患者が術後の痛みを抱えているという驚くべきデータもある。なぜ、そういう状態が続いているのだろうか。(図1)

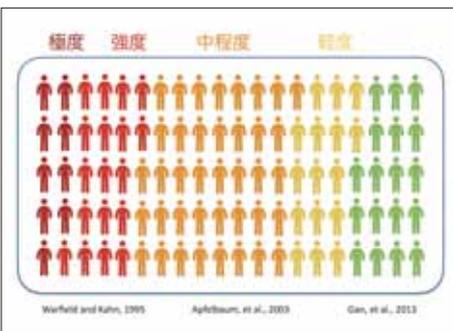


図 1

その理由の一つで、術後鎮痛管理において一番難しく、さらに避ける傾向にある課題が、痛みの主観的側面である。痛みの評価がうまくされていないうえ、統一された鎮痛管理にも当てはまらない部分だ。経験に基づいていると思込んでいる医療従事者が、患者の術後疼痛を過小評価をしているため「安全」という理由で「過少鎮痛管理」を行なっている。不十分な鎮痛管理は、様々な合併症を引き起こす可能性があるため、見直しが必要だ。(図2)

ここでは、術後疼痛の理解を深め、評価ができ、鎮痛薬・鎮痛方法の選択範囲を知ったうえで、自分の施設に適した管理システムを使用しながら、より満足ができる術後鎮痛管理を患者に提供する可能性について考える。

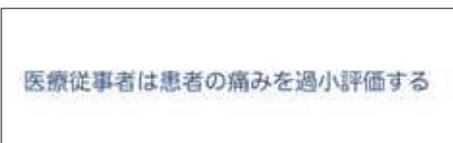


図 2

術後疼痛の特徴

術後疼痛は急性疼痛、主に侵害受容性疼痛である。言うまでもなく、術直後に発症し、明確な部位(創部、ドレーン挿入部など)で一番強い。チクチクする、引っ張られているような痛みで、咳、

ガーゼ交換、寝返りがその増悪因子である。POD2-3でピークを超えた後、創部に問題がなければ、自然に消失する傾向がある。そのため不十分な鎮痛管理を行い、自然消失のを待つ医療従事者がいる。術後疼痛の特徴は、他の痛みと鑑別できるほど明瞭で、術後に違う部位や強さ、特徴のある痛みが出現したら、外科的合併症を疑ってもいいとまで言われている。(図3)

ここで忘れてはならないのは、術後疼痛は他の痛みと同様、主観的な体験だということだ。それが痛みの個人差を生む。医療従事者の義務は、できるだけ術後疼痛を取り除く努力することだ。「術後の痛みには害がなく、むしろ術後の通常の経過に含まれており、病態を観察するために必要だ」というのは間違った考え方である。(図4)

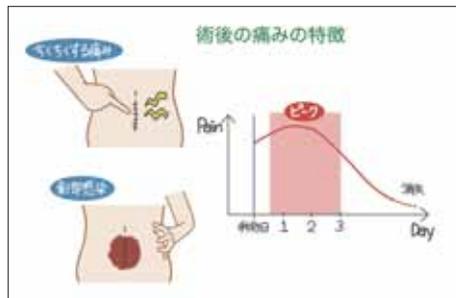


図 3

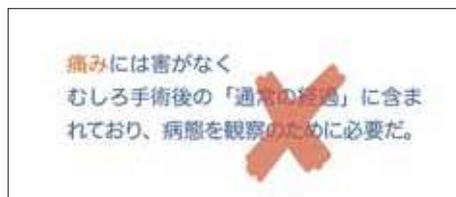


図 4

術後疼痛の評価

痛みは主観的な体験で、患者しか自分の痛みはわからないとも言える。それなのに、医療従事者は患者に聞きもせず、患者の痛みを勝手に評価をしている状態が今でも続いている。術式によって、痛みが強いが弱い事前の「経験を基に」決めており、それに応じた鎮痛方法を選ぶケースが少なくない。だが、他人の主観的な体験を事前に評価するのは、論理的に不可能だ。それなのに「十字靭帯のオペ後は痛みがほとんどない」とか「ラパロだから痛くない」といった評価・対応が続けられている。(図5)



図 5

痛みを評価するツールとして様々なスケール(VAS, Face scale, NRSなど)が使われている。どれも完璧ではない。NRSスケール(Numeric Rating Scale)は、道具なしでも使えるスケールで、簡単に導入できると言われている。11段階のスケールで、0を痛みの全くない状態として、10が耐えきれない痛みとし、患者に数字で痛みを表現してもらおう。安静時と体動時(咳払い、寝返りなど)と二つの数字で「NRS2/3」というように評価すると良い。注意しなくてはならないのは、患者に聞くときに使う言葉を全病院で統一することだ。特に「耐えきれない痛みを10として」の部分が重要だ。違う聞き方をすると、評価の結果が多少ずれることがあるからだ。記載も同様でNRS5/8のように統一することだ。「自制内」などの表現は、痛みの評価にならない。(図6、7)

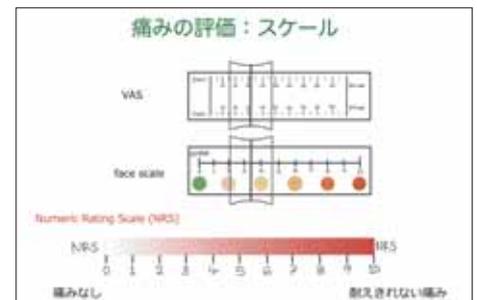


図 6



図 7

NRSは評価目的だけでなく、鎮痛目的にも使える。NRS2/3を目標に鎮痛管理を行えば、患者は自ら離床できる。その目標を患者に教えることで、NRS3/4以上になった場合、患者が自ら鎮痛を求めることも期待できる。NRSが8-10まで上がってしまうと、痛みを緩和する苦勞も大きくなるので、術前からNRSを通じて患者を鎮痛管理チームのメンバーに加えるべきだ。(患者用ポスター、図8)



図 8

疼痛経路：鎮痛薬のターゲット

痛みの刺激信号は、侵害受容器から末梢神経末端との相互作用で末梢鋭敏化を受けて、神経を通じて脊髄後角に伝わる。末梢鋭敏化(刺激信号の認識・強化)においては、炎症サイトカインのうちプロスタグランジンが重要な役割を示している。神経では、痛みの刺激信号が活動電位(デンドリットの細胞膜にあるイオンチャンネルによる電流の変化)として伝達される。脊髄後角で第2ニューロンに移動するには、中枢性鋭敏化が必要である。脊髄後角から痛みの信号が、脊髄視床路をへて脳の体性感覚皮質にたどり着く。(図9)

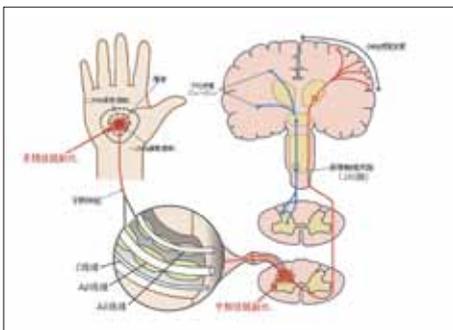


図 9

ここでは、ただの刺激信号として認識されるだけでなく、主観的な痛みの体験として解釈される。その解釈の過程に関わる、多くの脳野は総合的にPain matrixと言う。Pain matrixには、痛みが意識化される脳野(島皮質)、不快感を作る脳野(扁桃体)、痛みに対する対応を決める脳野(前頭野)などが含まれ、その全てが総合的に活動しない限り、痛みという個別な体験は生まれません。さらに脳は痛み

の信号を解釈する役割に加え、下降経路を通して痛みを抑制・調節する働きもする。(図10)

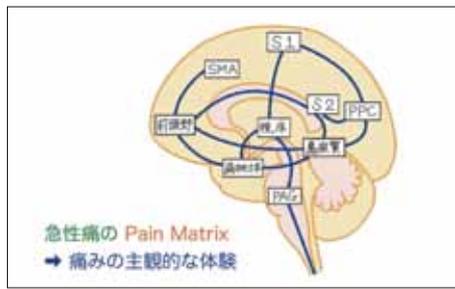


図 10

鎮痛薬はハサミ

どうすれば痛みを取れるか?疼痛経路のどこかの場所で経路を「切る」ことができれば、痛みがなくなると思われていた。疼痛経路を切る「ハサミ」だが、脳の前頭葉切断手術を行っても痛みの主観的な体験を完全に消すことはできない。これは、Pain Matrixの複雑さのせいである。(図11)

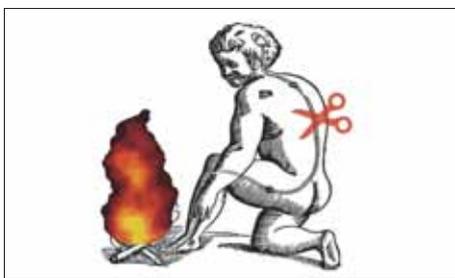


図 11

術後鎮痛管理に使われている薬剤は、NSAIDs、アセトアミノフェン、局所麻酔薬、弱オピオイド、強オピオイド、ノルアドレナリン・セロトニン再取り込み阻害薬で、どれも前述の末梢鋭敏化・神経の伝達、中枢性鋭敏化に作用する。(図12、13)

NSAIDs(非ステロイド性消炎鎮痛薬)は、末梢鋭敏化に重要な役割を示すプロスタグランジンの産生を抑制する。プロスタグランジンは通常、他の場所(胃粘膜細胞、糸球体血管、体温中枢など)にも作用するので、NSAIDsを使うと、これらの臓器に副作用が発症する。(図14)

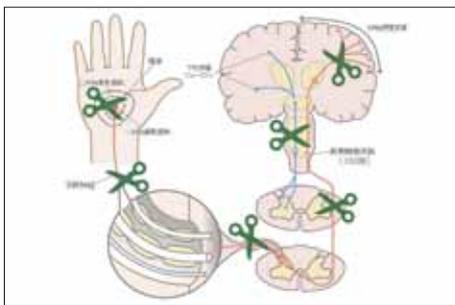


図 12

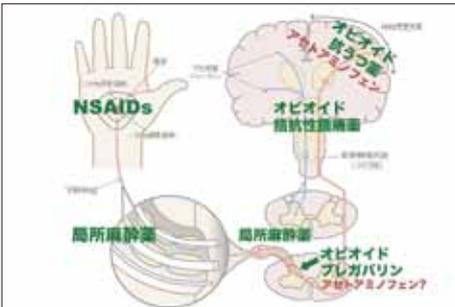


図 13

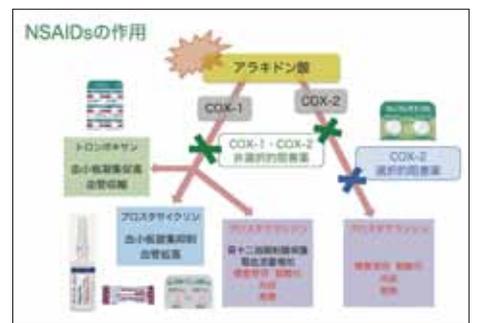


図 14

アセトアミノフェンの作用機序は、まだ明確にわかっていないが、おそらく脳と脊髄後角に作用を起こすと考えられている。経口アセトアミノフェンに比べ、数年前日本で認可された静注アセトアミノフェン(アセリオ)は、肝臓をバイパスするため、安全プロファイルが優れている。特に術後経口摂取が不可能な患者においては、静注アセトアミノフェンは不可欠な鎮痛薬であると言っても過言ではない。(図15)

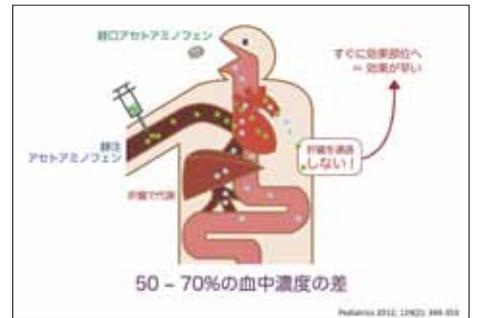


図 15

オピオイドは、すでに体内にあるエンドルフィンなどのオピオイド受容体を通して作用を起こす。オピオイド受容体には μ 、 κ 、 δ があり、それぞれの作用が少しずつ違うので、注意が必要だ。オピオイドには、その作用の特徴により、完全作動薬(モルヒネ、フェンタニル、ペチジン)・部分的作動薬(ブプレノルフィン)・競合的拮抗薬(ペンタンゾン)・拮抗薬(ナロキソン)がある。術後鎮痛管理では、痛みが強い場合またはこれから強くなる場合は、強オピオイドである完全作動薬が第一選択として使われるべきである。薬剤の投与量を増やせば、最終的にほぼ完全に鎮痛が得られる。(図16)

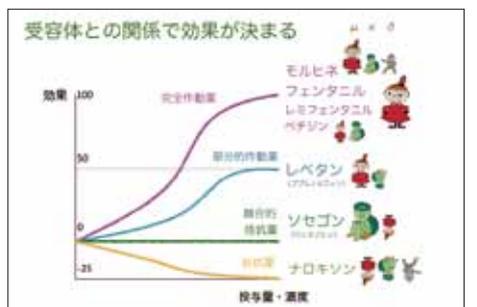


図 16

それに対し、弱オピオイドであるブプレノルフィンのような部分的作動薬は、天井効果を認めるため、極度の痛みにあふさわしい鎮痛薬ではない。POD4-5あたりで、離床できている患者にレスキューとして使うのに適した追加鎮痛薬である。ペンタンゾン(ソセゴン)は、 κ 受容体で作用を起こすが、 μ 受容体に拮抗する。術後早期(POD0-1)にペンタンゾンは推奨されていない。ペンタンゾンで十分な鎮痛効果が得

られなかった場合、最終的に使う強オピオイドの効果が正しく評価できなくなるからだ。ブレンロフィンと同じようにPOD4-5で、内臓痛を訴える患者においては、特に適切な鎮痛薬だと言える。

オピオイドの副作用は多様だが、術後、オピオイドを慎重に投与すれば、安全で有益な鎮痛薬だ。オピオイドそれぞれの作用・副作用を問わず、高い確率で耐性ができると言われているので、副作用が出現したからといって即座にオピオイド投与を中止するのは間違った考え方だ。可能な限り副作用に対応したが、それでも副作用の耐性出現が遅れた場合のみ、投与中止を検討するのが望ましい。早期に一回、強オピオイドを手放せば、極度の痛みに対応できる武器がなくなることも忘れてはならない。

局所麻酔薬は神経伝達の活動電位を全てブロックする。ナトリウムチャンネルを閉鎖することにより、一時的に痛みの刺激信号が求心性に伝わらなくなるのだ。色々な局所麻酔薬・その投与方法があるが、術後鎮痛管理において、一番重要な特徴は、作用発生時間と作用持続時間である。それぞれの特徴を知ること、管理計画が楽になるだけでなく、痛みの取れている状態を患者は継続できる。(図17)

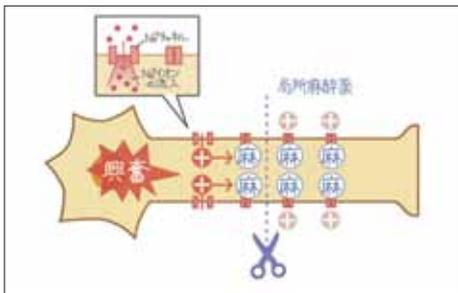


図 17

術後鎮痛管理の現状

術後鎮痛を行うも80%近い患者が術後に痛みを抱えているという現状を改善する努力が専門家の間で見られる。そのうち、術式別の術後鎮痛管理、急性痛管理チーム(Acute Pain Service, APS)の編成、患者の自己調節鎮痛管理または多角的鎮痛管理が、現状を変えるアプローチとしてあげられる。それぞれに利点と欠点があり、混合的な取り組みも試みられている。急性痛管理チームが多角的鎮痛管理を導入・管理するアプローチが望ましい。(図18)



図 18

だが、急性痛管理チーム的な急性疼痛・術後疼痛への対応方法はそれほど普及していない。大きな原因としては、人員不足や経済的な問題、メンバーの熱意不足、導入計画の間違ひなどが挙げられている。その結果、日本ではAPSチームが術後鎮痛管理をしているのは、大きな医療機関(大学病院・医療センターなど)のみで

