



東広島医療センター

NEWS

Higashihiroshima
Medical
Center
News平成28年
新年号
vol.119

大沢田

おお ざわだ 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。



TOPICS

年頭所感 院長 竹崎 英一

中国・四国ブロック
統括DMAT登録者技能維持・
ロジスティクス研修に参加して
外来看護師 國弘 純

【連載コラム 第1回】米国留学体験記
脳神経外科 大庭 秀雄



大
澤
田
一
年
ご
と
き

CONTENTS

年頭所感 院長 竹崎 英一	2	中国・四国ブロック統括DMAT登録者技能維持・ロジスティクス研修に参加して	11
【医療の話題62】薬剤科	3	医療機器と電源について～医療機器が安全に使用されるために～	12
【医療の話題63】内分泌・糖尿病内科	4	中国四国地区国立病院機構 国立療養所看護研究学会に参加して	13
【医療の話題64】小児科	5	市民公開糖尿病教室を開催して	14
【医療の話題65】臨床検査科	6	幹部看護師管理研修Ⅰに参加して	15
【医療の話題66】心臓血管外科	7	【連載コラム 前編】米国留学体験記	16・17・18・19
医療事故調査制度始まる	8・9	人事異動	19
鷺山神社～ここには“お宮”がありました～	10		

年頭所感

院長 竹崎 英一



明けましておめでとうございます。

2016年(平成28年)を新たな気持ちで迎えることができたことに、職員の皆様に感謝を申し上げます。

振り返ると、これまで治療棟の増改築工事着工、研修医定員増員、新しい診療科(血液内科)の開設、集団医療災害訓練をはじめとして、いろいろなことがありました。また、広島市安佐南区の災害に当院DMATの活躍は記憶に新しい広島県に対する大きな貢献でした。いずれも病院発展に繋がることであり、東広島医療センターが広島中央二次保健医療圏でさらに確固たる中核病院となるための必要不可欠な病院が刻まなければならぬ一歴史でした。

国立病院機構に属する病院は、国の政策医療を補填する病院として運営されてきました(当院は特に結核医療を中心にして)。しかし、時代の流れで、機構病院はより現実的な対応が求められるようになりました。地域に密着した医療の提供を要求されるようになってきましたが、昨年の国立病院の非公務員化によりこの傾向は一層強くなり、さらに経営面でも病院の背負わなければならない負担は大きく増大しました。我々の病院も国の政策医療の一端を担うとともに、東広島市の住民の健康を担う中核病院として、その責務を果たすとともに、病院経営の健全化も図らなければなりません。昨年、我々が計画・実行し、経験した諸々の正負の業績はまさに東広島医療センターの歩む方向性を示していると考えています。

さて、本年度もさらなる病院発展・成長のために職員の皆様と一緒にしなければならない事があります。まず、4月の総合診療科専門医師の診療開始、6月の病院機能評価更新、7月には治療棟の増改築が完成します。総合診療科は救急専門医とともに、当院の将来に備えて救急部門を充実させるためには是非とも開設しなければならない診療科と考えています。また、病院機能評価更新は、通常業務の合間に職員には大きな負担となります。病院を客観的に評価できる受審であり、私自身は皆様の思いを一つにし、達成感と一緒に喜ぶことができるかけがえのない経験と考えています。地域がん診療拠点病院としての機能を果たすために新しいリニアックの導入、

また、この数年間で大きく増加した手術件数を賄うための手術室の増改築は数年来の当院の悩みであり、熱望してきたことでした。また、新治療棟3階は急激に増加した医局員を収容するための新医局となります。

東広島医療センターの昨年の歩みと今年の展望を簡単に紹介しましたが、これらの計画・実行には東広島医療センターのみではなく、広島大学、東広島地区医師会、東広島市、機構本部等の多くの機関の協力がありました。今後さらに病院が発展・成長するには上記諸機関の多大な協力が必要であることは言うまでもありません。そして、これらの計画を実行していくためには、健全な病院経営が必要不可欠の条件です。素晴らしい病院構想があっても、基盤となる経営状態が脆弱であったら、絵に描いた餅に過ぎません。地域医療構想、診療報酬制度の改定等、病院を囲む医療環境はさらに厳しくなることが確実です。皆様と一緒に、これらの難局を乗り越え、素晴らしい東広島医療センターの将来像を実現させましょう。

最後に、今年が皆様にとっても、東広島医療センターにとっても、よい年となるように願っています。



院長 竹崎 英一

国際共同治験について

治験主任 中村 浩子

Health topic 62

当院では平成16年より治験管理室が設置され、治験や製造販売後調査の支援を積極的に行っております。実務スタッフは薬剤師1名、看護師1名、事務員1名で構成されています。また、治験以外の臨床研究においても、臨床研究部スタッフが支援を行っています。現在当院では脳梗塞、糖尿病、急性冠症候群など、計5課題の治験を実施しています。

近年、新薬の世界規模での開発・承認を目指して企画され、一つの治験に複数の国や地域の医療機関が参加する国際共同治験が増えています。当院でも実施中治験5課題中、2課題が国際共同治験です。共通の治験実施計画書に基づいて治験が同時並行的に実施されるため、ドラッグ・ラグ(海外で使用されている薬が日本で使用できるようになるまでの期間)の解消や、安全性情報を世界で共有できるなど、必要性は大変大きなものとなっています。

ただ、同一の治験実施計画書に基づいて世界で治験を実施することは、実施医療機関側として環境の整備が課題となります。国際共同治験の多くは欧米主導であり、日本の医療環境を考慮して治験実施計画書が作成されているわけではありません。そのため治験実施計画書を遵守するため、現場の環境を整えるが必要がでてきます。

例えば院内検査結果をデータとして用いる治験の場合、外部機関における精度認定や、定期的な外部機関による検査機器のメンテナンスを求められることも多くなっています。治験によっては海外への心電図データ送信のため、国際共同治験それぞれに専用の

心電計を使用して測定し、データをwebで送信することもあります。治験薬や検体保管の温度管理方法についても様々な条件を満たす必要があり、また、海外で製造・包装された治験薬は、日本人にはなじみが薄いボトル包装の場合が多く、被験者が戸惑う場合もあります。そして当然ながら症例報告書を英語で作成する必要もあり、何かトラブルがあった際に英語で対応しなければならないこともあります。

このように特に国際共同治験を実施するためには大きな労力と知識を要します。そして、国内治験もそうですが、他部署の方々の協力も治験実施のためには重要ですので、これからも職員の方々のご協力をお願いします。



持続血糖測定
(CGM:Continuous Glucose Monitoring)について

内分泌・糖尿病内科 大江 健

Health topic 63

当科で導入されている持続血糖測定(CGM)は、皮下組織に専用のセンサを装着し、連続的にグルコース濃度の推移(変動)を見る測定法である。1日に数回の血糖自己測定(SMBG)に比べ、測定回数が格段に多く、血糖値の日内変動を詳しく把握できる。SMBGは、糖尿病患者が医療機関外で血糖値を測定することを可能にし、希望した時間に数値を確認したり、治療に伴う血糖値の変化を評価できるようになった。しかし、SMBGには血糖値の変動が測定時点でしか分からないという欠点がある。

SMBGで分かることは限られた測定時点の血糖値の変動なので、夜間睡眠中や明け方、多忙な仕事中など、測定困難な時間帯の血糖値の状態は分かりにくい。使用中のインスリンが予測した通りの効果をもたらしているかを知りたいときにも十分でない場合がある。

こうしたSMBGの課題を解決するために、CGMシステムが開発された。

装着は、挿入補助具(図2)を使用し、エンライトセンサー(図1)を皮下に留置し、レコーダーを装着し(図3)、6日間連続で測定します。



◀【図1】
エンライトセンサーと
レコーダー



◀【図2】
エンライトセンサー
挿入補助具



◀【図3】

どのような患者に適しているのか?

- ・2型糖尿病患者さんの薬剤導入や変更時
- ・インスリン治療中の血糖コントロール不良患者
- ・夜間低血糖の確認
- ・血糖変動が激しいbrittle typeの患者など

CGMの利点

自己血糖測定(SMBG)では1日の測定回数に限度があり、24時間を通じた総合的な血糖変動を確認することは困難である。CGMでは、夜間の低血糖、食後血糖上昇、朝方の血糖上昇(暁現象)などを確認することができる。血糖変動を正確に評価できるので、個々の患者に即した治療を組み立てることができる。

