

大沢田

おお ぞう た

大沢田の名は、病院前にある大沢田池に由来します。古くは大蔵田池と言われていましたが、今では大沢田池の呼称が一般的になっているようです。



初期臨床研修医の定員が3名となりました。
(14ページに記事掲載)

薬剤科長 小澤 秀弘

トピックス「薬物治療の専門家」としての業務拡大と使命

目次

「薬物治療の専門家」としての業務拡大と使命	1	遠隔画像診断治療補助システムについて	9
【医療の話題25】睡眠時無呼吸症候群(SAS)と検査	2	がんのリハビリテーションについて	11
【医療の話題22】糖尿病の新しい診断基準と目標値について	3	認定看護師を紹介します	13
【医療の話題23】“病理医(びょうりい)”ってご存知ですか	5	初期臨床研修医の定員が3名となりました。	14
【医療の話題24】大動脈瘤のステントグラフト治療	7		



「薬物治療の専門家」 としての業務拡大と使命



薬剤科長
小澤 秀弘

我々病院薬剤師が、入院患者さんのベッドサイドで服薬指導(薬剤管理指導料)を行う業務姿は、今では病院における必然的な光景と言っても過言ではありません。これら薬剤師の業務は、調剤室を中心とした調剤業務から、医薬品が配置・使用されるすべての部署の関わりへと広がっています。

平成24年4月の診療報酬改定で、病棟における薬剤師の業務を評価する点数として、病棟薬剤業務実施加算(以下、病棟薬剤業務と略す)が新設されました。これは全国の主要病院が長年にわたり実践してきた成果と、日本病院薬剤師会等の啓発活動の努力であると思っています。この病棟薬剤業務と服薬指導は、もちろん薬物療法の有効性と安全性への向上に加え、患者さんに最大の治療の効果をもたらすことが共通の使命であると受け止めています。

例えば、患者さんが薬を服用する際に、服用前の関わりを病棟薬剤業務、服用後の関わりを服薬指導と考えれば、双方の業務を実施すれば患者さんの一連の服薬行為すべてに関わりを持つことになったと思っています。

当院は、この病棟薬剤業務実施加算の取得のため、昨年度より少数の病棟から試行をはじめ、4月に全病棟を実施し、5月に申請・承認を得ることができました。薬剤師の増員の要求や薬剤科業務全般の体制の見直し、病棟で使用する専用の電子カルテの整備など、時間や経費を費やし実施が可能となりました。

昨年の新築建て替えにより薬剤科もずいぶん広くしていただきましたが、定員の増に伴い一気に狭く感じられるようになりました。

国立病院機構では、7月1日付での病棟薬剤業務実施加算取得施設数は28施設/143施設であり、これからもっと承認取得施設の増加が予測されます。

当院では、1病棟当たりに2名の薬剤師を配置し、交互で日勤中をフォローしているので入院患者さんには薬剤師が身近な存在になったと思っています。

また、医師や看護師からは質問や相談が行われやすい環境となり、入院時持込薬の確認から退院時指導に至るまで、多くの貴重な経験が我々の知識として重ねられていきます。

今後は、外来患者さんに対する「おくすり外来」への展望を構想し、外来・入院すべてにおいてより良い医療の提供としての援助も考えております。

最後に、薬学部は6年制となり5年生時には長期実務実習があります。11週間の病院での実習と調剤薬局での実習が取り組まれています。実習生の受入施設側としての質の向上も忘れてはいけません。今日の病院薬剤師に求められる使命について常に考え、可能なかぎり実現できるように努力したいと考えています。



Medical Subject

睡眠時無呼吸症候群 (SAS) と検査

臨床検査技師 本田 由香

2003年に山陽新幹線の居眠り運転問題で、運転手が「睡眠時無呼吸症候群」だったというニュースをご覧になった方は多いでしょう。しかし、この病気のことをご存知の方はまだまだ少ないと思います。この事故ですが、「ひかり126号」を運転中の33才の運転士が居眠り運転をし、時速270kmで走行し続け、岡山駅で新幹線が緊急停止しました。後の報告で、この運転士は睡眠時無呼吸症候群だったことがわかりました。睡眠時無呼吸症候群 (Sleep Apnea Syndrome) は、眠っている時に無呼吸になる病気で、頭文字をとってSASとも呼ばれています。無呼吸状態とは、呼吸が10秒以上止まっていることを指し、この状態が7時間に30回以上、あるいは1時間あたり5回以上あると睡眠時無呼吸症候群となります。主な症状として、いびきや昼間の眠気、熟睡感がない、起床時の頭痛などの症状があります。また、睡眠中に呼吸が止まるような事態が繰り返されると、低酸素血症や高炭酸ガス血症を引き起こします。これは、肥満や高血圧、高脂血症、糖尿病などの生活習慣病と密接な関係があり、様々な合併症を引き起こすことが報告されています。

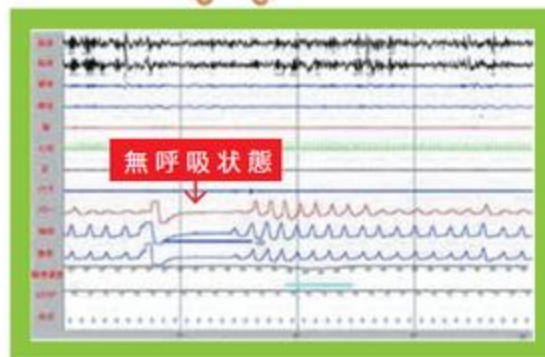
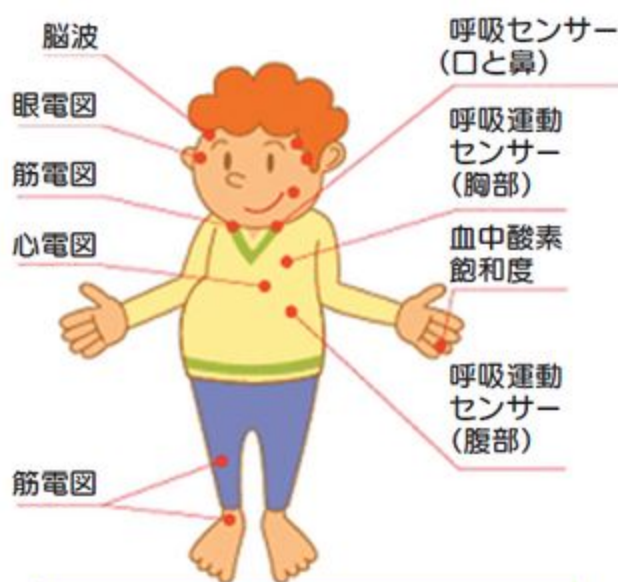
原因は、様々な要因がありますが、太っていてあごや首に脂肪がついている方、アデノイドなどの扁桃腺が肥大している方、花粉症やアレルギーなどで鼻が詰まりやすい方、あごが小さい方などの人に病気が多いとされています。

