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 October
Vol.11 No.10

病院紹介コーナー

国立病院機構　福山医療センター

院　　長　岩　垣　博　巳
事務部長　野　村　哲　朗

1．当院の沿革と更新整備について－地域完結型医療を目指して－

当院は明治41年福山衛戍病院として創立、昭和12年福山陸軍病院と改称、昭和20年国立福山病院となり、昭和41年現在地に新築移転、以後50年以上にわたり、地域の先生方のご協力を得て、急性期医療を進めてまいりました。半世紀にわたる建物の老朽化は著しく、患者に対する療養環境にも少なからず影響が出ている状況にありました。病棟の建替整備に着工したのが平成21年３月、以降８年余の長期に亘る工事を経て、外来管理診療棟が平成29年７月完成、長年の懸案でありました駐車場の拡張整備が平成30年１月に完成しました。更新整備を含め、今日に至るまでの当院の歴史は、関係機関の皆さま、医師会をはじめとする地域の医療機関の方々、当院を頼って下さった患者の方々、多方面からのご支援の賜物と感謝申し上げます。

当院は、昭和58年「母子医療センター」を開設、平成11年「地域周産期母子医療センター」に認定、平成19年以降、地域周産期母子医療センターとしての機能の充実を図り、NICUを３床→６床→９床→12床と増床、現在GCU12床と併せ、24床の新生児センターを運営しています。平成30年３月策定の第７次広島県保健医療計画には、『周産期母子医療センターの機能の充実』が記載されています。現在、倉敷・岡山の総合周産期母子医療センターに搬送している新生児・ハイリスク妊婦に対する医療を地域で完結するためには、当圏域に『総合周産期母子医療センター』設立は必須です。当院の周産期医療の歴史と伝統を踏まえ、『総合周産期母子医療センター化』は、当院の使命であると考えています。

福山・府中二次保健医療圏における周産期医療の充実は、当圏域のみならず、福山の生活圏である岡山県西南部（井笠地域）の周産期医療の充実にも連なるもので、現在開催されている「県境を越えた救急医療体制の構築」にも資するものです。平成30年度中に、総合周産期母子医療センターとしてのハード面の要件を満たすべく病棟改修工事を実施予定です（産科病棟にMFICU６床、LDR１床等の機能を新築）。当院にない診療機能（脳・心臓・眼科疾患）については、近隣に位置する『大田記念病院・福山循環器病院・堀病院』からそれぞれ質の高い診療協力を既に得ているところです。残るはマン・パワー（産科医・小児科医）の確保に向け、鋭意取り組んでいるところです。

病院は「場」であるとともに、「機能」そのものであります。その機能は、関係機関相互の連携によって、益々の強化・進化が望めるものです。連携につきましては、現時点でも、未来においても、特に重要な概念であり、実行目標であります。現時点でも、様々な連携がなされ、大きな力を共有することが出来ており、感謝する次第ですが、外来管理診療棟更新整備終了のこの転換期において、各機関、そして医師個人の更なるご協力、相互理解を切にお願い申し上げるものです。最後に、今春、麻酔科医の産休に伴う麻酔科常勤医師不足のために、夜間緊急手術患者の受け入れを制限せざるを得ない状況となり、大変ご迷惑をお掛け致しましたが、10月１日付麻酔科常勤医師赴任が確定し、従来の体制に復することとなりましたこと、ご報告申し上げます。

ふくやま医師会広報　2018.10.31（No.224）　病院紹介コーナー

2. 病床数

許可病床数410床
運営病床数366床
（一般338床、ICU4床、NICU12床、GCU12床）

3. 標榜診療科

内科、糖尿病・内分泌内科、肝臓内科、精神科、呼吸器内科、消化器内科、循環器内科、小児科、小児アレルギー科、小児科（循環器）、小児科（新生児）、小児心療内科、外科、消化器外科、肝臓・胆のう・膵臓外科、胃腸・内視鏡外科、食道・胃腸外科、大腸・肛門外科、乳腺・内分泌外科、整形外科、形成外科、脳神経外科、呼吸器外科、小児外科、皮膚科、泌尿器科、産婦人科、眼科、耳鼻咽喉・頭頸部外科、リハビリテーション科、放射線診断科、放射線治療科、麻酔科、病理診断科（全34診療科）

4. 診療機能

救急告示医療機関、病院群輪番制病院、空床確保対策病院、エイズ治療中核拠点病院、地域周産期母子医療センター、地域医療支援病院、広島県指定がん診療連携拠点病院、臨床研修指定病院（基幹型）、JAPAN INTERNATIONAL HOSPITALS

5. 診療体制

小児医療センター、女性医療センター、腎尿路・血液センター、消化器病センター、糖尿病センター、内視鏡センター、呼吸器・循環器病センター、脊椎・人工関節センター、頭頸部腫瘍センター、画像センター、心臓リハビリテーションセンター、低侵襲センター、エイズ治療センター、脳脊髄液漏出症治療センター、ブレストケアセンター、救急センター、外来化学療法センター、医療連携支援センター、緩和ケアセンター

6. 基本理念

国立病院機構の一員として、医の倫理を守り、患者の権利と意思を尊重し、安全でしかも満足の得られる、質の高い医療を目指す。

7. 基本方針

1　患者の視点に立ち、患者を中心とした医療を提供する。
2　チーム医療の実践により効率的で質の高い医療を提供する。
3　地域医療機関と連携し、患者情報の共有による一貫した医療を提供する。
4　政策医療の「がん」「成育医療」「骨・運動器」を中心とし、地域医療に貢献する。
5　常に健全な経営に努めるとともに、日々研鑽して明るく活力のある職場を作る。
6　臨床研修参加により医学の進歩に貢献するとともに、臨床教育・研修の充実に努める。

8. 運営方針

1　1F5S（Functionnal、Smile / Speed / Sincerity / Sympathy / Speciality）
組織としては無駄を省いた機能的な病院運営、個人としては笑顔で、てきぱきと、真心を込めて仕事をし、かつ、患者の痛みに寄り添い、高い専門性を目指す。
2　Learn　together and Bring up together（共学共育型病院）
ともに学び、ともに育つ学習型病院を目指す。

9. 平成30年度病院目標

1　質の高い医療の維持と向上
2　経営基盤強化
3　Work life balanceの向上

Topics

医療・福祉の専門家らによるwebマガジン

Opinions

ー オピニオンズ ー

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

「医療・福祉の専門家らによるwebマガジンOpinions 3/13(火)掲載より転載」

社会福祉法人敬友会 理事長、医学博士
橋本 俊明
1973年岡山大学医学部卒業。社会福祉法人敬友会 理事長(高齢者住宅研究所 理事長)、特定医療法人自由会 理事長。一般財団法人橋本財団 理事長。2016年6月まで㈱メッセージ(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。

地域包括ケアシステムに対する疑問

医療介護関係者の間では、「地域包括ケア」に関する講演会は盛んであるが、一般庶民にとって、「地域包括ケアシステム」とは何かと問われても答えることが出来ないだろう。「地域包括ケアシステム」について厚労省が出している解説は以下のようなもの(図1)であるが、この中での要点は、「重度の要介護状態になっても住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることが出来るようにすること」である。しかし、この考えは、1980年代から厚労省が打ち出した、各種の政策(ゴールドプラン=高齢者保健福祉推進10ヵ年戦略など)とどこが違うのかと訊かれると困ってしまう。高齢者ケアの目標として、「重度の要介護状態になっても住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることが出来るようにすること」は当然すぎることであろうし、医療と介護が相互に連携することも、今までと同じとすれば、単なる言葉の違いなのだろうか。

そんなことはなく、「地域包括ケアシステム」と大きく打ち出すからには、今までと異なる考えがあるはずだ。しかし、内容を見ると一般国民には、違いは分からない。その理由は、介護施設が相変わらずこの中に含まれるからである。

最初に示された、地域包括ケアシステムの概念図(現在でも使われている)は、以下のようなものだ。住まいが中心に描かれているが、その右側には介護施設も存在し、その為に、老人ホームを含めた「地域包括ケアシステム」と見られるのだ。

地域包括ケアシステム

○ 団塊の世代が75歳以上となる2025年を目途に、重度な要介護状態になっても住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができるよう、住まい・医療・介護・予防・生活支援が一体的に提供される地域包括ケアシステムの構築を実現していきます。

○ 今後、認知症高齢者の増加が見込まれるkとから、認知症高齢者の地域での生活を支えるためにも、地域包括ケアシステムの構築が重要です。

○ 人工が横ばいで75歳以上人口が急増する大都市部、75歳以上人口の増加は緩やかだが人口は減少する町村部等、高齢化の進展状況には大きな地域差が生じています。

地域包括システムは、保険者である市町村や都道府県が、地域の自主性や主体性に基づき、地域の特性に応じて作り上げていくことが必要です。

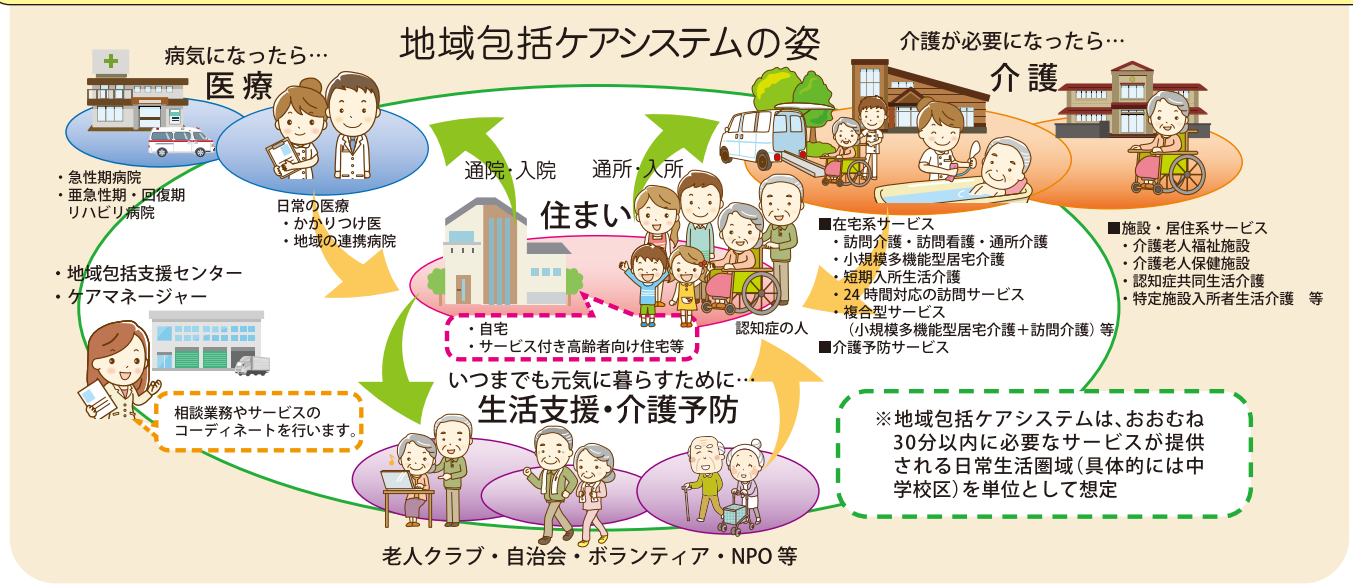


図1

次いで打ち出された考え方は、次のようなものである。

地域包括ケアシステムの捉え方

○ 地域包括ケアシステムの5つの構成要素（住まい・医療・介護・予防・生活支援）をより詳しく、またこれらの要素が互いに連携しながら有機的な関係を担っていることを図示したものです。

○ 地域における生活基盤となる「住まい」「生活支援」をそれぞれ、植木鉢、土と捉え、専門的なサービスである「医療」「介護」「予防」を植物と捉えています。

○ 植木鉢・土のないところに植物を植えても育たないのと同様に、地域包括ケアシステムでは、高齢者のプライバシーと尊厳が十分に守られた「住まい」が提供され、その住まいにおいて安定した日常を送るための「生活支援・福祉サービス」があることが基本的な要素となります。そのような養分を含んだ土があればこそ初めて、専門職による「医療・看護」「介護・リハビリテーション」「保健・予防」が効果的な役目を果たすものと考えられます。

出典：平成25年3月　地域包括ケア研究会報告「地域包括ケアシステムの構築における今後の検討のための論点」

この図は、先のものよりもずっと分かりやすい。つまり「本人・家族の選択と心構え」から導かれた「すまいとすまい方」によって、どこに住むかを決定し、その上で生活支援サービス（介護や医療）を受けるのだ。この考えでは、介護施設は地域包括ケアシステムから排除されるだろう。つまり、「地域包括ケアシステムの失敗」が施設への入居につながるとの考えを打つ出す必要があるのだ。

地域とは施設ではないことが重要だ。施設の定義は、アービング・ゴッフマン氏（米国 社会学者/1922～1982）が述べているように、第一に、生活の全ての局面が、同じ場所で同じ権威のもとに行われること。第二に、全員が同じように扱われ、一緒に同じことをするように求められること。第三に、日常生活の全ての行動が厳しくスケジュール管理されていること。最後に、正式な公式の目標を達成するためにと称された単一のプランのために、種々の活動が盛り込まれていること等である。この基準によると、介護福祉施設、介護保険施設、介護付き有料老人ホーム、グループホーム、サービス付き高齢者向け住宅のほとんどが該当する。

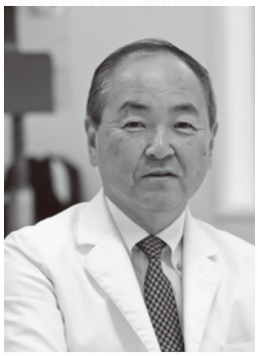
従って、「地域包括ケア」とは、この様な施設に高齢者を送らずに、あくまでも自宅で生活することを目指すものでなければならない。しかし、これは施設をすべて否定するものではないことに注意をして頂きたい。どの様なシステムにも不完全性はあるので、その不完全性（失敗）を補うようなバックアップする仕組みは必要なのである。

この様に述べると、そうは言っても「自宅で介護することはストレスだ」との声が聞こえてくる。つまり、ストレスの内容を明らかにする必要があるのだ。人間が経験する「ストレス」は、すべての行動に伴うので（ゲームやテレビには無いかも知れない）何がストレスかが問題だ。単に夫と自宅でずっと暮らすことがストレスなら、介護にはあまり関係が無いだろうし、介護行為自体がストレスなら、公的に作業を援助する仕組みが必要だ。夜間寝られないことがストレスなのであれば、例えば20時からのコールは、すべて介護事業所で受けることも必要である。しかし、多くの場合は、この様な分析（タスク分析と言う）を行わないで、「自宅で介護することはストレスだ」との訴えをそのまま採用し、施設へ高齢者を移動させるか、あるいは、家族に大きな「ストレス」を負わせるという二極分化になっている。

では、誰がこの様なタスク分析を行うのか？　当然それはケアマネジャーの仕事になるのだ。

Topics

2018年（平成30年）9月20日　1639号　経済リポート掲載より転載



10/21に市民文化講演会開催

国立病院機構 福山医療センター

今回は「高齢者特集」
特別講師は吉川・阪大副学長

国立病院機構 福山医療センター（福山市沖野上町4-14-17、岩垣博巳院長）は、10月21日（日）午後2時から同センター4階大会議室で「市民文化講演会2018」を開く。入場無料。

今回は「高齢者特集」で、テーマは「高齢者の運動機能と幸せに生きる秘訣」。特別講師に大阪大学理事・副学長で整形外科の吉川秀樹教授＝写真＝が招かれ、「大切なものは目に見えない、幸せに生きる秘訣」と題して講演する。

また、福山出身の順天堂大学医学部心臓血管外科・森田照正准教授が「高齢者よ！筋肉を感じて」、福山医療センターの松下具敬副院長（整形外科）が「今、流行り？のロコモティブ症候群」をテーマにそれぞれ講演する。会場では医療機器の展示コーナーも設けられる。

同講演会を企画した長谷川利路副院長は「高齢者が抱える問題について、専門の講師を招いてやさしく解説していただきます。堅苦しい内容ではないのでお気軽にお越しください」と話している。

問い合わせは同講演会事務局（電084・922・0001＝代表）の松本さんへ。定員200人。事前の申し込み、当日の参加も可。

「医療・福祉の専門家らによるwebマガジンOpinions　10/23（火）掲載より転載」

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

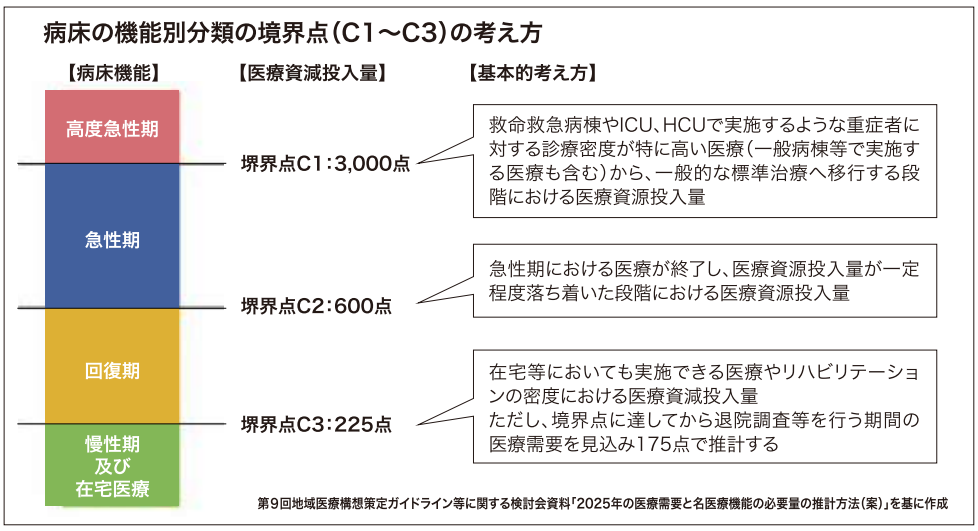
独立行政法人国立病院機構福山医療センター
院長　岩垣　博己
経営企画室長　中島　正勝

地域医療構想に正義はあるのか？

1. はじめに

現在、地域医療構想は殆ど進捗していない。広島県においても例外ではない。決まっているのは厚労省が示した「病床機能別分類の境界点[1)]」による必要病床数だけである。厚労省は、新たな指標に基づく機能分類の策定に入っているようであるが、遅きに失している。何故、地域医療構想は進捗しないのか。それは各都道府県が制度（霞ガ関の役人策定の指標）のGuardian（守護者）となり、みずから地域に即した病床機能区分についての指標を立案し示さなかったゆえである。各都道府県は、単に厚労省が策定した指標に従い、「急性期病床が多すぎる」と、公表したに過ぎない。各病院の運営責任者（院長）は、「地域における病院の現在と未来の立ち位置」と「地域住民の診療需要」を下に、職員数を規定し、病床機能を決定する。国の機能分類における必要病床数は、「実数」としての明確な根拠を欠いている。十分な説明もなく、「計算上の病床数に一方的に合致させろ」と言うのでは、納得できるはずもない。病院の『責任者』としての立場と、制度のGuardian（守護者）とならざるを得ない『都道府県』の立ち位置を考えれば、協議する前から、地域医療構想の帰趨は『破綻する』と決定していたと言える。

1）各医療機能（高度急性期・急性期・回復期・慢性期）の医療需要を算出するために厚労省が定めた医療資源投入量の境界となる点数



2. 地域医療構想における病床機能分類の問題点

2025年の医療需要および必要病床数は、患者に対する「一日当たりの医療資源投入量」の多寡によって分類されているが、これは「基本料を除いた日当点平均の分布」でしかない。どのような治療を必要としたかの「疾患の特性」は全く考慮されていない。「一日当たりの医療資源投入量（マクロ分析）」は、二次医療圏[2)]の医療需要の未来予測という点では分かりやすい指標ではある。問題は、マクロ分析のための指標を、病院単位（ミクロ分析）の設定に適用することにある。これは、明らかな誤りであるが、厚労省が新たな機能分類の策定に入っている現在においても、この誤った適用が踏襲されている。本来の診療機能に関係なく、医療資源投入量により病床の殆どを高度急性期として登録する病院があり、問題視されたことは記憶に新しい。つまり、各病院が設定する具体的な病床機能の区分（手法）については、何一つ提示されていないのである。

2）入院ベッドが地域ごとにどれだけ必要かを考慮して、決められる医療の地域圏。複数の市町村を一つの単位とする。一般的に1次医療圏は市町村、3次医療圏は都道府県全域をさす。

3. DPCデータを利用した病床機能区分の可能性

前記した疾患特性を考えた場合、高度急性期・急性期の病院であればDPC[3)]14桁分類を用いた係数を設定出来れば、14桁分類別の患者数を入力するだけで事足りる。そもそもDPCは医療資源が平均値化され、2年ごとの見直しを図っており、データが古くなることはない。更に、重症度、医療・看護必要度データ（Hファイル）を付加することにより、更に精度は高くなるものと期待される。その上で、病院の方向性を加味したプラン（公的医療機関等2025プラン等）を作成すれば、各病院の病床機能の比較は、妥当性が担保され、現実味を帯びると考える。

3）日本における医療費の定額支払い制度に使われる評価方法（診断群分類包括評価）。

4. 地域医療構想の本当の目的

国の目的は、「回復期病床を作りたい」のではない。「なんちゃって急性期病院」を排除したいのである。厚労省の分析では、現在、「高度急性期・急性期」と届け出ながら、治療実態が伴っていないケースが相当数ある。この原因は、2006年開始の「7対1入院基本料」である。当時の趣旨は、『重症患者を受け入れるためには、それなりの設備と人員が確保』されていることが必要である。しかし、収益が人件費を大幅に上回る診療報酬であったため、改定の趣旨（重症度）に関係なく、看護師を確保した病院は我れ先にと申請を開始し、本来の高度急性期・急性期を担う病院は、規模が大きすぎるために看護師を確保出来ず7対1を申請出来ない事態が発生する逆転現象が発生した。つまり、7対1看護体制を必要としない病床でも、看護師を雇って7対1看護体制を維持できれば、見せかけの「急性期病院」として、診療報酬の制度上、莫大な収入を確保出来たのである。国立病院機構病院においても、「なんちゃって急性期病棟」体制を取得し、一時的に経営改善（?）した病院があるが、現在は、却って「仇となっている」事実もある。同政策のために医療費が増大したために、医療費を削減すべく、地域医療構想の名の下に「なんちゃって急性期病院」の排除を計画した、というのが、地域医療構想の本当の目的と考えられる。

5. 何故、地域医療構想に拘るのか

国は、「過剰になった急性期病院を減らしたい」のである。施設基準取得の難易度を上げれば、それなりに、相当の批判が予期される。急性期病院の乱立という原因を作ったのは、厚労省自身の施策であることを、自身が一番理解しているからだ。そこで、地域医療構想により都道府県が主体となって各病院が自主的に転換するように仕向けたというのが実態であるが、ほとんど進捗しない。今年の6月、厚労省は「病院・診療所の都道府県届出病床機能報告2017年度データ（高度急性期・急性期病院の21265病棟の、がん・脳卒中・心筋梗塞治療や救急医療等5項目）を分析したが、3014病棟（14.2%）は全項目該当なし、または実績データの報告がなかった。急性期病床は以前から「過剰」と指摘されており、医療費の無駄につながることから、厚労省は手術件数など数値基準を近く定める方針。基準に当てはまらない病院には病床削減や他の機能への転換を促す」と発表した。正に、『大本営発表』である。制度を作った厚労省の責任を問わず、同制度を採択した病院が悪者だとし、病床削減と転換の責任は、国のGuardian（守護者）である都道府県に丸投げした形が、地域医療構想の実態である。かかる意味で、地域医療構想に『正義』はない。

医療連携支援センター　通信　No.2

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させて頂きます。

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いと考えていますので、参考にして頂ければ幸いです。

地域医療連携
部長
豊川　達也

主任医療社会事業
専門員
木梨　貴博

平成 30 年度 医療連携支援センター 連携実績(H30.4 ～H30.7)

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	うだ胃腸科内科外科クリニック	152	35	1	9	0	0	0	4	28	0	4	1	0	0	1	0	1	1	67
2位	小林医院	119	59	2	11	0	0	0	6	7	7	5	0	0	1	6	0	0	2	13
3位	中国中央病院	94	6	5	0	0	5	2	9	0	0	11	4	0	1	11	3	2	0	35
4位	渡邉内科クリニック	89	45	3	8	3	0	0	3	1	0	6	0	1	0	12	0	1	2	4
5位	赤木皮膚科泌尿器科	85	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	71	14	0	0	0	
6位	クリニック和田	70	26	5	4	3	8	0	1	0	0	3	0	0	0	9	0	5	0	6
7位	脳神経センター大田記念病院	63	23	5	3	0	0	0	5	0	4	5	2	1	0	7	0	0	1	7
7位	よしだレディースクリニック内科･小児科	63	0	0	0	0	10	0	0	0	0	0	0	0	0	0	49	4	0	0
9位	日本鋼管福山病院	61	9	3	0	0	14	3	5	0	0	21	0	0	0	0	0	2	1	3
10位	山陽病院	59	10	1	3	0	1	1	4	0	1	19	1	0	0	15	0	0	0	3
11位	おおもとウィメンズクリニック	58	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	28	14	0	15
12位	村上内科循環器科医院	54	30	2	1	0	0	0	1	1	0	2	1	0	0	5	0	0	2	9
13位	中国労働衛生協会　福山本部診療所	53	39	0	2	1	0	0	0	4	0	0	0	0	0	3	0	4	0	0
14位	井口産婦人科小児科医院	50	2	0	0	0	10	3	0	0	0	2	3	0	0	0	24	6	0	0
14位	福山市医師会健康支援センター	50	11	1	1	0	20	0	1	14	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0
16位	沼隈病院	45	10	3	0	0	0	1	5	4	5	4	2	1	3	2	0	2	2	1
17位	にしえクリニック	44	9	0	3	0	0	0	6	0	0	3	1	0	0	2	0	0	2	18
18位	大石病院	42	13	4	0	0	0	1	7	2	1	6	1	1	1	3	0	0	2	0
18位	福田内科小児科	42	22	0	0	0	6	0	0	0	0	6	0	0	1	6	0	0	1	0
20位	楠本病院	41	5	0	0	0	0	0	4	1	2	11	0	0	1	2	0	0	1	14
21位	堀病院(沖野上町)	39	3	0	0	0	2	0	0	0	0	1	5	0	0	0	0	0	5	23
21位	セントラル病院	39	12	5	1	0	0	0	3	1	4	5	0	0	2	1	0	2	0	3
21位	広岡整形外科	39	1	0	1	0	0	0	0	0	0	13	0	0	0	0	0	0	0	24
24位	宮﨑胃腸科放射線科内科医院	38	22	1	1	0	0	0	5	0	1	3	0	0	0	5	0	0	0	0
24位	内海町いちかわ診療所	38	5	5	1	0	1	0	6	1	0	9	0	0	0	5	0	0	1	4
26位	木下メディカルクリニック	35	26	0	0	0	0	0	2	2	2	2	0	0	0	0	0	0	1	0
27位	福山循環器病院	34	15	4	2	0	0	0	3	0	3	0	0	0	0	4	0	1	0	2
28位	白河産婦人科	30	0	0	0	0	8	0	0	0	0	1	2	0	0	0	18	0	0	1
28位	ＪＡ尾道総合病院	30	5	1	0	0	3	16	0	1	0	2	0	0	0	2	0	0	0	0
28位	西福山病院	30	5	4	1	0	1	0	2	2	4	5	0	2	0	2	1	0	1	0

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	大腿骨パス	圧迫骨折	脳卒中パス
1位	福山リハビリテーション病院	21	13	7	1	0
2位	いそだ病院	13	13	0	–	–
3位	大石病院	13	9	3	1	–
4位	島谷病院	11	11	0	–	–
5位	福山記念病院	9	1	2	6	0
5位	楠本病院	9	7	0	2	–
7位	山陽病院	7	2	5	–	–
8位	藤井病院	6	2	4	0	–
8位	前原病院	6	6	–	–	–
10位	大門あかつき病院	5	5	–	–	–
11位	セオ病院	4	4	–	–	–
11位	福山城西病院	4	4	–	–	–
13位	岡山大学病院	3	3	–	–	–
14位	小畠病院	2	2	–	–	–
14位	セントラル病院	2	2	0	–	–
14位	小林病院	2	2	–	–	–
14位	西福山病院	2	2	–	–	–
14位	沼隈病院	2	2	0	0	0
19位	寺岡記念病院	1	1	–	–	–
19位	笠岡第一病院	1	1	0	–	–
19位	国定病院	1	1	–	–	–
19位	福山第一病院	1	0	1	–	0
19位	笠岡市立市民病院	1	0	1	–	–
19位	亀川病院	1	1	0	–	–
19位	徳永医院	1	1	–	–	–
19位	山本病院	1	1	–	–	–
19位	沼南医院	1	1	–	–	–
19位	下永病院	1	1	–	–	–
19位	村上記念病院	1	1	–	–	–
19位	神戸協同病院	1	1	–	–	–
19位	府中中央病院	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	のじ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	1	1	–
2位	まるやまホームクリニック	1	1	–
2位	福田内科小児科	1	1	0
2位	沼隈病院	1	0	1
2位	倉田内科医院	1	1	0
2位	まつだ病院	1	–	1

