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

FMC NEWS

FUKUYAMA MEDICAL CENTER

福山医療センターだより



2026 October

Vol.19 No.10

Instagram

Instagram始めました！
病院紹介、採用情報を掲載しています。
是非ご覧ください。

nho_fukuyama

地域連携室で地域の病院クリニックの訪問を行っているのですが、今月号からその時に使用した案

消化器内科のご紹介 No.1



最先端の内視鏡診断

- 画像強調内視鏡
- 超音波内視鏡下生検
- カプセル内視鏡検査
- 小腸内視鏡検査

を実施しています。

低侵襲な内視鏡治療

- 内視鏡的粘膜下層剥離術(ESD)
- 総胆管結石治療
- 超音波内視鏡下ドレナージ術
- ステント留置術
- 静脈瘤治療
- 胃瘻造設術

を実施しています。

年間7,000件以上の内視鏡検査実績(ドッグ検査除く)

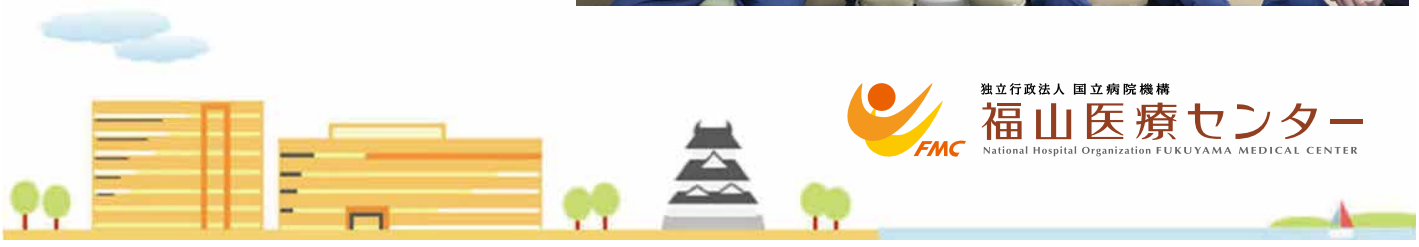
内視鏡だけでなく

- 悪性腫瘍に対する化学療法, 放射線療法(特に近年は遺伝子解析など個別化医療に積極的に取り組んでいる)
- 潰瘍性大腸炎やクローン病など炎症性腸疾患最新の生物学的製剤などの導入
- ヘリコバクター・ピロリ感染症
- 機能性胃腸症の診断, 治療
- ウィルス肝炎撲滅のための治療
- 肝細胞癌に対するTACE, RFAなど
- NAFLD(非アルコール性脂肪肝疾患)の診断, 治療

を実施してます。







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

内を元に各科の紹介記事を載せて行きます。第1回は消化器内科と外科・消化器外科の紹介です。

外科・消化器外科のご紹介 No.2

ロボット手術を含めた低侵襲手術で地域医療を支えています。

診療体制・特徴

- 院長以下、スタッフ、レジデント12名で診療
- 外来は臓器別に担当（食道、胃、小腸・大腸、直腸、肝胆膵、ヘルニアなど）
- エビデンス、ガイドラインに従ったがん治療を中心にした幅広い疾患に対応
- 集学的治療として遺伝子診断に基づいた最新の抗がん剤治療を導入
- 地域連携基幹病院として急性虫垂炎、急性胆嚢炎、イレウス、腹膜炎など緊急手術にも対応しています。

低侵襲手術・最新技術

- 各臓器で低侵襲の腹腔鏡下手術を積極導入しています。
- 2024年よりロボット手術（da VinciXi）を大腸がん・肝臓及び膵切除術で導入しています。
- 2025年のロボット手術は大腸がんで67例（52%）、肝・膵切除で8例
- 各種の臨床研究や治験にも参加しています。



手術実績

消化器外科手術（うち腹腔鏡下手術）	2025	2024	2023
食道	8(1)	4(2)	6(1)
胃・十二指腸	61(22)	62(17)	60(10)
小腸	6(2)	5(1)	2(1)
虫垂	51(49)	28(24)	25(23)
大腸	154(123)	90(48)	123(75)
ヘルニア	82(27)	57(10)	87(19)
イレウス・ストマ等	58(2)	39(13)	56(14)
肝臓	32(15)	33(14)	35(7)
胆道	130(108)	125(114)	127(113)
膵臓	23(4)	20(3)	25(3)
脾臓	0	0	0
手術総数（外科系全て含む）	1113(614)	1003(527)	1063(502)

認定施設・教育体制

- 日本外科学会、日本消化器外科学会 日本肝胆膵外科学会、日本大腸肛門病学会、日本胃癌学会の認定施設
- 専門医・指導医を多数育成・輩出



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

Topics

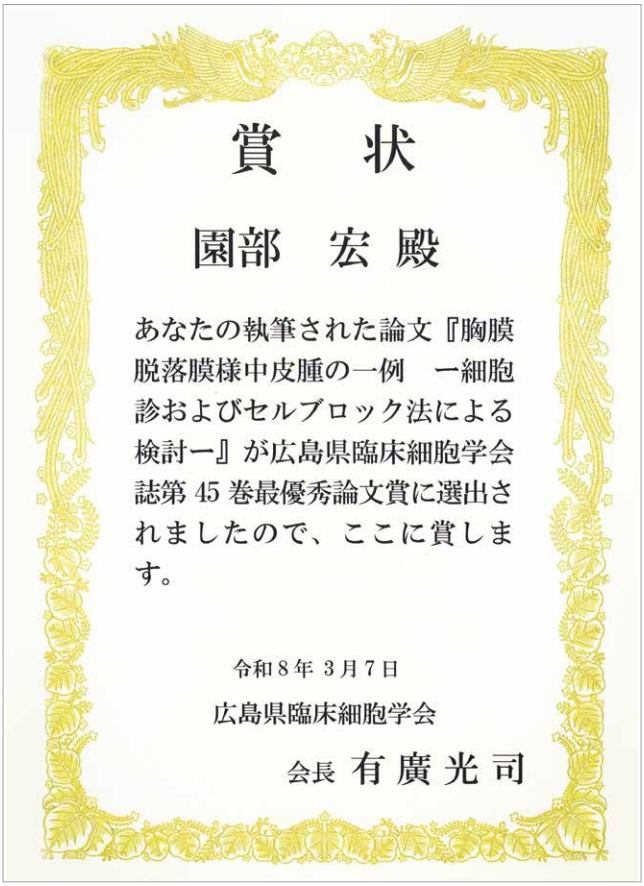
祝 NO.93 広島県臨床細胞学会誌第45巻 最優秀論文賞選出

広島県臨床細胞学会誌第45巻 最優秀論文賞選出



病理診断科
園部　宏

この度、広島県臨床細胞学会誌第４５巻に掲載されました論文「胸膜脱落膜様中皮腫の一例―細胞診およびセルブロック法による検討」が最優秀論文に選出されました。当院の共著者は、病理診断科・表　梨華、臨床検査科・和田 弘輝、山代 祥子、中桐 智香子、福田 由美子および呼吸器外科・二萬 英斗、高橋 健司です。



賞　状

園部　宏 殿

あなたの執筆された論文『胸膜脱落膜様中皮腫の一例　一細胞診およびセルブロック法による検討一』が広島県臨床細胞学会誌第 45 巻最優秀論文賞に選出されましたので、ここに賞します。

令和８年 ３月７日

広島県臨床細胞学会

会長 有廣光司

要旨:アスベスト暴露歴をもつ70歳代の男性。CTで左胸膜多発性腫瘤と胸水を指摘。生検では、病変は大小不同を示す大型上皮様細胞のシート状増殖を特徴とする脱落膜様中皮腫であった。胸水細胞診では異型核をもつ類円形の大型上皮様細胞が出現し、上皮様中皮腫との診断は容易であったが、脱落膜様中皮腫の推定はできなかった。細胞像からこの型の中皮腫と診断するには、この腫瘍の存在と細胞学的特徴の認識に加え、症例の集積が必要である。

広島臨細胞誌　2025. 45:22−28

Publish





消化器外科
寺石 文則

泌尿器科
長谷川 泰久

当院では、診療科の垣根を越えて手術支援ロボットを効率的に活用する体制を整え、2025年度は年間254件の手術を実施しました。導入から安定運用までの取り組みをまとめた本研究は、他の医療機関にとっても参考となる実践的な内容として査読者から高く評価され、Journal of Robotic Surgery（Impact Factor 2025; 4.2）に掲載されました。



Journal of Robotic Surgery (2026) 20:864
https://doi.org/10.1007/s11701-026-03061-4

RESEARCH

Establishing a sustainable and high-utilization robot-assisted surgery platform in a regional cancer center: insights from a multidisciplinary, break-even–guided operational strategy

Fuminori Teraishi[1,4] · Yasuhisa Hasegawa[2] · Kenji Takahashi[3] · Yuya Kato[1] · Ryusei Takahashi[1] · Hiroki Okabayashi[1] · Masashi Utsumi[1] · Koji Kitada[1] · Ryosuke Hamano[1] · Naoyuki Tokunaga[1] · Hideaki Miyaso[1] · Yosuke Tsunemitsu[1] · Shinya Otsuka[1] · Masaru Inagaki[1]

Received: 5 July 2026 / Accepted: 10 August 2026
© The Author(s), under exclusive license to Springer Verlag London Ltd., part of Springer Nature 2026

Abstract

Adoption of robot-assisted surgery (RAS) in regional non-urban cancer centers is constrained by high fixed costs and insufficient case volumes to achieve financial sustainability. Break-even thresholds vary widely (120–300 cases/year) across institution types; however, operational models for resource-constrained settings remain poorly characterized. To evaluate whether a financially sustainable, high-utilization RAS platform centered on colorectal cancer surgery can be established in a regional, non-urban cancer center through a four-phase, cross-departmental, volume-driven strategy guided by break-even analysis. A single da Vinci Xi system was shared across surgical departments. Annual fixed costs totaled ¥47,500,000, incremental revenue was ¥650,000/case, and variable instrument costs were ¥300,000, ¥350,000, and ¥400,000. A four-phase strategy was implemented: anchoring volume through urology, expanding into colorectal surgery via structured proctorship, broadening colorectal indications, and dynamically allocating robotic capacity across departments. Annual RAS volume reached 254 cases in 2025, exceeding the break-even threshold of 200–250 cases across cost scenarios. Robot-assisted colorectal surgery increased fifteen-fold between April and October 2025, stabilizing at 6–9 cases/month. Weekday utilization reached 1.2–1.5 cases/day in high-volume months and remained at or above 100% throughout the maturation phase. A sensitivity analysis confirmed that procedural volume, not instrument cost variation, is the dominant determinant of financial sustainability. A sustainable, high-utilization RAS platform is achievable within 18–24 months using a four-phase, volume-driven strategy. Under Japan's reimbursement structure, 200–250 annual cases represent the critical break-even threshold. This framework offers a transferable roadmap for non-urban cancer centers facing barriers to adoption.

Keywords Break-even analysis · Colorectal cancer · Operational strategy · Program implementation · Robot-assisted surgery

Introduction

Robot-assisted surgery (RAS) has been increasingly adopted across surgical specialties worldwide, including colorectal cancer surgery, owing to its well-recognized technical advantages: enhanced dexterity, three-dimensional visualization, and improved operative precision [1, 2]. These capabilities facilitate meticulous dissection and reliable preservation of critical neurovascular structures, contributing to improved functional and perioperative outcomes [2, 3]. Notably, in rectal cancer surgery, where precise dissection within the narrow pelvic space is paramount, RAS

✉ Fuminori Teraishi
pkc1993@jichi-okayama-u.ac.jp

1 Department of Surgery, NHO Fukuyama Medical Center, Hiroshima 720-8520, Japan
2 Department of Minimally Invasive Therapy Center, NHO Fukuyama Medical Center, Hiroshima, Japan
3 Department of Thoracic Surgery, NHO Fukuyama Medical Center, Hiroshima, Japan
4 Department of Gastroenterological Surgery, Dentistry and Pharmaceutical Sciences, Okayama University Graduate School of Medicine, Okayama, Japan

Published online: 21 August 2026

Springer



offers particular advantages over conventional laparoscopic approaches in terms of ergonomics and instrument maneuverability [1, 2].

Despite these clinical merits, the substantial costs associated with RAS, encompassing capital investment, ongoing maintenance, and disposable instrument expenses, represent a significant barrier to widespread adoption, particularly in regional, non-urban comprehensive cancer centers where patient volume may be insufficient to offset fixed expenditures [4]. Therefore, achieving a high-utilization RAS platform is essential not only to maximize clinical benefits but also to ensure long-term financial sustainability.