診断ですが、簡易PSG検査により、家庭で指先・呼吸のセンサーをつけていただき、血液中の酸素、呼吸の状態を測定します。これにより、無呼吸の程度 (AHI)、酸素の低下状態が診断され、これで睡眠時無呼吸症候群である可能性がある場合、さらに詳しい終夜睡眠ポリソムノグラフィ検査 (Polysomnography: PSG) を行います。検査は心電図・呼吸・血液中の酸素等、さまざまな生体信号を測定するためセンサーを装着します。これにより、無呼吸の程度、酸素の低下状態はもとより、睡眠の質 (睡眠の深さ・分断の有無)、

不整脈の有無、その他の睡眠障害の有無等について診断されます。この検査はさまざまなセンサーを装着する必要があるため入院して行います。

治療は患者さんに合った治療法を患者さんと相談しながら、医師が選択します。現在治療法は確立されており、きちんと治療を継続することで症状が低減し、睡眠の質も向上します。気になる方は一度受診されてみてはいかがでしょうか？

▼ 終夜睡眠ポリソムノグラフィ検査ではさまざまなセンサーを装着します。



こんな症状があったらご注意！！



日中の眠気



大きないびき



熟睡感がない



起床時の頭痛

Medical Subject

糖尿病の新しい診断基準と目標値について

内分泌・糖尿病内科医師 大江 健

平成24年4月よりHbA1cの表記がJDS値とNGSP値の2つ記されていることにお気づきだと思います。今回認証されたNGSP値と従来のHbA1c(JDS値)との関係は、下記のように概ね概算できます。

JDS値で4.9%以下	→	NGSP値(%) = JDS値(%) + 0.3%
JDS値で5.0~9.9%	→	NGSP値(%) = JDS値(%) + 0.4%
JDS値で10.0~14.9%	→	NGSP値(%) = JDS値(%) + 0.5%

しばらくは混乱を避けるため、従来のJDS値を併記していますが、今後はNGSP値に移行される予定です。また糖尿病の診断基準についても、平成24年4月1日以降は、NGSP値を用いて診断し、6.5%以上を糖尿病型とすることになりました。従来では、HbA1cは診断基準に含まれませんが、今回の改訂では、含まれることになりました。

平成24年4月から、新しいHbA1c(NGSP)が使われています。

これまでのものから、およそ0.4%高くなります。
以前のHbA1cの数値と比較するときは、0.4%引いて考えてください

これまで

平成24年4月からNGSP値へ

例えば **6.1%** $\xrightarrow{+0.4\%}$ **6.5%**

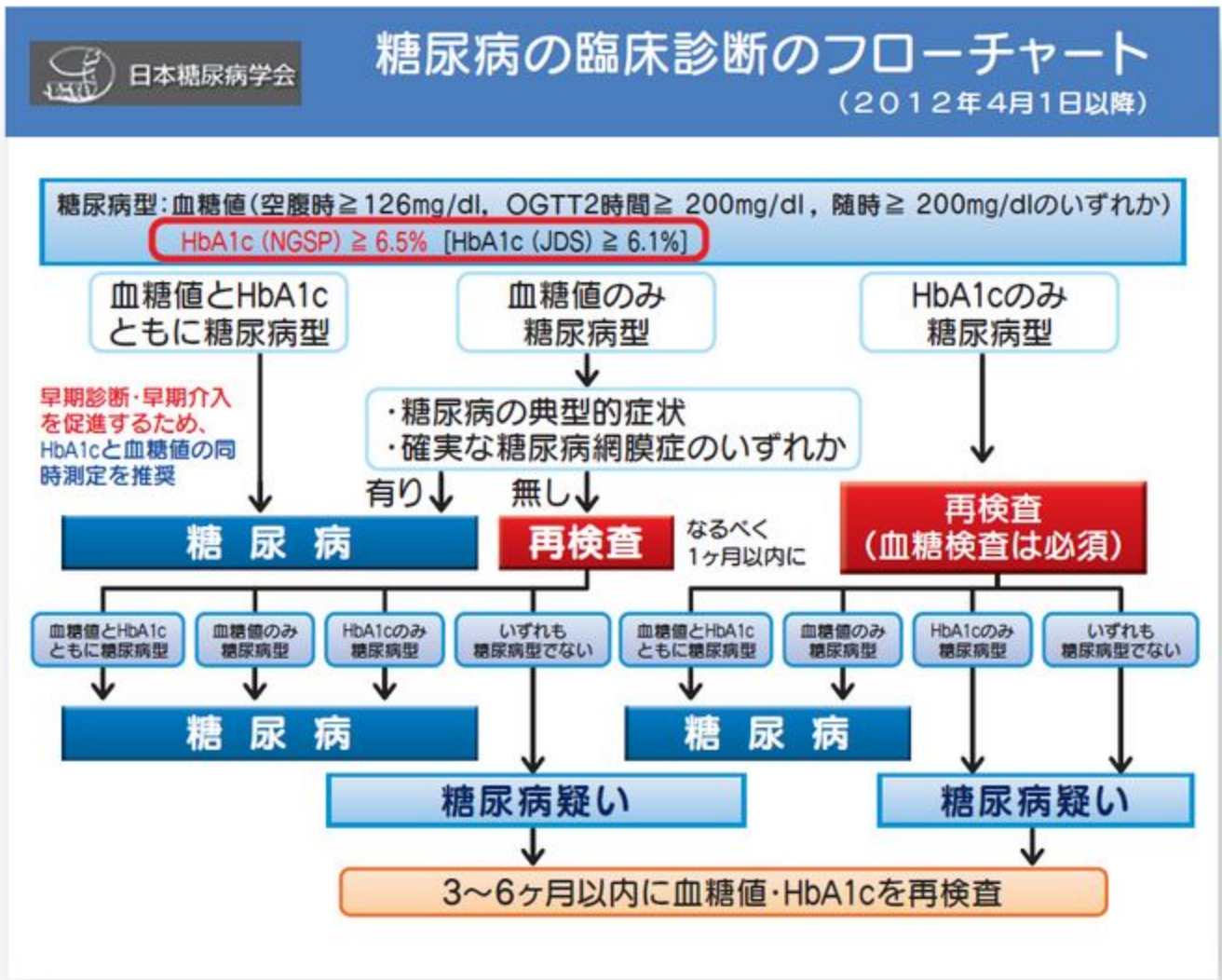
新しいHbA1c(NGSP)値が**6.5%以上**の場合は、
糖尿病が強く疑われます。



平成25年5月16日、熊本で開催した学術集会において、新たな治療目標の評価基準が発表されました。新基準では、これまで5段階としていた血糖コントロール目標値をHbA1c値の6.0%、7.0%、8.0%の3段階に集約されています。その上で、治療目標は年齢や罹病期間、臓器障害、低血糖の危険性、ケアのサポート体制などを考慮して、患者ごとに設定しています。新基準は、HbA1c(NGSP値)の7.0%未満を「糖尿病合併症抑制のために推奨される治療目標」と定めています。

これを軸に、6.0%未満を「副作用なく達成可能な場合の理想的な治療目標」とし、さらに8.0%未満を「すべての患者が達成すべき治療目標」と設定しています。HbA1c値6.0%未満は、適切な食事療法や運動療法だけで達成可能な場合、または薬物療法でも低血糖などの副作用がなく達成可能な場合の目標で、HbA1c値7.0%未満については「合併症予防のための目標」であると、これに対応する血糖値としては空腹時血糖値130mg/dL未満、食後2時間血糖値180mg/dL未満をおおよその目安としています。8.0%未満については「治療強化が困難な際の目標」で、低血糖などの副作用、その他の理由で治療の強化が難しい場合の目標となります。

