



巻頭特集 SPECIAL

放射線治療

Special 特集：放射線治療

根治から緩和まで幅広いがん治療に対応。 患者さんの負担軽減に貢献する放射線治療。

日本人の2人に1人ががんにかかり、3人に1人ががんで死亡する時代。切除を中心とする手術や抗がん剤治療のほかに、難治性のがんや機能や形態を温存する治療として放射線治療へのニーズが高まっています。その一方、専門性が高いこともあり、放射線治療についてはあまり知られていないという現状があります。今回は北海道がんセンター、九州がんセンターで放射線治療を行う先生方にお話をうかがいました。

01 北海道がんセンター

患者さん本位のオーダーメイドの治療。
総合的な判断でQOLを上げていきたい。

北海道がんセンター
放射線治療科 放射線診療部長 西山典明

当院の放射線治療科は常勤医4名。年間で800～900人の新患を診ています。現在は3台の放射線治療装置があり、X線シミュレーターもまだ現役です。骨だけで場所を決定、そのまま治療ができるのでタイムラグがありません。一方、高精度放射線治療装置では場所を絞りこんだ精度の高い治療が可能です。新旧両方の特性を活かしつつ、幅広い領域をカバーしています。

放射線治療は医療関係者にさえ、まだ知られて

病変に集中的に照射し、正常組織は温存。 先端技術の投入でさらに効果的な治療へ。



北海道がんセンター 放射線治療科 放射線診療部長

西山典明

子どもの頃の夢

研究者



北海道がんセンター DATA

■所在地
〒003-0804 北海道札幌市白石区菊水4条2丁目3番54号
TEL (011) 811-9111 (代) FAX (011) 832-0652
http://www.sap-cc.org/

■病床数
520床(うち放射線科47床)

いない面がありますが、当院はがんの専門病院ですから、他科の先生方も深い理解をお持ちでありたいですね。担当の患者さんが放射線治療を受けた経験があるため、抵抗が少ないのです。やっぱり放射線治療を実際に経験した医師が増えるほど利用頻度は高くなると思います。

いわゆる緩和ケア、痛みを取ってQOLをあげたり、完治が見込める咽頭がんの治療がポピュラーですが、あちこちに転移がある場合は難しいですね。しかし、一部の腫瘍をコントロールすれば改善が見込めるケースもあり、実際に患者さんを診ないと治療計画は立てられません。手術と同じ局所療法ですが、侵襲的でない代わりに、どこに照射するのが効果的か、全身状態、合併症を把握し、画像診断を加えて判断します。臓器や腫瘍を切除しないぶん、その人を深く知らない適切な治療ができない。かなりオーダーメイドになるのが放射線治療の特徴でしょう。

放射線だけで終わる場合もあれば、手術との併用、抗がん剤投与中に組み込むケースもあります。診断して計画を立て、どのタイミングでどの箇所に照射するか。その判断が重要で、いくら素晴らしい装置があっても人がいないと意味がないのです。実際に機械を動かしているのは放射線技師と物理士。彼らがいないと治療はできません。放射線は単なる殺細胞光線に過ぎず、機械はあくまで道具なので手術と同様、システムがないと治療は成り立たないのです。

私は痛みを取る治療に興味があり、最初は麻酔科、その後、放射線治療に行きあたりました。薬物療法は一時的なもので、結局、腫瘍をコントロールしないと痛みは取れません。臨床実習で舌がんの低線量率の小線源治療を間近に見て放射線で

こんなにも治るのかと驚いたんですね。

治療計画は、根治的な治療なのか、症状を抑えるためなのかで線量が違ってきます。放射線治療は集学的治療の1つなので、単独の治療という場合は少ない。根治的な治療は抗がん剤との併用になりますし、手術との兼ね合いもあります。最近サルコマーセンターの開設により、肉腫関係の症例が増えました。術前照射や手術後に放射線治療を組み込んでいくケースも多くなっています。病変部に直接チューブを挿入して正常部への無駄な照射を減らし、効果的に治療する小線源治療以前から実施しています。

研修医・専修医のみなさんには、今だからこそ、できるだけ多くのジャンルに首をつっこんでほしいですね。やはり実際に見ていない、経験していないことは、一生わかりません。術場に入って手術を見学する人は多いのに、放射線治療室に来る人はほとんどいません。踏み込みにくい領域だからこそ、自分の目で実際に見てもらいたいですね。放射線治療を受けた患者さんをたくさん経験すれば、どういう副作用や経過を経て治っていくかがわかり、放射線治療に対する理解がより深まると思います。



専修医の声

厳しい病状にも有効な小線源治療。 放射線治療の手応えを日々感じています。

僕は初期研修が終わった後、放射線治療の勉強がしたくて大学病院を経てこちらに来ました。最初に興味をもったのは学生時代です。厳しい状況の患者さんを受け入れ、改善に導いている先生を目の当たりにし、放射線治療医になりたいと思いました。その時、薦められて読んだのが前院長の西尾先生の本です。当時は予想もしていませんでしたが、今、西尾先生の指導を受けた西山先生にご指導いただいていることに不思議なご縁を感じています。