当院での症例

61歳男性

2013年11月、劇症1型糖尿病と診断され、インスリン強化療法を導入された。

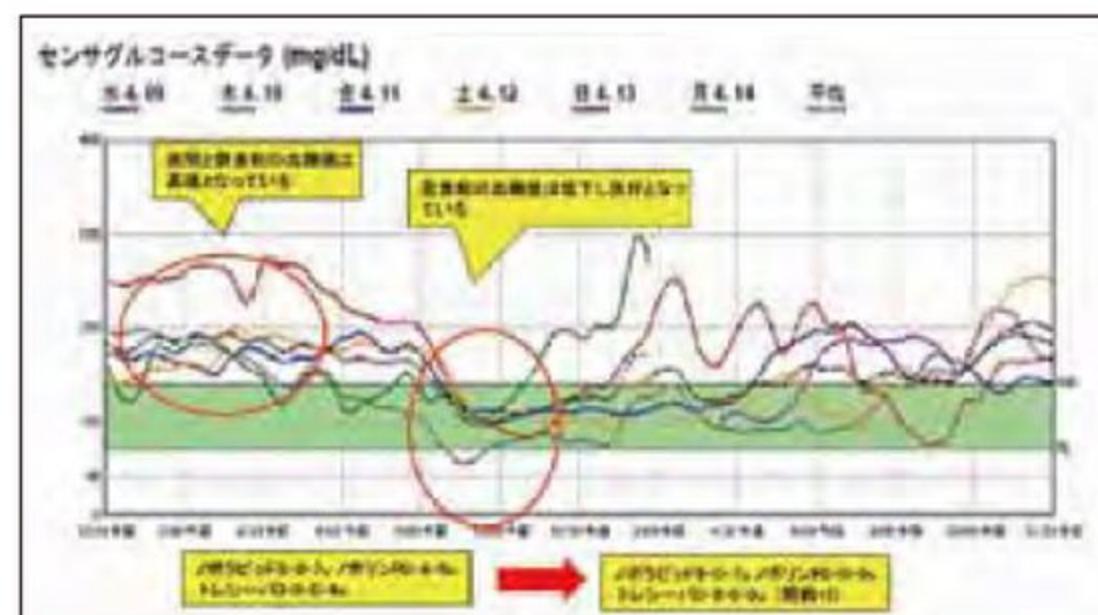
ノボラビッド 1日2回 朝夕食直前 朝8単位 夕7単位
ノボリーンR 1日1回 昼食前6単位、トレシーバ1日1回 就寝前4単位

合併症：網膜症なし、腎症なし

既往歴：高血圧、高尿酸血症、一二指腸潰瘍

身長163cm 体重49.2kg BMI18.5 HbA1c7.3% PG(1.5 h) 99mg/dl

SMBGでは朝食前の血糖値は高値であったが、深夜の血糖値は測定されず不明であったため、CGMを施行した。結果は、(図4)に示すように夜間に朝食前の血糖値は高値となっており、夜間に低血糖がなかったため、睡前のトレシーバを2単位増量した。



【図4】症例

【まとめ】

CGMでは、夜間の低血糖、食後血糖上昇、朝方の血糖上昇(暁現象)などを確認することができ血糖変動を正確に評価できるので、個々の患者に即した治療を組み立てることができる。



学校検診

小児科 上野 哲史

Health topic 64

毎年学校で学校検診が行われています。具体的には身長、体重測定や視力検査、内科検診、耳鼻科検診、歯科検診、検尿などです。少し詳しい方は小学校、中学校、高等学校の1年生で学校心臓検診として心電図も記録されていることをご存知かもしれません。

これらは「学校保健安全法」という法律で、毎年6月30日までに行なうことが決められています。以前は学校保健法という法律でしたが2009年4月に学校保健安全法と名前がかわり、一部内容が変更されています。学校検診のほかには「学校には保健室を作らなくてはいけない」とか、「インフルエンザに罹患したあとは2日(幼児は3日)休まなければならぬ」などなどが定められている法律です。

さて、学校検診です。項目は多岐にわたりますが、今回は学校検尿にスポットを当てたいと思います。学校検尿が開始されたのは昭和49年からです。小・中学生を対象に学校検尿が開始されました。その背景には、それまで圧倒的に多かった感染症が減少して、腎臓病、喘息、心臓病といった慢性疾患が多数を占めるようになったという疾病構造の変化がありました。中でも長期欠席者の15%を腎疾患が占めていました。さらに、それまでと比べて腎臓病についての治療、管理が進歩して腎疾患の早期発見の意義が高まつこともあります。その後年数を重ねるにつれて新しいことも判明してきたため、昭和54年に「学校検尿のすべて」が刊行されて改訂が重ねられてきました。平成24年度の新学習指導要領の全面実施に伴って「新・学校検尿のすべて」も改訂が行われました。それにしたがって地域ごとに実際の施行についても検討が行われているようです。「地域ごと」というのは実は法律で定められているのは大まかな「検尿をすること」ということまでであり、「どのような方法で」は各地域ごとの実情に応じて少しずつ異なっています。東広島市などでは基本的に1次検尿として家庭で早朝尿、1次検尿での有所見者に2次検尿として再度早朝尿を検査し、1次検尿と2次検尿の結果により各医療機関で3次検尿として精査を行い、結果と必要に応じて専門医に受診といった手順をとっています。関東地方などでは3次検尿を集団検診としているところもあります。

小中学生の学校検尿での1次・2次検尿における有所見率については、全国一律の調査結果はありません。検査方法、判定基準などに若干の地域差があることも理由の一つですが、そもそも調査そのものがない地域もあります。実は東広島市も調査・集計がされていない地域です。文献的にはおよそ表の通りです。

さて、東広島でもやはり学校検尿が施行されています。東広島地域の学校検尿で特に急いで対応する必要がある項目として次の2点が挙げられます。

- ① 1次・2次検尿で有所見者の3次検診受診率、暫定診断、管理指導区分などの把握がされていないので、実態が不明です。
- ② 緊急受診システムの不備。高度尿蛋白、高度尿糖は緊急性の高い疾患が疑わしいので、対応が必要です。

これらの点について、医師会の先生方と協力して検査手順の明確化、判定基準の明確化、緊急連絡の基準を決定し、判定委員会で最終評価をするようにしました。これにより現状を把握し、次年度以降の対応に生かして行きたいと考えています。ご理解、ご協力のほどよろしくお願ひいたします。

【表】

1次・2次検尿における尿蛋白、尿潜血の陽性率			
	蛋白	潜血	蛋白・潜血
小学生 1次検尿	0.60%	1.73%	0.08%
小学生 2次検尿	0.08%	0.52%	0.03%
中学生 1次検尿	2.19%	4.93%	0.33%
中学生 2次検尿	0.41%	0.93%	0.10%

東京都予防医学協会(1975-1994年のデータより)
村上睦美:学校検尿、小児科学第2版(白木和夫、前川喜平監修)
p.1295-1298, 医学書院, 2002

学校検尿の流れ(おおまかに)

-
- 1次検尿
 - 家庭で早朝尿
 - 有所見者を2次検尿に
 - 2次検尿
 - 家庭で早朝尿
 - 有所見者を3次検尿に
 - 3次検尿
 - 各医療機関で精査
 - 地域によっては集団検診(関東地方)

血栓症診断における止血学的分子マーカーについて

臨床検査科 藤井 貴子

Health topic 65

止血系分子マーカーは凝固・線溶系の活性化を示し、血栓症の補助診断として用いられます。

多くの止血系分子マーカーがありますが、現在適切なカットオフ値が提示されているのは、DIC（播種性血管内凝固症候群）診断基準におけるFDP（フィブリンならびにフィブリノーゲン分解産物）のみです。その他の分子マーカーについては、標準化やカットオフ値の検討がまだ十分とは言えません。

DICについては、2014年10月に日本血栓止血学会DIC診断基準作成委員会により、旧厚生省DIC診断基準に代わる新しいDIC診断基準の暫定案が示されましたので紹介します。

DIC診断基準：旧基準との相違点

- ・アルゴリズムを用いて基礎病態により「造血障害型」「感染症型」「基本型」を使い分ける
- ・基礎疾患と臨床症状でのスコアリングを削除
- ・血小板では経時的減少で1点加点
- ・予後評価に有用なアンチトロンビン活性（AT）を組み込んだ→今後検証作業実施
- ・凝固線溶系分子マーカー（TAT、SF、F1+2）を組み込んだ
- ・DICと誤診されやすい肝不全で3点減じることを組み込んだ

DIC診断基準適用のアルゴリズム



第8回 日本血栓止血学会 学術標準化委員会シンポジウム DIC部会 第15回検査血液学会
2014 ランチョンセミナー 講義記録より

日本血栓止血学会DIC診断基準暫定案

	基本型	造血障害型	感染症型
血小板数 【10 ⁹ /μL】	正常 3万～5万 5万～8万 8万以上	24時間以内に30%以上の減少 +1	正常 3万～5万 5万～8万 8万以上
FDP 【ng/ml】	<10 10～<40 20～<40 40以上	<10 10～<20 20～<40 40以上	<10 10～<20 20～<40 40以上
フィブリノゲン 【mg/dl】	150～ 100～ 50～100	150～ 100～ 50～100	150～ 100～ 50～100
PT比	<1.2 1.25～<1.87 1.87以上	<1.25 1.25～<1.87 1.87以上	<1.25 1.25～<1.87 1.87以上
AT [%]	70～ 30～	70～ 30～	70～ 30～
TAT, SF 基準範囲1.2倍	基準範囲上端の2倍未満 基準範囲上端の2倍以上	基準範囲上端の2倍未満 基準範囲上端の2倍以上	基準範囲上端の2倍未満 基準範囲上端の2倍以上
肝不全	なし あり	なし あり	なし あり
DIC基準	6点以上	4点以上	4点以上

日本血栓止血学会誌 2014;25(5):639 を改変

この暫定案は、今後他施設共同での検証を実施し、AT（アンチトロンビン）の必要性や、TAT（トロンビンーアンチトロンビン複合体）やSF（可溶性フィブリン）の臨床的意義の差異を検証していくこととなります。

また、フィブリン関連マーカーの有用性についての比較表を提示します。SFは凝固亢進マーカーで、FDPとD-ダイマーは血栓症でも増加しますが線溶亢進マーカーです。SFは血栓形成とともに速やかに増加し、形成されたフィブリンクロットが溶解することで少し遅れてFDPやD-ダイマーが増加します。血栓症後のマーカーのピークはSF,FDP,D-ダイマーの順になります。

