

Kameda

2017.5 No.237



合理性のある社会システム作り

亀田総合病院長 亀田 信介

看護師の増員により、今年度から念願の7対1入院基本料に移行することが可能となりました。経営的には改善が見込めますが、なぜ看護師の数だけが入院基本料に反映され、医師やコメディカルの数が反映されないのでしょうか。

現代医療は、さまざまな専門職種の協業によるチーム医療で成り立っています。当院がなぜ10対1看護で国内トップクラスの高度急性期医療を実践できたのか、それを可能にしたのがまさにチーム医療です。薬剤師、臨床検査技師、リハビリなどの専門職集団が、自分たちの専門性を生かし協働することにより、より質の高い医療サービスが可能となります。

亀田メディカルセンターの職員数は3,000人近くに上り、医師は500人を数えます。この数は、国内同規模の医療機関と比較してもかなり多い数字です。看護師の数だけ7対1基準を満たしても、医師が非常に不足している病院はたくさん存在します。そうした病院が本当に質の高い急性期医療をできるのでしょうか？細かい基準よりも、救急入院数や手術数、退院患者数といった実績に基づいた成果評価を行うべきではないかと考えます。

重症度、合併症、病期、年齢等多くのことを考慮する必要はあるにせよ、疾病ごとの入院評価を基本とすれば、医療者はより効率的で質の高い医療サービスを模索するでしょう。急性期医療は多くの場合初期の数日間に圧倒的な医療資源を必要とします。従って短期集中型の診療プロセスとそれを可能にする要員配置が行われることになり、平均在院日数は大幅に短縮され、急性期病床数の規制なども必要なくなるでしょう。余った急性期病床は、自然に今後の不足が

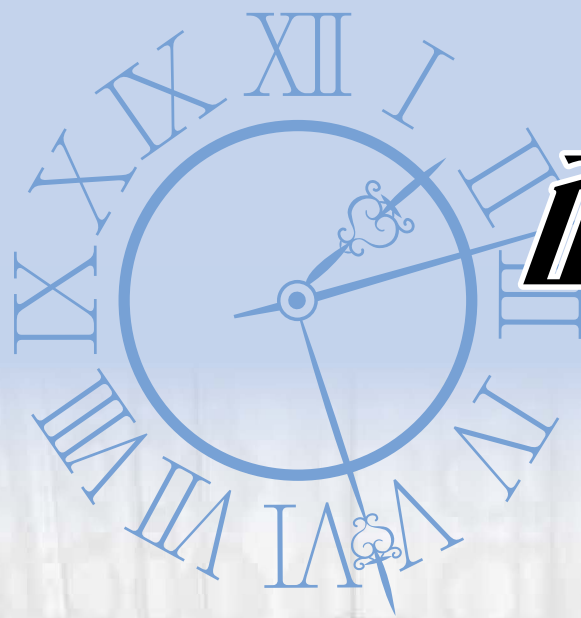
予想される亜急性期病床や介護系施設に転換されると思います。

では、さらに踏み込んで「療養型医療」というカテゴリーは必要でしょうか？長期療養型医療施設に入院している患者さまと老人保健施設や特別養護老人ホームの入所者の方では、身体的な状態や必要とされるサービス、入院適応が明らかに違うのでしょうか？実際、長期療養型医療機関で感染症などに対する一般的な医療行為を行うと、経営的に成り立たなくなってしまう。もはや既得権によるわかりにくい施設類型をやめ、スキルドナーシングホーム^(※)のような介護施設に統一し、医療と分業する方が効率が良いのではないのでしょうか。

必要なときに医療機関と連携し、必要な医療サービスを施設内で提供できれば、これまで以上の医療サービスを提供することが可能となり、急性期病院から施設への早期退院や、施設から急性期病院への入院減少につながるでしょう。当然のことながら、医師はより必要とされるところで働くことになります。

このように、合理的な理論に基づき、医療・介護のみならずさまざまな社会制度を、抜本的に見直すことが急務です。急激な長寿化、人口減少、少子化、IT技術、人工知能、ロボット技術、どれひとつをとっても第1次産業革命に引けをとらないインパクトを社会に与えます。それらがまさに同時に起こっているのですから、これまでの延長線上に答えがないのは当たり前ではないのでしょうか。

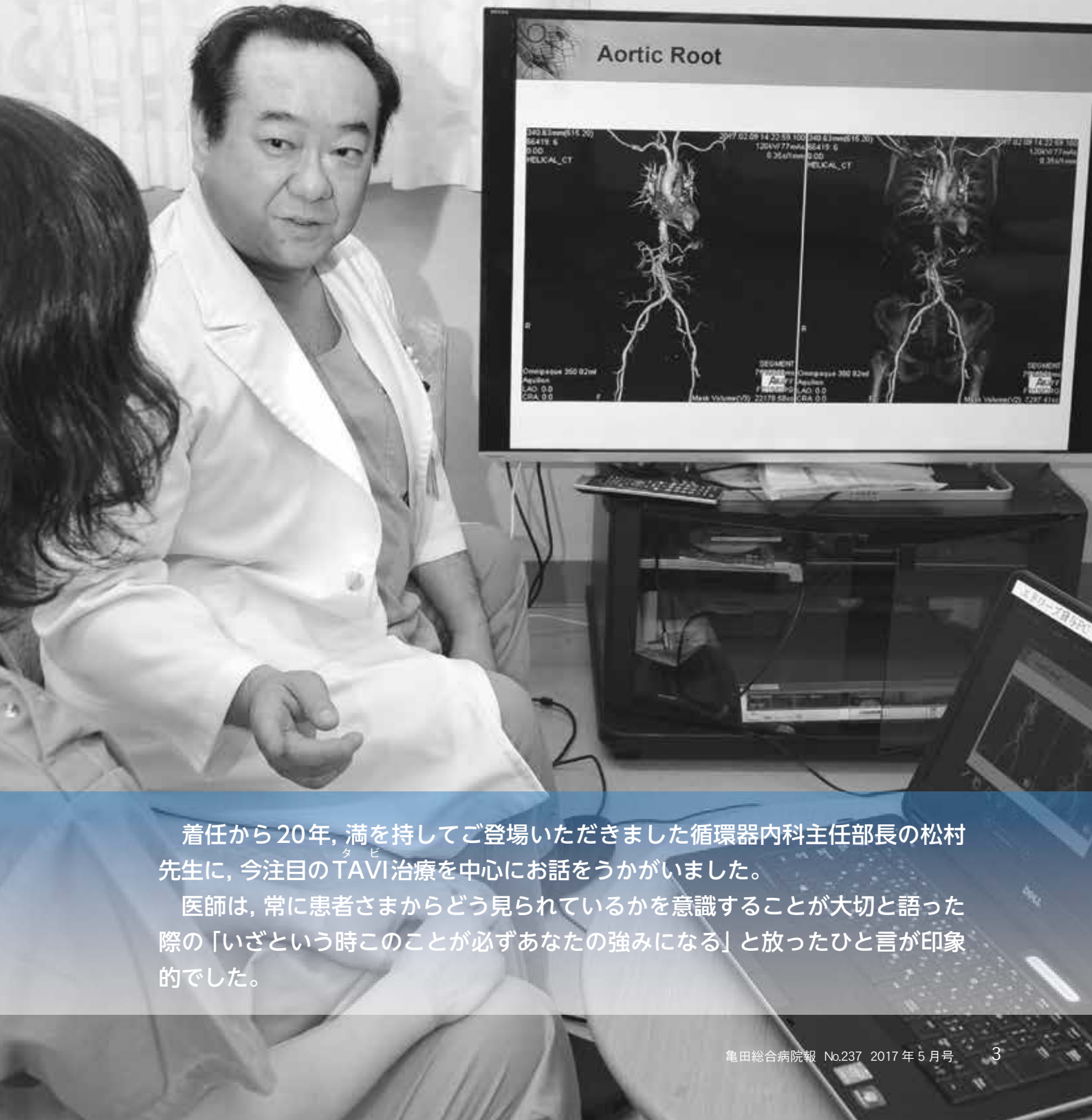
※看護や介護が必要な高齢者等に対し、医療・介護双方のサービスの提供をする施設のこと。



面会時間 No.133

ゲスト：循環器内科
主任部長

まつむら あきひこ
松村 昭彦 医師



着任から20年、満を持してご登場いただきました循環器内科主任部長の松村先生に、今注目のTAVI治療を中心にお話をうかがいました。

医師は、常に患者さまからどう見られているかを意識することが大切と語った際の「いざという時このことが必ずあなたの強みになる」と放ったひと言が印象的でした。

まずは月並みな質問ですが、先生のご出身や経歴をお聞かせください。

出身は福岡県です。生まれたのは池袋なのですが、五木寛之さんの「青春の門」の舞台となった福岡県の田川という炭鉱の町に小学校4年生まで住んでいて、小学校5年生からは福岡市に引っ越しました。