『嚥下内視鏡検査および嚥下造影検査の実際と評価法』

高知大学医学部耳鼻咽喉科
教授 兵頭 政光

日本人の6人に1人以上が70歳以上になった超高齢社会において、嚥下障害は医療の現場で大きな問題となっています。嚥下障害は、経口摂取が制限されることによる社会復帰や在宅生活の障害になるばかりでなく、誤嚥による気道感染を引き起こし患者さんの生命予後を大きく左右することにもなります。嚥下障害患者さんに適切に対応するためには、その病態、すなわち、なぜ誤嚥するのか、嚥下運動のどこに問題があるのか、そして障害の程度はどのくらいかを客観的に把握することが必要です。嚥下機能検査はこれを目的として行われます。

嚥下内視鏡検査（Videoendoscopic examination of swallowing：VE検査）

細径の経鼻内視鏡を用いて嚥下器官である鼻咽腔、中咽頭、下咽頭、喉頭の機能を観察する方法で、嚥下障害診療ガイドラインにおいても必須の検査と位置付けられています。主な観察点は、喉頭蓋谷や梨状陥凹などの唾液残留、咳反射や声門閉鎖反射の惹起性、嚥下反射の惹起性、少量の検査食を嚥下させた後の残留度（咽頭クリアランス）などです（図1）。ポイントは嚥下器官の感覚機能と運動機能をともに評価することです。

私たちは、これらの所見を点数化して評価する「嚥下内視鏡検査スコア評価法」（表1）を提唱しています。これにより嚥下障害の様式と重症度を客観的に評価し、医療者間でそれを共有することが容易になります。また、経口摂取の可否の判断を行ううえでも有用です。

図1 嚥下内視鏡検査の代表的な異常所見

a：喉頭蓋谷・梨状陥凹の唾液貯留、b：咽頭後壁の頸椎骨棘突出
c：嚥下反射の惹起遅延、d：嚥下後の着色水残留

表1 嚥下内視鏡検査のスコア評価法

	良好 ←			→ 不良
梨状陥凹などの唾液貯留	0	1	2	3
咳反射・声門閉鎖反射	0	1	2	3
嚥下反射の惹起性	0	1	2	3
咽頭クリアランス	0	1	2	3
誤嚥	なし・軽度・高度			
随伴所見	鼻咽腔閉鎖不全・早期喉頭流入			
	声帯麻痺・（　　）			

（兵頭 他：日耳鼻 113, 2010）

嚥下造影検査（Videofluorographic Examination of swallowing：VF検査）

VE検査では嚥下運動のうち、口腔器官の運動、咽頭期における喉頭挙上や食道入口部開大、食道期の運動などの評価が困難です。これらを評価できるVF検査は、嚥下機能検査の中で最も多くの情報を得ることができます。VF検査では嚥下器官およびその周囲の器質的病変の有無、造影剤の通過性、誤嚥の様式と程度などを観察します（図2）。

誤嚥は嚥下運動のどの段階で造影剤が気道に流入するかによって、喉頭挙上期型誤嚥、喉頭下降期型誤嚥、および混合型誤嚥に分類できます。この分類は治療法を選択するうえで有用であり、喉頭挙上期型誤嚥に対しては嚥下反射の惹起性、喉頭挙上、嚥下時の声門閉鎖などを促進あるいは強化する訓練が有用で、喉頭下降期型誤嚥に対しては食道入口部の開大や食塊通過を改善させるための訓練や代償法が有用です。

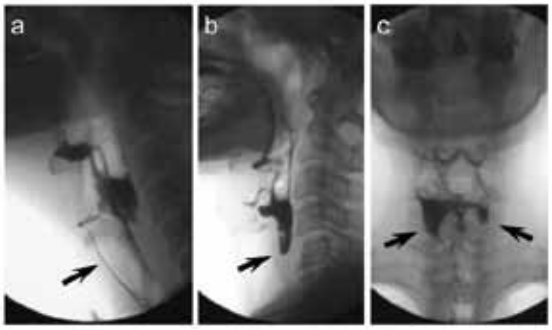


図2 嚥下造影検査の代表的な異常所見

a：造影剤の高度誤嚥、b：食道入口部の開大障害、c：右咽頭麻痺による梨状陥凹の造影剤残留の左右差

嚥下障害の治療

嚥下障害治療の目標は、経口摂取能力の回復と誤嚥による気道感染の回避です。そのための治療には保存的治療と外科的治療があります。

1）保存的治療

嚥下障害患者さんにおいては、経口摂取が十分にできないことから代償的栄養摂取が必要なことがあります。経皮的胃瘻造設術（PEG）は長期的な栄養管理が容易で患者さんのQOLも保ちやすい利点がありますが、嚥下障害治療のゴールではないことを承知しておく必要があります。気管切開等による気道管理は誤嚥性肺炎予防にとって有用ですが、一方で喉頭挙上を妨げたり気道感覚閾値を上げたりと嚥下機能にとってはマイナスな側面もあります。カフなしカニューレへの変更や一方弁の使用、気管切開口の閉鎖なども考慮する必要があります。嚥下訓練（リハビリテーション）の基本的考えは代償、訓練、調整です。これらを嚥下機能検査の結果に基づいて選択・併用することがポイントです。

2）外科的治療

一般には馴染みが薄いかもしれませんが、高度の嚥下障害に対して

は外科的治療が有用な場合があります。嚥下機能改善手術は、発声などの喉頭機能を温存して嚥下機能を改善させるための手術で、食道入口部の括約筋である輪状咽頭筋の切断術や、喉頭を予め挙上した位置で固定する喉頭挙上術などがあります（図3）。誤嚥防止手術は喉頭機能を犠牲にしてでも誤嚥性肺炎を防止するための手術で、重度の嚥下障害に対して行われます。術式としては喉頭摘出術、喉頭閉鎖術、気管食道吻合術、気道食道分離術などがあります（図4）。術後には発声ができなくなりますが、経口摂取の回復や患者さん・ご家族などのQOL改善につなげることもでき、近年は適応例が増えつつあります。

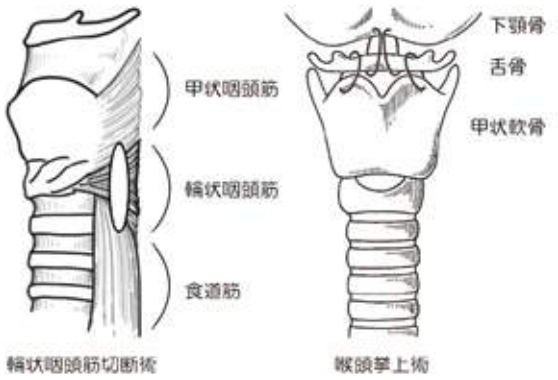


図3　嚥下機能改善手術の模式図

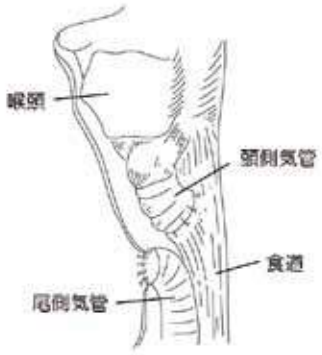


図4　誤嚥防止手術（気管食道吻合術）の模式図

喉頭側気管断端を食道に吻合し、尾側気管断端は永久気管口とする。

嚥下障害診療における医療連携

嚥下障害診療においては関連各科や多職種のチームワークが不可欠です。また、地域での病診・病病連携も必要です。そのためには、院内外の医療者を対象としたカンファレンスや勉強会、研究会などを通して、お互いの顔を知ることや意識を共有することが重要です。また、講演会等により、一般市民への啓発活動や情報発信も地域の基幹病院の重要な役割だと思っています。

最後に、今回、福山医療センターオープンカンファレンスでの講演の機会をいただきました岩垣博己院長、中谷宏章耳鼻咽喉科部長、および関係の皆様に深謝いたします。

連載 Vol.60
福山漢方談話会・患者さんのための漢方講座 ⑥⓪

「夜中に吐いて熱がありました。朝から腹痛と下痢が何回もあり、食事ができません。」M先生からの宿題～2種類の五苓散

山本クリニック
山本　康博

東洋医学を理解する方法論を暗中模索している中、その手掛かりを掴みかけた頃に、不意を突かれたお話です。ある地方会で、感染性腸炎の症例で、五苓散を内服して、30分後に消化管管腔内の水滞が軽減する様を超音波機器で確認できた経験を発表しました。浸み出す達成感と安堵な気分で、後続演題を拝聴、さぁ帰ろうと立った瞬間、豪剣士のみならずアカデミアでも高名なM先生が駆け寄って来られ、屈むように見下ろし、曰く、‘一体、先生はどっちの五苓散を処方したんかぁ、中医では、蒼朮型と白朮型の使い分けをするけどなぁ、、、’と。目の前に刀を突き付けんばかりの安芸訛りに、ぐいっと押し込まれ、‘どうか、その鑑別点を教えて下さい。’など備後人である小生にとって、礼節を欠く嘆願のようで、口が裂けても問い返せませんでした。

五苓散は臨床現場で頻用される漢方薬の一つです。その構成生薬は沢瀉・猪苓・茯苓・朮（蒼朮或は白朮）・桂枝の5生薬です。漢方常用処方解説（高山宏世）によれば、効能は口渇、尿量減少するものの次の諸症：浮腫、ネフローゼ、二日酔、急性胃腸カタル、下痢、悪心、嘔吐、めまい、胃内停水、頭痛、尿毒症、暑気あたり、糖尿病と適用症状・病名は複数に渡り、それらの基本病態は不適正な水分の量と分布です。その水分を改善する利水作用を有する五苓散が2種類ある事をご存知でしょうか？

一般開業医である小生の疾病カレンダーによれば、春は花粉症・夏は熱中症・秋～冬は感冒症候群とウイルス性胃腸炎の流行とありますが、細菌性胃腸炎は比較的通年診察します。前述の症例はウイルス性腸炎で下行結腸に水滞が多量に存在しており、蒼朮含有五苓散の内服で速やかに軽減した、一方、別の細菌性腸炎の例では、白朮含有五苓散を内服すると横行結腸に存在する比較的少ない水滞が迅速に増加し、共に腹部症状は軽減するも、反対の生理学的作用を経験したわけです。これらの症例、各々に対し、もう一方の違う種類の五苓散を処方していたならば、患者さんは果たして、早く、楽になっただろうか？医師なる観察者が予想外の事象に遭遇すると、驚き、感動し、続いて、湧き上がる臨床疑問に刺激を受け、診療動機が高まります。

複数の生薬で調合される漢方薬では、一味、いわゆる、一構成生薬の違いが方剤全体の薬理作用を変化させます。五苓散は中国後漢時代の傷寒論が原典で、白朮五苓散が指示されています。本邦では、江戸時代に蒼朮が代替された経緯があり、蒼朮五苓散が並存し、実際、蒼朮型は溶解色が黄赤、味は苦く、白朮型は黄緑、辛く感じ、方剤名は同じでも、性質は別物の印象があります。この同名方剤で相違すると推測される生理・薬理作用を解明する事が今後の課題です。

MEJフォーラム第5回シンポジウム（大阪開催）報告

去る9月7日（金）大阪（グランフロント大阪　北館タワーC8）にて、『MEJフォーラム第5回シンポジウム』が開催されました。国際支援部（矢野、伊藤）が出席しましたので、MEJ（一般社団法人Medical Excellence JAPAN）の紹介を含め、報告させて頂きます。3回目のMEJフォーラムへの出席となりましたが、今回も日本各地や世界各国での取り組みを知ることができ、とても有意義な時間を過ごすことができたことも、附記させて頂きます。

国際支援部
矢野 平

国際支援部
伊藤 仁江

図1

MEJ（一般社団法人Medical Excellence JAPAN）とは?

日本の成長戦略の柱の一つである健康・医療の国際展開の推進という政府の方針のもとに、これを実践する中核的な組織として設立された一般社団法人です。医療を通じた互恵的国際関係への寄与という理念を掲げ、官民一体となって国際医療協力を推進する組織です。日本の優れた医療技術、医療機器、人材育成、その他の医療サービス等を必要とする国々の要請に応える形で、必要な事業展開のプラットフォームを提供しています。

つまり…

渡航受診者（日本で受診を希望する海外在住者）は、JIH Webサイト（図1）等から病状に応じた医療サービスを提供する病院を選び（図2 JIH：Japan International Hospitals）、渡航受診に必要なサービスを提供する認証医療渡航支援企業を通じて、来日する前に受診予約を行い、通訳が付添って通院し、安心して受診するといったことが可能になります。

一方、我々JIHに参加する病院は、認証医療渡航支援企業を通じて渡航受診者を円滑に受入れ、日本人患者と同じように医療サービスを提供することができます。

JIH（Japan International Hospitals）とは?

MEJから、「渡航受診者の受入れに意欲と取組みのある病院」として推奨を受けた病院のことです。一昨年、岩垣院長が相川直樹先生（MEJ理事　慶應義塾大学名誉教授　元慶應義塾大学病院長）を Open conference に招聘、その折り、「JIH 認証病院」申請を要請された経緯があります。昨年、国際支援部を創設、既にJIHの認証を得ていた相澤病院（相澤孝夫理事長　日本病院会会長）の

JIHとは?　MEJとは?　JIHとMEJの関係性って?

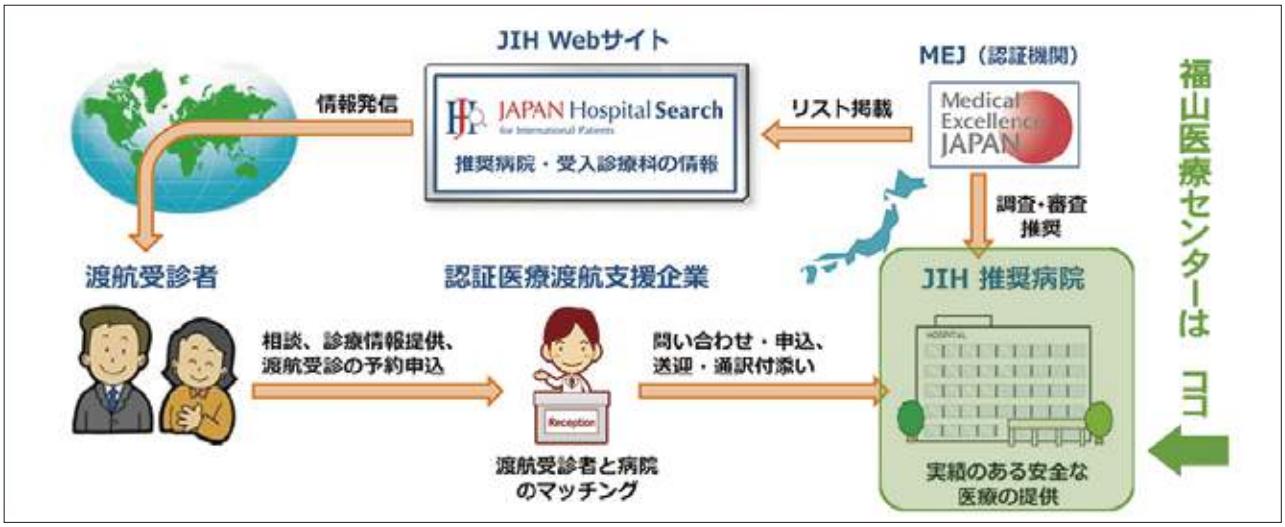


図2

協力も得て、当院は、2017年12月にJIHとして推奨を受けました!(図3)。今回のシンポジウムにて、新たにJIHとして認証された4病院(古賀病院21、新古賀病院、埼玉医科大学国際医療センター、済生会横浜市東部病院)に対する認証賞の授与式が行われました。JIH認証を受けた病院は当院を含め全国で45病院となりました(図4)。

図3

図4

福山医療センターは JMIP を目指す

現在JIHとして認証されている病院の多くは、在留および訪日外国人を対象としたJMIPの認証を併せ取得しています。JMIP認定は、医療を通じた国際貢献への意識の高さの指標ともいえます。当院においても、数年以内のJMIP認証取得を目指して、院内体制の整備を行っています。

埼玉医科大学国際医療センターの取り組み

藤原恵一教授(埼玉医科大学国際医療センター院長補佐　岡山大学産婦人科出身)の講演によると、平成28年12月、「国際診療支援部」を開設、外国人患者受け入れに関する基本方針(「日本人の患者さんと同様に、外国人の患者さんにも、グローバル・スタンダードの専門医療を安心・安全に享受することができるよう、コミュニケーションツールや院内環境を整備し、文化や宗教の違いを考慮した対応ができるように努めます」)を明文化し、コミュニケーションツールの利用促進、多言語表示整備、同意書等の翻訳文書整備、渡航支援企業との連携、担当部署の設置等々、外国人患者受け入れのための様々な取り組みについての説明がありました。当院としても取り入れたい事例が多くあり、11月9日、「埼玉医科大学国際医療センターにおける外国人患者受入に対する取組」と題し、Open Conference を開催します。

海外拠点構築(アウトバウンド事業)について

アウトバウンド事業については、石井病院(群馬県伊勢崎市医療法人石井会)の取り組みは、注目すべき事業と考えます。石井病院は200床の急性期病院ですが、現在ミャンマーの首都ヤンゴンに、2020年の開院を目指して新病院を建設中とのこと。しかし、「なぜこのような地方の小さな病院が海外進出をするのか」という質問に対し、石井病院 ASEAN事業部長・笠井祐一氏(三重大学整形外科教授)は、「日本は少子高齢化にあり、今後、患者の奪い合いになることは必至である。今後国内に留まっても、収入が減少し、経営基盤が脆弱化するのは自明である。一方、ミャンマーは成長率10%超、富裕層はシンガポール・タイ・香港で医療を受けており、総額約500億円に上ると推定されている。日本の高度な医療の需要がミャンマーにはあるということ。しかも、ミャンマーは日本の医師資格が通用する国でもある。石井病院は、将来の病院の生き残りを賭けて、ミャンマーに進出するのだ」との熱い思いには感銘を受けました。

アウトバウンド事業に要する莫大な投資資金の調達は?

新病院を建設するには莫大な資金が必要となり、小規模の医療法人にとって、その調達には大変な困難が伴う。そこで、この難題を解消する一助となったのがクラウドファンディングによる資金調達でした。「ミャンマーの医療環境を向上させたい」という思いに共感した不特定多数の人々が、インターネットを経由して少額ずつ資金を提供し、新病院の建設に大きく貢献している」ことが、石井病院の上記プロジェクトを支援する三井住友銀行成長産業クラスター部(株式会社三井住友銀行　成長産業クラスター部長代理　古川浩章)の講演の中で語られていました。「200床の小規模急性期病院が、クラウドファンディングにて60億円の資金を調達、ミャンマーに新病院を建築する」という進取の気性に富んだ事業展開には、岩垣院長も大変感銘を受けていました。

大阪大学医学部附属病院国際医療センターは Top Runner !

大阪大学医学部附属病院国際医療センター・中田研センター長から、「外国人患者受入れに関しての現状と課題解決について」の講演が行われました。大阪大学は医学部以外にも、かつて大阪外国語大学であった外国語学部も保有している状況もあってか、現在国によって進められている「医療通訳認証制度」の策定にも関与している由の言及もあり、大阪大学は、国際医療の分野でもトップランナーであることを改めて感じさせられました。この他、「AMTAC(認証医療渡航支援企業)認証事業とJIH連携送出医療機関の取組」、「中日診療連携に向けた取組(北京伸遠健康管理与癌症早期風険師査中心　張　院長)」、「海外における医療リスクに関する調査報告」等々の講演があり、今後の当院の国際支援部(国際医療協力推進センター)にとって、よき情報蒐集の機会となりました。

Case Report:バカンス旅行中にFMCにて初診!!

先日、ヨーロッパ(イタリア)から日本全国をバカンス旅行されているご家族の一人が、初診で来院されました。鞆の浦を4人で、観光されていたとのことです。大変稀なケースです。「片耳の痛み」を訴えられましたが、幸い、気圧の関係という軽い原因でした。当院の耳鼻咽喉・頭頸部外科を受診、念のために、両耳に処置を行いました。今回の事例で痛感したのは、①ツアー中の方はスケジュールが組まれているため、時間がよりシビアなこと、②通訳が介入するため、当然 対応時間も長くなること、③コミュニケーションが不安定なため、患者の不安も大きく質問が増えること等でした。しかし、一方、当院は外国人患者受入れ体制を始めて1年以上経ち各部署の協力体制も整いつつあったために、大変稀なケースにしては、かなりスムーズに対応できたのではないかと思いました。患者さんも何度も振り返ってお礼を言ってくださりながら笑顔で病院をあとにされました。ただ、もしも、この患者が英語を話されなかったら・・・、充分な現金もカードもお持ちでなかったら・・・と、私どもの準備不足は否めません。この実践で得た貴重な経験を今後に活かしていきたいと思います。

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 前編

国際支援部/消化器内科 堀井　城一朗

2018年9月14日～24日，昨年に続いてNPO法人アサンテナゴヤ（http://asante-nagoya.com/）のケニア診療視察に，福山医療センターから2回目，今回は看護部の片山智之，薬剤部の河野泰宏，私の3人で参加をさせていただきました．

2017年のケニア診療視察ではアサンテナゴヤの主たる援助対象であるゲム・イースト村の「聖テレサ アサンテナゴヤ診療所」，カドンゴ村のHIV陽性の子ども達の幼稚園「Kel- Kamarami」，「キシイ病院」の見学を中心に視察を行いました．2018年の視察では上記の3施設に加え，障害をもった子どもたちのために教育・診療を提供する施設である「シロアムの園」，30年前から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いながら，彼らを生み出しているスラムのシングルマザーたちの自立援助活動を行っている「マトマイニ孤児院」，「プムワニスラムのイルファの無料医療キャンプ」の3施設の視察を行い，ケニアで活躍する日本人の方々を訪ねてきました．2017年の視察においても数多くの貴重な体験をさせていただいたのですが，2018年はさらに内容の濃い視察となったため，前編・後編に分けさせていただきご報告申し上げます．

9月14日（金）

今回我々は関西国際空港からの出国予定でありましたが，9月4日に日本列島を襲った台風21号の影響のため中部国際空港からの出国となりました．

中部国際空港では2017年の視察で大変お世話になった内海眞先生，アサンテナゴヤ事務局でまとめ役の岩崎奈美様をはじめとした皆様や新たな参加メンバーの方々と合流しました（写真1）．今回の視察メンバーは，医師9名（感染症内科3名，寄生虫学1名，皮膚科2名，総合診療内科1名，消化器内科1名，研修医1名），看護師4名，薬剤師2名，鍼灸師2名，医学生2名，アサンテナゴヤ事務局1名からなる総勢20名であり，ナイロビへの旅が始まりました．

写真 1

9月15日（土）

ジョモ　ケニヤッタ国際空港に到着しスーパーマーケットを経由してホテルへ移動しました．昨年はスーパーの経営難の影響で新鮮な野菜などを手に入れるのに苦労したのですが，今年は品ぞろえも豊富で女性陣はゲム村で作るカレーの材料を手に入れていました（写真2）．ナイロビのホテルは昨年も宿泊した高級ホテルで，快適な生活（虫に襲われない，温かいシャワーを不自由なく浴びることができる，トイレもきれい!）が約束されています．現地集合予定であった先生方とも合流し，ケニア産のビール，TUSKERを飲みながら親交を深めました（写真3）．この日の晩餐にはアフリカで大活躍されている高名な獣医師であり，眠り病研究の権威である神戸俊平先生（http://www.s-kambe-vet.org/top.html）も同席されました（写真4）．

写真 2

写真 3

写真 4

9月16日（日）

ナイロビからキシイへの移動日です．この旅におけるもっとも過酷な時間となる8時間に及ぶバスでの移動ですが，楽しみの一つが道中で休憩に寄るThe Great Rift Valleyで，（現在は諸説ありますが）人類発祥の地とされています（写真5）．しかし今回はこのバス移動において大きなトラブルに見舞われました．朝7時40分にバスで出発し2時間40分ほど走ったところでトラブルのためバスが停止してしまったのです．ドライバーは2時間で代替のバスが来る，とのことでしたが我々は4時間はかかるだろう，と予想し，ひとまず木陰で落ち着きました．水分やおやつは十分用意してあったのですが，問題はトイレです．近隣の散策に出かけたところ地元の子ども連れのお母さんたちに出会い，近くの教会を教えていただきました（写真6）．恐る恐る怖そうな責任者の方（のちに牧師さんとわかりました，写真7）に事情を説明し，女性が多くトイレに困っていることをお話ししたところ快くトイレを貸していただけました．それだけで大感謝だったのですが，教会のなかからは日曜日の礼拝の音楽が流れており，さらに我々を呼ぶ声が聞こえました．牧師さんからも中に入って参加して良いと許可をいただき，礼拝に参加させていただくことになりました．教会の中ではクラブミュージックのようなリズミカルな音楽がかかり，子どもたちが楽しそうに歌いながら踊っていました（写真8）．この教会はマサイ族の集落の教会で，みなクリスチャンであり，子ども主体で50-60人程度が集まり非常に活気ありました．子どもたちは当初こそ警戒していましたが，すぐに興味が勝って我々を観察し始め，その様子はとてもかわいらしいものでした（写真9）．トラブルからの思わぬ出会いに感謝し，教会に別れを告げました．その時点で約2時間経過していたのですがそこからさらに2時間

写真 5

写真 6

写真 7

写真 8

写真 9

写真 10

弱待ったころに，代替のバスが到着しました．故障したバスに新たにやってきたバスを横付けして荷物の移動を行いましたが，医学生の若者が現地ドライバーとともに大活躍していました（写真10）．結局4時間ほど遅れて再出発となりましたが，最終的には約2時間遅れでキシイのホテルに無事到着し，ゲム村の代表者であるエリアス牧師夫妻がお出迎えに来てくれました．今年もなぜか私の部屋（だけ?）のシャワーはお湯が出ませんでしたが汗を流してサッパリし，エリアス牧師夫妻も交えて夕食会を楽しみました．

9月17日（月）

マンゴージュースとチャイとイモとチキンソーセージとオレンジのたっぷりとした朝食をいただいた後に，ゲム・イースト村に出発しました（写真11）．昨年はゲム村までの道路はほとんど舗装されていなかったのですが，今年は大幅に舗装された領域が増加していました．さらに工事が広範囲で行われており，インフラの整備が急速に進みつつありました（写真12）．しかしながらゲム村周囲では未舗装かつえぐれた道路となり，段差にバスがスタックして動けなくなりさらに乗降ドアが開かなくなる，というマイナートラブルがありました．しかしすっかりケニア旅に慣れてきたメンバーは誰も慌てず速やかに全員窓から下車し，続いてバスを押す準備に入りましたが今回はドライバーの運転テクニックだけで通常走行に復帰しました．そして約1時間のドライブを経て，聖テレサ アサンテナゴヤ診療所に到着しました（写真13，14）．1年ぶりの診療所は美しく保たれ，余剰地に新たな土台をつくるなど整備が進みつつありました．エリアス牧師，エリアス牧師の息子さんであるジュマ氏達が我々を迎えてくれ，新たなスタッフの方々とご挨拶をしました（写真15）．

写真 11

写真 12

写真 13

写真 14

写真 15

ここでケニアの医療事情を少し説明させていただきます．“ドクター”と呼ばれる立場がメディカル・オフィサーとクリニカル・オフィサーの2種類存在します．メディカル・オフィサーがいわゆる“医師”で，外科手術など侵襲の大きな診療に携わっていたり，病院の管理者であったりするようで，その数は限られています．そしてクリニカル・オフィサーとは“準医師”にあたる立場で，特定の領域の診療を許された米国のエキスパートナースの様な立場になります．しかし実際にはクリニカル・オフィサーも医師と同様に扱われており，自分の判断でほぼすべての医療行為（診断，処方，傷の処置など）を行っているようにみえました．また，看護師の立場も日本とは少し異なります．ナーシング・オフィサーとパブリックヘルス・ナースと呼ばれる立場があり，日本での資格に照らし合わせると看護師，保健師，助産師の資格を有しています．また，包茎手術（割礼）など一部の侵襲的な処置は男性看護師の仕事になります．準医師・看護師ともに日本での役割よりもより医師に近い業務を行っている印象をうけました．

今年もゲム村で診療援助を行いましたが，昨年同様医師はケニア国内で診療を行うためのライセンスを申請しておらず，診療所で平素診療を行っている医療者にアドバイスをする形で診療援助を行いました（写真16）．鍼灸師のお二方は制限がないため，2日間みっちりと診療を施行されています．

