



東広島医療センター

NEWS

Higashihiroshima
Medical
Center
News

平成28年
春号
vol.120

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。



TOPICS

新年度挨拶 院長 竹崎 英一

広島大学医学部救急科・
高度救命救急センター長
志馬伸朗教授特別講演会
副院長 勇木 清

【連載コラム 後編】米国留学体験記
脳神経外科 大庭 秀雄



CONTENTS

新年度挨拶 院長 竹崎 英一	2	糖尿病療養外来開始について	8
【医療の話題67】消化器内科	3	ヘルマンハーブ演奏会	9
【医療の話題68】皮膚科	4	一次救命処置(BLS)を適切に行うために	10
【医療の話題69】放射線科	5	【連載コラム 後編】米国留学体験記	11・12・13・14
【医療の話題70】腎臓内科	6	人事異動	15
広島大学教授 特別講演会	7		

— 平成28年度 —

新年度を迎えて

院長 竹崎 英一

新年度を迎えてご挨拶します。

東広島医療センターが毎年変貌するように、医療を取り巻く環境も毎年変化しています。診療報酬制度にも日本の少子高齢化に伴う人口動態の変化が大きく影響しつつあります。

その厳しい環境の中にあって、東広島医療センターは今、成長の過程にあります。そして、病院が成長過程にあるからこそ、本年度もいろいろなハードルを越えなくてはなりません。この中には今年度中に超えなければならないハードルと数年来解決できず、超えるのが難しいハードルがあります。いずれにしろ、我々は東広島医療センター発展のために直面している、あるいは、直面するであろう問題に正面から取り組む必要があります。それには、職員のそれぞれが東広島医療センターの将来像を描いて、東広島医療センターが向わなければならぬ目標認識を共有する必要があります。

さて、7月に新しい治療棟が完成します。新しい放射線治療機器の整備、手術室の拡大、卒後研修医の定員枠増加と医師の急激な増加に現在の医局では対応できなくなり、新しい医局が完成します。この治療棟の完成はさらなる東広島医療センター発展の礎になり、地域がん診療連携拠点病院、地域災害拠点病院として、広島中央二次保健医療圏並びに広島県の期待に大きく貢献すると考えています。

一方、診療の質も年々充実して参りました。昨年の血液内科に加えて、今年度から総合診療科が診療を開始します。これらの診療科が充実することで、地域住民は遠方まで受診する必要がなくなり、地域に密着した病院として、さらに地域住民に貢献できると考えています。しかし、一方、眼科、救命救急科をはじめとして、東広島医療センターが地元住民のニーズ、要望に応えるにはまだまだ不足している診療科があります。地域の将来の救急医療を考えると、現状の東広島医療センターは十分とは言えません。

さて、本年度中に超えなければならないハードルがいくつもあります。まず、病棟編成に関して、いくらかの手直しが必要な年度と考えています。幸いなことに、地域医療構想に関しては、病院に大きな影響はないようです。が、少子高齢化

に伴う診療報酬制度の改定で、東広島医療センターも少なからず影響を受け、これに対応する必要があります。病棟再編成は、東広島医療センターが時代の流れに即して、さらに成長するための過程であると捉えています。

繰り返しますが、地域に密着した医療の提供は病院の掲げる理念の一つであり、そのために東広島医療センターは絶えず、成長し続けねばなりません。これは東広島医療センターの努力だけでは達成し難く、広島大学、東広島地区医師会及び東広島市の強い理解と協力が必要です。これら諸機関のこれまで以上の東広島医療センターに対するご協力を願うとともに、東広島医療センターの職員皆様が自信と誇りを持って、勤務されることを心から願っています。



院長 竹崎 英一





門脈圧亢進症について

消化器内科 苗代 典昭

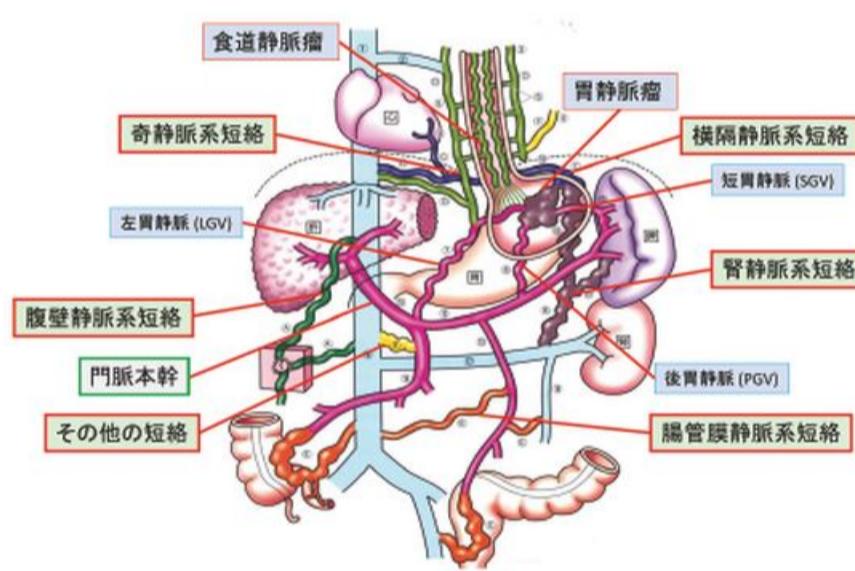
Health topic 67

肝硬変患者の三大予後因子は、①肝不全、②肝癌、③門脈圧亢進症です。今回はこの門脈圧亢進症について簡単に述べさせていただきます。門脈圧亢進症では、静脈瘤出血（食道・胃・直腸など）や門脈大循環シャントによる脳症（シャント脳症）が臨床的に問題となります。門脈圧亢進症の治療には、食道・胃静脈瘤などに対する内視鏡的治療（EVL、EIS）、外科的治療（Hassab術、シャント結紮術など）、薬物療法、IVR治療があります。IVR治療のうち、経皮経静脈的に逆行性にアプローチするバルーン閉塞逆行性経静脈的塞栓術（B-RTO:Balloon-occluded Retrograde Transvenous Obliteration）と経皮経肝的に門脈を介して順行性に

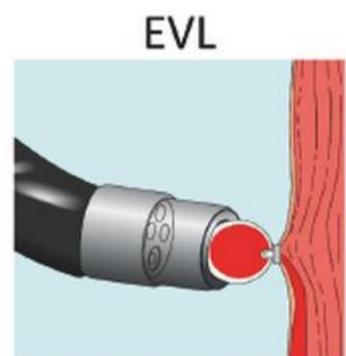
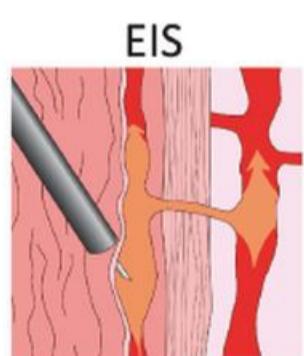
アプローチする経皮経肝的塞栓術（PTO: Percutaneous Transhepatic Obliteration）、経頸静脈的に肝内肝静脈と門脈にシャントを形成する経頸静脈的肝内門脈肝静脈シャント形成術（TIPS:Transjugular Intrahepatic Portosystemic Shunt）があります。

これらを駆使して、食道胃静脈瘤、門脈大循環シャントによる脳症を治療することで、更なる長期予後を改善することは、肝炎、肝癌に対するメインな治療とは別に、大事な治療戦略の一つと言えると思われます。

門脈圧亢進症による門脈側副血行路の発達



出典：門脈圧亢進症取扱い規約（第2版）金原出版株式会社

粘膜面だけの治療
供血路に影響しない

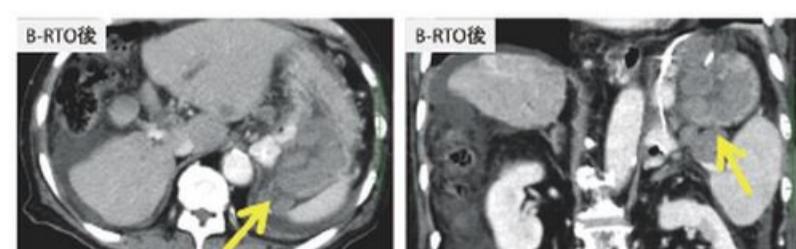
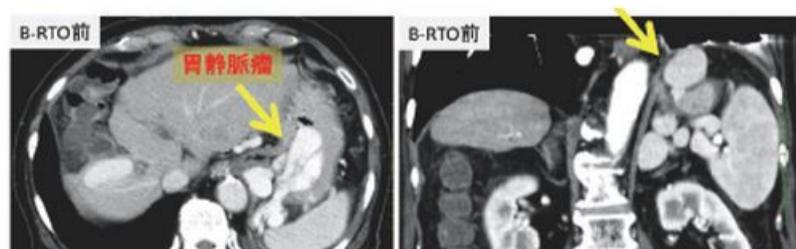
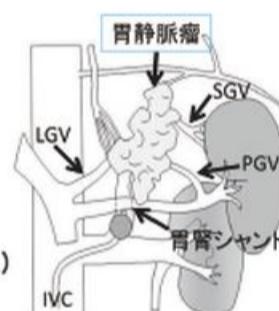
供血路を含めた止血

B-RTOとは

B-RTO
(Balloon-occluded retrograde transvenous obliteration)

;バルーン閉塞下逆行性経静脈的塞栓術

・最初に1996年にKanagawaらによって報告された手法。
(J Gastroenterol Hepatol 1996 Jan;11 (1):51-8.)



