

名大病院 かわらばん KAWARA-BAN

新任のあいさつ

泌尿器科長 後藤 百万

平成18年9月1日付けで、大島伸一教授（現国立長寿医療センター総長）の後任として、病態外科学講座泌尿器科学の教授を拝命致しました。紙面をお借りして、病院の皆様に慎んでご挨拶を申し上げます。

私は昭和55年に三重大学を卒業後、名古屋大学大学院に入学し、泌尿器科学教室の三矢英輔教授、三宅弘治助教授、解剖学教室の山田和順助教授のご指導のもと、臨床研修と基礎研究に従事致しました。大学院修了後、昭和59年からカナダ・モントリオールのマクギル大学へ留学し、下部尿路に関する薬理学的研究を行う機会を得て、帰国後も同様の研究に従事しておりましたが、この頃から基礎研究を通じて下部尿路機能に興味を持ち、「排尿障害」をライフワークとして意識して診療・研究を行ってまいりました。昭和63年3月には碧南市民病院へ一人常勤として赴任致しましたが、同病院は新設病院で、赴任時はまだ病院も完成しておらず、市役所隣のプレハブ小屋が仕事場でした。病院システムの構築、医療機器の選定、コメディカルや若手医師の教育などとても大変でしたが、新病院の立ち上げという貴重な経験を得た上に、吉井才司院長には、常々「病院とは何か」ということをご教示頂き、深く感謝しています。市民病院勤務の10年間は第一線病院の日常臨床に没頭しましたが、以前先輩医師から言われた「真の臨床医にとって診療と研究は車の両輪である」という言葉が強く胸に残り、日常臨床における疑問点に基づいて臨床研究を行うことを心がけ、実際私の業績中の臨床論文の多くは碧南市民病院在任中のものとなりました。

平成10年4月より、大島伸一教授の命で大学へ帰局し、「セブンイレブン」（朝7時から夜11時勤務）として名をはせた医局で、診療・研究・教育に予想を超える忙しさでしたが、大学でこそできる仕事も経験することができました。多くの泌尿器科疾患EBMガイドラインの作成に関わり、日本発のエビデンスが少ないことには驚愕しました。また、新しい技術の習得という点

では、43歳という高齢から腹腔鏡手術を始めたにもかかわらず、学会認定医となれましたことは外科医として大きな喜びでした。平成11年から愛知県と協力して行った施設や在宅高齢者の実態調査では、高齢者の排尿管理の現状が先進福祉国家としてあり得べからざる状況であることがわかり、以後、NPO愛知排泄ケア研究会の設立、名古屋大学排泄情報センターの創設など、官・民・学連携による高齢者排尿管理改善事業を行ってきました。また、平成18年から始めた排泄看護外来によるケア型医療の模索といったユニークな活動もコメディカルの皆様の協力を得て、行ってまいりました。



当教室は、先輩の先生方が築いてこられた世界をリードする腎移植、排尿障害、腹腔鏡手術といった大黒柱を持ち、悪性腫瘍についても膨大な症例の診療を行っています。これらの伝統を受け継ぎ、安全で質の高い泌尿器科医療を提供するとともに、大学病院の使命でもある先進医療の開発に取り組んでまいりたいと思います。医療環境の変化、大学の独立行政法人化に伴い、病院・医学部も大きな変革を迫られています。着地点がどこなのか、まだまだ見えてきません。このような状況にあって、大学に求められる教育・診療・研究、そしてさらに地域貢献をどのように実現していくのか、真剣に取り組んでいく所存です。もとより、浅学非才の身ではありますが、皆様のご指導とご鞭撻を得て、伝統ある名古屋大学泌尿器科学教室の教授・診療科長としての重責を果たすため、精一杯働く所存です。今後とも、暖かいご支援のほど、よろしくお願い申し上げます。

目次

- | | | | |
|-------------------------------------|---|-----------------------|----|
| ① 新任の挨拶（泌尿器科長 後藤教授） | 1 | ⑦ 研修医紹介（総合医学教育センター） | 7 |
| ② 7対1看護の実施に向けての取り組み（三浦看護部長） | 2 | ⑧ 健康講座（消化器外科一 二村教授） | 8 |
| ③ 自動体外式除細動器（AED）の活用について（集中治療部 真弓講師） | 3 | ⑨ わくわく祭り | 9 |
| ④ 脳神経外科による地域連携プロジェクト（吉田教授） | 4 | ⑩ 医療経営管理部だより（医療経営管理部） | 10 |
| ⑤ ライトピア構想の実現に向けて（濱島大幸医療センター長） | 5 | ⑪ 編集後記（中島教授） | 12 |
| ⑥ 第2回名古屋大学ホームカミングデイで井口病院長が講演（総務課） | 6 | | |

7対1看護の実施に向けての取り組み

看護部長 三浦 昌子

2006年4月の診療報酬改定において入院基本料の要件であった看護配置に新基準の7対1が新設されました。この改定は看護師を手厚く配置すれば、より多くの報酬が得られるようになっており魅力的な点数設定です。しかし多くの病院では夢のまた夢ですが、特定機能病院として生きていくためには看護配置10対1（旧2対1）は最低条件であり、さらに7対1を取得することが今後の急性期病院としての生き残りに大きく影響してきます。全国的に看護師が不足している中、ますます看護師の争奪が激しくなることが予測されます。当院も入院基本料の算定区分の変更に伴う費用対効果を算出してみると、直近1年間の平均患者数から試算した場合人件費を引いても年間億単位の収益アップが見込めることがわかりました。さらに「手厚い看護」がよりいっそう推進されることが期待できると考え、5月には病院として看護配置7対1を取得することの方針が決定されました。そして採用者人数135名（7対1に必要な人数65と昨年の退職者を含む）を獲得するために、具体的な方策を検討し、病院全体で取り組むという士気を高めるために病院部長会をはじめ看護師長会そして全看護職員へ向けて「7対1」導入の決定と効果の説明をし、そして協力の要請をして参りました。