写真 16

写真 17

ゲム村のクリニカル・オフィサーと診療を行いましたが，問診，診察ともに丁寧で医療知識も十分備わっているように感じられました．引き続いて看護師が行う診療の援助を行いましたが，基本的に問診のみで聴診，触診をほとんど行わず，診断に至るまでの検討が短絡的な印象を受けました．そして治療は対症療法にならざるを得ないケースが多くありました．今回の訪問中にバンクロフト糸状虫（フィラリア）による象皮症の20代女性を診察する機会を得ました（写真17）．また，視力障害と眼痛を訴える女性も受診し，フィラリアによる失明がアフリカ地域での失明の2番目の要因であり，決して見逃してはならない疾患であることを寄生虫学の専門家の城戸先生から教わりました．城戸先生をはじめ，熱帯病，HIVの専門家である菊地先生，白野先生，総合診療内科である宮田先生と共診させていただく貴重な経験となりました．マラリア，フィラリアはケニアにおける主要な死亡要因であり，改めてケニアをはじめとするアフリカ地域における診療と日本の診療の差異を肌で感じることができました．

診療所にはHIVの検査について2018年2月2日から記録が残されており9月17日までのデータで検査施行数は120人/7ヶ月 で陽性は1人でした（写真18）．尿検査，マラリア検査，妊娠検査なども施行されていました．総受診者は2018年8月の1ヶ月

写真 18

間で64人，2018年1月4日から9月14日までの約9ヶ月で509人でありました．また，7月10日には近隣のoyoma villageで出張医療キャンプを行っており，54人／日の診療を行っていました．

診療の間にアサンテナゴヤ女性陣が日本風のカレーライスを作り，現地のスタッフがケニア風のカレーを作りました．食事前に現地のメンバーとアサンテナゴヤのメンバーで寄付贈呈式が行われ，アサンテナゴヤを代表して内海　眞先生からは大きな額の寄付が行われました．我々も福山医療センターの皆様からお預かりした寄付の一部を寄付し，感謝の言葉をいただきました（写真19）．夕方にホテルに戻り，夕食前のミーティングで，内海先生から聖テレサ アサンテナゴヤ診療所の現状と問題点についての報告をいただきました．

写真 19

2018年のゲム・イースト村，聖テレサ アサンテナゴヤ診療所は美しさの陰で多くの問題を抱えていました．

1つめは患者数の伸び悩みです．患者数は1日平均2-3人と少なく，経営状態が悪く援助なしでは人件費も到底賄えない状況が続いていました．

2つめは診療体制の問題です．2018年の診療所はクリニカル・オフィサー 1人と看護師を中心としており，昨年3人いたクリニカル・オフィサーが2人減った状態でした．昨年のクリニカル・オフィサーたちは様々な理由でゲム村から離れたり，解雇されてしまったそうです．そしてこれまでのアサンテナゴヤのゲム村での活動において，また診療所の医療スタッフとしてキーパーソンの役割を果たしていたエドワード氏が諸事情で診療所から去ってしまっていました．

3つめは施設設備そのものの問題です．建物は美しく保たれているにもかかわらず，電気の供給不足から井戸からの給水が止まっており，せっかくのきれいな水の供給が失われていました．トイレも水洗トイレが稼動せず，離れた場所にある汲み取り式トイレが使用されていました．

患者数の伸び悩みの要因として前任のクリニカル・オフィサー達の診療態度に問題があって患者からの信用に影響したこと，やめたクリニカル・オフィサーが誹謗中傷を行っていること，近隣に非正規，無資格で安価ではあるが信頼性の低い医療を行う闇医者（bush doctor）が暗躍しており患者が安い方に流れてしまう上に重症化してから運ばれてくること，中国資本の医療キャンプが何回か行われたことなどが考えられました．ミーティングでは診療所の機能を見直してより重要な機能に絞ること，エリアス牧師の息子のジュマ氏が新たにクリニカル・オフィサーを目指すのでサポートを検討すること，頻回の停電に対してはソーラーパネルの導入の検討などの意見が出されました．厳しい状況に置かれたアサンテナゴヤ診療所ではありますが，現地スタッフたちは意欲的に診療に取り組んでおり，ジュマ氏の頑張りにも期待を寄せ，今後も継続的かつ粘り強い支援が必要と考えられました．

9月18日（火）

キシイ病院＋内視鏡クリニック見学班とゲム村班に別れての行動となり，福山医療センターチームは病院見学に参加いたしました．キシイ病院は人口150万の都市，キシイ最大でレベル5の病院（ケニアの公立病院では一番規模の大きいレベルの病院）で，設立に日本のJICAの援助が大きくかかわっています（写真20）．昨年訪問時は看護師の大規模なストライキの最中で入院病棟は閉鎖され外来も多くは閉鎖していましたが，今年

写真 20

は通常業務が行われており多くの患者が外来に列をなしており，同病院の重要性がうかがわれました．耳鼻科，眼科，救急外来，産婦人科，NICU，ICU，腎臓（透析）科，薬局，検査科，HIV外来，入院病棟など多くの部門を見学させていただきました（写真21，22）．残念ながら開設予定と伺っていた内視鏡センターは2018年10月以降のオープンになるということ

写真 21

写真 22

でした．内科外来では高血圧診療のキャンペーンが行われており，ケニアにおいても生活習慣病が大きな問題になりつつあるとのことでした．救急外来は内科1人，外科1人の医師2人体制で看護師は多くても3人の体制（救急科全体で医師8人，看護師17人，3交代制）で1日300人の患者を診察しており，多忙を極めていました．手術室は産婦人科専用が1室，緊急手術用の部屋が1室，待機的手術の部屋が1室あり，一般外科を中心とした全身麻酔下での手術が可能で1日平均8件の手術が行われていました．ICUでは術後で呼吸状態の悪い患者の治療中であり，NICUも多くの病気のbabyと授乳のために入室している母親で混雑していましたが以前の記録に見られた一つの保育器に5-6人の赤ちゃんが詰め込まれているような状況は見受けらませんでした．HIV外来では4500人の外来患者を診療をしており，重症度により診察曜日と診察頻度を分けて調整していました．どの部門においても医師たちは質問に対して的確に返答し，十分な活気に満ちているように見え，キシイ地域での同病院の重要性が改めて確認されました．午後からは近隣の内視鏡プライベートクリニックを訪問しました．内視鏡医の私としては非常に楽しみにしていた施設です．午後から上部消化管内視鏡検査2件，S状結腸内視鏡検査2件が予定されており時間の関係から1件ずつの見学を行いました．内視鏡機材は日本から輸入されたと思われるO社の二世代前のものであり，各種スイッチの説明が日本語でしか記載されていないため医師がホワイトバランスのスイッチと透過光のスイッチを間違えていましたが，今回指摘，修正することが出来ました．そのほかにも機能が理解されていなかったり，

写真 23

誤解されていた部分があり修正を行うことが出来ました．上部消化管内視鏡検査は98才（?）女性の嘔吐，腹痛の精査目的に行われました（写真23）．前処置はキシロカインによる咽頭麻酔とベンゾジアゼピンの静注が行われておりましたがモニタリングは行われていませんでした．食道入口部の挿入をはじめ検査中の内視鏡操作は丁寧でありました．本患者では体下部から前庭部の広範囲に全周性の進行胃がんを認め，生検を行い検査は終了となりました．終始患者家族が同室しており，その場で家族に説明が行われました．治療方針についてアドバイスを求められたため，可能であればCTなどで精査のうえで消化管ステント，次善の方法としてバイパス手術が適応になる可能性が高いとお話ししました．その後内視鏡洗浄が行われましたが，昨年確認した際と同様の食器用洗剤（?）を用いた洗浄で自動洗浄機は無く，手洗いとブラッシング後に洗浄液に半日ほど漬ける方法でありました．アサンテナゴヤのメンバーで内視鏡看護師でもある玉木さんが現地スタッフに（強引に）誘われ洗浄を行うこととなり，堀井は患者さんの呼び込み，菊

写真 24

地先生は内視鏡室の電話対応など現地業務をお手伝いしました(写真24). 続いてS状結腸内視鏡検査が行われました. 麻酔は麻酔科医がケタミンを使用して鎮静をかけましたが, 呼吸管理は無くモニタリングもありませんでした. 挿入方法は助手がscopeを持って進める二人法でありました. 肝弯曲部の手前まで挿入したところで深部挿入不能となりましたが, S状結腸内視鏡の予定のところボーナスで奥まで見たとのことで, 異常所見は無く検査は終了しクリニックを後にしました. 前回の視察では見ることのできなかった現地の実際の内視鏡の様子を見学することができ, 大いに参考になりました.

夕食前には城戸先生からのレクチャーを拝聴する機会を得ました(写真25). 世界の公衆衛生, 熱帯病(マラリア, フィラリアに始まり比較的頻度が低いものまで), 予防医学の基本など多彩な内容についてわかり易くご説明いただきました. また, 城戸先生が現在所属している大阪市大寄生虫学教室で実施中である, ヴィクトリア湖のとある島の全住民を対象としたマラリア駆除のプロジェクトについてご報告いただきました. アフリカ地域におけるマラリアの根本的な駆除をゴールと考えた壮大な計画であり, 今回の限定された地域でのケースを成功させモデルケースとして報告してヴィクトリア湖周辺をはじめとした広範囲のマラリア駆除作戦を行うに値する戦略であるとWHOに認めてもらい, WHO主導で大資本の介入による広域マラリア駆除を狙う, という今後の成果が大いに期待できる研究報告であり, 拝聴する我々も自然と興奮を覚えるレクチャーでありました.

写真 25

9月19日(水)

エリアス牧師, エリアス牧師の娘でHIVのカウンセラーでもあるメリー氏, JICAの青年海外協力隊の鈴木孝枝氏と合流し, カボンドのカドンゴ村のHIV罹患児のための幼稚園(Kel- Kamarami)を訪れました.

カドンゴ村では到着と同時に村人と子どもたちが歌と踊りでお出迎えをしてくれました(写真26). そして昨年も我々と交流をもったジャバン氏(写真27)が幼稚園に関わるプロジェクトの代表者を務めるようになっていました. ジャバン氏主導のもと, 幼稚園の管理者や村人の代表者など複数の責任者が決められていました. また, 昨年は子どもたちの先生を前代表者が務めていたのですが, 今回訪問時には専任の先生が赴任しており, 子どもたちが心を許している様子が訪問直後から見てとれました(写真28).

写真 26

写真 27

写真 28

写真 29

写真 30

写真 31

お互いの自己紹介を行った後に, 子どもたちの歌とダンスが披露され(写真29), 教室の視察を行いました. つづいて寄付金と寄付物資の授与式が行われました. アサンテナゴヤの内海先生から, アサンテナゴヤからの寄付金10,000ケニアシリング(1ケニアシリング=約1円), 今回の参加者全員からの寄付金10,000ケニアシリングが贈られました. 続いて堀井から, 福山医療センターの職員の皆様からいただいた寄付金のうち60,000ケニアシリングを贈呈しました(写真30). 子ども達の母親や村人から歓声が上がり, ジャバン氏からは念願の新しい教室の建設費が賄えるほどの思ってもみないほどの高額の寄付である, と強い感謝の意を伝えられました. そして寄付金の管理は日本人であるJICAの鈴木孝枝氏が銀行口座の管理を行い, 資金運用はジャバン氏が行うこと, 村の代表者も運営に関わることが表明されました. 引き続き寄付物資の引き渡しが行われ, 子どもたちに新しい靴が渡されていきました. 新しい靴を履いた子どもたちは誇らしげで, 表情も明るく昨年とは大きな違いを感じました(写真31).

実は前代表者が金銭トラブルを起こして逃げていたという衝撃的な事件があり, 体制が一新されていたのです. 金銭トラブルが起こった一要因が, 寄付金の運営について前管理者に一任されていたことと考えられ, ジャバン氏とそのサポート役を担う日本人の澤崎氏の意向で信頼の回復と会計の透明化のため, 寄付金額と運営方法を関係者全員の前で公表する運びとなりました. 当院からも, 院内でいただいた寄付の大部分をKel- Kamaramiに寄付したため, 信頼できる体制となっていたことに安心しました.

その後, ソン川という湖のような大きな川が遠景で臨める景色の良いところに移動して昼食会が開かれました(写真32). 現地の食事としてナッツ, 蒸したサツマイモ, キャッサバ芋, チャパティ, チャイ

写真 32

が振舞われました（写真33）．今回初めてキャッサバ芋を食しましたが，塩味がよく効いて枝豆とジャガイモの間のような味わいで非常に美味でした（写真34）．食事しながら子ども達と写真撮影をしましたが，写真を撮られることやカメラの操作などに興味津々でみな近寄って来て，カメラに手を出してみたり撮影しているところに笑いながら飛び込んで来たり，まったく普通の子どもたちと変わらず遊んでいました（写真35）．メンバーがその場で印刷できるインスタントカメラを持参しており，多くの写真を子どもたちに渡して喜ばれていました．昨年は硬い表情が崩れ切らなかったことを思い返し，体制の変化が大きくプラスに働いていることを感じました．ここまでの視察では厳しい状況の確認が多い中，子ども達の笑顔が取り戻されていることに大いに勇気付けられ，再びケニアを訪れてよかった，と心から思う幸せな時間を過ごすことができ，名残惜しい思いを残しながら子どもたちに見送られながらカドンゴ村を去りました（写真36，37）．

写真 33

写真 34

写真 35

写真 37

ここで今回Kel- Kamaramiのキーパーソンとして活躍したジャバン氏についてご紹介したいと思います．ケニアの地方部では衛生面に様々な問題がありますが，最も大きな問題がクリーンな水が手に入りにくいことと衛生的なトイレがないことであり，子どもの下痢をはじめとする死につながる病気の要因となっています．実際に旅をすると，現代の日本では考えられないような不衛生なトイレが数多く見られ，さらには壊れてしまって使用が危険なものも少なくありません．ジャバン氏は訪日経験もある保健衛生の専門家で，ケニア地方部のトイレの衛生化に尽力するグループのリーダーを務めています．ケニアの現状と彼らの活動を分かりやすく説明した日本語字幕付きのビデオを紹介させていただきますので，ご興味を持たれた方はぜひご覧ください．（https://www.youtube.com/watch?v=5BVuGoTSN-4）．

今回のご報告の最後に，院内の皆様から頂きました寄付物資・寄付金につきましてご報告申し上げます．

寄付物資につきましては，物理的に運搬可能な限界まではケニアに持参し，主にカドンゴの幼稚園とチャイドク（ナイロビの小児病院），ゲム村に寄付いたしました．運搬不能であったものは可能な範囲で換金させていただき，寄付金の一部といたしました．

寄付金合計は106,134円であり，ケニアシリングに両替した結果89,000ケニアシリング（1ケニアシリング=約1円）となりました．

このうち60,000ケニアシリングをカドンゴ村の幼稚園（Kel- Kamarami）に，14,500ケニアシリングをそれぞれ聖テレサ アサンテナゴヤ診療所とチャイドク（http://www.child-doctor.org/）に寄付いたしました．寄付先，分配は堀井の判断で費用対効果と2017年視察時の必要性を考慮して決定いたしました．後日，ジャバン氏と澤崎氏から，カドンゴ村の幼稚園においては，今回の寄付金で新しい教室とトイレの建設，土床であった教室の床貼りの工事ができる見通しとのことで，2018年10月6日現在，すでに工事準備が進んでおります．

2017年の帰国後に，無力な我々が内海先生をはじめとしたアサンテナゴヤの皆さまの活動を通じてケニアの人々に何かしら役に立てることはないか，とケニア訪問に同行した当院薬剤師の松井綾香と相談し，院内でケニア訪問の報告会を行い，衣類・文房具の寄付や募金を呼びかけたところから今回の寄付につながる運びとなりました．日本での金額としてはそこまでの力になるとは思っていませんでしたが，アサンテナゴヤの皆様からの援助に当院からの援助も加わることで大きな成果につながったことを心から嬉しく思い，ご協力いただきました皆様には深く感謝申し上げます．

（以降の視察のご報告は後編に続きます．）

写真 36

ケニアでの診療援助を視察して

整形外科病棟　副看護師長
片山　智之

この度、ケニアでのHIV診療視察に同行させて頂きました。私は、2017年に参加したハワイのシミュレーション研修がきっかけで、院内の国際支援部発足に携わり外国人患者受け入れに関して支援・整備を行っています。今回、国際支援部部長である堀井先生のご厚意により、ケニア渡航の機会を頂きました。私たちのケニアでの活動内容としては、アサンテナゴヤの内海 眞先生をはじめとし、2009年から当時HIV陽性率23%であるケニアのゲム村でHIV診療活動をしているチームと合流し現地での診療援助の視察に同行する、というものです。前年度、堀井先生と薬剤部 松井先生が参加され活動報告されたことは、皆さんも記憶に新しいことと思います。お話を頂いた時に私は、HIVについて今まで深く関わったことはなく、HIV診療や看護について知識や経験もない状態でした。単純にアフリカ大陸へ行ってみたいという好奇心もあり、参加するからには少しでも何かを得て帰りたいという想いもあり、同行させて頂くこととなりました。渡航前の私のイメージでは、ケニアでの生活は全く想像できず、治安や感染症などの不安もありました。しかし、先駆者である堀井先生について行けば何とかなると思い、海外経験が少ない私にとっては秘境の地であるケニアでのHIV診療の視察が始まりました。それでは、国際支援部としてケニアの診療援助について、看護師という立場から感じた事を報告させて頂きます。

まずは、準備期間として渡航するまで定期的に予防接種を受ける日々を送りました。ワクチンを摂取する度に、ケニア渡航が近づいていると実感し、日本とケニアの感染症についての違いが勉強になりました。

この度、台風の影響で関西国際空港が冠水し、予定していたケニアへのフライトが中部国際空港発へと変更になりました。セントレア（中部国際空港）へ到着すると、内海先生を代表とするアサンテナゴヤの方達が優しく出迎えてくれ、これからケニアに行くことを少しずつ実感していきました。搭乗時に、1人が持ち込める荷物の重さには30kgの上限があり、福山医療センターの方達から多くの気持ちのこもった支援物資で軽くオーバーしてしまい、苦戦を強いられました。安心して下さい。オーバーした物資は手荷物として機内に持ち込み無事にケニアへ届けることができました。日本を出発し、18時間ほどで赤土のアフリカ大陸が見えると、ついに来たという実感を覚えました。初めて会う感染症に特化した先生方の自己紹介を聞いていると私がこのキャンプに参加し多くのことを学ぶことができるように思いました（写真1）。さらに今回は、映画「沈まぬ太陽」に登場する獣医師のモデルとなった獣医師の神戸先生をお招きし、お話を聞く機会がありました。そのほかの先生方もスケールが大きすぎて私の理解の範疇を超えていましたが、HIVや熱帯感染症の診療について興味深いお話を聞くことができました。

写真 1

ナイロビからキシイまでの移動日、チャーターしたマイクロバスでキシイまで向かう道中、車のトラブルで一時停車してケニアの荒野で休憩する時間がありました。5分ほど歩くと小さな建物があり集会が行われていました。近くにいたケニア人に聞くと、教会でミサが行われているとのことで、待つ間の同行者のトイレ事情もあり、教会でトイレを借りるため堀井先生が交渉してくださいました。トイレを借りることになった私たちは、教会で行われているミサを見学しました。お祈りというよりも、軽快な音楽の中で、人々が踊りを踊る発表会のような感じでした。みんな笑顔で踊りも独特なリズムでした。その会場にいる全員が一体となっていて感動を覚えました。何よりも感動したのは、子供達の笑顔でした。好奇心旺盛なケニアの子供達は、見慣れない私たちを見て、手を振ったり笑顔で微笑んでくれたり、言葉で表せませんが今回のケニアでの活動が少しでも子供達の笑顔に繋がれば良いと自然に思うようになりました（写真2）。

写真 2

翌日、今回の診療援助の目的地となるゲム村に出発しました。診療所に勤務している方は、クリニカルオフィサー（CO：医師と看護師との間くらいで、症状を見て処方などをする役割）と看護師、検査技師、薬剤師が働いていました。患者の症状の中で印象的だったのは、蚊が媒体となって感染したフィラリアから、リンパ管が閉塞し、下肢が浮腫となり象皮症となっている症例でした。日本では近年ほとんど見かけない症例であり、診察を興味深く見学させて頂きました。現地の看護師は日本とのライセンスの違いもあるのか、医師やCOに近い立場で診察していました。この度、現地の看護師の問診中に日本人医師が同行し、診察をしていたため、現地の看護師の知識や患者への関わりを詳しく確認できませんでした。ケニアの看護師は、簡単な処置や診察を行うことができますが、処方はメディカルドクター（MD）もしくはCOの指示がなければできないそうです。私たちが診療視察を行う中で、現地の看護師が、私たちにアドバイスを求める場面が多々ありました。日本とは、疾病の内容が違うため、観察する視点も現地に流行している感染症を理解した上で症状を観察することの重要性を学びました。現地の看護師も、様々な症状の観察方法や地域で流行している病気についてどの程度理解しているのかも気になりました。現地の看護師は、数少ない機会である日本の先生方のアドバイスを熱心に聞いていました。その姿を見て、患者の健康のために取り組む看護師の姿勢を改めて学びました。現地の看護師も日本の看護師と同様に患者に対するフィジカルアセスメントや生活指導など、HIVやマラリアなど感染症から患者を守るために、様々な活動をしていました（写真3）。ケニアでは、看護師育成過程では、基礎教育3.5年～4年に加え、卒後1年間助産師、保健師、集中治療看護にそれぞれのコースから選択して専門性を高めることができます。このことから看護教育については、発展途上国としてかなり進んでいるように思いました。しかし、学費の問題もあり看護師になるには、ハードルがかなり高いこともわかりました。

写真 3

アサンテナゴヤの施設はとても整っていて診療をするには十分な施設です。あとは、言い出せばきりがないのですが衛生面が気になるところです。水の問題もあります。綺麗な水が十分に確保できるのであれば、触診や聴診、処置をした患者ごとに手洗いを実施してもらいたいです。

ゲム村での診療視察を終え、キシイという街のJICAが設立した病院を見学しました。人口140万人の中核病院となるレベル5（ケニアでは、施設基準で低い方からレベル1～6がある）というケニアでは高度医療を提供できる日本でいうと600床クラスの総合病院となる施設です。中でも印象的だったことはERでした。1日約300件の受け入れをしていて、日中で対応するスタッフは医師1名、看護師3名程度でした。おそらく、医師がトリアージして各科にコンサルテーションするのだと思いますが、かなり激務のようです。写真に載せているのが、ER入り口付近の診察室です（写真4）。

写真 4

街では、人や車、バイクが縦横無尽に行き交い、かなり混み合っていることがしばしばです。搬送される患者の最も多い原因は交通事故だそうです。

そのほかに印象に残ったこととしては日本と比べて感染管理精度がかなり低いと感じました。点滴ボトルに混注するときにはボトルのプラスチック部分から行っていたり、衛生手袋を着用せずに注射液を扱ったり、消毒をせずに混注したりと、印象に残る場面が多かったです。

次に、カボンドにある保育所施設を訪問しまいた。カボンドはHIV陽性率が高く、子供も同様です。保育所の先生がしっかりされた方で子供達のために教育をしているという印象を受けました。子供たちも最初は緊張していましたが、関わっていくうちに徐々に緊張もほぐれ、次第に子供らしい笑顔となりました。私たちは、多くの物資をこのカボンドの子供達に寄付しました。寄付を受け取ってもらった時は、現地の大人子供も笑顔になり、無事に届けられたことに安堵しました（写真5）。この場を借りて、院内から多大なご寄付を頂いたことに感謝申し上げます。

また、ナイロビにある「シロアムの園」という公文和子先生が運営する障害のある子どもを受け入れ、リハビリや治療をする施設を訪問しました。シロアムの園では、公文先生から、施設の成り立ちについてスライドを用いて説明を受け、印象的だったことは、動画で見せていただいた園の子供達と公文先生の笑顔でした。ケニアでは、日本ほど障害者に対する社会的な補償がなく、親にも問題があり、シングルマザーが多いため、子どもが障害を抱えると母親が働けなくなり、より生活の質が落ちてしまう傾向にあります。そんなケニアの実情に対して取り組む公文先生はとても明るく、そして園で働くスタッフにもプロとして自覚をもって働くように指導しているところを見ると指導者や管理者としてとても参考になりました。園で受け入れている子供の疾患としては、脳性麻痺、自閉症、ダウン症が多く、実際の関わりの場面で子供達が現地の保育士がレクリエーションを行い、子供達の表情や活動が躍動的になっている姿を見て、とても良い刺激になりました（写真6）。

写真 5

半日ほど、ナイロビ国立公園でサファリツアーを楽しみました。天井の空いた、サファリカーに登場し、悠々と歩く動物を見ると興奮を隠せませんでした（写真7）。動物が見えなくても、広大な大地を眺めながらケニアで過ごしたメンバーの方々と笑いながら、旅の話をしながら過ごした時間は貴重なものとなりました。国立公園だけあってとても広く、広大な大地の先にうっすらとナイロビのビル群が望める景色がとても印象的で夢中でシャッターをきりました（写真8）。

写真 6

写真 7

写真 8

看護師として今回の視察に参加し、ケニアの様々な施設の先生方から共通して学んだことは、ケニアで暮らす人々のため、医療の発展に向ける情熱でした。まっすぐ目的に向かって取り組み、意図して周囲に関わり、寄金や物資、国内にとどまらず国外から関心をケニアの医療の現状に惹きつけるために活動する姿勢を学びました。渡航の間、アサンテナゴヤの方々をはじめ、現地スタッフも含めて大勢の方のとても手厚いサポートの中で充実した生活を送らせて頂いたことに感謝の言葉しかありません。同行させて頂いたメンバーの皆さん、どんな時も気にかけて頂き本当にありがとうございました。今回の経験は、私にとってかけがえの無いものになりました。

最後になりましたが、内海 眞先生をはじめ、岩垣院長先生、坂田先生、岡本看護部長、準備段階から大勢のスタッフの方々にご支援を頂き、今回のような大変貴重な経験をさせて頂いた事に深く感謝申し上げます。

連載 No.45

「AIDSなき時代をめざして」
岡山HIV診療ネットワークへの参加

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

【はじめに】

去る7月31日，川崎医科大付属病院内にて開催されました『第146回岡山HIV診療ネットワーク』に福山医療センターのACCESメンバーも参加し，4演題を発表して来ました。

岡山HIV診療ネットワークは，24年の歴史があるHIV/AIDS診療に関する研究会です。岡山県におけるHIV感染症の診療に関わる医療・保健・福祉・心理従事者のためのネットワークであり，めまぐるしく変貌するHIV感染症についてのあらゆる情報を提供し，HIV感染者及び，その診療を支援することを目的としています。1994年5月に発足し，年2回の公開特別講演会，年4回の会員向けの症例検討などを中心とした定例会を開催しています。岡山県下の各エイズ拠点病院や保健行政職が広く参加し，これまでに147回と非常に活発に会を開催しています。このネットワークによる情報交換の恩恵を受け，岡山県内では施設間・職種間の連携と診療レベルの均てん化が強化され，現在県内に10施設ある全ての拠点病院で，実際にHIV感染症の診断から治療までが行われています。

【当院からの報告】

今回の会では当院のエイズ診療チーム（ACCES）のメンバー4名（齊藤，飯塚臨床心理士，藤原歯科衛生士，坂田医師）が発表を行いました（ネットワーク案内ポスター参照）。

最初の演題は当院で経験した貴重なケースに関する症例報告です。こういった稀なケースは各拠点病院においても今後経験する可能性があり，情報共有が重要であり，ご参加頂いた多くのエイズ拠点病院において参考になったと思われます。

