Kameda

2026.7 No.292

チームで支える ICU

亀田メディカルセンターの理念

私たちは、全ての人々の幸福に貢献するために
愛の心を持って常に最高水準の医療を提供し続けます

最も尊ぶこと　：患者さまのためにすべてを優先して貢献すること
最も尊ぶ財産：職員全員とその間をつなぐ信頼と尊敬
最も尊ぶ精神：固定観念にとらわれないチャレンジ精神

CONTENTS

亀田総合病院報
No.292
2026年7月号

3 巻頭言

4 かめナビ　チームで支える　亀田ICU

12 看護の目　働くナースの日々の景色から

14 Close Up News

18 病院は誰かの仕事でできている

巻頭言

持続可能な医療への挑戦

亀田総合病院　病院長　亀田俊明

医療を取り巻く環境は、少子高齢化や医療需要の複雑化、人材不足、世界情勢による物価高騰や品薄などの不確定リスクに加え、急速な技術革新など、大きな変化の中にあります。こうした時代だからこそ、病院に求められるのは「個々の専門性」だけではなく、それらを有機的につなぎ合わせ、患者さまを病院全体で支える総合力ではないかと感じています。

亀田総合病院では近年、麻酔科、救命救急科、集中治療科、総合内科といった横断的に患者さまを診る部門の強化を進めてきました。高度に専門化した診療科がその力を最大限に発揮するためには、重症患者さまを全身的に支える基盤が不可欠です。手術前後の全身管理、急変時対応、集中治療、診断が困難な症例への総合的視点など、いわば“病院全体を支える縁の下の力持ち”を充実させることで、各診療専門科の質は確実に高まっています。専門性を深めながらも、患者さまを全人的に診る姿勢を持ち続けることこそ、これからの地域医療に必要な力だと考えています。

また、医療を支えるのは医師や看護師だけではありません。近年は、看護補助職などに、多くの海外人材を積極的に受け入れています。異なる文化や価値観を持ちながらも、患者さまのために真摯に働く姿勢は、多くの職員に良い刺激を与えています。言葉や習慣の違いを乗り越えながら懸命に成長しようとする姿は、私たち自身が医療人としての原点を見つめ直す機会にもなっているからです。多様性を受け入れ、互いに尊重し合う組織こそが、持続可能で強い医療を生み出すのだと感じています。

さらに昨年度からは、亀田研究財団を通じて、各診療科に対し研究実績に応じた助成を行う仕組みを開始できました。臨床の忙しさの中でも研究に挑戦し、その成果を次の医療につなげようとする機運が高まっています。日々の診療の中で気づいた疑問を研究へと昇華し、その成果を再び患者さまへ還元する。この循環が病院全体の知的活力を生み、医療の質向上につながるものと期待しています。

加えて、AI活用も着実に進んでいます。病院が持つ膨大なデータやリソースを適切に活用することで、診療支援、業務効率化、研究推進など、多方面で新たな可能性が広がっています。AIは決して人に代わるものではありません。しかし、医療者が本来注力すべき「患者さまに向き合う時間」を生み出し、より質の高い判断を支える重要なパートナーになりつつあります。

医療の底力は、単に高度医療を提供する力だけではありません。多職種が支え合い、多様なバックグラウンドを持つ人材が共に学び、研究と挑戦を続け、新しい技術を柔軟に取り入れていく総合力そのものだと思います。亀田総合病院はこれからも、地域の皆さまのみならず世界に信頼される病院でありつづけるため、この総合力をさらに磨いてまいります。

かめナビ

チームで支えるICU

亀田総合病院は、千葉県南部の基幹病院として、救急医療や手術、重症患者の治療など、地域の急性期医療を担っています。急性期病院では、重症患者や大きな手術の後に全身状態を慎重に見守る必要がある患者を、専門的に支える体制が欠かせません。その要となるのが集中治療室(ICU)です。今回の特集では、当院ICUの特徴であるClosed ICU体制や、患者とご家族を支えるICU看護について、集中治療科の林淑朗主任部長と荒井奈津子ICU師長に話を伺いました。

集中治療科
林　淑朗 主任部長

集中治療室(ICU)
荒井奈津子 師長

はじめに

集中治療室・ICUと聞くと、命の危機にある患者を医師や看護師が緊迫した表情で治療する場所を想像する方が多いのではないでしょうか。実際、多くの病院のICUは一般の方が立ち入る機会が少なく、病院の中でもなかなか様子が見えにくい場所です。

A棟にある亀田総合病院のICUは、そうした従来のイメージとは少し異なります。太平洋を望む大きな窓から明るい光が差し込み、病室はすべて個室。ご家族が付き添い、宿泊することもできます。多くの医療スタッフが働き、緊張感はありながらも、職種を越えて声をかけ合い、患者とそのご家族をチームで支える姿が印象的です。

では、当院ICUの一番の特長は何でしょうか。集中治療科主任部長の林淑朗医師にたずねると、真っ先に返ってきたのは「Closed ICUを採用していることです」という言葉でした。

コラム　知っておきたい名称

名　称	対象となる患者	特　徴
ICU (集中治療室)	命に関わる重症患者、手術直後で全身管理が必要な患者	全身状態を24時間体制で集中的に管理する治療室
HCU(高度治療室／ハイケアユニット)	ICUほどではないものの、一般病棟より手厚い管理が必要な患者	ICUと一般病棟の中間にあたる治療室
CCU (冠疾患集中治療室)	心筋梗塞、心不全、不整脈など、重い心臓病の患者	心臓の病気に特化した治療室
NICU (新生児集中治療室)	早産児、低出生体重児、病気をもって生まれた新生児	新生児のための集中治療室
NCU・SCU (脳神経集中治療室)	脳卒中、頭部外傷、脳神経外科手術後など、脳神経外科領域の集中的管理を必要とする重篤な患者	脳神経外科領域に特化した治療室

Closed ICUとは

そもそもICUとは、Intensive Care Unitの略称で、日本語では「集中治療室」と呼ばれます。人工呼吸器などの生命維持装置やモニタリング機器などを備え、容体が不安定な患者や、生命の危機にある患者を集中的に診療する場所です。大きな手術の後の患者、重い感染症の患者、がん治療中に全身状態が悪化した患者など、診療科を問わずさまざまな患者を受け入れています。

多くの病院では、ICUに入った患者を、もともとの主治医や手術を担当した医師が引き続き診療します。たとえば、心臓の手術を受けた患者は心臓血管外科の医師が、消化器の手術後であれば消化器外科の医師が管理する、という形です。これは一般に「Open ICU」と呼ばれます。

一方、亀田総合病院が採用している「Closed ICU」では、診療科を問わず、ICUに入室した患者を集中治療科の専門医が中心となって診療します。重症患者の全身状態を専門的に管理し、必要に応じて各診療科の医師や多職種と連携しながら、治療方針を組み立てます。

