

石心会グループ

社会医療法人財団 石心会

社会福祉法人 石心福祉会

医療法人社団 東京石心会

海燕

うみつばめ No.66 2015年5月

発行人：石井暎禧

編集人：辻田征男 発行：石心会本部

〒212-0013 川崎市幸区堀川町580番地

ソリッドスクエア東館 4F

TEL 044-511-2266(代) FAX 044-540-1135

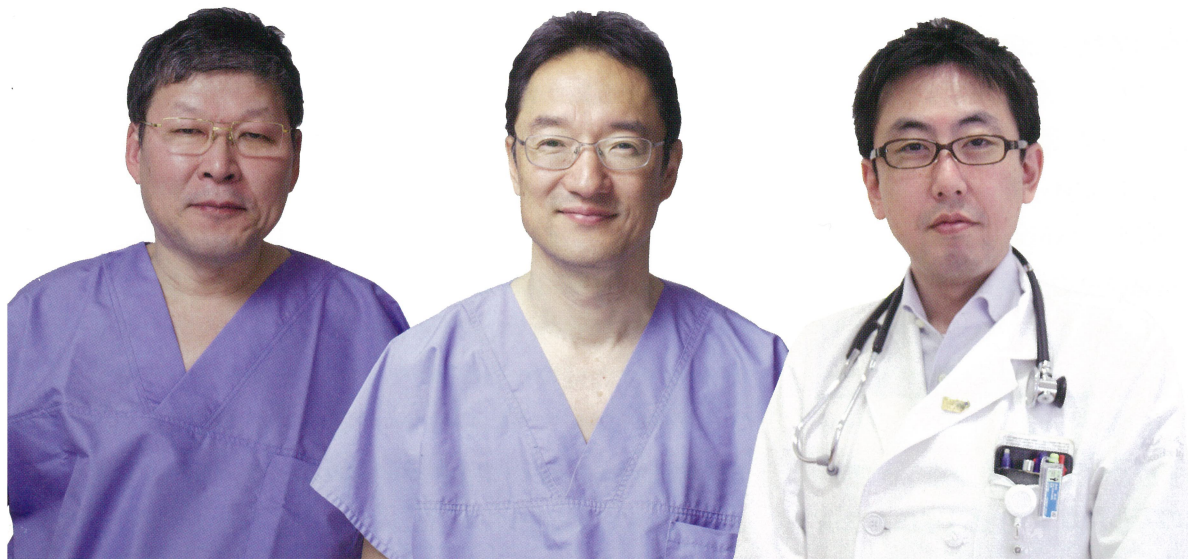
<http://www.sekishinkai.or.jp>

提言

川崎幸病院と埼玉石心会病院では、平成 27 年 4 月、あらたに計 10 人の初期研修医を受け入れました。医師としての資質は研修医 1 年目に育成されるとも言われます。そこで、医師への入り口に立った若き研修医の皆さんへ、そして彼らの育成の場となる石心会グループの全スタッフに向けて、医療人としての心構えを改めて問い直します。

そこで石心会の先輩医師として、笹栗志朗・川崎幸病院院長、そして山本晋・川崎幸病院川崎大動脈センター長、池田直史・さやま腎クリニック院長の 3 方から、研修医時代のエピソード、そして研修医へのメッセージをいただきました。

その原点を探る 初期研修医の在り方、



川崎幸病院院長
笹栗志朗

川崎幸病院・川崎大動脈センター長
山本晋

さやま腎クリニック院長
池田直史

提言 ① 笹栗志朗・川崎幸病院院長インタビュー

臨床研修センター設立、充実した研修制度へ 「ちゃんと人を見る、患者をみる診療を」



—笹栗院長は、東京医科歯科大学を卒業後、大学の医局には入らずに、三井記念病院の外科に進まれましたね。

笹栗 僕は会議が嫌いで、議論が嫌いで、手足をとにかく動かしたかった。でも当時は大学病院というと研究ばかりのイメージで活気がなくてね。僕はとにかく

現場にいたいという一心で、三井記念病院の外科なら研修医の教育を厳しくやってくれる場所、と考えて選びました。

—三井記念病院での研修はどのようなものでしたか？

笹栗 外科は、体力もちろん必要ですが、とっさの知識がものすごく大切になります。手術中は何が起き

るか分からず、その場の一瞬で判断ができないといけない。そのために必要なのは、とにかく沢山の手術を見ること、経験することです。研修医の最初の頃は朝から晩まで手術室に入りコウヒキ（器具で術野を広げる）の毎日で、とにかく手術を見させられました。

—どんな1日を過ごすのでしょうか？

笹栗 まずチーフレジデントの回診が朝7時からあり、8時からは外科のカンファレンスで、レジデントが前日の手術報告と、今日の手術のプレゼンテーションをします。でも若い研修医は何を説明すればいいのかわからず、コウヒキで見た経験を話すしかない。プレゼンでは2チームに分かれ、片方のチームがもう1つのチームのプレゼンを総攻撃するので、そのための知識や対処は、深夜のうちに勉強しておかなければなりませんでした。

—実際の技術は、どうやって覚えたのでしょうか？

笹栗 先輩の手術を見て覚える一方で、自分でも練習します。（縫合の）糸結びは、手術で余った糸をゴツゴツもらってポケットに入れておいて、カンファレンス中でも、机の引き出しにある穴に通して結ぶ練習です。基本的な結び方は無意識で出来るくらいにしました。

初手術は、志田先生が前立ち 体調不良ながらもチャンスを生かす

—研修制度はどんなものでしたか？

笹栗 昔は4年目までがレジデントと呼ばれ、1つ上の学年が、下の学年の面倒を見ながら育てます。そして兄貴分にあたるチーフレジデントがいて、4年間面倒を見てくれるので、一体感がありましたね。実は、埼玉石心会病院の志田院長は僕の1つ上で、ずっと同じ釜の飯を食ってきた仲間なんです。なんと初めての手術が、志田先生が前立ちでの盲腸の手術でした。1年目の8月で、その日僕は体調が悪くて家で寝ていたのですが、志田先生から呼び出しの電話があって『アップ（盲腸）の手術があるからやるか』というんです。1年目の研修医が初手術のチャンスを逃すわけにはいかないので、手術に行きました。

