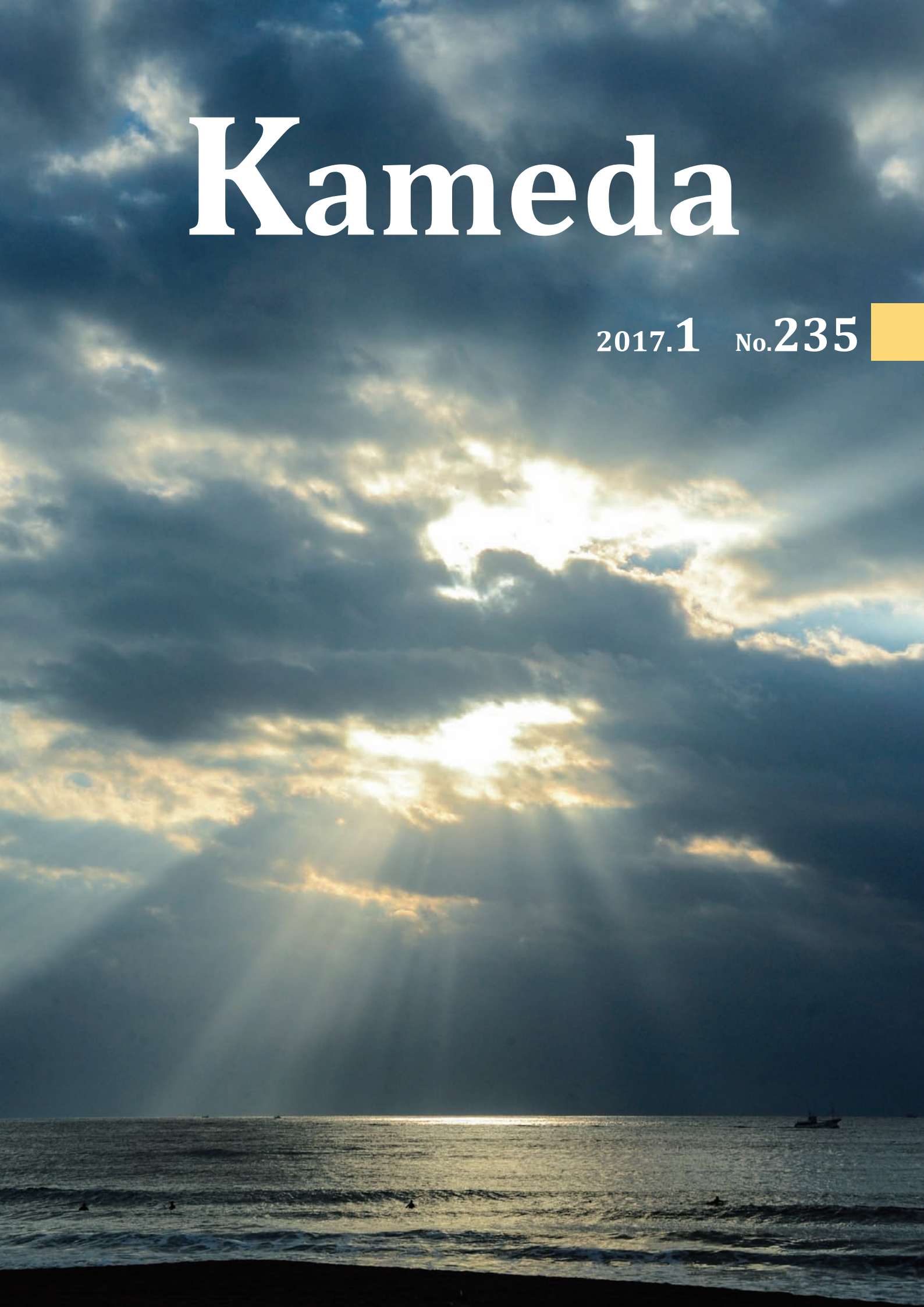


Kameda

2017.1 No.235



次代をになう若者たちへ

理事長 亀田隆明

明けましておめでとうございます。

3年前に発足した女子サッカーチーム『オルカ鴨川FC』は、監督・選手の努力はもとより、職員や地域の皆さま方、そして80社にもおよぶ多くのスポンサーの皆さまに支えられて、チャレンジリーグ優勝、なでしこ2部リーグ昇進を決めました。今後は夢のなでしこ1部リーグ昇格を目指して頑張ってくれることでしょう。

さて本年は、長年にわたり最大の課題だった看護師不足の解消と、電子カルテシステムの抜本改革という2大テーマに結果を出す年となります。

念願の7:1看護基準は今春ようやく体制が整い、要員、経営の観点からさまざまな施策に対応可能な状況となります。子育て世代にとって、24時間365日子育てしやすく働きやすい環境を整えるため、亀田グループで開設した「認定こども園 OURS (あわーず)」も順調に運営され、周囲の期待に応える成果を上げています。

一方、新電子カルテシステム「^{アオラニ}AoLani」は、予想通り産みの苦しみを味わっておりますが、昨年5月に開設した「亀田IVFクリニック幕張」への導入を皮切りに、今年、鉄蕉会が開設する全ての医療機関での導入を完了します。導入後、当初は使いづらさや困難も多いと思いますが、医師をはじめ、職員一丸となって短期間に改善を重ね、新しい時代に即したシステムに進化させていただきたいと願っています。

さらにICTの活用により、画像の遠隔診断、長崎大学との連携に基づくデジタルパソロジー

による病理診断の推進と国際水準を目指します。

また、国際化という観点からは、中国との事業が大きく前進します。中国企業との合弁が成立した北京二十一世紀病院の充実を図り、当院への患者さま受け入れ体制を強化したり、中国最大の国営企業「CITIC」や民間大手企業とのリハビリを中心とした提携など、長年培った国際関係が共同事業としてようやく開花します。

昨年10月、長男が留学しているアメリカの病院群を見学し、帰ってすぐに中国で病院や医療関係のIT企業を見学してきました。まさにスマホ世代の人達が活躍する時代だと痛感しました。病院の予約もタクシーもカルテの確認も全てスマホだけで出来るというしくみが中国で始まっています。アメリカでは、病院群の集約化やテレメディスン（遠隔医療）が急速に進んでいます。

