

INTERVIEW

東京ベイ・浦安市川医療センター 救急部長
志賀 隆先生



【プロフィール】 志賀 隆先生 2001年千葉大学卒業，東京医療センターで初期研修修了。在沖米国海軍病院，浦添総合病院救急部を経て，2006年から米国ミネソタ州メイヨー・クリニックにて3年間研修，ハーバード大学マサチューセッツ総合病院で指導医として勤務，現在は東京ベイ・浦安市川医療センターで救急部長としてERの診療に携わる。

東京ベイから， 日本のERを 良くしていきたい

聞き手：山田隆司 公益社団法人地域医療振興協会 地域医療研究所所長

アメリカへ行くという目標に向かって

山田隆司(聞き手) 今日は昨年10月から東京ベイ・浦安市川医療センターに赴任された志賀 隆先生のお話を伺います。まず先生のご経歴と，今回，どういった経緯で地域医療振興協会の研修や教育に携わることになったのか，お話しいただければと思います。

志賀 隆 私は千葉大学を2001年に卒業しました。卒

後臨床研修義務化という波が迫っているころでした。総合診療に興味があったので，救命救急センターがあり総合診療科の実績がある研修病院を候補とし，目黒にある東京医療センターへ行きました。東京医療センターは公立病院最大で最古の総合診療科があり，しかも救命センターもあります。研修もすでに20年近く前から始めていた

と思います。

東京医療センターで初期研修後、アメリカで救急医学の研修を受けたいと思っていたので、沖縄の米国海軍病院で研修しました。海軍病院を受ける時に、「もし落ちたらそれは神様がアメリカはやめろと言っている、受かったらアメリカへ行ってもいいということだ」と思っていました。結果は合格だったので「これはもう行くしかない」とUSMLE(アメリカ医師国家試験)の勉強をしつつ、英語の環境下で医療をすることになりました。その後、USMLEの勉強を行いながら同じ沖縄の中の浦添総合病院で勉強を続けました。浦添総合病院は麻酔・救急・集中治療に力を入れて取り組んでいました。そこでヘリコプターに乗ったり、麻酔をかけたり、集中治療に従事したりという2年間を過ごしました。そしてアメリカの十幾つかの病院のマッチングに応募して、7病院の面接を受け、メイヨー・クリニックへ行くことになりました。

山田 卒業して東京医療センターに行かれたのはジェネラルなことをやろうと考えられていたのですか。

志賀 そうです。学生の時に、高久史磨先生がやっていらっしゃる医学教育振興財団の短期留学でイギリスのパーミンガムにジェネラルプラクティスを見に行くという経験をしたのです。それまでは日本の医学部の教育しか知らなかったのですが、英国で見た総合診療の幅広さ、臨床医としての魅力に驚きました。当時は、日本でも同じようなことがされているというのを知らなくて、海外に行かないと総合的な能力を持った臨床医になれないという思いを強く持ちました。

山田 先生ご自身は、実際の患者さんを相手にして、診断をしたり、治療をしたりといった臨床に学生時代から関心があったのですか。

志賀 1ヵ月間基礎配属というのがあってPCRなどをやってみたのですが、1ヵ月では何も分からな

いとは思いますが、あまりにも適性がなさすぎたので(笑)、ベッドサイドのほうが好きだし、これはもうこのまま行こうと。

山田 6年間の医学教育ではどちらかというと学問や研究といった専門的なところに偏りがちで、先生が言われるように学生時代に積極的に海外に出たり、そういうところを見に行く機会がない限り、臨床能力に結びつくようなトレーニングに関心を持つ医学生は少ないのではないかと思います。