放射線治療は結果が出るまでに時間がかかるうえに、教科書的なガイドラインからはずれる症例も多く、悩みますね。1つ1つの症例に考えるべき点が多い。現在は治療計画をすべてチェックしてもらっています。理解が浅いと細かいミスが出て、そこを指摘されるのが歯がゆいですが、やりがいを感じます。この1年で多くの症例を経験したので、自分が手がけたケースも参

考にするようになりました。一番役に立っているのが先生方からのアドバイスを記録したメモです。実践的な情報が満載で貴重ですね。

すごいと感じたのは小線源治療です。難しい症例にも有効で可能性を感じます。ただ、先端技術は重要ですが、医学的なエビデンスも把握して治療に臨みたいと考えています。経験値とアカデミックな思考の両方からアプローチしたい。放射線治療をきちんと理解したうえで、他科の医師ともディスカッションできる。それが僕の理想とする放射線治療医のイメージです。

当院は症例が豊富で、次から次へと多彩な治療が経験できるので、放射線治療に興味のある人にはうってつけの環境です。僕はバスケットボールに熱中した時期があり、漠然と技術を磨いていける職業がいいと考えていました。医師は一生勉強が必要ですから、そういう意味では希望どおりの職業に就いたのかなと思います。



北海道がんセンター 放射線治療科
湊川英樹

02 九州がんセンター

最新鋭の高精度放射線治療装置を導入。
時間の短縮と患者さんの苦痛軽減を実現。

九州がんセンター
放射線治療科 医長 **國武直信**

当院の放射線治療科は常勤医3名、非常勤医1名、その他に診療放射線技師や看護師などを加えてチーム医療を行っています。放射線治療には、主治医の意向、患者さんと接する看護師や毎日治療台で見ている技師の助言や提案が欠かせません。多職種のスタッフと連携するために、毎日昼前にカンファレンスを実施し、治療方針の検討や患者さんの状態などの情報共有を図っています。

2014年3月には九州初となる最新鋭の高精度放射線治療装置「TrueBeamSTx」を導入しました。これにより強度変調放射線治療（IMRT）に費やす準備期間が短くなりました。以前は2週間程度かかったのが、1週間以内で治療が開始できる。計画を検証する時間が大幅に短縮されたんですね。さらに実際の照射時間短縮も得られ、患者さんの負担軽減にもつながっています。たとえば、今まで15～20分かかっていた治療が、現在は3分程度で終わります。喉に大きな腫瘍がある場合は顔の位置を固定するため、お面をつけるんですね。予め型取りしていたプラスチック製の固定具で顔をがっちり固定するので、閉所恐怖症の方は「目の部分を開けてくれ」と懇願されるほど密閉性の高いものです。位置あわせに5分程度必要なので治療と合計すると30分もかかってしまう。それが、10分以内で終わるのでずいぶん違うと思います。また、台の上でじっとしているのはつらいもので、長時間我慢していると正確・精密な治療を心がけていても、患者さんの体動によってズレが発生する場合があります。苦痛が少なく、短時間で効果的な治療ができるのは大きいですね。

一般の方ももちろん、医師でも放射線治療に対する知識が少ないのは、大学での講義時間の短さも一因でしょう。画像診断が非常に発達した一

方で、治療手段としての放射線について学ぶ機会は少ない。当院で臨床研修をする人たちには緩和的な治療や最先端の機器で可能な治療などについて講義をするようにしています。放射線治療という選択肢を説明して、若い医師を啓蒙するのも私たちの使命だと考えています。病気だけを見つめてしまいがちですが、患者さんの立場で考えることも伝えていきたいと思っています。

現在、放射線だけで治る治療と抗がん剤や手術を併用するほうが有利な疾患とのすみ分けはできていていると思います。たとえば、頭や体幹部の定位照射やIMRTに関しては、局所に絞れば治療が望める疾患も多く、放射線治療単独で行う場合が増えていきます。抗がん剤を併用した放射線化学療法は相乗効果があり、治療率がさらに高まるケースがあります。手術する場合も取り残しがないよう、術前照射や術後照射をプラスすることがありますね。今後、技術が進めば放射線だけで治るケースが増え、切除と変わらない効果が期待できるのではないのでしょうか。IMRTの普及によって、報道される機会が増えたので、放射線治療に対する患者さんの意識も変わっているように感じます。

当院の場合、IMRTに適応する症例は今のところ新患の10%程度です。日本でも乳がんや前立腺がんなど欧米型の病気が増えています。欧米では全がん患者の40～60%が放射線治療を受けておられ、施設によってはIMRTの施行率が7割を超えるところもあると聞いております。一方、日本の場合は全がん患者の25%が放射線治療を受けておられ、IMRTの施行例はまだまだ少数です。IMRTは正常臓器のダメージが少なく、身体にやさしい治療ができるので、普及に努めて症例数を増やしていきたいと考えています。



九州がんセンター 放射線治療科 医長

國武直信

子どもの頃の夢

医者



九州がんセンター DATA

■所在地
〒811-1395 福岡県福岡市南区野多目3丁目1番1号
TEL (092) 541-3231 (代) FAX (092) 552-4585
<http://www.ia-nkcc.jp/>

