

Kameda

2018.5 No.243

小さくてもオンリーワン！

亀田総合病院 院長 亀田 信介

今年度は診療報酬、介護報酬同時改訂とそれに伴う制度改正がありました。2025 年に向けた国の目指す医療政策の方向性がある程度示されたことが特徴で、大枠では高度急性期病院、地域包括ケアの中心となる地域病院、そして介護を中心とした医療施設の 3 つに役割を明確化してゆくというものです。予想に反し、一般病棟の多くが、看護基準 7 対 1 を取得したため、行政は平均在院日数や重症度・医療・看護必要度、在宅復帰率など様々な要件を追加し、不必要な 7 対 1 病棟を減らそうとしましたが、思うようにはいきませんでした。そこで今回、看護師の配置人数のみが診療報酬に大きく反映されていた制度から、看護師のみならず様々な職種によるチームとしての評価や、入院している患者さまの病状や治療の成果（アウトカム評価）に移行させようと考えています。

また 7 対 1 を維持するために一病棟を地域包括ケア病棟に転換し、平均在院日数や重症度・医療・看護必要度をクリアしてきたような病院には、入院総合体制加算などの申請要件により、病院の役割の明確化を迫っています。つまり高度急性期病院を選択するのなら、地域包括病棟など持たずに要件をクリアしなさい。できないのであれば地域病院として在宅医療や救急医療に力を入れて地域包括ケアの一員として頑張ってくださいといった感じです。このような診療報酬制度による誘導は今後さらに強くなってゆくと考えられます。従って亀田グループでも、それぞれの医療機関の役割を明確化し、それぞれのカテゴリーでのベストを目指さねばなりません。亀田総合病院は当然高度急性期病院として、最先端の臨床、教育に加え、さらに今後は

研究にも力を入れてゆきます。そのためにも亀田京橋クリニックや、幕張事業部との連携による遠方の患者さまの獲得が重要になります。加えて東京をターゲットとしたより大型の連携施設も計画中です。

こうした中、神奈川県厚木市にある森の里病院（須藤隆二院長）では、新たなコンセプトに基づいた医療機関に生まれ変わるために昨年から進めてきた新病棟が竣工しました。亀田グループの職員の中には森の里病院と言われてもピンと来ない方も大勢いるでしょう。5 月からは「亀田森の里病院」と名称も改め、32 床の一般病床と 30 床の地域包括ケア病床からなる、機能強化型在宅療養支援病院として、国内のモデルとなるような病院を目指します。

地域の開業医の先生方にとっては頼みやすく、便利で信頼される病院を目指し、大学病院などの大病院からは、自宅退院に向けたリハビリや亜急性期医療の引き受け先として、また地域の患者さまには家庭医的な、子供からお年寄りまで気楽に受診できるかかりつけ医の役割と、ご本人が望めば最期まで自宅で安心して過ごしていただける地域づくりの基盤的役割を果たしてゆきたいと思います。

医療や介護には上も下もありません。まさにイコールパートナーシップの概念が重要であり、自分たちに与えられた役割や目指しているサービスをいかに高いレベルで実現してゆけるかが問われます。「亀田森の里病院」は亀田総合病院から比べると小さな病院かもしれませんが、亀田グループ全職員の力を持って、オンリーワンの素晴らしい病院に育てたいと考えています。皆様のご理解とご協力をお願いいたします。



面会時間 No.136

ゲスト：疼痛・緩和ケア科
部長

せきね りゅういち
関根 龍一 医師



日本ではなじみの薄かった「緩和ケア」という分野を米国で勉強し、日本に、そして亀田に戻ってこられてからちょうど12年。その節目の年に出された「鴨川宣言2018」や、この間に緩和ケアに対する医療者や国民の理解などがどう変化したのかについて疼痛・緩和ケア科の関根先生にお話をうかがいました。

ご出身はどちらですか？

生まれたのは東京ですが、父親の仕事の関係で、中学2年くらいまで奈良に13年ほどおり、その後京都に移りました。祖父は日蓮宗のお寺の住職をしていて、父親もお寺の息子として仕事を手伝いながら、当時はまだ公務員として研究をやっていました。

当時は中高一貫の、しかもカトリック系のミッションスクールに通っていました。学校ではミサに参加しなければなりませんし、賛美歌を歌ってお祈りもしていましたが、家に帰ると太鼓をたたいて南無妙法蓮華經を唱えていました。

鴨川市は日蓮さんのお膝元ですが、私も8歳の時に清澄寺で得度しています。正式に修業してないので住職にはまだなれませんが、これでも一応僧侶の端くれです。

ビハーラ(末期患者に対する仏教ホスピス)のように僧侶でもあり、医師でもある方がケアをしているところもあるのに、先生はなぜアメリカに勉強に行こうと思ったのですか？そしてそもそもどうしてミッションスクールから医学部へ進もうと思ったのですか？

自分の中では、僧侶として生きていくビジョンが描けませんでした。私の祖父は、仏教の師匠になりますが、「人の役に立つような人間になれ」と言ってくれていました。その答えが私にとってはすぐに僧侶になることではなかったのです。子供ながらに本や新聞を読んだり、ニュースを見て、脳死だとか臓器移植だとか、もっと生きたいと苦しんでいる人たちは病院の中にいると分かっていました。

一方、寺は亡くなった方のケアをしているかもしれませんが、でも自分の感じとしては、生きて苦しんでいる人の助けになりたいと思いました。

近い身内に医者もいなかったし、どちらかという自分では文系なので、受験では苦労しましたが、なんとかクリアしました。そんな状況でしたが、はじめから「自分は終末期をやる」と決めて医学部に入りました。

お話をうかがっていると、物静かで、思慮深い関根少年の姿が浮かび上がってきます。でも滋賀医科大学医学部を卒業すると、すぐにインターンとして沖縄米海軍病院に行くなど、ずいぶん思い切った行動派に変身しましたね。

大学時代に何人かの恩師に出会い、終末期医療なり、今で言う緩和ケアを総合的に診る医者になるには、内科医として優れた臨床能力をもっていなければなら

ないということを教わりました。20数年前の話ですが、できればアメリカで研修した方が良いということを知り、いろいろな先生から聞いていたので、アメリカの国家試験の勉強を医学生のうち準備できました。