B-RTO 前



B-RTO 後



「にきび」の治療について

皮膚科 仁熊 利之

Health topic 68

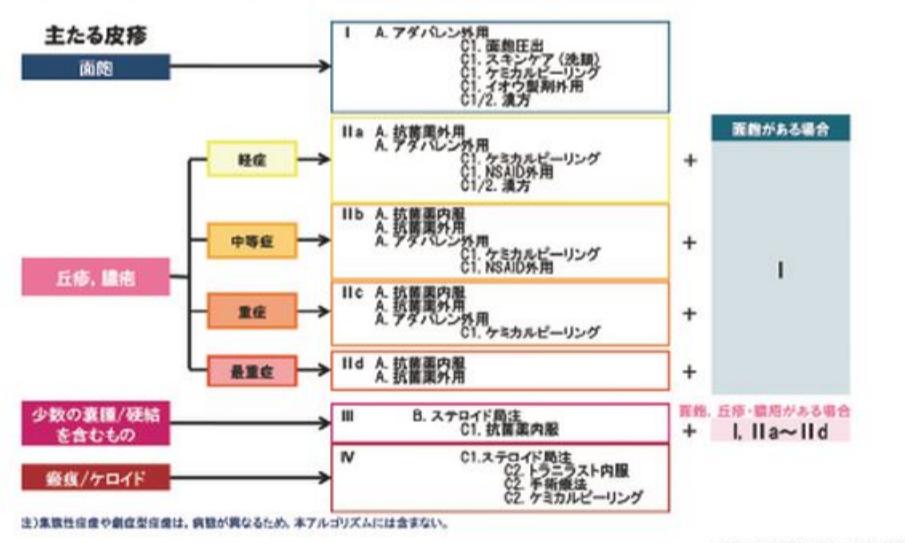
「にきび」は、思春期以降に発症し、青年期以降には通常自然に軽快する顔面、胸背部の毛包・脂腺系を場とする脂質代謝異常（内分泌的因子）、角化異常、細菌の増殖（*P.acnes*アクネ菌）が複雑に関与する炎症性疾患であり、正式には、「尋常性痤瘡（じんじょうせいたう）」という名称で呼ばれます。海外では一般的に使用されている尋常性痤瘡治療薬でも日本では認可されていないものが多くあり、最近まで治療選択肢が少ない状況が続いていました。2008年10月、海外では一般的に使用されていたアダバレン（外用レチノイド）が日本でも処方可能となり、アダバレンを盛り込んだ尋常性痤瘡治療ガイドラインを日本皮膚科学会が策定し、尋常性痤瘡治療アルゴリズム（図1）を公表しました。痤瘡治療アルゴリズムでは、主たる皮疹が、面皰（図2）（めんぼう：毛穴が角栓で詰まり、そこに皮脂がたまつた状態）の場合、アダバレンが推奨度A（行うよう強く推奨する）となっています。アダバレンは、毛穴の詰まりを改善させ、面皰ができるにくくする外用剤で、尋常性痤瘡の初期症状である面皰の治療や、抗菌薬などを使ってよくなつた状態を維持する治療に有効です。また、主たる皮疹が、丘疹・膿疱の場合、その重症度（軽症、中等症、重症、最重症）（図3）により、推奨治療薬剤が異なっています。軽症では、抗菌薬外用、アダバレン外用、中等症・重症では、抗菌薬内服、抗菌薬外用、アダバレン外用、最重症では、抗菌薬内服、抗菌薬外用が推奨度Aとされております（図1）。アダバレンは尋常性痤瘡治療に高い効果の期待できる

外用剤ではありますが、当然、副作用もあります。アダバレンには、乾燥、皮膚のカサカサ、赤み、ヒリヒリ感、かゆみなどの副作用があり、副作用発現率は78.9%とされています。前述副作用の多くは、外用開始後2週間以内に出現し、その後は徐々に軽減していく傾向があります。また、皮膚乾燥が出現することが多いため、アダバレン外用前に保湿剤の使用が推奨されております。ただ、妊婦あるいは妊娠している可能性のある女性は使用しないこととされております。

また、1965年以降、欧米では尋常性痤瘡の第一選択薬のひとつとして使用され、海外の尋常性痤瘡治療アルゴリズム（図4）でも推奨度が高いBPO（benzoyl peroxide：過酸化ベンゾイル）が、2015年になりました。2015年4月にはBPO2.5%の単剤のもの、2015年7月にはBPO3%とクリンダマイシンという抗菌薬が合剤となっているもの、2種が保険診療で処方可能となりました。BPOの副作用は、塗布部位の乾燥、紅斑、刺激感などが中心であり、副作用発現頻度はBPO2.5%の単剤のもので43.7%、BPO3%とクリンダマイシンの合剤となっているもので30.6%のようです。今後、日本でも尋常性痤瘡治療薬の主力のひとつになり、尋常性痤瘡治療ガイドラインにも反映されてくるのではないかと思われます。

海外での使用経験が豊富で、推奨度の高い外用剤が日本でも認められ、「にきび」治療は大きな変化を遂げました。「にきび」でお困りの方がいらっしゃいましたら、皮膚科受診していただければと思います。

【図1】尋常性痤瘡治療ガイドラインーアルゴリズムー



【図3】尋常性痤瘡治療ガイドラインー重症度判定基準ー

皮疹数と基準写真による重症度分類

軽症: 片頬の炎症性皮疹が 5個以下



中等症: " 6個以上20個以下



重症: " 21個以上50個以下

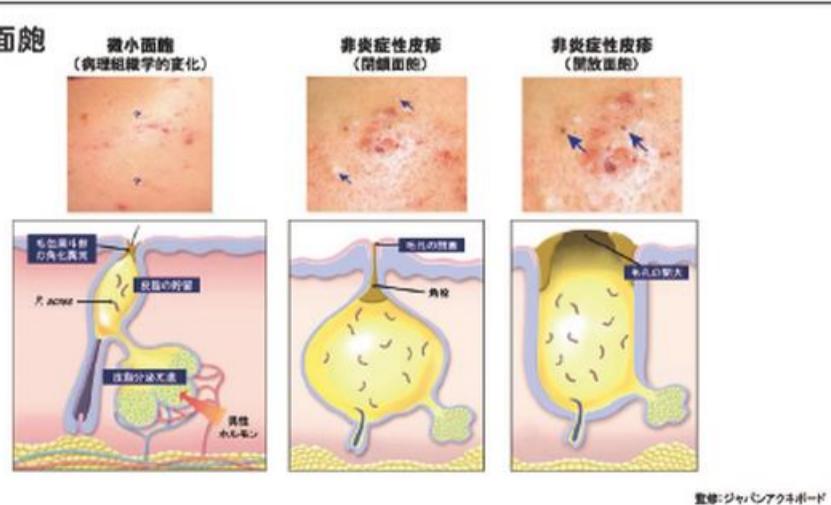


最重症: " 51個以上



Harashita S, et al. J Dermatol. 2008; 35(3): 295

【図2】面皰



【図4】尋常性痤瘡治療のアルゴリズム(海外)

	軽症	丘疹・膿庖	丘疹・膿庖	重症	総合・難治性
第一選択薬	外用レチノイド	外用レチノイド及び 外用抗真菌剤	経口抗真菌剤及び 外用レチノイド及び/ 又はBPO	経口抗真菌剤及び 外用レチノイド及び/ 又はBPO	経口イソレチノイン 及び外用レチノイド 及びBPO
代替薬	アゼライン酸 又は サリチル酸	外用レチノイド及び 外用抗真菌剤	(上記以外の)経口抗真菌剤 及び外用レチノイド 及び/又はBPO	経口イソレチノイン 及び外用レチノイド 及び/又は BPO又はアゼライン酸	高用量経口抗真菌剤 及び外用レチノイド 及びBPO
女性患者への代替薬	(第一選択薬参照)	(第一選択薬参照)			
経口薬					
EPO:過酸化ベンゾイル	外用レチノイド及び/ 又はBPO				

