沖縄県立中部病院

人材育成と救命救急に取り組んでいる沖縄県立中部病院を訪ねて

編集委員　三上 泰志

沖縄県立中部病院　外観

所在地

沖縄県立中部病院は、平成17年4月1日に具志川市・石川市・勝連町・与那城町の2市2町が合併し、新しく誕生した「うるま市」の中心部に位置しています(“うるま”とは、珊瑚の島という意味で沖縄の美称)。

うるま市は沖縄本島中部の東海岸に位置しており、東に金武湾、南に中城湾の両湾に接しています。市内には平成12年にユネスコ世界遺産に登録された勝連城跡(琉球王国のグスクおよび関連遺跡群)があり、市内の勝連平敷屋、与那城屋慶名、具志川赤野は先祖の霊を慰める勇壮な踊として知られる「エイサー」で有名です。また、本市は全島闘牛大会などが開催されるほどの闘牛のメッカでもあります。

今回、訪問した沖縄県立中部病院には、平成23年12月よりFPD搭載X線透視撮影システムが3台導入され、主に内視鏡検査で使用されています。病院の沿革や理念また導入された装置の使用状況、離島の救命救急への取り組みなどを、宮城院長、安谷放射線科部長、島袋消化器内科副部長、染谷技師長にお話しいただきました。

○はじめに宮城院長にお聞きしました。

三上：沖縄県立中部病院の沿革について教えてください。
宮城院長：当院の歴史は、太平洋戦争に遡ります。米軍が沖縄本島に無血上陸したのは1945年4月1日で、6月23日(慰霊の日)まで住民を巻き込んだ悲惨な戦闘が続きました。この間、米軍キャンプでは日本人の傷病者診療も始まったのです。終戦になり戦地や疎開先から続々と住民が帰還して来ると、劣悪な環境での住民の医療や保健が問題となりました。当時は医師が60人ほどしかいない状況であったために、米軍より薬・機材などの提供を受け、また医師は開業を6年間禁止され、生き残った医療人を公務員として採用し医療を確保したのです。戦後の沖縄の医療は、まさにゼロからのスタートだったと言ってよいでしょう。
三上：医師不足でご苦労されたのですね。この状況をどのように克服されたのですか。
宮城院長：沖縄に医師がいないのですから本土から呼ぶことになるのですが、残念ながら当時の沖縄には施政権がないので右から左にというわけにもいきません。ならば時間はかかるが自前で医師を育てるしかないということで、1953年から公費で沖縄の若者を内地に留学させ、卒業後は現地に戻る制度をスタートさせました。しかし、思惑は外れ卒後沖縄に戻ってくる医師は送り出した数の40%しかなかったため、いつまで経っても医師が増えない状態が続いたのです。
三上：このことが、充実した研修制度につながったのでしょうか。
宮城院長：米国は、なぜ沖縄の医療事情が好転しないのかを調査するために、ハワイ在住の日系2世の開業医を沖縄に送り込みました。彼らは医師の研修制度・医学部・生涯教育を充実させるべきと上申しました。それにより、1967年に米国より20名ほどの指導医が派遣され米国流の研修制度がスタートしたのです。米国流とは、スーパーローテーション(幅広い医者の育成)で、プライマリケア重視を基礎とした医師の育成です。米国からは、今も月1名の割合で指導医が来ており、こちらからも毎年米国に指導医を2年間留学させて指導者としての育成を行っています。
三上：研修医の応募者は多いと思いますが、最近は何名くらいですか。
宮城院長：応募者は毎年90～100人ほどいます。研修医の皆さんは、屋根瓦方式の教育体制が整っている、熱心な指導医が多い、多種多様多数の症例を診ることができる、病院全体に医師を育てるという文化が醸成されているなどを選択の理由として上げています。
三上：離島診療についてお聞かせください。
宮城院長：県立宮古病院と県立八重山病院は離島の基幹病院であり、診療も離島内で完結できる体制になっています。多くの小離島には200～500人ほどの人口に対して医師・看護師・事務員の3名体制の離島診療所があります。ここでは、エコー・レントゲン・簡易生化学検査しかできず、必然的に医師は問診と診察のできる総合医でなければならないのです。ある程度の処置ができ、何をすべきかを判断し、それ以上のことは専門家に適切な判断を仰ぐことが求められています。県立中部病院での教育は、いつ離島に赴任しても一人で責任を持って医療ができることをめざしています。
三上：救命救急センターについてお聞かせください。
宮城院長：県立中部病院は開設当初よりER型救急を行っており、現在も1次から3次の救命救急医療を行っています。これも開設時にアメリカスタイルの開放型病院であったことに始まります。救急救命センターは昼・夜の医療レベルの格差を少なくするということで、3交代制を看護師・放射線技師・検査技師・薬剤師は1978年から、医師も2002年から行っています。今では患者さんからは、公的病院は最後の「砦」と信頼され、職員も「県立病院が断ったら行くところがない」との気持ちで診療にあたっています。