FDP、Dダイマー、SF 有用性の比較

	FDP	D-ダイマー	SF
一次線溶	○	*	*
二次線溶	○	○	*
外来患者VTE	○	○	△
入院患者VTE	○	○	○
過度凝固性	*	△	○
増加時間	1～2週間 (D-ダイマー>FDP)	1日間	
DIC基準	○	○	○
抗凝固薬の治療効果の評価	○	△	○

VTE:静脈血栓塞栓症
DIC:播種性血管内凝固
和田英夫、治療学44(6):56-59、2010より引用

今回のお話の中で、臨床検査科では測定していない分子マーカーもありましたが、凝固・線溶検査全般についてのご要望、お問い合わせは検体検査室（内線2405）までお願いします。

最後に、LA（ループスアンチコアグラント）診断のための検査の一つである、APTT混合試験（クロスマキシングテスト）は院内で測定しています。ご活用ください。



胸部大動脈瘤のステントグラフト治療

心臓血管外科 佐藤 克敏

Health topic 66

胸部大動脈は、心臓から頭方向に出た後で大きく足側に曲がっており、その頂点から頭部や上肢に行く枝が3本出ています（図1-A）。その大動脈がさまざまな原因で拡張した状態が胸部大動脈瘤です（図1-B）。

胸部大動脈瘤の治療は、大きく胸を開き、心臓を止めて動脈瘤を切除し、人工血管に変える手術が行われていますが、2008年からはステントグラフト（図2）と呼ばれるバネ付きの人工血管を、足の付け根の小さな皮膚切開で露出した動脈から挿入し、血管内から治療する方法（図3、4）が保険で認められるようになりました。しかし、胸部大動脈の形態から、動脈瘤の位置によって大動脈の屈曲や枝を考慮して治療する必要があります。

今まで市販されていたステントグラフトは、屈曲部に留置することは可能ですが、チューブ状の形態で枝の部分に対しては何も対策がされていませんでした。そのため、枝のある部分に留置するときは、頸部や胸部で細い人工血管で枝にバイパスをしておいてから、大動脈内に枝の入口を塞いでステントグラフトを留置していました（図5-A）。

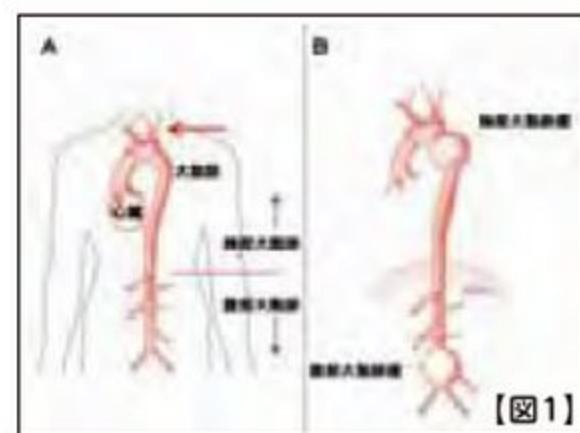
しかし、2013年にNajuta（ナユタ）ステントグラフトと呼ばれる新機種が保険で認可されました。このステントグラフトは、東京医科大学で開発され川澄化学工業で製作されている唯一国産のステントグラフトです。セミオーダーシステムで症例毎につくられるため、各個人で異なる大動脈の屈曲した形態にあわせて形を変えたり、分枝の位置に穴を開けて製作することができます。そのため、大動脈の枝のある部分に留置するときにも、前述のような枝のバイパスをしなくても治療できる可能性があります（図5-B、6）。

今後も、各企業から大動脈の分枝に対応して留置することができるステントグラフトが発売される予定です。大動脈瘤は高齢者に多い疾患なので、高齢の患者さんでも大きく胸を開けて手術することなく、安心して治療を受けることができるよう当院でも積極的に新しい機種、治療法を導入していきたいと思います。

大動脈瘤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ントグラフト実施基準管理委員会のホームページ(<http://stentgraft.jp/>)を参照ください。

Figure legends

【図1】
A:大動脈:胸部では心臓から頭方向に出たあと足方向に屈曲している。その屈曲の頂点から頭部と上肢に行く枝が3本分岐している（赤矢印）。
B:大動脈瘤:大動脈が部分的に拡張した状態を大動脈瘤と言う。



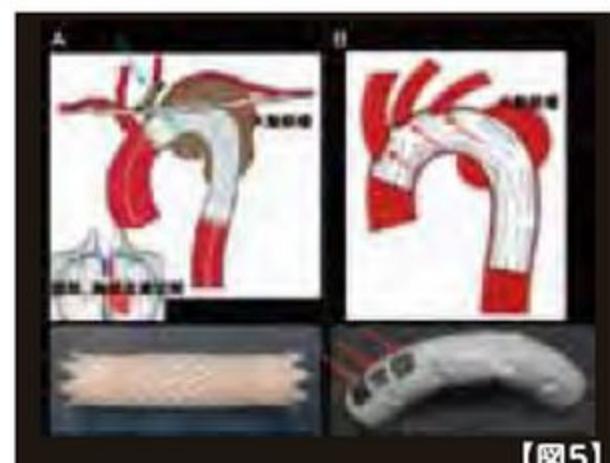
【図4】
A:胸部大動脈瘤:大動脈の一部が拡張して動脈瘤になっている（赤矢印）。
B:ステントグラフト留置後:血液はステントグラフト内だけ流れ、周囲の動脈瘤部分（赤矢印）は血栓化している。
C:半年後の経過:動脈瘤の血栓化した部分は吸収されて無くなっている（赤矢印）。
上段:大動脈3次元画像 下段:大動脈断面像



【図2】
ステントグラフト
人工血管の内側にステントと呼ばれるバネ状の金属が付けてある。この2つをあわせた製品をステントグラフトと呼ぶ。



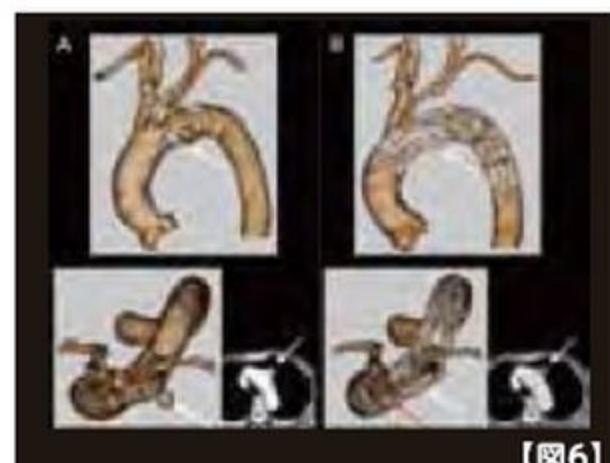
【図5】
胸部大動脈の分枝がある部分にステントグラフトを留置し大動脈瘤を治療する方法
A:頸部分枝バイパスを併用したステントグラフト治療（デブランチ法）頸部や胸部を切開（緑矢印）して細い人工血管で枝をバイパスして再建し（青矢印）、大動脈内に枝の入口を塞いでステントグラフト（図下段）を留置する。
B:開窓型ステントグラフト（Najuta（ナユタ）ステントグラフト）による治療大動脈の屈曲に合わせて整形し、頸部の分枝部に対応して開窓（赤矢印）してつくられたNajutaステントグラフト（図下段）を用いて治療すると、枝をバイパスして再建しなくても治療できる。



【図3】
ステントグラフトによる大動脈瘤治療:
ガラス管モデル
A:ステントグラフトをシース（黄矢印）と呼ばれる6~9mm程度の長い管の中に折りたたんで収納し、足の動脈から胸部の動脈瘤（白矢印）の部分まで運ぶ。
B:動脈瘤の部分でシースからステントグラフトを出して留置する。
C:血液はステントグラフト（赤矢印）内だけ流れ、周囲の動脈瘤部分は血栓化し、長期には吸収されて無くなる症例もある。



【図6】
Najutaステントグラフトで治療した胸部大動脈瘤症例
A:術前:大動脈の一部が突出し動脈瘤となっている（白矢印）。
B:術後:大動脈の屈曲部分全体にステントグラフトが留置され、グラフトの開窓部分が2本の枝に一致している（赤矢印）（3本目の枝は頭部を経由する枝で血流が維持されるため、通常はそのまま閉塞して留置する場合が多い）。動脈瘤は血栓化し閉塞している（白矢印）。



Information 1

医療事故調査制度始まる

副院長 勇木 清

平成26年6月18日に成立した「地域における医療及び介護の総合的な確保を推進するための関係法律の整備等に関する法律」により改正された医療法(第6条の10など)により、医療事故調査制度が平成27年10月1日より始まりました。日々進歩し複雑化する医療の中で起これ得る医療事故の原因には、医療が本質的に有する不確実性や、医療提供システム構築の難しさ、関わる多くの人のヒューマンエラーなど医療に特有の問題があります。こうした医療事故に対して中立的専門性を持った調査機関の要望があり、年月をかけ検討され今回の施行に至っています。医療事故調査制度の目的は、医療法の「第3章 医療の安全の確保」に位置づけられているとおり、医療の安全を確保するために、医療事故の再発防止を行うことです。医療に関する有害事象の報告システムについての世界保健機構のドラフトガイドラインでは、報告システムは、「学習を目的としたシステム」と、「説明責任を目的としたシステム」に大別されるとされており、今回の医療事故制度は、「学習を目的としたシステム」にあたり非懲罰性、秘匿性、独立性といった考え方で整合的なものとなっており、責任追及を目的とするものではなく、第三者機関の調査結果を警察や行政に届けるものではありません。こうした