Prior investigations have highlighted the critical role of procedural volume and cost-conscious practice in attenuating the economic burden of RAS programs [3, 4]. However, the available economic evidence remains methodologically heterogeneous and context-dependent. Break-even analyses across institution types have reported markedly divergent minimum volume thresholds, ranging from approximately 120 to over 300 annual procedures, reflecting substantial variations in cost structures, reimbursement systems, and case mix [4, 5]. Moreover, most published evidence derives from high-volume academic or urban institutions, and a recent multicenter analysis of robot-assisted colectomy demonstrated that 65.2% of procedures were performed at high-volume hospitals, underscoring the pronounced geographic and institutional concentration of RAS utilization [6]. Importantly, patients treated at high-volume centers experienced significantly lower hospitalization costs and reduced adverse event rates than those treated at low-volume centers [6], suggesting that the current evidence may not be generalizable to resource-constrained settings where unmet needs are greatest. Practical, replicable operational models applicable to regional cancer centers remain insufficiently characterized in the literature.

This evidence gap is particularly consequential given recent observations indicating that RAS adoption remains largely concentrated in metropolitan centers, with regional and rural facilities facing persistent structural barriers, including limited case volumes, workforce constraints, and reduced access to proctorship programs, which impede sustainable program implementation [7]. In many institutions, RAS programs are initially anchored by a single high-volume specialty, most commonly urology, to establish baseline case volumes and stabilize fixed-cost recovery [3]. However, long-term programmatic sustainability necessitates systematic expansion beyond the initiating specialty. Incorporating colorectal surgery within a cross-departmental resource-sharing framework offers a promising pathway to optimize robotic platform utilization and improve the overall cost–benefit profile [3].

This study aimed to evaluate whether a high-utilization, financially sustainable RAS platform centered on colorectal cancer surgery can be established in a regional comprehensive cancer center through a volume growth strategy integrated with break-even–guided operational management. We further propose a practical and transferable framework for RAS program development applicable to non-urban cancer centers with constrained resources.

Materials and methods

Study design and institutional setting

This single-center retrospective cohort study describes the implementation and operational optimization of a robot-assisted surgery (RAS) program at a regional, non-urban comprehensive cancer center. The da Vinci Xi robotic surgical system (Intuitive Surgical, Sunnyvale, CA, USA) was introduced in November 2023 and has been in continuous clinical operation since then. The institution serves as a regional referral center providing multidisciplinary oncologic care. The RAS was adopted as part of a strategic institutional initiative to advance minimally invasive treatment. The present analysis focused on the stepwise development of a high-utilization RAS platform, with colorectal cancer surgery serving as the central pillar of program expansion.

Phased implementation strategy

A structured, volume-driven implementation strategy was prospectively designed and executed to establish, scale, and sustain an RAS program across surgical departments. The strategy comprised four sequential phases, each corresponding to a discrete decision node with defined operational thresholds that served as progression criteria to the subsequent phase (Table 1).

Phase 1: Establishment of baseline case volume

During the initial phase, procedural volume was anchored by prioritizing urologic surgery, which offered high procedural demand and well-established indications for robotic approaches. This phase aimed to ensure consistent platform utilization, facilitate multidisciplinary team familiarization, and standardize perioperative workflows prior to program expansion. Progression to Phase 2 was considered appropriate upon achievement of a sustained weekday utilization rate of at least one case per working day for a minimum of three consecutive months.

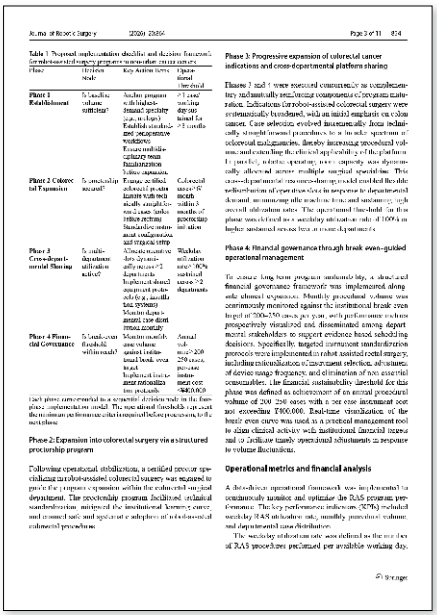


Table 1 Proposed implementation checklist and decision framework for robot-assisted surgery program transition, maintenance, and expansion

Phase	Decision node	Key Action Items	Operational threshold
Phase 1 Establishment	Is baseline volume sufficient?	Anchor program with high-demand specialty (e.g., urology) Establish standardized perioperative workflows Ensure multidisciplinary team familiarization Initiate operation	> 1 case/working day/month for > 3 months
Phase 2 Colorectal Expansion	Is sustainability secured?	Ensure skilled robotic surgeons Maintain volume with multiple surgeons (urology, colorectal) Standardize instrument management and logistics Implement proctorship	Colorectal cases/ month within 3 months of proctorship initiation
Phase 3 Cross-departmental Sharing	Is multi-department utilization achieved?	Allocate operative days dynamically across ≥ 2 departments Implement shared equipment protocols (e.g., instrument tracking system) Maintain departmental case distribution equity	Weekday utilization rate ≥ 80% sustained across ≥ 2 departments
Phase 4 Financial Governance	Is break-even threshold sustainably met?	Monitor monthly case volume against institutional break-even target Implement limited-time measures to promote	Annual volume ≥ 200–250 cases/year Fixed cost ≤ ¥47,500,000

Each phase gate was applied in a sequential decision node in the first place, implementation model. The next step if threshold is not met the minimum performance criteria must be met before progression to the next phase

Phase 2: Expansion into colorectal surgery via a structured proctorship program

Following operational stabilization, a certified proctor specializing in robot-assisted colorectal surgery was engaged to provide hands-on expansion within the established surgical department. The proctorship program facilitated clinical standardization, mitigated the institutional learning curve, and ensured safe and efficient adoption of robot-assisted colorectal procedures.

Phase 3: Progressive expansion of colorectal cancer indications and cross-departmental platform sharing

Phases 3 and 4 were executed concurrently as complementary, multifaceted components of program maturation. Indications for robot-assisted colorectal surgery were systematically broadened, with an initial emphasis on colon cancer. Case selection evolved incrementally from technically straightforward procedures to a broader spectrum of colorectal malignancies, thereby increasing procedural volume and extending the clinical applicability of the platform. In parallel, to drive operating room capacity was dynamically allocated across multiple surgical specialties. This cross-departmental resource-sharing model enabled flexible redistribution of operative days in response to departmental demand and urology efficiency. Strict and uncompromising safety oversight underpinned the expansion. The operational thresholds for this phase were defined as achievement of an annual procedural volume of 200–250 cases with a per case instrument cost not exceeding ¥300,000. Real-time visualization of the break-even curve was used as a practical management tool to align clinical activity with institutional financial incentives and to facilitate timely operational adjustments in response to volume fluctuations.

Operational metrics and financial analysis

A data-driven operational framework was implemented to continuously monitor and optimize the RAS program performance. The key performance indicators (KPIs) included weekday RAS utilization rate, monthly procedural volume, and departmental case distribution.

The weekday utilization rate was defined as the number of RAS procedures performed per available working day,



excluding weekends and national holidays. A utilization rate of 100% corresponded to performing one RAS procedure per available working day, representing full operational capacity under the institutional standard scheduling model of one robotic case per day. Utilization rates exceeding 100% indicated the number of days on which more than one RAS procedure was performed, reflecting extended operative scheduling or enhanced throughput efficiency.

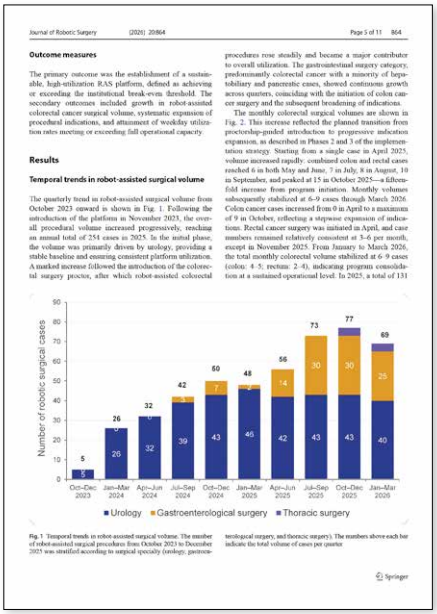
A break-even analysis was conducted to estimate the minimum annual procedural volume required to offset the total program costs. Fixed costs were defined as capital equipment depreciation and annual maintenance fees totaling ¥47,500,000 per year. Variable costs were defined as per-case disposable instrument expenses, modeled at three discrete levels: ¥300,000, ¥350,000, and ¥400,000 per case. Capital depreciation was calculated based on the platform's acquisition cost using the institution's standard depreciation period. Maintenance costs were derived from the annual service contract. The incremental revenue attributable to RAS was estimated to be ¥650,000 per case, which is above the standard laparoscopic reimbursement.

In Japan, healthcare costs are governed by a nationally unified fee schedule administered under the statutory National Health Insurance (NHI) system, under which procedure costs are shared between the NHI insurer (approximately 70%) and the individual patient (approximately 30% co-payment). The robotic surgery supplementary fee above the standard laparoscopic reimbursement is approved for a strictly defined list of oncological indications, including prostate cancer, rectal cancer, and gastric cancer, for colorectal surgery specifically, the supplementary fee applies exclusively to rectal cancer, whereas robot-assisted colon resection is reimbursed at the same rate as standard laparoscopic surgery. The incremental revenue estimate of ¥650,000 per case reflects this reimbursement structure and was applied uniformly across the three cost scenarios in the break-even model.

The break-even volume (N^*) was derived using the following program-level profit model: $\Pi = N \times (\Delta Rev - \Delta Cons) - F$, where Π denotes annual program profit, N denotes annual procedural volume, ΔRev denotes incremental revenue per case (¥650,000), $\Delta Cons$ denotes per-case variable instrument cost (¥300,000, ¥350,000, or ¥400,000), and F denotes annual fixed costs (¥47,500,000). Setting $\Pi = 0$ and solving for N yields $N^* = F / (\Delta Rev - \Delta Cons)$, producing theoretical break-even volumes of 136, 158, and 190 cases per year for the three instrument cost scenarios, respectively. The operational target of 200–250 cases was set above these theoretical minima as a conservative threshold, incorporating a safety margin to account for real-world variability in case mix, instrument usage patterns, and scheduling efficiency. Break-even thresholds were calculated for each of the three variable cost scenarios to identify the procedural volume at which the program achieved financial neutrality. The cost analysis was confined to procedure-level costs directly attributable to RAS: capital equipment depreciation, annual maintenance fees, and per-case disposable instrument expenses. Costs associated with the admission encounter (medications, blood transfusions, anesthesia, and hospital stay) and operating room time were excluded, as OR time-based billing is not separately itemized under Japan's national fee schedule. Instrument configurations—including robotic instruments, vessel sealing systems, and linear staplers—were standardized across cases during the proctorship phase, and an insufficient system was shared across departments, as a result, per-case instrument costs were consistent across surgeons. All robot-assisted colorectal procedures were performed by surgeons who had completed the institutional proctorship program and met defined competency criteria prior to independent practice.

The analytical framework of the break-even model followed the hospital perspective and the program-level cost structure proposed by Iwaoki and Kotsuna [8], adapted to the institutional cost and reimbursement parameters of the present study. Specifically, annual program profit (Π) was defined as the product of annual case volume (N) and the per-case contribution margin (incremental revenue minus variable costs), minus the effective annual fixed cost (F), expressed as: $\Pi = N \times (\Delta Rev - \Delta Cons) - F$, where ΔRev denotes the incremental revenue per case above laparoscopic reimbursement and $\Delta Cons$ denotes the per-case variable instrument cost. The break-even volume (N^*) was derived by setting $\Pi = 0$ and solving for N, yielding $N^* = F / (\Delta Rev - \Delta Cons)$. Under this formulation, the existence of a positive break-even threshold requires that the per-case contribution margin ($\Delta Rev - \Delta Cons$) be strictly positive; when this condition holds, the program achieves financial neutrality at a defined volume and generates positive margins beyond that point. This structural relationship underpins the sensitivity analyses reported in the results section, in which the break-even threshold was evaluated across the three discrete variable cost scenarios. Additionally, in accordance with the platform-sharing framework described by Iwaoki and Kotsuna [8], the effective fixed cost allocated to the gastrointestinal surgery department was modeled as a function of the cross-departmental sharing rate (ε), such that the department-level fixed cost burden is $(1 - \varepsilon) F$. The impact of platform sharing on program-level profitability is incorporated into the sensitivity analysis as a key operational lever.