どうして医師を選ばれたのですか。

うちは祖父が医者で、父が歯科医師でした。父は診療が終わった後も毎日夜中の1時、2時まで技工[※]の仕事をしていました。そんな仕事ぶりを見ていて「これは大変な仕事なので自分はできないな」と思いました。

中学生くらいになると将来を考えるようになるのですが、祖父が医者だということから「九州大学の医学部に行きたい」と当時通っていた塾の先生に言ったら「ふざけるな。ふつうの公立高校に行っても九州大学の医学部なんか通らないぞ」と言われて、その塾で一生懸命勉強してラ・サール学園に入りました。

※義歯や歯の被せ物・詰め物などを加工・修理する作業

ラ・サール学園(以下、ラ・サール)といえば鹿児島を代表する全国区の名門校ですね。なんとなく人里離れた厳格な全寮生活といったイメージがありますが。

ラ・サールは実は全寮制ではなく通学している人もいます。当時は、中学校で鹿児島市内とその他で半々くらい。高校になると市内1割、それ以外9割くらいになります。自宅通学の人の比率が少なくなるので、必然的に下宿や寮生活者が増えます。学校は鹿児島市内の南のはずれにある谷山という路面電車の終点に位置していました。

私も高校1年と2年の時は寮でしたが、3年生になると寮を出ました。寮が夜中の12時消灯なので、それ以降勉強ができなくなってしまうからなのです。冗談みたいですけど、私も1日5時間くらい勉強していました。

一浪して東京医科歯科大学(以下、医科歯科)に入られたということですが、東京での生活は順調に行ったのですか。

東京には母方の親戚がいたので、その人たちに頼って何とか生活していました。ラ・サールの場合、中学や高校から親元を離れる人が多いので、一人暮らしの戸惑いはあまりありませんでした。

しかし医学部は全て必修のカリキュラムが組まれて

いて、朝から夜まで自由時間がありませんでした。特に医科歯科は単科大学で隣は附属病院なので、散策できるキャンパス也没有。だいたい実習や授業が終わってから「御茶ノ水あたりにお茶でも飲みにいこうか」というような健全な感じです。

またしても勉強の日々が待っていたのですね。でも男子校とはずいぶん環境が変わったのではないですか。

ラ・サールは男子校ですが、別に女性に免疫がないわけではありません(笑)。新体操の山崎浩子さんの出身校である鹿児島純心女子高校の新体操部は、ラ・サールの体育館を使って練習するなどしていましたし、学校同士の交流もありました。

先生ご自身はクラブ活動などなさっていましたか？

高校はラグビーでバックスをやっていました。医科歯科の歯学部には高校の先輩がいて「ラグビー部と一緒にやろう」と誘われました。でも医科歯科のラグビー部はバックスにぜんぜんボールが回ってこないんです(笑)。面白くないのでやめてしまい、それからは高校の友人など仲間でヨットを借りて海に行っていました。ヨットといっても3、4人乗りのものです。

なぜ循環器内科をご専門に選ばれたのですか？

私たちの時代は大学の医局に所属することがほとんどでした。その医局も循環器内科といったような臓器別ではなくナンバー内科でした。とりあえず、まず内科か外科か。それとも眼科や泌尿器科、産科に行こうかなどざっくりしたところを決めねばなりません。

私はとにかく「外科は向いていないだろうな」と思いました。学生時代の手術見学でも2、3時間で飽きてしまうので、長時間の手術はとても耐えられないと思いパスしました(笑)。特に内視鏡に興味があったので、消化器内科のあるところに入局しました。当時は1年間大学で研修してそのあとはどこか関連病院へ出向するのですが、その出向先が現在の立川市にある災害医療センターの循環器科だったのです。

私のいた第3内科というのは、循環器内科と消化器内科、内分泌科があって、出向先ではできれば消化器内科、欲を言えば当時青山の一等地に消化器内科で有名な病院があり、そこに行けたら良いなと思っていました。ところが結果は循環器内科でしかも赴任先は立川市でした。立川は今でこそ大都会ですが、

当時はまだまだ田舎でした。

運命的に循環器内科になったという感じが、そのあとだんだん魅力にひかれていったのでしょうか？

まだ医者になって2年目で、そんなところは嫌ですなどと言ったら「なら辞めろ」と真顔で言われるような時代でした。たとえば「今日は具合が悪いので休みたいです」などと言おうものなら「体力がないのならば去ってよろしい!」と一喝です(笑)。

立川市の病院で循環器内科医として勤務し、ペースメーカー留置や心臓カテーテル検査などを行い、外来や、入院では循環器疾患の患者さまを診察していました。でも、今ではとても信じられませんが、同時に実は胃カメラや大腸内視鏡、胆膵内視鏡(ERCP)といった消化器内科の検査もやっていました。

たまたま慶応大学の放射線科の先生がおられて、その先生が消化器内科の業務を全般をやっていたので、「お手伝いさせていただいていいですか」と声をかけ、いろいろな手技をやらせていただきました。

で、結局なぜ消化器内科をやめたのかというと、今でもはっきりと覚えています。早期胃がんの診断ができなかったのです。内視鏡検査でその慶応の先生に「これがアーリーだ、早期がんだ」と言われてもさっぱり自分には分らなかったのです。これはもう致命的だと思いました。もちろん訓練を積みばわかるようになるかもしれませんが、もともと向いている人にはすぐにわかるのです。

判断がいつもきわめて潔いですよね! ちょうど循環器内科の手技も大きく変わっていく時代だったのではないのでしょうか。

おっしゃるとおりです。ちょうど私が医者になった頃は血栓溶解療法が始まり、ウロキナーゼなどが使われはじめていました。それで急性心筋梗塞の人にもカテーテル検査をやったほうが良いと言われる、まさにカテーテル治療の幕開けの時代です。

1年目の頃は心臓のバイパス手術などは、東京医科歯科大学医学部附属病院でも待ち時間が1年もありました。今では信じられないことです。あの当時は、月曜日から金曜日まで週に5例手術をやっていて、それで1年待ちです。心臓血管外科の先生は自宅に帰れませんでした。当時の日本ではまだ心臓外科医もあまりいませんでしたから、それこそ日本中から患者さまが集まっていました。

カテーテルの治療が始まったことで良かったことは、患者さまと関わる範囲が広がったことでした。これまでは、「これ以上は外科的な処置が必要なので、外科の先生に」と説明する状況だったのが、自分が治療できる範囲が広がったわけです。

Point カテーテル検査

足の付け根やひじなどにある動脈から、直径2mm程度のカテーテルと呼ばれる細い管を挿入し、冠動脈を造影したり、心臓の機能の評価を行う検査のこと。

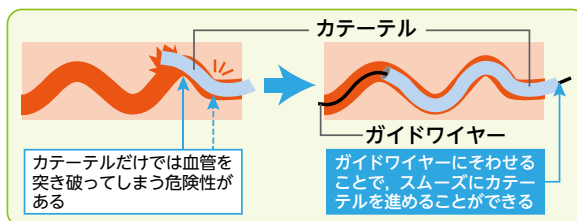
これまでは、循環器内科医が経過を診ながら薬などでコントロールして、それが難しい場合は外科へ紹介するという流れでしたが、カテーテルの登場で最後まで循環器内科医が担当できることになったわけですね。

はい、そうです。しかし当時は循環器内科医全員がカテーテルをやれる必要がなかったもので、私の同期も8人いましたが、カテーテル治療できるのは3人くらいでした。今とまったく違います。

内視鏡が得意で好きだった先生が、カテーテルを扱うことになったというのは、なんだか帳尻が合ったような感じがしますね。

器具を使う治療という意味では同じです。でも内視鏡は今カメラがどこにいるのか、おなかの中を見ながら行います。その点カテーテルは透視下(X線で見ること)なのでそういう意味でまったく違います。

当時アメリカでカテーテルを習得してきた指導医は、「カテーテルの先端が、自分の指先と同じように扱えなくてはいけない」と言っていました。今はそのさらに先のガイドワイヤーが、指先と同じような感覚で扱えないといけなくなっています。



早期胃がんが分らないと消化器をおやめになったのに、髪の毛よりも細いワイヤーの動きが指先の感触でわかるというのもおもしろいですね。

そういうことはあまり考えたことがありませんでした(笑)。でも内視鏡も難しかったですよ。上手な先生は

胆膵内視鏡 (ERCP) を午前中だけで数件やりますし、アメリカでは大腸専門の医師がいて、大腸内視鏡検査をたった 5 分で終わるなどともいわれていました。

「うまい人はうまいんだろうな」と思いながら、少しでも近づきたいと思っていました。

その後いろいろな病院で修業され、冠動脈インターベンションのご専門を選ばれたのはどうしてですか。

医科歯科附属病院はもともと不整脈が強く、逆にカテーテル治療を専門にしている医師は関連病院を含めても多くありませんでした。全国的に見てもカテーテル治療をやっている医療機関がまだ少ない時代で、できる医師は病院内に 1～2 名でした。

カテーテル治療が急速に広まったのは 1993 年くらいではないかと思います。それも血栓溶解療法からバルーン拡張術へと徐々に移行していきました。そういう治療をどんどんこなせる医師になりたいと思い、都立病院や大学などで研鑽を積み、1997 年 4 月に亀田に来ました。そして 20 年目にして病院報に載せていただけることになりました (笑) !