Closed ICUのメリットについて

林主任部長が亀田総合病院に着任した2013年当時、日本ではまだClosed ICUの考え方は一般的ではありませんでした。一方、林主任部長の前任地であるオーストラリアでは、Closed ICUは当たり前のように取り入れられていたといいます。

より安全で質の高い集中治療を提供するには、集中治療を専門とするチームが主導する体制が必要だと考えた林主任部長は、着任後、亀田総合病院でClosed ICUの体制をゼロから築いてきました。現在の亀田ICUは、2013年から続くその取り組みの積み重ねによって形づくられています。

では、Closed ICUにはどのようなメリットがあるのでしょうか。林主任部長に話を聞きました。

メリット1 治療の質を標準化できる

ICUにはさまざまな重症患者や、手術後に集中的な管理が必要な患者が入室します。人工呼吸器の管理、点滴の調整、血圧の維持、腎代替療法（血液透析）、そしてコロナ禍で広く知られるようになったECMO（エクモ）（体外式膜型人工肺）など、24時間体制で見守る必要がある専門的で高度な治療が行われる場所でもあります。

多くの病院で見られるOpen ICUでは、ICUに入室した患者を、もともとの主治医や手術を担当した医師が引き続き管理します。その場合、診療科ごと、医師ごとに考え方や治療方針が異なることがあります。たとえばICUに入室した同じ肺炎の患者であっても、A医師とB医師で治療の進め方が異なる、ということが起こり得ます。

また、集中治療はこの20年ほどで大きく進歩している分野と言えます。外科、内科、循環器内科など、それぞれの専門領域を持つ医師が、自身の経験に基づいた重症患者の管理を行うだけでは、最新の集中治療に十分対応しきれないケースもあります。

その点、Closed ICUでは、集中治療を専門とする医師が中心となり、科学的根拠に基づいた治療方針に沿って患者を管理します。「標準化」とは、その時点で最も確かと考えられる治療を、医師個人の経験や好みに左右されることなく、どの患者にも安定して届けるための仕組みです。

メリット2 チーム全体が動きやすくなる

ICUでは、医師だけでなく、看護師、薬剤師、臨床工学技士、理学療法士、管理栄養士など、多くの職種が治療に関わります。重症患者を安全に支えるには、多職種が同じ方向を向いて動くことが大切です。

その中心で患者のそばに立ち続けているのが、ICUの看護師です。ICUで働く看護師たちをまとめる荒井奈津子師長は、Closed ICUの働きやすさについて「判断に迷うとき、すぐに集中治療科の医師に確認できます。また、薬剤師、臨床工学技士、リハビリスタッフも常駐しているので、必要な時にすぐ相談できます」と話します。亀田ICUでは毎朝、多職種で患者情報を共有しており、それぞれの専門的な視点を治療やケアに生かしています。

林主任部長は、Open ICUのようにさまざまな医師がそれぞれの方針で治療に関わると、看護師や多職種スタッフが動きにくくなると話します。たとえば、人工呼吸器の設定、点滴の調整、血圧が下がったときの対応など、ICUでは日常的に行われる複雑な処置が一般病棟よりも数多くあります。そうした基本的な流れが医師によって異なると、看護師や多職種スタッフはその都度確認し、手順を変えなければなりません。

一方、Closed ICUでは、集中治療科としての標準的な方針に沿って診療が行われます。集中治療科が「交通整理」をすることで、指示系統が整理され、対応の流れがわかりやすくなります。その結果、看護師や多職種スタッフも迷わず動くことができます。こうした取り組みは、「医師のためだけでなく、患者を支えるチーム全体のための仕組み」だと林主任部長は話します。

メリット3 各専門医は本来の業務に集中できる

Closed ICUのメリットは、ICUの中だけではなく、病院全体の診療にも大きく貢献しています。

外科医や循環器内科医、消化器内科医など、各診療科の専門医は、外来、手術、検査、処置など多くの業務を抱えています。通常の業務に加え、重症患者の夜間対応や急変対応が加わると、負担は非常に大きくなります。

Closed ICUでは、集中治療科が患者の全身管理を24時間常に担います。これにより、各診療科の医師は、自分たちの専門である手術、検査、処置、外来診療などに集中しやすくなります。たとえば、外科医は手術室で手術に集中し、重症患者の容体を確認したり、ICUへこまめに足を運ぶ必要がなくなります。

Closed ICUは、重症患者を専門チームで支えると同時に、各診療科が本来の力を発揮するための土台にもなっています。

メリット4 持続可能な働き方を支える

Closed ICUは、医療者の働き方や病院運営の面でも重要な役割を持っています。

林主任部長は、働き方改革が制度化される前から、医師が過度な自己犠牲を前提に働く体制には限界があると考えていました。夜間に何度も急変対応で呼び出され、十分に休めないまま翌朝の手術や外来に向かう。こうした働き方は、医師本人の負担になるだけでなく、医療の質にも影響します。

また、重症患者を各診療科だけで抱え込む体制

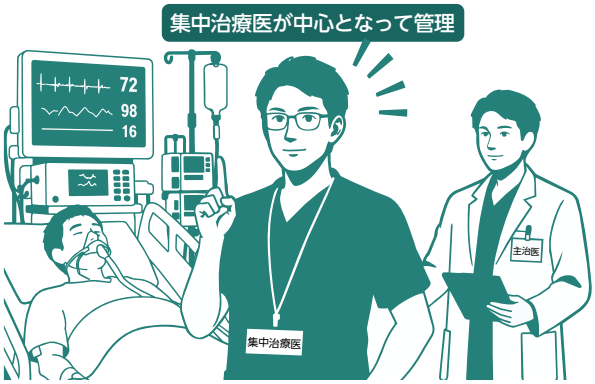
Open ICU

主治医がICU患者を管理。外来診療や手術なども担当するため、常駐ではありません。

主治医が中心となり管理します。
必要に応じて ICU に来て対応します。

Closed ICU

集中治療医が中心となり、主治医と連携して
ICUを管理します。集中治療医は常にICUにいます。



主治医は専門領域で関わりながら、
集中治療医が中心となり管理します。

患者に最適な集中治療を、チームで提供します

では、スタッフが疲弊し、結果として救急患者の受け入れにも影響が出る可能性があります。病棟にほんの数人重症患者がいるだけでも、そこに人手を割かれ現場が疲弊してしまいます。またこうした忙しさや疲労が積み重なることで「急患を断りがち」な雰囲気が許される状況を懸念していると言います。