志賀 そうですね。でも最近では意識の高い人が増えてきました。母校で学生さんたちと話をしても、随分変わったなと思います。

山田 東京医療センターでの2年間の初期研修ではスーパーローテートで回られたのですか？

志賀 はい、スーパーローテートです。

山田 その後、米国海軍病院へ進んで、そこは何年ですか？

志賀 海軍病院はみんな1年です。その後、浦添総合病院へ行きました。当時ちょうど浦添総合病院がドクターヘリの前のU-PITSをスタートさせたころでした。かなり小型のヘリコプターでしたが、年間100回以上飛んでいました。久米島によく行きましたね。

山田 私も久米島に代診に行ったことがあります。沖繩の離島というのは搬送システムが確立されていると感じました。当時は米軍から移行した自衛隊機の移送がほとんどで、自衛隊の人たちがババババッと戦闘ヘリでやってくるという感じでしたね。

志賀 それにも乗ったことがあります。添乗の要請があるとヘリ添とあって、輪番の病院の医師が乗るのです。でも自衛隊のヘリの場合、要請してから到着するまでにちょっと時間がかかるのです。要請があってから医療機器を自分で準備してタクシーで那覇空港まで行きます。自衛隊も要請されてからヘリを準備するということになります。

ところが浦添のU-PITは連絡が来ればすぐに飛べるので早かったですね。

山田 浦添総合病院では救急部に所属していたのですか。

志賀 はじめは救急部です。途中から救命センターができ、そこでかなり実力をつけることができたと思います。初期研修だけだと医療の深みが分からないので後期研修は渡米してからもとても役立ちました。初期研修後、沖縄の地域の病院でどっぷりと患者さんと向き合っただけで医療ができたのはよかったです。

山田 沖縄は終戦後に医者がいないという状況の中、ハワイ大学と連携したり琉球大学を設立するなど、巨費を投じて医師養成に取り組んできたという歴史があるので、研修に熱心な人たちが多いという印象があります。

先生は、東京医療センター2年、海軍病院1年、浦添総合病院2年のあとにメイヨー・クリニックへ行かれたわけですね。その5年で試験を受けようという心づもりでやっておられたのですか。

志賀 そういうわけではなかったのですが、一度受けてしまって不合格になるともう道が閉ざされてしまうのでかなり勉強しました。特に内科や小児科、家庭医療に比べて、救急で行くというのはとても難しく、米国の医学部トップ10しか入れないので、外国人の私はまず無理だろうと言われていました。

山田 マッチングの倍率はどのくらいですか。

志賀 みんな併願するので、メイヨーでは8人採るところ、毎年大体400～500人の応募があります。もっと人気があるところでは1,000人の応募というところもありましたね。書類選考でかなり落とされ、試験のあと面接に呼ばれてやっと決まります。

山田 それはすごいですね。先生の前にメイヨー・クリニックの救急にマッチングで通った日本人はいるのですか？

志賀 日本人でメイヨーの救急は私が初めてですけども、正式なアメリカのマッチングで入った日本人はそれまで2人いました。

山田 そうですか。海外での医療に従事したいと思っている人にとってはとても関心があると思うのですが、先生はどんなふうに勉強したり、あるいはどんなふうに目標に対して自分を向けていったのですか。

志賀 救急は内科の平均点プラス10点ぐらい取れないと入るのが厳しいのと、USMLE(米国医師資格試験)の勉強は基礎医学、臨床医学、実際の診察などすべてをやらないといけないということで、基礎医学は海軍病院で時間のあった時に毎晩勉強していました。Kaplan Higher Educationのオンライン教育で1,500問ぐらいをひたすら解いて、完全に理解するまで3巡ぐらいしました。意志を持って継続するということが最も大変なことでした。

米国の文化では推薦状の持つ重みが大変大きいので、良い推薦状がもらえるように頑張りました。できない人にはできないというような語彙を使って書くので、できない人をできると紹介すると自分の信用がなくなってしまいます。海軍病院でももらいましたし、アメリカに短期で見学に行って、その時に大御所の先生を訪れて推薦状をもらったりしました。