前提と目的を十分に理解し、この制度を運用する必要があります。完成した制度ではなく、これから制度の検証と医療事故防止へ向けた取り組みを見守っていく必要があります。

本年10月1日には一般社団法人日本医療安全調査機構が「医療事故調査・支援センター」と指定され業務を開始しており、また支援団体として多くの医師会、学会などが認定されました。国立病院機構も支援団体となっています。

この制度の最も重要な法令の箇所は、医療法の第6条の10で下記のとおりです。“病院、診療所又は助産所の管理者は、医療事故（該当病院等に勤務する医療従事者が提供した医療に起因し、又は起因する疑われる死亡または死産であって、当該管理者が当該死亡または死産を予期しなかったものとして厚生労働省令でさだめるものをいう。）が発生した場合には、厚生労働省令で定めるところより、遅滞なく、該当医療事故の日時、場所及び状況その他厚生労働省令で定める事項を第6条の15第1項の医療事故調査・支援センターに報告しなければならない。”

上記の内容のように、現状では提供した医療に起因したと考えられる予期せぬ死亡例に限って調査しようと

1. 医療事故の定義について	
○ 基本的な考え方	
説明	<p>医療事故とは医療行為以下の事に該当する「医療事」(1)は、(2)患者自身、医療事に付随する第三者が医療行為によって死傷を負つたものとして医療事故と定めるもの)のうち、以下二の事に該当する場合は、医生が医療行為で死めたものと見なされ、通常なら、医療事に付随する医療行為による死傷を医療事故と見なすことはできない。</p>
患者側	(1)「手離した方がいいもの」
医師側	(2)「手離した方がいいもの」

「医療に懸念する（疑いを含む）」死亡又は死體の考え方		解 紛
「当該的院内に勤務する医療従事者が提供した医療に起因し、又は起因するに疑われる死亡又は死體であって、当該管轄者が当該死亡又は死體を手取らなかったもの」を、医療事故として警報者が報告する。		
「医療」（下記に示したもの）に起因し、又は起因すると疑われる死亡又は死體の件		①に含まれない死亡又は死體の件
<p>□ 通常</p> <ul style="list-style-type: none"> - 非常、自然災害等によるもの <p>□ 他医療に問題があるもの</p> <ul style="list-style-type: none"> - 病状不明・誤認するもの - 亂用・誤用・過度するもの - 診療誤判・検査結果に問題するもの - 薬物誤服に問題するもの <p>□ 以上に該当しないもの</p> <ul style="list-style-type: none"> - 医療・技術・輸送等で問題するもの - 「かかりつけ」に問題するもの - 仮置き問題するもの - 不明な経歴で問題するもの - 救助行動問題するもの - 放射線治療で問題するもの - 非常時原因で問題するもの <p>□ 不明點</p> <p>以下のうちの事項について、警報者が医療に起因し、又は起因すると疑われるものと判断した場合</p> <ul style="list-style-type: none"> - 非常・誤認するもの - 誤判・誤用・過度するもの - 乱用・誤服するもの - 各種の細胞・各種の臓器・身体的特徴に問題するもの 		
<p>②に該当する場合は、医療の改善策に対する改善責任は該当の障害者専門会議によって負う。</p> <p>③に該当する場合は、医療の改善策に対する改善責任は該当の障害者専門会議によって負う。</p>		1

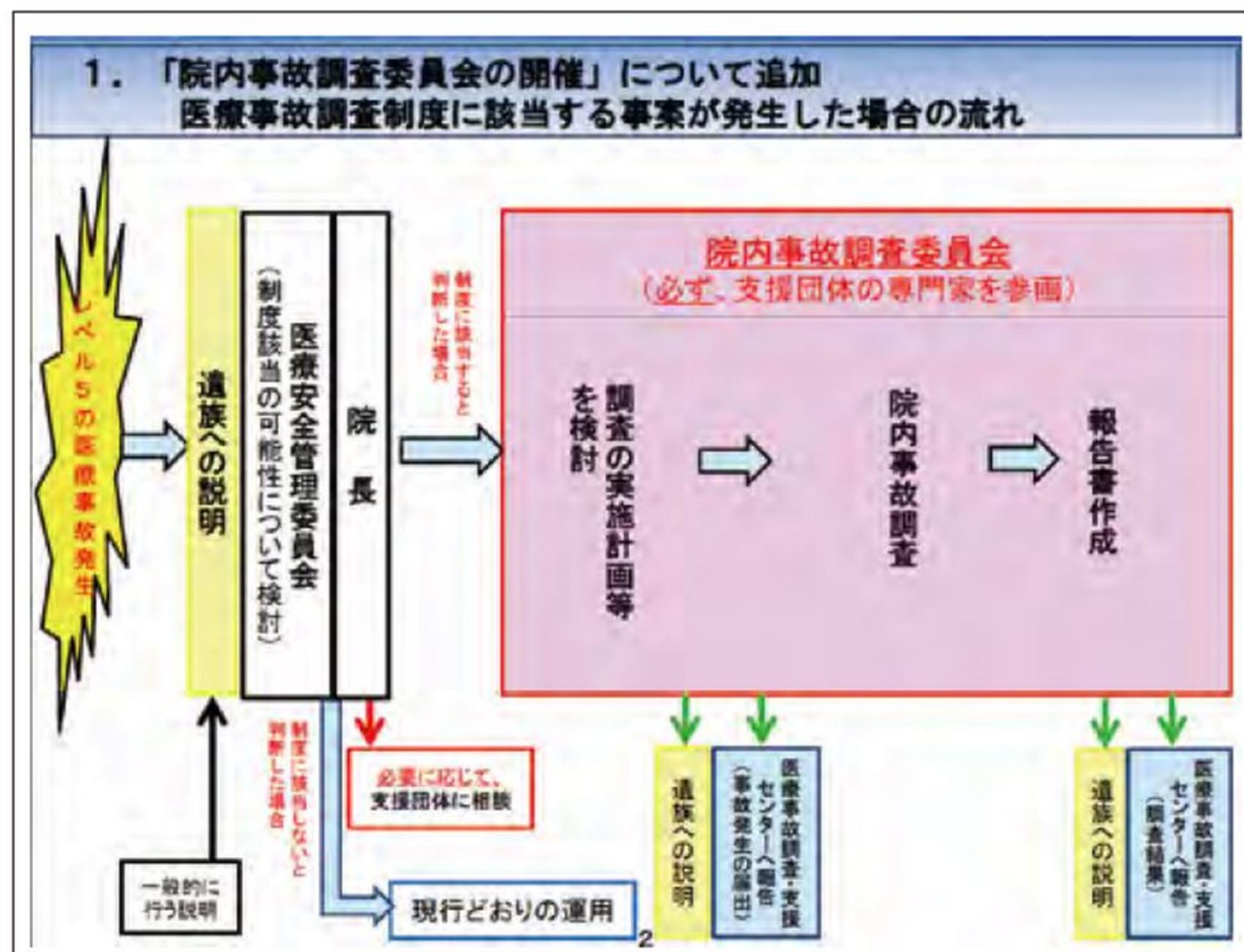


いうことになっています。センターへ報告後は法令の内容に従い調査するとともに、外部の委員を招聘し中立的立場から調査検討する委員会を開くこととなります。またその結果は家族に報告することとなります。

当院など一般的な総合病院では10数年前くらいより医療過誤・インシデントに対して医療安全委員会、医療安全委員会部会、インシデントミーティングなどを恒常的に開催し、原因分析とフィードバックを行ってきました。さらに国立病院機構の中には分析や判断が困難な事例に対しては拡大医療安全検討委員会がもうけられ、外部委員からの調査の場もあります。今回の医療事故調査制度はこうした取り組みのなかで、医療に起因したと考えられる予期せぬ死亡例は特にセンターへ報告し、法令を遵守し十分調査したうえで、家族への報告、そして医療事故再発防止への啓発につなげることとなります。報告例を考えるうえで、医療に起因する

こととはいかなる場合か、また予期せぬ場合とはどういう内容かなど具体例を考えると大変難しい問題があります。ここでは詳しくは述べませんが、改めて医療現場でのインフォームドコンセントが重要であり、相互理解の上での治療の重要性が認識させられます。報告例の選別や当院での院内の体制に関して理解しやすいように図表に示します。

当院では9月25日に講演会など開催し、スタッフの理解と協力を求めていますが、さらにこの制度に十分に対応できるように院内の体制を整えるとともに、よりいっそうの医療安全の強化が必要と考えています。



鷺山神社 ～ここには“お宮”がありました～

事務部長 口藏 紳一郎

そのお宮についてですが、当院OB(元職員)が主宰する「松籟の会」加藤事務局長様よりご教示いただく機会を得ましたので、ここにご紹介いたします。

始まりは昭和14年2月、今から77年も前の事です。当院の前身である傷痍軍人広島療養所の開設にあたり、諏訪神社から祭神を勧請分祀して、現在の位置関係で言えば駐車場の東側、職員宿舎地帯の北側にある小高い場所にお社を建立し、「鷺山神社」と称しました。当時は結核闘病の為、長期の入院を余儀なくされた患者様を始めとして、職員や看護学生もお参りをし、神社は多くの人々に心の拠り所となっていたそうです。