その点、Closed ICUでは、重症患者の管理を集中治療科が担うことで、各診療科の負担を減らし、病院全体が安定して診療を続けやすくなります。集中治療科単体で見れば、ICUは病床数に上限があり、手術のように件数を大きく増やせる部門ではありません。しかし、集中治療科が重症患者を引き受けることで、各診療科や病棟がそれぞれ専門とする手術や高度な治療に集中できるようになります。結果として、病院全体の持続可能な診療機能を支えることにつながります。

つまりClosed ICUは、患者の安全を守るだけでなく、医療者が無理なく働き続け、病院全体が質の高い医療を提供し続けるための仕組みでもあります。

日本の集中治療

メリットの多いClosed ICUですが、日本ではまだ広く普及しているとはいえません。一般社団法人日本集中治療医学会が408施設を対象に行った2025年度の調査では、Closed ICUを採用している医療機関は83施設、20.3%とされています。

普及の難しさのひとつに、集中治療科専門医の少なさがあります。同学会が2025年に行った調査では、集中治療室に専従または専任する集中治療科専門医の総数は1,288人、1施設あたりの人数の中央値は3人と報告されています。Closed ICUでは、集中治療科がICU診療を中心となって担うため、専門的な知識と経験を持つ医師を一定数そろえる必要があり、まずこれがハードルとなっています。

また、手厚い看護体制も欠かせません。ICUでは、患者2名に対して看護師1名以上を配置する手厚い看護体制が求められます。全国的に看護師不足が課題となる中で、十分な人員を確保し続けることも大きな課題です。

先述した、「自分の患者は最後までしっかり自分(主治医)が診る」という診療文化を変える難しさもあり

ます。

さらに病院経営上の価値が見えにくいことも、普及が進みにくい理由のひとつです。Closed ICUは、医療安全や病院全体の診療機能には大きく貢献するものの、ICUの病床数には限りがあります。手術のように「件数を増やせば直接収益が増える」部門ではないため、集中治療科単体の収益だけで見ると、専門医をそろえる投資の価値が見えにくいという面があります。

それでも亀田総合病院がClosed ICUに踏み切った理由について、林主任部長は「理事長や院長が集中治療の重要性を理解してくれたことが大きい」と話します。

ICUの外へMET

集中治療科が担っているのは、ICUに入室した患者の管理だけではありません。もう一つの重要な役割が、2015年に運用を開始した院内急変対応システム「MET」です。

METとは、Medical Emergency Teamの略で、院内で患者の急変や重症化のサインがあった時に対応する医療チームです。Closed ICUがICUの中で重症患者を専門的に支える仕組みだとすれば、METはICUの外にいる「重症化の危険がある患者」を早い段階で支える仕組みです。

急変は、ある日突然起きるように見えることがあります。しかし実際には、呼吸状態の悪化、血圧の変化、意識レベルの低下など、急変の前に何らかのサインが出ていることも少なくありません。METは、そうした変化を早めにとらえ、心停止に至る前に介入するための仕組みです。

当院のMETの特長は、集中治療科の医師を中心に、看護師、臨床工学技士などが連携して対応する点です。患者のベッドサイド、検査室、病棟など、必要とされる場所へ出向き、酸素投与、輸液、気管挿管、検査、ICUやHCUへの入室判断など、その場で必要な初期対応を行います。

起動の目安には、呼吸苦、酸素飽和度の低下、血圧や脈拍の異常、意識レベルの低下、けいれん、アナフィラキシー疑いなどのほかに「スタッフの懸念・心配」もMETを呼ぶ基準とされています。数値に表れる異常だけでなく、患者のそばにいるスタッフが感じる「いつもと違う」という気づきも大切にしています。

対応後は、主治医や担当医へ引き継ぎ、必要に応じてICU転床や外来患者の場合はER受診などを検討します。実施した内容はカルテに記載し、後日レビューやフィードバックも行います。単にその場の急変に対応するだけでなく、次の対応につなげ、院内全体の安全性を高めていくこともMETの役割です。

METとは

数値だけでなく、近くで見ているスタッフの「いつもと違う」という気づきも大切にします

「METコール」をします。24時間対応しています

緊急カート・モニター・酸素など必要な機器を持った専門チームが対応します。

66～95％の症例では心停止の6～8時間前に急変の前兆（呼吸、循環、意識の異常・悪化のSOSサイン）が認められると言われています。METはその変化に早く対応する院内の専門チームです。

Patient First（患者第一）の考え方

Closed ICUも、METも、出発点にあるのは同じ思いです。重症患者を誰が、どのタイミングで、どのように支えることが、患者にとって最もよいのか。その問いから、亀田総合病院の集中治療は形づくられています。

集中治療室に入る患者は、病状そのものが重いだけでなく、社会的な事情、ご家族の思い、本人の価値観など、いくつもの難しい問題を抱えていることがあります。命に関わる判断をしなければならない場面も少なくありません。林主任部長は、そうした時に医療者側の都合や慣習を押しつけるのではなく、「患者・ご家族にとって何が最適なのか」を考え続けることが大切だと話します。

一方で、集中治療を受ける患者の多くが、必ずしも自分の意思を伝えられる状態にあるわけではありません。人工呼吸器やさまざまな医療機器につながれ、ご家族から見ると「今、何が起きているのか」がわかりにくいこともあります。だからこそ林主任部長は、事実を伝えるだけでは不十分だと考えています。専門家として、今後どのような経過が考えられるのか、どの程度の回復が見込めるのかを、できるだけわかりやすく伝えることも集中治療科の役割だと話します。

治療方針に迷う時、林主任部長が大切にしている考え方があります。それは「自分の家族だったら、どの医療を受けさせたいか」を自問することです。判断に迷った時には、患者を自分の大切な人に置き換えて考える。そこに、林主任部長のPatient Firstの姿勢があります。

ご家族も支えるICU看護

ICUの中で、患者の最も近くに立ち、ご家族にも継続して関わるのがICUの看護師です。荒井師長がICU看護で大切にしていることは「患者さまの尊厳を守ること」だと言います。意思疎通の取れない患者であっても、その人がどのように生きてきたのか、何を大切にしてきたのかを知り、その人らしさをできる限り大切にすることが、ICU看護の基本にあるといいます。

そのために欠かせないのが、ご家族への関わりです。元気だったはずの大切な人が突然ICUに入ることになり、十分に気持ちの整理がつかないまま、治療方針について大きな判断を迫られることがあります。ご家族は「本人は何を望んでいたのか」「自分たちが決めてよいのか」と迷いや葛藤を抱えます。

荒井師長は、そうしたご家族に関わるICU看護の大切な役割として『家族看護』を挙げます。医師から説明を受けても、動揺の中では内容を受け止めきれないこともあります。だからこそICU看護師は、ご家族の話を丁寧に聞き、困っていることや不安をくみ取りながら、患者とご家族が少しでも納得して治療に向き合えるよう支えています。また、長く付き添うご家族の疲れや体調にも目を配るようにしているといいます。