また、大勢の米国人の候補を押しつけて日本人を採る理由をはっきりさせる必要があると考えていました。そのため帰国したら私が日本の救急医学を変えるのだという(やや大げさな)売り込みで行きました(笑)。

山田 なるほど。

志賀 そのために、日本の救急医学会のER検討委員会で後期研修医育成のためのモデルカリキュラムを作成するメンバーの1人になって、日本で初の正式なER研修カリキュラムを作成しました。それに関する学会発表をして論文も作成しまし

た。試験のあとインタビューという面接を受けるのですが、「自分はアメリカの病院で研修をし臨床もして、英語もできる。日本の学会では委員会にも入って活動している。あなたが教えるこの日本人は日本に帰ったら日本のERを変える人になる」という売り込みと、それに合致する経歴を作って、いろいろなところにインタビューに行きました。

山田 すごいですね。迫力のある話を聞いて、改めて敬服しました。



聞き手：地域医療研究所所長・「月刊地域医学」編集長 山田隆司

アメリカのシミュレーション教育

山田 メイヨー・クリニックへ行ってからはいかがでしたか？ 自分の思うようなことができる、あるいは日本とやはり全く違うという感じはありましたか？

志賀 はじめの1年間はけっこう大変でした。何よりも英語が大変でしたね。研修医の間で使われる略語とか、俗語が難しいのに加えて、日本で使われている医学英語が70%ぐらいアメリカで通じないのですよ。それから病院のシステムがまったく日本と違うので、そのシステムや語彙に慣れるまでがすごく大変でした。特に救急は特色としてやはり待たなしでスピードが要求されるので、かなり高い言語力が求められたと思います。でもアメリカ人の救急医と同レベルに英語が話せて遜色ないというふうになってないと、そもそも土俵には上がりませんから。

山田 メイヨーの救急には何年ですか。

志賀 3年です。

山田 一定期間で試験などの評価はあるのですか。

志賀 半年に1回、到達目標に則って年次目標にたどり着いているかというレビューがあります。手技が質と量という観点から年次目標にたどり着いているかというのと、全米の救急のレジデントが

受ける専門医試験の準備のインサービス試験というのがあります。

山田 3年間のレジデンシーを終えて、ボードの試験を受けるのですね。

志賀 ボードを受けるのは、レジデンシーを終えて1年経ったころですね。

山田 メイヨーでレジデンシーを終えたあとはどうされたのですか？

志賀 2年目の終わりから3年目にかけて、このままだ専門医を取ってもそれだけでは「米国で専門医を取って来ただけ」でありより自分の能力を高めて行く必要を感じていました。それで3年目にハーバード大学のマサチューセッツ総合病院のシミュレーション教育のフェロシップに応募しました。

というのは、メイヨー・クリニックでは月1回、必ずシミュレーションで教育が行われていて、それが非常によかったのです。その内容は本当に多岐に渡っていました。いわゆる心肺蘇生、外傷、小児蘇生といった基本的なシミュレーションはオリエンテーションでだいたい終了するので、ACLS、PALS、ATLSなどの資格は研修開始時にもらえます。(さらにそれより一歩進んだものと

して)難しい患者さんにどうやって説明するか, 複数の患者をどうやってマネージするか, ジュニアレジデントを教えながらシニアレジデントとしてどうやって現場をマネージするか, 看護師とコミュニケーションするにはどういう言葉で, どういうふうな構造で話したらよいかなど, より効率的で安全な診療を行うために現場に近いかたちでシミュレーション教育が適応されていました.

それらがとても面白く興味を持ったので, シミュレーション教育が学べることと, マネージメントとリーダーシップの研究といった基礎力

をつけるというのを同時に両立できる場所としてマサチューセッツ総合病院へ2年間フェローシップで行きました. そこでは救急部のスタッフとして臨床に従事する傍ら, 学生をハーバードの医学部で教えたり, 病院で学生やレジデント, ナース・プラクティショナーを教えたり, 生涯教育でシミュレーションをやりたいという人たちを教えたり, またシミュレーションを使った臨床研究に取り組んだり, 医療安全, コミュニケーション, マネージメント, 医療経済, 医療政策などを学びました.