それでも英語の能力が自分の中ではまだ足りていないと感じていたのも、米軍病院ならばアメリカ人を診療できるということで、卒後はそういう環境に入って準備をさせていただこうと決めていました。

無駄がないキャリアパスですね。1年間英語漬けというか、アメリカ方式というのでしょうか。患者さまをきちんと診る医師としての教育を受けて、そこから亀田の研修医になられたのですね。

いきなりアメリカに行くというのも考えてはいたのですが、当初は実力が足りなくて、試験も全部通っていませんでした。渡米をめざす医師のためのセミナーやワークショップなどもあるのですが、そういう場所では、「あなたはどのみち向こうに行っても資格も足りないで、応募もできない状態だ」と言われ、研修先の選択肢を考えていた時、たまたま沖縄に亀田総合病院の外国人指導医であるGerald Stein（ジェラルド・スタイン）先生という方が来られていて、「アメリカに行きたいなら、亀田に来ればいいのか、指導してあげるから」と言っていただきました。

スタイン先生、なつかしいですね。

「沖縄県立中部病院にスタイン先生来るらしいよ!」という話が広まり、もちろんスタイン先生のことは私達も知っていましたが、亀田総合病院も非常に間口の広い病院で、さまざまな研修医を受け入れてくれると聞いていました。ちょうど亀田の初期研修を修了した先生が留学されたとも聞いていました。20年前の話です。

亀田には2年おり、渡米準備もさせていただき非常に感謝しています。その間に院長先生にサポートしていただいて、留学のあとも戻って来させていただきました。

その時から当院の初期研修医はテーラーメイドといいますが、個々の目標に合わせたプログラムを組んでいたのですか？

自由度が結構高く、初期研修の義務化前の、自分でスーパーローテーションを選んでいるという状態の研修でした。私などは、例えば在宅を3か月回ったり、かなり自由にやらせていただきました。当時はいわゆ

る緩和ケアという部門はありませんでしたが、地域医療や在宅医療などでお看取りのケア等はしっかりされていて、若きリーダーである小野沢滋先生（在宅医療部、非常勤医師）のもとで学ばせていただきました。小野沢先生は私の師匠でありロールモデルで、今でもいろいろご教示いただいています。これが日本のターミナルケアや在宅における緩和ケアなんだということに印象深く、日本らしく患者さまに寄り添うスタイルを目の当たりにしました。



1990年代半ばといえば、ちょうど亀田クリニックが開院した頃ですか？

はい、ちょうど電子カルテが導入されたところで、確かみんなで大騒ぎしていました(笑)。

準備期間をたっぷり取り、満を持してアメリカに渡ったわけですね。私が驚いたのは、先生のキャリアです。ベスイスラエルメディカルセンター、マウントサイナイ病院、メモリアル スローン=ケタリング キャンサーセンターなど、いずれも有名な病院ですね。

日本人が大勢参加している留学プログラムに応募させていただいて、競争率も高く、優秀な人がいる中で、幸運にも選ばれました。そのプログラムで最初に内科をやっていましたが、ニューヨークのベスイスラエルメディカルセンターに疼痛緩和の第一人者のラッセル・K・ポルトノイ先生がいらっしゃるということがわかりました。私はものぐさなので、引っ越しも面倒だなと思っていて、普通は最初の内科を終わった後のことを考えなくてはいいけないのですが、そのままベスイスラエルの疼痛緩和フェローに内科研修の後に進みました。

ポルトノイ先生は教科書もいっぱい書かれていて、緩和ケア専門誌の編集長もされていました。私の恩師でもあり、今でも連絡を取り指導を受けています。人格的にも優れていて、米国のホスピス医療会長や、ペインの会長も歴任されています。

そんな有名な先生が、内科の研修先であるベスイスラエルメディカルセンターに偶然いらっしゃったのです。研究の方に入出入りすれば顔を覚えてもらえるかもしれないと、「自分は日本から学びに来た」と必死にアピールしました。アメリカでは自己主張しないと生きのびられませんから(笑)。

どちらかというとおとなしいお子さんで、謙虚な先生には大変でしたでしょうね。

何としても採用してもらわなければ困りますから、100%どころか、120%出していました。

ラッセル・K・ポルトノイ先生のオピオイド（麻薬性鎮痛薬）に関する記事を読んだのですが、当時慢性疾患にも湯水のようにオピオイドを使用していたポルトノイ先生が、10年後にお会いしたら「オピオイドを多用するスタイルは今を変えたよ」とサラッと仰ったとありますが。

それくらい大幅に、最近のアメリカの診療形式が変わったとも言えます。行き過ぎに気づいたというか、麻薬の依存の方を問題視するようになりました。もちろん急性の痛みや、末期の患者さまに使うのは心配ないのですが…。

ここまでのキャリアは非常に順風満帆で理想に向かっているような感じですが、実際いかがでしたか。

非常に恵まれていたと思いますし、運がよかったと思います。留学できたこと自体運がよかったと思っています。頑張っても難しい場合もあるようで、幸いにも留学プログラムの先生も理解をして下さり、私のモチベーションを汲んでくださったのだと思います。

私の前に緩和ケアを学ぶために留学した人がいなかったことも大きいと思います。私のあとは希望者が多くなったと聞いています。そういう意味でも総じて運が良かったと感謝しています。

医学部に入る前から緩和ケアと決めてらっしゃった先生ですものね！ それどころか小さい頃からすでに人の生と死に関わっていたのですから、スタートからして違いますよ。

9歳で得度して、檀家さんのお宅にお経をあげにまわっていましたから、小さい頃から亡くなることは生きることと隣り合わせだと身をもって感じていました。

アメリカでの生活面はどうだったでしょうか？

いろいろな人に助けをもらうことは多かったですが、家内といっしょに渡米したので、そこも大きかったと思います。妻は銀行員なので、お金のことなどはしっかり任せていました(笑)。給料は出ることは出ますが、何しろ研修の身分なので非常に薄給でしたから、そういう意味では何とか助け合っていました。留学中の大変さを一緒に経験してくれたことは大きいと思います。