6月に全国の看護部長会議が開かれた際、ここでも看護師確保対策が重要課題でした。この時期にはまだ各大学病院は看護配置7対1を取得することを決定しているところはほとんどありませんでした。名大病院はすでに決定しており、人材確保のための取り組みがされていました。この早い決断と行動が勝ち負けを左右するだろうと思いました。

人材確保のための組織化としては、看護師長会において人材確保ワーキングを設け、7対1看護を取得するために「よい人材を確保する」、「職員の離職防止」という目標の基に、活動計画を立て実施しました。さらに病院としては松尾副病院長をはじめ看護部長、人事担当副看護部長、人事掛のメンバーで看護師確保対策ワーキングが設けられました。ここでは看護部の実際の取り組み状況を踏まえ、新た

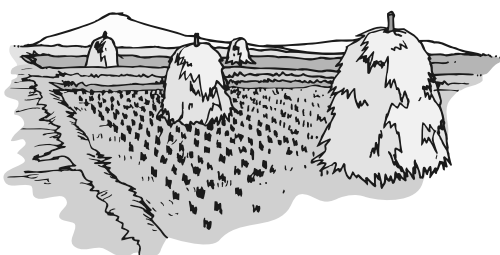
な計画、予算、採用方法など検討していきました。

具体的な取り組みとしては、ホームページの更新とホームページにて資料請求ができることを可能にしました。また募集案内をポケットティッシュにはさみ病院玄関などへ置いたり、雑誌へ広告を載せたり、病院職員へ人材紹介をお願いしたりしました。

次に、看護フォーラムの参加を名古屋と今回は福岡を追加しました。名古屋でのフォーラムは多数の参加者でブースからはみ出すくらいでしたが、福岡は参加人数が少なく厳しい現実を突付けられました。学校訪問は昨年よりかなり多く訪問しました。就職説明会時には直接現場の看護師、若手の医師と話す機会を設けた意見交換会を開催し、医師や看護師から実際の話を聞くことができたことやとても暖かい雰囲気の中で普段なかなか話せない医師からエールを送られたことなどが学生たちにとっては大学病院が身近に感じてもらえ大変好評でした。

さらに7月～8月にかけて職場体験コースを開催しました。忙しい現場の中、気持ちよく迎えていただき体験者からは大変好評で、メールや口コミで次々とコースの申し込みがあり約200名の参加がありました。そしてこのコースへ参加した人のほとんどの人から願書を提出していただきました。応募人数の目標は200～250名とし皆様の協力で達成することができました。採用面接は当院と福岡の2箇所で行いました。現在ほぼ目標値の受諾をいただいておりますが、まだ動きがあり、最終は来年の2月頃までは安心できません。しかしここまで人数を確保できたのは、病院長のリーダーシップと職員皆さんのご協力のおかげと思っています。この場を借りてお礼を申し上げます。

現在は、昨年より離職が多い傾向があり、離職防止に向けた取り組みの実施に入っています。今までは、患者が見放す病院は明日がないだろうと思っていましたが、今や看護師や医師が見放す病院や選ばない病院は明日がないかもしれません。今後は確保した人材の定着を図るために教育体制や労働環境の整備などに力を注いで行きたいと思っています。



自動体外式除細動器(AED)の活用について

集中治療部 真弓 俊彦

平成16年7月1日の厚生労働省からの通達によって、市民もAEDを使用することができるようになり、愛知万博やJR名古屋駅などでの救命例も報告されています。

心臓由来の心停止の場合、その約7割が不整脈に由来し、発生から除細動までの時間が唯一で最大の予後決定因子であること、除細動までの時間が1分遅れる毎に救命率は7-10%下がることが報告されています。つまり、心臓由来の心停止では一刻も早い除細動が必要で、院内では3分以内、院外では5分以内に除細動が実施できる体制を整備することが推奨されています。実際、3分以内に除細動された場合には74%の救命率（通常の救命士による救命率は7%）が報告されています。

現在、名大病院ではAEDは一階総合受付、採血室、リハビリテーション部、旧放射線一般撮影室廊下に設置されており、また、いくつかの部署にはAED機能付きの手動式除細動器が配置されています。今後さらにAEDの設置数を増やす方針です。

総合医学教育センターが主体となって職員の方々にご協力頂き、一次救命処置(BLS)+AEDの講習会を開催してきました。すでにほとんどの技師の方にはBLS+AEDの講習を受講して頂いており、先日はボランティアの方にも講習を受講頂きました。また、看護部の努力によって看護職員のほとんどの方にもBLS+AEDさらには器具や薬剤を用いた二次救命処置の講習会を受講頂いております。先の厚労省の通達には、医療従事者はAED使用に当たり、講習会を受講することとあります。今後も総合医学教育センターでは講習会を開催する予定ですので、特に未受講の方は、事務職員の方も含め、是非講習会へご参加下さい。

なお、2005年末にガイドラインが改訂され、胸骨圧迫心臓マッサージと換気の比が30:2、除細動が1回ずつになるなど変更がありました。院内にあるAED

のこれらの変更に伴う変更は12月のリスクマネジメント講習会で説明の後に行います。

先日、病院長から、AED使用について、心停止患者様を発見した場合は、積極的、かつ速やかにAEDを用い救命に取り組むこと、また、蘇生講習会にも積極的に受講頂きたい旨の通達がありました。

皆様にAEDを有効に活用頂き、救命しうる方をひとりでも多く救命出来ることを願っております。

【参 考】

平成16年7月1日付の厚生労働省の「非医療従事者による自動体外式除細動器（AED）の使用のあり方検討会報告書」において、救命の現場に居合わせた一般市民によるAEDの使用が認められた。一方、同報告書の業務の内容や活動領域の性格から、一定の頻度で心停止者に対し応急の対応をすることが期待、想定されている者については、平成15年9月12日構造改革特区推進本部の決定として、非医療従事者がAEDを用いても医師法違反とならないものとされるための次の4つの条件を満たしていれば、医師以外の者も使用できるとしている。