ある。さらに「安全第一」という強調目標で主にPCA機械の安全使用が中心となり「安全のみ」な管理になってしまう傾向がある。

個別に調整した多角的鎮痛管理

一般的な従来の鎮痛管理では、鎮痛薬の副作用を重視し、弱いものから強いものまで、術後に色々な鎮痛薬を同時に投与しない、という考え方があり、一つの種類が効かなかつたら次を投与し、実験のように鎮痛薬の効果を患者に試す鎮痛管理だ。癌性疼痛管理のWHOラダーのステップアップラダーに似ている。(図19)

それに対し、多角的鎮痛管理方法(Multimodal Analgesia, MA)では、弱い鎮痛薬から強い鎮痛薬へ徐々に一つ一つ加えながら管理を行うのではなく、術直後は痛みが必ずあると事前に予測し、同時に色々な鎮痛薬・方法を組み合わせで使用する。経過とともに徐々にその量を減らすことで、術後疼痛のピークの時には痛みをほぼなくすることができ、離床も可能になる。ステップダウンラダーというアプローチである。それぞれの薬効・投与方法の長所を利用し、副作用・合併症を最低限に収めることができる。登るより下る方がいい。(図19)



図 19

理想的なのは、多角的鎮痛管理を患者個人・術式に合わせて行うことで、これはオーダーメイドの鎮痛管理とも言え、個別に調整した多角的鎮痛管理である。そのアプローチは愛情弁当に似ている。それぞれの好み(原病・背景・合併症・術式)に合わせた豊かな内容(多様な鎮痛薬・方法)と愛情(看護ケア・患者教育など)が詰まっている愛情弁当で、全てが最終的には感動に繋がる。術後鎮痛に変えて言うと、患者の満足度・早期離床・合併症軽減になる。(図20)



図 20

看護師の関わりを中心にした術後鎮痛管理

慈恵第三病院では急性痛管理チームがない。だが、急性痛管理チームの編成不可能な病院でありながら個別に調整した多角的鎮痛管理を実

現できるシステムを導入して成功した。患者に一番近く早期に対応できる看護師が関わる範囲を広げるために術後鎮痛管理に必要な教育(3つのパートで成り立っているワークショップ)を行い、環境を整えた。

(看護師用ワークショップの内容はYouTubeでも見られます。検索のキーワードは「術後鎮痛管理 Part 1」または「術後鎮痛管理 Part 2」です。)(図21)



図 21

慈恵第三病院の術後鎮痛管理システムを支えている3本柱は、理解しやすいアルゴリズム、電子カルテの鎮痛管理オーダーセット、経過表である。アルゴリズムは術後鎮痛管理方法によって4つあり、地図のような役割を持ち、管理の基盤となっている。それらに沿って電子カルテの点滴伝票・オーダーが作られている。事前セットとして登録されているオーダーを簡単に立てることができる。術後経過表はそれぞれのアルゴリズムに応じた管理のエクセルチャートで、術後に看護師が入力を行いながら、麻酔科医が電子カルテを通してコメント・アドバイスをする。人員不足の状況の中でも、多角的鎮痛管理に基づいたAPSチームの役割を可能にするシステムなのだ。(図22)



図 22

そのシステム導入6ヶ月後に行われたアンケートの結果では「痛みで呼ばれる回数が日中も夜も減った」と答えてくれた看護師は87%、鎮痛管理が楽になったと答えた医師は95%だった。「多角的鎮痛管理が実践できるようになったか」の問いに対しては、「はい」と答えた看護師は87%、医師は95%だった。「痛みのコントロールが前より良くなった」と感じている看護師と医師は約90%に及んだ。

結果として、術後鎮痛の知識を増やし、安全なシステムを作り、鎮痛管理において看護師にもっと広い決断範囲を与えることで、患者だけでなく医療従事者も満足することができたと言える。

医療・福祉の専門家らによるwebマガジン

Opinions

— オピニオンズ —

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



社会福祉法人敬友会 理事長、医学博士

橋本 俊明

1973年岡山大学医学部卒業。社会福祉法人敬友会 理事長(高齢者住宅研究所 理事長)、特定医療法人自由会 理事長。一般財団法人橋本財団 理事長。2016年6月まで株式会社(現 SOMPOケア)代表取締役。専門は、高齢者の住まい、高齢者ケア、老年医療問題など。その他、独自の視点で幅広く社会問題を探る。2017年、橋本財団オウンドメディアとして、Webマガジンサイト・Opinionsを構築。

島国日本は外国人労働者を真に受け入れられるのか？



スイスの戯曲家で小説家のマックス・フリッシュは、「我々が欲しかったのは労働者だが、来たのは生身の人間だった」と述べている。外国人労働者は生活を考えなくても良い労働者、つまりロボットであることを期待されているが、そうはいかない。母国から家族と離れ、単身で異国に仕事を求めて移住する事を考えると、日本の単身赴任を思い出させる。いずれにしても、好ましい状態ではないし、労働者の生活が3年から5年、あるいはそれ以上に及ぶと、外国人労働者個人の人生に大きな影響を与えるし、日本人の社会生活習慣にも大きな影響が生じるのである。

日本政府は、移民の受け入れを認めていない。しかし、外国人労働者の導入は促進している。外国人労働者は、いわば貿易の様なもので最終製品を輸入する代わりに、その製品を国内で作ってくれる労働者を受け入れるものであるとされている。経済の法則からは、一般に10%労働力が減少すると、賃金が3%上がり、労働力が10%過剰になると、賃金が3%下がるとされている。「移民の経済学」のジョージ・ボージャスによると、このような賃金原則は外国人労働者にも当てはまり、自国民がやりたがらない仕事は、自然な状態では、給与が次第に上昇するが(需要と供給の問題)、外国人労働者の導入は、賃金上昇を阻害すると言われている。これは、経営側にとって都合の良い理屈である。同じように、その産業に居ない一般消費者にとっても、外国人労働者の導入は製品やサービスの価格上昇を抑えることになり、経営側と同様に歓迎される。つまり、当該業種の賃金の上がらない労働者から、一般消費者や企業経営者に富の移転が起こると言えるのである。

外国人労働者は、この様な経済社会のみならず、社会保障政策や文化にも大きな影響を与える。低技能の外国人労働者は低収入なので、社会保障費用は全体としてマイナスになる(徴収する社会保障収入よりも支出する社会保障費用の方が多い)。高技能の場合は、その逆となるのである。従って、外国人労働者に対してはフルラインナップの社会保障でなく、制限された社会保障を与えることになる。また、外国人労働者が文化に与える影響も重要である。

一度に大量の外国人労働者は、当該国の労働者で集団を形成する傾向になる。その反対に少しずつ増加した場合は、集団の形成は少ないと言えるのである。また、都市部に集中した外国人労働者は集団を作り易いが、全国に分散した場合は、集団を作りにくいようだ。外国人労働者が集団を形成すると当然ながら日本の文化に溶け込まず、出身国の文化を強く持ち続けることになり、文化的融和を阻害する。反対に、日本に来た外国人は、当該国の集団内では安定したストレスの少ない生活を送ることが出来るだろう。



近年の日本での景気浮揚と生産年齢人口の減少による労働力不足は、低所得労働を中心として、著しい人手不足感を生み出している。景気が下がると人手不足感も緩和されると思われるが、企業からの要望は強くなっている。政府は現在の技能実習制度を拡充し、3年から5年にその期間を延長している。そしてその後さらに5年間の滞在期間の延長も考えているようだ(農業、介護、建設、宿泊、造船の5業種)。その反面、相変わらず、移民政策は取らないとの従来の方針を変えてはいない。そして、日本人が嫌う仕事を外国人にさせればよいとの考えを持っている。



企業経営者やサービスから恩恵を被る一般消費者が希望しているのは、当該労働者の賃金を外国人労働者の導入によって抑止することだ。もしも、外国人労働者の導入をしなければ、サービス業を中心とした労働者の賃金は上昇する(現在その過程にある)。賃金の上昇は、サービス業の生産性を高めるか、サービス価格の上昇を招く。その結果、市場の淘汰が起こり、現在のような過剰サービスを前提とした業態は成り立たなくなるだろう。サービス業全体は縮小するか、価格の上昇(賃金の上昇)との見合い関係が起こるだろう。しかしそれは、サービス業のさらなる生産性の向上をもたらさず、労働者間の格差を縮小させるように向かうはずである。

つまり冒頭に掲げたように、外国人労働者を仕事を行うロボットとして期待し、人間としては見ていないことを改め、外国人労働者を人間としてみることに、さらには、サービス業に従事する労働者の賃金上昇をもたらすために、過度の外国人労働者依存を解消すること(外国人労働者の導入を今以上に制限すること)を行い、企業寄りでない、日本全体の調和のとれた成長を目指すべきであろう。

長期的には多様性を確保し、島国に閉じこもらず世界との交流を深めるために、日本人の海外移住及び、外国移民の導入は拡大する必要があるが、現状のような安易な低賃金を目的とした外国人労働者の導入は控えるべきであると思われる。

『緩和ケア入門』No.109

Price of Life 補遺



岡山大学大学院
保健学研究科
教授

齋藤 信也

はじめに

前回、費用対効果評価を医薬品や医療機器の償還の可否判断に用いている英国で、骨髄腫の治療薬であるレナリドミドが償還するかどうかという判断を行うNICE(国立医療技術評価研究機構)のアプレイザル委員会の模様を中心としたBBCの優れたドキュメンタリー「Price of Life」のことに簡単に触れた。今回は「Price of Life 補遺」と題して、この番組についてもう少し詳しく紹介したい。

「Price of Life」は、2009年6月17日にBBC(英国の公共放送)2で放映された1時間のドキュメンタリーで、アダム・ウィッシャーが制作の中心である。現在でも、インターネット上で視聴が可能であるので、興味のある読者は是非ご覧になっていただきたい。

エリック

エリック・ラザフォードは多発性骨髄腫患者で、Mタンパクによる腎不全により、すでに6年間、週3回の血液透析を受けている。そこに米国のセルジーン社が開発したレナリドミド(商品名レプリミド)が発売されたが、英国の医療システムであるNHS(National Health Service)では、NICEによる費用対効果評価の結果、目安とされる値(閾値)である3万ポンド/QALYを大きく超えており、NHSでは償還されない可能性が高いとされた。

これに対して、エリックやその妻は、この薬が使用できなくなれば、エリックの生命は限られることになり、是が非でも償還されることを願っている。

ソフィア

ソフィア・クリスティは、NHS(National Health Service:英国の公的医療システム)のローカル(地域)マネージャーである。彼女ははっきりと、「一人の患者のわずか2ヶ月の延命のために3万ポンドを使うのは賢明でない。」「それだけのお金があれば、自分の所に相談に来る地域の困っている人の半分は救える。」とTVの前で述べている。

ソル

ソル・バーラーは、医師でありセルジーンという医薬品会社のCEOである。当該のレプリミドの会社である。彼は「利益を上げることが目的ではない。」「患者がその医薬品を使うことで健康を回復することが、自分のモチベーションである。」と明

言する。ドキュメンタリーでは引き続き、レプリミドを使用(治験として使用)して元気に暮らしている骨髄腫の女性患者を紹介する。

ディビッド

ディビッド・バーネットは、NICEのアプレイザル委員会の委員長である。彼はまた臨床医でもある。専門は異なるが、レナリドミドが使用できなくなると大変困る患者がいることはリアルに理解できる立場である。

アプレイザル委員会には25人のメンバーが集まり、まずは、メンバーの一員である骨髄腫の患者団体の代表や、がん患者の代表の意見を聴く。彼らは、この薬によって救われる患者のことを考えてこれを償還するべきだと訴える。

2回目の委員会では、費用対効果評価を行ったメンバーから、アセスメントの結果について聴取を行う。そこで、先ほども述べたように閾値に比べてあまりに高額であることが示される。企業側はその数値に異議をとるが、アセスメントを行った側は、企業の効果の評価は過大であるとする。そこで中間評価として、レナリドミドは使用を推奨しない(正確には、それまでに1剤以上の既治療を受けた者には推奨しないとされたが、現実的には大半の患者には使用できないことになる。)との結論に至る。その発表をWeb上で確認したエリックは落胆し、その妻は「この判断には怒りを覚える」と語る。

少数の患者の救命か？多くの地域住民の健康か？

ドキュメンタリーはさらに続き、NHSのローカル・マネージャーのソフィアが再度登場し、レナリドミドに使用されるNHSの医療費があれば、自分が担当している地域の40万人がより良い医療にアクセスできるようになると主張する。まさに、少数のがん患者の救命か？多くの人々の健康か？という究極の選択を迫られていると言える。

それに引き続き、レナリドミドの治験に参加し、著効を得た女性患者(ソルのところで登場した患者)が、NHSからその後のレナリドミドの使用ができないという通知を受けるシーンが映される。患者もその夫も悲嘆の縁に沈む。

企業の利益

ドキュメンタリー制作者であるアダムは、それにしても高すぎるレナリドミドの薬価について問いたすために、米国のセルジーン本社を訪ねる。CEOのソルはインタビューに答えて、

薬価というものは画期的な薬の開発費を反映しており、決して高いものではないと断言する。さらに、こうした画期的な新薬を開発するリスクを企業がとるためにも、薬価の正当な評価が重要であると主張する。ソルの風貌が悪役めいていることと、いかにも米国的な物言いに対して、アダムだけでなく、おそらく視聴者もあまり良くない印象をいだいたものと思われる。

アダムは、さらにワシントンDCの医療経済の研究者を訪問する。研究者は、世界の、特に米国の薬品メーカーは儲けすぎであり、薬価は高すぎると断じる。

NHSの設立理念

そこで話はあらためて1948年に設立されたNHSの理念に立ち戻る。ここでアニメーションを使いながら、NICEの役割を肯定的に紹介する。曰く限られたNHSの予算を価値ある治療に用いるために、NICEがQALY(Quality Adjusted Life Year:質調整生存年)という効果指標を用いた費用対効果評価を行っていることの説明が続く。「Value for money」という言葉が印象的に響く。

費用対効果評価の影

一方で、本連載でも紹介したようにQALYを用いた評価では、がんの末期のように生存期間が延長せず、QOLもそれほど改善しない状況は低く評価されがちになる。そうした点も含めてがん患者やその家族は、保健相との話し合いに臨む。ドキュメンタリーとして良くできているのが、エリック・ラザフォード(冒頭登場し、主人公的扱いの骨髄腫患者)の妻のアンがその場で堂々と意見を述べることである。これに対して政府側の回答は歯切れが悪い。

最終的には…

終末期特例を用いることによって閾値を大幅に緩和したことに加えて、企業もリスクをシェアする(26週以上の使用は企業負担)ということで、最終的にレナリドミドは推奨されることになった。アプレイザル委員会の投票も賛否同数となり、最後は委員長の決裁で推奨が決まった。

それを受けて、エリック(骨髄腫患者)はどう感じたか？ソフィア(NHSの地域マネージャー)はどんなコメントをするか？企業の側の反応は？…興味のある方は是非動画をご覧ください。

【人生初めての味】

人生はじめてのプリンを一口・・・
恐る恐る口の中に広がるプリンを味わう
子どもさんの表情が、ぱーっと変わる



訪問診療部 部長
歯科医師

猪原 光

お母さんの顔に広がる笑顔に、一緒にいた私たちも胸が熱くなる。

当院は、4年前より、小児摂食嚥下外来&訪問診療をたちあげた。
重症な病気のために、生れてからずっと経鼻チューブや胃ろうで栄養をとってきた子供たちの人生のはじめての味に出会う時の表情、ご家族の笑顔は、本当に胸にしみる。

今日は待合いでそっとお母さんにお声をかける

『人生はじめてのプリンを食べられた瞬間にご一緒できて、本当に感激の瞬間でした。
同席したスタッフにとっても、医療者としてまた明日からがんばれる力になります。
本当に素敵な瞬間にご一緒できてありがとうございます』

『先生、私たちも毎日すごく大変な時間があるけど・・・
こうして地域に来られる場所があることを、本当に感謝しています・・・』

たった一口を食べられるようになるまで、長い道のりをたどる子供たちがいる。
また、途中で食べられなくなってしまう子供たちもいる。

時にご家族は心が折れそうになりながら、つらい表情でこられる方もかなりいらっしゃる。

すこしでも、地域で『子供たちの幸せの一口を歩める拠り所』を作っていきたい。

人生初めてのプリンを握りしめ、今日も嬉しそうにかえっていく子供さんの後ろ姿に、情熱と元気をもらって!