何か思い出に残っていることは？

むこうはワークライフバランスが結構しっかりしていて、休みを申請して取らなくてはならないのです。でも私は日本式ですから、申請していませんでした。そうしたら「君が休暇を消化しないと、その分罰金を払わないといけないじゃないか」と叱られてしまいました。いつもちようど引越しのタイミングだったので、その休暇を利用して助かりました(笑)。日本も「働き方改革」で、徐々に変わりつつありますね。

休日は、ニューヨークで何をされていたのですか？

アメリカ人もお寿司が好きで、わりと手軽に食べられるお寿司屋さんによく行きました。それなりにおいしかったのですが、当たり前ですが、やっぱり日本に戻ってきたら日本の鮨は格別だと感じました。向こうの人の胃袋は半端ないですから、お店がつぶれるほど食べる人もいて、食べ放題は禁物です(笑)。

アメリカを離れると決まった時は、ミュージカルをたくさん観ました。月並みですが、ニューヨークに行くことがありましたら、ぜひミュージカルの鑑賞をお勧めいたします。

帰国されて、そのまま2007年から亀田に勤務されていますが、何か理由がおりますか？

今春安房地域医療センターのメディカルディレクターを退任された西野洋先生と、時々やりとりをさせていただいていました。ご存知のように西野先生は米国のメイヨークリニックで長く勤務されていたこともあり、いろいろとご助言をいただきました。私が渡米した時は神経内科の部長でしたが、途中から卒後研修センターの教育担当をされていました。

西野先生も緩和ケアがすごく大事だとおっしゃっていて、「帰国したら、ぜひ亀田総合病院で働くことを検討してほしい」とご連絡いただきました。就職活動をしたのですが、一番亀田総合病院の自由度が高く、や

りたいこともできそうだったので決めました。

ちようどKタワーが完成した頃のことですね。その当時、国内の緩和ケアはどのような状況だったのでしょうか。

特にがんの患者さまに対する緩和ケアが、均てん化ということに関して大きな波が来ているときに帰国しました。2006年にがん対策基本法が施行されていて、それに基づいてがん拠点病院で緩和ケアの研修会をやらなくてはならないことになったりしました。がん拠点病院は全国に400か所ほどありますが、そのすべてに緩和ケアのチームを設置しなくてはならないなどということが始まった頃でした。

気になるワード

がん対策基本法

がん対策を総合的に進めるための法律。誰もが必要ながん治療を受けられるよう、一定地区にがん対策の拠点病院をつくるほか、がん検診受診率の向上、専門医の育成、患者さまへの情報提供、緩和ケアの項目などを盛り込んでいる。

ではちようどよいタイミングだったのですね！

はい、追い風が吹いている時に戻って来られたように感じました。日本の意識も相当高いと感じましたし、亀田総合病院もちようど国内初のJCI認証に向けて動いている頃だったので、私の合言葉でもある「すべての人の痛みに緩和ケアを」という活動に力を入れました。これは自分自身の昔から一度もブレたことのない言葉です。アメリカの私の師匠も同じことを言っていました。

またもうひとつ、疾患に関わらず痛みのケアをすることの重要性を唱えていました。がんがづらいのはもちろんですが、総合病院の中ではいろいろな疾患があり、づらい方は他にもいらっしゃる。だから全職員の総力戦で緩和ケアを提供しようという考えです。残念ながらお亡くなりになる方もいらっしゃいますが、そういう方にも残されたご家族へのケアが必要ですし、障がいを持って生きていかななくてはならない方にも必要だと思います。

亀田の理念の中には、職種を越えて横断的にケアを提供するという項目が含まれていますから、「すべての人に緩和ケアを」という理念が比較的受け入れてもらいやすかったのかと思います。「鴨川宣言2018」も出させていただけただけは大変ありがたいことです。

緩和ケア病棟がないのが残念ですが、そこについては、ニーズはずっとあるので遅かれ早かれ出来るのではないかと思います。困っている人にアドバイスしたり、

どんな患者さまに対しても痛みや苦しみが軽くなるようにと、現在は少人数体制でサポートしています。

逆に緩和ケア病棟があるとそちらに私たちがかかりきりになってしまうので、むしろ逆手にとって病院全体を診るということを優先的にやらせていただいています。ただ、個別ケアにもしっかり関わって欲しいというニーズもあり、それは若い先生と協力しながら研修の中で組み込んでいく必要があると思っています。一定数のマンパワーがそろってきた段階でしっかり指導していければと思っています。

第7回千葉緩和医療学会テーマ ＜鴨川宣言 2018：すべての人に緩和ケアを＞

- ・千葉緩和医療学会は、「緩和ケアを必要とするすべての患者さんとご家族が緩和ケアを当然の権利として受けられること」を目標とします。
- ・この目標を少しでも実現に近づけるため、各学会員はそれぞれの専門的能力を結集し、すべての医療者と市民と協働する形で、日々努力することを宣言します。

先生が10年間緩和ケアに携わってこられて、周囲が変化してきたと感ずることはありますか？ 今では「緩和ケア」はいろいろな場面で浸透してきたように思いますが、医師や看護師の受け止め方に変化などあったのでしょうか？

変わらないことが多いのは現実です。ただ協力してくれ、理解してくれる人は着実に増えているように感じます。事前指示委員会をやっていますし、蔵本浩一先生を中心にACP（アドバンスドケアプランニング）など院外の活動も積極的にやっていて、私達の活動に理解を示してくれる人を増やそうと努力しています。

気になるワード

事前指示書・ACP（アドバンスドケアプランニング）

事前指示書は自分で意思決定をしたり、表明が難しくなった時に、自分に対して行う医療行為についてあらかじめ要望を記しておく文書。延命の有無のほか、呼吸器をつけるかどうかなどの項目がある。アドバンスドケアプランニングは終末期の在り方について、事前に話し合うことを指している。