ご家族との対話は、患者を知る大切な手がかりにもなります。どんな生活を送ってきたのか、何が好きだったのか、どのような時間を大切にしていたのか。そうした情報を知ることで、看護師は治療を受ける患者を「病気の人」としてだけでなく、一人の

生活者として理解しようとしていると言います。

時には、医師や多職種と相談しながら、ご家族が「最期にしてあげたい」と願うことを、可能な範囲でかなえられるように考えることもあります。たとえば、コーヒーが好きだった患者に対して、ご家族の思いを受け止め、医師や多職種と相談したうえで、口元をコーヒーで少し湿らせたこともありました。高度な医療機器に囲まれたICUの中でも、患者の思いやご家族の願いに目を向けること。それもまた、看護におけるPatient Firstの形です。

一方で、こうした関わりを支えるには、患者の状態を正確に見る力と、治療や医療機器に関する知識が欠かせません。ICUには、一般病棟では対応が難しい患者が入室します。そのためICU看護師には、一般病棟よりも幅広く深い知識と技術、細かな変化に気づく力、多職種と連携するコミュニケーション力が求められます。

責任の大きい現場ですが、荒井師長は「患者やご家族からの言葉が看護師のやりがいにつながる」と話します。患者の立場に立ち、ご家族の思いにも寄り添いながら、高度な医療の中でその人らしさを守ること。それが、亀田ICUの看護で大切にされている姿勢です。

また教育体制も大切にしています。新人看護師や異動してきた看護師が段階的に学べるよう、レベルに応じた教育プログラムを整えています。縦のチームと横のチームを組み合わせながら、基本的な看護から重症疾患の看護まで、必要な知識と技術を段階的に身につけていきます。

キャリアアップの道があることも、亀田ICUの特徴です。特定行為研修を修了した看護師や、大学院に進学した看護師、診療看護師(NP)など、専門性を高めて活躍する先輩がいます。身近に目標となる先輩がいることで、若い看護師にとっても将来の道を描きやすい環境になっています。

右側が患者が入る病室、左が家族が過ごすことのできるスペース。病室との間はロールカーテンを下げることもでき、家族の宿泊も可能。

コラム　ACP

ACPとは、Advance Care Planning(アドバンス・ケア・プランニング)の略で、将来の医療やケアについて、本人、家族、医療者があらかじめ話し合っておくことです。日本語では「人生会議」と呼ばれることもあります。

ICUでは、急な病状悪化により、患者ご本人が意思を伝えられない場面があります。その時、ご家族は「この先、どのような治療を望むのか」「急変した時にどこまでの処置を行うのか」といった大きな判断を迫られることがあります。

元気なうちから「どのような治療を望むのか」「何を大切にしたいのか」を家族で少し話しておくことは、ご本人の思いを尊重するだけでなく、ご家族の迷いや負担を軽くする助けにもなります。一度で答えを出す必要はありません。まずはご家族で少し話してみることが、ACPの第一歩です。

これからのICU

林主任部長がこれからの集中治療として見据えているのが、遠隔ICUです。遠隔ICUとは、集中治療の専門家が離れた場所から患者の状態を確認し、現場の医師や看護師と連携しながら診療を支える仕組みです。

今後、人口減少が進み、医師や看護師などの医療従事者も減っていくことが予想されます。急性期医療を担う病院であっても、夜間に重症患者を専門的に診られる医師が十分にいない状況は、全国各地で課題になりつつあります。林主任部長は、そうした病院と集中治療の専門家を遠隔でつなぎ、重症患者を支える体制が必要になると考えています。

亀田ICUは、2013年からClosed ICUの体制を築き、ICUの中で重症患者を専門的に支えてきました。さらにMETによって、ICUの外にいる重症化の危険がある患者にも早い段階で関わっています。これからは、その経験や専門性を院内だけでなく、地域全体の医療を支える力として生かしていくことが期待されます。

その未来を支えるために、林主任部長が力を入れているのが人材育成です。2026年2月、集中治療科は、ACGME International（ACGME-I）のプログラム認証を取得しました。ACGME-Iとは、米国の卒後医学教育の認証制度をもとに、米国外の医師研修プログラムや研修施設を国際的な基準で評価・認証する仕組みです。集中治療分野の研修プログラムとしては日本初のACGME-I認証取得であり、教育の質、指導体制、研修環境などが国際基準に基づいて評価されたものです。

ACGME-I認証は、取得して終わりではありません。林主任部長は、この認証を「ゴールではなく、さらなる質向上に向けた新たな出発点」と位置づけています。自分たちだけで「よい研修」と考えるのではなく、第三者の視点から継続的に検証を受け、改善を重ねていくこと。それは、次世代の集中治療医を育てるだけでなく、将来にわたって安全で質の高い集中治療を提供するための取り組みでもあります。

重症患者を、誰が、どのタイミングで、どのように支えることが最もよいのか。林主任部長が大切にしているPatient Firstの考え方は、Closed ICUにも、METにも、遠隔ICUにも、教育にも、そして日々の看護にも共通しています。ICUは、患者とご家族にとってより安全で質の高い集中治療を届けるため、これからも集中治療の新しい形に取り組んでいきます。

数字でみる集中治療科・ICU

病床数 **14** 床

看護師数 **44** 名

医師数 **16** 名

うち集中治療専門医 **9** 名

※2026年5月現在

看護体制 **2** 対 **1**

その他コメディカル　薬剤師・臨床工学技士・理学療法士・管理栄養士

年間患者数 **1,480** 名

予定術後 **674** 例

非術後緊急入室 **604** 例

緊急手術後 **202** 例

集中治療科 2025年度版の診療実績データより

看護の日

声掛けの重要性と患者さまの内心

看護部　小菅永遠

急性胆管炎で入院されていた70代男性。この患者さまを受け持ちした日の出来事は、私にとって最近の自分の働き方、患者さまの思い、声掛けの重要性を再認識することとなった。以下対象患者さまをA氏として記していく。

入院前、A氏は独居で自立した生活を送っていた。ある日腹痛を主訴に受診し胆管炎の診断を受け入院。入院してきた時から、「帰りたい」「家ではやることが沢山あったのに、ここじゃ暇で困っちゃう」などの発言が多く聞かれていた。その都度入院の必要性を伝え、その場では理解が得られていた。対面で話す分には認知機能低下も感じず、歩行状態にも問題はなかったため、安静度は棟内フリーに設定されていた。