↑当院の小児摂食嚥下外来に通う医療的ケアが必要な子ども達。定期的にご家族が情報交換をできる場も提供している

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

韓国の病院見聞記(シーズンⅢ—④)

ソウルの低所得地区での地域中核病院 源進職業病管理財団附属 緑色病院 Green Hospital



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



図1:「緑色病院」の位置(ソウル特別市中浪区面牧)。

今回の『世界の病院から』は職業病への労災認定、補償闘争から誕生した韓国の病院を紹介したい。「源進(ウォンジン、Wonjin)緑色病院」と「緑色病院」という2つの病院である。そのような出自の病院は、恐らく世界の病院史においてこれらの病院だけであろう。それも民間病院での話である。場所は韓国のクリ(九里)およびソウルである。これらの病院はハニャン(漢陽)大学医学部大学院の申榮全(Shin Young-jeon)教授に紹介・案内頂いた。申榮全教授のご専攻は公衆衛生学、医学史であられる。公衆衛生学の職業性疾病の視点から見ると、この「緑色病院」は歴史上、とても重要な病院となるであろう。

最初に日本の労災医療を簡単におさらいしておく。日本には「労災病院」と呼ばれる病院群がある。公的病院だ。職業性疾病の予防、労働災害による被災者の治療からリハビリテーションまでの労災医療を実施している。また一般診療も行。最初の労災病院は1949年開設の「九州労災病院」である。当時の労働省が小倉の日本製鐵八幡病院曾根分院を購入し、4診療科34床でスタートした。以降、全国各地に労災病院が開設されていき(その後の整理統合を経て、現在32病院、2分院になっている。事業者は変遷を繰り返し、2016年からは厚生労働省所管の法人である「独立行政法人労働者健康安全機構」が運営している。日本では労働災害によって負傷した場合の治療は、医療保険ではなく労働者災害補償保険(労災保険)で対応し、労働基準監督署が管轄する。労災保険による指定を受けている労災保険指定医療機関(病院、診療所)は全国各地に多くあり、労働者は仕事や通勤が原因となる負傷や病気には原則無償で治療を受けることができる。

韓国でも社会保険制度の一つとして産業災害補償保険がある。例えば労働者が4日以上治療

を受けた場合、健康保険制度の下で定められた医療費の範囲内で医療費の全額にあたる医療給付が支払われる。産業災害補償保険施設は勤労福祉公団が

運営する9つの産災医療院(総合病院6、専門病院3)があるそうだ。日本の労災病院に相当する。

■ ソウルの貧困地区の中核病院

地下鉄の四佳亭駅で降りて地上に出た。そこにはソウルの下町があった。零細な飲食店や雑多な店舗が軒を連ねる商店街を歩いて目的地の病院に向かう(写真2~6)。左右の店を覗きながらこの下町の商店街を進んでいくと、昔、日本に確かにあった町並みが思い出されて来て、どこか懐かしい。日本では、多くはシャッター商店街になってしまった。



写真1:地下鉄の四佳亭駅(No.722)には括弧書きで(Green Hospital)の表記があった。これは珍しい。特別扱いだ。ソウル大学病院への恵化駅(No.420)やヨンセ大学セブンス病院への新村駅(No.240)にはこのような表示はなかった。ソウルの地下鉄駅はナンバーが付いている。これは外国人には便利だった。乗降のときか自動販売機で切符を買う時も、路線の色と駅ナンバーが分かっていると戸惑うことはない。もっとも駅にある自動販売機はボタンを押せば画面は日本語表示に変わり、日本語での音声案内が始まる(他の言語も同様)。こういう機械は日本の駅にはない。スグレモノである。日本語操作で切符を買った、切符のチップに「この乗客は日本語」がインプットされており、駅を出るときの自動改札機が「デポジットを回収してください」と日本語で話し掛けてくる。



写真2:地下鉄から地上に出たところの交差点。影しい雑多な看板を除けば、日本でも見かける風景に似ている(車の通行は左右が逆)。右側の煙突は、町の雰囲気から現地では銭湯だと思った(韓国にも銭湯がある)。煙突の一番上の画は温泉マークの湯けむり「也」に見える。しかし町の工場の煙突なのかも知れない。ハングル語が読めれば分かるのだが、不勉強である。



写真3:地下駅から病院へ行く途中で見た横道の風景。歩道のない狭い道路を通行する車と住民。たくさんの店と道まで飲み出した看板。庶民が暮らす町。アジアの風景であった。病院からは生活保護者が多い地区との説明を受けた。



写真4:地下鉄駅から病院に向かうメインロード。ぎっぎと救急車は通りにくいだろう。韓国の看板は、ハングル文字が多い。色は黄色、そして赤色が多く、クバクバしくなるので町に品がなくなる。紫色もよく使われていた。いかにもパチンコ店がありそうだが、韓国でパチンコ店を見た記憶は全くない。



写真5:病院が面する表通り。庶民の町である。昭和40年代頃の日本の町の風景を思い出す。韓国は街でも町でも、表通りにも裏通りにも、小さな商店が日本とは桁外れに多くあった。本当に至る処に商店がある。どこも賑やかともいえる。会社定年後には、食堂や小売店などの個人商店を開くのが、韓国の男の夢であるそうだ。①中高年の雇用が少ないこと、②年金が手薄なことから、中高年は自営業に向かうようだ。「これで商売が成り立っているのか?」と思ってしまふような店も多く見かける。



写真6:緑色病院。病院の立地は、大昔は工場用地であったようだ。左手前はカチ児童公園。店舗や住宅に駐車場のスペースがないため、公道が(公式の)駐車場になっている。Pの標識が見える。そのため、ただでさえ狭い道がさらに狭く感じる。駐車中の車の向きがまちまちなのが、この地区での文化を表している。

病院に着くと、最初に病院側から病院の歴史と医療圏の説明あった(病院の歴史については後に紹介する)。「緑色病院」が立地しているチュンナンク(中浪区)は、1世帯当たりの所得(月収の話だと思われる)がソウル特別市26区の中で下から2番目に低く(264万ウォン≒26万円)、世帯の55%が200万ウォン未満であるとの説明があった。人口411,005人の内、生活保護対象者が14,836人(3.6%)。世帯数177,100の内、生活保護対象世帯は5.4%だという(2010年現在)。自殺率の高さはソウル特別市26区で上から2番目。病院で医療圏の住民の経済状況の説明を聞いたのは、私は初めての経験であった。医療に先立って住民の経済状況が課題にあるようだ。チュンナンク(中浪区)に医療機関は485あるが、緑色病院は地域中核病院の1つになる。大都会の中の貧困地区での診療が緑色病院のミッションであり、そして存在意義であるとの説明をしたいようであった。



写真7: 緑色病院。地上6階、地下2階建て。敷地面積18,000㎡。現在の陣容は一般病床/療養病床370床で16診療科。二次救急、救急対応を行う。韓方(漢方)病院30床と歯科病院を併設する。廃院したソウルキリスト病院の建物を購入、増改築したようだ。赤十字の看板の処は救急受付の玄関。余談であるが、韓国では垂れ幕をよく見かける。



写真8: 病院正面のタワー(エレベーター塔)。壁面パネルのアート作品名は『労働のために』。



写真9: 『労働のために』(写真8参照)。病院の理念を表すシンボル。69枚のパネルで自然環境と私たちの生活が表現されている。素材には古い鍋やかん、壊れたオモチャも使われているとの説明があった。左上方に鍋、右下方に鍋やオモチャがみられる。これらの廃品は痛みを抱えた労働者を表わすそうだ。労働者のスローガンは「我々は、廃棄物はない」であった。廃品が、活用によってこの芸術作品に生き返ったように「労働者も再び活躍できる」ことを表しているそうだ。



写真10: 病院玄関へのメインストリート。正面緑色の看板のところが病院の正面玄関。左の赤煉瓦壁には「GREEN HOSPITAL」の表示。実はこの赤煉瓦壁は葬儀場の壁でもある。韓国の大病院は収益事業として葬儀場も経営する。今までに30以上の韓国の病院を見学してきたが、殆どの病院には葬儀場が併設されていた。日本人には驚きだが、韓国人にはごく普通のことであるようだ。葬儀場の収益が病院財務に貢献する。病院の葬儀場経営については「FMC News世界の病院からNo.43『韓国の病院の葬儀場経営』、2017年5月号」を参照頂きたい。



写真11: 葬儀場の入口。右の緑の看板の下は病院の正面玄関。葬儀場の電話番号4444は意味深長な番号。韓国の病院が経営する葬儀場は遠方内にあるのではなく、病院に併設され、同じ建物内もしくは同じ敷地内にある。その病院で亡くなった患者の葬式もあるが、数は少ない。葬儀屋の葬祭会館と同じように病院の葬儀場を使っている。つまり葬儀は病院で行う。韓国人は、病院と同じ建物内に葬儀場があることに違和感や嫌悪感を抱かないそうだ。韓国の日刊紙を読むと、有名人や芸能人は出来ればソウルのBIG5などのブランド病院での葬儀を希望するよう思える。

■ 緑色病院設立の経緯① 韓国初、かつ唯一のレーヨン製造工場の設置

この病院を理解するためには、病院設立に至った歴史の紹介がメインになる。二硫化炭素中毒への労災認定闘争によって、労働者・市民団体側が二硫化炭素(CS₂)中毒の治療を行う民間病院の開設を獲得したという珍しい病院史である。以下では歴史の叙述部分が長くなるであろうが、ご容赦頂きたい。

日本にも労働災害を対象にする病院はある。戦後の日本は経済復興に引き続き高度経済成長を経験できた。しかし当時の労働環境は劣悪であった。産業活動の活発化とともに労働災害が多発するようになった。国によって被災労働者に対する労災病院の開設、整備が行われた。また労災指定医療機関の整備も努力した。

労災認定闘争も多くあった。例えば水俣病、四日市ぜんそく、イタイイタイ病、チッソ、スモンなど枚挙に暇がない。最近では過労死の労災認定が個別で争われている。しかし日本で、労災認定闘争の結果、職業病を診る病院の誕生に至った(それも民間病院)という事例を私は知らない。日本では病院開設要求という運動展開にはならなかった。

パク・チャンホ企画室長(職業病管理財団事務局長兼務)から、緑色病院の設立に至った歴史の説明があった。歴史を知らなければ、特にこの病院は理解できない。緑色病院は労災認定を巡る闘争の結果誕生した病院であった。スライドで説明された病院誕生のストーリーは、労働者・市民団体側の視点から「労災闘争の成果、労働者、住民の為の病院を獲得した」という物語であった。闘争を行ったきた当時者は自分たちの活動を熱っぽく語るものだ。しかし以下では闘争に投入された熱情とか政治的立場は除外し、私が調べた事項も付け加えながら客観的、冷静に説明したい。当時の経済背景も押さえておきたい。

大正時代、三井物産はイギリスからレーヨン糸(人造絹糸、人絹)を輸入していた。国の工業振興策を受けた三井物産はレーヨン糸の国内生産を決意する。1926年(大正15年)に出資して「東洋レーヨン株式会社」を設立し、滋賀工場建設に着手する。工場の建設、設備設計、レーヨン糸の製造作業など全ては欧州からのお雇い外国人27人の指導によって行われた(技師長はイタリア人)。滋賀工場は翌年オープンし、レーヨン糸を初紡糸する。東洋レーヨンは三井財閥の中核企業に成長していく。朝鮮戦争が始まると繊維製品への需要が高まった。レーヨンと綿糸を主体としていた日本の繊維産業は1950年代前半に全盛期を迎える。この好景気を日本経済史では「(織機を)ガチャんと織れば万の金が儲かる」という含意で「ガチャ万景気」と呼ぶ。農村から低賃金労働力が豊富に流入し、国際価格競争力が高かった。日本製の綿製ブラウスが低価格で米国に輸出される。粗悪な製品であったが、商社マンがアメリカの衣料問屋を廻り、頑張て必死に売った。このワンダラーブラウス(当時\$1=360円)はダンピングだとして、初めての日米貿易摩擦を引き起こす。当時は繊維産業が焦土から立ち上がった日本経済の機関車役で、産業の花形であった。私は経済学部の日本経済史の授業で「現在(1978年頃)繊維産業は衰退産業になっている。しかし戦後の東洋レーヨンは大学生に人気のある就職希望先企業の一つであり、最も優秀な学生たちが入社していった」と教わったのを思えている。そういう時代背景をまず押さえておきたい。

1950年代半ばから、繊維産業はレーヨン(人絹)や綿の紡糸から、ナイロン、ポリエステルという合繊(合成繊維)の製造へ大きくシフトしていく。東洋レーヨンも1961年にレーヨン製造からの撤退方針を決める。滋賀工場の3つのレーヨン製造施設の内、2つが撤去された。そして残っていた1957年設置の新鋭設備1つが後に韓国に売却されることになる。緑色病院の話は、まだ出てこない。

ここで話は日韓国交に変わる。1945年、日本は敗戦により朝鮮半島から撤退。1948年に大韓民国(韓国)が独立した。日本は1952年にサンフランシスコ講和条約により連合国から国家主権を承認され、多く

の国との国交が再開した。しかし日本と韓国の国交は長い間なかった。日韓の国交正常化交渉は継続して行われて来たが、ついに1962年に賠償額が「無償援助3億ドル、有償援助2億ドル、民間借款3億ドル(1ドル=360円)」で決着した。1965年に「日韓基本条約」が締結され両国の国交は正常化した。終戦から20年かかった。日韓基本条約に付随して「日韓請求権協定」が成立し、日本の5億ドル(1,800億円)の供与(無償3億ドル、有償2億ドル)により、両国及びその国民の間の請求権に関する問題が完全かつ最終的に解決されたと確認された(従軍慰安婦問題の浮上は本稿では触れない)。

韓国で1959年に設立された「興韓化学繊維社」のパク・フンシク(朴興植)社長は、韓国政財界の大家で戦前から日本通の親日派であった(パク社長は、反民族行為特別調査委員会が1949年に、戦前の日本の軍事費のためへの財産献納を主導したなどの親日行為により反民族行為者1号として逮捕した人物であった)。パク社長は上述の日韓請求権協定への動きを把握し、東洋レーヨン滋賀工場のレーヨン製造設備を購入して韓国で最初のレーヨン工場を建設しようと、日本の各界と接触して活動した。結果、三井物産の仲介で東洋レーヨンと興韓化学繊維社とのレーヨン糸設備(15トン/日)の売買契約が締結される。契約金額は36億円(1,000万ドル)であった。契約日は前述の賠償金が5億ドルの援助額で決着した日から僅か10日後の1962年12月20日である。しかし国交正常化(1965年)はまだであったので、アメリカ合衆国国際開発庁(United States Agency for International Development, USAID)がつなぎ資金を融資し、レーヨン糸設備が韓国に輸出された。韓国の朴政権は工業化のための外資導入を目指していた。当時のアメリカは韓国に韓国軍強化とベトナム派兵を期待していた。日本は国内で不要になった中古設備を援助金で購入して貰う。日韓賠償問題解決に向けて韓国、アメリカ、日本の思惑が交錯する中で、東洋レーヨン、興韓化学繊維社が利益を得ることになった。

興韓化学繊維社の人絹糸(ビスコレーヨン)工場はソウル特別市の東側に隣接するクリ(Guri、九里)市に造られた。試運転、技術指導を経て、1965年に韓国への引き渡しが完了する。1966年から韓国でレーヨン紡糸が始まった。1970年に東洋レーヨン株式会社は社名を「東レ株式会社」へ改称した。1976年に興韓化学繊維社は社名を「源進(ウォンジン、Wonjin)レーヨン」に改称している。