—体調不良で初手術を！？

笹栗 ええ。でも手術は前屈みになるので、途中で気分が悪くて我慢できなくなり、志田先生に交代してもら

いました。翌朝のカンファレンスでチーフレジデントに「体調が悪いときに手術するなんてとんでもない」と怒られました。でも志田先生は1年下の僕を育てようという気持ちでチャンスを与えてくれたお陰で、初手術へこぎつけることができました。そのまま術数を重ね、1年目の終わりにはもう心臓の手術もやりました。『外科で一旗揚げよう』というアクティブで熱意ある連中ばかりが揃っていたので、教育体制がしっかりしていることと合わさって、充実した研修医時代でした。

—かなりハードだったと聞いています。

笹栗 とにかく寝る時間がない。文字通り、病院から帰れずに住み込んでの仕事になるので“レジデント”なんです。待合の長いすで仮眠をとって朝起きると、早朝から外来に来院した患者が両隣に座っている、なんていうのはざら。病棟のストレッチャーに寝ていたら、入院患者が「先生、私のベッド使って下さい」って言ってきたこともありました。たいていは医局の更衣室や、看護師の待合室でこっそり寝させてもらっていました。とにかく経験を積みたい一心だったので、寝不足に文句を言うような気持ちにはなりませんでした。

—四六時中、院内で過ごすのですね。

笹栗 携帯電話もないので、外にも出られません。小児科の患者などはすぐに心臓マッサージが必要だったので、患者の隣にストレッチャーを持ってきて寝て、心電図がおかしくなると当直の看護師に起こされて、すぐにマッサージ。土日の休暇もなく、食事朝と夜中のみでした。最近の研修医は、労働基準法が週40時間という規定もあってプラスアルファくらいの残業しかない場合もありますが、本来なら何事も吸収できる1年目はしっかりと教育を受けるべき時期。川崎幸病院では臨床研修センターも立ち上げましたし、当時に劣らず、充実した研修医時代を過ごさせようと思っています。

成清医師をレジデントのチーフに 米国医師からの指導など柔軟なシステムを

—臨床研修センターはどのような教育体制になるのでしょうか？

笹栗 現在の初期研修医はいろいろな科をまわるので研修医の兄貴分がおらず、しかも初期研修医が終わると別の病院に行ってしまう人もいて、屋根瓦方式の指導が出来ないことが問題でした。そこで三井記念病院の

時のように、初期研修医を先輩が支えていく“兄貴分と子分”の繋がり重要だと思い、シニアレジデントの成清道久医師（脳神経外科）を研修医のトップにおき、初期研修医の面倒をみる役割にしました。



闘魂ERでは医学生や研修医らが救急の実践を体験

—良い研修医を育てるために必要なことは？

笹栗 結局は、研修医ではなくスタッフ次第なんです。僕達が良い診療をやって日本のトップを走っていないと、良い研修医も来ないし、育たないし、残らない。だから研修制度を改革したいと考えたら、まず今のスタッフの意識を変えることが重要なんです。もはや川崎幸病院は川崎の一病院でなく、知名度に於いては全国区の有名病院になった。（全国の臨床研修病院中救急車の年間受け入れ台数は5番目）小さな地域の病院という意識のスタッフは、この川崎幸病院のなかで置いてきぼりにしますよ、という気持ちです。今はガイエスキー先生（トーマス・ジェファーソン大学救急科准教授）や、テンヘイブ先生（ハワイ大学総合診療科）らも招いて医療の質を高めようと切磋琢磨しており、意識は日本のトップ、そして世界に向いています。そのレベルまで各スタッフが医療意識を持ち上げ、病院が盛り上がれば、自然と研修医は育ち、そして医師として病院に残っていきます。

—研修医がそのまま病院に残るとするのは理想ですね。

笹栗 研修医が残るには、良い病院であることと、良い研修教育システムがあることです。教育体制の面で今年の取り組みとしては、“闘魂ER”という、医学生と研修医のためのER研修を実施しました。ガイエスキー先生が中心になって、若者にERでの対処を実践的に指導するものです。ある医学生は『来年絶対に川崎幸病院に応募します』と言っていましたし、研修医にも刺激になったようです。外国の先生から指導を受けるなど柔軟な研修が出来るのは、大学病

院にはない魅力でしょう。

「電子カルテではなく患者を見ろ」 若い医師にとって必要なものは「熱心さ」

—初期研修医へ最初に伝えたいことは？

笹栗 仕事熱心であれ、ということです。技術にしたって知識にしたって、教科書じゃダメ。ここは論文を書く場ではありません。僕の研修医時代は「本なんか読む時間があったら患者を見ろ」と言われました。そして「文献よりも、医者や看護師の言うことをメモして、それを読め」と。今の医師は、すぐに電子カルテとかインターネット上の文献とかを見て、それで良いと信じています。しかし、やはり患者を見ないとダメです。

—患者を直接見ずに、電子カルテで診断してしまうということでしょうか？

笹栗 そもそも今の医師は聴診器を使わず、電子カルテを調べて、CTやレントゲンの画像を見ようとする。そうではない。実際に患者を触り、全身くまなく見て、聴診器で心臓の音、呼吸音、おなかの音、いろいろ聞かないと。電子カルテで診断するようでは、大事なことを見落とします。だから石心会では、「ちゃんと人を見ろ、患者を見つめろ」というのを全医師に伝えたいです。とかく最近はレジデントが聴診器を使わず、ネクタイ代わりになっているのは、大問題です。

—改めて笹栗先生の若いころを思い出して。初心はどんなものでしたか？

笹栗 僕の場合はとにかく手術がしたい、それだけでした。教授になろうとか院長になろうとかではない。多くの症例を経験したいという意欲に満ちあふれていました。その意欲がいまだに続いているのが埼玉石心会病院の志田院長かな。それは外科医にとって一番重要な情熱だと思います。

Profile

笹栗志朗

1978年	東京医科歯科大学卒業
1978年	三井記念病院外科（研修医）
1983年	ハーバード大学外科
1984年	東京医科歯科大学
1989年	順天堂大学胸部外科
1999年	高知医科大学第二外科（教授）
2012年	川崎幸病院

提 言 2 コラム

とりあえず研修医としてすべき、3つのこと

川崎幸病院・川崎大動脈センター長 山本 晋



僕らの時代（1986年卒）と今の研修医とでは、環境がまるで違います。そもそも当時の研修医は文部省から月 10 万円の研修医手当を支給されていたにもかかわらず、そのうちの 7 万円は“指導料”という名目で大学にピンハネされ、結局給料は月 3 万円、残りはバイトで生き延びていました。毎日大学に泊まっても当直料は支払われず、当直室はおろか、仮眠のためのベッドも与えられませんでした。もちろん僕らレジデントには休日は無く、唯一の息抜きは、大学外での月一回の土日バイトでした。