All KPIs and financial performance metrics were prospectively visualized and regularly disseminated among institutional stakeholders to support evidence-based operational decision making and optimize scheduling practices.



Outcome measures

The primary outcome was the establishment of a sustainable, high-utilization RAS platform, defined as achieving or exceeding the institutional break-even threshold. The secondary outcomes included growth in robot-assisted colorectal cancer surgical volume, systematic expansion of procedural indications, and attainment of weekday utilization rates meeting or exceeding full operational capacity.

Results

Temporal trends in robot-assisted surgical volume

The quarterly trend in robot-assisted surgical volume from October 2023 onward is shown in Fig. 1. Following the introduction of the platform in November 2023, the overall procedural volume increased progressively, reaching an annual total of 254 cases in 2025. In the initial phase, the volume was primarily driven by urology, providing a stable baseline and ensuring consistent platform utilization. A marked increase followed the introduction of the colorectal surgery proctor, after which robot-assisted colorectal procedures rose steadily and became a major contributor to overall utilization. The gastrointestinal surgery category, predominantly colorectal cancer with a minority of hepatobiliary and pancreatic cases, showed continuous growth across quarters, coinciding with the initiation of colon cancer surgery and the subsequent broadening of indications.

The monthly colorectal surgical volumes are shown in Fig. 2. This increase reflected the planned transition from proctorship-guided introduction to progressive indication expansion, as described in Phases 2 and 3 of the implementation strategy. Starting from a single case in April 2025, volume increased rapidly: combined colon and rectal cases reached 6 in both May and June, 7 in July, 8 in August, 10 in September, and peaked at 15 in October 2025—a fifteen-fold increase from program initiation. Monthly volumes subsequently stabilized at 6–9 cases through March 2026. Colon cancer cases increased from 0 in April to a maximum of 9 in October, reflecting a stepwise expansion of indications. Rectal cancer surgery was initiated in April, and case numbers remained relatively consistent at 5–6 per month, except in November 2025. From January to March 2026, the total monthly colorectal volume stabilized at 6–9 cases (colon: 4–5; rectum: 2–4), indicating program consolidation at a sustained operational level. In 2025, a total of 131

Fig. 1 Temporal trends in robot-assisted surgical volume. The number of robot-assisted surgical procedures from October 2023 to December 2025 was stratified according to surgical specialty (urology, gastroenterological surgery, and thoracic surgery). The numbers above each bar indicate the total volume of cases per quarter

Springer

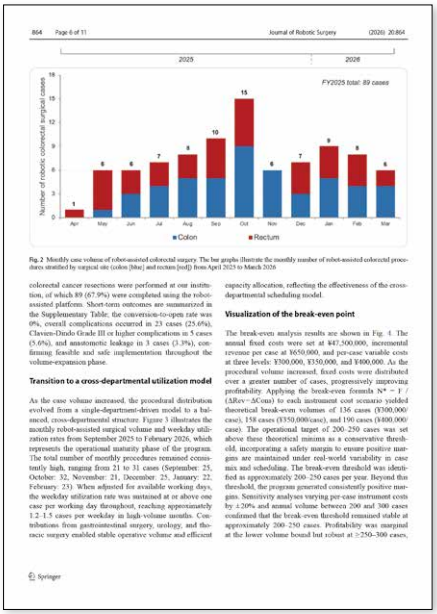


Fig. 2 Monthly case volume of robot-assisted colorectal surgery. The bar graphs illustrate the monthly number of robot-assisted colorectal procedures stratified by surgical site (colon [blue] and rectum [red]) from April 2025 to March 2026

colorectal cancer resections were performed at our institution, of which 89 (67.9%) were completed using the robot-assisted platform. Short-term outcomes are summarized in the Supplementary Table; the conversion-to-open rate was 0%, overall complications occurred in 23 cases (25.6%), Clavien–Dindo Grade III or higher complications in 5 cases (5.6%), and anastomotic leakage in 3 cases (3.3%), confirming feasible and safe implementation throughout the volume-expansion phase.

Transition to a cross-departmental utilization model

As the case volume increased, the procedural distribution evolved from a single-department-driven model to a balanced, cross-departmental structure. Figure 3 illustrates the monthly robot-assisted surgical volume and weekday utilization rates from September 2025 to February 2026, which represents the operational maturity phase of the program. The total number of monthly procedures remained consistently high, ranging from 21 to 31 cases (September: 25, October: 32, November: 21, December: 25, January: 22, February: 23). When adjusted for available working days, the weekday utilization rate was sustained at or above one case per working day throughout, reaching approximately 1.2–1.5 cases per weekday in high-volume months. Contributions from gastrointestinal surgery, urology, and thoracic surgery enabled stable operative volume and efficient capacity allocation, reflecting the effectiveness of the cross-departmental scheduling model.

Visualization of the break-even point

The break-even analysis results are shown in Fig. 4. The annual fixed costs were set at ¥47,500,000, incremental revenue per case at ¥650,000, and per-case variable costs at three levels: ¥300,000, ¥350,000, and ¥400,000. As the procedural volume increased, fixed costs were distributed over a greater number of cases, progressively improving profitability. Applying the break-even formula $N^* = F / (\Delta Rev - \Delta Cons)$ to each instrument cost scenario yielded theoretical break-even volumes of 136 cases (¥300,000/case), 158 cases (¥350,000/case), and 190 cases (¥400,000/case). The operational target of 200–250 cases was set above these theoretical minima as a conservative threshold, incorporating a safety margin to ensure positive margins are maintained under real-world variability in case mix and scheduling. The break-even threshold was identified as approximately 200–250 cases per year. Beyond this threshold, the program generated consistently positive margins. Sensitivity analyses varying per-case instrument costs by ±20% and annual volume between 200 and 300 cases confirmed that the break-even threshold remained stable at approximately 200–250 cases. Profitability was marginal at the lower volume bound but robust at ≥250–300 cases,

Springer

いろんなテーマでつぶやきます

外科医のひとりごと

Vol.83「星新一生誕100年」



福山医療センター
院長補佐
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」。

医療関係の作品も9月6日は「ショートショートの神様」である星新一の生誕一〇〇年の日でした。小学六年生の時に初めて出合い、長文作品が全く苦手だった私はとりこになって読みふけっていました。

星の作品には宇宙旅行やロボットなどSF的要素だけでなく、現代社会の問題を予知したものが多く、少子高齢化、ネット社会やAIなど先見の明に驚かされます。また、性や暴力の描写は避けています。星は製薬会社の二代目で東京大農芸化学科を卒業しているので、医療に関する作品が多いのも特徴です。その中から私のお薦めを挙げてみます。

「おーい でてこーい」

無限の深さを持った穴が突然ある村に出現して、その中に不要な物を何でも捨ててしまう社会を描きます。「目の前から消えれば問題は解決した」と考える人間の姿が、現代の環境汚染、核廃棄物問題などを連想させます。最後のオチが秀逸すぎて感動しました。「ボッコちゃん」に収録。

「番号をどうぞ」

マイナンバーのように個人を番号によって一元的に管理する世界で、ボートから湖に落ちてカードや保険証など全ての番号を無くしてしまった男。銀行や病院、警察で番号を求められても答えられず、社会から拒絶されてしまうという話です。番号管理の利便性と危険性を示唆する作品で、1960年代に書かれた作品とは思えません。「ひとにぎりの未来」に収録。

「生活維持省」

科学技術の進歩によって病気や犯罪が減った平穏な社会を維持するため、国家機関が人々の生活や人口を管理し、コンピューターによって「誰がいつ死ぬか」までが決められている社会を描きます。現在のAIによる行動予測や意思決定を考えると非常に不気味です。「ボッコちゃん」に収録。

「声の網」

全一二話からなる連作短編小説です。電話網を通じて社会全体がつながり、人々の行動や秘密が把握されてしまう世界を描いています。1970年の作品でありながら、現代のインターネット、ビッグデータによる監視社会や個人情報収集を連想させます。

「ゆきとどいた生活」

家事が全て自動化された八〇階建てに住み、宇宙旅行関連会社に勤務するテール氏の満ち足りた生活を描いています。現在のスマートホーム、スマートスピーカー、家電の自動化を連想させます。これもオチが素晴らしく、「便利さが極端になると人間は機械に生活を支配されるようになる」との警鐘を鳴らしています。「ボッコちゃん」に収録。

「殺し屋ですのよ」

ある会社の社長の前に、「何の証拠も残さずに商売敵を殺せます」と言う女性が突然現れ、半信半疑で依頼すると四カ月後に見事成功します。ちょっとブラックなオチ。私は医師なので納得ですが、発想には驚かされました。「ボッコちゃん」に収録。

どの作品もとても面白く機知に富んでいるので、SFに興味がなくて読んだことがないという方もぜひ読んでください。今年は星の生誕一〇〇年に当たり、これを記念して書籍未収録のエッセイを中心とした「きまぐれカプセル」が新潮社から出版されました。

連載 No.137

在宅医療の現場から

食卓という尊い場所



訪問診療部　部長
歯科医師
猪原　光

「先生、ありがとうございます。もう一度、食卓に自分の場所ができました」

患者さんが、嬉しそうにしみじみと言われた言葉に、私は胸をうたれました。

初めてお会いした時、この方は重い病気を患っておられ、食べることが難しくなってきていました。そこで、私たちの食支援チームが関わることになりました。

まずは嚥下内視鏡検査を行い、どのくらい飲み込む力が残っているのか、どんなものなら安全に食べられるのかを確認しました。

そして、ベッドの上で姿勢を整え、ゼリーやとろみをつけた水分を使いながら、少しずつ食べる練習を始めました。

「もう一度、食事らしいものが食べたい」

その思いを目標に、根気強く食べるためのリハビリを続けること半年。

再び詳しく調べてみると、リハビリの成果が現れ、食べられるものを少しずつ増やしていけることがわかりました。念願かない、数年ぶりに、食卓でご飯を食べる時間が実現しました。



口から食事を摂らなくなってから、施設の食卓には、この方の「場所」がなくなっていました。

「先生、久しぶりに食卓に自分の場所ができました。これは本当にうれしいものですね。また皆さんと一緒に、食卓を囲めるのですね」

その言葉を聞いて、私は初めて気づきました。

食卓は、誰かと同じ時間を過ごし、ともに味わい、「ここに自分の居場所がある」と感じられる場所。患者さんから、食卓という場所の尊さを教えていただいた、忘れられない経験となりました。

これからも皆さんの食卓にお伺いして、幸せな食卓を増やしていきたいと思います。



医療法人社団 敬崇会
猪原［食べる］総合歯科医療クリニック

〒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

No.14

面白い生物の世界とクラシック音楽

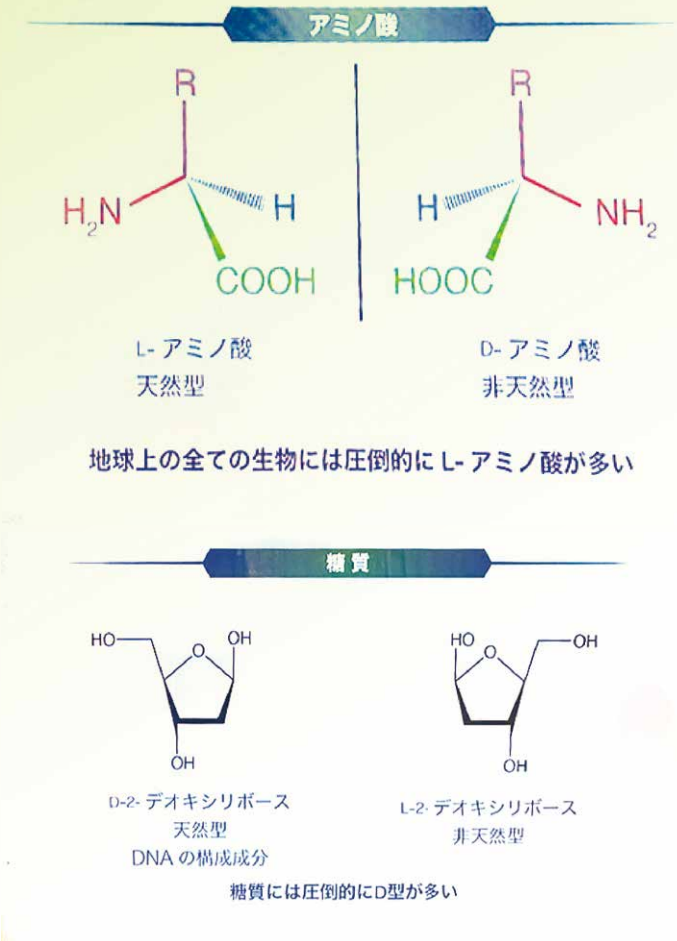


臨床検査科　特別診療役
長谷川　利路

広島県出身のノーベル賞受賞者「硲合憲三」氏

今年のノーベル化学賞に広島県出身の硲合憲三氏が選ばれました。前回紹介した日本初のノーベル生理学・医学賞を受賞された利根川進氏の曽祖父は福山誠之館中学校（現誠之館高校）の2代目校長ということで、広島県、福山市に馴染のある両氏を輩出したことは喜ばしいことです。硲合先生は不斉自己触媒反応を発見したことが受賞のきっかけとなり、この現象は生命の特質である自己増殖と後述するホモキラリテイ（鏡像異性体の一方だけが構成成分である）を併せ持つ反応です。以前ある論文でこの仕組みがＤＮＡと同様に細菌から人間、ライオンなど全ての生物に共通することを知り、俄然興味が湧き以前「放送大学」で硲合先生のご講演を聴いたことがあります。皆さんは新聞やテレビで既にご存じと思いますが、今回再勉強する意味もあり当時の講演の内容を簡単に紹介します。