■ 緑色病院設立の経緯②

韓国のレーヨン製造工場での労災認定・補償闘争

日本では1982年頃から興人八代工場(熊本)やユニチカ宇治工場(京都)で、レーヨン糸の製造過程で発生する二硫化炭素(CS₂)による中毒が社会問題化し始め出していた。

経済発展へのテイクオフ(離陸)に頑張る当時の韓国の労働環境は劣悪であった。レーヨン糸製造過程で発生する有毒ガスが二硫化炭素(CS₂)である。源進レーヨンの工場では防毒マスクの着用はなかった。工場が稼働を始めてから15年後の1981年に最初の二硫化炭素の中毒者が報告された。1987年に4名の中毒者が発生した。中毒症状は脳梗塞、高血圧、抹消神経障害、難聴など多様であった。

1988年から韓国社会で、労災認定と補償に向けての闘争の胎動が始まる。発端は1988年の急性水銀中毒による死亡事件であった。中学卒業後、ソウルに上京して温度計製造会社に就職し、夜は夜間学校に通学していたムン・ソンミョン(文松勉)という15歳の労働者がいた。彼は入社1か月後に病気になり、各地の医師を回った後、ソウル大学での診断で急性水銀中毒と診断され、その1週間後に死亡した。当時の温度計・体温計の目盛柱は水銀であった。ソウル大学の女医が事態を開業医のヤン・ギルスン(梁吉承)医師(現・緑色病院の事業者である源進職業病管理財団理事長)に報告する。進歩的人道主義のヤン医師は韓国社会に訴え、マスコミが注目する。労働者の健康権への世論が喚起され、韓国社会で職場環境改善と労働病認定、補償に向けての闘争が始まっていく。

この社会の動きをみていた源進レーヨンの労働者は自分たちの労働環境に疑問を持ち出し、ヤン医師とコンタクトし、自分たちが苦しんでいる病気は職業病であることを知る。ヤン医師が診断書を作成し、労働省に職業病として申請した。労働省は大学病院の診断書を求め、大学病院の医師は職業病ではなく成人病と診断した。労働省の職業病認定が下りていないので、源進レーヨンから治療費は出なかった。源進職業病被害者家族協議会が結成される。被害者や家族は、労働団体、市民団体、専門家と連携して会社と闘争する。日本の興人八代工場やユニチカ宇治工場と中毒情報の相互交換、交流が始まる。国会でも176人もの労災認定患者が発生するとのもので、大問題となった。しかし闘争の成果はなかった。

次の行動として1988年9月、源進レーヨンの工場の前を通る予定のオリンピック聖火リレーの阻止とデモ決行を計画する。この計画は大統領府の青瓦台(チョンワデ、せいがだい)の知る処となる。キム・ヨンサム(金泳三)大統領はデモ計画者のうち労災認定を要求しているのは34人という人数を聞き、少数でもあり要求条件を受け入れ、事前妥結した。34人は目的を達する。

1990年、7年間源進レーヨンに勤務していた労働者のキム・ボンフン(金奉煥)が二硫化炭素中毒の診断を受け、会社に労災療養を申請した

が拒否される。翌年、キム氏は一人娘の高校入学金を納めて帰ってきた自宅で職業病の症状である精神分裂で倒れ、死亡。労働省はこの死亡原因を職業病とは認定しなかった。すぐさま職業病労働者、労働組合、市民団体、学生が連携して源進職業病死亡事件対策委員会が結成された。キム氏の葬儀を行わずに棺桶を会社の入口に置いて労災認定への闘争が開始された。国会も関心を示し、137日後に合意となった。この源進レーヨン労働組合の闘争が韓国の国が職業病対策を推進する出発点となり、産業安全保険法が施行される(日本の労災保険法に相当)。安全管理者や保健管理者の配置、労働者の定期健康診断と報告が義務付けられた。

■ 緑色病院設立の経緯③ 職業病を診る病院の設立

源進レーヨンの工場操業を停止しなければ、これからは患者が発生する。操業停止要求の市民運動も起こった。1993年に政府は源進レーヨンの廃業を決めた。政府の営業不振企業整理政策の一環でもあった。源進レーヨン労働組合は企業別組合である。そして組合員は社員でもある。雇用主で、かつ闘争の相手である企業そのものの廃業が確定した。折衝相手が消滅してしまう。普通ならば労働組合は困惑し、うろめき、途方に暮れるはずだ。さて源進レーヨンの労働組合はどうしたのか。労働組合は闘争対象を再就職保証と労災治療を行う総合病院設立の要求に絞った。1997年から闘争が開始された。

源進レーヨンの職業病認定患者は1,000人を超えてた。1,000人を超える認定患者は韓国の職業病の歴史においても最大であった(現在までの死亡者は50人のようだ)。闘争は社会的関心も集め、ついに政府(破産管財人)と韓国産業銀行(KDB)は源進専門病院設立基金、および職業病補償基金(50億ウォン)の設立に同意した。政府(破産管財人)は工場敷地を建設会社に売却、およびレーヨン工場設備を中国に売却して、保障費360億ウォンを調達した。この精算資金の管理を行うために1993年に非営利公益法人源進職業病管理財団が設立する。財団には政府から派遣された人はいない。360億ウォンの資金の内、110億ウォンを使って1999年に労災患者のための「源進緑色病院(50床)」と「労働環境研究所」がクリ(九里)市に開設された。残りの250億ウォンは被害者への補償金となった。

クリ市の50床の病院キャパシティでは適切な医学管理を行うのは難しかった。また社会復帰のための各種リハビリテーションの実施も必要であった。源進職業病管理財団は2000年、ソウル特別市東部のチュンナンクミョンモク(中浪区面牧)で、経営不振で閉鎖したソウルキリスト病院を購入。改装改修して2003年に14診療科、224床、職員146人の緑色病院を開設する(その後、病床は増

床していき、現在は370床である)。労働環境研究所も新病院に移転する。病院としてはチュンナンク(中浪区)の緑色病院と、120床、7診療科のクリ(九里)の源進緑色病院の2つになる。私が見学したのはソウルの緑色病院の方である。

余談であるが、日本の滋賀県の工場から売却され、韓国で安全管理の不備から労災を引き起こしたレーヨン製造設備は、1993年の源進レーヨンの廃業の翌年、破産管財人によって中国に売却された。韓国の市民は中国の労働者に二硫化炭素中毒の危険性の情報提供をしようとしたが、当時の中国では工場労働者とコンタクトすることが出来なかった。中国では韓国での前例を鑑み、1年毎に工場労働者全員を交替させたと言われる。その後、中国でもその工場は廃業になり、設備は北朝鮮に輸出されたようだ(現在、事実を調査中であるようだ)。

■ なぜ労働災害者は「病院の開設」を望んだのか。

ここでひとつ疑問に思うことがある。労災認定・補償要求への闘争は分かる。職場環境改善も、労災補償も大切だ。しかしなぜ「病院の開設」が要求項目となったのか。すなわちなぜ「源進緑色病院」が開設されたのだろうか。

どうも職業病に関しては、以下の医療現場の現実があったようだ。当時の韓国では、二硫化炭素中毒の患者は、病院で受診しても病気の原因は分からず、したがって治療方針も決まらず、検査入院をしても「異常なし」の判定となった。源進レーヨンの労働者たちは大学病院を受診しても、職業病ではなく成人病と診断されたことから、医師を信用しなくなった。源進レーヨンの労働者たちは次第に「自分たちの病気を真剣に診てくれて治療にあたってくれる、自分達の病院を建てよう」と考えるようになり、政府に病院設立を要求した。病院開設要求は、どうもこのような事情のようだ。

日本でのユニチカ宇治工場での二硫化炭素中毒も同じ様な状況に直面したようだ。疾病の訴えに、一般の病院では「(労災目当ての)仮病でないか」と信じてもらえなかったようだ。二硫化炭素中毒患者の労災訴訟の過程で、1994年に宇治市にやましろ健康医療生協あさくら診療所が開設されている。医療生協が設立され、三千人の組合員の出資金1,500万円でスタートしている(ユニチカ宇治工場の二硫化炭素中毒損害賠償請求訴訟は1997年に和解となった。興人の熊本地裁による労災認定は1995年)。

■ 緑色病院の地域医療提供

以上が病院設立に至った事情と歴史である。会社清算金で建てられた病院は、世界中で他の例はないであろう。では、ようやく見学したソウルの

緑色病院での見聞記に移る。いかにも大都會の下町の住民の治療を行う病院、という印象であった。職業病専門病院としてスタートした緑色病院であるが、現在はソウルとクリの2つの緑色病院の患者の9割は職業病とは関係のない地域の一般住民になっているとの説明があった。源進レーヨンは1993年に廃業し解散した。すなわちそれ以降、新たな職業病患者は発生しない(遅れての労災認定は別の話)。現在の労災認定者は約850人。ソウルの緑色病院の医療圏は低所得者が多い。病院は労災治療専門だけでなく、低所得層の救貧目的の住民医療に着手したのだと思う。

許可病床数も稼働病床数も324床で、内訳は一般病床304床、重患者病室20床である。重患者病室とは集中治療室に相当する病床だと推測される。その他に緊急対応ベッドが12床、手術室が4部屋、人工透析が16ベッドである。病院区分では「総合病院」で二次病院になる。地域の救急医療機関である。看護等級は3等級。専門医研修病院であり、インターンとレジデント(家庭医学科、産業医学科)が研修中である。職員は446人で、内訳は医師が42名(専門医31名、一般医11名)、看護師は240名(看護師192名、助産師24名、補助職24名)、事務職60名、医療技師68名、研究所20名、その他16名である(2017年11月末現在)。

■ 病院長の話

キム・ボンク病院長および医師団から緑色病院について1時間ほど話を伺った。二硫化炭素中毒の認定患者は当初は960人だったが死亡していくので、現在840~850人になっている。クリ市にある源進緑色病院に600~650人、残りがソウル市の緑色病院に治療に通院している。職業病の判定は病院だけでは出来ず、大学病院と一緒に最終的判定を行う。大学病院はコリョ(高麗、Korea University)大学病院、キョンヒ(慶熙)大学病院、スンチョンハヒャン(順天郷)大学病院の3つと連携している。全ての職業病は国が認定する。労災認定が下りれば産業災害総合補償法により、勤労福祉公団への申請によって医療費負担が確定する。産業災害による医療費は無料、休業した場合は平均賃金の70%の支給となる。日本の労災保険と似ていると私はコメントをした。

緑色病院では職業病の疑いがある患者は、最初に職業環境医学科での診察を受け、次に神経科、神経外科、整形外科などの専門科に移る。職業病の患者の割合は外来:入院=93:7くらいだそうだ。当初の入院患者は、現在は殆ど世界している。日常生活中に倒れ、そのまま亡くなってしまふ患者も多いという。

現在の緑色病院は町の総合病院としての役割もある。緑色病院の設立時の理念が2つある。

一つ目は「労働者のための病院」であること。労災病院として職業病の治療と研究を行う。労働環境研究所も付設している。二つ目は「地域の病院」であること。この地域でどのような病気が派生しているのか、その病気発生の原因はなになのかに注意を払う(ここ、感心した)。病気になった患者を待つのではなく、地域に出かけていって環境を調査し、健康増進のためになにが出来るか、そのモデルを考えながら病院運営をしているようだ。昨今の日本の医療・介護・福祉のキーワードは「地域(communitiy)」であるが、緑色病院の「地域」のとらえ方と対応は、日本とは違う。

なお、緑色病院と全日本民主医療機関連合会(民医連)は2004年に相互交流支援協約を結んでいるという。特に「京都保健会京都民連中央病院(411床)」とは2007年に姉妹病院協定を結び、活発な交流がなされているようだ。京都民医連はユニチカでの労災認定闘争を支援していた。ユニチカとの闘争には日本共産党も支援している。なお韓国は反共国家であり、共産党はパンゴンボブ(反共法。現・国家保安法)によって非法法となり、存在していない。

■ 院内風景

緑色病院の内部を見学してみよう。源進職業病管理財団はソウル特別市東部のチュンナンク(中浪区)ミョンモク(面牧)で2000年に経営不振で閉鎖したソウルキリスト病院の不動産を購入する。老朽化した一部を改修改築して2003年に緑色病院をオープンした。したがって病院の建物・設備は基本的に古い。病院内部は町の一般病院というイメージであった。



写真12: 緑色病院玄関。病院のホスピタルカラーは当然グリーンである。どうして「緑色病院」という名前にしたのかは聞き漏らした。



写真13: 玄関に入ってすぐの処にあったコミュニティホールは病院が開く前に来た患者たちが住民間のコミュニケーションを取る場所として活用されている。病院玄関でこういう部屋を見るのは珍しい。愛知県大府市にある「総合病院南生協病院」の玄関ホールに「ふれあいルーム」があった。病院の移転新築に際し、病院と住民が話し合いながら、「おらが病院」創りを行っている。



写真14: 病院内部から見た玄関ホール方面。ガラス扉に三色の三本線は、日本の某コンビニを髣髴とさせる。



写真15: 病院の玄関ロビー。会計カウンター



写真16: 午前中の会計窓口。



写真17: 1階フロア配置図。右下の離れが葬儀場である。



写真18~19: 診察室の受付と外待合だと思われる。壁の時計は11:00A.M.を指しているが、なぜか患者はいなかった。



写真20: 6階病棟の廊下。消化器・消火栓が目立つ。消化器と消火栓がダブルであるのが韓国の病院。左の柱には韓国の病院でよく見られる「転倒注意」のポスター。このポスターは日本の病院にはない。



写真21: 診察室の外待合。



写真22: 歩行器と車椅子。歩行器のデザインは四角が基調で、日本とは少し違う。車椅子の背もたれの支柱が低い。確かに自動車に積み込んで運搬する時などは高張らず、便利だ。なぜ、いまだ気付かなかったのか。



写真23: 病棟廊下。PCモニターが乗ったカウンターは何なのか。病棟にサテライト受付があるのだろうか、不思議に思った。天井には無線LANアクセスポイントが付いている。



写真24: 写真23での疑問が解けた。カウンターではなく、キャスター装備のナースのパソコン台付処置カートであった。納得。廊下にスチームが置かれている。



写真25: 病室。ネームプレートが8つあることから、もともとは8人部屋であったようだ。現在は6人部屋。姓名が★印でマスクングされている。韓国の人、この簡単な方法だけで個人情報を守ることが出来る。名札に書かれているOS2、K1、IP2とは何を意味しているのだろうか。ネームプレートの下に詳細な手の消毒方法と消毒液ボトル(写真には一部しか写っていない)。



写真26: この6-1病棟は5部屋で30床。看護師は13人、看護補助が9人。一日3交代の体制(夜間は看護師3人、看護補助3人)。この病棟への基準(緑色病院は看護等級3等級)では看護師が17人必要であるが、看護師不足で現況は4人欠員になっているようだ。

韓国の病院は従来患者の看護人(家族や付添人)が行って来た入院患者の身の回りのケア(食事、着替え、清拭、下の世話など)を、看護師が行う「完全看護」に切り替えつつある。日本は敗戦後、GHQに「看護婦(現在の看護師)は医師に奉仕する人ではなく患者に奉仕する人。患者の看護を第一の業務とし医師の診療助助を行う職務である」とのアメリカ流看護の思想を教授される。GHQは看護婦の管理を診療科ごとの医局から看護部長に移した。すなわち看護婦は各科医師に隷属する助手の立場から、病院長直轄の独立看護部門に属する立場に昇格させた。そしてGHQは患者のケアするのは家族や付添看護人ではなく、看護婦の業務であるという「完全看護」の指導を行った。1950年に完全看護制度の試行が始まった。日本の看護婦は「近代看護」という理想を持ち、自らが完全看護への運動を進めていった。そして1997年、日本の全ての病院から付添看護人の姿がなくなった。

緑色病院になぜ完全看護に移行するのかを聞いてみた。病棟看護部長は次のように答えた。「入院患者の付添を家族が行うと、家族が仕事をすることが出来なくなり、収入が無くなる。付添の背景には家計の経済問題があるので、国は完全看護を推進している」のだそうだ。なんだか日本の「介護の社会化(家族に代わって社会が介護を必要とする人のケアをする)」の事情に似ている。1年前(2017年2月)に訪問した韓国の民間急性期病院では、完全看護推進に対して「なぜ看護師が患者の生活の世話までしなくてはならないのか、という若い看護師の反発が多い」との説明を受けた。緑色病院の看護師は完全看護導入に対してどういう意見を持つのだろうか。看護部長は「患者のニーズが増えてきているため完全