僕がレジデントになった時、いきなりオーベンから「婦長・看護婦・医者・マウス・レジデントと 10 回言え!」と言われました。今は婦長ではなく師長、看護婦ではなく看護師ですね。これは何かと言えば、病院内での“事実上の序列”です。つまり、一番偉いのは婦長で医者は看護婦の下、レジデントは実験動物のマウス以下・・・という扱いでした。それに比べれば今の研修医は恵まれすぎている・・・などとお決まりの文句を言うつもりはありません。十分な給料と専用の当直室、日曜祝日は休みで手厚い福利厚生、いいではありませんか。

しかし・・・です。勘違いしてはいけません。医者（しいて言えば、まともな医者）という職業は、ハンパな姿勢では務まりません。恐ろしく過酷な職業と思ってください。そして、“まともな医者になるためにやるべきこと”は 30 年前も今も、日本だろうがアメリカだろうが、全く変わりはありません（と僕は確信しています）。

【その1】 研修医は、ベタベタ患者を触りまくること。

さて、何と言っても研修医の憧れアイテムは「Cardiology III」です。安っぽいステートを首にぶら下げるのと、「Cardiology III」をぶら下げるのではカッコ良さがゼンゼン違います。しかし「Cardiology III」は使ってナンボです。昔、サー

フィンなどしないのに車にボード積んで六本木に出没する“陸（おか）サーファー”という人種がいましたが、数万円もする「Cardiology III」を首にぶら下げるだけで使わないのは“陸医者”というべきです。先輩Nsから研修医のクセに生意気!と言われるリスクを冒して「Cardiology III」を買ったのですから、とにかく患者の聴診をしまくってください。同じ患者なら少なくとも一日 4 回は聴診します。もちろん聴診だけではありません。頭のテッペンから足の指先まで、視診・触診、ベタベタ触りまくります。毎日聴いたり視たり触ったりしていると、ある時「あれ?いつもと違う・・・」ということが起こります。この小さな変化を掴むことが重要であり、大きな経験となっていくます。知識は教科書から学べますが、医者としての動物的感覺は患者に触れて身に付ける以外に方法はありません。ずば抜けて鋭い感覺を持った医師は「当直室で寝ている時でも患者の容態の変化が解る!」と言われていきます（これ、本当です）。

【その2】研修医は、電話で答えないこと。

医局で教科書を読んでいるとき、あるいは当直室で寝ているとき、看護師からピッチに連絡が来ます。看:「先生、〇〇さんが熱発しています!」
研:「アセリオ 1 A、落としといてください!」
看:「先生、ICUの B ベッドの患者さん、SAT 低下しています!」
研:「ガス採って、連絡してください!」

研修医はおろか医者としても、上記は全てアウトです。要するに研修医（医者）は、こと患者に関わる件には電話で対応してはいけないということです。実際に患者を自分の目で見るのと見ないのでは情報量が全く違います。夜中の緊急手術となれば僕のところに当直医から連絡が入ります。当直医は患者の状態を説明し、「どうしましょうか?」と聞いてきます。この時の僕の答えはいつも決まっています「僕は患者を診ていないからわからない。自分で決めな!」と言います。

いくら臨床経験が豊富でも、自分の目で見えていない患者の事など何も解らないのです。研修医が電話で看護師に指示を出すなど言語道断と心得てください。

【その3】研修医は、寝ないで寝ること。

禅問答のようですが・・・。「研修医は寝ないこと」。これはよくわかんと思います。研修医は、当然毎日病院に泊まり込んで、もちろん夜中であろうが当直室などで惰眠をむさぼることなく修練しなくてはなりません。僕のレジデント時代も含め、一流施設（とくにアメリカなど）では、レジデントの睡眠時間は約 3 時間というのが相場だと思います。では、「研修医は寝ること」とはどういう事でしょうか。人間毎日 3 時間の睡眠では一か月もしないうちにバテてきます。肝心の手術中に意識消失発作を起こす研修医も稀ではありません。そこで重要なのは、いつでもどこでも 15 分なり 20 分、瞬時に熟睡するワザを身に付けることです。たとえば ER で救急患者が途絶えた瞬間、ER の処置ベッドで 15 分間熟睡する。たとえば手術が終わって次の患者が入室するまでの 20 分間、空いているオペ台の上で熟睡する。要はメリハリのついた睡眠を取ること、そしてこのワザのポイントは、ER 看護師や先輩医師、あるいは麻酔科医に見つからないようにやるのが重要です（コソ眠）。ダラダラ椅子に座ったままボーっとしたり、人に見られるところで机に突っ伏

して寝てみたり、こんなことをするなら 15 分でも良いから横になってぐっすり眠る。処置台、待合の長椅子（夜間のみ）、ストレッチャー等々、病院内には眠る場所はいくらでもあります。

言いたいことはまだまだたくさんありますが、この 3 つのことが徹底してできるようになれば、初期研修医としては上出来だと思います。



研修医の憧れアイテム
Littmann社「Cardiology III」

Profile

山本 晋

1986 年 香川医科大学卒業
1986 年 日本医科大学救命救急センター（研修医）
1987 年 順天堂大学付属病院（研修医）
1996 年 Baylor College of Medicine, Surgery
1997 年 Texas Heart Institute, Cardiovascular Surgery
2001 年 順天堂大学胸部外科
2003 年 川崎幸病院

提 言 3 コラム

私の研修医時代～“人間未満”と万歩計とカツ丼と～

さやま腎クリニック院長 池田直史



研修医は人にあって、人にあらず――。

私が研修を始めて間もないころ、そのときの研修科であった循環器内科の先生が、研修医に対して「君たちの立場は人間未満だ」と話された。

理由はこうだ。医師、看護師、薬剤師、技師、助手それぞれの立場の人たちが病院では働いているが、それぞれ自分の仕事の範疇のなかで意思決定している。しかし研修医は、責任はないが意思決定できる立場でもない。意思決定できない立場の者が病院で

は一番位が低い。だから人間未満なのだということだった。

よってナースステーションに誰かが訪ねてきたり電話が鳴っているのに、対応しないでカルテを書き続けたりせず、そのような対応くらいまっさきにするように。電話は少なくとも君たちがナースステーションにいるときは 3 回以上鳴らせないようにと指示された。