ネットワークで支える仕組み

山田 それでいよいよJADECOCとの話になってくるのですね.

志賀 はい. 2009年にレジデンシーとフェローシップの間で一時帰国している時に野口医学研究所のアラムナイの人たちの集まりがあって, その席で町 淳二先生, 藤谷茂樹先生から「今度, 日本でアメリカ型の教育ができる病院とタイアップすることになり, その救急の責任者としてどうですか?」というお話がありました. その時はイエスもノーも言わずにボストンに帰ったのですが, そのあとにメールをもらって, でも夢物語のような気がしたのでお断りしたのです. ところがその後も指導医の間のメールのやりとりなどがあり, 「自分はお断りしたものの, もしかしたらやりたいのではないか」と考え直しました. 妻に相談したところ「いい」と言ってもらえたので, そのあとに研修医のころから節目節目で相談にのっていただいている福井大学の寺沢秀一先生に相談しました. そうしたところ寺沢先生が「その病院の救急部がうまくいかないことは誰でも分かる. だから君が行って失敗してもなるほど火中の栗を

拾いに行ったんだなと思ってもらえる. でももしそこを君が成功させたらものすごいことだから, 失うものも何もないし, 得ることしかないからやりなさい」と. 家族の理解もあって, 尊敬する先生もやってみなさいというので, 「ではやろう!」と決めました.

山田 そういう経緯だったのですね. 有り難いの一語に尽きますね.

われわれはJADECOCという組織のためにやっているというより, 地域のニーズに応えられるような医療のシステムをつくっていく, あるいはその手助けをするというのが自分たちのミッションだと思っています. 先生ははじめに「アメリカで学んで日本の救急を変えられるようになりたい」とおっしゃっていましたが, 医療の中で, 特に離島医療などではそうですが, 救急というのがやはり地域ニーズのコアだと思うのです. ですから地域医療の質を高めることを目指しているわれわれにとって, 先生は本当に必要な人材です. これからも先生が現場でお考えになることを逐次提案していただければ, 今, 自分たちが持つ

ているリソースの中でどういうふうに改善できるかということと一緒に考えていけると思うのですね。

志賀 メイヨー・クリニックはある意味でへき地といえる地域にあります。メイヨーもはじめは大きな病院だけでやっていたのですが、今はまわりの病院にメイヨーシステムに入ってもらってメイヨー・クリニック方式でやっていくという方法をとっています。アメリカでもへき地では病院だったところが診療所になってしまって医師がいなくなってしまうということがありました。それをどういうふうに解決していったかという、基幹病院をつくってそこから定期的に人が行く、グループで支援するという方法です。本籍は例えば大きい病院にあってそこから定期的に手伝いに行くという人が何人もいるから、疲れすぎないかたちで、診療所なり小さな病院を運営できるという方式をとっていました。アメリカにいる時に日本の医療が崩壊しているのを見て歯がゆいと思っていました。これは一つの病院がよくても何もできないだろうと思っていたので、協会のように、グループになって、うまくネットワークがあるところが日本の医療を支えていくととてもいいのではないかと思いました。そういう意味で地域医療振興協会は素晴らしいと評価するようになったのですね。

山田 ありがとうございます。とにかく地域医療の崩壊を考える際に、取り組む仲間が増えないことには何ともならない。またその仲間が問題を共有し、全員の力で解決に向かって取り組まないと前進できないと思うのですね。ですから今協会がさまざまなネットワークを組んで力を蓄えてこそ、地域を救えることに繋がるのだと思います。