血糖コントロール目標値		
血糖正常化を目指す際の目標	合併症予防のための目標	治療強化が困難な際の目標
HbA1c 6.0%未満	HbA1c 7.0%未満	HbA1c 8.0%未満



Medical Subject

“病理医(びょうり・い)”ってご存知ですか

臨床研究部長 万代 光一
(臨床検査科病理)

◎病理医とは

胃腸、乳腺、肺、皮膚などの生検、手術検体の病理診断、細胞診断をおこなうことで診療に携わっている専門医のことです。

主に顕微鏡を用いた診断をおこなっていますが、必要に応じて腫瘍に特徴的な分子の発現や異常を調べる免疫組織学的あるいは分子病理学的手法を取り入れて、より正確で臨床判断に有益となる情報を提供できるように心掛けています。

外科系診療科の術前、術後あるいは内科系診療科とのカンファランスに参加し、病理学的立場から見解を述べることで、チーム医療の一翼を担っています。

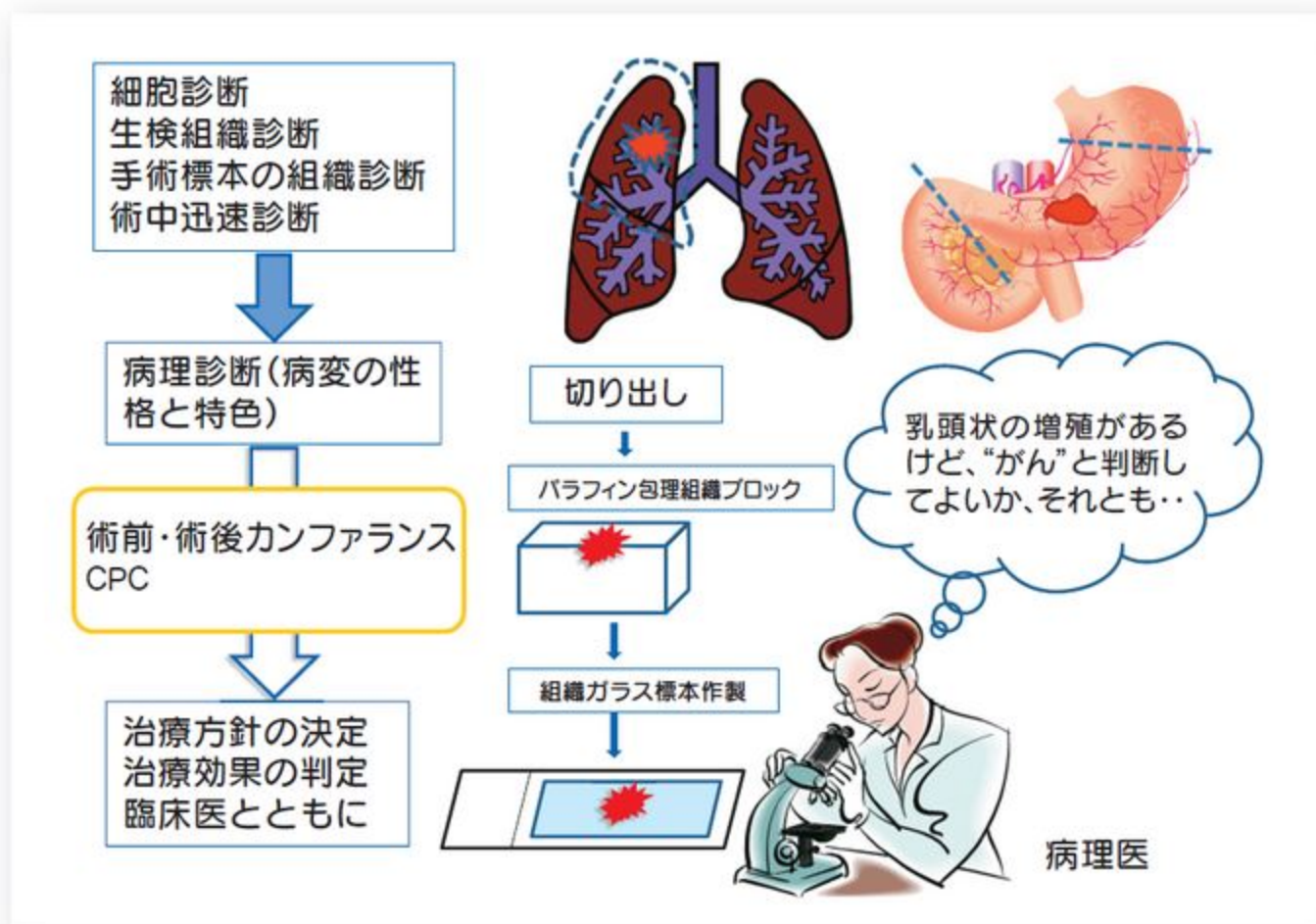
手術中に迅速病理診断を行い、適切な手術範囲の決定や治療方針の判断に寄与しています。

病理解剖を行い、臨床病理カンファランス(Clinicopathological conference: CPC)を開催し、医療の質を臨床医とともに検証しています。CPC には近隣の開業医、医療機関の皆さんにも参加いただいています。

◎がんの診断と治療には病理診断が必要

ひとくちに“がん”といっても穏やかな振る舞いを示すものから短時間で悪化するものまで様々な性格を持つものがあります。薬物に対する反応性も異なります。それらを的確に診断することは、がんの治療には欠かせません。

がんと間違えてはいけない良性腫瘍やその他の病変との鑑別は、言うに及ばず重要です。



◎病理医が足りない

2008年3月の日本医師会の調査では病理診断科医師数の不足が明らかになっています。病院全体での最低必要医師数倍率は、1.10倍、診療科別では、病理診断科は3.77(不足率73.5%)であり、マスコミでしばしば取り上げられる婦人科の2.91(65.6%)、救急科の2.07(51.7%)よりも深刻です。

病理専門医は2012年4月現在、全国で2,120名、対人口10万人で1.7、全医師の0.8%。我が広島県の病理専門医は32名、対人口10万人で1.1。ここ広島中央二次保健医療圏には1名だけ。多くの医療施設は民間の検査会社に委託しているのです。

がん診療連携拠点病院における病理専門医の不在率は中国地方 17%(全国平均13%)です。ちなみに全国平均では放射線科 3%、麻酔科 7%(2009年9月調べ)。

日本の病理専門医数はアメリカの約5分の1、アメリカでは病理専門医の多くが臓器別に特化した領域(サブスペシャリティ)を担当していますが、本邦では通常一人の病理医が全臓器をカバーしています。

◎病理医の育成には連携が必要

勤務医の不足はなにも病理診断科に限ったことではなく、直接患者さんの診療にあたる臨床各科が抱える共通の問題でもあり、一刻の猶予もないのが現状です。

病理学会レベルを超えて国策として有効な手立てが望まれますが、中国四国ブロックでは大学や基幹病院を軸としたコンソーシアムを組んで、若手病理医の育成を目指した教育プログラムを準備しているところです。