■病床数
411床

院長コメント

**国民病であるがんの
専門病院として
臨床・研究の両面で
多彩な取り組みを実施。**

九州がんセンター 院長 **岡村健**



幹部医師 (左から副院長、院長、臨床研究センター長、統括診療部長)

九州がんセンターはがんに特化した専門施設です。五大がんの診療はもちろん、血液疾患、白血病、悪性リンパ腫、ATL（成人T細胞白血病）にも取り組んでいます。小児の白血病では日本で最初に骨髄移植を実施。現在は西日本では数少ない非血縁者間（骨髄バンク）の幹細胞移植を手がけています。他院では対応しにくい頭頸部がんや喉頭がん、咽頭がん、膀胱がんなどの症例も多く、食道がんの専門医は4名います。肺がんや婦人科系の腫瘍も多数やっていますね。胃がんの腹腔鏡手術も早くから導入しましたが、がんの治療成績向上には難治性がんの早期発見が重要です。そのため、

全国に先駆けて、2012年7月から肝胆膵がんドックも始めました。

がんの治験が多いのも特徴で、最近は細胞治療科を新設し、積極的に取り組んでいます。たとえば、ATLではがん細胞を特異的に攻撃する免疫細胞で治療する臨床試験が今春始まりました。また、肺がんに記憶免疫機能を持つNKT細胞を使うと再発予防効果があるのではないかと高度先進医療の臨床試験もスタートしています。いずれも自分のリンパ球を培養してがんの特異的に効くリンパ球を作成するという最新の免疫細胞療法です。

当院はがん相談支援センターを設置して、一

般の方や患者さんからの電話相談を受け付けています。お問い合わせは非常に多く、セカンドオピニオンの相談は年間500件程度あります。患者会も4つあり、がん経験者のピアサポーターの育成に協力して病気の理解を深める努力も続けています。最近では患者さんの就労支援も始めました。

また当院では、初期研修を修了した3年目以降のレジデント、5年目以降のフェローを受け入れ、常時30名前後が研修しています。専門医取得に必要な症例数が経験でき、がんに関する先進的な教育を実施しています。がん医療を志す方にはぜひ来ていただきたいと思っています。

平成27年度「良質な医師を育てる研修」 NHO-JMECC (内科救急)

国立病院機構では多彩な内容で「良質な医師を育てる研修」を開催しています。豊富な経験をもつ先生方が講師を担当、実践的なスキルが身につく充実のプログラムです。今回のテーマは「NHO-JMECC (内科救急)」。研修のねらいと2017年から変わる新内科専門医制度についてお話をうかがいました。



京都医療センター 総合内科 医長

小田垣孝雄
JMECC認定ディレクター

教えず気づかせる実践的な教育。 内科疾患の急性期に適切な初期対応を。

JMECCは内科医を対象とした研修です。心停止の患者さんに対するチーム蘇生については、すでに日本救急医学会が行っているICLSがあります。ただ、救急医と違い、内科医はたとえば、入院中の患者さんが突然、心停止になってしまうと医療者としての敗北感を強く感じるものです。容態が急変して心停止、呼吸停止になる方は、半日前ぐらいに予兆があるケースが多い。内科医はそこに気づくことが第一です。

たとえば、ぜんそくの患者さんが、呼吸が苦しいと駆け込んできた。その時に適切な対応をしないと数時間後に急に悪くなる可能性があります。内科医は、それほど重症に見えなくても、初期対応が十分でなかったために、患者さんがさらに重症化してしまう危険と常に直面しているわけです。事前のシグナルを見落とさずに初期段階で手を打っておく。内科の中には循環器、呼吸器、消化器、神経内科、腎臓など多彩な専門科があります。最終的にお願いするにしても、それまでの間、特に休日の日直や夜間の当直にはすべての専門科が揃っていません。そこをカバーし合いながら、初期の内科系疾患、ある程度急性期の容態すべてに関して対応できるようにする。つまり日本内科学会の内科専門医取得を目指している後期研修医の間に、初期対応に関しては全部できるようにしたいというのが、JMECCのねらいです。日本内科学会が定める新しい内科専門医もそういうレベルを目指していると思います。内科専門医であれば、急性期の疾患でコモンな病態に関しては、専門科に渡す前に幅広い初期対応ができる十分な知識と技術を持ち、経験を積み重ねていくのが大事だと思います。

ただし、指導医がいる時には可能でも、いきなり現実の患者さんに1人で対応することは困難でしょう。そこでシミュレーターという人形を使って訓練します。今回の研修では、内科の後期研修医クラスが、すべての内科に共通する急性期の病態に対して、ある程度のエビデンスに基づく標準的な初期対応をトレーニングする場にしました。本来は3～5年目の若手が受講し、6～10年目の中堅がファシリテーターとして指導するのが望ましい。屋根瓦式に若手より少し上の層が指導するのがいいのかもしれない。

しかし、病院内の上層部が興味と理解を示さなければ浸透しませんし、単独の病院でファシリテーターを確保するのも難しいでしょう。そこでNHOでは、各施設の研修を推進していくためにも、最終的には地域ごとに、たとえば近畿や中四国といった地域単位で、人材を融通し合いながら、まず指導者層が理解して、若い人たちに研修の機会を与えていくことになりそうです。実際、今回はかなりベテランの方々も参加されました。内科学会の指導要綱に基づく研修プログラムを、休日にボランティアで行うのではなく、平日の業務として、講師側も受講者側も学会に出張して発表しているのと同じような位置づけで参加しています。