入院後 2、3日は気になる行動や発言はなかったが、数日経ったある日、何度もエレベーターで降りようとしたり、何度もステーションに来るようになった。毎回訴えていたのは「帰りたい」ということだった。都度説明するが以前のことは忘れてしまい同じことの繰り返しであった。そのような行動と年齢的にも、認知機能低下に伴う行動であると考えられ、離院防止のためお守りセンサーとセンサーマットの対応をとることになった。

センサーが反応する度に私は訪室しA氏に危険リスクの説明を行った。センサー設置に伴い、頻回に訪室してくる看護師、それは入院前は自立した生活を送っていたA氏にとって自由が奪われ、窮屈に、そしてストレスに繋がっていたのではないかと考えられる。そんな状況だったこともあり、部屋の中で過ごし、歩く距離も少なくなっていった。また、検査や医師の指示で禁飲食になることもあり、明らかに体力も落ち、下肢筋力低下に繋がっていた。

退院時に受け持つことになった私は、その日が祝日ということもあり、業務に余裕があった。A氏は朝から退院できることの嬉しさでソワソワし落ち着かない様子が見られていた。ナースコールで訪室すると「コンビニに行きたい」と訴えていた。時間もあったので承諾し、離院リスクを考え一緒にコンビニまで行くことにした。出棟前には「ありがとう、助かる、久々に出るなあ」と口にしていた。私はA氏のことを考え、先回りして扉を開けたり安全確保のため少し前を歩くようにしていた。しかし、A氏より「ちょっと待ってよ、あなたは健康かもしれないよ、でも僕は体力もこんなに落ちて、前のように歩けないよ」と声をかけられた。私が声掛けを実施せずに先回りしてしまったこと、今考えると日頃からの癖で少し早歩きになっていたのか、A氏には、私の

行動は、急かされていると思わせてしまった。A氏は続けて「忙しいのにごめんね、こんなにも体力が落ちて歩くのも億劫、情けない」と話した。筋力低下に伴い息切れと歩行するのが困難な状況であるのに、A氏に上記のような発言をさせてしまった。

今回のA氏との関わりを振り返ると3つの気づきがあった。1つ目は声かけの重要性である。私は相手を思って取った行動であっても、言葉にして伝えなければ相手に異なった捉え方を招いてしまう場合があること。2つ目は、忙しい時も患者さまの声に耳を傾け、出来る限り対応できるよう心掛け業務遂行していくことの重要性である。そうすることによって患者さまの入院生活は苦痛やストレス、遠慮する気持ちの軽減が図れ、感情と思いの表出にも繋がると考える。3つ目は、心身共に患者さまの立場になって考えてみることが大事であるということ。A氏に言われた「あなたは健康かもしれないけど」という言葉。多忙の中にも慣れが出てきた今、患者さまへの接し方を振り返ってみると、患者さまに寄り添った看護の提供ではなく、ただ業務をこなしている様な看護をしてしまっていることに気づいた。この気づきをきっかけに、より良い看護の提供に繋げていこうと考える。

看護の本質を思い返す“気づきの瞬間”

看護部(A3)師長　大久保宏美

看護の現場では、患者さまの何気ない一言が、私たちに大切な気づきをもたらしてくれることがあります。私たちは、日々の業務に追われる中で、「安全に、正確に、効率よく」といった視点に偏りがちです。しかし患者さまは、私たちの言葉以外の情報からも、さまざまな思いを受け取られています。だからこそ、患者さまからいただく言葉は、自身の看護の在り方を振り返る大切な鏡となります。小菅さんの関わりから得られた言葉も、看護師としての姿勢を見つめ直す機会となり、患者さまの不安や孤独に気づくことができていたかを省みる機会となりました。

患者さまの言葉は、看護の本質が「人と人との関わり」であることを改めて思い起こさせてくれます。技術や知識の提供だけではなく、患者さまの思いに寄り添う姿勢こそが信頼と安心を生むという基本を、何度でも取り戻すことができるのです。これからも、いただいた言葉を真摯に受け止め、自らの行動や姿勢を振り返り、より良い看護へとつなげていく姿勢を続けてもらいたいと思います。

CLOSE UP NEWS

クローズアップニュース

2026年度 医師初期研修

本年度臨床研修課程の初期研修医として第40期生24名が採用され、39期生24名とあわせて48名が臨床研修をスタートさせました。

各医師の氏名は次の通り。（敬称略）

《1年次生》

〇亀田初期研修プログラム

・後藤　真理子（東京科学大学）
・清水　和旗（岩手医科大学）
・瀧本　敬慎（福島県立医科大学）
・武田　真奈（東京慈恵会医科大学）
・直井　爽大（岡山大学）
・眞木　諒太（宮崎大学）
・山田　一博（大阪大学）
・大木　湧司（昭和医科大学）
・木村　綾梨（岡山大学）
・黄野　博雄（国防医学院）
・櫻庭　大生（昭和医科大学）
・竹原　優　（徳島大学）
・野村　遥平（筑波大学）
・村田　謙介（東京科学大学）
・山﨑　亮輔（九州大学）
・河上　幸司（慶應義塾大学）

〇亀田小児科産婦人科プログラム

・鈴木　わかば（信州大学）
・成田　大輔（北里大学）
・堀江　祐丞（埼玉医科大学）
・瀧澤　桜子（東邦大学）

〇地域ジェネラリストプログラム

・大西　統也（滋賀医科大学）
・十倉　希望（滋賀医科大学）
・中村　有希（高知大学）
・吉野　藍　（国際医療福祉大学）

《2年次生》

〇亀田初期研修プログラム

・香取　真奈（国際医療福祉大学）
・佐藤　友宏（聖マリアンナ医科大学）
・城田　紗英（東北大学）
・秦野　結菜（筑波大学）
・田島　望美（浜松医科大学）
・丹羽　雄哉（東京科学大学）
・長谷川あかね（金沢大学）
・八木　喜貴（信州大学）
・横山　永佳（秋田大学）
・岩部　愛子（埼玉医科大学）
・大石　樹　（東京慈恵会医科大学）
・大津　隆太朗（北里大学）
・加藤　佳瑞弘（千葉大学）
・橋本　健　（日本医科大学）
・林　真優子（東京科学大学）
・目良　義也（藤田医科大学）

〇亀田小児科産婦人科プログラム

・伊藤　大成（岩手医科大学）
・太田　諭　（岩手医科大学）
・堀内　沙也花（信州大学）
・松尾　洋佑（東北大学）

〇地域ジェネラリストプログラム

・永福　大暉（滋賀医科大学）
・芹澤　将　（杏林大学）
・寺西　奈保美（東京慈恵会医科大学）
・三嶋　世人（東邦大学）

2026年度 歯科医師臨床研修

歯科医師卒後研修室では、研修歯科医として第30期生の3名が採用され、辞令交付が行われました。（敬称略）

・山村　鴻　（東京歯科大学）
・松本　高明（東京歯科大学）
・山本　沙椰（東京歯科大学）

睡眠時無呼吸症治療への教育活動を評価
外木守雄歯科医師がStanford University School of Medicineより表彰

歯科口腔外科顧問・顎変形症治療センター 睡眠外科センター長の外木守雄歯科医師が、米国Stanford University School of Medicine（以下、スタンフォード大学）より「Faculty Recognition Award（教員功労表彰）」を受賞しました。