- (1) 医師等を探す努力をしても見つからない等、医師等による速やかな対応を得ることが困難であること
- (2) 使用者が、対象者の意識、呼吸がないことを確認していること
- (3) 使用者が、AED使用に必要な講習を受けていること
- (4) 使用されるAEDが医療用具として薬事法上の承認を得ていること

※名大病院では、上記（3）のAED使用に必要な講習は、総合医学教育センターが開催しているBLS+AED講習会又はそれと同等の内容を網羅した講習をいう。



脳神経外科による地域医療連携プロジェクト

経済産業省委託事業「地域医療情報連携システムの標準化及び実証事業」始まる

脳神経外科長 吉田 純

経済産業省委託事業「地域医療情報連携システムの標準化及び実証事業」が東海地区を中心に今年度からスタートしました。本事業は、平成20年度までの3ヵ年事業で、委託元は経済産業省商務情報政策局・サービス産業課・医療・福祉機器産業室です。一方、委託先は、私どもが平成18年4月に設立した特定非営利活動法人「東海ネット医療フォーラム・NPO」、約340社の医療関連企業で組織されている「保健医療福祉情報システム工業会(JAHIS)」、厚生労働省及び経済産業省の共管の財団法人である「(財)医療情報システム開発センター(MEDIS-DC)」等が組織する「ネット連携医療コンソーシアム」です。

主幹団体である「東海ネット医療フォーラム・NPO」は、名古屋大学大学院医学系研究科脳神経外科学分野が中心となって進めています「ネットワーク連携医療」の構築を実現するために設立したNPO(代表理事 吉田 純:脳神経外科学教授)です。このNPOは、2年前に当かわらばんでもご紹介しました「東海医療情報ネットワークコンソーシアム」と協力して、「社会が求める医療」と「高度な医療生活圏」の創出を目標に掲げています。

さて、本事業の概要を次に記載します。21世紀に入り、医療を取り巻く環境は大きく変わりました。たとえば、2005年の厚生労働省人口動態統計の年間推計では、わが国の人口は1899年以来初めての「自然減少」となり、私どもの予想をはるかに超えるスピードで少子高齢化が進んでいます。また、国民ひとりひとりの価値観や生活観が大きく変化していることと相まって、医療に対する考え方も変わりつつあります。一方、医療を内側から眺めてみると、わが国の国民医療費は年々増加傾向を示し、2005年度には32兆4000億円に達しました。これは前年度比3.1%の増加で過去最高です。このままでは、世界に誇るわが国の医療制度の基盤を成してきた国民皆保険やフリーアクセス制度の維持も難しくなる可能性が出てきました。これらの問題を解決するには、個別の制度改革を進めていたのでは困難で、医療制度を構成するすべてのシステムを大きく、かつ抜本的に変換しなければなりません。そこで政府は2005年12月に医療制度改革大綱を発表し、保健医療システムの改革(医療提供体制の改革)、診療報酬体系の改革、並びに医療保険制度の改革を一体として取り上げ、少子高齢社会に適した医療体制の確立を目指そうとしています。また、その実行を促すためのアクションプランの中では、都道府県の自主性と裁量性が重視され、都道府県ごとに特徴ある患者様本位の医療体制の整備が求められています。すなわち、これからの医療は、国の指導ではなく、都道府県ごとに医療計画を企画・立案し、実行に移すことが求められることとなります。医療制度そのものに地域の特性が加味されるわけです。このような現状を踏まえ、愛知県内で

質の高い医療を創出するにはどうしたらよいか、この問題の答えを探る取り組みのひとつが本事業であると考えています。

医療の質の向上は、万人が求める恒久的な願いであります。これを実現するために、世界各国が注目していますのが、医療情報の相互運用性の効率化とそれを支える新しい医療支援システムの創出であります。中でも現在最も注目を集めているのが“医療機関間”の相互運用性の効率化です。これを実現するためには、患者様を中心にした新しい医療機関間の連携スタイル、すなわち“連携医療”体制の確立が必須です。

“連携医療”とは、これまで特定の地域に存在する各種医療機関がそれぞれの医療水準の違い(1次、2次、3次医療機関)をもって連携してきた病診連携や病病連携と呼ばれる“医療連携”(医療機関を中心に考案された形態)とは異なり、患者様中心に考案した新しい医療形態を意味します。したがって、本事業では、患者情報の標準化と共有化を基盤に、急性期、回復期、維持期(在宅医療を含む)、社会復帰といった全病期を、それに関連する医療機関が丸丸となってサポートしていく新しい医療(チーム医療)体制を目指すこととなります。そのモデルとして取り上げたのが、脳卒中医療です。

脳卒中は、中高年層を襲う脳血管障害の総称で、脳梗塞、脳出血、くも膜下出血等がそれに当たります。愛知県下では、年間20,000人以上の発症を見ています。これを単純に1日平均しますと、なんと1日50人以上の発症になります。また、昨今話題になっています「介護」では、寝たきり患者様の4割が脳卒中に起因しています。脳卒中を対象とした新しい医療制度の確立は、最も緊急性の高いものと考えています。

そこで本事業では、愛知県をはじめとする自治体や医師会のご指導、ご協力の下でこの“連携医療”の確立に必要なさまざまなアイテムを構築し、これらを統合することで“連携医療”の実施を支援するための基盤システムづくりを進めていきます。そして、この事業を通して、諸外国よりも一歩進んだ新しい医療情報管理体制(レジストリ・リポジトリシステムを含む)を提案し、わが国の医療制度にマッチした“連携医療”の基盤システムを構築したいと考えています。なお、本事業では、日本脳卒中学会、日本脳神経外科学会、日本臨床救急医学会・日本救急医学会、日本リハビリテーション病院・施設協会、日本リハビリテーション医学会、日本産婦人科医会、愛知県医師会、名古屋市医師会、中部経済産業局、愛知県のご協力をいただいています。この場を借りてお礼申し上げます。