Osbrick, H, et al.: J. Am. Acad. Dermatol., 46(Suppl. 1), S1, 2003.より作成



低線量放射線被曝についての考察

放射線科部長(放射線診断専門医) 富吉 秀樹

Health topic 69

2011年3月の東日本大震災によって生じた福島第一原子力発電所事故の影響で放射線被曝について世間の関心が高まりましたが、2013年に国連科学委員会による福島での調査報告が発表され¹⁾、事故の影響を最も受けた集団での最初の1年間における放射線被曝は成人で10mSv(ミリシーベルト:生体の放射線被曝による影響を示す単位)以下であり、放射線被曝の影響による疾患(癌)が増加するとは考えにくくと報告されており、白血病と乳癌については若年者でもリスクは上昇しないと結論が出ています。食べ物などに含まれる放射性ヨウ素の内部被曝が関連する放射線誘発性甲状腺癌も1986年に旧ソビエト連邦(現ウクライナ)で起きたチェルノブイリ原発事故と同様に多数が発生する可能性は否定されました。低線量放射線被曝の量に関しては、広島と長崎の原爆被爆者で被曝線量と癌の増加が正比例の関係となる200mSv以下の線量と考えられています。実際には安全域も考慮して100mSv前後で低線量放射線被曝についての議論が行われることが多いようです。病院でのCT(コンピュータ断層撮影)による検査でも造影剤を使用した精密検査では1回で10mSv前後の放射線被曝(医療被曝)となりますが、100mSvと比較して明らかに低い領域です。また、筆者のように放射線科医としてX線透視下のカテーテル治療などを日常的に行っている放射線業務従事者の放射線被曝(職業被曝)は5年間で100mSv以下と法律(電離放射線障害防止規則第四条)で限度が定められています。筆者自身は今まで24年連続して、1年間に10mSv前後、最大で18mSvの職業被曝を受けました。

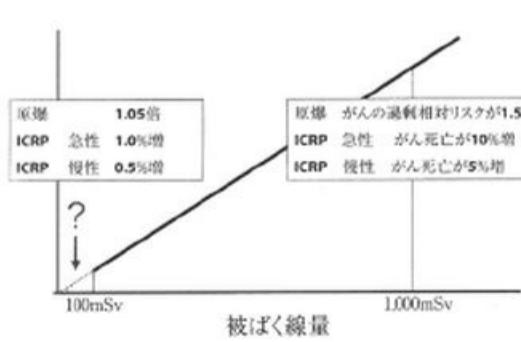
当初は100mSv前後の低線量放射線被曝による発癌のリスクに関しては、原爆被爆者のデータが正比例の関係となった高線量の部分から推測するLNT(直線しきい値)仮説で評価されていました(図1)。これに対して放射線被曝は低線量の領域では人間の免疫機能を刺激して発癌の予防に役立つとする“放射線ホルミシス”という考え方もあり、発癌のリスクを実際にはどのように評価すべきかは議論となっていました。“放射線ホルミシス”的実例は自然放射線被曝が多い地域に住む住民や適切な放射線防護に基づいて人工放射線による低線量の職業被曝を受けたイギリスの放射線科医の疫学的調査で癌の発生率が低いなど多数の報告があります。一方で低線量放射線被曝の危険性もフランスやドイツで原子力発電所の周囲では小児白血病が増加したという報告で訴えられていました。しかし、この原子力発電所周囲の小児白血病に関しては、世界的な総合学術雑誌の一つである“Nature”で低線量放射線被曝との関連性は低いと否定されました²⁾。発癌のリスクについての評価に際しては、放射線のみが発癌のリスクに寄与する因子ではないことを理解しておく必要があります。外部からの様々な刺激因子で体内に生じる活性化酸素がDNAを損傷することが発癌つながると考えられていますが、これら因子(癌の原因)は放射線以外にも多数あり、食品や喫煙などの方が放射線よりも発生に寄与する割合は大きいです(図2)³⁾。低線量放射線被曝と発癌についての最新の動向として

は、2015年4月の日本医学放射線学会総会でアメリカからの招待講演者であるMohan Doss先生が低線量放射線は癌の予防に役立つと述べておられ、5月に発表された北米放射線学会誌の論文に低線量の領域ではLNLT(直線しきい値)仮説に基づくと発癌のリスクが過大評価になると記述されています⁴⁾。低線量放射線被曝が発癌のリスクを有意に高める可能性は否定され、逆に“放射線ホルミシス”効果で低減する可能性があるという考え方が定着しつつある印象です。

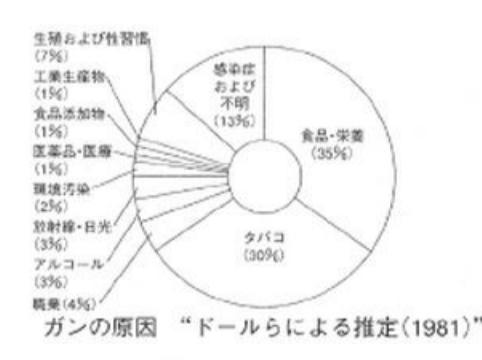
線量以外にも放射線被曝に関する重要な事実として慢性被曝と急性被曝の違いがあります。同じ放射線量でも数回の分割や少量で時間かけた慢性被曝では、一度に全ての放射線を浴びる急性被曝と異なり、生体の防御能力によるDNA損傷の回復で影響が10~50%に低下して、単純な加算にはならないことが生物学的な実験で証明されています(図3)³⁾。前述した福島の原発事故で放射線被曝の影響による癌が発生するとは考えにくいと報告された理由として、漏れた放射線が低線量であったことに加えて少量で時間をかけてゆっくりと放射線が漏れた慢性被曝であったことも考えられます。事実、福島の事故では急性被曝による被害者は出ていませんが、チェルノブイリ原発事故では福島の約7倍に相当する放射線量が爆発して一度に漏れ出した結果として当時の運転員や消防士の33名が急性被曝で亡くなっています。病院での造影剤を使用したCTの精密検査は、病状が重篤であれば1週間に3~4回を行って慎重に経過観察する必要がありますが、たとえ4回の検査を行っても24時間以上の間隔を空ければ、 $10 \times 4 = 40 \text{ mSv}$ の10~50%に相当する影響(医療被曝)を受けるのみです。医療被曝には大きな特徴があり、放射線業務従事者の職業被曝と異なり、線量限度が存在しないことです。CTなどの検査には何回までという制限はありません。この理由は病院でのX線検査は常に放射線被曝のリスクと癌、骨折などの病気を見つける便益とを天秤にかけて適応が決定(正当化)されているからです(図4)。病院でのCTによる医療被曝は原子力発電所や安全保障関連法案と同様にマイナス面を強調してマスコミで報道されることがありましたが、その影響で患者さんが検査を拒否して癌の発見が遅れるような悲劇が起こらないことを願っています。最後に当院ではCTなどの放射線被曝を診断可能な範囲でなるべく低くするように注意して診療放射線技師の皆さん撮影していることをお伝えしておきたいと思います。

参考文献

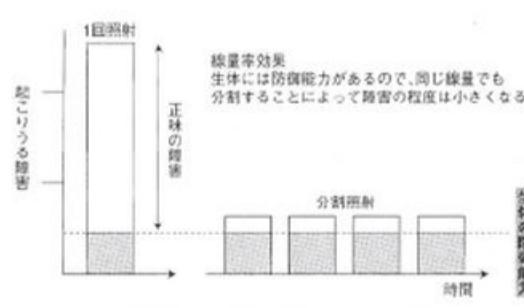
- 1) UNSCEAR(原子放射線の影響に関する国連科学委員会), 2011年東日本大震災後の原子力事故による放射線被ばくのレベルと影響. 2013国連総会報告書
- 2) Nature.com, Nuclear power plants cleared of leukaemia link. published online 6 May 2011
- 3) 渡辺昇一, 中村仁信著. 原発安全宣言. 遊タイムズ出版2013
- 4) H Benjamin Harvey et al, Informed Consent for radiation Risk from CT Is Unjustified Based on the Current Scientific Evidence. Radiology 2015; 275: 321-325