◎顔の見える病理医に

2008年4月政令で「病理診断科」の標榜が認められました。つまり、病理診断は医行為であり、医業として外部に広告することが晴れて公認されたわけです。このことは他の診療科と同様に患者さんが訪問し、その要望にこたえられるような体制を敷くことが期待されていることでもあります。

その具体例として、近隣では呉医療センターに「病理外来」が開設され、病理専門医が病理診断内容(ファーストオピニオン)を希望する患者さんに説明することで、患者さんは納得と安心が得られている、とのこと。当院は現在のところ、病理専門医が一人だけなのでその実現には至っていません。しかし、主治医を介してでも結構ですから、病理診断に関して疑問に思われていることや相談事があれば、ご遠慮なくお申し付けください。

扱う領域によってはさらに高次のセカンドオピニオンを求められることがあります。その場合は外部の専門家や公的なコンサルテーションシステムを利用することも可能です。

直接話ができなくても、身近に感じてもらえたら嬉しいです。

Medical Subject

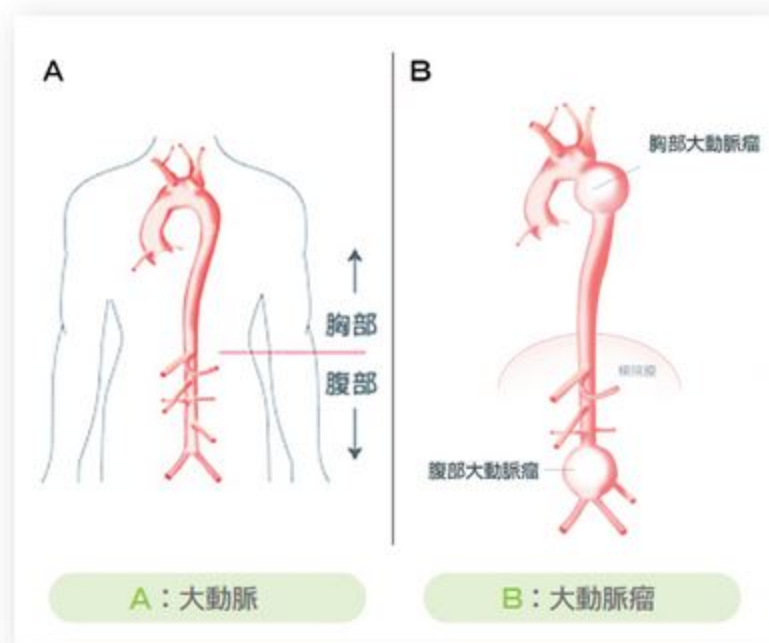
大動脈瘤のステントグラフト治療

心臓血管外科医長 佐藤 克敏

◎大動脈瘤とは

大動脈は心臓が拍出した血液を全身に送る血管で、成人では2~3cmの太さがあります(図1-A)。

この大動脈がさまざまな原因で膨らんだ状態が大動脈瘤です(図1-B)。破裂するとほとんどの人はそのまま死んでしまいますが、それまで無症状のことも多く、とても恐ろしい病気です。診断はCTや超音波などで行いますが、他の病気の検査中に偶然発見されることもよくあります。

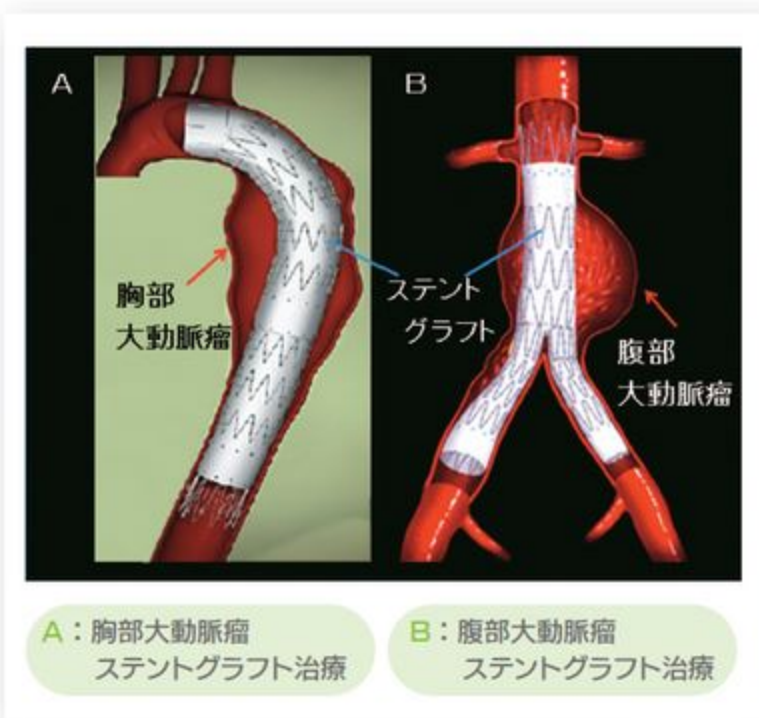


▲ 図1

◎治療法は

大動脈瘤は自然に縮小することはなく薬でも治らないため、外科手術が必要です。

以前は①人工血管置換手術(胸部や腹部を切開し動脈瘤を切除して人工血管に変える方法)しかありませんでしたが、近年は②ステントグラフト治療(血管内治療)(図2-A,B)が保険で認可され、2つから症例にあった方法を選択できるようになりました。



▲ 図2

まとめ

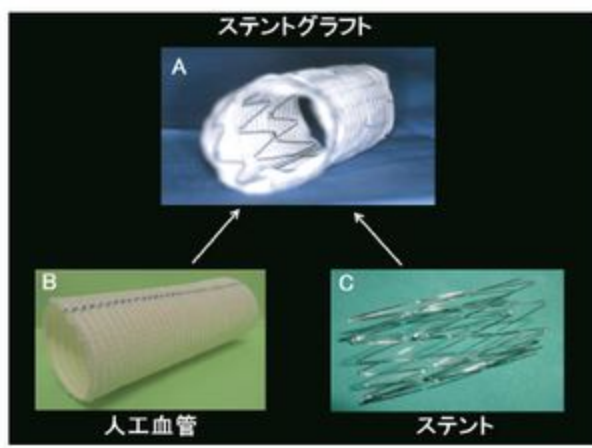
大動脈瘤は症状なく進行し、検診や他の疾患で検査を受けていても発見されていないこともあります。年齢とともに増加する疾患ですので一度は自分の体に動脈瘤ができていないか確認する必要があります。治療は外科手術しかありませんが、ステントグラ

大動脈のステントグラフト治療に関する詳しい情報は、日本の関連10学会が構成する日本ステ

◎ステントグラフト治療(血管内治療)とは

ステントグラフト(図3-A)とは、人工血管(図3-B)に、これを動脈内から固定するためのステント(図3-C)と呼ばれるバネ状の金属を取り付けたものです。これを細いカテーテル(筒)に収納し、足の付け根の動脈から血管内に入れ、動脈瘤のところに留置して破裂を防止する方法です(図4-1、2)。基本的に全身麻酔と足の付け根の動脈を露出するための3-4cmの皮膚切開は必要ですが、あとは血管内の操作だけのため体の負担はかなり軽減されました。