亀田グループも若い人達が牽引力となって新しい時代を切り拓いていかなければ、グローバル化について行くことは出来ません。今年は、若い人達が責任と自覚を持ってリーダーシップを存分に発揮できるよう、私達シニア組が脇をしっかりサポートする体制を築いてゆきたいと思います。



面会時間 No.132

ゲスト：集中治療科部長
集中治療室室長

はやし よしろう
林 淑郎 医師



今回は、集中治療界の先駆者・林淑郎部長にお話を伺いました。医師としての信念から生活スタイル全般にいたるまで独特のこだわりをお持ちで、一見クールに思えますが、時々ぞく笑顔がとても素敵でした。

まずは、先生の略歴から伺ってもよろしいでしょうか。

私は群馬県の前橋市出身で、今年で44歳になります。群馬大学の医学部を卒業後、同大学病院の麻酔科で研修を修了。その後大学の関連病院をローテーションしました。日本ではほとんどの病院が麻酔科で集中治療を運用しています。私は研修医の時から、麻酔科の中でも集中治療分野が好きでした。

医師になって8年目くらい、集中治療に専従するようになって3、4年経った頃かと思うのですが、このまま同じ場所にとどまっていたとしても、自分にはもう医師としての伸びしろがないと感じるようになりました。しかし当時国内に集中治療をしっかり教えている大学病院や医療機関がなかったため、海外に出るしかありませんでした。

それは麻酔科が集中治療も申し分なくやれているという判断だったのでしょうか。

いや、違うと思います。専門性がほとんど認知されていませんでしたし、そういう専門家を病院に置いたとしても診療報酬上、なんのインセンティブもありませんでしたから、病院の運営上、集中治療室で働くよりも、手術室で麻酔をかけていてほしいと思われていました。

今はICU加算(特定集中治療室管理料)が非常に恵まれていますので、集中治療科の専門医、専従医はひっぱりだこで取り合いです。

Point 特定集中治療室管理料

2016年の診療報酬改定で新たに加わった。人員配置や面積、患者の状態か受入数などが厚生労働省の定める施設基準に適合しており、かつ届け出をしている医療機関において、必要があつて特定集中治療室管理が行われている場合に患者ごとに所定点数が算定される。人員配置は、5年以上の経験をもつ専任医師や臨床工学技士が24時間体制で院内に勤務していることなどが含まれている。

ICUそのものは以前からあったのですが、「場所」の呼称であり、専門的な医療サービスを提供するという認識ではなかったのです。

例えば、内科であれば、患者が治療を受ける場

所が変わるだけで、内科の主治医がそのまま集中治療室で診ましたし、外科であれば、外科の主治医が診ました。集中治療医がいても任せてもらえるわけではなかったのです。

それでも群馬大学は日本でも比較的先駆的な集中治療室がありました。麻酔科講座として当時国内2番目か3番目くらいに大きくて、麻酔科の中でも集中治療をやる専門チームもありました。そういう意味では非常に稀だったと思います。だから研修医の頃から、興味を持ったのだと思います。

ただ、それでも他の先進国から見れば非常に小さなICUです。業務内容もアメリカやオーストラリア、フランスの集中治療などから見たら限られた医療行為しかしていなかったと思います。

当時の医師たちも例えば国際学会だとか、欧米の医師がどういうふう集中治療に向き合っているか知ることではできたはずですが、なぜ日本で普及しなかったのでしょうか。

まず報酬面で恵まれていないこと。あとは新しい専門性・診療科かつ横断的診療科なので、大学病院のようなところは診療科同士の壁が厚かったのではないかと思います。医師の裁量権の問題なども障害になったかと思います。たとえば感染症科も日本で同じような経験をさせているのではないかと思います。

だいぶ時代が変わってきたという感じですね。

社会から求められる医療の質は上がってきています。しかし高齢者が増えて医療費が増大し続けているので、今後さらに効率の良い医療を行う必要があります。

医療では一定の頻度で患者が重症化したり、予測不能なことが起こります。そこで重症な患者をひとつの場所に集めて、24時間365日専門に診るサービスが病院の中で求められているのだと思います。

その医師が本来やるべきことに専念できるよう、重症な時期は専門医に委ねるという非常にリー

ズナブルな考え方だと思います。

野球のピッチャーに例えればよくわかると思います。以前は、先発したら最後まで投げ切るのが当たり前でした。今は先発投手が完投するケースは少なくなりました。メジャーリーグの先発投手は5回投げたら降ります。そのあと中継ぎが継投し、最終回にはクローザーがしっかりしめる。そういうやり方の方が質も維持できるし効率が良く、ピッチャーも肩を痛めません。

また「自分の大切な人だったらどういう管理をしてほしいか、どういう医療を提供してほしいか」と考えるのも良いかもしれません。もし大切な人が重篤な疾患でリスクの高い医療を受けなくてはならない場合、目の前に外科医や内科医といった主治医がいて、「私が24時間365日、何から何まで診ます」と言っている場合と、「たくさんの専門家によるチームできちんと診ます」と言われたらどうですか。どんなに熱心な人でも体力には限界がありますし、一人の患者だけに100%専念してもらえる保証はありません。またその人にとってあまり得意でない分野もあるはずです。

日本の縦割り社会に嫌気がさしたのも、海外に出られた理由のひとつなのでしょうか？

ええ、でも明らかに日本の集中治療が遅れているというのが最大の理由です。あとは自由にディスカッションできない日本の環境も嫌でした。

残念ながら、母校の群馬大学では腹腔鏡手術の重大な医療ミスが起きてしまいました。あの問題なども、私はある特定の医師の技量の問題ではなく、大学病院で自由な議論ができない環境が生み出した不幸な事例ではないかと思っています。しかもこうした閉鎖的な環境というのは、何も医療界だけでなく日本という社会に広く蔓延していると思います。

どんなお子さんでしたか？

私はみんなと同じことするのがイヤで、一人だけ違うことをしている子でした。生まれつきそうだったのだと思います。親からしてみたら「なんでこの子だけいつも違うことしているんだろ