また、手取り足取り教えるのではなく、参加者が学ぶのをサポートするというスタンスを取っています。実践と同じく本人に即やっただかく。当然、最初はうまくいきません、なぜ失敗したかを考えて、自分で気づいてもらい、繰り返していき、だんだんできるようになっていきます。だれかに引っ張ってもらって覚えるよりも達成感があり、しっかり身につきます。学んで、失敗して、気づいて、修正する。答えを教えず、自分自身の頭や身体を使って学んでもらう。存在感がなく、ほとんどいらない感じが理想的なインストラクターだと思います。口を開けたヒナにエサを与えるような教育はしません。教材や場所、時間割は提供しますが、自ら積極的にエサを取りに行っていきたいですね。与えられるだけの教育に満足せず、自分自身で勉強する姿勢を大事にしてほしいと思います。



平成27年度 良質な医師を育てる研修 NHO-JMECC (内科救急)

- 対象：内科学会員で若手医師の指導を行っており、今後JMECC研修のディレクター・インストラクターを目指すもの
- 日時：平成27年4月27日(月)～28日(火)
- 会場：東京医療センター
- 参加者：17名

☆研修内容☆

1日目 (日本内科学会認定内科救急・ICLS講習会)

【午前】

- 一次救命処置(BLSとAED)
- 気管挿管と除細動
(気管挿管、気道確保、モニタ診断、除細動)
- 心停止への対応①
(VF/VT、PEA、Asystole、Mega-code)
- 内科救急総論(映像教材視聴)

【午後】

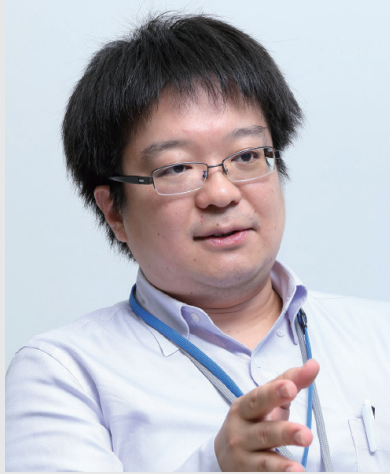
- 心停止への対応②
(内科救急から心停止へ)
- 実技評価と評価に基づく復習
- 筆記試験/解答・解説
- 意見交換会

2日目

【午前のみ】

- 新専門医制度と新内科専門医制度、NHO病院への影響と対策
- グループディスカッション「新制度とNHO病院、NHO所属内科医の有り方」
- NHO-JMECCの狙いと指導者育成のための方略





京都医療センター 救命救急センター
田中博之
JMECC認定ディレクター

指導者の声

急変前の変化を見逃さない 身体全体から判断するのが内科医の使命

JMECCの講習では心肺停止の患者さんの最初の10分間の対応について勉強しますが、今回は特に内科医を意識した内容になっています。状態が急変するケースは少なくありませんが、その前になんらかの変化や兆しがあるはずで、それをふまえて専門科の先生を呼ぶ前に、内科医が何をすべきかを学びます。今回は日帰りではなく、2日目に指導面も含めたディスカッションの場を設けました。JMECCに関するノウハウの修得だけにとどまらず、受講生を観察して求められるレベルとのギャップをどう埋めていくのか。今後、後輩を指導する際に応用できる手法も含めて学んでいただけたらと考えました。

2017年から新内科専門医制度が始まります。今までは呼吸器内科、消化器内科、循環器内科など細分化した専門分野を注視する傾向がありました。しかし、身体全体を診て、適切な治療を行うのが内科医の役割です。それは新

制度でも変わりませんし、その方向に改善されていくでしょう。一方、地方と都市部の差もあります。地方の場合、「医者に診てもらおう」というと内科医、いわゆる町医者である総合内科の医師を思い浮かべます。しかし、都会や大病院志向の場合、専門科のイメージのほうが強い。しかし、総合内科は各科へ割り振るのが役目ではなく、直接治療にも携わります。今後は、その点をもっと啓蒙していく必要があると感じています。

私の恩師から「医者である前に人であれ」とよく言われました。患者さんを1人の人間として、自分の親族と同じように心身両面からしっかり診てほしい。また、医師人生の中には実技を集中的に学ぶべき時期があります。自己流にならないよう機会を逃さず、きちんと習得する。同時に知識や人間力を磨き勉強も続けて、医師としての総合力を高める努力も必要だと思います。



呉医療センター
医療情報部長 神経内科科長
鳥居 剛
JMECC認定ディレクター

指導者の声

明日からすぐ役立つ救急対応とともに 指導の仕方も学んでいただきたい

今回の研修は、内科疾患における実践的な救急対応の仕方や鑑別診断が学べる内容になっています。それと同時に受講される方が将来、指導者になった場合の心構えや注意点を伝えるとともに、これからスタートする内科の専門医制度を国立病院機構としてどう考えていくのかを話し合う場にしたいと思いました。