しかし、この方法は大動脈の形状によって使えない場合があります。また、術後も動脈瘤はそのまま残っているため、一部に動脈瘤内に血液が流入して再拡大する症例もあります。そのため長期のCT検査による経過観察が必要で、再拡大時には追加治療を要する場合があります。

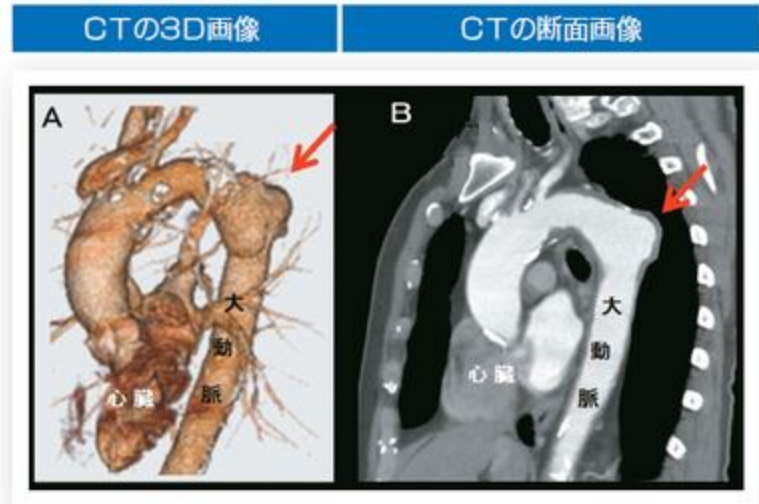


▲ 図3

▼ 図4: 胸部大動脈瘤の一例

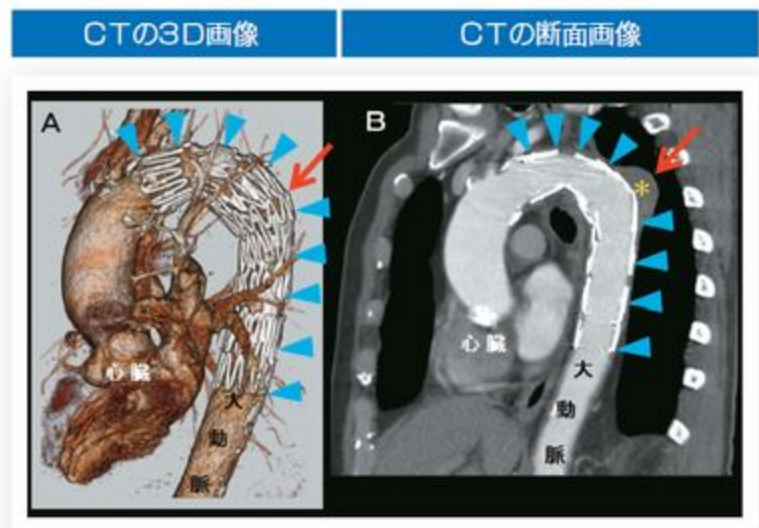
手術時間1時間30分、術後10日目に退院した。

▼ 図4-1: 胸部大動脈瘤(赤矢印): 術前



▼ 図4-2: 胸部大動脈瘤: 術後

大動脈瘤(赤矢印)の部分を中心に大動脈内からステントグラフト(ステントのみ白色のラインで見える: 青色矢印の範囲)でカバーされている。



動脈瘤は消失している

動脈瘤の内部は血栓化(*: 黒色部分)している。

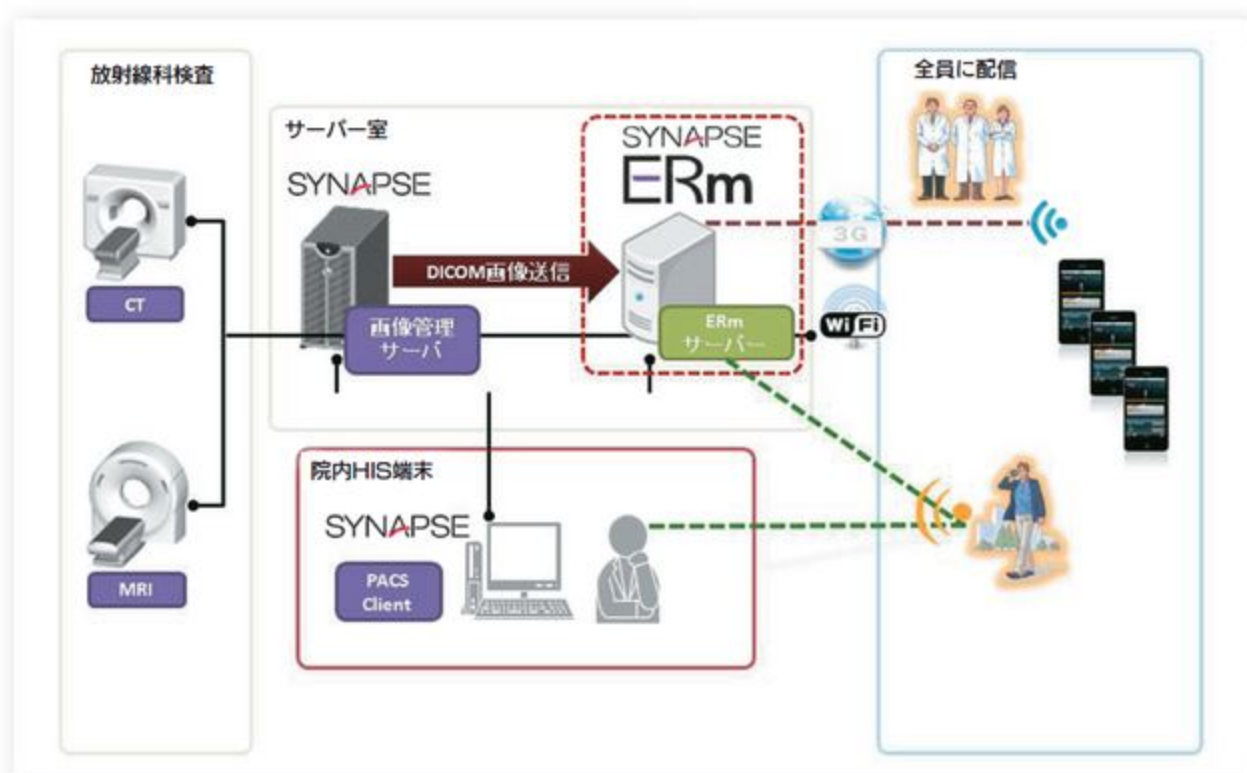
フトで治療可能な場合は、高齢者でも自立した日常生活が可能な方なら術後1~2週間程度で術前の生活に戻れるようになりました。大動脈瘤と診断された方は、これからも安心して生活するために一度心臓血管外科に相談してみてください。

遠隔画像診断治療補助システムについて

放射線科の領域では CT や MRI など装置の進歩によって薄いスライス厚や様々な条件での人体の断層画像が得られるようになってきました。これらの画像データを十分に活用するためには、フィルムではなくモニターで参照して、故障しにくく信頼性の高い PACS (Picture Archiving and Communication Systems ; 画像保存通信システム)が必要不可欠ですが、当院では2008年10月からSYNAPSE®(FUJIFILM)という PACS が順調に稼動しています。さらに近年では IT (Information Technology)の進歩で年々、高速化するインターネットの回線を通じてPACS の画像データを院外から参照して行う遠隔画像診断が普及しています。