鏡像異性体



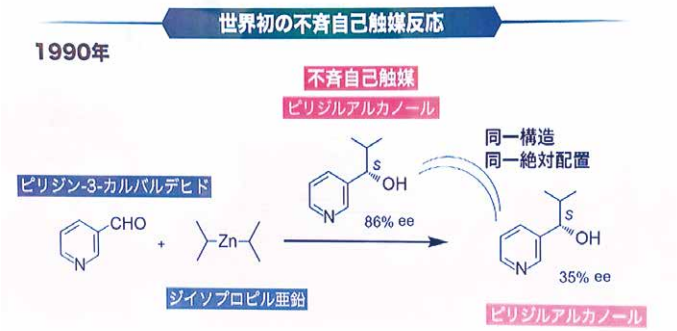
まず光学異性体などは高校で習われたと思いますが、鏡像異性体については化学式、分子量、融点などが全く同じですが、立体的に見たとき原子の付く方向のみが異なる物質でL型とD型に分類されます。しかし、この構造の違いにより生物に対する作用が大きく異なります。例えば香料カルボンはC10H14Oという同じ構造式ですが、1つはキャラウェイの香りと他方はスペアミントの香りとなり、その違いは匂い分子が匂い受容体へのはまり方、相互作用に差が生じてこの香りが生じるのです。

蛋白質では自然界で存在する20種類のアミノ酸のうち19種類がL型アミノ酸1種類（グリシン）のみがD型です。大多数のL型アミノ酸にD型アミノ酸が混じった蛋白質が合成されると蛋白質全体の立体構造が変化し正常な酵素作用を発現できなくなります。糖質における違いについては、DNAを構成するリボースなどD型糖質が殆どですが、L型リボースがＤＮＡに不規則に混入すると正常ならせん構造を形成できなくなります。そして遺伝情報を伝達できなくなり生命活動が維持できない状況に至ります。つまりL型アミノ酸のみ、D型糖質のみを生命は利用し、これらの異性体が生命の活動に必須なわけです。このことを生命のホモキラリテイーといい、人工的にアミノ酸を合成するとラセミ体というL型とD型が同じ量混じて生成されますが、生物がどうやって片方だけを選択的に作ることができたのかについては長年不明でしたが、これを解明したのが硲合先生による不斉自己触媒反応になります。

生命における不斉自己触媒反応の原理

まず言葉の説明ですが、「不斉」とは対称性がないこと、つまり鏡像異性体であることを意味します。「不斉合成」とは鏡像異性体の一方だけを合成することで、生物が自己増殖するように有機化合物も自己増殖して一方のホモキラリテイに至る過程を実現する反応を言います。

生命における不斉自己触媒反応としては、触媒と生成物が同一構造で同一の絶対配置をとり、キラルな生成物が触媒として働き不斉に自己増殖するものです。利点としては①自己増殖：生命が用いる効率の良いシステム、②生成物が次の触媒になるため、触媒活性の劣化や量の減少がない、③生成物と触媒が同一なので分離する必要がない、ことが挙げられます。不斉触媒を使ってどちらか一方から優先的に反応させることで、一方の異性体を優先的に合成させ偏りが大きくなります。硲合先生は1990年ピリジルアルカノールという物質が不斉触媒として、同一構造同一絶対配置となるピリジルアルカノールが合成物として生じる不斉自己触媒反応を世界で初めて合成されました。このようなキラルな化合物を自己増殖することを不斉自己触媒反応といい、それらを利用した10回の反応で約6000万倍の生成物に増殖することを示されました。最初にわずかでも鏡像異性体の偏りがあれば、つまりキラル要因を極限まで減少させても不斉自己触媒反応で鏡像体過剰率が莫大に向上することが示されています。生命のように不斉が増幅する化学反応・生命の誕生に欠かせない自己増殖が生命と関連の深いキラル化合物で観察された点で意義が大きいと言えます。私見ですが、さらに極端に言えば絶対不斉合成という、キラル要因が無くても自発的に不斉合成が生じることが考えられ、最初の生命の起源に繋がると思われます。



不斉自己触媒反応とは、触媒と生成物が同一構造で同一の絶対配置をとり、キラルな生成物が触媒として働き不斉に自己増殖するものである。

連載 No.210 栄養管理室

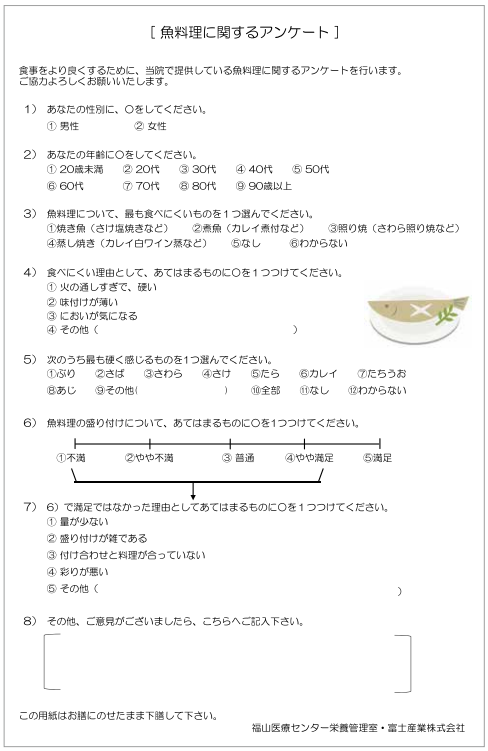
食事に関するアンケート調査を実施しました

管理栄養士 森廣 真菜

栄養管理室では、入院患者さんを対象に食事に関するアンケート調査を実施しています。このアンケート調査結果から病院食の満足度や嗜好を把握し、献立改善に役立てています。

令和8年8月に実施した魚料理に関する調査結果を一部ご報告いたします。今回は一般食、減塩食（形態調整食は除く）を喫食している114人を対象に、魚料理について調査を行い、合計67人（一般食56人、減塩食11人）の方から回答をいただきました。（回収率58.8%）一般食では29%、減塩食では30%の方が食べにくい魚料理があると回答しました。食べにくい理由としては、一般食では「においが気になる」、減塩食では「味が薄い」という回答を多く得られました。この結果をもとに、魚料理のにおいを抑え、食べやすい調理法や味付けを検討していきたいと思います。

今後もアンケート調査からいただいた貴重な意見を参考に、よりよい食事提供につなげられるよう給食業務に取り組んでまいります。アンケート調査にご協力いただきありがとうございました。



［ 魚料理に関するアンケート ］

食事をより良くするために、当院で提供している魚料理に関するアンケートを行います。
ご協力よろしくお願いいたします。

1） あなたの性別に、○をしてください。
① 男性　② 女性

2） あなたの年齢に○をしてください。
① 20歳未満　② 20代　③ 30代　④ 40代　⑤ 50代
⑥ 60代　⑦ 70代　⑧ 80代　⑨ 90歳以上

3） 魚料理について、最も食べにくいものを１つ選んでください。
①焼き魚（さけ塩焼きなど）　②煮魚（カレイ煮付など）　③照り焼（さわら照り焼など）
④蒸し焼き（カレイ白ワイン蒸など）　⑤なし　⑥わからない

4） 食べにくい理由として、あてはまるものに○を１つつけてください。
① 火の通しすぎで、硬い
② 味付けが薄い
③ においが気になる
④ その他（　　）

5） 次のうち最も硬く感じるものを1つ選んでください。
①ぶり　②さば　③さわら　④さけ　⑤たら　⑥カレイ　⑦たちうお
⑧あじ　⑨その他（　　）　⑩全部　⑪なし　⑫わからない

6） 魚料理の盛り付けについて、あてはまるものに○を１つつけてください。
①不満　②やや不満　③普通　④やや満足　⑤満足

7） 6）で満足ではなかった理由としてあてはまるものに○を１つつけてください。
① 量が少ない
② 盛り付けが雑である
③ 付け合わせと料理が合っていない
④ 彩りが悪い
⑤ その他（　　）

8） その他、ご意見がございましたら、こちらへご記入下さい。

この用紙はお膳にのせたまま下膳して下さい。

福山医療センター栄養管理室・富士産業株式会社

【食事の満足度】

1）性別（一般食）

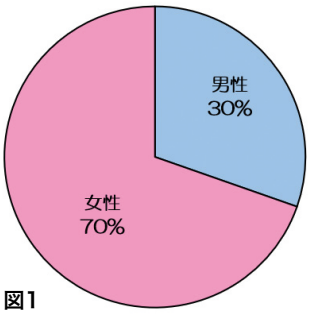


図1

2）年齢（一般食）

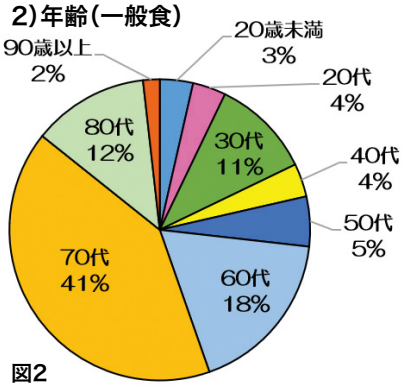


図2

3）食べにくい魚料理について（一般食）

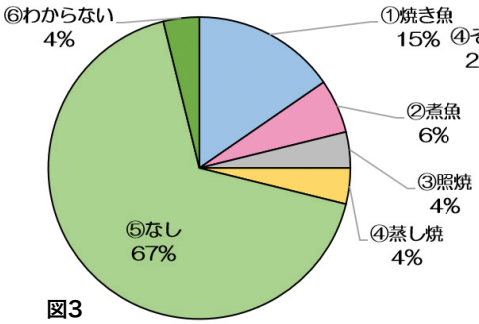


図3

4）3で食べにくいと答えた理由（一般食）

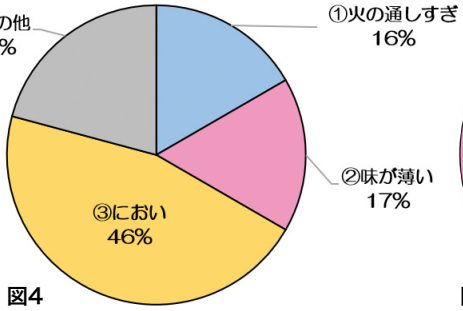


図4

1）性別（減塩食）

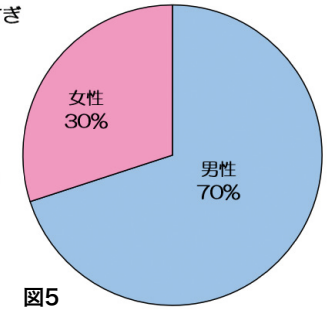


図5

2）年齢（減塩食）

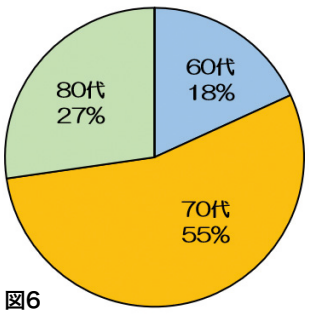


図6

3）食べにくい魚料理について（減塩食）

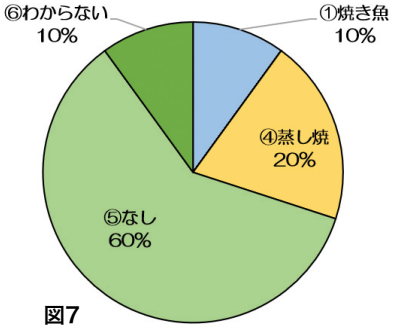


図7

4）3で食べにくいと答えた理由（減塩食）

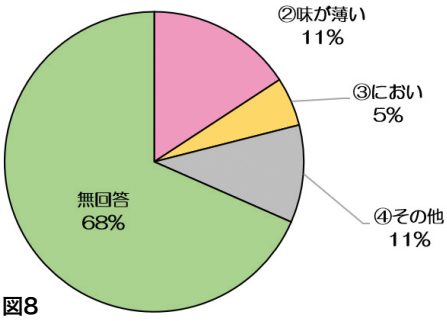


図8

世界の病院から　連載156
Hospitals around the world

病院見聞記・台湾編 No.84

國立臺灣大學醫學院と附設醫院(7)