今と当時では実際の手技はあまり変わらないのでしょうか？ それとも違ってきましたか？

まず簡単になりました。器具が改良されてすごく良くなったので、誰でもできるようになりました。ガイドワイヤーの性能が向上したことが一番の要因です。ガイドワイヤーは血管に沿って縦横無尽に微妙な操作が必要ですから、一見すると難しく見えるかと思いますが、今は本当に操作性が良くなりました。

入っていく器具の素材はどういったものですか。

ガイドワイヤーはステンレススチールでできていて、より細くすること、長さが求められます。糸を考えていただければ分かるかと思いますが、糸の片方をつまんでくるくる回しても反対の端には伝わりません。でもこの細いワイヤーがくねくね曲がった血管の中を安全に通るためには、このくねくね感がしっかり操作している者の指先に伝わるようにしなくてはなりません。しかも柔らかい血管内を傷つけずに通るためには、しなやかでなければなりません。

でも低侵襲(手術・検査などに伴う体への負担を軽減すること) という意味では非常に重要な要件ですね。

TAVI (経カテーテル大動脈弁留置術) もそうなのですが、同じ成績が得られるのならば少しでも体に負担が少ない治療法がいいと誰もが考えます。でも最初から同じ成績を得るのは難しいです。

例えば、狭心症や心筋梗塞を起こして閉塞した動脈を迂回して心臓に流れる新しい路 (バイパス) を作る治療にしても、開胸して行う冠動脈バイパス術 (以下、バイパス手術) では 100 人治せるところ、カテーテルではせいぜい 50 人～60 人くらいしか治療できません。

でも逆に言うと、バイパス手術が必要な方のうちの半分はカテーテルで治療できるということにもなります。しかも体への負担が少なく済みますから、短期間でこのように広まったのだと思います。

せっかく TAVI の話が出ましたので、先生が今中心になって進めているこの TAVI という治療について教えてください。

悪くなった心臓の大動脈弁は弁形成が難しいため、これまでは人工弁と入れ替えていました。手術で行う場合は、まず古い弁をきれいに切り取って、新しい人工弁をていねいに縫い合わせます。

TAVI の発想は、人工弁さえあれば、縫って入れようが、内側から補強しようがくつついてしまえば同じだと考えた所にあります。外科の先生があれだけ丁寧にやっているものを、まさかカテーテルで心臓の中まで持って行って、くしゃっと入れて同じ成績が出るとは到底思えなかったのですが、これが実は案外成績が良かったのです。

それはつまりボロボロになった弁をそのままにして、内側から新たに補強するようなイメージでしょうか？

そうです。乱暴だと思いましたが、やってみたら案外結果が良い上に、この方法だと心臓も止めずに行えます。こんな治療法が可能とは誰も思いませんでした。

ほかにも僧帽弁 (左心房と左心室の間にある、大きく 2 枚からなる弁) や、肺動脈弁 (右心室と肺動脈の境にある半月弁) など他の弁もそのうち可能になるかもしれません。※詳しくはホームページをご覧ください。

TAVI はまだ歴史が浅いというイメージがありますが。

ええ、まだ 15 年くらいです。ちょうど日本でサッカーのワールドカップが行われた年に、フランスで 1 例目が行われたと記憶しています。日本には 2013 年に入ってきましたから、まだ 4、5 年目です。ここ数

年で爆発的に広まっています。

ヨーロッパでは、循環器内科ばかりでなく心臓外科医も TAVI を行っています。心臓外科の先生が積極的に行うようになった理由は、危険すぎて手術がしたくてもできないような状態の患者さまや、手術で無理をすると術後管理が大変な方が結構いるのだと思います。

ですから普通の治療法とは逆に、初期にはハイリスクの症例ばかりで苦労されたと聞いています。死亡率も5%ほどあり、脳梗塞などの合併症が多いと一時危惧もされました。

しかしカテーテルの進歩と同様に、どんどん弁の材質がよくなり、弁を入れるためのカテーテルも細く柔らかくなってゆくに連れ合併症もみるみる減りました。おかげさまで、亀田でも TAVI を初めてから1年、お亡くなりになった方はいらっしやいません。

患者にとっては身体への負担も少なく良いことづくめですが、医療者側にとってはどうですか？

私は胸を開ける手術はやったことがないので分かりませんが、冠動脈のインターベンションとはまったく違うと感じます。冠動脈のインターベンションは基本一人でもできます。透視(X線下で体内を見ることができるよう)にさえなっていれば、自分ひとりですべてできます。しかし TAVI の場合は、オペレーターだけでなくチームによる共同作業ですから、達成感はずごくありますね。

Point 冠動脈インターベンション(経皮的冠動脈形成術, PCI)

カテーテルという細い管を体に挿入し、狭くなった冠動脈を血管の内側から拡げる治療のこと。カテーテルの先端のバルーン(風船)を膨らませて血管を拡げたり、ステント(拡張可能な小さいメッシュ状の金属の筒)を血管に留置する治療方法などがある。

TAVIは通常何名くらいでおこなうのでしょうか。

必要人員だけで20名近くいます。オペレーターの内科医2名、外科医2名、麻酔科医1~2名、エコー医1名と、医師だけで6~7名。外回りの看護師(術中に記録をしたり、必要な機器を出したり、患者の介助を行う看護師)2~3名、それから臨床工学技士2名、放射線技師2名、超音波生理機能の



技師2名。それで1時間半から2時間くらいで終わります。開胸ならば4時間はかかりますので、ちょうど半分の時間です。

“チーム力”がカギですね。内科だけではなく、外科医も一緒にいなくてはいけないのはびっくりです。

病院によってはヨーロッパのように外科医主導のところもありますが、それは緊急手術に移行するケースがあるからです。では逆になぜ内科医が必要かと言うと、カテーテルに慣れているからです。つまりカテーテルに精通している心臓血管外科医がいたら内科医はいらなくなるかも知れません。でもカテーテルだけをやっている外科医師は見たことがありません(笑)。

いつも一番大変なのはチーム内の日程調整です。治療のためにみんなの空いている時間を探さなければなりません。今のところまだ件数が少なめだから良いのですが…。私たちのハートチームではそのためにコーディネーターを設けました。現在は看護師を中心に診療部事務室の担当者2名がこの業務を担ってくれています。コーディネーターの業務は皆の日程調整はもちろん、患者さまとのコンタクトや外来の予約管理、患者さまとご家族への病気や TAVI についての説明などです。とっても大切で大変な仕事です。

でも、こういう方法で治療ができるということを知っていただければ、年齢やほかの合併症が原因で手術を諦めている人はずいぶん助かるのではないのでしょうか。

自分から「年だからもういいよ」という方もいるでしょうし、開業している先生方も「年齢的に手術は無理だろう」と思っている方もいるかもしれません。しかし

そういう方にこそ TAVI という治療方法があるということを知っていただきたいです。

また、この南房総は公共交通機関が少ないので皆さん病院まで自家用車で移動します。「最近一番長く歩いたのは、クリニックの駐車場から外来まで」なんて冗談のようなことをおっしゃる患者さまもいらっしゃいます。そういう方はあまり積極的に身体を動かさないで症状に気がつかないケースがあります。

では症状がないので放置してよいのかということではありません。大動脈弁狭窄症は進行性の病気の原因の多くは加齢による動脈硬化とも言われています。自覚症状がなくとも一年一年進行しますので、あまり動かない人は、逆に症状が出た時にはとても状態が悪くなっていて緊急治療をしないと命に関わる場合があります。