看護をすると大変忙しくなる。しかし患者がなにを言いたいのかが分かってきて、コミュニケーションが良くとれるようになってきた。そうすると、当初のような難しさは、少しは良くなってきた」と回答した。



写真27: 病棟看護師長(たぶん)とバク・チャンホ企画室長。看護師はナースキャップを被っていない。企画室長に病院の歴史の説明と病院内を案内して頂いた。



写真28: これはハングル文字をモチーフにしたアート。病院の中庭(光庭)に天井から吊るされている。2000年に購入したソウルキリスト病院の病棟で、老朽化の激しい部分を取り壊して中庭に改築したという。注意して観てみると、韓国の病院はインテリア、エクステリアでの大型の造形アートに大変注力している。



写真29: 日当たりのよい廊下。2月のソウルは酷寒だった(この日の日本は50年ぶりという積雪で島が雪で埋まってしまっていた)。患者が心地よく日向ぼっこをしている。



写真30: 病室前の消毒液ボトル。ホルダーがユニーク。病院内の医療器具にも、遊び心があっても良いと思ってしまう。隣に詳細な消毒方法のマニュアル。

■ 地域健康センター

緑色病院の特徴の1つに独特の「地域健康センター」がある。前述の通り、緑色病院と日本の民医連の間では、幹部やスタッフの交流が盛んに行われているようだ。緑色病院が設置した「地域健康センター」では訪問診療を行っている(緑色病院ではなく、事業主の源進職業病管理財団での事業かもしれない)。これは日本の病院見学、研修から取り入れた事業であるようだ。なお韓国では医師の訪問診療は実施されおらず、診療報酬は付かないそうである。

「地域健康センター」の専従職員は6名で、構成は医師1名、家庭看護師2名、社会福祉士3名である。社会福祉の立場、視点も入れた。それに職員と住民のボランティアが加わって活動が行われる。緑色病院の職員などが給料の1%を寄付する。それと同額を病院も拠出してファンドをつくり、地域健康センターの事業費に充てる。毎年春に資金集めのバザーを開催している。データが古いが、2011年の事業費は6千万ウォン(現在の交換レートで約6百万円)となっている。

地域健康センターの事業は、チュンナンク(中浪区)の地域内の低所得者層世帯への支援である。具体的には予防・健診事業、無料介護支援、無料入浴支援、美容サービス、文化公演、独居老人の家庭の掃除、網戸設置、ゴミフリ退治、防風やボイラー設置もしくは改善、社会福祉士相談を通じた診療費支援である。「医療防波堤運動」という運動で、お金がなくて医療にアクセスすることが出来ない人に、自主的に医療費免除も行っている。また片親の家庭の青少年支援活動(853人)をしている。これは「青い鳥児童基金活動」という。地域住民の健康のための健康ネットワーク形成と各種活動(健康講座、ウォーキング大会)を行う。在宅事業は、お弁当配布、防疫、暖房費支援、おかず支援、敬老堂支援などで対象は約1,500人、60余世帯であるという。最近のボランティア時間は職員3,893時間、住民4,784時間になっているようだ。また全職員による献血キャンペーンも年に数回行っている。

緑色病院は地域の関係で、①地域でお金がなくて病院に行けないことがないように、②地域の拠点病院として役割を担う、に注意しているようだ。本年度の事業計画では、自宅にいる患者や今は患者になっていない老人を訪問して話し相手になろうとしている。これから認知症患者が増えてくるので認知症患者を抱える家族と会ってみようと考え、これから進めていくそうだ。これらは地域にある介護院および在宅センターと連携していく。

日本では地域医療はどうなっているかの質問があった。地域で患者を見て行くという「地域包括ケア」、病床の機能区分を行う「地域医療構想」を説明、病院と在宅との連携、住み慣れた地域での在宅生活と終末の方向を説明した。また認知症患者の動向や患者自己負担、在院日数削減と病院経営の質問が病院側からあった。外国の病院訪問では、当方には聞きたいことがたくさんある。当然ながら、先方も日本の医療のこ

と、病院のことを聞きたがっており、いつも時間が足りなくなる。その時に日本の国の事を何も知らなければ、すぐに相手にされなくなってしまう。注意が必要だ。

■ 日本での地域医療の研修

病院見学のあと、私たち見学団(名誉教授から高校1年生までの老若7人)と申榮全教授は病院の近くの焼肉レストランで昼食のご馳走になった(感謝)。多くの病院のスタッフと一緒にであった。私の隣に座ったのは若い女医のK先生だった。朝鮮半島中部のテグ(大邱)の先生なので、緑色病院の常勤医ではないのかも知れない。話をしていると「昨年、大阪に研修に行った」とのこと。「大阪のどこの病院ですか」と尋ねた。きつと阪大病院や国循(国立循環器病研究センター)、淀キリ(淀川キリスト教病院)といった病院での研修であったのだろうと思った。しかし回答は意外で、「西淀川区の病院」。病院の名前は民医連の「淀川勤労者厚生協会西淀病院」だそうだった。218床のケア・ミックス病院だという。研修の目的は高齢者に対する地域医療の在り方であったそうだった。

3か月間の研修期間の間には大阪や京都の病院や診療所、薬局での研修や見学も行ったという。大阪府区西淀川区は、ひと昔前は中小工場が蟻集する工場街であったと思う。「訪問診療のスタッフについて西淀川区、淀川区の住宅を回った」そうだった。民医連の医療機関は、「保険証がない」「病気や失業などで収入がない」などの経済的理由から病気の治療をあきらめている病人に、社会福祉法で定める「無料低額診療」の実施を行っている。この医師は、私よりもはるかに日本の地域医療の現場・現物・現実に詳しいかもしれない。

最後に余談で終わりたい。そのころの大阪などでは「ぐるぐる病院」が話題になっていた(民医連とは関係がない)。「ぐるぐる病院」という言葉は、多数のホームレスなどの生活保護者の患者(行路患者)が、在院日数長期化に伴う診療報酬低減を回避したい病院の経営上の都合から1~3か月ごとに次々に転院させられ、回り回って元の病院へ戻ってくることから名付けられた。社会的入院という日本の事情もあるが、明らかに利益目的の「患者転がし」である。施療・救貧への医療とは正反対の医療である。恥かしいことだ。大阪の工場街を廻って研修したこの韓国の女医は、日本の地域医療の現場、現実、現状をどのように観て、受け取ったのだろうか。



写真31: お屋をご馳走になった焼肉レストラン(2階)が入る商業ビル。1階は有名なコーヒー店。国民健康保険公団(韓国唯一の公的医療保険の保険者)もこのビルの7~9階に入居している。



AMDA

西日本豪雨災害被災者緊急支援活動報告

—AMDA支援要請を福山医療センターが受諾—



看護師長

大島 瑞穂

平成30年7月12日、西日本豪雨による甚大な被害に、AMDA南海トラフ災害対応プラットフォーム協力医療機関である福山医療センターの災害チームとして、当院より2名災害被災者避難所支援に参加しました。

活動内容として、倉敷市真備町7世帯18人を避難所のネットワーク総社から、倉敷市内の避難所へ移動する前の健康状態の確認と把握、避難者の健康相談を行うことを中心とした活動でした。

西日本豪雨3日目ということもあり、JR山陽本線の運転中止や見合わせ、区間内本数制限とまだ見通しの立たない中、避難所ではドクター・DMATや理学療法士・保健師・看護師・地元ボランティア・市役所職員など様々な被災地支援の方が揃い活動していました。

環境の面ではダンボールのベッドや、発熱など感染している避難者の部屋の確保、午後からは総社市長の慰問があり、「どのようにすれば避難者の人権が守れるか」「カーテンを付けるべきか、他の素材を考えた方がよいか」と提案があり、AMDAスタッフの方もタイムリーに様々な内容について対応していました。

私達もAMDAのゼッケンを身に付けるからには、「救える命があればどこへでも」のAMDAの精神で避難者と関わらせていただきました。

まずチームで昨日の避難者の健康状態の共有を行い、避難者のもとに手分けして伺い、その中で様々な避難者の心身と

もに疲弊した切実な思いを知ることもできました。「家や家具はもちろんのこと、金庫の中に入れていた通帳までびしょびしょになり一晩かけて通帳1枚1枚にティッシュを挟み、翌朝銀行で新しいものに換えてもらった。なんでこんなことを・・・」「糖尿病があり、今まで様々な事に気を付け食事を作って体調を整えてきたのに。ここではパンや弁当と準備してくれていることはありがたいが、わがままなことは言えないけど、病気がどうなるのか不安」「長年の腎臓病で週に3回透析を行っている。避難場所を換えるならば透析対応してくれる病院の近くの避難所を希望。歩いて通えるなら他の人にも迷惑をかけなくてすむ・・・」「寝られなくて、血圧が高い日が続いている」等多くの不安を抱えていました。1日間の支援であったため、被災者の言葉を傾聴し、関係者の方に伝えるとこまでしかできず心残りもあり、今後避難者の精神的・身体的フォローに、多くの継続した支援の必要性を感じました。

日本は自然災害、特に地震が多い国です。私は、岡山県民として「晴れの国!岡山!」と言われ続け、岡山に災害なんてと誰もが思っていたのではないのでしょうか、しかし、西日本豪雨災害があり、この経験・課題(①よりよい避難生活(安全・安心・安楽)の確保②正確な災害の情報③今後の災害の見通しなど災害者へ提供④適切に対処するシステムづくり)を、次に繋げていく必要があります。この度災害支援に参加出来たことを機会に、今後もぜひ災害対策に協力していきたいと考えています。

所感

真備に到着する前に、被災地の状況はニュースやインターネットで情報を得て、ある程度被災地での活動についてイメージしながら参加させて頂きました。岡山駅で、AMDAの方々とは合流し、避難所に到着するまでの車中で、情報交換を行いましたが、メディアの情報だけでは、詳細状況まで知ることはできないことに気づきました。真備町は、2005年に倉敷市に編入合併しましたが、災害当初は、倉敷市が支援できず、隣接自治体である総社市が支援を行っていました。CSCATTTの中の、C(command:司令部)に対して、どこまで支援を要請して良いか、難しい場面があったと思います。刻々と変わる被災地の状況に合わせたCSCATTTの情報共有が支援を行うにあたり必要だと感じました。

私たちが、支援に到着していた時の避難所は、交通が可能であることから食料などの最低限の支援物資は届いていました。被災者は、日中は、自宅の片付けに行き、避難所には高齢者や有病者が残されていました。夜間は、日中より支援スタッフが少なくなる反面、自宅の片付けを終えた被災者が戻ってこられ、管理上困難な場面も想定されるので、支援スタッフにとつての負担を考慮した体制が必要だと感じました。

最後に、この度は短期間ではありましたが、被災地での活動に参加させて頂いたことを大変光栄に思います。現地では、とても丁寧に対応して頂き、支援者同士のコミュニケーションが重要であることを実感しました。今後、南海トラフ地震に備え、災害時は少しでも被災地の支援につながるよう活動したいと思います。



整形外科 副看護師長

片山 智之



祝 新しい分野の認定看護師4人が誕生

今年は新しく4分野の認定看護師が誕生しました。

☆集中ケア認定看護師:佐々木伸樹さん

☆小児救急看護認定看護師:奥野小百合さん

☆乳がん看護認定看護師:藤原礼子さん

☆認知症看護認定看護師:久木田智之さん

今年からは上記の4人を含め、11分野15名が活躍していくことになりました。

ご存知かもしれませんが、認定看護師制度(Certified Nurse)は、日本看護協会が1996年に制定しました。この制度の目的は、特定の看護分野において、熟練した看護技術と知識を用いて水準の高い看護

実践のできる認定看護師を社会に送り出すことにより、看護現場における看護ケアの広がり看護の質の向上を図るというものです。

認定看護師になるためには、希望する認定分野を養成している看護協会や大学に試験と面接を受け入学し、そこで8~10カ月の間、専門的に講義や演習、実習を経て卒業試験に合格し、その後日本看護協会が行う認定審査(試験)に合格しなければなりません。

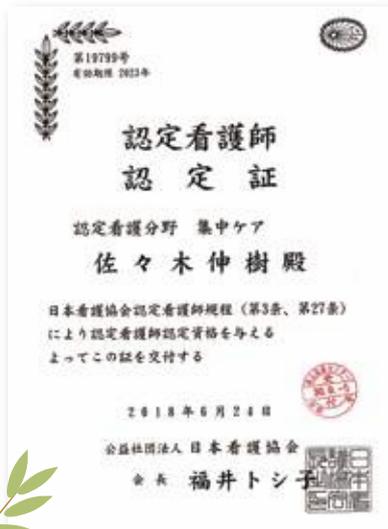
このような困難を乗り越え、今回新しい4分野の認定看護師たちが、認定看護師が持つ3つの役割「実践」「相談」「指導」を果たしながら、各分野において熟練した知識と技術を駆使し当院の看護の質の向上に繋げてくれることを期待しています。(記 岡本悦子)



集中ケア認定看護師
佐々木 伸樹

【集中ケア】

- ・生命の危機状態にある患者の病態変化を予測した重篤化の予防
- ・廃用症候群などの二次的合併症の予防および回復のための早期リハビリテーションの実施



小児救急看護認定看護師
奥野 小百合

【小児救急看護】

- ・救急時の子どもの病態に応じた迅速な救命技術、トリアージの実施
- ・育児不安、虐待への対応と子どもの親の権利擁護



乳がん看護認定看護師
藤原 礼子

【乳がん看護】

- ・集学的治療を受ける患者のセルフケアおよび自己決定の支援
- ・ボディイメージの変容による心理・社会的問題に対する支援



認知症看護認定看護師
久木田 智之

【認知症看護】

- ・認知症の各期に応じた療養環境の調整およびケア体制の構築
- ・行動心理症状の緩和・予防



医療連携支援センター 通信 No.3

日頃から患者さん・ご家族にとって安心できる医療が提供でき、住み慣れた地域での生活が継続できることを実現するために地域の医療機関の皆様と連携させて頂くことは必要かつ重要なことと考えております。

地域の医療機関の皆様、ありがとうございます。

そこで、当院における地域の医療機関の皆様との連携実績をご紹介します。

今後も当院とより一層の密な連携が継続できることを目指していきたく考えていますので、参考にして頂ければ幸いです。



地域医療連携
部長



主任医療社会事業
専門員

豊川 達也 木梨 貴博

平成 30 年度 医療連携支援センター 連携実績 (H30.8)