指導する側はつい先走って教えてしまいがちですが、本来の教育とは相手にいかに気づかせるか。その方法を工夫するのが大切です。答えを言ってしまうほうが早いし、ラクなんですけど、実際にやってみると、本人になるほどと気づかせる。時間の制限もあり、なかなか難しいですが、そこを目指していただきたいですね。

私自身は人を総合的に診るために神経内科に進みました。新しい内科専門医制度は、総合診療という領域もありますが、総合内科的な部分をより重視しているので、人を人として診て

いくという意味では良い方向だととらえています。なぜ専門医制度が変わっていくのか、それに伴い、どうしてJMECCが必要なのかを理解すれば、努力する方向が見えてくるのではないのでしょうか。若い人たちは今後、新専門医制度のもとで研修していくわけですから、受け入れ側も準備しておかなければなりません。制度自体はまだ固まっていますが、2017年に向けてこの1年ぐらいい変わっていくと思います。

今回の研修では、日常的に遭遇する内科疾患に対応しています。検査や診療の中で症状の急変は毎日に発生しますから、初期研修医には非常に勉強になりますし、ベテランにも役立つ内容をねらいました。また、現在の医学教育の指導法を体験する意味でも良い機会になると思います。NHOならではの貴重なチャンスなので今後も積極的に受講していただければ嬉しいですね。

平成27年度良質な医師を育てる研修

研修名	平成27年度(予定)		研修名	平成27年度(予定)	
	日時	施設名		日時	施設名
コミュニケーション研修	H27.7.3～7.4	名古屋医療センター	脳卒中関連疾患 診療能力パワーアップセミナー	H27.10.30～10.31	仙台医療センター
小児疾患に関する研修	H27.7.9～7.10	岡山医療センター	腹腔鏡セミナー①	H27.11.6～11.7	コヴィディエンATC(富士宮)
シミュレーターを使ったCVC研修	H27.7.31	九州医療センター	神経内科研修(神経・筋(神経難病)診療中級研修)	H27.11.13～11.14	宇多野病院
NHO-JMECC(内科救急)③	H27.8.28	熊本医療センター	重度心身障害児(者)に関する研修	H27.11.27～11.28	下志津病院
循環器疾患に関する研修	H27.9.3～9.4	岡山医療センター	救急初療パワーアップセミナー	H27.12.4～12.5	北海道医療センター附属看護学校
肺結核・非結核性抗酸菌症・真菌症 —NHOのノウハウを伝える研修	H27.9.17～9.18	近畿中央胸部疾患センター	膠原病・リウマチ研修	H27.12.11	九州医療センター
NHO-JMECC(内科救急)④	H27.10.3	国病学会(教育文化会館)	NHO-JMECC(内科救急)⑤	H27.12.15	サンポート高松
神経内科研修 (神経・筋(神経内科)基本診療スキルアップ研修)	H27.10.9～10.10	熊本再春荘病院	病院勤務医に求められる総合内科診療スキル	H28.1.28～1.29	本部研修センター
シミュレーション教育の実践研修	H27.10.15～10.17	岡山医療センター	小児救急に関する研修	H28.2.4～2.5	四国こどもととなの医療センター
呼吸器疾患に関する研修	H27.10.29～30	岡山医療センター	腹腔鏡セミナー②	H28.2.19～2.20	オリンパスM-TEC(八王子)
			NHO-JMECC(内科救急)⑥	H28.2月頃	近畿Gの施設

研修の詳細とNHOフェローシップの全プログラムは国立病院機構HPでご覧頂けます。



Hospital 病院クローズアップ

国立病院機構

松江医療センター



院長PROFILE

徳島 武 (とくしま たけし)

1952年生まれ、78年長崎大学医学部卒業。

83年医学博士取得、84年国立療養所松江病院、2003年松江医療センター副院長を経て、2007年同センター院長に就任。

日本呼吸器外科学会評議員・専門医・指導医、日本外科学会指導医などを務める。

医療の核は「真心と思いやり」。これを理念とし、これからも心をこめて質の高い医療を提供していきたい

当院の診療機能は、大きく2つに分けられます。1つは呼吸器を中心とした急性期の一般医療、もう1つは医療と障害福祉の両面を持つ、神経難病、筋ジストロフィー症、重症心身障害医療です。

呼吸器医療は、平成17年に呼吸器センターを設立し、呼吸器に特化した医療を行っています。これは旧療養所時代には結核療養所として、そして最近では肺がん、肺炎腫、ぜんそく、呼吸不全など、あらゆる呼吸器疾患に対応できる病院として山陰の中でリーダーシップをとってきたこと。また、ここ10年間、たとえば肺がんの手術数、あるいは内科の治療数なども山陰で一番という状況の中、その特徴を活かした医療をやっているという考えからです。より高度な完全腹腔鏡下手術などを行うことで、患者さんの心身負担の少ない方法を可能な限り提供できればと考えています。気道のステントなど、いわゆるインターベーションというのが最近では注目されていますが、鳥根県は少し遅れていて、大学でもやっていない。そこで若手の医師を中心に、気管のインターベーションを始めたり、ステントを入れたり、あるいはEWSという特殊なものを入れたり、新しい取り組みも始めています。呼吸器医療の先端を担うようなリーダーシップを今後も取っていけるように、医療、看護内容を充実していきたいと思っています。