【図1】 LNT(直線しきい値)仮説



【図2】 活性酸素を発生する因子=癌の原因



【図3】 急性被曝と慢性被曝



【図4】 放射線被曝の正当化



腎代替療法(特に透析療法)の導入について

腎臓内科 平塩 秀磨

Health topic 70

腎機能障害が進行した場合、腎代替療法(透析療法または腎移植療法)を必要とする。腎移植実施症例数は、2013年には1586症例/年であり、同年の透析療法導入症例数38024人/年と比較すると僅か4%と著しく少數例である(移植Vol.49, No.2・3,2014)。

多くの患者が受ける腎代替療法としては透析療法、中でも血液透析療法が最も一般的である(血液透析対腹膜透析=97%対3%)('わが国'の慢性透析療法の現況2012年12月31日現在)。

透析療法の導入基準は長きにわたり1991年当時の厚生省基準が用いられていた(表1)。しかし現状にそぐわなくなってきており、2013年に新しく『維持血液透析ガイドライン』(透析会誌46(12):1107~1155,2013)が刊行された。

この中で最初に記してあるのが腎機能障害の評価の方法である。この中で腎機能障害の程度判断については、「血清クレアチニン単独で評価すべきではなく、血清クレアチニン値を基にした推算式にて行う(1A)。その上で、血清クレアチニンやGFRの経時的変化、患者の体格、年齢、性別、栄養状態などを総合的に判断し、血液透析導入時期の判断をする(推奨グレード1C)」と明記されている。多岐に亘る腎機能について、血清Cre値単独で評価する事は不可能であり、例えば筋肉量が少ない場合にはそれらに左右されにくいシスタチンCによる腎機能評価等を必ず併用して考慮する必要がある。

維持血液透析を導入するに当たり、バスキュラーアクセス(VA、通称シャント)が必要となるが、これの造設時期については日本透析医学会の統計調査で、透析導入後1年以内の死亡例ではVA作製が透析導入前 0.7 ± 3.8 か月であったのに対し、生存例では 2.0 ± 6.6 か月と有意に早期に透析用VAが作製されている(Ther Apher Dial 2012; 16:54-62.)。透析導入前1~3か月前にVAを作製して導入した症例の場合の1年内の死亡リスクは0.539、3~6か月前で作製して導入した症例の場合は0.365と有意に改善することが明らかとなっている(日本透析医学会'わが国'の慢性透析療法の現況2008年12月31日現在2009)。よって適切な腎機能障害の把握に基づき、適切な時期に専門医へと紹介されることが望まれる。血清Cre値に限った判断では、紹介および導入時期を見誤る恐れがあり、医師の腎機能評価=Cre値依存症が改善されることが望まれている。

実際の透析導入時にも、Cre値以外の腎不全症状、代謝性アシドーシスや電解質異常コントロール等を総合判断し、早すぎず、遅すぎず導入するよう心がけなくてはならない。このため、末期腎不全が完全に完成する前に、腎臓内科への紹介が重要となる。Cre値が2~3mg/dl台であっても、年齢によっては既に透析導入準備期間であることがあり、注意が必要である。

最後に、'わが国'の新規透析導入患者の平均年齢は2012年末、68.44歳に達し(日本透析医学会'わが国'の慢性透析療法の現況、2012年12月31日現在)、透析患者は年々高齢化が進んできている。原疾患も糖尿病性腎症による患者が新規導入数でも年末患者数でも1位となり、心血管疾患などの重篤な合併症を有する患者が増加の一途である。透析導入の年に死亡した患者の死因の中で悪性腫瘍が10%を超えており、担癌患者末期腎不全に対しても透析導入が行われている現状である。また、2010年末に実施された患者の日常活動度調査では、5.6%の患者が1日中就床している状態と報告され、

通院困難による社会的入院が増えている。現在では、透析治療は社会復帰を目指す救命治療から、基礎疾患に関わらず腎不全氏だけを回避するという延命治療の要素が強まっている。このような終末期における透析療法の導入については、2014年に透析学会から導入見合わせの提言が刊行されている(日本透析医学会雑誌47巻5号2014、Figure1)。

特に認知症を抱えた患者に対する透析導入は、患者が透析療法を理解していない場合、苦痛や危険が大きく、家族やスタッフも疲弊も甚大である。腎不全に至れば全症例が透析の適応とはならないことも認知した上で、早期から患者や家族と方針を話し合っておくことも重要と考えられる。

まとめ。主治医は腎機能障害の正確な把握に努め、適切な時期に腎臓内科医、または透析医に患者を紹介することが重傷である。但し、年齢や身体的、認知的な予備能も十分に勘案し、導入、非導入についても患者や家族と事前に話し合っておくことが重要である。

透析導入適応の基準(厚生省科学研究 1992年)

以下の点数の合計が60点以上が透析導入が必要な状態

(1) 症状・所見

水の貯留(むくみ・胸に水が溜まる)
酸塩基電解質異常(高カリウム血症、酸の貯留)
消化管の症状(吐き気・嘔吐・食欲不振)
心臓の症状(呼吸困難・息切れ・心不全・著明な高血圧)
神経の症状(意識混濁・けいれん・しびれ)
血液の異常(貧血・出血が止まりにくい)
目の症状(目がかすむ)

このうち3つ以上の症状=30点、2つの症状=20点、1つの症状=10点

(2) 腎機能

持続的に血清Cr 8mg/dl 以上(あるいはクレアチニクリアランス 10ml/min 以下)=30点
血清Cr $5\sim 8\text{mg/dl}$ (Ccr $10\sim 20\text{ml/min}$ 未満)=20点
血清Cr $3\sim 5\text{mg/dl}$ 未満(Ccr $20\sim 30\text{ml/min}$ 未満)=10点

(3) 日常生活の障害の程度

起床できない高度=30点

著しい制限中等度=20点

運動・労働が出来ない軽度=10点

10歳以下または65歳以上の高齢者または糖尿病、膠原病、動脈硬化疾患など全身性血管合併症の存在する場合は10点を加算する。

Figure1 表「維持血液透析の見合わせ」について検討する状態

- 1) 維持血液透析を安全に施行することが困難であり、患者の生命を著しく損なう危険性が高い場合。
 - ① 生命維持が極めて困難な循環・呼吸状態などの多臓器不全や持続低血圧など、維持血液透析実施がかえって生命に危険な病態が存在。
 - ② 維持血液透析実施のたびに、器具による抑制および薬物による鎮静をしなければ、バスキュラーアクセスと透析回路を維持して安全に体外循環を実施できない。
- 2) 患者の全身状態が極めて不良であり、かつ「維持血液透析の見合わせ」に関して患者自身の意思が明示されている場合、または、家族が患者の意思を推定できる場合。
 - ① 脳血管障害や頭部外傷の後遺症など、重篤な脳機能障害のために維持血液透析や療養生活に必要な理解が困難な状態。
 - ② 悪性腫瘍などの完治不能な悪性疾患を合併しており、死が確実にせまっている状態。
 - ③ 飲食摂取が不能で、人工的水分栄養補給によって生命を維持する状態を脱することが長期的に難しい状態。



Information

1

広島大学医学部救急科・ 高度救命救急センター長 志馬伸朗教授特別講演会

副院長 勇木 清

演題名:シンプル院内感染対策

平成27年11月16日(月)18時30分より当院大会議室において志馬伸朗教授の特別講演がありました。志馬教授は昭和63年に徳島大学医学部を卒業後、京都府立医科大学病院麻酔科に入局され、その後UCSF留学、京都府立医科大学病院、国立病院機構京都医療センターの救命救急センター長を経て、本年9月1日より広島大学へ赴任されました。今回の特別公演は救急における様々な重要な医療戦略の中で、特に感染に的を絞ってお話をされましたので、その講演の要点をまとめてみたいと思います。

当院の院内感染対策チームICT、感染対策委員会でも繰り返し発言され啓蒙されていますが、志馬教授もすべての感染症への対策は標準予防策と感染経路別予防策が重要であると述べられ、さらに集中治療室における具体的な方策として、感染予防の次の4つのポイントを挙げられました。デバイスの管理、適切な感染症診断、抗菌薬の適正使用、手洗い・交差感染予防です。ICUでの感染は肺炎が最も多く、尿路感染、下気道感染が続いている実情を分析しつつ、具体的な方策を示されました。感染症対策で“やめる”を挙げられたなかで特に、デバイスの早期抜去、細菌培養検査の見直し、抗菌薬の早期中止を強調されました。デバイスに関しては、気管内挿管はできるだけしない、NPPVの使用、早期抜管の推奨も示されました。早期抜管に関しては離脱のプロトコルを作成し実施すること、自発呼吸トライアルが必要であり、あとはスタッフのやる気であるといわれました。中心静脈CVラインについては、手指衛生、挿入時のマキシマルマリアプレコーション、2%クロルヘキシンでの皮膚消毒、適正な挿入部位の選択・鎖骨下静脈、日々の観察と不要なカテーテルの早期抜去、アクセスを減らし、薬剤投与、吸引は最小限にすることなど具体的に指示されました。現場では耳の痛い内容もあったと思います。感染症検体採取のポイントとしては、抗菌薬開始前に採取し、推定原因臓器から急性期の膿性検体を無菌的に採取、グラム染色の活用、血液培養は複数セットで行うなどの詳細にわたる説明や、カテーテルなどの先端などデバイス先や留置中デバイスからの検体培養は意味がなく無駄であると指摘されました。