当時はそんなものかと思ったが意外とこの姿勢が

そののち役に立った。なにしろ国家試験の合格発表から数週でいきなり先生と呼ばれる、一般社会からみれば随分と異様な世界だから。勘違いせずにすんだというか、わりと大事なことだったと感じている。

私の研修時代は今のような研修制度ではなかった。私は母校の大学病院での研修だったが、内科以外は各科に即入局するシステムだった。内科については2年間のローテーションを行い、ローテーション終了時に入局先を決めるルールだった。私は内科希望であったため、このローテーションを行った。私は血液内科から研修を開始し、循環器、消化器とローテーションしていったが不思議といつもオーベンに恵まれていた。実際の指導医クラスの先生方にも恵まれていて、血液内科では別所先生（当時は助教授、現在埼玉医科大学学長）に、神経内科では野村先生（当時助教授、現在埼玉医科大学川越医療センター教授）によく指導していただいた。

ただ、研修時代で一番強烈な印象を受けた先生はやはりその後入局することになる腎臓内科の恩師である鈴木洋通教授だろう。毎朝7時30分より教授回診があり、プレゼンが悪いとよく温度板の角で頭を小突かれたものだった。なにより強烈だったのは診断能力の高さだった。短いプレゼンの端から病態を適切に見抜かれていて治療方針の理由も明確だった。鈴木先生は週末以外ずっと病院に泊っていた。何時に病棟に現れるかわからないので、鈴木先生が就寝されて教授室の電気が消えるのを確認してから帰宅したものだった。

この科を回り出した時、万歩計をつけるようにと指示された。万歩計でよく働いているかどうかわかるからだと言われた。研修医は1日2万歩で合格とされていた。ちなみに私はというと常に大体2万歩をやや超えていた。

さて2年間のローテーション期間の終了が近づいたころ、各内科の勧誘合戦が熾烈になった。当時、私には循環器内科がとても魅力的に映っていた。ただ一方で腎臓内科も魅力だった。なにより鈴木先生の下で指導を受ければ、きっと内科医として成長できるだろうと考えていた。

迷いながらもほぼ循環器内科にしようかと思っていたころ、腎臓内科の医局から電話があった。今

日の夕方6時に腎臓内科の医局に来るようにということだった。仕事を中断し、腎臓内科の医局に行くと、自分と同期の研修医が数名来ていた。目の前にはカツ丼が用意されていた。鈴木先生が入ってくると、さあまず温かいうちにカツ丼を食べてくれとおっしゃった。私たちはよくわからずもとりあえずカツ丼を食べ始めた。隣にいた同期の先生が食べながら「これはどういう意味ですか」と尋ねた。鈴木先生は「いろんなことに勝つということだよ」と話され、「ちなみに言い忘れていたけどこれを食べるということは契りを交わすということだから入局ということだ」と高笑いされた。

すると私の方に振り返り、「循環器が好きなのはよく知っている、だからお前は腎臓内科に入っても腎臓はやらなくていい、循環器をやりなさい」と話された。もうここまで来るともはや断れる雰囲気ではない。循環器をやりなさいという意味は心腎連関をやりなさいという意味だと後で知ったが、ここで私は腎臓内科に入ることを決断した。

研修医時代のことを振り返ればいくらかでもエピソードがあるが、思い出されるのは、荒々しくも暖かい教育愛のもとで指導を受け、若い日々に医師として大きく成長を遂げることができた、ということだ。

最後に先輩医師として、研修医のみなさんには以下のことをアドバイスしたい。

- ①医師の価値は研修医期間をどう過ごしたかで8割は決まります。
- ②研修医期間の私生活はまあなくても大丈夫。
- ③毎日、その日に何を学んだのかメモしましょう。必ず簡単に記載すること（でないと続きません）

Profile

池田直史

1995年 埼玉医科大学卒業
 1996年 埼玉医科大学内科ローテーション（研修医）
 1998年 埼玉医科大学腎臓内科入局
 2000年 誠弘会 池袋病院
 2001年 埼玉社会保険病院
 2003年 埼玉医科大学腎臓内科
 2010年 埼玉石心会病院
 2011年 さやま腎クリニック院長

2015年度 石心会入社式

石心会グループの神奈川地区、埼玉地区合同の入社式が、4月1日に川崎市で行われました。

今年度入職する新卒者は、神奈川地区49人（医師4人、看護師16人、その他29人）、埼玉地区61人（医師6人、看護師28人、その他27人）の合計110人です。

石井暎禧・石心会理事長が、新入職員代表の稲川奈々子・川崎幸病院看護師に辞令を交付し、稲川看護師が「誓いの辞」を述べました。

石井理事長は挨拶で「石心会グループは、神奈川と埼玉で地域医療を展開し、職員総数が2,300人を超える大きな組織になり、地域社会に果たす役割も大きくなりました。高齢化社会のピークに向けて、医療の構造は変化を遂げ、医療・福祉の機能が分化し、それぞれ強化と連携が図られています。若いみなさんの力を

より高度な医療を外来で提供 7月1日 第二川崎幸クリニック開設

7月1日、第二川崎幸クリニックがいよいよオープンします。

川崎幸クリニックが、1日の患者数が1,400人を超える状態が日常となり、待ち時間が長くなるなど、患者さんがスムーズに診療を受けにくい状態になっていました。

この状況を受け、何らかの対応が必要となりましたが、旧・川崎幸病院を改築し、そこに川崎幸クリニックの外科系を中心に移動する第二川崎幸クリニックをつくる構想が立案されました。

診察室数は、川崎幸クリニックと同等の25室で、それに手術室1室、内視鏡室2室、化学療法室1室（6ベッド）という規模です。

第二川崎幸クリニックの開設で、混雑などは大幅に緩和されることとなりますが、患者数が増えないと収益が圧迫されます。効果的な地域への広報を行い、早期に立ち上げることが必要になります。

又、数的な側面だけで無く両クリニックは川崎幸病院の外来部門として、より一層医療の質を高めることです。

特に第二川崎幸クリニックは外科系であり、患者さんの術前の対処や川崎幸病院への入院、退院後のケアなどを行います。そのため川崎幸病院とのコミュニケーションは密にしなければなりません。患