やはり高齢化とは切っても切れないわけですね。

はい。当院で TAVI を受けられた患者さまはほとんど 85 歳以上の方です。20 年前だったら平均寿命と変わらないですから、あえてリスクを考えて手術をしないこともありました。あとこの地域の特徴と言えるかもしれませんが、大動脈弁狭窄症以外に悪い所があまりない方が多く、治療によって本当にお元気に長生きされる方が多いんですよ。

入院期間はどれくらいですか？ また痛みなどの問題はどのようなのでしょうか？

だいたい 1 週間ほどです。方法は、カテーテルを足の付け根の血管から入れる場合と、肋骨の間の血管から入れる場合の 2 通りあります。足から入れる方が負担も少なく済みます。

適応になる方がいたらぜひ治療していただきたいのですが、治療費も高いですし国の方針としては「開胸手術に耐えられるのならそちらを優先」とも言われています。2013 年 10 月から保険適応となっていますから、支払った医療費はほとんど返還されます。しかし TAVI の治療費はざっと見積もって 800 万円ほどかかります。対する開胸手術はだいたい 400 万円くらいです。やはり高額なので国としては無闇にやってほしくないという考えなのだと思います。

あと年齢の若い患者さまに TAVI を行うデメリットがまだ十分解明されていないということがあります。治療も始まって間もないため弁の耐久性など未知の部分もあります。牛の心膜を使った生体弁なので平均 10 年は大丈夫と言われていますが、まだまだデータが少ないと思います。

大動脈弁狭窄症を早期発見するためには、ふだんから受診していることが大事になりますか。

循環器内科でなくてもいいので、医師に心臓の音を聞いてもらうというのは大事です。一回聴診してもらえれば弁膜症の音は分かります。どの弁膜症かまでは分からなくても雑音があるのは分かります。手術適応レベルですとまず聞き逃すことはありません。

雑音があるというだけでも、弁膜症外来に来ていただいていた構いません。そして、「あなたは大丈夫」「あなたは軽いけど、年に一度はチェックしましょう」などと診断していればタイミングを逃すことはありません。進行性の病気なので、「去年までは 1 年に 1 度でしたが、今後は半年ごとにしましょう」「3 か月後に来てください」など、循環器内科で対応いたしますのでお任せください。

また自覚症状もないこともありますから、診察では「他の人と一緒に歩いたり動いたりして、息は切れませんか」とお聞きすることがあります。自分のペースで歩いたり動いたりしていると、だんだん苦しいことはやらなくなるので当然症状が出ません。その点症状をよく自覚できるのが旅行です。「周囲のペースについていけなかった」、「ひどく息が切れた」などということに気づくからです。これもひとつの目安になります。

循環器内科全体の陣容と、他にどのようなチームがあるのか教えてください。

循環器内科は、狭心症・心筋梗塞を診る「虚血チーム」と、不整脈を診る「リズムチーム」があります。これは大体どの病院でも柱となっているチームです。あと、いろいろな原因で起きる心臓の状態の悪い人を診る「心不全チーム」です。医師数は 14 名です。

虚血チームは、心臓の血管の詰まりを治療する冠動脈インターベンションのほか、足の血管の詰まりを広げる経皮的血管形成術などを行います。

不整脈チームで最近多いのは、心房細動の治療です。プロ野球巨人名誉監督の長嶋茂雄さんがかかったことで有名になった心房細動の根治療法に、カテーテルアブレーションがあります。いろいろな器具をつかって心房細動を起きなくさせる治療法です。ほかにも発作性頻拍症などもアブレーションの治療対象です。逆に脈が遅い人にはペースメーカーの治療を行います。あとは心不全チームと少しかぶるのですが、心臓の機能が悪い人に対し、ペースメーカーで心臓を補助してあげる同期療法というものもあります。また怖い不整脈である心室頻拍や、心室細動などを電氣的

にとめる ICD（ペースメーカー）という除細動器を入れる場合もあります。これが不整脈チームの仕事です。

心不全チームは心筋梗塞、心房細動などさまざまな心臓疾患が原因で起きる心不全の治療を行っています。薬物治療のほかに心臓リハビリテーションとって理学療法士といっしょに運動療法を行うこともあります。

当院の循環器内科ではいろいろな臨床経験ができて強みだとよく聞きます。

はい。カテーテルが有名とかアブレーションは強いといった病院はありますが、両方バランスよくできるのが亀田の良いところだと思います。

私自身も大学の医局にいた時は、5～6年で病院を4つまわっています。いずれも東京都内でしたが、いろいろな病院に行くとそれぞれのやり方があります。どれが正しいということはないのですが、自分なりのやりかたを身に付けるためには若いうちから豊富な経験を積むことが大切だと思います。

それに患者さまもその土地ごとに状態が違いますので、そういう意味でも複数の病院をローテーションするのは意味のあることだと思います。

少し趣味などのプライベートについてお伺いしてもよろしいでしょうか。

本を読んだりドライブも好きですが、知らないところを旅するのが一番好きです。行先はあまり調べないタイプです。行くまでは実感がわからないからです。その点家内はじっくり調べるタイプです。彼女と一緒にいくと間違いがないのでいつもお任せしています（笑）。

また家内は、鴨川に来て以来ずっと病院ボランティアをしていました。最初は患者さま向け図書館で、図書ボランティアを15年くらい、それから精神科と小児科病棟でガーデニングのボランティアをしていました。自分も植物が好きだったこともあり、季節ごとにお花を植えたりして楽しみながらやっていたようです。

私が鴨川で20年間やってこれたのも、家内のサポートのおかげだと感謝しています。

何回も繰り返し読んだような本はありますか？

好きな本は何冊かあります。特に「敦煌^{とんこう}」を書かれた井上靖さんのファンで、特にシルクロードの旅行記「西域物語」は今でも好きです。あと沢木耕太郎さんの「深夜特急」シリーズも好きです。シルクロードはずっと行ってみたいと、中国事業統括室の呉海松室長

と一緒にいこうと誘っているところですよ（笑）。

健康管理上何か気を付けていらっしゃいますか？

主任部長になって仕事の内容がだいぶ変わりました。カテーテル検査にもあまり参加できなくなり、最近太ってきました。食事は家内に管理してもらっているんで、せめて週に一度くらいは運動しないといけないと思っています。そこで、最近ピラティスを始めました。おかげさまでだいぶ体がやわらかくなりました（笑）。

最後に循環器内科の今後の展望をお願いいたします。

この地域は公共交通機関があまり発達していません。また道路などのインフラも同様です。昨日は亀田京橋クリニックの外来だったのですが、大雨と強風でアクアラインが止まってしまい大変な思いで帰ってきました。そこで私はこの南房総地区で循環器疾患の患者さまはすべて亀田総合病院循環器内科で完全に治療できるようにしたいと考えています。そのために TAVI も始めました。

あとは非常に難しいですが、可能な限りご満足いただける医療サービスを行おうと、常々スタッフに言っています。

若い先生方へのメッセージをひと言。

自分が患者となって医師と向かい合うことを想像し、自分の顔が患者さまからどう見えているか常に意識してほしいと思います。例えば一度でいいので、外来の患者さま用の椅子に腰かけ、そこから医師がどう見えているのか見てみる。手術台に横になってみて、カテーテルの検査の直前はどうかと想像してみるのもいいと思います。やはりお年を召した方が多いので、患者さまの気持ちに寄り添える医師になってほしいと願っています。

患者さまによっては医師に言いたいことがあっても言えない方もいます。例えば看護師さんや、PSR さんには「こんなことがあったよ!」と気軽に話しても、医者には言わない、言えないこともあるでしょう。ですからいつもこちらから相手の立場に立って考えることを意識しなければ良い医療はできないと思います。

若い先生には分かりにくいでしょうが、いざという時このことが必ずあなたの強みになると思います。

本日はお忙しい中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

入職式 新入職員 379 人

4月1日(土)、平成29年度入職式が開催され、総勢379人が医療人としてのスタートを切りました。

入職式では、亀田隆明理事長が挨拶に立ち、亀田のポリシーを紹介。「ルールや規則に縛られることなく、Always Say YES!!の精神で患者さまの意見に耳を傾け、その要望をどうしたら成し遂げられるのか考えることが大切」だとし、「あるところまで考えたら慎重さと勇気をもって行動に移してみることも大事。状況に応じて“Do & Think”の精神で取り組んでほしい」と呼びかけました。

また人口減少社会を迎えた日本において、「ふるさととともに我々が生き残っていくためには、この地域だけを見ていてはだめでグローバルに目を向けていく必要がある」とし、「当院はアジアのハブ(中核)となる病院をめざしてゆく」と将来のビジョンが語られました。