会場の研修医に、重篤な感染症の臨床サインは何かなど質問もされ、急激な意識変容、収縮期血圧90mmHg以下、体温36度以下、呼吸数が1分間に28回以上など大切な項目を講義されました。一方で感染症の検査所見として、白血球、CRPなどの臨床上の考え方について、有用な指標としてプロカルシトニン(PCT)を挙げられました。PCTは甲状腺C細胞から産出されるカルシトニンの前駆蛋白質で通常血中には分泌されませんが、全身性の細菌感染の時には血中濃度が上昇

します。ウイルス感染や慢性炎症、アレルギーや自己免疫疾患、局所細菌感染などでは上昇がないのが特徴で、この特徴を利用して細菌感染症をウイルス感染症や他の原因による炎症性疾患からの鑑別に利用できるとともに、抗菌薬選択や臨床効果判定にも有用であることを示されました。その他にも日常臨床では忘れがちな細かな点も講演され大変参考になりました。

広島大学病院の救急部教授は大学病院および地域病院の集中治療のみならず、行政を含めた広域の救急体制、災害などに学問的見地から大きな影響を与えるポジションであり、今後の志馬伸朗教授特のご健勝とご活躍を祈念します。



糖尿病療養外来開始について

糖尿病看護認定看護師 頼本 奈々

糖尿病は慢性疾患であり、生涯にわたり治療を継続していくことが必要となってきます。治療の場は病院の中ではなく、日々の生活の中にあり、治療方法は食事・運動・薬物療法など毎日の生活に即したものとなっています。生活の中に治療を組み込んでいくことが重要ですが、長い人生の中で多くのライフイベントがあり、その都度生活は変化していきます。変化した生活に合わせ再度治療を調整しなおす必要がありますが、調整がうまくいかず療養継続が困難となり、血糖コントロールが悪化し合併症を発症してしまうことがあります。

当院でも糖尿病患者さんへの外来診療を行っていますが、平成26年度の内分泌・糖尿病内科外来通院患者数は一日平均64人、通院患者数は約2,000人と多く、医師のみでは患者の細かな生活状況の把握ができず、十分な療養指導を行えていない現状にあります。また、内科病棟では糖尿病教育入院を行っており、退院後の生活を見据えた療養指導を行っていますが、退院後の支援体制がなく療養を継続できずに、合併症の悪化や血糖コントロールの悪化にて再入院となることもあります。そこで、今回糖尿病を抱える患者さんやご家族が糖尿病を抱えながらも安心して療養生活が送れるよう継続して支援ができる場を持ちたいと考え、糖尿病療養外来を開始することとなりました。

糖尿病療養外来では、医師をはじめとする多職種とのチーム医療を基盤に、初めて糖尿病と診断された方への病態説明や精神的支援、生活支援、インスリン自己注射・自己血糖測定導入後の支援、妊娠糖尿病や合併症進行時の生活調整など患者さんの困りごとに一緒に向き合い、解決策を一緒に考えていきたいと思います。

また、糖尿病合併症の一つに糖尿病腎症がありますが、現在糖尿病腎症は透析導入原因の第一位であり、年間約1万6000人の人が新規に透析導入となっています。透析導入となれば生活や食事に様々な制限が加わってきます。糖尿病腎症は自覚症状がなく気が付かないうちに将来透析が避けられない状態にまで進行してくため、進展させないためには早期からの治療や生活調整が必要となってきます。今後、糖尿病療養外来が軌道に乗った後には腎機能低下と透析予防のため、医師や管理栄養士と協同し透析予防外来を立ち上げたいと考えています。

私は糖尿病看護認定看護師として活動しはじめたばかりですが、一人ひとりの患者さんに丁寧に関わっていき、少しでも患者さんの療養を支えられるよう尽力していきたいと思います。





Information 3

ヘルマンハープ演奏会を開催しました

地域医療連携室 がん相談員 池田 早苗

当院では、平成21年より「がんサロン」を開設し1回／月のペースでサロンを開催しています。このサロンでは、病気そのものだけでなく治療や検査に伴う不安や苦痛、生活上の悩みや心配など色々な事を仲間と語り合う憩いの場となっています。また病気や生活に関する学習会や交流会を開催し情報を探すお手伝いをしています。

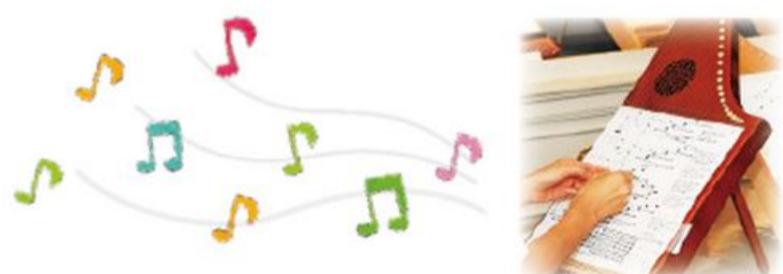
今回のがんサロンでは、「ヘルマンハープ演奏会」を開催しました。ヘルマンハープ演奏会は去年に引き続き2回目の開催です。演奏を引き受けて下さったこのグループの皆さんは、広島市、東広島市を中心に老人ホームなどの福祉施設、病院、学校、幼稚園などボランティアで演奏活動をされています。当日は、台風の影響で雨が降ったり止んだりとお天気には恵まれませんでしたが、約20名近くの参加者があり、会場は

とても盛り上がりました。ヘルマンハープの何ともいえない優しい音色に耳を傾け、参加者全員で合唱したりと、とても楽しく癒された時間を過ごすことができました。

がんサロンの交流会では、普段、家族や周りの人にはなかなか打ち明けられない想いを参加者同士で共有したり、よりよく過ごすきっかけを見つけるような空間作りを目指しています。

サロンの開催日時・内容に関しては当院の各掲示版、ホームページに掲載していますのでご確認下さい。

事前申込み不要、途中参加、途中退室など自由ですので、皆さんの参加をいつでもお待ちしています。



プログラム

- エーデルワイス
- ムーンリバー
- エデンの東
- 北の国から
- 浜千鳥
- 浜辺の歌
- 赤トンボ
- 里の秋
- ふるさと
- 少年時代
- 川の流れのように
- 瀬戸の花嫁

「浜千鳥」
青い月夜の 浜辺には
涙を拭して 哭く鳥が
浜の國から 生まれてゐる
笛(ぬ)れたばさの 銀の色

夜鳴く鳥の 露しさは
翼を尋ねて 海こえて
月夜の朝へ 消えてゆく
海のつけさの 浜千鳥

「浜辺の歌」
あした浜辺を きまよえほ
きのことぞ 湿(しの)ばるる
鳥の音よ 雲のさまよ
青する波も 貝の色も

ゆうべ浜辺を もとおれば
昔の人ぞ 泣(なみだ)ばるる
青する波よ 戻す波よ
月の色も 星の影(かげ)とも

一次救命処置(BLS)を適切に行うために～医療安全 BLS研修～

集中ケア認定看護師・ICLSインストラクター 當麻 麻美

院内CPA(心肺停止)を発見したら、病院の廊下で突然人が倒れたら、あなたは適切な対応ができますか? “自信”をもって対応できますか?

病院で働くと一般市民に比べBLSを行う機会が多くなります。BLSが必要な状況で、医療従事者である私たちが適切な一次救命処置ができない…。これは大変な問題です。医療従事者として必須のスキルであり、入院患者さんの急変を一番に発見する可能性の高い看護師なおさらです。院内急変の発見者となった時、適切に対応できていますか?