①前方連携(地域医療連携課)の実績

地域の医療機関の皆様からご紹介を頂いた実績です。

ご紹介を頂き、当院で実践できる医療を提供し、地域の医療機関の皆様と切れ目ない連携をさせて頂いています。

引き続きご紹介くださいますようお願いいたします。

医療機関	合計	内科	呼吸器内科	循環器内科	精神科	小児科	小児外科	外科	乳腺・内分泌外科	呼吸器外科	整形外科	形成外科	脳神経外科	皮膚科	泌尿器科	産科	婦人科	耳鼻咽喉科 頭頸部外科	放射線科
		1位	うだ胃腸科内外科クリニック	39	13	0	0	0	0	1	4	0	2	0	0	0	0	0	0	0	19
2位	よしだレディースクリニック内科・小児科	31	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	29	1	0	0
3位	福山市医師会健康支援センター	29	5	0	0	15	0	1	3	0	0	0	0	0	1	2	2	0	0
4位	渡邊内科クリニック	21	11	2	1	0	0	2	1	0	1	0	0	0	2	0	1	0	0
5位	小林医院	17	13	0	0	0	0	0	0	3	0	0	0	0	1	0	0	0	—
5位	沼隈病院	17	5	1	1	1	0	1	1	2	1	0	0	0	0	0	2	2	0
7位	クリニック和田	16	4	0	1	1	2	0	0	1	2	0	0	0	0	1	1	0	3
8位	村上内科循環器科医院	15	5	2	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	4	0	0	0	2
8位	中国中央病院	15	0	0	0	0	0	1	1	0	5	1	0	0	1	2	0	1	3
8位	中国労働衛生協会 福山本部診療所	15	15	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
8位	脳神経センター大田記念病院	15	3	6	0	1	0	0	1	1	0	0	1	0	0	0	0	0	1
8位	堀病院(沖野上町)	15	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	14
13位	おおもとウィメンズクリニック	14	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	8	2	0	4
13位	日本钢管福山病院	14	2	0	0	2	2	0	0	0	5	0	0	2	0	0	0	0	1
15位	岡田クリニック	13	5	0	0	0	0	1	1	0	4	0	0	1	1	0	0	0	0
15位	宮崎胃腸科放射線科内科医院	13	5	0	0	0	0	2	0	0	4	0	0	0	2	0	0	0	0
15位	赤木皮膚科泌尿器科	13	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	8	4	0	0	0	0
15位	白河産婦人科	13	0	0	0	0	5	0	0	0	1	0	0	0	5	2	0	0	0
19位	山陽病院	12	2	0	0	0	0	1	0	0	2	0	0	0	3	0	0	1	3
19位	寺岡記念病院	12	2	0	0	0	0	2	0	1	6	0	0	0	0	0	0	0	1
19位	松岡病院	12	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	7	3	0	0	0
19位	福山市民病院	12	2	0	0	0	1	1	0	0	4	1	0	1	0	1	0	0	1
23位	城北診療所	11	6	0	0	0	0	0	0	2	0	0	1	1	0	0	0	1	0
23位	大石病院	11	5	0	2	0	0	0	0	1	1	0	0	1	0	0	0	1	0
25位	小島病院	10	2	0	0	0	1	2	0	0	0	0	0	4	0	1	0	0	0
25位	神辺内科	10	3	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	4
27位	にしえクリニック	9	3	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	4
27位	井口産婦人科小児科医院	9	0	0	0	0	1	1	0	0	2	0	0	0	5	0	0	0	0
27位	高橋医院	9	1	0	0	1	0	0	0	0	2	0	0	1	1	0	1	1	1
27位	福田内科小児科	9	2	0	0	0	0	1	0	0	3	1	0	0	0	0	0	0	2

②後方連携(医療福祉相談課)の実績

(1) 転院実績

当院で入院後、療養継続等のために転院支援をさせて頂いた実績です。患者さんの病状等に応じ、適切と考えられる医療機関を調整し、転院後は患者さん・ご家族にとって安心できる療養環境を提供して頂いています。

医療機関	合計	内訳			
		通常転院	大規模バス	圧迫骨折	脳卒中バス
1位 福山リハビリテーション病院	9	6	2	1	0
2位 大石病院	4	2	1	1	0
2位 福山第一病院	4	3	1	—	0
4位 福山城西病院	3	3	—	—	—
4位 沼隈病院	3	1	1	1	0
4位 寺岡整形外科病院	3	0	—	3	—
7位 いそだ病院	2	2	0	—	—
7位 山陽病院	2	0	1	1	—
7位 西福山病院	2	2	—	—	—
7位 水永リハビリテーション病院	2	1	1	—	—
11位 楠本病院	1	1	0	0	—
11位 藤井病院	1	0	1	0	—
11位 前原病院	1	1	—	—	—
11位 大門あかつき病院	1	1	—	—	—
11位 セオ病院	1	1	—	—	—
11位 セントラル病院	1	1	—	—	—
11位 小林病院	1	1	—	—	—
11位 福山回生病院	1	1	—	—	—
11位 山口宇部医療センター	1	1	—	—	—
11位 村上記念病院	1	1	—	—	—

(2) かかりつけ医調整実績

当院で入院治療後、在宅療養を目的に退院支援をさせて頂き、かかりつけ医(在宅医)を調整させて頂いた実績です。

患者さん・ご家族にとって身近な医療機関としてかかりつけ医(在宅医)は必要不可欠であり、住み慣れた地域で療養を継続する上で重要なことと考えています。

身近にかかりつけ医(在宅医)をはじめとする地域の支援機関が、患者さん・ご家族が住み慣れた地域でできるだけ長く療養生活を続けられるように支援して頂いています。

医療機関	合計	内訳	
		往診・訪問診療	通院
1位 まるやまホームクリニック	3	3	—
2位 よしおかホームクリニック	2	2	—
3位 沼隈病院	1	0	1

第6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）のお役に立てていただくことを目的とします。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。ご家族の方もふるってご参加ください。

日 時：2018年**12月15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

駐車場代：無料 駐車券を会場まで持参ください

【司会】薬剤科 河野 泰宏 先生

第1部 13:30～14:00

【演者】栄養管理室 滝澤 栞 先生 『IBDの食事療法』

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～

主催：福山医療センター IBD教室ワーキンググループ

会場のご案内

正面玄関よりお入りいただき
エレベーターで3階中会議室まで起こしてください。



※医師、薬剤師、管理栄養士、看護師への質問、今後の講演内容の希望などあればご記入下さい。

開催記録

第1回

2016年6月18日（土）

◆講演
『潰瘍性大腸炎とクローン病の
基礎知識と治療について』

消化管内科
豊川 達也 先生

第2回

2016年12月3日（土）

◆講演
『IBDの食事療法について』

栄養管理室
赤木 知沙 先生

第3回

2017年6月10日（土）

◆講演
『IBDの薬物療法について』

薬剤科
野村 直幸 先生

第4回

2017年12月2日（土）

◆講演
『内視鏡センター看護師、
病棟看護師のIBD患者さん
への関わり』

看護部
島田 直美 先生
小林 由紀 先生

第5回

2018年6月16日（土）

◆講演
『IBD治療の最前線』

消化管内科
豊川 達也 先生

治験にご協力頂ける方を募集しています。

福山医療センター 治験管理室
TEL:084-922-0001

かようせいだいちょうえん
潰瘍性大腸炎の患者さんへ

潰瘍性大腸炎の患者さんを対象とした、
治験*にご参加いただける方を募集しています。

*治験とは、新しいくすり（発売前）の効果と
安全性などを調べる臨床試験のことです。

治験の内容

- 経口薬の治験です。
- 服用期間：10週～26週です。

この治験にご参加いただける方

- 16歳～74歳の方
- 現在、血便のある方

※その他にも基準があり、ご参加いただけない場合があります。
※治験のご相談をされた方のプライバシーは厳守いたします。

お問い合わせ先

治験管理室
084-922-0001(代表)

この治験にご興味のある方は担当医師または
上記までお気軽にお問い合わせください。

潰瘍性大腸炎の 患者さまへ



当院では新しい薬の**治験**を行っており、
参加していただける方を募集しています。

治験とは一人での有効性や安全性について調べることを「臨床試験」といいます。その中でも、国（厚生労働省）から「くすり」として認められているために行われる試験のことを「治験」といいます。

◆参加条件

- 活動期の潰瘍性大腸炎の方
- 外来での通院ができる方
- 20歳以上75歳未満の方
（その他の条件により
参加いただけない場合があります）

◆参加期間

約35週間
（治験薬服用期間 8週間）

治験に関するお問い合わせ先

【担当科】福山医療センター 内科・消化器内科
【窓口】治験管理室
【TEL】084-922-0001（代表）



クローン病の患者さまを対象とした
治験のご案内

治験とは？

新しい薬を開発するために、患者さまのご理解・ご協力のもと、薬の効き目や安全性などを慎重に調べる試験です。治験への参加は患者さまの自由意思です。そのため、参加を希望されなかったりしても、不利益を受けることはありません。



対象となる 患者さん

- 18歳～80歳の方
- クローン病の診断を受けて、3カ月以上経過している方
- これまでの治療で、十分な効果がなかったことがある方

※この他にも治験に参加していただくために多くの基準がございます。詳しくは一番下の連絡先までお気軽にお問い合わせください。

この治験について

- 注射のお薬です。
- およそ4週間に1回来院していただき、必要な検査と注射を実施します。
- およそ3か月後に効果を確認します。効果が確認されたら、さらに長期間継続していただきます。

本治験にご興味のある方はお気軽にお問い合わせください



治験管理室
電話番号☎ 084-922-0001(代表)

健康と暮らしに役立つ

がん治療最前線

Vol.13 「祝!ノーベル生理学医学賞!」



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

画期的な薬

このほど京都大学の本庶佑先生が、画期的な免疫チェックポイント阻害薬(immune checkpoint blocker: ICB)にてノーベル賞を受賞されました。

いったんがんになると自然治癒は望めません。がんの治療には大きく分けて①手術や内視鏡による切除▽②抗がん剤やホルモン治療▽③放射線治療▽④免疫療法があります。免疫療法は人にもともと備わっている異物を攻撃、排除する仕組みを利用したものです。免疫力を利用する発想は以前からあり、1960年代から使われている「丸山

ワクチン」や、先進医療として認可されている活性化リンパ球を用いた「樹状細胞療法」、自由診療の「NK細胞療法」などがあります。

一部に効果の高い人はいるものの、ほとんどが科学的に有効性を証明できません。原因の一つとして、がん細胞が免疫の攻撃力にブレーキをかけてしまうことが挙げられます。

本庶先生が開発し、2014年に発売されたICBの一つであるT細胞のPD-1とがん細胞との結合を阻止して、このブレーキを解除します。従来の抗がん剤とは全く作用の仕組みが

【図1 免疫チェックポイント機構】



異なる画期的な薬です。

15年、カーター元米大統領が悪性度の高い悪性黒色腫と診断され、肝臓と脳への転移も見つかりましたが、ICBの一つの「ペンブロリズマブ」で寛解したのは有名な話です。新聞やテレビでは、夢の第四の治療法」と連日報道されていますが、問題点もあります。

十分な検討を

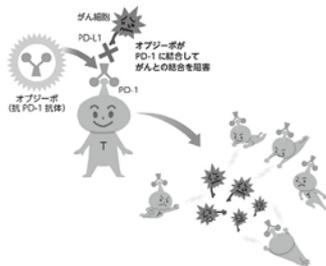
現状では事前に有効な患者の選別法が確立しておらず、二〜三割には顕著な効果が認められませんが、全く効果のない症例も多く、オプジーボの保険適応も現状では悪性黒色腫、非小細胞肺がん、腎細胞がん、胃がんなどに限定されています。ただ胃がんに関しては、従来の抗がん剤治療を二種類施行後に増悪した症例とされています。また従来の抗がん剤とは異なる特有の副作用も認められ、重篤なものもあるので専門医と

チーム医療の整った病院で治療することをお勧めします。

一方、科学的根拠が明らかでない自費診療の免疫療法も存在し、「一部のクリニックで、有効性や安全性を担保できない危険な治療が行われている」という情報もあります。「夢の免疫療法」とうたう高額な免疫療法は、内容を十分検討してください。

もう一つの問題点は高額な薬価ですが、オプジーボの治療費は三度目の値下げが決まり、11月からは当初の三分の一以下の年一〇〇万円程度に引き下げられました(高額療養費制度の対象)。

【図2 T細胞の攻撃力が回復】



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

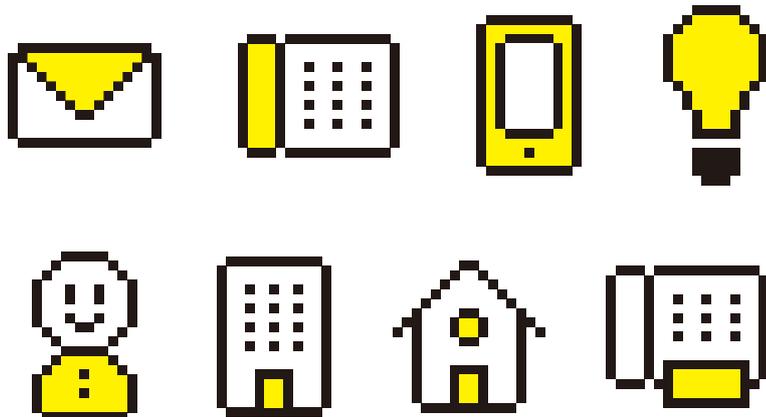
【Profile】大阪のデザイン事務所、広告制作会社を経て、2011年に独立。福山市を拠点に、全国の企業やお店、ブランド等のロゴマーク制作(CI/VI)と、それに伴うアートディレクションやブランディング、広告制作を主に手がけています。



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。

■「アイコン」の役割

左のアイコンは、今ブランディングを手がけさせていただいてる企業のために制作したアイコンです。私は企業のトータルデザインを手がける際に、必ずと言っていいほど「アイコン」をデザインして様々な媒体で使用しています。それは、「視認性が高まるから」、「ブランドとしての統一感を出せるから」など様々な理由がありますが、一番の理由は「よりよく伝えることができるから」です。情報を広く伝えるときの伝え方の基本は、新聞の様に「見出しがあって、本文があること」です。視認性の高い簡潔な見出しで「情報の核」を先に伝え、伝わる速度が上がり、本文の理解もより深まります。アイコンも、見出しと同じ役割を持ったものとして使用すると効果的です。



連載

No.58

事務部だより

「国のがん対策における 目的と評価について」

事務部企画課
診療情報管理室
峯松 佑典



2019年4月より、がん診療連携拠点病院では新要件に基づく医療提供体制がスタートする事が国により決定されました。この新要件は2017年10月に閣議決定された「第3期がん対策推進基本計画」に基づいたもので、より質の高い安全ながん医療提供体制を構築するために見直されたものです。

国は2人に1人が罹患するといわれるがんに対し、今期2018年度からの対策として「がん予防」・「がん医療の充実」・「がんとの共生」の3つの柱を掲げ、それらに取り組むことでがんの克服を目指し、最終的にがん死亡率の減少を目標としています。

3つの柱のうちの1つである「がん予防」とは「がんになる人を減らすこと」を目的としたもので、広島県ではたばこや感染症、生活習慣の改善、がん検診受診率向上などの取り組みを対策として挙げています。2つめの「がん医療の充実」とは、「がんから治る人を増やすこと」を目的とし、がん拠点病院におけるがん治療など医療内

容の質の向上や改善を重要視しています。3つめの「がんとの共生」とは「がんに関する身体・精神的苦痛を軽減すること」で、主に緩和ケアや相談支援の充実を挙げています。

これらのがん対策の効果を評価する指標としては、がん死亡率、罹患率、生存率などがあり、相互に比較することで効果を把握できます。2016年からは「全国がん登録」が開始となり、すべての病院及び一部の診療所においてがん登録の届け出が義務化され、これにより全国のがん罹患率が国で一元的に管理・把握できるようになりました。例えばたばこ対策の効果が現れているかどうかを調べるにあたり、罹患率が減少しているか、これに伴い死亡率も減少しているかを正確に評価することも可能となります。

また、生存率を抽出するにあたりがん死亡数は正確な数を国が把握していますが、罹患数は医療機関等でのがん登録の届け出が義務化されていなかったこともあり、今後は国全体で把握することで精度の向上が期待されます。

がん登録の義務化はこれらの指標の精度を上げ、国はより正確なデータに基づいて施策を立てることが可能となることから、今後のがん対策において重要な位置づけとなっています。医療機関としては、より精度が高く漏れのない登録が求められています。

東京 中学校講師
黒田 貴子

「五日市憲法」が、いま伝えるもの

「日本国民ハ各自ノ権利自由ヲ達スベシ、他ヨリ妨害スベカラズ。カツ国法之ヲ保護スベシ」このような条文から成る憲法草案が、今から130年ほど前に、千葉宅三郎を中心とする五日市学芸懇談会の人々によってつくられました。そして、この憲法草案は1968年、東京経済大学・色川大吉ゼミの調査によって、五日市（現在は東京あきる野市）の深川家の土蔵から発見され、五日市憲法と呼ばれました。風呂敷に包まれた文書類の中から、この憲法草案を取り上げた学生であった新井勝紘さんが、50年後の今年書かれた『五日市憲法』（岩波新書）には、当時のエピソードや、五日市憲法についての興味深い話が満載です。

国会開設を求める国民の声を抑えようとした政府に対し、演説会、学習会、新聞などによって、国会開設・自由・権利・条約改正などを求める運動が全国各地で活発に行われます。自由民権運動のはじまりです。教科書で、演説会場で宙を舞う土瓶などが描かれている絵をごらんになった方も多いと思います。政府を批判する弁士の演説を止めようとする巡査に、聴衆が反発している場面です。