そして新入職員に対しては、「医療人としての基礎



をここでしっかり身につけ、将来、アジア全体で活躍してもらいたい。遊びも仕事も楽しく、時に自分にこの仕事は向いていないのではないかと思います悩むこともあるかもしれないが、それらを乗り越え、大きく育ってほしい。皆さんの活躍に大いに期待しています」と訓示を述べました。

本年度の新入職員の内訳は以下のとおりです。

- ・診療部 72人 ・看護部 172人
- ・医療技術系職員 86人 ・事務系職員 49人

森の里病院 新病棟増築工事開始 2018年度より地域包括ケア病棟を開設予定

神奈川県厚木市で地域医療に取り組む亀田グループの「森の里病院」(須藤隆二院長)では、2018年2月の竣工をめざし、新病棟の増築工事がスタートしました。



工事に先立ち2月6日には地鎮祭が執り行われ、亀田隆明理事長をはじめ病院職員や設計・施工関係者ら30人が参列。工事の安全を祈願しました(写真)。

森の里病院では、2014年4月の診療報酬改定で急性期医療とその後の亜急性期医療を充実させる目的で「地域包括ケア病棟[※]」が新設されたことを受けて、2018年度より病床機能の転換を計画しています。具体的には、駐車場内に新病棟を増設し、62床ある病棟すべてを新病棟へ移動。一般急性期病棟(32床)と地域包括ケア病棟(30床)に機能転換することで、急性期治療を経過し、病状が安定した患者さまが安心して地域へお戻りいただけるよう在宅復帰に向けた治療・支援を行える態勢を整えます。

※地域包括ケア病棟：手術や検査が終了した後、すぐに在宅や施設へ移行するには不安のある患者さまに対して、しばらくの間入院療養を継続し、在宅復帰に向けた医療や支援を行う病棟。

【研修医修了関連】

初期研修医第 29 期生修了

2015年4月1日から2017年3月31日までの2年間初期研修課程を修了した22名の医師とTTSP実務薬剤師レジデンスプログラム研修課程修了者1名に、3月16日(木)、亀田隆明理事長より修了証書が授与されました。各修了者の今後の予定は下記の通りです。(敬称略)

- ・城下 彰宏(亀田総合病院:呼吸器内科後期研修医)
- ・田中 悠(同:呼吸器内科後期研修医)
- ・保坂 公雄(同:心臓血管外科後期研修医)
- ・三島 修治(同:呼吸器外科後期研修医)
- ・金本 嘉久(同:産婦人科後期研修医)
- ・小池 由実(同:産婦人科後期研修医)
- ・金久保祐介(亀田ファミリークリニック館山:
家庭医診療科)
- ・伊豆倉 遥(安房地域医療センター:
地域ホスピタリストプログラム)
- ・常石 大輝(同:
地域ホスピタリストプログラム)
- ・井上 凡(太田記念病院:心臓血管外科)
- ・小田 康弘(湘南鎌倉総合病院:腎免疫血管内科)
- ・三枝 万紗(同:腎免疫血管内科)
- ・木村 悠哉(同:呼吸器内科)
- ・山田 拓也(同:救急総合診療科)
- ・片山泰一郎(慶應義塾大学病院:眼科)
- ・神谷 高博(同:内科学教室)



- ・西條 裕介(慶應義塾大学病院:整形外科学教室)
- ・多田 彩子(同:外科)
- ・鈴木 昂名(北里大学病院:総合内科)
- ・中島 萌子(聖路加国際病院:産婦人科)
- ・矢野絵里子(東京慈恵会医科大学附属病院:産婦人科)
- ・中村 早希(国立成育医療研究センター:教育研修部)
- ・宇田川雄也(亀田総合病院:薬剤部)

初期研修修了医師の中で、学業的にも人物的にも最も優れた者に贈られる Resident of the Year Award には小田康弘医師、研修医の教育に携わった医師で最も優れた指導者に贈られる Teacher of the Year Award には、野田剛医師(安房救急科)、初期研修医1年次生が2年次生を選ぶ Mentor of the Year Award には西條裕介医師、功労賞に小田康弘医師、神谷高博医師、山田拓也医師が選ばれました。

また、BEST診療科に総合内科、研修医が5名以上研修した診療科より選ばれるBEST指導医には、28名の医師が選出・表彰されました。

2016 年度後期研修修了



当院の研修医として後期研修課程を修了した27名の医師に、3月9日(木)、亀田信介院長より修了証書が授与されました。修了した各医師の氏名は次の通りです。(敬称略・カッコ内は修了した診療科名)

- ・竹原 由佳(麻酔科)
- ・今井恵理哉(麻酔科)
- ・稲葉 真貴(脳神経外科)
- ・范 博(泌尿器科)
- ・加藤 亜希(整形外科)
- ・西原 悠二(総合内科)
- ・阪口 誠二(総合内科)
- ・小林 知志(内科合同プログラム)
- ・神田 圭輔(消化器内科)
- ・林 健太郎(消化器外科)
- ・山脇 聡(呼吸器内科)
- ・鈴木 史(呼吸器内科)
- ・徳本健太郎(神経内科)
- ・碓井 喜明(血液・腫瘍内科)
- ・瀬尾百合子(産婦人科)
- ・鈴木 陽介(産婦人科)
- ・笹澤 裕樹(内科小児科複合プログラム)
- ・氏川 智皓(家庭医診療科)
- ・山下 洋充(家庭医診療科)
- ・高橋 亮太(家庭医診療科)
- ・鈴木 理永(家庭医診療科フェロー)
- ・河南 真吾(家庭医診療科フェロー)
- ・田島 明野(家庭医診療科フェロー)
- ・玉野井徹彦(家庭医診療科)
- ・藤田 浩二(感染症科フェロー)
- ・鈴木 啓之(感染症科フェロー)
- ・鈴木 利直(救命救急科)

歯科医師研修修了

平成9年4月から歯科臨床研修指定病院に指定されている当院歯科センターは、一年間の研修課程を修了した4名の歯科医師に、3月23日(木)、亀田秀次歯科センター長から修了証書が授与されました。

修了した各医師の氏名と今後の予定は次の通りです。(敬称略)



- ・宇田川詩織(亀田クリニック歯科センター 一般歯科)
- ・澤田 和香(医療法人社団 精密審美会)
- ・渡邊 弘也(医療法人社団徳洋会 大谷歯科クリニック)
- ・石井 嵩章(鶴見大学歯学部 歯内療法学講座)

「Paper Of the Year 2015」表彰



ペーパーオブザイヤーは保健、医療、福祉等に関する研究の支援を目的とし、主として医療法人鉄蕉会及び亀田医療大学の若手研究者の優れた研究成果に対して表彰するもので、昨年度までは医療法人鉄蕉会が主体となり実施していましたが、今年度から亀田医療大学総合研究所が引き継ぎました。

2回目となる今回も多数の優秀な論文の応募があり、厳正な審査を実施し、各部門の受賞者が決定され、3月10日(金)、亀田医療大学会議室にて授賞式を行いました。

式には受賞者と受賞部門の所属長が招待され、学校法人鉄蕉館亀田省吾理事長、橋本裕二学長兼総合研究所長など、関係者が参加し開催されました。

「Best Paper Of the Year 2015」を受賞した亀田京橋クリニック放射線科部長代理の町田洋一医師

は、受賞者を代表し、「このたびはまことに光栄に存じます。本論文は2014年京橋クリニック入職後に取り組んだもので、亀田の豊富な症例と先進的な医療体制がなければ不可能な研究でした。今後は自身も研鑽に励むとともに、後進の育成にも力を注いで参りたい」とコメントしました。

受賞者は、以下のとおり。(敬称略)



< Best Paper Of the Year > 町田洋一
(亀田京橋クリニック 放射線科部長代理)

「Two Distinct Types of Linear Distribution in Nonmass Enhancement at Breast MR Imaging: Difference in Positive Predictive Value between Linear and Branching Patterns」

<医 師 部 門> 安田英人(集中治療科医員)

<後期研修医部門> 吉岡賢二(循環器内科医員)

<看 護 部 門> 高橋静子(医療安全管理室
セーフティマネージャー)

<薬 剤 部 門> 鈴木正論(薬剤部主任)

<臨床検査部門> 須磨谷いづみ(臨床検査管理部)

<医療技術部門> 関根広介(医療技術部)

<リハビリテーション部門> 吉本隆彦(リハビリテーション室主任)

<亀田医療大学> 古賀雄二(成人看護学講師)