BVM(バックバルブバスク)の組み立てが間違っていた、BVMの使用方法が違う、エアマットの空気を抜いていない、背板を入れていない、胸骨圧迫開始が遅いなど、耳にしたことがあります。

新人看護師に対して毎年BLS研修を行っていますが、今回は全職員を対象としBLS研修を行いました。森田ICU室長を総監督とし、インストラクターとしてACLSプロバイダーコースを取得している先生方(呼吸器内科 下地先生、外科 中橋先生、研修医 江村先生、吉田先生、臼杵先生、金田先生夫妻、住居先生)、企画・運営・講義を私が担当させて頂きました。

研修は日本救急看護学会が出している「看護職のためのBLS講習プログラム」を参考に行いました。研修の概要は講義を全職員に、実技は人数に限りがあるため、部署代表の方々に1時間半×2回実施しました。さらに、実技まで受けた部署代表者によって、12月後半から2月にかけて、各部署で伝達講習を行って頂く予定になっています。

講義は森田総監督の「とにかく胸骨圧迫を素早く開始する!!」の言葉からスタートし、2015年10月に改訂された「心肺蘇生法ガイドライン2015」の変更点(図1)を中心にお話しさせて頂きました。また最終日には6つのシナリオをグループで行ってもらい、受講生からは「シナリオで練習をしたことがなかったので、楽しかった。」「実際の急変に近い感じで役に立てそう。」との反応がありました。シナリオの中には、我が病院の優秀なシュミレーター“レサシアンくん”を使用し、心停止の波形を変化させて対応の違いをわかつてもらえるように工夫しました。(ちな

みに、レサシアンくんとの出会いは3年前でしたが、やっと本来の使い方(蘇生トレーニング)をしてあげることができました。)

文頭で提示した質問。私自身、「はい!自信があります。」と言えません…。森田総監督が言っていたように「まずは素早い胸骨圧迫!!」そして「できるだけ早いAEDの使用」これがキーポイントになります。そして少しでも自信をつけるために、救える命を救うために、医療従事者である(しかも地域の中核病院である)私たちがしなければならないこと…。1度やったからOKではなく、“繰り返しの練習”が必要だと思います。私がBLSの研修を行うたびに最後に必ず伝えることは「技術を習得・維持するためには、繰り返しの練習が必要」ということ。AHAのBLS・ACLSコース、救急医学会のICLSコースを開催し、職員が積極的に受講している施設もあります。しかしコース運営されていなくても、院内独自にBLS認定制度を作り、全職員に定期的な受講を呼びかけている施設もあります。今回の研修が、事務職、薬剤師、検査技師など職種は関係なく、全職員が受講できるようなBLS研修の足掛かりになればいいなと願っています。

要素	成人および青少年患者	小児	乳児
救急対応システムへの出動要請	救助者が1人で携帯電話を持っていない場合:救助者から離れて救急出動システムに出動要請し、AEDを入手してCPR。 または、誰かにAEDを取ってくるよう要請しただちにCPR。AED入手後はただちに使用	・目撃された卒倒 左記の成人及び青少年患者のステップ ・目撃されていない卒倒 まずは2分間CPR。 救助者から離れて救急出動システムに出動要請し、AEDを入手してCPR再開。 AED入手後はただちに使用。	
圧迫テンポ		100～120回/分	
圧迫の深さ	5cm以上6cm以下	胸の厚さの3/1以上	
胸骨の戻り		圧迫を行うたびに胸郭が完全に戻るようにする(胸部にもたれない)	
中断を最小限に		胸骨圧迫の中止を10秒未満に限る (胸骨圧迫が総蘇生時間の60%以上にする)	

【図1】心肺蘇生法ガイドライン 2015の変更点と主要な勧告



連載コラム 後編

米国留学体験記

脳神経外科 大庭 秀雄



アメリカの医者というと“高収入”、“確約された休暇”といった、日本の医者の置かれた環境からすれば羨ましくて仕方のないイメージがありました。それは良い形で裏切られることになりました。アメリカの医師の“弱肉強食”的世界や1人前になるまでの過酷な環境を目の当たりにすれば、我々日本人の後期研修医は十分温室育ちかもしれません。ものすごく良い刺激を受けました。“寄付”についても少し言及しましたが、その真価を実感するのは高度先端医療の領域です。Ronald Ragan UCLA Medical Centerを取り巻く医療経済は“寄付”なしでは語れません。ここからはより医療医学的な内容に的を絞って、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。

③医療と弱肉強食

～Ronald Ragan UCLA Medical Center～

Ronald Ragan UCLA Medical Centerは言わずもがな、UCLA (University of California, Los Angeles / カリフォルニア大学ロサンゼルス校)に関連した病院です。日本で言うところの大学病院に近い存在かと思い、気軽に事前調査をすると、なんとUCLAは2014年度世界大学ランキング(US News版)で世界第8位にランク付けされた超有名校。東京大学が24位であったことを考えると、その凄さが更に浮き彫りになります。

余談ではありますが、Ronald Reaganとあるように、この病院には個人の名が付いております。つまり、このRonald Reaganという一個人の名の下、病院に対して莫大な寄付がよせられた事を意味します。その額なんと180億円。ちなみに1,000万円くらいの寄付をすると病院の玄関の壁に、小さく名前が刻まれるそうです。凄い世界です。では逆に何でそんなに寄付が必要になったのか。そこにもきちんと理由がありました。アメリカでも建物の耐震化工事を進める流れが全国に広がり、1998年UCLAは病院全体を立て替えることを決断。予算は720億円、壁や床を全て大理石にしようという大胆な計画の下、工事が始まりました。しかし予想通り費用がかさみ、なんと工事が頓挫。そんな矢先、事態を解決したのが180億円の寄付だったそうです。更に公的予算も投じられ、最終的にかかった費用は1,200億円以上。何というどんぶり勘定だったのでしょうか。それでも何とかなるところがアメリカらしいと感じます。その後は

無事に工事も終わり、2008年にオープンの日を迎え、その日からUCLA Medical Centerの前にRonald Reaganの名が加わったそうです。

今では全米Top5に名を連ねる程の有名病院となったRonald Reagan UCLA Medical Center(以下、UCLA)に、私も素直に魅力を感じました。どうすればこんな凄いところで働くことが出来るのだろう。興味の蓋を開けた先には恐ろしいほどの競争社会、弱肉強食の世界が広がっていました。日本では考えられませんが、前提として、優秀ではない医師はアメリカではごく普通に職にあぶれます。この点を踏まえた上で、アメリカ医療の弱肉強食の世界をご紹介したいと思います。

まずアメリカで医師になるためには。そこからして日本と違います。日本は大学入学の時点で医学部に入学できますが、アメリカでは出来ません。アメリカは理学部や工学部、教育学部のように一般学部を4年かけて卒業して、ようやく医学学校へ入学する資格を得ます。医学学校に入学するにはもちろん試験があり、卒業するには再度4年必要です。ではアメリカで職にあぶれない医師になるためにはどうすれば良いか。端的に言えば、優秀な医学学校を卒業する必要があります。では優秀な医学学校に入学するには。優秀な大学を卒業する必要があります。ここでポイントとなるのは、アメリカの優秀な教育施設はほとんどが私立であることです。一般大学に入学してから医学学校を卒業するまでの8年間、私立の教育施設に通う必要があります、つまり莫大な教育費がかかるということです。UCLAで出会った若い医師達は皆、奨学金を借りており、医師になりたての時点で2,500万円程度の借金を抱えていました。今病気になって働けなくなることが一番怖い、みんな本気でそう言っていました。

晴れて優秀な医学学校を卒業し、優秀な医師としてスタートを切ることになったとして、順風満帆な人生が待っているか、というとそうは問屋が卸さないのがアメリカの競争社会。まだまだ試練は続きます。

次に彼らは専門の科を選択し、専門医を目指さなくてはなりません。そこにも日本とは全く異なる制度が存在していました。日本では医師の誰もが自分のなりたい診療科の医師を目指すことが出来ます。脳神経外科医になりたいと言えば、脳神経



外科としての修行を始められる環境にあります。一方アメリカはというと、各科の専門医になるためのプログラムに人数制限があり、この瞬間にも競争が繰り広げられる状態となっています。

例えばアメリカで脳神経外科専門医になろうと考えた新卒医師が居た場合、その医師は脳神経外科のレジデントプログラム(修行プログラム)に参加すべく、就職活動を行わなくてはなりません。脳神経外科の募集枠はアメリカ全土で見ても年間140人程。UCLAの脳神経外科プログラムに至っては毎年わずか3人。アメリカでは脳神経外科や放射線科、皮膚科、麻酔科といった診療科は他の科と比較して専門医の年収が格段に良い事もあり、大変人気です。明らかに人気の高い診療科を最初から目指している新卒医師は、紛れもなく全員トップクラスです。毎年250人ほどの新卒者が脳神経外科を志し就職活動に励むそうですが、狭き門であることは言うまでもありません。ましてやUCLAの様に、都会の真ん中の一等地にあるような全米Top5の病院ともなれば倍率は更に高くなります。UCLAに所属している若い脳神経外科医達と沢山友達になりましたが、彼らがいかに努力し、リスクを背負い、日々研鑽を積んできたかを考えると、今までの自分がとても小さく恥ずかしく思えてきました。