National Taiwan University College of Medicine & National Taiwan University Hospital (7)

國立臺灣大學醫學院附設醫院(旧館)③院内の風景

National Taiwan University Hospital(old wing)③ Scenes inside the hospital

順天堂大学
健康データサイエンス学部
非常勤講師(医療経営論)
福永 肇
Hajime Fukunaga



台湾を代表する医学部(國立臺灣大學醫學院)と附属病院(附設醫院)を見学している。前回は附設醫院旧館の玄関に入ってロビーまで見学した。今回は院内に足を進めたい。

■旧館の病棟(外観)

1898年に臺北醫院(現・臺大醫院)は大稲程から台北市の中心、総督官邸の北側に移転する。大規模な病院で、ルネサンス風の本館と後方の2棟の一般病棟(2階建て)、隔離病棟、附属施設からなっていた。台湾総督府No.2のポジションにいた後藤新平民政長官は臺北醫院に広大な敷地を配した。鉄筋コンクリート造りの4階建ての2棟も増設され、研究室や病室の拡充に充てられた。当時、「東洋一の大病院」と言われた。医療提供体制へのヒト・モノ・カネの投資は経済発展への費用対効果(B/C)が小さく、植民地経営には魅力ある施策ではない。しかし熱帯病・感染症が猖獗する瘴癘(しょうれい)の島である台湾島の統治では、まず保健医療面の基盤を構築しなければ島にいる人々が病気で消滅してしまう。保健医療施策が台湾総督府の最優先重要政策の一つとなった。具体的には衛生基盤整備、医療機関整備、医師育成であった。



写真1:病棟の外観。煉瓦造りの2階建て。100年以上前の病棟であるが、お化け屋敷にはならず、台湾を代表する病院として現役で活躍している。

臺大醫院旧館の建物は1916年竣工後、100年以上に亘って大切に使われて来ている。私の知る限りで、100年以上の歴史を持ち、現役で活躍中の日本の病院建物は1つもない。一番古い病院建物は関東大震災(1923年)後の1928年に竣工した東京大学附属病院第一研究棟・内科研究棟であろうか。すると臺大醫院旧館はよくぞ残っていてくれた。日本人が奈良や京都の寺社仏閣を大切にしているように、台湾人は日治時代の建物や家屋を大切に保守して現役で活かしている。なお1945年5月の空襲で臺大醫院は被弾した。その時の爆風によって**写真1、2**のほぼ全ての窓ガラスが破損している。この歴史的建造物には価値ある史実が多々眠っていそうだ。

写真1、2は外から見た病棟。煉瓦の赤茶色と白いアーチの窓枠が素敵だ。日治時代の台湾の建物には円弧形のアーチが多く取り入れられている。現在の四角四面の病院建物と比して優美で美しい。



写真2:赤煉瓦造りの病棟と病棟外廊下のアーチ型窓、白い窓枠。現在の病院は無機質な四角四面の鉄筋コンクリート工法で、このような美しい病棟は造れていない。



写真3:堂々たる床下通気口(お金を掛けている)。20世紀半ばまでの病棟は通気、換気は特に重要であった。

昔の病棟では換気(新鮮な空気)が療養での重要項目とされた。**写真1、2**の病棟の高い天井とアーチ形窓の登用は、換気と明るさを求めた結果であろう。病院の木製窓枠は、20年ほど前に長崎大学病院の渡り廊下で見たことがある。その窓の木枠は朽ちており、開けようとするとバリッと音を立てて窓枠全体が崩壊してしまいそうで、国立大学の貧窮は大変だなぁ、と思った。

写真2を見ると、煉瓦が積まれて病棟の床面は地面から1mほど嵩上げされている。湿気とシロアリ対策であろう。前述のとおり、煉瓦造りになる前の木造造りの病棟はシロアリに食べられた。

この病棟が建った当時の台湾では、建築材料の多くは内地から搬送された。しかし煉瓦は1913年設立の台湾煉瓦株式會社打狗工場が製造した製品(TR煉瓦)が使われ、セメントも台湾産石灰石から製造できた。煉瓦の立体形は平、長手、小口の面積が違う3つの四角形の面を持つ。煉瓦の積み方にはイギリス積み、フランス積み、ドイツ積み(小口積み)、アメリカ積み、オランダ積み、長手積み、それらの混合などがある。煉瓦寸法の規格が決まるのは1925年(大正14年)で、この病棟はそれ以前に建っている(1916年)。土台の煉瓦は100年以上病棟を支えてきた。この病棟の煉瓦はイギリス積みだが、煉瓦の仕上がりがまちまち(**写真4**)。煉瓦の出来栄えが不揃いの臺大醫院の病棟は、日本の病院建築黎明期を遺す歴史遺産であると評価したい。台湾は面白い。



写真4:病棟土台の煉瓦。煉瓦はイギリス積み。煉瓦の形の不統一が面白かったので、写真に撮った。日本の城の石垣のようにも見える。



写真5:鬱蒼とした木立がどこか神秘的な雰囲気を漂わせる南国の病棟間の中庭。白い幼児像とベンチは2023年には撤去されていた。

写真5は煉瓦造りの病棟の後方に建てられた鉄筋コンクリート造りの病棟建物である。煉瓦造りでは2階建てであった病棟は、鉄筋コンクリート造りでは4階建てになっている。手前の「生命的喜悦」と銘打たれた赤ちゃん像はヒトの生命を賛歌している。

■病棟の中央廊下



写真6:1936年(昭和11年)の臺北醫院平面図。真ん中を貫いて中央廊下が配置されている。

写真6は1936年の臺大醫院旧館平面図。南側(下部)に正面玄関と2建ての管理棟、外来棟が配置され、その後ろに伸びる中央廊下の左右に2階建ての病棟が展開している(パビリオン方式)。旧館の建物配置はヒトの骨格に似ており、玄関・管理棟・外来棟が頭蓋骨、中央廊下が背骨、病棟が肋骨にあたる。この基本スタイルが現在にまで保持されている。

次に旧館の中央廊下の話をしたい。病院廊下の話は珍しい。前述の通り臺大醫院旧館は中央廊下



写真7:昔の中央廊下。現在と窓の形が違う(病院内院史展示室の掲示写真)。

を背骨にしてその左右に病棟を配している。中央廊下は病院の幹線通路で、多くの人とモノが流れていく。運搬しやすいようにやや傾斜がつけられている。日治時代には地板はヒノキで、上に牛皮が貼れていた。すなわち本革張りの廊下であった。



写真8：歩け、歩け、歩け。中央廊下は病院の大動脈。決まりはないが、自然と右側通行。



写真9：医師（左）、病院ボランティア（右）、来館者（その他）、みな足早に歩く。こんなに人が移動している病院を日本ではまず見ない。



写真10：アジアではベッドの病棟から手術室や検査室への搬送、患者の身の周りの生活ケアはナースではなく家族が担う。



写真11：長い中央廊下の突き当り（第6病棟前）。この先から隣の兒童醫院までの間は屋根付きの通路になる（**写真14**参照）。子供の患者が兒童病院に向かって歩いている。

■院内を走る電動カート



写真12：四輪の院内電動傳送車輛。後ろにコンテナを繋いで走る。世界の病院の中で、院内を走る電動カートを初めて見た。ナンバーはたぶん所属部署番号。



写真13：電動カートがスーッと中央廊下を走っていく。流しているメロディやクラクションは聞かなかった。

広大な敷地にパビリオンスタイルで建てられた旧館の館内を縦に走る1本の中央廊下と中央廊下の左右に広がる10棟（5列×2棟）の病棟廊下は途方もなく長い。まるでJR東京駅の中央コンコースにいるようだ。コンテナ（箱の中は医薬品、医療材料、用度品）を後ろに連結して配達に向かう電動カートが廊下の歩行者の横を走り去っていく（**写真14**）。



写真14：隣接する「臺大兒童醫院」に向かう傳送車。長い中央廊下の終点後は屋外の屋根付き通路になる（**写真11**参照）。

病院内でのこのような情景は、この病院で初めて見た。臺大醫院の広大さ、長大さが理解出来る。



写真15：兒童醫院の西側門（勝手口）に到着後、外したコンテナを院内に搬送した傳送車。



写真16：薬局の配送車。中央市場の猫車を髣髴する。

写真16は薬局から各病棟への薬品配送車。日本の病院では病棟ごとの与薬カート（配薬ワゴン）が



写真17：1958年の給食配膳車。

使用されており、翌日分の薬品を薬局から上層階の病棟へエレベーターを使って搬送する。与薬カートの移動は人力。

「病院廊下を電動カートが走る」ということは、台湾では特段驚くようなことではないのかもしれない。台中の病院では2018年に電動院内シャトル車も見かけた（**写真18**）。どうして今まで世界の病院で見たことがなかったのかと、目から鱗。そういえば韓国の仁川（インチョン）国際空港の巨大な旅客ターミナルでこのタイプの電動車を見たことはある。



写真18：【佛教慈濟綜合醫院臺中分院】。電動院内シャトル車（無料）。

台湾の病院では無人搬送車や自律走行型搬送ロボットの導入が急速に進んでいるそうだ（私はまだ確認できていない）。目的はナース不足や業務効率化への対応である。自律走行型搬送ロボットは走行だけでなく、Wi-Fiで病院の自動ドアやエレベーターと通信し、自分で院内の階層を移動するという。『未来病院』での風景である。

■院内メガネ店



写真19：外来棟2階眼科診察ブースにあるメガネ店。店名は「大學眼鏡」。台湾は眼鏡着用率が高いメガネ大国であるようだ。



写真20：【高雄醫學大學附設中和醫院】（臺大醫院ではない）。眼科診療ゾーンにあった民間メガネ店。大きな「眼鏡部」の掲示。

写真19は院内メガネ店。国立大学病院の院内に、民間のメガネ店があった。私立高雄醫學大學の病院でも眼科診療ゾーンで民間のメガネ店を見た（**写真20**）。日本人には不思議な光景だ。では、どうして日本の病院内にはメガネ店がないのか。台湾でもメガネ作成やコンタクトレンズ購入時に処方箋は必須とされていない。ここ、興味がそそられる。蛇足を描くが、台湾にも店舗があるメガネの三城（現・パリミキ）はベトナムのハノイに眼科専門病院「日本国際眼科病院」を2014年に設立し、病院内にメガネ店パリミキ・ベトナムを併設している。台湾では眼鏡が安価（視力測定は無料）で、少しの待ち時間でメガネが仕上がってくる。

この調査レポートは「JSPS科研費23K00259」の助成研究に付随する報告である。

マサカツくんのツーリング紀行　No.90

Touring Journey

秋はやっぱり食欲だよねって話



経営企画係
中島　正勝

楽しみにしていた「薬屋のひとりごと3期」が始まった。OPは神だし、猫猫(まおまお)は可愛いし、内容(新たな出会いと試練)も面白い。ついでに「葬送のフリーレン3期」もお願いしたかったけど、来年秋(放送決定)まで少しの我慢だ。ってまた脱線したけど、一ヶ月前の暑さが嘘のように朝晩は冷え込むようになり、季節は秋の到来を告げ始めている(ってか暑くならないでね)。実のところ、ライダーにとっては少し寒いくらいの方が気持ち良いんだけど、この時期の難点は朝夕は寒いのに日中は暑いので、着る物に困ってしまうんだよなぁ。ジャケットとズボンは言うに及ばずグローブもブーツもね。

1. 秋だし美味しいものが食べたい

さて、秋になると何故か美味しいものが食べたくなる。えっ、「お前は、年中どっかに行って喰ってるだろ!!」だって。いや、まぁ確かにそうなんだけどきっかけは必要じゃんかよ。

1)そうだ、仁淀川にクラフトビールを飲みに行こう

最近、クラフトビールにハマって広島県や岡山県にある麦酒工房に出かけている。でも、出来たら現地で飲みたいのが飲兵衛のサガなんだよ(分かるよね)。って事で久しぶりに高知県仁淀川町の山の中にあるBLUE BREW(ブルーブリュー)って醸造所&タップルームを訪ねてみた。今回は、現地で(嫁ちゃんが)飲めるようにタンデムだ(いい話だなぁ)。あっ、タップルームってのは、樽やサーバーから注ぐビールをその場で楽しむ場所のことだよ。うん、麦酒好きには堪らないよね。