志賀 そうです。

山田 女川のような被災地でも同じですが、一つの拠点が壊れても、ネットワークを持っていれば立ち直りが早いのです。そこだけで頑張る、あるいは

崩壊した病院だけを立て直して医師確保をすればいいかという、その時はいいかもしれないけれど、すぐに同じようなもろい状態になってしまふ。医療再生というのは個々で対応できるものではなく、実は大きなネットワークがあってこそできるのだと思います。われわれは研修病院など比較的大きな病院も運営し、へき地医療には必ずしもかかわってこなかったような専門診療科の先生たちとも仲間になることで、グループとしての力がついてきたというのは本当に有り難いことだと思っています。地域医療あるいは病院の崩壊を救うためには、一方ではある程度都市部も含めた力を持たないと絵空事に終わってしまいます。一人の赤ひげ医者が人生をかけて背負えばいいかという、そんなものではなくて、少しでも多くの医師、十人より百人、百人より千人の医師がそれなりにかかわったほうが、そのシステムが安定すると思います。先生に協会のそんなところを評価していただけるのは嬉しいですね。

志賀 その延長線上で、日本の多くの病院で医者が病院勤務はつらいと思っている理由の一つが救急医療なのではないかと思います。医師の過重労働を防ぐためにも、急性期医療のスペシャリストである救急医を組織的に養成し配置していかないと、地域医療を守ることはなかなか難しい。しかもこれは社会に貢献する地域医療の一環としてやるべきものだという強い意志のあるグループで、また実際に病院として一丸となっていないと難しいと思います。私が赴任した東京ベイ・浦安市川医療センターは比較的都市部の病院ですが、そういう病院で、いわゆる外傷や三次救急に特化した救急ではなく、ERとして軽症から重症まで、老若男女、いろいろ診ることができます。それは非常に興味深いし、やり甲斐があって大切な仕事です。でも病院全体で救急医療に取り組む姿勢のあるところでないとはやはり大変なのです。JADECOMの病院群は救急医療を通じて地域に貢献する姿勢

のある集まりですから、そういう中で働けるということは大きいですね。1人では限界があるので仲間をつくっていくために自分のやっていること、やってきたことをどうやって周りに伝えていくか、仲間を増やすにはどうしたらいいのか、やってきたことが社会に還元されるためには何が必要か。そういうあたりまで含めて教えるERの研修

プログラムをつくって、東京ベイで提供していきたいと思っています。

忙しいけれどオン・オフがはっきりしていて、家族との時間も取れるし、女医さんでもできる。シフトに入ったらやり甲斐もあって「救急っていいところばかりだね」という職場にしたいですね。

山田 心強いですね。

地域医療の担い手たちのブラッシュアップの場として

山田 先生にそういった新しい救急をつくってほしいのと、地域医療振興協会にはへき地医療や離島医療を支える法人としてのミッションがあります。例えば与那国島の医師は島民1,600人の生命を守るためになかなか休む暇はありません。もちろん救急病院のように毎日が忙しいわけではなく、ゆったりとした日もあるわけですが、一方救急患者が出た場合にはヘリコプターが飛んでくるまでの時間、あるいは搬送する間すべて1人で対応しなければいけない。また地域の中小病院では一人の医師が全科当直を担うといったところがめずらしくなく、夜間は1人で何でも対応しなければならぬ。そういうところで求められる技能、手技については定期的にブラッシュアップしておかなければならないと思うのです。そういったときに先生が取り組んでいらっしゃる標準化教育やシミュレーション教育、救急医でない医師、あるいは医師以外の人たちのためのトレーニングにも先生の力を貸してもらえたらと強く思っています。

志賀 そうですね。救急の場であれば、離島を含めいろいろなところで必要な救急の技術、知識に効率よく濃厚に曝露されることができるので、将来救急をやるわけではないけれど自分の中で補いた

い部分があるとういう人に数ヵ月とか1年とか来ていただいて、十二分に濃密に自分の足りない部分に曝露されてもらう。あるいは離島の看護師さんで、少し前に重症のケースに遭遇したので集中的にレベルアップを図って戻っていきたい。そういう人のための資源として使っていただくのはとてもいいと思います。