私がUCLAに滞在している僅か4週間の間に、UCLAの脳神経外科での実習を希望して8人の医学生が次々にやってきました。彼らは当直にも回診にも手術にも参加し、おののの実習の最終週にはスーツを着てプレゼンテーションを行います。純粋に脳神経外科学を勉強する目的もありますが、翌年に控えた就職戦線に備え、UCLA脳神経外科の上級医の先生に名前を覚えてもらう事がやはり最大の目的です。卒業前にも既に競争は始まっているのです。

しかし、ここまで誰もがやっている努力。脳神経外科のプログラムに本気で入るためにには、更に際立つ必要があります。ある学生は医学学校に入学する前に更に4年間かけて大学院を卒業して博士号を取得したり、ある学生は医学学校に入学する前に社会経験を積むべく高等学校の教諭として働いていたり。医学部の学生の間に医学研究を行い、

論文を書き、トップクラスの医学雑誌に第一著者として複数本論文を掲載させることは脳神経外科プログラムに受け入れてもらうための最低条件だそうです。僕と一番仲良くなったJ先生はどうやら天才肌らしく、ストレートで医学学校の卒業を迎えたにもかかわらず、JNSというトップの脳神経外科雑誌に3本も第一著者として自らの論文を掲載していました。とんでもない友人が出来てしまいました。完全に脱帽です。

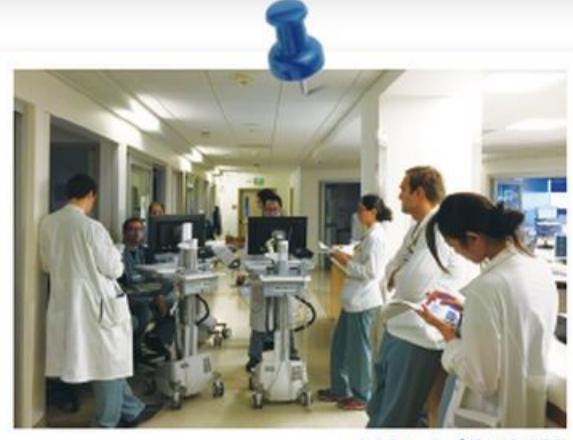
脳神経外科のレジデントプログラムに入ることが出来ても研鑽の日々は続きます。修行期間は7年間。それを終えて初めて専門医試験を受けることが出来ます。学年毎にカリキュラムやその年度の目標が定められ、どの期間にどこの医療施設に派遣され、1年以内に何本論文を書かなくてはならないか、予め全てが具体的に決定され、全員がそのカリキュラムに従って動いています。

修行期間を終えれば晴れて脳神経外科専門医です。莫大な年収を手に入れる事が出来、バラ色の人生が待っているかというと、ここに来てもまだまだ競争があります。UCLAの脳神経外科研修プログラムを卒業したとしても、次に自分が専門医として働く医療施設は自ら就職活動を行い、ポストを獲得しなければいけません。

日本でレストランに星をつけて評価するインターネットサイトがあるのと同様、アメリカでは医師に星をつけて口コミ評価をするインターネットサイトがあり、その内容は日本の物とは比べものにならないくらい細かく、充実した物です。権利意識の強いアメリカの国民は自分の手術を誰に任せるとか、自らの病気は一体どうやったら治療できるのか、必死で研究しています。結果として、腕や評判が良くなければ症例が集まらず、症例が集まなければ手術件数も少ないままです。アメリカでは個々の専門医に、手術件数や論文数、教育事業に関して病院側からノルマを課せられるのが一般的です。それが満たせない医師は、職を失うことになります。立場が上になっても安穏としていられない世界が広がっています。



UCLA 医学生達



UCLA 朝の回診



GD coilが生まれた研究室

業種を越えた戦いもありました。活発な医療訴訟もアメリカ医療の特徴としてあげられるでしょう。レジデントの間は医療訴訟を抱えても医療教育機関が前面に立って保護するシステムがありますが、専門医になると同時にその庇護の下から外れることとなります。専門医になってから医療訴訟保険に入ることが一般的ですが、アメリカの脳神経外科の保険料は年間600万円から700万円程度とのことです。夜に何気なくテレビを見ていると、『一緒にあの医者を訴えよう!』という感覚で弁護士事務所がテレビコマーシャルを流していました。口に含んでいたコーヒーが吹き出ました。

私はUCLAの脳神経外科レジデントのゲストレジデントという扱いで実習をさせて頂く機会を得ました。レジデントの朝はものすごく早く、毎朝5時半から医学生、レジデント全員で全入院患者を診察するところから一日が始まります。レジデントは学年に応じて役割が決まっており、みんなが作業を分担し、効率的に仕事をこなしていました。7時過ぎにはカンファレンスがあり、8時半頃から手術室へ移動し手術に備えます。脳神経外科の手術室は4室あり、手術は毎日最低4件。最大8件あります。規模の違いを感じます。脳血管内治療は脳神経放射線科という別の科の先生の手で実施されることが多く、血管内治療の件数を手術件数に含めると脳神経系の手術件数は年間2,000件の大台を超える勢いになります。朝食も昼食も食べられる日もあれば食べられない日もあります。私は手術が終わった段階で自由時間を与えて頂きましたが、他のレジデント達は夕方にもう一度回診し、そこでようやく帰宅することが出来ます。帰ってからも翌日のカンファレンスの準備や、翌日の手術の予習をしなければならないため、就寝時間は毎日実質0時頃になると皆から聞きました。ちなみに予習をしなければどうなるか訪ねたところ、手術戦略の無いまま手術室に赴き、スタッフからの術前の質問に答えることが出来ず、信頼が得られなかった場合、そのようなレジデントは手術から外されることになるとのことでした。油断は許されない世界です。

毎週水曜日の午前中はUCLA関連の全医療施設はレジデントの教育の為にスケジュール調整を行っています。

つまり、その時間帯で外来は行わず、手術もありません。各関連施設に派遣されたレジデント達もこの時間はUCLAに集合し、皆で講義を受けたり、上手くいかなかった手術症例の検討会を行ったり、実際のご献体を用いて手術のトレーニングをしたりと充実のプログラム。一生懸命に働いて、がむしゃらに前に進むだけの毎日になりがちな医師の生活ですが、システムとして必ず振り返る機会を設けている点は、素晴らしいと感じました。

UCLAの研修を通じて目の当たりにしたのは私の想像を遙かに超える弱肉強食の世界でした。アメリカの医師が戦っている世界は、恨みっこなしの超実力主義です。次々に優秀な人材がその世界に飛び込んでくるわけですから、年功序列という考えが根付かない方が自然だと感じました。きっちりした教育システムと競争によってアメリカの脳神経外科の質と地位が保たれている点に関しては、日本も見習るべき点が数多く存在しているのではないか。そう感じました。その他にも、アメリカの先端技術を用いて作られた数々の最新医療器具や、脳神経外科領域に革命をもたらしたGD coilが開発された現場まで見学する機会も頂きました。研究室を覗く毎に時代の先端を垣間見た実感に、心が震えました。

しかしアメリカのシステムに弊害があるのも事実です。外科という世界は職人の世界。日本には“匠”という言葉がありますが、たった7年間の修行で脳神経外科の“匠”に成れるはずがありません。日本的な感覚だと言われてしまえばそれまでですが、毎日のように手術や血管内治療を見学しても、日本の技術の上を行く外科手技に触れる機会は、指折り数えるほどしかありませんでした。アメリカにおける手術の進歩とは、手術器具の進歩に直結したものと感じたのも事実です。日本のように長い時間をかけて確かな技術を培い、人間の技術そのものを進化させていく事は、日本で脳神経外科の修行を積んでいく上で最大のメリットであると感じます。言葉の壁こそありますが、この点に関しては、日本は力を込めて世界にアピールすべきだと思いました。



Harbor 当直に向けて気合いを入れるJ先生



Harbor 当直室の風景



Harbor 拳銃で頭を撃たれた方のCT

④医療と寄付

～Ronald Ragan UCLA Medical Center～

アメリカと日本の最も重大な医療システムの違いは保険制度。日本のような国民皆保険制度は無く、個人と保険会社の契約に基づき保険金が支払われるのがアメリカの保険制度です。ここにも“弱肉強食”的文化が覗えます。つまり、保険料が支払えない人が居たとすれば、その人は満足な医療も受けられないという事になります。