今回の表彰は、5月14日（木）から16日（土）にかけてスタンフォード大学で開催された「Stanford Sleep Apnea Course 2026（スタンフォード睡眠時無呼吸症コース2026）」における教育活動と、睡眠時無呼吸症治療の発展への貢献が評価されたものです。同コースは、スタンフォード睡眠外科部門が初めて開催した実践的な教育コースで、講義、症例検討、実技研修などを通じて、睡眠時無呼吸症の外科治療について学ぶ内容となっています。

外木歯科医師は、2002年から2004年にかけてスタンフォード大学に客員研究員として在籍。その後も、同大学での講習や教育活動に継続して関わってきました。今回のコースでは、献体を用いた実技研修に講師として参加し、世界各国から集まった医師・歯科医師たちに、睡眠外科の知識と手術手技を教えました。亀田総合病院からも歯科医師2名が受講生として参加し、日本からも複数の医師が同コースに参加しました。

今回の渡米は、スタンフォード大学耳鼻咽喉科・頭頸部外科のRobson Capasso教授からの招聘を受け実現したものです。表彰は、外木歯科医師のこれまでの教育活動と、同コースへの貢献に対する感謝のしるしとして、Capasso教授から贈られたといいます。外木歯科医師は、現地で特に印象に残ったこととして、「海外の若い医師たちの学ぶ意欲と熱気を感じました」と話します。

一方で、亀田総合病院にも全国各地から医師が見学や研修に訪れています。外木歯科医師は、「スタンフォードまで行かなくても、亀田総合病院で睡眠外科を学ぶことができます。ぜひ研修先として検討していただければ」と呼びかけます。

睡眠時無呼吸症の治療には、CPAP療法、マウスピース治療、外科治療など、患者さまの状態に応じたさまざまな選択肢があります。その中で睡眠外科は、もともと顎変形症の治療で行われていた手術を応用したもので、気道の狭さや顎の骨格など、無呼吸の原因に応じて治療を検討する専門性の高い分野です。外木歯科医師は、顎の骨格に関わる手術を「よく噛めて、よく眠れる、健康になるための手術」と表現します。

ただし、睡眠時無呼吸症の原因は一つではありません。呼吸器内科、耳鼻咽喉科、歯科口腔外科など、複数の診療科が関わることもあります。そのため、単に「睡眠時無呼吸症だから手術」ということではなく、原因を見極めたうえで、患者さま一人ひとりに合った治療を選ぶことが重要です。外木歯科医師は、まず身近な医療機関で相談し、必要に応じて専門的な治療につなげることの大切さを呼びかけています。

また、睡眠外科の手術は専門性が高く、施設によっては長時間に及ぶこともあります。一方で、亀田総合病院では、これまでの経験の蓄積と診療科を越えた連携により、短時間で円滑に進める体制を整えています。全国から見学に訪れた医師からも、手術の進行のスムーズさに驚きの声が上がるといいます。

外木歯科医師は、睡眠外科について「まだ広く知られている分野ではない」としたうえで、正しい情報を届けることの重要性を強調します。治療の選択肢を知らないまま悩み続ける患者さまも少なくありません。だからこそ、患者さまだけでなく、地域の医療機関にも睡眠外科という治療があることを知ってもらい、必要な方が適切な治療へつながることを目指しています。

「東京から2時間ほどの距離ではありますが、風光明媚な鴨川でゆっくり療養できる亀田を、治療選択肢の一つとして考えていただければ」と外木歯科医師は話します。

歯科口腔外科による顎変形症の手術についてはサイトをご覧ください。
https://medical.kameda.com/kyobashi/patient/lp/jaw_deformity/index.html

安房地域リハ福祉機器展を開催

5月21日(木)、Kタワー13階ホライゾンホールにて、「安房地域リハ福祉機器展」が開催されました。安房地域リハビリテーション広域支援センターが主催し、一般向けと、医療・介護・福祉の専門職向けに時間を分けて実施。地域住民と専門職が、新しい福祉機器を実際に体験できる場となりました。

同センターは、安房地域においてリハビリテーションの視点を生かし、医療・介護・福祉、行政、地域の関係機関と連携しながら活動しています。障がいのある人もない人も、住み慣れた地域でその人らしく暮らせるよう、体験会や研修会、地域イベントなどを通じて、学びと交流の機会をつくってきました。

今回の機器展は、同センター代表を務める亀田総合病院リハビリテーション室の佐伯考一主任の声掛けにより実現しました。出展したのは、まだ広く一般に知られているとはいえないものの、これからの医療・介護・福祉の現場で役立つ可能性を持つ企業の最新機器です。

会場には、耳をふさがないオープンイヤー型集音器、移乗時に使用するリフト、睡眠状態やバイタルを測定するセンサー、嚥下の状態を確認する機器、自動で歯磨きができる機器、排尿のタイミングを見える化する機器、転倒時の骨折リスクを軽減するマット、ベッド上で身体を洗うことができる機器などが並びました。

佐伯主任は、今回の企画について「業務効率化につながる機器に、専門職が実際に触れる機会をつくりたかった」と話します。医療や介護の現場では、人手不足や業務負担の増加が大きな課題となっています。こうしたなかで、新しい機器や仕組みを上手に取り入れることは、職員の負担軽減だけでなく、利用者や患者さまにとっても、より安全で快適なケアにつながります。

また今回は、専門職だけでなく一般の方にも体験してもらえる時間を設けました。一般の部では、来場した障がいのある方やご家族が各企業の説明を聞きながら、興味深そうに機器を試す姿が見られました。実際に触れてみることで、「こういう道具があれば自宅での介護が少し楽になるかもしれない」

と、具体的に考えるきっかけとなっていました。

専門職向けの時間には、リハビリテーション事業管理部、訪問看護センター、病棟看護師など、患者さまを支える多くのスタッフが参加しました。参加者は機器を手に取り、使用感や活用場面などを確かめていました。

来場した大学関係者は、口にくわえて自動で歯磨きができる機器の開発に携わったことがあるとして、「来場してみると、自分が携わった機器が展示されていて驚きましたが、うれしく思いました。体が不自由な方が虫歯になってしまうと治療が大変ですが、手首を返すのが難しいなど、歯磨きが思うようにできない方も多くいます。そうした方にとって、歯磨きの一助になればとの思いで関わりました」とコメントを寄せました。