もう一方の障害者医療は、従来のセーフティネットの分野の政策医療として一貫して取り組んで

います。神経難病、筋ジストロフィー、重症心身障害医療の拠点病院でもあるので、当院にしかできない医療、介護を充実させています。その対策の1つが、医師の配置です。たとえば重症心身障害児や筋ジストロフィーなどの患者さんは、脳神経小児科と神経内科の医師にまかせていました。ですが、今、患者さんの平均年齢はもう40代後半になっています。そこで担当を、内科や外科の医師にも振り分け、全員で診ていこうという方策にしました。

最後に研修医の方へのメッセージですが、「病気を診るのではなく、「病人」を診てほしいと思います。最近の方は、病気を診断するところまでは非常に熱心ですが、診断がつくと、最初ほどの熱心が薄れる傾向にあります。でも本当は診断がついたその後の治療が大事なのです。患者さんを総合的に診ていくことが、患者さんの目線に立って医療を行うということですし、患者さんの訴えもしっかり聞いた医療ができるのではと思います。技術や知識だけではなく、温かい人間性を持つ研修医として育てほしいのです。当院の理念として、「真心と思いやりをもって良質な医療を提供する」を掲げているのも、「真心と思いやり」を私の思いとして伝えたかったからです。それこそ私自身がやってきた35年間の医療の核でもあり、この病院のスタンスとしてやっていきたいと考えています。

松江医療センター DATA

■所在地

鳥根県松江市上乃木5丁目8-31
<http://www.mmedc.jp/>

■病床数

340床(一般病棟328床、結核病棟12床)

■診療科目

内科/神経内科/呼吸器内科/消化器内科/循環器内科/アレルギー科/小児科/外科/整形外科/呼吸器外科/リハビリテーション科/放射線科/歯科/麻酔科

■研修の特色

当院の研修は呼吸器に特化した診療科で、専門医を目指すための後期研修が主となります。呼吸器内科、呼吸器外科、小児科は重症心身障害児、筋ジストロフィーの患者さんを中心とした研修を指導医と一緒にやっています。2005年に呼吸器センターを開設し、専門医による質の高い診療・治療を行っています。外科も9割が内視鏡の手術で、呼吸器疾患に対する専門的な医療を学べます。



広く機能的なリハビリフロア



有料特別室



胸腔鏡専用手術室



松江城

松江医療センターのある街

昔からの街並みが今も残る、ノスタルジックな城下町

鳥根県の東部に位置する山陰地方の中心都市。さまざまな史跡や昔の街並みが今も残る城下町だ。国の重要文化財で松江のシンボルでもある松江城は、千鳥が羽根を広げたように見える入母屋破風の屋根で、別名「千鳥城」とも呼ばれる。黒塗りの下見板でおおわれる天守閣は山陰地方で唯一現存するものだ。

有名な穴道湖は真水と海水が混ざった汽水湖。沈みゆく夕日の美しさは絶景。月、火、木、金の朝は日本有数の漁獲量を誇るしじみ漁を見ることが出来る。松江を訪れたらぜひ立ち寄りたいのが日本最古の湯として知られる玉造温泉だ。「一度

入浴すれば美肌になり、二度入浴すればどんな病も治る」と言い伝えられ、その効能から「神の湯」と呼ばれ、地元の人に親しまれてきた。

郷土料理で有名なのは「ぼてぼて茶」。熱いお茶の中にしいたけや煮豆、季節の食材を細かくきざんだ具を入れ、番茶をそそぎ、茶筌で泡立てていただく。箸を使わずに食べるのだそう。松江ならでは「玄丹そば」もおすすめ。地元の農家やそば職人が「松江ならではの出雲そばを作りたい」と、郊外の減反田を利用してそばの栽培を始めたそう。名前は暮末に松江藩の家老の命を救った玄丹という女傑からだとか。



Hospital 病院クローズアップ

国立病院機構

小諸高原病院

精神科の質の高い医療サービスを提供し、
患者さんの人権を尊重して診療にあたる

当院は精神科医療と重症心身障害(者)医療を中心にしており、重症心身障害(者)に関しては現在、80人ほどの患者さんを診ています。高度の精神遅滞があり、自傷行為を繰り返すような患者さん、身体的な介護が必要な患者さん、レスピレーターを付けたり気管切開をしている患者さんなど、広い範囲で治療をしています。基本的に入院がほとんどです。