“Don't you wanna go to Harbor?(Harbor UCLAという病院の見学に行かないか。)”とJ先生に言って頂き、Harbor UCLA Medical Center(以下、Harbor)という病院に1日だけ24時間当直を見学する機会を得ました。Harborは治安の良い地域と悪い地域のちょうど境目にある病院です。外傷や交通事故の患者が多く、治安の悪い地域の方から次々と患者さんが搬送されてきます。銃社会アメリカを感じる瞬間もありました。病院内の共通語はスペイン語。入院患者の中で英語を話すことが出来るのは全体の僅か20%です。病院の付近はスペイン語圏の移民が集合する住宅街があり、入院患者の中には行き倒れていた不法滞在者も紛れています。補足すると、アメリカは上流階級が住む地域、そうでない方が住む地域が綺麗に色分けされています。日本でこのような現象は考えにくいですが、Harborへ搬送される方のほとんどが保険をもっていない方です。正式なIDを取得していないにもかかわらず、するりと私が院内で見学できたのも社会背景が大きく影響しています。ただし、病院に入るに当たっては国際空港の保安審査ゲートと同じゲートをくぐらなくてはなりません。厳つい警備員に囲まれ、訳も無く冷や汗をかきました。

搬送された患者の外傷の程度が酷く、すぐに緊急手術が必要な場合、身元も分からぬ患者がどんな保険をもっているのか、いちいち確認している時間はありません。しかし、緊急手術の適応となり、何とか救命し、リハビリを終え、晴れて患者が退院したとして、Harborの救急患者には数100万円の医療費を支払う能力が無いことがほとんどです。病院側が赤字になるばかりで、まもなく病院側が破産することは火を見るよりも明らかです。では保険をもっていなさそうな外傷患者さんは

全て見殺しになるのでしょうか。そこを救済するのが寄付でした。

Harbor UCLAとあるように、HarborはUCLAの関連病院です。具体的には分かりませんでしたが、聞くところによるとUCLAにはウン兆円という寄付が毎年集まっているそうです。最早、小国の国家予算を軽く超えているレベル、先のギリシャの破産はUCLAに集まる寄付だけで解決できるレベルです。

医療費の高いアメリカでは、例えきちんとした保険をもつた方が居たとしても、先端医療を受けたりした場合は保険でカバー出来なくなるケースもあるそうです。Harborのように、全く保険を持っていない方の手術をする必要があるなど、患者からの支払いが滞るパターンはこの国では山ほどあります。病院側が請求した総額に対しての回収額が30%もあれば優秀な方だと聞き、これには大変驚きました。日本であれば病院は完全に破産です。回収率が30%でも十分運営できているのは、そこをカバーできるほどの寄付が病院に集まっているからだそうです。究極的に二極化が進んでいるアメリカではありますが、こうして循環する形の社会が形成されていることがよく分かりました。

～最後に～

West Los Angeles VA Medical Center、Ronald Reagan UCLA Medical Centerでは友達にもご指導下さる先生方にも恵まれました。辛いこと半分、楽しいこと半分でしたが、総じてものすごく有意義な刺激を受け、何事にも代え難い時間を過ごせたと実感します。2ヶ月はあっという間でした。

この度の留学の機会をご恵与下さった国立病院機構の先生方。留学権を獲得するまでに私の背中を支えて下さった呉医療センターの先生方。病院を留守にすることを快く許して下さいました栗栖先生、東広島医療センターの先生方、そして同門の先生方。訳も分からずUCLAで研修していた私に手をさし述べて下さいましたUCLAの先生方。アメリカでの生活を支えて下さった奥津さん、太田先生、そして友人となってくれましたアメリカの皆さん様に心から感謝申し上げます。本当にありがとうございます。



人事異動

H28.3.2～H28.4.1

転入・採用



麻酔科医
近藤 洋司



泌尿器科医師
正路 晃一



耳鼻科咽喉科医師
宮原 伸之



小児科医師
松本 悠子



内分泌・糖尿病内科
レジデント
山崎 由紀子



腎臓内科レジデント
有馬 隆弘



小児科レジデント
熊田 寛子



呼吸器外科レジデント
鍵本 篤志



産婦人科レジデント
荒木 ゆみ



心臓血管外科
レジデント
江村 尚悟



研修医
後藤 和貴



研修医
竹石 雄介



研修医
竹石 直子



研修医
山中 亮憲



研修医
志熊 紘行



研修医
清水 大輔



研修医
椿 夏澄



研修医
唐口 望実

昇任

外科医師
→外科医長 大石 幸一

心臓血管外科医師
→心臓血管外科医長 佐藤 克敏

退職

内分泌・
糖尿病内科医師

大江 健

小児科医師

小野 大地

呼吸器外科医師

花木 英明

泌尿器科医師

増本 弘史

産婦人科医師

大森 由里子

麻酔科医師

村上 俊介

腎臓内科レジデント

山田 有美

研修医

岸田 直孝

研修医

吉田 俊丈

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4月1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
総合診療科	松本 正俊	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 内小田賀明 内小出純子 内担当医	新山崎由紀子 内小田賀明 内担当医	新小出純子 内小田賀明 内担当医	新小田賀明 内山崎由紀子 内担当医	新小出純子 内小田賀明 内担当医
フット:フットケア外来	午後				
糖尿病療養外来		糖尿病療養外来は、毎週火曜日(祝日等を除く)の午前9時から12時まで【完全予約制】			
腎臓内科	佐藤 彩加	平塙 秀磨	有馬 隆弘		平塙 秀磨
血液内科		栗屋 忠祐		栗屋 忠祐	大島 久美
神経内科	担当医		担当医		担当医
呼吸器内科	新村上 功 内宮崎 こずえ 内小川 喬史	新重藤 えり子	新下地 清史 内宮崎 こずえ	新小川 喬史 内重藤 えり子 内村上 功	新宮崎 こずえ 内村上 喬史 内小川 喬史
循環器内科	新梶原 賢太 内原 幹 内城 日加里 内對馬 浩	新新田 和宏 内小野 裕二郎	新小野 裕二郎 内梶原 真二 内新田 和宏	新梶原 真二 内原 幹 内城 日加里 内梶原 賢太	新對馬 浩 内小野 裕二郎 内城 日加里
小児科	上野 哲史 内松本 悅子 内出雲 大幹	下田 浩子 内出雲 大幹 内熊田 寛子	岡田 泰之 内松本 悅子 内熊田 寛子	上野 哲史 内松本 悅子 内熊田 寛子	下田 浩子 内岡田 泰之 内出雲 大幹
外科	池田 昌博 内宮本 和明 志々田 将幸 第2・4 小野	高橋 忠照 内貞本 誠治 豊田 和広 大石 幸一 下村 学 第1・3・5志々田/第2・4築山	高橋 忠照 内貞本 誠治 豊田 和広 大石 幸一 下村 学 第1・3・5築山/第2・4志々田	豊田 和広 内大石 幸一 江村 尚悟	高橋 忠照 内貞本 昌博 池田 学 下村 小野 紘 築山 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】			
整形外科	岸 和彦 内今田 英明 渋谷 早俊 坂 英樹	岸 和彦 内今田 英明 宇治郷 諭	岸 和彦 内渋谷 早俊 宇治郷 諭	岸 和彦 内宇治郷 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	鍵本 篤志	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 手術日	仁熊 利之 天野 愛純香	串畠 あづさ 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 内石垣 尚志 内後藤 栄造	苗代 典昭 内大原 英司	竹崎 英一 内濱田 博重 内石垣 尚志	後藤 栄造 内苗代 典昭	苗代 典昭 内大原 英司
脳神経外科	勇木 清隆 内清水 阳元	手術日	清水 陽元 内大庭 秀雄	勇木 清隆 内原 健司	大庭 秀雄 内健司
心臓血管外科	森田 悟	手術日	佐藤 克敏 内江村 尚悟	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】			佐藤 克敏
耳鼻咽喉科	午前 内担当医	大久保 剛 内武内 康治	大久保 剛 内武内 康治	担当医 ※緊急紹介患者のみ	手術日
	午後 内担当医	大久保 剛 内武内 康治	大久保 剛 内武内 康治	手術日 (予約患者のみ) 大久保/武内	
歯科	柏井 桂	加治屋 幹人		松田 真司	應原 一久
泌尿器科	藤原 政治 内正路 覧一	藤原 政治 内正路 覧一	藤原 政治 内正路 覧一	藤原 政治 内正路 覧一	手術日
産婦人科(予約制)	手術日	兒玉 坂手 花岡 尚志 内慎太郎 美生	手術日	兒玉 坂手 荒木 尚志 内慎太郎 ゆみ	兒玉 花岡 尚志 内荒木 美生 ゆみ

【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)、火曜日・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)は臨時の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、妊娠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

T739-0041

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