理解を広める対象は、医療者はもちろんですが、一般の方もそうです。人生の最終段階、いわゆる最期は誰にも訪れます。医療者は自分のこととして考えるととてもつらいことを、患者さまに考えてもらうよう働きかける役割を持っているので、私達も常に自分だったらと考えて、患者さまや家族の思いを想像しながらサポートするということを考えなくてはなりません。やつ

つけ仕事ではいけませんからね。私たち自身が人間的に常に成長しなければならない、そうした謙虚さは大事です。

ともすると医療者と患者さま、ご家族ということに分けがちですが、その中でいかに患者さまに寄り添っていけるのかを、若い先生や医療者に現場でしっかり伝えていく必要があると思います。

救急や集中治療、あるいは慢性疾患など、どんな現場の、どんな場面でも痛みの緩和などのケアは必要だという意識は高くなっていると思います。高齢者も多くて救急にかかっている方でも非常に状態が悪くて亡くなる方もいらっしゃいます。たとえそうした状況の中であっても、コミュニケーションも必要ですし、痛みのケアも必要だと思います。

患者さまやご家族にとっては難しい決断を迫られる場面でもあります。これからはそういう機会も増えるのではないのでしょうか。良かれと思った選択が、結果的にご本人の意に沿わないこともありますから。

難しいのは、例えば抗がん剤をトライしてみて「やらなければよかった」という後悔もありますが、抗がん剤にトライしなかった人も「すべきだったのではないか」という後悔を持つことがあるということです。本当は両方試せばいいのですが。

緩和ケアを普及させるというのは、経験、過去の積み重ね、知恵などというものを生かそうという動きでもあると思うのです。積極的治療のニーズも近年高いのですが、一方で苦しみたくないというニーズもあります。もし治らなくなるとして、寿命をのばすという選択肢があまりないのであれば、苦しみたくないという人がほとんどです。そこを天秤にかけるといって、バランスで揺れ動くところで、与えられている情報がそれを決定できるものなのかというのは、私達も悩ましいところなんです。かといって、あまりにたくさん情報を与えられても、消化できず苦しむことになってしまいます。

お話を伺っていても、先生は毎日のように人の生と死を見つめていると感ずます。しんどい時、ストレスの発散はどのようにされているのでしょうか。

意外にいつも仕事のことを考えているわけではないかもしれませんね。ふっと何も考えない時間があります。最近院内でもマインドフルネス研修会をやっていますが、ふと呼吸だけに集中したりだとか、何も考えない時間というのはあまり意識せずに以前から持っていました。あとは子供が小さいので、一緒に遊んだり

するのは楽しいですね。

気になるワード

マインドフルネス

呼吸法や瞑想などにより、今、ここに注意を向けること。ストレスの軽減や、パフォーマンスの向上などの効果があるとされており、グーグルなどで全社員向けに取り入れたことなどで日本でもブームを起こしている。

マインドフルネスという言葉は最近よく聞くようになりました。堂々巡りのどうしようもないことを考えず、頭をからっぽにするのがいいのでしょうか。手を動かすことに集中するので、私の場合は草取りですね。

草取りは私も好きです。マインドフルネスはお皿洗いか、歩いている時にもできます。日々の生活でも実践できるので、座って目を閉じて深呼吸したり瞑想したりというだけではないのです。いろいろな学びのプロセスがありますが、もともと日本の社会の中にあるものなのだと思います。仏教でも座禅したり、写経したり、私達だとお題目などお経を読みながらある意味集中するということがあります。もともと東洋とか日本にあった考え方を、アメリカで体系立てたものが戻ってきているものなので、日本人には実はとても入りやすいと思います。

先ほどお子さまの話が出ましたが、おいくつですか？

2人いて、上が6歳の女の子で下が4歳の男の子です。かわいいですよ(笑)。

休日には専ら子供の遊び相手をしています。鬼ごっことかかくれんぼをやります。よく泥棒の役をさせられますので、逮捕されています(笑)。

先生のご趣味はプロフィールに音楽、読書とあります。こういったジャンルがお好きですか？

我流ですが、ピアノをひきます。小学校までは習っていましたが、学習塾などに行くようになってからやめました。その後も好きでたまに弾いていましたが、うまく弾けないのでストレスになることもあります(笑)。でも音楽に触れていると癒されますから、自分の中で大事な部分なのだと思います。ジャンルはクラシックで、上手な方の演奏をなるべく聴いて、こんなふうに弾けたらいいのになと思ったりしています(笑)。

最後に「鴨川宣言2018」について伺います。先生にお話を伺う前にいろいろと調べたのですが、WHO（世界保健機関）は2002年に緩和ケアは特

別なものではなく、苦しんでいるすべての方に緩和ケアをと言っているのですね。

2002年の時にはそこまではっきりとは言っていなかったと思います。むしろ2013年にヨーロッパの緩和医療学会で、「緩和ケアは“人権”というプラハ憲章と呼ばれるものを採択しています。このインパクトが大きかったと思います。「Palliative care as a human right（人権としての緩和ケア）」とし、この緩和ケアには痛みだけでなく、つらさも含まれます。

緩和ケアというと末期な方のイメージだと思うのですが、WHOは「Palliative care for all（すべての人に緩和ケアを）」と言っています。私の知る限りでは2013年のプラハ憲章がランドマークかと思っています。

今はAYA世代の若い方や、子供のがんの面などで足りていない部分が指摘されています。生まれたばかりの赤ちゃんに障害がある場合のご家族のケア、といったことも緩和ケアの範疇に入ります。ほかにも医療的ケアを必要とする子供のケアなどもそうです。なので全員参加の緩和ケアが必要で、亀田総合病院でもずっとそのようにやってきています。あらゆるフィールドでケアが必要です。ご家族のケアももちろんそうです。私たちのチームとしては、どのようなところにニーズがあってもサポートしようと思っています。(P27 参照)



気になるワード

プラハ憲章

2013年にプラハで開催された第13回欧州緩和ケア学会(EAPC)にて、ヨーロッパ緩和ケア学会、国際ホスピス緩和ケア協会などが共同で、苦痛を緩和することと緩和ケアを人権として認めることを各国政府に要請した。