ところが戦争終結後の昭和21年、占領軍により神社は国有地だった病院敷地内からの撤去命令を受けます。それで、あわや取り壊しの危機に見舞われますが、近隣の皆様からのご厚意をもちまして、病院隣接の町有地(当時)に移築され、もはや国立の病院が神社の管理を行うのは困難な事情とはなったものの、職員宿舎入居者の手により、その後も清掃や補修、祭事を続けて参りました。

やがて結核も終息に向かい、当院も山の療養所から一般病院に大転換を遂げ、それに伴い患者様も短期入院が主流となります。他方では、神社の経緯を知る職員も退職や人事異動により減っていく中、代わって職員宿舎に入居する者は単身赴任者や、2~3年の短期入居者が主流となりました。それで、神社の世話や祭事をする者も減っていき、昭和から平成に世が移ろう頃には、神社の存在すら忘れられた感が蔓延します。

その様な中にあっても、諏訪神社の総代が神主を伴って秋と新年の祭事を続けてくださり、更に平成15年度からは「松籟の会」が維持管理を引き受けられたお陰により、神社は廃れる事なく今日まで続いたのです。

しかしながら、「松籟の会」も高齢化が進みお世話を続ける事が難しい状況となった旨を、会の役員から諏訪神社の総代にお伝えしたところ、平成27年5月諏訪神社内に、鷺山神社の鳥居、玉垣、本殿、脇宮及び傍石塔を移設、同年8月30日、仮座より遷御行列をもって大神を神本殿へ鎮座して頂く「鷺山神社遷座式」が執り行われました。

ともあれ長きに亘り、鷺山神社は当地の守護神であり、往事には、祭りの音や子供達の声が杜に響き、時にはウリ坊の隠れ家にもなってあげたかも知れませんね。これが、私が大先輩からお伺いしたお宮のお話です。

余談ですが、お宮のあった裏山から、大小のトロが朝には現れ、夕には戻っていくという目撃談を聞いた事がありますか?その正体は、管理課長と給与係長の通勤姿がたまたまトロに見えたというのが定説です。鷺山神社とは縁もゆかりもない噂にすぎませんので念のため。



移転前の神社:昭和14～21年



院外隣接地に移転後の神社:昭和21～平成27年



諏訪神社に遷座:平成27年8月30日～



Information 3

中国・四国ブロック 統括DMAT登録者技能維持・ロジスティクス研修に参加して 外来看護師 國弘 純

8月1日から8月2日に徳島県で行われた、中国・四国ブロック統括DMAT登録者技能維持・ロジスティクス研修に当院から許医師、廣田看護師、鈴木薬剤師と私の4名の隊員で参加しました。さらに中国・四国ブロックの各県から150名近くの頼もしいDMAT隊員達が参加し研鑽を積みました。

当院では統括DMATの資格を許医師が保有しています。統括DMATとは、その名通り災害時に被災地に参集してくる多数のDMATをまとめる役です。直接傷病者と関わる事ではなく、傷病者や被災者を救うための土台作りの役割を担います。

今回の研修先でもある徳島県中心部を含め、四国ブロックでは南海トラフ大地震の発生時には10万人規模の死傷者がいると予測されています。災害発生時には、医療だけでなく、警察や消防、市、県、国等の各機関とも連携を図りながら物事を進める必要があります。指揮命令系統の確立と連携が円滑でなければ、情報が混乱し正確な意思決定や指示が行えないばかりか、その結果が傷病者や被災者の命に係わる事になります。

このような大規模災害時は様々な通信手段が遮断され、情報交換が行えない状況下になります。そこで組織体制の構築や情報管理を行うために、EMIS(emergency medical information system)=広域災害救急情報システムや衛星電話といった通信情報ツールを使用して行うことが重要になります。EMISを使用することで、被災地域の傷病者や被災者の状況、被災病院の状況や各DMATの活動状況等も把握でき、衛星電話で直接連絡をとることもできます。研修では、こうした情報をもとに、各拠点(災害拠点病院、SCU、県庁)でのDMATの活動を指揮する訓練を行いました。

今回の研修を通して、指揮命令系統の確立と情報管理、意思決定や指示を出すことの重要性と難しさを再確認することができました。この経験を踏まえて、統括DMATが所属する施設の隊員として、今後の災害に対しての備えを充実させていきたいと思います。



医療機器と電源について ～医療機器が安全に使用されるために～

臨床工学技士 藤井 美弥

病院には多種多様な医療機器がたくさんあり、それらのほとんどが電気駆動であるため、いつでも安心して安全に使える電源環境の整備がとても重要です。当院における機器が安全に使用されるための工夫や取り組みをご紹介します。

【電源】

災害拠点病院でもある当院では、電源供給設備としてまず、中国電力による送電線を2系統にし、本線（西条変電所）停電時は予備線（八本松変電所）に自動で切り替わります（切り替え時間約1分間は全館停電します）。さらに、予備線も停電した場合は自家発電機回路に自動で切り替わるようになっており送電停止トラブルの危険を減らしています（切り替え時間約1分30秒間は全館停電します）。自家発電機回路時は、赤・緑コンセントしか使えません。

A重油を燃料とする自家発電機は、タンク容量は30kL、最大出力は750kVAで、これは燃料残が15kLのとき約3日間の電源供給が可能です。万が一、中国電力からの送電が停止しても病院機能は維持されるだけの設備を整備しています。しかし、自家発電機だけは院内の緑・赤コンセントのすべてを補うことは出来ないので必要最低限の機器のみでの使用となります。

【電源コンセントの使い分け】

病院の医用電源コンセントは、アースが常時接地する医用3Pプラグが差し込み可能な3Pコンセント（写真1）の使用が義務付けられています。医用機器以外の用途で使用する場所には一般の2Pコンセント（写真2）もありますが、ほぼ3Pになっています。

さらに、送電停止による停電時にも安全を確保するために、以下の4つの種類のコンセントを整備し、使い分けています。

- 1) 白コンセント：一般的のコンセントです。主に、居室や廊下などに設置されています。停電（送電停止）時には、使用できません。
- 2) 赤コンセント：停電の時には数十秒以内で自家発電に切り替わります（写真3）。主な医療機器がこれを利用します。
- 3) 緑コンセント：送電が停止してもバッテリー装置やUPSにより瞬断せず自家発電電源に切り替わる無停電コンセントです。一瞬でも電源が止まつては困る生命維持管理装置などを優先的に使用します（写真4）。ICU、NICU、OP室に設置してあります。
- 4) 茶（黒）コンセント：停電の時には、自家発電に切り替わり作動します。緑コンセントと同じ使い分けです（写真5）。

【医療機器の内蔵バッテリー】

多くの医療機器は、停電時や移動時にも駆動するためにバッテリーを内蔵しています。そのため、手術室、検査室等と病室との間を移動する場合でも安全に輸液ポンプなどの継続使用ができます。しかし、あくまでも短時間の使用しか想定していないため、通常はコンセントを差し充電すること、バッテリー使用は最小限することなどの注意が必要です。

【医療機器の安全管理】

医療機器の安全は、単に機器がきちんと点検されて正しく動作するだけでなく、使用環境や使用方法の安全を日常的に確認する必要があります。専任のスタッフ（臨床工学技士等）が機器の保守、環境整備、安全教育と総合的な安全管理を行うことだけでなく、常日頃から職場の電源設備等にも関心を持って頂けたらと思います。



【写真1】



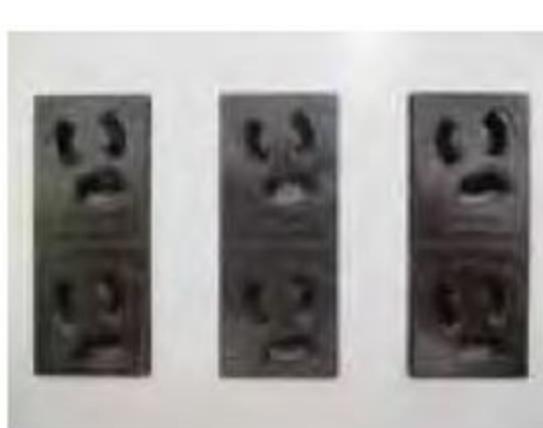
【写真2】



【写真3】



【写真4】



【写真5】



Information 5

中国四国地区国立病院機構 国立療養所看護研究学会に参加して

2病棟 橘高 麻里子

平成27年9月12日(土)に、第44回中国四国地区国立病院機構国立療養所看護研究学会が下関生涯学習プラザで開催されました。昨年度、「A病棟における20代看護師の抱える仕事上のストレスと支援のあり方～職業性ストレス尺度を用いて～」というテーマで、20代看護師のメンタルヘルス支援の方向性についてまとめ、学会で発表する場を頂きました。看護研究発表を通じて、感じた事をお伝えしたいと思います。

実は私が看護研究のメンバーとして参加したのは途中からで、参加当初は研究の目的もこれからしていく事柄もよく把握できていない状況でした。自分から意見を述べるような積極性やリーダーシップがあるわけではなく、メンバーと一緒に看護研究をまとめる事が出来るのか不安でした。しかし、研究を進める中で、リーダーシップを取り意見をまとめる方法、統計に関連して大学時代の教授と面談する日にちの調整、Excelやグラフなどの表を作成する方法など…。皆が出来る事をそれぞれ役割として果たしていました。自分ひとりで色々な事をこなすことができなくても各々が出来る事を率先して果たす事が重要であり、個人が役割を意識して果たす事ができたため、この研究も無事に終了することができたのだと思います。