最後に、本事業を成功させるためには、皆様のご理解とご協力が最も重要と考えています。今後も引き続きご支援、ご指導よろしくお願い申し上げます。

ライフトピア構想の発展に向けて

大学院医学研究科予防医学/医学推計・判断学
教授/大幸医療センター長 濱島 信之

平野眞一総長は2004年の就任時に、「予防とケア型医療、健康増進と高齢者医療などを研究テーマとする新規の学際組織「ライフトピア構想（仮称）」の創設を大幸キャンパスの再開発の中で検討する」と基本姿勢の中で述べている。これより前に超高齢者社会に対応するための「老年学センター（仮称）」の構想が井口現病院長を中心として医学部内で検討されており、これが総長のリーダーシップのもとに「ライフトピア構想」という名前に変わり発展することになった。

「ライフトピア構想」を現在支えているのは、医学部/医学研究科内では寄附講座、保健学科、大幸医療センターであり、それ以外にも工学研究科、愛知県、中部電力の支援がある。

寄附講座は大幸キャンパス内に3つ設置され、その中で「老年情報学（中部電力）寄附講座」は「ライフトピア構想」を支える中心的な役割を果たしている。これまでに、同寄附講座は研究会、多職種カンファレンスを開催し、超高齢化社会に対応するための医療介護情報ネットワーク作りに着手した。各病院で診療にあたっている医療提供者は受診者の状態や居住地を考慮して適切な介護施設等を紹介することが望まれるが、実際には十分な情報を持っているわけではない。医療介護情報のネットワークができれば、必要な情報を医療提供者に容易に提供することができ、医療介護を効率的に行うことができる。受診者の満足度は上がり、医療提供者の負担は軽減するであろう。

保健学科は高齢化社会に対応できる人材を育成するために、名古屋大学大学院医学系研究科の博士前期課程（修士）でトータルヘルスプランナー養成コース（THPコース）を検討している。本コースでは、看護学専攻やリハビリテーション療法学専攻の学生に、高齢者の身体、心理、環境を総合的に捉える能力を修得させ、情報の収集分析能力を高め、健康的な生活を送るためのプランを提供することができるよう教育を行う。卒業後は保健医療の行政職、訪問看護、訪問リハビリテーションの担当者、病院における退

院調整の担当者として活躍できるよう働き先の開拓、確保も検討する。

大幸医療センターは、自由診療としてピロリ菌除菌、禁煙支援、アルコール代謝体質検査、葉酸代謝体質検査を行っている。各診療では、関連する遺伝子型を検査し、その結果を知らせて健康的な行動が誘導されるよう助言する。例えば、葉酸欠乏による高ホモシステイン血症は動脈硬化、認知障害（痴呆）のリスク要因であり、特に葉酸代謝に関与する遺伝子多型MTHFRの677TTの人でホモシステイン上昇が顕著である。MTHFR C677T型の遺伝子型検査は、葉酸欠乏の影響を強く受ける体質を特定するのに役立ち、677TT型の人には個別的な助言が可能となる。

超高齢化社会に対応する組織の必要性は多くの者が認識するところであり、多様な機能を有する大組織が望まれる。しかし、現在の名古屋大学のマンパワーをもって行いうることは限られている。スクラップアンドビルトと言っても、現存する組織は既にそれぞれが役割を持っているので、簡単にスクラップできる部局があるわけではない。また、担当者はライフトピア構想を理解し、情熱を持って参加できる人でなければならないが、そのような人材はまだ多くはない。人材の発掘もライフトピアの発展のためには重要となる。

この2年間、ライフトピア構想実現のための環境は必ずしも整っていなかったが、それでも着実に前進してきたことは評価できる。次の発展のステップは、大幸医療センターに高齢者が来院する枠組みを作り上げることである。運動処方、認知機能自己診断、高齢者のQOL改善など、新たな予防医療を提供できるようになれば、高齢者が来院するようになろう。高齢者が来院するような環境が整えば、高齢者を対象とした研究実施へと発展していく機会が生まれる。そうすれば、介護器具、介護ロボット、高齢者の心理など、超高齢社会に対応するための技術や知恵を見出すための研究テーマを持った人たちが集ってこよう。ライフトピア構想の発展のために、皆様方の知恵をお借りしたい。



第2回名古屋大学ホームカミングデイで、井口病院長が講演

(総務課)

名古屋大学は、9月30日(土)、東山キャンパスにおいて、第2回名古屋大学ホームカミングデイ「宇宙から地球へ」を開催しました。

このホームカミングデイは、本学の重要な行事の一つとして位置づけられ、卒業生・修了生、元教職員、学生のご家族、地域の皆様を本学に招き、教育・研究をはじめとする、さまざまな活動状況を直接見ていただくとともに、本学構成員との交流を提供する場として、昨年から開催され、今年で第2回目を迎えました。

今年の医学部・医学系研究科は、野依記念学術交流館カンファレンスホールにおいて、「テーマ：高齢化の時代の中で 健康と安心した暮らしを支えるために」の講演会及びIB電子情報館において「テーマ：ライフトピアについて」の研究発表(パネル展示)を開催しました。

今年は、医学部・医学系研究科講演会には約70人の参加があり、座長の大西丈二老年情報学(中部電力)寄附講座助教授から「例年、総務省が敬老の日を前に発表する今年の高齢化率(65歳以上の人口比率)は20.7%であり、5人に1人が65歳以上の方である。この数字は、近年世界NO.1であり、高齢化社会が進んでいる。」との挨拶がありました。

続いて、井口昭久病院長が講演をされ、「日本は1980年代までは、先進諸国の中では高齢化率をもっとも少ない国でしたが、それが2005年を境に他の国を一気に越えてしまいました。そして2020年には、4人に1人が高齢者の方になります。