AYA世代

「AYA」は Adolescent and Young Adult の頭文字であり、15歳から29歳までの思春期、若年成人を指す語。

鴨川宣言がメディアから注目されるなど、今年は先生にとって緩和ケアをされてきた10年間の集大成といった感じですが、これからの課題は？

実は先日自分も所属する日本緩和医療学会の専門医委員会というものがあり、緩和ケア認定医制度が作られました。ただ緩和ケアを提供するというのではだめ

で、国民は質の高い緩和ケアを受けたいと思っていることでしょう。そうした質を保証するためにも専門医制度が必要で、今内科プログラムのようないろいろな専門制度が変革の時を迎えています。

ところが学会で決めている専門医制度と、国主導で動いている専門医機構との統合できていないのです。緩和ケアは多方面にまたがる分野ですので、自分たちだけで自己完結できません。例えばがんの診療をしている医師や、心不全や臓器不全の分野、総合診療科や内科のところもそうです。多数の関係している分野と連携して、教育制度をしっかりと積み上げていく活動をしていき、私達のような仕事をしたいという若手の医師が増えれば、緩和ケア病棟もつくれるのかなと思っています。まだ10年でも道半ばです。

日本で緩和ケアの診療報酬がつくのは現時点だと、がんとエイズだけなのですね。すべての人に認められていないということですが。

がんに関しては緩和ケアはだいぶ広がりましたが、今後はさらに活動を広げるために、心不全の方へのコンサルトも本格的に行う予定です。

ただ基本的な緩和ケアは、すべての医療者が行うべきケアとした場合、そこに算定をつけるのは難しいと思います。マンパワーとか足りていないところや、専門的なケアを必要とするという意味では、インセンティブをつけていただいた方が広がっていきやすいと思います。全体の医療の中で目配せしたときに、どこにニーズはどれくらいあるのかというのは、もちろん政府の人が気づいてくれればいいのですが、私達も「ここが足りていませんよ」としっかりと発信する必要があると思います。

亀田の緩和ケアチームの中には、例えばリンパ浮腫ケアをされている千葉恵子看護師や、チャプレンの瀬良信勝さんなどもいらっしゃいます。

瀬良先生は、新生児科、小児科、救命救急科等のカンファレンスにも定期的に参加され、これらの診療科の患者さまやご家族のサポートを随時行っておられます。医師以外の緩和ケアチームメンバーの方が関わってもらいやすいということもあると思います。

気になるワード

チャプレン

教会や寺院に属さず、施設や組織で働く宗教者（牧師、神父、司祭、僧侶など）。病院や施設のほかに、軍隊や災害現場などで心のケアを行う。亀田総合病院では2004年より常勤。

心不全にも緩和ケアが必要ということが意外でした。

心不全は病状が急激に変わることが特徴ですが、良くなる方も結構いらっしゃるのどこが終末期なのか決めづらいということがあります。最後の1年間くらいに数回入退院を繰り返される方が多く、ICUにも入ったりするのでコストもかかりますし、患者さまもつらい経験をされます。しっかり治療をしつつ、どこから緩和ケアを導入してゆくかについて話し合っていきたいと思います。

これも現場が困っていて、今はあらゆる侵襲的な治療ができる時代なので、身体的にかなり衰弱が進行しても、命を永らえることができます。でもそれが本当に患者さまやご家族が望んでいることなのか、多職種で話し合いのプロセスを持つことが大切だと思います。

がん、心不全以外でも同様の問題があり、各疾患に対して適切に緩和ケアが提供できるように、私たちも経験を積んでゆく必要があります。一步一步進みながら人材も育ててゆければと考えています。

緩和ケアにとって、やはりコミュニケーションは大事だと思いますか？ そのスキルは必須でしょうか？

やはり大事です。コミュニケーションに関していうと、医者だから上手ということでもなかったりするので、その人その人の持っているファクターが大きいと思います。どう生まれ育って、どう生きてきたか皆さん違いますから。

でも基本的にここを押さえてほしいというのは、スキルとして緩和ケアの研修会などでお伝えしています。ですが、それをやったからといって短期間に格段にスキルが上達するかというところでもありません。やはり現場で求められているのは、患者さまやご家族ひとりひとりに丁寧に対応する積み重ねの中で獲得していくものだと思っています。時間がかかりますが、現場での実践しかないと思います。

もともと持っているコミュニケーションスキルはそれぞれありますので、若い先生には反面教師からも学んでほしいと思います。自分にとっても耳の痛い話ですが(笑)。

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

入職式 新入職員367人



医療法人鉄蕉会では、4月2日(月)、亀田グループの学校法人鉄蕉館 亀田医療技術専門学校2階ホールにて、新入職員367人を迎えて2018年度入職式を執り行いました。

式典では、新入職員に向けて亀田隆明理事長より、「今はチーム医療の時代。それぞれの職種がプロフェッショナルとして個の力を磨くとともに、互いをリスペクトしながらチームの一員としてパフォーマンス向上をめざしてほしい。そのためにも、“Always Say YES!!”の精神で、まずは相手の話に耳を傾け受け入れるところからスタートし、よく考えて決めたら失敗を恐れず“Do and Think”で実行にうつしてみることが大切。亀田グループの一員となった皆さんには、チャレンジ精神をもって高い目線でこれからの医療を担ってほしい」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 100人 ・看護部 160人
- ・医療技術系職員 78人 ・事務系職員 29人

【研修医修了関連】

初期研修医第30期生修了

2016年4月1日から2018年3月31日までの2年間初期研修課程を修了した23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15日(木)、亀田信介院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次の通りです。(敬称略)



- ・上紙 航 (亀田総合病院：臨床病理科後期研修医)
- ・小澤 里恵 (同：リハビリテーション科後期研修医)
- ・小林 哲也 (同：内科専門医プログラム後期研修医)
- ・西田 藍 (同：内科専門医プログラム後期研修医)
- ・櫻井 悠人 (同：外科専門医プログラム後期研修医)
- ・佐藤 賢司 (同：外科専門医プログラム後期研修医)
- ・加藤 礼乃 (同：整形外科専門医プログラム後期研修医)
- ・高岡 沙知 (安房地域医療センター：総合診療専門医プログラム)
- ・山田美登里 (安房地域医療センター：総合診療専門医プログラム)
- ・上野 諒 (研究)
- ・王 謙之 (東京都立小児総合医療センター 小児科)