発表当日、病棟看護師長・看護副師長も一緒に参加してくださいました。また、看護部長・副看護部長・教育担当師長など、そうそうたる顔ぶれが揃われ、勇気づけられた半面緊張感も右肩上がりでした。元来、人前に出ることや発表が苦手であり、教壇の陰で膝を震わせるような小心者の私は、既に「なぜ私はこの役目を引き受けたのか、1年前に戻りたい…院内の発表でも同じこと考えたな…」と後悔にも似た気持ちを感じていました。発表の順番が近付くにつれ、副師長さんが「大丈夫! 前見て声張れば大丈夫よ!」と背中を叩いてくれました。正直痛かったのですが、発表直前まで模擬発表につき合って

くださったり、修正のご指導を様々な方に頂いたことを思い出し、「最後の最後でぐだぐだな発表になるのは嫌だなあ。」とごま粒程度の根性を奮い立たせることができたのだと思います。結果、前をみて声を張ることはできましたが、膝も声も震わせながらの発表となりました。

結果は、なんと座長賞を頂くことが出来ました! 座長賞を発表されたときは、自分の発表が終わったことの安心感でほんやりしていて「ああ、どこかの方々、座長賞おめでとうございます…」と他人事のように思っていました。副師長さんに肩を叩かれて気付きました(痛い)。「前を見て、きちんと発表をしていた。」と座長さんに評価して頂いたこともあり、少しだけでも発表者としての役割を果たすことができたのであれば、うれしく感じます。また、「看護の力という、看護研究学会にそった内容だった。」と評価を頂き、1年間皆で頑張ってきたことが報われたような気がしました。

今回、看護研究に参加をして、中心になって研究を進めてくれたメンバー、ご指導いただいた皆様方、本当にありがとうございました。皆様に見守られながら研究を行い、発表し、無事に終了することができたことを感謝しています。また、1年間業務を行いながら研究を進めるのは大変だったけど、チームワークやメンバーの役割分担・意識して動くことなど、研究内容以外にも学べる事がたくさんありました。学会の他の研究でも、日々の看護に反映できそうで興味を惹かれるものが多くありました。このような学会の場へ参加する事は少なかったのですが、様々な研究を知り看護に反映できる様々な事を学べば、もっと質の高い看護を患者へ提供できると感じました。これから学会にも興味を持ち参加してみようと思います。日々、患者にとって安楽に入院生活を過ごせるよう、精進していきたいです。



市民公開糖尿病教室を開催して

栄養管理室 南本 裕介

11月14日の「世界糖尿病デー」の啓蒙活動に合わせて、当院では平成27年11月13日(金)に第4回市民公開糖尿病教室を開催しました。今回は働き盛りの若い世代の方々に多く参加して頂けるよう、開催日時をこれまでの日曜日の午後から、金曜日の夜(19時)に変更するという新たな試みを行いました。残念ながら悪天候が重なり、大盛況とはいきませんでしたが、参加者からは「とてもおもしろかった」「参考になった」という嬉しい感想を頂きました。

今回、栄養士は2回目の担当ということもあり、栄養士による講演の後に、食事療法に関する様々なブースを設けた体験コーナーを用意しました。はじめに栄養士が「食品の仲間分け」をテーマに“仲間外れ”的食品を選ぶクイズ形式で、普段よく食べている食品がどの食品と同じ仲間なのかといった内容を講演し、その後、それぞれ興味のあるブースに移動してもらい、実際に目や舌で体験してもらいました。

食事のバランスを考えるブースでは、若い世代の利用頻度が高いコンビニ商品を用いて、どのように組み合わせれば栄養のバランスがとれるのか、栄養士と一緒に考えてもらいました。やはり、身近な商品だけに参加者は真剣に考えて選んでいました。

また、味噌汁の飲み比べブースでは、鰹と昆布でとった出汁と顆粒だしの味噌汁を飲み比べてもらい、味の違いを体験してもらいました。普段、忙しくて“出汁”をとる機会は少ないので、出汁のうま味を加えることで薄味でもおいしく減塩に繋がることを実感して頂けたと考えています。その他にも、最近よく目にする特定保健用食品を取り上げたブースや、馴染みの深い清涼飲料水に含まれる砂糖の量を展示したブースにもたくさんの方が足を止めていました。

難しいと敬遠されがちな食事療法ですが、実際に体験してみることで、少し興味を持って頂けるのではないかでしょうか。今後も、市民の皆様の興味をそそるような市民公開糖尿病教室を企画していくかと思います。





Information ナ

幹部看護師管理研修Iに参加して

地域医療連携室 森定 ゆかり

この度、平成27年7月6日(月)から7月23日(木)の約3週間(13日間)、国立病院機構研修センター(於:東京目黒区)で、幹部看護師管理研修Iを受講してきました。この研修は、中堅看護師長としての役割を認識して、自己啓発を促進するとともに、職務遂行上必要な知識・技術を高め、管理能力の向上を図ることで看護管理上の指導的役割・教育運営上の指導的役割が果たせる能力を養うことを目的としていました。

私も今年看護師長9年目を迎え、管理業務を中心に行っていますが、管理者としての行動や考え方を学ぶ良い機会になると思ったことと、研修を通して様々な人の交流がもてるのとにく楽しんで来よう!と思いました。

受講者は、72名。北は北海道、南は鹿児島まで津々浦々の中間看護師長及び中堅看護教員が集結しました。

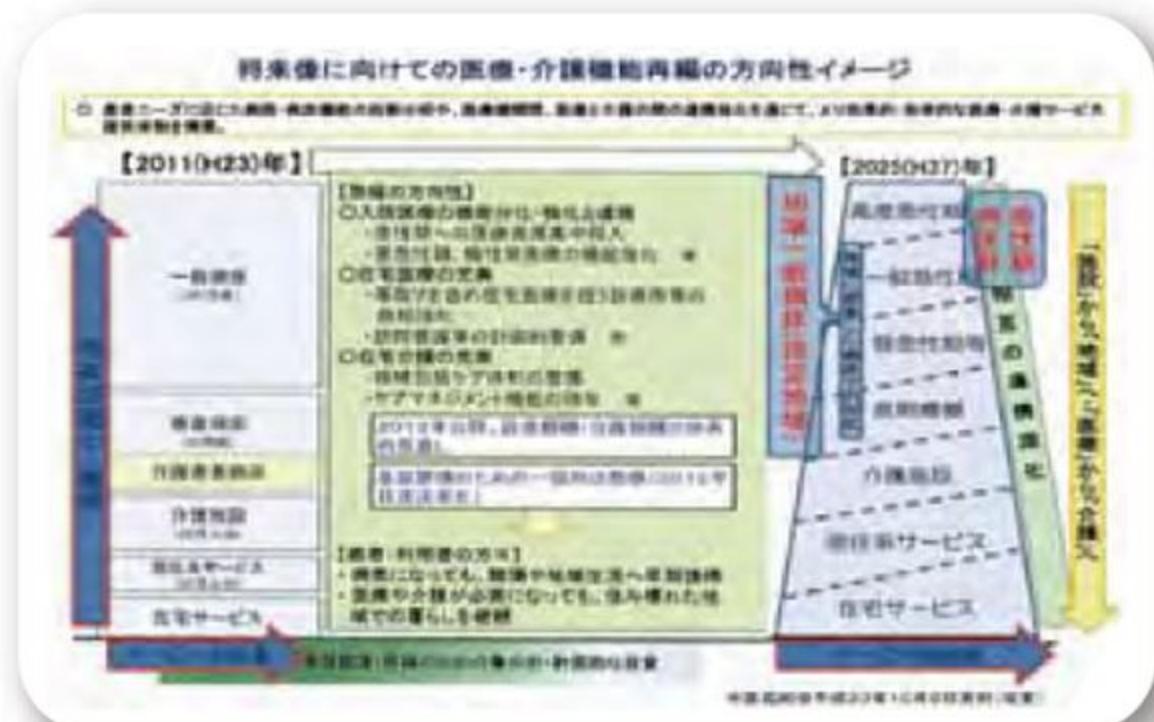
研修の内容は、「看護管理」「労務管理」「病院経営における看護部門」「看護研究」「看護情報管理」といった内容でした。研修の多くは、グループワークで、講義内容も踏まえて『最良の看護を提供するには』というテーマで話し合いました。私のグループメンバーは、病床数350床以上500床未満の病床施設の看護師長(看護教員)メンバーで、当該の病院は入院基本料7対1を取得していました。それぞれ病院の機能の主な特徴としては、急性期医療を担い、地域医療支援病院でした。今度の診療報酬改定によって機能分化における病床区分の変更に伴い、一般急性期病院から亜急性期病院になるのか、また7:1入院基本料から10:1入院基本料へ区分変更となる可能性のある病院でした。話し合いの過程において、このような状況の中で、最良の医療を提供するためには、病院の機能を果たすためには、患者がこの病院を必要とすること、地域に求められる病院であること、

経営も安定していかなければ成り立ちません。看護必要度も今後の改正で15%から18%?20%?になるのか、その中でいかに、急性期病院としての機能を維持していくのか必要に迫られていると改めて実感しました。