○安谷放射線科部長にお聞きしました。

三上：放射線科の特徴についてお聞かせください。
安谷部長：レベル的には他の施設と大きな違いはないと思います。ただし、県立中部病院は救命救急を中心としたシステムになっており、放射線技師は3交代制で常に24時間対応できる体制になっています。

宮城 良充 院長

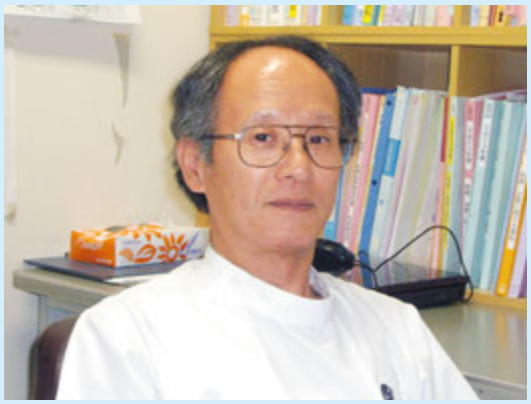
安谷 正 放射線科部長

三上：やはり救命救急が基本にあるのですね。
安谷部長：そうです。その中での放射線科医の役割は、撮影画像を通して研修医や各科のスタッフとディスカッションし、早急にセカンドステップの方針を立てることにあります。血管造影かIVRか、あるいは手術適応かの判断を早急に決定することなどです。TAE対象となった場合には、放射線科医とともに他科の研修医やスタッフも手技に入ることもあります。
三上：チーム医療ということですね。
安谷部長：画像を中心としたオープンなディスカッションは、フィルムレス以前から行われ、シャーカステンのある所で、自然に担当医師・救急医師・他科の医師・診療放射線技師がともにディスカッションしていました。これがフィルムレスになった今でも伝統として継承され、モニターの前でディスカッションし、そこで学んだ知識を伝え合うことによって、診療放射線技師は臨床状態に即した画像を撮れるようにしています。
三上：救急時の、ルーチンワークではどのようにされているのですか。
安谷部長：フロントエンドに位置するのはCTやポータブル撮影になりますが、セカンドステップに移っても同じ技師が継続して対応することでスピードアップを図っています。病院によってはCT適用だとCT担当の技師をオンコールで呼ぶ施設もあるかと思いますが、当院では24時間3交代で詰めている技師がCTもポータブルも撮影し、仮に次のステップがX線TVでの検査や血管造影の適用であれば引き続き検査を担当します。