- ・佐藤 碧 (東京医療センター 呼吸器内科)
- ・関口 耕史 (さいたま市立病院 内科)
- ・羽田野貴裕 (津山中央病院 総合診療科)
- ・朝蔭 あゆ (横浜市立みなと赤十字病院 救急科)
- ・岩澤由梨香 (横浜市立大学附属病院 麻酔科)
- ・坂倉 早紀 (慶應義塾大学病院 眼科)
- ・鶴田 統久 (沖縄米海軍病院)
- ・柳原 普 (岩手医科大学医学部附属病院 脳神経外科)
- ・飯田理央子 (武蔵野赤十字病院 産婦人科)
- ・東 福祥 (筑波大学附属病院 産婦人科)
- ・渡辺 愛友 (帝京大学医学部附属病院 皮膚科)

- ・潮 雄介 (東京女子医科大学病院 腎臓内科)
- ・湯山 聡 (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には上野諒医師、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、片山充哉医師(総合内科)、初期研

修医1年次生が2年次生を選ぶMentor of the Year Awardには小林哲也医師、功労賞に上野諒医師、朝蔭あゆ医師、潮雄介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、25名の医師が選出・表彰されました。

2017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36名の医師に、3月7日(水)、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)

- ・楠 貴之 (総合内科)
- ・長谷川真也 (総合内科)
- ・原田真梨子 (総合内科)
- ・竜 彰 (総合内科)
- ・鈴木 瑛梨 (総合内科 内科合同プログラム)
- ・伊藤 靖子 (腎臓高血圧内科)
- ・川満菜津貴 (消化器内科)
- ・齋藤亜由美 (腫瘍内科)
- ・三浦 大典 (腫瘍内科)
- ・藤本 剛士 (消化器外科)
- ・八木 勇磨 (消化器外科)
- ・中川 梨恵 (乳腺科)
- ・叢 岳 (呼吸器外科)
- ・都筑 隆太 (呼吸器内科)
- ・瀬川 翔 (救命救急科)
- ・越智 良文 (産婦人科)
- ・河野 悠介 (小児科)
- ・樋口 徹 (小児科)
- ・岩間 真弓 (小児科)
- ・瀬寄 智之 (心療内科・精神科)
- ・安間 章裕 (感染症科フェロー)



- ・清水 彰彦 (感染症科フェロー)
- ・軽米 寿之 (集中治療科フェロー)
- ・久保田 希 (家庭医診療科)
- ・相田万実子 (家庭医診療科)
- ・岡田 悠 (家庭医診療科)
- ・年森 慎一 (家庭医診療科)
- ・玉野井徹彦 (家庭医診療科フェロー)
- ・山下 洋充 (家庭医診療科フェロー)
- ・氏川 智皓 (家庭医診療科フェロー)
- ・安部 佳亮 (血液・腫瘍内科)
- ・福本 竜也 (神経内科)
- ・石川 桂子 (内科小児科複合プログラム)
- ・加藤 寛彬 (眼科)
- ・松本 敬 (集中治療科フェロー)
- ・麻生将太郎 (集中治療科フェロー)

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3名の歯科医師に、3月23日(金)、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)

- ・河野 宏貴 (ニコニコデンタルクリニック)
- ・中戸川矩之 (医療法人社団 坂田歯科医院)
- ・春山 実紀 (医療法人社団 スマイルクリエーション立川南口歯科 立川インプラントセンター)

呼吸器内科 金子医師 米国呼吸療法学会で表彰

昨年10月、世界で52,000人の会員を有する呼吸療法士のための最大の団体である「米国呼吸器学会 (American Association for Respiratory Care)」(以下AARC)の総会がインディアナ州インディアナポリスで行われ、AARCの下部委員会であるICRC(呼吸ケア国際委員会)より亀田京橋クリニック副院長の金子教宏医師が「KOGAメダル」を受賞しました。

KOGAメダルは、呼吸ケアを国際的に発展させるため生涯を尽くした故・古賀俊彦先生の業績を讃えてICRCが設けた国際的な賞で、毎年1名を選出し、表彰を行っています。

金子医師は1994年に初めてAARCに参加し、日本では医師が行っていた呼吸ケアを米国では呼吸療法士という専門職が担っていることを知り、呼吸ケアの発展には優秀なコメディカルが存在が必要不可欠だと実感。その後、協力者を得てNPO法人

日本呼吸ケアネットワーク (JRCN) を立ち上げ、多くの患者さまに良質な呼吸ケアを提供するため、米国から呼吸療法の専門家を呼んだワークショップを全国各地の病院で開催するなど、日本

における呼吸ケアの充実に情熱を注いできました。

受賞を受けて金子医師は、「日本での呼吸ケア発展のためのさまざまな努力が認められて、今回の受賞に至ったものと考えます。しかし、これで終わったわけではなく、はじまりだと思います。呼吸ケアを受けるすべての患者さまに最高の医療を提供し、最高の結果をもたらすために努力していかなければいけません。それが古賀先生の医師に伝えることになると思っています」と受賞の喜びと、今後の抱負を語ってくれました。



「すべての人に緩和ケアを」 第7回千葉緩和医療学会学術大会を開催

2月17日(土)午後1時より、亀田総合病院Kタワー13階ホライゾンホールを会場に、当院疼痛・緩和ケア科部長の関根龍一医師が大会長を務める「第7回千葉緩和医療学会学術大会」(一般社団法人千葉緩和医療学会主催)が開催されました。

今大会のテーマは「鴨川宣言2018:すべての人に緩和ケアを」。緩和ケアというと、日本ではまだまだ「がんやエイズ患者のためのもの」というイメージが根強いですが、世界保健機関(WHO)は「新生児から高齢者まですべての年代のすべての疾患に対して提供されるべきである」と謳っているほか、2013年にプラハで開催された第13回欧州緩和ケア学会は『プラハ憲章』のなかで、“Palliative care as a human right”(人権としての緩和ケア)という文言を採択しています。千葉緩和医療学会として、前述の国際社会が掲げるこの理念を医師や看護師等からなる学会員と共有し、いまだに満たされていない緩和ケアニーズの解決に向けて、すべての医療者と市民と協働する形で取り組んでゆこうと、大会の冒頭で、「緩和ケア医療を必要とするすべての患者さんとご家族が、緩和ケアを当然の権利として受けられること」を目標に掲げる、『鴨川宣言2018』が採択されました。