「こんなに荒れる演説会、みんなが当時の人だったら行きたい？やめとく？」と問いかけると、「行きたい！聞いてみたい！」「危ないから行かないかな」と、生徒の意見は分かれます。演説会には、子どもからお年寄りまでが、芝居より面白いと言って参加していたこと。ところが取り締まりが厳しくなり、特に女性は演説をすることも聞くことも禁じられたことを説明すると「えーっ！」と憤慨する声も上がります。

そんな中、国会開設を求める署名運動が全国各地に広がり、国会期成同盟は、第3回大会に各地で作った憲法草案を持ち寄ろうと呼びかけます。五日市憲法草案もこの呼びかけに応じて作られたのです。政府は、当然ながらさまざまな形でこの運動を妨害します。

そんなとき、政府にとって不都合な事件が起きました。「北海道開拓使官有物払下げ事件」と板書すると、生徒たちは一斉に「長ーい!」。北海道の開拓使（後の道庁）が所有していた農園、砂糖工場、運搬用の船など、当時のお金にして1400万円相当のものを、わずか39万円で薩摩の商人に払い下げたことが発覚したのです。払い下げを認めた開拓使長官も薩摩出身。「最近もあったじゃん?」「モリカケだ!」

国民の怒りを抑えるため、政府は国会開設を約束します。しかし、国民が憲法について議論することは禁止されます。五日市憲法のような、人々の願いがこめられた憲法草案は埋もれてしまいました。70以上も作られていたという、こうした憲法草案を政府は一顧だにしようとしませんでした。

政府の憲法作成の中心となった伊藤博文が目標としたのは、君主権の強いドイツの憲法でした。そして、横須賀近くの夏島の別荘で秘密裏に憲法の作成に取り組みました。前もって内容を知らされることなく、お祭り騒ぎの中で発表された大日本帝国憲法は、天皇が政治でも軍事でも最高の権力を持ち、「臣民」の権利は制限付きのものでした。

こうして抑え込まれてしまった人々の願いが日の目を見たのは、アジア太平洋戦争が終わった時です。自由の身となった憲法学者たちは、憲法研究会をつくり、理想の憲法草案を自由民権運動期に求めました。鈴木安蔵によってまとめられた憲法案が、GHQの憲法案に取り入れられ、今の日本国憲法に大きな影響を与えたのです。





遠野郷八幡宮
多田 宜史

「玉串について」

皆さんこんにちは。

今回は神道の儀式になくてはならない「玉串(たまぐし)」について書きたいと思います。

玉串は、常緑樹の枝、特に榊の枝に紙垂(しで:紙を折ったもの)を取り付けたものです。常緑樹を用いる意味は、落葉樹と比べて常に青々として枯れないため穢れ(気枯れ)おらず、生命力にあふれて清らかであるという意味がありますし、特に榊が用いられるのは常に繁っているため栄える木であるという「栄木」や、神域との境であるという「境木」といった意味があるからです。お宮参りや七五三などの神社の祭典に参加されたことのある方は、これを神前に供えて祈った経験をお持ちの方もいらっしゃるのではないのでしょうか。

その作法は、1、神職より玉串を受け取り、2、神前に進み軽く一礼、3、玉串を立てて祈念を込め、玉串を時計回りに回転させて根元を神前に向け、供える、4、二礼二拍手一礼で参拝し、5、軽く一礼して下がる、となっています。

玉串の語源については様々な説が出されています。本居宣長は神霊に奉るから「手向け串」であるといい、平田篤胤は、もともと玉を付けた串であったため「玉串」であるといい、六人部是香は玉串に神霊が宿るから「霊串」であると述べています。これらから神社本庁では、玉串は神霊を迎える依り代であると同時に、祈る人の気持ちも込められることにより、祀られる神と祀る人の霊性を合わせる仲立ちとしての役割を果たす供物である、としています。また出雲大社では、神の靈魂と人の靈魂を貫く意味があるとしているようです。私はこれに加えて、神様に気を補充する意味もあると考えていますが、ともかく神様に捧げて、自分の祈りを

届けるという大事な役割を担っているわけです。

神道のお祭りに参加された方には、お金を包むのし紙の表書きにどんなことを書いたら良いのが迷った方もいらっしゃると思います。実際、神社にもよく問い合わせがあるのですが、お祝い事であってもどんな祭儀であれ「玉串料」と書いておけば間違いありません。それは上記のように、玉串は祈りを捧げる本人が奉るものだからです。本来は玉串を自分で準備すべきだけれど、代わりに神社に準備してもらったからそのお金ですよ、という意味になるわけですね。

ちなみに当神社では、あまりにも寒くて榊が育たないため、写真のようにヒバで代用しています。他にも東北ではイチイやスギを用いるところもあるようです。



玉串 手前:檜葉 奥:榊

連載 No.58

Learning English

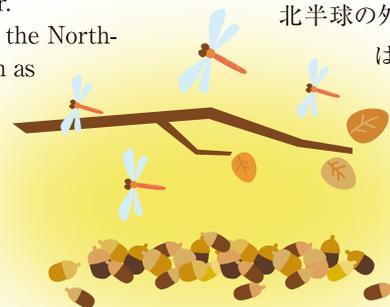
Naho Fujisawa

Hello, there. It's been cold for a while. How are you doing in this fall?

What word comes to your mind if you hear the "fall?" It may be appetite, art, or reading book, for us who live in Japan. There are no such expression in overseas. Japan is very small island, and 4 seasons gradually come up from south to every region. On the other hand, big countries such as the United States, the climates vary, some area has 4 season changes, some has almost 2 seasons with short spring and fall, there may have a big temperature differences on the same day depending on areas compering. Such expression is very unique one has been generated from the environment that Japan has a certain period of fall time that is long enough to devote in one thing every year.

What makes people sense the fall on the Northern Hemisphere is national holidays, such as Labor Day, Thanksgiving Day, and Halloween. Climate doesn't matter this way. And new fiscal year starts on the fall. If the place changes, what we feel on the season changes.

See you on the next issue!



皆さん、こんにちは。すっかり寒くなりましたね。皆さん、どのような秋をお過ごしでしょうか。

日本では、食欲の秋、芸術の秋、スポーツの秋、などと言いますが、外国にはそのような表現はありません。日本は小さな島国でどの地域にも、時間差はあっても四季が訪れます。反対に例えばアメリカなどの大きな国は、大きすぎるために四季がある地域もあれば、秋や春の期間が短い場所、同じ時期なのに地域によって温度差の激しいことがあります。「～の秋」という表現は、ある一定期間、何かに没頭できるくらいの秋の季節がほぼ偏りなく訪れる日本ならではの言葉なのかもしれません。

北半球の外国で秋を思わせるものは、祝日となります。例えば、Labor Day、Thanksgiving Day、ハロウィンなどです。祝日は1日だけなので、確かに気候は関係ないかもしれませんが、また、秋は外国では始まりの時期です。場所が変われば人々の感覚も変わるものですね。では、次号でお目にかかります。

心も身体も温まる ホワイトソース



主任栄養士
赤木 知紗



日に日に寒さを増す今日この頃、温かい料理が恋しくなる季節です。鍋料理やおでんが食卓にあがる機会が多くなると思いますが、この季節の私のおすすめはホワイトソースを使った料理です。スーパーに行けば、簡単にシチューの素やグラタンの素が手に入りますが、実は手作りホワイトソースも簡単に作ることが出来ます。また冷凍保存もでき、まとめて作っておけば、忙しい日々の時短調理にも役立ちます。また、ホワイトソースに使用する牛乳はカルシウムの大事な供給

源になりますが、寒い季節に冷たいまま飲むと身体を冷やしてしまうことがあり、温めて飲むのがおすすめです。ホワイトソースは時短と栄養補給と一石二鳥ではないでしょうか。

今回は基本のホワイトソースの作り方とホワイトソースを利用した、きのこのクリームスープをご紹介します。クリームスープは残り野菜を利用して簡単に作れるので忙しい朝食にもぴったりと思います。

基本のホワイトソース(2人分)

材 料

- *小麦粉 ……………15g
- *バター ……………15g
- *牛乳 ……………200ml
- *塩 ……………0.3g
- *コショウ ……………0.1g

作り方

- ① バターを鍋に入れ弱火で溶かす
- ② ①の中に少しずつふるった小麦を加える
ソースを焦がさないために、鍋を適宜火から離す
- ③ ②にとろみがついてきたら、牛乳を少しずつ加えてソース状にする
- ④ 全体がなじんだら、塩、コショウを加え、味を調える

冷凍保存はジッパー付きフリーザーバックを使うと衛生的です。ホワイトソースをフリーザーバックにいれ、空気を抜いて冷凍すると2週間程度保存できます。保存の際に菜箸などでぼみをつけておくと、使うときに必要な分だけ取り分けて使うことが出来ます。解凍は調理直前に電子レンジで行うのが良いと思います。



きのこのクリームスープ(2人分)

材 料

- *玉ねぎ ……………60g
- *ベーコン ……………20g
- *しめじ ……………50g
- *エリンギ ……………20g
- *しいたけ ……………20g
- *オリーブオイル ……………3g
- *ホワイトソース ……………30g
- *牛乳 ……………200ml
- *水 ……………100ml
- *顆粒コンソメ…小さじ1/2
- *塩 ……………0.5g
- *コショウ ……………0.2g

作り方

- ① 鍋にオリーブオイルを入れ、玉ねぎ、ベーコン、きのこ類を炒める
- ② ①がしんなりしたら、火を止める
- ③ ②にホワイトソースを加えて、全体になじませる
- ④ 水と牛乳を混ぜ合わせる
- ⑤ ③を弱火にかけ、少しずつ④を加える
- ⑥ コンソメ、塩、コショウを加えて味を調える
- ⑦ 全体にとろみがつけば完成



栄養価(1食あたり)	
エネルギー	150kcal
たんぱく質	6g
炭水化物	12g
脂 質	9g
食塩相当量	1.5g



当院でも朝食に野菜たっぷりのクリームスープを提供しています。また11月はセレクトメニューでホワイトソースを使ったチキングラタンを提供する予定です。

BISTRO BON TORE

ビストロ ポントレ No.12



ビストロポントレ
シェフ 倉島 秀典

ヒ コツの人生 本当の勉強とは。その2

先日高校生の就職担当の先生が、資格は多いほうが良いからと
あえず短大に行ったほうが良い。とのアドバイスをもらったアル
バイトスタッフがいました。僕が思うに、その資格は今から10年
先まで価値のあるものなのか？という疑問です。10年後AIの時
代が進んだとき、現在価値のある資格は紙くずになるかもしれま
せん。しかもかなりの確率で。これからは必ず！好きなことを
どれだけ真剣に頑張れ、そのことで、人をどれだけ楽しませる
ことができるか？が非常に重要になるでしょう。

皆さん「ユーチューバー」って聞いたことありますよね。有名な
のが「ヒカキン」です。今は将来の夢で「ユーチューバー」と答える子
もいるくらい、その名を全国にとどろかせてますよね。

今から10年前、まさか自宅で映した動画で年商一億以上稼ぐなん
て誰も思いつかなかったでしょう？凄いの、自分がゲームし
て、その動画で稼ぐ人もいますよね。10年前そんなこと言ってた
ら、めちゃくちゃ馬鹿にされていたと思います。皆さん「ヤ
フー」って知ってますよね。僕の兄がパソコンをやり始めた20年
位前は、そんな商売うまく行くはずがないと言われていました。
この先10年は今までの10年なんか比べ物にならないほど、そう
いった移り変わり、常識の変化が加速していくことでしょう。そ
んな中、やはり自分の好きなことに熱中し、深く学び続け、人を喜
ばせることこそ、本当の勉強であり、これからの世の中を生き抜
く、大切な力になるんだと思います。

物が溢れすぎている今だからこそ、本当に大切な知識や知恵を
しっかりと身に付け、価値のある学びをしていきたいものですな
(^-^)

〒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



カンタン

ヒ レシピ 鮮魚のカルパッチョ

塩	.....	魚の重量に対して1%
水菜	.....	少々
レモン	.....	好みの分量
エクストラバージンオイル	.....	適量
醤油	.....	少々
ブラックペッパー	.....	少々
塩	.....	少々

これから魚が美味しい季節がやってきます♪そこで今回は美味しいカルパッチョの作り方をご紹介(*^-へ*)

1. 購入した鮮魚の重量を計り、1%の分量の塩を準備する
2. 魚がスライスしてある状態なら、器に綺麗に並べて、1の塩を全体にまんべんなくまぶし、ラップをして30分程度冷蔵庫でねかす。塊の状態なら、カットしてお皿に並べて塩をしてください。
※塩をして寝かすことにより、魚の細胞が壊れ、水分と魚の臭みが出てきます。これにより、ねっとりとした食感になり、魚の生臭さも軽減されます。また、水分が抜けることで、旨味が凝縮し、塩の成分で旨味もUPです♪この技法は焼き魚などにも応用できますよ。塩をしてすぐに焼くのではなく、30分~1時間ねかすのがコツです。
3. 水分が出ているので、キッチンペーパーで水気をしっかりとふき取る。
4. 3にエクストラバージンオイルをまんべんなくふりかけ、レモン汁を絞る。
※エクストラバージンオイルは多いくらいが良いです。あとからレモンを絞るのがコツ。
5. 4に醤油少々と後塩、ブラックペッパー少々を振りかける
※この時も、醤油→塩→ブラックペッパーの順で振るのがコツ。先に液体をふっておくことで、味が流れにくくなります。





音楽カフェの風景 そのII

内科 村上 敬子



10月15日、第12回ときめきコンサート ピアノリサイタルを行いました。出演者は年齢も職業もさまざま、ピアノという楽器に巡り合い、紆余曲折があってもピアノが好きで、ピアノに向き合えることが嬉しくて、鬱陶しいはずの練習すら楽しい...そんな仲間です。今回はそれぞれの奏者が、ピアノの音で皆さまに何かを伝えたいと願って選曲、演奏しました。とても真剣に聞いて下さり、会場に温かい空気があふれていました。ありがとうございました。

音楽はただ聴いて美しいだけでなく、風景を描写したり、心情を表現したり、物語を紡いだりできます。記憶とも深く関わるので、懐かしい曲に思い出がリンクして蘇ることもあります。音楽がひとに感動を与えるのは、音楽がもたらす情動の変化そのものです。それを利用したのが音楽療法で、不安や痛みの軽減、精神の安定、リラクゼーション、脳の活性化、集中力強化、身体機能の向上、表情や感情の表出、自発性や活動性を促進、コミュニケーション能力を高める、達成感や自己実現といった成功体験を生むなど、ここに書ききれないほどの効果をもたらします。

実は最近、コンサートのあと密かな楽しみがあります。それは寄せられたアンケートを読むことです。音にシンクロして感情が芽生える様子が生き生きと記されています。音楽に心揺さぶられ、曲にご自分の人生体験をなぞらえたり、未来を思い描く方もいらっしゃいます。私はコメントを見返しながら舞い上がっています。と言いますのも、これこそが音楽療法だからです。「音」という抽象的な媒体を通して「脳」に化学変化が起きているのです。

音楽でときめいて頂きたいと思って始めた活動なのに、気づけば私たちスタッフも皆さまの瑞々しい感覚、豊かな感性に心ときめいています。音楽の力は偉大ですね！これからもよろしくお付き合いください。



福永真実



山上(診療情報室) 今田直子 村上敬子



古谷まり

福山医療センターで音楽療法を始めて、ちょうど2年が経ちました
これまでに音楽カフェ、ときめきコンサートに
来場いただいた方は1500名を超えます

♡♡ ご支援、ご協力に心から感謝いたします ♡♡



ときめきコンサートのご案内

4階大ホール
にて、
お気軽に
お越しください



12月6日(木) 15:00
ピアノとバイオリンの響き

12月21日(金) 15:30
クリスマスコンサート



編集後記

タイ国ラジャピチ病院との国際交流

現在呉医療センターとともに参加している タイのRajavithi Hospital Annual Academic Meeting(ラジャピチ病院国際学会)は、呉医療センター谷山院長が臨床研究部長時代にタイ国の王立ラジャピチ病院の国際医療学会に参加したのが契機である。ラジャピチ病院はタイの首都中心部に位置し、当初は王立母子医療センターとして設立され、その後拡充発展し、現在は総合病院として、臨床医学の実践、研究、及び教育機関としてタイ国の医療を牽引する病院(Leading Hospital)です。