侯さん、劉さん 帰国前アンケート

日本のリハビリテーションシステムを学ぶため、昨年11月21日から2月9日まで中国から看護師の侯 雪花さんと劉 海曇さんの2名が来日し、リハビリテーション事業管理部で研修を行いました。

中国国家统计局が2013年1月に発表した人口統計データによると、中国の人口は13億5,404万人に達し、そのうち60歳以上の高齢者^(※)は1億9,390万人と、すでに日本の総人口を超える数の高齢者がおり、総人口の14.3%を占めています。1950年代の「ベビーブーム」に生まれた人々が、現在最初の高齢者人口増のピークを形成しており、今後も毎年800万人ずつ増加していくことが予測されています。

2050年には4億3,000万人に達する見通しで、これは3人に1人が60歳以上の高齢者となる計算です。

※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

急速に進む高齢化社会を背景に、リハビリテーション医療の需要が急激に高まっているものの、日本のような理学療法士・作業療法士・言語聴覚士と



いった専門職者(セラピスト)の国家資格制度は整備されておらず、リハビリテーション科の医師や看護師がリハビリテーションを行うこともあるそうです。

また、中国で行われているリハビリテーションは、急性期医療におけるリハビリテーションが主体で、急性期病院を退院すると患者さまやご家族の希望を聞くこともなく終了となる場合が少なくないといえます。リハビリテーションを必要とする患者さまはもとより、提供する側の医療者も「リハビリテーションとはどういうものなのか」理解が曖昧で、専門的な知識を持った人材の育成も課題の一つとなっています。そのため、中国政府も制度整備や公費を投入したリハビリテーション病院の整備に乗り出すなど対策を講じていますが、現状では公的保険制度や医療技術、運営面等が十分でないといえます。

そうした現状を受け、当院では昨年、中国の国有複合企業である中信集団(CITIC)と中国におけるリハビリ事業を支援することで合意し、その第一段階として、中国からの研修生の受け入れを行いました。今回研修にやってきた侯さん・劉さんは、山西省西南部に位置する運城市第2の総合病院「中信運城五四一病院」の看護師で、それぞれ神経内科病棟、整形外科病棟に勤務しています。リハビリテーションについて学ぶのは今回が初めてという両名のために、村永信吾リハビリテーション事業管理部長のもと、日本の医療制度と亀田グループにおけるリハビリテーション部門の役割を学んでもらうプログラムが組まれました。

「リハビリテーションはシステムである」をキーワードに、疾患発症直後から廃用症候群を予防する急性期リハビリ、積極的な機能回復を推進する回復期リハビリ、患者が障害を有しながらも自立して生活を維持することができるよう環境整備を行う維持期リハビリに至るまで、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実際に見て回り、自分が勤める病院との比較を通して、リハビリテーションの体系とプロセスを学びました。

80日間にわたる研修を終えたお二人に、日本と中国のリハビリ医療の違いや研修を通じて学んだことなどについてお聞きしましたので、ここでご紹介させていただきます。(敬称略)



侯さん

劉さん

Q1. 日本と中国、リハビリ医療の環境の違いに戸惑ったこと、驚いたことはありますか？

侯 リハビリテーションの急性期から維持期まで、全ての体制が整っている点、またリハビリだけでなくさまざまな専門職種が整っていることにも驚きました。

劉 日本のリハビリテーション制度が整っている点です。また患者の自宅を訪問し、生活動作だけではなく、家屋改修についても指導をしているところに驚きました。

Q2. 研修を通じて、一番印象に残ったことはなんですか？

侯 言葉が通じない自分達に、スタッフの皆さんが家族みたいに親切で、専任の通訳者を用意してくれて、買い物なども連れて行ってくださったところなどに感動しました。

劉 スタッフ全員が仕事に対して、真面目で、厳格な姿勢でいることが一番印象に残りました。

Q3. 日本のリハビリ医療について、どのような印象を持ちましたか？

侯 医療サービスがとても充実しています。入院から退院、退院後のフォローまですべてリハビリテーションと関わっています。

劉 プロセスが完璧です。患者のため、品質の高い医療サービスを提供しています。

Q4. 研修を通して気づいた中国のいい点と日本のいい点を教えてください

侯 日本の良い点は、時間管理がしっかりしているところと、サービスが充実しているところです。中国の良い点は、団結心があるところです。

劉 日本の良い点は、みんながマナーをしっかり守っているところです。例えばゴミの分別や自動車運転などが挙げられます。中国の良い点は、美味しいものがいっぱいあります。

Q5. 今回の研修で成長できた点を教えてください

侯 チーム医療の良さを感じました。患者のために最高の医療サービスを提供する取り組みがしっかり機能していることがわかりました。

劉 リハビリテーションに対しての理解が深まりました。リハビリテーションは身体機能を高めることだけでなく、活動参加の関与もとても大事です。

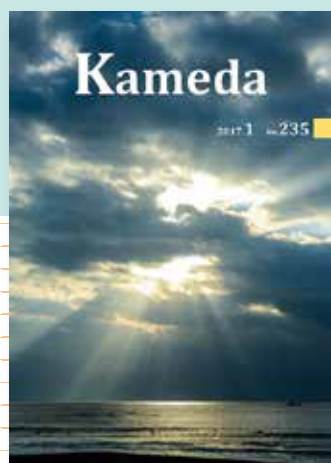
Q6. 今後の目標を教えてください

侯 亀田で研修したリハビリテーションの知識を中国の病院で活用したいと思います。医療従事者だけではなく、患者やその家族にもリハビリテーションの良さを伝えたいと考えています。

劉 チーム医療の概念を持ち帰って、中国の病院で活用したいと思います。

研修の集大成として、2月8日(水)には亀田隆明理事長や研修の受け入れを行ったリハビリスタッフ向けに最終報告会が行われ、今回の研修で学んだリハビリテーションにおける日中の違い、中国のリハビリテーションの現状を考慮した上での実際の運用についての考察が、侯さん・劉さん、それぞれの視点から語られました。

報告を聞いた参加者から、中国での実際の運用について積極的に参考意見が挙げられるなど、実りの大きな報告会となりました。会の最後には、村永信吾リハビリテーション事業管理部長より「こちらの意図を組んで、本当によく理解してくれました」の言葉と共に研修修了証が手渡され、侯さん・劉さんは笑顔で修了証を受け取り帰国の途につきました。



病院報読者アンケート結果のご報告

今後の印刷計画を策定する上での参考資料とする目的で、広報誌「亀田総合病院報 No.235」(2017年1月号)をフルカラー印刷で作成してみました。全ページ、フルカラーでの広報誌作成は、広報企画室にとっても初の試みで、誌面デザインや色の使い方など室内で何度も検討を重ねながら作業を進めました。

そうして作り上げた広報誌が読者の皆さまにどのように受け止められているのかを知るため、「読者アンケート」を実施、156件の有効回答を得ることができました。5,000部発行している広報誌からするとごく一部ですが、改めて皆さまのご意見や感想に触れる機会となりました。

アンケートにご協力いただきました皆様にこの場をお借りしてお礼を申し上げるとともに、結果をご報告させていただきます。なお、いただきましたご意見は、今後の誌面づくりの参考とさせていただきます。

対 象：「亀田総合病院報」の読者

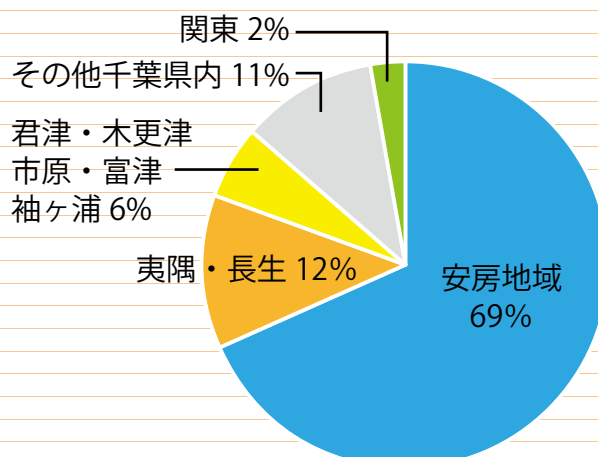
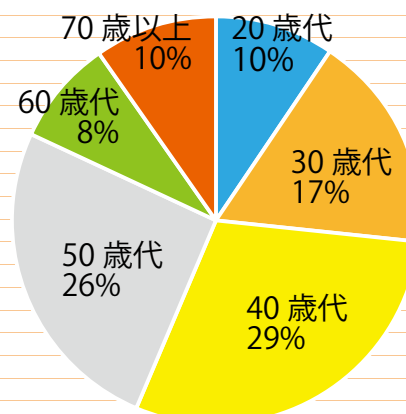
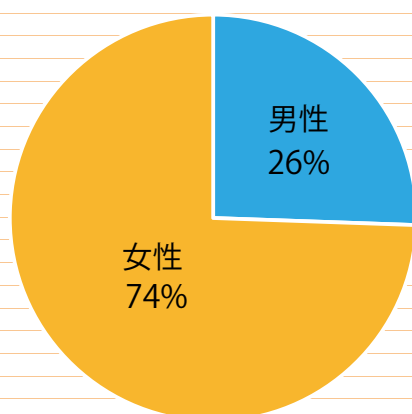
回収方法：・広報誌「亀田総合病院報」を郵送している各機関にアンケート用紙を同封し、FAX回答
・院内に設置した回収ボックスへ投函