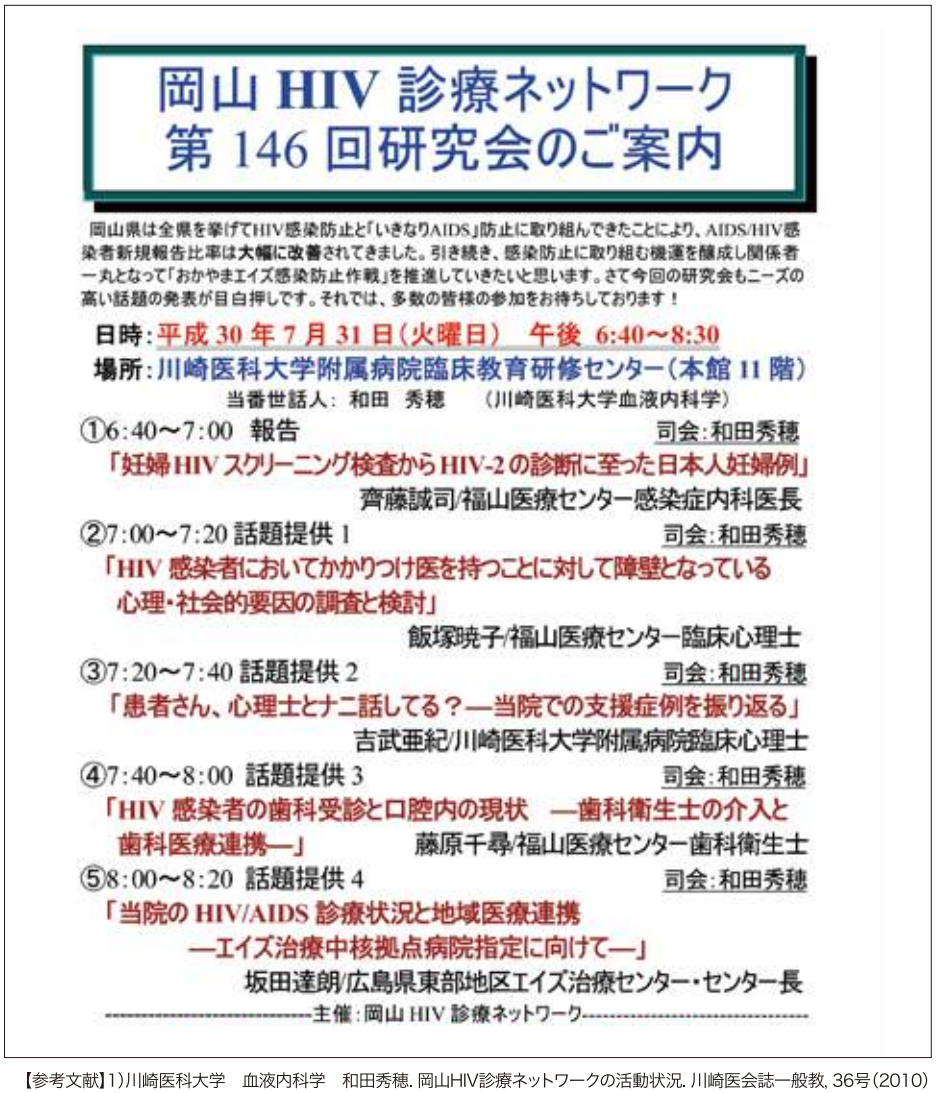
次の演題は飯塚臨床心理士が当院で行っている臨床研究「HIV感染者においてかかりつけ医を持つことに対して障壁となっている心理・社会的要因の調査と検討」に関する発表でした。現在，日本全国のエイズ拠点病院において，HIV感染者は長期療養の時代となり，患者さんの高齢化とそれに伴う合併症の増加が問題となっています。エイズ拠点病院だけの診療ではこれらの合併症に対する治療を継続していくのは難しく，とりわけ遠方に在住する患者さんでは，地元に昔から通院しているかかりつけ医の協力が重要となります。しかしHIV感染者では背景にあるHIV感染症に対する差別や偏見から，医療機関での診療拒否を受けることがあります。今回の調査ではHIV感染者がかかりつけ医を持つことに対してのニーズを把握し，かかりつけ医を持つことに対して障壁となっている患者さんの心理・社会的背景をアンケート調査により明らかにするものです。この結果は今年度大阪で開催されます第32回日本エイズ学会学術集会にて報告予定であり，今後当院だけでなく，各拠点病院においても長期的な患者さんの診療支援に役立つものとなると考えています。

3演題目は藤原歯科衛生士による当院通院中のHIV感染者の歯科診療受診状況と口腔内の状態に関する報告でした。HIV感染者では免疫力の低下より，口腔内の衛生環境が悪化してしまうケースも多く，歯科衛生士による口腔内ケアが欠かせません。当院のHIV診療チームでは，歯科衛生士が全患者に介入することで早期に口腔内の状態を把握し，歯科治療が必要なケースでは近医の歯科クリニックに紹介しています。広島県の歯科医師会が提供するHIV歯科診療ネットワークを通じて，患者さんの居住地域でHIV感染者の歯科治療受け入れを表明しているクリニックを紹介し，必要な歯科治療を受けていただいております。HIV感染者を受け入れていただける歯科クリニックは自施設内にて各種の感染対策がきちんとできている優秀なクリニックの証であり，こういった施設ではHIVよりも患者数が多くて感染力が高い肝炎ウイルスに対してもきちんと感染予防策が実施されていると言えます。

最後の演題では坂田センター長より「当院のHIV/AIDS診療の現状と地域連携」についての報告をしていただきました。今年度，当院は広島県のエイズ中核拠点病院へ選定されることが確定しています（平成30年8月末現在）。広島県東部地区における唯一の中核拠点病院としての当院の役割についても述べられ，各拠点病院や中核拠点病院との連携，地域の医療機関や公的機関との連携に関する報告も行いました。

これからも福山医療センターでは，岡山HIV診療ネットワークや県内外で開催されるエイズ拠点病院の会議等に積極的に参加し，当院からの報告を行っていきたいと考えております。

【ネットワーク案内ポスター】



岡山 HIV 診療ネットワーク
第 146 回研究会のご案内

岡山県は全県を挙げてHIV感染防止と「いきなりAIDS」防止に取り組んできたことにより、AIDS/HIV感染者新規報告比率は大幅に改善されてきました。引き続き、感染防止に取り組む機運を醸成し関係者一丸となって「おかやまエイズ感染防止作戦」を推進していきたいと思います。さて今回の研究会もニーズの高い話題の発表が目白押しです。それでは、多数の皆様の参加をお待ちしております！

日時：平成 30 年 7 月 31 日（火曜日）　午後 6:40～8:30
場所：川崎医科大学附属病院臨床教育研修センター（本館 11 階）
当番世話人：和田　秀穂　（川崎医科大学血液内科学）

①6:40～7:00　報告　司会：和田秀穂
「妊婦 HIV スクリーニング検査から HIV-2 の診断に至った日本人妊婦例」
齊藤誠司/福山医療センター感染症内科医長

②7:00～7:20 話題提供 1　司会：和田秀穂
「HIV 感染者において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・社会的要因の調査と検討」
飯塚暁子/福山医療センター臨床心理士

③7:20～7:40 話題提供 2　司会：和田秀穂
「患者さん、心理士とナニ話してる？—当院での支援症例を振り返る」
吉武亜紀/川崎医科大学附属病院臨床心理士

④7:40～8:00 話題提供 3　司会：和田秀穂
「HIV 感染者の歯科受診と口腔内の現状　—歯科衛生士の介入と歯科医療連携—」
藤原千尋/福山医療センター歯科衛生士

⑤8:00～8:20 話題提供 4　司会：和田秀穂
「当院の HIV/AIDS 診療状況と地域医療連携
—エイズ治療中核拠点病院指定に向けて—」
坂田達朗/広島県東部地区エイズ治療センター・センター長

主催：岡山 HIV 診療ネットワーク

【参考文献】1）川崎医科大学　血液内科学　和田秀穂．岡山HIV診療ネットワークの活動状況．川崎医会誌一般教，36号（2010）

祝「歯科衛生士学生への啓発教育の効果」検討論文が日本エイズ学会誌に掲載

心理療法士
飯塚　暁子

このたび，当院HIV診療チームによる歯科衛生士学生への啓発教育の効果を検討した論文が日本エイズ学会誌に掲載されました。当院HIV診療チームは2016年10月から地域の医療機関等への啓発活動を続けてきました。今回は縁あって歯科衛生士学生にHIV/AIDSの講義を行う機会があったため，この機会に調査を行って効果を検証したいと私が申し出たことが研究のきっかけとなりました。

今回の研究の結果，標準予防策に関しては1回の講義では学生が理解を深めることが難しいことが判明しました。今後もより良い啓発教育のあり方についてHIV診療チームで考えていきたいと思います。

調査にご協力いただいた学生の皆様に感謝申し上げます。また，本論文は，第31回日本エイズ学会学術集会にて発表したものを加筆修正したものですが，発表に当たって座長の労をお取りいただき，論文の投稿を推薦いただいた高田昇先生にも厚く御礼を申し上げます。

©2018 The Japanese Society for AIDS Research　The Journal of AIDS Research

研究ノート

歯科衛生士学生への HIV 診療チームによる HIV/AIDS 啓発教育の効果の検討

飯塚　暁子[1]，藤原　千尋[1]，村上　由佳[1]，門田　悦子[1]，松井　綾香[1]，野村　直幸[1]，木梨　貴博[1]，齊藤　誠司[1]，坂田　達朗[1]，和田　秀穂[2]
[1] 国立病院機構福山医療センターエイズ治療センター，
[2] 川崎医科大学血液内科学

目的：歯科衛生士学生への HIV/AIDS 啓発教育のあり方を検討した。
方法：歯科衛生士学校の 3 年生 51 名に HIV 診療チームによる HIV/AIDS に関する講義の前後に HIV/AIDS に関する知識，イメージおよび歯科衛生士としての HIV/AIDS への意識について質問紙調査を行い，回答に不備のない 46 名を分析対象とした。
結果：講義後に有意に知識についての正答数の増加，HIV 感染者とは関わりたくないというイメージの低下，他の感染症の患者と同様に HIV 感染者にも関わるという意識および HIV 感染者の歯科診療に積極的に携わるという意識の強さ，感染への不安や観血的処置への拒否感の低下がみられた。標準予防策については講義後も正答率が低かった。
考察：講義は知識の習得や HIV 感染者の歯科診療への積極性の向上，感染への不安や観血的処置への拒否感の軽減に一定の効果があると考えられた。一方，標準予防策については 1 回の講義で理解を深めることの難しさが示唆された。

キーワード：歯科受診，HIV/AIDS 啓発教育，学生教育

日本エイズ学会誌 20：216-221，2018

目　　的

今日，HIV 感染者における長期療養・在宅療養支援体制等の整備が言われている（厚生労働省，2018）[1]。適切な口腔衛生管理を行うための歯科受診も課題の 1 つであるが，HIV 感染者の歯科医療機関の受け入れは十分とは言えない。HIV 感染者（913 名）を対象としたウェブ調査によると，かかりつけ歯科医を持つ者は 43.2% であり，そのうち 41.4% はかかりつけ歯科医に HIV 陽性であることを伝えていない。また，かかりつけ歯科医を持たない 56.6% のうち 63.8% はかかりつけ歯科医を必要と考えている[2]。HIV 感染者はかかりつけ歯科医に HIV 陽性を伝えずに受診したり，歯科治療が必要と考えていても受診していない現状がある。背景には歯科医療従事者の HIV/AIDS に関する知識不足および誤解や偏見があると考えられる。また，将来歯科医療を担う学生の間にも HIV/AIDS の歯科診療への拒否感があることが明らかになっている[3]。学生が在学中から HIV/AIDS に関する正しい知識を習得し，偏見を払拭することは，HIV/AIDS の歯科診療機関の受け入れを増やし，長期療養の支援に繋がると思われる。

著者連絡先：飯塚暁子（〒720-8520　福山市神野上町 4-14-17　国立病院機構福山医療センター）
2018 年 5 月 7 日受付：2018 年 7 月 9 日受理

従来から歯科衛生士の学生に対する HIV/AIDS 啓発教育の検討が行われ，系統だった講義の有効性が示されているが[4,5]，教育現場では長時間を費やすことが難しいのが現状である。HIV/AIDS の長期療養が喫緊の課題である中，近年では，エイズ治療拠点病院の医療従事者が療養型病院などに出向いて HIV/AIDS 啓発教育を行ういわゆる「出前講義」の実施が広がっている。本研究では，エイズ治療拠点病院の多職種で構成される HIV 診療チームが歯科衛生士学校で学生に対して講義を行い，講義前後における学生の HIV/AIDS に関する知識や HIV/AIDS に対するイメージ，および歯科衛生士としての HIV/AIDS への意識の変化を調査し，歯科衛生士学生への HIV/AIDS 啓発教育のあり方を検討した。

方　　法

1. 対　　象

X 年 1 月に A 市内の歯科衛生士学校に在籍している 3 年生 51 名を対象とした。

2. 手 続 き

多職種で構成されるエイズ治療拠点病院の HIV 診療チームによる HIV/AIDS に関する合計 70 分間の講義の前後に質問紙調査を行った。調査前に調査への回答は自由意志であること，回答から個人が特定されないこと，回答の有無

および内容は学校の成績には関係ないことを説明した。回答者を識別するための番号を付けた講義前後の調査用紙を同時に配布し、講義前後に回収した。本研究の実施においては、対象の施設長からの同意および当院の倫理審査委員会（受付番号：H28-45）の承認を得た。

3. 調査項目

3-1. HIV/AIDS に関する知識

HIV の感染性など HIV/AIDS に関する内容 8 項目を文章で示し、正誤のいずれかで回答を求めた。

3-2. HIV/AIDS に対するイメージ

致死性などの 4 項目を 4 件法で回答を求めた。

3-3. 歯科衛生士としての HIV/AIDS に対する意識

歯科衛生士として HIV/AIDS 診療に携わる意欲など 6 項目を 4 件法で回答を求めた。

4. 分　　析

回答に不備のない 46 名を分析対象とした。分析には、統計解析ソフト SPSS ver18.0 for Windows を用いた。有意水準を 5% 未満とした。

結　　果

1. HIV/AIDS に関する知識

講義前後の各項目の正答率を表 1 に示す。講義前後の知識に関する 8 項目の正答数の平均は、講義前が 4.26、講義後が 6.80 であった。対応のある *t* 検定を行った結果、講義後の正答数が有意に多かった（$p<0.01$）。

2. HIV/AIDS に対するイメージ

HIV/AIDS に対するイメージについての 4 件法での回答を 1～4 点の評定値とし、各項目についてネガティブなイメージほど得点が低くなるように集計した。講義前後の評定値について対応のある *t* 検定を行った結果、「HIV 感染者とは関わりたくない」の項目のみ有意差がみられ（$p<0.01$）、講義後のほうがネガティブなイメージが弱かった（表 2）。

3. 歯科衛生士としての HIV/AIDS に対する意識

歯科衛生士としての HIV/AIDS に対する意識についての 6 項目（以下、D1～6 と示す）の 4 件法の回答について、D1～4 では「そう思う」と「どちらかといえばそう思う」を「肯定的」とし、「どちらかといえばそう思わない」と「そう思わない」を「否定的」とした。D5 では、「そう思う」と「どちらかといえばそう思う」を「感染への不安が強い」とし、「どちらかといえばそう思わない」と「そう思わない」を「感染への不安が弱い」とした。D6 では、「そう思う」と「どちらかといえばそう思う」を「観血的処置への拒否感が強い」とし、「どちらかといえばそう思わない」と「そう思わない」を「観血的処置への拒否感が弱い」とした。講義の前後で「肯定的」と「否定的」、「感染への不安が強い」と「感染への不安が弱い」、「観血的処置への拒否感が強い」と「観血的処置への拒否感が弱い」のそれぞれの回答への変化について、McNemar の検定を行った。その結果、D1「歯科衛生士として、他の患者と同様に HIV 感染者に関われると思う」、D4「HIV 感染者の歯科診療に積極的に携わりたい」は講義後に「肯定的」の回答の割合が有意に増加した。D5「歯科診療で HIV 感染者と関わったら自分も HIV に感染するのではないかと思う」は講義後に「感染への不安が強い」の回答の割合が有意に少なくなった。D6「HIV 感染者のスケーリング・PMTC（機械的歯面清掃）はしたくないと思う」は講義後に「観血的処置への拒否感が強い」の回答の割合が有意に少なくなった（表 3）。

表 1　HIV/AIDS に関する知識についての講義前後の正答率

質問項目	正答	正答率 講義前	正答率 講義後
1. HIV は B 型肝炎ウイルスや C 型肝炎ウイルスよりも感染力が強い	誤	50.0%	93.5%
2. HIV 感染者/AIDS 患者の歯科診療後は非感染者と比較して特別な消毒・滅菌をしなければならない	誤	2.2%	41.3%
3. HIV 感染者/AIDS 患者による針刺し事故が起こった際やスケーリング（歯石除去）・PMTC（機械的歯面清掃）で誤ってけがをした場合は、できるだけ早急に予防内服を開始する必要がある	正	87.0%	95.7%
4. HIV 感染症は HIV に感染している状態のことを指し、AIDS は HIV 感染者が特定の疾患を発症した状態を指す	正	76.1%	93.5%
5. HIV 感染症は現時点では完全に治癒することができないため、薬を飲み始めたら症状が落ち着いたとしても、生涯にわたって飲み続けなければならない	正	91.3%	100.0%
6. HIV 感染症の治療は、医療保険（国民健康保険、協会けんぽ等）がきかない自費診療になる	誤	43.0%	87.0%
7. HIV 感染症は身体障害者手帳の対象となっている障害である	正	6.5%	87.0%
8. ゲイは自分を女性だと思っており、女性のような気持ちで男性を好きになっている	誤	55.0%	82.6%

対象に不備のない 46 名を分析。8 項目の正答数の平均は、講義前が 4.26、講義後が 6.80 であり、講義後の正答数が有意に多かった（$p<0.01$）。

表 2　HIV/AIDS に対するイメージの講義前後の評定値

質問項目	評定値平均（SD） 講義前	講義後	*t* 値
1. HIV は感染し、放置すると死に至る強い病気である	1.85（0.87）	2.15（1.33）	−1.276
2. HIV/AIDS は特殊な人がかかる病気である	3.57（0.69）	3.70（0.73）	−0.924
3. HIV 感染者とは関わりたくない	2.39（0.95）	3.04（0.82）	−4.666**
4. HIV 感染者は孤独である	3.11（0.96）	2.96（1.12）	0.828

** 講義前と講義後の評定値について対応のある *t* 検定にて $p<0.01$。

表 3　歯科衛生士としての HIV/AIDS に対する意識についての講義前後の回答

質問項目	「そう思う」「どちらかといえばそう思う」（「肯定的」）と回答した割合 講義前	講義後	*p* 値
D1. 歯科衛生士として、他の患者と同様に HIV 感染者と関われると思う	67.4%	97.0%	0.033
D2. 歯科衛生士として HIV/AIDS の知識は必要だと思う	100.0%	100.0%	N/A
D3. HIV/AIDS 診療に関わることは歯科衛生士としてやりがいを感じられると思う	82.6%	84.8%	1.000
D4. HIV 感染者の歯科診療に積極的に携わりたい	34.8%	71.7%	<0.001

質問項目	「そう思う」「どちらかといえばそう思う」（「感染への不安が強い」）と回答した割合 講義前	講義後	*p* 値
D5. 歯科診療で HIV 感染者と関わったら自分も HIV に感染するのではないかと思う	63.0%	23.9%	<0.001

質問項目	「そう思う」「どちらかといえばそう思う」（「観血的処置への拒否感が強い」）と回答した割合 講義前	講義後	*p* 値
D6. HIV 感染者のスケーリング・PMTC（機械的歯面清掃）はしたくないと思う	56.5%	28.3%	0.004

McNemar の検定により、D1、D4、D5、D6 に有意差がみられた。

考　　察

1. HIV/AIDS に関する知識

講義後に正答数が増加したことから、講義によって HIV/AIDS に関する知識を習得できたと考えられる。講義前では約半数の学生が HIV と B 型およびC 型肝炎ウイルスとの感染性の違いについて正しく認識できていなかった。歯科衛生士学生（1～3 年生を対象とした調査[7]）によると、HIV と B 型およびC 型肝炎ウイルスとの感染性の違いについ

て、3 年生の正答率は 20.4% であり、本研究の対象の学生と同様に正答率が低かった。本研究では講義後の正答率が 93.5% と高まったことから、感染性については 1 回の講義で理解を深められると考えられる。一方で、講義前に著しく正答率の低かった消毒や滅菌については、講義後も正答率が 41.3% と他の項目と比べて低かったことから、1 回の講義では理解を深めることの難しさが示唆された。標準予防策とは、「あらゆる人の血液、すべての体液、分泌物、傷のある皮膚や粘膜などを感染性があるものとして取り扱う」ことを指す。過去の報告でもわが国の歯科衛生士学生は米国の学生に比べて標準予防策を知っている割合が低く、マスク交換やグローブの装着について誤った認識を持つ割合が高かった[8]。

本研究の対象の学生は近隣の歯科診療所にて臨床実習を経験しているが、各実習施設における標準予防策実施状況にはいくぶんか差異があるように思われる。実習施設でウイルス性肝炎などの複患者数の多い感染症が判明しているケースに対してのみ特別な対応を行い、感染症の自己申告がないケースでは標準予防策が行われないという感染対策が常態化している場合、学生も標準予防策の重要性を理解できず、HIV には特別な感染対策が必要であるという誤った認識を持ってしまう可能性が高い。実体験を通して誤った認識を持ってしまった学生に対しては、1 回の講義で標準予防策の考え方を理解するのは難しいと思われる。臨床実習先への正しい感染対策に関する知識の普及が望まれる。

2. HIV/AIDS に対するイメージ

致死、特異性、孤独感については講義前後に差がみられなかった。抗 HIV 療法の進歩によって死に至るような特別な病気という認識ではなくなっているのかもしれない。一方で、講義前の孤独とした関わりたくないイメージが講義後に維持されたことが示唆された。

3. 歯科衛生士としての HIV/AIDS に対する意識

今回の研究では学生が HIV/AIDS に関する講義の受講によって、非感染者に対する場合と同様に HIV 感染者にも関わろうという意識の向上、HIV 感染者の歯科診療へ携わる意欲の向上がみられた。また、HIV 感染者に関わることによる感染の恐れおよび HIV 感染者に対する出血を伴う処置への拒否感も緩和されていた。後藤ら[9,10]は、HIV/AIDS の講義直後に一般生活上および歯科業務における感染への不安感が増加したことから、HIV/AIDS に関する講義を実施することにより、その病気への正因心や新たな恐怖心が生まれることも考えられるため、HIV/AIDS に限った講義ではなく、広い視野から感染症の 1 つとして講義を実施していくべきと述べている。一方、本研究において講義後に意識変容や不安軽減がみられた背景として、実際に HIV/AIDS に関わっている多職種から構成される診療チームによる講義が行われたことが考えられる。多職種による講義を通して、HIV/AIDS を医学的視点からのみではなく、心理社会的視点から学ぶことで、HIV 感染者が抱えるさまざまな問題を理解できたためと考えられる。過去の報告では、ブロック拠点病院で実施した歯科医師、歯科衛生士を対象とした研修会において、ソーシャルワーカーや臨床心理士の講義から他では得られない知識が得られて有意義であったという参加者の声を基に、チーム医療を行う上で多職種の役割の理解は重要であると指摘している[6]。歯科衛生士の多くは地域の歯科診療所に勤務し、歯科医師を除いた他の医療従事者と接する機会が少ない。一方、地域連携が推進されていくなかで、今後は歯科衛生士も地域の医療機関で医師や看護師など他の医療従事者と連携する機会も増えることが予測される。われわれがチーム医療を紹介したことで、歯科衛生士も単施設における歯科医療従事者ではなく、地域の医療従事者であるという意識の変容に繋がっていくことが期待される。

また、今回の講義では看護師が歯科受診への不安感や歯科医療現場に受け入れられた喜びなど実際の患者の声を伝えた。これらの患者の声の紹介によって、学生の医療従事者として患者の役に立ちたいという思いや共感性に影響を及ぼした可能性も考えられた。講義後の自由記述では、患者が受診しやすい医療の場を提供したり、患者の気持ちを考えて向き合っていきたいという記述もみられた。

4. HIV/AIDS 啓発教育のあり方

本研究では、標準予防策の啓発の難しさが示唆された。その背景には、感染症が判明している患者のみに特別な対応を行うという認識がある。一方、新規に判明した HIV 陽性者に占める「いきなりエイズ」の割合が約 30%[11]、かかりつけ歯科医に HIV 陽性であることを伝えていない者の割合が約 45%[12] であることから、歯科医療現場には潜在的に HIV 感染者が受診していると考えられる。標準予防策を実施していれば潜在的に HIV 感染者が受診していても感染が広がる可能性はない。一方、標準予防策を実施していない施設では、HIV 感染者の通院が判明した際に、医療現場で混乱が生じることは避けられない。また、歯科医療現場のみならず、一般医療機関であっても、他疾患で入院していた患者の HIV 感染が判明する場合もある。しかし、標準予防策を行っていれば HIV 感染が判明しても感染への不安を抱く必要はない。標準予防策を行わない歯科医療従事者は、感染を自己申告していない HIV 感染者およびその他の感染症患者から血液曝露などによって感染のリスクがあるという現実を直視し、標準予防策の重要性への認識を高めることが啓発教育において最も重要である。

また、知識のみならず、学生の共感性に働きかけることも重要と思われる。医療現場で大きな課題である「いきなりエイズ」は、社会の HIV への誤解や偏見から HIV 感染者が感染の判明を恐れ、症状が悪化するまで受検や受診を行わないことも要因の 1 つと考えられる。感染の判明後も、差別と偏見から HIV 感染者は感染を伝えず受診する、あるいは受診をためらう。これらの事実を啓発教育の中で伝え、十分な歯科診療を受けられず困っている HIV 感染者の方になりたいという学生の思いに働きかけることで、歯科医療現場における HIV 感染者の受け入れに繋がっていくと思われる。

結　　論

HIV/AIDS に関する歯科衛生士の卒前教育としての講義は、知識の習得、HIV 感染者の歯科診療に携わる意欲の向上、観血的処置への拒否感および感染への不安感の緩和に有用と考えられた。一方で、標準予防策については 1 回の講義では理解を深めることが難しく、方略としてロールプレイやワークショップ形式なども検討するべきと思われた。歯科衛生士学生への HIV/AIDS 啓発教育のあり方として、過去同じ HIV 感染者が歯科医療機関を受診しているという現実、標準予防策によって潜在している感染症からの感染を防げること、HIV 感染者の支援は多職種が担っており歯科衛生士も重要な役割を果たしていることを伝えていき、学生らの理解を促すことが重要である。

謝辞

調査にご協力いただいた学生の皆様に深謝致します。

利益相反：本研究において利益相反に相当する事項はない。

文　　献

1）厚生労働省：政策について＞分野別の政策一覧＞健康・医療＞感染＞感染症情報＞後天性免疫不全症候群に関する特定感染症予防指針．2018．Available at https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-10900000-Kenkoukyoku/0000146686.pdf

2）Futures Japan：グラフで見る Futures Japan 調査結果 HIV 陽性者のためのウェブ調査票 1 回．2015．

3）佐藤法仁，渡辺朱理，谷口進，桜井一修：感染防止と歯科医療受診行動を一歯科学生，非医療系大学生における HIV/AIDS に対する意識調査一．医学と生物学 150：216-228．2006．

4）鍋嶋晃子，石津恵津子，小澤芳司，可児徳子：講義形式によるエイズ教育の効果一講義 1 年後の認識の変化一．日本歯科医療管理学会雑誌 37：312-321．2002．

5）熊嶋晃子，石津恵津子，小澤芳司，可児徳子：歯科衛生士専門学校生のエイズに対する意識一講義による意識の変化一．民族衛生 69：19-27．2003．

6）宮藤隆子，吉田勝，山本裕佳，表木純一郎，渡辺珠代，岡山敦代，辻典子：歯科衛生士専門学校生における HIV 感染症の知識調査．日本エイズ学会誌 18：542．2016．

7）渡辺朱理，佐藤法仁，高丸恭，吉川進：日本の歯科衛生士養成課程における感染予防教育の比較 質問紙法による認識度と習熟度の検討．日本歯科衛生教育学会雑誌 4：41-46．2013．

8）吉川博紀，山本浩伍，城崎真弓，長与由紀子，比嘉理子，前田憲昭：九州医療センターにおける歯科医師，歯科衛生士 HIV/AIDS 研修プログラムについて．日本エイズ学会誌 16：110-114．2014．

9）APS-Mie：エイズ動向委員会報告＞2017 年＞平成 28 年エイズ発生動向年報＞表 2 平成 28（2016）年末における HIV 感染者及び AIDS 患者の国籍別，性別，感染経路別累計．Available at http://api-net.jfap.or.jp/status/2016/16nenpo/hyo_02.pdf

『緩和ケア入門』No.108

Price of Life

岡山大学大学院
保健学研究科
教授
斎藤 信也

はじめに

本連載でも、かなり頻回に緩和医療と費用対効果評価について解説を加えてきた。その際に、閾値(threshold)という概念を紹介したが、読者はご記憶であろうか？

これは、費用対効果評価の対象となる医薬品が、従来の医薬品に比べて増加した費用を増加した効果で割った比(増分費用効果比：Incremental Cost Effectiveness Ratio:ICER)が、ある一定の目安以下なら、費用対効果に優れているという判断をする場合の、その目安の数字のことである。

ちなみに英国では3万ポンド/QALY、すなわち、全く健康なもう1年の生存を得るために、3万ポンド(500万円)以下なら、費用対効果に優れていると判断している。QALYということばも何度も出てきたが、Quality Adjusted Life Year(質調整生存年)という生存年にQOL値(1が完全な健康、0が死亡)を掛け合わせたものである。我が国の費用対効果評価の試行でも500万円/QALYという数字が1つの目安となっている。これは基準値と呼ばれ、閾値という言葉の使用を慎重に避けているが、大きなくくりでは閾値の一種と考えて良い。