山田 そういう人たちを受け入れてもらうのと同時に、場合によっては逆に現在救急の場で学んでいる人たちに、一定時期、そういったところをサポートして状況を知ってもらうということも必要ですよ。

志賀 それはとても大事なことだと思います。私も沖縄にいたし下甕島にてドクターコトー瀬戸上先生にご指導いただいていたので、離島の診療のよさも難しさも感じています。地域では生活することがとても大事なのです。医療を提供するというのも大事ですが、住んでみて、その住民の生活を体験しないと何が本当に必要か、なかなか分からないところがあります。JADECOCOMの研修では後期研修医が一定期間地域へ赴任するという研修を取り入れています。そこでいろいろなことを経験してもらうのはとてもいいことだと思います。

オンタイムの離島支援の可能性

山田 先日も離島支援について話し合った時に話題になったのですが、離島に行っている医師にとっては、診断がつけられずその時の症状、病状しか伝えることができない、あるいは限られた治療機材で搬送するまでの数時間、とにかく持ちこたえなければならないという時に、オンタイムで相談できる場所というのがないのですね。結局現在は、友だちや先輩に個人的に電話で相談するというような状況です。オンタイムでコンサルテーションできる仕組みができると思っていますのですが、例えば24時間オンである救急部に回線をつないでおいて、何かあったら相談できるという仕組みができたらいいではと思ったのですが。

志賀 4月にオープンする新・光が丘病院と、現在構想レベルではありますが、お互いにインターネットのつながったノートパソコンを置いておいて、常にスカイプにてコミュニケーションが

取れる体制をつくろうかと話しています。それでお互いに相談しあう。将来的にそういう拡がりは可能なのではないかと思います。ただ、たしかに優先順位は目の前の患者さんになってしまうので、診療の合間にどこまでできるかというのは分からないところではあります。東京ベイに関しては、一応、スタッフとしてその時間時間の診療の責任を負える者が24時間365日いますので、それを拡充していけば相談を受けるというのもっとできるのではないかと思います。

山田 人員が限られている救急部にさらに負荷をかけるというようなシステムは問題かと思いますが、1カ所だけでは負担がかかるかもしれないけれども、そういうネットワークが3カ所、4カ所と広がれば対応できるかも知れませんね。そういうことも是非考えていただければと思います。

JADECOCOMのシミュレーションセンター構想

山田 東京ベイ・浦安市川医療センターの新病院が開院し、新たにシミュレーションセンター構想が始まっていますが、先生が学ばれたことを活かしていろいろなシミュレーション教育のあり方をどんどん提案してほしいと思っています。

志賀 侵襲的な手技とか、もしくは本当に1分1秒を争う状況の判断を、例えば離島から研修に来た方がいきなり現場の患者さんでできるかという、それはなかなかできないところもあると思うのです。例えば救急で3ヵ月間での到達目標を持っている人が来たときに、臨床現場でやることも絶対に不可欠なのですが、自分の目標が3ヵ月の間に均等に予定されたとおりにくるとは限り

ません。またいきなりローテーションのはじめから難しい症例や難しい手技には対応できないと思われるのですが、それがシミュレーションであれば、中心静脈を超音波を使って入れるトレーニングがありますので、まずやってみたらどうでしょうかということがすぐにできます。それによって自分で納得したり、客観的なチェックリストで大丈夫だということになれば自信にもなります。重症心不全のマネージメントをシミュレーションでケースとして体験して、これは挿管だ、ここでは血圧を下げるんだ、ここでは利尿薬を使うんだ、この薬はもう使わないことになっている等々、いきなり最重症の患者のマネージメントを