う」と思っていたと思います。

とにかく私は集団生活が苦手で、修学旅行も行きませんでした。今でもパッケージツアー旅行などは苦手です。明日どこに自分がいるのかも分からないような旅が好きです。

医者になりたいと思ったのはどうしてですか。

医学部に入ったのは家から近かったのと、漠然と医者になれば生活が安定すると思ったからです。小さい頃は音楽家になりたいと思っていました。

今でも先生のプロフィールには趣味ピアノ演奏とクラシック音楽とありますよね。運動よりも音楽などが好きだったのですか？

中学・高校の頃はテニスなど熱心にやっていましたよ。

ピアノはご自身で習いたいと思ったんですか？

小さい時目覚まし代わりに聞いていたのがFMラジオのクラシック音楽の時間で、今でもよく覚えています。毎朝ドビュッシーのピアノ曲で起きていました。なぜかその曲が大好きで、どういう楽器からこういう音が生まれるのかと興味がありました。

私の世代はベビーブームだったこともあるのですが、子供にピアノを習わせるのが流行っていました。各家庭に、ピアノを弾ける人がいようがいまいが、ピアノをインテリアのひとつとして置くことが流行った時代です。私の家にも使っていないピアノがあったため、家にピアノの先生が来てピアノ教室が行われていました。そのため3歳くらいからピアノを習いたいと思っていました。

ピアノがあって、なんだかハイソサエティなご家庭で育ったんですね。

いえ、私は母子家庭で育ちました。進学先に医学部を選んだ理由も、医者になりたいというわけではなく、「どういう職業についたら生活が安定するか」と考えた結果です。バブルの時代

なので銀行員や証券マンも考えましたが、自分の家から一番近いのが群馬大学医学部だったのです。キャンパスは自宅から自転車で通える距離でした。

人のためになりたい、病気の人を治したい、苦しんでいる人を助けたいとは口が裂けても言えませんでした。むしろそういうことは、医者になってから学びました。

医学部に入って最初の数年間は「失敗した」と後悔していました。医学部の試験勉強はとにかく暗記ばかりです。数学や物理はある程度の原則を教われば、あとは自分の思考力や想像力で解答が導かれるのに。

そんな先生が集中治療科を選んだ理由はなんだったのでしょうか。

まずは麻酔科に入ったんですが、学生のときは集中治療のことはあまりよく知りませんでした。麻酔科を選んだ理由は、再試験を何度も受けるような平凡な学生が、一般的な科に行ったら、あっという間に組織の中で埋没して劣等生になるとわかっていたからです。

とりあえずその分野の専門家が足りなくて、一人の存在意義が大きい専門領域に行きたいと思っていました。希少な専門領域であれば重宝されるのではないかと考えました。また体力もあまりないと思っていたので、不眠不休で仕事をするような科も厳しいと思っていました。そういう点で、麻酔科は手術が終われば帰れるし、手術がない日は休みでいいかなと(笑)。

麻酔科医になってみても目線は同じでした。当時は今とちがって2年間の初期研修医制度がない時代だったので、いきなり麻酔科の研修医として働きました。皆その分野の花形を目指しますが、私は一番欠けているところ、その時点で光が当たらないもの、でも将来大切だと思えるものを自分の仕事にしようと思っていました。

集中治療は、研修医として3か月ICUにローテーションした時に重要性を感じました。しかしながら、そこで行われている医療は本当に充分でないなとも感じました。私が研修した病院では、麻酔科の研修医は集中治療室へローテーショ

ンしましたが、多くがいやいや行っていました。なぜなら自分たちをガイドしてくれるもの、確固たる「集中治療はこうするべきだ」という指針などといったものが一切なく、当然患者はすごく重症だけでも、個人個人が「これがよさそう」と思った自己流の医療を展開していて、「重要だけどころく未開」という印象を受けました。

先生独自の感性が功を奏し、そこに自分を生かす道があると気づいたわけですね。

何しろみんなと同じことするのが大嫌いですので(笑)。

しかし集中治療をやって3年目くらいに、自分の判断が組織の決断になることが多くなりました。これは何を意味するのかというと、もう誰からも教えてもらえていないということです。人によっては居心地のよい環境だと思うかもしれませんが、私は危機感を感じました。自分はこのままでいたら、もう成長する余地はないと気づきました。そしてこの環境にとどまっていたはいけないと強く思うようになりました。

環境を変えることへの怖さはなかったですか。

それよりも、このレベルで自分の成長が止まってしまうことが非常に不本意だ感じていました。医者になって8年目で、私の中で初めてプロフェッショナリズムが芽生えたのだと思います。

早くからロールモデルを持ち明確にビジョンを決めていなくても、先生のように迷いながら自分の居場所を探す医師がいても良いということですね。

そう思います。亀田はわりと明確な意志をもっている研修医が多いですね。私が同じ世代のときはそういう発想すらなく、目先の問題をどう乗り切るかしか考えていませんでしたから(笑)。

そして、ついにオーストラリアに行くわけですが。

当時、集中治療室で診ていた患者の多くが感染症で亡くなっていました。日本の集中治療の専

門家が集まる日本集中治療学会でも、感染症は重要なトピックのひとつでした。でも呼吸器や循環器についてはマニアックなまでに議論するのに、感染症に関しては非常に浅い議論しかしないと感じていました。

しかも、そのことで質問しても答えてくれる人は国内にも見つけられなかったのが、日本の遅れてる分野なのかなと感じていました。だとしたら、これが自分が日本一になれる余地がある分野だと思いました。そこでこの領域で世界を最もリードしている先生のところに学びに行きたいと考えたのです。

ピッツバーグ大学（アメリカ合衆国、ペンシルベニア州）は、とりわけ自分のやりたかった集中治療の分野では世界のトップクラスだったので、知人から David L. Paterson（パターソン）教授を紹介され、彼の下で働けることになりました。ところがそのパターソン先生がヘッドハンティングされてオーストラリアの大学に異動されたため、私の留学先も必然的に当時興味のなかったオーストラリアになってしまいました。

そのあとはリサーチフェローとしてオーストラリアのクィーンズランド大学に行き、2013年の春に亀田に着任されるまでの間、オーストラリアではしたいことが見つかったのでしょうか？