閾値をどのように決めているか？

閾値の決め方には、いろいろな方法がある。たとえばWHO(世界保健機関)の提案によれば、一人当たりのGDPの1～3倍という目安がある。これを我が国に当てはめると、1倍なら500万程度になる。

また、実際に保険償還されている医療費を参考にすることも多く、その場合は、血液透析の費用がよく使われる。これも我が国では年間約500万円程度である。この決め方は、長年透析医療に関わってこられた年配の関係者なら、ピンと来るものがある。つまり、透析医療が保険収載されるまでは、「金の切れ目が、命の切れ目」というシビアな歴史があったことを思い出さざるを得ない。

さらには、もっと直截に、WTP(Willingness to Pay：支払い意思額)を調査して決めるという方法もある。これは、1QALY(完全な健康での1年)を得るためには、いくらまで払っていいでしょうか？ということを国民に直接尋ねる方法である。実は我が国でも、多くの国民を対象にこうした調査を行い、基準値(閾値)を決めることが検討されたが、主に医師会の反対により、それは中止された経緯がある。

命の値段

この議論は、中医協で行われたが、その際に日本医師会の委員から、「そうした命に値段をつけるような行為は行うべきでない。」という指摘がなされた。確かに、国民に直接問うてこうした値をきめることは、透明性のある意思決定であり、ある面で望ましい行政手法かも知れないが、医師から、それは命の値段を決めることに等しいといわれてしまうと、反論しがたいものがある。

そもそも、医療にお金の話を持ち込むことに医師や患者は嫌悪感をいだくものであるし、特に緩和ケアいう文脈で、こうした言葉足らずな説明をすると、誤解を招きかねない。つまりこうした数字が一人歩きすると、「閾値＝命の値段」というレッテルを貼られてしまうことになる。

英国におけるPrice of Life

英国ではこの閾値を超えた医薬品、つまり費用対効果にあまり優れないお薬は、償還しないという政策をとっている。つまり，費用対効果評価の結果を償還の可否判断に用いている。

故に英国では、高額な抗がん剤が、費用対効果に劣るという判断の下、公費による医療では使用できないということになる。それに対する国民の激しい反発と、Cancer Drug Fundという基金の設立の経緯についても、本連載で紹介したところである。(ちなみに同基金は破綻したと考えて良い)

その英国で、白血病の治療薬が償還されるか、償還されないかという厳しい判断を迫られたNICE(英国国立医療技術評価機構)のアプレイザル委員会での白熱した議論の様子をBBCをドキュメンタリーにしたてている。そのタイトルがまさに「Price of Life」である。

高額な医療費のしわ寄せ？

我が国のワイドショーレベルであれば、当該疾患の患者さんの側に立ち、閾値を「命に値段をつけるような許しがたい行為」と一方的に糾弾する手法が取られるような気がするが、さすがはBBCであり、この薬の使用で緩解状態が得られている高齢の患者夫婦の日常を丁寧に描く一方で、償還するべきでないという反対意見も紹介している。

それは、NHS(National Health Service:英国の国営医療システム)の地域コーディネーターの女性の主張であり、一人の患者にそれだけ高額の医療費を公費から支出するのでなく、地域の福祉に広く使用すべきであるというものである。彼女は単にコメンテーターとして発言しているのはなく、わが国でいう福祉事務所の職員として地域の恵まれない家庭を日々巡回する小型の車を運転しながら、こうつぶやくのである。「それだけのお金があれば、この地域の多くの人が助かるのに」と。

我が国との違い

我が国では、費用対効果評価の結果を保険償還の可否判断には用いないことが明言されており、それは専ら価格調整の参考にされているに過ぎない。つまり、我が国の基準値はその際の基準にすぎず、英国的な意味での、Price of Lifeではない。費用対効果に優れない場合は、薬価が下がることはあっても、その薬が使用できないという事態は想定されていない。そうした意味では、「閾値」=「命の値段」という英国と同様の批判は当たらない。

まとめ

しかし、そうはいっても医療の世界にそうした目安となる数字が導入されること自体が広い意味での、命の値付けにつながるのではないかという懸念はもっともである。

本連載でも何度か繰り返した話ではあるが、こうした医療資源の配分、すなわち医療費の負担の問題はできれば避けたい話題である。病気で困っている人にはお金の心配をしないで、治療に専念していただきたい。しかしBBCのドキュメンタリーで福祉の担当者がいうように、使用できるお金は限られているのであり、それを公正に配分する手法の中に、こうした目安の数字を入れざるを得ないのも事実である。

「命に値段をつけることは許されない」というのは、まさに正論である。しかし一方で、こうした理想論だけに終始できる幸せな時代は過去のものなっていることを、つらいかも知れないが見つめるべき時期に来ているのかも知れない。

連載 No.41

在宅医療の現場から

【被災地の子供たちに楽しい時間を届けよう!】

訪問診療部　部長
歯科医師
猪原　光

7月の豪雨被災地である岡山県倉敷市真備へ。多くの被災地では夏祭りや花火大会が中止になっていました。そんな中、避難所や、みなし仮設で過ごされている皆さんが少しでも集まって、つかの間夏祭りを楽しもうという企画が立ち上がりました。
そのような中、ぜひ町の方々に元気が出る大道芸をお届けしてほしいと、ご相談をうけました
特に、被災地では混乱の中、そのまま夏休みとなってしまったため、多くの子供たちががまんを強いられていました。せめて子供たちに夏祭りで楽しんでほしい。刻々と状況が変化していく中、住民の心のサポートが必要な時期となり、なんとか夏祭りの実現にむけてお手伝いしたいとのことで、お引き受けさせていただきました。

現地の調整役をしてくださった、国際NGO ピースウィンズ・ジャパンの皆さんと、地元、広島県福山市の『ふくやま大道芸』の実行委員会の皆さんが一緒に立ち上がってくださり、今回の企画が実現しました!

またその日には、お昼にもう一つの被災地、広島県三原市本郷町の船木からもご依頼いただきましたので、三原の子供たちに大道芸おとどけ隊をして、すぐに高速道路を飛ばして倉敷市真備に移動しました。

道すがら、大きな被害を受けた町を目の当たりにして、衝撃を受けました。
被災地はまだ何も終わっていない。まさに復興はこれからなのです。

当日、いよいよショーが始まると、子供たちはバルーンパフォーマーakiyoさんの魔法にくぎ付けです。子供だけでなく大人も、目を輝かせながら、沢山笑っていました。

そして祭りの最後に、復興へむけて、被災した人生の大先輩方が『ふるさと』を大合唱されていた時には目頭があつくなりました。

これからも当院は医療的なサポートだけでなく、
色々な形で被災地支援を長期的にしていきたいと思います!
ぜひ全国の皆さん、応援よろしくお願いします!

医療法人社団 敬崇会
猪原歯科
リハビリテーション科
院　長　猪原　信俊
副院長　猪原　健
〒720-0824
広島県福山市多治米町5丁目28-15
TEL 外　来/084-959-4601
　　訪問部/084-959-4603
FAX 外　来/084-959-4602
　　訪問部/084-959-4604

韓国の病院見聞記（シーズンⅢ—③）

アジアで最もあたらしい心臓血管病院での看護師のワークデザイン

メディ・プレックス セジョン（世宗）病院
Mediplex Sejong Hospital

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

韓国では、日本では想像できない程、急性期病院間の競争が熾烈である。病院は最先端手術の取組と実績を競う。医療IT化を競う。海外への、海外からの新しい医療マーケットを開拓し、増患を目指す。名声と評判は最重要である。病院内や電車内には名医のPRが喧しい。韓国のベスト&ブライテストの人材は、サムスン（三星）とヒョンデ（ヒュンダイ、現代）が確保してしまう。医師も同様のようだ。サムスンとヒョンデ系列の巨大病院は高い給与水準によって腕の良い医師や有能な看護師を集める。名医がいると患者が集まってくる。韓国の急性期病院の病院経営は挑戦的でとてもアグレッシブである。結果、高い医療成果を出している。私は「急性期病院の経営では、日本はアメリカから50年遅れ、韓国は日本の20年先を走っている」と表現している。病院経営学を教える大学教員として明鏡止水、本当にそのように観ている。

韓国には保有病床数が2,000床以上のメガ・ホスピタルが現在19あるという。日本には1つもない。韓国の患者は大病院志向が顕著である。患者は大規模病院に集まっていく。中小規模病院は厳しい経営状況に直面している。そうした中で、生き残りと発展に智恵を絞り、切磋琢磨、日々の経営努力を行っている中小規模病院も多い。それらの病院経営からは学ぶことがとても多い。経営革新を試みている中小規模病院の例として、今回は326床のメディ・プレックス セジョン（世宗）病院での見聞を紹介したい。韓国、そしてアジアを代表する開院したばかりの心臓血管専門病院である。私はとくに看護師の新しいワークデザインに注目した。実に斬新な経営革新であった。このような急性期バリバリの病院の見聞記は、書き手の方も心がワクワクと弾んでくる。

メディ・プレックス セジョン病院を見聞したのは2018年2月である。同年9月5日に、同じ病院で「韓日コミュニティケア・フォーラム」が開催された。病院を再訪して、フォーラムで日本の地域包括ケアの取組例を紹介した。2月に病院往訪した時のことを書いたこの草稿を、今まさに、ソウル・カンナム（江南）のホテルにて仕上げの校正を行っている。見聞記の内容は2月の見学時のものである。しかし写真の一部は9月撮影のものに差し替えたため、冬と夏の両方の写真が混ざっている。では始めたい。

■ 事業主のヘフォン（蕙園）医療財団

今回紹介するメディ・プレックス セジョン（世宗）病院（Mediplex Sejong Hospital）の事業主は民間のヘフォン（蕙園）医療財団（medical corporate Hyewon Medical Foundation）である。1981年にプチョン（富川）市で設立された財団で、現在は3つの病院と子会社1社で構成されている。3つの病院とは①「セジョン病院（Sejong Hospital）」、②世界の病院からのNo.58、59で紹介した「プチョン（富川）市立老人医療療養複合施設（運営受託358床）」、③今回紹介する「メディ・プレックス セジョン病院（326床）」である。メディ・プレックス セジョン病院だけはインチョン（仁川）広域市に立地するが、財団はプチョン市を基盤にして発展してきている。なおセジョン（世宗）とは、15世紀前半の李氏朝鮮の4代目国王の名前で、名君との評判が高い。

このヘフォン医療財団の3つの病院は、国の保健福祉省（日本の厚生労働省に相当）が認定した最初の医療複合体である。財団の2017年度の売上高は1,500億ウォン（約150億円）、総資産2,100億ウォン（約210億円）。職員は1,554人で、内、医師は151人、看護師が771人となっている。すなわち医師が従業員の1割、看護師が同じく5割で、日本の病院と同じ職種別人員構成であることを発見した。また職員1人当たりの売上高が約1千万円、医師1人当たりの売上高が約1億円であるのも、日本の病院経営計数に近似する。偶然ではあるが面白い。ただし韓国の売上高には葬儀場運営部門からの収益が含まれているので留意が必要だ。人員配分はセジョン病院に792人、プチョン市立老人医療療養複合施設に300人、メディ・プレックス セジョン病院462人となっている（2017年10月末時点）。あと、ヘフォン医療財団は東群山病院と新高麗病院に対して診療支援を行っている。

■ セジョン（世宗）病院　Sejong Hospital

ヘフォン医療財団の最初の病院はセジョン病院で1982年に開設された。開設当初から保健福祉省の「心臓専門病院」の認定を受けている。韓国で心臓病専門病院の認定は唯一この病院だけである。心臓手術は年間1,300件余り、冠状動脈撮影は年間4,400件余りを行っている。すなわち、ものすごい病院である。因みに日本で心臓手術件数が最も多いのは榊原記念病院（東京）の1,005件で、以下国立循環器病研究センター（大阪）781件、川崎幸病院（神奈川）692件、心臓病センター榊原病院（岡山）674件の順となっている（朝日新聞出版社『週刊朝日MOOK　手術数でわかる いい病院 2018』より）。JCIも認証を3回取っている（2011—2020年）。3回の更新歴は韓国の民間総合病院では唯一である。セジョン病院は総合病院になる。韓国の「総合病院」は400床以上である。韓国最高峰の心臓血管病院の一つで、JCI認証病院でもあるため、海外からも年間5千人の患者が受療に来ている（ロシア、米国、カザフスタン、モンゴルなど20か国以上）。この病院は韓国内に留まらず、世界に出て行こうとしている。新設のメディ・プレックス セジョン病院はこのセジョン病院における30余年の経験を基盤にして企画されたそうだ。

■ メディ・プレックス セジョン病院

セジョン病院の院長はソウル大学校医科大学心臓外科の出身で、韓国の秀英である。町の診療所からスタートし、韓国トップの心臓血管専門病院にまで発展させてきた。院長の息子も同じくソウル大学校医科大学心臓外科卒である。この息子がセジョン病院のノウハウを基盤に、2017年にメディ・プレックス セジョン病院をインチョン（仁川）に開設する。場所はセジョン病院の近くである（プチョン市とインチョン広域市は隣接）。同じ医療法人で、韓国を代表する2つ目の心臓血管専門病院の立地をなぜ近接地に選んだのか、不思議である。しかし面白い。

メディ・プレックス セジョン病院は、2015年4月に建設が着工され、2年後の2017年4月に開院した。訪問した時はまだ開院後10か月目の新しい病院であった。現在世界で最も新しいアジアを代表する急性期病院ともいえる。なにもかにもが、最も新しい考え方で創られた病院であるはずだ。病院見学への興味が沸々と湧いてくる。メディ・プレックス（Mediplex）という言葉はメディカル（medical、医療の）+コンプレックス（complex、複合の）からなる合成語であろう。

病院は326床で、地上部分は葬儀場を含んで地下1階地上11階建て、延べ床面積は約39,000㎡（約12,000坪）。診療体制は専門センターを核

に、15の専門センターと19の診療科で構成されている。

写真1：メディ・プレックス セジョン病院の正面側。地下1階地上11階建て、326床。2017年4月オープン。韓国ではこのような病院が新規で開設される。病床飽和状態が長年続いている日本では驚きである。韓国医療マーケットは動的で、活性化している。保有病床数の増減は病院の判断で行なえる。病院マーケットの競争は熾烈であるが、それが病院に躍動感、発展性を与えているようだ。

写真2：メディ・プレックス セジョン病院の背面側。建物角のアート作品は"Skin of Time"との作品名だった。ガラス壁にもイラストが描かれている。5階に「サンセットガーデン」がある。病院オープン時（見学の10か月前）、すでにこのようなアート作品が配置されている（すなわち医療機器だけでなく、アートにも資金が投入されている）。病院設計・デザインやアートに対する考え方が違う。

写真3：病院玄関前のアート作品。"ECO FLOW"という作品名だった。赤と青のリングで心臓・血管がデザイン化されているのだろう。

写真4：夜の病院玄関前車寄せ。庇の中に埋め込まれた蛍光灯の色が、時間の経過に伴って虹色の順番で徐々に変化していく。病院正面玄関は夜間には閉鎖され（時間外受付が対応）、夜の病院は殺風景というのが一般的である。このような病院玄関は初めて見た。アート作品もライトアップされている。現代のグローバル病院とは、つまりこういう病院のようだ。すごい！

写真5：建ち並ぶ病院前の門前薬局。韓国の病院の周辺には、調剤薬局が軒を並べている風景が見られる。先進国では医薬分業がスタンダードである。韓国は2000年に完全な医薬分業に移行した。キム・デジュン（金大中）大統領の英断であった。ここでも韓国の病院は日本の20年先を走っている。日本は本格的医薬分業からまだ程遠い（現在の日本は、門前薬局を患者本位の「かりつけ薬局」に再編しようとしている）。

■ 病院、玄関ホール

玄関の回転ドアを通って院内に入る。すると近代美術館とか大劇場の玄関ホールのような大空間がそこにあった（写真6）。ロビーというよりもホールという方が適している。吹き抜けの高い天井からガラス細工の簾が棚引く（写真7）。ガラス張りの壁面を通して病院の隣にある広い公園の緑が目に入ってくる。借景が上手い。こういう病院玄関ホールもあるんだと、眼から鱗。玄関ロビーは人の姿が少なく、伽藍洞としている。後で知ったが、外来患者がいる空間・動線と入院患者がいる空間・動線とは、建物の設計段階で「分離」されている。目的は院内感染予防である。そして外来の事務・会計窓口は15ある専門センターごとにあるステーション（受付）で処理される。カードで支払う

写真6：病院の玄関ロビー。広大な空間。3階までの吹抜け。玄関から入ってきた人は、最初に必ずホールを見上げ、大きな空間に癒される。高い天井から、水玉のようなアート作品吊り下げられている。まるで近代美術館のホールのようなロビーである。隣の公園の緑が借景として取り込まれている。この写真は2月のものであるが、9月では緑色が美しかった。「ホスピタル」のデザインは、白い四角い箱の時代から、このように変化している。

写真7：玄関ホールのアート作品。ガラス玉の簾は「160328の集成」という作品名であった。

患は1階ロビー（写真9）に戻る必要がない。外来患者の院内での動きを必要最小限にした設計である。完全な「ワンストップサービス」体制だ。日本の病院の20年先の風景だ。このような思想、設計の結果、院内では外来患者の通行量が少ない。このような事を見聞きして、知り、感心することに遭遇するから、外国の病院見学はとても面白い。

写真8：ありそうで見たことがない（空港では見かけた）。韓国の標識のデザインにはいつも感心する。

写真9：カスタマーサポートセンター。1階の玄関入口（写真右側）の横にある受付と外来会計窓口。会計は各専門センターにあるステーション（受付）でのカード決済が基本となっている。そこでは事務職ではなく看護師が処理する。現金払いの場合のみ、1階の会計での支払いになる。

■ 院内ガーデン

病院内に3つのガーデンがあった。5階の屋外

写真10：病院の片面が公共公園に面している。実質上、病院の庭である。病院の立地はこうありたい。玄関ロビーや病室の窓外には緑の風景が広がる。この病院ではパジャマ姿の患者が病院建物の外で憩っている風景をよく見かけた。それは理想的な、素晴らしい療養環境といえる（写真は見学時に上映された病院紹介スライドより）。

にサンセット庭園、7階屋外にサンライズ庭園、8階～11階の吹抜けの中庭兼光庭の3つである。光庭には竹が植栽されていた。また病院の隣地は広い公園で、患者が自然の緑に癒されるようにデザインされている。病院設計のデザインの中心の一つにガーデン（とアート）が組み込まれている。雑菌がいるとの理由で生け花やプラントの持ち込みを禁止する病院が日本にはある。一方で、倉敷中央病院、北海道大学病院、ヨンセ（延世）大学セブランス病院などは病院の中央に、患者や家族休憩用の大温室を配置している。かつての病院の屋上は洗濯物干し場であった。衣類乾燥機の普及や防水設備技術の向上によりで新しい病院建物の屋上は庭園になりつつある。しかし緑のヒーリングを病院施設の中心に据えた病院は、多くは思い浮かんでこない。患者に対して病院はどのような施設であるべきか。これからのホスピタルデザインでの課題である。

■外来ゾーンの院内風景

院内の様子を写真で見ていこう。この病院は15の専門センターの集合体として構成されている。写真を見ながら外来ゾーン（1～3階）を紹介したい。10か月まえに開院したばかりの韓国を代表する心臓血管の専門病院である。病院関係者には、写真を見て「おやっ」と思う発見がきっとあられるだろう。

写真11：勤務医一覧。韓国の病院では、自院の名医を院内でPR掲示している例が多い。「わが病院が世に誇る名医」として「A教授」や「B内科部長」のPR写真が掲示される、ということは日本の病院ではない。この病院では特定の医師ではなく、医師全員（？）の写真が掲示されていた。患者は利便だ。なお、写真の医師は男女とも美男・美女であった。

写真13：医師のブロマイド（右端は裏面）：ブロマイドは名刺の2.5倍の大きさ。両面には、写真や氏名、経歴、外来診察日といった医師の情報が記載されている。ブロマイドを見て、これは日本の病院が是非学ばせて頂きたいことである、と思った。日本では自分の主治医がどういう経歴の人なのか、を患者は知っていない。知りようもない。

写真14：「外科専門センター」（奥左側）と「内科専門センター」（手前右側）。外来の各専門センターの仕切りはガラス壁が多く、開放感がある。この病院は開院後まだ10か月目であった。世界で最も新しい近代病院の院内風景である。

写真15：「外来専用注射室」（左側）と「採血室」（右側）。採血室のカウンターは3つであった。病院内の各種検査室はエレベーターホールの近くに配置されている。その設計目的は、検査を受ける入院患者の、外来患者との接触削減（院内感染予防）にある。

写真12：勤務医の大型ブロマイドも用意され、患者に配られている。患者への広報物である。各専門センターの受付カウンターには、その専門センター所属の医師のブロマイドが置かれている。患者は自分の主治医のブロマイドを持って帰る。医師への理解と信頼が高まる。これは、優れた広報だ。この病院で初めて見た。

写真16："Physiological Function Test Center（生理機能検査専門センター）。初めて見た。同じフロアにある検査専門センター、心臓血管専門センターと連携し、心臓機能、神経機能の検査を担当する。このような専門センターは日本の病院にはあるのだろうか。

写真17：「内科専門センター」。内科系の診察室。外来のセンターの表示はハングル文字と英語。外国人には分かり易い。専門センターごとにステーション（受付）があり、（現金支払い以外の）会計を含む事務関係も看護師が行う方式。現在、最先端の病院が採用を始めた「ワンストップデザイン」の中でも最先端だと思う。

写真18：この病院のコアになる「心臓血管・脳血管専門センター」。ステーション（受付）のカウンターに並べられている医師のブロマイドの数も多い（20人）。入口左右の電光パネルは固定画面ではなく、時間の経過に伴って画面が変わっていく。最新のテクノロジーだ。日本ではJR名古屋駅のコンコースで見られる。病院では初めて見た。新しいホスピタルデザインである。

写真19：救急救命専門センター（病院の内側）。所属医は9人。ソウル大学病院との関係が深い。赤いマットが印象的。奥のガラス戸から救急車から降車した患者が搬送されてくる。

写真20：救急救命専門センター（病院の外側）。救急車は日本と韓国は同じ「119」。韓国の救急車のライトは緑色。ヒョンデ（ヒュンダイ）の車。国産の救急車を持てる国は、世界中で数えるほどしかない。

写真21：専門センターの外来受付ステーション。右奥が看護師の詰所、左奥が診察室の廊下。写真左側の枠外に待合の椅子がある。ステーションには事務職ではなく看護師が勤務し、外来の受付、診療案内、診療補助、そしてカード決済での会計処理まで全て行う。患者が現金支払いを希望する場合は紛失等の事故を無くすため、1階のカスタマーサポートセンターで受付が行われる。会計受付は午前8時～夕方17時30分である。ローカウンターで、患者は椅子にゆったりと座って受付と会話する。医療ITによりステーションにはペーパーは1枚もない。これが最新病院の外来受付である。日本の20年後の、未来病院の風景でもある。

写真22：専門センターの外来ステーション（受付）。ハングル文字が読めれば理解できるのだが、カウンターの右側と左側は標榜科が違うのだと思う。合計10名の看護師が受付業務にあたっていた。日本の病院にはない風景。カウンターの上にはこの専門センター所属の医師のプロマイド（12名）が置かれている。

写真23：写22の左側のカウンター。見学時は午後遅く（壁掛け時計は15時38分）だったので、外来患者は少なかった。この看護師たちは忙しそうにどのような仕事をしているのだろうか？　自宅の患者に架電して容態を聞いているのだろうか（受診セールス？）。想像をしてみると、実に面白い。コード付きの受話器がかえって珍しい。

写真24：写真22の右側のカウンター。この看護師たちはPCに向かって今、どのような仕事をしているのだろう。机の上の端末とペンは同意書に患者がサインするときに使用する（電子データで保存される）。「同意書」は、日本は紙で、韓国は電子データで保管される。そこが、全く違う。

韓国では、病院勤務の看護師数は日本の病院のように潤沢ではない。そうした中で、写真21～24で観た外来部門、後に紹介する病棟部門ともに看護師の新しいワークデザインが考案され、挑戦されている。なんとも凄い。日本の病院経営者や看護師団体は、一度日本の島から出て、海外の看護師の働き方を観て、視野を拡げてみられたら如何か。きっと目から鱗で、教わる処、学ぶ処、考えるところがたくさんあり、「なるほど」と頓悟されると思う。井の中の蛙で居続けると、新しい発想は出て来ず、沈滞してしまいそうだ。

■ 徹底した病棟の感染症予防対策

韓国から始まったMERS（マーズ、中東呼吸器症候群）を覚えておられるだろうか。2015年、アジアが恐怖に震撼した。ほんの3年前のことである。中東から韓国に帰国したMERS感染患者が入院したピョンテクソンモ（平沢聖母）病院で、エアコンの排気を通じてMERS感染者が院内で広がった。感染した患者家族の移動によりMERSが韓国の病院に拡散してしまった。MERS終息後の韓国の病院は、院内感染の最小化に対して、背筋をピッツと伸ばし、真摯・真剣である。感染症の怖しさを身をもって知ったからである。これまでの『世界の病院から』で繰り返し紹介して来たが、見学してきた韓国の病院の殆どでは、消毒液ボトルがカウンターや病室の入口だけでなく、各ベッドに1本ずつ装備されていた。3年前、MERSは日本には来なかった。院内感染最小化に対する意識レベルは、韓国の病院と日本の病院は明らかに違っている。病気を治す病院で患者や従業員が感染したら、それは本末転倒である。院内感染「予防」は韓国の院内感染「阻止」の水準に高めたい。

さて韓国でMERS拡散が騒動になっていた時、メディ・プレックス セジョン病院はちょうど建物の建設途中にあった。病院の立地は、国際ハブ空港があるインチョン（仁川）市にある。MERS患者が搬入された病院の混乱を見て、メディ・プレックス セジョン病院はすぐさま建設中の建物の設計変更を行い、院内感染の防止施策と、感染症患者の受け入れ態勢の設備整備（陰圧隔離病室）を行っている。前述したが、外来患者がいる空間・動線と、入院患者がいる空間・動線を「分離」した。この判断と実行は、世界で初めてだと思う。行動が素早い。設計変更には大きな追加投資が必要になったようだ。国の補助金は付かなかったのだと思う。韓国の病院経営者は、自分が理想とする病院創設へのパッションが大変強い、と私は見ている。

私たち日本の病院見学団（名誉教授から高校1年生までの老若7名のチーム）が見学させて頂いたのは患者の姿が少ない夕方の病院ホールと外来部門、未稼働の11階の病棟であった（それで充分である。感謝）。院内見学中には「入院した患者全員を外部から侵入する感染症から守る」という病院の姿勢を強烈に感じた。例えば入院病棟の各階のエレベーターホールと病棟の間にはガラスの扉があり、空間は分離されている。エレベーターを降りても外部から来た人は許可がなければ病棟ゾーンには入れない（写真26）。ICUや感染症病棟、結核病棟は別にして、これほど厳重な院内感染予防は初めて見た。

写真25：病院ロビーで見かけた、院内感染防止を呼びかけるポスター。ポスターの最下段はこの病院のロゴと名前。その一つ上の段のロゴと「1339」というのは「KCDC Call Center（1339）」を指している。感染症を発見したら至急KCDC（韓国防疫・予知センター）に連絡せよ、との掲示である。この種のポスターを、日本の病院では見たことがない。刮目すべき点だ。

写真26：病棟のエレベーターホール（手前）と、一般病棟ゾーン（向こう側）はガラスの扉で空間が分離されいる。（病原菌を持ち込むリスクを持つ）外部者は病棟に自由に入れない。病棟ゾーンに入るにはアクセスカードまたは許可が必要である。このような病棟構造は日本の一般病棟にはない。こういう発想を、日本は思い付いたこともないであろう。「急性期病院の経営は、アメリカは日本より50年進んでおり、韓国は日本の20年先を走っている」と、私はますます思ってしまう。

メディ・プレックス セジョン病院が建設途中にも関わらず設計変更を行った一つに、感染患者隔離用の陰圧隔離病室の設置がある。それも13室と大量設置だ。その陰圧隔離病室を見学させていただいた。「陰圧隔離病室」とは、室内の空気圧が室外よりも低く、室内の空気が室外に漏れていかない構造の病室である。反対が「陽圧室」になる。たとえば陽圧手術室は、陽圧換気によって清潔な室内環境を保ち、細菌等の飛沫を最小限に抑える構造になっている。

写真27～30が見学させて頂いた陰圧隔離病室である。初めて見る感染症病室を興味津々で見学させて頂いた。一般病棟廊下、（病室の）前室廊下、病室の3つの部分からなる。一般病棟廊下と前室廊下、前室廊下と病室の間に気圧差（前者が高圧）があり、二段階により病室の空気が病棟廊下に流出していかない構造になっていた。すなわち気圧は高い順に［一般病棟廊下（通常）　>　前室廊下（やや減圧）　>　感染症患者用病室（減圧）］となっている。また前室廊下の扉と病室の扉は同時に開かないという工夫もあった。前室廊下と病室は独立した給排気が行われており、天井に付けられた給排気のダクト（写真30）には特殊な高性能フィルターが装着されているという。