嚥下の状態を確認するデバイスを展示していた企業担当者は、「誤嚥による肺炎は、高齢者の命に関わる深刻な問題だと感じています。このデバイスを通じて嚥下の状態を可視化し、安全に食べられるものを選んだり、介助者の負担軽減につながったりすれば」と話しました。

佐伯主任は、「安房地域リハビリテーション広域支援センターでは、今後も地域の関係機関と連携しながら、障がいがあっても、なくても、誰もが幸せに過ごせる地域づくりをめざして活動を続けていきます。活動内容についてはホームページでも紹介していますので、次の機会にもぜひご参加ください」と来場者に呼びかけました。

安房地域リハビリテーション広域支援センター
https://sites.google.com/view/awa-chiikireha-kouiki-center/

手術支援ロボット「Hugo RASシステム」を新たに導入しました

より質の高い手術医療の提供をめざし、当院では2026年5月、新たな手術支援ロボット「Hugo RASシステム」を導入、運用を開始しました。2022年4月に導入、運用開始した「da Vinci Xi」に続き、当院で2台目となる手術支援ロボットです。

ロボット支援下手術は、医師が専用の操作用コンソールからロボットアームを操作し、体の奥深くにある細かな部位まで、安定した動きで手術を行う方法です。小さな傷で行える手術が多く、患者さまの体への負担を抑えることが期待されています。

当院ではこれまでも、「da Vinci Xi」を活用し、泌尿器科、ウロギネ科、消化器外科、産婦人科、呼吸器外科、乳腺科など、さまざまな診療科でロボット支援下手術を行ってきました。今回導入したHugo RASシステムは、当院のロボット支援下手術の選択肢を広げる新たな機器と言えます。

Hugo RASシステムの特徴の一つは、複数のロボットアームがそれぞれ独立している点です。症例や患者さまの体格、手術の内容に応じて配置を調整しやすく、手術室の環境に合わせた運用が可能とされています。また、術者が操作する画面を周囲のスタッフも確認しやすい構造となっており、手術チーム内での情報共有にも役立つことが期待されています。

周術期管理センターの山本喜美夫副センター長は、「メーカーの異なる手術支援ロボットを導入することで、治療の選択肢が増えるだけでなく、手術内容に応じた機器の使い分けや、より安全で効率的な手術環境づくりに向けた検討も進めやすくなります。今後は、各診療科、手術室、臨床工学技士などのスタッフが連携しながら、慎重に運用を重ね、ロボット支援下手術のさらなる充実を図ってまいります」と話していました。

中国・天津市第一中心医院 看護師訪問団が来院

4月22日（水）、中国・天津市第一中心医院の看護師訪問団が当院を訪問し、院内見学や意見交換を行いました。今回の訪問は、NPO法人日中医学交流センターを代表として実施されたもので、病院見学と看護部との交流を通じて、日本の看護について理解を深めることを目的としています。訪問団は、各診療科・病棟の看護師長など、現場を牽引するリーダー層を中心とした17名で構成されていました。

当日はKタワーホライゾンホールにて歓迎挨拶および当院紹介を行った後、院内見学を実施しました。見学では、外来エリア、手術室、ICU、入退院支援センターなどを巡り、各部門の運用や患者支援体制について説明を受けました。訪問団は、それぞれの専門分野や管理者としての視点から、院内の動線や部門間の連携、患者さまを支える仕組みなどに高い関心を寄せていました。

その後、看護部による講演では「看護人材育成と人材階層構築」をテーマに、クリニカルラダーや教育体制について説明し、訪問団からは通訳を通じて質問や意見が寄せられました。意見交換では、日本と中国の看護現場における人材育成、職場環境、管理者の役割などについて話題が広がり、看護を支えるリーダー同士の交流の場となりました。

中国事業統括室の呉海松室長は「こうした交流は亀田では以前から行ってきている。医療を通じた交流が、民間外交の一つになれば」と話しました。また、渡邉八重子看護部長は「看護部で取り組んでいるKoa-ナース※を紹介する機会をいただきました。応用力をつけたジェネラリストとして活躍する亀田のKoa-ナースについて、活発な意見交換を行う交流の時間となりました」と述べました。

※Koaとはハワイ語で「勇敢な」という意味で、自部署を超えて、他の部署にも横断的に関わっていける看護師です

病院は誰かの仕事でできている

今回の部署

亀田訪問看護センター

1995年春に亀田クリニックが開院した理由のひとつは、米国ではじまった「入院から外来へ」の大きな流れでした。それを先取りする形で1992年には「入院から在宅へ」を掲げた在宅医療事業部が誕生しました。今回の訪問先である「亀田訪問看護センター」もそこにルーツがあります。ベッドコントロールは今でも大変ですが、さらに規制の厳しかったベッド数について、経営者が「在宅はベッドを1床持っているのと同じだ」とした発想がとても斬新に思えたものでした。

「家に帰りたいという人は必ず帰れるようにする」を目標に掲げてスタートした訪問看護の今をたずねてみました。

訪問看護 スタッフデータ

- 責任者：佐々木真弓 師長
- スタッフ：看護師12名（2026年7月1日現在） 1名産休
- 訪問エリア：鴨川市・勝浦市・御宿町・南房総市の一部
- 利用登録者：毎月100名前後
- 担当者の平均訪問件数：3件/日

「住み慣れたわが家で最期を迎えたい」

2026年、超高齢化や核家族化がもたらした高齢者世帯の増加がここ南房総では待ったなしの問題となっています。佐々木真弓師長は、人口減少に加え、疾病構造の変化や価値観の多様化などで、在宅療養のニーズが変化してきたと言います。

これまで主流だった要介護4～5の新規依頼はほとんどなくなり、自宅で最期まで過ごしたいと希望するケースが増えているそうです。そのため在宅診療科の医師と緊密に連動し、自宅で対応可能な症状コントロールと家族のサポートを行い、約9割の希望を実現できているそうです。ものすごい努力の跡が見える数字です。

訪問看護の入り口はどこ？

それは、病気や障がいで生活が変化したタイミング。高齢化社会を生きていくには、もっと自分の身体や健康に関心を持って過ごすことが大事で、ご自身で病気の管理が難しくなる前に頼ってほしいと佐々木さん。ケアマネジャーや外来看護師など、さまざまな専門家とつながりを持ち、その方が願う生き方がかなうサポートを続けるのが仕事です。

亀田訪問看護センターの特徴としては、訪問エリアが広範囲なこと。亀田総合病院を退院・通院する医療依存度の高い方から、独居高齢者が現状維持につとめるまでニーズは幅広く、特にここ10数年の間に多疾患併存の高齢者が増加し、病態が複雑になってきているそうです。