地域社会は必要とし、期待しています。石心会グループの一員として、患者さんや地域の人々のために大いに頑張ってください」と、新入職員を励ましました。

続いて、2日間にわたる新入職員研修会が、高橋啓子講師のもとに行われました。



高橋啓子講師の指導のもとに研修

者さんの情報は病院、クリニックで共有されていますが、川崎幸病院と第二川崎幸クリニックの職員は、一体となって患者さんへの対応が求められます。

又、第二川崎幸クリニックでは新たにプレストセンター、バスキュラーセンターなどより専門的な診療を取り入れる他日帰り手術や外来化学療法など、これまで病院で行われていたもののうち、クリニックでできるものは積極的に取り入れ対応します。

更に、患者さんへのサービスとして、川崎幸クリニックと第二川崎幸クリニックとの間は随時、無料送迎車で結びます。（現行の巡回バスは現状どおり変更無し）

開院に先立ち、内覧会が開催されます。近隣にお住まいの方など一般向け内覧会を6月26日（金）13:00から15:00に、医療関係者に向けては6月27日（土）10:00から15:00に予定されています。

織茂和洋・川崎幸クリニック事務長
 orimo@saiwaihp.org

●第二川崎幸クリニック診療科一覧

外科、脳神経外科、脳血管内治療科、心臓血管外科、血管外科、IVR科、形成外科、乳腺外来	外来化学療法
消化器内科、泌尿器科、婦人科	胃・大腸内視鏡検査
	各種画像診断、血液・生理検査
	各種健康診断

KAWASAKI 蘇生救急連携セミナー開催

4月21日(火)、川崎幸病院は川崎日航ホテルにて、デビット・F. ガイエスキー・米国トーマス・ジェファーソン大学救急科准教授を招き、座長の長尾建・日本大学病院循環器内科教授・当院心臓病センター顧問のもとにセミナーを開催しました。

128 人もの地域の医師、看護師を始め消防関係者や医学生などが参加し熱気にあふれたセミナーになりました。

開会にあたって笹栗院長は次のように挨拶しました。

「特別講演をしていただくガイエスキー先生は、心停止後症候群の治療で世界的に有名です。今年、フィラデルフィア市のトーマス・ジェファーソン大学に移り、来年開催される国際低体温シンポジウムという大きな学会の会長を務められます。

長尾教授は心停止症例の1次救命には心臓マッサージだけでいいと初めて言われた先生で、おそらく世界のガイドラインを変えた日本で唯一の医師であり、当院の顧問をしていただいています。

一般講演は、当院の循環器内科の伊藤賀敏副部長です。今年の2、3月の6週間、ガイエスキー先生のもとで海外研修をしました。当院に新しい息吹を起こしています。

このように非常にアクティブな先生方が、これか

らももっとも新しい試みを話します。参加された皆さんの日常の臨床に役立つことになるでしょう」

セミナーは伊藤副部長が、『心臓救急最前線2015』ACC／AHA・ESCガイドラインと米国での経験を得て、低体温療法・IABP・Impella・VA ECMOの今と心房細動を考える」と題して、米国での経験を踏まえて世界の最先端の蘇生救急について講演しました。

次いでガイエスキー准教授が、『低体温療法だけではない！心停止後症候群の包括的至適治療法』The Optimal PCAS(Post Cardiac Arrest Syndrome) of Care: Beyond Hypothermia.』と題して講演。心停止後の蘇生にあたっては、低体温療法だけでなく、さまざまな治療を施すことによって生存率が高まる、と臨床の成果を示しながら話しました。

真剣な質疑応答が行われた後、山崎継敬・循環器内科部長代行は、「最先端の蘇生救急の話を聞いて、心臓救急にむかう元気をいただきました」と、閉会の挨拶をしました。

なお、ガイエスキー准教授は、4月から川崎幸病院の教育担当顧問に就任しています。

藤田哲也・川崎幸病院地域医療連携室室長
t-fujita@saiwaihp.jp



ガイエスキー准教授



笹栗院長



伊藤副部長



山崎部長代行



座長の長尾教授

病棟での iPad を利用した栄養指導を実施

2015年1月より、外科クリティカルパスに栄養指導を組み込んだ運用が開始となったことを受け、埼玉心会病院の栄養室では、iPadを利用した栄養指導を開始しました。

まず栄養指導をクリティカルパスに組み込むメリットとしては、患者を含め、医療従事者がスケジュールを一連の流れとして把握し行動できることにあります。手術を受ける患者の不安は術後の経過や退院後の生活など様々です。その中で食事は重要



な要素であり、たとえ単純な手術であっても不安を感じていることがあります。そのため今回クリティカルパスに組み込み指導を開始することになりました。

但し、食事開始時の栄養指導については本人のみに行うことが多く、患者の高齢化に伴い、今まで実施していた紙ベースでの栄養指導では理解力により、指導効果の差が生じる可能性を感じ、iPadを利用し指導することを開始しました。今回は術後の指導に用いているので、消化管の絵を利用し、食事の実際の写真を載せることで受け入れやすく、イメージをつかみやすい様指導を行えるようになりました。今後も患者の理解度に合わせ資料を作成し、術後の食事に関するトラブルを軽減できるよう栄養指導を実施していきたいと思います。

また1回の入院において栄養指導は1週間以上間隔があげば2回まで実施することが可能であり、食事開始時と退院前の指導を行っています。結果として外科の栄養指導件数の増加につながりました。

秋山好美・埼玉心会病院栄養室長
yoshimi-akiyama@saitama-sekishinkai.org

神奈川地区

川崎幸病院

STOP！高齢者虐待 虐待について一緒に考えよう

2014年12月9日研修室において高齢者虐待の研修会を開催しました。当日は野口・幸区高齢障害課課長、丸山・高齢者支援係、川田・夢見ヶ崎地域包括支援センター長を招いて、行政の取り組みや地域の活動などの話を聞きました。

2013年度川崎市の高齢者虐待の通報件数は206件であり、幸区は44件、そのうち当院からの通報件数は5件でした。

高齢者虐待防止法は高齢者だけではなく、虐待者への支援も謳ったところに特徴があり、対応の責務

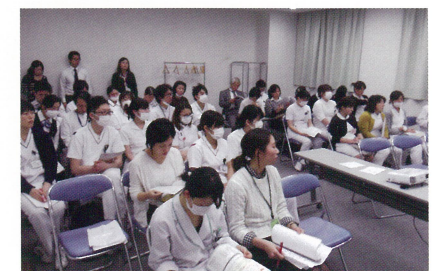
は市町村にあるとしています。

高齢者虐待は、虐待を受けている人自身がなかなか助けを求めず、虐待者も虐待している自覚がないことが多いため、誰かが発見して介入しないと解決できません。また、虐待はあると思わなければ見えてこないものです。虐待の早期発見に協力できるよう、これからも高齢者虐待について院内に発信していきたいと思います。