このように猛烈なスピードで高齢化が進むと社会が準備をできません。そうなるといろいろな問題が起こってきます。名古屋大学では、高齢者ひとりひとりの個性を尊重し、心身とも豊かな暮らしを支えるために、種々多様な分野からチエを集結し、地域、企業、行政及び社会と連携して保健医療生活モデルを構築し、社会に提案するライフトピア構想の実現に向けて活動しています。」と名古屋大学の取り組みについて紹介がありました。会場には若い人も多数参加され、関心の高さがうかがわれました。

講演後には、熱心な質疑応答が繰り広げられ、高校3年の女生徒から「ぜひ、保健学科に入学するので、待っていて下さい。」と、医学部への大きな期待を寄せられるなど、大変有意義なホームカミングデイとなりました。

講演テーマ：高齢化の時代の中で 健康と安心した暮らしを支えるために

- ・高齢社会のための新しい医療ー「ライフトピア」名古屋大学の挑戦ー
井口昭久(医学部附属病院長)
- ・地域を支える健康管理ートータル・ヘルス・プランナーの育成ー
榊原久孝(医学部保健学科教授)
- ・現在、そしてこれからの医療福祉環境を考える
山下哲郎(工学研究科助教授)
- ・高齢社会を支える地域保健医療
山口晃希氏(愛知県健康福祉部医療福祉計画課主幹)



講演をする井口病院長



講演会の様子

研修医紹介

名古屋大学医学部附属病院での研修が始まり、あっという間に半年が過ぎました。4月から名古屋に来て研修を始め、救急外来の、自分で診断、治療方針を決定するということに関してやっと少しずつできるようになってきたのではないかと感じています。しかし、研修医同士で救急外来の話をして、様々な症例の話を聞いていると、「私も同じように対処できるのかな・・・」と不安になることもしばしばです。

研修医として働き始め、救急外来でまず感じたことは、患者さんからの必要な情報を集めることの難しさでした。学生であった頃は、試験用紙に必要な所見がすべて書いてあり、それを読んでどんな病態かを考えればいだけで、情報を集めることがそんなに難しいことであるとは考えていませんでした。救急外来では患者さんから話を聞き、身体所見をとり、検査をオーダーするという流れに時間がかかり、患者さんに迷惑をかけているだけでなく、救急外来の看護師さんや他の先生方にも迷惑をかけていることもまだあります。しかし、何か分からないことがあり相談すると、どの先生方も丁寧に教えてくださり本当にお世話になっています。

これからも患者さんのことを第一に考え、さらに患者さんからの情報を要領よく集められるよう勉強し努力していきたいです。

研修を半年終えて

将来は児童精神科を専門にしたいと考えており、国立大学でもまだ少ない児童精神医学専門診療施設の「親と子どもの診療部」を持つ、名古屋大学医学部附属病院での研修をさせていただきたいと志望し、マッチング試験を受験し、採用していただきました。確固とした進路を設定し、その為の研修病院選びと考えていたので、マッチングの時点では他科での研修内容は意識していなかったのですが、スーパーローテーションが必修化される以前から、「名古屋大学方式」といわれる、卒後初期臨床研修システムを確立してきた名古屋大学での研修は、説明を受ければ受ける程、よく考えられ経験を積まれた、やる気があればそれだけのものを与えていただける研修なのだと知りました。

ここまでの前半半年間は、血液内科、老年科、小児科、腎臓内科、糖尿病内科、神経内科と、内科での研修を行わせていただきました。点滴をさすのにも慣れ、電子カルテの使い方も分からない段階から、主治医のメンバーとして組み込んでいただき熱心に指導していただき、日々の診療のノウハウ、疑問点、質問点に対する丁寧な説明、大学病院ならではの、稀な疾患に対することのできる貴重な経験まで、充実した研修生活を送らせていただいております。

後半半年間は、「ハード」といわれる、外科、麻酔科、総合診療部での研修が続きます。いずれの科においても、目の前にいるのは「問題を抱えたひとりの人」であることは変わらないことを忘れずに、熱心に、努力し、それでもペースを失わずに、研修を行わせていただこうと思いますので、よろしくお願いします。

一社会人として

研修が開始してから半年が経過したが、まだ不慣れな点も多く、何事も思うようには行かない日が続いている。まだ短期間であるが、すこし研修を振り返ろうと思う。研修が始まった当初は緊張の連続で、新生活に慣れるのが精一杯だった。与えられる研修内容をこなすばかりで、恥ずかしながら満足 of いく研修が出来た自信はない。もっと自発的に意欲的に研修に望まなければと反省している。しかし様々な研修を経てきたが、特にオリエンテーションやACLSは興味深いものであった。ACLSでは専門指導者の下、緊張感のある充実した研修を経験できたと、今でも記憶に新しい。

そんな研修をしてきたが、これだけはしっかり達成しようと決めたことがある。それは常識のある責任感をもった一社会人となること、であった。一医療者であると同時に一社会人としてまともでなければ、決して患者さんに満足な医療を提供できないし、また自身、早く社会の一員として働きたかったという願望も大きい。他職種の同期に比べ、大学が6年有ることもあり社会に出る時期が遅い。仕方がない事かも知れないが、何か比較をすれば学生感覚が抜けおらず社会的感覚が疎いような気がしてならなかった。こうした個人的な理由のため、常識や責任感をもった行動ができ社会に通用する人になるため努力しようと思った。現在のところ順調とは行かないものの、自身の取ってきた行動を反芻し、反省や改善を繰り返しているところである。まだまだ先輩の方々足元にも及ばないが、常識のある責任感をもった行動に努め、適切な判断やチーム医療に貢献できるように励んで行きたい。