また、研修の中で多く語られていたのが、今後さらに高齢化社会を迎える「2025年問題」団塊の世代の人たちが65歳に到達する年。患者の多くは、「病院完結型」ではなく「地域完結型」に転換して、病気を抱えながらも地域で生活していく生活者として捉え、それらを支えていくことが重要だと感じました。

私は、4月より配置換えで地域医療連携室に配属になりました。地域連携として、患者が安心して地域の中で医療を受けながら生活していくように、今後、益々地域との連携を図り取り組んでいきたいと思います。

話は変わりますが、休みの日には、東京観光もしました。リフレッシュも兼ね、充実した時間を過ごすことができました。



米国留学体験記

脳神経外科 大庭 秀雄



～最初に～

第67回国立病院総合医学会「若手医師フォーラム」の副賞として留学の機会をご恵与頂き、平成27年7月から約2ヶ月間、ロサンゼルスにて米国式医療を見学して参りました。保険制度を始め、アメリカの医療制度が日本とは全く異なる形態である事は有名ですが、なぜ現在の様な医療制度に落ち着いたのか。実際にアメリカで生活をしてみて見えたものがあります。

①アメリカ社会

アメリカの町を歩けば目に入る文字は英語ばかり、というのは半分間違いで、ロサンゼルスのような大都市圏に行けば店の看板もスペイン語やペルシア語、タイ語にベトナム語に日中韓国語と、英語以外のものも自然に配置されています。Streetが変わった途端に異文化圏に突入したような感覚に陥り、すれ違う人の肌の色もそれぞれです。それもそのはず、アメリカがこれまでに受け入れた移民の数は5,000万人以上、現在も年間70万人近くの移民を受け入れています。アメリカ人同士で“Where are you from?”という会話が成立し、フィリピン系だとか、ポーランド系とか、それらのハーフだとか回答も様々。州が変われば人種の比率も異なるようで、田舎に行けば行くほど英語を話す白人の比率が高くなり、それによってまた文化圏が変わってくるそうです。

日本は99%がJapaneseとJapaneseの間に生まれたJapanese。“日本人らしく”という表現に違和感は無く、“美德”や“わびさび”といった歴史と文化に根ざした概念が多く存在し、普段は意識に上らないような“日本的な共通認識”が日本人の心に宿っています。

この事実に気が付くと、自然と疑問が生じてきます。“アメリカらしい”とはどういう事でしょうか。数多くの文化圏から多様な人種が集まって出来た集合体。それがアメリカです。“共通ではないこと”が特徴のアメリカで“文化的な共通認識”を構成する方が不自然です。だから結果として生じた“アメリカ的な共通認識”は非常にシンプルでした。“凄い物は凄い、悪い物は悪い”、端的に表現すれば“弱肉強食”といったところでしょう。いくつか具体例を挙げてみます。

アメリカ旅行に行くといつも日本人はTip制に苛まれます。一体いくらTipを払うのが普通なのか、明瞭な答えが存在せず、どこか心が落ち着かない。それが日本人にとってのTip制です。一方アメリカ人は非常にシンプルにTip制を受け止めています。レストランに行ってウエイターにチップを払う。ウエイターのサービスが悪ければチップは減額。感銘を受けるほどのサービスであれば、普段より多く払うこと厭わない。“凄い物は凄い、悪い物は悪い”です。映画、音楽、芸術にスポーツ。アメリカ国民が良いと認めたものに与える賞賛は日本の比ではありません。たとえアメリカ一人一人の文化圏は異なっていたとしても、凄い物を凄いと認めることができることが生活の中に浸透しています。ここに“American Dream”的正体があります。自らの才能を信じ、アメリカで開花させることができれば、国籍も性別も学閥も年功序列も関係なく世の中に認められていきます。有能な日本人が海外に流れてしまうといった話も聞きますが、真に才能のある立場の方からすればアメリカのように伸び伸びと才能を發揮できる所は他に無いのでしょう。

一方でこういった環境は数々の競争と大量の敗者を生み出していました。これが“悪い物は悪い”です。アメリカには本当のスラム街が存在し、本当の犯罪都市が存在します。どこを歩いてもホームレスが歩いており、ニュースにならない殺人事件が毎日発生しています。まさに社会全体が“弱肉強食”。極端な二極化が社会問題となっていることは言うまでもありません。



西海岸の風景



ここでまた疑問が生じます。国が2つに分かれてしまいそうな勢いで二極化が進んでいるアメリカが、それでも1つの国として形を保てているのは何故でしょう。上位1%の人間が全米の34%の資産を独占し、下位50%が全米の資産の2.5%をシェアしている状態の国です。それでもアメリカが先進国として形を保てている理由とは。両極のギャップを埋めていたのは、たびたびニュースにもなる“寄付”でした。

アメリカのランドマークと呼べるような建造物に個人名が付けられていることは珍しくありません。無論それは、その建物の建造に当たり、ある個人が多額の寄付をしたことを意味しています。ある大富豪が自分のコレクションを披露するため山を切り開き、博物館を作り、そこに雇用を生み出し、さらには入館料まで無料にしてしまった例もあります。アメリカの本当の成功者は国家規模並みの資産を保有しており、“寄付”的理由は減税対策や社会貢献など様々ですが、国家のみならず個人レベルで“寄付”をすることで、ようやく循環型社会が出来上がっています。

“弱肉強食”、“寄付”、それに加えてもう一つは、“戦争”。アメリカの医療制度を理解する上で、これらの3つは無視することの出来ない重要な要素です。日本の医療制度からは到底浮かび上がってこないようなキーワードばかりですが、私の体験を交えながら、私が感じたものをご報告できればと存じます。



②アメリカの医療と戦争

～West Los Angeles VA Medical Center～

私の研修はWest Los Angeles VA Medical CenterのNeurosurgery(脳神経外科)から始まりました。事前に調べると、VAとはVeterans Affairs / 退役軍人局を意味する略号。戦争の絶えないアメリカでは国家に貢献した兵士を英雄として称え、福利厚生の一環として、退役軍人の方々に無償の医療を提供しているとのことでした。West Los Angeles VA Medical Centerに個人名が含まれていない点からも分かるように、その出資者は個人からの寄付などではなく連邦政府。つまり国策として税金が費やされる事業であることを意味しております。さすがは軍事大国アメリカ。システムもフォローアップもきちんとしている感心してばかりしておりました。しかし、実習から見えたものは、もっと複雑で、混沌としていて、何が白で何が黒かはっきりと見てこないような、アメリカならではの社会的な問題でした。

West Los Angeles VA Medical Center(以下、VA)には、日本の病院とは明らかに違った風景が広がっていました。外来を受診される方の95%は男性です。皆、恰幅がよく、筋肉質でありながら、どちらかというと肥満気味。tattoo(入れ墨)が入った人が多く、両足義足の方や、片眼の無い方、複雑な形の傷跡を負った方、酷い火傷の跡を負った方がたくさん目に飛び込んでいます。戦争の凄まじさが伝わってくるようでしたが、外来を見学させて頂くと、その悲惨さがよりリアルに伝わってきます。

VAを受診される方の病歴にはもれなく、PTSD(心的外傷後ストレス障害)が記載されおり、ほとんどの方が不眠症に苛まれております。ストレスを発散するために過食気味になり、アルコール依存や麻薬依存を含む薬物中毒に陥ってしまった方も少なくありません。日本では見かけることの無い、心の壊れてしまった状態もしばしば目撃しました。ホームレスとして暮らしていたり、シェルターに入所していたりする方も珍しくありませんでした。英雄としての輝かしい姿はなく、気持ちのいい診療が行われているとは到底感じられませんでした。当初のイメージは完全に崩れました。

アメリカの軍人はHeroではなかったのか。滞在期間中に一番仲良くなった同世代のアメリカ人脳神経外科医J先生に、この疑問を率直に投げかけてみました。返ってきた答えは衝撃的な内容、日本で生活しているだけでは見えてこないものばかり。しかし、どこか得心がいく、そんな話でした。

アメリカの戦争史解釈として、第二次世界大戦は簡単に言うと、“正義”対“悪”的戦いだったそうです。国民世論が戦争を後押し、兵士は皆、志願兵。国民は兵士達を心の底から応援し、世界に勝利をもたらした兵士達は英雄として迎えられました。一方、今現在VAを受診されている方は、ベトナム戦争の体験者。ここが大きなポイントです。

ベトナム戦争に関してはアメリカ国民の世論も割れ、戦争反対の声が強く存在していたそうです。アメリカは国民に徴兵制を強い、戦争を望まない若者が戦地へと送られました。この段階にも弱肉強食の構図があり、社会的地位が低く、学のないも者ほど、前線へと送られる傾向にあったとのことです。前線で気が狂いそうになった兵士達に、アメリカは国策として酒とコカインを配りました。ベトナム戦争が終わり、兵士達がアメリカへ帰国した時、彼らは英雄では無かったそうです。それも当然と言えば当然、国民は戦争をするなど叫んでいたからです。アメリカで学が無いというと、それは読み書き計算が出来ないレベルを意味します。アルコール中毒で、麻薬中毒で、読み書き計算が出来ない状態で帰国すれば、そこから定職には就けずホームレスになるまでの流れは想像に難くありません。

この話を聞いて鳥肌が立ちました。無論、戦争史を勉強された方にとっては有名な話かもしれません、今を生きる20代のアメリカ人の口からこのような話を直接聞いた時の衝撃は帰国した今も忘れられません。