知りたいことは難しい問題なので、明確な答えが見つかったわけではありませんが、今後集中治療期における感染症に一生涯を捧げるというか、自分が引退するまでライフワークとして、日本において業界をリードしていくための基盤をつくりたいと思うようになりました。世界中の主要な専門家たちとのコネクションや信頼関係も、いくつかの業績を通して得られたかと思います。この問題に関して世界を動かしているチームの一人にはなれたと思いました。

先生が働いていた RBWH (Royal Brisbane and Women's Hospital) はどういった医療機関で、どんな ICU を持っていたんですか？ 人員配置なども教えてください。

病院全体は650床くらいで、亀田より小さいです。でもICUは36床だったので、逆に3倍です。



ひとつのベッドをオープンするのに7人の看護師が必要です。なので、RBWHの場合、36床×7人の看護師が必要です。何年もありましたが、看護師の名前がぜんぜん覚えられませんでした(笑)。

看護は1対1看護(患者1人に看護師1人)で、三交代です。なぜこんなに看護師が多いのかというと、患者が一人いたら看護師が専属で一人いて、それが三交代です。全員年間を通して有給休暇6週間を取得しますし、1週間の病欠、1週間の学会出張も認められています。そのため8週間、つまり一年のうち2か月はいません。

医師は指導医だけで10数人、フェローが25人くらいいました。

また夜勤を4日やったら、4日リカバリーの休暇を与えなくてははいけません。しかもこれは有給休暇にカウントされません。労働基準法違反がまず起きないところだったので、時間外労働もありません。

非常に恵まれています、これでは医療費が高騰してしまうのではないかと思いますのですが。

国が意図的に奨励して誘導していることもありますが民間医療保険(private insurance)が多く参入しています。つまり国の総医療費は公的保険と民間保険がほぼ半半ずつまかなっており、それが政策として成功しています。

民間保険で治療を受ける方には、いわゆる3つ星サービスが提供されます。公的保険の場合は、「医者は選べない」「治療までの待ち時間が長い」などの制限があります。そのかわり公的保険は自己負担ゼロです。そのため公的保険を選んでそれなりの制約を受け入れるか、あるいはわがままを言いたいから公的保険を使わないで、年間100万円くらいの掛け金をかけ窓口負担もそれなりにある民間保険を選ぶかです。ある調査によると、中流階級以上の人はほとんど民間保険を選択しています。日本では国民皆保険で公的保険しかないのです、年収1億円の人も公的保険を使います。オーストラリアでそれはありえません。

彼らが公的保険を使わないおかげで、その分の医療費が低所得者の人たちに回ります。だから、失業者や収入ゼロの人でも心臓の手術を無料で

受けることができます。

どういったご縁で亀田に着任することになったのでしょうか。

こちらに来る1年くらい前の2012年でしたでしょうか、突然亀田総合病院から連絡がありました。ちょうどA棟を建てて、新しい集中治療室を作るとい時です。当時はもうしばらくオーストラリアにいるつもりでいましたので、最初はこのお話をあまり真剣には聞いていませんでした(笑)。

それはそうでしょう。お話をうかがっていても、何ひとつ気持ちが動くような要素はなかったと思います。それなのにどうして気持ちが動いたのでしょうか。

最初日本で集中治療をするのは非常に難しいだろうと思っていました。集中治療の環境を良く知っていますし、オーストラリアは日本とは雲泥の差の恵まれた環境でした。私の中での大きな問題は、日本には帰りたいけれども、日本で集中治療をできるところが本当にあるのかということでした。相当自分の中でいろいろなことを妥協していかないと日本で集中治療に復帰することはできないだろうと考えていました。

それまでもいくつかの大学から「集中治療の責任者になってほしい」とお声をかけていただきました。でもだいたいは「雇われ店長」のような雰囲気が濃厚でした。病院として責任者はおいて置かないと機能評価や診療報酬の点で困る。かといってその人にはリーダーシップを与えないという思惑が見え隠れしていて、そのたびにやっぱり難しいなと思っていました。

初めて亀田に来た時に、理事長も院長も「欧米に匹敵するような、集中治療の専門サービスを提供できるような集中治療科・集中治療室を作りたい。専門チームによって集中治療が行われるような、集中治療科が主導権をもった集中治療をこの病院で提供したい」と話しておられました。そういう考え方を経営者が持っているのが大事で、まずその点に惹かれました。

あと民間病院の良いところはリーダーが変わ

らないことです。大学病院の病院長の任期は2～3年なので、自分を呼んでくれた病院長は2～3年後にはいなくなります。急に価値観が違う人がリーダーになる可能性があるわけです。その点、亀田ならば大きな方針や、病院の目指す方向が急転換することはあまりないだろうと思いました。これも私にとって魅力でした。しかも民間病院と言いつつも、提供している医療の内容は、大学病院に匹敵します。

最後に自分でも「そうかな」と共感したのは、最初に亀田家の人々にお会いしたのが39歳の時でした。その時「40歳くらいでリーダーにならないと、60歳や65歳で引退するときに、大きな仕事をやり遂げることはできない。だから先生もそろそろ40歳なのでリーダーになってみませんか」と言われました。

40歳で診療科のリーダーになって、集中治療科を立ち上げて運用していくことをやれば、65歳で医者を引き退するとしたら25年間、四半世紀をリーダーとして過ごすことができます。25年あればそれなりのことはできるのではないかと思います。

ご家族はオーストラリアに行くときも、鴨川に来るときも特に反対はされなかったんですか。

一番下の子はオーストラリア生まれです。子どもは男二人、女一人です。帰国する時上の子は小6でした。現在家族は横浜に住んでいて、私は単身赴任です。私は田舎でもいいのですが、問題は上二人の息子たちが帰国するときにあまり日本語がうまくできないことでした。田舎の公立学校で日本語もうまくできない帰国子女のフォローアップは難しいのではないかなと思いました。6年生なのに3年生くらいの漢字も怪しい状況でしたから。