皆様にご迷惑をかけるかも知れませんが、ご指導をよろしくお願い致します。

研修医 柏木 佑太



研修医 片山 靖



研修医 原 憲史



「私の健康講座」

消化器外科一 教授 二村 雄次

私は健康講座について物が言える程研究をしたこともありませんし、知識を備えてもいせんので何を書いたらいいか分からないのに山内一信編集委員長から何か書くように強く要望されましたので、自己流の思っていることについて述べさせていただきます。ただ一部に科学的根拠がある訳ではない文面も含まれている可能性があることを前もってお断りしておきます。

最近、問題になっている糖尿病、高脂血症、高血圧症といった生活習慣病は病院職員にとっては絶対に罹患するわけにはいけない現代病だと思います。これらの病気の治療のために病院を訪れる患者様に対して顔向けができなくなってしまうからです。基本的には暴飲暴食を避けて、摂取カロリーを適正に守り、禁煙を守り、ウォーキングなどの有酸素運動を行ってエネルギー消費を上げると共に持久力を高めて体力を維持する努力が必要のようです。米国では肥満だけで社会ではマイナス評価を受けています。

私は同年輩の人と比較して健康そうに見えますし、確かに一部の運動能力に優れているところもあります。日頃から体力低下を防止するために色々と思案錯誤を繰り返しながら努力をしていることも事実です。加齢と共に肉体は順調に退化して行きますので、この退化現象に対抗して、その進行を少しでも遅らせようとするためには日々のコンスタントな努力が必要です。これを成功させる秘訣は、1. 目的意識を持つこと。2. その成果を自己評価して、新たな計画を設定することだと思います。41歳1ヵ月でノーヒット・ノーランを達成してプロ野球記録を塗り変えたドラゴンズの山本 昌選手も、70歳を過ぎてからエベレスト登頂に成功したプロスキーヤーの三浦雄一郎氏も日頃たゆまぬ努力を継続しているようです。

私は卒業後2年目から外科医の仕事にドブプリと漬かり、月月火水木金金のハードワークにのめり込んで行くうちに運動する機会がどんどん減り、体力の低下を身を持って感じていました。肉体改造をするきっかけとなったのは米国留学中にカリフォルニア大学ロスアンジェルス校柔道部のコーチになった時でした。渡米と同時にランニングを毎日行いスタミナをつけることと、アパートのジムでウェイト・トレーニングで筋力を増強しました。柔道の練習は月・水・金の午後5時から7時までの2時間でしたが、必ず学生と組み合いをして、指導を兼ねて自分の肉体改造に励みました。ロスアンジェルスでの10ヵ月間は私の人生の大きな転換期になり、それ以後の日常生活に大きな変化をもたらしました。せっかく取り戻した体力を維持するために、全日本医師柔道大会に必ず出場することを決意し、1989年以降18年間連続出

場し、優勝回数を15回に伸ばしています。優勝しようという目標があれば、それなりの計画を練り、日々の努力が必要となり、結果的に健康状態を維持できているように思います。健康維持のためにアスレチッククラブやスイミングクラブに入会して定期的に運動をしている人もいますが、これもある目標を掲げてやっておられることだと思います。

私は6年前に名大柔道部師範に就任以来、毎週土曜日の午後は研究会とか学会とかは極力欠席して、東山キャンパスの柔道場で学生と稽古をすることを決めました。ただこのハードスケジュールを敢行するにはそれなりの準備が必要です。筋トレをしっかりしておかないと必ず怪我をしてしまいます。年を取ってからの筋トレは毎日やると危険です。疲労した筋肉を休ませることが必要です。ただジム通いをするには金もかかりますし、その時間もありません。私は入浴前に腕立て伏せとかブルーワーカーを使った5-6分の格安トレーニングを隔日に行い、週1回の柔道練習のための準備をしています。頭を使えば金も時間もかからないトレーニング法がいくらでもあります。勤務中は廊下を早足で歩く。エレベーターを使わずに階段を昇り降りする。これは下半身鍛錬に極めて有効な有酸素運動ですから生活習慣病の予防にも有効ではないでしょうか。

最近、生涯スポーツという言葉をよく聞きますし、陸上、水泳を中心としてマスターズの大会も盛んに行われています。私も昨年、日本マスターズ柔道大会に初出場し、60歳台前半のクラスで73Kg級と体重別無差別級で優勝しましたので、また新たな目標ができました。私よりも年長の70歳台、80歳台で元気のよい大先輩達の試合を見て感動しました。柔道は典型的な無酸素運動の競技ですから、時には顔面蒼白で呼吸困難の様態を呈する競技者を見ると老人には危険なスポーツかなとは思いますが、これは日頃の鍛錬で解消できるのではないかと思います。

病院は金も時間も取られない絶好のトレーニングジムです。ちょっと頭を使えば廊下と階段が有効スペースに変わります。エレベーターの扉が1回開くと○円、閉じるボタンを1回押すと○円と一時院内に掲示して、経費節減を職員に呼びかけた時期がありました。運営費交付金が毎年削減されていますので、エレベーターの不使用運動をするだけでも病院の経営改善と職員の健康増進に役立ち、老年病の大家でもある井口病院長に喜んでいただけるのではないのでしょうか？

今からでも遅くはありませんので、皆さんどうでしょうか？

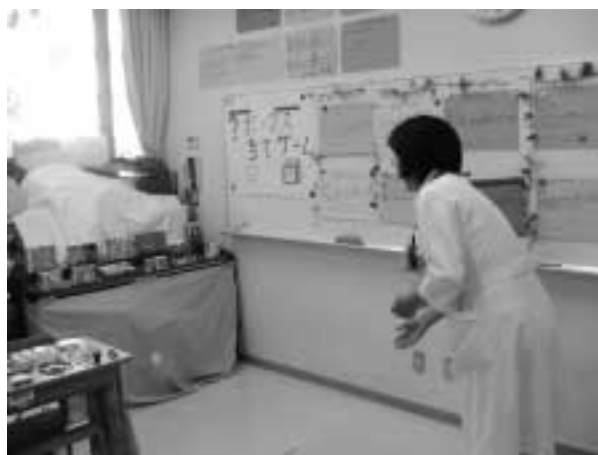
わくわく祭り

平成18年10月27日（金）午前10：00～11：30

今年も、大府養護学校施設内学級5E教室にて、子供たちによる「わくわく祭り」が開かれました。
子どもたちの日頃の努力の甲斐あって、多くの人たちに楽しんでもらうことができました。