メディ・プレックス セジョン病院は各階の病棟ごとに2部屋、合計13もの陰圧隔離室を持っている。このような重装備の病院を私は聞いたことがない。人口約300万人で国際ハブ空港を持つインチョン（仁川）広域市にある陰圧隔離室は合計26部屋だという。その半分をこの病院が担うことになる。これもすごい。

ところで日本の病院は感染症病床をどのくらい持っているのだろうか。調べてみた。感染症病床を持つ病院には「特定感染症指定医療機関」と「第一種感染症指定医療機関」「第二種感染症指定医療機関」の3種類があるようだ。「特定感染症指定医療機関」には国際空港のある都市の4病院が指定されている。国立国際医療研究センター病院（東京）4床、成田赤十字病院（千葉）2床、常滑市民病院（愛知）2床、りんくう総合医療センター（大阪）2床の4病院、合計10床である。「第一種感染症指定医療機関」は全国に54病院で101床。「第二種感染症指定医療機関」は346病院で1,735床となっている。「特定」と「第一種」の感染症指定58病院のなかで最大の病床数を保有しているの国立国際医療研究センター病院（東京）の4床で、他の病院は全て2床または1床である（2018年5月現在）。日本はこの体制で外国人観光客や東京オリンピックを迎える。

余談になるが「心臓」「心血管」分野では、とりわけ感染症にセンシティブであるようだ（素人見解である）。『世界の病院から　2014年6月号（Vol.7 No.6）』で紹介した中国天津のタイダ（泰達）国際心血管病院では、「可視深望亭」という施設があった。廊下に面して小さな個室が6部屋並んでいた。部屋の中は机上に電話機、壁にカメラ付きモニターが備え付けられているだけである。家族は入院患者に直接会うことが出来ない。この電話とカメラ付きモニターで患者と面会するという。心臓手術の後の患者には感染症への注意が特に必要であるのだろう。当時の日本の病院は「ICU、CCU入院中は面会謝絶。精密機器があるので携帯電話も禁止」という時代であった（なお、天津のこの病院を見学したのは2011年であった。現在では「可視深望亭」はスマートフォンに代替しているかも知れない）。

写真２７：院内感染症対策、病棟の一般廊下（写真手前）と前室廊下（中央ガラス扉の奥側）との間はガラスの扉で仕切り、空間を分離している。左側奥は感染症患者用病室（個室）の2部屋。気圧は一般病棟廊下（通常）、前室廊下（やや減圧）、感染症患者用病室（減圧）になり、患者の病原菌が病棟内に拡散しないようになっている。

写真２８：陰圧隔離病室。感染症患者用病室への前室廊下（手前）から陰圧隔離病棟を見たところ。正面のガラス扉の向こうが病室。左手が洗面所、トイレ。空気圧を調節して、これらの部屋の空気が（フィルターでの濾過をしない状態で）外部には漏れて行かない仕組みになっている。隔離病室の気圧や除菌装置の設定値はグローバルスタンダードに合わせている。

写真29：陰圧隔離病室：病室自体は普通の病室。感染症の患者が入室した時は、窓はロックされ、空気圧が調整されるのだろう。

写真３０：陰圧隔離病室の空気給排気器。排気ダクトには特殊な高性能フィルターが装着されているという。2015年、最初のMERS感染患者が入院したピョンテクソンモ（平沢聖母）病院8104号室は、一つの病室を二つに分割したために排気口が存在しなかった。韓国防疫当局は密接接触者のみを監視対象としていたが、エアコンの排気を通じて8階病棟の滞在者に感染が広がった。さらに最初の患者との密接接触者である家族が香港に飛びMERSがアジア各地に拡散した。韓国の病院にはそういう苦い経験がある。

■新しいナースステーションのデザイン

私がメディ・プレックス セジョン病院の見学で、眼を見張って驚いたことがある。そして大変感心した。それはこの病院が大いなる誇りとしている心臓手術の実績ではなく、看護師の新しいワークデザインへの挑戦であった。具体的には、①新しいナースステーションのデザイン、②看護師の外来受付事務ワーク、③統合看護サービスステーション/ 緊急対応チームである。以下ではこの①～③を軸にして病院を紹介して行きたい。

まず私が驚いた①の新しいナースステーションのデザインを図や写真を中心に紹介したい。このようなナースステーションは見たことがなかった。メディ・プレックス セジョン病院の病室の基本は4人部屋である。そして2つの病室ごとにナースステーションが1つ配置されている。その形がユニークである。図1をご覧いただきたい。2つの病室が接する壁の角から、病室に向かって凸状の出窓が配置される。ここではこれを「サテライト・ナースステーション」と呼んでおく。メディ・プレックス セジョン病院の言葉ではない。サテライト・ナースステーションには看護師2人が配置され、各人は病室1つを担当する。看護師は出窓の窓を通じて病室内の患者の容態を観察する。夜間の人員配置などは不明であるが、表面上4:1である（患者4人に対し看護師1名の人員配置体制）。サテライト・ナースステーションとは別に各階の病棟に1つの中央ナースステーションが配置され、看護師長が各病室の看護師を管理している。

このサテライト・ナースステーションのデザインは、この病院で初めて知った。初めて見た。韓国でも10か月前に開院したこの病院にて初めて採用されたデザインであるそうだ。秀逸な発想、決断、採用、実施である。この新しいナースステーションのデザインはメディ・プレックス セジョン病院が発明・開発したものだと思われる。凄い!私はとても感心した。その感動を病院の管理職に伝えた。しかし彼には私がなぜそれほどにまで感動しているのかがよく理解できないようで、ポカンとした表情をしていた。このナースステーションのデザインは、「メディ・プレックス セジョン病院発」として、きっと世界の病院に広がっていくであろう（なお

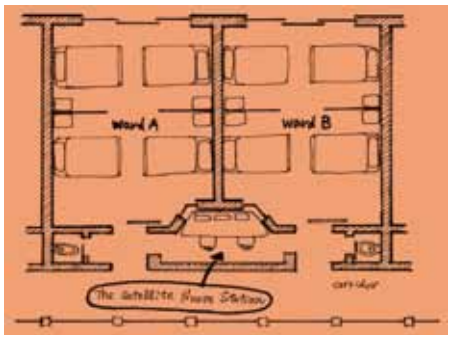


図１：メディ・プレックス セジョン病院で観たサテライト・ナースステーション方式（筆者のスケッチ）。

写真３１：病棟の廊下。建物の病棟部分は中央が吹抜けの光庭になっている。そのため、病棟は明るい。トイレの前の床の黄色の印が斬新。この廊下に並行して右側にサテライト・ナースステーションのある内廊下があり、さらにその右側に病室がある。

写真３２：一番右側が病棟の廊下。真ん中の中廊下のスペースにはサテライト・ナースステーションと病室トイレが配置されている。ナースステーションのデスクの一部が見えている。一番左側が病室。廊下とナースステーションの間には扉がなくオープンであるが、ナースステーションと病室の間には扉がある。

韓国の病院経営にアグレッシブな病院は、アメリカの病院などに頻繁に視察に行くようだ。このサテライト・ナースステーション方式のデザインはこの病院独自の開発ではなく、アメリカなどの病棟からヒントを得て採用した可能性はある）。韓国の急性期病院の経営は日本の20年先を走っている。メディ・プレックス セジョン病院のサテライト・ナースステーション方式も20年後の日本の未来病院の風景の一つである。

写真３３：中廊下のサテライト・ナースステーションと病室の構造。看護師は出窓の窓ガラスを通してすぐ目の前の患者の様子、容態が観察できる。ナースステーションが病室から遠ければこれは出来ない。病室に接したサテライト・ナースステーションは極めて明快なコンセプト、ソリューションといえる。なぜ今まで、気付かなかったのだろうか。世界には何十万ものナースステーションがあるだろう。そうした中で、この病院が新しいデザインを開発した。その発想と実施が凄いのだ。

写真３４：病室ごとのナースステーション（モニターはまだ未設置）。韓国は電子カルテの国であり、ナースの机の上にはペーパーはない。奥に見えるトイレは病室の患者用。トイレは病室毎に1か所で、手前側にも手前の病室用トイレが配置されてある。

写真３５：ナースステーションの出窓から見た病室内。ベッド間の仕切りには磨りガラスが使われている。そのため入口側のベッドでも明るい。このガラスの仕切り版もこの病院のデザイン。磨りガラスのベッド仕切り版もこの病院で初めて見た。病室の室内にも消火栓が配置されていることに刮目。

写真３６：11階病棟68床の平面図（避難路と消化器配置図）：中央ナースステーション（赤色の〇）が1か所、4人部屋が16室（サテライト・ナースステーションが8か所。青色の〇）、1人個室が2室、1人用感染症用減圧室（個室）が2室。

写真３７：病棟の中央ナースステーション。病棟毎に1か所設置され、病棟看護師長が勤務する。後方は機器、医薬材料保管室。病棟内の8つほどあるサテライトのナースステーションをここで中央管理する。

各病室のサテライト・ナースステーションと各病棟に1つある病棟看護師長がいる病棟中央ナースステーションというの配置は今までに見たことがない。斬新なデザインで面白い。どうして今まではこのようなスタイルの病棟看護体制が出現していなかったのであろうか、とも考えてしまう。

メディ・プレックス セジョン病院の担当者の説明の中に“Nursing Care Integrated Service Station（看護統合サービスステーション）”という言葉が出て来た。韓国でのNursing Care Integrated Service Stationは10か月前に開院したこのメディ・プレックス セジョン病院が最初で、かつ唯一だという。しかし残念ながらこれ以上詳しいことは私には分からない。きっと新しい病棟看護体制の導入を意味するのだろう。Nursing Care Integrated Service Stationというホスピタルデザインは、おそらくはアメリカの急性期病院から導入されたのものだと思われる。日本にはまだ知られていないと思う。韓国や世界の病院には、学ぶべき処がたくさんある。

■ナースステーションのデザイン

ナースステーションの話が続く。日本では、病棟の形は細長い廊下形状（片側居室または両側居室）または四角形で、ナースステーションは病棟の中心または片方の端に配置されているもの、と理解されている。それに疑問を持つ人はいない。しかし固定観念は怖い。昔、病棟（ward）とナースステーションのデザインと位置を調べたことがある。世界の病院には様々なスタイルがあることを知った。病院の病棟は方形とは限らず、三角形や多角形のものもあった。ナースステーションが設置される位置も様々であった。

そうした中で、米国のMayo Clinic（メイヨ―クリニック）で観たナースステーションが取り分けユニークであった。韓国の見聞記からは、かなり脱線するが、ここで紹介しておきたい。病院史の話である。「世界の最高峰」と評価される病院を知りたくて2011年にミネソタ州ロチェクターに一人で飛び、1週間をかけてMayo Clinicだけを見学した（『世界の病院から　No.3～6』ご参照）。Mayo Clinicの旗艦病院である聖母病院を案内して頂いていた時、不思議な形の病棟に入った。その病棟は正方形に近い病棟で、病棟の中心にナースステーションが配置され、周りの壁側には個室が10室ほど並んでいるデザインになっていた。方形のナースステーションの1辺は医療用品などを保管するバックヤードのスペースになっていた。しかし残りの3辺からはナースステーションに居ながら真正面に個室の患者の様子が観察できる。個室病室のドアは上半分が透明ガラス張りであった（この発想・採用もすごい）。聞いてみると、このデザインはThe central nursing desk in the circular or radial unitといわれ、Mayo Clinicの病院の一つであるロチェスター・メソジスト病院の旧病棟が半世紀ほど前の1957年に試験的に登用した、当時の最新病棟スタイルであった（写真39）。1966年の新病棟でもこの病棟が採用されたとのことである。そこでMayo Clinicの図書館に行って調べてみた。当時のMayo Clinicはカソリック系の聖母病院とプロテスタント系のロチェスター・メソジスト病院の2つを運営していた（同じ法人で、宗派が違う2つ病院を経営。これも凄い）。Mayo Clinicは1957年に①病院費用の増加、②ナース不足への対策としてロチェスター・メソジスト病院に試験的に環状ICUを造り3年間運営した。全米で初めて導入した環状病棟となった。この環状病棟でのナースの動線（移動軌跡）は効率的であったそうだ（写真42）。May Clinicの環状病棟の発想は、人々が地球は平面であり、帆船が航海し続けていくと最後には海の縁から奈落に転落してしまうと信じ込んでいた時代に、「地球は球体である」との発想をする凄さに匹敵する。

写真38：Mayo Clinicの聖母病院（St Marys Hospital）の病棟“Francis Unit 6C”。80年ほど前の病棟であるが、今日の日本の病棟と同じデザイン。敗戦後、日本はアメリカに病院管理経営学を学んだ。アメリカ（GHQ）は医師の下僕であった看護婦を、患者を看護するプロフェッショナルに昇格させ、病院内に看護部を創設させ医師から独立させた。そしてナースステーション、中央配膳室などを教え、日本の病院の近代化を行った。

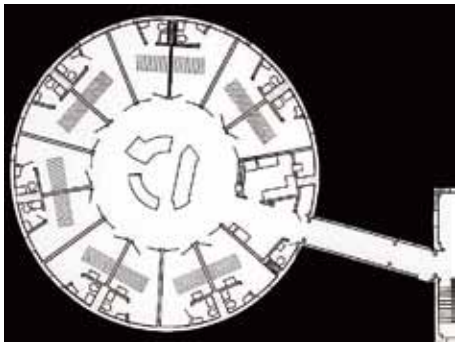


写真39：1957年にMayo Clinicの病院の1つであるRochester Methodist Hospitalで実験された“Circle Hospital” Unit（環状病棟）。病室は個室で、トイレも付いている。当時の日本は、まだ8人部屋などの多床室が主流であった時代である。

写真40：写真39の“Circle Hospital” Unit（環状病棟）の外観。

写真41：“Circle Hospital” Unit（環状病棟）のナースステーションと病室。病室は半分が透明ガラス張りで12室ある。

写真42：ロチェスター・メソジスト病院が1957年に全米で初めて導入した環状ICUにおけるナース動線軌跡。ナースステーションを中心にして周辺に12の個室が配置された。ナースの移動軌跡が効率的であることを鉄線で示している。

■中央患者モニタリングシステム

病院内に“Rapid Response Team（緊急対応チーム）”という看板を掲げた部屋があった（写真44）。内部を見るとたくさんのモニターが配置され、患者の心電図などがリアルタイムで表示されていた（写真45）。ここはメディ・プレックス セジョン病院とセジョン病院の2つの病院の中央患者モニタリング室であった。2つの病院のICUや緊急治療室、病棟などの複数のモニタリングシステムが1つのネットワークに接続されている。

Rapid Response Teamの部屋には医師と数人の看護師が常勤し、24時間体制で入院患者の状況をモニタリングしている。私は昔、東京やウォール街の為替ディラーであった。刻々と変化する為替相場ディスプレイが装備された銀行のディーリングルームの風景が思い出された。Rapid Response Teamの医師や看護師がモニタリングから患者への措置が必要と判断すると、担当看護師や病棟師長へナースコールする（モバイル端末にアラームで知らせる）。または主治医に連絡する。モニタリングのシステム自体にも患者の状態変化を自動的に担当医療スタッフに知らせるアラーム通知機能が内蔵されている。ただし医療スタッフのストレス低減への配慮から、アラームは措置が必要な時のみ鳴り、不必要な時は鳴らないように調整されているそうだ。病院全体の患者データをRapid Response Teamがリアルタイムでモニタリングしている中央管理モニタリングシステムによって、必要な患者臨床情報は関係医療スタッフにシームレスで通知され、医療スタッフ間の情報共有が可能になり、迅速かつ正確な患者管理が行えているとの説明があった。

写真43：アジアを代表する心臓血管専門病院のICU病棟。左側が個室。同じフロアに多数の手術が行われている手術室がある。

写真44：病棟の緊急対応チームの部屋。

写真45：Rapid Response Team（緊急対応チーム）の部屋。モニターを必要とする入院患者（ICU、救急治療室、病棟）のデータがディスプレイにリアルタイムで表示される。ここで集中管理がなされている。スタッフは医師と看護師である。世界の病院最先端では、このような看護体制もトライされているのだ。正直、凄い。

なおメディ・プレックス セジョン病院では、医療スタッフは病院内どこでもスマートフォンやタブレットPCによって患者情報をリアルタイムでモニタリングすることが出来る（写真46）。先ほどのRapid Response Teamからのアラームもこの端末に入ってくる。韓国は医療ITの世界最先進国である。医療IT技術の土台があって、Nursing Care Integrated Service Stationというデザインの取組が可能となったのであろう。日本もこれからの医療ITの普及に伴って、病棟看護体制は急速に変化していくと考えられる。メディ・プレックス セジョン病院の看護師のワークデザインは日本の未来病院での風景である。

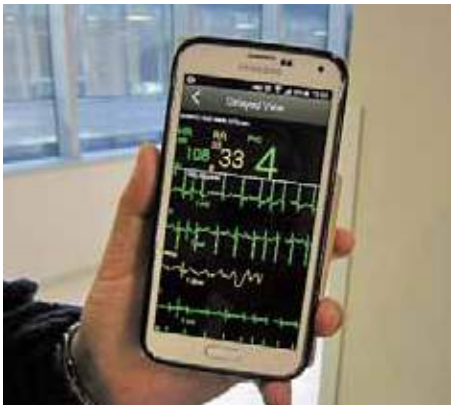


写真46：携帯モニター。病院の医療スタッフは写真のモニターを持っており、必要な入院患者の状況をすぐさまチェックすることが出来る。画面の表示内容は必要に応じ切り替わる。

■メディカルツーリズム

最後にメディカルツーリズムについて少し触れておきたい。2009年以降、ヘフォン医療財団はセジョン病院にて積極的な国際医療を行ってきており、外国人患者数は累計15,000人に達している。韓国を代表する国際病院として保健福祉省や法務省、メディアから数々の賞を受賞している病院である。年間5千人の外国人患者が来院すると先に説明した。ロシアからの患者が多い。これは他の韓国の病院においても同じである。ロシアといっても欧州側のモスクワ近辺からではなく、シベリア東部のハバロフスク付近からのロシア人である。空港への送迎サービスがあり、ロシア語等の通訳が出来るスタッフが控えている。新設のメディ・プレックス セジョン病院の国際医療専門センターは病院建物の3階にあった（写真47）。国際医療専門センター専従のマネージャーと職員が配置されている。660㎡（200坪）の外国人専用病棟を持つ。病院ホームページは韓国語、英語、中国語、ロシア語で表記されている。韓国滞在期間の短縮化（1週間以内）を病院の医療方針である。誌面の関係から、韓国の病院では特段珍しくはないメディカルツーリズムについては省略したい。

ただ1つだけ紹介しておきたいことがある。ヘフォン医療財団は途上国（中国、モンゴル、ベトナム、カンボジアなど）の子供たちへ無償の心臓手術を多く行ってきている。手術件数は1989年以降の28年間で1,458名になる。その数字は韓国の民間病院において最も長く、最も多いそうだ。。同様の医療行為の話を中国の循環器病院でも聞いたことがある。国際的、人道的医療行為である。高度医療に接することが出来ない外国の子供たちへ無償で心臓手術を行う、という民間病院の行動は、日本では見られない。韓国、中国での病院文化のようだ。医療提供とは何であるか、を考えるときに見習いたい。

写真47：国際医療専門センター（中央）。看板はハングル文字、英語、ロシア語であった。右側はカフェ。外国人患者の診療はここでの「ワンストップサービス」となる。

写真48：国際医療専門センターの待合室。世界各地の時刻を示す時計に目が行った。銀行のディーリングルームや大ホテルのフロント壁面では見かける風景であるが、病院内で見たのはこの病院が初めてであった。

13th IHPBA World Congressに参加して

消化器外科医師
加藤　卓也

写真1

今回、2018/9/4から9/7にスイス、ジュネーブで開催された13th IHPBA (International Hepato-Pancreato-Biliary Association) World Congress（第13回国際肝胆膵学会議）に統括診療部長の稲垣医師とともに参加・発表させて頂きました（写真1）。

会場は、ジュネーブ空港に隣接されているCongress Centre Palexpoで開催されており、ホテルからのアクセスはとても簡便でありました。国際学会としてはコンパクトにまとまった会場であり、部屋数も通常の国内学会と大差はなく、学会内の移動は比較的容易であった印象を受けました。しかし、それでも国際学会の威厳は感じられ、Plenary sessionでは1000人以上の収容可能なホールで開かれ、世界の肝胆膵外科に携わる医師とのDiscussionは大いに勉強になりました。我々は残念ながらE-poster sessionでの発表であったため、指定された時間での発表はなかったものの当院で経験した症例を中心に情報を発信させて頂きました（写真2）。

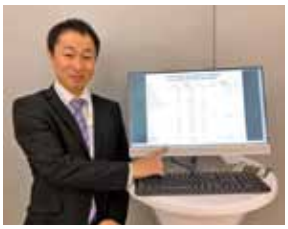


写真2

稲垣先生は当院における経内視鏡的膵臓瘻ドレナージについての検討、私は超高齢者における肝切除の安全性についての検討をテーマとして発表致しました。その他会場の発表としては、全世界の医療レベルを向上すべく、比較的教科書的な基本的な教育セミナーから、最新の手術手技ならびにロボット手術など発表は多岐にわたり、非常に有意義でありました。個人的に印象に残った内容としては「若手の手術手技向上のためのトレーニング」についてでした。日本において外科教育という学問はまだ確立されていませんが、世界ではひとつのtopicsでありどのようにすれば1人前の外科医まで効率よく、安全に確実に到達するかを研究する学問が構築されています。近年、カメラを用いた鏡視下手術が急速に普及しており肝胆膵外科領域も例外ではありません。手術前に解剖学を理解するために、アプリケーションソフトから手術に即した解剖学を習得できるようなシステムが構築されており、種々のエネルギーデバイスの使い方から現場に即した手術の模擬訓練までを系統化したプログラムがあるようでした。さらに、実際に手術を行う際には、指導医の元Step by stepで段階的な修練の研鑽を行っていくことも推奨されていました。さらに、欧米ではここからが進んでいる内容であり、実際に自分が行った手術動画をセンターに送ることで客観的に評価をしてもらえるシステムがあるとのことが驚きでありました。しかもこれは若手だけではなく、指導医クラスの先生でも同様に活用しているようでありました。ICT時代ならではだと思いますが、常に他者からの評価により自分を高めることを世界では行っていることを理解することができ、非常に刺激的でありました。倫理や情報漏出の問題もあり、すぐに普及することは困難だと思われるが、是非日本でも外科教育の分野が発展することが望まれると感じた学会でありました。

学会会場とジュネーブ市内は非常に近く、また街を少し歩くだけで歴史と文化を体感することができた。ジュネーブ市は非常に公共交通機関が充実しており、鉄道・路面電車・バス・船舶とどれもアクセスが容易ということもあり、学会の合間に散策させて頂きました。19世紀に建設され、レマン湖から約140mの高さまで打ち上げられる噴水はジュネーブ市のランドマークとなっており、まさに圧巻でありました（写真3）。また旧市街に足を運べば（といっても徒歩で10分ほどだが）、12世紀よりジュネーブ司教座司教公の元で始まった、様々な建築様式が融和した、これもまたランドマークのサン・ピエール大聖堂に訪れました。講堂にはステントグラスがはめ込まれた大聖堂を認め、さらに両翼には北塔・南塔が建設されており、百数段のらせん階段を登れば、歴史を感じさせるジュネーブの市街がまさに360度一望できました（写真4）。

写真3

写真4

スイスに数日間滞在して感じたことは、慌ただしさを全く感じさせない風土であることが一番でした。海外の都市の多くでは、車のクラクションや緊急車両のサイレン、大声で注意する警察官もしくは軍人が多いのが定番ですが、全くそのようなことはありません。横断歩道で一般車両は停車し道を譲ってくれますし、店やレストランで言葉が通じずとも嫌な顔見ることは一切ありません。また市内にはゴミ箱が多数設置されており、そのためかほとんどゴミが落ちていません。これも観光都市スイスの努力の賜物かもしれません。日本は世界的には親切で綺麗で治安のよい都市として知られていますが、個人的な意見ではありますが、完全に日本が劣っているのではないかと感じてしまいました。観光都市という点だけでなく、渡航者に対する接し方として勉強させられる部分が多かったと思いました。またスイスは物価が高いことで敬遠されることも思われますが、実際、それは半分正しいと思います。飲料などは500mlのペットボトルが200円以上するのは普通であり、Fresh saladやFruitは日本の物価の倍はしました。しかし、主食として口にするパンやドーナツなどは比較的安価でありました。インターネットなどでは、Fast foodで2-3倍の値段がすると書いてあり、私自身もかなり恐れて渡航しましたが、これも半分正解だと思います。確かに、価格は2-3倍するところがほとんどであり、いわゆるハンバーガーのセットで1000円程度は必要です。しかし、提供される大きさが異なるので、実際の単価で見るとそこまでの違いはないと思います（かなり空腹でないと完食は難しいほどです!）。物価の高さを考慮しても、是非もう一度訪れたいと思わせる国でありました。

学会中に、少し足をのばしてLuzernという都市にも赴きました。ロープウェイと登山列車でつながれたアルプスの山頂（Pilatus：ピラトゥス山）近くまで簡単に訪れることができ、険しいアルプスからLuzernの街を一望できたのはまさに壮観でした（写真5）。さらに、非常に歴史を感じさせる街であり、郊外にはドイツの作曲家リヒャルト・ワーグナー（Richard Wagner）が1866年から1872年まで、家族とともに過ごした邸宅がそのまま残されている、記念館を見学しました（写真6）。ワーグナーが使用していたさまざまな私物や、直筆の譜面が残りまた作曲に使われたと思われるグランドピアノも当時のまま保管されており、歴史を感じるひと時でした。夜はAmsterdam管弦楽団によるコンサートを聴くことができました（写真7）。私は初めての経験であり、音楽についてはほぼ無知ではあるがそのような私であっても、言葉では表現することが難しく、生演奏の音の重なりを味わい、心が震えるような演奏を体験させて頂きました。誘っていただいた稲垣先生に感謝申し上げます。

写真5

写真6

写真7

この会期中、天候に恵まれほとんどが晴れであり、気温も25度前後と非常に過ごしやすいスイスの9月を満喫させて頂いた。最後に、このような学会への参加・発表の機会を与えて頂いた岩垣院長に、また長期出張に際して診療を支援して頂いた外科スタッフ等に感謝申し上げます。

第57回日本小児外科学会中国四国地方会を主催して

副院長　小児外科
長谷川　利路

2018年9月15日(土)当院4階大研修室にて「第57回日本小児外科学会中国四国地方会」を主催しました。参加者は医師50名、研修医、看護師他5名と、中四国の小児外科医師数を考えてみると、結構多数が参加されています。

小児外科の地方会は、日本各地で独自に開催されております。近畿地方会は同年の8月に行われましたが、第54回であり、中四国地方会はこれより古くから存在していることになります。さらに中国四国での学術集会は年に2回で、春は中国四国小児がん研究会が別枠で開催、秋は本研究会です。私は2014年4月に第55回小児がん研究会を主催し、福山での開催は2回目となります。中四国は文武両道に逞しい人が多く、議論は時に激しく、しかし親睦会は極めて楽しくされています。順に紹介します。

1.ゴルフコンペ

以前より研究会の前日に朝からゴルフコンペで汗を流し、評議員会から親睦会に流れ込むという伝統がありましたが、しばらく中断されていました。上述の2014年私が福山で小児がん研究会を主宰した時にコンペを再開し、このことは本会で私が貢献した1番大きいことです。以後毎回欠かすことはなく、今回は新市クラシックゴルフクラブ(福山には良いグリーンがたくさんあります)で、2組が参加されました。

2.親睦会

評議員会に続き、全員マイクロバスで鞆の浦に移動し、ホテル鴎風亭で温泉につかった後、親睦会を行いました。鞆の浦は福山から南へ約20分、古くは柿本人麻呂や大伴旅人が万葉集に詠み、足利尊氏や坂本龍馬が残した足跡が伺える、歴史のある景勝地です。ホテルに着くや温泉で「裸の付き合い」をした後、広い宴会場でゴルフの表彰式をしたりそれぞれ思いの丈を語り親睦を深めました。

3.研究会当日

1)テーマ「小児泌尿器疾患」

今回、当院の顧問医師である島田憲次先生(元大阪府立母子医療センター泌尿器科部長)をコメンテーターとして、「小児泌尿器疾患」を特集しました。腎臓から精巣に至るまで4つのセッションに分かれ、ほぼ泌尿器全領域において討論が出来たと思います。演題応募に関し診断・治療に苦慮した、或いは現在も難渋している症例とした結果、島田先生も困られる多くの難しい問題が出てきました。しかしながら、その患児のために一番良い治療をみんなで検討するという、研究会本来の目的が達成できたと思います。