調査期間：2017年1月4日から2月28日まで

回 答 数：156件

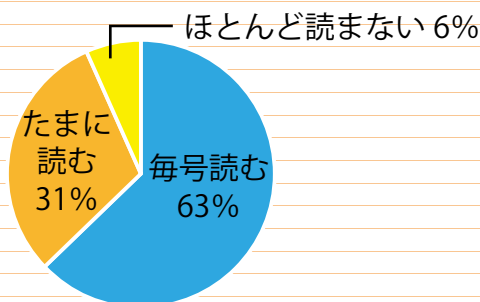
■ アンケートにお答えいただいた方について

※小数点を切り捨てているため、必ずしも合計が100にならない場合があります



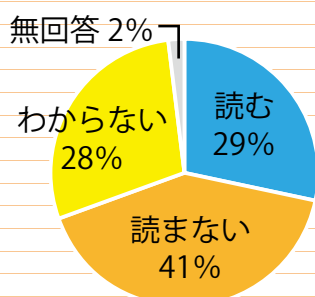
■ 誌面の内容について

(1) 「亀田総合病院報」をどのくらい読んでいますか？



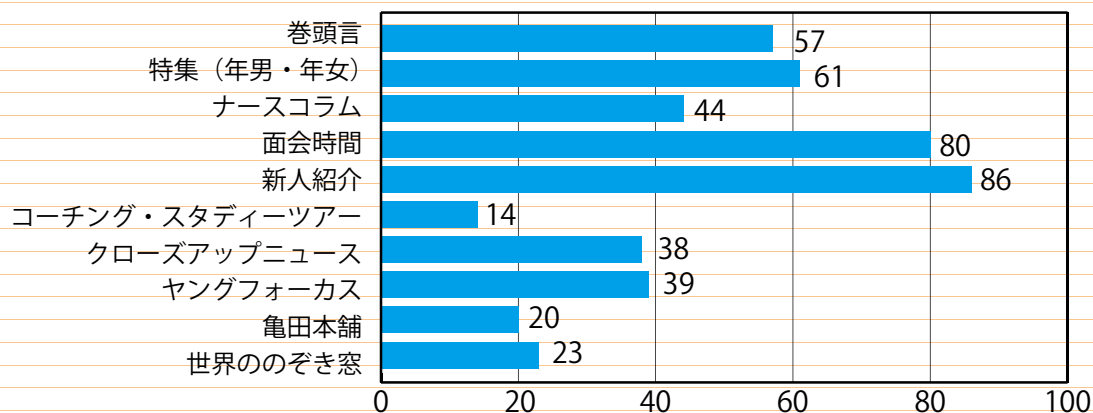
6割超の方から、「毎号読む」とのご回答をいただきました。(ただし、アンケートに回答している時点で広報誌に対して何らかの期待や関心を持っていると思われることを考慮する必要あり)

(2) 現在、「亀田総合病院報」は冊子の形で発行していますが、ホームページ上でも読めるようになったら読めますか？



3割の方から、「ホームページ上で読めるようになったら読む」とのご回答をいただいたことを受けて、早速ホームページ (<http://www.kameda.com/ja/general/about/magazine/index.html>) から「亀田総合病院報」をご覧いただけるよう対応しました。ぜひ、ご活用ください。

(3) 「亀田総合病院報」で特に興味のある記事はどれですか？（複数回答可）



上記回答の理由をお尋ねしたところ、特に興味を持って読んでいただいている人気の5記事は、「新人紹介」「面会時間」「特集（年男・年女）」「巻頭言」「ナースコラム」であることがわかりました。それぞれの企画について以下のようなご意見が聞かれました。

新人紹介：「どんな人が入っているかなど興味がある」

面会時間：「ためになる。おもしろい」「人となりがわかっておもしろい（普段見えているものとは違う面が見れる）」「普段診療に行かないドクター、科についてなど知れていい。（ドクターの人柄、得意分野など）今後受診した際の参考になる」

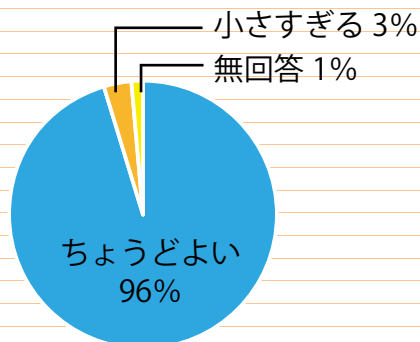
特 集：「人の思いを知ることが自分の視野拡大につながる」「いろんな人の考えがわかった」

巻 頭 言：「本法人の方針がわかる」「病院の動向、トップの考えが知れる」

ナースコラム：「患者の立場から、ナースは何を考えてるかわからないので参考になる」「コラムを読み感動させられることが多い。大きな期待を持って読んでいます」「看護の深い場面での（自分の時には出会わない）応対など評価して結果まできちんと書いてある。看護師のお仕事を頑張っているのがわかる」

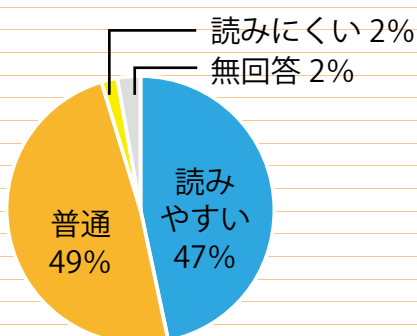
■ 誌面の見やすさについて

(1) 文字の大きさはどうでしたか？



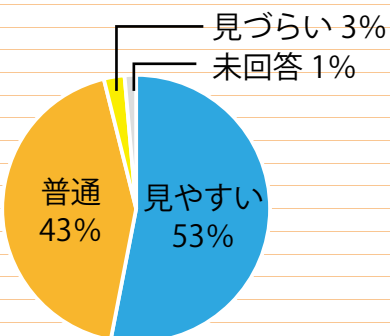
ほとんどの方から「ちょうどよい」との評価をいただきました。

(2) 誌面は読みやすかったですか？



約5割の方から「読みやすい」との評価をいただきました。「読みにくい」と回答された方からは、“来院者が読みにくい”“文字ぎっしり”“紙が厚くてめくりにくい”といったご意見をいただきました。今後の誌面づくりの参考とさせていただきますと思います。

(3) 色使いは見やすかったですか？



約5割の方から「見やすい」との評価をいただきました。「見づらい」と回答された方からは、“ちょっと暗いイメージ”“写真は良いが、色が多いと見づらい”“年男年女が読みづらいと感じた”“来院者が読みづらいと感じた”といったご意見をいただきました。今後の誌面づくりの参考とさせていただきますと思います。

■ 「亀田総合病院報」についてのご意見（自由記述）

フルカラー化について

- ・フルカラー印刷で読みやすくなった。明るい感じがしてよい (40代女性ほか)
- ・フルカラー印刷である必要性は特に感じない (40代女性ほか)

表紙について

- ・表紙写真がよかった (50代女性ほか)
- ・表紙写真が暗いイメージの時が多いように思う (50代女性)
- ・表紙には亀田病院等のすてきな庭等も利用してはどうか (60代女性)

ページデザイン、装丁について

- ・今の文字数、大きさに慣れているので、文字が小さくなると読みづらくなる (50代女性)
- ・字数が多くなると読みづらい。サラッと読めるくらいが読みやすい (50代女性)
- ・紙が良すぎてもったいない (50代女性)