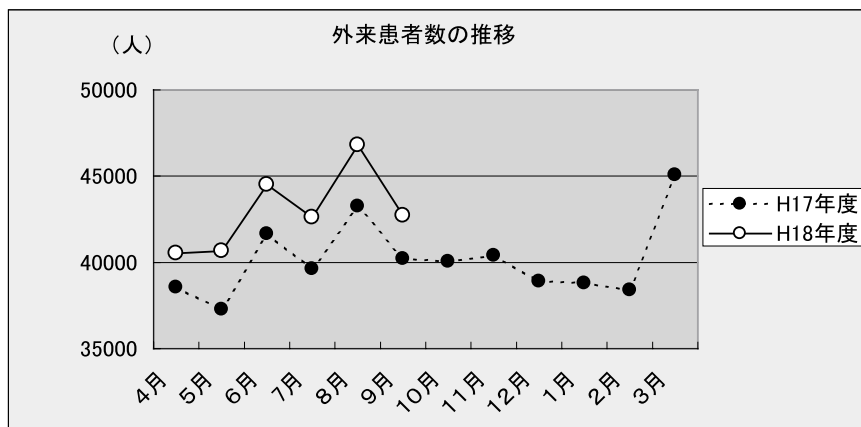
内容は、小学生の部 1組 つりゲーム 紙ずもう
2組 ドラパチころころ
3組 脳トレゲーム ? ボックス当てゲーム 一円沈没ゲーム
中学生の部 作って遊ぼう（紙トンボ 紙ブーメラン）
でした。



医療経営管理部だより （医事統計の解説）

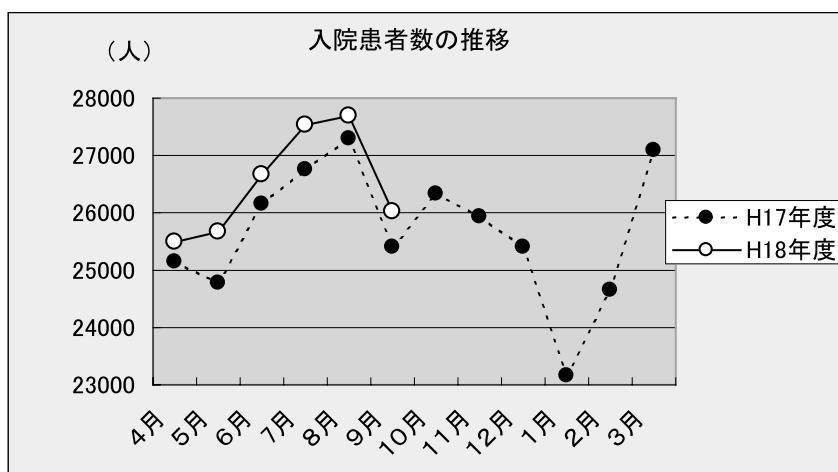
名大病院の各種医事統計につき、医療経営管理部より簡単な解説を加えて報告いたします。

1. 外来患者数



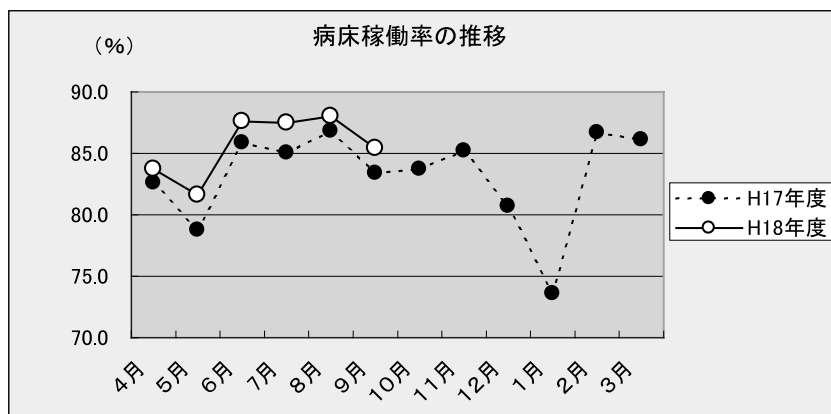
昨年度に比べて今年度は4月から出足好調で毎月ともかなり外来患者数が伸びています。変動パターンは例年と同様です。

2. 入院患者数



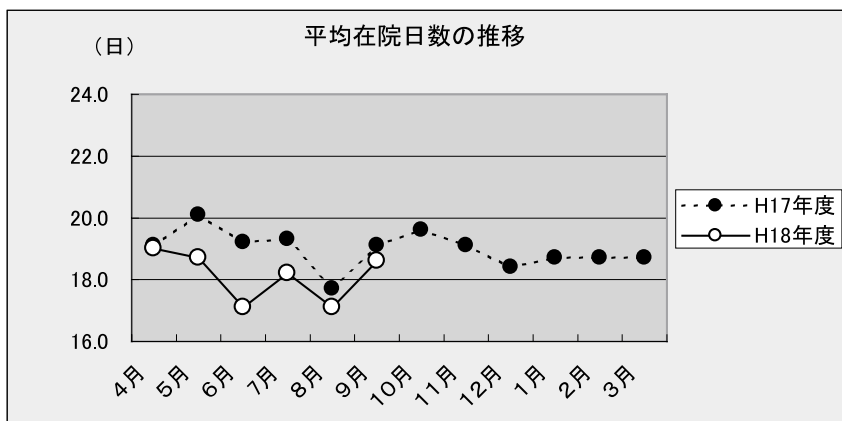
（註．入院患者数は、在院患者延日数÷退院患者延日数です。）
入院患者数も外来患者数同様の増加および変動を示しています。