精神疾患のほうは統合失調症、うつ病、躁うつ病、認知症などの治療を行っています。多くは外来通院治療ですが、重い方は入院となります。

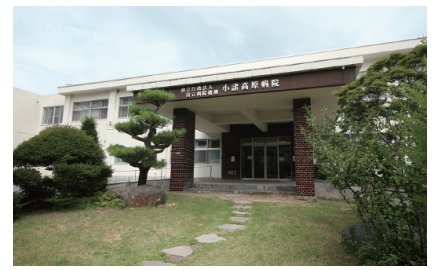
ここ2～3年、精神科の医療、特に入院医療を中心に、退院をできるだけ勧める、あるいは医師を手厚く配置して質の高い医療を行う、という方針が厚生労働省などから打ち出されています。それに伴い、医師、看護師、薬剤師、臨床心理士、作業療法士、理学療法士、ソーシャルワーカーなど、さまざまな職種で医療チームを組み、患者さんを中心に症状を評価し、退院の方策、あるいは病気を軽くする方策を考えるという作業を進めています。これから先、精神科の入院を中心とした医療は大きく変わると思います。外来に関しても、これまでの薬物療法が中心でしたが、効果も期待できてもそれで症状が全部改善するわけではない、あるいは社会適応ができるようになるわけではないことが明らかになり、薬物以外の治療法にもっと取り組もうという動きが出ています。認知行動療法や精神療法などの精神科の

ハビリテーションです。今後はそちらが中心になってくると思います。

当院でも認知行動療法をより強化しようと考えています。最近長野県内の地域の保健所が、退院支援に協力的な姿勢を取ってくださっていますので、保健所、市町村の担当部門、NPOなどの支援部門と一丸となり、退院を勧めようと思っています。

また、当院には在宅医療のチームがあり、片道20キロ以内を範囲として訪問医療をしています。現在は看護師、ソーシャルワーカー、作業療法士などがチームを組んで支援をしています。統合失調症の患者さんなど、ある程度、症状が重い患者さんが地域で生活していくためにはかなり濃厚な支援が必要になります。非常に状態が悪い時などは毎日でも訪問し、何とか入院せず在宅で生活できるように努めますので、そのために退院支援チーム、在宅支援チームをかなり強化する必要があると感じています。

病院として一番大切なのは医療の質です。より高い質の医療を提供する努力は今後も続いているかなくてはなりません。精神科の医療はどんどん変わりつつあります。研修医の方も、ぜひ質の高い医療を目指してやっていただきたいと思っています。そして単に精神科の医者という枠にとらわれることなく、何かサブスペシャリティを、あるいはサブスペシャリティの資格を取ることを目標にして、仕事をしていただきたいと考えています。



院長PROFILE

有馬 拓正 (ありま・たくまさ)

78年信州大学医学部卒業。

83年国立武蔵野病院医師、90年米国NIMH Visiting Fellow、95年財団法人東京都精神医学総合研究所研究員、2000年国立精神・神経センター武蔵野病院臨床検査部長、2013年国立精神・神経医療研究センター病院副院長を経て、2014年国立病院機構小諸高原病院院長に就任。

小諸高原病院 DATA

■所在地

長野県小諸市甲4598番

<http://www.komoro-hp.jp/>

■病床数

340床(精神260床・一般80床)

■診療科目

精神科/内科/小児科

■研修の特色

指導医が専門分野ごとに講義形式の研修を実施しています。各病棟において、多様な精神障害の患者さんを分担し、指導を受けることで知識と臨床経験を深めています。また、週1回の国立病院機構連携医療従事者教育事業によるTV回線を利用したクルーズにも参加が可能です。精神保健指定医の資格が取得でき、研修後は他病院で指導的な地位で仕事ができるようになります。



精神科外来救急受付



研修棟



精神科デイケアの疾病教育プログラムの様子



懐古園 桜の三の門

小諸高原病院のある街

都心へのアクセスも良好ながら、自然環境も良く住みやすい街

小諸市は長野県の東部に位置する。年間降水量が少なく、年間2000時間の日照時間を誇る「陽のあたる坂のまち」と言われている。冬は底冷えのする寒さとなるが、夏は空気が乾燥し、過ごしやすい。北に浅間山、南に佐久平、市内には千曲川が流れ、自然環境は抜群だ。

全国的にも珍しい「穴城・小諸城」の城下町で、北国街道最初の宿場町として栄えた。文学や芸術も盛んで、私塾・小諸義塾を開いた木村熊二、文豪・島崎藤村、小説家・幸田露伴など多くの文化人が愛した地でもある。

「懐古園」は小諸城址に残る三の門や400年前

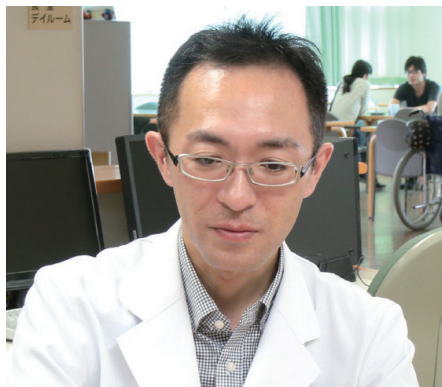
の当時のままの野面石積の石垣、樹齢500年のけやきの大樹がある、風情のある公園だ。その周辺にはキリスト教の牧師だった木村熊二によって開かれた私塾、小諸義塾記念館や木村熊二の書斎、水明楼、参勤交代の大名などが宿泊した本陣主屋、郷土博物館などがある。

長野の食といえば、そば。現在食べられているそばの原型とも言われ、地元のそばを自家製粉し、挽きたて、打ちたて、ゆでたてで提供してくれる店も多い。また、そば打ちの道具からそば猪口まで、そばに関する商品を揃えている店や2時間弱でそば打ちの技術を教えてくれる店などもある。