訪問看護 あるある

- 迷子になったことがある
- 夜間拘束日は自宅待機で全てのご利用者の対応をするため、状態が不安定なご利用者がいる場合は、いつコールされてもわかるようにトイレやお風呂にまで携帯を持ち込む
- 外に出ると気分転換ができ、特に海や山の自然の美しさに心が癒される
- 訪問宅にうかがうと写真や家族との思い出の品々があるため、たくさんお話が聞けて楽しい

訪問リハ スタッフデータ

- 責任者：佐伯考一 主任
- スタッフ：理学療法士（PT）3名 PT歴20～30年のベテラン
- 訪問エリア：鴨川市・勝浦市・御宿町・南房総市の一部
- 利用登録者：毎月90名前後
- 担当者の平均訪問件数：4件/日

「患者さま」から「障がいがありながらも地域で暮らす生活者」に

訪問リハビリテーション（以下、訪問リハ）を自ら希望した佐伯考一主任は、PT歴と訪問リハ歴が1年しか違わない訪問リハ歴26年目の開拓者。

沖縄出身の島袋壮仁さんは、病院PTを7年ほど経験し、訪問リハ15年目。訪問先ではたった一人で誰も頼れない、病院とは違う環境・仕事内容に最初戸惑いを感じたという。

北海道出身の和泉亜希さんは、PT歴28年。途中育児のために休職したものの、訪問リハに戻り20年目。「生活を見る」こと、知らないお宅を訪問することに少し抵抗があったそうだ。

「訪問リハは0歳から100歳までが対象で、暮らしや身体の状況も様々。奥深く難しくもあるが、やりがいも感じる」（佐伯）。「病院は病気を治す場所。訪問リハは不自由な身体と向き合いながら生活する中で、今ある能力を活かして支援する。リハビリの本質が見えてくる」（島袋）。訪問リハ業務を担当することに迷っている後輩がいたら「迷わず飛び込んでみて。生活を見るという視点が重要で、どうしたら気持ちを上に向かせられるかを考えることは楽しいよと教えてあげたい」（和泉）。

ご利用者が、人生の主人公として主体性を持って貴重な日々を重ね、「尊厳を保ちいきいきる」支援をするために関わりを内省し、つねに「より良い訪問リハ」を模索しつづける真面目なチーム。

訪問リハビリ あるある

- 同じ名字の家ばかりで迷い、「そらぁ隣だっぺよ！」と教えてもらいホッとする
- マッサージと勘違いされ、追いかえされた（泣）
- たまたま寄った近所の方が、体の不調について愚痴をこぼして帰っていく

訪問チーム　一日の流れ

08:00	**環境整備、訪問準備**（情報収集・物品準備・カンファレンスなど）
08:30	**朝礼** （夜間の申し送り・訪問予定確認・多職種と情報共有・医師指示確認）
	朝礼終了後～　訪問先に向けて各自出発 帰院後は、各自ミーティングに備えて訪問記録やレポートのまとめ、担当者への引き継ぎのための情報共有などを行います
16:30	**夕方のミーティング** 訪問したご利用者の共有すべき内容を報告します **※毎月１回多職種を交えたカンファレンスを実施**

訪問時以外は、介護保険に関する各種会議、新規依頼者の対応（情報収集・契約日程調整）、病院や施設との退院調整、それに関する打合せ、在宅療養移行支援（意思決定サポート）、医師への報告などで、忙しくしています。

仕事のやりがい

聞いてみました

病棟勤務だった時は、つねにたくさんの患者さまを担当して目の回るような忙しさだった川田一輝さん。でも在宅はひとりの方との関わりが濃くて長い。それぞれのご家庭の生活リズムや価値観を大切にした支援を考えることが今は楽しい。

佐伯主任は、予防から急性期、回復期、生活期まで切れ目なく適切なリハビリテーションを提供するために設けられた「安房地域リハビリテーション広域支援センター」の代表を務めています。詳しくは16ページをご覧ください。

中村恵美さんは消化器内科、腫瘍内科病棟の主任を務めたのち、医療安全管理室で2年勤務した看護師歴25年の大ベテラン。訪問看護に異動して2年目。もともと死生観に興味があり、亀田医療大学のエンドオブライフケア学を看護研究科前期課程大学院で学んだ。医療施設と地域を切れ目なくつなぐ人材の育成に力を尽くしたいという新たな目標ができた。

内科病棟で9年間の勤務経験をもつ林貴美加さんは、相手の思いや考えを知るため、よく お話を聞くことを大切にし、休日はサーフィンで知り合ったご主人とネコと家でゆっくり過ごす。

山形県出身で上総興津に嫁いだ中村さんの隠れ名店イチ押しは、地元「松葉屋飯店」の餃子。皮がモチモチで、お酢と胡椒でさっぱりいただくのがお気に入り。

アイドル推し活〇年の今川遥菜さん。今は『WEST.』推し。コンサートでエネルギーを満タンにし、仕事も頑張る。

趣味のこと

美術短大を出てテキスタイルデザイナーとしての経歴を持つ田嶋ひろみさんの趣味はアンティーク収集。とてもセンスの良い落ち着いたインテリアはぜひ参考にしたいところです。

お料理も本格的に東京まで通った佐々木師長さん。お菓子作りが得意だそうで、まるで明日からパティシエになれそうな腕前にビックリ！

訪問リハの島袋さんは、サッカー指導員の資格を持つ。休日は地元「オーシャン鴨川サッカーチーム」の監督として子供たちと真っ黒になってフィールドを駆け回っている。

訪問チーム七つ道具

- **5本指ソックス**：室内は靴を履かないので、トランスファー（移乗動作）時など力が入る
- **ガム**：運転中の眠気対策
- **空のペットボトル、キリで複数穴を開けたペットボトルのキャップ**：訪問先で陰部洗浄
- **長靴**：入浴介助・雨の日
- **飲むヨーグルトの空容器**：握らせて手指拘縮を和らげる
- **ラップの芯**：車いすのブレーキ
- **背あてクッション**：腰痛対策・運転時

取材を終えて

パワーチャージは「ありがとう」

1993年の訪問看護センター開設当初から、その移り変わりを見つめてきた佐々木師長は、病気をきっかけに生活状況が変化しても、住み慣れたわが家で自分らしく生きたいと思う方が、あきらめなくても良いよう、柔軟な思考で地域のニーズに応え続けたいといいます。「ありがとう」のひと言が、次も頑張ろうと気持ちを前向きにしてくれると皆さん言います。なんだか頼もしくて応援したくなります。

亀田総合病院報

No.292

亀田ホームページ　https://www.kameda.com

2026年7月1日発行（隔月発行）　発行責任者：亀田隆明　編集：広報企画室

発行：医療法人鉄蕉会　〒296 - 8602 千葉県鴨川市東町 929

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.