3. 病床稼働率



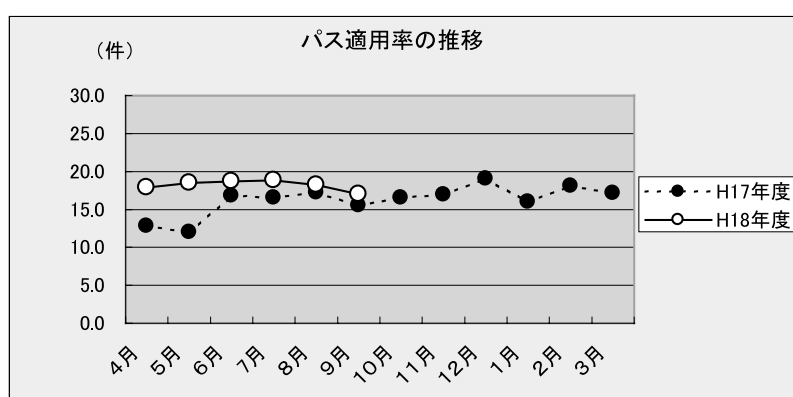
（註．病床稼働率の計算は、実働病床数1015床に対する割合です。）
病床稼働率も、同様に順調な伸びを示しています。8月は過去最高の88%に達しました。

4. 平均在院日数



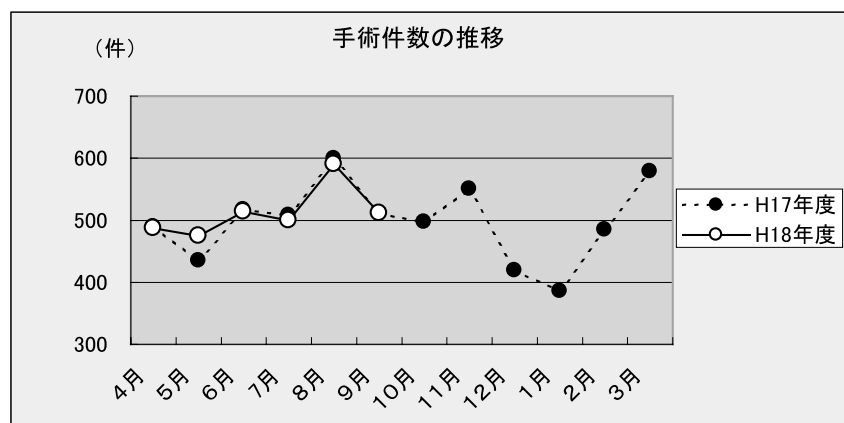
(註. NICU、精神病棟等を除いた一般病棟の健康保険上の平均在院日数です。)
平均在院日数も常に昨年度より短くなっています。

5. クリニカルパス適用率



パス適用率も全体的に好調を維持し、常に18%台となっていますが、例年、9月は少し適用率が下がっています。
なお、2006年9月29日現在の総登録パス数は87 件です。

6. 手術件数



(註. 中央手術室での手術件数のみです。)
手術件数に関しては、5月以外は昨年度とほぼ同数で増加していませんでした。

【総評】

今年度は、4月から外来・入院ともに患者数が増え、医業収入も昨年同期に比べて着実に増収しています。外来患者数の増加や入院患者数の増加により、各種業務負担が強くなっておりますので、職員の負担は大きいかと思います。皆様、くれぐれも体調には気を付けてください。よろしくお願いいたします。

(文責：医療経営管理部 吉田)

編集後記

厚生労働省の研究班（主任研究者＝祖父江友孝・国立がんセンターがん情報・統計部長）によると、がんで死亡した男性の約4割、女性の5％が、たばこが原因と考えられるという（asahi.com 11月14日）。研究班は、国内で83年から03年に実施された三つの10万人規模の調査データについて詳しく調べた。対象は調査開始時40～79歳の男性13万9,974人、女性15万6,796人の計29万6,770人。調査開始時の喫煙経験率（たばこを吸っている人と過去に吸っていたがやめた人の割合）は、男性79.5％、女性10.5％。平均9.6年追跡した結果、がんで死亡したのは男性6,503人（うち喫煙経験者5,668人）、女性3,474人（同499人）。年齢を調整して解析した結果、喫煙経験がある人は、ない人に比べ、男性で1.79倍、女性で1.57倍、死亡率が高かった。食事や運動など喫煙以外のリスクが同じと仮定すると、がんで死亡した男性の38.6％、女性の5.2％がたばこが原因となった。人口動態統計にあてはめると、年間に男性約7万4,000人、女性約7,000人がたばこが原因でがん死した計算になる。

がん治療を考えると、たばこによる経費上昇は膨大なものとなる。日本もスウェーデンのようにたばこ1箱1,000円程度にしたらどうだろうか。増えた税金で、がん治療に努力している人に報いたい。たばこ代金が高くなると喫煙者も減少していくであろう。研究班によると、男性では、吸ったことがない人に比べ、調査開始時に喫煙していた人の死亡率は1.97倍、過去に吸っていたがやめた人は1.5倍で、禁煙の効果もうかがえた。

（中島 務）

かわらばん編集委員会

顧問	井口 病院長	松川 事務部長
アドバイザー	大磯 ユタカ	
委員長	山内 一信	
委員	中島 務	伊東 亜紀雄
	長濱 大輔	米田 和夫
	鈴木 三栄子	大宮 孝子
	伊藤 健一	藤井 昭彦
	伊藤 昌幸	鈴木 秀夫
	永家 清考	犬飼 幹緒

No.62
医学部・医学系研究科総務課
TEL 741-2111
(内線2775)
かわらばん編集委員会
2006年11月15日