平成25年7月、コメディカルのモチベーション向上に資するとのことで谷山院長よりお誘いがあり、岩垣院長が参加方針を決断した経緯があります。平成26年2月チームを編成しましたが、折悪しくタイのクーデターと重なり、不測の事態を回避し、参加を見送りました。翌平成27年2月、呉医療センターメンバーとともに、当院は渡利リハビリテーション科士長を団長に6名(研修医1名、コメディカル5名)のチームを構成し参加しました。当院のメンバー全て国際学会は初経験で、ドキドキしながらの英語によるつたないプレゼンテーションでした。それでも、ラジャピチ病院のスタッフは熱心に聴講し真摯に質問してくれ、温かい交流が成立しました。加え、ラジャピチ病院の視察や歓迎式典では同病院スタッフのホスピタリティー溢れる熱烈な歓迎を受け、皆感激した次第です。

帰国したメンバーは、ラジャピチ病院のスタッフを福山に引き返しをしたいとの要望を病院に提出、呉医療センター主催の国際医療フォーラム(KINT)の前日に同病院スタッフを福山に招聘し記念講演会、歓迎会を開催し、日タイの相互交流会を開催することを決定しました。平成27年7月、『第一回福山-ラジャピチ医療フォーラム』を開催、ラジャピチ病院病理部長のアチ先生を団長に同病院医療チームが当院を来訪する運びとなりました。アチ先生は人柄穏やかで全てを包み込む優しさ溢るチームのお父さんの趣がある方でした。

記念講演は、「タイのがん診療の現況」、「ラジャピチ病院開発の腕時計型経皮的血糖モニターの商品化」について講演がなされ、活発な議論となり、タイのがん診療医療に対する理解を深めるとともに、イノベーションにも取り組んでいることに感銘を受けた次第です。講演後は朝の浦にて楽しく杯を酌み交わし、それぞれの国のことを語り合い、それぞれの国の歌を披露し合い交流を深めました。タイの国の歌もスマホで検索すると簡単にダウンロードができます。当院の若いスタッフがスマホをマイクに接続し、カラオケ演奏が可能となりました。ITの進歩とそれを使いこなす若者たちに感嘆した次第です。

平成28年、平成29年、平成30年2月はそれぞれ、私・梶川、大塚院長、守山部長が団長としてチームを編成しラジャピチ病院国際学会に参加しました。来年2月に開催される「第30回ラジャピチ病院国際学会」には、堀井院長を団長とし、過日、9名のチームを編成したところです。ラジャピチ病院国際学会はコメディカルにとって交際学会への数少ない発表の場であると病院は判断し、今後も持続することとしています。当院は、Japan International Hospitals の認証を得て(広島県初)、外国人患者の診療体制を整えつつありますが(当院の案内は、日本語・英語・中国語・ベトナム語にて表示しています！)、ラジャピチ病院国際学会出席は、当院の国際医療協力推進の方針とも合致する施策であると考えています。

平成28年、プーモン国王の崩御に際して「お悔やみ」のメールをお送りしました。ラジャピチ病院院長より「お礼のメール」と金色に輝く「プーモン国王顕彰碑」の贈呈を受けました(応接室に掲示しています)。今後とも、医療を介してのタイ国との心温まる交流を続けていきたいと考えています。

文責：臨床研究部長 梶川 隆

一枚の絵 NO.72

yukimitsu sanayasu の ぶらり旅日記

張家界国家森林公園 黃石寨

張家界国家森林公園は、張家界市武陵源区にあり1982年に中国初の国家森林公園に指定されました。黃石寨は、またの名を黃獅寨といい、標高1200mにあります。黃石寨は雄大で勢いを感じさせる形をしており、風格と趣を兼ね備え、張家界国家森林公園景勝区のメインとなっています。そのため『張家界に来て黃石寨を見ずば、張家界に来たとはいえず』といわれています。



さな やす ゆき 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63回	2019年11月11日	「科学療法中の口腔ケア」	歯科衛生士 藤原 千尋
------	-------------	--------------	-------------



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11回	11月16日(金)		
------	-----------	--	--

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

クリスマスコンサート

●入場無料

12月21日(金)	
-----------	--

気軽にお越しください！
外来棟4階 大ホール 15:00～



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

11月16日(金)18:30～ 「消化器癌外科治療の現況と展望 ～胃癌・食道癌からみて～」
座長：統括診療部長 稲垣 優
講師：大阪大学医学部医学系研究科 外科学講座消化器外科学 教授 土岐 祐一郎

11月30日(金)18:30～ 「オートファジーとは何か？～ノーベル賞の大隈先生と挑んだ21年～」
座長：院長 岩垣 博巳
講師：大阪大学大学院医学系研究科 生化学・分子生物学講座 遺伝学教室 教授 吉森 保

12月 5日(水)19:00～ 「糖尿病治療におけるGLP-1受容体作動薬の位置づけ ～体重、食欲、食行動コントロールとCVイベント抑制における有用性～」
座長：糖尿病・内分泌内科医長 畑中 崇志
講師：岡山済生会総合病院 糖尿病センター長 中塔 辰明

12月21日(金)18:30～ 「老年医学の課題と展望」
座長：臨床研究部長 梶川 隆
講師：大阪大学大学院医学系研究科 内科学講座 老年・総合内科学 教授 樂木 宏実

2019 1月16日(水)18:30～ 「自動解析心電図との上手な付き合い方 ～今さら聞けない心電図の基本から臨床現場での活用法まで～」
座長：臨床研究部長 梶川 隆
講師：水永リハビリテーション病院副院長 福山医療センター名誉院長 廣田 滋

2019 1月18日(金)18:30～ 「おもしろい人生の歩み方～楽しくそして有意義に」
座長：第一臨床検査科長 渡辺 次郎
講師：大阪大学大学院医学系研究科 病理学講座 幹細胞病理学 教授 仲野 徹

がん診療部キャンサーボード

11/16(金) 8:00 消化器	12/ 7(金) 8:00 消化器	12/21(金) 8:00 消化器
11/16(金) 8:00 肺がん	12/ 7(金) 8:00 肺がん	12/21(金) 8:00 肺がん
11/22(木) 18:00 乳がん	12/13(木) 18:00 乳がん	12/27(木) 18:00 乳がん
11/30(金) 8:00 消化器	12/14(金) 8:00 消化器	12/28(金) 8:00 消化器
11/30(金) 8:00 肺がん	12/14(金) 8:00 肺がん	12/28(金) 8:00 肺がん

STAFF

治験管理部	大塚 真哉	腎臓科・血液センター	長谷川 泰久	【科】	診療放射線科	大戸 義久
医師業務支援部	常光 洋輔	国際協力推進センター	堀井 城一郎	臨床検査科	大戸 潤子	
広報部	長谷川 利路	消化器病センター	豊川 達也	リハビリテーション科	野崎 心	
感染制御部	下江 敬生	内視鏡センター	豊川 達也	【室】	栄養管理室	坪井 和美
国際支援部	堀井城一郎	呼吸器・循環病センター	岡田 俊明	がん相談支援室	長谷川 利路	
ワークライフバランス部	兼安 祐子	頭頸部・産婦センター	岡田 俊明	がん相談支援室	中島 正勝	
薬剤部	板野 亨	泌尿器・泌尿センター	廣田 稔	診療情報管理室	藤原 千尋	
看護部	横山 弘美	皮膚科	廣田 稔	診療情報管理室	藤原 千尋	
【センター】		看護人工関節センター	松下 具敬	ME室	西原 博政	
婦人科/産科/小児科センター	稲垣 優	脳神経センター	中谷 宏章	診療情報管理室	峯松 佑典	
医療連携支援センター	豊川 達也	泌尿器・泌尿センター	大塚 真哉	【医局】		
救急センター	岩川 和秀	泌尿器・泌尿センター	守山 英二	医局	濱野 亮輔	
がん診療部	三好 和也	泌尿器・泌尿センター	坂田 達朗			
教育研修部	豊川 達也	泌尿器・泌尿センター	三好 和也			
地域医療連携部	豊川 達也	泌尿器・泌尿センター	道家 哲哉			
医療安全管理部	大塚 真哉	泌尿器・泌尿センター	畑中 崇志			
		泌尿器・泌尿センター	高橋 健司			

Medical examination schedule

外来診療予定表

平成30年11月1日現在



院外用

【受付時間】 平日 8:30～11:00

※眼科は休診中です。

【電話番号】 084-922-0001(代表)

【地域医療連携室】TEL 084-922-9951(直通)

FAX 084-922-2411(直通)

診療科名		月	火	水	木	金	備考	
小児医療センター	小児科	午前	北田 邦美 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 月…1・3週
	小児心療内科		細木 瑞穂			細木 瑞穂(午後)		小田医師(1・3週午後) 14:00～17:00
	小児血液腫瘍科		小田 慈					近藤医師(第2週のみ) 10:00～16:00
	小児消化器内科					近藤 宏樹		第1・3週 9:00～15:00
	小児神経科						桐野 友子	火曜日…小児便秘専門外来併診
	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		※診察は整形外科で行います 赤澤医師は月1回のみ不定期【予約制】14:00～15:30
	小児整形外科		松下 真敬 赤澤 啓史					※診察は小児外科で行います
	小児泌尿器科					島田 憲次 (9:00～15:00)	水谷 雅己	※診察は耳鼻咽喉・頭頸部外科で行います 午後は予約のみ 火・水は午前のみ
	小児耳鼻咽喉・ 頭頸部外科	午前	中谷 宏章 田口 大蔵	竹内 薫	竹内 薫	中谷 宏章 福島 慶	福島 慶 田口 大蔵	※診察は形成外科で行います ※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 金曜日の矢野医師は11/9から行います
		午後	福島 慶 田口 大蔵			中谷 宏章 福島 慶	田口 大蔵	水(1週)・木(4週)…9:30～16:00 予約制
	小児形成外科	午前	三河内 明		三河内 明		井上 温子	※診察は産婦人科で行います シナジス外来は冬期のみ 13:00～15:00 予防接種 13:30～14:30
	小児婦人科		早瀬 良二 山本 暖 甲斐 憲治	藤田 志保	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 矢野 肇子	
	摂食外来 乳児健診 予防接種・シナジス			13:00-15:00	13:00-15:00	13:00～15:00		
	シナジス		シナジス	予防接種				
	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	藤田 志保	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・矢野 肇子 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予約不可 金曜日の矢野医師は11/9から行います 火・木曜日(9:00～12:00)…母乳外来(予約制) 産婦人科外来で行います
	乳腺・内分泌外科	午前		三好 和也	高橋 寛敏		三好 和也	月曜日(午後)は予約患者のみ
	午後	高橋 寛敏	三好 和也	高橋 寛敏				
腎尿路・ 血液センター	泌尿器科	午前	上野 剛志	長谷川 泰久 上野 剛志 松崎 信治 岩根 亨輔	長谷川 泰久 上野 剛志 松崎 信治 岩根 亨輔	松崎 信治	長谷川 泰久 上野 剛志 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 上野医師…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 上野 剛志 松崎 信治 岩根 亨輔	長谷川 泰久 上野 剛志 松崎 信治 岩根 亨輔	ストーマ外来	長谷川 泰久 上野 剛志 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 野間 康弘	月…村上医師は紹介患者を午前中のみ
	肝臓内科		坂田 達朗		金吉 俊彦	坂田 達朗	金吉 俊彦 坂田 雅浩	
	外科一般		岩垣 博巳	大塚 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 片岡 淳朗 表 静馬 原 友太 野間 康弘	村上 敬子 藤田 勲生 堀井 城一郎 上田 祐也 渡邊 純代 横野 貴文 表 静馬 野間 康弘	村上 敬子 豊川 達也 片岡 淳朗 上田 祐也 渡邊 純代 横野 貴文 原 友太 野間 康弘	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	辻 秀憲	松下 具敬 宮本 正 山本 次郎	甲斐医師の初診は紹介状持参の方のみ 火木…宮本正医師(午前のみ) 木…山本医師(午前のみ) 辻医師…第2・4週の予約患者のみ (継続診療の場合次回より他医師が診療)	
			リウマチ・関節外来				リウマチ・関節外来…松下医師	
頭頸部腫瘍センター	脳神経外科	午前	守山 英二	守山 英二	守山 英二	守山 英二		
	耳鼻咽喉・頭頸部外科	午前	中谷 宏章 田口 大蔵	竹内 薫	竹内 薫	中谷 宏章 福島 慶	福島 慶 田口 大蔵	午後は予約のみ 火・水は午前のみ
		午後	福島 慶 田口 大蔵			中谷 宏章 福島 慶	田口 大蔵	
形成外科	午前	三河内 明		三河内 明		井上 温子		
皮膚科	皮膚科外来	午前	下江 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	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 吉村 孝一	道家 哲哉 吉村 孝一	道家 哲哉	道家 哲哉 吉村 孝一	道家 哲哉	右記、地連予約枠
	放射線治療科		中川 富夫 兼安 祐子	中川 富夫 兼安 祐子	中川 富夫 兼安 祐子	中川 富夫 兼安 祐子	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 横野 貴文		月…午前のみ 木…午後のみ
口腔相談センター	口腔相談		藤原 千尋 黒川 真衣	藤原 千尋 黒川 真衣	藤原 千尋 黒川 真衣	藤原 千尋 黒川 真衣	藤原 千尋 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。



静岡、三島の山

静岡は三島の山の工事現場に向かう途中、先輩工事師たちがトリカブト、こんにやく芋の花、自然薯、様々な山の植物を教えてくれる。国を問わず山中仕事をしている人は植物に詳しい。山の中で身体を使って仕事をしている人たちは皆仕事終わりの酒が美味しいという。山も川も海もある静岡。空が高く、森が深い。

写真：岩垣 宇紘

CONTENTS

総合周産期母子医療センター化の実現に向けて 1~10

広島県東部地区エイズ治療センター(ACCES)はエイズ中核拠点病院としての診療体制へ 11~14

特定非営利活動法人 アフリカ支援 アサンテ ナゴヤ アサンテナゴヤのケニア診療視察2018に参加して【後編】 15~17

朝日新聞 2018.10.27(土) 掲載 18

ケニア渡航を通して【前編】 19~22

OPEN CONFERENCE

肺癌外科領域におけるここ10年の進歩と未来予測 23~24

登るより下ろう!ー術後の多角的鎮痛管理ー 25~27

Topics

「医療・福祉の専門家らによるwebマガジンOpinionsより転載」
島国日本は外国人労働者を真に受け入れられるのか? 28

西日本豪雨災害被災者緊急支援活動報告ーAMDA支援要請を福山医療センターが受諾ー 37

Topics

祝 新しい分野の認定看護師4人が誕生 38

医療連携支援センター 通信 No.3 39

第6回 福山医療センター IBD教室のご案内 40

治験にご協力頂ける方を募集しています 40

1枚の絵 No.72 ひまわりサロンミニレクチャー 音楽カフェ クリスマスコンサート

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 48

編集後記 48

外来診療予定表 (2018年11月) 49-50

連載

Vol.61 福山漢方談話会・患者さんのための漢方講座⑥10

緩和ケア入門 No.109 Price of Life 補遺29

No.42 在宅医療の現場から30

連載61 世界の病院から

韓国の病院見聞記(シーズンⅢ—④)

ソウルの低所得地区での地域中核病院源進職業病管理財団附属 緑色病院31~36

"中国ビジネス情報" 転載 がん治療最前線 Vol.13 41

Design No.22 42

No.57 事務部だより 「国のがん対策における目的と評価について」 42

教育の原点11 「五日市憲法」が、いま伝えるもの 43

No.30 遠野神職のひとりごと 44

No.58 Learning English 44

栄養管理室 No.118 心も身体も温まるホワイトソース 45

ビストロ ポントレ No.12 46

音楽カフェの風景 ~その11~ 47

ときめきコンサートのご案内 47

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

〒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/

福山医療センターだより FMC NEWS 2018.11月号/通巻127号 発行者:福山医療センター広報誌 編集委員会 発行責任者:岩垣 博巳