公立だと、「帰国子女だから仕方ない、でも英語ができるからいいよね」みたいになってしまいます(笑)。でもそれでは困ると思ったのです。

その点私立だと厳しく教育してくれます。そのおかげか一年ほどで、周囲のお子さんと同じように日本語ができるようになりました。

2番目の子は、一度は兄と同じ学校に入っ

たのですが、「日本語の学校には行きたくない」と言い出しまして、今はインターナショナルスクールに行かせています。

お子さんを見ていて、自分に似てるなあ、遺伝子を強く継いでるなと感じることはありますか。

上の息子は私とは正反対で、団体行動が好きです。修学旅行も喜んで行きました。今中学三年生ですが、クラスの大勢の友達とつるんで遊びに行くのが楽しいようです。下の息子は小学校4年生ですが、わが道をゆく所が私に似ていると思います。今では「一刻も早く日本から出たい!」と言っています(笑)。

お休みの日はお子さんと過ごされたりするのでしょうか？

それが中三は学校の行事がいろいろありますし、末っ子の娘は幼稚園の年長でお受験のため、土日は塾などでぎっちぎちです。私も土日は講演などがいろいろ入っていますので、家族全員で揃うことはあまりないです。

単身ということは、お料理などされるのですか。

一切しないです。実はご飯を炊いたこともありません(笑)。

いつもビシッと格好が決まっていっぱいいますが、ファッションには強いこだわりがありそうですね。

そんなことはありません。いつも「ジーンズばかりですね」って言われています。あえてこだわりがあると言えば、専門店志向ということでしょうか。靴は靴屋、ワイシャツはワイシャツ専門店、ジーンズはジーンズを専門で作っているところで買い求めます。専門家でない人が作ったものは買いたくないのです。

そういうこだわりは先生にとっては大事で、譲れない部分でしょうか。

そうかも知れません。音楽も好きですからよく演奏会にも足を運びますが、有名なピアニス

トやバイオリニストでも、その人が専門にしてい
ない、その人にふさわしくない曲を演奏する
時は行きません。最近では、特にドイツのバイ
オリニストのイザベル・ファウストさんの演奏
が大好きで、彼女の演奏会はチャンスがあれば
必ず行きます。

やはり演奏会で聴くのは別格でしょうか。

生演奏とオーディオで再生したものは全然違
います。私はオーディオ装置にまったくこだわ
りがないのですが、その理由は、どんなに高価な
再生機器も生演奏にかなわないからです。お気
に入りの曲はCDやiTunesで聞いたりもしま
すが、あくまでそれは雰囲気だけを味わうもので
、再生された音楽は私にとっては生演奏に比べた
ら足下にも及ばないものです。

そのため演奏会に行く時は、一週間や場合に
よってはひと月前から、演奏会ではどうやってこ
の部分が演奏されるのかとか、ここのフレーズは
どう処理するのかとか、いろいろ頭の中で考えたり
して演奏会に臨みます。

先生が着任されてからMETチーム※なども立ち 上がりましたが、今後の抱負をお聞かせください。

METチームももっと周知してゆく必要がある
と考えます。若い先生が重症患者のために病院
に泊り込んだり、在宅中に何度もコールを受けたり
、オーバーワークや根性に支えられる部分が少
なくなれば良いと思います。

METコールで呼ばれて駆けつけると、外来や
手術など、ほかの業務をたくさん抱えながら、こ
んな重症な人を病棟に置いていたんだと驚くこ
とがたまにあります。集中治療科は、亀田総合病
院のスタッフが無理をせずに高度急性期医療を
提供できる環境づくりに貢献したいと思います。
そのためにも重症化する一歩手前で集中治療室
で一元的に管理できるよう、いつでも集中治療室
に患者さまを託していただけるような診療体制
をつくりたいと思います。

※ MET チームとは

Medical Emergency Team の略で、患者の急変時に
患者のベッドサイドまたは必要とされるあらゆる場所
に出向く集中治療専門のチームのこと。24 時間対応
可能な体制を整えている。亀田では 2015 年 4 月より
運用を開始した。

最後になりますが、先生は指導医としても活躍し ていらっしゃいますが、集中治療科を目指す若い 医師に望むことは何かありますか。

知識はこれから身に着ければいいし、技術もそ
んな高度なものはありません。多分一番大
事なのはコミュニケーション能力だと思います。

残念なことに、日本では医師になる際に人とコ
ミュニケーションする能力があるかどうかは問
われていません。海外ではコミュニケーション
能力は重要な部分になっており、さまざまなス
テップでテストされます。

集中治療室はさまざまな診療科からコンサル
テーションを受け、専門家として適切なアドバ
イスを求められる、ある意味コンサルタント業
です。コンサルを生業とする弁護士や会計士が
コミュニケーション下手だったらどうでしょう。
集中治療医もある意味同じです。ですから頭脳
は抜群でも、コミュニケーションがぜんぜん取れ
ない人は集中治療には向きません。

知識や技術だけでなくコミュニケーションの
仕方を学びたいという意欲ややる気のある若い
先生に来ていただきたいと思います。

これからますますの活躍を期待しております。 今日はお忙しいところありがとうございました。 では、この辺で_____。

CLOSE UP NEWS

クローズアップニュース

長狭高 医療・福祉コースの生徒が医療体験実習発表会を開催



11月17日(木)夕方、Kタワー13階ホライゾンホールを会場に、県立長狭高等学校(鈴木希彦校長)の医療・福祉コース「医療」分野で学ぶ3年生による医療体験実習発表会が行われました。

亀田グループでは、医療・福祉コースを設ける県立長狭高等学校と教育連携協定を結び、地域の医療・福祉人材の育成に向けて、専門職種による出張授業をはじめ、さまざまな形でカリキュラムのサポートを行ってきました。今年8月9日・10日には医療・福祉コース「医療」分野で学ぶ3年生23名を対象に、各自が希望する職種についてより理解を深める目的で、希望職種に2日間影のようについて回り、見て体験・学習する「シャドー研修」の形で医療体験実習の受け入れを行いました。

目指す職種の業務をつぶさに体験したことは、将来を見据える上で非常に意義深い経験となったようです。学校側より「ご対応いただいた病院スタッ

フの皆様へのお礼を兼ねて発表会を行いたい」とのお話をいただき、今回の発表会が実現しました。

発表会では生徒を代表して、理学療法士、臨床検査技師、看護師を目指す5名の生徒が壇上に立ち、医療体験実習を通じて気づいたこと、感じたこと、将来への抱負などが語られました。医療現場では高いコミュニケーションスキルが求められることを学んだこと、それぞれの職種の果たす役割や責任の大きさ、やりがいに触れたことで、一層「なりたい!」という気持ちを強めたことなどが共通意見として聞かれました。