この話を伺って私なりに幾つか見えてきたものがあります。3つほどご紹介します。

1つ目は、アメリカでの合法的な麻薬利用についてです。特定の州に限られてはいますが、医師の処方があればカリフォルニア州などではマリファナが合法です。麻薬の

使用が厳格に管理されている日本では考えられませんが、先の話を聞けば納得です。歴史の荒波の中で兵士達がコカイン中毒になったのですから、それに対する救済措置は国として取り組む必要があったのだと思います。毒性の低い麻薬に関しては合法化せざるを得ない流れがあったのではないでしょうか。

2つ目は、アメリカでの障害者支援についてです。日本と比較して、アメリカは明らかに障害を負った方に手厚い国と言えます。1960年代からバリアフリーについての世論が高まり、1990年にはADA(障害を持つアメリカ人法)が制定され、社会的な設備投資やリハビリテーションの研究が一気に進みました。車椅子に乗った方々がバスに乗って町中に出かけ、元気にレストランで食事をしたり、観光地を散歩したりしている姿も全く珍しくありません。学校や病院でも施設内で車椅子を押すためだけの職員が待機しており、映画館や野球場、ホテルでもごく普通にバリアフリーです。もちろん物理的な問題だけに限らず、心理的な面においても人々のバリアフリーに対する意識の高さを感じる機会がありました。しかしJ先生の話を聞いてからというもの、その背景に戦争の影響があるような気がしてなりません。戦争をし続ける限り、障害を負った方は増える一方です。国として障害者支援を充実させる責務があったことは簡単に想像できます。アメリカの障害者支援は見習うべきところが沢山ありましたが、無条件に素晴らしいとは言い難い現状がありました。

3つ目は、アメリカの戦争映画は世相をよく反映しているという点です。ベトナム戦争を舞台にアカデミー賞にもノミネートされた映画「プラトーン」や「ディアハンター」は戦争が孕んでいる数々の悲劇をリアルに表現していますが、第二次世界大戦やイラク戦争を舞台にした映画はその数多くがHeroを描く映画に傾倒している気がします。今まで何気なく見てきた映画も、戦争が今現在のアメリカにどのように影響を及ぼしているかを知れば知るほど、見方が変わってきたと思います。



J先生は“This is the VA.(これが『VA』だ。)”という表現をよく使っていました。アメリカの中でも特殊な環境が渦巻いている場所、暗にそう言っていたのだと思います。患者が来ず、手術がキャンセルになるといったなかなか考えにくい状況もしばしば目撃しました。

VAの脳神経外科で手術を受けられる方々のほとんどが、脊椎の病気を患った方です。補足ですが、脊髄関係の病気はアメリカでは神経外科としての脳神経外科が取り扱うことになっております。十分な食育を受けること無く、スナック菓子や炭酸飲料やピザやハンバーガーばかり食べる生活が始まり、戦争後のストレスから過食に走り、極度の肥満に陥り、脊椎が通常の構造を保てず、変形し、脊髄を圧迫し始める。肥満が社会問題化しているアメリカにおいては、この問題は退役軍人に限った話ではありませんが、VAで見かけたケースの8割は肥満が原因の脊椎の病気であり、根底に戦争による影響があることは、渡米したばかりの日本人から見ても明らかでした。



私がVAで具体的にどのようなことをして過ごしていたかと言えば、ひたすら外来業務、病棟業務、手術見学をJ先生に付いて見学させて頂いておりました。毎日回診は朝6時半から始まり、月木金曜日は8時半には手術室へ。火曜日は午前も午後も外来の日で、水曜日はロサンゼルスの脳神経外科の総本部であるRonald Ragan UCLA Medical Centerへ移動し、脳神経外科部門でレクチャーを受ける。留学期間の前半はこの繰り返でした。

ある日普段通り、VAでの研修をしていると突然J先生から、『Ronald Ragan UCLA Medical Centerで実習してみたくないか』と提案を頂きました。実はVAで働くほとんどの医者がRonald Reagan UCLA Medical Centerから派遣されて来ているとのこと。少しは口が利けるかもしれないとのことでした。VAでも充実した実習が出来てでしたが、J先生は、VAだと患者層と症例に偏りがあり、アメリカでの先端医療を見た上で日本に何か役立ちたいのであれば、アメリカ西海岸地区でNo.1、全米Top5に入っている病院へ行くべきだと背中を押してくれました。とはいえ、J先生も立場はレジデント（後期研修医）。年齢も僕の1つ上。日本での私の立場同様、実権を握っている訳ではありませんので、そこから先に進むには大変苦労しました。数々の人の助けを借りて何とか書類も推薦文も揃えることが出来、幸運にもRonald Ragan UCLA Medical Centerでの実習を開始することが出来ました。

(4月号へ続く…)

人事異動

H27.10.2～H28.1.1

退職

H27.12.31
神経内科医長 野田 公一

H27.12.31
心臓血管外科医師 許 吉起

独立行政法人
国立病院機構 東広島医療センター 外来診療担当表

平成28年1月4日現在

変更することがありますので、恐れ入りますが窓口でご確認ください。

診療科名		月	火	水	木	金
1階	総合診療科	担当医	小出 純子	小出 純子	小出 純子	小出 純子
	内分泌・糖尿病内科	午前	小田賀明	小田賀明	大江 健	大江 健
	フット:フットケア外来	午後	小出純子	大江 健	小田賀明	小田賀明
	腎臓内科	佐藤 彩加	平塙 秀磨	山田 有美		平塙 秀磨
	血液内科		粟屋 忠祐		粟屋 忠祐	大島 久美
	神経内科	西川 智和 石橋 はるか	西川 智和 石橋 はるか	西川 智和 石橋 はるか	西川 智和 石橋 はるか	西川 智和 石橋 はるか
	呼吸器内科	村上 功 宮崎 こずえ 小川 喬史	重藤 えり子	下地 清史 宮崎 こずえ	小川 喬史 重藤 えり子 村上 功	宮崎 こずえ 村上 小川 下地 清史
	循環器内科	梶原 賢太 原 幹 城 日加里 対馬 浩	新田 和宏 小野 裕二郎	小野 裕二郎 梶原 真二 新田 和宏	梶原 真二 原 幹 城 日加里 梶原 賢太	対馬 浩 小野 裕二郎 城 日加里
	小児科	上野 哲史 出雲 大幹 小野 大地	下田 浩子 出雲 大幹 松本 淳子	岡田 泰之 小野 大地 松本 淳子	上野 哲史 出雲 大幹 小野 大地	下田 浩子 岡田 泰之 松本 淳子
	外科	池田 昌博 宮本 和明 志々田 将幸 第2・4 小野 中橋 一嘉	高橋 忠照 貞本 誠治 豊田 和広 大石 幸一 下村 学	高橋 忠照 貞本 宮 宮本 忠照 第1・3・5 小野 中橋 一嘉	豊田 和広 大石 幸一 第1・3・5 築山/第2・4 下村	高橋 忠照 貞本 池田 下村 小野 築山 紘尚史
ストーマ外来		ストーマ外来は、第1、2、3水曜日及び第4月曜日(祝日等を除く)の午後【完全予約制】				
2階	整形外科	岸 和彦 今田 英明 渋谷 早俊 坂 英樹	岸 和彦 今田 英明 宇治郷 諭	岸 和彦 渋谷 早俊	岸 和彦 宇治郷 諭 渋谷 早俊 坂 英樹	今田 英明 宇治郷 諭 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	仁熊 利之 天野 愛純香	仁熊 利之 天野 愛純香	仁熊 利之 天野 愛純香	白石 剛章 第1・3・5 天野/第2・4 仁熊	仁熊 利之 天野 愛純香 手術日
	眼科(休診)					
	緩和ケア外来	上杉 文彦(午前のみ)			上杉 文彦(午前のみ)	
	消化器内科	濱田 博重 石垣 尚志 後藤 栄造	苗代 典昭 大原 英司	竹崎 英一 濱田 博重 石垣 尚志	後藤 栄造 苗代 典昭	苗代 典昭 大原 英司
	脳神経外科	勇木 清隆 貞友 清水 陽元 陽元	手術日	清水 陽元 大庭 秀雄	勇木 清隆 貞友 原 健司	大庭 秀雄 原 健司
	心臓血管外科	森田 悟	手術日	佐藤 克敏	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】				
3階	耳鼻咽喉科	午前	担当医	大久保 剛 武内 康治	大久保 剛 武内 康治	担当医 ※緊急紹介患者のみ
		午後	担当医	大久保 剛 武内 康治	手術日	(予約患者のみ) 大久保/武内
	歯科	小西 昭弘	加治屋 幹人		松田 真司	應原 一久
	泌尿器科	藤原 政治 増本 弘史	藤原 政治 増本 弘史	藤原 政治 増本 弘史	藤原 政治 増本 弘史	手術日
	産婦人科(予約制)	手術日	兒玉 尚志 坂手 慎太郎 花岡 美生	手術日	兒玉 尚志 坂手 慎太郎 大森 由里子	兒玉 尚志 花岡 美生 大森 由里子

【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(緊急紹介患者に限る)、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)は臨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、受診時に次回の診察予約ができます。また、定期的に受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8:30から17:00)

【産婦人科】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。)



お問い合わせ

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/>

Webからは 東広島医療センター

検索

TEL082-423-2176 FAX082-422-4675