疑似体験できる。それに加えて実際の臨床現場で最重症の患者さんに対応できれば、かなり効率のよい研修になるのではないのでしょうか。シミュレーションは決して臨床医療を代替するものではなく、実際に臨床でやっている人が教えてくれるので、現場の知識の詰まった教育になり、アクセルを踏んだ状態で学ぶことができます。シミュレーションと臨床教育を組み合わせることで、質が保たれ、患者さんの不利益にならないようなかたちで可能になるのですね。

山田 シミュレーションを使うことでなかなか経験できないようなケースをたくさん経験できたり、本来は経験するのに時間を要するものをコンパクトに組み合わせることで研修の質が良くなるということですね。

志賀 医師に限らず看護師でもそういうものを開発していきたいですし、例えば新しい機器を地域の基幹病院が導入する際に効率的に学習したいというMEさんやCEさんも、実際に触って現場で使っている人に教えてもらえるというのがとても大事だと思うのです。さらに言うと病院の安全文化を高めることが重要で、それは個々のトレーニングを重ねていくことでも醸成されますが、心肺蘇生や外傷、難しい分娩などを題材にして一つ

の病院からチームで来てもらって、どうやったらチームとしてうまく機能できるかというチームトレーニングをすることが大事です。医療においてはコミュニケーションで起きるミスというのがかなり多いので、パイロットが半年に1回教育を受けているのと同様に、チームとして医療スタッフに来ていただいてチームとして教育を受けていただく。そのチームが病院に帰れば、安全文化の醸成ができるようになる。さらに自分たちが学んできたことを自院で提供して、どんどん倍増していくということもできるのではないかと思います。

山田 協会は地域ニーズに合わせた医療を提供しようとする25年間走り続けて来たようなところがあります。今、ある程度組織全体としての量的なパワーもつけてきたので、これからは質を担保していくことに力を入れなければいけない時機だと思うのです。そういう時に先生たちの力を借りて、医療の安全や全体の診療の質の向上に取り組んでいけるのは本当によいご縁だと思っています。さらに協会のリソースをよく知っていただいて、へき地の最前線にいる地域医療振興協会を支える会員たちにも先生の力をぜひ貸してほしいと思います。

目標は、日本の医療を良くしていくこと

山田 最後に、先生の今後の抱負などをお聞かせいただければと思います。

志賀 先日、沖縄でお世話になった先生に講演で呼ばれて済生会八幡総合病院へ行ってきたのですが、その時に「日本の文化のよいところは揉み合ううちにいいものが出てくる」という話があってそのとおりだなと思いました。いろいろな人と話したり、苦心惨憺している中でいいものが生まれてくるのだから、そういうつもりでやらないと駄目だ

な、と今思っています。東京ベイの新棟がスタートしたらいろいろ苦労することもあると思うのですが、病院というところは最終的に揉み合っていたらいいものができると思っています。

個人的には3年後、5年後の自分はどこにいるのかという、その最終形を常に考えながら次に向かって準備をしないといけないと思っています。誰かが言っていましたが、20代後半とか30代になってくると、現実的ではない目標という

のはだんだん出てこなくなってくるから「やれるかなあ？ やれないかなあ？」と思うようなことは大体できる。そのために自分が5年後の目標に向かって準備できているかどうかなんだということです。大人になってからの夢は夢ではなくて可能にできるもの。そのつもりで準備したらいいのではないかなと思っています。

東京ベイでただ質のよい医療を提供するというだけではなく、協会のいろいろな病院と連携し救急医学、シミュレーションや医療安全などを通して日本の医療をよくしていきたい。これが私の

今後10年の目標です。

山田 ありがとうございます。一つの事業は1年では無理で、3年から5年するとだいたい人材が集まってシステムらしいものができてくる一つの節目であることは確かですね。東京ベイの救急部、シミュレーションセンター、あるいは協会全体についても、3年から5年を一つの振り返り点にして、またいろいろなご意見をいただければ有り難いと思います。

志賀先生、今日はどうもありがとうございます。