講演後には、亀田医療大学の橋本裕二学長や丸山祝子看護管理部長をはじめとした今回の医療体験実習を受け入れた部署の責任者から、それぞれ発表を聞いた感想や応援メッセージが語られました。一様に各自工夫を凝らして簡潔にまとめられたパワーポイント資料の完成度と生徒たちの堂々とした発表ぶりに驚いた様子でした。2日間という短い実習期間ではありましたが、多くのことを感じとり学んだ生徒たちの成長した姿に、丸山看護部長からは「こういう皆さんと一緒に働きたいと思った」と率直なコメントが聞かれるなど、3年間サポートを行ってきたカリキュラムへの手ごたえを感じる発表会となりました。



中国から研修生2名が来日 日本のリハビリシステムを学ぶため

中国の60歳以上の高齢者人口^(※)は2011年に1億4400万人を数え、うち7000万人がリハビリテーション(以下リハビリ)を必要とするとされています。今後も高齢者人口は毎年860万人ずつ増加し、2050年には総人口の1/3を超え、4億5000万人に達する見込みで、リハビリ医療の強化が急務となっています。

中国政府は2009年より医療改革を推進しており、2011年に公表された「衛生事業発展『十二・五』計画(第12次5か年計画:2011-2015年)」においても、近代リハビリ医療の充実が重点課題に挙げられています。中国政府は制度整備と公費投入により、リハビリ病院の整備を進めています。公的保険制度や医療技術、人材、運営面等が十分でなく、発展途上の状況にあるといえます。

そうした現状に対応するため、中国最大の国有複合企業である中国中信集団(CITIC)からの依頼で、11月21日(月)から約3か月にわたって中国から劉海曇さんと侯雪花さんの2名がリハビリテーション事業管理部で研修を行っています。お二方とも、それぞれ神経内科病棟、整形外科病棟に勤務する看護



師で、リハビリについて学ぶのは今回が初めての経験だといえます。

日本では、リハビリ業務に従事する専門職者(セラピスト)は理学療法士(PT)・作業療法士(OT)・言語聴覚士(ST)としてそれぞれ独立した専門資格が国家資格として確立されていますが、中国ではそうした資格制度は整備されておらず、看護師や技師等がリハビリ治療師として勤務している現状があるそうです。専門人材が質・量ともに不足していることに加え、リハビリ医療の運営ノウハウが十分でなく、リハビリの介入時期の遅れが後遺障害の増加につながっていると指摘する声もあります。

そこで今回の研修では、急性期の廃用症候群を予防するリハビリから、回復期、維持期のリハビリ、重篤な合併症を防ぐ運動療法、病気にしないためのフィットネスに至るまで、横断的なフィールドを持つ亀田グループのリハビリテーションシステムを理解してもらうため、事業所をまたいだ細やかなプログラムが組まれました。

村永信吾リハビリテーション事業管理部長は、「亀田での研修を通じて、中国の制度や文化の違いの中で、自分たちの病院においてどのようなリハビリテーションを提供することができるのかを考えるきっかけになってほしい」と期待をのぞかせました。

※1:世界保健機関(WHO)では65歳以上を高齢者としているが、中国では基本的に男性が65歳、女性が55歳で定年を迎えるため、中国における高齢者は60歳以上を指す

ケーサート サイバーセキュリティを担うKCERTが発足

ハッカーによるコンピューターサーバーの攻撃や、不正アクセスによる情報漏えい問題がニュースをにぎわしている昨今、当院でもこうした犯罪を防ぐためのチーム「KCERT」が情報戦略室を中心に、11月に発足しました。

KCERTは「Kameda Computer Emergency Readiness Team」の略で、サイバーテロの対策やモニタリングのほか、サイバーインシデント発生時の対応、職員の意識を高めるトレーニングなどを行う予定です。中心メンバーである情報戦略室の太田良二さ

んは「こうしたチームが病院で発足するのは極めて珍しいこと。病院全体で意識を高めてきたい」とコメントしていました。

また、11月30日(水)には、KCERT設立に合わせ情報セキュリティに関する記念講演が開催され、会場に来られない職員のためインターネット中継(WebEX)も行われました。演者は、ソフトバンク・テクノロジー株式会社技術統括 セキュリティソリューション本部の辻伸弘氏。

*本来はCSIRTですが、亀田版は語呂のためKCERTとしています



11月14日の「世界糖尿病デー」にちなんで、午前10時から午後1時、亀田クリニック1階ロビーにて啓発イベントを開催しました。

現在、世界の糖尿病人口は3億8700万人にのぼっており、2035年には約6億人に達すると試算されています。一方、わが国においては、厚生労働省が平成24年(2012年)に行った「国民健康・栄養調査」によると、糖尿病と強く疑われる人と可能性を否定できない人の合計は約2050万人にのぼり、早急な対策が迫られています。

そこで、この機会に自身や家族の健康に目を向けるきっかけづくりに役立ててもらおうと、今年も糖尿病啓発イベントを企画、開催しました。イベントでは糖尿病治療にかかわるスタッフを中心に、血糖測定、食事相談、お薬相談、体力チェック、患者会の活動

今年も「世界糖尿病デーイベント」を開催

紹介などが行われ、参加者に注意喚起を促しました。

またKタワー13階レストラン亀楽亭では、糖尿病週間の



11月8日(火)～11月17日(木)までの10日間、当院の管理栄養士が献立を考えた低糖質のヘルシーメニュー「ブルーサークルランチ」(飲み物・デザート付/620カロリー)が1日20食限定で提供されました。

献立を考える上では、血糖値の急激な上昇やインスリンの分泌を抑えるよう低GI食品を使い、野菜(食物繊維)をたっぷり使用することで食事量を増やし満足感をアップさせるよう工夫。ゆっくり食べてもらえるように食感を楽しめる献立を目指しました。また主食にマンナンヒカリ、甘味料にパルスweetを使うことでエネルギー量をダウンさせ、うま味・辛味・酸味・甘味を活用し、おいしく無理なく減塩できるメニューに仕上げました。