○島袋消化器内科副部長と染谷技師長にお聞きしました。

三上：今回、3台のX線TVシステムを更新されましたが、その経緯をお聞かせください。
染谷技師長：以前も3台のX線TVがありましたが、そのうち1台は故障して使えず、他の2台は検出器の劣化で透視検査に支障を来たしていました。
三上：更新時のポイントを教えてください。
染谷技師長：更新のポイントは三つありました。一つ目は、X線TVの使用率の8～9割が内視鏡検査と治療でしたので、内視鏡に特化したシステムにすることでした。二つ目は、PACSとの運用が容易であることです。内視鏡の治療には、前回の画像や他のモダリティ画像を参照して手技を進めることが重要だからです。三つ目は、患者さんの安全を考えてテーブルの昇降ができることで、看護師からの強い要望がありました。
三上：こちらでは、どのような症例が多いのでしょうか。
島袋副部長：救命救急病院ですので、他施設と比べると急性胆管炎などの患者さんが圧倒的に多く搬送されて来ます。搬送後は、内視鏡治療や応急処置的なステント挿入、あるいはその後のERCP手技などの適用時に使用しています。
三上：3台の使い分けはどのようにされているのでしょうか。
染谷技師長：2台のCUREVISTA※1を内視鏡検査・治療で使用しています。もう1台のEXAVISTA※2は主に外科・呼吸器科・泌尿器科・小児科などで使用し、検査が重なった場合には内視鏡検査用としても使用しています。

島袋 容司樹 消化器内科副部長


染谷 明良 技師長

CUREVISTA

EXAVISTA

操作室

三上：各検査室に、透視・撮影・内視鏡の3連モニターが配置されましたね。

染谷技師長：3検査室が同じモニター構成で良かったと思います。月に約300例の検査を行っていますが、救急検査が重なった場合にも同じクオリティで検査できるからです。

島袋副部長：従来は、透視モニターと内視鏡モニターの位置が離れていたので不便を感じていました。内視鏡検査は内視鏡と透視像を同時に観察することが多いので、今回のモニター配置に満足しています。また、透視の画質についても満足しています。

三上：透視と内視鏡画像が同時記録できる高精細記録装置(VC-1000)については、いかがでしょうか。

島袋副部長：同時相の画像が観察できるので重宝しています。特に、困難な症例や珍しい症例などを院内の消化器勉強会や学会での発表の症例提示に使用し役立てています。収録モードもいろいろあるので、今後試したいと思います。

染谷技師長：操作室にいる研修医や技師も便利に使っています。1つのモニターで、透視と内視鏡の画像が同時に観察できるので、検査の進み具合が一目で把握できます。

三上：CUREVISTAは、テーブルが動かない特徴がありますが使用されていかがでしょうか。

島袋副部長：ガイドワイヤー挿入時に、テーブルが動くとガイドワイヤーが外れることがあったのですが、今はその心配がなくなりました。

染谷技師長：テーブルが動かないのは、技師と看護師サイドからも安心して使えるので重要なメリットです。従来はテーブルが横移動するたびに機材にぶつからないかとハラハラすることもありましたが、そのような心配も気にせず検査できます。また、技師が立ち会えない場合でも先生だけで検査していただけます。

この機能は、内視鏡検査に限らず胃部検査でも有用かと思います。胃部検査では、せっかく胃壁に乗せたバリウムがテーブルの振動で剥がれる(落ちる)ことがあるのですが、テーブルが固定されているとバリウムが剥がれることもなく、付け直すこともないので胃部検査でも有用かと思います。

沖縄県立中部病院は、戦後の混乱の中で臨床が開始されました。沖縄の歴史と地理的条件を克服し独自に確立した研修制度は、北海道から九州まで全国から研修医が来るほどで、日本を代表する臨床研修病院になっています。

また、病院の原点である救命救急医療には職員が一丸となって取り組んでいて、ルポ取材中にも医師・技師・看護師さんが慌ただしく動き回られていました。その忙しさの中に、救命救急医療を担う使命感と熱意を肌で感じ取ることができました。

お忙しいにもかかわらず、快くインタビューに応じてくださった宮城院長、安谷部長、島袋副部長、染谷技師長および関係者の方々に深く感謝申し上げます。

※1 CUREVISTA、※2 EXAVISTAは株式会社日立メディコの登録商標です。

ハワイ大学 沖縄事務所

エントランス

受付・会計窓口

スタッフの皆さん

前列に株式会社沖縄メディコ 宮城社長(左)、筆者(右)、後列に株式会社沖縄メディコ 安里課長(左)、九州支店 加瀬主任(右)