学会では一般演題8口演が行われたほか、特別講演として、長年、当院の在宅医療部部長として在宅医療の現場ですべての人に緩和ケアを提供することを実践してきた小野沢滋医師(みその生活支援クリニック院長)を招き、「必要とする人に緩和医療を提供するために」と題してご講演いただきました。また、特別企画として一般市民による緩和ケア参加の好事例として、過去10年間、当院緩和ケアチームのボランティアとして、様々な緩和ケアを必要とする患者さまとご家族にハーブによる音楽と歌で癒しと祈りを届けてくださってきた西野みゆきさん(音楽アナムカラ)による朗読とハーブ演奏が行われ、盛会のうちに終了となりました。

亀田森の里病院で新病棟内覧会を開催



神奈川県厚木市の「亀田森の里病院」(※2018年5月より改称)は、新病棟の完成を祝し、3月17日(土)・18日(日)、施設内覧会を開催しました。医療・介護・福祉関係者84人をはじめ、地域住民の皆様など約300人の方々にご参加いただき、新生「亀田森の里病院」の一端をご覧いただきました。

亀田森の里病院では、1994年に医療法人鉄蕉会の事業所として移管開設されてから24年が経過し、近年施設の老朽化対策が課題になっていました。また、急速に進む高齢化に対応した新しい役割を担う医療機関として、今後も地域医療に貢献するため、「地域包括ケア病棟」の開設を含む病床の機能転換をめざし、昨年2月より新病棟の増築工事を進めてきました。

新病棟は、既存棟に隣接する元患者さま駐車場に建設され、鉄筋コンクリート造の地上3階建て、総床面積は2,365.11平方メートル。既存棟とは2階の連絡通路で繋がる造りになっています。建物の1階は車両が通り抜けできるピロティ構造となっており、駐車スペースを確保すると共に、特浴室や職員食堂、厨房を配置。2階は一般病棟(32床)、3階は地域包括ケア病棟(30床)で、いずれも4床室を基本としています。ただし、4床室といっても従来の多

床室が持つ狭苦しい印象はなく、ゆとりの41平方メートル。個々の患者さまのプライバシーに配慮しつつ、多床室であっても快適な療養環境が保てるよう、1部屋ごとにトイレとシャワーを完備するなど、病棟の設計は本院の亀田総合病院A棟の造りを踏襲しています。また日当たりのいい南向きのデイルーム・ラウンジは、

患者さまの共有スペースとして、日中は在宅復帰に向けたリハビリを行ったり、ダイニングとしてご利用いただけます。

特に3階に開設された「地域包括ケア病棟」は、患者さまとご家族が在宅で安心して療養できるように支援していく役割を担っています。具体的には、急性期での治療は終わったけれど、まだ継続的な治療やリハビリが必要という患者さまに対して、入院期間60日を上限に「在宅復帰支援計画」に基づいて、主治医、看護師、リハビリスタッフ、医療ソーシャルワーカー等が連携し、退院まできめ細やかに支援を行います。また在宅療養中の患者さまの容態が急変した際の受け入れも行っていく予定です。

須藤隆二院長は、「院長就任以来、自宅に帰ることを前提とした病院が必要と感じていた」といい、今後は地域包括ケアの担い手として、地域の皆様と医療・介護をつなぐコーディネーターとして、近隣の医療機関と連携強化を図るとともに、在宅医療の機能強化にも努めてまいります。

なお、亀田森の里病院では引き続き既存棟の改修工事を進め、概ね秋頃には生まれ変わった「亀田森の里病院」の全貌をお見せできる予定です。



特浴室



4床室



デイルーム・ラウンジ

医療の



今号は…

地域包括ケアシステム

最近、よく耳にする「地域包括ケアシステム」。
厚生労働省は2025年までに医療・介護の政策転換を進めようとしています。どうしてなのでしょう？



回答者



亀田森の里病院 副院長
地域連携室長 総合診療科

金城 謙太郎 医師

Q. 2025年問題ってなに？

A. 2025年、約800万人いる「団塊の世代」（1947～49年生まれ）が75歳以上の後期高齢者となります。これにより、日本は5人に1人が75歳以上、3人に1人が65歳以上という、超高齢社会に突入します。

これまで国を支えてきた団塊の世代が給付を受ける側となるため、医療、介護、福祉サービスが必要とする高齢者の急増により、医療や介護など「社会保障費」の急増が懸念されています。

一方で、日本の総人口は2010年を境に減少を始めています。戦後日本は、若い世代が高齢者を支えるというモデルで社会福祉政策を進めてきました。少子高齢化により、15～64歳の生産年齢人口は減り続けており、そのモデルの見直しが迫られています。

Q. 超高齢社会で

医療の在り方はどう変わるの？

A. 医療や介護の需要がさらに増加することが見込まれる2025年問題を取り切るため、厚生労働省が示した提案が、「地域包括ケアシステム」の推進です。

これは、重度な要介護状態となっても、可能な限り住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができるよう、住まい・医療・介護・予防・生活支援サービスが日常生活圏（自宅から30分圏内）で切れ目なく提供されることをめざした仕組みです。

限られた資源のなかで、効率的に医療・介護を行うためには地域全体で高齢者を支える必要があり、医療機関はそれぞれ役割分担を明確にし、連携を進めると共に、通院できない人に対しては、自宅で医療を受けることができる在宅医療の推進が求められています。

Q. 地域包括ケアシステムは

地域によって違うものなの？

A. 高齢化の進展状況には地域差があり、人口は横ばいながらも75歳以上人口が急増する都市部と、75歳以上人口の増加は緩やかでも人口が減少する町村部とで、求められる医療・介護の体制は当然変わってきます。地域の特性に応じた地域包括ケアシステムが必要です。