企画について

- ・高齢者に役立つ特集を時々組み込んでほしい (70代男性)
- ・患者からの投稿があるといい (40代女性)
- ・病気で入院したり、かかっている人の立場での問題なども載せるともっと読む人が増えるのかもしれない (60代男性)
- ・病棟や診療科の紹介、部門の紹介がもっとあるといい (50代女性)
- ・職種ごとの仕事の概要などのレポートがあると職種間で理解が進む (40代男性)
- ・職員が多くなり、個々人を認識しながら働くのが、むずかしくなっている。組織ではなく人に焦点を当てている構成がよいと思う (40代女性)
- ・我が家のペット自慢のコーナーを復活してほしい (50代男性)
- ・オルカメンバー（亀田さんのスタッフ）の特集を載せてほしい (50代女性)

そのほか

- ・今後も継続してほしい (50代男性ほか)
- ・来院時は必ず読んでいます。毎回楽しみにしている (60代女性)
- ・病院に用がない限りは広報誌を手にとって読む事がほとんどないが、過去のものがあるときはまとめていただいていく。HP掲載されたら勉強のため毎回読むと思う (40代女性)

※そのほか、多数のご意見を頂戴しましたが、誌面スペースの都合で割愛させていただきます。
貴重なご意見をお寄せいただき、ありがとうございました。

ホームページから広報誌が読めるようになりました

いつも「亀田総合病院報 (Kameda)」をお手に取っていただき、ありがとうございます。

さらに読んでいただける広報誌をめざして、3月より「亀田総合病院報」がホームページからもご覧いただけるようになりました。2017年1月号から掲載しておりますので、「前号を読み逃してしまった」という時は、どうぞこちらのページをご活用ください。

<http://www.kameda.com/ja/general/about/magazine/index.html>

今後も皆様のお役に立つ情報の発信に努めてまいりますので、お気づきの点等ございましたら、ぜひご意見をお聞かせください。





ナチュラルガーデン

アイビー千葉 星野 資子

毎月第2木曜日の午後1時半、私達の作業は始まります。全員そろえば8名。

前回のミーティングで、その日の主な作業は決まっていますが、各々がガーデンを見まわし、必要と思った仕事にとりかかるのが、いつものやり方です。

草取りだったり、枯れた植物の片付けだったり、また次の季節に合う野菜や花の植え付け、種まきだったり…。そのうち、入院中の患者さんが見え「毎日、楽しみにしているんですよ」と声をかけてくださり、花談義が始まります。

院内放送をしてくださるおかげでしょうか、車椅子の患者さんなどおいでになることも多く、ハーブの枝を切って差し上げたり、通院中の方には実った



野菜を差し上げたりすることもあります。こんな風にいつも患者さんとの交流の中、私達の作業は進んでいきます。

だいぶ以前、私がこの病院に入院した時、立派な花壇も良いけれど、どの家庭の庭にもあるような、生活の中で身近に季節を教えてくれるそんな庭があったら良いのと思ったのがきっかけです。その後、病院の理解と協力のもとボランティアへ呼びかけ、数年前ナチュラルガーデンが始まりました。

私は長年、農業を仕事としてきました。毎年、毎回、野菜・稲・花々が成長していくのを見るにつけ、小さな感動を覚えます。こんな小さな種が土にまかれ、少しの人間の助けで、太陽と水の恵の中で育ち、私達の生命を支えてくれる野菜となり、また心を和ませてくれる花を咲かせる。つぼみがふくらんだり、実が育つていく様子は、治療中の方たちにもきつと小さな喜びと励ましを与えてくれるでしょう。そんな思いで活動を続けています。

私達の活動で不十分なことがひとつあります。作業日が月1回しかとれないこと。特に夏場には、せっかくの植物を枯らしてしまうこともあります。病院の職員の方で、草花に関心のある方、是非ボランティアとして参加して下さることを願っています。



ボランティア 活動報告

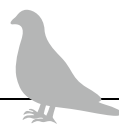


オルカバス登場！

鴨川市の女子サッカー チーム「オルカ鴨川FC」のバスができました。選手の移動や遠征などに使われる予定です。ぜひ見かけたら手を振ってください。

世界のぞき窓

第9回 私と、鳩と、ときどき軍曹



かすていら
文明堂

すべてはベランダにアシダカ軍曹が現れたことから始まった。アシダカ軍曹とはアシダカグモのことである。「アシダカグモ2、3匹でその家のゴキブリ分隊は壊滅する」といった都市伝説もあり、ネットでは「軍曹」と呼ばれている。唯一惜しむらくは、アシダカ軍曹がゴキブリに負けず劣らずの恐ろしい外見をしていることで、そのために人間によってゴキブリよりも先に命を奪われることもある、悲劇の軍曹なのだ。

洗濯物を干していたら、そんな任務遂行中のアシダカ軍曹に遭遇した。その後すみやかに濡れたままの洗濯物を取り込み、ベランダへ通じる扉を固く封じた。軍曹の作戦を邪魔してはいけないのだ。もとい、軍曹が洗濯物の袖にでも隠れていて、万一気づかずにそれを着る様なことがあっては悲劇である。軍曹はなんにも悪くはない。しかし、できれば見えない所で活動をしてすみやかに去ってほしいのだ。

こうしてベランダを封じたまま季節が流れた。ふと見ると、手すりにフンが落ちていた。私は気にしなかった。また季節が流れた。ある朝、ポツポウという声で目が覚めた。ずいぶん近かったが、鳩時計のようではしゃがんでいた。私には気にせず二度寝した。

ある平日の午後、ふとベランダを見たら鳩が5羽いた。慌てて追い払ったが、ものの

5分もしないうちに再びやってくる。このやり取りを何回か繰り返してから気づいた。どうやら気づかないうちに我が家は侵攻されていたようだ。いまいまい鳩たちによって。

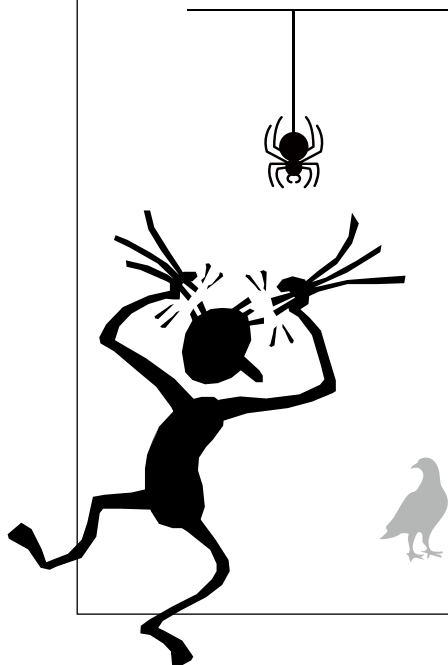
鳩は平和の象徴とか、ノアの箱舟で流されたノアの一家に水がひいたことを知らせる使者だとか神聖視されることも多い一方、「飛ぶドブネズミ」の異名を持ち、フンの多さや、伝染病を媒介することでも有名である。とにかくベランダを掃除しても掃除してもすぐにフンが山積みになる始末だ。マンション全体がそのようで、近隣からも週末になると鳩への呪詛の言葉を並べてベランダ掃除をしているお父さん方をよく見かけるようになった。さっそくネットを調べて、鳩よけのプラスチックのとげ、100均の蛇のおもちや（鳩は蛇が天敵らしい）、水鉄砲、磁石（鳩の帰巣本能を狂わすらしい）、つりさげるCDなどを設置し、襲撃に備えた。上官である室長から「テグスを張り巡らせるんだ」と詳細な図案まで書いてもらいブービートラップを設置した。私は安心して眠りについた。

翌朝、賑やかな鳩時計の音とともに目を覚ました。もちろんベランダからである。

そっとカーテンを覗くと、鳩が2、3羽テグスや鳩よけの間のわずかな隙間に座り込み、喉を鳴らしている。かっとなって水鉄砲をふりまわしてベランダへ飛び出したが、

「ぼー」と間の抜けた声で近くの木にとまってこちらを眺めている。おもちゃの蛇も磁石もフンまみれで、おまけに派手な色合いの蛇のおもちやは何体か下に落とされたようだ。朝のウォーキングをしているお年寄りが生きていると勘違いして大騒ぎになっては大変なので、慌ててさがしにいったのはまた別の話である。

私は白旗を上げた。鳩たちが住まいを決めたら、それを人間がどうこうすることは不可能なのだ。ただ黙って毎日フンを掃除し、別のよりよい住まいが見つかるように願うばかりである。ちなみにアシダカ軍曹の姿をその後二度と見ていない。ベランダを守ろうとして鳩の餌食になったか、新たな戦場へ繰り出したかは知る由もないが、フンまみれのベランダを見て無事を願わずにはおれないのであった。



亀田総合病院報

2017.5
No.237

2017年5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
〒296-8602 千葉県鴨川市東町929 編集：広報企画室

当広報誌は個人情報保護のもと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>