専門分野を集中的に学ぶ国内留学制度、「NHOフェローシップ」でスキルアップを。

国立病院機構では全国143病院のネットワークを活かし、研修医・専修医の方々のスキルアップを応援する「NHOフェローシップ」を用意しています。短期間で専門ジャンルの知識がしっかり身につく、所属病院では経験できない症例などが幅広く経験できる点が魅力です。今回は国内留学を経験された2人の先生方の声をご紹介します。



北海道医療センター 神経内科
網野格

DATA

留学先病院：静岡てんかん・神経医療センター
留学日程：2014年4月1日～2014年9月30日
留学期間：6カ月間

- 留学先病院における学術的活動の実績
 - ・留学期間中における学会や研究会への参加……2回

専修医の声

てんかん研修プログラム

てんかんに関する最新の知見に触れる貴重な経験ができました。

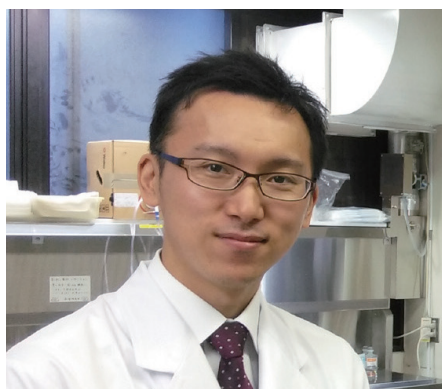
2014年4月より6カ月の期間、NHOフェローシップ制度を利用して静岡てんかん神経医療センターにて研修を行いました。

私は北海道医療センター神経内科の後期研修医として2年間勤務しましたが、当院は神経内科の症例が多く、豊富な臨床経験を得ることができたものの、やはり一つの施設では疾患の偏りがあり、また、自分の中で悪い意味での慣れが生じていることを自覚していました。

研修先として静岡てんかん神経医療センターを選んだ理由は、てんかんに対して今まで直接的・間接的に触れる機会がほとんどなかったからです。また、北海道医療センターではてんかんに関して、専門的な診断・治療を行っていないという状況がありました。

今後、神経内科において、てんかんの診察・治療に携わる機会があることが予想され、脳波や一般的な抗てんかん薬の使用について専門施設で最新の知見について触れてみたいと考えました。当然のことですが、6カ月という研修期間ではてんかんという疾患を理解するには短すぎる期間です。しかし、当初の目標であった「脳波や一般的な抗てんかん薬の使用について専門施設で最新の知見について触れる」ということについては一定の理解が得られたと思います。

今後、自分が何を専門として選択していくかはまだ決めていませんが、てんかんという疾患は非常に興味深いものであり、今回は短期間の研修でしたが、機会があればより長期間の研修を行いたいと思いました。



長崎医療センター 臨床検査科(病理診断科)
黒濱大和

DATA

留学先病院：名古屋医療センター
留学日程：2015年2月1日～2015年2月7日
留学期間：1週間

- 留学先病院における学術的活動の実績
 - ・留学施設で経験した症例に関する学会発表……1回
 - 第346回九州沖縄スライドコンファレンス(2015年7月4日北九州市)で発表予定「乳腺腫瘍」

専修医の声

乳腺病理診断短期集中コース

乳腺病理学の権威から直接、指導を受け、病理診断の先進的手法をみっちり学習。

NHOフェローシップのシステムを利用して平成27年2月1日(日)～2月7日(土)の1週間、名古屋医療センター病理診断科の「乳腺病理診断短期集中コース」に国内留学させていただきました。

指導者の市原周先生は乳腺腫瘍のWHO分類第4版(2012年)の作製にワーキンググループメンバーとして関わられた日本を代表する病理医であり、短い期間でしたが、直接ご指導いただいたことは、複雑な乳腺病理学の理解に大きな助けとなりました。近年の乳癌検診の普及、画像診断の向上によって、WHO第4版では前癌病変や乳管内増殖病変など新しい疾患概念の項目が大幅に増えました。これらの病変については当院での症例集積が少ないこともあり、私の理解は十分ではありませんでしたが、名古屋医療センターにはこれらの病変を含む1,400例もの乳腺病理の標本(コンサルテーションケースを含む)が所蔵しており、市原先生にマルチヘッド顕微鏡を使って直接教えていただきながら学べたことは大変有用でした。1週

間の研修の間に約200例の貴重な乳腺病理標本を鏡見させていただきました。また、乳腺病理診断においては近年の部分切除の普及から切除断端の評価も大変重要になっています。これらにより正確に行うための各種の工夫も名古屋医療センターは先進的に行っており、大変勉強になりました。方法論の一部は市原先生がすでに論文化されており、留学前に私も読む機会があったのですが、まさに一見は百聞に如かず。実際に目で見て体験することで有用性を実感し、当院でも早速一部を応用することに決めました。

NHOの中にこのような素晴らしい指導医がおられることは大変誇らしく、またそのような指導医のもとに他院からでも学びに行くことができるNHOフェローシップのシステムは大変有意義な企画であると感じました。この経験を生かしてNHOの医療の質の向上に寄与できるようさらに研鑽に励もうと思います。