神奈川県厚木市の亀田森の里病院では、今後急速に進む高齢化に対応するため、この春から地域包括ケア病棟を開設したほか、ご自宅に戻られた後も継続的なフォローアップやリハビリが受けられるよう、在宅医療の体制強化も進めているところです。「かかりつけ医」として家庭医・総合診療医・総合内科医が中心となって、普段の診療や健康相談、食事の指導、大病院の紹介など、自宅で療養される患者さまの健康を支えていきます。

亀田 本舗

『竜馬がゆく 〈一〉』

司馬遼太郎：著

文藝春秋/756円〔税別〕



少年は、年齢十二歳となっても、寝小便をする癖がなおらず、近所の子供たちからは「寝小便たれ」とからかわれ続けた。おまけに気が弱くて、河原などで遊んでは、いつも泣かされて帰ってきた。この少年が、後年、幕末諸藩の英雄豪傑を煙に巻き、奇想、奇策によって天下の風雲を一手におさめようとは、だれも夢にも思わない。そんな少年が変わり始めたのは、近所の築屋敷に小栗流の道場をもつ日根野弁治のもとに通い始めてからであった。入門後ひとつきほどすると、先生は少年の顔を見ながら、「おんし、妙じゃぞ」と気味悪そうにのぞきこんだ。にわかに顔つきまで変わってきたのである。少年はめきめき腕を上げ、わずか十九歳にて異例の小栗流目録を授かった。少年の名は、坂本竜馬。物語は竜馬が江戸へ剣術修行に旅立つところから始まる。

著者司馬遼太郎、「竜馬が

ゆく」は、竜馬の劇的な生涯を中心に、同じ時代をひたむきに生きた若者たちを描く長篇小説で全八冊に及ぶ。今回は、その第一冊目の紹介を行っていく。坂本竜馬と言えば、ピストルを持つ姿を想像する人も多いだろうが、彼は剣術の達人であった。第一冊目では、竜馬が江戸に剣術修行へ旅立ち、剣客としての腕を磨いてゆく姿を中心に描いている。

竜馬が剣術修行に赴いたのは、京橋桶町に道場をもつ、千葉貞吉先生の道場であった。そつ、あの坂本竜馬は、今の亀田京橋クリニックがあるこの京橋の土地で、剣術の腕を磨いていったのである。彼が学んだのは北辰一刀流剣術。江戸の大流儀の一つであった。江戸の地で、江戸の人々や、同じく剣術修行に江戸へ来た若者たちに刺激を受けながら剣の腕を磨いてゆき、北辰一刀流の最高位である大目録皆伝を授かった。

竜馬は剣術を磨く中で、同じく維新の立役者となる若者たちとも関わりを深めていく。その一人が長州藩士桂小五郎であった。桂小五郎も竜馬と同じく剣術修行のため江戸へ旅立ち、その腕を磨いていた。竜馬は桶町千葉道場の塾頭となり、桂小五郎は麹町の斎藤弥九郎道場（神道無念流）の塾頭となった。江戸の名門の塾頭を、のちの維新の立役者が占めたのは奇妙な偶然である。竜馬と桂は試合でも勝負をしている。

日本の歴史上の重要人物、坂本竜馬の生涯とは、どのようなものであったのか、一度読んでみてはいかがだろうか。

（相模屋）



世界のぞき窓

第 15 回

イギリスの料理はなぜまずいのか

かすていら
文明堂

最近の室長は海外ドラマ「刑事モース」にはまっており、舞台となっているイギリスのオックスフォードへ思いを馳せている。「イギリスの飯は何がうまいんだろう」とそろそろ具体的に旅行の計画を思案している様子である。

私は一応イギリスの大学を出ており、日本人の大学生がキラキラと青春を過ごしている間、イギリスの片田舎で冷たい雨に震え、ちよろちよろとしか出ない真冬のシャワーに耐え、毎日ポテトチップスだけを食った食パンを食べ、いっぱしの皮肉屋となつて帰国した。そんな私が胸を張って言いたいのは「イギリスの料理はそんなにまずくはない。特にカレーと中華がおいしい」ということである。室長はあきらかに落胆した様子で、「そうだった。イギリスに料理はねえもんなあ」とつぶやいていた。

かとは私は思っている。
私のこの説を裏づけるために今回ご紹介したいのが「スターゲイズパイ」と「トード・イン・ザ・ホール」である。「スターゲイズパイ」は、和訳すると「星を仰ぎ見るパイ」というロマンチックな名前になる。しかし実物は「シンの頭」としつぽが刺さっている衝撃的な見た目のパイである（画像参照）。この料理には伝説があり、クリスマス前に不漁で飢えに苦しむ人たちのため、一人の漁師が荒れた海でたくさん魚を捕り、「そつら、こんなに魚の入ったパイだぞ!」ということ伝えるべく、こうした見た目になったとのことである。残念ながら私は食べたことがないのだが、アメリカ人によると「魚と目があうのが大変不快だが、結構うまい」とのことである。
つづいて「トード・イン・ザ・ホール」は「穴の中のカマガエル」という、観光客を徹底的に拒む名前の料理である。ヨークシャープディング（シークリームのようなもの。断じてプリンではない）の中にソーセージが数本並べてある不思議な料理である。一応ゴルフを楽しんでいた紳士が穴からガマガエルが頭を出したのを面白く思つてつけた、という伝説があるようだが、真偽のほどは謎で、当のイギリス人

も「あまり食欲をそそらないよね」と言っている。ヨークシャープディングの器がグレイビーソースの受け皿となつてなかなかおいしい。

「イギリスのごはんはまずい」と皮肉な笑顔で言うのは実はイギリス人だったりする。これはひょっとして、おいしい自分たちの料理を他の人たちからこっそり隠すための方便という可能性もある。イギリス人の友人に聞いたところ笑いながらこう答えていた。「イギリスの料理がまずいわけじゃなくて、イギリス人の料理の腕が悪いのよ」結局真相は謎のままである。



亀田総合病院報

2018. 5
No.243

2018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ちと本人の了承を得て作成しており、本用添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>