当院は広島中央二次医療圏の地域支援病院として救急医療で重要な役割を担っていますが、まだまだ不十分なマンパワーを少しでも補うためにも、副院長の勇木清先生を中心に私も協力させていただいて各部門と検討を行って、遠隔画像診断治療補助システムのSYNAPSE ERm®(シナプスイーアールエム)を導入して2013年5月から運用を開始いたしました。このシステムは 図1 に示すように既存の PACS であるSYNAPSE®の画像管理サーバーに新たにSYNAPSE ERm®のサーバーを接続して構成されています。院内の電子カルテ端末から院外の専門医に参照してもらいたい画像をERmのサーバーに

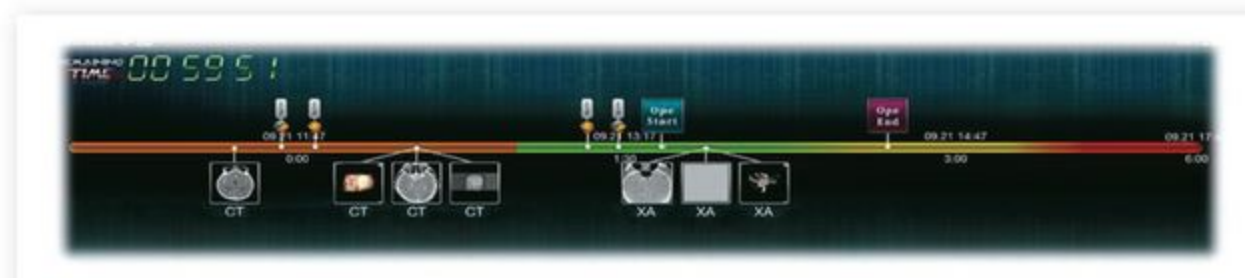
転送する指示を出した後に専門医に連絡します。専門医はあらかじめ自分のスマートフォン、タブレットなどの端末を設定しておく必要があり、VPN (Virtual Private Network ; 仮想プライベートネットワーク)を通じたアクセスを行うことでセキュリティを確保しています。実際の運用イメージでは専門医が自分の端末でVPNに接続してERmを開くと 図2の一番下にあるようなタイムラインが表示されており、その軸上に表示されている CT や MRI のアイコンをクリックするとデータがダウンロード(一時的メモリで保存出来ないデータ)されて画像の参照が可能となります。



▲ 図1 SYNAPSE ERm® のシステム構成

画像の枚数が多いと参照するまでに時間がかかるなどの問題点はありますが、今までに5~6回、実際に使用した印象で十分に実用的と考えています。また、将来的な発展性として院内での無線LANの環境が実現すると図2のように診療グループごとに院内外への配信も可能であり、サーバーの環境も整備すれば心電図などの生体情報も院外から

参照できるようになります。ご当地の戦国大名の“毛利元就”が息子達に“3本の矢”となって結束する重要性を説いたのは有名な話ですが、院内の各科が連携して地域の救急医療にとって当院が太い柱となっていくためにSYNAPSE ERm®が役立ってくれることを願っています。



▲ 図2 SYNAPSE ERm® の運用イメージ

がんのリハビリテーションについて

がんのリハビリテーションとは

2006年がん対策基本法の成立にともない、疾患別リハビリテーションに「がん患者リハビリテーション科」が新設されました。

東広島医療センターは、がん診療連携拠点病院でありその役割として、専門的ながん医療の提供、地域がん診療の連携協力体制の構築、がん患者に対する相談支援及び情報提供を行っています。がん診療連携拠点病院のリハビリテーション科として、がんのリハビリテーションを行うのは責務です。

がん患者は、疼痛、移動・セルフケアの問題、疲労、筋力低下などがんの種類によらない一般的な問題および嚥下障害、認知障害、リンパ浮腫、末梢神経炎、軟部組織や骨切除などがんの種類による特別な問題を持っています。これらの問題に対して、また廃用症候群など二次的問題を予防し、運動機能の低下や生活機能の低下予防・改善を目的としてリハビリ治療を行うのが、がんのリハビリテーションです。

◎がんのリハビリテーションの分類(Dietzの分類).....

1 予防的

がんの診断後の早期(手術、放射線、化学療法の前から)に開始。機能障害はまだないが、その予防を目的とする。

3 維持的

腫瘍が増大し、機能障害が進行しつつある患者のセルフケア、運動能力を維持、改善する事を試みる。自助具の使用、動作のコツの指導をする。拘縮、筋力低下、褥瘡など廃用予防の訓練を含む。

2 回復的

機能障害、能力低下の存在する患者に対して、最大限の機能回復を図る。

4 緩和的

終末期のがん患者に対して、そのニーズを尊重しながら、身体的、精神的、社会的にもQOL(生活の質)の高い生活が送れるように援助する。



▲がんの経過とリハビリ介入 引用:OTジャーナル2011.7 P.899

◎がんのリハビリテーションを実施、算定するには.....

がんのリハビリテーションを実施するに当たっては、厚生労働省が定めた施設基準に適合していなければなりません。その施設基準とは、十分な経験を要す専任の常勤医師1名以上、十分な経験を要す常勤のPT・OT・STが2名以上いること。十分な経験とは、適切な研修を受講している事が必須条件です。

がん患者リハビリテーション科の対象患者

 <p>周術期 ●呼吸リハ ●喀痰排出の練習</p>	 <p>頭頸部がん ●発声、嚥下訓練 ●肩甲帯の運動障害に対するリハビリ</p>
 <p>乳がん ●肩関節の運動障害に対するリハビリ ●リンパ浮腫の予防</p>	 <p>骨軟部腫瘍 ●義肢装具の訓練 ●患肢以外の機能獲得</p>
 <p>脳腫瘍 ●高次脳機能障害や運動麻痺に対するリハビリ</p>	 <p>血液腫瘍 ●心筋機能向上 ●廃用予防</p>
 <p>化学療法 ●心筋機能向上 ●廃用予防</p>	 <p>在宅復帰 ●ADLの評価 ●自助具の使用 ●呼吸法の指導</p>

がんのリハビリテーションに関する研修とは、1病院につき、がんのリハビリテーション及び看護に携わる医師1名、看護師1名、リハビリテーションスタッフ2名の合計4名が1チームとして研修に参加。研修内容は講義、実習、実演、グループワークから構成され2日間(合計約14時間)行われます。