BLUE BREWの前は渓谷で、水の音を聞きながら呑む麦酒は最高だけど自分は運転手、勿論ノンアルだ。ちなみに嫁ちゃんは、「本日の飲み比べ4種セット」に「猪のジビエソーセージ」と「チーズ&サラミの桜チップ燻製」を肴にご満悦だった。ただ、帰りに「何故、こんな山の中を選んだ?」と変な疑いを持たれたが、誰も「計画どおり(ﾆﾔﾘ)」なんてオチは期待してないぞ。



2)カレーとハンバーグが喰いたい



とある日こと、自分はカレー、嫁ちゃんはハンバーグが食べたいって事になった。カレーなら福山にある北山カリー工房かUTSUMI BASEが美味しいんだけど、ハンバーグ単体はやってない。んじゃ、他の店でも開拓しようかなって事で悩んでたが、そう言えばチーズ工房 乳ぃーずの物語(庄原市)の近くに「すけあくろう」って比婆牛を使ったカレーとハンバーグのレストランがあった事を思い出した。

初めての利用だったけど、中々お洒落な店で内外の雰囲気も悪くない。カップルは勿論、家族づれや野郎同士でも入りやすいだろう。店内は、オーナー(ミュージシャンらしい)の趣味で、楽器やレコードがあり雰囲気も良い。薪ストーブもあったので、冬なんかは気取らないデートに良いだろう。さて、肝心のカレーとハンバーグだけど大変美味しゅうございましたよ。

3)レトロ自販機ドライブイン オアシス

知る人ぞ知る、島根県益田市の国道9号線沿いにあるレトロ自販機のお店。NHKの『ドキュメント72時間』の人気シリーズ「うどん自販機」の一つであり、再放送もされているためか県外車も



多く、格好のツーリングスポットになっているようだ。そのお陰もあり、(以前より多少)流行っているようで、危ぶまれていた存続も此の数年は心配なさそうだった。

ところで、店内はレトロってよりは薄汚れた雰囲気(失礼だなオイ)って言い方がシックリくるが、其れが逆に落ち着く不思議な場所でもある。なお、隣には明るくて普通に綺麗な「後藤商店(本店)」ってのもあるので、食べ歩きも面白いだろう。余談だが、12,000台以上製造されたうどん自販機も老朽化が著しく、機械の修理や維持が困難なため現役なのは全国で60台程度らしく、そのうちの10台が島根県の石見地方にあると紹介されていた。

もし、近くに行くことがあれば「話の種に」一度は訪れてほしいと思う。



4)暇なので「活イカ」を食べに行こうかな

天気は秋晴れで少し肌寒い絶好のツーリング日和となった某日。嫁ちゃんは仕事で特にすることはないマサカツくん、急に「活イカ」を食べたくなった。さて、日帰りツーリング&一般道(無料)で考えたら「須佐男命(すさみこと)イカ」一択だろう。そうと決まれば目的地はJR須佐駅前にある「いかマルシェ スサノモノミトコ館」に必然的決定だ。

此処は水槽に泳ぐ「活イカ(1,000~1,500円)」を500円(昔は200円位だったけど)で捌いて貰え、その場で食べる事が出来るお店だ。しかも、サイドメニューは無いが店舗で販売している惣菜は購入出来るので(見た目に拘らないなら)、超リーズナブルな値段で活イカ定食を頂くことが出来る。筈だったんだけどさぁ、玄関に「海が時化で入荷できませんでした」の張り紙があったんだよね。

思わず「人類のすべてをかけた結果がこれとは、神も仏もいないのか」とタシロ艦長の名台詞を口ずさんでしまったよ。その後、『ないものを嘆くな。あるものを活かせ』と俺のサイドエフェクトが囁くので、気を取り直して本日の惣菜を幾つか食べたけど「コレじゃ無い!!、コレじゃ無いんだよぉ~」って泣けてきたぜ。なお、直ぐ近くに「口福の馳走屋 梅乃葉」って処で活イカを食べれるけど値段は倍だし、デートでも無いので近くの道の駅で蕎麦食って帰路についた。何だったんだ今日は。

5)最近よく行く地元のラーメン屋



豚骨ならトントン、醤油なら八福神、鶏塩なら草戸ベースと決めてるんだけど、ここ最近はダイレックス曙店前にある、出汁系塩ラーメンと親子丼の「鶏そば 春木屋」にハマっている。スープは鶏と鯛の出汁を掛け合わせた「優しいが深みのある味わい」が特徴で、麺は小麦粉に蕎麦粉を配合した歯切れの良いストレート麺がスープに良く馴染む。更に柚子胡椒・おろし生姜・きざみたまねぎ・こしょう・にんにく辣油・バルサミコ酢で味変を楽しむことが出来るのも面白い。ちなみに、自分は春木屋セット(鶏そば・唐揚げ1個・まぜおにぎり1個)&替え玉を何時も頼む。なお、鶏塩系だけど「鶏泡そば 草戸ベース」のようなガツン系ではなく、やさしい和風系なので好みは分かれると思う。まぁ、自分は両方好きだけどね。

2. 今月末は富士山へ

今月末はリフレッシュ休暇を利用して富士山周遊ツーリングへ行く予定だ。なので、ツーリングの全日が晴れることを祈るばかりで仕事に身が入らない。

連載 No.148 事務部だより

『医療IT化の現状と今後の施策について』



企画課
診療情報管理室
峯松 佑典

今般、国の方針によりこれからの少子高齢化に伴う医療費の増大や働き手不足の解消に向け、業務の効率化と医療の質向上などを目的に医療のIT化が推進されています。

医療のIT化を進めるにあたり重要な基盤とされているのがオンライン資格確認システムで、このシステムは全国の医療保険者と保険医療機関・保険薬局の間で、診療報酬請求のためのオンライン基盤として活用されています。

従来は診療報酬請求の送受信のみの使用でしたが、2021年10月からは医療保険者が資格情報をサーバーに登録することで、医療機関・薬局は保険情報をすぐに確認でき、レセプトの薬剤情報や特定健診の結果も閲覧可能となりました（閲覧にはマイナンバーカードによる本人確認が必要）。これにより、医療機関・薬局は期限切れの保険証による受診で発生する過誤請求や手入力の手間などによる事務コストの削減にもつながり、より良い医療に役立てることができる環境となりました。

一方で、現在国が推進している施策の1つにオンライン資格確認システムのネットワークを拡大する形で閲覧可能な情報をさらに拡げることを目的とした、電子カルテ情報共有サービスがあります。この施策は診療に重要とされる最小限の情報として「診療情報提供書」「退院時サマリー」「健康診断結果」の3つの文書と「傷病名」「薬剤アレルギー等」「その他アレルギー等」「感染症」「検査（救急、生活習慣病に関する項目）」「処方情報」の6つの情報が共有対象となっています。これまでは電子カルテのベンダーごとに仕様が異なることにより医療機関等の間で情報が共有できず、診療の非効率や医療安全のリスクが課題となっていました。しかし、情報が共有されると既往歴・アレルギー・検査結果が瞬時に把握でき、重複投薬・重複検査のリスクも減らせ、診療の質と安全性が大幅に向上することが期待されます。また、国は2030年を目途にほぼすべての医療機関で情報共有が可能な電子カルテを導入することを目標としています。現在多くの病院はサーバーなど全て病院が管理するオンプレミス型が主流ですが、情報セキュリティのリスクや今後生成AIを活用する際の技術的な制約から、国はクラウドネイティブ型へ移行する方向とし、現在電子カルテの標準仕様の策定を進めています。

AUSTRALIA No.5

～まいこはんのオーストラリアで子育て～

リメディアルマッサージセラピスト
木下　真依子

［プロフィール］
広島県福山市生まれ
オーストラリアブリスベン在住16年
ヨガや瞑想も教える
リメディアルマッサージセラピスト
@maikoinbrisbane



【人生で1番感動した日③ 親バカのはじまり】

赤ちゃんが産まれてすぐ、カンガルーケアといって、裸の赤ちゃんを胸の上に乗せてもらった。私と主人はひとしきり泣いた後、小さくて可愛く動く赤ちゃんを胸に、「ママだよ～」「パパだよ～」「生まれてきてくれてありがとう」と声をかけた。そして何度も、「可愛いね」「本当に可愛いね」と夫婦で言い合った。

たくさんの人から、自分の子どもは可愛いもんよと聞いていたけれど、想像を超える可愛さで、人生最大の推しができた日でもあった。

産後、赤ちゃんは身体を軽く拭くだけで、なんなら頭にはまだ血もついていた。赤ちゃんの肌についている白い胎脂には、肌を保護したり保湿したりする役割があるため、すぐには洗い流さないのだそう。うちもすぐにはお風呂に入れず、初めて入れたのは生後5日ほど経ってからだった。

バーススイートと呼ばれる分娩室にはシャワーとトイレが併設されていて、産後3時間ほど経った頃、大丈夫そうだったらシャワー行ってきて、と助産師さんに言われた。正直、行けるのかもわからなかったけれど、とりあえず挑戦してみることにした。

学生助産師さんに補助してもらいながら、なんとかシャワーに入ったものの、だんだん頭がフラフラしてきて倒れそうになり、危険を感じてすぐ椅子に腰掛けた。そりゃそうだよなあ、薬漬けな上にかなり出血してたもんなぁと、自分の身体の状態を妙に冷静に受け止めていた。

シャワーから出て、やっと気分が落ち着いた頃、大丈夫そうなら車椅子で病室へ移動するよ、と助産師さん。なるほど、分娩室では休めないのね…と思いながら、赤ちゃんと一緒に4人部屋へ移動した。その時点で深夜2時だった。

うちの子は静かに眠っていたけれど、隣の赤ちゃんたちはずっと泣いていて、自分がどれくらい眠れたのかは覚えていない。しかも病室は窓際でかなり寒く、翌日主人にトレーナーと膝掛けを持ってきてもらうほどだった。

私は出産時の出血が通常より多かったみたいで、2日間入院することになった。とはいえ病院ではほとんど眠れず、それが本当に辛くて、ドクターに懇願して少し早めに退院させてもらった。日本ではあまり考えられないけれど、オーストラリアで出会ったお友達は、産後の経過が良く、数時間で退院したみたい。

妊娠から出産を通して、親になるということには本当にたくさんの選択があるのだと気が付いた。いつまで働くのか。誘発剤を使うのか。無痛分娩にするのか。母乳で育てるのか。名前はどうするのか。考えることはたくさんあった。

うちは、私が思い付いた名前にした。

その時から、子育ては自分たちの思うようにしたらいい、と自分に言い聞かせることにした。たくさんのママたちを見てきて、ママが幸せなのが一番だと感じていたからだった。

母になると、子どものためを思って、いろいろなことを先回りして心配してしまう。でも過ぎてみると、なんとかなっているもんだ。

心配するよりも、「私はどうしたい？」と、自分の気持ちを大切にする育児をしたい。

それがいつか子どもにも伝わって、自分の気持ちも自分自身も大切にしながら、生きていってくれたらいいなと思う。



病院のボランティアの方々が編んでくださった、クマのニット帽をかぶって。

Design #117 「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、東京のデザイン会社勤務を経て、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と、それに伴うブランディングやブランド戦略、プロモーション等を専門に手がけています。



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。その中でも専門で手がけているのは、企業やお店、ブランドなどの立ち上げ、ロゴマーク制作からたずさわるような「ブランディングデザイン」です。私が手がけた仕事等を通じて、デザインやブランディング、ブランド戦略、プロモーションの大切さや効果などをお伝えしていきます。



■ タブロイド型冊子

今回ご紹介させていただくのは、私がブランディングデザインを手がけさせていただいた企業の「自社の取り組みに込められた思いやノウハウ」を伝えるタブロイド型の冊子です。インタビュアーとの対談形式を採用し、豊富な情報を盛り込みながらも、読みやすい構成に仕上げました。企業の取り組みの背景にある思いや志、長年培ってきた技術・ノウハウは、商品やサービスだけでは伝えきれない大切な企業価値です。それらを経営者や社員の言葉で丁寧に、わかりやすく伝えることは、企業への理解や共感をより一層深め、確かな信頼を育むことにつながります。また、社内においても自社の強みや理念を再認識し、企業としての価値を共有する大切な機会にもなります。

J.S.A. ソムリエ　日本酒のソムリエ 唎酒師 SSI 認定 国際唎酒師　No.64

SAKE Freak



SSI認定国際唎酒師
J.S.A.ソムリエ
宮岡　瞳

【ぬるめの燗がいい】

皆さま、こんにちは。国際唎酒師の宮岡です。

10月1日は「日本酒の日」。というのは、何度かお話ししたことがあると思います。毎年、日本酒の日には何かしらのお酒を嗜んでおりますが、今年のテーマは「燗」。5種類の日本酒をお燗で愉しみました。