一般演題も2セッション作ることが出来、いずれも活発に討論されました。

現在「グッドドクター」という、小児外科医が主役のテレビドラマが放映されていますが、嘘くさい小児外科医ではなく「リアル・グッドドクター」を目指して、中四国でも地域や大学に関係なく協力して切磋琢磨していきたいと思います。

コメンテーター　島田　憲次 先生

鞆の浦鴎風亭にて：前列左から　東看護師、石橋先生、大塩先生、島田先生、佐保先生、青山先生、岩垣院長、長谷川副院長

2)特別講演

①思春期・成人期の排泄・性機能障害を持つ患者の支援

大阪府立大学母性看護学准教授で元大阪府立母子医療センター助産師の佐保美奈子先生に、貴重な講演をして頂きました。総排泄腔遺残症や性分化異常症の患児が思春期を迎える頃のSexualityの問題を取り扱い、患者会やキャンプ、食事会で、患者さんや親御さんの生の声、その対処法などを聞かせて頂きました。特に我々男性医師には、絶対に話してくれないだろうことについて、かなり衝撃的な話が聞けて印象的でした。

特別講演① 佐保　美奈子 先生

②第一部：新生児外科と周産期精神保健

第二部：小児外科とNarrative Medicine

講師は当院で6月から小児便秘外来を担当していただいている窪田昭男先生（現在月山チャイルドクリニック名誉院長）です。新生児期に手術を受けた患児は後に様々な精神的な問題（親からの虐待を含め）を持つようになり、精神保健的なサポートや一人一人の人生に寄り添った対応が必要と言われています。

サプライズとして、母子センターで新生児期に先天性食道閉鎖症の手術を受けた患児（吉村美貴さん）が、現在プロのピアニストとして活動していることが紹介されました。彼女はNICUでクベースに入っている時に、耳元でカセットテープからショパンやブラームスのピアノ曲を聞かされていたらしいです。そして、吉村さんは小学生の時に聞いたこともない（と思っていた）ショパンやブラームスの同曲を聞いた時に、記憶にあったと証言されています。このことは当院のピアニスト、村上敬子先生（消化器内科）も言われており、音楽の記憶はどこにされるのか不明ですが、今後新生児にオペラを聞かせて、未来のオペラ歌手を育ててみたいものです。

特別講演② 窪田　昭男 先生

ピアニスト　吉村　美貴 さん

最後に、本研究会の企画、準備、当日の仕事等に関わって頂いた、研究会事務局の井深奏司先生、岡佳織さんをはじめ、医局、管理課、看護部等、院内の全ての職員の方々に深謝いたします。

III MOURI DESIGN・デザインノート　Design No.21

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

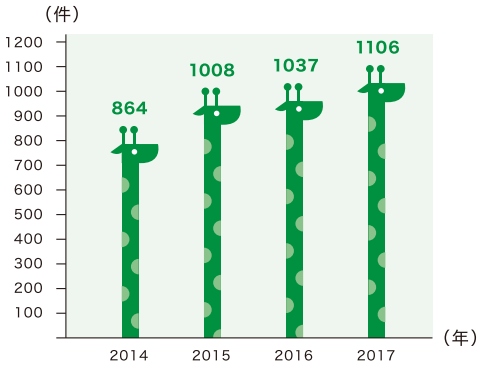
【Profile】大阪のデザイン事務所、広告制作会社を経て、2011年に独立。福山市を拠点に、全国の企業やお店、ブランド等のロゴマーク制作（CI／VI）と、それに伴うアートディレクションやブランディング、広告制作を主に手がけています。

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

◀「キリンのように、周りや遠くがよく見えるように」との想いから、キリンを眼科のイメージキャラクターに。

▼ 内装やパンフレットビジュアル、ユニフォーム、Webなど、あらゆる媒体でキリンのイメージを使用しています。

白内障手術　当院の白内障手術件数



■ 眼科のイメージキャラクター

今回ご紹介させていただくのは、大阪にある眼科のイメージブランディングです。この眼科では、「みんながキリンのように、周りや遠くがよく見えるように」との先生の想いが元からありました。以前から病院の駐車場には、看板役でもあるキリンの大きなフィギュアが立っています。そんな先生の想いを大切にし、内装やパンフレット、ユニフォーム、Web など、あらゆる媒体でキリンのイメージデザインを展開していきました。これは、患者さんたちに先生方の想いを伝えると同時に、眼科のスタッフ全員へのインナーブランディングも目的としています。また、新たなスタッフの雇用対策として、自分たちの働く姿勢を広く伝えていくためのデザインでもあります。

看護部紹介 No.2

手術・中央材料室

▶手術・中央材料室はバイオクリーン・ルーム1室、手術室6室と中央材料室から成っています。

▶平成29年度は3910例の手術を行いました。手術を受けられる患者さんは、言葉では言い表せない不安と、決意で手術に臨まれていると思います。

▶私達手術室看護師は、目的の手術が、迅速かつ安全・安楽に遂行されるよう、麻酔医や各診療科医、臨床工学技士などとチーム一丸となって努力しています。

手術・中央材料室

▶手術中も、常に看護師が、患者さんの立場に立って代弁者となり、患者さんに寄り添った心を込めた手術室看護ができるように心がけています。優しく元気な笑顔でお待ちしております。ご心配なことや、ご要望など遠慮なく何でもご相談ください。

中央材料室って何するところ?

▶病院全ての部署の医療処置で使用されるはさみやセッシ(ピンセット)など様々な医療器具の洗浄・滅菌を行っています。

患者支援センター

患者支援センター PASPORT 紹介

PASPORTとは・・・
(patient admission support & perioperative care team)
=患者入院支援・周術期管理チーム

PASPORT
Patient Admission Support
& Peri-operative Care Team

PASPORTは、それぞれの専門医療スタッフが、
1つのチームとして専門性を担いながら
患者さんの安全と安心を作っていく場所です。
入院や退院を控えた患者さんとご家族が
よりよい療養ができるように、
おひとりおひとりに合わせたきめ細やかな支援を行っています。

PASPORTは、外来から退院まで一貫した患者さんへのサポートを行っているチームです。

主治医、麻酔科医、看護師、薬剤師、管理栄養士、理学療法士、歯科衛生士、臨床工学師、医療ソーシャルワーカー、事務職がひとつの医療チームになってそれぞれの役割を担い、病気やその治療経過に関する不安や悩みを解決しながら、生活の質の維持や向上をめざしています。大切なことは、患者、家族もチームの一員であることです。

医療連携支援センター

PASPORT 看護師の役割

- ■入院・検査の説明
- ■病歴聴取
- ■他部門との連携
- ■電話相談
- ■生活指導
- ■退院調整

PASPORT看護師

第一外来

第一外来

AIR MAIL

担当診療科：泌尿器科・整形外科・形成外科・皮膚科・外科・産婦人科・脳神経外科・精神科
その他：外来化学療法室・入院検査予約センター・救急外来

外来では、診療の介助を行うだけでなく、患者さんやご家族の声に耳を傾け、病棟とも連携を図りながら通院中のご心配な事やお困り事の相談・支援も行っていきたいと思います。

ご心配な事やお困り事がありましたら、各診療科の看護師へご気軽にご相談ください。

●外来化学療法室●

ベッドとチェア合わせて18床で、患者さんに安心して治療を受けて頂けるように配慮しています。安全・安楽で確実な治療を提供できるよう、患者さんからの相談は真摯に受け止め、チームでサポートできるよう心がけています。「もっと外来で治療を頑張りたい・・・！」そう思って頂けるような、明るく前向きな外来化学療法室です。

●外科●

主に消化器・肝胆膵・大腸肛門・乳腺・呼吸器の手術を受ける患者さんの診察を行っています。手術が安全に安心して受けられるように分かりやすい検査や入院の説明に努めています。検査や入院の説明にはお薬の確認が必要です。スムーズに行うためにお薬手帳を持参してください。またストーマ外来も行っています。

第一外来

●泌尿器科●

スムーズな診察、受診しやすい外来を目指し、スタッフ一同声を掛け合い、協力して頑張っています。泌尿器科と聞くと、「恥ずかしい」「受診しにくい」イメージがあるかもしれませんが、患者さんが少しでも安心して治療を受けることができるよう、話しやすい雰囲気を心がけています。患者さんひとりひとりにあったサポートをさせて頂きたいと思っています。

●産婦人科●

地域の中核病院として、周産期医療や婦人科腫瘍の治療を7名の医師と助産師・看護師・ドクターアシスタント・クラークで対応しています。女性特有の病気の患者さん・妊婦さんに丁寧にわかりやすい説明を心がけています。心配なこと・気になることなど教えて下さい。一緒に考えていきたいと思います。

●入院検査予約センター●

正面玄関入ってすぐの窓口です。入院患者さんが入院病棟へ行かれる前に、お話を伺い安心して入院生活が送れるようにご案内しています。
その他、外来患者さんの案内や検査説明なども行っています。当院に来られた方に優しく、思いやりのある対応を心がけています。

●整形外科●

院内で来院患者数が最も多い診療科です。そのため患者さんをお待たせする時間が長く、なかなか予定時間通りに診療できていない現状です。症状を抱えている患者さんが少しでも楽な体勢で診療を待てるように数に限りはありますが、場所を確保しますので、スタッフまで声をおかけください。
また処置や検査が多いですが、少しでも不安や苦痛が軽くなるように心がけています。

●脳神経外科●

脳脊髄液漏出症の患者さんが多く、全国よりお問い合わせや相談をうけ受診に来て頂いています。患者さんの様々な症状、当院での検査や治療に対する不安を少しでも軽減できるよう心がけ看護に取り組んでいます。

●精神科●

診察室で医師と安心して話せられるようプライバシーや環境に配慮しています。

●形成外科●

医師と協力しながら、様々な年代の患者さんとご家族に安心して治療を受けて頂けるようよりよい看護提供を目指しています。

第二外来

中央処置室

安全で確実かつ丁寧な看護と、患者様に安心できる環境を提供しています。笑顔での対応を心がけています。

放射線科

放射線治療科では、患者様が安心して治療を受けられるように支援しています。患者様の思いに沿った看護を心がけています。

担当看護師は、医師・放射線技師と連携して患者様が安全安楽に検査が受けられるように支援しています。

耳鼻科外来

耳鼻科外来では耳鼻咽喉科領域全般の疾患を扱いますが頭頸部腫瘍センターにおける主科として頭頸部に発生する様々な悪性腫瘍の診断や治療も行います。

小児科外来

小児科外来では一般診療・乳児健診・予防接種に加え、多くの専門外来（アレルギー外来・循環器外来・心身症外来・発達外来・小児外科外来・消化器外科外来・小児泌尿器外来）がそれぞれの専門的な医療が連携しあい、総合的な小児診療を行っています。

内科・眼科外来

糖尿病やHIV、肝炎など制限がある生活の中でも、患者さんが不安なく充実した日常生活を送っていただけることを目標に、外来看護を行っています。

認定看護師

おわりに

先月号にひき続き御覧いただき、ありがとうございました。いかがだったでしょうか。

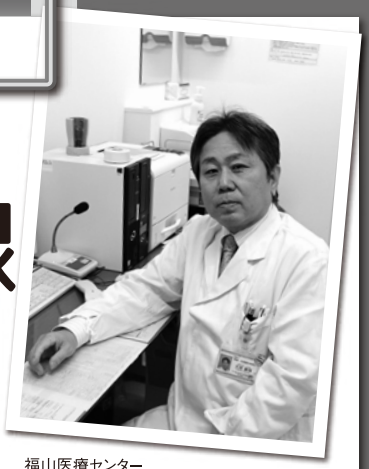
各部署は診療科により、それぞれ特徴があります。しかし、看護の本質はどこに行っても変わらないものだと考えています。看護部の理念「わたしたちは、地域の皆様の健康な生活を支え、かけがえのない生命を守り、親切・丁寧・安らぎのある看護を提供します」は、看護の本質そのものです。また当院の目指す看護師像「知的でやさしく信頼される看護師」となれるよう、私たち看護部は日々研鑽していく所存です。今後ともよろしくお願い致します。

（看護部長　岡本　悦子）

健康と暮らしに役立つ

がん治療最前線

Vol.12「備後ゆかりの人の最期は?」



福山医療センター
胃腸内視鏡外科医長
大塚 眞哉

プロフィール
1990年岡山大学医学部卒、医学博士。岡山済生会病院、岡山大学などを経て99年から福山医療センター外科勤務。専門は消化器外科、特に胃がん大腸がん外科。岡山大学医学部臨床准教授、日本内視鏡外科学会評議員で、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」。

水野勝成が熱い！

前回に引き続き、寿命の話です。まずは「戦国ラストサムライ」として7月、NHKの番組「歴史秘話ヒストリア」にも登場した初代福山藩主・水野勝成です。徳川家康のいとこで、大坂夏の陣などで活躍したのに全国的にも、最近は福山市民にさえあまり知られておらず、残念です。

福山城主となった後も七五歳にして幕府の要請を受けて島原の乱で活躍し、八八歳まで長生きして（死因はおそらく老衰）、福山城下の菩提寺・賢忠寺（「かなりや幼稚園」で有名）に葬られました。

第七代福山藩主にして藩校「誠之館」を創設した阿部正弘は、幕末期の老中としてペリーとの日米和親条約を結ぶなど大役を果たしましたが、老中在任のまま三九歳の若さで亡くなりました。死因は激務のストレスによる過労死説、肝臓がんによる病死説、暗殺説などがあります。

「山椒魚」「ジョン万次郎漂流記」「黒い雨」などで有名な加茂村（現福山市）出身の偉大な作家・井伏鱒二は長命で、肺炎のため九五歳で死去しました。

鞆ゆかりの人物

私の好きな鞆の浦にちなんだ人では、「いろは丸沈没事件」の幕末の英雄・坂本龍馬（土佐藩郷士）が三三歳の誕生日（11月15日）に、京都近江屋で暗殺されてしまいます。

室町幕府最後の将軍・足利義昭は織田信長と対立し、1576年から本能寺の変までの六年間、足利家に縁のある鞆の浦に滞在していました。田口義之先生の「備後ゆかりの歴史人物伝」にも書かれていますが、都を追放されても征夷大将軍であることには変わりなく、「鞆幕府」は立派に存在しました。地元の人はもっと誇っていいと思います。

残念ながら本能寺の変の後、豊臣秀吉が実権を握り、義昭の再起はなく、鞆幕府は幻に終わってしまいます。五九歳の時、大坂で腫物（現在の腫瘍）で亡くなったと記されています。

森下仁丹で有名な森下博は鞆町出身で、主力商品の仁丹だけでなく「日本の広告王」としても知られています。郷土愛の強い彼は、現在も続く「鞆の浦観光鯛網」を全国紙の新聞広告で大々的に宣伝しました。1943年、七三歳で西宮市で亡くなりました。

NHK朝ドラ「マッサン」で有名な竹原市出身の竹鶴政孝は79年、八五歳で肺炎により東京で死去しました。ゆかりの地・北海道余市町の美園の丘の墓地に、妻のリタと共に埋葬されています。

大河ドラマ「西郷どん」の西郷隆盛は、明治政府の重鎮になっても外遊を避けました。流刑先の沖永良部島でフィラリア寄生虫に感染し、その後遺症である象皮症（足がパンパンに腫れる病）と陰嚢水腫を患っていたからといわれています。

早川智先生の「戦国武将を診る」（朝日新聞出版）によると、隆盛は西南戦争に敗れて四九歳で自害しましたが、首のない遺体をすぐに特定できたのはそのためだといわれています。

同じく明治新政府で活躍した五〇〇円札肖像画の岩倉具視は五七歳、咽頭がんで亡くなりました。ドイツ出身のベルツ先生により、日本人として初めてがん告知を受けたとされています。

中国情報出版(株)の”中国ビジネス情報”2018年10/10号から転載

連載　教育の原点 10

茨木のり子の詩から広がる学び

東京　中学校講師
黒田　貴子

「どこかに美しい村はないか／一日の仕事の終わりには一杯の黒麦酒／鍬を立てかけ　籠を置き／男も女も大きなジョッキをかたむける･･･」

茨木のり子の詩「六月」に出会ったのは、中学時代の国語の教科書でした。天王寺の書店でお小遣いで購入した『現代詩文庫　茨木のり子詩集』（思潮社）を、暗記するほど読み返しました。

「現代史の長女」と称される茨木のり子のファンは少なくないようです。「私がいちばんきれいだったとき」「自分の感受性ぐらい」「鄙（ひな）ぶりの唄」･･･。

6月の最初の授業では、私の一番好きな詩なのと言って「六月」を紹介します。

社会科の授業でも、彼女の詩を教材とします。中でも「りゅうりぇんれんの物語」から始まる授業は、生徒にとって忘れ得ぬものとなるようです。B4のプリント裏表3枚の長編詩を配ると、生徒は驚き、こんなに長いの!とたじろぐ子も。それでもこの詩を読み始めると教室は静まりかえり、一斉にプリントを繰る音だけが聞こえる時間が流れます。読み終えると生徒たちは、そっとため息をついて顔を上げます。

これは「劉連仁事件」を綴った長編叙事詩です。中国の山東省から日本軍に攫われ、北海道の炭鉱で強制労働に従事させられた劉連仁さん。脱走し、北海道の山の中で、戦争が終わったことも知らず、冬は雪穴を掘って生き抜いた14年の歳月。劉連仁の帰りを待ち続けてくれていた妻との再会。お腹にいた子は14歳に成長していました。

生徒の感想の一部を紹介します。

「”手あたり次第、ばったでもつかまえるように”とか”彼ラニ愛撫ノ必要ナシ、入浴ノ設備必要ナシ･･”など、本当に人間として扱っていなくてひどい。それにしてもりゅうりぇんれんは”子どものものだけはとらなかった”ということや”日本の農民も苦しいのだ”というのが人間らしいと思いました。」「劉連仁さんが見つかったとき、彼の身分を明かすために協力した日本人が大勢いたことは嬉しかった」「なぜ『華人労務者移入方針』なんてひどい案を出した商工大臣が、戦後に総理大臣なんかになれるのだろう。こんなことをやった人が総理大臣になったら、またこういう人たちのことなんかわかってくれない同じような世の中になってしまうのに」

2時間目。感想をいくつか紹介してから、資料プリントを配ります。劉さんが発見されたときの総理大臣が、東条内閣の商工大臣であった岸信介だったという事実。岸内閣の官房長官からの手紙を読み合います。「拝啓　劉連仁さんは戦時中日本に入国され、明治鉱業会社に入られて以来色々と苦労をされたことと存じます。･･･」

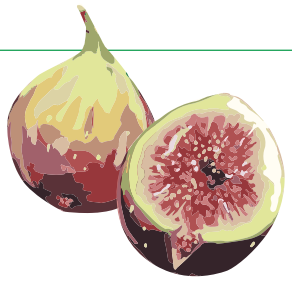
生徒たちの手が挙がります。「これじゃあ劉さんが自分から日本に来たみたいだ。」「この手紙は丁寧だけど、謝る言葉がどこにもない!」「本当だ!謝っていない!」この授業は、戦後補償、戦後責任を問う授業へとつながって行きます。

「劉連仁さんは家族のもとに帰れたけど、帰れなかった人たちもたくさんいるんですよね。」生徒たちの問いは深まり、広がっていきます。

註）1950年代末に作られたこの作品には、注釈が必要です。強制連行された中国人の数、それから、毛沢東と中国のその後について、など。文学作品を教材にするときは、十分な配慮をしています。素晴らしい作品が貶められないためにも。

連載 No.117 栄養管理室

花無き果実の花 ～いちじく～



栄養士
滝澤　栞

8月から10月にかけて旬を迎えるいちじく。一般的な果実と違い、花が見られず枝から果実が顔を出すことから「無花果」と書きます。古代エジプトの壁画や旧約聖書にも数多く登場し、世界最古の栽培果樹であると言われています。「無花」と書かれるいちじくですが、もちろん花は咲きます。私たちがいちじくの実と呼んでいるのは、花嚢と呼ばれる花を包む袋で、花嚢の内側で花が咲くのです。いちじくの赤く柔らかい中心部分がこの花にあたります。食べておいしいのはこの部分ですから、私たちはいちじくの花を食べているとも言えるでしょう。ちなみに種にみえるプチプチの、ひとつひとつがいちじくの果実です。

誰にも見えない内側で花を咲かせて、どうやって受粉をするのか不思議ですが、原産国のアラビア南部をはじめとする暑い国々では、イチジクコバチという小さなハチがいちじくと共生関係にあり、受粉を手助けしているそうです。

古代ローマで不老不死の果実とも呼ばれたいちじくは、非常に栄養豊富です。不足しがちな水溶性食物繊維の一種であるペクチンや、カルシウム・鉄などの無機質をバランスよく含み、整腸作用や貧血予防に効果が期待できます。また、タンパク質分解酵素のフィシンを含み、消化を助け、胃もたれや胸やけを防ぐと言われています。ジャムやコンポート、ケーキなど加工にも向くいちじくですが、やはり生は旬にしか食べられない特別な味です。イチジクの生ハム巻きは、イタリアでは生ハムメロンに並ぶ定番の前菜だそうです。いちじくをそのまま食べるのに飽きた時には、ひと手間加えて前菜やワインのお供にしてみてはいかがでしょうか。

いちじくの生ハム巻き（6個分）

材　料

- ＊いちじく　……大1個
- ＊生ハム　……6枚
- ＊クリームチーズ　……30g
- ＊粗挽き黒コショウ　……適量
- ＊バジル　……適量

作り方

① いちじくの皮をむき、放射状に6等分する。
② ①をクリームチーズ、バジルとともに生ハムで巻く
③ 黒こしょうを散らす
※好みではちみつやバルサミコ酢をかけても美味しいです。

栄養価（1個あたり）	
エネルギー	37kcal
たんぱく質	1.7g
炭水化物	2.5g
食物繊維	0.25g
鉄	0.07mg

連載 No.57 事務部だより

「初めまして」

庶務係
堺本　真帆

今年の4月から福山医療センターに配属となりました管理課庶務係の堺本と申します。

新社会人になってもう半年が過ぎようとしていますが、体感ではまだ2、3ヶ月しか経っていないような感じがします。まだまだ分からないことが多く、自分の未熟さを感じることばかりですが、先輩や同期の方のおかげで、職場の雰囲気にも大分慣れてきて、楽しくお仕事させていただいています。

私の主な業務内容は非常勤職員の給与や社会保険関係、手当に関することです。先輩方のように業務に関することで皆さんのお役に立てるような情報を載せたかったのですが、残念ながら思いつかなかったので、恐縮ですが今回は簡単に私の自己紹介と最近の話をさせていただこうと思います。

私は広島県尾道市で生まれ育ち、大学で島根県に出て、また就職で実家に帰ってきて、毎日尾道から通勤しています。島根に4年間住んで冬の大雪に飽きてきたころだったので地元に帰って来れて嬉しく思っています。私は小さい頃から金魚が好きで、大学は生物系の学部を選んだのですが、なぜか大学ではジャンボタニシの研究をしていました。約20匹のジャンボタニシの稚貝が入った水槽が40個あり、毎日無心で世話をしていました。金魚と違ってただ黒いだけで見分けも付かず、あまり動かないので結局卒業するまでまったく愛着は湧きませんでした。ジャンボタニシの駆除ならお任せ下さい。

先日は、夏季休暇をいただき、妹と韓国のソウルに旅行に行ってきました。現地で評判のお店に食べに行ったり、カフェめぐりやショッピングをして楽しみました。ハングルがあまり読めないので目的地まで辿り着くのにすごく苦労しましたが、韓国の人が道を教えてくれたりして行きたかった所はほぼ制覇できました。韓国に行って驚いたことが、日本語と英語が出来る人がすごく多かったことです。観光客が多く訪れる場所ということもありますが、韓国では大学を休学する人がとても多く、その間に留学をする人が多いと聞きました。外国語が話せる人は単純に憧れますし、自分の世界が広がると思います。今度はもっと現地の言葉を学んで旅行したいです。

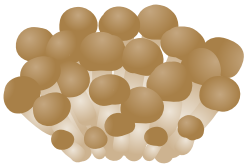
9月から国際支援部のメンバーに加わることにもなり、より語学に励みたいと思っています。日々の業務にも精一杯取り組み、一日でも早く一人前になれるように頑張りますので、これからもよろしくお願いいたします。

BISTRO BON TORE

ビストロ ボントレ　No.11

ビストロボントレ
シェフ 倉島　秀典

カンタン旨レシピ 味シメジの照り焼きソース

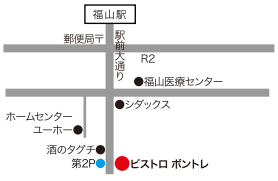


酒	100g
みりん	100g
醤油	100g
玉ねぎ	1個
味シメジ	3P
かき	1個
水	45g
砂糖	40g
味の素	1g
カタクリ	13g
ショウガ	3g
酢橘	1個

1.酒とみりんを鍋に入れアルコールを飛ばします。
2.アルコールを飛ばしている間に、玉ねぎを３mm程度のスライス、シメジはいしつきを取りほぐす、かきは５mm角の角切りにしておきます。
3.１のアルコールが飛んだら、醤油と２の野菜を加え、5分程度煮込む。
4.煮込んでいる間に水～カタクリまでを計量し、混ぜておく。
5.３の火を止め、４を3の鍋を混ぜながら少しずつ加え、全部入ったら再び火をつけて混ぜながらとろみをつける。
6.５が沸騰したら火を止めて、刻んだショウガと、スダチのしぼり汁、スダチの薄皮を刻んで加え、よく混ぜて完成。

スダチとかきを加えることで、ぐっと秋らしい味わいになります。大根おろしを加え、さんまやサバなどの青魚はもちろん、鶏のステーキや、ハンバーグにもピッタリ合うソースです。スダチの酸味が照り焼きソースの甘さを引き締め、飽きの来ない味わいですよ～♪
まかないでこのソースを使い、照り焼きハンバーグサンド作ったら、絶品でした(*^-^*)

〒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



旨コツの人生 本当の勉強とは。その1

突然ですが質問です。皆さん勉強って何だと思います？頭が良いってどういうことでしょう？これからの時代「勉強ができる」ということにどれだけの価値があると思いますか？
先日アルバイトの高校生の女の子から、こんな申し出がありました。「成績が悪いから親からバイトをやめろと言われたので、今月いっぱいで辞めようと思います」この子はカフェに行くのも、カフェで働くのも好きで、将来カフェをしたいという夢を持っています。そして本当はすごくバイトを続けたいとの事でした。
この子は学校の成績は悪いかもしれないですが、仕事は高校生の初めてのバイトとは思えないほど、素晴らしい働きをしています。進んで仕事を見つけるし、動きも非常にてきぱきしている。教えたことも真剣に聞き、次からしっかりと取り組むこともできます。でも学校の勉強はいくらやっても成績が上がらず、テストの点数も悪いそうです。なぜか？勉強は嫌いで、カフェの仕事は楽しいからです。はっきり言って、カフェをするにあたって、学校の勉強ができたところでなんの意味もありません。実際僕も勉強好きではなかったですし、テスト前以外、家で勉強なんてほとんどしてきませんでした。でも先日行った能力診断テストでは、自分でも驚くくらい普通の人以上のかなり優秀な結果が出ました。なんでか？僕は胸を張って言えるのは、好きなことを真剣に取り組んできたからに他ならないと思っています。人間は自分が楽しいとか、興味のあることをしていたほうが、はるかに脳の働きが良く、嫌いなことをしているときは極端に鈍くなります。高校生のバイトの女の子も、まさにこの作用が働いています。皆さんも経験があるかとは思いますが、好きなことを夢中でしているとき、時間を忘れて集中し、時間があっという間に過ぎていたなんてこと経験ありませんか？逆に嫌いなことしていると、眠くなったり、集中できずにイライラしたり、違うことに気を取られたりしたことがあると思います。
これからの時代、ますますクリエイティブなアイデアや、考え方、オリジナリティー、オンリーワンがますます重視され、画一的なものはＡＩがやるようになり、評価されない時代が確実にやってきます。

次号に続く。

遠野の神職のひとりごと　第29回

「『霊魂を探して』を読んで」

遠野郷八幡宮
多田　宜史

皆さんこんにちは。

今回は『霊魂を探して』という本をご紹介します。

タイトルだけ見ればオカルティックな本だと誤解されそうですが、ベストセラーの「寺院消滅」を書かれた著者だけあって、僧侶1335人、20宗教団体への取材をはじめ、各地で活躍する宗教者や心霊現象を体験した方々の調査に基づいた記述は、説得力が段違いです。

このなかでも私にとって興味深かったのは、第二章の「宗教法人の霊魂観」と、第五章の日本各地のシャーマンへのインタビューです。仏教や神道はじめ新興宗教等の各種宗教法人に、霊魂やあの世についてのインタビューをした結果がまとめられているのですが、伝統宗教はどちらともとれないうやむやな答えが多いのに対して、新興宗教は「まるで見てきたかのように」具体的に描写しているのです。単純な答えを知りたがっている現代人には、おそらく新興宗教は「答え」を与えてくれる点でとても魅力的に映っているのでしょう。著者の僧侶への取材では、霊魂を信じている僧侶が64.8%だという結果が示されていますし、私の経験でも霊魂（幽霊）を否定する神職の方を知っています。伝統宗教はこの点を今一度考えてみる必要があると思います。

第五章では、著者が各地で活躍するシャーマンを取材しますが、その面白さといったら!沖縄のユタになる為には神霊から選ばれる必要があり、神からは、「夫と別れろ・ユタにならないと殺す・歯を抜け・髪を切るな」などと脅されることもあり、インタビューを受けたユタの方は実際にそのようにしたなどという話も初耳でしたし、青森のイタコが亡くなった人を呼ぶときには「地面から何者かが衣服を掴んでよじ登ってくる感覚がある」というのもとても興味深く読みました。アイヌのトゥスクル（シャーマン）とカムイ（神）は対等で、時にはトゥスクルがカムイに対し「なぜこんなことをしたのだ」と罵倒することもあるというのも驚きでした。

全体として、科学万能の現代にあっても、東日本大震災以後幽霊の目撃情報が多発するなど、死後の世界と正対せざるを得なくなり、霊魂観を捉えなおす時代になってきているのではないか、というテーマは個人的にもとても共感しますし、シャーマンは減少あるいは絶滅寸前ではあるけれども、死者との会話を通じて心の安定をはかったりなど、やはり地域コミュニティに必要なのではないか、社会が行き詰った時こそ経済本位でない生き方が求められ、宗教が自分を救ってくれる局面があると思う、というまとめには深く頷きました。

宗教者はもとより、宗教を信じていないという一般の方にこそ広く読んでほしい本です。

霊魂を探して

連載 No.57

Learning English

Naho Fujisawa

Hello, there. Are you on instagram? I've been on it for about 2 years, and I finally found how fun it is these days.