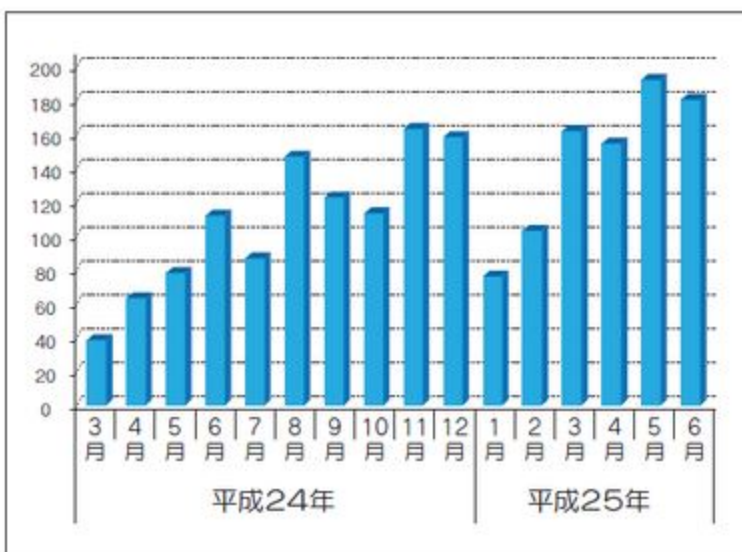
◎当院のがんのリハビリテーションの現状

当院では平成23年12月に柴田呼吸器外科医長、川上看護師、奥迫PT、野田OTの4名が研修を受講し平成24年3月から、がんのリハビリテーションを開始しました。1チームだけでは、メンバーの誰かが異動などにより欠員となった場合は施設基準を返上しなければなりません。また、グラフに示したように、がんリハの実施件数が増加してきており、それに対応するため2チーム目の研修受講が急務でした。平成25年6月、高橋統括診療部長、荒谷看護師、林PT、松川PTの4名が研修を受講し、がんリハを実施出来るリハビリスタッフは平成25年7月現在PT3名、OT2名の計5名です。

がんのリハビリテーションの具体的実施内容は、座る・立つ・歩くという基本動作の維持、獲得を、がんの種類や病期を問わず、多く希望され、関わる事が多いです。アプローチは特殊な物ではありませんが、がん疾患に対しては病状の特徴から生じる、全身状態の不良、身体(局所)症状(痛み、倦怠感、吐き気等)、骨転移、麻痺、廃用障害などに配慮し実施します。目標はショートステップで身体機能の変化に応じた、具体的な到達目標、短期目標の積み重ねが重要です。

当院のがんリハビリテーションは開始してまだ、1年あまりです。リハビリスタッフの数は増加しましたが、がんのリハビリテーションに関する経験、知識は十分ですとは決まていません。

リハビリテーション科では、がんのリハビリテーション、その他の疾患別リハビリテーションの充実に向けて今後とも努力してまいります。皆さまのご協力をお願いします。



認定看護師を紹介します

がん性疼痛看護認定看護師 梶山 ナミ恵

平成25年7月4日14時 認定看護師認定審査の結果発表がありました。

この日、ICU 當麻麻美副看護師長が「集中ケア」、6病棟 濱井智実副看護師長が「がん性疼痛看護」、4病棟 伊世陽子看護師と3病棟 五十川かおり看護師が「皮膚・排泄ケア」の分野で合格しました。

東広島医療センターには、感染管理認定看護師が2名、がん化学療法看護認定看護師が2名、がん性疼痛看護認定看護師が1名、緩和ケア認定看護師が1名在籍していましたが、新しく各々の分野での認定看護師が増えることになり、合計10名の認定看護師が活躍することになります。

認定看護師制度は、特定の看護分野において、熟練した看護技術と知識を用いて水準の高い看護実践のできる認定看護師を社会に送り出すことにより、看護現場における看護ケアの広がりや質の向上をはかることを目的として作られました。専門分野の臨床経験を5年以上有し、専門の教育機関への入学試験に合格し、半年の専門教育を受けた看護師が、日本看護協会の認定看護師認定審査に合格した者が取得できます。ある特定の看護分野において、熟練した看護技術と知識を有することが認められた者ということになります。

認定看護師の役割には、大きく分けて「実践」「指導」「相談」の3つがあります。今年合格した4名は、これから臨床において患者・家族の皆様やスタッフの皆様と相談し、ご指導いただきながら成長していくものと思います。合格したとはいえ、まだまだ未熟です。彼女たちの成長は、皆様のお力添えなくてはありえません。温かく、そして時には厳しくご指導いただきたいと思いますので、今後ともよろしくお願いいたします。



私たちが東広島医療センターの認定看護師です。

東広島医療センター認定看護師

看護分野	知識と技術	氏名
感染管理	<ul style="list-style-type: none"> 医療関連感染サーベイランスの実践 各施設の状況の評価と感染予防・管理システムの構築 	岡本悦子副看護部長 勝田真知子副看護師長
がん化学療法看護	<ul style="list-style-type: none"> がん化学療法薬の安全な取り扱いと適切な投与管理 副作用症状の緩和およびセルフケア支援 	宮部恵子看護師長 嶋田裕子
がん性疼痛看護	<ul style="list-style-type: none"> 痛みの総合的な評価と個別的ケア 薬剤の適切な使用および疼痛緩和 	梶山ナミ恵看護師長 濱井智実副看護師長 ※
緩和ケア	<ul style="list-style-type: none"> 疼痛、呼吸困難、全身倦怠感、浮腫などの苦痛症状の緩和 患者・家族への喪失と悲嘆のケア 	川上泉
集中ケア	<ul style="list-style-type: none"> 生命の危機状態にある患者の病態変化を予測した重篤化の予防 廃用症候群などの二次的合併症の予防および回復のための早期リハビリテーションの実施(体位調整、摂食嚥下訓練等) 	當麻麻美副看護師長 ※
皮膚・排泄ケア	<ul style="list-style-type: none"> 褥瘡などの創傷管理およびストーマ、失禁等の排泄管理 患者・家族の自己管理およびセルフケア支援 	伊世陽子 ※ 五十川かおり ※

※は平成25年資格取得者

初期臨床研修医の定員が 3名となりました。

臨床教育室長 高橋 忠照



「高橋臨床教育室長(中央)」と「初期臨床研修医 4名」

平成26年度の当院の初期臨床研修医の募集定員が、1名増員され3名となりました。

病院の活気を維持し発展させるには研修医の若いエネルギーが必要不可欠ですので、初期臨床研修医の確保に向け昨年と同様今年も地道な努力を続けています。

ポリクリ実習で病院に来てくれている広島大学の5年生のアンケートでは、病院の魅力的な点として、「建物がきれい、病院の雰囲気が良い、先生が優しい、官舎がきれい。」、欠点としては「研修医の募集人員が2名/年では少ない、車がないと不自由、人里離れた気がする。」等でした。

前回、院内報23号12月発行の記事にも書きましたが、やはり初期臨床研修医定数の少なさが当院での研修を希望する上で最大の障害であると痛感しました。

今年は、外科のアドバンス(一週間の病院実習)には合計7名の学生が来てくれました。その際、外科の先生方並びに初期臨床研修医の方々のご協力もあり、毎回歓迎会を開催し相互理解を深めることができました。ここでもやはり研修医の数が少ないことが問題であるとの話をよく耳にしました。

そこで、今年度から東広島市から初期臨床研修医に対して年間60万円の研修奨励金が出ることを追い風とし、ここ2年連続で初期臨床研修のフルマッチを果たした結果を持って、院長の判断で、今年は4名への定員増を県に要求することにしました。