そこで今回は、家庭でもできる「美味しいお燗の作り方」のお話です。ひと口に「お燗」といっても、実は温度によって呼び方や味わいが変わります。よく耳にする「熱燗」は、50℃あたり。香りが引き締まり、キレが良い味わいが楽しめます。さらに熱い55～60℃は「飛び切り燗」。徳利が熱くて持てないレベル。熱燗より、さらに香りも味わいもシャープになります。熱燗より少し低い45℃あたりが「上燗(じょうかん)」。程よく、引き締まった香りを楽しめます。そして、40℃あたりの「ぬる燗」は、日本酒のふくよかな香りと旨みが楽しめます。ちなみに私は、個人的には「ぬる燗」が好きです。猫舌なので…。

さて、お燗をつける方法ですが、電子レンジでも手軽に温めることができます。ただ、電子レンジは急激に加熱するため、温度にムラが出やすく、アルコールのピリピリとした刺激や苦味を感じることがあります。一方、湯煎なら、お湯の熱でゆっくり温めるので、少し時間はかかりますが、角が取れて、まろやかな風味のお燗になります。

せっかくなら、ぜひ一度「湯煎」でお燗をつけてみてください。やってみると意外と簡単です。①徳利にお酒を8～9分目まで入れます。②お鍋に水を張り、火にかけて沸騰したら火を止めます。③火を止めた鍋に3分程度徳利をつけます(徳利3/4程度お湯に浸かるようにします)。④お酒の表面が膨らんできたら、熱燗(50℃)の出来上がり!ぬる燗にしたい場合は、2分半程度が目安です。いまいち温度が分からない場合、中指を徳利の底に当ててみて、ちょっと熱いなと思ったら、ちょうどいい燗になっています。くれぐれも、お酒に指を入れて温度を確認しないように!(笑)きっとそれを喜んで飲むのは、好きな人だけです。…いやいや、それも考えものですね。


今回の日本酒たち


錫のタンポ。

Instagram 福山医療センター【公式】Vol.15

広報委員会だより

インスタを添えて

経営企画係長 小林

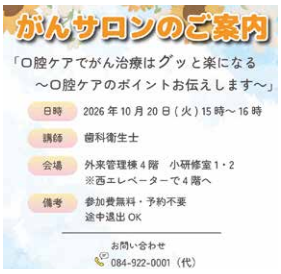
いつもインスタグラムをご覧いただき、ありがとうございます。
10月を迎え、朝晩は過ごしやすい日が増えてきました。一方で台風や秋雨の影響により天候が変わりやすい時期でもあります。体調管理に気を付けながら、実りの多い秋を過ごしたいものです。
インスタグラムでは、院内の取り組みだけでなく、地域との交流や、人材育成に関する活動も発信しています。ぜひ投稿をご覧いただき、いいね、フォローを通じて応援いただけますと幸いです。

♥ 令和8年9月の注目投稿!

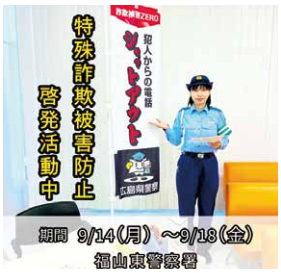
今年度の「ふれあい看護体験」の様子をご紹介しています。
毎年実施しております「ふれあい看護体験」について、今年は中学生・高校生25名にご参加いただき、車いす・ストレッチャー移送体験や、バイタル測定体験、妊婦体験、BLS体験などを実施しました。
また、実際に病棟で患者さんとのかかわりを体験することで、看護師の仕事や患者さんに寄り添うことの大切さについて理解を深めていただきました。
参加者の皆さんにとって、将来の進路や職業について考えるきっかけとなる貴重な機会となりました。
当日の様子をぜひインスタグラムでご確認ください。

9月の投稿一覧



















Instagram始めました!

病院紹介、採用情報を掲載しています。
是非ご覧ください。

Instagram
nho_fukuyama

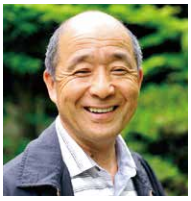


一枚の絵 NO.166

yukimitsu sanayasu の
ぶらり旅日記

秋の大山

秋晴れの日、遠くから眺めた大山は、雄大な姿と美しい紅葉に彩られ、深い感動を与えてくれました。山肌には赤や黄色に染まった木々が広がり、青空とのコントラストがとても印象的でした。近くで見る迫力とはまた違い、遠景から見る大山は、裾野まで広がる優雅な姿が美しく、自然の大きさを感じさせてくれました。季節の移ろいを静かに映し出す山の姿に、日々の忙しさを忘れ、心が癒やされるひとときとなりました。秋ならではの澄んだ空気の中で眺める大山（1,729m）は、まさに中国地方を代表する雄大な景観だと感じました。



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

2026年10月20日(火) 15時から16時頃まで	口腔ケアでがん治療はグッと楽になる ～口腔ケアのポイントお伝えします～	歯科衛生士	福山医療センター 4階小研修室1、2
2027年2月9日(火) 15時から16時頃まで	未定	広島県がん ピアサポーター	福山医療センター 4階小研修室1、2

※令和8年度ひまわりサロンは感染防止に十分注意して対面で開催いたします。
※費用：無料　※予約：不要　※どなたでも気軽にご参加下さい。

音楽カフェ





【2026クリスマスコンサート】が12月20日(15時)から開催されます。(無料)

「クリスマスイブ(山下達郎)」「星に願いを」など誰もが知るX' masの名曲をムジカ・ディ・フィオーリ(ソプラノ)と内科・村上敬子先生をはじめとする当院の職員とボランティアメンバーが演奏します。(ただいま猛特訓中)(笑)!(^ ^)!
皆様のご来場をお待ちしております。

（写真は2026 サマーコンサートの模様）

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

現在予定はありません。今後、開催日が決まりましたら当院ホームページにて改めてお知らせします。

STAFF

publisher　稲垣　優
chief editor　大塚　眞哉　森岡　賴彦

【部】
臨床研究部　大塚　眞哉
救急医療部　徳永　尚之
がん診療部　三好　和也
教育研修部　豊川　達也
治験管理部　内海　方嗣
医師業務支援部　常光　洋輔
広報部　大塚　眞哉
感染制御部　齊藤　誠司
国際支援部　藤田　勲生
ワークライフバランス部　岩瀬　瑞恵
緩和ケア部　髙橋　健司
薬剤部　中野　良
看護部　市樂　美千代
集中治療部　友塚　直人

【センター】
急性期支援・周術期管理センター　友塚　直人
医療連携支援センター　常光　洋輔
小児医療センター　荒木　徹
新生児センター　岩瀬　瑞恵
内視鏡センター　豊川　達也
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　甲斐　信生
頭頸部腫瘍センター　福島　慶
低侵襲治療センター　寺石　文則
エイズ治療センター　齊藤　誠司
画像センター　岸　亮太郎
がんゲノム医療センター　三好　和也

【科】
診療放射線科　小林　正直
臨床検査科　平岡　健吾
リハビリテーション科　門脇　守男

【室】
栄養管理室　藤原　朝子
医療安全管理室　大塚　眞哉
　高田　薫
経営企画室　藤川　直也
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　稲生　祥子

FMC NEWS
VOL.19 2026
OCTOBER

編集後記

『青春の詩』

編集責任者として約2年ぶりの編集後記です。昨今医師偏在が問題となっており、特に緊急手術等で時間外勤務が多く若手に人気のない外科医の減少が著明で我々ロートル外科医も引き続き勤務が求められています。また、一般職でも高齢者雇用安定法にて25年4月から順次65歳までの雇用延長となっています。理由としては少子高齢化による労働力不足、厚生年金支給年齢の引き上げ、勤労意欲の高い高齢者の増加が挙げられます。

若者は無謀で礼儀知らずとか、高齢者は説教じみて頭が固いとか言う人もいますが、私は人間の評価は年齢ではないと思っています。若くても能力が高く人間性も優れた人もいるし、高齢者でも柔軟で意欲的な人もいます。優れた若い人の例では大谷翔平選手、過去には歴代最年少43歳の米国ケネディー大統領がいます。高齢になって活躍した人は古い所では743年に聖武天皇の招聘で唐から渡来した鑑真がいます。嵐や妨害のため渡航は困難を極め6回目の753年に成功します。当時平均寿命が40歳に満たない中、命懸けの65歳での来日でした。途中失明しても76歳で亡くなるまで仏教戒律の整備に貢献しました。高精度の日本地図を完成させた伊能忠敬ですが、測量を学び始めたのは1795年50歳の時でした。商売の家督を譲り江戸で年下の師に学び、徒歩で日本全土測量をスタートさせ、亡くなる73歳まで地図作りに奔走しました。若宮正子さんと言う方は銀行退職後にパソコンを勉強して81歳でアプリを開発し、Apple CEOからは「世界最高齢のアプリ開発者」と紹介されています。

最後に米国のサミュエル・ウルマンのYouth(青春の詩)を紹介します。

初めて読んだ高校の時には何にも思わなかったですが、今改めて読むと詩の深遠さを感じます。

『青春とは人生のある期間ではなく心の持ち方を云う。薔薇の面差し、紅の唇、しなやかな手足ではなく、たくましい意志、ゆたかな想像力、燃える情熱をさす。青春とは人生の深い泉の清新さをいう。青春とは臆病さを退ける勇気、安きにつく気持を振り捨てる冒険心を意味する。ときには20歳の青年よりも60歳の人に青春がある。年を重ねただけで人は老いない。理想を失うとき初めて老いる。(中略)霊感が絶え、精神が皮肉の雪に覆われ悲嘆の氷に閉ざされるとき、20歳であろうと人は老いる。頭を高く上げ希望の波をとらえる限り、80歳であろうと人は青春にして已む。』
(作山宗久氏訳)

かの松下幸之助さんも「青春」と言う言葉を好んで色紙に書いていました。

院長補佐・臨床研究部長　大塚 眞哉

National Hospital Organization FUKUYAMA MEDICAL CENTER

独立行政法人 国立病院機構

福山医療センター



基本理念

わたしたちは、国立病院機構の一員として、医の倫理を守り、患者さまの権利と意思を尊重し、患者さまの健康と医療の質の向上のため、たゆまぬ努力を行い、安全でしかも患者さまにとって最善の質の高い医療をめざします。

基本方針

1. 患者さまに寄り添い、患者さまを中心とした医療を提供します。
2. チーム医療の実践により効率的で安全な質の高い医療を提供します。
3. 地域医療機関と密に連携し、患者情報の共有による一貫した医療提供体制を構築します。
4. 政策医療の「がん」「成育医療」「骨・運動器」を中心として、地域に最良な医療の提供に貢献します。
5. 健全な経営に努めるとともに、常に明るく活力のある職場作りを心掛けています。
6. 臨床研究を精力的に行い、医学の進歩に貢献するとともに、日々研鑽して臨床教育・研修の充実に努めます。

外来診療予定表

令和8年10月1日現在

【受付時間】 平日8:30～11:00
※眼科は休診中です。

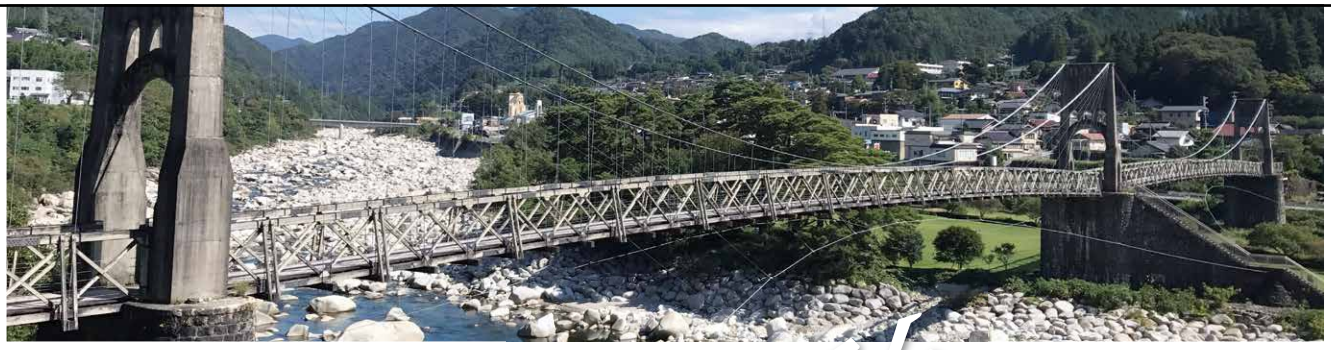
【電話番号】 084-922-0001(代表)
〔地域医療連携室〕TEL 084-922-9951(直通)
FAX 084-922-2411(直通)