Some people would say there is no difference between Facebook and Instagram. I would say there is a big difference. On Facebook, people are able to edit what to post beforehand since it is mainly posted by sentence. This way, they can manipulate the impression how they want the others to look themselves as. On the other hand, Instagram is just easy, you can be connected to the world with a picture. Sentences add more explanation on it, but picture always comes first. And it allows you to find people around the world who have the same interests as you do through hashtag. Reading posts on your interests will make you want to know more about it and can be helpful to learn English!

I feel posts on Instagram show obviously who you are. I hope this will help you to widen your interests toward the world. See you on the next issue!

皆さん、こんにちは。皆さんはInstagramをされておりますか。私は2年ほど前からしておりますが、最近面白さを感じ始めています。

よく知られるFacebookとInstagramに違いはないと仰る方もいるかと思いますが、私は大きな違いを感じます。Facebookでは、文章が主体のため投稿前に予め事実を編集することが前提となります。そのため、自分自身がどのように他者の目に映るか、ある程度操作することができます。対してInstagramは、写真が主体のため非常に簡単で、写真一枚でも世界に向けて発信することができます。文章ももちろん説明のために投稿できますが、写真なしでは投稿できません。また、ハッシュタグ機能で、自分と興味が同じ人々を簡単に見つけることができます。興味のある投稿を見ることで、英語への興味も湧くことでしょう。

Instagramの投稿は、自身が明確に表されると感じます。参加することで、世界への興味が広がる方が増えれば、と思います。では、次号でお会いしましょう。

私の趣味

連載 No.65

痛い！

第一臨床検査科長
渡辺　次郎

5～6年前の失敗談である。初めて「落とし込み釣り」というものを体験した。落とし込み釣りとは、頑丈なサビキ仕掛けでまず中層のアジやイワシを掛け、掛かったらそのまま海底近くまで落として、それらを狙っている大物に食わせるという釣法である。たぶん九州くらいしかやってない釣り方ではなかろうか？ 用心深い大物も、目の前にバタ狂う小魚を見せられたらガマンできないのだろう、釣り番組をみると、ヒラマサや鯛、ハタなど、それも大物ばかりをポンポン釣り上げるので非常にうらやましく、僕もまえから一度やってみたかった釣りである。

しかし僕は普段一人で行動するルアーマン。だから一人で乗り合いの遊漁船に申し込むのは敷居が高かった。で今回、M君が誘ってくれたのを幸いに僕も遊漁船の釣りに参加させてもらうことにした。

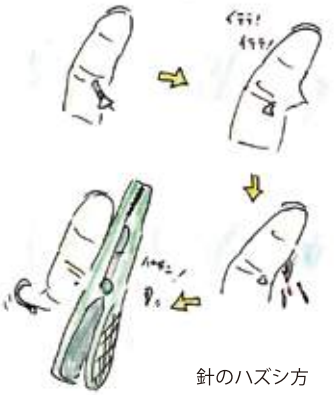
語らい

M君というのは、国立九州医療センターで出会った形成外科医のモリナガ君である。現代人というより縄文人といった雰囲気の、今どき珍しい野太いナイスガイ。彼に海のルアー・フィッシングを伝授したことで、今だに彼は僕のことを「ルアーの師匠」と呼んで親ってくれる有りがたい釣り仲間である。この日は他に耳鼻科の若手ドクター4名参加で、計6名で船を貸し切った。幸い今の季節には珍しく海はおだやか。北九州の神奏港から2時間ほど走って、沖ノ島沖の釣り場に到着。実は電動リールを使うのも僕は今回が初めてで、機械オンチの僕にうまく操作できるか心配だった。でも、使い方は思いのほか簡単だった。

だが鈍くさい僕は、早々にドジを踏んでしまった。この釣りは6～7本ものギジ針の枝素の付いた道糸の先に100gほどの錘をつけて海にドボン!と放り込むのだが、重いオモリに引かれてジャラジャラと船縁を海中へ落ちて行く針の一本に、自分の指を引っ掛けてしまったのである。針のキレがいいのだろう、刺さった時はさほど痛くもなかったのだが、見ると左手人差し指の第2関節あたりに針が深々と刺さっているではないか？ ゲゲゲっ!

針先は出ていない。抜こうとするとズキン!と痛み、ピクリとも動かない。場所が関節だけに無理して関節を痛めたりしたら元も子もない。こりゃ困った…。時刻はまだ10時半。釣り始めたばかりである。この指の治療のため今から2時間かけて港に戻るわけにもいかない。とりあえず針の根元で枝素を切って釣りを再開したが、やはり指に針が刺さったままでは釣りづらい。

イタイ！



針のハズシ方

そこで自分で処置しようと思った。まず、ニッパ（←ペンチみたいなもの）でサビキ仕掛けの上の方の針を試しに切ってみた。9号という軸の太い針だったので、切れるかどうか確信が持てなかったのである。パキン！ 切れた。では！ と意を決して、自分の指に刺さっている針を、針の曲線に逆らわずググーッと押し込む。最後、皮膚は硬いのでテントのように盛り上がる。イテテ！ イテテ！（このとき景気づけに酒が欲しいとしみじみ思いました）ようやく針先が皮膚の上に出る。で、針の返しの部分まで出して針の先端を切ろうとしたのだが、ニッパの刃と針の角度が正確（直角）でないのか、なかなか切れない。渾身の力を込めて何度もニッパを握り締め、ウンヒ！ ウンヒ!-と力んでいると、「どうしたんですか？」とM君が心配してやって来た。そして彼のニッパを借りて試してみる。すると、パキン!一発で切れた。針を抜いて一安心。これで根治術完了である。

その直後、神サマのご褒美のように型の良いタカバが釣れる。続いてアコウや沖メバルもー。かくして僕の「落とし込み釣り初体験」は不幸な出だしだったものの、最後はハッピーエンドに終わったのでした。なお、耳鼻科のナントカ君には釣り雑誌の表紙にしてもいいような巨大タカバが釣れました。　以上。

笑顔も半分

アコウ

釣り雑誌の表紙にできそう!?

音楽カフェ Music cafe

音楽カフェの風景 その10

内科 村上　敬子

音楽カフェでは様々な楽器の「生の音」を聴いて頂く機会を大切にしています。和楽器では、これまでに「箏」「尺八」「横笛」などの音に触れました。今回は昨年に引き続き、福山医療センター三線部の皆さんに、患者さんのための演奏をお願いしました。沖縄の民謡は、琉球音階（ﾄﾞ･ﾐ･ﾌｧ･ｿ･ｼ）という5音階からなり、雅楽や日本各地の民謡とは起源の異なった楽曲です。どこか懐かしい三線の音色と、独特な旋律、リズムに遥かなる海の波や風の音を感じました。毎日仕事が終わってからの猛練習、ありがとうございます！

いちゃりばちょーで

～沖縄三線でつながった縁～

放射線科技師 上原　健二

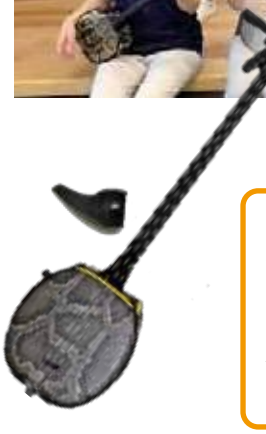
『いちゃりばちょーでー』とは沖縄の方言(諺)で、『行逢えば兄弟、見ず知らずの人でも縁があって出会えば兄弟のようなものだ』という意味です。FMC三線部のメンバーとの出会いはまさに『いちゃりばちょーでー』そのものです。

当院に三線部なんてあったのかと思われる方がほとんどだと思いますが、実は昨年度から定期的に数人で集まっては“ひっそりと三線を嗜む同好会”として活動しておりました。きっかけは去年初めて参加させていただいた音楽カフェでの演奏でした。メンバー全員が初心者かつ独学という状況の中でなんとか演奏をやり切ったという感じでした。経験を活かし来年こそはと意気込んだ矢先、主力で引っ張ってくれた先輩の転勤などで一時は解散の危機に追い込まれた時期もありました。しかし一度繋げてくれた三線の縁が新たな縁を呼び、今年度からは新たなメンバーも加わりFMC三線部は再出発することができました。

先日８月１７日(金)に行われた音楽カフェでは去年に引き続き２度目の演奏の場を頂きました。沖縄の有名な民謡である「安里屋ゆんた」から始まり「涙そうそう」、「瀬戸の花嫁」、「ハイサイおじさん」と計４曲を披露しました。最後の「ハイサイおじさん」では参加者のご協力もあり、沖縄の伝統的な踊りカチャーシーで締めくくることができました。まだまだ人前で披露するに足りない演奏ではありますが、三線の持つ独特な音色が響き渡り、音楽を通して心癒せる時間を共有できたと感じることができました。

現在FMC三線部は９名の部員(当院職員)で活動しております。なかなか全員が集まって練習するというのは難しいですが、週１回都合のいい時に集まっては“三線を嗜む癒しの場”になればいいなと思っています。これからも三線で繋がった縁を大切にし、うちなーんちゅとして伝統楽器を通して沖縄の事も多くの人に知ってもらえたらと願います。

2018年8月17日(金) 音楽カフェ



いちゃりばちょーでー

三線（さんしん）は名の通り三本の弦を弾いて音を奏でる沖縄の伝統的な楽器で、地元の祭りや祝い事には欠かせない楽器です。いわゆる日本三味線（しゃみせん）とルーツは同じですが大きな違いは胴部分がヘビの皮を用い、三弦を弾くバチが水牛の角などを使用するというところにあります。

ときめきコンサートのご案内

一枚の絵 NO.71

yukimitsu sanayasu の
ぶらり旅日記

世界遺産「天子山自然保護区」(中国)
天子山は武陵源の北側にあり、中でも海抜が高く、頂上の展望台から山峰を眼下に見下ろすと幻想的な景色が広がります。一帯は一億年前までは海底で、地殻変動で隆起し石柱の景観が形成されました。「盆栽の拡大版、仙境の縮小版」と言われている天子山の素晴らしい景色と言えば、峰林景色と雲海と冬の雪景色と夕方の霞景色等が挙げられます。開発が進まない分だけ最も仙境の良さを残しています。

真安（さなやす） 幸光（ゆきみつ） 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62回	11月 9日(金)	「健やかな生活始めませんか～病院からお家でできるリハビリ」	作業療法士 竹内 佳美

音楽カフェ

●日時：毎月第3金曜日 15時～16時まで ●予約：不要

第10回	10月19日(金)	第11回	11月16日(金)

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

ときめきコンサート

●入場無料

第13回	11月11日(日)

気軽にお越しください!
外来棟4階 大ホール
14:00～

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

10月16日(火)19:00～
座長：消化器内科医師 表 静馬
一般講演 「漢方挿話～医学生への講義内容から～」
講師 岡山大学病院消化器内科 坂田 雅浩

座長：いぐちクリニック院長 井口 敬一
特別講演 「がん化学療法における漢方薬の役割」
講師 芝大門いまづクリニック 院長 今津 嘉宏

11月 2日(金)18:30～
座長：形成外科医長 三河内 明
「形成外科を利用して高度医療の提供を」
講師 地域医療機能推進機構 大阪みなと中央病院 院長 細川 亙

11月 7日(水)18:30～
座長：胃腸・内視鏡外科医長 大塚 眞哉
「がん長期生存時代の新しい予後指標：がんサバイバー生存率とは？」
講師 大阪医科大学 研究支援センター 医療統計室室長・准教授 伊藤 ゆり

11月 9日(金)18:30～
座長：消化器内科医長 堀井 城一朗
「埼玉医科大学国際医療センターにおける国際医療支援の現況（仮）」
講師 埼玉医科大学国際医療センター 婦人科腫瘍科診療部長 教授 藤原 恵一

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

11月30日(金)18:30～
座長：院長 岩垣 博巳
「細胞の守護者オートファジー：ノーベル賞受賞に至った経緯（仮）」
講師 大阪大学大学院 医学系研究科 生化学・分子生物学講座 遺伝学教室 教授 吉森 保

12月 5日(水)19:00～
座長：糖尿病・内分泌内科 畑中 崇志
「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～」
講師 岡山済生会総合病院糖尿病センター センター長 中塔 辰明

がん診療部キャンサーボード

10／19(金)	8:00	消化器	11／ 2(金)	8:00	消化器	11／16(金)	8:00	消化器
10／19(金)	8:00	肺がん	11／ 2(金)	8:00	肺がん	11／16(金)	8:00	肺がん
10／25(木)	18:00	乳がん	11／ 8(木)	18:00	乳がん	11／22(木)	18:00	乳がん
10／26(金)	8:00	消化器	11／ 9(金)	8:00	消化器	11／30(金)	8:00	消化器
10／26(金)	8:00	肺がん	11／ 9(金)	8:00	肺がん	11／30(金)	8:00	肺がん

STAFF

publisher 岩垣 博巳
chief editor 松本 智
佐藤 匠
高橋 直人

【部】
臨床研究部 梶川 隆
救急医療部 岩川 和秀
がん診療部 三好 和也
教育研修部 豊川 達也
地域医療連携部 豊川 達也
医療安全管理部 大塚 眞哉
治験管理部 大塚 眞哉
医師業務支援部 常光 洋輔
広報部 長谷川 利路
感染制御部 下江 敬生
国際支援部 堀井城一朗
ワークライフバランス部 兼安 祐子
薬剤部 板野 亨
看護部 横山 弘美

【センター】
救急入院支援・病院総合管理センター 稲垣 優
医療連携支援センター 豊川 達也
救急センター 岩川 和秀
小児医療センター 荒木 徹
小児センター 黒田 征加
新生児センター 岩瀬 瑞恵
女性医療センター 山本 暖
腎尿路・血液センター 長谷川 泰久
国際協力推進センター 堀井 城一朗
消化器病センター 豊川 達也
内視鏡センター 豊川 達也
呼吸器・循環器病センター 岡田 俊明
外来化学療法センター 岡田 俊明
心臓リハビリテーションセンター 廣田 稔
脊椎・人工関節センター 松下 具敬
頭頸部・腫瘍センター 中谷 宏章
低侵襲治療センター 大塚 眞哉
脳脊髄疾患出症治療センター 守山 英二
エイズ治療センター 坂田 達朗
ブレストケアセンター 三好 和也
画像センター 道家 哲哉
糖尿病センター 畑中 崇志
緩和ケアセンター 髙橋 健司

【科】
診療放射線科 大戸 義久
臨床検査科 有江 潤子
リハビリテーション科 野崎 心

【室】
栄養管理室 坪井 和美
医療安全管理室 長谷川 利路
仲田 雅江
経営企画室 中島 正勝
がん相談支援室 藤田 勲生
歯科衛生士室 藤原 千尋
ME室 西原 博政
診療情報管理室 峯松 佑典

【医局】
医局 濱野 亮輔

編集後記

ISO15189の認定取得について

臨床検査科では2020年3月末までのISO15189認定取得に向けて準備を進めています。

ISO15189と言ってもどういった認定なのかご存じない方も多いと思いますので、簡単に説明させていただきます。ISO15189とは国際標準機構（International Organization for Standardization）によって認定される臨床検査室の品質と能力に関する国際規格です。「品質マネジメントシステムの要求事項」と「臨床検査室が請け負う臨床検査の種類に応じた技術能力に関する要求事項」の2つの要求事項から構成されており、本認定を取得することで国際規格に基づく臨床検査を行っていると保証されることとなります。

2018年10月5日現在、全国で149の検査室（臨床検査センターを含む）が本認定を取得されており、広島県においては広島大学病院、県立広島病院、福山臨床検査センターの3施設が取得をされています。

本認定を取得するメリットとしては国際標準検査管理加算の算定という直接的なものに加えて以下の項目を挙げることが出来ます。

● 臨床検査室の役割とその信頼性の向上
国際規格による認定取得を通して、検査結果の精確さが向上していくので、より臨床的に良質な検査が施行されることになります。その結果、対外的な信憑性が高まることとなり、国際的な治験、共同研究への参加、医療ツーリズムへの対応が可能となります。また、がんゲノム医療においても本認定の重要性が増しています。

● 共通の組織目標
臨床検査科の品質方針、品質目標を明確にし、共有することにより、検査室全体が一体感をもって業務に取り組むことが出来るようになります。目標に対する達成率を検証することで次に繋がる検査室運営を行うことが出来ます。

● 責任の明確化
責任・権限を明確にすることで、誰がどの業務に責任を持つか、誰がどこまでの判断を行うかをはっきりさせることができます。そのことにより担当者の責任感が強くなり、作業の確認漏れが減少することが期待できます。また日常作業において慣例的に行っている事、曖昧な部分を文書化することで業務の標準化が行えます。

● 医療安全への貢献
PDCAサイクルを用いて継続して検査室の改善活動を行うことで、インシデントやアクシデントを低減することが可能となります。その結果として苦情の低減、患者満足度の向上に繋がるものと期待できます。

上記のように認定取得には多くのメリットがありますが、認定取得に向けては沢山の準備すべき事項があります。現在は業務の洗い出し、手順の文書化、SOPの作成、記録の整備、環境の整備などの作業を行っています。今後は検体搬送に関する手順や検査室への入退室の管理、基準範囲の見直しなどを行わなければなりません。これらの見直しには関係各部門の協力が必須となり、内容によっては臨床検査に関する運用の変更を病院全体で考えていただかないといけない事項もあると思われます。

またISO15189は取得をする事がゴールではなく、継続することがより大切となります。認定期間は4年間ですが、その間に2度のサーベイランス（定期審査）を受ける必要もあります。転勤制度のある国立病院機構で将来的に長く継続をするためには教育・研修による人材育成も大変重要となります。

一年半先の認定取得を目指す検査室へのご理解とご協力をよろしくお願い致します。

文責：臨床検査技師長 乗船政幸

Medical examination schedule

外来診療予定表

平成30年10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	小児センター	小児科	午前	北田 邦美 藤原 進太郎	北田 邦美 藤原 倫昌 荒木 徹	北田 邦美 藤原 倫昌 小寺 亜矢	荒木 徹 北田 邦美 小寺 亜矢 藤原 進太郎	北田 邦美 藤原 進太郎 小寺 亜矢	
		小児アレルギー科	午前	藤原 倫昌					
			午後		藤原 倫昌			藤原 倫昌	
		小児循環器科		荒木 徹	小寺 亜矢	荒木 徹	荒木 徹(午前) 小寺 亜矢(午後)	学校(心臓)健診 (午前)	学校検診(心電図)のお問い合わせは 月～金、14:00～16:00の間で
		小児心療内科		細木 瑞穂			細木 瑞穂(午後)		月…1・3週
		小児血液腫瘍科		小田 慈					小田医師(1・3週午後) 14:00－17:00
		小児消化器内科					近藤 宏樹		近藤医師(第2週のみ) 10:00－16:00
		小児神経科						桐野 友子	第1・3週 9:00－15:00
		小児外科	午前	黒田 征加	窪田 昭男(13:30-16:30)	長谷川 利路	井深 奏司		火曜日… 小児便秘専門外来併診
		小児整形外科		松下 具敬 赤澤 啓史					※診察は整形外科で行います 赤澤医師は月1回のみ不定期【予約制】14:00－15:30
		小児泌尿器科					島田 憲次 (9:00～15:00)	水谷 雅己	※診察は小児外科で行います
		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
			午後	福島 慶 田口 大蔵			中谷 宏章 福島 慶	田口 大蔵	
		小児形成外科	午前	三河内 明		三河内 明		井上 温子	※診察は形成外科で行います
		小児婦人科		早瀬 良二 山本 暖 甲斐 憲治	山本 梨沙 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 山本 梨沙	※診察は産婦人科で行います 月・木曜日の甲斐医師は地連不可
		摂食外来				綾野 理加	綾野 理加		水(1週)・木(4週)…9:30－16:00
		乳児健診			13:00-15:00	13:00-15:00	13:00－15:00		予約制
		予防接種・シナジス		シナジス	予防接種				シナジス外来は冬期のみ 13:00－15:00 予防接種 13:30－14:30
	新生児センター	新生児科	午前	猪谷 元浩	山下 定儀	山下 定儀			
			午後	宮原 大輔	猪谷 元浩	岩瀬 瑞恵	宮原 大輔	山下 定儀	
女性医療センター		産婦人科		早瀬 良二 山本 暖 甲斐 憲治	山本 梨沙 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・山本 梨沙 胎児スクリーニング	早瀬医師の初診は紹介状持参の方のみ 木曜日の甲斐医師は地連予約不可 火・木曜日(9:00－12:00)…母乳外来(予約制) 産婦人科外来で行います
		乳腺・内分泌外科	午前		三好 和也	高橋 寛敏		三好 和也	
			午後	高橋 寛敏	三好 和也	高橋 寛敏			月曜日(午後)は予約患者のみ
腎尿路・血液センター		泌尿器科	午前	金岡 隆平	長谷川 泰久 金岡 隆平 松崎 信治 岩根 亨輔	長谷川 泰久 金岡 隆平 松崎 信治 岩根 亨輔	松崎 信治	長谷川 泰久 金岡 隆平 松崎 信治 岩根 亨輔	長谷川医師…金(2・4・5週)終日・(1・3週)午後のみ 金岡医師…金(1・3週)終日・(2・4週)午後のみ 松崎医師…金(1・3週)終日・(2・4週)午後のみ 岩根医師…金(2・4・5週)終日・(1・3週)午後のみ
			午後		長谷川 泰久 金岡 隆平 松崎 信治 岩根 亨輔	長谷川 泰久 金岡 隆平 松崎 信治 岩根 亨輔 ストーマ外来		長谷川 泰久 金岡 隆平 松崎 信治 岩根 亨輔	水…ストーマ外来 14:00－
		血液内科			中村 真				火…第2・4週のみ9:30－13:30
糖尿病センター		糖尿病内科			畑中 崇志	畑中 崇志	畑中 崇志		
		内分泌内科		当真 貴志雄		平櫛 恵太			平櫛医師…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 城一朗	齊藤 誠司	月…梶川医師(1・3・5週)10時ー 廣田医師(2・4週)
			槇野 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 城一朗	村上 敬子 表　静馬	豊川 達也 上田 祐也 野間 康弘	月…村上医師は紹介患者を午前中のみ
	肝臓内科		坂田 達朗		金吉 俊彦	坂田 達朗	金吉 俊彦 坂田 雅浩	
	外科一般		岩垣 博巳	大塚 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 城一朗 片岡 淳朗 表　静馬 原　友太 野間 康宏	村上 敬子 藤田 勲生 堀井 城一朗 上田 祐也 表　静馬 野間 康宏	村上 敬子 豊川 達也 片岡 淳朗 上田 祐也 渡邊 純代 槇野 貴文 表　静馬 野間 康宏	豊川 達也 藤田 勲生 片岡 淳朗 上田 祐也 槇野 貴文 原　友太 野間 康宏	村上 敬子 藤田 勲生 堀井 城一朗 片岡 淳朗 渡邊 純代 前原 弘江 槇野 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	
循環器病センター 呼吸器・	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	髙橋 健司 林 達朗	髙橋 健司		林　達朗		金…高橋医師は午後のみ
		午後					髙橋 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		
人工関節センター 脊椎・	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 信生 馬崎 哲朗	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
腫瘍センター 頭頸部	脳神経外科	午前	守山 英二	守山 英二	守山 英二	守山 英二	守山 英二	
	耳鼻咽喉・頭頸部外科	午前	中谷 宏章 田口 大蔵	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	下江 敬生	
精神科	精神科外来		水野 創一	水野 創一	水野 創一	水野 創一	水野 創一	月木…初診のみ(地連予約必) 火水金…再診のみ
画像センター	放射線診断科		道家 哲哉 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 槇野 貴文		月…午前のみ 木…午後のみ
支援センター 口腔相談	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。

多民族共生という避けて通れないテーマ

ミャンマーの首都ヤンゴンの路上は人で溢れている。アジア最後のフロンティアと呼ばれるこの国への進出を目論む外国企業の進出に伴って急速に国際化しており、街はブレードランナーのような混沌都市の様になっているが人々は穏やかで非常に治安がいい。仏教的な施しや相互扶助の精神、(来世の為にも)徳を積む、という考えが多くの人に根付いていることも人々が穏やかな理由の気がする。人口の1/10はイスラム、その他の少数民族やキリスト教やヒンドゥー教徒、先進国からのビジネス外国人達の間で軋轢はあるが、多民族共生という避けて通れないテーマに昔から直面し続けてきている。

写真:岩垣 宇紘

CONTENTS

Topics

ふくやま医師会広報「病院紹介コーナー」に掲載 1～2

「医療・福祉の専門家らによるwebマガジンOpinionsより転載」
地域包括ケアシステムに対する疑問 3·4

「市民文化講演会」開催記事が経済リポートに掲載 4

「医療・福祉の専門家らによるwebマガジンOpinionsより転載」
地域医療構想に正義はあるのか? 5

医療連携支援センター 通信 No.2 6

OPEN CONFERENCE

『嚥下内視鏡検査および嚥下造影検査の実際と評価法』 7·8

MEJフオーラム第5回シンポジウム(大阪開催)報告 9·10

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【前編】 11～15
ケニアでの診療援助を視察して 16·17

Topics

祝「歯科衛生士学生への啓発教育の効果」検討論文が日本エイズ学会誌に掲載 19·20

海外研修レポート 13th IHPBA World Congressに参加して 30

第57回日本小児外科学会中国四国地方会を主催して 31·32

看護部紹介No.2 33～36

1枚の絵 No.71 ひまわりサロンミニレクチャー 音楽カフェ ときめきコンサート
お知らせ 研修会·オープンカンファレンス がん診療部キャンサーボード 44

編集後記 44

外来診療予定表 (2018年10月) 45·46

連載

Vol.60 福山漢方談話会·患者さんのための漢方講座⑥⓪ ……8

No.45「AIDSなき時代をめざして」 ……18

緩和ケア入門 No.108 Price of Life ……21

No.41 在宅医療の現場から ……22

連載60 世界の病院から
韓国の病院見聞記(シーズンⅢ—③)
アジアで最もあたらしい心臓血管病院での看護師のワークデザインメディ·ブレックス セジョン(世宗)病院 ……23～29

Design No.21 ……32

"中国ビジネス情報" 転載 がん治療最前線 Vol.12 ……37

教育の原点10 茨木のり子の詩から広がる学び ……38

栄養管理室 No.117 花無き果実の花 ～いちじく～ ……39

No.57 事務部だより 「初めまして」 ……39

ビストロ ボントレ No.11 ……40

No.29 遠野神職のひとりごと ……41

No.57 Learning English ……41

私の趣味 No.65 痛い! ……42

音楽カフェの風景 ～その10～ ……43

ときめきコンサートのご案内 ……43

読者の皆さまのご意見·ご要望をもとに、より充実した内容の広報誌を目指しています。
意見·ご要望は FAX:084-931-3969 又は E-mail:info@fukuyama-hosp.go.jp までお寄せください。

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

〒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 2018.10月号/通巻126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