当初は、平成25年6月12日に広島県の健康福祉局が主催する広島県医師臨床研修病院会議で、各病院の平成26年度の募集定員の割り振りが決まる予定でした。当会議で提示された国から広島県に割り振られた募集定員は190名であり、集計された広島県内の各研修病院の希望定員は207名でした。昨年度実施された直近2カ年のマッチ率平均が50%以下の病院からの定員調整が、今回はありませんでしたので、当院は2年連続で研修医がフルマッチし定員4名の希望を出したにもかかわらず、会議終了時点では研修医増員決定はありませんでした。県の方針として、今年度については、定員調整に協力可能な病院が県に申し出を行い、その病院の意向に沿いました。

6月20日の中間発表では、県病院、市民病院、安佐市民病院等々への広島大学からの定員分配が決まったのですが当院への分配はありませんでした。この時点で、どこの病院へも振り分けられていない保留枠は1名でした。

もし、来年度も定員2名のままであれば、負のスパイラルが続き、いつまでたっても当院の欠点は改善されず、研修医の希望者が増えず、定員増も叶わないと悲観に暮れる日々でした。

しかし、県や大学病院の配慮があったのでしょうか、その保留枠の1名が当院に割り振られたとの連絡が6月25日に入ったのです。院長、副院長はじめ、一同は大喜びでした。

今後は3名に増員した定員枠をフルマッチさせるべく、さらなる努力を行い、定員4名を目指して頑張っていきたいと考えています。

最後になりましたが、学生の勧誘に熱心に取り組んでくれている、初期臨床研修医の原武君、小野君、中橋君、安田さんに感謝し稿を終えます。



診療科名		月	火	水	木	金	
1階	総合診療科		小出純子	小出純子	小出純子	小出純子	
	内分泌・糖尿病内科 フット:フットケア外来	午前	①小田賢明 ②小出純子	①小田賢明 ②大江健	①小田賢明 ②大江健	①小田賢明 ②大江健	①小田賢明 ②大江健
		午後	①小田賢明	①大江健			
	腎臓内科	午前		平 塩			平 塩
		午後	大 石		佐 伯		
	血液内科					大島久美	
	神経内科	①野田公一 ②野田公一	①野田公一 ②野田公一	①野田公一 ②野田公一	①野田公一 ②野田公一	①野田公一 ②野田公一	
	呼吸器内科	①藤上功治 ②村上憲治 ③増田憲治	①重藤えり子	①吉光成児 ②重藤えり子	①増田憲治 ②村上憲治 ③村上憲治	①村上憲治 ②増田憲治 ③吉光成児	
	循環器内科	①原日加里 ②城本貴 ③岸本貴	①柳原葉二 ②小野裕二 ③岸本貴	①柳原葉二 ②小野裕二 ③梶原貴	①原日加里 ②城本貴 ③梶原貴	①小野裕二 ②日加里	
	小児科	①野哲史 ②田哲史 ③岡田泰之	①下田浩子 ②伯本佳子 ③佐濱佳子	①下田浩子 ②岡田泰之 ③高橋忠誠	①佐伯哲也 ②野本和子 ③豊中谷和樹	①下田浩子 ②藤本忠誠 ③高橋忠誠	
	外科	①池田昌和 ②宮田将幸 ③志々田満	①高橋忠誠 ②田中吉志 ③豊中吉志	①高橋忠誠 ②宮本和 ③宮本和	①豊中谷和樹 ②山根和樹 ③山根和樹	①高橋忠誠 ②池田昌和 ③田志乃	
	手術日	手術日	手術日	手術日	手術日	手術日	
	ストーマ外来	ストーマ外来は、第4月曜日(祝日等を除く)の13時から17時まで【完全予約制】					
	整形外科	①岸田彦明 ②今新松 ③田本卓亮	①岸田彦明 ②今新松 ③田本卓亮	①岸田彦明 ②今新松 ③田本卓亮	①岸田彦明 ②今新松 ③田本卓亮	①岸田彦明 ②今新松 ③田本卓亮	①岸田彦明 ②今新松 ③田本卓亮
手術日	手術日	手術日	手術日	手術日	手術日		
骨粗鬆症外来	骨粗鬆症外来は、第2、第4木曜日(祝日等を除く)の14時から17時まで【完全予約制】						
呼吸器外科	手術日	花木英明	柴田 諭	手術日	柴田 諭		
皮膚科	①仁熊利之旭 ②坂本	①仁熊利之旭 ②坂本	①(第1・第3)仁熊利之旭 ②坂本 ③(第2・第4)仁熊/坂本岡部 勉	①仁熊利之旭 ②坂本	①仁熊利之旭 ②坂本	①仁熊利之旭 ②坂本	
手術日	手術日	手術日	手術日	手術日	手術日		
眼科(休診)							
緩和ケア外来	緩和ケア外来は、第1・第3木曜日(祝日等を除く)の14時から16時まで【担当】						
2階	消化器内科	①井上基樹 ②後藤栄造	①長沖祐子 ②大原英司	①竹崎英一 ②井上基樹 ③(第1・3・5)大原/第2・4後藤	①後藤栄造 ②長沖祐子	①長沖祐子 ②大原英司	
	脳神経外科	①勇木清隆 ②友水陽	手術日	①右田圭介 ②清水陽元	①勇木清隆 ②友水陽	①右田圭介 ②友水陽	
	手術日	手術日	手術日	手術日	手術日	手術日	
	心臓血管外科	森田 悟	手術日	許 吉起	森田 悟	佐藤克敏	
	血管内治療外来	血管内治療外来は、金曜日(祝日等を除く)の14時から16時まで【完全予約制】					
	耳鼻咽喉科	担当医	①大久保剛 ②大林敦人	①大久保剛 ②大林敦人	①大久保剛 ②大林敦人	①大久保剛 ②大林敦人	①大久保剛 ②大林敦人
	手術日	手術日	手術日	手術日	手術日	手術日	
歯科	松田貴司			加治屋幹人	永原隆吉		
泌尿器科	①藤原政治 ②増本弘史	①藤原政治 ②増本弘史	①藤原政治 ②増本弘史	①藤原政治 ②増本弘史	①藤原政治 ②増本弘史	①藤原政治 ②増本弘史	
手術日	手術日	手術日	手術日	手術日	手術日		
産婦人科(予約制)	当番制(田中・井上)	①兒玉尚志 ②田中教文(PM井上)	手術日	①兒玉尚志 ②田中教文	①兒玉尚志 ②田中教文	①兒玉尚志 ②田中教文	

受付時間 8時30分～11時30分 診察時間 8時30分～17時15分 ※救急患者様は随時診療いたします。ただし、手術のため、木曜日の耳鼻咽喉科は9時30分まで、金曜日の皮膚科は10時30分までの受付時間となります。歯科(入院応需)は随時に診察曜日が変更となることがあります。
 予約受付 再診患者様につきましては、受診時に次の診察予約ができます。また、定期的に変診されている場合には、電話での予約も可能です。電話(082)423-1489(平日8時30分から17時00分)
 産婦人科予約 産婦人科外来は原則的に初診も含めて予約制ですが、妊婦初診は予約なしでも受けます(火曜日・木曜日・金曜日)。
 診療日 月曜日～金曜日(土曜日・日曜日・休日・年末年始は休診となります。)



独立行政法人国立病院機構
東広島医療センター

〒739-0041
 広島県東広島市西条町寺家513番地
 ホームページ
<http://www.hiro-hosp.jp/>
TEL 082-423-2176
FAX 082-422-4675