看護学校3校で学校祭開催

亀田グループの看護学校3校で今年も恒例の学校祭が開催され、大勢の来場者で賑わいました。

10月29日(土)・30日(日)、3校の先陣をきって行われたのが、亀田医療大学(鴨川市横渚、橋本裕二学長)の「亀咲祭」。今年は「単位よりも大切なものを探して」をテーマに、校内では看護大学らしく看護体験をはじめ、ネイルやドクターフィッシュなどの体験コーナーが設けられたほか、グラウンドではK級グルメに加え、外部出展者も軒を連ね、大学祭を盛り上げてくださいました。ステージイベントでは、フラダンスや着ぐるみショー、バンド演奏なども行われ、会場を沸かしていました。

続いて、11月12日(土)には亀田医療技術専門学校(鴨川市東町、亀田省吾学長)で「亀田っこ祭」が開催されました。



「Color ～笑顔の花を咲かせよう～」をテーマに、飲食店やバザー、看護・助産学科による体験や展示などが行われ、外来受診を終えた患者さまなどにもお立ち寄りいただき、文字どおり笑顔あふれる学校祭となりました。

また11月26日(土)には、安房医療福祉専門学校(館山市腰越、川井文子学長)で「安房医祭」が開催されました。開校から3年目を迎え、今年ようやく全学年がそろった同校では、プチ健康診断コーナーをはじめ、模擬店やバザーなど、外部の出展者も加わり、アットホームな雰囲気のイベントとなりました。会場には地域住民の皆さまやフローレンスガーデンハイツの住民の方など大勢の来場者で賑わい、盛会のうちに終了となりました。



YOUNG FOCUS

亀田クリニック
リハビリテーション室 主任
二ノ形 恵 (言語聴覚士)
にのかた めぐみ

コミュニケーションの障害に 対応するスペシャリスト

言語聴覚士(以下ST)はコミュニケーションや食べる障害に対応するスペシャリストだ。現在、外来リハビリでは子どもから大人の方まで言語・注意・記憶などの高次脳機能障害の方の生活コミュニケーション支援を行っている。そのうち二ノ形さんが主に担当しているのは、自閉症スペクトラムや注意欠如多動性障害、学習障害など「発達障害」と呼ばれるコミュニケーションに困難さを持つ子どもたちのリハビリだ。

生きづらさを抱えている 子どもに

楽に生きるための 対処策を見出す

発達障害は「遅れ」と捉えられることがあるが、「偏り」なのだという。その偏りゆえに、「〇〇はできるのになんで？」と周囲から理解されず、思いがすれ違ふことがある。そんな「生きづらさ」を抱えている子どもたちに対して、対処策を見出し、必要に応じて支援を行うのが彼女の仕事だ。特に小児の場合は、そう

した適切な支援によって社会への適応力を伸ばすことができるのだという。また、子どもと一番関わるのは家族だ。家族もまた、どう関わればいいのか悩んでいるケースがある。そうした家族に子どもと楽しくコミュニケーションを取るためのコツなどアドバイスも積極的に行っている。

相手を变えようとせず 自分のやり方を変えていく

診療のなかで大切にしているのは、子どもたちとの信頼関係だ。相手が何を大事にしているのかをしつかり理解するとともに、「コミュニケーションのすれ違いを生む原因は考え方や感じ方の違いなので、「相手を無理に変えようとするのではなく、自分のやり方を変えていくようにしている」そう。そして、「できるだけ「対等」に、たくさんさんの表現をしてももらえるよう心掛けていく」という。「彼らはみな、人のために何かしたいという思いが強く、その素直さや寛大さには学ぶことが多い」それで、「なにをするか予測できない《おもしろさ》が仕事のやりがいにつながっている」と話す。

趣味の時間や アロマで気分転換

趣味はフラダンスで、シェスタなど地域のフラ・イベントにも参加経験があるそう。今も週一回のペースで古典的なスタイルから現代的なスタイルまで学んでいるという。またリラックス法は、「寝ることアロマ」だという彼女。アロマは気分を変えたいときや、フラダンスのレッスン後の筋肉痛緩和に取り入れているのだそう。

そのほか、休暇を利用してマチュピチュやイースター島、屋久島、知床半島など世界遺産を旅行するのが好きで、特に屋久島はお気に入りの場所。自然の偉大さに癒されるのだとか。

今後の抱負

最近では、認定こども園OURSにも活動のフィールドを広げている二ノ形さん。発達障害への理解を深める活動にも力を注いでおり、「社会全体の認知度をあげられるよう、自分自身も勉強しながら日々変わっていく情報を集めて発信していきたい」と笑顔で語ってくれました。

亀田 本舗

／ 毎日は、楽しんだもの勝ち ／

『ストロベリーライフ』

萩原浩 著

毎日新聞出版 / 1600 円〔税別〕



房総の春は早い。そんな房総の春を代表する食材の一つが「イチゴ」だろう。

毎年、年明け早々イチゴ狩りへ出かけ、「はしり」のイチゴを楽しむのが、わたしの細やかな贅沢である。最近黒イチゴや白イチゴなど、新品種がどんどん登場しており、農園によっては畝ごとに品種を変え一度に数種類を味わうことができるので、その楽しみは尽きることがない。

新品種といえば、2017年1月から千葉県が開発した「チーバベリー」が県内の観光いちご園や直売所で本格的に販売開始されるのをご存じだろうか？ 大粒で果汁がたっぷり、甘味に加えて程よい酸味があり、とてもおいしいイチゴらしい。

実は昨年末、名称募集に応募したこともあり、チーバベリーには少なからず思い入れがある。千葉県のサイトによれば、このイチゴの開発には20年もの年月がかかっているそう、その始まりは1996

年に遡る。大粒でおいしく、病気に強い品種の開発を目指し、「みつる」と「章姫^{あきひめ}」を交配させたところから始まる。その後、2012年までいろいろな品種の交配や選抜を繰り返し、現地試験栽培を経て、2013年1月に「千葉S4号」として品種登録を出願、2015年8月に登録された。