浦山節子・医療相談科長
s-urayama@saiwaihp.jp



研修会スナップ



高まる高齢者虐待への関心

初期研修医4人が 入職

今年、川崎幸病院には4人の初期研修医を迎えることになりました。臨床研修の2年間は、その医師の将来を決めると言われるほど大きな意味をもちます。新・臨床研修医の横顔を紹介します。

今年の研修医はとてもユニーク

臨床研修センターの太田竜センター長は、「新人の初期研修医が入ると、病院全体が明るくなる感じがします。今年の研修医はとてもユニークで、何か期待できそうです」と話しています。

また、「できたばかりの臨床研修センターですが、プログラムづくりや研修システムを再検討しなければならぬと考えています。特に、持続して指導体制を拡大、充実する必要があります」と、指導側の課題を上げています。

病院全体で、川崎幸病院独自の臨床研修をつくり上げようと、太田センター長は職員全員の協力を期待しています。

●柏葉裕

1982年生まれ、東北大学卒業

柏葉さんを知っている職員はたくさんいるはず。2006年から08年の間、臨床工学技士として、川崎幸病院の旧病院に勤務していました。



太田竜
臨床研修センター長



柏葉裕・医師



中島勇一・医師



和田真弥・医師



栗田裕治・医師

その後、一念発起して東北大学に入り、卒業して初期研修医として再び川崎幸病院に戻ってきたのです。「当時から、救急の特徴など、何となく知っていました。また、ここの循環器の先生を見て、面白そうだと思っていました」と、振り返ります。

東北大学時代には東日本大震災にも遭遇し、災害医療の現場も体験したそうです。「学生だったので、被災中は、大学の救急センターには行っていませんが、技士免許を使って透析のアルバイトをしていたので、被災した患者さんを手伝ったりしていました」

●中島勇一

1984年生まれ、富山大学卒業

「大学に入るのが遅かったのは働いていたためです。自分の好きなことをして、居心地のいい生活に浸かっていました。特にバーテンダーをしたときには、様々な業種の人、違う年代の人と接することができ、それが面白くて少しはまっていました」

初期研修の2年間で、いろんな診療科をしっかりと見て、専門選択のアンテナを張りたいそうです。しかし、「研修医がいちばん力を発揮できるというか、社会や患者さんに貢献できるのはERしかないと思っています。ERで力をつけたい」と、ERでの研修を心待ちにしています。

●和田真弥

1990年生まれ、帝京大学卒業。

「病院のいろいろな方から、臨床研修センターができたばかりなので、君たちはその第1期生だ、と言われます。またここは、救急患者さんが多いので、やる気さえあれば、何でもできると聞いて楽しみにしています」

実家が医者ではないので、専門の志望は特になく、「いろいろな患者さんを診ることができる救急と総合内科が視野にある」と言います。「僕はバトミントンをやっていたので、学生の際は外科がいいかな」とも思っていたそうです。

●栗田裕治

1991年生まれ、日本医科大学卒業

「2年間の初期研修の期間で、救急での初期対応を絶対やりたいと思っていたので、それができる病院ということで志望しました」

日本医科大学も救急で有名ですが、そこは救急の医学教室の医局員が研修するレベルで、初期研修医は採血や心電図をとって、後は上級医が担当します。初期研修医が主体的に診ることができる市中病院がいいと選んだそうです。

「川崎生まれで実家も川崎市麻生区にあり、川崎市の医療に携わりたいと思っています。ここは、新しいことをやっている病院だと聞いています」

高橋和敏・事務部長付
kz-takahashi@saiwaihp.jp

新入職員オリエンテーション

4月3日(金)の9:30～16:15にかけて川崎幸病院5階講義室で、新入職員オリエンテーションが行われました。

この日、参加したのは両施設の94人の新入職員で、その内訳は新卒者45人、既卒者49人でした。まる1日かけて、病院、クリニッ

クの院長をはじめ、全職種からそれぞれの組織の紹介や防火・防災対策、就業規則、保安についてのガイダンスも含めるとオリエンテーションは22項目にわたりました。

オリエンテーションを終えて、最後に参加者全員が感想文を提出して閉会しました。



佐々木純也・川崎幸病院総務課主任
j-sasaki@saiwaihp.jp

防災対策チームの活動

川崎幸病院防災対策チームは「災害に備え、対応が滞りなく行われるように職員に教育を行い、実践的な防災対策を行う」ことを目標に、2010年に看護部、コ・メディカル部、事務部の有志で結成され、各部署に働きかけて活動を始めました。

まず、一人でも多くの職員に防災対策に興味を持ってもらうため、最初の年は座学を中心とした講義や机上訓練を行いました。

そんな中、11年に東日本大震災が起こり、川崎市は大きな被害はありませんでしたが計画停電や物資供給の困難な状況を経験し、日常の備えがいかに大切か痛感しました。

新病院に移転後は、防災センターにも参加をお願いし、結成当時の有志とともに現在はチームの

事務局として活動しています。

まず私たちが取り組んだのは、防災マニュアルの改訂です。数年前に作成したままになっていたマニュアルは、お世辞にもすぐには使用できるものではありませんでした。そこで、万が一の時のために最低必要事項だけを抜粋し、記載したもので22ページにまとめました。

その後の防災対策チーム活動は、防災訓練を中心にマニュアルが実際に機能するのかどうかの検証を主に行っています。

昨年の活動は、①本部立ち上げから各部署機動までの訓練、②病棟火災想定避難訓練、③川崎消防局との合同訓練、④大規模災害多数傷病者トリアージ訓練、⑤外部講師による講演会を行いました。

今年2月には、川崎市幸区によ



る春の防災訓練にも参加し、傷病者対応訓練の一環として市民向けにトリアージ講習を行いました。

今年度は、4月18日(土)、新入職者対象に午前中座学研修を行い、午後より院内各部署の職員も参加しトリアージについての講義、スライドを用いての机上訓練、当チームのアドバイザーでもある石井耕士医師によるトリアージ実践を行った後、患者搬送方法の実演演習を行いました。

今後の活動としては、6月大規模災害多数傷病者トリアージ訓練、8月夜間病棟火災想定避難訓練、11月川崎消防局との合同訓練、12月アクションカード作成、2月外部講師による講演会を予定しています。