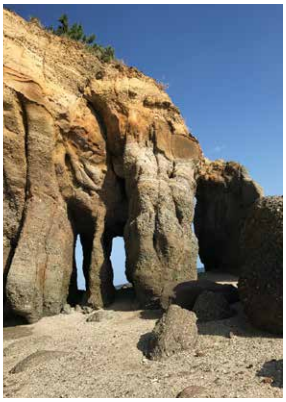
診療科名			月	火	水	木	金	備考
小児医療センター	小児科	午前	坂本 朋子	藤原 倫昌	小林 光郎	北田 邦美	坂本 朋子 小田 慈※1	予約のみ ※1 毎月第3 ※2 毎月第2 ※3 毎月第1・3 ※4 毎月第1
		午前	荒木 徹 藤原 倫昌 北田 邦美	小林 光郎 北田 邦美 山道 奈都子 宮原 大輔 ※4	荒木 徹 藤原 倫昌	荒木 徹 小林 光郎 坂本 朋子 近藤 宏樹 ※2	荒木 徹 北田 邦美	
		午後	荒木 徹 山道 奈都子	藤原 倫昌 宮原 大輔 ※4	荒木 徹 藤原 倫昌	荒木 徹 小林 光郎 近藤 宏樹 ※2 細木 瑞穂 坂本 朋子 藤井 智香子 ※3	藤原 倫昌 北田 邦美	
	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							予約制(水・木)
	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13:30-14:30 予防接種13:30-14:30
	小児外科・小児泌尿器科		山道 拓 奥坊 斗規子 ※5	窪田 昭男※6 (13:00-15:30)	宇賀 菜緒子	山道 拓 吉田 篤史 ※5 (13:30-16:00)		※5 隔週 ※6 毎月1… 小児便秘専門外来併診 診察は小児科で行います
	新生児センター 新生児科	午前	猪谷 元浩				岩瀬 瑞恵	
		午後		猪谷 元浩	岩瀬 瑞恵			
産婦人科	産婦人科外来		今福 紀章 藤田 志保	山本 暖	今福 紀章 末森 彩乃	藤田 志保	山本 暖 末森 彩乃 宮地 葵	木(10:00－12:00)…母乳外来(予約制) 産婦人科外来で行います
			胎児 スクリーニング				出生前 カウンセリング	出生前カウンセリングは、 10:00、10:30、11:00、11:30のみ
泌尿器科	泌尿器科外来	午前	増本 弘史	長谷川 泰久 増本 弘史 桐島 史明 松原 佑吾 石井 康道	長谷川 泰久 増本 弘史 桐島 史明 松原 佑吾 石井 康道	桐島 史明	長谷川 泰久 増本 弘史 桐島 史明 松原 佑吾	長谷川医師…金(2・4・5週)終日・(1・3週)午後のみ 増本医師…金(1・3週)終日・(2・4・5週)午後のみ 桐島医師…金(1・3週)終日・(2・4・5週)午後のみ 松原医師…金(2・4・5週)終日・(1・3週)午後のみ
		午後		長谷川 泰久 増本 弘史 桐島 史明 松原 佑吾 石井 康道	長谷川 泰久 増本 弘史 桐島 史明 松原 佑吾 石井 康道		長谷川 泰久 増本 弘史 桐島 史明 松原 佑吾 石井 康道	
					ストーマ外来			水…ストーマ外来 14:00－
総合内科	総合内科外来	初診	福井 洋介 廣田 稔	豊川 達也	藤田 勲生	稲生 祥子	齋藤 誠司	福井医師…月(2・4週) 廣田医師…月(1・3・5週)
			原 友太 松森 俊祐	福井 洋介 住井 遼平 佐藤 大直	齊藤 誠司 木村 美名子	住井 遼平 宇田 陽紀	中城 健 小西 史哲	水…齋藤医師(総合内科・感染症科)
消化管内科	消化器内科外来		藤田 勲生 村上 敬子	豊川 達也 野間 康宏	稲生 祥子	村上 敬子 日野 貞太郎	豊川 達也	月…村上医師は紹介患者を午前中のみ

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
肝臓内科	肝臓内科外来				兒玉 英章		兒玉 英章	
血液内科	血液内科外来		近藤　匠					月…第１・３・５週のみ
内分泌内科	内分泌内科外来			寺坂 友博			石井 貴大	
糖尿病内科	糖尿病内科外来	午前	須江 美裕		須江 美裕			予約制(初診は地連予約のみ)
		午後						
リウマチ・膠原病内科	リウマチ・膠原病内科外来	午前			赤木貴彦			水…第１・３週午前のみ
肝・胆・膵外科	肝・胆・膵外科外来	午前			稲垣　優 北田 浩二	稲垣　優 徳永 尚之		
		午後				内海 方嗣		
消化管外科	消化管外科外来	午前	宮宗 秀明 寺石 文則	大塚 眞哉 濱野 亮輔 岡林 弘樹	大塚 眞哉	常光 洋輔 宮宗 秀明	常光 洋輔 岡林 弘樹 高橋 立成	
		午後	宮宗 秀明 寺石 文則	濱野 亮輔 岡林 弘樹 加藤 雄也		宮宗 秀明	岡林 弘樹	
ストーマ外来	ストーマ外来	午後	宮宗 秀明					
乳腺・内分泌外科	乳腺・内分泌外科外来	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	楢原 友希		月曜日(午後)は予約患者のみ
遺伝診療科	遺伝診療科外来	午前				山本 英喜		木…第１・３週午前のみ ※診察は脳神経外科外来で行います
内視鏡センター	消化管		野間 康宏 豊川 達也 稲生 祥子 住井 遼平 平岡 凌河 佐藤 大直 宇田 陽紀 日野 真太郎 木村 美名子 中城　健 住井 裕梨	藤田 勲生 稲生 祥子 原　友太 表　静馬 平岡 凌河 宇田 陽紀 日野 真太郎 木村 美名子 中城　健 住井 裕梨	野間 康宏 豊川 達也 村上 敬子 原　友太 住井 遼平 平岡 凌河 佐藤 大直 宇田 陽紀 日野 真太郎 中城　健 小西 史哲	藤田 勲生 豊川 達也 野間 康宏 原　友太 住井 遼平 平岡 凌河 佐藤 大直 木村 美名子 中城　健 小西 史哲	稲生 祥子 藤田 勲生 野間 康宏 前原 弘江 原　友太 住井 遼平 佐藤 大直 宇田 陽紀 日野 真太郎 木村 美名子	
	気管支鏡			岡田 俊明 妹尾　賢 大森 洋樹 松浦 宏昌 馬場 貴大 松森 俊祐			岡田 俊明 妹尾　賢 大森 洋樹 松浦 宏昌 馬場 貴大 松森 俊祐	
呼吸器内科	呼吸器内科外来		岡田 俊明 松浦 宏昌	市原 英基	妹尾　賢 大森 洋樹 馬場 貴大	岡田 俊明 妹尾　賢 松浦 宏昌	大森 洋樹 馬場 貴大	月・水・木…肺がん検診　月・木…結核検診 火…市原医師は午前のみ 金…大森医師・馬場医師は午後のみ 水…馬場医師は第1・3・5　木…松浦医師は午後のみ
呼吸器外科	呼吸器外科外来	午前	髙橋 健司 二萬 英斗	髙橋 健司		二萬 英斗		
		午後						
循環器内科	循環器内科外来						廣田　稔	水…心臓カテーテル検査(午後のみ)
血管外科	血管外科外来						丁 サムエル	第２・４金曜日　13:30ー15:30
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 上田 亜樹			廣田　稔 上田 亜樹		
脊椎・人工関節センター	整形外科		宮澤 慎一 宮本　正 日野 知仁 松下 具敬	甲斐 信生 渡邉 典行 古島 裕次郎 大石 聖明	宮本　正 日野 知仁	宮澤 慎一 宮本　正 日野 知仁 松下 具敬	甲斐 信生 宮澤 慎一 渡邉 典行 古島 裕次郎	初診は紹介状持参の方のみ 水…受付は10:30まで 木・金…宮澤医師(午前のみ) 月・水…宮本医師(月・午後のみ)/(水・午前のみ) 月・水・木…日野医師(午前のみ)　木…松下医師(午前のみ) 火・金…古島医師(火:午後のみ)/(金・午前のみ) 火…大石医師(火:午前のみ)
				リウマチ・関節外来				リウマチ・関節外来…松下医師
頭頸部腫瘍センター	耳鼻咽喉・頭頸部外科	午前	中谷 宏章 竹内　薫 佐藤 直弥			中谷 宏章 福島　慶 佐藤 直弥	福島　慶 竹内　薫 佐藤 直弥	午後は予約のみ 補聴器外来・・・第2・４金曜日午後のみ
		午後	福島　慶 竹内　薫 佐藤 直弥			中谷 宏章 福島　慶 竹内　薫	補聴器外来	
	形成外科	午前	三河内 明 井上 温子		三河内 明 河田 真由美		三河内 明 河田 真由美	
皮膚科	皮膚科外来	午前	藤井 江利子	藤井 江利子	藤井 江利子	下江 敬生	藤井 江利子	月～金…午前のみ
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
エイズ治療センター	総合内科・感染症科		齊藤 誠司		齊藤 誠司		齊藤 誠司	月…齊藤医師は午後のみ（予約のみ）
画像センター	放射線診断科		岸 亮太郎 西垣 貴美子	岸 亮太郎 西垣 貴美子	岸 亮太郎	岸 亮太郎 西垣 貴美子	岸 亮太郎	左記、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	火・金…ラルス治療（午後）
	IVR		平岡 凌河 兒玉 英章		廣田　稔 福井 洋介	坂田 雅浩 兒玉 英章		月…午後のみ 木…午後のみ
口腔相談支援センター	口腔相談		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 8:30－16:30(予約不要)
看護外来	リンパ浮腫外来		岡野 敬子 大原 聡子			岡野 敬子 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				がん専門看護師			予約のみ がん専門看護師又はがん分野の認定看護師対応
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・外科…予約不可 産婦人科…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 (代診の場合あり)			※診察は耳咽喉・頭頸部外科で行います。 水…10:00-12:00 初診は月１回指定日になります ※コンサルテーションオーダーされる際は、耳鼻科外来に一報をお願いします。

【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。







涼秋







撮影者からのコメント

エルニーニョ現象の影響により、今年は台風発生が多いと発表があったので、リフレッシュ休暇は10月の終わりから取ることにしました。

私が子供の頃は、今より発生数は少なかったような気がしますが、調べてみるとバラツキはあるものの同じくらいでした。しかし、当時の気温は真夏でも30度を超えるのは1～2日有るか無いかでしたし、「やっとられん暑さ!!」が9月末迄続くことはなかったと記憶しています。なのに、最近は朝晩急に涼しくなり、逆に身体がついていけません。

表紙はもちろん「曼珠沙華」。雄蕊がクルッとパチパチ「私イケてる？」って主張してるみたいで思わずパシャリ。去年は曼珠沙華を探して走り回りましたが、今年は河川、田んぼの畦、道路脇の法面至る所で見つけることができ、あれ？こんなに咲いていたかな？と。それでも、満開に出会えるのは一瞬。感謝しながら一枚をパチリと写メに収めました。

秋はツーリングにはもってこい。季節の出会いを求めて頑張って走ります。

2A病棟看護師　中島 和枝

CONTENTS

診療科紹介 消化器内科 1
外科消化器外科 2

Topics
広島県臨床細胞学会誌第45巻最優秀論文賞選出 3

Publish 4

1枚の絵 No.166　ひまわりサロンミニレクチャー　音楽カフェ
お知らせ 研修会・オープンカンファレンス 16

編集後記 16

外来診療予定表（2026年10月） 17・18

連載

"中国ビジネス情報" 転載　外科医のひとりごと Vol.83 ……5

No.137 在宅医療の現場から …… 6

No.14 **面白い生物の世界とクラシック音楽** …… 7

栄養管理室 No.210 食事に関するアンケート調査を実施しました … 8

連載156 世界の病院から
病院見聞記·台湾編 No.84 …… 9·10

マサカツくんのツーリング紀行　No.90 …… 11·12

No.148 事務部だより「医療IT化の現状と今後の施策について」… 13

No.5 まいこはんのオーストラリアで子育て …… 13

Design No.117 …… 14

SAKE Freak No.64 …… 14

広報委員会だより Vol.15 …… 15

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。
ご意見·ご要望は　FAX:084-931-3969　又は　E-mail:507-HP@mail.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
https://fukuyama.hosp.go.jp/

福山医療センター HP

福山医療センターだより　FMC NEWS　2026.10月号/通巻221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：稲垣 優