現在は、山武、安房地域を中心にほぼ県内全域で生産が始まっている。イチゴ狩りの需要が増える3月以降に安定して収穫できる品種なので、この春イチゴ狩りに出かけられる際は、ぜひチェックしてみてください。

前置きが長くなってしまったが、今回ご紹介するのは、父が倒れたことをきっかけに実家のイチゴ農家を手伝うことになった主人公の奮闘を描いた『ストロベリーライフ』という本。直木賞作家の萩原浩さんが、「仕事の醍醐味」や「家族の底力」をテーマに書き上げた冊だ。

物語は、東京でグラフィック

デザイナーとして独立するも鳴かず飛ばずの状況が続いていた主人公のもとに、父親が倒れたと連絡が入るところから始まる。彼の実家は静岡の農家で、3年ぶりに帰った実家では、新たにイチゴの栽培に乗り出していた。折しも季節は冬、実をつけ始めたイチゴは父親の回復まで待つてはくれない。「イチゴの出荷を終えるまで」と家業を手伝ううちに、イチゴ生産の奥深さに魅せられていくというお話。

物語を通じて成長した主人公が最後に、「誰が何と言おうと、仕事は、毎日は、楽しんだもの勝ちだ。同じことをするなら、楽しくやろう」と思いを新たにしているシーンがある。希望と覚悟に満ちたその言葉は、読後もしばらく心に残った。

さて、冒頭に戻るが、房総はそろそろイチゴ狩りのシーズンである。今年は一粒のイチゴに込められた様々な人の思いを感じながら、味わって食したいものだ。
(蝸牛庵)

世界のぞき窓

第7回

ウォームジャパンを目指して

かすていら
文明堂

私は砂漠を歩いてきた。どこまでも続く砂の大地を一步一步踏みしめる。太陽が照り付け、背中や太ももの裏が燃えるように熱い。

しばらく行くとテーブルがあり、室長と、信介院長と、トランプ次期大統領が囲むようにして座っているのが見えた。トランプ次期大統領が私を指さし、手前の椅子に座るように指示をした。しかしここに座ったら最後、しゃべる混沌のようなのこの三人の同時通訳をさせられることは目に見えている。ふつうにしゃべる人の通訳をするだけでもげっそりと疲れるのに、冗談ではない。言い訳を口にした瞬間、目がさめた。背中はまだ熱い。もしかやと思って電気毛布を見てみたら、つまみが最高温度になる「ダニ除去モード」になっていた。

クールジャパンが世界に知られるのは嬉しいが、同時にぜひウォームジャパンの存在も世界に知っていただきたいと思っている。日本の暖房器具は本当に素晴らしい。便座にぬくもりを与える暖房便座から、床をあますことなく温める床暖房。そして最高傑作ともいえる、テーブルにヒーターを内蔵し、それを布団でくるんだ「こたつ」。どのような寒波が来てもスイッチひとつで南総パラダイスで

ある。日本の冬はすばらしい。家からでかけることさえなければ。

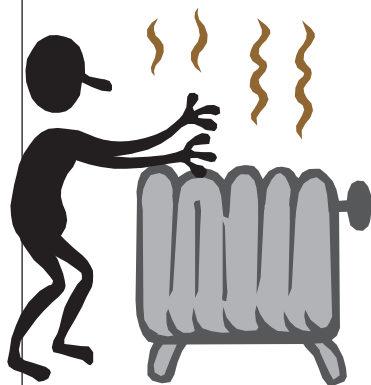
欧米諸国でこたつに唯一対抗できそうなのが「暖炉」である。直接薪を燃やしているわけだから暖かいし、サンタクロースが下りてきたり、煙突掃除屋さんが踊っていたりでなんとなくファンタジーもある。しかしいかんせん、準備や手入れが大変である。「寒いな」と思ったら木を切り、火をおこして薪をくべなくてはならない。そのプロセスで十分に温まりそうなくらい大変そうなので、個人的にはこたつの圧倒的勝利ではないかと思うのである。

そんな日本に生まれた幸せを享受しているぬくもりリストに衝撃が走った。ここ数年「座りすぎ」が健康に深刻な悪影響を及ぼすとの研究が相次いで発表されているのである。実際オーストラリアで行われた22万人を対象とした大規模な調査では、座りっぱなしの人の死亡リスクがそうでない人に比べて圧倒的に高いという結果が出た。ましてや、下半身に汗をかくこたつでは血栓ができてやすくなるとの見解もあり、こたつ生活の思わぬ落とし穴が浮き彫りになったのである。

大人4人が余裕をもってはいれるこたつを保有し、広報室内ではおかしなポン

チヨを着ているぬくもりリスト・室長いわく「年寄りなんか案外フットワークが軽いんだお」とのたまう。年寄りは夕飯を食べるにも「ちつとばあ、しょうゆ」が必要だな」と席を立て、しょうゆを持ってきた直後、「あ、わさびもねえや」と言って再び台所に立つ。と、思えば、わさびを忘れてお茶だけ持って帰る。そして再びわさびを取りにこたつを出たりする。見事「座りきり」がさけられているのだ。実際房総のお年寄りはとても元気である。すこしばかりのんびりとしていることも、元気で過ごすための秘訣かもしれない。

年は明けたが、寒い冬は当分続きそうだ。諸外国にウォームジャパンをアピールするためにも、当分電気ひざ掛けも湯たんぽも手離せそうにない。だが自分の健康のためにも、これからはあえて頭もフットワークも軽く、かるやかに元気に過ごしていければと思う。皆様にとっても、今年1年楽しいものでありますように。



亀田総合病院報

2017.1
No.235

2017年1月1日発行 発行責任者：亀田隆明 編集責任者：松元和子 発行：医療法人鉄蕉会 亀田総合病院
〒296-8602 千葉県鴨川市東町929 印刷：亀田総合病院広報室

当広報誌は個人情報保護のため本人の了承を得て作成しており、本用途以外の転用は固くお断りしております。

All articles on this PR magazine has been printed under the permission of the subscriber to protect their personal information.
All editorial content and graphics may not be copied without the permission of Kameda Medical Center, Public Relations which reserves all rights.



亀田総合病院報

亀田ホームページ <http://www.kameda.com>