南海トラフ巨大地震や首都直下型地震が起きる確率も年々高まっており、いつ発生するかは誰にもわかりません。「災害」は「非日常の対応」です。いつその日が来ても、職員が日々の体験・経験を有事に生かし、病院機能を維持できるように、私たちは事務局としてチームの活動を支えていきたいと思っています。

吉村まり子・看護部科長
m-yoshimura@saiwaihp.jp

川崎幸病院看護部

病院機能評価受審に向けた看護部の取り組み

2015年9月の病院機能評価「3rd G: Ver.1.1」認定更新受審に向けた看護部の取り組みは、2014年5月にキックオフしました。

各領域のリーダーを中心に月1回の会議を開始し、現状の把握と課題の改善を図っていきました。しかし、第2領域では、看護部全体で理解されていない項目や統一されていない項目があり、科長全員での取り組みが必要と判断したため、毎日科長間で30分程度の項目内容確認や統一を図る話し合いを持ちました。

そのポイントは、5年前の運用が確実に継続されていないこと、改定された運用が実務に整合性を持

たず継続可能な運用でないこと、多職種との連携が出来ていないことなどでした。現在も、まだ改善する項目はありますが6月には「A」の自己評価を提出する予定です。

看護部が中心になって、2014年4月から医療安全・感染管理・5Sの観点で、毎週1回のラウンドを開始しました。その結果を各部署へフィードバックして、療養環境の整備と改善を支援してきました。1年間という経過で、まだ問題はありますが、確実に職員の意識が変わってきています。

第2領域は、ケアプロセス調査を通じて確認されるため、6月には模擬サーベイを実施する予定で

す。その前の4月には、院内でケアプロセスのリハーサルをケアプロセス担当4診療科で行いました。誰もが初めての経験であるため、病院機能評価受審に向けての研修に参加した内容や埼玉石心会病院の看護部に情報を頂き、それをもとに質問形式で行いました。まだ十分といえるものではありませんが、ケアプロセスはどういうものなのか関係部署が理解してきたと実感しています。5月からリハーサルを続け、受審日には当院の強みであるチーム医療をアピールしたいと考えています。

鈴木和恵・看護副部長
k-suzuki@saiwaihp.jp

川崎幸病院

第2回院内心停止シミュレーションを開催

昨年12月16日(火)に続いて、4月14日(火)に第2回院内心停止シミュレーションを開催しました。

院内心停止シミュレーションは、病院機能評価項目(2.1.8)でも「組織として院内心停止訓練の実施が必要である」とされ、『新救急1番コール体制』とAHAガイドラインに準じて実施されました。

今回は、心肺停止状態に陥った8南病棟に入院中の成人男性(経営企画室植田課長扮する)を、ICLS講習を活かした各部署連携のもと、自動心臓マッサージ装置を使用し、心カテ室へ移動させPCPS(経皮的な心肺補助装置)を開始するという設定でした。

15時3分、模擬患者がナースステーション前で心肺停止、「8南病棟1番コール」院内一斉放送。直ち

に各スタッフが参集し蘇生処置開始、「LUCUS 2」を装着し駆動させたまま3階のカテ室へ患者を搬送しPCPSを導入。これら一連の作業を迅速かつ丁寧に進めていきました。

今回は伊藤賀敏・循環器内科副部長をはじめ、当院の教育担当顧

問に就任したD.F.ガイエスキー・ジェファソン大学救急科准教授、当院循環器内科顧問である長尾建・日本大学病院循環器センター循環器内科教授も同席し、両先生からは気管内挿管よりも、迅速にPCPSを導入した方が効果的である等、手技・システムについてアドバイスを受けました。

佐々木文俊・事務部副部長
f-sasaki@saiwaihp.jp



シミュレーションを終えて
(左端・長尾教授)

川崎幸病院

川崎駅西口商店会チャリティー さくら祭りにブース出展

毎年恒例の「川崎駅西口商店会チャリティー桜まつり」が、今年は4月19日(日)川崎駅西口の東芝本社前で開催されました。

当院ブースでは、血管年齢・血圧測定の無料健康チェックを行い、約180名の地域の方々が訪れ、医療を

身近に体験していただきました。

また石心会マスコットキャラクター“フクスケくん”も登場し、会場を賑わせました。

紀平浩幸・戦略広報室室長
h-kihira@saiwaihp.jp



埼玉地区

埼玉石心会病院

埼玉石心会病院・部署別対抗フットサル大会開催

埼玉石心会病院ではサッカー好きの私の声かけで、10年以上も月に1~2回定期的にフットサルを行っています。それはそれで大変楽しいのですが、常連しか集まらないことが多くなってきます。そこで今回はフットサルを通じて普段交流の少ない職員間の親交を拓けることを目的に、部署別対抗のフットサル大会を企画しました。

2ヶ月前に開催日を決定し、多くの部署や職員に声かけしました。その結果50名近くの参加者がありました。参加者を医局、放射線科、CE室、リハビリ室とその他(看護師や救命士等の混成チーム)の5つに分け、まずは5チーム総当たりリーグ戦を行い、1~5位の順位を

決めました。

5位を抜いた4チームで決勝トーナメントを行います。準決勝の「1位v.s.4位」では1位にプラス1.5点、「2位v.s.3位」では2位にプラス1点のハンディを付けました。また闘争心を刺激するために、打ち上げのバーベキューの参加料を順位別に金額を変えました。

思惑は見事的中し、試合は大変な盛り上がりとなりました。ロナウドばりのフェイント、捨て身のセービング、終了直前のオウンゴールによる決勝点、ラフプレーによる反則やイエローカードが飛び出ることも…。もちろん女性、全くの素人、私のような老体も参加しており、珍プレーも多くみられ、常に笑いの絶

えない楽しい企画となりました。みんなの笑顔をみることで、この企画の目的も達成できたと感じました。

試合結果は、リーグ戦を4位でなんとか勝ちぬいたCE室が準決勝の1.5点のハンディを突破して、そのままの勢いで決勝相手の医局チームを3対1で撃破しました。優勝を豪語していた放射線科は5位に沈没したため、次回の雪辱を誓っていました。我らが医局チームも決勝戦での屈辱のリベンジに燃えています。今後も定期的に開催しなければいけませんね。

木山宏・心臓血管外科主任部長
hiroshi-kiyama@saitama-sekishinkai.org



全員集合



木山医師



真剣な攻守争い



白熱の一戦

検査室見学会 ～職種間のコミュニケーション～

他職種が介する“チーム医療”が推進されるなか、埼玉石心会病院の検査室でも、検査技師がICTやNSTに参加するようになりました。そこで、どの様な行程で検査を行っているかをスタッフ全員が相互理解するために、2月と3月に計4回の「検査室見学会」を開催しました。

チーム医療では、特定の人だけの連携ではなく、スタッフ全員がチーム医療の一員、良いチーム医療を行うには相互理解・コミュニケーションが大切になります。とかく検体検査は部内での業務がほとんどであり、検体検査ではなぜ複数の採血管が必要なのか、輸血準備にかかる時

間や、当日中に培養結果が出るか、などの問い合わせが寄せられます。今回の検査室見学会は、その行程を紹介することが目的です。

内容は検体部門、輸血部門、細菌検査部門を各45分、各部門で技師1名が担当し、1チーム2～3名の他職種の方に説明をします。検体が到着してから報告までの流れの説明や、顕微鏡で細胞を覗く、血液製剤の保管状況を見る、血液型の凝集を行うなどの実技も体験して頂きます。

9部門、25名の参加があり、「部署の専門性や普段目にする事のない大変さを知ることが出来た」「自部署との業務と関連付けて見るこ

が出来た」など、感想を頂きました。また、検査スタッフは分かり易い言葉で説明する、職種に合わせて説明内容を変えるなど、各自工夫をしながら行っており、自分たちの業務を伝える楽しさを覚えています。

5月20日にも開催を予定しています。今後も検査室見学会を開催すること、逆に検査技師も他部門を見学させて貰い、他職種との相互理解・良好なコミュニケーションとなれば良いな、と思っています。

埼玉石心会病院の職員の皆さま、ご参加お待ちしております。

安藤やすよ・検体検査室長
yasuyo-andou@saitama-sekishinkai.org

さやま総合クリニック健診センターにて『健康塾・健診センター見学ツアー』を開催

4月25日(土)、さやま総合クリニック健診センターにて『健康塾・健診センター見学ツアー』を実施しました。毎年4月に、健診センターのご紹介を兼ねて、地域の皆様向けに医師・保健師が講演をしています。今回は、大塚センター長が『健診センターのご紹介』、加藤保健師が『メタボリックシンドローム』、事

務渡邊係長が『人間ドック・健康診断のススメ』と題し、3本立てで講演をしました。参加者からは、予防医学について熱心な質問が飛び交いました。

健康塾の後は、健診センター内の見学ツアーを行いました。実際に施設を見ていただくことで、「ドック・健診を受けに行こう」と思い立

つ、きっかけ作りをお手伝い出来たのではないかと思います。今後も健康塾などでの講演を通し、地域の皆様が予防医学に感心を持っていただけるような活動をしていければと考えています。

渡邊絵美・さやま総合クリニック 健診センター係長
emi-watanabe@saitama-sekishinkai.org



健診センター見学ツアー



大塚医師



渡邊係長



加藤保健師

黒木医師、横田看護師が母校で後輩らを指導

2015年2月14日(土)、狭山市立新狭山小学校(狭山市入間川1108 児童数610人 橋本正之校長)の学校保健委員会「飲酒喫煙防止教室」で、同校卒業生の黒木崇文・循環器科医師と横田晴美・救命救急外来看護主任が授業を行いました。参加したのは、卒業間近の6年生(111人)と保護者です。

これは、アルコールやたばこの正しい知識を学び、こどものうちから危険性や害などを意識し、健やかに成長できることを目的としたもので、学校から要請を受けて出張講演として同校体育館で開催されました。

橋本校長先生は「専門の医師、看護師によるスライドを利用したわかりやすい保健指導で、児童は、飲酒や喫煙の怖さを理解してくれたことと思います」と話していました。

(1) 横田主任「アルコールのお話」

お酒を飲むと体の成長が遅れることや急性アルコール中毒は、怖い病気であることを説明しました。

Q.何故、アルコールはいけないのか?

A1.人間の脳の成熟は20歳。飲酒で神経細胞が死んでしまう。特に前頭葉が委縮する。(学習能力や集中力、記憶力の低下へつながら)

A2.アルコールを分解する酵素の働きが未発達なため急性アルコー

ル中毒になりやすい。心身が未発達で適度な飲酒の判断力や自己抑制力が低いのでアルコール依存症になりやすい。

未成年者による上手なお酒の断り方として①はっきりと「飲まない」と意思表示②「飲まない理由」を話す③それでもしつこいなら逃げようと呼びかけていました。(ちなみに、未成年者にお酒を勧めると法律で罰せられます)

(2) 黒木医師「たばこのお話」

1時間目:国語「常習性」「依存性」って?

2時間目:理科「やめられなくなる!?!」のメカニズム

3時間目:算数 たばこの「kakaku」
4時間目:社会 社会の中での「たばこ」の位置

ホームルーム:たばこの健康被害
未成年者がたばこを吸うと身長が伸びにくくなるなど様々な悪影響を受けやすく、何よりたばこの煙には、4,000種類以上もの化学物質と



挨拶する教頭先生

250種類以上の毒性や発がん物質が含まれており、多くの疾患の発症リスクを高め、日本人の死亡原因の1位であるがんになりやすくなる。

平成26年度、当院では狭山市内・入間市内の小学校、中学校に出向き児童・生徒・保護者・教職員を対象に多数の講演を行いました。(講演数29回、参加者数1,453人)

この出張講演は、3者にとって下記のような利点がありました。

①学校側のメリットは予算がない中、専門家から授業を受けられる。
②児童・生徒は、めったに聴くことが出来ない専門家から授業を受けられる。また、将来、医師や看護師を目指す児童・生徒に良いきっかけとなる。

③当院は、新病院移転に向けて「埼玉石心会病院」の知名度アップの良い機会となっている。

小川宏行・地域医療推進室室長
hiroyuki-ogawa@saitama-sekishinkai.org



新狭山小学校で出張講演する黒木医師と横田主任

「臨床栄養」の5月号で掲載

埼玉石心会の栄養室で行っている、患者主体の食事提供の取り組みが、「臨床栄養」の5月号に掲載されました。NSTの取り組み、外来での栄養指導、おいしさを諦めない透析食、緩和ケア病棟でのパ

イキング、健康塾など、幅広い活動を紹介していただきました。今後も気持ちを引き締めて、スタッフ一同、患者主体の食事提供を行っていききたいと思います。



秋山好美・栄養室長
yoshimi-akiyama@saitama-sekishinkai.org